

かに

KANI



第33号 2006

本誌は、宝くじの普及宣伝事業として作成されたものです。

表紙のことば

癌と云う病気の概念がはつきりしたのは、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、醜いその外観は、まさに蟹の甲羅そのものだが、腋の下の淋巴腺まで病気が拡がり、しかも、その間を繋ぐ、淋巴管までおかされた、乳癌の末期の姿は、蟹の鋏やその足の節々をさえ、連想させる。

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

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

題字の達筆は藤井理事長の揮毫である。編集部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。

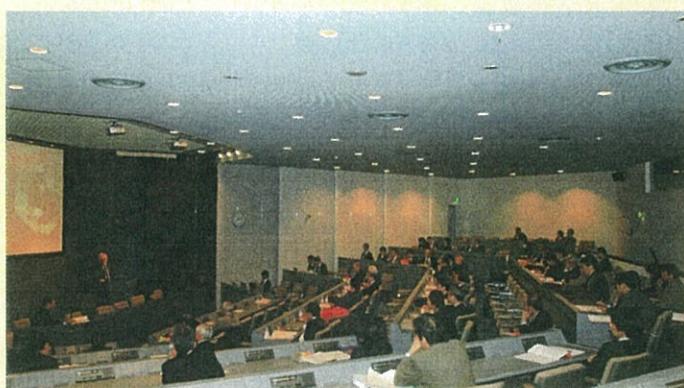
(久留 勝・くる まさる；国立がんセンター第3代総長)

地域・国・世界そして、あなたとともに



米国、ドイツ、フランス、オーストラリア及び
国内から演者を招聘
(2006年2月21日～23日 国際研究交流会館)

第19回 国際がん研究シンポジウム 「感染、がんと予防」



シンポジウム会場

がん予防展



がん予防サイクル体験機
(2005年10月14日～16日 参加者2,500名 札幌市)

がん講演会



熱心にメモをとる参加者
(2005年10月15日 参加者481名 九州がんセンター)



アメリカ、イギリス、オーストラリア、カナダ及び
国内から演者を招聘
(2006年1月27日～28日 国際研究交流会館)

第6回国際がん看護セミナー
「これからのがん看護」



セミナー会場

テリー・フォックスによる
寄付の贈呈式



ジョゼフ・キャロン駐日カナダ大使(左から3番目)
(2005年12月21日 国際研究交流会館)

がん研究助成金贈呈式



河野会長より一般課題24名、特定課題3名、
テリーフォックス記念課題1名に贈呈
(2006年3月17日 国際研究交流会館)

国立がんセンター東病院「臨床開発センター」新設



臨床開発センター



臨床開発センター玄関



開所記念式典

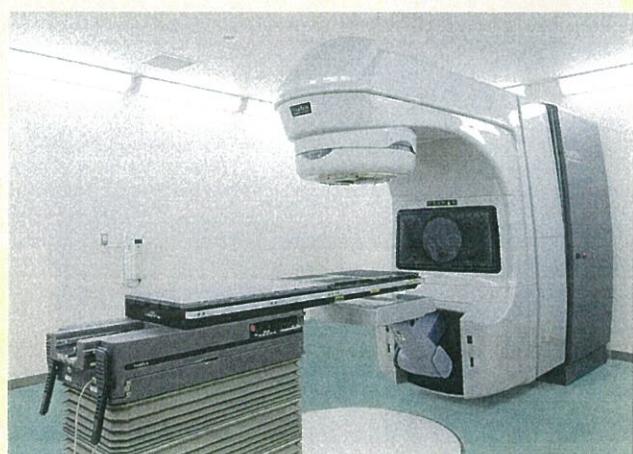
独立行政法人国立病院機構四国がんセンター新病院移転



四国がんセンター



PET-CT



リニアック



がん相談支援・情報センター



伊豫の細道

加 仁 第33号 目次

カラーページ がん研究振興財団の事業から／ZOOM UP

巻頭言

- 発想の転換 中 島 正 治 6

座談会

地域におけるがん医療の均てん化のための課題

- ・景浦しげ子／佐伯英行／新海 哲／高嶋成光／谷水正人／中橋 恒／樋本真聿／村上 博／土居 真 7

感想文

- 杉村 隆著の「自らがん患者となつて」を読んで 牛 尾 恭 輔 27

冬瓜の記

- 病と連れ添つて 山 崎 美 代 31

がんセンター探訪

- 独立行政法人国立病院機構四国がんセンターの紹介 高 嶋 成 光 36

新 海 哲

仲間 [活動紹介]

- 12Bネット 在 家 智 40

- VOL-Net 中 山 須 美 43

国際シンポジウム・ハイライト

- 第 19 回国際がん研究シンポジウムを終えて 斎 藤 大 三 46

国際がん研究講演会要旨

- アーサー・D・リッグス博士 牛 島 俊 和 50

- (シティ・オブ・ホープ、ベックマン研究所長) 牛 島 俊 和 50

国際がん看護セミナーに集う

- これからのがん看護 —第 6 回 国際がん看護セミナーから— 鎌 田 良 子 51

研修報告

- UNIVERSITY OF FLORIDA SHANDS HOSPITAL HEMATOPATHOLOGY LABORATORY での研修 石 壇 みゆき 58

- メイヨー・クリニックでの研修 伊 藤 淳 子 61

- Memorial Sloan-Kettering Cancer Center と Mayo Clinic での研修 小 住 好 子 66

- 高度放射線診断装置の撮影技術とその運用 中 屋 良 宏 69

研究解説

- 前立腺がんに対する高線量率小線源治療に関する研究 吉 岡 靖 生 72

ニュース・トピックス

- 臨床開発センターの活動 江 角 浩 安 75

質問コーナー

- 子宮がん Q & A 野 河 孝 充 80

松 元 隆

日 浦 昌 道

財団の事業概要

- 「第 3 次対がん 10 か年総合戦略」支援事業 84

- 看護等コ・メディカルの人材育成事業 91

- 第 38 回がん研究助成金の贈呈 92

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

あとがき

発想の転換

厚生労働省健康局長

中島 正治



厚生労働省「健康局長」を拝命しておよそ9ヶ月が経過した。この間、何人かの方から「健康局長」とは良い名前ですねとお褒めの言葉をいただいた。別に私が創った訳ではないので自慢するつもりはなく、ただ、日ごろから健康には気をつけて、というよりもスポーツが趣味なので体を大切にしてきただけなのだが、お陰でほぼ健康体でいられている。

現在の重要な職務の一つが生活習慣病対策である。

もともと臨床医時代には外科をやっていた関係で、生活習慣病とは分りにくい病名だと訝しがっていたが、仕事で担当することになり、そうも言つて居られなくなった。

成人病から生活習慣病への名前の変更の経緯を読むと、がん、高血圧や動脈硬化など歳をとったら成っても仕方がないと考えられていた病気の多くは実は生活習慣が原因で、これを変えれば成らずに済むし、一定程度は治るということから生活習慣改善という意味をこめてこの名前にしたということである。

これまで健康日本21など様々な取組を行ってきたが、今ひとつ普及が進まなかつたところ、昨年8学会が共同でメタボリック・シンドローム（内臓脂肪症候群）という考え方をまとめた。基本は、内臓脂肪の過剰蓄積が上流にあり、軽度の高血糖、高血圧、高脂血症との組合せで心血管病変の発症リスクが大きく増大するというものである。早期に発見して運動、食事などで改善する必要があるというものである。

単に、歳をとってもお達者でというだけなら新しい感じもしないのだが、もう一步進めて考えると、積極的な健康管理によって高齢期の生活設計が一変する、社会構造における高齢者の位置づけが大きく変わる要因とも考えている。ゴルフなどのシニア競技の振興など既に萌芽はいくつも見られるが、新たな社会構造全体を考えていかなくてはならなくなってきたと思う。

人類は食料増産による飽食、車移動、流通、コミュニケーション技術の発達などによってますます体を動かさなくなり、それが進歩だと勘違いしてきた。考えてみれば人は食物を求めて、外敵から身を守りながら野原を駆ける中で生延びて進化してきたのであるから、現代社会のような生活態度で長寿社会を迎えるには、不適応が生じるのは生物学的には当然ともいえる。しかし、ようやくここに来てその弊害に気が付き更に具体的にどうすれば良いかが分ってきた。

これはこれまでの欠乏や労役からの開放という潜在欲求を見直し、新たなパラダイムで生きていこうとする試みであり、超高齢化社会に向けての人類の1つの進化だといったら言い過ぎであろうか。

ただ、ダーウィン風に言えば、この進化する形質は（年齢的に）遺伝子・DNAとは別の形で受け継がれなければならない？？

（なかじま まさはる）

地域におけるがん医療の 均てん化のための課題

平成 18 年 1 月 20 日



(出席者)

景浦しげ子 愛媛県 保健福祉部 健康衛生局長
佐伯英行 住友別子病院 診療部長
新海哲 独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター 副院長
高嶋成光 独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター 院長
谷水正人 独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター 外来部長
中橋恒 医療法人聖愛会 松山ベテル病院 院長
櫃本真聿 愛媛大学医学部 附属病院 医療福祉支援センター 副センター長
村上博 医療法人立命会 村上循環器科病院 院長

(司会)

土居眞 財団法人がん研究振興財団 専務理事 (敬称略・五十音順)

はじめに

司会 お忙しいところをお集まりいただきまして、ありがとうございました。

さて、厚生労働省は、第3次対がん総合戦略の策定後、その柱の1つであるがん医療の均てん化について、「がん医療の水準の均てん化に向けて」(平成17年4月)という報告書を発表し、また、第2回地域がん診療拠点病院のあり方に対する検討会(平成17年8月)においてがん診療拠点病院の指定要件についての方向性を纏めました。「がんの罹患率と死亡率の激減」に向けて、厚生行政が大きく動きはじめましたが、医療を取り巻く環



高嶋先生



土居専務理事

境は、非常に厳しいものがあります。がん医療を担うものにとっては、がんに対する国民のニーズに応えなければならない一方、医療を運営しなければならないという非常に大きな転換期にきているのではないかと考えられます。

がん医療の均てん化にあたって、愛媛県でのがん医療の現状と均てん化にあたっての課題について話を進めていきたいと考えています。

(がん診療拠点病院の指定要件の方向性については、資料として掲載しています。)

がん診療拠点病院の立場から

司会 まず、この4月に病院を新たに建て直し、移転されます四国がんセンターの高嶋先生から、お願いしたいと思います。

高嶋 四国がんセンターの歩みについて、まずはお話をさせていただきます。昭和41年に国立松山病院にがんの診療機能を強化するということで、四国地方がんセンターが併設されまして、現

在地で病棟等の新築が行われました。それ以来、がんの診療に重点を置いた総合病院として運営してきましたが、がんの増加に伴い昭和54年に国立病院四国がんセンターと名称を変更しましてがん専門病院に特化しました。

そのため、施設が老朽化しており、建て替えが大きな課題でした。しかし、現在地が松山城内であり現地建て替えが困難ということで、移転整備を目指しました。これには地元の協力がどうしても必要であり、これまで何度も働きかけを行いましたが、実現しませんでした。この大きな理由は、当院ががん専門病院として地元ではありません高く評価されていないことでした。

そこで、がんセンターとしての将来構想を明確にし、診療機能を向上しなければならないと考えまして、平成9年に国立がんセンターにお願いして、副院長を派遣していただきました。初代は江口先生で、5年間一緒に仕事をさせていただきまして、東海大学の教授にご栄転されております。現在は、後任として新海先生に来ていただいております。また、臨床研究部長として東病院から田尻先生を迎えて、2年間研究部門の整備をしていただきました。この人事により、臓器別チーム医療体制が進み臨床研究が活発となり、四国がんセンターは国立がんセンターと密接な連携ができるようになりました。変わりつつあるとの地元の評価を得ることができます。今回の移転整備の追い風になったと思っております。

人事交流は、病院を変えることに非常に効果があるというのがよくわかりました。今日、ご出席いただいている住友別子病院の佐伯先生は、四国がんセンターに在職中、国立がんセンターで肺外科の長期研修を受けられ、当院の肺外科を支

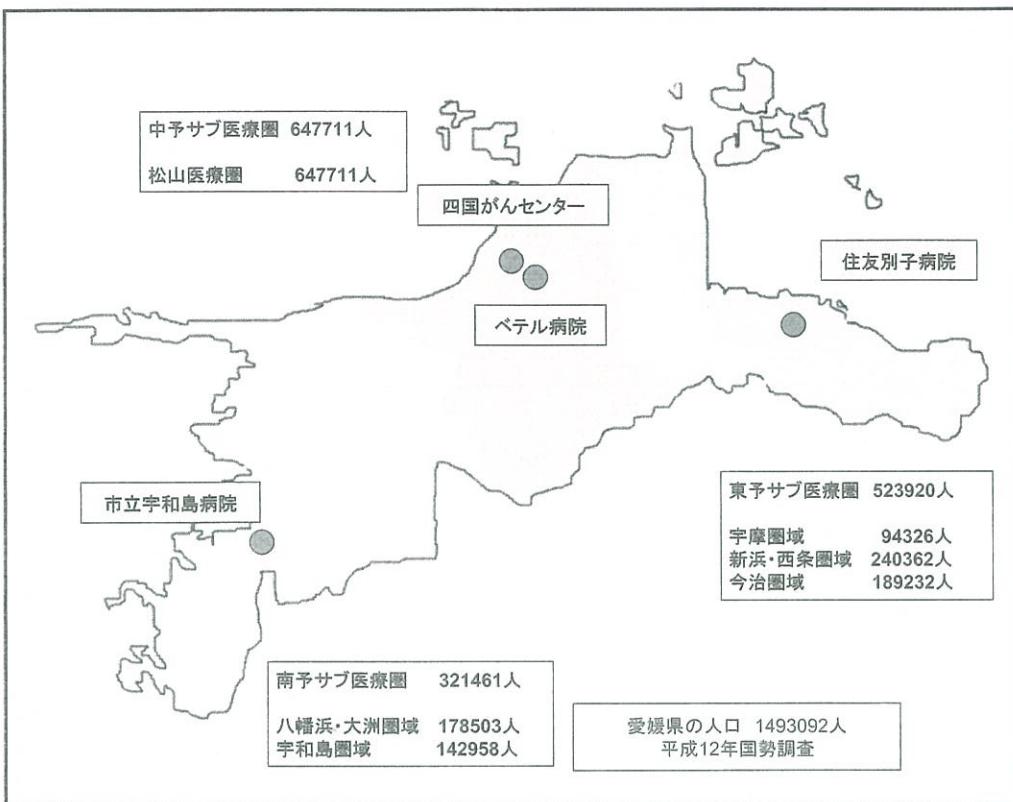


図1 愛媛県のがん関連施設（がん診療拠点病院及び緩和ケア承認施設）

えていただきました。住友別子病院に転勤されまして、この度の地域がん診療拠点病院の指定に、大変ご貢献されました。人事交流によって、がん医療の均てん化が図られるということを実感しております。

新病院は4月に開院します。PET/CTや高精度放射線治療装置など最新の医療機器を整備しました。また、外来化学療法を推進するための通院治療センターとこれを支援する院内宿泊施設や緩和ケア病棟の新設などによりまして、早期から終末期までがんの全てをカバーできる機能を持つことになり、四国のがん基幹医療施設としての役割をはたせるものと思っております。

司会 ありがとうございました。では続きまして、平成17年1月に地域がん診療拠点病院に指定された住友別子病院の佐伯先生にお願いいたします。

佐伯 住友別子病院の診療部長をしており、専門は外科です。住友別子病院は、およそ120年前に開設され東予地区の中核的な病院として機能しています。現在、がん患者は増加し、職員の中にも、がんを一生懸命やりたいグループがあり、平成16年10月に「がん診療部・がんセンター」を

立ち上げ、毎月がんに関する勉強会等を行っています。がん専門病院ではありませんが、いろいろやってきた実績などから、まだ足りない部分があると思いますが、東予地区の地域がん診療拠点病院として認めていただきたいとお願いしたところ、平成17年1月やっと認可をいただき、1年が過ぎたところです。

401床の病院で、病院の規模としては、まずまず大きいのですが、先程申しましたように、がん専門病院ではありません。365日救急をしており、小児科とか産科もあります。医師も50名位いますが、がんだけを診ている医者はいません。また、17年7月に、がんセンターの外来部門をつくりましたが、がん専門の病棟があるわけではありません。

スタートしたばかりで、東予地区で、どういうふうにすれば、がんの診療拠点病院として認めていただけるのか、また、厚生労働省から求められているものに、どのように対応していくか、これから一歩一歩努力していかなければと思っています。まだまだ人的な面、設備面などいろいろ課題があって、これをどういうふうに一つずつクリアしていくかということが問題だと思っています。



佐伯先生

五大がん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん）に関して、とにかく全国標準レベルのことは、カッチリやれるようにというのを第一目標にし、あと、泌尿器、婦人科領域のがんもしっかりやっていきたいと思います。

四国がんセンターに20年間お世話になった時は、ほとんどがんの手術をやっておればよかつたのですが、現在は、全身麻酔の手術症例の約5割ががん関係で、逆に半分はがんではありません。そのへんの振り分けと言いますが、がんをやっていると、結構大変なのですが、救急が来れば、すぐ緊急手術もしなければなりません。病棟も同じように、良性疾患も診ていかなければならぬので、どういうふうに棲み分けしていくのかというのが、これから課題だと思っています。

司会 入院患者の内、がんの占める割合はどれ位ですか。

佐伯 手術症例で約5割ですから、せいぜい3、4割だと思います。

谷水 緩和ケアについては、非常によくいろんな活動がなされています。住友別子病院が地域がん診療拠点病院に指定されたことで、私たちとしては、すごく紹介しやすくなりました。がんセンターと名乗りをあげてもらったおかげで、何か一つの道ができたなと思っています。誰に紹介したらいいか、地域の状況までわからなかつたので。それから、先生方が、いろんなところで発言をされ、情報発信をされますので、仲間ができたという気がし、心強く思っています。

佐伯 緩和ケアも、「がん診療部・がんセンター」を作ろうという医者と、がんの緩和に興味のある看護師や薬剤師がいて、それらが原動力になって緩和ケアチームができました。がんの病棟や

緩和の病棟があつたりするわけではありません。各科で緩和ケアが必要な患者さんを抱えた時に、チームで相談にのってくれます。主治医が独りよがりでやるのではなくて、ソーシャルワーカー、薬剤師、看護師らも訪室し、何が一番いいのかといことを検討して、サポートしましょうという形でおこなわれています。

しかし、緩和チームに相談したほうがいいと思っても、独自の世界で、チームに回さない医者もいます。緩和医療に関心のある医者は、疼痛管理にも熱心で、かなりのレベルに達していると思いますが、がん患者さんの受け持ちになった時に、全員がその通りにしているかというと、やはり自分の世界でやっておられる人もいます。なんとかチームに入ってもらえるように、相談するというような方法で、院内での均てん化を図っていかなければと思います。

また、正直に申し上げますと、緩和があまり増えてしまうと、救急用のベッドとか、手術症例の患者さんとかがあるので、今後、緩和ケア病棟をつくるべきかどうか個人的には悩んでいます。企業病院ですから、経営面もいろいろあり、具体化しようと思うと、けっこう大変です。ですが、地域がん診療拠点病院に指定されましたので、腫瘍外来が始まってまだ半年ですが、そういうニーズが多くれば、病棟の整備もしていかないといけないと思っています。半年や1年後にできますよとまだ言えないのが現状です。

高嶋 実際、私たちのがん専門病院でも、緩和ケアチームに任せない医者がいます。院長回診の時、「これは緩和チームに任せなさい」と言いますが、自分で抱え込んでしまいます。住友別子病院は総合病院ですから、そのようなことが多いと思います。院内教育からはじめないといけないですね。

佐伯 住友別子病院の緩和ケアチームのような体制が、これから的一般病院におけるがん診療の中で、いかに患者のニーズに応えられるかというキーになるような気がします。ホスピス病棟を作れば、金はかかるし、200箇所も400箇所も1000箇所も作らないといけないという話になる。医療はパンクします。チームという発想でやっていか

ないと、医療経済的にも難しい。

ところが、実際的にいろいろな学会とかでお伺いすると、緩和ケアチーム自体も、各科でやっていて、結局チームが全然活きてこない。チームの方も、外来が持てず中途半端、結局、自分はなんのためにということになる。

だから拠点病院の中で活かそうという病院の理念が重要ですね。それで、四国がんセンターの緩和ケアチームは、こういう院長先生の一言でバーンとなって、実際動いて、こんないいことができているというモデルを是非作っていただきたい、それは使命だろうと思います。

地域における緩和ケアの推進の立場から —松山ベテル病院の取り組み

司会 緩和ケアについて松山ベテル病院の中橋先生、お願ひいたします。

中橋 松山ベテル病院の活動を紹介し、松山の医療の中でどの部分を担っているかについて話をさせていただきます。

松山ベテル病院は、1982年に隣接する有料老人ホーム「エデンの園」入居者の健康管理のバックアップ病院として設立されました。高齢者の方々に、穏やかにゆったりと健康的に過ごしていただくための支援病院として、最初は81床でスタートしました。病院自体の開設理念として、身体から病を取り去ることと同時に、心身共に病んでいる患者を全人的にケアすることを掲げておりましたが、同時に病院は人々が死を迎える場所であるという考え方より、臨死患者の心身の苦しみに正面から取り組むホスピス精神を柱とした病院づくりを進めてまいりました。



中橋先生

現在は155床あり、ホスピス病床が20床、神経難病病床30床、そして療養病床（医療型）60床、一般病床45床で運営しています。

先程申し上げたホスピス精神を理念としていますので、医療法人聖愛会として、松山ベテル病院以外にも訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、在宅介護支援センター、老健施設を持っています。

2000年にホスピス病床20床でスタートして、最初は100人程度が入院され、年々ご理解いただくようになり、現在180人ぐらいが利用されるようになりました。この間どういう変化がおきたかというと、終末期の看取りを目的とした患者の紹介だけではなく、在宅医療の支援という形で、6カ月以上の余命の残っている方、年単位で残っている方も、少しずつご紹介いただくようになってきました。その結果、在宅ホスピス症例がどんどん増えてきて、2005年の4月から12月で60ケースになっています。そのうちの約3割が、自宅でお亡くなり、在宅も含めたケアへ活動が拡がっています。

国の施策として、緩和ケアは、在宅ケア促進の方向に流れていると思いますが、患者・家族の生活の場を重視したニーズを素直にお受けしていくと、やはり家で生活したいということになり、松山ベテル病院という一つの狭い世界の中ですら、そういう方向にもう動いています。

しかし、松山ベテル病院という世界の中だけで、松山市内の全ての患者・家族のニーズに応えるのは不可能で、連携という形で、どうやって松山市内に拡げていくか、ボトムアップ的に松山ベテル病院が考えなくてはいけない今後の課題になると思いながら、診療しています。

先程、住友別子病院の先生の話された緩和ケアチームには、大変関心があります。ホスピス（緩和ケア病棟を有する診療施設）は、全国で150カ所位しかありません。病床数にしても、2900床位だと思います。がんで年間30万人亡くなられますが、ホスピスだけで実際的にうまく対応できるかといったら、無理です。

がんの治療を主体とする急性期病院からの紹介事例ですが、80才位のおじいちゃんで、肝臓が

んの診断でした。そこは、がんだからということだけで診てくれない。抗がん剤を使うなら診てくれる、手術するなら診てくれる。しかし、80才の高齢から、手術や抗がん剤治療を選択しない、がん患者というだけで、どこもとってくれない。このような患者が、生活の場を重視した療養の場の選択を縦割りの各科で方向付けするのではなく、横断的に緩和ケアチームが担うべき役割をより明確にしていくことが、病院の機能向上の切り札になるものと思います。

少なくとも愛媛という地で均てん化ということを考えると、地域がん診療拠点病院である四国がんセンター、住友別子病院、市立宇和島病院での緩和ケアチームが、国がこういう制度でやりなさいということを実際やれるのかどうかという現状の部分と、やれないとすれば、緩和ケアチームとして、一般病院の中で、こういうふうに制度を変えないと絶対に均てん化なんて無理ですよといった、現状の提言をしていただきたいと思います。

司会 在宅医療を進める場合、訪問看護ステーションとの連携が大切だと思います。

中橋 残念ながら、訪問看護ステーションの持っている力量がまだまだ低いのが現状です。例えば、腹水でおなかがパンパンになっているような患者さんを受けるといった場合に、「うちでは…」ということになって、結局、たらい回しみたいになることもあります。均てん化にあたっては、訪問看護ステーションの力量を、どうやって高めていくかということも大きな課題だと考えています。現在、私達は月1回、松山市内の訪問看護ステーションのスタッフや開業の先生方と一緒に「在宅ホスピス勉強会」を開き、個々の看護師、医師のスキルアップを図っています。

司会 院内の連携に関して何か対策を探されていますか。

中橋 150床の小さな病院ということで、壁が全くありません。

司会 緩和ケア病棟は、終末期の患者さんが多いですね。入院期間はどの位になりますか。

中橋 看取りが多く、180人のうち90%以上が入院されてお亡くなりになる。入院期間は35日ぐらいです。



谷水先生

谷水 ベテル病院は、在宅でできる間は在宅で支えて、終末期を病院で看取るというスタイルをとられています。だから、松山市では、緩和ケアの患者さんで、終末期にいろいろな問題を抱えている患者さんの救いになっています。在宅で本当は支えたいんだけど、地域で見ることができないというような患者さんも含めてベテル病院にお願いすることが多い。しかし、いつもいっぱいなので、紹介しても、即入院できるというケースは少ないですね。

中橋 はい、なかなか難しいです。開業の先生の中に一部熱心な方がいらっしゃって、日頃のおつきあいの中で、「入院の時は、ホスピス病棟にお願いします」という話をされます。その上で、「この間の患者、今から入院できますか」といった問い合わせがあり、ベッドが空いていれば、「いいですよ」みたいな格好で入院をしていただく。それが聖愛会という枠から出た連携の部分として、一つの接点になるのかなと思います。そういうたら日頃から情報交換を密に行っている連携施設が、もう少し増えればと思います。

大学から見たがん医療；地域との連携を求めて

司会 ありがとうございました。それでは続いて樋本先生お願いします。

樋本 私は、愛媛大学病院の代表者ではありませんので、あくまで一員としての意見になりますが、これまで行政にいましたので、その時の関わりの中での大学の動きだとか、今、独立行政法人になって大学が変わりつつあるのを見てきている中で感じたことお話をしたいと思います。

昭和48年に愛媛大学の医学部ができて、昭和51年に病院がスタートしました。既に30年経ったわけで、卒業生も随分県下に広がりました。地域医療を掲げて進めてきたという点では、医者を輩出し、地域の医療の向上に関わってきており、それなりの役割を果たしてきたと思います。

当初は、先生方もずいぶん地域に出ておられましたが、だんだん、研究とか、また最近では、国家試験の合格率もあって、教育に力がシフトしています。地域との距離が離れつつあると思っています。また、独立行政法人という試練を受け、大学の場合は、教育研究ということで医師も集まりますが、そこに医療経営という新たなベクトルが入り大きな負荷がかかってきています。

ただ、変われるチャンスも、実は来たわけです。独立行政法人になることで、もう一度地域に目を向ける、患者主役とか、あるいは自己評価だけではなく外部評価を受けるといった社会貢献的な大学の役割を見直すようになりました。各科、医局毎に動いていたものを少しづつ横でつなげながら、大学全体として関わられる部分を徐々に増やしてきました。その中で、今、私がおります中央診療施設に医療福祉支援センターが、この4、5年で全国の国立大学にできました。愛媛は、だいたい石橋を叩いて渡らないというのが県民の気風でありますから、この件に関しては、全国で3番目にできた。臨床医ではなくて、私のような厚生行政をやっていた人間を引っ張ってきたという点で、大学も一つ変わりつつあるのかなと思います。

20年ぶりに大学に戻りましたが、やはり大学の状況としては、各科ごとのいろんな判断が基本的にはあり、なかなか病院全体として地域に関わっていくようにはなっていない。先程から緩和

ケアの話が出ていますが、緩和ケアチームはありますが、あくまでそれは病院内の患者さんに対する痛みのケアということで、生活支援としてはまだ稼働していません。院内をチームとして横につなぐことの難しさがあるのかなと思っています。

また、これまで、文部科学省所管ということで、厚生労働省に医療の動きがあつても、基本的には文科省の指示を受けてやっていたということで、勝手に動けないといいますか、医療機関として現状を踏まえて動くというよりも、教育機関として動くということがありました。それが独立行政法人になって、医療という考え方方が強く入ってきたように思います。これからは国のいろんな指示というよりは、むしろ地域において大学病院はどう役割を果たしていくか、そういう状況にはなってきたのではないかと思っています。

医療福祉支援センターは、基本的には患者さんの退院支援だと相談だと、心のリスクマネジメントを患者サービスとして担っています。しかし、一番大きいのは、大学病院としての地域との連携です。大学は、同門会など直接医師との連携の中で患者紹介や治療が行われてきましたが、医療機関の間で、患者の希望を踏まえた紹介ができるようになってきました。これまであまり大学との接点がなかった病院からも患者が送られてくるようになったし、送りやすくなったり、窓口を持つことで、ある意味での均てん化と言いますか、患者さんが選択し、大学を選ぶことができるようになってきたと思います。

安心してがんになれる地域のプランニング —地域中核病院のネットワーク化

櫃本 大学病院の役割としては、中核病院、大学の中では、競争相手だと思っているケースが多いのですが、この中核病院との連携ということを、医者だけのネットワークではなくて、病院間のネットワークが組めないだろうかと思います。そのことによって、セカンドオピニオンのような、まさにがん治療の均てん化、診療機能の均てん化とか、ある意味で非常に分かりやすいシステムが中核病院間の連携のもとで成り立つのではないか



櫃本先生

考えています。患者を受け入れる方はいいが、送り出す方がなければ、これは成り立ちません。中核病院の連携をしっかりとやっていく必要があると思います。

できれば、医師会と行政が一体となって、今後の医療のプランニングをしていただければ、その中に中核病院が連携を組んで、きちんと入っていく。その中に、こういったがん診療拠点病院がしっかりと位置づけられる。できれば教育という面でも連携が必要です。大学は正直、緩和医療についての教育ができませんし、がんについても、全てを網羅しているわけではありません。そういう意味では、個人的な考えですが、ぜひ四国がんセンターには、大学の教育についても参画していただいて、教育の時点から均てん化ということを進めていきたいですね。

それから、どれだけ情報発信を中核病院からしていくかです。がんには特化されてはいませんが、がんというのは、ある意味で非常に日陰にあると思います。しかも今回、がんの診療拠点病院ということと、もう一つはがんの場合は治るがんと治らないがんの中で、治らないがんに対して、生活支援という面が非常にありますので、医者だけではない、もっと医療全体、あるいは福祉も含めて、地域でいろんな支援が関われるような、そういう地全体が協働するような体制が必要ですね。がんにならない、あるいはがんになって、きちんとした治療を受けることができるという医療モデルではなくて、できれば「安心してがんになれる愛媛県」みたいな、極端に言えば、そういう中で、もっとネットワークが組めたらなと思っています。このへんのあたりの教育が大学病院ができるかどうか重要なと思います。

モデルとなった大学病院の医療福祉センター

谷水 病院でも、といった医療連携室とか、ケースワーカーとか、社会福祉事業部みたいなものがだんだんと注目されていますよね。その先鞭をつけたのは、やはり大学の医療福祉支援センターですね。

櫃本 そうですね。それまで作っていたのは日赤とか、当然ありますけれど、それを横でつなげたり、いろいろ他のところにも増やしたり、医師会も当然やっていただいているが、促進因子にはなったと思います。

それと、大学の中では医療福祉センターは営業本部だと言っています。だから、大学が戦略を立てる時には、センターを通してやってくれとお願いしています。大学での患者の出入りは、できるだけセンターを通してやることで大学全体の情報を整理するわけです。これは医療経営にとっても、非常に大きな力になると確信しています。あとはできるだけ一般の方に知っていただくように、出かけて行くようにしています。マスコミにも顔を出すようにして、私も、FMで土曜の朝7時から番組にてて、いろんな情報を提供しています。直接電話がかかってくるケースの半分ぐらいは、大学病院以外の患者さんで、今後も患者さんに医療福祉センターについて知っていただく努力を是非していきたいと思っています。

大学に求められる高次医療とは？

新海 研究それから教育は当然大学の使命だと思いますが、診療については、一般の病院、例えば日赤とか県立中央病院と同じレベルを期待していないと思います。だから、いわゆる均てん化ということで大学に役割分担として求めるのは、先端的な診療を期待している、そういうところで、均てん化は図れるかと思いますが、そういう方向等はどうでしょうね。

櫃本 大学には、高次医療に対する希望は強いのですが、地方大学は医療経営ということを、



新海先生

ポンと出されると、正直言ってP E T (Positron Emission Tomography、ポジトロン・エミッショ n・トモグラフィー) 一つも、早急に置けない状況です。高次医療というのは、かなり限定しないと取り組めない。大学に行けば、色々な高次医療が受けられるという時代は、地方大学にとっても非常に難しくなってきています。ですから、高次医療も中核病院で役割分担しなければと思います。これはがんセンターの方がいいよ、あるいはこれは住友別子病院の方がいいよと、そういうことをはっきり大学が言えるかどうか。

中橋 愛媛という地域性の中で、愛媛大学は、愛媛の人達に、大学側としての売りを、どういうふうにお作りになられるのか興味がありますね。

樋本 今の状況でいくと、大学病院であろうと、住友別子病院であろうと、四国がんセンターであろうと、経営という中で競争を強いられますね。だからどちらにしても、患者さんにとってではなくて、病院にとって先行しがちです。一つは患者主役という非常に高邁な目標を持たされ、もう一方では、医療経営、医療費削減を言われ、これを両立するように言われているわけです。連携については、両方が成り立つということで、ある程度は理解されていますが、いざという時には、やっぱり、うちの病院が生き残るにはという発想になってしまします。これを是正できるのは、私は、行政がどれだけ、地域医療計画の中で、それぞれの病院の役割分担を調整（マネージメント）できるかだと思います。行政の役割の大きさって、すごく痛感しますね。

高嶋 今回、地域がん診療拠点病院に、大学病院のような特定機能病院を含めようというのは、医師の派遣を期待しているのです。例えば、四国がんセンターから国立がんセンターに研修に出したいと思うと、その抜けた後が困る。それを大学にお願いしたいわけです。

樋本 卒後の臨床研修制度ができたために、愛媛など地方に若い医師たちが残らなくなっています。完全に地域医療から逆行しています。大学自身に地域に送るパイがないという現状です。

システムとしての地域連携と医師会の役割

司会 在宅医療を進めるための病診連携のシステムについて、村上先生、よろしくお願ひいたします。

村上 現在、松山市医師会の病診連携委員会の委員長をしております。その他にも医事紛争処理委員会や2年前に作った患者さんの苦情相談窓口を担当しております。今まででは最善のことをしていると思っていたのですが、医事紛争処理委員会とか、苦情相談窓口の担当をしますと、患者の目といいますか、非常に気になる面もあります。トラブルが起こったケースを分析しますと、インフォームドコンセント、医療水準、あるいは医療者間のコミュニケーションの問題など、いろいろ身につまされるものがあります。今日は連携やネットワークについて、医師会の取り組みを紹介させていただきます。

松山市医師会では、連携とネットワークに関しては非常に重要な問題だと認識をしていました。戦後間もない頃の医療ニーズは比較的均質でしたが、経済が成熟し情報技術も格段に進歩したことから患者のニーズも極めて多様になり、その全てを一医療機関で完結することは不可能になっていると考えています。平成10年に、松山市医師会在宅医療部と病診連携委員会を立ち上げました。これは医師会として在宅医療や連携が重要であると認識していたからです。それに先立ちまして、医師会で連携がどのように行われているかを調査しました。かかりつけ医が病院を紹介する際、その病院を選択する基準として上位にランクされたものは、「以前自分が勤務していた病院」、あるいは「個人的なつながり」という項目で、また勤務医が、かかりつけ医に逆紹介する際に、選択する基準は「病院のO Bだったから」、「個人的なつながり」という項目が多かった。これは非常に重要なことですが、これだけでは問題が残るを考えました。

そこで在宅医療部と病診連携委員会は活動を始めたわけですが、今日紹介申し上げるのは、病診連携ガイドという冊子です。これを作ったメンバーの中心は、ご出席の谷水先生でして、平成

愛媛県医師会では医師向けブロードバンドネットワークを軸に情報共有が進んでいる。

- 次世代インターネット技術P2Pを応用した試み
- VPNブロードバンドネットワーク内で安全に通信
- 最新の医師、医療機関情報を持続的に維持
- ユーザーが簡単操作で情報を更新
- メールへの連絡機能、Webmail連携機能あり
- 管理者のメンテナンスを大幅に軽減

