

UICC日本委員会ニュースレター

事務局：〒135-8550 東京都江東区有明3-8-31 がん研究所 Tel:03-3570-0542 Fax:03-3570-0546



UICC 世界がん会議 (深圳) に 3200 人が集結

Prevent the preventable, Treat the Treatable, Systems to make it happen

第 21 回世界がん会議が 2010 年 8 月 19-23 日中国の深圳で、見出しのテーマのもとに開催された。もともと北京開催が予定されていたのが、会場が巨大すぎるということで、半年前に急遽深圳に移したのであるが、深圳の会場もかなり巨大なものであった。

今回の参加者は、外国から 1400 人、中国内より 1800 人、合計 3200 人であった。外国で多かったのはアメリカ、オーストラリア、香港、カナダで、ヨーロッパ 26%、アフリカ 9%、南米 3%、日本からの参加者は 20 数人であった。

熱のこもったサミット会議

初日に、一日を費やして別のホテルでサミット会議があった。世界中から健康問題に関わる民間及び政府機関のリーダーやエキスパート 160 人ほどが参加した。2006 年の Washington, 2008

年の Geneva でもサミットが持たれ、”世界対がん宣言”を公表したのであるが、その時は UICC 単独の呼びかけであった。今回のサミットは、UICC の他に、アメリカ対がん協会、Livestrong 財団、World Economic Forum および WHO が共同の呼びかけ人となっており、”世界中のあらゆる関係する組織や人のエネルギーを結集して、対がん宣言に盛り込まれた 11 項目の目的を 2020 年までに達成するため、政治を動かす力を生み出す戦略”が前進していることを印象づけた。

サミットでは、David Hill, John Seffrin, Cary Adams ら UICC のリーダー達が、“がんは健康だけの問題ではない。(発展途上国の) 開発の問題であり、平等の問題であり、われわれの時代が直面する主要な世界的課題の一つである。2011 年の UN-Non-Communicable Diseases Summit や GAPRI (がん疼痛救済イニシアチブ) を成功させ、世界対がん宣言の実現の為に更に前進する拠点にしなければならない”、と熱弁を振るった。

目次

UICC 世界

1. UICC 世界がん会議 (深圳) に 3200 人が集結 1
世界対がん宣言の 11 項目 2
国連の非感染性疾患 (NCDs) のサミット 2
がん疼痛救済イニシアチブ (GAPRI) 3
2. UICC で規約改正 4
3. 世界がん会議に参加して 伊藤 ゆり 4

UICC 日本

4. UICC 世界対がんデーシンポジウム
[がんは予防できる] 札幌にて開催 6
5. 特別寄稿
がんのコスト 濃沼 信夫 10
6. 東札幌病院が UICC に参加 10
7. 予告 11

世界対がん宣言の実現に向けて

プログラムの中の朝の Plenary Session は、連日、サミットで確認された内容を一般参加者に向けてくりかえす言わばキャンペーンであった。その他のセッションは、世界対がん宣言に盛り込まれた 11 項目を 1. がん予防、2. がん治療、3. 支援的ないし緩和ケア、4. タバココントロール、および 5. 跨柱 (cross-track) の 5 トラックに分散して組み立ててあった。興味深い発表が並び、盛り上がりのあるセッションもあったが、会場が大きすぎてやや閑散としていたセッションも多かった。その理由の一つは、中国人参加者のために、大会場が用意され、臓器がんや治療に関する英語同時通訳付き中国語セッションが常に走っており、大部分の中国人参加者はこの会場に集まっていたことであろう。

アジアのかけの薄いアジアの世界がん会議

中国での世界がん会議であったが、中国語セッション以外では中国人の活躍する舞台は少なく、やや気の毒な感じもした。座長の顔ぶれを見ても、中国人セッション以外ではアジア人の影は薄く（日本人は 2 人のみ）、アメリカ、オーストラリアおよびカナダが目立った会議であった。これは、UICC が、座長は基金を集めてセッションを運営できる人という原則を立てていたからでもであろう。お金のない UICC の事情は判るが、UICC がアメリカおよび英国連邦国の対がん協会の活動舞台になりつつある感じは、UICC の将来にとってあまり好ましいものではない。ちなみに、2012 年の世界がん会議はモントリオール開催が決定しており、2014 年はメルボルの可能性が高い。

アジアがんフォーラム

なお最終日のランチタイムを使って、「アジアがんフォーラム」が組織したセッション” What should we do to place cancer on the global health agenda” がもたれ、赤座・河原両座長を含む 6 人の日本人演者が熱演したが、しかし、この企画自体が飛び入りのものであり、内容も含めて世界会議の本流からは離れた存在となっていたのが惜しまれた。

