

# NEWS LETTER

## No.66

2010 Dec.

日本がん予防学会 Japanese Association for Cancer Prevention(JACP)

### CONTENTS

- 01 アジア諸国と日本が共有すべきがん予防対策の推進  
(田島 和雄)
- 02 遠い夢ではない現実のがん予防  
(江角 浩安)
- 03 食道の発癌と遺伝子多型  
(森 正樹)
- 03 エピジェネティック異常を応用した新たな胃がん予防戦略  
(伊東 文生)
- 04 Aberrant crypt foci を標的とした大腸癌予防試験  
(高山 哲治)
- 04 禁煙学の進歩  
(水島 豊)
- 05 ホルモン剤使用牛肉の摂取とホルモン依存性癌発生との関連  
(半田 康)
- 06 血管新生研究のパイオニア Folkman 先生  
(松浦 成昭)
- 06 高齢者である私のがん予防  
(福島 昭治)
- 07 がん登録の最近の状況  
(祖父江友孝)
- 08 日本がん予防学会 将来計画検討委員会提案
- 08 編集後記

## アジア諸国と日本が共有すべきがん予防対策の推進



田島 和雄  
愛知県がんセンター研究所

最近の世界保健機関 (WHO) によるがん統計の推計によると、世界では毎年約 1,100 万人以上のがん患者が発生、3,000 万人に近いがん既往者が生存しており、その数は 2020 年までに倍増すると推定している。さらに、地理的にはがん罹患者の半分以上がアジア地域の開発途上国に分布しており、がんはアジア地域の新たな健康問題となってきた。

アジアのがん流行に寄与する最も重要な要因は慢性感染症で、肝臓がんや子宮頸がん、さらに胃がんなど全がんの 3~4 割に寄与している。次に、喫煙・飲酒習慣に関連したがんは 2~3 割となり、前者と合わせてアジア地域におけるがん流行の主要な要因となっている。一方、食・運動習慣に関連するがんの比率は欧米に比べると低い。最近ではアジア地域でも食・運動習慣の変動による欧米型のがんも増加しており、特に日本ではその傾向が著しい。

アジア地域に特化したがん予防対策について考えてみると、第一に、主原因の明らかな感染症関連がんの予防対策は起炎菌の流行撲滅によるがん予防を効率よく図ることが可能である。しかし、HBV や HPV のワクチン普及は各国の経済的事情や文化の違いにより一律に進まない。日本はがん予防に関連した感染症対策に早くから取り組んできたが、日本こそアジア諸国の範として、また支援国として、がん予防対策のための感染症対策、特に HPV ワクチン普及などを推進すべきである。

第二に、多くの生活習慣病の危険要因となっている喫煙習慣への介入はがん予防に不可欠である。喫煙対策の推進にたばこ価額の値上げは最も効果的であるが、日本を含むアジア諸国は欧米先進国に比べて格段に安い。私が先々月に訪問した豪州では一箱 1,300 円、それを 5 年以内に 1,700 円に値上げし、収益の多くを禁煙キャンペーンに充当し、喫煙率と喫煙本数の激減に

よる健康対策を目指している。アジア諸国ではタイと韓国が欧米先進国の喫煙対策を積極的に進めているが、未だに日本の喫煙対策は他国と同様に後進している。

WHOは2005年からFCTCを提唱し、伝統的なNGO団体である国際対がん連合(UICC)と共に国際的な受動喫煙対策を強化しており、本来ならば日本は先進国としてアジア諸国の中で先駆けて喫煙対策に取り組むべきで

あるが、WHOやUICCの外圧を受けながら喫煙対策を進めているのが現状である。WHOは喫煙習慣の犠牲となっている子供と女性を受動喫煙から守るため、2010年の世界禁煙デー(5月31日)の主題を「Gender and tobacco with an emphasis on marketing to women」とした。

今年は日本でも国立がん研究センターで「タバコフリー築地フォーラム2010」が開催され、パネル討論では「地

球規模で考えて、地球規模で行動しよう」など、WHOと足並みを揃えた日本のアジア諸国への積極的な喫煙対策の働きかけが始まりつつある。また、UICC活動の一環としてアジア地域に特化したがん予防活動を推進するための活動も進みつつある。日本が「がん予防活動」を軸としたアジア諸国と共有できる基盤としてのがん予防対策を推進すべき時代がやってきた。

