

ヴェネズエラ共和国ガン対策プロジェクト 事前調査報告書

昭和56年10月

国際協力事業団
医療協力部

JKIP
712
916
MCF
LIBRARY

医 協
J R
82-01

ヴェネズエラ共和国ガン対策プロジェクト 事前調査報告書

JICA LIBRARY



1035521[2]

昭和56年10月

国際協力事業団

医療協力部

国際協力事業団	
受入 月日 '84. 3.15	712
登録No. 00343	91.6
	MCF

はじめに

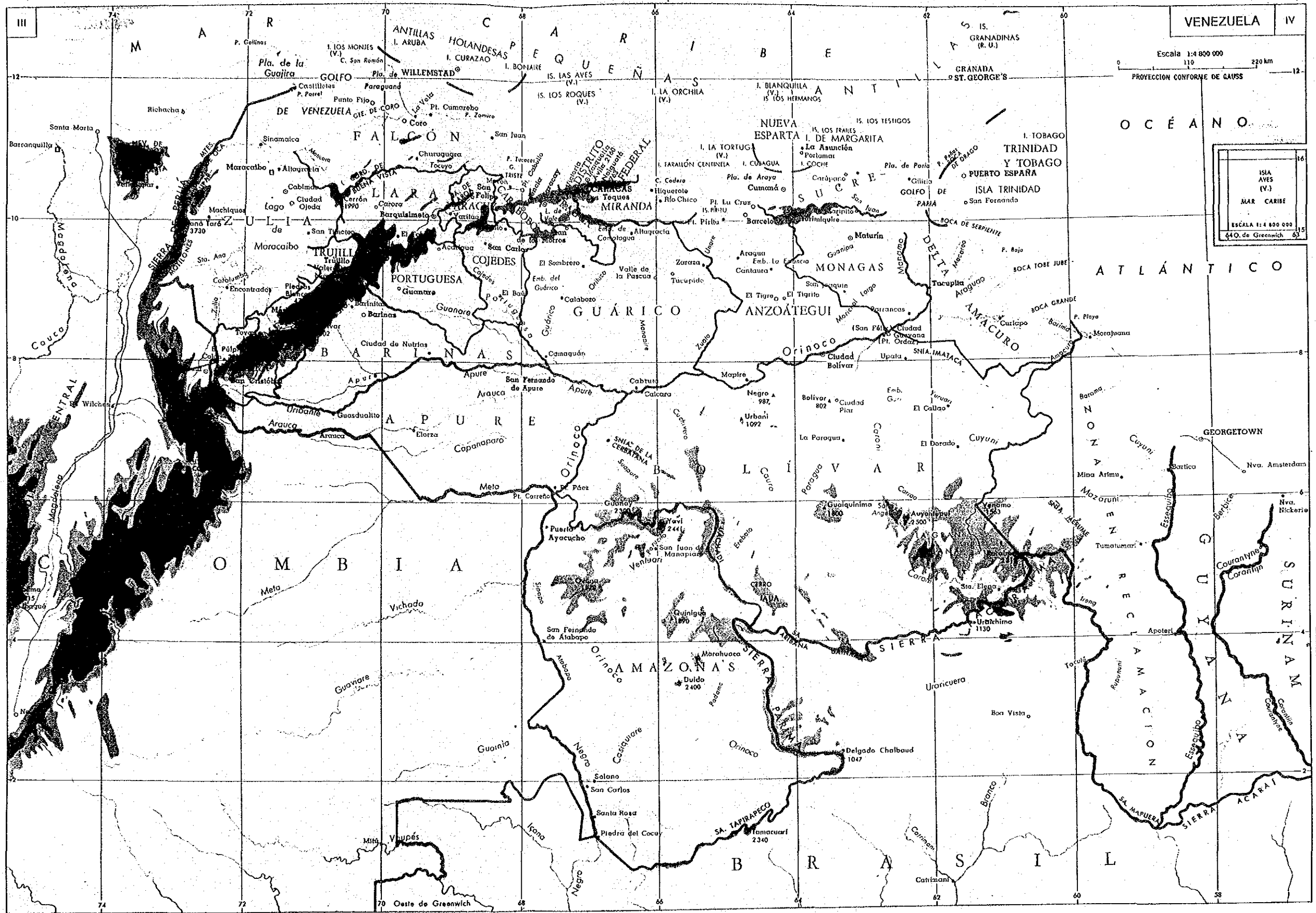
ヴェネズエラ国に対するわが国のプロジェクト方式の医療協力は現在まで皆無であったが、同国は以前よりわが国のガンの分野における進んだ診断学を高く評価しており、このたび在ヴェネズエラ国日本大使館を通じて、ガンの早期発見及び治療体制の確立と整備に関しわが国の技術協力を要請してきたので、事業団は昭和56年10月1日から11日までの11日間ヴェネズエラ国に、白壁彦夫順天堂大学医学部内科教授を団長とするガン対策プロジェクト事前調査団を派遣した。

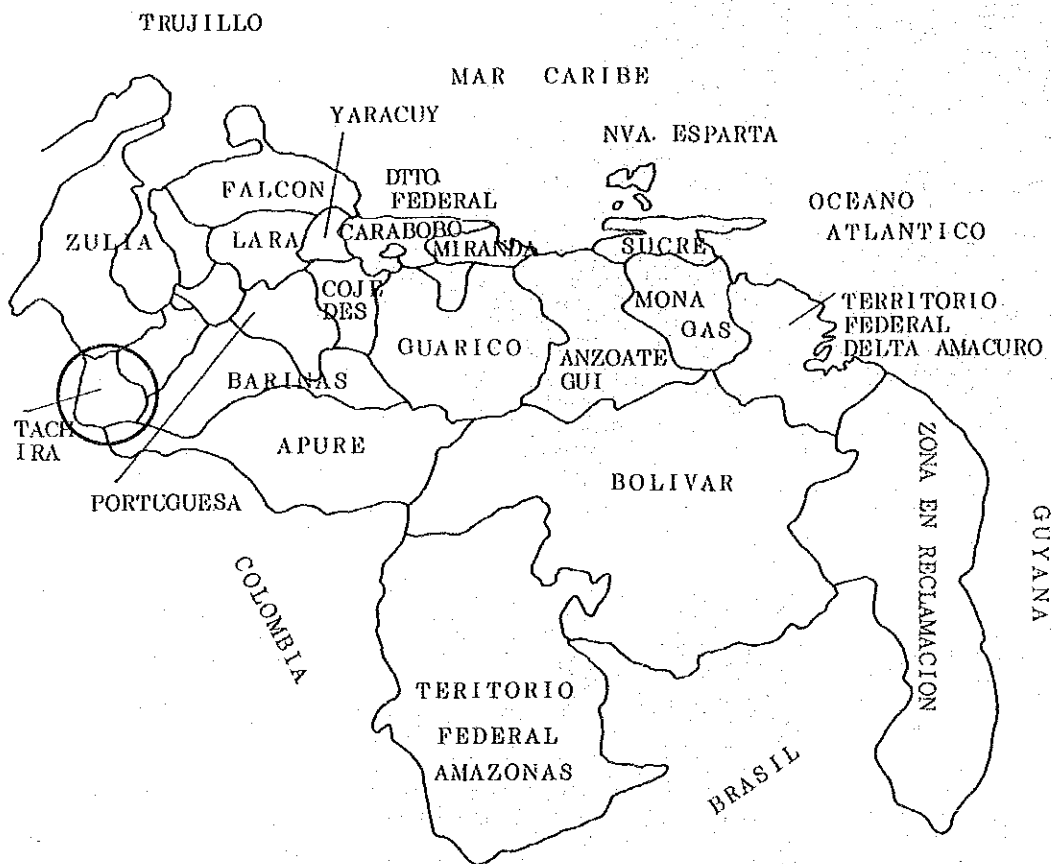
この調査団の目的は、ヴェネズエラ国政府およびプロジェクトの実施機関になると見られるタチラ州所在国立サンクリストバル中央病院の関係者と意見の交換を行い、関連施設を視察し、わが国に対する技術協力要請の背景や協力の可能性等につき詳細な調査を実施することであった。

本報告書はその調査内容を要約したものである。ここに本調査の任にあたられた白壁団長はじめ団員の方々ならびにご協力いただいた関係者各位に対し深甚なる謝意を表し、今後のご支援とご協力をお願いする次第である。

国際協力事業団

理事 長谷川正男



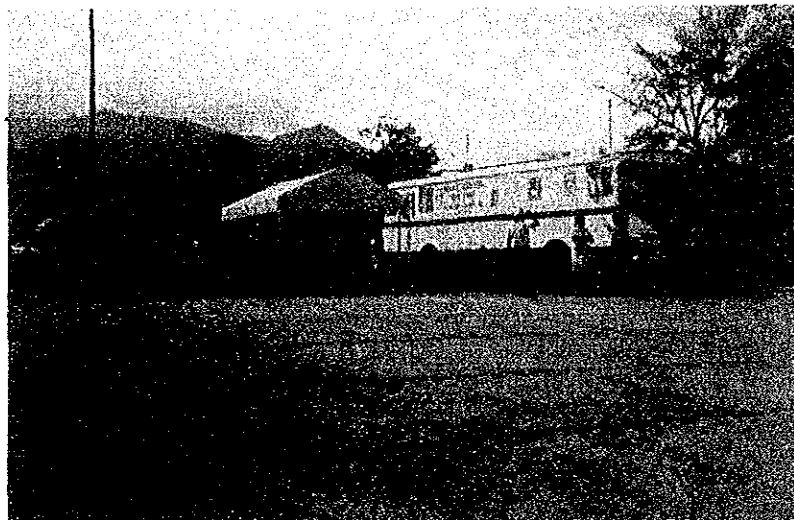
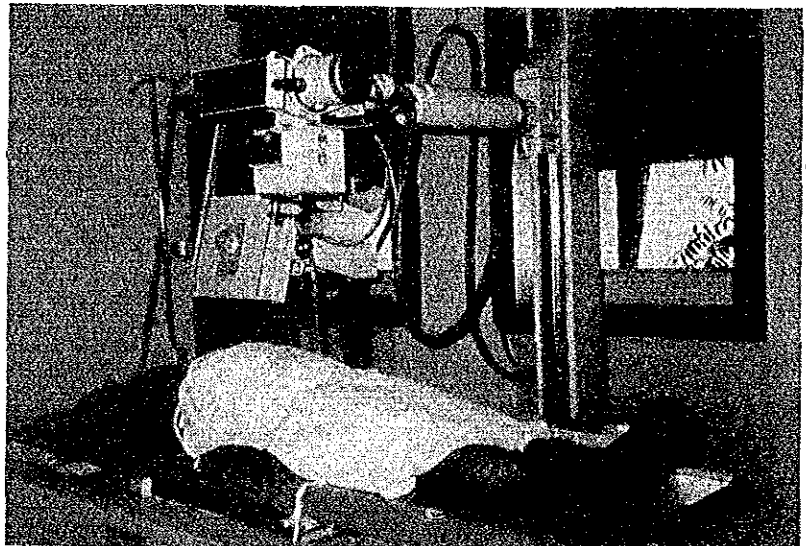


POBLACION :	15,943,426
SUPERFICIE :	912,050 km
DENSIDAD :	1748 Habitantes/Km ²
DIVISION POLITICA :	1 Distrito Federal; 20 Estados; 2 Territorios Federales y 72 Dependencias Federales.
CAPITAL :	Caracas
CIUDADES IMPORTANTES :	Maracaibo; Valencia; Barquisimeto; Maracay; Ciudad Guayana; San Cristobal.

