

国立がん研究センターだより

THE NATIONAL CANCER CENTER

NEWS

2012
Vol. 3
No.1

CONTENTS

- 1 平成24年の年頭所感
[嘉山 孝正]
 - 2 東病院副院長(医療安全担当)に就任して
[小西 大]
 - 3 東病院副院長(教育・研究担当)に就任して
[大江 裕一郎]
 - 4 第24回国際がん研究シンポジウム「悪性脳腫瘍 ―現状と展望―」を開催して
[渋井 壮一郎]
 - 5 2011年10月3～5日
[荒井 保明]
 - 6 日仏がんセミナーを終えて
[山田 哲司]
 - 7 JCA-Mauvernay Awardを受賞して
[荒川 博文]
 - 8 平成23年度1回 中央病院との医療連携強化のための情報交換会のご報告とお願い
[中馬 広一]
 - 9 UEGW(欧州消化器病学会会間)のTop Abstract Prizeを受賞して
[中島 健]
 - 10 東病院で開催したオープンキャンパスについて
[安永 正浩]
 - 11 (仮称)治療棟の整備について
[長岡 祐治]
- 表4 一日平均患者数(入院・外来)
- 表4 がん研究センター及びがん情報センターへのHPアクセス数の表



平成24年の年頭所感

国立がん研究センター

理事長 総長 中央病院長 嘉山 孝正



年頭所感を述べるにあたっては、3月11日の東日本大震災を述べないわけにはいきません。センターとしての動きを記録しておく必要があるからです。3月11日14時46分に1,000年に一度の大地震とそれに伴う大津波が東北3県と太平洋岸の北関東の人と人の営みを襲いました。当日私は東京ドームホテルで開催されていた日本脳外科学会の座長を終えて、センターの仕事をしに宿舎に戻った時に地震に遭いました。

16階での震度5弱は、実際は数度の傾きだったはずですが、床が地面につくのではないかという程でした。エレベーターは停止したので階段で一階に降り、センターに向かいました。秘書の石井君が迎えに来ていましたので、震度を聞いたところ5弱ということでしたが、病院及び研究所の被害状況はまだ解らないとのことでした。震度5強ではじめて、災害対策本部を設置することは前任地での防災訓練で知っていましたが、直ちに、防災室に本部を置き、センター内の状況の把握につとめました。幸い停電はなかったのですが、病棟も含めた全エレベーターが停止のため、物品の輸送で医療に支障がないかを直ちに確認しました。幸いにも微小でしたが、病院、研究所の一部に建物の破損がありましたので、安全のため通行止め等の処置をしました。また、外来の患者さんおよび家族の方々、センター職員の帰宅困難者を予測し、直におにぎり300個の炊き出しと非常食の缶詰の排出を指示しました。また、毛布も外来で泊まる人びとの為に用意をしまし

た。この間の事務職また患者さんを守った医師、看護師の活動には感謝でいっぱいです。研究所、病院を不具合が無いか何度も見回り、秘書と一緒に非常食用のパンをかじったのが夜の10時くらいだったと思います。ようやくテレビを点けてニュースを見たところ、震災地の様子が刻々と映像として流れていました。とんでもない災害だと思いました。これは政府がリーダーシップをとんでもなくきちんと取らないと地震、津波だけでない二次被害が出るなど懸念されました。また、東北のがん患者の事も心配になりました。その夜は一晩中インターネットから東北大学脳神経外科の同門会の実生会の会員からの情報が大量に入ってきました。同時にいつの間にかできたのか東北大学医学部医学科昭和50年卒の医師からのメールも大量に入り、東北の医療事情がかなり分かりました。その情報では、医療以前のガソリン、電気、ガス等の社会のインフラを現地は求めていることが良くわかりました。また、マスコミの報道とは異なり現場での助け合いは、医会（一郡小児科医会）等が実際の行動を起こすことができる情報を持っていて、また、流していることが解りました。現場からの情報では、国家として動いているのは自衛隊のみが目立ちました。その他の活動としては厚生労働省の保険局が、医薬品等の規制を翌日から解除し、現場に合わせた施策をしていることが解りました。結局、現場が動いていたことが解ります。その間、

東北の人々の行動は世界を驚嘆させるような、自然界の不条理に自然の姿勢を示しました。色々な批判を敢えて避けて言えば、最近の我欲の塊のような一部の人々とは違う日本人が現在でも存在することを示したと思います。

国立がん研究センターでの対応は今回の「国立がん研究センターだより」に記載いたしますが、一つだけ挙げれば、震災後五日目に、がんという特化したセンターから被災地への医療応援を募ったところ、直に応募があり、更に福島への放射線汚染応援も応募がありました。さらに、被災地3県への募金は、非常勤を入れて1,500人の職員から計1,500万円を越す金額が集まりました。平均10,000円です。国立がん研究センターの職員もまた公共という心を持った人々の集まりであることを示しました。

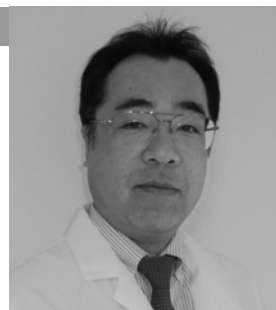
さて、最後に国立がん研究センターですが、一昨年に独立行政法人化し、早くも2年が経過しようとしています。初年度に発案し、初年度で実行された事は昨年の新年号に掲載いたしましたので、本号では、独法化初年度になされた、独立行政法人評価の結果を記します。すべての職員の改革のお蔭で、全ての項目が上から2番目のAランクで、最高のSランクが3つありました。研究、臨床、管理運営の3分野のそれぞれがSランクを取っております。6NCでは最も評価が高かったことを申し述べておきます。本年はさらなる発展を確信しております。

東病院副院長(医療安全担当)に就任して

国立がん研究センター 東病院

肝胆腫瘍科 科長

医療安全担当副院長 小西 大



昨年度3月に医療安全管理担当の副院長に任じられ早1年が経過しようとして

います。思い起こせば就任10日目に震災が発生し、計画停電や物資不足など

平常時とはかけ離れた医療安全の問題に直面し、その後も震災関連も含め激動の1年となりました。今回新たな年を迎えるにあたり、もう一度医療安全について考察をしてみることにしました。

リスクマネージャー時代も含め、これまで約10年間医療安全にたずさわって、現在まで医療事故に対していくつかの現場監査を行い、原因・問題点の究明、そして再発予防のためのシステムづくりを行ってきました。しかしその業務を重ねるたびに、医療現場における規則を細分化し、マニュアルを作成し、ひいては現場業務の負担を増加することとなり、対策自体が新たな医療事故の原因になりはしないかと自問自答することもありました。そして先日の理事長講演にて、複眼的視点の重要性を再認識することとなりました。ある事象において、偏った正義（やみくもに

医療安全と銘打った正義）を振りかざして判断するのではなく、対極も含めた複数の視点に立って総合的な検証を行い、対策を練っていくことが重要であることを改めて痛感いたしました。

