

SCS コミュニケーション

The Way Forward

Communication with the Sapporo Cancer Seminar Foundation

巻頭対談「がん患者は耐え難い苦痛から
解放されうるのか」

エッセイ 何故人間は戦争をするのか
声なき声を聴く／ビールの功罪 ほか



タバコの税金を上げれば病気も死亡も減る

「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>

巻頭対談 3

がん患者は耐え難い苦痛から解放されうるのか

石谷 邦彦 東札幌病院理事長

大西 秀樹 埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科教授

エッセイ 11

何故人間は戦争をするのか

大沼 尚夫 Icahn School of Medicine at Mount Sinai, Tisch Cancer Institute血液学腫瘍学科教授

声なき声を聴く

西山 正彦 日本癌治療学会理事長、群馬大学医学系研究科病態腫瘍薬理学教授

ビールの功罪

吉田 隆 Yoshida Pediatrics院長

FCTCが発効して10年に思うこと

大島 明 大阪府立成人病センターがん予防情報センター顧問／
日本禁煙推進医師歯科医師連盟会長

学会のミッション

山田 雄次 (株)アネロファーマ・サイエンス取締役

がん登録法法制化に寄せて—米国の場合—

花井 彩 地域がん登録全国協議会名誉会員

ビールを飲んでがんを予防する?!

安彦 善裕 北海道医療大学歯学部生体機能・病態学系臨床口腔病理学分野教授

エッセイ掲載の順序は原稿到着順とさせていただきます

国際がんシンポジウム 予告 18

冬季がんセミナー 報告 20

市民のための がん特別セミナー 報告 25

がん拠点病院紹介 29

ご寄附に感謝 30

巻頭言

正常細胞は試験管の中で培養することができるが、残念ながら一定期間がくると細胞はやがて老化し死んでしまう。ところが、いつまでも若く元気に生きる細胞がある。それはがん細胞である。

生体から取り出して試験管の中で培養したがん細胞は、世界の研究室にたくさんある。うまく培養する限り、がん細胞は死ぬことなく永遠に生き続ける。ここが正常細胞と違う。

個体が老化を迎え、弱った細胞群の中から「永遠の生」を求めて細胞ががん化するのではないかの考えがある。がん化すれば細胞は永遠に生きられるからである。細胞の生きがいは、どうも若く永遠の生を求めることのようにである。でも個体が死ねばがん細胞も死んでしまう。

架空の話だが、細胞レベルだけでなく、個体全体ががん化したら、生体は永遠に生きられるのだろうか？ 生体は試験管内のがん細胞のように、「がん人間」なる怪物となって、永遠に生きられるようになるのかも知れない。研究室で毎日、がん細胞とにらめっこをしていたとき、ふとそんな幻想にとらわれたことがある。

(小林 博)

石谷 邦彦先生(東札幌病院 理事長)

大西 秀樹先生(埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科 教授)

がん緩和医療の現況

石谷：がん緩和医療領域は札幌がんセミナーに非常に古くからご理解をいただいて、1990年第4回冬季札幌がんセミナーのテーマが「がんとQOL」でした。

大西：ということはもう四半世紀前のことですね。

石谷：そうですね。がん医療領域で初めて医学だけでなく哲学とか看護学とか法学といった方たちも交えてのプログラムを作ったのです。そのときの枠組みが緩和医療の枠組みになっています。

大西：その時期からこの重要性を理解されていたんですね。

石谷：この話はがんの緩和医療に携わる人々に広く知ってほしいと思っていました。その後、北大の小林先生が癌学会総会を札幌で主催されまして、そのシンポジウムでも私が話をさせていただいています。癌学会総会でこういう話題を取り上げたのは初めてだったと思います。

大西：25年前ではまだ日本ではほとんどそういったことは言われてなかった時期ですね。

石谷：「緩和医療(ケア)」という言葉自体なかったと思います。

歴史といえば、90年代に日本緩和医療学会が出来て、ヨーロッパもアメリカも緩和医療学会がこの時代に出来ています。

そういう意味では日本は遅れてはいないのですが、少し方向性が違うかなと思い昨年、札幌カンファランス(Sapporo Conference for Palliative and Supportive Care in Cancer 2014)を開催しました。また東札幌病院が30年経過したという記念でもありました。

大西：その2つの意味で札幌カンファランスをされたのですね。

石谷：海外から多数のエキスパートが来札し講演され、さながらサミットのような形になりました。22か国から700人の参加がありました。第2回目はないのかと言われるのですが。

大西：私もぜひやっていただきたいと思っています。

石谷：先生もお感じになっていると思いますが、日本の緩和医療に携わる人は海外との交流が少ないですね。

例えばがん対策基本法第2期5か年計画で世界の潮流に沿って精神、心理、社会的苦痛、家族の苦痛に対する対処を謳っていますね。

しかし、いま一般の日本の緩和医療をやっている方はそこまで目を向けていない。今日はその辺の話も後半の方で先生にお伺いしたいと思っています。



石谷邦彦先生

WHOの流れが基本的に世界の流れをリードしているということは確かです。2002年にWHOは緩和ケアの定義を変えました。90年代のものとの違いはがん以外の疾患も視野に入れたということですが、今日の対談ではやはりがんを中心に話したいと思います。緩和ケアの進歩、発展にはがんの領域の貢献が大きいと思うからです。

大西：そうですね。がんから始まったといっても過言ではないですね。

生物学領域の進歩

石谷：4つの領域で話を進めたいと思います。1つは生物学的な領域の進歩です。そのなかではやはりがんの疼痛治療薬の進歩があげられます。私達が始めた頃は塩酸モルヒネしかありませんでした。

大西：私の頃もそうでしたので石谷先生の頃はもっと大変だったんでしょうね。

石谷：大西先生も神奈川がんセンターの頃に緩和医療科でご苦労されたと思うのですが、あの頃は自分たちで塩酸モルヒネを水に溶かして服用させたりとか…

大西：ブロンプトンカクテル、というのでしたっけ？ 僕自身は経験はないのですが。

石谷：今日本では剤型も含めると20種類以上の疼痛治療薬が出ています。がんの疼痛管理はかなり進歩したといえます。

大西：本当に進歩しました。患者さんに合った、状態に合った薬が使えるようになったというのは本当にすごい医学の進歩だと思います。最初には本当にモルヒネだけでした。僕も石谷先生の書かれた本を見ながら、どうやってモルヒネを投与するか勉強しました。

石谷：大西先生は神奈川がんセンターに何年くらいいらっしゃいましたか？

大西：5年いました。5年のうち4年、緩和ケアの病棟の主治医を兼務していました。

石谷：それはまったく正しいことと思います。精神科の先生でありながら、実際にがんの患者さんを見て身体的な症状の緩和も経験されたわけですね。

大西：ええ。精神科医でしたけどお腹の水は自分で刺して抜いていました。そういう経験は貴重でした。

石谷：がんの疼痛管理の薬に最近は神経障害性に対する薬も出ていますね。あるいはタペンタドールのように内臓の痛みに加えて神経障害性の痛みにも効くというものが出てきています。つまり痛みの機序に対応した薬の開発も進んでいるということです。

また、大西先生の専門でもあるせん妄も早期にアセスメントするとかなり解決できるものがありますね。

大西：あります。特にがんの場合は原因がありますから多くの場合は治しやすいです。昔は専門の治療がわからなかったのも、とりあえず薬を打てばいいという感じであつたのが原因を見て評価してちゃんと治療しましょうというふうになりましたね。それもまた素晴らしいことだと思っています。



大西秀樹先生

石谷：実は、早い時期をきちっとケアをすれば、たとえば水分電解質代謝の補正など、つまりが

ん治療そのものなんですが、終末期にいろいろな症状が出ないで済むということがたくさんあります。

呼吸困難なども実際には少なくなってきました。早期からの緩和ケアの導入のポイントはそこにあると思っています。

大西：そうですね。そういわれれば呼吸困難の人はすごくいなくなりましたね。

石谷：この30年間の身体的な苦痛の対処は本当に進歩しました。しかし先進国のなかで、日本ほど緩和ケアの施設間格差の大きいところはないと思われます。日本からは症状に関する統計学的な論文が多いのですが、施設間格差があつての統計学的処理は本当に説得力があるのか？ J. Pain Symptom Manageの編集主幹Dr. Portenoyと話題になりました。

日本の生物学的な領域のなかでの症状についての論文は抗がん剤の多施設共同研究とは少し違った見方をしなければいけません。

緩和ケアの提供体制は十分か

石谷：先生方が作られた第2期5か年計画（2012年）の中で家族へのケアというのがありましたね。この点について医師たちはまだ視野に入っていないと思います。

大西：そうですね。まだ家族までやっているところは少ないですね。

石谷：もちろん、コストの問題もあるのでしょうか。

大西：埼玉医大では家族向けの外来があるんです。家族外来というのがあって、そこでは家族向けのケアをやっているんです。そういうのを始めるとみんな家族は調子が悪いから診てくれ、というのがあるんですが、私のところは特殊で、お話をいろいろ伺っていると逆にまだまだ家族を見ていないという人が多いです。どう診ていいかわからないというんです。

石谷：私は第2期の計画はたいへんよいと思うのですが、これが実際にきちんと国民に提供される体制があるかという気がします。

大西：評価体制はまだないと思います。家族に対するケアがどうなっているかを評価する指標がまだないですね。やりなさいという話が出てくるのですが。

石谷：各地域にがん拠点病院があり、そこに緩和ケアチームが置かれています。主治医がぎりぎ



公益財団法人札幌がんセミナーの事務所から見下した早春の大通公園

りになって手に負えなくなつて緩和ケアチームに頼むということがありますね。緩和ケアが早期から入っていないからうまく機能していないと思います。

大西：これはいろいろ話を聞くと機能しているところと機能していないところ、格差は大きいですよ。最初から入っている緩和ケアチームがあるかという、それも多くないと思います。途中で主治医の先生が自分で対処しきれないで送ってくる。かなり状態の悪いときが多いです。もっと先の症状が出る前からはちょっとずつ入っていれば苦しまなくていいという、先ほど石谷先生がお話されていたように我々も受けるときはシビアな状態で受ける時が多いですね。

石谷：そういうことに関して緩和ケア専門委員会ではどういう議論をしたのでしょうか。

大西：そこまではいってなかったです。まずやりましょうという段階で、いま行われているところでは、いろんな病院に訪問したりして質の評価をしたりしています。

厚労省の緩和ケアの専門委員会が全国のいくつかの病院を訪問し、緩和ケアが行われているか見ています。そう云う所もあります。

石谷：それはシステム化されているのですか？

大西：いえ、まだシステムではないです。それで手さぐりという、行ってみて緩和ケアの検診件数が少ない病院に行ってみたというのが実際あるんですね。それで質の問題があるということがすごく分かったということなんです。

具体的な方針は出されていませんね。いつから入りなさいというような。作りなさいというところまでです。総論的なところまではきましたけれども、そこから先何をやるかとか、どうするかといったことに関してはまだこれからです。

心理・社会的苦痛の対処について

石谷：昨年の札幌カンファレンスでも世界中どこでもケアの質の施設間格差というものはあるが、身体的な苦痛の対処は可能である。残る問題は精神・心理的な、社会的な苦痛の対処と言っていました。

私もそのとおりだと思います。そうすると精神・心理学的な領域、あるいは社会学的な領域での患者さん、家族の苦痛をどう対処するかということになりますね。

大西：たしかに身体に比べると精神、心理面は非常に遅れていると思います。一番の問題は例えば痛みだったらNRSスコアといった患者さんは自覚的にわかりますよね。患者さんも実際に痛いってわかりますし、ある程度数値化できますが、メンタルは数値化するのが非常に難しいんですよね。いま一番問題になっているのはうつ病の見落としです。

たとえばもう生きる気力がないとか、食べられない、眠れないと患者さんは訴えますが、多くの場合「がんだから仕方ないね」というふうに

なってしまうのですが、よくよく話を聞くとうつ病だということがあるんです。食欲がないとか気力がないというのは抗うつ剤で治るんです。そこを見逃してはいけないなと思うんです。がん治療に携わる医者もナースも見つけれない、という論文があるくらいです。

石谷：うつは何%くらいでしょうか。

大西：適応障害も含めると2割から4割くらいです。その方には専門的なケアが必要なのですが、ケアが入っているのは1割以下だと思います。重症うつほど見逃されやすいというデータもあります。

私はうつを見逃してはいけないと思うんです。なぜならうつ病患者さんに話を聞くと「こんなに苦しいことはない」というんです。彼らは減入っていたとは言わないんです。「こんなに苦しいことはなかった。二度と経験したくない苦しみだ」というんです。

