

私のがん疫学

村田 紀

いくら定年退職の記念だからといって、私ごときがこのような所にものを書くのは誠におこがましいが、断るのも迷惑になると思い、厚かましくも少し回顧談を述べてみることにした。

平山先生のこと

もと遺伝学者の端くれであった私が、がんの遺伝の問題に興味を持ったのがきっかけで、疫学の世界に入り込むことになったのは昭和48年のことだからもう30年近く前になる。当時日本の医学界には疫学を生業とする人の数がきわめて少なかったらしい。現在この研究会でリーダーとなっている人たちも当時はほとんど顔を見せておられなかったと記憶している。そんなわけで、全く畑違いの私でもこの世界で役に立つ余地が残されていたのであろう。

私が1番最初にお会した疫学者は国立がんセンター疫学部長の平山先生であった。アメリカ留学から帰国した直後に、東京で開かれていたシンポジウムに来ておられたクヌッドソン先生から引き合わされたのがきっかけで、その後平山研究室に出入りするようになった。まだパソコンも何も無い時代で、10cm四方の厚手の紙に碁盤目の罫線を引いたカードに対象者のデータをコーディングして、それをカルタのように扱って手で集計する方法を考案したのを自慢にされていた。

その後市ヶ谷の予防がん学研究所時代にも何度かお邪魔している。平山先生はいろいろ毀誉褒貶の多い人であったが、行き詰まって悩んでいた私が訪ねると、いつも明るく励ましてくれた良い師であった。若い研究者のどんなつまらないような仕事でも、何か積極的な意味を見つけて、少し見方を変えてこんな方向でやってみたらどうかとか、常に励まして下さった。まるで泉のようにアイデアがわき出てくるようで、先生は常に情熱を持って疫学を楽しんでおられたと思う。そんな姿を思い浮かべながら、現在この世界で新進から中堅どころとしてこれから活躍しようという研究者たちが自分の狭い世界に汲々として、研究を楽しんでいない様に見受けられるのは少し寂しい。と共に、つい最近でた厚生省の「健康日本21」でも、その根拠となる疫学データには未だに平山コホート調査結果が採用されているとは、いかに後続の研究が乏しいか思い知らされて、すこし情けない思いがするのである。

がん登録のこと

結局何の因果か、遺伝疫学研究は2の次で、地域がん登録の仕事にとっぷり足を浸けることになってしまった。その苦勞話はさて措くとして、記述疫学について述べてみたい。どなたかも言っておられたが、記述疫学こそ最も疫学らしい疫学研究であろう。成る程それは決して病気の原因について何にも回答を出さないし、病気の予防についての道筋も指し示さないという意味から、分析疫学より数段劣ることは確かである。しかし私も見よう見まねで症例対照研究やコホート研究を手がけてみた経験から、それらがいかに難しいものか、つまり対象者の選び方や問診調査の手抜き程度で如何様にも結果が変わりうるということを思い知らされた。それに引き替えて、記述疫学は掛け値なしの事実である。

地域がん登録事業はがん罹患の動向について、世界各国で統計データを提供している、いわば"余人を持って代え難い"道具である。わが国でも厚生省のがん登録研究班(現在、大島班)が中心となって貴重なデータを提供してきている。千葉県で言えば、ここ10年来ようやく罹患統計が公表できるようになり、その結果を眺めて最近気が付いたことがある。

それは罹患統計は死亡統計より敏感に変化に反応するらしいということである。がん登録の集計の仕組みから、罹患統計は厚生省の人口動態死亡統計より数年古いデータしか出すことができないのだが、それでも死亡統計より早くがんの動態を知ることができる。例えば死亡率ではまだわが国の肺がんや大腸がんは下降していないが、罹患率にはすでにその傾向があらわれているのである。また子宮がんの死亡率はまだまだ下降を続けているが、罹患率は最近急転上昇を示している。これらの変化の原因については私なりの解釈はあるが、千葉県単独の経験なので、全国的に同様の傾向が出てくるまで言うことは控えたい。いずれにしても、このように死亡統計より敏感な道具をがん対策に積極的に用いようとする厚生省の政策は如何なものであろうか。

