

がん県民公開セミナー

i n み と

日時：平成 26 年 11 月 22 日（土）
13：30～16：00

場所：県開発公社ビル

プ ロ グ ラ ム

13:30 開 会

13:30～13:35 あいさつ
茨城県がん診療連携協議会会長
茨城県立中央病院 病院長 永井 秀雄

13:35～15:10 講 演
司 会 茨城県がん診療連携協議会会長
茨城県立中央病院 病院長 永井 秀雄

講演 1 (13:35 ～ 13:55)
テーマ 「がんとは何か」
講 師 茨城県立中央病院
副院長兼化学療法センター長
小島 寛 先生

講演 2 (13:55 ～ 14:15)
テーマ 「最新のがん治療」
講 師 日立総合病院 外科 主任医長 丸山 常彦 先生

講演 3 (14:15 ～ 14:35)
テーマ 「緩和ケア」
講 師 茨城県立中央病院
緩和ケア部長 三橋 彰一 先生

休 憩 (14:35～14:45)

講演 4 (14:45 ～ 14:55)
テーマ 「がんを体験して ～患者の立場から～」
講 師 澤畠 淑子 先生

講演 5 (14:55 ～ 15:05)
テーマ 「がんを体験して ～家族の立場から～」
講 師 伊藤 佳代 先生

15:05～15:10 ステージ変更

15:10～16:00 質疑応答
司 会 茨城県がん診療連携協議会会長
茨城県立中央病院 病院長 永井 秀雄

パネリスト 茨城県立中央病院
(順不同) 副院長兼化学療法センター長 小島 寛 先生
日立総合病院 外科 主任医長 丸山 常彦 先生
茨城県立中央病院 緩和ケア部長 三橋 彰一 先生
澤畠 淑子 先生
伊藤 佳代 先生
水戸済生会総合病院 緩和ケア認定看護師 黒澤 薫子 先生
茨城県薬剤師会常務理事・地域医療委員 根本 ひろ美 先生

16:00 閉 会



協議会会長 永井先生あいさつ



会場の様子

【講演 1】

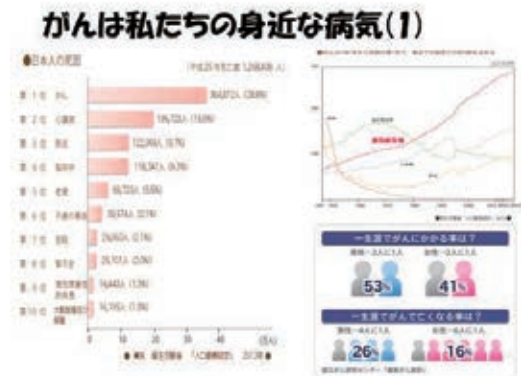
「がんとは何か」

茨城県立中央病院
副院長兼化学療法センター長
小島 寛 先生

皆さん、こんにちは。県立中央病院の小島と申します。本日はトップバッターということで、またお集まりいただきました皆さまの熱気も非常に感じ、緊張しています。「がんとは何か」という堅苦しいタイトルですが、気楽に聞いていただければと思います。

最初に、簡単に、私が普段やっている診療を紹介させていただきます。私は県立中央病院の化学療法センターというところで働いています。この化学療法センターというのは外来の患者さんを対象とした化学療法、つまり抗がん剤治療のための施設です。今、抗がん剤治療はかなり発達していき、外来でも非常に長い時間の治療をやっている人もいますし、ほとんどの化学療法は、入院しなくてもできるようになっています。そういう中で、患者さんの副作用をできるだけ少なく、有効な治療を提供するというので、日々やっています。

私の専門は内科ですが、主に造血器の腫瘍、つまりリンパ腫とか骨髄腫、それから大腸がん等の消化器の腫瘍、こういう疾患を対象にした化学療法を担当させていただいております。



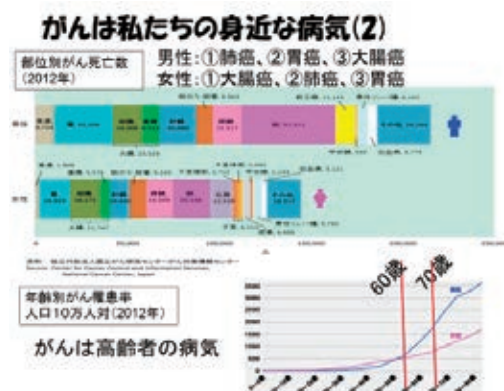
スライド 1

【スライド 1】

早速ですが、がんのお話を始めたいと思います。がんというのは、これはもう皆さん、ご存知のとおりですが、私たちの非常に身近な病気になりつつあります。ここに示したのは日本人の死因です。多いほうから順番に書いてあるのですが、1位はがんです。2位は心臓病、それから3位が肺炎になっています。

このグラフを見ていただきますと、皆さん、この赤い線が、がんを示します。これは年代別にずっと書いてあります。例えば心臓の病気は、ある程度、減る傾向にありますが、がんはどんどん増えていきます。これもいろんなところで皆さん、統計をご覧になったことがあると思いますが、一生のうちにがんにかかる確率というのはだいたい5割ぐらいです。女性のほうが、若干低いです。けれども、だいたい、かかる確率というのは5割ぐらいです。がんで亡くなる確率は、男性の場合は26%、女性は16%とされています。ですから、私もそうですけれども、皆さんのご家族、ご親族でがんの方というのは、これはごく身近に

いる。もちろんですね、私自身も、がんになるかは分からないし、この中にも、がんで闘病されている方もいらっしゃるかもしれません。



スライド 2

【スライド 2】

実は、このがんという病気は、高齢者の病気です。ここにがんの発症年齢をグラフで示します。男性のほうが少し多いです。これは60歳の線、これは70歳の線、ほとんどの患者さんが、ある程度、高齢になってから発症される、こういう病気です。一部のがんは、若年発症のものもありますが、ほとんどのがんは、ある程度、年をとってから発症します。

部位別のがんの統計というのも、ここにありますが、一番多いのは、男性の場合は肺がん、それから胃がん、大腸がん。女性の場合は、ちょっと順序は違いますが、この1位、2位、3位を占めているのは同じです。女性の場合は、これ以外に乳がんとか、あるいは婦人科系のがん、こういうものも問題になります。こういう身近な病気ですので、ぜひとも、がんについては皆さんによく知っていただきたいと思います。

どうしてがんになるのか？

～がんは遺伝子の病気～



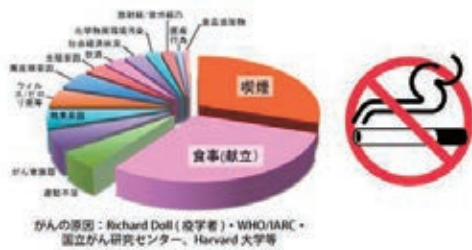
スライド 3

【スライド 3】

私の話のタイトルは「がんとは」ということですから、まず、どうしてがんになるのかということからお話したいと思います。私たちの体は、細胞からできています。これは顕微鏡で見なければ見えないわけですが、私たちの体の中には60兆の細胞があると言われています。この細胞のうちの、だいたい1%ぐらいが毎日死んでいて、さらに新しい細胞が生まれると言われています。細胞の中には核という部分があって、ここには染色体があります。染色体の中にはDNAというものが含まれています。いわゆる遺伝子ですね。DNAというのは、そういう意味で私たちの体の設計図です。ですから、設計図が間違っただけで、間違ったタンパクができて、私たちの体に都合の悪いことが起こる可能性があります。

がんというのは、基本的には、遺伝子の病気です。遺伝子に何らかの原因で傷がつくと、特定の遺伝子が働きすぎるとか、あるいは働かないというような状態が起こることがあります。こういうことが積み重なってくると、がんが発生する。ということで、何らかの原因で遺伝子に傷がついたり、あるいは、遺伝子がコピーという形でつくられていくときに、そのコピーに間違いが起こる、こういうときにがんが発生するということになります。

どうして遺伝子に傷がつくのか？



スライド 4

【スライド 4】

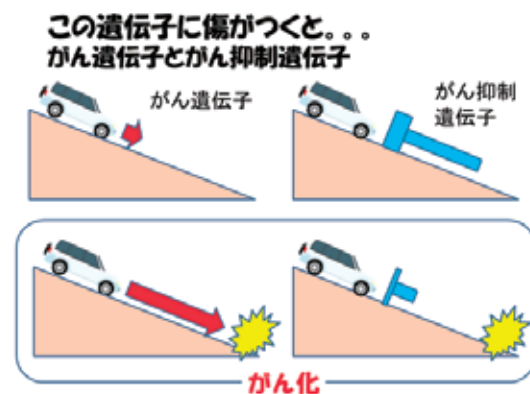
それでは、どうしてがんが発生するのか、どうして遺伝子に傷がつくのかということをちょっと考えてみたいと思います。よく患者さんから「どうしてがんになるんですかと」聞かれます。これは、はっきり言って分からないことが多いです。ですけれども、原因が分かっているものもかなりあります。原因が分かっているものを集めて、統計をまとめたものが、このスライドの図です。これに関しては、ハーバード大学とかがんセンターとか、いろんなところで統計を出していますけれども、だいたい同じような数字で、遺伝子に傷がつく原因として、やっぱり大きいのは喫煙です。それから食事ですね。もう少し細かく見ていきますと、例えば運動不足とか、あるいはがんの家系とか、それからウイルスとかということもあります。それから、この辺には化学物質とか、そういうものも含まれています。いろんな原因がありますが、やっぱり一番、今、問題になっているのは、これですね、タバコですね。これはもう明らかにがんの原因になるということで、私たちの病院も、がん拠点病院なので、禁煙活動を推進しています。

(スライド省略)

遺伝子に傷がつく原因というのは、これは、今のは一般的なお話なんですけど、がんの種類によっても多少違います。ここに示したのは肝臓がん、こっちは胃がんです。肝臓がんなんかは、割

と原因がはっきりしています。例えばC型肝炎ウイルスとかB型肝炎ウイルス、それから一部の方はアルコールによってがんが発生する。

こちらに胃がんの原因を示してありますけれども、胃がんの場合には、肝臓がんほど一つの原因に絞ることはできないのです。例えばストレスであったりとか、アルコールであったりとか、あるいはタバコを吸うということが原因。それ以外に、最近ではピロリ菌。胃につくウイルス、ここに菌がいますけれども、これもがんの原因になるということが言われています。一部のがんでは、こういう、割と原因がはっきりしていることもあるんですけど、多くのがんでは原因が一つではなくて、複合的な原因が、これが蓄積するわけです。積み重なってがんができるということになります。



スライド 5

【スライド 5】

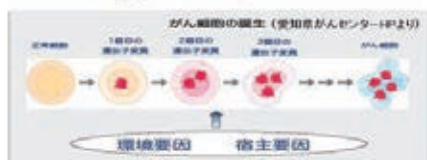
遺伝子に傷があると、これは非常に困ったことが起こることなんですけれども。じゃあ、どういう遺伝子が傷つくと困るのか。特に問題になるのは、がん遺伝子とがん抑制遺伝子です。がん遺伝子というのは、これはがんを発生させる遺伝子。がん抑制遺伝子というのは、これは言葉のとおり、がんにならないようにする遺伝子。私たちの設計図、DNAの中には、がん遺伝子とかがん抑制遺伝子が含まれています。ですけれども、普段の状態というのは、がん抑制遺伝子が非常に強く効いている。一方で、がん遺伝子というのは、これはあまり働いていないということで、がんが発生しないような状態に、私たちの体は自分でコ

ントロールしているわけです。これが何らかの原因で、例えばがん遺伝子に傷がついて、これがどんどんどんどん加速してしまうと、がんになる。今度は、がん抑制遺伝子ですね。がん抑制遺伝子が壊れて、これが働かなくなってしまう。これも、がん化の原因になるということになります。

(スライド省略)

そういう意味でいうと、がん遺伝子とがん抑制遺伝子というのは、例えばがん遺伝子というのは、がん化のアクセルなんです。がん抑制遺伝子というのは、これはがんになるブレーキの役割を果たしています。ブレーキとアクセルですから、これは車の、皆さん、今日ここへ車で来られた方がいらっしゃると思うんですけども、これは私たち、自然にうまく操作しているわけですけども、これがうまくいかなければ、車の場合、こうなるわけですね。これが人の体の中ではどうなるかというと、本来、増えるはずじゃない異常な細胞が異常な増殖をするということで、がん化が起こります。

がんが発生するまで



スライド 6

【スライド 6】

今までの話をまとめてみますと、これは正常の細胞です。正常の細胞に遺伝子の傷がついている。遺伝子の傷がつく原因としては、環境だったりとか、あるいは患者さん自身がもっている要因である。こうすることで、どんどんどんどん傷が重なっていく。一つの傷ができたからって、すぐがん

になるわけではないんですね。遺伝子は何回も何回も、こうやって傷つくと、これによってがんが発生する。例えば老化とかストレスとか紫外線、ウイルス、化学物質、これもがんの種類によって違いますけれども、こういうのが重なりあって、がんになる。こういうのを、「多段階発がん説」と言っています。これが一般的ながんの発生のメカニズムなんですけれども、がんごとに少しずつ違います。

がん発生のメカニズム(大腸がんの場合)



ヒト腫瘍でのがん遺伝子の発現

腫瘍	がん遺伝子	がん抑制遺伝子
大腸がん	K-ras	APC p53 DCC SMAD2
肺癌	EGFR	p53
乳がん	HER2/neu	p53
膵臓がん	K-ras	p53

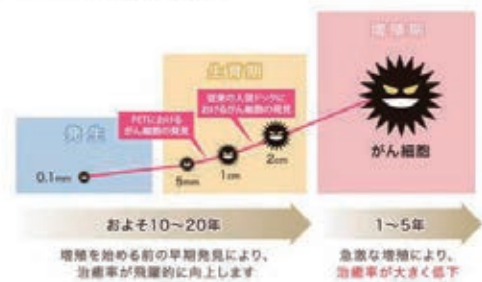
スライド 7

【スライド 7】

例えばここにはがん遺伝子、がん抑制遺伝子がまとめてあります。この中で、ちょっとこの大腸がんのところだけ、注目して下さい。これはがんごとに全部分かっているわけですけども、大腸がんであれば、例えば、これは専門的になりますけれども、K-r a s という物質、これはがん遺伝子。こちらはがん抑制遺伝子として、例えばA P Cとかp 53という物質が書いてあります。

先ほど、多段階発がん説というお話をしましたが、大腸がんでもやっぱり同じことが起こる。これは正常の大腸の粘膜ですね。そうすると、ここでA P C、A P Cというのは、これはがんのブレーキです。これが壊れてしまう。これだけでは、がんにならない。今度はこのK-r a s です。K-r a s というのは、これは、がん遺伝子です。要するにアクセルが、どんどんどんどんきいてしまう。ブレーキが壊れて今度はアクセルが利く。ここでも、もう1回、ブレーキが壊れる。こういうことが積み重なって行って、がんができてきます。

がんの成長過程



スライド 8

【スライド 8】

がんの成長過程というのは、私たちががんを分かるようになるのは、ある程度、体の中で塊をつくる。例えば5ミリとか、あるいは1センチ、2センチというような塊をつくって初めて、あなたはがんですねということが分かります。ですけれども、実はですね、そのだいぶ前から、これは何年前からとはっきり分からないんですけれども、恐らく10年ぐらい前からじゃないかと思うんですが、少しずつがんの細胞ができてくる。それが育って行って、この段階になると初めて見つけることができる。ここで見つからないというと、本当に進行したがんになってしまう。だいたいこういう過程をたどると言われています。

(スライド省略)

がんの性質として、これは非常にやっかいなことですが、浸潤と転移ということがあります。これは大腸がんの例を示していますけれども、最初は、ここは腸の粘膜だと思ってください。腸の粘膜で、こっちが腸の内側です。こちらは外側です。そうすると、この粘膜の中に、始めは小さいがんができてくる。これがだんだんだんだん、こう広がっていく。そして、この腸の壁全体を突き破るような感じになる。こういうのを浸潤といいます。

今度は、がんが血管の中に入って行って、ほかの臓器にいつてしまう。あるいはリンパ管の中に入って行って、これもほかの臓器にいつてしまう。それから、大腸がんの場合、厄介なのは腹膜播種

と言って、これはお腹の中全体に、この字のとおりなんですけれども、種をばらまいたように広がっていくこともあります。ですから、大腸がんが発生して、肝臓の転移が起こったり、肺の転移が起こったりということ で全身に広がっていく。この浸潤と、もう一つ厄介な性質として、この転移という、こういう性格も持っています。

(スライド省略)

