

表2 健康日本21におけるがん予防対策にかかわる基準値と目標値(健康日本21, 2000)

○喫煙対策の充実

- ・喫煙が及ぼす健康影響についての知識の普及
(基準値: 喫煙で以下の疾患にかかりやすくなると思う人の割合 肺がん 84.5%, ぜんそく 59.9%, 気管支炎 65.5%, 心臓病 40.5%, 脳卒中 35.1%, 胃潰瘍 34.1%, 妊娠への影響 79.6%, 歯周病 27.3%→目標値 100%)
- ・未成年の喫煙をなくす
(基準値: 中学1年男子 7.5%, 女子 3.8%, 高校3年男子 36.9%, 女子 15.6%→目標値 0%)
- ・公共の場や職場での分煙の徹底および効果の高い分煙についての知識の普及
(基準値: 平成12年度に調査→目標値 100%)
- ・禁煙, 節煙を希望する者に対する禁煙支援プログラムをすべての市町村で受けられるようにする
(基準値: 平成12年度に調査→目標値 100%)

○食生活の改善

- ・成人の1日当たりの平均食塩摂取量の減少 (基準値: 13.5g → 目標値: 10g 未満)
- ・成人の1日当たりの野菜の平均摂取量の増加 (基準値: 292g → 目標値: 350g 以上)
- ・1日の食事において, 果物類を摂取している者の増加(基準値: 29.3%→目標値 60%以上)
- ・20~40歳代の1日当たりの脂肪エネルギー比率を減少
(基準値 27.1%→目標値 25%以下)

○飲酒対策の充実

- ・1日に平均純アルコールで約60gを超え多量に飲酒する人の減少
(目標値: 2割以上の減少)
- ・未成年の飲酒をなくす
- ・「節度ある適度な飲酒」としては, 1日平均純アルコールで約20g程度である旨の知識を普及する

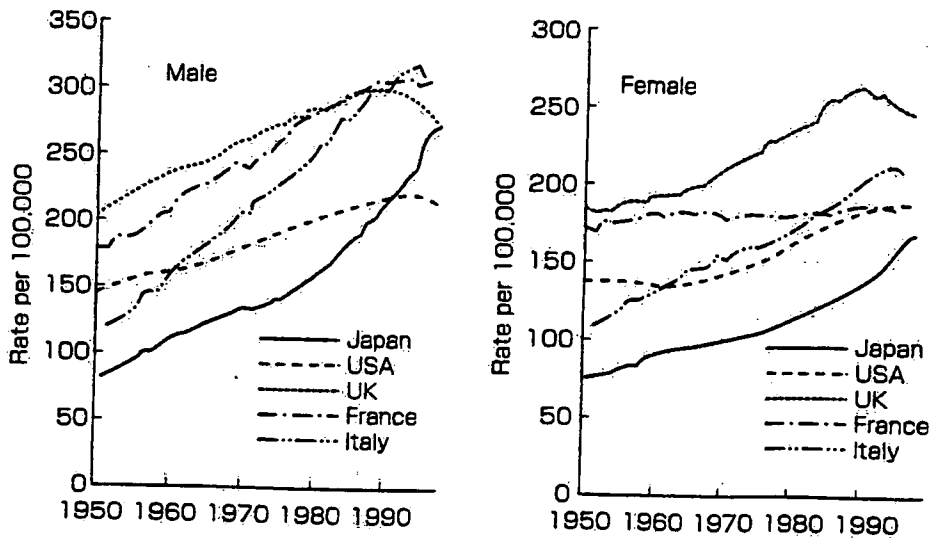


図2 主要各国におけるがん死亡率の年次推移(租率)
WHO Mortality Database

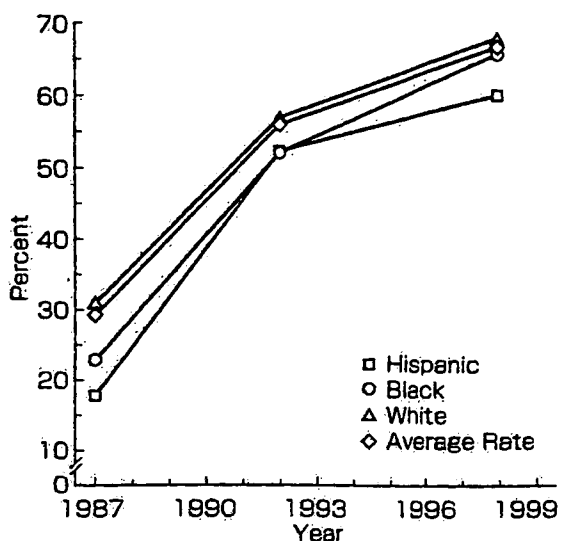


図3 米国における40歳以上の女性で過去2年間にマンモグラフィを受けた人の割合 (Cancer Progress Report 2001 <http://progressreport.cancer.gov/>)

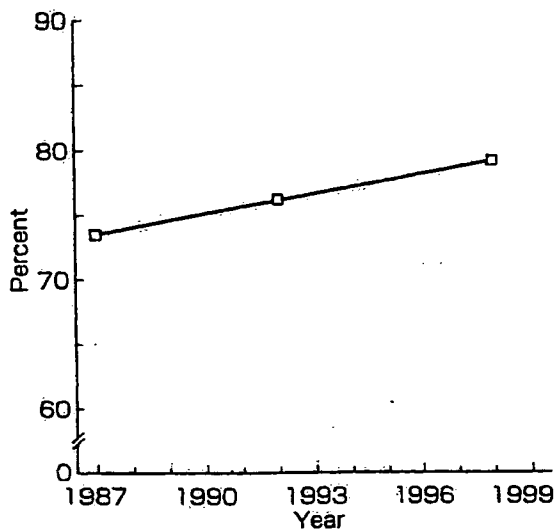


図4 米国における18歳以上の女性で過去3年間に子宮頸部細胞診を受けた人の割合 (Cancer Progress Report, 2001 <http://progressreport.cancer.gov/>)