おわりに

遠慮する振りをしながら、勝手なことを書いてしまった。いま私自身はまた遺伝疫学研究に戻って、がん研究会付属病院に最近できた家族性腫瘍センター(宇都宮謙二郎)の仕事を手伝っている。先進諸外国ではいまや当たり前のように、各大病院に遺伝予後に関する部門が置かれていると聞く。遺伝性のがんをどうやって予防したらよいか、理学畑の私にはよくわからない部分も多いが、登録業務の経験を生かして役立てられれば良いなと考えているところである。

Central Louisiana: Black の異常 に高率な膵臓がん罹患率の怪

愛知県がんセンター研究所 富永祐民

本年1月12日に国立がんセンターの国際研究交流会館で厚生省がん研究助成金の膵臓がんに関するシンポジウムが開催された。筆者は膵臓がんを専門としているわけではないが、シンポジウムの主催者から膵臓がんの疫学について報告してほしいと要請された。無学の恥も省みず、膵臓がんの勉強も兼ねてシンポジストを引き受けた。まず、膵臓がんの記述疫学に始まり、日本国内および国際的な膵臓がん死亡率および罹患率の動向に触れることにした。膵臓がん罹患率の国際的は比較のデータは、当然のことながらバイブルとも言える Cancer Incidence in Five Continents Vol. VII(1997)から抽出した。世界各国・人種の膵臓がん罹患率をみると、高率国・人種でもせいぜい人口10万人あたり10程度であるのに、US, Central Louisiana の黒人男性の罹患率は20.8で抜きんでて高率であった。ちなみにこの集団の白人の罹患率は8.0であり、他の高率地区・人種の値と大差はなかった。一般的にどの地区でも白人より黒人の膵臓がん罹患率が高い傾向がみられ、SEER全体の値でも男では黒人11.8、白人7.7、女では黒人9.3、白人5.7となっていた。いずれにしても Central Louisiana の男の黒人の膵臓がん罹患率はどういう訳か異常に高率である。これらのデータに併せて、以前に元愛知県がんセンター研究所疫学部加藤育子先生が日本国内の都道府県別および世界各国の膵臓がん死亡率と緯度の関係を分析し、国内でも国際的にみても緯度が高いほど、また日照時間が短いほど、膵臓がん死亡率が高いという結果を報告していたこと (Kato, I. et al. Latitude and pancreatic cancer. JCO, 15:403-413 1985) もあらためて紹介した。膵臓がんの危険因子として明らかなものは喫煙のみであり、平山による計画調査の結果や World Cancer Research Fund & American Institute for Cancer Research による食生活を中心とした膵臓がんの危険因子の要約を紹介した。コーヒーと膵臓がんの関係に関しては札幌医大公衆衛生学教室の西らによる「少量のコーヒーの飲用では膵臓がんリスクが低くなる傾向が見られた」という興味深い結果も紹介した (Nishi, M, et al. Dose-response relationship between coffee and the risk of pancreatic cancer. JCO, 26:42-48, 1996)。発表、質疑応答が終わって席に戻ってから杉村隆先生が個人的に「Louisiana あたりの黒人は焦げたコーヒーを飲んだり、黒人特有の食べ物を食べている可能性があるから Correa さんにもたずねてみたら？」とささやかれた。さすがに杉村先生

