

国立がん研究センターだより

THE NATIONAL CANCER CENTER

NEWS

2010
Vol. 1
No.2

CONTENTS

- 1 国立がん研究センターのこれまでの取り組み、及びこれからの課題について
[境田 正樹]
- 2 国立がん研究センター監事に就任して
[久道 茂]
- 3 国立がん研究センター監事に就任して
[長崎 武彦]
- 3 見做しの取れたがん診療連携拠点病院
[木下 平]
- 4~5 がん研究センター東病院組織図
- 5 副院長挨拶
[小菅 智男]
- 6 教育担当副院長に就任して
[渋井 壮一郎]
- 7 国際共同試験とメディアカ- ASCO2010 annual meetingに参加して
[中村 健一]
- 7 米国癌治療学会 (ASCO) に参加して
[島田 安博]
- 8 ASCO—その情報の信憑性は？
[向井 博文]
- 9 第57回 米国核医学会に参加して
[吉本 光喜]
- 9 第69回 日本癌学会印象記
[安永 正浩]
- 12 第32回国際がん登録協議会学術総会を主催して
[祖父江 友孝]
- 表4 ホームページアクセス&更新情報
- 表4 一日平均患者数



国立がん研究センターのこれまでの取り組み、及びこれからの課題について



国立がん研究センター理事長特任補佐・弁護士 境田 正樹

早いもので、平成22年4月1日に理事長特任補佐に就任し、はや8ヶ月が経ちました。就任当初は、当センターの内実や当センターを取り巻く外部環境を把握するのに手一杯でしたが、8ヶ月が経過し、ようやく当センターに内在する問題点や課題、そしてそれに対する解決策が見えてきた様に思います。

本稿では、これまで、嘉山理事長とともに重点的に取り組んで来た施策やその背景事情、今後のセンターの重要課題などについて述べたいと思います。

【1】当センターが医療イノベーション国家戦略の司令塔として果たすべき役割

既に多くの有識者から指摘されてきたように、我が国の医療イノベーションは、今日に至るも、メガサイエンス時代に即応した国家戦略の司令塔が不在のまま、従来どおりの縦割り行政による政策立案・予算配分により執り行われています。

現場を知悉したアカデミアによる統一的な国家戦略のもと、薬事承認機関や臨床機関、研究機関、知財部門、ベンチャー企業、製薬企業、医療機器メーカー等各ステークホルダーが、一体となり、有機的に連携しながら、新薬や医療機器の開発に取り組んでいる医療先進国と比較すれば、今日の日本の医療イノベーション体制が、相当出遅れてしまっていることは明らかで、既に新薬の承認件数などでも歴然とした差が出ています。この体制を早急に改めない限り、日本発の画期的な新薬や医療機器の開発はもとより、多くのがん患者の方々の悲願であるドラッグラグ、デバイスラグの解消も望むべくもありません。

当センターでは、このような問題意識をもとに、これからの日本の医療イノベーションは、研究開発現場を十分に知悉しない行政官のみが担うのではなく、研究・臨床現場、アカデミアその他のステークホルダーも巻き込む形で国家戦略を立案すべきとの考えから、本年4月の独法化以降、今日まで、以下のような取り組みを行ってきました。

- (1) 当センターが、これからの国家の知的財産戦略立案の拠点となるべく東京大学TLOと業務提携を行うとともに、6ナショナルセンター全体で共通の知財本部を設立することを合意しました。
- (2) 治験の遅れを解消するため、オールJAPAN体制での臨床試験体制を確立すべく、都道府県がん連携拠点病院を中心に「臨床試験部会」を立ち上げました。
- (3) 当センターが、重要政策に関するリサーチ・アドミニストレータとしての役割を担うべく、産・学・官・マスコミの関係者を交えて「国家戦略としてのがん研究シンポジウム」を開催し、各テーマ毎の具体的な政策課題について熟議を行いました（第一回「大規模ゲノム医学研究の方向性」、第二回「がんワクチンの実用化に向けて－入口から出口まで－」）。
- (4) 今後、オールJAPANのバイオバンクを創設することを目指すため、6ナショナルセンター全体で共通のバイオバンクを設立することについて合意をしました。
- (5) 研究者の相互交流・連携を図るため、東京大学医学部等に対し連携大学院に関する申し入れを行いました。
- (6) 今後、日本においても、メディカルイノベーション研究予算を統括する米国NIHのような組織が必要になることから、他の5ナショナルセンターに対し、日本版NIH創設に向けた提案を行いました。

平成22年11月には厚労省・文科省・経産省の政務三役による「医療イノベーション会議」が新成長戦略実現会議の分科会の一つに格上げされ、また、同年12月には、同会議により、内閣官房内に、新たに「医療イノベーション室」が設置されることが決まりました。「医療イノベーション室」は、産学官の連携及び官内部の各省連携のもとに、国家戦略の司令塔となるべき組織です。今後、当センターは、「医療イノベーシ

ョン室」と緊密な連携関係を保ちながら、国家戦略の司令塔の一翼を担うべく、これまで以上に、重要な役割を果たすことが求められています。

【2】当センターが研究開発型独立行政法人のモデルケースとして果たすべき役割

私は、昨年秋に発足した「独立行政法人ガバナンス検討チーム」の有識者委員の一員として、これまで、理事会組織の常設化、監事機能の強化など、様々な独立行政法人制度の改革案を提言してきました。しかしながら、本年4月以降、実際に当センターの常勤となり、日々の運営に携わってみると、現行の法制度では、十分に対応できない様々な課題があることが分かりました。具体的には、(1) 所轄官庁から独法に課された中期目標が、研究現場、臨床現場の実態や課題とかけ離れている場合があること、(2) 研究開発法人は科学技術の進歩に即応してフレキシブルな対応をすべきであるのに、現状では、主務大臣から与えられた中期目標に拘束され、機動的な対応ができないこと、(3) 与えられた課題を確実に実施するための具体的な手法については、研究開発の特性を踏まえ、法人に委ねるべきであるのに、法人の運営面に関しては各種通知等により細かな制約が課されていること、(4) 法人は多数の研究者や組織的取組により研究開発を担っているため、研究開発の進展に応じて必要な資金が大きく変動するという特性があるのに、現行の（業務効率化係数の課された）運営費交付金による資源配分では機動的な資金運用が困難であること、(5) 研究開発の成果は短期間で成果が出ないものもあるため、中期目標の期間設定（5年間）では正当な評価が難しい研究もあること、(6) 長期的かつ不定型といった研究開発の特性に応じ、予算執行の繰り越しを認めるべきなのに、現行下では弾力的な予算執行が難しいこと、などです。

当センターが、科学技術政策につい

ての国家戦略の一翼を担う研究開発型独立行政法人のモデルケースとして、他の研究開発型独立行政法人の指標となるべく、現行制度の様々な問題点を指摘すると同時に解決策も提示していきたいと考えています。上記(1)～(6)以外にも改善点がありましたら、是非、積極的にご提言頂きたいと思えます。

[3] 最後に

本年4月以降、嘉山理事長とともに様々な改革に着手して参りましたが、私が嘉山理事長と共有させていただ

ている理念は、「真の政治改革は、人員の削減や予算を削ること、単に組織のあら探しをすることではない。その組織の問題点を正確に把握し、健康体に生まれ変わらせ、個人個人を尊重しながら、能力啓発を支援し、結果として組織全体の付加価値を最大限高めることである。」ということです。