## 遠い夢ではない現実の がん予防



江角 浩安  
国立がん研究センター東病院

昭和47年(1972年)の日本癌学会は、愛知県がんセンター研究所長赤崎兼義先生を会長に名古屋で開催された。私はこの年に大学を卒業し、共済組合立の中堅病院で外科医としての修練を始めたが、我々の病院の年間数十例の胃がん手術患者の多くは、幽門狭窄症状で初めて病院を訪れるような時代であった。名古屋にある鶴舞公園の近くで日本癌学会のそのときのメインテーマと思われる「がんの予防」の看板を初めて見たときには、何とも不思議な感じがした。まだ、C型肝炎ウイルスの発見はおろかB型肝炎ウイルスの評価も定まらず、HPVとがんの関わりも、HTLVもヘリコバクター・ピロリの存在すらも知られていない頃である。喫煙の危険も今ほどは認識されていなかった。

40年近く経った今、がんの予防と言って奇異に感じる医者は居ないだろう。禁煙、ヘリコバクター・ピロリ菌の除菌、肝炎ウイルスの感染予防、HPVの感染予防ワクチンなどが代表

的だが、発がんに関わる要因(がんの原因)が明らかにされてきたことによる。感染症の常として、一つの感染が制御されると別のものが登場すると言うこともある。これからも、大腸癌や肺がんなどでも発がんに関わる感染症では大きな発見が続くかもしれない。感染症では多くの場合足跡が残る。従って発がんへの関与を証明しやすい。一方、感染者がすべて発がんするわけでもなく、感染だけで発がんがすべて説明できるとも考えにくい。がんの場合は原因(化学物質、ウイルス、細菌など)が直接その病態を引き起こすのではなく、原因により引き起こされた色々な反応で遺伝子・細胞の変化と選択が引き起こされる。その挙げ句発生した細胞集団を病変として初めて認識するため、元の原因をコホの原則で同定することが難しい。感染が防御できれば分からなくてもいいともいえる。しかしメカニズムがわかれば感染者の発がん予防も可能となり道が広がる。今ははっきりと評価されていな

い、また足跡を残さない化学物質や物理的要因の発がんの場合にもメカニズムは追求すべきであろう。

今我々の病院では、胃がん治療の多くが内視鏡によるEMR(内視鏡的粘膜切除術)、ESD(内視鏡的粘膜下層剥離術)により行われる。この傾向はいっそう進むであろう。食道がんでも、咽頭がんでも治療後のQOLを考えた治療が選択されて居る。その結果、多くの粘膜が保存され、言い方を変えると近傍の粘膜から別のがんが発生するチャンスが無視できないところまできている。このような臨床の現場では、発がん予防は夢ではなく日々の医療の現実の問題である。今までもB型肝炎やC型肝炎のために高い発がんの可能性にさらされている患者にとっては、切実な現実の問題であり続けた。

がん予防学会が、このような現実を見つめ、臨床医の参加を歓迎され、北海道大学の浅香教授が本年の会長を務められたのは大きな転換点に見える。胃、肝臓では言うに及ばず頭頸部癌、食道がんでも沢山の患者が待っている。多くの臨床医にとって魅力ある学会、参加せざるを得ない学会にならることを期待するとともに、多くの学会でも、また国レベルの研究費でも性急な実用化だけが大きく取り上げられる貧しい時代ではあるが、がんの原因究明と言う大きな目標を忘れない学会であり続けることを切に祈る。

## 食道の発癌と遺伝子多型



森 正樹

大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学

「発癌に遺伝子多型が関与するか」は大切なテーマである。タバコとお酒は食道癌のリスクファクターとして良く知られているが、不思議なことに多量のタバコ、お酒摂取者でも食道癌にならずにすむ人もいる。しかも実際には食道癌になる人の方が少ない。そこにはタバコやお酒の中に含まれる発癌物質への感受性の違いがあろうことは想像できる。しかし、具体的にどのような違いがあるかについては説明が容易ではなかった。私たちは文部科学省からの科学研究費をいただき、多施設共同で多数例の食道癌患者と対照者の遺伝子多型を調べ、食道癌の発癌に関与する多型を探した。食道癌患者と対照者、それぞれ1,000例余りについて、20万個以上に及ぶ遺伝子多型を調べ