世界対がん宣言の 11 項目

1. 全ての国々においてがん征圧計画が効果的に行き渡ることを確実にする。
2. がんの頻度とがんによる損失の大きさの測定体制を格段に向上させる。
3. タバコとアルコールの消費量および肥満者を激減させる。
4. HPV と HBV ワクチンの集団接種を実施させる。
5. 有害ながんに関する妄説や誤解を一掃する。
6. より多くのがんが検診と早期発見で診断されるようにする。
7. 診断、治療、社会復帰訓練、緩和ケアなどが受け易い体制をつくる。
8. 効果的な苦痛制御の手段が世界のどこでも入手できるようにする。
9. がんコントロールの専門家を訓練する機会を増加させる。
10. がん専門の保健医療従事者の流出を減少させる。
11. がんの生存率を大幅に改善する。

国連の非感染性疾患 (NCDs) のサミット

非感染性疾患とは NCDs は Non-communicable diseases のことで、ここではがん、糖尿病、心血管病および呼吸器疾患をとりあげている。毎年 900 万人が NCDs のために 60 歳未満で亡くなっており、この数字は NCDs による死亡の 25% である。そしてこの時期早尚な死の 90% は低～中収入国で生じている。NCDs の重要性は、従来考えられて来たより遥かに高いもので、健康問題に止まらず低開発国の経済的発展を阻んでいる要素でもある。このことを理解させ、政策に反映させること、特に海外開発援助の中で NCDs の優先度を引上げさせることが重要となる。そのために国連が高レベルのサミット会議を開き、サミットの名で宣言を出すことを実現しようと運動がくり広げられて来ている。

UICC が NCD Alliance を結成

UN が NCDs をグローバルな問題として取り上げることを最初に提起したのはカリブ海グループの 15 カ国であった。これに呼応して、UICC は、がんが、タバコ、アルコール、運動不足、低栄養など共通のリスク因子を持つことから、2009 年、国際糖尿病連合、世界心臓連盟および国際結核および肺疾患連合に呼びかけて NCD Alliance を結成し、積極的に UN サミットと実現に向け活動を開始した。Alliance には、世界の 170 カ国より 882 組織が集結している。その結果、国連の経済社会委員会（58 カ国）が NCDs のグローバルな脅威を認め、2009 年 9 月には、UNGCGA (Global Crisis-GlobalAction) (54 カ国) 委員会がサミット開催を推進、遂に 2011 年 9 月に、国連が NCDs に関する高レベルのサミットを開催することが決定されたのである。

サミットで何が行なわれるか

サミットは、UN 総会の直前である 2011 年 9 月 16-19 日に行なわれる。各国の元首ないし政府代表者、民間組織、個人、学会その他の関係者が集合し NCDs の重要性を討議する。そして 9 月 20 日の国連総会が、NCDs 問題は世界規模で取り組むべき最優先の政治課題の一つである、と宣言する。その宣言を国連総会が確認すると期待される。宣言が出れば、その内容を実体化する為に、WHO と並んで、政府にはたらきかける市民レベルの活動が、決定的な重要性を帯びてくる。

がん疼痛救済イニシアチブ (GAPRI)

UICC は 2009 年 12 月の理事会で、“がん疼痛救済への世界規模の接近イニシアチブ (Global Access to Pain Relief Initiative : GAPRI)” を発足させた。世界対がん宣言の中の目標 8 の実現をめざすものである。

もっと麻薬を使えと WHO が勧告

WHO は 1989 年に、がんの疼痛救済のためにもっと十分量の麻薬を使用するように、という勧告を出した。当時は麻薬（モルヒネ、コデインなど）は副作用が強く命を縮めるから疼痛があつて

も極力使用しない方が良くと云う、今から見れば迷信に近い考えが、一般的であった。

WHO の勧告は、日本でもかなり行き渡ったが、しかしなお今日でも、多くの医師が古い知識のままに止まっていて、積極的に麻薬を用いてがん患者を疼痛から解放しようとしていないと云われる。

麻薬が使えず苦しむ世界の人々

世界の状態は、相変わらず、更に悲惨である。2009 年の WHO 国際麻薬規制委員会の報告によれば、アフリカをはじめ、ヨーロッパ、中近東、アジアの開発途上国を含む世界の 150 カ国では、麻薬は事実上存在しない。毎年少なくとも見積もっても 3000 万人、ことによると 8600 万人の患者が中等度から高度の疼痛に苛まれている。この中には、550 万人の末期がん患者、100 万人の末期エイズ患者が含まれている。

疼痛患者に麻薬が行かない理由

上記の委員会報告は四つの理由を挙げている。1. 麻薬の原料は十分にあるにも関わらず、多くの政府はこれを精製して医薬品として使えるようにしていない。2. 中毒への懸念が使用を控えさせている。3. 医師や健康管理の専門家達がきちんとした教育を受けていない。4. 使用を規制する様々な法律が存在する。国連に働きかけ各国政府の姿勢を変える必要国連には 1967 年に発足した UN Commission on Narcotic Drugs (CND) がある。この委員会は、長年に亘り如何に麻薬の不正使用を防ぐかと云う観点からきびしい規制を打ち出し、各国政府はそれを受入れて来たのであるが、UICC は今回、Human Right Watch および Worldwide Palliative Care Alliance と共に、ここに大きな問題があると指摘した。すなわち“CND が不正使用防止にのみ奔走し、必要な患者に麻薬が届いているか否か、あるいはそれを妨げていることに関心を持たない事は全く良くない。CND は、不正防止と必要な医療への供給を保証するという両面をバランス良く追求すべきである”。

