

「がん」で苦しむ人を 一人でも減らしたい

対談「がん患者への就労支援」

Question & Answer

北海道のがん罹患年齢と死亡年齢 / がん検診のあり方 /
入れ歯やむし歯は口のがんの発生リスクを高めるか？ /
胃のスキルスがんは悪性度が高い？なぜですか

ひとくち情報

高齢者のがん治療 / 高齢者の医療費 /
木を見て森を見ずではいけない！ /
薬の取り過ぎに注意！ / 若い人の無関心から脱却を
男女格差 / 人生100年時代への自省 / PPKはピンピン
「コロリ」ではなくピンピン「枯れる」がよい！

シニアの言葉

がん対策の変遷 / 新しい治療選択の難しさ /
早期がんや前がん状態を見つけるバイオマ
ーカーの開発への願い



札幌がんセミナーとは？

6つの事業 / 冬季がんセミナー / がん相談 /
国際がんシンポジウム / ご寄附に感謝 ほか

「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

対談 **がん患者への就労支援**…………… 3

熊谷 歌織 (北海道医療大学)
市村 通乃 (アモール社労士事務所)

Question & Answer …………… 9

北海道のがん罹患年齢と死亡年齢

加茂 憲一 (札幌医科大学)

がん検診のあり方

加藤 元嗣 (北海道対がん協会)

入れ歯やむし歯は口のがんの発症リスクを高めるか?

大廣 洋一 (北海道大学)

胃のスキルスがんは悪性度が高い? なぜですか

桑原 慎一 (新札幌豊和会病院)

ひとくち情報 …………… 14

高齢者のがん治療

高齢者の医療費

木を見て森を見ずではいけない!

薬の取り過ぎに注意!

若い人の無関心から脱却を

男女格差

人生 100 年時代への自省

PPK はピンピン「コロリ」ではなく、ピンピン「枯れる」がよい!

シニアの言葉…………… 16

がん対策の変遷

小林 博 (札幌がんセミナー)

新しい治療選択の難しさ

白土 博樹 (北海道大学)

早期がんや前がん状態を見つけるバイオマーカーの開発への願い

谷口 直之 (大阪国際がんセンター)

札幌がんセミナーとは? 活動紹介… 18

第 39 回冬季がんセミナー案内

がん相談

石垣靖子氏 財団の社会貢献賞紹介

第 42 回札幌国際がんシンポジウム開催報告

ご協力に感謝

編集後記

巻頭言 **がん**と**老化**

「がんは怖い」と思う人は多いですが、「老化が怖い」と思う人はいません。がんは死に至る病と受け取られるのに対し、老化は自然現象と受け止められているからでしょうか。

いまの「高齢化の時代」は人類の歴史以来初めて、というかいままで経験したことがありません。むかし人生 50 年、いまは人生 100 年。全くの驚きです。

がんはとにかく治るようになりました。ただ、治ったことで安心していきますと、その後の老化が日々進んで参ります。つまり、がんを克服したことで超高齢者がどんどん増えてきます。

仮にがんの恐怖に打ち勝ったとしても、老化には勝てません。老化はがん以上に大きな課題になるに違いないと思いますが…。

(公財)札幌がんセミナー相談役 小林 博



The Way Forward No. 26 への率直なご意見、ご感想をお寄せ下さい
<https://forms.gle/wRCZsZuuBjufimnC7>



対談

がん患者への就労支援

【出席者】

熊谷 歌織（北海道医療大学看護福祉学部）

市村 通乃（アモール社労士事務所）

がんと就労に関心を持ったきっかけ

熊谷 私達は、2008年の「リレーフォーライフ」というがん患者支援のチャリティイベントで出会いました。そのとき私は看護師であり教員でもあったのですが、がんサバイバーが職場の人から厭味を言われたり、差別を受けているという話を市村さんから聞いて、患者の現状を知らなかったことを反省しました。

市村 私は社労士として、がん患者さんの就労支援に関わっています。社労士というのは正式には社会保険労務士とあって、国の社会保障制度や企業の労務管理に対応をするなど幅広い仕事をしています。社労士のなかにも障害年金、傷病手当、社会保障、介護保険など個人の年金の手続き代行を専門にする方と、企業の就業規則、労務管理、助成金などを専門にする方がいます。

社労士になったのはがん患者さんの就労支援をやるためでした。がん患者さんに対しては障害年金、介護保険、生活保護、成年後見人制度のことなどをお伝えし、その一方では、企業には労働者ががんになったときに、その方が会社を退職することのないように労務管理のアドバイスをします。

会社側ががんになった従業員に仕事を続けてもらいたいと思ったとき、就業規則に従業員の復職にあたり「休職前の仕事ができるようになったら復職を認める」と書いてある企業があります。これは患者側が「魔の一文」といっている文言です。本来、労働基準法では就業規則に休職や復職の制度は載せなくても良いことになっていますが、就業規則にこの一

文があるために、休職期間が終わった時に休職前と同じ仕事ができないことで復帰が出来ず、退職を余儀なくされるケースが今まで多くありましたので、雇用を継続するような方法を提案しています。

熊谷 がんの就労支援をやっている社労士は最近増えてきていると思いますが、社労士だからといって皆ががん患者の就労支援が得意というわけではないのですね。

市村 企業の就業規則等を直すことはできますが、その病気に配慮した労働条件を考えて提案する社労士はまだ多くないです。

熊谷 私はこれまで、がんサバイバーの就労問題を含む社会的側面の問題を研究してきました。現在は大学院でがん看護の専門看護師を養成しつつ、がんへの偏見や差別の要因となる、がん患者としてレッテルを貼られるなどの「スティグマ」に関する研究をしています。

がんと就労について

熊谷 がんと就労が着目されるようになった要因には、平成24年にがん対策推進基本計画で就労支援について明言されたことだと思います。その後、離職率に関するデータが集められ、雇用者の3割が依願退職していることが明らかとなりました。その中には、不本意な離職がかなり含まれていたと思います。その後、新しい治療法の開発や医療体制の整備等で外来での治療が増えてきた経過があり、一層治療と就労を両立できるような状況になってきたことが、がんと就労に着目されるようになった要因としてあると思います。

また生存率が上がってきたこともあります。最新のデータでは10年生存率はがん全体で見ると53.5%。つまりがんになった人の半分以上は10年後もサバイバーとして生きていくことを考えると、生活維持仕事との両立に関する支援ニーズが高くなるのは必然だと思います。

市村 独身の人が多くなっているのもあると思います。結婚していてご夫婦正社員で働いている方は一方ががんになっても他方が働くので、就労継続の相談は少ない傾向があります。相談に来るのは独身の方とか一人親が多いです。正社員でなくとも働ける場所を探している方も多いので、ハローワークの障害者雇用とは別にある長期療養者専用求人窓口を紹介しています。

熊谷 治療と仕事を両立する意義は何かと考えると、一番は経済的安定です。社会貢献ができることの安心感や、自分の存在意義を感じることも大きいとは思いますが、やはりお金は大事。就労支援をやって調整をしていくことによって、雇用主にとってもメリットがあります。今まで積み上げてきた技術を持った人が働き続けてくれれば生産性も上がるし、病気を持ったり治療しながら働けるという、健康的な環境づくりにも繋がっていきます。

市村 2人に1人ががんになるといわれてるなかで、企業ががんになった従業員にいろいろ対応している姿を見ると、今健康な従業員も自分がもし病気になって働けなくなったときに手厚く保護してもらえると認識が生まれ、人材の定着にもつながると思います。

熊谷 とはいえ離職状況はあまり変わっていません。最近のデータを見ても、2~3割の人が

がんを理由に仕事を辞めているという報告があります。とくに非正規雇用の人、女性が多いといわれています。離職理由を調べると、がんになって自分が何を一番大事にしたいかと考えて辞めるケースもあります。そうすると離職率を減らすことが大事なのではなく、その人の価値観で自らが仕事を続けるか、休むか、辞めるかを選択できるような支援をしていくということが大事です。

市村 就労支援をやって難しいなと思うのが、会社側がその人に辞めないでほしいと願い、制度も整えても、職場の人間関係、職場内のコミュニケーション不足で辞めていくことがあることです。なかには自分ががんだということを知られたくないという人もいます。私も社労士になって8年間就労支援をやってきましたが、最近の相談は人間関係に移ってきてますね。

就労の形態と調整

熊谷 今は外来治療に移行していった、入院しないで通院で治療する方も多くなりました。そうすると仕事を早退したり、休みを取る必要がありますから、調整しながら働こうとしてパートタイマーになる。でもそうするとボーナスや退職金が支給されなくなるというって要望と合わないからと退職を選ぶことも方もいます。

市村 私は**短時間正社員制度**を作ることをお勧めしています。これは病気の人だけでなく、育児介護中の人、資格を取るために短時間で働きたい人等を短時間正社員として雇用する制度です。フルタイムの正社員より給料や賞与

【プロフィール】

◎ 熊谷 歌織 (くまがい かおり)

1993年より北海道大学病院耳鼻咽喉科病棟にて看護師として勤務。1997年、北海道医療大学看護福祉学部看護学科3年次編入。2001年、同大学院看護福祉学研究所修士課程修了。同年、北海道医療大学看護福祉学部助手として入職。その後、助教、講師を経て准教授。2023年、北海道医療大学大学院看護福祉学研究所博士課程修了(看護学博士)。専門は、がん看護学。
NPO法人 Cansur Linkaid(キャンサーリンクエイド)代表理事。



◎ 市村 通乃 (いちむら ゆきえ)

1995年、北海道札幌啓北商業高等学校卒業。同年センチュリー監査法人札幌事務所にて経理・人事事務として入社。2004年1月、榮光税理士法人へ転籍。2016年2月、アモール社労士事務所開業、2017年5月、榮光税理士法人退職。
北海道社会保険労務士会札幌中支部所属、北海道地域両立支援推進チーム構成員、独立行政法人労働者健康安全機構 北海道産業保健総合支援センター 両立支援促進員、一般社団法人アモール代表理事。



