ISSN 2187-3127

2013年
12月20日
4
Since 1981

SCSコミュニケーション

The Way Forward

Communication with the Sapporo Cancer Seminar Foundation

放射線トピックス

巻頭対談「被曝の影響と最新の治療」

「がん」の問題を解決するため、
様々な活動をしています

内閣府所管公益財団法人
札幌がんセミナー

〒060-0042　札幌市中央区大通西6丁目 北海道医師会館6階
TEL：011-222-1506　FAX：011-222-1526
E-mail：scs-hk@phoenix-c.or.jp　HP：http://scsf.info

SCS コミュニケーション
The Way Forward no.4

対談 ページ
・放射線トピックス 中川恵一 東京大学医学部放射線科准教授 3
白土博樹 北海道大学放射線医学教授

エッセイ
・遺伝教育を考える 松田一郎 熊本大学、北海道医療大学名誉教授 6
・病院経営と「人間資源論」 石谷邦彦 東札幌病院理事長 7
・「がん幹細胞」国際シンポジウム 佐藤昇志 札幌医科大学教授 7
・ポーランドから豪州に逃れたユダヤ人 小林昌三 在オーストラリア、元在日米大使館勤務 8
・ピアニストとして思うこと 大平由美子 在独30年　ピアニスト　現在札幌在住 8
・日本人は低栄養化している 柴田　博 人間総合科学大学保健医療学部長 9
・癌になっても宝くじに当たればよいのです 西尾正道 (独)北海道がんセンター名誉院長 9
・長生きのヒケツ 堀田知光 (独)国立がん研究センター理事長 10
・患者と医療者が協働する時代を迎えて 山口育子 NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長 11
・五感(五官)を使う 福田　諭 北海道大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科教授 11

国際がんシンポジウム in Bangkok 2013.12月報告 12
冬季がんセミナー　in Sapporo 2014.2月　予告 14
がんよもやまばなし 16
アベノミクスの忘れ物、命を一年延ばすということ、がんの原因にも流行がある、「胃がんとピロリ菌」のナゾ、なぜがん予防は大切なのか?、がんになる日を遅らせる、不毛の禁煙運動、子宮頸がん予防のHPVワクチン是か非か、IARCによるフォルマリンの発がん性の評価、事前の遺伝子検査が望まれる、遺伝子の変異、がんは永遠か?、WHOの膨大な資料をどう読むか?、将来の疾病対策は?

市民のためのがん特別セミナー　2014、3-4月　予告 23
がん教育—子ども主役のDVD 「子どもが親と地域を変える」 24
がん相談　対話のなかの対決、樹を見て森を見よ!、超高齢化社会のがん(対決より病と共存を) 26
著書紹介 「患者が治すがん治療」、「がんの花道」、「いのちの格差は止められるか」 28
がん拠点病院 29
御寄附に感謝 30

求めるものは「長命」から「長寿」の時代に

「平均寿命」は死亡するまでの命の長さのこと。厚生労働省2012年の発表では日本人男性は79.9歳、女性86.4歳で、女性は世界一、男性は5位という。

一方、「健康寿命」は元気な状態で社会生活を送れる期間のこと。同省2009年の発表によれば男性70.4歳、女性73.6歳。平均寿命と健康寿命の差は男性で9.5歳、女性で12.8歳である。

平均寿命は「長命」と言い換えてよいし、健康寿命は略して単に「長寿」といってもよい。「長命」と「長寿」とは違うから区別して考えたい。「長命」と「長寿」の差、つまり長寿が長命に届かない期間は要するに人が健康ではない状態、要介護、また意識不明瞭のまま、あるいは寝たきりの期間ということになる。

理想とするのは「長命」と「長寿」との乖離を出来るだけ小さくすること。そして「長寿」を現在の平均寿命(長命)に近づけることであろう。

今までの医学の目標は人間を死からいかに遠ざけるかということであった。といってもいつかは必ず死を迎えるわけだが、その日をどれだけ延ばすか、つまり「長命化」がその主な狙いであった。しかし、これからの医学の目標は、必ずしも死を遠ざけることだけではなく、生きている間をいかに健康的に過ごすか、つまり健康寿命をいかに延ばすかに変わってきた。単なる年数、年齢の延伸から、人生の質的な内容に重点を置く方向へと医学の目指すところも大きく変化して来たといえる。

(小林　博)

対談 放射線トピックス「被曝の影響と最新の治療」

「被曝の影響」
中川恵一先生（東大医学部放射線科准教授）との対談

Q：東北の大震災で放射線による身体の影響を心配されている方が非常に多いと思います。過剰な心配は不要との見方もありますが、どのようにお考えですか？

中川先生（以下中）：確かに被曝量としては決して多くはありません。

ヨウ素は半減期8日なので、もう消えてしまっていますからセシウムによる全身被曝が一番問題になると思います。ストロンチウムやプルトニウムは全く放出されなかったわけではないのですが、量として1960年代からの核実験と比べても非常に少ないので、事実上気になるのはヨウ素とセシウムだと思います。

ヨウ素については初期被曝が大事ですが、これも国連の見積もりで80ミリシーベルト、日本で30ミリシーベルトが最大で、100ミリシーベルト程度にならないとチェルノブイリでも発がんが増えたというデータはありませんので、福島で甲状腺がんが増えるということはまずないと思います。

一方、日本では30とか80ミリシーベルトという数字がmaxですが、チェルノブイリでは就学前の子ども達の5％が数千ミリシーベルト被曝しました。今回の福島とは全く量が違います。チェルノブイリでは小児甲状腺がんしか増えなかったわけですが、大人の発がんが増えたというデータは全くありません。

福島県民のなかで外部被曝、内部被曝を比べると内部被曝の方が遥かに多いです。

例えば早い時期の調査で、陰膳（かげぜん）調査というのがありました。家族が毎日食べている食事を1人前多く作ってもらい、その線量を測ったところ福島県民の中央値は0.023ミリシーベルトでした。これはものすごく少ない数字です。

一方、南相馬市のホールボディーカウンターで小中学生3000人の調査をしたところ、全員が検出数値以下でした。

外部被曝は若干多かったのですが、福島県民の6割方、小中学生の99％が10ミリシーベルト以下でした。

Q：ということは発がんの心配は余りないという理解でよろしいですか？

中：はい。国連の科学委員会などでも同じ様な結論を出して国連総会でも報告されています。

私は部下を飯館村の役所の保健福祉課へ常駐させていますし、私自身も何度も仮設住宅を訪れておりますが、避難生活というのは非常に過酷な状況です。運動不足や男性のお酒、喫煙量の増加が見られ、震災後の高血圧、糖尿病が増加してきています。糖尿になれば、がんのリスクは20％アップするわけで

白土博樹先生　　中川恵一先生　　小林　博先生

すので、当然今後がんは増えるでしょう。ただ、結果的に増えるがんについて、その原因が放射線によるのか生活習慣の乱れによるものかどうかは区別できません。

また、スクリーニングが増えることで過剰診断によるがんの発見の数も増えるでしょう。福島で子ども達は全員検診を受けることになりましたが、実際40名以上の甲状腺がんが見つかっています。このなかには放置しておいてもいいがんも沢山あったと思います。高齢者の甲状腺がんも行ったら、韓国の二の舞です。

韓国の甲状腺がんの増加は過剰診断の結果だと思います。乳がんの検診でマンモグラフィーの代わりにエコーでするので首まで写ってしまうようになったため、甲状腺がんが見つかるようになりました。

Q：微量の放射線被曝はかえって人体によい影響を与えるということも言われているようですが？

中：ホルミシスといわれるものですね。これについては適切な疫学的調査が行われていないので何とも言えません。私自身はあまり評価はしていません。

トルコの温泉地では10～260ミリシーベルトの放射線が計測されており、温泉に行くと被曝するわけですが、被曝の影響よりも温泉によるリラクゼーション効果の方が人体によい影響を与えるといわれます。いずれにしてもデータ化されていないので何とも言えません。

Q：ところで、私自身、前号に書きましたが肺がんの経験者で4か月毎のヘリカルCTの検査を受けていますが、医療被曝の危険性はどうでしょうか？

中：私達の身体のなかにはもともとがん細胞がいる可能性はあります。がんは1cmになるのに肺がんで10年、大腸がんでは20年かかるといわれています。医療被曝のリスクはあるかも知れませんが、続けるかどうかは人それぞれと思います。

広島を例にとりますと、平成17年の広島の女性の平均寿命は政令指定都市のなかで一番でした。それはやはり被爆者手帳が大きいと思います。正確なデータはないのですが、当時の広島市の住民は20万人でした。原爆投下から数日～数週間以内に広島市に入市した方を入市被爆者といい、この方々にも被爆者手帳は公布されています。今は35万人ほどになっています。この方々は比較的被曝線量の少ない方々で、確かに長寿ではあります。それは検診の機会が増えることにも原因はあると思います。もちろん被曝量が上がってくると短命という傾向はあります。

日本人が長寿なのは病院への受診回数が多いからという意見もあります。日本人の平均受診回数は14回で、アメリカ、ドイツの3回より遥かに多く、世界の平均の8回よりもかなり多いです。もちろんこれは国民皆保険のお陰と思います。

確かに受診回数が多ければ医療被曝も多いでしょう。その意味で可能性はあるかも知れません。

ただ、先にも申し上げましたとおり、人間は温泉に入ると被曝はしてもリラックス効果があるために長生きするということがあります。人間の生活は多様ですから起こることで、これはネズミやラットではあり得ません。

4000匹のネズミに低線量の放射線を当て続けたという実験がありますが、寿命は延びませんでした。100～200ミリシーベルトでも変わっていません。がんが増えているというデータもありませんでした。

いずれにしても医療被曝については殊更心配することも、評価することもないと思います。

「最新の陽子線治療」
白土博樹先生（北大医学部放射線医学教授）との対談

Q：陽子線治療は、X線治療と比べて、どんな特徴があるのですか？

白土先生（以下白）：陽子線治療では、腫瘍への線量の集中性が高まります。特に、大きな腫瘍や複雑な形の腫瘍において、X線治療よりも、周囲臓器への無駄な放射線の照射を減らせます。

Q：北海道大学病院で開発される陽子線治療装置には、いくつかの世界初の特長があると聞きましたが？

白：まず、従来の散乱体法ではなく、今後の中心になると言われるスポットスキャン法に特化した初めての陽子線治療装置です。スポットスキャン法は世界最大のがんセンターであるMDアンダーソン病院にて日立製作所が実現した照射法で、陽子線の1cm程度の細いペンシルビームを腫瘍の形状に合わせて照射できる方法で、同病院ではこの治療を受けるために、かなりの待ち行列ができているそうです。北大の装置は、さらに5mm程度の精細なビームも利用可能です。

また、北海道大学病院が1999年に開発した動体追跡技術を、陽子線治療装置に組込んだ、動体追跡陽子線治療としても、世界初です。そして、この装置を活用して、コーンビームCTの撮像が可能で、画像誘導陽子線治療が可能となる予定です。

Q：どうして、スポットスキャン法に特化したのですか？

白：従来の散乱体法も素晴らしい治療法なのですが、患者さんごとに金属や樹脂を切り出して、それらの助けを借りて照射範囲を調節する必要があります。スポットスキャンでは、それらの金属や樹脂の着脱が原則として必要ないので、治療時間が短くて済み、さらに複雑ながんの形状に対して、細かな調整も可

能となります。

それと、金属や樹脂を固定するための装置側のスペースが削減でき、装置全体が小型化できるために、装置全体の必要体積が一気に約50％になりました。北大では、診察室や待合室を加えて、テニスコート2つ分の敷地に作ることができまた。

Q：北海道大学ならではの動体追跡陽子線治療について、もう少し詳しく教えてください。

白：動体追跡技術とは、体内の腫瘍の近傍に1.5mmの金マーカーを刺入し、この位置を治療室に設置した2台の直交するX線透視装置にて0.033秒毎にパターン認識技術にて把握し、予定した位置に腫瘍がある間だけ、治療ビームを照射する方法です。今回の装置では、陽子線治療装置内に2台のX線透視装置を組み込みました。これで、呼吸の動きや腸のぜん動に影響されて腫瘍が動いている場合にも、±2mmの精度で照射できます。

Q：どんながんの治療に有効なのでしょうか？

白：まず、スポットスキャン陽子線治療は、小児、若年者、お年寄りで体力が落ちている方など、できるだけ無駄な照射を減らすことが重要な方のうち、従来の最先端X線の強度変調放射線治療が有効と言われている体中のあらゆる部位のがんの根治的治療に適応があると思います。また、従来の散乱体法による陽子線治療では治療できにくかったがんにも、線量を増やせるのではないかと期待されております。

北海道大学での動体追跡陽子線治療は、肺癌、肝癌、膵癌、前立腺癌など、体内での動きのある臓器で、特にサイズが大きな腫瘍は、世界的な視野で考えても、最も効果が期待できる治療法ではないか、と思っております。

Q：いざ自分が病気になった場合に、自分で陽子線治療の適応があるかどうか、はなかなか判断が難しいですね？

白：北海道大学病院では、ホームページにて詳しく説明しております。また、FAXやメールを使った相談ができるようになっており、その方法はホームページに載っております。もちろん、主治医の先生からのご紹介やご質問には、できるだけ早くお答えできるようにしております。

Q：いつから、治療が開始されるのでしょうか？

白：平成26年春からの治療開始を目指しており、現在、鋭意、試運転中であります。

Q：期待しております。ぜひ、がんばってください。

エッセイ

遺伝教育を考える

松田　一郎
熊本大学名誉教授、北海度医療大学名誉教授

1953年にワトソン、クリックによりDNAの構造が解明されて60年、現在では、ほんど毎日といっていいくらい、何処かのメディアで、DNA、遺伝子という言葉を使った報道をしている。でも、どこまでDNA、遺伝子の意味を本当に理解しているのだろうか？　新入学の医療系大学生に、知っている遺伝病を一つ上げてみて？と質問しても、ほとんどが首をかしげる。勿論、卒業が近くなれば国家試験もあることなので、正しい知識を身につけるのだろう。だが、何時も思うのは、日本という国がもつ、遺伝病に関する'特殊'な環境についてである。メンデル遺伝形式に従って遺伝する疾患は、現在、約2万知られている。この中で、世界的にメジャーな遺伝病とされているのは、ヘモグロビン異常症(地中海貧血、鎌状赤血球症)、ヘモクロマトーシス、嚢胞性線維症である。だがいずれも日本では極めて稀な疾患で、経験をつんだ臨床医でも実際にこの患者を診察したことはほとんどないのが現状だろう。私は、このことがこれまでの日本社会で、遺伝病に関する知識をあまり共有してこなかった現実と関係しているのでは、と危惧している。患者数がある程度あれば、それだけ、一般市民の遺伝病についての認識が深まり、罹患患者への共感に繋がることが想定されるからである。