図2 愛媛県医師会ネットワークが導入している病診連携支援システム（H14年～）

10年から12年度の厚生科学研究補助金、医療技術評価総合研究の課題として、「患者満足度の向上を目指したネットワークを利用した医療情報提供体制の検討」を行い、これに基づいて冊子を作りました。

ネットワークの目的は、かかりつけ医と病院が、患者を中心として役割を分担し、より良い医療、効率的な医療を提供すること、また基幹病院から中小病院や診療所へ逆紹介を行う際に、有用な医療情報の提供を行うことを目的としました。ガイドは、疾患と言いますか、項目を3つ作りまして、末期がんにおける緩和医療、在宅医療、脳血管障害について作りました。

今までの話を聞いて非常に重要なと思ったことは、こういう連携の冊子を作るにあたって、連携に対して強い理解を持つこと、今、具体的にどのような医療が提供できるのかということが大事であって、診療科を超えた連携が重要であると思いました。

緩和医療については、先生が何科であるかということではなくて、麻薬の処方が可能かどうか、酸素吸入ができるか、輸液や中心静脈栄養の管理が可能かどうかといった踏み込んだ情報を提供しています。また「患者申し送り票」を作り、患者が疾患についてどのように理解しているか、家族

医師情報検索表示



医療機関情報検索表示



がどのように理解しているか、あるいは家庭の状況、例えば、エレベーターの有無や玄関から寝室までの距離などを申し送りしています。

ガイドの問題点を少しお話します。連携というのは、現場にいると、医師と医師との信頼関係からスタートします。こういうガイドで示したものは、顔の見える連携で不十分なものを補足するような役目を担っており、それ以上には、なかなか難しい。

また、患者は、あるいは紹介する医師もそうだろうと思いますが、近所だから紹介するとか、聞いたことがあるから紹介するというのではなくて、先生の医療レベル、医療機関の具体的な医療の内容などを考えた上で紹介するだらうと思います。紹介する側は紹介される側を、紹介される側は紹介する側を、無意識のうちに個々に評価をしている。その評価に残るように、皆が研鑽をしなければいけないと思います。こういう冊子だけではなくて、お互いに顔が見える場を作る、あるいは実際に研鑽をしようということで、在宅医療部を中心にして、懇談会や懇話会を継続して開催しています。今年になって、在宅医療に特に関心を持っている先生が集まり、「在宅医療を考える医師の会」というのができました。毎回、診療科を超えて、約30名程度の医師が参加しています。

また、「在宅医療懇話会」では、コ・メディカルを含めて、毎回100人を超える集まりで、定期的な勉強会をしています。

患者さんを中心にして、患者が選択する際に役に立つ情報提供ということを強くこれからも意識して、このネットワークをより強固なものにしたいと考えています。

司会 ありがとうございました。病院の方からネットワークを通じて在宅医療に取り組んだご経験がありますか。

中橋 私のエリアでは、なかなか見つからない。協調というよりは、結果的に患者の取り合いみたいになってしまいます。例えば、診療所の先生が往診しておられる患者さんが、私どもの病院を受診されたことがあります。当院がどういう関わりをもてばいいか思い悩み、ちょっと引きながら対応すると、なかなかスムーズに行かないことがありました。普段から、在宅にかかる先生方でお互いに顔の見えるお付き合いの努力もしておかないと、なかなか難しいと思います。

高嶋 各基幹病院は、自分のところに患者さんを送ってくる先生方のネットワーク作りをやっていますね。私は松山市医師会の副会長として学術部・勤務医病院部を担当しています。この部会では定期的開業会員と勤務医会員が意見交換をして



景浦局長

おります。これを広げて、医師会レベルでの連携を構築ができればと考えております。各基幹病院でやると患者の取り込みになりますね。

景浦 新しい医療計画を作るために、平成16年度に県全体の医療施設の調査をしましたが、在宅末期医療総合診療を実施している診療所は3か所しかありませんでした。一方、在宅悪性腫瘍患者指導管理を行っている診療所は105か所でした。在宅医療をやれば当然、終末期に関わらざるをえないと思いますが、その部分についてはまだ十分でないのかなと感じたのですが。在宅自己疼痛管理指導管理も53か所ができると回答していただいています。

谷水 実感では、もう少し実際にはやっていると思います。調査方法で変わって来るのではないかと思います。



定期講習会

- 在宅医療懇話会:3回／年
- 在宅を考える医師の会: 3回／年
- 愛媛がん性疼痛研究会:2回／年
- 愛媛ターミナルケア研究会:2回／年
- 心豊かな生と死を考える会:6回／年

地域医師会内の委員会

- 在宅医療検討委員会
- 病診連携委員会

医師会などを軸として多数の定期講習会、研究会が立ち上がっているが、現在は医師の参加はまだ少ない(100-150人の参加者中医師は約30人)のが現状である。

図3 在宅がん患者への医療レベルアップ、均てん化を目指した地域の試み

表1. 愛媛県のがん医療の現状（平成16年10月「愛媛県医療施設調査」）

1 高度専門的な医療機能の状況（155病院）		対応できる	今後対応
診断・治療機能			
進行性肺がんの診断・治療	48	3	
進行性胃がん・食道がんの診断・治療	61	3	
進行性肝がん・胆道がんの診断・治療	56	5	
進行性すい臓がんの診断・治療	55	3	
進行性腎がん・膀胱がんの診断・治療	40	2	
進行性乳がんの診断・治療	46	2	
進行性子宮がん・卵巣がんの診断・治療	27	1	
脳腫瘍の診断・治療	32	4	
骨髄移植（クリーンルームを含む）	4	2	
特殊な胸腔鏡下手術	16	6	
リニアック放射線治療	11		
ペータロン放射線治療	2		
コバルト60遠隔治療	1		
ガンマナイフ・定位多軌道照射（サイバーナイフを含む）	3		
術中照射	2	1	
小線源放射線治療	5	2	
放射性同位元素治療	4	1	
造血幹細胞移植併用化学療法	6	1	
免疫療法（細胞療法、サイトカイン）	3	2	
鏡視下手術	41	6	
再建手術	27	4	
新規抗がん剤治験（I～III相）	12	7	
標準的治療確立のための多施設臨床試験	18	5	
ヘリカルCT	92	3	
MRI	52	6	
核医学診断	23		
遺伝子診断	3	2	
がん診療施設支援ネットワーク	7	14	
PET検査		6	
マンモグラフィー検査	33	12	
緩和ケア	8	14	
2 在宅医療サービスの実施状況			
在宅末期医療総合診療	3	3	
在宅悪性腫瘍患者指導管理	42	105	
3 認定看護師の状況			
がん性疼痛看護	1	1	
がん化学療法看護	1	1	

私たちが、病診連携マップを利用する時の一番心がけている点は、知っている先生、この先生に頼めば、できることが分かっていても、わざと頼まない。一緒にやっている現場の看護師は、いい医療を受けられるところに返そうとしますが、私はマップに書いてある医療機関に、まず声をかけます。マップに書いてある情報を信頼して、そこにお願いをする。

このあたりの地域だったら、今度はこの先生にお願いしてみようというふうな形で、次から次へとお願いし、思わぬ成果を挙げることが多々あります。但し、どこまで支えられるかは、やはり医療機関それぞれです。少々のレベルの差があるとしても、その差は我々の側で埋めれば良いわけで、それで患者さんにとっては在宅療養が実現できるわけです。今は地域医療資源（できる在宅医）の発

掘を重視してそうやっています。

櫃本 大学でも、開業医には任せられないという先入観がまだまだあります。実は、それが在宅の資源を伸ばさない一因だと思います。大学から「お願いします」、「大学は何時でもバックアップしますから」という話にすると、「じゃあ、その方は、私が前診ていた方ですから、やりましょう」というふうに在宅につながっていくのではないでしょうか。

谷水 結構、素晴らしい先生があちこち出てきますね。

櫃本 四国がんセンターは、受け皿としての緩和ケアを持っているでしょう。大学は、それが弱いでしょう。だから、バックアップしますと言つても弱いところがある。だから緩和ケアを強くして、ホスピスという、うちでベッドを持つという

ことが中心ではなくて、外と相談なり、いざという時、診る体制が必要だと思っています。

谷水 がんになっても、安心・安全ということをやろうと思ったら、病院の中もしっかりしないといけないけど、連携、ネットワークですね。それが一番のポイント。

病院の中に対しても、私は緩和ケアを担つたけれど、化学療法、手術を担っている人もいます。機能を分けていかないと、例えば手術ばかりしている人に向かって、緩和ケアが必要だから緩和ケアをやりなさいと言っても、自分のエネルギーがそがれます。そういうことがないようにするには、地域は地域で担う人を見つけましょう、院内では、緩和ケア、化学療法を担当する人と機能分化しようということです。

だから支援センターが必要だと思います。四国がんセンターでも支援センターが必要だと考えて、連携室を作る取り組みをしました。まず、松山赤十字病院に勉強に行きました。資金的、人的裏付けがなかったため、がん登録をやっている事務官に、FAXがあった時に連絡する役割をしてくれないだろうかと頼み込むところから始めました。FAX紹介から始めて、医療連携室につながり、セカンドオピニオン、医療相談を担うようになり、地域医療連携室という形になったわけです。院長以下幹部に必要性を訴えて少しづつ拡げていきました。

新病院への移転を契機に、がん相談支援・情報センターが立ち上るので、その中に、今までやつ

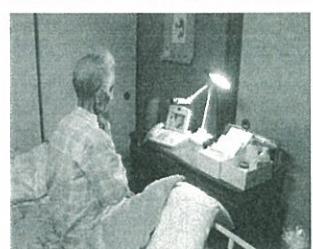
てきた機能を一つにまとめることにしています。がん相談支援・情報センターは、新病院の一番いい場所、つまり、病院に入った正面の場所に、オープンカウンターで、患者さんが相談しやすいようにし、すぐ横には個室の相談室を設けるようにしています。

連携には、診療所のバックアップ

櫃本 先程の景浦先生の言っておられた診療所の在宅医療の調査ですが、例えば大学病院なり、中核病院が、診療所をバックアップするとしたらできますかと質問すれば、また全然回答が違ってくると思います。恐らく、今の手応えからすると、中核病院等がバックアップするっていうと、やりましょうと。開業医の先生というのは、熱いですからね。環境が多少とも整えば、やっぱり患者から求められたら、やりましょうという気になるはずです。

村上 かかりつけ医としての責任があるので、在宅医療をやりたいと思う先生は、沢山おられると思います。何がそれをはばんでいるのかというのは、印象としては、夜間ですね。とりわけ深夜にトラブルが発生した時に、どうしようかという問題とか、あるいは連携をした時には発生をしていなかつた別の問題が起こった時に、どう対応するか。あるいは急変をした時、その時に、自分一人ではできないというのがこわい。

それから基幹病院、例えばがんセンターから患



- 安心して在宅医療に移行
- 処置操作の確認、指導、トラブル時に迅速に対応
- 医療機関、薬局、訪問看護ステーションの連携

平成11年から始まり、累計60名を超えるがん患者に支援を提供してきた。

図4 四国がんセンターが取り組んでいるテレビ電話による在宅がん患者支援



村上先生

者さんが返って来る時に、患者さんは、もしかすると見放されたのかもしれないという気持ちを持つかもしれません。その見放された気持ちを持った患者さんと、その受け皿になった医療機関というところから始まるのは、非常にネガティブですね。

それとはまた反対に、がんセンターと同じことが、かかりつけ医もできて当たり前だというふうに患者さんが思ってらっしゃるとこれもまた応えづらいところがある。

谷水 その問題は、紹介する時から感じています。緩和ケアチームが関わって、地域に帰るとか、医療機関を変わる場合、絶対四国がんセンターとしても見捨てませんというふうな姿勢は見せる必要があると僕も思います。

テレビ電話から始めましたが、やっているうちに、支えることが大事ではないかということに気がつきまして、テレビ電話では数に限りありますから、通常の電話サポートを始めました。スムーズに流れるようになり、よその病院に入院されていても、定期的に「如何ですか」と看護師さんが電話します。1週間に一回、必ず電話している。在宅で半年以内と思った患者さんが、2年も3年もといったケースもあります。そういう場合には、2年も3年も会ったこともないし、もう当院に来ることがない患者さんもいらっしゃいます。それは新居浜であり、八幡浜であり、宇和島、城辺町であったりしますが、もう会うことはないんです。会うことはないけれど、その患者さんが今日入院したとしても、およその病状はすぐ把握できます。そのために、当直の看護師さんやチーム参加者がいつでも見える共有データベースというものを用意しています。

地域中核病院のネットワークが在宅医療を支える

樋本 在宅医療の問題、医師会のレベルもあるけれども、諸々を考えると、がん診療を最終的に行っているのは限られた中核病院ですね。そこがしっかりとネットワークを組んで、お互い、このレベルはちゃんとやっていくことが大切ですね。エリアごとの分担もあるだろうし、得意分野もある。

例えば、大学では、せめてこの分野、例えば、緩和ケアは、せめてやれとか、緩和ケアセンターでなくてもチームとしてやれとか、医師会や行政から要望していく。こうした点や教育も含めて、お互いの役割を明確にし、レベルを上げていけば、恐らく地域の開業医の先生方は、自分の患者がどの病院から来ようと、ある程度のレベルだとバックアップがあるということでお宅医療も進む。しかも、そこで必ずがんセンターがやっているように、きちんと説明して、開業医とうまくつながるようにしていけば、かなり医療という点でレベルが上がる。それぞれの開業医に働きかけて、ただ、がんばれ、がんばれと言うよりは、ずいぶん大きなバックアップになると思います。

がん診療拠点病院の役割としては、そのレベルを維持する上で特に大学と組んだり、がん診療に関わっている病院と普段の話し合いを通じてお互いの機能を引っ張り上げていったりする役割があると思うんです。

谷水 四国がんセンターでは、今度、緩和ケア病棟を持ちます。25床です。終末期の場所として提供するのではなくて、研修とか、緩和ケアの医療のことを地域に還元する場所にしたいと思っています。患者には、緩和ケアチーム、緩和ケア病棟に係って、地域に帰れば、安心して在宅で過ごすことができる、安心して、いつでも受け入れができるという場所にしたいと思っています。緩和ケアに入院したらそのまま終末期に、あそこに行ったら、もう帰れないんだというふうな印象を拭える緩和ケア病棟を目指したいと思います。

樋本 そういう安心とか、患者さんの信用とい

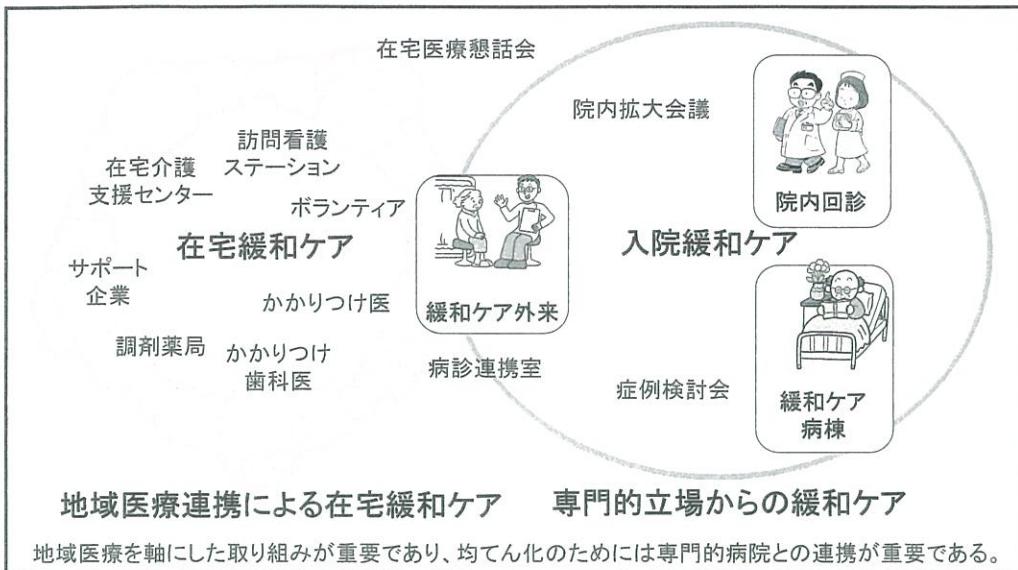


図5 これからのがん緩和医療に求められている体制

うのがポイントですよね。そこがきっちりやれるような中核病院のレベルアップと、もう一つは、ある程度中核的な機能があり、がん患者が来ている病院間でしっかりと話し合いをしていけば、診療のレベルも情報提供も、セカンドオピニオンも含めてレベルアップが図れるでしょう。

しかし、今、病院同士の横の話し合いをすることは極めて厳しいですよね。私は、実は、これが非常にやりたい。そこに行政や医師会がバックアップしていただければ大変ありがたい。

地域医療計画と病院の役割分担

景浦 先程からお話を出ています連携の問題にしても、がん拠点病院のことにもしても、これから、早速に医療計画を作成しなければなりません。今回の医療計画は、今までとガラッと変わって、都道府県がここまでしなきゃいけないのかと非常に危機感があります。

今日のお話を聞きしますと、がんセンターが、今いろいろ活動していらっしゃることが、今後の医療計画を策定する際の非常にいいモデルというか、基準になるのではと感じました。

ただ、中核の病院がいくつかありますが、それらとの間のネットワークというんでしようか、役割分担といいますか、今まででは、話し合う機会が乏しかった。そういう場を提供し、皆さん方から情報を集めて整理することが、これからの県の計

画に向けての方向性かなと思いました。

司会 医療計画についてですが、今まで医療圏を決めてベッド規制をするというのが大きな目的だったわけですが、これからは関係者の議論を積み重ねながら、進めていかないと絵に描いた餅になる。どの病院がどういう性格を持つかというのは、誰も答えきれない部分がありますが、いろんな調査を事前にやって、患者数やその動向がわかりますから、そういう現状を踏まえて病院の機能づけとかを議論するテーブルをまず作ることが重要だと思います。

榎本 そうじゃないと、自分のところの病院の都合で全部判断しますので、いいところは取りますけれども、負担したくないところは取らなくなってしまう。

司会 お互いに病院運営の方向性が見えてくれば、それが誘導灯になっていくと思う。ところが今、何もないですから。結局、自分達だけで判断して、経営的になりたたないから、この診療科はやめるというようなことになる。それではまずいと思います。

がん登録の現状と課題

司会 がん登録の重要性は、がんの動向を知ることだけでなく、病院の機能を評価して、自らのインセンティビティを高めることもあると思います。病院経営にとってもプラスになっていく、

患者の評価も高くなっていく。そういう中で、病院の運営方針をどういうふうに決めていくかということを戦略を練っていかざるを得ない。

櫃本 個人情報保護条例が出ていますから、疾患登録は法制度として国が行政のシステムとしてしっかりと位置づけないと、各部門で調べるということが、非常に難しくなってきています。それとやはり評価ですよね。今まさに、県の役割がすごく重要になってきている。県レベルの話し合いの場に、医者が参画し、ディスカッションをし、それを反映させる。そこには、常に医師会は入ってもらいたいと思いますが。そういう場が設けられたら、結構なところまで行けると思っています。今、皆それぞれのところで考えていますから。それがないと、逆にみんなが自分たちの都合で競争しだし、結局、患者が犠牲になってしまいます。

司会 患者の立場だけでなく、医者の確保が非常に難しくなっている現状では、いい医者を確保したいとどこの病院も考えていると思いますが、医者にとって魅力ある病院というのは、どういうものかを考えた時、きちんと病院の情報を出せるようにしていかざるを得ない。

新海 がん登録についてですが、一応、がん診療拠点病院は、院内がん登録するということが、義務づけられますよね。ただ、愛媛県では、現在がん診療拠点病院は3つですね。これだけで、どのくらいの愛媛県の、例えばがんの罹患率とかが、カバーできますか。

景浦 3か所のがん診療拠点病院で、全登録の約7割で、そのほとんどが四国がんセンターから出しているいただいています。いかに愛媛県のがん登録状況が悪いかは、去年マスコミでもかなり激しく叩かれました。平成2年から始めましたが、うまくいかないということで、財政が切迫している時に、果たしてそれだけの費用をかけて登録をしていただいて、しかも先生方に非常に負担をかけるのはどうかということで、見直しをしようと思っていました。昨年の生活習慣病予防協議会の中で、高嶋院長先生からも、ご心配をいただきました。そして、谷水先生が中心になり、今後の県のがん登録を、どういうふうに持つていつらいいかということで、ご指導をいただき、お蔭様で

なんとか目鼻がつきました。

櫃本 今、大学は、情報をつかんでいないことに、正直言って、これではいけないという意識になってきています。はっきり言えば、自分のところの治療成績がモニターできていない。DPC (Diagnosis Procedure Combination; 診断群分類) をやりだしたから、その気になれば、その分は出ると思いますが。少なくとも、自分のところが、どれだけの患者さんがきていて、がんがどういう状況かということを把握していないことはおかしいと思い始めた。

今度の医療機能評価（バージョン5）では、そこが強調されてきて、把握しろと来たわけですよ。今後、大学病院にかかわらず中核病院だったら、がんに限らず糖尿病などの把握はしてくださいとか、それをやらないと評価しませんよといった、ある意味で圧力を県からかけてもらいたい。法制度の後押しを受けて、病院としては、それを出すことが県民に対しての社会貢献であり、情報を提供するのが役割だという意識に、主体的に、その気にさせてほしいという期待があります。

景浦 病院が、例えば糖尿病の患者さんを把握しても、私は、その病院には、いろんな地域から来ているわけですから、あまり意味がない。そうじゃなくて、各病院の情報よりも、県全体の中で、職域も加えて、今地域保健の状況は県としては把握できますが、さらにそれを拡大して、今後の健康増進計画とか、それから地域保健計画の中では、もっと広くカバーして、県民全体の糖尿病の罹患率とか、予備軍の数とかを把握しようとしています。

谷水 それは基本だけど、病院にとっては、今は全くの持ち出し部分です。やはり施策としてきちんとやってもらわないと。

四国がんセンターは、元々そういう機能を担おうと思っているところだから、やりやすいと思います。院内疾患登録が、がん登録に特化しているでしょう。院内疾患登録がしっかりしないといけない。がんの場合、施策としての見直しが行われてきて、がん診療拠点病院ができる、院内疾患登録をベースにしたがん登録をやりましょうという機運が、やっとでてきたところです。だから

施策として、がん登録をしっかりとさせましょうといったことが、がん診療拠点病院を編成する動きの中で起こっています。がん登録の質を高めるには、まず、がん診療拠点病院がしっかりとし、それから、だんだんそれを地域に広げていくようになります。がん診療拠点病院で、質の高いがん登録ができるようにすることを目指すべきではないかと思います。

櫃本 それはその通りですが。だけど、今まで、中核病院を集めて、がん登録の重要性なんて話してない。文書を配布したり、それぞれの医療機関の先生に話をしたりしていても、みんなが一堂に会して、これからがん施策を進めていくには必ず登録をやってほしいというコンセンサスをとってはいません。私自身、県庁の担当の時にやってこなかった反省があります。

高嶋 四国がんセンターの実情を話しますと、現在の院内がん登録は非常に危うい状況です。これまで主に主治医が県に出す登録票を書いて、それを医事課の職員の一人が集めて、私が全部見るようにしてきました。催促しないと書かない主治医もありますし、内容の不備も多い。それを私一人でチェックするのは大変だということで、2年前に看護部にお願いしまして、非常に有能な看護師をがん登録の専任にしました。私の負担は少なくなりましたが、登録は依然主治医が行っています。忙しい医師にまかせますとどうしても精度が低くなります。この状況を変えるためには人員増が必要ですが、先立つものがないわけです。

谷水 施策として、がん登録ができるだけの予算とか費用を補填しないと、無理だと思いますね。がん登録をやっても、その人は一銭も稼がないわけですよ。

高嶋 愛媛県では院内がん登録が行われている施設がまだ少ないと思います。地域がん登録を充実するためにも、ある程度院内がん登録が行われているがん診療拠点病院が中心になって指導していかなければならぬと思っております。四国がんセンターは今後の地域がん診療拠点病院の階層化のなかで都道府県がん診療拠点病院としての役割を担わなければならぬと考えております。地域がん登録も責任持ってやっていきたいと思つ

ています。

佐伯 がん診療拠点病院になったことで、連携はきちんとやらないといけないというので、国立がんセンターまで人を出しました。今では、がんセンター長とともに、二人で目を通しています。まだ少数例だからできる。とにかく最初が肝心だからということで、二人で全部1年間やってくれました。どういうがん患者が、どこから来ているか、どうすれば、がん拠点病院として患者に来てもらえるかを検討する際にも使える。いろんな使い方があると思います。がん登録を一定の基準でやらないと、がん診療拠点病院になれないということを国から言ってもらいたいですね。病院のほうも、患者に来てもらわないといけないし、院長や私自身もある程度の投資は仕方がないと思っています。

櫃本 ぜひ、特定機能病院も入れてもらいたいですね。地域連携の窓口では、そういう情報が欲しいですね。しっかりと登録し、どこからどういう患者が来て、どういう流れかというのは、大学では、医局ごとに今はバラバラなんですね。これをまとめる大切さを痛感しています。

化学療法の専門医の確保が重要

高嶋 がん医療の地域間格差が問題になって、がん医療水準均てん化推進の検討会やがん診療拠点病院の要件見直しの委員会に、地方がんセンターの立場で出席させていただきました。愛媛県でも外科治療の均てん化ははかられておりますが、緩和医療、抗がん剤治療、放射線治療はまだまだだと思います。これらの専門家、特に化学療法の専門医が不足しております。

司会 化学療法という点では、大学の役割も大きいと思いますが。

櫃本 腫瘍内科だけが、それらの育成、養成を担うのは難しいと思います。

高嶋 四国がんセンターでも化学療法専任の医師の確保できておりません。乳がん、肺がん、頭頸部がん、婦人科がんなどの各臓器グループで化学療法を行っておりますが、臓器横断的に化学療法を行う化学療法部はありません。これは是非作

りたいのですが、地方には、化学療法だけを目指そうとする人は少ないですね。四国がんセンターは愛媛大学の近くに移転しますので、大学と協力して、学生の時から当院に来ていただいて、がんに興味を持っていただき、地元でがんの専門医を育てたいですね。

中橋　腫瘍内科の話で、昔、外科をやってる頃にすごく感じていたことなのですが、がんセンターは治験中心で、標準的抗がん剤治療の普及に力を入れていないと感じています。プラクティカルじゃない。個々の患者さんで、どうしたらいいかと困った時に気軽に相談できる窓口がなかった。実際にどう使えばいいかということを実地に即して相談のできる窓口として、四国がんセンターが是非、担ってほしいなと思います。

谷水　今は、比較的スタディはスタディとして、治験は治験としての、しっかりした体制が組まれていますし、それから標準的治療というのが、ある程度、それぞれのがんについて確立されています。ただ確立されてきている標準的ながん治療が行われている医療機関というのは、ほとんどないですね。主治医により選択される方針がバラバラになっている。そこが一番問題じゃないかと。

例えば、四国がんセンターの中で優れている点はなにかと言ったら、一人の主治医ごとで勝手な治療が行われること、これは絶対許されないんですね。これはどんな医療においても、必ず外科と内科等の専門グループが集まったカンファレンスの中で許可された医療でないとダメだし、それが治験に入るのか、あるいは治験の候補として上げられるのか、あるいは標準的治療を選択されるのかというものが、きちんと討議された上で治療方針が決まります。だから、あの主治医にかかったら、こんな治療が行われて問題だというようなことは、今はいですね。愛媛県全体の中で、標準的治療というものが標準的に受けられるようになる必要があります。

樋本　一つは住民に対して、とにかくセカンドオピニオンをもっと使おうとか、がんセンターに相談しようとかいう、やはり啓発ですよね。

もう一つは、中核病院が定期的に集まるようなことがあつたら、こういうことについては、がん

センターのここに相談した方がいい、何もプライドを傷つけられることはない。大いに相談しないで、窓口を持ち、その中でお互い高めあいましょうという話し合いを、まず持つことですね。がん診療拠点病院が、大学も含めてですけれど、最新情報をまとめて、どこでも、それなりのアドバイスができるよという力をつけていただければいいですね。基本的に、通常診療所医で化学療法をする事はないから、中核病院に紹介すれば、後はがん拠点病院に話ができるという仕組みを過渡期的な対策としてつくるのがいいかもしれません。

高嶋　手術については均てん化が進んでいますので、どこでやっていただいてもいいのですが、術後の化学療法には問題があります。例えば、私が担当しております乳がんでは、手術より化学療法が治療成績を左右することがわかっておりまます。日本の乳がん死亡率が欧米と異なり上昇しているのは化学治療が軽視されてきたことが理由の一つとされています。最近では、国際標準の術後化学療法が行われるようになりましたが、副作用も強くでますので、これに対応できる施設でやってもらわないといけないと思います。他の臓器がんでも同じことがいえますね。

クリニカルパスの活用を

新海　それもありますが、厚生労働省のほうで、やはり均てん化ということで、医療の効率的推進と均てん化の研究班がありますよね。クリニカルパスの標準的なデータベースを構築して、それで、それを全国に公表することによって、いわゆる医療の均てん化を図ろうと。そういう動きは、今、始まっている。もうちょっとすると、データベースができあがってくると思いますけれどもね。

司会　司会の不手際で、まとまりのない進行になりました。十分に意を尽くせなかつたこともあろうかと思いますが、時間が来ましたので終了させていただきたいと思います。貴重なお話をいただき、ありがとうございました。是非愛媛県でモデルとなるようながん医療のシステムを作つていただければと思います。

(資料) がん診療拠点病院の機能

第2回地域がん診療拠点病院のあり方に関する検討会（厚生労働省、平成17年8月12日）の資料をまとめたものです。

1. がん診療機能

- (1) 専門とする分野において、集学的治療（手術・抗がん剤・放射線治療・他科コンサルト・緩和医療等の組み合わせ等）及び各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療並びに応用治療を行うまた、クリニカルパスの整備が望ましい。
(注) 専門とする分野は、例えば、肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん、膵がん、子宮がん、前立腺がん、頭頸部がん、食道がん、膀胱がん、腎がん、小児がん、造血器腫瘍その他、放射線診断・治療、病理診断、外来抗がん剤治療、緩和医療等とする。
- (2) 我が国に多いがん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん）について、集学的治療及び各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療並びに応用治療を行う体制を有するか、もしくは連携によって対応できる体制を有すること。また、セカンドオピニオン機能を果たす、または、施設間連携によって対応できる体制を有する。

2. 緩和医療

医師、看護師、臨床心理に携わる者等を含めたチームによる緩和医療の提供体制を整備する。
(注) ただし、一般病棟におけるチーム医療の一部として緩和医療を提供できることを含む。

3. 相談支援センター（仮称）の設置

- (1) 専任者の1人以上配置
院内外の医療従事者の協力を得て、地域医療機関や患者からの相談に対応する体制を整備する。
- (2) 業務
 - ①地域の医療機関や医療従事者の紹介
診療機能、入院・外来の待ち時間、訪問看護師を派遣した患者数等
地域の医療従事者に関する情報提供（経歴、発表論文、専門とする分野、医師あたり紹介患者数等）
 - ②セカンドオピニオン医師の紹介
 - ③患者の療養上の相談
 - ④患者、地域医療機関、かかりつけ医（特に紹介元・紹介先の医師）のアンケート調査結果の紹介
 - ⑤各地域・各医療機関におけるがん診療拠点病院やかかりつけ医との連携事例に関して情報を収集し、紹介

4. 標準様式に基づく院内がん登録の実施

5. 専門的なスタッフの配置

- (1) 専門的な医療に関わる医師の配置
 - ①「がん薬物療法専門医（仮称）」が1人以上配置されていることが望ましい。
 - ②病理診断医1人以上配置または他の医療機関から協力を得られる体制が確保されている。
 - ③放射線診断医・治療医1人以上配置または他の医療機関から協力を得られる体制が確保されている。

- ④「がん薬物療法専門医（仮称）」及び「がん治療認定医（仮称）」の専門性や活動業績を定期的に評価・改善する。
- (2) コメディカルスタッフ
 - ①抗がん剤調剤を行う薬剤師が1人以上配置されていることが望ましい。
 - ②がん化学療法看護等がんの専門看護に精通した看護師が1人以上配置されていることが望ましい。
 - ③臨床心理に携わる専任者が1人以上配置されていることが望ましい。
 - ④診療記録管理に携わる者（がん登録実務者を含む）が1人以上確保されていること
 - ⑤放射線治療を専門とする分野に掲げる場合は、専ら放射線治療にあたる診療放射線技師が1人以上確保されていること

6. 専門的治療室の設置

- ①集中治療室が設置されていることが望ましい。
- ②白血病を専門とする分野に掲げる場合、無菌病室が設置されている
- ③外来抗がん剤治療室が設置されていることが望ましい

放射線治療を専門とする分野に掲げる場合は、放射線治療装置が設置されていることまた、その操作・保守に精通した者の配置又は必要時に招聴できる体制を整えていることが望ましい。

7. 情報の提供

我が国に多いがん以外のがん（肺がん、子宮がん、前立腺がん、頭頸部がん、食道がん、膀胱がん、腎がん、小児がん、造血器腫瘍その他）について、集学的治療および各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療並びに応用治療を行っている拠点病院は、その情報（疾患名等）について公開する。

臨床研究を行っている拠点病院は、進行中の公的・私的研究内容及び治験の進捗状況について公開し、過去の公的・私的研究成果を一般人にわかるように開示する。

8. 地域医療機関への診療支援や病病・病診連携の体制

(1) がん診療

- ①地域の医療機関からの紹介患者の受け入れ及び患者の状態に適した地域の医療機関への逆紹介を行う。
- ②院内外の医師が相互に症例相談・診断依頼（病理・画像診断・抗がん剤や手術適応に関する相談を含む）を行う連携体制を整備する。
- ③拠点病院の医師は地域の医療機関の求めに応じて、がん患者の共同診療計画作成等に関する支援を行う。

(2) 緩和医療

- ①地域において、かかりつけ医（診療所、在宅訪問医等）を中心とした緩和医療の提供体制を整備する。
- ②かかりつけ医とともに拠点病院内外で共同診療を行い、早い段階から緩和医療の導入に努める。
- ③かかりつけ医の協力・連携を得て、退院後の緩和計画を含めた早期退院計画を立てる。

9. 主に、地域のかかりつけ医等を対象とした早期診断、緩和医療等に関する研修の実施



出版社：哲学書房

国立がんセンターの名誉総長であられる杉村 隆先生が、「自らがん患者となって」を刊行された。その文中で、先生の消化管のX線検査／診断に携わり、文中で紹介された者の一人として、過去に感じたこと、新たに学んだことを紹介しつつ、感想を述べてみる。

先日、福岡市およびその近郊の高校から、「ふれあい看護体験研修」を九州がんセンターに迎え入れた。院長として、「1日看護師として任命する」との院内辞令を交付しなければならなかった。その際、手渡された名簿を通して、初めて名前と年齢を知った。ほとんどが多感な17歳であった。男性3名、女性13名であったが、そのうち名前が「…子」となるのは、たった1名のみであった。私たちの年代では、同級生の約9割は「…子」であったので、改めて時の流れのすごさを感じた。若くて青春に輝いている中、やや緊張している瞳を前にして、さて何を話したらよいか、一寸戸惑った。しかし、頭にひらめいたのは、私自身が「感銘を受けたよい言葉、心打つ言葉」、そして私自身が「医

杉村 隆著の 「自らがん患者 となつて」 を読んで

独立行政法人国立病院機構 九州がんセンター
院長 牛尾 恭輔

学の先達者の姿を見て学んだ事」は、時を越えて、現在の高校生にも伝わるのではないか……今、私が感じ思っていることを、そのまま話そうと。以下、杉村先生の「自らがん患者となって」を読んで、新たにこれまで強い影響を受けてきたことを、高校生の前で話したことを思い出しながら、述べてみる。

今でも心に残っている、中学卒業式での校長先生の言葉

私は地元の福岡市立高取中学に通った。その広門校長には、直接、授業を受けたことはなかった。ただ当時、たしか剣道7段であられた。背が高く、いつも背筋をスッと伸ばされ、優しさの中に、厳肅な眼光であられたのを記憶している。その校長先生が中学の卒業式で、次のように話された。

「諸君は、今、旅立とうとしています。いろいろな道を歩もうとしています。それぞれの道は異なるでしょうが、何か1つ興味を持って下さい。そして365日間、1時間でもいいから、毎日、そのことについて勉強し、いろいろ調べて下さい。少

なくとも10年間つづけて下さい。そうすれば10年後には、そのこと、その道に関して、一流の人になれます」と。杉村 隆先生は、おそらく60年以上も、がんの事を考え続けて来られたに違いない。先生の本を読んで一層そのことが、文章の一つ一つから分かった。