た。その結果、2個の領域に有意差のある遺伝子多型を同定できた。良く知られているADH1とALDH2の近傍にある多型であり、すでに欧米から同領域は報告されていた。このことは人種を問わず、この領域は重要ということを示している。タバコとお酒、それにこの2個の遺伝子多型の4個を組み合わせ、食道癌発癌の危険度を調べた。4個ともいない人を1.0とするといずれか1個を持つ人は1.4倍、

2個では4.3倍、3個では41.0倍、そして4個すべて持つと357倍に跳ね上がった。このことは遺伝子多型の臨床導入は食道癌罹患のハイリスク症例の選択に重要となることを示唆している。もちろん倫理問題が解決されなければならないが。

なお同様の研究を大腸癌でも行っているが、大腸癌の場合は食道癌ほど目立った多型はないことが示された。多型は癌腫により重みが大変異なることが分かった。さらに有意な遺伝子多型のいくつかはマイクロRNAに強く関連することが示されつつあり、今後この領域はより重要になると考えられる。

喫煙、飲酒と2個の遺伝子多型による食道発癌の危険性

	Cases	Controls	OR	95% CI	
Number of risk factors					
None	15	115	1.0	Reference	
One	44	266	1.4	(0.7 ·	2.7)
Two	187	348	4.3	(2.2 ·	8.4)
Three	385	87	41.0	(20.2 ·	83.3)
Four	111	4	357.1	(105.4 ·	1209.5)
P value for trend			<0.0001		

## エピジェネティック異常を応用した新たな胃がん予防戦略



伊東 文生

聖マリアンナ医科大学 消化器・肝臓内科

ヘリコバクターピロリ菌と胃発癌の関連性が注目されるのに伴い、胃癌の予防は1次予防まで考える時代に突入している。2次予防については、上部消化管内視鏡検査はスクリーニング検査として、別格の強みがあるものと思われている。胃癌予防手段として手間はかかるものの最も強力と思われている上部消化管内視鏡検査にも弱点は

ある。報告では胃癌の四分の一程度は見逃されているとされている。内視鏡“匠”の国である本邦における報告である。米国においては教科書に早期胃癌の発見率は5割に止まるとされる。早期胃癌発見率を上げる方法として考え出したのが胃洗滌液診断法である。上部消化管内視鏡検査時にかならず出る廃液としての胃洗滌液を用いて

分子診断を行い、“人間の目”による観察に“分子の目”を加えて診断する。胃癌ではジェネティック異常に比較して、DNAメチル化が主であるがエピジェネティック異常はかなり高頻度であるため、この目的には最適である。

具体的にはMCAM (Methylated CpG Island Amplification Microarray) 法により、早期胃癌の診断に有効な候補遺伝子を選出した後、早期胃癌の治療法であるESD (Endoscopic submucosal dissection) 治療適応症例におけるESD前後胃洗浄液 (80症例) を回収、DNA抽出の後、定量的メチル化解析を行い、ESD後の遺残・異時再発診断に有効かを検討した。選出された遺伝子のひとつであるSox17、MINT25のメチル化は、検証セット (64症例) においても治

療前後に有意な差を認め (MINT25,  $p < 0.0001$ ; Sox17,  $p < 0.0001$ )、早期癌発見マーカーになる可能性は高い。

胃洗浄液を用いた遺伝子メチル化診断は近未来的な胃がん分子内視鏡診断として早期癌の発見、ひいては胃癌予

防に多大な力を発揮すると考え、今後臨床試験での検証を行うステップに研究を進めていきたい。

## Aberrant crypt fociを標的とした大腸癌予防試験



高山 哲治  
消化器内科分野

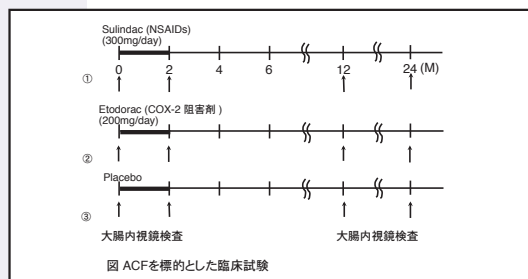
徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部