一方、新たな規律を作成し周知しても、時間とともに風化していってしまう現実を少なからず経験してきました。東病院医療安全管理ポケットマニュアル初版の巻頭コメントには、当時副院長の西條先生から「このマニュアルが医療安全のためのバイブルとなるよう改訂を続けて行く必要がある」と記されています。まさしく当を得たご指摘であります。マニュアルつまり“案内書”とは時々刻々その意味合いを変化させていくものであり、“今”に対応してこそ存在価値が発揮されます。つまりいかに継続するかということが次の課題となってきます。このためには全職員の医療安全に対する意識をいか

に高めるかが最も重要となってきます。

「機械は故障する。人間は間違える。」という言葉があります。誰もが理解していることではありますが、日常に潜む過信が謙虚さを覆ってしまうとき、故障や間違えは見過ごされてしまうでしょう。いかなる場合でも最終的に患者への不利益が生じないようにしなければなりません。もちろん各事象から対策を練り、規則を作ることも大切ですが、医療安全の根本は、個人個人が高い意識をもち、「機械は故障する。人間は間違える。」ことを謙虚に受け止めていくことであると考えています。

年初にあたり、もう一度医療安全担当副院長としての責務に向き合って、全職員の意識向上とその継続を図り、患者さんにもスタッフにもより安全な環境を整備できるよう努めていきたいと考えています。

東病院副院長(教育・研究担当)に就任して

国立がん研究センター 東病院

呼吸器腫瘍科 呼吸器内科長

教育・研究担当 副院長 大江 裕一郎



2011年9月1日付で、副院長(教育・研究担当)併任の辞令をいただきました。医科大学やがんセンターなどの教育研究機関では、診療・教育・研究が三本柱であるとよく言われますが、そのうちの教育と研究を担当する重責を担うことになり緊張しております。これまで薄学非才を体力で補ってきましたが、その体力も年齢とともに低下しており皆様方に助けていただきながら精一杯与えられた責務を遂行したいと思っています。

私は1987年(昭和62年)から1年間当時の国立がんセンター病院呼吸器内科および研究所薬効試験部で研修させていただき、1989年(平成元年)に当時の国立がんセンター病院外来部内科医員に採用していただきました。それ以降、中央病院および東病院で肺がんの診療、研究およびレジデント教育などに従事してまいりました。私が国立がんセンターで研修

させていただいた当時は、後の総長である末舛恵一先生が副院長であり雲の上の存在であったと記憶しております。当時の呼吸器内科には、西條長宏先生(元東病院副院長、現近畿大学特任教授)をはじめ新海哲先生(四国がんセンター院長)、江口研二先生(帝京大学教授)、佐々木康綱先生(埼玉医大教授)、田村友秀先生(中央病院呼吸器内科長)がスタッフとして在籍しており、錚々たる先生方から多くのことを学びました。しかし、当時のレジデントなどに対する教育は日本古来の徒弟制度による教育体制であり、系統だった教育はなされていませんでした。前時代的な教育制度であっても優秀な人間は自然に育つものであり、大津敦先生(東病院臨床開発センター長)、藤原康弘先生(中央病院副院長)、浅村尚生先生(中央病院呼吸器外科長)、中川和彦先生(近畿大学腫瘍内科教授)

など当時一緒に研修した先生方が現在の日本のがん診療・研究の中心的役割をになって活躍されています。ただし、教育は彼らのような一部の優秀な人材のみに施されるものではなく、いわゆる凡人を一流に、落ちこぼれを人並みにするのが真の教育でありそのためには系統だった教育システムが必要です。現在の東病院の教育システムには改善の余地も多いと思いますが、私自身も教育について勉強しつつより効率的な教育制度を確立するよう努力したいと考えております。

私は大学での教育経験はほとんどありませんが、日本臨床腫瘍学会のがん薬物療法専門医および日本がん治療認定医機構のがん治療認定医の両者の設立準備段階から今日まで深くかかわってきました。世界レベルのMedical Oncologist育成を目的とした前者と我が国のがん医療の底上げを目指した後者では、目的も異なり

比較することは困難ですが、国立がん研究センターが目指すべきは前者の育成であることは明らかです。何故なら後者の想定しているレベルは国立がん研究センターの医師であれば誰もが到達している当然のレベルであるからです。国立がん研究センターでがん薬物療法を学んでいるレジデント、がん専門修練医などには是非、がん薬物療法専門医の取得を目標の一つとしてもらいたいと思っています。

東病院で推進すべき研究は、新薬の早期開発およびこれに付随するトランスレショナルリサーチであります。そのためには病院と臨床開発センターとの連携が重要です。がんの基礎研究は、一昔前のがん細胞を用いて個々の研究者が独自のアイデアに基づいて研究をすすめる個人競技から、現在では研究の主体が臨床検体を用いて網羅的な遺伝子解析、タンパク解析などを行う団体競技になって

いるように思います。臨床研究も同様で以前は各施設ごとに小規模な臨床試験を実施していましたが、現在では多施設共同試験や国際共同試験を実施しなければ最終的な結論は得られない時代です。薬剤などの早期開発にかかわる試験は単施設で実施されることがあるものの最終的な結論を得るには多施設での共同研究が必要であることに変わりはありません。病院の医師が臨床の片手間に一人で基礎研究を行うのは難しくなっており、臨床開発センター、研究所、他機関、企業などとの共同研究が必須です。さらに医師のみではなく生物統計家やバイオインフォマティクスの専門家など様々な分野の研究者との共同研究が必要です。国立がん研究センター内での共同研究を推進するのは当然ですが、研究課題によっては他施設、他国の研究者、企業などとの共同研究も重要と思われれます。他施設、他

国の研究者は競争相手であっても決して敵ではありません。我々の敵は、「がん」であることは明らかであり、それに打ち勝つための研究体制構築が私に与えられ責務と考えています。

東病院でも順天堂大学との連携大学院制度による学位取得が可能となります。これにより若いレジデント、スタッフの先生方の研究意欲がさらに増すものと考えられ、学位取得が困難という従来の国立がん研究センターの弱点が克服される画期的な制度です。この制度を有効に活用し発展させるためには、教育、研究の充実が必須であり今後の重要な課題と考えております。

医師のみならず東病院で働くすべての職種の人たちが、勉学、研究に励めるような環境を整備することが私の一番の責務と考えておりますので、皆様のご協力をよろしくお願い申し上げます。