UICC 総会でさまざまな規約改正

UICC の英語名が変わる

世界がん会議の開始前日総会 (General Assembly) が持たれた。参加者は 200 人ほどであったが、以前のように国別代表がそれぞれ席にプレートを立てて座っていることがなく (国連方式は止めになった)、各メンバーの代表が適当に座しているので、どの組織が参加しているのか、定足数は満たしているのかは結局不明の状態のまま議事が進行した。

以下の 7 点の規約改正が提案され賛成多数で承認された。

1. UICC の英語名を Union for International Cancer Control にする (以前は Unio Internationalis Contra Cancrum の直訳で International Union Against Cancer)。
2. Advocacy が UICC の中心的活動の一つである

ことを規約の中に明記する。

3. 委任状投票は将来の総会から認める事にし、その時はメンバーの出席定足数は要求しないこととする。
4. 理事会が理事メンバーの一部を選出する制度は止めにする。
5. 理事は 2 年毎に再選の機会が与えられ、最長任期は 6 年とする。
6. 選挙で選ばれる Nomination Committee は廃止し、理事会の sub-group が Nominating Committee の役を行なう。
7. 被指名者は総会で会長から紹介される。

田島和雄氏が UICC 理事に

この総会で、旧ルールに則り、愛知県がんセンターの田島和雄研究所長が理事に選出された。

世界がん会議に参加して

大阪府立成人病センター 伊藤 ゆり

セッションの数の多さに驚く

UICC 日本委員会からの旅費の補助をいただき、2010 年 8 月 18 ~ 21 日に中国・深圳で開催された UICC World Cancer Congress に初めて参加させていただきました。大会のプログラムをみて、まず驚いたのはセッションの数の多さです。予防から治療、そして緩和医療まで、がんに対しての取り組みすべてを網羅した幅広い分野のセッション構成で、関心のあるセッションがいくつも重なっており、どのセッションに参加するか、悩んでしまうほどでした。

予防可能なものが予防されているか

“Preventing the preventable, treating the treatable, systems to make it happen” (「予防可能ながんを予防し、治療可能ながんを治療する、そしてそれを実現するためのシステム構築」筆者拙訳) が UICC WCC 2010 のテーマとなっていました。喫煙対策、肝炎ウイルス対策、有効性のあるがん検診、効果的な治療、現在までにがん対策について多くのことが明らかになっていますが、我

が国を含め多くの国 (特に Low-Middle Income Countries) において、必ずしもこれらの対策が十分に成功しているとは言えません。それを実現するために、既に成功した国々の成果や苦労話、失敗談、限られた資源での実行例などのさまざまな発表がありました。

例えば、喫煙関連死亡は現在のままの喫煙対策の取り組みでは 2000 年からの 50 年間累積で 4.43 億人となりますが、たばこ販売価格を 1.7 倍にしたり、価格以外の介入 (たばこ広告の禁止、メディアを用いての反たばこ広告、画像を用いての警告表示、職場・公共の場における禁煙) をしたりすることで、累積 1.15 億人の予防可能な死亡を減少させることが可能となります。また、Max Parkin 教授の喫煙関連がんに関する発表において、未成年者の喫煙防止活動は 2050 年以降の喫煙関連死亡の減少への寄与するに過ぎず、2050 年までの喫煙関連死亡を減少させるためには現在喫煙者への介入が必要であるということが引用されていました。我が国のがん対策推進基本計画におけるたばこ対策では未成年者の喫煙率ゼロを掲げているだけですが、その効果は 2050 年以降までみることはなく、preventing the preventable をより早期に実現するためには、現在喫煙者への介入をより強化する必要があると

実感しました。

世界対がん宣言 11 に沿ったプログラム

また、今回は 2008 年に批准された UICC World Cancer Declaration の 11 カ条に準拠した形式での大会でした。各セッションはどの項目に該当しているかの記載があり、各発表者も自分の発表内容がどの Declaration の項目に該当するかを登録時に申請する必要がありました。このように目的の明確化を図るのは、発表者・聴衆ともに有益であると感じました。

大阪の罹患トレンドを報告

日本は先進国でありながら、がん対策に関しては他の先進諸国に大きく遅れをとっていますが、その現状は世界では（国内でも）あまり知られていません。そこで、記述疫学的アプローチに基づいた大阪府における肺・肝がん罹患・死亡の状況について、報告してまいりました。肝がん、肺がんの罹患・死亡のトレンドを age-period-cohort model を用いて、年齢・時代・出生年の影響に分解し、喫煙率や肝炎ウイルスの prevalence のトレンドとの比較を行いました。肺がんでは特に 1950 年代生まれの世代のコウホート効果が高くなっており、今後この世代が肺がんの好発年齢になりますので、我が国においてはまだ肺がんの罹患・死亡はまだ大きく減少していくことは期待できません。喫煙対策が成功し、肺がんの罹患・死亡率が大きく減少し始め、近年の出生コウホートにおけるリスクも減少している（特に男性）諸外国と比べて、対照的な結果となり、我が国の喫煙対策の遅れを痛感しました。