自殺未遂をした人に話を聞くと「別に死にたいわけではないんです。だけど死が選択肢に入るほど苦しいんです」というんです。これほど苦しんでいるんです。でも患者はそれを訴えないんです。患者さんにもわからないんです。なんかだるいし、頭の中混乱しているし、周囲の人もがんだから仕方ないと言って見逃されているんです。この間も患者さんに言われたんですが、「まだがん性疼痛の方がいい」と言っている人もいました。それくらい苦しいんです。その苦しみがまだ世界的な現象だとは思いますが、放置されているのというは我々医療者にとって突きつけられている課題だと思うんです。これを解決していくことが、さらに緩和ケアを発展させていくために欠くことのできない課題だと思っています。

石谷：私達のように一般の内科医や外科医がうつ診断難しいと思うのですが。

大西：難しいと思います。とくに診察時間が短いんですよね。短い時間に食べられないとか、眠れないとか、気持ち悪いとか言ってきますよね。これはがんの症状と同じなんです。だから僕がお願いしたいのはもう2、3質問を加えるだけでいいんです。「気分が減入っていませんか」とか「最近やる気がなくなっていますか」「頭の回転はどう」とか。そういうことを聞くだけで診断がつくんです。ですからいままで行ってきた内科の診断にちょっと付け加える。あとはうつ病という病気が、比率が結構いるということ

を覚えていただいて2、3質問を加える。それだけでかなり改善されると思います。

石谷：抗うつ剤をちょっと使ってみることはいいですか？

大西：怪しいなと思ったら、うつ状態でも保険はとおりますから、先生方が見て臨床的に睡眠薬2剤投与してもあれ寝られないなというときありますよね。そういうときはうつ状態だと思って使ってみてもいいと思います。

石谷：内科でも治療的診断という言葉があります。精神科領域にもあるのでしょうか。

大西：まあ、保険の兼ね合いの問題とかもあるんですが、それを抜きにして、寝られないというのはうつっぽいという時なので抗うつ剤を入れてもいいと思います。入れてみて、ああうつ病だったんだというのがあります。私も診てわからないときはあります。いままで一番わからなかったのは左肩の痛み。それがうつ病の症状だったのですが、さすがにわからなくてモルヒネを投与しました。それ以外にも乳がんオペ後の尿道の痛み。抗生剤ダメ、泌尿器科ダメ、婦人科ダメで精神科に來ました。それもまったくわかりませんでした。でも前の左肩の痛みの患者さんの経験があったのでうつ病の薬を入れようと思って入れてみたら治りましたね。

石谷：そういうことは緩和ケアに携わる医師だけでなく一般的ながんに関わる医師達も知っておく必要がありますね。

大西：知っておいてもらいたいですね。さまざまな症状を訴えてくるんです。ちなみに、患者さんが私はうつ病っぽいから精神科に行かせてくださいという患者は全体の3%しかいないんです。ほとんどの患者さんが自分の身体を治療してくれって言ってくるんです。

実存的あるいはスピリチュアルペインの対処は可能か

石谷：これはぜひこの対談を通して皆さんに知っていただきたいのですが、著名な精神科医Dr. Breitbartががん患者のうつは解消される、さらに実存的苦痛も対処可能な精神・心理療法（Meaning-centered psychotherapy）を提唱しています。これはどうなのでしょう。

大西：日本ではまだそこまでは。研究面では確かにうつは抗うつ剤の反応もいいし、それからある程度スクリーニングで何とかなると思うので

すが、日本の現状を垣間見るとまだまだうつはうつで止まっているんじゃないかなと思います。実存的な苦痛に関しては私たちが今危惧しているのは、実存的な苦痛と診断に至るには心理的な部分を取る、うつ病の部分もとる、そして最後に残ったのが実存的な苦痛だと思うんです。取りきれないものが。それをしっかり見極める力を我々は持たなければならないと思っています。まだまだたとえばスピリチュアルペインですかといわれていたのが脳転移だったとか、せん妄だったとか結構まだあるんです。そういうところを我々は臨床的にしっかりやってから実存的な苦痛に学ぶべきじゃないかなとつくづく思っています。

石谷：精神科医Dr. Breitbartのように実存的苦痛まで対処する精神・心理療法の立場に対して、実存的な、スピリチュアルな苦痛を研究している心理学者とかパストラルケアに携わる人たちは批判しています。つまり実存的な苦痛、スピリチュアルペインまでも精神科医が対応できるのでしょうか。

大西：そこは難しいですね。私はどちらかというと精神科がそこまで専門家かという、僕は専門家じゃないですね。

石谷：身体的苦痛の対処できた、うつのような精神科領域も対処できる、残った実存的苦痛、スピリチュアルペインに今後どうやっていくのか

という問題も出てくると思います。

大西：出てくると思いますね。スピリチュアルケアの専門家の方々と共同してやっていかなければいけないと思うんです。やはり医学的な主要素は必ず入ってきますから、刻々と変わるじゃないですか。スピリチュアルケアを見ているなかでも急に身体症状が出てくるとか、急にうつが混じるとか。そういうところの評価を共同してやっていかないと、誰がここは担当するというのではなくて、チーム医療のような体制が大切になってくるんじゃないかなと思うんです。

石谷：それで先生は臨床死生学会にも一生懸命なんですね。そこまで視野に入れて、厚労省の専門委員会でも話し合わなければならない、つまり委員会の中の委員にもそういう専門家が必要になってくるんですね。

大西：必要になってきますね。やはり僕たちはそこまで自分たちが専門的な教育を受けたわけでもないし、専門の方々と共同してやっていく、そして彼ら心理の方は医学の教育を受けていないので、僕たち心理の方に医学のことを提供し教えて、その中で専門の方が花開いていただきたいと思います。だからお互いが共同してやっていかないと自分の持ち分はこれだからと言ってやっているのとんでもない間違いを起こしちゃうんですね。

石谷：私どもの病院にチャプレンがいたんです



大通公園のライラック。例年より早く咲いた(2015年5月7日撮影)

が、「先生もっと宗教色を出してもいいですよ」って私は言いました。彼はなるべく宗教色を出さないようにしていました。

大西：珍しいですね。日本で宗教色を出しているというのは余りいないですよ。

石谷：医療にどう組み込むかは別として、宗教を視野に入れた緩和ケアも考えておく必要があると思います。実存的苦痛、スピリチュアルペインも宗教も関与するだろうと思っています。

大西：そうですね。我々も仏教徒が多いですけど、キリスト教もいますし、そういうところも入っていていいですよ。日本人は宗教には薄いですが、もっと根ざしたものにならないと。

石谷：彼らは宗教色を出さないようにしないと日本の場合にはチャプレンの仕事ができないと言っています。

大西：そうですか。日本のキリスト教の割合は人口の1%でしょうか。仏教徒の前でそのチャプレンの仕事をするのは大変なのかもしれません。

石谷：ニューヨークのカルバリー病院などはさまざまな宗教の患者がいます。しかしシスターやチャプレンがいろいろな宗教の患者をケアしています。

大西：そこは日本と違いますね。日本はほとんどやっているところはないですよ。なぜでしょうね。

石谷：日本人は宗教は死につながると思うからでしょうね。そういう意味での精神科領域、スピリチュアルな領域というのはこれからではないかと思っています。

問題は日本人は精神・心理療法に対するコストを払うかということです。

大西：払ってほしいですね。

石谷：実際に厚労省はどう思っているのでしょうか？

大西：われわれ精神科医が行う分には払いますが。

石谷：でも時間の割には微々たるものでしょう。

大西：そうですね。1時間で3,300円です。

石谷：日本の場合には精神療法・心理療法に対してのコストを払う素養がない。

大西：文化的土壌はないですね。

石谷：これは何とかしないとこの領域のケアは進まないのではないのでしょうか。

大西：いまの基本だと、精神科医がやると6分以上だと3,300円、30分以上だと3,600円という決まりがあるんです。300円しか変わらないんです。

石谷：それにしてもゼロ一つ違うんじゃないですか。私はこれからの議論は精神・心理療法に対して日本人がコストを払うかどうかということに、緩和ケアの行く末があると思いますね。

大西：実際には技術量なんですよけれどもね。それが分かっていただけでないですね。努力して行きます。先生のような内科の、しかも大御所の先生から言われると非常に嬉しいですね。我々も頑張らないといけないと思います。

アドバンスケアプランニング

石谷：社会学的な領域でアドバンスケアプランニングというのがいま流行りですね。アドバンスディレクティブ(事前指示)との違いを知らない方が多い。アドバンスディレクティブというのは個人の意思です。アドバンスケアプランニン



静かな自然の営み

グというのは周辺の人全体に関わります。患者を中心として家族、医療者がみんなでその人の人生を作っていくプロセスです。こういうシステムが日本でどうやって定着するかなと思うのですが。

大西：うちでも少しずつ病院でやってはいるのですが、みなさんどうしても治療、心理学の言葉で否認が働いてしまうんですよね。「まだ私は大丈夫。そんなことを計画される段階ではない」といった方が結構いらっしゃって、それがまず一つの壁かなと思います。緩和の先生がアドバンスドケアプランニングをしようと思っても、「いりません。私は化学療法をやります」というて拒否されるケースが結構まだあります。その前にまず全員が集まって真摯に考えようという土壌がまだないですね。

石谷：将来的な人生計画を立てるようなものですね。

大西：実はすごい大事なことなんです。いつかは再発したとしたら命は尽きるわけですから、あと何年か何をするかということなんです。でも最近分かったことなののですが、患者さんというのはセーフティシグナルが欲しいですよ。安全なシグナルが。それがやっぱり抗がん剤だったり、民間療法だったり、健康食品だったり。あれはセーフティシグナルなんです。アドバンスドケアプランニングはセーフティシグナルじゃないんです。私は最近、それが問題だと思っています。患者さんにとっていかにセーフティなシグナルが出るかどうか。出てないんです。そこで皆さんが飛びついちゃうのが化学療法。ダメだとわかっていても。あと民間療法にもものすごいお金を使い、そちらにはいくけど先生がおっしゃっているようなアドバンスドケアプランニングには参加しない。僕たちもそういうセーフティなシグナルがなきゃいけないんじゃないかなと最近思うようになりました。

大西：今の話を絡めるとケアをするなかで患者さんが安心感を得られるようなものがあれば。ただ先々を考えましょう、ではなく、それが安心感につながるというのが何かあるといいのですが。

石谷：具体的にはどんなことが考えられますか

大西：セーフティシグナルは誰かということ実は僕たち自身なんです。結局僕たちしかないんですよ。我々医療従事者があなたのサポート役になるということが伝わっていけばいいなと思いま

す。いまはどちらかというと、進めましょうとなっているけれども、じゃあどうやって進めるのとなると、形式的には進んでいますが、それではうまくいかないと思うんです。そのなかで誰かがガイドがいてくれる、セーフティシグナルがあれば進んでいくと思うのですが。

石谷：患者さんとのコミュニケーションという人間関係を作り上げることが非常に大事ですね。

大西：そこに尽きるのではないのでしょうか。それなしで計画を立てたら、いなくなっちゃう人の計画なんていないということになります。私達がセーフティシグナルになって患者さんたちに病気は大変かも知れないけど一緒にやっていこうよという、シグナルを我々が発せるようになればもっと進んでいくんじゃないかと、いま先生にご指導を受けて考えました。

なぜこんなことを考えるようになったかというと、患者さん達って実は化学療法が終わったあとにうつになることが多いんです。治療が終わると普通は入れしいじゃないですが。でも化学療法が終わって我々から、医療者から離れちゃうんです。そうすると家にいますよね。面倒見るようになって自分でやるようになると不安になってうつを発症する人が多いんです。セーフティシグナルが少なくなるから。だから僕は先生がおっしゃるケアプランニングが広がるには我々側がすべきだと思います。

誰かが最近言っていた、治療的自己という言葉勉強したんですが、治療的自己というのは「医の倫理を包含した概念であり、「医師の品格」。医師自身の人柄が患者の病を癒すことに影響する。身体面の診療では、薬、メスや高度器機、技術などが重要であるが、心理面の診療では、治療者自身の人柄が「治療の道具」として、重要な意味をもつ」となっています。まさに我々が試されているといっていると思います。

大西：結局、我々自身がその人達の薬にならないといけないかなと思います。それでプランを進めていくと安心した環境がベースにあってケアを進めていかなければならないのかなと、いま先生にお話を伺って思いました。

石谷：それだと日本でも進め具合はありますね。

大西：進められると思います。我々自身が事務的になったらその時点で破たんすると思うんです。やはり医療従事者のチームの人格自身が患者さんをそういう心も穏やかにするだろうし、

自分の人生を考える機会を作らうと思う。そこにわれわれ自身に求められるものが多いんじゃないかなと思います。

石谷：個人でそれぞれやるだけでなく、組織自体がそういうふうに進めるようなことを考えなければなりませんね。重要な示唆をいただきました。

安楽死と緩和的鎮静 (パリアティブセデーション)