は目の付け所が違ふと思った。さて、Central Louisiana 黒人の異常に高率な膵臓がん罹患率の原因として何か考えられるかについては Louisiana 州立大学の Dr. Correa にたずねてもよいのだが、幸い加藤育子先生がニューヨークから Louisiana 州立大学へ移った直後なので、彼女に尋ねてみることにした。早速 e-mail で質問したところ、直ちに「Central Louisiana の黒人の罹患率の S.E が大きいので、偶然のばらつきかも知れず、解釈には注意すべきだ」との返信があった。加藤先生はどうやら New Orleans 州の地域がん登録室へ照会してくれたらしく、2, 3日して最新(1991-95)の New Orleans 州の膵臓がん罹患率データが送られてきた。それによると、Louisiana 州の地域がん登録は Region I から Region VIII までの8地区に分かれており、Central Louisiana は Region VI であった。Cancer Incidence in Five Continents Vol. VII(1997)には1988-92頃のデータが収録されており、1991-95年のデータは最新のデータである。それによると、Central Louisiana の黒人男性の膵臓がん罹患率は18.4、白人のそれは10.3でやはり黒人は高率である。しかし驚いたことに、Region IV や Region VIII の黒人ではさらに高率で、21.6、20.1となっていた。どの Region でも男女ともに黒人の罹患率は白人の1.5倍から1.8倍程度高率となっていた。もう一度、Cancer Incidence in Five Continents Vol. VII(1997)に戻って各地区・人種の膵臓がん罹患率をみると、どういう訳か New Orleans 全体と8つの Regions の内の Region VI の Central Louisiana のみの膵臓がん罹患率が収録されていた。New Orleans 州全体の黒人男性の膵臓がん罹患率は9.2で白人の罹患率の9.1と大差はみられていない。これは奇妙なことである。最新の1991-95のデータで見ると、Louisiana 州全体の膵臓がん罹患率は男で黒人16.7、白人11.7、女で黒人12.4、白人7.8であり、白人より黒人で高率なことは確かなようである。加藤先生には「なぜ黒人の膵臓がん罹患率が白人より高率なのかは追求する価値がある」とのコメントを送った。これは未知の環境因子でも説明できるかも知れないが、遺伝的な感受性の人種差の可能性の方が大きいような気がする。米国では黒人の前立腺がん罹患率が白人より高率であることはよく知られているが、これも膵臓がんと同じ延長路線にあるのかも知れない。

せっかくの機会なので、この際加藤育子先生の外国での活躍ぶりを紹介紹介しておきたい。加藤育子先生は1983年から10年近く愛知県がんセンター研究所疫学部で活躍していたが、1992年に退職してIARCへ留学した。IARCでは放射線疫学(Dr. E. Cardis)および介入試験部門(Dr. N. Munoz)で約2年活躍した。その後ニューヨーク州立大学へAssociate Professorとして移り、乳がんの化学予防試験などに従事した。ニューヨークで活躍中に乳がんにかかり、手

術を受けたが数ヶ月後に再発した。肺に転移性の陰影も出現し、強力な化学療法やホルモン療法を受け、文字通り闘病した。肺転移があると臨床病期は IV 期であるから平均余命は 11 ヶ月程度であり、一時は死を覚悟して身辺整理をしていたらしい。数ヶ月も便りが途絶えともう亡くなったのではないかと気になった。Louisiana 州立大学へ移る直前に肺の陰も CR になり、元気に活躍しているとの便りがあった。これは近況報告ではなく、米国ではわが国のような終身雇用制はなく、“グラントの切れ目が職の切れ目”であるから、グラントが切れると次々と職を探す必要があり、その度に小生は reference letter を書いているので、その要請のついでであった。“去る者は日々に疎し”で、加藤育子先生を過去の先生として忘れてしまった先生方も多いかも知れないが、まだ覚えておられる先生方も多いと思うので、ついでに加藤育子先生の最近の状況を紹介させていただいた。



米国がん疫学研究費事情

スタンフォード大学医学部 柴田 敦子

読者の中には、米国の疫学研究者が研究費申請の企画書 (grant applications, 略して grants) を準備するのに多大の時間を費やさなければならないというグチを耳にされた方もあると思う。私もこの 4 年半の間に、主任研究者として企画書を提出する側と、審査員として他の研究者の企画書を評価する側を共に経験した。今回は、米国でのがん疫学を含む医学研究費取得までの過程を紹介したい。

がん疫学研究のスポンサーとしては、National Institutes of Health (NIH) の一機関である National Cancer Institute (NCI) が研究費の件数総額共に最大である。他には、American Cancer Society や、乳がん等の撲滅を目標とする私設財団がある。

NIH からの研究費のほとんどは、Investigator-initiated Research Grants (ROI) のカテゴリーにはいる。つまり、大学や研究機関に所属する研究者が、研究テーマ、仮説、研究デザインを選んで企画書を作成し、研究費が与えられた場合、企画の遂行は主任研究者に任される。NCI 等が、重点研究項目についての企画書を募集することもある。企画書の提出締切日は通常年 3 回 (2 月、6 月、10 月) で、主任研究者 (Assistant Professor レベル以上の M.D. 又は Ph.D. 学位保有者) が所属機関を通して応募する。研究機関は通常 3-5 年で、年 1 回の経過報告書提出が義務づけられている。