この理念を実現するためには、全職員が自らを研鑽すること、加えて全員が力を結集し、一丸となって、目標に向かって取り組むことが必要です。

また、上記【1】、【2】で述べたように、私たち、国立がん研究センターは、国家戦略立案を立案すること、また、研究開発型独立行政法人の改革案を提示することなど、今後の医療イノベーションの実現に向けて非常に重要な国家的ミッションを担うことが求められています。

今後とも皆様方のご支援やご協力を頂きながら、これらの重要課題に取り組んで参りたいと思えます。

今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

02

国立がん研究センター監事に就任して

日本医学会副会長・東北大学名誉教授 久道 茂



平成22年4月1日付けで当センター監事(業務監査)に就任しました。自己紹介しますと、現在日本医学会副会長、財団法人宮城県対がん協会会長(理事長)の職を務めています。平成14年東北大学医学部教授(公衆衛生学講座担当、がんの疫学)を定年退官し、現在東北大学名誉教授ですが、大学では医学部長を6年間勤め、その間国立大学の独立行政法人化への移行作業に関り、退官後は、宮城県立4病院(うち県立がんセンター総長を兼務)の病院事業管理者を5年間務め、その間、県立こども病院的な地方独立行政法人化の業務に関り、病院運営と経営に深く関わってまいりました。

国立がんセンターが国の直轄事業から非公務員型独立行政法人国立がん研究センターに移行したのは、独立行政法人通則法(平成11年法律第103号)と高度専門医療に関する研究等を行う独立行政法人に関する法律(平成20年法律第93号)を根拠にしたものです。なぜ独立化したのかについては、理事長の挨拶の中に詳しく述べておりますのでここでは省略しますが、直接民営化されなかったという意味は、その事業を「民間の主体にゆだねた場合には必ずしも実施されないおそれがあるもの又は一の主体に独占して行わせること

が必要であるものを効率的かつ効果的に行わせることを目的」としているからです。つまり政策的事業(医療・研究等)のほとんどは不採算事業であるので、民間に委託をするとすぐ中止の憂き目に遭うのです。それでは国立がん研究センターの目的が達成できません。独立化するとすぐ黒字経営にすることだとイメージする人がおりますが、決してそうではないのです。

西田在賢氏は「経営という言葉は日本では、ややもすると「金儲け」と同義に使われることが多いが、もともとこの言葉は古くは平家物語や太平記にも見受けられるように、意味するところは基礎固めをして建物をつくること、あるいは創意工夫して物事を営むことであり、「やり練りの科学」である」と述べています。通則法に書かれている「効率的かつ効果的」とは、そういう意味だと解すべきでしょう。

法律19条にある監事の職務及び権限はきわめて重大でかつ責任を伴います。その第5項では、監事は監査の結果に基づき、必要があると認められるときは、法人の長又は主務大臣に意見を提出することができる、となっています。そのため20条第2項で、監事は主務大臣が任命する、と規定されているのです。多くの方々イメージする監事の役割

は、学会や財団法人の監事の仕事でお分かりのように、年1回の決算前の会計監査が主なものだという理解です。今回私が就任した監事の役割は業務監査が主であり、もう1人の監事は会計監査が中心となります。当センターの監事監査規定に、その目的として「センター業務の適正かつ効率的な運営に資するとともに、会計経理の適正を期することを目的する」とあります。法令や諸規定等に照らして適正かどうかということを監査することになります。病院に関する法律は多岐にわたっており、医師法、医療法、薬事法、保助看法は勿論のこと、労働関連法、環境関連法、会計処理に関するあらゆることが関係してきます。皆様には枝葉末節に思われるようなことまで監事の関心事が向くときがありますが、すべては「All Activities for Cancer Patients」のためとご理解いただければ幸いです。

改革というのは、それが急であればあるほど様々なところに軋みと痛みを伴うものです。あまりギシギシしてもうまくいかないものですし、ゆとりがないと艶も出ないものです。国立がん研究センターがまた輝きを取り戻し、世界に冠たるものになるよう皆さんと共に全力をあげたいと思えます。よろしくご協力ご指導をお願いします。

国立がん研究センター 監事に就任して

公認会計士 長崎 武彦



この度、4月1日付けにて国立がん研究センター監事に就任いたしました。

私は40年余り公認会計士として監査法人において主に上場会社の会計監査に従事するとともに、この10年間は約6,500名余の構成員を擁する監査法人の運営に携わって参りました。

この間、多くの企業・団体の運営体制、ガバナンス等について体験し、また助言をしてきたところであります。従いまして、私は医療の現場については門外漢であります。国民の生命に係わる高度専門医療の研究・提供を使命とする国立がん研究センターの関係者の皆様のご尽力に深く敬意を有しております。この度、新しく独立行政法人としてスタートした当センターの組織・運営等について監事として私の今までの経験を生かしてお役に立てる機会を与えて頂いたことを光栄に思うと共に責任の大きさを痛感しております。

今まで、国の直轄の下で運営されてきた当センターが一部制約はあるとしても独立行政法人としてその社会的使命を果たすためには役職員一体となつての自立的・効率的運営が求められております。

そこではまず、センターとして組織体制を確立し、適切な人材を配置した上で、運営の基本的事項を規程化し、必要な細則、マニュアル等を整備し、これに基づ

いた組織的運営を行うことが必要です。次に、自ら事業計画を策定し、これの遂行に全力を傾注すると共に正確な実績資料に基づいてその進行状況を自らチェックし、必要な改善を行うことにより事業目的の達成を図ること、即ち、PDCA (Plan, Do, Check, Action) をセンター内の各部門にて実践することが求められていると考えます。民間ではこのPDCA手法は有用な経営管理の一環として広く月次ベースで採用されております。

今年4月より政府においても「予算監視・効率化チーム」を各府省庁内に設け、行政事業計画の策定、予算の申請、予算執行状況の計画との対比、効率的執行について3カ月毎ではありますが、このPDCA手法により管理する制度がスタートし、実行しております。微力ながら私も厚生労働省のこのチームの外部委員として参加し、国の予算の約55%に相当する114兆円（平成22年度）という巨額予算についてその行政事業の多岐に亘ることに伴う内容の複雑さ及びその執行状況の適時管理の困難さを痛感しております。

当センターへの運営費交付金もこの予算の中に含まれており、事業計画に即した効率的な執行を切に願うものであります。当然のことですが国の予算の財源は

国民の税金でありますからその用途は透明性があり、国の事業目的に合致しており、また効率的な執行と共に国民への説明責任が求められております。

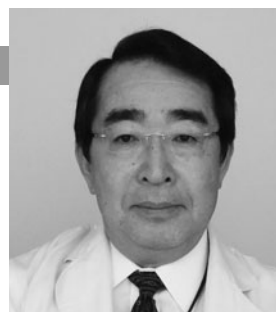
当センターにおいても研究部門では高度専門医療に関する研究機関として事業計画をベースとしてより良い成果を挙げるべく所員一同の精励を望みます。また、臨床部門においては医療機関として国民に信頼されかつ最善の医療を提供することがまず第一であることは申すまでもありませんが、今後は独立行政法人として財務面での収益性も大事であることを付言いたします。研究と臨床の両部門が相互に連携し、相乗効果を発揮してがん医療に関する中心機関としてその取り組み及び成果を内外に発信し、その存在意義をますます高められますことを期待しています。

新しく発足した国立がん研究センターは嘉山新理事長のリーダーシップの下で全役職員が英知を結集してそのミッションを達成するべく一体性を保持した組織に急速に変貌する過程にあると感じております。私は監事として監視機能を職務としつつ、運営面等において気の付いたことを助言し、役職員の皆さんと共に新しい国立がん研究センターの発展のお役に立てることを希望しております。

