

【 水 戸 会 場 】

地域がんフォーラム・茨城県がん対策タウンミーティング
水戸会場プログラム

日 時：平成22年11月28日（日）13：30～16：00

場 所：常陽芸文ホール（常陽郷土会館7階）水戸市三の丸1丁目5番18号

13：30 開 会

13：30～13：35 あいさつ

茨城県立中央病院 院長 永井 秀雄

【基調講演1】

13：35～13：55

茨城県のがん対策について

茨城県保健福祉部次長兼保健予防課長 青山 充



あいさつする永井院長

【基調講演2】

13：55～14：15

緩和ケアと生活の質の向上について

茨城県立中央病院 緩和ケア部長 三橋 彰一

【基調講演3】

14：20～14：40

がん患者として歩んで

茨城よろこびの会 会長 飯田 則子

【自由討論】

14：50～16：00

司 会

友愛記念病院

院長 加藤 奨一

パネリスト（順不同）

日立総合病院

院長 奥村 稔

県立友部病院

院長 土井 永史

県立中央病院

緩和ケア部長 三橋 彰一

県立中央病院

看護師長 鯉沼とも子

大和クリニック

院長 浜野 淳

つくばピンクリボンの会

事務局長 八木 淳子

茨城県保健福祉部 次長兼保健予防課長 青山 充



会場の様子

16：00 閉 会

○ 開催実績

- ・ 参加者数 154人
- ・ ご意見シート 59枚

【基調講演 1】

茨城県のがん対策

茨城県保健福祉部次長

兼保健予防課長 青山 充

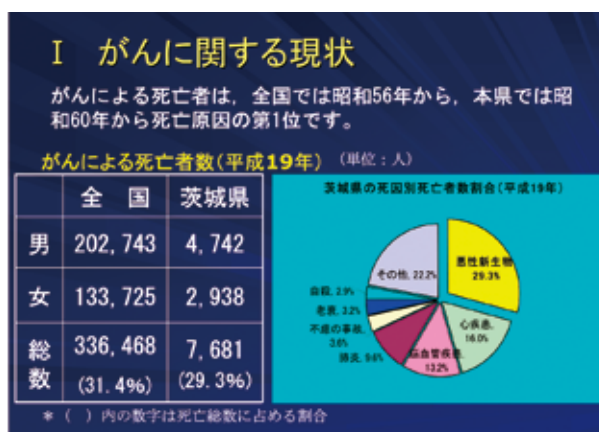
皆様、こんにちは。ご紹介いただきました青山でございます。よろしくお願いいたします。

今日の本番は多分、皆様方との意見交換なのだと思うのですが、私どもが県の行政の中で、がん対策を進めさせていただいておりますので、県がん対策全般を知っていただくということも含めまして、お話をさせていただきたいと思います。持ち時間は 20 分ですので、20 分の中でばたばたとしゃべりますので、よろしくお願いいたします。



【スライド 1】

皆様ご存じのように、がんに関する現状でございます。全国と同じように、本県でも、がんによる死亡者数は、ここに書いてございますけれども、死因の中では一番多い。悪性新生物、約 30%の方ががんで亡くなられるということで、本県の場合もほかの県の場合も、そこについての差はございません。

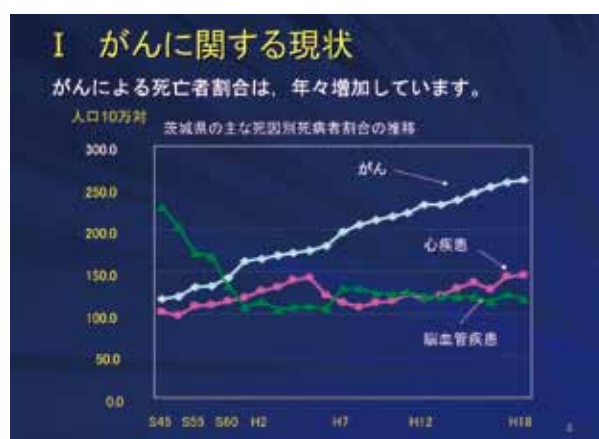


スライド 1

【スライド 2】

全体の死因に占めるがんの割合は、私はこの辺で就職しているので年齢が解ってしまうのですが、最初、私は保健所というところに配属されて、そのころは脳血管疾患というのが非常に多くて、減塩食の普及運動だなんて保健所でやっていた頃です。牛乳でご飯を炊いたり、訳の分からないことをやっていたのですが。このころは脳血管疾患が大変だったのですけれども、それからがんの割合はずっと伸びていまして、今は死因の一番になっているという状態でございます。

どのがんが多いかという話になりますと、皆さんご存じのように、胃がんはこういう状態になっておりますが、少しずつ上がっているがんがございまして、前立腺がんであるとか、大腸がんであるとか、肺がんであるとか、こんな状態で流れています。

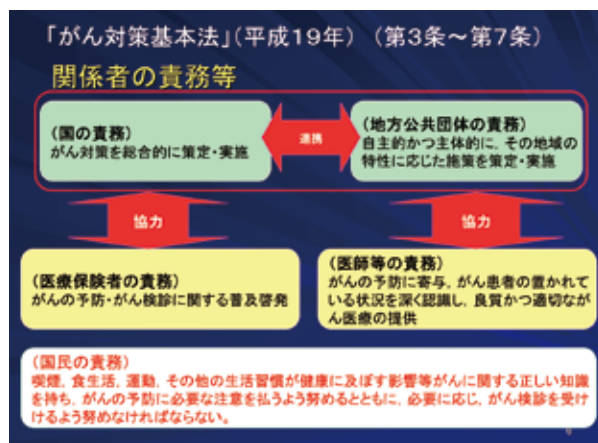


スライド 2

【スライド 3】

先程申し上げましたが、私は県に入って最初保健所にいたのですけれども、その後いろんなことに関わり、平成元年の時に総合がん対策推進計画というのを作りました。ちょうど前の知事の竹内さんのころですが、がんセンターを建てようかという話がありました。がんセンターを建てたほうがいいのか、それとも大きい病院にがんセンターの機能を持っていったほうがいいのか、いろんな議論があった時に、総合がん対策推進計画というのを作りました。それを私ども県のがん対策の中心に据えてやってきたのですが、国の方でがん対策基本法というのが平成 19 年にできました。これができてから、がん対策は、大分いろんなことが変わったのだらうなというふうに思っています。

当時、がん対策の推進計画を持っている県はほとんどなくて、今この中では推進計画を作りなさいよというふうに法に位置付けられましたので各県が今真剣にやっています。国はがん対策を総合的に進めますよ、地方公共団体、私のところですけども、私のところは、地域の特性に応じた施策を考えなさいということが、法に規定されました。それから、お医者さんは、がん患者のおかれている立場をちゃんと認識して、良質かつ適切な医療の提供をすべきですよ。また、医療保険者の責務というのもございます。それだけではないです。国民の責務というのがございます。皆様方は、喫煙であるとか食生活であるとか運動であるとか、生活習慣が健康に及ぼす影響、がんに関する正しい知識を持ってください、がんの予防に必要な注意をはらって努力してください、必要に応じてがん検診を受けるように努力してください、しなければなりませんよということがうたわれております。ですから、予防にちゃんとした知識を持っていたいてそれに力を入れ、必要があればがん検診を受けてください、これをみんなが一生懸命やって初めてがん対策が進みますよという考え方をとっています。



スライド 3

【スライド 4】

そのがん対策ですけども、この前の会場でも申し上げたのですが、この各県のがん対策推進計画を厚労省が評価をしたんです。その時に本県の計画が1番になりました。茨城県はあまり1番というのではなくて、水道普及率がビリから何番目とか、献血率がビリから1番とか、そういうのはありますが、本当にまともに1番なのはこのぐらいです。あとは、工業団地が売れたというのも1番ですけども。この時に、もともと計画が私どもにあったものですから計画づくりに慣れていたということもあるのですが、現状分析、予防その他このような項目で評価されています。総合的に1番。計画が1番だからいいかというわけでもなくて、この計画に沿ってきちっとした対策を立てなくちゃならないというふうには考えています。

都道府県がん対策計画の評価

●平成20年度厚生労働科学研究(研究課題:自治体におけるがん対策の現状分析とマネジメントシステムの構築支援に関する研究。代表:今井博久国立保健医療科学院疫学部長)。本県の「総合がん対策推進計画—第二次後期計画—」が全国第一位の評価。

●当該研究班は、都道府県(奈良、岡山を除く45都道府県)が策定した「がん対策推進計画」の「現状分析」「予防」「がん検診」「がん医療」「緩和ケア」「がん登録」の各分野において、記述の有無や正確さなど224項目にわたり採点・評価。

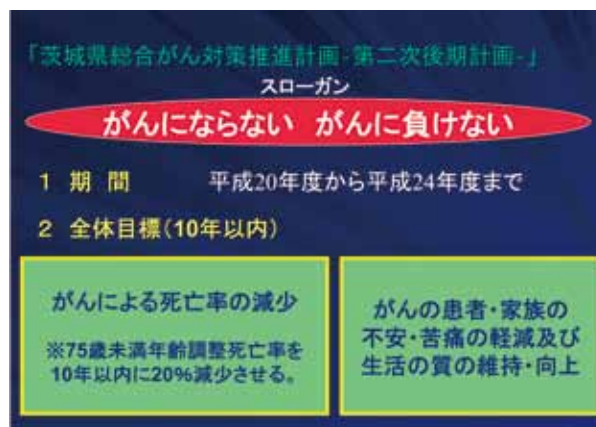
評価結果(上位県と偏差値)

順位		平均	現状分析	予防	がん検診	がん医療	緩和ケア	がん登録
1	茨城県	65.8	53.5	73.9	57.6	54.6	65.6	60.2
2	山形県	60.6	43.6	64.2	54.2	63.0	62.8	76.0
3	広島県	58.2	51.6	60.5	54.8	54.6	56.8	70.8
4	鹿児島県	57.9	57.9	52.0	69.1	63.0	52.9	52.6
5	沖縄県	57.5	55.5	60.5	53.1	63.0	54.8	57.8

スライド 4

【スライド5】

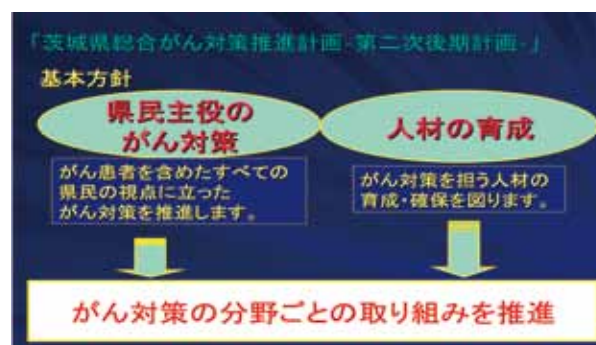
私どもの計画ですけれども、平成24年度までの第二次後期計画というのを持っております。24年度以降また作るようだとおっしゃいますが。スローガンは「がんにならない がんに負けない」です。がんによる死亡率の減少をしたい、それから、がん患者や家族の不安・苦痛の軽減と生活の質の維持・向上を図りたいというのがその基本です。



スライド 5

【スライド6】

そのためには県民主役のがん対策であるべきである、それから、人材の育成が必要なんでしょう、そして、各分野毎に取り組みを推進していきたい、ということです。これだけの柱を掲げています。



スライド 6

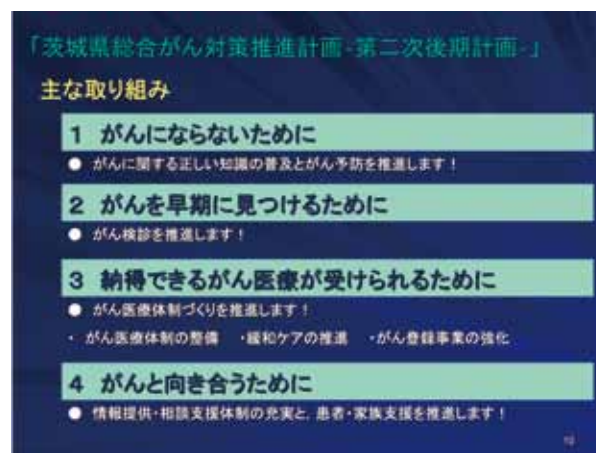
【スライド7】

1つは、がんにならないために。予防のことが書いてあります。

それから、がんを早期に見つけるためにというので、がん検診の推進が書いてございます。これがなかなかうまくいかないんです。後でちょっとお話ししますが、なかなか受診していただけないのです。皆様方も事有るごとに勧めていただきたいのです「ちゃんと検診を受けろ。」と。

それから3つ目ですが、納得できるがんの医療が受けられるためにということで、がん医療体制の整備。臨床の先生方は臨床の現場でいろいろやっておられますけれども、私どもとしては医療機関を指定したり、何らかの形で体制の整備をしていくということを考えております。緩和ケアの推進というのがございます。これはあとで三橋先生にお話しいただきます。それから、がん登録ということもやっています。皆様方は、どうして5年生存率が出るのかとかいうことは不思議に思われると思うんですが、実は一生懸命お医者さんに登録をしてもらっていて、どの方がどのぐらいの治療をしたかというデータをこちらで蓄積しております。それがなくなるとがん対策は前に進まないだろうというふうに思っております。先生方に協力をいただいております。

そして、がんと向き合うためにということで、情報の提供や相談支援体制の充実。患者と家族の支援ということで、これはまた後でお話しになると思うのでちょっと飛ばさせていただきます。



スライド 7

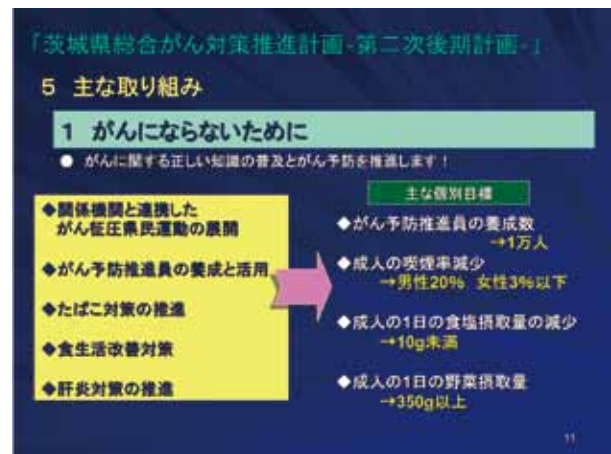
【スライド 8】

まず、最初に、がんにならないためにということで、正しい知識を普及し、がん予防を推進しますということになっています。たばこ対策であるとか、食生活の改善であるとか、肝炎対策の推進であるとか。皆様方の中にもがん予防推進員になっていただいている方もいらっしゃると思うんですが、がん予防推進員の養成も進めていきたい。

たばこ対策なのですから、たばこを全部やめましょうと言うと結構抵抗がありますね。

ただ、この前、県議会でも質問が出まして、もっとたばこ対策をやれという先生方もいらっしゃるし、総論は賛成だけどおれのところ禁煙にしないでくれなんて言う人もいます。市町村の建物で禁煙でなかったものがあるので、私が課長になって2年目ぐらいでしたか、庁舎の禁煙状況を新聞に公表しました。ここは禁煙になってませんと。そうしましたら、今年の5月には全市町村が禁煙になりました。きっとみんなたばこがよくないことはよく分かっているのだけれども、愛煙家の声に押されそうなので、こっちも負けまいやうにやっていかなきゃならないというふうに思っています。

