

## 日本がん疫学研究会

## 世界の地域がん登録室の組織化(3)

藤本 伊三郎(地域がん登録全国協議会)

前号、前々号につづいて、諸外国における協議会活動と、いくつかの国でのがん登録全国システムとを紹介する。ともに、われわれの地域がん登録全国協議会の活動方針に、深くかかわりのある主題と考えている。

## 国際がん登録協会(IACR)の活動

地域がん登録室の国際協議会として、IACR(International Association of Cancer Registries)が1970年に設立された。故 瀬木三雄東北大学名誉教授が、設立に活躍された。現在はIARCに事務局をおき、世界5大陸の250余のがん登録室が参加している。現在でも、次々と参加申込が続いているが、選挙権のある会員になるための資格審査が、割合に厳しく、わが国では、宮城、山形、神奈川、愛知、福井、大阪、広島市、佐賀、長崎市が会員となっている。

このIACRは、IARC、WHOと協力して、世界各地のがん登録事業の発展、確立を目標としており、(1)毎年1回、国際がん登録学会を開催、(2)5年ごとに世界各地の登録室から罹患率を集め、そのうち高精度の登録の罹患率を「5大陸のがん罹患率」として出版(第6巻には、日本では、宮城、山形、福井、大阪、広島市、佐賀、長崎市が収録されている)(3)世界各地のがん登録事業の支援と協同研究の実施、などを行っている。

現在、この会のPresidentはDr.C.S.Muir(スコットランド登録機構長)、General Secretaryは花井 彩博士(大阪府がん登録室長、「地域がん登録」研究班長)、Deputy SecretaryはDr.D.M.Parkin(IARC記述疫学部長)、以下、Regional Representativesが世界各地から8名選挙されており、日本からは馬淵清彦博士(放影研病理疫学部長)がアジア・太平洋地域の代表として活躍されている。

## 諸外国における協議会活動

IACRの全世界的な動きに呼応して、地域的な問題を検討するため、各地域で協議会が組織されてきた。

北欧諸国でANCR(Assoc. of Nordic Cancer Reg.,1962年)が、南欧州でAscention(South Europe LatinLanguage Countries,1975年)が、濠州ではAACR(Australian & N.Z. Assoc. of Cancer Reg.,1982年)が、米国ではSEER計画の他にAACCR(American Assoc. of Centralized Cancer Reg.,1982年)が、東欧ではPTESG(Pannonian Tumor Epidem. Study Group,1988年)、EC諸国ではENCR(European Network of Cancer Reg.,1989年)が、それぞれ活動を続けている。私達の全国協議会も、JACR(Japanese Assoc. of Cancer Reg.)として、IACRに通知しているが、これが真に日本の協議会として、また、将来、アジア諸国の登録室と協同して、全世界に通用するまでに発展することを念じている。

## がん登録全国システムとは

最後に、この協議会が目的の一つとして掲げている「がん登録全国システム」について述べる。

現在の地域がん登録事業には、その作業の性質上、対象人口規模に上限があり、1,000万人をこえると、根本的にシステムを変える必要がある。諸外国の例をみても、国全体で一つの登録室を作って運営している所は、人口数百万人程度の国であり、人口が多くなると、適当な行政単位(およそ100~500万人)ごとに地域登録室を設け、その中枢として国レベルの全国登録室がある。また、地域登録室の基盤として、管内各病院の院内登録室(又は病歴管理室)がある。

イングランド、スコットランド、カナダでは行政組織として、米国ではSEER計画として、それぞれ、「国一地方一病院」の3層構造が確立されている。

これをわが国の現状と対比すると、府県がん登録室はあるが、全国登録室(臓器別全国登録とは、同一名称となるが、内容は全く異なるもので、府県がん登録の全国中心となる国の組織を指す。米国のNCI(SEER計画の中心)、英国のOPCSなどを考えて戴きたい。)がなく、「地域がん登録」研究班が、その仕事の一部を、やむなく担当している。また、地域がん登録室の基盤となるべき地域の病院に、院内登録(又は病歴管理室)が普及しておらず、病院医師の篤志届出活動によって、がん登録事業が支えられている。そのため、患者の把握もれが生じやすく、登録精度が不安定で、ややもすると低くなり、恒常的に高精度を保つことは困難である。

これを改善するため、わが国でも、上述の「国一府県一病院の3レベルのがん登録活動システム」を制度化することによって、確固とした体系を作りあげるよう、行政当局をお願いしている次第である。