今後ともどうか宜しく願いいたします。

見做しの取れたがん診療連携拠点病院

東病院 病院長代理 木下 平



独法化後、これまで見做しがん診療連携拠点病院として、多くの義務を課せられたがん診療連携拠点病院を stay away で「大変だなー」と人ごとのように見ていた立場が急転、大変な責務を

負う見做しの取れたがん診療連携拠点病院となったことが判明し、「これは大変だ！」ということになった。特に5大がんに適応される地域連携パスを動かさなくてはならないことが最大の問題

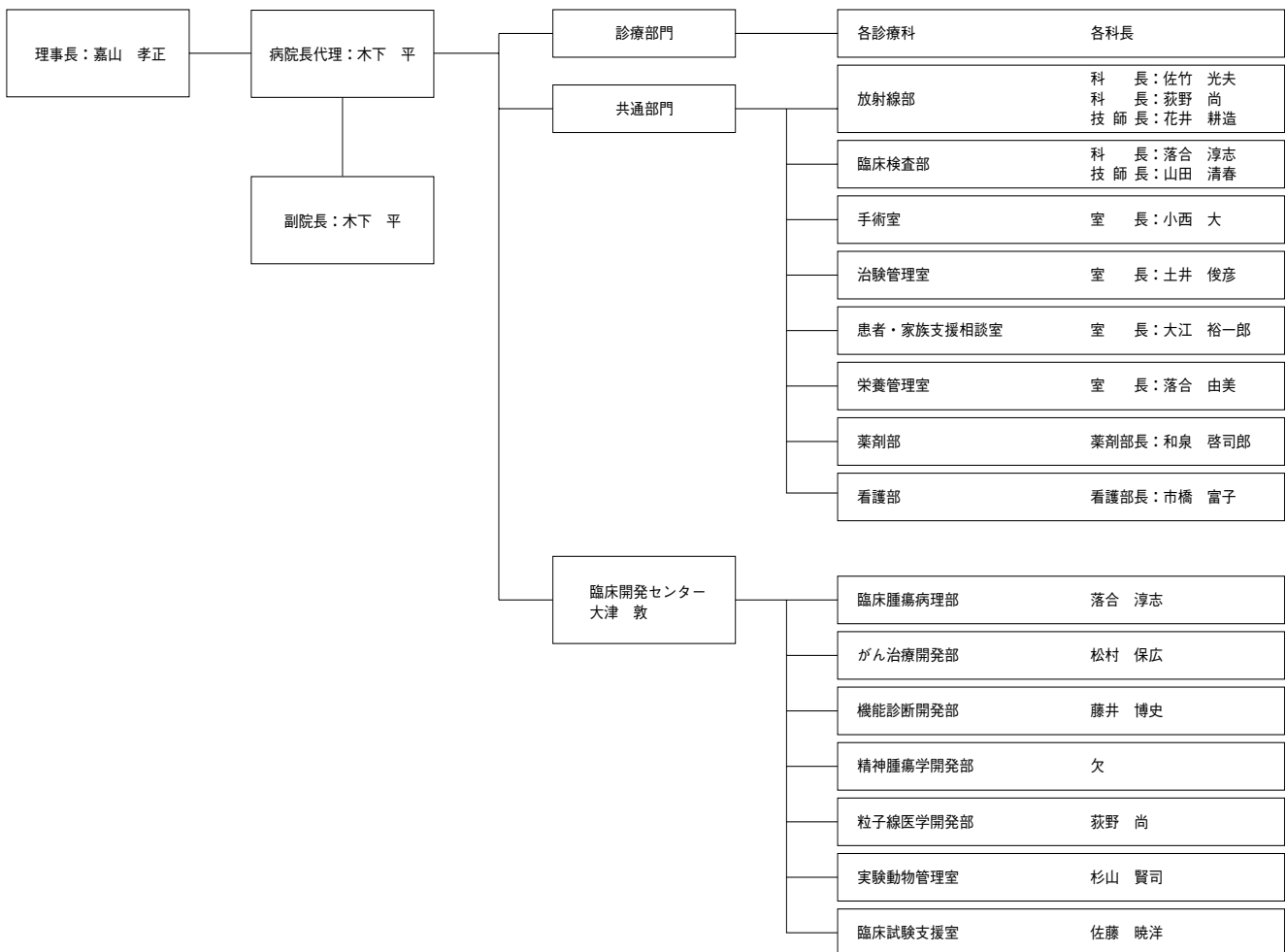
で、千葉県は全国に先駆けてパスの検討を開始し、作製も終了、すでに県内のがん診療連携拠点病院は周辺医療機関に対する説明会を行い、今にも始まらんとする状況で、我が方は2年以上

の遅れをとっている状況であった。そのことが判明した7月に緊急の医療連携パスの連絡会を院内で行い、5大がんの内科、外科の担当を決め、大至急適応患者を決める作業に入った。なんといっても東病院は地域の病院であり、中央病院と比較しても圧倒的に周辺地域の患者さんが多く、周辺医療機関との連携は必須である。焦っている幹部の耳に独自のパスの無い茨城県、埼玉県
の病院に都内の連携拠点病院が東京都のパスでの連携を打診して回っているという情報が入り、増々深刻な事態となった。柏地区では松戸市立病院と慈恵柏病院があり、そこで開催された地域連携パスの説明会に情報収集のため参加、無床の診療所やクリニックの先生は受け入れ易いが、CTなどの検査機器を有し、がんの手術や化学療法を行っている中小の病院では、強い反発があることがわかった。この連携パスはがん診療を連携拠点病院に集中させ

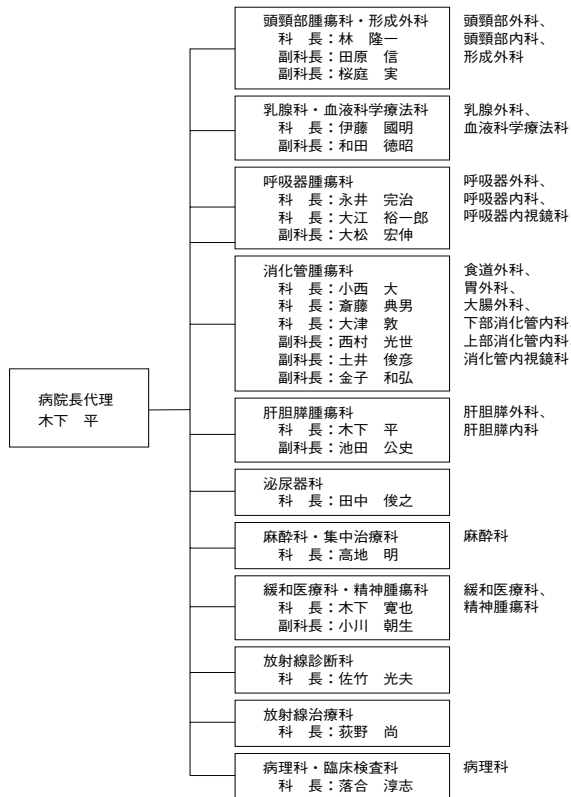
る目的で作られたものとする向きがあり、事実パスでは、計画策定病院である拠点病院では、画像診断を含めた検査が定期的に行われるが、連携医療機関では血液検査と診察のみが行われるシステムになっている。画像診断を含めた経過観察能力を有する中小の病院に対しては失礼と思える内容になっている。しかし東病院への患者の紹介元としてのお得意様は慈恵柏、松戸市立病院を含む大、中小病院なのである。江角先生の号令一、紹介元医療機関のリストが作成され、病院訪問計画が検討された。おおざっぱにいわゆる開業の先生方は各診療科の先生方が、大中小病院は幹部で回ることになり、全部で200以上の病院が列挙された。忙しいスケジュールを縫っての訪問のため、未だ20に満たない状況であるが、各病院の対応は様々である。びっくりするような大人数で待ち構えられることもあり、多くても4~5名で対応して

