第1回公開シンポジウム報告書

2019/1/16

大阪がん患者団体協議会
公開シンポジウム実行委員長
三木祥男

開催　2018 年 6 月 10 日（日）13:00～15:30　大阪国際がんセンター大講堂
主催　大阪がん患者団体協議会　大阪国際がんセンター
後援　大阪府
全体テーマ 「皆で考える『がんサバイバーシップ支援』」
第1回テーマ 「第3期がん対策推進計画のスタートにあたり」

開催挨拶

大阪国際がんセンター副院長　東山聖彦

皆様こんにちは。お休みの日に少し曇りですが，このように多数の皆様がご参加いただきましてありがとうございます。大阪国際がんセンターで肺がんを専門にしている副院長の東山です。

今回は大阪がん患者団体協議会の皆さんとお付き合いがあったことから，この会を開くことが出来ました。ご協力ありがとうございました。

今回は「みんなで考えるサバイバーシップ支援」についてという大きなテーマを掲げての4回シリーズのうちのトップが今日です。

演題「大阪府第3期対策推進計画について」は，行政側の立場からの話です。

その他，「実際にがん診療にかかわるがん診療病院の立場」からと，実際の現場で働く「医療者の教育・養成という立場」からと，最後に「がん患者の立場から医療者や行政に期待する立場」からの話を講演していただくことにしました。

皆さんがん「サバイバーシップ」という言葉は，どれくらいの時代から普及して来たかということをご存じでしょうか？実は 1985 年だそうです。

アメリカのドクターのミランと言う人が32歳でがんになってしまい，その時に医師でありながら，社会的支援とか家族の支援とかで，ようやくサバイバーできたということがあって，その時ある雑誌に投稿しました。タイトルは「Seasons of survival」ということですが，要するに「がんから生きることの時機到来」という意味です。

その中に書かれていた内容が「がん医療というのは治療成績というのは重要であるけれども，やはり生きるか死ぬかという，その治療の過程というものが重要です。その中には医療者側からの支援，それから社会的な支援で，フィジカル（肉体的）な面やソーシャル（社会的）な面や精神的な面などの困難なものを皆さんが協力して乗り越える。それが重要である。」と初めて報告して，そこにサバイバーシップという言葉が出て来たそうです。当時 1985 年に New England Journal of Medicine という超一流の雑誌に報告して，このキーワードが認められたようです。

実際にこのキーワードを元に，日本で言うがん相談支援センターに当たるところが 1986 年にアメリカに作られました。要するに，がんになった患者さんに対して社会的ポジションなどいろいろな悩み事に対する支援・相談に応じるところを作ったそうです。

アメリカではNCIと言われていますが，日本で言えば国立がん研究センターのようなところを作ったのが 1986 年だそうです。

日本ではこの言葉「サバイバーシップ」がどれくらいの時代に出て来たか分かりますか？

実は 2012 年の国の第2期がん対策推進基本計画のときに初めてサバイバーシップという言葉が出て来ます。ただしその時の意味は，「働く世代の人，それから小児など全患者さんの中の一番問題のあるところを取り上げて，そこに対して社会的な精神的な，あるいは人的な制度的な支援が重要ですよ」と言って，今でいうところの就労支援・就業支援に結び付くわけです。

というわけで，ようやく 2012 年から日本でも認知されるようになって来て，第3期でいよいよ広いフィールドで，いろいろな悩み事に対して皆さんが協力して，人的社会的支援をするというのが「サバイバーシップ」と言うことだそうです。

それくらい歴史が浅い中で，第3期ではこの言葉がクローズアップされています。

その中で今回こういう会を開くということは，とてもいいタイミングであり，この会の目標とすることを何とか活かして，成功裏に収めたいと思っています。約2時間半弱でありますが，第1回はまさしくその立場，立場の人の一番大事なお話をしていただけると思います。

まずはそういう中で情報共有していただいて，それが今後の第3期計画の達成に少しでも一助になればと期待しています。

今日は皆様のご期待に沿えるように祈念しております。よろしくお願い致します。

講演の概要

（講演1） 第3期大阪府がん対策推進計画について

大阪府健康づくり課生活習慣病・がん対策グループ総括主査　木村和貴

（編集者の注）

この講演内容はスライド原稿の図表が掲載されている方が分かりやすいので，演者の許可を得て，PDFファイルとして別添しました。別添の「講演1のスライド」をご参照ください。

国の第3期がん対策推進基本計画では，第1：全体目標，第2：分野別施策，第3：がん対策を総合的に推進するために必要な事項という形で述べられています。

大阪府の計画では，基本的事項，計画の評価，大阪府における現状と課題，基本的考え方，個別の取組み，計画の推進体制という形で第1章から第6章までの構成となっています。

1章から2章の基本的事項等は，がん対策基本法に基づく都道府県計画となっていて，目的としてはがん患者への医療の提供等の現状と課題を把握し，その解決を図るための取組みを社会全体で総合的かつ計画的に推進するものとなっています。計画の期間は，国の計画が6年間に変わりましたので，大阪府も平成30年度から平成35年度（2023 年）までの6年間という計画期間に変更しました。なお大阪府医療計画，大阪府健康増進計画，大阪府高齢者計画などとの整合を図り，関係機関との連携により、がん対策を推進します。

第2期の計画の評価は，全体目標「75歳未満の全がん年齢調整死亡率」の目標達成は困難な見通しで，目標値が30％減というところを，見込みでは20％減に留まるという状況です。

ここからが第3章としまして，がん年齢調整死亡率の推移ということになります。平成19年97．3ポイントであったものが28年には81．4ということで，全国レベルに至っていません。ただ年平均変化率でみると，▲2．2％ということで全国平均（▲1．8％）を上回るペースで減少しています。部位別でみると，肝がんと胃がんの死亡率が大きく減少しているという結果となっています。

5年相対生存率の推移でも，多くの部位で生存率が向上しています。ただ、生存率が上がることにより、仕事との両立支援など，環境の整備が必要であるという課題も出て来ています。

2次医療圏別罹患率・死亡率では，8つの2次医療圏の中で男女とも1．1～1．3程度の違いが出ていますので，医療圏ごとの平準化・均てん化の課題が出ています。

次にライフステージ別の罹患率・死亡率については，第2期計画の中では小児とか働く世代というところで課題が出て来ていますが，これを分析して行くと，AYA 世代といったところでも特性が出て来ています。

大阪府のがん対策の現状と課題：がんの予防・早期発見では，喫煙，飲酒，食事，運動などの生活習慣病の改善によるがん予防，がん対策の充実が必要であるということ， 肝炎ウイルス検査陽性者の重症化を予防するためには，肝炎ウイルス検査や陽性者への精密検査の受診勧奨，肝疾患診療連携拠点病院を中心とする医療提供体制の充実が必要だということです。