## おわりに 一がん疫学研究者へのお願い一

以上、3回にわたって、地域がん登録全国協議会の発足から現在までの経緯と活動、ならびに世界におけるこの分野の動きを述べた。

早くから発足した地域がん登録室は、何とか、これまで活動を続けてきた。また、新しい地域登録室が誕生して、地域登録室の数は、めざましく増加した。しかし、諸外国でのそれにくらべて、日本のがん登録の体制の不備さ、国としての対応の著しいおくれ、などを思うと、危機的な感覚に陥ってくる。何とか、諸外国に追いつきたいと念じながらも、次第に離されてゆく感が強い。

さらに、こうした制度的な問題を別にして考えると、各府県がん登録事業(或いは登録室)の中心となる人材(疫学者、臨床医、実務担当者一登録士一、情報処理技術者など)の少ないことが、日本にとって、決定的な欠陥になっている。この際、多数のがん疫学関係者が、各府県のがん登録活動に参加し、活性化させて戴くよう、お願いする。御助言、御感想などを、筆者、或いは協議会関係者にお寄せ戴くと幸せである。

## 祝 Erwin Von Bälz 賞

大阪大学医学部環境医学教授、森本兼曇先生は環境医学の発展に貢献できる科学研究を樹立してきた研究者に贈られるErwin Von Bälz賞を1993年度に受賞されました。疫学研究者にとって誠に慶ばしい快挙であります。受賞対象となりました森本先生の研究内容は「環境履歴としてのライフスタイルが現代社会における最も大きな健康脅威である成人病発症、ならびに健康関連バイオマーカーの変化に、定量的な影響を及ぼしている事実を科学的に明らかにし、新しい環境医学、予防医学理論とその実践体系を樹立することが可能であることを指摘した」ということでして、会員の皆様は森本先生のご研究のことはよくご存知と思いますが、以下に研究内容の解説論文を紹介する。

### 「ライフスタイル環境と健康度との関連性に係わる予防医学的研究」

#### < 解説論文 >

本研究では、公害時代の有害汚染物質に変わる新たな環境要因として、ライフスタイル環境を取り上げました。ライフスタイルは、個人が誕生以来数十年間にわたって遭遇したすべての環境履歴を総体として表現するとともに、がん、循環器疾患等の成人病発症の重要な決定因子として働く。このライフスタイルを、喫煙、飲酒、労働時間、睡眠時間、食事栄養バランス、主観的ストレス感など、8つの日常生活習慣としてとらえ、健康習慣指数(Health Practice Index)として定量的に把握した。

1) 某事業所従業員、男女2148名を6年間追跡調査し、ライフスタイル(HPIで定量的に表現)と、成人病発症リスクに代表される身体的健康度との関連性を解析したところ、ライフスタイルの良好群は不良群に比し、いずれの年齢階層においても有意に高い健康度を保持するとともに、身体的健康年齢では約13才若い事実が判明した。また、ライフスタイル不良群は良好群に比し、消化性潰瘍や循環器関連疾患の成人病発症率が数倍高かった。

2) 将来における健康度変化を決定する主要な医科学的バイオマーカーとして、末梢リンパ球染色体変異量(姉妹染色体交換、SCE; 染色体構造異常; および小核形成)、アレルギー発症感受性指標としての血清IgE値、および腫瘍免疫力の指標としてNK活性を、

対象集団から抽出して測定し、ライフスタイルとの関連性を検討した。

末梢リンパ球染色体変異量はライフスタイルが良好なほど有意に低値を示した。また、ライフスタイル不良群は放射線誘発染色体構造異常に対する修復阻害感受性が高かった。

次にライフスタイルの中でも特に染色体変異誘発に大きく寄与する飲酒行動を取り上げ、PCR法によるアセトアルデヒド脱水素酵素アイソザイム(ALDH2)の有無による染色体変異頻度を観察した。その結果、ALDH2遺伝的欠損にもかかわらず毎日飲酒している群の末梢リンパ球に有意な染色体変異の上昇が観察された。

3) 血清IgE値によるアレルギー発症感受性をライフスタイルとの関連で解析したところ、ライフスタイル良好群ほどIgE値が低く、アレルギー発症にこれらライフスタイル要因が寄与している事実が示唆された。また、ライフスタイル要因のうち、過大なストレス負荷、運動不足、睡眠不足、長時間労働は血清IgE値を異常に低下させている事実も明かとなった。