1990年代初めに、アスピリンやNSAIDsの服用者では大腸癌死亡率が低いことが相次いで報告された。その後、家族性大腸腺腫症 (Familial Adenomatous Polyposis; FAP) や散発性大腸ポリープ患者を対象にアスピリンやNSAIDsを1~3年間投与し、ポリープの数や発生率が低下するかどうかをみる臨床試験が行われた。最近では、COX-2選択的阻害剤であるcelecoxibを3年間投与してポリープの発生率を調べる臨床試験が行われ、celecoxibは用量依存的に発生率を抑制することが報告された。しかし、この臨床試験では同時に心筋梗塞などの重篤な心毒性も用量依存的に発生頻度が高まることが報告され、celecoxibの臨床応用は難しいことが明らかとなった。以上のように、これまでの大腸癌予防の臨床試験はポリープを評価

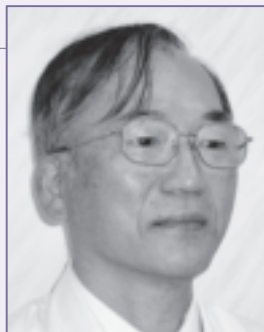
病変として予防薬の投与が行われ、1) 効果判定までに長期間 (1~3年間) を要する、2) 副作用が出現する、3) complianceが低下する、などの問題点が指摘されている。

ところで、azoxymethaneを用いたラットの大腸発癌モデルにおいては、aberrant crypt foci (ACF) が最も初期の前癌病変として予防薬の評価に用いられている。我々はこれまで、拡大内視鏡を用いてヒトのaberrant crypt foci (ACF) を観察し、ACFがadenoma-carcinoma sequenceの可能性を指摘した (N Engl J Med, 339; 1277-1284, 1998)。そして、ACFを有する者を対象にNSAIDsの一種であるsulindacを投与するオープントライアルを行ったところ、いずれの症例にお

いてもACF数は著明に減少した。さらに、わずか数カ月間投与した症例においても著明に減少することを見出した。そこで次に、ACFを有する者を対象にsulindac、COX-2阻害剤であるetodolac、及びプラセボを短期間 (2カ月間) 投与してACF数の変化をみる臨床試験を行った (図1)。その結果、sulindac群ではACF数が有意に減少することが明らかとなった。Etodolac群では有意な減少は認められなかったが、これはACFではCOX-2の発現が無いことが原因であると考えられた。さらに、sulindac投与群では1年後のポリープ発生率も抑制される傾向にあった。以上のように、ACFを評価病変とすることにより、これまで長期間を要したヒト大腸癌予防薬の臨床試験が短期間に終了することが可能となり、今後この方法が普及されることが期待される。



## 禁煙学の進歩



水島 豊  
函館共愛会病院内科 副院長

種類の発がん物質が含まれ、国民の誰もが喫煙が健康に良くないことを知っている。特に、わが国の癌死のトップである肺がん喫煙との緊密な関係は、疫学的に確立された事実である。よって、肺がんの一次予防法として、「禁煙」の効果が期待されている。しかし、喫煙は「ニコチン依存症」という病気であり、喫煙者にとって禁煙することは容易ではない。現在、一般病院に勤務している私にできるがん予防

タバコ煙には4,000種類以上の化学

物質、約200種類の有害物質、約60

活動といえば、唯一禁煙外来での禁煙指導くらいである。本年10月1日からタバコの値段が上がったせいか、10月の禁煙外来受診者数は多かった。医療機関での実際の禁煙指導については、基礎研究者の多い日本がん予防研究会の会員の中には詳しくない方が多いのではないだろうか？簡単に説明したい。

2006年度の診療報酬の改定において、喫煙を病気ととらえ、禁煙治療に保険適用が認められた。対象患者は、スクリーニングテストでニコチン依存症と診断された者、1日の喫煙本数×喫煙年数が200以上の者。禁煙補助薬

として、ニコチネルTTSとチャンピックス（バレニクリン）があり、前者は貼付薬、後者は内服薬である。現在は、チャンピックスの方が主流となっている。チャンピックスは $\alpha 4\beta 2$ ニコチン型アセチルコリン受容体を選択的に結合し、拮抗薬および弱い作動薬として2面的に作用する特徴を有している。つまり、拮抗作用でニコチンから得られる多幸感を抑制し、弱い作動薬作用で非喫煙時の禁断症状を和らげるのである。ニコチンは含有していない。禁煙治療は、初診と4回の再診で、12週間のプログラムとなっている。標準的には、まず本剤を1週間服用し、8