大阪府の女性の方が全国に比べて喫煙率が高いというデータが出ており，これから注目することが必要です。市町村における肝炎ウイルス検査要精密検査者のフォローアップ状況についても，なかなか数字が上がって来ていないという状況です。引き続き取り組んで行きます。

がん検診の受診率については，依然と受診率品質の向上が課題です。平成22年から28年については，数値的には年々改善されています。大阪府のがん検診の精密検査受診率の推移については，大阪府は全国的にも平均以上で，引き続き取り組んで行きます。

がんに関する知識とがん検診の受診状況の関係については，大阪府の方でインターネットを使ったQネットというシステムを使って調査したところでは，1年以内に受診していない人と1年以内に受診した人の差が出て

おり，今後取組みを検討して行きます。同じように 1,183 名の調査で，がん検診を受けていない理由として，「がん検診そのものを知らないから」，「うっかり受診するのを忘れてしまっているから」，「受信する時間がないから」があります。「費用がかかるから」と勘違いされている方もいますが，市町村では極力、負担のないようにがん検診事業を進めている状況です。また「検査に伴う苦痛に不安があるから」，「がんが心配なときは，その都度医療機関を受診すればよいと思うから」など見つかってからでは遅いということを理解していただいていないという調査結果になっています。

がん医療の提供体制については，大阪府として指定している拠点病院があり，主な診療機能としては，集学的治療の実施，がん登録，緩和ケアの提供，セカンドオピニオンの実施，相談支援センターの設置，地域医療連携クリティカルパスの運用，病病連携，病診連携等を指定要件の中でまとめています。主な人員配置としても，手術療法医，化学療法医，放射線診断医，放射線治療医，緩和ケア（身体症状担当医，精神症状担当医，看護師），病理診断医等というところで，キチンと体制が整っているというところは，拠点病院として指定しています。都道府県拠点病院として大阪国際がんセンターが指定されています。国指定としては16病院，府独自で指定している拠点病院47，それから市立総合医療センター，大阪母子医療センターがあり，全国でも1位2位を争うくらいの数が指定されています。

これは大阪府におけるがん医療提供体制についての1次医療圏，2次医療圏，3次医療圏の概念図になっています。大阪府がん診療連携協議会という組織があります。また医療圏ごとにがん診療ネットワーク協議会というものが8つ組織されていて，協議会の中にも各部会があり，そうしたところでも取組みが進んでいます。各ネットワークでは各医療圏での課題に取り組んでもらっています。クリティカルパス部会であったり，がん登録部会であったり，課題需要ごとにどう取り組んで行こうかということを協議して，各拠点病院と連携しながら進めるという組織になっています。

がん医療の充実では，小児・AYA 世代・高齢者のがん，希少がん，難治性がんは，それぞれの特性に応じた対策が必要だという話から，小児・AYA 世代のがんの 1 年あたりのり患数を取り上げています。15～29 歳になりますと，結婚とか就職という話になりますし，30～39 歳になると，妊孕性の課題ということにもなって来ます。

小児の白血病・脳腫瘍における生存率も年々高くなっています。大阪粒子線センターと関西BNCT共同医療センターで最新医療の提供が始まろうとしております。

緩和ケアについては，府民への啓発を図るとともに，提供体制の充実，緩和ケア研修会の受講促進に努めます。というのは，調査によると，緩和ケアについてよく知っているかというと，35％の人が「余り知らない」，14％の人が「知らない」というところに留まっているからです。国の指針で医療者の9割以上が緩和ケア研修会を受けることになっていますが，大阪府でも目標を達成しました。

がん相談支援センターの利用状況は，「知っているが利用したことがない」16％，「存在を知らない」19％ということで認知されていないことが分かりました。利用につながる取組みが必要です。

府民の約半数が「がん治療を受けられる環境にない」と考えています。職場の理解などの調査でも何らかの支援が必要であると思われます。

第4章の基本理念では「がんを知り，がん予防を進めるとともに，がんになっても心身ともに適切な医療を受けられ，安心して暮らせる社会の構築」としました。全体目標としては①がん死亡率の減少②がん罹患率の減少③がん患者や家族の生活の質の確保，としました。基本的取組みとしては①がんの予防・早期発見②がん医療の充実③患者支援の充実，としました。新たに，社会全体での機運づくり，がん対策基金，がん患者会等との連携促進などを含めた「がん対策を社会全体で進める環境づくり」という項目を設けました。

取組み−目標−基本理念の関連表（別添の図表参照）では，健康増進計画との整合性も配慮しました。

がん年齢調整死亡率は10年後には10万人あたり66．7人まで下げることを目標としました。

がん予防については，禁煙・教育・感染症対策ということにも取り組むことにしています。がん検診率向上・精度管理・職域の検診にも取り組みます。肝炎対策は国の動きに合わせて取り組んで行きます。 医療の充実については，5年相対生存率は現在61％ですが，今後改善して行くことにしています。緩和ケアに対する満足度は現在58．6％ですが，100％を目指して行こうということになっています。緩和ケアについては普及啓発，人材育成，在宅ケアについても取り組んで行きます。

相談支援センターの認知度は現在82％ですが，今後100％にしたいと思います。就労支援等のサバイバーシップ支援としては，小児・AYA 世代,就労支援，高齢者支援，その他（アピアランスケアなど）に取り組んで行きたいと思います。

「がん対策を社会で進める環境づくり」としては，モニタリング指標としてがん基金の件数，検診受診推進員認

定数，患者会等の数などを取り上げ，がん患者・家族を含めた府民・医療関係者・教育関係者・企業・マスメディアなど様々な主体と連携した取り組みを推進したいと考えています。

最後にこの計画の実施については，「大阪がん対策推進委員会」に毎年報告してPDCAサイクルを実施し施策に反映したいと考えています。

（講演2） がん診療拠点病院におけるがんサバイバーシップ支援の重要性

大阪国際がんセンター総長　松浦成昭

大阪国際がんセンターの松浦です。

がん医療はここ10年，20年で大きく変わりました。昔は不治の病と言われており、片仮名で「ガン」と書いて患者には本当のことを言わず，意向を無視して、医療提供側の判断で治療を行っていました。今では，罹患率は2人に1人と，誰でもかかる病気になりましたし、「がん」と平仮名で書いて少しでも柔らかい印象にしようと配慮するようになり，必ず告知した上で、治療方針を患者さんと協議して決めるようになりました。

昔は治療の選択肢もほとんどありませんでしたが，今ではいろいろな選択が出来るようになりました。手術のやり方も薬の使い方もいろいろな選択肢が出来ました。昔は長いこと入院していましたが，今では手術は入院しますが，放射線，化学療法は外来で治療出来るようになりました。

