

2017年1月2日

第3205号

週刊(毎週月曜日発行)
購読料1部100円(税込)1年5000円(送料、税込)
発行=株式会社医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp
JCOPY 出版者著作権管理機構 委託出版物

New Medical World Weekly

週刊医学界新聞



医学書院

www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- 特集 がん対策 次の10年…… 1—9面
- ・[グラフ解説] 10項目で見るがん対策の10年(加藤雅志、藤下真奈美)
- ・[座談会] がん対策はこう動く(祖父江友孝、中釜斉、宮園浩平、門田守人)
- ・[寄稿] 暮らしを支えるがん対策とは(川越正平、小松浩子、天野慎介)
- 新春随想…………… 11—14面

がん対策 次の10年

2006年の「がん対策基本法」成立により、日本のがん対策は大きな転換点を迎えた。2007年には国全体がめざすべきがん対策の方向性として「がん対策推進基本計画」が策定され、それから10年が経過した。2012年の第2期改定をへて、日本のがん対策はがん医療の全国均てん化をはじめ国民の健康に資する施策が推進された。そして、今年2017年には第3期がん対策推進基本計画が策定される。医療者、そして国民はがんはどう挑むのか。次の10年に向けたがん対策のビジョンを示す。

2017

2007



10項目で見る がん対策の10年

●執筆
国立がん研究センターがん対策情報センター
がん医療支援部
部長 加藤雅志
研究員 藤下真奈美

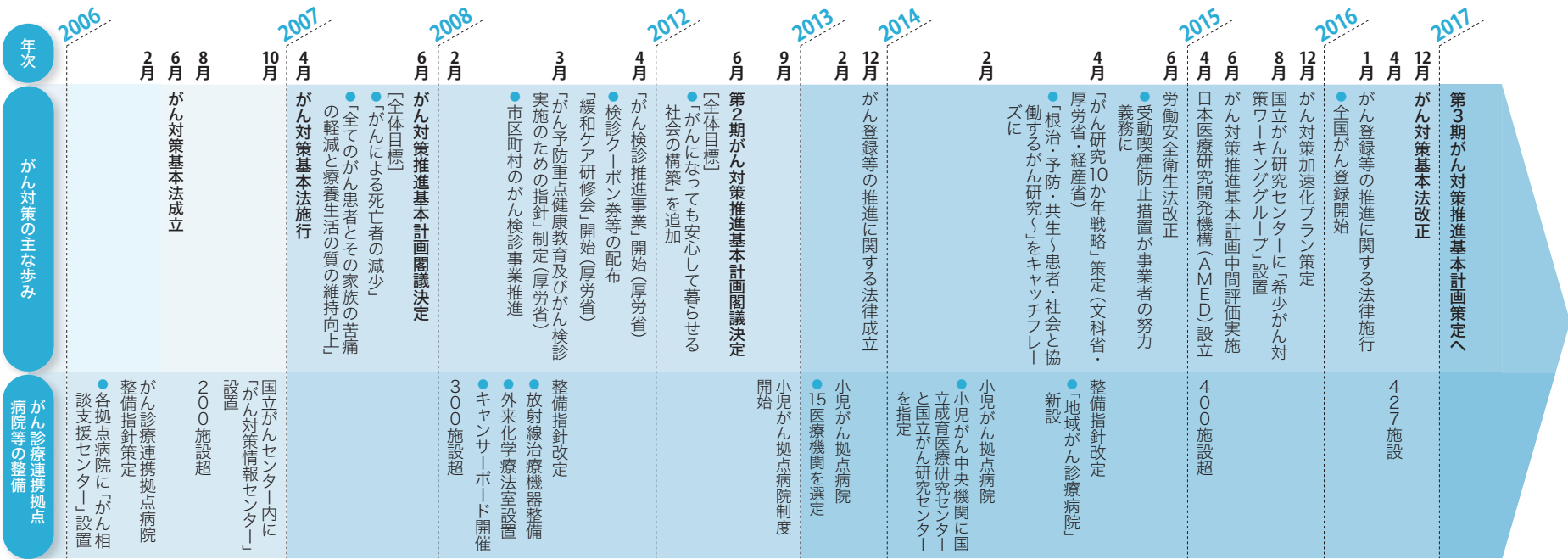
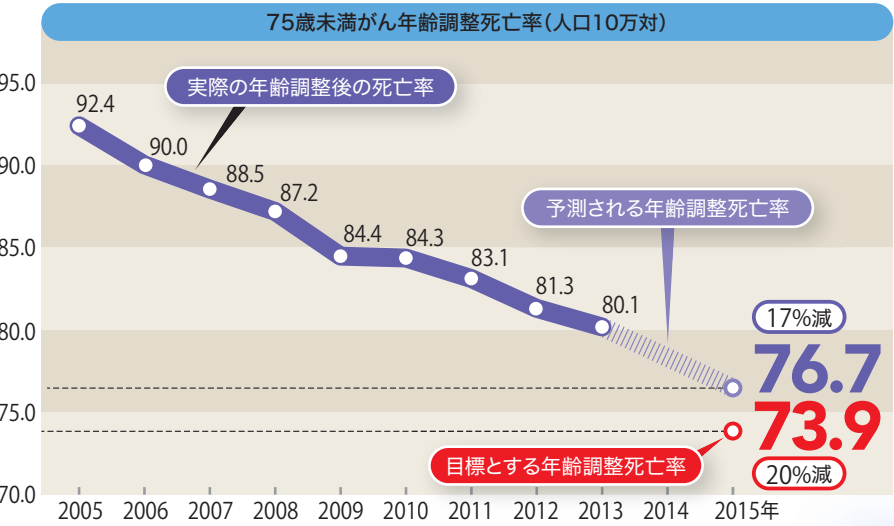


図1 がん年齢調整死亡率の推移

基本計画では、全体目標の一つに「がんによる75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少」が掲げられた。しかし、設定された喫煙率半減やがん検診受診率50%達成の目標に届かないなどの要因で、2015年の予測値では17.0%減になる見込み。死亡率減少が鈍化する現状を検証し、次のがん対策に活かす必要がある。



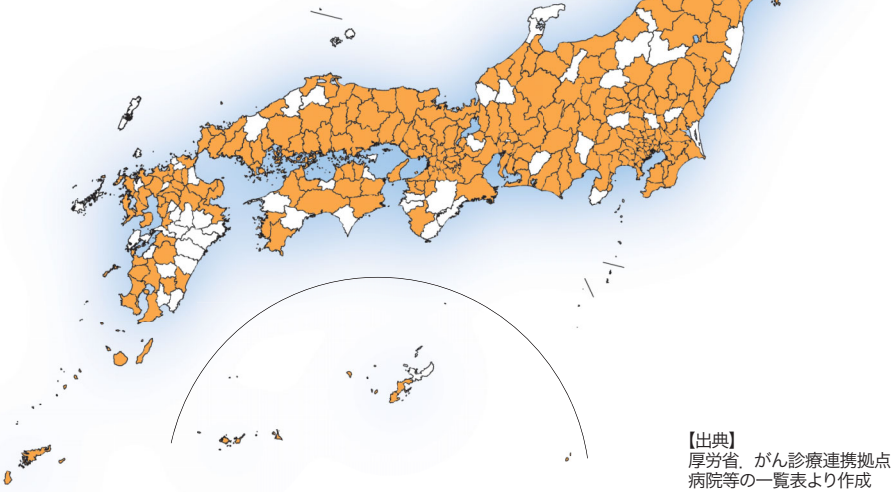
【出典】国立がん研究センター、がん情報サービス「がん登録・統計」より作成

図2 拠点病院の整備によって空白が解消された二次医療圏

全ての二次医療圏に原則1施設の設置を目標に整備が進められたがん診療連携拠点病院。2014年には「地域がん診療病院」が設置され、空白の二次医療圏は75か所に減少している。人口10万人未満の二次医療圏を中心に、今後均てん化をいかに進めるかが課題である。

がん診療連携拠点病院等の数(2016年4月現在)

地域がん診療連携拠点病院	347
都道府県がん診療連携拠点病院	49
国立がん研究センター	2
特定領域がん診療連携拠点病院	1
地域がん診療病院	28
合計	427



「がん対策基本法」制定で 均てん化が加速

1 がん対策基本法と がん対策推進基本計画

がんは1981年以来、日本人の死因第1位となっている。政府は1984年に「対がん10カ年総合戦略」を策定し、その後も第2次、第3次の10か年戦略により、がん対策に取り組んできた。しかし、これらはがんに関する研究を中心とする対策だった。がんは依然として国民の健康にとって重大な課題であり、国民からは、研究の成果を還元し、がん医療の充実に向けたがん対策の推進を求める声が高まっていた。これを受け、2006年6月に「がん対策基本法」(以下、基本法)が成立し、がん対策は大きな転換期を迎えた。

2007年6月、政府は基本法に基づき「がん対策推進基本計画」(以下、基本計画)を策定。これは、国全体のがん対策を総合的かつ計画的に進めていくための方向性を明確にした初めてのマスタープランと言える。第1期基本計画の全体目標には、「がんによる死亡者の減少」(図1)および「全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」が定められた。既に対がん10か年総合戦略等で掲げられていた「がんによる死亡者の減少」という目標に加えて、患者家族のQOLの向上に着目した新たな目標が全体目標に定められた点は特筆に値する。この全体目標の実現に向け、がん医療では緩和ケアが大きく推進されていくことになる。

2012年には、第2期基本計画が策定された。全体目標には、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」が3つ目の目標として新たに加わった。がんを罹患した者がその経験と向き合いながら自身の望む生活を実現できる

よう支援していくとともに、がん患者自身が尊厳を感じながら生活していける社会の実現までをがん対策はめざしており、これを基に今日まで多くの施策が講じられている。

2 がん診療連携拠点 病院制度

がん診療連携拠点病院(以下、拠点病院)は、わが国のがん医療の中心的な役割を担うもので、拠点病院の整備はがん医療の水準を均てん化する上で重要な施策となっている。2001年に「地域がん診療拠点病院」の全国整備をめざして開始されたがん拠点病院制度は、その後2006年に見直され、拠点病院の名称に新たに「連携」の言葉が加わり「がん診療連携拠点病院」と定められた。地域のがん医療の要がより一層明確化され、拠点病院のない空白の二次医療圏解消に向け、整備が進められた。

2008年には厚労省が拠点病院の指定要件を見直し、放射線治療機器の整備や外来化学療法室の設置、がんセンターボードの開催を必須とするなど、専門的な医療を提供できるよう、より高い水準でのがん医療の提供体制の充実と、がん医療の均てん化を推進した。また、院内のがん相談支援センターのがん専門相談員については、国立がん研究センターの研修を修了した者を配置することとし、機能の充実を図った。

2014年には、拠点病院が整備されていない医療圏の解消や拠点病院が提供する医療の質のさらなる向上をめざし、拠点病院の指定要件を改定。人員配置や診療実績の要件を強化し集約化を進める一方、一部要件を緩和した「地域がん診療病院」を新たに定め、空白の二次医療圏の減少を進めている(図2)。

2005年1月時点で全国に135施設だった拠点病院が、2016年4月には427施設まで増加した。また、がん医療の質を継続的に向上させる取り組みとして、都道府県の拠点病院が中心となり都道府県単位でのPDCAサイクル確保をめざす新たな取り組みも定められた。地域の状況に即したがん医療提供体制の一層の整備が期待されている。

今後は、拠点病院が行っている診療実態をより詳細に把握し、適切な医療が提供されているか検証を進めていくとともに、さらなるがん医療の質向上と均てん化を図っていくことが求められる。同時に、ゲノム医療、一部の放射線治療、希少がん、小児がん、難治性がん等については集約化を進めていくことが課題となっている。

療機関で基本的な緩和ケアが確実に実施される体制を整備していくとともに、拠点病院では専門的な緩和ケアの提供体制を充実させていく必要がある。また、がん患者が望んだ場所で療養できるよう、地域の状況に即した地域連携体制の構築が求められる。

5 情報提供と相談支援

2006年に行われた拠点病院の指定要件見直しに伴い、全国の拠点病院に相談支援機能を有する部門（相談支援センター）の設置が義務付けられた。全国に向けた一般的で正確な情報は、国立がん研究センターがウェブサイトや冊子等を通じて提供し、個別的な情報や地域の情報については拠点病院の「がん相談支援センター」が提供していく体制が方向付けられた。

がん相談支援センターでは、自施設の患者の相談のみならず、がんに関する悩みや疑問を抱える全ての方を対象に相談支援を行っている。単なる情報提供にとどまらず、相談者のニーズを把握し解決できるよう、心理的な援助も含めた支援をめざしている。2009年度は全国の拠点病院で7万6370件（2か月間）の相談対応件数だったところ、2015年度は16万7584件（2か月間）と増加している。1施設1日当たりの相談件数も、4.5件から9.8件と倍増している。しかし、2015年の調査では、拠点病院の患者であってもがん相談支

援センターの認知は5割程度にとどまっており、今後より多くの方々に利用してもらえるよう周知が必要である。がん相談支援センターを利用した方の8割以上が満足しているという調査結果があるが、相談者の多様化や相談者を取り巻く環境の複雑化により、多様なニーズへの対応が難しくなってきたとの意見もあり、相談支援の質の向上は今後の課題である。

6 がん患者の就労支援

第2期基本計画では、全体目標に「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」が新たに加えられ、重点課題として「働く世代へのがん対策」が位置付けられた。がん患者等の就労に関するニーズや課題を明らかにした上で、社会的理解の推進や就労支援策を講じることとされ、2014年、厚労省はがん患者・経験者の就労支援のあり方についての検討を進めた。がん患者、医療機関、企業といったそれぞれの立場からみたニーズ・課題を整理し、がん患者・経験者の就労支援のために今後取り組むべき方策等について報告書として取りまとめられている。現在、拠点病院のがん相談支援センターを中心に、社会保険労務士やハローワークと連携した就労支援体制の整備が進んでおり、地域の実情も踏まえた働く世代のがん対策が進められていくものと考えられる。

予防・検診の意義再確認と国民への啓発を

7 がん予防

がんの原因として、喫煙（たばこ）、飲酒を含めた食生活・運動等の生活習慣、ウイルスや細菌の感染などが明らかにになっている。

このうち、喫煙は予防可能な最大の原因であり、日本の研究では、がんの罹患および死亡のうち、男性で約30%、女性で5%は喫煙が原因と考えられている。特に肺がんは喫煙との関連が強く、肺がんの死亡のうち、男性70%、女性20%は喫煙が原因と言われている。

第2期基本計画では個別目標として、2022年度までに成人喫煙率を12%にし、未成年者の喫煙をなくすことが掲げられている。受動喫煙については、2022年度までに、受動喫煙の機会を有する者の割合を行政機関および医療機関では0%、家庭は3%、飲食店は15%とすることを目標としており、受動喫煙のない職場は2020年までの実現を目標としている。

たばこ対策については、拠点病院に「たばこ相談員」を配置し、面談や電話による無料の禁煙相談やたばこの健康影響に関する普及啓発活動を進めている（たばこクイットライン）。「禁煙支援マニュアル（第二版）」の公表等により、たばこをやめたい人がやめられるような支援も行われている。

職場での受動喫煙防止は、2014年6月に労働安全衛生法が改正され、事業者および事業場の実情に応じ、受動喫煙を防止するための適切な措置を講ずることが事業者の努力義務とされた。

また、受動喫煙防止対策に取り組む事業者に対しては、「受動喫煙防止対策助成金」等による支援が行われている。

成人の喫煙率は、2007年の24.1%から2013年には19.3%と減少しているが、目標値の12%にはまだ届かない状況にある。

一方、食生活や生活習慣等については、飲酒量の低減、定期的な運動の継続、適切な体重の維持、野菜・果物摂取量の増加、食塩摂取量の減少など、日本人に推奨できるがん予防法についての普及啓発にも取り組んでいる。ハイリスク飲酒者の割合や、食塩摂取量は減少傾向にあるが、野菜類の摂取量や運動習慣のある者の割合はそれほど増えてはいない状況である。

ウイルスや細菌の感染とがんとの関連では、子宮頸がんヒトパピローマウイルス（HPV）、肝がんヒト肝炎ウイルス、成人T細胞白血病（ATL）ヒトT細胞白血病ウイルス1型（HTLV-1）、胃がんヒトヘリコバクター・ピロリなどが挙げられる。HPVの感染予防については、予防接種法上の定期接種としてHPVワクチン接種が実施されたが、接種後にワクチンとの因果関係を否定できない持続的な疼痛などが報告されたため、現在はワクチンの積極的勧奨を差し控え、その安全性の検証が行われている。