ところで、遺伝情報の概念は、近年、大きく変わってきた。初め、遺伝情報はいくつかの特徴をもっている、と主張されてきた。つまり、1)その個人に固有のものであり(個性)、2)一生変わることがなく(不変性)、3)発症前検査や易罹患性検査に利用され(予測性)、4)血縁者で共有し、子孫に伝へられるもので(共有性・遺伝性)、5)時に雇用や生命保険などで遺伝差別に誤用されることがある(有害性)、5)この有害性(差別)はさらにある特定の変異遺伝子をもつ共同体に及ぶこともある。6)また偶然に本人の予測していない遺伝情報、例えば違う親子関係が判明することがある(意外性)、などである。しかし、1997年、当時のNIH、エネルギー省の遺伝情報と保険問題委員会の議長であったMurrayは遺伝情報を特別視する考えを遺伝子(情報)例外主義(genetic exceptionalism)と命名し、いくつかの例を挙げて遺伝情報が特別なものとはいえないと異議を唱えた。2004年EU委員会からの「遺伝学的検査に関する倫理的、法的、社会的視点」、2005年CIOMSからの「薬理遺伝学—薬物治療の改善を目指して」、2005年、Nuffield生命倫理委員会からの「薬理遺伝学」は、このMurrayの立場に賛同している。一方、2003年のUNESCOの「ヒト遺伝データ(情報)に関する国際宣言」、2006年のOECDの「ヒト遺伝子研究の設立と管理」、2011年日本医学会「遺伝学的検査に関するガイドライン」は、Murrayの考えには同調していない。こうした問題の背景の一つには、単一遺伝子病での遺伝子変異とがんを含めた易罹患性検査での遺伝子多型を、同種の「遺伝情報」として扱えない、という現実がある。前者なら、時期は異なっても確実に発症する、しかし、後者ではあくまでも確率をその根拠にしていて、しかも問題となる遺伝子によって発症の確率は異なるし、またそれは民族によっても違う可能性もある。

最近、アメリカ女優のアンジェリーナさんが乳がん遺伝子を持っているという理由で、乳腺摘出の手術をうけ、話題になったが、アメリカ女性とフランス女性では対応が異なり、フランスではアメリカよりも乳腺的手術を受ける女性は少ないといわれている。さて、日本女性はどう対応するのだろう。でも、その前にしっかりした遺伝学の教育が必用になるだろう。上に触れたEU委員会からの提言(2004)では冒頭に、1)初等教育から大学レベル、職業教育までの全ての科学カリキュラムに、遺伝医療領域での進歩とその潜在性についての参考資料を含むこと、2)国の教育システムは、遺伝学研究と遺伝学的検査から得られた便益を、実際にEU市民に提供するために、適切に訓練を受けた技術者や医師を含めた、科学者と教師の適正供給を確立すること、3)対話、教育、情報、ディベートの増進をめざして協調する努力は奨励されるべきである、と勧告されている。だが、日本では、とてもそこまで考えていないのが現状である。

病院経営と「人間資源論」

石谷　邦彦
東札幌病院　理事長

経営学の歴史を紐解くと、そのミクロ分野である人間資源論は1960年代のアメリカにおいて隆盛を極めていたという。人間資源論に立つ理論としてはマグレガーの「Y理論」、リッカートの「自我動機」、アージリスの「パーソナリティの成熟」、ハーズバーグの「成長欲求」などが有名である。そしてこれらは日本でもよく知られている心理学者マズローの「人間性の心理学（Motivation and Personality、1954年）」の欲求階層説に依拠している。

例えば、従来の管理方式は労働者の欲求を金銭的欲求や安全欲求など低次元のものと認め、いわゆる「飴と鞭（carrot and stick）」による命令・統制の手法をとった「X理論」をその理論的根拠としていたのに対し、マグレガーは労働者の自己実現の欲求など高次元の欲求を前提とする人間性を重視した管理方式を「Y理論」としてこれを推奨した。マグレガーは「ブランディス大学の心理学者マズローの研究が最も参考になった」と述懐している。

人間資源論は当時のアメリカの大量生産体制の社会では、個別の事案では採用されたが、企業の運命を左右するほどの影響力は持ち得なかった。しかし1987年ノーベル経済学賞を受賞したサイモンの「認知心理学による経済学」の研究の礎になったであろうことは想像に難くない。

一方、マズローの理論は初めから産業界もその視野に入っていた。彼は1965年「自己実現の経営（Eupsychian Management）」を出版したが残念なことにほとんど売れないまま廃版になった。その後33年を経た1998年、マズローの理解者たちが「完全なる経営（Maslow on Management）」として復刻した。2001年に邦訳され、あのドラッカーも「真の自己実現を生む人間主義経営の解説書」と絶賛している。

マズローの研究課題は「よい人間とは何か」「よい社会とは何か」「その相互関係は何か」ということであり、要約すると「よい人間は自身が成長するためのよい社会を必要とする」という考えに帰結した。その結果を基に彼の研究は企業を想定した社会のあり方の考察に進み「よい経営とは何か」に自己実現の思想を展開したのである。医療と経営の近似性を感じさせる理論であり、30年間民間病院の経営を担ってきた私にとってその意を強くする理論であった。人間資源論の復興は金銭的なテーマのみが横行する現代の病院経営に警鐘を鳴らしているように思われる。

A. H.マズロー著、小口忠彦訳：人間性の心理学；モチベーションとパーソナリティ、産業能率大学出版部、1987
A. H.マズロー著、金井嘉宏監訳、大川修二訳：完全なる経営、日本経済新聞社、2001

「がん幹細胞」に関しての国際シンポジウム

佐藤　昇志
札幌医大大学院医学研究科

「がん」は連日のようにどこかの新聞紙上に取り上げられていますが、「がん幹細胞」というのはあまり目にしないと思います。

このがん幹細胞、一体どういう細胞なのでしょうか？

実は、がん幹細胞はその名の通りがんの幹、根元あるいは根源の細胞でしょうか、とにかく根っこをなすがん細胞と考えられています。こういう細胞ががんという塊の中にあり、がんの持続増殖、浸潤転移に中心的な役割をなすことは、随分古くから考えられ、いわれてきました。もしそういう細胞が本当にあるならがんの治療はがん幹細胞を標的として行うのがもっとも合理性のあるみちとなるわけです。しかし長い間、これらがん幹細胞の存在、特徴はわからないままで、従って分離する方法すらわかりませんでした。

一方で近年、ノーベル賞受賞者山中先生のiPS細胞に代表されるような再生医学の基礎研究が進んできました。その結果、正常組織の幹の細胞、つまり正常幹細胞の分化や成熟のことも次第にわかってきました。幹細胞の特徴や分離法等も明らかにされてきたわけです。これらの再生医学研究と相まって、がんでのがん幹細胞の研究が進んできたのです。その結果、いろんながんに根っこのがん細胞がどうやら存在していて、それらが自分と同じようながん細胞をつくり出したり、あるいは分化したりしていることがわかりました。同じがん組織でも様々な形（がんの多様性といっていますが）がみられるのですが、それらはがん幹細胞の存在と特徴に起因するらしいのです。

しかも大変重要なことは、がん幹細胞は抗がん剤や放射線治療等、現代の最先端の治療にも抵抗性を最も示す細胞群という重要問題も浮かび上がり、それが何故なのかが、がん研究の最も主要なテーマのひとつとなり、特にここ5－6年大きく研究が進んできているのです。勿論、世界でも同じような取り組みがなされています。ちなみに日本癌学会総会で通年2300題くらいの発表数があるのですが、がん幹細胞関連が2010年はそのうちの20題程度でしたが、毎年増加し2013年の横浜での総会では300題に達するような勢いで研究がなされてきています。

このような意味で「がん幹細胞」の様々な今日的側面をシンポジウムテーマとして取り上げさせて頂いた次第です。世界中から研究者が集まりますが、シンポジウムを通して、がん治療や予防のより優れた知恵や実践が生まれることをこころから期待しています。

ポーランドから豪州に逃れたユダヤ人
—日本人外交官のおかげ

小林　昌三
在オーストラリア、元在日米大使館勤務

ポーランド生まれのオーストラリア人、Mr Leonard Spira氏が9月24日、この数年ガンを患った後、心臓発作にてお亡くなりになりました。享年78歳でした。

Spira氏（写真右端）は当地Noosa Heads地域にてNoosa Chorale混声合唱団を指揮、優しいお人柄と豊かなクラシック音楽への経験と知識で、合唱団員はむろんのこと、地元の人々からも尊敬されてきました。

実は、筆者も2003年頃からこの混声合唱団に入団させてもらいBass部門で、2006年リタイアするまで、彼の指揮のもとで歌っていました。

こんな田舎のこととて、東洋人は少なく、ましてや日本人でクラシック音楽に興味を示す人はゼロ。60歳を超えた白人高齢者に混じり、メンバーの一人として端っこの方で慣れない楽譜を手に懸命に、毎週1度の練習に参加、歌っていました。

Spria氏は私が日本人だと知り、だいぶ経ってから“実は自分は両親と共に日本（人）に大変お世話になり、今でも感謝している”ことを披露されました。

そして、その時に、Spira氏自身が書かれた“A Lucky Story”を頂戴しました。それによりますと、Spria氏は1940年戦争時ポーランド侵攻のドイツ・ナチから逃れ、リトアニア杉原千畝・領事代理発行Visaのお陰で、家族がMoscow経由シベリア鉄道にてウラジオストックへ脱出、そこから貨物船Amakusa Maruにて日本・敦賀湾（福井県）に到着しました。日本・在住ポーランド人（ユダヤ）の助けにて神戸へ移動。Transit Visaで2週間しか滞在できず、日本脱出を待っていました。

『鹿島丸』（NYK所属）にて1941年７月末ようやく神戸港出港、オーストラリアへ向かいました。途中、戦争が激しくなり鹿島丸は『日本へ引き返せ！』との命令が出たが、航海途上でオランダ軍艦とすれ違いさまに、停止命令が出て、オランダ人司令官が鹿島丸・船長に日本は戻らず、そのまま目的地に行くよう指令され1941年8月、Sydney港に到着しました。

Australia到着時は5歳。それからメルボルンで教育を受け、豊かな才能でピアノ等を習いマスター。大学では建築学を専攻、同時にクラシック音楽に興味を持ち、卒業後は建築の仕事のかたわら、クラシック音楽を勉強しました。

つ い に、Melbourne Opera Companyを 創 設 し た り、Melbourne交響楽団なども指揮することになりました。

元・N響指揮者、岩城宏之氏などとも交流がありました。建築の仕事ではシドニー・オペラハウス改築を指導したり、シドニーの建築物にたくさん関与しています。

Tel Avivの Holocaust Museum（イスラエル）に行くと、1940年、Spira氏一家が避難先で食事をしている写真が飾ってあります。

ピアニストとして思うこと

大平　由美子
在独30年　ピアニスト　現在札幌在住

10月初め、2013年のノーベル医学生理学賞の受賞者が発表されました。日進月歩の医学・医術の恩恵を享受している私たち現代人に、また新たな希望が与えられました。

ピアニストとして私が何時も残念に思うのは、19世紀の作曲家の多くが実に短命であったことです。モーツァルトは36歳、シューベルトは僅か31歳、ショパン37歳、メンデルスゾーン38歳、シューマン46歳、ベートーヴェンは彼らよりは長命ですが56歳、長寿と言われたブラームスでさえも63歳で亡くなりました。彼らがもし現代の医学・医術の恩恵に浴していたら、世界の音楽遺産は今以上に豊かなものになっていたでしょう。

シューベルトを例に挙げると、彼の後期の作品には彼独特の夢と憧れと理想が表現されていて、死が迫った時期にも更に意欲を燃やし、斬新で大胆な手法で新境地を開き多くの傑作を作曲、未来への飛躍の可能性を残しています。

モーツァルトも瀕死の病床でレクイエムの作曲にかかり、溢れんばかりの創造力を発揮して高貴な曲を創作し、最後の最後は弟子に委ねて惜しまれながら亡くなりました。短かったのは肉体的生命であって、創造的精神の寿命はもっともっと長かったはずです。

ベートーヴェンにしても最後の「三大ピアノソナタ」を後世の人は彼の生涯の集大成と言っていますが、彼にとっては人生への決別を意味したものではなく、むしろ高邁な理想と深い祈りが一層強く表現されていて、まだまだ先に創作の可能性を感じさせる作品群だと私は思います。

彼ら3人の大作曲家は短い生涯にもかかわらず多数の作品を残してはいますが、最晩年になってなお創作意欲と能力は全く衰えず枯れても萎んでもいません。

日本に於ける西洋音楽の黎明期の天才作曲家・滝廉太郎は、15歳で東京音楽学校（現在の東京芸術大学）に入学し期待を担って21歳でドイツに留学、しかし2ヶ月後には結核を患い帰国を余儀なくされ23歳で死去しました。帰国後の作品は結核のため消却されたそうです。

彼らの無念さを思うと、私は一人のピアニストとして現代の医学の恩恵に深く感謝しつつ是非とも長生きをして、短い生涯をかけて作曲された天才達の尊い遺産を大切に受け継ぎ、さらに後世にまで繋げていくことこそが使命であり、彼らに報いることだと思っています。

日本人は低栄養化している

柴田　博
人間総合科学大学保健医療学部長／大学院教授

“食の欧米化”とか“飽食の時代”とかのキャッチフレーズの蔭で、日本人の低栄養化が確実に進行しています。総エネルギー(カロリー)の摂取にも、それが端的に示されています。国民栄養調査は、敗戦後の1946年、荒廃した国民の栄養をサーベランスしていく目的でGHQの指導のもとにスタートしました。この飢餓状態ともいうべき時の国民の摂取エネルギーは1,903kcalでした。その後日本人のエネルギー摂取は増加し、世界のトップレベルの長寿を獲得した頃は2,000kcalを上回っていました。

しかし、その後、摂取エネルギーは減少し続け2011年には1,840kcalと敗戦直後のレベルを下回るに至りました。元々日本人の摂取エネルギーは発展途上国の平均に近く、欧米諸国民より、1,000kcal(30%)も少ないのです。いまは、東アジアで日本より摂取エネルギーの少ない国は北朝鮮のみとなりました。

老年学の分野で摂取エネルギーを減らすと長生きするというラットの研究が数多く出されました。しかし、最近のアメリカ国立老化研究所のサルの実験ではそれが否定されています。たとえカロリー制限がアメリカ人でよい効果が出たとしても、低カロリー国の日本人が真似てはなりません。