研究予算の大部分は主任研究者の給料の 20-50% を含む人件費である。この研究者の給料が研究費から払われるというのは、日米間の研究システムの最大の違いのひとつだろう。さらに、大学や研究所が研究費に上乘せられるオーバーヘッド・コスト (スタンフォード大学の場合、約 55%) の収入を当てにしているため、grants を取得、保持するのは研究に直接必要な費用を得るといふ以上の意味がある。

さて、NIH に提出された研究費申請書は Center for Scientific Review (CSR) と呼ばれる peer review 専門部署に送られ、そこから研究分野別の審査グループ (Study Sections) に振り分けられる。がん疫学研究の企画書のほとんどは Epidemiology and Disease Control 2 (EDC2) Study Section に割当てられる。EDC2 は Ph.D. レベルの CSR スタッフと 20-25 名の審査員 (ほとんどが NIH grants の主任研究者) から成り立っており、締切の 4-5 か月後にワシントン特別区近郊で 2-3 日間のミーティングで 90-100 件の企画書を審査する。各企画書に 2-3 名の審査員が割当てられ、significance (研究テーマの重要性)、approach (研究デザインの妥当性)、innovation (斬新さ)、investigator (研究者の経験と能力)、environment (研究設備等のサポート) の面から企画書を批評する。審査員全員による協議の後、総合評価スコア (1.0 から 3.0、数字が小さいほど評価が高い) が与えられ、他の企画書のスコアと比較してパーセンタイルが計算される。この時点 (締切後 5-6 か月) でスコア、パーセンタイルと担当審査員の評価要約が NIH から主任研究者に郵送される。

研究費が支給されるかどうかは、NIH 内の各機関 (がん研究の場合は主に NCI) が毎年の予算に応じて定める payline (上位何パーセントの企画書が選ばれるかの目安、NCI では現在約 25%) より上位にランクされたかどうかでほぼ決まる。最終決定は NIH と大学等の間で行われる予算交渉を経て、企画書提出後 10-11 か月後に通知される。残念ながら選ばれなかった場合、審査員の批評に基づいて企画を練り直し、最高 2 回まで再提出できる。

このシステムは過去数十年間、NIH 全体としてはうまく機能してきたようである。しかし最近では新しい問題点も出てきて制度の見直しが検討されている。主な問題としては、

- (1) 学際領域の企画書の増加により、従来の研究分野別に選ばれた審査員グループによる評価が難しくなっている、
- (2) 斬新なアイデアよりも、大きな問題なく実行できるものの新発見の可能性が低い企画が良い評価を得る傾向にある、
- (3) 一般に、経験の少ない若手研究者に不利である、などが挙げられる。

疫学の裾野

大阪市立大学大学院医学研究科公衆衛生学
廣田 良夫

癌の疫学から遠ざかって 10 年以上が経ちます。この間インフルエンザにとっぴりと漬かってきました。1980 年代の末は、インフルエンザワクチンの有効性に関する懐疑論が沸騰し、インフルエンザを予防接種法の対象疾病から除外する動きが出てきた頃でした。そして“かぜ博士”として有名な加地正郎先生（久留米大学名誉教授）から研究に参画するよう指示を受けたのが、インフルエンザにのめり込むきっかけとなりました。

当初は特段の関心もなく、「まあ、お付き合い程度に」といった感じで取りかかりました。ところが海外の研究は総て有効性を報告しており、議論の焦点は「如何にしてワクチン接種を普及させるか」ということに絞られていました。日本では学校の児童や生徒を接種対象としていたのに、海外では高齢者や慢性疾患患者を対象としているのも驚きでした。そしてインフルエンザワクチンの有効性に関する文献を検索すると、国内の研究で国際雑誌に発表されたものは 1 編のみ（Sugiura et al: J Infect Dis. 122: 472, 1970）であることを知り愕然としました。この報告は A 香港型(H3N2)ウイルスが再登場した 1968/69 年のシーズンに、当時の国立公衆衛生院の英知を結集して行われた研究であり、柳川洋先生が 2 番目の、重松逸造先生が 9 番目の共著者になっておられます。