肝炎対策は、肝炎ウイルスの感染を早期に発見し、肝炎ウイルスの陽性者を早期に治療し重症化を予防することを目的に、検査費用の助成や検査の受診勧奨、検査後のフォローアップなど、肝炎ウイルス検査や治療に対する環境が整備された。

個別の課題にも目を向けた第2期「がん対策推進基本計画」

3 小児がんや希少がんへの対策の推進

第2期基本計画では、「小児がん」「希少がん」対策にも取り組むことが明記された。

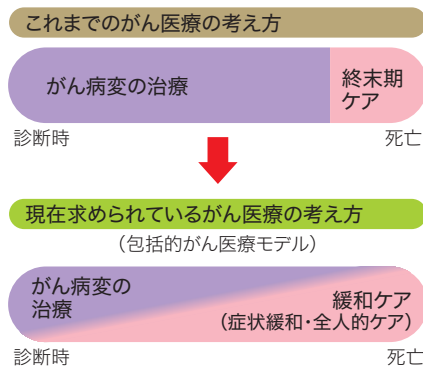
小児の病死原因の第1位はがんであり、小児がん患者は治療後の経過が成人に比べて長いことに加え、晩期合併症や、患者の発育や教育に関する問題など、成人のがん患者とは異なる問題を抱えている。厚労省は2012年、小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられる環境の整備について検討し、「小児がん拠点病院制度」を新たに開始した。全国の15医療機関が小児がん拠点病院として選定され、小児がん中央機関を、国立成育医療研究センターと国立がん研究センターが協力して担うことが定められた。小児がんの診療体制は、拠点病院および地域ブロックごとにその体制整備を進めている状況にある。

小児がん医療は依然として、診療体制、人材育成、相談支援体制、長期支援などに課題があり、より一層の整備が待たれる。また、思春期・若年成人世代であるAYA（Adolescent and Young Adult）世代や、高齢者のがん対策等、他の世代も含めた「ライフステージに応じたがん対策」を講じていくことも求められる。

希少がんについては、2015年に厚労省が課題を取りまとめている。専門的な医師や医療機関の所在がわかりにくい、病理診断が難しく専門性の高い医師が不足している、症例が少なく研究が進みにくいなどの課題が列挙された。

図3 緩和ケアモデルの変化

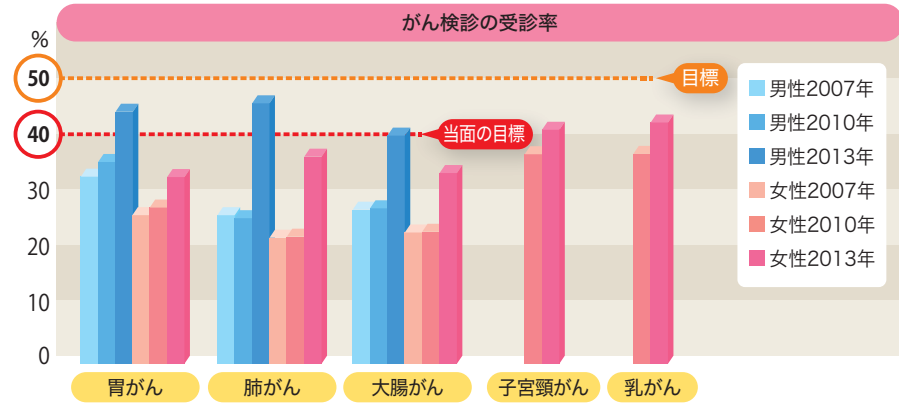
緩和ケアは、「終末期医療」と同義ではない。これまでのがん医療では、がん治療から終末期ケアへ急な切り替えが行われており、「緩和ケア＝終末期医療」との誤解から、緩和ケアは「看取りの医療」という誤った認識が広がってしまった。基本計画により、現在では、診断時からがんの治療の途中にも提供されるべきものとの認識が広がっている。



【出典】世界保健機関編、武田文和訳、がんの痛みからの解放とバリアティブ・ケア——がん患者の生命のよき支援のために、金原出版；1993。日本緩和医療学会、緩和ケア継続教育プログラム PEACE PROJECT をもとに改変。

図 4 がん検診の受診率の現状と課題

基本計画では、個別目標の一つとして「がん検診(胃・肺・大腸・子宮頸・乳)の受診率を5年以内に50%(胃・肺・大腸は当面40%)達成」が掲げられているが、依然として到達しておらず、先進諸外国が70~80%であるのに比べても著しく低い。今後は正確な受診率の把握とともに目標達成に向けた啓発活動が求められる。



- 胃がん、肺がん、大腸がん、乳がんは40歳~69歳、子宮がん(子宮頸がん)は20歳~69歳。
- 健診等(健康診断、健康診査および人間ドック)の中で受診したものも含む。
- 2010年までは「子宮がん検診」として、13年は「子宮がん(子宮頸がん)検診」として調査している。
- 子宮がん(子宮頸がん)と乳がんは、過去2年間の受診者。他は過去1年間の受診者。

【出典】国立がん研究センター、がん情報サービス「がん登録・統計」、国民生活基礎調査による都道府県別がん検診受診率データより作成

ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎の除菌が2013年2月に保険適用となった他、発がん予防に関する除菌の有用性等について、検証が進められている。

8 がん検診

がん検診は、1982年度から老人保健法に基づく保健事業として全国的な体制整備がなされた。1998年度には老人保健法に基づかない市町村事業に、そして2008年度からは健康増進法に基づく市町村事業として実施されてきた。

厚労省は2008年3月、市区町村のがん検診事業を推進するため「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」を発出し、科学的根拠に基づく正しいがん検診の実施を推奨している。

また、基本計画では、全ての市区町村がん検診の精度管理・事業評価を実施すること、科学的根拠に基づくがん検診を実施すること、受診率を5年以内に50%(胃・肺・大腸は当面40%)とすることなどを目標に掲げ、がん検診の精度管理および受診率向上に対する取り組みが行われてきた。

市区町村がん検診の受診率向上に対しては、国庫補助制度として、一定年齢の者に対し検診のクーポン券を配布する「がん検診推進事業」が、2009年度から子宮頸がん、乳がん検診を対象として開始され、2011年度からは大腸がん検診(~2015年度で終了)も新たな対象として実施されてきた。ま

た、企業と連携した普及啓発や受診率向上にかかわる好事例の紹介などの取り組みが実施されてきた。しかし、検診の受診率は依然40%程度であり(図4)、先進諸外国の70~80%程度に比べて低い状況にある。さらに、国の調査において、がん検診の受診者のうち、約半数が職域でがん検診を受診していることが明らかになっていること、人間ドックなど個人でがん検診を受ける者もいることから、正確な受診率の把握が難しいことも課題となっている。

がん検診の精度管理・事業評価については、厚労省の検討会で、がん検診の有効性や精度管理について検討が行われている。事業評価のためのツールの紹介や、市区町村で実施されているがん検診の実態調査などを通じ、科学的根拠に基づくがん検診が実施されるよう取り組まれている。ところが、指針以外のがん種の検診や検診項目を実施している市区町村の数が実に1000以上あり、科学的根拠に基づくがん検診が十分に実施されていないこと、職域等のがん検診の受診率や精度管理については定期的に把握する仕組みがないなどの課題が表出している。

厚労省の「がん検診のあり方に関する検討会」では、2016年度から職域のがん検診に関する有識者を新たに構成員として加え、検討会の下にワーキンググループを設置し、職域におけるがん検診の受診率や精度管理等について検討が行われてきた。今後、次期基本計画の策定に向け、職域におけるがん検診について、新たな見解が示されることが期待されている。

9 がん登録

がん登録は、がん患者の診断、治療および転帰等に関する情報を収集し、保管、整理、解析することで、がんの実態を把握する仕組みである(図5)。がん対策の推進には、正確ながんの実態把握が必要であり、がん登録はその中心的な役割を果たす。

これまでは、都道府県を実施主体とした「地域がん登録」により、対象地域の居住者において発生したがんを把握し、がんの罹患率や受療状況、地域レベルの生存率等の把握に努めてきた。しかし、地域がん登録では、医療機関から地域がん登録への届出が義務付けられていなかったため、全てのがん患者が登録されているわけではなく、登録漏れや不十分な生存確認調査、県外の医療機関を受診した自県の住民の把握がしにくいなどの課題があった。都道府県によって精度のばらつきがあるため、全国のがんの罹患率や生存率などは、地域がん登録の精度の高い一部地域の数値に基づいた「推計値」であった。

そこで、第2期基本計画の個別目標では、「法的位置づけの検討も含め、効率的な予後調査体制の構築や院内がん登録を実施する医療機関数の増加を通じて、がん登録の精度を向上させる」と掲げられた。これを基に2013年12月、「がん登録等の推進に関する法律」(がん登録推進法)が議員立法で成立し、2016年1月から施行。全ての病院にがん患者の罹患情報の届出が義務付けられることになった。また、国が国内のがん患者の情報をデータベースに記録して一元的に管理することで、より正確ながんの罹患率や生存率等が把握できるようになる他、がんにかかわる調査研究の推進、がん対策の一層の充実に資することが期待される。

なお、がん登録は個人情報等の機微な情報が多く含まれるため、がん登録推進法では、情報の保護等についての規定があり、適切な管理や目的外利用の禁止、秘密漏示の罰則等についても規定されている。

がん登録で得られた情報をどのように活用していくか、その体制整備を含めた検討が今後必要である。特に、全国がん登録と院内がん登録の届出作業の効率化、全国がん登録の情報を研究利用する場合の患者本人の同意取得、がん検診や他のデータベースとの照合方法など、データを効率的かつ効果的に活用できる体制整備が望まれる。

10 がん研究

がん研究は、2004年度に策定された「第3次対がん10か年総合戦略」に基づき「がん研究の推進」「がん予防の推進」「がん医療の向上とそれを支える社会環境の整備」を3つの柱として、がんの罹患率と死亡率の激減がめざされた。10年が経過した2014年3月には、文科省、厚労省、経産省が一体となって、基本計画に基づいた「がん研究10か年戦略」を新たに策定。「根治・予防・共生~患者・社会と協働するがん研究~」をキャッチフレーズに、がんの本態解明研究とこれに基づく革新的な予防、早期発見、診断、治療にかかわる技術の実用化をめざし、臨床研究に取り組むことなどが掲げられた。新たに小児がんや高齢者のがん、難治性がんや希少がん等に関する研究を戦略に位置付けて推進する他、充実したサバイバーシップを実現する社会の構築をめざした研究、がん対策の効果的な推進と評価に関する研究等を進めることとされている。

がんを含む医療分野の研究開発については、2015年度から日本医療研究開発機構(AMED)において、これまで文科省、厚労省、経産省に計上されてきた医療分野の研究開発に関する予算が集約され、基礎から実用化まで切れ目のない研究支援が行われるようになった。国では、AMEDによる一体的な管理の下で、がん研究をより一層推進するよう取り組まれている。

今後のがん対策の方向性

わが国のがん対策は、基本法と基本計画に基づき数多くの施策が総合的かつ計画的に進められてきた。しかし、がん対策の十分な評価が実施されていないとの指摘もあり、第2期基本計画の中間評価をきっかけに、がん対策の指標が作成された。がん対策の進捗管理をする体制整備が進みつつあることに加え、全国がん登録の結果も用いられるようになる。客観的な指標を用いて課題を明確にし、解決策を検討することで科学的根拠に基づくがん対策が立案できるようになると期待される。

第2期基本計画の全体目標に「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」が定められたことは画期的だった。サバイバーシップ支援の重要性が強く認識されるようになり、具体的な取り組みとして、がん患者の就労支援等の施策が全国で進められている。子どもたちが健康と命の大切さを学び、がんに対する正しい知識を持つためのがん教育も、文科省と厚労省が連携し、全国で展開する準備が始まっている。

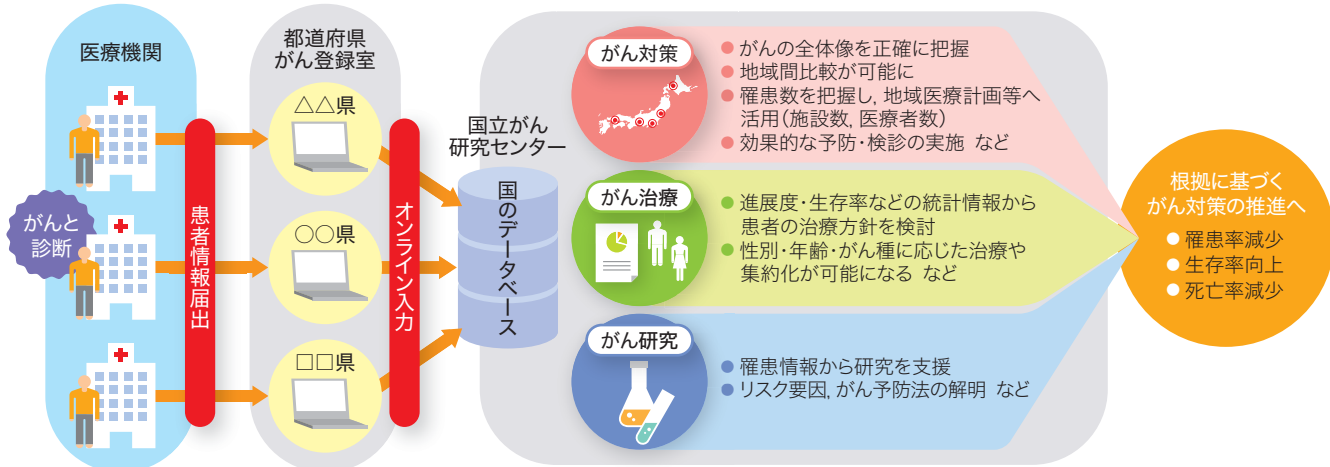
がん対策はこの10年間で、研究を中心とした取り組みから医療現場でのがん診療提供体制へと改善させた。そして、今まさに社会に対しても変化をもたらし始めている。次のがん対策は、医療者だけでなく、より多くの関係者に参加を促し、社会全体で協力しながら進めていくことが重要であり不可欠になるであろう。

かとう・まさし
1999年慶大医学部卒。2006年厚労省がん対策推進室に勤務。09年より現職。

ふじした・まなみ
久留米大医学部卒。2014年厚労省がん対策・健康増進課。16年より現職。

図 5 全国がん登録

「全国がん登録」とは、日本でがんと診断された全ての人のデータを国で1つにまとめ、集計・分析・管理する新たな仕組み。都道府県ごとにデータ収集していた「地域がん登録」では、県をまたいだ診断・治療や転居により、データが重複する可能性があった。法律により全ての病院にがんの罹患情報の届出が義務付けられて情報が集約されるため、拠点病院「院内がん登録」と合わせて正確なデータが得られ、診断・治療や予防などのがん対策に活かされる。



【出典】国立がん研究センター、がん情報サービスより作成

がん対策はこう動く

次の10年を見据えた針路とは

がん対策基本法（以下、基本法）施行から 10 年。がん医療にかかわる医療者には、次の 10 年、何が求められるのだろうか。5 年ごとの見直しが定められているがん対策推進基本計画（以下、基本計画）は現在、第 3 期基本計画の 2017 年策定をめざし、がん対策推進協議会（会長＝堺市立病院機構・門田守人氏）を中心に議論が進められている。その議論の過程で挙がるキーワードに、「個別化」「共生」「健康寿命の延伸」の 3 点がある。そこで本紙では、2016 年 4 月に国立がん研究センター理事長に就任した中釜齊氏を司会に、政策・研究・予防の各領域の識者による座談会を企画。2017 年、新たながん対策はどのような針路を取るのか、その展望が議論された。



大阪大学大学院医学系研究科
社会医学講座環境医学教授

祖父江 友孝氏

国立がん研究センター理事長

中釜 齊氏●司会

東京大学大学院医学系研究科
病因・病理学専攻分子病理学分野教授

宮園 浩平氏

堺市立病院機構理事長

門田 守人氏

中釜 基本計画策定から 10 年の節目を迎えた今、がん対策は医療の進歩や社会の変化に伴い新たな転換期に差し掛かっています。がん対策推進協議会に 2007 年の第 1 回から委員としてかわり、現在は会長を務める門田先生、この 10 年のがん対策をどう見えていますか。

個別の課題を明らかにし いかに対策へと つなげるか

門田 2006 年の基本法成立ががん対策の大きな推進力となったことは間違いありません。医療提供体制の地域格差や治療に関する情報格差を小さくすべく、がん患者さんの意見もくみながら計画された点に意義がありました。