以前は治せばいいということで、治すことだけに全力をあげましたが，それでいいのか？それで終わりか？決してそういうことではありません。元通りの同じ生活をすることも同じくらい重要であり、もしかすると治すことよりも大事だという人も出てきました。昔は体験者が少なったのですが，サバイバーがその経験を伝えることができるということで医療が非常に大きく変わったと思います。

私が医者になった頃は５年生存率が2割くらいでしたが，10年前で5～6割，一番新しいデータでは62%となっており，現時点では7割くらいあるかと思います。治療方法もかつては未熟でしたが，今では進歩しました。治療率を向上させる時代からQOLを考える時代になりました。大事なことは元通りの生活に戻ることです。

そのためにいろいろな形で病院側が患者さんをサポートすることが必要になりました。患者は「がんが治りたい」という気持ちがまず最初にあると思います。がんの治療は苦しいものが多いので、病院側は副作用対策を中心に色々なサポートしながら行います。リハビリが必要な人もいますし，メンタルなところの支えを緩和ケアでやって行くことが必要なこともあります。治療中だけでなく治療後にもいろいろな困りごとが出てきますので、それを相談して支援するということが，どこの病院でも必要となって来ました。

一昨年12月にがん基本法が改正されてまず驚いたのは，冒頭に「がん患者（がん患者であった者を含む。）」という言葉が入ったことです。基本理念（2条）には，「① がん患者が尊厳を保持しつつ安心して暮らすことのできる社会の構築を目指し，がん患者が，その置かれている状況に応じ，適切ながん医療のみならず，福祉的支援，教育的支援その他の必要な支援を受けることができるようにするとともに，がん患者に関する国民の理解が深められ，がん患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境の整備が図られること」が追加されて，国もがん医療の変化を感じていろいろなことをやって行こうということです。

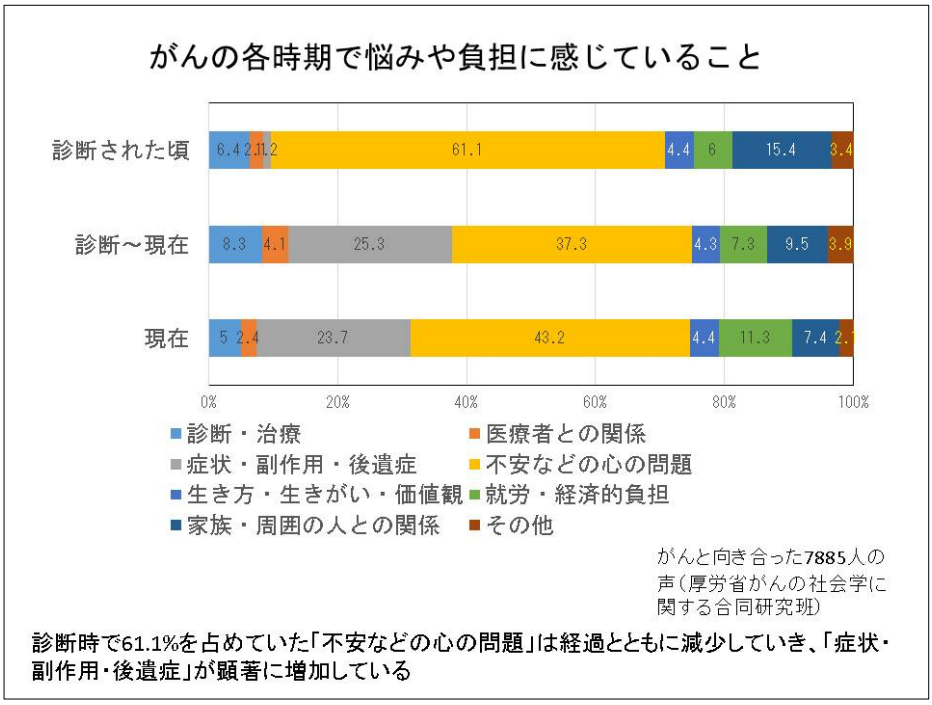
これを受けて，「がんサバイバーシップ支援とは」という言葉が脚注で「がんになったその後を生きていく上で直面する課題を乗り越えていくためのサポートのこと」と定義されています。基本計画の中では，この言葉が出て来るのは，81ページのうち，1頁だけです。重点的施策の1番目に予防・検診，2番目にがん医療，3番目に「尊厳をもって安心して暮らせる社会の構築」が出て来ます。その中の「がんとの共生」というところの4番目に「がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）」という形で出て来ます。

この説明には，がん患者には，身体的，精神的な苦痛のみならず，社会的な苦痛があることから，第2期基本計画では，重点的に取り組むべき課題として，「働く世代や小児へのがん対策の充実」を掲げられ，働く世代に対して，主に，就労支援に関する対策に取り組んできました。しかし，依然として，「がん対策に関する世論調査（内閣府）（平成 28（2016）年）」において，働く世代のがん患者が働き続けることを難しくさせている理由として，周囲の理解が十分でないことが挙げられています。

また，がん患者が，がんと共に生きていくためには，「就労支援のみならず，治療に伴う外見（アピアランス）の変化，生殖機能の喪失及びがん患者の自殺といった社会的な課題への対策が求められている。」という説明が書かれており，その中に「①就労支援について②就労以外の社会的な問題について：がんに対する偏見，経済的課題，外見の変化，生殖機能の温存，性生活，自殺，障がい」ということをサポートする体制ということが書かれています。

がんには長い経過と様々なステップがあり，経過の中でどの時点にいるかによっても異なります。しかし，どんな場合でも患者には日々の生活があるので，そのためのサポートが必要です。追加治療の必要な人や転移があってまた治療しないといけない人もいます。その結果予後が不良な方もおられます。亡くなるまでは，緩和ケアが必要になることもありますし，日々の生活を送って頂くためのサポートが必要です。