1990年代半ば頃より、がん死亡率が平坦となり、低下を始めている。わが国が突出して増加傾向をたどっていることとの違いは、がん一次予防の取り組み、特に喫煙対策と、二次予防、即ち有効と証明されたがん検診法に対する積極的取り組みである。米国では、乳がん検診にマンモグラフィを導入し、40才以上で過去2年間に1度でも受診した人が図3に示したように、1999年に既に65%に達している。現在は確実に80%近い人がマンモグラフィ検診を受けている。子宮頸がんの細胞診を過去3年以内に受けた人は、図4に示した通り、実に80%に近い。わが国が検診大国と認めて対応を誤るうちに、米国では有効と証明された方法にきわめて積極的に対応している。この一次予防・二次予防の努力の総和として、米国でのがん死亡率の低下という成果として現れているのだと思われる(図2)。

上に述べたがんの一次・二次予防から、わが国が取り組むべきがん戦略上の重要な問題が読み取れる。

4. がん診療の現状と課題

がん診療の現状を箇条書きにすると、1)主として画像診断の進歩により診断が正確となった。2)その結果として、さらに生検所見や細胞診の所見などを加味して、病期と悪性度にもとづく治療計画が正確に立てられるようになった。3)その結果、選択肢が多様となり、医師側にはその説明が、患者さん側にはそれを理解して判断する力が求められるようになった。4)治療の選択をするに際してもっとも重視すべきはQOLであり、治療後のQOLが重視されるようになった。5)その前提としてがんであること、その進行度やがんの性質を患者さんや家族に伝えるいわゆる「がん告知」が必然となってきた。むしろ、その告げ方が問われる時代となった。同時に説明と同意、いわゆるインフォームド・コンセントががん医療の出発点として定着した。それは医療者に膨大な説明義務がかかることも意味する。一方、患者さんや家族の側には判断がつかない、あるいは他の治療手段に関する相談を求めるセカンド・オピニオンを求め

る動きも定着してきた。これも医療者側にとっては外来治療の多忙化の一因でもある。6)先端医療や臨床試験、治験などでは、患者さんを護ることが第一義であり、生命倫理上の検討を要する問題が増加した。7)先端医療、新規抗がん剤、新しい治療技術などの導入は医療費の高騰を招き、どこまでが保険診療でカバーされ、カバーされない部分にどんな配慮をしてがん医療を進歩させるか、という医療経済上の問題が避けて通れなくなった。

がん医療の現状としては、一人の患者さんを中心として、そのがんの診断、治療に関係する外科医、放射線治療医、化学療法専門医、放射線診断医、内視鏡医、病理医、などが集まって定期的にカンファランスを開催し、診断、治療方針を吟味し、その患者さんに最善の治療法が得られるように衆知を集めるカンファランスの重要性が認識され、実施されるようになってきた。

また、チーム医療の重要性が認識されるようになり、担当医を中心として、看護師はもちろん、薬剤師、ソーシャル・ワーカー、緩和医療支援チームなど、各種の職種の人たちが連携してがん患者さんを支える体制が整えられつつある。

問題点としては、国の方針として平均在院日数の短縮が求められるのに対し、少ない人手でそれを実現しようとする現場に過剰な負担が強いられることである。これが医療従事者の疲弊や医療事故の増加につながる恐れが多く、医療現場、特に大きな病院では、これはかなり危機的状況にあり、「医療崩壊」といった言葉すら使われるようになってきている。

また、今後のわが国の放射線治療、化学療法の発展上、放射線治療や抗がん化学療法の専門医の数が不足していることも重大な問題である。人材不足ががん医療の地域間格差、医療機関格差を生み出す要因ともなっている。人材育成は医学部教育も含めたわが国の取り組むべき重要課題の一つといえる。

現在のがん診療上の困難な課題を克服するには研究の必要性は論を待たない。企業との共同研究、

病院と研究所の協力などが必須である。また、新しい技術や薬剤などが出てきた場合、最終的には患者さんの協力による臨床試験がどうしても必要となり、臨床試験の重要性を理解して患者さんの協力を得ること、その実施を支える基盤の整備といった多くの課題がある。

5. わが国の対がん戦略

わが国の対がん戦略の基軸の一つに、研究の発展が据えられており、1984年から開始された第1次対がん10か年総合戦略はがんの本態解明に向けた基礎研究上、きわめて大きな役割を果たした。現在は、2004年から、厚生労働省と文部科学省が一緒になって第3次対がん10か年総合戦略が進められている。これは2004年からの10年間に、「がんの罹患率と死亡率の激減を目指して」をキャッチ・フレーズとして、がんの本態解明と克服に向けた新しい研究戦略を構築し、個人に最適の世界最高水準のがん予防と医療を、国民全体が享受する社会の実現を目指している。そのためには、研究の重要性はもちろんであるが、がん登録、がん医療の均てん化、がん予防、検診など行政的施策も展開することとし、粛々と進められている。

一方、がん患者さんや家族からは、わが国のがん医療の地域格差、医療機関格差、専門医不足、海外既承認の抗がん剤が国内では未承認で使えない、がんに関する本当に欲しい情報が提供されない…といった様々な不満が強く主張されるようになってきた。それを受ける形で、2005年5月、厚生労働省内に厚生労働大臣を本部長とする省横断的な組織「がん対策推進本部」が作られた。2005年8月には、「がん対策推進アクションプラン2005」が作られ、アクション1 がん対策基本戦略を再構築する、アクション2 がん情報提供ネットワークを作る、アクション3 外部有識者によるがん対策情報センター運営評議会を設置する、ことが決められた。

2006年4月には、厚生労働省内に「がん対策推進室」が設置され、国立がんセンターにがん対策情報センターを作り、地域がん診療連携拠点病院とのネットワークにより、がん医療の均てん化を

はかることが進められている。

がん診療拠点病院は、2006年4月からがん診療連携拠点病院と名称も改められ、より高い診療の質を求め、また、がん患者さんや家族の個別のがん相談に応じるための、医療相談室機能を強化することがうたわれた。その見返りとして、補助金や診療報酬上の加算が決定され、さらに、地域がん診療連携拠点病院は、都道府県がん臨床連携拠点病院との二層構造に整備され、各都道府県のがん対策を各々の基本計画に沿って進めることが決められた。特定機能病院も、学内腫瘍センターなどが作られた大学は積極的に指定することとされた。2006年8月現在、拠点病院は全国で179病院が指定されている。今後、さらに増加することになる。一度指定を受けても4年毎に更新制が導入され、がん登録、医療相談室、緩和医療への取り組みなど約束したことが実現されていなければ、指定の取り消しもあり得る、という厳しい内容となった。

