

「がん」で苦しむ人を 一人でも減らしたい

特集 座談会

スピリチュアリティを科学する

WHOが提唱する第4の健康とは？

がんの基礎と臨床

慢性炎症とがん／がんとブドウ糖／脳腫瘍の鑑別法／
がん医療の臨床倫理

がんの公衆衛生

コロナ禍でもがん検診を怠けてはいけません／
2020年のがん診断件数 早期が減少 進行期の増加を懸念
日本対がん協会とがん関連3学会が初の全国調査

がんの未来

がん教育DVD教材 中学・高校・青年向け
「がんを話そう。～命をもっと輝かせるために～」



「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

「がん」で苦しむ人を一人でも減らしたい

1 がんの基礎と臨床

慢性炎症とがん 岡田 太(鳥取大学)	3
がんとブドウ糖 樋田 泰浩(北海道大学病院)	4
脳腫瘍の鑑別法 金子 貞男(札幌禎心会病院)	4
がん医療の臨床倫理 清水千佳子(国立国際医療研究センター病院)	6

2 がんの公衆衛生

コロナ禍でもがん検診を怠けてはいけません 小林 博(札幌がんセミナー)	7
2020年のがん診断件数 早期が減少 進行期の増加を懸念 日本対がん協会とがん関連3学会が初の全国調査	7

特集 座談会

スピリチュアリティを科学する WHOが提唱する第4の健康とは? 湯浅 資之(順天堂大学) 助友 裕子(日本女子体育大学)	9
---	---

3 がんの未来

がん教育DVD教材 中学・高校・青年向け 「がんを話そう。～命をもっと輝かせるために～」 —(公財)札幌がんセミナー制作の紹介	15
---	----

ご寄附に感謝	18
--------------	----

編集後記	20
------------	----

補冊「がんはほんとうに憎いですか？」 別添

まえがき どちらもいない「侵攻」と「浸潤」

ロシアのウクライナへの侵攻が2月24日に始まって以来、すでに2カ月近くが経とうとしています(4月21日現在)が、未だ停戦の兆しすらみえていません。日本では「侵攻」と呼んでいるメディアがもっぱらですが、この「侵攻」に相当する英単語の一つに「invasion」があります。「がん」の分野で、「invasion」と言えば「浸潤」と訳します。

がん細胞が周囲の正常な組織を壊しながら移動していくさまを意味します。がんが死に至る病気として恐れられている原因の一つは、がん細胞が浸潤することにあります。どのようにしてがん細胞が周囲に浸潤していくのか、その機序についてはずいぶんとわかってきています。一方、なぜがん細胞が浸潤するようになるのか、その理由はよくわかりません。「浸潤」や「侵攻」のない世界が1日も早くやってくるようにがん研究者や国の舵取りを担っている人々には頑張っていたきたいものです。

編集委員 浜田淳一(北海道医療大学教授)

1 がんの基礎と臨床

慢性炎症とがん

Q 以前の「The Way Forward No. 14」で感染症ががんの原因となるというお話がありました。その理由として感染によって引き起こされる慢性の炎症が関わっているとのことでした。確かに、慢性の炎症に移行するB型、C型肝炎は肝がんの素地となっているようですが、急性肝炎を引き起こしますが慢性肝炎には移行しないA型肝炎が肝がんを発症するとは聞いたことがありません。なぜ急性ではなく慢性の炎症ががんの誘因となるのでしょうか？ また、感染性のがん以外で慢性炎症が発がんに関わっているものは知られているのでしょうか？

A がんの原因となる感染症は、B型・C型肝炎ウイルスなどのウイルス感染のほか、ヘリコバクター・ピロリ菌などの細菌感染や肝吸虫などの寄生虫感染が知られています。病原体の種類は違いますが、がん化させる共通点は慢性の炎症を生じることです。慢性炎症は人だけでなくネズミなどにもがんを起こしますが、急性炎症で生じるがんはほとんどありません。

慢性炎症によるがんの誘因には2つの仕組みがあるようです。第一に、感染臓器に炎症細胞が進入し続けます。この炎症細胞は病原体を攻撃して取り除きますが、周辺の正常細胞にも攻撃を仕掛けてしまいます。主な攻撃手段は、活性酸素などを放出して病原体の遺伝子やタンパク質などに致命的な傷害を負わせます。正常細胞も傷害されますが、その多くは死滅してしまいます。しかし、傷ついた遺伝子を持ちながら生き長らえた細胞の中には突然変異を獲得した異常な細胞が現れることがあります。こういった細胞の多くは正常な状態に修復されますが、慢性炎症では炎症反応が長期間持続し、炎症細胞による傷害が果てしなく繰り返されるため、修復されずに突然変異が導入された異常細胞が現れます。第二に、傷害され死滅した細胞を補うために細胞増殖を促すサイトカイ

ンや成長因子が炎症細胞などから出されます。この増殖因子は異常細胞にも繰り返し作用して増殖を促し、さらに新たな突然変異を誘発します。このように増殖する異常細胞の中からがん細胞が生まれると考えられています。

急性炎症では炎症細胞の進入が長く続かず、繰り返される傷害や細胞増殖が起こり難いため、がん化の可能性が少ないと考えられます。

感染性の病原体以外で発がんに結びつく慢性炎症として、脂肪が肝臓に溜まるだけで慢性炎症を生じ、肝がんに至る場合があります。このほかにも脂肪蓄積や肥満と関連するがん（髄膜腫、頭頸部がん、食道腺がん、甲状腺がん、胆嚢がん、胃がん、膵がん、腎がん、大腸がん、前立腺がん、閉経後乳がん、卵巣がん、子宮体がん、多発性骨髄腫）の報告もあります。慢性炎症によるがんの新たな誘因として、過剰な内臓脂肪の蓄積も候補となってくるでしょう。

（鳥取大学医学部実験病理学分野教授 岡田 太）



がんとブドウ糖

Q 先日、知り合いが肺がんかもしれないということで、FDG-PET検査を受けました。この検査では、正常細胞に比べてがん細胞がより多くのブドウ糖を必要とする性質を利用していると聞きました。どうして、がん細胞はブドウ糖をたくさん消費するのでしょうか？

A がん細胞がブドウ糖をたくさん消費する現象は、1920年代に発見したドイツの生化学者にちなんでワールブルク効果と呼ばれています。

正常の細胞内ではブドウ糖は条件が整うと二酸化炭素と水に分解されてたくさんのエネルギーを生み出します。その条件の一つが酸素の存在です。酸素がないところではこの過程が途中までしか進みません。ブドウ糖は2個のピルビン酸に分解されて少量のエネルギーを放出します。ブドウ糖がピルビン酸に分解して得られるエネルギー(2 ATP)は二酸化炭素まで分解した場合(36 ATP)の1/18です。一方、がん細胞は酸素があるにもかかわらずブドウ糖を最後まで分解せずにピルビン酸や乳酸を蓄積させます。燃費が悪いためたくさんのブドウ糖を消費します。

ワールブルク効果の主な原因ががん関連遺伝子

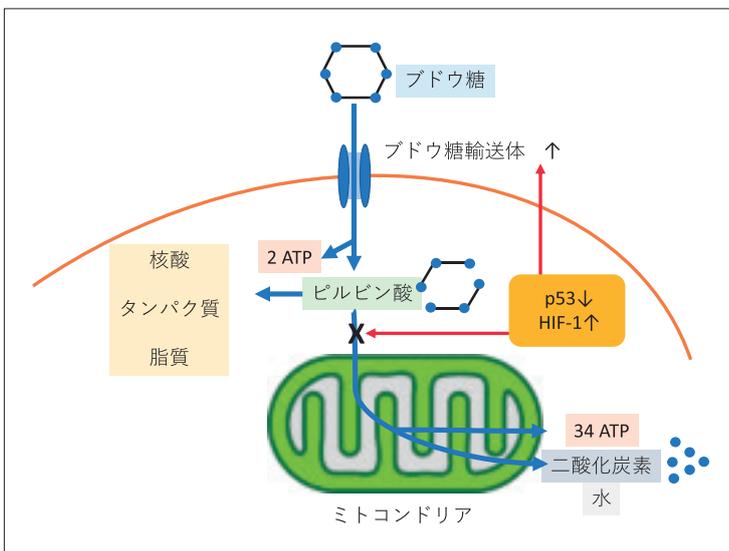
の働きによることがわかってきました。多くのがんで機能が損なわれているp53というがん抑制遺伝子の働きが低下し、HIF-1というタンパク質の活性が上がるとブドウ糖を細胞内に取り込むブドウ糖輸送体が細胞膜にたくさん発現してブドウ糖の取り込みを促進します。また、ブドウ糖から生じたピルビン酸がミトコンドリアの中で二酸化炭素と水に分解されるのを妨げます。