開発途上国で急増するがん

日本にいるとなかなか聞くことのできない Low-Middle Income Country におけるがんの状況についても知ることができました。IARC が集計している GLOBOCAN 2008 に基づいた推計によると、Less developed regions においては人口増加

の影響が大きく、がん罹患・死亡ともに、2030 年には大幅に増加することが報告されていました。特に、Less developed regions や LMIC では、肝がん、胃がん、子宮頸がんなど感染症に起因するがんがいまだに多く（日本は先進国であるが、例外的にこれら感染症に起因するがんも多い）、また、現在ではたばこ産業がマーケットを Less developed regions にシフトしていることもあり、喫煙関連がんも増加傾向にあり、これらへの対策が急務とされていました。

がん対策における法律の役割

がん対策のキーポイントとなる法律の役割についても、多くのセッションや報告がありました。特に印象に残っているのががん対策先進国におけるがんのリスクファクターへの法律による規制についてです。FCTC に関しては既に国際法としての役割を果たし、多くの批准国で成果を上げているのは、ご承知のとおりですが（一部我が国のように奏功していない国もありますが・・・）、たばこのパッケージのプレーン化（すべての銘柄同一のプレーンなもので警告が大きく印刷されているメーカーなどは小さく記載）を始め、食品への食塩、脂質、糖分の含有量の表示の義務化など、がん対策先進国からの報告がいくつかありました。

世界と日本のさにショック

はじめて UICC WCC に参加して、世界における最先端のがん対策の状況や、発展途上国における取り組み、またグローバルな視点でのがん対策について、幅広く学ぶことができました。大阪というローカルにおいて、地域がん登録資料に基づくがん対策に取り組んでいますが、世界と日本の状況との違いにショックを受けるとともに、世界の成功例に学び、大阪のがん対策、ひいては日本のがん対策をよりよいものにしたいと強く実感しました。旅費の補助をいただきました UICC 日本委員会の先生方、ならびに、参加の機会を与えてくださった職場の皆様へ深く感謝申し上げます。

2012 年の世界がん会議は 8 月 27—30 日にカナダのモントリオールで行なわれる。



UICC 世界対がんデー公開シンポジウム 2011

「がんは予防できる—世界と日本」札幌にて開催

2011年2月4日のUICC世界対がんデーには、公開シンポジウム「がんは予防できる—世界と日本」がUICC日本委員会・北海道対がん協会・札幌がんセミナー・日本対がん協会の主催で、札幌医科大学講堂で開催された。UICCのキャンペーンテーマ "Cancer can be prevented, too" "Today's children, tomorrow's world" に沿い、急速に動いている世界のがん予防運動を理解し、日本の現状を認識して、その方向を見定めようというものである。

公開シンポジウム プログラム 「がんは予防できる—世界と日本」

司会 北川知行 (UICC 日本委員会委員長)、
菊地浩吉 (北海道対がん協会会長)

1. UICC と世界対がんデー
北川知行 (UICC 日本委員会委員長、癌研名誉
所長)
2. 世界のがん予防戦略
望月友美子 (国立がんセンター研究所たばこ
政策研究・教育分野長)
3. たばこコントロール：遅れをとった日本
秦 温信 (日本禁煙学会理事、札幌社会保険
総合病院院長)
4. 子宮頸がん予防ワクチン：急速に動く世界

Sharon Hanley (日本赤十字北海道看護大学
準教授、北海道大学予防医学講座公衆衛生学
分野)

5. ピロリ菌対策：胃癌も予防できる
浅香正博 (北海道大学大学院医学研究科消化
器内科学分野教授)
6. こどもの力でがん予防
小林 博 (札幌がんセミナー理事長、北海道
大学名誉教授)

パネルディスカッション

司会 菊地浩吉、北川知行

がんは予防できる—日本はこれでよいか—

専門家と市民 200 人が参加

シンポジウム参加者は約 200 名でほぼ 3 分の
1 は医師、研究者、がん検診関係者、教育関係者、
衛生行政関係者など専門的な立場から関心を持
つ方々であった。その中には道外から参加され
た我が国の対がん運動の指導的位置にある方々
が居られ討論に科学性、客観性を加えられた。3
分の 2 はがん、対がん運動あるいは環境衛生に
関心を持つ婦人団体など一般市民であった。

UICC の活動と世界対がんデー (北川知行)

UICC の対がん活動はここ数年、がん研究の成



果を利用して具体的にがんを制圧する方向に変わった。世界対がんデーはその一つとしてUICCが2004年に設定した。がんは遺伝子の変化によって起こる。環境因子としてはたばこが最大である。感染因子としては、HBV、HCV（肝癌）、HPV（子宮頸癌）、ピロリ菌（胃癌）などが知られた。これらの因子を除けばがんの40%は予防できることになる（一次予防）。がんは発生しても、早期に発見し摘出することによって、ほぼ確実に予防できる（二次予防）。がんは個人の健康や生命を奪うのみでなく、家族、社会の一層の貧困を招き、その国の経済を低下させる。