2006年10月1日、国立がんセンター内にがん対策情報センターが設置された。その主な機能は表3にまとめた通りである。学会や拠点病院、患者団体など、国内のあらゆる組織の協力を得ながら、

がん情報を集め、整理、評価し、発信する全日本の力を結集した情報提供の窓口として機能すべく、各方面に協力を依頼しながら現在、急ピッチで内容の整備に当たっている。

こうした動きと呼応するかのようには、2006年6月、がん対策基本法が議員立法として、全会一致で成立した、その実施は2007年4月だが、この法律の中にはわが国のがん対策上の重要項目がすべて書き込まれた画期的なものとなった。四章からなり、一. 総則、二. がん対策推進基本計画、三. 基本的施策推進、四. がん対策推進協議会という構成である。

がん対策に関して、基本理念を定め、国、地方公共団体、医療保険者、国民及び医師等の責務を明らかにし、がん対策を総合的かつ計画的に推進する、こととなっている。第六条には、国民は、喫煙、食生活、運動その他の生活習慣の注意を払い、必要に応じ、がん検診を受けるように努めなければならない、とある。四章のがん対策推進協議会には、がん患者及び家族、又は遺族を代表する者も加わることが求められている。

このように、わが国にがん対策基本法ができたことは、今後のがん対策を進める上でその意義は

表3 がん対策情報センターについて

■ がん対策情報センターの機能

- ① がん医療情報提供機能
 - がん医療に関する診療ガイドライン、患者・家族向けQ&A等を正確で分かりやすい形で提供する。
- ② がん診療支援機能
 - 遠隔病理、遠隔放射線診断等の「遠隔コンサルテーション」の運営管理、放射線照射機器等の品質管理
- ③ 臨床研究支援機能
 - 国内外の抗がん剤の開発・承認状況等に関する情報を集積するとともに、データ処理や関係者の役割調整など治験を含むがんに係る臨床研究の円滑な実施に必要な支援を行う。
- ④ がんサーベイランス機能
 - がん生存率、医療機関の治療成績等の算出に必要ながん登録(地域がん登録、院内がん登録等)の支援や全国集計を行う。
- ⑤ がん研究企画支援機能
 - がん対策と研究を総合的に推進するため、がん研究資金配分機能を担うとともに、外来化学療法を含むがんに関する医療従事者研修の調整等を行う。

計り知れない。米国が1971年、ニクソン大統領時代にNational Cancer Actを成立させて大きく対がん戦略を推進したことに30年以上遅れたが、今後のわが国のがん対策上、真に重要な背骨にあたる法律ができたと考えられる。この基本法に盛り込まれている内容を粛々と実現することが今後のわが国のがん対策の大きな課題と言える。

おわりに

がん予防、がん検診、がん診療の進歩、緩和医療の実現など、がんの診療と密接に関わる各項目の一つひとつ適格に手を打つことによって、わが国でも、がん罹患、がん死の激減を実現できると信ずる。そのために、がん対策基本法が成立したこと、厚生労働省のがん対策推進室と国立がんセンターが緊密に連携し、がん対策情報センターを機能させ、地域がん診療連携拠点病院とネットワークを結んで、わが国のがん医療の均てん化をはかることが求められている。

文 献

- 1) がんの統計'05 財団法人がん研究振興財団
- 2) World Cancer Report (Eds. B. W. Stewart & P. Kleihues) IARC Press, Lyon 2003
- 3) Doll R, Peto R: The causes of cancer. Oxford University Press, New York, 1981.
- 4) Harvard Center for Cancer Prevention: Harvard Report on Cancer Prevention, Vol. 1: Causes of Human Cancer. Cancer Causes Control 7 (Suppl. 1): S3-S59, 1996.
- 5) Tominaga S: An estimate of the potential for cancer prevention in Japan. Asian Pacific J. Cancer Prev 2: 287-292, 2001.
- 6) World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research: Food, Nutrition and the Prevention of Cancer: A Global Perspective, 1997.
- 7) Yamaguchi N, Kakizoe T: Synergistic

interaction between *Helicobacter pylori* gastritis and diet in gastric cancer. Lancet Oncol. 2: 88-94, 2001.

- 8) 祖父江友孝: 23-1 禁煙・食事等 臨床腫瘍学第3版 日本臨床腫瘍学会編 癌と化学療法社, 2003, 427
- 9) 健康・体力づくり事業団 健康日本21 <http://www.kenkounippon21.gr.jp/>

2)

**Surgery for Stage I NSCLC
in Japan**

**2nd Forum on Lung Cancer for
China-Korea-Japan**
June 30, 2007 Beijing, China

Ryosuke Tsuchiya, M.D.
National Cancer Center Hospital, Tokyo

June 30, 2007 2nd Forum on Lung Cancer for China-Korea-Japan 3/23

Tribute to Bob Ginsberg

- ◆ Randomized trial of lobectomy versus limited resection for T1 N0 non-small cell lung cancer. Lung Cancer Study Group.

