

【 つ く ば 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
つくば会場プログラム

日 時：平成22年11月7日（日）13：30～16：00
場 所：筑波大学 大学会館3階ホール（つくば市天王台1-1）

13：30 開 会

13：30～13：35 あいさつ
茨城県立中央病院副院長 土井 幹雄

【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

【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
筑波大学大学院 人間総合科学研究科 講師 木澤 義之

【基調講演3】

14：20～14：40
がん対策－患者の立場より
NPO法人 つくばピンクリボンの会 事務局長 八木 淳子

【自由討論】

14：50～16：00

司 会

東京医科大学茨城医療センター センター長 松崎 靖司
パネリスト

茨城西南医療センター病院	院長	亀崎 高夫
筑波大学大学院 人間総合科学研究科	教授	大塚 盛男
筑波大学大学院 人間総合科学研究科	講師	木澤 義之
筑波大学大学院 人間総合科学研究科	講師	根本 清貴
筑波メディカルセンター	センター長	石川 詔雄
土浦協同病院	乳がん看護認定看護師	関 知子
ホームオン・クリニックつくば	理事長	平野 国美
茨城よろこびの会	会長	飯田 則子
茨城県保健福祉部	次長兼保健予防課長	青山 充

16：00 閉 会



あいさつする土井副院長



会場の様子

○ 開催実績

- ・ 参加者数 126人
- ・ ご意見シート 45枚

【基調講演 1】

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

皆さん、こんにちは。

ご紹介いただきました県の保健福祉部の青山でございます。私は保健福祉部次長兼保健予防課長をしております。よろしくお願いいたします。

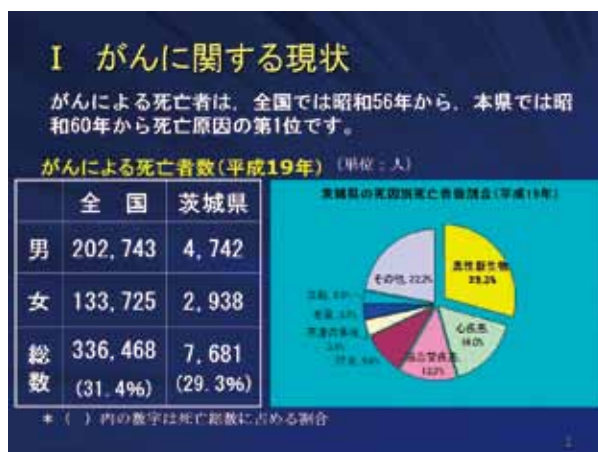
私どもの課は保健予防課とありますが、がん対策であるとか、感染症であるとか、健康づくりであるとか、難病であるとか、さまざまな仕事をしております。去年は新型インフルエンザが春に出まして、今ごろは「ワクチンが足りない、足りない！」と皆さんに叱られながら、日夜、騒いでいたのですが、今年はそんなこともなくて、ちょっと一安心して、普段の仕事も一生懸命やっているところでございます。

それでは、茨城県のがん対策からお話をさせていただきたいと思います。



【スライド 1】

皆さん、ご存じかもしれませんが、私どもの県のがんに関する現状でございます。がんによる死亡者ということで述べさせていただきますと、本県でも昭和 60 年からがんが死亡原因の第 1 位という状態になっています。



スライド 1

【スライド 2】

私が県に入ったころ、年がばれてしまうのですが、昭和 45 年頃は脳血管疾患で亡くなる方が非常に多く、県もその対策に重点をおいていたのですが、そのうち、がんで亡くなる方がどんどん増えてまいりまして、逆に脳血管疾患が少なくなってまいりました。今ではがん対策が私どもの課のいろいろな疾病対策の中でも、大きな柱の一つになっているところです。



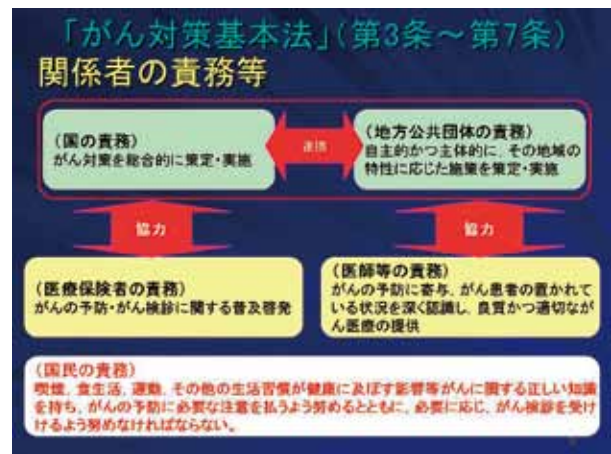
スライド 2

【スライド 3】

平成 19 年にがん対策基本法ができました。私どもの県では、がん対策のための計画を平成元年からつくっていたのですが、国の方でもがん対策基本法ができて、総合的ながん対策が国の責務ということになりました。

また、地方公共団体は、～私どもですが～、自主的かつ主体的に地域の特性に応じた施策、要するに県ごとの対策を考えなさい、ということです。それから、医療保険者は健診であるとか予防の普及啓発をやりなさい。お医者さん方は良質かつ適正な医療の提供をやってくださいということになっております。

そして、皆様方の責務も書かれております。たばこを吸うことであるとか、食生活や運動であるとか、そういうことが健康に及ぼす影響等がんに関する正しい知識を持って、がんの予防に必要な注意を払うよう努力してください。それから、必要に応じてがん検診を受けるように努めなければならない。これががん対策基本法の考え方です。皆様方はこういう言葉はわかっている、自分のことはやらないので、自分で気をつけて、自分で検診を受けるように努力してください、ということが書かれていますので、ぜひ実践をお願いしたいと思います。



スライド 3

【スライド 4】

国ではがん対策の基本法ができて、都道府県ではがん対策計画があります。これは手前味噌の話でございますが、各県が作りまして、評価をされたのです。本県が1番になりました。茨城県が1番になることはなかなかないので、知事さんも喜んだのです。しかし、計画だけ1番でもどうしようもないわけで、これからちゃんと行動しなければならないと考えています。

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)

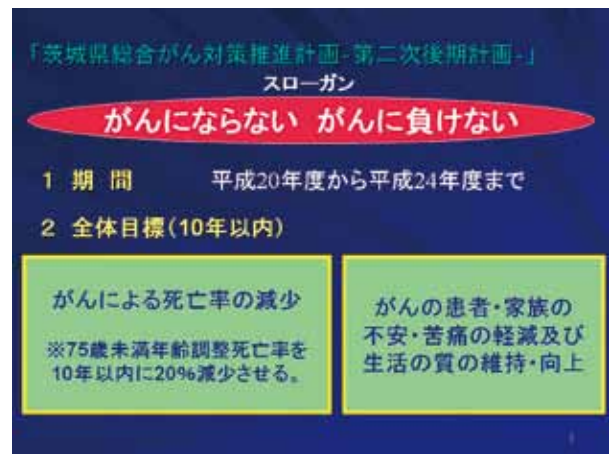
順位	都道府県	平均	現状分析	予防	がん検診	がん医療	緩和ケア	がん登録
1	茨城県	65.8	53.5	73.9	57.6	54.6	86.6	68.2
2	山形県	60.6	43.6	64.2	54.2	63.0	62.8	76.0
3	広島県	58.2	51.6	60.5	54.5	54.6	56.6	70.8
4	鹿児島県	57.9	57.9	52.0	49.1	63.0	52.9	52.6
5	沖縄県	57.5	55.5	60.5	53.1	63.0	54.8	57.0

スライド 4

評価は、現状をよく分析しているか、予防に力を入れているか、がん検診はどうだ、がんの医療はどうだ、緩和ケア、がん登録などでは、まあまあいいできなのではないか、ということで1番の評価をいただいております。これからこれをどうやってキチンとしたものにしていくかということが問題です。

【スライド5】

今回1番になった計画、これが平成20年度から平成24年度までのがん計画です。スローガンは「がんにならない がんに負けない」です。全体の目標として、死亡率の減少、がん患者と家族の不安・苦痛の軽減及び生活の質の維持・向上をスローガンに掲げています。

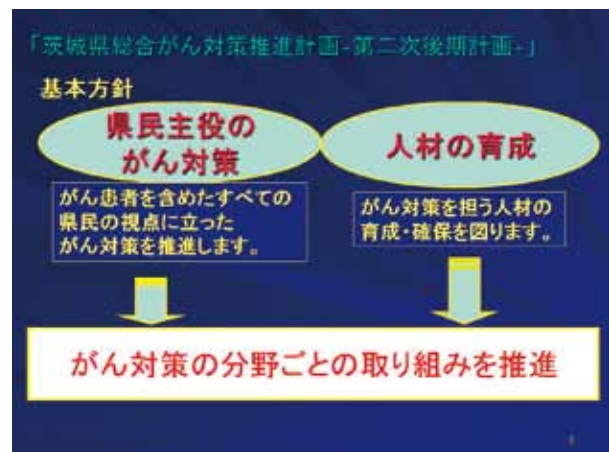


スライド 5

【スライド6】

茨城県総合がん対策推進計画は、がん対策基本法ができてから策定したではなくて、平成元年に策定したのです。私はそのころはまだ若くて、策定することを担当したことがあって、それからこれだけの年数がたったのですが、なかなか私どもが思うようにいっていない部分もありますし、当時を考えれば隔世の感があるほど進んだ事業もあります。今は先程申し上げましたことを目標に掲げています。

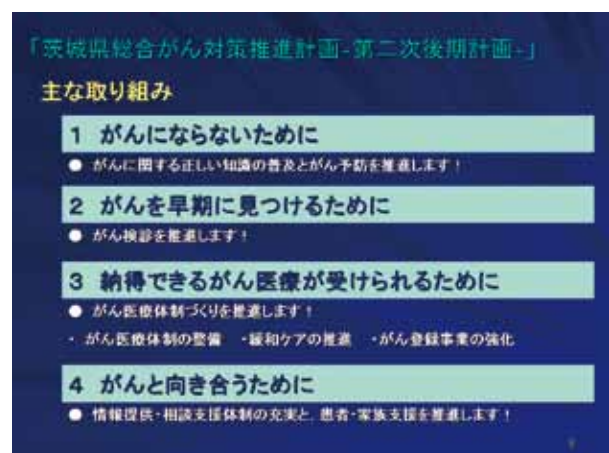
基本方針としまして、県民の方が主役のがん対策になるべきなのだろう、人材を育成することが必要なのだろうということです。



スライド 6

【スライド7】

4つの柱で構成しておりまして、一つは、がんにならないためにということで、正しい知識を知っていただいてがんの予防を心がけていただきたい。次に、がん検診をちゃんと受けていただきたい。そして、納得できるがん医療が受けられるために体制を整備していきたいということです。がんの医療体制の整備もそうですし、緩和ケアの整備もする。基本になるのは、がん登録ですので、がん登録を何とか強化をしたいということをやってきました。最後に、がんに向き合うためにということで、情報の提供とか相談支援、患者、家族の支援を考えたわけです。この後、八木さんからお話をいただきますが、そういうことでいろいろな試みをしています。



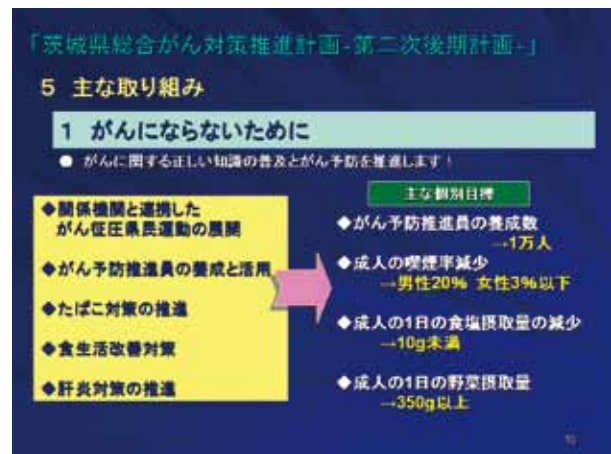
スライド 7

【スライド 8】

がんにならないためについてですが、私どもは、がん対策としてがん予防推進員の養成をしております、がん予防推進員を1万人にしたいと講習会を開催するけれども、なかなか集まってくれなくて、いろいろな講義をしておりますので、皆様にはぜひ参加していただきたいと思います。

それから、喫煙率を減少させたい。また、塩分の摂取量を10グラム未満、野菜の摂取量を350グラム以上にしたいということです。それ以外にも、肝炎対策の推進もあります。

これはペーパーに書いてございますので、後でござんいただきたいと思います。

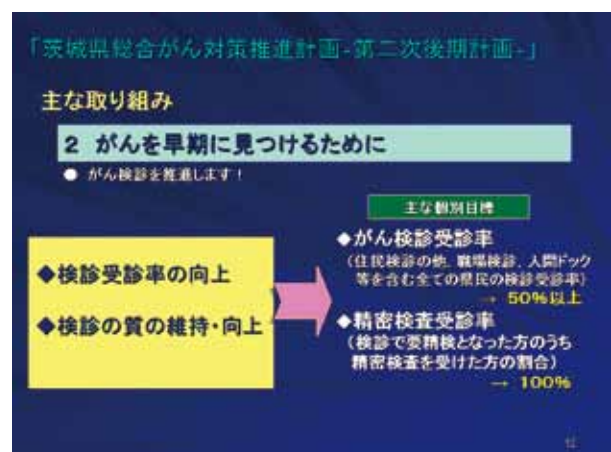


スライド 8

【スライド 9】

がんを早期に見つけるために、ということで、がん検診についてです。がん検診の実施主体はいろいろありまして、住民健診、職場での健診、また人間ドックなど、これは韓国などではデータがちゃんと出るのですが、日本の場合は制度がばらばらなものですから、誰ががん検診をいつ受けたのかよくわからないために正確な受診率がわからないのです。県が握っている受診率は、市町村が実施したがん検診の受診率です。ところが、市町村で受けていなくてもほかで受けているかもしれませんし、そういうことを調べなくてはならないのですが、できないので、県民の意識調査をやっています。それでも受診率は50%以下でした。