UICC、WHOは国連がこの重大な問題の解決に取り組むことの必要性を訴えている。本日のシンポジウムを通じて、国際的な運動として人類が共通に取り組むべき課題として、がんを認識するステップとしたい。

世界のがん予防戦略（望月友美子）

国連は戦争、貧困、感染症など人類共通の災害を協力して防ぐ機構だが、近時がんがその大きな対象である事が強く認識され、世界的な運動として巻き起こっている。その背景には世界中で年間1,270万人ががんに罹患し、760万人ががんで死亡し、このままでは2030年には各々倍増し、とくに途上国で急増するという予測がある。しかし3-40%のがんは予防可能で、30%のがんは早期診断と早期治療により治ることから、UICCやWHOなどの国際的な団体が連携して世界キャンペーンに乗り出した。たばこや運動、栄養を主眼とした生活改善、がんの原因となる感染の防止、特に小児期からのがん予防な

どに重点が置かれている。2011年9月にはがんなどの4大非感染性疾患（NCD）に関する地球規模での対策を論議するハイレベルのサミットがニューヨークで開かれる。日本はその主要な一翼を担うことが期待されている。

たばこコントロール： 遅れをとった日本（秦 温信）

欧米先進国はたばこコントロールが1960年代より進み、喫煙率の低下、喫煙本数の減少により肺がんや心筋梗塞死亡が減少している。これに対し日本では喫煙率は依然高率で、喫煙関連疾患による死亡の減少は認められていない。

北海道は以前より喫煙率が高く、早くから各種の団体による禁煙運動が盛んである。北海道JR内禁煙、病院敷地内禁煙、禁煙指導パトロール、受動喫煙の防止、禁煙外来なども全国で先駆的に実行されている。北海道はこのように熱心なものにもかかわらず、喫煙率は依然として日本一、特に女性の喫煙率は高い傾向にある。その原因は北海道が広すぎて運動が行き渡らないためか、寒さのためか、北海道人の開放的、個人主義的という、いわゆる“県民性”という漠然としたものに帰せられるのかは不明である。

子宮頸癌予防ワクチン： 急速に動く世界（Sharon Hanley）

子宮頸癌予防ワクチンは現在世界120か国で認可され、30か国に広く導入された。これらは豊かな国でがん検診受診率は高く、ワクチン接種率も高い。効果的な啓発活動は国の財政支援でホームページなどで行われ、医療機関ではなく、学



校で、保健ばかりでなく、理科、社会の授業でも行われる。現在、接種率はアメリカ 18%、オーストラリア 70-80%、イギリス 80-90%で、12-13 才の女兒に学校で無料接種されている。性交経験がある 14 才以上の女性でも、再感染予防という見地から接種の意義はある。

欧米の子宮頸癌検診率は 70-80%、日本では 23% で発展途上国より低い。ワクチン接種はようやく実施され、費用は国、自治体が半分ずつ負担している。

16、18 型以外の HPV リスクグループ型による発がんが懸念されるとの発言があったが、北海道での経験では、若い時代の浸潤がんは 90% が 16、18 型で、差し当り 16、18 型に主力をおくのは妥当と考えられる。男性のワクチン接種は次第に広まっているが、当面は女性のみで効果は期待できる。ただし男性にもアメリカを始め 9 か国で接種が認可されている。肛門がん、咽頭がん、喉頭がんも適用とされつつある。

ピロリ菌感染対策：胃癌も予防できる (浅香正博)

胃がん検診の努力、治療成績の向上にも拘らず、我国の胃がん死亡数は年間 5 万人と 1970 年代よりこの 30 年変わっていない。胃がんは東アジア、特に日本、韓国、中国の地方病と言うべきである。胃がんの 90% はピロリ菌 (Hp) 感染によることは確実で、我国で行われた無作為試験によって大きく支持されている。最近環境衛生の改善により Hp 感染率は激減し、昨年の小児の感染率は 5-10% 以下であった。Hp が原因であるスキルスを主体とする若年者胃がんも明らかに減少した。将来は胃がんの発生も激減し、胃がん検診の必要は無くなるであろう。問題は団塊の世代以前の世代で、これから胃癌の発生率は高くなり、医療費も莫大なものとなる。日本ヘリコバクター学会は慢性胃炎を生じている Hp 感染者には除菌が必要であるというガイドラインを主張している。Hp 感染の検診には、Hp 抗体と血清ペプシノーゲン測定を組み合わせればよい。除菌による一次予防は胃がんを激減するが、完璧ではないので、ピロリ菌感染検査と内視鏡検査などを組み合わせ二次予防を行うべきである。胃がん発生には小児期の Hp 感染対策が問題である。除菌は若ければ若い程良いが、我国では成人式に

Hp 感染を検診し、陽性ならば除菌する習慣をつければよい。

こどもの力でがん予防 (小林 博)