主な目標としては、男性の喫煙率の減少ということで20%、女性を3%以下にすることです。がん予防推進員も増やしていきたいということ。それから、食塩の摂取量も10グラム未満にしたい。野菜の摂取量をこのぐらいということがあります。男性20%、女性3%というのは、何でこの数字なのだと思いますよね。うちのほうで調査をしたのです。調査をしたら、男性の20%は、何がなんでもやめないと答えてきました。その人までをしょって何かやるわけにいきませんので、それはしょうがないだろう、でもそれ以外の人はやめたいと言っているわけで、その人たちがやめるためのサポートをしましょうと。先程の20%の人には、受動喫煙をさせないような、自分だけでどこかで吸ってちょうだいという形にしていきたいなと思っております。



スライド 8

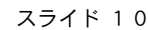
【スライド 9】

がんの予防法というのがございます。これは多分ペーパーがあると思いますので、後でご覧いただきたいと思います。

日本人のためのがん予防法	
—現状において日本人に推奨できる科学的根拠に基づくがん予防法—	
喫煙	たばこは吸わない。他人のたばこの煙をできるだけ避ける。
飲酒	飲むなら、節度のある飲酒をする。
食事	食事は偏らずバランスよくとる。 * 塩蔵食品、食塩の摂取は最小限にする。 * 野菜や果物不足にならない。 * 加工肉、赤肉(牛・豚・羊など)はとり過ぎないようにする。 * 飲食物を熱い状態でとらない。
身体活動	日常生活を活動的に過ごす
体形	成人期での体重を適正な範囲に維持する(太りすぎない、やせすぎない)
感染	肝炎ウイルス感染の有無を知り、感染している場合はその治療の措置をとる。

スライド 9

早期発見なのですが、受診率の向上で、がん検診はちゃんと受けていただきたいと思います。それから、がん検診の質の向上ということがございます。がん検診の受診率というのを全体で50%以上にしたい。皆様はどこでがん検診を受けていますか。私はサラリーマンですので会社で健診を受けます。それから、自由業の人とか国民健康保険の人は市町村で受けると思います。実際の受診率は日本がよく分かってないのです。一人ひとりがどこでがん検診を受けたかよく分からない。結構も受診率をきちっと把握したいということで、それで大体どのぐらいの人が受診しているかと



1年間にがん検診を受診した人というのは、胃がんで41%、一番高くてこのぐらいです。肺がんがこのぐらい、子宮がんと乳がんに至っては非常に低いです。これを、50%にしたいというふうに考えています。

スライド 11

スライド 12

【スライド13】

がん検診の内容というのがここに書いてございますが、胃は胃のエックス線、肺、大腸、乳、子宮という順になっています。それぞれ検診によっては非常に受診者に抵抗感があるのかなということもありますので、その辺については少しずつ私どもも正しい情報を提供していかなくちゃならないのかなというふうには思っています。

国と本県のがん検診指針の内容(一次検診)			
国	対象年齢	受診間隔	がん検診実施項目
40歳以上	年1回	胃X線	40歳以上 年1回
40歳以上	年1回	肺 胸部X線+喀痰細胞診	40歳以上 年1回
40歳以上	年1回	大 免疫学的便潜血反応検査2 腸 日法	40歳以上 年1回
40歳以上	2年1回	視触診+乳房超音波 乳 視触診+乳房X線 **	30~39歳 年1回
40歳以上	2年1回	又は 乳房超音波+乳房X線	40~65歳 2年1回
20歳以上	2年1回	子 子宮頸部細胞診	20歳以上 年1回
必要な人 ***	年1回	宮 子宮内膜細胞診	必要な人 *** 年1回

スライド 13

【スライド14】

精密検査ですけれども、本当は要精密と言われたならば精密検査を受けていただいて精検受診率が100%になるのがいいのですが、実はこれはまだ途中の数字ですね、多分このぐらいになると思うのですが、精密検査を受けなさいと言われたのに受けてない人がいるのです。じゃあ何のために最初検診したのという感じなのですけど。なら最初からやらなきゃいいじゃないと思うのですが、やっぱりこのぐらいありました。精密検査の受診というのをしっかりやらなくちゃならないと思っています。実は、この精密検査をちゃんと受けなさいというのは、今の制度ですと市町村が要精密になった人を知っていますので、その人に市町村の保健師さんたちが何度も何度も勧奨に行って、それで受けてもらうということなことを今やってもらっているんですが、なかなかそれでも受けてくれない人がいます。これもちゃんと受けていただきたいというふうに思います。

精密検査受診率			
		目標値 (平成24年度)	現状値 (平成20年度)
精密検査 受診率 (市町村実施の がん検診で 精密検査に なった者の 割合)	胃がん	100.0%	82.2%
	肺がん	100.0%	79.7%
	大腸がん	100.0%	76.0%
	乳がん	100.0%	69.3%
	子宮がん	100.0%	69.3%

スライド 14

【スライド15】

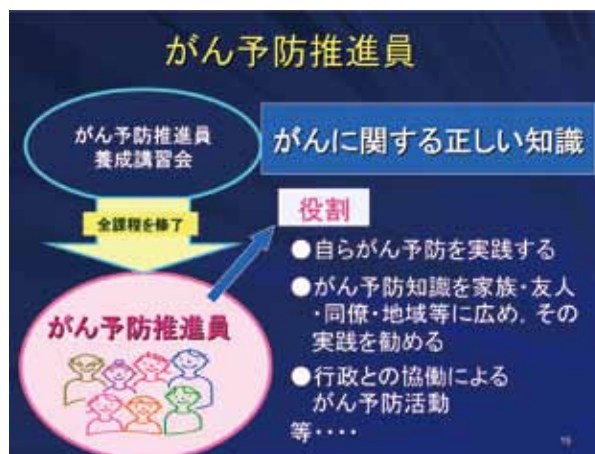
県の広報誌で、これは筑波大学の先生で、マンモグラフィーをやっている先生ですけれども、「ひばり」という広報誌に出ていただいて、それで乳がん検診を受けましょうとか、そんなことをやっています。この前の会場でも聞いたのですが、「ひばり」というのを見たことがありますかと聞いたらあまり見たことないとか言われまして、役人の悪いところとして、自分たちではちゃんとやっていると思っているのですが、あまり皆さんの目には届いてないんだなと。



スライド 15

【スライド16】

がん予防推進員という制度があります。がん予防推進員を養成しているのですが、まだまだ行政との関わりというか、うまく活動ができていないなという反省がございますので、今日の討論でもそうですけれども、皆さん方からアイデアをいただきながらがん予防推進員の有効な活用というのも図っていきたいと思っております。



スライド 16

【スライド17】

子どもだけががん検診を受けてくださいと騒いでも駄目なので、今日も常陽銀行さんの会場を借りていますが、常陽銀行さん、東京海上日動さん、アフラックさんと企業連携ということをして、がん検診の受診率の向上に努めております。多分、今、がん検診に行ってきた常陽銀行さんの支店にあるリーフレットのアンケートに答えると、ペットボトルホルダーか何かくれるのですよね。それは銀行さんに社会貢献事業としてやってください、県庁も金がなくなっちゃったものですから皆さんにそんなのを配っているお金がないので、そんなことをやってもらいたいとか、PRをしていただきたい、こういう会場でもお手伝いをいただきたい、そんなことをして県民運動として受診率の向上につなげていきたいというふうに思っております。



スライド 17

【スライド 18】

皆様はがん検診の無料クーポン券というのができたのはご存じでしょうか。乳がんと子宮がん検診でクーポン券が送付されています。がん検診の受診率がなぜ上がらないんだという話になったときに、幾つかの理由が考えられます。まず、お金を取られるからだ。それから、いろいろ検診があって大変だ、だから受けたくないんだ、暇がないとか。要するに、受診率が上がらないのは何でだろうという話です。まず、クーポン券を使うとただなんです。

がん検診無料クーポン券

	H18年度	H19年度	前年度比	H20年度	前年度比
乳がん	973,505	1,022,855	1.05	1,223,663	1.20
クーポン対象	72,185	77,109	1.07	138,778	1.80
子宮頸がん	1,147,409	1,338,741	1.17	1,504,200	1.12
クーポン対象	55,011	55,779	1.01	93,215	1.67

日本のがん協会の調査による受診者数推定

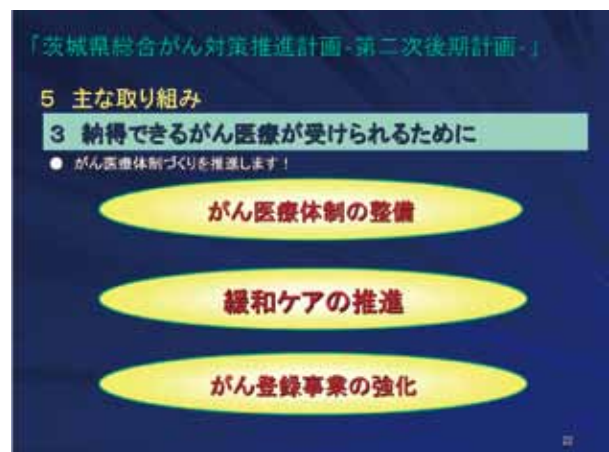


スライド 18

これを見てください。乳がんの場合ですけども、乳がんの検診を前の年から受けた人の数は大体 1.05 倍、1.2 倍、こうなっていますが、ここです。ここは普通は 1.0 何倍ぐらいしか増えてないんですけど、1.8 倍になっていまして、子宮がんのほうも増えていきます。2 倍ぐらいに増えているんです。かといってその年代が全部受けたわけじゃないんです。お金がただだということと受診率が倍ぐらいにはなる。かといって全員が受けるというわけでもない。このところが問題で、少し私どものほうの検診の受診をしていただくための体制も考えなくちゃならないのかなというふうには思っているんですが。例えば子宮がん検診の場合ですと、茨城県の場合は県内どこの医療機関でも受けられるように制度は整備してあるんです。乳がんも、マンモグラフィーの検診をやっていただくかなくちゃならないんですけども、なかなかマンモグラフィーを持っている医療機関がないので、そこは一生懸命整備をしてできるだけ近くで受けられる体制は整備したいと思っています。料金がただだからというだけではなくて、検診体制というの少し見直していかなくちゃならない。そういうのを見直すときにどうしても私どもは頭だけで考えますので、こんなのだったらいいんだろというふうになんか考えるんですが、先ほどの永井院長の話にもありましたけど、患者さん、受診者のほうの気持ちというのはあまり考えていなかったような、今まではそういうことだったんです。ご意見等々いただければ、それに沿う形に直していかなくちゃならないなというふうに思っております。

【スライド 19】

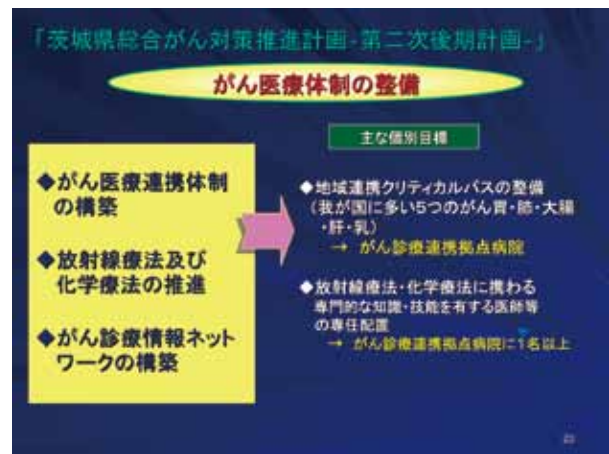
がん医療体制の整備ということです。納得できる医療が受けられるためにということで、がん医療体制の整備というのがございます。それから緩和ケアの推進、それからがん登録の強化というのがございます。



スライド 19

【スライド20】

まずがん医療体制の整備ですが、がん医療連携体制の構築ということと、放射線療法と化学療法の推進、ネットワークの構築、これが3つの柱です。そのために地域連携クリティカルパスの整備というのがございます。がん診療連携拠点病院というのがございまして、そういうところでクリティカルパスを使った診療をやっていただくということを考えています。それから、放射線療法、化学療法に携わる専門的な医師等の専任の配置をしたいということを考えています。



スライド 20

【スライド21】

後でご覧いただきたいと思うんですが、これが私どものほうで考えているがん対策でございます。高度専門な診療というのは、今、都道府県がん診療連携拠点病院として県立中央病院がございまして、それから筑波大学、加えて以前から整備している地域がんセンターがございまして、日立製作所の日立総合病院、土浦協同病院、筑波メディカルセンター病院、当然県立中央病院もそれになっていまして、それから県立こども病院、ここで専門的な医療をやるということになっています。



スライド 21

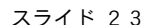
さらに、がん診療連携拠点病院として、東京医大茨城医療センターと友愛記念病院と西南医療センターをがん診療連携拠点病院として加えて、これらの病院全体で、がん診療のレベルアップをしていきたいと思います。それ以外に標準的ながん診療を行える医療機関として7病院ほど指定させていただいております。それから在宅医療。今日も先生がいらっしゃっていますけれども、在宅療養についても体制を作っていきたいと思っています。

今、私がお話ししたような拠点病院は県立中央病院があって、ここにこれだけのがん診療連携拠点病院があって、診療指定病院というのがございます。この病院では、皆様方の相談窓口であるとか、がん登録であるとか、それから各病院ががん診療レベルアップを図るための連携協議会の中に入っていて、全体でいろいろ討議をしてもらっているというような状況でございます。

後でご覧いただきたいと思うのですが、専門医と認定医の状況を示しています。これからそういう先生方を増やしていかなくちゃならないと。県、行政はそれにどれだけ後ろから援助できるのかというのが今、課題でございます。

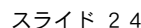
スライド 22

これは放射線なのですけれども、今年度の事業として始めます。放射線の治療をする際に、今、県内の病院ではリニアックが十何台か入っています。しかし、放射線の治療の専門医の先生が専任でいる病院が非常に少ないのです。一方で、筑波大学の放射線治療のところには先生もいらっしゃいますので、そこと筑波大学をテレビ会議システムでつなげて、例えば専任の先生が、常勤の先生がいらっしゃらない場合に、患者さんのデータをやりとりし、照射についてお互いに意見交換をしてスムーズに考えています。大体トータルで1億円弱ぐらいのことによって放射線治療が非常に有効に効率的な支援システムを作ることによって放射線の普及が、そういうことを目指してこの事業を開始し



一方で、茨城県内では陽子線治療というのを筑波大学でやっております。この前の議会でもちょっと話題になったんですが、治療費用が非常に高いんじゃないかというお話がありました。また、まだまだ県民の方々はこのものがあることを知らないんじゃないか。適応になる種類のがんとそうじゃないがんもございすけれども、この辺についての情報の提供も続けていきたいというふうに思っております。

