

# 第16回 がん患者大集会報告集

of the patients, by the patients, for the patients  
変えよう日本のがん医療、手をつなごう患者と家族たち

## 「すい臓がんとチーム医療」

### ■目次

■目次	1
■プログラム	2
■ご挨拶 浜中和子 (特定非営利活動法人がん患者団体支援機構 理事長)	3
■ご挨拶 田村憲久 厚生労働省大臣 (代読 浜中和子理事長)	3
■ご挨拶 中川俊男 日本医師会会長 (代読 浜中和子理事長)	3
■プロフィール	4
■講演 花田敬士先生 (JA 尾道総合病院 消化器内科)	5
■講演 森実千種先生 (国立がん研究センター希少がんセンター/中央病院肝胆膵内科)	6
■講演 眞島喜幸氏 (NPO 法人パンキャンジャパン 理事長)	7
■シンポジウム 「がん患者を支えるチーム医療」	8～16
■アピール文	17
■第16回がん患者大集会収支報告	17
■閉会の挨拶 山本ゆき (特定非営利活動法人がん患者団体支援機構 副理事長)	18
■当日アンケート	19
■当日の感想 (アンケート抜粋)	20～22
■主催・協力・後援・協賛・寄付・制作協力	23～24

## ■プログラム

開催日時 2020年11月22日(日) 配信開始:12時半 開始:13時 終了:16時半  
 オンライン配信 (ZOOM ウェビナー使用)  
 メインテーマ 「すい臓がんとチーム医療」

12:30 より	配信開始	
13:00-13:10	開会式 挨拶	浜中和子(NPO 法人がん患者団体支援機構 理事長) 田村憲久厚生労働省大臣(代読 浜中和子理事長) 中川俊男日本医師会会長(代読 浜中和子理事長)
13:10-14:45	第1部 講演	
	特別講演「すい臓がんの早期発見について」 花田 敬士先生(JA 尾道総合病院 消化器内科)	
	講演「すい臓がんの最新の治療」 森実 千種先生(国立がん研究センター希少がんセンター/中央病院肝胆膵内科)	
14:45-15:00	休憩	
	第2部 シンポジウム:「がん患者を支えるチーム医療」	
15:00-16:20	コーディネーター:下井辰徳先生(国立がん研究センター希少がんセンター)	
	シンポジスト	眞島喜幸氏(すい臓がん体験者) 半田一登氏(チーム医療推進協議会 代表) 中嶋崇博氏(山梨県立中央病院 言語聴覚士) 馬場知子氏(自治医科大学附属さいたま医療センター 公認心理師) 宮本直治氏(薬剤師 胃がん体験者) 實原和希氏(舌がん体験者)
	閉会式 アピール文提出	
16:20-16:30	閉会の挨拶	山本ゆき (NPO 法人がん患者団体支援機構 副理事長)



## ■ご挨拶

浜中和子（特定非営利活動法人がん患者団体支援機構 理事長）

NPO 法人がん患者団体支援機構は、2005 年以來、毎年「がん患者大集会」を開催し、日本のがん医療への提言を続けてまいりました。第 1 回大集会は大阪 HNK ホールで開催され、翌年 2006 年 6 月のがん対策基本法制定に大きな役割を果たしました。2016 年 12 月にはがん対策基本法改正案も制定されました。がん患者大集会では、がん患者を取り巻く課題を取り上げて、日本のがん医療の改善に役立てるべく、毎年提言してまいりました。今年の第 16 回がん患者大集会は、がんの中でもとりわけ早期発見が困難で治療が難しいすい臓がんを取り上げ、すい臓がんの早期発見と治療についての講演、さらに患者の立場での体験に基づく提言をいただきます。また、シンポジウムではがん体験者と医師・看護師以外のメディカルスタッフの方にご登壇いただき、「がん患者を支えるチーム医療」についてがん患者がもっと理解を深め、より良いチーム医療のあり方について協議・検討したいと存じます。これまでではがん患者大集会は主として東京を会場にして開催していましたが、今回はコロナ禍の影響により、初のオンライン開催となりました。WEB で全国からご参加の皆様、これから 16:30 まで、長時間となりますが、ご聴講どうぞよろしくお願いいたします。

## ■ご挨拶

田村憲久厚生労働大臣（代読 浜中和子理事長）

「第 16 回がん患者大集会」の開催に当たり、御挨拶申し上げます。

今回で 16 年目となるこの集会在開催されますことをお祝い申し上げるとともに、開催に御尽力された関係者の皆様に深く敬意を表します。御承知のとおり、我が国においては、がんは昭和 56 年から死因の第 1 位であり、生涯のうちに国民の 2 人に 1 人ががんに罹患し、3 人に 1 人ががんで亡くなっているなど、依然として、国民の生命と健康にとって重大な問題です。

このような状況を踏まえ、平成 30 年 3 月に閣議決定した「第 3 期がん対策推進基本計画」において、「がんの予防」、「がん医療の充実」とともに「がんとの共生」を柱の 1 つとして掲げました。がん患者の方が住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境整備を目指し、がん診断された時からの緩和ケアの推進や治療と仕事の両立支援等の取組みを強化することとしております。私達といたしましても、皆様の活動を心強く感じるとともに、皆様と協力して、国民の視点に立ったがん対策を進めていきたいと考えています。皆様方におかれましては、がん対策の取組につきまして、引き続きご理解、ご協力を賜りますようよろしくお願いいたします。最後に、本日お集まりの皆様方の御健勝と、本集会在大きな成果を上げられますことをお祈り申し上げて、私の挨拶といたします。

## ■ご挨拶

中川俊男日本医師会会長（代読 浜中和子理事長）

「第 16 回がん患者大集会」が開催されるにあたり、日本医師会を代表して一言ご挨拶申し上げます。さて、新型コロナウイルス感染症の緊急事態宣言下では、がん検診や治療・手術の延期、面会の中止などの対応がとられました。緊急事態宣言解除後に感染拡大防止の適切な対応のもと順次再開されているものの、現在も検診や患者さんの受診控えが未だ続いている状況です。疾病の早期発見や適切な治療機会を逃さないことが大切であり、日本医師会では、患者さんが安心して受診できるよう、感染防止対策を徹底している医療機関に対して、『みんなで安心マーク』を 8 月 7 日より発行を開始しています。現在、我が国において国民は、新しい生活様式を求められています。今後ある程度の収束を迎えたとしても、生活様式の一部は定着していくと考えられます。2023 年からの第 4 次がん対策基本計画の策定に向けての議論が今後始まりますが、将来の疾病構造の変化も予測されます。その変化を注視して今までとは異なるアプローチからのがん対策の取組みも求められます。がん対策推進基本計画には、患者とその家族が抱える様々な苦痛、悩み及び負担に応え、安全かつ安心で質の高いがん医療を提供するため、多職種によるチーム医療の推進が必要であるとされています。多職種連携については、医療機関ごとの運用の差や、がん治療を外来で受ける患者さんの増加による受療環境の変化によって、状況に応じた最適なチームを育成することや、発症から診断、入院治療、外来通院等のそれぞれのフェーズにおいて、個々の患者の状況に応じたチーム医療を提供することが求められております。

すい臓がんは、早期発見が難しいとされています。早期発見・早期治療の大切さを医療関係者やがん研究者のみならず、広く国民に伝えることが大切です。そのためにも、患者さんやご家族からの情報発信が非常に重要であり、今年のテーマである「すい臓がん」とチーム医療は非常に重要なテーマであると認識しております。結びに、本集会在開催にあたり、ご尽力されました関係者各位に深く敬意を表し、本集会在有意義なものとなりますことを願いますとともに、本日ご参加の皆様方のご活躍を祈念いたしまして、挨拶とさせていただきます。



講 演: 花田敬士(はなだ けいじ)先生



JA 尾道総合病院消化器内科、診療部長(経費改善担当)、内視鏡センター長、遺伝子診療部部長

島根医科大学出身。

資格:日本内科学会・総合内科専門医・指導医、日本消化器病学会・指導医、日本消化器内視鏡学会・指導医、日本胆道学会・指導医、日本膵臓学会・指導医、日本臨床腫瘍学会・暫定教育医、日本がん治療認定医機構暫定指導医・認定医、日本医師会認定産業医

講 演: 森実千種先生(もりざね ちぐさ)先生



国立がん研究センター希少がんセンター／中央病院肝胆膵内科

専門医・認定医資格:医学博士、日本内科学会認定内科医、日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医

講 演: 眞島喜幸(まじま よしゆき)氏



NPO 法人パンキャンジャパン 理事長 (一社)日本希少がん患者会ネットワーク 理事長 Ottawa University、UCLA School of Public Health 修士修了後、Rand Corporationにて健康政策分析プロジェクトに

参画。2006年に実妹を膵臓がんで亡くし、米国の Pancreatic Cancer Action Network の日本支部(PanCAN Japan)を設立。2012年に膵臓がんが見つかり全摘手術を受けた。2018年に頭頸部がんが見つかり、放射線化学療法を受け現在に至る。国際標準治療薬の早期承認に向けたドラッグラグ解消、ゲノム医療の普及に向けた政策提言活動に注力している。

コーディネーター: 下井辰徳(しもい たつのり)先生



国立がん研究センター希少がんセンター 中央病院乳腺・腫瘍内科

専門医・認定医資格:日本内科学会指導医、総合内科専門医、認定内科医、日本臨床腫瘍学会指導医、がん薬物療法専門医、日本乳癌学会乳腺認定医、日本がん治療認定機構認定

医、マンモグラフィ読影認定医

シンポジスト: 半田一登(はんだ かずと)氏



チーム医療推進協議会 代表

1987年(社)日本理学療法士協会理事就任。2007年(社)日本理学療法士協会会長就任。2012年(公社)日本理学療法士協会 会長就任。現在に至る。ほか、チーム医療推進協議会代表、(一財)訪問リハビリテーション振興財団理事長、

厚労省 医道審議会理学療法士作業療法士分科会 委員、中央社会保険医療協議会 専門委員を務める。

シンポジスト: 宮本直治(みやもと なおじ)氏



薬剤師

大阪市・北野病院薬剤部入局。長年精神科病棟を担当。2007年胃がん手術を受け、その後がん患者グループゆずりはに入会。2011年より同グループ代表。2020年医療と暮らしを考える会を神戸市で設立。現在に至る。がん患者グループゆずりは(兵庫県芦屋市)代表、医療と暮らしを考える会(神戸市)理事長、がん患者団体支援機構副理事長、日本ホスピス・在宅ケア研究会理事、宿坊で語り合うガン患者の集い主宰、ビハーラ僧(浄土真宗僧侶)、薬剤師

シンポジスト: 中嶋崇博(なかじま たかひろ)氏



山梨県立中央病院言語聴覚士

2010年帝京平成大学健康メディカル学部言語聴覚学科卒業。八千代リハビリテーション病院入職、介護老人保健施設フルールむかわ入職を経て2014年4月より現職である地方独立行政法人山梨県立病院機構山梨県立中央病院入職。資格:日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士、がん専門医療人材養成プラン/インテンシブコース修了、緩和ケア研修会修了(PEACE)、学習療法士1級、JIMTEF 災害医療研修ベーシック/アドバンスコース修了

シンポジスト: 馬場知子(ばば ともこ)氏



自治医科大学附属さいたま医療センター 公認心理師

2009年上智大学大学院総合科学部心理学研究科修士課程修了し同年4月から2010年3月国立がんセンター(現国立がん研究センター)精神腫瘍学開発部心理療法士として勤務。2010年4月から2012年3月国立がん研究センター中央病院精神腫瘍科心理療法士として勤務し

2012年4月より自治医科大学附属さいたま医療センター公認心理師 専門分野:コンサルテーション・リエゾン分野

シンポジスト: 實原和希(じつはら かずき)氏



舌がん体験者

さいたま市在住、米国公認会計士。会計士として日系企業のベトナム進出をサポートする傍ら、保険代理業やがん研修事業を行う会社を経営。2015年、当時25歳で舌がんを罹患し、皮弁再建手術を受ける。コロナ禍の2020年6月に結婚、現在妻と二人暮らし。

司 会: 木蘭(ムーラン)氏



NPO 法人がん患者団体支援機構 理事

24年前「鼻中隔がん」で大手術。顔の真中はスッポリ空洞、嗅覚無し。Net-TV「CanpsStation」「リライフ談話室」パーソナリティー、歌手、司会、シンガーソングライター。「頭頸部がん患者と家族の会 Nicotto(ニコット)」会長