ワールブルク効果はエネルギーの供給という点では不利ですが、ブドウ糖から生じるピルビン酸は遺伝子の単位である核酸(DNA、RNA)や細胞を構成するタンパク質、脂質の原料になります。盛んに細胞分裂を繰り返すがん細胞にとって有利な現象です。

FDG-PET検査は、がん以外に感染や炎症で陽性になり、がんで見分けるのが難しいことがあります。炎症を起こした部分に集まる白血球がたくさんのブドウ糖を消費するためです。またがんの中にもエネルギー代謝が少ないものや、ブドウ糖の代わりにアミノ酸をエネルギー源にしているものがあり、FDG-PET検査で陰性になるものがあります。

(北海道大学病院地域医療連携福祉センター副センター長／准教授 樋田泰浩)



脳腫瘍の鑑別法

Q むかしある病理医は脳腫瘍の患者さんの脳を拝見しても「どこまで脳腫瘍なのか、なかなかその区分けが難しい」と言っておられました。ということは、脳外科医は生前の患者さんの脳腫瘍をどこまで摘出したらいいかどうか、大変惑わされるのではとの疑問を持った事がありました。

ところが最近、脳腫瘍の部分とそうでない部分とを鑑別する方法が開発されたようにもお伺い致しました。それはどういう事なののでしょうか?(肉眼だけの鑑別だけでなく細胞レベルまでの鑑別の拡大解釈はできるのでしょうか?)ご教授いただければ幸いです。

なお、このような鑑別方法が脳腫瘍に限らず、一般臓器のがんにも拡大適応は可能なのでしょうか? もし可能だとしますと、どのような臓器にどの程度まで適応できるのでしょうか?

A 手術中に正常の脳と悪性脳腫瘍(脳のがん)を目で見ながら鑑別する事が出来る方法が開発されています。それ以来、悪性脳腫瘍だけを取り切る事が出来るようになり治療成績も格段に良くなりました。

悪性脳腫瘍は、がん細胞が正常の脳の中にしみ込むように浸潤して、正常の脳の中で大きくなるため正常脳とがんの境目がはっきりしません。さらに、正常の脳と悪性脳腫瘍は見た目や、触った感触で鑑別することは非常に難しく、手術中に悪性脳腫瘍だけ切り取ることはベテランの脳外科医でも困難でした。手術後のMRI検査で大部分を取り残している事がしばしばありました。万一、大きく悪性脳腫瘍を切り取って、その中に正常の神経細胞が含まれていると、手術後に麻痺や言語障害などの後遺症が出るために大きく取り切れませんでした。

ところが、約30年前に悪性脳腫瘍の患者にある物質を飲んでもらって手術中に青色のレーザー光を当てると悪性脳腫瘍だけが赤く光る不思議な現象が発見されました。正常の脳は光らないのです。

この物質がALA(5-アミノレブリン酸)です。こ

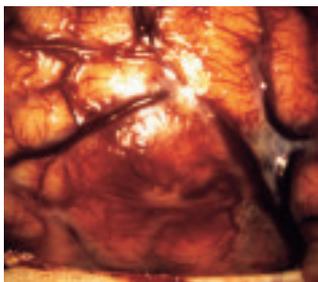
の方法を光線力学診断といえます。なぜ悪性脳腫瘍だけが赤く光って、正常の組織は赤く光らないのかは、がん細胞の特別な化学変化(代謝)にある事がわかりました。ALAは自然にあるアミノ酸ですべて人間の体でも作ら

れています。がん患者に外からALAを投与するとALAは細胞に取り込まれてミトコンドリアでプロトポルフィリンIXに化学変化します。その後、このプロトポルフィリンIXはフェロケラターゼと言う酵素の助けで鉄イオンと結合してヘムと言う物質に変化しますが、がん細胞ではフェロケラターゼの働きが悪く、がん細胞の中にヘムになれないプロトポルフィリンIXが沢山蓄積します。がん組織のプロトポルフィリンIXの組織内濃度は正常脳組織に比べて8倍以上あり、正常脳組織にはほとんど蓄積しません。

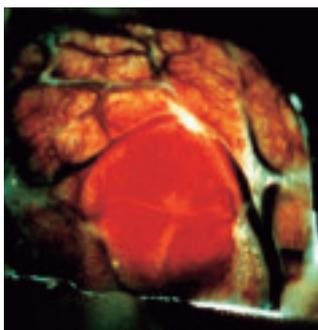
このプロトポルフィリンIXに青いレーザー光



〈手術中の腫瘍(神経膠芽腫)の表面〉

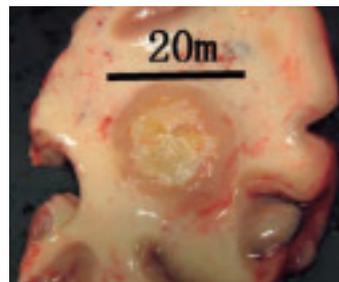


肉眼で腫瘍はかすかに確認出来るが境界は不明です。

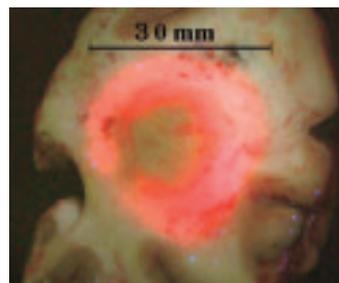


同じ部位に青色のレーザー光を当てると、腫瘍は赤い蛍光を発し境界がはっきり識別出来ます。

〈摘出したヒト腫瘍(神経膠芽腫)の断面です〉



肉眼で中央の茶褐色の部分が腫瘍と識別できます。肉眼で識別出来る腫瘍の範囲は直径で約20mm



同じ部位に青色レーザー光を当てると腫瘍から赤い蛍光が発し、赤い蛍光で確認出来る腫瘍の範囲は直径で約30mmと肉眼で確認するより広範囲に識別出来ます。中央の蛍光のない部分は壊死組織。

をあてると赤く光る性質があります。ですので、手術中に悪性脳腫瘍のある場所に青いレーザー光を当てると悪性脳腫瘍だけが赤く光り正常の脳と肉眼で簡単に鑑別出来ます。

悪性脳腫瘍の場合に赤く光った組織のうち85-96%はがん組織である事がわかり、日本中のほとんどの脳神経外科では手術中にこの方法を利用して悪性脳腫瘍を切り取っています。悪性脳腫瘍の光線力学診断を用いた手術は2013年に、膀胱

がんの手術は2017年に保険診療が出来るようになりなりました。現在、尿や腹水の細胞診断、子宮がん、胃がん、皮膚がん、乳がん、腹膜播種などの術中診断に応用するための研究が進んでいます。さらに詳細をお知りになりたい方は、金子貞男著「奇蹟の物質ALAの医療革命」(SBクリエイティブ株式会社)をご笑覧ください。(札幌禎心会病院脳神経外科脳腫瘍研究所所長 金子貞男)

がん医療の臨床倫理

Q 私自身は外科医なのですが、患者さんに対して手術をすべきかどうかと思うときがあります。医学的エビデンス的には手術すべきなのですが、患者さんの置かれている立場や価値観を考えながら、医療をどう実践していくか非常に難しいところだと思います。先生はこのような点について、どのようにお考えでしょうか？

以上の点も踏まえ、がん医療における臨床倫理とはどういうものかご説明いただけますでしょうか？

A がんは進行すると生命にかかわる病気ですが、手術にせよ抗がん剤の治療にせよ、がん治療による効果は不確実なことが多く、治療によって具合が良くなるがん以外の病気と異なり、患者には効果を実感しづらいものです。むしろ、治療前は元気だったのに、治療の副作用や合併症によって生活の質が大きく下がったり、生命が脅かされたりする可能性もあるため、治療をすべきかどうか、医師も患者もジレンマに陥りやすいのががん医療の特徴です。また、研究に参加する本人の利益よりも、むしろ将来の患者の利益を第一義的な目的とする研究的な治療(臨床試験)が、比較的身近な選択肢としてあることも特徴的です。