石谷：がん患者の耐え難い苦痛に対して最後の手段(last resort)に安楽死と緩和的鎮静(持続的な深い鎮静)があるというのが通説です。しかし倫理学の領域で多くの疑義が湧いています。安楽死には、積極的安楽死と医師による自殺幫助が含まれます。現在ヨーロッパのベネルックス3国、スイスでは両者を、アメリカのオレゴン州始めワシントンなど5州では後者が法的に認められています。いずれも対象にはがん患者が多数を占め、その主因は“耐え難い(難治性の)苦痛”です。歴史的経緯などについては昨年の臨床死生学会で先生の座長のもと講演をさせていただきました。日本の緩和的鎮静の頻度は他の先進国に比べ非常に高く、その点に対し警鐘を発しました。ひとつには安楽死と緩和的鎮静は倫理的に異同の判定が困難であること、今ひとつは最近安楽死は慈悲殺との解釈になっていることです。

大西：何が「慈悲」なんですか？

石谷：森鴎外の「高瀬舟」の喜助が弟をやむなく殺す行為がよく安楽死の議論の例に出てきます。昨年ベルギーで安楽死の年齢制限を撤廃しました。つまり本人の自発的意思を問うていないのです。一方で医師による自殺幫助はあくまでも自殺であって本人の意思が基本です。

大西：日本だと安楽死は難しいですね。家族の文化ですからね。

石谷：安楽死と医師による自殺幫助の前提は“耐え難い苦痛”です。これま

でのべてきたように、緩和ケアが成熟、充実すればその前提は崩れるわけです。今回の対談は「がん患者のすべての苦痛からの解放は可能である」ということだと思います。つまり身体的な苦痛はある程度対処できる目途がついた。精神・心理・社会的苦痛も先生のお話しだと将来的には可能だということですね。そうすると安楽死を考える必要はないということになります。

大西：耐え難い苦痛は対処できますね。

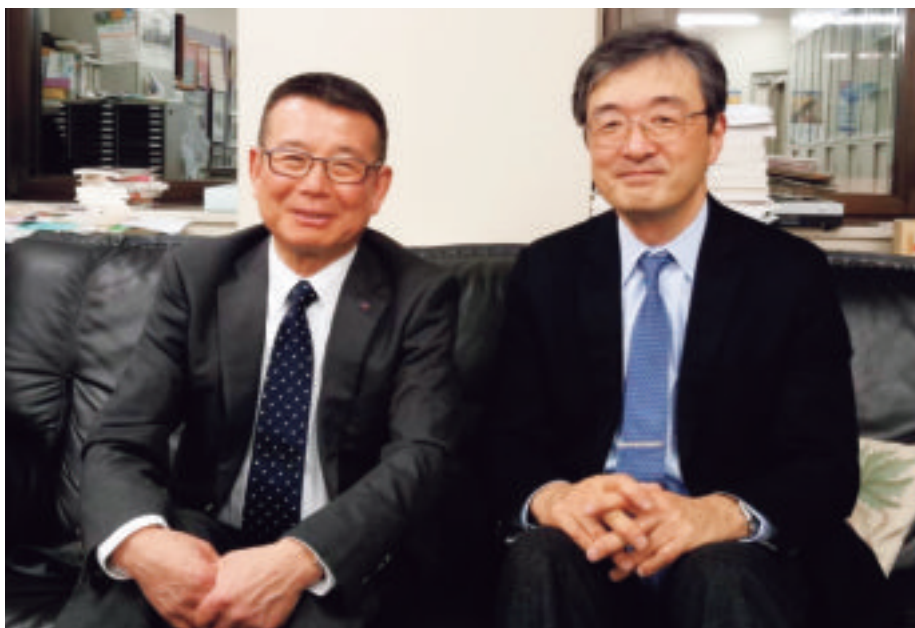
石谷：耐え難い苦痛の対処に向かって緩和ケア関係者は一層努力すべきだ、というのが今日の結論かなと思います。

もう1つの朗報は、American Society of Clinical Oncology(ASCO)で、昨年緩和ケアの分科会を創りました。毎年10月に開催されます。これまでも暫定的ですが、緩和ケアを併用するとQOLの向上と生存期間の延長が得られるというエビデンスのもとにガイドラインが出ていました。加えて分科会が出来たこと、これは大きな声でがん治療の専門の先生方に言ってほしいものです。

私たちはがんの緩和ケアはがん治療の一環と思っています。神経難病の緩和ケアの場合、神経難病に熟知した緩和ケア医であるべきです。がんの領域でいえばがん治療と一緒に緩和ケアを併用したほうが患者さんのためですよ、ということです。

大西：先生のおっしゃるとおりです。

石谷：そのようなわけでこの辺で対談を終わらせていただきます。



何故人間は戦争をするのか

Icahn School of Medicine at Mount Sinai, Tisch
Cancer Institute 血液学腫瘍学科教授

大沼 尚夫

毎年旧友に出す年賀の挨拶にアメリカから見た日本の断片を書き足すのを常としていますが、最近の日本からのニュースと言えば「アベノミクスを国民に問う」という名目の総選挙では細分裂している野党群は自由民主党に勝てず、自民党の圧勝、やがて消費税10%に上昇、政治機密法と集団防衛法確立、再軍備といった方向が目に見えてくるようです。

丁度それに歩調を合わせた様に日本人二人が過激的なイスラム国の捕虜となり、人身御供になってしまったかの様に亡くなってしまいましたが、このような事態がこれから何回も起こる様になったら日本政府は集団防衛法のもとで、どうやって日本の市民を助け出すことが出来るのでしょうか。活発な新しい世論が出てくることを、期待しております。

もう数ヶ月前になってしまいましたが、ニューヨークタイムズのポール・クルーグマン氏が「何故我々は戦争するのか」という社説を掲げておりました。昔の戦争は利益の為でした。ローマ帝国が小アジアに攻め入ったのも、スペインがペルーを占領したのもそれらの国々の金銀が目当てでした。零細な小国での市民戦争はダイヤモンドのような取り上げ易いものを狙うのが原因でした。日本の戦国時代も同じだったようです。ところが、近代の豊かな国家になると利益の為に戦争するのは大変難しくなってきました。その主な原因は戦争は非常に高価なものになったからです。第二次世界大戦で日本が負けてしまったのも消耗戦に負けてしまったのです。

こうしてみると、政治家は計算を知らないのでしょうか。そういえば、ブッシュ政権はその当時のイラクサダム政権を倒し新政府を作り上げる費用を50-60ビリオンドルと計算していました。しかし、アメリカはその後、イラク戦争に一兆ドル以上を使いましたが、まだイラクに平和が戻って来ていません。

政権に取って大事なものは費用よりも政治的利益なのです。ブッシュ氏が2004年再選されたのも「テロリストとの戦い」のおかげです。プーチン氏がウクライナに干渉して欧米の反感をかったのも、実はロシア経済の不振から国民の目を背かせるためだったと言う人がおります。こうしてみると、中国の経済ミラクルが終わりに近づくと、中国の政治家達はとうするのでしょうか。この答えが次第に見えて来そうです。

経済大国が大きな戦争を控えている反面宗教的



な過激組織のテロ行為が台頭してきたのが現実なのです。

実は、このクルーグマン氏の論説に878通の投書がありました。クルーグマン氏の論説は経済学的に見た戦争の原因ですが、投書した一人は生物学専攻らしく、戦争の原因は人間の本体であると説明しています。つまり我々は「捕食動物」であって、それは人の生体を見れば歴然としています。両眼は前方を見つめています。大きな頭脳と考える力、社会ネットワーク、すべてfighter(闘士)の性質をもっているではありませんか。もっと簡単に考えても、ひとつのペトリデッシュの両側に細菌を一個ずつ置いてみてください。どうなるか。両方の細菌は次第に増殖しそのうち両方が接近すると、その一方がやられるまでお互い攻め立てるでしょう。すなわち、戦争は生物の特性なのではないでしょうか。従って戦争は我々生きている限り起らざるを得ないものなのです。それならば、我々はどうすれば良いのか。第一は戦争をしている場所に近づかないことです。戦っているときの人間の性格は平和時と全く違います。勝手に危険な所に近づいて捕まったのは本人の責任とでも考えるべきでしょう。第二には国として戦争が不可避となっても負けると知っている戦いだけは絶対避けるべきでしょう。敗戦の悲惨さを日本人はもう十分に経験した筈です。

では、2015年もご多幸とご発展の年であることを祈ります。

Ref.: Krugman Paul. Why we fight wars. New York Times August 17, 2014.

声なき声を聴く

日本癌治療学会理事長
群馬大学医学系研究科病態腫瘍薬理学教授

西山 正彦

第Ⅱ期がん対策推進基本計画も3年目を迎え、がん対策推進協議会ではその中間評価とともに今後のがん対策についての検討が進んでいます。第47回協議会(平成26年3月)では、これまでの検討を整理し、従来のがん対策基本計画に明快な記載がなく、特に対策の推進が必要な事項として、患者の尊厳・価値観、ライフサイクルに応じたがん対策、社会保障・医療介護制度、医療経済、ICT(情報通信技術)、その他(障害者のがん対策・検診)の6つが追加項目の候補にあげられています。いずれも大変に重要な事項です。ただ、なにかを見落としているような気がしてなりません。

いまだ道半ばではありますが、これまでのがん対策により、がんを取り巻く環境は大きく変わ

りました。がん医療とその提供体制は、確実に改善していると思います。しかしながら、統計によると、第一期のがん対策推進基本計画の策定前、終了後で、患者さんの診療・治療内容に対する満足度に変化はありませんでした。がんの医療とケアは数段進歩し、制度・施設の整備も進んでいるのです。

最初から最後まで満足できるがん治療、その実現には、医療者がその場その場の要望に丁寧に耳を傾け、速やかに対応する

ことがまず求められます。わが国は超高齢社会となり、自分ひとりでは生活できない、治療を選べない、病気が理解できない、要望を伝えられない、といったがん患者さんは今後ますます増加します。母親がむずかる赤子の要求を上手に理解するように、医療者は、どのような患者さんの訴え、要求でも、適切に汲み取らねばなりません。こうした医療人が増加すれば、患者さんの満足度・医療の質は飛躍的に向上するはずです。国全体はおろか、現場でも、懸命の訴えを聴き取れない己の未熟さに忸怩たる思いです。一事が万事、わが国の最重要事項は、苦しむ人の「声なき声」が聴きとれる、そうした人材を増やす心と経験の人間教育なのかもしれません。



プラハの街を学会場に向かって颯爽と歩く

ビールの功罪

Yoshida Pediatrics院長
シリコンバレー・カリフォルニア

吉田 隆

初産婦の母親によく尋ねられる事の一つに、どんな食べ物や飲み物を取ったら乳がよく出るだろうかと言う質問がある。そんな時に一般的な答えであまり余計な心配をしないこと、昔からよく言われているおもち、おしろこ、お味噌汁などの水分の多い飲食物を沢山取ったら良いでしょう、と答える。ほかに妊娠中は禁じられているアルコールでも、出産後には少しばかりのビールを飲んでみて下さいと付け加える。母親(父親も)は狐につまされたように疑い深い顔をしまじですか?と聞きかえす。尤もなことだが之にはちゃんとした理由がある。もう40年くらい前にある英国の奇特定の研究者が、催乳作用の有るような飲み物を沢山試したところ、ビールが一番良いと言う結果となったと報告した。いまでも英国ではギネスビールが乳を沢山ださせる飲み物として勧められているとか。こんなことを説明した後に“しかしサッポロビールでなければ効かないよ”と半分冗談気味に言うのが落ちだが、これにも私流の理由がある。ビールが乳を沢山出させる要因はアルコールではなくてホップスではないかと考えられる。とするとほろ苦いホップスが比較的多く含まれているサッポロビールが一番良いだろうと勧める理由だ。母親の中には半信半疑の人もあるが、“ああ嬉しい”と喜ぶ人もいる。ビールを少し飲んで少々リラックス



シリコンバレーの自宅で作る料理(在米60年)

できおまけに乳の出が良くなるとすれば、之に越した事はないと思うのだがどうだろう?