「すい臓がんの早期発見について」

すい臓がんは現在でも予後不良ですが、腫瘍径が 1cm 以下の場合には 80%以上の 5 年生存率が報告されており、早期診断の重要性が示唆されています。2019 年に改訂された「膵癌診療ガイドライン」では、糖尿病、喫煙、肥満、大量飲酒な

どの危険因子を有する場合、腹部症状がみられる場合、すい酵素や腫瘍マーカーの上昇が見られる場合などに、まず腹部エコーを行うことを提案しており、腫瘍が認められなくてもすい管拡張やすいのう胞などがある場合、自覚症状が無くても次のステップとして MRI や超音波内視鏡 (EUS)、CT などを積極的に行い、すい臓全体を確認しすることを提案しています。その結果、腫瘍を認めた場合は、EUS ガイド下の穿刺吸引法 (EUS-FNA) を、すい管の異常がみられ、微小なすい臓癌が否定できない場合は、内視鏡的逆行性膵胆管造影法および、すい液細胞診を提案する内容となっています。MRI や EUS は外来で施行可能であり、是非積極的に受けて頂きたい安全な検査法です。広島県尾道市医師会では、2007 年から上記のアルゴリズムを病診連携を生かして展開した結果、早期のすい臓がんの診断件数増加、外科的切除率の向上、5 年生存率の改善に繋がっており、大阪、岸和田、松江、鹿児島、帯広、川崎など各地で同様の取り組みが開始されています。

微小なすい臓癌 200 例を検討した国内の成績からは、75%が無症状であり、画像の診断契機は腹部エコーのすい管拡張が 2/3 であり、糖尿病の増悪を契機に診断された患者さんが多い傾向でした。すいのう胞、すい管拡張があると診断され、医師から経過観察を進められた場合には、症状がないという理由で受診を自己中止せず、担当医の指示通り、定期的な経過観察を行って頂くことがすい臓癌の早期診断には非常に重要です。また近年日本膵臓学会では、指導医・指導施設を認定し、ホームページで公開していますので、お住まいのお近くのすい臓専門医の存在を是非知って頂きたいと思います。PANCAN のページなどで、正しい知識を得ることも重要なポイントです。

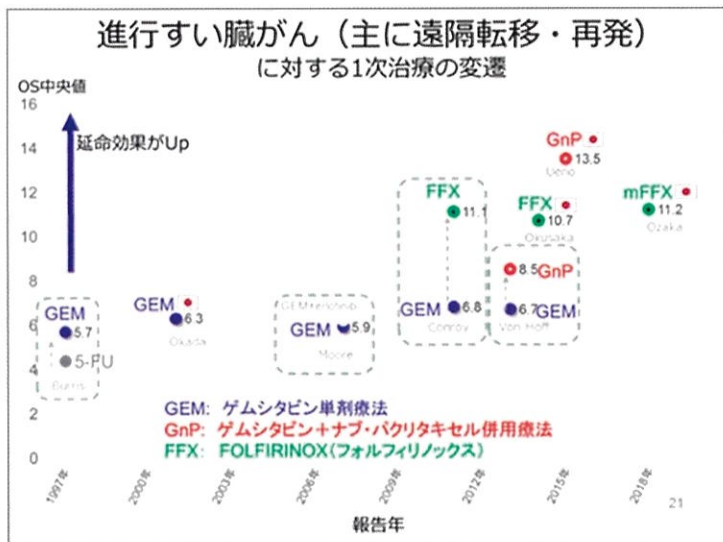
<p><b>すい臓がんの危険因子 (身近なもの)</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>糖尿病                  タバコ (本数が増えるほど危険)                  すいのう胞 (すい臓の小さなぶくれ)                  慢性すい炎                  お酒の飲み過ぎ (1日3合以上)                  太りすぎ (特に30代)                  親兄弟・姉妹にすい臓がんがいる                  慢性B型肝炎                  胃潰瘍をしたことがある                  ヘルピロリ感染  <b>歯周病</b></p> </div> <p><b>複数ある場合は、高危険群として、すい臓の検査をすすめる</b></p> <p><small>(膵癌診療ガイドライン2019年より改定)</small></p>	<p><b>みなさんにお願ひです</b></p> <p>すい臓がんを早期に診断するには、お医者さん任せではいけません。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ すい臓がんの<b>危険因子</b>を知ってください (喫煙、糖尿病、家族歴、すいのう胞など)。</li> <li>◆ きっかけは、腹部エコーの<b>“すい管の拡張”</b>、“<b>すいのう胞</b>”が多い。</li> <li>◆ Stage 0, I の75%は無症状です。</li> <li>◆ 精密検査は、外来で安全にできます (<b>超音波内視鏡 (EUS) やMRI</b>)。</li> <li>◆ かかりつけの先生に“私のすい臓は大丈夫でしょうか?”の一言を</li> <li>◆ 危険因子があれば、<b>人間ドックのエコー</b>も考慮しましょう。</li> <li>◆ 日本膵臓学会指導医・指導施設を知ってください。</li> <li>◆ もし<b>糖尿病が悪化</b>したら、“すい臓”の確認を先生にお願いします。</li> <li>◆ “経過を見ましょう”という先生の指示を守りましょう。</li> </ul>
---	--



「すい臓がんの最新の治療」

難治がんで有名なすい臓がんについて講演を行った。

解剖学的に検査が難しい位置にある臓器であるため、早期発見が難しい疾患である。診断がついた段階で手術できる患者さんはわずかに約 20%に過ぎず、また切除できても術後の再発率が高く、術後の 5 年生存率は 20-40%と不良である。しかし近年の治療開発の努力により、様々な治療戦略が考えられるようになった。術前化学療法は日本から世界に先駆けて有効な治療レジメン(ゲムシタビン+S-1 併用療法)が示された。術後化学療法については、海外から示されたゲムシタビン+カペシタビン、modified FOLFIRINOX といった有効な治療があるが、日本からは S-1 単剤による術後化学療法の有効性が示され、非常に良好な治療成績が報告されている。切除可能境界(BR)、局所進行状態にあるすい臓がんについては放射線化学療法や化学療法の治療戦略が適切である。現在放射線療法、薬物の様々な開発の試みがなされている。遠隔転移例や術後の再発例については 1 次化学療法としてゲムシタビンナブパクリタキセル、modified FOLFIRINOX が、2 次化学療法としてナノリボソーム型イリノテカン+5-FU/LV が日常診療でも活躍している。近年 BRCA 遺伝子変異を認める場合にはプラチナレジメン後の維持療法としてオラパリブの有効性が海外から報告され、日本でも使えるようになる日が待たれている状態である。このように、すい臓がんに対する様々な治療戦略、様々な薬剤、治療法が発達してきているため、選択肢が限られていた過去の時代とは大きく変わってきている。患者さんの生き方や価値観、体力などに応じて、一人一人が My medical choice をする時代になってきているといえる。



**すい臓がんの治療 まとめ**

**術前化学療法**

- GEM+S-1 日本が世界に先駆けてポジティブデータを発表

**術後化学療法**

- S-1 (日本)
- ゲムシタビン+カペシタビン
- modified FOLFIRINOX

**切除可能境界 (BR)**

- 全身化学療法 or 化学放射線療法 (Upfront surgeryは推奨せず)

**局所進行**

- 全身化学療法 or 化学放射線療法 (未決着) 放射線・薬物の様々な開発の試み

**1次化学療法**

- ゲムシタビン+ナブパクリタキセル
- FOLFIRINOX (modified)

**プラチナレジメンの維持療法 (BRCA 変異)**

- PARP阻害薬 オラパリブ

**2次化学療法**

- ナノリボソーム型イリノテカン+5-FU/LV
- (ヘムプロリスマブ⇔MSI-Hig, エヌトレクチニブ⇔NTRK融合遺伝子)

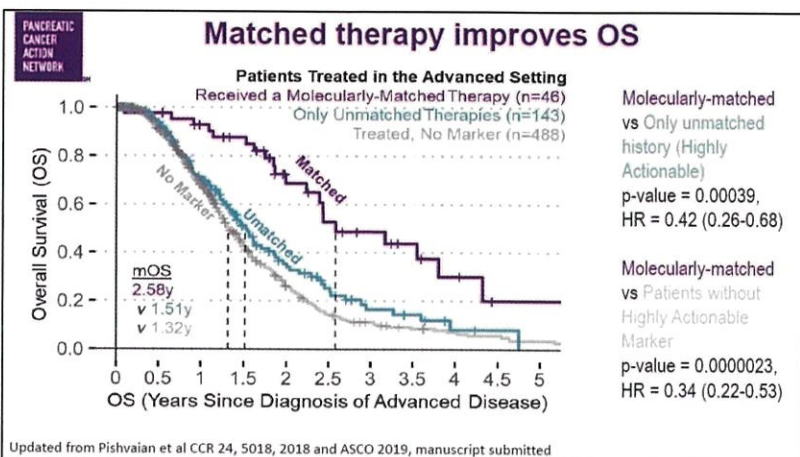
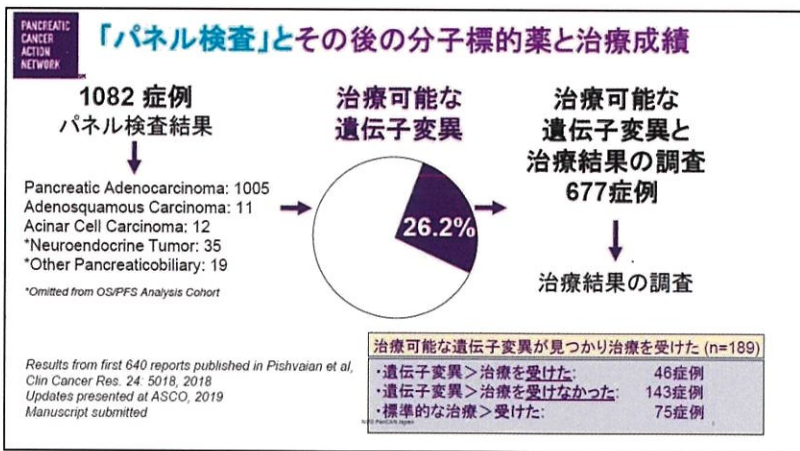
様々な治療戦略、様々な薬剤、治療法  
→ゲムシタビンしかなかった時代と比べて、患者さんの生き方や価値観、体力などに応じて様々な選択肢が出てきている・  
**My medical choiceが重要な時代に!**



「すい臓がんの生存率向上のために私たちにできること」

すい臓がんは過去 40 年間、生存率が一桁台の難治がんである。日本は年齢調整罹患率で世界第五位のすい臓がん大国である。年間 4 万人以上が罹患するが、患者は欧米の医薬品、欧米のがん研究に大きく依存している。問題は、欧米で承認された医薬品が日本で承認されるまでの遅れ、ドラッグラグである。そのため、パンキャンジャパンの活動の柱のひとつはドラッグラグ問題解消である。日本での新薬承認の遅れ、0 年を目指して、署名を集めて厚労省に要望書を提出してきた。その結果、2000 年当時は 6 年あった遅れもいまでは 2 年まで短縮されてきた。2015 年米国パンキャン本部が始めたゲノム医療の普及を目指した「Know Your Tumor 研究プロジェクト」が成果をあげ、米国 GI-ASCO で発表された。研究により、パネル検査で判明したアクションナブルな遺伝子異常にマッチした治療を受けた患者の予後は、マッチした治療を受けなかった群、さらに標準治療を受けた群と比較して大幅に改善されたことが指摘された。それを受け、昨年米国 NCCN ガイドラインが改訂され、転移性膵がん患者には診断時にパネル検査が推奨されるようになった。日本では標準治療が終わった患者はパネル検査を受けることができるとされており、医療関係者からのそれでは遅すぎるということが指摘されている。NCCN ガイドラインで推奨されたように、パネル検査を膵臓がんの診断時に受けられるようにするために、昨年より日本膵臓学会の先生方と米国パンキャン本部と協力し、NCCN ガイドライン同様に日本のガイドライン改訂に取り組んでいる。さらに、パネル検査の後、見つかったアクションナブルな遺伝子変異に対応する治療が日本においても受けられるよう、同じバイオマーカーで使用される適応外薬を使用した治療へのアクセス改善に取り組む必要もでてきた。

また、日本人に多くて、米国人には少ないすい臓がんは日本でがん研究を進める必要があると指摘されており、欧米の患者会と同じようにがん研究者を支援することが我々患者会の役割でもあるので、今年の 4 月から「すい臓がんナショナルアドボカシー (NAD)」活動をスタートした。日本のがん研究者を支援し、ステークホルダーと協力することで、すい臓がんの新しい治療薬、治療法開発に貢献し、一日でも早くすい臓がんを治るがんにしたい。