ところで私にとって、この校長の言葉は、まず最初に九州から東京の国立がんセンターにレジデントとして採用されてから、実際の行動規範となつた。それは当時の市川平三郎診断部長（現、国立がんセンター名誉病院長）から、指示を受けた teaching file の作成に役立つた。約20年間、同センターにて消化管腫瘍の一例一例から学び、ほとんど毎日と云つてよいほど、コツコツと画像を選び収集してきた。そして現在、約600症例、9,200画像を多言語（日本語、英語、スペイン語、中国語、韓国語）にて、インターネット上で発信し続けている。校長が云われた言葉は、還暦を過ぎた今も、私の心の中で生き続けている。

杉村 隆先生の姿から学んだこと

私が国立がんセンターで青春をぶつけた27年間に、先達者、恩師、先輩、同輩、後輩の先生方から、医学のみならず多くの分野で教わった。それぞれの思い出とともに深く感謝している。私の人生を変えた、または現在の仕事に大きな影響を与えた恩師は、5～6人おられる。その中、杉村 隆先生には、学問の厳しさとともに、とくに学ぶ姿勢、学ぶ態度を具体的に教わった。杉村先生は国立がんセンターの総長時代、その後名誉総長になられた後も、機会あるごとに最前席でノートをとっておられた。ある日、たしか他施設の若い大学院生を講師とした、比較的少人数による講演会が開催された。杉村先生はいつものように熱心にノートをとられて、少しでも疑問があると、孫とも思われる年代の講師に、敬語を使って質問され、意見を述べられ、またペンを走らせておられた。眼を輝かせておられた。その姿には、学問には年齢差もない、上下もない、師弟もなかった。知識に対する好奇心、道を究めようとするロマン、学問への崇高さが支配していた。このような先生の背中、姿を何度もみて、いつのまにか学問の真髄

を教わったように思える。杉村先生の今回の本を読みながら、そして読み終わって、当時の先生の姿、背中を思いだし感慨にふけった。

これから何を残すか？

—ラジオから流れてきたある賢者の言葉—

ある講演会に向かうため、タクシーに乗ったが、途中でかなりひどい渋滞に巻き込まれた。そこで運転手の方にラジオをつけて貰った。その際、「人は……」と云う言葉が流れていた。途中から聞き始めたので、誰が話しているかは、分からぬ。しかし言葉使い、内容から知識人、賢者であることは確かである。その方は人生の中で、「何を考えたか？」→「何をやったか？」→「何を残したか？」が大切であると述べておられた。多少、私の脚色も入っているが、この3つの過程をそれぞれ行うには、それぞれ約10年の年月が必要だと想つた。その時、私自身その通りだと思った。私は国立がんセンター時代、先達者の先生方から、多くのことを学んだ。この中で、がんに関する哲学的な見方は、とくに杉村先生の折に触れての質問や発言から教わったと思っている。

私自身、家族性大腸ポリポーラス、Gardner 症候群、Peutz-Jeghers 症候群、Cowden 病などの消化管の遺伝性腫瘍のことを、10年以上考えてきた。ところで「がんは個体発生を模倣する」、「のがんは動物の系統発生を模倣する」と指摘され、最近では「がんは遺伝子の異常が多段階に積み重なって生じた病変である」、「がんは生命現象と深く関連している」ことが判明してきた。私も消化管の遺伝性腫瘍の研究を通じて、このことは正しいと認識していく、「がんは地球上の生命進化、生物の進化と関連している」、さらに「地球の生命現象の解明には、宇宙物理学とくに元素の進化過程の知識が必要である」と述べてきた（大腸疾患診断の実際 II - 腫瘍性疾患・消化管ポリポーラス、医学書院、1990年）。この問題は、「何を考えたか？」のままで終わっていて、残念ながら「何をやったか？」にすら入っていない。

だが、前述した市川平三郎先生から指示された「消化管腫瘍の画像 teaching file 作成」は、約30年後の今も毎日、症例と一つ一つの画像の選択を

とおして続いている。消化管医用画像データベース（約600症例、9,300画像）として、世界に5カ国語で発信できており、この構築に関しては、ようやく「何を残したか？」の段階に入っているように思える。今年中に1万画像になるべく、症例の選択、画像の吟味、登録と発信をし続けている。さらに今年からは、「血液腫瘍画像データベース」と「乳腺腫瘍画像データベース」の発信も始まる。それなりの評価ができるのは、少なくとも10年はかかるだろう。

真の教育者とは…

これもタクシーの中で「真の教育者とは」との会話を聴き、心に響いた言葉である。誰が述べられたのか、不明のままである。教育5段階論とも云うべきもので、少し詳しく説明する。私見も加わり、正確でないところもあるが、要するに教育者にも段階があり、(1)「学ぶ者のやる気をなくし、創造力を失わせるような教育者は、最低である」→(2)「誤ったことを教え込むのは、駄目な教育者である」→(3)「知識を正しく教えるのは、それはそれで立派な教育者である」→(4)「創造力をつけさせるように教えるのは、優秀な教育者である」→(5)「相手の心に、火をつけるのは、眞の教育者である」の順番となる。5段階目の例を挙げるならば、松下村塾時代の吉田松陰が当てはまるだろう。

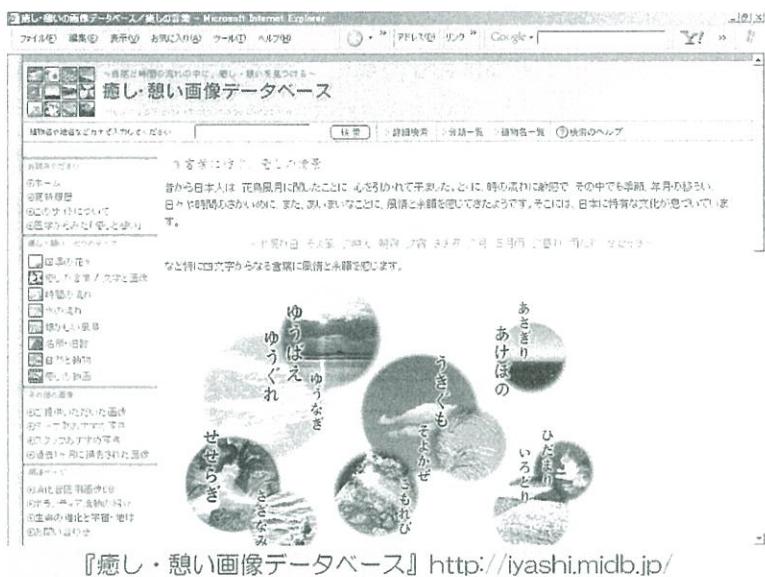
さて、私の青春とも云うべき国立がんセンター時代、臨床と基礎の面で、私の心に火のようなものを付けてくれた先生は、白壁彦夫先生、市川平三郎先生と杉村隆先生である。白壁／市川先生は、消化管のX線診断学で世界的に有名な二重造影法を開発・普及された先生である。その両先生は、国立がんセンターレジデントの3年目を終わり、九州に帰ろうとしていた私に、次のように語ってくれた。「早期胃癌における二重造影法の研究は一応の成功をみた。だが消化管全体をみると、欧米には歴史もあるし学問の層も厚い。彼らはすぐに追いついてくるだろう。君は日本の消化管診断の事も少しは考えていてほしい。今後は大腸も、食道もそして小腸のX線診断学もつくらねばならない…」と。この言葉は九州に帰ればなんとかなる

るこれまで安易に考えてきた私に、何か使命感を植えつけさせ、消化管診断学の道を続けていくと決心させるものであった。そして、その後の25年間、国立がんセンターで、消化管の画像診断に青春時代を燃やし、現在のいろいろな医用画像データベースにつながっている。白壁／市川先生は、私の心に火をつけてくれた恩師だと、感謝している。

一方、基礎と云うより学問の面で、私の心に火を付けて頂いたのは、杉村 隆先生である。先生から直接、基礎研究として指導を受けてはいない。しかし、杉村先生の学問への真摯な態度、いわば先生の背中を見る機会が多くなるにつれて、最初は小さな灯火であったが、次第にはっきりとした火となっている。先生は多くの研究者の心に火をつけておられる。杉村先生が知らず知らずの内に、ある時は急流となって、ある時は静かな小さな流れとなって…。先生の好奇心あふれる、学問上のロマンを求められる真摯な姿、先生の背中は、いつも接した者の心を打つ。このことは杉村先生が今年、出版された「自らがん患者となって」を読んで改めて、よく分かった。杉村先生は、どんな時でも、どんな所でも、どんな状況におかれても、学問とくにがんの生物学が持つ神秘さに感動されている。それは、今回の本でも、“研究は熱中してやる。すると不思議なことに新しいことがわかる”と、述べられていることからも読み取れる。

次に、ご自身のがん体験さえも、学者の目で見ておられる。いろいろな自覚症状も、一人の患者として考えられたことを、普遍的なものとして、医学者、科学者の視点から。たとえば“胃のない事が一次的、二次的に何を生体に起こしているか”、また、つねに“私の経験を混ぜながら、そしてまた未知の問題っていうものは机の上にいつもある”と述べられている。そこには、あくまでも医学者、科学者の目と、永い間に研ぎ澄まされてきた先生の感性が、息づいている。

さらに全く客観的に、冷静に、他の病む人への応用を思考されながら具体的に次のように提言されている。“病気の進展のプロセスの中、生身の時に起こることで、一般論として把え難い事柄や、病気に伴って一人一人の患者さんが持つ主観的、



感覚的、情緒的な面を、医学学者、医師は先駆けて、一般の人に、あるいは医学界に訴えることも、病理解剖に協力するのとは別に大きな意義がある」と。

論語の「博学篤志、切問思近」

最近、中国では急速な経済発展によって生じた社会問題の反省から、孔子の論語への関心が高まっているとのことである。私は「博学篤志、切問思近」の用語が好きである。その意味するところは、(1)できるだけ広く、しかも深く、(2)集中して熱心に、(3)切実な問題意識をもって、(4)身近なところから考える、ことの大切さを述べたものである(須永美知夫氏、「論語のこよみ」足利学校、平成14年5月、初版昭和60年11月より)。

この用語は、今回の杉村先生の本の「第四章がん研究者にしてがんの患者」に、はっきりと現れている。いくつか先生の文章をあげてみると、

“私の経験を混ぜながら、そしてまた未知の問題っていうものは机の上にいつもある”、“身辺の普通のことの中に全然知らないことがあることを示したいからです。”と述べられている。

杉村先生は、永年、昆虫とくに蝶の収集が趣味であった。身近なモンシロチョウの幼虫である蛹のしっぽを切ると、緑色の液体が出てくることを知っておられた。おそらくこの緑色した体液の不思議さを、実感されていたに違いない。杉村先生のすごさは、永年のいろいろな研究からくる「直

感力」にある。そして具体的に実行される。実際、この体液を遠心沈殿して、ヒトの胃がんの細胞を培養している液に加えたことにある。そして、この緑色の液体を、 “なんと十の六乗倍に薄めても、つまり〇・一ccの液体を十リットルに薄めても、培養したがん細胞が死んでしまうんです。” と、興奮気味に書かれている。その後、この蛋白質は、モンシロチョウ (*Pieris rapae*) より分離されたので、先生からピエリシンという名前をつけられ、“何しお微量でがん細胞に効くので、何とかして遺伝子工学的手法を用いて、がんの治療薬が出来ないかと考えています。” とつづく。その辺りのいきさつは、これまでの長い研究者の視点から、一人の科学者、一人の医学者としての立場が息づいていて、本を読む人々の目と心をつかんで離さない。論語の「博学篤志、切問思近」は、いつも杉村先生の中に存在している。今後も、存在しつづけるであろう。

杉村先生は胃癌の手術を受けられてから、患者さんの視点と自然のすばらしさを、より大切にされておられる。それは、「人間は毎日毎日小さな別れをしている。ある景色、ある状況、ある人物とは其の時こっきりで、二度と遭遇しないことがある。その小さな別れとは小さな死と同じ意味をもっている」、および「自然との接触を怠らぬこと」、さらに、“がんの研究はただ外国を追っかけるのではなく、国民のためのみならず、世界の人々のために行われるべきものです。第一、研究している本人のためでもあります”と述べられている。やはり杉村先生は、がんという学問を通して、科学者としてのロマン、自然や社会の問題を追い続けられている。そして、次は「どの患者さん的心にも灯がともるような」書物を書きたいと、結んでおられる。杉村先生がどのような内容で書かれるか、心待ちにしている。私も杉村先生の視野に立って、現在、力を入れ、時の流れを重視して構築している「癒し・憩い画像データベース」の充実に邁進したい。

(うしお きょうすけ)

病と連れ添って

山崎 美代

《働きながらがん治療》

大好きな桜の花の咲く3月末に満願成就の思いで65歳の定年退職を迎えることが出来ました。

思い起こせば、一昨年の10月末に国立がんセンター中央病院に入院し、卵管がんの手術を受け、昨年の4月初旬まで抗がん剤の投与を受け、体力はかなり落ち込み、歩行もおぼつかない状態だったことを思い出すと、仕事を続けながらよくここまで乗り越えて回復したことが嬉しく、励まし、支えてくださった皆様に心より感謝するとともに密かに自分を褒めています。

《2004年は私の節目の年》

一昨年は私にとって人生の大きな節目の年でした。2月に肝臓がんを患っていた夫が他界し、その哀しみ寂しさに耐え切れない状態に、次女夫婦が同居を決意して9月に引っ越ししてくれました。そして間もなく私の病気が判り、入院、手術、退院後の毎週の通院治療、定期健診にと陰に陽に連れ添って、私を心から支え、励ましてくれた娘たちの細やかな愛情がどんなにか心身ともに健康に導くものなのか実感しています。が、つい甘えも出てしまい時には叱られ、「老いては子に従え」の教訓を学んでいる昨今です。

《納得できる病院探し》

がんという病気に罹って、今、結構心穏やかに過ごしていられるはどうしてでしょうか。自分の楽天的な性格もあるけれど、病院側の姿勢と医師や看護師一人ひとりの患者への細やかな心遣いや対応が大きく響いているのではないでしょうか。

1年半以上も通院していた自宅近くの産婦人科病院でやっと行なわれた血液検査の結果、腫瘍マーカーが高く、「開腹してみないと分らないから、手術しましょう」と言われ、驚愕し、切羽つまつ



手術後、次女と病室で

て、セカンド・オピニオンとして国立がんセンター中央病院を訪ねました。不正出血があつてから1年半の間、定期的に頸がん、体がんの検査をしていて、最初グレーベーンで異形成があると言われましたが、その後正常になり、異常がないと言われただけに、ショックは大きく、もっと早く血液検査をしてもらえたかったのか無念でした。

病名も明確に言われず、唯手術をすると言われても納得がいきません。娘たちに相談の上、S病院で紹介状を書いてもらい、信頼できる病院で手術をしたいと思ったのです。

《国立がんセンターと婦人科医との出会い》

インターネットで国立がんセンターの子宮がんの情報から、私が卵巣がんに近い症状であることを知りました。また、患者の権利宣言などから、今一番信頼出来る病院であることも知りました。

2004年10月4日、初診で国立がんセンター中央病院で待つこと6時間余り、診察は一番最後の6時過ぎでした。

紹介状とMRIとCTの写真を持参し、映像の検査結果から大腸がんを疑われ、大学病院を紹介され内視鏡検査を受けたが異常はなかったこと。そこ

でS病院では、病名は言われず子宮を全摘するというので、セカンド・オピニオンとしてがんセンターに来たことを一気に話しました。

初対面のT医師は静かに丁寧に問診をしてくださいり、内診をし、写真に目を通し、卵巣がんの疑いと診断書を書かれました。「現在、手術は立て混んでいるので早くても4週間後になるので、手術をする、しないにかかわらず入院手続きは今日していったらいいでしょう。もしここで手術をしない場合、私に直接連絡してもらえれば、取り消します」と患者の負担にならないように優しく言われ、1時間近い診察に心から感謝して、入院の手続きをして帰路に着きました。

それでもまだ迷っていた私は、その2日後、夫が6年間、入退院を繰り返し、大変お世話になったK病院を訪ねました。そこで今までの病気の経緯とセカンド・オピニオンとして国立がんセンター中央病院を訪ねたことを話し、内診を受けました。コンピューターの画面に映したされた患部を見ながら医師は言下に「直ぐに手術をしなさい」と、「ここは今混んでいるので早くとも12月になるので、予約をしているならどちらかの病院で早い時期にしなさい」「セカンドとかサードとか言っているところではない」とも言われ、背中をポンと押されました。

帰宅して、すぐ国立がんセンターに電話をかけ、T医師に「そちらで手術を受けたい」と伝え、今後どうしたらいいのか問い合わせ、「翌日10時頃にいらっしゃい」ということで、10月7日、再診で伺いました。T医師に親子で面談し、面談票をいただきました。それには、病名：卵巣がん、CTで腹水貯

留、腹膜転移が疑われる。治癒法：開腹手術、卵巣、子宮、大網を切除、上腹部の転移を検索、残存腫瘍に対して抗がん剤治療、全治療期間約6ヶ月、手術での入院は約3週間と明記されていました。手術は早くても4週間後のこと。病院から連絡することで、血液や肺活量など入院で必用な検査をして帰宅しました。

慌しかったこの数日でしたが、手術を受けることに充分納得できました。病院からの入院の案内は思ったより早く、10月27日午前10時半という連絡がありました。

T市立公民館で非常勤嘱託職員として週30時間働いていましたので、3週間の有休を申し出て、出来る範囲の仕事の処理をして入院しました。

《快適な病院生活》

病室は明るくゆったりとした4人部屋、窓から見える風景はオーシャンビュー！墨田川、東京湾、築地市場、浜離宮、レインボーブリッジ、彼方にお台場の大観覧車が見え、河川には行き交う船がのどかで、羽田空港から飛び立った飛行機がゆつたりと上昇していく姿に見飽きません。

看護師さんも明るく元気で、同室の人も親切でほっとしました。心配していた入院生活は快適に始まりました。

T医師から手術の説明を図解で丁寧に受け、安心して手術に臨むことができました。また、麻酔医の女性医師、看護師と面談し、3日目の手術日は全く動搖がなく安心して手術室に向かいました。これは医師、看護師の連携プレーがしっかりといて患者に手術から術後のスケジュールを明確に伝えるシステムが構築されていたからでしょう。

《子宮全摘・5時間の手術》

全身麻酔の数時間後、肩をたたかれ名前をよばれて目覚めました。仮死状態から生身に戻つて足の先から、頭の天辺までがたがた震えて、意識が戻ってきました。娘夫婦に最初に会い、転移があったかどうか尋ね「イエス」でした。

3日間集中治療室で過ごしましたが、手術した翌日から歩きはじめ、最初はゆっくり短い距離を傷口をいたわりながら、一日一日距離を延ばして



手術後浜離宮へ散歩

いきました。4日目、担当看護師さんと約束した通り、点滴の機械をガラガラ引きずって歩いて病室に戻りました。入院時と同室でラッキーでした。

一日に何回も看護師さんがにこやかに顔を出してくださり、また、執刀してくださった担当医のT医師も患者の様子に気を配ってくださいます。何でも相談できるアフターケアの雰囲気に気持ちが落ち着きました。

《十分な水分補給と歩くこと》

ガスが出るまで食事が出来ません。栄養は点滴からで水分を十分に補給して歩くことを繰り返して、一般病棟に戻って3日目にやっとガスが出て、食事が出来るようになり点滴がはずされ、楽に行き動けるようになりました。食前、食後は歩くことを日課に病院内を自分のペースで歩き回りました。土、日などは、お孫さんがおじいちゃまに連れ添って歩いている姿が微笑ましく、元気づけられました。がん病院でがんという厄介な病気にみんな一生懸命向き合って闘っている姿に心打たれて、奮いたちました。

《入院患者は皆がん友》

ここに入院している人は皆「がん友」と思うと、病気を隠すことも無く、一緒に病気を乗り越えていく同志という気になりました。

同室の人たちとも日が経つにつれ打ち解けて雑談に花が咲き、病気のことにもふれて、お互いに情報交換をしたりできるようになりました。

手術して7日目、抜糸をする頃には、大分体力も回復してきました。6時起床の前には起きて、洗面を済ませて、朝日の昇るのを楽しみ、生きていることの幸せを感じ、フロアを2周～3周してベッドに戻って、諸々のことをしていると朝食。

朝食の終わる頃、担当医のT医師が顔を出して「どうですか」と声をかけてくださいます。心配なこと、聞きたいことを尋ね、医師が応えてくださいます。その後、別の医師が傷口の処理をしてくださいます。TVを見たり、手紙を書いたり、院内の散歩などして昼食。食後の休養後は、また散歩、しばらくして面会時間、家族や姉妹、友人が見舞いに来てお喋りを楽しみ、時にはお茶をし



退院直前お台場へ・大観覧車の中で

に19階のレストランに行きます。そして夕食。休養後はフロアを2、3周歩きます。夜空の彼方に見える大観覧車の色鮮やかに様々に変わるデザインが愉しく、時には廊下の窓辺に坐って、家族面談室や病室から消灯の9時まで飽きず眺めて眠りに就きます。

入院生活は出産以来で、普段の生活とは違った体験で新鮮、どんなことに遭遇するのか興味もあり、ゆっくり休養できる機会にもなりました。

《化学療法のインフォームド・コンセント》

術後10日程経た11月9日、T医師から手術の結果について面談があり、卵管がんで転移があり、Ⅲ期cで残存しているがんもあり抗がん剤治療が必要なことを淡々と明白に言われました。その後、腫瘍内科のK医師とA医師と今後の治療法について面談がありました。そこで抗がん剤投与の説明があり、薬の投与で副作用が出ること、段々と免疫力が低下し、落ち込んだところから自力で免疫力を高めていくこと、血液検査の結果をみながら投与すること、髪の毛は抜けるので髪を用意することなど注意がありました。

また、化学療法の治療成績を向上していくための臨床試験の参加を考えていただけるかどうかと問われ、6クールで二種類の薬を投与するが、毎週通院して投与する方法と、3週ローテーションで投与する方法があるが、医師も患者もそれぞれの意志では選べずコンピューターがアランダムに選択して決定することの説明を受け、詳しい説明文・同意書を渡されました。私は出来ることな

ら仕事を続けていきたかったので「仕事を続けてもいいか」と問うと、2人の医師から「続けていい」との返事に、「やってみよう」と勇気をいただきました。一晩考えて返事をすることにして、翌日、同じ治療をするのなら、人の役に立てたらと思い臨床試験の参加の同意書にサインをして医師に渡しました。

数日後、A医師から毎週通院して治療する方になつたことを聞き、月曜日の通院治療なら定休日なので仕事を続けながら治療に通えるのではないかと安堵しました。

《退院が近づいて》

病院外の散歩や外泊してもいいとの担当医の言葉にうながされ、娘と浜離宮までお腹をいたわりながらゆっくり歩いて散歩に出かけたり、ゆりかもめに乗車してお台場に行き、あこがれの大観覧車に乗り、逆に病院を眺めたり、ウインドーショッピングしたり、雑踏と喧騒の中で数時間過ごし、日常生活に戻る訓練をしました。また、病院内の美容室ですっぽりかぶるウイッグも用意し、病院内で催されたファミリーコンサートで管弦楽の調べにうつとりする憩いのひと時もあり、入院生活を私なりに堪能しました。

退院を控え、退院後の生活について看護師からガイダンスを受け、T医師から内診とともに改めて手術の模様と状況を詳しく説明され、今後の治療について丁寧な説明がありました。

また、腫瘍内科のK医師から入院中に1回化学療法をしましようということで、11月15日、第1回目の抗がん剤投与を受け、行き届いた治療と看護に心より感謝して、翌日退院しました。

青天の霹靂の大病でしたが、病を抱えながら生きていくことを自分流に体験していくことを決意しました。

《退院して》

3週間ぶりに我が家に戻ると18歳になる老犬が喜んで出迎えてくれました。年老いて目は白内障になり、耳も遠くなつた、おじいちゃんです。家族3人と犬1匹、入院前と変わらない生活が始まり、職場にも復帰しました。

しかし、1回目の抗がん剤投与から12日間、1回も排便がなく、お腹がはって苦しく、切羽詰つて病院に電話をかけ、K医師につないでいただきました。診察時間にもかかわらず親切に的確に薬の処方を説明してくださいました。指示通り薬を飲み一晩寝て、翌朝なんとか溜まっていたものを排泄することができ、感謝、感謝でした。

2回目から3回目の抗がん剤の投与で髪の毛がほとんど抜け落ちました。美容室で少しでも残った髪の毛は大事にして下さいとの言葉通りにしました。この頃は、湯船に浸かっては極楽！と独り言を言ったり、様々なことに感謝の毎日でした。

《化学治療と免疫力の低下》

友人たちは心配して年内は仕事を休んで正月の休み明けから働いたらと気を遣ってくれましたが12月中は体力の衰えもなく、大掃除の真似事までしました。しかし、新しい年を迎えて抗がん剤投与が続いてくると体力は段々と衰え、薬の副作用で手足がしびれ、だるくて不快になってきました。化学治療も後半になった1月下旬頃からは仕事もハードに感じはじめましたが、担当していた子育て講座のまとめの記録集を完成しなくてはならず、毎週1回の編集委員会で若い親子に会って作業をすることを励みに出勤していました。少数職場のため人員体制上休み難く、少々熱があったのに無理して出勤したため、悪寒で身体の震えが止まらず、39℃の高熱が出て帰宅することもありました。帰宅してすぐ病院に電話して、宿直医の指示を仰ぎ、退院時にいただいた抗生物質の薬を飲み、眠りました。数時間後には平熱に戻りほっとしました。が、その頃から免疫力の低下が目立つて進み、仕事から帰宅すると自室でしばらく横にならないと何も出来ず、食欲も衰え、無理して食べると嘔吐することもあり、体重もかなり減少しました。身体はだるく寝そべりたくなることが多くなり、ふくらはぎにコンクリートの塊をくっつけられたように足が重く、歩行困難になってきました。なにをするにも人一倍時間がかかり、階段の昇り降りは途中で休み、重いものは持てません。風呂から上がって、立ったままで洋服を着ることは出来なくなり、2本脚で立つことの出来る人間

の素晴らしさを実感し、出来ないことは無理せず、坐ってすることにしました。

《医師の言葉は命の源》

毎週の通院治療でしたので、血液検査の結果、赤血球が普通の人の半分以下になり、治療できないこともあります。その頃は体力が極度に低下し精神的にも落ち込み、仕事を続けても大丈夫なのか迷い、診察の度にK医師に確かめていたような気がします。いつも「大丈夫ですよ」と優しくこたえて下さっていたことが仕事を続ける原動力になりました。医師の言葉は患者にとって何よりも免疫力を高めてくれる命の源でした。

3月になり、治療もあと数回と先が見えてきましたが、顔はどす黒く、爪は黒くなり、手足のしびれはますます強くなり、指先に力が入らずボタンを掛ける衣服は着られなくなりました。最低ラインは超えたと自分に言い聞かせ、宙に浮遊しているような気分で記録集を完成し、受講生に配布し、その間を縫って5月から始まる講座の企画準備をしてなんとか仕事をやりこなして4月の初旬に18回目の化学治療が終了しました。

この間に1年契約の嘱託職員は12月中に履歴書を教育委員会に提出し、年が明けてから面接を受け、2月に採用通知をいただき、3月末に職場が決定し、異動なしで4月を迎えるました。

《化学療法が終って》

化学治療が終って1ヶ月後、肝～骨盤CT検査があり、5月下旬に検査結果を聞きに、退院後始めて担当医のT医師にお会いし、異常のなかつたことを伺い、初診から入院・手術・治療と敏速な対処のお陰でここまで回復したことについてからお礼を申し上げ、腫瘍内科のK医師からも異常なしの言葉に化学療法の治療効果のあったことが嬉しく、改めて感謝しました。

その後は2ヶ月に1回の定期検診で、血液検査は全て正常値の範囲内になり、K医師がいつも「その後どうですか？」と気軽に問い合わせ、「それから」と患者の聞きたいことを引き出してくれる言葉は、重い病いを抱えている者にとって、どんなに気持ちを楽にして病気に向き合い、精神的ケア



化学療法が終わって1年、長女と

につながっているか計り知れません。

今年の1月以降、3ヶ月に1回の定期検診になり、化学療法が終って1年経た4月の検診でも異常はありませんでした。まだ手足のしびれは少し残っていますが、自分の2本足でしっかりと大地を踏みしめ、長時間の徒歩も早足で歩くことも、小走りすることも自転車で遠出することも、重いものを持つことも、簡単な食事の支度も出来るようになります。日常生活は健康体の時に近づいて、大好きな旅の計画をたてています。

《これから》

再発の不安はありますが、無理せず、自然体でしなやかに病と連れ添って一日一日を大切に生きていこうと思っております。

がん治療が進んでいる今日、国立がんセンターが、がん治療の中核センターとして、一人でも多くの患者の命を救っていることに感謝し、益々のご発展を心より祈っております。

最後に国立がんセンターの皆様に心より御礼申し上げます。どうもありがとうございました。

(やまざき みつよ)

《略歴》

1941年東京都生まれ。1966年結婚、2児の母となる。18年間の専業主婦の後、民間企業でパートとして8年半、T市立公民館の非常勤嘱託職員として12年間勤め、2006年3月末定年退職。2004年、卵管がんのため子宮全摘手術を受ける。その後化学療法の治療を受け、終了して1年。

がんセンター探訪

独立行政法人国立病院機構 四国がんセンターの紹介 「平成18年4月 新病院移転」

早期発見から終末期まで、
がんのすべてに取組む病院として…
四国がんセンターのユニークな取組みの紹介



独立行政法人国立病院機構四国がんセンター
院長 高嶋 成光
副院長 新海 哲

■新病院への移転

四国がんセンターの歴史は、昭和41年に国立松山病院にがんの診療機能を付与するため四国地方がんセンターが併設され、松山の中心に位置しそのシンボルとして聳える松山城の麓（堀之内）へ施設設備されたのが始まりです。

その後、昭和54年にはがん診療機能を強化し、四国がんセンターと名称変更を行なって増加するがんに対応する「がん専門病院」となりました。

四国がんセンターは国立病院機構のがん政策医療ネットワークの四国ブロック基幹医療施設として、診療・研究・教育・情報発信を4本柱として機能し、また平成14年には全国に先駆けて地域がん診療拠点病院の指定を受けました。しかし、施設の老朽化が進み、高度のがん診療への対応が困難となつたため移転を余儀なくされたのです。

移転計画策定では、諸事情により候補地選定で難航しましたが、幸いにも、松山市・愛媛県をはじめ、地元の方々のご支援をいただき、交通アクセスも良く自然に満ちた素晴らしい療養環境の移転地で、平成18年4月より診療を開始する事ができました。

■がん診療への取組み

移転を機に、新病院ではがんの早期発見から終末期まで、がんのすべてに取組むために、PET-C Tをはじめとした最新の診断機器・高精度放射線治療装置等の治療機器の導入、外来化学療法

を安全に施行するための通院治療室と患者さまを支援する院内宿泊施設の設置、そして終末期を迎えた患者さまへクオリティの高い療養生活を提供する緩和ケア病棟の新設を行ないました。

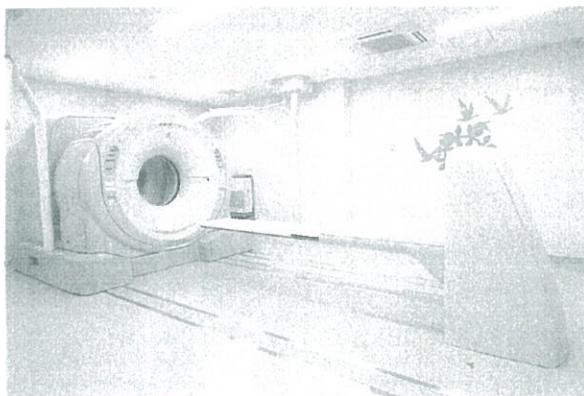
新病院の機能を余すことなく発揮するために診療体制を大幅に変更しました。個々の患者さまに最も適した最良のがん医療を提供するために、病棟を従来の診療科の垣根を取り払った臓器別に再編成して、診断、治療の専門医と看護師をはじめとした医療職員がチームとして診療が行えるようになりました。特に、乳腺、婦人科腫瘍を取り扱う女性専用病棟フロアは好評で、すでに満室状態です。

また、旧病院から開始しております土曜日の女性がん（乳がん・子宮がん）検診は、PET-CTを加えた総合がん検診に拡充しました。がん診療連携拠点病院の指定要件であるがん相談支援情報センターを新設しました。がん専門看護師、ソーシャルワーカーが常駐して、セカンドオピニオンを含めたわかりやすい情報の提供や医療相談に応じる体制が整いました。その他、新病院の高機能に対応したシステムを作り上げ、すべての職員が掲げる理念「すべては患者さまのために」を実践し、患者さまの立場に立った最良のがん医療の提供を目指します。

■医療設備の充実

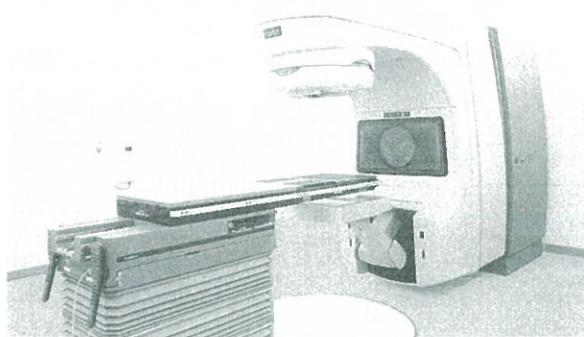
第三次対がん10カ年総合戦略の目標である

「がんの罹患率と死亡率の激減」の達成には、がんの早期発見・的確な治療が不可欠です。当院では正確にがんを診断し先端のがん治療を行う為の設備として、患者さまの体への負担が軽く、一度に全身の検査ができるP E T - C T 装置2機と、より精度の高い放射線治療ができるリニアック2機を導入しました。



P E T - C T

がんの早期発見と治療効果検証のため、高分解L S O検出器を搭載し、高感度でありながら高分解能という相反する性能をバランス良く併せ持った最新鋭機です。



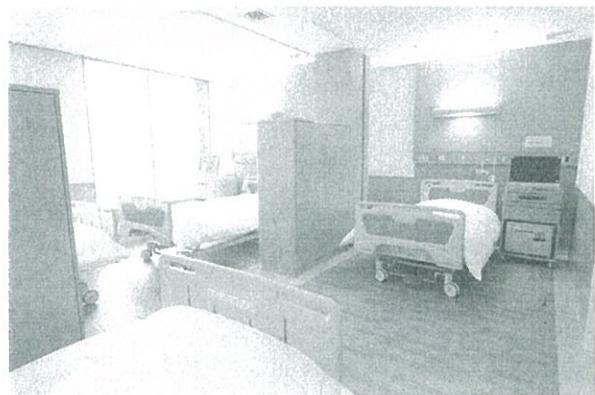
リニアック

より精度の高い放射線治療のために、定位放射線治療・強度変調放射線治療を行うためにリニアック放射線治療装置を導入しました。



■患者さまの立場に立ったがん医療

がんは特別な病気ではなくなりつつあります。3人に1人ががんで亡くなるという現実の前に、我々がん医療に従事するものは、がん医療がいかにあるべきかを問い合わせなければなりません。患者さまの立場に立った医療を行うために、また、質の高い医療サービスを提供するために成すべきことの第一歩として設備を充実させました。



病室（4床室）

大きな窓からたっぷりと光を取りこみとても明るい部屋となっていますが、従来の設計では成し得なかった、廊下側のベッドサイドにも窓を配することで採光が可能となり、外の景色もご覧頂くことができるようになりました。隣りのベッドとの間も家具で間仕切りし、プライバシーにも充分配慮しています。



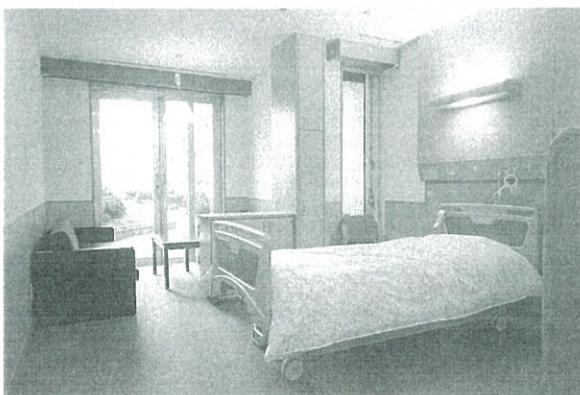
病室（1床室）

木目調の風合いや、採光を工夫した明るく落ち着きのある個室です。治療を受けられる患者さまが少しでも安らぎを感じていただけるような病室を目指しました。



通院治療室（25床）

化学療法は副作用との戦いでもあります、さまざまな対処法が確立されてきた結果、通院による化学療法を受けられる患者さまが増えてきました。25床の通院治療室は落ち着いた環境のもと、安心して治療が受けられるよう部屋の配色等にも工夫しました。また、症状に応じてお気軽に利用できる患者支援センター（宿泊施設27室）との連携も特筆すべき特徴です。