研究を始めるに当たり、私自身の知識不足も深刻でした。ウイルス学、免疫学などの知識が希薄であったため最初の 2 年間くらいは文献を読んでも理解できず苦労しました。

研究実施においては疾病定義が最大のポイントになります。一般に慢性疾患の疫学研究では臨床家が患者を特定してくれますが、インフルエンザワクチンの有効性を調べる場合は研究者が自ら患者を特定しなければなりません。インフルエンザに関心が深い臨床家は laboratory data との比較から、インフルエンザに関する自分の臨床診断に大きな自信を有しています。しかしそれは診断能力というよりも、地域における流行情報と、流行極期に高熱患者の受診が集積することに大きく依存しています。そして受診患者だけではなく接種群と非接種群の全員を等しい intensity で観察せねばならない、という基本的なことがなかなか理解されません。例えば「最流行の 3 週間に 38 度以上の発熱を呈した者」といった疾病定義を使って全員の観察を行うことの重要性は、前記の「臨床診断の自信」に打ち消されてしまいそうになります。

また慢性疾患を対象とした疫学研究で意見を交わす臨床家や病理学者と、インフルエンザの研究で意見を交わす臨床家や微生物学者との感覚の違いにも当惑しました。前者においては、喫煙と肺がんの間に強い関連があることと、喫煙者でも肺がんにならない例、非喫煙者でも肺がんになる例があることは、矛盾なく理解されます。一方感染症の研究者間では、病原と疾病とを常に 1 対 1 の関連で捉える習慣があるため、リスクの概念がなかなか理解されず、「ワクチンを接種してもインフルエンザに罹る」ということが極めて悲観的に解釈されてしまうのです。ワクチン有効性の議論の中で中心的役割を担っている研究者でさえも、その多くが「ワクチンの有効率 70%」ということをして「100 人に接種したら、そのうち 70 人が罹らない」と思い込んでいます。ワクチン有効率は疫学でいうところの prevented fraction であり、「1 - 相対危険」のことです。まず「インフルエンザワクチンの接種は非接種に比べて発病リスクを 0.3 に下げる」という概念を“専門家”に理解してもらうことから始まりました。

このような環境の中でインフルエンザワクチン有効性の研究を続けてきましたが、近年国内でもようやく理解が深まるとともに、近々予防接種法が改正されて高齢者へのワクチン接種に道が開かれようとしています。私としても研究に一つの区切りがついたと考えております。

昨年 7 月に大阪市立大学に赴任して以降、教室における研究の柱は当然疫学に置いています。そして新興再興感染症が話題となる時代背景を踏まえ、感染症の疫学を重視したいと考えております。しかし疫学の基本を身に付けるには、やはり慢性疾患、特にがんの疫学から入っていくのが、先行研究の豊富さや研究者同士の交流といった点から、最善の方法であろうと考えています。赴任早々に富永祐民先生から「少なくとも 2 人の疫学者を育てなさい」とご指示を頂きました。肝に銘じて研鑽を積み重ねて行く覚悟でおります。



途上国に対するがん予防対策研修コース第二回目を終えて

愛知県がんセンター研究所・疫学・予防部

嶽崎俊郎

「地域がん予防対策」研修コースは、一昨年前より愛知県がんセンターを受け皿として、日本国際協力事業団（JICA）による企画で始まった。これは日本では初めての途上国を対象にしたがん予防研修コースであり、今回はアジア（モンゴル、ラオス、カンボジア）、太平洋（パプアニューギニア、バヌ

アツ)、中南米(ホンジュラス、パラグアイ)より8名が参加し、JICA 中部研修センター(名古屋)で2000年2月28日より4月21日まで2週間の日程で行われた。

コース第1週には、各参加者がカントリーレポートを行った。昨年度の参加国と同様に、各国とも感染症や下痢症対策が公衆衛生学上、より大きなウエートを占めていたが、がんも死亡率の上位にランクされつつあった。今回の参加国では、特に肝臓と子宮頸がんの増加が重要な問題であった。