日目から禁煙を開始する。稀に胃腸障害のため服薬を断念する例もあるが、概ね問題なく実行できている。再診時毎に呼気中の一酸化炭素濃度を測定し、喫煙の有無をチェックする。飲酒運転時のアルコールチェックと同様のシステムである。本法による禁煙成功例は少なくない。施設基準に、保険医療機関の敷地内が禁煙であること、の項目があり、まず医療従事者が禁煙の範を垂れるよう求められている。

#### 参考書

1. 日本禁煙学会編、禁煙学、南山堂、2010。

## ホルモン剤使用牛肉の摂取とホルモン依存性癌発生との関連



半田 康

北海道大学環境健康科学研究教育センター

わが国において、ホルモン依存性癌は年々増加傾向にあるが、われわれは近年30年間の牛肉消費量の増加が、ホルモン依存性癌の発生増加と同様な傾向を示していることに着目した。わが国の牛肉消費量の25%を占めるアメリカ産牛肉では、肉牛の飼育時にエストラジオール $17\beta$  (E2)を含むホルモン剤の投与が成長促進目的に行われている。このホルモン剤の人体影響について、1988年にFAOとWHOの合同委員会は「牛肉中のホルモン残留は無視でき、人体に影響しない」と報告し、以後、再調査が行われていない。

われわれは、札幌市内で市販されている牛肉について、LC-MS/MSにより組織中のE2、エストロン (E1)の濃度を測定した。アメリカ産牛肉のE2濃度は国産牛肉よりも、脂肪部位で100倍以上(図A)、赤身部位で600倍以上(図B)の高濃度であり、これは飼育時に投与されたE2の残留によるものと考えられた。

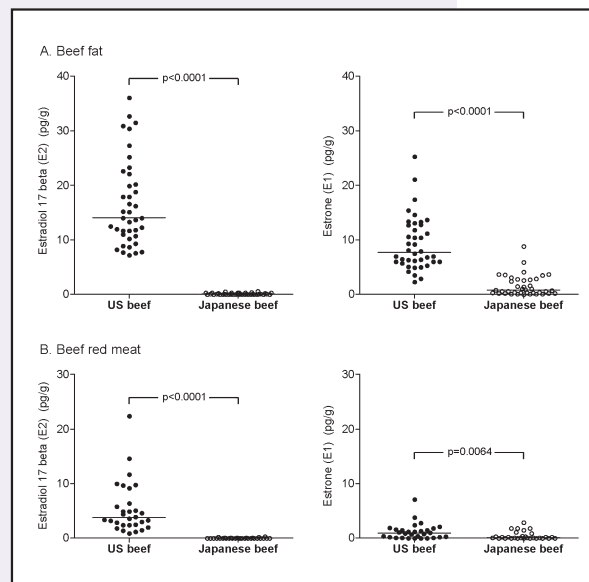
一方、ホルモン依存性癌として、子宮体癌と卵巣癌について癌組織中のE2、E1濃度を測定したところ、両方の癌で、正常組織中濃度と比較して早期例では高濃度で、進行例で低濃度で

あった。このため、組織におけるエストロゲンの蓄積がホルモン依存性癌の発生初期に関与していると想定された。

以上から、エストロゲンを高濃度を含むホルモン剤使用牛肉の摂取量の増加は、体内へのエストロゲンの蓄積を促進し、ホルモン依存性癌の発生に関連する可能性があるとして推測された。今後、この断片的な知見を進展させるように調査を進めていきたいと考えている。

#### 参考文献

- Handa Y, Fujita H, Honma S, et al. Estrogen concentrations in beef and human hormone-dependent cancers. *Ann Oncol* 2009; 20: 1610-1.



アメリカ産牛肉 (US beef) と国産牛肉 (Japanese beef) の組織中エストロゲン濃度。p: Mann-Whitney U test.