それから、がん検診で要精密となった方の精密検査の受診率を100%にしたいと思っています。



スライド 9

【スライド 10】

これは本県が、がん検診の受診率についてアンケート調査をしたときの結果ですが、胃がんが41%、肺がんが40%、大腸がんが36%、子宮がんが26%、乳がんが31%という結果です。



スライド 10

【スライド 1 1】

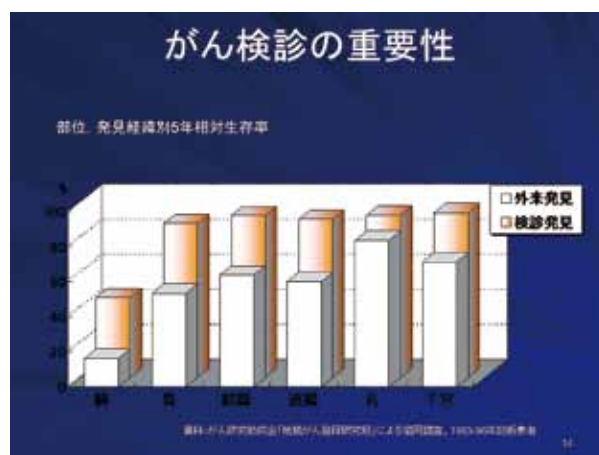
がん検診の重要性について、今、私どもは、がん登録の結果からいろいろなデータを得ておりますので、これだけに限らないのですが、検診でがんが発見された方と外来で発見された方について、5年の生存率に非常に差があるということをお話しします。肺、結腸、直腸、乳、子宮ときています。こういうことをお知らせしながら受診率向上の意識啓発をしていきたいと思っています。

精密検査受診率				
		11 県民 (平成29年度)	国平均 (平成29年度)	国平均 (平成28年度)
精密検査 受診率 (がん検診を受けた がん患者のうち 精密検査にうつ る割合)	胃がん	100.0%	82.2%	78.7%
	肺がん		84.0%	78.0%
	大腸がん		69.3%	69.3%
	乳がん		84.6%	80.7%
	子宮がん		91.6%	95.7%

スライド 1 1

【スライド 1 2】

ペーパーのほうを見ていただきたいと思うのですが、精密検査の受診率は意外と低いのです。私どもは、がん検診のほかに精密検査が受けられる医療機関を登録制度にしております。どこへ行ってもいいというわけではなくて、県が登録した医療機関で受けていただくのがよろしいのではないですかということです。それは各市町村にも同じ話をしております。県では、要件を決めて審査し、登録制度をとっております。それに合致するように医療機関側は体制を整備しておりますので、要精密になったら精密検査を受けていただきたいと思います。



スライド 1 2

資料のところに載っていると思いますので、それをごらんいただきたいと思います。大体80%ぐらいです。もう少し上がらなければいけないと思っています。

【スライド 1 3】

県の広報誌でこんなことを広報しながら何とかがんの検診率を上げていきたいということで、対策もそうですし、PRをしております。

皆さん、県広報紙「ひばり」はご覧になりますか。ご覧になる方は手を挙げてください。そうですか。少し安心しました。ご覧になる方はいないのかと思いました。役人はこのようなことに対しても「やった、やった」と喜ぶものです。今、聞いても4分の1ぐらいしか手を挙げないので、県広報紙だけではまだまだ足りないのかなと思います。この号では乳がん検診を受けていただこうということで、



スライド 1 3

女性の医師の先生を紹介しております。

【スライド 1 4】

がん予防推進員の人を養成して、その人たちが、自分たちもそうですし、周りにも少しずつ啓発してくださいということをお願いをしています。



スライド 1 4

【スライド 1 5】

去年の3月に、どうも役所がやっているだけではだめだと私がぎゃあぎゃあ言うものですから、企業と組んでがん検診を何とかPRしようと、常陽銀行さん、東京海上日動火災さん、アフラックさんと協定を結びまして、役人が言うだけではなくて、お店でも窓口にこれを置いてもらって、がん検診に行ってきたらグッズを渡すとか、そんなこともやっております。先週の日曜日は、常陽銀行の藝文センターで「子宮がんセミナー」を開催したのです。そのときは企業の人たちにも手伝ってもらいまして、一緒になってやりました。企業の人も、こんなことをやるのですかと感心していました。こういう企業さんとも一緒になって、がん検診を何とか皆さん方に普及したいと思っています。



スライド 1 5

【スライド16】

昨年度からがん検診の無料クーポン券という制度ができました。子宮がんと乳がん検診について、検診無料クーポン券を5歳刻みの節目年齢の方に配布しております。もともと公明党が一生懸命行動しまして、それでできた制度なのです。がん検診をなぜ受けないのだろうという率直な疑問がこちらにはあります。お金がかかるからか、結果が怖いからか、暇がないからか、自分が健康だと思っているからか、いろいろな調査をやるといろいろな回答が出てきますが、本当のことはよくわからないのです。行かない人をつかまえて聞くわけにもいきませんので。

クーポン券で無料にすると受診率がぼーんと上がるのであれば、それはお金の問題だろうということはわかりますので、それで実施したのですが、それなりに受診者は増えましたが、受診率はそんなに上がっていません。100%とかそんなレベルまでは上がっていないので、どうもお金ではなさそうです。また皆さん方のご意見を聞きながら、受けやすい検診体制をつくっていかねばならないかなと思っています。

がん検診無料クーポン券

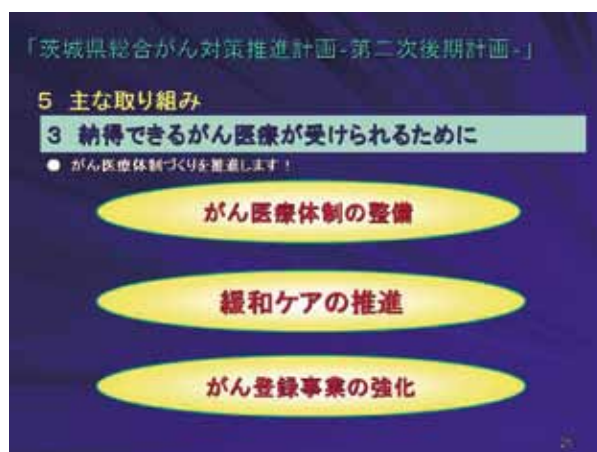
	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度
乳がん	373,500	1,022,855	7,455	1,223,683	7,200
子宮頸がん	22,185	77,100	1,077	138,775	1,400
合計	395,685	1,100,000	8,532	1,362,458	8,600

日本列島がん検診の普及率による順位推移

スライド16

【スライド17】

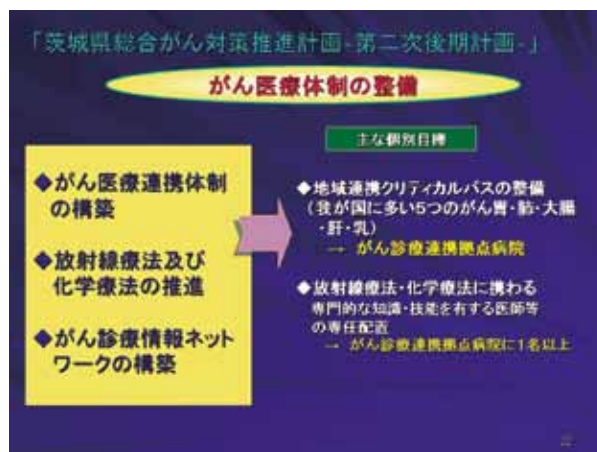
納得できるがん医療を受けられるためにということで、医療体制の整備、緩和ケアの推進、がん登録とあります。



スライド17

【スライド18】

医療体制の整備ですが、がん診療連携拠点病院を県内に幾つか指定させていただいております。それらの病院を中心にがん医療を進めていこうということです。その中でも4つの地域がんセンターをもともと指定していただきましたので、そこがまた中核になっていただいて、4つの地域がんセンターで一つのがんセンターという考え方を持っています。しかし、役人が思っているだけでは、患者さんにはなかなか伝わらないので、うまく伝えな



スライド18

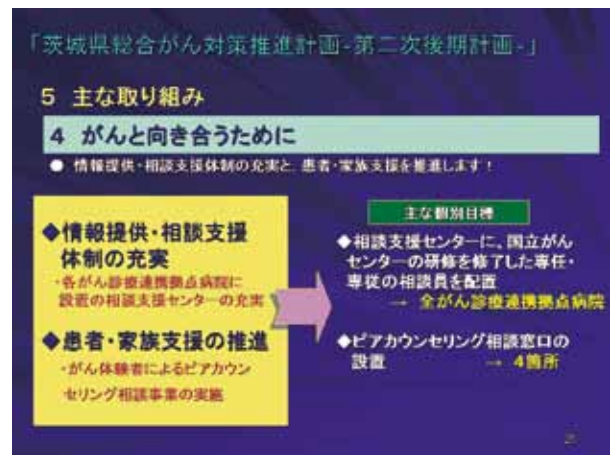
ればならないと思います。

ただ、クリティカルパスの整備はなかなか難しく大変だとは思いますが、基本的にはがん診療連携拠点病院できちんとした治療をやっていただくということを考えております。また、化学療法とか、放射線療法の先生がなかなかいらっしゃらないので、その先生方に中心になっていただいて、先生方を育成することも大事なことのかなということを考えております。

今、県には、県立中央病院さん、日製日立総合病院さん、つくばメディカルセンター病院さん、土浦協同病院さんの4つの地域がんセンターがございますが、放射線治療の先生であるとか、化学療法の先生を確保した場合には、そこに県が補助金を出しますということで作業を進めて、何とか人材を確保してもらおうと思っています。

【スライド19】

情報の提供、相談支援体制の充実、患者・家族支援の推進ですが、相談支援センターをすべてのがん診療拠点病院に整備をしていただいております。それから、ピアカウンセリング相談も4カ所整備しようということで動いております。



スライド19

【スライド20】

ピアカウンセリングは、この後、八木さんから話をいただきますが、例えば、県立中央病院の相談支援センターの場合は、事務の人がいて、MSWがいて、看護師さんがいる。やり方については各病院でそれぞれありますが、私が総合がん対策推進計画をつくろうとしたころにはこんなことはできませんでした。大分様変わりをして、患者さんにとって優しいがん対策になっているのかなという気がします。

最後ですが、べらべら話しましたが、県は直接がん患者さんに医療を提供することはできません。県立中央病院は病院ですから医療を行います、県自体は笠原に建物があって、あの中で治療することはできません。私どもができるのは、仕組みづくりをすること、医療機関と連携して、そこに患者さんのためになる治療をやっていただくこと、患者さんの声を伝えていくこと、そういうことで、それが仕事なのです。今大事だと思っているのは、連携のネットワークをどうやってつくるか、人材育成をどうやってもらうか、それについて税金を使わせていただいて、県としてどれだけのことができるかということで、それを考えているところです。



スライド20

【スライド 2 1】

今日は、この後いろいろなお話を聞かせていただき、私どももそれを参考にさせていただいて、新しいがん対策に向けて頑張っていきたいと思います。筑波大学には、陽子線治療センターがあります。日本で数箇所しかない治療法です。しかし、医療保険適用ではございませんし、そうすると費用も結構高くなります。ただ、そういうことがあるのだということをご存知ない人もいらっしゃいます。

放射線治療の先生方とネットワークを組んで、すべてのがん診療連携拠点病院プラス何箇所か合わせて、筑波大学の放射線科の先生とテレビ会議システムで、画像をもとに、放射線治療はどうやったらいいのか、陽子線治療適用になるのかどうか、県内の人はどこかのがん診療連携拠点病院に行っても、県内の放射線の治療の先生方の知恵を寄せ集めていい治療方策を考える、そんなことができないかなということで、国からも少し予算をもらいました。2月ぐらいにはこの仕組みを稼働させて放射線治療を充実させていきたいと考えています。

ちょっと長くなってしまいましたが、以上が私ども行政側の説明です。

どうもありがとうございます。



スライド 2 1

【基調講演 2】

緩和ケアと生活の質の向上について

筑波大学大学院 人間総合科学研究科

講師 木澤 義之

よろしくお願いします。

時間を何とか協力してぴったりおさまるといいかなと思います。

今、青山さんから行政の施策についてお話をいただいたのですが、がん対策基本法の一つの大きな柱として、緩和ケアの体制の充実、緩和ケアの推進が挙げられています。今日は、いただいたお時間で緩和ケアの推進といいますか、緩和ケアがどんなものかということをもっと話をさせていただいて、その後、簡単に皆さんがどういうふうにアクセスをされたいのかということをお話して時間をまとめていきたいと思っております。

まず、緩和ケアは何を対象とするかといいますと、実はがん患者さんだけではないのです。がん患者さんもそうなのですが、生命の危険に直面するような疾患を持った患者さんすべてが対象になりますが、現在は、私たちが相手をする患者さんの7割、8割はがんの患者さんになっております。

【スライド 1】

がんの患者さんの特徴を挙げさせていただいたのですが、先ほど統計も出てきましたが、日本人の死亡原因の第1位ががん疾患ですので、がんになった患者さんの特徴を申しますと、亡くなってしまうのではないかとこの恐怖を感じられたり、人生に対する問いをされる方も多いですし、痛みやだるさなどさまざまな症状が出ることも多いと感じています。