いる当方の態勢では申し訳なく思われることも多々ある状況である。非常に友好的な病院もあれば、前述した警戒心でパス自体の意義を疑問視する意見を述べられる先生もおり、時には攻撃的な質問で撃たれる場合もあり、大変である。連携パス自体は言ってみれば全体での連携のほんの一部にすぎないわけであり、本当に重要なのはもっと大きな連携であることをご説明し、決して先生方の患者を奪おうと思っていないわけではないと言いつつも、患者さんのご紹介を今後ともよろしくと矛盾したお願いをしているのが現状である。今後東病院の診療規模を拡大していくためには、必須の過程であり、実際回ってみて感じることは直にお話して情報交換することが今後の連携のため非常に有用であると確認できたことである。これを肝に銘じて何とがん診療連携拠点病院の責務を果たそうと、あたふたしている今日この頃である。

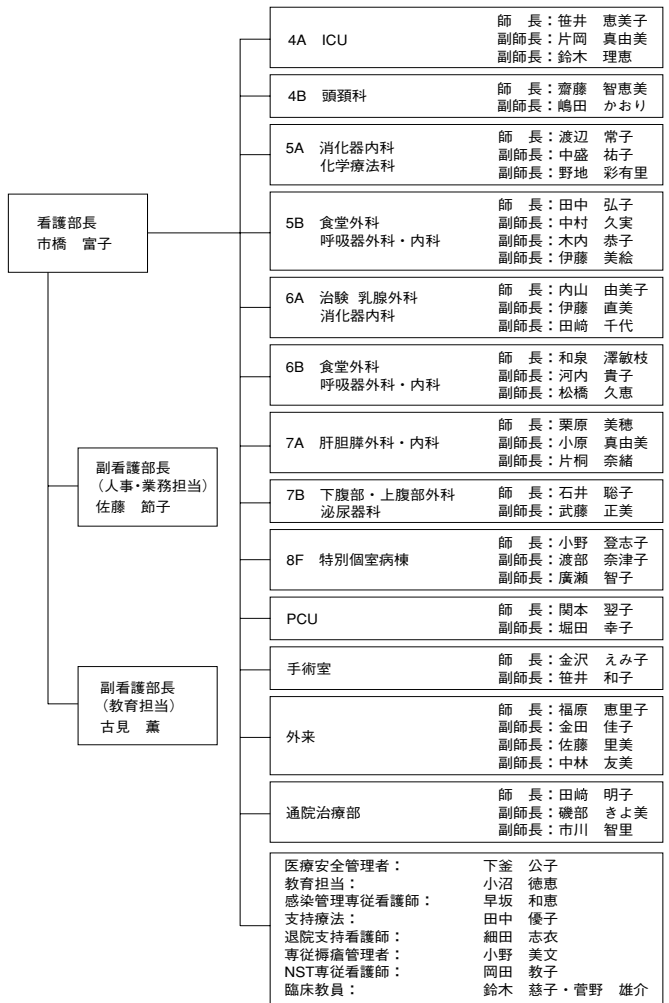
■がん研究センター東病院組織図



■がん研究センター東病院診療体制図



■がん研究センター東病院看護体制図



副院長挨拶

中央病院 副院長（診療担当） 小菅 智男

国立がんセンターが独立行政法人国立がん研究センターとして再スタートを切ってから半年以上が過ぎました。この間、嘉山理事長の強力な指導力の元に次々と組織改革が行われ、現在もその途上にあることは皆様ご承知の通りです。

中央病院にかかわるだけでも数多くの変更がありましたので、一部の先輩方からは診療への影響などについてご心配の声も伺っております。そこで、この機会に旧体制の問題点を総括し、新体制への移行によってどのような変化があったのかを中央病院の視点からまとめてみたいと思います。

旧体制の「国立がんセンター」は「厚生労働省の施設等機関」でありました。そのため、組織運営は運営局、診療は病院、研究は研究所というような役割分担がありました。また、病院は国の機関、職員は国家公務員として、総定員法や人事院規則、会計法などの役所を想定した法律や規則が適用されました。職員に公務員としての身分保障を与え、医療職を経営や組織管理から切り離して、診療に専念できるようにするという配慮があったのかも知れません。しかし、そのために数々の制限が課せられ、自律的な意思決定ができないという大きな問題点を抱えていました。



たとえば、職員の人事ひとつをとっても、任免権者や実質的な決定権が組織の外にあったり職種によって異なったりしていたため、組織のトップであっても決定はできず、お願いをするばかりでした。必要な経費にしても、研究費や補正予算に依存した部分が少なからずあり、全体の把握も計画的な運用も困難でした。

診療組織は診療科ではなく診療現場を優先した形になっており、多くの医師は病棟部や外来部に所属していました。この形式は、設立当初からのもの

であり、診療科の垣根を取り払い、自由な発想で開発的な医療を行うという意味が込められていたのだらうと思います。しかし、現実には、診療科ごとの特殊性を無視した医療を行うことはできませんので、公式の組織とは別に、病院長の下に診療グループを構成して、診療・研究にあたってきました。しかし、診療グループは同好会のような位置づけになってしまいますので、責任体制が不明確でした。また、部長以上の職にある医師は診療科の利害を離れるべきであるという暗黙のルールがあったため、診療グループの責任者とは別にその診療科を専門とする部長が存在するという二重構造ができてしまいました。

このほかにも、責任と権力の所在が

曖昧な状態があちこちにあり、医療機関としては極めて運転の難しい組織であったと思います。それでも一定の診療・研究レベルを何とか保つことができたのは、個人の能力と自己犠牲に負うところが大きかったと感じています。

新生国立がん研究センターでは、意思決定の機構が明確になりました。中央病院の組織も現実の診療・研究に対応した診療科を中心に再編成され、科長制の導入によって責任の所在が明確になりました。これまで横線で区切っていた表を縦線で区切り直したようなものですが、従来からの長所である診療科間の垣根の低さは維持できていると思います。また、医事や栄養部門が病院の指揮系統外にあるという不可思

議な状態も解消されました。個人的には複数副院長制が導入され、業務が分担されたことも大きな改善点のひとつです。

旧体制はいわば「保護者」つきの組織でした。独立行政法人としての新しい組織は同じ言い方をすれば成人式を迎えたばかりというところでしょうか。多少、足下がおぼつかないところがあるにしても、新体制への移行によって変わった部分の多くは、もともと問題点であった所です。私自身も含めて職員それぞれが自分の持ち場で全力を出しければ、旧体制を支えてきた職員の高い能力が一つの方向性を持って発揮され、大きな力になっていくと信じています。