また、NK活性を指標とした腫瘍免疫力についてもライフスタイル良好群が有意に高く、中でも運動習慣、ストレス、適度な睡眠がNK活性の上昇に大きな寄与をしている事実が明かとなった。

### 「血清ベーターカロチンを測定する機会をえて」

血清ベーターカロチンレベル測定のきっかけは、当時名古屋地域の主たる疫学研究者の回りもちで開催されていた疫学懇話会で御面識いただいておりました名古屋大学の青木國雄教授から「秋田大学の加美山教授のところへ行き、血清ベーターカロチンの測定を見てきてほしい」との電話であった。時恰も2月上旬、秋田空港周辺は真白、雪の空港着陸は初体験でもあり、出張目的以上に大変不安であったことを思い出す。又、当時は疫学的調査にも大変不勉強であったために、秋田と岩手の胃がんの疫学調査で漬物類が重要な危険因子であることを解明しておられることに全く無頓着で名古屋名物守口漬けをお持ちした誠に恥ずかしい思いもあります。加美山教授は、その点にお気づかい頂き、「しょつつるなべ」の御馳走をいただくなかで「しょつつるなべ」とは「塩辛い鍋」という意味だとか、秋田と岩手の比較調査成績などのお話を通じてご教授いただいたことを今も鮮明に思いおこす。

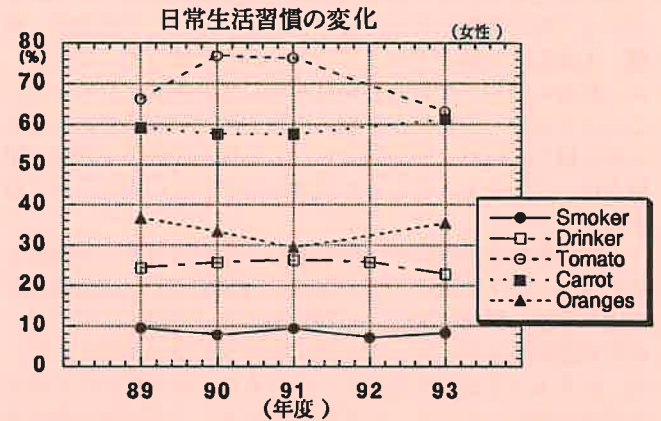
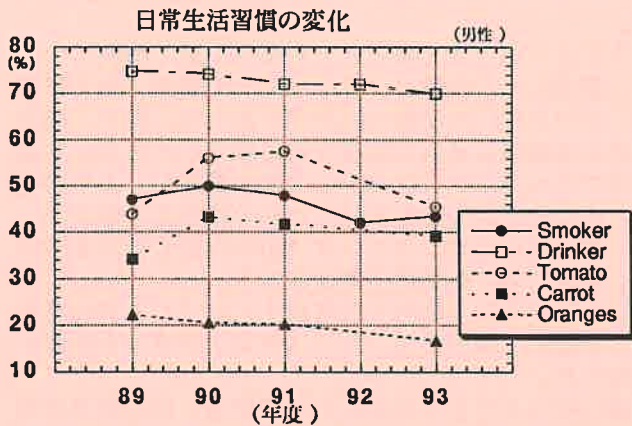
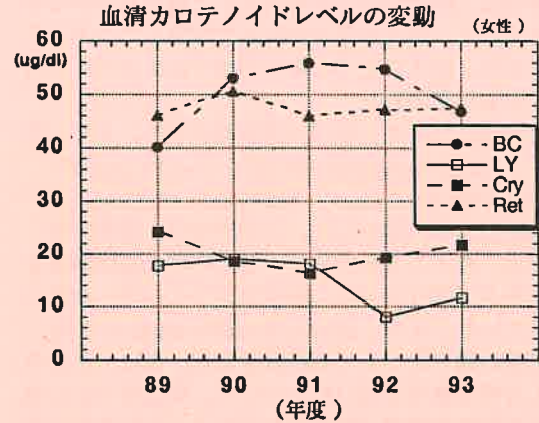
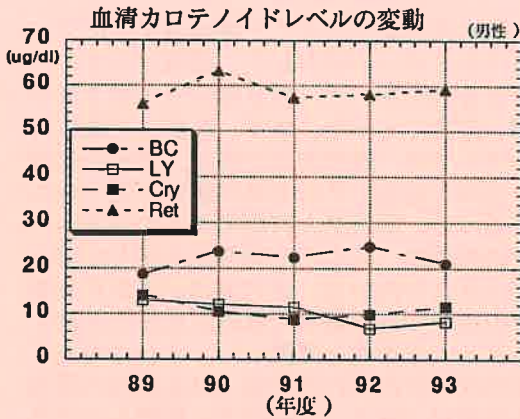
2日間血清ベーターカロチンの測定に関するいろいろな「ノウハウ」を田近久美子さんから大変懇切丁寧に御教示頂いた。その甲斐あって、Peto&Dollの論文から4年後の1985年には、高速液体クロマトグラフィーによる血清ベーターカロチンレベルの測定法が秋田から名古屋に技術導入され、住民検診時の血清を試料としたベーターカロチンレベルの測定値を用いた疫学調査が実現した。この方法は、最初ベーターカロチンとアルファカロチンなどが分別できないものであったが、その後ベーターカロチン、アルファカロチン、リコピンのほかキサントフィル類やレチノール、トコフェロールの同時測定も可能なシステムとなり現在に至っている。