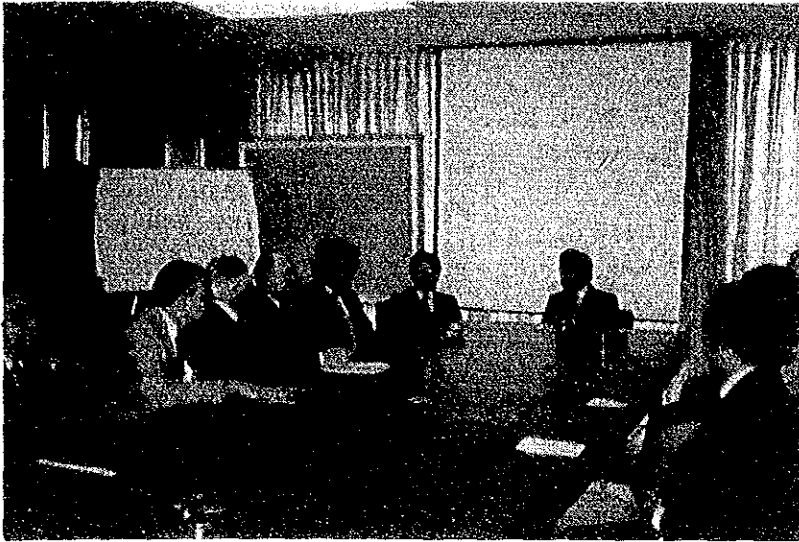


胃の間接X線フィルムを読影する
調査団（サンクリストバル中央病院
にて。右より白壁団長，丸山団員，
望月団員，1人おいて Dr. Oliver)

レントゲン検査をうける患者
（サンクリストバル中央病院にて）

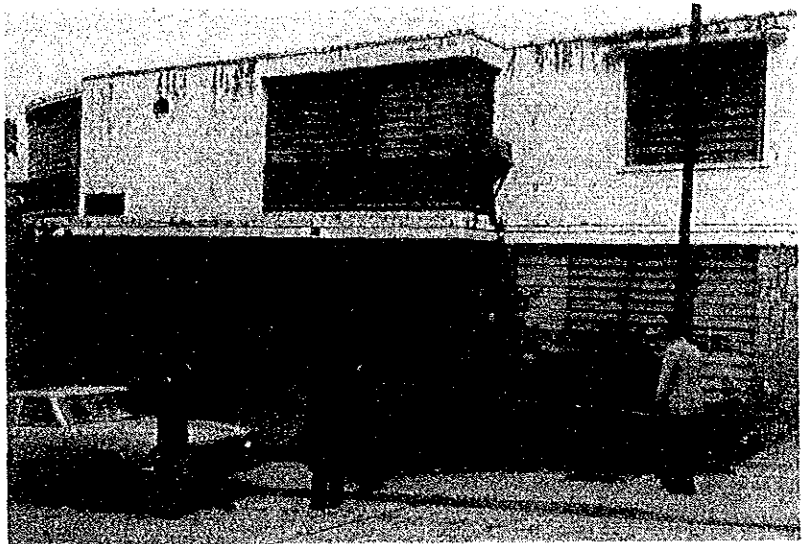


モービルユニットによる胃の集団
検診風景
（コロン中央病院にて）

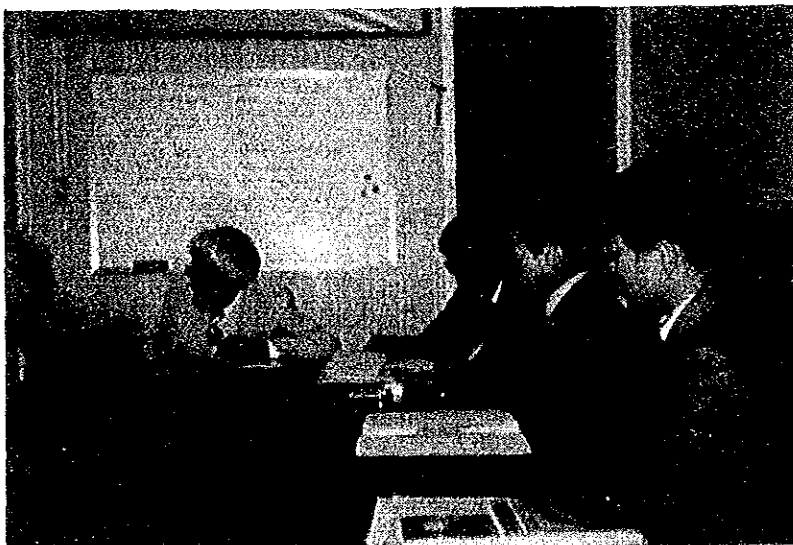


厚生大臣 Dr. Herrera を表敬訪問
する調査団

(右から厚生大臣, 白壁団長, 丸山
団員, Dr. Oliver, 腫瘍局長 Dr.
Erminy, Dr. Anderson,
Dr. Rodriguez)



厚生省腫瘍局の前にて



厚生省腫瘍局での協議

(中央より腫瘍局長 Dr. Erminy
日本大使館の高橋事務官, 白壁
団長, 平賀団員)



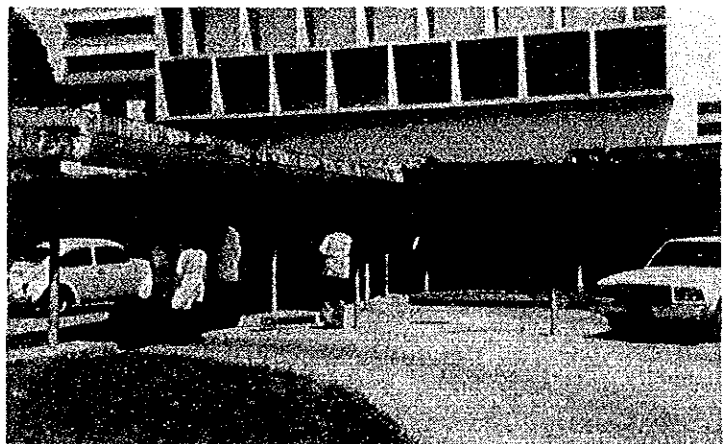
タチラ州都サンクリストバル市遠望

タチラ州知事 Dr. Mayo を表敬訪問する調査団
(左より Dr. Oliver, 知事, Dr. Anderson, 白壁団長, 丸山団員)



サンクリストバル中央病院

サンクリストバル中央病院正面玄関



目 次

はじめに	
I 調査団の構成	1
II 調査日程	1
III 関係者一覧	4
IV 調査団派遣の経緯と目的	5
V 調査概要	6
A ガン問題	6
1. 総 論	6
2. ガン対策	7
3. 胃ガン対策プログラム	8
4. プログラムの目的	8
5. 人材の訓練, 育成	9
B 日本に対する協力要請の概要	9
C 国立サンクリストバル中央病院	10
VI 総 括	11
VII 付帯事項・胃ガン対策プログラムにおけるソーシャルワーカーの役割	14
VIII 統計, 図表	16
IX 参考資料	24

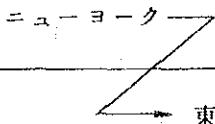
I 調査団の構成

団 長	白壁 彦夫	順天堂大学医学部内科教授
団 員	望月 福治	財団法人仙台市医療センター 鶴ヶ谷オープン病院副院長
団 員	丸山 雅一	財団法人癌研究会付属病院内科医長
団 員	平賀 慶暉	外務省経済協力局技術協力第2課課長補佐
団 員	西尾 久光	国際協力事業団医療協力部医療協力課職員

II 調査日程

日順	月日	曜日	行 程	調 査 内 容
1	10/1	木	東京→ニューヨーク	移動
2	2	金	ニューヨーク→カラカス マイアミ→カラカス	移動 丸山団員のみカラカスにて調査団に合流 カラカス空港にて在ヴェネズエラ国日本大使館吉田1等書記官及び高橋事務官、厚生省腫瘍局のDr. L. Andersonの出迎えを受ける。
3	3	土	9:00 日本大使館 午後 20:00	内藤大使、角田公使表敬訪問 吉田1等書記官、高橋事務官と日程調整、打合せ 調査団内で調査方針の打合せ 大使招待夕食会（調査団、大使夫妻、公使、吉田書記官）
4	4	日	カラカス→ラフリア (タチラ州)	移動。調査団に吉田書記官、Dr. L. Anderson Dr. M. Rodriguez（厚生省腫瘍局）随行。
5	5	月	9:00 コロ中央病院 12:00 サンベドロ →サンクリストバル	同病院長Dr. A. Rosalezより事業内容について聴取。施設視察。 地域簡易保健医療施設、移動検診車によるガンの集団検診視察。Dr. W. Oliver.（ロスアンデス地区胃ガンプログラム調整官）が随行に加入。 移動