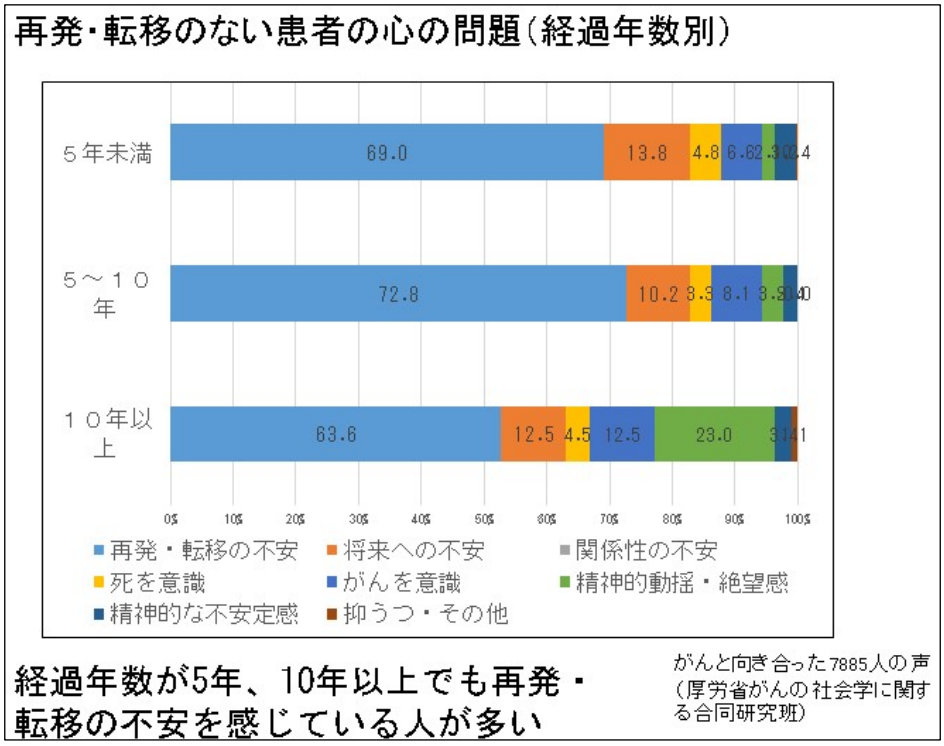
10年前に厚労省が「がんと向き合った 7885 人の声」(静岡がんセンター)というアンケート調査を行いました。
①診断された頃，
②診断から現在まで，
③現在まで，と3つの時期に分けて，悩みを訊いています。診断時は61．1％が心の問題を占め，それが経過と共に減少して行き，症状・副作用・後遺症が顕著に増加している，というコメントが書かれています。私自身はメンタルな問題が減ってはいるものの 40%の患者が悩んでおられるということと、就労・経済的負担が時期とともに少しずつ増加していると見ています。



がんと向き合った7885人の声（厚労省がんの社会学に関する合同研究班）

診断時で61.1%を占めていた「不安などの心の問題」は経過とともに減少していき、「症状・副作用・後遺症」が顕著に増加している

また再発・転移のない患者に対して心の問題を訊いています。
経過年数を
①5年未満，
②5～10年，
③10年以上
に分けていますが，10年以上経過していても63．6％の人が再発・転移の不安を感じていることに驚きました。我々医療者側は5年，10年経ったら「大丈夫ですよ」と言うのですが，患者さんは全然そんな風に感じていないということで。ある意味ショックを受けました。



経過年数が5年、10年以上でも再発・転移の不安を感じている人が多い

がんと向き合った7885人の声（厚労省がんの社会学に関する合同研究班）

5年前に国立がんセンター看護部が調査したものですが，生活上の不便さのデータですが，男性と女性の違い，年齢による違い，がんの種類などによる違いで不便さは異なっています。私達は夫々について考えて行かねばなりません。一般国民に対する調査では，がん対策に対する要望として「がんの早期発見」「がん医療機関

の整備」についで「就労が困難になったときの相談支援」の順になっています。就労問題の調査では，勤めている人では，34%が依願退職か解雇されています。自営の方では13%の人が廃業しています。

こういう状況を受けて，がん拠点病院はどういうことをしたら良いのか？

大阪府には拠点病院が65あります（国指定16，府指定47，小児がんで2病院）。この65病院で9割弱のがん患者さんを診療しています。大阪には8つの二次医療圏があり、その中で拠点病院が連携してネットワークを作り、どこの地域であっても同じような医療を受けられるようになっています。難しい治療は更に大阪国際がんセンターや大学病院が対応することになっています。大阪府の 65 の拠点病院は大阪府がん診療連携協議会を構成しており，いろいろな課題に対して部会で検討しています。罹患率や死亡率で見ると，大阪府の二次医療圏間の格差は他府県に比べると非常に少ないです。

そこで私達は65の各病院がどのようにやっているのかということで，3年前から病院訪問を行い、意見交換をして来ました。

現地に行くといろいろなことが分かります。それぞれの病院が工夫して，がんの相談支援を行ったり、様々な情報を提供しています。（右の写真参照）

また，右に掲げるような項目について，病院からの説明を受けて意見交換して来ました。

がん拠点病院との意見交換

緩和ケア
- 緩和ケアチームの介入件数
- 緩和ケアチームの構成
- 緩和ケアについての周知状況
- スクリーニング
- がん告知の状況

がん相談支援
- がん相談支援センターの件数
- がん相談支援センターの人員
- がん相談支援センターの周知状況
- 就労支援の相談件数
- 就労支援についての体制

がん登録・情報提供
- がん登録の件数
- がん登録の人員
- がん情報についての院内掲示
- ホームページの状況

地域連携
- クリティカルパスの運用状況
- 紹介・逆紹介の件数
- 病院・クリニックとの連携状況
- 在宅医療との連携状況

診療体制・診療内容
- 手術・放射線治療・化学療法の件数
- 手術・放射線治療・化学療法の体制
- 診療科間の連携状況
- 職種間の連携状況

その他
- がんサロンの状況

先ほどの話のように10年経っても不安を持っている人がいるということで，サバイバーになっても緩和ケアが必要なことがありますし、がんになった時からメンタルケアのサポートが必要な人もいます。すべてのがん患者さんにチームで，入院だけでなくて，退院後もサポートする必要があります。

また、がん患者さんはいろいろな悩みを持っているので、各病院は対応が必要です。がん相談支援センターの認知度はまだ不十分なので、もっと広報して悩みの相談に気軽に来てもらう必要があります。特に就労支援は府の調査では，39%のがん患者が退職しており，職場の理解が十分得られたのは半数にとどまっています。働く世代では，がん治療と仕事の両立など就労支援が必須です。

病院の中ではなかなか本音を言えないという方もいますので，大阪国際がんセンターでは病院の外に「つながりひろば」という気軽に訪問して語れる場を作りました。

病院の中では緩和ケアセンターを中心にサポートさせていただく一方で，患者会を通じて患者同士の交流をしたり，「つながりひろば」という病院と離れたところで，協力し合ってやって行ったりすることも今後大切なことではないかと思っています。

まとめですが，

・がん治療成績向上に伴い，がんになっても元通りの普通の生活ができるようなサポートの必要性が高まり，

医療現場にサバイバーシップ支援が求められるようになりました。

・がんサバイバーは多様であり，経過の中の時期によっても必要な支援は異なるので，がん診療連携拠点病院には様々な形で対応できる支援体制が必要です。

・大阪府内の65がん診療拠点病院を訪問して，院内見学，意見交換をすることにより，各病院の長所を学び，不十分な点の改善に向けて意味がありました。今後，サバイバーシップ支援の観点からこの取組みを進めていく必要があります。