Ann Thorac Surg. 1995 Sep;60(3):615-22

June 30, 2007 2nd Forum on Lung Cancer for China-Korea-Japan 2/23

Tribute to Bob Ginsberg

- ◆ USA - Japan Cancer Clinical Trials Summit
 - ◆ Drs. Cottman & Fukushima invited Ginsberg
- ◆ Lung Cancer
- ◆ CT screening was developing in Japan
- ◆ GGA: Ground Glass Attenuation
- ◆ Proposal of new RCT for T1N0M0 NSCLC
- ◆ Venue: **HYATT Regency in Maui**

June 30, 2007 2nd Forum on Lung Cancer for China-Korea-Japan 3/23

CT Screening for Lung Cancer

June 30, 2007 2nd Forum on Lung Cancer for China-Korea-Japan 4/23

**Surgery for Stage I NSCLC
in Japan**

1. Standard operation for NSCLC in Japan
2. Lung Resection
3. Lymph Node Dissection
4. Results of Surgery for Stage I NSCLC
5. Sub-classification of Stage I NSCLC
6. Limited Surgery

June 30, 2007 2nd Forum on Lung Cancer for China-Korea-Japan 5/23

**Standard operation for
NSCLC in Japan**

**Lung Resection
+
Systematic Lymph Node Dissection**

Recommended by
Japan Lung Cancer Society

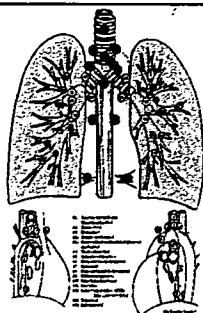
June 30, 2007 2nd Forum on Lung Cancer for China-Korea-Japan 6/23

Lung Resection

- ◆ At least Lobectomy even for Stage I
- ◆ Pneumonectomy is rare
- ◆ Limited Resection is controversial
 - ◆ Segmentectomy
 - ◆ Wedge Resection

June 30, 2007 2nd Forum on Lung Cancer for China-Korea-Japan 7/28

Lymph Node Dissection



- ◆ Ipsilateral Mediastinal
- ◆ Hilar
- ◆ Intrapulmonary

Same as Cahan's Radical Pneumonectomy published in 1951

June 30, 2007 2nd Forum on Lung Cancer for China-Korea-Japan 8/28

Lobe-Specific Systematic Lymph Node Dissection

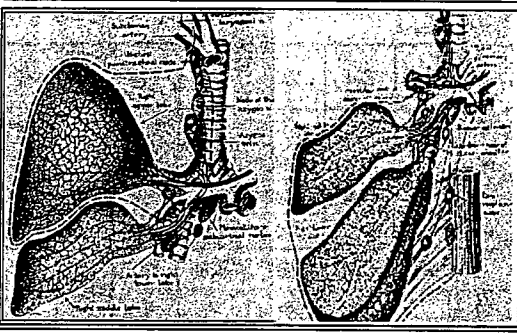
Asamura H

- ◆ Lobe-specific extent of systematic lymph node dissection for NSCLC
- ◆ A retrospective study of metastasis and prognosis.

J Thorac Cardiovasc Surg. 2000;119:183-4

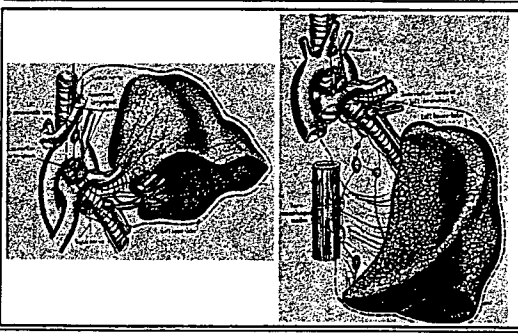
June 30, 2007 2nd Forum on Lung Cancer for China-Korea-Japan 9/28

Cahan: Radical Lobectomy in 1960

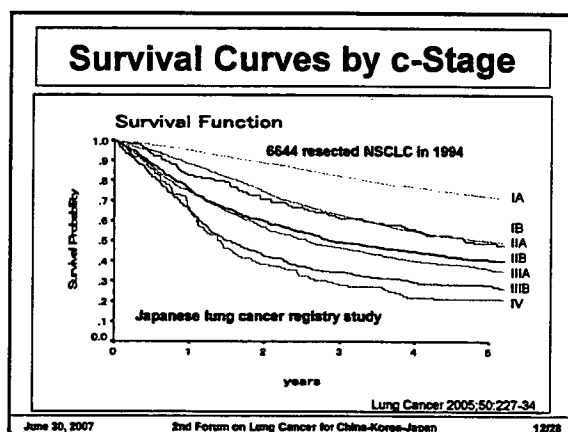


June 30, 2007 2nd Forum on Lung Cancer for China-Korea-Japan 10/28

Cahan: Radical Lobectomy in 1960



June 30, 2007 2nd Forum on Lung Cancer for China-Korea-Japan 11/28



Survival Rate by c-Stage

c-Stage	n	5-YSR(%)
IA	2,423	72.1
IB	1,542	49.9
IIA	150	48.7
IIB	746	40.6
IIIA	1,270	35.8
IIIB	366	28.0
IV	147	20.8

June 30, 2007 2nd Forum on Lung Cancer for China-Korea-Japan 13/23

Results of Surgery for Stage I NSCLC by VATS

Kaseda S

- ◆ 62 cases of NSCLC by VATS lobectomy with extended lymph node dissection
- ◆ 4-year survival rate was 94.4%.

Semin Thorac Cardiovasc Surg. 1998 10:300-4

June 30, 2007 2nd Forum on Lung Cancer for China-Korea-Japan 14/23

Outcome by Stage NCCJ

Stage	Pathological		Clinical	
	5 yr	No. of Cases	5 yr	No. of cases
IA	80.1	597	72.2	742
IB	59.9	493	45.2	697
IIA	57.2	108	41.9	48
IIB	47.8	422	38.1	427
IIIA	24.0	677	25.4	480
IIIB	13.0	270	25.1	156
IV	0.0	102	22.9	119

June 30, 2007 2nd Forum on Lung Cancer for China-Korea-Japan 16/23

Lymph Node Involvement: T1

Asamura (NCCJ)

Histology	N0	N1	N2	N3	Total		
					%	No.	
Adenocar	72.5	10.0	17.1	0.4	100	280	
Squamous	86.3	2.3	11.4	0.0	100	44	
Large	70.0	10.0	20.0	0.0	100	10	
Ad-Sq	33.3	66.7	0.0	0.0	100	3	
Total	%	73.9	9.5	16.3	0.3	100	
	No.	249	32	55	1		337

June 30, 2007 2nd Forum on Lung Cancer for China-Korea-Japan 18/23

NSCLC 2.0 cm or Less

Asamura (NCCJ)