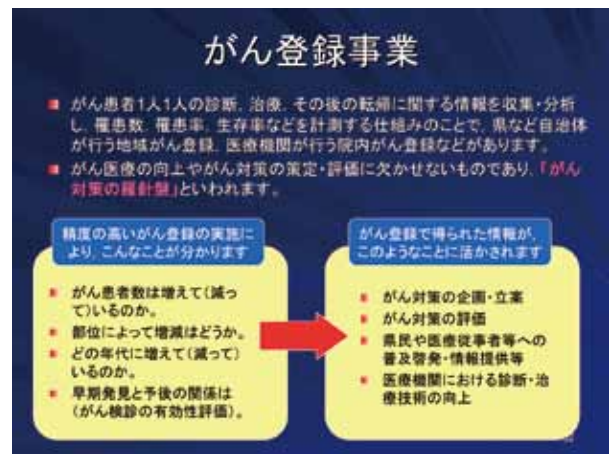
緩和ケアでございます。このあと三橋先生
がお話しになりますので、これは飛ばさせていただきます。



【スライド25】

がん登録です。がん登録を今やっていますのは、私どもは国の許可を得て死亡個票、県民の皆様方が亡くなったときの死亡個票というのを保健所を通じて市町村から手に入れていまして、この方はがんで亡くなったかどうかというのが分かるようにしています。また一方で、各病院に普通の人がかかると、そこでがん患者さんの場合のデータをこちらにももらいます。それをぶつつけてずっと追い

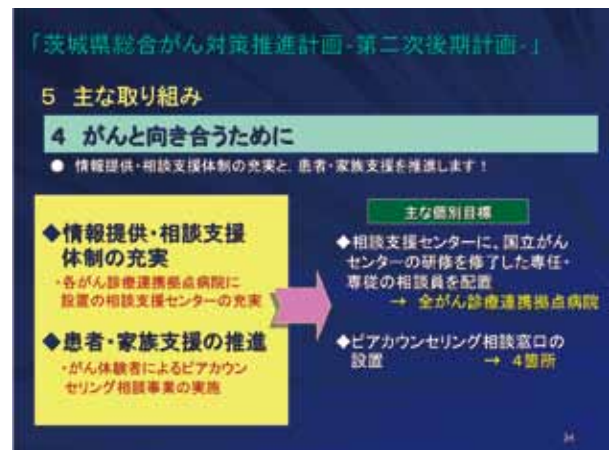
掛けていくことによって、がん患者さんは増えているのかとか、部位によっての増減はどうなのかとか、どの年代が増えているのかとか、そういうことが分かりますので、それで対策の評価をやったり、それから医療機関における診断とか治療技術の向上というようなことに役立てています。なかなか目立たない仕事なんですけれども、だいぶ医療機関の協力を得られるようになりましたので、かなり精度の高いデータを医療機関に還元することができるんじゃないかなと思っております。少しずつですけど分かってきたことがありまして、4年の生存率しか出てないんですが、検診群の生存率のほうが有症状で病院に行った人よりも高いというようなことが分かってきますし、それから、この年代、罹患に関する情報についてもいろんなことが分かってきています。こういうことを調べるのが、対策を立てるうえで非常に有効なんだろうと思っております。



スライド 25

【スライド26】

それから、情報の提供とか相談支援体制の充実ということで、がん診療連携拠点病院に相談支援センターというのを作らせていただいています。また、患者・家族の支援の推進ということでピアカウンセリング相談事業というのを始めさせていただきました。この辺につきましては後の先生方がお話しになると思います。



スライド 26

【スライド 27】

今、この内容でございます。県立中央病院の地域がんセンターの相談支援センターの状況が書いてございますが、こういう形で対面の相談室をしていただいています。



スライド 27

【スライド 28】

ピアカウンセリングについては後の先生のお話を。

役人がしゃべりますのであまり面白くはなかったのですが、基本的には、がん対策は私ども保健福祉の重要な施策の柱の一つとして位置付けておりまして、それで対策を講じております。これからも努力してまいりますので、皆さま方の患者さんの声であるとか、そういうことをこれから施策



スライド 28

に反映させていただければと思います。どうぞよろしくをお願いをしたいと思います。ありがとうございました。

【基調講演 2】

緩和ケアと生活の質の向上について

茨城県立中央病院

緩和ケア部長 三橋 彰一

皆さん、こんにちは。ただ今ご紹介にあずかりました、県立中央病院の内科の三橋と申します。緩和ケア部長なんて言われると、緩和ケアをバリバリやっている医者かななんて思われるかもしれませんが、基本的にはここに書いてありますけど腫瘍内科をやっておりまして、普通の内科医にちょっと毛が生えた、乳がんの患者さんなんかを中心に診させていただいています。どうしても緩和ケアというのは日常診療で必要です。そういうお話を今日はさせていただければと思います。その中で緩和ケアチームというので、今日はパネリストでも来ている鯉沼さんといううちの師長さんがいるんですけど、その人に昔から教えてもらいながらやっていたんですけども、一緒にやっております。



【スライド 1】

最初から変な絵が出てきていますけども、これは2年前、茨城県立中央病院の化学療法センターが発足しましたときに私が作りましたゆるキャラで、こちらはでびた博士と申しまして、額が出ているからでびたです。こっちはそこに研修に来ている薬学部の5年生のちいがみ君という学生さんで、この2人を使いまして、患者さんなり若いお医者さんなりの啓発というか、教育活動というか、そういうのをやっております。



スライド 1

【スライド 2】

ここが茨城県立中央病院の化学療法センターです。この建物です。この2階のところ
です。ここで主に診療をしております。化学療法に来られる方というのはやっぱり、後
からお話がどんどん出ますけれども、たくさん
の苦痛を持って大変な思いをしていらっ
しゃってる方が多いものですから、そこで緩
和ケアというのは欠かせないわけです。それ
で皆さんにいろいろ情報を提供したりいろ
ろするので、でびたニュースというニュース



スライド 2

を年に3～4回ぐらい、時間がないのであまりいっぱい作れないんですけど作っておりまし
て、ホームページにも載っています。「化学療法センター」とグーグルで検索しますと2番
目ぐらいに茨城県立中央病院が出てきますので、そこを開けていただくと過去のバックナン
バーもありますので、興味のある方は見ていただけるといいかなと思っております。

【スライド 3】

実際やってると、これは私が昔実際経験し
た、自分がやってしまった大きな間違いの経
験です。患者さんAさん、そこにちょっとで
びた先生に悪いんですけど悪役をやっていた
だくことにしまして、よく説明をしてくれる
とってもいい先生なんですけれども、Aさん
が「今日は何かとっても息苦しいんですよ」っ
て言ったんですね。で、ハアハアしてるんです。
でびたさんは「そうですね。あなたは今、がん
性リンパ管症になっているんで、それで苦
しいんですよね」。Aさんは「先生、そしたら私、どうなっちゃうんでしょう。死んじゃう
のかな」なんてことをおっしゃるわけです。それに関してでびたさんは「そうですね。でも、
今日から抗がん剤の治療を始めてますから、効果が出てくれば落ち着いてきますよ。もう少
し頑張ってくださいね。」「そうですね。」「そうですか、じゃあ、頑張ります」。患者さんは言わざ
るを得ないですよ。そう思ったらあまり効かなくて、亡くなってしまったという経験も
ありまして、ここで本当は酸素吸入ぐらいはやるんですけども、安定剤とかステロイド、
モルヒネなんかを使って苦しいのを取ることができて、それを治療しながら並行しながらや
らなきゃいけないんですけども、10年以上前、うまくいかずに苦しい思いをさせてしまっ
たというそういう経験があります。

でびた先生は患者さんにとってもよく説明してくれるいい先生です

Aさん：先生、なんだか昨日からじっとしていても息苦しいんです...
(肩でハアハアと呼吸)

でびた：そうですね。Aさん。今あなたの肺に転移したがんが、がん性リンパ管症という状態を呈しているんです。肺の酸素を取り込む機能が低下して、それで苦しいんですよ。

Aさん：先生、わたし、どうなっちゃうんでしょう...?

でびた：そうですね。今日から抗がん剤の治療をはじめていますから、効果が出てくれば数日で落ち着いてくるでしょう。それまでもう少しがんばってくださいね。

Aさん：そ、そうですか...。わかりました。がんばります(ハアハアハア)...

陰の声：(しかし実はその化学療法の有効率は30%程度なのであった...)

がん性リンパ管症の呼吸困難感、酸素吸入、安定剤やステロイド、モルヒネなどを用いて緩和することが可能です。

スライド 3

緩和ケアと生活の質の向上というお題でいただいておりますので、2つに分けてお話をしましょう。

【スライド4】

緩和ケアって何でしょうか。最初にお堅い話ですけど。緩和ケアと聞いて、あまり自分にとってはいい印象がないなというふうに思っている方はどのぐらいいらっしゃいますか。ネガティブなイメージを持ってしまう。手を挙げていただいていいですか。それなりにいらっしゃいますね。ありがとうございます。緩和ケアはすごくいい響きだなと思う方は何人ぐらいいらっしゃいますか。ありがとうございます。ちょっと後者のほうが多かったみたいで少し嬉しい思いをしております。これはWHOが定義した「緩和ケアとは」ということになるんですけれども、中身がこれです。

生命を脅かす疾患に伴う問題に直面する患者と家族に対し、疼痛や身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期から正確に評価し解決することにより、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。

緩和ケアとは？ WHO(2002)

生命を脅かす疾患に伴う問題に直面する
患者と家族に対し、疼痛や身体的、心理社会的、
スピリチュアルな問題を早期から正確に評価し
解決することにより、苦痛の予防と軽減を図り、
生活の質(QOL)を向上させるためのアプローチである。

スライド 4

【スライド5】

生活の質というのと不可分なわけです。さらにその後に幾つか個条書きがされておまして、「痛みやその他の苦痛から解放する、人生を尊重し、死ぬことを自然な過程であると認める」。どの人も、誕生と死というのは必ず等しく経験をするからです。今の日本、死を避けるあまり、みんな元気で長生きしているあまり、そこを忘れていたような議論が進むことが多いんじゃないかと思っております。そこを忘れちゃいけないことだと、個人的には思っています。

「死を早めたり引き延ばしたりしない」、緩和ケアというとうとうも最期の医療みたいな感じのイメージを持たされちゃいますけれども、自然な過程であると認めて、それに対して相手を大事にしながら進めていく、そういうふうなことになるわけです。「患者ケアの心理的、霊的側面をも統合していく」、この辺は提供する立場の人たちに必要なこと。「人生を積極的に生きていけるようにできる限り支える、闘病中や死別後の家族を支える」、患者さんだけではないんです。ただし、みんなのニーズを満たすために1人の人間でできることは少ないので、チームワークアプローチを用いなさい。生活の質を高めて、病気の経過に結果的によい影響をもたらしますよ。で、早期に適応しましょう、化学療法や放射線をやっているときから、どんどん積極的に並行していきましょう、という言い方をします。

緩和ケアとは？ WHO(2002)

痛みやその他の苦痛から解放する
人生を尊重し、死ぬことを自然な過程であると認める
死を早めたり引き延ばしたりしない
患者ケアの心理的、霊的側面をも統合していく
人生を積極的に生きていけるようにできる限り支える
闘病中や死別後の家族を支える
ニーズを満たすためにチームアプローチを用いる
生活の質を高めて病気の経過により影響をもたらす
早期に適応する 化学療法や放射線療法と併行する

スライド 5

【スライド 6】

今、緩和ケアがネガティブなイメージというのは、やっぱりどうしても「療養」という言葉とつながりますけどー、がんとか生命を脅かす疾患ですから、最期はやっぱり死というものがちらついてくるので皆さんそういう思いをされるんじゃないかと思います。でもそうじゃなくて、緩和ケアというのは基本的な、医学・医療に対する考え方なんです。どういう気持ちでみんなが医療を受けたいのか。

患者さん側からすれば当たり前の話なんです

けども、僕ら医療者のほうから見ると、現代医学というのは体を徹底的に物質として分解して行って、それで病気というものを分かるようにしよう、病気の成り立ちを解明して、それに伴って治療に焦点を置いていこう、そういう考え方です。物質として生物を考えています。その結果、いっぱい痛みも取れるようになったし、それも医学の果実です。治る病気も増えてきましたけど、でもやっぱり治らない病気は多いわけです。だから、完全に患者さんの苦しみを取るというふうにはいかない。

それを敷衍していくうえで、西洋医学を実際に患者さんに適用していくうえで、こういう考え方がないと絶対うまくいきませんというのが緩和ケア。苦痛に焦点を当てる。病気が治れば苦痛は残ってもいいという考え方はしないし、今ある苦痛を置いて治療をしましょう、最初の例じゃありませんけど、治療をするんですけども、今ある苦痛にも十分配慮していきましょう。昔は、逆に言うところばかりだったわけです。赤ひげの時代とか、医は仁術なんて言いましたけども。病気のことはよく分からないんですけど、苦痛が取れて普通に生活できるようにいろいろとしましょう、そういう医療だった。それがやっぱり医療の根本的な考え方。人間性、人として相手を大事にしながらいきましょう。だから、現代医学というものがやたらめったら発達してしまったもので、忘れられている部分を再度認識しましょう、そういう物の考え方です。

緩和ケアとは？

現代西洋医学一般：

「病気」のなりたち解明、治療に焦点

生物を「物質の有機的結合体」と考える

たくさんの果実を得たが、完全なものではない

緩和ケア：

苦痛に焦点

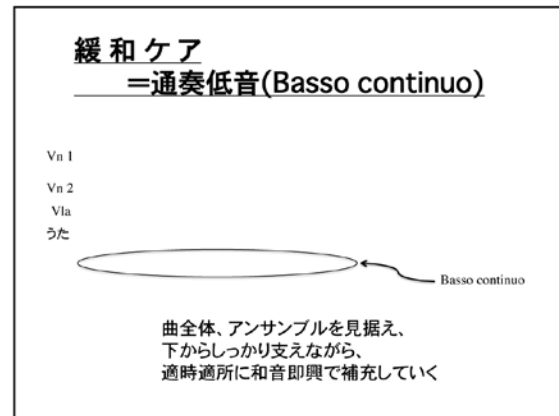
昔は病気のこととはわからなかったが、
苦痛がとれて普通に生活できればよかった。

医は仁術 「人間性重視」の視点

スライド 6

【スライド 7】

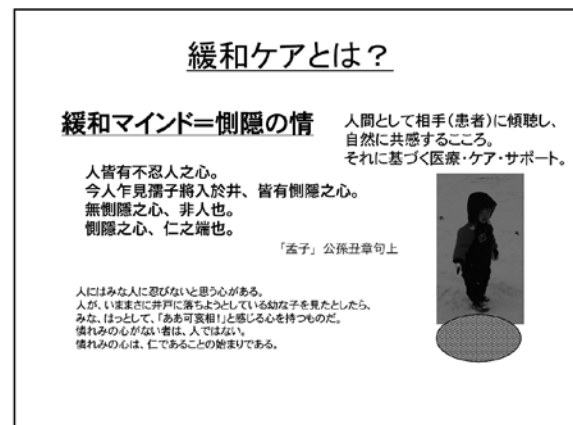
いろいろ緩和ケアをどうやって説明したらいいのかなと考えているんですけど、音楽が好きなので、こんな例えで。スライドの背景はバッハのマタイ受難曲の自筆の楽譜なんですけど。ドイツのバッハですね。バロック音楽という時代の音楽ですけど、この音楽は通奏低音というのがすごく大事なんです。低音はここなんですけども、ここは常に鳴りながらそこが全体を支えて場合によっては指揮をしながら進んでいくんです。ここの部分が第1バイオリン、第2バイオリン、ビオラ、ここが歌です。ここの横の線で見てください。ここが1段、次のところと、こういうふうに。一番下のところが通奏低音というんです。ここでチェロとか、チェンバロとか、オルガンとか、そういう鍵盤楽器の人も一緒に弾いているんですけど、鍵盤楽器の人は右手で即興演奏で和音を充てんして行って、全体をまとめていく役をしている。それでテンポを決めたり、みんなを進めたりする。そういう底辺に流れて絶対欠かすことのできない考え方。西洋医学だから緩和ケアと対立するとかそういう意味ではなくて、そういう考え方に近いのが緩和ケアなんじゃないかなと思って進めております。