血清カロテノイドレベルの疫学調査は、当初は中国班（班長：青木國雄教授）の調査の一部として南北海道の住民と中国東北地域の住民を対象としたものであり、断面調査では中国人との差異、喫煙、飲酒、食生活等による影響など、追跡調査ではがん死亡との関連等の成績も得られてきている。しかしながら、測定に至る当初は、血清ベータカロチンレベルは、食生活の影響が大きく、個人レベルの不安定性が予想され、測定する意味が少ないとする忠告を生化学者から受け

青木國雄教授の先見によって機会を与えていただいた血清ベータカロチンレベルの測定は、その後予想を越えた進展を重ね、最近では日本国内の数地域の住民を対象とするがん特別調査や特定のアメリカ人やインド人を対象とした国際学術調査へと発展している。さらには、我々以外の多くの施設からの血清ベータカロチンに関する報告も多くの機会でなされるようになってきた。



たものであった。その後、我々を対象とした1年間の追跡調査や他の報告などから、個人レベルは比較的安定しており、かつ、多くのがんの危険因子である喫煙や飲酒などで低下し、予防要因である有色野菜類や果物類摂取の多いもので高いなどとする多くの知見を知るようになってきた。さらに、有色野菜類摂取のみならず、血清ベータカロチンレベルの高いものでは、肺がん、胃がん等のがん罹患や死亡が少ないとする報告が多く追跡集団を対象とした疫学調査で示されてきた。最近では、中国河北中部の住民を対象としたベータカロチンなど服用者における約5年間の追跡調査では、がん死亡が13%、胃がん死亡が21%少なかったとする報告がなされるなど、がん予防要因としての多くの証拠が示されてきた。現在、このようなベータカロチンに関する調査成績に大きな関心を抱いてきた医薬品や食品メーカーの宣伝も有り、一般大衆のベータカロチンの認知度も、1991年の16.1%から1993年には56.2%となったと言う。

ここ5年間の南北海道住民における血清カロテノイドレベルについて比較したところ、ベータカロチンレベルの変動は、トマト摂取頻度の変化に対応し、クリプトキサンチンレベルは、むしろ柑橘類摂取頻度の変化に対応する傾向が見られ、これらの集団レベルは日常生活習慣の変化にそれぞれ対応した変化が見られている。ベータカロチンに関する生理的作用に関しては、プロビタミンA作用、抗酸化作用、免疫亢進作用、さらにはプロテインキナーゼへの作用等が知られてきたものの、ベータカロチンなどのカロテノイドの人での抗腫瘍、抗がん作用の機構を明確に説明するにはまだ難しい現状で有り、他の要因を含めた複合的な協調作用を十分に考えねばならない。今後は、ベータカロチンと共に他のカロテノイドを含めた広い視野からみた追跡調査や実験などに支えられたより詳細で確固たるがん予防要因としての意義の解明が求められており、この分野での多くの方々のより活発な研究が特に切望される。

(藤田保健衛生大学衛生学部公衆衛生学教授 伊藤宜則)

## 第4回日本疫学会総会に出席して

去る1月26日、27日の2日間にわたって、第4回日本疫学会総会が東北大学医学部公衆衛生学久道茂教授を学会長として、暖冬の仙台市で開催された。今回は、「臨床疫学」をキーワードに、特別講演「Evaluation of Screening Tests」、会長講演「がん対策の費用便益分析」、シンポジウム「臨床疫学からみた癌の自然史」、一般演題（総数117題、うち、がん関連が32題）の発表が行われた。

