慶應義塾大学学術情報リポジトリ
Keio Associated Repository of Academic resouces

Title	世界の人々の健康
Sub Title	
Author	近藤, 健文
Publisher	慶應医学会
Publication year	2003
Jtitle	慶應医学 (Journal of the Keio Medical Society). Vol.80, No.4 (2003. 12) ,p.157- 158
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	話題
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00069296-20031200-0157

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

要条件と考えるべきであった．なぜなら，原発腫瘍巣においては，すでに指数関数的増殖期を通過して，Gompertz 型増殖を呈しているはずだからである．（ところが，臨床的な要請からは当然といえるが，neoadjuvant 化学療法は，downstaging を目的として，早くから治癒切除不能例に適応を拡大されていった．これは Goldie-Coldman model に関する仮説と検証という論理的文脈から逸脱した，異なる治療モデルと考えるべきである．これは，切除を前提とした臓器温存治療モデルにも，発展させることができる．）

さて，PR 以下の反応の場合に長期予後が改善されない，という結果は，Goldie-Coldman model により説明可能である．なぜなら，原発巣非消失部分に存在する，耐性獲得クローンに由来するβ因子が存在していれば，化学療法による根治性は，治療開始時点で既に失われている．またβ(－)型疾患であれば，化学療法の恩恵は考えにくいからである．真に重要なのは，neoadjuvant 化学療法が，本当に CR 反応群の長期予後を変えたのか，あるいは長期予後良好群を拾ったにすぎないのか，ということである．後者であれば，CR 反応とは単なる予後因子にすぎない．長期予後が良好な CR 反応群に，β(＋)型疾患がどれだけ含まれていたかが，Goldie-Coldman model が成立するための，決定的な懸案事項であろう．

90 年代半ばに得られた，上咽頭癌における大規模無作為化対照試験の結果は，neoadjuvant model の信奉者に，深刻な失望をもたらしたと思われる．M0 の上咽頭進行癌の約 3 割は遠隔転移により死亡し，β(＋)型疾患の比率が高い．化学療法感受性も高く，neoadjuvant model の試金石のような疾患と考えられた．しかし，CR 率の十分高い regimen によっても，neoadjuvant model の有効性は証明されなかったのである．一方，後に，adjuvant model の有効性がある程度示され，現在の標準治療は，放射線ないし放射線化学同時併用療法，およびそれに引き続く adjuvant 化学療法となっている．adjuvant model の neoadjuvant model に対する優位性は，Goldie-Coldman model からは演繹されない．放射線単独で開始した場合，約 2 ヶ月間β因子を無介入で放置してしまうことになるが，その危険より，放射線を先行させてα因子制御の治療強度を高め，またβ(α)を極小化することの方が，重要であることになる．Goldie-Coldman model は，それ自体は論理的に破綻していないが，局所制御の強度を優先すべき頭頸部癌の治療モデルとしては，必ずしも有用ではない，と結論づけられよう．

neoadjuvant 化学療法は，しかし，Goldie-Coldman model を離れて，α因子制御の文脈の上で生き続けた．ひとつは，治癒切除不能癌への適応であり，（おそらくはβ(－)型疾患において）長期生存への貢献が示された．もうひとつは，臓器温存への貢献である．neoadjuvant 化学療法は，臓器温存という目的に，二つのしかたで貢献しうると考えている．ひとつは，手術か放射線化学併用療法か，という治療選択の決定に役立つことによる．もうひとつは，切除範囲の縮小を可能にすることによってである．後者は筆者の試みでもあるが，腫瘍辺縁部制御（debulking）を目的とした，切除不能癌の治療モデルと類縁と考える．下咽頭?喉頭癌の治療には，喉頭機能温存という重大な課題がある．下咽頭進行癌に対する，強力な放射線化学同時併用療法の一次治療成績は，非常に良好であったが，再発率が高く，再発後の拡大切除は無力であった．原発巣の根幹部には，保存的治療に対する頑固な治療抵抗性が認められた．したがって，根幹部を含む compartment の切除が望ましいが，機能温存との両立の模索のなかで，neoadjuvant 化学療法の貢献の可能性が考えられた．患側声帯固定を伴う T3 以上の下咽頭進行癌に対しては，輪状軟骨切除が治癒切除のための必要条件である．筆者は形成外科と協力をして，輪状軟骨を切除したうえでの喉頭機能再建を模索し，切除可能な compartment を技術的に拡大してきた．放射線化学併用療法は手術をはさんで split とするか，術後に行った．β(－)型と思しき N2a 以下の下咽頭進行癌の high responder 数例に施行して，無再発長期生存のよい感触を得ている．

α，β因子制御の新しい画期的な戦略として，技術的な理由で施設が限られる難点はあるが，cisplatin 大量動注化学放射線同時併用療法の導入が挙げられる．放射線領域では，重粒子線，陽子線といった特定施設での治療に加え，コンピューターによる 3 次元構築に基づいた，新しい照射法が登場しつつあるが，β因子制御の課題は依然として残る．

今後近い将来，診断技術の進歩により，β因子の有無の峻別が可能になる時代が訪れると思われる．その時，β(＋)型疾患に対する治療として，より強力な新しい化学療法を携えて，neoadjuvant model は，再び真価を問われることになろう．