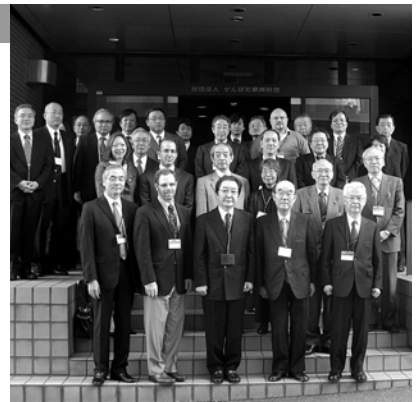
第24回国際がん研究シンポジウム 「悪性脳腫瘍 —現状と展望—」を開催して

国立がん研究センター 中央病院
脳脊髄腫瘍科 科長 渋井 壮一郎

平成23年11月23日(水)より25日(金)まで、第3次対がん総合戦略研究推進事業の一環として行われている財団法人がん研究振興財団による第24回国際がん研究シンポジウムを開催させていただきました。本シンポジウムは、1988年に第1回が肺癌の基礎および臨床研究をテーマとして開催され、以後、各臓器癌を対象に毎年行われてきました。中枢神経系腫瘍をテーマにするのは2回目です。1996年に野村和弘前病院長が「Basic and clinical research in brain tumor」というテーマのもとに第9回シンポジウムを開催されて以来、15年ぶりとなります。前回はHarvard大学のPeter Black博士、Ludwigがん研究所のWebster Cavenee博士をはじめとする錚々たるメンバーが講演をされました。脳神経外科領域でも分子生物学的手法が導入されはじめ、遺伝子治療や新しい放射線治療法が取り入

れられ始めた時代です。今回はそのひとつ下の世代が、研究・臨床の主体となり中心的な役割を果たしてくれています。運営委員長は嘉山孝正理事長、組織委員として、米国MD AndersonがんセンターのMark Gilbert博士に加わっていただき、日本側からは、野村和弘東京労災病院長、西川亮埼玉医科大学教授、永根基雄杏林大学准教授、北中千史山形大学教授というすべて当センターの卒業生および当院現役の成田善孝副科長、さらに高倉公朋先生には顧問をお願いしました。東日本大震災さらに福島原発事故の影響で、海外からの演者に来ていただけるかどうか心配しましたが、大半の先生方がメール1本で快く講演を引きうけてくれました。

開催前日、宿泊予定となっているホテルから、海外の演者がチェックインを済ませたという情報が次々と入り、緊張感が高まりました。11月23日(水)朝、予定



通り海外演者がすべて揃い、高山昭三がん研究財団理事長の開会の辞、嘉山先生、高倉先生のご挨拶のあと、いよいよ開催です。第一演者は本年10月より当センター研究所へ異動されたCambridge大学の市村幸一先生で、WHOのHiroko Ohgaki博士、藤田保健衛生大学廣瀬雄一教授、東京大学武笠晃丈特任講師とともに、近年進歩の著しいグリオーマの遺伝子解析について、それぞれの分野からお話いただきました。午後は北中千史教授、東京大学宮園浩平教授がCancer stem cellの最も新しい知見を、続いて米国Barrow研究所Nadar Sanai教授、東北大学隈部俊宏准教授、山形大学櫻田香教授、東京大学斉藤延人教授、九州大学佐々木富男教授が新規手法を取り入れた脳腫瘍手術について、さらに東京大学

藤堂具紀教授のウイルス治療、Pittsburgh大学のHideo Okada准教授が免疫治療の話を書かれ、第1日目を終了しました。

第2日目は新規放射線治療のテーマから始まりました。京都大学小野公二教授および大阪医科大学宮武伸一准教授からホウ素中性子捕捉療法、筑波大学坪井康次教授の陽子線治療、新潟大学青山英史教授および山形大学佐藤慎哉教授より転移性脳腫瘍の臨床試験の講演、さらにCalifornia大学Susan Chang教授、杏林大学の永根英雄准教授から分子標的治療の現況のお話があり、午後からはMark Gilbert教授、渋井、名古屋大学若林俊彦教授、東京女子医科大学村垣善浩教授、当院成田副科長より日米各々の臨床試験について発表がありました。特にGilbert先生には、都合で欠席となったHeidelberg大学のWolfgang Wick教授の担当分を含め90分の講演をお願いすることになってしまいましたが、「元気だから大丈夫」と言われて、休憩なしの講演をしていただきました。

第3日目は小児腫瘍をメインテーマとして、埼玉医科大学名誉教授の松谷雅生先生が胚細胞腫瘍、広島大学杉山一彦准教授および埼玉医科大学柳澤隆昭部門長が髄芽腫の話を書かれ、最後は中枢神経系悪性リンパ腫についてSan Raffaele 研究所Andres Ferreri部門長および西川亮埼玉医科大学教授が講演されて3日間の幕を閉じました。出席者は総勢115名になりました。

当方のスタッフも少なく、しかも多く

の海外演者をお呼びすることで、準備には以前に開催した学会以上に気を遣いました。しかしながら、世界的にも一流の先生方の講演を直接聞くことができ、さらに親しくお話す機会が持て有意義なシンポジウムであったと思います。特に第2日目の夜には演者、招待者、スタッフ40名ほどで会食の機会を持ち、おいしい料理を前に、脳腫瘍の研究治療を志す海外と日本の先生方の距離が一層近づいた印象を受けました。



05

2011年10月3～5日

国立がん研究センター 中央病院

放射線診断科 科長

医療安全担当 副院長 荒井 保明

10月3日、僕にとっては日常の、しかし結構忙しい月曜日の夕方5時過ぎ、月一回の放射線診断科の全体会議中に阿部放射線治療科技師長から電話が入った。「会議中なので後でかける」と切ったが、それが事件の始まりだった。会議が終わって電話をすると、ルテニウムという小線源が行方不明になり捜索中とのこと。「捜索中」という言葉が、僕の頭が最高警戒態勢になるのを少し躊躇したが、言うまでもなく線源紛失は病院としてあってはならない大失態である。ましてや、国立がん研究センターが新しい体制となって動き出しているこの時期、僕の職責は医療安全担当、そして盟友で小線源管理の責任者である伊丹(放射線治療科長)は学会でマイアミに出張中である。一気に戦闘モードに入った。

まず、院内捜索である。金属片を探す

ならX線透視に限る。ちょうど会議の後で診断科にも大勢が残っていたので、直ちに治療科の怪しい医療廃棄ボックスをIVR室に持ち込ませ、X線透視で捜索した。勿論、それ以外の場所も含め、約3時間の大捜索を行った。しかし、ない。最後に確認されたのは前週の金曜日であり、すでに院内にはないと判断せざるを得なかった。午後8時50分、嘉山先生に報告。今できるすべての対応をするよう指示を受ける。所轄機関へ報告するとともに、午後10時から緊急の放射線安全管理委員会を招集。いつもは伊丹が取り仕切っている会議だが、そんなこと言っではいられない。ここまでの処置に手抜かりはないか、明日は何をすべきか、を協議。ただし、それまでの調査で、密封小線源手術室の感染性廃棄物のボックスに紛れ、そのまま院外に搬出されている可



能性が濃厚、かつ、依田企画経営部長が種々の情報収集をして下さり、すでに焼却されている可能性が高いことが判明していた。零時過ぎに病院を出たが、実はこの時点で僕の頭の中は、探して見つけ出すことしか考えていなかった。

翌10月4日(火)、伊丹の代行で、阿部技師長、寺内医師とともに、文部科学省放射線規制室に報告に行く。午後3時30分から嘉山理事長と記者会見に同席。記者会見の前まで、事務方の誰かが斥候隊として焼却場に向かっていると思っていたのだが、記者会見が終わって確認したところ誰も行ってないことが判った。焼却場の灰は翌日には最終処分場に移動するとの話であり、もう「待ったなし」である。しかし、焼却場の状況が判らな