これまで循環器の疫学、がんの疫学、難病の疫学、疾病登録と続いた学会に、臨床疫学が加わったことは、疫学がその専門家ばかりでなく、臨床医学の分野まで浸透しつつあることを物語っており、日本の疫学の裾野が徐々に広がっていることを示していると思われた。

さて、学会発表について、その一部を紹介する。まず、特別講演として、Kaiser Permanente Medical Care Programの最高責任者であるDr. Friedmanが、Multiphasic Checkup Evaluation studyについて紹介した。この研究は、検診の評価を行うために、約1万人を対象に、27年間の追跡調査を行ったものである。偏りの少ない研究方法によって、検診の評価がなされていた。また、Healthy screenee biasという比較的新しい概念の偏りについても紹介された。次に、久道茂教授が、がん対策の費用便益分析について、概論を中心に講演された。この分野の研究は現在まだ少なく、これからこの分野の研究を行う者に有用な内容であると思われた。シンポジウム「臨床疫学からみた癌の自然史」では、子宮頸癌、胃癌、大腸癌、肝癌が取り上げられ、がんと遺伝子、ウイルス、細菌についての最新の知見をまじえて紹介されていた。このような新しい手法が、癌の自然史解明に有用であることは論を待たないが、一方でコホート効果の検討の必要性も指摘され、データをみるときに基本的疫学手法の重要性が認識された。

一般演題を要因探索に主眼を置いた疫学研究と、評価に主眼を置いた疫学研究の2つに便宜上分類すると、要因探索研究は22題、評価研究は10題であった。評価の研究では、症例対照研究を用いて、名古屋市衛生局の勝田が胃がん検診、弘前大の斎藤らや東北大の森元らが大腸癌検診の受診間隔の検討を行っていた。いずれの研究も、1年間隔の検診受診で死亡率や進行癌発見率を有意に低下させる結果を示した。癌研究会付属病院の浜島は、大腸癌検診の費用効果分析を行い、検診の効果を発揮させるためには、精検受診率向上の必要性を指摘していた。東北大の松永らは、シミュレーションモデルにより子宮頸癌検診の費用効果分析を行い、1次検診費用が費用効果比に最も強い影響を及ぼし、罹患率が現在の40%以下になると、費用効果は期待できないと結論していた。要因探索研究では研究方法として、記述疫学的研究が4題、症例対照研究とコホート研究がそれぞれ6題、横断研究が5題、メタアナリシスが1題であった。大部分の研究は、ライフスタイルや生体試料との関連を検討していた。その中で、名古屋大の若井らは症例対照研究を用いて、肺がんと性格要因との関連を発表していた。男女とも神経質でない者は神経質な者より、有意に肺がん罹患のリスクが低く、また、女では神経質と喫煙との間に相乗効果があるという報告であった。今回は症例対照研究であるため、心理的指標が肺がん罹患により変化している可能性もあり、心理的要因とがん罹患との時間的関係が不明であるが、がんと心理的要因との疫学研究はわが国ではほとんどなく、今後、この分野での疫学研究が期待される。

一般的に討論には熱気があり、プログラムが少し遅れぎみになるほどであった。いつも、口演7分、討論3分であるが、ほとんどの参加者は事前に抄録を読んできると思われるため、発表時間を短縮し、その分討論時間を少し長く設定してもいいのではないかとされた。

(産業医科大学臨床疫学 徳井教孝)

## 第1回JEA疫学セミナー印象記

1月28日仙台市良陵会館にて「臨床疫学」のテーマで第1回疫学セミナーが開かれた。講師は6名で、受講者は約100名であった。朝9時から午後4時半まで密度の濃い内容であった。まず、私が、「臨床疫学・序論」のテーマで、臨床疫学の歴史、何故臨床疫学が必要か、その方法論、そして疫学研究の妥当性の検討について述べた。痴呆老人有病率調査の経験から、記述疫学の重要性、日本初の職業性肺がんが臨床家によって提示された例から、研究仮説が生まれる場として、臨床の場での臨床観察の情報が重要な役割を果たしていることの重要性を強調した。さらに内的妥当性、外的妥当性のそれぞれの意義、および内的妥当性を検討する3項目（偏り、交絡因子、偶然）のそれぞれの十分な吟味が必要なることを実例を出して述べた。