タンパク質や脂肪の摂取量も減っています。1975年にタンパク質は平均81g摂られていましたが2011年には67gです。脂肪もピーク時には59gでしたが現在は54gです。

日本人は高齢者が増えているためカロリーや栄養素が減っていると主張する人がいます。しかし、事実は違います。70歳以上の層では栄養素摂取は悪化していません。若い世代と成長期の子供の栄養が悪化しているのです。最近、中高期の栄養も悪くなってきていますが、メタボ健診の普及と平行しています。

日本人の平均寿命は、かつて男女とも世界一でした。しかし、今では男性は5〜6位、女性は何とか1位ですが、一時は2年連続で平均寿命が低下しました。平均寿命に関与しているのは圧倒的に高齢者の死亡率で、若者の低栄養がただちに平均寿命に影響を与えるわけではありません。しかし、将来的には大きな問題なのです。

日本人の低栄養化の要因には、粗食長寿説、コレステロールバイ菌説など多々あります。詳しくは拙著「肉を食べる人は長生きする」(PHP研究所)を御参照下さい。

癌になっても
宝くじに当たればよいのです

西尾　正道
(独)国立病院機構　北海道がんセンター(名誉院長)

癌の放射線治療に長年携わっていれば、まさか治るとは思わなかった症例に遭遇することがあった。遠隔転移しても治癒したと考えられる症例は記憶にあるだけでも2桁となる。3万人ぐらいの癌患者さんに接していれば、2000〜3000人に一人ぐらいは経験しても不思議ではないのかも知れない。患者さんにとっては宝くじに当たるようなものである。

最近、こうした医学的な事実を踏まえ、oligometastasesやoligo-recurrenceという癌の再発や転移の概念が提唱されてきた。少数個転移とか少数個再発と訳したらよいであろうか。

患者さんによっては、1〜3個程度までの再発や転移巣を伴った症例では、局所治療の意義があるとされる状態である。oligometastasesとoligo-recurrenceの定義の違いは、原発巣の制御状態によるようで、原発巣が制御されている場合をoligo-recurrenceといい、原発巣の制御状態の有無を問わない場合をoligometastasesと総称しているようです。

胸椎転移で発症した原発不明癌で、骨転移の放射線治療半年後にPETで原発は肺癌と判明した。副腎転移もあったが、肺原発巣と副腎転移巣に対して定位放射線治療を行い経過観察となったが、再発や新たな転移は出現せず、今年で10年目を迎え健存している。まさにoligometastasesの典型例である。

その他に子宮頸癌や喉頭癌で肺転移したが単発であったため制御が期待できる線量を照射した症例では、20年以上も生きている。

こうした経験から、転移巣が少なかったり、特に単発の場合は、どこまで根治を目指す治療を行うかは、現状は臨床医の経験や勘が物を言う世界であるが、諦めてはいけない症例もあることを教えてくれる。どこまでも深追いした治療は逆に患者さんを苦しめることとなりかねないので、難しい問題である。

癌の治療では標準治療が叫ばれ、治療ガイドラインが作成されている。しかし急速な画像診断や生化学的検査の進歩により、従来にも増してoligometastasesの症例に遭遇することとなっており、癌のnatural historyを熟知して症例ごとの個別の対応が必要な時代となってきたようである。

長生きのヒケツ

堀田　知光
国立がん研究センター　理事長

母は今年101歳を迎えた。認知症が少々進んだものの食欲もあり、いたって意気軒昂である。昨年暮れにようやく周囲の説得を聞き入れて介護付き有料老人ホームにお世話になることができた。それまでは県内に住む兄夫婦やヘルパーさんのお世話で何とか一人暮らしを続けていた。連れ合いが直腸癌で亡くなってから40年近くになるが、当初は兄が心配して同居を申し出たものの、一人暮らしが気楽でよいと断った経緯がある。母は元来わがままで身勝手なところがあるので、父も持て余し気味であった。父の死後はそれまで我慢してきた趣味のスケッチ旅行や日本画にいそしみ、短歌、万葉集などの集いで友人との交流も盛んになり、以前より生き生きと自由を謳歌した。一方で、親戚との付き合いなどは体調不良を理由に不義理をすることもあった。母が80を過ぎた頃のことである。離れて暮らしていた私が安否を気遣って電話しても一向に応答がない。心配して実家を尋ねてみると不在であった。その後に分かったことであるが、ヨーロッパ旅行に行っていたという。標高3800mのエギーユ・デ・ミディの展望台でモンブランを見物して、おまけに高齢者登頂の証明書までもらってきたのである。私も同地を訪ねたことがあるが、空気が薄くて息切れと頭痛を感じたものだ。海外旅行に行くというと周りから止められるから黙って出かけたというのが真相であった。母が手柄話のようにとくとくと話しているのを聞くと複雑な思いになったものである。

さて、ホームに入所してからも母の饒舌は変わらないが、大きく変わったことがある。一人暮らしの中で時に見せたイライラ感や猜疑心ととれるような様子が全く見られなくなったことだ。行き届いた介護とスタッフの心遣いですっかり安心しきっているようである。一人暮らしはそれなりにストレスであったのだと思う。それしても母を見ていると何事もマイペースが長生きのヒケツだとつくづく思うこの頃である。

ヴェネチアにて

患者と医療者が協働する時代を迎えて

山口　育子
NPO法人ささえあい医療人権センター
COML理事長

患者の主体的医療参加や患者と医療者のよりよいコミュニケーションを目指して、私たちNPO法人ささえあい医療人権センターCOML（以下、COML）は1990年から23年間活動を続けてきました。COMLがこれまで大切にしてきた姿勢のひとつが、対立ではなく“協働”する医療です。

COMLが活動をスタートした1990年当時、医療の主導権は医師をはじめとする医療者にありました。がんという病名すら伝えられることはなく、「患者は医師の決定に従うのが当然」という考えがまだ大半を占め、患者も受け身でお任せに甘んじるしかありませんでした。しかし、その後、インフォームド・コンセントの登場から患者の権利意識が高まり、病名だけでなく、病状や検査、治療方法などについても詳しく説明されるように変化しました。さらに、副作用や合併症といったマイナス情報も説明を受け、それを引き受けたうえで検査や治療に臨む姿勢が患者に求められるようになりました。そのために何よりも必要なのは、患者の理解と納得、そのうえでの選択（自己決定）です。医療現場においては、患者の基本ニーズである「安全・安心・納得」を満たすために、コミュニケーションの必要性が欠かせない時代になってきたのです。

医療事故・ミスの報道が過熱した2000年前後、患者は医療不信に陥り、医療現場は委縮して防衛的になりました。しかし、“医療崩壊”が叫ばれた2007年ごろから、徐々にCOMLの活動の柱である電話相談には、漠然とした医療不信や「法的解決を望む」という声が激減しています。この機会をチャンスととらえ、私たち患者も冷静に医療と向き合う必要性が問われています。そもそも、患者と医療者は同じゴールに向かって歩む横並びの関係です。そうであれば、対立していたのでは信頼関係も築けません。互いがそれぞれの責務を果し合いながら築く“協働関係”が何よりも大切だと私たちは考えています。

これからの医療は患者・市民の参画が不可欠です。私たち患者も医療の課題や制度・しくみを理解して、冷静に医療と向き合うことが求められています。まずは、私たち一人ひとりが「いのちの主人公」「からだの責任者」として自覚を持った「賢い患者」になること。そして、患者もコミュニケーション能力を高め、医療者と協働するための役割を認識することが大切です。これからのより良い医療のために、私たち患者も冷静に医療現場に提言・提案できる能力を高めていきましょう。

五感(五官)を使う

福田　諭
北海道大学大学院医学研究科
耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野　教授
北海道大学探索医療教育研究センター長

私の専門は耳鼻咽喉科・頭頸部外科で、五感に極めて強く関係している科です。

広辞苑によると五感は「視・聴・嗅・味・触の五つの感覚。感覚の総称。」で、五官は「五感を生ずる五つの感覚器官。眼（視覚）・耳（聴覚）・鼻（嗅覚）・舌（味覚）・皮膚（触覚）をいう。仏教にいう五根から出た語。」です。

患者さんには治療中、治療後も、できるだけ心地よく「食べる、飲む、味わう、喋る、息を吸う、臭いをかぐ」などの基本的機能を保って頂きたいのは当然です。

また医師として、病室に入った瞬間の直感的に感じとる患者さんの活き活きさ、目の張り、肌つや等もそうですし、視覚;視診(顔色、局所の発赤、腫脹等々)、聴覚;声の張り、聴診（気管切開後の気腫などの際の稔髪音、聴診器による聴診、嗄声の有無や度合等々)、嗅覚；例えば私の科で言えば頭頸部癌の比較的大きな再建手術後の局所感染を疑う際の重要な1つの指標、触覚；当然触診、圧痛、波動の有無等を、駆使して患者さんの状態を直接感じとることが極めて肝要と考えています。

人間の手の感覚は素晴らしいもので、これら五感を診療に駆使しない手はありません。基本が大事であり、また、こうした行為、診察により患者さんとの直の接触が生まれます。

「病気を治すのではなく、病人を治すのである」とは昔からよく使われている言葉です。PET、3T-MRI、ナビゲーション、ロボティクスと医療、医工学の進歩はめざましく、これらの進歩の恩恵につかるべきでしょうし、進歩について行かねばなりませんが、一方で患者さんと直に接する、五感(五官)を大切にそして上手に駆使することも医師として改めて心にとめておくべきであると感じております。

札幌国際がんシンポジウム

回数	年次	代表世話人	所属	テ　ー　マ
1	1981	小林　博	北大	免疫制御からの癌細胞の逃避
2	1982	牧田　章	北大	癌における細胞膜変化：癌征服のための生化学的戦略
3	1983	櫻井欽夫	癌研	癌の化学療法における生物反応
4	1984	藤永　蕙	札医大	ウイルストランスフォーム遺伝子とがん遺伝子：起源、構造および機能
5	1985	谷内　昭	札医大	モノクローナル抗体：がんの免疫生物学と臨床応用における進歩
6	1986	大里外譽郎	北大	ヒトがんウイルス：免疫不全における顕在化とがん化
7	1987	青木國雄	名大	がんの予防：第1次予防と第2次予防
8	1988	小林　博	北大	がんの進展と転移
9	1989	穂積本男	埼玉がんセ	細胞の分化と制がん
10	1990	小林　博	北大	癌研究の最近のトピックス
11	1991	井川洋二	東京医歯大	癌化過程に関与する分子群
12	1992	谷口直之	阪大	がんにおけるオキシラジカルと抗酸化反応
13	1993	藤木博太	国立がんセ	がんのケモプリベンションの今日的戦略
14	1994	渡辺民朗	東北大	遺伝的多様性とがんの感受性
15	1995	仙道富士郎	山形大	精神・神経・免疫学とがん
16	1996	細川真澄男	北大	炎症とがん
17	1997	葛巻　暹	北大	癌制御における細胞骨格とG蛋白質
18	1998	新津洋司郎	札医大	癌細胞の増殖・不死化・アポートウシス浸潤機構の調節
19	1999	中村祐輔	東大	がん研究とゲノム解析
20	2000	小林　博	札幌がんセミナー	遺伝子と環境の相互関係とがん予防
21	2001	高田腎蔵	北大	EB(Epstein-Barr)ウイルスとヒトのがん
22	2002	今井浩三	札医大	がんと発生遺伝学
23	2003	今井浩三	札医大	免疫学に基づくがんの標的療法
24	2004	石川智久	東京工業大	癌治療と予防に対するファーマコゲノミクス：ABCトランスポーターと薬物代謝酵素
25	2005	仙道富士郎	山形大	がんの個人化に向かう医学とそのほかの生活習慣関連疾病
26	2006	瀬谷　司	北大	自然免疫と難治性疾患
27	2007	谷口直之	阪大	糖質学：がん細胞の動態における新しい見通し
28	2008	宮園浩平	東大	TGF-βシグナルとがん
29	2009	畠山昌則	北大	ピロリ菌と胃がん
30	2010	吉森　保	阪大	メンブレントラフィックとがん
31	2012	白土博樹	北大	最先端放射線治療とがん研究の最前線
32	2013	小林　潤	琉球大	アジアの学校保健シンポジウム：駆虫を超えて(今回)
33	2014	佐藤昇志	札医大	ヒトがん幹細胞／がん起始細胞の新基軸と展望(次回)

敬称略・発表はすべて英語

第32回札幌国際がんシンポジウム

第32回札幌国際がんシンポジウムは12月にタイのバンコクで開催された。札幌での開催を原則としていながらも、たまには札幌を離れた国内外の都市での開催があっても良いのではないか、またときには公衆衛生学の分野でもよいのではないかということで計画された。今年の国際がんシンポジウムの代表世話人の小林　潤先生は、東南アジア諸国における学校保健に関する研修コースをお世話して来た実績があり、同先生の研究仲間が集まり易い場所でということでタイのバンコクとなった。また開催の期日も現地の都合により12月となった。

2013年度の札幌国際がんシンポジウムは12月11日に(公財)札幌がんセミナー・国際学校保健コンソーシャム他国際機関と共同主催にてタイ・バンコクにて開催された。タイ国マヒンド大学熱帯医学部が毎年開催している合同国際熱帯医学学会(JITMM：Joint International Tropical Medicine Meeting)のプレイベントとして開催した。この会議は東南アジア各国およびこれらの国と共同研究を実施している欧米諸国・日本・韓国から多くの研究者、実務者が参加した。

今回のシンポジウムは、第3回の東南アジア学校保健栄養トレーニングコース(12月3–10日)直後に行った。(学術的内容は省略、仙道富士郎)

シンポジウムを終えて前列左から３人目が代表世話人 小林潤先生

財団を代表して挨拶の仙道富士郎先生

学校保健に活動するアジア、とくにタイの子ども達

札幌冬季がんセミナー

第28回(2014年2月)の開催予定

1) がんの外科治療そのものをもう一度見直してみよう。内視鏡手術、ロボット治療の急速な進歩を考えてみよう。
2) がん予防への関心が高まりつつあるが、どういうことが問題になるか、そのポイントが見えてこない。がん予防のかかえる広角的な問題の2、3を抽出し討論したい。