06

教育担当副院長に就任して

中央病院 副院長（教育担当） 渋井 壮一郎

本年4月、新生国立がん研究センターが誕生し、嘉山理事長の指導のもとに大きな変革が進んでいます。病院の診療体制では科長制度が敷かれ、さらに機能的に委員会を再編成し、情報の伝達が確実かつ迅速になるよう整備されました。また、6月からスタートした副院長の複数制も大きな変革のひとつと言えます。診療、研究、安全、財務、教育の5部門の分野について、それぞれ小菅、飛内、荒井、藤原先生および私の5人の副院長が分担して担当する形になりました。前体制では、小菅副院長がひとりでされていた仕事を5人で分担して行うことになった訳ですが、部門が明確に分かれただけに、それぞれの責任は、より重大となったと言えます。私は教育を担当することになりましたが、これからのがん医療を支える若い医師、看護師、薬剤師、その他すべての医療従事者を育てるという責務の重大さを痛感しています。大学卒業以来、これまでの医師としての生活の大半を当院で過ごして来ましたが、ほとんどは脳神経外科という自分のフィールド内のみの仕事でした。副院長就任以来、その対象は一気にひろがりました。最初の仕事は教

育委員会の立ち上げと、来年度のレジデント、がん専門修練医募集に向けた準備で、それまでその存在さえよく知らなかったレジナビフェアへの参加、募集要項作成から始まりました。新規研修システムにより、多くの施設で医師確保が困難になっており、出展した各施設が工夫を凝らし、レジデントの確保に必死でした。中央病院からも10名の医師が参加し、40名を超える候補者への説明を行いました。

当院では従来より各科で多くのカンファレンスが実施されていましたが、全科で横断的に治療方針を決定するディスカッションの場がないと嘉山先生からのご指摘があり、7月末にTumor boardを立ち上げました。まずは、各科の標準的な疾患および治療法の紹介を主体に開始し、徐々に問題症例を対象としていろいろな視点からの治療方針決定への場に移行したいと考えています。9月以降は毎週火曜と水曜の16時から17時に行っており、当該科から提唱された治療方針が変更された例も出ています。夕方の限られた時間で、まだまだ全科からの出席者がある状態とは言えませんが、一日でも早く定着し、職種、診療科にとらわれず



ひとりでも多くの出席を得て、より効果的な治療方針決定のための熱いディスカッションが行われることを期待しています。また、がん患者さんは単に「がん」にかかっているだけでなく、その他に基礎疾患を有していることが多く、がんの治療に当たっては、それらにも十分な配慮が必要です。糖尿病や高血圧、さらに周術期の呼吸、循環、脳循環代謝などの管理に関する講演会も教育委員会として結局的に開いて行きたいと考えています。

すでに来年度のレジデント、がん専門修練医、薬剤師レジデントの募集が行われ、看護師採用試験も始まっています。新しく私たちの仲間となる彼らは、当院で得た知識、培った技術を日本中に広める責務をも担っています。我々スタッフも日々知識を更新し、技術を向上させなければならず、新しいメンバーと共に学ぶ姿勢が必要です。がん診療に関する教育は、国立がん研究センターが中心となって実施しなければならないもののひとつで、当院のがん診療の教育システムが、国内の手本となるようにしたいと考えています。

国際共同試験とメディアカ-ASCO2010 annual meetingに参加して

がん対策情報センター 多施設臨床試験・診療支援部 中村 健一

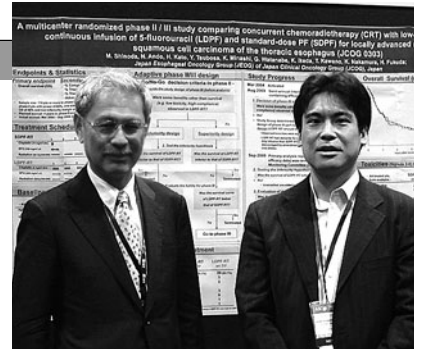
昨年は久々にOrlandoで開催されたASCO(米国臨床腫瘍学会)のannual meetingも今年は例年どおりChicagoのMcCormick Placeで開催された。年々ASCO自体の規模が大きくなっているために開催可能な会場に限られてきており、来年からもしばらくはChicagoでの開催が続くそうである。昨年は新型インフルエンザの影響で日本からの参加者は非常に少なかったが、今年は例年どおりに戻った印象であった。

われわれの多施設臨床試験・診療支援部が支援するJCOG(Japan Clinical Oncology Group)からは、今年はOral Presentationこそなかったものの、Poster DiscussionとGeneral Posterあわせて11の演題発表を行った。JCOGでは2年ほど前からメディア力(情報発信者の信頼性や影響力)向上を念頭に、デザインや色調を統一したポスターテンプレートを用いて発表を行っているが、今年の消化器系ポスターセッションではJCOGから同じデザインのポスターが3演題連番で発表され、狙い通り目立っていたのではないと思う。また、今年は消化器系のセッションでも欧米の司会者が「ジェイシーオージー」ではなく、しっかり「ジェイコグ」と発音してくれていた。ここ数年、続けてJCOGからOral Presentationでの発表が続いていたこともあるかと思うが、徐々にJCOGの知名度も上がってきているようである。

JCOG以外の演題の中で最も印象的であったのが進行胃癌を対象としたAVAGAST試験の結果である。残念ながら標準化学療法に対するBevacizumabの上乗せ効果は示されなかったが、それよりも目を引いた

のが地域間のベースラインの予後や治療効果の違いであった。すなわち標準治療群の生存期間中央値がアメリカ(ほとんど中南米)で約7か月、アジア(日本や韓国)で約12か月と倍近くも開きがあり、Bevacizumabの上乗せ効果もアメリカでは大きかったが、アジアではほとんど認められなかった。国ごとに異なる二次治療や支持療法の方法が、予想以上に大きな影響を結果に及ぼしたようである。患者登録期間の短縮と、広い地域での結果の一般化を考えて、近年多くの国際共同試験が行われつつあるが、国際共同試験の負の側面が大きくクローズアップされた発表であった。今後は医療環境の異なる国家群で別々の試験が行われたり、1つの試験でも地域ごとのサブグループ解析があらかじめ設定されたりするようになるかもしれない

それとも関連して今年目立ったのが中国からの発表である。Many patients, low qualityという発表がほとんどであったが、圧倒的な患者数と登録スピードは驚異的である。とにかく患者数が多いのでabstractも立派に見えるのであるが、実際の発表内容の質は低く、彼らはせっかくの発表でメディア力を落としていたように思う。近頃の尖閣問題で見られるチャイナリスクを考えても、国際共同試験の相手として中国は難しいであろう。ただ、AVAGAST試験で見られたベースラインの予後や治療効果の違いを見ると、自然とそれらの差異が比較的少ないであろうアジア諸国との連携を模索すべきという方向性にはなるだろう。JCOGでも胃がん外科グループが韓国との国際共同試験を実施中であり、JCOGデータセンター/



運営事務局としても、現在国際共同試験のノウハウを蓄積しつつあるところである。

一方、国際的なメディア力向上のためには欧米との国際共同試験への参加も重要である。今回のASCO期間中に、JCOGとNCCTG(North Central Cancer Treatment Group)のメンバーにより、現在計画中の国際共同試験の打ち合わせを行った。NCCTGはMayo Clinicを中心とする多施設共同臨床試験グループである。打ち合わせを行ったのは、彼らが「NCIホテル」と呼ぶホテルであり、ASCO期間中はNCI(National Cancer Institute)が多くの部屋を押さえているそうである。そのNCIホテルでは実に多数の打ち合わせが行われており、NCCTGのメンバーは、われわれとの会議以外にも多数の打ち合わせをこなしているようであった。そのほとんどが進行中/計画中の臨床試験に関する打ち合わせであり、NCIやCooperative Group中心のがんの治療開発の現場の一端を垣間見たように感じた。このような場で、米国での治療開発の流れが決まっていくのであろう。彼らにとってはASCOの会場で発表されている内容は既知であり、実はこちらの打ち合わせの方が重要なかもしれない。JCOGも今後international collaborationを通じて、この手の会議にどんどん参加できるようになり、世界に対するメディア力を上げて行ければと強く感じた瞬間であった。