## ■シンポジウム

**木蘭**：それでは第二部シンポジウム、テーマは「がん患者を支えるチーム医療」です。コーディネーターを国立研究センター希少がんセンターの下井辰徳先生にお願いいたします。ではよろしくお願ひいたします。



**下井**：よろしくお願ひします。国立研究センターの下井と申します。本日は、特徴的なチーム医療実施中の医療機関の方々、またがんサバイバーの方々のこれまでの経験やご意見、そういったものを頂きながら日本のあるべきチーム医療についてディスカッションをしてみたいと思います。どうぞよろしくお願ひいたします。まずシンポジスト一人一人より自己紹介をお願いしたいと思います。

(自己紹介略)

**下井**：ご紹介ありがとうございました。半田さんよりチーム医療に関してご説明頂けますでしょうか。

**半田**：まず、自己紹介させていただきたいと思います。50年前、理学療法士の免許を取って当時の九州労災病院に就職しました。当時日本一のリハビリテーションを提供していたところで、4月1日就職した日に、当時日本一有名だった原部長に呼ばれまして、「半田君、チーム医療とは何ぞや」と聞かれましてね。答えに窮していると、部長の方から「チーム医療とはオーケストラみたいなものだ。医師は、タクトを振り指示をする。つまらない指示者であれば全くチームにならない。まして演奏者一人一人がそれなりの実力をつけることが必要なんだ。その中の一人でも失敗したら全くこれでは話にならない」ってことを言われました。

### チーム医療の推進に関する検討会報告書（平成22年度）

#### 基本的な考え方

チーム医療とは、「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完しあい、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」と一般的に理解される。

チーム医療は平成22年に厚生労働省検討会でこの表のように決められました。チーム医療推進協議会は平成21年、当時のがん患者さんのチーム医療を推進するという事で立ち上げられました。現在のチーム医療推進協議会は医療関係団体と患者団体で構成されています。このように現在多くの団体が心を一つにしてチーム医療を推進しようと活動しているところであります。チーム医療の定義と理念というのは、我々17団体が2年かかり文章化をいたしました。私は理学療法士で体を見るという立場ですが、今、公認心理師となりました。当時公認心理士がいなかったのが心理面や社会面から色んな意見がありまし

### チーム医療推進協議会（平成21年発足）

#### <医療関係団体>

- ・日本社会福祉士協会
- ・日本看護協会
- ・日本言語聴覚士協会
- ・日本視能訓練士協会
- ・日本診療放射線技師会
- ・日本臨床衛生検査技師会
- ・日本リンパドレナージ協会
- ・日本義肢装具士協会
- ・日本作業療法士協会
- ・日本診療情報管理士会
- ・日本精神保健福祉協会
- ・日本救急救命士協会
- ・日本栄養士会
- ・日本臨床細胞学会細胞検査士会
- ・日本歯科衛生士協会
- ・日本臨床心理士会
- ・日本理学療法士協会
- ・日本公認心理士会

#### <患者団体>

- ・日本まんまクラブ
- ・あすなろ会
- ・日本失語症協会

#### <アドバイザー>

- ・小島氏（毎日新聞）
- ・小嶋氏（TBSテレビ）
- ・福原氏（ジャーナリスト）

て、なかなかまとまらなかったのを、最終的にこのように患者団体を含めて合意したところであります。

メディカルスタッフの役割はさらなる進化と協働を期待されています。協働という事は非常に大事と思っております。そして患者個々の疾病や障害のみでなく心理面や社会面を見据えた全人的評価は欠かせないと考えています。我々が目指す「チーム医療」とは、医師をはじめとするメディカルスタッフが、患者と共に、それぞれの専門性をもとに、高い知識と技術を発揮し、互いに理解し目的と情報を共有して、連携・補完しあい、その人らしい生活を実現するための医療である。

意外ともめたのがメディカルスタッフという言葉でした。50年前私が理学療法士になったころは、パラメディカルスタッフという言葉でした。パラというのは、パラシュートのように、ラテン語で下という意味で下のメディカルスタッフという意味で、50年前はパラメディカルスタッフという言葉は当たり前のように使われていました。それから時間がたつとともにコメディカルスタッフといわれ（コというのは共にという意味です）、我々はメディカルスタッフの中にコも何もないだろう、医師も含めてみんながメディカルスタッフではないのかという事で、この論議に意外と時間を費やしたと記憶しています。私たちリハの世界では「QOL」という言葉を50年前から使っていました。ここ10年～20年の間に「QOL」という言葉が使われるようになってきましたけど、50年前から使っているのはリハの世界だけでした。信念を持ってやってきたら、世の中に浸透してきたという事実をこれからは大事にすべきだろうと思います。

**實原**：簡単に私の舌がんの経験をお話します。私は会計士として、大手企業のベトナム進出をサポートしたりして、普段は全く医療とは関係のない仕事をしております。2015年25歳の時に舌がんになりました。当時は、舌がんなので話すことや、食事をすること、味が治療によって分からなくなってしまうのではないかと、再発のリスクはどうか心配になりました。治療の選択肢としては、放射線治療とかの治療法と、手術は舌の右側におよそ2cm超（ステージ2）のものが出来ていて、部分切除なのか、再建術（からだの他の部位から取ってくるもの）という選択肢があったのですが、私は再発リスク





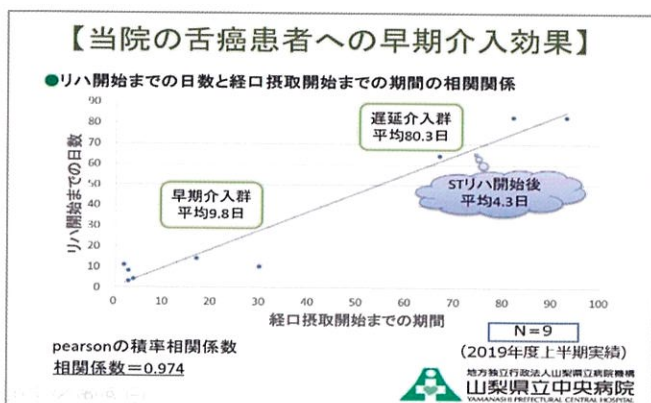
が一番少ないという事で、手術を選択しました。治療は手術のみで一か月間入院という中で、特にリハビリについてすごいチーム医療に恵まれていたと思います。三田病院というところで治療しましたが、手術で基礎体力がなくなってしまっていたとか、手術の過程で首を切ってしまって、肩が上がりなくなっている状態でした。舌がんなのに肩の異常という事で違和感がありますが。あとは発声、飲み込み、発音のトレーニングとかそういったところを1日3コマ、それぞれ50分ひたすら徹底的にトレーニングして頂け、すごい恵まれた治療が出来ました。おそらく私の後に中嶋さんの方から言語聴覚士のやっていることを解説してくれるのではないかと思います。舌の2cmのがんのために、こんな治療をするのかと蓋をあけてみてびっくりしました。舌の再建のため前腕の皮膚を肘の方まで太い血管とも取ります。ここに大腿の皮膚移植をするという治療をしています。



食事の面がすごく大変で、液体の食事から始まって、とろみをかかけた食事、そして固形に戻していくというのを1ヵ月かけてやっていただきました。簡単ではありますが私の経験を共有させていただきました。

**下井:** 中嶋さんから言語聴覚士の方として、實原さんの体験に対して、ご意見やご自身の取り組みに関してご発表をお願いします。

**中嶋:** 今回實原さんが経験されました舌がんに関して、当院のデータを含めながら少しお話をさせていただきたいと思います。言語聴覚士というのは、主にコミュニケーション面であったり、ご飯を飲み込む摂食のリハビリを行う専門職となっています。当院では約600床で言語聴覚士3名です。患者さんの方から食べる練習やししゃべる練習のリハビリスタッフがいるという事を知らなかったなどの言葉を聞くことがあります。理学療法士や作業療法士に比べると少し言語聴覚士の認知度が低いのかなというのが現状です。舌がんに関しては、主に喋ることや食べることに不自由を感じる病態でありますので言語聴覚士が果たす役割というのはすごく大きいのではないかなと思っております。



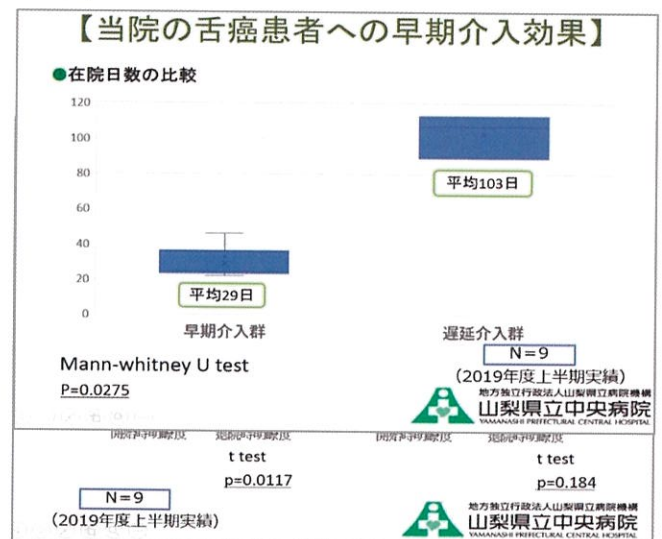
す。舌がんに関して、1週間程度は何もしないというのが主流な時期もありましたが、最近では術後早期から介入することのメリットが言われてきております。当院の舌がん患者における2019年上半期の介入実績を示します。

早期介入(1週間以内にリハビリを行った方)と遅延介入(1週間以降にリハビリを行った方)に分けると、現行摂取開始期間がリハビリを早く行った方が平均 9.4 日、遅かった方が 80.3 日とかなり大きな差が開いているのが分かります。言語聴覚士リハビリ介入後平均 4.3 日現行摂取というふうに至っておりまして、やはり少しでも早くリハビリに入ることによって現行摂取につなげることが出来るのではないかと思います。

実際トレーニングとしては、摂食嚥下飲み込みに関しては間接訓練、直接訓練に分かれていて、最初は食べ物を使わない訓練から、ペロを動かしたり、口腔器官を動かしたり、食べ物を使わない訓練から開始していきまして、1週間くらいをめぐりに、直接訓練(実際に食べ物を使う訓練)に移行していく傾向が多いです。

言葉に関しては発話明瞭の変化という形でデータを出させていただいております。

言語聴覚士の方で評価する指標になりますが、1から5段階の評価で、1が一番よくて5が一番悪いという評価になります。早期介入にしましては平均 2.2、遅延介入後平均 3.0 という形で、平均の 2 というのはたまに分らない言葉がある程度といわれております。平均 3.0 というのは話題を知っていれば会話が可能程度だということで、1の差ですが、2と3の差というのがかなり大きな差となってきますので、やはり早くから介入することで言葉のきれいさは上がってくるというのが重要になってきます。



当院の在院日数は1週間以内に介入した例では平均 29 日、約 1 か月の入院に対して、遅く介入した例では 3 か月程度入院されているというような傾向があります。

もちろん舌がんの切除範囲や、合併症などによって一概にすべての患者様がそうとは言えないところがあると思いますが、リハビリテーション介入の効果はあると思います。

今回實原さんの場合は手術のみということだったのですが、患者様によっては手術前に放射線療法を行う方もいらっしゃると思います。やはり放射線療法を行うと倦怠感、だるさがかかり出てくることもあります。その際にも理学療法、作業療法などの



運動療法が有効といわれています。また舌がんに関しては、当院では術前療法中から介入を行っていき、この場合だと手術前にどうしても痛みが出ている方も多いので、薬剤師さんとうまく疼痛管理を行って一番痛みがない時間にリハビリを行えるようにチームの中で共有しながら介入しているような状態です。今回實原さんが経験された病院では、理学療法、作業療法、聴覚療法の3つがかなり密に関わられたということだと思います。すごく恵まれた環境でリハビリが出来ていたと思います。がんのリハビリをする専門職というのはまだまだ少ないのが現状かと思うので、今後全国のがん診療拠点病院で同じような体制が整って行くことを私自身は望んでおります。

**下井：** 続きまして先ほども登壇して頂きました眞島さんですけど、ご自身のすい臓がんの体験、または患者会で活動をなさっているという事でそういった中でのチーム医療との関わりについてご発表をお願いしたいと思います。



**眞島：** 講演では自身のがん体験を少しお話させていただきました。妹が2004年にすい臓がんと告知された当時、「がん難民」という言葉が、メディアを賑わした時代でした。今のよう



にがん拠点病院というものがなくて、どこで抗がん新治療を受けたらいいかわからない、本当に暗黒の時代でした。当時私はチーム医療という言葉そのものすら知りませんでした。難治がんといいますが患者さんも家族もどうしても孤立した感じになる。ほかのがん患者さんと話をしますと皆さんが何となく「すい臓がんなくて良かったわね」と言っているのではないかという感じがあって、同じ病棟のすい臓がんの患者さんも次から次へと亡くなってしまいうという実態を見ていましたので、本当に我々はどうしたらいいのかわからない体験でした。