が下がりますが労働時間が少なくなるメリットがあります。

これも患者さんのニーズと合わない場合があります。なぜかといえば、治療の見通しが立ちにくく、会社側と患者さんの調整が難しい場合です。ガイドラインにも書いてありますが、両立支援プランを作るときには1か月～3か月とかの短期間のスパンで何回も作り直していくことを推奨しています。ただ、それが人事担当者の負担になってくるのも現実です。治療が変わればプランも変え、治療が続いても抗がん剤に体が慣れてきたら仕事量を増やすなどの調整を最低でも2週間に1回はしていけないといけないと思います。

熊谷 今は治療が個別化されてきて1人1人違うので、常にコミュニケーションを取りながら、ある程度遊びを持たせるような調整をしていけないといけないということですね。

市村 私は経営者に、**がん経験者の方を相談窓口**に置いてはどうでしょうかと提案します。本業の自分の担当の仕事が終わったら、交代で相談窓口に入ってみんなで情報共有するのです。ただこれは女性には有効なのですが男性にはあまり有効じゃないですね。

がんと診断されたら

熊谷 調整を進める際、どう進めていけばいいでしょうか。まずはがんと診断されて行わなければならないのは職場に伝えることですよね。その際、何を伝えるかです。以前は「迷惑かけたくないの辞めます」というケースが多かったのですが、今は医療者が患者さんに「仕事を辞めないでね」と言うことが大切、という認識がかなり定着してきていると思います。

レスパイト 休憩・休息

英語のレスパイト (respite)。高齢化とともに介護を必要とする人達が増えております。その介護をする人たちの疲れは余り問題視されませんが、介護される人を介護する人こそ予想外に辛いものがあります。ですから休息、休養は絶対必要なのです。

老夫婦が互いに介護するうちに心中とか殺人事件となることも少なくないようです。それほど思い詰める状況が介護する側の心身の労苦が根底にありますから、この労苦を何とかして解決する努力が必要です。(小林 博)

ただ、患者さんが会社に何をどこまで伝えるかが最初の段階ではすごく難しいところです。直属の上司には言わなければなりません。すべてを伝えないでほしいという人もいる。伝える範囲と内容をまず考えてから上司に報告するところからスタートです。

市村 報告を受けた上司は、その会社に休職制度があるかどうかの確認が必要です。通常、休職制度は就業規則に書いてあるのですが、従業員10人未満の会社は就業規則を作る作成義務がないので、就業規則がない可能性もあります。

治療方針が決まったら就業規則から、休業や復職に関するを確認して、休むか通院かを考えるといいと思います。また休職制度がなくても、入院の際に有休を使うのか、欠勤にするのか。また社会保険に入っているなら傷病手当金を使うのかも考えるポイントになってきます。

熊谷 本当に大変なのは、それをしながら治療法の選択もしなくてはならないことですよね。今は自分の病状にあった治療の選択肢がいくつか与えられて、決めてくださいと言われるので、その学習もしなければならぬ。どんな治療なのか、どの程度効くのか、治療期間は、治療の影響がどんなふうにかかわってくるのかまで考えて、職場と交渉するのは、患者さんにとっても負担になります。そういうときに適切なサポートを得ることが大事で、相談支援センターとか、社労士、大企業の場合は職場にいる産業医、両立支援コーディネーターに相談に行くといいと思います。

市村 **両立支援コーディネーター**というのは独立行政法人労働者健康安全機構が出している資格で、その資格を持つ人が、**復職や治療しながら就業継続するためにどうしたらいいかを、主治医の意見、会社の意見、労働者の希望をまとめて両立支援プランを作ります。**以前は両立支援助成金というのがあり、がんに限らず、糖尿病とかメンタル面で配慮が必要な人が出たときに人事担当者に資格を取らせていたのですが、助成金がなくなったせいか余り利用

されなくなっていました。ただ、いまでも従業員ががんと診断されたときに、人事部の人に資格を取らせたりしている企業はあるようです。そういう人が社内にはいない場合は、会社が産業保健センターに連絡してもらえれば、個別調整支援という形で社労士等が無料で両立支援コーディネーターとして両立支援プランを作るということもできます。

サポートをうまく利用する

熊谷 そうやって企業と労働者の間に入って人を活用したソーシャルサポートは、大事なことだと思います。また、メンタル面を整えるための支援を受けることも大事で、早い段階から緩和ケアを受けられるようにすることも大事ですよ。がん診療連携拠点病院の相談支援センターに行くと、緩和ケアを得意とする看護師や心理士などの専門職がいるので、心の面でつらい時に早い段階から相談することも可能です。

あとはピアサポートとか、患者会もあります。経験者同士で情報交換をすると、心の面も支えられます。今までの研究でも**セルフヘルプグループ**、**患者会などは有効だ**といわれていますので、活用してほしいです。

市村 大企業で社内患者会みたいなものを持っている会社もあると聞いたことがあります。中小企業では難しいので、病院の医療ソーシャルワーカーに頼るといいと思います。私たち社労士側としても、病院の看護師やソーシャルワーカーと連携して就労支援を行っていないとダメだと思うんです。社労士がメンタル面もフォローするのは無理、そうすると

心の病

がんになると精神的に疲労困憊の状況になります。それに打ち勝っていくためには何か夢中になるようなことを見つけて、それに没頭することも1つ。自分ががんであることを忘れるのです。時間がありすぎると自分のがんことだけに執着し、「心の病」に陥ってしまいがちです。

ロシアのある文豪が、長文小説の最後に「退屈というものほど悪いものはない」というのがありました（作者書名は忘れました）。退屈でなくなるように、がんのことを忘れることが、がんに対する1つの知恵かも知れません。（小林 博）

ピアサポーターとか、病院のソーシャルワーカー、緩和ケアの人との連携が必要だと私は思っています。

熊谷 ただ最終的には、自分が何をしたいかというところに戻ることが大事です。病気が病気だけに自分の人生をもう一度考え直す機会になると思います。これからの人生をどう生きていきたいかと考えたときに、その中で仕事の位置付けをしっかりと考えて、考えながら治療をしていき、仕事をしていかなければならないと思うんですよね。

市村 例えば建設業、建築作業の方は、抗がん剤の副作用でめまいとかがあるから、現場の作業は絶対ダメと医師に言われますし、会社としても労災事故を心配し現場はダメと言うけれど、今更デスクワークはできないと会社を辞めて、他の会社に行って病気を隠して仕事する人もいますよね。

熊谷 傍から見たら無理だろうって思ってることでも、リスクを犯してでも続けたいとか、やるって決める人もいます。それはそれでサポートしていかなければならないのですよね。

最初は自分がどうなるかが予測つかないでいても段々と自分の状況がわかってくるので、自分で経験を積んで理解していくこともあると思います。

市村 現場にはもう立てないというのが身をもってわかったけれども元の会社に戻りたいと言って、パソコン勉強して営業事務として戻った人もいます。他人から言われてやるのではなく、患者さん自身が決めれば後悔はないのでしょうか。

熊谷 そういう変化を見守る役割が私達にはあると思います。対人関係が難しい場合も、時間をかければうまく調整できるようになったり、相手の反応を客観的に見れるようになったりとか変化してくるんですよね。お互いに経験を積みながら成長していくことがあるんです。

大人へのがん教育

市村 就労支援に一番大事なものは患者さん（労働者）がどうしたいか、それに伴って会社側と

か医療者がどうするかということだと思います。

労働者が望まないことを会社がやっても、労働者は辞めてしまいます。労働者が何を望んでいるのか、会社としてどこまで対応できるのか、対応できなかつたら代わりに何をやるのかを一緒に考え、作っていくことを会社にも労働者にも伝えていきます。

熊谷 そうは言っても、同僚とか職場に、がんに対するイメージの偏りはまだあるのも事実です。がんイコール命に関わる病気というイメージを持たれている現状がまだあります。

肺がんに対するイメージ調査をこの間したのですが、やはり肺がんは他のがんと比べて命に係わる病気というイメージを持っている人が6割くらいいるという結果でした。私達としては、一般の人のがんに対するイメージをもっと変えていく努力をしないといけないと思っています。

市村 いまがん教育といって、がんサバイバーが学校を回ってお話していますが、私はこれを企業でもやってほしいと思っています。コミュニケーションが苦手な若者が多い中、AYA世代など若者世代のがん患者は会社と円滑なコミュニケーション取れず、就労支援がうまくいかないケースがあります。がん教育を企業でもやることでがんに対する偏見がなくなっていけば良いと思っています。

熊谷 私達ができることは、職場の人達にがん患者さんがどう対応してほしいと思っているかを伝えていくことだと思います。患者さんとしては、「普通に接してほしい」「特別扱いたくないでほしい」「でも配慮はしてほしい」と考えていることが研究で明らかとなっています。同僚は、どうしたら良いのかわからず腫れ物に触るような感じになってしまいがちです。

コタツ（炬燵）

むかし、寒いときの「コタツ」を囲んで一家団樂の機会がありました。いまは核家族化し、1人ひとり別々に住む機会が多くなりましたから、コタツという言葉も珍しくなったようです。

私達子どもの頃はストーブで冬を過ごしながらも、ときにコタツを囲んで暖を取り家族の絆を固めるいい機会にもなっていました。「コタツ」精神の再評価を望みたいものです。（小林 博）

「何かあったら言ってね」「遠慮なく言ってね」と信頼関係を作りつつ、どうしても噛み合わないことはあると理解し合うことも大事です。

市村 私は患者さんの考えを変えるしかないと思うときもあります。仕事を続けるか続けないうか、辞めるか辞めないかの選択肢は患者さん自身にあるわけで、本人がその選択肢を決めるにあたっての要件が、会社がどう配慮してくれるかとか、同僚との人間関係とか、いろいろあると思いますが、8割はいいけど2割が自分の思い通りじゃないとなったとき、その会社を辞めるのという場合もある。病気に限らず、他人の考えは変えられないものですから自分の考え方を変えるしかないときもあると思います。