回数	年次	代表世話人	テーマ
1	1987/2/4-5	宮﨑　保	白血病細胞の生物医学的特性とその制御
2	1988/2/3-5	内野純一	肝癌の生物学的特性とその制御
3	1989/2/2-4	小林　博	肺癌と縦隔腫瘍をめぐって
4	1990/2/8-9	漆崎一朗	癌とQuality of Life
5	1991/2/5-6	井口　潔・内野純一	がん治療の変様と展望
6	1992/2/5-6	阿部　弘	脳腫瘍、頭頚部腫瘍の基礎と臨床
7	1993/2/6	折茂　肇・小林　博	老化とがん化の接点を求めて
8	1994/2/5	垣添忠生・末舛恵一・兼元俊隆・小林　博	難治がん対策はいかにあるべきか？
9	1995/2/10-11	川上義和	肺腺がん研究の最前線
10	1996/2/10	小林　博	2次原発がんとその予防
11	1997/2/7-8	加藤紘之・犬山征夫・斎藤政樹	いまがんを考える―診断、治療そして予防 超音波装置(エコー)を用いたがん診断の実際とコツ、臓器機能の温存と生存率の改善、栄養とがん
12	1998/2/6-7	今井浩三・平田公一・田村浩一	いまがんを考える―診断、治療そして予防 遺伝子診断と早期診断の最前線、消化器がん治療成績の向上を目指して、がん予防と将来展望
13	1999/2/5-6	阿部庄作・工藤隆一・加藤紘之	いまがんを考える'99―診断、治療そして予防 診断トピックス、治療トピックス、予防トピックス
14	2000/2/11-12	藤堂　省・細川正夫・井上勝一	いまがんを考える2000―その新たなる挑戦 診断・治療トピックス、予防トピックス
15	2001/2/10-11	井上勝一・荻田征美・岸　玲子	いまがんを考える2001―予防・診断そして治療戦略 微小転移の診断と治療、治療の最新トピックス、予防トピックス
16	2002/2/9-10	平田公一・加藤紘之・岸　玲子	いまがんを考える2002―予防・診断そして治療戦略 がん治療の進歩Ⅰ、がん治療の進歩Ⅱ、がん医療の問題点
17	2003/2/8-9	秦　温信・平田公一・岸　玲子	いまがんを考える2003―予防・診断そして治療戦略
18	2004/2/7-8	細川正夫・阿部庄作・長嶋和郎	いまがんを考える2004―予防・診断そして治療戦略
19	2005/2/12-13	晴山雅人・細川真澄男・井上勝一	いまがんを考える2005―予防・診断そして治療戦略
20	2006/2/11-12	平田公一	いまがんを考える2006―放射線治療、外来化学療法を中心に
21	2007/2/10-11	細川正夫	いまがんを考える2007―補助化学療法の進歩、わが国におけるがん医療の将来
22	2008/2/9-10	井上勝一	いまがんを考える2008―変わるがん医療・変えようがん医療
23	2009/2/7-8	近藤　哲	いまがんを考える2009―がん治療最前線―
24	2010/2/6-7	西尾正道	いまがんを考える2010―診断学の進歩によるがん治療の新展開―
25	2011/2/12-13	髙後　裕	いまがんを考える2011―高齢化社会・疾病予防社会におけるがん医療
26	2012/2/11-12	福田　諭	いまがんを考える2012―最先端のがん医療をめざして―
27	2013/2/9-10	秋田弘俊	いまがんを考える2013―個別化治療、医療経済をめぐって―
28	2014/2/8-9	髙橋昌宏	いまがんを考える2014―外科治療の最前線、がん予防の社会的評価―(次頁)

第28回 札幌冬季がんセミナー

いまがんを考える2014

―外科治療の最前線、がん予防の社会評価―

● 日 時 ●

平成26年2月8日(土)・9日(日)

● 会 場 ●

ロイトン札幌

札幌市中央区北1条西11丁目 tel:011-271-2711

登 録　参加料無料、事前登録不要

主 催　公益財団法人札幌がんセミナー
大鵬薬品工業株式会社

後 援　日本癌治療学会、日本がん予防学会

2月8日(土)

13:30～　開会挨拶　小林　博(公益財団法人札幌がんセミナー 理事長)
代表世話人挨拶　高橋　昌宏(JA北海道厚生連札幌厚生病院 副院長)

● Session Ⅰ 外科治療の最前線

13:40～　**食道がんに対する集学的低侵襲性外科治療**
演者　大幸　宏幸((独)国立がん研究センター東病院食道外科 科長)
座長　細川　正夫(社会医療法人恵佑会札幌病院 理事長)

14:05～　質疑

14:20～　**膵・胆道癌治療における外科手術の役割**
演者　平野　聡(北海道大学大学院医学研究科消化器外科学分野Ⅱ 教授)
座長　高橋　昌宏(JA北海道厚生連札幌厚生病院 副院長)

14:45～　質疑

15:00～　**ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術の有用性**
演者　平川　和志(社会医療法人恵佑会札幌病院 院長)
座長　篠原　信雄(北海道大学大学院医学研究科腎泌尿器外科 准教授)

15:25～　質疑

15:40～　コーヒーブレイク

16:00～　**子宮頸がんに対する腹腔鏡治療戦略**
演者　金尾　祐之(一般財団法人倉敷成人病センター婦人科 医長)
座長　加藤　秀則((独)北海道がんセンター 副院長)

16:25～　質疑

16:40～　**がんと遺伝医療**
演者　櫻井　晃洋(札幌医科大学医学部遺伝医学 教授)
座長　平田　公一(札幌医科大学医学部消化器・総合、乳腺・内分泌外科 教授)

17:05～　質疑

17:20～　**特別発言**
松田　一郎(熊本大学 名誉教授／北海道医療大学 前学長)

特別講演

17:30～　**Robotic vs Laparoscopic Hepatectomy for Hepatocellular Carcinoma**
演者　Dr. Kuo-Hsin Chen(Far Eastern Memorial Hospital, Division of General Surgery, Taiwan)
座長　武冨　紹信(北海道大学大学院医学研究科消化器外科学分野Ⅰ 教授)

18:10～　懇親会

2月9日(日)

● Session Ⅱ がん予防の社会評価

9:30～　**小児がん克服のための国際戦略**
演者　中川原　章(千葉県がんセンター 病院長)
座長　有賀　正(北海道大学大学院医学研究科小児科学分野 教授)

9:55～　質疑

10:10～　**がん予防：社会にとっての意義**
演者　津金昌一郎((独)国立がん研究センターがん予防・検診研究センター センター長)
座長　浅香　正博(北海道大学大学院医学研究科がん予防内科学講座 特任教授)

10:35～　質疑

10:50～　**現今のがん治療薬のかかえる問題点**
演者　前田　浩(崇城大学DDS研究所 特任教授)
座長　西尾　正道((独)北海道がんセンター 名誉院長)

11:15～　質疑

特別講演

11:30～　**活力ある健康長寿社会作りとわが国のがん対策**
演者　武見　敬三(自由民主党 参議院議員)
座長　長瀬　清(一般社団法人北海道医師会 会長)

12:10～　閉会挨拶　加藤　淳二(札幌医科大学医学部腫瘍・血液内科学講座 教授)

連絡先／(公財)札幌がんセミナー　〒060-0042 札幌市中央区大通西6丁目 北海道医師会館6階　TEL：011-222-1506　FAX：011-222-1526　E-mail：scs-hk@phoenix-c.or.jp

がんよもやまばなし

アベノミクスの忘れもの？

いま国民注目のアベノミクス。これがうまくいくかどうかは、やってみなければわからない。うまくいくだろうとの前提でやっているに違いないが、全て結果次第である。

ただ、アベノミクスの褒めるべき点は国民が何となくやる気を起こし、明るい雰囲気が出てきたことではないか。景気の「気」は気分の「気」である。明るい雰囲気こそが日本をよくする原点だと思う。

ただ、一つ大事な忘れ物がないか？　歴代の自民党でも出来なかったことだが、膨張する一方の医療費の問題である。年間38兆円。我々の収める税金のかなりのものがこの医療費に使われてしまっている。消費税を5%から8%、さらに10%に消費税を上げても「焼け石に水」。医療費節減の抜本対策がなければ超長期的にはアベノミクスもいずれ破綻するのではないかと心配になる。「無駄な医療費を使わない」「健康は自己責任」といった考えを学校教育の現場から教えていく必要はないか。急がば回れ。学校教育こそ、長期的にみたアベノミクスの終局の目標ではないだろうか。

（小林　博）

命を一年延ばす

人生70年、80年の時代になってきた。そんな世の中であっても、人の命を1年延ばすことは如何に大変なことか？

がんになっても早期発見でうまくいけば完全治癒は可能である。だが、現実はまだまだ厳しい。およそ半数の人はいまでも数か月か1年、2年、あるいは3年後に亡くなることが多い。と考えると、がんになってから命を1年延ばすことは大変なことなのである。その間の患者さんの精神的苦痛も単なる言葉ではいい表せないほどの大きいものであろう。

がんになるときを1年延ばすことはどうだろうか？　これはより簡単である。例えばタバコを止める、悪しき食生活を断つなどの生活習慣の見直しによって、がんになるときを1年、2年延ばすことはさほど困難なことではないし、苦痛でもない。こうしたがん予防にかかる費用も治療費に比べたら雲泥の差の少額ですむ。

与えられた尊い命を1年延ばそうとするならば、がんになってから慌てて四苦八苦するよりも、がん予防に努め、がんになる年齢を1年、2年延ばすことのほうがはるかに賢いことだと思う。

（小林　博）

がんの原因にも流行がある

人間ががんになる主な原因は？　英国のドル、ピトー両博士の発表したがんの要因に関する有名な学説がある（1981年）。アメリカ人を対象とした調査で、全てのがんの原因のうち、多いのは食事（35%）、喫煙（30%）、感染症（10%）。この3者を合わせるとがんの原因の75%（4分の3）を占めることになる。

ところがWHO（世界保健機関）の2000年の発表によると、がんの3大要因の比率は時代とともに変化することがわかってきた。

西ヨーロッパの人を対象にした調査なので、さきのドル、ピトーのアメリカ人対象のそれと直接の比較はできないのだが、1981年から2000年までの20年間に、がんの原因に占める食事の関与は21%、喫煙の関与は22%、そして感染症は6%という。合計すると3大要因が関わるがんは75%から49%に下がったことになる。

市民ががんの原因についての認識を深め、食事に気を付け、喫煙を控え、さらに感染症対策も進めるなど、生活環境の改善があったからではなかっただろうか。その代わりに「その他とか原因不明」というのが多くなってきたのはその正体がつかめないだけに気になることではある。

＊　＊　＊

がんの3大要因の比率は年代の経過だけでなく地域によっても違う。がんの原因はサハラ砂漠以南のアフリカでは食事が6%、タバコ6%、感染症25%の合計37%という。

「感染症が25%」。これは驚くほど高い数字だが、ウイルスなど感染性因子によって起こるがん（バーキットリンパ腫、カポジ肉腫など）が多いことから考えて十分にうなずける。

要はがんの原因因子は世界一律とか一定不変のものではなく、時代によって、また地域によって変わってくるということである。

（小林　博）

「胃がんとピロリ菌」のナゾ

胃がんがピロリ菌によって起こることはいまや定説。事実、マレーシアに住む中国系の人はピロリ菌が高率に見つかっているし、だから胃がんも多い。これは日本人と同じ。

ところが、同じマレーシアのマレー系の人はピロリ菌を持つ人が少ない。なぜかよくわからないのだが、菌が少なければ胃がんも少ないのは当然である。実はよく調べてみると、マレー人だけでなく、インドネシア人も同じようにピロリ菌の保有率は低く、それだけ胃がんは少ない。

ところがもっと不思議なことがわかってきた。同じマレーシアのインド系の人はピロリ菌をもつ人が多いのに胃がんは多くはないのである。つまりこの菌があっても胃がんにならない。これは「胃がんのピロリ菌説」に一致しない。なぜなのか？　菌の種類が違うからか、あるいは生活環境の違いが関連しているのか？

いろいろ考えられるが、原因は不明である。

ということで胃がんのピロリ菌説はもう間違いない定説ではあっても、人種や生活習慣の違いなどがからんで必ずしも一筋縄ではいかない難しさがあることが浮き彫りになってきた。

（小林　博）

なぜがん予防は大切なのか？

「仮に数多くの俊英が今後も英知を結集して研究し続けたとしても果たしてがんの抜本的な解決は可能なのだろうか？」「がんは難しい。その解明がいかに困難なものか、がんを知れば知るほどその思いが強くなる」。多くの研究者が実感することである。

私も研究を続けながら、いつもそうした考えを堂々めぐりのように繰り返してきた。それから思考は次のように展開していく。

「ひょっとすると、がんはいつまでも未解決であり、その意味でがんは未知、永遠のものなのかも知れない」。だから「がん研究も永遠」ということになる。だが、それにしては「研究者の生命は余りにも短い」のである。

目の前にはわが国だけでも40万人近い人達が毎年、どこかのがんで命を落としている。「この現実を直視しないがん研究であっていいのか？」。

残念ながら私自身がん患者を一人も治したことがない。「直接、少しでも効果が目に見える領域で国民のお役に立ちたい。残り少ない人生をそれに賭けてみたい」。そんな思いが強くなった。「がん予防」のイメージが次第に私の心の中で具体的な姿になってきた。

いうまでもないが「予防に優る治療はない」。食事、運動、ストレスなど日常生活のちょっとした改善でがんは予防できる。お金もかからない。何千億円、何兆円もの年間がん治療費ががくんと減ることは確かだ。

「よし、やってみよう」。私をスリランカの教育運動に駆り立てた大きな原因はこの予防活動への強い思い入れだった。

（小林　博）

がんになる日を遅らせる

誤解がないようにいうが、がん予防の狙いは決して「絶対がんにならないようにする完璧な予防」ではない。第一、そのようなことは不可能である。人間はいずれ例外なく死ぬ。だから生死にこだわるのではなく、要はがんになる年齢を遅らせればよいのである。

もしがんが発生してくる時期を2年、3年、出来れば5年、10年、さらに20年も遅らせることが出来れば目標達成といってもよいと思う。

がん予防は学問的な実証がまだ十分でなく、具体的な成果が早急に見えにくいというハンディもある。だが、禁煙を行うだけで先進国の肺がんは明らかに減ってきたではないか。この実績が全てを語ってくれる。がんに関わる領域の中でこれだけ大きな成果を期待できるものは他にはない。

繰り返すが、人間はあの世への旅立ちの日まで、出来るだけがんにならないようにする、或いはがんになるとしても、その時期を寿命の時まで出来るだけ遅らせることができたら、それでよいのである。

（小林　博）

不毛の禁煙運動 ―勇気の欠如？

貴方は隣席の人に「タバコを止めて下さい」と頼む勇気がありますか？

日本の喫煙率が先進国のなかで最も高い状況はいまも変わらない。幸い最近は人の多く集まる場所での分煙が行き届いてきた。といっても喫煙者の絶対数が多い現実は変わらない。日本はタバコに関してなぜ先進国になれないのか？