こうやってがんが広がっていくときに、もう一つ大事なことに血管新生というのがあります。これはがんです。ここにがんがあるんですけれども、血管撮影の写真です。このところには、毛玉のように、ずっと細かい血管がいっぱいあるのが分かると思うんですけれども。実は、がんの細胞のがんの周りには、こういう細かい血管がいっぱいできています。どうしてこういうことが起こるかという、がん細胞は自分自身で血管新生因子というのを出すのですね。要するにがん細胞は血管から栄養をもらわないと生きていけないわけです。がん細胞は血管新生因子というのを出して、血管をどんどんどんどん、自分に都合いいようにつくっていくわけですね。これは、自分自身がここから栄養を得るための血管をつくる。それによって発育していく。今度は、血管が、こう、広がってくると、ここから血管の中に入って転移していくと、こういう性質を持っている。

がんの特性

- ・ 必要がなくても増殖する(自律増殖)
- ・ 隣り合う組織を侵して広がる(浸潤)
- ・ 体中のあらゆる組織へと広がる(転移)

スライド 9

【スライド 9】

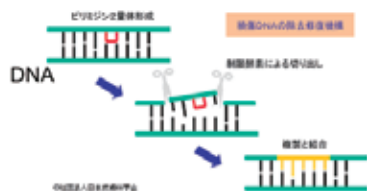
また少しまとめてみますと、がんの特性なんですけれども、一つは、必要がなくてもどんどん増

殖する。私たちの体の中では、必要な細胞だけ増えるようにコントロールされていますけれども、がんの場合は、必要がなくても増殖するということが、これは自律増殖と言われています。隣り合う組織を侵して広がる。これは浸潤と言います。例えば大腸がんの場合であれば、粘膜から始まったものが、粘膜をずっと突き破って、腸管の外に広がる。こういうのを浸潤と言います。それからあと、体中のあらゆる組織へと広がるのを、これを転移と言います。ですから、正常な細胞であれば、必要な分だけ増えて、必要がない分はつくらないというのが普通です。ですけれども、がん細胞は、どんどんどんどん、そういうことには関係なしに増殖してしまっていて、さらに浸潤とか転移とかいうことが起こる。こういう厄介な性質を持っているわけです。

がんに対する防御機構 ～損傷DNAの修復～

がんが発生する理由

1. 遺伝子のコピーミス
2. がんに対する防御機構の低下



スライド10

【スライド10】

がんはですね、実は、私たちが分かるようになるのは、例えば5ミリとか1センチとか、そういう塊をつくったときなんですけれども。実は、私たちの体の中では、毎日のようにがん細胞というのは発生しています。多分、一日に何百個、あるいは千個ぐらい、できるかもしれない。ですけれども、がんにならない人というのはいっぱいいるわけです。それはどうしてかという、私たちは体に、がんに対する防御機能というのを持っています。ですから、がんが発生する理由というのは、一つは、先ほどお話したような遺伝子に傷がつく。コピーミスとか、あるいは傷がついてしまうとい

うことが一つですけれども、その防御機能が低下した場合、この場合にも発生します。

ここで防御機能を二つお話ししますが、一つは遺伝子に傷がついたときに、これを修復、元に戻すための機構を持っています。例えばここにDNAがある。DNAって、こう、二本鎖とって、お互いに2本の鎖が、チェーンが向かい合ったみたいな形をしているんですね。ここで、もし、こういう異常が発生したら、このときには、私たちの体の中には、これを切り取って、これを正常に修復するという、こういう機構があります。これがうまくいかないと、こういう異常な遺伝子が残ってしまっていて、がん化の方向に傾くということになります。

(スライド省略)

もう一つは、免疫反応というのがあります。体の中にはNK細胞という、これはナチュラルキラー細胞ですね。こちらのほうは細胞障害性のT細胞、キラーT細胞という、こういう細胞があります。NK細胞というのは、もともとがんと闘う能力を持っています。ですから、体の中でどこかにがんができてきたなという、それを何とか排除しよう、これをやっつけようという働きをします。こっちの細胞障害性T細胞のほうは、これはもともと持っているわけではないんですけれども、がんが発生した時点で、これを認識するわけですね。こういう細胞は悪者だと認識して、これを攻撃しようというのが、これが細胞障害性のT細胞。

これは両方とも、キラーという名前が付いています。ですから、キラーというのは、がんが発生したら、これを殺してしまおうというのが、こういう細胞の役割で、免疫反応といいます。がんに対する免疫反応で、これは我々の体の中に、普通に備わっています。これがうまくいかないと、やはりがん化の方向に傾くということになる。

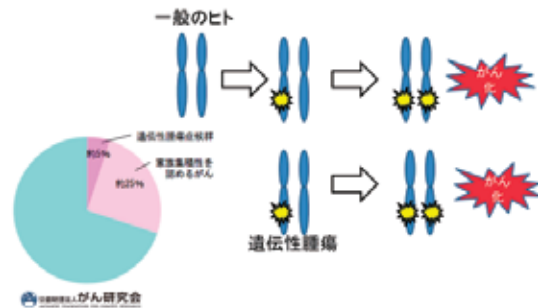
(スライド省略)

ここからは、ちょっと話が変わりますが、でも、遺伝性のがんの話の話を少しさせていただきます。皆さん、この方、ニュースなんかでも話題になりましたから、知っている人も多いと思うんですが、アンジェリーナ・ジョリーというアメリカの女優さんです。この方は将来の乳がん予防のために乳房を切除したということを自分で告白した、こういうことがありました。この顔を出すと分かる方もいらっしゃるかもしれません。この人の奥さんです。

それで、この人はどうして乳房切除をしなければならなかったのかということなんですけれども。この人はBRCAという遺伝子に異常があります。BRCAという遺伝子に異常があると、どうなるかという、例えば50歳までに乳がんになる確率って、普通の人では2%程度です。ですけれども、こういう異常があると、33から50%、非常に高い確率でがんになる。70歳まででいうと、普通の人では7%、これが56%から87%という数字が入っていますけど、非常に確率が高いということで、この人は遺伝性乳がん、卵巣がんの家系なんです。こういう家系の方は40歳未満で、若年で乳がんを発症したりとか、あるいは家系内に乳がん、卵巣がんの患者さんが多発している。それから、片方が乳がんになった後に、もう片方、反対側も乳がんになってしまう。あるいは卵巣がんを発症するというようなことがあります。

このBRCAに異常があると、乳がん、卵巣がんが多発するのは事実なんですけど、この乳房を本当に切除することが、これが正しい方法かどうかというのは、今のところ分からないです。ですけれども、この人がこういうことを告白したことによって、遺伝性のがんというのが、これが非常に広く知られるようになったと思います。

遺伝性腫瘍



スライド11

【スライド11】

がんが全部、遺伝というわけではないんですね。遺伝性の腫瘍、遺伝性のがんというのは、がん全体のうち、だいたい5%ぐらいではないかと言われています。それ以外に、これは明らかな遺伝ではないんですけれども、いわゆるがん家系という言葉があります。家族内にがんが多発していると。そういう人はやっぱり25%ぐらいいるだろうといわれています。

どうして、これ、遺伝性のがんというのが発生するかというメカニズムがここに書いてあります。私たちの体は、染色体というものからなっているんですね。染色体に、例えばがん抑制遺伝子があるとします。がん抑制遺伝子が、こう、両方の染色体があります。これが1本、もし何か傷がはいって働かなくなると。これだけでは、がんにならないです。これはもう1本ありますから、普通の人では、これではがんにならないですね。ですけれども、もう1本も傷ついてしまう。そうすると、これはがんになります。ですけれども、遺伝性腫瘍の家系の方は、最初から、この1本に傷がついているわけです。ですから、普通の人だと、最初、傷になって、もう1本、傷ができないとがんにならないというところが、この1本だけ傷ができると、がんになってしまう。ということで、遺伝性腫瘍の家系の方は、非常にがんになりやすいということがあります。

(スライド省略)

こういう遺伝性腫瘍というのは、実はもう結構、分かっています。遺伝性の乳がん、卵巣がんもそうなんですけれども、あと有名なのは大腸がんの家系ですね。こういう方もいらっしゃいます。

ここでは、かなり専門的な話になってしまいますので詳しくはご説明しませんが、こういうがんは遺伝するんですかということも、よく患者さんに聞かれるんですが、一つはですね、まず正しく理解していただきたいということです。なかなか、こういうのは難しいお話で、自分で調べても分からないかもしれないです。茨城県内でも、がん診療をやっている病院は、こういう専門の先生がいますので、もし、こういう遺伝ということが心配であれば、できるだけ相談していただく。相談した場合、ではどうするかということで、例えば遺伝性の乳がんなのかは、これは遺伝子の検査をすると、あなたはなりやすいですよ、そうじゃないですよということが分かる場合があります。ですから、もし、こういう遺伝性の家系が疑われるのであれば、遺伝子検査を受けるかどうかということですね。これを判断していただくようになります。

その上で、どういう対応をしていくか。例えばさっきの女優さんは乳房切除をしたわけですが、今はまだ、正しい方法だというふうに証明されているわけではないです。じゃあ、どういう対応をしていけばいいかというのは、かなり難しい問題もあります。こういうときに、遺伝子カウンセリングというのがあります。これはなかなか、この専門家がいないので、例えばこの水戸地区の病院で遺伝子カウンセリングが受けられるところというのは限られています。ですけれども一応、私たちの病院でも窓口は設けています。本当の専門家はいないですけれども、筑波大学とか、あるいは自治医大と連携して、専門家にご紹介することはできます。ですから、こういうのが疑われる方は、どうしたらいいかということ、かなりお困りになられるかもしれないんですけれども、できるだけ、こういう専門家に相談して、正しい知識を得ていただいたほうがいいと思います。

す。

(スライド省略)

今日はですね、がんとは何かということでお話させていただいているんですけれども。私のお話の最後に、がんにならないために、がんになったら、ということをお話したいんですけれども。今日は時間の関係もありますので、がんにならないためにどうすればいいかということをお話させていただきます。

がんを防ぐ12ヶ条

1. バランスのとれた栄養をとる
2. 毎日、変化のある食生活を
3. 食べすぎを避け、脂肪はひかえめに
4. お酒はほどほどに
5. たばこは吸わないように
6. 食べ物から適量のビタミンと繊維質のものを多くとる
7. 塩辛いものは少なめに、あまり熱いものはさましてから
8. 焦げた部分はさける
9. かびの生えたものに注意
10. 日光に当たりすぎない
11. 適度にスポーツをする
12. 体を清潔に

スライド12

【スライド12】

これはですね、がんセンターのホームページなんかでも紹介されていますけれども、「がんを防ぐ12カ条」というのがあります。これを順番に読んでみたいと思います。バランスのとれた栄養を取る。毎日変化のある食生活を。食べすぎを避け脂肪は控えめに。お酒はほどほどに。たばこは吸わないように。食べ物から適量のビタミンと繊維質のものを多く取る。塩辛いものは少なめに、あまり熱いものは避けましょう。それから焦げた部分は避ける。かびの生えたものに注意。日光に当たりすぎない。適度にスポーツをする。体を清潔にする。

がんを防ぐ12カ条というのは、一番初めて出てきた、どういう要因でがんになるかということ、分析して、これがつくられているわけです。ただですね、ここに書いてあることというのは、皆さん、普通の健康生活をしようと思えば、ごく当た

り前のことしか書いていないわけですね。例えばお酒はほどほどにしましょう、たばこはやめましょう、それから適度な運動をしましょうというように、こういうことを心がけて、少しでもがんにならないような生活をすれば、ある程度、確率は下げられますよということです。

これも繰り返しになるんですけれども、この中でも特にがんとの関係が言われているのは、このたばこですね。たばこの害というのは、もう皆さんも聞かれていると思うんですけれども、例えば喉頭がんであれば、たばこを吸う人は、この確率が32倍になります。それから口腔がんは2.9倍、肺がんは4.5倍ということで、非常に高い確率で、たばこを吸うことによってがんになります。ですから、この機会に私のほうでお願いしたいのは、がんにならない生活をしていただきたいということで、できるだけ、たばこを吸っている方は禁煙していただいてということをお願いしたいと思います。



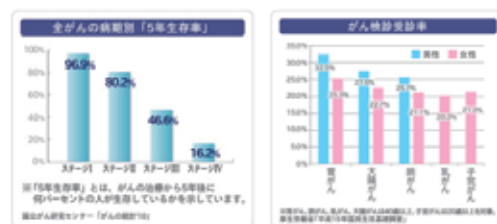
スライド13

【スライド13】

あとはですね、結局、日本人の2分の1はがんになるということなんです。これは、がんになれば一番いいんですけど、がんになったときは、早期発見ということが非常に重要になります。これは検診を受けるしかないですね。ですけれども、これは日本とアメリカの検診受診率を見ていただくと、アメリカではだいたい8割の人が受けています。ですけれども、日本では3割ぐらいしか受けていない。3割未満です。検診はこうやっ

てやるんですよということは、例えば胃がんとか子宮頸がん、乳がん、それから肺がん、大腸がん、検査法というのはだいたいもう決まっています。これは皆さん、普通に人間ドックとか、あるいは自治体が行う住民検診を受けていただくと、こういうものをやれるようになっていきます。

がんの早期発見のために



多くのがんは早期発見すれば治せます
年に一回の検診を受けましょう

スライド14

【スライド14】

今、医療が結構、進歩してきましたけれども、やっぱりがんは早期発見しないと治らないですね。これはがんのステージI、II、III、IVと書いてあります。これは5年生存率です。ですから、こういうステージIVという転移がある状態ですけれども、こういう状態で発見されるとなかなか、長期の生存は難しいということがあります。がんは早く発見すれば、ほとんどのがんは今、治る病気になりつつある。ですけれども、進行してしまうとなかなか治すのが難しい。こういう状況があります。

先ほどもお示ししたとおりですけれども、こういうがん種別に見ても、日本では胃がんにしても大腸がんにしても、検診受診率はだいたい、おおむね3割切っている、こういう状態なんですね。茨城県のほうでも、各自治体では一生懸命、検診を受けましょうということと呼びかけていると思うんですけれども、なかなか皆さんに検診まで足を向けてもらえない、そういう事情、状況があります。

私がここで最後にメッセージとしてお伝えしたいのは、多くのがんは早期発見すれば治せます。

ですから、年に1回の検診を必ず受けましょう、
ということを私のメッセージとさせていただい
て、私の話を終わりにしたいと思います。どうも
ご清聴ありがとうございました。

【講演 2】

「最新のがん治療」

(株) 日立製作所 日立総合病院
外科主任医長
丸山常彦 先生



今日は「最新のがん治療」ということで話をしますが、私は外科医、それもお腹の専門の外科医です。ですから、そちらに偏るかもしれませんが、聞いてください。お話する内容は、保険が効く治療のみです。がんの治療は、様々ありますが、保険が効く治療というのは、ある程度、ちゃんとしたデータがあって保険が通っています。保険が通っていない治療は、データがまだまだ乏しいです。ですから、一般の方全員にお勧めできる治療というのは、今のところはありません。本日は保険が通る治療をお話させていただきます。ただ、最後にロボット手術の話もしますが、それはまだ、お腹の手術については保険が通っていません。

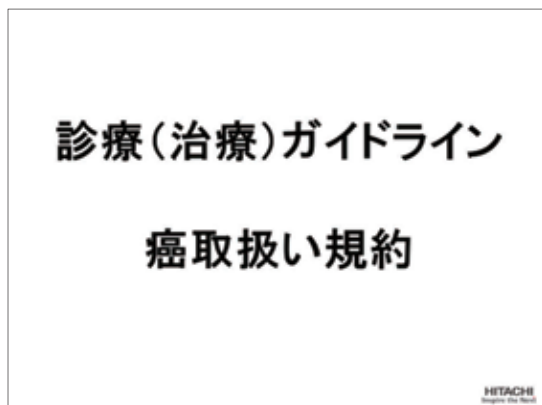
い病院というのは逆におかしいと思ってもらったほうが良いと思います。このガイドラインは本屋さんで売っていますので、一般の方でも目にすることができます。