そうこうしているうちに、私自身がすい臓がんになり、幸いなことに早期発見につながったので良かったのですが、2年前に中咽頭がんになり、転移がありましたので、手術がそもそも治療の選択肢になかったですね。抗がん剤と放射線治療を受け、やはり当初からチーム医療の方々に関わっていただいたのです。お薬の話は薬剤師の方が来て本当に懇切丁寧にお話くださいましたし、放射線治療の副作用に関しては看護師の方が来ていろいろやっていただけました。口の周りに放射線をかけますと、のどが焼けただれてしまって、食べ物なんて全然口を通してなんてできない。予防的に胃瘻(お腹に穴をあけてそこから食べ物を注入する)という形を取りましてそれが何か月も続きました。それはそれでのどが徐々に治ってきたので食べれるようになったが、実は放射線をかけたせいで唾液が出なくなります。一般の方と一緒に食事をしていきますとこれがまた苦痛です。もぐもぐがなかなか進まないの、普通の方は15~20分でお食事終わるのに、私は毎食1時間以上かかる。これが今でも続いています。2年経っても口の中はガラガラで、こうしてお話しているとすぐにまた水を飲まなければいけない。チーム医療が

あって本当に良かったなという事は実感させて頂きました。

もう1つすい臓がんが告知されたとき、当時は本当にひどくて今でこそがんは五年生存率が70%といわれますので、がんが告知されても、10人に7人は5年くらい生きられる時代になってきているかと思いますが、余命3か月、6か月というのがほとんどの方という世界では、すい臓がんが告知されること自体が実質的な死刑宣告だということですね。あなたの命が3か月、6か月ということですよ。死刑宣告は死刑囚にはされるんですが、いつ死刑が執行されるのかというのは人道的なことから言わないという事になっているそうなんです。すい臓がんが告知された方は、ご遺族には、あと3か月か6か月ですねという事を言われてしまいます。アメリカで、心のケアが特にこういう難治がんの患者さんには重要だと学んでいましたので、妹家族に心のケアをすすめて(その時中学生の息子さんもいましたが)、家族全員で受けて頂きました。これが大変心の支えになりました。周りの方は、私も含めてなんですけど、すい臓がんなので、あの方はすぐに死ぬという目で見られているって(まあ見えないのかもしれないが)受け取ってしまう方が大勢いらっしゃる。そういう中でも前向きに治療に向かえたというのは、心理士の方の心の支えがあったからだと思っております。是非皆さんには、難治がんであろうが希少がんであろうがチーム医療を活用して頂ければと思います。

**下井：** 馬場さん、臨床心理師のお立場から、眞島さんのお話を受けて、またご自身の今の活動に関してご発表をお願い致します。

**馬場：** 心理士もすべての病院にいるわけではありません。いても一人か二人の状況です。皆さんよくご存じなのは臨床心理士という名前かと思いますが、それは民間の資格でして今は2018年に第1回の試験があって国家資格の「公認心理師」というものができております。徐々に公認心理師も増えていくと思



ます。どちらの名前でもいいですが、心理師というものがおられるのを覚えていただければと思います。心理的な支援は、不安の中にも治療の心配やどのような症状がでてくるのか、経済的にお金がもつのだろうかという心配や、ご家族のこと、介護や育児の心配。あるいは、仕事や勉強の心配もある方もいらっしゃいます。また、医療者との関係性で、相性とか、なかなか先生には本音を言いつらいこともあり色々なご心配があります。また、何が心配かそもそも分からない方もいらっしゃいます。心理師はいろいろなところで働いていますが、病院で身体疾患の患者さんやご家族のサポートをする心理師の立場に関しては、ほかの医療や機関とつなげる役割もあるかと思

います。私は血液科の仕事がメインになっていまして「造血幹細胞移植」というドナーさんから骨髄をもらって移植する方のサポートがメインになっています。入院してから3ヵ月くらいの治療中の心理的なサポートをさせていただいています。初回面談は、何事もなければただの雑談相手なのですが、これまでの治療歴やストレス対処法、サポーターの人数、お仕事、勉強の状況、家



族の状況を聞かせただいて、治療に専念できるように、あるいは治療後の生活のことまで考えています。移植の患者さんには若年の患者さんが多くて、当院での移植患者さんは、約3割がAYA世代と言われる15歳から39歳の患者さんで40代を含めると、半分以上が40代までの若い方になります。課題としても、個別性が高いですし、意志決定という面でも難しいところがありサポートさせていただいています。移植手術の患者さんに直接的に関わっている職種として公認心理師だけではなく、食事が難しくなり、口の中が荒れてしまうと歯科の先生ですとか、栄養士さん、理学療法士さん、薬剤師さんが関わっています。その側にいろいろなスタッフがサポートとしてついていて、必要な場合には直接かかわっていただくというふうになっています。患者さんやご家族にとっては主治医の先生の存在がすごく大きくて、特に外来患者さんの場合になると主治医の先生と直接お話しする時間がメインになっていて、それ以外の職種はあまり居ないような感じに受け取る方もいらっしゃると思いますが、実際には後ろに控えていて必要な時には関わるといった体制になっています。主治医の先生だけではなく、その時々で関わる看護師とか薬剤師とか事務の方も含めて何か困ったことがあった時にこういう事で困っていると伝えていただくと、その方が他の職種と関係を持っていますのでご紹介して下さったりというようになるかと思えます。心理師に関しては、無事に治療を乗り越えた後も生活上の制限ですとか、身体症状、社会復帰に関する問題を患者さんは抱えていくことになりますので、一部の患者さんとは外来の面談を継続しています。主治医の先生や看護師さんからご紹介していただいてサポートさせていただくこともあります。心理面に関しては、家族も第二の患者と言われていて、家族に関しても面談させていただくことがあります。家族には迷惑をかけたくないとか、中々辛いことを言えない方もいらっしゃいます。その逆で、ご本人に言えないがいろいろなご心配がありますので、必要な機関につなげるとか、先生にお話をさせていただいて、サポートをつなげることもしています。特に若い方ですと、同じ患者さんの話を聞きたいとか、同じ立場の方のお話を聞きたい方が多くいらっしゃいます。

頑張っていくのが良いのか話をさせていただくことがあります。そういう事を含めてその人らしい治療が受けられるようにサポートするのが私たち心理師の仕事かなと思います。

**下井：**宮本さんからはご自身の胃がん体験およびご自身がチーム医療として薬剤師として関わっておられる内容に関してご発表いただきたいと思えます。

**宮本：**昨年12月までの大阪の北野病院というところで薬剤師



をしておりました。ドクターが300人を超えて薬剤師も50人を超えて看護師も700人を超えるような急性期病院でした。私自身は2007年に自分が勤めている病院で胃がんを見つけてもらいました。ステージ3で見つかったそのあと下痢がなかなか止まらない経験をしていました。浄土真宗のほうでお坊さんの資格を取ったあとに緩和ケア病棟に行く宗教家としての活動も行いました。そうすると、この活動は生き方という問題だなと思って所属した「がん患者グループゆずりは」という会で生き方を考える活動をしています。がん患者団体支援機構の副理事長もさせていただいております。

薬剤師に関しては、手短かにスライドを使わずに話させていただきます。まず、皆様が意外に落とし穴になっていますのが、持参薬というもの。がんの手術を受けるときに、どんなクリニックでどんな薬もっているのか病人は分からないです。それを全部持って来てもらって入院時の一番最初に薬剤師がチェックしていく。場合によってはその中に一種類でも血液凝固能に関係するものが見つかった場合、長い薬だと1週間～10日～1ヶ月になる薬剤もあります。これを飲んでいて、入院ができなくなってしまうこともあります。よりリスクの少ない安全性の高い手術を受けるためにはそこでのチェックが絶対的に今の時代は必要になります。それを最初に薬剤師が見つかることは昔なかったことです。私がいた北野病院でも徹底しておりまして、1日60～70人の入院患者さん全員に直接面談してそこからではないとドクターが手術のGOサインを出さないことをしていました。入院中に薬剤師の係はDOSE(量)管理だとか、薬の相談とか、薬剤によっても痛みが強い場合は立ち上がりが悪い薬の量を増やしても全然効かないので、的確な薬剤の選択をアドバイスします。便秘の薬を飲んでいて急に感染症が起こって薬剤が急に増えた場合では、組み合わせによってこれは吸収率が落ちるからもっと服用の時間をずらさなければいけない。抗がん剤でも、ずっと同じ量でも必ず前日には薬剤師が医者とのダブルチェックで腎臓機能や肝臓機能が大丈夫とか体重が減っていったら80%の量にしないと危ないなどを見ていきます。OKであればカルテの方にOKを記載して問題なく抗がん剤の治療が行われていく。安全性を確保するという意味でも薬剤師が関わっています。保険点数がつくようになりまして私たちの方が病棟の皆様のところに回っていく形で、いろいろなところで薬剤師が関与しております。

**下井：**私の方からは国立がん研究センターの特徴的なチーム医療の関わりということでAYA世代に関したチーム医療について

### 治療中にかかわるスタッフ



患者会のご紹介や、小さいお子さんにどういふふうにご自身の病気を伝えて一緒に治療を頑張るかというご相談が多いです。実際にお子さん同士がお話する場をご紹介させていただくこともありますし、個別にお話をさせていただいて発達段階に合わせてどういふお話をするのがいいのか、どうやって家族総出で



て案内します。AYA 世代というのは Adolescent Young Adult の略語、先ほど馬場さんからもご案内がありましたように、思春期・若年成人にあたる 15 歳から 39 歳の方々を指す用語でございます。こういった方々はがんに罹患されると、妊育性、就労、恋愛/結婚、経済的問題やその他もろもろの発達時期に関した心理社会的な問題に対する十分なケアができていないのではないかというお話がございます。そのために、国のほうでも AYA 世代の部分は重要視されている部分で、人数として全体の中では 2.3% に該当します。

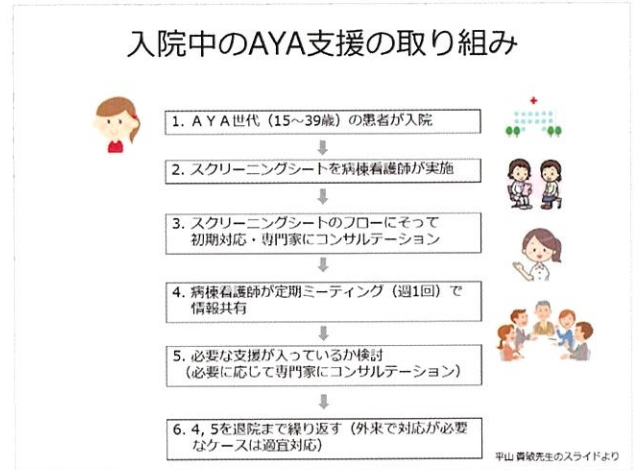
国立がん研究センターにおいては、AYA 世代の支援チームというものを立ち上げておまして、医師や看護師、薬剤師その他のメディカルスタッフをワンチームで AYA 世代の方々をサポートしていこうという体制でございます。

## AYA サポートチーム①

- ◆ 2015年10月～乳腺・腫瘍内科で入院中の患者を対象に草の根活動的に発足。
- ◆ 現在はスクリーニングによる支援を8病棟に拡大。外来での運用も開始し始めた。
- ◆ 活動内容
  - 週1回チームミーティング（症例検討、情報共有）
  - 入院時スクリーニングシート実施（病棟看護師が担当）
  - 入院初診患者と家族へのインテーク面接（必要時）
  - ピアサポートグループ「AYAひろば」の運営
  - 病棟スタッフへのコンサルテーション