中釜 二次医療圏に 1 箇所程度の「がん診療連携拠点病院」（以下、拠点病院）設置を目標とし、現在までに 427（地域がん診療病院含む）に及ぶ拠点病院が整備されたことは、均てん化の大きな成果と言えます。

門田 しかし、10 年で進んだ分野もあれば、時代の変化とともに新たな課題が浮かび上がってきたのも事実です。ハード面の成果はわかりやすいのですが、果たしてそれが現在のがん医療にどう反映されているか、質の評価は難しい面があります。特に懸念しているのが、2007 年からの 10 年目標の一つ、「がんによる死亡者の減少」が目標の 20% 減を達成できず、17% 減にとどまる見込みとされていることです。

中釜 この点について、基本計画の目標設定にかかわった祖父江先生は、経過をどう見えていますか。

祖父江 決して悲観する結果ではないと思います。目標値に近づいたという点で、医療者はこれまでの努力に自信を持って良いはずです。

門田 もちろん、この数字だけでがん対策の全てがうまくいっていないと指摘したいわけではありません。喫煙率の低下や検診受診率の向上に鈍化が見られるように、対策が十分に進んでいない点があることを考えると、個別の課題を明らかにした上で次の対策を進める指標としたい。

祖父江 おっしゃるとおりです。この 10 年間にがんの死亡率がどうして減ったのか、あるいは、減らない要因がどこにあるのかの分析は必要でしょう。単に全がんで死亡率が下がっているという総体で見ただけではなく、がん種ごとの分析や、高齢化の影響も含め議論していかなければなりません。

中釜 この 10 年の変化としては、がん研究にも大きな進歩がありました。基礎研究に携わる立場から宮園先生は、これまでをどうとらえていますか。

宮園 大きな変化は何と言っても、がんの分子標的治療薬が次々に登場し普及してきたことです。それまで治療が難しいと言われていた慢性骨髄性白血病に有効な治療法が生まれ、以降、血管新生阻害薬や上皮成長因子受容体（EGFR）チロシンキナーゼ阻害薬なども次々に登場しています。

これからのがん治療は、従来の手術療法、放射線療法、分子標的治療を含めた化学療法に、免疫療法を加えた 4 本柱になるでしょう。さらに、これら全体を束ねるゲノム医療が進めば、がん治療の大きなパラダイムシフトが起きるはずです。

中釜 がん治療の在り方が根底から変

わろうとしている今、個々の対策についても転換点にあると言えそうです。

均てん化を継続しつつも、 集約化の検討が必要

中釜 この 10 年で均てん化が進み、それに伴う成果があったことを確認しました。他方、医療の高度化や、個々の状況に即した個別性の高いがん医療へのニーズが芽生えてきたことも確かです。こうした変化を踏まえ、2012 年策定の第 2 期基本計画に新たに加わった全体目標、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」は、今後も注目すべきテーマではないでしょうか。

門田 そうですね。小児や働く世代、高齢者といったライフステージに応じたがん対策、希少がんの治療など、個別医療の必要性にスポットライトが当たったのが第 2 期基本計画の特徴です。多様なニーズに応えられる医療提供の体制を整えることは、がん対策でも欠かせない視点になるでしょう。

中釜 特にゲノム医療は、その専門性の高さゆえに医療資源の集約化の議論からは切り離せません。均てん化一辺倒ではない、新たな展開を考えていく必要性も出てきたと言えるのではないのでしょうか。宮園先生は、ライフステージごとの治療と研究の関連についてどのような期待を寄せますか。

宮園 ゲノム医療を活用することで、小児・AYA（Adolescent and Young Adult）世代や希少がん、高齢者のがん治療の改善がさらに進むことです。がん治療を世代で分けて検討していくことは重要な切り口になるからです。

中釜 高齢者の症例については、未解

明の点も多くあります。例えばゲノムの変異頻度や変異プロファイルなども異なる可能性があり、転移や進行するがんの特性も多少異なることが考えられます。小児や AYA 世代のがんについては、成人や高齢者とは発がんのメカニズムに違いがあることがわかってきています。分子標的治療薬が効かない症例が各世代のがんにはまだまだあるため、そこにゲノム医療の進歩が答えを見いだしてくれれば、がん治療の新展開があるでしょう。

宮園 そうですね。ゲノム医療は専門



中釜 齊氏

なががま・ひとし 1982 年東大医学部卒。90 年同大病院助手。91 年米マサチューセッツ工科大がん研究センター研究員、95 年国立がんセンター研究所がん研究部室長、97 年同生化学部長、2007 年同副所長、10 年国立がん研究センター研究所副所長を経て、11 年から 5 年間にわたり同研究所長を務める。16 年 4 月より現職。ヒト発がんの環境要因および遺伝的要因の解析とその分子機構に関する研究に従事してきた。分子腫瘍学、がんゲノム、環境発がんが専門。日本対がん協会常務理事、厚生省・がん対策推進協議会構成員。

January

2017

新刊のご案内

医学書院

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売部へ ☎03-3817-5650
●医学書院ホームページ〈<http://www.igaku-shoin.co.jp>〉もご覧ください。

今日の治療指針 2017年版

私はこう治療している

総編集 福井次矢、高木 誠、小室一成
デスク判：B5 頁2096 19,000円
[ISBN978-4-260-02808-0]
ポケット判：B6 頁2096 15,000円
[ISBN978-4-260-02809-7]

治療薬マニュアル 2017

監修 高久史麿、矢崎義雄
編集 北原光夫、上野文昭、越前宏俊
B6 頁2752 5,000円
[ISBN978-4-260-02818-9]

Pocket Drugs 2017

監修 福井次矢
編集 小松康宏、渡邉裕司
A6 頁1088 4,200円
[ISBN978-4-260-02775-5]

プロメテウス解剖学アトラス 解剖学総論／運動器系

（第3版）

原著 Schunke M et al
監訳 坂井建雄、松村譲児
A4変型 頁630 12,000円
[ISBN978-4-260-02534-8]

標準組織学 各論

（第5版）

原著 藤田尚男、藤田恒夫
改訂 岩永敏彦、石村和敬
B5 頁568 11,000円
[ISBN978-4-260-02404-4]

マイヤース腹部放射線診断学

発生の学的・解剖学的アプローチ

原著 Meyers MA、Charnsangavej C、Oliphant M
監訳 太田光泰
B5 頁392 14,000円
[ISBN978-4-260-02521-8]

ネルソン小児感染症治療ガイド

（第2版）

監訳 齋藤昭彦
翻訳 新潟大学小児科学教室
B6変型 頁312 3,600円
[ISBN978-4-260-02824-0]

〈標準作業療法学 専門分野〉 作業療法学概論

（第3版）

シリーズ監修 矢谷令子
編集 二木淑子、能登真一
B5 頁304 4,000円
[ISBN978-4-260-02535-5]

〈標準理学療法学 専門分野〉 運動療法学 総論

（第4版）

編集 吉尾雅春
B5 頁312 4,700円
[ISBN978-4-260-02786-1]

〈標準理学療法学 専門分野〉 運動療法学 各論

（第4版）

シリーズ監修 奈良 勲
編集 吉尾雅春
B5 頁496 5,800円
[ISBN978-4-260-02791-5]

組織で生きる 管理と倫理のはざまで

勝原裕美子
四六判 頁328 2,700円
[ISBN978-4-260-03013-7]

はじめて学ぶ看護過程

編集 古橋洋子
B5 頁144 2,000円
[ISBN978-4-260-02867-7]

新年号特集 | がん対策 次の10年

性が高いですから、専門の医療機関や人材がどうしても限られます。実用化に向けては、均てん化の中で位置付けるのではなく、当面は特定の医療機関に医療資源を集中させる集約化の道が必要になってくるでしょう。

全国がん登録の活用が次の10年の基盤に

中釜 集約化については、均てん化とのバランスを考えたかじ取りが欠かせません。祖父江先生はどのような道筋が必要と考えますか。

祖父江 集約化に当たっては、データに基づく方向付けが必要だと思います。そこで活用すべきは、2016年1月から始まった「全国がん登録」です。かつて「地域がん登録」「院内がん登録」として、都道府県や施設ごとに行っていたデータ収集の作業が、標準化された一つの仕組みとして進められます。法律によってがん患者情報の届出が義務化されたことで、より正確な情報が収集できる態勢になりました。全国がん登録により計測される罹患率は、国全体のがん対策を企画・運営・評価する上で重要な羅針盤としての機能を持ちます。

中釜 全国のデータを共有できる仕組みは画期的であり、大きな財産になりますね。集約化に向けた、具体的な活用についてお話しください。

祖父江 全国がん登録の情報は資源の適正配置の際の根拠として重要ですが、診療の質評価を進めるに当たって

は、拠点病院の院内がん登録全国集計が大きな役割を果たします。その評価指標である Quality Indicator が作成されたことで、既存の院内がん登録データがDPCデータともリンクし、拠点病院間の診療の質評価を少ない作業負担で比較できるようになりました。がん種ごとに治療の質を細かく見られるため、がん種ごとの症例が少ない疾患を診療している施設が、どの程度質の高い医療を提供しているかも評価できるわけです。それを基にした情報を共有することで、がんに関する医療資源の集約化を図ることができます。**中釜** 新たに始まった全国がん登録と拠点病院の院内がん登録全国集計は、これまで進められてきたがん医療の技術的な面での均てん化に加え、治療の質の均てん化、高度医療の集約化を実現すべく、次の対策に向けた鍵を握ることになりそうです。

社会全体で取り組む「がん患者支援」へと転換すべき

中釜 今やがんは「国民病」とも言われ、「がんサバイバー」は数百万人に上るとされます。その支援の重要性が広く認識されるようになってきたものの、いまだ社会には「がん＝死」のイメージが根強くあります。これをどう転換し、がんとの共生社会を構築するかは、重要なテーマになるのではないのでしょうか。

門田 かつて、患者さんががんで亡くなることは「医療の敗北」とされた時代がありました。しかし今は、がん経験者を中心に、がんに対する認識は「がん＝死」ではなくなってきています。「患者の尊厳」という言葉が広がりつつある今、その理解が社会全体でもっと共有されるべきでしょう。

中釜 特に深刻なのは、がんと診断された段階での離職者が3割を超えるこ

とです(図1)。産業医でもある祖父江先生はどう見えていますか。

祖父江 職域におけるがん対策は道半ばです。雇用側は、病気の従業員に対する労働負荷について判断できていない場合が多くあります。治療の進歩とともにサバイバーの方は必然的に増えていくわけですから、職域での対応はもちろんのこと、学校教育を通じたがん教育など、国民に広く周知していく体制を整えることはこれからの課題です。

中釜 2000年以前の5年相対生存率は50%台前半でしたが、2006～08年の診断症例をもとにした5年相対生存率は62.1%と初めて6割を超えました(図2)。薬物治療の進歩によって治療効果が得られる症例が出てきたことも一因でしょう。効果的な治療法の開発が進むことで、死に対する社会の考え方や受け止め方も相乗的に変わってくるはずです。研究面においても、サバイバーへのケアをがん対策として同時に進めていかなければなりませんね。

宮園 ええ。とすると、われわれ基礎研究者は画期的な抗がん剤の発見や、がん発生メカニズムの根本的な解明といった議論だけに目が向きがちです。しかし、小児がんの患者に対する治療を例に見ても、抗がん剤の大量投与による弊害、心理面のサポートや学習の問題、家族との接し方など、医学だけでは到底カバーできない課題がたくさんあります。がんという疾患を社会全体でどう見ていくかは、学問の垣根を越えた学際的な形で考えていく必要があると思っています。

門田 「がん患者の支援」についてはこれまで、医療者から見て「当たり前」と思うような支援がなされてきました。しかし、実は受け手の患者さんたちに疎外感を抱かせ尊厳を傷つけている可能性だってあるわけです。もう一歩踏み込んで患者さんの思いをくむには、がんに関わる医療者はもちろんのこと、社会全体の理解やサポートが重要になってくるでしょう。

検診率の向上は、「適切な予防」を念頭に進めたい

中釜 全国がん登録の開始や新たな治療法の開発といった、より効率的で効果的ながん対策に加え、がんサバイバーを取り巻く環境の変化にも言及がありました。この先日本は、超高齢社会が続き、高齢者のがんの高い罹患率・死亡率により、患者数の増加が予想されます。そのため、健康寿命延伸の観点から「予防・検診」の在り方も議論を深めなければなりません。宮園先生、がんの早期発見について、現在のところ効果的な診断法はまだ確立していませんが、展望はいかがですか。

宮園 基礎研究では、血液などの体液

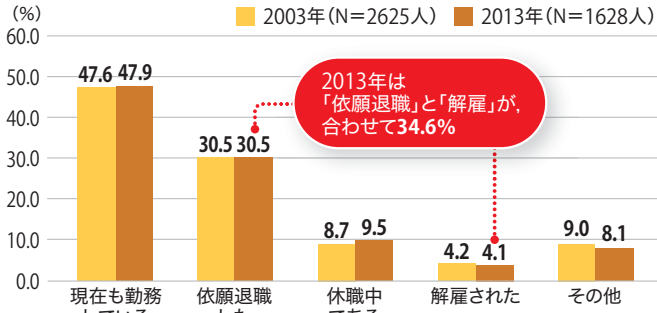


宮園浩平氏

みやぞの・こうへい 1981年東大医学部卒。85年スウェーデンウプサラ大医学客員研究員、86年同大ルードヴィヒ癌研究所研究員、88年東大病院助手。90年スウェーデンルードヴィヒ癌研究所研究員、93年同主任研究員、95年財団法人癌研究会癌研究所生化学部長を経て、2000年より現職。専門はタンパク質「TGF-β」とがんの研究。日本癌学会理事長、日本医学会幹事、厚労省・がん対策推進協議会構成員などを務める。09年紫綬褒章受章、11年日本学士院賞受賞。

図1 がん患者の就労状況調査(2003年、2013年)

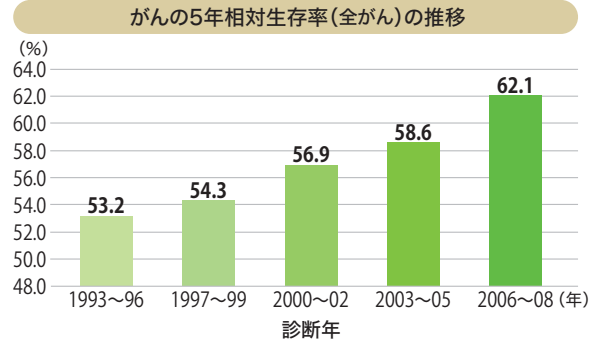
がんと診断された後に依願退職、あるいは解雇されたがん患者は2013年の調査で34.6%と、2003年から大きく変わっていない。がんになっても仕事を続けられる就労環境の整備の他、社会や雇用者側のがんに対する正しい理解の浸透が急務である。



【出典】「がんの社会学」に関する研究グループ(研究代表者＝静岡県立静岡がんセンター・山口建)、2013がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書、がんと向き合った4,054人の声、2013より作成

図2 がんの5年相対生存率(全がん)の推移

がん医療の進歩に伴い、5年相対生存率は向上し、2006～08年の集計では初めて60%を越えた。治療の進展とともに、今後は増加するがんサバイバーのニーズに即した支援が不可欠になる。



【出典】国立がん研究センター、がん対策情報センター、人口動態統計によるがん死亡データ(1958年～2014年)。

腫瘍内科学を主体とした治療体系をコンパクトにまとめたマニュアル、待望の第7版

がん診療レジデントマニュアル 第7版

1997年に初版が刊行され、約20年。レジデントの執筆によるレジデントのためのマニュアルとしてスタートした本書は、この間、がん診療の現場で多くの医療従事者に活用されてきた。昨今のがん薬物療法の進歩は目覚ましく、最新の情報を適切に日々の診療に反映させるために、本書の果たす役割はますます大きくなっている。2人に1人ががん罹患の時代、がんに関わる医療者の必携書としてぜひポケットに!