次に辻一郎先生（東北大公衆衛生）が「診断について」講義した。内容は、ROC分析の理論、およびROC分析を用いた実際の応用例であった。従来、臨床医による診断は各自の知識経験に頼ることの多い意志決定であった。ここにROC分析を導入し、より客観的、かつ合理的な診断を行うための検査法の精度評価、検査法の比較、カットオフ値の決定の方法を述べた。臨床の場での活用が期待される。

清水弘之先生（岐阜大公衆衛生）は「リスクの考え方」と題し、疫学で用いるリスクおよび疫学方法論を概説した。

鎌江伊三夫先生（島根医大医療情報）は治療効果判定について生存分析を中心に、QOLについては決定分析を中心に講義した。質を考慮に入れた生存年（QALY）は、これからの医療評価の上で、重要な指標となるであろう。QALYの要素である「効用」は各個人の価値観によって異なるので、絶対的尺度を作ることが困難であるが、患者のための医療を考える場合、今後考慮すべき重要な問題である。

最後に「臨床疫学の応用」と題して、鈴木隆一郎先生（大阪成人病センター）が肺がん検診の精度評価を具体的にどのように実施したかについて話し、また、嶋本喬先生（筑波大）は循環器疾患の疫学的研究がどのように進められたかについて話した。研究を進める上で遭遇する種々の現実的な問題を一つ一つ克服しながら、エネルギーに研究を押し進めていく先生方の姿勢が強烈に印象に残った。

第1回のセミナーであり、受講生のレベルも様々で、講師陣はどのレベルに焦点を定めたセミナーにするか、難しい問題はあったが、意欲的な討議も行われ、実があるセミナーであった。

(産業医科大学 産生研 臨床疫学 吉村健清)



## 1次・2次予防の定義

日本でいう1次予防とはがんにならないための予防であり、2次予防とはがんをいかに早く見付けるかという意味である。この言葉の解釈が、最近国によってまた人によって異なるようである。

がんのケモプリベンションに関わるある国際シンポジウムで、米国のある研究者がsecondary prevention (2次予防) ががん患者に出やすい2次原発がんに対する予防をいつているようであった。

ところが最近アメリカのグループはがんのハイリスクの人たちに対する予防を1次予防といい、前がん病変をもった人たちに対する予防を2次予防という申し合わせができたようである。とするといままでの我々の理解とは全く違うことになるし、人によっても1次、2次の定義がどうもはっきりしないのである。

いつも気になることだが、アメリカで言ったことがそのまま世界の解釈になっていくことが多いようだが、ただいたずらに事が混乱するようでも困る。

アメリカの提案にはいくつかの疑問が残る。たとえば一般大衆を相手にした予防は第何次というのだろうか？ また2次原発がんに対する予防は第何次というのだろうか？ 数字だけで言われては門外漢には全く意味不明で不便なことが多い。

私見ではあるが、がんの予防はハイリスク、前がん病変に対する予防だけでなく、一般大衆に対する予防もあるし、さらにがん化した後の細胞の悪性化の予防(阻止)があつてよい。また臨床的に行われている術後のがんの再発の予防、あるいはがんの転移の予防も立派な予防であると思う。

したがって1次・2次という数字を掲げるのではなく、具体的に例えば一般大衆(general population)に対する予防、ハイリスクグループの人たちに対する予防、前がん病変をもった人たちに対する予防、また2次原発がんに対する予防、がんの悪性化に対する予防、がんの再発に対する予防、がんの転移に対する予防というように、具体的に対象をはっきり言っはいかかなものだろうか？

数字は一見簡便でありながら、今のアメリカ側の解釈はあまりにも狭義の予防にとられ、一部研究者グループによる視野狭窄の感がある。がんの予防はもっと広くがん研究のあらゆる分野の全腫瘍学的なアプローチが要求されるであろうし、それだけに個々の対象を具体的に言ったほうがよいように思う。少なくとも1次、2次、3次と数字による誤解、混乱の類は起こしてはいけな。

いずれにしても具体的な名称のほうが今後の「がんの予防医学」の発展のためによいように思うのだがいかなものだろうか？

(北海道大学名誉教授 小林 博)

Primary prevention (Reducing incidence of disease): The promotion of health by personal and community-wide efforts.  
Secondary prevention (Reducing prevalence by shortening the duration): The measures available to individuals and populations for the early detection and prompt and effective intervention to correct departures from good health.  
Tertiary prevention (Reducing complications): The measures available to reduce impairments and disabilities, minimize suffering caused by existing departures from good health, and to promote the patient's adjustment to irremediable conditions.