サポートチームの元々の発足は、2015年10月に私の所属している乳腺・腫瘍内科にかなり AYA 世代の乳がん患者さん、希少がん患者さん、肉腫の患者さん、そういった方々が入院治療されていても複合的な治療がなされていないということで、病棟の看護師さんと医師の声が上がって始まったという発足状況でした。当院は草の根的に入院された患者さんに次々と介入してみんなでケアを相談する形でしたが、現在は色々な病棟、そして病院全体の活動に発展していったということでございます。活動の内容としては症例を検討して、患者さんにスクリーニングシートを用いてどういった点が実際に問題なのか、そこにどういった形で介入していくのが良いかといったことを皆で議論するということです。また、ピアサポートとして「AYA 広場」といったものを運営することがございます。AYA サポートチームに入っているメンバーは本当に医師から看護師、緩和ケアチーム、薬剤師、栄養管理室の方、相談支援センターの方、そして看護師長さんたちと幅広い方々が参加しているチームになっております。入院患者を中心に行っておりますけどもスクリーニングシートを用いて看護師さんが内容を確認して、必要に応じた各部分のコンサルテーションにつなげていくという流れでございます。定期ミーティングも行っておりまして、今までの支援が十分かどうか、またそれをさらに追加で考えていくという形でフローが回っていくという仕組みに今は変わってきています。こういった形で AYA スクリーニングがされているかという、チェック項目を各担当の医師や看護師さん精神科の人達といったような複数の分野の専門家たちがチェックして、そして必要に応じたケアを行っているという活動で、個別の薬剤師さん、もしくは看護師さんと新しい医療に関した個別なケアの協力というの

も行っています。今日は AYA サポートチームに関してのご案内させていただきます。



ここからは今回のシンポジストの皆さんたちのディスカッションのかたちでチーム医療に関してより深掘していきたいと思っております。まずは、中嶋さん、馬場さん、宮本さんにご参加いただきまして各病院の取り組みや特徴的なエピソード、さらにはご自身の職域立場の病院の中での役割、もう少し広い視野で見ますと日本全体の医療の中でどういう風にそういった職種、そしてサポート体制というものを位置付けていくのが良いかといったことをご議論していただけたらと思います。

**中嶋:** 当院は、山梨県唯一の三次救急医療病院ということもあ



りまして、超急性期の患者様が来院されます。そのため、当院では予防的な観点からの介入を重要視しているところがあります。その1つの取り組みとしまして、胸部食道が

ん患者様においては、全例手術前から嚥下機能の評価、運動面の評価も実施していますが、手術前から介入させていただいております。やはり、今高齢社会になってきて、手術前の嚥下機能の低下は手術後に影響してしまって誤嚥性肺炎が起こるといった症例が少し多いというところがあります。実際には、舌圧測定器というものをを用いて嚥下機能の評価を行って自主トレーニングのグッズをお渡しして、手術前までしっかりと家でトレーニングを行ってきていただく。これ以外にも患者支援センターの方では呼吸筋のトレーニングも一緒に行っていただきます。入院されてからはまずは、看護師の方で入院時に摂食嚥下機能の評価を行います。これは水飲みテストと言いまして水を実際に飲んでいただいて、それがダメだった方に関してそこで終了ではなく、次はとろみをつけた水を飲んでいただいて飲めるかどうかというところまで看護師さんに評価していただきます。実際に飲むことが少し危ないかなと思う患者様には嚥下外来がございます。これはがんの方だけではなく全患者様がかかれる外来で耳鼻科ドクターと外来病棟ナース、言語聴覚士がいます。患者様のご家族様にも入ってもらうこともありますし、主治医にも一緒に入っていただくこともあります。鼻からファイバースコープを入れて喉の様子を確認し、これでも問題があるような方に関しましては嚥下造影検査をしています。当院は急性期病院なので日毎に状態が変化してきますので、カンファレン



スをかなり充実させていまして、ほとんど毎日カンファレンスを行っています。外科、耳鼻科、口腔外科、ICU、栄養リハカンファというものに関しまして、これもがんのリハビリテーションを当院で始めてから開始したカンファレンスになります。やはりがん患者様に対しまして、密に関わるためにカンファレンスを充実させようというので始めたカンファレンスが多くの占めている状況です。

当院は、緩和ケア病棟を有している病院でもありますので、医師のための緩和ケア研修会に私たちリハビリストッフ、栄養士、薬剤師なども参加しています。ここで私が緩和ケアに関わった特徴的な患者様がいらっしゃいます。胃がんの播種性腹膜炎患者様で食べてしまっても、吐いてしまう。食べて吐くを繰り返して、なかなか経口摂取が難しい患者様がいらっしゃいました。ただ、ご本人とご家族の希望としてアイスを食べたいという希望がありましたので、看護師と色々な職種とかかわりながら食べる時間を調節したり、一回の食べる量を調整したり、食べた後の姿勢、食べる最中の姿勢などいろいろな調整をして最後の最後 1 週間くらいでアイスを食べられたという症例もあります。患者様の素敵な笑顔の写真を載せたいのですが、個人情報関係から載せる事ができませんが、そのようなエピソードもありました。これは当院でリハビリテーション科が介入しているチーム医療の一覧になります。どうしてもリハビリテーションになりますと機能アップというイメージがありますけども、私たち機能面をアップさせることはもちろん目指していきませんが、できる能力を利用して患者様、ご家族様がしたい事を支援することを大事にしながら当院では多職種連携を行っています。

#### 【その他、リハビリ科が参加している チーム医療】

- ▶ 栄養サポートチーム
- ▶ 呼吸サポートチーム
- ▶ ICU早期離床チーム
- ▶ 感染症対策
- ▶ 医療安全ラウンド
- ▶ 褥瘡対策チーム
- ▶ リエゾン回診
- ▶ 糖尿病指導
- ▶ 排尿/排泄ケアチーム



**下井：**中嶋さんありがとうございました。患者さんの食べたいという希望を早く実現させるために中嶋さんや他のスタッフとの関わりが重要であることが良く分かりました。続きまして馬場さんの方から公認心理士としての役割、働きに関してコメントいただけますか。

**馬場：**心理士は病院によって所属もそもそも違っていて、いろんな科に所属している心理士もいれば、当院の場合は看護部に所属しているので、看護師さんとの連携が一番近いです。心理的支援というのはどの職種もやっていることでして、最初にタッチする主治医の先生、看護師さん、外来の看護師さんというのがまずお話を聞く係になっていると思います。その時専門的なサポートが必要となればご紹介いただくという形になります。例えば、眠れない、不安で落ち着かずに日中もソワソワ

するっといった方の場合には精神科医にご紹介させていただくこともありますし、主治医の先生にまた返して薬の調節をすることもあります。当院では緩和ケアチームの方にも所属しておりまして、緩和ケアチームの中でサポートをしていく中で心理的な支援が必要であれば支援します。いろいろな人が入ると誰が誰かわからない患者さんもいらっしゃいますので、バックアップとして看護師や緩和ケアチームの医師が介入する時にこういう関わり方がいいのではないかと、高齢の方で認知機能が落ちている方、視覚的な情報の方が理解しやすい方、耳から入る情報の方が理解しやすいような方、紙を用意してご説明するように変えたほうが良い方、ご家族が同席の方が良い方などのサポートをしています。リハビリの先生、薬剤師さんなど色々な職種が患者さんとかかわっていて、薬の説明もどこまで説明すればよいのか、心理的な面でご家族とか患者さんの状態に合わせていたほうが良いのでそのアドバイスをしています。

**下井：**幅広い活動内容があるということ分かりました。ありがとうございます。宮本さん、ご意見はいかがでしょうか。

**宮本：**今のお二方の話を聞いて薬剤師はどういうふうに関入する場面があるのかについてはチームカンファレンスが、実際にはよく行われています。先ほどの言語聴覚士さんが介入する例で薬を飲みにくくなってきた場合、薬剤が大きくて飲みにくいならば、つぶせばいいのではないかと、いやいや潰してしまうと効かなくなるのでゆっくり溶けていくようにするとか、薬剤をなんも考えずに潰してしまうと急に溶けて副作用が出てくるので、こちらの薬剤に切り替えてもらうとか、あるいは剤形を変えてしまって水薬とかにします。不安で眠れない症状が出てきて安易に薬剤に頼ってしまうと筋肉の弛緩作用がある薬剤を使用すると転倒してしまって入院中に骨折してしまう可能性があります。患者さんがこれまで使用していた薬が欲しいと言われても、手術した後に呼吸機能が落ちている場合は薬剤によっては呼吸機能に障害が出てくるので、その薬剤はやめましょうと患者さんに介入します。

**下井：**そういった介入も重要ですね。患者さんのピアサポート活動として患者サロンがあると思いますが、馬場さんがそういったところで経験がありましたらお願いします。例えば、公認心理士としての立ち位置やサポート面で何かありますか。

**馬場：**当院ではなかなかボランティアは入っていないくて、がんサロンの緩和ケア主体でやらせていただいています。今はコロナの関係でできなくてWEBでどのようにするか相談中です。集団で患者さんがお会いになって活発にお話していただくようになりますので、医療者だけでは把握しきれない問題とか、患者さん同士の方が話しやすいことがあると活動を通じて感じています。その中で心理士としてのかかわりで何かお手伝いできることはと探しながらしています。集団でお話する中ではどうしても個別性というものがありますので、そこで話しきれなかったこととか、この方はそうおっしゃるけど私はそうではないとか異論もあります。また、少し不自然な雰囲気になることもありますので、その場でフォローさせていただくこともあります。集団がうまくいかない場合なぜうまくいかないのか持ちかえって、ファシリテーターをするのは看護師なので、看護師とお話してその集団でお話しやすいように考えています。



**下井**：ありがとうございます。そういった活動でのかかわり方があり、各専門のメディカルスタッフの方が患者さんのピアサポート活動やサロンにかかわる方法というのにも確かにありそうな気がしました。

半田さんの方からチーム医療の推進に向けた、チーム医療推進協議会からの御提言や今後の活動に関してお話して頂きたいと思います。

**半田**：臨床経験を 38 年したこと、家内をがんで亡くした立場からお話します。患者の権利に対するリスボン宣言があり、これは世界医師会(WMA)が定めたものですが、中盤にこのような文があります。「医師および医療従事者、又は医療組織はその権利を認識し、擁護していくうえで共同の責任を負っている」とあります。ここに書かれている 11 項目を達成しようとするチーム医療しかありえないと私は思います。

### 提案 1 患者の権利に関するWMAリスボン宣言

<序文>

(前略) 医師及び医療従事者、又は医療組織は、この権利を認識し、擁護していくうえで共同の責任を負っている。(後略)

<原則>

- |                |                 |
|----------------|-----------------|
| 1. 良質の医療を受ける権利 | 7. 情報に対する権利     |
| 2. 選択の自由の権利    | 8. 守秘義務に対する権利   |
| 3. 自己決定の権利     | 9. 健康教育を受ける権利   |
| 4. 意識のない患者     | 10. 尊厳に対する権利    |
| 5. 法的無能力者の患者   | 11. 宗教的支援に対する権利 |
| 6. 患者の意思に反する措置 |                 |

患者の権利というらえ方になったのはリスボン宣言が初めてです。我々は患者の権利を守ってしっかり治療していくことが大切で、そのためにチームをどう育てるかが非常に大事だと思います。チームを育てるためにはチームの成功体験を共有することが大事です。医師が動くことでチームが変わるので難しく、それぞれがプライドを持って働ける環境をどうつくるか。徹底した法令順守を守っていただく、そしてゴールの組織内徹底をみんなでどう守っていくのかも大事だと思います。これらを守

### 提案 2 チーム医療推進のために

1. プライドを持って働く環境の整備
  - ・ チームメンバーによるチーム医療の正当性確認と価値観の共有
  - ・ チームによる成功事例の共有
2. 徹底した法令順守
  - ・ 法令順守を基盤とした特殊規範の設定
3. ゴール(目標)の組織内徹底
  - ・ チームメンバーによる患者個々のゴールの確信と実行
4. ゴール(目標)遵守と違反者への厳しい対処
  - ・ 厳しい対処によってチームでの一体感

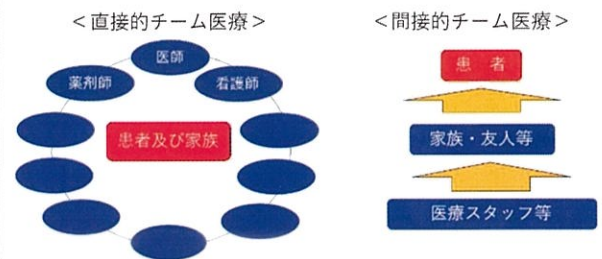
ってチーム医療を推進していかなければならない。

実は家内は胃がんで胃の全摘を行い退院して、その時私は介護休職 1 ヶ月を取りました。退院する日に「1 日に 9 食食べさせてください」と言われました。何も料理をした事がない夫が 9 食つくって食べさせてくださいと言われても。それから本を買いに行って翌朝から食べさせて、夜最後の食事が 10 時過ぎて、そのあと料理の本を見て勉強しないといけないです。9 食の中で、素麺みたいなのが食べやすいことを学習し、ある日、そばを出しました。そしたら、大変怒られまして、そばのざらざら感