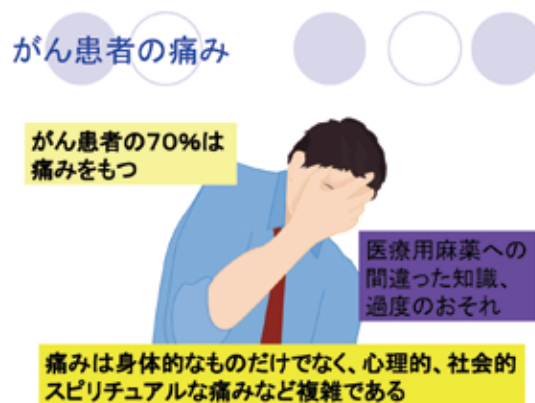
スライド 1

【スライド 2】

今も苦痛を伴うとお話ししたのですが、統計上、7～8割のがんの患者さんが痛みを経験されます。また、もちろん、がん体験をされている方は身を持ってお感じになっていらっしゃると思うのですが、体のつらさ、痛みだけではなくて、気持ちのつらさであるとか社会的な面やスピリチュアルな面でもつらさを感じると言われております。

また、痛みのところに書いてありますが、医療用麻薬、例えばモルヒネなどに対する間違った知識、例えば、多くの方は、モルヒネを投与されると、癖になってもっと量が増えるとか、廃人になるとか、精神的に異常をきたすとお考えですが、それは全く誤った認識です。通常、今、ヨーロッパやアメリカでは歯科治療のときにもモルヒネなどのオピオイドを使用するぐらいで、全くそういうことはないのですが、その様な誤った認識から痛みの治療におそれを感じられて、痛みをそのまま放置される方も少なくないところが現状でございます。

ホスピスと緩和ケアはほぼ同義なのですが、緩和ケアと言うと、亡くなる方のケアではないかとお考えになっていらっしゃる方が非常に多いのですが、もしそうお考えでしたら、今日を境にその考え方を是非見直していただきたいと思っています。

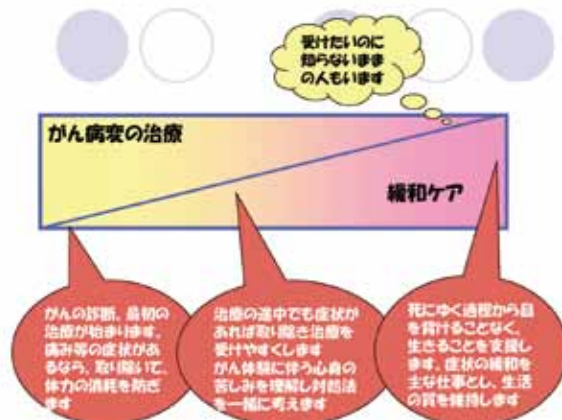


スライド 2

【スライド 3】

緩和ケアはがんや病気にかかれたらいつでも受けることができます。つまり、がんの最初の診断の時期であれば、そのときから痛みという症状がある方もいらっしゃるし、気持ちのつらさを持っていらっしゃる方もいらっしゃる。その様な時期のつらさに対しても私たちはケアを提供することができますし、治療の途中、手術、抗がん剤による治療、放射線治療、そういうものでもつらさを引き起こすと思います。そういうものに対し

て適切に対処することで長く治療を続けられたり、病気とうまく付き合ったりするというのも緩和ケアですし、もちろん、残念ながらがんが治らない状態になられた方の痛みやつらさを緩和したり、最期のほうで体の状態が悪くなられて、つらくなられる患者さんの症状を取ったりケアしたりするのも緩和ケアでございます。つまり、ちょっと融通無碍な感じがすると思うのですが、さまざまな病気の時期において緩和ケアを提供することが可能になっています。



スライド 3

【スライド 4】

少し考えていただきたいのですが、人間は生まれてきたらいつかは亡くなっていくというのは皆さんおわかりだと思うのですが、自分の人生にとって何が大切かということを病気になる就问い直す方が非常に多いです。病気になるたびに、いわゆる自分の寿命の長さが大切なのか、それとも生活の質が大切なのか、その時々治療や体の状態に応じて、またはご自分のお考えやご家族の状況に合わせて、ご自分で何が大切かを決めて、医療従事者と話し合って適切な治療を行っていくというのが皆さんにしていきたい理想的な医療の姿だと思います。我々の緩和ケアという分野は、生活の質という部分を扱って、それを高めるようなケアをしています。

ちょうど今年、エポックメイキングな研究が出て、緩和ケアを診断時から行くと、肺がんのステージ4という進行期の患者さんに診断早期から緩和ケアを抗がん剤の治療と同時に行うと生活の質もよくなるけれども、実は寿命の長さも長くなる可能性があるということがわかってきています。

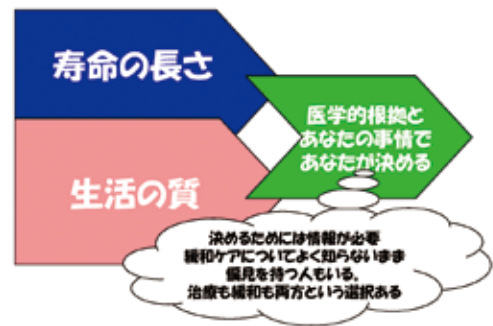
【スライド 5】

緩和ケアの理念を確認していきたいと思います。一番皆さんに見ていただきたいのは、3つ目のパラグラフのところですが、痛みや痛み以外のつらい諸症状のコントロールを行うことと気持ちのつらさのケアをすること、とにかく皆さんが積極的に生きていけるような援助をしていくということが一番重要な点だと思います。

【スライド 6】

治療している、していないにかかわらず体と気持ちのつらさを軽減し QOL を向上していきというのが緩和ケアの大きな概念で、それはよくホスピスだけで行われるものと思われがちですが、これも誤った考え方ですので、是非改めていただきたいと思うのですが、お家でも提供できますし、病院でももちろん緩和ケア病棟やホスピスでも提供することが可能です。

自分にとって何が大事か？



スライド 4

緩和ケアの理念

- ・生きることを尊重し、誰にも例外なく防れることとして死に行く過程にも敬意を払う。
- ・死を早めることにも死を遅らせることにも手を貸さない。
- ・痛みのコントロールと同時に、痛み以外の苦しい諸症状のコントロールを行う。
- ・心理面のケアや霊的な(spiritual)面のケアも行う。
- ・死が防れるまで患者が積極的に生きていけるよう支援する体制をとる。
- ・患者が病気に苦しんでいる間も、患者と死別した後も、家族の苦難への対処を支援する体制をとる。

(世界保健機関編 寛政文和訳 1990 がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア金澤出版 p5.6 より)

病気の治癒を目的としません

スライド 5

緩和ケアを提供する場



スライド 6

【スライド 7】

これは繰り返しになりますが、緩和ケアを受ける時期が早すぎるとか遅すぎることは一切ありません。こんな症状があったら是非声をかけていただきたい。体がつらい、苦しいということがあったらぜひ相談していただきたいと思います。今後どんなケアを受けたくて、今、日常生活でどんなことに困っていて、心配しているのはどんなことがあるのか、そういうことを問いかけていただくというのが私たちが対処していく一つのきっかけになります。

緩和ケアについて考える時期が「早すぎる」「遅すぎる」ということはありません

- 患者の状況にあった情報やケアが必要。患者が今考えたくないというときには、考えなくてもよい。つぎのことを点検してみるようにすすめる。

あなたの身体はどんな状態ですか？
ここが苦しいと感じておられますか？
今どのようなケアを受けておられますか？
今後どのようなケアを受けたいと考えていますか？
どんな日常生活のケア(お風呂、トイレ、食事)を受けたいですか？
心配していることはありますか？

スライド 7

【スライド 8】

緩和ケアと言うけれども、緩和ケアのことを考えると気持ちが暗くなるという人も中にはいらっしゃる。いつもそういうふうに言われると、私たちはこの3つのことをお話しするようにしています。無理やり考える必要はありません。エネルギーがないときは考えることはできませんので、可能であれば考えていただいて、一声かけていただきたい。一人で考えると迷路に迷い込んでしまうことがありますので、近くに必ず緩和ケアを提供している者がいるはずなので、後でご紹介しますが、一人で考えずに一声おかけください。

緩和ケアについて考えたくないときは考えなくてもいいのです

- **考えなくても良い**：自分にエネルギーがないときは、もちろん考えることはできません。
- **一人で考えない**：決して一人で考える必要はありません。一人で抱え込まずに、周囲の医療スタッフやご家族に相談することがとても大切です。
- **納得できるように**：その時その時のあなたの納得が最も大切。考えて緩和ケアを受けないと決めるのも一つの道として尊重されます

スライド 8

その時その時で、納得していくことが重要で、緩和ケアを受けない、緩和ケアを受けるとするのは自由なのです。必要だったら受ける、というように気軽に考えていただきたいと思います。

【スライド 9】

繰り返しになりますが、もしこんなお気持ちを感じられるようだったら緩和ケアについて相談することを考えていただきたい。痛みは本当に出るのかとか、どんな薬を使ったらいいのかとか、寿命が短くなってしまわないのかとか、どれくらいお金がかかるのかとか、家族に病気のことをうまく話せません、今いる病院でつらいことに対処してもらえませんが、こんな症状や疑問があるときに一声かけていただけないかと思っています。

あなたの心配なことは何ですか？

- 本当に痛みってとれるんですか？
- どんな薬を使うのでしょうか？
- お薬で眠らせられるのですか？
- 寿命は短くなりますか？
- 入院したらそこで死ぬことになるんですか？
- 費用はどれくらいかかるのでしょうか？
- 先生がせっかく治療してくれているのに言い出せません
- 先生から緩和ケアやホスピスの話を切り出されると開放された気がします
- 家族に言い出せません
- 今いる病院で緩和ケアを受けるようにはできないの？

スライド 9

【スライド 10】

基本的には病気に対処していくのは患者さんご自身ですので、私たちはその病気とうまく付き合っていくお手伝いをさせていただこうと思っています。ここに書いてあるようなさまざまなスタッフがそのお手伝いをさせていただくことになっております。

一体、誰がやってくれるのか？

- 患者さんが主人公です
- 家族、医療従事者が手助けをします
 - 医師：緩和ケア専門医、麻酔医、精神科医、主治医、放射線科医など
 - 看護師：がん専門看護師、がん性疼痛コントロール認定看護師、ホスピス認定看護師など
 - 薬剤師、栄養士、MSW、心理療法士、理学療法士、作業療法士
- その他に宗教家、ボランティアなど

スライド 10

【スライド 11】

では、緩和ケアは実際に何をするのか、私たちが何をしているかということですが、まずは患者さんのお話やお考えを十分に聞いた上で、症状を取るということが一番の仕事の中心になっております。痛みを取るとか、痛み以外の体のつらさを取るとか、気持ちのつらさに対処するというようなことをしますし、また、社会的な支援を行います。これはがんの治療中でも行うことができまして、後でお話し申し上げますが、がん診療連携拠点病院のすべての病院に緩和ケアの専門家が配置されております。

緩和ケアの実際：一体、どんなことをするのか？

- 症状緩和が中心です(病気を治すこととの違い)
 - 痛み
 - 倦怠感
 - 腹部のはり(腸閉塞、腹水のコントロール)
 - 吐き気
 - うつ気分
 - 不安など
- 心のケア、社会的な支援、宗教的な支援を行います。
- がんの治療中でも行うことができます

スライド 11

【スライド 12】

具体的な内容ですが、例えば、医学的な方法としては、薬の調節などをしますし、緩和ケアといったら手術とか放射線はしないのではないかとと思われる方もいらっしゃるかもしれませんが、症状を楽にするのに必要な放射線治療や抗がん剤の治療や手術なども行います。

看護師さんたちが何をするかというと、体ができる限り楽になるようなケア、つまり日常生活の工夫をしたり、身の回りのお世話をさせていただくようにさせて頂いております。また、少しでも快適に生活できるように環境の整備や、生活の工夫などをさせていただいたり、不安や心配事に対処させていただきます。

また、心理・社会的なアプローチとしましては、療養で使えるような公的な補助制度や、保険の問題であるとか、行政のサービスの中で使いそうなリソースを活用することのお手伝いをさせていただくこともございます。

緩和ケア：具体的な内容

- 医学的な方法
 - 薬物療法：身体、こころの症状に用います
 - 必要に応じて放射線療法、化学療法、小手術なども併用します
- 看護的な方法
 - 身体、安楽、安全
 - 生活の維持(清潔、排泄、食事、睡眠、休息、活動)
 - メンタルケア(不安、心配事に対して)
- 心理・社会的な方法
 - 公的な補助制度、保険の問題
 - 使いそうな福祉や介護の制度を活用する
- 宗教的、霊的な方法(患者さんの希望による)
 - 宗教家によるケア
 - 自分自身で行う

スライド 12

【スライド 1 3】

最後に社会的なこととかスピリチュアルのことが出てきたのですが、体だけのことが原因ではなく、患者さんにお話を聞いてみると、体以外のことも重要な問題であります。そのことに対して、できることは限られているかもしれませんが、できる限り隣人として対処していくことが緩和ケアの大きなコンセプトでございます。



スライド 1 3

【スライド 1 4】

これもまた細かなスライドで申しわけないのですが、何が言いたいかというと、抱え込まないでいただきたい。もし悩まれていたり、つらいとお考えでしたら是非ご相談にいらしていただきたい。お隣の患者さんに話かけていただきたい。また、目の前の医療従事者に一声かけて、何とかならないかと言っていたくことが皆様の状況を少しでもよくする一つのきっかけになりますので、お声をおかけいただきたいと思います。