"A DICTIONARY OF EPIDEMIOLOGY" by IEA, p83, Oxford Univ, 1983.

US-Japan Cooperative Medical Science Program  
6th Joint Scientific Meeting of the AIDS Panel

1月19日から21日の3日間、カリフォルニア州のパームスプリングスで、上記表題の会議が開催された。この会議は1965年に開始された日米医学協力研究会の1分野として1987年からスタートしたもので、日本側の代表は塩川優一先生、米国の代表は Dr. Ashley T Haase である。日本または米国で年に1回開催され、今年で第6回目となった。毎回、エイズ予防のために、疫学、診断、治療、基礎医学など各分野の研究者が参加し、意見を交換している。今回は日本側から約25名、米国から40名以上(タイ、フィリピン、ニューカレドニア、ミクロネシアからの参加者を含めて)が参加した。今回、横浜市立大学の曾田研二先生と共に、疫学分野の参加者として参加の機会が与えられたので、その会議の概要を紹介したい。

今回は細川・Clintonの間で2000年までに約30億ドルをエイズと人口問題のために日本側が準備するということが新聞で報道された直後であり、多くの参加者はそれを意識し、アジア・太平洋地区での予防戦略に強い関心を寄せていた。シンポジウムではアジア太平洋地区での予防活動と研究について議論が行われ、4つのセッションで一般演題が発表された。

具体的には、現時点で判明している地域別のHIV感染率の報告をはじめ、アジア地区での予防のためにアジア地区でのサーベイランスシステムの確立について、性産業従事者の移動、薬物の流れ、フィリピンのハイリスクグループ(女性性産業従事者、男性性産業従事者、国際船員)に対するエイズ教育活動などである。

小生は、厚生科学研究費エイズ対策研究推進事業HIV疫学研究班(班長 重松逸造)の中にあるモニタリング部会塩川グループに所属しているが、本会議では行動疫学部会(部会長 田島和雄)が行った研究の成果を中心にレビューし報告した。これまでに日本の行動疫学研究が英語で報告されることが少なかったためか、発表後に数人の研究者から個別の質問を受けた。

基礎医学分野の発表については、ほとんどが小生の理解を越えるものであったが、アフリカで行われた研究で、ある特定の遺伝子配列や妊婦の症状の有無によりHIV感染妊婦から児への感染率が異なるという発表は、予防に直結する研究であるだけに興味が引かれた。

3日目の午後はアジア太平洋の各国がどのような組織で取り組んでいるかが紹介された。わが国からは国立予防研究所のエイズ研究センターやエイズ予防財団、JICAなどの概要が説明され、今後の国際協力体制を構築する上で互いに参考となった。本会議には厚生省からエイズ結核感染症課の山本尚子課長補佐が出席し、わが国の対策の現況の報告ならびに座長として活躍された。本会議に出席し、日本人疫学者のこの分野での活躍の必要性を強く感じ帰国した。

(愛知県がんセンター研究所 浜島信之)

第17回日本がん疫学研究会、第3回日本腎泌尿器疾患予防医学研究会のご案内

日時：1994年6月2日（木）13:00～17:30  
 （日本腎泌尿器疾患予防医学研究会のみ）  
 6月3日（金）9:00～17:00（両研究会）  
 会場：国立京都国際会館  
 （京都市左京区宝ヶ池 TEL:075-791-3111）  
 会長：渡辺 決（京都府立医科大学泌尿器科教授）  
 主題：「がん疫学研究と臨床医学の接点」  
 参加費：5,000円（両研究会共通、懇親会費含む）

プログラム

6月2日（木）  
 13:00～17:30  
 日本腎泌尿器疾患予防医学研究会（一般演題）

6月3日（金）  
 9:00～11:15  
 シンポジウムI（日本がん疫学研究会シンポジウム）  
 「がん疫学研究と臨床医学の接点—研究手法を中心として—」  
 司会：川井啓市（京府医大・公衆衛生）、久道 茂（東北大・公衆衛生）