日本人は本質的に「『タバコを止めてください』と喫煙者に頼む『勇気がない』だけですよ」とある人が言っていた。「寛容である」とあるといえば恰好がいいが、相手に「止めて下さい」と言う勇気がないから結果的に寛容になっているだけの話でないのか？　私は辛辣にそう考える。

アジアの国はどうだろうか？　インド、パキスタン、スリランカ、シンガポールなどでは軒並み喫煙率はかなり低い。

一つは経済的理由。インドなどでは「噛みタバコ」の習慣があるから、これで相殺される分があるが、それにしてもタバコの価格がこの国の物価水準からみて非常に高い。結果的にこれが喫煙率の低い主な理由となっている。

噛みタバコの習慣のないシンガポールの喫煙率が低い(13.6%＝2007年)のはなぜなのか？　豊かな国だから経済的な理由ではない(といってもタバコの値段は日本の約2倍)。決定的なことは同国における厳しい罰則。所定の場所以外での喫煙に対して罰金が課せられる。それも1,000シンガポールドル(約6万5千円)というから半端な額ではない。再違反は「監獄行き」となっており、これも単なる脅かしではなさそうである。つまりタバコの害を防ぐための喫煙対策というよりも、公衆マナーとか街の美観を守るための罰則が結果的に喫煙対策の決め手になっている。

歴史の味わい　麦酒工場

日本のタバコ対策が進まないのはなぜか？「あいまいな日本の私」とは大江健三郎のノーベル賞受賞講演のタイトルだが、タバコ問題にも私達の「あいまいな(ambiguous)」態度が大いに関わっているのではないかと思う。　（小林　博）

子宮頸がん予防のHPVワクチン是か非か

世界的に子宮頸がんが増えてきた。

幸い、この原因ウイルスに対するHPVワクチン接種が各国で進んでいる。性経験のない若年女性を対象にしたもので、公的資金の給付もあって子宮頸がんの予防に大きく貢献することが期待される。

ところで、一般市民はワクチンが効くと伝わると、子宮頸がんの予防を全てこのワクチンに頼ろうとする。心情的には理解できるのだが、果してこのままでよいのか？　私はそうした安易なワクチン依存に警鐘を鳴らしたいと思う。

理由の一つは、がんというのはワクチンで全てが解決とはならないからである。ウイルスの専門家は、がんの原因をウイルスだけで説明しようとするが、がんの原因はそんなに単純なものではない。

子宮頸がんの原因はHPV感染だけでなく、結婚年齢、出産歴、喫煙歴のほか、いろいろな感染症(たとえばクラミジア感染)などが、がん化の補助因子として働いている。

加えて、HPVワクチンの子宮頸がん予防効果も絶対的なものではないことにも注意を払って欲しいと思う。パピローマウイルスには凡そ100のタイプがある。このワクチンが効くとされる16型は子宮頸がんの50%を占めるに過ぎない。16型と18型を合わせても70%である。新しい製品開発が進められてはいるが、その現有ワクチンの効果が全ての子宮頸がんをカバーするものではないのである。

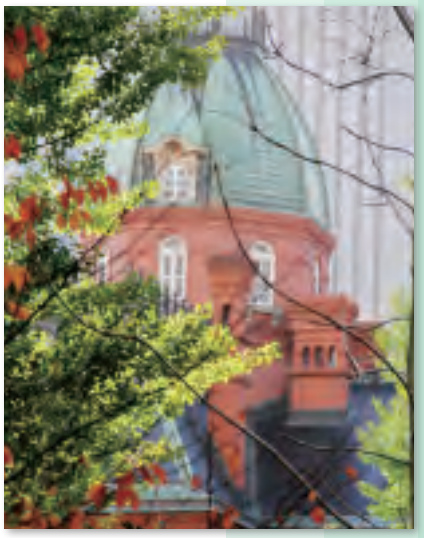
ワクチン接種には思いがけない副作用もある。しかもお金がかかる。日本では5万円ほどだが国庫補助があるからよしとしても、途上国の人々にとっては余りにも大きな負担であろう。

ワクチンは大切な予防措置の一つではあるが、同時に検診(内視鏡検査、細胞診)も優先されるべきである。もっと大切なことは局所の清潔である。専門医も認めているように、入浴施設やビデなどの普及によって、ウイルスの自然消滅がみられる。つまり洗浄だけでも相当のウイルス排除の可能性があることに注目したい。そのための健康教育も大切であろう。　（小林　博）

IARCによるフォルムアルテヒドの発がん性の評価

IARC（International Agency for Research on Cancer）は、フランスのLyonにあるWHO関連のがん研究機関である。IARCは人間に対する発がん性が疑われる物質を、Group 1（発がん性がある）、Group 2A（おそらく発がん性がある）、Group 2B（発がん性の可能性がある）、Group 3（発がん性の分類不能）、およびGroup 4（おそらく発がん性がない）の5段階に分けて評価している。IARCによる発がん性の評価では、疫学研究に基づくヒトにおける発がん性の証拠と、発がん実験などによる証拠とが両方とも揃っていると、発がんの確実性が高まり、さらに、その発がん性の機序が解明されると、その物質の発がん性が確定する。現在、Group 1には喫煙や電離放射線などの108物質が含まれている。

IARCの発がん性の分類は、日本を含めて多くの国々のがん対策に大きな影響を与えている。例えば、2004年にIARCはformaldehydeをGroup 1に格上げした。これには、Hauptmannらが2004年に発表した米国でのformaldehydeと鼻咽頭がんリスクとの有意な関連性の研究（文献1）が影響したといわれている。IARCの格上げに伴って、日本ではformaldehydeを2008年に特定化学物質障害予防規則（特化則）第2A（ヒトでの発がん性の証拠が十分にある）に格上げした。その結果、formaldehydeに曝露される可能性がある労働者は6か月ごとに健診を受けること、その作業場では作業環境測定を6か月ごとに行うこと、換気装置を付けること、管理濃度を0.1ppmとすること、などが義務化された。


旧北海道庁

ところが、その後 にHauptmannらの研究（文献1）には問題があったことが指摘され、formaldehydeと鼻咽頭がんリスクとの関連性を否定する研究もいくつか報告されている。一方、最近、formaldehydeとリンパ造血系腫瘍（白血病など）のリスクとの有意な関連性を示す研究がいくつか報告されている。従って、鼻咽頭がんリスクとの関連性のためにIARCはformaldehydeをGroup 1に格上げしたが、それが否定されたとしても、リンパ造血系腫瘍リスクとの関連性でGroup 1の分類に留まるという可能性がある。

（文献1）Hauptmann M. et al. Mortality from solid cancer among workers in formaldehyde industries. Am J Epidemiol 2004; 159: 1117-1130.

（森　満）

事前の遺伝子検査が望まれる

Q. 患者さんに最適のがん薬物療法を事前に選択することは現在日本ではどの程度可能なのでしょうか。例えば、どのようながんにどのような選択過程で、どのような薬剤が選ばれるのでしょうか？

A. 大腸がんにおいて分子標的薬を使用すべきかどうかの判断にがん細胞の遺伝子を検査することが保険適応になっています。また、乳がんでも、ホルモン薬の選択に対してがん細胞のエストロゲン受容体の発現があるかないか、またHER2標的薬の選択に対してHER2の免疫染色検査や遺伝子増幅検査がそれぞれ保険適応で一般に広く、実地診療で行われています。

Q. 肺がんでも同じような遺伝子検査がなされ、期待されているようですが？

A. 肺がんにもいろんな治療法がありますが、自分にあった治療法を決めるには遺伝子検査をしなければなりません。現在の肺がんの治療では、患者さん一人一人のタイプに併せて治療法を考えていく「個別化治療」というのが中心になって来ました。最近発見されたALK融合遺伝子やEGFR遺伝子といったような遺伝子変異のタイプがありますが、これらの変化のあるがん患者さんには効果的な治療法が選択できるわけです。やはり遺伝子の検査を受けることによって初めてわかってくることです。

Q. BRCA遺伝子の欠損が乳がんの発生に係ることは知られているようですが、そのような検査を行える施設は全国的にどんな所であるでしょうか？

A. FALCOバイオシステムズという検査会社のホームページ（http://www.familial-brca.jp/where/index.html）に、検査を行っている病院名が載っています。

（秋田　弘俊）

遺伝子の変異

クリントン大統領とブレア首相が、ゲノムプロジェクトが完成しヒトの遺伝子配列をすべて解読したと発表したのは2000年のことである。総額3000億円のプロジェクトであった。それから13年、次世代シークエンサーの発達は目覚ましく、現在研究レベルでは数十万円で可能となり、癌のゲノム配列も癌の種類別に明らかにされてきている。

癌は遺伝子の変異で生じるが、その変異の総数は大腸癌では平均約70個、乳癌では約40個、白血病では約10個である。やはり喫煙は変異の原因と言われているだけあり、喫煙者の肺の扁平上皮癌が一番多くて約170個である。今年になって、それら変異の中でも、2個から6個の変異が腫瘍化に必要不可欠なドライバー変異であることが判明してきた。

現在、分子標的治療薬が発達しつつあるが、個人個人異なる癌のドライバー変異を検出して、それらに対する特異的な分子標的治療薬を使用する個別化医療が開始されてきている。

ある患者さんにどの薬を使えば良いのか、それを決めるのも病理の重要な役割になってきた。たとえば乳癌の治療薬ハーセプチンを使うかどうか。病理の免疫染色で陽性となればGOサインである。今後の真の個別化医療が発展するよう微力ではあるが努力していきたい。

（田中　伸哉）

がんは永遠か？

Q. がんは昔からあったようですが、これからも永遠の病気なのでしょうか？

A. 天然痘が1980年に撲滅されたように、国民はがんを撲滅しようと願ってきました。しかしそうはいかない難しい病気であることもわかってきました。私はがんは永遠なものと考えております。そう考えざるを得なくなってきました。

Q. それはなぜですか？

A. 若い頃はがんを何とかしようという意気込みでみんなが頑張ってきました。がんのいろんなことがわかってきましたし、最近は分子レベルでのことも詳しくわかってきました。だが、学問的な進歩の一方でがん患者はどんどん増えるばかりです。いかにも矛盾した現象ですね。

「巨人軍は永遠です」と長嶋さんは言いましたが、「がんも永遠」ではないでしょうか？　天然痘のようにはいきません。また、結核のようなわけにもいかないでしょう。結核患者はいまでも毎年2,000～3,000人の方が亡くなっています。またポリオも世界から撲滅されたと宣言されたこともありましたが、いつ再燃するかもわからず、また一部ながらポリオの流行は局地的に絶えることはありません。すべての病気の根絶、撲滅を期待するのは人類の驕りかも知れませんね。

Q. がんの専門家がそんな弱気なことでは困りますね。

A. 申し訳ありません。生きとし生けるものに必ず死があるように、その過程でがんが出てくる。がんは老化現象との相関の関係にもありますね。全ての人ががんになるというわけではないですが、全ての人は死にます。死ぬ原因の多くががんであるという事実は今後とも変わらないのではないでしょうか。それは「天寿がん」とも言われています。天寿を全うした高齢者に直接死因でなくても、がんが見られることはよくあることですね。

Q. そういうご発言は若いがんの研究者の努力に水を差すことになりませんか？

A. そのつもりで申し上げているのではありません。ただ、がんというものに長くかかわってきた一人として、そのような受けとめ方もあるということを知ったうえでのがん研究がなされることを望みます。がん研究はあくまでも真実の探求だけでなく、患者のためのがん研究でなければならないでしょう。従って、がんが永遠であれば、がん研究もまた永遠でしょう。しかしがん研究はがんという真実の探求だけでなく、がんをもった患者にどのように対応すべきかということもがん研究の対象として受けとめてよろしいのではないでしょうか。

Q. がん研究そのもののあり方が問われているということになりますか？

A. はい。そう考えていいでしょう。昔は研究さえやっていればがんは解決すると信じていました。しかし、研究だけでは尽くせないものがあるようです。目の前に沢山の患者さんが亡くなっている現実を前にしたときに、真実の探求のための研究だけに安住してていいのか、という切迫した問題を無視するわけにはいきません。

Q. そうはいってもがんは永遠だというのはいささかさみしい気がします。

A. それは人類の努力不足という意味ではなく、がんというものの本質がそうであるということです。人間に生死があることと同じことだと思います。がんに対する昔の研究といまの研究とは随分変わってきました。昔のがん研究になかった実学的な研究、さらには疼痛管理から緩和医療に至るまでの目の前の患者に対するケアもまた大切な研究対象に変わってきたことはご存じのとおりですね。

Q. 永遠なるがんに、どのようにうまく対応していくのかという実学的意味合いが求められるようになってきたというわけですね。

A. そのとおりだと思います。

（小林　博）

WHOの膨大な資料をどう読むか?