日順	月日	曜日	行 程	調 査 内 容
5	5	月	16:00 タチラ州庁 17:00 タチラ州対ガ ン協会 20:00	タチラ州知事Dr. J. M. Moyo, 同副知事Dr. N. Hernandez, 同州高裁長官 Dra. C. Granados, 同州議会議長 Dr. E. Flores 表敬。(知事, 議長は本プロジェクト実現への積極的な支持, 援助の意向を調査団に表明。) 対ガン協会総裁 Dr. F. Romero, 同副総裁 Dr. O. Jugo, 同事務局長 Dra. S. Romero より事業内容聴取 対ガン協会総裁招待夕食会
6	6	火	9:00 国立サンクリ ストバル中央 病院 14:00 サンクリ ストバル→サン アントニオ→ カラカス	・ロスアンデス地区 3 州(タチラ, メリーダ トルーヒーヨ州)保健総局長 Dr. R. Arellano サンクリストバル病院長 Dr. J. Duarte, 同副 院長 Dr. A. Onfivers より事業内容について 聴取, 施設視察 ・新たに建設予定のガンセンターについて事情 聴取, 敷地を視察 ・調査団(白壁団長, 望月, 丸山団員)とサン クリストバル中央病院医師グループとのガン に関する討議 移動
7	7	水	9:00 厚生省腫瘍局	全体協議 日本側: 調 査 団 吉田書記官 高橋事務官 } (日本大使館) ヴェネズエラ側: Dr. A. Erminy (腫瘍局長) Dr. V. Brito (前腫瘍局長)

日順	月日	曜日	行 程	調 査 内 容
7	7	水		Dr. A. Esteves (腫瘍局血液部長) Dr. J. Alfonso (ルイス・ラセティ腫瘍 研究所胃腸科長) Dr. M. Rodriguez (腫瘍局医療課長) Dr. L. Capote (# 腫瘍登録課長) Dr. L. Anderson (# 胃ガンプログラム 国家調整官) Dr. W. Oliver (ロスアンデス地区胃ガ ンプログラム調整官)
			20:00	白壁団長招待答礼夕食会
8	8	木	9:00 厚生省 11:30 ルイスラセテ ィ腫瘍研究所 15:00 日本大使館	厚生大臣 Dr. L. Herrera 表敬訪問 白壁団長による講演(演題:消化器ガンの早期 診断) 大使, 公使に調査結果報告
9	9	金	カラカス→ニューヨーク	移動, カラカス空港にて吉田書記官, 高橋事務 官の見送りを受ける。
10	10	土	ニューヨーク → 	移動
11	11	日	東京	帰国

Ⅲ 関係者一覧

事前調査関係者氏名一覧

組 織 名	役 職 名	氏 名
厚 生 省	大 臣	Dr. Luis Jose Gonzalez Herrera
	腫瘍局長	Dr. Aquiles Erminy
	前腫瘍局長	Dr. Victor Brito
	腫瘍局血液部長	Dr. Jose Antonio Esteves
	〃 医療課長	Dr. Manuel Rodriguez
	〃 腫瘍登録課長	Dr. Luis Capote
	〃 胃ガンプログラム国家調整官	Dr. Luis Anderson
	ロスアンデス地区保健総局長	Dr. Raul Arellano
	ロスアンデス地区胃ガンプログラム調整官)	Dr. Walter Oliver (兼サンクリストバル中央病院内科部長)
	ルイスラゼタイ	胃腸科長
腫瘍研究所		
タチラ州政府	州 知 事	Dr. Ildelfonso Moreno Mayo
	州 副 知 事	Dr. Nelly Hernandez
	州議会議長	Dr. Eduard Flores
サンクリスト バル中央病院	院 長	Dr. Jose Duarte
	副 院 長	Dr. Aurelio Onfivers
	内 科 部 長	Dr. Walter Oliver
	外 科 部 長	Dr. Francisco Romero Ferrero
コロソ中央病院	胃腸科主任	Dr. Antonio Ramirez
	院 長	Dr. Antonio Rosalez
	胃ガン対策主任担当医	Dr. Arnoldo Oivas Taledo
タチラ州対ガン 協会	総 裁	Dr. Francisco Romero
	副 総 裁	Dr. Oswaldo Jugo
	事 務 局 長	Dra. Sandra De Romero
在ヴェネズエラ 国日本大使館	大 使	内 藤 武 氏
	公 使	角 田 勝 彦 氏
	1等書記官	吉 田 裕 氏
	事 務 官	高 橋 育 雄 氏

IV 調査団派遣の経緯と目的

ヴェネズエラ国に対するわが国の政府ベースによるプロジェクト方式の医療協力は、現在までのところその実績が皆無である。ガンは、近米同国において大きく社会問題化しているが、昭和54年10月に同国胃ガンプログラム国家調整官 Dr. Luis Anderson が来日した際、わが国のガン医療関係機関を訪問し、とくに集団検診による胃ガンの早期発見及び治療体制をつぶさに視察し、意見を交換した経緯もある。此の度、ヴェネズエラ国政府より胃ガンの早期発見及び治療法の確立と整備に関し、プロジェクト方式による技術協力の要請があった。

このプロジェクトの実施拠点としては、タチラ州の州都サンクリストバルに所在する、国立サンクリストバル中央病院が予定されている。すでに活動を開始しているモービルユニットを用いての集団検診システムによるガンの早期発見及び治療体制を確立するとともに技術レベルの向上をはかり、本地における成果を基にヴェネズエラ国全体における胃ガンの診療体制を確立、整備しようとするものである。

以上の要請に基づき、本調査団はヴェネズエラ側の要請の経緯、背景、及びその具体的内容について聴取、調査するとともに、現在のガンに対する同国の診療体制、技術水準、問題点を把握すること、併せてわが国のプロジェクト方式の技術協力の内容、実施方針を十分説明して、その技術協力案件として採用することの可能性、妥当性について協議、検討することを目的として派遣されたものである。

なお、本調査団派遣の基本方針は次のとおりである。

- (1) 技術協力の基本的な考え方について共通の理解と基盤を確立する。
- (2) 本プロジェクトの主眼となる胃ガンの早期発見、診断、治療体制の現状と将来について検討を深める。
- (3) 本プロジェクトの実施拠点となるべき国立サンクリストバル中央病院の診療体制の現状とそのプロジェクト遂行可能性について検討を深めるとともに、技術協力の望ましい姿をみだし、方向づけを行う。

V 調査概要

A ガン問題

1. 総論

世界の大多数の国においてもそうであるように、ガンはヴェネズエラ国においても保健衛生上の重大な問題となっている。ガンの発生率は過去40年間に著しく高まっているが、それはこの期間に生活スタイルが変化し、都市化のスピードが一段と速まったことによる生活環境の悪化と一致している。

現在ヴェネズエラ国におけるガンが社会問題となりつつあることの重大さをしめす唯一の資料は、死亡(原因)登録である。1979年に開始されたこの登録システムが組織化されるにつれて情報の収集が可能となり、ガン問題についてのより正確な分析、及びガン対策プログラムのより合理的な推進、評価がなされるようになった。

1975年の統計によれば、ヴェネズエラ人の平均寿命は67才である。また1980年の調査によれば全体の死亡率は、1,000人あたり5.5人であるが同年の10大死因は、表1に示すように、(1)心疾患(10万人あたり83人、以下同じ)、(2)事故(65.4人)、(3)ガン(53.6人)、(4)新生児死亡(44.2人)、(5)脳血管障害(33.7人)、(6)腸炎(21.9人)、(7)肺炎(21人)、(8)自殺、殺人(17.9人)、(9)先天性奇型(10.2人)、(10)糖尿病(9.9人)となっている。ガンは第3位であるが、疾病のみによる死因では、ガンは心臓病について第2位を占めている。

表2は、1940年から1980年までの40年間、5年毎の調査で、ガンとして登録された10万人あたりの性別死亡率を示している。1960年までガンによる死亡率は、男女両性において着実な増加を示しているが、女性の場合は1970年以後、又、男性の場合は1980年に至って減少傾向が現われている。

表3は、1969年から1980年までの期間のガンによる死亡率の変遷を絶対数と百分率で表わしたものである。また10大死因中のガンの順位も示されているが、ガン死は全死者中の割合としては着実な増加傾向をしめしている。

表4は、1980年の性別、発生部位別のガンによる死亡率を表わしている。胃ガンは男性では第1位、女性では第2位(第1位は子宮頸ガン)で、男女合わせるとその比率は18.4%となりガンによる死因の第1位を占めている。なお男女の合計でも第2位は子宮頸ガンである。以下、気管、気管支、肺ガン、大・小腸(直腸を含む)ガン、乳腺ガン、前立腺ガン、その他のガンとなっている。

最近、連邦(首都カラカス)地区、及び最も開発が進み、人口も多いタチラ、メリダ、トルーヒヨ、ヌエバーエスパルタ、ファルコン、及びアンソアテグイの6州の主要病院に

おけるガン登録に基づいた症例の分析が行われた。この結果は表5に示すように1979年及び1980年のガン発生総数は、5,389例であり、これらのうち胃ガンは、502例で第3位である。(第1位は、子宮頸部、以下乳腺、胃、皮膚、肺、リンパ節、白血球のガンとなっている)。

表6は、1979年1月から1980年4月までのタチラ州における、ガンの部位別の発生数を示しているが、胃ガンはこの間に登録された991例中189例(全体の19%)で、タチラ州の胃ガン発生率は全国第1位となっている。

表7は、タチラ州内のボロタ、ロバテラ、ミシエレーナ、バルミラ、コルデロ及びコロンの各地区で実施された集団検診プログラムの中間結果を示しているが、6,083人中、3,154人(51.8%)が内視鏡検査を受け、104人が組織学的にガンと診断され、そのうちの34人はサンクリストバル中央病院で治療を受けた。また、この検診により、262人に他の疾患(胃炎、潰瘍、ポリープ)が発見された。なお、この集団検診による胃ガンの発見率1.7%(ガン患者:内視鏡検査を受けた住民=104:6,083)は、日本における集団検診による平均発見率の約8倍の高率であり、順天堂大学付属病院における発見率(2.3%)に匹敵する値である。

2. ガン対策

ヴェネズエラ国におけるガン対策の立案、調整、監督、評価は厚生省腫瘍局の所掌となっており、この腫瘍局は、以下の計画の実施に責任を持つものである。

- (1) ガンの危険性が高い年代層を対象とした集団検診を実施すること。
- (2) ガンについての知識、予防法、診療施設に関し国民を啓蒙すること。
- (3) ガン患者に対し、適切な治療、追跡調査及び管理を行うこと。
- (4) ガンの予防、診断、治療に関する医学的、社会学的研究について、医療従事者、パラメディカルスタッフ、ソーシャルワーカー等に対し、その重要性を認識、自覚させるための訓練を実施すること。
- (5) ガンの発生に影響を与える疫学的及び遺伝学的研究を行うこと。