緩和ケア病棟（25床）

がんのすべてに取組むために、根治が難しく終末期をむかえられた患者さまとそのご家族のみなさまにとって、質の高い療養生活を支える施設として専門のスタッフによる緩和ケア病棟を新設しました。前庭付きの個室で、ご家族と一緒にゆっくりと過ごすことが出来るように設計されています。



がん相談支援・情報センター

専門のスタッフによる、がんに関するあらゆる相談・支援、最新情報の提供などを行う総合的な相談窓口です。

■アメニティ施設～ユニークな取組み～

四国がんセンターは、地域のがん診療拠点病院として認知頂いておりますが、がんに特化した医療機関ということもあり、一般の方々に対して閉ざされたイメージが先行しているようです。患者さまはもとより、地域の方々にも気軽に立ち寄れる医療機関としてとてもユニークな工夫や取組みを行っています。その一つ一つが、ひいては「がん撲滅」のための啓発となり、皆様への健康や安心に繋がっている信じているからなのです。



病院中庭（光庭）

エレベーターホールには、中庭（光庭）があります。この中庭は吹き抜けとなっており、柔らかにそがれる日の光、降りしきる雨などをそのまま感じ取っていただけます。ポイントとしましては、植栽の緑で愛媛県を形取り、中央には西日本最高峰の石鎚山も聳えています。敷き詰められた純白の小石は瀬戸内海、ところどころには岩を置き瀬戸の多島美を表現、対岸のウッドデッキは本州を模しています。



伊豫の細道（散策路）

病院敷地の外周を一周する散策路は「伊豫の細道」と名付けました。四季折々の木々を植え、俳句王国愛媛松山にふさわしく多くの俳人達が残した俳句を句碑にしました。患者さま・ご家族、そして地域の方々にもお気軽に散歩をして頂ける一周 760 メートルの散策路です。

■患者支援センター（向日葵）

前述の通院治療の際には、化学療法での副作用の心配や、遠方からの通院で体への負担や経済的な負担など、患者さまにとって多くの問題がある事も事実です。四国がんセンターでは、病院内宿泊施設として「患者支援センター」を開設いたしました。和室・洋室・車椅子対応の洋室などあわせて27室あります。このほか、患者さまを支えるご家族の宿泊も可能とし、手術や辛い治療を受けられる患者さまにとっての心の安らぎを第一に考えています。

(たかしま しげみつ)
(しんかい てつ)



12Bネット

国立がんセンター中央病院

12Bネット事務局

在家 智

【12Bネット】

「12Bネット」の前身である「8Aネット」は、国立がんセンター中央病院にて骨髄移植を受けた患者の手で「同じような経験をした方々と親睦を深め、何でも話し合える場を作ろう」と1997年3月に始めた患者会です。

書籍や映画の大ヒットも手伝い広く再認識されるようになった、白血病などの治療として行われる骨髄移植＝造血幹細胞移植。移植を受ける前処置として大量の抗がん剤投与か全身放射線照射を受けることにより、白血球や血小板が無くなる期間は感染の危険があるため、無菌室や感染管理病棟で過ごす必要があります。そのため、国立がんセンター中央病院の12B造血幹細胞移植病棟は、6室の無菌室をはじめ病棟全体が空気清浄を施されて感染管理されています。

以前の旧病棟は昭和30年代後半に建てられた古い病棟で、8A血液内科病棟の無菌室1室、準無菌室2室で移植が行われていました。その病棟で私たちの患者会設立の相談がされたのです。

当時の病棟は数室の大部屋や個室、無菌室が、トイレに隣接した洗面所を取り囲むように配置されており、顔を洗ったり歯を磨いたり身づくりをする1日に数度、他室の患者が廊下や洗面所で交流する姿がみられました。病気の話し、治療のこと世間話など…井戸端会議のように。

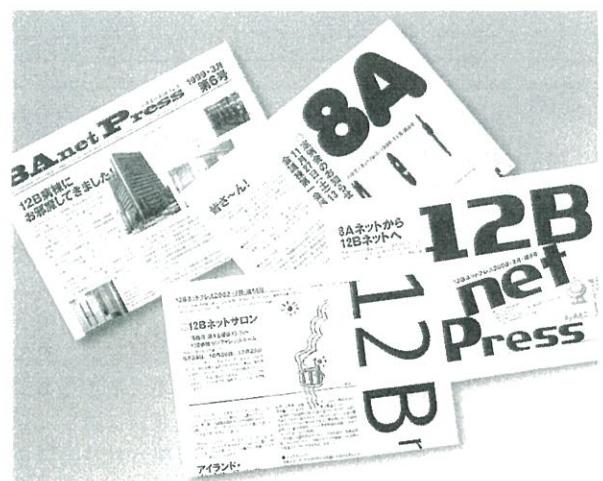
10年前、入院中の友人2人がそんな風に顔を合わせ、この病院に骨髄移植をした患者の会がないことを聞きつけ患者会の設立を発案。入院時期を同じくした私が「会報担当」として引きずり込まれ、すでに退院して社会復帰をされていた他の2人、合わせて5人の患者が発起人となり「8A

ネット」を起ちあげたのは、各人の体調が安定しつつあった退院後1年近く経った頃のこと。そして新棟建設による12B病棟開設に合わせ、患者会の名称を「12Bネット」と改めたのでした。

現在12Bネットの活動は、病棟での雑談の場「12Bネットサロン」、お花見など季節ごとのイベント（=飲み会）、旅行、会報の発行、インターネット上のホームページ掲載などを行っています。



2005年のお花見のようす



12Bネットの会報

【12Bネットサロン】

他のがんと同様に血液のがんも再発の不安、治療の副作用などや、移植後に増えたリンパ球が患者自身の体を攻撃するG VHD(移植片対宿主病)などさまざまな不安があります。

病気をしてから個人的に感じることなですが、いかに患者家族でも、少しづがままになった気持ちを分かってもらえず歯がゆい場面が何度かありました。しかし患者同士だと、たとえ初対面でも闘病した経験が前提にあるからなのか、親しくなるための行程のいくつかが最初から取り扱われている気がします。

そのような雰囲気の中で悩みや不安などを話し、患者同士のつながり=ネットワークを広げながら、治療や病気に対する心構えをし、悩みを解消していく。その場所が、偶数月第4土曜日に病棟カンファレンスルームを借りて行われる「12Bネットサロン」です。

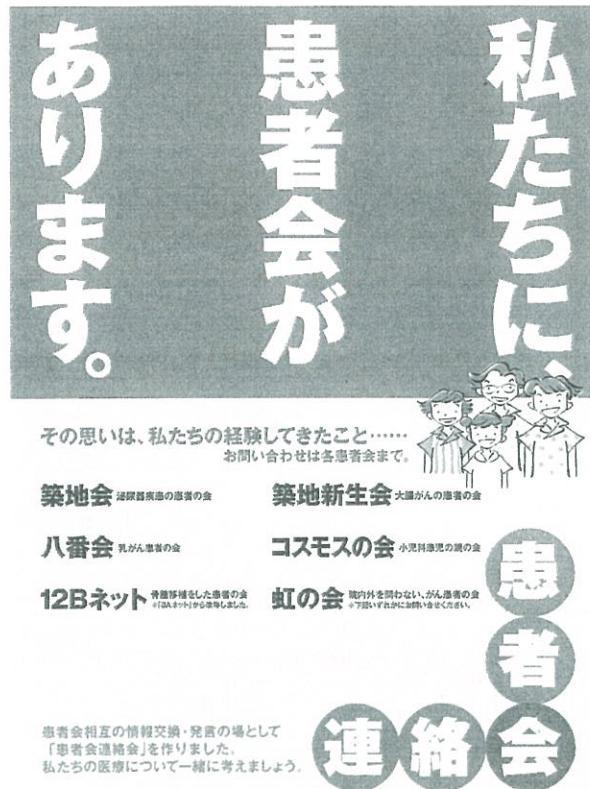
入院中、免疫力が低下している期間は感染管理病棟から出られないで、そんな患者さんも参加できるように12B病棟のカンファレンスルームをお借りして行っています。

しかし、近年ミニ移植が行われることが多くなったことで入院期間が短縮され、さらに設備が新しくなった病棟では、廊下で他室の患者さんと顔を合わせることも少なくなり、患者同士の交流も同室の方だけになりがちで、患者会の存在を知らずに退院される方も多いようです。

試みのひとつとして、患者さんに渡される入院生活に関するパンフレットに患者会の告知を載せていただいたり、院内や病棟内にポスターを貼つて患者会の周知につとめたり、「絵手紙教室」などのイベントも行いながら皆さんとお話をするなど工夫するようにしています。

【院内や外部患者会とのつながり】

院内の「がん医療サポートチーム」の患者会連絡会に参加するようになってから、院内の別の患者会と「患者会連絡会」として連携するようになりました。患者会告知ポスターの掲示や、新病棟が建設される以前、一部の方から提言があった「患者向け情報ブース」の構想は、「情報プラザつきじ」



患者会連絡会の紹介ポスター

の形で開設され、各患者会の情報も置かれています。

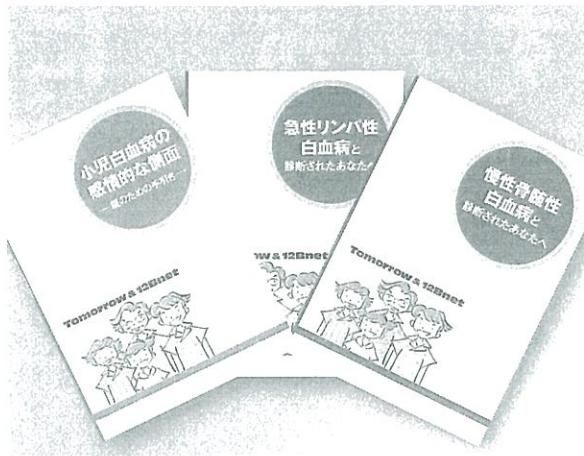
また、小児科を卒業した患児の会「グラデュエートクラブ」の皆さんとは、春のお花見や夏の花火大会など、相互に参加するに至っています。

外部患者会とのつながりも形になっています。その一つが冊子の発行です。

米白血病協会発行の医療情報などを翻訳してきたボランティアグループ「MEDOC」が公開した内容を、先に冊子化された「富山県骨髄バンクを広める会」と「福井県骨髄バンクセンターの会」の協力を受けて、東海大学病院の骨髄移植体験者の会「TOMORROW ~あしたの会~」と協同で3冊の冊子を発行しました。制作にあたりTOMORROWが資金を集め、12Bネットが編集レイアウトを担当し、それぞれの病棟内に置くなどしています。

MEDOCのスタッフの方、富山と福井の方々、TOMORROWの会員の方とは、10年ほど前、パソコン通信の血液疾患の会議室「らくだのオアシス」で知り合い、皆さんそれぞれの活動や思いが合わさって冊子として結実したもの。余談になり

ますが、医療と同じく日進月歩のインターネット上では、当時を振り返るとひと昔と言わずに、かなり以前のように感じられ「らくだのオアシス」も今は閉鎖されてありません。しかし患者会が増えて全国に無数に存在する今、小さな集合が横につながり、相互に連携し合う前段階のように感じ



TOMORROW と協同製作した冊子

られます。

それを証明するように「NPOつばさ」の呼びかけに各地の血液疾患の患者会が賛同し、第26回日本造血細胞移植学会での「病棟患者連絡会」をきっかけに他患者会との交流がされつつあり、今後の展開に期待しています。

TOMORROW をはじめ他病院の患者会には病院内や小中学校での講演をされる患者会もありますし、小児科の壁に絵を提供したり、イベントで大道芸をするなど多彩な活動をされている「NPO 血液患者コミュニティももの木」などがあり、患者会として見習うものが多くあります。

患者会創設時に、担当医からアメリカの病院での患者会の活動を伝える印刷物を見せていただきました。記事には数十人の患者が並んだ記念写真が掲載されました。

欧米での患者を取り巻く環境は、病院周辺のボランティアと連携し、患者相談窓口にとどまらず、宿泊施設の紹介や施設間を移動するタクシー手配も行うなど、サービスの充実ぶりを伝え聞きます。

メンバー数40名ほどの12Bネットのような小規模の患者会には、遠くにそびえる大きな目標で

はありますが、院内や他病院の患者会との連携を密にし、私たちに合った患者サービスがなされるきっかけ作りができるような、しっかりした患者会の基礎が築ければいいなと考えます。それと並行し、国立がんセンター中央病院内の患者会として、この環境に合わせた活動を永く続けて行きたいと思っています。

(ざいけ さとる)

● 12Bネット事務局

135-0033 東京都江東区深川1-10-6-1105
FAX 03-3630-0308
E-Mail 12bnet@mbn.nifty.com
ホームページ (年内刷新予定)
<http://homepage2.nifty.com/12Bnet/>



VOL-Net

VOL-Net 運営メンバー

中山 須美

● VOL-Net のはじまり

VOL-Net（ボルネット）は、声を聴き合うことからQOL向上を目指す、乳がん患者のセルフサポートグループです。乳がん患者のメーリングリストで知り合った仲間が「できるところから始めよう」と動き始めたのが2001年春。その1年後によく知人友人に呼びかけ、準備会が始まりました。

趣旨に賛同して集まったメンバーには、それぞれに思いがありました。自分たちが治療の入口に立ったとき手探りで集めた情報を、これからの人々に役立たせたい。先輩患者として、こんなものが欲しいと思ったものを作り、必要なときに簡単に入手できるように提供したい。病気のことを気兼ねなく話し合える場がほしい。あれもやりたい、こんなこともやってみたいという混沌とした話し合いの中で固まってきたのが、第1回VOL-Netの会の開催でした。

テーマは「乳がん術後のセクシュアリティ」。インターネットを通じて事前にアンケートを行い、様々な体験者の声を集め、それを織り込んだ形で勉強会を開催しました。同時に、聴き合いの会を開催。6人ほどのグループに分かれ、それぞれスタッフが会話のリード役に入り、思い思いの話をし、聴き合うというもの。そして終了後はアルコールも交えながらの懇親会です。

勉強会の参加者が多くなってきたことと、聴き合いの会にたっぷり時間をとりたいという参加者の希望もあり、2年ほど前からは勉強会と聴き合いの会は別々に開催するようになっていますが、この勉強会、聴き合いの会、そしてざっくばらんな懇親会は、今に至るまで、VOL-Netの活動の中心の一つとなっています。

● 勉強会

これまで、化学療法、ホルモン療法、リンパ浮腫、乳房再建、病理の見方、緩和医療などをテーマに、年に3～4回ほどのペースで開催してきました。いずれも、患者として何が聞きたいかをじっくり検討し、講師に丸投げはしない、講師と一緒に考え作っていく、というスタンスをとっています。参加者募集の際に講師に対する質問などを集め、それを予め講師に伝えて内容に盛り込んでもらうとともに、勉強会の中で参加者との質疑応答の時間をたっぷりとり、通り一遍の講義で終わらないよう工夫しています。

診断されたばかりで、医療現場でよく使われる用語の意味もよく解からない方から、医療者に負けないくらい勉強している方まで、参加者の知識レベルには幅があります。会員だけでなく、一般の方、あるいは患者でないかたの参加も受け入れており、時には医師をはじめ医療関係者の参加もあります。どのような参加者にもそれなりに得られるものがあるようにするのは難しいですが、で



スタッフの準備の様子

きるだけグレードの高いものになるよう心がけています。

●聴き合いの会

聞き合いの会は、患者会活動の中心を成すものといつても過言ではありません。

声を聴き合うことの効果としては、以下のようなことが言われています。

- 1 気持ちの整理が出来る=同じ病気の人が集まることで、比較的受容されやすい安全な発言の場ができる。表現をするチャンスが得られやすい。
- 2 孤独感の軽減=自分の抱えている症状や思いが、特殊なものではない普通の反応であることが分かる。仲間が出来る。
- 3 情報が得られる=生きるヒント、先輩患者さんからの生活上の具体的情報サポートなどが得やすい。
- 4 自立の促進=ケアが一方的に施されるものではなく、ケアしケアされる双方方向の性質を持っており、自分の存在が誰かの役に立つということが、自尊感情の回復につながる。

このように、話すということ、聞くということは、心のケアに非常に重要なものです。反面、不用意な言葉によって返って傷ついてしまうこともあるのが現実です。これをできるだけ回避するために、開催に当たってのルール作りはじっくり行いました。

まず、「約束」を明文化し、開始に当たって全員で確認すること。漫然とおしゃべりをするだ



勉強会の様子

ホームページトップ

けでなく、スタッフであるメンバーには一定の研修を行い、会話が円滑に進むような知識と工夫をもって臨むこと。話をするのに最も有効な人数である5~7人ごとにグループ分けをし、お茶とお菓子を準備してリラックスできる環境を整えること。また、入会しないと参加できないというのでは、病気のことを口にするのを躊躇している方は、入会自体がハードルになってしましますので、会員以外でも参加できるようにしています。

お茶菓子を食べながら、病気や治療のことだけでなく、家庭や生活のこと、仕事や恋のこと、良かったこと、辛かったこと・・・、日頃感じていることや疑問など、気軽な雰囲気で自由に会話が弾んでいます。

●乳がん用語集

VOL-Netの活動のもう一つ重要な分野は、ホームページを通じた情報発信です。現在公開しているコンテンツのうち、とりわけ重要な情報は、「患者が書いたやさしい乳がん用語集」と「乳がん治療のフローチャート」です。

乳がん用語集は、文字通り乳がん治療に関係する言葉を、患者の目線でわかりやすく解説した用語集です。乳がんと診断されたとき、最初に立ちはだかるのが、専門用語の壁です。病気について知りたい、理解したいと思っても、慣れない患者にはドクターの説明の言葉が難しすぎます。雑誌や書籍で解説されているものも、多くは医師が書いたもので、患者がその言葉をどのようなシチュエーションで受け取るか、あまり考慮されていません。

そこで作ったのが、この用語集です。自分たちが検査やその結果説明の際に、何が解からなかつたか、何が知りたかったかを洗い出し、一つ一つ、自分たちのことばで解説しました。もちろん、内容に誤りがあつてはいけませんので、VOL-Net メディカルサポーター（各分野のドクター）の監修もしっかり受けています。

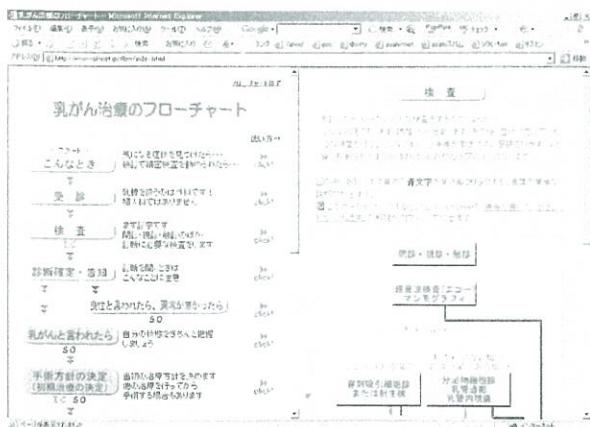
●治療のフローチャート

もう一つの重要なコンテンツ「乳がん治療のフローチャート」は、患者初心者のための道案内とも言えるべきもの。

私たちは、乳がんという病の入口に立ったとき、「これからどうなるのだろう」という不安を、誰もが経験しました。やみくもに情報を集めても、最初は何が重要で何が重要でないか、判断する知識さえも無いのが普通です。随分後になってから

「早くこういうことを知つていれば、悩まずに済んだのに」とか、「判っていたら治療の選択も変わつたかもしれない」という思いを抱くこともあります。そこで、乳がん治療の一般的な流れやポイントをまとめた「乳がん治療のフローチャート」を作りました。

乳がんかもしれないと不安を抱いているかたや、乳がんと診断されたばかりで、これから治療を始めるというかたなどのために、乳がん治療の一般的な流れや重要ポイント、注意点などをまとめて、わかりやすく示したものです。受診の際にあつたら良いと思われるチェックリストなども、印刷できるようにしています。これについても、内容は医学的な監修を受けています。



フローチャート

●これからの VOL-Net

VOL-Net は歴史の浅い、規模の小さな会ですが、患者同士の交流に留まらず、社会に目を向けた活動も視野に入っています。

ホームページを通じて集めた患者の声をまとめ、「乳がん術後のセクシュアリティ」（セクシュアリティに関するアンケート調査報告書）として発行したり、乳がん体験者アンケート「私のがんはこうして見つかった」の結果報告をしたり、患者の声を社会に伝える情報発信も行っています。

更にここ1年ほど、「患者会の意見を聞く」という場に沢山お声がかかるようになりました。がん治療の専門医に関する学会との懇談会や、各種メディアでの発言、厚生労働省の医療に関する審議会における意見聴取などです。このような患者会の役割は、これからますます大きくなっていくと思われます。

私たち「声を聴き合う」ことから

- ・ 乳がん患者の QOL を向上させていきます。
- ・ 乳がん患者が、自分自身の「生」と向き合うことをサポートします。
- ・ 患者、家族、医療関係者など、乳がんに関わる人々をつないでいきます。
- ・ 患者中心の医療（キュアとケア）のために共に考え、行動していきます。

これは、設立当初に掲げた VOL-Net のポリシーともいいうべきものですが、この基本方針は今でも変わらず、常に活動の目標であり、原点でもあります。

VOL-Net は、運営メンバーの合意でことを進めています。一人の代表が主導権を持つ会に比べ、時には動きが鈍くなる場合もありますが、それが偏りのない、バランスのとれた活動につながっているといえます。メンバーそれぞれが仕事や家庭を抱えて、思うように時間がとれないのが最大の悩みですが、「声を聴き合う」ことをモットーに、「とにかく、できることを、できる範囲で始めよう」というコンセプトでいきたいと思います。

(なかやま すみ)



国際シンポジウム・ハイライト

第19回国際がん研究シンポジウムを終えて

国立がんセンター中央病院内視鏡部長
斎藤 大三

2月21日から23日の3日間、国際交流会館にて、がん研究振興財団による第19回国際がん研究シンポジウム「感染、がんと予防」が開催された。このシンポジウムは、杉村隆名名誉総長をリーダーとして、1988年より各臓器のがんの基礎・臨床研究からがん検診、緩和医療まで幅広いテーマで毎年行われている。19回目を迎えた今回のテーマは、「ウイルス、細菌、寄生虫などの微生物感染が関与する発がんは予想以上に多い。感染症によるがんは正体がはっきりしているのだから、多くのヒトのがんの中でも予防が最も可能なものである。」ということで、「微生物感染が関与するヒト発がん」に決まった。

さて、次に取り挙げる微生物を肝炎ウイルス(B型およびC型、HBV、HCV：肝臓がん)、ヒトパピローマ(乳頭腫)ウイルス(HPV：子宮

頸がん)、エプスタイン・バーウイルス(EBV：リンパ腫、胃がん)、ヒトT細胞白血病ウイルス(HTLV-1：成人T細胞白血病)、ヒトヘルペスウイルス(KSHV：カポジ肉腫)の6腫、細菌はヘリコバクター・ピロリ(胃がん)、そして寄生虫(膀胱がん、胆管がん)と決めた。プログラムの構成は、発がんに関与する各微生物間の共通点、差異を勉強、議論しようという観点から、感染経路および疫学(1日目)、発がん機序(2日目)、予防と治療(2、3日目)の枠のなかに各微生物を組み込み、また各セクションはその微生物を専門としない者が座長を務め、討論に充分な時間を当てる(後に、これがとんでもないプログラム進行の遅れをもたらすのだが….)ことを柱とした。ここでようやく、当初から決まっていた杉村隆名名誉総長のアドバイザー、垣添忠生総長、豊島久真男博士



海外及び国内の演者の方々



海外組織委員のマーティン・ブレイザー博士

(理化学研究所顧問)以外の組織委員会のメンバーの選考となった。吉倉廣(国立感染症研究所名誉所員)、下遠野邦忠(京都大学ウイルス研究所所長)、神田忠仁(国立感染症研究所室長)、平山壽哉(長崎大学熱帯医学研究所教授)、飛内賢正(中央病院医長)の先生方が加わり、昨年6月9日の第1回会議で初めて不肖小生が組織委員長を拝命した。

海外側の代表には、この約1ヶ月前にDr. Martin Blaser(ニューヨーク州立大学・微生物学教授)から内諾を得ていた。Blaser教授(写真前列中央筆者の左)とは、1996年2月、ハワイマウイ島での日米がん研究協力セミナーにて初めて知り合い、1999年4月に当センターを14日間訪れられた仲であったが、現在、米国感染症学会の会長であり、演者選考のソースが広がったことは幸運であった。

若林研究所副所長より、シンポジウムの予算が縮小されているという忠告を早めにいただいていたが、実際企画に入ってみると、1) 国内外、とくに海外招待演者の削減(ダブル、トリプルの発表をお願いした)、最終的には海外より10人(アメリカ6、ドイツ2、フランス1、オーストラリア1)と国内18人が招待された。2) 参加者の募集(例年と異なり、旅費、宿泊費ともに自己負担であった。各関連学会の機関誌・ホームページを利用した。最終的には95名)、例年のような前夜祭を開けなかつたため、海外、国内の演者さえも専門領域が異なるため、多くは第1日目の始まる寸前までお互いの面識が無かった。小生も第1日目の受付ロビーにて海外の先生方に、またランチタイムで国内の先生方に初めて挨拶するのが精一杯であった。

初日、杉村名誉総長のウェルカムアドレスからスタートしたが、杉村先生はこのシンポジウムの目的とこれまでの経緯の説明に加え、「オーストラリア・タスマニアデビル(クマに似た、頭胴長50cm程のクロネコ科の有袋類)の顔面に生じる感染症のがんの伝播(同種移植)」の最新ニュースを披露され、冒頭から会は緊張し盛り上がった。

Dr. Blaserの開会の辞に引き続き、ウイルス、細菌、寄生虫の各領域における発がんの概説および化学物質・放射線・微生物による発がんの共通要因・フリーラジカルの講演がなされた。ここでは討論は予定していなかったのだが、白熱した討論が延々とあり、プログラム進行遅延に対する焦りと同時にこの時点で「このシンポジウムは成功か?」の期待も持てた。

以後、28題の講演が繰り広げられたが、肝炎ウイルスでは、日本ではB型、C型感染者の多くは40歳以上にシフトしており、今後、これらの人からの肝臓がんが多くなる可能性、欧米ではB型の母子感染が多いことから乳幼児へのワクチン接種の必要性が報告された。また、C型肝炎ウイルスではその排除による発がん予防が期待し得、抗ウイルス剤としてサイクロスボリンとインターフェロンの併用あるいはインターフェロンの長期投与(病態の進行も止める)の有用性が話されたが、ワクチン開発は未だ夢の段階とされた。ヒトパピローマウイルスでは、子宮頸がんは20代で増えている。このウイルスには多くの遺伝子型(30-100種)があるが、発がん性をもつものはそのうちの15種くらい。前がん状態とされるCIN(子宮頸部の異型性か上皮内がん)の自然消失か進展には



シンポジウム組織委員長の斎藤大三博士

環境要因や宿主免疫が関与する。16型ウイルスのE6、E7の遺伝子の持続発現が重要とされてきた発がん機序では、E7蛋白とpRb機能障害(必須?)、E6蛋白とp53分解とNotch1発現の関連が報告された。

予防の面で、欧米が先行しているGCS、米国Merkのワクチンは16型と18型のウイルス様粒子(VLP)が主体であるが、日本でも新タイプの開発が国立感染症研究所ですすめられていた。ヒトT細胞白血病ウイルスに関しては、ウイルス感染細胞の伝播が感染成立の必要条件であり、主な感染経路である母乳の遮断・制限により子供の感染率を1/6に減少させたとする長崎での18年間に及ぶ研究成果も報告された。EBウイルスが膿胸関連リンパ腫に高率に関与し、人工気胸術の施行を誘因とする講演も興味深かった。

ヘルコバクター・ピロリの領域では、発がんには特定の菌株(CagA遺伝子を有する)の重要性、CagAタンパクの胃上皮細胞への注入されることによる発がん機構、また除菌による胃前がん状態の改善、ひいては胃がん予防につながる可能性が報告された。さらに、ピロリ菌の胃粘膜への接着を予防するための抗菌薬以外の多数の物質や食品成分の話も聞けた。しかし、ピロリ除菌により胃がんが減少する一方、食道腺がんが増加する可能性も警鐘された。この他、各ウイルス同志の絡み、免疫不全状態(AIDS)との絡みの話題や、「Topics」のコーナーにおける、C型肝炎と糖尿病との関連、すなわちC型肝炎には代謝異常病としての治療の導入も必要という話、口腔ケアによる術後合併症の減少の講演、その他にも興味深いものが目白押しであった。各演者の素晴らしい講演の詳細は、近日掲載予定のJJCOを御参考願いたい。各領域いずれも複雑で、「長期の持続感染と慢性炎症、臓器特異性、地域特異性、感染者のごく一部のみに発がん」という特徴像を整理するどころか、むしろバラバラになった。

微生物学者と臨床医の会合、またその各々でも専門微生物、専門臓器が異なることから、話がかみ合わないのではという危惧は何のその、お互い、知らない領域への興味からとてもホットでロングな討論となった。手前味噌になるが、小生の専門



白熱したシンポジウム

外の領域の方々8~9割を一同に集めた会議としては「結構面白い、結構有意義な、結構盛り上がった会」になったのではないだろうか。Dr.Blasierも、最後に「まだまだ不明な点が多く、この感染症・がん・予防については今後ますます研究が必要である」としたものの、「このシンポジウムは進歩があったか?、その答えは疑いもなくYESである」

「各分野の横断的議論は、微生物と宿主と環境の相互作用の基礎研究、さらに新たな治療法の発展に有用である」とした。そして、帰国後のDr.Blasierからの手紙には「the arrangements were subérōshi!」の一文があった。

1996年のマウイ島(前述)は楽しかったな、今回も楽しくやろうよ」という杉村先生の言葉は、この約10ヶ月余り、どんなにプレッシャーだったことか。何とか大過無く終わりほつとしたが、本シンポジウムを後援していただいたがん研究振興財団の方々、特に小池真紀子氏、熱心に細かく御指導、御協力いただいた杉村先生はじめ組織委員の方々の御陰と、深く感謝している。また、参加者の殆どがプロの学会屋さんかと思ったほど、流暢な英語でアナウンサーを務めてくれた江口貴子、横井千寿両女医をはじめ裏方に徹してくれた内視鏡部関係者一同をほめてやっていただきたい。

シンポジウムが終了した翌日、24日、「前立腺がんにウイルス関与!」のニュース(CNN)があった。環境の変化、体力(免疫能)の変化、診断技術の進歩などにより、「がんに関連する感染症」がますます多くなるかも知れない。

(さいとう　だいぞう)

第19回国際がん研究シンポジウムプログラム

「感染、がんと予防」

2006年2月21日～23日 国際研究交流会館

組織委員会 委員長： 斎藤 大三（国立がんセンター中央病院）

委 員： Martin Blaser (New York University)

垣添 忠生（国立がんセンター）

神田 忠仁（国立感染症研究所）

下遠野邦忠（京都大学ウィルス研究所）

アドバイザー： 杉村 隆（国立がんセンター）

飛内 賢正（国立がんセンター中央病院）

豊島久真男（理化学研究所）

平山 壽哉（長崎大学熱帯医学研究所）

吉倉 廣（国立感染症研究所）

第 1 日

開会

歓迎の辞

杉村 隆（国立がんセンター）

開会の辞

マーティン・ブレイザー（ニューヨーク大学）

1. 概要

ウイルスが関与する発がん

吉倉 廣（国立感染症研究所）

細菌が関与する発がんのモデル：ヘルコバクター・ピロリ

マーティン・ブレイザー（ニューヨーク大学）

寄生虫が関与する発がん

太田 伸生（名古屋市立大学）

がんの原因としての慢性炎症：発がんの三位一体論

前田 浩（崇城大学）

2. 感染源と疫学

日本におけるB型、C型肝炎感染の現状

吉澤 浩（広島大学）

B型、C型肝炎感染パターンの変貌

ミリアン・アルター（米国疾病管理予防センター）

子宮頸がん：ヒトパピローマウイルス関与機構の臨床的意義

M・V・K・ドエベリツ（ハイデルベルグ大学）

子宮頸がん：前がん状態の改善・進展の要因

吉川 裕之（筑波大学）

ヒトT細胞白血病ウイルスI型の感染と自然経過

松岡 雅雄（京都大学）

EBウイルスの潜伏感染と再活性化

高田 賢三（北海道大学）

ヘルコバクター・ピロリの疫学とがん：現在、過去、未来

マーティン・ブレイザー（ニューヨーク大学）

3. トピックス1

カポジ肉腫ヘルペスウイルス（ヒトヘルペスウイルス8）

の多面的影響

トマス・シュルツ（ハノーバー医科大学）

C型肝炎ウイルスの代謝疾患への関与：インスリン抵抗性、脂質代謝阻害

小池 和夫（東京大学）

第 2 日

4. 発がん機序

子宮頸がん：ヒトパピローマウイルス・E6、E7遺伝子の役割

ポール・ランパート（ウィスコンシン大学）

子宮頸がん：ヒトパピローマウイルス・E6蛋白の役割

清野 透（国立がんセンター研究所）

B型、C型肝炎ウイルスの発がん機序

クリスチャン・ブレシャー（仏国立医科学研究所）

C型肝炎ウイルスと宿主細胞因子との相互作用

下遠野 邦忠（京都大学）

EBウイルスがコードする小RNA分子と発がん

高田 賢三（北海道大学）

臍胸関連リンパ腫とEBウイルス

青笹 克之（大阪大学）

SPEM、酸分泌萎縮と胃前がん状態

ジェームス・ゴールデンリング（ヴァンダビルト大学）

胃発がんにおけるヘルコバクター・ピロリ・CagA遺伝子の役割

島山 昌則（北海道大学）

ヒトT細胞白血病ウイルスI型による成人T細胞白血病発がんの分子機構

松岡 雅雄（京都大学）

5. 予防

長崎県におけるヒトT細胞白血病ウイルスI型母児感染に関する18年介入研究の結果

片峰 茂（長崎大学）

B型肝炎ワクチン：肝臓がんの予防と治療への応用

ジェイク・リヤング（米国立がんセンター）

慢性C型肝炎からの肝臓がんの予防

林 紀夫（大阪府立大学）

C型肝炎ワクチン開発の現状

ジェイク・リヤング（米国立がんセンター）

第 3 日

5. 予防（続き）

胃前がん状態に対するヘルコバクター・ピロリ除菌の影響

斎藤 大三（国立がんセンター中央病院）

ヘルコバクター・ピロリ感染予防：抗菌物質、プロバイオテック、ワクチン

神谷 茂（杏林大学）

ヒトパピローマウイルス関連子宮頸がん：予防ワクチンと抗腫瘍剤

ジョン・シラー（米国立がんセンター）

抗L2抗体による発癌性HPV群中和の交差性

神田 忠仁（国立感染症研究所）

6. トピックス2

ヒトパピローマウイルス免疫療法

イアン・フレイザー（クイーンズランド大学）

口腔ケア：頭頸部がん術後合併症の軽減

大田 洋二郎（静岡がんセンター）

閉会

閉会の辞

斎藤 大三（国立がんセンター中央病院）

—国際がん研究講演会要旨—

アーサー・D・リッグス博士 (シティ・オブ・ホープ、ベックマン研究所長)

国立がんセンター研究所 発がん研究部長

牛島 俊和

(コンタクトパーソン)

リッグス博士が見つけたこと

女性は、男性の2倍の数のX染色体を持っている。遺伝子の数が2倍になるということは極めて重大なことであるが、女性であることで不都合を来すことはない。その仕組みとして、言われてみれば簡単なことだが、2本の染色体のうち、一方が不活化されている。その不活化がDNAメチル化によるものであることを解明したのが、リッグス博士である。現在、全米61カ所にある米国立がん研究所認定がんセンターのうちの一つであるCity of Hope大学のBeckman研究所長をされている。今回、忙しい日程の隙間をぬって、2月7日から2月11日まで、財団のレクチャラーとして来日頂いた。

Genentech社とリッグス博士がかなえた夢

実は、リッグス博士は、ハーセプチン、アバスチン、リツキサンなど、名だたる分子標的薬を開発しているGenentech社がまだ無名の会社だった頃に、その発展に大きく貢献した人物でもある。1978年頃、ヒトの、しかもきちんと働く、インスリンを、大腸菌で作るなどということは夢の話であった。その夢を実現し、Genentech社の礎を築いたのがリッグス博士である。東京（国立が