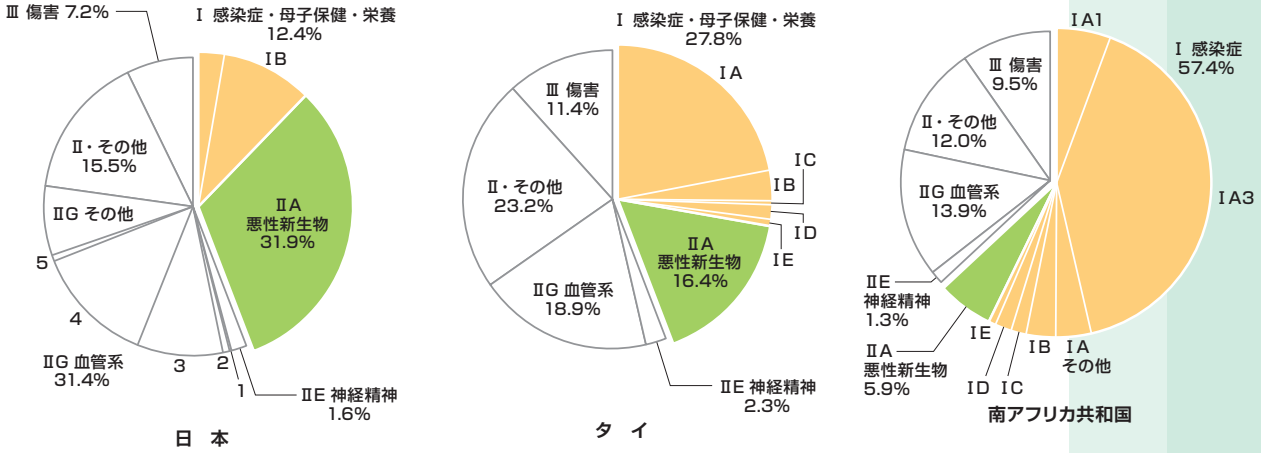
WHO(国際保健機関)のホームページから膨大な資料を見ることが出来る。例えば世界の国別にその年1年間にどのような病気で何人死んでいるか、という死亡数に関する情報も出ている。ところがこの資料には数字が羅列してあるだけで、それがその国の健康状況をどのように読み理解したらよいか、その実態がなかなかわかりにくい。

そこで筆者らは1つの国の全死亡率を100%として、世界各国別にそれぞれの疾患別の死亡数を算出し直し、円グラフにして示してみた。そうすると、それぞれの国の死亡パターンがはっきりと見えてくる。

なお、疾患別死亡数のほかに世界の各国についてのダリーについても出ている。ダリーとは英語でdisability-adjusted life year(障害調整年数)のことで、要するに①それぞれの国別、疾患別にその国の平均死亡年齢より何年ぐらい早く亡くなったか、②また生きている間のQOLがどれくらいダメージを受けたかを一定の方式で算出したものをダリーとし、これの少ないほうが望ましいということになる。このダリー値が先述のように国別、疾患別に出ている。ただ、これも数値として並べているだけで、それが国別、疾患別にどのような相互関係になるか全く読めない。

WHOの関係者に聞いてみたことがある。「WHOは膨大な資料を出すが、その意味付けについての説明が一切ないのはなぜなのか?」。回答は簡単だった。「それを読むのは各国、各人の自由である」。「成る程」。それにしてもこの膨大ながら重大な資料がWHOの資料としてだけで、一般の人達に反映されないのは誠に残念である。

以上のようなことで、私どもは先程の死亡数、死亡率と同じように、それぞれの国別に疾患別のダリー値を算出し、比較し、その意味付けについて考察してみた。その詳細は拙著「がんと感染症からみた　アジア人の生と死」に示したとおりである。1,200円で販売しておりますので希望の方は申し出て下さい。お申し込みいただければお送りいたします。　(小林　博)



笑顔と禁煙で2020五輪の成功を!!

笑顔でスピーチの佐藤真海さん
(NHK TVより)

笑顔で!

日本の女性の笑顔が2020年東京オリンピック招致を成功させた。IOC総会でのお2人のスピーチは本当に素晴らしかった。

一人は佐藤真海さん。早稲田大学の応援部チアリーダーズで活躍していた2001年冬、骨肉腫を発症、2002年4月に右足膝下を切断した。それから義足の生活に。

治療とリハビリを経て、2003年1月、以前からやっていた陸上競技を再開し、2004年走幅跳でアテネパラリンピック初出場。2008年北京パラリンピック出場。2011年3月、東日本大震災で故郷の気仙沼が被災、一時は練習もままならない状態になった。だが、夢をあきらめず、2012年3大会連続出場のロンドンパラリンピックで自己ベスト更新を果たした。がんばったね、真海さん!

「おもてなし」を訴える滝川クリステルさん
(You Tubeより)

禁煙で!

もう一人の主役は滝川クリステルさん。彼女のフランス語でのスピーチはIOC委員を魅了した。彼女は日本人の「おもてなし」の心を紹介。

その心は笑顔だけではない。「おもてなし」には人々を迎え入れる環境、とくに室内の空気が気になるところである。

2020年東京オリンピックを機会にタバコの禁煙運動に弾みをつけられないものか。

今までのオリンピックでも屋内競技場は原則すべて禁煙であった。たくさんの外国人が来日されるが、日本の屋内喫煙の現状をみて「おもてなし」の心が台無しにならないか?

滝川さんらの心意気をよしとするのであれば、まずは「屋内禁煙」から始めたい。

将来の疾病対策は？

WHOの死亡実態を調べていて気になることがあった。必ず「ダリー」DALYsなる数字が出てくる。ダリーって何だろう？前ページでも觸れたが、もう少し詳しく解説しておこう。

日本語でいうと「障害調整年数」。簡単にいえば人間はその生死のことだけでなく、死亡までの期間がその国の平均寿命に比べどのくらい短くなるか、また生きている間に人間のQOL（生活の質）がどのくらいダメージを受けるかで計算した一つの指標である。病気や障害でその人がどの程度損をしたかをいい表わす数字、といってもよい。長生き出来なかったことによる「損」、健康な生活を送れなかったことによる「損」である。

先進国では生活習慣病による死亡が多く、ダリーも高い。ただ疾患別に見ると不思議なことに気付く。がん、血管性疾患（心臓、脳）による死亡は多いのにダリーは左程高くないのである。これは高齢になっての闘病期間が比較的短いからであろう。

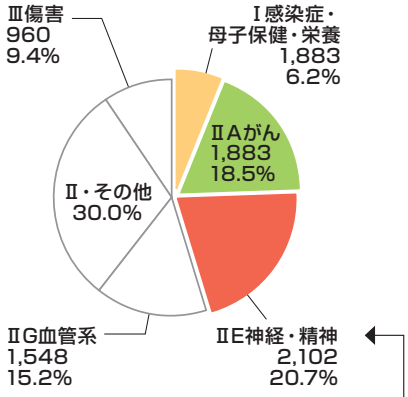
一方、神経精神疾患は死亡は少ないのだがダリーが非常に高い。むしろがんや血管病よりも高いのである。これは神経精神疾患による死亡は少ないものの闘病期間が長く、しかもその間の生活上のダメージがかなり強いからである。

神経精神疾患とはアルツハイマー病や認知症、単極性双極性障害、双極性躁鬱病、統合失調症、パーキンソン氏病、不眠症などである。これがいま新たな社会問題になりつつある。

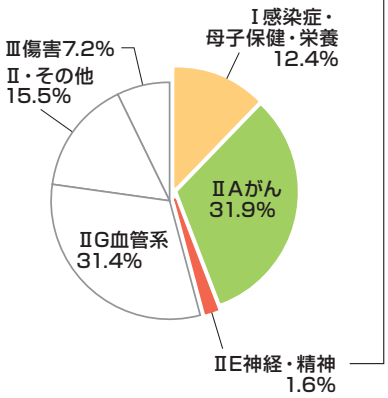
先進国のこれからの医療対策は次第に「生活習慣病」から「神経精神疾患」へと重点が移っていくのではないか、と私は予測している。

（小林　博）

死亡原因別にみた障害調整年数（DALYs＝10,170）



死亡原因と死亡率



14年
2月中旬
受付開始！

（公財）札幌がんセミナー・道新文化センター
市民のための がん特別セミナー 2014

3/29［土］

第1回　13：00～14：20
がん治療の実際
—薬による治療を中心に—

北海道大学大学院医学研究科
腫瘍内科学分野教授
秋田　弘俊

がんは1981年以来、わが国の死亡原因の第1位となっています。この30年間で増加の一途を辿り、今や、日本人の2人に1人ががんにかかり、3人に1人ががんで亡くなっており、がんは日本人の国民病と言っても過言でありません。手術療法、放射線療法、薬物療法の3本柱によって治療が行われていますが、治癒率の向上がもたらされている一方で、難治性のがんも存在します。がんの進行度によって治療方法が選択され、がんの種類や進行度によって治癒率が異なります。がん治療の実際について、薬物療法を中心にお話しします。

第2回　14：30～15：50
がんのサバイバーシップ
—がんになっても安心して暮らせる社会へ

北星学園大学文学部心理・
応用コミュニケーション学科教授
大島　寿美子

がんの患者や体験者のことを「がんサバイバー」と呼ぶようになり、がんのサバイバーシップという言葉も少しずつ広まっています。これらの言葉には、がんという「疾患」だけではなく、がんという病い体験を持った「人」にまなざしを向けていこうという姿勢が込められています。がん患者や体験者によるピアサポート、心理社会的な側面を含むケアやサポート、がんのチャリティなど、サバイバーシップにまつわる話題について紹介し、がんになっても安心して暮らせる社会を実現するために何が必要かを考えます。

4/5［土］

第3回　13：00～14：20
抗がん剤治療に関する素朴な疑問にお答えします
—なぜするの？いつまで続けるの？他に方法はないの？—

斗南病院腫瘍内科化学療法センター長
辻　靖

抗がん剤治療の目的とは何でしょうか。手術前または後に行う場合は、再発を抑えることでより多くの患者さんを完治させることにあります。一方、発見時から既にあちこちに転移していたり、術後に再発した場合では、どの様な治療を用いても完治させることは困難です。抗がん剤治療は、がんの進行を抑えることで、普段通りの生活ができるだけ長く続くことを目標に行います。本講演では抗がん剤治療の意義、その功罪について解説します。

第4回　14：30～15：50
がん予防：まずは身体運動からです

(公財)札幌がんセミナー理事長
小林　博

がん予防はまず身体運動からお勧めしたい。がん予防にはいろいろのことが考えられるが、身体運動はだれにでも出来るもっとも身近なもの。大腸がんはじめ乳がん、膵がん、肺がんなどの予防効果が知られている。
1)身体運動とはどんなものか？どのくらいやればいいのか？
2)身体運動はなぜがん予防に有効なのか？
3)身体運動はがん予防以外にどんな効果が期待できるのか？
4)身体運動は体力増進のほか、知力、学力にも有効か？

4/12［土］

第5回　13：00～14：20
健康と音楽の癒しの力
～実践も交えて～

札幌大谷大学芸術学部教授、
日本音楽療法学会認定音楽療法士
中山　ヒサ子

「音楽療法って何ですか？」「最近の療法なのですね？」とよく聞かれます。実は、昔から人間の歩みの傍らに常に音楽は存在していました。言語をもたない民族はあるが、音楽の無い民族はないと言われます。
音楽療法の最初の記述は、旧約聖書のサムエル記「羊飼いの少年ダビデが竪琴の演奏で王様の病気をいやした」が有名です。音楽療法とは新しくて古いものなのです。
今回は人間と音楽の関係をお話し、音楽療法独特の楽器など体験していただきます。

第6回　14：30～15：50
未病を治すること
—統合医療で主体的に生きる方法—

藤女子大学副学長・教授
藤井　義博

統合医療（医療における近代西洋医学と東洋伝統医学の両立）により主体的に生きる方法（生活法）を紹介します。自分の健康度を「未病状態の主体的判定法」により自覚したうえで、未病状態レベルアップのために、相互に関連する呼吸法、飲食法、精神活動法、身体運動法、環境適応法からなる「注文の多い生活法」を紹介します。また未病状態のレベルにかかわらず生活上参考となることとして「遍路とルルド」について紹介いたします。

日程　平成26年3月29日(土)、4月5日(土)、12日(土)
時間　13：00～15：50(開場　12：30)
会場　北海道医師会館8階(札幌市中央区大通西6丁目6)
受講料　6回、5,136円(一括お申し込みのみ)
※4月分の受講料には8%の消費税が含まれています

申込み・お問い合わせ
道新文化センター
札幌市中央区大通西3丁目6、道新大通館7階
TEL　011-241-0123(日・祝日を除きます)

▸▸がん教育

小中学校生に「がん教育」がなぜ必要なのか？

Q. がんは大人の病気ですから、子どもの時から教えるのは少し早すぎませんか？

A. 日本人の死因のトップですし、身近にもがんで亡くなられる方が多い時代ですから、子どものときから教えられたらよろしい。大人になってからおおいに役立つだろうということです。

Q. 病気はがんだけではないんですけれども…

A. 確かにがんだけではありませんが、がんは怖いという生活習慣病の代表的な病気ですから、ここを突破口にしようということです。

Q. 学校では教えること、学ぶことが沢山あって、がんのことまで勉強する時間はあるでしょうか？

A. 学校には文部科学省で決められた総合学習の時間がありますし、保健体育の時間もあります。そのような時間を使えないでしょうか。

Q. 保健体育の時間を使うといっても教える方が大変ではないですか？

A. 実際、保健体育の立派な教科書が出来ています。副読本もあります。以前はがんについての記載はなかったのですが、いまはかなり詳しいことが書かれています。こんなレベルの高いことまで教えなければいけないのかと思うくらいの立派な内容が書かれています。

Q. それを保健体育の時間で学ぶということですか？

A. 確かにそのとおりです。ただ、それを教える先生も大変です。熱心な担任の先生、あるいは保健体育の先生、ときには養護の先生が教えてくれますが、教科書は十分に活用しているとはいえないようです。

Q. 教える先生だけでなく生徒も大変です。

A. 確かにそうでしょう。熱心な先生がおられても決して医学の専門家ではありません。教えることの限界もあるでしょう。それでそのための補助教材としてDVDができないものか、考えました。そうすれば先生と生徒が一緒にこれをみて話し合ってみることが出来る。生きた教材として活用されるのではないでしょうか。先生や生徒の負担も軽くてすみますね。

Q. そんなDVDはあるのですか？

A. はい。幾つかあります。熱心なドクターがそのようなDVDを作りました。がんの知識を皆さんに持っていただくためのものです。

Q. そのようなDVDを手に入れることは出来るのですか？

A. 1つは東大の中川恵一先生がそのようなDVDを作っておられます。非常に参考になると思います。

子ども主役の「がん教育」のDVDもあります

Q. 北海道でもがん教育のDVDを作っていると聞きましたが。

A. はい。あくまでも学校教育の補助教材の一つとして(公財)札幌がんセミナーが主体として作っています。

Q. 北海道の「がん教育」は何か特長があるのですか？

A. がんの知識を教えようとするだけでなく、子ども達に考えてもらい、行動に結び付けられるようにという願いの込められたものだと思います。

Q. どういうことですか？

A. 教育というと、やはり先生が生徒に教えるという形になるのですが、いつもそこで終わってはいけない。何か工夫して子ども達が自発的にその気になるように仕向けることが大事ですね。

Q. どういうことですか？

A. 北海道で作ったDVDの第1作目は禁煙のことです。がんそのものではないのですが、タバコががんの一番大きな原因ですので、大人にはタバコを何とか止めてもらいたいという願いからです。

内容を簡単に言いますと、子どもが自分の親の経営する食堂が煙で一杯なのに心を痛め、健康に悪い、お父さんの身体にも悪いということで親を説得し、食堂を禁煙にするとう話が前半です。後半は子どもが自ら商店街に散らかっているタバコの吸い殻拾いを毎日せっせと行うのを見て感激した大人達が、商店街全域を禁煙にしようという動きになってきたという話の2部構成で出来ています。17分です。