Histology	N0	N1	N2	Total		
				%	No.	
Adenocarcinoma	78.9	8.6	12.5	100	152	
Squamous	93.7	0.0	6.3	100	16	
Large cell	83.3	16.7	0.0	100	6	
Adeno-Squamous	0.0	0.0	0.0		0	
Total	%	80.5	8.0	11.5	100	
	No.	140	14	20		174

June 30, 2007 2nd Forum on Lung Cancer for China-Korea-Japan 17/23

Survival by Tumor Size

Okada M.: JTCVS 2005;129:87-93

	<10	11<20	21<30	30<
症例数	50	273	368	581
5-ysr	100	83.5	76.5	57.9

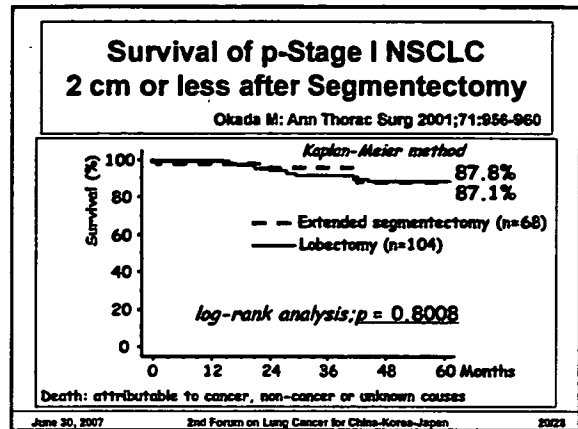
June 30, 2007 2nd Forum on Lung Cancer for China-Korea-Japan 18/23

Segmentectomy vs Wedge

Okada M: JTCVS 2005;129:87-93

	<20 mm	21<30	31mm<
Limited/Lobe	167/323 (52%)	156/949 (16%)	
Lobectomy	92.4	87.4	81.3
Segmentectomy	96.7	84.6	62.9
wedge	85.7	39.4	0

June 30, 2007 2nd Forum on Lung Cancer for China-Korea-Japan 18/23

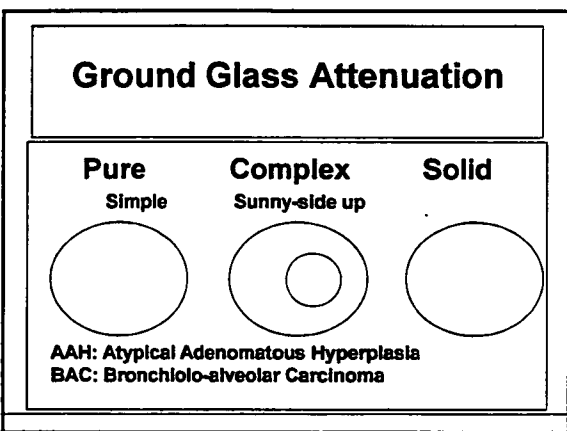
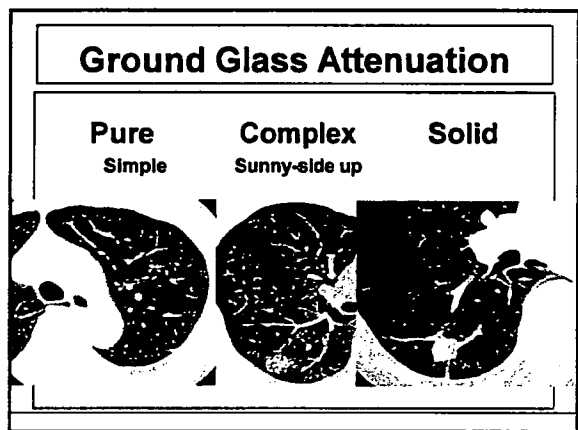


Lymph Node Involvement: less than 1 cm

NCCJ: Asamura H

	N0	N1	N2	Total
No. of Pts	45	2	1	48

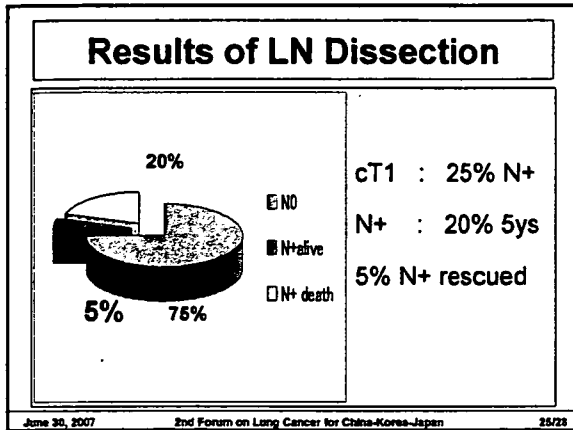
June 30, 2007 2nd Forum on Lung Cancer for China-Korea-Japan 21/23



NSCLC 1 cm or Less

	Pure	Complex	Solid	Total
N0	19	9	17	45
N1	0	0	2	2
N2	0	0	1	1
Total	19	9	20	48

June 30, 2007 2nd Forum on Lung Cancer for China-Korea-Japan 24/23



- ### Summary
- ◆ Lobectomy with Systematic lymph node dissection (SLD) is standard operation for stage I NSCLC in Japan.
 - ◆ Segmentectomy with SLD shows good results in the case of 2cm or less.
 - ◆ Wedge resection for small size NSCLC is still controversial.
 - ◆ Pure or almost GGA should be discussed.
- June 30, 2007 2nd Forum on Lung Cancer for China-Korea-Japan 26/28

- ### Problems Should be Solved
- ◆ Clarify the background against difference of survival rate after surgery between the U.S. and Japan
 - ◆ Sub-classification of T1 NSCLC
 - ◆ <2cm vs 2 to 3cm
 - ◆ <1cm vs 1 to 2cm
 - ◆ Diagnosis of GGA without surgery
 - ◆ Indication of RT and/or surgery for GGA
- June 30, 2007 2nd Forum on Lung Cancer for China-Korea-Japan 27/28

Thank you very much
for your attention

謝 謝

June 30, 2007 2nd Forum on Lung Cancer for China-Korea-Japan 28/28

MTP17. Adequate lymph node mapping

Ryosuke Tsuchiya (Japan)

Staging system based on UICC TNM classification is widely accepted as the most accurate factor indicating prognosis of malignant tumors. N-factor has most strong impact for prognosis of lung cancer. Lymph nodes relating lung cancer are classified into three categories; intrapulmonary lymph nodes, hilar lymph nodes and mediastinal lymph nodes by TNM classification.