スライド 7

【スライド 8】

緩和ケアとは、もう一つ。これはもうちょっと分かりやすいか、分かりにくいかな。東洋人にとっては惻隠の情とか惻隠の心という儒教の「孟子」に書いてある、孟子が言ったことなんですけど。これは中学生か高校のときに私、漢学の授業で聞いて非常に印象に残っていたんですけど、読むと時間がかかりますが、人皆有不忍人之心。今人乍見孺子將入於井、皆有惻隠之心。無惻隠之心、非人也。惻隠之心、仁之端也。



スライド 8

どういうことかということ、井戸というか池ですね。そこにちっちゃい子どもが出てきまして、あっと、こてっと、落ちこちかけるわけですね。それを見ていた人は、あっ、危ない、かわいそう、って誰が見ても思いますよね。それはその人が大悪人であろうと、見ててはつとする心、それが惻隠の心だというふうにうちの漢学の師匠が教えてくれたんですけど、そういう心、それを大事にしましょうというのがこの緩和ケアなんじゃないかなというふうに思っています。医者としてとか医学とか、そういうバックグラウンドを抜きにして、相手がこう訴えてきているのにまず自然に共感して、そのあとそれに対して専門家として初めてどうやって治療していくか考える。そういうのを大事にするのが緩和ケアだろうと思います。

【スライド 9】

精神論ばかり言ってもしょうがないので、実際に緩和ケアを提供するというのはどういうことなのか、どういう場所で提供できるのでしょうか。そういう意味では基本的な考え方ですから必ずしも専門医療じゃないです、緩和ケアは。どの医者でも、どの看護師でも、みんなある程度そういう気持ちを持って接しなければいけないんですけど、やっぱりどうしても実際に痛いのを取りましょうというのは難しい。

取りにくい人もいれば、いろんな病状がありま

すので、そういうところを専門的にやってくれるところは緩和ケア病棟、緩和医療科、緩和ケア科というのがあるところですよ。茨城の場合はこの4つ、今のところ緩和ケア、緩和医療科というのを標榜して頑張ってるんですけど、残念ながらうちの病院は、十何年前に何年かやってたんですけど、制度が変わったときに乗り切れませんで、まだきちんとしたものができていません。これからの課題として今、整備、鋭意努力中というところですよ。

あとは、さっきのがん対策基本法でがん診療連携拠点病院に義務付けられているものとして、緩和ケアチームというのがあります。これは患者さんから直接の相談も受けられますけど、主に患者さんがつらがっているんだけどどうしたらいいだろうと主治医なり看護なりの人たち、また地域の先生からのコンサルテーションに対応してって、地域に緩和医療を広めていきたいと思います、そういうシステムです。

あと、在宅療養支援診療所。今日、後でパネリストで出てこれられますが浜野先生はこちらをやっていらっやしまして、大和村で頑張っておられます。

訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所。訪問看護ステーションとかはかなりダブって認定を受けているところが多いようですけれども、こういうようなものが緩和ケアになります。だから、入院したり専門医療として受ける部分と、そうじゃなくて実際の総合診療として受ける部分とありますよということになります。

緩和ケアを提供するところ

緩和医療科(緩和ケア科): 緩和ケア病棟

筑波メディカルセンター病院 つくばセントラル病院
水戸済生会総合病院 友愛記念病院

緩和ケアチーム

病院内外からのコンサルテーションに対応
地域がん診療連携拠点病院、その他病院

在宅療養支援診療所

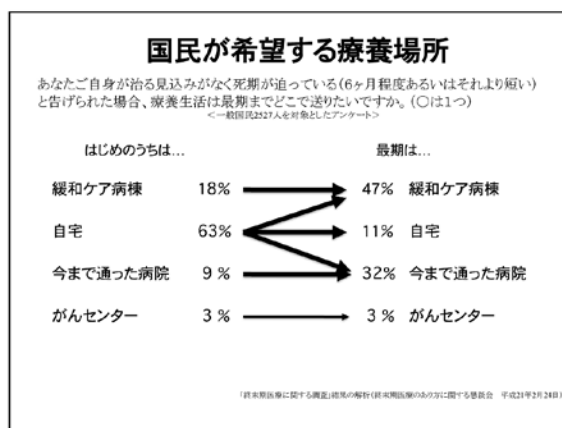
訪問看護ステーション

居宅介護支援事業所

スライド 9

【スライド 10】

国民が希望する療養場所というアンケートの調査があります。平成 21 年 2 月 24 日と書いてありますけれども、国がやったやつです。あなたご自身が治る見込みがなく死期が迫っているというときに、一般国民 2527 人を対象としたアンケートで、はじめはどこで療養したいですかと。大体あと 6 カ月ぐらいのところ。緩和ケア病棟、自宅、今まで通った病院、がんセンターという選択肢を用意したんです。そうすると、緩和ケア病棟は 18%、自宅は 63%、病院は 9%、がんセンターは 3%という答えがあって、でも、死が差し迫ってきたとき、そのときにはどうしたいですかということを聞いてみると、これが変わってくるんです。緩和ケア病棟が 47%、自宅は 11%、今まで通った病院が 32%、がんセンターは大して変わらず 3%、こんな感じになります。これは、緩和ケア病棟じゃないと緩和ケアを受けられないと思っている方がかなりいるんじゃないかと、僕はこの数字を見ると思うんです。



スライド 10

【スライド 11】

実際にどこで亡くなっているかというのを見てみると、一番下が茨城県なんですけど 2006 年です。大体 1960 年からずっと見ていくと、1975 年あたりで自宅のパーセンテージが 50%を切ってきます。私が医者になったのは 1985-1990 年の間ぐらいですので、そのころには 4 分の 1 の人が。でも、まだ 4 分の 1 の人が自宅で亡くなっていたんですね。最近では、自宅は 11%、茨城県。11 ~ 12%。それを考えてみると、前のアンケートと結構一致しているんです。という部分もあって、現実と希望の乖離はそれほどしないのかな。ここで今のところ緩和ケア病棟という選択肢がありませんので、病院の中に全部含まれていると思っていただければいいと思います。実際には、緩和ケアを普及していくことで、緩和ケア病棟でなくても適切な緩和ケアを受けられるようにしていきましょうというのが、今のがん対策基本法の本質です。

人はどこで亡くなるのか

	病院	診療所	介護老人 保健施設	老人ホーム	自宅	その他	%
1960年	18.2	3.7			70.7	7.4	
1965年	24.6	3.9			65.0	6.4	
1970年	32.9	4.5			56.6	5.9	
1975年	41.8	4.9			47.7	5.6	
1980年	52.1	4.9			38.0	5.0	
1985年	63.0	4.3			28.3	4.4	
1990年	71.6	3.4			21.7	3.3	
1995年	74.1	3.0	0.2	1.5	18.3	2.9	
2000年	78.2	2.8	0.5	1.9	13.9	2.8	
2005年	79.8	2.6	0.7	2.1	12.2	2.5	
2006年	79.7	2.6	0.8	2.3	12.2	2.4	
2006年茨城県	81.0	2.8	0.8	1.9	11.4	2.1	

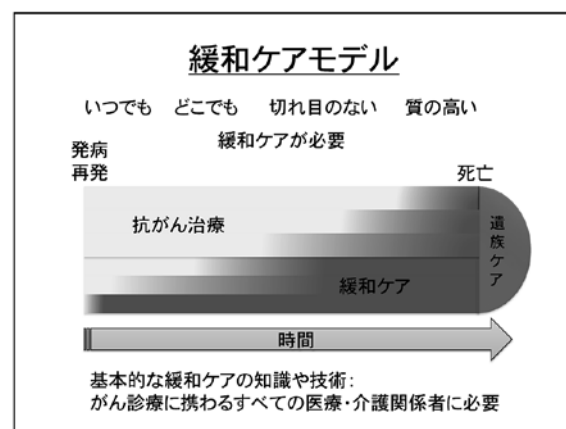
人口動態調査 2006年度 より

スライド 11

【スライド 12】

緩和ケアのモデルというのがあります。ここで発病とか病気が再発したとかっていうことになって、ここが亡くなる場所だとします。最初は、がんをやっつけようという治療をする場合が多いです。だけど、さっき言ったように通奏低音じゃないですけど、やっぱりどうしても、ここが緩和ケアなんですけど、抗がん剤の治療はつらいですし、お金もかかりますし、緩和的なことをいっぱいサポートしていかないといけない。だんだんだんだんだん緩和ケアの占

めるウェートが増えていって、死亡された後は遺族のケアをしましょう、これが緩和ケアですよ。ですから、患者さんの療養の、うちにいようが、病院にいようが、旅行に行つてようが、どこでも切れ目のない、質を高めた緩和ケアが必要である。これはこれからお話しする緩和ケアの研修会のお題目になっているんですけれども、こういうことで、その患者さんに携わるすべての人はやっぱり緩和ケアの知識や技術のある程度持っていないといけないということで、これを進めていきたいと思いますというのが今の日本の政策で、医療なり行政なりから皆さんに提案するモデルであると思ってください。



スライド 1 2

【スライド 1 3】

実際に、さっきの青山さんが出してくださったのとちょっと似ていますが、緩和ケア研修会をやらなきゃいけないというのががん診療連携拠点病院の役目としてあるんです。こういう大きなところはがん診療連携拠点病院なんですけれども、指導者のいる病院が主催をします。この研修会の指導者このように他にもいっぱいいますが、（ここに大和クリニックもありますけども、）こういうところの医者が集まってきて月に 2 回、3 回というふうに医療者に向かった緩和ケア研修会をやっています。だんだん分かる人たちを増やして仲間を増やしていこうという努力をしているところです。この研修会を受けているかどうかというのを、皆さん、病院にかかるときに先生にちょっと聞いてみるといいかもしれません。そうすると、「何だそれ」と言う人もいるし、「うん私は受けてますよ」と言う人もいるし、いろいろだと思います。



スライド 1 3

【スライド 1 4】

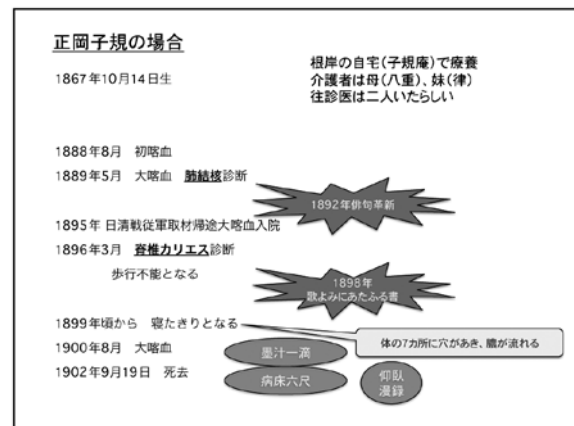
さて、後半の生活の質の話をしします。偕楽園、紅葉ももうだいぶ落ちてきましたかね。まだ綺麗ですね。これは去年撮った好文亭のところの写真ですけど、紅葉がとても綺麗だと思います。ちょうど今日で大河ドラマの「龍馬伝」というやつが終わりまして、来週から「坂の上の雲」の第2部が始まる。見ていらっしゃる方もいらっしゃるんじゃないかと思います。「苦しみ」について考えると、私はどうしても正岡子規のことが思い出されるんです。子規さん、「坂の上の雲」では香川照之さんが演じて、今回2回目ぐらいで亡くなるはずで、彼はうちの小中高の2年後輩なもんですから非常に興味を持って見ているんですけど、鬼気迫る演技が見られるんじゃないかと思います。



スライド 1 4

【スライド 1 5】

正岡子規は皆さんご存じだと思いますけれども、肺結核になられて 30 年そこそこで亡くなるわけです。肺結核だけでしたら、例えば長塚節さんなんかは血を吐きながらも、最期は九州の大学病院で亡くなるんですけど、日本中いろいろと旅行に行くんです。カリエスになっちゃったもんですから、正岡子規の場合は全然動けなくなっちゃうんです。自宅でお母さんと妹さんがみていてた。最後は、体に 7 箇所か 9 箇所か穴があいて膿が流れてる状態。そのような中で、倒れてから俳句革新をして、短歌革新をして、最期の 1 年 2 年で新聞連載の「墨汁一滴」とか「病床六尺」を書いて、日記に相当する「仰臥漫録」というのを書いてる。それで亡くなってるわけです。すごい方だと思うんですけど、やっぱり相当つらかったようです。



スライド 1 5

【スライド 1 6】

彼を見て「生活の質」って何だろうということを考えるわけです。「生活の質」とは quality of life、この英語の訳です。僕ら高校生ぐらいのときには生命の質なんて訳した人がいて、そんなのは全然、それじゃあナチスドイツじゃないという話で、何を考えているんでしょって。これは大間違いで、「生活の質」です。これは人それぞれ、皆さんが考えなきゃいけない。医

生活の質とは？

Quality of life = 生活の質○
生命の質×

個人個人によって定義される。
＝価値判断はひとそれぞれ。
自分はどのような生活をしたいのか？
自分で選びとらなければ....

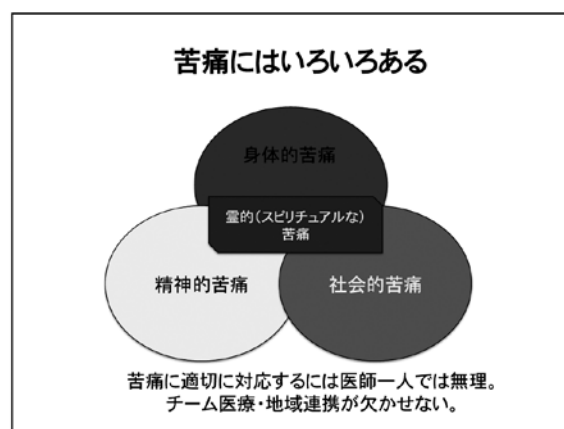
苦痛は生活の質を落とす!!

スライド 1 6

療者がこの質がいいでしょといって、皆さんこれどうぞってあげるもんじゃありませんよ。自分で選び取っていく、自分の生活はどうしたいか、それをしっかり見ていただく必要があります。ただ大事なのは、苦痛は生活の質を落としますよということです。

【スライド 17】

苦痛にはいろいろある。これは学問的にいわれています。身体が痛い、精神的な症状が出る、お金がづらいとか仕事ができなくなつてつらい、でも、やっぱり根源的に霊的（スピリチュアルな）苦痛、自分の存在がなくなつちゃうことに対する怖さとかそういうものが入ってきます。医者は、身体的な苦痛には比較的いいんですけど、やっぱりお話を聞いたり是可以んですけど、こういう幅の広い苦痛の範囲の中でどういうふうに対処していくかというと、1人じゃやっぱり無理なんです。チーム医療、地域連携、さっきのチームが欠かせないということになります。



スライド 17

【スライド 18】

子規さんは、そうやって苦しみながら「仰臥漫録」なんかを見ると、読んでいた方も何人かいらっしゃるんじゃないかと思いますけど、泣き叫んだりしながら、何とか生きているにもかかわらずこういう短歌とか俳句をいっぱい詠んだ。



スライド 18

【スライド19】

これは個人的な趣味で選びましたので、必ずしも有名じゃないかもしれませんが。最期、辞世の句として、今出てきた3句です。糸瓜咲て痰のつまりし仏かな
痰一斗糸瓜の水も間にあはず
おととひのへちまの水も取らざりき
と言って、その夜の未明に亡くなるわけです。子規さんはどうだったのかなと思うんですけど、ご自分で生活の質という概念があったとしたら、一生懸命生きて生活の質は高かったと思っていらっしゃるのかな、どうなのかなと思います。皆さん、どうでしょうね。お時間あれば、岩波の文庫で全部出ていますので、一度読んでいただくとお考えの元になるんじゃないかと思います。

子規の創作活動—生活の質を反映?