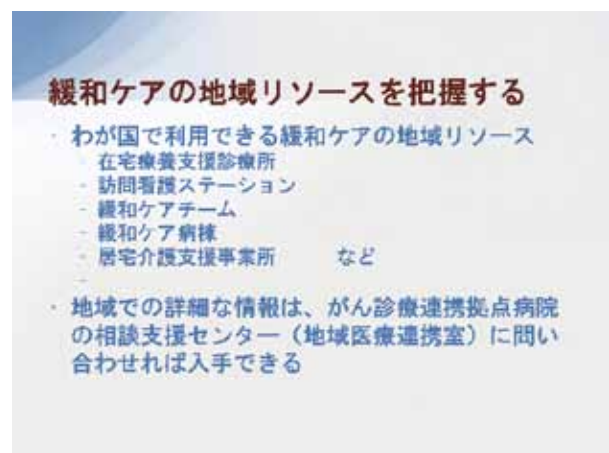


スライド 1 4

ではどうすればいいかということですが、緩和ケアを受けられる場所がどこなのかということのを少し考えてみたいと思います。

【スライド 1 5】

我が国で緩和ケアを提供できる主なリソースが5つぐらいございます。一つは在宅療養支援診療所です。特に往診をしていただけるような診療所、在宅医療をしていただけるような診療所で緩和ケアを受けることができますし、訪問看護ステーション、お家に訪問してくださるような訪問看護師さんたちが緩和ケアを提供することができます。これは主に在宅にいらっしゃる患者さんに対してということになります。



スライド 1 5

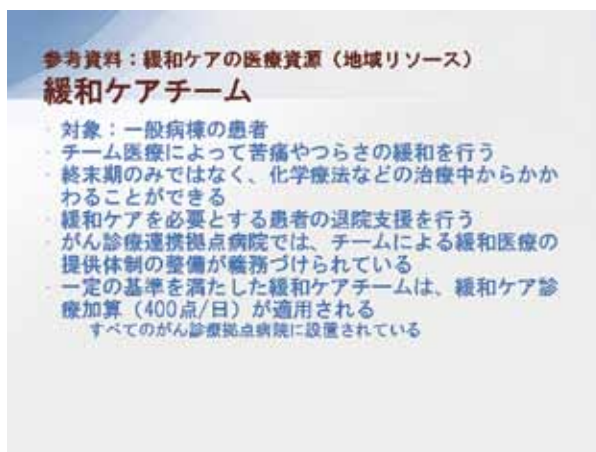
【スライド 1 6】

3つ目です。緩和ケアチームというものがあります。これは先ほどの施策でもありましたが、がん対策基本法ができてから全国のがん診療連携拠点病院に緩和ケアチームと言われる

緩和ケアの専門家が配置されるようになりました。主として、医師、看護師が核となっており、ほかのメディカルも一緒に活動しています。皆さん方がかかれる主治医には緩和ケア専門の医師はほとんどいないと思いますが、専門家が増えたことで医師が相談しあって適切な緩和ケアを受けられる体制がここ数年で急速に整ってまいりました。

私は厚生労働省の緩和ケアの研究班の研究代表者をやっているのですが、今、緊急調査をしていて、ここ5年で緩和ケアの利用率は約2倍になっているのではと考えてます。全がん患者さんの約15%が緩和ケアを利用しているというのが最新のデータでございます。ですから、困られたら、皆さんのかかられている病院の医療従事者に一声かけていただきたい。もし可能であれば、緩和ケアチームや相談支援センターに一声かけていただくと専門家へのアクセスが確保されるのではないかと思います。ですから、もし病院にいらっしゃる方であれば緩和ケアチームを是非利用していただきたいということと、もう一つは、訪問看護ステーションや診療所の先生方を利用するのに必要なのは、がん診療連携拠点病院の相談支援センターにご相談いただければ対応できますので、是非ご利用いただきたいと思います。

以上でございます。



スライド 16

【基調講演 3】

がん対策－患者の立場より－
思いが力になる

NPO法人 つくばピンクリボンの会
事務局長 八木 淳子

ただいまご紹介にあずかりましたつくばピンクリボンの会の八木です。

つくばピンクリボンの会は、乳がんの啓発運動をやっている会ですが、私は、2002年より患者委員としてがん対策に関わらせていただきましたので、きょうは患者の立場としてのがん対策について話したいと思っています。

タイトルは「思いが力になる」です。

これは、先日、NHKで放映されました『プロフェッショナル』という番組の中で、京都大学の医学部の肺の臓器移植の先生の言葉の中に出てきたのですが、今の私の気持ちにぴったりかなと思ひまして、真似させていただきました。

【スライド 1】

まず、これまでの経緯ですが、私は2001年に乳がんのしこりを発見いたしました。2002年に手術、放射線治療、そして抗がん剤治療、そして5年にわたるホルモン剤治療を受けました。自分がいざ治療される側になってみるといろいろなことが見えまして、いろいろなことを感じました。

これは8年前の話なのですが、まず、日本のがん医療における患者の立場はとても弱いこと。

それから、地域格差がひどくて、標準治療が確立されていないこと、縦割り診療で患者の負担がとても大きいこと、患者への精神的ケアが全くなされていないことなどです。

治療中に、茨城県のがん総合対策推進計画－第二次前期計画－の検討委員とのお話をいただきました。抗がん剤治療の最中だったのですごく迷ったのですが、引き受けてよかったなと後で思いました。そのときの体験がその後の自分の大きなバネになったと思っています。

2006年に主治医からの誘いで乳がん啓発運動のつくばピンクリボンの会の立ち上げをいたしました。この時期は抗がん剤治療が終わったばかりで、再発の不安がとても大きいときだったのです。ですから、自分の病気に関わる何かをすることによってその不安から逃れようという思いがありました。

2007年にがん対策基本法ができました。初めてがん患者を含む国民が登場して、がん対策と一緒にって取り組むように考え、がん患者元年とも言われる年になったわけです。

茨城県では、それを受けまして第二次後期計画を策定いたしました。これも検討委員として参加いたしました。がん患者・家族支援の推進の一環としてピアカウンセリング事業が検討されて、



これまでの経緯

2002年1月	乳がん手術・放射線・抗がん剤・ホルモン剤 「茨城県がん対策推進計画-第二次前期計画-」	検討委員(患者委員)として参加
2006年12月	つくばピンクリボンの会立ち上げ	
2007年4月 6月	厚生労働省「がん対策基本法」施行 「がん対策推進計画」策定	
2007年8月～ 翌年3月	「茨城県がん対策推進計画-第二次後期計画-」作成 がんの患者・家族支援の推進 → ピアカウンセリング	
2008年9月	茨城県より平成20年度茨城県がん患者支援推進事業 としてNPO法人つくばピンクリボンの会へ委託	行政としては茨城県に「がん」の窓口
10月～	茨城県がん対策推進協議会委員	
2009年1月	ピアカウンセリング窓口スタート(日立窓口・つくば窓口)	
2010年 4月	ピアサポート窓口4か所開設へ	
10月	ピアサポート窓口更に1か所追加(かさね窓口 10月21日開始) 年度内に土浦協同病院にて開設予定	

スライド 1

実施される運びとなりました。言い出しっぺであります私のところに茨城県より委託されました。ピアカウンセリングの事業の試みというのは、行政としては東京都に次いで2番目だったのです。初年度の平成20年度は窓口2つということで開設いたしました。今年度は4カ所ということで今準備をしているところです。

【スライド2】

次に、患者委員としての関わりをもうちょっと詳しくお話ししたいと思います。

1番目の第二次前期計画ですが、これは先ほど青山次長からお話があったように、茨城県はほかの都道府県ががん総合対策をつくるよりも5年も前にやっていたということになります。当時、橋本知事が乳がん患者を委員に入れるようにとの意向で私に話が回ってきたと伺っています。

これまでの経緯

2002年1月	乳がん手術・放射線・抗がん剤・ホルモン剤 「茨城県総合がん対策推進計画-第二次前期計画-」	推進委員(患者委員)として参加
2006年12月	つくばシンガポールの会立ち上げ	
2007年4月 6月	厚生労働省「がん対策基本法」施行 「がん対策推進基本計画」策定	
2007年8月～ 翌年3月	「茨城県総合がん対策推進計画-第二次前期計画-」作成 がんの患者・家族支援の推進 → ピアカウンセリング	
2008年9月	茨城県より「平成20年度茨城県がん患者支援推進事業」 としてNPO法人つくばシンガポールの会へ委託	行政としては茨城県に「つくば」で2番目
10月～	茨城県総合がん対策推進会議委員	
2009年1月	ピアカウンセリング窓口スタート(日立窓口・つくば窓口)	
2010年4月	ピアサポート窓口4カ所開設へ	
10月	ピアサポート窓口更に1カ所追加(かさき窓口 10月21日開始) 年度内に土浦協同病院にて開設予定	

スライド 2

そのときの会のメンバーは19人で、そのほとんどが医療者だったのですが、特に国立がんセンターの病院長さんとか、医師会会長さんとか、総合病院の院長さんというレベルの方々の中で、医療に全く素人で知識がない患者が参加するのは正直とてもつらいものがありました。午前中に抗がん剤をやって、午後に会議ということもありました。

前期計画の中で、患者委員の立場がどういうものであったのか、そして自分の意見がどのように反映されたのかはいまだもって私はよくわからないところがあるのです。

2番目の茨城県総合がん対策推進計画の後期計画は、他県で言えばがん総合計画に当たりますので、初めてがん患者を含めた国民が登場しまして、患者も一緒になって推進計画を策定するという会議でしたので、患者委員の存在はとても大きなものになりました。全国的に患者委員が患者主体の医療が受けられるように計画をつくろうという機運が盛り上がりました。日本医療政策機構という団体が、患者委員に対してワークショップを行ったり、患者委員の横のつながりのネットワークをつくったりして、お互いに情報交換し、大変いい刺激をし合ったと思います。

また、都道府県別ごとの策定・評価がマスコミを賑わせたときでしたので、患者委員の意見がとても重要になりました。5年前に比べまして、こういった医療会議の中での患者の立場の変化はとても感慨深いものがあります。

患者委員として訴えたことは、心の痛みも和らぐような医療として、ピアサポート、患者交流サロン、再発患者へのケア・チーム医療の確立、腫瘍内科医、がん専門看護師の充実などです。

3番目の推進委員はまだ継続中の委員ですが、もともと少人数の会議でして、垣添委員長をはじめ県医師会会長などで構成されており、正直なところ、限られた時間の中で、立場の違う人たちが問題点を共有して話し合うのはとても難しいかなと思います。部会でも設けて、もっと活発に意見交換ができ、推進計画が県民に分かりやすいものになることを願っています。

とにかく患者の目線で注意深く見守っていきたいのですが、今日のようなときに皆さん方の意見を聞くというのは大変重要なことです。私も推進委員なのですが、茨城よろこびの会の会長の飯田さんも今年度から推進委員になりましたので、ご意見があるときには遠慮なくおっしゃっていただきたいと思います。

【スライド 3】

次に、話に出ましたピアサポートについてお話しします。

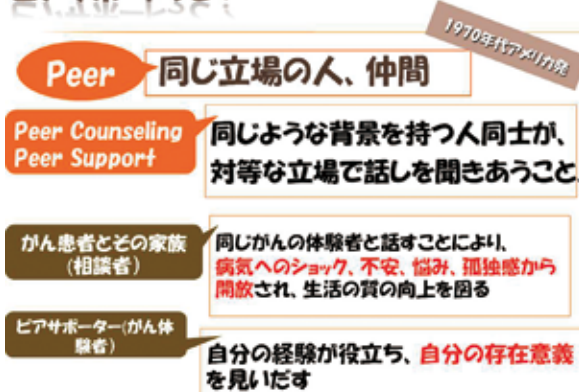
ピアサポートというのは、がん体験者が自分の体験を生かしながらかん患者の心のケア、サポートをするということです。ピアというのは同じ立場という意味で、ピアカウンセリング、ピアサポートは同じ立場の人同士が同じ立場で聞き合うことということです。

目的としましては、がん患者とその家族、これは相談者になりますが、同じがんの体験者と話すことによって、病気へのショック、不安、悩み、孤独感から開放されて、生活の質の向上を図る。それから、ピアサポーターという言い方をしますが、これはがん体験者ですが、サポーターにとっても自分のつらかった経験が役に立って、自分の存在意義を見出す大きな希望となると思います。

簡単に概要をお話しします。

この事業は、相談を受ける相談者、ピアサポートが集まる場所が必要です。ピアサポーターは、患者会を中心にがん体験者に呼びかけ、2日間の養成講座を行いました。今まで2回行いまして、茨城県内では現在 37 名の方が修了されています。電話相談ではなくて、対面式で相談を行っています。

ピアサポートって？



スライド 3

【スライド 4】

「窓口概要」ですが、現在は3カ所の窓口で行っています。

日立窓口は毎週木曜日で、これは対面式です。対面式というのは、一組の相談者に対してじっくりと向き合ってお話を伺うという形です。つくば窓口は、病院側の要請で患者交流サロン形式で行っています。笠間には2週間前にオープンしたばかりです。年度内には土浦協同病院でもう1カ所開設することになっています。