コミュニケーションの難しさ

熊谷 コミュニケーションの難しさが起きたときに、同僚も感情的にならずにがん患者さんの不安定な状況を理解しなければならないですし、そういう時にどう関わったらいいか試行錯誤しながらになると思うんです。いつ自分にも起こり得るかも知れないということを学ぶことが大事で、その経験を積んで、次に患者さんとか、治療する人が出てきた時に、活かされればいいと思います。普段から、そういう人が出てきた時に困らないように準備をしておくこと、何かあった時に相談できる人間関係とか組織づくりを作っておくとか、信頼関係を築いておくことも大事だと思います。

市村 社労士としては就労支援するときに1 on 1（ワンオンワン）ミーティングをお勧めしています。1 on 1 ミーティングというのは上司、

3つのうちの1つ

「健康」「お金」「愛」の3つのうちの1つだけしか選択できないとするとどれを取りますか？ という小冊子が用意されています。

本来、ロータリー関係者に対して用意されたものですが、ロータリー以外の一般の方にも考える材料になるかと思います。A6版14ページの小さなものですので、返信用封筒に宛先を書いて110円切手を貼って送っていただければすぐにお送り申し上げます。お役に立つことがあれば幸いです。（小林 博）



先輩、ビジター、誰でもいいので15分とか30分とか話を聞いてあげることです。あんまり意見を言わずに話を聞いてあげる。そのことでストレスが軽減されるといわれています。そうやって社内のコミュニケーションをとっていくという方法も提案しています。会社ができるのは制度づくりだけなので、短時間正社員制度を作るとか、病気休暇を作るとか。福利厚生が充実している会社は、経営的にも安定しているというイメージもありますので。

熊谷 検診の話もしたいと思います。北海道の検診率が低く、病気を早期発見できる仕組みは職場で絶対必要だと思います。早期発見すればそれだけ治療も楽に終わるし、仕事への影響も少なくなるので、それも就労支援の一環としてやって欲しいところです。

市村 労働安全衛生法で定められている年1回の健康診断にがん検診をつけて、離職率が下がれば助成金が支払われたこともありましたが、コロナで離職率が正しく計算できなくなったため中止となりました。助成金はなくても、ある程度資金力がある中小企業などでは、がん検診を会社負担するケースもありますね。

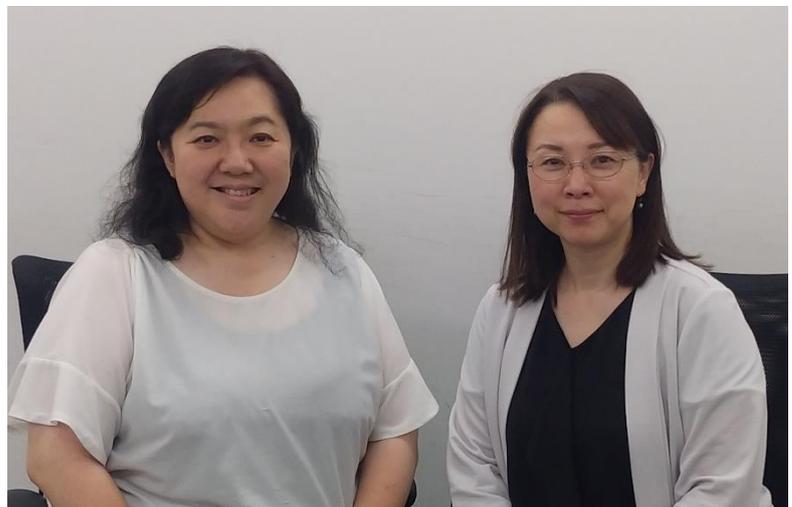
会社としてある程度資金が必要ですが、民間保険を活用して欲しいというのがあります。会社側が**所得補償保険**に契約してもらおうと、従業員が病気になったときに、傷病手当金3分の2の差額3分の1が保険会社から支払われます。また、一昨年の10月にできた**両立支援保険**というのがあります。会社がガイドラインに則って就業規則を整え、制度を作って、実際に労働者を両立支援するともらえる保険です。そういう保険に入ってもらい、健康経営の認定企業になると、求人票にも「健康経営認定企業」と出てくるので求人のPRにもなります。

熊谷 最後に、今後の私達の役割について話したいと思います。がんと就労支援における今後の社労士の役割についてどう考えますか？

市村 私は、就労支援はやはり**医療者、社労士、会社、行政、みんなが協力・連携するもの**だと思っています。社労士として知識を高めて企業、患者に提案しつつも、ネットワーク作りもしたいという希望があります。私の一般社団法人ではソーシャルワーカー、看護師、弁護士、税理士、行政書士、司法書士と連携して、専門家として上から目線で話すのではなく、本当に寄り添っていけるような形の相談体制が取れるよう勉強会をやっています。私達が医療関係者の方と親しくなることで、病院の看護師さんやソーシャルワーカーさんから悩んでいる患者さんを紹介されたりします。患者さんが社労士を知らなくても、連携を取ってことで社労士に繋がる、社労士が対応できないことは弁護士や税理士にもつなぐことが出来るので、是非これからも専門家同士の連携を取っていきたいと思っています。

熊谷 医療界では多職種連携とあって、患者さん中心のチーム医療という考え方が当たり前になってきているのですが、そこに社労士のような医療職以外の職種の方もメンバーに加えていく体制を作ることが大事ですね。

いま私達がかもっとも大事にしているのは、患者さんが自身の価値観で意思決定していくための支援だと思います。患者さんが持つ力を発揮できるよう、看護者は伴走するという考え方です。このためには、患者さんが置かれている状況を俯瞰できるよう、日々関わりを重ねていかなければならないと考えています。



市村通乃さん

熊谷歌織さん

Question & Answer

北海道のがん罹患年齢と死亡年齢

Q 先に札幌医大の加茂先生からお教えいただいたようなわが国におけるがんの罹患年齢、死亡年齢の伸びは年月とともに高齢化しているといわれております。

従来、がんの罹患率とか死亡率とか「率」だけに固定した考えが多かったと思いますが、率だけでなく「年齢」のことも十分考慮すべきでないかと思うのです。例えば人間の死亡率は100%ですが、何歳のときに死んだかが大事なことになります。同じようにがんにかかる（罹患）としても、何歳のときにかかったか、もし罹患年齢が高齢化すればそれに伴って死亡年齢も高齢化することは当然のことです。

北海道はがんの死亡率は全国の府県別にみて、青森県に次いで2番目に高いといわれています。北海道に住むものとして忸怩たるものがあります。そこで、北海道のがんの罹患年齢、死亡年齢はどうなっているのか？

私は専門的にまったく素人に近いものとして、専門家の解析をお願い出来ればと思います。願わくば北海道の高い死亡率の汚名を晴らす機会になるような北海道の罹患年齢、死亡年齢の高齢化をいえないものかどうかを調べていただけないかが私のお願いです。（小林 博）

A まず、がんの死亡や罹患に関するデータを、「数」で見ると「率」で見るとかについては、絶対的な答えは無く、目的に応じて臨機応変に対応すべきと考えます。例えば、長期の経年変動を記述する場合、年齢に依らないがんリスクに興味がある場合には年齢分布に関する調整を施した「年齢調整率」を用いるべきですし、シンプルにボリュームを知りたい時は「数」の変動にも意味があります。収集時のデータは「数」であり、これを加工したものが「率」となりますが、それ以外にも目的や場面に依って様々な統計的に加工された数値が用いられます。元データを加工するほど玄人（専門家）好みかつ誤解のない正確な情報が得られる反面、その解釈には専門的な知識が必要となります。理解しやすさと、学術的正確さは、トレードオフな要素がありますので、使用目的と対象者（読者層）を鑑みて適切な指標を選択するのが良いと思います。

次に年齢について記述します。がん罹患や死

亡を減らすことががん対策の基本ですが、高齢化社会に伴って一定数のがんは避けられない以上、「いかにその年齢を遅らせるか」が改善の策でしょう。特に死亡年齢に関しては、それを遅らせる事に対するデメリットはほぼ見当たりません（健康年齢云々の議論は横に置いておきます）。一方で罹患年齢に関しては、大きく2つの要素が存在します。1つ目は、生活習慣等を改善することにより、がんへの罹患しにくさを目指すという点で、この観点では罹患年齢は遅らせた方が良いとなります。一方で、がんは早期発見による予後の改善が期待できますので、一旦発生したがんは極力早期に発見することが望ましく、この場合の罹患年齢は早まる方が良いとなります。がん罹患年齢を考える際には、この相反する2つの要因を分離することが困難であることを念頭に置く必要があり、一概に遅ければ良



加茂憲一先生

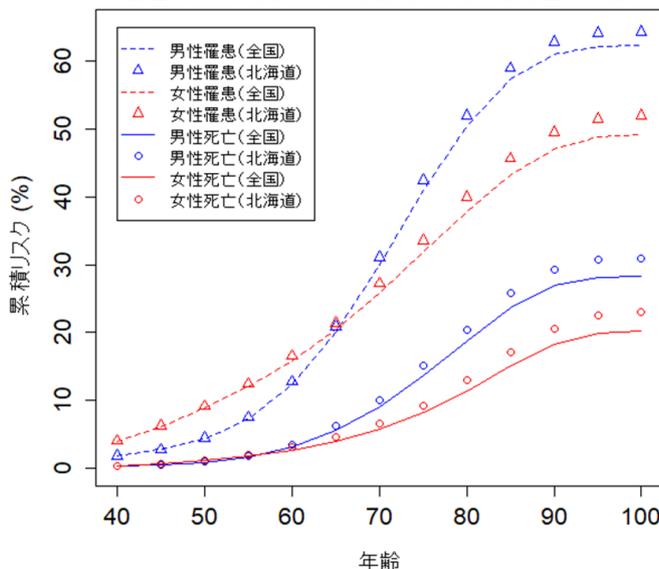
いという訳ではありません。

以上の内容を踏まえ、罹患／死亡年齢について、2020年データに基づいて北海道と全国を比較してみました。北海道における平均的ながん罹患年齢に関しては、全国に比して男性で0.35歳、女性で0.83歳高く、がん死亡年齢に関しては男性で0.38歳、女性で0.30歳高いという結果が得られました。罹患・死亡共に全国平均より高齢であり、特に死亡に関しては前述の通り評価できるでしょう。