い。どういう搜索をすればよいのか皆目検討がつかない。人海戦術が可能かどうかも判らない。そこで、15分後に僕と放射線治療科の村上医師が発射し、続いて布施副技師長他2名、さらに30分遅れて阿部技師長他6名が病院を出発することとした。さらに、搜索が人海戦術となる場合に備え、診断科の麻生副技師長以下18名を病院に待機させた。元々、放射線診断科と治療科は仲が良いが、この時の連携、迅速さは軍隊さながらだった。高速を飛ばしながら、マイアミの伊丹に電話をすると、帰国するため空港に向かっているとのこと。地球を半周してマイアミに到着し、直ちにトンボ帰りである。ただでさえ、とんでもない旅程なのに、帰りの十数時間、フライトの中でも心配だけしかできない彼の心中を察すると胃が痛んだ。「必ず見つけてやるから、ゆっくり寝て来い」と言って電話を切った。

午後6時50分、焼却場到着。焼却場の方々が親切に状況を教えて下さったのだが、その内容は僕の想像を遥かに超えていた。焼却炉の中の温度は1000度を超えることがあるため、小線源を包んでいる銀はほぼ確実に融解あるいは蒸散している。小線源自体は1000度でも融解しないが、粉々になっている筈で原型は留めていないであろうとのこと。そして、焼却灰が水で冷やされた後に流し込まれる貯留槽は、深さ3mくらいの8畳間程度のスペースで、片側から灰が流れ込むため、その灰が溜まると機械で反対側に移動させる。中央病院からの灰は多分、灰が流れ込む側と反対側の山にあるだろう、とのことであった。初めて見たが、この焼却灰というのは、ほぼ真っ黒なキメの粗い砂状のものである。焼却場の方々の顔には「無理ですよ」と書いてあったが、恐る恐る「この中に

入って探したい」と申し出たところ、ヘルメットやスコップを貸して下さった。ただし、われわれが作業しているままにして帰る訳にはいかないので、午後10時までに作業を終了して欲しいとのことであった。流石に、この時は天を仰いだ。作業はまさに「砂山から針一本を探し出す」ようなものである。焼却灰を貯留槽から出してはいけないとのことなので、人海戦術も使えない。病院待機中の麻生副技師長以下18名に散会を指示するとともに、搜索法を決めた。原型を留めないとなれば、高レベル放射性物質を探す以外に手はない。GMカウンターで焼却灰の山の表層を検索する。なければスコップで表層を削り落とし、次の表層を検索する。これを見つかるまで繰り返すこととした。

午後7時20分、到着した第2隊とともに5名がタイベックスーツに身を包んで、貯留槽に飛び込み作業を開始した。残された時間は約2時間半。伊丹に「絶対見つけてやる」などと言ってしまった軽率さが悔やまれる。作業中も背後から新しい焼却灰が流れ込み、冷却後といっても湯気が出ており、何となく足元が熱い。ともかく、黙々と同じ作業を繰り返した。午後7時50分頃からGMカウンターが時々高レベル放射能に反応するのだが、掘っていくと見失ってしまう。しかし午後8時、ついに周囲と分離することに成功して、高放射能レベルの灰の固まりを同定した。「ひょっとして」と喜んでいると本隊である第3隊が到着。新しいメンバーが加われば、当然搜索も速まる。貯留槽が狭いため全員は入れないが、交代で探すと、最初に放射能レベルの高い灰を見つけた周囲から、続々と同じように放射能レベルの高い灰が見つかった。

回収した灰を収納する容器がないた

め、僕と阿部技師長で10分程の距離にあるコンビニにプラスチックカップ、蓋にするラップ、固定用のビニールテープを買いに行き、回収灰をこれに納めた。残していないことを証明するため、周囲の灰も4点採取した。午後9時45分、作業終了。「それらしい高レベル放射能を示す焼却灰を回収した」旨を嘉山先生に電話で報告。「皆をねぎらってくれ」。僕がこの一年半で聞いた中で一番嬉しそうな嘉山先生の声だった。嘉山先生の言葉を皆に伝え、総勢12名で記念写真を撮り、焼却場の方々に丁重にお礼を申し上げて、午後10時帰路についた。午後12時過ぎ、全員が無事に帰院したことを確認し、長かった10月4日が終わった。

翌日、回収した高レベル放射能焼却灰の分析が行われた。放射線のスペクトラムは完全に一致し、正しく中央病院から紛失した小線源であることが確認され、午後から再び記者会見で、今度は回収できたことを報告した。その後、判ったのだが、今回焼却場に搜索に行くことについては、理事長に了解をとることをすっかり失念していた。組織のガバナンスという点では甚だ不届きな行動であり、反省している。ただ、誰もが記憶にあるであろう中学や高校時代に仲間と一生懸命に何かを行った時の一体感、そして達成感を、この歳になってから、職場の仲間と味合うことができたのは、本当に幸せだったと思う。もともとが病院としては大不祥事であり、自慢できるような話ではないが、一緒に行動した誰もが一体感を感じていたのは紛れもない事実であり、それはこれからの中央病院にとっても大きな糧になると思う。夕方、赤い目をして盟友伊丹帰国。「悪いが、いい思い出させてもらったぜ。」2011年10月3～5日は、そんな日々だった。

日仏がんセミナーを終えて

国立がん研究センター研究所

研究所上席副所長 創薬臨床研究分野長 山田 哲司

昨年11月1日と2日、在日フランス大使館にて日仏がんセミナー(France-Japan

Symposium on Cancer Research 2011)が開かれました。フランス側からはFabien



CALVO博士、Jean-Marc EGLY博士などフランス国立保健医学研究機構 (INSERM: Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) の研究者を中心に11人が来日し、また日本側からは国立がん研究センター研究所を中心に12人の演者が参加し、2日間にわたって基礎からトランスレーショナルリサーチまで幅広い範囲のテーマで研究発表が行われました。さらに国内の大学や企業の研究者など、合計約80名が参加し、盛んな討論が行われました。セミナーを通じて互いの現在の研究の進展状況が明らかになり、今後のフランス国立保健医学研究機構と国立がん研究センターの両施設間の交流、さらには日仏の研究交流が促進されるものと期待されます。

セミナーの冒頭、フランス大使館科学技術参事官のFlorence RIVIERE-BOURHIS博士によって開会宣言が行われ、さらに両国を代表してCALVO博士と嘉山理事長にご挨拶いただき、厳粛な雰囲気の中でセミナーが始まりました。1日目のセミナー終了後にはフランス大使公邸にてレセプションが開かれました。フランス大使代理 François-Xavier LEGER氏と中釜研究所長のご挨拶の後、シャンパンとフランスワイ

ンで打ち解けた雰囲気になり、趣向を凝らした様々な料理、盛りだくさんのチーズやデザートなど大使公邸の調理人が腕によりをかけて作った、おそらく我が国で味わえる中では最も本場に近いと考えられる本格的フランス料理に舌鼓をうちました (写真2)。両国の研究者が個人的に知り合うきっかけになり、多くの共同研究の話が持ち上がりました。2日間のセミナーの締めくくりの討論では、中釜研究所長とCALVO博士によって (写真3)、両国の研究の共通点や違いが的確に指摘され、今後両国ががん研究で交流を続けていくことが重要であると再認識されました。