医師は病気を治すことを自分の役割と考えているので、根治や延命に重きを置きがちですが、患者にとってそれらが最重要だとは限りません。患者と家族の間、あるいは関わっている医療従事者の間でも意見が一致するとは限りません。治療方針を決めるためには、患者を取り巻くステークホルダーが互いの立場や価値観の違いを理解していくための対話が重要です。対話の際には、患者の病状や病態、治療を行わない場合の見通し、治療の選択肢、それぞれの治療を行った場合の見通しなど、患者にわかりやすい言葉で、率直に話す必

要があります。患者にとって都合の悪いことを伝えなくてはならないのは医師にとってはストレスですし、患者や家族がバッドニュースを受け止めきれずに感情的になる場合もあるでしょうから、なかなか大変な仕事です。

しかし治療の選択は患者の生き方に関わる問題であり、根気強く対話を続ける必要があります。

がん医療は日進月歩で変化しています。新しい治療法や技術が導入されれば、そこに新たな倫理的問題が発生しますし、患者を取り巻く社会経済的な問題を避けて通ることもできません。そういう意味で、がん医療の現場で遭遇する具体的なジレンマは流動的で、多様です。しかし、扱うジレンマがどのようなジレンマであれ、医師と患者が、いくつかの選択肢のなかから「なぜその方針がいいと思うのか」を語り合い、患者自身ががんを診断された後の生き方を再構築することを支援するプロセスであるという点で、がん医療の臨床倫理の本質はあまり変わらないのではないのでしょうか。(国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院がん総合診療センター副センター長 清水千佳子)



2 がんの公衆衛生

コロナ禍でもがん検診を怠けてはいけません

Q わが国でがんで亡くなる方は毎年37～38万人ですから、1日当たり平均しますと1,000人以上になります。ところがコロナ死の方は1年に1万人いるとして、毎日30人にしかありません。1,000人と30人の違いは桁違いの差です。死亡者数からみてのことですが、どちらの病気を重視すべきでしょうか？

A 比較すべきことではありませんが、ただ心配なのはコロナの感染拡大によって、がん検診をためらったためにがん発見が遅れたり、悪性度が進んで生死にかかわる病期になって見つかる人が多くなってきたことです。特にがんではステージ2と3の違いが生死の分かれ目となることが多いのですが、これがほんの数か月の間に進行する可能性があります。

肺がんや大腸がんなど主ながんの手術が4週間遅れると、死亡率が6～8%増えるとの最近のカナダでの調査データもありました。同じような報告は国内外から数多く出ています。

がんによる死亡者数は、コロナ死亡者の実に数十倍と圧倒的に多い事実を冷静に、また謙虚に受けとめ、コロナ騒ぎにかまけることなく、がんの検診を早く受けていただきたいと思います。このことがわが身をがんから守る唯一の道です。

((公財)札幌がんセミナー相談役 小林 博)



2020年のがん診断件数 早期が減少 進行期の増加を懸念 日本対がん協会とがん関連3学会が初の全国調査

公益財団法人日本対がん協会は、がん診療への新型コロナウイルスの影響を把握するため、がん関連3学会(日本癌学会、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会)の「新型コロナウイルス(COVID-19)対策ワーキンググループ(WG)」と国内486施設を対象に、5つのがん(胃、大腸、肺、乳、子宮頸)の診断数などのアンケートを実施。回答を得た105施設では、2020年のがん診断件数は80,660件で、2019年の88,814件より8,154件(9.2%)少なく、治

療数(外科的・鏡視下的)も減ったことがわかりました。おおむね早期が減る一方、進行期は両年で差が少ない傾向となり、がん種によっては2020年の方が多いケースもありました。今後、進行がんの発見が増えることが心配されます。

がん罹患する人の割合は2019年、2020年でほぼ変わらないと考えられるため、2019年と同じように検診や通院ができていれば発見できたがんが約9%あったと推測されます。がん診断の減

2 がんの公衆衛生

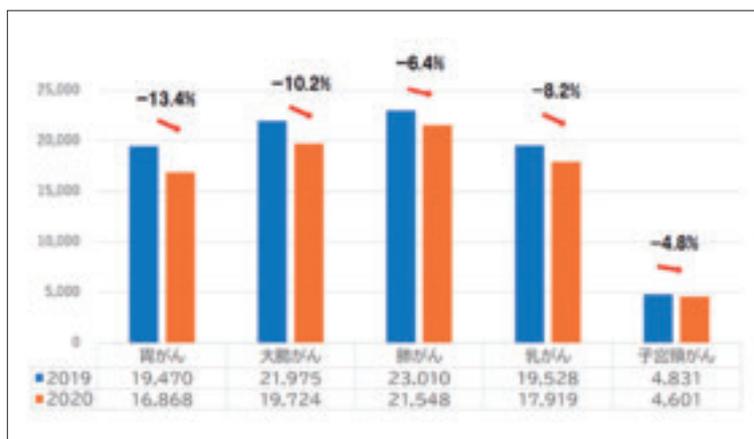
少は早期が顕著なため、進行期の発見の増加が心配されます。さらに治療や予後の悪化、将来的にはがん死亡率の増加するおそれもあります。

今後も、科学的根拠に基づくがん検診の受診勧奨を強め、検診・通院控えの方たちの受診につな

げることが重要です。そのためには、ワクチン接種などによるコロナ対策の充実を図るとともに、がん対策も迅速拡充することが欠かせません。日本対がん協会も検診会場でのコロナ対策を進め、検診受診率向上に努めます。

がん診断数の比較

2019年と2020年のがん診断数の比較

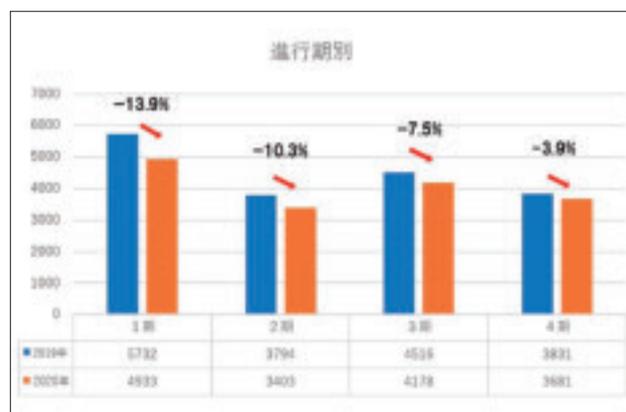


胃がん

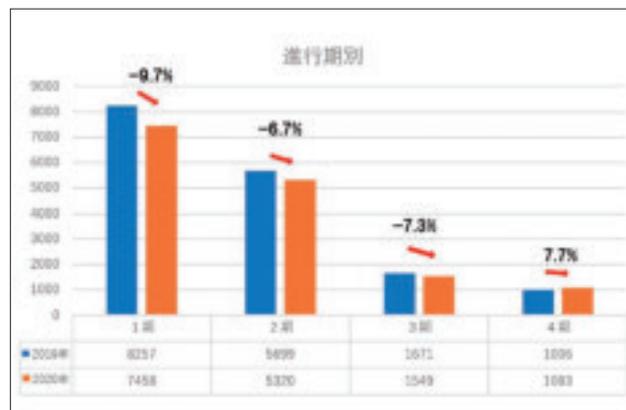
大腸がん



肺がん



乳がん



日本対がん協会のホームページから抜粋

スピリチュアリティを科学する

WHOが提唱する第4の健康とは？

順天堂大学国際教養学部グローバルヘルスサービス領域教授
湯浅資之（専門 公衆衛生学、グローバルヘルス）

（司会）日本女子体育大学体育学部健康スポーツ学科教授
助友裕子（専門 ヘルスプロモーション、がん教育）

1. スピリチュアルヘルスとは

助友：湯浅先生は最近『ヘルスプロモーションの原点回帰』（ライフ出版社）という書籍を発売され、その中で健康よりもさらに上位の目標である「より良く生きる」とか「幸せ」を達成するためにはスピリチュアルヘルス（Spiritual Health）が重要であるということを述べられています。最初にこのスピリチュアルヘルスがこういったヘルスなのかを教えてくださいますか。