国際共同試験のデメリットも垣間見つつ、同時にinternational collaborationを通じていかにしてJCOGの「メディア力」を向上させていけるかを考えさせられた今年のASCO annual meetingであった。

米国癌治療学会(ASCO)に参加して

中央病院消化管腫瘍科消化管内科長 島田 安博

2010年6月4日から8日まで米国シカゴにおいて第46回米国癌治療学会ASCOが開催された。本学会は何度も印象記が報

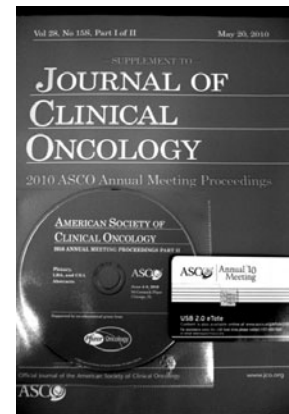
告されており、今年度の Plenary session 4題の報告は割愛する。ここ数年の印象は、有用な新薬開発を目指した第Ⅲ相試験がことごとく失敗していることである。評価項目の妥当性や、医療経済学的視点などから新規治療の評価を冷静に行う必要があるというメッセージと思う。

Karnofsky Memorial Award という賞があり、がん治療の研究において重要な貢献をした研究者に授与されるもので、本年度は Daniel D. Von Hoff 先生が受賞された。受賞講演名は「The last twelve weeks」であった。彼は一流の研究者である以上に、第一線の臨床医である。第一相試験の適格条件である「試験開始後12週間の生存が見込まれる」という条件に適合して試験参加してくれた患者さんが、予想を上回る効果を示し、最後の12週間をより良く、かつ長く生きた多くの臨床経験を話した。「personalized medicine」と言う言葉が最近ひとり歩きをしている印象があるが、彼はこの講演の中で「precision medicine」という言葉を提言している。「personalized medicine」という言葉は私は嫌いだ。既に多くの医療者は個別化された医療を提供している。診療の最初は患者から訴えを聞き、所見を取ることからは始めているではないか。一方で precision medicine は患者や腫瘍を特徴付ける新しい遺伝子マーカー、新薬の治療効果を最大限とする標的を発見す

るための現在進行中の研究である。私の研究のゴールは目の前に座っている患者のケアを最大限にすることである。」研究においても臨床においてもしっかりと哲学を持つことが重要であるということである。「個別化」優先の昨今の研究についても警鐘を鳴らしている。

“New Bad News” という興味深い教育セッションがあった。がん医療のコストをどのように患者に説明するか—新しい「悪い知らせ」の伝え方というタイトルである。がん患者の予後が限られている進行再発がんの患者にどのようにその事実を正確に伝えるかが、かつて議論された Bad News である。今は、医療費という新たな悪い知らせを患者や家族とどのように共有し、解決してゆくかという内容である。今度の Bad news は簡単ではない。患者・家族のみならず、社会全体の価値観や成熟度を問うような大きな課題である。我々ががん治療の専門家として、がん治療の Value を意識し、大規模試験の statistically significant (統計学的有意) に左右されることなく、clinically relevant (臨床的に意義のある) 価値を求めた研究姿勢が必要とされる。エビデンスの臨床家としての意義付け・解釈を要求されているのである。

最後に学会の ecology について報告する。学会抄録やプログラムは学会につきものである。ASCO の抄録集は大変重い。しかし最新情報が満載のためスーツケース



ダイエットに成功した抄録集 (右下のUSBカードが抄録集)

に詰め込んで渡米したものである。今年から、USBカードに変身した。重さにして1500gから15gへの99%の大幅減量である。学会では関連したテーマが同時に行われることがあり、いかにスケジュール管理をして効率的に演題を聞くかがポイントである。今回もスマートフォンでプログラムがダウンロードでき、スケジュールリングや演題検索ができ、大変効率的であった。IT化により学会運営も eco が進んでいる。

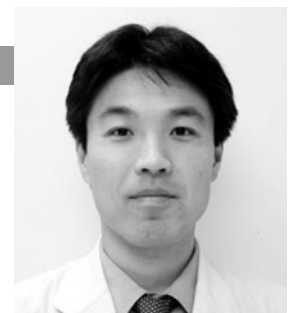
ASCO—その情報の信憑性は?—

東病院 化学療法科 向井 博文

がん治療開発部部長の松村保広先生から ASCO のことをテーマにがんセンターニュースへ寄稿するように、と御指示を受けて相当時間が経ってしまいました。今年の ASCO ではこれこれこんな発表がありました、と書くのはがんセンターニュースには適さないだろうとは瞬時に感じましたが、それでは何を書けばよいのか一向に思い浮かばず、松村部長の御指示を自分としてはのりくらしとかわしたつもりでいた

のですが、当然のことながら全くかわしきれずはならず、先日催促の連絡をいただくに及びついに観念して重い重い筆を執ることにいたしました。

さて、私も含め多くの腫瘍内科医が毎年せせと参加する ASCO ですが (外科の先生方から見ると、きっと、何をそんなに有り難がってと皮肉のひとつも言いたくなるほどでしょうね)、その情報の信憑性について少々考察したいと思います。



随分前のデータになってしまいますが、1989年-1998年の10年間に ASCO で発表された510のランダム化比較試験 (RCT) のうち、発表から5年経ってもまだ論文化されていないのが26%あったとのこと。この510のRCTですが ASCO で positive results として発表された試験は81%が論文化されていた一方、negative results の試験の論文化は68%

にとどまった、という結果でした (JAMA 290:495-501,2003)。これがいわゆる publication biasに当たるわけです。また、2000年-2004年の5年間に論文化された138のRCTについて、その試験結果が過去どの程度学会で報告されていたか(これはASCOに限りません)を調べてみると、のべ197回学会報告がなされていました。学会での報告と論文の内容で結論に何らかの違いがあったのが124(63%)あり、17(9%)はなんと両方で結論が根本的に違っていたとのこと(Booth et al, ASCO2008)。さらに、1995年-1996年に論文化された phase II

試験で結論が promising と書かれた100の試験のうち実際に phase III 試験に移行したのは13%に過ぎなかったという報告もあります (J Clin Oncol 27:1150-1151, 2009)。

これらのことではわかるのは、ASCOを含め、学術集会における発表はあくまで迅速性を最重視しているため正確さについてはどうしても限界があるということでしょう。しかし、正確でない情報は時に有害ですらあるわけで、そこは受け取り手の側が心して学会情報に対峙する必要があるということになると思います。となると、ASCOと

いえども、発表者が異口同音に述べる“promising!”なる言葉は相当程度差し引いて、RCTの結論であっても、いやいやまだ論文になるまでは、と慎重に眺め、情報そのものに bias が知らず知らずに入っていることを十分自覚しながら発表を聞く必要があるようです。

そうはいうものの、発表する側に立つと自らの発表はつつい結論を強調しがちになるし(これは“欲の目バイアス”かな?)、そして個人的には今年を含め3年連続でASCOで発表の機会を得ることができたのは素直にちょっと嬉しかったですけれどね。