以上の方針は、以下の個々のプログラムにおいて実行されている。

- (a) 子宮頸ガンの予防と早期発見
- (b) 胃ガンの予防と早期発見
- (c) 乳腺ガンの予防と早期発見
- (d) 肺ガンの予防と早期発見
- (e) ガンについての研究、教育
- (f) 地域に対する教育、教化
- (g) ガンの登録、追跡調査及び管理

(h) ガン患者に対する医療補助及び精神的、社会的援助

3. 胃ガン対策プログラム

先きのべたごとくヴェネズエラ国においては、胃ガンは悪性腫瘍による男性の死因の第1位、女性の死因の第2位を占めるが、発見される胃ガンの70%は進行ガンである。一方、日本をはじめ欧米の先進国では、早期発見された胃ガンの治癒率の高さも確認されている。この点よりして、胃ガンの早期発見及び治療に重点を置く本プログラムは、まず胃ガンの発生率をもっとも高率であるタチラ州において開始されており、続いてメリダ、トルーヒヨ、ヌエバエスパルタ、ファルコン、アンソアテグイ、及びカラカスの各地域において優先的に実施されなければならない。

胃の粘膜及び粘膜下組織に限局したガン（これを早期胃ガンと定義する）の発見、治療による5年生存率は、日本においては男性95%、女性85%という数字で示されるように高率である。ヴェネズエラ国においてもこのような高率の5年生存率が達成されるなら、胃ガンに関する諸研究においても、また疫学的調査による資料、情報の収集においても一層の成果が期待出来る。

胃ガンの死亡率が最も高いのは35才から50才までの働き盛りの年代であるため、この年代層の減少は人的資源に多大の損害を与えている。この状態は付随的に次のような問題を発生させている。それらは、

- (1) 人命の損失
- (2) 国民の低生産性
- (3) 支柱を失うことによる経済的危機と家庭の崩壊
- (4) 医療施設、サービスの需要増大に伴うコスト高等である。

ヴェネズエラ国では、ガン患者に対する医療面での援助はあるが、胃ガンの予防及び早期診断を目的とした教育プログラムの実施は未だ不十分であるため、ガンの成因学、症候学、予防法、ガン診断施設及びそのサービス（どうすれば治療を受けられるか、etc.）などに関する国民の知識はほとんど皆無に等しい。

また、ヴェネズエラ国民は一部に、胃ガンの早期発見を困難にしている本質的な要因（例えば彼等の宗教的観念はたとえガンと診断されても、それが神から与えられたものだとして手術を受けない）と偏見（例えば近代医学に不信を持ち、まじない師の祈禱により病気が直ると信じている）を持ってもいる。

4. プログラムの目的

このプログラムは胃ガンの早期発見及び治療体制の確立のため以下のことから実施している。

- (1) ロスアンデス地区における胃ガンの高発生率に関する疫学的な調査を行うこと。
- (2) ガンの高危険者群を抽出すること。
- (3) 胃ガンの早期発見の方法論を確立すること。
- (4) 胃ガン患者の追跡調査を行うこと。
- (5) 胃ガンと免疫の関係を解明すること。
- (6) 医療関係者と地域（住民）の統合をはかり両者にガンの重大性を認識させること。
- (7) 胃ガン患者の生存率を可能なかぎり高めること。

5. 人材の訓練，育成

上記の目的の達成のためには人材の訓練，育成が必要であるが，それは以下について行われている。

- (1) ガンの高危険者群についての特徴の研究と，その研究の結果を応用するための広範な知識と情報の修得。
- (2) 胃ガンに関する正しい知識の修得。
- (3) 状況に応じた医療機器の操作技術の完熟。

これらについてのトレーニングは，各医療関係者の建設的で調和のとれたチームワークの確立によって行われる。そして彼等のガンに関する知識，職業的技術を，地域の福祉のために役立たせようというものである。

Ⅱ 日本に対する協力要請の概要

上述の諸点に関し，ヴェネズエラ国側が日本の技術協力を必要とする分野は以下の通りである。

1. タチラ州における，日本人専門家によるヴェネズエラ人カウンターパートに対する技術指導
 - (1) 胃の内視鏡診断及び放射線診断の両分野における1ヶ月間の技術指導
 - (2) X線技師による2ヶ月間の技術指導（とくに胃集団検診車の操作）
 - (3) 胃ガンの病理学分野における1ヶ月間の技術指導
 - (4) 胃ガンの外科分野における1ヶ月間の技術指導
2. ヴェネズエラ人カウンターパートの日本における技術研修
 - (a) 病理学カウンターパートの2～4ヶ月の研修
 - (b) 消化器腫瘍外科カウンターパートの4～6ヶ月の研修
 - (c) 内科（内視鏡）カウンターパートの2～4ヶ月の研修
 - (d) 放射線学カウンターパートの1～2ヶ月の研修
3. 機材供与

機材については以下のものが必要であるとして、日本にその供与を要請している。

- (1) 間接X線撮影装置 一式
- (2) 自動現像機及びフィルム巻取機
- (3) フィルム読影装置 一式
- (4) 内視鏡関係
 - a 側視型内視鏡 (2台)
 - b 直視型内視鏡 (2台)
 - c 内視鏡TV装置 一式
 - d レクチャースコープ機器 一式
- (5) 各レベルの地域住民に対し継続的な教育を行うために必要な機器として
 - a ソノビジョンセット (2台)
 - b ベータマックス(ビデオテープレコーダー:2台)
 - c 16mm撮影映写装置
 - d 胃ガンに関する研究、教育用フィルム
 - e スライドプロジェクター(1台)
 - f 携帯用スクリーン (2台)
 - g 過疎地における機器使用に必要な携帯用発電機

4. 機材の保守、管理は胃ガン対策プログラム遂行上の重要な問題であるが、ヴェネズエラ国内の各メーカー代理店のサービスは非効率なため、ヴェネズエラ国側は前章A-5(人材の訓練、育成)に関連して、この分野における技師に対する技術指導及び技術研修を日本側に要請している。

㊦ 国立サンクリストバル中央病院

本件がプロジェクトとして発足した場合の実施拠点になるとみられるサンクリストバル中央病院は、タチラ州の州都サンクリストバルに所在している。タチラ州はヴェネズエラ国の南西部に位置しており、コロンビア国とは境を接している。タチラ州は面積11,100 Km²、総人口は641,580人で、1Km²あたりの人口密度は57.8人である。641,580人のうち、ガンの危険性が高い35才以上の人口は141,200人である。サンクリストバル市の人口は約250,000人で、胃ガンの高危険人口は市内に55,000人、郊外農村地区に86,000人である。この地区で稼働している2台の集団検診車は、1日約80人に対し間接X線撮影による検査を行っている。

1957年に業務を開始したサンクリストバル中央病院は、タチラ州及びヴェネズエラ国西部では最大規模の病院である。同病院はタチラ州のみならず、近接するアブレ

パリナス、スーリア各州の患者も受け入れている。同病院は年間予算約29億9,300万円（US \$ 13,608,190）の総合病院である。（同病院の機構図については表12を参照）

VI 総 括

1. 胃ガンの集団検診を実施するための条件

集団検診のための素地は非常に整備されている。1980年11月から開始された検診の中間報告によっても明らかなごとく、1981年9月までの一定地域における住民の集団検診受診率は、70～80%であるが、この数字は日本におけるそれが7～8%に過ぎない事実を照らしてみても驚異的なものである。この背景にはソーシャルワーカーおよびMedicina Simplificada（簡易地域保健システムに従事する保健婦）の共同作業による地域住民に対する教育、啓蒙が確実に成果を挙げているという事実を見逃すわけにはいかない。教育制度、教育レベルあるいはマスメディアによる情報伝達に格段の相違があるにせよ、地域住民の保健衛生教育に関しては、むしろ日本が学ぶべき点多々あるというのが実感である。

集団検診車の運用は円滑に行なわれているとの印象を受けた。集団検診の現場においてソーシャルワーカー、看護婦、X線技師は、それぞれの立場で十分な機能を果している。とくにX線技師の検査技術水準は十分に高レベルであると判断された。

しかしながら現時点における問題点は、検査に従事しているX線技師の数がわずか2人であること、彼等がさらに何人かのX線技師を再生産して行くだけの経験と実績を持っていないことである。この点に関して、既に過去数回の派遣実績を持つ日本人X線技師の指導は今後も継続されることが望ましいと思われる。

2. 集団検診車による胃ガンの一次スクリーニング —その問題点

中間報告によれば、ある特定地域における胃集団検診の受診率は、70～80%である。（表7-1：ボロタ）この検診はガンの一次スクリーニングである。この一次スクリーニングによって異常所見を指摘されて内視鏡による二次検診を受けた頻度は、中間報告によれば51.8%（3,154：6,083）である。このような二次検診の受診も高頻度であることの意味は二通りに解釈される。すなわち、ひとつは、タチラ州においてはガンをはじめとする胃疾患の頻度がそれほど高いということ。もうひとつは、間接X線フィルムの読影能力が未だ未熟なために結果としてfalse positive（偽陽性群）が増加している、との二つの見方である。胃ガンの発生頻度が高率であるということは中間報告によっても明らかであるから、これは事実として認めることができる。ただし、中間報告にある異常所見の指摘率がタチラ州における胃ガ

ンの発生頻度に照らして妥当かどうかという点になると、必ずしも適切なものとは速断できない。胃ガンの診断学の基礎を踏まえて間接X線フィルム読影法が一定の水準になれば、異常所見の指摘率はさらに低い値で一定の率に収束するはずである。そのために必要であるのは、間接X線フィルム読影法の向上である。この点について日本人専門家の指導は不可欠である。とくにタチラ州における集団検診の受診率は日本のその約10倍であることを考慮すると、間接X線フィルム読影法の向上はもっとも重要なことであろう。