私は、日本側の組織委員長としてこのセミナーの企画の段階から関わり、フランス側の研究者と電話会議などで演者の選択やプログラムの構成を議論し、またフランス大使館の館員とセミナーの運営の詳細をつめてまいりました。彼らも英語は母国語でなく、コミュニケーションが十分取れないところもありましたが、人間同志、誠意をもって話せば何とかなると実感いたしました。私の印象ですが、フランスのがん研究は長年にわたって世界の発展を担ってきた科学技術の歴史に裏付けられ、サイエンスに対する考え方を重視し、短



(写真2)



(写真3)

期的な成果を求めない土壤があるように思われ、国民性の違いを感じました。

皆様のおかげでセミナーが無事に終わり、現在ほっとしております。ご協力いただきました国立がん研究センターの皆様方に御礼を申し上げ、本稿を終わらせていただきます。有難うございました。

07

JCA-Mauvernay Awardを受賞して

国立がん研究センター研究所

腫瘍生物学分野 分野長 荒川 博文

この度、日本癌学会の学術賞の一つであるJCA-Mauvernay Awardを受賞しましたのでご報告いたします。JCA-Mauvernay Awardは、2005年に日本癌学会とスイスの製薬会社であるDebiopharm社により設けられた日本癌学会の学術賞で、学会のホームページに掲載された、Debiopharm社のMauvernay氏からのメッセージによりますと、「基礎と臨床のがん研究領域において、日本で行われた最先端のがん研究を高く評価し、それら日本発の研究を、広く世界へ知らしめるために設立された」とあ

ります。毎年基礎及び臨床領域から一名ずつのがん研究者 (50歳未満) が選ばれており、2005年の第1回における受賞者は、基礎領域から京都大学の石川冬木先生が、臨床領域からは愛知県がんセンターの光富徹哉先生が選出されております。今年は、第7回目となりましたが、基礎領域からは私が、臨床領域は東京大学血液内科の黒川峰夫先生がそれぞれ選出され、受賞することとなりました。写真は、今年の第70回日本癌学会学術総会において、スイスから授賞式のためにやってきた



Mauvernay氏 (中央) と黒川先生 (左)、それに私 (右) の3人で、授賞式直後に記念写真を撮った時のものです。

私が受賞することとなった研究課題名は「Identification and characterization of p53-target genes」です。この研究課題は、1999年に私が留学先のアメリカから東京大学医科学研究所（以下医科研）へ赴任した時に開始して、それから現在まで約12年にわたって一貫して行ってきた研究テーマです。この間、多くの優秀な医師、研究者、大学院生、研究補助員などの方々が、この研究に携わり、その多大な貢献の結果、数多くの成果を挙げることが出来たと自負しております。従って、今回の受賞は、この研究に携わった我々研究グループのメンバーすべてに与えられた評価であると認識しております。

この研究を行うきっかけは、当時の医科研の研究室のトップであった中村祐輔先生（前国立がん研究センター研究所長）から、1999年の1月にこの研究テーマを頂いたことです。当時アメリカ留学から帰国したばかりの時期に、既に20年近く研究されてきた有名ながん抑制遺伝子p53を、なぜ今さら私が研究せねばならないか、全く理解できず、不満さえ抱いてしまった次第です。しかし、研究を進めるにつれて、20年近く研究されてきたはずなのに、何でこんな事も分かっていなかったのか？という事実が次々に明らかとなり、それまでの、もうよく分かっている、という世の中と自分の常識を完全に捨て去り、全くの素の状態の研究に取り組みました。4年間の医科研時代には、全国のみならず世界中から優秀な人材が集まった恵まれた環境も大いに好条件となり、CellやNatureと言った著名な雑誌をはじめ、Cancer ResearchやOncogeneと言ったがん領域で名の通った専門誌にも、次々と論文発表が可能でありました。

しかし、2003年からスタートした国立がんセンター（以下国がん）における研究室では、それまでの環境がいかにも恵まれていたかを思い知らされることとなります。人集めやら、研究環境の整備やら、今思えばそこからが本当の研究者としてのスタートであったかもしれません。医科研の研究室が、名だたる日本の大企業だとすれば、国がんの私の研究室は、築地の場外市場のいち商店のようなものです。小さい日

本の商店が、世界の大手企業と競争して、本当の意味での成果を挙げるには、それなりの戦略が必要です。

国がんでの研究を開始する際に、もう一度p53研究の歴史や動向を考えてみました。そうすると、多くの研究者が長年取り組んで、極めて膨大な数の論文が発表され続けている背景には、いくつかの特徴があるように思えました。まず第一に、発表されている論文のかなりの数が、「細胞死を誘導する」機能や、「細胞の増殖を止める」機能など、p53のよく知られた機能に関連したテーマに集中していることです。既によく分かったはずの研究テーマをもう一度なぞるような、ほんの少し進めるように、そんな論文や研究が氾濫していることに気づきました。第二に、新しい機能を発表しようと論文を投稿しても、審査員の頭の中は、p53に関する既存の常識や概念が余りに強すぎて（科学ではなく宗教的にすら思えます）、中身のデータの議論をすることなく、アブストラクトの結語が間違っている、あり得ない等の理由で拒否されることがありました。第三に、p53は長年研究されている中で、著名な研究者たちの作る国際的なグループや大御所が存在し、彼らの意見や発表する論文を中心に、その後の研究の支配的な流れが作られているようでした。これを言い換えれば、よく知られた機能に関する研究で、審査員の納得する既存の常識や概念に適合する、著名な研究者や大御所の考えに寄り添った研究については、論文発表や研究費の獲得がよりスムーズになり、時には著名な雑誌への掲載も可能になるとも言えるわけです。

国がんでスタートした私の研究室での研究は、逆説的ではありますが、上の条件のいずれにも当てはまらない研究であることを条件にして、もう一度頭の中を真っ白にして、取り組んでみました。結果的に、医科研時代の約2倍の年月を費やして、p53標的遺伝子の中で、最も重要な遺伝子の絞り込みに成功しました。この遺伝子の名前を、Mieap (Mitochondria-eating protein: ミトコンドリアを食べるタンパク質) と命名しました。その機能は、全くp53の機能として予想されていなかった「ミ

トコンドリアの品質を管理する」だったのです。この遺伝子の発見から約8年の時間を経て、今年ようやく論文発表が可能となりました。この発見は、長らくがん研究領域で謎であった、がん細胞は酸素が豊富に存在していても、酸素を使った効率のよいミトコンドリアからのATP合成を行いにくく、むしろ酸素を使用しないグルコースの取り込みが亢進した解糖系からのATP合成を行うという、がんに特徴的な代謝異常であるワールブルグ効果の理由を説明しうる成果と思っています。詳細は、50周年記念誌の腫瘍生物学分野の紹介に記載していますので、是非読んで頂ければと思います。