ビールには今一つの物質が含まれている。グルテンと呼ばれるもので、麦類を原材料として作られるビールの中にはグルテンが混入している。このグルテンはなかなかの曲者で食欲をうんと増させる作用がある。ビール腹という言葉があるが、最近の調べによればビールだけを沢山飲んでも腹はそれ程膨れてこない。腹がでぶってくるのはビールと一緒につまみものを沢山食べるからということで、そうした食欲をどんどん進めるのがビール中に隠れているグルテンの仕業なのだ。ビール腹と言うよりグルテン腹と言った方が良い、と言う人さえいる。最近アメリカで大変肥満と2型糖尿病が問題となってきているが、その元凶は脂肪の取り過ぎよりはむしろ澱粉質[carbohydrate]、ことに麦類を材料とするパンやパスタなどの食べすぎが原因と考えられるようになってきた。言い換えればビールやパンに含まれているグルテンの仕業の為に沢山の糖質を食べる結果、肥満を生じてくるというわけだ。

最近自分はあまりビールをのまなくなった。特にビール腹を気にしている訳ではないが、ビールよりは赤ワインを好んで飲むようになってきた。フレンチパラドックスではないが、赤ワインを飲んでもそんなに太らないのがなによりだ。しかも赤ワインの中にはポリフェノールの一種であるレスベラトールが含まれているが、これはアンチオキシダントの作用があるので不老長寿に良いとばかり勝手な言い訳をつくりながら、毎晩夕食の時に適量楽しんでいる。ビールの功罪を考えるとやはり年老いてはビールよりは赤ワインの方が良さそうだ。



ヨーロッパに遊ぶ(恵子夫人と)

たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約

FCTCが発効して 10年に思うこと

大阪府立成人病センターがん予防情報センター顧問
日本禁煙推進医師歯科医師連盟会長

大島 明



喫煙はがんの、予防しうる単一で最大のリスクファクターである。「たばこの消費及びたばこの煙にさらされることが健康、社会、環境及び経済に及ぼす破壊的な影響から現在及び将来の世代を保護すること」を目的とする「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」(FCTC)を、日本はいち早く2004年6月に批准して締約国の一員となった。しかし、2005年2月27日に発効したFCTCの日本政府による履行状況は、2006年度の禁煙治療への保険適用、2010年10月のたばこ税・価格の大幅値上げ以外は見るべきものはない。

平成25年国民健康栄養調査報告から喫煙率の推移をみると、2010年10月のたばこ税・価格の大幅引き上げを受けて喫煙率は一時的に大きく減少したが、その後はほぼ不変である。

たばこ税・価格の引き上げが喫煙率を減少させる最も効果的で効率的な手段であることは、多くの国での経験から明らかにされているし、日本でも2010年に経験したところである。しかも、たばこ税の引き上げは、普及啓発など他の手段と異

なり、社会経済的に厳しい状況にある喫煙者の禁煙に大きな効果を有する。

たばこ税が一定のもとでは、喫煙率が減少すればたばこ税収もたばこ売上も減少するので、財務省やたばこ業界はたばこ税と価格の引き上げに前向きとなる。この点で、2010年から2013年にかけての喫煙率の停滞という事実を、私たちは厳しく受け止めなければならない。FCTC第6条(たばこの需要を減少させるための価格及び課税に関する措置)と第6条履行のためのガイドラインに沿って、国民の健康のため、たばこ税の継続的な大幅引き上げを政府・国会に働きかけるとともに、保健医療専門職が日常の診療や検診・健診の場で接する喫煙者に対してもしっかり禁煙を働きかけることによって、喫煙率の減少→たばこ税の引き上げ→喫煙率のさらなる減少→たばこ税のさらなる引き上げという好循環が廻りだすよう努力しなければならないと、改めて決意した次第である。

14



タバコの税金を上げれば病気も死亡も減る

第3回「健康寿命をのばそう！アワード」を受賞！

■ このたび、厚生労働省が主催する第3回「健康寿命をのばそう！アワード」において、日本禁煙推進医師歯科医師連盟のe ラーニングを用いた禁煙治療・支援のための指導者トレーニング事業が健康局長優良賞を受賞しました。

優良賞

Japan Smoking cessation Training Outreach Project

このたびは、厚生労働省が主催する第3回「健康寿命をのばそう！アワード」において、日本禁煙推進医師歯科医師連盟のe ラーニングを用いた禁煙治療・支援のための指導者トレーニング事業が健康局長優良賞を受賞しました。

受賞者：日本禁煙推進医師歯科医師連盟

受賞理由：禁煙治療・支援のための指導者トレーニング事業が健康局長優良賞を受賞しました。

受賞者：日本禁煙推進医師歯科医師連盟

受賞理由：禁煙治療・支援のための指導者トレーニング事業が健康局長優良賞を受賞しました。

2014年11月18日アワード受賞

学会のミッション

株式会社アネロファーマ・サイエンス取締役

山田 雄次

アメリカでは近年がんの罹患数・死亡数の減少が続いている。10万人当たりのがん死亡率は、1991年の215.1が2011年には168.7と22%も減少した。がんサバイバーも人口の4%を超え、20年前の倍になっている。国を挙げての禁煙の成果が出てきたのだろうか。

一方では、国民の三分の一が肥満とされ、健康とは言い難い食生活の問題が指摘されている。日本では2014年の推定の罹患数は十年前の1.36倍、死亡数は四年前の1.07倍とどちらも増加している。日本とアメリカでは診断・治療面で大きな違いが無いにかかわらず、なぜだろう。いろいろな理由が考えられるだろうが、「すべては患者のために」というミッションの在り方の差異ではないだろうか、と感じる。

アメリカはNCIが統括するCommunity Cancer Centers Program (CCCP) により、がん研究の推進と新しい治療法の普及を進めている。ある病院では、このProgramに参加が認められる2006年までの臨床治験参加率は3～5% (当時のアメリカの平均程度)であったが、参加してわずか4年後には30%以上となった。これは政府の強いサポートによる施設側の治験体制を含めた診療設備の改善・充実および医師の認識の変化によるが、それに伴い国が支援している専門施設である、との患者の意識の変化も大きな要因とされている。この病院に限らず全ての病院・施設について、特長・診療分野と体制・実施している治験・医師や診療チームなどを詳細にインターネットから情報を得ることができる。CCCPの参加施設になったことは、病院にとっては患者にアピールできる大きなイベントであろう。そして治験参加率の増大は、患者の治療に対する主体的・前向きな姿勢の変化であり、それに応

え得た医師・施設の結果であろう。日本のがん診療連携拠点病院はCCCPと類似した制度であるが、残念ながら同じ話はあまり聞かない。

アメリカのがん関連の学会では、がん患者の参加を支援するための催しやプログラムも非常に多いため、患者や患者団体からの参加者も多い。大きな学会では、臨床医や基礎研究者の臨床や基礎の報告のみならず、FDAやNCIの政府関係機関による政策や方針、企業からの新薬など多岐に渡るが、専門的な内容であっても、患者支援プログラムにより分かり易くレクチャーされ理解を高めることができる。患者にとっては、自分のおかれた状況の把握・委ねるべき新しい治療法や薬剤の情報を得ることは最も重要なことであるが、産学官が一丸となって総力でがんを闘う姿勢を、そして、「すべては患者のために」という学会のミッションを感じ取ることができるのではないだろうか。薬剤開発には基礎研究者や臨床医と企業という異分野の情報交換が必要となる。新薬開発は新しい治療法の開発に他ならず、患者に良い治療法を提供するという同じ土俵で叩き上げ磨き上げることが創薬を具現化するプロセスで必須である。私のような現在に至るまで民間企業で抗癌剤の研究開発に従事している者にとって、その点で日本の学会の在り方に物足りなさを感じる。



巴徳年先生(左)は北京の中国医学科学院の院長の職を辞したのち、杭州にある浙江大学の医学院院長に就任。恩師の(公財)札幌がんセミナー理事長の小林博先生(中央)と私(右)が巴先生を杭州に訪ねたとき巴先生は自分の院長席に小林先生に座っていただきたいと懇願した。

がん登録法法制化に寄せて

— 米国の場合 —

地域がん登録全国協議会名誉会員

花井 彩

知られているように、米国では連邦議会が1992年にがん登録修正法を可決している。

大阪万博が開催された1970年、大阪府職員海外研修プログラムにより米国を初めて訪れ、対がん活動の中のがん登録を学ぶため3ヶ月を過ごした。

その後、1985年に日米がん協力研究プログラムにより、調査、疫学、遠隔成績[The Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER)]プログラムを1ヶ月間訪問し、スタッフの活動をつぶさに見る機会を得た。SEERは、NCIが1973年に、精度の高い地域登録に参加を求めて発足した継続プロジェクトである。収集データの精度維持が大きな主題であった。診療情報では、病院査察を定期的に実施し、自ら一定割合につき診療録から登録データを採録し、メンバーの地域登録から正規ルートで提出されたデータと比較し、結果をSEERの定例研究会で公表していた。他方で、医療情報コード化の水準を保持するため、進行度マニュアル、病理学コード表、個人研修用マニュアルシリーズ等を、専門医学会との合同委員会で開発し、病院登録室へ普及を図った。これら資料は米国国内のみならず、各国のがん登録の利用に供された。

予後情報では、先ず毎年病院が院内全診療データの点検とホームドクター及び家族への調査によって患者の生死の把握に努め、その後州がん登録で州の全死亡データと照合して死因等の情報を得る。さらに、転居、コードミス等による情報の把握漏れを防ぐため生死不詳者リストを受けて、SEERで、

全国の全死亡データ、社会保険交付リスト、運転免許更新リスト等国のデータとの照合を実施した。これら生死情報を追跡する作業はSEER方式と呼ばれた。同方式に基づく生存率値と、全死亡データとのレコードリンケイジを実施した段階で非合致例を仮に生存とし、生死不詳例を仮に0とした場合の生存率値との差は、後者を利用する場合のがん医療等の評価指標としての生存率の信頼性を小さくするとされる。

データ利用では、SEERは1973年以降毎年、新しい疫学知見を国及び学会等に報告すると共に、地域、人種別罹患率、生存率等統計結果を報告書「SEER Cancer Statistics Review」及び「Annual Report to the Nation」シリーズとして公表刊行している。

非SEERメンバーの登録室は、SEERへの参加を目指して、その基準を迅速に取り入れたため、全国のがん登録の質的精度向上をもたらした。また共通の討議等の場を求めてアメリカ中央がん登録協議会(AACCR)が結成された(後にカナダ諸州が参加し北米中央がん登録協議会(NAACCR)となった)。協議会は精度管理、データ利用について実績を重ね、やがて対がん協会と共に連邦議会へ立法化の働きかけを進めて、1992年に議員立法としてがん登録修正法が成立した。なお、わが国では、この年、地域がん登録全国協議会が第1回総会を開催した。

SEERプログラムは、米国のがんとがん医療につき実態と変化を明らかにすると共に、技術的に米国の地域がん登録の発展を促し、がん登録法の制定に貢献したと考える。連邦法の法文中に、NCIによるSEERプログラムの活動は今後も適切に守られることが明記されていた。たとえ連邦法が成立しても、全ての州がん登録の精度達成には長い年月を必要とする。同プログラムは、現在、精度水準を満たすに至った地域登録の参加により、全米人口の28%をカバーし、SEER方式による高精度の罹患率、生存率を以って国に貢献している。

今後のわが国にとって、地域がん登録は、がんとがん医療・対策の評価に止まらず、福島原発事故の健康被害の追跡、

全国で印刷作業者に発症した膵胆管がん、粉塵被害等新しい環境汚染がもたらす健康被害他を検証する重要なツールとなるものと考え。2016年1月にはがん登録推進法が施行されるが、活用を含め、我が国地域がん登録の今後の発展を祈りたい。



SEERスタッフ、会議に出席(飛行場で) 左からMrs Percy、Prof. Young



左からMrs Percy、Dr Parkin 右端Prof. Young



中央筆者

ビールを飲んで がんを予防する?!

北海道医療大学歯学部
生体機能・病態学系臨床口腔病理学分野教授

安彦 善裕

「とりあえずビール!」とは、Wikipediaでも、宴会の席で見られる慣用句と紹介されている様に、日本人のお酒を飲む際の儀式の一つであろう。私もかつては「とりあえずビール!」を発していた一人であるが、ここ数年、味にも香りにもパンチがある国内外の地ビールに魅せられ、最初から最後までビールで通すことも多く、私にとってビールは「とりあえず」のものではなくなった。そもそも、世界的には5000年も前のメソポタミア時代からつくられ、国内で150年もの歴史があるビールに「とりあえず」とは、全く失礼なことである。ビールの奥深さを知ってしまい、勉強のために資格までとり、かつては変わったビールの代表格ともいわれたベルギービールを飲み、わざわざベルギーにまで出かけてしまった。

ビールばかり飲んでいううちに、自分の中で言い訳を探し始めていた。「飲み過ぎると身体を壊

すよ!」と言われることに対して、「ビールは身体に良い!」という生物学的、医学的な根拠をみつけることである。過度の飲酒が、様々な臓器のがん発症のリスク因子であることは広く知られている。それでも、適量なら身体

にいいことがたくさんあるに違いないと、PubMedで「ビールは身体に良い!」論文を探し出し、雑誌の連載で紹介し1年半が経過する。そもそもビールはワインにつぐ高ポリフェノール飲料であることから、適量が循環器系疾患の予防に働く報告はたくさんある。数は少ないが、がんに対して抑制的な作用を示す報告もあり、その代表例が、ビール成分のホップに由来するキサントフォームによる抗腫瘍作用である。主に培養細胞や動物実験の結果ではあるが、乳がん、膠芽細胞腫、前立腺がん、卵巣がん、甲状腺がん、リンパ性白血病などでの効果が報告されている。

「ビールは身体に良い!」論文を探していたら、益々ビールが好きになり、すっかり「適量」という言葉はどこかに飛んでしまっている。「適量」とは

1日ビール大瓶1本程度とされており、私にとってはやや迷惑な基準ではあるが、いつまでも無視する訳にもいかないだろう。「言い訳探し」の文献検索から「戒め探し」の文献検索も必要なのかもしれない。