次に、年齢分布に関する調整を施した指標として、累積リスクについても同様の比較を行いました（国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」データを用いました）。これは生命表^{*1}を用いて算出される数値です。累積罹患リスクとは、ある年齢までに罹患する確率であり、その中でも特に一生のうちに罹患する確率を「生涯罹患リスク」と呼びます。仮に生涯罹患リスクが50%であれば「2人に1人ががんに罹患する」と解釈できます。右上の図は、死亡と罹患に関して、北海道と全国の累積リスクを比較したものです。北海道における生涯リスクは、全国に比して男性の罹患で1.91%、女性の罹患で2.81%高く、男性のがん死亡で2.60%、女性のがん死亡で2.84%高いという結果が得られました。この結果は北海道におけるがんリスクの高さを表しており、更なる改善が必要と考えられます。

質問者の意向に添えず申し訳ありません。

図：がん罹患・死亡累積リスクに関する全国と北海道の比較



今後は、この文書で言及した罹患・死亡年齢と累積リスクに限らず、多角的な指標を用いて、北海道におけるがんリスクの特徴や強度を特定し、効果的ながん対策プログラムの策定および実施といったアプローチが望まれるところです。

注釈

^{*1} 生命表:ある期間における死亡や罹患の状況が今後変化しないと仮定したときに、各年齢の者が1年以内に死亡や罹患する確率などを死亡率や平均余命などの指標（生命関数）によって表したものです。特に、0歳の平均余命である「平均寿命」は、死亡状況を集約したものとなっており、保健福祉水準を総合的に示す指標として広く活用されています。

(札幌医科大学准教授 加茂 憲一)

がん検診のあり方

Q 日本で行なわれているがん検診のあり方が必ずしも国際的な評価が得られていないということを目にしました。なぜ評価されないのでしょうか。そうであれば次の段階、国際的な標準に近づけるにはどうしたらいいのでしょうか？（小林 博）

A わが国では国民のすべての対象者を分母にした正確ながん検診の受診率は計算できません。その原因はがん検診の実施形態が対策型検診、任意型検診、職域におけるがん検診に分かれるためです。対策型検診とは、市区町村が健康増進法に基づき、公費を用いて地域住民に対して行なうものです。受診率は「国民健

康保険の被保険者数」を分母とし、「国民健康保険の被保険者のうち市町村事業におけるがん検診を受診した者」を分子として、市町村ごとに正確な数値が公表されます。任意型検



加藤元嗣先生

診とは人間ドックが代表で、個人のがん死亡リスクの軽減を目的に行なわれ、法律の規定がないので対象や方法には制限はありません。職域においてもがん検診は行なわれますが、労働安全衛生法にはがん検診の規定がないので、健康管理の一環として実施されます。事業所には実施義務も報告義務もありません。がん検診が実施されていない中小零細企業は多くあります。すなわち、わが国で正確な受診率を把握できているのは対策型検診のみで、任意型や職域で行なわれたものについては詳細を把握する仕組みなく、受診者の状況すら不明です。そのため、わが国のがん検診受診率は平成16年から3年ごとに一部の国民に実施される「国民生活基礎調査」に検診に関する質問が追加され、その回答を基にした推計値が報告されています。あくまでも個人のアンケートですので、医療機関で診療の一環として行なわれた検査を検診と誤って認識していたり、検査法や検査時期の記憶違いもあり、あくまでも推計値で正確な受診率ではありません。

外国では組織型検診と呼ばれる仕組みが世界標準であり、対象者の網羅的な名簿に基づいた個別の受診勧奨と再勧奨が行なわれ、高いがん検診受診率が実現できています。わが国のがん検診受診率を国際比較すると、乳がん検診(40～69歳)ではアメリカ76%、韓国74%、フランス70%でOECD(経済協力開発機構)加盟国の平均が54%ですが、わが国は45%に留まります。子宮頸がん検診(20～69歳)ではドイツ78%、フランス73%、アメリカ72%でOECD加盟国の平均が53%、わが国は44%でいずれも国際的に低い状況です。わが国で信頼できる対策型検診の受診率

は胃がん、大腸がん、肺がんは6～7%で、子宮頸がんと乳がんは約15%です。同じアンケート調査では職域でのがん検診受診率が3～5割と回答されていますので、実際の受診率は報告されている推計値より低いと思われます。

有効性のあるがん検診を、厳重に管理する仕組みの上で、できるだけ多くの対象者に行なうことが、がん死亡率の減少につながるようになります。そのためにも、わが国でも正確な受診率が判明する制度を構築する必要があります。わが国のがん検診を国際標準である組織型検診に転換することが最終目標です。職域でのがん検診や任意型検診においても、法律を整備して国が推奨するがん検診については実施義務と報告義務を課すことが必要です。対策型と同様に、それらの技術・体制指導、プロセス指標を評価すべきと考えます。令和5年からの「がん対策推進基本計画第4期」ではがん検診受診率の目標は60%以上の達成ですが、不正確な受診率の放置は世界に顔向けできません。

((公財)北海道対がん協会会長 加藤 元嗣)

がん検診の年齢上限

先進国におけるがん検診の対象年齢には上限が設けられています。例えば英国では乳がんのがん検診は70歳まで、子宮がんでは64歳、大腸がんでは70歳。

日本でもがん検診は69歳以下となっている点では同じかも知れません。

とくに乳がんでは年齢分布の幅が極めて広いことから、70歳以降の乳がん患者も少なくありません。ただ、上限を臓器別にきちっと設けているあたりは合理的な英国らしいともいえます。

経費節減ということもあるでしょう。高齢者のがんの悪性度は一般に低いということも考慮のなかにあるのかも知れません。(小林 博)

入れ歯やむし歯は口のがんの発生リスクを高めるか？

Q 65歳の男性です。先日、下の奥歯の1本を入れ歯にしました。入れ歯や虫歯は口のがんの発生リスクを高めると聞いたのですが、どうしてですか？また、どうすればその予防につながりますか？ (濱田淳一)

A 人は親知らずを除いて全部で28本の永久歯を持っています。「8020運動」を

ご存じでしょうか？ 1989年より厚生省(当時)と日本



大廣洋一先生

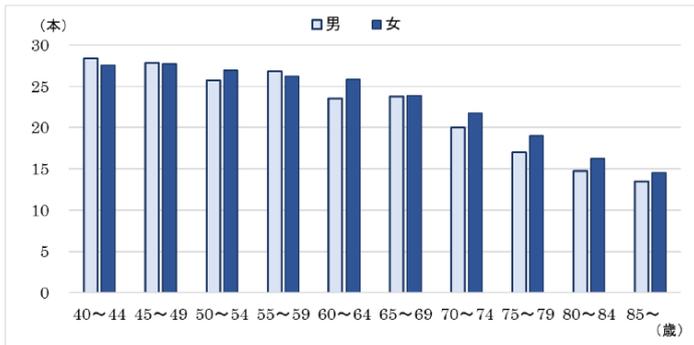


図1. 1人平均現在歯数 令和4年歯科疾患実態調査より

歯科医師会が推進している「80歳になっても20本以上自分の歯を保とう」という運動です。20本以上の歯があれば、食生活にほぼ満足することができると言われてるため、「生涯、自分の歯で食べる楽しみを味わえるように」との願いが込められています。令和4年歯科疾患実態調査では、8020達成者率は51.6%と推計されています。

一方で、年々歯を失う（図1）ために、入れ歯を使用している人は加齢とともに増加します。部分入れ歯には歯に固定するためのクラスプという蟹の爪の様な装置がついています（図2）。

もし、クラスプのかかる歯を失った場合、舌や頬の粘膜を強くこするため潰瘍の原因（図3）になります。同様に入れ歯のピンクの部分の粘膜に強くあたることでも潰瘍ができます。そのまま使い続けると機械刺激により慢性の炎症を引き起こされ、これが口腔がん（舌や歯ぐきのがんなど）を誘発すると考えられています。また、また、歯ぐきの下にある骨は吸収と形成を繰り返してその形は変化します。入れ歯を入れていても形が変化するために徐々に入れ歯が合わなくなります。そうすると骨と入れ歯に挟まれた歯ぐきが部分的に強くこすれて潰瘍を形成し、がんになるリスクがあるといわれています。



図2. 上顎の部分入れ歯のクラスプ



図3. 舌にできた潰瘍

歯を失うのは口の衛生状態が不良で、むし歯や歯周病になってしまったからです。このむし歯や歯周病を引き起こすのは常に口の中にある口腔常在菌という様々な細菌の集団です。近年、「むし歯が多い」または「歯周病にかかっている」と口腔がんになるリスクが高くなることがわかってきました。これは口腔常在菌が粘膜をがんに変える、またはより悪いタイプのがんに変化させる作用を持っているからだと考えられています。

「口のがんを予防」するには、歯ブラシなどにより口腔の衛生状態を良好に保ち、入れ歯などに違和感があるときはすぐにかかりつけの歯科医を受診しましょう。また、口のがんは進行するまで痛みはなく気づかないことが多いので、大丈夫と思っても3~6か月間隔で健診や入れ歯の調整でかかりつけ医を定期的を受診することが大切です。

(北海道大学大学院歯学研究院口腔病態学分野
口腔顎顔面外科学教室教授 大廣 洋一)

胃のスキルスがんは悪性度が高い？ なぜですか

Q 胃のスキルスがんが悪性度が高いと聞きましたが、このがんについて少し詳しく教えてください。以前に、診断には内視鏡検査のみならず、X線バリウム検査も必要なことも聞いたことがあります。現在ではどうなっていますか？（瀧本将人）