Q. このDVDの狙いは面白そうですね。子どもが親と地域を変えたということになるのですか？

A. 全くそのとおりです。いままで余り気付かれていなかった狙いだと思います。

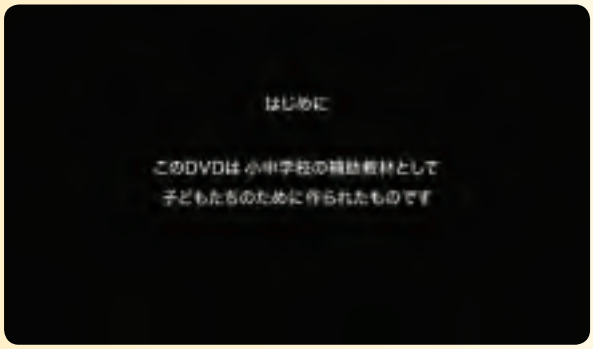
Q. タバコを今回取り上げたのは？

A. タバコは肺がんの原因だけでなく、いろいろながんの原因になりますし、そのほか心筋梗塞の原因にもなります。それなのに、日本は先進国のなかでは喫煙率の最も高い国ですね。みなが健康であるためには、出来るだけタバコを遠ざける社会をつくることが大事だと思います。

Q. よくわかりましたが、タバコ以外のことはテーマにならないのですか？

A. 今回のDVDはタバコだけに絞りましたが、健康のためにはタバコ以外にも心掛けなければいけないことが沢山ありますね。そのようなことを順次取り上げ、そして学校の総合学習、あるいは保健体育の補助教材として十分に活用されることを念願致しております。

がん教育 ― 子ども主役のDVD制作「子どもが親と地域を変える」



第1作のDVDは「煙よさらばツルカメ食堂」。禁煙を通したツルカメ食堂の再生と、ヒトと地域のつながりを小学生の行動で伝えます。主人公は6年生の佐藤志保。制作は北海道文化放送UHB。

がんはまず予防が大事――「がん教育」は子どもの頃から始めるとよい。タバコ愛好者が減らないように、大人になってからでは効果も上がらない。だが、幼少期に受けた教育、身についた生活習慣はその後の全人生を通して役に立つ。当財団がこのほど制作したDVDはそうした視点からがん予防のあり方を考えていく作品である。

予防の大切さを知った子ども達はまずタバコ対策に取り組む。清潔な環境を目指して飲食店や街路の吸殻を拾い集め、親達にも禁煙を説く。

大人は子どものいうことをよく聞くものである。子らの意見や要望に素直に耳を傾け、彼らの真摯な活動に感動する。いつしか禁煙その他のがん予防策を実行していく。その動きは地域全体に広がっていく。「子どもが親と地域を変える」という素晴らしい状況が生まれたのである。DVDは子どもの力が大人社会を動かすという新たな視点に立ってドラマを展開していく。

勿論、まず最初にそうした子ども達を育成することが必要だが、これは容易ではない。「教えてやる」式のトップダウン教育は役立たない。十分な保健の知識に加え、子らが自主的自発的にがん予防に取り組もうという気にさせる教育が望まれる。激励し温かく見守っていく先生らの姿勢が何よりも大切なのである。

DVDをぜひご鑑賞下さい。

このDVDは多くの方の協賛によって作られたものです。小学校に2014年春から無料で届けられるように検討を進めています。子ども主役で**「子どもが大人を変える」**シリーズのDVDは違ったシナリオで毎年1作品を計画しています。全国のみなさんから斬新なシナリオの提供を歓迎致します。

がん相談

「面接によるがん相談」は1991年の開始以来、20年を超えた。その間、凡そ1,000例の相談を受けた。患者さんご自身が来られることもあるし、ご家族だけのとき、また患者・家族一緒のときもある。2度、3度来てくれることもあるが多くは1回どまり。

大きな病院には「セカンドオピニオン科」があって有料である。高いところは1件3〜5万円くらい。それは病院経営上止むを得ないだろうが、当財団の場合はボランティアなのだからお金らしいものは一切お断りしている。

いろいろの方が見えられる。まさに「人は様々」である。がんについてかなりの理解のある人もいれば、なぜこんなにもがんについて知らないのかなと思う人もある。でも時間をかけ相手のいうことをよく聞き、その人の立場になって考えるようにする。そして同じことでも表現を変えて何度でもお話しするようにする。

「気持ちが楽になりました」と言って喜んで帰られる方が多い。そういう人の言葉を聞けることは何より嬉しい。必要によっては然るべき病院や医師を紹介することもある。

対話のなかの対決

いつかこんな経験をした。66歳の肺がん患者。すでに手術も出来ない、化学療法も出来ない、というよりやってはいけない人であった。ご自身でも生死を達観しているようにお見受けしたので、このあとのがんとの「対話」は具体的にどのようにしたらよいか、私ははっきりいってがんとの「対決」にはもうなすべきことはないことと、このあとの対症療法と心の安らぎをどうやって求めたらよいかについて言葉を選びながらいろいろ話し合っていた。

ところが患者は突然、「先生、何か助かる道はないんでしょうか？」と私に迫るように聞きかえすのである。私はハッと脳天をうたれたような思いをした。

患者は決して治療をあきらめ達観していたのではなく、心の奥の正直なところでは生に執着し、何としてでも助かるための対決への可能性を模索していたのであった。私は一瞬、いつまでも揺れる患者の気持ちへの配慮の足りなかったことを申し訳なく思い、そのあとは何とか助かるためのあらゆる可能性を説明し元気づけたのである。

しかし助かる見込みが絶望的なことは私は知っていたし、患者もまたよく知っているはずである。そうであってもなお生き続けたいという患者の希望を忘れてはいけなかった、すくなくとも生への夢を断ち切るようなニュアンスの言葉は口にすべきではなかったのである。

つまり「対決」から「対話」への切り替えがいかに容易ではないか、というより「対決」のなかに「対話」があり、また「対話」のなかにも「対決」もあるというのが現実であり、この2つは一線をもってはっきり分けられるものではない難しさを学んだのであった。　（小林　博）

樹を見て森を見よ！

既にがんで亡くなった78歳の奥さんの最後について「どうしても納得できない」としてご主人が相談に来られた。亡くなった方に関する「がん相談」は異例だが、「思い余ってのこと」というご主人の述懐は—。

奥さんは子宮体がんの手術を受けたが、かなり進行していたようで、厳しい予後については説明は受けていた。ところが、その後、外観上は正常な経緯をたどりながら、たまたま初期の胃がんが見つかった。同じ病院内の婦人科から消化器内科に転科し、内視鏡手術を受けた。だが12時間もかかる手術の末、残念ながら数週後に亡くなった。

子宮体がんの手術のあと腫瘍マーカーは3桁で、しかも貧血が出てきた。となれば「いまさら胃がんの手術をしなくても良かったのではないか？」というのがご主人の疑問である。そしてそんな手術に同意したことで強い悔悟の念にかられるのだという。

確かに問題点はいくつかある。1つは子宮体がんの進行度を医師がどこまで把握していたかということ。また貧血の原因をがんの転移との関連で考えていたか？　もしそのような状況であれば、患者さんが消化器内科に転科するときに、十分な申し伝えをしたかどうかについても疑問が浮かぶ。それがなかったために、消化器内科医は不要な手術を行い、たまたまアクシデントがあって死期を早めたことはなかったのだろうか？

こうしたケースに該当するとなると、「医師間の連携が十分でなかったこと」に問題があったことは確かであろう。

さらに、これは仮定の話だが、そうした連絡、連携が十分にありながら手術が強行された場合、つまり消化器内科医が患者さんの進行子宮体がんの存在を知ったうえで胃がんの手術をしたとすれば、どうだろう。

これは誠に論外な話だと私は思う。もしそうだとすればそのような医療がなぜ行われるのだろうか。

「樹を見て森を見ず」。両科の医師の問題点はそこにあると思う。がんは樹を見ると同時に、人間全体という森を見ることが必要であり、森を見たうえでさらに樹を見ていく必要がある。樹をつなぐ努力が森を見ることに通ずる。

言葉がきつすぎるかも知れないが、この患者さんのケースは医療に対する医師の認識不足、連携不足、あるいは不勉強のいずれか、または全てがその根底にあったと私は考える。それがご主人の「苦悶の叫び」につながったと思う。

（小林　博）

－がんについて語らない
－がんについてやれることはない
－がんのサインや症状はない
－がんをケアする権利はない
ということではいけない

日本経済新聞（夕刊）　2013年（平成25年）8月17日（土曜日）

超高齢社会のがん

小林　博さんに聞く

対決より病と共存を

「謙虚な医学」への転換

人間にとって、がんは老化に伴う宿命的な病

こばやし・ひろし　1927年札幌市生まれ。北海道大学名誉教授。北大医学部を卒業後、一貫してがんの社会病理学を研究。91年財団法人札幌がんセミナー理事長、2012年日本がん予防学会理事長に。患者・家族の相談活動を続ける。著書に「がんとの対話」「がんの予防」「がんに挑む　がんに学ぶ」など。

日本人の死因の1位を占めるがんは、今や年間約36万人の命を奪う国民病だ。半世紀にわたり研究者としてがんと向き合ってきた小林博さん（86）の目に、超高齢社会のがんはどう映るのだろうか。

「つい最近まで、医学の世界では、がんは手術で取れるだけ取る、薬や放射線で徹底的に叩く、という考え方が主流でした。医師のこうした姿勢は、がんの病巣にだけ目が向いて、人間への配慮が二の次になる結果を招きかねません。抗がん剤治療でがんは小さくなったけれど、患者は副作用に苦しみ、体力を消耗して亡くなることが少なくなかった。濃厚な延命措置により最期のときを家族と過ごせないこともありました」

どんながんも徹底的に叩きのめすべき、とする思想には疑問があるという。

「がんは生き生きとした若々しい細胞で、最初から生体に逆らって生体を殺そうとして生まれてきたのではなく、老化したり傷ついたりした細胞を、助けたり修復したりするために正常細胞の中から出てきたのではないでしょうか。だから、がん細胞は一生懸命、弱った細胞の部分に置き換わって代役を果たそうとしますが、実際にはひたすら増殖を続け、やがて生体の命まで奪ってしまう」

「こう考えると、がんは一種の『老化病』で、病というより生きるものの宿命と考える方が適切です。老いという避け得ない過程で発生する必然的な現象で、人間が老いる限り、がんも永遠の存在ということになる。だから、がんと全力で闘っても報われるとは限らず、がんとどう折り合いをつけるかが大きな問題となるのです」

長寿を達成した後の自然死に近いがんが増える

一方、医療の進歩で長期生存する患者が増え、国内のがん患者の5年生存率の平均は50％を超えた。治療を続けながら働き、日常生活を送る人は珍しくない。がんは「死に至る病」から「長く付き合う慢性病」に変わりつつある。

こうして「医療の現場でも社会の中でも、がんに対する新しい見方が生まれてきた」と小林さんは語る。

「『あってはいけないもの』として徹底して叩くのではなく、『あっても仕方のないもの』と考えながら共存していこうという発想です。体の外から病原体が侵入して発症する感染症と違い、自らの細胞が変化して生じるがんは、いわば身内の病。だから免疫機能の監視の目を逃れて容易に増殖してしまいます。化学療法は、副作用を注意深く軽減しながら少量ずつ投与して治療効果を上げる方法も試みられています」

背景にあるのは、叩くことだけに傾注したかつての「騒がれる医学」から、生身の人間をいたわりながら治療する「謙虚な医学」への大きな転換。小林さんは、超高齢社会に突入した時代の変化も見つめる。

「がん以外の原因でなくなった高齢の患者を解剖すると、がんが見つかることがよくあります。今後は、今よりもっと高齢になってから発症する進行のゆっくりした『静かながん』が増えるでしょう。長寿を達成した後の自然死に近いがんで、大樹が静かに倒れるようなイメージです。こうした超高齢者のがんが、もはや攻撃的な治療の対象とならないのは明らかです」

がん患者や家族の相談を数多く受けるうち、小林さんは、がんと向き合う患者の姿勢に「対決」と「対話」という対照的な2つのタイプがあることに気づく。

「対決する人は、進行・末期がんと分かっても積極的な治療を諦めません。患者の家族が医師と一緒になって、つらい治療を受ける患者を『がんばれ』と励ましてきたのが、悲しいかな、従来のがん医療の実態でした」

一方、対話とは、勝つための闘いに執着せず、いかに犠牲を少なくして休戦に持ち込むかを探る姿勢です。緩和医療を受けてQOL（生命や生活の質）のいい状態を保ちながら、残された日々を過ごそうとします」

近年、がん医療の現場では心のケアを充実させる取り組みも始まり、対話型を選択した患者・家族を支えている。

「とはいえ、対決から対話への切り替えは容易でありません。この2つは大抵、混然一体となっているからです」

がん体験を通じ、よりよい生老病死を学ぶ

がん体験を通じて人生を考える契機になった、と後に振り返る人が少なくない。小林さん自身、二十数年前にがんを経験し、多くのものを学んだという。

「咳が止まらなくなり、呼吸器の専門医から肺がんの疑いがあると言われました。精密検査で確定診断され、『いよいよ自分にも来たか』と身構えました。幸い、手術を受けて事なきを得ましたが、がんを告知された時の張り詰めた気持ちは、人生の充実感に通じるものでした。死を意識したことで、それまでの人生を省み、1日1日を大切に生きようとも考えました」

「研究を通じてがんとの付き合いが長かったので、がんに殉じるのは仕方ない。本望だとすら思います。もし私にお迎えが来たら、感謝の気持ちを身近な人に伝えたい。そして、生まれたとき『おめでとう』と祝福されたように、死ぬときも『いい人生だったね、おめでとう』と祝福されたならば、至福の大往生だ、と今では思っています」

「いざがんを宣告されると冷静さを失ってしまうものです。そこで、健康なうちに『自分は不治のがんで、残された時間は短い』という状況を想像し、自らを追い込んでみてはどうでしょうか。いかによく生きるか、いかによく老いるか、そしていかによく死ぬかを考える機会となり、本当に大切なものは何かに気づく――。これが、私ががんから教えられたことでした」

（編集委員　木村彰）

■ シニア記者がつくるこころのページ ■　（毎週土曜に掲載）

著書紹介

『患者が治すがん治療』

北大農場から眺めて

私は、北海道大学で教授を務めていた50歳代の女性を担当していました。彼女は膵臓がんでした。

彼女は敬虔なクリスチャンであり、ご自分の闘病体験をさまざまな講演会でお話しするという活動を、積極的におこなっていました。

あるときふと思い立ち、私は彼女の講演会へ出かけました。するとその場で、彼女は以下のようにおっしゃったのです。

「私の主治医は『私』には興味がありません。『膵臓がん』という病気にしか、先生は興味を持っていないのです」

その瞬間、私は愕然としました。

私自身は、患者さんと真正面から向き合い、一人ひとりに合った治療法を探し求め、心底、努力してきたつもりです。しかし、当の患者さんはそんなふうに受け取っていなかった ── 。