[History]

Cahan WG¹ proposed mediastinal lymph node dissection combined with pneumonectomy for lung cancer in 1951. Lobe-specific mediastinal lymph node dissection depending on location of primary tumor of lung cancer is also shown by Cahan WG² in 1960. To determine the location of lymph nodes before, during and after surgery, Naruke T³ proposed lymph node map in 1976. Martini N⁴ made U.S. version of lymph node map and Mountain CF⁵ distributed his map over North America. Mountain-Map modified by ATS (American Thoracic Society) is accepted in North America and Europe. Naruke-Map is accepted in Japan and south Europe.

[IASLC Staging Committee]

When we evaluate the results of therapy for lung cancer, universal standard is needed to measure the value of the results of studies. IASLC Staging Committee tried to uniform the lymph node map to be used all over the world. Both ATS-Map and Naruke-Map classify into multi-stations of mediastinum, hilum and inside of lung. However, most of the report concerning the results of surgery describe rough grouping such as upper mediastinum and sub-carina. Therefore, IASLC Staging Committee will propose simple system of classification of mediastinal lymph nodes consisting upper mediastinum, sub-carina, lower mediastinum and aortic area.

[Practice of Mediastinal Lymph Node Dissection]

Technique and naming of lymph nodes during surgery will be shown at the lecture with Video.

¹ Cahan WG, Watson WL, Pool JL.: Radical pneumonectomy. J Thorac Surg. 1951 Nov;22(5):449-73

² Cahan WG: Radical lobectomy. J Thorac Cardiovasc Surg. 1960 May;39:555-72

³ Naruke T, Suemasu K, Ishikawa S. Surgical treatment for lung cancer with metastasis to mediastinal lymph nodes. J Thorac Cardiovasc Surg. 1976 Feb;71(2):279-85

⁴ Martini N, Flehinger BJ, Zaman MB, Beattie EJ Jr.: Prospective study of 445 lung carcinomas with mediastinal lymph node metastases. J Thorac Cardiovasc Surg. 1980 Sep;80(3):390-9

⁵ Mountain CF, Carr DT, Anderson WA.: A system for the clinical staging of lung cancer. Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med. 1974 Jan;120(1):130-8

Collaborative Clinical Cancer Trials Conference between the U.S. and Japan in Karuizawa**Session III. Clinical Trials**

Chairpersons: Dr. John CROWLEY and Dr. Satoshi TERAMUKAI

Perspective on Lung Cancer Management in Japan

Ryosuke TSUCHIYA, M.D.

Director

National Cancer Center Hospital

63,234 Japanese died of lung cancer in 2006. It was 19.2% of 329,198 dead in Japan. 45,927 of lung cancer death were male and 17,307 were female. Female: male ratio was 1: 2.7. Japanese Association for Thoracic Surgery reported that 22,229 primary lung cancers were operated in 2004. Lung cancer is one of the most terrible diseases for both genders in Japan. Early detection and early treatment are widely believed as essential philosophy because It is interpreted that early detection and treatment for gastric cancer reduced death rate in Japan. Most common histological type of Japanese lung cancer is adenocarcinoma located in peripheral lung parenchyma. Therefore, low-dose spiral CT was introduced into mass-screening for lung cancer to detect early stage lung cancer taking on ground glass attenuation which would be cured completely. To evaluate the efficacy of CT screening for lung cancer is one of the most favorable challenge in Japan. According to a lot of early stage lung cancer were detected by CT screening, limited surgery preserving lung function after surgery and non-surgical therapy became another challenges as clinical trials.

However, two third of lung cancer patients are not surgical candidates because of locally advanced or distant metastases. Combined modality trials are also important challenges as in the United States, Europe and Asian countries. Unfortunately, despite development of clinical trials of cancer chemotherapy and chemo-radiotherapy, most of those non-surgical lung cancer patients are died within two or three years after diagnosis. Therefore, supportive or palliative care is also very meaningful challenges for the patients as clinical trials.

To solve the problems which cancer patients and their family members appealed, Japanese Government enacted "Cancer Law" in 2006 and enforced in April 1st, 2007. "Cancer Law" will improve Japanese medical care for cancer patients, support clinical trials for cancer and encourage cancer researchers, we hope.

5)

Surgery for T4 Lung Cancer

Ryosuke Tsuchiya, M.D.

Director

National Cancer Center Hospital, Tokyo, Japan

Stage I and II lung cancers are considered as the most accurate indication for surgery because 5-year survival rate after surgery of lung cancer of these two stages are over or close to 50%. 5-year survival rate of stage III and IV are less than 20-30%, therefore, lung cancers of these stages are considered as contraindication for surgery in general. However, there is no radical therapy for those advanced lung cancers except surgery. Complete resection is essential to cure the patients with locally advanced lung cancer. According to such a status of lung cancer therapy, surgery for T4 lung cancer is a good candidate to be tried as clinical study of lung cancer treatment.

Most of the T4 lung cancers are not candidate for surgery in practice. Dominic Grunenwald proposed new classification of T4 definition. He divided T4 into three categories as T4a, T4b and T4c. T4a is candidate for surgery, T4b is candidate for induction therapy followed by surgery and T4c is not candidate for surgery.

The results of surgery for T4 lung cancer will be discussed and technique of combined resection of heart, great vessels, vertebra or tracheal carina by video.

Advancement of Surgical for Lung Cancer in Japan: Past, Present and Future

Ryosuke Tsuchiya, M.D.

Director

National Cancer Center Hospital Japan

Surgery for lung cancer was introduced into Japan in early 1930s, but we had to wait until 1950s surgical research for lung cancer became popular in major university hospitals. Surgery for lung cancer became a daily practice in 1970s for major university hospitals, general hospitals and sanatorium for patients with tuberculosis. Naruke, T introduced radical peumonectomy and radical lobectomy proposed by WG Cahan into Japan with his original lymph node map which is well known as "Naruke Map". A quarter century later, Asamura H proposed lobe specific lymph node dissection for T1 lung cancer according to the results of systematic lymph node dissection performed by surgeons of Naruke's generation. Naruke T and Watanabe Y also introduced broncho-plastic procedure into lung cancer surgery. Extended surgery for lung cancer invading heart, great vessels, vertebra, and/or esophagus was aggressively tried in 1980s.