湯浅：世界保健機関（WHO）によるとスピリチュアルヘルスとは、人生の意味や生きるための目的を表すヘルスとされています。1998年にWHOは、これを身体的、精神的、社会的に続く第4番目の健康としてWHOの健康の定義に挿入しようと議論しました。すなわち「健康とは身体的、精神的、スピリチュアルおよび社会的に完全に良好でダイナミックな状態をいう」というものです。しかし、定義改定の議論が保留のまま現在に至っています。まだ正式に定義には挿入されてはいません。とはいえ、スピリチュアリティは健康に欠かすことができない概念であるという決議（WHA37.13による公式文書）は既にWHOから出されています。世界の多くの国々にとってスピリチュアルヘルスは健康の重要な一部であることは間違いありません。

助友：がん教育でがんを経験された方のお話し

を伺うと、まさにスピリチュアルヘルスを想起することが多いのですが、一方、日本人の中にはスピリチュアルという言葉を知ると「うさんくさい」と思われている方が少なからず居られると思うのですが、どうなのでしょう。

湯浅：おっしゃる通り、日本人にとってスピリチュアリティとは神秘主義やカルト的な印象が強く、あやしい語感を帯びた用語になってしまっています。近代的合理主義や伝統的キリスト教への反発、あるいは物質文明に対するアンチテーゼとして1960年代にアメリカで興ったニューエイジ大衆運動が1980年代後半以降日本にも浸透しました。そしてオウム真理教の社会問題やいわゆる江原啓之ブームに代表されるスピリチュアルブームが興り、スピリチュアリティは怪しいものだといふかしがる方が増えました。しかし、先ほどお話ししたように世界では科学的に扱う研究対象でもあり、生存にとって重要なヘルスとしての地位を確立しつつあります。文献検索したらわかりますが、2000年以降急速にスピリチュアリティに関する科学論文が多く発表されています。

助友：日本ではがん患者を始めとする様々な患者の終末期医療や緩和ケアの領域でスピリチュアルペインについて多くの議論がされてきたと思いますが、スピリチュアルヘルスはスピリチュアルペインとどのような関係にあ



湯浅資之先生

るのでしょうか。

湯浅：身体的ヘルスにおいて強靱な身体機能とその真逆の脆弱な身体機能があるように、どのヘルスにもグラデーション(濃淡)があります。人生に明確な意味付けを与えている状態をスピリチュアルヘルスとするなら、生きている意味を見失った状態はスピリチュアルペインと言えます。スピリチュアルケアに関する「村田理論」で知られる村田久行氏は「スピリチュアルペインとは自己の存在と意味の消滅から生じる苦悩」と定義しています。私が良く挙げるスピリチュアルヘルスの好事例として大リーガーの大谷翔平選手がいます。彼が高校時代に作成した目標達成シートには「人生が夢をつくるんじゃない、夢が人生をつくる」と書かれており、野球で世界一になるビジョンを描き(人生に意味付けを与える)、その夢の実現に向けて人生を送っていることは承知の事実です。

助友：大谷選手ほど強烈に夢を追いかけているのではないにしても、身近な友人や知人の中にも生きいきと暮らしている人がいますね。がんを患ったり心身に障害を抱えたりしても、あるいは身近な人をがんなどで失ったとしても、彼らは彼ら自身の生きるビジョンに向かって歩んでいるように見えます。そう

いった健康的な姿がスピリチュアルヘルスなのですね。

湯浅：その通りです。反対に、進行がんを患い幾ばくかの余命を宣告された人は生きる意味を見失い、自己存在の目的が消失したスピリチュアルペインを抱えることはよくあります。日本ではスピリチュアルペインやそれを癒すスピリチュアルケアに関する調査研究は数多く報告されていますし、実践面においても精神科医や臨床心理士、臨床宗教師やチャプレンなどが活躍されています。しかしながら、わが国ではスピリチュアルヘルスに関する研究や文献は非常に限られており、健康科学の領域でも取り上げられることはほとんどない状況です。

助友：私の専門であるヘルスプロモーションは、健康を生きるための資源としていることから、スピリチュアルヘルスととても親和性が高いように思うのですが、確かに日本でヘルスプロモーションを研究実践する人の中でスピリチュアルヘルスを語っている方に出会ったことはほとんどありません。何故、日本でスピリチュアルヘルスの研究は進んでいないのでしょうか。

湯浅：スピリチュアルヘルスと近いものに日本独自の「生き甲斐」という概念があるからなのかもしれません。ご承知のように、生き甲斐とは人生に張り合いを与えてくれる価値や楽しみ、喜びとなる生きる原動力のこととされ、これについては既に多くの研究や書籍が世に出ています。両者を比較した研究がないために確かなことは言えませんが、生き甲斐を大切にす日本文化があることから、日本人にスピリチュアルヘルスが存在しないということにはならないと思います。

2. 対極にあるスピリチュアルペインとは

助友：スピリチュアルヘルスを掘り下げる前に、終末期医療や緩和ケアの現場におけるスピリチュアルペインの癒しについて伺いたいと思います。

湯浅：ホスピス運動の先駆けとなったロンドン郊外にあるセントクリストファー病院のシシ

リー・サンダースは終末期患者には4つの痛み(Pain)が重層的に存在する「全人的苦悩(Total Pain)」が見出されると述べました。それは、疼痛や不快感などの身体的苦痛、不安感や絶望感、うつ、錯乱状態などの精神的苦痛、仕事復帰の困難さや社会的地位の喪失からくる社会的苦痛、そして「なぜ私が病に罹らなければならないのか」とか「私はこの世に何を残したのか」などといったスピリチュアルな苦痛の4つです。それを受けて、WHOは1990年に『Cancer Pain Relief and Palliative Care(がんの痛みからの解放と緩和ケア)』という報告書を出しています。ここにも身体面、心理面、社会面の他にスピリチュアル面の苦痛に対する包括的ケアの重要性が指摘されています。

助友：スピリチュアルペインにはどのようなものがあるのでしょうか。

湯浅：先ほど触れました村田はスピリチュアルペインを「時間存在」「関係存在」「自律存在」に分類しています。時間存在とは「もう何の意味もない」とか「何をしたらいいのかわからない」といった意味や目的が失われた時間を伴う苦痛のことです。関係存在とは「死んでしまったら何も残らない」とか「自分ひとりを取り残された感じがする」といった虚無や孤独を感じる関係性に関する苦痛を言います。そして自律存在とは「人の世話になって迷惑かけて生きていても、何の値打ちもない」といった無価値や無意味を感じる自律に関する苦痛のことです。こうした苦痛が複合的に感じられるとき、スピリチュアルペインが生じるのです。

これらの症候に対して、村田は「スピリチュアルコーピング」という対処法を提案しています。病の終末期に生じるこうした無意味感、無価値感、虚無感、孤独感といったスピリチュアルペインを、内的自己の探求と価値観を再構築することで、死を超越し生きる意味を再び回復させることができるのだそうです。こうしたコーピング法によりスピリチュアルペインが緩和されたことで、身体的苦痛や心理的苦痛も取り除かれるケースを報告しています。

助友：コーピングというとストレス対処による精神療法を思い出しますが、そもそもメンタルケアとスピリチュアルケアとは違うものなのでしょうか。



助友裕子先生

湯浅：メンタルケアは現実への不適応によって生じる精神的症状である不安感、孤独感、苛立ち、うつなどに対するケアを指します。一方のスピリチュアルケアとは村田が指摘しているような人間の根本的な存在に根差した苦悩、すなわち無意味感、無価値感、虚無感、孤独感などに対するケアを言います。また、心理研究家の尾崎真奈美氏は「社会的にうまくいっているように見えながらも、人生の目的や価値が見出されず空しさを感じる状態は、適応を中心概念としたメンタルヘルスでは見逃されるが、スピリチュアルなレベルでは問題となる。生きる意味を模索する成長プロセスの中でみられる苦悩は、メンタルヘルス的には同じようにうつ状態として症状が観察されるものの、内因性やストレス反応として起きるうつ状態とは原因も治療法も異なる。成長を希求するスピリチュアルな苦悩においては、原始的防御機制や非合理的信念は観察されない」とも説明しています。