The 34th Sapporo International Cancer Symposium

Discovering Cancer Biomarkers,
Molecular Targets and Therapeutics through Integrative Omics

June 25^{Thu} - 27^{Sat}, 2015

[Venue] **Royton Sapporo**

North 1, West 11, Chuo-ku, Sapporo 060-0001, Japan
<http://www.daiwaresort.jp/en/royton/index.html/>

[Chairperson] **Johji Inazawa**

Tokyo Medical and Dental University

[Organizer] **Sapporo Cancer Seminar Foundation**

PROGRAM

June 25, Thursday

Registration 17:00
Welcome Reception 18:00-19:30

June 26, Friday

Welcome Remarks/Opening Remarks 9:00-9:15

[Session 1] NGS Analysis 9:15-10:35

Hidewaki Nakagawa, RIKEN-IMS, Japan

Jun Wang, BGI, China

Tatsuhiro Shibata, The University of Tokyo, Japan

----- Coffee Break -----

[Special Lecture] OncolmmunoGenomics 11:10-11:50

Yusuke Nakamura, The University of Chicago, USA

[Luncheon Seminar] 11:50-12:50

[Session 2] Breast Cancer and Gynecologic Oncology 12:50-13:40

Yong-Sang Song, Seoul National University Hospital, Korea

Toyomasa Katagiri, Tokushima University, Japan

[Session 3] Cancer Prevention 13:40-15:00

Young-Joon Surh, Seoul National University, Korea

Toshiyuki Sakai, Kyoto Prefectural University of Medicine, Japan

Hye-Kyung Na, Sungshin Women's University, Korea

----- Coffee Break -----

[Session 4] Cancer Epidemiology/Cancer Genomics
(The 29th Cancer Genomics Seminar)

Part 1 15:30-16:10

Keitaro Matsuo, Kyusyu University, Japan

Kevin Y. Urayama, Tokyo Medical and Dental University, Japan

Part 2 16:10-16:50

Hiroyuki Aburatani, The University of Tokyo, Japan

Shumpei Ishikawa, Tokyo Medical and Dental University, Japan

[Session 5] Cancer Epigenetics/Cancer Signaling 16:50-18:10

Seong-Jin Kim, CHA Cancer Institute, CHA University of Medicine and Science, Korea

Yutaka Kondo, Nagoya City University, Japan

Angela H. Ting, Cleveland Clinic, Genomic Medicine Institute, USA

Banquet 18:40-20:40

June 27, Saturday

[Session 6] Liquid Biopsy 10:00-11:00

Takahiro Ochiya, National Cancer Center Research Institute, Japan

Nickolas Papadopoulos, Johns Hopkins Medical Institutes, USA

[Session 7] Genome Informatics/System Biology 11:00-12:00

Satoru Miyano, The University of Tokyo, Japan

Olli-Pekka Kallioniemi, Institute for Molecular Medicine Finland (FIMM), University of Helsinki, Finland

Closing Remarks 12:00-12:10

Pre-registration

[Participation fee] **12,000 yen**

Pre-registration is required if you would like to participate in the Symposium.
Please fill out "Application Form" completely and send it to the Congress
Secretariat via e-mail (scs2015@congre.co.jp) or fax (03-5216-5552).

"Application Form" can be downloaded from the URL below.

<http://scsf.info/>

We close registration when applicants reach the limit.

Chairperson's
Office

Bioresource Research Center;
Department of Molecular Cytogenetics, Medical Research Institute;
Tokyo Medical and Dental University
1-5-45 Yushima, Bunkyo-ku, Tokyo 113-8510, Japan

Secretariat

c/o Congress Corporation
Kohsai-kaikan Bldg., 5-1 Kojimachi, Chiyoda-ku, Tokyo 102-8481, Japan
Phone: +81-3-5216-5318 / Fax: +81-3-5216-5552 / E-mail: scs2015@congre.co.jp

第34回札幌国際がんシンポジウム

テーマ：統合オミクスによるがんバイオマーカー、分子標的、治療法の発見

期 日：平成27年6月25日(木)～27日(土)

会 場：ロイトン札幌（札幌市中央区）

代表世話人：稲澤譲治氏（東京医科歯科大学難治疾患研究所 ゲノム応用医学研究部門(分子細胞遺伝)教授）

PROGRAM

June 25, Thursday

17:00 -

Registration

18:00 - 19:30

Welcoming remarks

Johji Inazawa, Tokyo Medical and Dental University, Japan

Welcome Reception

June 26, Friday

9:00 - 9:10

Opening remarks

Organizing committee member,

Johji Inazawa, Tokyo Medical and Dental Univ (TMDU), Japan

Session 1: NGS analysis

Chairpersons: Satoru Miyano, IMS, U-Tokyo, Japan

Hiroyuki Aburatani, U-Tokyo, Japan

9:10 - 9:30

Hidewaki Nakagawa, RIKEN, Japan

9:30 - 10:10

Jun Wang, BGI, China

10:10 - 10:40

Tatsuhiko Shibata, National Cancer Center, Japan

Coffee Break

Special Lecture: Immuno Genomics

Chairperson: Noriyuki Sato, Sapporo Med Univ, Japan

11:10 - 11:50

Yusuke Nakamura, Chicago Univ, USA

11:50 - 12:40

Luncheon Seminar sponsored by Illumina

Session 2: Breast Cancer and Gynecologic Oncology

Chairpersons: Yoshio Miki, TMDU, Japan

Issei Imoto, Univ Tokushima, Japan

12:50 - 13:20

Yong-Sang Song, Seoul National Univ, Korea

13:20 - 13:40

Toyomasa Katagiri, Univ Tokushima, Japan

Session 3: Cancer Prevention

Chairperson: Yataro Daigo, Shiga Univ/IMS, U-Tokyo, Japan

Wataru Yasui, Hiroshima Univ, Japan

13:40 - 14:10

Young-Joo Surth, Seoul National Univ, Korea

14:10 - 14:30

Toshiyuki Sakai, Kyoto Prefectural Univ Med (KPUM), Japan

14:30 - 15:00

Hye-Kyung Na, Sungshin Women's Univ, Korea

Coffee Break

Session 4: Cancer Epidemiology/ Cancer Genomics

(The 29th Cancer Genomics Seminar)

Opening remarks for this session: Johji Inazawa (TMDU)

[Part 1]

Chairpersons: Takanori Teshima, Hokkaido Univ, Japan

Tatsuhiko Shibata, NCC/ IMS, U-Tokyo, Japan

15:30 - 15:50

Keitaro Matsuo, Kyushu Univ, Japan

15:50 - 16:10

Kevin Urayama, Tokyo Medical Dental University, Japan

[Part 2]

Chairpersons: Takahiro Ochiya, National Cancer Center, Japan

Takashi Tokino, Sapporo Med Univ, Japan

16:10 - 16:30

Hiroyuki Aburatani, U-Tokyo, Japan

16:30 - 16:50

Shumpei Ishikawa, TMDU, Japan

Session 5: Cancer Epigenetics/ Cancer Signaling

Chairpersons: Shinya Tanaka, Hokkaido Univ, Japan

Hiromu Suzuki, Sapporo Med Univ, Japan

16:50 - 17:20

Seong-Jin Kim, CHA Univ, Korea

17:20 - 17:40

Yutaka Kondo, Nagoya City Univ, Japan

17:40 - 18:10

Angela H Ting, Cleveland Clinic GMI, USA

18:40 - 20:40

Banquet: emcee, Kevin Urayama, TMDU, Japan

Welcoming Remarks: Hiroshi Kobayashi, Sapporo Cancer Seminar Foundation, Japan

June 27, Saturday

Session 6: Liquid Biopsy

Chairperson: Naoyuki Taniguchi, RIKEN, Japan

Koichi Matsuda, IMS, U-Tokyo, Japan

10:00 - 10:20

Takahiro Ochiya, National Cancer Center, Japan

10:20 - 11:00

Nickolas Papadopoulos, Johns Hopkins Univ, USA

Session 7: Genome Informatics/ System Biology:

Chairperson: Daisuke Aoki, Keio Univ, Japan

Tatsuhiko Tsunoda, RIKEN, Japan

11:00 - 11:20

Satoru Miyano, IMS, U-Tokyo, Japan

11:20 - 12:00

Olli Kallioniemi, FIMM Inst Mol Med Finland, Finland

Co-organized session by Japan-Finland Cooperative Research Project

12:00 - 12:10

Closing Remarks

Johji Inazawa, TMDU, Japan



第29回 札幌冬季がんセミナー いまがんを考える2015

—がん薬物療法の最前線・
今後の医療の方向と対策—

平成27年2月7・8日

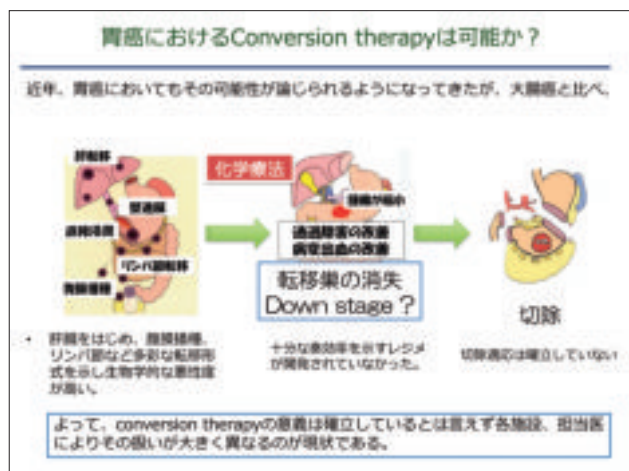


第29回札幌冬季がんセミナーにおける演者ならびに座長の方々の表情です。
お名前は省略。

第29回札幌冬季がんセミナー（2015）は、2015年2月7日、8日の2日間にわたり開催されました。第一日目はがんの薬物療法の最前線がテーマであり、進行期のがんを如何に治療するのかに焦点が当てられていました。

進行胃癌に対する集学的治療の進歩 —DCS療法によるconversion therapyの可能性

最初に、佐藤康史先生（札幌医科大学腫瘍・血液内科科学講座）が、ステージIVで根治切除術の適応とならない胃癌患者に対して、術前化学療法にて根治切除を可能にするconversion therapyの可能性について発表しました。図に示したような、胃癌におけるconversion therapyの可能性が検討されました。その結果、100名のステージIV胃癌患者に対する術前化学療法を試み、33%の患者で化学療法後の切除術が可能となり、R0切除が88%とconversion therapyの可能性が示されました。特



にHer2陽性胃癌の場合には、DCS+ハーセプチンによって16例中9例で切除術が可能となり、切除術の適応外となると5年生存率が5%以下となる胃癌患者でも、術前化学療法によって切除術が適応となる例があります。

切除不能・再発進行大腸がんの薬物療法

次に、吉野孝之先生（国立がん研究センター東病院）が、大腸がんに対する新しい薬剤の効果を発表しました。TAS-102(商品名:ロンサーフ)は2014年に日本で世界に先駆けて承認された抗がん剤で、チミジンアナログであるトリフルリジンとチピタシル塩酸塩の合剤で、DNAに取り込まれることによってがん細胞のアポトーシスを誘導するという新しいメカニズムの薬剤です。発表の中では、今後他の薬剤との多剤併用療法の効果が期待されることが強調されました。



骨髄線維症—JAK2阻害薬を中心に

3番目は、小松則夫先生（順天堂大学内科学血液学講座）が、骨髄線維症に対する分子標的療法薬の効果を発表しました。骨髄線維症には、JAK2遺伝子異常、MPL遺伝子変異、CALR遺伝子変異などが見つかってきました。これらの遺伝子変異は、最終的にはJAK2/STAT5シグナル伝達系を活性化し、細胞の異常増殖をもたらすと考えられています。JAK2阻害剤を用いることによって、脾腫の軽減、全身状態の改善を図れるばかりでなく、一部の症例では骨髄の線維化自体が改善します。



なの花畑をこえて北大ポプラ並木をのぞむ

骨髄増殖性腫瘍における遺伝子変異

JAK2遺伝子変異：V617F、Exon12

MPL 遺伝子変異：W515K/L

CALR 遺伝子変異：Del52, Ins5

これらの変異は JAK/STAT5
シグナル伝達系を活性化する

軟部肉腫に対する新規分子標的薬 Pazopanibについて

次に平賀博明先生(北海道がんセンター腫瘍整形外科)が、Pazopanibを紹介しました。軟部肉腫進行例に対する有効な治療薬が少ないことから、新しい薬剤の出現が期待されてきました。Pazopanibは、VEGFR、PDGFR、c-kitなどの受容体型チロシンキナーゼを阻害する分子標的治療薬であり、国際第三相試験であるPALLET studyにてコントロールの無増悪生存期間中央値1.5ヶ月がPazopanibにより約3ヶ月伸びたことから承認されました。高血圧、下痢、蛋白尿などの非血液毒性に対するきめの細かい対応が必要ですが、治療選択肢の少ない軟部肉腫においては今後の展開が期待されます。