研修内容は前年同様、講義や実習のほか、保健所や職域、がん検診施設などの見学に加え、愛知県や大阪府の地域がん登録の紹介、および今回より新たに加わった広島放射線影響研究所の訪問など、がんの疫学、予防に関する多岐にわたる内容である。

最後の週には、各参加者がコースを通して修得した知識を基に、自国における新たながん予防対策案を立案し、その発表会で活発な討論がなされた。特に、基礎的がん疫学情報の充実を目指して、がん登録制度を新たに設けたいと希望する参加者が目立った点は本コースの収穫であった。

第二回目のコースを終わって、参加者の評価は概ね良好であった。一昨年度と同様、実習の重視、日本におけるがん予防対策の具体的事例の紹介や現場の見学を増やして欲しいとの希望はあったものの、有意義な研修であったとの声が大半を占めた。更に、自国の枠を越え、各国の文化の違いを自覚するようになったとの声が出てきたことは国際的な研修コースの有益な面であった。

今年度は東欧、中近東、アフリカからの参加者を受け入れる。この研修コースをモデルに、がん予防コースのノウハウが蓄積され、日本にとっても有用な国際的な疫学研修コースが確立されていくものと期待される。

最後に、このコースは以下のような多くの先生方の熱意あるご協力のもと行うことができた。この場を借りて、改めて深謝申し上げ、今後も日本がん疫学研究会のさらなる御支援を仰ぎたい。

ご協力頂いた先生方の氏名(敬称略): 田邊穰(愛知県健康福祉部)、青木國雄(名古屋公衆医学研究所)、大野良之、竹内康浩(名古屋大学医学部)、徳留信寛(名古屋市立大学医学部)、伊藤宜則(藤田保健衛生大学医学部)、小川浩(愛知みずほ大学)、北川郁美(名古屋聖霊短期大学)、清水弘之(岐阜大学医学部)、梶村春彦(浜松医科大学)、丸地信弘(信州大学医学部)、大島明、津熊秀明、味木和喜子(大阪府立成人病センター)、中村正和(大阪府がん予防検診センター)、馬淵清彦(放射線影響研究所)、吉村健清(産業医科大学産業生態科学研究所)、Malcom A Moore(インターマル)、佐久嶋順平、五藤雅博(愛知産業保健推進センター)、吉田京(愛知県足助保健所)



閉講式より

第23回日本がん疫学研究会御案内

第23回日本がん疫学研究会のご案内を致します。今回は、兵庫県淡路島にこの3月にオープンします淡路夢舞台国際会議場にて開催いたします。本研究会では、「ライフスタイル変容と遺伝素因」を統一テーマとして、がん予防を目指した生活習慣変容および遺伝素因の理論と方法論について議論する予定です。本研究会は第7回日本がん予防研究会(会長 大阪市立大学医学部 福島昭治教授, 7月14日午後~15日)との合同開催になっておりまして、2日目のお昼には両研究会の共催でランチオンセミナーを予定しております。多数の会員の皆様の御参加をお願いいたします。

第23回 日本がん疫学研究会 会長 森本兼曩
(大阪大学大学院医学系研究科社会環境医学講座学)

会期: 2000年7月13日(木)~14日(金)

会場: 淡路夢舞台国際会議場(神戸三宮駅からバスで50~60分位) 〒656-2301 兵庫県津名郡東浦町夢舞台1番地

TEL 0799-74-1020 FAX 0799-74-1021

統一テーマ: 「ライフスタイル変容と遺伝素因」

プログラム:

○7月13日(木)