このように精神的症候とスピリチュアルな苦痛とは区別することができるのです。

3. スピリチュアルヘルスが注目されるようになってきた理由

助友：近年、健康に対する価値観も相当多様化してきているように思います。そうした中、世界ではスピリチュアルヘルスが何故、注目され始めているのでしょうか。

湯浅：最近「持続可能な開発目標」やデジタルを活用した「スマートシティ」などにおいては究極の目的にウェルビーイング(より良く生きる)や幸福が挙げられることが多くなってきました。WHOのヘルスプロモーションに関するオタワ憲章でも明確に述べられているように、健康はあくまでも幸せに生きるための資源であって、究極の目的は健康の上位に来るより良く生きることであるということの理解が広まってきたのだと思います。質的欲求が満たされつつある中で、心理的充足感を求める社会的要請が強くなってきていることが背景にあると考えられます。それに呼応する形で、ヘルスにおいても従来 of 身体的、精神的及び社会的なヘルスだけではなく、人々の存在の根底を支えてきたスピリチュアリティに関心が向き始めているのだと思います。

このことは現代人の欲求レベルが変遷してきている現象と捉えることもできます。アメリカの心理学者アブラハム・マズローが唱えた「欲求段階説」という理論を聞かれた方はいらっしゃるかと思います。下部から生理的欲求、安全欲求、社会的欲求、承認欲求、自己実現の欲求と続き、最上階に自己超越の欲求段階があります。下部の欲求が満たされると人はそのすぐ上の欲求を段階的に満たしたくなるという学説です。日本など先進国に住む現代人の多くの方が、食欲など生理的欲が満たされ、安全欲や集団帰属欲も充足された状況にあるのでしょうか。その上で自分が他人から認めて欲しいという承認欲求が満たされることを願い、また自分らしく目的や夢を持って生きていきたいという自己実現の欲求や、

さらに社会をより良くしたいとか困っている人を助けたいと言ったエゴを超えたレベルで人生の意義や目的を実現したいという最上階の自己超越欲求レベルへの渴望が起こっていると思われまます。そういう背景の中で、スピリチュアルヘルスが注目され始めているのだと思います。

4. がん対策におけるスピリチュアルヘルスの適用

助友：がん患者への心理的苦悩を軽減するためにスピリチュアルケアの実践が行われていることは理解できましたが、スピリチュアルヘルスをがん対策に生かす方策はあるのでしょうか。

湯浅：先ほども述べましたが、スピリチュアリティは極めて多様であり、文化や社会によってだけでなく個人毎でも異なります。したがって、スピリチュアリティの用途は多義的であるため、定まった介入方法を設定することはなかなか難しいと言わざるを得ません。特定の宗教を持たない人が多いと言われる日本人に固有のスピリチュアリティがどういった特徴を有しているのか、まだまだ研究が不足しています。結論から申せば、日本人に適したスピリチュアルヘルスとはどんなものなのか十分に分からない現状では、残念ながらがん対策に特有の方策をまだ見出すことはできていません。

助友：日本人を対象とした研究が進展することが望めます。ところで、そもそもスピリチュアリティを科学的に研究するとはどういうことなのでしょう。



湯浅：スピリチュアリティのレベルを測定する質問票ツールは既に多くの国で開発されており、量的に測定が可能のために、スピリチュアルヘルスと他のヘルスの関連性を調べた先行研究は数多く報告されています。その結果、スピリチュアルヘルスのレベルが高い人々は様々なストレスに対するレジリエンス（適応力、弾力性、しなやかさ）が高いということがわかってきました。WHOが開発した計測ツールにWHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB)があり、田崎美弥子氏らがこの日本語版の開発を手掛けています。田崎は欧米向けのSRPB質問票は日本人にそのまま適用することは難しいとしたうえで、日本人のスピリチュアリティの特徴として、ほとんどの日本人が自然や先祖に関する感覚を持ち合わせていること、さらに日常に宗教儀礼が溶け込んでいる独特の無宗教的な宗教観を持っていると述べています。

助友：こうした特徴は、私たちの感覚に近いものを感じますね。これまでの諸外国の研究の成果から、スピリチュアルヘルスは今後どのように活用されるとお考えでしょうか。

湯浅：スピリチュアリティに関する著作で最もよく引用されるものにオーストリア出身のユダヤ人で精神科医・心理学者であったヴィクトール・フランクルによる『夜と霧』（みすず書房）があります。ドイツのナチス党によって彼は強制収容所に収容され、過酷な体験を強いられました。奇跡的に帰還した後、収容所で観察した収容者たちの心理状態を書籍にまとめたのです。そこで彼が見出した結論の一つは、死と隣り合わせの極限の状態で生き続けられた唯一の方法は生きることの意味を見出すことであったということでした。それも一般論で語れるような意味付けではなく、常に瞬時に人生が問いかけてくる具体的な意味なのだとして述べています。人生に抽象的な意味や目的というものがある訳ではなく、それは個々人が自分自身で見出していくものでなければならないというのです。

こうした考えをまとめてみると、次のようにスピリチュアルヘルスを説明できるのではないかと思います。人は自分自身で人生や生

きることに意味付けを与えることができるのであり、与えられた環境の中で具体的な意味を「物語」として描き、その物語を演じていくことが人生をより良く生きることなのではないかということです。物語に描く意味や目的は、宗教の神仏が与えてくれることもあるでしょうし、オリンピック競技などの目標設定のこともあるでしょう。あるいは教育や人生経験がその人固有の物語を描くきっかけを与えてくれることも多いのではないのでしょうか。

助友：がんと診断された患者自身やご家族が、その余命の如何を問わず、自分自身にとっての余生をどう生きるのかという意味を与えることが物語を描くということになるのですね。

湯浅：まったくおっしゃる通りです。人間は誰しもいつかは死ぬわけで、人生が有限であるからこそそこに意味付けが必要なのであって、人生が無限に続くのであれば意味付ける必要すらないと思います。ラテン語で言う「メント・モリ」つまり「死を忘れることなかれ」がその基盤だと思いますね。

助友：WHOのヘルスプロモーションは健康を支援する環境整備が重要としています。この視点で考えると、個々人が物語を描き、演じていく社会的な舞台を整えていくことも忘れてはならないように思うのですが。

湯浅：様々な障害や病を持った人々も含めすべての人が自身で意味付けをした物語を紡いでいける社会を創造することが、2020年の社会福祉法改正で明記された「地域共生社会」の眼目です。身体的、精神的、社会的ヘルスを向上することが憲法第25条「健康権・生存権」で保障されているとするなら、スピリチュアルヘルスは憲法第13条の「幸福追求権」が保障してくれていると思います。

5. 何故、人は人生に意味を求めるのか

助友：スピリチュアルヘルスについての具体的なイメージがかなり湧いてきました。しかし、そもそもなぜ人は人生に意味や目的を見出そうとするのかという疑問が残ります。

湯浅：それについては未だ解明されてはいませんが、多くの学者が考えている最も有力なストーリーは次のようなものです。歴史学者ユヴァル・ハラリ氏によると、7万年前にアフリカを脱出した私たちの祖先は、その後4万年の間に「認知革命」という劇的な変化を遂げたのではないかとこの間にはホモサピエンスは言語を発達させ、他人の行動を予測するため相手の心を読み取る能力も進化させたようです。前者の言語能力の獲得によって、ハラリ氏に言わせると虚構を人々に信じさせることができるようになり、人々が協力できるようになったのだと言います。後者の相手の心を読む能力は、他人の行動に意味を読み取ることにもなり、その後自然界や集団内で生じる出来事にも意味付けを行うようになっていきました。天災が起これば、それは神が怒っているのだと解釈するようになっていったのです。つまり、進化の偶然の産物として意味付けを行う習性が人類に宿ったのではないかと考えられています。

助友：言葉によって人々は協力できるようになり、そのプロセスで仲間は何かを考えているのか心を読み、仲間の顔色や態度に意味を見出す能力が開花していったというのですね。そうした能力の獲得が人類の生存に有利に働い