国立がん研究センター内科レジデント 編



B6変型 頁544 2016年 定価:本体4,000円+税 [ISBN978-4-260-02779-3]

医学書院

肺癌にかかわるすべての医療従事者の日常診療に役立つマニュアル

肺癌診療ポケットガイド

本書は、国立がん研究センター中央病院の呼吸器内科、呼吸器外科、放射線治療科、呼吸器内視鏡科の責任者による監修のもと、実際に肺癌診療にかかわる各科の医師と看護師、薬剤師、MSWが総力をあわせて執筆した肺癌診療マニュアル。この1冊に国立がん研究センター中央病院での肺癌診療のすべてが網羅されているといってもよい。肺癌診療に関わる多くの医療者の方々の、日々の臨床にぜひ役立てていただきたい。

編集 大江裕一郎
国立がん研究センター中央病院
呼吸器内科長・副院長
渡辺俊一
国立がん研究センター中央病院
呼吸器外科長
伊藤芳紀
国立がん研究センター中央病院
放射線治療科医長
出雲雄大
国立がん研究センター中央病院内視鏡科
呼吸器内視鏡グループ長

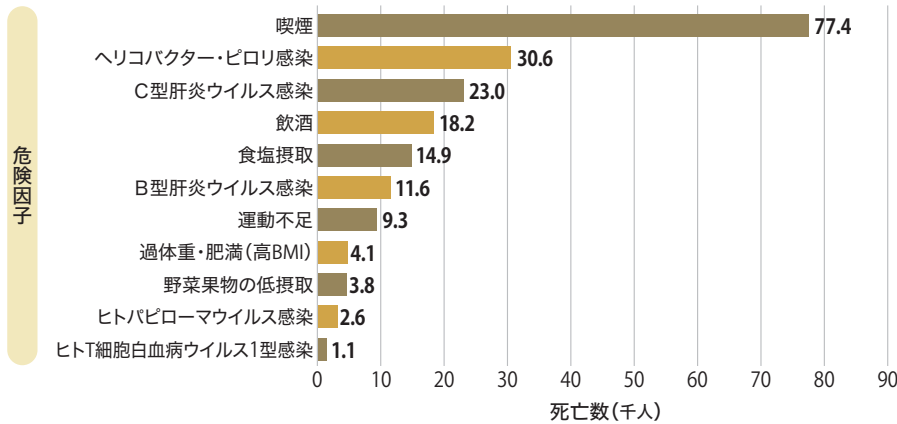


B6変型 頁256 2016年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-02506-5]

医学書院

図3 危険因子に関連するがん死亡数（2007年）

危険度の高い因子への対策が、がん予防には必須。喫煙率の低下、受動喫煙の防止策が進めば、がん死亡数は大幅な低下が期待される。第2期基本計画では2022年度までに成人喫煙率を12%、2020年までに受動喫煙の無い職場を実現すると目標設定。医療者に限らず、真っ先にアクションを起こすべき対象となる。



【出典】渋谷健司. 厚生科学研究. 我が国の保健医療制度に関する包括的実証研究：平成22年度総括・分担研究報告書：厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）, 2011より作成

から診断・治療効果の予測を行う「リキッドバイオプシー」や、血中循環がん細胞（Circulating Tumor Cell）測定によるがんの発見など、新しい概念が次々に出てきており、早期のがん発見・診断につながる日も近いでしょう。ゲノム情報に基づいて個々人に最適化された「プレジジョン・メディスン（Precision Medicine）」により、ゲノムを解析し何らかの発がんを予測することも近い将来可能になるはずです。ただ、次々に新しい概念が出てくる中、どう医療現場にフィードバックすべきか、慎重な判断や解決すべき問題は多くあります。

中釜 ゲノム解析の結果が現状では全て正しいとは限らないため、精度の向上は欠かせません。早期診断法が開発途上の現在、予防面では、検診に大きく依存している状況にあると言えます。しかしその検診受診率が上がらないことは、今なお課題があります。

祖父江 検診受診率については、基本計画で設定された40～69歳（子宮頸がんは20～69歳）の対象者「50%以上受診」の目標に到達しておらず、向上への取り組みが必要です。ただ、検診には利益だけでなく、不利益もある点には注意しなければなりません。検診の過程で見落とす偽陰性や、偽陽性による不必要な検査、進行がんにはならないがんを見つけてしまう過剰診断の他、高齢者の場合は検診により合併症を起こすリスクがあることも見逃せません。

中釜 予後が比較的良好いとされる前立腺がんや甲状腺がんについては過剰診断の報告が多く出ており、海外でも問題となっていますね。

祖父江 日本の罹患率と死亡率の動向を見ると、最近、多くのがんで死亡数と罹患数の推移に乖離が見られます。例えば、胃がんの罹患数は2000年から15年までに約3万人増えて約13万3000人ですが、死亡数は約5万人で横ばいが続いています。これは治療法

の改善や早期発見が進んだことで罹患数が伸びたからだと考えられますが、別の見方をすれば、過剰診断による増加の可能性があるとも言えるわけです。

中釜 予防・早期発見は、正負の両面があることを鑑み、科学的根拠に基づきデメリットの小さい検診を推奨していく必要があります。

祖父江 予防への介入については、ゲノムの解析による発がんリスク予測によって、早期発見のための検診受診を個々に促すことが可能になるはずです。検診については、ガイドラインレベルで、検診間隔、検診開始年齢、あるいは検診を控える年齢などに踏み込んだ言及が求められます。「過剰な検診」から「適切な検診」へと進めていきたいものです。

がん予防は、危険度の高い因子に重点を

中釜 がんの原因が詳しくわかってきたことも予防促進の後押しになりそうですね。

祖父江 はい。予防には、がん発生に影響の大きい要因をコントロールすることが先決です。日本人のがん発生要因のうち、一番影響が大きいのは喫煙。それからピロリ菌、C型肝炎ウイルス、飲酒と続きます（図3）。

門田 がんの予防については、健康情報が氾濫しているからこそ、医療者による国民への適切な情報提供が欠かせません。特に、喫煙はがんの原因として明白である以上、積極的に手を打っていくべきです。

中釜 2016年には、日本人の受動喫煙による肺がんのリスクは、受動喫煙のない人に比べ約1.3倍高いとの結果も出ています¹⁾。

宮園 欧米やアジアの一部の国々に比べ、日本は受動喫煙防止対策が大きく立ち遅れていますね。北欧では飲食店

内を全面禁煙にし、今やそれが当たり前になっていて、喫煙者にも受け入れられているとのこと。

祖父江 もはや個人の努力に頼るだけの喫煙対策ではなく、たばこを吸いにくい環境をつくって抑制しなければなりません。今は、禁煙治療が保険診療で安価にできます。それに加え、受動喫煙を防ぐために室内の完全禁煙化をめざした条例を定めるなどの対策が急がれます。日本人全体の喫煙率は下がっており、喫煙者は少数になっているわけですから、その人たちにパブリックスペースを占有させるのではなく、非喫煙者の環境を保持する観点に立った対策を具現化すべきです。

中釜 予防可能なところからすぐに着手することは、今後のがん対策に直結します。世界保健機関（WHO）と国際オリンピック委員会（IOC）は「たばこのないオリンピック」を推進していますから、2020年の東京五輪に向けて、受動喫煙防止対策を加速させなければなりません。

次の10年、がん対策は一段と社会を包括したテーマに

中釜 ここまでの議論を振り返ると、がんとの共生社会実現に向けては、医療者や国民には、既成概念からの転換が求められるのではないのでしょうか。

門田 まさにそうですね。これまでのがん対策はがん患者さんの存在を前提に進められてきました。一方で、喫煙率や検診受診率に見られるように、予防や健康増進の観点からがん対策を図るとなると、健康な人も含めた国民全体に対する啓発活動をより強く進めていくべきです。

中釜 では、どのようなビジョンが必要になりますか。

門田 がん対策だけでも多種多様な論点が生まれている今、制度設計を専門に担う人材の育成が必要です。あらゆる領域で言われる「テクノロジーのイノベーション」は、成果が見えやすく国民にもわかりやすい。しかし、いくら技術が進化しても、国民自身が予防や早期発見に努めなければがん対策はなかなか進みません。そこで必要とされるのが、いかに制度を構築し実現していくかだと私は思うのです。システムとしてのイノベーションを起こすべく多分野の人材が連携し、具体的な行動に移すときにきている。ひいてはそれが、国民に対し行動変容を促し、がん対策を大きく動かすことにつながるでしょう。

中釜 がん対策をマクロな視点、言わば学際的な視野を持って考えるには、門田先生の指摘する多分野の人材育成



祖父江 友孝氏

そぶえ・ともたか 1983年阪大医学部卒。大阪府立成人病センター調査部疫学課。87年米ジョンズ・ホプキンス大公衆衛生学部公衆衛生修士課程修了。94年から国立がんセンター研究所がん予防研究部第二次予防研究室長、同がん情報研究部がん発生情報研究室長、同部長などを経て、2010年国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報・統計部長、11年同がん統計研究部長。12年より現職。専門はがん疫学、がん登録、がん検診の評価など。日本疫学会理事。厚生省・がん検診のあり方に関する検討会では12年5月の第1回から構成員を務める。

とその関与が欠かせません。

宮園 がん研究もそうです。日本はこれまで、基礎研究で優れた成果を上げてきた歴史がありますが、今、橋渡し研究については若手のがん研究者の育成が喫緊の課題です。また、ゲノム医療の進展で明らかになったのは、認定遺伝カウンセラー、バイオインフォマティクス（bioinformatics）技術者といった、関連分野の協力が必要だということです。国を挙げた人材育成は待ったなしの状況です。

祖父江 研究の推進と新しいテクノロジーの開発の歩みは止めるべきものではありません。ただ、急速に進展する技術だからこそ、根拠に基づき現場に「適用する/しない」を明確に打ちさなければならぬ。医療者にはその判断までもが求められる時代になっていると言えます。

中釜 さらなる技術の進歩や開発により、がん医療そのものの姿も今後大きく変わってくるはず。がんにかかわる医療者は、個々の専門性を高めつつも社会を見据えた俯瞰的な見方でがんという疾患に立ち向かっていかなければなりません。これが次の10年に向けた先生方の共通の思いでしょう。本日はありがとうございました。（了）

【参考文献】

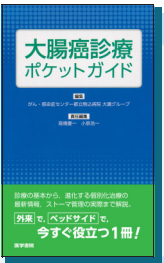
1) Hori M, et al. Secondhand smoke exposure and risk of lung cancer in Japan: a systematic review and meta-analysis of epidemiologic studies. Jpn J Clin Oncol. 2016 ; 46(10) : 942-51. [PMID : 27511987]

外来で、ベッドサイドで、今すぐ役立つ大腸癌の診療マニュアル

大腸癌診療ポケットガイド

大腸癌の診療に携わる医師、看護師、薬剤師を読者対象に、診療の基本から、進化する個別化治療の最新情報、ストーマ管理、リハビリテーションの実際まで解説したマニュアル。図表、フローチャート、箇条書き等を多用し、外来で、またベッドサイドで役立てられるよう編集。大腸癌診療に定評のある都立駒込病院大腸グループが総力をあげて編集・執筆。

編集 がん・感染症センター都立駒込病院 大腸グループ
責任編集 高橋慶一
がん・感染症センター都立駒込病院・外科部長
小泉浩一
がん・感染症センター都立駒込病院・消化器内科部長

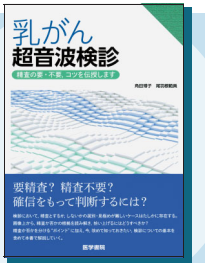


精査とするか？ しないか？ その判断のコツが明らかに！

乳がん超音波検診 精査の要・不要、コツを伝授します

乳がん検診における超音波検査において、精査の要否の選別、そして見極めが検者によって様々で、現状では拾い過ぎの傾向が見られている。本書は、きちんと要精査所見を拾い上げる「眼」を養うために、要精査の判定が難しいところを特にピックアップして考え方・読み方をまとめ、さらに実際の症例を提示して、判別のコツ・ポイントを解説している。

角田博子
聖路加国際病院放射線科
尾羽根範員
住友病院診療技術部超音波技術科



暮らしを支えるがん対策とは

がん医療にかかわる人々は患者・家族・医療者と多岐にわたる。一人ひとりのニーズに即したがん医療の実現に向け、これからのがん対策には何が求められ、どう行動に移せばよいのだろうか。在宅医療・がん看護・患者団体、それぞれの立場から見据える「次の10年」とは――。

2027年がん診療連携の未来予想図

あおぞら診療所院長

川越正平

がんに代表される専門性の高い疾患を有する患者に対して、生活の視点に基づく併存疾病の管理や療養生活に対する指導を行う医療の必要性が、2027年の今では広く認識されるようになった。化学療法を開始する時点で患者が居住する地域の診療所医師を副主治医(かかりつけ医)として選定する「二人主治医制」が診療報酬で評価されるようになり、医療現場にすっかり定着している。神経難病や心不全をはじめとした臓器不全で入院歴のある患者についても、副主治医を構えるようになった結果、再入院率が低下した。

かかりつけ医は、糖尿病や慢性腎臓病など、生活や環境に関するアドバイスが必要不可欠な併存疾患について、その管理を第一に担当する。また、発熱等の変化があった場合、患者はまず副主治医の診療所を受診する。上気道炎等の軽微な急性疾患なのか、肺炎等

の重篤な合併症なのか、化学療法や腫瘍熱等がんに関連する病態なのかについて、大まかな見極めまでを副主治医が担当する。そして、必要に応じて主治医であるがん治療医に連絡し、速やかな対応につなげる。

さらに副主治医は、主治医の依頼に基づいてがん診療の一翼を担う。例えば、化学療法から2週間後のデータをチェックするための採血を副主治医診療所が実施し、その検査結果を、2017年以降に新たに整備された「地域電子伝言板」にアップする。外来の合間に採血データを適宜閲覧することによって、患者が病院に通院することなく、病院主治医は「白血球数が減少していたから次の化学療法を1週間延期する」という判断ができる。患者には保険証と同じサイズのカードが発行されている。そこにあるQRコードの提示をもって医療機関がクラウドにアクセスできるこの連携システムは、簡便で簡便であり、ICTが苦手な医療従事者にとっても使いやすい。

過去に行った地域連携の実績を全てのがん診療連携拠点病院が登録し、それらの情報を集約する拠点病院間の連携体制も整ったため、地域の緩和ケア提供状況の把握が格段に向上した。例えば、ある地域で過去に頭頸部がん患者を担当した経験のある診療所の有無や、その経験値がわかることは、連携先を選定する際に大いに役立つ。

そんなある日、化学療法を開始することになったある進行がんの患者について、地域連携カンファレンスが行われることになった。MSWは、地域の医療資源、そして家族や住環境が有する問題点などについてレビューした。

この患者が住む地域の場合、日常生活圏にはがん診療経験を有し在宅医療に取り組む診療所である「がん診療連携応需医療機関」(地域密着型と広域専門型がある)は存在しないが、幸い隣接している圏域に2つの「地域密着型診療所」があり、隣の市には広域在宅医療に取り組む在



宅専門のクリニックが1つあるとのことだった。

この患者に対して、主治医であるがん治療医が病状説明の場を設けた。その席上で先の3つの医療機関が提示され、患者は1つの診療所を副主治医として選んだ。そこで主治医は、「その先生なら知っているから、今から電話してお願いしましょう」と、患者の目の前でその診療所に電話をかけ、診断の詳細やこれまでの経過、治療方針、依頼したい診療分担の内容について、手短かに伝えた。この演出の効果は絶大であり、不安げだった患者の顔はみるみる安堵の表情へと変わっていった。ちなみに、この診療所医師と病院治療医は、以前に一度電話で話したことがあるだけだった。

かわごえ・しょうへい 1991年東医歯大卒。虎の門病院内科レジデント、同院血液内科医員を経て、99年在宅医療を中心に行う「あおぞら診療所」を千葉県松戸市に開設、2004年より現職。地域のがん患者の在宅緩和ケアも担当。

社会で創るがんサバイバーシップケア

慶應義塾大学看護医療学部教授

小松浩子

がん医療の進歩によって命が救われ、社会の中で生活しながらがんの治療およびフォローアップを受ける「がんサバイバー」が増えている。しかし、サバイバーにとっては治療や健康状態の回復が全て保証されるわけではない。多くは疾病そのものの他に、副作用や障害、QOLの低下を経験している。直面する問題は多様であり、うつ、再発に対する恐怖、性機能障害、対人関係性の問題、勤務状況、社会活動、家事能力の制限、収入源などに関する心理・社会的な影響をもたらす。米国では既に、米国医学研究所(Institute of Medicine)からサバイバーシップケアの4つの本質的要素に関する勧告が出され、国を挙げてサバイバーシップケアを推進している。

では、翻ってわが国はどうだろうか。サバイバーの実態把握や対策は緒につ

いたばかりで、がん患者の就労支援や二次がんの予防などが、がん対策推進基本計画によりやく盛り込まれたところだ。そこで、サバイバーシップケアについては、策定予定の次期がん対策推進基本計画の目玉とすべきと考える。