が嫌な感じがすると。そんな情報は経験しないと分からないので、家族に引き継いでいかれると患者も苦しまなくていいし、我々にもと思います。食の問題をどうすればいいのかわからない、日に日に痩せていくことも踏まえながら、どうやって快適に食べられるのかというのを医療スタッフが家族をしっかりとサポートしていただきたいと思います。

転倒の問題について、家内が転んで尾骨骨折をしました。そのリスクもあることも認識していなくて、私は 9 食作ることに頭がいっぱいでした。トイレに行っている最中に転倒して、尾骨骨折でした。そういう意味から、医療スタッフが私や家族をしっかり支えると、患者はもっと快適に食べられたのかな、あるいは転倒骨折しないで済んだのかな、と思います。最近在院日数がどんどん短くなっているのが家族あるいは友人を含めてサポートしなければならぬ局面は広がっている。医療スタッフが家族、その他キーマンにどう対応させるかが非常に大切なことではないかと思っています。今回がんのチーム医療ということで考えて家族、友人等を医療スタッフがどう支えて、家族・友人が患者をどう支えていくか、時間がかかりかかりますが、病院の職員がいつまでもサポート体制とれないのであれば、しっかりした体制づくりが必要なのではないかと思っています。ありがとうございました。

### チーム医療に関する持論



**下井**：先ほど真島さんのご講演でも、家族は第二の患者さんとしてサポートする体制の重要性も教えていただいたところですが。医療従事者は、どういった医療を提供していくのが良いかと普段悩みながら提供してはいますが、一方患者さんたちから、どういったチーム医療が求められているのか、今後どういったことに期待しているのか、そういった点に関してなかなかお言葉を頂く機会がありません。そういった点に関して実原さん、真島さんにディスカッションいただけたらと思います。

**實原**：患者は横のつながりも沢山ありますので、同じ病気の方の話をお聞きします。私の経験をシェアすると、そんなリハビリを含めたチーム医療をやってもらえてない人がほとんどで、珍しいようなリアクションをされます。ここにいる皆さんはすごい問題意識をもって情熱をもって取り組まれている方々だと思います。実際はそれがどのくらい世の中のスタンダードなのかと思っています。みんながそういう環境になればいいなと思います。言われたらやるというような医療関係の人達も多いと思います。中嶋さん、宮本さん、馬場さんをはじめとした皆さんのように一歩踏み込んで、悩みを引き出して当事者意識をもってもらい、それをスタンダードにしてほしいと思いました。

私は 25 歳でがん経験しましたが、やっぱり舌がんとすると、治療だけではなく、その後の生活がすごい不安で、食事面もそ



うですし、当時独身で婚活をしようと思っていたところだったので、今までモテる為にいろいろな努力をしてきたけど、舌がんでうまく喋れない自分がいたり、食事も時間がかかってしまうとといったところからのスタートで不安もあった。その時に馬場さんに会って相談したかったと思いました。皆さんのような取り組みがスタンダードになるようにしてほしいなと思いました。

**下井：**ありがとうございます。発表していただいた方々はチーム医療に関して問題意識も一流で、実施しておられるチーム医療も一流の方々ばかりです。これをどう日本全体に広げていくか、みんなが意識をもってやっていくのはどうすればよいか、検討していくべき課題です。眞島さん、チーム医療に関して今後の期待といった点ではコメントいかがですか。

**眞島：**私も同意見でして、1番最初にチーム医療に紹介されたのは、国立がん研究センター中央病院で膵がん教室に行きました。頭初は入院患者さんのお話でしたけども、チーム医療の方が順番に出てきて、どういう役割をしていますかと、精神科の方や、メディカルソーシャルワーカーや看護師の方がこうやって私たちはあなたをサポートするためにここに居ますよ、という紹介をしてくださりました。私はすごく感激しまして、素晴らしいと思いました。当時、全くこういうことは知らなくてがん診療連携拠点病院(日本に400ヶ所ありますけども)に行ったら、どこにでも膵がん教室があって、そこに参加できるのだろうなと思っていました。でも、大きな間違いで、そこに参加される方はみんなボランティアでこれをやることによって病院が報酬を受けるわけではないので、これを広めるのはそれぞれの病院で様々な問題が出てきますよね。先ほど、臨床心理士の方が、心理報酬がついていないと言われましたけども、そういった全くバラバラな世界が日本全国にあるので、チーム医療の均てん化をぜひ皆さんに広めて頂きたいと思います。患者として、家族として遺族として、こういう病院で治療を受けた時に大変有難い思いをしましたのでそう思います。そこに関しては様々な問題があるので、そういう問題を解決していただいて、患者さんもただ治療で良くなるだけではなく、長く生活していく面でのサポートもぜひ実施していきたいので、皆さんに考えて頂ければと思います。ありがとうございました。

**下井：**ありがとうございます。チーム医療は、我々みんなが患者さん一人一人に向かっているつもりでいても、逆に病院側からアピールが無く普段表に出てこないのだから患者さんは知らない。そういう職種の方々もいると思います。逆にある医療機関ではしっかり居ても他の病院では居ないですと、質の差が出てきているのは良くない。チーム医療とはどういうものか、あるべき姿はどういうものか、そういった事を明確にしつつそれを世の中に広げていって、みんなが質の高い医療を受けていけることが重要だということが分かりました。一方で話は変わりますが、チーム医療の中に患者さん自身や患者さんのご家族も入っていく、そういうところも重要なポイントではないかと思えます。その点に関して何かコメントいただけませんか。

**眞島：**それぞれのがんを経験した方が皆に提供できる情報はたくさんあると思います。そのような体験者の方たちを有用に活用できるような体制が重要ではないでしょうか。臨床試験でもそれぞれのがん体験者が臨床試験のデザインから関与する必要

があると言われていますが、まさにサポート体制でもその通りだなと思います。ただ、だれでもいいかと言われると、そうでもない。ピアサポートに関しては一応トレーニングプログラムがありますので、言っていることや悪いこと、患者さんをみながら配慮したコメントができるようなことも必要だと思います。そういうトレーニングプログラムも含めて一つのプログラムを考えていただけたらと思います。

**下井：**實原さんさっきのコメントの中で、舌がんをされた時に馬場さんのような方に寄り添っていただけたらとコメントがあったと思いますが、今眞島さんのご意見にあったようながん患者さんに対して体験者がサポートする、一緒になにかできる事、そういったことはございますか。

**實原：**やっぱり相談できる方はたくさんいた方がいいなと思います。自分は家族、親や兄弟とかそういった相談相手はいましたが、人によって考え方が違うので家族に言えない人もいれば、家族だから話したくない人もいると思います。そういった中で、同じ経験をしている方に話をしたいと思う方にはその選択肢が与えられるような体制がいいなと思います。眞島さんがおっしゃられるように、すごいセンシティブな話にもなるので、患者のひとりひとり全く状況が異なり治療内容も違うので、考えを押し付けてしまうようなコミュニケーションにならないようなトレーニング制度も同時にやっていかないといけないと思います。結構時間がかかるような話とは思いますが、選択肢を広げることには大賛成ですね。

**下井：**ありがとうございます。まさにがん患者大集会にご参加されているような、がん体験者やそのご家族の方というのは特に意識も高く、医療従事者、患者さん方皆さんの問題意識をこうやって共有できている方々だと思います。是非そういう中からサバイバーの方々のピアサポートとして、今がんを患っている方にどうしたらいいか、サポーターになるためのトレーニングプログラムといったものができたら素晴らしいなと思います。大変充実したディスカッション誠にありがとうございました。全体を通じて何かコメントを残したい方はいらっしゃいますか。

**半田：**50年前のリハビリでは国家資格を持っていたのは理学療法士と作業療法士だけでした。推進していく中で、言語聴覚士が国家資格化され、公認心理師が国家資格化されて諦めずに前に進んでいくことは大切だと思いました。「患者さんを中心とした医療」は、言葉は非常にきれいですが、実はこの具体像とは何ですかと考えると非常にまた色々なものが出てきます。その中の1つとして、諦めずに推進していく。もう1つは、ばらけなくて推進していくことが大事だと思います。今回、チーム医療推進協議会代表して、このような勉強会、学会をやられているのは知らなかったし、我々も研修会、学会をしていることも皆さんご存じないと思います。今日色々なお話を聞いて、同じ方向を向いているので、是非連携しながら目指すものをしっかりと掲げていけたらいいとつくづくと思いました。チーム推進医療協議会代表としてお招きいただき有難かったし、帰ったら推進協議会でより一層頑張っていきたいと思いました。ありがとうございました。

**下井：**我々も一緒に頑張りたいと思います。最後に宮本さんお願いします。



皆様、長時間にわたりお疲れ様でした。初めてのオンライン開催でしたので至らなかった点が多々あったかと思えます。お許しをお願いいたします。2005年から始まりましたのがん患者大集会。きょうで16回を数えましたが、個別のがんを取り上げて学んだのは今回のすい臓がんが初めてです。一般にすい臓がんは、今でもがんの中でも特に「難しいがん」として恐れられている印象があるかと思えます。きょうは、第1部で3人のエキスパートの先生方にご講演をいただきました。正しい知識と最新の情報を得ることができ、すい臓がんに対する漠然とした恐怖心が理解に変わった、という方もおられたのではないのでしょうか。

花田先生のお話では、すい臓がんは発見が難しいけれども、危険因子が特定されているので、それらのリスク要因をもつ人に注意喚起することによって、早期発見・早期診断につなげ、5年生存率を向上させることができる、ということでした。予防の観点からも大変役立つお話だったと思えます。

森実先生からは、進行度に沿っての化学療法について詳細にご説明いただきました。以前は単剤療法でしたが、現在は、多剤併用療法が可能となり進行した患者さんにも夢を与えるようになった、また、遺伝子分析による治療の開発も進んでいるとのこと、患者さんに希望と勇気を与えていただくお話だったのではないのでしょうか。

眞島さんからは、妹さんをすい臓がんで亡くされたことから、2006年にパンキャンジャパンを設立、以来、未承認薬の早期承認を求める運動や遺伝子パネル検査を推奨する運動など、精力的に活動されているお話を伺いました。

2006年といえば、国会ではがん対策基本法が制定された年であり、私たちのがん患者団体支援機構も前年の2005年に、「がん難民をなくしたい」という患者の切なる思いを結集し発足しております。患者当事者の運動が大きくなうねりとなって国のがん対策を変えていった時であり、以来、「医療者中心のがん治療」から「患者中心のがん医療」へと国も医療界も考え方を転換することになりました。

第2部のシンポジウムのテーマ「チーム医療」は、まさに「患者中心のがん医療」を意味しています。半田さんが代表をされている「チーム医療推進協議会」には、多くの職種の医療者の団体が加入され、患者・家族のため、研鑽を積みながら、患者の権利擁護のためにも活動されているとのこと、心強く思いました。

そして今日は、実際に医療現場でチームの一員として仕事に従事されている3人の方にシンポジウムにご参加をいただきました。言語聴覚士の中嶋さん、公認心理師の馬場さん、薬剤師の宮本さんから、それぞれの病院での取り組みについて、スライド写真なども使って具体的にお話をいただきました。リハビリ、心のケア、薬のアドバイスなど日々、患者さんに寄り添ってくださっているご様子がよく伝わってきました。

チーム医療は、よく実施されている病院とそうでない病院と格差があることが指摘されました。舌がんを体験された實原さんと頭頸部がんを体験された眞島さんからは、ご自身の闘病中に受けられたリハビリの様子も教えていただきました。チーム医療が関わってくれて本当に良かった、という好事例であったと思えます。しかしながら、まだ全国的には普及されていないというのが現状です。まだまだ対応できていないニーズもたくさんあります。この様な問題をどのように解決していったらいいのでしょうか。行政や医療者に協力して、患者も声を上げていかねばならないと思いました。そして、もう一点。病院の資源も限られています。マンパワーが不足している病院も多いかと思えます。がん体験者であるピアサポーターにチーム医療の一員になってもらって患者の相談支援にあたってもらう、という提案がありましたが、これは病院側のマンパワー不足の解消の点からも有用かと思えます。

下井先生にコーディネートいただきましたシンポジウム「がん患者を支えるチーム医療」は、活発に意見が出され大変内容の濃いものとなりました。また、下井先生には国立がん研究センターでのチーム医療の取り組みの1例としてAYA世代の患者さんに対するサポートについてもご紹介をいただきました。今後も日本のがん医療の中央機関として、チーム医療の面でも引き続きご尽力を賜りますようお願い申し上げます。