たということは容易に想像できます。

湯浅：意味付けを行う能力はやがて自身の生き方やその目的まで考えるようになったのだと考えられています。自身や家族の存在を意味付けることはやがて倫理や宗教となり、個人や集団にスピリチュアリティという形になって蓄積していったようです。古代の人は自分たちの存在理由を踊りや儀式あるいは壁画や土器という手段で表現し継承していきました。約3000年前にはキリスト教や仏教などの組織宗教がスピリチュアリティの受け皿となりました。神仏が生きる意味を提示してくれるからです。近代になると科学の発展により神の存在が追いやられるようになり、スピリチュアリティを支持してくれていた組織宗教に代わる新たな受け皿が無くなりつつあります。現代社会にいる私たちはスピリチュアリティの支えがない不安定な時代を生きていると言えるでしょう。

助友：現代にこそ生きる意味を問いかけるスピリチュアルヘルスが必要なのだということは納得します。科学の力で新たな展望が開かれることを期待したいと思います。今日は貴重なお話しをどうも有難うございました。

終



3 がんの未来

がん教育DVD教材

中学・高校・青年向け

「がんを話そう。 ～命をもっと輝かせるために～」

シナリオ



【先生】

「がん」ってみんなも聞いたことはあるよね。

日本人のおよそ2人に1人がなる病気で、わが国の死因第1位。怖い病気ではあるけれど、それだけ身近な病気でもあるんだよ。だから私達一人一人ががんを知って、対策することが、とても大事になっているんだ。



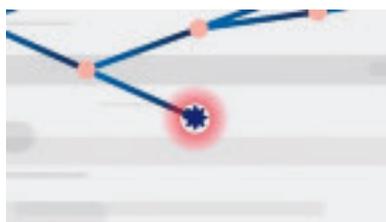
がんができる仕組み

【先生】

ではまず、がんができる仕組みを学んでいこう。

人間の体には、約37兆個の細胞があって、それぞれの細胞は生まれてから絶えず分裂をくり返しているんだ。その分裂の過程で、細胞の遺伝子が傷つくことがある。

通常は元通りに修復されるのだけど、



何らかの原因で修復ができなかった時、遺伝子に変異が残ってしまう。この変異ががんのはじまりなんだ。

だから、細胞分裂の多い「肺」や「胃」、「大腸」はがんが発生しやすく、もともと細胞分裂の少ない「心臓」などはがんが発生しにくいんだね。

【男子生徒】

たしかに「肺がん」や「胃がん」、「大腸がん」は聞くけれど、「心臓がん」は聞いたことないな！

がんになる原因ってなに？

【先生】

がんができる仕組みはわかったけど、やっぱりがんにはなりたくないよね。がんを遠ざけるためにも、まずはがんを引き起こす原因を知ることが大事。こちらのグラフをみてごらん。

これは、アメリカ、西ヨーロッパ、



アフリカ、日本。それぞれのがんになる原因をグラフに表したものだよ。

それぞれを比べてみると、アメリカと西ヨーロッパは「食事」と「タバコ」の割合が高くなっているね。

こちらはアフリカのグラフ。アメリカ、西ヨーロッパのグラフと比べると「感染症」の割合が高いことが分かる。

そして日本のグラフ。「タバコ」と「感染症」が高いのがわかるね。他の国よりも、「アルコール」の割合が高くなっているのも見逃せない。

次に、生物学的性別で日本を見てみよう。左が男性、右が女性。男女で違いがあるね。

【男子生徒】

男性のがんの原因になりやすい「タバコ」と「アルコール」は、うちのお父さん好きだなぁ。

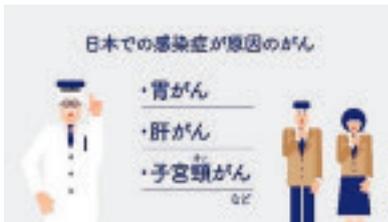


【女子生徒】

女性は「感染症」の割合が高いけど、感染症って、どんなものですか？

【先生】

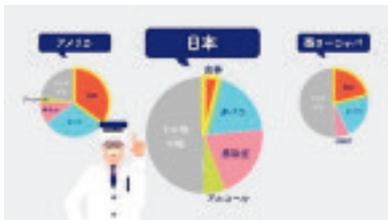
感染症が原因のがんとしてはピロリ菌による「胃がん」、肝炎ウイルスによる「肝がん」、ヒトパピローマウイルスによる「子宮頸がん」などが代表的な例だ。



さらに気になるのはグラフのグレーの部分「その他・不明」の割合が大きいことなんだ。

ストレスや遺伝にかかわる未知の要因があると言われてはいるけれど、この謎を解明していくことが、これからの重要な課題なんだ。

逆に日本は他国と比較して食事の割合が非常に低いことが分かるね。これは栄養バランスに優れた「和食」が日本人に良い影響を与えているからではないかと考えられているんだよ。



【男子生徒】

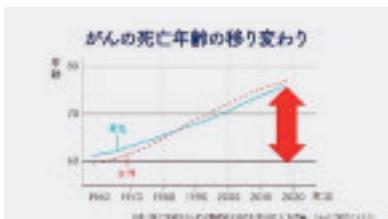
こうして見てみると、「食事」とか「タバコ」とか、がんは生活習慣が大きく影響する病気と言えそうですね。

がんの死亡年齢と罹患年齢

【先生】

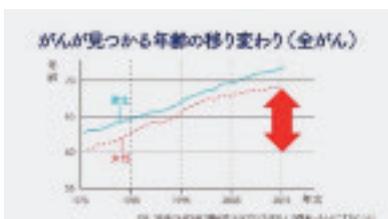
それじゃあ今度は、がんの死亡年齢と罹患年齢。つまり、がんが見つかる年齢の移り変わりを見ていこう。

死亡年齢は、1960年頃と近年を比べると、男女ともにおよそ15歳ほど延びているのがわかるね。



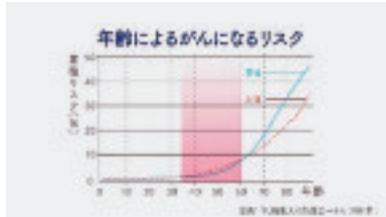
次に罹患年齢のグラフ。こちらも1975年頃と比べると男女ともに9年ほど延びている。

つまり、がんの死亡年齢が延びたの



は、がんの罹患年齢が延びたからということができる。

これは、昔に比べて健康や栄養、衛生面など、生活が向上して人々ががんの原因となるものを遠ざけるようになったことと、医学医療の進歩が関係しているんだ。



今度はこちらのグラフを見てごらん。年齢によるがんになるリスクを表したものだ。高齢になるほど男性のがんになるリスクが女性を上回っているけれど、この部分！30代中頃～60歳くらいまでは、女性のがんになるリスクが男性より高くなっている。

これは、女性特有の乳がんや子宮頸がんなどが、若い年齢で出やすいからなんだ。ちょうどみんなのお母さんくらいの年齢だね。

だから、がんは高齢者の病気と考えず、若い頃から検診を受けるなど、気を付けなくてはいけないんだ。



【先生】

がんが身近な病気となった今、「がんの予防」をすること。これはみんなが心がけなくてはいけないことだね。

「予防に勝る治療なし」と言われるように、がんにならないために未然に防ぐ努力が一番大切なんだ。

【男子生徒】

ぼくたちの年齢でも、ですか？

【先生】

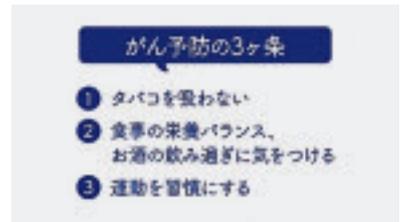
そう。体にいいことを早いうちから習慣にしまうこと。

それが一番の予防だからね。がんの予防は今すぐにでも始められることばかり。

- ・タバコを吸わない
- ・食事の栄養バランスやお酒の飲み過ぎに気をつける
- ・運動を習慣にする

これが、がん予防の3ヶ条だ。

タバコは、がんのリスクを高めるものの中で最も代表的なもの。この写真は、タバコを吸わない人のきれいな肺



とタバコを吸う人の汚れた肺。吸い続けることでこんなにダメージを与えるって、怖いよね。タバコには発がん物質がいっぱいで、肺だけでなく体中のいろいろな臓器にさまざまな病気を引き起こすと言われている。とにかく吸わないことが大事なんだね。