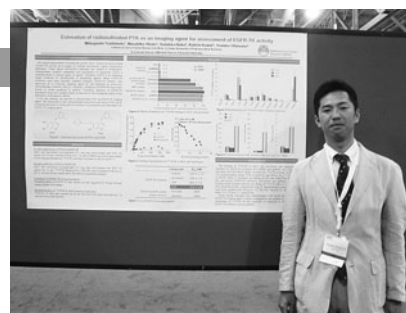
10

第57回 米国核医学会に参加して

研究所がん予防基礎研究プロジェクト 吉本 光喜

今年の米国核医学会 (SNM, Society of Nuclear Medicine) は、2010年6月5~9日にユタ州ソルトレイクシティにて行われました。SNMは、核医学の分野では、基礎から臨床までの広い範囲の研究を網羅する最も権威のある学会です。今年は核医学だけでなく、Non-radioactive/Multimodal imagingのセッション(ポスター)も新しく追加され、核医学にとらわれることなく分子イメージング研究全体をリードしていこうという意気込みが感じられました。今年の参加者数は約5100人、演題数は1400に上り、非常に規模の大きいイメージング学会となりました。

今年のSNMにおいてもやはり、18F-FDGや11C-コリン、18F-FLT、18F-FMISOなど、臨床でも利用されているイメージング薬剤を用いた基礎・臨床研究に関する報告が多く見られました。中でも、分子標的薬剤や放射線治療の治療効果判定に関する報告が目につき、画像診断の今後の方向性を感じることができました。新規薬剤に関する報告は、ドラッグデリバリーシステム(DDS)に利用されているナノ粒子や抗体、ペプチドを用いたものが多く、低分子薬剤については昔に比べかなり減少しているように感じられました。また、小動物用イメージング装置が普及したことにより、ラ



ットやマウスを用いた画像データが多く見られました。私は今回、「Estimation of radioiodinated PYK as an imaging agent for assessment of EGFR-TK activity」という演題名で発表しました。内容は新規EGFR-TKイメージング剤としての基礎的評価でしたが、EGFR-TK阻害剤適応患者のスクリーニングや早期治療効果判定に利用できることから、非常に興味を持っていただけました。来年もSNMに参加できるように、引き続き精力的に研究を行っていきたく考えています。

11

第69回 日本癌学会印象記

がんセンター東病院がん治療開発部 安永 正浩

第69回日本癌学会が9月22から24日まで“がん征圧へ向けての知の統合”というテーマのもとに、大阪国際会議場・リーガロイヤルホテルで開かれた。今後の日本のがん研究のあり方・方向性を示すと共に、患者さんの希望を大切

に、ひとつでも多くの研究成果をより早くベッドサイドに導入していけるようにという会長の門田先生の熱い思いを強く感じさせられる学会であった。それが集約されたものが23日の特別シンポジウム“今がん研究に求められる



こと・がん研究に関する提言”であった。門田会長と中村先生(当センター研究所長)の司会で、医者・研究者以外に患者・患者会並びに一般市民代表、

製薬関係者、国会議員、行政関係者、メディア関係者が参加したホットなテーブルミーティングとなった。内容は、『産学官患医が丸となり、(1) 研究資金の確保 (2) 世界をリードできる人材の育成 (3) 国民との協働に向けて一層の努力を行い、がん研究を活性化し、がんで苦しむ人がない社会を目指す。』というもので、大阪宣言2010として広く社会に公開された。内容の素晴らしさに加え、討論の現場に一聴衆者とはいえ参加できたのは、貴重な経験であり今後の研究の糧としていきたいと思った。他には、特別講演3演題、日米癌学会ジョイントシンポジウム1件、がん専門薬剤師を対象としたシンポジウム1件、腫瘍別シンポジウム6件、がん研究入門コース6件、出版倫理セミナー1件、シンポジウム20件、インターナショナルセッション12件、モーニングレクチャー24件、英語ワークショップ28件、口演25分野117件、ポスター26分野253件の発表が行われた。領域・分野の広さと各企画・演題の深さ・濃さが調和しており日本癌学会ならではの充実した内容であった。以下、個人的に聴取したものについて感想を述べたい。特別講演2“生まれること、死なれること” 鷺田先生(大阪大学)の話は、ヒトの命について、西欧では生(生体)か死(死体)の2分法であるが、日本は生体、死体(遺体)、死者の3分法であり独自の生命観をもつとのことであった。生き物としての人間には生か死しか存在しないが、ヒトとしての人間には他者との関わりが存在し、このことがとても重要な意味をもつという。ヒトが死んだ場合に、そのヒトにとっての生命は絶え、他者にとっては目の前に死体(遺体)が存在する。

しかし、次のステップが重要であり、死体であるそのヒトが死者として他者の意識の中に新たに誕生するというものであった。例えば或場面において、こんな時に彼ならばいったいどうしたであろうかなどというように他者の思いの中で、そのヒトは存在し続けているというのである。そこで、医学・医療関係者に対して、個人の死の判定以外に、本人と関係者において行われる死体(遺体)が死者として生まれかわるプロセスも大切にしたいと提言

されていた。奥深く感銘的な内容であった。特別講演3“蛋白質の分解と生命科学” 田中先生(東京都立研究機構)が、ユビキチン・プロテアソームシステムの話がされた。プロテアソーム発見とその後の展開というドラマチックなトークの中で、生細胞における蛋白質の一生において遺伝子制御、転写調節、蛋白質合成・発現と共に、蛋白質分解がいかに重要であるかということを教えて頂いた。細胞は生き続けるために、不要な蛋白質を貯め込まずに分解して蛋白質のリサイクルを効率的に行うことで、エントロピーの増大を抑えているということであった(細胞死をもってエントロピーが最大になる)。現代社会が、資源の使い捨ての大量生産・大量消費型社会から資源の有効・再利用を目指す循環型社会への変換を目指しているが、細胞は太古の昔から合理的にリサイクルを行っていたのだとわかり、生命の偉大さを再認識させられた。また、がんではプロテアソーム活性が亢進しており、蛋白質のリサイクルに関しては実に合理的に働いているということにも、ある意味驚かされた。

腫瘍別シンポジウム“造血器腫瘍の病態”とシンポジウム“がん幹細胞”を聴取した。骨髓B細胞造血の研究経験もあるので、受容体型チロシナーゼは馴染みが深く、急性白血病には予後不良群がいて、FLT3やKITが予後因子になるということに興味深く聞いていた。また、北林先生(当センター)のMCSF-Rを標的にした白血病幹細胞の制御による治療法開発の話はとてもエキサイティングで大変印象深かった。口演(DDS)で自分の発表後、日米癌学会ジョイントシンポジウム“浸潤・転移”を聴取した。発生学的アプローチによるがん研究や既存分子の酸化シグナルとのクロストークなどup to dateな話・成果を数多く聞かせて頂いた。シンポジウム“がん分子標的療法”では、岡田先生(大阪大学)の抗体エンジニアリングを融合した免疫細胞デリバリー、丸山先生(帝京大学)のトランスフェリン付加リポソームと抗原デリバリーで活性化された樹状細胞、角田先生(医薬基盤研)の抗体プロテオミクスによる抗体創薬、加藤先生(当センター)