・多くの病院ががん医療を行う体制は整え，内容の改善に努めていますが，サバイバーシップ支援の点では，現場の担当者の努力に依存している所が多く，病院全体の理解と経営者に対する働きかけも必要です。

・がん診療拠点病院は今後，医療内容の充実に加えて，様々な面から患者さんのサポートをすることの重要性が増加すると考えられます。

・がん患者はがんサバイバーの体験談から，医療者からとは異なる情報や希望を得ることが多く，がん患者会の存在が重要になってくると考えられます。また，病院外での活動も必要です。

（講演3） がん医療人材養成事業・がんプロの取組み

大阪国際がんセンター総長　松浦成昭

引き続き，松浦が「がんプロ」のお話をさせていただきます。

がんプロというのは，「がんプロフェッショナル養成プラン」の略であります。がんの専門家を養成する取組みが1期5年で進められて参りました。これは2006年にがん対策基本法でがんの人材の養成が定められたことによるものです。医療は人が行うものですので，私もがん医療において人の育成が一番大事ではないかと思っています。

がん医療の現場では，いろいろな分野の人材が不足しているので、必要な人材を養成して行こうということで，文科省ががんプロ事業を担当しました。（がんの行政は厚労省です。）幾つかの大学が集まって拠点を形成し，大学院で養成するのを中心にして，大学院以外の人材養成をインテンシブコースとして実施しました。2016 年から第3期になり，多様な新ニーズに対応する人材としてゲノム医療，小児がん・希少がん，ライフステージに対応する医療人材の養成を始めました。

日本のがんの医療は，画像診断技術，内視鏡技術，手術の治療成績は世界でもトップで，非常に優れています。

逆に問題点も沢山あります。予防対策は遅れていますし，薬物療法が適切に実施されておらず副作用が放置されていたり，放射線治療が出来ない病院があったり、医療事故が頻発していましたし、がん終末期医療は乏しく不十分なものでした。薬物医療の専門家，放射線治療の専門家，緩和医療の専門家，医師だけでなく，いろいろな医療スタッフが不足していますので、その養成を国の施策として行うというのががんプロです。

欧米と比較して日本のがんの治療成績はすばらしく、一方合併症も少ないということで、外科手術は優れているのですが、薬物治療の専門家である腫瘍内科専門医が当時は非常に少なかったということがあります。日本の人口はアメリカの約4割で，医者の数も大体それくらいの比率なのですが，薬物療法専門医は当時127人（アメリカの1．3%）しかいませんでした。それだけでなく薬物療法を担当する薬剤師も看護師も育っていないという状況でした。

欧米ではがん患者の半数以上が放射線治療を受けていますが、日本では2割です。当時は放射線の専門医はアメリカの10分の1でした。医学物理士は放射線の治療計画を立てる専門職で，アメリカでは医者と対等の立場でやっていますが，日本では非常に少なく、認知度も低かったのです。放射線治療の担う人材がいないことが放射線治療があまり実施されなかった最大の原因でした。

次に緩和ケアの体制は、2013年とだいぶ進んだ時期でも，緩和ケア病棟で亡くなる患者さんは8．4%しかいませんでした。在宅ケアも手薄で在宅で亡くなる人も8．2%で，緩和ケアの体制は貧弱でした。 がんの疼痛がどれくらい取れたかというアンケート調査では，緩和ケア病棟では7～8割の人が痛みを取ってもらっているのですが，がんセンターや大学病院では4～6割しか取れていませんでした。これは10年以上前のデータですけれども，当時は適切に痛みを取ってもらえていないという現状がありました。当時のこうした状況を受けて，がん対策基本法で「人材を養成しなさい」という要請があり，それを受けて始まったのが「がんプロ」です。

最初のがんプロは，全国で18グループ（94大学）が参加しました。特に不足している人材である薬物治療、放射線治療、緩和医療を中心に養成を行いました。医師，看護師，検査技師，薬剤師の資格をとった若手が大

学院に入って教育を受けるというものです。教育が一番の目的ですが，副次的効果として，様々な専門人材が必要だということが認識されたことが大きな点でした。この事業をやることでがん看護専門看護師（当時100人程度）や，医学物理士，がん専門薬剤師，細胞検査師など，いろいろな人材が必要だということが分かり，そうした人達がチームを組んで医療にあたることの必要性が認識されました。

この事業がうまく行きましたので，第2期がんプロも実施され，患者会との交流なども実施して来ました。第2期は15グループ，関西では大阪大学中心の7つの大学，京都大学が中心の5つの大学，近畿大学が中心の7大学の3つのグループがそれぞれ拠点を形成して連携しながらやっています。養成された人数は全国で，第1期は2551人，第2期は2892人です。こういう人たちは，最終的には専門資格を取って、活躍します。

大学院ですので医師は4年間のコース，医療スタッフは2年間のコースで学びます。その結果，例えば放射線治療専門医も500人程度から1000人くらいになりました。他の各専門家も増えて，がん拠点病院に行って頑張ってくれています。看護師にはいろいろな専門の看護師がいますが，がんプロでは，このがん看護専門看護師が急激に増えて657人が専門的資格をもって活躍しております。

全国でこれくらいの人数が必要ではないかという目標があり、第2期が終わった段階で半分くらいが達成できました。この調子で5年10年やったら目標を達成できるのではないかということで，第3期は少し変わった形になりました。

問題は質であります。病院の院長や看護部長にがんプロ教育を受けた人達（9割ががん拠点病院に就職）に対する評価をしてもらいました。「対応能力が上がった」「外来診療の質が上がった」「患者満足度が上がった」などの結果をいただきました。その結果「積極的に採用したい」が7割，「ある程度採用したい」2割で，9割は「採用したい」という高い評価をいただきました。

淀川キリスト教病院の池永先生（阪大のがんプロの第1期生）に，がんプロの教育効果を訊ねたところ，「腫瘍の幅広い総論，研究する機会も与えられた，複数の病院を経験でき戦略の違いを理解できた，いろいろな職種の人と交流が多く，整合的考え方ができた」などと答えてくれました。

医学部の教育は，医者は医者ばかりで，看護師は看護師ばかりで教育ということが現状です。他の職種の人と一緒に勉強するということはありません。がんプロは，各職種の基礎をしっかり学んだ上で，それぞれの職種の考え方の違いを学ばせたのが，こういうアンケートの結果になったと思っています。

（写真：略）これはお寺を借りて合同合宿した時の写真です。多人数でディスカッションを行った風景ですが，少ない時は5，6人でやらせます。医者も看護師も得意なところを分かり合って，学生時代から一緒にやりますと，いい関係ができて実践的となります。

（写真：略）このときは，患者団体の人（山本ゆき氏）に講演をしていただいて効果があったと思います。患者の声を聞かせていただくために，患者会ともいろいろな形で協働させていただきました。患者側と医療者側のバトルをし合い，本音で患者さんのご意見，医療側のご意見を学生に勉強してもらうということもやりました。若い学生に聞かせるということは大事なことであります。