A スキルスは進行胃がんの1つであり、がん細胞が胃壁の中を這うように広が

り、胃壁が硬く厚くなった状態の事を指します。「胃癌取扱規約の肉眼的分類」の4型に相当し、

一般的な胃がんでは腫瘍の形成（1型）や、潰瘍の形成（2型、3型）が見られるため見つけやすい一方、4型は目立った腫瘍や潰瘍が無く、胃壁の中を這うように進行していくため、早期に見つけることが困難で、診断されたときにはかなり進行した状態であることがほとんどです。

スキルス胃がんの発生頻度は、胃がん全体の中で、数%と報告されており、胃がんの中では比較的少ないといえますが、他の胃がんと異なり、女性にやや多く、また、発症年齢が比較的若年であることも特徴です。このことは、がん検診を受ける年齢になる前にがんが発症し、そのため、発見が遅れることにもつながっています。

病理組織学的には、がん細胞が粘膜下層を筋層にむけて浸潤し、多量の線維性結合組織を伴って胃壁にびまん性に浸潤することで胃壁が肥厚し硬化してきます。胃の外側に向けて浸潤しやすいため、最終的に胃の壁から腫瘍が露出して、一部が崩れて腫瘍細胞が腹腔内に撒かれた状態が腹膜播種です。

胃がんの診断には内視鏡検査と胃バリウム検査がありますが、今は胃がん検診でも内視鏡検査が主流となっており、特に早期胃がんの発見には、胃バリウム検査は無効とされます。特に最近の内視鏡では拡大観察が可能となっており、微小血管や表面の微細構造を観察することでがんの診断が可能です。スキルス胃がんの場合は、送気の際の膨らみ不良や、粘膜ひだの肥大が診断のきっかけとなり、確定診断は生検での病理診断によりますが、スキルス胃がんではがん細胞が胃粘膜表面ではなく胃壁の深い部分を這うように進展していくため確定診断が得られないこともあります。スキルス胃がんを疑う肉眼所見があった場合は組織検査を繰り返すことや、CT・超音波検査などの他の画像診断を組み合わせ、がんを見逃さないようにすることが大切です。

胃バリウム検査の方がスキルス胃がんを見つけやすいという話も聞きますが、確かに、胃の膨らみの悪さはバリウム検査で分かりやすいのですが、その場合は、内視鏡検査でも胃の内腔が狭い、空気を入れてもふくらみが悪いということ

で気がつきます。経験の浅い内視鏡医なら異常なしと診断する可能性も否定できないほど見た目の所見が軽微なこともあり、この場合はバリウム検査の方がわかりやすいと言えるかもしれませんが、バリウムで診断がつく場合はがんがかなり進行している事を意味します。経験豊富な内視鏡医であれば、バリウム検査より、内視鏡検査の方が早い段階で発見できると思われます。

治療は通常の胃がんと同様に、スキルス胃がんの場合も手術で病変部を取り除くことが最善ですが、スキルス胃がんの場合は発見時にはすでにかなり進行していることが多く、腹膜播種が生じると手術で除去することは困難で、抗がん剤などの化学療法が主となりますが、未だに有効な治療法が存在しないことも事実です。今後は分子標的薬や免疫チェックポイント阻害剤、遺伝子治療などがスキルス胃がんに対して期待されます。

スキルス胃がんの生命予後は報告によっても異なりますが、5年生存率が0~9.5%と極めて不良です。いかに早い段階で見つけることができるかが今後の課題です。

(医療法人豊和会 新札幌豊和会病院
消化器内科部長 桑原 慎一)

すい臓がんの早期発見

「がんのなかのがん」はすい臓がんといわれます。予後のもっとも厳しいがんで、しかも最近急に増えてきたようです。すい臓がんの早期発見についての試みはいろいろなされていますが、未だ成功したものはありません。もし出来るなら血液、尿、唾液などから早期発見の機会が出来ないものか。

既に国立がん研究センターはじめいくつかの大学でそのマイクロRNA（リボ核酸）という微少な物質をもとに、これをすい臓がんの早期発見に利用しようというものです。これを人工頭脳（AI）で解析して、これを早期発見につなげようという試み。是非、実用化される日の1日も早いことを祈っています。(小林 博)

真冬の災害

反省の言葉を後になって聞く事が多いのですが、反省することのないようにすることがもっとも大切。

万が一、北海道のような寒冷地に本州のような災害が起きたらどうなるでしょうか？ 身震いするくらいです。地震、暴風、豪雨（雪）が真冬に起きたとき市民の多くは寒気によって凍え死んでしまう。

札幌市の試算では死亡者は4,000人とのこと。これに寒気による関連死がどれくらい入っているのか。とにかくリスク意識が甘すぎませんか？ (小林 博)

ひとくち情報

高齢者のがん治療

若い人のがんは何としても治さなければいけません。超高齢者はどうでしょうか？ 結論を先にいわせていただければ「必ずしもそうでない」かも知れません。

高齢者といっても一人ひとりの事情は違いますし、例えば 85 歳、90 歳以上の高齢者のがんが仮にステージⅣの進行がんであったときには積極的ながん治療を行わない方がよいようにも思われます。

患者さん自身、積極的な治療による苦しみも少なく、静かな余生とともにかえって長生きすることが稀ならずあるからです。

ところが家族としては「何としても治して下さい」と要望し医師側もその希望に応えることが多くなります。患者さんご本人は果してどうお考えになるのでしょうか？ 治療を続けるのか、思い切って止めてしまうか。こんなこと高齢の方々はおいておいたほうがいいのかも。(小林 博)

ある弁護士(TH)さんからの筆者宛投書(ご意見)の一部：

1,000 万円もの大金(99%は税金)を注ぎ込んでまで僅かな延命を図ったところで、どんな意味があるのか。がんに対してだけでもありません。社会復帰の可能性もないのに、進行を遅らせるというレカネマブ(アルツハイマー病の新規治療薬)でもそうです。製薬会社が喜ぶだけではないですか？

高齢者の医療費

世代間の医療費の格差が今後益々大きくなっていくかも。というのは 75 歳以上の 1 人当たりの医療費は現役世代の 4 倍以上ともいわれま

す。日本だけでなくどこの先進国でも同じことのようにです。

このような格差が今後ますます顕著にあることを考えますと、政治家が決めることですが、高齢者自身の負担をもう少し高くする覚悟も必要ではないでしょうか。

若い人の負担を軽くし、高齢者の負担を重くするくらいの覚悟。そのための準備もしていかなければなりません。あとは政治的決断です。

欧米諸国は既にそのような方向の先頭に立っているようです。日本の政治家は大丈夫でしょうか？ 政治屋と揶揄されないように英断実行を期待しています。(小林 博)

木を見て森を見ずではいけない！

がん細胞は 1 個残らず完全に叩いてしまわなければ再発のもとになる。だからがん細胞を徹底的に叩くと「がん細胞みな殺し作戦」の考えが 1990 年の後半まで有力視されてきました。

もちろん、がん細胞を完全に全滅させるのに越したことはありません。でも、そこだけに目がいつてはいけません。がんが小さくなったからといって患者さんが治療死するようではいけません。このような反省の声が 2000 年頃より次第に強くなってきました。

つまり「がんがあっても止むを得ない」。むしろ生体ががん「共生」することで、患者に大きな苦しみを与えることなく長く生存を続けることが出来るのであれば、そのほうがもっとも大事なことではないか。

以上のような考えが強くなって現在に至っているかと思えます。

状況は一変。がんを治すという研究が進み、いまはようやくそれぞれのがんの特長を見抜く

ための遺伝子検査をしたうえで、該当する「分子標的療法」はもっとも理想的なものとされるようになりました。(小林 博)

薬の取り過ぎに注意！

高血圧がいけないことは周知のとおりです。ただ、血圧を下げ過ぎたことによるトラブルが軽視されがちかも知れません。

私自身の経験で、血圧降下剤（降圧剤）アムロジン 5mg をお昼ごろに飲んで、夕方の会食に熱燗を少々飲んだところに意識を喪失。一緒の人達はびっくりして救急車を呼びました。「とにかく病院に行きましょう」という救急隊員の声で少しずつ目が覚めました。「病院に行くのはイヤ。俺は大丈夫だ」ということで結局、車椅子で帰宅。

同じようなことが再度。どうも調子が悪く病院に行ったところ、血圧が「70 しかありません」。

主治医に失礼な言い方になってはいけませんが、血圧を下げようとするだけでに腐心し、血圧の下げ過ぎに余り関心を持たれていないのではないのでしょうか。いまはアムロジン半量の 2.5mg にしています。

「薬のとり過ぎ」は要注意です。抗がん剤でも同じようなこと。取り過ぎによるトラブルが起きているのではないかと心配です。(小林 博)

若い人の無関心から脱却を

「ひとくち情報」のなかになんかがん対策の第一歩はがんに関心を持つことと書きました。同じように世界の出来事とくに若い人達が関心を持つことが求められていると思います。

平和な生活に安住し、世界の厳しい現実を遠いところの出来ごとと軽視しているようにみえます。そうであれば日本はやがて孤立し、沈滞の方向になってしまうのではないかと心配になってきます。

日本の若い学生は就職や結婚などに関心を持つのは当然ですが、いま世界は激動しているだけでなく、人道上の重大な問題が起きています。これらのことに対し、他人事のように思ってい

てはいけないのでないか。

こういったことへの若い学生達の無関心ぶりが、日本の将来を暗くすることになるのではないかと。常々国際問題にもっと関心をもつこと。

(小林 博)