After introduction of CT screening for early detection of lung cancer by Masahiro Kanko and his colleagues in early 1990s, numerous tiny lung cancers less than 2cm to 3cm in diameter were detected beyond our expectations in Japan. Tsubota N introduced "Extended Segmentectomy" to surgery for those tiny lung cancers. Okada M refined "Extended Segmentectomy" into "Radical Segmentectomy" for selected tiny lung cancers with diameter less than 2 cm.

To perform accurate anatomical segmentectoy and/or correct lymph node dissection, "Navigation Surgery" will be a key technology for future lung cancer surgery.

77-1/3

14th PATACSI ANNUAL CONVENTION and POSTGRADUATE COURSE
"New Frontiers in Thoracic, Cardiac and Vascular Surgery"
03-04 December 2007 / Kamia Room, EDSA Shangri-La Hotel, Mandaluyong City

Day 1 – December 03, 2007 (Monday)

9:00-10:00 Registration

9:30-9:35 National Anthem JOFEL I. ISIDRO, M.D.
9:36-9:40 Invocation REYNALDO S. ESPINO, M.D.

9:41- 10:00 Welcome Remarks CHRISTOPHER C. CHENG, M.D.

10:00- 10:10 Introduction to EMG Lecturer NAPOLEON Y. DE GUZMAN, M.D.

10:11-10:40 ENRIQUE GARCIA MEMORIAL LECTURE
BRIG. GEN. RAFAEL REGINO, M.D.

SESSION I MISCELLANEOUS CARDIOVASCULAR PROCEDURES

Chairman: EDUARDO R. BAUTISTA, MD
Co-Chairman: ROMEO NELSON C. LEE, MD

10:40- 11:00 Maze Procedure RICHARD S. NICOLAS, MD

11:00- 11:20 Local Experience in Endosaphenous Vein Harvesting
ADRIAN MANAPAT, MD

11: 20- 11:40 OPEN FORUM

11:40- 1:00 PM LUNCH BREAK

**SESSION II. PEDIATRIC and ADULT CONGENITAL
CARDIAC and THORACIC DISEASE**

Chairman: JOSE C. GONZALES, MD
Co-Chairman: FRANCISCO PERALTA, MD

1:00- 1:20 Pediatric Pleural Diseases
MILAGROS BAUTISTA, MD

1:20-1:40 Surgical Management of Thoracic Conditions in the Pediatric Age Group
ANTONIO B. RAMOS, MD

1:40- 2:00 Surgical Management for Tetralogy of Fallot
JAIME S. NUEVO, MD

2:00-2:20 A Physiologic Approach to Understanding Congenital Heart Diseases
FLORIAN NUEVO, MD

2) 2/3

2:20- 2:40 OPEN FORUM

ISRAEL C. YASAY, M.D.
Masters of Ceremonies

Day 2 – December 04, 2007 (Tuesday)

SESSION III. VASCULAR SURGERY

Chairman: FLORANTE B. LOMIBAO, M.D.
Co-Chairman: PIO V. PURINO JR, M.D.

9:30- 9:50 New Diagnostic Methods in Vascular Diseases
ORLANDO IGNACIO, MD

9:50- 10:10 Aortic Dissection: Management Strategies
AQUILEO C. RICO, M.D.

10:10- 10:30 Controversies in Thoracoabdominal Aortic Aneurysm Surgery
MARTIN ANTHONY VILLA, M.D.

10:30- 11:00 Vascular Disease Challenges
MA. TERESA ABOLA, M.D.

11:00-11:20 OPEN FORUM

11:20-2:00 ANNUAL BUSINESS MEETING

SESSION IV. TRENDS IN THORACIC SURGERY

Chairman: JOSE LUIS J. DANGUILAN, M.D.
Co-Chairman: JUN PAUL D. CASTOLO, M.D.

2:00- 2:20 Decision Making on Management of End-stage Lung failure
LUCIO UY, M.D.

2:20- 2:40 Early Detection with CT Screening for Lung Cancer
RYOSUKE TSUCHIYA, MD

2:40- 3:00 Combined Resection for Lung Cancer with Superior Vena Cava
Involvement

RYOSUKE TSUCHIYA, MD

3:00-3:20 OPEN FORUM

JOSEPH J. BAUTISTA, M.D.
Masters of Ceremonies

5:00-8:00 Fellowship Night (Garden Ballroom 1 & 2)

HON. MAYOR ALFREDO S. LIM
Inducting Officer

SAMUEL T. ANDIN, M.D.
Masters of Ceremonies

1. がん対策基本法と放射線治療

国立がんセンター中央病院 病院長
土屋 了介 先生

がん対策基本法が平成18年6月23日に公布され、平成19年4月1日に施行されました。基本法の理念に従って国が平成19年12月に閣議決定した「がん対策推進基本計画」を基に、都道府県は「がん対策推進計画」を本年3月までに作成することになっています。

がん対策という点で従来は研究が重んじられましたが、基本法には基本的施策として、

- ① がんの予防及び早期発見の推進
- ② がん医療の均てん化の促進等
- ③ 研究の推進等

が挙げられています。研究の推進の前に予防・早期発見・医療が挙げられたことは画期的なことと言えます。

がんの予防及び早期発見の推進では「がん予防の推進」と「がん検診の質の向上等」が挙げられ、がん医療の均てん化の促進等では「専門的な知識及び技能を有する医師その他の医療従事者の育成」、「医療機関の整備等」、「がん患者の療養生活の質の維持向上」と「がん医療に関する情報の収集提供体制の整備等」が挙げられました。「国及び地方公共団体は、がん患者がその居住する地域にかかわらず等しくそのがんの状態に応じた適切ながん医療を受けることができるよう、専門的ながん医療の提供等を行う医療機関の整備を図るために必要な施策を講ずるものとする」とされ、「医療機関等の間における連携協力体制の整備を図るために必要な施策を講ずるものとする」と記載されている。そのために、「手術、放射線療法、化学療法その他のがん医療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の医療従事者の育成を図るために必要な施策を講ずるものとする」と記載された。