がんプロの全国組織をつくりましたので，全国のがんプロ全体で患者会の人と如何にがんプロで学んだかという報告会もしました。

この10年で一通りの人材養成には目途が付きました。昨年からは多様な新ニーズに対応する専門人材の養成ということで，第3期がんプロとなりました。今後必要なものに新しい分野のゲノム医療があります。

今までは画一的医療をやって来ましたが，今後はライフステージに応じたがん対策（小児AYA世代，働く世代，超高齢者など）や緩和医療などが必要であり，個別に高度がん医療人材育成のプログラムを展開したいと思います。

今日はこういう事業も進んでいるということをご理解いただきたいと思います。

この10年間で全国で5200人の医師・医療スタッフががんプロで教育を受け，そのうち1000人が専門性を取得しました。過去に不足していた化学療法などの人材育成に成果を果たしました。 新しいがんプロとしてはゲノム医療，小児がんなどの人材養成が始まります。

がんプロ卒業生はがん専門病院で働いています。若い人に新しい感覚を持って来てもらって，これからのがん医療を変えてもらうことを期待しているわけです。

がんプロ教育で，がん患者の経験談，生の声を聞くことによってモチベーションが上がりました。今後がん患者会と更に連携して，がんサバイバーシップ支援の重要性の教育に活用したいと思いますので，患者会の皆様にはがんプロのご支援をお願いしたいと思います。

（講演4） がん患者団体の立場からの期待

がん患者会「1・3・5の会」 会長　三木祥男

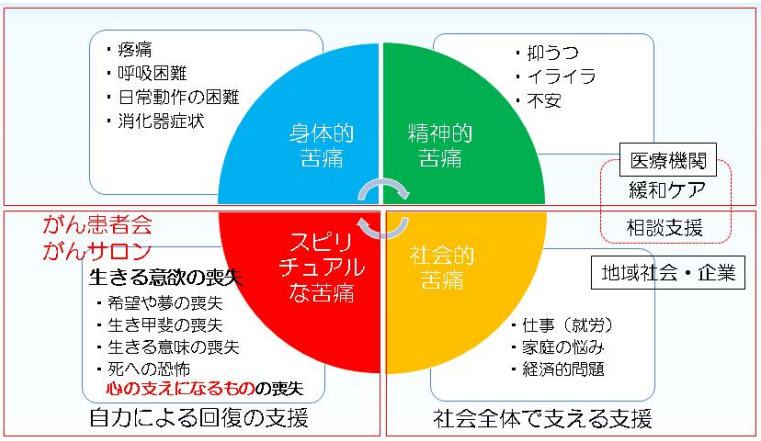
がん患者団体の立場からお話をさせていただきます。

普通の病気は治療をすれば機能が元に戻り，QOLも上がりますが，がんは手術・放射線・抗がん剤などの治療をすると機能が低下してQOLが低下します。このように，がんは普通の病気と違うことを知っておいていただきたいと思います。

最近拠点病院の看護師さんが入会されたので，「病院でサロンを開いてはどうですか？」と聞きましたら，「上司に反対されました。自分ががんになったら分かりますよ。」と言われました。実は「分かってくれない」というのは，がん患者に共通した鬱積した気持ちです。我々が集まって，誰かが「他の人には分かってもらえないよね」というと，「そうそう」と言ってワーッと盛り上がります。

私の経験ですが，15年前に11時間の舌亜全摘出術を受けて3ヶ月10日入院しました。このとき見舞客の人から「何を言っているのか全く分かりません」と言われました。入院中はしゃべることも食べることも出来ず，味覚もゼロで，電動ベッドでやっと身体を起こせるという状態でした。ということで，生きる希望を全く失ってしまい，残りの人生も全く諦めました。退院後は会社をやめることになりました。このように，がんは人の人生や生活を左右する病気だということを知っていただきたいと思います。

がん患者には4つの苦痛があると言われています。



身体的苦痛やイライラなどの精神的苦痛，これらは病院の中では緩和ケアということで軽減することが出来ます。これとは別に仕事や経済的問題は社会的苦痛と呼ばれていますが，病院では相談支援が行われています。これは病院サイドだけでは解決しないので，地域社会や企業を含めた社会全体で支えています。

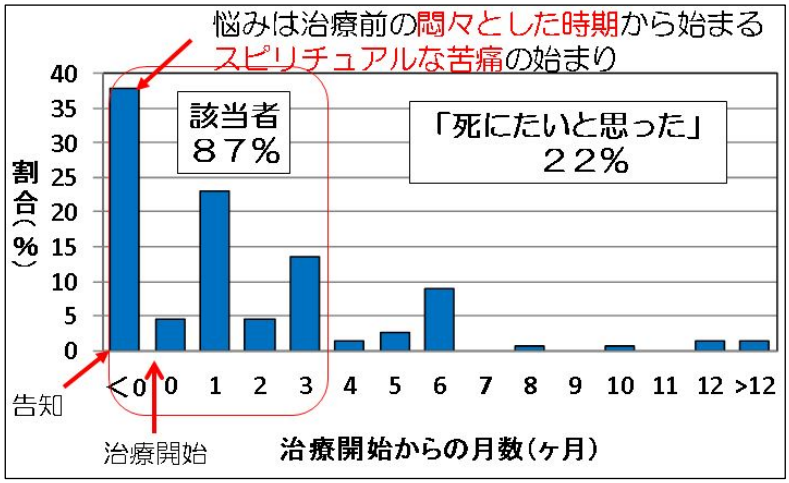
これに対して「スピリチュアルな苦痛」があります。これは，希望や夢を失うことや生き甲斐を失うことや死への恐怖など，いままで心の支えになっていたものを喪失することから生じる苦痛です。生きる意欲を失うことから生じる苦痛です。

身体的苦痛や精神的苦痛や社会的苦痛は第三者がお手伝いできますが，「スピリチュアルな苦痛」は本人がどう自覚するかということですので，これは本人の自覚の回復を待つしかありません。しかしその自覚回復のチャンスを助けることは出来ます。それをやっているのが「がん患者会やサロン」です。従来これらの位置づけははっきりしていませんでしたが，ぜひこういう役割を担っていることを知っていただきたいのです。

がん対策の理念や目標で言われている「安心して暮らせる社会」とは，「スピリチュアルな苦痛のない社会」のことだと，私は解釈しています。4つの苦痛は，身体的苦痛→精神的苦痛→社会的苦痛→スピリチュアルな苦痛という順番で回ると考えられていますが，実はスピリチュアルな苦痛に始まり，スピリチュアルな苦痛に終わっています。