肺がん化学療法の進歩と 分子標的薬の役割

次に山本信之先生(和歌山県立医科大学大内科学第三講座)が、ドライバー遺伝子変異の判明した肺がんに対する分子標的治療薬の効果を紹介しました。肺がんの死亡数や罹患数が増加する中で、ステージIV肺がんに対する治療効果は満足できるものではあ



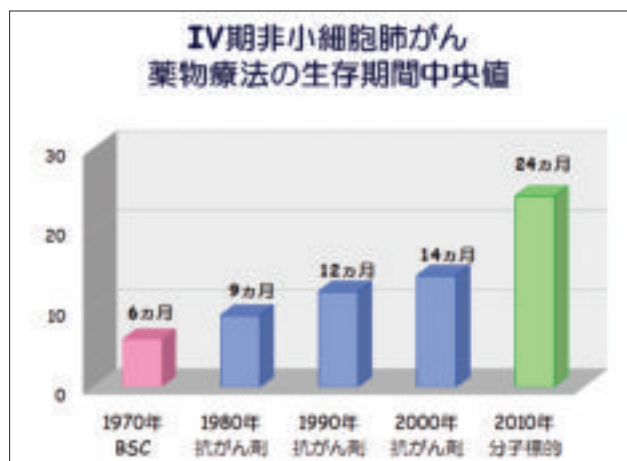
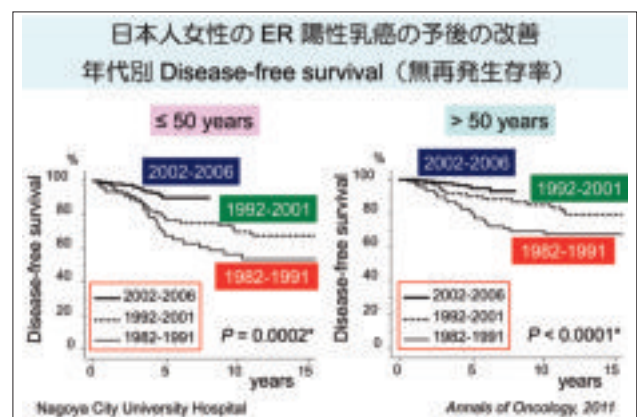
りません。しかし、最近になってALK遺伝子転座陽性肺がんなど、がん化責任遺伝子が判明した肺がんが見つかりつつあり、分子標的治療薬の良好な成績も報告されつつあります。ただ、大きな課題は、耐性細胞の出現によって治癒には至らないということがあげられます。

乳がんの生物学的特性と宿主要因

最後に山下啓子先生(北海道大学乳腺外科)が、エストロゲン依存性乳がんに対する治療効果を紹介しました。乳がんは、ここ20年間で約3倍に増加しています。その大部分が、エストロゲン依存性乳がんの増加であります。LHRHアゴニスト、アロマターゼ阻害剤、タモキシフェンによる治療の進歩によって、著明な予後の改善が見られています。



以上1日目の講演内容を振り返ってみました。が、一步一步着実に薬物療法の効果が得られつつあることが実感できる内容であり、今後の改善すべき点なども明らかになり、大きな進歩が得られるものと期待されました。



今後の医療行政の展望

厚生労働省医政局局長

二川 一男



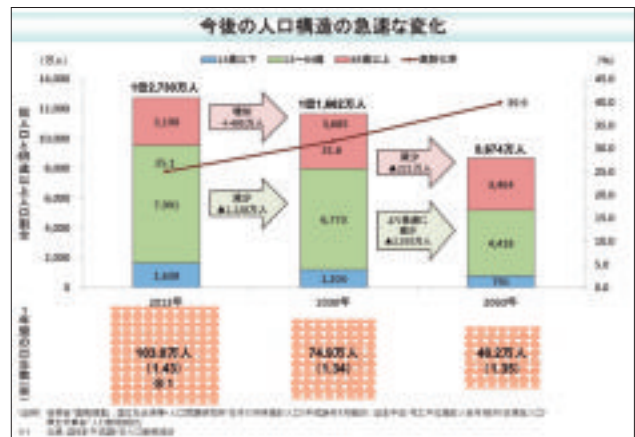
今後の社会構成がどうなるのかの予測をしてみると、年によっては毎年100万人ずつ減る計算になります。それをまとめたのが3ページの図です。要するに人口全体も減っていくし、高齢化率も高くなっていくというものです。

高齢化率を見ますと、2060年は65歳以上を高齢者と呼んでいますが、ほぼ4割が高齢者になります。高齢者に対する医療費をはじめとして国保に対する支援とかもろもろで11兆円と医療の方が増えてきています。

今後医療の方はどうかというと、高齢化に伴いまして、医療の必要な方が増えてくる。それからいろんな新しい薬、医療技術などいろんなものが開発されてくる。これは大変すばらしいことですが、費用が掛かる医療が増えてくる。

病床数をどうするかということに関しても、もう少しきめ細かく見ていく必要があるんじゃないかということ

で、地域医療構想を平成27年度の4月から各都道府県で作っていくことになります。急性期の機能を担うところ、回復期の機能を担うところ、慢性期の機能を担うところ、高度急性期、ICUというところの4つくらいの機能を見て、各機能の病床がそれぞれきちっとあるのか見ていきませんと、全体として病床があれば大丈夫だというわけにはいかないということです。地域の病床の実情をもっときめ細かく見ていく必要があるかと思っています。



がん診療に関する医療政策の今後の方向性

慶應義塾大学法務研究科・医学部外科教授(兼任)
自民党参議院議員

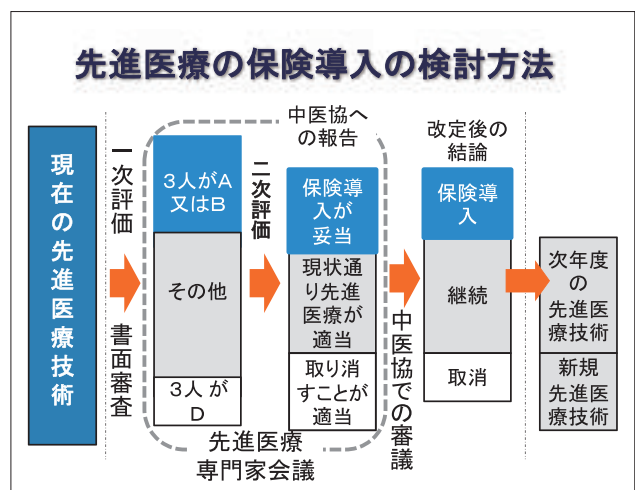
古川 俊治



健康寿命というのは医療、介護を受けずに自立している期間ということですが、平均寿命との差が男性でおよそ9年、女性で12.5年ということで、この差を短くするというのが政策の一番の課題と考えられます。医療費に関する研究からみると、終末期医療が高額とはならないようにすること、それから介護の予防、これが非常に大事になると思います。今後、認知症とがんだけはなかなかコントロールできないと考えられます。今後はこの2つが問題になってきます。

がんの診療においては、高額な医療技術、医療機器、医薬品等々含めて、分子標的薬、あるいは再生医療、あるいは私のやっているダヴィンチの手術などの先進医療が保険財政を逼迫しております。そういう状況下で、これからの新規医療技術の保険適応には有効性、安全性、普及性とともに経済性を求める必要があると思います。一方、先進医療を保険適

応に取り入れていく際に、経済性を考慮しすぎると、高額な新技術が日本で開発されない、販売されないといった事態が起こりかねません。ですから、保険外併用療法でもうしばらく開発価格に見合った自己負担を払っていただいたほうがいいのではないかとこの考え方もありえます。これから新たなものを保険診療に入れていくかどうかというのは、なるべく患者さんのアクセスを早くしていくとともに、保険診療を守っていく必要があると思っています。



今後の医療政策について

自民党参議院議員/日本医師会参与

羽生田 俊



今回は、平成26年3月に日本医師会のがん対策推進委員会から出されました「わが国におけるがん対策の諸問題とその解決のための方策」の答申を中心にお話します。

第1にがん検診の受診率の向上。これは国策としていままでやって来たけれども十分行き届いていないということで、この検診体制の確立、いまのままでいいのか、他にいい方法があるのではないかとということ国と一緒に考えていかなければなりません。2番目は児童生徒。学校教育のなかで「がんとは何か」ということを教育していくということが将来的にはがん検診率の向上にもつながってくるし、大きな課題です。3つ目には、がん登録。これは国、都道府県、市町村などの行政機関のみならず、医師会や研究者をはじめ関係する方々が一緒になってしっかりと推進し、利用促進をしていかなければなりません。4つ目

には、国のがん対策事業をより充実させることが非常に必要であり、このなかに医師会がどういう機能を果たしていくべきかということを提言しています。1つは、生涯教育として在宅医療であるとか緩和ケアのカリキュラムを充実させていくということが必要であるということ。2つ目には産業保健として就労に対するサポート体制を作っていくこと。3つ目は、学校医が学校でがんとは何かをしっかりと教育していくこと。といったことを提言しました。

がん対策推進委員会 提言

1. がん検診の受診率向上については、現行方法ではこれ以上の向上が困難であり、国策(国の責務)としての検診体制確立が早急に求められる。
2. 児童生徒(学校教育)からのがん教育を含めて、国民自らががん予防により、利益を享受できるという意識を醸成すべきである。
3. がん登録データは、国、都道府県、市町村の行政機関のみならず、医師会、研究者をはじめとする関係者のすべてで利用促進されるべきである。
4. 国のがん対策事業をより充実させるために、医師会機能の積極的な活用として以下の推進を図る。
 - ①生涯教育として、かかりつけ医による在宅医療、緩和ケアカリキュラムの充実
 - ②産業保健として、就労に対する日医認定産業医による医学的サポート
 - ③かかりつけ医、学校医による地域や学校におけるがん教育の充実
5. 小児・AYA世代(adolescents and young adults、思春期・若年成人)のがんについて、医師会員への理解を深める施策を推進すべきである。

National Databaseから見る全国の癌治療の状況

東北大学大学院医学系研究科
社会医学講座医療管理学分野教授

藤森 研司

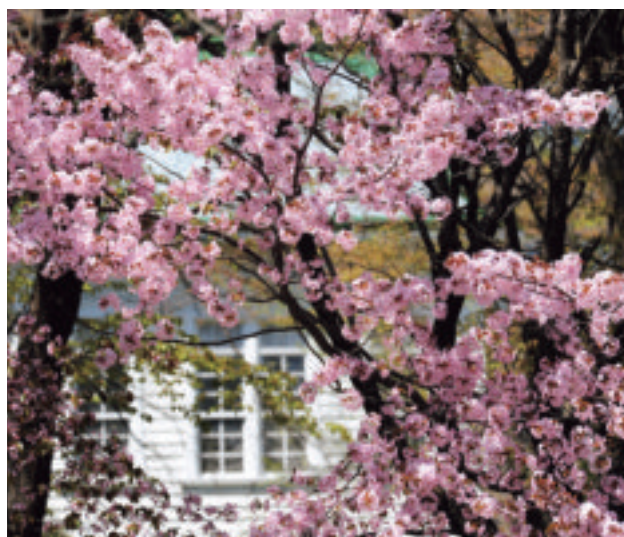


本日は、National Databaseという国がいま持っているレセプトの全数集積されたデータベースから分析しまして、全国のがんの治療の状況がどのように見えるのかということをお話したいと思っております。

今後の医療体制のあり方を考えるときには、議論のために医療の見える化ということをやっていかなければならないということです。データなしに議論をしますと声の大きいもの勝ちということになってしまいますので、データから各医療機関がどういう患者さんを診ているのか、どんな患者さんにどんな診療を行っているのか。こういったことを踏まえて医療計画を作っていくということが重要になって参ります。

例えば、National Databaseから、大腸がんの開腹・腹腔鏡手術では北日本から東日本にかけて、北海道も非常に頑張っていると思います。内視鏡系になりますと、こんどはむしろ大阪から和歌山県にかけて多い

ということで不思議な動向を示したりしております。大腸の内視鏡手術は少し差がありまして、一番多いのが奈良県なんです。奈良県が一番多くて220位ですから非常に内視鏡の大腸の手術が多い。一方、一番少ないのは新潟あたりですけれども40位しかありませんので、実に5倍ほど差があるということで、こんなに差があってもいいものなのかという議論をしていかなければいけないと思います。



北大構内のサクラ

北海道医師会・札幌がんセミナー

市民のための がん特別セミナー 2015

3/28(土)

第1回 13:00-14:20

人生いろいろ
がんもいろいろ(公財)札幌がんセミナー理事長
小林 博

第2回 14:30-15:50

がんの早期発見に
どんな意味が
あるのか?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
浅香 正博

4/4(土)

第3回 13:00-14:20

抗がん剤は
どれだけ
効くのか?KKR札幌医療センター
がん医療部内科学療法センター長
辻 晴

第4回 14:30-15:50

免疫療法は
どこまで期待して
いいのか?札幌医科大学医学部
病理学第一講座准教授
鳥越 俊彦

4/11(土)