私が実践や研究の場で耳にするがんサバイバーの声は、切実だ。がん化学療法による認知機能障害を体験している乳がん患者は、「自分が真空管になったようで、何も考えられないことがある」と語る。そうになると、治療の継続と仕事の両立も危うくなってしまふ。また、ある若年性乳がん患者は、まだパートナーもいない中で、化学療法の前に将来母親になるための採卵をするか否かの決断を迫られ、「親にも相談できない。本当に孤独を感じた」と話した。サバイバーは孤独にさいなまれながら人生の重大事を決定しなければならない状況に立たされているのだ。

残念なことに、サバイバーが今を生き抜く切実な経験(声)に耳を傾ける

機会を、医療者は見逃してしまっているのではないだろうか。確かに、短い外来診療の中で患者の凝縮された経験に焦点を合わせることは容易ではない。そこで、全国レベルのシステムとして、サバイバーシップケアをルーティーン化していかなければならない。国を挙げて推進している米国では、サバイバーシップケアを標準化して、国内のどの地域でも受けられるよう、ケアガイドラインが開発されている。がん治療に伴う副作用・二次障害に関する適切な情報提供を行う他、経過観察や二次がんの予防のためのセルフマネジメント、就労や保険に関する制度適用、心理・社会的ニーズに対するリソースの照会などが含まれている。これらのケアのめざすところは、①治療効果の最適化(副作用等のコントロールのもとに最大の治療効果をもたらす)、②がんと共に生きていくサバイバーシップの質と生存期間を最大限にすることの2点



である。サバイバーシップケアのプロセスを通して、人は長期的なストレスに対応し、レジリエンス(強靭さ)を獲得していくのだ。

がん医療に携わる看護師は、がん患者の自己、生活、可能性に注目しながら、がんと共に生きる患者を導く役割を果たす。患者との関係は看護師の力の源になり、その関係性の質が患者にとって治療的な意味を持つことになる。看護師が患者に対し、門戸を開き、受け止め、気にかけていることを態度で示す。こうした患者と“つながる”準備からサバイバーシップケアは始まる。優秀なコミュニケーターは患者に安らぎを与え、沈黙の中でも患者とつながることができる。私たちはそうありたい。

こまつ・ひろこ 1978年徳島大教育学部特別教科(看護)教員養成課程卒。聖路加看護大大学院看護学研究科博士課程修了。同大教授を経て、2010年より現職。日本がん看護学会理事長。

多死時代のプライマリ・ヘルスケア、その答えは暮らしのなかに

地域医療と暮らしのゆくえ 超高齢社会をともに生きる

世界の貧困・紛争をテーマにさすらった著者が、医師となって、佐久で若月俊一の碑に出会った。沖縄にあって地域医療の前線にあり、時に霞が関のミッションを帯びて奔走し、どの現場でも汗を掻き続けるその目に「地域包括ケアシステム」の実像はどう映るのか。この国のかたちをどう模索しているのか。診療の傍ら多方面に発信する著者による、現代に老い病むひとを支えたいすべての医療者に捧げる提言の書。

高山義浩
沖縄県立中部病院感染症内科・
地域ケア科医長



「健康格差の縮小」のための実用的ガイド

健康格差対策の進め方 効果をもたらす5つの視点

健康日本21(第二次)の基本姿勢に加わった「健康格差の縮小」。本書は、その健康格差対策に役立つ理論や重要な5つの視点を押さえ、実践に活かせる事例を紹介・解説した実用書。自治体独自のデータの扱い方や健康に無関心な層への働きかけ方など、健康格差に関わる医療機関や行政機関の方々に、ヘルスプロモーションを効果的に進める知恵と工夫を伝授する。

近藤尚己
東京大学大学院医学系研究科健康教育・
社会学分野/保健社会行動学分野准教授



健常な国民も巻き込む対策の実行を

全国がん患者団体連合会理事長

天野慎介

「救える命を救う」というがん患者や家族の切実な声を受け、2006年にがん対策基本法が成立しました。そして、がん患者や家族も委員として参画する厚労省・がん対策推進協議会においてがん対策推進基本計画を策定し、閣議決定されました。第1期基本計画（2007～11年）では、「がんによる死亡者の減少（75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少）」、「全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」を10年間の全体目標とし、がん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）が整備されました。第2期

基本計画（2012～16年）では、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」が全体目標に追加され、がん患者の就労を含む「社会的な苦痛」への対策が今日まで進められています。この新たな全体目標が第2期基本計画に加えられるに当たり、がん対策推進協議会で提案したのは、私を含む当時の患者代表の委員であり、患者・家族の声が反映されたものでした。

さて、基本法成立から10年をへた今、「取り残された課題」と「新たな課題」について考えてみたいと思います。まず「取り残された課題」については、2015年に公開された「がん対策推進基本計画中間評価」で、「がんによる死亡者の減少」は目標の数字を達成できない見込みとなったことが挙げられます。「がん検診の受診率50%以上」も未達成ですし、たばこ対策に至っては、世界保健機関（WHO）が策定した「たばこ規制枠組条約（FCTC）」に規定された諸対策が今なお不十分です。

がん医療の「均てん化」については、拠点病院における支持療法を含む標準治療の実施率にばらつ

きがあることが中間評価で示唆されました。拠点病院を受診する約1万4000人を対象に実施された「患者体験調査」では、「苦痛の制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができている」と回答した患者は57.4%にとどまっています。2016年に公開された総務省「がん対策に関する行政評価・監視」では、がん検診において受診率の統一的な算出方法を定めることや、個別勧奨・再勧奨（コール・リコール）を徹底すること、拠点病院における緩和ケアを含む指定要件の実地調査と、充足状況の確認の厳格化などが求められています。

「新たな課題」としては、近年注目されているゲノム医療の進歩に伴うものがあります。遺伝子変異を調べ、分子標的薬で治療する「プレジジョン・メディスン（Precision Medicine）」の可能性を、がん患者や家族の権利擁護に留意しつつ、難治がん・希少がん・小児がんなどの「取り残されてきたがん」の研究や診療にまでいかに波及させていくかが課題となります。

また、20～64歳までの現役世代のうち、毎年約22万人ががんに罹患し、全がんの5年相対生存率が62.1%となった今、「がんサバイバー」は医療機関や在宅医療の現場の中だけでとらえる対象ではなくなっています。がん患者は病院では「患者」ですが、病院を出れば「生活者」であり、さまざまな社会的役割を持った「一人の人間」で

す。そこで、がん患者が抱える「身体的、精神的、社会的な痛み」に対して、医療だけでなく地域全体で支えていくことが求められます。

特に問題となっているがん患者・経験者の就労支援については、労働者や事業者に対する意識啓発、医師から事業者に対して就業上の配慮事項の伝達など、患者と企業、医師らが一緒にがん患者の就労支援を考えていかなければなりません。文科省が中心となって進めている学校でのがん教育の実施は、がん患者に対する正しい理解が深まるものと大いに期待しています。

少子高齢社会の本格的な到来による「多死社会」が進む中、がんを含む介護や看取りの体制はいまだ脆弱なままです。高額抗がん剤に見られる医療費の給付と負担に関する議論も、いよいよ避けては通れない状況となっています。患者や家族の声を受け、医療や行政がそれに応える形で進められてきたわが国のがん対策。2人に1人以上ががんに罹患する現状を踏まえ、これからは、「自分にはかわりがない」と思っている多くの「健常な」国民をも巻き込む形で進めていくことが求められています。

あまの・しんすけ 慶大商学部卒。2000年に27歳でリンパ腫を発症。化学療法、放射線療法、造血幹細胞移植を受けた経験からがん患者支援にかかわる。悪性リンパ腫の全国患者団体である一般社団法人グループ・ネクサス・ジャパン理事長を務める。



全がん連から塩崎恭久厚労大臣に対し、がん対策基本法改正案の成立と、新たに盛り込むべきがん対策について要望書を提出（2016年5月2日、厚労省）

“がんとともに生きる”を支えるがん看護の実践書

がん看護実践ガイド

シリーズ

監修 一般社団法人 日本がん看護学会

J.SCN
Japanese Society of Cancer Nursing

便秘、下痢、便失禁
——つらい排便障害を支える確かなアセスメントとケアがわかる！

病態・治療をふまえたがん患者の排便ケア

【編集】松原 康美

●B5 頁192 2016年 定価：本体3,000円＋税 [ISBN978-4-260-02777-9]

オンコロジック
エマージェンシー

病棟・外来での早期発見と帰宅後の電話サポート

【編集】森 文子／大矢 綾／佐藤 哲文

●B5 頁240 2016年 定価：本体3,400円＋税 [ISBN978-4-260-02446-4]

がん看護の
日常にある倫理

看護師が見逃さなかった13事例

【編集】近藤 まゆみ／梅田 恵

●B5 頁200 2016年 定価：本体3,000円＋税 [ISBN978-4-260-02480-8]

女性性を
支える
がん看護

がんとともにある女性の身体面・心理面・社会面を支える

【編集】鈴木 久美

●B5 頁220 2015年 定価：本体3,400円＋税 [ISBN978-4-260-02140-1]

がん患者への
シームレスな
療養支援

超高齢社会におけるがん患者の退院調整に求められる知識と技術がここに

がん患者へのシームレスな療養支援

【編集】渡邊 眞理／清水 奈緒美

●B5 頁208 2015年 定価：本体3,000円＋税 [ISBN978-4-260-02097-8]

医学書院

看護師の担う分子標的治療薬の副作用ケア、投与管理をこの1冊で

分子標的治療薬とケア

【編集】遠藤 久美／本山 清美

●B5 頁308 2016年 定価：本体3,800円＋税 [ISBN978-4-260-02810-3]

NEW!

豊富な写真・イラストで“実践ではどうすればよいのか”がひと目でわかる！

見てわかるがん薬物療法における曝露対策

【編集】平井 和恵／飯野 京子／神田 清子

●B5 頁152 2016年 定価：本体3,400円＋税 [ISBN978-4-260-02494-5]

がん、がん治療とともに生きる患者が自立して生活することを促すために

サバイバーを支える看護師が行うがんリハビリテーション

【編集】矢ヶ崎 香

●B5 頁184 2016年 定価：本体3,000円＋税 [ISBN978-4-260-02487-7]

患者・家族の感情に寄り添い、意思決定を支援する

患者の感情表出を促すNURSEを用いたコミュニケーションスキル

【編集】国立がん研究センター東病院看護部

●B5 頁152 2015年 定価：本体3,000円＋税 [ISBN978-4-260-02427-3]

がん治療が食事に与える影響を理解し、治療の原動力となる食事を支える

がん治療と食事
治療中の食べるよろこびを支える援助

【編集】狩野 太郎／神田 清子

●B5 頁160 2015年 定価：本体3,000円＋税 [ISBN978-4-260-02208-8]

症状緩和およびQOL向上の観点から、骨転移の治療・看護ケアを考える

がん患者のQOLを高めるための骨転移の知識とケア

【編集】梅田 恵／樋口 比登実

●B5 頁208 2015年 定価：本体3,400円＋税 [ISBN978-4-260-02083-1]

添付文書情報+オリジナル情報が充実した、ポケット判医薬品集



Pocket Drugs 2017

監修 福井次矢

聖路加国際病院・院長

編集 小松康宏

聖路加国際病院・副院長

渡邊裕司

浜松医科大学教授・臨床薬理学

治療薬を薬効ごとに分類し、第一線で活躍の臨床医による「臨床解説」、すぐに役立つ「選び方・使い方」、薬剤選択・使用の「エビデンス」を、コンパクトにまとめた。欲しい情報がすぐに探せるフルカラー印刷で、主要な薬剤は製剤写真も掲載。臨床現場で本当に必要な情報だけをまとめた1冊。2017年版では、後発品をわかりやすく表示。

CONTENTS

精神
神経
循環器
呼吸器
消化器
腎・泌尿器
産婦人科
内分泌・代謝
血液
癌
抗炎症・アレルギー
感染症
眼科
耳鼻科
皮膚科
救急
漢方
その他の医薬品
事項索引
薬効索引
薬剤索引

●A6 頁1088 2017年 定価：本体4,200円＋税 [ISBN978-4-260-02775-5]

Sample Page

臨床でよく使われている薬剤は、「重要薬」として表示

処方頻度が高いと思われる内服薬の写真を掲載(約260製剤)

同じ薬効群の薬をグループ表示し比較できる

NEW
後発品はGEを明示

適応、用法・用量のほか、知っておかなければならない使用上の注意を抜粋(警告、禁忌、重大な副作用)

重要薬 アトルバスタチンカルシウム水和物 (atorvastatin calcium hydrate)

リビトロール(アステラス) 錠 5mg ¥51.8 10mg ¥98.6

適応 ①高コレステロール血症 ②家族性高コレステロール血症

用法 ①1日1回10mg 重症時、1日最大20mg ②1日1回10mg 重症時、1日最大40mg

禁忌 急性肝炎、慢性肝炎の急性増悪、肝硬変、肝臓、黄疸、妊娠、授乳

併禁 テラブレビル、原則併禁 腎機能の臨床検査値異常の場合のフィブラート系薬との併用、原則併禁 フィブラート系薬 (重大) 横紋筋融解症、ミオパシー、劇症肝炎、肝炎、肝障害、黄疸、過敏症、無顆粒球症、汎血球・血小板減少症、SJS、TEN、多形紅斑、高血糖、糖尿病、間質性肺炎

速効性・使い方 高LDL-C血症の第一選択。エビデンスが豊富。心血管イベントの抑制効果に加え、腎保護効果も認め、CKD合併例がよい適応。

Evidence CARDSのサブ解析で、アトルバスタチンは、アルブミン尿を伴う糖尿病においてeGFR、心血管イベントへの良好な影響が報告された(Am J Kidney Dis 54:810-819, 2009)。

ピタバスタチンカルシウム水和物 (pitavastatin calcium hydrate)

リバロ (興和) 錠 OD 1mg ¥58.7 2mg ¥111.1 4mg ¥207.6

適応 ①高コレステロール血症 ②家族性高コレステロール血症

用法 ①1日1回1-2mg LDL-C値の低下が不十分の場合、1日1回4mgへ増量。LDL-C値の低下はリバロのみ。

禁忌 重篤な肝障害又は胆道閉塞、妊娠、授乳

併禁 臨床検査値異常の場合のフィブラート系薬との併用、横紋筋融解症、ミオパシー、肝障害、黄疸、血小板減少症

速効性・使い方 高LDL-C血症の第一選択。TG低下作用、HDL-C上昇作用があり、高LDL-C血症に加え、高TG血症、低HDL-C血症に有効。

Evidence スタチンの中で、最も心血管イベントの発症抑制効果も強いことが後向き研究で示された。

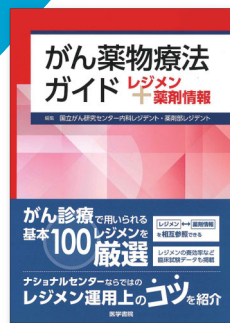
小児・妊婦等に関する情報は「児妊」などのマークで表示

添付文書に記載の半減期も掲載

商品名、剤形、規格単位、薬価を掲載
代表製品以外についても、商品名を記載当該薬使用の根拠となるガイドライン・臨床試験等に関する情報
ガイドラインにおける位置付けや文献の概要を記載治療時に知っておきたい情報
類薬・同効薬の中から当該薬を選択する際の参考情報のほか、使用時に留意すべき点、特段の配慮が必要な患者への使用法も記載

※サンプルページは、作成中のものです。

◎国立がん研究センターで使用されているレジメンと、その臨床情報、薬剤情報を解説



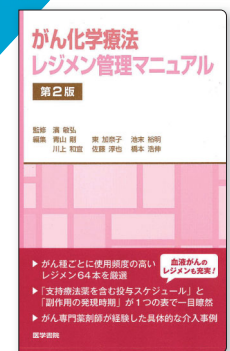
がん薬物療法ガイド レジメン+薬剤情報

編集 国立がん研究センター内科レジデント・
薬剤部レジデント

国立がん研究センターのがん薬物療法で用いられている100の治療レジメンとその臨床情報、薬剤情報を掲載。がん薬物療法に関わる医師をはじめとする医療関係者必携。

●A5 頁352 2016年 定価:本体4,600円+税 [ISBN978-4-260-02396-2]

◎がん化学療法「レジメンのマニュアル」! 情報をアップデートした充実の第2版!!