んセンター）と札幌（札幌医科大学 今井浩三学長にお世話を頂いた）の国際講演会では、臨床家と基礎研究者の両方の参考になるよう、Genentech社の科学の誕生を、なるべく易しくご講演いただいた。更に、国立がんセンターでは、セミナーの形で、DNAメチル化とX染色体不活化の関係、DNAメチル化の維持機構の異常とがんの関連について、ご講演いただいた。

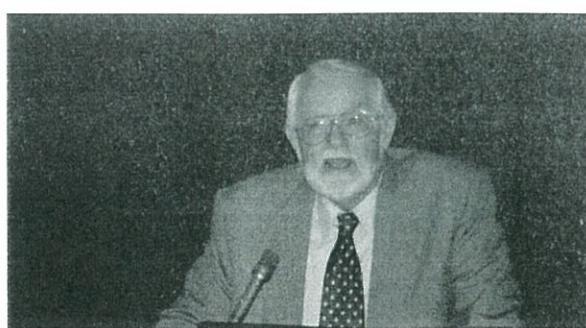
大仕事をするための秘密

講演会、セミナー、そして、討論を通じて感じたものは、リッグス博士の誠実で、暖かいお人柄と、常に真実を見つけようとする強い意志である。静かな話し方ではあるが、不明確な言葉は使わず、曖昧なままの会話はない。予想外の出来事にこそ、大きな意味がある可能性を、常に考える。DNAメチル化の解析になくてはならない酵素であるHpaIIの発見も、ポストドクが出した予想外の結果を丁寧に見直し、使用した酵素に問題があるに違いないと確信、酵素の製造元であるNEB社に繰り返し問い合わせた結果だそうである。

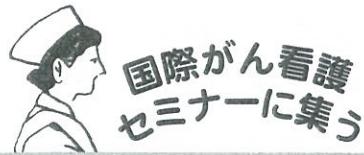
スピリットを受け継いで

リッグス博士の業績に触発され、臨床のあり方を変える医薬を開発する方が、聴講者の中から出れば最高である。今回の来日は、エピジェネティックな情報の重要性を改めて認識する機会となったり、City of Hope大学の研究者との交流を活発にする良い契機にもなると思われる。博士と一緒に歩きながら、日本の文化の小さな発見をされて喜ぶ姿、こちらの話にいつも真剣に聞き入られる姿を、間近に感じた若手研究者が、大きく成長することも楽しみである。

(うしじま としかず)



国立がんセンターで講演中のリッグス博士



“これからのがん看護” ——第6回 国際がん看護セミナーから——

第6回 国際がん看護セミナー委員
国立がんセンター東病院副看護部長

鎌田 良子

はじめに

2001年に国際がん看護セミナーが開催されてから、今年で6回目を迎えることができました。国内外からのがん看護の専門家の皆様をお迎えしてここに開催できましたことは大変喜ばしいことであります。

がん医療の進歩により、従来延命できなかったタイプのがんにも、生存率の向上がみられています。しかし、がんは未だ死亡原因の第一位であり、国民の健康対策の重要な課題です。対がん総合戦略も昨年より第3次総合戦略へと移り、がん医療水準の均一化に向けた取り組みが推進されており、国民が全国どこでもがんの標準的な専門医療を受けられるよう医療技術等の格差の是正を図ることが報告されました。この報告書ではチームの一員である看護師もその役割をはたすべき責務として多くのことが期待されています。

このような状況をふまえてがん看護の標準化、科学的根拠に基づいたがん看護、安全な看護を提供する看護体制について広く国際的な視点から概観し、日本の看護水準の向上に努めたいと考えセミナーのテーマを「これからのがん看護」としました。

今回は演者として海外から4名（アメリカ、イギリス、オーストラリア、カナダ）と日本から4名をお招きし、有意義で実り多いセミナーとなりましたのでご報告させていただきます。

I 基調講演

[Karen J. Stanley がん看護学会会長]

「これからのがん医療とがん看護」についてアメリカのがん看護学会会長であるカレン・J. スタンレー先生から講演していただきました。

- 1) 米国では平均寿命が高齢者の割合が高くなっている。すなわちがん患者も高齢になっていることあり他の慢性疾患も併発している。今まで年齢をベースに治療を考えていたが、患者の機能の状態に合わせた治療になってきている。このことは、がんケアの提供の仕方を変えている。
- 2) 米国では看護師自身の高齢化と看護師不足が起こっている。不足の理由として看護師資格はキャリアとしては2~4番目であることや、看護教育学教授の不足があげられる。また、看護師不足は世界的に起こっている。国により格差があり低賃金で将来の展望が開けないということで自国をでたり、政治の不安定さが影響している国もある。看護師不足は看護師だけの問題ではなく国レベルの医療システムの改革が必要である。
- 3) 遠隔医療技術が行われてきているが、これは世界中の関係者と協働でき、医療のレベルを引き上げることができ、ひいては看護師の知識レベルを高めることができる。そのことは医療格差をなくし、タイムリーに自分の地域で医療を受けることができる。米国では遠隔学習を行っており専門的な看護教育をどこででも受けることができる。

4) 看護師の将来

バイオ技術、標的療法など科学・技術の進歩が

がん医療の側面をかえる。このことは医療制度の変化、人口動態の変化が起こるとともに看護も変わってくるであろう。ゆえに看護師は遺伝についての情報と影響、高齢者のがん患者ケア、生物・標的療法、情報の管理などの生涯にわたる学習と、医療のグローバル化に対応できる柔軟性が求められる。

II 各セッションにおける講演と討議内容

セッション I 「がん看護の標準化」

がん医療水準の均てん化の推進をうけて、がん看護においてもがんの専門病院と一般の総合病院の格差、また地域格差がないようにがん看護の標準化に向けての取り組みが必要です。このセッションでは諸外国におけるがん看護の標準化の現状と課題を紹介していただき、日本においてもがん看護の標準化に向けた取り組みについて述べていただきました。

(1) 「アクションプラン2005と今後のがん医療」

〔上田 博三 国立がんセンター運営局長〕

- ・2004年から第3次対がん総合戦略が進められているが、第1次、第2次の研究中心であつたものを発展させ、研究成果を国民に還元し罹患率と死亡率の激減を目指すものである。時期を同じくしてがん対策の進展が国民から渴望され、国としてがん対策を加速するためにアクションプラン2005が決定された。
- ・アクションプラン2005の第一はがん対策基本戦略として国民の視点から4つのアプローチとして、①がんの予防・早期発見、②がん医療の均てん化の促進、③在宅医療・終末期医療の充実、④がん医療技術の開発をあげている。
- ・第二はがん情報提供ネットワークの構築の推進である。がん医療水準の均てん化を担う地域がん診療拠点病院の整備と、国立がんセンターにがん対策情報センターを設置し、情報の収集、分析、発信をおこなう機関となり国民に情報が提供されることになる。
- ・第三は外部有識者による検討の枠組み創設である。がん患者をはじめとする国民の視点をがん情報ネットワークに反映し、がん対策を促進する。

- ・現在がん医療は、継続的なケアが必要な慢性的な側面と医療技術の高度化により急性期医療が必要な疾患である。今後この高度な急性期医療の提供を支援するためには外来・在宅との連携が図られなければならない。また治癒できないがん患者への医療提供・支援では緩和ケア、在宅医療、精神的支援が必要である。
- ・将来のがん医療は、施設医療から施設外医療・回復者までのがん医療と看護体系が構築されることが必要である。そしてがん医療について国民の指示と合意が求められる。

(2) 「がん看護標準化の現状と課題」

〔Dion Smyth セントラルイングランド大学〕

- ・英国においてもがんによる死亡率（生存率）には、地域による格差、所得による格差、医師の医療技術による格差がある。英国NHSはゴールとして患者は継ぎ目のないサービスを専門医から受けなければならない。そしてそれはどこに住んでいても同じでなければならぬといっている。
- ・そこでNational Cancer Plan (DoH, 2000)においてがんに対するサービスの質を高め、より多くの人の命を救うための実践的戦略を提供するためのプログラムが提案された。
- ・その一つとして、医療機関の連携－コミュニケーションの円滑化と、家庭医ががんについての情報としての知識をもつことで資源を活用できるように、標準化されたがんの紹介（がん種別）のガイドラインの作成を行った。
- ・また、根拠に基づいた医療について重点が置かれている。質の高いケアが提供できるよう、効果的に技術が利用できるように考えられている。専門家はトレーニングが受けられているか、プロセスはどうであるか、サービスを受けた患者がどの程度満足しているのかなどについて監査マニュアルが作成されている。これには患者・家族の意見が反映されていることが重要である。
- ・このスタンダードの監査マニュアルを使うことで質の高いがんのケアを保証している。
- ・ヨーロッパのがん看護学会においてがん看護の標準化を行っている。

(3) 「がん看護の標準化に向けて」

[熊谷 靖代 国立がんセンター中央病院]

- ・がん看護は専門病院と総合病院の病院格差や地域格差が指摘されている。がん看護の一定水準を保つためには、統一すべきがん看護実践に必要な知識・技術のレベルを明確にして標準化する必要がある。
- ・クリニカルパスの普及が看護の標準化の普及につながる。
- ・がん治療は手術療法、放射線療法、化学療法を組み合わせた集学的治療が行われるためそれぞれに対しての卓越した知識が必要である。
- ・病院格差や地域格差を是正するためには、専門看護師や認定看護師を増やし全国にひろがることががん看護の標準化につながる。
- ・ロールモデル行動の教育的活用が特に専門職教育には重要な機能を果たすといわれているためロールモデルとなる看護師を育成する必要がある。このことが質の高いがん看護の提供につながると考える。
- ・当院の院内教育プログラムは杉森らの『統合カリキュラム編成の方法』に基づき改訂し（病院や看護部のニーズを反映、院外教育・分散教育との関連が明らかになるように体系立てた）看護師に要求される特性、能力に関する目標を明らかにした。それががん専門病院の院内教育の一つのモデルになることを期待する。
- ・情報のネットワークの構築として、地域がん診療拠点病院との教育研修、情報、研究についての連携に関する会議の開催や、多地点がん看護カンファレンスを実施している。

(4) 「カナダにおけるがん看護標準化への取り組み」

[Esther Green キャンサーケア・オンタリオ]

- ・カナダでは規制当局が専門職の実践標準を確立し、法律により担当当局を創設した。オンタリオ州では実践標準を管轄する権限はオンタリオ看護学会が持っている。
- ・看護実践の法的、ならびに専門職としての基盤は学会が標準の定義をし、実践標準は安全な実践に必要な知識、スキル、判断、態度の指針を提供している。

- ・カナダがん看護協会は患者中心のケアを前向きに進めていくためにそれぞれ看護師を一般看護師：一般的な専門技術や他の分野の専門知識をもっている専門がん看護師：がん看護の教育を受け臨床実践能力、応用能力、研究が行えること、様々な専門知識がある上級看護師：修士レベルであり上記の能力に加えリーダーシップがとれることこのように役割を分担し卓越した看護の提供に努めている。
- ・役割について9つのケアの標準が示されている。それは患者・家族を中心としていること、自己決定を優先すること、ヘルスケアシステムのガイド、ケアの調整を行い治療の継続を図る、エビデンスに基づく等である。

セッション II 「エビデンスに基づいたがん看護」

EBMの導入により医療の質が高まることが期待され、看護においてもその考え方を踏襲したEBNが行われてきています。しかし臨床のケアは看護大学での研究が活かされず経験に基づいた看護が実践されていることがあります。このセッションでは臨床および教育の立場からエビデンスに基づいたがん看護の構築に向けて各国の現状と課題について述べていただきました。

(1) 「根拠に基づくがん看護実践：カナダの経験」

[Esther Green キャンサーケア・オンタリオ]

- ・看護師は根拠に基づく実践の意味を認識、理解しなければならない。ケア状況に対する根拠の有効性（どのように根拠を調べればよいのか、どのようなバリアンスがあるのか）、適用可能性を見極める能力必要である。
- ・キャンサーケア・オンタリオでは主として医学的管理に焦点を当てた臨床実践ガイドラインを作成してきた。最近ではサポートティブケアガイドラインや、看護臨床実践ガイドラインに力を注いでいる。
- ・オンタリオ州は医療、長期ケア省が看護協会に対してベストプラクティスガイドライン作成支援のために資金援助を行っている。
- ・サポートティブガイドラインには幅広い適切な

医療から最善の選択肢を示し、関連文献、費用対効果分析などの情報も提供している。がん看護師は患者の直接ケアについての意志決定のために、実践ガイドライン情報にアクセスできるようになっている。

- ・根拠に基づくケアを確実なものにするには、患者の意志決定を支援・実施するための知識の仲介が必要である。
- ・オンタリオ州では知識仲介戦略に通じた臨床実践ガイドライン、ベストプラクティスの開発を行い実施している。

(2) 「エビデンスに基づいたがん看護

—研究と教育の視点—

[河 正子 東京大学大学院]

- ・がん患者は治癒を目指す治療の時期であっても身体的・心理社会的苦痛を感じるものであることから、がん看護の基本には「緩和ケア」の理念が不可欠と考える。そこで当大学院緩和ケア看護学分野の研究活動を紹介する。

①緩和ケアは病院の一部としての緩和ケア病棟で発展してきたが、ニーズは一般病棟や在宅でのケアに拡張してきている。その研究としては「がん専門病院から在宅への移行に伴うケアニーズに関して」「緩和ディケアの試行に関して」などである。

②緩和ケアの臨床の場で医療職がケアを評価する用具として適切な妥当性の保証されたものがない。そこで評価用具としてS T A S - J (Support Team Assessment Schedule 日本語版) を信頼性と妥当性の検証(疼痛管理、家族の不安など)を行って開発した。

③死や死にゆく過程に関する一般国民の知識や認識を理解し、可能であればえていかなければならない。そこで緩和ケアと「望ましい死」の概念に関する態度についての全国調査に参加した。

- ・今後の課題として研究結果を臨床スタッフと共有し患者・家族のQOL改善の方向を明らかにしていくことである。

(3) 「教育の視点」

[Patsy Yates クイーンズランド工科大学 豪]

- ・オーストラリアの医療制度改革は、がん患者

の健康面のアウトカムを改善するために患者を中心とした戦略に焦点が置かれている。看護教育もこの改革に貢献できる看護学生を育成することである。

- ・将来の医療制度の中でがん患者のニーズを満たすことができるよう、開発された教育プロジェクトは①専門がん看護師の能力の基準の開発②学部のカリキュラムへのがん看護の導入③学習者のニーズに応える学習資源の開発などがある。

セッション III 「がん看護体制の現状と展望」

がん医療の高度化・専門分化、患者ニーズの多様化など医療環境が急速に変化してきており、安全で質の高い看護を提供するための看護体制の構築が必要です。このセッションでは各国の看護の質を保証するための看護体制、看護の質を向上させるための専門看護師・認定看護師などのスペシャリストの活用について報告していただきました。

(1) 「がん看護体制の構築」

[前田 樹海 長野県看護大学]

- ・アメリカの看護と比較し日本の看護が遅れているという認識を払拭することが必要である。日本の看護の利用者にとって望ましい看護であるかが大切である。
- ・海外の看護を取り入れるのではなく創造していくことが重要である。今後日本のがん看護をリードするであろうがん専門看護師はアメリカの看護制度の模倣にならないようにしなければならないと考える。
- ・がん看護専門看護師は44名と少なく専門看護師の意義や成果を一般に周知することは難しい状況である。このように効果が見えない限り診療報酬にも結びついていかない。
- ・がん専門看護師を配置する意義や成果に関するデータの蓄積とがん看護専門看護師の量的拡充の方策を考えること。また専門看護師が効果的に力を發揮できるような環境作りが必要である。

(2) 「看護サービスの質を保証するシステム」

[Patsy Yates クイーンズランド工科大学]

- ・がん看護サービスの質を保証するためのシステムとして
 - ①継ぎ目のないサービスを行うために地域病院とがんセンターとのネットワーク作りが必要である。
 - ②アウトカムに焦点をあてたケアを行うこと。症状、セルフケア能力、心理的状態、経済面などについてのアウトカムを測定する必要があるということである。
- ・オーストラリアでは緩和ケアサービスにおいては合意したアウトカムがある。これを測定しデータ収集と解析を行い、それをベースに他のサービスに対する基準を設定している。
- ③患者に焦点をあてたケアを行うこと。がんサービスが複雑なために患者がスムーズにサービスを受けられない現状に対して、ナースコーディネーター制度が発足した。これは患者が様々な段階で質の高いケアが受けられるように調整する役割がある。
- ④がん看護実践レベルで改善に取り組んでいる。これは根拠に基づいたケアができていないために実践レベルでばらつきがあった。これを改善するために看護師自らイニシアチブをとり監査・評価するシステムを構築した。
- ⑤労働環境の改善が必要である

(3) 「看護の質を改善するための専門職の活用」

[Dion Smyth セントラルイングランド大学]

- ・英国の現状はがん専門看護師の仕事の内容が曖昧になっている。それは医師の仕事を引き受けざるを得ない現状がある。
- ・RCNは看護師が行うがん看護の実践と、がん専門看護師が行う看護実践を区別することが重要であるとしている。
- ・このがん専門看護師の役割は臨床の処置、患者・家族、看護師、コミュニティに対しての教育、研究、そして病棟の管理も行っている。
- ・研究結果から専門看護師は
 - ①緩和ケアにおいては看護師主導のケアが医師主導のサービスより患者満足度が高かったという結果であった。
 - ②医師が行う治療と専門看護師が行う治療に

おいて、看護師は精神的なケアまで行うためにコスト効果が高いという結果であった。

おわりに

今回のセミナーでがん看護の標準化、科学的根拠に基づいた看護、安全な看護を提供する看護体制について広く国際的な視点で学ぶことができました。本セミナーはこれからのがん看護の質の向上、がん看護の発展に繋がる良い機会となったことと確信しています。参加者がセミナーで得た示唆を看護実践の場で活かしいただけるものと期待しております。

今後もこのようにがん看護について論じ共有することで、がん看護の発展に繋がっていくことを願っております。

本セミナーを開催するにあたり、ご協力いただきました財団法人がん研究振興財団の皆様をはじめ、ご協力、支援いただきました多くの方々に深く感謝いたします。

(かまだ りょうこ)



第6回 国際がん看護セミナープログラム －これからのがん看護－

第1日目 1月27日（金）

開会

総合司会 岡田 裕子（国立がんセンター東病院）

9:30-9:35 開会の辞

土居 真
財団法人がん研究振興財団

9:35-9:45 セミナー代表挨拶

平出 朝子
国立がんセンター東病院

基調講演

座長 渡辺 孝子（国際医療福祉大学）

9:45-11:45 これからのがん医療とがん看護

Karen J. Stanley
Oncology Nursing Society, U.S.A

～ランチタイム（11:45-13:30）～

セッションI がん看護の標準化

座長 濱口 恵子（癌研有明病院）

13:30-14:00 アクションプラン2005と今後のがん医療

上田 博三
国立がんセンター

14:00-14:30 がん看護標準化の現状と課題

Dion Smyth
University of Central England, England

14:30-15:00 がん看護の標準化に向けて

熊谷 靖代
国立がんセンター中央病院

15:00-15:30 カナダにおけるがん看護標準化への取り組み

Esther Green
Cancer Care Ontario, Canada

15:30-16:00 ディスカッション

第2日目 1月28日(土)

セッションII エビデンスに基づいたがん看護

座長 小松 浩子 (聖路加看護大学)

9:30-10:00 根拠に基づくがん看護実践：カナダの経験

Esther Green
Cancer Care Ontario, Canada

10:00-10:30 エビデンスに基づいたがん看護
－研究と教育の視点－

河 正子
東京大学大学院

10:30-11:00 教育の視点

Patsy Yates
School of Nursing Queensland
University of Technology, Australia

11:00-11:30 ディスカッション

～ランチタイム (11:30-13:00) ～

セッションIII がん看護体制の現状と展望

座長 陣田 泰子 (聖マリアンナ医科大学附属病院)

13:00-13:30 がん看護体制の構築

前田 樹海
長野県看護大学

13:30-14:00 看護サービスの質を保証するシステム

Patsy Yates
School of Nursing Queensland
University of Technology, Australia

14:00-14:30 看護の質を改善するための専門職の活用

Dion Smyth
University of Central England, England

14:30-15:00 ディスカッション

閉会の辞

森山 節子
国立がんセンター中央病院

研修報告

UNIVERSITY OF FLORIDA -SHANDS HOSPITAL HEMATOPATHOLOGY LABORATORY- での研修

独立行政法人国立病院機構
仙台医療センター 臨床検査技師

石垣 みゆき

はじめに

当センター臨床検査科では、ここ数年に渡りがん研究振興財団の海外研修に参加者を送り出しています。同僚の研修報告を聞くうちに海外の臨床血液学の分野に興味を持ち、機会があれば私も参加したいと思っていました。今回、幸運にも、平成17年度海外研修助成を受け、約2週間に渡り UNIVERSITY OF FLORIDA (UF) SHANDS HOSPITAL HEMATOPATHOLOGY LABORATORY (主任 Raul C. Braylan 教授) で研修する機会を得ました。Braylan 教授はフローサイトメトリーの分野において世界的な先駆者であり、日本でも何度か講演されている親日家です。

研修目的は（1）白血病・悪性リンパ腫を含む血液疾患の形態・細胞・遺伝子等多方面からのアプローチによる総合的な診断と評価、（2）フローサイトメーター (FCM) による MRD 検出の方法論とデータ解釈、（3）近年の白血病治療の現状を学ぶこととしていました。しかし実際には、時間的な制約もあって、FCMを中心とした研修内容となりました。

SHANDS HOSPITAL HEMATOPATHOLOGY LABORATORY

UF はフロリダ北部の Gainesville にあり、緯度が沖縄と同じくらいなので、2月下旬の研修期間でしたが、朝晩少し冷えるものの暖かな日々を過ごすことができました。SHANDS HOSPITAL は、その経営母体が民間ですが、UF に併設された病院です。ベッド数は570床で、そのうち血液疾患が100～200床を占めています。院内には日本と同様の検査部や輸血部があり、その他にも幾つかの特殊ラボが存在し、その部署ごとに専門性を有

する検査技師が働いていました。

HEMATOPATHOLOGY LABORATORY は血液関連疾患の診断とフォローアップを行う血液病理学部門です。ここでは、FCM による細胞解析を中心にして、病理・HLA・遺伝子の検査も実施しています。また、日本の中規模病院のように、血液・生化・血清など一般的な検査を行うセクションもあり、そこで私たちの使い慣れた分析器が多々稼働しているのを見て、地球の裏側にも自分たちと同じことをしている人たちが確かにいるんだなと実感しました。

-英会話-

このラボでは、アメリカ国籍の人以外にも、キューバ・チャイナ・ベトナムなどいろいろな国から来た人が働いていました。日本人の全く居ない環境でしたので最初は大変でした。自分と同じような顔をした中国人の検査技師に、つい日本語で話しかけてしまう場面もありました。もちろん通じるわけではなく、我ながら笑ってしまったこともあります。今となっては良い思い出となっています。



血液病理検査風景



血液病理のスタッフと筆者

私にとって、他国籍の人の英語はアメリカ人の英語より聞きとり易く、自分の英語も理解され易いため、どちらかと言うと他国籍の方との会話が多くなりました。研修の終わり頃になると、中国人の方が必要に応じてアメリカ人と私の間に入って、通訳のようなこともしてくれました。中国人と日本人の英語の発音は、似て非なるものだとうことを改めて実感しました。中国人は似てもいないと言うでしょうが、私はそれ程違わないと思うので。しかし、「通じる英語」と「通じない英語」そこには雲泥の差があるのは確かです。とは言え、ラボのスタッフは皆本当にフレンドリーで、言葉には不自由しましたが、日本に帰るのが寂しく感じる程楽しい研修期間を過ごさせていただきました。

- F C M -

FCM 担当の技師は 6 人で、彼らは検査技師の資格取得後 2 年間の血液学専門のカリキュラムを学んだスペシャリストです。日本の検査技師は「まずルーチンありき」で、きちんとした知識が無いままにルーチンをこなし、またしっかりと知識を身に付けようすると何年もかかっています。これに対して、アメリカでは、血液学に限らず、検査技師の専門教育がきちんとされています。経験年数が浅くても、データについてきちんとディスカッションしている様子を羨ましく眺めできました。

FCM は 3 台ですが、日本とは比べものにならない程、余力を持って仕事のできる環境が整っています。フレックスに業務をこなしていることもあり、業務がかなりシステム化になっていま

す。他人が手がけた仕事を途中から引き継ぐことに何ら問題のないように検査業務が確立されています。朝 6 時から働いて午後 3 時半に帰る人、昼 1 時から 8 時半まで働く人、と各自様々で、自分のライフスタイルに合わせて仕事ができるというのは、ちょっとびり魅力的でもありました。

彼らの仕事密度と言ったら変ですがそれも高くなく、決して働き過ぎず、それでいて特殊性と高品質性を兼ね備えた検査業務がきちんと遂行されています。FCM が 2 台故障して 2 人が病欠をしていても、3 人目は自分の業務終了時刻に帰って行きます。医療ミスやインシデントが何かと騒がれる昨今、これと同じようにとは言いませんが、私たちにはもう少しゆとりが必要であると思わざるを得ませんでした。

- 検体処理の流れ -

検体は SHANDS HOSPITAL だけでなくいろいろな所から来るようです。今はどうか分かりませんが、以前は海外からも航空便で検査依頼が来ることも珍しくなかったと聞きました。サイトメトリー用の検査材料は末梢血液・骨髓液・骨髓生検・髄液・リンパ節など日本と同じです。受付を終えると、専門スタッフが患者のヒストリー（病歴）をオンラインで引き出し、それに合わせて血液病理学の診断医が抗体の組み合わせを指示します。初診時検査の場合には材料に応じた抗体セット、MRD の検出の時にはヒストリーを踏まえた抗体の組み合わせが選択されます。その際、使用する抗体の標識色素まで細やかに指定されます。診断のための検査が極めて的確になされているように見受けられました。

ヒストリーは常に検査材料と共に移動します。検査担当技師は必ずヒストリーを踏まえた上で一連の検査を行います。そして、データはやはりヒストリーと共に診断医に戻されます。こうしたシステムは検査と診断に大きなメリットを与えていました。

一連の検査では、細胞表面マーカーの検索に加えて、サイトスピンスマアおよび血液塗抹標本の作製と染色が含まれます。しかし、ここでの標本は私たちが普段見慣れているものとはかなり異

なっていました。このラボが特殊なのかアメリカ一般がそうなのかは分かりませんが、核染が極めて薄く、核クロマチンの変化がどうこうといえる標本ではありません。形態観察を中心に、芽球とか異型とか言いながら血液検査に携わっている自分には、かつて HE 染色やパパニコロウ染色を見せられた時と同じくらいの大打撃でした。この標本ではとても分からぬ、そう言つた感じだったのです。

- 機器の精度管理 -

FCM の起動時には、日本と同じように CAL・CV-Check が行われます。これに加えて、ヒトノーマル血球を用いたカラーコンテンション（蛍光補正）も必ず行われています。日本では、あまり変動することが無いという理由で、FCM 起動時の蛍光補正是毎回は行われていません。ですが、日々そのようにしてセットアップされている FCM の測定データを見ると、極めてシビアな機器管理が信頼性のあるデータをはじき出すものであることを強く感じさせます。

- 豊富な抗体 -

ここはフローの老舗のようなラボなので自家調整の試薬も少なくありませんが、常に品質管理に十分な注意が払われていて、市販の抗体も納品時に全てチェックされていました。使用している抗体の種類は、CD (Cluster of Differentiation) の数 × 蛍光色素 (FITC,PE,ACP,PerCP,PerCP-5Y) の数だけあるのでは？と思われるほど多く、冷蔵庫を埋め尽くしています。主に BD の抗体ですが、その価格が日本の 5 分の 1 位の安さで、更に驚かされました。日本では抗体が高価なため、造血器悪性細胞検査で抗体を使いすぎると、診療報酬に見合わないことが多々生じます。これはまったく頭の痛いことですので、ここでの 5 分の 1 という低価格は羨ましい限りでした。

おわりに

研修は約 2 週間という短い期間でしたが、ラボの皆様はじめ多くの方々の優しさと親切に触ることができました。帰国後、筆無精というか、相



血液病理検査室から

変わらず英語が億劫で、まめにメールを書いている訳でもありませんが、異国のスペシャリスト達と連絡を取れるようになれたことを嬉しく思います。

日本の臨床血液学の場では、骨髄像の検鏡など病気の診断に直接つながる検査が、医師から検査技師の仕事に移行しつつあります。検査技師の役割が今後一層大きくなっていくものと思われます。ですが、専門教育の場が設けられていないため、診断に使えるデータを出せるようになるまでに長い年月を要しています。現在の病院内検査室を取り巻く状況には厳しいものがありますが、血液疾患を専門とする診療科を持つ病院では、次世代を担う血液担当技師の教育に力を入れる必要があると思います。アメリカの教育システムを垣間見て、その思いをますます強くしてきました。この経験を大切に、自分自身の更なるスキルアップと臨床検査の質の向上に努めていきたいと考えています。

今回はこのような貴重な体験をさせていただきました本当にありがとうございました。この機会を与えて下さいましたがん研究振興財団の皆様、仙台医療センター臨床検査科の手塚 文明 部長、お忙しい中をご指導くださいました SHANDS HOSPITAL HEMATOPATHOLOGY LABORATORY の Raul Braylan 教授とスタッフの皆様、そして研修先を紹介してくださいました東北大学血液病理学の一迫 玲教授に心よりお礼を申し上げます。

(いしがき みゆき)

メイヨー・クリニックでの研修

国立がんセンター中央病院 看護師長
伊藤 淳子

はじめに

米国の病院における看護マネジメントの実際を人事管理、看護師教育システム、Patient safety の観点より学ぶことを目的に、平成17年11月19日（月）～12月16日（金）まで、Mayo Clinic に研修に行かせていただいた。

1. Mayo Clinic Rochester 概要

Mayo Clinic は、米国ミネソタ州、フロリダ州、アリゾナ州の3州にあり、ミネソタ州ロchesterが発祥の地であり、中核となる施設がここに集まっている。ロchesterには2つの病院と Mayo、Gonda ビルディングという外来患者専門の治療棟、チャーターハウスという高齢者用長期滞在ナーシングホーム、精神科専門や職員専用治療施設など約20のビルがあり、多くの施設が存在している。

- (1) 入院患者数 151名／1日
 - (2) 外来新患数 1,023名／1日
 - (3) 手術件数（外科的処置） 189件／1日
- であり、外来患者数が全患者数の80%を占める。

2. 看護部組織

看護部はChairと呼ばれる代表の下に臨床実践、教育、研究の3部門に分かれる。昨年より臨床実践に Vice Chair の職責が新たに追加された。患者直接ケア部門はさらに11の専門分野に分けられ、それぞれ Nurse Administrator が管理している。Nurse Administrator は7～10の病棟や外来の看護単位を受け持つ。それぞれの看護単位は Nurse Manager が管理している。

- 1) 看護職員数は、約6,500名である。

Methodist と Saint Marys Hospital で4,001名おり内訳は、

Registered Nurse(RN)	2,731名
Licensed Practical Nurse(LPN)	75名
Patient Care Assistants(PCA)	438名
Unit Secretary (US)	289名

である。

Mayo Clinic（外来診療部門）には、1,307名が配置されており、その内訳は

RN	1,026名
LPN	259名
Nurse Practitioner	94名
Clinical Nurse Specialist	9名
Nurse Midwife	4名

である。

手術部門は、889名配置されており、内訳は、

RN	314名
LPN	10名
Certificated Surgical Technician(CST)	226名
PCA	178名
US	19名

である。

2) 有資格看護師の内訳は以下の通りである。

Clinical Nurse Specialist (CNS)	約60名
Nurse Practitioner(NP)	約120名
Nurse Midwife	5名
Nurse Anesthetist	182名

3) 勤務体制

看護師勤務体制は、基本的には2交代制(7:00～19:00、19:00～7:00)であり、8時間、夜勤のみ、日勤のみ、午前中のみ、週に2回のみ働くなど本人の希望で勤務可能である。



GONDA ビルディング ロビー

4) 専門的役割を担う看護師

(1) CNS (Clinical Nurse Specialist)

病院全体で約50名と少数である。主な役割は臨床の看護モデルとなることである。看護アセスメント、看護計画立案を行い、直接ケアは行わない。診療科チームに属しており一緒にラウンドを行う。一人当たりの受け持ち患者数も19名と多い。

(2) NES (Nurse Education Specialist)

看護継続教育を担当する。あらゆる部署に配属されており、病院全体の教育担当者や診療グループ担当者、患者教育担当者、海外研修看護師担当者等様々である。看護レベル向上のためのプログラム作りと実施を行う。患者ケアは行わない。Master Degree が必要である。病棟（診療グループ）スタッフの教育においては、ナースマネジャーと協力して行う。

5) Nurse Managerの役割

勤務管理：勤務表作成は、秘書が行い、コンピューターで管理されている。勤務形態は本人の希望によるのであるが、別に休みの希望等が重なった場合は、調整を行う。マネジャーの考え方にもよるが、年功序列で長期休暇希望をとっている、ということであった。（Mayoでは、有給休暇を使いきれない人はたまっていくので年数が多い人ほど休暇をたくさん持っている）

人事管理：2年前にイントラネットで管理できるようになった。個人情報を入力するフォーマットが有りその中に個人目標と病棟における役割目標を入力し、実施評価できる。問題のある職員に関しては、ガイドラインが作られており、それにしたがって矯正を行う。しかし、それでも無理な場合は専用のフォームに記入をして報告をする。

看護師の突然の退職希望に関しては「OK」ということであった。それ以前に毎日スタッフと話し、個人の異動や退職の希望を吸い上げておくことが必要ということであった。病棟事情等は関係なく、引き止めることによって本人のやる気も低下し、他のスタッフに迷惑がかかりひいては患者に迷惑がかかる、ということであった。（フロートナースシステムがあるので気にしなくてもよいことも一つの理由である）。配置換えについては、あくまでも本人の希望である。

モチベーションの持続：常にスタッフと話すことを心がけ、本人の希望を把握しておき、機会を逃さずチャンスを与える。「スタッフを一人にしない」ことが大切。あるナースマネジャーは、メールでスタッフとやり取りをしており、それが効果的であるということであった。疾患や看護のことでも、それ以外でも情報交換が常にできるのでスタッフを理解するのに役立つと言ふことであった。

また、給料は重要な要素であるが評価を行うのは師長となる。年に数回面接を行う。正式な面接は年に1回であり、そこで最終評価となる。給料は経験年数と資格とにより最低～最高までの幅がある。スタッフによっては、給料よりも自分の時間を優先する人もいる。

評価：スタッフの評価は、色々な人から情報を聞く、ということであった。患者・秘書・医師・薬剤師・清掃担当者など様々な人から意見を聞き総合判断をする。

6) その他の専門分野を行う看護師として以下の看護師に会う機会を得た。

(1) 輸血看護師 (inpatient infusion therapy に属している)

2つの病院を掛け持つ。24時間交代制勤務で1日27名ほどが働き、140名ほどの輸血のみを専門に行う。資格は特になく本人の同意である。BMT 病棟と Oncology 病棟のみ病棟看護師が輸血を実施する。（輸血件数が多く病棟としての専門性があるため）仕事は単調であるが、様々な患者さんと会うことが出来て新しい経験を得ることができるところが楽しい、ということであった。

7) フロートスタッフ

看護部 Resource 部門に属する。約20年の歴史

があり、RN 68名、NA 50名、US 35名が現在配置されている。2つの病院をカバーする。フロートスタッフ管理で一番難しいことは、リクルートである、ということであった。

- ・勤務形態：個人の希望の勤務形態を考慮し秘書が勤務計画を作成する。
- ・小児、精神、救急は専門性が高いため担当しない。

<教育>

オリエンテーションは経験者は3ヶ月、新人は4～5ヶ月かける。技術を身につけるために時間を要する。特に新人の場合は1つのユニットを長くかけて指導する。専門性を身に着けることは困難であるが、skillを得ることができる。

<振り分け>

PCのシステムにて看護度を入力すると、必要看護師数がでる。最終的にはおののの病棟のnurse managerが判断をして応援を要請する。それによりフロートナースを振り分ける。（応援要請が多い場合にはいけない病棟もある）

<Resource Nurse>

pagerを持ち、応援要請があればその部署にいき、その時だけ応援が必要、と言う場面で応援をする。例えば、不穏な患者がいて目が離せない、患者を検査に連れて行ってほしい、など。夜間も各病院に1名配置されており、夜勤看護師長の指示のもと働く。夕方は一通り病棟をラウンドして本日の状況を確認しながら手伝いを行う。