全国の17患者会にアンケート調査（回答数176名）を行い，「一番辛かった時期」を聞いた結果を右図に示ししました。

治療開始からの経過月数を横軸にして，回答者の割合を縦軸に示しました。告知を受けて治療が始まるまでが一番多く，大部分の人が治療後3か月以内のところで一番辛い時期を過ごしています。その後は月を追って急減し，1年後には該当者がほぼゼロになることが分かりました。そして5人に1人が「死にたいと思ったことがある」と答えています。



国立がん研究センターが10万人のがん患者を追跡調査したら，診断後1年以内の自殺リスクは普通の人の24倍も高いが，2年目以降は普通の人と変わらないと発表しました。このグラフがその理由を明らかにしています。病院では緩和ケアが行われていますが，実は治療を受ける前が一番辛い時期なのです。

ところで，第3期大阪府がん対策推進計画については，今回大きな前進があったと思っています。

国では全体目標を掲げたのに対して，大阪府では基本理念を掲げました。理念を掲げ，やるべき事を明確にしたところに新しさを感じました。特に注目したのは，理念の中の「心身ともに」という言葉です。ここから取組み面で変化が見られました。

従来は「がんの予防・早期発見」「がん医療の充実」に重点がありましたが，今回は「患者支援の充実」「がん対策を社会全体で進める環境づくり」などが加わり，新しい視点で眺めています。先ほど大阪府から報告がありましたように，到達地点（目標値）が明確に設定されたということがあります。全体としては，以前はがんという病気対策に偏っていたものが，今回は患者に視点を置いたものに変わったと受け止めています。

さて，患者にとってありがたいことは，緩和ケアの進展が見られたことです。

国指定の17拠点病院の調査で「緩和ケアをよく知っていますか」という問いに，知っている人が36％いました。この数字を「まだまだだ」と思う人もいるかも知れませんが，私は数年前には考えられないほど，緩和ケアという言葉が知られるようになったと思っています。

といいますのは，大阪府がん対策推進委員会に緩和ケア部会というのがあります。そこで4年ほど前に患者委員の方から「入院した時に，緩和ケアということを教えるようにしてほしい」という要望が出されました。その後1年くらいいろいろ議論がありました。丁度その頃私は患者会である患者の奥様から，「自分の主人は薬で認知症になったのではないか」という相談を受けたことがありました。そのとき緩和ケアチームの存在を教えたら，後日「主人は正常に戻りました」というメールをいただいたことがありました。これが数年前までの状況でした。

それとは別に，大阪府の調査によれば「痛みがあったときに，病院がすぐに対応してくれたかどうか」を聞きますと，約7割の人が「すぐに対応してくれた」ということで喜んでいます。

ということですので，緩和ケアは第3期計画の中でさらに大きく進展してほしいと思っていることの1つです。

もう一つは「患者支援の充実」ということが謳われるようになったということです。

がん患者の相談支援の機能強化が挙げられています。先ほどの調査ではがん支援相談支援センターの認知度は82％あるそうです。私達の患者会でも最近利用者が増えています。丁寧に相談に乗ってくれたという声も聞きました。「何かあったら，まず相談支援センターへ」という時代の到来を感じています。ただ今後は求められるニーズが変化すると思いますので，本当に求められる支援を続けていただきたいというのが私からのお願いです。

もう一つは「がんサバイバーシップ支援」ということです。第3期計画の中では「多様なニーズ」に対応する姿勢が挙げられています。その中に現れていると思っています。世代別・ニーズ別の対応ということが行われて，「がんサバイバーシップ」という言葉が普及してくれれば，「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」という目標に近づくのだと期待しています。

もう一つ期待していることは，「全人的がん医療の推進」ということです。第3期の計画では，「全人的（身体面，精神面，社会面）ながん医療が提供できる体制整備」と書かれています。

「全人的がん医療」という言葉は分かりにくいので，家を建てるときに譬えて説明しますと，従来は耐震性や省エネ，快適性などの機能中心主義でしたが，今後はどんな人が済むのか？どんな生活をしたいのか？など，「住む人」に着目する必要があります。例えば，住む人が高齢の夫婦なら，平屋建てでバリアフリーの住宅がいいですし，子供のいる中年夫婦なら，2階建てで子供部屋のある住宅となります。それを無視した住宅が「建売住宅」です。私が期待したいのは，建売住宅の考え方ではない医療です。治療だけではなく，人に注目して，緩和ケアや相談支援やがんサロンも含めた「全人的がん医療」ということに期待しています。

これからの課題として，大阪府では「社会全体で進める社会づくり」が掲げられています。

その中で「社会全体での機運づくり」を掲げていますが，これはまだ実態も方法論も見えない，今後の研究課題だと思います。

ただある程度みえている分野もあります。それは「がんサロン・患者会の普及と活性化」です。

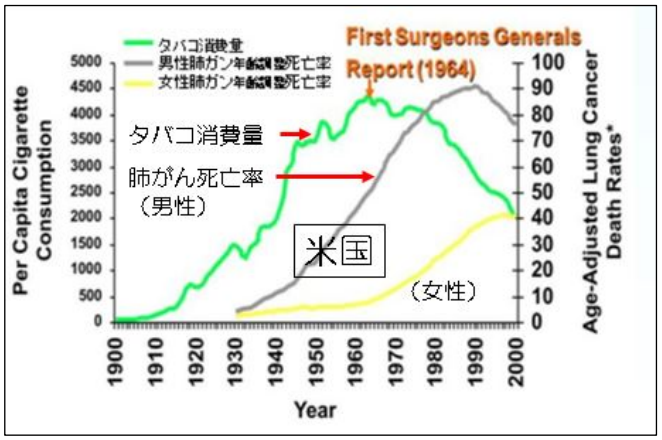
これらの「患者同士の交流の場」は先ほどの「スピリチュアルな苦痛の軽減」を担っている重要な手段です。緩和ケアや相談支援ではできない領域の対応が出来ます。大阪には57の院内サロンと26の患者会があるそうですが，2年半前に府立成人病センターで外来患者938人について調査すると，これらに入会したい人は27％もいるのに実際に入会した人は0.2％でした。入会希望率と入会経験率のギャップが非常に大きいのです。こ

の数字を使って大阪府の場合どれくらいの入会希望者がいるのかを推定しました。大阪府では3000人です。しかし実際に患者会やサロンに入会している人は400～700人と推定されます。問題点は，患者同士の交流の場の絶対数が足りないという点です。だから普及とか育成の施策が必要です。

もう一つの問題点は，患者会やサロンに魅力が不足していることです。一度顔を出しても二度と来ないということが多いのです。これは魅力がないからです。だから活性化の努力や工夫が必要です。