3. 二次検診（内視鏡）の問題点 —サンクリストバル中央病院における受入れ体制

一次スクリーニングのレベルが一定の水準に達したと仮定して、二次検診を行う場合の問題点は、①内視鏡診断にたずさわる医師の質的向上、②生検採取標本を診断する病理医師の質的向上、③検査を円滑に行なうための必要最少限の機材の確保、④、③のための院内におけるスペースの拡充、⑤将来の計画に備えた人材の確保の5点である。①②に関しては、日本人専門家の現地における指導およびヴェネズエラよりのカウンターパートの受け入れを行なうことにより目的は達せられよう。日本人専門家の派遣については、これまでの我々の経験から、人材を厳選するとともに、現地における労働力の提供ではなく、あくまでも指導的立場を維持すべきである。そのためには、可能な限り多くの専門家を派遣するとともに、短期間の滞在で指導の実績を挙げるように努力すべきである。

③についても、必要性は認める。ただし、日本における経験をふまえて、二次スクリーニングに最適な機種を日本人専門家の立場で選定すべきであり、ヴェネズエラ側の要請をすべて受け入れる態度を取るべきではない。

④については、我々医療専門家の立場のみから判断できない面も多々ある。しかし我々の共通した考えは、現在すでに本プログラムが始動している以上、二次スクリーニングの受け入れ体制が可及的速やかに整備されることが急務であるということである。したがって、新に設けられるスペースが現在のサンクリストバル中央病院の拡充という形になるにせよ、またそれがガンセンターとして別個の体制を持つにしろ、より早く完成に近づける道をとるべきである。

⑤については、④との関連において十分な話し合いが必要である。すなわち、現スタッフの診断レベルを向上させるとともに、機材の供与、スペースの拡充がなされた時点においての新たな人材の確保がなくては本プログラムを円滑に実施することは困難である。このような状態で日本人専門家を派遣すれば、すでに述べたごとく、それは労働力提供以外の何物でもなくなってしまうことは明らかである。

4. 外科および病理の問題点

二次スクリーニングが終了した時点でガンの確定診断がなされた患者の治療については、必ずしも全面的に日本の方法論を適応出来ない事情がある。これはガンという疾病に対する

偏見や宗教に因る要素がヴェネズエラにおいては日本と著しく異なるためである。消化管とくに胃ガンの外科についての日本人専門家の派遣、カウンターパートの受け入れは当然なされるべきであるが、このことにより外科手術の成果、すなわち、胃ガンの切除率や予後の向上を早急に判断することは困難であろう。ソーシャルワーカーをはじめとする住民の教育、啓蒙がさらに行きわたった時点においてはじめて可能になることである。

病理医師の質とくに胃ガンの病理学の専門家を養成することは急務であるとの印象を受けた。X線、内視鏡診断でガンとの結論に対して手術を行なっても、切除した標本の検索を行なう病理の医師がガンと認識出来ないという事態がしばしば起こるのは、南米諸国に共通の現象である。このことは中間報告の結果を公開で討論した際にもうらざけられた。(10月6日サンクリストバル中央病院にて)

5. 結 論

以上述べたごとく、ヴェネズエラ国タチラ州においては、胃ガンの集団検診のための素地は出来あがっている。しかしながら、胃ガンの一次スクリーニングにおける間接X線撮影フィルム読影法、二次検診としての内視鏡による診断学、生検組織標本および切除標本を検索する病理学の知識などに関しては、まだ不十分であり、これら諸点に関する日本人専門家の指導およびカウンターパートの受け入れは十分に意義のあることであるとしての結論に達した。

また、本プログラムの遂行に必要な機材の供与要請についても妥当なものであると判断する。

VII 付帯事項：胃ガン対策プログラムにおけるソーシャルワーカーの役割

ヴェネズエラ国における胃ガン対策プログラムの重要な実施方針の一つに地域住民に対する教育活動がある。地域住民は健康について自己診断を下しがちであり、それが胃ガンの早期発見をさまたげている。これは、住民のあいだで、「健康」という概念の解釈、「健康」に対する価値観の形成が千差万別に行われているためである。このためソーシャルワーカーのグループが、農村・都市地域において純粋に教育的な観点から、胃ガンに対する住民の態度を変え、予防についての関心を呼びおこすため、このプログラムに積極的に従事する必要がある。

I 地域住民に対する教育は以下のことを通して行われる

1. 胃ガンの早期発見の重要性につき、住民に情報を与えその自覚を促す。
2. 特にガンの危険性が高い年代層を対象に、集団検診受診への呼びかけを行う。
3. 地域住民が相乗効果を持つ要因としてプログラムに参加するよう、彼等に動機づけを行い、その組織化をはかる。

このためソーシャルワーカーのグループは

- A. 地域住民の社会的、文化的、経済的立場を知るため、彼等に接触する。
- B. 地域住民が自身の健康を守るため、以下につきプログラムの重要性を彼等に認識させ、指導を行う。

- (1) ガンの高い危険性を持つ年代層の特徴
- (2) 胃ガンの予防、早期発見のための検診の重要性
- (3) 胃の変調についての症候
- (4) 自己診断の危険性
- (5) 家庭の安定と地域発展のための健康の重要性

- (6) プログラムの計画、遂行に積極的に参加出来るよう地域住民の組織化と自覚の昂揚

以上の方針の実施方法として

- a. 地域へのアプローチを行う。
- b. アプローチする地域についての情報（風習、慣行、価値観、態度、反応）の収集を行う。
- c. 地域のリーダー、グループに対し指導を行い、プログラムの実施について支持をとりつける。
- d. 集会、ディスカッション、家庭訪問、インタビューを行い、視聴覚的方法を用いて地域住民に情報を与え指導する。
- e. マスメディア（TV、ラジオ、新聞、印刷物）を利用し情報を与える。

f. ボランタリーグループを組織し、集会、教育研修会、グループ討議、セミナーを通して情報の提供、指導を行う。

これらの方法は社会保障の改善を目指し、社会不安を取り除くため積極的に行動する地域としての責任感を認識させる上で効果的と思われる。現在までにソーシャルワーカーのグループは71の地域において13,178人に接触し、8,790人に集団検診を受けさせた。その時の集団検診車による検査でガンの疑いのあるもの、又、陽性反応を示したものは胃ガンの治療機関におくられた。さらに、2回のセミナーでは260人のプログラム関係者が研修を受け、250回の集会ではプログラム実施におけるグループ力学が討議された。

II ソーシャルワーカーによる活動の評価

ソーシャルワーカーのグループによる活動に対する評価は、継続的、体系的に行われており、その基準としては、

- (1) 接触した地域の数
- (2) 公的、私的に開催された会議、集会の数
- (3) 家庭訪問、インタビューの回数
- (4) 計画され、実行された研修会、セミナーの回数
- (5) ボランタリーグループの数
- (6) ガンの高い危険性を持つ人口
- (7) 集団検診受診者数
- (8) 内視鏡検査受診者数
- (9) 胃ガン診療機関で治療を受けた患者の数

があり、ソーシャルワーカーに対する監督、管理はその

- a. 業務日誌
- b. 業務スケジュール
- c. 業務報告

に基づいており、評価、指導が行われている。

III プログラム遂行上の制約

- (1) 機構及び人材面では
 - a. 地域に接触するソーシャルワーカーの胃ガンについての知識、経験が不十分である。
 - b. 厚生省調整部よりの、プログラムに対する人的面での協力が不十分である。
 - c. 保健衛生機構下部組織のプログラムへの協力が不十分である。
 - d. 医療専門家の認識の欠如により、この種のプログラムに対する不信感がある。
- (2) 物的資源の面では

- a. 胃ガンの集団検診のための保健衛生施設の整備が不十分である。
- b. 視聴覚機器が完備されておらず、ソーシャルワーカーの貢献度を低下させている。
- c. マスメディアを利用する地域レベルでのキャンペーンが、予算の不備により困難をきたしている。
- d. 地域住民の経済事情、交通、通信の未整備により、患者の診療機関での受療が困難をきたしている。
- e. 集団検診車の機械的な故障及び修理の遅延が、地域住民の集団検診受診率に影響している。

(3) 地域住民レベル

- a. 彼等の間では、健康は第1の必要条件とは見做されていない。
- b. 彼等は地域保健行政に不信を持っており、自然治癒又は迷信を頼っているケースが多い。
- c. 地域住民の低い文化程度（広汎な地域の農業人口の90%は文盲）は、ガンの早期発見のための医学的・技術的措置の受け入れを困難にしている。

このように地域住民に密着したソーシャルワーカーは、胃ガン対策プログラムにおいて重要な役割をになっており、プログラム遂行上悪影響を及ぼす以上の諸問題についての早急な解決が必要である。

VIII 統計、図表

表1 ヴェネズエラにおける10大死亡原因（1980年）

順位	死 因	死亡者数(人)	死亡者数 (人：10万人あたり)
1	心 疾 患	11,547	83.0
2	事 故	9,106	65.4
3	ガ ン	7,461	53.6
4	新生児死亡	6,153	44.2
5	脳血管障害	4,682	33.7
6	腸炎・下痢	3,052	21.9
7	肺 炎	2,917	21.0
8	自殺・殺人	2,484	17.9
9	先天性奇型	1,417	10.2
10	糖 尿 病	1,383	9.9
	計	50,202	360.8

表2 ガンによる男女別死亡者数
(1940年~1980年:
10万人当り)

年	男女平均	男	女
1940	24.8	16.4	33.0
1945	31.3	24.3	38.3
1950	41.1	30.6	51.8
1955	50.0	41.3	59.0
1960	52.0	43.8	60.5
1965	54.6	48.0	61.3
1970	53.4	50.2	56.6
1975	54.0	51.2	56.8
1980	53.6	50.9	56.0

表3 ガンによる死亡者数
(1969年~1980年)

年	死亡者数	同(10万人あたり)	全死亡者中の割合(%)
1969	5,387	56.4	11.8
1970	5,514	56.3	11.9
1971	5,648	56.3	11.7
1972	5,809	53.2	11.3
1973	6,073	54.1	11.7
1974	6,102	53.0	12.2
1975	6,479	54.0	12.5
1976	6,835	55.3	12.5
1977	6,768	53.1	12.9
1978	7,009	53.4	13.5
1979	7,038	52.1	13.6
1980	7,461	53.6	14.2

表4 ガンの発生部位別男女死亡者数(1980年)