スライド 2

【スライド 2】

これが胃がんの取扱い規約と治療ガイドラインです。2014年5月版ですが、学会は最新のデータに沿ってガイドラインを新しく作っています。



スライド 1

【スライド 1】

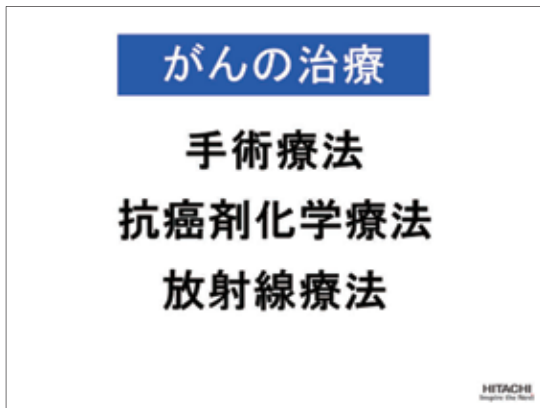
現在のがん治療は、学会とか研究会が、診療もしくは治療ガイドライン、それから癌取扱い規約というのをつくって、各病院の先生は、これに基づいて治療を行っています。ですから、基本的に全国どこの病院でも同じ治療が受けられるはず。このガイドラインに沿って治療をしていな



スライド 3

【スライド3】

こちらは大腸がんです。2014年版です。一番新しいガイドラインを必ず僕らは目を通して、それに沿って治療を行っています。



スライド4

【スライド4】

がんの治療は手術療法、抗がん剤化学療法、放射線療法が三本柱ですが、すべてこのガイドラインに載っています。それ以外にも様々な治療が試されていますが、試験の段階です。



スライド5

【スライド5】

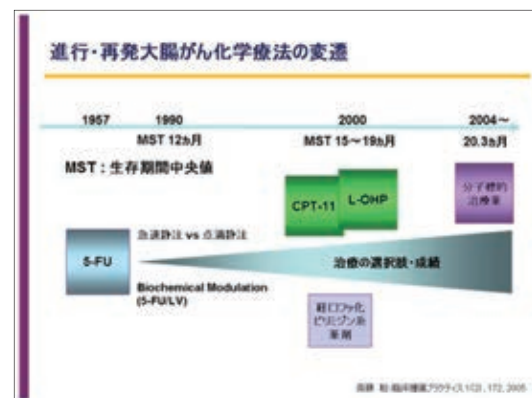
抗がん剤化学療法について、分子標的薬と個別化治療ということでお話をさせていただきます。



スライド6

【スライド6】

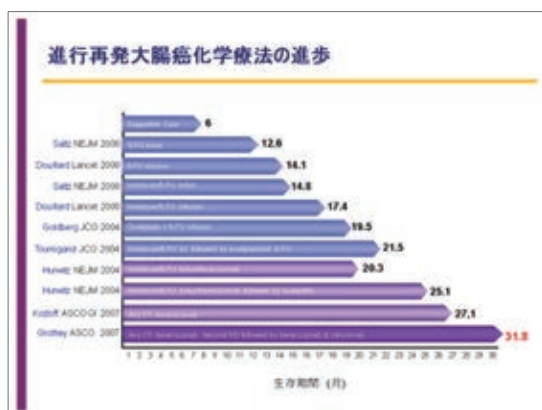
がんの目印を発見して、この目印を攻撃する薬の開発が最近行われ、分子標的治療薬というのができました。これができたことによって、抗がん剤の効果が非常に高くなってきています。



スライド7

【スライド7】

1957年ぐらいから、抗がん剤治療は始まり、最近では分子標的治療薬というのが使えるようになってきています。MSTというのは、生存期間の中央値ですが、1990年では、進行再発大腸がんのMSTは1年ぐらいでしたが、2004年以降は2年近くまでになっています。かなり抗がん剤が効くようになってきています。



スライド 8

【スライド 8】

これも大腸がんのグラフですが、大腸がんになって何も治療しなければ、6カ月の生存というデータがあります。抗がん剤治療を行うことによって、現在は31.8カ月という生存の中央値が出ています。何も治療をしないと半年であったのが、抗がん剤治療、分子標的治療薬を使うことによって、2年を超えて3年近い生存が得られてきています。これらは、ずっと入院して治療しているわけではなくて、外来で治療ができる時代になってきています。



スライド 9

【スライド 9】

進行再発大腸がんの治療ですが、このOSと書いてあるのは全生存期間ですが、生存する期間がこの10年間で、10カ月ぐらい延びてきています。



スライド 10

【スライド 10】

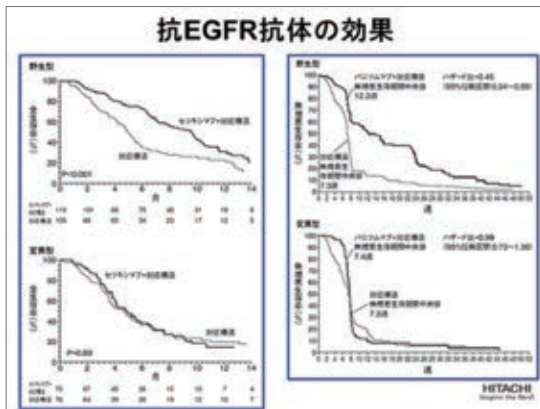
個別化治療と言いまして、今までの抗がん剤治療は、すべての患者さんに同じ治療を行っていたのですが、最近では患者さんに合った治療ができないかということでいろいろ試されています。K-ras 遺伝子と言いまして、同じ大腸がんでも、このK-ras 遺伝子が正常な方と、変異している、つまりおかしい方がいます。



スライド 11

【スライド 11】

その検査をすることによって、このK-ras 遺伝子が正常であれば、ある種類の分子標的薬の効果が期待できる患者さんがいます。K-ras 遺伝子がおかしい場合には、この分子標的薬の効果が期待できないので、副作用とか医療費の無駄を避けられます。現在は、大腸がんの抗がん剤治療をする場合には、このK-ras 遺伝子検査を必ずしてから行ったほうがいいと言われています。

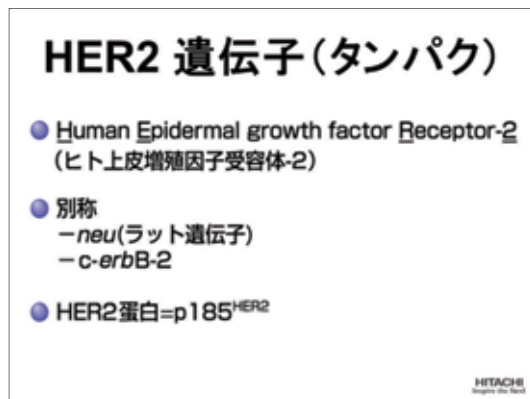


スライド 1 2

【スライド 1 2】

これは生存曲線と言いまして、右側に行くほど、生存している方が多い、生存している期間が長いというグラフです。このセツキシマブという分子標的薬ですが、K-r a s 遺伝子が正常であれば、この薬が効くため、セツキシマブという薬を使用すると生存が右側に延びて長生きする方が増えてきます。K-r a s 遺伝子が変異、異常であると、この薬を使用しても効かないです。

同様に、パニツムマブ、これも分子標的薬ですが、同じように、正常であれば右側にグラフが移ります。



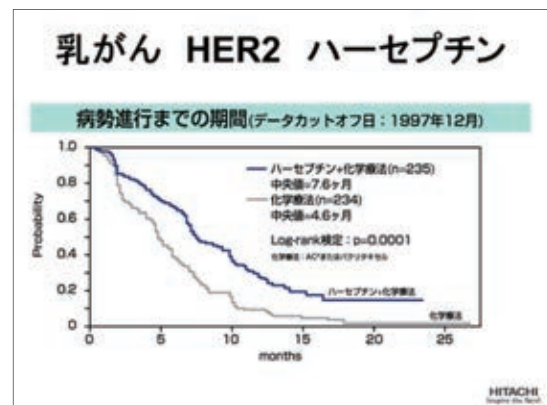
スライド 1 3



スライド 1 4

【スライド 1 3 ・ 1 4】

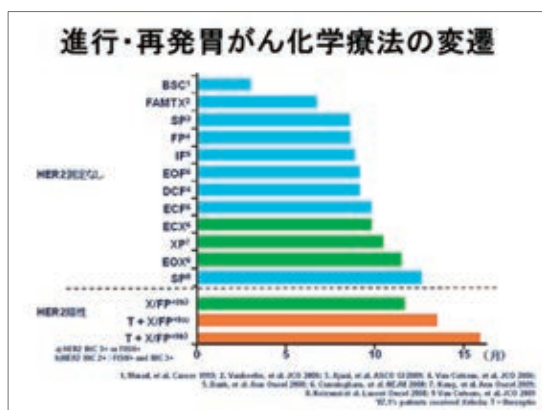
同じような遺伝子で、H E R 2 遺伝子というのがあります。ずいぶん前から、乳がんと言われていたのですが、このH E R 2 遺伝子が非常に多い乳がんの方というのは、生存期間が短いというデータでした。



スライド 1 5

【スライド 1 5】

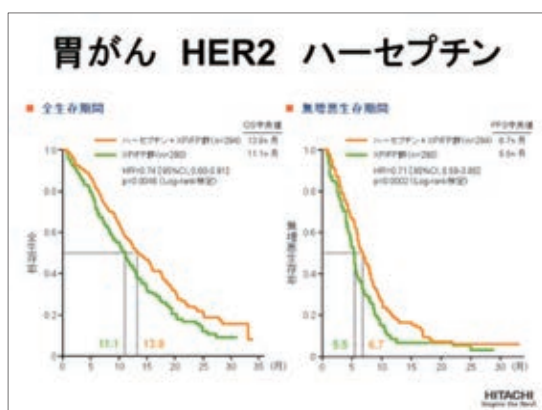
それに対しまして、このH E R 2 遺伝子を抑えるハーセプチンという薬が開発され、H E R 2 遺伝子がたくさん出ている患者さんに、このハーセプチンを使うと、右側にグラフが移動します。乳がんの患者さんにはH E R 2 検査を必ず行っています。



スライド 16

【スライド 16】

胃がんでも同じように、このHER2遺伝子というのがいっぱい出ている患者さんがいて、その患者さんにこのハーセプチンを投与しますと、もともと何もしなければ4カ月ぐらいの生存中央値だったのが、最近では17から18カ月ぐらいのMSTのデータが報告されています。本当はもっともっと生存期間を延ばしたいのですが、いろいろな薬が、開発されてきています。これも外来で治療が可能な薬です。



スライド 17

【スライド 17】

ハーセプチンを使うと、右側にグラフが移動して生存が延びているというデータです。個別化治療は、その患者さんに合った治療を開発するという事で、様々な遺伝子が調べられています。

手術療法

腹腔鏡(胸腔鏡)手術

ロボット支援手術 (da vinci)

スライド 18

【スライド 18】

次に、私の分野の手術についてお話させていただきます。腹腔鏡手術ですが、また最近話題になりましたが、一番の問題は、やはり保険が通っていない治療をするということです。肝臓でも術式によって腹腔鏡の手術で保険が通っていますので、それを確認して受けていただければ良いと思います。

ロボット支援手術、ダヴィンチ手術と言いますが、これも今のところ保険が通っているのは前立腺がんだけです。前立腺がんは当院では160例ぐらい、手術を受けられています。それ以外の臓器は、まだ保険が通っていません。当院でも、直腸がん手術を1例やりましたが臨床試験という形で病院の費用負担で行っています。

開腹手術

腹腔鏡手術

(手術支援ロボット手術 da vinci)

- ✓ 切除する腸の長さなど、範囲は同じ
- ✓ 創の大きさや、体に対する負担がちがう

スライド 19

【スライド 19】

皆さんに知っておいていただきたいのは、開腹手術も腹腔鏡手術も、切除する胃とか腸の長さの範囲はみんな同じです。切る範囲が小さくなるということではなくて、創の大きさや、体に対する

がんの手術

◆腫瘍から5～10cmはなれた部位で腫瘍を切り、
切除後に縫合をつなぎます（吻合）。

The diagram illustrates the surgical approach for colorectal cancer. It starts with a schematic of the large intestine showing the location of a tumor. This is followed by a cross-sectional view of the colon where a segment containing the tumor is marked for removal, with 10cm margins indicated on either side. The final stage shows the two remaining ends of the colon being reconnected (anastomosis) after the tumor-bearing segment has been removed.

癌のある部分とリンパ節を
同時に切除

10cm 10cm

吻合

**がんのある部分とリンパ節を切除
(リンパ節郭清) します。**

日本がん治療学会
JGCO

【スライド20】

[illegible]

【スライド21】

大腸癌の手術件数

Legend: 開腹 (Open Surgery), 腹腔鏡 (Laparoscopic Surgery)

Year	開腹 (Open Surgery)	腹腔鏡 (Laparoscopic Surgery)	Total
2007	140	10	150
2008	135	15	150
2009	135	15	150
2010	140	15	155
2011	145	15	160
2012	110	40	150
2013	90	50	140

HITACHI
Surgical Division

【スライド22】

[illegible]

【スライド22】

– 17 –

可能になっています。

(動画)

実際、お見せいたします。これはカメラが入ったところで、この真ん中が腸です。当院では、5ミリが3つに12ミリが2つの5つの筒を使って手術を行っています。これは直腸がんの手術ですが、見てお分かりになるとおり、細かい血管まで見えます。拡大視されます。これは超音波凝固切開装置と言いまして、1秒間で5万5000回震えて、組織を凝固しながら切っていく機械です。ほとんど出血しません。先ほどリンパ節を取るために周りの血管を取るというお話をしましたが、これは血管を処理しているところです。特殊なクリップで血管を処理しています。

人間の体の解剖は、きれいに切れるところがほしい決まっています。そのところをきれいに切ることによって、ほとんど出血しないで済みます。

今はこういう特殊なホチキスみたいな道具で腸を切ります。つなぐときも、周りをホチキスみたいものでつなぎます。昔は全部、手で縫っていたのですが、今はカメラで見ながら周りをホチキスみたいもので縫いますので、お腹を大きく開ける必要がないです。残った腸と向こう側の直腸をつないできて手術が終わりです。



スライド22

【スライド22】

次にダヴィンチのお話をいたしますが、先ほどお話ししましたように、前立腺がんの手術はダヴ

インチがある施設は第1選択になっています。3Dで見えます。

(動画)

これはダヴィンチを使って練習しているところです。普通の腹腔鏡はまっすぐしか鉗子が動かないのですが、ダヴィンチは手前がグルグル回ります。ダヴィンチを使うと、それだけ細かい手術ができると言われています。ミカンの皮をむいたりして練習しています。



スライド23

【スライド23】

当院で直腸がんの手術をしましたが、今後、胃がんとか直腸がんの保険が通るかもしれない。ですが、まだまだ、データが少なく、なかなか保険が通らない状況です。

(動画)

実際にやった映像です。ダヴィンチはすごく大きいです。

ダヴィンチを使ったとしても切る範囲は腹腔鏡や開腹手術とまったく一緒です。ダヴィンチがすごいのは、ここを切ったほうが良いなどと、周りで、みんなが見ながら手術ができます。この画像は2Dですが、執刀医は3Dで見えていますので、奥行きを感じながら手術をしています。非常にきれいな画像で、血管1本1本がきれいに見えます。手首のところが回りますので、血管とかが出しやすいです。

日本のがん診療の実際

患者さん

看護師

外科医

薬剤師

栄養士

心理療法士

放射線科

内科医

ソーシャルワーカー

【スライド24】

理想的ながん診療

医師
外科医
腫瘍内科医
放射線治療医
精神科医
緩和ケア医

看護師
がん専門看護師
化学療法認定看護師

薬剤師
がん専門薬剤師

栄養士

心理療法士

患者さん

ボランティア

ソーシャルワーカー

【スライド25】

スライド 26

【スライド26】

がんに対しての最新の治療というのはチーム医療じゃないかなと思っています。

今日も薬剤師さん、看護師さんに来ていただいています。いろいろなメディカルスタッフが一緒になって、さらに患者さんも患者さんの家族も一緒になってチーム医療で、がんの治療を行っています。これが一番の最新の治療じゃないかなと僕は思っています。以上です。どうもありがとうございました。

【講演3】

「緩和ケア」

茨城県立中央病院 緩和ケア部長
三橋彰一 先生

ご紹介に預かりました茨城県立中央病院の内科の三橋です。緩和ケア部長という名前になっていますが、がんを診ながら緩和ケア部長をやっています。緩和ケアの責任者をやらせていただいています。実際やっていることは、もちろん緩和ケアです。ただ、緩和ケア病棟で診ながら、小島先生と同じように、化学療法センターでも治療をしています。そちらもやりながら緩和ケアのほうをやっているということになっております。主に小島先生は消化器とか造血器が中心ですが、私は乳がんの患者さんを診ています。これは、歴史的に、96年に県立中央病院に僕が初めて血液内科医として来たときに、乳がんの患者さんを外科の先生でなかなか診る方がいないものですから、私が術後の患者さんをみんな診るという形にしながら、そういうふうになっているという状態です。なかなか緩和ケア1本に専念しきれないなというところがあるのが現状です。