いずれにしろ、サポーターは毎回2名で対応しています。

窓口概要

ひたち窓口

場所	日立総合病院 (3階 患者さま図書・情報コーナー)
日時	毎週木曜日 13:00~16:00
内容	対面式、1回につきサポーター2名で対応

つくば窓口

場所	筑波メディカルセンター病院
日時	毎週火曜日 13:00~16:00
内容	交流サロン形式、1回につきサポーター2名で対応。時イベント(落語会など)も開催

かさま窓口

場所	茨城県立中央病院
日時	毎週木曜日 14:00~17:00 (10月21日スタート)
内容	対面式、1回につきサポーター2名で対応。

スライド 4

【スライド 5】

簡単に実績をお話ししたいと思います。

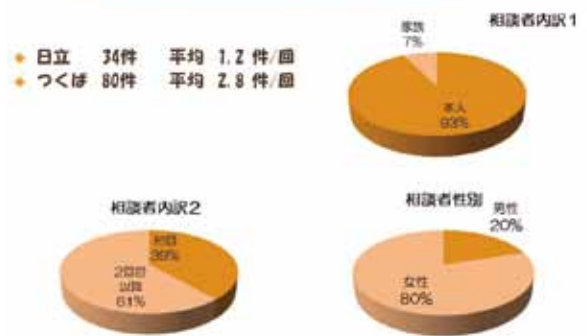
今年4月から9月までの半年間の実績ですが、日立は34件、つくばは80件です。日立の場合は平均1.2件、つくばは平均2.8件です。これは対面式と患者交流サロン形式の違いかなと思います。

相談者の内訳です。本人が93%、家族が7%。初回の方の39%、2回目以降、リピーター

の方が61%、これは、つくば窓口では患者交流サロン形式をとっておりますので、リピーターの方がとても多いです。

相談者の性別ですが、男性が20%、女性が80%、特に日立の窓口で、最近、男性の相談者が増えています。

実績1 (平成22年4～9月の半年間)



スライド 5

【スライド6】

相談内容ですが、これはいろいろな悩みと
か思いを持っていらっしゃるの、一つにカ
テゴライズすることは難しいのですが、精神
的な支援が圧倒的に多いです。それから、療
養上の悩み、治療方法、症状・副作用など。
その他というのは、一度相談に来た方が、
その後こうなったという近況報告にいらっ
しゃった場合なども含みます。

実績2 (相談内容等)



スライド 6

【スライド 7】

この事業の課題についてお話ししたいと思います。

ピアサポートという言葉や概念がまだまだ周知されておりませんので、医療関係者のみならず社会全体からの理解が必要かなと思います。また、この事業の核とも言えるべきピアサポーターの質の確保、そのためのサポーターに対するフォローアップなども重要だと思っています。

また、窓口を置いていただく病院側との連携・協力もこの事業には欠かせません。現場ではなかなか理解されないことも多いのですが、実際、窓口業務を担当しているソーシャルワーカーの方からは、自分たちが踏み込めない分野である、同じ体験をした者しかできない分野だということで、ぜひ頑張ってもらいたいという温かい言葉もいただいております。

「現場での思い」ですが、私は、この現場に立つと人間の力の不思議さを感じます。暗い顔で入っていらっしゃった方が、お話をされていくうちにどんどん表情が変わって、帰るころには本当に別人のような明るい顔で帰られたり、ここに来てよかった、こんな場所が欲しかったと言って帰られます。私たちは、基本、傾聴と寄り添いをやっているだけなのですが、人間というのは、自分の不安とか悩みを話すことによって、それだけでも自らが解決して、乗り越える大きな力を持っているのだということを再認識いたします。

講習会など受けなくても、実際に何回も相談にいらっしゃる人自らが、自然にピアサポーターの役割をされる姿もよく見ます。それは同じ境遇の人を支えていく力が備わっているということだと思います。人間というのは、同じ境遇の人に対する思いやりが自然と備わっている素晴らしい生き物なのだとすることに感銘を受けます。

「ピアサポーターの心」ですが、この事業を推進しているサポーターの方々は、自分ががんになったときに、こういう場所があったら本当によかったのという思いで、この事業の重要性を認識している方たちばかりです。ですから、サポーターの方たちが自分の仕事に対して誇りを持って、生き生きと仕事をしている姿を見て、私は大変うれしく思っています。

相談窓口に何度もいらっしゃった方が10月の初めに亡くなりました。彼女は看護師さんで、乳がんの再発の患者さんでした。成人したお子さんが二人いらっしゃるのですが、最初にいらっしゃったときは、自分は子どもに対しても、看護師さんでしたので、患者さんに対しても、守るべき立場の人間なのに、こんな病気になってしまって本当に申しわけないと自分を大変責めていらっしゃいました。勤め先にもお子さんにも再発の話は言えないということですからすごく悩まれていたのです。

でも、その方は何回かいらっしゃっているうちにとても心を開いてくださりまして、考え方も生活も劇的な変化を遂げられました。表情もすごく変わりました。

再発をしながら看護師さんとして職場にも戻られました。結局、亡くなりましたが、亡くなった後に、彼女の息子さんが菓子折りを持ってピアサポートの現場にお礼に来てくださったそうです。私はその場におりませんでしたので、その報告をしてくれたピアサポーター

課題・現場での思い

課題

◆ピアサポートへの理解・認識

◆ピアサポーターの質の確保

サポーターたちの心のケア・フォローアップ講習会

◆関係者との連携・協力—まだまだ深い溝／医療者サイドと行政の壁

◆評価の難しさ

現場での思い

◆相談者の変化

◆ピアサポーターの心

◆思わぬギフト



スライド 7

のメールを引用します。

「(息子さんの言葉)『母はピアサポートに出会えて本当に幸せだった。この場に行って話すことをすごく楽しみにしていて、いつも自分に話してくれた。このサポートのおかげで最期までずっと元気に幸せそうに過ごした。これに出会わなかったら母は苦しかったと思う。ピアサポートは本当に素晴らしい活動なので、これからもずっと続けていってほしい。皆さんには頑張っていてほしい』」などなど、私はぼろぼろ大泣きをしてしまいました」、この私はというのはピアサポーターの方なのですが、「心が救われた仲間がいます。もっと生きたかったに違いない彼女の分も私たちは元気で頑張っていかなきゃですね」というメールでした。

私はこの報告を受けたときに、救われたのは彼女だけではない。救われたのは私でした。救われたのは私だけではなくて、それを一緒に支えたピアサポーターたちでした。彼女は亡くなりましたが、素晴らしいギフトを私たちにくれたと思っています。

【スライド 8】

「私たちにできること」

まず、自分の治療への参加です。皆さんよくおわかりになっているとは思いますが、お任せ治療というのは、今は全然流行りません。自分も治療チームの一員だということで参加すること。そのためには主治医との対話がとても重要になってきますし、チーム医療の一員として参加することによって、医療にも限界があるということがわかってくると思います。

それと、患者が患者を支える活動への参加。今申し上げたピアサポートなどです。これは、同じ体験をした者同士だからこそできることであって、がん体験というのはお金で買えるものではありません。

患者交流サロン。これは、島根のほっとサロンが全国的に大変有名ですね。

アドボカシー、難しい言い方ですが、社会提言運動。これは、患者の視点で声を上げること、まさしく今日のような場がそういったいいチャンスだと思います。

現場では、患者さんからの声がないと動けない、とよく言われます。医療にとって患者というのはユーザーであるわけです。需要がわからないと医療側も何を必要とされているのかわかりません。

「医療資源としての患者力の活用」

患者はいつでも医療の役に立ちたいと思っているものなのです。自分がお世話になった病院や、あるいは医療というものに対して恩返しがしたいと思っています。また、自分の病院での体験を何かの形で社会に還元したいと思っている人たちがたくさんいます。モンスターペイシェントという言葉も聞きますが、それはほんの一部の方々だと思います。まだまだ医療者とそれを受ける側の患者の溝が大変深いので、行政の力を利用したこの事業がそれを少しでも埋めるきっかけになれば、と思っています。

私たちにできること

- ◆ 自分の治療への参加 - 病気の理解・治療選択
- ◆ 患者が患者を支える活動への参加
 - ピアサポート 同じ体験をしたもの同士だからこそできること
 - 患者交流サロン 島根のほっとサロン
 - アドボカシー(社会提言活動) 患者の視点で声を上げる
- ◆ 医療資源としての患者力の活用

スライド 8

【スライド 9】

最後に、「思いが力になる」ということです。

がん対策基本法ができるまでには諸先輩たちの本当に並々ならぬ努力と強い思いがありました。患者主体の医療になるまでの長い道のり、有名な方では島根の佐藤均さん、この方は大腸がんの再々発でしたが、島根では治療法がなく東京まで通院していたのです。未承認薬が島根県では使えなかったのです。その方たちの活動、それと、山本孝史議員、この方は命をかけてがん対策基本法をつくり上げました。その方たちと各がん患者団体の方たちが未承認薬の早期承認、腫瘍内科医の育成、がん診療の地域格差の是正など、身をもって体験したからこそ訴えて、思いが力になってがん対策基本法の理念ができたわけです。

私事は、それに比べて本当に些細なことなのですが、私も 2002 年の治療中に感じた疑問や不安、患者と医療者の壁、患者の心のケアというものがずっとネックになっていました。2007 年にスウェーデンで Reach to Recovery という、これは乳がんの患者のアフターケアをテーマとする学会だったのですが、そこにたまたま出席した折、ピアサポートという理念とか言葉が当たり前のようにその学会の中で使われているのを見て、びっくりいたしました。自分が乳がんになったときにこういったシステムがあったなら、どんなにか救われたか、日本でもこういったシステムができないものだろうかと思って帰ってまいりました。

運が味方をしてくれて、多くの思いもあって、最初に絶対不可能だと思っていたピアサポート事業が実現しているのです。県の検討委員会で、ピアサポートや交流サロンのことを提案したときに、ある医療者の方からは、そんなことは絶対にできないよ、そんなことをやったら病院側が大変だよと言われました。でも、多くの亡くなったがん仲間、そして闘っている人たちの思いが力となって動かしてくれたと思っています。

今日会場にいらっしゃる皆さんひとつひとつの思いも大きな力になるということをお伝えいたしまして、私の話を終わりにしたいと思います。

ありがとうございました。

思いが力になる

「がん対策基本法」ができるまでの諸先輩たちの努力と思い

島根の佐藤均さん・山本孝史議員・がん患者団体

①未承認薬の早期承認 ②腫瘍内科医の育成 ③がん診療の地域格差の是正

基本理念

- ・がん研究の推進と研究成果の普及
- ・がん医療水準の底上げと格差解消
- ・患者の意向の尊重

2002年 治療中で感じた疑問・不安

2007年 スウェーデンでの学会での体験と同年に「がん対策推進 基本計画」策定

いろいろな人たちの思いが力になり

不可能が可能に

スライド 9

【自由討論】

司 会

東京医科大学茨城医療センター センター長 松崎 靖司

パネリスト

茨城西南医療センター病院	院長	亀崎 高夫
筑波大学大学院 人間総合科学研究科	教授	大塚 盛男
筑波大学大学院 人間総合科学研究科	講師	木澤 義之
筑波大学大学院 人間総合科学研究科	講師	根本 清貴
筑波メディカルセンター	センター長	石川 詔雄
土浦協同病院	乳がん看護認定看護師	関 知子
ホームオン・クリニックつくば	理事長	平野 国美
茨城よろこびの会	会長	飯田 則子
茨城県保健福祉部	次長兼保健予防課長	青山 充

○司会松崎

皆様、こんにちは。ご紹介いただきました東京医科大学茨城医療センターの松崎でございます。

今、土井先生からこのフォーラムのパネルの趣旨をご説明いただきました。会場の皆様方からたくさんの意見等をいただきました。あまりにもたくさんあるものですから、これを1時間で終わらせるというのは非常に厳しい状況でございます。パネラー1人1分ぐらいしかお答えすることができないという状況で、全部のご意見にお答えするというのはちょっと難しゅうございます。誠に申しわけございませんが、私のほうで多少選ばせていただいて、それを、こちらにお座りの皆様方からお答えをしていただいて、意見交換をしていただきます。会場の皆様方からも、できましたら、途中でもご意見を出していただくという形で進めさせていただければと思います。

一応1時間という予定で進めさせていただきますので、スムーズにということで、少しでもこのタウンミーティングの意義として、地域がんフォーラムという形の地域住民の皆様方と、患者さんの皆様と、それから、医療従事者の我々と行政がある程度のコンセンサスがとれれば、今日のこの会が実るかと思います。

それでは、時間に限りがありますので、こちらにそれぞれの専門の先生並びに看護師の方、あるいは患者代表の方、そして行政の方と、それぞれエキスパートが揃っておられますから、私の独断と偏見で選んで、ご質問に対してのご意見をいただくという形をとらせていただきます。

予防、検診、医療体制、緩和、相談、情報というふうにご意見の分野が分かれていました。最初に、検診、予防という点についてご意見があったところからお話を進めていきたいと思っています。



最初に、これは検診の中に入るのでしょうか。平成14年8月、左乳房にがんを発見し、がんセンターで手術を受けた。その後、肝機能がなくて近所のクリニックでお世話になっているのですが、がんセンターでの検査が受けられず困っております。10年目までは検診を受けていたけれども、その後、受けなくていいのか、受けるべきか、よくわからないと。要するに、平成14年に1回手術をして、その後、術後のこれから先々のフォローはどうしたらいいかということについてのご質問です。

スタートを切って、亀崎先生、こういうような状況のとき、どうでしょう。要するに、平成14年に乳がんの手術をされた。その後、ある程度の期間はフォローをしてもらっていた。10年目まではちゃんとフォローしていた。では、今現在、でもまだいろいろがんについても心配だ。この後、どういうふうに受診をしたらいいか、どうしたらいいかわからない。ほかのがんのことも含めて、こういう術後に対しての対応を教えてくださいという内容ですが。

○亀崎

10年ぐらいたって落ち着いてはいるということですよ。その後、再発といいますか、転移といいますか、いろいろなことがございますので、これは継続した、少なくとも1年ごとぐらいの検診を受けてもらうべきではないかと思います。

○司会松崎

一度、過去にがんという病気、あるいはがんなくてもいいのですが、病気になったら継続的に検診等の受診はしていただきたいということでよろしゅうございますね。

ということがまず第1点でございました。

次は、市町村によってがん検診の方法がさまざまで、住民にとってはわかりにくい。もっとわかりやすい検診を進めてほしいのですが、検診率を上げるためにどういうふうに積極的な形をとればいいのでしょうかという切実な問題です。地域がんセンターの石川先生、こういうような状況でのがん検診、先生のところでは健診センターを持っていच्छいますから、検診率を上げるという何か工夫についていかがでしょうか。