3. 他職種の役割と協働

1) 薬剤師・・・Mayo全体で300名の薬剤師と300名のテクニシャンがいる。各病棟に薬剤師が常駐、医師が処方箋を書くと薬剤師が入力する。注射薬は全て、中央の薬剤でミキシングされたものがあがってくる。

外来化学療法ユニットには専任の薬剤師があり、すべて調剤を行う。OncologyやBMTチームなどのように診療チームにも薬剤師が入っており、薬剤に関する提案を行う。

- 2) 検査技師・・・病棟での採血はいつでも検査技師が採血に来室し、検査課へ持って帰る。
- 3) 患者移動・・・ベッドや車椅子で検査・治療

等に移動する患者には、専門の部署から搬送専門の職員が迎えに来る。

4. 看護師教育

1) 教育専門看護師が立案し、Mayo全看護師が対象となる。2006年は37クラスが開催される。クラスはBasic、Intermediate（2～3年）、Advance（エキスパートナース）に分かれる。Mayoの教育プログラムは、アメリカのcontinuing nursing educationのcontact hourに使用できる。（アメリカでは2年間で24時間必要）

2) 診療グループ（病棟）教育

【Oncology/Hematology/BMT グループ】

1. 新採用者オリエンテーションスケジュールは、10週間で構成されている。最初の2週間は看護部のオリエンテーションと混在して進められる。プリセプターがついて指導。受け持ち患者数等も決められている。

Heme/Onco/BMT 専門クラス level I, II, BMT 患者ケアクラスを年に2回開催され、新採用者は、クラスが開催されるときに必ず参加することになっている。評価は、毎月と1年後に最終評価がされ、試験は80%が合格する。もし、落ちたら再テストを行う。

3) スキルアップとして（1）Affiliated Programを持つ。これは、Mayoで働きながら、大学等に通い次の資格がとれるものである。提携大学では、授業料をMayoが出してくれるものもある。（2）Pre-Ope programは、5年前より手術患者の早期退院を目指して開始された患者教育プログラム。スタッフのスキルupのためのプログラムでもある。プレゼンテーションスキルと新たな知識を得る機会となる。

10名のスタッフナースで構成。担当年数は2年。毎年、1月に新たな募集を行う。5名の枠で25名ほどが応募する。

5. その他看護関連のスペシャリスト

1) Nursing Informatics Specialistは、電子媒体の看護関係の部分を担当する新しい看護職であり、Master Degreeが必要である。現在、年に1回、全米において電子媒体に関するカンファレン



指導してくれた看護師と

スを開催している。

Nursing Informatics Specialistは、要望を伝え、プログラマーが実際の設計を行う。

2) Placement coordinatorは、看護職員採用と雇用継続に関して責任を持つ。Mayoでは、看護職員採用は重要な問題であり、1年を通じて採用を行っている。

6. マグネットホスピタル

Mayo Clinic は、1997年よりマグネットホスピタルとして全米看護協会より認定されている。マグネットホスピタルは、1. すばらしい看護ケアを患者に提供している。2. 看護実践の専門化のための開発。3. 看護職員の成長と能力開発 などが継続的に行われていると認められた病院に贈られる。3点を有していることで看護職員が魅力的に仕事に従事することができ、離職率を下げている。

7. Patient Safety

1) Nursing Safety Council

- ・看護部の安全管理委員会、1ヶ月に1回開催する。看護部委員会は独自に活動している。Mayo全体では、Rochester Committeeがあり、看護部からはChairのみがメンバーとして入っている。
- ・決定された対策やパンフレットは全て、インターネットに入っている。看護職員はいつでもインターネットより情報を取り出せる。
- ・月に1回、Topicsを配信する。
- ・各看護単位のSafety Coachersが委員会からの

知らせにより、看護単位に情報を提供する。

(各看護単位のSafety Coachersの能力（やる気）により活動の効果が左右される。)

- ・この委員会では、主に看護師サイドの安全問題を担当する。例えば腰痛や外傷など。インターネット上にレポートあり。

2) Safety Coachers

- ・各看護単位に2~3名配置。2年以上の経験のある看護師で、Safetyに興味のある看護師が立候補する。全部で160名ほどになる。
- ・Safety Councilから送られてくる情報を各看護単位に浸透させる。教育、実施、実施の検証等看護単位に関して責任を持つ。

3) Continue Improvement (CIプロジェクト)

安全管理は、業務の質向上によって保たれている。各部門や職種を越えて業務改善を行っている。例えば、化学療法のレジメン管理などもその一つである。CI Specialistも3名配置されている。

①インシデント報告 (pager管理) インシデントが発生したら、Pagerにて報告。24時間いつでも可能。イベントチームが聞き取り調査にいく。(3年前までは紙面報告であった)

- ・薬剤に関するインシデントが一番多い。
- ・輸液ポンプに関しては、流量と予定量の入力間違いが多い。
- ・当事者以外からも報告があがってくる。
- ・医師からの報告は少ない。(医師は自分が非難されていると感じる度合いが強い。)

②Quality Management：質の管理が、CIの中のKey pointとなる。疼痛・退院・IV治療・薬剤安全・転倒・転落・皮膚等の管理を行っていく。

③Event data management

イベント内容から傾向と対策をたてていく。

4) インシデント対策の実際

①内服管理

内服与薬マシン (PIXAS) が各病棟に設置されている。医師が指示を出し、処方をしていない限りマシンに反映されないので口頭指示のみで内服させることは出来ない。与薬一覧表にはバーコードが印刷されている。個人管理ではないので、余分な内服薬をストックし

ておく必要がない。

②輸液管理

調製は薬局で行われて病棟に払い出される。病棟ではラベルと指示票との確認作業となる。輸液ラインは1種類のみ。抹消もCVラインも同じものを使用。現在、シリンジにバーコードがついているものが発売されている。そのバーコードに流量の設定がされているため、人的ミスを防ぐことが出来る。

*ヒューマンエラーを防止するためには、バーコードなど機器の導入が最も効果的である。しかし、当たり前のことを当たり前にやるよう何度も何度も言っていくことが必要となる。(IDB4U medicineプログラム)

5) 転倒・転落

電子カルテ上で、8時間ごとにアセスメントをし、1日に1回計画を見直すことが義務化されている。転倒のリスクのある患者には、「スノーフレイク」のマークを部屋の前や車いすにつけておき、全てのスタッフが患者の状況がわかるようにしている。また、退院後もクリニックへ情報提供がされる。今後、PCにシンボルマークを入れ、その患者のカルテを開いた場合すぐにわかるようにしていく。

6) スキンケア

スキンの状態も必ず8時間ごとにアセスメントを行い、計画を立てていく。褥瘡、浮腫、創傷等のアセスメントは看護師の重要な安全管理の一つである。

8. 各セクション

1) 外来化学療法ユニット

GONDAビルディング10階にある。1日患者数約100名。

設備：9ベッドルームと6台の椅子の部屋が3室。1部屋に2人の看護師が受け持つ。薬局もあり、ここで全て調製する。4名の薬剤師と5名のテクニシャン配置。

スナックエリアという患者・家族のための飲み物やスナックが置いてあり、いつでも自由に食べてよいエリアを設置している。

2) Infusion Therapy Outpatient

化学療法以外の注射関連の外来治療ユニット。

成人患者のみで毎日約70～100名が来院する。29ベッドあり、全て個室である。患者は24時間連絡がとれるシステムとなっている。Infusion Nurse 35人(2交代)、IVテクニシャン 3人、クリニカルアシスタント、秘書で構成されている。

主な治療：抗生素の点滴、輸血、免疫抑制剤投与、臓器移植前の前処置など。骨髄穿刺や骨髄関係治療は専門チームが担当する。

3) Cancer Education Center

Gondaビルディングの1階にある。患者・家族だれでも使用でき、書籍やパンフレット、その他患者家族が欲しい情報を入手できる。

MayoのEducation SpecialistとACAより3名のスタッフが派遣されている。1日約100名の患者家族が訪れる。

おわりに

Mayoは、各仕事が専門分化され、それぞれの人的資源の豊富さには驚きとうらやましさを感じた。特に、教育専門職が多く配置されており、質の向上には、教育が重要であると痛感した。当院においては、日常業務と平行して、各看護師が教育や業務改善に努めており、自分の持てる時間の中ですばらしい仕事を成し遂げていると感じた。

患者・家族及び職員満足のためのハードとソフト面も充実していた。ロビーや待合所の広さや設備の充実は、待ち時間を感じないで過ごせるゆとりがあった。また、患者情報サービスも充実しており、いつでも自分の欲しい情報を得ることが出来た。

当院でも患者・家族がどこでもすぐに情報が収集できるシステムができることが望まれる。

安全管理に関しては、質管理が重要である。インシデントを防ぐためには診療や看護の質を上げていかなければならない。これは、最近日本でも強く言われていることである。当院においては、現在検証する部会はあるが、業務改善を全職種で取り組む部会がないので、新たに作る必要性を感じた。

(いとう じゅんこ)

Memorial Sloan-kettering Cancer Center と Mayo Clinic での研修

独立行政法人国立病院機構
仙台医療センター 薬剤師

小住 好子

はじめに

財団法人がん研究振興財団の海外研修助成金により、平成18年3月4日から2週間、国立がんセンター中央病院の飯村正子先生と独立行政法人国立病院機構北海道がんセンターの高田慎也先生の3人で Memorial Sloan-kettering Cancer Center (MSKCC) 及び Mayo Clinic で研修する機会を得ました。MSKCCのあるNew Yorkは、映画でみた風景そのもので病院の周りも高層ビルが立ち並んでいましたが、Mayo ClinicのあるRochesterは、街の中心部にMayoの高層ビルが集まっているだけで少し街を離れると広大な土地が広がっており3月でもまだ寒く雪が降り積もっていました。

研修目的

米国では以前より薬剤師のがん専門認定制度及びレジデント制度が設立されており、米国の病院におけるがん専門薬剤師の活動を実際の現場で研修すること、特に血液内科・移植病棟での薬剤師の活動を学んでくることを目的に渡米しました。

Memorial Sloan-kettering Cancer Center (MSKCC)

1884年に設立されたNew York Hospital (のちのMemorial Hospital)とSloan-Kettering Instituteが1960年に合併して現在のMSKCCとなりました。Manhattanの中に8つの施設があり私達が主に研修を行ったinpatient hospital (入院)とmain campusは、Upper East side (67thと68th Streetsの間)にあり、Rockefeller Outpatient Pavilion (外来化学療法)は、53rd Streetsにあります。MSKCCの特徴として

Patient safetyに重点をおいていること、薬剤や各種疾患ごとの治療のマニュアルやガイドラインがOn-lineで検索できることなどがあげられます。研修中にアメリカの薬剤師の状況・教育システムやOn-lineのマニュアルやガイドライン、医療安全について説明を受けました。

MSKCCのinpatient hospitalは、427床で平均在院日数は6.8日であり薬局には、薬剤師が125人いてMSKCC全体では、約200人の薬剤師と約400人のテクニシャンが働いています。私が勤務している仙台医療センターは、26科698床の総合病院ですが薬剤師数は19人でスタッフの数の違いに非常に驚きました。MSKCCでは、2人ののがん専門薬剤師に滞在中お世話になり多くの事



MSKCC

を学びました。2人は、薬局のスタッフに週に1回講義を行っており、私達もPediatric ALL, Blast cancer, BMT, Tumor lysis syndrome, Pancreatic Cancerの講義をうけることができました。MSKCCでは、滞在していた週がちょうど医療安全週間であり集会に出席する機会がありました。実際に起こった医療事故をドラマ仕立てで



MSKCC にてがん専門薬剤師と

作ったビデオを上映し、その後に何が原因でどう改善すればよいのかという意見をフロアから出し合うというもので活発な意見が次々と出ていました。このような会場でみんなが積極的に意見を述べている姿が日本とは違って印象的でした。

MSKCC には、外来専門の病院も含めて25のサテライト薬局があります。病棟及びサテライト薬局の見学は、初日のみでしたが私は血液内科の病棟を担当しているので、移植病棟及び小児科を案内してもらいました。移植病棟の部屋は、完全に個室になっておりナースステーションに隣接したサテライト薬局には安全キャビネットがあり、医師から処方依頼がくるとすぐ隣のサテライトで薬剤師がチェックしテクニシャンが調剤・調製するという形式になっていました。また服薬指導は看護師の仕事であり薬剤師の仕事として薬剤管理指導に重点をおいています。日本とは違っていました。小児病棟は、小児科の外来と廊下でつながつており外来で化学療法を行っている子供も入院している子供も自由に行き来できるようになっていました。小児科の外来にもサテライトの薬局があり外来での抗がん剤の調製を行っていました。印象として米国では小児の治療及び小児の患者及び両親の精神的ケアに非常に力をいれているように感じました。

Rockefeller Outpatient Pavilion は、外来通院で抗がん剤の治療を行なう病院で院内は東洋風の装飾でした。1日約200人が通院しており、Peg化した G-CSF 製剤 (Neulasta®) の発売により外来での抗がん剤治療がしやすくなったそうです。また外来患者の化学療法開始までの待ち時間は、日本と同様問題になっているとのことでした。

Mayo Clinic

Mayo Clinic は、Minnesota 州の Rochester という人口約8万5000人の小さな町にあります。この町の年間訪問者数は、約150万人で最先端の治療をうけるために世界中から患者が集まっています。Rochester の中心地の約80%は Mayo Clinic に所属しており病院、研究所など町のほぼすべての建物は Mayo 関連で、患者さんが宿泊するホテルは、地下道や空中連絡通路で病院に接続しています。Rochester には、Mayo Clinic と 794床の Rochester Methodist Hospital 及び 1157 床の Saint Marys Hospital の 2つの病院があります。Saint Marys Hospital には、85 床の Mayo Eugenio Litta Children's Hospital が併設されています。Mayo のロビーでは、グランドピアノでのコンサートが開かれていました。また Mayo Clinic 見学ツアーもあり規模の大きさに驚きました。

Mayo clinic では、主にレジデントの教育システム、Gonda Building における外来化学療法の運用状況、患者教育について研修しました。また血液内科と移植病棟で半日ずつ研修する時間をもらい、担当の薬剤師について朝の病棟回診に同行させてもらいました。

Mayo clinic にも、約200人の薬剤師と約400人のテクニシャンがいました。

また、訪問した時には 8人のレジデントがいました。Mayo には、広い Central pharmacy があります。病棟には専任の薬剤師の部屋があり常駐していますが MSKCC のようにサテライトの薬局ではなく、病棟の薬剤師が一般注射薬、抗がん剤、内服薬の処方のチェック後オーダーが Central pharmacy に送られ、そこでテクニシャンが調製・



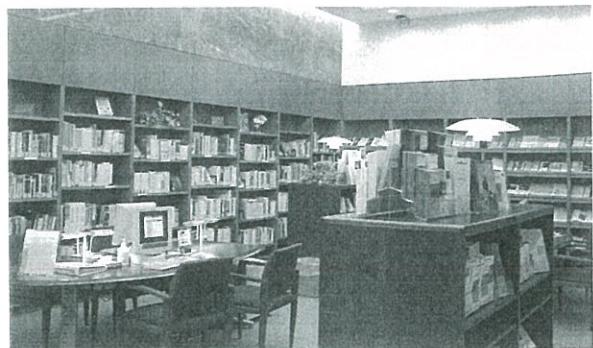
Mayo Clinic 正面玄関

調剤後、病棟にエアシューターで送られるシステムでした。また MSKCC と同様、すべてのマニュアル やガイドライン を On-line で検索が可能であり Mayo では処方オーダーに様々な職種の人々がコメントを記載できるのがいいと思いました。

外来の待合室、病棟などにそれぞれパンフレットをおいたブースがありましたが、Mayo clinic の 1 階に広いスペースの Cancer Education Center がありました。ここには患者からの相談を受ける専任の看護師が常駐しており、患者が病気や治療を理解するためのパンフレットや子供向けの冊子もたくさんあり患者教育が充実していました。また外来で化学療法を行なう階には、女性専用の相談コーナーがあり帽子やかつら、メイキャップの相談にのっているそうです。

化学療法の外来は、Gonda Building の10階にあり朝の 7 時から夕方 5 時まで運営しています。月に約1800人、1 日約100人の患者がくるそうです。薬剤師は 5 人でテクニシャンが 6 人いました。ここには、60種の抗がん剤と100種の治験薬があり、予約患者の採血・診察・待ち時間の状況すべてをパソコン上で把握でき、前回の記録を確認しながら薬剤師が処方内容のチェックを行ないます。その後、ラベルを作成しテクニシャンが調製を行なって薬剤師が監査を行なっていました。

血液内科病棟では、回診が 8 時半開始なので開始前に担当薬剤師と患者の検査データのチェック後、医師からの質問に答える形式で11時半くらいまで ICU の患者を含め回診に同行しました。移植病棟では、最初に当日の外来移植予定患者と入院移植患者のカンファレンスを同時に行なった後、回診にいきました。Mayo では、家族のサポートがない患者や食事が取れない患者以外は外来で



Mayo Clinic Cancer Education Center

移植前処置も幹細胞移植も行なってしまうとのことで非常に驚きました。ラウンド終了後に移植病棟・血液内科病棟の担当薬剤師に質問することができ、非常に有意義な研修となりました。そして MSKCC と同様、どちらの病棟でもやはり服薬指導にいくことはなく、処方チェックが午後の主な業務とのことでした。

おわりに

今回 New York の MSKCC 及び Minnesota の Mayo Clinic と米国内でも非常に有名な 2 つの施設で研修することができ、病院の違いや地域性の違いも研修することができました。スタッフの多さや制度、国民性の違いもありますが、研修の中で出会った人達のプロ意識の高さや仕事もプライベートも楽しんでいる姿が印象的でした。そして米国の薬剤師の方と、制度や教育システムの違いを含め様々な話題について discussion できたことが1番の収穫でした。2週間という短期間ではありましたでしたが、有意義な研修を行なうことができ自分の目標も達成することができました。また渡米して現場で実際に研修することで言葉ではうまく表現できないような感動を得ることができました。今後はこの経験を自分自身の知識の向上や専門性に生かしつつ、教育の向上にも貢献していきたいと思います。

最後に、本研修を遂行することにご尽力、ご協力頂きました皆様に感謝の意を表します。

そして、このような機会を与えて頂きました財団法人がん研究振興財団に厚く御礼申し上げます。

(こずみ よしこ)



Mayo Clinic にて移植病棟と血液内科病棟担当薬剤師と

高度放射線診断装置の撮影技術とその運用

静岡県立静岡がんセンター

画像診断科 副技師長

中屋 良宏

はじめに

静岡がんセンターは、増加傾向にあるがん疾患に対応するため4年前に開設された。がん医療には最新の医療装置と最高の医療技術が必要不可欠であり、当センターは放射線画像診断部門、放射線治療部門ならびに陽子線治療部門において完全電子化を図り、装置も高度医療機器を導入し、がん医療の最先端病院を目指している。

このたび財団法人がん研究振興財団の海外研修助成金を受けて、2005年11月28日から12月8日まで米国を訪れる機会を得た。目的は米国高度医療施設においてPET-CT装置、マルチスライスCT装置の撮影技術や運用方法、装置精度管理方法の習得および画像診断部門のトータルシステム構築状況の観察である。

研修施設は、「Froedtert Memorial Lutheran Hospital」と「Beth Israel Deaconess Medical Center」の2施設である。また同時期に開催された北米放射線学会（RSNA）で2演題の発表と聴講を行った。

Froedtert Memorial Lutheran Hospital

ミルウォーキー・リージョナル・メディカル・センターは150年の歴史があり、ウィスコンシン州東部地域でもっとも大きな病院である。その広大なセンター内にフレーダート病院がある。ベッド数は655床、職員数2千人、年間入院患者数2万人、外来患者数は42万人で、敷地内に併設された市立医科大学と連携をとって医療技術の向上を図っている。

本施設は最新の医療機器をいち早く導入する病院で、GE社装置の臨床評価病院でもある。CTに

関する論文数は年間50以上有し、近年はGE社製のPET-CT装置および64列CT装置の臨床1号機を導入し、早くから臨床評価を行っている。

CT装置はGE社製64列1台/16列2台/8列2台、PET-CT装置GE社製1台が稼動。最先端装置である64列CTは研究検査や精査関係に使用していた。PACS環境はAGFA製、オーダリング環境はまだ不完全ではあったが、すべてモニター診断であった。



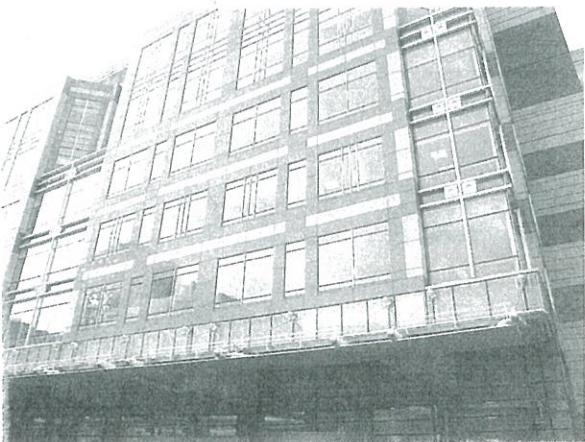
Froedtert Memorial Lutheran Hospital

CT装置の撮影タイミングの決定法は64列CT装置の場合、全例テストスキャン法(5ml/sec, 20ml使用)を使用していた。

PET-CT検査については、1日の検査数は4人～5人、FDGの投与量は15mCi(555MBq)から18mCi(666MBq)。これは日本国内の2倍から3倍の量である。FDG投与後45分で撮影開始。PET-CT検査後必要に応じて造影CTも行っていた。

Beth Israel Deaconess Medical Center

本施設はボストン中心街に位置し、年間約25万



Beth Israel Deaconess Medical Center

人の患者を診察しているハーバード大学系列の病院である。

診療は、がん治療を始め非侵襲的外科手術で有名で各種医療機関と連携をとり最新技術を取り入れた診療を行っている。医師は千名を超える全米第3位の研究資金を保有し、放射線医学の領域で多くの医学生を育てている。

放射線診断部門では、CT装置64列をはじめPET-CT装置など最新鋭の装置が稼動していた。CT装置 東芝製64列1台 / 16列1台 / 16列 (Large Bore 大開口型タイプ) 1台、GE社製64列1台 / 16列1台 / 8列2台 / 4列2台。PET-CT装置 GE社製2台。本年に GE社製 CT装置128列が稼動予定との事であった。

本施設での研修はウエストキャンパス内のCT撮影室を中心に行った。このCT撮影室には東芝製64列とGE社製8列が併設されていた。1日の検査数は少なく、東芝64列で1日目はCARDIACを含め5件、2日目はCT透視が5件、Liver CTAが1件。2台の装置に対する人員は技師5名、看護師1名で行っていた。外来設置のCT装置は15分に1名の割合で検査を行っているが、このエリアは精査専用として運用しているため時間に余裕を持たせているとの事であった。CT透視以外の検査には医師の常駐は無く、検査終了ごとに画像をPACSに転送し電話で医師の確認をとつてから検査を終了するという流れであった。

撮影条件は線量が多いこと、FOVが400～500が一般的である事などが日本国内との相違点で、電圧、ピッチなどの違いは見られなかった。

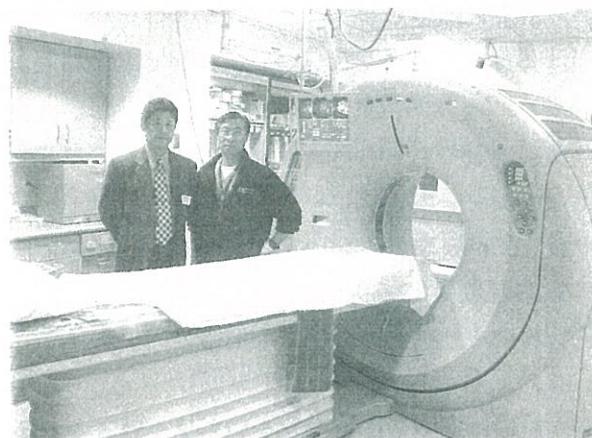
ただ、造影剤1検査当たり200mlを常時使用しているという点には驚いた。体格差があるとはいえば日本国内だと批判的になりそうである。見学したCARDIAC検査（体重70kg～80kg程度）の場合、心臓スキャンに100ml、終了後100mlを新たに投与して全肺スキャンをおこなった。造影剤使用量が多い分画像は非常にきれいであったが、64列CTは撮影時間が短いため心臓撮影後すぐに全肺を撮影することで造影剤減量が可能だと思われた。

また、CT透視は東芝の装置を導入後、盛んに行われるようになったとの事であった。医療スタッフはこのCT透視撮影は非常に良い機構だと絶賛していた。検査数は多く、検査内容は腰椎ブロック、骨盤バイオプシー、アセスドレナージなどが主であった。

撮影タイミングの決定にはボーラストラッキングを使用していた（私は今回の北米放射線学会で、この改良版の報告を行った）。CARDIAC検査の場合、冠動脈描出のための閾値は180であった。

本施設でのHIS、RIS、PACSの環境はすべてGE社製で整備され、全モダリティーがモニター診断であった。特記すべき事項として、Webを利用し自宅での読影やレポート記入を可能としていた。

また、世界的に著名な物理士の林（リン）先生と話す機会を得た。林先生は病院で装置購入が決まると、各装置メーカーの工場に行き、直接装置の受け入れ試験を行っている。今回もAngio装置購入のためドイツのシーメンス工場に行かれる直前であった。話しの内容は、装置の受け入れ試験、



ウエストキャンパス CT撮影室で技師のキム、ジェイさんとともに

被曝の管理、装置の性能維持、画質評価についてであった。現在米国では臨床に則した装置管理を行う物理士が足りないこと、日本の場合はその専門職が確立されていないことを危惧されていた。現状の日本では片手間に放射線技師が行っていることが多いが、新しい職種を設けるのは非常に困難であることを考慮すると、我々放射線技師がその業務を確実に遂行する必要があると感じた。

北米放射線学会（RSNA）

今回の病院研修と同時期に開催された北米放射線学会に参加した。本学会は世界最大の放射線医学関連の国際学会であり、参加者は今年61,565人（2004年59,895人、2003年58,962人）であった。演題数も教育関係600題以上、学術研究関係400題以上で規模は昨年より拡大していた。

学会では下記2演題の発表をおこなった。

1)Improvements in the Timing Accuracy of Contrast Enhancement for Hepatocellular Carcinoma: What Has Changed Since the Introduction of 64-Row Multislice CT?

2)Quantitative Analysis of Alveoli Structure of Human Lung Tissue Specimens Based on Micro 3-D CT Images

聴講、ポスター閲覧、機器展示など、1週間の開催期間ですべてを網羅するのは不可能なほど大きい学会であった。ここではCT装置、PET-CT装置関係について簡単に報告する。

CT関係では、Kachelriess PhDからCTの検査時間を更に短縮するために多数の管球を配置して空間分解能、時間分解能を考慮しシミュレーションをおこなった結果、2管球の場合は90度配置、3管球の場合は120度配置が最適と報告された。機器展示会場のシーメンスブースでその実機を確認した。2個の管球が90度の角度で設置され、それぞれのFOVが50cmと26cmであった。2管球装置の特徴は、時間分解能の向上とエネルギーサブトラクションが可能であることであった。フィリップス社からも、2層の検出器を使用したエネルギーサブトラクションを紹介していた。方法は異なるが両社から報告された画像解析は非常に興味深い内容であった。ただシーメンス社製の場合

2回転分の線量が必要であり、フィリップス社製の場合、通常より線量を多くする必要がある。被曝の問題をどう解決するかが今後の課題であろう。

PET-CT関係では、閉所恐怖症を考慮し、CT装置とPETカメラ部分の接続部分の上部をオーブンにし分離できるタイプを各社展示していた。また、従来からCT装置のバス搭載は行われていたが、新たにPET-CT装置のバス搭載が会場に設置され紹介されていた。

その他、学会と併設しておこなわれた多くのセミナーに参加することができ、多くの情報を得ることができた。

おわりに

高度医療施設での研修および学会参加により、当初の目的を果たすことができた。また自分自身が医療自体を客観的に判断できる目を養えたことは、今回の研修の大きな成果である。日本では病院研修の経験も有り学会には毎年参加しているが、国内では味わえない貴重な経験により見識を広げることができた。

今回の研修で得られた成果を踏まえ、私自身が日本の医療技術の向上に少しでも貢献できる事はないかを常に模索しながら、今後業務に従事したいと考える。

また、日本の診療放射線技師が見識を広め意識向上を行うために、数多くの方が海外研修および海外発表の経験を持つことの必要性を感じた。

最後に、貴重な機会を与えていただいたがん研究振興財団関係者の皆さんおよび病院スタッフの皆さんに感謝します。

(なかや よしひろ)



研究解説

前立腺がんに対する 高線量率小線源治療に関する研究

大阪大学大学院医学系研究科
放射線統合医学講座（放射線治療学）講師
吉岡 靖生

はじめに

前立腺癌は米国男性の罹患率1位、死亡率2位（皮膚癌を除く）を占める癌です。本邦でもその数は急増しています。

前立腺癌の根治治療は、かつては手術しか無いと思われていました。しかし近年、放射線治療機器の目覚しい進歩により、放射線治療でも手術と同程度に根治できるという報告が多くなっています¹⁾。既に米国では、放射線治療を受ける患者数のほうが手術を受ける患者数より多くなっています。

前立腺癌に対する放射線治療にも様々な方法があります。いわゆる「最新」治療とされるものに、3次元原体照射（3D-CRT: 3 dimensional conformal radiation therapy）や強度変調放射線治療（IMRT: intensity modulated radiation therapy）、低線量率および高線量率組織内照射といった小線源治療、粒子線治療（陽子線・炭素線）などがあり、それぞれが競い合っているような状況です。

ここでは、小線源治療の1つである、高線量率小線源治療（高線量率組織内照射）についてご紹介させていただきます。

低線量率小線源治療から高線量率小線源治療へ

小線源治療は、前立腺内に放射性物質を挿入して照射する方法です。50–100個ほどの弱い粒状小線源を永久に埋め込む方法（=低線量率、以下「永久挿入」と呼ぶ）と、針の中に強力な粒状小

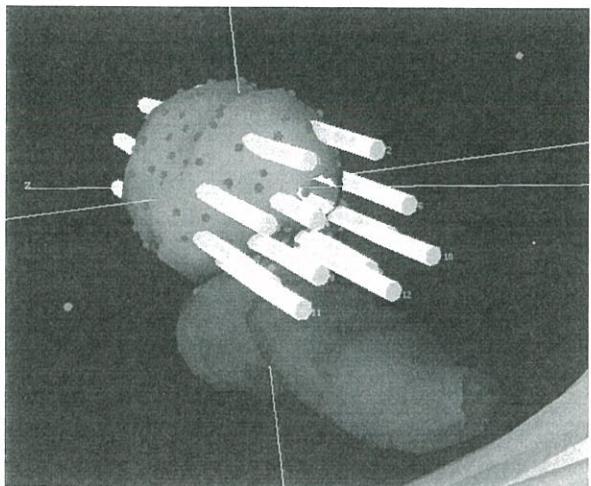


線源が一時的に停留してその後抜き去る方法（=一時挿入、以下「高線量率」と呼ぶ）とがあります。世界的には永久挿入が先に一般化し、高線量率は現在研究段階にあります。本邦では高線量率が先に認可され、大阪大学が本邦で初めて高線量率を前立腺癌に応用しました（1994年）。永久挿入は2003年に本邦で認可され、現在急速に普及始めています。

現在の形の永久挿入は1980年代に欧米で開発され、1990年代に米国等で急速に普及しました。経直腸超音波装置で前立腺や刺入針を映しながら、会陰部から通常20本程度の針の刺入を行い、針の先から線源を埋め込みます。最大の利点は治療行為が1日で終わることで、入院も最短で1泊2日から、多くは数日で済みます。放射性物質が体内に残ることが多少問題ですが、実際上問題となることはまずありません。早期癌では治療成績が手術と変わりないことが、米国を中心とした多くの

図1:

治療計画コンピュータ内で再構成した前立腺、刺入針、直腸の位置関係。前立腺上の多数の点に対して一定の放射線量が当たるよう照射時間を逆算する。



データで示されています。

一方、少し進んだ癌（中・高リスク癌）に対しては、永久挿入の治療成績は不十分とされることもあります。原則的に前立腺被膜内に線源を留置する永久挿入では、被膜外浸潤の可能性のある中・高リスク前立腺癌に対しては線量分布が不十分である可能性があります。

これを克服するため、高線量率による前立腺癌の治療が開始されました。（ただし本邦では前述のとおり順序が逆転しました。）高線量率は永久挿

入より優れた点をいくつか有していますが、主な利点は医療従事者の被曝がないこと、患者さんの隔離が不要なこと、被膜外浸潤した癌にも治療可能であること、線量分布の最適化により均一な線量分布が得られることなどです。次に我々の行っている研究について述べます。

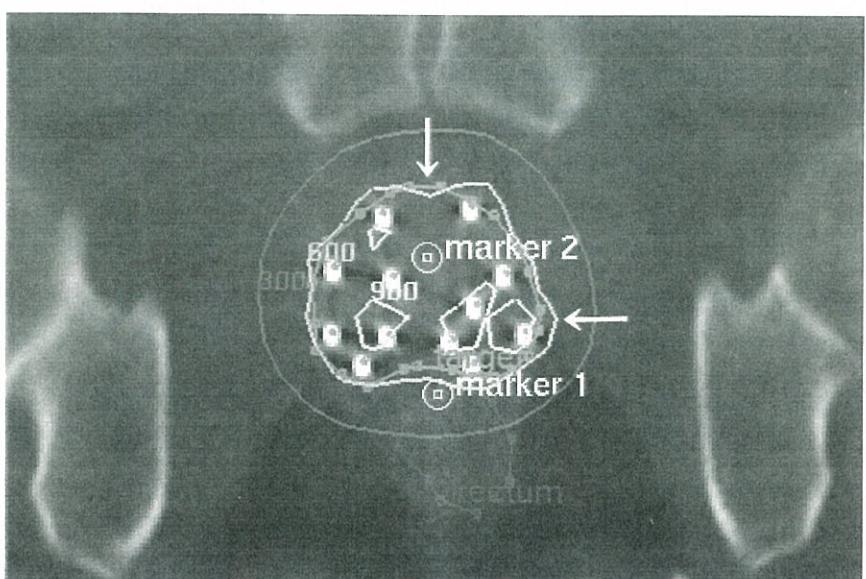
大阪大学の高線量率小線源治療

前立腺癌に対する高線量率の報告は1980年代からありましたが、我々の報告以前はすべて外照射と併用するものでした。我々は高線量率の利点を最大限生かすべく、世界で初めて外照射を併用しない単独治療を開始しました²⁾。現在では米国などでも単独治療が開始され、世界的にも高線量率の単独治療への関心が高まっています。

大阪大学では1995年5月から2005年9月までに、限局性前立腺癌118症例に対して外照射を併用しない高線量率小線源治療を行いました。T1:T2:T3:T4 = 28:35:49:6、Gleason Score の中央値7 (range, 2-10)、治療前 PSA (prostate-specific antigen) の中央値 17.4 ng/ml (range, 3.8-233.0)。98例にホルモン療法を併用しました。線量は 54 Gy/9分割 /5日間（初期の7例は48 Gy/8分割 /5日間）としました。観察期間の中央値は33ヵ月 (range, 4-127) でした。

図2:

CT横断面像上の前立腺輪郭および実際に放射線が照射された線量分布図。前立腺の形状（縦矢印）によく合致した線量分布曲線（横矢印）が得られている。



全例で予定した治療を完遂しました。生化学的制御率は低リスク群が3年で100%、中リスク群が5年で91%、高リスク群が5年で69%、10年で60%でした。臨床的に再発事象を認めた9例はすべて骨またはリンパ節転移を伴っていましたが、その内1例は局所再発を後に伴いました。

急性期有害事象としてCTCAE (Common Terminology Criteria for Adverse Events) v3.0のGrade 3を6例 (5%)、Grade 2を24例 (20%)、Grade 1を59例 (50%) 認めましたが、いずれも早期に治癒しました。晚期有害事象としてGrade 3を2例 (2%)、Grade 2を13例 (11%)、Grade 1を28例 (24%) 認めました。性機能については評価可能であった11例中10例 (91%) で保たれました(2-4)。

おわりに

現在、前立腺癌の放射線治療の領域では、IMRT、粒子線治療、永久挿入などがよく研究されています。それぞれに特色のある治療法ですが、被膜外浸潤部位の治療可能性や、治療間/治療時間内の臓器移動まで考慮した時間軸を含めた4次元的な原体性という面では、高線量率が有利と考えられます。一方、線源移送用の針を数日間留置していなければならぬという侵襲性は本治療の(唯一の?)欠点です。しかし逆に数日間で治療が完遂するという治療期間の短さは利点でもあります(永久挿入では処置は1日ですが、照射期間は長く、その間の前立腺浮腫や線源脱落などの問題があります)。前立腺癌に対する高線量率小線源治療は今なお臨床研究の段階ですが、理論的にも初期・中期成績からも有望な治療法であり、今後も研究の継続が必要と考えられます。