今回の受賞は、その大部分において、医科研時代の仕事が評価されたものと認識しております。一方で、Mauverny氏からの受賞に関するプレスリリースにおいて「Dr Arakawa's research offers a new approach of cancer and mitochondrial quality control, suggesting that p53 is also a guardian of mitochondria」と結ばれておりますように、国がんでの仕事も高く評価して頂いたものと感謝しております。我々は、国がんでの地道な研究から、これまでのがん研究や細胞生物学から取り残されていた未知の領域を発見しました。しかし、世界的に著名な研究者や大御所からは、我々の主張に対する猛反発をくらい、未だ苦戦を強いられています。既存の研究領域と一線を画す、全く新しい概念を打ち立てること、これまでの常識や既成概念を覆すようなパラダイムシフトを起こすことの難しさや厳しさを、今痛切に感じております。しかし、今のこの苦労は、ある意味その成果の大きさを反映しているのではないかと感じております。私はこの国がんでの研究成果が、間違いなく将来のがん医療に大きく貢献しようかと確信しており、今回の受賞を大きな励みとして、引き続き、この研究を少しでも前に進めていきたいと思っております。

最後に、これまで一緒に研究を行ってきた多くの仲間達や関係者各位に、こころから感謝の意を表し、この寄稿を終わりたいと思います。

平成23年度1回 中央病院との医療連携強化のための情報交換会のご報告とお願い

国立がん研究センター 中央病院
骨軟部腫瘍科・リハビリテーション科 科長
医療連携委員会委員長 中馬 広一

平成23年10月25日、「中央病院との医療連携強化のための情報交換会」が、院外より65名、院内から55名の参加を頂き、国際研究交流会館、国際会議場で開催されました。今回の交換会では、大腸がん診断の連携と、地域がん緩和診療における連携医情報の活用をテーマに講演会を企画させて頂きました。

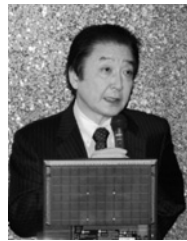
寺井クリニック院長寺井毅先生から「大腸拡大内視鏡の活用」の題で、拡大内視鏡による大腸内視鏡検診のご経験のお話し頂きました。大学時代の2506病変では、平坦型32%、10mm以下の病変85.7%、大腸がん診断率は早期がん4.3%、進行がん3.2%に比較較して、開業後の2209病変では、平坦型47.5%、10mm以下92.5%と、平坦型、小病変が多く、進行がん0.4%に比して、早期がんは3.3%と同じ診断率だったご経験から、早期大腸癌や大腸微小病変を取扱いの多いクリニック検診こそ、小病変の見逃しの少ない拡大内視鏡導入が必要であり。NBI（画像強調、Narrow Band Imaging）内視鏡を使った小病変の粘膜下血管異常観察等の最先端知見もご紹介頂きました。がん研究センター中央病院消化管内視鏡科、吉永繁高先生から「最近の内視

鏡診断と治療について」の題で、上部消化管1200例、下部消化管3000例、超音波内視鏡400例の検査、内視鏡治療が1700例の中央病院における年間実施状況が報告され、消化管内視鏡の診断に関する最新技術（拡大内視鏡、NBI、AFI、超音波内視鏡など）と、粘膜切除術、粘膜下層剥離術の内視鏡治療をご紹介頂きました。フロアーから、開業された先生方の高い内視鏡技術の研鑽と診療についての賞賛と、クリニックと中央病院との診断治療連携が重要とのコメントを頂きました。

中央病院のホームページ上に、連携医用機関検索サイト(<http://hospdb.ganjoho.jp/renkei/>)が開設に合わせて、緩和ケア連携に関する情報集約と活用方法を考える講演を企画しました。医療機能情報提供制度で都道府県の医療診療情報の冊子、サイトが構築されましたが、緩和治療施設の情報は全く整備されてい

ません。がん患者会シャロームの代表植村めぐみさんから、緩和情報を充実させようと「緩和ケアまっぷ」をいち早く作成し、活用されている埼玉県東部地域における活動内容をご紹介頂きました。最後に、国立がん研究センター、がん対策情報センター若尾文彦先生から、中央病院における連携医用機関検索サイト立ち上げの経緯とサイトの紹介を、連携支援室樋口相談員から、連携医用機関検索の操作方法を実演して頂きました。会参加施設より、検索サイトに掲載されていない病院もあるとのご指摘もありましたが、中央病院内外の皆様にも広く活用して頂き、情報拡充と最新情報の更新についてのご協力をお願いしました。

次回の連携強化の会は、24年3月を予定しております。今後も、連携に関する情報提供、連携業務のご支援よろしくお願ひします。



嘉山正孝理事長



植村めぐみ様(写真左)、寺井毅先生(写真右)



若尾文彦先生、吉永繁高先

UEGW(欧州消化器病学会週間)のTop Abstract Prizeを受賞して

国立がん研究センター 中央病院

消化管内科 消化管内視鏡 医員 中島 健

今回ストックホルム(スウェーデン)で開催された第19回UEGW (United European Gastroenterology Week:10月22日-26日)で全演題の中5演題のみに授与されるTop Abstract Prizeをいただき、大変光栄におもっております。UEGWは世界最大の消

化器病学会の1つですが、当科からは共同研究も含め11演題発表を行い、斎藤豊副科長が2つのsessionで口演の司会を務めました。私は、センターホールで表彰の後Open plenary sessionとしての発表させて頂きいただき大変感激いたしました(写真1)。



写真1

リンパ節転移のリスクがきわめて低い消化管癌は、内視鏡治療のよい適応です。スネアを用いた従来法の内視鏡粘膜切除術(Endoscopic mucosal resection: EMR)に加え、当初胃癌に対して当院で開発された内視鏡的粘膜下層剥離術(Endoscopic

submucosal dissection: ESD)により、大腸癌においても大きな病変の一括切除が可能となりました。2004年より当院では大腸ESDを開始し、年間約100例、現在まで計700症例以上実施しております。ただし胃・食道ESDと異なり、大腸ESDは保険未収載であり、当院では2009年より厚労省先進医療の形式で実施しています。全国的には、150以上の施設が認定を受けていますが、自己負担費用が20万円ほどであることや、穿孔等の合併症が胃ESDと比較して高い等の理由により、比較的大きな大腸腫瘍の治療選択は施設ごとに大きく異なっているのが現状です。今回、日本の内視鏡治療の現状を把握するため、大腸癌研究会「内視鏡摘除手技の標準化プロジェクト」委員会(委員長: 広島大学光学診療科田中信治教授)のもと、多施設前向き試験として「最大20ミリ以上の大腸腫瘍に対する各種内視鏡切除手技の局所根治・偶発症に関する多施設共同研究」(前向きアンケート調査)が行われました。主エンドポイントはEMRおよびESD後の遺残再発率比較ですが、今回当科の症例登録数が一番多く、治療選択および成績についての解析を担当し、演題登録を行いました。