足立は不良の無量のいたさきといかづちなして暮みならましを
足立は北インデヤのミラヤのエヴリスとなる時くはまじき
四年後—たひなくは木も草も皆根の下に花咲きにけり
うづみのひきを送る人絶えず谷中の森に日は傾きぬ
松の葉の露毎に結ぶ白露の露きてはほむはれては置く
瓶にさす藤の花さみしければたみの上にとりかざりけり

華も墨も濃泉も内に秋の蚊帳
黒きまに紫深き葡萄かな
夏野行く人や天狗の面を負ふ
壁雨欲来五尺の百合を吹く風
闇を出て誰に人の影二つ

糸瓜咲て痰のつまりし仏かな
痰一斗糸瓜の水も間にあはず
おととひのへちまの水も取らざりき

スライド19

【スライド20】

生活の質とは、何が自分にとって一番大事なのか、どこで生活したいのか、病気と仲良くしたいのか、病気と徹底的に闘いたいのか、何か遺したいのか、そういういろんな気持ちがあると思いますけど、そういうものを大事にして、それで自分の療養、治療なんかを選んでいくという、そういうことをやっぱり患者になったときには考えていかなければいけないのかなと。

生活の質とは?

Quality of life = 生活の質○

個人個人によって定義される。
=価値判断はひとそれぞれ。
自分はどういう生活をしたいのか?
自分で選びとらなければ...

何が自分にとっていちばん大事なのか?
どこで生活したいのか?
だれと生活したいのか?
病気と仲良くしたいのか、戦いたいのか?
何か遺したいのか? などなど。

スライド20

【スライド21】

そのためには医療はどんなことができるのかというの、しっかり聞いておかないといけないです。情報は大事です。再発したがんは治癒しません。治療目的は延命と生活の質の向上です。ここで今また久しぶりにでびた博士が出てきますけれども、例えば大腸がんが再発転移したときの治療法としては、この治療をやりましょうと医者に言われて受けている人が多いんですけど、実際の中身はどうか。病気が大きくなならないで生存している期間が、標準治療は6.2カ月で、全体の生存期間の中央値が14.7カ月だと。それに対して、今のオキサリプラチンという薬が2年前から導入されてからは、これがこのくらい延びる。これにアバスチンというお薬を入れて比較すると、8.7カ月が9.9カ月になる。ただお金

選択のために必要なもの=情報
医学の「力」は? 治療に必要なものは? 現状を知る!

再発したがんは通常治療できない。
治療目的は延命と生活の質の向上

例: 再発転移のある大腸がん
全身化学療法 現在と過去の標準療法の成績比較

過去の標準療法: 5FU/LV
無増悪生存期間: 6.2月 生存期間中央値: 14.7月

現在の標準療法: FOLFOX
無増悪生存期間: 9.0月 生存期間中央値: 16.2月

FOLFOX+アバスチンでは
FOLFOX6単独: 8.7月 19.2月
FOLFOX6+Av: 9.9月 26.0月

一回¥14000
一回¥29000~

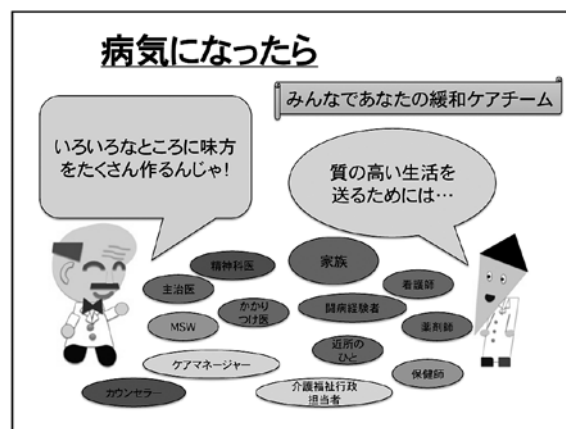
スライド21

がかかります。FOLFOX だけだと 1 回点滴すると、フルにやると 14 万円ぐらいかかります。もちろんこれの 3 割の負担ですむんですけど、これにアバスチンというのが入ると 29 万円以上かかります。その 3 割が負担です。さらにそれ。これは点滴の代金だけですから。こういうこともしっかり皆さん、ご自分で分かっていたいてやっていくのが大事だと思います。そういうことも分かってご自分たちで生活の質を高めていかないと。

【スライド 2 2】

病気になったらどうしたらいいかといったら、質の高い生活を送るためには、いろんなところに味方をたくさん作るんですね。家族、医療関係者、その他、近所の人も含めてです。で、この後お話もありますけど、闘病経験者の方とお話をしていろいろ体験を共有していくのも非常に有意義なことだと思います。

最後、時間がオーバーしてしましまして駆け足になってしまいましたけど、みんなで緩和ケアチームを作っていきます。その中心はあくまでも皆さんそれぞれ一人ひとり。医療者が中心ではないんです。それを僕らも十分わきまえてやっていかないといけない。ということで、おしまいになります。どうもありがとうございました。



スライド 2 2

【基調講演 3】

がん患者として歩んで
～茨城よろこびの会 25 年のあゆみ～
茨城よろこびの会
会長 飯田 則子

こんにちは。今、紹介にあずかりました、茨城よろこびの会の飯田と申します。どうぞよろしくお願いいたします。本日は、たくさんの方のお集まりいただきましてタウンミーティングができますことを、大変に嬉しく思っております。



【スライド 1】

私どもよろこびの会は 1984 年、昭和 59 年に前の安島光二会長が中心になりまして始められました。全国よろこびの会という会がありまして、その中の茨城支部ということでございます。北海道と、今現在は 8 県このようになっています。

全国よろこびの会支部

よろこびの会は全国 9 支部です。

支部名	名称	部位
北海道支部	小舟会	限定なし
青森県支部	青森県よろこびの会	胃・子宮・乳・大腸
宮城県支部	みやぎよろこびの会	限定なし
山形県支部	山形まめの会	限定なし
福島県支部	しゃくなげ会	子宮
茨城県支部	茨城よろこびの会	限定なし
群馬県支部	ひまわりの会	限定なし
長野県支部	長野県よろこびの会	限定なし
石川県支部	石川県よろこびの会	限定なし

スライド 1

【スライド 2】

全国よろこびの会といいますのは、おのこの県でこういう小さな集りをもち各県でよろこびの会ということを開催しております。茨城県でも、25 年前ですか、前の安島会長が各地に小さな会合を持ちまして患者さんを募りました。そして現在に至っております。

私が自分でしこりを見つけたのは 27 年前なんです、だいぶ昔になりまして、もう本当にお薬なども忘れてしまいましたけれども、私は初期だったのですが、その当時の乳がんの手術の方法といいますのは全摘でした。ご多分に漏れず胸筋もすっかり綺麗に取っていただきました。私自身は綺麗に取っていただいたのでもうこれで治るというふうに自分で確信をしております、割合普通の生活に戻ったのは早かったように思います。若いときに山登りなどをやっておりましたので、ぼちぼち始めようかということで、ハイキングなどからやり始めまして、かなり長い時間、15 年、20 年近く山登りを続けております。そういうときに、前の安島会長が乳がんの体験者のお話をしてくれる人を探してるということで、私

がん患者の会 茨城よろこびの会 とは？

- 創 設 1984 年（昭和 59 年）
- 会員数 約 200 名
- 年会費 1,000 円
- 対 象 がん全般の患者とその家族、会の活動に賛同していただける方
- 事務局 （財）茨城県総合健診協会の内
茨城県水戸市笠原町 498-5
- 下部組織 女性だけの会 レディースピア（県央・県西支部）

スライド 2

のところに依頼がありました。それから安島会長とコンビを組んでいろんな集いの場で体験をお話しました。当然、私もよろこびの会に入会するようになりました。ですので、今振り返りますと、やはり私が患者、自分では元気になったので患者ではないのですが、体験者ということで今日まで来ております。

【スライド3】

それで、よろこびの会の活動が最近どのようになっているかということで、簡単にここに羅列しております。1つ、心配事や悩み事の無料相談です。それから、病気の予防や早期発見、治療に有効な定期検診の普及啓発です。3番、がんフォーラム、これは昨年で第20回をいたしました。会といたしましてもこれが一番のメインで、会員一丸となってがんフォーラムを開催しまして、県民の皆さんたちに早期発見を促し、また、専門の先生方をお呼びいたしましてフォーラムをやってまいりました。最近のフォーラムの様子をお話したいと思います。

茨城よろこびの会の活動

1. 心配事や悩みごとの無料相談
2. 病気の予防や早期発見・治療に有効な定期健診の普及啓発
3. がんフォーラムの開催（年1回）
4. 会員同士の親睦会・研修会（随時）
5. レディスピア例会（月1回開催）
6. 会報「よろこび」の発行（年4回）
7. 体験記「蘇葉」の発行（約5年毎）



スライド3

【スライド4】

がんフォーラムのねらいというのはこのようになっています。

がんフォーラムのねらい

- 検診の普及
がんの「早期発見・早期治療」には、定期的な「検診」が必要です。重要な課題として、折りに触れて取り上げてきており「がんフォーラム」もその一つとなっています。
- 医療の情報提供
人の顔形が異なるように、がんの治療法や後遺症なども人それぞれで、尋常一様ではありません。講演や体験談などの情報によって思わぬ知識を得られることがあります。
- メンタルケア（心の持ち方）
病気治療に精神的なものが如何に大切かは体験的に会得している方も多いと思います。自分自身は勿論、愛する人達の心の支えが治療効果を信増させます。体験談や議論を共有することにより、安堵感や前向きな気持ちになっていただきたいと思っています。

スライド4

【スライド5】

これは平成4年、第4回がんフォーラムです。ここに映っておりますのが村上穆先生です。当時、国立病院の先生でした。先生には第1回のがんフォーラムから私ども会の顧問になっていただきまして、一昨年亡くなられるまでよろこびの会では本当に面倒を見ていただきまして、たくさんの方が先生からのいろいろとアドバイスを受けておりました。



平成4年 第4回がんフォーラム

スライド5

【スライド6】

これは最近です。平成 17 年、第 16 回がんフォーラムです。ここに映っておりますのは、中央病院の大谷幹伸先生です。先生をお呼びいたしまして、専門の分野で勉強会をいたしました。



平成17年 第16回がんフォーラム

スライド 6

【スライド7】

それから平成 18 年。これは県立の図書館でしたけれども、当時、樋口強さんという方で、ご自分は肺がんをやられてて、会社のお勤めを辞めて、大学時代に落研でやってたということで、自分の病気を題材にして全国を回っておられる方でした。これ、お座りをいただいてにこやかに話しておりますけれども、足の先は全然感覚がないんだということをお話ししておりました。



平成18年 第17回がんフォーラム

スライド 7

【スライド8】

それから 19 年です。これは先ほどもお話があったように、筑波大学院の菅原信二先生から「切らずに治す！ 放射線治療の威力」、陽子線の話。大変難しゅうございましたけれども、高価でもありますが、本当に苦痛がない治療なんだという、最新の治療のお話を承りました。



平成19年 第18回がんフォーラム

スライド 8

【スライド 9】

真ん中にいらっしゃる先生が、いばらき診療所の照沼秀也先生です。この先生には、第1回のがんフォーラムから無料相談を受け持っていていただいております。こちらの向かって右側ですか、この方は安島光二前の会長さんです。



顧問医師による無料がん相談

スライド 9

【スライド 10】

これは一番新しい、昨年の秋に第20回がんフォーラム。よろこびの会が創立いたしまして25周年を迎えました。そのときの20回がんフォーラムの記念講演ということで、中央病院の永井秀雄先生をお招きいたしまして、「がんといわれたら誰でもかかる可能性、予兆、検診、最新治療」というお話で、自らの肺の治療、肺の手術の様子を先生の大変貴重な体験談を伺ったところでございます。



平成21年 第20回がんフォーラム

スライド 10

【スライド 11】

これは、午前中に記念式典がありました。



平成21年 創立25周年記念式典

スライド 11

【スライド 1 2、1 3】

それから 4 番目です。会員同士の親睦会。200 名近くおりますけれども、年間、お花見があったり、ブドウ狩りをやったり、それからこれは昨年、奥久慈、太子方面を散策したときの模様でございます。

茨城よろこびの会の活動

1. 心配事や悩みごとの無料相談
2. 病気の予防や早期発見・治療に有効な定期健診の普及啓発
3. がんフォーラムの開催（年1回）
4. 会員同士の親睦会・研修会（随時）
5. レディスピア例会（月1回開催）
6. 会報「よろこび」の発行（年4回）
7. 体験記「蘇葉」の発行（約5年毎）



平成21年 奥久慈秘境巡り

スライド 1 2

スライド 1 3

【スライド 1 4】

それから 5 番なんですけど、レディスピア。これは私ども茨城よろこびの会の女性だけの会で、7 年ほど前に立ち上げました。現在、水戸を中心にした県央と、下館を中心にした県西と、2 つの会が作ってございます。

茨城よろこびの会の活動

1. 心配事や悩みごとの無料相談
2. 病気の予防や早期発見・治療に有効な定期健診の普及啓発
3. がんフォーラムの開催（年1回）
4. 会員同士の親睦会・研修会（随時）
5. レディスピア例会（月1回開催）
6. 会報「よろこび」の発行（年4回）
7. 体験記「蘇葉」の発行（約5年毎）



スライド 1 4

【スライド 1 5】

これは今年の 9 月にレディスピアとよろこびの会が中心になりまして、フローラ薬局の薬剤師篠原久仁子先生をお招きいたしましてお薬の話を伺いました。



今年9月 レディスピア主催「お薬講座」

スライド 1 5

【スライド 16】

それから 6 番、これは私ども、年 4 回このような会報を作っております。

茨城よろこびの会の活動

1. 心配事や悩みごとの無料相談
2. 病気の予防や早期発見・治療に有効な定期健診の普及啓発
3. がんフォーラムの開催（年1回）
4. 会員同士の親睦会・研修会（随時）
5. レディスピア例会（月1回開催）
6. 会報「よろこび」の発行（年4回）
7. 体験記「蘇葉」の発行（約5年毎）



スライド 16

【スライド 17】

これは行事報告、予定、会員が日頃感じたこと、また、顧問の先生方にご依頼をして原稿をちょうだいしたりして載せております。



年4回発行 会報「よろこび」

スライド 17

茨城よろこびの会の活動

1. 心配事や悩みごとの無料相談
2. 病気の予防や早期発見・治療に有効な定期健診の普及啓発
3. がんフォーラムの開催（年1回）
4. 会員同士の親睦会・研修会（随時）
5. レディスピア例会（月1回開催）
6. 会報「よろこび」の発行（年4回）
7. 体験記「蘇葉」の発行（約5年毎）