謝辞

本研究はがん研究振興財団に支援していただきました。ここに心より感謝申し上げます。

(よしおか やすお)

参考文献

- (1) Potters L, Klein EA, Kattan MW, Reddy CA, Ciezki JP, Reuther AM, Kupelian PA: Monotherapy for stage T1-T2 prostate cancer: radical prostatectomy, external beam radiotherapy, or permanent seed implantation. *Radiother Oncol* 2004;71:29-33
- (2) Yoshioka Y, Nose T, Yoshida K, Inoue T, Yamazaki H, Tanaka E, Shiomi H, Imai A, Nakamura S, Shimamoto S, Inoue T: High-dose-rate interstitial brachytherapy as a monotherapy for localized prostate cancer: Treatment description and preliminary results of a phase I/II clinical trial. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2000;48:675-681
- (3) Yoshioka Y, Nose T, Yoshida K, Oh RJ, Yamada Y, Tanaka E, Yamazaki H, Inoue T, Inoue T: High-dose-rate brachytherapy as monotherapy for localized prostate cancer: A retrospective analysis with special focus on tolerance and chronic toxicity. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2003;56:213-220
- (4) Yoshioka Y, Nishimura T, Kamata M, Harada H, Kanazawa K, Fuji H, Murayama S: Evaluation of anatomy-based dwell position and inverse optimization in high-dose-rate brachytherapy of prostate cancer: A dosimetric comparison to a conventional cylindrical dwell position, geometric optimization, and dose-point optimization. *Radiother Oncol* 2005;75:311-317

臨床開発センターの活動

国立がんセンター東病院

臨床開発センター長

江角 浩安

臨床開発センター設立の経緯

科学の進歩は一見奇想天外な着想によって起こっているように見えます。それまで不可能と思っていたことが可能になるのですから尤もです。医学や生物学もそうでしょうか？確かに遺伝子や進化という概念の発明は、万物は神が造り賜ったと信じていた時代での発明であり、そうだったかもしれません。しかし後知恵では、予が親に似ている事や、よく似た生物が沢山いることを考えればむしろこれらを奇想天外と考えた方が奇想天外に思えます。

過去約30年のがんの遺伝子に関する研究の進展は実にめざましいものです。多くの画期的考え方の進歩があり、技術の進歩がありました。がんの発生への遺伝子の関わりの証明、遺伝子の本体とその働きの解明、これらのヒトのがんでの証明、家族性がんの遺伝子の証明、肝炎ウイルスの発見と発がんへの関与の証明、ヒトの発がんウイルスの発見など大きなものだけでもたくさんあります。

日本のがん研究は、がんの原因を明らかにするという意味では大きな世界的寄与をしてきました。その中でも、約50年前から遺伝子に傷を付ける物質ががんを引き起こすことを多くの例で証明した業績は極めて大きいものです。返す返すも口惜しいことは、突然変異を引き起こす物質ががんを造ることを証明しながら、がん遺伝子の第一発見者にならなかつたことです。ほんの一歩、違う研究領域の人が踏み込めば、あるいは交流すればよかったです。

まだ不十分とはいえるがん研究が進み、色々ながんで細かな仕組みさえ分かるようになりました。

治療法や診断法の革命的なものが出てくる予感は世の中に満ちています。今の世は、後知恵では当たり前にしか見えない“奇想天外”を求めています。臨床開発とは通常製薬メーカーで使われる言葉で開発の最終段階の事です。我々は少し広い意味に使おうと考えています。出そうで出ない次の時代を、“当たり前である”“奇想天外”で生み出すことです。

平成15年、垣添総長と当時の厚生労働省国立病院部政策医療課の滝澤課長との合意により国立がんセンターの今後のあり方検討委員会が組織されました。平成15、6年にわたり4回開催されたあり方検討委員会では、急速に進歩した進歩しつつあるがん研究の成果をいち早く現実の医療に役立てるために、臨床開発を推進するべきであり、がんセンターがその任務を全うするように答申をいただきました。この答申の中心的部分である提言の全文を以下に引用いたします。

提 言

国立の各医療機関が、平成16年度以降、独立行政法人化される中で、国立がんセンターは新たな「国立」のナショナルセンターの位置づけをされ、国民をがんから守る対策の中核機関としての大きな役割を付託されることになった。

本検討会は、ナショナルセンターに今後求められる公益的・広域的役割に照らして、国立がんセンターには以下の二つの機能の実現が重要であるとの結論に達し、ここに提言する。

1) 臨床開発センターの設置

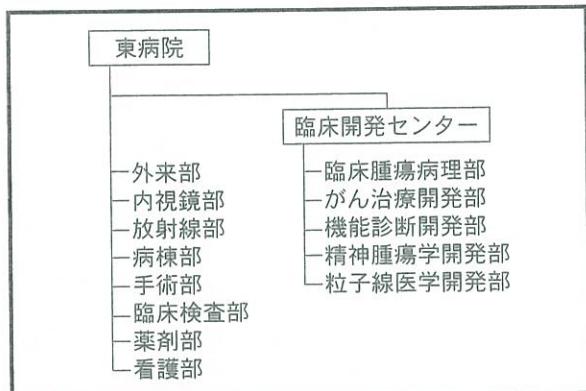
革新的な研究成果を、新しい薬剤や医療機器、医療技術の形で迅速に臨床導入するには、従来の診療や研究体制の枠組みを超えた特別の体制とし

て、「臨床開発センター」を設置する必要がある。

2) 情報センターの設置

新たに開発された優れた医療技術をいち早く全国に普及を図るため、一般国民および医療従事者に対する正確かつ有用ながん情報の提供、技術移転のための研修など、外部機関に対するがん医療・研究の支援のための特段の機能強化を図り、有効ながん対策の企画立案に資するため、「情報センター」を設置する必要がある。

上に述べました答申の趣旨に則り、平成17年度の予算で国立がんセンターにまず臨床開発センターが設置されることになり、17年10月に発足いたしました。開所式の折りの写真と、臨床開発センターの写真を示しております。またその組織の概略を図で示します。



国立がんセンター東病院 組織図

発足した臨床開発センターの概要

この組織の特徴は従来の医療職、研究職の垣根を出来るだけ取り払った開発のための組織を作ろうと言うものです。臨床開発センターが発足するに当たり東病院の一部になることが決まりましたので、これを機に東病院が全体として脱皮する必要があると考え、東病院としての目標を掲げました。その目標を以下に引用いたします。

目標 “こころと体にやさしいがん診療の実現”

東病院の診療部門と臨床開発センターは、目標達成のため以下の方策をとる

- 1) 高度な画像診断法の開発による、画像に基づく過不足のない外科、内科、放射線科的治療法 (Image-guided therapy) の確立



開所記念式典

- 2) 低侵襲性・高効率粒子線治療法の開発
- 3) がんの臨床的および生物学的特徴の解明による根治的薬物療法の開発
- 4) 多面的ながん診療の評価法、介入法の開発と、地域医療・福祉との連携によるがん患者・家族総合支援体制の構築
- 5) 全国的な視野に立ち、新しいがん診療法開発のための人材の育成と、新療法の臨床導入に伴う科学的、制度的問題点の解決

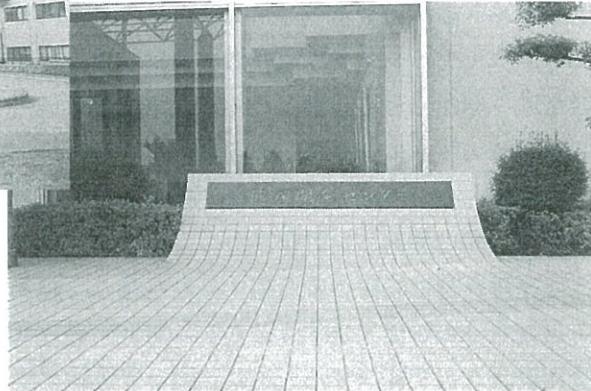
掲げました5つの目標は、がん診療の5年後、10年後の姿を我々なりに描き出し、これを実現するために掲げたものです。こころと体にやさしいがん診療の実現は、誤解を恐れずに掲げた東病院全体の目標です。

薬物療法や放射線療法の進歩に伴い、手術以外の治療が多くなると、治療法の選択は勿論、その効果判定も手術の時のように目で見てかつ病理医が確かめるという方法ではなく、レントゲン検査やMRIなどのような画像診断に頼ることになります。従っていまの画像診断の改良に加え、画期的な画像診断や遺伝子診断などの新しい診断法の開発が望まれます。特に画像診断の格段の進歩を第一に掲げた理由です。これに伴って、かつてがん診療の、いわばメートル原器であった病理診断も変わるはずです。

高齢者のがんが増加しております。治療に伴う身体的苦痛などの負荷の少ない放射線治療の果たす役割は一層高まると思われます。身体的負担の少ない、完治する放射線療法が待たれています。東病院には陽子線治療装置があり、この治療法の



臨床開発センター



臨床開発センター玄関

開発改良は臨床開発センターの重要な任務の一つと考えております。

抗がん薬は、がんに特異的な性質を抑えるはずでありました。しかし従来は、この薬を、抗生物質と同じ考え方でペトリ皿の中に取り出したがん細胞に対する毒性で探してきた為、がん以外の細胞にも毒性が出てきました。抗がん剤の副作用が多いと言われる理由の一つです。そこで、がん細胞の性質の研究を進め、また、単にがん細胞を外から寄生した細胞のようには考えず、体の中で正常組織と一緒に共に生きている組織と考えることで、がん組織にだけ格段に効く新しい治療法を開発しようと考えています。

がん診療は大きく変わりつつあります。かつて、入院をして行うのが常であった化学療法はその多くが外来で行われるようになりました。手術が難しく断念せざるを得なかつた方、再発をした後に化学療法を受けている方などはとりわけ、精神的にも経済的にも大きな負担をその家族共々に、強いられておられます。これらの方々の支援をするのも精神腫瘍学の大きな任務の一つです。この様な状況で、その活動の場は従来の病院中心のものから、患者さんの多くが外来におられるため、地域の医療施設、訪問看護、あるいは介護保険や、民生委員の活動など、福祉との連携を考えなけれ

ば成り立たなくなっていました。今後、この傾向は一層進み、今までとは全く異なる問題が出てくると思われます。精神腫瘍学開発部や緩和ケアチーム、医療連携室が柏市をはじめとした近隣の自治体と連携したモデル事業を目指しています。

発足から約半年の具体的進展

まだ発足してから間もないで十分な成果が出ているわけではありません。特に機能診断開発部はこの6月に具体的な人事が発令され、これから体制を整えていくところではあります。しかし、他の部ではこれまでの研究所支所の研究成果や東病院で行われていた研究の発展として目に見える成果も出ています。開発の初期段階にあるもので、やや基礎的なところでも大きな進展はありますが、特に新しい動きを中心に紹介いたします。

1) 患者・家族総合支援センター発足に向けた準備

平成17年10月に緩和ケアチームを発足しました。このチームは東病院の内部の組織ですが、このグループが中心になって、近いうちに地域連携型の患者家族総合支援センターの発足を目指しています。その準備として、「平成18年度地域がん医療連携のための症例検討会」を組織し活動を具体的に始めました。地域的には柏市を中心としたのですが、参加施設は訪問看護ステーション、

千葉県柏健康福祉センター、柏市保健福祉部保健福祉総務課、保健所準備課、健康推進課、病院・診療所往診医、薬剤師会、保健師などで参加は50名以上です。なおこの研究事業に対して「地域に根ざしたがん医療システムの展開に関する研究」という題名で、平成18年度厚生労働科学研究費補助金 がん臨床研究事業の研究費が交付されました。この研究活動を中心とし、数年内にがんセンターと、地域の医療施設、介護施設とともに行政・福祉活動と連携したモデル事業の展開を目指しています。

2) 精密な粒子線治療のための画期的線量モニター法の開発と特許申請

陽子線治療は、その線量集中性を利用して極めて厳密な治療が出来ます。しかし一方で、腫瘍病変が治療などで変化するとこれに対して正確に対応しないとかえって厳密性が弱くなることがあります。そこで陽子線が確かに照射された部位を、その線量分布とともに表示するPET法を開発し、その実現性を確かめ、特許を申請しました。精密な陽子線照射法の実現に大きな力となると考えています。

3) 新しいがん治療薬の臨床導入

ナノテクノロジーの臨床応用の一環として、極めて小さいシャボン玉の中に抗がん剤を封入した新しい考え方に基づく抗がん剤のヒトに最初に投与をする前に行う、動物を使った研究において、ある種のがんでは治療効果が劇的に強くなることを見つけました。この研究成果に基づき企業と協力し、臨床第一相試験という、初めて患者さんに投与し安全性と効果をみる臨床試験を開始しました。

4) 宿主免疫機能再生を利用した治療法の準備

グリピキサン3という遺伝子が肝臓がんで極めて特徴的に発現していることを見いだし、かつこの分子に対するペプチドワクチンが有効であるとを見つけました。そこで、東病院の臨床グループとともに肝臓がん患者のワクチン療法の実現のために、臨床試験の準備をしました。まだ臨床試験をするための倫理審査委員会の段階ですが一日も早い実現を目指しています。

この他にも、新しい抗がん剤の開発概念に基づ

いた候補薬の発見など着々と成果を上げていますが、臨床への一日も早い研究成果の導入を目指しております。

今後の計画および課題

がん患者・家族総合支援センター（仮称）

がん患者数の増加、がん化学療法の外来化、平均在院日数の急速な短縮、などを背景に、がん患者さんの多くががん専門病院以外で闘病生活を送っておられます。この傾向は特に治癒が見込めない患者に強く、いわゆるがん難民問題の大きな部分です。特にがんの末期においては、がん患者さんに特有な緩和医療、看護・介護が必要とされるにも拘わらず、訪問看護師・介護師は適切な訓練を受けていない、多くの場合がん診療施設と、訪問看護、介護事業は有機的連携はとられていません。多くの患者さんが最期を迎える一般診療施設でも適切な緩和医療が提供されているとはいえない。特に精神科的な支援に関しては極めて限られています。一方、患者さんと共に闘病をした家族の方は、大きな精神的社会的負担と傷を受けているにも拘わらず、がんの支持療法の対象にもなっていません。ここに、別の意味のがん難民が放置されていると言えます。

このような急速に深刻化する、がん難民を救う方策を確立するため、国立がんセンター東病院、柏市、千葉大学、千葉県が連携協力し東葛地域に存在する医療・介護・福祉資源を動員しモデル事業を行い、そのなかで医療・介護・福祉体制、制度上の問題点を洗い出し、国・地方自治体レベルのがん対策に寄与することを目指します。

先進的な画像診断法の開発

現在世界中で、細胞や遺伝子の働きを画像化する技術が急速に進歩しています。この技術はすぐにがん診療に役立つというわけではありません。しかしこれらの研究の中で得られた成果はうまく使えば従来は全くつかめなかった体の中の情報をつかむことが出来る方法の開発につながります。最近、脳の中の働きの情報を使って、考えるだけで動く機械が開発されたというニュースが流れました。例えて言えばこの様なものです。最初にも述べましたが、基礎的な研究成果や技術の現代の

進歩は、ほんの少しの工夫で画期的なものを生み出すところまで来ています。機能診断開発部はまだ立ち上がったばかりですが、この部を中心に画期的画像診断法の開発を目指す組織を作る必要があると思っております。

公的な臨床開発支援体制の確立

ヒトの遺伝情報の全体像であるゲノムはその原型が解読されましたし、遺伝子情報の基本的担い手であると信じられてきたタンパク質の働きも極めて不十分であります。これらの情報を解読する、解析技術は格段に高速化しましたので、そんなに遠くなく今よりももっと沢山の情報が得られるようになると思います。がん組織は勿論単一の細胞から成り立っているわけではなく、同じ名前で現在は呼ばれているがんできえ違う名前で呼ばれる様になることもあるかもしれません。それ以上にがん組織の特徴を含めた理解が進む様になるでしょう。こういう時代になると、従来よりはもっともっと治療薬を創ろうとする決意と工夫が“奇想天外”を必要としますし、実現するかもしれません。その時には、実は誰でも知っているはずのヒトのがんに対する観察眼が大きな働きをし、新しい、画期的な治療法を創るものとなると考えられます。その意味では従来にもましてなんでもなかつたはずのヒトのがんの注意深い観察が必要とされる時代となつたと言えます。臨床開発というやや変わった名前を選んだもう一つの理由がここにあります。臨床から開発をするのです。

学問が進んだのはよいことです。しかしその一方で、現実のヒトのがんの仕組みがあまりにも一つ一つのがん、一人一人のがんで多様である事が分かったために、その仕組みに基づいた仕組みに特異的な治療薬は仕組みごとに異なるために特定の治療法、治療薬の対象となるがん患者の数が意外に少なく、開発予算に見合う利益が上げられないために、例え特効薬が出来たとしても、利益を上げることの必要な製薬企業の十分な関心を惹かない可能性が生じてきたともいえます。このような薬品を、希少疾患医薬品、オーファンドラッグといいます。現に患者さんの数の少ない小児がんや、白血病などでは例えその抗がん剤が効果があ

ると分かっていても製薬企業は多大の経済的負担のかかる医薬品承認申請のための臨床試験を行わないため、保険診療の適用が認められていないものがあります。このため、今後がんのメカニズムに基づいた抗がん剤の臨床開発には、単に市場の原理に任すのではなく公的資金による助成の拡充や、特段の配慮が必要であろうと予想されます。勿論、この様な対象患者の数の少ない薬品だけでなく、それこそ画期的な汎用性のある抗がん剤が出てくる可能性はありますし、個人的なことを述べれば実は汎用性の高い抗がん剤の開発が、がんの本質的特異性を理解すれば可能であると思っています。しかし世の中の大きな流れは違います。個別化した治療薬・治療法の開発が横道であるとされています。そうであるとすれば、今の日本の医薬品開発政策では全く不十分です。対象患者が少なくても巨額の抗がん剤の開発費用に耐えられる企業は勿論ありませんし、望むべくもないです。この開発費用を軽減するためには開発のリスクの大きい部分を効率よくするための国レベルでの体制が必要です。公的資金を用いて研究費を単に援助することは恐らく極めて困難です。知恵を絞って、拠点を造り、臨床導入の最初の部分を促進することでリスクを減らし、全体としての経費を削減する必要があります。国立がんセンターの果たす役割がここにあると考えております。その中では、官と学と民間の共同研究体制の推進が不可欠であると思います。

臨床開発センターはやっと立ち上がろうとしているところです。体制も十分とはいえません。しかし、ほんの少しの、すぐに“当たり前”になる“奇想天外”で世の中が変わる時代に来ています。本年秋には発足が予定されている、がん対策情報センターには臨床試験体制の強化のための組織も作られようとしています。厚生労働省だけでなく文部科学省もがん対策に力を入れています。組織の壁も、省庁の壁も人類の悲願であるがん克服の前には些細なことです。あらゆる努力をして悲願達成の一翼を担おうと考えています。あらゆる方面の一層のご支援をお願いいたします。

(えすみ ひろやす)

質問コーナー

子宮がん Q&A

独立行政法人国立病院機構四国がんセンター 婦人科

医長 野河 孝充

医師 松元 隆

手術部長 日浦 昌道

はじめに

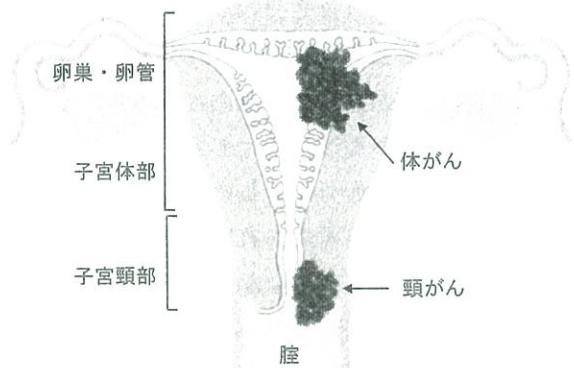
子宮がんには子宮下部に発生する子宮頸がんと子宮上部に発生する子宮体がんがあります（図1）。30年前には子宮がんは女性のがんで2番目に多いがんでしたが、子宮がん検診の啓発により現在第5位にまで減少しています。子宮がんは早期発見・治療ができれば予後の良いがんなのですが、かなり進行して見つかる子宮がんもいまだ少なくありません。近年、初交年齢の低下による若年者の子宮頸がんの増加や、食生活の欧米化による子宮体がんの増加が新たな問題として出てきています。今回は、同じ子宮がんでも全く性質の異なる子宮頸がんと子宮体がんを別々に解説していきます。

1. 子宮頸がんについて

Q1 どんな人が子宮頸がんになりやすいのでしょうか？

毎年約7,000人の女性が子宮頸がんと診断され、毎年約2,000人が子宮頸がんで亡くなっています。発生年齢では30～40歳代に多く、その頻度は40歳以上では年々減少してきましたが、逆に20～30歳代では増加しています。なかでも性的パートナーの多い方や妊娠・出産回数が多い方に多く発生し、喫煙も子宮頸がん発生の危険因子とされています。

図1 子宮頸がんと子宮体がん



Q2 子宮頸がんの原因はわかっているのでしょうか？
子宮頸がんを予防する方法も教えて下さい。

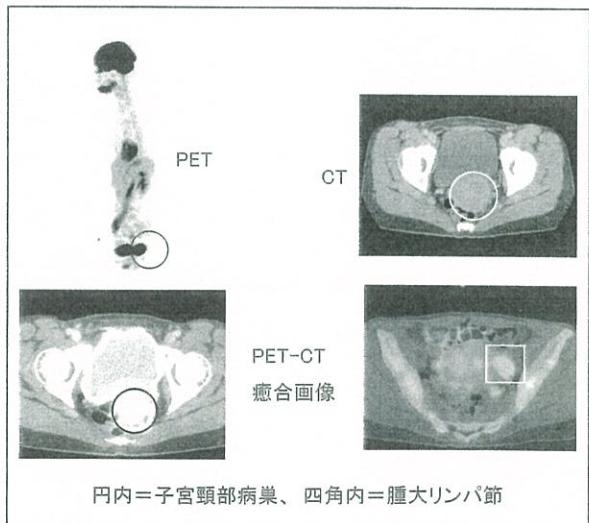
子宮頸がんの組織を調べると、ほとんどの場合でヒト乳頭腫ウィルス（HPV）というウィルスが検出されます。しかし、HPVに感染した大部分の女性は子宮頸がんを発生せず、HPV感染のほかに様々な因子が子宮頸がん発生には必要であるとされています。欧米では以前より性交渉の開始とともに子宮頸がん検診の実施が推奨されてきましたが、最近日本でも検診開始年齢が30歳から20歳に引き下げられました。また、HPVワクチンの開発が世界的に進められていますが、

HPV 感染やその他の性感染症を予防するために性交渉時にはコンドームの使用が望まれます。

Q3 子宮頸がんはどうやって診断されるのでしょうか？

子宮頸がん検診では腔鏡診・内診・細胞診を行います。細胞診とは子宮頸部を綿棒などの器具で擦って細胞を採取し、がん細胞や前がん病変の細胞がないかどうかを調べる検査です。細胞診で異常がある時には精密検査を行います。腔拡大鏡（コルポスコピー）の観察下に病変が疑われる部位の組織を採取します（組織診）。一般に細胞診はあくまで異常を見つけるためのスクリーニング検査で、最終診断は組織診で行われます。閉経後には頸管の奥にがんができやすくなるため、コルポスコピーでは十分な観察ができない場合、子宮頸部を円錐状に切除して診断を確定することもあります。子宮頸がんの診断後には直腸診・超音波検査（経腔・経腹）・MRI・CT・胸部レントゲン検査・膀胱鏡などでがんの広がりを調べ、治療法を決定します。最近、PET-CTという最新の検査機器も開発されました。子宮頸がんにも保険適応が認められています（図2）。

図2 PET-CT 画像（子宮頸がん）



Q4 よくⅠ期とかⅡ期とか耳にしますが、子宮頸がんの進行期を教えて下さい。

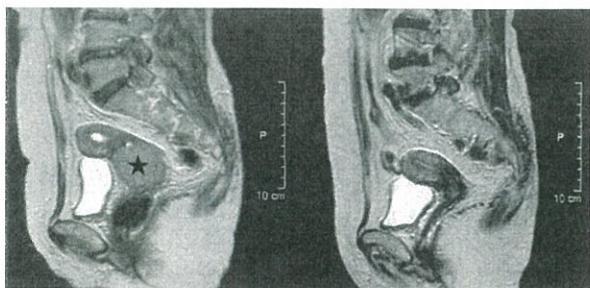
0期からIV期までに分類されます。少し複雑な細分類もありますが、ここでは基本的な骨格を解

説します。0期は上皮内がんの別称のごとく、上皮（粘膜）内にとどまるがんをいいます。Ⅰ期では、がんは子宮頸部に限局しています。がんが子宮頸部を超えて広がるとⅡ期になりますが、がんが子宮頸部から下に向かって腔に広がる場合と、横に向かって基韌帯（子宮頸部と骨盤壁とをつなぐ組織）に広がる場合があります。がんが腔の入り口近くまで広がる場合や骨盤壁まで広がった場合はⅢ期となります。Ⅳ期はがんが膀胱や直腸へ直接広がった場合や、肝臓や肺などに転移した場合をいいます。

Q5 もし、子宮頸がんになったらどのような治療を受けるのでしょうか？

子宮頸がんに限らず、がんの治療には手術・放射線療法・抗がん剤治療の3本の大きな柱があり、これらを組み合わせて治療していきます。治療法は個々の症例ごとに進行期・組織型・年齢・合併症などを総合的に判断して決定します。施設によって治療方針は若干異なりますが、進行期別では0期にはレーザー蒸散、子宮頸部円錐切除術、子宮全摘出術が行われます。Ⅰ・Ⅱ期では子宮の周囲組織と一緒に切除する広汎子宮全摘出術が施行され、骨盤リンパ節の摘出も同時に行います。Ⅲ・Ⅳ期では放射線療法が中心となり、外部から照射する骨盤外照射と放射線の線源を子宮腔内へ挿入する腔内照射の組み合わせが標準的治療法です。また子宮頸がんは抗がん剤が比較的効果があり、症例により抗がん剤を併用します。抗がん剤を先に投与して、がんの縮小後に手術をする方法や、放射線と同時に併用して効果を高める治療法が積極的におこなわれています（図3）。

図3 子宮頸がんに対する抗癌剤治療の効果（MRI 画像）



星印 投与前の子宮頸部腫瘍

抗癌剤治療2コース後に腫瘍消失

Q6 子宮頸がんの治療を受けた場合、どの程度治る見込みがあるのでしょうか？

四国がんセンターで1991年から1999年までに治療した子宮頸がんの5年生存率はⅠ期約95%，Ⅱ期約80%，Ⅲ期約55%，Ⅳ期約10%でした。他領域のがんと比べると比較的良好な成績ですが、再発する症例を少なくするために全国の婦人科腫瘍医が日々懸命に診療・研究しています。

2. 子宮体がんについて

Q1 どのような人達が子宮体がんになりやすいのでしょうか？

通常、子宮体部の内膜に発生するがんを子宮体がんと言います。近年、子宮体がんは年々増加しており、年間5,000人が診断され、約1,000人が亡くなっています。子宮頸がんに比べて、閉経後の50～60歳代の高齢者に多くが発生しています。子宮体部内膜はエストロゲン（卵巣ホルモン）の影響を強く受ける部位ですが、エストロゲンの持続的刺激を受けて、比較的若年者に発生する予後の良いタイプと、高齢者の萎縮した内膜に発生し、進行が早く予後の悪いタイプがあります。以上より、月経異常、未婚、未産婦もしくは出産回数の少ないこと、子宮内膜増殖症、乳癌でタモキシフェン服用、糖尿病、高血圧、肥満などが危険因子とされています。特に、月経でないのに出血する、閉経したのに出血があるときは診察を受けて下さい。

Q2 子宮体癌の診断はどのようにするのでしょうか？

まず内診で子宮の形、大きさ、硬さ、出血の部位（子宮の奥からか否か）をみます。細い器具を子宮内へ挿入して子宮内膜の細胞や組織を採取し、病理検査をします。経腔超音波検査による子宮内膜の厚さや不整像の有無も参考になります。疑わしいときは、子宮内視鏡で子宮内を直接観察します。子宮体がんが診断されると、胸部レントゲン写真、CT、MRIなどで、がんの広がりを検査します。がんの転移が強く疑われても部位の判定が困難なときは、最新のPET-CTが有用

です。

Q3 子宮体がんのⅠ期、Ⅱ期とか進行期を教えてください？

子宮頸がんと違って、手術の開腹所見で進行期をきめます（手術がないと、決め方が異なります）。Ⅰ期は子宮体部にがんが限局（Ⅰa期は子宮内膜内に留まる、Ⅰb期は子宮筋層1/2まで浸潤、Ⅰc期は浸潤が1/2を超える）、Ⅱ期は頸部に進展（Ⅱa期は頸管粘膜に、Ⅱb期は頸部の間質に浸潤）、Ⅲ期は子宮外に進展（Ⅲa期は表層の漿膜、卵巣、卵管に進展か腹腔細胞診陽性、Ⅲb期は膣に転移、Ⅲc期はリンパ節に転移）、Ⅳ期は膀胱や腸粘膜に浸潤か遠隔転移のあるものです。

Q4 子宮体がんでは、どのような治療をうけるのでしょうか？

子宮体がんは手術が標準的治療法になります。手術方法は進行期、また施設によって若干異なりますが、子宮、両側の卵巣・卵管、膣の一部を摘出、子宮と骨盤壁と繋ぐ基韌帯を部分的に切除し、さらにリンパ節郭清をする準広汎性子宮全摘術が一般的に行なわれています。腹膜播種やリンパ節転移などの子宮外進展や、子宮に限局しても筋層へ深く浸潤するとか、リンパ管や静脈内へ癌細胞の侵入があるときは術後に追加治療が行なわれます。

追加治療に関して放射線療法が従来行われてきましたが、子宮体がんは腹腔内進展や、上腹部の傍大動脈へ直接転移するなど放射線照射野外の広がりを考慮して抗がん剤療法も積極的に選択されています。また合併症や高齢のため手術が出来ないときは放射線療法が施行されます。

Q5 子宮体がんのホルモン療法はどのようにするのですか？

閉経前後や若年の子宮体がんの多くは、卵巣ホルモンのエストロゲンに依存し予後の良好なタイプです。特に若年者では妊娠出産の問題があり、未婚や未産婦の方が子宮温存を強く希望した場合には、プロゲステロン（黄体ホルモン）によるホルモン療法が行なわれます。基本的には子宮内膜

全面搔爬で高分化型類内膜腺癌と診断され、筋層浸潤のないものが対象となります。しかし、データも少なく有効性は十分には証明されておらず、実施には適格条件を満たし、かつ適切な説明と同意が必要です。

Q6

子宮体がんの治療成績を教えて下さい

子宮体がんは子宮に限局したⅠ期が多く比較的予後が良好です。一般に各進行期別の5年生存率はⅠ期85%、Ⅱ期70%、Ⅲ期50%、Ⅳ期20%と報告されています。四国がんセンターでは卵巣がんの抗癌剤治療を参考に、早くから放射線療法に替わって手術後に化学療法をおこなってきました。四国がんセンターで1987年～1999年に治療した489例の5年生存率をみると、Ⅰ期（301例）97.1%、Ⅱ期（28例）92%、Ⅲ期（84例）81.6%、Ⅳ期（14例）23.8%となり、手術と化学療法による積極的な治療で良好な治療成績がでています。

3. おわりに

がんの治療成績は施設間でかなりの格差があるため、治療法の均一化が求められており、がんも初回時の専門的な治療が大事です。日本婦人科腫瘍学会では卵巣がん治療ガイドラインを既に発刊し、子宮頸がん、体がんについても近々発刊予定です。さらに指定修練施設や暫定指導医（専門医へ移行）を認定しており、治療を受ける際の参考になればと考えます。

(のがわ たかよし)

(まつもと たかし)

(ひうら まさみち)



「第3次対がん10か年総合戦略」支援事業 ～がんの罹患率と死亡率の激減を目指して～

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

その対策の一つとして、昭和59年度（1984年）より平成5年度（1993年）までの10年間にわたり、がん対策関係閣僚会議の下で、厚生省・文部省・科学技術庁（現 厚生労働省・文部科学省）の共同事業として「対がん10カ年総合戦略」が推進されました。

平成6年度（1994年）からも引続いて「がん克服新10か年戦略」を立ち上げ、その研究成果をふまえ平成16年度から「第3次対がん10か年総合戦略」がスタートしました。

〈第3次対がん10か年総合戦略の戦略目標〉

- (1) 進展が目覚ましい生命科学の分野との連携を一層強力に進め、がんのより深い本態解明に迫る。
- (2) 基礎研究の成果を幅広く予防、診断、治療に応用する。
- (3) 革新的ながんの予防、診断、治療法を開発する。
- (4) がん予防の推進により、国民の生涯がん罹患率を低減させる。
- (5) 全国どこでも、質の高いがん医療を受けることができるよう「均てん化」を図る。

この戦略目標を達成するため、がんの罹患率と死亡率の激減を目指し、以下のような分野の研究を重点的に推進しています。

- (1) 学横断的な発想と先端科学技術の導入に基づくがんの本態解明の飛躍的推進
- (2) 基礎研究の成果を積極的に予防・診断・治療へ応用するトランスレーショナル・リサーチの推進
- (3) 革新的な予防法の開発
- (4) 革新的な診断・治療法の開発

(5) がんの実態把握とがん情報・診療技術の発信・普及

この戦略の遂行により、がん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、「第3次対がん10か年総合戦略」の一翼を担い、若手がん研究者の育成、国際研究協力の推進、国民に対するがん予防の普及啓発など、がん研究を支援する諸事業に積極的に取り組んでいるところです。



1 第3次対がん10か年総合戦略推進事業（国庫補助事業）

(1) 外国人研究者招へい事業

外国の第一線のがん研究者を招へいし、我が国の研究者と国際共同研究を行っている。

その実績は次のとおり。

国名	1984~1993	1994~2003	2004	2005	小計	計
アメリカ	141	95	7	4	11	247
イギリス	26	34	3	3	6	66
ドイツ	35	13	2	—	2	50
フランス	26	18	—	—	—	44
イタリア	19	15	1	—	1	35
スウェーデン	17	1	—	—	—	18
ポーランド	11	1	—	2	2	14
韓国	35	39	2	4	6	80
カナダ	7	6	—	—	—	13
デンマーク	1	—	—	—	—	1
フィンランド	3	—	—	—	—	3
ブラジル	6	—	—	—	—	6
ハンガリー	3	—	—	—	—	3
タイ	10	3	—	3	3	16
イスイス	2	5	—	—	—	7
ノルウェー	1	—	—	—	—	1
オランダ	3	11	—	—	—	14
トルコ	2	1	3	1	4	7
オーストラリア	1	16	1	—	1	18
ロシア	2	—	—	—	—	2
エジプト	—	1	—	—	—	1
スペイン	—	1	—	—	—	1
イスラエル	—	2	—	—	—	2
南アフリカ	—	1	—	—	—	1
中国	—	5	2	3	5	10
フィリピン	—	4	—	—	—	4
ニュージーランド	—	2	—	—	—	2
ベトナム	—	2	—	—	—	2
チェコ共和国	—	1	—	—	—	1
モンゴル	—	2	1	—	1	3
ウクライナ	—	1	1	—	1	2
インド	—	—	—	1	1	1
バングラディッシュ	—	—	1	—	1	1
コロンビア	—	—	1	1	2	2
計	351	280	25	22	47	678

(注) 1984~1993は「対がん10ヵ年総合戦略」、1994~2003は「がん克服新10か年戦略」、2004~2013は「第3次対がん10か年総合戦略」で実績数値。
以下の表について同じ。

(2) 日本人研究者の外国への派遣事業

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

(単位 人)