タバコの影響を受けるのは喫煙者だけじゃない。タバコの先端から出る煙を周りの人が吸ってしまう「受動喫煙」でも、吸うのと同じだけの悪影響があるんだ。

妊婦さんは特に注意が必要で、喫煙もしくは受動喫煙をすることによって、流産や早産、胎児の発育障害などお腹の赤ちゃんにも大きな影響があることが分かっているからね。



20歳になると喫煙が法律で認められているけれど、まず、吸い始めないこと。それががん予防の第一歩だよ。

では次に、食事の話しよう。

栄養バランスのとれた食事が体にも心にも良いことは、みんなも知っているよね。

そのお手本ともいえるのが、和食。そのすばらしさは世界にも認められていて、2013年にはユネスコの無形文化遺産に登録されたんだ。



しかし、今の日本では食の欧米化が進んでいる。洋食もおいしいし、もち

ろん食べてOKだけれど、油分、糖分、カロリーの摂り過ぎには気をつけなといけない。

若い頃から食事の大切さを考えることはとても大事なことで、栄養バランスの良い「和食」のすばらしさをぜひ見つけ直してみよう。ただし、塩分のとり過ぎには要注意！

そうそう！ 野菜と果物は欠かさずとるようにしよう！ がん細胞の成長や、遺伝子の変異を抑えるさまざまな成分が含まれているからね。

そして、食事と同様に大事なのが運動。運動は、がん予防にもっとも手軽でもっとも有効だと言われているよ。

それは、運動によって血流が良くなり、細胞が活性化されるからなんだ。まだはっきりと実証されていないけれど、いろいろながんの予防に効果があると分かりつつある。

運動は習慣化することが大事。大人になると運動することが減ってしまうけれど、みんなのご家族はどうか？

散歩やストレッチなど簡単なものから、無理なく行うのが運動を続けるコツだよ。



【先生】

生活の向上や医療医学の進歩によって、がんは治せる病気となりつつあると学んだよね。がんを治すためにはとにかく早い時期に発見することが重要なんだ。

【男子生徒】

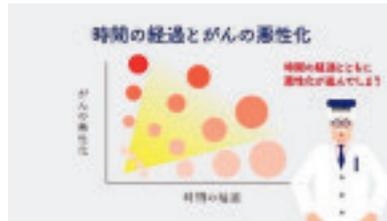
どうして早期発見が重要なんですか？

【先生】

がんが悪性化していくスピードは、患者さんのがんごとに異なる。

たとえば、悪性化が比較的早く進むタイプもあれば、悪性化がなかなか進まないタイプもある。ただこれらはごくまれで、大部分のがんは時間の経過とともに着実に悪性化が進んでいってしまう。だからできるだけ悪性化が進

まない早い段階で、がん細胞を取り除くことが重要なんだ。



「早期発見」できるか、できないかが、がんが治るか、治らないかの重要なカギをにぎっているんだ。

【男子生徒】

でも、どうやって早くみつけたらいいんだろう？



【先生】

国ではがんの早期発見のために、定期的に5つのがん検診を実施している。住んでいる自治体のホームページでも紹介しているので、家族と一緒に見てごらん。

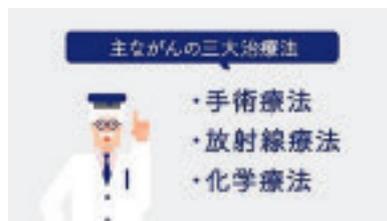
検診費用の多くを公費で負担してくれているから、みんなが受けやすくなっているよ。

でも、残念ながら、日本は他の先進国に比べて、がん検診の受診率がとても低いんだ。

みんなも今日、家に帰ったら、ご家族にがん検診を受けているか聞いてみてほしい。もし受けていないようなら、受けるようにすすめてあげよう。



がん治療には手術療法・放射線療法・化学療法、主にこの3つの方法がある。どれも患者さんの負担をできるだけ少なくしながら、がんを治すためにと研究され続けているんだ。



最近だと内視鏡手術やロボット手術など医療機器の進歩によって可能になった治療法が主流となっている。

放射線治療や粒子線治療の普及でよりがんの局所に集中して放射線をあてることができるようになり、副作用が出にくい工夫がされている。

また、抗がん剤による化学療法と、患者さんの遺伝子を調べ、一人ひとりの体質や病状に合わせて治療を行うゲノム医療の登場ががん治療を大きく進歩させたんだ。

とにかくがんは、早期発見と早期治療。早く見つけて、早く治療を受ければ、治る見込みのある病気なんだ。



ところで、ふたりは「緩和ケア」という言葉を知っているかな？ 緩和ケアはがんにかかって亡くなるまで患者さんに寄り添い、体と心の痛みを和らげる医療のことを指すんだ。

がんと共に生きる人も多くなった今の時代には、その人らしく充実した生き方ができるようなサポートが必要。

がんは決してうつる病気ではない。もし、がんと闘う人に出会ったら、偏見を持たず、キミたちのあたたかい手を差し伸べてあげてほしい。



文部科学省選定 (2021年11月17日)

学校教育教材 中学校生徒向き(保健体育)
 学校教育教材 高等学校生徒向き(保健体育)
 社会教育(教材) 青年向き 健康・スポーツ(保健・衛生)

推薦 公益財団法人日本対がん協会

動画はYouTubeでも視聴できますし、札幌がんセミナーのホームページからダウンロードもできますが、希望者にはDVDをお送り致しますので、事務局までご連絡下さい。

YouTube

https://www.youtube.com/channel/UC_5SSinHrUZWelAQkRCXSQQ
 がんセミナーHP <https://scsf.info>

ご寄附に感謝

(2021年4月1日～2022年5月31日)(敬称略)

A. 運営寄附(賛助会費)

法人

(株)アインホールディングス (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) (光地勇一会長)
(株)ムトウ (田尾延幸会長)
(株)モロオ (師尾忠和社長)
(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)
岩田地崎建設(株) (岩田圭剛社長)
恵佑会札幌病院 (細川正夫会長、鈴木康弘理事長)
大鵬薬品工業(株) (小林将之社長、松下泰士札幌支店長)
札幌臨床検査センター(株) (桶谷満社長)
(株)北洋銀行 (安田光春頭取)
アルフレッサ(株) (福神雄介社長)
キョーリンリメディア(株) (橋爪浩社長)
沢井製薬(株) (澤井健造社長)
(株)スズケン (宮田浩美社長)
(株)ほくやく (眞鍋雅信社長)
北海道文化放送(株) (加藤雅規社長)
北海道放送(株) (勝田直樹社長)
(株)メディセオ (長福恭弘社長)
札幌商工会議所 (岩田圭剛会頭)
佐藤水産(株) (谷脇哲哉社長)
田辺三菱製薬(株) (上野裕明社長、大崎裕樹北海道支店長)
(株)ダンテック (出村知佳子社長)
野村證券(株) (江守理喜札幌支店長)
フルテック(株) (古野重幸社長)
(株)プロジェクト・フォー (中田輝夫会長)
(株)北海道銀行 (兼間祐二頭取)
(株)六花亭 (小田文英代表取締役社長)
(株)アイティ・コミュニケーションズ (小金澤健司会長)
アイビック食品(株) (牧野克彦社長)
アッヴィ合同会社 (ジェームス・フェリシアノ社長)
アートシステム(株) (松田信介代表取締役)
池田燐房工業(株) (池田薫社長)
石上車輛(株) (石上剛社長)
(株)岩崎 (古口聡社長)
(株)STVラジオ (橋本秀樹社長)
(株)エフエム・ノースウエーブ (工藤貴史社長)
遠藤興産(株) (遠藤隆三社長)
(株)大塚製薬工場 (小笠原信一社長、桑原裕之札幌支店長)
大友運送(株) (代表取締役大友果)
(株)北日本自動車共販 (近藤昇社長)
(株)幸耀 (中原昭彦社長)
札幌商工会議所共済事業室 (石本茂史室長)
札幌テレビ放送(株) (井上健社長)
札幌みらい中央青果(株) (勇崎恒宏会長)
サンド(株) (岩本紳吾社長)
(株)昭和ビル (倭雅則社長)
新日本通信工業(株) (石林恒二社長)