全国18施設が参加し、21ヶ月の登録期間にて延べ1845件の内視鏡治療症例が登録されました。全体ではEMRが1029例、ESDが816例でした。腫瘍径別に層別化すると、3-4cmの腫瘍では約60%、4cm以上では80%の病変においてESDが選択されていました。平坦な成分を含む病変は、スネアでの切除の難易度が高くなるためか、ESDの選択率が高い傾向にありました。当然ESD群では治療時間は長

く、径4cm以上だと平均2時間ぐらいかかります。しかし、従来の報告ではESD群の後出血や穿孔は10%前後にのぼりますが、今回の研究ではESD群ではともに3%以下でEMR群の約2%と比較しても遜色ない成績でした。また正確な病理診断には一括切除が必要ですが、EMRでは腫瘍径が大きくなるほど一括切除率が低下し、4cm以上では12%にまで低くなります。一方、ESD群では93%と高い水準を保っていました。以上の結果より、日本では大腸ESDの安全性が向上し、標準治療として急速に普及している現状を示すことができました。

受賞の理由を個人的に考えますと、1)大腸癌研究会委員会の多施設前向き研究会であること 2)サンプルサイズ(1845件)の大きさ、3)日本での高い大腸ESD選択率にあること、と考えております。欧米では保険システムや前処置法の違いから内視鏡による早期癌スクリーニングは不十分です。また欧米ではESDはごく限られた手技で、反対意見もまだ見受けられます。そのため日本で研修経験のある医師を中心にドイツ、スペイン、英国、米国のごく一部の施設で実施されているに過ぎません。欧米の得意な「多施設前向き研究」でもこのような病変数、治療成績を出すのは難しいと考えられます。今後彼らと協力し日本発の高度の内視鏡技術を海外の患者にも還元することは大変重要であると再認識いたしました。また今回は日本消化器内視鏡学会とUEGWとの合同のエキスパートシンポジウムも開催され、当科の斎藤豊先生がColonic ESDについて講演を行い活発な意見交換がなされました。今後、直接的な技術交流がさらにできればとおもいます。



写真2
前列左より、藤井隆広先生、堀田欣一先生、斎藤豊、中島貴子。後列左より、中村尚志先生、鈴木晴久、Dr. Rembaken (UK)、角川康夫、中島健、Dr. Parra (スペイン)。

受賞の特典?としてプレスとの会見およびPresident dinnerへの招待がありました。特に後者は今回の学会開催地がストックホルムであることから、市政府庁舎のブルー・ホールで実際に「ノーベル賞晩餐会スタイル」で行われ大変貴重な経験をしました。招待者は主に欧州各国の内視鏡会の重鎮方ばかりで、妻と参加した私は完全に部外者の若造でしたが、多くの方に「Congratulations !!」と声をかけられ大変光栄でした。チェロによるABBAの曲演奏が流れるなか、サーバーが整然と会を取り仕切り、最後は花火付きのデザートを持ったウェーターが2階から階段で現れ約3時間の会が終了しました。またストックホルムはパリやロンドンの様な大都会とは異なり、少し郊外にはずれると美しい自然を楽しめる環境にありうらやましい限りでした。

最後に発表の機会を与えていただいた大腸癌研究会委員会の各施設の先生方および斎藤豊副科長をはじめ中央病院消化管内視鏡科の皆様がこの場を借りて厚く御礼を申し上げます。(写真2)

東病院で開催したオープンキャンパスについて

国立がん研究センター

がん治療開発部 安永 正浩

11月12日に、2011年度の東病院オープンキャンパスが開催された。今年は市民

公開講座との同時開催であった。10時のオープン前に、この日を楽しみにしてい



た市民の方が既に数10人ほど待っておられ、さらに、開始の瞬間に30名が立

て続けに入場されるというほどの盛況ぶりであった。最終的にはオープンキャンパスの入場者203名、市民公開講座80名であった。今年も各コーナーが設けられ好評を博した。陽子線ツアーの人気は高く、例年の2回を3回に増やして対応されていたが、オープン前に、予約希望者が既に多数待っておられるという状況であった。医療の社会面・経済面を中心に患者さん・家族の悩みごとに対応するよろず相談コーナー、食事や普段の生活習慣などの相談事にも気軽に応じる栄養相談コーナー、薬についての一般的なことから専門的なことまでわかりやすく対応するお薬相談コーナー、レクチャー顕微鏡を使って病理組織を丁寧に説明する病理コーナー、PET検査について説明する機能診断ビデオ上映コーナー、肺年齢を測定する検査科コーナー、血圧・骨密度・体脂肪を測定する看護部コーナー、ボランティアの子供たちが花を提供するピノキオプロジェクトは例年通り設けられ、いずれも暖かい雰囲気会場全体が和やんでいた。また、陽子線見学ツアーの受付横では新たな試みとして「陽子線治療システムの模型展示やビデオ上映」が行われ、待っているツアー予約者にも好評であった。緩和医療科からは、似顔絵セ

ラピー・コーナーが新たに設けられ、多くの方が自分の似顔絵を描いてもらい、にこやかに談笑・失笑されていたのが印象的であった。ポスターは例年通りに各科のパネルが45枚展示され、各科説明係の方が訪れた市民の方へ、東病院で行われている研究や診療内容をひとつひとつ丁寧にわかりやすく説明されていた。おそらく、このような機会でない、このようなひと時はないのではないと思うほどの、東病院職員と市民の方との一体感を感じさせられた。さらに、緩和医療科から新たにポスター展示に参加して頂き、治験管理室もリニューアルと共にパネル数を増やして「治験」という普段馴染みのない分野をわかりやすく説明頂いた。放射線部の環境放射線測定ワーキンググループからも、市民の方の不安感が払拭されるよう気遣いのこもった柏市領域のホットスポット問題についてのパネル展示が別コーナーに設けられた。

同時開催の市民公開講座も大変人気があり盛大であった。本講座を企画立案された林副院長先生のご尽力とポスターや近隣市報での事前案内も功を奏して、1か月前から問い合わせが続くという関心の高さであった。今回のテーマは「乳がん診療の現状と今後」で、和田徳昭先生、



向井博文先生、源典子看護師が講師として講演された。会場でも多くの方が各講師の方の話に熱心に耳を傾け、メモを取られていた。市民の方の熱気が会場全体にも伝わり、質疑応答にも自然と力が入るというようなすばらしい雰囲気の中で講演会が進行していった。

今回の実行委員長を務めさせて頂き、オープンキャンパス、市民公開講座を市民の皆様が本当に楽しみにしておられることが再認識できた。10代、20代の若者が少なかったため、東病院について、さらに広く知ってもらうために、より広い年齢層の方に訪れて頂けるための工夫も必要かなと思われた。しかしながら、開かれた病院紹介と地域の方々との交流が基本で、継続していることに、この催しものすばらしさがあることに毎年変わりはないと思う。

(仮称) 治療棟の整備について

国立がん研究センター

財務経理部 部長 長岡 祐治

(仮称) 治療棟 (以下、「治療棟」という) については、平成23年11月9日に理事長始め当センター関係者および施工関係者などが参列し、安全祈願祭を執り行い、翌日から工事を開始いたしました。12月末までは準備工事が行われ、年明けから本工事が行われる予定です。

