

 放送大学 公開シンポジウム

歴史に学ぶ 地域の先進医療



「医業免札姓名簿」提供：好生館



「種痘の図」提供：好生館

平成26年11月1日(土)
「アバンセ」ホール 13:00～16:30



放送大学佐賀学習センター
佐賀市天神3丁目2-11(アバンセ4階)
TEL:0952-22-3308
FAX:0952-22-3398
Eメール:saga-sc@ouj.ac.jp

プログラム

13:00～	挨拶 古賀和文(放送大学佐賀学習センター所長)
13:05～	基調講演 演題／「なぜ佐賀に肝がんが多いのか？」 講師／溝上雅史 ((独)国立国際医療研究センター 肝炎・免疫研究センター長)
14:05～	休憩
14:15～	パネルディスカッション テーマ／「歴史に学ぶ地域の先進医療」 〈コーディネーター〉 青木歳幸 (佐賀大学地域学歴史文化研究センター特命教授) 〈パネリスト〉 溝上雅史 江口有一郎 (佐賀大学医学部教授・肝疾患センター長) 古川次男 (佐賀県医療統括監・がん対策総括監) 才津文子 (臨床心理士・看護師)
～16:30	終了予定

主催者挨拶



放送大学佐賀学習センター所長
古賀和文

本日の放送大学公開シンポジウム「歴史に学ぶ地域の先進医療」に多数ご参加頂きまして有り難うございます。

今日、医療、健康、看護に市民の関心が高まるなかにおいて、医学の高度化、専門化は急進展しています。本シンポジウムは、佐賀県が抱えた医療課題について過去から照射し未来志向的に現状を把握することを目的としています。

すなわち、佐賀県は、人口10万人あたりのガン死亡率が高く、とくに肝ガンの発生率は、全国ワースト1位の地域という地域医療の重大課題がある。一方で、歴史的な視点でみた場合、佐賀藩は本格的な医師国家試験制度を最初に導入した地域であり、そして天然痘予防のための牛痘種痘を全国で最初に実施するなど地域医療の課題解決に取り組み、さらに近代医学としてのドイツ医学を江戸時代に既に導入しているという地域医療に先進性をもっているであります。

この企画は、佐賀大学地域学歴史文化研究センターの青木歳幸特命教授のご尽力によるものであり、お礼を申し上げます。さらに基調講演をお願いしました独立行政法人国立国際医療研究センター肝炎・免疫センター長の溝上雅史氏をはじめとして、佐賀大学医学部肝疾患センター長の江口有一郎教授、佐賀県医療統括監の古川次男氏、臨床心理士の才津文子氏には、ご多忙のなかパネリストとしてご参加頂き有り難うございました。

最後になりますが、放送大学佐賀学習センターとしてこのシンポジウムに対して希望しますことは、少子高齢化、医療格差が進む今日の地域社会において、地域医療の問題に関して研究者、行政、学生、市民が「学際的」かつ自由に議論を展開され、地域社会に一石を投じることです。

演題：なぜ佐賀に肝がんが多いのか？



講師：

独立行政法人国立国際医療研究センター
肝炎・免疫研究センター センター長

溝上 雅史

●プロフィール

- ・昭和23年 杵島郡白石町生まれ。
- ・昭和51年 名古屋市立大学医学部卒業
- ・平成元年～2年 英国キングスカレッジに留学
- ・平成12年 名古屋市立大学医学部教授
- ・平成20年 国立国際医療センター国府台病院
肝炎・免疫研究センター長
- ・平成22年 独立法人国立国際医療研究センター
肝炎・免疫研究センター長
- ・日本肝臓学会理事、等
- ・厚生労働省肝炎対策推進協議会会長代理、委員

本邦におけるC型肝炎ウイルス(HCV)による肝がんは他の先進国と比較すると異常に多い。例えば、2000年当時アメリカと比較するとHCV感染率はほぼ同じの約1.7%であるにも関わらず、肝がん死亡者数は本邦では約4万人、アメリカは約1万人である。さらに、HCVによる肝がん死亡者数にかぎるとアメリカでは約4,000人、本邦では約36,000人で、日本はアメリカの約9倍も多い。しかし、アメリカの人口は日本の約2倍なのでHCVによる人口当たりの肝がん死亡者数は、日本は約20倍も多いことになる。しかし、HCVの感染力は弱く、空気感染や単なる日常接触では感染せず、血液を介してのみ感染する。したがって、輸血や手術や注射等の観血的処置により感染した可能性が高い。さらに、HCVは感染後肝がんに進展するのに約30年の長期間を要するので、その要因を探ることは難しかった。

一方、近年ウイルスの遺伝子配列の違いを数学的・統計的に解析することで近縁関係や系統関係を明らかにすることが可能になった。そこで、我々は両国のHCVの遺伝子配列を決定し、その違いから両国でのHCVの拡がり始めた時期を推定し、その要因を検索することで両国のHCVによる肝がんの発生数の違いとその要因を明らかにした。

その結果、アメリカではHCVは1900年頃に侵入したと推定され、1960年代より急激に全国に拡がりが増え、現在も感染は拡大している。

アメリカの1900年は、ABOの血液型が発見され安全に輸血できるようになった年で、アメリカではこの要因でHCVの拡散が始まったと思われる。さらに、1960年代のHCV拡散時期の要因としては1960年代におけるベトナム戦争による社会的不安に伴う静脈麻薬患者の増加がHCV感染の最大の要因として考えられ、現在も経静脈麻薬患者は増加傾向にある事実と一致している。

一方、本邦では、HCVは1860年代に侵入し、1920年頃から緩やかに増加し、1940年以降急激に増加したが、1990年には新規感染は止まったと推定された。

以上の事実から、HCVは1860年代に外科的処置を中心にした西洋医学の導入により侵入したと思われる。また、1920年代の緩やかな感染拡大は、1922年から導入された日本住血吸虫症に対する駆虫剤の注射によると思われる。その頃の日本住血吸虫症の多発地区は、佐賀、福岡、山梨、広島などで、その後1970年以降の肝がんの多発地帯と一致しているからである。

さらに、1940年代以降の本格的HCV感染の増加は、太平洋戦争時に軍隊に戦意高揚目的で導入されたいわゆる“ヒロポン”と呼ばれた経静脈覚醒剤の濫用や、当時の国民病としての結核、それに対する手術や売血に依存していた輸血等が、相加的・相乗的に加味した結果、アメリカの20倍ものHCVによる肝がん死亡者数の増加に繋がったと推定された。

このことを佐賀に当てはめると、鍋島藩はいち早く西洋医学を取り入れ、特に種痘接種は藩を挙げて取り組んだとされている。さらに、筑後川流域における日本住血吸虫へのスチブナール静注投与も積極的に取り組み、その結果日本住血吸虫による肝硬変死亡は1960年代にはほぼ消失したとされているが、その低下に伴いHCVによる肝がん死亡者数は増加している。

以上のように、HCVの拡散はウイルス発見以前の過去の各種医療行為や社会的要因が複雑に絡み合った結果と考えられ、社会全体としてHCVの撲滅に取り組むべき問題であると考えられた。