がん化学療法 レジメン管理マニュアル

監修 濱 敏弘
編集 青山 剛・東 加奈子・池末裕明・
川上和宜・佐藤淳也・橋本浩伸

がん化学療法で役立つ情報をギュッと凝縮した「レジメンのマニュアル」、待望の第2版! がん種ごとに使用頻度の高いレジメン64本を厳選(血液がんも充実)。

●B6変型 頁506 2016年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-02536-2]

◎腎機能評価と薬の特徴から読み解く、上手な薬の使いかた

腎機能に応じた投与戦略 重篤な副作用の防ぎかた

監修 向山政志・平田純生
編集 中山裕史・竹内裕紀・門脇大介

重篤な副作用を回避するために医師、薬剤師が知っておきたいキーワード、考え方、計算式を、症例をあげながら具体的に解説。

●B5 頁400 2016年 定価:本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-02864-6]

腎機能 に応じた 投与戦略

重篤な副作用の防ぎかた

監修 向山政志
平田純生
編集 中山裕史
竹内裕紀
門脇大介

腎機能評価と薬の特徴から読み解く。

◎エビデンスに基づく薬物療法実践のための「鉄則」

薬剤師レジデントの 鉄則

編集 橋田 亨・西岡弘晶

卒後1、2年目の薬剤師に向け、エビデンスに基づいた薬物療法を実践するためのコツや新人薬剤師のためのPitfalls & Tipsを「鉄則」としてまとめた。

●B5 頁292 2016年 定価:本体3,400円+税 [ISBN978-4-260-02410-5]

薬剤師 レジデントの 鉄則

臨床の薬学的課題を解決する
実践力を身につける!1. 薬剤師が患者の薬物療法に貢献するために必要な知識・スキルを身につける。
2. 薬剤師が患者の薬物療法に貢献するために必要な知識・スキルを身につける。
3. 薬剤師が患者の薬物療法に貢献するために必要な知識・スキルを身につける。

がん診療のための新しいプラットフォーム

Cancer Board Square



2016年10月号 vol.2 no.3

Feature Topic

がん免疫療法時代の航海図

企画 北野滋久

池田裕明・永田康浩・松下博和・山崎貴裕・杉山大介
吉野公二・大植祥弘・三浦裕司・白井敬祐・後藤 倮

View-point がん診療

原発不明がん

企画 公平 誠

[ISBN978-4-260-02454-9]

2016年7月号 vol.2 no.2

Feature Topic

Over80歳のがん診療

企画 佐々木康綱・楠本壮二郎

伊藤嘉高・相澤 出・長島文夫・林 直美・安藤雄一
明智龍男・山本剛史・平野 勉・藤田健一

View-point がん診療

大腸がん

企画 中島貴子

[ISBN978-4-260-02453-2]



次号予告

2017年2月号 vol.3 no.1
[ISBN978-4-260-02455-6]

Feature Topic

みえない副作用

View-point がん診療

前立腺がん

定価:本体3,400円+税

年間購読受付中!

2017年 年間購読料

9,240円+税(冊子+電子版/個人)



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [WEBサイト] http://www.igaku-shoin.co.jp

[販売部] TEL: 03-3817-5650 FAX: 03-3815-7804 E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp



新専門医制度の実現に向けて

吉村 博邦

一般社団法人日本専門医機構理事長

新年明けましておめでとうございます。皆さまには、健やかに新年をお迎えのこととお慶び申し上げます。

さて、わが国の新たな専門医制度については、プロフェッショナル・オートノミーを基盤とする、第三者機関としての日本専門医機構が3年前に設立され、新たな仕組み作りがスタートしました。しかしながら、地域医療への影響等のご意見を考慮し、いったん立ち止まってその見直しを図っていることはご承知の通りです。

かつては、多様な学会が独自に学会専門医制度を立ち上げ、専門医の質の向上、社会的認知の普及等をめざして50年近く活動がなされてきました。新たな機構の役割は、乱立している多様な専門医制度を標準化し、社会から質の高い資格として認知されるように認証し、国民にとってわかりやすく、患者さんの受診に当たって良い指標と

なるような制度に再構築することです。また、専門医をめざす若い医師にとっては、専門技量を確実に身につけられる仕組み、意欲と誇りをもって専門研修を続けることができる仕組みを作る必要があります。

新たな制度による研修は、基本的には3～4年間の研修プログラムに則り、研修施設は、大学病院や地域の中核病院などの基幹病院と地域の協力病院（診療所を含む）が病院群を形成して行うこととなっています。現理事会では、この仕組みについて、制度をより柔軟に運用する方針を決定しています。また、専門医としての質を十分に確保しつつ、地域医療への影響をできるだけ少なくして、2018年4月には、基本19領域の専門医制度について、一斉にスタートできるよう準備を進めています。皆さまのご理解を、何卒よろしくお願い申し上げます。



日米関係の歴史を映すホテル——医薬品行政のさらなる進化へ

武田 俊彦

厚生労働省医薬・生活衛生局長

アメリカに新大統領が誕生する。日米関係がどう変化するのか、多くの人が固唾を飲んで見守っている。日米関係の変化を懸念する声も多いが、そもそも日米の関係は常に一定だったわけではない。

箱根に有名なクラシックホテルがある。昨夏の終わりに訪れたが、明治以後日米関係と共に歩んだこのホテルには、歴史が凝縮されていた。たどってきた歴史を誇るホテル内ツアーもある。和洋折衷の部屋の造り、柱の彫刻や美術品等、きらびやかな最新のホテルにはない味わい深さがそこにはある。

明治時代、一気に日本人の目が海外に開かれた。岩倉具視使節団の訪米・訪欧の記録を見ても、最初にサンフランシスコに着いたときにホテルの豪華さに感嘆する一行の様子が描かれている。明治期に渡米した人々が、海外から日本に来る旅行者のために、海外のホテルの水準を取り入れつつ日本らしさも持つ宿泊施設を、日本に作ろうと思ったことは想像に難くない。

まだ観光開発される前の日本が誇るものは自然だっただろう。外国人を迎えるに選ばれた土地が、富士山に近い、箱根の温泉地だったのは十分な理由があると感じられる。手元に『日本風景美観』という1929年の本があるが、

日英併記で解説が付された写真集で、わが国の名所を紹介している。人も建物も映り込まず自然が広がる風景は、現代から見ると不思議に思える。ホテルの館内ツアーのハイライトであるメインダイニングルームが竣工したのはこの1年後で、「自然の中に世界に引けを取らない施設を」という当時の日本人の心意気を感じられる名建築だ。

戦後、連合国軍に接収され、その後米軍貸与を経て一般営業を開始したのは1954年。その後、もう一度日本人は世界を追いかけ、今に至る。外国人専用ホテルは、今は日本人夫婦や家族で宿泊できる憩いのホテルになっている。

戦後のアメリカは輝いていて、多くの人が夢を持って海を渡った。私が一家でアメリカに住むことになったのは1990年。湾岸戦争が及ぼす暗い影もあったが、それでも夢と希望の土地だと感じられた。そのアメリカは昨年の選挙で変わってしまったのだろうか。

時代は変わり、世界は変わる。わが国は今、世界をリードする役割を持つ。医薬品の審査は速度も質も世界水準になった。しかし昔も今も変わらないのは人の心。人の心を大事にし、さらに時代に沿って進化する行政でありたい。そう考えている。



理研創立100周年、新しい100年へ

松本 紘

国立研究開発法人理化学研究所理事長

理化学研究所（理研）は、本年、創立100周年を迎えます。

理研は大正時代の1917年に、学問の力によってわが国の産業発展を図り、国運の発展を期する使命を果たさんとする目的で財団法人として設立されました。以来、研究者の自由な発想に基づく基礎研究を進め、さらにその成果を産業の発展へつなげるため、理研自ら企業を立ち上げ、1939年ごろには会社数63、工場数121に発展し、理研コンツェルンと呼ばれました。まさしく基礎研究の成果を社会実装し、産業の発展に貢献したと言えるものです。

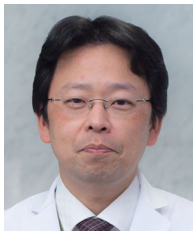
昨年10月、理研は特定国立研究開発法人となりました。特定国立研究開発法人とは、世界最高水準の研究開発成果の創出を特に期待される国立研究開発法人を「特定」として位置付け、国家戦略としてイノベーション創出を強力に推進するものです。そのため、豊かで活力ある社会の実現や地球規模の課題の解決に貢献することが求められます。

しかし、激動する社会が抱える課題や地球規模の課題を解決するために

は、もはや一つの企業のみ、あるいは一つの研究機関のみの取り組みでは困難となってきています。解決のためには、互いに連携し、総力を結集して取り組む必要があります。そのため理研は、大学、研究機関、病院、産業界それぞれの力を結集して、連携するための連結役（科学技術ハブ）を担おうと考えています。

さらに、未来社会をどのようにしたいのか、何を变えたいのかというビジョンを、研究を行う一人ひとりが考える必要があると考えます。その結果として、創出される研究成果が実社会にイノベーションをもたらすのです。理研は、科学技術を通じて豊かで活力ある、あるべき未来社会像をデザインできる専門家（イノベーションデザイナー）を育て未来に貢献したいと考えています。

次なる新しい100年においても、理研は、研究者の自由な発想に基づく科学技術の基礎研究を進め、その成果によって産業の発展を図る“理研精神”を受け継ぎ、社会から信頼される、かけがえのない研究所であり続けたいと思います。



薬剤耐性対策に、大規模データベースの活用を

大曲 貴夫

国立国際医療研究センター国際感染症センター長

世界的に多剤耐性菌は大きな問題である。その問題は顕在化する一方で、多剤耐性菌に対抗できる新規抗菌薬の開発は鈍っている。

薬剤耐性（Antimicrobial Resistance；AMR）を世界的な健康危機と認識して対策を打つための活動が、WHOを中心として展開されている。2015年5月の世界保健総会では、AMRに関するグローバル・アクション・プランが採択され、加盟各国は2年以内に薬剤耐性に関する国家行動計画を策定することを求められた。これを受けて日本においても、政府により2016年4月に「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン」が策定され、2020年までの5年間にわたり「適切な薬剤」「必要な場合に限り」「適切な量と期間」を使用することを徹底するための国民運動が展開される。

本アクションプランについてはその数値目標に対して大きな関心が寄せられている。しかし他にも重要な点がある。その一つは感染対策に必要な指標の可視化である。感染対策に関する

サーベイランスでは、抗菌薬の使用量のサーベイランスが求められる。これについては医療機関等から直接データを受け取るだけでなく、政府のレセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を使った統計化が必要である。加えて抗菌薬の適正使用の推進のためには感染症診療の質を改善しなければならない。これには医療現場での診断・治療と行った診療の内容について情報を収集し、統計化して評価することが必要である。この実現のためにはNDBの活用、DPC情報の活用など、日本の医療機関における診療データを集計し適切に解析して診療の質を見えるようにする必要がある。同様の取り組みはすでに英国などで始まっており、そのデータをウェブサイトで閲覧することも可能である。日本は各国と比較しても診療情報の電子化が進んでおり、しかもその情報が生かしやすい国である。壮大な取り組みだが、これは未来に向けた持続可能な医療環境の構築に大きく貢献するに違いない。

明けましておめでとうございます
本年もどうぞよろしくお願い申し上げます

2017 年新春

代表取締役社長	金原 優
取締役副社長	金原 俊
常務取締役	早坂 和晃
常務取締役	堀口 一明
常務取締役	青戸 竜也
常務取締役	天野 徳久
監査役	鈴木美香子

社員一同



医学書院



慶應義塾大学医学部 200 周年に向けたイノベーション戦略

岡野 栄之

慶應義塾大学医学部長

初代医学部長の北里柴三郎博士が、慶大に医学部を創立したのは1917年であります。まさに今年2017年に、私たち慶大医学部は創立100周年を迎えます。北里初代医学部長は創立時に「基礎医学と臨床医学の連携を緊密にし、学内は融合して一家族の如く」という基本理念を示しました。この志が現在まで継承されたことで、慶大医学部・医学研究科は、基礎教室と臨床教室の連携が進んだ日本でも有数の大学として認知されています。

そしてこのたび私たちは、創立100周年を迎えるに当たり、「大学とは、学問をする所である」と新たに決意を固めております。慶大医学部にとって、学問とは、「教育」「研究」「診療」の実践であります。すなわち、「教育」が「研究」と「診療」を培い、「研究」

が「教育」と「診療」を牽引し、「診療」が「教育」と「研究」を開花させる。現在はこの実践ために、病棟建築を含むハードの整備、そして「仏に魂を入れる」ためのソフトの整備を進めております。ソフト面では、慶大病院は2016年に臨床研究中核病院として認定されました。基礎研究の成果を臨床に応用するシームレスなサポート体制を構築し、科学に十分に裏打ちされた新しい医療の構築をめざしております。

また、総合大学として22世紀の創立200周年をめざした長期的プランに基づいて、薬学部・看護医療学部・理工学部など医療と関連の深い学内の英知を結集し、世界に冠たる医学府を構築していきたいと思っております。皆さま、今後ともご指導、ご鞭撻のほど、よろしくお願い申し上げます。



虐待・ネグレクトを受けた子どもたちのために

山田 不二子

NPO 法人チャイルドファーストジャパン理事長/
医療法人社団三彦会山田内科胃腸科クリニック副院長

「チャイルドファーストジャパン」は、一昨年まで「子ども虐待ネグレクト防止ネットワーク」という法人名で活動していました。1998年に民間団体を設立して以来の悲願だった「子どもの権利擁護センターかながわ」を開所して子どもたちが来るようになったため、その子どもたちが法人名を見て居心地悪く感じないで済むようにと考え、名称変更しました。

「子どもの権利擁護センターかながわ」は、日本で最初の「子どもの権利擁護センター（Children's Advocacy Center；CAC）」で、子どもの発達段階に応じて中立的かつ非誘導的に被害事実を聞き取る「司法面接」と、子どもの身体をくまなく診察する「系統的全身診察」を1つの施設で提供するワン・ストップ・センターです。子どもが児童相談所や医療機関・警察署・検察庁をたらい回しされて、そのたびに同じことを何度も聞かれるという現状を解決できます。施設には観察室があり、児童相談所の職員・警察官・検察官

がビデオモニターを通して「司法面接」を観察し、マイクを通した音声により「系統的全身診察」をモニターします。司法面接者は児童相談所・警察・検察のニーズをわきまえた上で子どもから聞き取りをします。児童相談所職員・警察官・検察官が追加して聞き取ってほしい内容は観察室から司法面接者に内線電話でオーダーできるのです。

このようなワン・ストップ・センターの構想は、民間団体を立ち上げたばかりのころに出会った性虐待被害児に、私が何もしてあげられなかった苦い経験に基づくものです。その後、海外に目を向けてみたら、米国にはすでにCACがたくさんあることを知り、「米国にできるなら、日本にもできるはず」との思いを15年以上温め続けて、一昨年2月に結実させたのです。

2017年の夢は、このCACを全国に普及させることです。CACに関心をお持ちの先生方、虐待・ネグレクトを受けた子どもたちのために、一緒に手を取り合っていきましょう。



より良いてんかん医療の推進をめざして

大澤 真木子

一般社団法人日本てんかん学会理事長/東京女子医科大学名誉教授

故・秋元波留夫氏が創立した日本てんかん学会は、精神科、神経内科、小児科、脳外科などの会員からなる学際的なものである。研究会から公開の学会となり、昨年50回学術集会を迎えた。

イタリアのラファエロ・サンティの絵画「キリストの変容」の一部にてんかん発作が描写されているように、特に西洋では、てんかんは悪霊に取りつかれていることが原因だという考え方が根強かった。しかし1900年代に入ってから、「てんかん」という疾患はその概念をはじめ、基礎的にも臨床的にも飛躍的な進歩を遂げた。脳の冠状断をモチーフとする日本てんかん学会のロゴマークは、てんかんは脳の病気であることを表している。

2005年に国際抗てんかん連盟と国際てんかん協会がてんかんの定義を再検討し、「てんかん発作をひき起こす永続的な素因と、この状態に基づく神経生物学的、認知的、心理的、社会的帰結に特徴づけられる脳障害である」という患者さんの日常生活の状態を加味した“包括的”定義へ発展した。また、国際的に心をつなげることを目的として、2015年に国際てんかんデーが2月の第2月曜日と定められた。これは、発作に悩む人たちが、フランスのベネディクト修道院にまつられているてんかんの守護神の一人、イタリアの聖バレンティンを2月14日に詣でたという歴史にさかのぼる。