12:30 開会の挨拶 森本兼曩

12:35-13:30 総会

13:30-14:30 会長講演 座長 稲葉 裕

「包括的ライフスタイルと健康度評価」

森本兼曩

14:30-15:30 特別講演 座長 古野純典

「NK活性と生体防御」

奥村 康

15:45-16:30 教育講演 座長 秋葉澄伯

「コホート研究でみられた発がん免疫学的防御」

中地 敬

16:30-17:30 特別講演 座長 廣畑富雄

「ライフステージについて」 河合隼雄
17:30-19:00 対談 司会 津熊秀明
「行動変容の主体性とヒューマンサポート」
守山正樹、中村正和
コメンテーター：徳留信寛、渡辺昌
19:00- 懇親会
○7月14日(金)
9:00-12:00 シンポジウム
「ライフスタイル環境と遺伝素因の交互作用」
座長 岸玲子 竹下達也
「遺伝子環境交互作用を検討するための研究デザイン」
浜島信之
「健康関連行動の遺伝素因」 竹下達也
「症例対照研究に基づく遺伝素因の検討」 津金昌一郎
「ヒト白血球および尿中8-OH-dGの測定」 葛西 宏
「発癌感受性に対する食物成分による分子修飾」
酒井敏行
コメンテーター：吉村健清、田島和雄、山本正治
12:15-13:15 日本がん予防研究会とのランチョンセミナー
「明日のがん予防」
小林 博、富永祐民、福島昭治、森本兼曩
お問い合わせ先：大阪大学大学院医学系研究科 F1 社会環境
医学講座 環境医学(竹下達也) 〒565-0871 吹田市山田
丘 2-2 TEL 06-6879-3920 FAX 06-6879-3929
e-mail:takesita@envi.med.osaka-u.ac.jp

第3回アジア太平洋疫学会議

The 3rd Asian-Pacific Congress of Epidemiology IEA Regional Scientific Meeting in Japan

Date : 3(Mon) - 5 (Wed), Sep. 2001

Venue: Univ. Occup.& Environ. Health, (UOEH)
Kitakyushu Japan

President: Prof. Taksumi YOSHIMURA, UOEH

Tentative main theme:

Epidemiology and Health development
in Asian-Pacific Countries

Secretariat:

c/o Dept. of Clinical Epidemiology, Institute
of Industrial Ecological Science, University of
Occupational and Environmental Health

1-1 Iseigaoka, Yahatanishi-ku, Kitakyushu
807-8555, JAPAN, Tel 093-691-7403,

Fax 093-603-0158

e-mail: apepi2001@azul.med.uoeh-u.ac.jp

http:// azul.med.uoeh-u.jp/ apepi2001

東西編集後記東西編集後記東西編集後記東西編集後記東西編集後記東西編集後記東西編集後記東西編集後記

国立大学を中心として大学改革の波が全国的に押し寄せている。大学の独立行政法人化などに関する論議が今後もますます深まっていくものと思われる。私の属する札幌医大も、北海道立ではあるが改革の波を避けることはできず、厳しい議論がなされている。しかし、柴田敦子先生による「米国がん疫学研究費事情」の記事を読むと、以前からおおよそのところは聞いていたが、米国の研究者にとっては研究費の獲得が日本の研究者とは比べものにならないほど重要であり、従って、ある意味では非常に厳しい研究環境であるということが伺える。私も7、8年前に米国NIHの企画申請書をしたことがあるが、記入しなければならない項目や内容の膨大さに愕然としたことを覚えている。逆に、そのような厳しい研究環境だからこそ、米国から先進的な研究成果が沢山出ていると思えなくもない。(森 満)

編集者として NEWS CAST 発刊のお手伝いをさせて頂くのは今回が最後である。無事に年4号発刊できたこと大変喜んでいる。編集に際しては、なじみの先生方に原稿を依頼することが多く、そのために長く編集者をしていると寄稿者にどうしても偏りが生じる。また、同じ編集者では視点が同じで、記事も同様なものとなる。2年任期で編集責任者がかわる NEWS CAST 編集のルールは、このことからいっても望ましいと言えよう。小生の担当していた間はあまり従来の編集方法と変わらなかったが、森先生と新しく選ばれる次の編集責任者の先生には従来の編集方法にとらわれずに、会員にとって有益な情報を掲載して頂ければと感じている。

最後に、多忙なところ原稿をお寄せ頂いた先生に感謝を申し上げます。(浜島信之)

発行

日本がん疫学研究会

事務局 〒464-8681 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・予防部 気付

TEL: 052-762-6111 (内線 7316) FAX: 052-763-5233

振込口座 00810-2-37001

編集責任者

浜島信之

森 満