発生部位	男	女	計	死亡者数 (10万人あたり)	%
胃	806	565	1,371	9.85	18.4
子宮頸部	-	857	857	12.34	11.5
気管・気管支・肺	548	268	816	5.86	11.0
リンパ節・血液組織	412	336	748	5.37	10.0
大・小腸・直腸	158	215	373	2.68	5.0
乳腺	2	361	363	5.22	4.9
前立腺	346	-	346	4.96	4.6
その他	1,243	1,344	2,587	18.59	34.6
計	3,515	3,946	7,461	53.62	100.00

表5 発生部位別ガン登録数
(1979年及び1980年)

発生部位	登録数	%
子宮頸部	1,751	32.5
乳腺	506	9.4
胃	502	9.3
皮膚	411	7.6
肺	257	4.8
リンパ節	159	2.9
白血球	139	2.5
その他	1,669	31.0
計	5,389	100.0

表6 タラチ州における胃ガンの発生部位
別登録数(1979年1月~1981年4月)

発生部位	登録数	%
子宮頸部	252	25.4
胃	189	19.0
皮膚	128	12.9
白血球	53	5.3
リンパ節	45	4.5
乳腺	36	3.6
卵巣	25	2.5
骨髄	25	2.5
食道	23	2.3
前立腺	15	1.5
胆のう, 胆管	12	1.2
舌	10	1.0
結腸	10	1.0
肺	10	1.0
その他	148	1.0
計	991	14.9

表7-1 タラチ州における集団検診プログラム実施状況

	地区	ポロタ	ロパテラ	ミッシュレナ	バルミラ	コルデロ	コロソ	計
1	集団検診実施期間	1980.11.24	1981. 2.19	1981. 3. 9	1981. 5. 8	1981. 6.23	1981. 7.27	1980.11.24
		1981. 1.28	1981. 3. 6	1981. 5. 4	1981. 6.22	1981. 7.21	1981. 9. 3	1981. 9. 3
2	総人口	不明	2,033	5,430	11,480	7,031	35,020	60,994 (除ポロタ)
3	ガンの危険性の高い人口	791	558	1,225	2,589	1,580	7,900	14,643
4	集団検診対象人口	750	363	1,350	2,240	1,128	6,200	12,031
5	集団検診受診者数	570(72.06% ④/⑤)	269 (58.75%)	868 (64.29%)	1,195 (46.15%)	946 (59.87%)	2,235(1) (28.29%)	6,083(1) (41.54%)
6	内視鏡検査受診者数	381	181	345	642	509	1,096	3,154(1)
7	サンクリストバル中央病院での治療患者数	304	152	315	367	318	514(1)	1,970(1)
8	ガンの確定患者数	不明	不明	不明	不明	不明	不明	1,104(2)
9	他の胃病患者数	不明	不明	不明	不明	不明	不明	262
10	治療を受けた胃ガン患者	不明	不明	不明	不明	不明	不明	34
11	治療を受けた他の胃病患者	不明	不明	不明	不明	不明	不明	10(3)

(1) 中間結果 (2) 15人の早期胃ガンを含む (3)胃ポリープ

表7-2 ボロタ, ロベテラ, ミシエレナ, コロン各市周辺での集団検診
プログラム実施地域

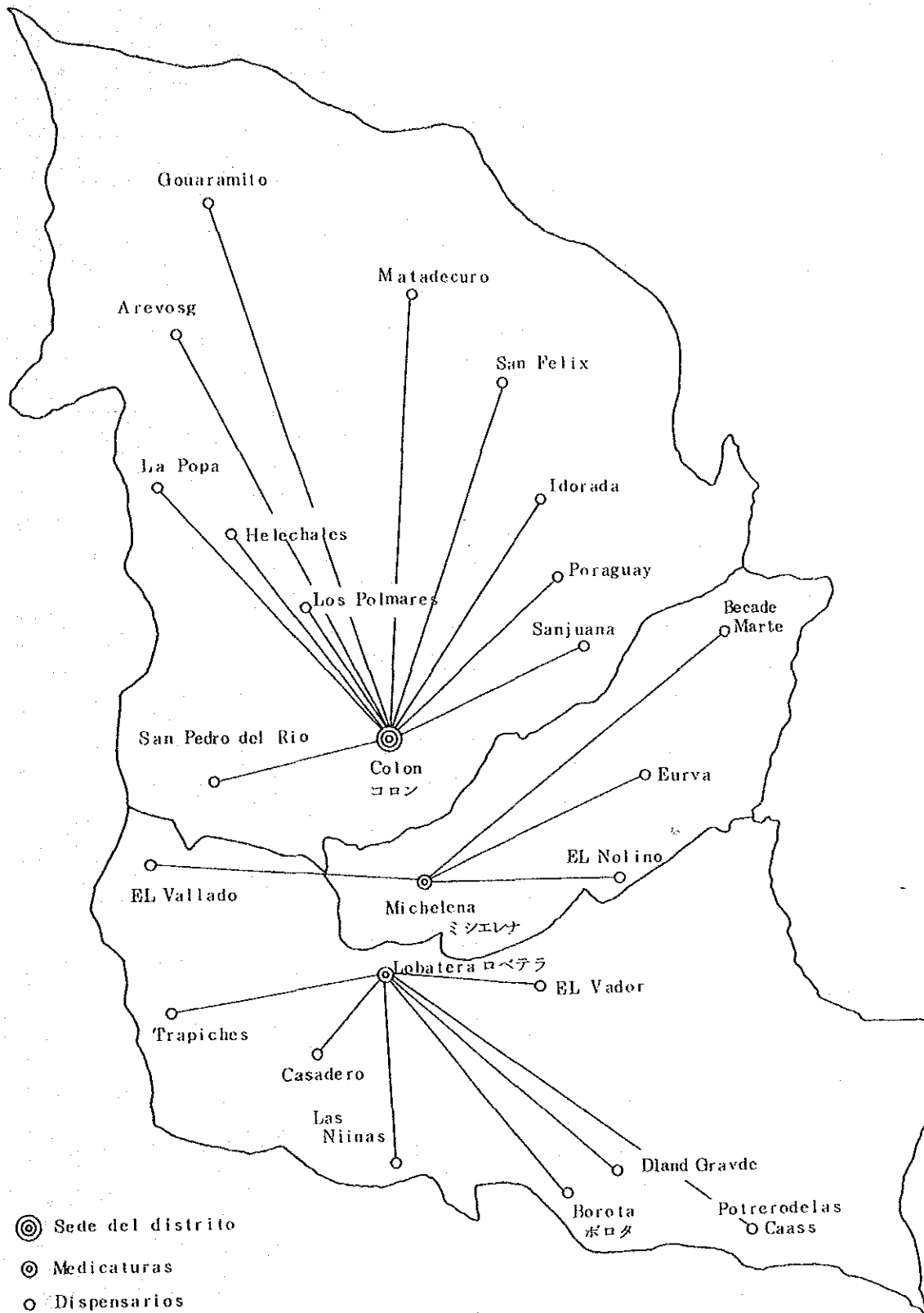


表8 人口、死亡、出生(1956年~1980年)
POPULATION, MORTALITY & NATALITY VENEZUELA 1956-1980.

年 Year	人口(7月1日) Population up to July 1	総死亡 General Mortality		児童死亡 Child Mortality		新生児死亡 Neonatal Mortality		その後の死亡 Post-neonatal Mortality		出産時死亡 Maternal Mortality		出生 Nativity	
		死亡数 Deaths	率 Rate	死亡数 Deaths	率 Rate	死亡数 Deaths	率 Rate	死亡数 Deaths	率 Rate	死亡数 Deaths	率 Rate	出生数 Births	率 Rate
1956	6,393,531	59,366	9.3	18,556	66.7	8,087	28.8	10,549	37.9	384	1.4	278,072	43.5
1957	6,686,329	61,814	9.3	19,091	67.2	7,936	27.9	11,155	39.3	380	1.3	284,000	42.8
1958	6,879,127	59,766	8.7	18,224	62.5	7,549	25.9	10,675	36.6	394	1.4	291,747	42.4
1959	7,121,925	57,260	8.0	18,101	55.7	7,944	24.5	10,157	31.2	400	1.3	324,739	45.6
1960	7,364,723	55,019	7.5	17,887	52.9	8,441	25.0	9,446	27.9	358	1.0	338,199	45.9
1961	7,626,511	55,466	7.3	18,137	52.6	8,537	24.7	9,500	27.9	378	1.1	344,989	45.2
1962	7,925,813	54,938	6.9	16,167	47.4	8,067	23.6	8,120	23.8	368	1.1	341,324	43.1
1963	8,225,175	58,260	7.1	17,049	43.2	8,679	24.5	8,370	23.7	335	0.9	353,546	43.0
1964	8,524,507	61,201	7.2	18,313	50.1	9,104	24.9	9,200	25.2	361	1.0	365,340	42.9
1965	8,823,839	60,857	6.9	17,611	46.4	8,651	22.8	8,960	23.6	409	1.1	379,530	43.0
1966	9,123,171	61,521	6.7	17,604	46.8	8,677	23.1	8,927	23.7	443	1.2	376,367	41.3
1967	9,422,503	62,083	6.6	17,129	42.0	8,825	21.6	8,304	20.4	382	0.9	407,986	43.3
1968	9,721,835	64,572	6.6	17,669	45.9	8,779	22.8	8,690	23.1	374	1.0	384,678	39.6
1969	10,021,167	67,954	6.8	18,611	46.9	8,894	22.4	9,717	24.5	332	0.8	397,008	39.6
1970	10,320,499	60,549	6.6	19,327	49.2	9,174	23.4	10,153	25.8	362	0.9	392,583	38.0
1971	10,611,602	70,457	6.6	20,212	49.8	9,370	23.1	10,842	26.7	374	0.9	405,964	28.3
1972	10,939,241	73,548	6.7	21,335	52.5	9,746	24.0	11,539	28.5	391	1.0	405,120	37.1
1973	11,279,600	76,506	6.8	21,804	58.8	9,493	23.4	12,311	30.4	376	0.9	405,455	35.0
1974	11,631,650	73,801	6.3	19,850	45.8	9,697	22.4	10,163	23.4	307	0.7	433,397	37.3
1975	11,993,062	74,574	6.2	19,521	43.8	9,662	21.7	9,069	22.1	305	0.7	446,110	37.2
1976	12,361,090	76,668	6.2	20,233	43.8	9,847	21.3	10,391	22.5	329	0.7	462,233	37.4
1977	12,736,686	74,343	5.8	18,391	30.5	8,962	19.3	9,429	20.2	349	0.8	465,332	36.5
1978	13,121,952	72,470	5.5	16,325	34.3	8,565	18.0	7,760	16.3	310	0.7	475,824	36.3
1979	13,515,063	73,685	5.5	15,727	31.7	8,274	16.7	7,453	15.0	292	0.6	495,643	36.7
1980	13,913,218	76,834	5.5	15,631	31.8	-	-	-	-	319	0.6	491,643	35.3