1. 症例対照研究（仮題）  
大野良之（名大・予防医学）
2. 介入研究（仮題）  
渡辺 昌（国立がんセンター・疫学）
3. 臨床研究（仮題）  
沢田 淳（京府医大・小児科）
4. 記述疫学研究（仮題）  
渡辺能行（京府医大・公衆衛生）
5. コホート研究（仮題）  
深尾 彰（東北大・公衆衛生）
6. 「特別発言」  
青木國雄（愛知県がんセンター）

11:15～12:00 招請講演  
 「Nutrition Interventions Trials in Linxian, China」  
 William J. Blot (National Cancer Institute)  
 司会：廣畑富雄（九大・公衆衛生）

12:00～13:00 休憩

13:00～13:30 総会

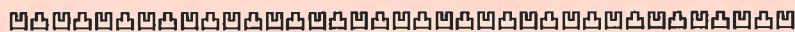
13:30～14:30 特別講演  
 「がん研究診療と社会」  
 末舛恵一（国立がんセンター総長）  
 司会：渡辺 決（京府医大・泌尿器科）

14:30～17:00  
 シンポジウムII（両研究会共通シンポジウム）  
 「がんの高危険群の臨床疫学的特長—特に日本で増加傾向を示しているがんについて—」  
 司会：吉田 修（京大・泌尿器科）、田島和雄（愛知県がんセンター・疫学）

1. 前立腺がんの高危険群  
大石賢二（京大・泌尿器科）
2. 腎臓がんの高危険群  
中川修一（京府医大・泌尿器科）
3. 肺がんの高危険群  
秋葉澄伯（鹿児島大・公衆衛生）
4. 大腸がんの高危険群  
古野純典（防衛医大・公衆衛生）
5. 乳がんの高危険群  
濱島信之（愛知県がんセンター研究所・疫学）
6. 「特別発言」膵臓がんの高危険群  
三宅浩次（札幌医大・公衆衛生）
7. 「総括発言」増加するがんの予防  
平山 雄（予防がん学研究所）

17:00～19:00 懇親会（国立京都国際会館内「スワン」）

事務局：〒602 京都市上京区河原町広小路上る梶井町465  
 京都府立医科大学泌尿器科学教室内  
 担当：斎藤雅人、内田 陸、中川修一  
 Tel: 075-251-5595, Fax: 075-251-5598



凸凸編集後記

昨年度のベルツ賞を授賞されました森本先生にお祝い申し上げます。藤本先生は地域がん登録事業に関する記事第三弾「地域がん登録の組織化」の中で、地域がん登録事業を充実させるためには国—地方自治体—病院がもっと有機的に連携作業できるような体制を作る必要があることを強調されておられます。次に、食・飲酒習慣と血清βカロチンの変動に関する血清疫学的研究の方法と意義について伊藤先生に、日本疫学会総会と同学会主催の疫学セミナーを徳井先生と吉村先生に、日米共同プログラムによる第6回エイズパネルの会議内容を浜島先生に、それぞれ紹介して頂きました。

小林博先生からも疫学の基本的概念である一次、二次、三次予防の定義について、がんの「エブリバクション」に関する国際会議で米国の疫学研究者が用いた定義(DS Alberts: Prevent Med 22: 632 1993)を、もっとわかりやすくすべきとのご提

案がありました。疫学辞典(JM Last Ed, 重松逸造他訳)には一次、二次、三次予防の定義は明確に示されており、疫学研究者に疑問はないと思っておりました。かくも、がん研究の大家から疫学の基本用語の使い方に関するご指摘を受け、頭に強い衝撃を感じられた自称疫学研究者は少なからずあったのでは？

がんの研究は人間が永久に避けることのできない仕業で、次々と立ちはだかる巖を掘り起こすが如く、勇猛果敢に立ち向かう人、岩を一部削りマイトで飛ばして充足する人、凝って休息に耽る人、途中で投げ出し逃げる人、などなど現世を巖と少しでも楽に共存できるよう様々の人々の知恵が錯綜しております。その中で疫学研究の果たせる役割は何なのか、今にいたって本命題をじっくり考えてみる折では、と諸会員の方々はひしひし感じておられることでしょう。(KT)

発行

日本がん疫学研究会

事務局 〒464 名古屋市千種区鹿子殿1-1  
 愛知県がんセンター研究所疫学部 気付  
 TEL: 052-762-6111 FAX: 052-763-5233  
 振込口座 名古屋1-37001

編集責任者

徳留信寛  
 田島和雄