国 名	1984~1993	1994~2003	2004	2005	小計	計
ア メ リ カ	197	151	24	16	40	388
ド イ ツ	11	19	1	4	5	35
ス ウ ェ ー デ ン	5	2	—	—	—	7
フ ラ ン ス	14	33	2	3	5	52
イ ギ リ ス	14	27	1	1	2	43
カ ナ ダ	6	4	1	1	2	12
オ ラ ン ダ	11	9	—	1	1	21
ベ ル ギ 一	1	8	—	—	—	9
タ イ	7	2	—	—	—	9
ブ ラ ジ ル	2	—	—	—	—	2
イ タ リ ア	4	10	2	3	5	19
オーストラリア	1	18	—	—	—	19
ノルウェー	1	2	—	—	—	3
フィンランド	2	1	—	—	—	3
オーストリア	1	—	2	—	2	3
ス イ ス	3	4	—	1	1	8
イ ン ド	—	2	—	—	—	2
ギ リ シ ャ	—	2	—	—	—	2
ハンガリー	—	2	—	—	—	2
韓 国	—	39	7	—	7	46
エ ジ プ ト	—	1	—	—	—	1
コ ロ ン ビ ア	—	3	1	—	1	4
ベ ト ナ ム	—	8	4	—	4	12
チ エ コ 共 和 国	—	1	5	—	5	6
ロ シ ア	—	4	—	—	—	4
ス ペ イ イ ン	—	1	—	2	2	3
ニュージーランド	—	3	—	—	—	3
デ ン マ ー ク	—	—	1	—	1	1
フィリピン	—	—	—	1	1	1
台 湾	—	—	1	—	1	1
中 国	—	—	7	—	7	7
計	280	356	59	33	92	728

(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 别	1984~1993	1994~2003	2004	2005	小計	計
医 学	345	586	59	57	116	1,047
歯 学	9	23	4	2	6	38
理 学	36	25	8	8	16	77
薬 学	44	49	5	6	11	104
農 学	19	19	4	6	10	48
そ の 他	—	51	8	13	21	72
計	453	753	88	92	180	1,386

(4) 外国への研究委託事業

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

(単位 テーマ)

委託先	1984~1993	1994~2003	2004	2005	小計	計
アメリカNCI	10	2	—	—	—	12
アメリカMSKCC他	21	4	—	—	—	25
スウェーデンFUS	11	—	—	—	—	11
アメリカCOVANCE	—	5	—	—	—	5
フランスIARC	—	14	—	2	2	16
計	42	25	—	2	2	69

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やすい雰囲気の中で多くの人々が参加している。

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

●国際がん研究シンポジウム

回数	年 度	テ ー マ	参加者数(人)
1	1987	肺がんの基礎と臨床	155(うち外国人17)
2	1988	肝がんの基礎と臨床	163(" 18)
3	1989	多重がんの基礎と臨床	174(" 15)
4	1990	尿路性器がんの基礎と臨床	176(" 19)
5	1991	脾・胆道がんの基礎と臨床	202(" 15)
6	1992	食道がんの基礎と臨床	200(" 18)
7	1993	肺がんの基礎と臨床	224(" 24)
8	1994	大腸がんの基礎と臨床	207(" 23)
9	1995	脳腫瘍の基礎と臨床	220(" 22)
10	1996	頭頸部がんの基礎と臨床	180(" 20)
11	1997	胃がんの基礎と臨床	204(" 27)
12	1998	乳がんの基礎と臨床	188(" 21)
13	1999	がん検診－過去・現状・未来－	198(" 14)
14	2000	がん性疼痛治療、緩和医療と精神腫瘍学－現状と将来の展望－	185(" 14)
15	2001	血液腫瘍の診断と治療の最近の進歩	198(" 13)
16	2002	脾臓がんの基礎と臨床－最近の進歩－	208(" 12)
17	2003	胃がんの基礎と臨床－最近の進歩－	165(" 13)
18	2004	前立腺がんをめぐる課題と挑戦	189(" 12)
19	2005	感染、がんと予防	120(" 10)

●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
1994～2003	68都市	248,519
2004	千葉県我孫子市等 8会場	16,640
2005	北九州市等14会場 ※	44,595

※(1) がん予防展……開催地、(日数)、入場者数

東金市 (2)	2,790	和歌山市 (2)	2,798	札幌市 (3)	2,500	福岡市 (1)	756
松山市 (1)	22,000	北九州市 (3)	2,946	広島市 (2)	6,000		
計							39,790

※(2) がん講演会……()は入場者数

東金市 (93)	○竜 崇正	千葉県がんセンター長	「これからのがん医療－予防と治療－」
	○及川 晋平	NPO 法人工ミネクロス・スポーツワールド 理事	「小児がんを克服して」
松山市 (330)	○高嶋 成光	独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター 院長	「がん治療最前線 がんと生きる」
福岡市 (481)	○齋藤 俊章	独立行政法人国立病院機構 九州がんセンター 婦人科部長	「検診で見つかる 子宮がんと身体に優しい治療」
	○大野 真司	NPO 法人ハッピーマンマ 代表世話人	「乳がん啓発：明日の笑顔のために」
仙台市 (170)	○志賀 清人	東北大学病院 耳鼻咽頭・頭頸部 外科講師	「舌と口の癌について」
	○福田 諭	北海道大学病院 耳鼻咽頭科・頭 頸部外科教授	「はな・のど・くび のがんについて」
北九州市 (138)	○片岡 明美	独立行政法人国立病院機構 九州がんセンター 乳腺科医師	「女性がんはこわくない －検診による早期発見－」
札幌市 (270)	○近藤 啓史	独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター 呼吸器外科医長	「低侵襲外科治療の進歩と今後」
	○磯部 宏	独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター 呼吸器科医長	「オーダーメイド治療に向けた がん薬物療法の進歩」
	○西尾 正道	独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター 統括診療部長	「IT 技術を活用した放射線治療の展開」
東京都 中央区 (823)	○田村 友秀	国立がんセンター中央病院 総合病棟部長	「がんの化学療法－肺がんを中心に－」
	○森山 紀之	国立がんセンターがん予防・検診 研究センター センター長	「がん検診と検診の今後の展望」
広島市 (2,500)	○棚野 博文	バルツァ・ゴーデル病院	「ファミリークリニック」

3 国際がん研究講演会の開催事業（国庫補助事業）

対がん及びがん克服戦略の主要な事業の一つとして国際協力研究の推進があげられているが、国内の研究者の研究向上を図り、その成果を高めるために、米国その他の先進諸国から著名ながん研究者を招き、発がん遺伝子、発がんの促進と抑制に関する因子及び新しい早期診断・治療技術等にかかる最新の研究状況についての講演会を開催している。その実績は次のとおり。（2004年度迄は日本小型自動車振興会補助事業である。）

年度	招へい研究者氏名・演題	開催地
1984～1993	ポール・A・マークス(アメリカ)他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・マークス博士(アメリカ) ○ロジャー・ワイル博士(スイス) ○デビット・シドランスキ博士(アメリカ)	埼玉、東京 東京、奈良 東京、名古屋
1996	○ジョン・C・ペイラー博士(アメリカ) ○グスタフ・ノッサル博士(オーストラリア) ○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・ラジェウスキー博士(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・ラビツ博士(イギリス) ○ジョージ・S・ペイリー博士(アメリカ)	茨城、東京 京都、東京 東京、岐阜
1999	○ポール・A・マークス博士(アメリカ) ○ヘルムット・バーチ博士(ドイツ) ○ヴァン・ユホイ博士(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) ○ナンシー・ホプキンス博士(アメリカ)	東京、広島 東京、京都
2001	○ジルベル・ド・マシア博士(フランス) ○アラン・バーンスタイン博士(カナダ)	東京、つくば 東京、名古屋
2002	○アンダーズ・ゼッターバーグ博士(スウェーデン) ○ウィリアム・シブレイ博士(アメリカ)	東京、名古屋 東京、京都
2003	○サムエル・コーヘン博士(アメリカ) ○ジェームズ・フェルトン博士(アメリカ)	東京、名古屋 東京、大阪
2004	○カリ・ヘミンキ博士(ドイツ) ○スザン・バンド・ホーウィツ博士(アメリカ)	東京、静岡 東京、福岡
2005	○アーサー・D・リッグス博士 ベックマン研究所(アメリカ) 「Genentech社バイオテクノロジー、そして、ヒト化抗体の誕生」	国際研究交流会館 札幌 札幌医科大学
小計	28名	
計	65名	

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」「臨床腫瘍学の展望」の学術誌、その他カレンダー、ポスターの作成・配布など広報事業を幅広く行っている。

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
1994～2005	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（一般篇、肺がん、胃がん、乳がん、大腸がん、肝がん、抗がん剤治療、前立腺がん、子宮がん、放射線療法、がんと食事）、がん克服戦略PRポスター、禁煙指導ポスター、カレンダー、がんの統計、臨床腫瘍学の展望、加仁、要覧等の作成・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に、「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	実施施設数及び参加者数	
1990～1993	延 26施設	10,445人
1990～2003	延 77施設	27,990人
2004	計 8施設	2,226
2005 [△]	計 8施設	2,043
小 計	16施設	4,269
合 計	延 119施設	42,704

※2005年度実施施設名及び参加者数	
人	
北海道がんセンター……………	323
宮城県立がんセンター……………	247
埼玉県立がんセンター……………	470
淀川キリスト教病院……………	102
吳医療センター……………	178
四国がんセンター……………	269
九州がんセンター……………	243
(財)がん研究振興財団……………	211
計	2,043

看護等コ・メディカルの人材育成事業

1 国際がん看護セミナーの開催

がん患者とその家族を支える看護・医療の向上を図るため、国内外のがん看護関係者と一緒に会し、国際研究交流会館でセミナーを実施している。その実績は次のとおり。

年 度	テ ー マ	参 加 者
2000(第1回)	がん看護の実践力の向上をめざして	約200人
2001(第2回)	がん看護領域の教育と実践	約200人
2002(第3回)	がんと向き合う人を支える	約200人
2003(第4回)	がんと向き合う人を支える Part II	約200人
2004(第5回)	がん患者の自律を目指して	約200人
2005(第6回)	これからのがん看護	約200人

2 看護等従事者海外研修助成

国際交流を推進して、がん看護等の知識・技術の向上を図るために海外研修の助成を行っている。その実績は次のとおり。

実施年度・部門	参 加 者 数	研 修 施 設 等
平成15年度	(1) 看護部門 5名	(米国)メイヨメディカルセンター・MDアンダーソンがんセンター (英国)ノースロンドンホスピタル
	(2) 放射線部門 3名	(米国)MDアンダーソンがんセンター・カリフォルニア大学 (加国)シカゴ大学
	(3) 臨床検査部門 3名	(米国)ジョージタウン大学病院・ルイジアナ州立大学医療センター (伊国)放射線診断センター (仏国)欧洲腫瘍研究所
	(4) 薬剤部門 6名	(米国)MDアンダーソンがんセンター・メモリアルスローンケタリングがんセンター
平成16年度	(1) 看護部門 5名	(米国)メイヨメディカルセンター・MDアンダーソンがんセンター バンダービルドメディカルセンター
	(2) 放射線部門 3名	(米国)ホーリーネーム病院・デューク大学メディカルセンター・クリーヴランドクリニック 第90回北米放射線学会科学集会年次総会 (オランダ)ネイメーヘン大学メディカルセンター 第23回欧洲放射線腫瘍学会(ESTRO) (スウェーデン)カロリナスカ病院・スカンジトロニクス社
	(3) 臨床検査部門 1名	(米国)ロヨラ大学医療センター
	(4) 薬剤部門 3名	(米国)MDアンダーソンがんセンター・メモリアルスローンケタリングがんセンター ジョージタウン大学・ニューヨーク大学病院・ダナファバーがん研究所
平成17年度	(1) 看護部門 2名	(米国)メイヨークリニック
	(2) 放射線部門 3名	(米国)カリフォルニア大学サンフランシスコ校・米国放射線腫瘍学会(ASTRO) フレデート病院・ベス イスラエル ディーコネス メディカルセンター (仏国)ギュスタブ・ルーシー研究所・PTW社 第24回欧洲放射線腫瘍学会(ESTRO)
	(3) 臨床検査部門 1名	(米国)フロリダ大学医学部
	(4) 薬剤部門 5名	(米国)ワシントン大学(セントルイス)医学部・ワシントン大学(シアトル) MDアンダーソンがんセンター・メモリアルスローンケタリングがんセンター メイヨークリニック・フレッドハッチンソンがん研究センター

第38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38回贈呈式を平成18年3月17日に挙行、次の一般課題24名・特定課題3名・テリーフォックス記念課題1名の方々にそれぞれ賞状及び助成金を贈呈しました。

助成金授与者名簿

(一般課題)

氏 名	所属施設名及び職名	研 究 課 題
足 立 靖	札幌医科大学 医学部 内科学第一講座 非常勤講師	インスリン様成長因子受容体(IGF-Ir)の浸潤・転移能への影響、ならびに消化器癌に対する新しい治療の開発
出 石 邦 彦	香川大学 医学部 第一外科 講師	膵がん化学療法時におけるモジュレーターとしての PI3 kinase-Akt pathway阻害剤についての検討
岩 崎 基	国立がんセンター がん予防・検診研究センター予防研究部 予防疫学研究室 研究員	ブラジル在住日系人女性とブラジル人女性における内因性ホルモンレベルの比較とそのレベルに関連する食品・栄養素の検討
岩 下 寿 秀	愛知医科大学 医学部 病理学講座 助教授	交感神経系神経堤幹細胞及び神経芽腫cancer stem cellsの分離と神経芽腫研究への応用
影 山 進	滋賀医科大学 医学部 泌尿器科学講座 助手	新規増殖活性亢進因子U7蛋白質を分子標的とする抗癌治療法の開発
狩 野 光 伸	東京大学大学院 医学系研究科 分子病理 学講座 学術研究支援員(リサーチフェロー)	TGF-βシグナル抑制剤による癌間質制御を併用した効果的膵臓癌化学療法の開発
清 野 透	国立がんセンター 研究所 ウィルス部 部長	HPVがん遺伝子の発現制御による子宮頸がん予防、治療法の開発
後 藤 田 卓 志	国立がんセンター 中央病院 内視鏡部 下部消化管内視鏡室 医師	早期胃がん内視鏡治療時における鎮静法および苦痛の軽減に関する研究
齊 藤 典 男	国立がんセンター 東病院 手術部 部長	大腸がんに対する低侵襲性および機能温存を目指した新しい術前リンパ節転移診断および手術手技の確立
佐 藤 公 彦	弘前大学 医学部 保健学科 生体機能検査学講座 教授	肝がんの发生病理：前がん前駆細胞の検出とそれらの発生、増殖、分化の過程
柴 田 龍 弘	国立がんセンター 研究所 ゲノム構造解析プロジェクト プロジェクトリーダー	胆道がんに対する分子標的治療(EGFR阻害剤)の有効性についての基礎的検討
庄 雅 之	奈良県立医科大学 医学部 消化器・総合外科学教室助手	難治性消化器癌に対するT細胞Negative Pathway阻害による新規免疫抗体療法の開発
竹 永 啓 三	千葉県がんセンター 研究局 化学療法部 主席研究員兼 転移制御研究室 室長	低酸素耐性ヒト肺癌細胞におけるがん幹細胞関連遺伝子の発現解析と耐性克服のための分子標的遺伝子の検索
立 石 宇 貴 秀	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	新しいトレーサーを用いたPET/CTによる骨盤部腫瘍の形態・機能的画像診断の構築

(一般課題)

氏名	所属施設名及び職名	研究課題
田中 靖人	名古屋市立大学大学院 医学研究科 共同研究教育センター 中央臨床検査部 講師	B型肝炎ウイルスコアプロモーター変異と肝発癌機序の解明
富田 真理子	琉球大学 大学院 医学研究科 病原生物学分野 助手	成人T細胞白血病におけるHIF-1シグナル伝達機構の役割
中面 哲也	国立がんセンター 東病院 臨床開発センター がん治療開発部 機能再生室長	Glypican-3(GPC3)由来ペプチドワクチンを用いた肝細胞がん根治治療後補助療法の臨床第I/II相試験
西村 泰治	熊本大学大学院 医学薬学研究部 免疫識別学分野 教授	cDNAマイクロアレイ解析による癌特異的抗原の同定と、その癌の診断・治療法の開発への応用
林 琢磨	信州大学大学院 医学研究科 移植免疫学講座 助教授	ヒト子宮平滑筋肉腫の発症とIFN- γ シグナル伝達因子の変異との関連性
古屋 充子	千葉大学大学院 医学研究院 病態病理学講座 助手	腫瘍新生血管の特質に関わる新たなG蛋白質シグナル調節因子、RGS 5の機能解析
松村 保広	国立がんセンター 東病院 臨床開発センター がん治療開発部 部長	自然排出便からの大腸がん細胞の分離方法の開発とその遺伝子診断法への応用
宮北 康二	国立がんセンター 中央病院 第二領域 外来部 脳神経外科 医師	術中補助画像診断を用いた脳腫瘍摘出手術における摘出率向上に関する研究
宮本 和明	独立行政法人国立病院機構 吳医療センター・中国がんセンター 臨床研究部 がん分子遺伝子学研究室 室長	乳がんにおけるゲノムインプリントィング異常の定量的解析
向原 徹	国立がんセンター東病院 臨床開発センター 研究員	乳癌におけるIGF-1R阻害薬の個別化臨床応用を目指す in vitro試験

(特定課題：膵臓がん)

氏名	所属施設名及び職名	研究課題
坂元 亨宇	慶應義塾大学 医学部 病理学教室 教授	膵がん肝転移・神経浸潤のモデル開発と分子機構解明
戸塚 ゆ加里	国立がんセンター 研究所 がん予防基礎研究プロジェクト 研究員	膵臓がんの原因物質の検索とその発がんメカニズム
古川 敬芳	静岡県立静岡がんセンター 病院 画像診断科 部長	Multidetector helical CT (MDCT)とPET-CT一体型装置 (PET-CT)を用いた膵癌診断体系の合理化と精度向上に関する研究

(テリーフォックス記念課題：骨肉腫)

氏名	所属施設名及び職名	研究課題
松本 誠一	財団法人癌研究会 癌研有明病院 整形外科 副部長	骨肉腫局所進行例に対する新しい患肢温存手術法の開発



平成17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17年度(平成17年4月1日～平成18年3月31日)

住所	氏名	住所	氏名
東京都新宿区	松井秀文	東京都渋谷区	大塚修
千葉県柏市	石原君恵	東京都文京区	竹内功
東京都豊島区	小出三喜男	東京都台東区	菊地康造
三重県四日市市	故寺嶋令子	横浜市港北区	中原研
東京都府中市	中妻喜久枝	東京都世田谷区	大友博武
三重県津市	株式会社ベスト	東京都世田谷区	井下啓子
東京都中央区	第45回日本肺癌学会総会 会長 西條長宏	東京都世田谷区	中杉範子
岐阜県岐阜市	天野康生	神奈川県小田原市	金田英正
埼玉県戸田市	足立力ヨ子	京都市北区	故土師秀隆
東京都世田谷区	千速晃	京都市北区	土師五十喜
東京都町田市	尾崎千枝子		昭子
東京都国分寺市	飯嶋芳子	福井県敦賀市	谷口昭子
千葉県市川市	藤井寛子	東京都町田市	長島七枝
大阪市西淀川区	メスキュード医療安全基金 理事長 高島成光	東京都杉並区	菅谷はま
大阪市北区	関西テレビ放送株式会社 代表取締役社長 出馬迪男	神奈川県茅ヶ崎市	田代健治
愛媛県松山市	松本茂生	千葉市稲毛区	平賀一陽
東京都世田谷区	深澤重幸	東京都杉並区	垣添忠生
		東京都武蔵野市	大倉淳一
		東京都小平市	鈴木敬一郎
		静岡県清水町	山口正明

住所	氏名	住所	氏名
千葉市稲毛区	白鳥 晴義 美代子	千葉県船橋市	池田 敏久
東京都渋谷区	羽生 百合子	岡山県津山市	杉山 洋
神奈川県藤沢市	宮井 鉄郎	東京都世田谷区	タロウ・ルカニア・ジャパン株式会社
埼玉県春日部市	石田 素司	東京都世田谷区	高木 義浩
愛媛県松山市	猪飼 富美子	千葉市若葉区	石原 千榮
広島市安佐北区	石井 秀夫	東京都狛江市	吉田 武史
千葉県佐倉市	中村 一郎 喜美子	東京都杉並区	若井 良之
東京都杉並区	垣添 直也	東京都小金井市	加藤 敬子
山梨県甲斐市	丸山 敏	埼玉県所沢市	奥山 多恵
東京都世田谷区	深田 宏	東京都足立区	関根 玉藏
横浜市戸塚区	河合 健	愛知県一宮市	菅原 寛二
埼玉県杉戸町	植村 めぐみ	東京都墨田区	高田 里美
千葉県市川市	木村 夢子	福島県いわき市	伊藤 芳雄
愛媛県今治市	高橋 芳生	横浜市鶴見区	田原 博
東京都江戸川区	中島 武	群馬県榛名町	塚本 哲也
広島県福山市	三木 佐用子	東京都練馬区	真野 章
愛媛県松山市	北地 芳子	東京都大田区	玉川 勉
東京都葛飾区	荒巻 幸	埼玉県八潮市	昼間 勇
千葉県茂原市	川村アイリーン	東京都文京区	藤原 信昭
東京都港区	山本 智昭	東京都江東区	故前門戸 正利
東京都新宿区	中谷 比呂樹	東京都江戸川区	当金 宏子
千葉県船橋市	高橋 幸子	東京都品川区	島田 和明
神奈川県相模原市	故江藤 友佳 江藤 俊之 みどり	東京都大田区	高島 真千子
東京都大田区	高木 俊志	東京都世田谷区	野澤 好子
千葉県船橋市	木村 功	東京都足立区	清水 延晏
千葉県松戸市	太田 節子	東京都世田谷区	宇井 邦夫
東京都文京区	故永田政子様遺言執行者	東京都文京区	花田 凡夫
	弁護士 池原毅和	青森県青森市	竹内 通昭
		横浜市戸塚区	故栗田 弘武
		東京都世田谷区	飯野 恒春
		さいたま市中央区	阪 眞
		東京都杉並区	井口 孝

住所	氏名	住所	氏名
東京都千代田区		埼玉県坂戸市	太陽クラク会
	日本化薬(株)医薬事業本部		会長 中山進一
	原薬診断薬営業部 菅谷秀樹		(加川芳明)
横浜市中区	藤田伸	東京都武蔵村山市	中島鎧
東京都目黒区	笹子三津留	東京都町田市	兼田房子
千葉県柏市	斎藤玲子	茨城県取手市	故眞田長春
東京都練馬区	松木九郎	千葉県旭市	国立国府台病院看護学校同窓会
東京都江東区	神谷敏郎		会長赤坂守保
東京都三鷹市	杉崎あゆみ		
南相馬市小高区	吉田和夫 綾子		
三重県津市	松原都築		
千葉市若葉区	下山真人		
福岡市中央区	斎藤裕子		
東京都あきる野市	斎藤敏子		
東京都多摩市	下田忠和		
千葉県船橋市	井澤暢子		
東京都江東区	(株)エムアンドエイチ 代表取締役 池内廣子		
東京都八王子市	小野寺等		
東京都中央区	池田公史		
千葉県船橋市	小平富喜子		
横浜市戸塚区	加藤芳子		
神奈川県鎌倉市	伊崎松枝		
愛媛県松山市	森学		
東京都世田谷区	関戸健嗣		
神奈川県鎌倉市	沼澤浩明		
東京都大田区	森田麻子		
埼玉県入間市	赤熊めいこ		
神奈川県葉山町	猪俣美子		
横浜市磯子区	小川健夫 敦子		



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。

- 娘が生前子供向け番組（NHK 英語であそぼ）のお仕事をさせて戴きましたので、小さいお子さんや若い方で病気になられた方々のために使ってくださいれば、とても喜ぶと思っております。 (H 様)
- がんの手術を受けて3年半、高度な技術による治療、看護をして下さり、感謝しております。只、最期1ヶ月がんセンターとは雲泥の差の地元病院で亡くなつたことは心残りです。もしホスピスへの連携がもっとスピーディなら、治療から自然に移行できるホスピスが、がんセンターにあつたら…がんの研究はもとよりですが、末期患者の居場所、心のケアにも力を注いで頂きたいと些少ながら寄附させて頂きます。 (T 様)
- 7年前に、息子が国立がんセンター中央病院で肺がんの治療でお世話になりましたが、無念ながら他界しました。夫（故人）自身も肝臓がんを患つた経緯もあり、がん研究の発展を祈念して寄附させて頂きます。 (N 様)
- 32歳という若くしてがんで逝ってしまった息子の最期を看取つた家族として、同じような病気に苦しむ人たちのためにお役だていただきたく寄附します。 (T 様)
- 亡父は38年間に渡つてがんセンター中央病院のお世話になりました。38年の間に3つのがんに悩まされましたがそのたびに先生方や病院の皆様の熱意と技術で助けていただきました。本人も「望外の人生を送ることができた」と遺言で感謝しております。入院の度に進歩してゆく治療法を身を以て実感した父は、がん研究に大きな期待を寄せていました。私共親族も同じ気持ちで居ります。「研究が進みますよう祈りを込めて…」 (M 様)
- 人生最後の4年間はがん克服、そして共存を手探りにした日々でした。心も体もその限界を試されているようなこの病に、人として生きられる治療法の確立を願つてやみません。<一列になって歯磨き手を置いて支える肩がまた細くなり>享年50歳でした。 (O 様)
- 昨年、食道がんの為、夫を亡くしました。命日にあたる3月6日に寄附を考えていましたが、今日に至りました。どうぞがん研究に少なくて申し訳ありませんが使って下さい。 (N 様)
- 21年前に、父が膵臓がんで78歳の生涯を終えました。父にはがん告知はしておりませんでした。既に手遅れとのことで一筋の望みが約束されるのであれば、父子の対話にも生きる事の力を正直に伝えられたものをそれができませんでした。そして必死のまなざしで向かい合うことの心苦しさを感じました。医療技術の進歩は驚くほどのものがあると思いますが、人の生死の極まりには心のケア技術に本当の難しさがあるのではないかでしょうか。言うなれば人の力で解きほぐす術こそ仁術かもしれません。 (I 様)
- 地元の病院では、がんと診断されず、国立がんセンター中央病院でがんだと判つた。最初の診断で「がん」と判らなかつたのが悔しい。8歳の子 悪性黒色種 (T 様)
- 父は発症から六ヶ月で死亡しました。最近ではがんも治る人も増えてきてはいますが、やはり死亡率は高く、患者のQOLは下がっていきます。なんとか研究開発のお役にたてればと思います。少ないですが活用していただければと思います。 (A 様)

ご寄附についてのお問い合わせ先

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

〒104-0045 東京都中央区築地5-1-1 国際研究交流会館内

財団法人 がん研究振興財団 TEL 03-3543-0332 E-mail : info@fpcr.or.jp
FAX 03-3546-7826

「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。

東京都、千葉県、神奈川県内の金融機関等の窓口には、「がん募金箱」が置かれ、多くの方々から対がん総合戦略事業の推進にご協力をいただいております。

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々への助成金、医師、看護師等の研修をはじめとする各種事業に役立てられています。

財団法人がん研究振興財団 役員・評議員名簿 (50音順・平成18年6月1日現在)

役 員

会 長	河 野 俊 二	(東京海上日動火災保険株式会社相談役)
理 事 長	幸 田 正 孝	(社会福祉法人恩賜財団済生会理事長)
専務理事	土 居 真	
理 事	青 木 初 夫	(日本製薬工業協会会長)
同	秋 草 直 之	(社団法人電子情報技術産業協会会長)
同	安 西 邦 夫	(社団法人日本ガス協会会長)
同	植 松 治 雄	(前社団法人日本医師会会長)
同	垣 添 忠 生	(国立がんセンター総長)
同	古 森 重 隆	(富士写真フィルム株式会社代表取締役社長)
同	佐々木 幹 夫	(社団法人日本貿易会会長)
同	田 中 明 夫	(前財団法人医療関連サービス振興会理事長)
同	豊 島 久真男	(独立行政法人理化学研究所研究顧問)
同	豊 田 英 二	(トヨタ自動車株式会社最高顧問)
同	名 尾 良 泰	(社団法人日本自動車工業会副会長)
同	野 村 明 雄	(大阪商工会議所会頭)
同	久 道 茂	(宮城県病院事業管理者)
同	廣 橋 説 雄	(国立がんセンター研究所所長)
同	前 田 晃 伸	(前全国銀行協会会長)
同	三 村 明 夫	(社団法人日本鐵鋼連盟会長)
同	武 藤 徹一郎	(財団法人癌研究会有明病院院長)
同	森 詳 介	(関西電力株式会社代表取締役社長)
同	森 下 洋 一	(松下電器産業株式会社代表取締役会長)
同	山 口 信 夫	(日本商工会議所会頭)
同	横 山 進 一	(社団法人生命保険協会会長)
同	吉 田 茂 昭	(国立がんセンター東病院院長)
同	和 地 孝	(日本医療機器産業連合会会长)
監 事	村 田 恒	(村田法律事務所所長)
同	森 田 富治郎	(第一生命保険相互会社代表取締役会長)

評議員

荒 蒔 康一郎 (キリンビール株式会社代表取締役会長)
池 谷 壮 一 (財団法人ヒューマンサイエンス振興財団専務理事)
岩 村 政 臣 (日本コカ・コーラ株式会社相談役)
梅 田 貞 夫 (社団法人日本建設業団体連合会会长)
岡 村 正 (株式会社東芝取締役会長)
河 合 良 一 (株式会社小松製作所相談役)
佐々木 元 (日本電気株式会社代表取締役会長)
佐々木 康 人 (独立行政法人放射線医学総合研究所理事長)
下 山 正 徳 (独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター名誉院長)
庄 山 悅 彦 (株式会社日立製作所取締役代表執行役会長)
高 橋 真理子 (朝日新聞社東京本社科学医療部次長)
知 野 恵 子 (読売新聞社東京本社編集局解説部次長)
塚 本 哲 也 (前東洋英和女学院大学学長)
塚 本 直 樹 (独立行政法人国立病院機構九州がんセンター名誉院長)
鶴 尾 隆 (財団法人癌研究会癌化学療法センター所長)
富 永 祐 民 (財団法人愛知県健康づくり振興事業団健康科学総合センター長)
内 藤 晴 夫 (エーザイ株式会社代表執行役員社長兼最高経営責任者)
野間口 有 (前情報通信ネットワーク産業協会会长)
野 村 和 弘 (国立がんセンター中央病院名誉院長)
橋 本 嘉 幸 (共立薬科大学理事長)
馬 場 征 男 (藤田観光株式会社相談役)
久 常 節 子 (社団法人日本看護協会会长)
平 田 正 (協和発酵工業株式会社相談役)
福 地 茂 雄 (アサヒビール株式会社代表取締役会長)
堀 澄 也 (株式会社ヤクルト本社代表取締役社長)
松 井 秀 文 (アメリカンファミリー生命保険会社会長)
森 喜 治 人 (オリンパス株式会社取締役常務執行役員)
森 田 清 (第一製薬株式会社代表取締役社長)
山 口 建 (静岡県立静岡がんセンター総長)
吉 由 浩 二 (社団法人日本損害保険協会常務理事)

あとがき

がん研究振興財団の機関紙、「加仁」第33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。

わが国のがん対策として「第3次対がん10か年総合戦略」(がんの罹患率と死亡率の激減を目指して)の3年目になりますが、当財団としてもその一翼を担うべく事業活動の一層充実を図ってまいります。

「巻頭言」には、昨年8月に就任された厚生労働省の中島正治健康局長にお願いし、「発想の転換」と題して超高齢化に向けての積極的な健康管理等についてお書きいただきました。

「座談会」では、「地域におけるがん医療の均てん化のための課題」をテーマとして、四国がんセンターの高嶋成光院長をはじめ、がん医療の専門の先生にご出席いただき、愛媛県のがん医療の現状とその問題点についてお話をいただきました。

杉村 隆著の「自らがん患者となって」を読んでは、九州がんセンターの牛尾恭輔院長に著者の御紹介と、感想を述べていただきました。

「冬瓜の記」では、山崎美代様から「病と連れ添つて」と題し貴重な闘病体験について玉稿をいただきました。多くの闘病中の方々が、安心・やすら

ぎ・心のふれあいを得ることが出来たらとおもいます。

「がんセンター探訪」では、新病院開院特集として、4月にオープンしました四国がんセンターの病院概要とその取り組みを紹介していただきました。

「仲間(活動紹介)」では、国立がんセンター中央病院で骨髄移植を受けた患者の手で「同じ経験をした方々と親睦を深め、何でも話し合える場を作ろう」と1997年3月に始めた患者会「12Bネット」、また、声を聞き合うことからQOL向上を目指す、乳がん患者のセルフサポートグループのVOL—Net(ボルネット)の活躍のご紹介をいただきました。

そのほか、「国際がん研究シンポジウム」等について、それぞれの担当の先生方に解説をお願いいたしました。

本誌の発行にあたり、大変お忙しい中ご協力を賜りました先生方には、心から厚くお礼申し上げます。

今後とも、一層紙面の充実を図っていきたいと存じますので、読者の皆様のご意見、ご感想をお寄せいただければ幸いです。

(W記)

加 仁 第33号 2006

平成18年6月発行

編 集 代表 土 屋 了 介

発 行 財団法人 **がん研究振興財団**

〒104-0045

東京都中央区築地5-1-1 国際研究交流会館内

電話 03(3543)0332(代表)

FAX 03(3546)7826

ホームページ <http://www.fpcr.or.jp>

がん基幹医療施設及び全国がん(成人病)センター協議会施設一覧表

(平成18年5月現在)

独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター	〒 003-0804 札幌市白石区菊水 4 条 2-3-54	☎(011)811-9111
青森県立中央病院	〒 030-8553 青森市東造道 2-1-1	☎(017)726-8111
岩手県立中央病院	〒 020-0066 盛岡市上田 1-4-1	☎(019)653-1151
宮城県立がんセンター	〒 981-1293 名取市愛島塩手字野田山 47-1	☎(022)384-3151
独立行政法人国立病院機構仙台医療センター	〒 983-8520 仙台市宮城野区宮城野 2-8-8	☎(022)293-1111
山形県立がん・生活習慣病センター	〒 990-2292 山形市青柳 1800	☎(023)685-2626
茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター	〒 309-1793 笠間市鯉淵 6528	☎(0296)77-1121
栃木県立がんセンター	〒 320-0834 宇都宮市陽南 4-9-13	☎(028)658-5151
群馬県立がんセンター	〒 373-8550 太田市高林西町 617-1	☎(0276)38-0771
埼玉県立がんセンター	〒 362-0806 北足立郡伊奈町小室 818	☎(048)722-1111
千葉県がんセンター	〒 260-8717 千葉市中央区仁戸名町 666-2	☎(043)264-5431
国立がんセンター東病院	〒 277-8577 柏市柏の葉 6-5-1	☎(04)7133-1111
国立がんセンター中央病院	〒 104-0045 中央区築地 5-1-1	☎(03)3542-2511
独立行政法人国立病院機構東京医療センター	〒 152-8902 目黒区東が丘 2-5-1	☎(03)3411-0111
財団法人癌研究会有明病院	〒 135-8550 江東区有明 3-10-6	☎(03)3520-0111
東京都立駒込病院	〒 113-8677 文京区本駒込 3-18-22	☎(03)3823-2101
神奈川県立がんセンター	〒 241-0815 横浜市旭区中尾 1-1-2	☎(045)391-5761
静岡県立静岡がんセンター	〒 411-8777 駿東郡長泉町下長窪 1007	☎(055)989-5222
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	☎(076)424-1531
福井県立病院	〒 910-8526 福井市四ツ井 2-8-1	☎(0776)54-5151
愛知県がんセンター	〒 464-8681 名古屋市千種区鹿子殿 1-1	☎(052)762-6111
独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター	〒 460-0001 名古屋市中区三の丸 4-1-1	☎(052)951-1111
滋賀県立成人病センター	〒 524-8524 守山市守山 5-4-30	☎(077)582-5031
大阪府立成人病センター	〒 537-8511 大阪市東成区中道 1-3-3	☎(06)6972-1181
独立行政法人国立病院機構大阪医療センター	〒 540-0006 大阪市中央区法円坂 2-1-14	☎(06)6942-1331
兵庫県立成人病センター	〒 673-8558 明石市北王子町 13-70	☎(078)929-1151
独立行政法人国立病院機構呉医療センター	〒 737-0023 呉市青山町 3-1	☎(0823)22-3111
山口県立総合医療センター	〒 747-8511 防府市大字大崎 77	☎(0835)22-4411
独立行政法人国立病院機構四国がんセンター	〒 791-0288 松山市南梅本町甲 160	☎(089)999-1111
独立行政法人国立病院機構九州がんセンター	〒 811-1395 福岡市南区野多目 3-1-1	☎(092)541-3231
佐賀県立病院好生館	〒 840-8571 佐賀市水ヶ江 1-12-9	☎(0952)24-2171

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



皆様のあたたかいご支援ご協力をお願いいたします



宝くじのホームページ

<http://www.takarakuji.nippon-net.ne.jp>

心と街とを結ぶ夢。



●外国発行の宝くじを、日本国内において購入することは、法律で禁止されています。

宝くじの収益金は、**宝くじ**
公共事業に役立っています。