私の主治医は、病気をいかにして治療するか、膵臓がんの生存期間をどれだけ延ばせるかしか考えていない。少なくとも、彼女はそう感じていたのです。

この言葉は、私がこれまで従事してきた「医療」というものについて、改めて考えさせるきっかけとなりました。そして、私がその後の治療方針を大きく転換する、ひとつの転機となったのです。

（小井戸一光著、主婦の友社から引用）

『がんの花道―患者の「平穏生」を支える家族の力』

世の中にはさまざまな病気がありますが、ことさらがんという病気は、ご本人だけではなく、ご家族が大切な役割を演じるべき病気です。

病院では、「チーム医療」を実践しますが、家庭においても、「チームケア」のような気持ちで取り組まれたほうが、患者さんの利益になると思います。**がんという病気は実に多様性があり、治療法や療養法も実に多彩です。ですから、よい「チームケア」を実現するためには、ご家族にこそ正しい知識が必要となるのです。**

がんという病気は不思議な病気です。闘いすぎてもいけない。あきらめすぎてもいけない。現代医療を上手に利用して、良きパートナーを得て、うまくやり過ごす病気であると思います。パートナーがいないより、いたほうが絶対有利です。セコンド係がいないボクシングなんてあり得ないのと同じです。

パートナーは、ご家族でも友人・知人であってもいいですが、もし叶うならば、ご家族がいいに決まっています。しかし肝心の家族が本人以上に、オロオロしている場合がよくあります。「本人はしっかりしているのに、奥さんがそんなに慌ててどうするの」という場合です。あるいは、「お父さんは、しっかり腹を決めているのに、息子さんがナーバスになりすぎて困る」といったケースもよく見ます。

がんという病気を、「家族」という視点で見直すことで、新たな勇気が湧いてくるはずです。そう、がんが、「家族の絆」を深めてくれることを知っていただきたいと願っています。

（長尾和宏、藤野邦夫著、小学館から引用）

『いのちの格差は止められるか ハーバード日本人教授の、世界が注目する授業』

パブリックヘルスを通じた健康づくりは、個人一人ひとりの力に加えて、集団の力がとても重要だということです。ひとりが行ったことが、集団の力として自分の健康にも返ってくる ── これが、パブリックヘルスの「不思議」な力なのです。

アメリカは先進国の中で寿命が最低レベルでした。ですから、国民全体を健康にするための要因を見つけることは国をあげての急務でした。ハーバードも例に漏れず、世界中から研究者が集められました。

そんなアメリカがいつも見ていた国、それが日本でした。それもそのはず、明治・大正時代の日本人の寿命は40歳台で、戦後も先進国中最低だった順位を、約30年で世界のトップにしたのです。短い間にこれだけ寿命を急激に延ばした国は、他にあまりありません。

当時より、日本人の食生活、遺伝、そして皆保険制度が長寿に与えた好影響は言及されていました。もちろんこれらは重要な要因です。しかし、それだけでは説明しきれないことも指摘されていました。そこで、ハーバードの同僚や日本人の仲間とともに研究を続けました。結果、「人々の絆」や「隔たりのない社会」といったものが、日本人の長寿に貢献してきたことがわかりました。サン＝テグジュペリの童話『星の王子さま』には、「大切なものは目に見えない」という言葉が出てきます。人々の命にとっても、大切なものは、こうした「目に見えないもの」だったのです。

今、私は日本の誇るべき長寿に危機感を持っています。2011年の平均寿命の調査で、日本は男女ともに順位を下げ、女性は26年間保っていた世界一の座を明け渡しました。非正規労働者の増加などによる格差の広がりとともに、人と人との絆が薄くなり、日本の持つ素晴らしい側面が失われつつあると感じています。生活習慣病など、病気の改善を個人の努力だけに追い求めてしまう社会は、格差をより大きくしてしまうのです。このような変化は、日本人の健康に確実に影響を及ぼします。この国が再び長寿の国として、世界に勇気を与えられるようになるには、今が大切だと感じています。

（イチロー・カワチ著、小学館新書から引用）

がん診療連携拠点病院

市立釧路総合病院

院長
髙平　真

市立釧路総合病院は、平成17年1月に地域がん診療連携拠点病院として指定を受け、釧路労災病院（がん診療連携拠点病院指定）と共に、釧根地域一円のがん医療の向上に取り組んでいます。

手術治療では、胸腔鏡下切除、腹腔鏡下手術、内視鏡的手術や乳がんについては乳房温存手術など患者さまにやさしい手術を当院でも積極的に取り入れています。

放射線治療のリニアック（体外照射装置）は、最新のIGRT（画像誘導放射線治療）装置で脳・頭頚部の定位照射、肺・肝臓など体幹部の定位照射は呼吸同期照射、また、ラルス（遠隔操作式小線源治療装置）による腔内照射、組織内照射なども積極的に行っています。

化学療法は、がん診療の効率化の中で、最も変化してきたのが、がん化学療法の外来診療への移行です。当院では現在ベット数10床で稼働しておりますが、今後ますます増加傾向にある化学療法を提供できる体制の充実を図るために、現在、平成27年の増改築竣工に合わせベット数の増床（20床）を計画中です。

緩和医療では、多職種（医師・看護師・薬剤師・MSW・管理栄養士など）による緩和ケアチームを形成し、がんの早期から治療と併行した緩和ケアにも力を入れております。

また、がん相談支援センターでは、日常のがん相談の他、がんサロン常設までの期間、年4回のがんサロンのイベントを開催し、がん患者さまへの必要な情報提供や認定看護師、薬剤師等によるがん相談も受けております。

今後も、がん診療連携拠点病院として、診療支援・診療連携など地域の医療機関と協力しながら、釧根地域のがん診療のさらなるレベルアップを図りたいと考えています。

社会医療法人　母恋
日鋼記念病院

院長
柳谷　晶仁

当院は平成19年に地域がん診療連携拠点病院の指定をうけ、西胆振地域のがん診療の質向上に取り組んでいます。

年間1500人を超えるがん患者が入院する当院は、北海道で初めてPET検査装置を導入し早期発見に努めるとともに、CT同室型放射線治療装置（リニアックCT）による定位照射など標準治療に準拠した高度で専門的な医療を行っています。特に、各科横断的なチーム医療を展開し、消化器内科・外科の連携によるスムーズな治療や頭頚部領域の耳鼻咽喉科・口腔外科・形成外科の共同治療は患者のQOL向上に大きく貢献しています。

これら、治療の核となる手術棟が2013年4月に完成し、手術室・ICUを1.5倍に拡張しました。続いて、透析施設、救急外来、リハビリテーション施設を改修し、時代に合致した治療環境を整えています。

院内独立型緩和ケア病棟（2001年開設・22床）は医師・看護師・薬剤師・MSW・在宅支援部門からなる医療者チームとボランティアの協働による支援を実践し、年間200名を超える入院患者のうち半数を他院からご紹介をいただいております。近年は地域の在宅がん患者を対象にしたサロン「あっとほーむ」を開催し、療養支援にも力を注いでいます。

高齢化の著しい西胆振地域では切れ目ない質の高い医療提供が求められています。ハード面のみならず人材育成や医療機関との密な連携を通じ、充実したより良い医療体制構築に向けて努力して参ります。

御寄附に感謝

がん問題の解決を目指して

ご寄附のお願い

当財団の事業は財団基金から生み出る利息によって運営されていますが、運営資金はかなりひっ迫しております。ご理解、ご協力をいただければ幸いに存じます。

遠くに90メートルジャンプ台(オークラシャンツェ)

ご寄附の種類

会計年度は4月1日から翌年3月31日までとなっております。
寄附は3種類あります(すべて税控除の対象となります)。

A. 運営寄附　個人、法人問わずいただくご寄附はその年度内に使用させていただきます。

B. 指定寄附　使途指定の寄附です。

C. 基金寄附　基金のための寄附です。寄附は基金のなかに組み入れ、直接使用することはありません。基金から生み出るであろう利息のみを使わせていただくことになります。

以上のA、B、Cの3種類のいずれに該当する寄附であるかご指示いただき、銀行、あるいは郵便局でお振込みいただければ幸甚に存じます。法人は1口5万円以上です。

振込口座：

北洋銀行　本店営業部　普通口座　0645472
北海道銀行　本店営業部　普通口座　0200230
名義：公益財団法人札幌がんセミナー　理事長　小林　博

ゆうちょ銀行
口座番号：02730-8-98355
加入者名：公益財団法人札幌がんセミナー

問合せ先(公財)札幌がんセミナー事務局
TEL　(011)222-1506、FAX　(011)222-1526　　E-mail：scs-hk@phoenix-c.or.jp

私達は、がんで苦しむことの無い健やかな社会を目指す公益財団法人札幌がんセミナーの活動を声援しています

企業・団体

A アイ・ウィミンズクリニック
㈱アイワード
A ㈱アインファーマシーズ
旭エンジニアリング㈱
アステラス製薬㈱
アボットジャパン㈱
A エーザイ㈱札幌CO
MSD㈱
A ㈱大塚製薬工場
㈱紀伊國屋書店札幌本店
キャリアバンク㈱
きょうど料理亭杉ノ目
恵佑会札幌病院
AB ㈱玄米酵素
後藤田医院
A 栄新薬㈱
A 札幌商工会議所
A 札幌第一興産㈱
A 札幌中央アーバン㈱
サッポロビール㈱
A 札幌臨床検査センター㈱
A 佐藤水産㈱
沢井製薬㈱
昭和交通㈱さわやか無線
A ㈱セイコーマート
セルジーン㈱
センチュリーロイヤルホテル
第一三共㈱
A 大鵬薬品工業㈱
武田薬品工業㈱
A 田辺三菱製薬㈱
C 土田企画㈱
A ㈱ツムラ
定山渓鶴雅リゾートスパ森の謌
日本イーライリリー㈱
ノバルティスファーマ㈱
㈱ビクトリア観光
A ㈱北洋銀行
(一社)北海道医師会
A ㈱北海道銀行
(社)北海道歯科医師会
㈱北海道新聞社
北海道文化放送㈱
(一社)北海道薬剤師会
北海道郵便逓送㈱
A ㈱ムトウ
A ㈱モロオ
A ㈱ヤクルト本社
ロイトン札幌
A 六花亭製菓㈱

個人

秋田　弘俊
浅香　正博
石川　睦男
A 石林　清
猪俣　幸子
岩崎　輝明
A 岩谷　邦夫
及川　恒之
A 大塚　榮子
大西　克成
A 岡田　太
A 賀来　亨
加藤　欽也
金井　重博
髙後　裕
光地　勇一
後藤田栄貴
A 小林　幸子
AB 小林　博
A 小林　正伸
佐藤　昇志
白土　博樹
C 須賀　俊博
杉下　清次
関川　峰希
仙道富士郎
髙田　賢蔵
A 髙橋　隆司
A 武市寿美代
田中　宏
C 田中　幹大
谷口　直之
A 千葉　逸朗
土田　保穂
C 出村知佳子
長瀬　清
中村　惠子
新川　詔夫
西尾　正道
西村　昭男
丹羽　祐而
野口　昌幸
畠山　昌則
A 浜田　淳一
A 半田貴志子
A 半田祐二朗
日浅　尚子
樋爪　昌之
平田　公一
福田　守道
星野　恭亮
細川　正夫
A 細川真澄男
土産田照夫
守内　哲也
森島　庸吉
C 八木　政明
矢野目雅子
山下　幸紀
山下　徹郎
A 山田　雄次
A 横山　末雄
和田　壬三
吉田　晃敏
吉田　美樹

アルファベットは、平成25年1月1日～12月20日にいただいたご寄附の種類を表しています
(A：運営寄附、B：指定寄附、C：基金寄附)現基金総額
314,440,600円
アイウエオ順：敬称略

皆様のご声援に心よりお礼申し上げます。

私達は(公財)札幌がんセミナーの活動を支援しています

アインファーマシーズ

株式会社 玄米酵素

札幌商工会議所

札幌中央アーバン㈱

札幌臨床検査センター株式会社 SAPPORO CLINICAL LABORATORY INC.

佐藤水産

Seicomart

北洋銀行

北海道銀行

WiSM Wellness Information Science Medicine 株式会社ムトウ

MOROO

六花亭

エーザイ株式会社

Otsuka 株式会社大塚製薬工場

栄新薬株式会社

TAIHO 大鵬薬品工業株式会社

田辺三菱製薬

自然と健康を科学する 株式会社ツムラ

人も地球も健康に Yakult

アイウエオ順

シンボル絵画

金井英明さんの作品です。当財団は自然環境に優れた北海道、都市機能の快適な札幌をベースに、人々の健康増進に高い関心を抱きつつ、がんを始めとする疾病の問題を解決するためいろいろの公益事業を展開いたしております。この絵画には以上のようなイメージが北海道大学のキャンパスをバックに描かれています。

編集後記

がんはなぜ恐れられるのだろうか？　死は何もがんに限ったことではないのに、これだけが何故か特別に恐れられる。死はがんがあってもなくても、万人に避けえない絶対的なもの。とすれば、がんだけをことさら怖れる理由もないと思うのだが、なぜか別格の扱いで恐怖の対象となる。

しかし最近はイメージも少しずつ変わってきた。「がんイコール死」。だから何としても対決し、征圧しなければならないという悲壮感をもって闘った時代から、いまは対決しながらも、これと正面から向き合って対話していかざるを得ない現実が理解されるようになってきた。二人に一人がこの病気になるという時代になって、がんも身近なものになってきたといってもよい。

The Way Forwardはがんの解決を願いながら、関心をお持ち下さる皆様方のご協力をいただき、がんとの対決と同時に、がんとの対話のあり方を一緒に考えていきたいと願っている。

（小林　博）

SCSコミュニケーション

The Way Forward

Communication with the Sapporo Cancer Seminar Foundation

公益財団法人（内閣府所管）札幌がんセミナーSCSコミュニケーション no.4
発行日：2013年12月20日

発行：
(公財)札幌がんセミナー
〒060-0042　札幌市中央区大通西６丁目　北海道医師会館６階
TEL：011-222-1506　FAX：011-222-1526
E-mail：scs-hk@phoenix-c.or.jp　HP：http://scsf.info

編集委員：秋田弘俊、小林　博、小林正伸、田中伸哉、西尾正道、半田祐二朗、森　満
デザイン・レイアウト：山本　記代美
印刷・製本：株式会社アイワード（コーディネーター：松木　新）