男女格差

札医通信という月刊誌に高階俊光さんという医師が投稿されたタイトルは「男やもめに蛆(ウジ)が湧き、女やもめに花が咲く」という諺を紹介しておられました。

昔から聞いていたことではありますが、「やもめ」とは配偶者を失った独身者のことです。高階先生は 2,344 例について自ら検索した結果を詳しく紹介されています。

簡単にいうと男やもめにウジが湧くのは炊事、洗濯、掃除に不馴れな男やもめは家事が疎かになりがちということを言っているようです。

これに対し女やもめは独り身になって生き生きとした水を得た魚のようになる、という実例をよく身近に知られているところです。

配偶者に先立たれると男性の半数は 10 年未満で亡くなりますが、女性の半数は 20 年以上元気に生きる。このことも昔からいわれているとおりです。

新聞にも書かれていたことですが、「没いち」の男性の 60% がパートナーを希望するのに対し、女性の希望はわずか 1%。

男性は家庭のなかでも「粗大ごみ」とか、「ぬれ落ち葉」「産業廃棄物」とかいわれる由縁でもあります。どうしてこのような違いがあるのでしょうか？

いずれ「やもめ生活」になるとするならば、女が有利、男が不利。これは何故なのでしょう？ がんも男に多く女に少ない。男は短命、女は長命。この格差は何故なのでしょう？ 永遠の課題でしょうか。(小林 博)

人生 100 年時代への自省

「健康で長生きして 100 歳以上を目標にして生きよう」という声が大きくなっています。大

変結構なことだと思います。ただ、私はここで一抹の不安を覚えざるを得ません。

慶応大学の百寿者総合研究センターの報告によりますと、100歳以上の方で真に自立できる方は僅か2割。ということは8割の方はどなたか他人の手を借りなければ生きていけないということです。極端に言えば誰かの手助けがあって始めて生きていけるということです。

人間、長生きしたいという欲望は当然です。ただ、老化とともに心身にもいろんな支障が出て来ることも確かです。そのことを十分知って、真に自立的な生活可能な健康寿命の延長であればいいのです。現実的には必ずしもそうではないようです。

ある人曰く、「健康に生きて90歳ぐらいでがんで逝くのが一番いいのではないか」と。この考えも大いなる議論のあるところかと思いますが、人生100年の時代とあって「浮かれてばかりいてはいけない」ようにも思います。(小林 博)

PPKはピンピン「 कोरोリ」ではなく、ピンピン「枯れる」がよい！

PPKはピンピン कोरोリとよくいわれます。そ

れは本当に理想的な死に方でしょうか？

本人としては苦しむことなくあの世に逝けるのですから結構なことかも知れません。しかし残された家族の方々は最後の別れの言葉もなければ、相続その他いろんな問題が多く残されたままです。残された家族にとっては極めて困惑することが多いのも事実です。

がんになって余命数か月と知ったとしてその間は辛い思いでしょう。でもその間に家族との最後の別れ、また残された財産の整理、その他言い残すべきことを十分にお伝えした後のお別れですから悔いは残りません。

とくに夫婦の契りを固め合う機会、また子ども達とも許し合う素晴らしい機会になるのではないかと考えたいのです。

कोरोリであれば心筋梗塞などの突然死。自分で決められることではありませんが、非人間的な別れ

のようにも思えます。やはり与えられた時間を十分ピンピン元気に生きて死期を知ってお別れする方が人間的というか理想的だと思うのです。

「ピンピン枯れる」ほうが「ピンピン कोरोリ」よりむしろいいと思うのですが…。(小林 博)

シニアの言葉

がん対策の変遷

「がんは研究さえしていれば解決する」と信じ、私はネズミを使った研究から始めました。研究成果を腹藏なく語り合う機会が必要ということで1981年から「夏の国際がんシンポジウム」を発足させました。

がん研究は次第に進歩してきましたが、目の前の患者が増えてきました。このようながん患者さんに対する対応を考えるべきとの考えが強くなって、がんの臨床的なことを討論する「冬季がんセミナー」を1987年から始めました。

引き続き市民の関心が必須と考え、「春のがん



セミナー」など。さらに将来を見据えたがん対策を子どもの頃からと、自らの健康への関心を持ってもらうべく「子ども教育」(あるいは健康教育)を始めました。

というようなことで、がん対策も大きく変わってきたというか成熟した、あるいは進化してきたといえるかと思います。

これからどのような方向に行くべきか？ 現状の成り行きのままの活動でよいのか？ 5年、10年、あるいは20年、30年先のがん対策はどのようにしたらよいのか？ 皆さんの率直、かつ大胆なご意見をいただきたいです。

((公財)札幌がんセミナー相談役 小林 博)

がんセミナーの各分野の現時点での責任者、テーマ、内容などはp18に紹介されています。

新しい治療選択の難しさ

昔から、新しい治療への保険適用の基準の設定は難しい。10年程前から先進国で陽子線治療が様々ながんの標準治療として認められ保険適用になっていますが、X線治療と異なり陽子線治療装置自体が高額で、どの国も施設数が少なく、治療供給体制に限度があります。日本でも、肺・肝・膵がんなど種々のがん保険適用が広がってきましたが、最近は建屋や土地が高額となり、さらなる普及に足止めがかかっています。そんな中、国民の科学リテラシーが高いオランダでは、患者毎に数式やAIに基づく計算で陽子線治療の有意性を判断し、ある一定以上の確率でX線治療よりも安全性・効果が優れている場合のみ公的保険で陽子線治療が受けられる「予測モデルに基づいた患者選別法」が導入されています。ただ、その「予測モデル」はいくつか仮説を含んでおり、放射線治療医の判断を上回ったというエビデンスもなく、議論は続いています。自分の経験では、陽子線治療のほうが優れていると予測される場合が間違いなく存在しますが、それほど変わらない場合もあります。陽子線治療の優位性を判断するために、くじびきによる無作為比較試験を増やす案もありますが、薬物ほど単純ではありません。そんなわけで、陽子線治療がその患者さんに相応しい治療かどうかの判断は、病歴と画像等をもとに主治医から陽子線治療もX線治療も扱う放射線治療医にキャンサーボードで相談してもらうのが、現在のところ、まだ、最も理にかなっているようです。

(北海道大学医学研究院教授、(公財)札幌がんセミナー副理事長 白土博樹)

早期がんや前がん状態を見つけるバイオマーカーの開発への願い

がんと診断された患者さんのなかには既にごんが進んでいる方もあり、早期のがんを診断することは大変重要で、特に治癒率の少ないすい

臓がんについては多くの研究がなされてきました。米国国立がん研究所ではすでに40年ほど前から早期がんを診断するマーカーの研究に多くの予算を出しています。がんを診断する方法の一つとして血液中のバイオマーカーが知られています。代表的な消化器がんや肺がんのCA-19-9やCEA、卵巣がんや子宮がんのCA-125、肝がんのAFP、前立腺がんのPSAなど数多く知られており、人間ドッグなどで検査をされた方も多いかと思えます。これらのマーカーは実際、がんの薬物治療、内視鏡手術、外科手術、放射線治療などの効果の判定やがんの再発など、治療経過を追う点では大変有効なのですが、早期のがんやがんになりやすい前がん病変の診断には必ずしも有効とはいえないのが現状です。人間ドッグでの健康診断で腫瘍マーカーの検査は厚労省の基準には入っていませんので、特別料金は払えば検査は可能ですが、その数値だけでがんの診断は困難なため結局は内視鏡、CT検査、病理検査などの精密検査を受けることになり患者さんの負担も大きいといえます。最近わが国でも日本医科大学大本田一文先生が開発されたマーカーであるapoA2-1はすい臓がんの早期診断に有効という報告がなされています。この研究にも米国国立がん研究所の協力があつたと伺いました。また尿中のマイクロRNAをみる優れた診断マーカーが出てきているのは事実ですがまだ十分とはいえません。これまでの自らの研究を振り返り忸怩たるものがございませぬ。

次代を担うがんの基礎研究に従事されている若い研究者の方々へのお願いとして、臨床医の方々や企業の協力を得ながら早期がんや前がん病変に特異的なバイオマーカーの発見と実用化に努力をしていただきたいと思います。痛感しているこの頃です。

(大阪国際がんセンター研究所長、大阪大学名誉教授、理研名誉研究員、(公財)札幌がんセミナー評議員会副議長 谷口直之)



(公財)札幌がんセミナーの主な活動

「がん」の問題を解決するため 様々な活動をしています

1. 札幌国際がんシンポジウム

委員長 畠山 昌則 先生
(微生物化学研究所部長/東京大学名誉教授)

1981年以降毎年
夏季の2、3日間英語
で討論



4. 小中高生へのがん教育

委員長 湯浅 資之 先生 (順天堂大学教授)

子ども達へのがん教育教材の制作、健康教育支援

小学校高学年向けDVD教材



(文部科学省選定/日本医師会・北海道医師会推薦)

中学・高校生向けDVD教材



(文部科学省選定・日本対がん協会推薦)

財団のHPからダウンロード可能
ご自由にご活用ください

出前授業される方々のための冊子教材



2. 札幌冬季がんセミナー

委員長 秋田 弘俊 先生 (北海道大学名誉教授)

1987年以降「がん治療などの臨床的、社会医学的な課題」について日本語で討論



5. 広報誌 The Way Forwardの発行

委員長 浜田 淳一 先生 (北海道医療大学特任教授)

がん研究や治療の最新トピックスをQ&A方式でわかりやすく紹介した広報誌を年2回発行



バックナンバーは札幌がんセミナーのHPからも読めます
<https://scsf.info/pamphlet/>



3. 市民がつくる春のがんセミナー

委員長 伊藤 利道 先生
(医療法人社団美園いとう内科院長)

2010年から市民の「行動変容」を促すことを最大の目標として毎年春に開催



6. がん相談

がん相談は、公益財団法人札幌がんセミナーのボランティア活動の一つとして1991年4月にスタート
あらかじめ電話 (011-222-1506) で日時の予約ののち、財団事務所に来いただき専門医による面談。1件あたり30分以上 (無料)



公益財団法人札幌がんセミナー 事務局
〒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
URL:https://scsf.info