○石川

まずは、それぞれの医療機関が、がんという治療の大切さというか、最初のご質問にあったようなフォローアップも含めて地域の人に協力していく。例えば、地域で、それぞれ病院とか地域主催のがんの勉強会を開いて、その必要性をもう少し地域の人に啓発していく。そういうことがすごく必要なことだと思っています。

○司会松崎

がんセンター、検診センター、あるいは幾つかの病院は検診センターを併設しておりますから、病気の怖さ、あるいは、早く発見して、早く治療しましょうということを発信していく、住民の皆さん方にそれを早くちゃんと認識していただくという努力を、医療サイド、あるいは行政等からも発信していくということでよろしゅうございますでしょうか。そういう形をもって進めていくことが非常に大事なことだと思います。

検診というのはなかなか難しいところがありまして、検診の方法等に関しても、例えば、がんの検診・予防は、若い世代にとっても関心を持ってもらえるようやったほうがいいだろうと思います。医療系の学生さんなどをうまく巻き込んでプロモーションをかけていくといいのではないのでしょうかというようなご意見もあるのですが、大塚先生、筑波大学のお立場から、こういうところはどうでしょうか。

○大塚

なかなか難しいご質問なのですが、先ほどの一番最初のお話でもありましたように、受診率も半分ぐらいですし、あるいは、精密検査の受診率も十分ではないということで、このことはがん診療にとって重要な問題だと思います。例えば、茨城県の地域肺がんの検診スクリーニングをやっているのですが、年間 25 万人ぐらい受けられて、実際にがんが見つかる方が 150 人ぐらいということで、1 割か 2 割ぐらいしか見つかりません。一方、茨城県における肺がんの年間死亡数は 1,500 人ぐらいということですから、1 割、2 割ぐらいしか検診で見つからないわけです。検診の受診率の低さ、あるいは精密検査の受診率の低さというのがそれに関わっていると思います。

そういうことに一番関心がないければならない医療従事者、あるいはその卵の方々はそれをもっともっと強く認識する必要があると思いますので、我々教育者としても、そのことを学生に教育していく必要があると思っております。

○司会 松崎

そうですね。若い世代の医者の方の人たちにもこういうことを目を持ってもらって、積極的に参加していただくというようなことも筑波大学でも少し考えていただくということでしょうか。

あと、検診率が低いという問題があります。茨城県の場合は、総合検診とか企業検診などなど、把握の状況はどうでしょうかということが出ているのですが、これはどうですか、県庁の青山さん。

○青山

茨城県は独特の検診体制をとっておりまして、医療機関が少なかったもので集団検診のがん検診が多いですね。ですから、データは非常によく残っています。去年、がん検診の受診率は下がったのですが、それは特定健診の影響を受けまして、総合健診でやると思ったのが、特定健診となり、それにつられて下がってしまって、少し健診のやり方を市町村と健診協会が工夫をして、変えようということを考えています。

○司会 松崎

そうですね。検診の事業というのは、市町村単位で住民基本検診をやっておりますので、がん検診も県が全部を掌握してやるという状況ではないですね。ですから、ここはなかなか難しいところで、私は専門が消化器で、肝臓をやっているものですから、例えば、肝炎の検診など、そういう把握が難しく、私たちが全体を調べないと難しいですね。ですから、県の総健のデータを県庁を通してお借りして、それでどのぐらいの受診率があるか。例えば、

茨城県の住民基本検診は 37% ぐらいですから 40% を切っています。例えば、そこで職域と住民基本検診のデータで簡易検診がどれぐらいかということ調べてみると、私たちのところの検診センターでは職域検診で簡易の検診が入っている職場というのは 27% しかありません。これは国を挙げて節目検診というものをやりましょうというところと 100% 検診ができるわけですから、こういう難しい微妙なところがあるので、そういう把握はどうやってやるか。これがこれからの行政システムと私たちの県の医療従事者とのシステムの中をうまく構築していくことが非常に重要なことで、これも、県、行政サイド、また医療サイド、がん医療拠点病院とか、そういったところを中心にしながらこういったこともやっていくことが今後の体制づくりとして必要かと思います。

では、検診のことが少し出ました。フロアの皆様方から、こういうことはどうですかというようなことがあったら、お一人ぐらい、どうでしょう。どなたかございますか。

今のご質問とお答えで、大体検診についてはよろしいでしょうか。

では、最後のほうで時間がありましたら、これもちよっと聞いてみたいと思ったら、遠慮なく出してください。

次に、予防の話に入りたいと思います。

肺がんについて。禁煙が大事だと言われます。今、たばこを吸わない女性の方でも肺がんの発生率が少し増えているのではないかと思います。こういう原因についてもいろいろ説があるようですが、肺がんと喫煙との関係等、予防という面がありますが、ご専門でいらっしゃる大塚先生からお願いしたいのですが。

○大塚

皆さんもよくご存知だと思いますが、肺がんへの喫煙の影響というのは非常に大きいわけです。喫煙者は非喫煙者の大体 5 倍ぐらい肺がんになるリスクが高いということですし、受動喫煙も約 1.2 倍から 1.3 倍ぐらいのリスクがあるというふうに言われています。

日本では肺がんの中の腺がんというのが一番多いわけですが、特に女性ですと腺がんの率が多い。腺がんの場合は喫煙との関係は必ずしも十分には解明されていませんが、受動喫煙との関係も考えられなくはないようです。今後の研究がさらに必要なところだと思います。

いずれにしても、喫煙は発がんに関与しておりますので、特に早期から喫煙を開始したとか、あるいはヘビースモーカーの方、1 日 20 本を 30 年以上吸っているブリンクマン指数が 600 以上という重喫煙者の方は非常にリスクが高いですので、早急に喫煙をやめていただくことが必要です。やめるとリスクが下がってくるとも言われていますので、是非禁煙していただきたいと思います。また、若いうちから吸うとより肺がんになりやすくなるということですので、子どもたちに喫煙を開始させないように、大人たちが、我々も含めてですが、努力しなければならないと思いますし、皆さん方もぜひそういうふうにご指導いただけるとありがたいなと思っております。

○司会 松崎

先生、周りの方が吸っている、そういうこともやっぱりよくないですね。

○大塚

もちろんです。先ほど申し上げましたように、受動喫煙のリスクがありますので、最近では職場などでは減っていると思いますが、家庭の中ではまだまだだと思いますので、ぜひ周りの方が吸っていらっしゃったら話していただきたいと思っております。

○司会 松崎

こういったことも生活の上では大事だということになるかと思います。

それから、これは、きょう、ご専門の先生がいらっしゃるのですが、今、マスコミでも出てきていますが、子宮頸がんの予防ワクチンの接種の推進についてというご質問が出ております。積極的にこういう事業を推進するのはどうなのだろうか、すべきかどうかということなのですが、亀崎先生、どうですか。先生はどう思われますか。

○亀崎

私の専門とは全くかけ離れた分野でございますが、世界中で積極的にやられておりますし、効果も明らかになってますから、これは積極的な接種を勧めるべきではないかと思えます。

○司会 松崎

行政の立場からお願いします。

○青山

子宮頸がんのワクチンができて、非常に爆発的に世論が盛り上がりまして、今の段階は、国が補正予算を使って子宮頸がんのワクチンを助成しましょうということになっています。ただ、性行為によるヒトパピローマウイルスの感染ですので、その前の子供たちに接種するのがいいのではないかとということになっています。

今の制度でいきますと、17歳までの子供たちに子宮頸がんのワクチンを接種することになります。ただ、16型、18型というウイルスだけで子宮頸がんが起きるわけではないので、その後も検診はする必要があると考えていまして、そのことを若い子たちにどうやって説明をして、その後の検診の重要性をどうやって皆さんにご理解いただくかが課題だろうと思います。

そのために、今、県では、県内4カ所に分けて子宮頸がんのフォーラムを開催しています。ぜひ正しいワクチンと検診の状況をわかっていただいて、対処していただくのがいいかなと思っております。

○司会 松崎

今、行政の立場より青山さんのほうから発言していただきました。

いい利用の仕方、それから、何が大事かというところをよくご理解をしていただいてということで、茨城よろこびの会の飯田さん、いわゆる患者さんの立場からして、このような状況をお話しお願いできませんか。

○飯田

早速なのですが、今、話題になっていることに先駆けて、よろこびの会でもフォーラムを企画しております。来年の2月12日、県立図書館のホールで「子宮がんについて」のがんフォーラムをやる予定になっております。

それから、今、青山次長様からお話がありましたが、10月30日に水戸でありました。次は、県西の筑西、つくば、それから、鹿行と年内にあと3回あります。お若い方、中学生、高校生のお嬢さん方をお連れして、親子でぜひ聞いてほしいなと思っております。

○司会 松崎

今、非常に大事なよろこびの会のほうからのメッセージでした。これからこういうことを予防する、そして、そういう思いをした患者さんサイドからも、こういうことにならないようにという発信をしていただくことは非常に大事なことです。各地でこのような催し物をさせていただくことがこれから動いてまいりますから、ぜひともよろこびの会の皆様方に中心になっていただいて、県内で大きな活動をしていただければと思います。これも非常に大事なところだと思います。

それでは、予防はあまりご質問はなかったのですが、例えば、病気、何か症状があった。そのとき、どの程度の症状があるか、咳がひどいとか、例えば、この方は一回大腸がんの手術を受けた。その後、4年後に上咽頭がんが見つかってまた手術をされた。その後、定期的に診ていくということで、どの程度の症状が出たら治療を受けない病院で診てもらえるのか知りたいと思いますと書いてあるのですが、要するに、2つのがんにかかってしまったと。その後、どのような症状がどのように出たら病院に行ったらいいのでしょうかというご質問かなと思いますが、これはどうでしょう。石川先生、どうですか。

○石川

なかなか患者さんが自分の症状の程度で病院にかかるか決めるというのは難しいことだと思うのです。まず大切なことは、自分の住まいのそばのかかりつけの開業されている診療所の先生を持って、気安くそういうことが相談できるような関係をつくっていくということが大切だと思うのです。そうすることによって、そういう先生に相談して、どうだろうかという、そういう先生は地域の情報をよく掴んでいますので、これはこういう病院に行ったほうがいいですよとか適切なアドバイスがあると思うので、まずはかかりつけの先生を持ちましょうということです。

○司会 松崎

よくコミュニケーションが取れるかかりつけの先生をつくっていただいて、何かがあったらすぐに相談ができるというような形をお願いしたいということですね。

関さん、相談者の立場からするとどうですか。

○関

今、石川先生がお話になったように、気軽に相談できる医療者が身近にいるといいのかなと思います。私は乳がん看護を専門にさせていただいていますが、乳がんの患者さんは非常

に増えていて、病態によっては5年、10年で経過観察終了と言われてしまいます。何か気がかりな症状があった場合には、身近にいる医療者に相談していただくのがよいと思います。また、乳がんのフォローを受けている方の中には「病院にかかっているから安心」と思って他の検診を受けていない方がいます。乳がん患者さんでいうと、乳腺外来では乳がん治療後のフォローはしていますが、胃とか大腸、子宮など、他の臓器に関しては全然フォローできていませんので、ご自身で検診を受けていただく必要があります。そして、何か気になる症状が出現した際には、まず身近な医療者に相談していただければと思います。

○司会 松崎

先ほどの検診の話とダブってきますが、よく自分の体を考え、そして気軽に相談をしていただく。自分のところに止めないということでしょうかね。こういうことも非常に大事なことなのだろうなと思います。

いかがですか、フロアの皆様方、このような相談をしたいのだけれども、なかなかできないのだよというようなお悩みとか持っておられる方、気軽に相談できないとか、そのようなことはございますか。どうでしょう。ございませんか。では、また何かありましたら最後にお願ひしましょう。

それでは、今度はまた毛色が違うご質問なのですが、今、いろいろな輪が広がっています。西洋医学とか東洋医学とかいろいろ入ってきたり、代替医療というようなこともか深まってきました、医療の全体の流れが少しずつ変わってきています。

いわゆる代替医療といいますか、こういうようなやり方をしながら、医療というのは、がん医療というようなところも含めてどの様な治療を選択したらいいでしょうかというご質問なのですが、平野先生、どうですか。在宅医療をやっておられるお立場で、いろいろな治療の選択の幅が広がっていると思うのですが。先生のご意見で、代替医療みたいなことを多分質問されたりすることがあるかと思うのですが。

○平野

エビデンスというか、結果等がまだ不確かなものに結構使われていたようで、かえってその患者さんにダメージを与えることもあるのですが、ご家族と患者さんの気持ちを聞くと、西洋医学から見捨てられてしまったというところで、精神的な救いとそういうものを求めていることがありますので、我々はそれを否定はできないというところが実態です。

○司会 松崎

この辺が西洋医学と東洋医学との問題というところですね。亀崎先生はどうですか。現場でやっていて、先生は西洋医学と東洋医学のフュージョンとか、先生はそういう診療はどうですか。

○亀崎

代替医療という考えではありませんが、我々の分野でも、今は結構漢方薬が使われることが多くなっておりまして、これは両方ともに上手に使い分けることが大事ではないかと思います。