基本法の施行を受けて作成された「がん対策推進基本計画」では、重点的に取り組むべき課題

- ① 放射線療法および化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成
- ② 治療の初期段階からの緩和ケアの実施
- ③ がん登録の推進

が挙げられています。

すなわち、従来、我が国では治療の主体が外科であったことの反省から、放射線療法・化学療法・緩和医療を重点的に取り組んでいく必要があることが指摘されています。今回の講演では、現状へ至る経緯と、今後の取り組みにおける課題について、参加される皆さんと一緒に考えたいと存じます。

**The Association of
Japanese Thoracic Surgeons**

Ryosuke Tsuchiya M.D.
土屋 了介
Director
National Cancer Center Hospital

2007/1/21 第一屆 中國胸科外科論議 頁數 14/25

明治維新 Meiji Restoration in 1858

- Before Meiji Restoration (明治維新)
 - Japan learned everything from China (中國)
- After Meiji Restoration (明治維新)
 - accepted Western Culture (歐洲·美國)

2007/1/21 第一屆 中國胸科外科論議 頁數 14+2/25

明治維新 Meiji Restoration in 1858

- Before Meiji Restoration
 - 漢方: 東洋醫學=中國醫學
- After Meiji Restoration
 - German Medicine
- After World War II
 - American Medicine

2007/1/21 第一屆 中國胸科外科論議 頁數 14+3/25

日本醫學會

- Japanese Association of Medical Sciences
- 1902 日本聯合醫學會
- 1910 日本醫學會

2007/1/21 第一屆 中國胸科外科論議 頁數 14+4/25

Japanese Medical Associations

- Japanese Association of Medical Sciences
 - 日本醫學會 1902
- Japanese Society of Internal Medicine
 - 日本內科學會 1903
- Japan Surgical Society
 - 日本外科學會 1899
- Japanese Association for Thoracic Surgery
 - 日本胸部外科學會 1948
- Japanese Association for Chest Surgery
 - 日本呼吸器外科學會 1984

2007/1/21 第一屆 中國胸科外科論議 頁數 14+5/25

Major Associations (Thracic Surgeons)

- Japan Surgical Society
 - 日本外科學會 1899
49years
- Japanese Association for Thoracic Surgery
 - 日本胸部外科學會 1948
36yers
- Japanese Association for Chest Surgery
 - 日本呼吸器外科學會 1984
23yers
- Present

2007/1/21 第一屆 中國胸科外科論議 頁數 14+6/25

Associations for TS (Thoracic Surgeons)

1. Japanese Association for Chest Surgery http://www.jacsurg.or.jp/	1984 4,000人 日本呼吸器外科学会
2. Japanese Association for Thoracic Surgery http://www.jcats.org/	1948 8,000人 日本胸部外科学会
3. Japan Lung Cancer Society http://www.haicen.or.jp/	1960 8,000人 日本肺癌学会
4. Society for Respiratory Endoscopy http://www.jsre.org/	1978 5,182人 日本呼吸器内視鏡学会
4. Japan Surgical Society http://www.jsoc.or.jp/journal/surgerytoday/index.html	1899 37,884人 日本外科学会
6. Japan Society for Endoscopic Surgery http://www.eses.or.jp/eses/	1988 8,000人 日本内視鏡外科学会
7. Japanese Respiratory Society http://www.jrs.or.jp/	1961 10,224人 日本呼吸器学会

2007/1/21 第一屆 中國胸科外科論議 上星 丁 4/25

American Associations for TS

1. Society of Thoracic Surgeons
STS 4,000
 - General Thoracic Surgeons
 - Cardiovascular Surgeons
2. American Association of Thoracic Surgery
AATS 4,000
 - General Thoracic Surgeons
 - Cardiovascular Surgeons

2007/1/21 第一屆 中國胸科外科論議 上星 丁 4/25

Japanese Associations for TS

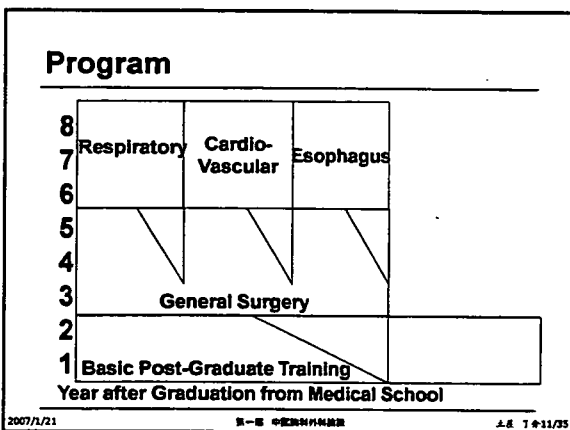
1. Japanese Association for Chest Surgery
 - General Thoracic Surgeons (Lung & Mediastinum)
2. Japanese Association for Thoracic Surgery
 - Cardiovascular Surgeons
 - General Thoracic Surgeons (Lung & Mediastinum)
 - Esophageal Surgeons
3. Japanese Association for Esophagus
 - Esophageal Surgeons

2007/1/21 第一屆 中國胸科外科論議 上星 丁 4/25

Education System: Program

- Respiratory Surgeon
 - Joint Committee
 - Jap Ass for Chest Surgery
 - Jap Ass for Thoracic Surgery
- Cardio-vascular Surgeon
 - Joint Committee
 - Jap Ass for Thoracic Surgery
 - Jap Ass for Cardio-vascular Surgery
 - Jap Ass for Vascular Surgery
- Esophageal Surgeons
 - Jap Society for Gastro-Enterological Surgery

2007/1/21 第一屆 中國胸科外科論議 上星 丁 4/25



Requirement for Title of Res Surg

- 50 operations
 - 30 Open Thoracotomy
 - 20 VATS
- 20 Mediastinal Dissection
- 5 Broncho-plastic Procedure

2007/1/21 第一屆 中國胸科外科論議 上星 丁 4/25