第39回札幌冬季がんセミナー



日時 2025年1月25日(土)
13:00～18:00

会場：グランドメルキュール札幌大通公園
(札幌市中央区北1条西11丁目)
開催形式：ハイブリッド形式

Program

開会挨拶 秋田 弘俊先生(北海道大学名誉教授/(公財)札幌がんセミナー理事、冬季がんセミナープログラム委員長)
代表世話人挨拶 高橋 将人先生(北海道大学大学院医学研究院乳癌外科学教室教授)

Session I がん疫学データからみたがん対策

13:10～ 生活習慣とがんとの関連
演者 玉腰 暁子先生(北海道大学大学院医学研究院社会医学分野公衆衛生学教室教授)
座長 櫻井 晃洋先生(札幌医科大学医学部遺伝医学教授)

13:40～ がん対策のためのがん登録
～がん登録推進法施行10年を迎えて～
演者 松田 智大先生(国立研究開発法人 国立がん研究センターがん対策研究所がん登録センター センター長)
座長 平賀 博明先生(国立病院機構北海道がんセンター院長)

Session II 女性に多いがんの最新情報

14:10～ 乳癌治療の最新情報
演者 徳永えり子先生(国立病院機構九州がんセンター乳癌科部長)
座長 高橋 将人先生(北海道大学大学院医学研究院乳癌外科学教室教授)

14:40～ 子宮頸がん最新情報

演者 齋藤 豪先生(札幌医科大学医学部産婦人科学講座 教授)
座長 青山 英史先生(北海道大学大学院医学研究院放射線治療学教室 教授)

15:10～ がん・生殖医療に関する最近の話題

演者 鈴木 直先生(聖マリアンナ医科大学産婦人科学 主任教授)
座長 辻 靖先生(国家公務員共済組合連合会斗南病院副院長/化学療法センター長)

Session III がんに対する新規治療方法の開発

15:50～ 進歩する肺がんの放射線治療
演者 原田 英幸先生(静岡県立静岡がんセンター放射線陽子線治療センター放射線治療科 部長)
座長 加藤 達哉先生(北海道大学病院呼吸器外科教授)

16:20～ 頭頸部癌に対するホウ素中性子捕捉療法

演者 粟飯原輝人先生(大阪医科薬科大学関西 BNCT 共同医療センター 副センター長補佐)
座長 本間 明宏先生(北海道大学大学院医学研究院耳鼻咽喉科・頭頸部外科学教室 教授)

特別講演

16:50～ デジタル化・AI化で思いやりに満ちた
安全で効率的な医療を!
演者 中村 祐輔先生(国立研究開発法人 医薬基盤・健康・栄養研究所 理事長)
座長 秋田 弘俊先生(北海道大学名誉教授)

閉会挨拶 辻 靖先生(国家公務員共済組合連合会斗南病院副院長/化学療法センター長)

このセミナーは医療関係者向けのセミナーです

がん相談

「がん相談」は当財団の主要事業の1つとして行っています。事務局にて対面で1件あたり30分程度の相談を行います。がん患者さんご自身、ご家族からのご相談をお受けいたします。ご希望の方はお電話にてご予約下さい。最近のがん相談のなかから2件を紹介します。

① 脳への放射線照射：是か非か？

肺の小細胞がんの69歳男性。ご子息とご夫人の3人で来室。人間ドックで肺の陰影を指摘され、生検の結果「肺小細胞がん」とのこと。肺がんのなかでも予後の厳しいタイプで、すでに分子標的療法は該当しないとのこと。

それでも化学療法、放射線療法の治療の結果、肺の陰影は消失。現在とくに症状もなく元気に過ごしていますが、主治医から万が一の脳へのがん転移を心配して「脳への放射線照射をしてはどうか」と勧められているとのこと。本人は「あまり気が進まないのですがどうしたらいいものか？」。

私は「比較的元気でおられる状況を考えますと、いましばらく様子を見てからではどうでしょうか。いまず脳照射を始めない方がいいように思うが」と答えました。

主治医はがんを治そうという一念から、放射線療法を勧めているかと思います。でも年齢のこと、快適ないまの身体状況などを考えますと、また照射による万が一の副作用のことも考えますと私としては少し躊躇してしまうわけです。

話が弾みました。「人間生まれてきたのも、このがんになったのも全て『天運』といえるかも知れませんね。あまり無理な治療による万が一の副作用に悩むよりも、少なくとも現状に満足し静観。がんが残っていたとしてもがんと共存共栄するつもりで毎日この世に生を受けたことの喜びを優先された方がいいかも知れませんね」と気軽に話をしました。

若い先生方はとにかくがんを治そうという一念から積極的な治療をしがちです。それは正しいこと。ただし高齢者は「がんと仲よくする考え」も必要かと思いますが、、、。

② 超高齢者の不治のがんの治療

87歳の高齢男性。「数年前肺がんの診断を受けたのですが、重粒子線治療で完治したと思っていました。ところが最近再発し、直径数センチ大の大きさになってしまった。さて、これからどうしたらよいのでしょうか」。

同伴されたご家族のお話では「ヘビースモーカーでCOPD（慢性閉塞性肺疾患）もある。しかもがんは肺がんだけでなくリンパ節の転移もあるようです」とのこと。

私から「積極的な治療をすべきか、あるいは諦めるか、その迷いのなかにあつての相談かと思えます。結論を先にいえば私は対症療法以外とくに何もしない。現状に任せる方がいいかと思えます。いかがなものでしょうか。決めるのはご本人ですが」。

「遺伝子検査で治療が出来たと仮定したとしてもCOPDがあれば万が一の副作用、あるいは治療のための経済負担も考えますと、むしろ現状のまま放っておいた方がいいと思えます」「何か症状はありますか？」「とくに何もありません」。

私から次の幾つかのことを申し添えました。「治療を諦める、治療しないということは生きることを諦めることと受け取れてしまいます。ですから治療を諦めることは大変辛い決断だと思います」。でも…。

誰一人例外なくこの世を去ります。それは止むを得ないというか、当然なこと。ですからその当然なことを素直に受け止めること。人間は自分の意思で生まれたものではありませんね。同じようにいつどのようにこの世を去るのかも

がん相談

予約用 TEL : 011-222-1506

対応時間：月～金曜日（祝日除く）
10:00～15:00

必ずしも自分の意思では決められません。すべて天命のもとに生を与えられたことにまず感謝することでないでしょうか。

この世を去るといっても心筋梗塞のように今すぐということもありません。残された命をどういうふうに過ごすか考えることの方が、これ

から生きていくうえの最大限の目的ではないでしょうか？

私から申し上げるのも生意気千万ですが、生も死もともにすべて天命。天から与えられたものであることと思います。

どのような死に方が望ましいか？

先日、次のような話題で盛り上がりました。仮の話ですが「がんで死ぬのと認知症で死ぬのとどちらがいいか」というのです。

ある人は「がんは生死の決着がつく、つまり周辺の方々に余り大きな迷惑をかけないであの世に逝ける」。

別のある人は「認知症の方がよい。周辺には多大な迷惑をかけるとしても、また仮に人格が崩壊したとしても人間として生きていける。周辺のものにとつての励みが非常に大きい」と。

死に方は選べるものではありません。死に関する話題がもう少し気楽にあってもいいように思うのですが…。(小林 博)

薬代はアメリカでもっと高い

日本のがん治療における非常に高価な薬代が問題になっています。これは日本だけでなく米国の薬代はもっと高い。ある研究所の調査では処方薬の価格は日本の3.47倍にのぼると。

製薬会社の言い分も当然です。革新的な新薬を作るのも結局は国民のためであり、それに必要な経費は当然止むを得ないことです。それが本当に国民のためになるかどうか、難しい問題です。(小林 博)



エピジェネティクス

がんの細胞は突然変異によるといわれます。細胞のなかのDNAはA、T、G、Cの4種類の情報で代表されます。

ところが最近、突然変異がなくてもDNAの1つが「メチル化」という現象を起こすことでがんの原因にもなることが新聞紙上にも多く報道されるようになってきました。

ある新聞でエピジェネティクスのことを音楽に例えておりました。

「音符がまったく同じであっても演奏会場の雰囲気や指揮者、奏者の質などによって聴衆の聴く印象が全く違う曲のように変化する」。こういったことがエピジェネティクスの1つかも知れません。(小林 博)

30年先・50年先

甘い話で候補者は当選するのですが、逆に日本の将来を案ずる厳しい意見を言う人の当選はまず難しいでしょう。

甘いことよりもみんながもっと厳しい意見を受け入れるような環境、つまり我々自身の心構えがしっかりしないと日本の将来はダメになってしまう。

30年先、50年先の子孫に顔向けできるでしょうか？(小林 博)

石垣 靖子さんに(公財)札幌がんセミナー社会貢献賞を授与

石垣靖子さんはわが国の「ホスピス緩和ケア」の草分け的な存在であります。重い病に悩む患者さんに対する看護職としての石垣さんの献身的な看護は、医療現場にとどまらず、一般社会の多くの人達に深い感動を与えてきました。

石垣さんの活動の場は医療現場だけではなく厚労省の各検討委員会の委員

石垣靖子氏ご略歴

- 1960年 北海道大学医学部附属看護学校教務主任・北海道大学医学部附属病院副看護部長
- 1986年 医療法人東札幌病院看護部長
- 1987年 同病院副院長・理事
- 2003年 北海道医療大学大学院看護福祉学研究科特任教授
- 2016年 同大学退職・同大学名誉教授

として国の施策づくりにも及び、この分野の次世代の人材育成にも大きく貢献してこられたことから、この度、(公財)札幌がんセミナー社会貢献賞を授与しました。



第42回札幌国際がんシンポジウム

会期：2024年6月6日(木)～8日(土)

会場：グランドメルキュール札幌大通公園（旧ロイトン札幌）

代表世話人：中釜 斉（国立がん研究センター）

世話人：高阪 真路（国立がん研究センター研究所）/角南 久仁子（国立がん研究センター中央病院）/坂田(柳元)麻実子（筑波大学）/片岡 圭亮（慶應義塾大学）/後藤 典子（金沢大学）/小山 正平（大阪大学）/Marc Ladanyi（Memorial Sloan Kettering Cancer Center, USA）