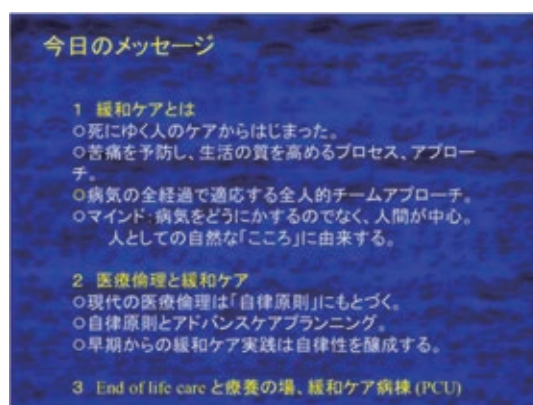
スライド1

【スライド1】

数年前に、がんタウンミーティングというのをやったときのスライドとかなり重ねて使っているところがありますけれど、出てくるのは化学療



法センターのマスコットキャラクターでございまして、別にどうでもいいですが、「でびた博士」と「ちいがみくん」と。これは「ちいがみくん」って、がんミーティングでしゃべったら、「ちりがみくん」と本に書かれまして、「ちりがみ」じゃなくて「ちいがみ」くん。名前の分かりにくい人ですみません。あまり、これを生かした記事じゃないですが、今日は緩和ケアのお話をさせていただこうと思います。



スライド2

【スライド2】

お手元にもハンドアウトがあると思いますが、今日のメッセージは、こんなところです。順番にいきますと時間もだいぶ過ぎておりますので、最後のほうは端折りながらになるかもしれません。

皆さんが病院に何か治療を受けに行こうという、ここの病院にこれをやれる医者がいるから行きましようとか、こういう良い治療があるから行きましようという形で決めるとは思います。緩和ケアに関しては、そういうことは、ありません。これからお話するように、ごく普通の診療です。誰かいい医者がいるからとか、そういう問題では全然ありません。「ここの病院は緩和ケアをやっ

ていますか？」と聞かれることがあります、これが一番答えに困る質問です。緩和ケアは、どの病院でもやっているはずのものです。今日は、そこをちょっと皆さんにご理解いただきたいなと思います。

(スライド省略)

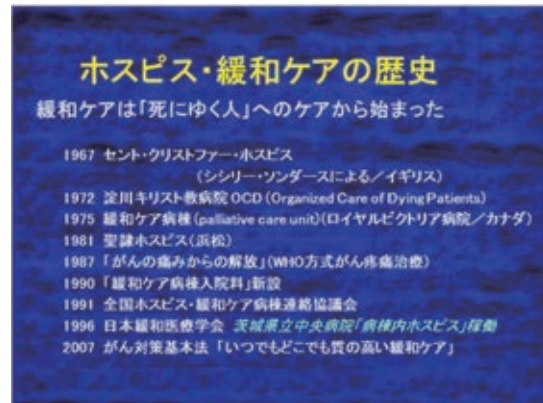
これは化学療法センターです。ここで実際、緩和ケアをやりながら、外来もやっているわけです。緩和ケア病棟のことは後でお話します。

(スライド省略)

皆さん、緩和ケアって最初に聞いたときに、イメージとして、顔でニコニコというマークを出していますが、緩和ケアでこういう顔のイメージを持っている方は、手を挙げていただけますか。ありがとうございます。そんなに多くはないけど、そこそこ。次はちょっと悲しい、泣いているイメージです。やっぱり結構いらっしゃいますね、ありがとうございます。ちょっとこれは、天使マークになっていますが、看護婦さんをイメージされてもいいですし、死をイメージされてもいいですし、いろいろありますけれども、いらっしゃいますか。この辺も、ちょっといますね。もっとこう暗いイメージをもっていらっしゃる方、いらっしゃいますか。これは、そうでもないですね。ありがとうございます。こういう教会マークが出ましたが、後で歴史のところではこんなのが出てきますが、なんかどうもキリスト教的なイメージがあるなと思っていられっしゃる方、いらっしゃいますか。ありがとうございます。最後、薬が飛んで出てきました。麻薬というイメージがある、そういう方は手を挙げてください。そこそこいらっしゃいます。ありがとうございます。

こういうところに来ていただく方というのは、前のときもそうでしたが、比較的、緩和ケアに関して正しいイメージを持っている。正しい・間違っている、というのは別にありませんが、僕らが期待するイメージを持って来てくださっている

ような方が多いものですから、最初のニコニコマークの方が多かったと。でも、やっぱり泣いているマーク、痛い、つらい、苦しいというのを何とかしてほしい、何とかする場所だ、そういうイメージを皆さん、持っていられっしゃるのかなというふうに思います。



スライド3

【スライド3】

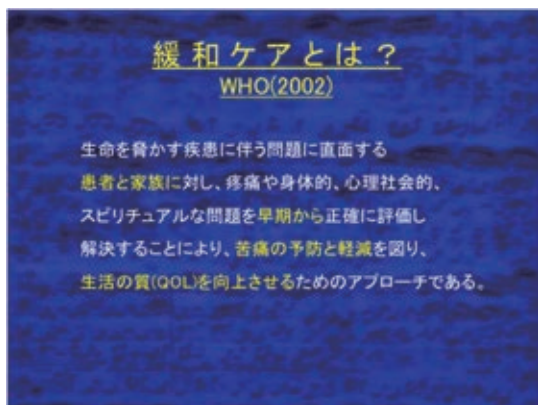
それでは、歴史についてお話していきたいと思います。緩和ケアは、確かに最初は死にゆく人へのケアから始まっています。最初は、現代の緩和ケアのお母さんと言われるシシリー・ソンドースさんが始めたセント・クリストファー・ホスピス、イギリスから始まって、日本でも結構早くて、1972年に柏木先生なんかが始められた淀川キリスト教病院で「Organized care of the dying patient」、これは今でいうところの終末期医療を司るというか、助けるチームというのができています。

今の緩和ケア病棟というものがちゃんとできた最初が、カナダのロイヤル・ビクトリアで、「Palliative Care Unit」という、今もこれを緩和ケア病棟とうちの病院でもPCUと略して言っています。これができたのが1975年。皆さん、だいたい自分の人生のいつごろだろうというのを思い出していただくと、つい最近のことなのかなというイメージがあるかと思います。

日本では最初に聖隷ホスピスが81年にできて、世界的に広がったWHOが、「がんの痛みからの解放」、こういう治療法をすれば痛みから解

放できますよ、というのを出したのが87年。私はこの翌年に医者になっています。90年に「緩和ケア病棟入院料」というのが日本で初めて新設されまして、だんだん緩和ケア病棟ができてきました。そして、2007年のがん対策基本法で、いつでもどこでも質の高い緩和ケアをやりましょうということで現在に至っているということになります。

県立中央病院では、実は96年に病棟内ホスピスというのが稼動しています。けれど、緩和ケア病棟の要件が変わりコストが取れなくなって、1度断念しております。そして昨年、やっとPCU、緩和ケア病棟を立ち上げたということになります。



スライド4

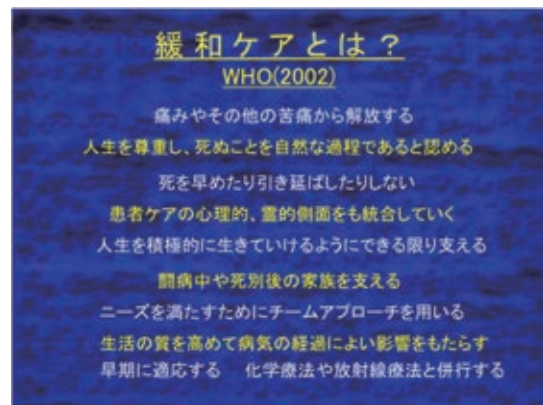
【スライド4】

最初は堅い話ばかりで申し訳ありません。WHOが、緩和ケアってこういうものですよという定義を出しています。2002年に改定されています。それで大事なものは、昔はもうちょっと狭い、がんの患者に、というようなことが書いてあったのですが、今は、「生命を脅かす疾患に伴う問題に直面する患者と家族」、と書いてあります。

P a t i e n t と書いて患者と訳しますが、日本語の大きな辞書を見ると、そもそも患者という言葉は、医者から見た目線の言葉で書いてあって、すごくネガティブなイメージ、本来の言葉でもっています。私はあんまりこの言葉は、好きではありません。「病気の方」でいいかと思っていますが、とりあえず、このように訳されていますので、「患者と家族に対して」、と考えられています。

身体的、心理的、社会的、スピリチュアル、スピリチュアルについては、また後でちょっと出てきます。早期から正確に評価して解決して、苦痛の予防と軽減を図り、生活の質を向上させるためのアプローチである、このように書いてあります。

キーワードは、黄色くしているところですね。患者さんと家族と両方です。早期からです。苦痛の予防と軽減を図って生活の質を向上させる。



スライド5

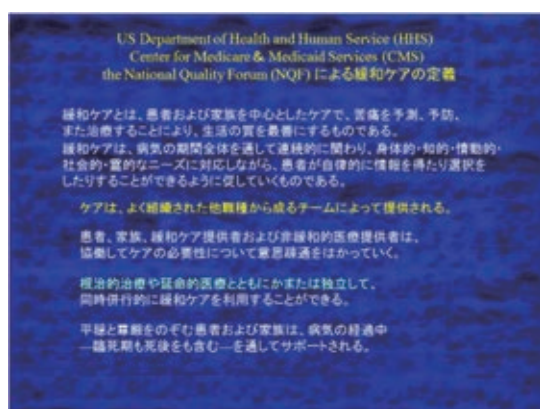
【スライド5】

その後にもいろいろと書いてあります。苦痛から開放する。人生を尊重して、大事なのはここですね、死ぬことを自然な過程であると認める。人間の死亡率は、100パーセントなわけで、遅い早いがありますけれども、やっぱりこれは自然な過程です。死なない人がいたら困るわけですね。そういう考え方です。そもそも看取りから始まったのが緩和ケアです。ここにそれが残っています。死を早めたり、引き延ばしたりしない。延命治療はしません。延命治療は、少なくとも緩和ケアに関しては対象とはなっていません。ただ、後でお話するように、がんの治療を受けながら、緩和ケア的な視点を持ったケアをしていきたいと思いますというのが現代の考え方です。

患者さんの心理的な、霊的な側面も統合していく。霊的というのは、日本語だと実存的と訳していることが最近多いのかなと思います。自分の命がなくなってしまう。自分が、いなくなってしまう。そのときに、それに対する漠然とした不安とか悲しみとか、家族がどうなってしまうだろうとか、そういった不安のことを、霊的な、というよ

うな言葉を使って欧米では表現していますね。そして、人生を積極的に生きていけるように、できる限り支える。さっき泣き顔が出ていましたけど、ニコニコって積極的に生きていけるように支える。闘病中や死別後の家族を支える。ご家族に関しては、死別後も対象になります。

これは、医者一人、看護師一人でできるものではないので、先ほどの丸山先生のお話の最後にチーム医療というお話がありましたけれども、チームアプローチを求めないとできません。いろんな人が集まって、みんなで支えましょうと。生活の質を高めて病気の経過により影響をもたらしましょうと。これは後でまた出てきます。早期に適用して化学療法や放射線療法と並行しましょうと。再発したがんは治りませんというのが、まず今のところの常識的な医学の考え方なので、そういう方に対して化学療法や放射線療法というのは、生活の質を高めるとともに延命をする治療でもあるわけですね。それと並行してやっていきましょうということですよ。延命したりしませんよと言いながら、化学療法や放射線療法という、ちょっとこの辺との兼ね合いが、定義の上からいうとなかなか難しい部分も出きます。



スライド6

【スライド6】

アメリカなんかで緩和ケアについてのガイドラインをつくっている組織がいくつかあって、ここでそのガイドラインを紹介します。その中には、延命についてのことは、あまり書いていません。患者および家族を中心にしたケアで、苦痛を予測、予防、治療することで生活の質を最善にするもの

である。これは、まあ、そのとおり、同じですね。病気の期間全体を通して連続的にかかわり、ここは大事ですね。身体的、知的、情動的、社会的、霊的なニーズに対応しながら、患者が自律的に情報を得たり選択をしたりすることができるように促していくものである。

これはよく言われている、患者さんが自律的に情報を得たり選択をしたりすることができるように促す。ご自分で進んでこういう道を選び取って生きてください。積極的に生きていくというのは、そういうことですね。まな板の上の鯉じゃ、困るわけですね。手術しましょうというとき、患者に、私に任せて下さいと医者が言うかといったら、今はあまりそういう人はいないと思います。昔はそれが普通だったわけです。

例えば、こんな治療法をやったら、こういう害があったり、こういう得があったり、こういうことが起きたりするかもしれません、というお話をしながら治療を決めていく。積極的に患者さんと医療者と家族とみんなでコミュニケーションしながら進めていきたいと思います。そのために必要なものが緩和ケアです。情報提供もそうだし、情報提供するためのお話をする場のセッティングのことなんかもそうですし、そういうこと全部を含めて緩和ケアというふうに言っています。

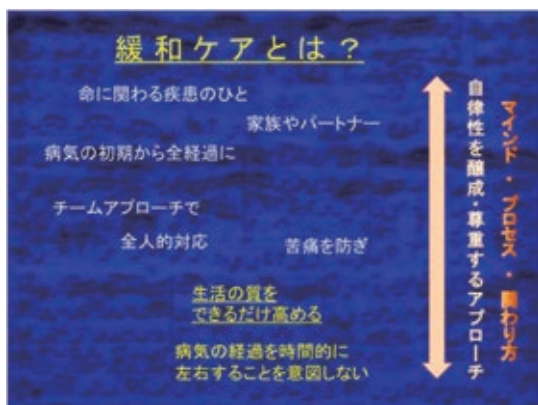
今言ったように、よく組織された、これが大事ですけども、多職種からなるチームによって提供されなければいけません。この辺にもそういうことが書いてあります。根治的治療、延命的治療とともに、または独立して、同時並行的に実施することができます。この人たちのガイドラインはそういうことでいろいろ使っているわけですね。



スライド7

【スライド7】

今のことをちょっと覚えておいていただいて、苦痛というと、いろいろある。これはさっきのシシリー・ソンドースさんが言ったことですが、苦痛には身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛があって、その奥の一番深いところに霊的な実存的な苦痛があります。痛みだけじゃないですよ。心の痛みも大事ですよ、ということです。



スライド8

【スライド8】

簡単にまとめると、緩和ケアというのは命にかかわる疾患の人や、家族やパートナーを対象にしていて、病気の初期から全経過にチームアプローチで対応していったって、全人的対応をして、苦痛を防いで、生活の質をできるだけ高める。がんの経過ですから、最終的には生活の質は下がっていきます。その中でも、なるべく今できる一番いい状態に持っていく、そういう発想です。病気の経過を時間的に左右することは、意図はしません。でも、できる間は、そういう治療と一緒にやってい

きましょうということです。全体を通して支えながら、その患者さんの自律性を醸成して尊重するアプローチです。何か一つの治療法があったり、薬の使い方があったりするのが緩和ケアということではありません。「緩和治療」と言わずに「緩和ケア」という、ケアですね、そういうことだと思っていただければと思います。

こういった、気持ちやプロセス、経過、過程、かわり方、そういうものを大事にして進めていきましょうと、医療者の中では教育も進めております。

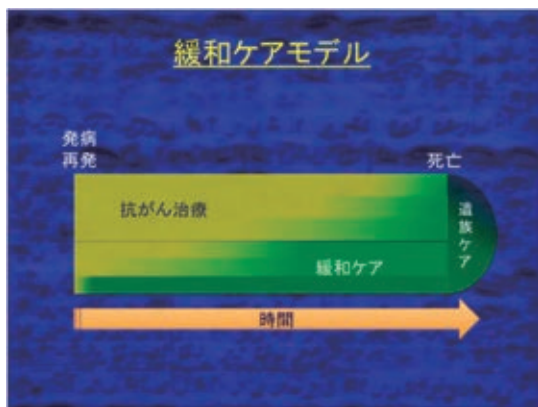
(スライド省略)

漢学で「惻隱の情」というのがあるのをご存知ですか。惻隱の情、聞いたことのある方いらっしゃると思いますか。ありがとうございます。僕らも教科書で、漢文で習ったので、分かるかと思いますが、孟子ですね。

「人皆な人に忍びざるの心有り。今人乍ちまち孺子の將に井に入らんとするを見れば、皆な怵惕たる惻隱の心有り」。

これは、池になっていますけれども、井戸だと思ってください。そこに赤ちゃんがコロコロコロと、ああ、落ちた！というのを見たときに、誰でも、ああ、まずい、どうしよう、かわいそうって思いますよね、パッと見たときに。それが「惻隱の情」だと。それを、孟子さんは何と言っているかということ、「仁のはじめなり」すべての人が持っているはず。持っていないのは人じゃないというわけですね。