○司会 松崎

代替医療というのは、西洋医学にもいろいろ限界がありますので、今、平野先生が言われたように、西洋医学から外れた民間療法とかたくさんあるわけです。ですけれども、それが科学的に立証されて、本当にいいものかどうかということが確立されているものばかりではない。では一体どういうものを選択していくことがいいかということに関して、これも自分の主治医の先生とよく相談をしていただいて決めていかれるということで、テレビの宣伝とか、ネットの宣伝とか、そういったものでこれがいいのだと思って飛びつくことはちょっと避けていったらどうでしょうかというようなことです。医療サイドからきちんとこういう形の代替医療として、西洋医学、あるいは東洋医学と一緒にやっていくことが医療サイドとしていいですねということは、多分、こちらに並んでいらっしゃる医療従事者の方々は推進していただけるだろうと思いますから、よくご相談をしていただくということになるのではないかと思います。

それでは、緩和の話に入っていきたいと思います。

がんと診断され、後々、緩和ケアを希望する段階になったとき、第一の相談窓口は主治医でもいいのでしょうか。どういったところから緩和というところに入り込んだらいいのでしょうか。木澤先生、お願いします。

○木澤

ありがとうございます。

まずは、今、質問者の方がおっしゃったように、非常に基本的な症状であれば、主治医の先生方がつらい症状には対応してくださいますので、まず主治医の先生にご相談いただくことが一番よろしいのではないかと思います。

○司会 松崎

やはりこれも主治医の先生とまず最初にコンタクトをとることなのではないでしょうか。

それでは、かなり具体的な質問で、東京都内の病院で治療しておられる方で、筑波大学で心と体の緩和ケアを受けられますか。

○根本

私と木澤先生は同じ緩和ケアチームで仕事をさせていただいております。今、緩和ケアチームに関わっている精神科医が3名おります。グループ長の朝田教授と、また、現場で実動隊として私ともう一人の精神科医が関わっています。

まず、今の流れとしては、緩和ケアチームのメインである木澤先生とそのほかの先生方が患者さんを診られて、そして、気持ちの面もケアが必要だなというときに私たちに相談に来て、私たちも一緒に関わらせていただくという形でやっておりますので、結論としては、総合的に関わってきております。

○木澤

まずは、緩和ケアチームにももちろんかかることはできますし、診療することは可能なのですが、今の主治医の先生の病院に恐らく緩和ケアチームがありますので、まず、かかられて

いる病院の先生にご相談いただくのが第一歩だと思います。そうしないと、その主治医の先生と皆様方の関係性とか、どんな治療をしているかということにも深く関わってきますので、まずは主治医の先生にご相談いただくことがよろしいのではと思います。

○司会 松崎

だんだんとかかりつけの先生、あるいは主治医の先生とよく相談をしていただきたいというところに集約されていくようなところが非常に大きいということが、皆様方、わかりいただけるのではないのでしょうか。

それでは、こういうご質問があります。

これはつくば市の50代の女性の方からなのですが、疼痛コントロール、症状コントロールなど、緩和ケアに対してあまり詳しくないドクターが多いのではないかという非常に厳しいご質問なのですが、こういったところに関しての医師に対しての教育等があると思うのですが、木澤先生、このあたりに関して状況をご説明してください。

○木澤

ありがとうございます。

がん対策基本法が定められて、2007年からすべてのがん診療に携わる医師に緩和ケアの教育をすることが定められております。

がん診療に携わる医師が何人いるかということはなかなか大きな問題なのですが、県内のすべてのがん診療連携拠点病院で、今、がん疼痛であるとか緩和ケアに関する基礎的な研修会をすべてのがん診療に携わる医療従事者が受けられるように開催しております。ただし、現在のところ全員が受講してくださっているというわけではないので、これからも少し広報、啓発活動に努めて、少しでも多くの医療従事者に研修を受けていただけるように、また、知識を伝達させていただいたり、もしその先生方がわからなくても、僕らにアクセスできるようなネットワークが今はありますので、そういうような方法をしていきたいと思います。

ありがとうございます。

○司会 松崎

先生、このエリアと茨城県の緩和医療を進めていただいて、教育ということが大事なことでありますから、少しずつこういったことも。

平野先生、現場の立場からどうでしょうか。

○平野

昔と違って秘伝というものがなくて、すべて公開されるようになっていきますので、自分の患者さんを診ながら自己学習も可能ではないかと思います。

○司会 松崎

ということですね。

それでは、緩和のこともうちよつと。

がん患者さんの心、気持ちを支える医療が不十分だと思いますと。心のケアということに

関して、これは根本先生どうですか。

○根本

先ほど木澤先生のほうからもありましたが、今、すべてのがん患者様に携わる医療従事者に対しての研修会の中で私も関わらせていただいています。気持ちのつらさをどうやって感じて、そしてそれに関わるかということをやっています。現状、決してよいとは言えないのは確かに事実です。

幾つかの要因がありまして、一つは、私は精神科で仕事をしていますが、精神科に対する偏見が、医療者であったり、患者様のほうでもあったりという現状もあります。いろいろな方々と交流を持つことによってその先入観を減らす努力をしています。

また、実際に私自身がさまざまな方々と接していて感じるのは、精神科はいわゆる精神疾患だけではなく、例えば、がんで苦しまれた、がんで気持ちがつらくなっている方にも十分有効な治療を提供することができるのです。実際に多くの方がすごく元気に、すごくこやかになったのを見ると、私たちも十分関わることがあると思いますので、皆さん、我慢するだけではなくて、主治医の先生によく相談しながら、心のほうもケアしてもらいたいんだけどもという言葉を発信してもらうことが、後々、気持ちのケアをみんなが上手になっていくコツなのではないかなと感じております。

○司会 松崎

このあたりは悩まないで出していただくということで、今、がん診療連携拠点病院では、緩和に関しては必ずチームで患者さんと対峙するという形になっておりますから、緩和の専門をしておられる先生と精神科の先生は必ず入っておられます。そうしないと緩和ケアチームはつくれないことになっておりますから、そこには看護師さんも入り、いろいろな職種の方で対応いたします。ですから、今のような悩みがあったらそういうところに出していただくということが非常に大事だと思うのです。

飯田さん、どうでしょうか。患者さんの立場から、非常につらいところがあったりすると思うのですが、患者の会の立場からしてどうでしょうか。

○飯田

件数としては非常に多いです。女性の相談が主なのですが、自分のことながら、家庭内のことなどまで相談するのです。そういうことがありまして、私は、先ほど八木さんがお話になられました各がん診療連携拠点病院の支援相談室をぜひ利用していただきたいなと思います。今現在、3カ所ありますね。日立と、それから、友部にできました。また、ここつくばではメディカルセンターの中にあります。そういったところを気軽に訪れてくださったら随分軽くなるのではないかなと思うのです。

ですから、まずこういった相談窓口があるのだよということを知らない方がほとんどではないかなと思うのです。きょうは、皆様のお手元の中にこの用紙が入っていると思います。こういった窓口をいつも頭の中に入れていただいて、周りの方でご心配なさっている方など、ぜひこういったところにお連れしていただけたらいいのではないかなと思っています。

○司会 松崎

どうもありがとうございます。患者会の立場からというのは、非常に重要な言葉を出していただいて、本当にありがたいです。

○フロア

今、患者に対するサポートでお話がありました。私のかかっている病院では、幸いなことに患者の交流サロンがありまして、利用しているのですが、とても気持ちの面で役に立っております。ただ、そういう場があるということの周知徹底が病院内でされていないということがとても残念なのです。そういう情報の周知徹底をしていただきたいということです。

それから、女性の場合は、例えば、抗がん剤治療が長くかかって、夕方近くになると、交流サロンに出たいというよりも、すぐ家に帰って家のことをやらなくてはいけないとか、そういう場合には、点滴の治療を受けながらそういう場に出られるという形がされるととても助かるなと思うのです。ところが、今の現状では、点滴をやりながらそういう場に行くのは、その場に何か起こったときに対処ができるものがないといけないということで、治療中はそういう場所に行けないことになっていて、参加できる方の数がすごく限られてしまうと思うので、そういうこともちょっと考えていただきたいなと思います。患者が何を望んでいるかを、もうちょっと医療者と患者の間でこういうことをしてほしい、ではもっとしましようとかという話し合いの場が、この場も多分そういうことの意味もあると思いますが、病院の側でもそういう場ができると、よりよいのではないかなと思います。

ありがとうございました。

○司会 松崎

ありがとうございます。

では、今のご発言の中を2つに分けましょう。

最初に、院内の情報発信、こういうことがありますよ、相談室がありますよということに関して、関さん、どうでしょう。関さんのところでは情報発信の仕方は。

○関

土浦協同病院では、ピアサポートは準備中でまだ始まっていませんが、がん診療連携拠点病院としての相談支援センターがあります。当院に受診されている方だけでなく、他の病院で治療されている方からも相談を受けています。常時、緩和ケア認定看護師や担当の看護師、ソーシャルワーカーなどが控えており、相談を受ける体制をとっております。これは当院だけではなく、がん診療連携拠点病院であれば必ず相談員がいると思います。相談支援センターは通院している病院でなくても、電話相談にのってもらうことができます。

○司会 松崎

飯田さん、お願いします。

○飯田

日立の総合病院では、今日は午後1時から図書室のお部屋を借りていますが、そこに

ピアサポーターが来ておりますので、誰でもどうぞというテロップが待合室のテレビ画面に流れるそうです。これは病院側にも大変協力をいただいていると思うのです。

また、病棟におきましては、患者さんに「行ってみたらいかが」というふうに看護師さんがお勧めをして、点滴をぶら下げながら見えた患者さんもいらっしゃいます。ですから、これからそういうことをどんどん医療者側、病院側に依頼しながら、もっとコマーシャルをしてほしいということを私たちサポーター側も言っていかなければと思っております。

それから、また、1カ所、今年の10月から友部の中央病院の一室にコーナーができましたので、これもまた併せて「ひばり」という県の機関紙があります。そういった機関紙に、去年でしたか、一回は載りましたが、もっともっと数多く、いろいろな場面でPRをして頂いたらどんどん増えていくのではないかと思います。

○司会 松崎

そうですね。その辺も大事なところで、石川先生、どうでしょう。先ほどのトータルで病院の流れの中で、全体のシステムづくりと、それから、今、飯田さんから言われたような点を総合的にまとめていただけますか。

○石川

それぞれの病院にある患者・家族相談支援センター、あるいは患者・家族相談窓口とか患者相談窓口というようなところにはそれぞれ専門のソーシャルワーカーとか看護師さんがいるのです。ですから、まずそういうところを利用していろいろな情報を得るということと、地域のいろいろな講演会等からの情報を得ることが一つは大切なということ。

あと、これは今のご質問にすごく感じましたが、確かに、医療者がこういうことをやっているということは知っている人は知っているのだけれども、知らない医療者もいるのかなと。ですから、そこら辺は、私、今日勉強させてもらったかなと思っておりますので、持ち帰って、私たちのところも足固めをしていかななくてはいけないと感じました。

○司会 松崎

青山さん、行政の立場から、情報発信といったことはどうでしょう。

○青山

私どものほうはそれなりに役所のルールでやっておりまして、多分、私は思うのですが、相談とかそういう話は、今、石川先生がおっしゃったとおり、医療者のほうもちょっとよくわからないと思います。役所がやれと言ったからやるものでもないのに、今の方のような患者さんの声を我々が整理をして各病院側に伝える。病院側でまた対策を考えてもらう。そういうふうにすることがいいのかなと、きょうのお話を大変ありがたく聞いていました。私どもは患者さんの思いから体制をつくってもらえるように医療機関に働きかけていこうと思います。

○司会 松崎

そうですね。患者さんと同じ目線で医療をやっていきましようということがこれからの非

常に重要な課題だろうと思います。これは私ども医療従事者も行政サイドも患者さんもみんな同じ目線で考えていきたいと思いますということになるのではないかと思います。こういったことは非常に大事だと思います。

次は、これはなかなか厳しいですが、医師、看護師の方へ。患者が理解するまで説明してほしい。5分診療でないと病院はやっていけないなんて言わないでほしい。患者の気持ちを先生はわかってほしいです。もっともなことですね。亀崎先生、いかがでございましょうか。

○亀崎

松崎先生がおっしゃったように、もっともなお話でして、我々もできるだけ時間をかけて、耳を傾けて対処させていただくという方針でやっております。

○司会 松崎

5分間診療ではないということで、大塚先生もそうですね。

○大塚

厳しいご質問です。患者様の状況によって変わるとは思いますが、いろいろなご相談をいただいた場合には、なるべくそれにお答えできるような感じで対応しているつもりではおります。筑波大学ですと一人の患者様をチームで担当しておりますので、直接、受け持ちの先生、あるいはその上の先生にいろいろご相談いただくとチーム全体に話が行くことで患者様のご相談にも対応しています。あるいは、病棟の看護師さんなどにもいろいろ問題を言っていただくと周りに話が伝わりますので、遠慮しないでご相談いただければとも思っております。我々もできるだけ患者様の話を伺うように行っていきたいと思っておりますし、周りの人にもそういう形で協力していくように伝えたいと思っております。

○司会 松崎

がん診療というのはそういうことではないわけで、そのようにいくようにと私たちも努めるわけです。しかし、たくさんの患者さんがいらっしゃるとなかなかそういうところがうまくいかなかったりというようなことも起きるには起きます。これは私たちも注意しながら、身を引き締めてやっていくということになるのかと思います。

次は、今、急性期の病院というのは長期の入院ができない。そうすると、他の病院へ移ってくださいとか、在宅をやってくださいとか、いろいろなことが出てまいります。こういうような体制づくり、あるいは地域のいわゆる急性期病院とかかりつけの先生との連携、そして訪問看護といったものを通してというようなことがありますが、平野先生、こういう状況の今の枠組みの中で、先生の取り組みの状況等をお話をしてください。

○平野

私の患者さんの場合、かなり高齢の方が多く、病状以上に自宅で独居状態とか高齢者の夫婦二人きりというのは多分難しくなっていて、今、一番困っているのは療養する場がないということです。今後に関しては、施設とかショートステイを使った療養を地域のそういった施設の方々と連携をもっとする必要があると思っております。