スライド 18

【スライド 18】

それから 7 番目、体験記であります。

【スライド 19】

「蘇葉」というものを、大きな冊子ですけれども、これは今年の5月に発行いたしました5冊目になりました。これは大変に貴重で、内容的には、会員の今までの体験、お世話になっている先生方のご寄稿、会員の短歌、俳句の作品などの文芸も載せてあります。これが今年の5月に発行した「蘇葉」でございます。



今年5月発刊 創立25周年記念誌「蘇葉」

スライド 19

【スライド 20】

茨城よろこびの会の今後ですけれども、行政をはじめ、県内のがん患者会や地域がんセンターとの連携を密にして、定期検診の重要性、がんの啓発・予防、今まで以上に伝えていきたいと思っております。

茨城よろこびの会の今後・・・

- 行政をはじめ、県内のがん患者会や地域がんセンターとの連携を密にして、定期健診の重要性、がんの啓発・予防を訴えていきたい。
- 「がん」はすべての人が罹り得る病気であり、早期発見は健康なときこそ重要である。私達がん体験者を通して命の大切さを理解していただき、自分や家族の健康を考えるきっかけを作ってもらいたい。



スライド 20

【スライド 21】

それからもう一つ、最後になりますけれども、これは今年の5月につくばで行われたリレー・フォー・ライフに参加した模様でございます。

駆け足で25年の茨城よろこびの会のお話をしましたが、私といたしましては、やはり茨城よろこびの会と共にここまで来たようにと思っております。最近の私の担当といたしましては、一昨年の4月から実施されました、茨城県のがん患者支援推進事業でありますピアカウンセリングです。1人の患者さんの切実な訴えによって県の行政のほうに届きました。それが、昨年の4月から実行されております。今年の10月から県立中央病院のほうにもピ



今年5月 リレー・フォー・ライフ参加

スライド 21

アカウンセリングのお部屋が設けられまして、3個所で現在やっております。多分、お手元の袋の中にピアカウンセラーによるピアサポートの相談、患者、家族交流サロンのご案内が入っているかと思います。今、3個所、盛況と言っては言葉がおかしいんですけども、たくさんの方の患者さん、家族の方が利用されております。ピアサポートは、3個所ですけども、大きな病院は、先程来、青山さん、それから三橋先生がお話しになりましたように、拠点病院には相談支援室があります。周りの方でご心配の方がおりましたらば、是非そういうところを伺っていただきたいなと思っております。

私、一患者の力といったら小さいものです、日進月歩の医療の道ではありますけれども、足早にたくさんの方があの世に行ってしまうのが現状でございます。私たちほんのわずかな力で、皆さまの足もとを少しでも照らせたらの願い茨城よろこびの会は頑張っております。どうぞよろしくこれからもお願いをいたします。大変失礼いたしました。

【自由討論】

司 会

友愛記念病院 院長 加藤 奨一 先生

パネリスト

日立総合病院 院長 奥村 稔 先生

県立友部病院 院長 土井 永史 先生

県立中央病院 緩和ケア部長 三橋 彰一 先生

県立中央病院 看護師長 鯉沼とも子 氏

大和クリニック 院長 浜野 淳 先生

つくばピンクリボンの会 事務局長 八木 淳子 氏

茨城県保健福祉部 次長 青山 充 氏

○司会 加藤

それでは、タウンミーティングを開始したいと思います。

先ほど皆さまからアンケート用紙を回収いたしましたして、今日のテーマは、項目で言うと予防、健診、医療体制、緩和ケア、相談・情報提供、その他、というふうになっているわけですが、やはりアンケートの枚数にかなりばらつきがありまして、非常にたくさん来ている項目もありますし、ほとんど来ていない項目もありましたので、ちょっとすべての項目にわたって同じ時間でやることは困難という判断をいたしました。質問が多かった項目について多少時間を多く割くような形で議論を進めていけたらいいと思います。

先ほど永井院長のほうからもお話が再三ありましたが、これは医療関係者が県民の皆さまからの質問に対して言い訳を言う会ではありませんので、答えもこの場で出ないということもあると思います。問題提起をしていただければ、それがまた将来につながるというようなこともあると思いますので、必ずしもこの場で結論が全部出てすっきりするということはないかもしれませんが、日ごろいろいろ疑問に思っておられることがあると思いますので、忌憚のないご意見、ご要望、質問等をいろいろ出していただければいいと思います。予防についてはほとんど何もご質問がございませんでしたので、検診関係のテーマから議論を進めていきたいと思います。

これは60歳代の方からなんですが、特定健診とがん検診の通知が別々のため、また同時に受診できないのは不便ですが、以前のように総合的に受診できる日程を増やせないでしょうかというようなご質問が来ておりました。これはやっぱり行政のほうからお答えいただくのがいいかなと思います。青山さん、よろしくお願いします。

○青山

特定健診制度ができてしまってちょっとご不便をおかけしているんですね。特定健診制度



というのは、保険者が自分のところの加入者の健診をやりなさいというので、今までは、例えば血液の検査であるとか胸の健診など全部市町村がやってくれて、あと事業主が従業員の健診をやるだけだったんですが、各保険者ばらばらにやるようになった。一方で、がん検診は市町村がやりましょうということになっているので、1人の人に2種類の健診が来まして、ばらばらに受けることになってしまいますね。これは都道府県とか市町村レベルでも非常にブーイングでして。例えばうちの県だと、集団健診で総合健診協会がやっているところはある程度調整はできるんですが、そのところは非常に私どもも困っているところなんです。どちらかというと、大変だということをたくさん言っていただいて、健診制度はなるべく私も一本化したほうがいいと思う。茨城県はもともと一本化でやろうとしてやってきたのが、制度が変えられちゃったために余計に皆さんにご不便をおかけしているんです。いろんな関係機関と打ち合わせもしていますので。ただ、私の力ではどうしようもないので、そういう声をどんどん上げていただきたいなと思います。

○加藤

はい、ありがとうございました。

ほかのパネリストの方で、この件に何か一言言っておきたいというようなことはございませんか。よろしいですか。フロアの方でさらにこれに関して何かご質問があれば。はい、どうぞ。

○質問者

今日はありがとうございます。私も2年前から、めでたくメタボ健診の年齢になりました。それで、メタボ健診とがん検診と2通、2種類の健診通知が来ますけれども、これは自分で選択して、いつもお世話になってる先生にはメタボ健診をして、メタボ健診とがん検診がダブっている部分がありますよね。例えば血液の検査とか、肺の検査とか、あとは何でしょうか。ダブっている部分があるので、それはがん検診はしないで、自分で両方のデータを見るように自分で私は判断しているというか、そんなふうにして私の場合はやっていますけれども、不便だといえば不便、手間だといえば手間ですけれども、私は特に今のところは不満も文句もなくやっています。以上です。

○加藤

今のご意見は非常に賢い健診の受け方だと思いますので、皆さんも参考にさせていただけたらいいかなと思います。かかりつけ医がいるというのが非常にいいことなんだと思いますけどもね。その先生と相談しながら、必要なものを落ちがないように、重複しないようにということでやっていただくのが一番いいのかなと思います。

それでは、次の質問に移らせていただきます。

現在、日曜日しか休日がなく、健診を受けたくても受けられない人が多いと思います。休日でも予約で健診が受けられれば健診率が上がると思いますというようなご意見が来ております。これは行政のほうから、あるいは実際健診をしている病院の側からの回答が必要だと思うので、奥村先生と青山さんにお答えをしていただきたいなと思います。

○奥村

健診に関しましては、私、日立市の病院の院長をしておりますが、やはり人口当たりの医師数が非常に少ない中で、乳腺の専門医、放射線科の専門医、また前立腺その他、病気ごとの専門医に健診に関わっていただいて質の良い健診、PET検診まで含めてしている形にはなっております。ただ、キャパシティが、1つの病院単位としますと大体常識的には70名。それを78名に増員をしまして健診をお受けしている形ではあります。これをできるだけ多く、また日曜日、また祭日の健診のお話が出ておりましたが、当院では祭日の健診を時々ではありますがやっております。どれだけの需要に応えられるかというのは少し問題があるんですが、あと土曜日、日曜日健診に関しては、やはり労働基準法の問題その他いろいろありまして、土日をやったら平日を休むというわけにもまいりませんで、やはり平日の健診者数を増やす、または祭日の健診日を増やす、このような工夫をしてできるだけご要望に添っていきたいと思っております。また、1つの医療機関だけではなかなか地域全体の健診の需要に応えることはできませんので、地域としてほかの医療機関と連携しながら質を保って、できるだけ健診のご要望に添ってまいりよう努力してまいりますので、ご理解をいただきたいと思います。

○司会 加藤

奥村先生、どうもありがとうございました。

○青山

私のほうは事業所の健診ではなくて市町村でやっている健診のほうを担当しておりますけれども、従来は土日の健診はほとんどやってなかったんですが、今は少しずつ増えてはいます。実際はバスの稼働日が決まっていますので、土日に振り向けると今度平日がなくなってしまうんです。そんなこともありますので、ただ、クーポン券が出た時点で、土日の健診を増やそうということで市町村と協議していますので、市町村と、土日のほうが効率的なのか平日のほうがいいのかについては、これから健診団体も含めて協議を進めていきたいとは思っています。土日やってもあまり来ないところもあるんです。ただ、土日しか行けないという人をどうやって拾うかという話もあって、それは指定日で、集団ではなくてどこかへ来てもらうかという方法もあるかと思っておりますので、その辺は市町村とか健診機関といろいろ協議を進めてみたいと思います。

○加藤

はい、ありがとうございました。この件に関して、追加のご質問とかご意見、ございませんか。一番後ろの方、お願いします。

○質問者

今、市町村と言いましたが、茨城県全体で対応させてるあれですか。

○青山

健診そのものは市町村が主体にやっけていまして、そのこの制度の管理であるとか健診体制

は、健診機関がありますので、その調整を私のほうでやっています。

○質問者

そうすると、茨城県全体でやるわけですね、市町村単位で。

○青山

そうです。

○質問者

私は石岡に住んでいますけど、石岡でも日曜、土曜日やるわけですね。

○青山

市町村によって、自分の市町村で日曜やりたいという市町村と、そうじゃない市町村があるんです。やりたいといった市町村にすべてやれるような健診車が出せないものですから、全部の要望には応えてない。一斉に土日健診をやるかという、そういうふうにはなっていないですけど。

○質問者

そうですか。やっぱり土曜日、日曜日もやりたい人はいるでしょうし、あるいは平日にやる人もいると思うんです。できるだけ全員を網羅できるようにしてやってもらいたいと思うんです。

○加藤

はい、ありがとうございました。私の病院でも祭日とか日曜日の健診というのは健診センターではやってなかったんですけども、今日こういうご意見を聞くと、やっぱりちょっと今後は考え直して、そういう体制づくりをしたいなというふうに思いました。どうもありがとうございました。

あと1つですね。これは青山さんに答えてもらえばいいのかな。市町村のがん検診について、70歳代の女性です。乳がん検診がなくなりましたが、もう乳がんの心配はしなくていいということですかという質問が来ているんですけど、これはどうお答えすれば。

○青山

私は臨床的な話は専門的じゃないのですが、茨城県の乳がんの検診体制を決めたとき、65歳まではこんな検診をやりましょうということにしました。それ以上は、検診をこんな方法でやりましょうというのは決めてないんです。役所は公費、皆さん方の税金を使って検診をやるときには、費用効果みたいなものも考えなければなりませんので、そういう面では、65歳までについては公費を使ったきちとした検診をやりましょう、それ以上になった場合は、さっきもお話があった、基本的には市町村の判断でそれ以上の人を対象にしてもいいですよ、市町村のお金を使ってやってもいいですよ、そうじゃなくてそれ以外のところはやらないという市町村があってもそれは自由ですよ。個人で言えば、それらの先生とよく

相談をしていただいて、リスクがあるのであればそこで受診をするということもあるでしょうし、検診を受けるというのもあるでしょうけど、いわゆる税金を使った検診としては65歳まではちゃんとした検診方法を決めます、それ以上は市町村の自由です、そういうやり方をしています。

○加藤

青山さんにお答えいただく項目が非常に多くなってしまっているので申し訳ございません。この件に関しては八木さんも少しご意見があるんじゃないかと思うので、どうぞ。

○八木

70歳以上の話ですか。それとも健診全体。

○加藤

乳がん検診に関してです。

○八木

私も臨床の専門でないのでどれぐらいの確率でということはわからないのですが、ただ、項目がなくなってしまうことに関して、対費用効果やがんになる可能性が少なくなったからという理由よりも、むしろ一般市民としては、見放されているような感じになりかねないという懸念はあります。

○加藤

ありがとうございました。私、別に乳がんの専門ではありませんけれども、外科一般、消化器中心ですけど、好発年齢ではないと思いますけれども、やっぱり70歳以上でも乳がんの患者さんはいっぱいいらっしゃいますので、是非年齢制限はないほうがいいのではないかと、医師の立場からはそういうふうに思います。

それでは、健診関係について何かご意見、ご質問はございますか。はい、どうぞ。

○質問者

青山次長にお尋ねします。茨城県の健診率は今何％ですか。毎年1回やっている市町村の定期の健康診断ですが。

○青山

30％弱だと思います。

○質問者

低いですね。どうして低いんですかね。

○青山

私が知りたいんですけど、皆さん受けられたらいいですよ。

○質問者

というのは、プライベートで申し訳ないんですが、私はひたちなか市なんですが、いずれも年に1回の定期健診で胃がんも大腸がんも前立腺がんも全部発見したんです。早期発見、早期治療ということで、現在80半ばになってこんなに元気なんです。だから、いかにして健診率を上げるか、これは難しいんです。これはあくまでも本人の自覚ですからね。その辺が難しいと思っているんですが、どうなのでしょうかね。以上です。

○加藤

はい、ありがとうございました。もうひとかた、どうぞ。

○質問者

やはり健診というのは、皆さん働いている方は会社とかでやると思うんですけども、それ以上踏み込んでの健診というのはやっぱり病院に行かない駄目ですよ。ですから、市町村でちゃんとやっていただける範囲というのは大体限られちゃうんですよ、期間が。だったら1年間好きなときにできるようになるともっとうれしいかなと思っています。以上です。

○加藤

ありがとうございました。

それでは、時間も過ぎていきますので次のテーマに移りたいと思います。医療体制についてのご質問に答えます。

1つ目は、私は在宅医療に関わっていますが、病院の先生から悪くなったら入院をと説明されている患者が多く、自宅で最期まで過ごしたいと思っていても、情報提供も説明もなく不安なまま在宅に戻る患者さんがいます。もっと医療者の教育と地域での連携が取れる場を増やすことができればいいかなと思いますというようなご意見があります。これは浜野先生にご意見を伺いたいと思います。