## 血管新生研究のパイオニア Folkman先生



松浦 成昭

大阪大学大学院医学系研究科 機能診断科学講座分子病理学教室

腫瘍血管新生の概念を構築し、血管新生の制御により癌の制圧を目指したパイオニア Judah Folkman 先生が逝去して2年9カ月の月日が流れました。私は Folkman のラボに留学し、彼に触発され、外科を辞めて基礎研究に転向すると言う大きな人生の転換をしました。Folkman の血管新生制御による癌の制圧は最終的には癌の予防にこそ活かされるべきであり、「最後は予防だ」と Folkman 自身も語っていました。彼の偉業の一端を紹介します。

Folkman は 1971 年に癌細胞が増殖するためには栄養が必要であり、癌細胞の数が 100 万個、直径 1mm 位になると、新たな血管が誘導される、という概念を NEJM に発表しました。新生血管ができなければ、癌細胞を餓死させられはざだというアイデアも同時に提唱しました。そして、血管新生の誘導因子、さらにアンギオスタチン、エンドスタチン等の内因性抑制因子を発見しました。1998 年 5 月 3 日に New York Times がエンドスタチン

の研究を第 1 面で報道し、大きなインパクトを与えました。このニュースは直ちに全世界に駆け巡り、血管新生阻害剤の開発を促しました。現在、VEGF 抗体の bevacizumab を初めとして、50 以上の血管新生阻害剤が認可・臨床試験中であり、彼の考えが臨床でも正しかったことが証明されたと考えられます。彼自身はエンドスタチンに期待をかけていて、中国で肺癌に対する有効性が証明され、エンドスターという名前でこれからが期待された矢先の逝去でした。

多くの人が癌の治療に癌細胞を標的にしたのに対して、彼は血管と言う癌細胞周囲の微小環境に着目したという点でも、当時としては先見の明があったと思います。癌の予防にも両方の視点が必要であり、彼の意志をついで、この分野の研究が進むことを期待したいと思います。

## 高齢者である私のがん予防



福島 昭治

日本バイオアッセイ研究センター

運転免許証の更新通知をみて、一瞬エッと驚いた。なんと高齢者講習を受けなければ更新ができないと。確かに視力、特に日頃、測定するチャンスのない動眼視力は落ちていることであろう。とっさの動きに対する反応も落ちていると思われる。全く自分は気づいていないが。そういえば最近、海外出張の度ごとに感じるのは時差への適応が悪くなったことである。海外にいるときはいつまでも日本時間、日本へ帰ってくると今度はいつまでも海外時間。兎に角、時差に対する反応が鈍くなってきた。歳をとると運動能力が確実に衰えると同じように、適応能力も

明らかに衰えるのを痛感する。

高齢者のがん細胞は若い人のそれに較べると増殖能力が一般的には弱いと考えられる。ラットに発がんプロモーターを投与しても、その細胞増殖活性は加齢とともに弱くなるようである。そう考えると、よく言われているようにがんに罹る年齢を遅らせることががん予防の方策の一つとして重要である。

しからは私は、どのようにがんの一次予防をしたらよいのであろうか。教科書どおりに考えるなら、まず挙げられるのが食生活の改善である。しかし、若い時と違って自然と食事内容が変わってきた。脂っこいものを避け、比

較的に野菜を食べる様になり、自然にある程度の食生活の改善はなされている。意識した無理な改善ではなく、まあまあのものである。食生活について少しは注意するものの、特別に意識する必要性はなさそうである。煙草を吸うのを止めて、かれこれ 38 年が過ぎた。これからも吸うことはまずあるまい。受動喫煙があり得るが、喫煙によるがんの発生は考えなくてよいであろう。

人生も第 4 コーナーを回ると、がん予防といえども必死で実行するのは億劫になってくる。がんになっても心の隅には自分がまいた種だ、それでよいというスピーカーがある一方、いや、まあまあでいいから、少しでもがんを予防すべきである、とやや声高に叫ぶスピーカーがある。ならばどのような方法があるかと考えると、中高年の人が定番にしている朝の散歩がある。私の場合、散歩といっても約 45 分。少し早めに歩き、その途中で富士山を眺め、満足し、今日も人生を楽しくと言い聞かせ、我が家に帰ってくる。それが予防にどう結びつくかと指摘を受け

そうだが、「富士山を眺めながら散歩を楽しむ」というささやかな満足感が生理活性を上げ、がん予防に役立っていると勝手に解釈している。

さて、高齢といえどももっと積極的にがんの予防が出来ないものかと化学

予防を考えてみたりもする。手軽に摂取することにより、少しでもがんの発生が遅らせ得れば、高齢の人にとっても福音である。私はがんのハイリスク集団ではないものの、無理をしない、自然な化学予防方法があれば、がん