第5回 13:00-14:20

がんを治療せず
に放置したら
どうなるのか?日本医科大学武蔵小杉病院
腫瘍内科教授
勝俣 龍之

第6回 14:30-15:50

どこまで
がん治療を
受けるべきか?東札幌病院
副院長/血液腫瘍科化学療法センター長
平山 泰生

日程 平成27年3月28日～4月11日 《事前の申込みが必要です》
 時間 13:00～15:50(会場12:30) (公財)札幌がんセミナー
 会場 北海道医師会館8階 札幌市中央区大通西6丁目6
 (札幌市中央区大通西6丁目6) FAX 011-222-1526 E-mail scs-hk@phoenix-c.or.jp
 ＊6回分の資料代として500円(当日)

協賛：アインファーマシーズ、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、佐藤水産、
 ほくていホールディングス、北洋銀行、北海道銀行、ムトウ、モロオ、六花亭

市民のための
がん特別セミナー 報告

今回は、近藤誠医師が提唱する、「がんもどき理論」「抗がん剤は効かない」「早期のがんは自然治癒するし、進行がんは抗がん剤で治らない。したがってがんは放置すべきだ」という主張が、多くの人々に影響を与えている現状を踏まえ、6人の先生方から、近藤理論で取り上げられたがんもどき理論などをキーワードとして、がんの診断と治

療のあるべき姿についてそれぞれの立場からお話をさせていただいた。

近藤理論が最初に打ち出されたのは1996年ころであり、この当時のがん治療を行う側の考え方が、「がんは切り取れさえすれば治る」「切り取れなかったら、延命のために抗がん剤で治療をする」という時代であり、多くのがん患者さんが、抗がん剤を使ったがん化学療法の副作用に苦しんだ時代であったため、近藤理論が一般の方々の共感を得やすい状況であった。また、近藤理論が過剰な化学療法に対する一定の抑止効果をもたらしたという側面もあった。

しかしながら、ここ20年くらいのがん治療の進歩とがん治療を行う側の意識改革によって、「早期のがんでも転移することがあるし、進行がんで切除不能でも共存することも可能になってきた。」という柔軟な考え方が根付き始め、最善を尽くして患者さんの生命とよりよい生活を守るという方針の下、標準治療がステージ別に公表され、

エビデンスに基づいてインフォームドコンセントをとり、患者の意思を尊重するという体制が広まるにつれて、近藤理論の極端な意見が現実とはそぐわなくなって来ている。

今回のセミナーでは、6人の先生方から近藤理論をキーワードとしてあるべきがんの診断、治療のあるべき姿が提案され、参加した市民との白熱した議論が交わされ、今後解決していくべき現在の医療の限界も提起されたように思われた。以下に6人の演者の講演内容の要約を掲載した。

(小林正伸)

人生いろいろ がんもいろいろ

(公財)札幌がんセミナー理事長

小林 博 先生

がんというものはとかく一つの固定観念で受け止められがちである。知らぬ間に大きくなり、転移して気が付いたら手遅れで命を奪う凶悪、頑固なシロモノといったイメージであろう。だががんは一人ひとり違う。がんには「個性がある」ともいわれる。患者ごとにがんはその原因も違うであろうし、抗がん剤に対する感受性などいろいろと違う。細胞レベルでみても個々の細胞は同じではない。

がんによる生死を決めるものは、がんがどの臓器から発生してきたか、進行度がどのステージもあるか。さらにはがんの悪性度がどの程度のものか。非常に急速に増殖転移をするものから、そういう展開をしない「がんらしくないがん」までいろいろのものがあるから、がん患者の運命もまた一様ではないのである。

そのような違いがなぜ起こるのか？ 違いの根

拠が少しずつわかってきて、それが治療成績の向上に反映されつつある。

いずれにしても、がんは一つの固定観念で受け止めるべきものではない。個々に「がんはこんなに違う」ということを知っておく必要がある。がんの出た場所(臓器)、時期(発見のタイミング)、時間経過だけでなく、がんの悪性度など多種多様。「人生いろいろ がんもいろいろ」。患者の運命もまた一様ではない。



CD「人生いろいろ」より

がんの早期発見にどんな意味があるのか？

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

浅香 正博 先生

がんになる人が年間65万人、がんで亡くなる人が年間34万人と、日本はがん大国である。がんは老化に伴って増加する病気であり、日本人の平均寿命が徐々に伸びている現状から見ると、今後もがん罹患数、がん死亡数ともに増加すると考えられる。がん治療法の進歩に伴って、各種がんの5年生存率も伸びており、全部のがんで60%近くになっている。しかし60%以上が5年生存する胃がんであっても、

ステージIやIIであれば80-90%治るが、ステージIIIでは60%近くになり、ステージIVでは20%

以下になってしまう。

胃がんの進展過程を見ると、欧米での高度異形成(日本で早期胃がんと診断する)の65-85%が1-2年以内に進行癌に進展することが分かっている。また日本の研究でも、早期胃がんを放置すると、4年で進行がんになることが明らかになっている。したがって、早期胃がんは「がんもどき」などではなく、放置すべきものではない。しかも、早期胃がんであれば、内視鏡的粘膜下剥離法など内視鏡での切除が可能で、術後の生活の質を高い状態で維持することができる。

胃がんばかりでなく、大腸がん、肺がん、乳がんと言った代表的ながんでもステージ別の5年生存率を見ると、いずれにおいてもステージが進むにつれて低下しており、早期発見、早期治療が必要ことは明らかである。



がんの予防

1. 一次予防:根本的予防法

がんの原因をなくすことにより、がんを予防。
*生活習慣の改善……実現難しい
*感染源を遮断する……実行しやすく効果大
*放射線を浴びない。

2. 二次予防:早期診断、早期治療

検診が主体になる。
*検査の偶発症やがんの見逃しの可能性
*過剰な検査や治療の可能性

抗がん剤はどれだけ効くのか？

斗南病院腫瘍内科化学療法センター長

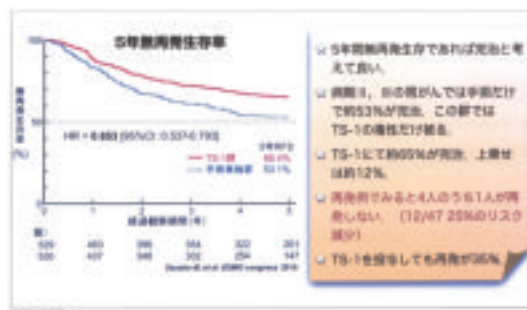
辻 靖 先生

「抗がん剤はどれだけ効くのか？」という疑問に答えるためには、「効く」という言葉の意味を明確にする必要がある。患者さんのがんの状態によって、抗がん剤治療の目的も変わってくる。

「抗がん剤だけはやめなさい」という主張があるが、近藤先生がこうした考え方を主張し始めたのは1996頃であり、その当時のがん化学療法の成績を見ると無理もない意見とも言える。しかし、がん化学療法の進歩は劇的であり、1996年当時のステージIV期の大腸がん化学療法の平均生存期間11.3カ月だったが、最近では31カ月まで伸びている。平均で31カ月ということは、半分の人が31カ月後にも生存しており、3-5年と生存する人もいることを意味する。何もしなければ6カ月で亡くなる人でも、化学療法をすれば平均で31カ月生存可能であり、「抗がん剤は効く」と言ってもいいのでは

ないだろうか。

もう一つ手術後の補助化学療法は、再発する人を減らすことによって治癒を目指す治療法であるが、日本で行われた臨床試験の結果、術後補助化学療法群の方が手術単独群より5年無再発生存率が12%以上高かった。メリットとデメリットを慎重に判断しながら抗がん剤治療を受けるというのが、考え方の基本だろう。



27

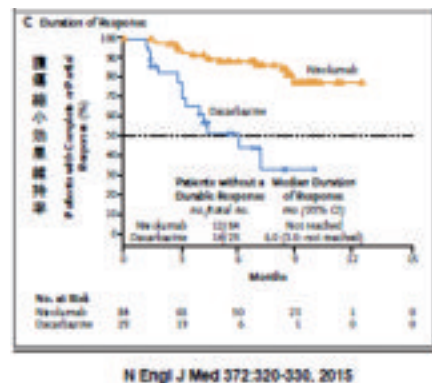
免疫療法はどこまで期待していいのか？

札幌医科大学医学部第一病理講座

鳥越 俊彦 先生

現在開発されつつあるのが、細胞障害性T細胞を活性化するがんワクチン療法である。細胞障害性T細胞は、細胞表面に存在するHLA(人白血球抗原)と呼ばれるお皿のようなものの上に乗っているペプチド(アミノ酸がつながった短いタンパク

無治療悪性黒色腫に対するニボルマブの持続的効果



一部分)を認識して細胞を破壊する。そこで、がん抗原タンパクのHLAに乗るペプチドを皮内に注射し、がんを特異的に認

識する細胞障害性T細胞を生体内で増やして活性化するワクチン療法を臨床試験として実施した。その結果、大腸がんなどで50%以上の臨床効果が認められ、膵がん再発症例では長期生存する症例も見られた。

もう一つの免疫療法の驚異的進歩が2013年に認められている。自己免疫を抑制している機構として抑制シグナル伝達機構が見つかったが、この抑制機構を抗体で抑えてしまう抗体療法がアメリカで開発された。抗PD-1抗体などを用いると、自己免疫や炎症といった激しい副作用も認められるが、40%以上の症例に腫瘍縮小効果が認められた。この治療法には、抗腫瘍効果のメカニズムが不明、重篤な自己免疫副作用があるなどの欠点があるものの、将来の免疫療法の展望を切り開くものとなるだろう。



がんを治療せずに放置したらどうなるのか？

日本医科大学武蔵小杉病院腫瘍内科

勝俣 範之 先生

1) がんは放置してよいのでしょうか？、2) 近藤問題から学ぶべきこと、3) がんとうまに付き合っていくために、の3つの主題に分けて話された。1)について、まず「がん」は切り取ったら治るがんで、早期発見、早期治療が大事という日本の常識は間違いで、「がん」は全身病で抗がん剤で共存できる時代になったと考えるべきだという点を強調した。その上で、上皮内がんでも浸潤がんになるものがあることを示して、近藤先生の「がんもどき理論」を批判した。また、進行がんでも治療をしっかりと治る癌もあり、分子標的治療薬のハーセプチンなどは、生存率を8.8%も増加させる効果があることを示した。2)については、「余命」という言葉で、生存期間の中央値を話している現状を問題とし、中央値が100人の患者さんがいたら、50番目に

亡くなる人の生存期間を言っているに過ぎず、1ヶ月から10年生存まで多種多様な期間があることを考慮すれば、「最善を尽くして、最悪に備えましょう。」といった態度でがん治療を考えた方が良いのではないかと、提案した。



ステージ0(非浸潤がん、上皮内がん)はがんもどきか？

・乳癌の非浸潤がん2612人中、490人(18%)が乳癌内再発。そのうち、約半数が、浸潤がんだった。最終的に、乳がんで死亡した患者は、約3% (J Natl Cancer Inst. 2011;103(8):478.)

・子宮頸がん上皮内がんを、無治療で経過観察した報告で、40～58%は自然縮小、3～5%で浸潤がんになった (J Natl Cancer Inst Monogr. 1996; Art J Gynecol Pathol. 1993;12(2):196, Br J Cancer. 2003;89(8):1062, Obstet Gynecol. 2009;113(1):18.)