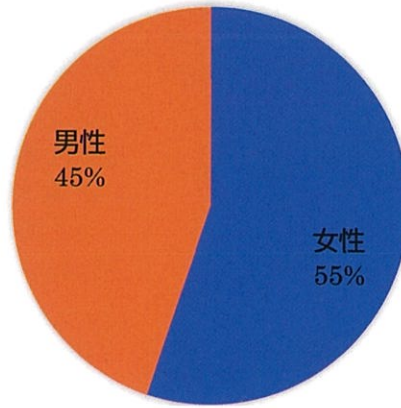
がん対策基本法制定から14年。私たちががん患者団体支援機構は、がん対策基本法とともに歩んでまいりました。がん患者を取り巻く環境は大きく改善されましたが、今尚、治療法もなく、使える薬もない状況の中で苦しんでおられる難治性がん、希少がんの患者さんが数多くおられます。今回のがん患者大集会で、すい臓がんを通してこの現実を見つめ直し、当事者として声を上げることの大切さを再認識いたしましたことを、ここにお伝えし閉会の挨拶とさせていただきます。開催にあたり、ご協力を賜りました皆様、ご多忙の中、ご参加くださいました皆様、本当にありがとうございました。



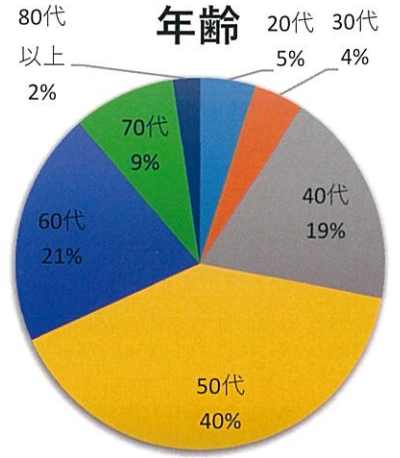
都道府県

東京	51
広島	25
茨城	24
神奈川・埼玉	20
群馬	15
大阪・千葉	12
兵庫	6
秋田	5
北海道・福島・山梨・山口	3
徳島・京都・宮城・愛知	2
新潟・三重・岩手・沖縄	1

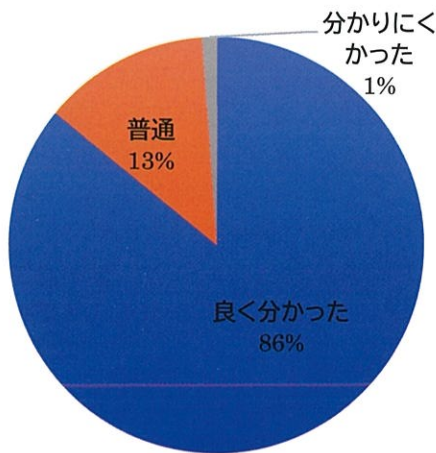
性別



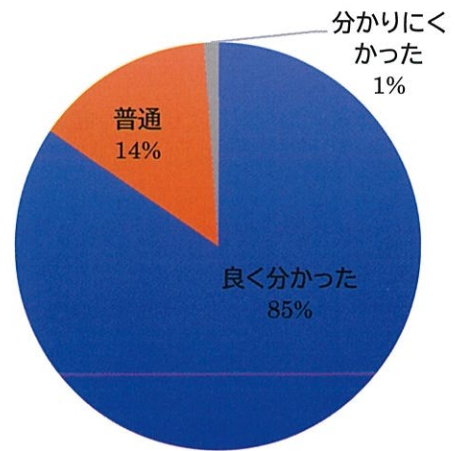
年齢



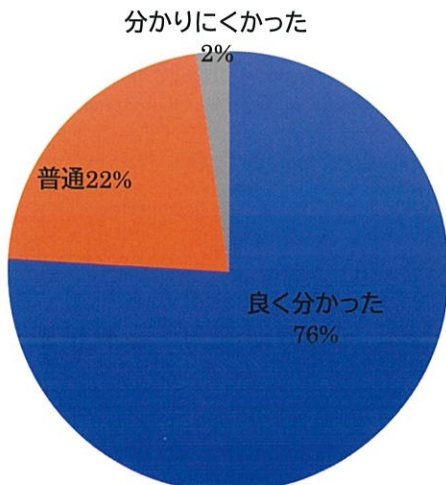
「すい臓がんの早期発見について」



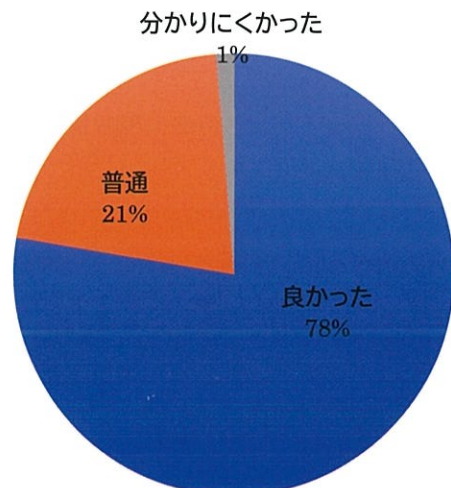
「すい臓がんの最新の治療」



「膵臓がん生存率向上のために  
私たちのできること」



「がん患者を支えるチーム医療」





## 講演 感想

- ・癌患者の家族として、とても参考になりました。
- ・大腸がンの後、すい臓がんに罹患したものです。すい臓がんについて、新しい知見を含め、色々と勉強させていただきました。今後の治療について理解が深まりました。有難うございました。
- ・花田先生の膵臓癌についてとても分かりやすくオンラインで映像が良く見ることができオンラインでの良さが改めてわかりました。
- ・家族にすい臓がん患者がいるため最新の情報を得ることができて大変有意義でした。
- ・すい臓がん治療のこれまでの推移と最新の治療法についての説明が大変分かりやすくとても参考になった。
- ・一つのがんに特化した内容ははじめてとのことでしたが、祖父が膵炎で亡くなり、家族が前立腺がんや乳がん罹患しているため、BRCA 遺伝の話は興味深かった。
- ・尾道方式の取り組みを同じ県民として誇りに思いました。第一部しか視聴できませんでしたが、勉強になりました。
- ・難しい専門的な内容を淡々と話されるシーンが多く、素人としては集中しにくい場面があった。
- ・膵癌治療にはチーム医療が大事と再意識した。
- ・すい臓がんが喫煙により発症するという事が分かり禁煙を決めました。
- ・大会の出演者の皆様、ご準備いただいた関係者の皆様、お疲れさまでした。すい臓がんは早期発見が難しいイメージを持っていましたが早期発見が可能で予後に重要であることを知ることができました。また、後半に取り扱われたチーム医療については、どこの病院にかかっても恩恵が受けられるようになると思いました。
- ・今回の大集会がリモートではありますが、初めての参加でした。医師の方々、体験者の方々の話を聞きとても有意義なものとなりました。希望を持って一人にならず、関わる皆様と接点を持たせていただきたく思います。
- ・知人がすい臓がんなので、参加させていただきました。私は糖尿病がありお酒が好きなので、自身もすい臓がんにご注意が必要と思いました。ただ、すい臓がんのお話、専門用語がたくさん出て、理解するのが難しい場面がありました。チーム医療はよくわかり、共感しました。私がスキルズ胃がんで胃を全摘した当時のことを振り返ることができました。ありがとうございます。
- ・膵臓がんは日本人に多いのだと初めて知りました。本日はありがとうございました。
- ・膵臓がん、舌がんの患者の実態が分かりよかったです。
- ・胸腺腫・胸腺がん患者会「ふたつば」より本日の大集会のお知らせを頂きまして、初めて視聴させて頂きました。先生お二人と、パンキャンジャパン代表の方のお話は、大変ためになりました。予定があり、後半のシンポジウムを視聴することが出来ず残念です。(お世話になった施設のチーム医療が大変素晴らしく、患者に合わせた情報提供や治療計画等を行って下さり、それらが他の診療科、看護部他へも十分共有

されていたことが入院をして実感しました。このような経験が直近であり、本日の後半のシンポジウムも楽しみでしたが、残念です。YouTube 等で後日、期間限定等で動画配信されるとありがたいです。今日は貴重な学びの機会となりました、感謝申し上げます。

- ・すい臓がんの早期発見に力を入れていることがわかりました。チーム医療を現場で行っていますが、これから患者さん、家族のために支援を続けていきたいと思いました。
- ・がんのメカニズムや治療選択肢や術後や費用面について、医師や医療従事者向けの高度な説明ではなく、患者や家族のど素人にも分かり易い写真や図解やイラストやグラフをまじえた説明のような特集を組んで欲しいと感じた。今後に期待したい。
- ・こちらの機器の問題でしょうか？残念ながら花田先生のスライドが小さくて見えにくかったです。膵臓がんの早期発見健診が全国に広まることを願っています。

## シンポジウム感想

- ・とても良い大会でした。大会関係者に感謝申し上げます。ところで自分もシンポジウムを開催した経験がありますが、必ず出席者から「良かったから、もっと大勢の人に来てほしかった」という声が出ます。今回も多分同じかと思います。どうやってがん患者・家族や医療関係者に広く知らしめるかが最大の課題だと思います。IT が進む時代にはそれなりの方法があるのではないかと思います。ご検討いただけるとありがたいです。がん患者会主宰者として、もう一つお願いするとしたら、がん患者支援団体ではなく、直接がん患者・家族が交流する場を提供している患者会に対して公的支援(特定の短期的事業に対する一時的な助成金ではなく)が得られるように、貴会が行政に働きかけていただけるとありがたいです。今や多くのメディカル職種が出来たことによって医療チーム体制が可能となりました。それが可能となったのは、メディカルスタッフに対する診療報酬が認められるようになったからです。退院後の QOL を含めた「全人的がん医療」の推進という観点からみると、がん患者会の存在と役割は大きいです。その普及が必須不可欠です。(最後の宮本さんの下痢の話を実際に理解してくれる医療者がどれだけいたでしょうか？医療者には期待できない領域→取り残された領域があります。)そのためにも自発的がん患者・家族の集まり(概して小規模ながん患者会)の普及を促すべく、公的支援制度があっても良い筈です。貴会のパワーで「全人的がん医療」の観点を第 4 次がん対策基本計画に盛り込んでもらえるとうれしいです。
- ・チーム医療の重要性の視点がすばらしかったです。
- ・初めて参加致しましたがとても勉強になりました。また、医療関係者とがん患者様のディスカッションは心に残るものがありました。
- ・後半のシンポジウムから、チーム医療の必要性和まだ十分にではないと、患者の関りやピアサポートの意義などが明らかにされてまとめられたことに大いに納得しました。すい臓がんを今回取り上げたことについても、シンポジウムやまとめの言葉からも理解できました。提言が形となってい



くことを切に望みます。

- ・チーム医療に関して浸透させる必要があると感じた
- ・Zoomでの開催ありがとうございました。多職種との連携を図るための努力はしていますが、各職種の見解や役割分担などの相違があり、なかなかうまくいかないことが多いです。各職種と協働してワンチームとして機能していくにはどのように働きかければいいのか模索中です。今回、様々な立場から先生の話聞いて、職種の理解や関わり方など考えさせられることが多くありました。
- ・患者様方の貴重な体験談を聴くことができとても良かったです。特にチーム医療について実現することの重要性を再認識することが出来ました。
- ・チーム医療の向上に向け、体験談を開示されたサバイバーの方々、医療関係者の方々、団体の方々に感謝します。
- ・チーム医療について細かく聞くことができ良かったです。
- ・どこも大都市圏のようなチーム医療の連携やピアサポートが連携されていたりしていない現状があり、インターネットをしていない患者や家族でも様々な情報が入手し易い環境を整えて欲しい。地方では、主治医が、理学療法士や言語療法士や歩行訓練士や視能訓練士、または、精神科医や心理士につなげて貰えない場合が多く、技術的スキルの低さ、人件費の削減、人手不足など、様々な要因があるので、それに代わるサポートボランティアの必要性も不可欠である感じた。
- ・がんセンター始め全国のがん専門病院のチーム医療は、よく理解できたのですが、がん予防に対する取り組みが全く聞けなかったのが残念でした。今後は健康なお年寄りも調査し、何故癌に罹患しないのかを遺伝子レベルで調査する事も非常に重要かとも思います。エクソソームやDNAメチル化現象も関係するはずだと考えております。癌罹患患者のみならず、人類の明るい希望となり得る可能性を秘めております。