緩和ケアもそうで、専門家とか、医療者だからということではなく、もうごく自然に目の前にいた人に対して出てくる人間の感情とか気持ちとか、そういうものを大事にしていきましょう。まずそこから始めましょう、ということ言っています。だから、僕は惻隱の情と重なるのではないかなというふうに思っています。



スライド 9

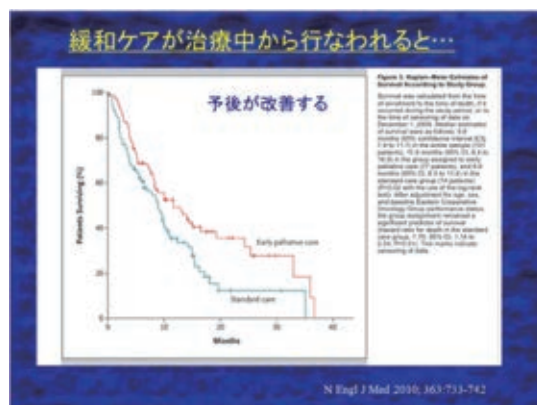
【スライド 9】

お手元のハンドブックにも出ていますが、緩和ケアのモデルです。治療が終わったら途中から緩和ケアとなっていたのが、最近は、病気が発病や再発した後から亡くなるまでの間、抗がん剤治療と一緒にやっていく。でも、だんだん緩和ケアの比重が増していく。また、亡くなった後でも遺族ケアとして続いていく。こういうことにモデル上ではなっております。

(スライド省略)

ということで、がん対策基本法に基づいて、全国の医療者に教育をしています。どういうことをやっているかという、さっき言ったように、細かい麻薬の使い方とか、そういう説明ももちろん教育していますが、こういうこともやっています。コミュニケーション技術。最初に患者さんが病気になって、ガーンと気持ちがすごく落ち込むような最初に、医者から説明を受けますよね。そのときのシチュエーションを、みんなでロールプレイして体験しながらやっています。医者、看護師、薬剤師。そういうときに、現場でこういうことに気をつけてくださいというプログラムがちゃんとできています。具体的には、場所をちゃんと用意しましょうとか、PHSの電源は切りましょうとか、そういうことから始めるような話をしています。なかなか、そう、うまいこといかない場合も多くて、場所もないですし、医者も茨城の場合は少ないですし、そういうこともありますけれども、これが緩和ケアのいろはの「い」というこ

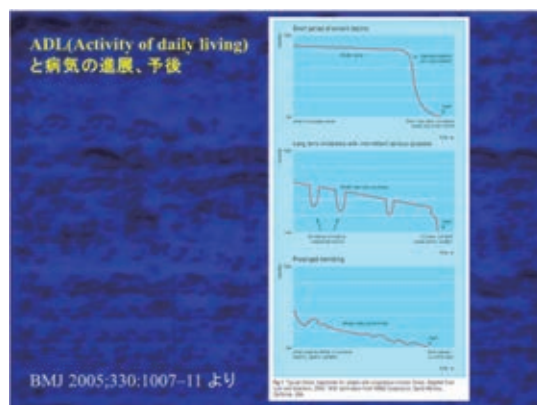
とになります。



スライド 10

【スライド 10】

また、こういうことをきちんとやると、予後が改善するという論文が2010年に出ています。これは『ニューイングランド・ジャーナル・オブ・メディスン』という、一番権威のある内科系の雑誌です。肺がんの患者さんの化学療法を普通にやった場合と、一生懸命、チームがかかわって緩和ケアを最初からやった場合、さっきの生存曲線にも出てきていますが、予後が改善するというデータが出ています。これはいろいろ議論があるところではありますが、やっぱり緩和ケアをやることで、その病気の経過にいい影響を与えるという、さっきのWHOの定義の目的のところを反映していると。

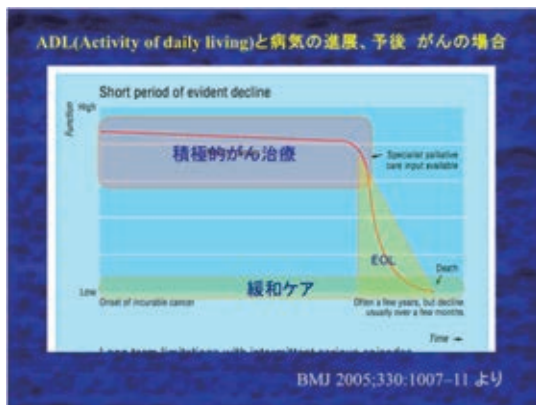


スライド 11

【スライド 11】

がんの病気の進み具合というのは、だいたいジワジワジワと来て、最後に急に元気が落ちてヒューと亡くなる。これが1カ月だったり、3

カ月だったりということですがけれども、そういうことが多い病気です。この辺は循環器病とかそういうので、時々フツと悪くなるけれども、繰り返して、そして最後は亡くなる。こちらは認知症とか、ダラダラダラダラと時間をかけて低くなっていく。そういうような経過だというふうに言われています。



スライド 1 2

【スライド 1 2】

がんの場合、抗がん剤の治療とか放射線治療などの積極的ながん治療は、ある程度、体の元気さレベルが保たれていないとできません。手術もそうです。放射線は、かなり遅くまでできる場合もありますが積極的がん治療というのは、この辺で役に立つ。緩和ケアはどうかというと、ずっとやっていきましょうということになるわけです。緩和ケアの中でも特にエンド・オブ・ライフ、終末期のケアに関しては、この最後のところです。ここが、いわゆるホスピスとか緩和ケア病棟というところで関与してくるようなところです。

医療倫理の原則	
米国型	
自律尊重	自己決定権、患者が自分で考えて判断する 自律性を尊重する
無害性	患者もしくは第三者にとって害になることはしない
与益	患者もしくは第三者にとって益になることをすべき
正義	公平・恩恵は分け隔てなく平等に 公正・医療資源を納得できるルールに基づき 公正に配分する

スライド 1 3

医療倫理の原則	
欧州型	
自律	人間を ①思考ができ人生の目標を設定できる ②道徳的直感をも、自己律法でき、プライバシーを守る ③外部からの強制を受けずに思考・行なうことができる ④政治的行動ができ、自己責任を保てる ⑤インフォームド・コンセントを行なえる能力 の総体として捉え、これを向上させる。
尊厳	人間やそれ以外の存在に高い道徳的地位を認めて それにふさわしい扱いをする。
不可侵性	人間が介入・改変すべきでない生命の核心部分を 保護するべき。
弱さ	人間は有限で弱い存在であることを相互に認識する。 弱い立場にある人に手を差し伸べ保護しなければならない。

スライド 1 4

【スライド 1 3・1 4】

今、医療倫理の中でこの自律性というのが一番大事だと言われています。米国型と欧州型とありますが、自律、尊重、無害性、与益原則、正義の原則と、こういう形で医学の倫理ですね、医療を行う上で、こういうことが言われて教育されています。そこで、自律を大切にしろというものが、もうすべて言われていることで、日本もこれに則ってやっております。緩和ケアというのはそういう意味でも大事になってきます。

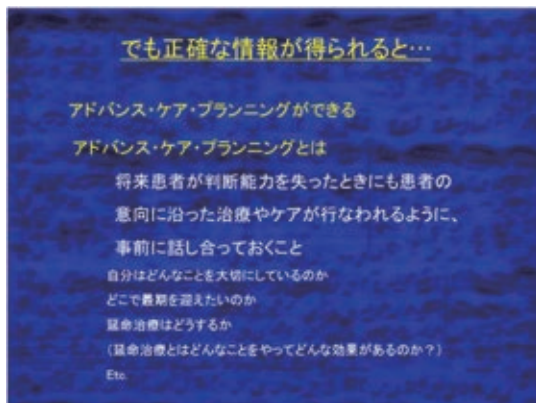
緩和ケアが治療中から行なわれると…
自律的判断ができるように適切な情報提供が行なわれる
適切な情報提供？
病状、治療法とその有益性、有害性。
予後、余命…。
どうなっていくのか？
何でもまっすぐ伝えればいいってものではない。
どういう情報をほしいのか、どこまで知りたいかは 患者さんによって異なる。

スライド 1 5

【スライド 1 5】

緩和ケアが治療中から行なわれると、自律的判断ができるように適切な情報提供が行われます。適切な情報提供とは、病状とか治療法とか有益性、有害性、予後とか余命、今後どうなっていくのか、といった情報をお知らせすることです。でも、例えば、「あなたは、あと 2 週間ぐらいで亡くなるかもしれません」というお話をご本人にするとして、教えてほしいという方も、自分は、それは知らないで頑張って生きていきたいという方もい

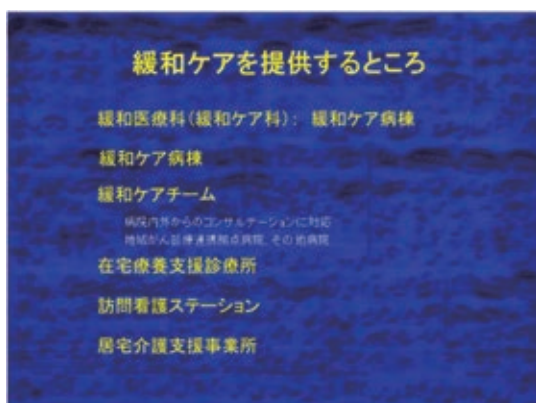
らっしゃると思います。どの時点で話してほしいという方もいらっしゃるかもしれない。でも、これはもう、その人その人、これこそ自律の原則です。だから、やっぱり僕らも訊いておきます。どこまでお知りになりたいですかと。そして、知りたいという方にはお知らせしています。



スライド16

【スライド16】

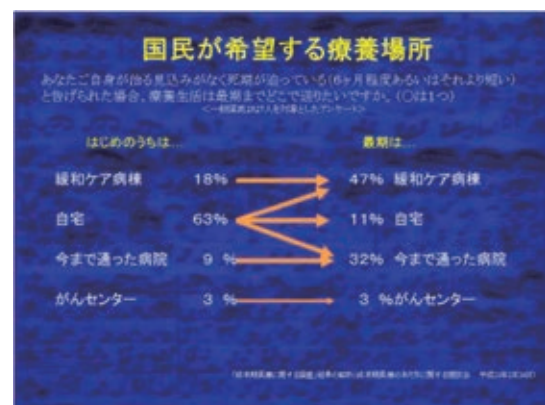
そういう情報が得られると、アドバンス・ケア・プランニングができます。アドバンス・ケア・プランニングとは、狭い意味でいうと、将来、判断能力を失ったときに、意向に沿った治療やケアが行われるように事前に話し合っておくことです。それよりもっと広い範囲で、事前に、自分はこういう状況になったらこうしたいとか、家のことをどうしておきたいとか、財産のことをどうしておきたいとか、そういうことも含めて全部、話し合っただめで進めていくということ。そういう情報があつたほうが、患者さんの苦痛は緩和できるということになります。



スライド17

【スライド17】

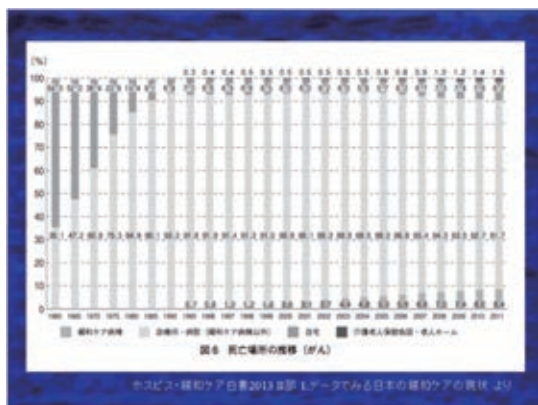
緩和ケア、終末期ケアも含めて、提供するところとして緩和ケア病棟しかないかという、そんなことはなくて、緩和ケア病棟、緩和ケアチームというのは、病院によってあります。チーム医療で支えているわけです。もちろん主治医も一緒に支えていきます。在宅療養支援診療所とって、訪問診療をしてくれるようなところも当然、緩和ケアを提供してくれるところに含まれます。訪問看護ステーションも大事なところ。居宅介護支援事業所というのはケアマネージャーがいるところですが、これも緩和ケアの場になっています。



スライド18

【スライド18】

国民の調査で、がんではない方に、ご自身が6カ月ぐらいの命で死期が迫っている状態だと告げられたときに、療養場所をどこにしたいですかというのがありました。緩和ケア病棟といった人が18%、自宅といった方が60%、今まで通った病院といった方が9%、がんセンターといった方が3%。これが最後の1カ月ぐらいになったらどうなりますかという質問に対しては、皆さん、最期は緩和ケア病棟がいいなという方が47%いらした。自宅といった方は、11%。今まで通った病院が32%。がんセンターが3%ということになっています。



スライド19

【スライド19】

実際はどうかというと、これは去年の「ホスピス・緩和ケア白書」です。緩和ケア病棟はだいたい8%前後ぐらい。病院が80%で、自宅もやっぱり8%ぐらいというのが、全国的なところですが、1960年、私が生まれたのはこの辺ですが、半分ぐらいの方は自宅で亡くなっていました。ちょっと小さい頃を思い出すと、そういうところが浮かぶ方もいらっしゃるかと思います。



スライド20

【スライド20】

実際、緩和ケア病棟で亡くなったがん患者さんの割合って、茨城県は5～10%、少ない感じがします。



スライド21

【スライド21】

在宅死の割合、がん患者さんでも、やっぱり5～7.5%。茨城と埼玉が少ないというのが、医者が少ない2県と一致しているかなと。上を見ると岩手とか青森とか、医者の少ないところのほうが少ないのかと思いながらちょっと見ていました。けど、これはよく分かりません。



スライド22

では、緩和ケア病棟とは？

- ・病態や治療法でなく、苦痛の緩和に焦点を当てる
- ・死を人生の自然な経過の過程と考え、忌避しない
- ・予後を短縮したり延長したりすることを意図しない
- ・身体的、心理的、精神的、社会的...さまざまな視点から統合的がんケアを実施する
- ・「死を待つ」「死めため」でなく、積極的に生きるために患者家族を支える(闘病中も死別後も)
- ・チームアプローチ: 医師のできることは30%くらい?
- ・生活の質を高めて病気の経過により影響をもたらす
- ・早期から適応する 抗がん治療中の方でも必要に応じて対応 ただしコストの問題がある

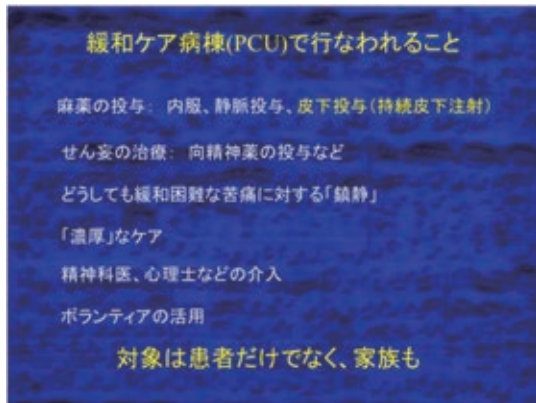
病気中心でなく、「人生」が中心

スライド23

【スライド22・23】

緩和ケア病棟とは、という話を最後にちょっと流してまいります。さっき言ったような緩和ケア

をやっていくところです。最期の近い方も多いため、がんの治療、積極的な治療ではなくて、いわゆる終末期の対応をしていくところです。病気を診るのとは違って、人生を中心にみていくところですよということになります。



スライド24

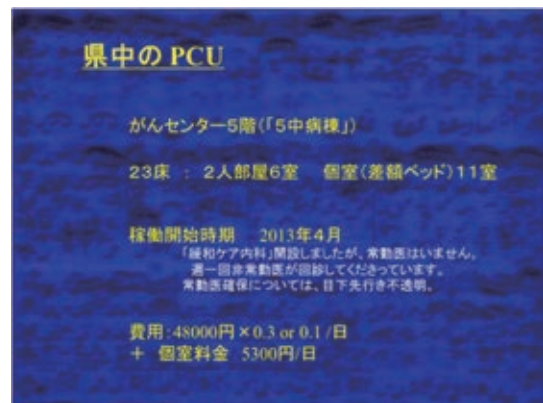
【スライド24】

実際にやることとしては、まず麻薬の投与。当然、疼痛に対してはやります。やっぱり入院する方だと飲めなくなってしまう方が多いので、皮下投与、持続皮下注射なんかで、苦痛がなくきちんと投与することができます。