表9 ベネズエラ国内の病院及びベッド数(1980年)

	病 院		ベ ッ ド	
	数	%	数	%
公 営				
国 立	170	37.12	28542	69.02
厚生省管轄	147	32.10	23874	57.73
社会保障関係	18	3.93	3349	8.10
国防省管轄	5	1.09	1319	3.19
州 立	5	1.09	224	0.54
市 立	16	3.49	2892	6.99
小 計	191	41.70	31658	76.55
私 営				
慈善財団関係	8	1.75	838	2.03
企業付属	12	2.62	405	0.98
個人経営	247	53.93	8455	20.44
小 計	267	58.30	9698	23.45
計	458	100.00	41356	100.00

表10 厚生省機構図

(1981年度予算 約973百
万米ドル, 約2,140億6千万円)

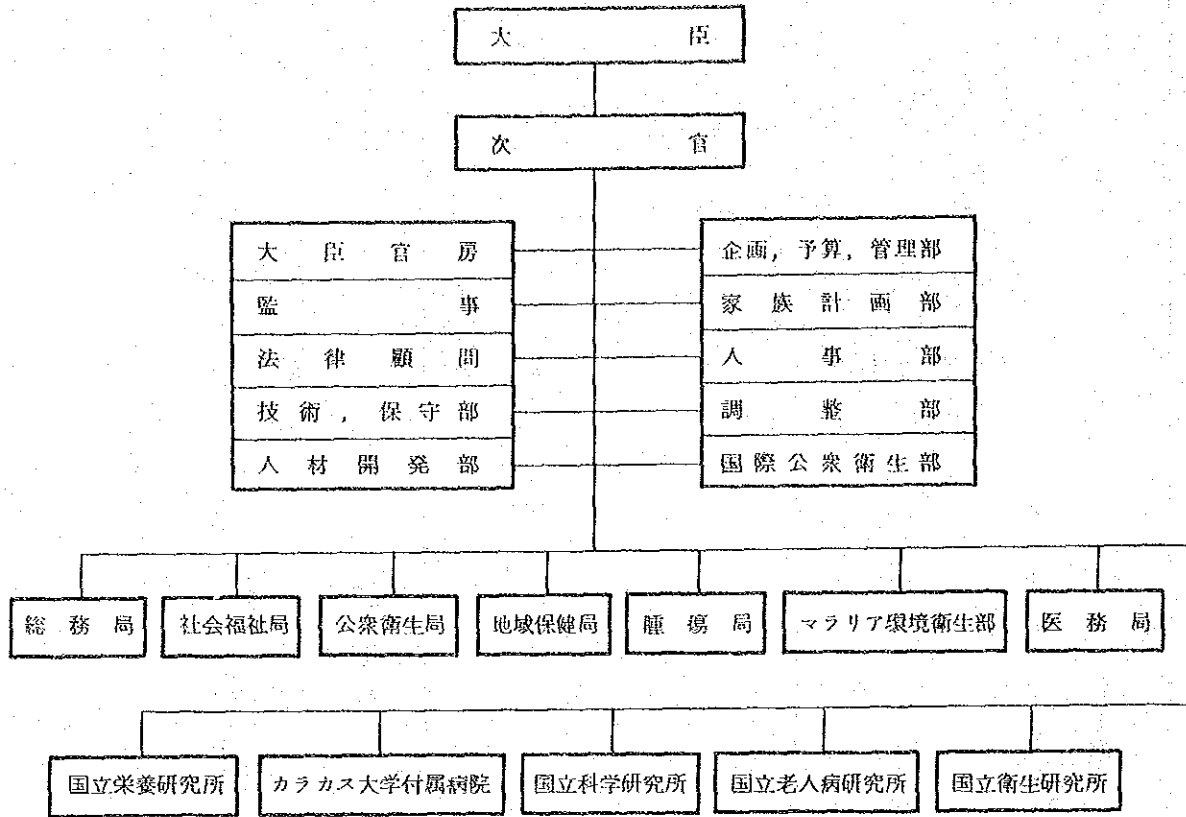


表11 厚生省腫瘍局組織図

(1981年度予算 約13,608千
USドル, 約32億3千万円)

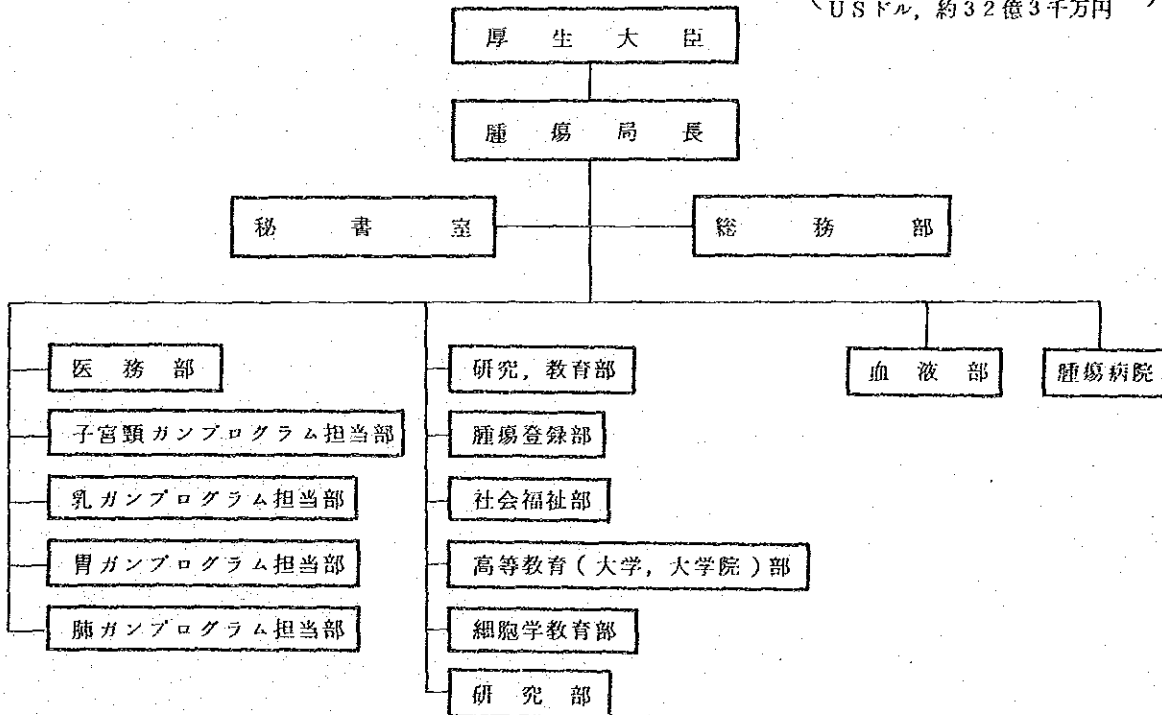
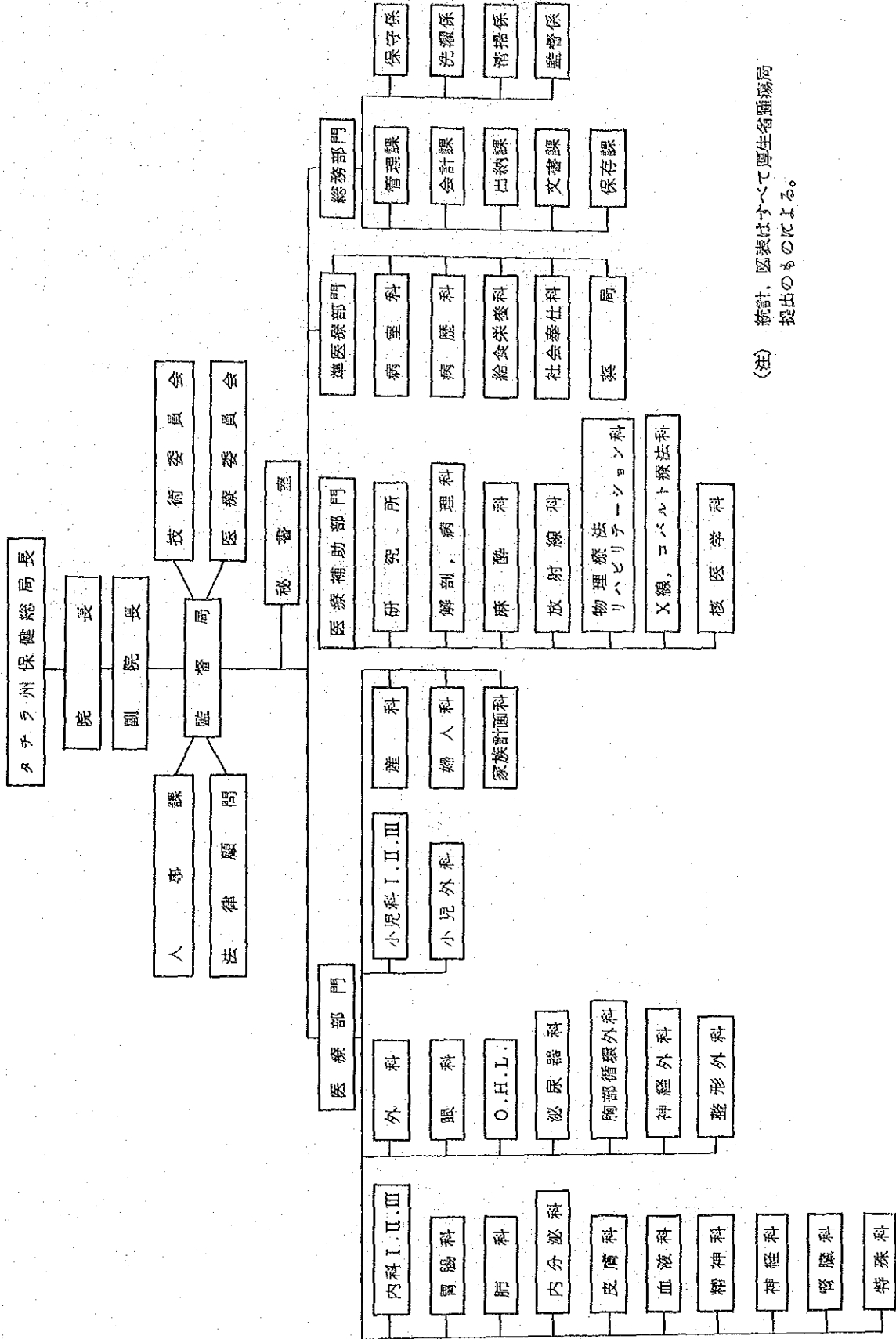