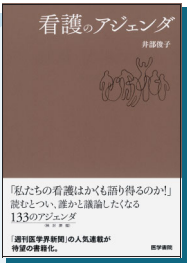
2015年のWHO総会でてんかん医療が最重要課題として採択され、てんかん患者の権利を促進・保護する政策や法律を、各国政府が策定・強化・導入する必要性が強調された。これを受け日本では、てんかん地域診療連携体制整備事業が国との連携で、8つの自治体事業として始まった。またビデオ脳波などに診療報酬の増額が認められ、医政と診療報酬制度が連動している。近年科学的根拠に基づき、新規抗てんかん薬が登場し、ドラッグラグも少しずつ解消し、さらに外科治療、ケトン食療法など治療も進歩している。しかし、日常生活での発作の突然性、激越性、意外性にてんかん患者や家族は現在も悩まされており、他疾患に比し、偏見などの社会的側面が大きい。てんかん患者の病状は多彩であり、社会生活にほぼ問題のない方も多いにもかかわらず、診断開示により社会的制約を受ける場合もまだ多い。てんかんの治療目標は、その方の最大限の能力を生かし、生き生きと普通の生活・社会貢献ができるようにすることである。次の50年に向け、本学会はてんかん研究・医療の促進に加え、患者の権利擁護・QOL向上をめざした国民への啓発、てんかん予防の推進などに効果的な活動が必須である。一日も早く、患者さんがてんかんという病名を明るく受け入れ、生き生きと生活できた社会になることを願っている。

2005年から続く「週刊医学界新聞」の人気連載、待望の書籍化

看護のアジェンダ

私たちの看護はかくも表現できるのか！読むとつい、誰かと議論したくなる133のアジェンダ（検討課題）を提示。2005年から続く「週刊医学界新聞」の人気連載が待望の書籍化。

井部俊子
聖路加国際大学特任教授

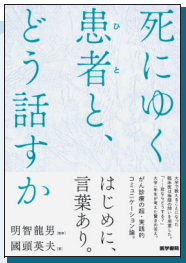


……君ならどうする？

死にゆく患者と、どう話すか

臨床医が看護学生と考える「死にゆく患者といかに語るか」についての超・実践的コミュニケーション論。がん告知と積極的治療の中止（Breaking Bad News）の方法、DNR（Do Not Resuscitate：心肺蘇生を行わないでください）の限界、インフォームド Consent のあるべき姿とは。臨床の泥沼で最善のものを見つけるために知っておきたい信用と信頼のコミュニケーション・スキルを学ぶ全7講。

監修 明智龍男
名古屋市立大学大学院医学研究科
精神・認知・行動医学分野 教授
著 國頭英夫
日本赤十字社医療センター
化学療法科 部長





現場とともにある「看護学」と「ケア学」を追求したい

山本 則子

東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻専攻長・教授

日本には160万人超の看護職、170万人超の介護職、その他の専門職、そして無数の「家族」「友人」「地域社会の人」たちがいて、日々、ひとの命の営みを支援している。ひとがこの世に生まれ落ち、日々を過ごし、やがて最期の日を迎えるまでに、どれだけ他者のケアの手を必要としていることだろう。そのようなケアに関する学問は、今後最も必要とされる学問領域の一つだと思う。

ケアの受け手と担い手の両方が生身の人間である以上、客観的で測定可能な内容と、数値データでは表せない内容のどちらの探求も必要なことは自明である。しかしどちらの探求もケアという高度な対人実践を語る上で発展途上の部分を残しているし、かなり異なる様相の世界観・人間観を基盤としてきた探究であるが故に、相互理解の不足も否めない。ケアを必要とする人々は待ったなしの状況である。誰もが適切なケアを必要なだけ受けて日々を過ごせる社会を一日も早く実現できるように、小異を捨てて大同に就く姿勢で進みたい。ケアのための知をどのよう

に生み出し、現場で活用できるように共有するか、集まって知恵を尽くすときだと思う。

他者をケアすることは、ケアの担い手にとって人生における最高の喜び・価値の源の一つであり、意味の深い経験だと思う。しかし同時に、ケアすることは、忍耐、疲労困憊、悲嘆や絶望といった苦痛を伴う経験でもあり、苦闘である。そのようなケアの喜びと苦闘を、より多くの人たちがさまざまな形で知り、喜びや苦闘を共有し支え合えるケア社会を作りたいと願う。「看護学」「ケア学」は、そのような社会を作る上でも役立つ学問領域にならなければならない。看護学をはじめとするケアの研究者は、ケアの受け手と担い手の双方に手を伸ばし、さらにそれを取り巻く人々にもまなざしを向けて、このようなケア社会を実現する「実践する研究者」でありたい。大学・大学院は、書を持ちながら現場に立ち、現場と共に「看護学」「ケア学」を創る次世代研究者を育成しなければならないと思う。



全ての人に“口から食べる”幸せを！

小山 珠美

NPO 法人口から食べる幸せを守る会理事長/
JA 神奈川県厚生連伊勢原協同病院看護師

日本人の平均寿命は男性81歳、女性87歳（2015年）で、日本は世界が経験したことのない長寿国に突入しています。せっかく長生きできる日本で暮らしているのですから、長寿を楽しむべきだと思います。その楽しみの一つが「おいしく、食べ続けること」です。食べることは、空腹を満たし、栄養を摂り、幸せに生活できる生命の根幹だからです。

一方で、長寿によって要介護高齢者が増加し、摂食嚥下障害を持つ方も増えてきました。その経過の中で、近代医療は、食べることが困難な人々に対して、医療安全を建前として、安易に代替栄養を推奨してきたきらいがあります。この背景には、非経口的栄養療法への依存、誤嚥性肺炎に対する過度な警戒、ハードルの高い嚥下機能検査などが隠れみのとなっていることは否めません。

その結果、看護までも、対象となる人々を生活者として看するという視点から遠のき、口腔ケアを後回しにし、食事介助スキルが稚拙になってきました。また、食べられない苦悩を抱えている人々に寄せる“思いやりの感度”までもが鈍くなってきたように思います。「肺炎になったら命を縮めるから食べてはダメです!」と、“経口摂取

禁止令”を出す医療関係者も少なくありません。要介護高齢者に、見通しも付けずして、食べることをやめさせてしまったら、その先の希望は断ち切られてしまいます。幸せな長寿社会は存在し得ません。

そこで、長期的に取り組んできた食べる支援の経験から、多職種で行う包括的支援スキルとして、観察から支援方法を導きだせる“口から食べるバランスチャート（KTBC）”を考案しました。これは当事者主権のために開発されたツールであり、すでに信頼性・妥当性の検証にも至っています。ぜひ多くの方々にご活用いただければと思います（『口から食べる幸せをサポートする包括的スキル——KT バランスチャートの活用と支援』、医学書院、2015）。

これからの長寿社会では、「生かされる」という受動的な生命維持から、「生きる」という主体的な生命活動へのパラダイムシフトが必要です。そして口から食べる支援の輪を広げること、スキルの精鋭化を図れる人材育成に力を注ぐことが喫緊の課題です。全ての人が口から食べる幸せを手につつ、希望を伸ばす世界一の長寿国日本になるために！ あなたはどんなイメージングロードを歩みますか？

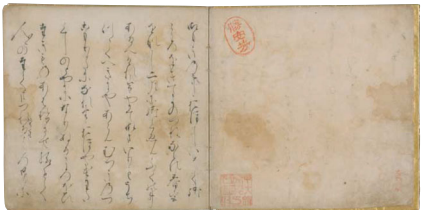
源氏物語が導く、「患者と共に生き直す」看護

丸 光恵

甲南女子大学看護リハビリテーション学部教授

写真は甲南女子大学が所蔵する源氏物語第32帖「梅が枝」である。源氏物語の「正統な」写本とは異なる鎌倉時代のものであり、しかも軍艦奉行を罷免され蟄居謹慎中に源氏を読みふけたという勝安芳（海舟）の蔵書印がある、貴重書中の貴重書である。

巧みな「かな」で描かれているのは、



本書は鎌倉時代中期の後嵯峨院時代の書写と推定され、平安書写の『源氏物語』の写本が1冊も現存しないことからしても、非常に貴重である。右ページの左上に、「勝安芳」（勝海舟）の蔵書印がある（『源氏物語 梅枝・紅葉賀』より）。

光源氏39歳の春の場面である。さきさらに薫物の調合を競わせ、管弦が催され、美貌・美声の持ち主である弁少将が歌う「梅が枝」がモチーフとなっている。豪華絢爛かつ雅を極めた宮廷文化の全てを書き尽くした上に、その設定が、東宮と明石の姫君（源氏の娘）の成人儀式、そして二人の婚約の前祝というめでたさである。天皇家・徳川家の正月には、祝いを兼ねてこの「梅が枝」が読まれたという。権力者らは源氏物語を熱心に学び、家具調度や祭事に取り入れ、軍事力・経済力だけでなく文化面でも覇者であることを誇る道具としたのである。

豊かな才能がありながら「男であったなら」と父に嘆かれたという紫式部は、源氏物語が評判となり、藤原道長に召し抱えられるまでは不遇な日々を送っていたと言われている。源氏物語には病をもつ人々が多数登場する。弱く愚かで命はかない人々が、悲しみを慰め、癒やし、やりきれない思いを浄化し昇華させるために和歌を詠み、死にたいと願う。生きたいと絶唱したのは、幼子を置いて先に死ななくてはな

らなかった光源氏の母のみである。光源氏が深く愛した女性は、必ず彼を置き去りにして消えてしまう。

五島美術館が所蔵する国宝源氏物語絵巻「御法」には、権力者が愛した華やかな場面とは反対に、光源氏の最愛の妻の死が描かれている。紫の上は大病を患い徐々に衰弱してゆく。この世の栄華を極めたように見える彼女は、せめてあの世では救われたいと出家を願う。病苦に苛まれ涙を流しての懇願を、激しく拒絶する光源氏。今や東宮のさきとなった娘明石の中宮は、心を通い合わせることでできない両親の間にうつむいて座り、消え入りそうなほど小さく描かれている。

秋の風がひとしきり庭の露草や花をしなわせた夜が終わる。明け方の薄暗い御簾の中で、はかなく息を引き取る母の手を取るのは夫ではなく、血のつながらない養女（明石の中宮）であった。そして彼女もまた権力者の妻という身分であるが故に、母の姿に自らの老病死を重ね、無常観を強めるのである。

権力者が、権威化し道具として用いてきた源氏物語と、名もない読者が登場人物に心を寄せつつ自らの人生を生き直すための源氏物語がある。独断と偏見ではあるが、紫式部は後者の目的

をもって、源氏の死後の世界、つまり権力者ではない人々の物語を描いたのではないか。そして一度自殺を図った女性が自らの力で魂を復活させ、自己の再生を予感する場面で唐突に終了する「宇治十帖」で締めくくったのだと確信している。

可視化・言語化こそ科学という世界観が跋扈する医学界から心を解き放ちたくなったら、アーサー・ウェイリー、ヴァージニア・ウルフ、そしてブルームズベリー・グループの芸術家らが「感覚の物語」と呼び絶賛した源氏物語へ旅をしてはいかがであろう。生と性、病と老と死、そして魂の復活と再生の物語を、患者と共に生き直すことができるに違いない。

※ご校閲いただきました米田明美先生（甲南女子大日本語日本文化学科教授）に深謝申し上げます。

●参考文献
三田村雅子。記憶の中の源氏物語。新潮社；2008。
米田明美解題。源氏物語 梅枝・紅葉賀。勉誠出版；2010。

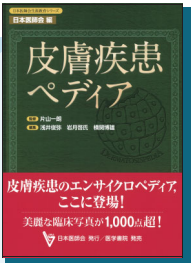
@igakukaishinbun

皮膚疾患のエンサイクロペディア、ここに登場！

<日本医師会生涯教育シリーズ> 皮膚疾患ペディア

本書はcommon diseaseはもちろん、まれであっても見逃してはならない皮膚疾患を網羅したアトラスである。1,000点を超える臨床写真を収載し、典型像だけでなく、病型、部位、経過、治療例などのバリエーションを示した写真を添え、目で見て疾患の特徴を把握できる1冊となっている。また、診療ガイドラインの要点をコラムで解説。所見と部位を手がかりに、絵合わせ的に探せる疾患インデックス付き。

編・発行 監修 日本医師会
片山一朗
大阪大学大学院医学系研究科
情報統合医学皮膚科学講座 教授
編集 浅井俊弥
浅井皮膚科クリニック 院長
岩月啓氏
岡山大学大学院医歯薬学
総合研究科皮膚科学分野 教授
横関博雄
東京医科歯科大学大学院医学
総合研究科皮膚科学分野 主任教授

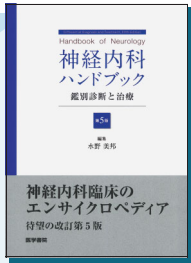


神経内科臨床のエンサイクロペディア、待望の改訂

神経内科ハンドブック 第5版 鑑別診断と治療

神経内科専門医をめざす研修医・若手臨床医のための定番書、5年ぶりの改訂。進歩著しい神経学の知識をフォローすべく、各種領域のエキスパートが分担して内容をくまなくアップデート。神経学的診察法などについては従来どおり懇切丁寧に解説しながらも、改訂にあたり目次構成を見直し、ベッドサイドでさらに扱いやすくなることをめざした。まさに神経学の臨床エンサイクロペディアといえる1冊。

編集 水野美邦
順天堂大学名誉教授





介護福祉士を憧れの職業に

石本 淳也

公益社団法人日本介護福祉士会会長

介護の仕事を始めて20数年が経過し、特に後半の10年ほどは「介護の仕事ってカッコイイ!」という社会的評価を得るために発信し活動してきました。ここで言う「カッコイイ」とは、決して見た目ウンヌンの意味ではなく、国家資格を有する者としての誇りと自覚を持ち、介護を必要とする方のために全力で取り組む姿勢を指しています。プロとしての信念を持ち、自分の言葉でその仕事の魅力が語れること。それが「カッコイイ」ということではないかという提言なのです。受け身の姿勢で、ただただ作業的に仕事を流しているだけでは、何の職業であれ「カッコイイ」とは言い難く、客観的評価に値しなければ、当然ながらその処遇も良くなりません。であれば、研鑽をしっかりと積み、自分たちの声を積極的に上げ、能動的に活躍する雰囲気を業界全体に広げることが、結果として社会的評価の向上につながるものと確信しています。

現在、介護福祉士に関連するさまざま

な仕組みや構造が見直されており、資格取得方法の見直しもその一つと言えます。「誰でもなれる介護福祉士」と揶揄されてきた事実は否めず、そこからの脱却は大きな一歩と言えるでしょう。さらには、資格取得後の資質向上の在り方も変化しており、介護のプロフェッショナルとして、エビデンスに基づいた介護過程の展開を行える人材の育成に一層力を入れていかなければなりません。地域包括ケアシステムの構築が推進されていく中で、医療職をはじめとする多職種との連携が強く求められており、その中における介護福祉の実践者として果たすべき役割への期待も大きくなっています。

パラダイム転換が図られるわが国の社会保障制度において、介護福祉士としてのプレゼンスをしっかりと根付かせることをめざし、介護福祉士の未来は介護福祉士自身が切り拓くという決意を胸に、職能団体としての責任をしっかりと果たして参りたいと思います。



医療の言葉をわかりやすく

田中 牧郎

明治大学大学院国際日本学研究所日本語学教授

私は日本語のわかりにくさを研究している。医療の現場で使われる日本語にも、一般の人にとってわかりにくいものが多い。調査をすると、そのわかりにくさの背景には2つの問題があることがわかる。

一つは、言葉そのものの問題だ。例えば「寛解」など、一般の人が普段見聞きすることのない専門用語は、当然のことながらわかりにくい。また、日常使われる言葉が、医療用語では異なった意味で使われている場合も非常にわかりにくい。一般の人は、「ショック」という言葉を聞くと、医療の場面でも、驚いたり衝撃を受けたりする日常語の意味で受け取り、血圧が下がり生命の危険がある状態という意味だとは思わない。この誤解は、重大な事態を招きかねず、「寛解」などより危険な言葉だ。

もう一つは、医療を受ける人が抱く不安や期待などの心理的要因による問題だ。例えば、医師が最適の薬として薦める「ステロイド」を怖い薬だと拒否したり、「副作用」の可能性を説明するとその薬を使うのに抵抗したりす

る。また、「PET」を使えば、がんのあるなしが100%わかると過度の期待をする人もいる。一方、がん患者の心情に配慮して、「抗がん剤」というのを婉曲化して「化学療法」という言葉を使った医療者が、理解してもらえず、結局「抗がん剤」と言わざるを得ないこともある。