あとは、せん妄の治療。せん妄というのは意識がおかしくなったり、幻覚が見えたり、今までと全く人が変わってしまったりする。そういうような状態で、だいたい最後の1カ月ぐらいだと、そうですね、3割〜7割ぐらいの方が皆さん、経験されている。最後の最後はほぼ、全員がそうだろうと。最後には、「お父さんが迎えにきた」というような方が時々いらっしゃいますが、そういう方もそうだろうと医学的には思っています。本当にいらしているのかもしれませんが。そういう方に対しては、やっぱり人間的にきちんと対応できますので、向精神薬なんかを投与します。眠らせるというわけではなくて、頭の中が病気の具合が悪いせいでごちゃごちゃになって、統合失調症や認知症みたいな状態に、見た目はなってきます。それも薬でコントロールできるので、きちんと投与すれば、ある程度、コミュニケーションができたりする場合があります。けれどやはり、最後の最後に具合が悪くなってくると、何をやっても駄

目になります。そういうときには、眠ってもらいようなお薬を使う場合もあるかなということになります。

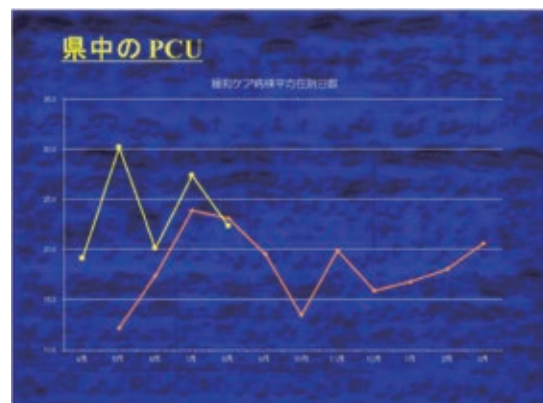
看護師さんの数も多いですから、濃厚なケアを受けることができます。あと精神科医、うちの病院だとこれがなかなか、積極的には、お願いできていないのですけども、心理士などがいて、いろんなケアをしてくれます。あとはボランティアなんかも関与する場合があります。ご家族に対してもケアしていきます。



スライド25

【スライド25】

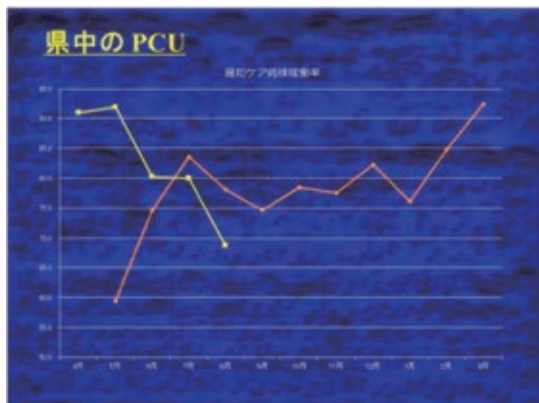
最後の最後に、うちの病棟のことをお話します。23床、昨年4月にできました。緩和ケア内科という科がありますが、先ほども言いましたように、腫瘍内科にいながらで、本当の専門家が今のところまだ、常勤でずっと付いているという形にはなっていません。各科の医者が頑張ってがんの緩和ケアをやっているということです。



スライド26

【スライド26】

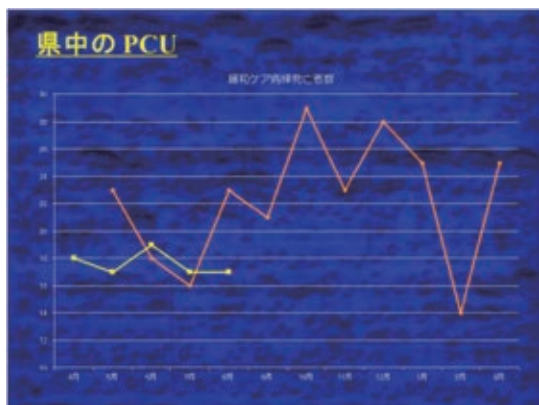
平均在院日数が、こちらが昨年度で、こちらが今年度ですね。少し長い時期もありましたが20日前後ぐらい。



スライド27

【スライド27】

稼働率は、夏場はちょっと下がる傾向があります。冬場は90%を超えたりして、今はまた上がってきています。だいたい平均的に80%前後ぐらい。



スライド28

【スライド28】

亡くなる方は、多いときだと、月に30人近く亡くなる時期もありました。もうすでに15、16人、今月亡くなっています。冬場はやっぱり増えてくる状態になっています。

(スライド省略)

場所は、がんセンターがここにあります。この5階です。これは廊下ですね。これが個室です。

こちらは、二人部屋になっています。真ん中を家具で仕切っています。ライトなど共用になりますが、半分個室みたいで、いい感じになっています。このソファが、うちの看護局長が言っていたが、笠間の栗をイメージしたソファだそうです。実際にしてみると、本当に栗みたいな感じです。これは家族控え室で、畳のスペースを少しですが用意してあります。この上でお子さんが遊んだり、ゴロンと横になったりできます。東側は、窓から県庁も見えたりします。これはそこの外にある花壇で、園芸クラブの人が一生懸命、整備してくださっています。こちらは、外の風景です。夏になると緑が豊かに、田んぼも見えてというような感じになるところです。

今日のメッセージ

- 緩和ケアとは
 - 死にゆく人のケアからはじまった。
 - 苦痛を予防し、生活の質を高めるプロセス、アプローチ。
 - 病気の全経過で適応する全人的チームアプローチ。
 - マインド：病気をどうにかするのではなく、人間が中心。人としての自然な「こころ」に由来する。
- 医療倫理と緩和ケア
 - 現代の医療倫理は「自律原則」にもとづく。
 - 自律原則とアドバンスケアプランニング。
 - 早期からの緩和ケア実践は自律性を醸成する。
- End of life care と療養の場、緩和ケア病棟 (PCU)

スライド29

【スライド29】

最後に緩和ケアは、治療法として、何かそこに行けばやってもらえるというものではありません。その患者さん患者さんのニーズに応じて、みんなで一生懸命、対応していく、そういうものですよ、ということをご理解いただければいいかなと思ってまいりました。ありがとうございました。

【講演4】

「がんを体験して

～患者の立場から～」

澤畠 淑子 先生

皆さま、こんにちは。日立から参りました澤畠と申します。どうぞよろしくお願いいたします。本日は患者の立場からということで、お話をさせていただきます。

私が初めてがんを知らされましたのは、今からちょうど5年前です。進行性の大腸がんです。先ほども播種という言葉が出ましたが、種をまく、そういった、ちょっと少し厄介ながんになります。

初めてお話されましたときは、まるで他人事のように聞いておりました。緊張しておりましたせいか、すぐにはピンと来なかったのですが、診察室を出ましたときに、ワッと涙があふれ出たことを覚えております。でも、本当のつらさを味わったのは、最初の手術の後でした。なんで私が、と、みじめで情けなくて、人生の敗北者になったような、そんな気持ちでした。当然、人に知られたくない、隠しておきたい、最初はそう思いました。でも、それが間違いであるということに、後で気づきました。逆に、病気のことを知っていただくことで、とても心が楽になる。周りの方々も安心してお話ができるのではないのでしょうか。

当然、そのような前向きの気持ちが持てるようにしてくださったのが、私の主治医と担当医をされたお二人の先生です。当時の私は、身も心も傷ついておりましたので、そんなときいつも笑顔で温かく優しく、「どうですか」、と声を掛けてくださいます。当たり前のことのようにですが、それが私にとっては、とても癒しになりました。だんだんプライベートのことも聞いてくださって、またお話をされたり、そうして少しずつ心を開いていくことができたのです。このように、一番つらく

大変なときに、心のよりどころになってくださった先生方について、いつも感謝しております。今でも、病院に行くのを嫌だと思ったことはありません。先生にお会いできるのを楽しみの一つとして、元気をいただいて帰ってまいります。その先生のお一人が、今日ここで先ほど講演をされました丸山先生です。

それでは、私の闘病の経緯と副作用について、簡単に述べさせていただきます。私は、平成21年の11月に最初の手術を行いました。その後2年8カ月の間に、合わせて3回の手術をいたしました。そして、そのわずか半年後に4度目のがんが見つかったのです。その間、抗がん剤の副作用にも悩まされました。特につらかったのは最初の抗がん剤で、足の皮がむけてしまうことです。最後には赤紫色になりまして、プヨプヨになりました。当然、歩くのもつらく、クッション性のよい履物や、入浴するときも厚手の靴下を履いて入浴する、そのような状況でした。3回目の抗がん剤では、寒さや冷たさに敏感に反応し、冷たいものに触れただけでピリピリと痛みが走ります。季節が冬なこともありまして、本当に日常生活が大変に困難な時期でございました。

また、最初の手術のときに合併症として感染症になってしまいました。薬というものがありませんので、1日2回、シャワーで洗い流すしか方法がなかったのです。完全にお腹が閉じるまで、4カ月かかりました。その間、横になるのも、また起き上がるのも、そして屈むのも痛くて、本当につらい時期でもありました。当時は一人住まいでしたので、今、考えると本当によく頑張っただけだと思えます。

そして4回目のがんですね。このときはもう手術もできず、余命も半年、よくて8カ月、抗がん剤治療でも2年の延命にしかありません、そのような状態でした。まったく予想もしていなかった事実を突きつけられまして、これでもう最後かもしれないと、さすがに動揺しました。実は15年前に、夫をすい臓がんで亡くしております。それだけに、娘たちにまた同じ悲しみ、寂しさを味わ

わせてはいけない、その一心で、また治療を受け入れることにしました。

それが今の5-FUという抗がん剤です。それはとても体に優しく、副作用も吐き気、それから食欲不振、こういった程度で、これといった強い副作用がございません。しかも、三つありましたがんも、一つは消え、残りもいくらか小さくなってきております。これは私にはとても体によく合った治療法だと思っております。

このような経験の中で私を支えてくれたのは、家族や友人、そして周りの方々です。副作用が続くとき、時々、愚痴を言うこともあります。でも、娘たちは嫌な顔もせず、さらりと受け流してくれます。これは大変、私にとってはありがたく、そうしてくれることで、逆に、もう少し頑張る、もう少し頑張ろう、そのような気持ちに自分で自分を励ますことができるのです。これが私を前向きな気持ちにさせてくれる一因でもあります。そして、闘病中に生まれました二人の孫、この子たちが私の元気の源になってくれているのかもしれない。また、病んでいるときの励ましのお電話、それから元気になったときのお誘い、そういった友人たち、本当に皆さんに救われます。

私は、自分の病気が、がんでよかったとしみじみ思います。がんだったからこそ、命というものをまじめに見つめ、向き合って、自分がどのような生き方をすればよいか、考えさせてもらえました。そして、一つの手術を乗り越え、またそれで少しずつ強くなってきたように思います。

起きてしまったこと、どうしようもないことで、クヨクヨ悩んでいても仕方ありません。それより、あしたの楽しみを見つけることです。例えば友達とランチの約束をしたり、催し物を見つけたり、先に楽しみが待っているということは、とてもすてきなことです。それから、自分が好きなもの、あるいは好きになれるものを見つけることもよいと思います。私はお花が大好きなので、ガーデニングを楽しんでおります。これは、以前の様なわけには、今はいきませんけれど。それと最近ハマっているのが、2年前から始めました家庭

菜園です。今年はジャガイモの収穫、それと夏野菜ですね。とても楽しめました。今は大根の成長が楽しみです。ニンニクも50個ほど植えつけました。日に2、3度、庭や畑に出ますが、それがとてもいい気分転換になっております。

がんは、つらいことが多いかもしれませんが、悪いことばかりではないと思います。おかげさまで、感謝の心や人を大切に作る心が、今までよりは少し強く感じられるようになったのではないかなと思います。そして、医療もどんどん進歩してきております。ですから、がんになったとしても、後ろを見ないで、前を見て歩いてほしいと思います。

貴重なお時間の中、ありがとうございました。また本日、このような機会を与えてくださいました丸山先生、それから関係機関の皆さまに、改めて感謝申し上げます。誠にありがとうございました。

【講演5】

「がんを体験して

～家族の立場から～」

伊藤 佳代 先生

今、ここに用意しました私の母への手紙を読みますので、母と家族の気持ちを酌み、一年に満たない闘病生活についてご理解いただけたらと思います。そして、少しでも皆様のお力になればと願っております。

日に日に秋が深まり、紅や黄色に染まった木々の間を吹き抜ける風には、もう次の季節の到来を感じる頃になりました。お母さん、そちらはいかがですか。私は周りの方々からの数多くの励ましに支えられ、お父さんとともに日々を送っています。今、この看護日誌を見ながら、お母さんと過ごした最後の日々を振り返っています。これを再び開けられるまでに、私の気持ちもずいぶん落ち着いたということでしょうか。いつも居るところに、あなたの姿が見えなくなり、優しい声が聞こえなくなる日が、こんなに早く来るとは思ってもみませんでした。私の心の奥の奥は、本当は寂しさで一杯です。でも、温かくほほ笑みかけるあなたの写真を見て、気持ちを前向きにしています。

朝な夕な話し掛ける私の声、届いていますか。胃がんを告知されてから1年満たない日々、私はお母さんを支えてきたと思っていました。しかし、それは私のおごりでした。重い病を背負っていたお母さんに、私のほうが力強く支えられていたのです。お母さんと別れて半年過ぎた今ごろになって、やっとそれに気づくなんて、鈍い娘ですよ。なので、「ごめんなさい」と「ありがとう」の気持ちを伝えたくて、ペンを執りました。

昨年5月、連休に益子へ行きましたね。そこで柔和なお顔の小さなお地藏様の焼き物を買って、いとおしそうに眺めるあなたは、とてもうれしそうでした。隣から隣へと建ち並ぶ益子焼のお店を見て回

り、お父さんと連れ立って歩く姿は幸せそうでした。でも、まさかその1週間後に、お母さんが胃がんを告知されるとは。あの日は朝食を終えてから、チューブ体操クラブに出かけていきました。行く途中で貧血を起こし、仲間の方に抱えられて、やっとの思いで家に戻りました。玄関に倒れ込んだあなたは顔面蒼白、これはただ事ではないと急遽、掛かりつけの病院に行きました。血液検査、その結果を見てから、胃の内視鏡検査、胃の上部に異変が見つかりました。内視鏡検査のときに吸引された多量の血液に、私は全身凍りついてしまいました。その後、主治医から説明を受けている間、私はあなたの手を握ってあげるのので精いっぱいでした。紹介状を頂き総合病院に向かう間、ショックを受けた私を気づかい、あなたは「ごめんね、ひどい胃の写真を見せられてびっくりしちゃったでしょう。本当にごめんね。でもお母さん、今、とっても冷静よ。がんを告知されたとき、頭の中が真っ白になって何も考えられなくなるというけれど、お母さん、落ち着いているから」。そう言って、ハンドルを握る私の手に、優しく自分の手を重ねてくれましたね。

家で待っているお父さんには、「検査の結果は胃がんだった、今から総合病院に行くね。大丈夫よ、私、冷静だから。お昼ご飯ちゃんと食べてね」。電話を終えてからも、お母さんは「大丈夫、大丈夫」繰り返して言いました。あのときはきっと、自分自身の気力を奮い立たせていたんでしょうね。そんなあなたの姿を見て、私は、お母さんは強い人だ、と思いました。

総合病院のロビーで診察を待っているとき、4月のころから血の混じる黒い便が出ていたことを聞かされ、私はさらに驚きました。なぜ、そのとき言ってくれなかったの。胃の辺りの違和感や痛みもあったでしょうに、どれほど不安になっていたことか。お母さんの心身の異常に、いつもそばにいる家族がなぜ気づいてあげられなかったのか。その思いは私の心に重くのし掛かり渦巻きました。しかしあなたは、お父さんと私に心配を掛けさせまいと黙ってただ一人、考え苦しんでいたのですね。

総合病院で再度検査を受け、さらに病状が明らか

になりました。進行性の胃がん、ステージはⅣ。腫瘍ができたところが胃の上部の窪んだところであるため、手術は難しいこと、抗がん剤のみの治療になることなどを担当医から説明されました。がんの告知を受けただけでもかなりのショックなのに、その上、難しい専門用語を並べての説明など、私には担当医の言葉が飲み込めず、その声は遠くへ消えていくようでした。お父さんはがっくりと肩を落としてしまいましたね。お母さん、つらかったでしょう。お父さん、お母さんの気持ちを考えると、私は胸が締め付けられる思いでした。