それから，府民とがん患者への啓発が必要です。実はがん患者は患者会の存在を知らないのです。大阪大学の調査（1676名）では患者会を知っているのは22%，府立成人病センターでの調査（938名）では24%でした。そのとき入会したくない人に入会しない理由を聞くと，「役に絶たない」10%，「好みでない」33%ということで，4割の人が患者会を知らないのに思い込みがひどいことが分かりました。なぜなら全国調査では，入会者の9割が「入会して良かった」と答えているからです。第3期計画では「患者サロンなどの整備の促進」ということが謳われていますけれども，これをもう少し強力に進めていただきたいと思います。

それから究極のがん対策は予防対策です。その意味では，最大の課題は「タバコ対策」です。アメリカのタバコの消費量と肺がん死亡率の推移を年度別に調べたグラフ（下図）をご覧ください。消費量がピークを打った25年後に肺がん死亡率がピークを打ちました。これを見たら，誰でもタバコが悪さをするということを納得すると思います。



しかし大阪府では男性の喫煙率が40%を超える業種に運輸交通，宿泊飲食業，農林水産業などがあります。世代別にみると30～50歳代の一番働き盛りの世代の喫煙率が40%に近いところにあります。ここを今からでも重点的に手を打てば，20年後30年後には，がんで亡くなる人は減ると思います。

シンポジウムの状況

来場者数

表1

職種	人数	(%)
患者団体関係者	20	30.3
一般・患者	16	24.2
医療関係者	14	21.2
大学関係者	10	15.2
行政関係者	3	4.5
スタッフ	3	4.5
合計	66	100.0

右表に掲載しました。

各方面からの参加があり，総計66名の参加となりました。

会場の雰囲気

参加者は真剣かつ熱心に耳を傾けていました。

（右の写真参照）

終了後のアンケートには8割の方が記入してくれました。

次頁の結果からも分かりますように，多くの方が「大いに勉強になった」「かなり勉強になった」と回答されており，とても好評でした。

その結果，アンケート提出者の8割の方が次回も参加したいと答えています。

参加者には，とても有益なシンポジウムになったのではないかと思います。

アンケートに対する主なご意見・感想等は「**付表**」にまとめ，別添しました。

別添のPDFファイル「付表」をご覧ください。

これらを読むと，参加された方々の熱意を感じることが出来ました。

アンケートの分析

関心の強かった演題

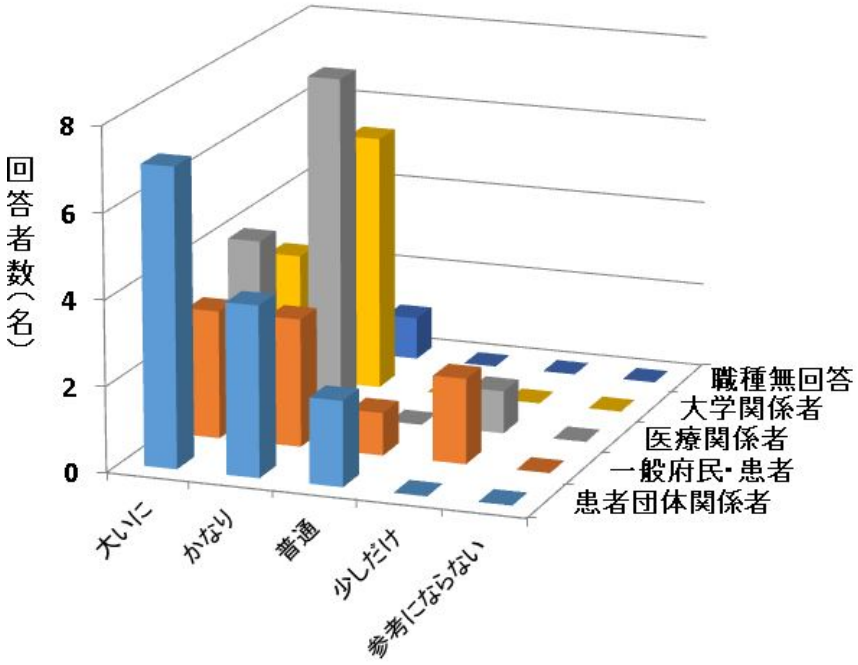
演題別に関心度をみると，
第4演題「患者からの期待」
第2演題「サバイバーシップ支援」
第3演題「がんプロ」
第1演題「第3期がん対策」
という順番に関心度が高く
患者サイドの声に対する
関心の強さが窺えました。

表2　（件数）

職種	第1演題	第2演題	第3演題	第4演題	総計
患者団体関係者	3	8	8	10	29
一般府民・患者	3	6	2	6	17
医療関係者	0	6	4	8	18
大学関係者	5	3	4	7	19
職種無回答	1	1	1	1	4
合計	12	24	19	32	87

講演が勉強になった程度　図1

講演がどの程度勉強になったか
を答えてもらいました。
・医療関係者は「かなり」が
最も多かった。
・患者団体関係者は「大いに」
が最も多かった。
・大学関係者は「かなり」が
最も多かった。
・一般府民は「大いに」と
「かなり」が多かった。
いずれの分野の人にも
大変有益な情報提供になった
ことが分かりました。



次回も参加したいか否か？　表3

アンケート提出者の8割の人が，
次回も参加したいと回答しました。
どの分野の人も，今回の参加
で学ぶところが多かった証拠
と考えられます。

職種	はい	いいえ	分からない	無回答	総計
患者団体関係者	16	0	0	4	20
一般府民・患者	5	0	3	1	9
医療関係者	12	0	1	0	13
大学関係者	8	0	1	0	9
職種無回答	1	0	0	0	1
合計	42	0	5	5	52

アンケート調査票に見られた意見と感想

非常に多くの回答をいただきました。これらは，開催者の参考になるだけでなく，参加者の皆様にも参考になるところがあると考え，エクセルで「付表」として別添しました。ご参照ください。

あとがき

とても真面目なテーマであるにも拘わらず，各分野から多くの来場者があり，真剣に耳を傾けていただいたことに感謝申し上げます。またアンケートに多数のご意見・感想をいただき，驚くと共に心から感謝申し上げます。アンケートへの感想や意見から，今回のシンポジウムが参加者に多大な影響を与えたと自負しております。

それは，アンケートにご回答いただいた方の8割が「次回も参加したい」と回答されたことに現れています。

皆様からの多大なご声援も頂き，このようなシンポジウムを開けたことを，実行委員およびスタッフ一同大変うれしく思っております。

このシンポジウムでご講演いただいた貴重な内容を，ご来場者の皆様だけに知ってもらうのではもったいないということで，演者の趣旨を損なわない程度に要約して，演者のご了解の下で記録に残すことにしました。

きっと皆様も読み返すことで，改めて講演内容を記憶に留めていただけるものと期待しております。

そのために本報告書を作成しました。今後にご利用いただければ幸甚です。