田路正夫（東京都済生会中央病院　耳鼻咽喉科）

世界の人々の健康

マクロスコーピックに人間集団の健康問題を考えるという公衆衛生学の立場から，世界の人々の健康状態とそこに厳然として存在する健康格差について述べてみたい．

1999 年 10 月に 60 億を越えたとされる世界の人口は，

生物本来の姿である多産多死から少産少死へと人口転換の中間過程にある．即ち2001年の出生は13148万人，死亡は5655万人と推計され，7493万人の人口増加があり，2050年には世界の人口は89億人に達すると推計されている．合計特殊出生率（ＴＦＲ）は2.68と減少傾向を示す一方，平均寿命は男63.9年，女68.1年と延長してきている．これらの数値は，全体としてみれば世界の人口問題は解決の兆しを示す一方，人々の健康状態も向上の方向にあることを示している．世界人口の半分は25歳未満であるが，人口の高齢化は日本を初めとする先進国に止まらない．健康水準の上昇は必然的に人口の高齢化をもたらす．世界全体でも日本と同様少子高齢化が進んでいる．特にアジア地域の高齢人口は急速に増加している．世界の60歳以上の人口は2000年の6億6百万人から2050年には19億人と3倍になると予測されている．

しかし死亡者の中で1000万人以上が5歳未満児であり，その死亡原因も呼吸器感染症，下痢症，ワクチンで予防できる疾病，マラリア等大部分が予防治療可能である．また，世界の200に近い国々の間での健康格差は，2001年の出生千人当たりの5歳未満児死亡率（U5MR）が316～3，平均寿命が男36.5～77.8年，女35.6～85.0年の間に分布しているように著しいものがあり，特にアフリカSub-Saharaの国々の健康状態が最も懸念されるところである．更に国内に置いて著しい格差を抱えている国々も多い．これらの格差は我が国の人口動態統計100年の歴史に置いて記録されている状態がこの地球の上で現存していることを示している．世界の人々の健康状態に影響を与えている要因としては，経済（貧困），教育，ジェンダー，社会不安，戦乱等が大きい．

感染症は古今東西に亘り，人間の健康に大きな影響を与えてきているが，最近ではAIDS，結核，マラリアが特に注目されている．2001年の死亡者数は，AIDS 287万人，結核164万人，マラリア112万人と推計されている．古くはペスト，コレラ，天然痘に代表され，最近では新興感染症であるAIDSやSARSの流行に象徴されるように，感染症は地域に止まらず地球規模の国際問題となる可能性を常に有している．

2002年のWHOのWorld Health Reportは世界のTop 10 selected risks to healthとして，1. Underweight　2. Unsafe sex　3. High blood pressure　4. Tabacco consumption　5. Alcohol consumption　6. Unsafe water, sanitation and hygiene　7. Iron deficiency　8. Indoor smoke from solid fuels　9. High cholesterol　10. Obesityをあげている．健康に対する危険因子として低栄養と肥満が共にあげられているように，この地球上の健康問題がいかに多様性を持っているかを示している．

以上述べたような世界の人々の間に見られる著しい健康状態の格差の解消に寄与するため，世界の先進国は，開発途上国に対して政府開発援助（ODA）を行い，また世界の多くのNGOも保健医療協力を実施している．我が国の政府レベルの保健医療協力も最近の10年間で見ても，1994年の人口・エイズに関する地球的規模問題イニシアティブ（GII）や2000年の沖縄感染症対策イニシアティブなどがあり，感染症対策や母子保健，PHC等を中心に新しい動きが見られる．一方我が国を含め先進国全体に広がるいわゆる援助疲れによるODA見直し論や国民の開発途上国に対するマイナスイメージが懸念される所である．マンパワーの面からも援助金額の面からも更に一層の充実を期待したい．

近藤健文（環境省公害健康被害補償不服審査会）

開業医の立場，病院勤務医の立場

私は開業医である．慶應にお世話になって早21年目，開業して9年目になる皮膚科医である．私自身も長年慶應病院勤務や出張病院の勤務医，医長も経験し，現在東京の下町で開業している身であるが，幸い先輩方のご指導もあり開業後も週一回他大学（女子医大第二病院）での外来，手術なども経験させていただいている．更に今度縁あって再び慶應病院での診療を隔週ではあるが，また診療科（漢方クリニック）は異なるが皮膚科患者（アトピー性皮膚炎）の診療に携わる機会に恵まれた．すなわち開業医の立場（いわゆる町医者）と大学病院勤務医の立場（いわゆる大学の先生）の両方の立場，目で患者の診察，治療に関わってきた若干の私なりに感じた事を述べてみたい．まずは開業医の日常から．開業とは（先生方や専門家によっても異なるかもしれないが），毎月毎日が「外来診療」そのものである．皮膚科であるので湿疹，皮膚炎群（急性，慢性，アトピー性皮膚炎など），白癬などを中心に毎日，毎日ご近所の方々の診察をさせていただいている．来る日も来る日もその連続である．時には小手術も施行する．時に中毒疹，薬疹やまれな疾患（類天疱瘡，天疱瘡など）にも遭遇する．悪性腫瘍も然りである．ここで開業医に問われるのはどこまでが「自分の守備範囲」かを確実に自分自身で認識する能力が必要と考えている．いつまでも治らない，あるいは診断が確定しない疾患や患者を抱え込んで症状を憎悪させる事はあってはならない事である．この判断を誤る事は開業医として許されない事と考えている．当り前の事が