○浜野

非常に大きな問題だと思います。いろいろな問題があると思いますが、1つは医療従事者のほうが在宅でできる治療、ケアがどれくらいあるのかということを知らないこともありますし、あとは患者さん自身、ご家族が、こういう状況では家では到底無理だろうということでご自身の希望を伝えないということもあると思います。いろいろな要因はあると思いますが、現在われわれとしては、医療者としては、さっき三橋先生もお示ししていたがんの研修会ですね、緩和ケアの研修会で、そういった在宅療養を見据えた地域連携というタイトルでみんなでいろいろ議論したり、どうしたらこの地域がよくなるかということをしこしこ進めております。その中で、われわれ地域側のほうから在宅ではこういうことができるんだという話もできますし、病院側の先生の立場としてはこういう状態でおうちに帰すというのは逆に見捨ててしまうというふうにとらえられてしまうんじゃないかということでもなかなか言いにくいという話もあったりと、同じ医療従事者の中でもそういった考え方とか感じ方の違いがあるので、今そういったところを少しずつ調整しているところだと思います。あと、皆さ

まに是非お願いしたいのは、そういった家で過ごしたいんだという気持ちを是非担当の方、看護師さん、主治医の先生に伝えてもらって、先ほどもあった生活の質と治療の内容ということのバランスというのはその人それぞれの価値観も関わってくる問題だと思いますので、是非医療者に遠慮することなくちゃんとご自身の希望というのを伝えていくということも大事かなと感じております。

○加藤

浜野先生、ありがとうございました。

この件に関して、パネリストの方で一言言っておきたいという方はいらっしゃいませんか。よろしいですか。フロアの方で追加のご質問なりご意見がありましたら。よろしいですか。

それでは、また体制についてですが、セカンドオピニオンはどの程度気軽に受けやすく、また気軽に医者に話せる環境が整っていますか、がん関係の民間イベントへの協力はどの程度お考えでしょうかというような質問が来ています。日立市の奥村先生に振らしていただいてよろしいでしょうか。

○奥村

セカンドオピニオンに関しましては、説明と同意という基本的な患者さんへの情報提供と、それに基づく患者さんの自己判断を重視するという意味で、説明と同意が進むにつれて1つの医療機関だけでは納得できない、またはちょっと情報が足りないのではないかとというときに別に医療機関に相談に行かれる制度ではあります。日立病院のことだけを申し上げれば、説明書の中にセカンドオピニオンが必要な場合はお申し出くださいという文書を入れて、セカンドオピニオンが必要なときは希望に添うような形で表示はしています。ただ、なかなか遠慮されたりする部分、また、こんなことを言うと気を悪くするんじゃないかなというお考えもありまして、なかなか普及しづらい面もあるのではないかと思います。ただ、そういう一文を入れておきますと、必要な方はお申し出になることになり、だんだんそれが普及していくのではないかと。まず第一歩として当院ではそのような形で対応をしております。

○加藤

これは行政かな、民間イベントへの協力ということですね、がん関係の。ちょっと質問の意味がはっきりしないんですけども。

○奥村

民間イベントというのは、民間の病院によるがん関係のイベント？

○加藤

いや、違うんじゃないかと思いますね。

○青山

ちょっとよろしいですか。私どものほうでいろんな啓発活動を行うにあたって、民間という言葉に2通りありまして、民間の人たちにいろいろやってもらおうという動きをしています。それ以外にもいろんな民間の方が、例えばイベントをやると、ついでに役所のほうでとかどこかの先生を紹介してくれないか、自分のところは手がないんだというようなことについては積極的に調整させていただいています。直接参加する場合と、どこかの先生にお願いをする場合と、それはやっておりますが、その他何かそういうイベントで私どものほうで誰か話しに来いとか、資料よこせとか、そういうのがあれば是非お話しいただければと思います。

○加藤

多分、このお答えでいいのではないかと質問の内容は理解しましたけれども、よろしいでしょうか。

次は、これも難しいですね。もうやる治療がないからという理由で退院を迫られました、だけど体の状態が悪いので自宅での生活が困難である、どうしたらよいか、このような方の相談を受けることが何回かありました。これは行政関係者の方からですね。これもなかなか難しいですけども、三橋先生に。

○三橋

各個別の例でいろいろなことがあるので1つの答えというのではないと思うんですけども、実は、もうやれることはやったから後はあなた自由にしなさいよと患者さんに言って、平気でその後何もしなくなっちゃう医者が実在しています。それはやってはいけないことです。というのはさっきお話しした通りで、化学療法が終わってとか手術をやって、その先、患者さんは生きて生活をしているわけですよ。そこに対しての責任を放棄しているということです。倫理的にやってはいけないことだと思います。そう言われても自分はこうしたいんだということは、まずその場で表出されるのが一番大事なことだと思うんです。それがあって、そのドクターが誠実に対処してくださる方であれば、その先いろいろ考えて、どこどこを紹介しましょうとかそういう話に進んでいく場合もありますし、患者さんにとっては、あまりそんな自分のこれからの生活は自分でやるから自由にしたいからという方もいらっしゃるわけです。

そのコミュニケーションというのをしないといけないんですが、やっぱり患者さんになって医者にかかってみるとお分かりになると思いますけど、なにせ茨城県は医者の数が少ないですね。ビリが埼玉県、2番目のビリがさっきの青山さんの話じゃないですけど茨城県。人口10万人当たり百四十何人という医者ですので、東京と比べたら100人以上違うんですね。10万人当たりで。しかもそれが県南に遍在しているという状況がありますので、県央、県北、県西、鹿行は本当にひどい状態になっておりますので、ゆっくり話している時間が……。患者さんが多くて、1日に外来で50人から100人診ている先生にそういう話をしても、確かなになかなか届かない部分があると思います。でも、やっぱり、それはそれでしっかり話をする時間は取らなきゃいけない。患者さんが自分の生活の質を何とかしたい、何とかしたい、緩和ケアをちゃんと受けたいというときには、やっぱり時間が大事なんですね。そこで

どれだけ話を聞いてもらえるか、親身になって一緒に考えられるかという問題になってきますので、やっぱりそこは食い下がるのがまず一番最初。

でも実際になってしまった場合にどうしたらいいかというと、困ったときはとにかく、さっきの話じゃないけど、誰にでもいいけど相談をしてみる。一番いいのは、今そういう体制が整っているのががん診療連携拠点病院の相談支援センターという話が出ていますけど、そこにまず相談に行く、電話をしてみる。電話相談はほとんど受けてくれますので。そのうえでそこで判断をして、必要なら僕らにつないでくれたりいろいろしますので、そういうことをしてもらうのが具体的な解決策としてはいいんじゃないかと思います。実際に在宅で動けなくても、浜野先生みたいな先生が関与してくれれば大抵のことはおうちでできますし、最期までおうちでという希望はかなり成就することができますので、困っているときの相談をとにかくすると。何でも困ってしまったら、とりあえず相談支援センターというところが各地域のがん診療連携拠点病院にありますから、とにかくそこに電話をしてみる。それが仕事の部門ですので、それが一番いいのかなというふうに思っております。

あとは、そういうドクターにならないように、今はそういう緩和ケアの場を何とか広げていこうと努力はしておりますので、頑張りたいと思いますのでよろしくお願いしますということになると思います。

○加藤

はい、ありがとうございます。

これに関しては、これは看護部の立場、連携も関係しますよね。鯉沼さんはどういうふうにお考えになりますか。

○鯉沼

ただ今のご質問の中で、ご自宅で過ごすのが困難というケースの場合ですが、これは患者様のご希望として、ご自宅での療養を希望されているのか、又は病院や施設での入院を継続して療養していく事を望まれているのかどうかを確認することが大事だと思います。ご自宅で過ごしたいけれども、お体の調子が思うようじゃなくて心配と思いながらも、訪問看護サービスを受けながら在宅に戻っていく患者様やご家族の方々の中には、医療者に見放されてしまったという思いを抱くケースが、結構いらっしゃいます。やはり医療者側の問題としては、在宅につなぐ時期があまりにも遅すぎるということだと思います。日常生活が自立していて積極的に化学療法を受けている頃から、訪問看護や往診医など社会資源の活用について情報提供をしておくことが必要かなと考えています。状態が安定しているときから、訪問看護師や在宅医と顔の見える関係が築かれていれば、状態が悪くなったときに自宅に戻るようになって、病院から見放されて心配という不安は、少し解消できるのかなと思います。

○加藤

はい、ありがとうございました。

この医療提供体制に関しまして、ほかにご質問。どうぞフロアの方、お願いいたします。

○質問者

今、鯉沼さんからご親切なお答えがあったんですが、今の話に関連しまして自宅療養の問題ですけれども、入院治療3カ月という壁があるようですけれども、その辺との関連はどうでしょうか。実は、私の義理の兄貴も東京で肺がんで3カ月ということで壁があっていったん自宅療養になりまして、自宅に帰ってきたら本人とめいっ子が2人で1日2日泣いていたと、どうしてこういうことになるんだということで泣いてたようですけれども。結局、1週間もたずにまた入院ということになりまして、東京の病院ですが入って1週間後に亡くなりました。だから、最後の段階に来てて、3カ月の壁が来て、それはやっぱりいったん出なきゃ駄目なんでしょうか。それから、その辺の心の問題もありますけど、3カ月の壁をちょっとご説明をお願いします。

○加藤

これに関しては、病院ですかね、浜野先生ですかね。

○浜野

いろいろな難しい問題点があると思いますが、1つ、もしかして誤解されているかもしれないのは、その3カ月の壁というのは、恐らくその医療機関のスタンスによって、3カ月を超えた場合、入院の診療費とかの額が少なくなるからできればというような形である場合もありますし、あと最近の多くのがん治療が、恐らく長期間入院をせずに行えるケースが増えてきていて、外来通院ですとか、手術も例えば内視鏡などを使うと1週間後には退院というケースもあるので、長く病院に入院するという必要性が最近の医療の進歩に伴って少なくなっているという現状もあるのかもしれません。なので、3カ月だから出ていってくださいという意味ではなくて、もしかすると病院で行う治療が3カ月ぐらいするとあまり必要性がないというか、むしろ外来通院であったり在宅医療という面でのカバーができて、入院中と同等の医療が提供できるというような現状があるのかもしれないので、確かに長く入院したから出ていけと言われたというふうにとらえられてご相談に来る方もいるんですけど、中にはいろいろと病院側の事情だけではなくて患者さん自身の病態であるとか治療内容によってあるのかもしれないので非常に難しいとは思いますが、きちっとそこは病院側と相談をして。

あとは先ほどからも言っていた、最後の段階になって放りだされてしまうということ、それは逆に言えば、われわれの医療者もそうですが、患者さん自身も、万が一の最期のときを考えてどう行動するべきかというのを、それこそ診断されたときもそうですし、健診も1つの手段だと思うんですけど、常にそれを考えながら行動をして主治医の先生方とコミュニケーションを取っていくという準備もやはり必要になってくるのかなと思います。最後の最後で慌てないために必要な対応かなと思っています。

○加藤

はい、ありがとうございました。

私は病院長をしていますので病院の事情ですけれども、日本全体の医療行政というのは在院日数ですね、患者さんの。日本は非常に在院日数が長いというのがずっと問題視されてて、

病院側は短くしろ短くしろといつも責め続けられるような時代がここ十何年続いているわけです。そのためにはいろんな医療の進歩も関わって、先ほど言ったような傷の小さな痛くない手術だとかいろいろありますので、確かに以前よりはどんどん入院期間が短くなっていきます。でも、個々のケースに関しては、その患者さん一人ひとりにオーダーメイドで医療は提供しなければいけないので、よく担当のドクターなりと相談なされば、よっぽどの変な方でなければちゃんと相談に乗って、しゃくし定規に帰れなんてことは言わないと思いますので、よく相談なさってください。

時間もどんどん過ぎてしまいますので、次は緩和ケアにテーマを移したいと思います。1つ緩和について。心のケアが必要です、でないといつぶれてしまいそうですという、非常に切実なアンケートのお答えがあるんですけど、これは是非土井先生にお答えいただきたいと思います。

○土井

非常に生命に大きな影響を及ぼす疾患を持ったときは、誰でもショックを受けますよね。そのときに心がつぶされそうになるというのは、誰もが経験することだと思います。私も恐らくそういうことになったらそういう気持ちになると思います。このときにどうするかということですね。これは普段からよく考えておかれるといいと思うんです。私は緩和ケアチームの1人として、精神科医としてやっていますが、大体の不安だとか気持ちの落ち込みというのは、担当のドクター、消化器外科なら消化器外科のドクターとか看護の人とよく話をして状況をよく見極めてやっていくと、かなりそれだけで軽減されるものです。多くの場合には、それが足りなくてつぶれそうになっちゃうということがあると思います。だからそういうときには、ちゃんと相談できる人をまずやっておく。よく日ごろから決めておくことです。ただ、それだけではどうしても強い不安だとか抑うつというものも確かに生じることがありますし、それがずっと続いていると本当にうつと全く変わらないような状況にもなり得ます。こういうときには精神科医の出番で、がんに向き向かうためにはそういう部分も必要になってくることがあります。ですから、そういうときに私としては援助をしていくということでやっています。精神科にかかるというのは非常に敷居が高いように思いますが、誰でも悩みもするし眠れなくなるし不安にもなるということで、遠慮なく行っていただければいいと思います。でも大体の場合には、担当の人に言えば大丈夫であるということですね。

もう一つ大事なことは、ピアカウンセリングの話がありましたけれども、横のつながりというか、同じ疾患をやりながらちゃんとそれに打ち勝って、先ほどお話がありましたけれども、やってらっしゃる方たちもいっぱいいるわけです。こういう方たちの体験談を聞いていくとか、思いを共有していくということが非常に大事で、われわれの心の中にはそうやってほかの人と気持ちを共有することによってそれを乗り越えていくことができるわけなので、是非そういう力がわれわれの心の中にあるんだということを忘れないでいただきたいと思っています。

○加藤

はい、ありがとうございました。

フロアの方で、この質問に追加なりご意見があれば。どうぞ。

○質問者

心のケアなんですけれども、精神科にかかるべきか、それとも臨床心理士にかかるべきか、その見極め方というのは何なんでしょうか。

○土井

一般的にはどちらでもいいですよ。ただ、例えばがんのことについて言うと、気持ちが落ち込んでしまったら精神科に、あるいは臨床心理士になんていうことではなくて、そういうことも含めて、チーム医療をやっておりますから必ずどの病院でもやってると思うんです。例えば、乳がんになってしまってそういうことになったときには、担当の乳がんの先生にお話をすればいいんじゃないでしょうか。そういうことも含めてチームケアなわけです。それで、大体は、そういう話をして相談するとそれだけで解決はするわけです。ところが、そうじゃないような状況になったときには、その担当医のほうからそのチームの中でいろいろと相談してほかの人も出てきてくれるという形になると思います。だから、それはまず、迷わず担当の先生によく話をすると。ドクターが少なくてもこのこうのと言っていますけれども、患者さんが中心ですから、医者が中心じゃありませんから、忙しくてもいいじゃないですか。自分が今そういうことで苦しんでるというんだったら、担当医にまず言うこと、遠慮なく言っていたきたいと思います。

○質問者

ありがとうございます。

○加藤

よろしいですか。

先ほどもちょっと、前の話に戻って、日本の医者は外来なんかで患者をいっぱい診なきゃいけないくて、50人診たり100人診たりということで、なかなか1人当たり時間を取れないという話がありましたけど、僕なんかも30分とか話さなきゃいけない方は、その日の最後にしていただいているんです。そうすれば後がないのでゆっくり話せるということなので、患者さんのほうからも担当の先生に、ゆっくり今度話したいので一番最後でいいですからと、そういうふうに通っちゃうといいと思うんです。そうするとその先生も、後に何か仕事があれば別ですけど、その日の最後であればかなり時間は皆さん取れると思いますので、そういうふうな医者利用の仕方もしていただくといいかなと思います。