どこまでがん治療を受けるべきか？

東札幌病院血液腫瘍科

平山 泰生 先生

「どこまでがん治療を続けるべきか」は、非常に大事な問題であり、患者さんとの話し合いによって決める必要があるが、「現在の状態に良い薬はありません。でも苦痛を取るなどの緩和医療によって延命効果も得られますし、残された日々を有意義に過ごすのも重要なのではないか」といった治療をとめる判断のできる医師に診てもらうことが重要なのではないかと思います。がん化学療法を続け

抗がん剤の止め時

- 止め時は大事。固形がんでは、一般に患者さんが思うよりも早く抗がん剤を中止するのが正しい。
- いつ止めるか、は患者さんとの話し合いが重要。抗がん剤を開始して間もなくこの話をした方がよい。
- きちんと止められるのは、優秀な医師

ると、がん細胞はより強くなって抗がん剤に耐性となり、患者さんの体はより弱っていくのは止められな

い。したがって、個々人によって決まった判断基準はないが、有効な抗がん剤が残っているのか、治療に耐えうる体力、元気さは残っているのか、患者さんの希望は何か、などを総合的に判断して患者さんとよく相談していくことになる。

個別の症例を拾い上げてみても、とことん治療をして、治療途中で亡くなっても満足していた例もあるし、一回の化学療法で3年間普通の社会生活を送れたため、再発時には化学療法を選択せず、会社の整理や旅行など患者の希望に沿った例もあった。

同じがんでも多様な予後を示すのであるから、進行がんだから放置していいとか、がん化学療法は効かないとか、極端な判断をするべきではなく、がん化学療法と緩和医療を早期から組み合わせて治療することによって、最善を目指すべきであろう。



がん診療連携拠点病院



北海道大学病院

病院長
寶金 清博

北海道大学病院は、平成21年に地域がん診療連携拠点病院に指定されました。そのほか、がん関係では、北海道高度がん診療中核病院、小児がん拠点病院の指定を受けており、豊富な人材・多様な連携・充実した施設・豊富な経験を基に、地域におけるがん診療の円滑な実施を図るとともに、質の高いがん医療の提供体制を確立し、北海道で中心的な役割を果たしております。

本院の先進医療として、「陽子線治療センター」をご紹介します。本センターでは、呼吸などに伴って動く一部の肺がんや肝臓がんなどを精密に狙い撃つ、世界初の「動体追跡陽子線治療」を始めました。陽子線を当てる範囲を大幅に狭められるため、がんの近くにある正常な臓器への副作用を減らすことができます。さらに、こうした副作用のために照射できなかったがんも治療できるようになりました。

本院のがん関連のカウンセリング診療として、「臨床遺伝子診療部」があります。平成13年に設立されて以来、遺伝子診療やヒトゲノム研究にかかわる遺伝カウンセリングを実施してきておりました。平成25年度から、新たに家族性腫瘍

領域にも取り組み、関係診療科のメンバーを診療部に加え体制を強化しました。さらに、昨年からは新規に専任の認定遺伝子カウンセラーが配置され、遺伝医療の飛躍的な充実が期待されております。

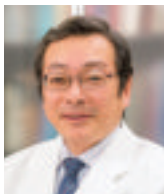
また、本院は、大学病院として、高度先進医療の提供に加えて高度ながん医療に関する研修のほか、がん医療の担い手となる高度な知識・技術を持つ専門医師及びビcomedicalスタッフの育成や、他の拠点病院への医師派遣等に取り組んでおります。

なかでも、がん関係の研修としては、緩和ケア研修会はもちろんのこと、看護師向け緩和ケア研修会ELNEC-J、緩和ケア地域医療連携ミーティング、外来がん治療研修会、病理医養成研修会、小児がん拠点病院研修会、診療情報管理士がん登録研修会など、本院のみならず他の拠点病院の皆様にもご参加いただいております。

一般市民への啓蒙活動として、市民公開講座も定期的に開催しております。本年は、膵臓がん、乳がん、大腸がん、小児がんのがん種で計4回を予定しております。

本院は、国の基本計画を踏まえながら、院内がん登録、がん相談支援、地域ネットワーク、研修、化学療法、緩和ケアを柱に、拠点病院としての機能を充実させるために、職員一同日々研鑽のうえ、患者さんへのサービス向上に努めたいと思っておりますので、今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

29



手稲溪仁会病院

院長
成田 吉明

当院は1987年の開院以来、地域住民の皆様から頼りにされるかかりつけ医として、同時に質の高い急性期総合医療を提供する病院を目指してまいりました。その結果、「地域医療支援病院」「救命救急センター」「ドクターヘリ基地病院」「災害拠点病院」「地域がん診療連携拠点病院」「初期臨床研修指定病院」「DPC医療機関群II群（高診療密度病院）」の指定を受けるに至りました。

札幌市内に多くの病院が競合する中で当院の最大の特徴は、急性期医療とがん医療の二本の柱のどちらも最高の水準を目指すところにあります。

急性期医療の最たる救急部門の2014年度実績は、walk-in患者16,336名、救急車受け入れ4,268台、ドクターヘリ出動452件、手術室稼働件数8,045件。毎月の手術件数の2割以上を緊急と臨時手術が占めており、スタッフの高いモチベーションが医療現場を支えています。

一方で、がん医療に関しては、2008年4月に「がん治療管理センター」を開設して部門横断的なチーム医療に取り組み、翌2009年4月1日付けで「地域がん診療連携拠点病院」の指定を受けました。新規がん登録は2,106件（2012.1-12月実績）、悪性腫瘍の手術件数1,105件、がんに係る化学療法延患者数1,523人、放射線治療延患者数300人（以上いずれも2013.1-12月）という実績でした。また内視鏡手術支援ロボット「Da Vinci」も道内でいち早

く導入し、これまでに300例を超える前立腺がん手術を施行するなど、各診療科ともに“患者さんに優しい”鏡視下手術が主体となってきております。

人員体制では、緩和ケアチームによる早期からの緩和ケアの提供をはじめ、リソースナースを中心としたがん看護教育体制の構築により、緩和・疼痛ケアの充実を推進しております。またがん専門薬剤師が4名在籍し、外来化学療法室においても入院と同等以上の薬学的管理を行えるよう専任薬剤師を配置するほか、リハビリテーションにおいては乳がんや子宮がんの術前・術後の早期介入など、多職種連携によるチーム医療を実践しております。

また院内がんサロンとして、患者さんやご家族の方が不安や悩みを語り合う「さくら会」、働く世代や子育て世代を対象とした「さくらんぼ会」の二つの会の運営を行っており、がんに関する相談業務は2014年度単年で1,168件となりました。

これらの取り組みをより効果的に実践し、かつ患者さんの療養環境の改善を図るべく、現在新棟を建設中です。本年12月の完成時には、最新の設備を備えた手術室の増設（12室→15室）や外来化学療法室の増床（15床→23床）、病棟の個室率の増加や共有スペースの拡張など、ハード面での一層の拡充を図ります。また、ソフト面では「患者サポートセンター」の新設を予定しています。これにより手術や検査の説明から入院前オリエンテーション、持参薬管理、退院調整、よろず相談など様々な局面でのサポートを充実させて、患者さんが迷わないワンストップサービスを目指したいと考えております。

手稲区という、市中心部から離れた位置にあることを“地の利”と考え、今後も地域に密着し、地域から頼られる医療機関として、職員一丸となって努力してまいります。

今後とも、皆様からのご指導・ご鞭撻の程、どうぞ宜しくお願い申し上げます。

ご寄附に感謝

(平成26年4月1日～平成27年3月31日受け付分)(敬称略)

A. 運営寄附(賛助会費)

法人

(株)アインファーマシーズ (大谷喜一社長)
(株)玄米酵素 (鹿内正孝社長)
札幌中央アーバン(株) (光地勇一社長)
(株)ムトウ (田尾延幸社長)
大鵬薬品工業(株) (小林将之社長、島貫忠勝札幌支店長)
(株)モロオ (師尾仁社長)
札幌臨床検査センター(株) (大井典雄社長)
田辺三菱製薬(株) (三津家正之社長、小野田隆北海道支店長)
(株)北洋銀行 (石井純二頭取)
栄新薬(株) (森下洋社長)
札幌商工会議所 (高向巖会頭)
佐藤水産(株) (佐藤壽会長)
(公財)廣西・ロジネットジャパン社会貢献基金 (木村輝美理事長)
(株)北海道銀行 (堰八義博頭取)
(株)ヤクルト本社 (根岸孝成社長、関本貢札幌支店長)
六花亭製菓(株) (小田豊社長)
アイ・ウィミンズ・クリニック (石川睦男理事長)
(株)大塚製薬工場 (小笠原信一社長、仁木晃司札幌営業所支店長)
札幌第一興産(株) (武田治社長)
(株)ダンテック (出村知佳子社長)
(株)ツムラ (加藤照和社長)
山の手歯科医院 (鈴木一史院長)

個人

半田祐二郎 (南東北病院顧問)
岩城 秀晴 (岩城会計事務所代表社員)
賀来 亨 (北海道文教大学教授・北海道医療大学名誉教授)
小林 博 (SCS財団理事長)
小林 正伸 (北海道医療大学教授)
高橋 隆司 (北洋銀行元副頭取)
谷口 直之 (理化学研究所ディレクター)
細川眞澄男 (北大名誉教授)
山田 雄次 (株)アネロファーマサイエンス取締役)
遠藤 秀雄 (恵愛病院理事長)
遠藤 征子 (恵愛病院副院長)
岩谷 邦夫 (クリングルファーマ(株)社長)
大塚 榮子 (北大名誉教授)
岡田 太 (鳥取大学教授)
小林 幸子 (札幌在住)
福田 守道 (SCS財団評議員議長)
山本記代美 (外務省国際協力局)
横山 末雄 (横山食品(株)取締役会長)
千葉 逸朗 (北海道医療大学教授)
阪本 時彦 (元モルジブ在住、東京在住)
浜田 淳一 (北大准教授)
半田貴志子 (半田祐二郎氏ご夫人)

私達は(公財)札幌がんセミナーの活動を毎年支援しています



株式
会社

玄米酵素

札幌商工会議所



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



佐藤水産



大鵬薬品



田辺三菱製薬



ダンテック

B. 指定寄附(運営寄附扱い)

(株)玄米酵素 (鹿内正孝社長)

小林 博 (SCS財団理事長)



にれの誕生

C. 基金寄附

法人

(株)ほくていホールディングス (加藤欽也社長)

個人

長瀬 清 (北海道医師会長・北海道対がん協会会長)

松村 諭 (株)マツムラ健康館代表取締役)

山根 昌武 (東京在住)

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と寄附によって運営されていますが、ご理解、ご協力をいただければ幸いに存じます。

ご寄附の種類

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 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。利息のみ使用させていただきます。

以上のA、B、C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。

寄付で自立する公益法人に

(日経新聞、三月三十一日、社説)

公益法人の制度改革に伴う新法人への移行作業が大詰めだ。

(中略)

移行申請は昨年11月に締め切った。2万4317あった旧法人のうち、新制度での公益認定を希望したのは9054にとどまった。このうち2月末までに認定を受けたのは8878で、旧法人の36%に絞り込まれた。

(中略)

今後の最大の課題は欧米のような寄付文化を育めるかどうかだ。認定委によると、日本における寄付金の総額は国内総生産(GDP)の0・11%で、2・2%の米国と比べ、いかにも少ない。

旧法人が税優遇を得るには特定公益増進法人という1つ上の資格も得る必要があった。新制度では、寄付した人が所得税などの確定申告の際に寄付分の税額控除を受けられる仕組みが、全ての公益法人に適用されるようになった。旧制度では国などからの助成を得ようと、所管官庁からの天下りの受け入れに熱心な公益法人が少なくなかった。こうした癒着体質が税金の無駄使いを生んだ。寄付金を集めやすくなったからには制度をフル活用してもらいたい。自分たちの活動を広く知ってもらおう努力も重要だ。

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
ゆうちょう銀行
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

札幌中央アーバン(株)

(株)ほくてい
ホールディングス

WISM Wellness Information Science Medicine
株式会社 ムトウ

(公財)廣西・ロジネット
ジャパン社会貢献基金

北洋銀行

北海道銀行

MOROO

(株)ヤクルト本社

六花亭



財団のシンボル絵画

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。

公益財団法人 札幌がんセミナー 理事名簿 (2014年4月~2016年3月)

理事長	小林 博	北海道大学名誉教授
副理事長	光地 勇一	札幌中央アーバン(株)代表取締役社長
	谷口 直之	理化学研究所基幹研究所システム糖鎖生物学研究グループディレクター、大阪大学名誉教授
	細川 正夫	恵佑会札幌病院理事長
理事	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
	加藤 欽也	(株)ほくていホールディングス代表取締役社長、在札幌スウェーデン名誉領事
	高後 裕	国際医療福祉大学病院消化器センター長、旭川医大名誉教授
	佐藤 昇志	豊和会理事・先端医療センター長、東札幌病院病理免疫センター長、札幌医大名誉教授
	西尾 正道	北海道がんセンター名誉院長
	半田祐二郎	脳神経疾患研究所附属総合病院南東北病院国際医療推進本部国際医療企画顧問
	平田 公一	JR札幌病院顧問、札幌医大名誉教授
	細川眞澄男	北海道大学名誉教授

編集後記

先日、ようやく第7号の刊行にもめどがたち編集会議が行われた。編集会議のあとの懇親会の中でいろいろな話題が取り上げられたが、その一つに、「がん医療にはぼめどがついた」という意見と、「まだまだがん医療には多くの課題が残されている」という意見の間の議論があった。今考えてみると、現在のがん医療は、私が医者になった30年以上前とはまったく様相を変え、「がんは治らない病気」から「がんは半分以上が治る病気」になってきた。医療の主役も次第に変遷し、感染症から次第に脳血管障害に対する医療に変わり、1980年代からがん医療が長らく主役を務めてきた。今は認知症に対する医療と再生医療が主役の座に躍り出てきている。そうした意味では、時代認識として「がん医療にはぼめどがついた」のかもしれない。一方、がん医療という限られた領域の中で考えると、膵がんのような難治がんの問題が残されており、「まだまだがん医療には多くの課題が残されている」という考え方も間違いではないのだろう。写真の1部を提供していただいた阿部雅一さんに感謝いたします。(小林正博)



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.7
発行日：2015年6月15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：小林 博、秋田弘俊、浅香正博、小林正伸、田中伸哉、西尾正道、半田祐二郎、森 満、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)