42回目となる今回は、(公財)札幌がんセミナーと国立研究開発法人国立がん研究センターの共催で、6月6日から8日までの間、グランドメルキュール札幌大通公園にて開催されました。

シンポジウムの参加者はこの分野の研究をされている中堅・若手研究者を大半とし、141名の規模となりました。海外からは、英国、韓国、カナダ、スイス、米国、シンガポールより10名の研究者が講演（7名）及びポスター発表（3名）として参加して下さいました。

今回のメインテーマは“Deciphering Clonal Cancer Evolution toward Precision Cancer Medicine (がんのクローン進化の理解と、それに基づく高精度医療の実現)”であり、がんのクローン進化を理解する上で医療AI・エピジェネティック制御・細胞老化・がん微小環境・不均一性といった多様な視点で展開される学術研究から、

高精度・個別化医療の出口を見据えた開発研究まで、がん領域の第一線で活躍する研究者が一堂に会して最新情報を共有し、活発な意見交換が行われました。

今回のプログラムは、招待講演者によるキーノートレクチャー及び9つのセッションに加え、ランチョンセミナー、スイーツセミナー、及びポスターセッションから構成されました。

シンポジウム初日の冒頭で、中釜斉組織委員長（国立がん研究センター）から、本会の開催にあたり(公財)札幌がんセミナーへの謝辞が述べられたのち、本シンポジウムのプログラム作成に多大の尽力を頂いたMark Ladanyi博士（米国メモリアル・スローン・ケタリングがんセンター）と6名の組織委員（高阪真路博士、角南久仁子博士、坂田(柳元)麻実子博士、片岡圭亮博士、後藤典子博士、小山正平博士）への感謝の言葉がありました。シンポジウム開催を宣言した中釜のOpening Remarksに引き続き、札幌がんセミナーを代表して、畠山昌則理事（微生物化学研究所部長、東京大学名誉教授、北海道大学遺伝子病制御研究所特任教授）からWelcome Addressとして、財団及び国際シンポジウムの歴史的な背景とこれまでの実績についての紹介がなされた。がん領域における国際的シンポジウムを、日本において40年以上にもわたって継続的に開催されている意義は極めて大きいと言えます。

キーノートレクチャーは、小川誠司教授（京都大学）、Marc Ladanyi博士（Memorial Sloan Kettering Cancer Center, USA）、西川博嘉教授（名古屋大学/国立がん研究センター）の国

The 42nd
Sapporo
International
Cancer
Symposium
第42回札幌国際がんシンポジウム

Deciphering Clonal Cancer Evolution toward
Precision Cancer Medicine

日時 Date
June. 6^{Wed}-8^{Fri}, 2024
2024年6月6日(木)～8日(土)

代表世話人 Chair person
中釜 斉 (国立研究開発法人国立がん研究センター)
Hitoshi Nakagawa (National Cancer Center, Japan)

会場 Venue
グランドメルキュール札幌大通公園
Grand Mercure Sapporo Odori Park

共催 Sponsors
公益財団法人 札幌がんセミナー
Sapporo Cancer Seminar Foundation
国立がん研究センター
National Cancer Center

際的にも著名な3名の研究者によって行われ、それぞれ体細胞モザイクとがんのクローン進化との関係性、米国におけるがん遺伝子パネル検査を用いたがんゲノム医療の現状と展望、免疫ゲノム解析によって明らかとなったがん微小環境における免疫抑制機構について最先端の研究発表が為されました。

9つのセッションは、① Medical AI / Mathematical Simulation、② Epigenetic Regulation (1)、③ Epigenetic Regulation (2)、④ Precision Cancer Medicine (1) - Prevention-、⑤ Cellular Senescence、⑥ Tumor Microenvironment (1)、⑦ Tumor Heterogeneity、⑧ Tumor Microenvironment (2)、⑨ Precision Cancer Medicine (2)から成り、国内外で活躍する25名の研究者によって未公表データを含めた最新の知見が共有され、どのセッションも時間枠を超えて質疑応答・議論が行われるほど活況なものとなりました。

ランチョンセミナーは2演題あり、最近我が国で承認された膵がんの早期発見に資する診断バイオマーカーの研究開発に関するものと、転移性尿路上皮がん患者を対象とした次世代cfDNA（血液循環遊離DNA）メチル化解析に関する発表が為されました。

スイーツセミナーは1演題で、これまで同定の難しかった構造バリエーション等のロングリードシーケンスによる検出について紹介され、今後の全ゲノム解析等の事業推進におけるロングリードシーケンス技術の可能性が強く示唆されました。

ポスターセッションでは計38演題が登録され、その半数近くは大学院生や助教クラスの若手研究者が筆頭演者として発表を行いました。多くは基礎的な研究段階にある内容で、がんの本態解明に資する内容であり、1時間20分の枠では収まらないほど議論が続く盛況ぶりでした。

また、会場には展示コーナーも設けられ、ヤマハ発動機とAMED次世代がん医療加速化研究事業/革新的がん医療実用化研究事業の事業紹介が行われた。AMEDでは若手育成に取り組んでおり、本シンポジウムに参加した多くの若手研究者にとって、今後の研究費獲得のための参考情報が得られたものと思料します。

本シンポジウムを通じて、今後のがん研究及びがん対策における科学的、あるいは医療実装上の課題について、国内外の研究者が連携して取り組み、進展していくことが大いに期待されました。



ご協力に感謝

(2023年4月1日~2024年10月1日) (敬称略)

A 運営寄附・賛助会員

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)
札幌臨床検査センター(株) (伊達忠應社長)
(株)北洋銀行 (津山博恒頭取)
アルフレッサ(株) (福神雄介社長)
(株)スズケン (浅野茂社長)
(株)ほくやく (眞鍋雅信社長)
北海道放送(株) (勝田直樹社長)
(株)メディセオ (今川国明社長)
キョーリンメディア(株) (橋爪浩社長)
大鵬薬品工業(株) (小林将之社長、平田健二札幌支店長)
(株)ダンテック (出村知佳子社長)
野村證券(株) (八代大輔札幌支店長)
フルテック(株) (古野重幸社長)
(株)北海道銀行 (兼間祐二頭取)
(株)六花亭 (小田文英社長)
(株)アイティ・コミュニケーションズ (小金澤健司会長)
池田煖房工業(株) (池田薫社長)
石上車輛(株) (石上剛会長)
(株)岩崎 (古口聡社長)
(株)STV ラジオ (橋本秀樹社長)
遠藤興産(株) (遠藤隆三社長)
(株)北日本自動車共販 (近藤昇社長)
札幌商工会議所 (岩田圭剛会頭)
(株)昭和ビル (倭雅則社長)
新日本通信工業(株) (河村健社長)
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)
中井聖建設(株) (中井靖社長)
(株)藤井工務店 (藤井公人社長)
(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)
北海道テレビ放送(株) (寺内達郎社長)
北海丸善運輸(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)
日本化薬(株) (涌元厚宏社長)

個人

小林 博 (SCS 相談役)
谷口 直之 (大阪国際がんセンター研究所所長/大阪大学名誉教授)
畠山 昌則 (微生物化学研究所部長/東京大学名誉教授)
森島 庸吉 (船橋西ロータリークラブ)
伊東 恭悟 (久留米大学名誉教授)
賀来 亨 (北海道医療大学名誉教授/日本医療大学名誉教授)
小川 明 (フリー科学記者/共同通信客員論説委員)
武市寿美代 (SCS 財団元評議員)
瀧本 将人 (日本医療大学教授)
片岡 達治 (銀座並木通りクリニック)
福島 昭治 (大阪市立大学名誉教授)
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)
横山 末雄 (横山食品(株)名誉会長)
阪本 時彦 (元モルジブ在住、東京都在住)
武田 治 (札幌第一興産(株)社長)

国際シンポジウム助成金

公益財団法人 上原記念生命科学財団
公益財団法人 内藤記念科学振興財団
国立がん研究センター

国際シンポジウム協賛金

iLAC
オクスフォードナノポアテクノロジーズ
嶋津製作所



当財団の事業は財団基金から生み出る利息と毎年のご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です。

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

羽部 大仁 (歎喜山慧林寺住職)
大西 信樹 (我汝会さつぽろ病院名誉院長)
瀧本 将人 (日本医療大学教授)

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。

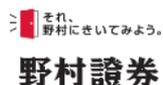
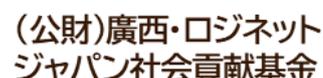
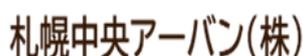
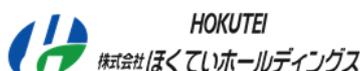
ご寄附の種類

- 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。

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
	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

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いです。法人は1口5万円以上としております。

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





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

北海道大学医学部昭和34年卒業（小児科）の桑山進先生が先日、久しぶりに一時帰国されました。在米64年と申しますから人生の大半を米国で過ごされている方です。

札幌にお見えになられたとき当財団の事務所に立ち寄られThe Way Forwardについて次のようなコメントをいただきました。

「よく出来ていますね。毎号すべてのページに目を通しています。何度も何度も読み返しております」。

在米が長くなったために昔の日本を思う気持ちかも知れませんが、いずれにしても編集に関わる者としてこれ以上嬉しいお褒めというか激励の言葉はございません。やりがいがあります。感じております。

これからも皆さんに何度も読み返されるようなものを作りたいと念じております。



北大のイチョウ並木

((公財)札幌がんセミナー
及川智江)

The Way Forward No.26 への率直なご意見、
ご感想をお寄せ下さい

<https://forms.gle/wRCZsZuuBjufimnC7>



SCS コミュニケーション **The Way Forward** 未来への挑戦

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.26

発行日：2024年12月1日

(次号は2025年6月1日発行予定)



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 URL：https://scsf.info



広報委員：濱田 淳一（委員長、財団担当理事）

岡田 太

瀧本 将人

編集協力：及川智江、小林 博

印刷製本：(株)プリントパック