がんは予防すればがんで死ななくなるというのは間違いで、人間は必ず死ぬ。がんが死因となることは避けられない。がんで死ぬのを何年か後に延ばすのを期待するべきである。

この 12 年間スリランカでこども達にがんの予防、生活習慣の改善を教えた。こども達が自主、自立的に一生懸命努力するのを見て来た。こども達は相互に話し合い、先生、家族、広報誌、地域へと啓発が広がり、地域社会の意識改革へとつながった。喫煙率、飲酒習慣なども下がってきた。がんの予防ばかりでなく健康、生活の整理、清潔、整頓、清掃、しつけが行き渡るようになった。このスリランカでの体験が、こどもからの教育が社会を変えて行くことを実感させた。日本でも学校教育でもっとこどもをがんなど健康教育して、こどもから発信して地域社会を変えることがあってよいのではないか。

パネルディスカッション (がんは予防できる—日本はこれでよいか)

がん予防に関連した喫煙、子宮頸癌、胃がんの問題は、何れもこどもの教育に帰せられることが方向づけられた。

北海道は禁煙運動について Frontier spirit を示す長い歴史があるが、喫煙率は下がっていない。何故か、どうすればよいか。一方北海道は開拓使時代以来、お役所先導的な面がある。行政の取組みについて道庁健康福祉局の方の説明では、たばこ対策推進計画、禁煙治療支援、等々考えられる種々の計画を主導実行している。しかし実効が現れたとは言い難い。行政の各省庁の壁が原因であるとは言い難い。医療界からも、全国的に評価されるような種々の先見的な試みが行われてきた。病院構内禁煙、禁煙外来の設置、学校に申し入れて健康教育、等々先鞭をつけてきた。

世界的には活発な禁煙運動、たばこの値段を上げること、喫煙に罰則を設けることなどが効果をあげている。我国では依然 36.6% (女性 9.5%)、オーストラリア、ブラジルは 20%、これ以下にすることは、至難の業である。一般には①たばこ

の値段、②社会的圧力、③精神科的対応、④教育が有効であることが認められている。結局は他に押し付けられてするのではなく、自分の健康は自分で護るという意識がない。これは教育しかないのではないか。それは高校、中学では遅すぎる。小学校から教育するべきではないか。小学校の教育には、健康というものが切実に取り上げられていない。がん予防は小学生時代からくり返し取り上げるべき問題であるのに、「がん」という項目もない。日本の学校保健教科書は素晴らしいが、執筆者は学校の先生で医学関係者は一人もいない。また自分を護る予防医学の見地から書かれていないなどの意見あり。

喫煙問題に限らず、子宮頸癌にしても、胃がんにしてもがんの始まりは既にこども時代に決定づけられている。これを過ぎると手遅れになる怖れがある。

神谷奈保子北海道教育長が出席、発言あり、学校教育学習指導要項に健康教育全体について記述しているが、現実的に子宮頸癌予防、喫煙の害、がんの原因となる感染症の予防など、一生涯自分の身をどのように護るかを早くから教育する時代が到来したと感じている。小、中、高の成長に応じた教育も大切だが、性教育を含めて、保健、体育、道徳の時間を使って、低学年から指導する必要が有ると思う。

実際問題として一般に教科書は立派だが、保健体育、養護教育の先生は、やはりがんのことをよく知らない。自信をもって教えられない。医学部に入った学生でさえ性の問題、がんの知識は非常に乏しい。小学生、中学生の健康教育に医学部から教員を派遣することを申し込んだ事もあったが、こどもに生々しい話しは早いと拒絶された。医学部、医師会から講師を派遣する用意はある。以上の建設的な意見を受けて、座長から、早速この機を逃さず、教育界、医学界が話し合っって具体化する事を提案した。

発展途上国の問題も、小林演者のスリランカでの体験が原点で教育の問題に帰せられる。田島アジア太平洋がん学会事務総長の意見では、がんという共通の敵に対しては、途上国も、日本も同等の問題として取り上げる必要がある。日本は情報という点では advantage が有り、提供できるが、しかしそれのみでなく、一言でいえば「社会力」、端的に言えば国力を向上する事が第1歩である。



日本はそれに貢献することに努めなければならない。

垣添忠生日本対がん協会会長のまとめ

このシンポジウムによってがんは予防できることを各講師にはっきり示していただいた。またそれを有効に進める方向も討論して頂いた。Keyword はやはりこどもであることが明らかにされた。「がんは予防できる、日本はこれでよいか、よくない」というのが結論である。このシンポジウムで論議されたことは、そのまま国の対がん政策でも同じで、小学生からのがんの教育が取り上げられなければならない。これまでも教科書的にがんの教育について一応の対策はされているが、現実には動いていなかった。国の基本計画後半5年には、このシンポジウムで示された「こどもの教育、こどもからのがん予防」「がん予防施策の重視」「合理的ながん検診」が重要な示唆を与えたと思う。地域内での教育分野、医療分野の直接的な連携のきっかけが生まれたのは具体的な収穫であった。