(株)セイエル (河野修蔵社長)
税理士法人知野・寺田会計事務所 (寺田昌人代表)
(株)セコマ (赤尾洋昭社長)
東邦薬品(株) (馬田明社長)
中井聖建設(株) (中井靖社長)
日本化薬(株) (涌元厚宏社長)
日本ケミファ(株) (山口一城社長)
橋本電気工事(株) (土岐田昇社長)
(株)藤井工務店 (藤井公人社長)
(株)藤井ビル (藤井将博社長)
(公社)ふる里公苑 (高橋敏彦理事長)
ベル食品(株) (福山浩司社長)
北土建設(株) (砂田英俊社長)
(株)北友 (森田武伯社長)
北海道火災共済協同組合 (小林一清理事長)
北海道信用金庫 (吉本淳一会長)
北海道テレビ放送(株) (寺内達郎社長)
北海道ファミリー(株) (山本一博社長)
北海道丸善運輸(株) (紫藤正行社長)
北幹警備保障(株) (秋庭征富社長)
(株)マルゲンビル (佐藤源五郎社長)
(株)MOEホールディングス (水戸康智社長)
(株)六書堂 (藤田開社長)

個人

高橋 隆司 (北洋銀行元副頭取/SCS財団元相談役、故人)
小林 幸子 (札幌市在住)
小林 博 (SCS財団相談役)
山下 昇史 (常呂厚生病院院長)
半田祐二郎 (株)国際・テクノセンター顧問/SCS財団理事)
賀来 亨 (北海道医療大学名誉教授・日本医療大学名誉教授)
武田 治 (札幌第一興産(株)社長)
谷口 直之 (大阪国際がんセンター研究所部長/大阪大学名誉教授)
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)
八木 政明 (八木歯科医院)
横山 末雄 (横山食品(株)名誉会長)
小川 明 (共同通信客員論説委員)
武市寿美代 (SCS財団評議員)
森 栄子 (帯広市在住)
長瀬 清 (北海道対がん協会前会長)
池野多美子 (北大非常勤講師)
石垣 靖子 (北海道医療大学名誉教授)
井野 智 (神奈川歯科大学附属病院院長)
岡 松彦 (北海道医療センター/啓成会病院理事長)
仙道富士郎 (山形大学名誉教授、同大学元学長)
葛西 智義 (深川市在住)
笠原 正典 (北海道大学名誉教授)
金井 英明 (㈲)イルミネージュ代表)
久保木芳徳 (北海道大学名誉教授)
阪本 時彦 (元モルジブ在住、東京都在住)
瀧本 将人 (日本医療大学教授)



当財団の事業は財団基金から生み出る利息と毎年の寄附によって運営されています。
ご理解、ご協力をいただければ幸いに存じます。

B. 基金寄附

法人

(株)ほくていホールディングス (加藤欽也取締役会長)
道路工業(株) (中田隆博代表取締役社長)

個人

高橋 隆司 (北洋銀行元副頭取/SCS財団元相談役、故人)
輪倉美威子 (恵庭市在住)

小林 博 (北海道大学名誉教授/SCS財団相談役)
瀧本 将人 (日本医療大学教授)
武部 實 (日本都市設計(株)相談役)
森島 庸吉 (船橋西ロータリークラブ)
松崎 照子 (東京青山ロータリークラブ 故松崎勝一会員夫人)
渡辺 民朗 (東北大学名誉教授、岩手県立大学名誉教授)

他、匿名希望の企業・個人の方からもご寄附を頂戴いたしました。

ご寄附の種類

寄附は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. 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いずれに該当する寄附であるかご明示いただき、銀行、あるいは郵便局からお振込みいただければ幸甚に存じます。法人は1口5万円以上としております。

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
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

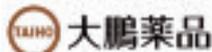
私達企業は(公財)札幌がんセミナーの活動を毎年支援しています



札幌中央アーバン(株)



(公財)廣西・ロジネット
ジャパン社会貢献基金



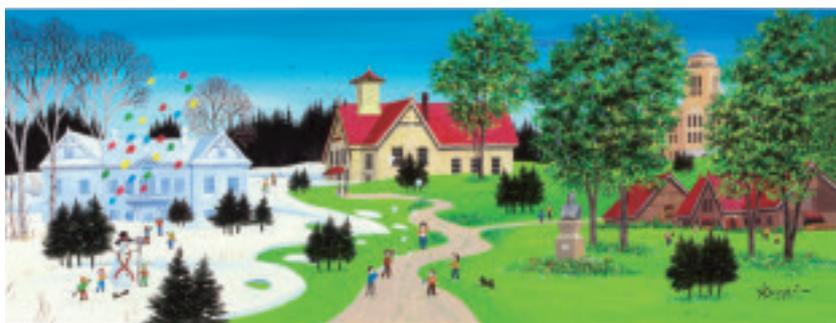
札幌商工会議所



それ、野村にせいでみよう。

野村証券





公益財団法人札幌がんセミナーのシンボル絵画

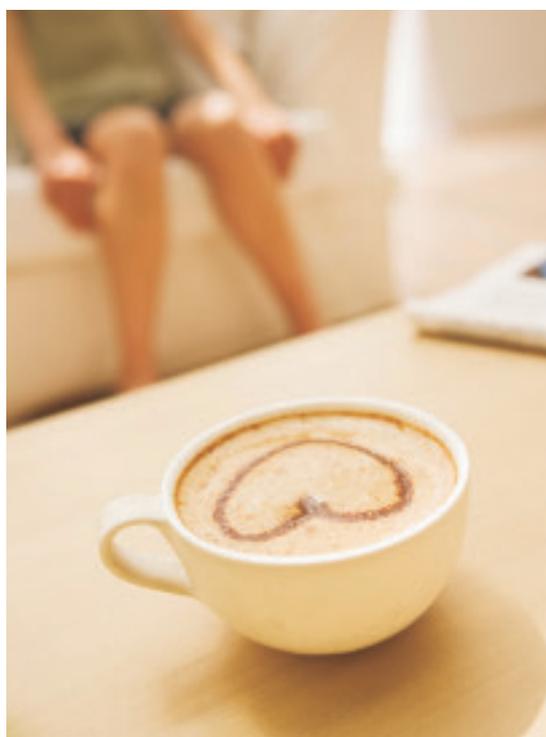
金井英明さんの作品です。当財団は自然環境に優れた北海道、都市機能の快適な札幌をベースに、人々の健康増進に高い関心を抱きつつ、がんを始めとする疾病の問題を解決するためいろいろの公益事業を展開いたしております。この絵画には以上のようなイメージが描かれています。

編集後記

本号に掲載されている湯浅資之(順天堂大学)・助友裕子(日本体育大学)両氏による座談会「スピリチュアリティを科学する」を読んで、いくばくか考えさせられることがありました。と言いますのも、これまで自分自身の生き様を深く考えることもなく、明石家さんまさんの座右の銘のように『生きてるだけで丸儲け』的に生きてきたからです。がんに限らず大病を患った時や大きな挫折を味わった時に、「スピリチュアルペイン」を感じるようになるのかな、一方で、がんで痛みと闘っている時やえもいわれぬ不安に襲われている状況で「スピリチュアルヘルス」に頭がおよぶのだろうか、などなど思い巡らせています。

堂々巡りの末に行き着いたのは、自身の存在価値の喪失や生きる意味を見いだせない状況に陥った時には『生きてるだけで丸儲け』と思う他ないかなということでした。生きてるだけでも誰かの生きがいとなってきてるのなら、それこそ人間冥利かなとも思えてきます。んっ、これって「スピリチュアルヘルス」でしょうかね。

(編集委員 浜田淳一)



SCSコミュニケーション

THE WAY FORWARD 未来への一歩 Communication with the Sapporo Cancer Seminar Foundation

内閣府所管公益財団法人札幌がんセミナー SCSコミュニケーション No.21 非売品

発行日：2022年6月1日 次号No.22は2022年12月1日発行予定



発行：

(公財)札幌がんセミナー (理事長 加藤欽也)

〒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：https://scsf.info

編集委員：高橋将人、大廣洋一、木川幸一、
小松嘉人、浜田淳一

印刷・製本：株式会社アイワード

(コーディネーター：酒井 隆、大村亜紀)