次は、これもちょうと行政的な問題も絡むので答えられないと思うんですけど、ご意見が2つか3つ出ていましたのでご紹介したいと思います。

県央、県北地域に緩和ケアについて十分な施設が整っておらず、今後の対策はいかがですか。かなんていう質問が来ているんですが、これは青山さんですか。

○青山

行政の仕組み作りをやっておりますけれども、もともと地域がんセンターといわれた4つの

病院に対しては、当初から緩和ケアの病床を7床確保してくださいということで走りだしたんです。先ほど三橋先生のお話にありました緩和ケア病棟というのはある一定の基準がありまして、それを満たしてないとなかなかできませんけれども、4つの病院にあります。一方で、緩和ケア病棟でなければすべて緩和ケアができないというわけではないので、今、三橋先生とか皆さん方と一緒に、緩和ケアの知識を持ったお医者さんをどんどん増やしていこうということで研修会をやっています。お医者さんの数を急激に増やすわけにはいきませんし、首に縄を付けて連れてくるわけにもいきませんので、今いるスタッフの先生方に緩和ケアという概念を持って治療に当たっていただくというのが、今私どもができる最大の方法かなというふうに思っています。

○加藤

はい、ありがとうございました。

この件に関して……。どうぞ。

○質問者

私どものほうは県西なんですけれども、緩和ケアどころかがんセンターの拠点病院が、県西総合病院とか筑西市民病院とかありまして、今大変な赤字財政で騒いでおります。そこへきまして下妻市、古河に近い総和とか、そういうところにはそういう拠点がありません。そうしますと栃木の自治医大に流れる、それと、筑波大学がありますからそちらへ行くということで、あの辺が不毛地帯でございます。県会議員、市長へ立候補するときには、がんセンターを造るとか何とかんとか、がん病棟、病院、病院と騒ぐんですけれども、行政のほうはどうも……。どうなんでしょうか。これは誰にどう申し上げていいか分からないんですけれども、不毛地帯でございます。どうぞその辺の対策をよろしくお願いします。

○加藤

これはお答えできますか。

○青山

そもそものがん診療連携拠点病院というのは医療圏に1個造ろうということで進めてまいりました。今お話のあった筑西の医療圏というのは、残念ながらそれをカバーできるような病院がありません。それは名前だけくっつけるのは簡単ですけれども、やることをやらしてもらわなくちゃならないし、設備も必要ですし、スタッフも必要。今の段階で、今お話に出た2つの病院にそれをやってくださいと言っても、できる資金もないでしょうし、いろんなスタッフもいない。そこで、じゃあ、加藤先生のところと西南医療センターと2つでその医療圏をカバーしてくださいということで、古河のほうに2つ指定をさせていただいております。役人が考えていますので、本当にそんなことではいけないよと言われればそれはそうなんですけれども、ただ診療レベルを何とか確保するためにその2つの病院が筑西のところを何とかカバーしていただきたい、そういうことでは考えています。あと、その地域の病院をどうやって整備するのかというのは、地域医療再生基金というのを入れながら整備に向けて、県も絡んではいますが、地元の市町村の調整であるとか、それを今いろいろ水面下でやってい

るところです。ただ、なかなか皆さんの思惑とか資金とかそういうことがありますので、エイッとすてきな案がパッとできるわけではなく、少しずつ改善していくしかないのかなとは思っています。

○加藤

ありがとうございます。

先ほど青山さんがお答えになったように、うちの病院と境町の茨城西南医療センター病院というのは、拠点病院のない筑西地域を賄えということで指定を受けたんですけれども、実際距離的には車で1時間ぐらいかかるんですよ。ですから自治医大へ行ったほうが近いので、あるいは筑波大学へ行ったりとか、やっぱりそっちへ行きますね。小山の南とか結城の南とか、そのあたりの方はうちが近いのでいらっしゃいますけれども、やっぱりあの場所にも拠点病院が早期にできることは一番望まれるのではないかと思います。じゃあ、緩和ケアについてはよろしいでしょうか。

次は、相談・情報提供という項目ですかね。ここで質問が出ていましたのは、がん専門病院ごとのがん治療のデータ、ステージ、生存率等を集計してオープン化してほしい、ネットなどを用いてと。これに関しては茨城県はいかがなものでしょうか。

○青山

今、国立がんセンターの新しい総長さんがすべてそういうふうにするべきだということで、国レベルでがん診療連携拠点病院のそういうデータを出そうという動きがあるのが1つございます。それ以外に、今日永井先生のほうからもう指摘をいただいているんですが、私も当初申し上げました4つの地域がんセンターというものを整備しました。その中の生存率、いろんなデータを今日来ている職員が今準備をしまして、年度内にはそれを一つの茨城県の4つの病院のトータルとした治療実績であるとか、そういうものをまとめて公表していきたいというふうには思っています。生存率を出すときに問題になりますものに、院内のがん登録と地域がん登録というのがあるんですが、それをうまくくっつけて出せるようにしたいと努力しているところです。

○加藤

はい、ありがとうございました。

今のことにに関して、追加のご質問等はございませんか。これは病院側もなかなか苦勞していることなんですよ。なかなかデータ集計という仕事をやる人間がいらないというんですかね、マンパワーが病院にも不足しているということもあるんです。たださえ少ない医者にそんなことをやらせるわけにもいかないし、事務系の職員なんかにやらせるんですけれども、そうするとやっぱり入力の間違いだとかいろんなことが出てしまうので、多分奥村先生のところでもそういうご苦勞はなさったと思うんですけど、いかがでしょうか。

○奥村

5年生存率とか、乳がんで申し上げれば10年生存率がそれぞれ目安になるんですが、これを出すためには、少なくとも5年間は手術の成績または生存率、生死の情報を得なければ

いけません。ただ5年だけでは到底厚みのある有効価値のあるデータにはなりませんので、5年生存率といたしましたらやはり病院として10年前から既にそういうデータを毎年集めていないと、また、乳がんにおいては15年は少なくともデータを病院として集めて集計して準備をしておくという、いろんな苦労があります。日立病院だけのことを申し上げれば、ホームページに5年生存率、その病院の成績は出してあります。ですから皆さんもご覧になれると思います。ただ、一般的には非常にデータをたくさん長い期間集める、また、生きてる、または亡くなってるという情報に関しましては、公的な情報なので、役所にいくら情報を求めてもそちらからは情報はいただけません。病院独自でその情報、生存しているか、または亡くなっているかを集めるという操作が必要になります。従いまして、そういうのは手紙とかはがきとかで報告をいただくようにするんですが、日立地区だけのことを申し上げれば、手術後5年間または10年間は日立地区は非常にうちの病院にちゃんと通ってくださるので非常に精度の高いデータが取りやすくなります。ただ、人口の多い都市部または人口の多い市は、非常に人の出入りが激しいという性質もありまして、いろんな医療機関はそれに関して非常に苦労されていると思います。今回の県でそういう動きがあるということは、非常に当院にとりましてもほかの病院との比較ができますので、是非これは続けて動きを強めていっていただきたいと思います。

○加藤

はい、ありがとうございます。

これに関して、ご質問の追加はございませんか。じゃあ、もう一つアンケートのご紹介をいたします。これはなかなかはいそうですかと答えるのが難しいかもしれませんけど。

情報提供に何か工夫がないものかと思います。今回のフォーラムのビラが病院や保健センターに張ってありましたが、どれだけの人が関心を持って見てくれたでしょうか。タウンミーティングというネーミングも、難しくて素通りしてしまうわよと言う人がいました。もっと親しみやすい呼びかけになると多くの人が参加できてよいかと思いますが。

こんな厳しいご指摘がありましたけど、いかがでしょうか。これも青山さんかな。申し訳ありません。

○青山

貴重なご意見でしたので、よく考えさせてもらいます。私、根っからの役人なので、やることがやっぱりみんな堅くて、皆さんうけするようなのがないので、なかなかその辺が役所はよくないのかなと思っていますが、今回、こういう企画をいただき中央病院の先生方とやらせていただいたので、役所も病院も近くなったと思いますので、私どものほうに、こんなふうによったら来るよとか、声をかけやすいよというのがあったら、是非情報をいただければ尚ありがたいかなと思います。

○加藤

ありがとうございます。

一応、先ほど集計したやつの中のピックアップしたものはこれですべて終わったんですが、私を取り上げなかったもので是非この場では絶対聞いておきたいということが多分おあ

りだと思うので、もうテーマはどれでも構いませんので、是非遠慮なくご質問なりご意見なり言っていただけるといいと思います。フロアの方、ございませんか。採用されなくても。私が採用しなかった中でこれは聞いておきたいと思うのがあると思うんですよね、恐らく。どうぞ。

○質問者

化学療法なんですけれども、化学療法というのはどういうがんにも効くんですか。治療法として。

○加藤

これは三橋先生がいいですかね。お願いします。

○三橋

一応、化学療法をずっとこの十何年、20年近くやってますのでお答えしますが、どういうがんにも効くわけではありません。むしろ一般に出ている胃がんとか大腸がんとか乳がんとか、そういう頻度の多いがんでは効きにくいです。ただし、効くという言葉もいろんな価値観があるんですね。化学療法の効果の判定は難しいんですけれども、画像ですね。CTとか何かで大きさを測って、大体直径が2方向で測って7割以下になったら有効という判断をするんですけど、例えばがん細胞が小指の先ぐらい、重さ1グラムぐらいのがんの塊は1億個がん細胞が中に入ってるんです。それを大体半分にする可能性が、いわゆる今言った固形腫瘍といいますけど、よくあるがんに関しては半分に減らす可能性が大体五分五分より少ないと思っていただければいいと思います。ですから、化学療法はがんを治す治療では必ずしもありません。手術後の目に見えない体の中に残っているのを治すという意味では、乳がんであるとか最近では肺がんとか大腸がんでも有効だという話が出てきましたけれども、必ずしも再発して出てきたり、もともと塊として体の中に見えるがんを治す治療ではありません。

先ほど最後のスライドのところでもちょっと言いましたけれども、治すんじゃなくて、病気の進行を遅らせて、よりよい生活を送れるようにするためのツールの1つ。ただ、抗がん剤・化学療法というのはお金がかかるというのは最近よくいわれていますけれども、副作用を必ず伴います。体にとっては毒薬を使うわけです。がん細胞だけ選んでやっつけましょうというやり方でない場合が多いので。ですから、やっぱりそこをやるかやらないかというのは、やればいいというもんじゃないんです。治療を受けるか受けないかというのは、僕らは最大限情報を提供して「こうです」。患者さんは、それを判断しないといけなくなってくるわけです。「治療をすればいい」んじゃないんですね。医学的には、さっき言ったように、科学としてはやったほうが生存期間が延びますよとか、そういう数字は出てくるんですけども、一人ひとりの人生は数字で決まるわけじゃありませんから、そこまでつまこんだ話をよくよく考えて本来はやるかどうかというのを決めるべきところであると思います。ですから、一言で「効く」というような簡単な物差しで考えちゃいけないことです。そういう考え方はしないほうがいいです。だから、抗がん剤をやったときにどういういいことがあるのか、どういう悪いことがあるのかというのを総合的に見て、それでご自分は受ける、受けない、それを決めることで、そこはその人の命に関するとか生活に関する考え方、倫理観、生活観、そ

ういうのがすべて反映してきますので。

今の日本は、さっきの話じゃないですけど、病気だったら治療しなきゃいけないという強迫観念にかられすぎてる人が多すぎると思います。病気も神様からもらったものだというふうに思う考え方も当然あっていいわけです。それに対抗して闘わなきゃいけないと思う必要はないわけです。でも、徹底的に闘って頑張りたいぞという方もいらっしゃるわけです。そこをいかにうまく医療側として治療法としてこういうことができるんだということを皆さんに提供できるかが、僕らの鼎の軽重を問われるところだと思っているんですけども。そういう率直なことを繰り返しながら治療するかどうかと決めていくものです。効く、効かない、という1つの物差しで治療を考えないでいただきたい。でも、「全部に効くんですか」というと、「それだけで治るがんもあるし、そうじゃないの也有りますが、そうじゃないことのほうが多いです」というのが今の質問への直接の答えということになると思います。

○加藤

はい、ありがとうございました。

よろしいですか。化学療法とかがんの治療に対しては、短時間で医者の説明を聞いても難しいと思うんです。ですから、疑問があれば、しつこいと思われるぐらい何回も何回も質問するというのが一番じゃないですかね。自分が納得がいくまで。いい先生だったら、くどいよとかうるさいよとか言いませんので、理解してもらえるまでは一生懸命根気よく説明してくれますので、そういう先生を選ぶのもまた患者さんの1つの知恵だと思いますので。この中には多分がんを患っていらっしゃる方もいると思いますので、そんな気持ちで治療を受けていただくといいかなと思います。

ほかに、もうそろそろ終わりの時間になってしまいうんですけども、どなたか是非というご質問がございましたら。どうぞ。

○質問者

先ほど予防についての質問がなかったということでございますけれども、じゃあ質問させていただきます。青山次長さんの県の取り組みというやつが生活習慣の中で1番目に挙げておられるのは、禁煙の勧め。これは誰もどなたも異存はないと思います。がんに限らず。がんに限って言えば、特に肺がんがその一番の標的かなと思うんですけども、あるデータなどを見ますと、いろんな資料を見ますと、喫煙率はここ10年ないし15年はずっと低下の傾向にあると。男性の場合。にもかかわらず肺がんは上昇をたどったままだという。喫煙率の低下に応じた肺がんの発症といいますか死亡率というかがリンクしてないと、下がってないというようなことらしいんですが、その真実と、あるいはそういうことであればどういうことなんでしょうかということをお聞きしたいんですが。これはどなたでも結構でございます。

○加藤

どうでしょう。どなたかお答えできる方がいらっしゃいましたら。

○青山

国立がんセンターの疫学をやっている先生方の話によりますと、先生方が調査した疫学の調査ではないんですが、がんが発生することと喫煙率の低下と時間的なラグがあるんだろうというふうにアメリカの例から言えるとのこと。ですから、だいぶ喫煙率が下がってしばらくたってから発症、死亡が下がってくるんだろうということがいわれておりまして、まだ日本人にそれがあてはまると証明されているわけではないのですが、ただ、基本的にはほかの国でもそういうことがあるので喫煙はやめましょうということで進んでいます。

○加藤

はい、ありがとうございました。

まだまだ皆さんご質問があると思うんですけれども、予定された時間がもう過ぎてしまいましたので、タウンミーティングは終わりたいと思います。司会の不手際でなかなか皆さんに期待されるような有意義なディスカッションになったかどうか不安ですけれども、これを皮切りに来年、再来年とまた同じような試みがされると思いますので、これで最後じゃありませんので。また、今日の質問に対しては、答えが出なかったことに対して、Q&Aの形でいろいろな印刷物みたいなものが今後できることになっておりますので、それもまた皆さん県民の方がすぐ簡単に見れるような形にしましょうと事前の打ち合わせでなりましたので、是非そういうのも期待していただいて今日のタウンミーティングを終了したいと思います。今日は、皆さま、ご協力ありがとうございました。