司会者からのお願い

参加された皆様には、今日、がんは予防できることを良く判っていただけたと思うが、どうか帰られてから、がんはからその事実を多くの人々に広めていただきたい。がん予防できることは確実だが、その効果的な推進には、教育の問題、地域連携の問題、政策レベルの問題を含めて存在すること、またがん対策の運動が地球レベルで行われている事を理解して頂きたい。

(110314 菊地浩吉記)



がんのコスト (Cost of cancer)

東北大学大学院医学系研究科医療管理学教授
濃 沼 信 夫

がんのコスト

がんのコストとは、がんによる社会の経済負担のことであるが、これには、直接費用と間接費用がある。直接費用はがんの医療費である。間接費用は、元気であれば本来得られるはずの生産性(賃金稼得額)喪失による逸失利益(経済的損失)であるが、これは入院や通院による労働生産性低下による逸失利益(罹患コスト)と平均余命よりも早死にすることによる逸失利益(死亡コスト)に分けられる。

死の恐怖、人間関係や生き甲斐の変化に伴う苦痛など、がん罹患には精神的損失も少なくない。これを貨幣換算して間接費用に加える事もあるが、換算が容易でないこと、個人差が大きいこと等の理由から、加算しない方が安全である。しかし、高速道路の渋滞による経済的損失の算定などでは、イライラや疲労による仕事への影響など、精神的な損失が加えられるのが一般的である。渋滞による莫大な経済的損失を減らすため、高速道路の整備を強力に進めるべきとのアピール性が増す。

がんの直接費用(医療費)

日本の2007年度のがんの医療費は、2兆6,958億円である。これが国民医療費、一般診療医療費に占める割合は各7.9%、10.5%である。最近のがん医療費の伸びは、国民医療費の伸びの2倍を超える。医療費については、多くの医療提供者がもっと増やすべきとしているのに対し、財政当局は適切に抑制すべきとして、両者の主張は真っ向対立する。世論も、この相反する意見で二分される。

一方、がんのコストについては、これは少ない方が良いという意見に異論はないであろう。国民の2人に1人ががん罹患するとされる今日、その損失は、個人にとっても社会にとっても、大きなものに違いない。がんの治療や予防活動は、この大きな経済損失を最小化する壮大な闘いともいえる。その役割は、過小に評価されてはならない。

がんの間接費用(逸失利益)

人口動態調査、国民医療費、患者調査、国勢調査、労働力調査などの諸統計を用いて試算すると、2005年度のがんの入院コストは4,182億円、通院コストは1,275億円、死亡コストは6兆5,617億円で、間接費用の合計は7兆1,074億円である。この年のがん医療費(直接費用)は2兆5,748億円であるから、がんのコストは9兆6,822億円となる。これはGDP(国内総生産)の2%に匹敵する巨額である。

臓器別に見たがんのコスト

部位別にみると、肺がんは、医療費3,046億円、罹患コスト708億円、死亡コスト1兆2,019億円で、合計1兆5,773億円となり、最も高額である。胃がんは、各3,191億円、722億円、9,909億円で、合計1兆3,822億円、また、大腸がんは、各3,671億円、760億円、7,948億円で、合計1兆2,379億円である。なお、部位別の医療費は、厚生労働省の国民医療費には公表されていないので、患者調査、社会医療診察行為別調査により推計した。

米国のがんのコスト

米国のがんのコスト(2008年)は、2,281億ドル(約21兆円)と推計されている。内訳は、医療費932億ドル、罹患コスト188億ドル、死亡コスト1,161億ドルである。医療制度の違い、最近の円高・ドル安傾向による為替の変化などで単純な比較はできないが、米国のがんのコストはわが国のほぼ2倍の水準にある。

がんの死亡コストの比重

わが国の場合、がんのコストに占める死亡コストの割合は、全部位で68%であり、部位別では、肺がん76%、胃がん72%、乳がん56%などである。肺がんや胃がんの早期死亡による逸失利益は大きく、生存率の更なる向上、胃がんでいえば、特に59歳以下の若年患者の救命が課題であるこ

とが、医療経済の観点からもうかがえる。

米国におけるがんの死亡コストは、2020年に1,476億ドルに達すると予測され、肺、大腸、乳房、膵臓、脳の各がん、および白血病の死亡率を年間1%減少させることができれば、経済損失を年間8億1,400万ドル削減できるとの推計がある。

がん予防の経済効果

がんのコストは、がん医療の経済評価に用いられるとともに、がん予防とがん医療の意義について国民の理解と意識を高めるのに有用である。また、効果的、効率的な政策決定と資源配分を促し、がん医療に必要な財源を確保する上で威力を発揮する。とりわけ、がん対策基本法に謳われた、国家としてがん対策を強力に推進する根拠を明示するものである。

がんのコストは、政策決定において、がん対策に優先的に多くの資源配分を行うことの合理的な根拠ともなる。すなわち、同様の方法で、他の疾病について経済損失(疾患のコスト)を試算すると、心疾患3兆5,797億円、脳血管疾患1兆