○司会 松崎

そうですね。非常に大事な点ですね。

どうですか、看護師の立場で、関さん。

○関

私も日々、業務を行う中でこのような問題を抱えた患者さんにたくさん接しています。特に乳がんの患者さんの中には、体が思うように動かせなくなってからの時間が長いことがあります。内服治療だけで安定している患者さんは、病院でなくても療養ができます。しかし、動けない患者さんをお家でみることができず、どこで療養生活をしたらよいのかという問題が生じます。老人保健施設など増えていますが、お薬をたくさん飲んでいて人は受け入れてもらえないことが多いのが現状です。今後、施設などに協力してもらえれば、このような患者さんの療養の場が広がるのではないかと考えています。

○司会 松崎

地域の全体の枠組みの中での連携というのは非常に大事なところなのですね。これは病気を抱えておられるご家族も一緒になってこういうことを考えていただきたいですね。自分たちの自宅では見きれないから病院に入れてほしいという要望も当然出てくるわけです。ですけども、私たちの立場とすると、できる限りご家族と一緒に過ごしていただきたい場合は在宅をお勧めしたいというところがあるわけで、こういったところをみんなが同じ目線で話し合いをしていくという土俵も必要になってくるのだらうなと感じます。

これは今の訪問看護ステーションの利用、あるいは平野先生がやっておられるような在宅のご高齢の方に対してのケア、それを在宅ではしきれなかった。その状況をどうやってまたケアしていくか。そういったところをいろいろな施設がうまくかみ合わせながらやる。これは行政ではどうなのですか。こういったところの連携というのはとれるようになっているか、まだそこまではいかないのでしょうか。

○青山

まだそこまではっていないでしょうね。平野先生のような先生方がたくさん増えて、それで在宅で安定して診られて、またそれが病院に戻るという体制が一番いいとは思いますが、なかなかそこまではっていないと思います。

○司会 松崎

今後の課題だと思いますね。このあたりに関しましても、今日、お集まりのフロアの皆様方からもどんどん出していただいて、お互いが考えるという土壌をつくって、盛り上げていただきたいと思うのです。そうしませんと、医療サイドだけのところでも非常に行き詰まりが出てまいりますので、みんなで考えるというスタンスが非常に大事です。ぜひとも今日お集まりの皆様方は、そういうことも周りで少しずつ盛り立てていただければと思います。

それでは、若い人は病気というのはなかなか目が行きません。若い人にももっと病気に対する興味や関心を持ってもらえるようになってもらいたいと、そういう情報提供云々というご意見が出ました。

これはどうでしょうね。飯田さん、若い方々、予防も含めてになりますが、患者会の皆様方からメッセージというか、先ほどの子宮頸がんのワクチンの話とかで啓発活動をされておられますが、それ以外にはどうですか。

○飯田

お若い方たちといいますのは、自分の日常の生活に追われていてなかなか検診にいかないみたいですよね。かかってしまって慌てていろいろな知識を得ているのが現状ではないかと思います。だから、私はそれは本当に理想なのかなと思うのですが、学校教育の中にもっともっと医療の面を取り入れたらいいのではないかなと思っております。県立中央病院の永井院長先生はそういうことをつい最近から始められているということを伺っております。それは大変いいことだと思うのです。お子さんが病院を見学に来、いろいろな施設を見て、お母さん、こういうふうだったよ、お母さん、検診に行っているのというふうになってきたということを伺っております。これは本当に些細なことかも知れないけれども、小さいうちから医学に対する知識を埋め込んでいったらいいのではないかなと思っております。

○司会 松崎

子どもの学校教育という立場から少しそういうことも話をしながら、興味を持ってもらう、意識をしてもらうということで、こういうのはどうなのですかね。県の教育委員会ではそういったところでの取り組みはなされていますか。

○青山

3年ぐらい前から、子どもさんたちに医療のそういうことをわかってもらおうということで、県の医師会と協力をして、教材をつくったり、そういう働きかけはしております。医療資源が少ない茨城県の中で、少しでも病気にならないで、質の高い生活を送っていくためには教育というのは大事かなと思っていまして、それは試みています。成果が出るにはしばらく時間はかかるのかもしれませんが、トライアルはしております。

○司会 松崎

ぜひともこれは行政のほうにお願いしたいポイントだと思います。よろしくお願ひしたいと思います。

それから、地域に多くの相談ができる場所があればいいと思うという情報のご要望と、これも行政で、あまり行政で青山さんばかりに言っても申し訳ないですから、関さん、どうですか。相談をされている立場から、そういうことをもっと広げていくというのはどうでしょうか。

○関

とっても大切なことだと思っております。今、インターネットやテレビ、本などで色々な情報が手に入りますが、その患者さんに適した情報ばかりではないことを知ってほしいと思います。5年、10年前の体験談は、現在の治療と違っていることがありますので、その患者さんに適した情報なのか判断しつつ、最新情報を踏まえて相談に乗っていく体制ができたらよいと思っています。

現在、乳がん看護認定看護師として、医師から告知を受けた患者さんと面談を持っていますが、治療のことだけでなく、家族のこととか、地域の役割のこととか、いろいろな問題を抱えている患者さんが多いので、そういうところまで目を向けてサポートできるようなシステムが、病院だけでなく、地域全体で広がっていけばいいなと思っています。

○司会 松崎

ありがとうございます。

あと、がん予防推進員養成の相談員の方からなのですが、予防推進員養成、講習会の修了者の活動状況をどのように把握できているかということなのですが、これは県のほうでどうですか。

○青山

県はがん予防推進員の養成をして、活動は市町村任せみたいなのところがあって、どんな活動をしているのかちょっとよくわからないところがありまして、そこは幾つかの市町村のモデルがそういう試みをして、活動状況を報告してもらえるようにしようかなと思っています。ボランティアでやってもらっておりましたので、あまり報告書、報告書というと嫌がられることを危惧してまして、今まで報告はあまりいただいてなかったもので、やってみたいと思います。

○司会 松崎

今後はそういう方向で。

○青山

はい。あまり報告をしてもらおうとちょっと大変かなと思うので、ただ、報告と同時に意見か何かをお聞きいただけるような方向がいいのかなと思います。

○司会 松崎

うまくフィードバックをかけていただくということになるでしょうかね。ですから、あまりがっちりした形での必要はないかと思うのですが、お互いがうまく情報が共有できるようなコミュニケーションがとれればということになろうかと思います。

それから、地域連携パスの充実がなかなかうまくいっていないのではないかと。患者の皆様と病院とかかりつけの先生との間の連携パスというのはどんな状況ですかということで、亀崎先生、どうですか。拠点病院として、そういう整備状況は。

○亀崎

我々の施設では県の統一パスができるということを聞いておりまして、それを待つて対処しようと思います。

○司会 松崎

これも、今、やっとスタートラインについたという状況でありまして、連携パス、いわゆる中核病院とかかりつけの先生との間の連携をとるフォーマットというものがあるのですが、それが難しいのですね。それはなかなかそう簡単には動かないということが現状でありまして、ただ、国のほうからはやれということで、今、動き出しています。今、私どももそこに乗るべく、県庁の指導の下に、県の拠点病院の県立中央病院を中心にいたしまして、今、そういった事業を展開しているという状況であるということでございます。

それから、生活支援と緩和ケアの現状の課題について知りたいというふうに書いてありますが、木澤先生、緩和の全体像をまとめていただいて、茨城県の状況等を含めてでいいですが、こういったところをもう少し茨城県は推進したほうがいいのではないかと。今日はちょうど行政の方もおられることだから、みんなでどういうふうなことに取り組みましょうとか、何かメッセージがあったら、木澤先生の立場と、あと心のケアの面からの根本先生のお立場と、一言ずつお願いしたいと思います。

○木澤

全体を言うとすごく難しいので、一番問題なのは地域格差であると思っています。例えば、県北地域であるとか、県西部、また、例えば鹿島周辺であるとか、緩和ケアを受けようとしたときに、では十分な資源があるかといいますと、本当に地域の医療資源自体がかなり薄い場所ですので、質の高い緩和ケアを受けることは難しいと考えています。

近ごろ、僕たちが考えている一つのソリューションというか、解決方法は、そちらから拠点病院に電話でかまわないのでご相談をいただければ、医療従事者から相談をいただければ、医療従事者にアドバイスすることができるので、そういうネットワークで資源が少ないところの緩和ケアを何とかできないかと考えています。それが、今、一番大きな課題かなと考えております。

○司会 松崎

では、根本先生。

○根本

私たちの課題は、心のケアに携われる精神科医の絶対数が少なすぎるということです。それを増やせるように私たちも努力はしているのですが、まだまだ足りません。先ほど、5分診療になってしまっているというご指摘があって、非常に心が痛いのですが、実は、私自身、それを危惧して、なるべく長く診られるようにと思っているのですが、来る患者さんがものすごく多くて、平均すると30分に5人とか6人の予約を入れないと回らないぐらい多くの方々が来られます。それでも予約が2カ月待ちになってしまうので、減らすために新患を取る数を増やしたら余計患者さんが増えてしまうというジレンマに陥っているところがあります。

○司会 松崎

ありがとうございます。

いかがでしょうか。いろいろな意見等を会場の皆様方からお出しいただいたところにつきまして、こちらにお並びのパネラーの方々からご回答並びに一緒に考えましょうという提言が出てまいりました。フロアの皆様方から、今までのところにとらわれなくて結構なのですが、こういうことについてどうでしょうかというようなことがございましたらどうぞ遠慮なく発言をしていただければと思いますが、いかがですか。普段、自分がこういうところに悩んでいるのだけれどもなとか、こういうところをもう少し茨城県としてうまくやってもらえたらな、病院の方々にもフォローしてほしいなと、何かありませんか。皆さん、満足していらっしゃいますか。よろしいでしょうか。

では、こちらのパネラーの方々で、何か一言、このことを言っておきたいということがございましたらどうぞ。

飯田さん、お願いします。

○飯田

緩和ケア病棟をぜひ大きな各拠点病院にはつくっていただきたいと思います。拠点病院の独自の特性があり、長期の入院というのはできないのですが、緩和ケア専門の病棟をぜひつくっていただきたい。といいますのは、実は、私のいとこの連れ合いが亡くなりました。それを緩和ケアに移していただきたいと言ったのですが、順番待ちなのですということなのです。先生の診立ては「2週間でしよう」と言われましたら、やはり2週間で逝きました。

そういうことで、せっかく本人が緩和ケア病棟に入りたいと言っているのに入れない。多分、普通病棟で緩和ケアをしていただけたのだらうとは思いますが、そういうことが現状なのですね。ですから、早急にこれを考えていただきたいなと思っております。

○司会 松崎

このあたりの整備というのも非常に大事なことだと思います。

木澤先生、今、茨城県で緩和ケア病棟を持っている病院は何施設ぐらいあるのですか。

○木澤

緩和ケア病棟、認可されたものですか。水戸済生会と筑波メディカルセンターと、牛久にあるつくばセントラル病院、あとは友愛さんも持っていていらっしゃいますし、県立中央病院も機能としては果たしていると聞いていますので、機能的に果たしていただけたところかなり出てきているのが現状だと思います。

○司会 松崎

県のほうで、例えば、地域がんセンターには全部置くとか、そういうところまではまだいかないですか。

○青山

地域がんセンターを整備したときに、当時、緩和ケア病棟という概念がなかったのですが、そのときに、がんセンターの条件として、7床ずつ緩和ケアのできるベッドを確保してくださいということを指定条件にしています。各病院がそれをどんなふうに公表しているかはわ

かりませんが、その4カ所についてはある。それから、今、木澤先生のおっしゃった3カ所で56床の緩和ケア病棟があります。

○司会 松崎

石川先生、今、緩和は先生のところではどのぐらいベッドを持っていますか。

○石川

病棟は20床です。それと、私たちのところは、例えば、緩和ケアを希望されて大学病院等からもいらっしゃいますが、入ってきた患者さんと緩和ケアで亡くなった患者さんの比率を見ると、一応、病棟に入院して疼痛の管理がうまくできるようになって、お家に帰って、お家で地域の先生なり、あるいは私たちの緩和医療の先生なりが看取りをするというようなことは、大体2割ぐらいはあるみたいですね。

○司会 松崎

今、先生のところはどのぐらい待ちになりますか。木澤先生がわかっていますか。

○木澤

緩和ケア病棟の上手な利用の仕方一つだけお出ししますと、もし本当に緩和ケアに最後まで入院したいとなったら、もっとかなり早い時期に医療従事者にご相談をいただければスムーズにいくと思います。通常、多くの病院は満床で入院にはある程度時間が必要です。

○司会 松崎

こういったところもまだ入口のところでもありますので、今後、緩和というものを県内でも進行させていくということを私たちも考えていかなければいけないかと思います。がん診療連携拠点病院の中でも全部が持っている現状ではないので、どの程度までこれが整備できるか、今後の重要な課題だと思います。

どうでしょう、もうよろしゅうございますか。一言、これは言っておきたいということはどうでしょうか。

それでは、1時間という短い間でございましたが、検診、予防から始まりまして、緩和、そして相談事業、そして体制づくりといったことを通しまして、皆様方からご意見を出していただいたことに関しましてパネラーの皆様方からお答えをいただきました。一つのことを満たすということはなかなか難しいことなのですが、少しでも茨城県のがん医療、並びに、これはがんだけではなくて、病気全体の生活習慣病等も含めた医療の状態をよりよい医療体制にして、非常に安心した生活ができるという形の医療体制ができればと思いますので、今日、そういったことを少しでも皆様方と共有できれば、このパネルディスカッションをやった価値があったかなと思います。

どうも皆様、ご協力ありがとうございました。

これにてパネルディスカッションを終わりにさせていただきます。