罹る心配からの脱出を夢み、それを配剤として日々の生活に取り入れていきたいと、この歳になってもひそかに願っている。わが俗人のひとりよがりでもあるまい。出家の身にも望まれるのでは。

## がん登録の最近の状況



祖父江友孝

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

地域がん登録は、がんの罹患（発生）を計測するための唯一の仕組みである。がん予防の最終的な目標はがん罹患を防ぐことなので、がん予防の評価のためには地域がん登録は必須の情報インフラである。

わが国の地域がん登録は、宮城・広島・長崎・大阪などの先駆的な取り組みがあり、長い歴史を有するが、近年になって制度的整備の遅れから、韓国、台湾などの近隣諸国よりも登録精度が劣る状況となっている。本年10月12-14日に横浜で行われた第42回国際がん登録協議会学術集会に引き続き、10月15日に行われた地域がん登録全国協議会公開講座にて、韓国と台湾のがん登録の状況が紹介されたが、それによると、DCO%（Death Certificate Only：死亡票だけで把握される症例の割合を示し、低いほど登録精度が高い）が、韓国では5.9%、台湾では14%と、わが国の全国推計に用いた（比較的登録精度の高い）12県の平均14.9%よりも格段に良好な登録精度を、国全体をカバーする形で達成している。背景には、両国とも、地域がん登録をがん対策法の中で国の事業として位置づけ、個人情報付き医療情報を地域がん登録が利用できる仕組みを確立していることがある。

ただし、わが国においても、がん診療連携拠点病院における院内がん登録が整備されつつあるため、地域がん登録の登録精度向上の兆しがみられており、ここ2～3年の間に全国推計に用いることができるレベルの県が、12県（総人口の30%をカバー）から30県程度（60%をカバー）に増加することが見込まれている。また、地域がん登録を現在実施していない9県の中でも、開始に向けた検討が進められており、近い将来47都道府県すべてで地域がん登録が実施される状況になることも夢ではなくなっている。さらにもう一步、登録精度を向上し、韓国・台湾に追いつくためには、個人情報を含む診療報酬請求データなどを利用可能にする法的整備が不可欠である。

登録精度の問題に加えて、わが国のがん登録が直面しているもう1つの問題点としては、がん登録からのデータ利用が進んでいない点がある。これは、登録精度が一定レベル以上のがん登録についても同様である。都道府県がん対策推進計画の中で、当該県の地域がん登録データを記述している県は実施35県（当時）中19県に過ぎない。これは、国レベルのがん対策推進基本計画の全体目標として、多くの国ではがん死亡に加えてがん罹患の減少を掲げ

ているのに対して、わが国ではがん死亡減少だけを採用したことも一因である。次期基本計画の見直しの際には、全体目標としてがん罹患減少を掲げるべきと考える。

地域がん登録のデータ利用の形態としては、大きく分けて、罹患率などの集計値を利用する場合と、個人情報付き1腫瘍1レコードのデータを用いてレコードリンケージをすることで対象者のがん罹患追跡に用いる場合の2つがある。後者の場合、適切に記述された研究計画書に基づき倫理審査委員会の承認を得て行う必要があるため、研究者による利用に限られるが、前者の場合、専門家以外の多くの人に利用してもらえるように、わかりやすい説明をつけて、幅広く情報公開することが求められる（国レベルのがん統計については、国立がん研究センターのがん情報サービス（<http://ganjoho.jp/>）を参照のこと）。この点については、よりよい質問対応や、公開されていない集計についての要望をうける体制整備も必要である。

一方、がん診療連携拠点病院の院内がん登録全国集計については、本年度から施設別集計を病院名付きで公開する方針が、10月8日に開催された都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会で合意された。データに不正確さが残る状況では時期尚早であるとの意見もあるが、データ利用を進める上では不可避のステップである。データに基づくがん対策を進めるために、あらゆる機会において必要なデータをタイムリーに利用できる体制作りを進める必要がある。

# 日本がん予防学会将来計画検討委員会提案

がん予防は、がん対策のうえでもっとも緊急かつ重要な課題である。日本がん予防学会も設立後 18 年になるが、今後の更なる飛躍と発展を願って、以下のような改革案を提案する。