表 1 2 サンクリストバル中央病院（タチラ州）機構図



(注) 統計, 図表はすべて厚生省腫瘍局
提出のものによる。

El Nacional — Miércoles 7 de Octubre de 1981

Llegó misión japonesa para evaluar programa de cáncer gástrico en Táchira

Se encuentra en nuestro país una misión de oncólogos y economistas japoneses, quienes fueron invitados para evaluar y estudiar las posibilidades de unificar criterios para un programa de cáncer gástrico, que actualmente realiza la Dirección de Oncología del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

El jefe de la misión es el doctor Hikoo Shirakabe, profesor del Departamento de Medicina Interna de la Escuela de Medicina de la Universidad de Jutendí. Le acompañan los doctores Fokuji Mochizuki, del Centro de Detección del Cáncer de la ciudad de Sendai; Masakazu Maruyama, jefe del Departamento de Medicina Interna del Hospital del Instituto de Cáncer de Tokyo; Keiki Hiraga, jefe de la Oficina de Asuntos Económicos del Ministerio de Relaciones Exteriores y Hisamitsu Nishio, co ordinador de la Agencia de Cooperación Internacional.

Durante el día de ayer, los expertos japoneses

visitaron los sitios donde se encuentran trabajando las unidades móviles oncológicas, en Colón y San Pedro del Río. Además, se reunieron con el Gobernador del estado Táchira, el Cuerpo Legislativo y el Concejo Municipal de San Cristóbal.

Para hoy, visitarán el Hospital Central de la capital tachireña, sede del Programa, donde se reunirán con las autoridades sanitarias de los Andes y del propio estado Táchira, así como con la Dirección del Hospital y su personal.

Mañana efectuarán una visita a las autoridades y el personal del Hospital Oncológico "Luis Razetti" de Caracas, donde este jueves, en el auditorio, a las 11 de la mañana, el doctor Hikoo Shirakabe, jefe de la misión japonesa, dictará una conferencia sobre "Diagnóstico de Sesiones de Comienzo del Tracto Digestivo".

El profesor Shirakabe es conocido en el mundo, por ser el creador del Método Radiológico de Doble Contraste.

Un día Venezolano exportó el número de cabezas de ganado, desde las Missiones de Guayana, que a base de cueros y carne, obtuvimos los medios logísticos para que Bolívar y su capitaneos, lograsen la independencia y la libertad de esta patria.

Desde los Llanos de Apure surtidores de ganado a Colombia, que salía por los calientes valles de Uruetí.

Y fuimos grandes exportadores de café, de cacao, de perlas, y en las Bolsas de Londres y Nueva York, se cotizaba el café venezolano, entre los mejores.

—000—

Llegamos a ser el primer país exportador de petróleo del mundo. Las ganancias iban a parar a Wall Street, Londres y Amsterdam.

Erancos los primarios. El motor de Venezuela sonaba fuerte, con campanas de cristal.

Un día ganamos en La Habana el campeonato de Béisbol del Caribe, con el Cheto Carabí, en el montículo.

Una fiesta nacional, de una semana. Y en el box, hemos tenido limoneras. Y en los Grandes Lagos, muchos estrellas: Aparicio, Carrasquillo, Concepción, Armas, Baudilio, Marciano Trío.

—000—

Ahora hemos conquistado un nuevo pedón. Somos, por fuerza de las circunstancias, del medidor, la ignorancia o de alguna desconocida medición, los CAMPEONES DEL MUNDO EN CÁNCER GÁSTRICO.

Y ese campeonato singular, nadie lo quiere disputar. Nadie quiere competir. Y tendríamos que ceder, no se sabe hasta cuando, con ese trofeo que quema las manos.

—000—

Llegamos a pensar que el Japón era nuestro competidor. Que el Japón nos había tomado la ilusión. Pero todo no ha pasado de una falsa ilusión.

Ahora resulta que mientras en el Japón, entre 1.500.000 personas, en la región piloto de Sendai, se detecta en 19 años, un porcentaje de 0,19 por ciento, en nuestro querido Estado Táchira, en menos de un año, entre 5.000 investigados, se encontraron casos por el orden del 3 por ciento.

—000—

Una misión de científicos del Japón que vino a nuestra ciudad al estudiar nuestro programa, se encontró con la curiosa circunstancia de que el 57 por ciento de la población contactada, rehusó al examen. En el Japón ocurre, pero en un bajísimo porcentaje.

Nuestro equipo de científicos, explicó que ello se debe al desconocimiento de la ignorancia, a la falta de información, sobre todo en el medio rural.

—000—

En 4.000 casos que fueron examinados en los últimos meses, se pudo detectar una incidencia de 58 casos de cáncer gástrico, que ya no tenían curación.

Era tarde. Algunas personas alegaron, que nunca habían ido al médico, porque nada hablan sentido. En esa misma encuesta, se comprobó 7 casos de cáncer precoz. Que podían ser curados, pues la ciencia había llegado en el momento justo, cuando todavía era posible salvar esos vidas.

En el encuentro entre los científicos japoneses y los venezolanos, se habló de la úlcera gástrica. Y el más renombrado de los especialistas del Japón, el eminente hombre de ciencia NIKOO SHINKABA, expuso la opinión de que "úlcera, no es cáncer".

—000—

Cuando se le preguntó a Masashi Maruyama, Jefe del Departamento de Investigaciones del Instituto de Cáncer del Japón, si ya hay pisas seguras, sobre el origen del cáncer, hubo de responder:

—Nada. Todo se reduce a especulaciones. —Y hay algún medicamento?

¿Se puede ser grande en el infortunio?

EL TACHIRA CAMPEON MUNDIAL DEL CANCER GASTRICO

Le ganamos al Japón y Chile que eran nuestros competidores
Una misión japonesa vino para estudiarlos
Hasta ahora no hay remedio ni se conoce su origen.
La mayoría de los casos que llegan al médico son mortales
Combatir el Cáncer es un deber de patriotas ayudemos en la lucha contra el cáncer



LA ASISTENCIA A LAS Conferencias de los Científicos Japoneses (Foto Gerardo Gálvez)



AUTORIDADES del Ministerio de Sanidad en el Táchira en el acto (Foto Gerardo Gálvez)



LOS TRES EMINENTES especialistas en Cáncer Gástrico (Foto Gerardo Gálvez)



EL PANEL de Conferencias en el instante del acto (Foto Gerardo Gálvez)

—Tampoco. Sería criminal alertar falsas ilusiones. —¿Los casos que se detectan con tardanza, son curables? —Pues no. —Los casos que se detectan en forma precoz? —Lo son. Con toda seguridad. —¿Qué se puede hacer para evitar el cáncer gástrico? —Ir al examen médico. No hay otra forma de detectarlo y enfrentarlo. —¿Hasta ahora que es la más eficaz para combatirlo? —La cirugía. —¿Qué recomendación para enfrentar el monstruo? —¿Qué le digo? Mientras haya estrógeno... hay la posibilidad de que el monstruo aparezca.

—000—

—¿Y para el futuro? —Estamos en la investigación permanente. Usamos de los últimos adelantos científicos. Estamos intercambiando experiencias, conocimientos, estudios, con los centros de investigación del mundo entero. —¿Esperen éstos? —¿Quién no? Esperamos descubrir las causas y salvar a la humanidad de ese flagelo.

—000—

—En relación con el Táchira, que opinión tiene la Misión? —Que están haciendo un buen trabajo. Certo, en el tiempo, pero con excelentes resultados. Están en el buen camino. —¿Cooperará el Japón? —Es nuestra intención. Colaborar con apoyo científico, técnico, la experiencia y el equipo humano. Nuestra recomendación será positiva para nuestro gobierno.

—000—

Hay por hoy, nuestro peor enemigo es el cáncer gástrico. Las unidades móviles del servicio de Desplazamiento Masivo, andan por Borcuzá, Michaleña, Condono, Támba, Patavira, Lobatana, Colón, San Pedro del Río. El equipo trabaja con mistica, con corazón, con abnegación con cariño, con fe en la acción. Al frente del equipo humano de científicas locales, se encuentran Wilma Olivera y María Teresa. Por su parte, la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, la preside el doctor Francisco Romero Lobo y es acompañada por un grupo de maravillosos ciudadanos, de excelente corazón. Y como bien lo decía Luis Anderson, el jefe nacional de la campaña, contra el cáncer: —La verdad es que el Táchira, es el puntazo del mundo en cáncer gástrico. Esta lucha es el Táchira es nueva. Podríamos combatir el cáncer si tenemos la capacidad para detectarlo.

—¿El equipo humano del Táchira, es magnífico. —Está en condiciones de multiplicar los esfuerzos, pero... —¿Qué es el pero? —Necesitamos para el próximo año, una ayuda de un millón a millón y medio de bolívares. Con esa suma saldremos adelante. Nos pondremos a la cabeza de los primeros combatientes.

—¿Cómo piensan conseguirlo? —Recurriendo a la iniciativa privada y a otros medios, como rifas, por caso. —000—

El cáncer gástrico, es un serio problema. Ataca a la población civil, activa trabajadores. No mira color, ni partido, ni credo, ni posición económica. Es enfermedad traicionera. No se sabe por donde llega, ni el tamaño de sus intenciones, ni el ropaje que viste. Si queremos combatir a este monstruo, tenemos que ayudar. Tenemos que unir esfuerzos. Tenemos que cooperar. No es ningún orgullo para el Táchira, ser el campeón mundial del Cáncer Gástrico. Por favor, despojémonos de nuestro egoísmo y ayudemos...

JICA