お母さん、今だから言います。実はあのとき私にだけ、がんは転移している可能性が大きいこと。そしてさらに、余命は13カ月であることを伝えられたのです。私は激しく動揺しました。しかし、胃がんと告げられても取り乱すことがないあなたを見て、私は決心したのです。このことは私一人の胸の中に納める。お母さんを支える。お父さんも支える。どんなに悲しくてもつらくても、決して涙は見せない。お母さんは体と心の苦痛に耐えているのだから、私も頑張ろう。自分自身への誓いでした。

がんと告知されたその日から早速、抗がん剤、T S－1の服用が始まりました。あなたは手のひらにのった小さな薬のカプセルを見て「これを飲み続けながら、がんと付き合っていきましょう」。家族に心配を掛けさせまいとの思いからの言葉でしたね。しかし、飲み始めて2、3日もすると激しい下痢。そして吐き気や嘔吐、口内炎、手足のしびれ、指先の感覚麻痺、極度の倦怠感、きゃしゃなあなたの体を、抗がん剤の副作用は容赦なく襲います。それはそれは、とても過酷なものでした。担当医から、多少の副作用はあると聞いていましたが、こんなにひどいとは。あなたもこれには耐え切れず、担当医に相談をしたところ、「では薬、止めますか」の一言。今後の治療法を聞くと「副作用の症状がこんなに出ては、もう抗がん剤は使えませんね」。私は目の前が真っ暗になりました。体力が落ち、足元がふらつくあなたを支えて、診察室を出るのがやっとでした。

医師に言われるままに治療を受けることに疑問を持った私は、胃がんについての基礎知識、症状、検

査方法、過去の手術例やそのデータ、そして治療を受けるにはどの医療機関がよいかなど、インターネットを使って、できる限り、情報を収集しました。補完代替療法、食事療法、がん患者さんの体験記などの出版物や新聞記事も山のように読みました。また、がんに関するテレビ番組があれば必ず録画し、お父さんやお母さんを心配させまいと、夜中にそれを見て、気になる点があればメモを取り、インターネットで検索する。あなたを守りたい一心で、私は必死でした。そして得られた情報をもとにセカンドオピニオンを受けることを勧めたのです。始めのうちは担当医に気兼ねし、ためらっていましたが、私の気迫に驚き、あなたは私の目を見つめ「分かったわ、任せるね」と言ってくれましたね。すでに調べておいた、がん診療連携拠点病院である茨城県立中央病院にすぐ手続きを取りました。

そこで紹介されたのは、永井秀雄院長先生です。昨年7月初めのことでした。先生は温かいまなざしで優しく語り掛けてくださり、またこちらの話にも熱心に耳を傾け、一つ一つ丁寧に受け答えをし、私たちに寄り添ってくださいました。不安とつらさが重なり、手探りの状態でいた私たち家族は永井先生によって救われたのです。院内のカンファレンスによって、今後の治療方針が決められ、これについても先生は、知識の少ない私たちにもよく分かる表現で、ときには繰り返し、ときにはゆっくりと間をとりながら説明してくださいました。永井先生を心から信頼し、気持ちも新たにあなたの表情は、とてもすっきりしていましたね。永井先生との出会いから、本当の意味で、あなたの胃がんの治療が始まったと私は思います。なぜなら、あなたの体を「Cure」一治す、だけでなく、私たち家族の心の「Care」一癒す、も引き受けてくださったからです。

その後、診察の度、先生は私たちが再び不安に陥ることがないように、常に穏やかに熱心に病状や検査結果について説明してくださいました。お忙しいにもかかわらず、話好きのあなたにお付き合いして、優しく応対してくださいましたね。あなたは病院に行くのを一度も嫌がらず、帰途に着くときは、表情

がより晴れやかだったのは、永井先生に診察していただけることの安心感と、あなたの気持ちをじっと聞いていただけることのうれしさがあったからと私は思います。先生のお力添えで、お父さんも私も、胃がんという重い病気を受け止め、前向きになれました。

お母さん、実はもう一つ、言わずにいたことがあります。今まで黙っていてごめんなさいね。それは私から永井先生にお願いしたことです。あなたの本当の病状、つまり厳しい状況にあるあなたの体について、両親には知らせないでほしいと。なぜ、そのようなことを？と思うかもしれません。しかし、お父さん、お母さんが日々考えるのは、あなたの体と病気のこと、今後のこと。夜も眠れずにいるかと思うと、これ以上苦しめたくはなかった。先生は、私のこの願いにゆっくりとうなずいてくださいました。診療の際、一つ一つ言葉を選びながら説明してくださる先生に、私は心の中で何度手を合わせたことでしょう。

放射線治療を受けているとき、その科の担当の先生や技師の方、看護師の方々が、常に明るく声を掛けてくださいましたね。食事についてのアドバイスの数々は助かりました。病気になる前に比べて食欲も低下し、味覚が変化し、敏感になってしまったお母さん用の食事づくりは、栄養のバランスや消化のことなども考え大変でした。でも、あなたに少しでも体力をつけてもらいたいと思うと、苦にはなりませんでしたよ。そんな私の気持ちを察してか、少量ではあったけれど、一口一口、ゆっくりと食べてくれましたね。ありがとう。

8月末には、25回連続の放射線治療が終わり、それまで抗がん剤をストップしていたためか、以前よりも頬に赤みが戻り、体は幾分、楽になったようでした。そんなお母さんの姿が昨年、秋の青空の下にありました。そしてその年の暮れ、お父さんの手打ちそば、おいしかったですね。年末恒例の歌番組も終わり、お父さん、お母さんが寝静まったところ、テレビから流れてくるカウントダウンの声を、私は一人、ぼーっと聞いていました。新年を迎える喜びなんて、ありませんでした。だって、お母さんと

もに過ごせる時間が少なくなっていってしまう。私は、ただただ無力感にとらわれていました。

でもそのとき、ハッと我に返ったのです。もっとつらい思いでいるのはお母さん、こんな私ではいけない。お母さんに残された時間は、あと数カ月しかない。その日々が穏やかなものとなり、どんな小さなことでも、そこに喜びと幸せを見いだしながら過ごしていこう。決して避けることのできない、やがて訪れる別離の悲しみや苦しみには目を向けず、お母さんにとってもお父さんにとっても、最も幸せな日々となるようにしよう。私は強く心に決めました。

1月もあつという間に過ぎ、節分、庭の白梅が咲き誇るころには、お父さん、お母さんの結婚記念日が、桃の節句では、あなたが手作りした木目込みの雛人形を飾り、時は移り行きます。少しでもゆっくり時間が過ぎてほしいと願う私の思いは神様には届かず、日めくりカレンダーは無情にも1枚、また1枚とはがされていきました。

3月の上旬には、体に負担が掛かる抗がん剤治療はやめ、身体的・精神的な苦痛を和らげ、QOL（生活の質）を優先した緩和ケアになりました。お母さん、あなたはここから、最期の日が近いことを悟っていたのではないですか。そして3月17日、永井先生の最後の診察となりました。この日、先生は大変お忙しい中、点滴をしているあなたのまくら元に駆けつけ、いつもと変わらぬ穏やかな声でお話し、手を握ってくださいましたね。「先生の手のぬくもりは、うれしかったね。ありがたかったよ」とその後、何度も言っていましたね。

この日以降、少しずつあなたの体力は低下し、通院治療は難しくなりました。「最期は家で」というあなたの希望、（これはお父さん、私も強く願っていたことです。）この希望どおりにするため、在宅医療に切り替えられました。私はこうなる日が来ることを以前から考えていたので、あらかじめ調べておいた、いばらき診療所みとに迷わずお願いしました。すぐに訪問看護師さんとケアマネージャーさんが来てくださり、治療計画が立てられました。家でも十分に療養が可能なことを熱心に説明してくださり、お母さん安心しましたね。容態が急変したときに備え、

24時間体制で対応していただけること、県立中央病院と連絡をつけていただけることも心強かったですね。在宅医療では、訪問診療の先生方、看護師や薬剤師、ケアマネージャーの方々に、こんなにまで看護とサポートをしていただけたとは思っていませんでしたから、とてもとてもありがたかったですね。

お父さんも頑張りましたね。お母さんが少しでも安らげるようにと、すてきなクラシック音楽をかけてくれましたね。丹精込めて育て上げた色鮮やかな様々な品種のチューリップや、お母さんが大好きなクリスマスローズを、ベッドに横になっていてもよく見えるところにたくさん飾ってくれました。ベッドから起き上がることも、ましてや歩くことさえ困難になってしまったお母さんの体をしっかりと抱きかかえてトイレの往復。「温かいタオルで気持ちいいね」と声を掛けながら手足をふき、布団を掛け直し、訪問看護師さんから教えていただいたとおりに、小さく砕いた氷をそっとお母さんの口に含ませ、おかゆを冷ましながら口元に運び。お父さんの献身的な看護に、お母さんは、やっとなる声で「申し訳ないね。」でも私は分かっていました。お母さんの目は、うれしい、ありがとう、と物語っていたのを。そんなお父さん、お母さんの姿を見て、私は、夫婦愛だなと深く感じたのです。

4月に入り、時計の針が動くのと同じくらいのスピードで、あなたの容態は悪化していきました。スプーン1杯の水も受け付けなくなってしまったとき、力のない声で、こう言いましたね。「ゴクゴクってお水飲みたいね」。私は、それにはこたえられませんでした。それまでどんなに痛く、苦しいときでも、耐えに耐え、それを口にすることはなかった。我慢せず、痛いときは痛い、苦しいときは苦しい、寂しいときは寂しいと言ってほしかった。病気は代わってあげられないけれど、そばに寄り添って手を握るぐらいのことはできたのに。私はなすすべもなく、「ごめんね」と心の中で何度も繰り返しました。あなたのその声が耳から離れず、そして、痛みであなたの目元から優しさが少しずつ消えていってしまうのに耐えられず、セデーションを行うことにしたのです。ごめんね、お母さん、もっとあなたと一緒に

いて、温かいタオルで顔を拭き、あなたのつややかな髪を整え、手をさすり、柔らかくつ下を履かせてあげたかった。しかし、もうそのときは、「もっと頑張って、もっと生きて」とは言えなかったのです。

4月13日午後、あなたの意識が低下し始めたころ、私はお母さんが大好きな曲「アメイジング グレイス」をピアノで演奏しました。これまでありがとうの言葉に代えて。

翌14日、その日は朝から青空が広がり、お母さんのように温かく優しい光に包まれた春の日でした。お昼少し前、あなたは残されたわずかな力で、ほんの少しだけ目を開け、あなたの周りで見守る親類、友人の方々、近所の方々を確かめるようにしてから、静かにスッと眠るように逝きましたね。本当に安らかな最期でした。

お母さん、あなたは最後まで、がんとは闘わず、それを自分の体の一部として受け入れ、心乱すことなく生きましたね。娘として誇りに思います。県立中央病院、いばらき診療所みとの先生方、看護に携わってくださった多くの方々、そして多くの友人の方々、近所の方々の励ましは、お母さんを支えてくださり、お母さんの優しさと力強く生きる姿は、お父さんと私をずっと支え続けてくれました。天に旅立ったお母さんの、安らかでほほ笑みかけるような顔を見詰めていたとき、あなたの声はお父さんと私にはっきりと届きました。「とても幸せだったわ。」お母さん、これまで本当にありがとうございました。

◎質疑応答・自由討論（敬称略）

司会 茨城県立中央病院 病院長 永井秀雄
パネリスト 茨城県中央病院 副院長兼化学療法センター長 小島 寛
(順不同) (株)日立製作所 日立総合病院 外科主任医長 丸山 常彦
茨城県立中央病院 緩和ケア部長 三橋 彰一
澤島 淑子
伊藤 佳代
水戸済生会総合病院 緩和ケア認定看護師 黒澤 薫子
茨城県薬剤師会常務理事・地域医療委員 根本ひろ美

○司会

それではこの後、質疑応答にいきたいと思います。今日、講演された方々のほかに、看護師の立場で水戸済生会総合病院看護課長の黒澤薫子先生にもお越しいただきました。黒澤先生は緩和ケア認定看護師、在宅ホスピス担当看護師、がん相談支援相談員という肩書きもお持ちです。それからもうお一方、薬剤師の立場ということで、茨城県薬剤師会常務理事の根本ひろ美先生にもおいいただきました。根本先生はねもと薬局グループの代表も務められ、また茨城県の地域医療委員会の委員長もお務めでございます。

ご参加の皆さまがこのセミナーに申し込みをされたときに、ご質問のある方はどうぞということをお願いしましたところ、20 近くのご質問を頂戴いたしました。時間も限られてきましたので、その中から幾つかを取り上げて、お答えいただきたいと思います。

大きく分けまして予防・検診の話、それから治療に関すること、それから療養の生活に関すること、四つ目として緩和ケアに関すること、このように分けてご質問を整理してみました。

予防・検診に関することでは、こんなご質問がございました。「父が胃がんで手術しました。再発はありますか。また、がんの術後の健康管理、特に転移・再発を防ぐために注意することを教えてください」。また別の質問ですが、「13 年前にがんの手術をしました。その後、血液やCTなどの検査を続けていますが、ほかにもやっておいたほうがよいことがあればアドバイスいただきたい」。

いずれもがんの手術後のことですので、外科医の丸山先生に、簡単にお答えいただければと思います。

○丸山

手術の後で再発はありますかというご質問ですが、残念ながらいいとは言えません。ただ、特に胃がんの場合は、早期で発見されますと再発の率は非常に少ないです。ですから、なるべく早い時期に見つかって手術が行われれば、再発は少ないと思います。ただし、それでも絶対にいいとは言えません。そのために手術の後、転移・再発がないかどうかというのを最低5年間は病院に定期的に来ていただいて、CTや血液検査でチェックしています。5年間、再発がなければ病気は治ったと判断していますので、手術で治療が全部終わりというわけではなくて、その後の定期的な病院の診察が大事ですので、必ず病院に来ていただきたいです。

術後の健康管理については、普通の一般的な健康的な生活で良いと思います。手術したからと言って、これしちゃいけない、あれしちゃいけないということはありません。

もう一つ、13 年前にがんの手術をした方ですが、先ほどもお話したとおり、5年間過ぎれば、そのがんは治ったと判断します。しかし、また新しいがんができる可能性が、どうしてもあります。ですから必ず検診とかドッグなどを確実に受けていただいて、最初のがんが治ったとしても、次のがんも早めに見つけていただくという事が良いと思います。

○司会

ありがとうございます。よろしいでしょうか。そのほか、がんの発生に関係することとして、「遺伝するがんはあるでしょうか。」という質問をいただいています。これは先ほどの小島先生の講演の中でかなり詳しくお話いただいたので、回答はこれに代えさせていただきます。

それから、「がんの予防のために日常の生活習慣で気を付けることはありますか。」というご質問をいただきました。これにつきましても、先ほどの講演にもありましたし、また、お手元の資料の中に、「がんを防ぐための新 12 カ条」というパンフレットの中にも書いてあります。これを参考にさせていただきたいと思います。

治療に関するご質問、これもたくさんいただいておりますが、全部は取り上げられませんので、幾つかに絞らせていただきます。「手術をして現在、抗がん剤を使用し1年たちました。主治医からは2年半の命と言われました。何かよい治療法はないでしょうか。また、今後どのようなことが体に起きるのか、教えてください」。これは小島先生、お願いいたします。

○小島

この文面から判断させていただきますと、がんが再発したか、あるいは手術で取り切れなかったということで治療を受けていらっしゃるかと思います。それで、残念ながら、再発してしまったがんというのは、多くの場合は、これは現在の技術では治せないことが多いです。ただですね、治療法は、いろんな治療が出てきています。先ほどの丸山先生のお話にもありましたが、普通の抗がん剤以外にも、分子標的薬という新しいお薬も出ています。できるだけこういう治療ができるようにするというのも大事です。

ですけれども一方で、先ほどの患者さんのお声にもありましたとおり、抗がん剤によって日常生活ができなくなるような副作用が出てしまうということもあります。ただ単に延命すればいいのではなくて、大事なことというのは、普段の生活ができる。自分が生き生きと本来の生き方ができる。そういう中で延命していくということが大事だと思いますので、お薬を使いながら、できるだけ主治医に相談して、副作用の少ない方法で考えていただく。

治療というのは、これは主治医が勝手に決めることではなくて、皆さんの人生観もありますし、主治医が患者と相談しながら、患者の皆さんと相談しながら、その人に合った治療を探していくということになっていますので。先ほど伊藤さまのお話にもありましたが、必ずしもがんと闘うのではなくて、どうやれば自分らしい生き方ができるかということを考えていただきたいと思います。