7,954億円、糖尿病1兆1,166億円、自殺1兆6,451億円などとなり、がんの経済的損失が最も多いことがわかる。

がんの逸失利益、とりわけ早期死亡による逸失利益は、心疾患、脳血管疾患と比較してみても、群を抜いて多い。がん対策推進基本計画(2007年)で示された、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)という目標(10年以内)の達成は、必要性も緊急性も極めて高いといえる。

(日本がん予防学会 News Letter No 65 に掲載された原稿を一部改変)

東札幌病院が UICC に参加

札幌での UICC 世界対がんデーに参加された東札幌病院の石谷邦彦理事長より、同病院として UICC にメンバーとして加入したいとの申し出があり、現在手続きを進めている。UICC 日本委員会の加盟組織は 29 となる。

予告

2012 年世界対がんデーシンポジウム

“がんの痛みからの解放—先進国水準を目指せ—

日時：2012年2月4日(土)

会場：大阪国際会議場

現在患者支援委員会の笹子三津留委員長を中心に準備を進めている。

2011 日本癌治療学会：UICC 関連企画

“新 TNM 病期分類システムと日本の病期分類システム(仮称)

2011年10月27-29日 名古屋国際会議場で行なわれる日本癌治療学会で、このテーマのもとにシンポジウムがもたれる。現在 TNM 委員会浅村 尚委員長を中心に準備を進めている。

2011 日本癌学会：UICC 関連企画

2011年度の日本癌学会学術集会は、田島和雄愛知県がんセンター研究所長・UICC 理事を会長に10月3-5日に名古屋国際会議場で行なわれる。UICC 関連企画が以下のように組まれている。

International Session: “Asian approaches to tackling global clinical research”

Chairpersons: Dr. Hideyuki Akaza, Dr. Jae Kyung Roh

Speakers: Eduardo Cazap (President of the UICC, Argentina) and 2 from Korea and 2 from Japan

特別企画: “第9回 UICC 国際癌会議から学ぶこと”

演者: 菅野晴夫癌研顧問・元 UICC フェローシップ委員

内容: 日本の UICC 国内委員会の構築と UICC への参加などの経緯についての説明および第9回国際癌会議のハイライト録画(DVDの英語版)の供覧と解説。

2011 年度の UICC 日本委員会総会

7月23日(土) 12:00 - 14:30 に
経団連会館で行なわれます。

東日本大震災へのお見舞い

UICC 日本委員会 会員各位

2011年3月11日の東日本大地震と津波、放射線汚染、および引き続く余震に被災された方々とその関係者に心よりお見舞いを申し上げます。

UICC 日本委員会

UICC ジュネーブ本部から以下のお見舞いを頂いています。

Dear Tomo,

The Union for International Cancer Control (UICC) is deeply grieved by the disaster that struck your country last week. All our thoughts are with the Japanese people and particularly our colleagues and members.

We, at the UICC are committed to help you to the full extent of our capabilities. Please let us know how we can be of assistance.

We send our deepest sympathies to you, the members of your staff, their families and friends.

Best regards,

Cary Adams CEO, UICC (March 15, 2011)

UICC 日本委員会の委員と役割分担

委員長	北川 知行
幹事	田島 和雄
総務	垣添 忠生
学術	武藤徹一郎
財務	高木 敬三
監事	加藤 治文
専門委員会	
疫学予防委員会	浜島 信之
喫煙対策委員会	望月友美子
患者支援委員会	笹子三津留
TNM委員会	浅村 尚生
広報委員会	河原ノリエ
対がん協会	荒田 茂夫

UICC 本部	
理事	田島 和雄
Task force 委員	望月友美子
Fellowship 委員	野田 哲生
TNM 委員	浅村 尚生

アジア・太平洋癌学会 (APFOCC)	
Secretary General	田島 和雄
	赤座 英之

アジア・太平洋がん予防機構 (APOCP)	
Secretary General	K-Y Yoo

UICC-Asia Regional Office (ARO)	
Head	Malcolm A Moore

UICC 日本委員会加盟組織

愛知県がんセンター	大阪成人病予防協会
(財)大阪対がん協会	大阪府立成人病センター
神奈川県立がんセンター	(公財)がん研究会
(財)がん研究振興財団	(財)がん集学的治療研究財団
県立静岡がんセンター	国立がん研究センター
埼玉県立がんセンター	(財)佐々木研究所
(財)札幌がんセミナー	高松宮妃癌研究基金
千葉県がんセンター	東京慈恵会医科大学
東京都立駒込病院	栃木県がんセンター
新潟県立がんセンター	日本癌学会
日本癌治療学会	(財)日本対がん協会
日本乳癌学会	日本肺癌学会
日本婦人科腫瘍学会	東札幌病院
(財)福岡県すこやか健康事業団	
北海道対がん協会	宮城県がんセンター

賛助会員

(山極-吉田国際奨学金)
協和発酵キリン (株)

(がん予防活動)

アメリカンファミリー生命保険会社
グラクソ・スミスクライン株式会社

UICC ホームページ : www.uicc.org
UICC 日本委員会ホームページ : www.jfcr.or.jp/uicc