のミセル体NK105の臨床開発状況、狩野先生(東京大学)のTGFインヒビター併用によるミセル体の増強作用、松村先生(所属部長)のがん間質を標的にした抗体DDS療法の話も聴取した。DDS研究の最前線ともいべきエッセンスが凝集した濃い内容であった。3日目午後から学会の表彰式が行われた。吉田富三賞は廣橋先生が受賞された。病理診断学と分子細胞科学的手法を使い、がんの発生や転移などの解明に取り組み、世界をリードした数々の研究成果が高く評価されたものであった。免疫組織化学的手法を用いたモノクローナル抗体による数々のがんマーカーの開発、肝臓がんの多段階・多中心発生の証明やがんEMT・がん間質相互作用の分子病理・病態メカニズムの解明といった成果にもまして、ヒトの広がり的重要性と“顕微鏡の下には多くの道がある”という先生のお言葉を拝聴して、研究における観察力・想像力や展開力・協力関係の大切さを再認識させられ、大変感激したのを今でも憶えている。長興又郎賞は、玖珠先生(三重大)が“がん免疫の基盤的研究とその臨床応用”で受賞された。併せて、JCA-Mauvernay Awardと奨励賞の発表が行われた。当センターの岩崎先生が“日本人の乳がんのリスク要因に関する分析疫学研究”で栄えある奨励賞(臨床部門)を受賞された。センター内の一員として、本当に素晴らしくかつ誇らしい受賞式であった。また、本大会から新たに“がん研究入門コース”が設けられたが、個人的には、八木田先生(順天堂大)の“腫瘍免疫の基礎理論”、古川先生(東京大)の“がんに関わる遺伝子と発癌メカニズム”、谷口先生(横浜市大)の“がん幹細胞とは?”を聴取した。テキスト配布とわかりやすい内容で、会場は満席に近く、モニター会場でも若手が熱心にメモを取りながら聴取していた。今後も是非続けてほしいと思った。

第70回日本癌学会は、愛知県がんセンターの田島先生のもと、名古屋国際会議場で開催される。本年同様或いはそれ以上に盛大かつ充実した会になるものと、今から楽しみにしているところである。

ホームページアクセス&更新情報

■国立がん研究センター公式サーバー <http://ncc.go.jp/jp>

順位	8月 (812,884PV)		9月 (831,831PV)		10月 (843,062 PV)	
1	募集情報	→	東病院陽子線治療について	↑	募集情報	↑
2	中央病院入院のご案内パンフレット	→	募集情報	↓	中央病院入院のご案内パンフレット	↑
3	中央病院初めて受診を希望される方へ	→	中央病院入院のご案内パンフレット	↓	中央病院初めて受診を希望される方へ	↑
4	中央病院受診と相談を希望される方へ もくじ	→	中央病院初めて受診を希望される方へ	↓	中央病院受診と相談を希望される方へ もくじ	↑
5	中央病院診療内容と診療実績のご案内 もくじ	→	中央病院受診と相談を希望される方へ もくじ	↓	中央病院診療内容と診療実績のご案内 もくじ	↑
6	あなたの痛みを上手に取り除くために	→	あなたの痛みを上手に取り除くために	→	中央病院交通・施設案内	↑
7	交通案内	↑	中央病院診療内容と診療実績のご案内 もくじ	↓	中央病院の概要 もくじ	↑
8	中央病院の概要 もくじ	→	中央病院交通・施設案内	↑	交通案内	↑
9	中央病院交通・施設案内	↓	東病院交通・施設案内	↑	東病院陽子線治療について	↓
10	国立がん研究センターについて	→	交通案内	↓	FOLFIRI 療法の手引き	↑

※がんセンタートップページ、各組織トップページは、ランキングから除外しています。 PV:ページビュー

■新規に追加されたページ

9月1日 ●新生国立がん研究センターの新たな取り組みを更新	9月14日 ●「国立がん研究センター患者必携サポートセンター」開設のご案内を掲載 外部委員意見交換会の情報を掲載	10月15日 ●平成22年10月15日朝日新聞の記事について掲載
9月8日 ●国立がん研究センターにおける多剤耐性菌の院内感染に対する備えについて第1報を掲載 お詫び(9月5日(日)読売新聞)記事「主な医療機関の胃がん治療実績」について掲載	9月15日 ●市民講演会「がんの最先端放射線治療とそれを支える医学物理士」を掲載	10月18日 ●寄付受付のご案内(PDF:223KB)を追加
	10月1日 ●組織図を変更。	10月21日 ●受動喫煙による死亡数の推計について(解説)(PDF:331KB)を掲載
		10月25日 ●独立行政法人等の役員に就いている退職公務員等の状況等の公表について(PDF:67KB)を掲載。職員募集情報を更新。

■がん情報サービス <http://ganjoho.jp>

順位	8月 (2,429,373 PV)		9月 (2,426,953 PV)		10月 (2,649,105 PV)	
1	患者必携 がんになったら手にとるガイド	↑	患者必携 がんになったら手にとるガイド	→	胆嚢がん	↑
2	病院を探す	↑	病院を探す	→	患者必携 がんになったら手にとるガイド	↓
3	各種がんの解説 (部位・臓器別もくじ)	↓	各種がんの解説 (部位・臓器別もくじ)	→	子宮頸がん	↑
4	全国がん罹患モニタリング集計 2005年罹患数・率報告	→	全国がん罹患モニタリング集計 2005年罹患数・率報告	→	肺がん	↑
5	大腸がん	↓	大腸がん	→	各種がんの解説 (部位・臓器別もくじ)	↓
6	食道がん	↑	冊子 がんの療養と緩和ケア	↑	病院を探す	↓
7	肺がん	↑	肺がん	→	全国がん罹患モニタリング集計 2005年罹患数・率報告	↓
8	子宮頸がん	↓	乳がん	↑	大腸がん	↓
9	乳がん	↓	がん診療連携拠点病院を地域別一覧から探す	↑	乳がん	↓
10	冊子 がんの療養と緩和ケア	→	患者必携 第1部「がん」と言われたとき	↑	食道がん	↑

※一般の方へトップページ、医療従事者の方へトップページなど各トップページは、ランキングから除外しています。 PV:ページビュー

■新規に追加された主な情報

8月9日 ●「がん専門相談員研修カリキュラム」を掲載	8月16日 ●「外科病理診断の手引【中・下咽頭における表在性扁平上皮病変の病理組織学的診断】」を掲載	10月7日 ●「UICC第6版資料」を公開
8月11日 ●その他のがん治療・療養・ケアに関するエビデンスデータベースに「緩和ケア・支持療法」を追加	9月9日 ●「各種がんのエビデンスデータベース【泌尿器がん】、「大腸がん」、「皮膚がん」、「頭頸部がん」、「呼吸器がん」」を更新	10月19日 ●「病院を探す 緩和ケア病棟のある病院の情報」を更新
8月13日 ●「平成22年度に独立行政法人国立がん研究センターが実施するがん診療に携わる医療従事者等に対する研修について」を掲載		10月20日 ●「集計表のダウンロード」を更新

一日平均患者数

■平成22年8月の一日平均患者数

	入院	外来
中央病院	534.3 (505.5)	856.8 (886.8)
東病院	353.5 (367.8)	654.0 (632.8)

(単位:人) () は平成21年

■平成22年9月の一日平均患者数

	入院	外来
中央病院	525.9 (485.3)	984.9 (1043.6)
東病院	341.7 (357.4)	715.1 (703.3)

(単位:人) () は平成21年

■平成22年10月の一日平均患者数

	入院	外来
中央病院	501.9 (502.8)	976.5 (972.1)
東病院	350.4 (356.2)	703.6 (687.1)

(単位:人) () は平成21年