## 1. 会長の選任方法

理事会で推薦した候補を評議員会で承認する。

(1)本学会の会員であること

(2)本会の運営に貢献できるもの

## 4)評議員会の任務

理事会の活動・決定を監査し、承認する。

## 2. 理事会

### 1)理事会の構成員

役職指定理事:会長、前会長、次期会長

理事会で選任する理事:4名程度

但し、最初の理事会は将来検討委員会のメンバーで構成する。

すなわち、浅香正博、酒井敏行、白井智之、田島和雄、津金昌一郎、細川眞澄男、若林敬二

### 2)理事長については委員の意見を集約して改めて決定する。

## 4. ホームページについて

会員だけでなく一般市民にも有用な情報を提供する。

ホームページを充実させるために、広報委員会を置く。

委員の数は5人程度とする。

## 3. 評議員会

### 1)評議員の数

会員数の2割程度とする

### 2)評議員の選出

理事および評議員による推薦書を受けて、評議員会で承認する。

### 3)評議員の資格

## 5. ニュースレターについて

ニュースレターは印刷物として継続する。

ホームページにニュースレターの電子版を公開する。

ニュースレターの電子版を「日本がん疫学・分子疫学研究会」の会員にも研究会のニュースレターと同時に配信してもらう。

## 6. 会員数の増加策について

当面、広くがんの基礎および臨床的学会に呼びかけ、がん予防に関係した研究者の入会を勧誘する。

## 〈編集後記〉

ニュースレターの編集を担当するのも3回目になる。この機会に、本学会の発展を願う立場から、ニュースレターの編成を考えてみた。丁度、本年の評議会会でこれまでの会長経験者をメンバーにした将来検討委員会が結成され、これからの学会のあり方の方針が提案された。今回の執筆者には、学会設立当初からの牽引役を努めてこられ、国際的にも活躍されている田島和雄先生に海外のがん予防研究の状況を紹介してもらった。次に、江角浩安先生には、外から見て「日本のがんの予防研究」はどうあるべきなのかを披瀝してもらった。また、臨床でがんの治療に携わっている先生として、外科の森 正樹先生、内科では伊東文生先生、高山哲治先生、水島 豊先生の3人お願いしたが、これらの臨床の先生が、臨床でがん患者を治療しながら、ご自身の発がんに関わる遺伝子など基礎的研究の成果をがん予防に応用したいと考えていることを紹介することができた。北海道大学の半田 康先生には牛肉中のホルモン濃度とホルモン依存性がんとの関係とい

うユニークな研究を紹介してもらった。これは熊本大学の前田 浩先生の示唆により、編集者の知るところとなった研究である。病理関係では田島先生と同様に本学会の指導者の1人として活躍している福島先生がご自身のがん予防について書いてくれているし、松浦成昭先生はやはり基礎医学の研究者らしく、基礎的研究の成果に基づいた意見を述べてくれた。最後に「がん予防の人での実践とその成果を評価するための基本的データとなる」と考えられる「癌登録」について祖父江友孝先生にご専門の立場から解説して頂き締めくくりにさせてもらった。

江角先生が述べられているように、がんの予防の実践は臨床で益々重要になって来る。このことに目を向けるようになったのも、ヘリコバクターピロリの研究で胃がんの予防に関する成果を上げた北海道大学の浅香正博先生が本学会の会長を務め、多くの臨床でのがん予防研究を紹介してくれたことによると思う。がんに対する治療法が進歩して多くの患者さんが長期生存するよう

に今なぜがん予防なのかは、長期生存しているがん患者さんにおこる諸問題を痛感している臨床の先生だからこそであろう。さらに多くの臨床の先生ががん予防学会に入会し、本会を盛り上げてくれることを期待したい。

(細川眞澄男)

## 発行

Japanese Association for Cancer Prevention  
日本がん予防学会

## 会長

浅香 正博  
(北海道大学大学院医学研究科教授)

## 編集委員(※本号担当者)

大東 肇	西川 秋佳
酒井 敏行	浜島 信之
中江 大	※細川眞澄男

(50音順)

## 事務局

札幌市中央区大通西6 北海道医師会館内  
TEL:011-241-4550 FAX:011-222-1526  
E-mail:master@jacp.info  
URL:http://jacp.info/

問い合わせ、入会のご希望などは事務局へ  
(担当:小林博・及川智江)