治療棟の整備については、平成21年度から検討を重ね、法人化後、嘉山理事長のもと事業内容の大幅な見直しが行われ、現在、工事開始に至っております。治療棟は、放射線治療機能の拡充などを目的として、地下1,2階に加速器を用いたホウ素中性子補足療法 (BNCT) が世界

で初めて臨床的に実用できるエリアと先端的な放射線治療を行うエリアが整備される予定です。

また、地上1階は職員のアメニティエリア、2階から8階は医局エリア、9階に機械室を設置する予定であり、地下2階、地上1階および地上4階で病院と治療棟を結ぶ連絡通路も設置する予定です。

完成は、平成25年10月末を予定しており、長期間に渡ってご不便をお掛けいたしますが、ご理解とご協力をよろしくお願いいたします。

【建物規模】

構造：SRC (鉄骨鉄筋コンクリート造)、
地上9階、地下2階建て

建面積：1,028m²

延床面積：3,799m²



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://www.ncc.go.jp/jp/>

順位	10月 (1,102,328 PV)	11月 (964,675 PV)	12月 (836,259 PV)
1	日本語トップページ ↓ 115,967	日本語トップページ ↓ 112,762	日本語トップページ ↓ 96,697
2	あなたの痛みを上手に取り除くために ↑ 20,985	同種造血幹細胞移植療法を受けられる方へ ↑ 20,523	あなたの痛みを上手に取り除くために ↓ 14,605
3	FOLFIRI療法の手引き ↑ 19,683	FOLFIRI療法の手引き ↓ 17,723	募集情報 ↓ 14,178
4	同種造血幹細胞移植療法を受けられる方へ ↑ 17,548	あなたの痛みを上手に取り除くために ↓ 16,947	自家造血幹細胞移植療法を受けられる方へ ↓ 12,845
5	募集情報 ↓ 15,551	募集情報 ↑ 15,625	同種造血幹細胞移植療法を受けられる方へ ↓ 12,408
6	mFOLFOX6療法の手引き ↑ 13,422	自家造血幹細胞移植療法を受けられる方へ ↑ 15,565	FOLFIRI療法の手引き ↓ 10,928
7	東病院放射線測定結果 ↑ 12,980	カルボプラチン・パクリタキセル療法の治療を受ける患者さんへ ↑ 13,095	入院のご案内パンフレット ↓ 9,950
8	カルボプラチン・パクリタキセル療法の治療を受ける患者さんへ ↑ 12,181	ハーセプチン療法の手引き(トラスツズマブ) ↑ 11,399	ハーセプチン療法の手引き(トラスツズマブ) ↓ 8,937
9	AC療法の手引き ↑ 10,395	共通外来予診カード ↑ 10,880	カルボプラチン・パクリタキセル療法の治療を受ける患者さんへ ↓ 8,588
10	FP-rad療法の手引き ↑ 9,574	入院のご案内パンフレット ↑ 10,511	共通外来予診カード ↓ 8,326

※ 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

10月3日 ●国立がん研究センターと東レ株式会社が革新的な血液中バイオマーカー探索方法を共同開発	10月6日 ●平成23年10月6日(朝刊)の大手新聞社の記事に対する見解について	10月18日 ●たばこ増税に関するインターネット調査(中間報告)「喫煙者の2人に1人が次の増税では禁煙を考えている」
10月4日 ●国立がん研究センター中央病院における放射線線の誤服薬についてお詫びとご報告	10月17日 ●平成23年10月17日発売の某週刊誌の記事に対する見解について	12月28日 ●慶應義塾大学医学部・慶應義塾大学大学院医学研究科と国立がん研究センターの連携協力に関する合意書調印式記者発表会

■がん情報サービス <http://ganjoho.jp>

順位	10月 (2,489,803 PV)	11月 (3,279,117 PV)	12月 (2,146,813 PV)
1	患者必携 がんになったら手にとるガイド ↓ 81,213	急性リンパ性白血病 ↑ 579,401	患者必携 がんになったら手にとるガイド ↓ 79,702
2	がん診療連携拠点病院院内がん登録 2008年 全国集計報告書 ↑ 72,766	患者必携 がんの発生と進行の仕組みを知る ↑ 126,917	各種がんシリーズの冊子 乳がん ↓ 60,525
3	各種がんシリーズの冊子 乳がん 69,139(NEW)	患者必携 がんになったら手にとるガイド ↑ 110,500	がん診療連携拠点病院 院内がん登録 2008年 全国集計報告書 ↓ 38,329
4	全国がん罹患モニタリング集計 2006年罹患数・率報告 ↑ 35,673	各種がんシリーズの冊子 乳がん ↑ 86,026	大腸がん ↓ 35,553
5	大腸がん ↑ 33,434	がん診療連携拠点病院 院内がん登録 2008年 全国集計報告書 ↓ 53,886	全国がん罹患モニタリング集計 2006年罹患数・率報告 ↑ 32,233
6	がん診療を行っている医療機関の情報 (各都道府県ページ合計) ↓ 33,134	大腸がん ↑ 38,238	食道がん ↑ 28,742
7	各種がんの解説(部位・臓器別もくじ) ↑ 28,660	各種がんの解説(部位・臓器別もくじ) ↑ 35,018	各種がんの解説(部位・臓器別もくじ) ↓ 24,704
8	がん化学療法とレジメン管理 ↑ 25,810	全国がん罹患モニタリング集計 2006年罹患数・率報告 ↓ 30,940	がん診療を行っている医療機関の情報 (各都道府県ページ合計) ↑ 21,373
9	乳がん ↑ 25,101	がん化学療法とレジメン管理 ↑ 30,873	前立腺がん ↓ 21,303
10	肺がん ↑ 23,629	前立腺がん ↑ 25,484	がん化学療法とレジメン管理 ↓ 20,826

※ 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

10月12日 ●「乳がん」の冊子を掲載	12月5日 ●「がん対策応援団」募集を掲載	12月15日 ●「集計表のダウンロード」都道府県別死亡データを更新
10月24日 ●「病院を探す 緩和ケア病棟のある病院の情報」を更新	12月5日 ●「肝細胞がん」を更新	12月21日 ●「集計表のダウンロード」死亡データを更新
11月9日 ●「大腸がん」を更新	12月15日 ●「がん統計都道府県比較 75歳未満年齢調整死亡率」の情報を更新	

一日平均患者数

■平成23年10月の一日平均患者数

	入院	外来
中央病院	504.8 (501.9)	1084.3 (976.5)
東病院	361.5 (350.4)	807.1 (703.6)

(単位:人) ()は平成22年

■平成23年11月の一日平均患者数

	入院	外来
中央病院	488.1 (527.4)	1126.0 (1117.3)
東病院	366.4 (330.1)	803.0 (733.8)

(単位:人) ()は平成22年

■平成23年12月の一日平均患者数

	入院	外来
中央病院	486.3 (484.9)	1149.1 (1147.6)
東病院	347.6 (322.3)	810.3 (813.7)

(単位:人) ()は平成22年