○司会

ありがとうございました。治療に関しては、まず手術。「腹腔鏡の手術と開腹手術との違いについて、よい点、悪い点を教えてください」。丸山先生の講演の中で、ずいぶん詳しく言っていただきましたけれども、簡潔にまとめていただけますでしょうか、腹腔鏡手術は事故などがあって話題になっています。丸山先生、お願いいたします。

○丸山

よい点は明らかに患者さんの体に対する負担は少ないです。手術の傷跡も少ないです。悪い点は、技術が必要な治療ということと、何かあったときにすぐに対応できないところです。何かあるというのは、手術中の出血とか、お腹の中の癒着とかですね。

ですから、先ほどもお話ししましたとおり、腹腔鏡の手術は良い点もありますが、安全性が確保されていないといけません。何かあったときには開腹手術ができるような形でやらせてもらっています。

○司会

ありがとうございました。いい点もありますけれども、技術的にも高度な技術が要求される手術であるとのことですね。確かな理解、確かな施設で受けられることをお勧めしたいと思います。

次は、抗がん剤のことに移ります。「抗がん剤は副作用があり、つらく苦しいものと聞いています。どのような副作用があり、その副作用を取り除く方法はないのか、教えてください」。これにつきましては、薬剤師の根本先生、お願いいたします。

○根本

薬剤師の根本でございます。抗がん剤の副作用はたくさんあります。有名なところとしては、気持ち悪さとか食欲不振、それから毛が抜ける副作用というのは、皆さん、ご存知かと思いますが。あと先ほどのお話に出たように、皮膚に出るもの。湿疹とかにかきびと、そういうのが出たり、下痢がひどくなるということもあります。

ただ、抗がん剤の副作用は完全に取り切れないとしても、ある程度、緩和できるように、必ず副作用対策というものがされておりまして。先ほど先生方もおっしゃったのですが、医療費のことできちんと対応されているものに関しては、事前に副作用の対応策というのをきちんと聞いておくことも大事になると思います。

どうぞ、調剤薬局の薬剤師もなかなか下を向いていて、何か忙しそうだなと思うことがあるかと思いますが、ちょっとお願いしますと言ってみてください。薬の専門家ですので、それなりの答えはします。あと連携といって病院とも処方せんを持ってくることで連絡が取れる体制に、いつもなっておりますので、聞いてみることをお勧めいたします。また、茨城県薬剤師会には、お薬相談の窓口もございます。お薬のことでしたら、どうぞご相談下さい。

○司会

ありがとうございます。医師の立場で三橋先生、アドバイスをお願いいたします。

○三橋

抗がん剤の副作用は、根本先生からお話のあった様に、いろいろなものがあります。検査して分かるようなこともあれば、本当にいろいろです。薬の種類によっても違います。

抗がん剤の治療を始めるというとき、必ず僕らは、こういう副作用があって、いつごろ出ます、どの程度出ます、対応策はこうです、というお話をするようにしています。私のいる化学療法センターでは、さらにまた看護師さんや薬剤師さんが、パンフレットなども使いながら、対応策が分かるようにお話をしています。そして積極的に副作用に対応していきましょうということになれば、まずは、ご自分自身でのケアを一生懸命、更にご家族、みんなでケアをしていくことで、副作用もかなり改善することができると思います。皆さんの治療への前向きな気持ちを整えながら、衰えることなくさらに高めていくこともできます。自分で何とかしていくんだ、みんなでやっていこう、自分もこうやれば乗り切れるんだという気持ちを持つことが一番大事です。最初から、抗がん剤は怖い、嫌だ、もう自分はダメだ、副作用はつらい、といったことばかり考えてしまうとなかなか乗り切れないこともあると思います。やはり、きちんとした情報の提供を受けて、それをサポートしてくれるような場をつくることです。これを、できるだけ提供するのが僕らの務めだと思っています。そして患者さんも、しっかりと医療へ要求していく。正しいことを聞いてもらうことが大切だと思います。初めに申し上げたように薬によって違いますので、病院や主治医の話をよく聞いていただくのが一番だと思います。

○司会

ありがとうございます。続いて療養生活に関するご質問に移ります。こういうご質問がございました。「現在、親とは別に暮らしています。親ががんなどの病気になり、面倒を見なければならなくなったら、仕事を続けていけるかどうか不安です。国は在宅医療を充実させると言っていますが、今後そのような世の中になるのでしょうか。また現在でも、訪問診療や訪問看護などの制度がありますが、現在どの程



度普及しているのでしょうか。そのような制度を利用すれば、家族が介護しなくても大丈夫なのでしょうか」。このご質問については、まず看護師の立場から、黒澤先生、お願いいたします。

○黒澤

水戸済生会総合病院の黒澤です。現在、本当に国のほうが在宅医療を推進しておりまして、どんどん、これから在宅医療のほうは広まってくると思われます。茨城県でも、すでに在宅療養支援診療所という形で出ているのが 167 件ほどあります。訪問看護ステーションで、正式に会員として認められている施設が 70 カ所、地域によって、まだまだばらつきはありますが、増えてきております。

がんの患者さんを主に見てくれる訪問看護ステーションとか、在宅の看取りもしてくれるというところも、全部の数ではありませんが、やはり増えてきておりますので、先ほどお話してくださった伊藤さんのように、おうちに帰るのであったらここというように、前もって情報を集めて、迷わずそちらに連絡するのもいいと思います。今日配られたパンフレットの中にも掲載されているがん相談支援センターというのが茨城県にはたくさんありますので、ご相談いただけると、そういったところも教えてもらえるかと思います。

ただ、私も仕事している身として、親ががんになったときというのは、常に考えさせられるところなのですが、先ほどの伊藤さんのお話を聞いていても、自分が後で後悔をしないように、人に任せて見てもらうのもいいかもしれないのですが、やっぱり家族として、自分も面倒見なくちゃいけないなというふうに感じさせられました。以上です。

○司会

ありがとうございます。訪問診療というと医師、看護師というイメージがありますがけれども、薬剤師さんも今は積極的に地域の在宅ケアにかかわっているというお話をお聞きします。薬剤師の根本先生、このことについてご意見ございますでしょうか。

○根本

ありがとうございます。茨城県の薬剤師会では平成 18 年ぐらいから、緩和ケアのことで研修会をしたりしております。各市町村に、在宅相談担当窓口薬局を設けておりますし、また、1000 件ぐらい

薬局があるんですが、その半分は24時間対応薬局になっております。お電話での問い合わせとか、在宅という面で言えばかなりその辺のところの普及はされてきております。とにかく自分に気が合った薬局さんを見つけておいて、後はインターネットで調べますと、24時間対応している薬局も出てきます。茨城県の薬剤師会のホームページに載っておりますので、あらかじめ調べておいていただけるといいのではないのでしょうか。

それと、やはり24時間365日、私たちも生きているように、皆さん、がんの方もそうやって生きているわけなので、私たちだけじゃない。薬剤師だけじゃなくて、ドクターだけじゃなくて、今、看護師さんのお話もありましたけれども、そういうチームで支えていく。その中に必ず、自分のがんの患者さんだったら、家族に見放されていたら、つらいですね。ということになると、やっぱり家族のお手伝いも必要になってくるのではないかと思います。「みんなで支えていく」事が、これからの医療になっていくかと思っています。よろしくお願いいたします。

○司会

ありがとうございます。今日はがんを体験した患者さんと家族の方が来ておられますので、お伺いします。「自分や家族ががんになって困ったこと、つらかったこと、また逆によかったことがあれば教えてください」。患者さんの立場でお話されました澤島さま、繰り返しになるかもしれませんが、まとめていただけますでしょうか。

○澤島

まず、困ったことですね。これは免疫力が相当低下してきているということなんですね。ですから、私が何かしたいなと思っても、思うようにできない。体力に無理がきてしまう。自分が今できるつもりでやってしまっても、後で、何というんですか、回復するまでに相当な時間がかかってしまう。そういった、やはり体力の低下。ですから自分で本当に自分を管理しなければいけない。そういったことが困ったことの中にも入るかなと思います。副作用とかそういうことは、もう、がんを経験すれば、それは当たり前のことになってしまいますので、それは本当に、皆さんもご承知のことだと思います。

また、よかったこと。それは先ほどのお話の中にもありましたけれども、やはり人の、皆さんの心の大切さとか感謝とか、そういったものを、また改めて考えることもできたこと。そういったことも。それからもう一つは、これはちょっと、適切ではないかもしれないんですが、私、実は、がんになる前と今とでは15キロの差があります。ですから、体が軽くなったということで、とても散歩が楽になります。でも病気でね、やせるということは、あまりいいことではないんですけども。やはり、ひざとか、そういったところに、体が太っていますとかなり負担が掛かりますので、やはり病気の原因にもなりますので、やせたほうがいいかなと思います。以上のようなことです。

○司会

ありがとうございます。ご家族の立場で伊藤さま、お願いします。

○伊藤

先程、先生のお話にもありましたように、私たちは、いずれ死に向かいます。がん＝死と考えますと、本人も家族も辛く悲しい思いだけになってしまうと思います。初めの頃は、母も家族も不安や葛藤がありました。しかし母はがんを受け入れることで最期まで穏やかな気持ちを持ち続けながら過ごすことができたのかと思います。

良かったことは、今、澤島様もお話して下さいましたが、周りの方々の支えや励ましの数々がたいへん心に響いたことです。皆様からいただく一言ひとことと言がたいへん有り難く、そして、一日一日を過ごせることに幸せを感じる。ほんの僅かではありますが、心が成長したかと思っています。

○司会

ありがとうございます。恐らく医療者の中では、がんと出会う時間が長いのは看護師だろうと思いま

す。看護師の立場で黒澤先生、簡単にお話いただけますでしょうか。

○黒澤

私たち看護師は、本当の家族にはなれないのですが、第2の家族のように、その方に親身になって24時間、それこそ入院期間中、ご自宅に帰ってからも、また再入院してからもというふうに、長いお時間をお付き合いさせていただくことが多いです。なので、いろんなことを私たちが教えてもらっています。そして私たちができることと言えば、本当に、そばに寄り添っているということと、先ほど澤畠さんがおっしゃってくださったように、がんの患者さんは非常にいろんなことをやりたいのですが、それができないという、そういった日常生活の細々としたことを整えて差し上げるということになります。それをして差し上げたときに、本当に素晴らしい笑顔で、生きていることを喜ばれていらっしゃる、そういったことを教えていただいたりすると、自分が本当にもう、自分もがんになったときに、このような生き方ができたらいいなということを、たくさん見せていただいております。

それからご家族の方も、本当に同じように苦しみを味わっていらっしゃるのですけれども。ご家族の方が苦しんでいらっしゃるってパニックになっているときに、一つだけお伝えしたいと思うのは、病気になってしまったことを医療者のせいにしたいというような気持ちをお持ちの方もいらっしゃいます。もちろんそのお気持ちはよく分かるのですが、医療者に向けて大変攻撃的になってしまうご家族の方たちがいらっしゃる、そうするとやっぱり先生も私たちも人間ですので、なかなか、そういった方に心広くなれるときもあれば、なれないときもございます。ご家族の方や患者さんは、できれば、私たち医療者を味方にするというつもりで接していただいたりしたほうが、すごく得策かなと思うことがありますので、そのことをお伝えしたいと思います。以上です。

○司会

ありがとうございます。最後になりますが、「がん患者さんに対する心のケアのあり方について教えてください。」というご質問がございます。これは患者さんの立場、ご家族の立場、あるいは看護師の立場からですね、本当に関連するお答えを今いただいたように思いますが、それ以外の方々からも一言ずつ、がん患者さんに対する心のケアのあり方ですね、これをお話いただきたいと思います。小島先生から順番に、お答えいただけますでしょうか。

○小島

私は抗がん剤治療を担当していますけど、その中で、患者さんのがんが進行しないようにということは、これは当然、医師として考えるんですけども。やはりなかなか時間のない診療の中でも、皆さんの考えに寄り添って、そして患者さんが何を望んでいらっしゃるかということを、それを考えながら接するようには努力しています。今日、伊藤さん、それから皆さんのお話をお聞きしまして、先ほども心の成長というお話もありましたけれども、私自身も患者さんに教えられることも多々ありますし、最終的にはですね、やはり、特に治らない患者さんの場合には、そういう、患者さんがどこまで満足していただけるのか、自分らしい生き方ができるのか、そういう医療を提供するようにできればということを、今日、強く感じましたね。ありがとうございます。



○司会

ありがとうございました。丸山先生、お願いします。

○丸山

今日は様々なところでチーム医療という言葉が出てきましたが、僕ら医療者は、医師・看護師だけではなくて、いろいろな職種の人ががん患者さんの治療をしています。もし、がんになったとしても、多くの人があなたのことを診ているという気持ちで、治療とか生活に向かっていっていただければ良いかなと思います。

○司会

ありがとうございました。三橋先生、お願いします。

○三橋

患者さんそれぞれに皆さん違うことがあります。要望も違うので、こちらとしてはもう本当に平常心で、ひたすら耳を傾けて、その方に何ができるのか、どういうことが必要なのか。私ができるのは何か、そういうことを考えていく。ともかくお話しやすい雰囲気をつくるのがケアとして最初かなと思っております。

○司会

ありがとうございました。もう一度、患者さんの立場で澤畠さん、お願いできますでしょうか。

○澤畠

がんを認めるということは、本当につらいことだと思います。でも、がんを抱えながらも、やはり明るい気持ちで過ごすことを心がけたいと思います。決して閉じこもらないこと、それが大切だと思います。そして、時々くじけてもいいんです。それは当たり前ですから。でも、また前を向くことを忘れないで進んでいくことが大切、またそういうことを信じていくことも必要だと思います。信じていけば大丈夫だと思います。

それと、家族の場合ですと、本当に、がんだからと、あまりそのように特別扱いじゃなく、普通に接してくださると、それがとても、やはりありがたいと思います。そしてまた、患者の立場からしますと、心がとても弱っているときもあります。そうすると優しい言葉とか、あるいはお話を聞いてくださると

か、それはとてもやはり癒しになりますし、一番患者にとっては心の薬になると思います。それから、先ほど丸山先生がおっしゃいましたが、チームということ、チーム力ですね。丸山先生は、外来に週に1度しか、お出でになりませんので、突然熱を出したとか、そういったときに、薬剤師の先生にまずお電話いたします。それで先生につないで頂いたりしますが、とても信頼できる薬剤師の先生、それから医療ですね。化学療法室の看護師さんたち。本当にその姿がチームになっているというのが、すごくよく分かるんですね。だから、これはとても安心して信頼できますし、また安心して治療に専念できます。そういった場所があるということが、やはり大変、私にとってはありがたいと思います。

○司会

伊藤さま、お願いします。

○伊藤

心の奥では、たいへん複雑なきもちではあるでしょうが、がんとわかる前と同じく日々を送るように心がけることと思います。そして、できるかぎり家族同士、心をすぐ近くに置くことが大切かと思えます。

○司会

ありがとうございます。黒澤先生。

○黒澤

特別なカウンセリングなども非常に重要かと思いますが、やっぱり日々の人と人との触れ合い。看護師たちはみんな、おせっかいな人が多いので、いつでもそばにいます。いつでも私たち、お話を聞きます。いつでも何でもしますよというような、そんなサポーターでありたいなと思います。

○司会

ありがとうございます。最後に根本先生、お願いします。

○根本

ありがとうございます。やはり今おっしゃったとおりなんです、その人の不安に寄り添うことが一番。本当に十人十色なので、大事だと思っております。ただ、薬局の薬剤師にできることとして、おうちに伺うことができます。病院では、どうしても緊張して言えなかったり、うちに帰って、「あれ、おかしいな」って。「こんなことも聞いてみたかったのに、あれ？」みたいなことがあったときにも、お電話をいただければ、お薬のことだったら、ご不安にお答えすることができます。本当に何度も繰り返しますが、チームでやっていけるように、こうやって連携ができておりますので、どうぞどうぞ、街の薬局は窓口になれると思いますので、お気軽にお電話くださいませ。よろしくお願いいたします。

○司会

ありがとうございました。

お越しいただいたみなさん、今日は土曜日の午後、最後までお付き合いいただきまして、本当にありがとうございます。先生方、患者さん、ご家族のかたがおっしゃいましたように、ぜひみんなで力を合わせて、相手の心を思いやりながら、がんという病気と闘うと言いますか、一緒に仲良く付き合うと言いますかね、そういう余裕ができたらいいなと思います。現実はいろいろ厳しいことがございますけれども、私たち、病院に勤めている者も、あるいは患者さんを見守るご家族の方も、同じ思いで見ているのではないのかなというふうに思います。

今日は長時間ありがとうございました。