#### アピール文・全体感想

- ・大変貴重なお話し、ありがとうございました。実際の患者様の声を聴くことで、患者様でしか分かりえない事やチーム医療の大切さが良く分かりました。また、AYA世代や、リスボン宣言など今まで知らなかった言葉も理解でき良い機会となりました。これからは違った目で医療というものを見ていかなければいけないと感じました。
- ・母が一年前に膵臓がんと診断され、テーマがちょうどピンポイントで訊きたいことばかりでしたので、大変勉強になりました。チーム医療についても医療側の方々や患者側のお話を両方聴けたので、バランスがよくとてもよかったです。厚生労働省、日本医師会へ要望書を提出されていることなど、一歩ずつでも改善へ向けて努力されている現状を知ることが出来て、とても心強く思いました。初めて参加させていただき、ありがとうございました。
- ・患者会があるのならば、参加したい。自身の体験や思いを話すことは、それだけでも生きがいに繋がると思う。
- ・がん患者大集会に参加するのは初めてでしたが看護師として毎日がん患者と関わっているのでとても興味深かったです。今年はオンラインでの参加でしたが次回は実際に会場で話をきいてみたいと思いました。

- ・オンライン開催、非常によかったです。会場に来られない患者様もリアルタイムで視聴できますので、次年度以降も継続してもいいと思いました。
- ・Web開催でしたので、自宅から気軽に参加でき、資料もよく見ることができ、大変有用でした。PCで見ているので、わからない用語を検索したりも自由にできました。今後もWeb開催を希望します。もしくはWeb開催を併用していただければ幸いです。
- ・私の父は肺がんで、13年前に亡くなりました。初めて診断された時(18年前)には、ステージIVで余命半年と宣告され、頭の中が真っ白になり、不安な日々を送っていました。その頃には、患者会というものがなかった為、インターネットや書籍で情報収集するのみでしたので、患者会の活動内容を知り、本当に安心しました。
- ・オンラインでも十分集中して参加できると思われました。
- ・大変分かりやすかったです。webで参加出来て、遠方の方も参加できるチャンスが出来ました。誠に感謝しています。
- ・医師、看護師、薬剤師だけでなく、コメディカルスタッフ、ピアサポートスタッフ、患者、家族、あらゆる関係者の情報交換、情報共有の重要性を改めて感じた。とても良い大集会だった。参加できた事を感謝している。今後も、継続して頂きたい。ステージ0やステージ1の患者データの収集をもっと行って頂き、データ分析をして、早期発見早期治療に役立てて頂きたい。
- ・2部の画面が乱れて判り辛かった。
- ・がん患者体験者の生の声を聞く事が出来ることは、とても貴重なことでした。
- ・大変良かったです
- ・初めての参加でした。有意義な時間を過ごすことができました。ありがとうございました。
- ・励みになりました。
- ・16回も実施され、癌患者の経験知や現在のがん治療の実態報告も素晴らしいのですが、しかし今後癌に罹患するのではと心配している方々にとっては、明日への希望が最も望まれている事ではないでしょうか。もちろん癌患者さんやその家族にとっては、非常に大切な内容です。今や日本人や全世界の人々の切なる願いは、医療革命真只中にある現在、癌の撲滅です。しかも罹患しても非侵襲性の治療を望んでいるはずで、今世界の薬業界でも今までの抗がん剤とは全く異なる抗CD9、CD28モノクローナル抗体やその他分子標的薬及び抗体薬物複合体をしのぎを削って開発中です。その様なメーカーと共同研究中で、何年後には発売される。しかも重粒子線治療や光療法等でここまで成功したという講演も重要かと思えます。
- ・患者様目線でも勇気付けられる内容で、大変よかったですと存じます。
- ・ディスカッションの時間が長い方が良いのではと思いました。
- ・初めて参加しましたが勉強になりました。
- ・今回初めて参加させて頂き、癌が身近である事、そして誰にでもなりうる病気であると改めて知りました。最近では少量



の血液検査で癌が見つかるなど医学の進歩が見受けられますが、学校の授業などに取り入れるなど国民一人一人がもっと関心を持ち更なる飛躍の進歩になりますように願います。有り難うございました。

- ・ZOOM 会議であったおかげで、この大会に参加することができてとても感謝しています。
- ・患者目線の内容と思い視聴しましたがので少し残念です。
- ・患者様の悩みは多様だと思いました。医療従事者が提供するソリューションだけではなく、同じ体験をしたピアとの憂慮の共有を求めており、家族にこそ相談できないことも多いことを理解しました。宮本直治氏(薬剤師 胃癌経験者)が胃がんのステージ3になり、下痢が止まらなかった頃、医師にどんなことを言われても気持ちは晴れなかったが、患者会の同じ経験をしている人に、「その症状はみんな経験している」という症状に対する気持ちの共感を示されて初めてストンと落ちたという経験が印象的でした。
- ・患者の本当の気持ちの共有ができるピアとして、同じ病気を経験した元患者が生きた知を共有することで果たす役割はたくさんありそうだと思います。舌がんを 25 歳で経験し、舌の 2 分の 1 を切除した患者として、實原和希氏(舌癌経験者)は、人生これからという 20 代での希望を抱いていたが、それがどうになってしまうのか、その後の生活に対する大きな不安な気持ちを抱えたとおっしゃっていました。このような気持ちを抱える患者様は多く、臨床心理などを含むチーム医療への期待感を示されていたことから、心理的な支えが本当に必要なのだと理解できました。
- ・チーム医療は、高い志を持ち、リスボン宣言で示された患者の権利を追求するという視点で必須のものであり、これまで医療従事者関係者の長い努力の末、チームとしての治療への関与の役割を拡大してきました(国家資格の拡大)。医療には医者だけではなく、様々な専門を持っているスタッフが、様々な形で患者を支えていて、本当の個別化医療の実現に向けて日々努力されていることを理解しました。半田一登氏(チーム医療推進協議会代表)、中嶋崇博氏(山梨県立中央病院言語聴覚士)、馬場和子氏(自治医科大学付属さいたま医療センター公認心理士)らメディカルスタッフの、患者様を中心に据えたよい医療を提供するという高い志、真剣な思い、情熱に触れることができました。
- ・健常者は、病気の当事者になって、初めて当事者としての悩みをかかえるし、医療提供体制の不足にも気づく。疾患啓発や、いざ当事者になった場合のオプションの多様性を確保することは大事(治療選択肢や、相談相手)だと思いました。患者様の本当の悩みを共有できる仕組みへの関心を持ちました。

#### 次回、ご希望のテーマ

- ・次回は、がん患者の体験談ではなく、生死や人生を左右するほどの苦難を経験した「医者(医療者)の体験談」と本音の座談会を聞きけるとありがたいです。がんを体験することで知った「生きる意味」「医療者への注文」「行政への要望」などを語ってもらえると、一般のがん患者と悩みを共有できるのではないかと思います。

- ・病院という閉鎖された空間での医療チームの充実とともに、職場やコミュニティで医療サポートを受けられる取り組みについてお考えをいただきたいです(注射剤投与の仕事・家事への負担軽減というような)。
- ・小児がん
- ・患者支援に関わる広域的なテーマがあると、特色が出て良いのかと思いました。
- ・コロナ禍の緩和ケア医療～コロナ対応が優先され緩和ケアが後回しにならないようにするには？～
- ・標準療法にもいろいろあることを学びました。治療法の選び方、医療者とのかかわり方について。
- ・副作用を軽減するための取り組みについて、どこでどのようなことが行われているか
- ・患者自体のレベルアップ
- ・知識とリテラシー、コミュニケーション、意思決定の仕方について
- ・治療途中の苦しみの緩和や手術後のケアについて知りたい。
- ・まだ新型コロナウイルスの影響はあると思います。それにとどまらず、見えない感染症に対して、がんに関係がない(関心がない)と思っている人たちに興味・関心を示してもらおう対策。例えば小中高ではがん教育が始まっていますが、「大人のがん教育を整備させるためには」をテーマにしていればと思います。
- ・ガン患者さんの金銭問題、就労
- ・がん患者当事者が選択した治療や生き方とその家族の思いの相違についてがん患者さんが前向きに自分らしく生きていけるように私たちの携わり方、支え方
- ・今は、遺伝子解析もかなり進行しております。ぜひ「ここまで分かったエクソソーム」「DNA メチル化阻止」のテーマをお願いできればと思います。
- ・肺がん(や胆のうがん)の話題を扱っていただきたいです。
- ・来年、コロナはどこまで収まっているかわかりませんが、「コロナ禍におけるがん患者とがん治療」はいかがでしょうか。
- ・チーム医療について
- ・標準治療では薬が無い、合わない場合いったいどうしたら良いのか？特に再発転移の場合。緩和ケアしかないのでしょうか？
- ・代替療法の有効性について
- ・心のメンテナンスを強く持つには。精神的な助け合い。
- ・主治医と患者の上手なコミュニケーションの取り方について。



**Canps**  
Cancer Patients  
Support Organization





あなたの笑顔がうれしい

私たちは人びとの健康を高め  
満ち足りた笑顔あふれる  
社会づくりに貢献します。

いつもを、いつまでも。  大鵬薬品

<https://www.taiho.co.jp>



**MDRT** The Premier Association of  
Financial Professionals®

**一般社団法人MDRT日本会**

1927年に発足した Million Dollar Round Table (MDRT) は世界70の国と地域の500社以上で活躍する、49,500名以上(2016年8月現在)の会員を有する、卓越した生命保険と金融サービスの専門家による国際的かつ独立した組織です。MDRT会員は卓越した商品知識をもち、厳しい倫理基準を満たし、優れた顧客サービスを提供しています。また、生命保険と金融サービス業界の最高水準として世界中で認知されています。

**新尾道薬局**

〒722-0622 広島県尾道市栗原町5901-1  
TEL 0848-24-2417



**エーザイ**

**SANOVI** 

**オズ・インターナショナル**

**日本イーライリリー株式会社**



〒651-0086 神戸市中央区磯上通 7-1-5 [www.lilly.co.jp](http://www.lilly.co.jp)

**Janssen** 

**AstraZeneca** 



## ■主催・協力・後援・協賛・寄附・協力・制作協力

主催:特定非営利活動法人がん患者団体支援機構・第16回がん患者大集会実行委員会

協力:国立がん研究センター希少がんセンター

### 後援

厚生労働省、文部科学省、(公社)日本医師会、(公社)日本看護協会、(公社)日本薬剤師会、日本癌学会、(一社)日本癌治療学会、(一社)日本血液学会、(一社)日本サイコオンコロジー学会、日本製薬工業協会、(公財)日本対がん協会、(一社)日本医療機器産業連合会、(一社)共同通信社、NPO法人日本ホスピス在宅ケア研究会、(公社)日本臨床腫瘍学会、NPO法人薬患ねっと、NPO法人婦人科悪性腫瘍研究機構(JGOG)、NPO法人地域チーム医療推進協議会、(公財)正力厚生会、(社福)NHK 厚生文化事業団、(公社)日本臨床細胞学会細胞検査士会、NPO法人日本緩和医療学会、読売新聞社、朝日新聞社、日本経済新聞社、中国新聞社、毎日新聞社、東京都福祉保健局 医療政策部 医療政策課、チーム医療推進協議会、国立研究開発法人国立がん研究センター、NPO 法人パンキャンジヤパン

### 協賛

大鵬薬品工業株式会社、一般社団法人 MDRT 日本会、ヤンセンファーマ株式会社、日本イーライリリー株式会社、サノフィ株式会社、エーザイ株式会社、オズインターナショナル、新尾道薬局、アストラゼネカ株式会社、

### 寄附

浜中皮ふ科クリニック

### 制作協力(インターネット放送)

株式会社ワナファイ(深江 豊)



### 意味

人任せではなく、がん患者が自身の命のために「声を上げる」イメージを力強い片腕で表現。そしてもう片方の手は、みんなで協力し合う、つながりあう連帯感をアピールし、全体的にハートのモチーフで心の交流や人の温もりを演出しました。青と赤のツートンカラーは、男性と女性、患者と医師、患者と家族などの相互する関係さらに静脈と動脈をイメージしています。



## 特定非営利活動法人 がん患者団体支援機構 第16回がん患者大集会実行委員会

理事長・実行委員長:浜中 和子

【東京事務局】〒154-0002 東京都世田谷区下馬 5丁目 28番 7号  
TEL:03-5787-6411 FAX:03-5787-6420  
Mail: [info@canps.jp](mailto:info@canps.jp)

【尾道事務局】〒722-0022 広島県尾道市栗原町 5901-1 浜中皮ふ科クリニック内  
TEL:0848-24-2413 FAX:0848-24-2423  
Mail: [hmnnk@do8.enjoy.ne.jp](mailto:hmnnk@do8.enjoy.ne.jp)

ホームページ: <http://www.canps.jp>