どちらの問題も、病気になるまでは医療と無縁でいた患者に改善を求めるのはなかなか難しい。医療者に質問しにくいと感じている患者は多いし、何がわからないかも自分ではわからない患者も少なくない。医療者にとっても、言葉が伝わらないことはストレスだろうし、患者とわかり合えれば、医療という仕事への意欲が増すに違いない。医療者から、患者がわかっているかどうかを確かめ、わかりにくそうにしていたら、言い換えたり説明を加えたりしてほしい。医療者が患者に歩み寄ることで、患者も質問がしやすくなり、お互いのコミュニケーションがうまくいくようになるのだ。



「Adventures on Foot」Pokémon GOに乗せた想い

村井 説人

株式会社ナイアンティック代表取締役社長

現在、運動不足で亡くなる人の数は、世界で年間530万人と算出されています。この数字は喫煙が原因で亡くなる人の数に匹敵します。また、80%以上の子どもは、推奨されている量の運動ができていないとの報告もあります。外の世界よりも家に閉じこもってしまいがちな現代の人にもっと外に出てもらい、リアルの世界を体験してもらいたい。そんな想いの中から米国で生まれた会社がナイアンティック社で、それを具現化したのが、私たちが「リアルワールドゲーム」と呼ぶ、「Ingress」や「Pokémon GO」です。Pokémon GO

は世界で5億ダウンロードを記録し、さまざまな年齢、ライフスタイルの方が世界中でプレイしています。人々が外に出て、コミュニケーションを取るというポジティブな報告を受け、大変うれしく思っております。その中から2つの事例を紹介します。

1つめは、高機能自閉症の13歳の娘を持つ母親から、ナイアンティックに届いた一枚の手紙の話です。この手紙は、13年間孤独だった娘の生活が、Pokémon GOをきっかけに変わり始めたという報告と、感謝の手紙でした。高機能自閉症の特徴は、他人とのコミ

ュニケーションを極端に避け、数少ない事象に対して限定的に興味を示すことです。そんな彼女がPokémon GOをきっかけに、自発的に兄と一緒に外出し、知らない人と「Pokémon GOのレベルはいくつか?」という会話をしたのです。その様子を聞かされた母親は、うれし涙を流したそうです。病との闘いは、娘だけでなく母親にとっても長く孤独な時間だったのでしょう。13年間、一度たりとも自分から外出することがなかった娘が、Pokémon GOをきっかけに自ら動き始めた。その事実が信じられず、本当にうれしい“miracle”だったと聞いています。

2つめは、米ミシガン大C. S. モット小児病院がPokémon GOを小児リハビリに積極的に活用すると発表したことです。リハビリは大人でも苦痛を伴うもので、家族と離れ、苦しみと向き合わなければならない環境は子どもにとっては殺伐としがちです。しかしながら、Pokémon GOが提供されてからは子どもたちに笑顔が戻り、リハビリを意識することなく病室に現れるポケモンを探してベッドから体を起こし、

歩き、そしてみんなでポケモンについて会話を始めたそうです。Pokémon GOは先の見えない入院生活の不安やストレスを緩和する効果をもたらしていると、小児科の先生は教えてくださいました。

他にも糖尿病・うつ病の改善など数多くの感謝の声が届いています。ある研究論文では、Pokémon GOは、他の健康促進アプリよりもユーザーが体験する1か月の運動量は増えており、アクティブユーザーの場合、歩行数が25%以上も増加したと報告されました。興味深い事に、この歩数の増加は老若男女、体重に関係なく認められています。

ナイアンティックのミッションは、「Adventures on Foot」です。通勤通学で普段とは違う一本横の道を通ること、毎日が新鮮な発見で満ち溢れ、冒険になる。外に出なかった人が外に出始め、人とコミュニケーションを取る。これら日々のわずかなことの積み重ねが、この世の中をより良くしていくのだと、私たちは信じています。

●お願い——読者の皆様へ お手数ですが直接下記までご連絡ください。

記事内容に関する件
☎(03)3817-5694/FAX(03)3815-7850 「週刊医学界新聞」編集室へ
送付先(住所・所属・宛名)変更および中止
FAX(03)3815-6330 医学書院出版総務課へ
書籍のお問い合わせ・ご注文
お問い合わせは☎(03)3817-5657 医学書院販売部へ。ご注文は最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)にて承っております。

現場発! 今日からできる地域包括ケア

つながる・ささえる・つくりだす 在宅現場の地域包括ケア

現場の訪問看護師であり、地域包括ケアの先駆者として知られる著者が、日々の実践を積み重ねて地域包括ケアを実現した事例や、そのためにつくった「地域をささえ、つなぐ場所」をナラティブなエピソードをとおして紹介する。地域包括ケアシステムのなかで、在宅ケアの最前線にいる実践者が果たす役割がひしひしと伝わる。

秋山正子
株式会社ケアーズ代表取締役／
白十字訪問看護ステーション・
白十字ヘルパーステーション統括所長



A5 頁164 2016年 定価:本体2,000円+税 [ISBN978-4-260-02821-9]

医学書院

2017年 年間購読申込受付中

病棟、外来、チーム医療……
病院医療をコンダクトするジェネラリストのためのクォーターリー・マガジン

Hospitalist
ホスピタリスト
Vol.4 No.3 2016
【責任編集】東 光久・藤谷 茂樹
●季刊/年4回発行 ●A4変 ●200頁 ●1部定価:本体4,600円+税
●年間購読料:19,008円(本体17,600円+税) ※年間購読は送料無料、約4%の割引

特集:腫瘍

最新号

集中治療の“いま”を検証し、
“これから”を提示するクォーターリー・マガジン

INTENSIVIST
インテンシヴィスト
Vol.9 No.1 2017
【責任編集】野村 岳志・真弓 俊彦
●季刊/年4回発行 ●A4変 ●200頁 ●1部定価:本体4,600円+税
●年間購読料:19,008円(本体17,600円+税) ※年間購読は送料無料、約4%の割引

特集:ICUエコー

最新号

MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36
TEL.(03)5804-6051 http://www.medsi.co.jp
FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsi.co.jp

Medical Library

死にゆく患者と、どう話すか

明智 龍男 ● 監修
國頭 英夫 ● 著

A5・頁306
定価：本体2,100円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-02857-8

本書は、「人間國頭英夫」の全てをさらけだした書物といえよう。これだけ重く、困難で複雑なテーマをこれほど多面的に、かつ毒舌とユーモアを交えながら論じ尽くした書物を私は知らない。これは國頭先生の30年余にわたる日々の臨床の積み重ねに加え、多くの書物や音楽、知的関心事に継続的に目配りしてきた人生経験と思索の豊かさから来たものであることを忘れるわけにはいかない。

そう、このように難しいテーマに真正面から向き合うと、その人の人間性と頭脳の明晰性が如実にあぶり出されてくる。國頭先生は長年にわたる国立がんセンター時代の同僚であり、現在は私がEditor in Chiefを務めるJapanese Journal of Clinical Oncology (JJCO)の編集上のキーパーソンである。加えて、國頭先生は私の妻の母の肺がんを、先生がまだ若かりしころ、東大分院から国立がんセンターに研修に来ていたときに看取ってくれた。あろうことか、その娘、つまり私の妻が小細胞肺がんになり、国立がんセンターで1年半にわたり闘病したときの担当医でもあった。つまり親子二代にわたる担当医だったわけである。それに妻の希望で私が家で妻を看取った際の、死亡診断してくれた医師も國頭先生だった。

そうした個人的な関係で本書を薦めるのでは毛頭ない。この関係性から以

評者 垣添 忠生

日本対がん協会会長/元国立がんセンター総長

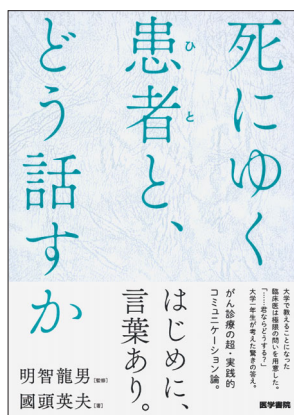
後親しく國頭君と言わせてもらうが、例えばp.176～180の「大きな希望、小さな希望」についての議論で、パスカル、カントからヴォルテール、仁義なき戦い、曾野綾子、親鸞、細胞増殖メカニズムなど、多岐にわたる引用と思索の縦横に展開する様子一つとってみても國頭君の該博な知識と、明晰な思考力の一端がうかがわれる。

けだし、この世の中で最も困難で深淵な課題に向き合うには、自らの人間性をここまで高める必要があるのだ。誠に、臨床とは人間性の極限を問われる行為の一つと思う。

同時に國頭君の挑発や恫喝を交えた講義に臆せずついてきた、13人の日赤看護大の1年後期の諸君の、真摯で熱心で誠実な対応は誠に瞠目すべきである。國頭君も「あとがき」の中で、彼女たちを見ていると「この国もまだ捨てたものじゃない」との感想があった。それは正しく、私の感想でもある。これは國頭君対彼女たちのバトルの軌跡ともいえる書物である。

本書は全ての医学生、看護学生、医師（老若を問わず）、看護師（老若を問わず）の必読書といえる。この内容で2100円はいかにも安い。数日かけて読み通し、「人が生きること、死ぬこと」に深く思いを致すことは、皆さまのその後の人生に多大なインパクトを与えることは必定、と私は思う。

「人が生きること、死ぬこと」に深く思いをはせる



看護のアジェンダ

井部 俊子 ● 著

A5・頁372
定価：本体2,500円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-02816-5

通勤電車に乗っている13分間でじっくり読めるこのエッセイは、いろいろな角度から私を啓発・教育する教科書でもあった。「週刊医学界新聞」看護号に連載が開始されたときから私はこのエッセイのファンであったので、本書について少しは語る資格があるかもしれない。

著者は看護学会等社会保険連合の代表でもあり、外科系学会社会保険委員会連合、内科系学会社会保険連合との3保連合同シンポジウムの開催を契機として、交誼を得ていた。その経歴や役職から想像される印象とは大きく異なり、どのように

議論を持ちかけても、著者は決して声を荒げることもなく、常に穏やかで冷静であった。著者の温かい人間性のおかげで、少なくとも3保連の中では医師と看護師の相互理解が大いに深まったと確信している。ある時、私が連載を愛読していることをお伝えすると、あたかも少女のようににはにかんだような表情を見せたのが強く印象に残っている。そのころから、この連載が書籍として発行され、広く読んでもらえればよいと強く思っていたので、今回の本書の刊行はファンのひとりとしても大変喜ばしい。

本書では、医療界に内在する複雑でナイーブな問題が、あたかもそれがあぶり出されるように、平明な言葉で書かれている。博識な著者の豊かな経験と感性から紡がれた文章は、今までにない極めて新鮮な切り口で書かれており、「ああそうだったのか」とか「そのような見方もあるのか」と感じるばかりでなく、時に大きな衝撃や感動をもたらすものであった。話の糸口は、参加した委員会であったり、最近読んだ新聞・書籍・映画であったりと多様である。しかし、なんといっても現場の何気ない風景や会話から、看護界・医療界に潜む問題点を浮き彫りにする

読みやすく面白く、ためになる。実用・啓発書であり、文学作品。



評者 山口 俊晴
がん研有明病院長

巧みな筆力には非凡なものがある。穏やかな書きぶりではあるが、その文脈の中には強いメッセージが隠されており、読み終わったときにしばしば深い余韻を残す。それは読者のものの見方や感じ方を、時にはすっかり変えてしまうことさえあるほどインパクトの強いものである。

今回再読してみて、私にとって特に印象深かったのは、『44. 母の最後の日』（2008年9月22日）と『88. 論考「迷惑な夫たち」』（2012年8月27日）であった。『44. 母の最後の日』は、私も今春母を喪ったばかりなので、著者の悲しみがよりいっそう心

にしみた。また『88. 論考「迷惑な夫たち」』は、現場で起きている事象に対する著者の切り口と考察が読後にいろいろなことを考えさせて、ある意味で本書の特徴が最もよく表れている作品のひとつである。

エッセイの多くは2ページほどで、どこから読み始めても、おそらく読者はその全てのページに目を通さずにはいられなくなるだろう。まさに読みやすく、面白く、しかもためになる本である。本書の取り扱っているテーマが多様であると同時に、そのテーマへの迫り方が実に多様であることも、その魅力を大きなものとしている。実用書であり、啓発書であり、時に立派な文学作品でもあるのである。看護師だけでなく、医師・薬剤師など多くの医療関係者はもちろん、一般の方にもぜひ読んでいただきたい。

最後に、連載中の「看護のアジェンダ」を電車の中で読み終えた後、電車を降りるときにはあふれ出る涙を他の乗客に気付かれぬようにそっとぬぐったこともしばしばあったことを告白しておく。今後も連載が続き、続巻としてまた取りまとめられることを期待している。

「呼吸と循環」誌は2017年より2つの雑誌にリニューアルします！

呼吸器ジャーナル

2017年の特集（年4回刊）

- 1号 呼吸器画像診断
—エキスパートの視点
- 2号 若手医師のための
呼吸器診療スキルアップ
—苦手意識を克服しよう
- 3号 呼吸器感染症治療薬の
使い方（仮）
- 4号 肺癌の治療（仮）

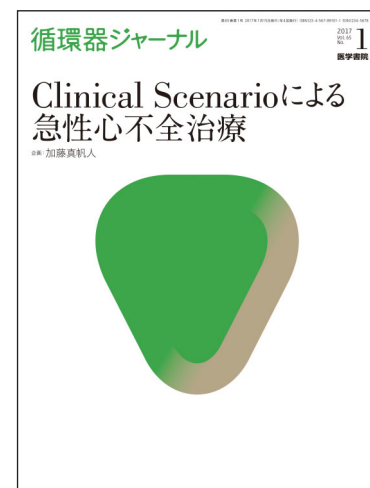


● 年4回刊 1部定価：本体4,000円＋税
2017年年間購読料（税抜本体価格）
冊子版 15,480円 冊子＋電子版（個人） 20,480円 電子版（個人） 15,480円

循環器ジャーナル

2017年の特集（年4回刊）

- 1号 Clinical Scenarioによる
急性心不全治療
- 2号 心電図診断スキルアップ
- 3号 不整脈の治療（仮）
- 4号 虚血性心疾患の治療（仮）



● 年4回刊 1部定価：本体4,000円＋税
2017年年間購読料（税抜本体価格）
冊子版 15,480円 冊子＋電子版（個人） 20,480円 電子版（個人） 15,480円

医学書院

伝統と実績のこの冊



毎年全面新訂。信頼と実績の治療年鑑

今日の治療指針 TODAY'S THERAPY 2017

私はこう治療している

総編集 福井次矢／高木 誠／小室一成

2017年版の特長

●新見出し「トピックス」を主な疾患項目の冒頭に掲載し、最新情報を紹介。

本書の特長

- 日常臨床で遭遇するほぼすべての疾患・病態に対する治療法が、この1冊に
- 大好評の付録「診療ガイドライン」：診療ガイドラインのエッセンスと利用上の注意点を簡潔に解説
- デスク判(B5) 頁2096 2017年 定価：本体19,000円＋税 [ISBN978-4-260-02808-0]
- ポケット判(B6) 頁2096 2017年 定価：本体15,000円＋税 [ISBN978-4-260-02809-7]

添付文書を網羅。さらに専門家の解説を加えた治療薬年鑑

治療薬マニュアル 2017

監修 高久史磨／矢崎義雄 編集 北原光夫／上野文昭／越前宏俊

ハンディサイズ本では唯一「使用上の注意」をすべて収録

- 収録薬剤数は約2,300成分・18,000品目。2016年に収載された新薬を含むほぼすべての医薬品情報を収載。
- 添付文書に記載された情報を分かりやすく整理し、各領域の専門医による臨床解説を追加。
- 医薬品レファレンスブックとして、医師・薬剤師・看護師ほかすべての医療職必携の1冊。

新薬・最新薬価情報は
特設サイトで随時提供!

chimani.jp



●B6 頁2752 2017年 定価：本体5,000円＋税 [ISBN978-4-260-02818-9]

✓ 両書籍とも購入特典・電子版付

✓ セット購入により、電子版で2冊がリンク

- 『今日の治療指針 2017 年版』に掲載されている薬剤の詳細情報を『治療薬マニュアル 2017』へのリンクで瞬時に参照。
- 『治療薬マニュアル 2017』に収録されている各薬剤について、それらを掲載している『今日の治療指針 2017 年版』の疾患項目を瞬時に参照。

※閲覧期間は2018年1月までとなります。

※2017年1月からご覧いただけるデータは、両書籍とも2016年版のものです。2017年版のデータをご覧いただけるようになるのは、2017年4月の予定です。



※画面は開発中のものです。



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [WEBサイト] <http://www.igaku-shoin.co.jp>
[販売部] TEL: 03-3817-5650 FAX: 03-3815-7804 E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp