

はじめに ～開会挨拶にあたって～

全国がんプロ協議会 会長 松浦 成昭



おはようございます。ただいまご紹介いただきました全国がんプロ協議会会長の松浦でございます。

本日はお寒い中、全国から沢山の方にお越しいただきありがとうございます。また、文部科学省の西田課長を初め医学教育課の皆様方、アドバイザーの先生方、毎年、出席いただきありがとうございます。

がんプロは2007年から1期5年間で2期10年間やって参りましたが、昨年の7月から新たなステージということで、新たな人材養成、今までの2期とは少し視点を変え新しい形のがんプロが始まって、皆様方のそれぞれの拠点、大学で教育がスタートしていることと思います。

全国がんプロ協議会が2010年、1期目の最終年度の前の年にできましたが、当時文科省が主催して色々なGPものが集まって教育改革合同フォーラムという発表会をやっていて、がんプロも初年度からこのフォーラムで意見交換をしていました。それが2008年か2009年ぐらいでフォーラムが終わったのですが、あれは非常に良かったので私たち自身でやっていきたいという事で、第2期

がんプロの初年度からテーマを決めてやってまいりました。

がんプロ以外に色々な文部科学省の事業を皆さんはやっておられると思いますが、多くは、大学同士が競争して、よそよりもすぐれたことをやり、各大学が上を目指すと多いと思います。しかし、がんプロは均てん化を目指した教育ですので、それぞれの大学が特色を生かして競争するというのは大事なことです。よそのいい点を生かして、学ばせてもらって、お互いに教育効果を高めて、全体としてがん医療が良くなるということが需要であると思いますので、連携とか協力ということを当初からうたってやっておりました。

第2期5年間、合同フォーラムをやったわけですが、非常に有益であるという声が多いので、第3期でも是非この合同フォーラムを続けて行きたいと思えます。色々な形で人材育成の教育に先進的に取り組んでいる大学もございますし、よそとはちょっと違った視点の大学もあるでしょうし、どのような形でやっていこうかと考えておられるところもあると思えます。是非お互いそれぞれのいい点を学び合って、また、明日からのがんプロ 大学院生の教育に生かしていただけたらと思えます。

今回はライフステージに応じた医療人材の養成をテーマに取り上げ、三宅先生はご専門ではないんですがご無理をお願いしていて、眞嶋先生にもお願いして、オーガナイズをしていただきました。ちょっと準備期間が短かったのですが皆様には大変ご迷惑をおかけしたと思えますが、今日は是非各拠点の発表を聞いて、意見交換をしていただきたいと思います。宜しくお願い致します。

プログラム

■開会の挨拶

総合司会 東京医科歯科大学大学院 臨床腫瘍学分野 教授 三宅 智
千葉大学大学院看護学研修科 副学部長 教授 眞嶋 朋子
全国がんプロ協議会 会長 松浦 成昭
文部科学省高等教育局 医学教育課課長 西田 憲史

■特別講演Ⅰ

「ライフステージに応じたがん対策を推進するための人材育成 家族システム理論から考える」
神戸大学医学部附属病院 緩和支援治療科 特命教授 木澤 義之

■特別講演Ⅱ

「高齢者のがん治療」
国立がんセンター東病院 精神腫瘍科 先端医療開発センター精神腫瘍学開発分野 分野長 小川 朝生

■各拠点からの発表

テーマ：「ライフステージに応じたがん対策を推進する人材の養成」

【各拠点発表者】

1. 【新ニーズに対応する九州がんプロ養成プランの取り組み】
九州大学拠点 九州大学 教授 馬場 英司
2. 【全人的医療を行う高度がん専門医療人養成】
岡山大学拠点 岡山大学 教授 松岡 順治
3. 【「がん患者のライフステージに応じた医療」への取組み ～薬学領域における医療人の養成～】
大阪大学拠点 大阪薬科大学 教授 天野 富美夫



4. 【京都大学拠点におけるライフステージに応じたがん対策を推進する人材の養成の取り組み】
京都大学拠点 京都大学 教授 溝脇 尚志
5. 【7大学連携個別化がん医療実践者養成プランにおけるライフステージ対応型がん専門医療人養成の取り組み】
近畿大学拠点 近畿大学 教授 福岡 和也
6. 【超少子高齢化地域での先進的がん医療人養成】
金沢大学拠点 金沢大学 教授 矢野 聖二
7. 【「未来がん医療プロフェッショナル養成プラン」における試み】
東京医科歯科大学拠点 東京医科歯科大学 教授 三宅 智
8. 【地域がん患者の生活の場や生き方を大切にしながらがん診療を実践できる人材の養成】
東京大学拠点 自治医科大学 特命教授 山口 博紀
9. 【e-learningクラウド新科目「ライフステージに応じたがん医療」関東拠点の進捗】
筑波大学拠点 筑波大学 助教 大和田 洋平
10. 【東北大学拠点における取り組み】
東北大学拠点 東北大学 教授 井上 彰
11. 【がんサバイバーシップを支えるAPN養成プログラム-アウトリーチ活動を中心に-】
札幌医科大学拠点 北海道医療大学 研究科長・教授 平 典子

■閉会の挨拶

東京医科歯科大学大学院 臨床腫瘍学分野 教授 三宅 智



開会の挨拶

文部科学省 高等教育局 医学教育課長 西田 憲史



本日は、このような機会にお招きいただきまして誠にありがとうございます。

また、全国がんプロ協議会会長の松浦先生をはじめ、がんプロ事業にお取り組みいただいている各大学の教職員の皆様方におかれましては、本事業に係る取組の充実、がん医療の更なる発展のために、日頃より御尽力を賜っており、この場をお借りいたしまして改めてお礼を申し上げます。

がんプロ事業につきましては、今年度から新たに、「多様な新ニーズに対応する『がん専門医療人材（がんプロフェッショナル）』養成プラン」を開始し、各大学におかれましては、全国がんプロ協議会のご協力の下、ゲノム医療の実用化、希少がん及び小児がん対策、ライフステージに応じたがん対策等に対応できる医療人材の養成に向けた取組を推進いただいているところです。

本事業に期待される役割は大きく、昨年10月に閣議決定された「第3期がん対策推進基本計画」において全体目標として掲げられた、①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実、②患者本位のがん医療の実現、③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築を実現するためにも、多様な新ニーズに対応できるがん専門医療人材の養成が必要不可欠です。

本日の合同フォーラムでは、「ライフステージに応じたがん対策を推進するための人材育成」及び「高齢者のがん治療」をテーマにした講演や、各拠点における取組の概況等について、報告があると伺っております。

このような、がん医療人材養成拠点間の枠組みを越えた取組は、大変重要であり、今後も各大学における「がんプロフェッショナル」養成事業の一層の進展にもつながるものと期待しております。

各大学におかれましては、本日の合同フォーラムの内容を踏まえて、共通理解を深めるとともに、各拠点における連携大学すべてが一体となって事業を推進し、事業の更なる発展と情報発信に努めていただきたいと思います。

最後になりますが、我が国のがん医療がますます発展・充実するよう、皆様の一層のご協力をお願い申し上げます。私からの挨拶とさせていただきます。

特別講演 I

「ライフステージに応じたがん対策を推進するための
人材育成 家族システム理論から考える」

神戸大学医学部附属病院 緩和支援診療科 特命教授 木澤 義之



ご紹介いただきました神戸大学の木澤でございます。ライフステージに応じたがん対策を推進するための人材育成ということでお題をいただきまして、さてどうしようかというふうに思いました。私は今どんな仕事をしているかといいますと、2つの仕事を主にしています、一つは緩和ケアの臨床と研究そして教育ということと、もう一つは、病院としては、がん相談室の相談室長を担当しています、両方の部門でがん医療に携わっているということになります。

その中で、ライフステージに応じたがん対策を推進しようというふうに考えますと、一体何をすればいいのかということを経験的に考える機会をいただきました。

まず、第3期のがん対策推進基本計画の部分を皆さんと見てまいりたいと思うんですけども、こんなふう書いてあります。主には小児がん、AYA世代のがん、高齢者のがん対策というふうに振ってありますが、前半は、小児及びAYAの病死の主な原因の一つであるが、多種多様ながん種を含むことや、成長発達の過程においてもさまざまな世代といった特徴あるライフステージで発症することから、成人のがんとは異なる対策が必要であるということが書かれていて、特に診断時から晩期合併症への対応が必要であることが書かれています。

2つ目は高齢者のがん対策ということが書かれているということで、これも小児と高齢者を頑張ればいいのか

まとめ
ライフステージに応じたがん医療
人材育成の観点から見た課題

- ・ 個別性、患者の生活や価値、患者を取り巻く家族や地域を視野に入れたがん医療が実践できる医師の育成
 - － 小児がん医療に携わる医療従事者の育成
 - － AYA世代のがんに対応できる医療従事者の育成
 - ・ 希少がんへの対応
 - ・ 発達課題や家族など個別性に配慮した医療の実践
 - － 高齢者のがんに対応できる医療従事者の育成
 - ・ CGAの教育、臨床での実践

みたいな話になってしまって、そもそもの全体的な考え方からすると、本当にこれでいいのかというふうに思ったりするわけであります。

では、どうすればいいのか根本的に考えてみますと、ライフサイクルとかその方の個別性に合わせた医療を展開できるような人材育成をするというのがそもそも大学の役割ではないかと考えるわけであります。

今、皆様にお示ししているのはライフサイクル、いわゆる成長発達課題というふうに使われているもので、私も今回スライドをつくるに当たり久しぶりにエリクソンの発達課題を見直しましたが、改めて見ると、昔のものだなというふうに思わざるを得ないわけであります。

生後から13歳ぐらいまでは、今でもあてはまるかな、と思うんですが、例えば3歳、積極性と罪悪感、5歳の勤勉性と劣等感、13歳の同一性、アイデンティティの確立の部分などは今でも通用すると思うんです。

大体、今、自分探しをしている20代なんていうのはたくさんいるわけです。自分の生き方が見つからない、何をやったらいいのかわからないというような方は非常にふえていて、ひょっとして先生方の大学院生や医局員の方にもいらっしゃるのではないかと思います。30代になってもそういう子たちがいるので、明らかに青年期は多分延びているのではないかと思います。

そして、生殖年齢も大きく変化しています。我々が大

学生のころは20代で結婚する方が非常に多かったし、やはり40歳を超えるような出産というのは非常に少なかったんですけど、今は決して珍しい事態ではなくなって、生殖年齢も延びてきている。また個人差がある。そして地域によっても異なる。

そして亡くなる年齢も飛躍的に延びてきている。年金をもらえる年齢もどんどん上がってきていますし、もう老年という概念も変わりつつある。70代はまだまだ若くて元気というようなことが成り立つので、このエリクソンが考えた発達課題をそのまま当てはめて患者さんをアセスメントしているというような方はいらっしやらないと思いますし、もちろん考え方としてはいまだに新しさがあると思うんですけども、これを我々の大学の人材育成に生かすことは直接は難しいだろうと感じました。

今、お話ししたことをまとめると、こんなことだと思うんです。やはり価値観が単一化されていた社会から価値観が多様化している社会、お一人様で生きるという方もやはりふえている中で、発達課題もやはり大きく変化しているわけです。しかも人生の長さが変わっていく中でどういうふうにライフステージというものを考えたらいいいのか。

ライフステージという言葉自体が割と曖昧なのでもう一遍考え直してみたいんですけども、やはりキーワードは個別化ではないかというふうに私たちは考えました。その人がどんな人生を歩いてきて、どんな価値観を持っていて、どんな家族、どんな地域、どんな社会で暮らしているのか。社会の上での役割は何か。それを正確、的確にアセスメントして、患者にとっての最善を考えた治療ケアの計画を立てていくということがやはりライフステージに応じたがん医療の最も望むべき姿ではないかというふうに考えたわけでありまして。達成のためにどんな手段があるのかというのが次の段階になります。

これがいい機会なので、私たちは緩和ケアの診療をしているので、緩和ケアの初診の患者さんのデータセットを、今、つくり変えています。そこに何を入れようか、どうやったら患者さんのライフステージ自体をとらえ直すことができるかというふうに考えますと、一つは、患者さんお一方お一方にライフレビューをしていくというのが一番簡便な方法ではないかということに行き着きました。

では、どうするか、そのままこれを一人一人にやったら大変長く時間がかかりますので、どう効率的にやったらいいかというふうにかなり考えています。今も実はオ

ンゴーイングでデータセットをつくっている途中ですけど、今、実際にどうやっているかという最後の結論だけ言うと、こんな取り組みをしているというスライド1枚です。

一つは、家族図をしっかり描こうということです。いわゆる家族図は皆さんの病院の電子カルテにもあると思うんですけど、恥ずかしながら、うちの患者さんの初診のときに描かれた家族図を開くと、ひとり、独居、72歳と書いてあって、それで終わりなんです。どういうお父様、お母様がいて、お子様がどうなっているか書かれてなくて、独居ということだけはわかるみたいな電子カルテの画面が出てきて大変切ない思いをします。もちろんその方には親御さんがいて、多くの場合、同胞やお子様がいらっしゃるわけですけど、そちらのほうは全く書かれていなくて、我々医療を提供する医療従事者は、その人は見るけれども、その人が過ごしてきた人生に興味を持たない。

私たち緩和支援診療科にローテーションしてくる医師の多くは残念ながらその人や人生に興味を持たないことが多いです。いらっしゃるときにかなり詳しくそのことをお教えるということ、毎月というか、2カ月ごとにローテーションとしてくるので2カ月ごとにゼロから教えるということを繰り返しています。

要は、がん医療歴であるとか家族歴はもちろん大切なんですけれども、そうではなくて、どのようななれ初めで、どういうきっかけで、何の仕事をしているときに結婚されて、どういう家族を築かれて、何を大切にしているのかということをしっかり把握しよう。患者さんはどんなお仕事をされていて、どんな社会的な役割を持っているのかということもしっかり把握しよう。あとはやはり家族のケアも重要です。看護師さんの方もたくさんいらっしゃるので釈迦に説法状態で大変申しわけないんですけども、もし間違っていたら指摘してください。家族内の力道を把握して、家族内の連合や関係を把握したり、重要他者に対する情報も含めて把握をしていこうというようなことをしています。

プラス、家族図を描くときに、現在何が起きているのか、それぞれ家族がどんな役割を果たしているのか、家族内がどんな感情と関係性にあるのか、オープンなコミュニケーションがないのか、家族がいないからこういう問題が起こっていないのか、この家族のライフサイクルはどんな状態にあるのか。Illness History といまして、家族の中に家族関係によって生まれる病気を持っている人がいないか。スケープゴートになっている人は

いないのか。例えば摂食障害とか身体化障害とかさまざまな病気を持っている方がいらっしゃる。過去の家族内の問題はどうか乗り越えているのか。あとは Ecology ですけれども、家族が持っている社会的なもの、文化的な背景、宗教・教育・経済的問題、使うことができるメディカルリソースには何があるのかというようなことを、考えながら家族図を描くようにしています。

家族ライフサイクルのステージというものがどういふふうになっているかと申しますと、代表的なものをご紹介しますけれども、巣立ちという若い成人、そして、結婚したばかりの新しいカップル、小さな子供のいる家族、思春期の子供のいる家族、子供を巣立たせ次の段階に移る晩年期の家族というライフサイクルのステージがありまして、それぞれに抱えることが多い common な問題というのが存在します。詳しくは後で例をあげてお話をしていこうと思うんですけども、このようなものを事前に把握した上で、患者さんに会っていく、患者さんの問題を把握していくというようなことに気をつけて、人材育成というか、日々の臨床をしているわけであります。

ちょっとわかりにくいので事例を一例ご紹介しようと思います。

51歳の方、男性の方で大阪の研究所に勤務をされている方です。単身赴任中で、この方は主任研究員を務めていらっしゃいました。半年前からひどい腰痛に悩まされていて、職場の健診で便潜血を指摘されて受診しました。直腸がん、多発肝転移、多発骨転移と診断されまして、かなり広範な骨転移があって、腰椎には病的骨折が見られるというような状態でした。

この方の痛みを主訴に私たちは診療を拝見したんですけど、家族像を皆さんにお示しします。これが彼の家族図概略です。一番大きな問題は、奥様が神奈川県にいて、内縁の妻がいるというような状態でした。お子さんは2人、遠くに離れていて、ご両親も別々のところにいらっしゃる。この方ががんを発症されて、治ることの難しいがんの状態で見つかった。今からが治療を受けていく。このような状態に、私たちは支援者としてこの方の治療に当たるというようなことになったわけです。

さあ、ライフステージに応じたがん治療です。どうしたらいいでしょうか。私は究極の個別化だと思うのです。この方にどう対処したらいいのか。別に珍しくない方です。こういう方は普通にいらっしゃいます。家族図を描いてみてわかったことは、本当に複雑な問題が絡み合っているということであります。

実母は認知症で、高齢の父母が2人で暮らしていて、患者さんは実家に通って、父母の面倒をちょくちょく見ている。その方々は一体どうなるんだろう。私がもし死んでいったらこの2人はどうやってこれから暮らすのか。この人には同胞がいません、ひとりっ子です。高齢の夫婦、自分の父母はどうなっていくんだろう。

夫婦関係は破綻してしまっていて、あまり話題には出てきませんでしたが、この方のソーシャルサポートは期待ができない。

パートナーの方はパートナーで非常に不安定な状態にありますし、予期悲嘆の状態にあるという感じで、直接すぐにサポートも得られないような状況です。

娘さんとは非常に親密性はあるんですけども、娘さんも学業があって、なかなかすぐに帰ってこられるような状態ではないですし、娘さんが学校を休もうかというようなことを話してくれたりするんですけど、それは、患者さん本人は絶対それはするなっている。2人の大学生はそれなりにお金がかかります。1人は外国に行ったりしていますから、大変なお金がかかる。

さあ、どうしようという感じです。本人は、治療することも不安だけれども、治療しないのも不安だし、どうしたらいいのか、自分の人生はどうなるんだというような形になっていられる。こういう方を私たちは支援をしていかなければいけないということになります。

この例にライフサイクル理論を当てはめてみましたが、40歳から64歳の壮年期だ、ということはあまり役に立ちませんでした。ファミリーライフサイクルで見ると、夫婦システムについて再交渉する。成長した子供と親との間の大人の関係を発達させる。義理の関係や孫を含む関係を再構築する。親、祖父母の死や身体障害に対処する。と言うか台があがっており、少なくともスクリーニングにはなるかなという風に感じました。臨床で家族図を使っていると思うことは、少なくともこのような家族関係やご本人のライフヒストリーを知ったり、深いご本人の理解に役立つということです。

もう一つは、この治療をすることが、このケアをしていくことが、例えば長期入院生活をするのがこの人にとって本当にメリットがあることなのか、仕事を続けることはどんなメリットがあるのかというようなことを深く洞察することにはつながるようです。

例えば回ってくる研修医、私のところには2年目の研修医が回ってくるんですけども、多くの医師は関心を持っていません。というか、こういうことを考えたことがないんです。初めてそんなことを医師に教わりました

というふうに言われます。でもそれはやはり本来はそうあってはいけないと思うんですね。実際、自分が治療やケアをすること、医療行為をすることがその人の人生にどんな影響を与えるか知らないで治療選択肢を出していくということはちょっと私にとっては考えられない。そういうフィードバックを受けると、やはりこういう家族アセスメントであるとかライフレビューをするということが、決して看護だけの専門性ではもちろんなく、医師にとっても非常に重要なコアクリニカルスキルだというふうに感じるわけであります。

実際、治療方針の話し合いということで、患者さんの人生、今の人生の過ごし方、これからどうやって生きるかということを考えながら、実際に患者さんに最も適した最善であろう治療、ケアの方針について話し合っていくということになります。

その中ではやはり仕事を続けられるかどうかというような問題もあります。今度の第3期の計画には就労支援にもかなり手厚くさまざまな配慮がされていますけれども、私たちはやはり患者さんの仕事・生活に焦点を当てて医療ができる医療従事者を育てていく必要がありますので、これら就労支援の仕組みであるとか、まず仕事をやめないでくださいねというふういきちんと声をかけたり、もし大変な場合に誰に連絡をとったらいいのか、いきなりハローワークへ行ってもハローワークは仕事をやめた人しか基本的には対応してくれませんので、仕事を続けるためにどうしたらいいのかというようなことで、産業医の方、社労士の方ときちん連携をとっていく。そのために必要な院内リソースはソーシャルワーカーだと思えます。

ここで話をするのがいいのかわかりませんが、ソーシャルワーカーの育成ということもやはりきちん、医療人の育成の中ではやっていけないといけません。特に、ソーシャルワーカーさん自体は全員が医療の場所で働くわけではないので、良質なメディカルソーシャルワーカーさんを育てるためには、実習期間の確保とか臨床医学を指導する者というのが必要です。それが現状ではかなり欠如している状況にあります。ほとんど臨床経験のないまま現場に配属されるというのがソーシャルワーカーの実態でもあります。こういうことをやらないと患者さんに益することができないというようなことが現実の姿であります。

これはもう本当に何か小うるさい話になるかもしれませんが、医療者は患者さんご自身のことに関しては素人であるので、やはり患者自身から最善の選択にかなうた

めの情報を教えてもらう必要がある。私たちは医学的なことは最も正しいことを提供できるかもしれませんが、患者さんの人生については何も知らないというコンセプトをきちん持って、ここにちょっと簡単に列挙しましたが、患者さんがどんな価値観を持って、どんな人生を今過ごしていて、どうなりたいのか、そしてこれからどうしていきたいのかということをしかり相談した上で、治療計画、医療の計画、ケアの計画を立てていけるような医療従事者の育成をしていきたいというふう思うわけであります。

続いて、私はあまり専門ではないですが、総論ということなので小児とAYAのことについても触れようと思えます。

これが第3期の基本計画における小児・AYAの書き抜きになります。さっきもご紹介したところでありませけれども、取り組むべき施策だけを読み上げさせていただきます。「小児・AYA世代のがん患者の長期フォローアップについて、晩期合併症への対応、保育・教育・就労・自立・心理課題に関する支援を含め、ライフステージに応じて成人診療科と連携した切れ目のない相談等の支援の体制整備を推進する。」ということが書かれています。

小児・AYA世代のライフサイクルですけれども、先ほどのエリクソンからするとこの領域になります。生後から大体40歳ぐらいまで、境界は曖昧ですが、これを一くりにできるのかというような問題もあるかと思えます。本当にかなり毎年毎年移り変わるようなお気持ちの状態、及び自立の度合いは毎年変わってくると思えますし、かなり個別性があるかと思えます。

これを家族ライフサイクルで見ますと、大体この1、2、3のところかというふう思えます。また、小児・AYA世代を見るときはご本人だけではなくて、もちろんのこと、ご家族、特にご両親そしてご祖父母のライフサイクル及び家族アセスメントというのが大変重要になってきます。こちらも配慮しながら、患者さんの把握そしてご家族の把握というのをしていくことになります。

1枚だけお示ししようと思えますけれども、小児・AYA世代のがんの患者さんのアンメットニーズにどのようなものがあるかということ、少し見にくいビジーなスライドですが、ご提示したいと思います。

成人患者と同じ部分もありますが、やはりここは特異的なアンメットニーズだというのは幾つかありまして、例えば今後の自分の将来のことであるとか、年齢に適した治療環境、遺伝の可能性、不妊・生殖、そして家族の将来、生き方、死に方、ほかのがん患者さん経験者との

交流、自分らしさ、セクシュアリティなど、アンメットニーズとしてやはり特異的な部分がある、そして対応が十分でない部分があるということがわかっています。

これらのニーズに応えられるような医療従事者の育成ということもやはり小児・AYA世代のがんを考える上では、さっきの総論に加えてですけれども、今、お話ししたような部分を特に重点的に提供できるような医療従事者の育成というのは必要になるだろうというふうに思います。

そして高齢者のことをお話ししようと思います。高齢者についてはこの後小川先生が詳しくお話をさせていただけるかと思うので、これも少し私が経験した症例をお話ししながら、皆さんに見ていただこうと思います。

患者さんは77歳の女性で、半年前に舌がんと診断されまして、切除を受けるも局所再発していらっしゃる患者さんです。疼痛と食事摂取困難を主訴に受診、遠隔転移はない方です。この方はサ高住（サービスつき高齢者住宅）に独居していらっしゃる方で、お話をしてみると、もう一度口から物が食べたいというふうにおっしゃったために、外来で放射線治療が計画されています。サ高住でもうちょっと面倒は見られないというお話になりました。大学病院に入院されたというような患者さんです。

この方は10年ぐらい前まで市の行政機関に勤務していた方でした。10年前に夫と死別して、軽度認知症があって、要支援2の状態です高住に入られているという方です。この1年間で見てみると3回の転倒エピソードがありまして、1回は腰椎圧迫骨折で、もう1回11月はColles骨折でした。

実際に面接してみると非常に温和で、多少話のつじつまが合わないんですけど非常に理知的な印象を受けて、なるほど、それで治りたいと言ったから治療を始めたんだろうなというような感じでした。ただ、ちょうど行ったときにはご家族が、ご長女が面会にいらっやっいて、難しい話はちょっと無理ですというふうにお話をしてくれたというような状態です。

さて、この患者さんに適切な治療ケアは何でしょうか。この方はこのまま治療が終わってからサ高住に戻れるのでしょうか。この人はどれぐらい予後が見込めるのでしょうか。この方のライフサイクルは最後の老年期に当たって、かつ、家族としては晩年期の家族というものになります。

私たちは、高齢者の方、65歳以上の方になると高齢者総合評価をすることが望ましいと考えています。これは私も緩和ケアチームの医師をしてしばらくは全く手つか

ずできたんですけれども、高齢者を特に見るようになってからかなり包括的にアセスメントするようになって、もう考え方が大きく変わりました。やってみないと本当にわからない。特に認知機能は検査してみないとわからないことが多いです。

この患者さんの認知機能はどれだけだったと思われますか。後でお話しますが、この方のMini-cogは0点でした。3つの言葉の時間を置いての復唱は全くできず、時計は書けず、IDALといいますが、日常生活はほとんど人の支援がないとできないような状態なんだけど、外来に来て面接しただけだとわからないという状態でした。

多分小川先生が詳しくお話しされると思うんですけど、スクリーニングとしてG8というようなものが用意されています。咀嚼、体重減少、歩行、精神・神経の問題の有無、BMI、お薬の服用、健康状態をどう思っているのか、あと年齢というスクリーニングツールがございしますが、このようなものを使ってスクリーニングをし、集団的な日常生活活動、併存疾患の有無、そしてこれがMini-cogですけれども、認知機能検査をやっていく。この方は、G8は17満点で5点、ADL・IDALはほぼ誰かの介助が必要で、Mini-cogは0点だったんです。

でも恥ずかしながら、緩和ケアチームでちょっと会いにいて初診をとった研修医は、経度の認知機能があり何かおかしいですけど大丈夫です、この人は治療について決められますとか言うんです。でもやはり実際に話を聞いてみると、この人は意思決定能力は十分ではないし、やはりかなりの支援をしながら今後のことを決めていかなければいけないだろう。サービスつき高齢者住宅に戻れる可能性はかなり低いということもわかりました。

では、この人の人生をどうサポートしたらいいのか。これを考えられる人材の育成は急務です。毎日起こっています。恐るべきことに、アセスメントしていくと本当に多くの人が、こういうような状態にあります。高齢者総合評価は既に保険診療でもしっかり評価されているんですけれども、実際に実施されていないと認識しています。先ほどのスライドにもありましたけれども、実際に、G8のスコアでがんの治療成績が違ってくることもわかっています。

したがって、高齢者を包括的にアセスメントして、本当にこの患者さんに益するのか、人生に益するのかを考えないと、予後をも左右し得る問題ですので、かなり喫緊の課題として私たちは高齢者の評価に取り組みなければならぬだろうと思います。これから高齢者はさらに

増えますからそのような医療従事者の育成というのは急務であろうというふうに思われます。

誰がその包括的評価を実施するかというのが次の問題になると思うんですけども、これはあくまで私の考えですが、私は全ての職種が基本的な考えをまず共有する必要があります。自分がやらなければならないということです。そして認知機能検査は全部精神科がやればいいだろうというような数じゃないですからね。もう本当に65歳以上の方を対象にして全部やるといったらものすごい数になってくるわけです。それはそんなに難しくなく、さっきの高齢者総合評価はちゃんとやれば20分、30分で研修医でも終了することができるものですから、やはりもう日常の業務として全ての医療従事者ができて、考え方を共有するというでなければこれは困るだろうというのが私見であります。

現実には、では誰が役割分担するかというふうに言われたら、病院ごと、施設ごとで異なるのではないかというふうに思います。ただ、利用の仕方を全ての人が知り、そして理解し、自分でできるようでなければ、これからの高齢化社会に到底対応はできないだろうと思います。

まとめのスライドですが、人材育成の観点から、ライフステージに応じたがん医療を自分のものとしてこの課題を考えたときの課題は以下に挙げられます。

一つは、今、ちょっとご紹介しましたけれども、家族というものをきちんととらえ直す、そして患者を取り巻く社会というものをきちっととらえて、患者さんがどう生きてきて、これからどう生きたいかというようなことをしっかりとらえていくこと、そのために私たちは家族図を描くということを使ってその人の人生をとらえ直すということをし始めています。

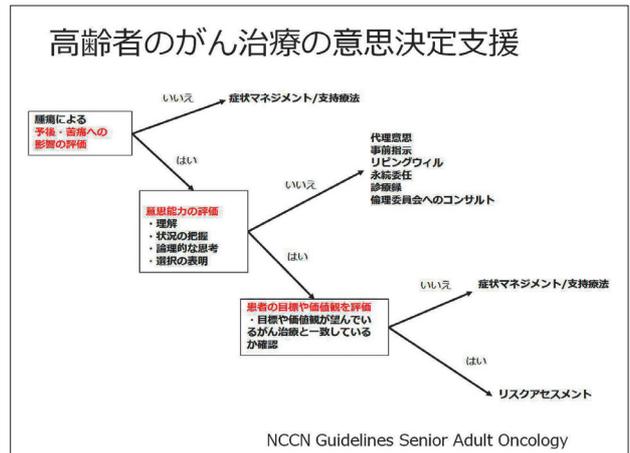
もう一つはCGAです。高齢者総合評価をどうやっていくのか。これをルーチンの臨床業務として取り入れていくべきではないかと私たちの部署では考えているということでもあります。

ご参考になれば幸いです。ありがとうございました。

特別講演 II

「高齢者のがん治療」

国立がんセンター東病院 精神腫瘍科 先端医療開発センター精神腫瘍学開発分野 分野長 小川 朝生



国立がん研究センター東病院の小川と申します。今回はこのような貴重な機会をいただき、三宅先生を初め関係の皆様は厚く御礼申し上げます。

私がいただきました題はライフステージの中でも特に高齢者のがん治療ということで、先ほどの木澤先生の中でもコアなところは出てきましたけれども、それを受けて、少し現在の状況等について、簡単に背景と皆さん方と一緒にディスカッションしたく用意させていただきました。本当に現在進行中のところですし、また多様な領域が絡むということも一つ特徴になるかと思えますので、ぜひさまざまなコメント等をいただければと思います。どうぞよろしくお願い申し上げます。

今日は主にこのような6点について、簡単にご紹介したいと思います。

まずは、高齢者のがんというとすごく特殊なイメージがあるんですけども、割合普段こういうのがよくあるのかなと思ひまして、東病院の代表的な事例を少しデフォルメしましてご紹介させていただきます。

この人は70歳代の男性の下咽頭がんの進行がんの方です。高齢者のがんというと、割合こういう進行がんの方が多いということと、あわせてさまざまな合併症を持っている方というのが特徴になります。この人も糖尿病に高血圧ということがありました。生活状況としては奥さんと二人暮らしです。特に高齢のがんというときにはこういう社会状況がきてくるということも特徴

になります。

こういう方が最初に自覚症状を訴えて来院されました。最初は喉頭の違和感を自覚して、唾液の中に血がまじっているということに気づいた。近くの耳鼻科受診したところ、中咽頭がんを疑われて紹介受診。さまざまな精査の結果、切除不能の遠隔転移のリスクということで、放射線化学療法が導入されます。このときには体の状況もまずまずということなので、そのまま導入化学療法をして、ケモラジに入る。

そうこうしていると、だんだんいろいろな社会状況がわかってくる。最初は、本人には薬の管理ができないということがわかってきて、そこでサポートを入れています。そして栄養の摂取不良ということで入院。けれどもやはり本人さんの管理は難しく、奥さんに教えながら何とかカバーしておりました。

終えてやれやれと思いますと、自宅でほぼ動けなくなっています。1週間ぐらいたつとせん妄になって近くの病院に搬送されて、脱水、肺炎でしたということに気づく。脱水、肺炎でそのままというわけにいかないので、こちらの病院に戻って、そして治療を受けようと思ったところで、一回調べてみましょうということで見たらMMSEが20点で、実は認知症も持っていました。

こうなると、最初はかなり直すというところで頑張ったんですけども、結果として動けなくて認知症に伴うアパシー等もあって、リハビリも進まなくて、当初の予

定とは違って、何かえらいところに行ってしまう。残念ながら、こういうふうなのががん治療ではよく出てくる一つの場面なのかなと思います。

このようなのが日本で問題になってきている背景には、一つは高齢化という問題が確かにございます。さまざまところで出ていますけれども、4人に1人以上が65歳以上、今後2025年になると75歳以上の人口がさらに増えてきて、こういうさまざまな医療をしながら地域で過ごす方というのが増えてまいります。がんの場面であれば、これがその治療の適用の問題であったり、あるいはその支援の問題というところが出てくるかと思えます。

実際にもう臨床の場面においては、高齢のがんの患者さんというのは実は当たり前にあります。何となくがんはがんで高齢者は高齢の問題のように見えておりますが、現実には大体、今、日本でがんに罹患している方の75%以上は既に65歳以上ということで、いわゆるマスでいけばもう圧倒的に多い。ただ、その中で、がん治療の適応であったり、恐らく社会的な問題というのが一つ前にあらわれてきて、そこでこの高齢者ががんというのが実際に議論として上がってきたというのが今の日本の姿かと思えます。特に社会的な背景でいけば、単身の問題ということもあって、やはりその社会経済的な状況等ともこういうところで議論になるかと思いました。

当然、高齢者ががんとは若年とは大きく異なるところと共通のところも多いかと思えます。これはその中で高齢者ががんの因子というところを上げたものなんですけれども、患者側の因子として恐らくイメージとして強調されるのは、独居とか経済的な問題、治療側でいけば、いろいろと支援体制の問題というのが現場でよく議論になるかと思えますが、実はそのほかにアクセスの問題とか情報提供の問題等もあるのかと思えます。またあわせて、当然個別化医療というときには、がんに関連した直接の死に伴う要因というのでも幾つか出てまいります。

まだ十分な探索はなされていませんけれども、がんというのはもともと加齢に伴う変化で出てくる遺伝子異常がバックにありますので。ある程度その年齢によって特徴というのでも恐らくあるのではないかというふうには言われますが、まだそのところは十分見えていないということがあります。こういうさまざまな問題が絡みつつ進んでいるのが高齢者ががん医療というところかと思えます。

それに対応しまして、国の方では、がん対策推進基本計画で主に2カ所に高齢者ががんというのが出てきております。一つががん医療の充実という中で、がん診療の

ガイドラインというある程度の目安を立てていこうというのが主旨となっています。もう一つは、がんとの共生、ライフステージというところに出てきております。この2つのところをどう実現していくのが、これから恐らく5年間、6年間の議論になるところかと思いました。

そういう高齢者ががんというところを現在はどうのようにとらえられているのかというのを簡単にご紹介していきたいと思えます。

一つは、今この日本ではまだガイドラインがない中で、ある程度海外の議論をまとめたものとしてNCCNのガイドラインがあります。その中で高齢者に特に意識をして扱うべき課題というのが幾つか挙がっております。代表的なもので、特に若年者との違いというところで特徴になるものが幾つかあります。

まず一つは高齢者の場合は意思決定支援というのはかなり強調される。これは先ほど出ましたように、実は認知機能というのは非常に強く効いてくると、あとはさまざまな価値観の問題というのがもう一つ出てくるというのがあるかと思えます。

当然高齢者ですので加齢に伴う変化、先ほどCGAというのが出ましたけれども、併存症とかあるいは老年症候群とかがどのようにがん治療に影響を与えるのかも考える必要がある。

3つ目は社会的な問題というところで、経済的な問題もありますし、特に治療に直結するとなるとアドヒアランスの問題等も出てきます。例えば最近では日本でもDPCの解析等で幾つか高齢者ががん治療の現状という数字が出てきていますけれども、一般に来ますと、点滴で入れる抗がん治療というのは高齢者には避けられる傾向があるんですが、一方で経口抗がん剤はあまり若年と変わらない頻度で出ているのではないかという議論もあります。そうするとどういうことが起こるかという、実際の家で薬が定期的にちゃんと飲んでいるのかとか、飲み間違いがないかというのがあります。例えばこれは厚生科研のほうで出ているんですけれども、65歳以上である程度の胃がんの補助化学療法でTS-1を飲んだ方ではいきますと、やはり5~10%ぐらいに服薬ミスがあるというようなことも疑われていまして、このあたりも一つ、医療経済的にもそして治療の安全でも問題になるところかと思えます。

こういうさまざまな問題が絡むんですけれども、一方で先ほどのようにそのCGAのようなことが強調されるのは、一つエイジズムの問題があります。要するに、医療者はある程度高齢者をパターンで、特に年齢で切って

見がちというのは言われております。確かにある程度の年齢というのは非常に重要ですが、同じ年齢でもかなり加齢性変化というのはやはり違います。特にQOLの見方というのは医療者は全般に低く見積もるとか、あとは当然患者はいろいろと懸念を言うだろうとか、こういうだろうと思いがちですが、高齢者というのは若年以上に言いにくいというふうにも言われておりました、このあたりをいかに拾い上げるかというも課題になってくるかと思えます。

特にCGAをする背景として高齢者の問題を知るときに、多分フレイルという概念は非常に重要で、これが医学的にもそしてあるいはその背景となる倫理的にも一つ重要なキーになるかと思えます。フレイルというのは、簡単に言いますと、ストレス等に対するその脆弱性が亢進している、要するにちょっとしたリスクが加わると寝たきり、死亡につながるという状況を広く含むんですが、これが単に身体的な問題だけではなく精神機能、社会的な状況を含む。例えば精神機能でいけば認知症が代表例ですし、社会的状況でいけば、実は独居というのが死亡率上昇に関係するというのは言われておりました、そういう問題も含めて治療適応を考えることが重要になります。

これを評価するときには大きく2つの流れがあります。一つは、いわゆるフレイルという概念をそのまま評価していく方法と、もう一つは高齢というのはもともと若年の状況からいろいろな併存症が蓄積していく状態なので、それをカウントすれば、その状況がわかるだろう。この2つの考え方があります。

がん医療においては基本的に若い人で標準治療をつくって、高齢者に当てはめていくという流れが通常ですので、割合カウントという概念はなじみがあり、その辺で先ほど木澤先生が紹介したような、このCGAと言われる、リスクをカウントするという方法を何とか取り入れられないかというのが今の主流になっております。

ただ、そういう中でこのフレイルというのを一つ知っておく背景としては、フレイルというものはこういうエンドオブライフ等ともかなり関連するということです。日本で今JCOG等がフレイルという概念を少し研究ポリシー等で出してきておりますけれども、フレイルというのは基本BSCであるという感じであっさり切られがちなんです、もともとフレイルというのはこういう老年期に入って今後の加齢の変化あるいは衰弱というのが基本はとめられない段階に入ったという意識があります。だから単にBSCというのではなくて、この先のライフが

どのように展開するのか、あるいはそのサポートというのはどういうふうにしていくのか、その過ごし方を見通しながら考えていかなければいけない、そういう概念とも一緒になっているということはがん医療においても展開が重要かと思えます。

当然がんの場合は全てを今CGAでできるというのは難しいということもあって、また高齢者のポリシーというときには、やはり年齢というのをある程度考えなければいけないのが出てきております。高齢者のほうはある程度加齢性変化に伴う、いわゆる脆弱、フレイルな方というのは多いですが、当然65歳で一律に切れるものではなく、これは今後研究によって70なのかあるいはもうちょっと若いのか、そのあたりが分かれてくるかと思えます。まだ日本では議論が始まったばかりですが、恐らく内科、外科でも随分考え方が違うかと思えます。やはり外科の場合ですと、スーパーエルダーと言われるように、やはりどの年齢でも手術に対応できる人がいる一方、内科の場合ですと、50、60でも既に脳梗塞等で十分フレイルに該当する人もいるということがあり、かなり領域ごととか、あるいは手技ごとにこの辺の検討が重要になってくるかと思えます。この辺も多分個別化医療というのにつながるかもしれませんが、現実には幾つかその辺のキーとなるところもポリシー等で提示されています。

実際の臨床の場面でいきますと、高齢者のがん治療というのは幾つかのポイントとなる点が指摘されております。若年と違う点というのが主要な3点ございまして、それも先ほどのNCCのガイドラインに沿ってちょっと簡単にご紹介したいと思います。

まず一番初めに出てくるのは、その腫瘍が、そもそも患者さんの余命とか苦痛に影響するかどうかをしっかりと確認しましょう。特に天寿がんと言われてたりとか、余命に影響しないというがんもありますので、そこをしっかりとまず見きわめるのが一点出てくるかと思えます。

その次に出てくるのは意思決定能力の評価。要するに患者さんの治療の意向に沿っているのか、本人自身がセルフケアができるかどうか、特にこの辺あたりはやはり看護そしてその緩和ケアチーム等が一つ考えるべきポイントになるのかと思えますが、治療を進める上ではある程度セルフケアを確立しないと難しいということもあって、そのあたりを事前にどれぐらい評価できるかというのも、チームの力になるかと思えます。

3つ目は、多様なその患者さんの目標とか価値観を踏まえた上で進めていくというのが重要になります。このあたりは多分ライフステージにかなり直結するんです

が、若い方というのは基本はこういうがんとか病気に罹患すると、全部その利益の損失としてとらえて、それをリカバリーするという意味でかなり治療に取り組むということがあります。でも、一方高齢者が場合は、例えばがん罹患したとしても、今まで持っていた社会的な関係であるとか、実際に自立しているというところを治療によって失うのではないかという、そういう利益を失うことに対して非常に保守的になるということもあって、多分その価値観の拮抗というのが若い方と違う課題になるかと思えます。ここが医療チームでどう整理をして、そして話し合っ解決していくかの課題になるかと思えますので、そういう意思決定のあり方というのも随分違うのかと思いました。

このあたりの現状について幾つかの情報提供させていただきます。例えば余命等についていえば、年齢ではもう一律に切れないというのは確認されております。これは左の白黒がアメリカで、右のカラーは日本人の期待できる平均余命というものです。赤が女性で青が男性です。それぞれの数字で書いてあるのはその年代ごとに期待できる余命です。

例えば女性の赤の70のところを見ますと、3本棒が立っていると思いますが、長い方からこれが上から25%の人の期待できる平均余命、真ん中が50%、右の短いのが25%ということになります。同じ70であつても余命としては10年ぐらい幅があるということで、そこどこに当てはまるのか考えていくというのは一つ適用上の重要な判断材料になるかと思えます。

また、意思決定能力というところでも今幾つか情報が出てきております。これは東病院で出したデータですけれども、進行がんの患者さんの抗がん治療に入るときに、大体4分の1の方に意思決定能力の低下がある。要するに何らかのサポートがないとその辺のセルフケアを含めての理解が十分でないまま治療に突っ込んでいっているリスクがある。このあたりはいかにそのチームが気づいてセールスケア等のサポートを入れるかというのは重要になってくるかと思えます。

意向に関しても幾つか調べられつつあるあります。これは海外で今このあたりの少し高齢者に特化した意向の調査というのも進めているんですけれども、高齢者の方の場合は若年者と違ってかなり社会的な背景が異なります。一般に高齢者は抗がん治療を受けないように思いがちですけれども、一方でやはりそのがんの折り合いをつけるということをいろいろ過去の経験を踏まえてしているというのは知られています。特に高齢者のがんの特徴

というのは、過去にがんの罹患歴があるとか、重複がんの方とか、そういうのがかなりの割合を占めるということで、前回のがん体験をうまく使いながらしているとか、友人・家族のがん体験というのを踏まえながらしているというのは一つこういう意向決定にかなりの影響を与えている可能性がございます。

また難しいのが情報提供ということなんです。若い方と高齢者はリテラシー含めて情報の取り方、意向が異なっていて、特に医療者からの直接の情報をかなり好むというのは確かです。これはもう、普段の臨床で、インターネットを使うとか、ブログを見ている方が若い方に多くて、高齢者の方はそういうのよりは、割合近所の方であつたりとか、医療者のお勧めというのを割合好むというのもあつたりするところが見られるかと思えます。このあたりについても知っておくということは、意思決定上の背景として重要かと思いました。こういう状況で大きなところが進んでおります。

そういう中で、高齢者を情報共有するキーワードとして出てきますのが高齢者機能評価ということになります。これはCGAといったり、がんの領域ではGAというふうに言われたりします。何でもがんの領域でCを外すのかというと、CというのはComprehensiveで、もともと啓発的包括的という意味合いで入っていて、折り返し評価をするというところを協調するときCが入ります。がんの場合ですとやはり最初の治療方針を決めるところが一つ肝になりますので、そこを強調する言い方はGAというふうな言い方をしている、そこがちょっと考え方として2つあるというのは知っていただいてもいいのかなと思います。

このCGAあるいはGAというのは何か特殊なツールのように思われがちですけれども、実はこれはアセスメントの考え方、そういう概念です。具体的に言えば、いわゆる通常行う身体の機能評価だけではなくて、高齢者の問題の特徴を幾つか拾い上げるのと、そして精神と社会的問題を包括的に見て、そして漏れなくアセスメントを行おうという考え方です。ですから何かこのツールを使わなければいけないというものではないんですけれども、ある程度高齢者を評価するときの標準的な点というのは少しずつ出つつあります。

一般の評価と何が違うのかというと、身体の機能に関していきますと、転倒と栄養という高齢者に特有の問題を加えることが多い。精神機能においては認知機能の評価、そして社会的問題では独居というのが俯瞰できるところが多分強調する大きなところかと思えます。こうい

うのをカバーしますと、やはり高齢のがん患者の問題とある程度対応をマッチングすることができるというふうに言われます。

高齢者のがんといっても若い人と違う何か特徴があるのか、よく高齢者特有のがんの問題というのは一体何なんだという議論になりますが、簡単に挙げていくとすれば、高齢者特有の問題が非常に頻度高く出るといえるかと思えます。それは何かというと、一つは身体機能を落とす転倒ですが、この問題をどのように扱うのかということ、そして治療継続の最大の中断要因になります低栄養とか、食事摂取困難というところをどうリスク評価をするか、ここがまず高齢者の場合は最初に突破すべき課題なのかと思いました。そのほかには認知症の問題、特に意思決定能力と治療継続上のセルフケア能力の評価、特にアドヒアランスというのはやはり薬剤師の先生も非常に懸念されているところかと思えますし、そのほかには介護力の問題というところになる。こういうのがある程度支持よくすればカバーできるということになります。

GAは幾つかの使い方というのがなされています。一つは、支持療法の上でのポイントをつかむものとしてこの介入方法はどういうふうな支援が必要なのか、そしてもう一つは治療の適用として、予測ツールとして使う方向があって、幾つかの試みがござえます。先ほど木澤先生がご紹介くださったG8の使い方というのは、この予測ツールとして、この人には期待できる余命がどれぐらいで、そしてその抗がん治療を載せることがどれぐらいの意味があるのかというのを参考に検討するための使い方になります。そのほかには緩和支援治療というところであれば、例えば介護保険の導入であるとか、訪問看護との連携とか、そういう必要性を評価するものとしても当然使うことになります。

今このあたりは、まだ両方が十分に連携ができてなくて、恐らくはこういうCGAを使ってサポートを入れつつがん治療というのが現実的なCGAの使い方になるんですけども、そこまでその有効性を検討が今後の課題として残っております。

今回特にそのCGAへの背景を知っていただくと、どんなことをしているのかが少し伝わるかと思えますので、個別の項目をざっとご紹介していきたいと思えます。

一般になじみやすいものでいけば、ADLとIADLというのがあります。治療でいけばADLはがんの臨床でさまざま見ておられるかと思えますが、一方でIADLというのがやはりちょっと奇異に感じる方もおられるかと思

いますので、その違いを簡単にご紹介したいと思います。

どちらも評価することが重要と言われるのは、これが身体機能の低下のリスクを捕まえたり、あるいは特に入院期間とかあるいは退院後の施設入所とかのある程度リスク評価に有用ということがわかりつつあるからです。

ADLというのはリハビリテーションのほうから出てきている概念で、基本はセルフケアと移動というのを中心に組まれているもので、普通の身の周りを扱うものになります。一方、IADLというのはそれよりも若干拡張された広域IADLというもので、主に高齢者を意識して、その家庭とか地域で過ごすための最低限必要ないろいろな技量であるとかそういう力ということになります。図にしますとこういうふうな感じになりまして、ADLの上に上乘せられてくるものになります。

これは何で見るのかというと、要するにこの独居の方とかあるいは介護力が落ちている方ががん治療をするときに、ちゃんと家で移動ができるのかとか、何かあったときにちゃんと病院に連絡できるのかとか、あるいはその服薬管理ができるのかとかを確実にしながら治療を進める上の目安になるということがあります。

例えば栄養とかもそういう中の一つの目安としても取り上げられてきます。普通栄養といえればある程度NSTが見てくれるみたいな感じかと思えますけれども、どれぐらい落ちてきているのかというのは思いもしない血液毒性を評価する目安としても挙がってきたりもします。

外来入院のときにはアドヒアランスというのは一つの課題として挙がります。がん医療においては、当然命にかかわる病気だからちゃんと飲むはずだというふうには思いますが、海外で少しずつ出てきつつあるのを見ますと、実はあんまり降圧薬のアドヒアランスと変わらないのではないかなというふうな話もありまして、やはりこのあたりのかなり支援の強化が必要かというのは高齢者のグループの中では議論が出てきております。

要するにPDというときに、本当に薬が効かないのか、実は飲んでないというようなこともやはりありますので、そのあたりの確認であるとか、定期的な薬剤師のサポート等をどう入れるのかということのも一つ求められる課題かと思えます。

社会的支援というのは、介護保険の導入というイメージで、割合緩和ケアの移行というときのイメージが強いですが、高齢者の場合は最初の導入というのが一つ議論になるかと思えます。独居というのは、よくいろいろなサポートが薄いかあるいは移動能力が落ちたときのサ

ポートがないということで当然リスクとしては目に浮かぶんですけども、そのほかに診断の遅れであるとか、あるいはそのほかに医療者が無意識のうちに治療を差し控える可能性というのもあったりし、そのあたりが治療の意向に影響を与えている可能性とも言われておりますので、このあたりもやはりある程度見えるようにして、その治療の段階で両者が考えていくというのも一つ公平性の点は重要になるかとも思います。

CGA を使ったさまざまな治療選択の試みとして、他にCGA 自身を実際にこういうある程度治療選択のあるものとして用意をして比べているというものも出つつあります。これはフランスのほうで行われたもので、片方は医療者の判断で抗がん治療をする。もう片方はCGA を用いて治療を分けるというようなものを行った群であります。この場合の特に解釈がいろいろとあって議論がまだ続いておりますが、OS 等には差がないんですけれども、一方有害事象による治療中止例は減ったりとか、BSC が特にCGA の場合は4分の1近く含まれていて、それでOS に差がないというのはどういうふうに考えるのかとか、かなりこのあたりの議論というのは今後も続き、もうちょっとそのCGA の使い方の宣伝とともに、次の比較研究等も出てくるのかとも思いました。

現実にはまだCGA は完全に方向性を決めるということまではいっていないんですけれども、コンセンサスは幾つか出つつあります。例えば外科治療で行けば、年齢というのは基本的に考慮すべき要因の第一には来なくて、IADL を重視するとか、あるいは入院治療をするというときには、基本は予定手術を前提とするのと、またせん妄の予防を行いつつ治療というのが推奨されつつある。こういうのが今の海外の現状でございます。

化学療法のところはもうちょっと問題が複雑で、意識すべき点と幾つかのツール開発が行われつつあります。

高齢者のがん治療の基本身体的に注意すべき点というのは、当然さまざまな有害事象が起きやすいという臓器毒性の話が一つと、もう一つは身体機能を奪うリスクとしてその転倒とそして低栄養というのがテーマとして挙げられます。低栄養というときにはその末梢神経障害等になりますし、あるいは支持療法として、多分若年者ではプレガバリンが使われるのが、高齢者の場合は転倒を促進するリスクもありますので、高齢者の場合は支持療法も少し工夫が必要というのは言われております。

食事に関していきますと粘膜炎というのは代表例でよく挙げられます。要するに疼痛コントロールを高齢者ほどしっかりとって、その上で食事その他の栄養サポートを

しっかり入れるというのが、今のところは割合まだコンセンサスが得られつつあるところかと思いました。

がん治療のリスク評価としても幾つかツールがつけられ、提案されつつありますが、まだ性能としては十分ではありません。先ほどのG8のほかにもこういうCARGと言われるような血液毒性とかその他の身体の有害事象の予測評価のためのツール等が一つ提案されておりますし、また別のグループではこういうCRASH 等も出てきております。

それぞれ日本語版等もつくりつつ、どうかという議論はされておりますが、やはり海外と日本で少し背景を踏まえて再検討が必要かというのは話として出てきております。何が一番違うのかというと、その栄養の問題で、やはり日本人の体重が海外に比べると、皆さん、少ないですね。海外のツールを使うとみんな低栄養として評価されてしまいますし、そのところが多分日本人用に構成する必要があるのではないかというのが今幾つかのところでは話として出つつあります。

その他に、先ほども出しましたが、ちょっと認知機能について簡単に説明させていただきたいと思います。

認知機能障害も高齢とともに増えてくるんですけれども、一方でその評価が大変ということで見逃されることが非常に多くあります。認知症そして認知症までは行かないんですけれども軽度認知機能障害の段階から実際意思決定能力が低下する。例えば先ほどの東病院の例でいきますと、MMSE で25点、認知症までいかない領域でも、実は、さまざまな今後の予測とか自分の身の上で今後起こり得ることを一緒に考えるというときに、かなり障害がかぶさってきますので、積極的なサポートが必要になってくるかと思えます。

がん治療の上では抗がん剤の管理というのと有害事象の管理というのがテーマとして挙げられます。アドヒアランスは割合イメージがつきやすいのですけれども、もう一つ、家で体調を崩したときに、ちゃんと病院等の支援者に相談がかけられるのかとか、あるいは熱が出たときに抗生剤とかを渡してもちゃんと本人が飲めるのかとか、やはりそのあたりの問題というのは随分懸念されるところでございます。

こういう認知者がどれぐらい一般の病院にいるのかというのも幾つか認知症の研究のほうで出つつあります。これは厚労省が中医協で示したデータですが、7対1、10対1の病棟でいけば2割ぐらいの方が認知症、回復期リハビリテーション病棟でいけば4割、療養病棟でいけば6割というものが出てきている数値でございます。

認知症も一つこれはがん治療でさまざまな問題を頭から終わりまで起こしております。その点でぜひがんプロではこのあたりを、さまざまな領域で人材を含めての育成が重要ということを痛感するところです。

例えば問題として挙がるのがまず初めに受診のアクセスが悪いというところ。要するに認知症という診断がつくとがん治療の適用はないだろうということで瞬間に切られてしまう、認知症も幅がありますし、意思決定能力とは別の問題ですので、その個別の評価というのは十分にあるかと思えます。

治療を進める上では主にせん妄の予防とか、身体機能の低下をいかに防ぐかというのにその認知症が絡んできます。緩和ケアでいけば、認知症を併存する場合の療養先がどうしても乏しいということがありまして、そのあたりもぜひ緩和ケア先生方と一緒に考えていければと思っているところです。

認知症はどういうところで影響するのかよくわかりにくいと言われるんですが、今、総合病院でいきますと、さまざまな治療の遂行上のリスク因子として総合的に上乘せされるものとして認識されています。例えば転倒のリスクは2倍とか、死亡率も大体2倍ぐらい、在院日数の延長等につながるというのが確認されていて、日本でもこのあたりがDPCのデータで確認されつつあります。

緩和ケアとか倫理という面で行きますと、認知症というのは体の問題と切り離すことは難しく、実はエンドオブライフに直結する問題です。認知症という診断と生命予後というのは日本ではまだ精神科領域でも十分認識がされていないんですが、大体アルツハイマー病の場合、診断を受けてから平均余命が4年から7年というふうに言われていて、実はがんと割と近いイメージがありますので、同じように、療養先を考えると、今後の過ごし方を考えるという段階の人というのも一緒に考えていければと思っております。

当然医療安全というところでいけば、こういう再入院の問題等です。これも日本での300万人ぐらいのDPCデータを使ったものですが、どのがん種、どの領域にもほぼ再入院のリスクとして、大体ハザード比でいけば1.2から1.4ぐらい上がるというのが出てきたりしております。このあたりは医師というよりはひよっとすると看護とかリハビリとかの一つ課題になるかもしれません。退院支援というふうに言いますと今のところ地域につなぐというイメージが強いのですが、退院支援のアウトカムというのは実はこの再入院を予防するというところが一つのキーになっていて、そのための、何の情報、何を

どこに伝えるかとか、その辺の支援方法の共有など、やはり幾つかは日本の中でも今後検討を深めていくことが大事かと感じております。

最後に一つ、治療の大きな柱となる意思決定についてもちょっと触れていきたいと思えます。意思決定支援というのはもうインフォームド・コンセントを支える一つの柱としてありますし、コミュニケーションの質、その上での医療の全体のアウトカムを上げる上で重要というふうに言われております。

意思決定支援をするときには、高齢者の場合は必ずその意思決定能力の評価、要するにどういうところはうまく伝えられているけれども、どういうところが患者さんの中では十分に理解として至っていないのかというのを確認する上で重要ですが、どういうふうに評価をするのかというのがまだ十分共有されていないことがあります。今、このあたりは、意思決定能力の評価方法等でこの4つで評価するのが大体コンセンサスを海外でも得られつつありますので、恐らく高齢者を支援するという相談支援センターとか、あるいは主治医そしてさまざまながん患者指導管理のところで、こういう点を少しでもしていただくと、より細かいその満足度の高い支援というのできるのかなと思えます。

具体的な支援項目として落とすとこんなところになります。一般には理解度が十分かというところで済まされがちなところもありますが、ポイントになるのは、その治療を受けた後に自分の生活がどうなるのかというところをいかにイメージとして強く持っていただくのかというのが支援になるかと思えます。このあたりはアドバンス・ケア・プランニングとも結構つながるところです。

意思決定能力が十分に評価が難しい、本人の中で判断が難しくなった場合には、自己決定困難ということで、意思の推定であるとか、代理人、ベスト・インタレスト等のさまざまなチーム医療につながるところがあります。日本ではこのあたりが何となく進んでいるところもありますが、人生の最終段階のガイドライン等の変化ともあわせて、現実的な姿を見つけていくのが大事かと思えます。このあたりをきっちりすることは実は、医療安全そして医療倫理の面、これはプラクティスだけではなくて、研究面でもやはり重要になってくるかと思えます。

今までは何となくこういう同意というのも、理解という点で済まされていましたが、今後、高齢者のがん医療で臨床試験をするというときには、やはりそのレベルに応じた意思決定能力評価というものもある程度担保

することも重要になるかと思えます。いわゆる支持療法であれば、本人が希望すればそれではできるという段階なんですけれども、実際に臨床試験となりますと、ある程度背景をやはり患者さんが知ってくださるというのも大事になりますので、そのサポート方法をどうつくるかというの、一つこの4～5年での課題かと思いました。

臨床において一つ誤解としてよくありますのが、認知症という診断と意思決定能力が同じようなものとよく誤解されておりますが、この2つはまず大きく異なるというのは多分確認していただいているかと思えます。簡単に申し上げますと、MMSEで15点ぐらいまでは本人は好き嫌いが言えますので、意思決定能力は部分的にでもあるということで、それをサポートしながら決めていくというのが基本の方向性になります。よく認知症ということもうだめですみたいな感じで、医療者と家族で話し合っただけで決めがちなんです、少なくとも本人のこの辺の意向というのを酌めるところは酌んでいく、そういうサポート方法は大事かと思えます。

認知症は何が決められないのか。よく覚えられないからというイメージがあるんですが、実は覚えられないよりも先に、今後の見通しとか、そういう段取りを組む力が落ちてくるところが影響していますので、このあたりは多分看護での支援方法等が非常に大きな力を発揮するところかと思いました。

家族の話でいきますと、先ほどのライフステージというのとも絡みますが、一方、意思決定のところでは家族を巻き込めば済むというのもそう簡単ではないというの海外では繰り返し言われています。要するに家族をいきなり連れてきても、赤の他人と実は意思決定上でほとんど差がないというのが言われていて、家族であってもしっかりとその背景を踏まえてかかわっていただくためには治療の早期から一緒に動くということも大事かと思えます。

最後に、ここは倫理上非常に重要になってくるかと思えますが、本人が決められない場面というのは高齢者の場合生じるところがどうしてもございます。そのときに、今は何となくベスト・インタレストということで、チームと家族が集まって話し合う場面というのが行われているかと思えます。そのときに、世の中一般は、これが落としどころだからという感じで治療方針を決めがちですが、実はベスト・インタレストというのは基本は患者さんの主観というもののにのっっているということで、このあたりも一つ日本でいかに普及を図るかが大事になるかと思えます。

よくベスト・インタレストというと、世の中一般の他者から見たら最善の状況のように思いがちですが、実は主観的なのというのが頭に入りまして、本来のところは患者さんが今決められないけれども、もしも本人が決められるとすれば何を望むのかというのをチームで話し合うのが本来のベスト・インタレストで、そのあたりが多分倫理で、緩和ケアチームともう一回詰めていくというのでも一つこのクオリティを上げる上での課題になるかもしれません。

最後、幾つかのこういう課題をどのように日本で実現するのか、海外の状況等も大事になるかと思えます。

海外においては大きくはフランスとイギリスがこのあたりについて今幾つかの案を出したり、動きがあります。フランスのほうは老年学がある程度コンサルテーションシステムが動いていますが、そういうのののっって動いています。一方、イギリスはやはり家庭医をベースに動いている。その上でがん医療が乗っかりますので、そこの中でこの問題を基本は解決する方法でいっております。

日本は、老年学はがん診療とは基本切れているというか、コンサルテーションがないということがあって、かなりそこは施設間差が大きいかと思えます。一方、かかりつけ制度というのは立ち上げ途上で、かなり地域によってもばらつきがある。そういう中で少しずつ拠点病院が現実目の前の問題に直結するとすれば、やはり今のリソースをどう使うのかというのが最初になるかと思えます。

ここはまだ随分私見も入りますが、恐らくこういう高齢者機能評価等を踏まえた横の情報連携というのが大事になるのと、高齢者の問題がある程度優先順位をつけて解決できるような、流れをくむというのが最終的にできるところかと思えます。地域等でいえば地域包括ケアとのつながりというのは今後の課題になるかと思えます。

このあたりが、今、同時並行で進む中での高齢者のがん診療になるかと思えます。この辺のサポート、あるいは、先ほどの意思決定等も貢献できればと思えますし、ぜひ先生方にも、このあたりの人材を含めて、日本全体を底上げできるように工夫をしていきたいと思えますので、さまざまなご示唆、ご教示をいただければと思えます。

以上、概略で恐縮ですけれども、高齢者のがん医療についてご紹介をさせていただきました。ご清聴いただきありがとうございます。

各拠点からの発表

1 新ニーズに対応する九州がんプロ養成プランの取り組み

九州大学拠点 (九州大学 教授 馬場 英司)



概要

- 新ニーズに対応する九州がんプロ養成プラン -

■ プランイメージ図

国内関係機関
参画大学他部局
(学・部・局・専攻等含む)
地域医療機関・医師会
協賛自治体
本事業推進拠点等

海外大学・医療機関等

連携

■ 事業概要

- 九州医療系10大学で拠点を形成。
- 地域により3つのエリアに分け、各エリアに拠点校を設け、
- 「癌学連携推進協議会」により、連携統一と円滑な運営を実施。
- 新ニーズに対応した教育コースを各大学に新たに開設。
- 新ニーズに関する知識の普及等を目的とした、各大学間での相互連携。
- 履修生へのキャリア教育等の提供による、養成人材のモティベーションアップ。
- 他拠点との相互評価による、事業のブラッシュアップ。

■ 本プランが開設する34の新たな教育コース (インテンシブコース含む)

エリア	大学名	開設コース数	がん医療	ゲノム医療	小児・希少がん	ライフステージ	コースにおいて養成する主な職種
北部エリア	九州大学 (主幹校)	6	●	●	●	●	医師 薬剤師 放射線技師 臨床検査技師
	久留米大学	3	●	●	●	●	医師 薬剤師 看護師
	福岡大学	2	●	●	●	●	医師 看護師
西部エリア	大分大学	3	●	●	●	●	医師 看護師
	佐賀大学	2	●	●	●	●	医師
南部エリア	熊本大学 (主幹校)	3	●	●	●	●	医師 薬剤師 看護師
	鹿兒島大学	2	●	●	●	●	医師 薬剤師
中部エリア	宮崎大学	4	●	●	●	●	医師 薬剤師 看護師
	鹿児島大学 (主幹校)	6	●	●	●	●	医師 薬剤師 看護師
	琉球大学	3	●	●	●	●	医師 看護師

※1つのコースが複数の開設校を兼ねる場合を含む。

九州大学の馬場でございます。よろしくお願いいたします。

九州の拠点は、本年度から新ニーズに対応する九州がんプロ養成プランという名称で活動開始いたしますので、ご報告申し上げたいと思います。

これは九州のがんプログラムの概略を示したものです。今回のがんプロのプランの申請に当たりましては、九州及び沖縄の全部で10大学が参加して拠点を形成いたしました。そして九州大学は主管校を務めさせていただいております。

前回、九州全体で協力すると検討しておりましたが、距離的な問題等もあって十分な連携ができなかったのではないかと反省もございました。そこで九州をさらに3つのブロックに分け、北部と西部と南部でそれぞれ拠点校として、西は長崎大学、南は鹿児島大学にお願いいたしまして、その地域の大学で小さいまとまりをつくって、より円滑に活動を進めていくということにいたしました。

そして、このがんプロのテーマでありますライフステージに合った医療、小児・希少がんに対するがん医療、ゲノム医療、この3つのテーマに対しまして、それぞれの大学がその特徴に合わせた特別なコースをつくって準備を行いました。

準備を行いました。

少し見にくくて恐縮ですが、各大学がつくっておりますコースを示します。北から順に大学が並んでおりまして、ゲノム医療、小児・希少がん、ライフステージで、それぞれ新たにコースをつくっている大学のところには印をつけております。それぞれの大学が規模あるいは大学院生数の多寡も検討しまして、特徴のあるコースの設定を行っております。

本日はライフステージに関する取り組みにつきまして、それぞれの大学を順に紹介していきたいと思っております。

九州大学は特にライフステージに応じたがん医療の教育につきまして、小児がんに対する取り組みをご紹介したいと思います。

幸い九州大学は小児がん拠点病院にも指定されておりますので、多くの患者さんが集まってきて豊富な臨床経験を得ることができるといったメリットもございます。大学院コースにおきましては、通常の研究あるいは診療の実習等に加えまして、新たに小児緩和ケアチームの特別講演というものを年4回行っておりますので、小児に対する緩和ケアの講演を拝聴します。それから小児の緩和ケアについてのカンファレンスはさらに頻繁に行われて

おりますので、これにがんプロの履修生が参加することを必須ということにしております。

これは主に小児科あるいは小児外科の医師がこのコースに入るわけですが、実際にライフステージに応じたがん医療についての教育は、成人科のがんを診療する医師、研究者においても必要なことですので、この部分の講義の一部につきましては、ライフステージだけではなくて、希少がんあるいはゲノム医療を主に専攻する履修生も受講するようなシステムにしております。

また同時に、小児の分野を専攻する履修生は、ゲノム医療あるいは希少がんについての講義も受けたり、実習に加わっております。九州ブロックの全体研修会においても、このようなライフステージだけではなくて、さまざまな疾患を対象にした講演を複数の大学で複数の専門家を受講するということを考えております。

続きまして福岡大学の取り組みを紹介いたします。福岡大学は九州大学と同じ市内にありまして、非常に近いものですから緊密に連携を行っております。来年度の大学院生受け入れ目標は2名になっております。そして、その主な教育のテーマはライフステージに応じたがん専門医療人育成コースを準備しております。さらに多職種の方に対するライフステージに応じたがん医療の教育のためのインテンシブコースが設定されており、これに対する講義・講演等を29年度も実施し、また今後も行っていく予定にしております。

同じく福岡県にあります久留米大学での取り組みは、特に看護コースについて紹介したいと思います。看護の分野では、久留米大学は以前からがんプロの教育等にかかわってきて修了した看護師がネットワークをつくっており、看護教育の勉強会を頻繁に行っているという背景がございました。この中で、久留米大学が行っている専門職の養成コースとしてがん看護分野というのが設定され、ここでは特にライフステージに応じたさまざまな背景を持っていらっしゃるがん患者に対して、より高度ながん看護が提供できるような人材を育成することを狙っております。

さらに、インテンシブコースにおいて特徴的なのは、教育学部とのコラボレーションを行い、看護の中でのリーダーシップ、そして同じ職種に対する、あるいは患者に対する教育の技術を高めていくことを目標にした教育に重点を置いて活動を行っているところでございます。

佐賀大学の取り組みとしましては、新がんプロのテーマであるライフステージに関するがん医療に対して、い

ち早く多くの分野の専門の先生方をお招きしまして、このような講演会を頻繁に行っております。多職種に関わる、がん治療のさまざまなモダリティーについて最新の情報を拝聴することを行っております。

また、平成30年度に開講予定でございますが、統合的地域がん治療専門医を育成する大学院コースを予定しており、2名の入学を予定しているところでございます。

長崎大学は西の拠点校でございます。これまでがんプロで非常に重要な活動をしてまいりましたけれど、今回も、このライフステージに関するがん教育につきましては、さまざまな講演会、勉強会を開催しまして、大学院生を含めた多くの聴衆の方々に情報提供を行っております。

そして、前回のがんプロ事業でも特徴的な取り組みとして評価していただきました在宅地域医療実習あるいは離島・僻地病院実習というものが長崎大学の特徴でございます。これは長崎県の僻地あるいは離島における診療、特に高齢者の多いライフステージに応じた個別の診療が重要になる状況において、医師を数週間、臨床トレーニングのために派遣して研修を行うという取り組みを引き続き行っているところでございます。

熊本大学は大きく分けて、ライフステージに応じたがん薬物療法について学ぶセミナー、それからがん専門の薬剤師を育成するセミナー、インテンシブコースのセミナーを今年度から行っております。来年度はさらに大学院生をふやして頻繁に活動を行っていく予定でございます。

大分大学におきましても、やはり教育セミナー実施に加えまして、がんプロの講演会等を行っております。今回はゲノム医療研究者養成コース、多様なニーズに貢献するがん看護専門看護師の専門コース、ライフステージに応じた医療人養成コースに関するセミナーを行います。延べ320名の参加をいただいております。

宮崎大学でも同じくがんプロの講演会を開催し、そしてインテンシブコースでは多職種に対しましてライフステージに応じたがん対策を学ぶ機会を多く提供しております。特に看護師の専門家を育成するコースとしましては、がんとともに生きることを支えるがん看護専門看護師養成コースを設定して、人材の育成を目指しております。なかなか履修生がいないというのが問題ですので、今後これにつきましてもより積極的に若手が参入できるような情報提供を行ってまいりたいと考えております。

鹿児島大学は南部の拠点校として活動しております。鹿児島県の合同研修会として大規模な研修会を行います。

た。初回はがんゲノム医療に関する講演会、そして地域医療に係るライフステージに応じたがん医療についての講演会を開催いたしております。また、特に市民公開講座を頻繁に行っており、29年度は254名の参加をいただいたということでございます。

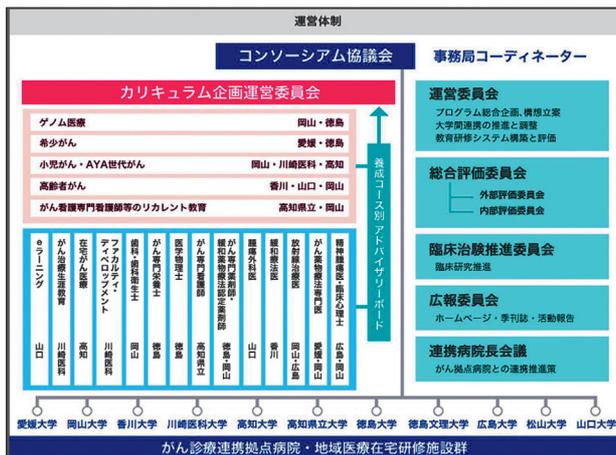
琉球大学では、看護の分野についてご紹介をいたします。ライフステージに関する専門家の先生をお招きして講義を拝聴いたしました。また、インテンシブコースとしまして、エキスパートナースの養成コースを設定して、来年度から教育を行っていく予定としております。

まとめのスライドです。お示しましたように、10大学がそれぞれの特徴がございます。得意な分野を生かした活動を今年度行ってきました。その内容としましては、研修会・講習会の実施、また、九州全体で協働して行っていく教育プログラムを年度内に予定しております。同時に、年度内には九州がんプロの内部評価・外部評価を行いますので、これを踏まえまして、ライフステージに関する事業についても、よりレベルの高い内容の教育が提供できるように努めてまいりたいと思っております。

以上です。ありがとうございました。

全人的医療を行う高度がん専門医療人養成

岡山大学拠点 (岡山大学 教授 松岡 順治)



それでは岡山大学拠点ということで、私、松岡が藤原教授にかわりましてご説明させていただきます。「全人的医療を行う高度がん専門医療人養成」というプログラムです。採択いただきまして、ここで発表できる機会をいただき大変うれしく思っております。

我々のコンソーシアムは、11の大学とそれから26のそれを取り巻くがん拠点病院からなっております。今回は特に松山大学が薬剤師の養成プログラムということでぜひ参加させてくださいということで参加していただくことになりました。

我々のプログラムは、ゲノム医療、希少がん、小児がん・AYA世代がん、高齢者がんなどのライフステージに応じた4つのコースと、そして特徴的なものとして看護師のリカレント教育の代表的なコースを設定いたしております。全てのコースにおきましては、コンソーシアム内の大学が主管校となって、ほかの大学に対してコンテンツを提供したり、それからワーキンググループを主催したりという形で、非常に高レベルの教育を行えるような仕組みをつくっていこうと考えております。

もともとがん対策基本計画において求められていたものは、ただ単に医療を提供するということではなくて、よりよい医療そして患者さんにやさしい、共に悩むこともできるような医療人を養成することだと考えております。医療者としての基本知識や素養を持ちその上にごん治療の基本的な専門的知識を持って、そして今回、新た

に専門家としての先端知識を持つような、こういう医師を養成しようということでもあります。

ただ単に知識を持つということではなく医療者としての基本的知識や素養、倫理観、そういうものをぜひ持っていただきたい。今回は特にこれを大事にしようということでプログラムを構成いたしております。

第2期のがんプロから私どもはホールパーソンケアという考え方が、特に医師としての基本的な知識とか素養に加えて、医療人としての態度に重要ではないかということで、これをプログラムに加えてやっていこうということでやってまいりました。多くの基本的な標準的ながんの知識、そういうものを一生懸命域内のコンソーシアムに対して教育する組織とともに、ゲノム医療などの新たなコースを設定いたしまして、両方を履修するということを目指しております。

特に今回中四がんプロでは、ホールパーソンケアということを重視して、全人的医療を一つのキーワードとして設定しております。スライドに示しました本は、21世紀のパラダイムシフトをもたらすのがホールパーソンケアではないか、医学教育において非常に重要な概念ではないかということを示している本でございます。これを第1期の緩和医療のFDの際に、京都大学の恒藤先生に講演していただいたので覚えておられる方もおられるかもしれませんが、MacGill大学のTom Hutchinson先生が編集しておられます。

少し簡単にお話ししますと、我々は患者さんと疾病を従来は一つのものとしてとらえて、病さえ治せばそれで患者さんは幸せになるだろうというふうに考えてまいりました。私たちはもちろん CURE という、治すということに対して非常に努力を傾注しないといけないけれども、それとともに、患者さんを大事にして治す、HEAL ということも同時に行っていくといけない、この2つを並行して行うことができるのが理想的な医療ではないかということで、私たちはがんプロの中心のコンソーシアムでこれを大切にしていこうというかけ声のもとに集まってまいりました。

2014年からTom Hutchinson 先生に来ていただきまして、私たちは、域内の10の大学から来ていただいた多職種に対して、ホールパーソンケアを学び、どうしたら教えられるのかというFDを行ってまいりました。採択後の昨年も、同じように実習を、FDワークショップを行ってまいりました。

今後の予定ですけれども、FDを行うということ、それから指導のためのコンテンツを作成するという、それから教育におきましては、緩和医療教育の中でホールパーソンケアを教えていく、コミュニケーション教育を教えていく、あるいはバーンアウトを防ぐための教育を行っていくと考えております。さらにこれらはe-learningコンテンツの中で展開できるように、山口大学が主管となってコンテンツを作成していこうということになっております。

今日は私どものライフステージにおけるがん治療の中で、特に高齢者のがん医療についてお話をさせていただきます。

最初に、みんなで学ぶ、みんなで考えるということで、私たちが昨年行ってきました。チーム医療合同研修です。やはり医療は多職種によって、チームによって提供されるものだろうというふうに思います。特に高齢者においては、医師だけがそれを決定するというのではなく、多くの人たちが全て一緒になって高齢者の医療を支援していくという対応が望まれると思いますので、このチーム医療合宿というのを従来行っていますけれども昨年も行いました。多職種でのチームが参加しているということが非常に重要であろうと思います。

この中で今回のテーマを高齢者のがん医療ということで行いまして、そして基調講演としましては杏林大学の長島先生にいらしていただき合宿を行いました。

何をやったかということですが、がんを考えるためのデータ、リスク判断としての機能評価、臨床研究の考え

方、実地臨床の工夫、今後の取り組みです。

午前中も議論がございましたけれども、私どもも、高齢者という一くくりでお話をするのではなくて、多角的な方面から解析をしないといけないだろうというふうに考えております。

例えば症例ですけれども、胃がんの方、85歳の人、こういうふうになったらどうなるかというテーマを出して、その多職種のチームで、どうやったらいいのかというようなことを、支援する方法はどうしたらいいのかというようなことを具体的に考えていただく。その中でCGAの使い方とかそういうことについても考えていただくということを行いました。

症例の2例目は、高齢者の肺がん、分子標的とかゲノムの診断とか、そういう最先端の医療が入っている中で、我々がどういうふうにもその高齢者のがんに対して対処していくべきかというようなことを多職種として考えていただくという機会を持ちました。

非常に活発な論議が行われています。ファシリテータとしても非常に難しい問題ではあるんですけれども、一生懸命みんなやっています。修了者にはこうやって修了書を出すということにしております。

次に、高齢者のがん医療に対して指導者を育成することですけれども、これは今後の私どもの取り組みについてお話をしたいというふうに思います。

Etienne Brain 先生が主宰しておられるセミナーに私たちのところからFD研修に出そうということを考えております。イタリアのトレヴィーゾというところで、非常に一生懸命ディスカッションしていただくということになっております。この2名は我々のところから派遣して、そして帰ってきたときには域内の全ての大学に対して、学んできたことを共有していただくというような機会を持ちたいと思っております。

さらに、e-learningコンテンツの作成ですけれども、これにつきましては山口大学が主宰です。高齢者がんのワーキンググループの主宰は香川大学の辻先生ですので、辻先生がこういう形で担当していただいて、コンテンツをつくらうと考えております。できたら全国がんプロのほうにも提供していきたいと思っております。

広めるということですが、これは昨年度の実績をちょっとお話ししたいと思います。がんプロの市民公開講座でアドバンス・ケア・プランニングとか、緩和医療、免疫治療、ゲノム治療ということについてお話をさせていただきました。

県民公開講座は今後開く予定ですが、「置かれ

た場所で咲くために」ということで、清心女子大学の故渡辺和子様へのめぐみ様に来ていただきまして、高齢の方ががん治療というのはどうあるべきかというような話をさせていただこうと思っております。この中では、厚労省からも来ていただく予定にしております。在宅医療、訪問診療と訪問看護、あるいは介護、アドバンス・ケア・プランニング、こういうふうなキーワードをもとに行っていきたいというふうに思っております。

それから、緩和医療のレベルアップ研修ということで、高齢者がん治療、胃がん、肺がんの治療と問題点、高齢者評価について地域のかかりつけの先生方に来ていただいて、そのネットワークをつくりながら、その先生方に考えていただくことを行いました。高齢者ががんになったときに望む療養環境をどうやって支援すべきかというのは非常に大事なことだと思います。

特に、私どもは高知県立大学がパートナーでありますので、訪問看護師の養成のインテンシブコースを開講させていただくということになっております。訪問看護師のカリキュラムは看護協会で作っているということでもありますけれども、大学ではなかなかまだできていないということ、それからなかなかそれを利用するというのが難しいというようなこともございまして、インテンシブコースを開講しようというふうに思っております。座学と実習で、特に今まで訪問看護師がやりたいと思ったけれどもなかなかそれができていない、どうやったらいいかわからないというような看護師さんを集めて教育をしていきたい。そういうことによりまして地域包括ケアや在宅医療を担う人材を育成していこうというふうに思っております。

さらに、高齢者の療養環境を支援するための技術講習として、私どもには歯学部口腔外科がございまして、摂食嚥下そしてそのリハビリテーションについて e-learning のコンテンツをつくっています。またその講習を2月下旬に予定しております。

我々中四がんプロが予定している今後の事業でございますけれども、この3つのキーワード、教育、協育、共育、こういうことをモットーに、域内の11の大学が協力して、このような形の教育を行っていきたいというふうに思っております。

中四のがんプロというのは、まずホールパーソンケアを理念とした医学教育を行いまして、医療者としての基本的な態度を習得し、そしてがん治療の専門的な知識を有し、最先端のがん治療を提供できる医療者を養成します。さらに、理想的ながん医療の普及に邁進していこう

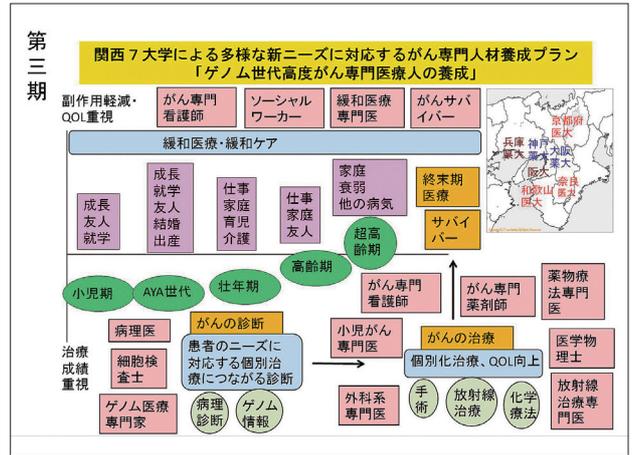
と思っております。

以上です。どうもありがとうございました。

3

「がん患者のライフステージに応じた医療」への取り組み ～薬学領域における医療人の養成～

大阪大学拠点 (大阪薬科大学 教授 天野 富美夫)



本日は、第3期がんプロにおける大阪大学拠点の取り組み全体について、まず初めに紹介し、続いて拠点リーダーの小泉先生にお勧めいただきまして、副題として挙げた薬学領域の話をしたと思います。

まず第3期がんプロは何を目指しているかを示します。第3期が採択された経緯については、松浦先生がお話してくださいましたように、特に患者さんの強い要望で、がん医療の進んだ技術を患者さんに引き渡せるようになるためにはどうしたらいいか、ということがその中に入ると聞いています。大阪大学の拠点ではそういう要望を考えながら進めていくということでもあります。

第2期と同様、7大学で構成されておりまして、関西には大阪大学拠点の他に京都大学と近畿大学の拠点がありまして、3つの拠点が動いているこれら3拠点間の交流もあります。大阪大学拠点としては、大阪大学を中心に、非常に歴史の長い医療教育の中でそれぞれの特色を生かしながら進めましょうということで7大学が連携してやっております。

第2期からは私たち大阪薬科大学と神戸薬科大学が加わり、薬系のがん専門薬剤師を含めた医療教育を少し推進しようということになりました。後半ではそのお話をしたいと思います。

拠点全体では、それぞれ、看護については兵庫県立大学と大阪大学が中心になり、薬系が今お話しした2大学と大阪大学、それから本日のテーマに関連する小児が

ん・AYA世代のがんについては、大阪大学と京都府立医大を中心に進めております。また全人権的なケアの話が先ほどのご講演でありましたが、大阪大学拠点でも、緩和医療を中心に、和歌山県立医科大学、大阪大学、兵庫県立大学の看護が介護を含めて対応しています。さらに放射線治療については、大阪大学、奈良県立医科大学、京都府立医科大学が中心となって発展させることになっています。

全体の流れはこのような各大学のテーマがあり、このテーマをどういうふうにするかというときに、大阪大学拠点はどのように地理的に分布し、大阪大学を中心にしてこのような広がりを持っています。

今回のテーマは、緩和医療、緩和ケアに至るまでのいろいろな世代において、すなわち小児からAYA世代、壮年、高年というところまでずっと通して、どこのライフステージでがんを発症するか、あるいは午前中のご講演にもありましたように、小児期あるいはAYA世代のがんは後でいろいろな問題を絡めて来るので、そういうことに対応できるような医療人を育てましょうということだと思います。それぞれのがんの専門的な治療それからケアということもありますが、それらに加えて、トータルとしてお互いに我々医療人が協力しながら、それに対応できるようにしましょうというのが今回第3期の大きな目的です。

言い換えますと、本事業の内容は、ゲノム医療、小児

がん、希少がんの話と AYA 世代から高齢者に至るライフステージでおのおのの患者ニーズに対応できる医療人を育て、達成目的として、とにかく現状の関西地区の高いがん死亡率からの脱却を図るということです。この3つの目標は、ばらばらではなく、実は全部つながっており、ゲノム医療のことも生かしながら、そのほかのライフステージの中においても診断そして治療に生かすということで活動を推進しています。

まず、その拠点の中心となる大阪大学ですが、非常にたくさんの研究科と様々なシステムを持っており、がん医療全体に非常に大きな力と動きを持っています。大阪大学を中心に、それぞれの大学と一緒に協力しながら、あるいは教えていただき、交流しながら事業を進めていくということです。大阪大学の薬学研究科におきましても、がん専門薬剤師の養成のほかに、緩和薬物療法の薬剤師の育成を行います。また保健学専攻ではこういうコースが入っており小泉先生が中心となって進めています。

本日のテーマのライフステージということでは看護が非常に大きな役割を担っていますが、荒尾先生たちが中心になり、世代を超えて統合した看護を実践できる看護師を養成しています。この考え方は看護の領域だけではなくて、我々の分野の薬学においても実際に看護師さんがどのような活躍をされているかがわかるように講演をさせていただいたり、あるいは7大学が参加する合同研修会においても実際のお話をさせていただいて、ワーキンググループをつくりながら学び、FD 活動をしています。

学生の指導体制にはそれぞれ専門的な医療人の養成・育成がありますが、最終的にはその地域における医療人として全体として十分な能力を持つ人々を輩出することが目的になっています。

ゲノム医療については、たくさんのゲノム情報をどうやって医療に生かしていくかということが重要です。それぞれの医療に、例えば私たちの薬学分野でも、窓口で相談されたときに全然知らないというわけにはいきませんので、こういうことについてよく学んで、なおかつ患者さんと家族にも説明ができるように、そしてそれを治療にも生かせるようにと考え、コースをつくって研究と教育の指導をしています。

これは大阪大学と京都府立医大が中心になり、小児・AYA 世代のがんについて、特にいろいろな治療法の中から最適な治療法は何かを考えながら、患者さんに向き合って治療を進めることについて全体的に学んでいます。したがって、放射線治療や化学療法だけではなく、

子供たちの発育に合わせた教育、育成について、相談も含めて、どういうふうに医療人が関わるかという話を進めており、それを拠点全体で共有できるような体制をつくっています。友人、職場で理解をしていただき、家族の支えが何よりですので、そういう点を含め、医療者はどのように関与すれば良いのかを学んでいます。

緩和医療については、養成すべきものとして、最終的には緩和医療ということが出てきます。現在は初期からの緩和医療をしますので、がんとわかったところから同時に患者さんに向き合いながら進めていきたいと思います。そのためにはどのようなアプローチをしたら良いかを我々もいろいろ勉強しながら治療に当たるといったことです。

さらに、先進的なものとして、補完代替医療や総合医療系の専門学講座とも連携して、患者さんが求めること、あるいは患者さんの希望とそれからその先のことに関して、満足感が得られるような医療を展開するために、こういう実践的な知識を習得する取組みもあります。

これは兵庫県立大のがんプロコースですが、看護の専門的なことにケアプログラムの開発者の養成があります。また、従来のものを生かした医療やゲノム医療、あるいは看護に加えて、看護を受ける側（患者）にも積極的にかかわってもらうという視点からの教育を展開しており、多様なライフステージに対応できるようなジェネラリストを養成することを目指して盛んに活動しています。

これは和歌山県立医大のがんプロコースですが、緩和医療と地域におけるがん医療について住民の皆さんが安心して任せられる形を展開しており、市民講座などの集まりを頻繁に行い、地域の人たちの支えになっています。

最後に、大阪薬科大学では、ゲノム医療の基礎には強い薬学の特性を生かしながら、重篤副作用の回避、最適医療の推進、あるいは疼痛緩和ができるようながん専門薬剤師を養成しています。

テーマとしては、このほか病診薬連携が大きな課題になっています。後でお話をしますが、薬剤師は決して専門分野・領域家だけではなく、どの領域にも薬が出てくるので、薬学教育は他の医療分野の教育とは違ったところがあります。そこを工夫しながら進めています。

これは神戸薬科大学のがんプロコースですが、目標は大阪薬科大学と同じように、チーム医療の一員としてケアや薬物投与ができるがん専門薬剤師の養成を目指しています。神戸薬科大学の特徴は、患者さんの心の痛みや

家族の悩みを、メディカル・カフェを使いながら、樋野先生のがん哲学外来を学びながら実践しています。実際に学生自身が参加しながら、がん患者さんと家族に向き合うためにはどうしたらいいかを考え、対応することができるようになることを含めて、全体的な教育プログラムを構成しています。

さて、ここまでは全体の紹介でしたが、後半は話題を変えて、がんプロコースの構成や運営において私が経験したことをもとに、課題があると思ったことをご紹介しますと思います。

第1期のがんプロにおける阪大グループの医療人の養成実績を見ますと、がん専門薬剤師の人数が当初の計画・目標に比べて非常に少ないのが分かります。その原因について考えてみると、次のことに気づきます。

がん専門薬剤師の認定制度については日本医療薬学会が認定機関になっています。詳細をここに示しますが、ここに認定機関を一本化していますので、文科省の事業であるがんプロ事業で、例えば大学院4年を出てもがん専門薬剤師の資格を取ることはできません。認定に際しては医療的な実践能力がすごく問われます。これは実践的な医療をしながら高度ながん医療人を育成するということですので、かなりの部分ががんプロ事業における養成の内容と重なっています。

そうすると、認定あるいは一回認定してからもう一回更新するのに必要な要件は50症例をやりながら研究能力を磨くことを求められます。ここにおられる多くの方がご存じないかもしれませんが、一般の薬剤師は、薬学部6年制を卒業してからまず病院薬剤部あるいは薬局に勤め、一般的な薬の扱い方を学びます。これができないと薬剤師さんの活躍はほぼできませんので、最低1年、普通は3年ほど薬剤師経験をします。社会人になった人あるいは経験した人たちが大学院に入り、がんプロのコースを履修するという形をとります。

そうするとどうしても、今現在認定されているがん専門薬剤師はがんプロコースの修了生ではない人のほうが圧倒的に多いのですが、所属のほとんどが拠点病院です。がん専門薬剤師の更新制度についても、一旦、5年以上の実務経験を経て50症例の報告をして認定を受けた後、がん専門薬剤師の更新をするときにはさらに50症例が必要ですから、継続的にがん専門薬剤師の仕事をしていかなければいけない。しかもその50症例を報告できてなかつた研究をできる場所となりますと、大きな病院でないとなかなか難しい。例えば地域包括ケアの中で役割が期待される、薬局あるいは地域の在宅医療の中で

活躍するような薬剤師はがん専門薬剤師としてなかなか継続しにくいこととなります。

この点が課題であり、薬学教育をする者としては、どうしても最終的な認定については厚労省のところにあります日本医療薬学会が認定機関なので、この状態の中でがんプロのコースにおけるがん専門薬剤師の養成がどれくらい役立っているか、考えざるを得ないということです。もちろん我々は普通の医療を経験した人以上に研究ができる人たちを大学院のがんプロコースで育てようと思っていますし、多職種連携、あるいは従来の認定制度のみではなかなかやりにくい地域医療についての経験などについて大学での教育が有効であることを確信しています。したがってこの課題を今後どのように解決し、発展させるかが重要であると思っています。

概観すると、薬学について今行っている教育は、大学入学前の早期体験（アーリーエクスポージャー）として小中学生にも様々な機会で紹介や話をしますが、薬学部、大学院、生涯教育となると、ここはとにかく「ジェネラリスト薬剤師」を養成することが基盤にあります。そのため、このがんプロ教育の対象の範囲は大学院生ですが、多くのがんプロコース入学生（薬学）の場合、学部卒業後すぐに大学院進学してくるのではなく、社会人を入学させることとなります。したがって、がんプロコースにおけるがん専門薬剤師の養成実績の人数が少ないのは非常に残念ですが、とにかくがんプロコースの宣伝をして、あるいはこのコースで学びたいという志を持つ学生たち、卒業生に、長い時間をかけても構わないので、入学して来てほしいと思っています。これが大きな課題です。

その一つの試みとして、神戸薬科大学の成果ではありますが、がん哲学外来あるいはがん教育あるいはメディカル・カフェを開催して、地域の中に広く根差して活躍しながら、周囲からまず理解を得ることを活発に行い、学内に向けては専門的なFD研修会を開催しています。

本学の場合は、がんプロのシンポジウムにおいて、ゲノム医療についてあるいはAYA世代について、あるいは、疼痛緩和について大阪大学拠点の他大学の先生方に講師をしていただき、勉強するという公開講座の方法をとっています。

最後に申し上げたいことがあります。第3期のがんプロ事業の中で専門性の高いがん医療をすることはもちろん重要ですが、それは最終的に誰のためか、と問えば、やはり患者さんとその家族のためだと思います。したがって、そこに向かって進むためには、外来化学療法に

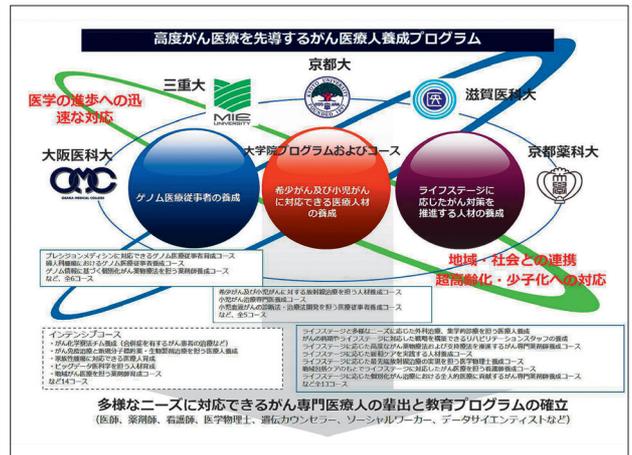
おいても、あるいは在宅などの地域医療から急性期のがん医療拠点病院に再入院する場合にも地域の中で支えて戴くことが可能な医療資源として、実は今まであまり積極的にかかわって来なかった薬局の薬剤師の参加と活躍を期待しています。かかりつけ薬局あるいは健康サポート薬局という制度がありますが、こここのところでは何とか全体的に底力を上げて、学部教育を含めた薬学領域で、あるいはがんプロコースで学んだことを生かすことができないものかと、日々、考えています。

まとめますと、大阪大学拠点は第3期がんプロ事業の中で、今回お話をしましたライフステージに応じたがん医療について様々な角度から人材育成を盛んに行っております。薬系の3大学、大阪大学、本学、神戸薬科大学はお互いに連携し、協調しながら、がん専門薬剤師の育成を行っています。また、同時に何よりも地域医療への貢献、それから多職種連携をモットーとして、これからも邁進していきたいと思っております。

ご清聴ありがとうございました。

京都大学拠点におけるライフステージに応じた がん対策を推進する人材養成の取り組み

京都大学拠点 (京都大学 教授 溝脇 尚志)



京都大学の放射線治療科の溝脇と申します。それでは京都大学拠点についてお話をさせていただきます。

京都大学拠点では、「高度がん医療を先導するがん医療人養成」というタイトルでプロジェクトを推進しております。我々の拠点では、京都大学に加えまして、三重大大学、滋賀医科大学、大阪医科大学、京都薬科大学という5大学の連携で事業を行っております。この枠組みは初代のがんプロからずっと同じでありますので、現在までに非常に豊富な e-learning 含めた教育資産、コンテンツをつくってまいっております。これらの資産を有効に活用しつつ本がんプロ事業を推進していきたいと考えております。

我々は、ゲノム医療について全6コース、希少がん、小児がんにつきまして全5コース、ライフステージに応じたがん対策につきましては全13コースを設定しております。それに加えまして14コースのインテンシブコースがございます。

本日はライフステージに関係する13コースを簡単にご紹介させていただきます。そして、それぞれの大学でそれぞれ特徴がございますけれども、お時間の関係で本日は京都大学におけるがんセンターの現状について少しお話をさせていただきたいと思っております。

まず、京都大学におきましては、ゲノム2コース、希少がん・小児がん2コース、ライフステージを5コース設定いたしております。

まず1つ目のコースはライフステージと多様なニーズに応じた外科治療、集学的診療を担う医療人養成のコースでございます。我々には、高度医療を推進することから、臨床能力の養成に加えまして、低侵襲治療などの新規治療技術の開発を目指しております。我々は先端医療機器開発臨床研究センターといえます医療機器の開発拠点を学内に持っておりますので、医療機器開発も先導できる医療人の養成を目指しております。

次に、がんの病期やライフステージに対応した戦略を構築できるリハビリテーションスタッフの養成でございます。非常にチーム医療が進んでおりますので、そういうことを含めてライフステージに対応できるリハビリテーションスタッフを養成していきたいと考えております。

こちらが、がん専門薬剤師の養成コースになります。こちらチーム医療と、充実した国内外の医療施設における研修のプログラムを通して、ライフステージに対応した薬物療法及び支持療法を習得できるのが特徴でございます。

さらに緩和ケアを実践する人材養成コースを設定いたしております。後でお話するように、京大病院のがんセンターを中心として多職種間の協働による教育体制を充実させて、治療期から全人的な苦痛への対応ができる医療人の養成を目指しております。

最後の5つ目が医学物理士の養成コースでございます

す。本学におきましては、昨年度に人間健康科学系専攻に医学物理士養成の専門のコースが設立されました。従来からの医学研究科のプログラムと合わせて、高度かつライフステージに応じた放射線治療に対応できる医学物理士を育てていくプログラムでございます。大きな特徴は、附属病院の中でオン・ザ・ジョブ形式でトレーニングができることです。

続きまして、三重大学です。三重大学におきましては、ゲノム医療1コース、希少がん・小児がん1コース、ライフステージについては5コースを設定いたしております。

ライフステージに関するプログラムについてご紹介させていただきます。まずは放射線治療・集学的診療を実践する人材養成コースでございます。このコースは、通常のエックス線に加えまして粒子線施設との連携によって、今小児がんに対する有用性が注目されております陽子線治療にも対応できる人材を養成するプログラムになっております。

それから、乳がん診療を担う人材コースでございますけれども、高い専門性を持ち、さまざまな乳がん患者さんのライフステージに応じたニーズに対応できる医療人の養成を目指しています。

続きまして、ライフステージ及びゲノム情報にも対応できる専門薬剤師の養成コースになります。三重大学におきましてもチーム医療が非常に充実しておりますので、有能な人材を養成していきたいと考えております。

それから、腫瘍内科専門医養成コースがございますが、こちらも同様の非常に幅広い教育体制をとっております。

そして看護師の養成コースです。こちらは、三重のCNS会連携の学習会や県内の7大学のインターネットを介した多職種カンファレンスを行っており、非常に豊富な教育コンテンツがございます。そしてさらに、地域医療における保健医療福祉ネットワーク構築にもかかわることができる人材育成を目指しております。

続きまして、滋賀医科大学でございます。こちらはゲノム情報に関するコースが2コースと小児血液とライフステージはそれぞれ1コースの設定でございます。

ライフステージに応じたコースといたしましては、集学的治療と全人的診療を担う医療従事者養成コースになります。滋賀医科大学附属病院におきましては、AYA世代そして、遺伝性腫瘍、がん・生殖医療に特化した重点的な取り組みを行っております。したがって、こちらのコースの特徴は、妊孕性温存などのAYA世代の特徴

に適切に対応できる医療を実践する能力が養成可能になっております。

次に大阪医科大学におけるコースですけれども、これは3つのテーマに応じてそれぞれ1コースずつ設定されております。

ライフステージにおきましては化学療法専門医の養成コースを設定いたしております。こちらのコースにおきましては、若年患者の妊孕性温存を含めて、遺伝子腫瘍に対するカウンセリングも対応でき、臨床試験を遂行できる医療人を養成するような目標を立てております。

続きまして、京都薬科大学でございます。京都薬科大学におきましては、1コース、ライフステージに応じた個別化がん治療における全人的医療に貢献するがん専門薬剤師の養成コースを設定いたしております。このコースの特徴は、高度な専門知識を有する専門薬剤師に加えて、地域包括ケアシステムの中で主導力を発揮できる能力を持つ専門薬剤師の養成を目指していることで、大学病院と地域薬局との一環教育システムを整えております。

以上が我々の拠点における概要でございます。

さて、後半は、我々の京都大学における集学的な診療体制についてお話ししたいと思います。

やはり、教育におきましてはベースの診療が非常に重要でございますので、京大病院はがんセンターを設置しております。その中で、外来がん診療部、入院がん診療部、がん診療支援部、がん教育研修部、そしてがん医療開発部という5つの部門と緩和ケアセンターを設置し、各部門が有機的に結合した診療並びに教育を行っております。

外来がん診療部の最大の特徴は、臓器別のユニットを設置して、実際に集学的な診療を行っていることでございますが、本件の詳細につきましては、後でお話しさせていただきます。

入院がん診療部は、がん病棟である積貞棟の中にがんを主体に扱う診療科が入っております。特徴的なことは、積貞棟の1階にがん診療部の外来と外来化学療法部があり、2階には腫瘍内科と我々の放射線治療科の共通病床がございます。看護ユニットは1階2階が共通です。師長さんのやりくりは大変ですが、患者さんは入院と外来と連続した看護ケアを受けられるような体制をとっているのが特徴でございます。

そして、がん登録・がん相談等に対応するがん診療支援部があり、チーム医療の研修等を行うがん教育研修部、そして臨床試験の支援を行うような臨床研究支援セ

ンターを含めたがん医療開発部が設置されてございます。

ここで、少し外来がん診療部のユニットのご紹介をしたいと思えます。我々のがんセンターができましたのが2007年4月ですが、実は1997年に脳神経外科と放射線治療科でラジオサージェリー外来という脳の定位放射線照射を専門に扱う共通外来が始まっております。その後、2003年には泌尿器科と放射線治療科で前立腺がんを専門に診る前立腺がん高度診断治療ユニットを始めました。そして、2006年に小児科が参加した小児脳腫瘍ユニットが始まりました。そして2007年に京大病院がんセンターが発足した時に、これらの先行集学的診療外来を、脳腫瘍ユニット外来、前立腺がんユニット外来というような形で、がんセンターのユニット外来に移行するとともに、新たに肺がんユニット、乳がんユニット、等々を順次発足し、現在19ユニットが稼働中でございます。

少しユニット外来の例をお示いたします。脳腫瘍・小児脳腫瘍を見ますと、脳神経外科医、そして我々放射線治療医、小児科医という、3科の合同外来になっております。食道がんユニットは関連科が結構たくさんございますけど、ベースは消化管外科と放射線治療科と消化器内科であり、この3科は必ず外来に出るような体制を組んでおります。そして食道がんの新患が京大を受診されますと、全例ここのユニットを通過して、3科できっちりステージングを行って治療方針を決め、治療を行うというような運用になっております。

外来診療の予定表の例を提示いたします。私が関係している脳腫瘍と前立腺ユニットです。脳腫瘍ユニットは放射線治療科3診と脳神経外科2診、そして小児脳腫瘍ユニットには、小児科の先生も参加されます。診察室は隣ですので、一緒に患者さんを診察しております。そしてフォローアップの患者さんとか再発の方が来られましたら必要に応じて随時相談するということが可能です。

前立腺がんユニットも泌尿器科3診と放射線治療科3診を開設いたしておりますので、こちらも同じように合同で診察し治療方針を決めて加療を実施したあとフォローアップを行っており、バーチャルでない集学的な診療を多くの臓器で行っているということが本学における外来がん診療部の大きな特徴になります。そして、多くのユニットでは、新患の診察、病期診断、治療方針決定、だけではなく、再発後の治療の相談というのも一緒に行っています。

これらの取り組みは10年以上になりますけれども、

非常に良いことは、単科で行っていたら絶対に得られないようながんの集学的治療に関する幅広い知識がお互い得られるということです。そして、お互いの治療レベルがものすごく向上いたしております。そしてひいてはそれが患者さんの予後やQOLの改善に大きく結びついております。さらに重要なことは、今回のがんプロ教育を進めるに当たっての教育資源がものすごく蓄積されてきたことです。例えば前立腺ユニット外来ですと、これまでに1,500例近い前立腺がん患者さんを治療して、一番長い方は15年以上フォローアップしていますので、このユニット外来における2～3カ月の研修で、日本国内のほかでは見られないような長期の治療経過の教育ができる環境が整っております。

それから緩和ケアセンターでは、スライドにお示しいたしましたように、ほぼ満遍なくいろいろな科がオーダーを行っており、全科が緩和治療科と連携してがんの患者さんを診ているということがわかりいただけると思います。

そしてがん相談支援センターの件数も、上が成人で、下が小児ですけれども、やはりかなりの件数を扱っております。

小児がんやAYA世代のがんでは、現在までに、抗がん剤の治療と放射線治療を組み合わせると非常に成績が上がってきています。例えば髄芽腫などは、以前がほとんど助からなかったのに今は標準リスクであれば5年生率は70～80%の成績が得られるようになっております。それに伴いまして、加療に伴う有害事象軽減が大きな課題となっております。発育障害も非常に重要な有害事象ですが、脱毛も学童期とかAYA世代の患者さんには非常に苦痛になる副作用です。先日も粒子線センターのドクターが講演に来られたときに、病気は治したけれども、やはり脱毛でいじめられて不登校になってしまったというお話をされておられました。小児がんに対する有用性が報告されている陽子線を使っても全脳照射しますとスライドにお示しますように永久脱毛が避けられません。従来我々放射線治療科単科で診ていたときは、小児科のオーダーを受けて治療しますけど後のフォローはしませんから、患者さんはどのぐらいこうなっているかということがわからなかったのです。しかし一緒にやっていると、やはりそういうのはわかりますから、ぜひ何とかしてあげたいというようなことを考えるようになったわけです。これは若い女性のびまん性神経膠腫の患者さんですけども、左前頭葉に腫瘍があるために、普通の照射方法によって50Gyを照射いたしますと、照射範囲

はほぼ永久脱毛になってしまうんですが、高精度放射線治療でちょっと皮膚面を守るとほとんど抜けないということを経験いたしました。この経験からどんどん難しいものまで頭髪保護照射の適応を広げていった次第です。ただ、全脳照射の場合は周りの髪の毛を全部残して、中心に位置する脳はちゃんと全体を照射するという高難度な治療技術を要するため、これはさすがにできないなと思っていたのですが、装置の進歩とがんプロによって育った優秀な医学物理士・医師の力を結集することによって、スライドにお示ししますようにフルドーズの化学放射線療法を行った患者さんの全脳照射におきましても髪の毛をほぼ完全に復活させることができました。これは我々の知る限り世界で初めての報告であり、専門誌の表紙を飾ることができました。今、我々の施設では、この治療技術はルーチンで行うようになっております。そしてこの技術を、まずはがんプロの連携施設へ、そして行く行くは全国に広めたいと考えております。

最後に、われわれの拠点内の各大学間でどのような連携をしているかということですが、一つは5大学連携医療フォーラムを来月に予定しております。それから、従来から5大学の連携で海外の合同教育セミナーというものを行っていたのですが、今回少し準備時間も短かったということで、海外での合同のカンファレンス・セミナーを開催する形式ではなく、今回は、MD アンダーソンがんセンターでの合同研修を実施する予定をしております。それから、いずれかの大学におきまして研修するプログラムも実施予定でございますが、これは、現時点では日程調整中でございます。

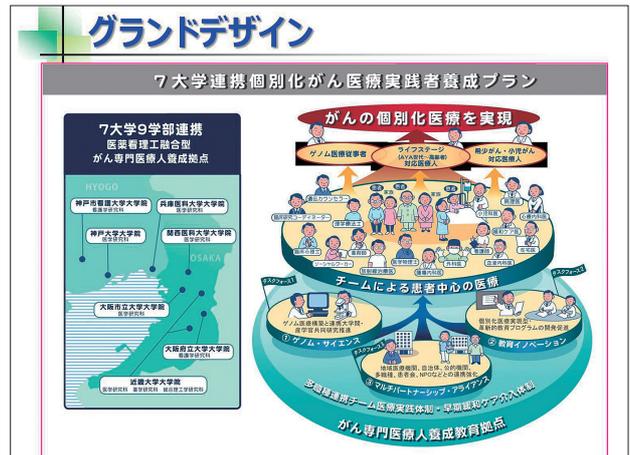
それから、私の専門の放射線治療分野におきましては、第一期がんプロから高精度の放射線治療のワークショップを定期的で開催しておりますので、そこに放射線治療医の養成プログラムを有する滋賀医科大学、三重大学、大阪医科大学の方々に参加をいただいております。今年度につきましては3月11日に予定しております。これからも、密に5大学間で連携をとって事業を推進していきたいと考えております。

以上、ご清聴ありがとうございました。

5

「7大学連携個別化がん医療実践者養成プラン」における ライフステージ対応型がん専門医療人養成の取り組み

近畿大学拠点 (近畿大学 教授 福岡 和也)



我が近畿大学拠点の事業名、プラン名は、「7大学連携個別化がん医療実践者養成プラン」ということで、事業推進責任者は近畿大学腫瘍内科の中川が務めておられまして、本日私、事務局長を務めております福岡のほうで発表させていただきます。

まず、これは今回の新がんプロの公募要項等をもとにいたしまして、申請前に我々が考えた図であるんですけども、これまでのがん対策推進基本計画の中でのピットホールの取り組みであるとか、新たに出てきた課題が今回のテーマである、ゲノム医療、それから希少がん、小児がん、ライフステージに応じたがん対策を推進する医療人を育成するということになるものと思われまして。

我々は1期、2期のがんプロを通じまして、がん専門医療人育成の教育基盤を構築いたしまして、第1期、第2期を6大学、7大学で行ってまいりました。それに対する今回の新がんプロにおけるいろいろな取り組みというものこのように打ち出しまして、それでアプライしたわけでありまして。

この結果、全国11拠点のひとつに採択されました。今回の我々の新がんプロの概要といいますのは、医学、看護学、薬学、理工学系大学院研究科が相互に連携し、がん医療における多様化する新ニーズに対応した個別化医療を実践できるがん専門医療人の養成を図ることになっております。また、本プランを円滑かつ効率的に実施していくため、3つのタスクフォースを立ち上げ、

課題解決に向けて取り組むということを掲げております。

これらのグランドデザインというふうになるんですけど、ちょっと字が細かいですけども、我々の7大学といったしましては、北のほうからいきますと、神戸市看護大学それから神戸大学、兵庫医科大学、関西医科大学、大阪に入りまして大阪市立大学、大阪府立大学、これは看護学系であります。近畿大学、我々の医学系・薬学系、それから今回の新がんプロから新たに理工学部が入っております。

これまでの1期、2期の経験をもとにいたしまして構築しましたががん専門医療人の養成拠点に立脚いたしまして、この3つのタスクフォース、1番がゲノム・サイエンス、2番が教育イノベーション、3番がマルチパートナーシップ・アライアンス、いろいろな地域等の連携になりますけども、この3つのタスクフォースによって患者中心のチーム医療というものを実践いたしまして、それが最終的にゲノム医療の従事者でありますとか、希少がん・小児がんに対応できるような人材、それから今回のテーマとなっております各ライフステージに対応できる医療人の養成ということで、最終的にがんの個別化医療を実現するというグランドデザインを描いております。

運営・評価体制といたしまして、プロジェクト運営推進委員会という各連携大学のプロジェクト運営推進委員

によって構成されているこの委員会を立ち上げておまして、大体年3回から4回集まりまして、各タスクフォースの進捗管理やプラン全体の運営を協議いたします。実はきょうも夕方梅田で皆集まってこの会を催す予定にしております。

このプロジェクト運営推進委員会の上位に位置します最高意思決定の会議体というのがプロジェクト統括会議と言われておまして、各連携大学の学長もしくは学部長によって構成されておまして、年1回、大体おおむね9月に行っております。

また年度末の3月には、こういったがんブロの活動を評価するための活動成果評価委員会というのを外部機関の評価委員をお招きして行っております。

実施体制、3つのタスクフォースですけれども、それぞれにリーダー校を決めておまして、ゲノム・サイエンスは近畿大学医学部、タスクフォース2の教育イノベーションは大阪市立大学、マルチパートナーシップ・アライアンスのタスクフォース3は神戸大学ということで、これらのタスクフォースを統括する事業推進責任者は近畿大学の中川ということになっております。

まず、ゲノム・サイエンスのタスクフォース1ですけれども、ミッションといたしまして、遺伝カウンセラー養成を含めたがんゲノム医療の構築と連携大学間及び産学官共同研究の推進を掲げております。課題といたしましては、ゲノム情報に基づくがんの個別化医療を実現するための基盤整備、共同研究による「がんのゲノム情報に基づいたプレジジョン・メディシン」の推進を挙げております。

タスクフォース2の教育イノベーションですが、個別化医療を実現するための革新的な教育プログラムの開発促進をミッションといたしまして、2期で構築しました従来の講義などに、ゲノム情報に基づく個別化医療、小児がん・希少がん及び今回のテーマとなっておりますライフステージに応じた医療の実現に必要な教育プログラムの充実と強化ということを課題として挙げております。

タスクフォース3のマルチパートナーシップ・アライアンスに関しましては、ミッションとして、地域医療機関、自治体、公的機関、各種職能団体、がんサバイバーを含む患者会、NPO法人などの連携支援体制の強化ということを掲げております。具体的な課題といたしましては、小児がん患者・家族に対する医療や支援の提供体制のさらなる強化、AYA世代、壮年層、高齢者といった、今回のこのフォーラムのテーマでありますライフステー

ジごとに異なる身体的・精神的・心理的・社会的問題等に適切に対応することを目的として、さまざまな支援や緩和ケアを実践し、ライフステージに応じたがん対策を推進できる多職種医療人材を養成することを課題として挙げております。

今回のライフステージに応じたがん対策ということに関連した連携大学全体としての取り組みというのを挙げております。各連携大学独自に行っている取り組みもあるんですけども、それはちょっときょうはご紹介できませんので、全体の取り組みということで挙げさせていただいております。

まず教育プログラムコースに関しましてですが、大学院の博士課程は全27コースありまして、医学系が23で、看護学研究科が2コース、それから薬学・理工学部の研究科が1ということになっています。今回新たに入りました理工学部は、近畿大学の理工学部で遺伝カウンセラー養成課程がありますので、遺伝カウンセラーを養成し、ゲノム医療に従事する人材を育成するということが含まれております。

各大学におきます大学院博士課程27コースをお示しますが、この赤で具体的にお示しましたところが、シラバスやそれから教育内容のところに今回のライフステージに対応できる人材育成するということを盛り込んだ大学院の博士過程コースというふうになっております。この辺の看護系でありますとか薬学系に関しましては、ライフステージに応じたということが非常に重要なコースということになっておりますし、医学系に関しましても、全てのコースではありませんが、プログラムの中にライフステージに応じた人材育成するということが盛り込まれております。

一方、インテンシブコースですが、全18コースを挙げておまして、医学研究科が13、看護学研究科が4、理工学が1ということになっております。これに関しましても、ライフステージ対応ということを教育プログラムの内容にうたっているものは赤字で示しておりますが、やはり看護学系に関しましては、こういったライフステージに対応するというのが重要な取り組みというふうになっておりますし、医学系のほうに関しましても、幾つかのインテンシブコースで盛り込まれております。

特にライフステージ対応に重点を置いた教育プログラムといたしましては、近畿大学の薬学部の研究科では、先ほど来ておりますが、がん専門薬剤師養成コースにライフステージ対応型ということが盛り込まれておりますし、近畿大学の医学系研究科におきましては、異なる

ライフステージのがん患者に寄り添える臨床研究コーディネーター養成コースというのがありまして、いわゆるCRCを養成するというコースなんですけども、近畿大学では治験・臨床研究を盛んに行っておりまして、こういったCRCの果たす役割は大きいということで、こういうコースをつくっております。また、大阪府立大学の看護系に関しまして、ライフステージに対応できるがん専門看護師の大学院コースとインテンシブコースをつくっております。

今回、がん緩和ケアのインテンシブコースの中で、午前中にお話がありました木澤先生のほうで中心とならましまして、タスクフォース3のところ、連携大学全体として、こういった緩和ケアのインテンシブコースを立ち上げております。地域のさまざまなライフステージの患者と家族に対して適切な緩和ケアを提供できる人材を養成するというので、ことしの9月からこういったインテンシブコースを開講するというのを予定しております。

講義に関しましては1期、2期で我々が構築してきました、連携大学の全ての大学院生及びインテンシブコース生がFace to Faceで顔を合わせて受ける共通の講義として、独自の共通特論というのを立ち上げてきましたが、これも今年度から新しくこの3つのテーマを盛り込んだ新しい共通特論というのは実施していく予定にしております。

また模擬患者による多職種の参加型の個別化医療の課題演習ということで、これはもう去年の10月に実施いたしました、異なるライフステージのがん患者と良好なコミュニケーションを構築する上で必要とされるコミュニケーションスキル等を習得することを目的として、こういった課題演習にも取り組んでおります。

またこれは演習になりますが多職種参加型の症例検討演習ということで、これも去年の6月と7月に行いましたが、異なるライフステージのがん患者が抱えるいろいろな問題点に関して、各職種の立場から検討し、多職種間での情報共有の重要性と問題点を整理する方法を習得するというのを目的として、こういった演習も大学全体の取り組みとして行っております。

一方、セミナー・講演会・シンポジウム等に関しましても、ちょっと字が細かくて見えにくいかと思うんですけども、ゲノム医療を中心としたスキルアップセミナーは先週の土曜に行ったんですけども、これも一部ではやはりライフステージに応じたがん対策ができる人材養成ができるものと思われまして、また希少がん及び小児・

AYA世代、壮年期、各世代のがん患者会、がんサバイバーを含むNPO法人との相互連携、情報発信を目的としたセミナーを3月に開催する予定にあります。

また大阪地区の連携大学と、がん拠点病院、大阪府、医師会、薬剤師会などが一堂に介しまして、がん診療連携協議会を2月、今週、行う予定にしております。

また次世代の医療人の養成がんプロセミナーをまたこれも2月に行う予定にしております。

研究成果の場になるんですけども、国際がん研究シンポジウムもこの3月に行う予定にしております。

FDに関する取組としては、グローバルなFD研修を昨年の11月に、米国のトーマス・ジェファーソン大学にて行ってまいりましたし、教育イノベーションセミナーというのを複数回開催いたしております。

高齢者にやさしい放射線治療ということを目的として、放射線療法の講演会というのをこの2月に開催する予定にしております。

それから一般の市民公開講座とはちょっと異なるんですけども、一般市民を対象とした大阪オンコロジーセミナーというのを多施設共同臨床研究グループのWJOGと共催して、この1月から開始いたしております。

それから多職種のがん専門医療人のキャリア教育形成支援セミナーというのを去年の10月に開催いたしております。

こういった取り組みの概要でありますとかそういったものをこういう形で連携大学以外にも配信しております、多数の参加を得ております。

研究に関しましては、がんゲノム医療の研究というのが中心になっておりまして、我々近畿大学にはゲノム生物学の西尾教授を中心として、がんのクリニカルシーケンスを自前で行うシステムを持っておりますので、これを連携大学に広めまして、がんのクリニカルシーケンスの最適化や、希少がん、遺伝性・家族性腫瘍の診断向上を目的とした共同研究を始めということで、今、各連携大学のほうで倫理委員会の承認を得ているということになっております。

このようなゲノム医療の実用化というか、実装化がメインになるんですけども、そういったところから生まれてくるいろいろなライフステージの患者さん、症例の腫瘍組織を解析いたしますので、やはり最終的にはライフステージに対応したがん専門医療人の育成につながるのではないかと考えております。

ということでまとめを示させていただきます。本プランにおきますライフステージに応じたがん対策を推進す

る人材養成につきまして、近畿大学拠点における取り組みを紹介いたしました。

ライフステージに応じたがん対策についての内容を充実強化した教育プログラムコース、セミナー、講演会、シンポジウム等を実施することによって、この分野に習熟した多職種のがん専門医療人の育成と拠点形成を図るということを目的としております。

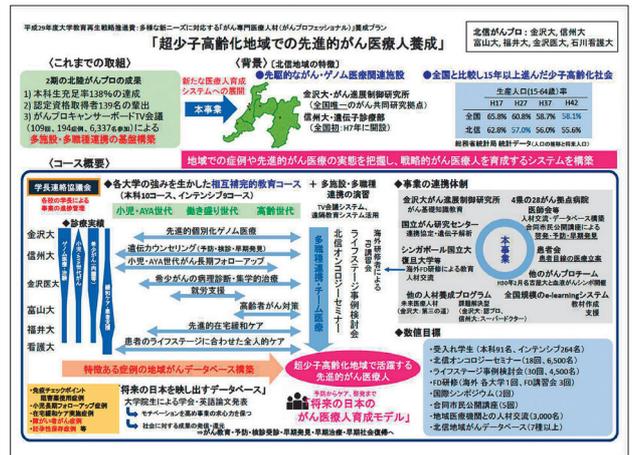
ライフステージに応じたがん対策を推進する人材養成ががんの個別化医療の推進に最終的に寄与するものというふうに考えております。

以上です。ありがとうございました。

6

超少子高齢化地域での先進的がん医療人養成

金沢大学拠点 (金沢大学 教授 矢野 聖二)



北信がんプロで事業責任者及び統括コーディネーターをやっております金沢大学の矢野でございます。北信がんプロでは、「超少子高齢化地域での先進的な医療人養成」ということで活動を行っておりますが、全てがライフステージに通じるものでございますので、本日は北信がんプロの活動の概要をお話して、ここは特にライフステージと関係していますという形でプレゼンを進めさせていただきますのでよろしくお願いいたします。

これは3期の申請時に用いましたポンチ絵ですが、北信がんプロでは、2期までのいわゆる北陸がんプロに参画しておりました金沢大学、富山大学、福井大学、金沢医科大学、石川看護大学に加えまして、今回、信州大学に新たに参画していただいて、北陸3県から信州を加えた北信4県で活動するようにいたしました。

この地域は、全国と比較し15年以上進んだ超少子高齢化社会であるということが特徴です。総務省の統計局のデータですけど、15～64歳のいわゆる生産者人口の率は北信地域では平成27年57%程度ですが、これは全国平均の予測値15年後よりさらに低いということで、こういうふうに定義しております。この地域で活躍できる人材を養成しようというプランでございます。

内容ですが、特色としては、学長連絡協議会を置きまして、大学院の受け入れなどの進捗を学長が管理するという事です。また、各大学及び病院の診療の特徴を生かした教育コースを設定して、e-learningとテレビ会議

システムを用いた多職種連携の演習を行います。また、いろいろなところと連携しまして、FD研修などを行います。さらに、特徴のある地域のがんデータベースを構築して、毎年、大学院生にその成果を発表させてモチベーションを保つとともに将来のがん対策に活用する、こういった活動により、将来の日本のがん医療人の育成モデルを作成しようというプランです。

各連携校でコアになって活躍してくれている先生方です。福井大学は片山先生、金沢医科大学は元雄先生、金沢大学の私ですけど、石川看護大は牧野先生、富山大学は林先生、信州大学は小泉先生です。がんプロ事務局は金沢大学に置いて活動しております。

私たちの事業は6つの柱からなります。講義につきましては、全国Eクラウドに参加して、ライフステージに関係する教材は私たちのスタッフが作成いたします。演習としては、北信オンコロジーセミナーやライフステージ事例検討会をテレビ会議システムを活用して実施しております。地域のがんデータベース事業ですけども、これには小児・AYA世代・高齢者のがんデータも含めて把握し、将来のがん対策の立案に活用するものです。スタッフ研修、FD研修ですけど、既存の地域でのがん拠点病院とか大学プログラムと連携した研修会に加えて、今回、海外フリー研修としてライフステージをテーマとした研修も予定しております。人材交流としては、国際シンポジウムや合同シンポジウムも企画いたしますし、市

民啓発教育として市民公開講座を実施しますが、市民からアンケートでニーズを把握して、将来のテーマ設定にも活用しようとしています。

これは北信がんプロ実施体制です。学長連絡協議会の下に北信がんプロ運営協議会を設け、この委員には、連携校に加えて、4県の全がん拠点病院、さらに医師会、自治体、それに加えて、患者会からも意見をいただくようにしております。実働部隊としての委員会はこのようにたくさん設けておりますけれども、それぞれのメンバーはこんな感じになっていまして、この中でライフステージに関係した案件を検討するのは看護保健系会議とかオンコロジーセミナー委員会とかがんデータベース委員会とか教務委員会なんですけど、それを総務委員会で調整しながら進めています。

今回、信州大学も加わって新たなチームになったということもありまして、昨年の9月19日、金沢市のホテルでキックオフミーティングを行いました。学長連絡協議会を開催いたしまして、6大学の学長に集まっていたいただき、来年度からちゃんと学生を受け入れれるということを管理してほしいということをお願いしていただきました。

また、がんプロ運営協議会では各大学の取り組みを発表していただきましたし、最後特別講演として、国立がん研究センター東病院の太津先生にお越しいただきまして、我が国におけるがん医薬品開発のお話をさせていただきました。その内容を地元の新聞に掲載していただいて、市民にも周知をしたところでございます。

これは北信がんプロの教育コースですが、本科生コース10コース、インテンシブコース9コースなんですけど、この赤で示すところがライフステージに関連したコースになっておりまして、こういったところで人材養成を進めていく予定になっております。

北信がんプロのe-learning教材ですが、これは全国Eクラウドに参加しておりまして、がんゲノム、小児、AYA世代、ライフステージそれぞれでスタッフがe-learning教材を作成しております。

次に演習の北信オンコロジーセミナーの概要です。繰り返しになりますが、多職種連携の演習です。ゲノム医療のほかに、小児・AYA世代・高齢者がん、さらに緩和ケアとか就労支援等をテーマとして取り上げて、特にがんの病態とか診断とか治療に主眼を置いたセミナーなんですけれども、全ての職種を対象にしております。このセミナーは、ここにございますように、連携6大学のほかに、がん診療連携拠点病院等21拠点全て合わせます

と27拠点をテレビ会議システムで結んで行うものでありまして、3カ月に1回程度開催することになっています。第1回目は、昨年の12月8日に金沢大学から発信いたしました。国立がん研究センター研究所長兼東京大学の間野博行先生にお越しいただきまして、「がん研究が導くゲノム医療」というテーマで講演をしていただきました。この3月には富山大学が主催して、第2回目のオンコロジーセミナーを開催する予定になっております。

次にライフステージ事例検討会ですが、これは石川看護大学の牧野先生が中心になって企画していただいたものでありまして、この3期がんプロの採択が決まる前の6月6日から既に計画を行い、今年度中に8回開催を予定しております。5年間で44回企画しているんですけれども、こちらは全職種対象で、各事例を検討する、そのケアを中心に行うセミナーでございます。行われました6回のポスターと、これは2月6日にも行うものなんですけど、積極的にライフステージ事例検討会を行っていただいております。そのほかにもフリー研修セミナーといたしまして、リンパ浮腫とか抗がん剤の曝露とか、ケアとか、これは福井が発信している地域で暮らすがん患者さんへの支援という形のセミナーも行っています。

それから、特徴として、我々のがんプロは4県が固まっております。全ての県のがん拠点病院と連携しているということです。石川県ではがん拠点病院と連携したFD研修会をずっと行ってございまして、これが今年度行う3回のものなんですけど、毎回FD研修会を行ったときにはアンケートをとりまして、そのときの感触、意見などを伺っているわけなんですけれども、3月にはがん患者の就労支援についてのテーマも取り上げます。

がん拠点病院と連携した研修会というのは石川県でも10年前からやっております。平成19年から現在までに39回開催して、2,400名を超える人に参加していただいております。がんの就労支援につきましては過去4年間、必ず取り上げているようにしてございまして、さらに、緩和ケアにつきましても、頻回にテーマとして取り上げて研修会を行っております。

また、これは富山県の例なんですけど、林先生が中心になりまして、エンドオブライフケアに関するセミナーとか、コミュニケーションスキルをアップするための研修会なども積極的に行っていただいております。

また、現在のがん医療の問題点の一つは、腫瘍病理医が少ないということです。これにつきましては、金沢医科大学の病理の清川先生とか腫瘍内科の元雄先生が積極

的に腫瘍病理セミナーというのを行っていただいております。全国の非常に著名な病理の先生をお招きしてセミナーを行って、医学生とか大学院生、若い病理医を刺激しているところであります。

さらに我々が今年度から始めた取り組みとしては、海外FD研修会というのがあります。

これは2種類ありまして、1つ目は、がんゲノム医療をメインテーマにした研修会で、今年はワシントンDCを訪問する予定です。国立ヒトゲノム研究所と国立がん研究所の2カ所を回りますが、これに対しては12名の参加者を予定しており、非常に若いスタッフを中心に派遣することを考えております。

もう一つがライフステージに応じた先進的緩和ケアをメインテーマにしたメルボルンへの研修会です。これも石川看護大学の牧野先生に中心になって企画していただいているんですけど、ここにお示しする6つの施設に赴く予定でありまして、14名が参加する予定です。この海外FD研修に参加した人たちは、戻ってきたときには、その成果報告として、北信がんプロのテレビ会議システムを用いてスタッフを対象にFD講習会というのをやることを義務づけております。これは来年度行う予定です。

もう一つ、特色ある取り組みとしては、地域がんデータベースというのがあります。これは、北信地域のがん患者さん、医療の特徴を明らかにして将来のがん対策立案に活用するというものでございますが、このがんデータベース、がんの統計の専門家でいらっしゃる金沢医科大学の西野教授が中心になってやってくれています。

北信4県の28のがん拠点病院に協力していただくことができれば、年間に3万5,000人のがん登録データが集まるんですけども、このデータを解析します。例えば高齢者がんとか希少がんとか小児・AYA世代がん、障害者のがんなどですね。こういった人たちのデータを解析して将来のがん対策立案に結びつけようということです。プレリナリに金沢大学でがんデータ情報を解析しましたが、2015年に2234の院内がん登録がありますが、その中で小児・AYA世代がんは186名で、全体の8%、結構いました。

ここでおもしろかったのは、小児・AYA世代のがん症例で一番多かったのはAYA世代の子宮頸がんです。こういったことから何がわかるかということ、恐らく、この人たちは、妊娠時の妊婦検診で発見されています。ここで行政とか我々が考える対策としては、妊娠時の検診は必ず精度高く行わないといけません。精度管理に注力すべきであるということが提案できます。

また障害者のがん患者さんは、20人いました。全体の1%なんですけど、わかってきたことは障がい者のがんもいろいろな臓器に発生している。我々の施設では、20例紹介された全例に対して積極的な治療を行ってました。ここからのメッセージは、障害者の方ががんになってもちゃんと治療できる方が結構いるということです。そうすると、県としては、検診を受ける障害者のための検診システムをつくるべきであるということが提案できます。

こういったことを北信4県でデータをとってどんどん進めていきたいというふうに考えています。

また合同の市民公開講座を実施しております。昨年の10月29日には、元テレビアナウンサーの清水健さんに、お子さんの出産後113日で奥さんを亡くしてしまった体験をお話ししていただきました。今後、合同市民公開講座というのは、全連携校のスタッフが一堂に会して行うんですけども、場所は持ち回りでこの順番でやっていくことになっております。

このときの掲載記事も、新聞に載せているんですけど、参加した人にアンケートを行いまして、いろいろな意見も取り上げています。代表的な例ですけど、40歳の女性の方は今後はがんの予防の話を知りたい、男性の方は前立腺がんをテーマにした話を聞きたいということなんですけど、今回の市民公開講座に対しましても、清水さんの講演は感動的だったとか、学生に検診の話させたんですけど、その説明はよかったと、患者を助けるために頑張れというようなそういった温かいメッセージもいただいております。こういったことを参考に、今後の市民公開講座も行っていきたいと思っています。

また個別の市民公開講座も積極的に行っていただいております。福井県の例ですが、片山先生が企画されたものですが、昨年12月に福井県でこのような県民公開講座を行っていただきました。新聞に掲載していただいております。

また信州のほうでも小泉先生が中心になられまして、抗がん剤に関することとか、緩和ケアのこと、チーム医療のこと、臓器横断的な化学療法、幅広いテーマで市民公開講座を行っていただいております。

また合同シンポジウムとか国際シンポジウムにも積極的に取り組んでおります。ここでの特徴は、文部科学省事業として採択されている他の人材育成システムとも連携して、シンポジウムを行っているということでございます。実際の例ですけども、国際セミナーとか未来医療研究人材拠点形成事業との共催したセミナーですけれ

ども、大体 100 人前後の人に参加していただいておりますし、国際シンポジウムも、がん進展制御研究所との共催とか、これは群馬大学との共催でやった国際シンポジウムですが、非常に多くの方に参加していただいて、色々なことを学んでいただきました。

こういった情報をホームページで発信するわけですが、今年度からがんプロのホームページもリニューアルし、北信がんのプロ市民公開講座とか、オンコロジーセミナーとか、ライフステージ事例検討会の情報を皆さんに見ていただけるような工夫をしております。今後は市民への情報発信のためコンテンツの充実化を図っていきたいと考えております。

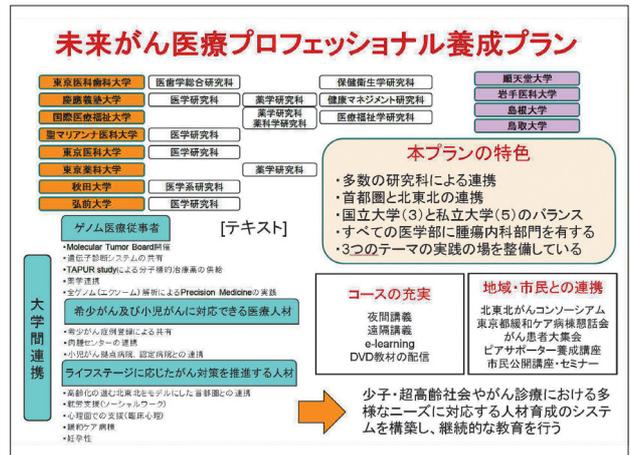
これが来年度の取り組みです。まとめに相当するものですが、本年度やってまいりましたことをさらに発展させて、地域データベースの構築とかスタッフ研修をやったりとか、ほかのプログラムと一緒にイベントをやったり、市民公開講座を更に実施してまいります。最も重要なのが、本科生コースの開設、大学院生の受け入れです。それからインテンシブコースへの受講生の受け入れ、e-learning 教材の作成とセミナーの充実化です。来年度から本格的に大学院生を受け入れるので、こういったことに力を入れて活動してまいりたいと思います。北信がんプロをこれからも宜しく願います。

どうもご清聴ありがとうございました。

7

「未来がん医療プロフェッショナル養成プラン」 における試み

東京医科歯科大学拠点 (東京医科歯科大学 教授 三宅 智)



臨床腫瘍学分野の三宅と申します。うちは「未来がん医療プロフェッショナル養成プラン」ということでやらせていただいています。

色々なところのがんプロの拠点を拝見していると、1期、2期は大きな枠組みは大体同じように進んできていると思います。今回は、皆さんご存じのように、第2期から第3期にかけて採用件数が減るという事前情報がありました。主に関西地域と首都圏に複数の拠点があるので、首都圏の拠点の幾つかは、恐らく採択されないだろうということがあって、松浦先生のお力もお借りしたんですけれども、事前に我々も色々相談しました。

第2期は、医科歯科、秋田、弘前、東京医科、東京薬科、それから東京工業大学でやっていました。第2期は低侵襲医療ということが一つの切り口になっていたもので、特に東工大さんとは機器の開発でやらせていただきました。実は1期、2期と一緒にやっていて、その前段階として、医科歯科、東工大、一橋、外語大と4大学連携を組んでいるということで東工大とずっと一緒にやっているとありました。今回、その東工大が、テーマとはちょっと合わないということで外れたのですが、いろいろな調整の結果、我々は慶応の拠点の一部と一緒にやらせていただくことになって、今回、慶応、国際医療福祉大学、聖マリアンナ医科大学に加わっていただいております。

一応この8校で申請した上で、これは内部では承認さ

れていることなので周知させていただきたいと思いますが、まだ正式ではないですが、旧順天堂拠点の順天堂、岩手、島根、鳥取さんと一緒に、オブザーバーという形で参加していただくという方向で進めています。

その大学の枠組みが大きく変わったりとか、地域的には、首都圏の大学、医科歯科、慶応、東京医大、国際医療福祉大学は、医学部は成田ですが大学院は青山にあります。マリアンナは川崎、東京薬科大は八王子ということで、東京近郊にあります。そして秋田、弘前という北東北の2校ということだったのですが、今回、岩手が入ると北東北3県、それに都心の順天堂が加わって、さらに山陰地方の、2校に加わっていただくことになります。北東北3県はがんで亡くなる方が多いということと、高齢化が進んでいるということで、今後、首都圏も高齢化を見据えた上では非常に有力な連携が組めるのではないかと考えています。

学部に関しては、うちは歯学部と保健衛生があります。基本的に医学系が多くて、大学院としては、薬学が慶応、国際医療福祉大学、東京薬科にあります。さらに看護系、福祉系の大学院で、プログラムを構築しています。

特色としては多数の研究科があって、首都圏と北東北という地域を結ぶ連携、国立大学と私立大学のバランスが比較的とれているのではないかと考えています。オブザーバー参加校が加わったとしても5対7になります。

あともう一つは、いまだに大学病院では腫瘍内科の確立がなかなか難しい現状がありますが、何かしらの腫瘍内科の部門、分野、講座があるところや、診療部としてかなり機能しているところもあって、腫瘍内科間の連携が構築できると考えています。

さらに、今回の3つをテーマであるゲノム、小児・希少がん、ライフステージというところで実践の場を整備できているのではないかと考えています。医科歯科でもゲノムのプレジジョン・メディシンを始めています。現時点で30か40例ぐらい行っています。また、緩和ケア病棟を医科歯科大学も4月に開設しました。島根には元々ありますし、岩手も近々つくるといってお話も聞いております。このように大学院のプログラムに加えて、実践の場が提供できるのではないかと考えております。

コースワークについてですが、当拠点は、筑波拠頭のEクラウドには参加していません。言いわけではないのですが当拠点では、1期がんプロから大量の夜間講義が組まれていました。春先から冬までずっと平日の夜、午後6時半から9時半まで、大学院講義をするというものです。本学の大学院のコースワークはあまり充実しておらず、今後も医科歯科では、e-learning以外の実際のコースワークを充実させないといけないのではないかと考えています。実はこのがんプロの夜間講義ががんプロの大学院教育の軸になっています。

それに加えて、秋田、弘前、東京薬科は遠隔講義をしており、この8大学の中でも各々でe-learningを持っているところも複数あるので、それらをお互い共有しているようになっています。将来的にはまた筑波のEクラウドにご一緒させていただきたいという提案が出るかもしれませんが、現時点ではこういう状況でございます。

実践の場としては、先ほど申し上げた、特に臨床腫瘍科系、腫瘍内科系、化学療法の間があるということ、それから慶応や国際医療福祉大学など、肉腫センターとか小児がんで活発なところが多い。緩和医療では、先ほど申し上げた緩和ケア病棟にも加えて、慶応には橋口先生という緩和医療学会における緩和ケアの教育の元締めがいらっしゃいます。その他さまざまな職種、すなわち看護師、薬剤師、心理士、カウンセラー、ソーシャルワーカー、療法士などの人材を育成できる場があります。

昔以前から地域や市民との連携には力を入れていて、秋田・弘前を中心とした北東北がんコンソーシアムであるとか、もともとがん対策基本法をつくるきっかけにもなったと言われているがん患者大集会などと連携させていただいています。後者についてはここ数年、会場を医

科歯科で開催しています。がん対策基本法については、故山本議員が演説をして、ご自身が胸腺がんであることを告白して、それがきっかけで成立したと言われております。故山本議員の奥様が秋田出身で、昨年度は秋田でがん患者大集会を行いました。その他、ピアサポーター養成講座や市民公開講座、セミナーなどを積極的に展開しております。

大学間の連携ですが、きょうは主にこのライフステージに特化してお話をさせていただきます。

先ほどお話ししたように、高齢化という一つの切り口で北東北、首都圏との連携ができる。後でまた少しお話をしますが、がんと就労ということが新しいがん対策基本法でも軸になっているように就労支援について、エンドオブライフにおける緩和ケア病棟の役割、先ほどもお話が出ましたが妊孕性ということがあります。これらの少子・超高齢社会、がん診療における多様なニーズに対応する人材育成のシステムを構築して継続的に教育を行うということも連携でやっていきたいと考えています。

一般的にライフステージというのはなかなか難しい言葉だと思いますが、最近出た本で、「WORK SHIFT」「LIFE SHIFT」などの本の中では教育を受ける時期、仕事をする時期、引退をする時期に分類されています。この中には、AYA世代、妊孕性の問題も含まれてきます。そして就労、高齢者などの問題ががんプロで手がけていかなければいけないテーマなのではないかと考えております。

あとは順番に8大学の試みを少しご紹介させていただきたいと思いますが、各大学からスライドを送っていただいて、ほとんど加工しておりませんので、あまり統一感がなくて申しわけありませんが、まず秋田大学の試みになります。

秋田は柴田先生という非常に強力なリーダーシップを持った方がいらっしゃいます。秋田県では高齢者とがん死亡率が高いことが問題になっています。この点については、第2期のがんプロを通して強調しておられました。

そこで、多くの医療人をがん専門の医療者にしたいということで均てん化と集約化、情報を共有して、なおかつ集約するべきところは集約するという目標を掲げています。実際第2期のがんプロの中では低侵襲という切り口がありました。その中で、医科歯科の教員が1～2カ月に1回程度実際に秋田の病院に出向き、そこで低侵襲手術の指導をするという枠組みを構築しております。

これは概念的な図になりますけれども、秋田大学は未来がんプロを中心として、スキルアップセミナー、ピア

サポーターなどによって専門職の人材育成を行い、緩和ケア医や在宅医等を養成していく。特に、第2期のがんプロで秋田では初めてがん看護専門看護師が養成できたという実績もありますので、引き続きスキルアップと専門職の人材育成を行う方向です。

私も秋田のイベントに何回か参加させていただき、松浦先生にも1回来ていただきましたが、行政、拠点病院、教育機関が一体になって県全体で秋田のがん診療を盛り上げていこうという機運が非常に強いという印象を受けました。第3期の枠組みの中でも、秋田はこういう立ち位置で頑張っていたいただきたいと考えています。さらに、首都圏、場合によっては山陰地方の大学とも共有させていただきたいと考えております。

慶応義塾大学ですが、慶応は3学部、医学部と薬学部と看護を含む健康マネジメント研究科、この3つの大学院が参画しております。本日は主にライフステージということなので、その中から看護系の育成計画について資料提供をいただいております。こちらに関しては修士、博士課程ということで、ライフステージにかかわるさまざまな概念、理論を学ぶという看護の目標を立てております。

博士課程においては、がんライフステージケア研究コースにおいて、ライフステージにかかわる概念や理論を勉強するプランです。そのアウトカムを臨床に浸透できる看護学研究者を育成するというので、ライフステージに関しては看護を一つの軸にして、この8大学で連携していきたいと思っています。慶応にはその中心的な役割をしていただくことになるかと思っております。

国際医療福祉大学ですが、医学部が開学したばかりですので、当面、医療福祉学研究科、薬学、医学研究科を中心に展開していただくということになります。ここは医師以外の養成の実績が多く、臨床心理士や理学療法士、作業療法士などの養成をお願いし、我々もそこで教えていただくということになると思っております。

聖マリアンナ医科大学の計画です。慶応、国際医療福祉大学、聖マリアンナが今回新しく参画していただいているところですが、特に聖マリアンナ医科大学のライフステージに関する特徴としては妊孕性が挙げられます。日本・がん生殖医療研究会、現在は学会になっているところですが、理事長がメンバーとして加わっていただいているので、今後、生殖機能、妊孕性の温存、AYA世代、というところで、マリアンナには中心的な役割を担っていただきたいと考えております。医師のみならず、看護師、臨床心理士、いわゆる多職種チームとしてがんの生

殖医療チームの構築について進めていきたいと考えています。方法としては、講義、e-learning、ワークショップなどを活用し、実際に顔を合わせて行う教育システムを構築したいと考えております。

東京医大は、実は前回がんプロで、肺がんの低侵襲手術で中心的な役割を担っていただけていました。今回のテーマとして、伝統的に緩和ケアチームを多くの人数・職種で運用しているという実績がありますので、今回このライフステージに関しては主に緩和ケア医療者の養成コースという目標で、多職種チームでやっていける医療者の養成という観点で教育を構築していただいております。AYA世代、高齢者、緩和ケア、就労支援などについても多職種という、切り口で東京医大では進めていただきたいと思っております。

我々のところですが、一つはがんと就労があります。現在、2カ月に1回、社会保険労務士に来ていただいて、患者さん向けに情報提供サービスをしています。定期的にその方が医療者向け、患者さん向けに講義を行っています。そのプログラムをがんプロでも活用し、臨床心理士が就労支援に関して関わる側面がありますので、臨床心理士の方に来ていただいた大学院講義も計画しております。

緩和ケア・エンドオブライフに関しては、緩和ケア病棟ができたということ、保健衛生学科のがん・エンドオブライフ看護学分野、在宅ケア看護学部と共同して進めていきたいと考えています。

以前から患者・市民との連携について注力してきましたが、本がんプロでも継続していきます。地域のネットワークとしては、主に東京近辺になりますが、緩和ケア関連、死の臨床研究会関東甲信越支部などで、高齢者、エンドオブライフに関わるネットワークを構築しています。

大学院のシステムですが、コースワークについては今回の3本の柱について各々の課程のコース、インテンシブコースを構築しました。構造としては、もともと所属している大学院のコースの中で、その一部のコース、すなわち全30単位中、他科目12単位のうちの6単位以上をがんプロの講義を取ることによってがんプロを履修するというシステムをとってきましたので、それを継続したいと思っております。現在、ゲノムがんボードを第1、2、4週の木曜日、通常のがんボードを3週の木曜日に開催しているため、そこへの参加を実習として単位に加えたいと考えています。

スライドのような形で講義を組んでおり例えば薬学系

に関しては、東京薬科大学との遠隔講義を、もしくは相互に訪問して講義をして、Face to Face の講義を続けているという実情です。

東京薬科大学に関しては、ゲノムについての教育も担当していただきますが、ライフステージという点では緩和ケア医療者養成コース。がん緩和医療薬学会の専門薬剤師などを目指す薬剤師を養成する予定です。弘前大学もやはり切り口は地域と高齢者ということで、大学院のコースとして地域がん医療推進のための未来リーダー養成コース、インテンシブコースとして1年間の地域がん医療スタッフ育成のためのコーディネーター養成コースという2つが柱として挙げていただいております。

以上のようなプログラムを各大学で進めながら全体としては評価委員会でマネジメントを行います。それに加えて、各柱について専門部会を立てています。ライフステージに関しては、看護師をなるべく中心にし、薬剤師部会も含めて、4本の部会で打ち合わせをしながら、年2回の運営協議会で8大学が情報交換するというシステムをとっております。

以上になります。どうもありがとうございました。

地域がん患者の生活の場や生き方を大切にした がん診療を実践できる人材の養成

東京大学拠点（自治医科大学 特命教授 山口 博紀）



自治医大の山口です。東京大学拠点で、ライフステージに応じたがん対策を担当している自治医科大学から発表します。

今日はまず、東京大学拠点がんプロの取り組みについて紹介し、続いて自治医科大学がんプロの取り組みを報告します。最後に地域・僻地がん診療への自治医大の取り組みを発表します。

まず、東京大学拠点がんプロの取り組みです。テーマは、がん最適化医療を実現する医療人養成ということで、第2期のがんプロである東京大学、横浜市立大学、東邦大学、自治医科大学に新たに北里大学と首都大学東京が加わりまして、この6大学でプロジェクトに取り組んでいます。

こちらがランドデザインになります(添付図)。これまで第1期がんプロ、第2期がんプロで、それぞれ、放射線科、化学療法、そして緩和医療の専門家が養成され、一定の成果が得られてチーム医療も充実してきました。ところが進展するがん医療においては多様な未解決問題があり、例えば小児・若年のがんへの対応、がんゲノム情報、プレジジョン・オンコロジー、希少がん難民に対する対策、そしてそれぞれのライフステージにおけるがん医療には、まだまだ対応していないのが実情です。このような様々ながん医療におけるアンメットニーズに対して、それぞれ6大学が得意な分野を中心課題としてチームを組み、教育コースを相互連携させることにより



これらの問題を解決し、そしてこの多様な状況に応じるがん最適化医療を実現することを目標としてプロジェクトを進めています。自治医大は、先ほど申しましたように、ライフステージに応じたがん対策を中心に取り組んでいます。

東京大学拠点の特徴的な取り組みを紹介します。まず、6大学で連携して合同セミナーを行い、多地点会議システムでセミナーを連携大学で共有しています。自治医科大学の会議室で、横浜市立大学が講演しているものをスライドに映して、マイクとスピーカーで質問を含め全て自由に、本当にそこで演者が講演しているように聴講することができます。これは大体18時から18時半ぐらいから始まりますので、多職種、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、そして近隣の調剤薬局の薬剤師の方々も、仕事が一息ついたら、ここに来て聴講しています。平成29年度は既に6大学合同セミナーが終了しており、今年度中にあと7つのセミナーを予定しています。各大学がそれぞれの重点課題のテーマを中心にセミナーを組んでおります。

もう一つ特徴的なこととしては、1月6日に、これは第5回になりますが、東京大学が主催して、がんプロ学生の研究発表会を行いました。例えば、大学院生ががんに関する研究をしても、自分の研究はわかるけれどほかの人は何を研究しているのかわからないというのが実情です。それを俯瞰的に、多角的に、がんプロという枠を利

用して見るができないかということでこの試みが始まりました。

連携大学の大学院生がそれぞれの研究を東京大学に集まって発表します。1人持ち時間20分で、学位審査に準じて発表し、それをそれぞれのがんプロ学生が聴講して勉強します。発表会が終わった後は懇親会を行い、がんプロの教員とがんプロの学生が大学の枠を越えて交流する有意義な場を設けています。実際に1月に行われた研究会の発表タイトルからわかりますように、各大学からがんに関するさまざまな研究についての発表がなされ、活発な議論がなされました。

また、今年度は東京大学で「がんゲノム医療」、そして自治医科大学で「ライフステージにおけるがん」をテーマに2つの市民公開講座が行われました。こちらについては後ほど自治医大の取り組みの中で発表します。

自治医科大学の地域がん総合医学コース、これは大学院生を対象として来年度の開講を予定しております。自治医科大学の特長はやはり卒業生が地域医療、僻地医療に従事していることなので、それを念頭に置き、地域のがん医療現場において多職種をコーディネートしたがん診療のチームリーダーとして、小児から老年までのあらゆる年齢層のがん患者に対応し、それぞれのライフステージにおける特性に配慮した、各々のがん患者の生活の場や生き方を大切にしながらがん診療を実践できる人材を養成することを目標にしてコースを組んでいます。講義と研究指導、それから先ほどの6大学セミナーの参加、そして論文作成、これが修了の要件となっています。

インテンシブコースの対象は自治医大卒業の医師が中心です。もう一つは、インテンシブコースIIとして、地域医療に従事している医療従事者、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、ケースワーカー等が、がん患者それぞれのライフステージに対応したきめ細やかな専門性の高いケアによって、患者及びその家族が安心して生活を送ることを支援できる人材を養成することを目標としています。これらインテンシブコースは地域の医療に従事している方々が対象なので、e-learningで受講できるようにしています。これも後ほどもう少し詳しく説明します。

また市民公開講座『さまざまなライフステージにおけるがん、がん患者と家族が日々の生活で困っていること』を、12月17日に自治医科大学で行いました。自治医大のがんプロの取り組みについての紹介に続いて、就労支援、働いている人ががんになったとき、困ったときどうすればいいのかをテーマに講演していただきました。

それからがんサバイバーの方においでいただいて、現役のアナウンサー時代にがんを患って、それをどうやって乗り越えたか、患者の立場から講演をしていただきました。そして、がんの親を持つ子供、小さい子供ですと強い精神的ショックを受けてしまいますので、そういう子供たちをサポートする自治医大の取り組み、CLIMBプログラムを臨床心理士が講演しました。続くパネルディスカッションでは、がんAYA世代にがんを患った報道関係のがんサバイバーの方においでいただき、基調講演をしていただいた後、各演者にパネリストになっていただき、会場参加者からがんについて日々困っていることについて質問を受け、それに対してどうしたらいいかアドバイスや回答をする場としました。

参加人数が予想以上に多く200人を超えました。終了後、懇親会にてがんサバイバーのパネリストの方々、がんプロ学生、そしてがんプロの教員が交流の場を持ちました。

公開講座のアンケートの回収率は81%で、結果としては、203名が参加し、60代、70代の高齢の方が多かったです。一般市民の参加者が半数以上を占めていましたが、その他にさまざまな職種の医療従事者が参加されました。講演はわかりやすかったか、今後の活動に役に立つかというアンケートの設問においては、両者とも肯定的な意見が9割以上を占めていました。非常に好評なコメントも多かったです。

もう一つ、自治医大の取り組みとして、がんプロが後押ししているがんサロンがあります。「がんサロン虹」と銘打ちまして、基本的には月1回大体2時間ぐらいの時間を使い、まずミニレクチャーを行い、それから臨床心理士によるリラクゼーションを行い、最後にがん患者同士の語り合いの場を持っています。ミニレクチャーのテーマも、第3期のがんプロの重点課題に合わせて、医療費について知ろうとか、アピアランスや外見のケア、具体的には抗がん剤をやって皮膚障害が出たときにどうやって工夫して対処すればいいのか、ということもテーマとして加えられています。

参加人数のグラフ、一番手前が平成27年、平成28年が真ん中、一番奥が平成29年となりますが、ご覧のようにだんだん参加人数が増えてきています。特に宣伝するわけではなく、チラシとウェブページの掲載だけですが、やはり患者さんの口コミが増えてきているというのが実情です。場所は職員食堂の隣、職員の休憩スペースを使っていますが、ちょっと入りきらなくなってきたので今どうしようかと検討しているところです。2017年

に、このがんサロンの活動をまとめ、Palliative Care Research に臨床心理士が論文を載せました。ほかの病院に聞くと、がんサロンをやってもなかなか患者さんが集まらないというところもあるようですのでご参考にできれば幸いです。

最後、地域・僻地がん診療への取り組みについてです。「医療の谷間へ灯をともし」というのは自治医大の建学の精神です。私も赴任して初めて知ったのですが、これは自治医大の校歌の一節です。卒業生は義務年限の9年間を地域・僻地で医療に従事します。その9年間の義務年限が終わってからも、やはりその地域で医療を続けられる方がほとんどです。各都道府県には2名か3名、毎年卒業生がいます。各県で毎年2-3人ずつ増えていき、設立46年となります。各都道府県には自治医大卒業生からなる同窓会組織があり、1年に1回、県人会が開催されます。私たちががんプロ教員が県人会に合わせて各地に赴いて地域腫瘍学セミナーを開催し、最新のがん診療についての情報提供とがんプロの広報活動を行っています。地域・僻地、それから離島のがん診療の実情はなかなかこちらに伝わってこないのも、懇親会で現場の生の声を聞くということもしております。

そこで感じましたのは、がん対策基本法ができて、がん診療連携拠点病院ができて、インフラが整備されて、最初の目的であるがん医療の均てん化は着実に上向きにはなっていますが、やはりがん医療を受けられていないところというのはたくさんあるのです。僻地とか離島とかは十分ながん医療を受けられていない。そういう所とは、幼年期から子供から老人まで一人の医師が診ていますので、今、ライフステージが中心課題となっていますが、がん患者のライフそのものが問題なのです。どうやってがん医療を受けるかということが問題となっています。

自治医大のインテンスブコースですが、インテンスブコースⅠは医師、本学卒業生を主な対象として設置しました。これはe-learningのコンテンツで、がんの最新の情報と地域におけるがん診療についてを中心に17個のコンテンツがあり、随時更新してリニューアルしています。インテンスブコースに登録後e-learningを受け、必修を含めこの中から全部で12コンテンツを受講して小テストに合格すると、修了証書が授与されます。

昨年の11月にこれを完成させて、メールで卒業生に送りました。結構反響があって、まだ3カ月足らずですが、北海道から沖縄まで受講希望者が殺到して、もう60人となりました。とてもニーズが高く、やはり僻地・地域医療に携わっている方々は、最新のがんについての診

療情報を非常に欲しているということがわかります。この教育活動もさらに充実させていきます。

続いて研究です。がん診療の空白地帯をなくす取り組みが今必要とされており、これは非常に壮大なテーマですが、まず、どこががん診療の空白地帯かということがまだ明らかになっていないので、そこを明らかにすることが必要と考えています。自治医大のがんプロとしては、自治医大卒業生の強固なネットワークを利用して、アンケート調査によって現場の声を聞いて、地域におけるがん診療の実態を把握したいと考えています。

あとは、ビッグデータです。現在、これを利用してさまざまな医療の分野に応用されていますが、レセプトとかDPCデータを用いてがん診療の空白地帯を把握することができないか検討しています。

こういった実態を把握し、AI(人工知能)、そしてITを活用して僻地医療のレベルを向上させることができないかということ、来年度から開講する大学院生の研究テーマとして計画しているところです。

例えば自治医大の卒業生はどこかの僻地に行っても胃カメラと超音波はできるように教育されています。ただ、生の声を聞くと、地域で胃カメラをやると、患者さんに、先生、あなたは内視鏡の専門医を持っているんですかと言われてしまう、専門医の資格を取る余裕などなく非常に悲しい。ただ、進行胃がんは診断できるけれども、早期がん、本当に微妙なものを診断するのは自信がないということで、例えば、AIによって早期胃がんの内視鏡で画像診断することも技術的には進歩しており、地域・僻地医療に応用できないかということも検討しています。

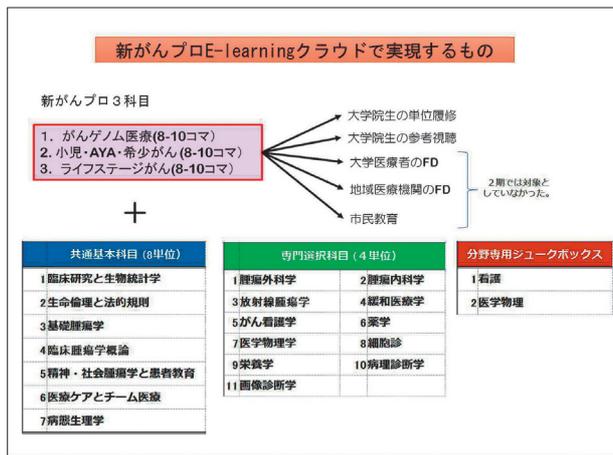
アメリカで普及していますが、ITを利用した遠隔診療です。診療報酬の面でもようやく日本でも法が整備されてきましたので、地域・僻地でITを利用して遠隔診療を行うことによってがん診療の谷間を埋めていくことができないか、これはかなり先の話になりますが、こういった展望も持っております。

以上まとめますと、がんプロ東京大学拠点としまして、ライフステージに応じたがん対策ということで、地域がん患者の生活の場や生き方を大切にしながらがん診療を実践できる人材の養成を進めてまいります。具体的には6大学が連携した教育体制の継続と発展を進め、公開講座やがんサロンによる啓発・教育活動を進め、自治医大卒業生のネットワークを利用して地域・僻地がん診療の現状を把握し、AIやITを用いて解決策を検討していきたい、以上のように考えております。

ご清聴ありがとうございました。

e-learning クラウド新科目「ライフステージに応じたがん医療」関東拠点の進捗

筑波大学拠点 (筑波大学 助教 大和田 洋平)



筑波大学の和田と申します。筑波大学拠点におけるライフステージの取り組みを報告します。我々は e-learning クラウドの整備をこの半年間してきましたので、そちらの報告をいたします。

まず、このがんプロ e-learning の基本コンセプト、これはこれまでの復習という形になりますが、まずコンセプトの1として、マトリックス構造をとっているということになります。このように、マトリックス構造をとっておりまして、まず全ての参加大学の教員に講義を提供する権利というものがああります。また、学生としては、自大学のみならず、複数の大学の授業を一つの講義テーマについて聞くことが可能です。さらに教務の観点からしますと、自大学に担当者がいなくてもほかの大学で充足することができますので、講義として単位を成立させることができます。そのような特徴があります。

さらにコンセプトの2としては、ジュークボックス構造をとっているということになります。お示しの通りこのようなジュークボックス構造をとっておりますので、各大学、学部ごとに講義を選んで組み立てを行うことができます。また、教務のほうであらかじめ講義項目を設定、Pre-fix させておくことで、学生が個々に設定する必要もなく、授業の組み立てができるという特徴があります。

全国がんプロ e-learning クラウドのこれまでの実績になりますが、がんプロ1期、2期では共通基本科目として

7科目、専門選択科目として11科目、また分野専門ジュークボックスとして看護・医学物理の2科目を設定しておりました。コンテンツの総数としては、1,862講義、7,412名のユーザーに視聴いただきました。コンテンツの視聴数は16.6万チャプター、視聴時間は約1万4,000時間ということで、世界にも例を見ないユニークな構造を持つ e-learning の成功例として、文部科学大臣賞を受け、高い評価を受けています。

今回も新たな第3期がんプロ、新がんプロとしては、多様なニーズに対応するということで、がんゲノム医療、小児・AYA・希少がんそしてライフステージに応じたがん医療という、この3つのコースを新たに設置することが条件となりましたので、そこに対応したものを作成しております。

既存の共通科目・選択科目・分野別のジュークボックス加えて、新たな3つの科目を作成しましたそれぞれにおいて8コマから10コマを設定しています。これまで大学院の単位履修及び参考書のみだったのですが、最後にもご説明しますが、新たに対象をふやしてやっていく予定としております。

今年度の我々の取り組みのロードマップになります。6月に拠点が決まった後、まず関東がんプロのほうで会議をすぐに行いました。7月20日にがんプロの全体会議、キックオフ会議がありましたので、その日に合わせて e-learning のクラウド拠点会議を行いました。そこで

まず、講義項目の素案をつくりました。この段階では、かなり大ざっぱな講義項目の設定とチャプターという形になっています。講義項目は全国で統一したものをつくることにいたしまして、チャプターのほうはデフォルトという形でこちらは自由に設定できるような形をとっております。

今、示しました素案に対して全国から意見を受け付けました。全国からいただいた意見の幾つかを紹介します。まず一ついただいたのは、ライフステージの中でやはり認知症とがんというところに重点を置いたチャプターをつくってもらえないかというような意見がありました。厚労省の今後の取り組みとしても、認知症対策と連動した高齢者のがん対策というのが挙げられておりますので、このような意見をいただきました。ライフステージということで、医学のみならず看護学的な視点も非常に重要になる領域かと思いますが、やはり看護学的に見ますと、身体的なものと精神的なものを切り離れた科目設定ではなくて、それを全て含めた全人的な医療というところがキーワードとしていただきましたので、それに対応しまして改正案をつくりました。

そして第2回のがんプロ全国 e-learning クラウド拠点会議の後に改正案を出しました。こちらは改正案になりますが、それをさらにフィードバックさせる形で、10月20日頃講義項目の最終案としてコマを設定しました。

こちら、左に示しておりますのが全国の fix の講義項目になります。まず1がライフステージに応じたがんの予防医学。2番がライフステージにおける壮年期のがん医療。先ほどから妊孕性の話とかも出ておりますが、我々としては妊孕性のほうは小児・AYA の領域に含めておりますので、ここでは外来治療、外来化学療法、外来放射線療法などを受ける方に対する支援というふうに考えております。次がライフステージにおける高齢者がん医療、機能・合併症の特徴と評価ということで、先ほどありました認知機能の評価でありますとか高齢者特有の合併症などを設定しております。次がライフステージに応じた包括的に支援。ここではサバイバーの方やがんのご家族の方を含めた包括的な支援について設定しております。6番としてライフステージにおける終末期のがん医療。7番として社会とがん医療。最後の8番目になりますが、ライフステージに応じたがん医療の臨床試験ということで、高齢者を対象としたような臨床試験を組むときのエンドポイントの考え方とか、そのようなところ、看護学的、医学的にどのようなものがあるかというコマを設定しました。

最終案が決まりましたのでそのころから各チャプターの担当教員の割り当てを開始しました。11月30日に第3回のがんプロ e-learning の収録 boost 会議を行いまして、その後の収録を開始しています。11月30日時点のものになりますが、各拠点のチャプターに対する教員の Assign 状況は、関東としては一応この8コマ全てのチャプターにおいて教員の割り当てが進んでおり、収録の準備ができています、整った状況にあります。

全国がんプロ e-learning クラウドのほうもアップデートをしております、これまであったものに加えて今回のがんゲノム、小児・AYA・希少がん、ライフステージの3つを挙げておりまして、ライフステージにおきましてアップロードする環境は整えております。

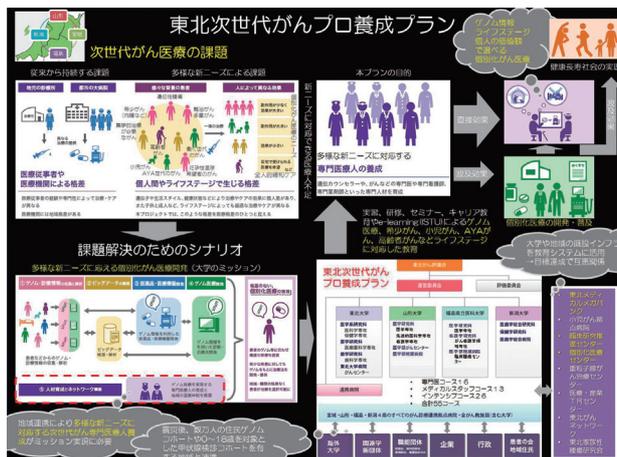
こちらが最後のスライドになりますが、新しい取り組みとして、1期、2期ではあくまでも基本的には大学院生の単位履修参考視聴というところを基本にしておりましたが、今回の3期、新がんプロからは、それに加えて、大学の医療従事者、コメディカルの方や、地域医療機関で働かれる医療従事者の方なども対象としております。がんプロインテンスコース生として、各大学でIDを発行・管理する条件下で利用することを可能としております。

今年の3月からは、β版として講義公開を開始する予定です。そして4月から全面的に公開しますので、積極的な講義のアップロード、大学院生・インテンスコース医療者の有効活用をお願いします。

以上になります。

東北大学拠点における取り組み

東北大学拠点 (東北大学 教授 井上 彰)



東北大学拠点の主に緩和医療領域を担当しております井上が発表させていただきます。

これは東北大学拠点のホームページですけれども、我々は今回の第3期がんプロにおいて「次世代のがんプロ」を養成することをメインのテーマとしております。

ビジーなスライドで申し訳ないですが、この第3期の東北がんプロを1枚で表したものです。我々の拠点は第2期に引き続きまして、東北大学、山形大学、福島大学といった南東北の大学に新潟大学を加えた4大学でやらせていただきます。

次世代とは何かといいますと、先ほどお話になっていきます個別化医療が大事ということで、個別化といっても疾患の特徴、要はさまざまな遺伝子情報に基づく治療や、希少がんなどがんの特性に合わせた治療も大事ですが、一方で患者さんのライフステージに合わせた、患者さん個々に対するの個別化治療も大事ということで、それらを総合的に理解して実践できる医師を育成したいと考えております。

特に、主管であります東北大学の強みとしては、既に整っているインフラが豊富にあるということです。一つは臨床研究中核病院として指定されていますので、既にさまざまな臨床研究をバックアップすることができる臨床研究推進センターという組織があって、質の高い臨床研究が実施できる体制になっていまして、それを東北地方に広げるためのネットワークもいろいろな面でできて

おります。

これとは別に、東北メディカルメガバンク機構というのがあり、もう10万人以上のゲノム情報を東北地区患者さん・ご家族からいただいております、膨大なゲノム情報があります。

それらの臨床データも含めて、ビッグデータを生かしたがん医療のさらなる開発なり、予防にも貢献できるようなビッグデータ・メディスンセンターが去年からできました。さらにはそういうものを実際に臨床研究としてもしくは実際の臨床として生かすために個別化医療をどうするかという点は、個別化医療センターが大学病院の中に去年からもう発足しております、そのような医療を実践できる体制が整っています。

本学にがんプロで来られた学生さん達には、そういうふうな現場を目の当たりにしながらそこから色々な情報を得て学ぶことができるというのが大きな強みというか、特徴なのかなと思います。もちろんそれぞれのセンターなりでさまざまなセミナーや講習会も行われていて、そういうのがんプロの学生さんは皆受けることができる状況になっております。

ライフステージという点から見ますと、先ほど来話し合っています高齢者とか、もしくは高齢に限らず、生まれたときからのさまざまな状態に合わせた医療、すなわち個別化医療が大事で、特に高齢の方はさまざまな体の状態なり、もしくは環境なりということで、きめ細やか

な医療が必要となりますが、ご存じのように、東北は特に高齢化が進んでいる地域ですので、このようなことは昔から東北の特性として我々是对処しています。そういう一人一人に最適な医療、そこには社会的な弱者に相当する希少がん、もしくは小児・AYA 世代への医療も含まれますが、患者さんそれぞれが自分のライフスタイルやいろいろな価値感に合わせて選べるような医療を提供し、それを理解できる医療者を育成することが我々の使命と考えています。

これは、東北がもともと個別化医療が結構進んだ地域であるというものの一つの例として示します。今では遺伝子情報に基づいた個別化治療が盛んに言われていますが、実は私たち東北地区というのはもう10年前から、例えば肺がんを例にとれば、そういう遺伝子情報に基づいた分子標的治療というのが実際に患者さんにとって優しい、しかも有効な治療であるということを証明しておりますし、クオリティオブライフの点でも有用だということを示して、ガイドライン的なものにも反映させている実績があるわけです。当時は一つの遺伝子をそれぞれ調べていく時代でしたが、今はご存じのとおり、網羅的な解析で、次世代シーケンサーなどを使って一度に遺伝子情報を調べて、それに適した薬を選んでいくことができる時代になっておりまして、それを積極的に実践するために先ほど申したような個別化医療センターが東北大学では設置された訳です。

先ほど話がありました e-learning のライフステージに関してはこのような項目を講義することになっており、実際私たち4大学で、特に緩和や看護の先生方を中心として分担しています。

一つ例を挙げますと、この予防医学的なところは先ほど言ったようにビッグデータなり、メディカルメガバンク的なものが私たちの強みとして講義できるでしょうし、壮年期に関しては、働きながらということで、これは個別化治療などの話をするのでしょし、この包括的支援や終末期がん医療に関しては、地域連携とか在宅医療そして最終的な緩和ケア病棟におけるホスピスケアというものが大事になりますが、ここも、私の講座も含めて東北大学を中心としてな緩和ケアに関する充実した教育体制がとれると思っています。

加えて、こういう難しい領域の患者さんに対しても、臨床研究でさらに進んだ治療をつくっていく必要があるわけですが、そのような臨床試験を十分に実施して教育していける体制が整っているのが東北拠点の強みと考えています。

これも一つの例ですが、高齢者なり全身状態が悪い方に対してどのような治療が良いか、特に個別化治療がどのように貢献できるかというのも、臨床試験として重要な課題ですが、私たちは、非常に進んだ肺がん患者でも、分子標的薬が非常によく効くタイプを遺伝子で選別すれば、極めて高い確率で全身状態を改善させるということを臨床試験として発表し、実際にガイドラインに載せております。もしくは高齢者には基本的に侵襲が強い殺細胞性の抗がん剤というのはあまり勧められませんが、その中でも比較的有効でかつ安全性のすぐれた治療を検討するために臨床研究は大事であり、そのような臨床試験も数多く実績があります。あと午前中に石岡先生からもコメントがありましたが、そもそも抗がん剤治療がどのような高齢者に適しているのかをツールを用いて事前にチェックして、リスクが高い方がそのような治療を選ぶ際の判断材料にするということ、東北大学を中心として日常臨床で実践しているのも個別化の例として挙げさせていただきます。

これは私も常々、がん患者さんを治療する先生方に口を酸っぱくして言っていることですが、午前中に木澤先生や小川先生の話にもあったように、高齢者に限らず、がんの治療をする患者さんで、特に全身状態が落ちてきた方には患者さんの意向を優先しなければいけない。それがライフステージに沿った治療になると思うんですが、がんを治療する先生方の中には、エビデンス一辺倒といいますか、効果が高いものをやればいいんだということに固執しがちな方もいるので、そこをぜひ食いとめて、本来患者さんは何のために治療するのかということをよく考えて、患者さんに合った治療を選んであげる。これが本当のがん治療の専門家というか、医療者のやるべきこととすし、患者さんの価値観などを見るためには、木澤先生が話しておられたように、その生活背景もよくわかった上で、適切な治療を選んであげることが非常に大事です。そういうことを学ぶためには、やはり緩和医療的な側面をちゃんと学ぶ必要があると思いますし、最近言われていますように、アドバンス・ケア・プランニングというのもその一環かと思えます。

私たちの拠点の中の一つのコースとして、東北大学には緩和ケアのコースもあるわけですが、そこでも「次世代」の緩和ケア医の育成を目指します。緩和ケアにも次世代があるのかという話ですが、そういうコースとして挙げさせていただいています。これは腫瘍専門医コース、オンコロジストのコースの一つですが、最近言われています「早期からの緩和ケア」、つまり治療の最中から

でもどんどん緩和ケアを実践していくのは当然のこととして、緩和ケア医であってもやはり現在のがんゲノム医療や個別化治療のことを十分理解して、それぞれの治療の最中の患者さんに本当に適切な治療、緩和ケアを提供できる緩和ケア医を育成したいということでこのようなテーマで計画しました。

当然チーム医療とか全人的がん医療というのは緩和ケア医としては当たり前のことですが、大事なことは、緩和ケア医だけでなく、腫瘍専門医コースを選んだ他のがんプロの学生さんも、私たちのところにローテートに来ていただくということで、治療医の先生にも緩和ケア的な視点をしっかり持っていただけるのが東北がん拠点の非常に大事な点かと思えます。そのときには、もちろん小児がんや希少がんも学べます。東北大学病院は小児がん拠点でもありますので、私たちも毎週小児科の先生ともカンファレンスをしていて、小児がんの難しさというものも学ぶことができ、実際に自分の為にもなっていますが、当然それは学生さんにも役に立つことだと思いますし、あとで示します希少がんに関しても、横断的に、病院全体でのカンファレンスがやられていますので、非常に学ぶ機会は多いかと思えます。

そしてそれぞれのことについても何かしら発展的なことを考えるときには、臨床研究を実施するということができます。実際、手前みそですが、私たちのコースに2期のがんプロで入った大学院生は、今2年目ですが、既に全国的な観察研究に参加し、自身でも小規模ですが介入研究などを複数実践しておりまして、論文も既に1本書いているし、卒業までにはもう2～3本書けるぐらいの教育体制がとれているという話であります。

他にも様々なカリキュラムがありますが、これは恐らく多くの大学と同じで、臨床腫瘍学的なこと、緩和ケア的なこと、それに加えて、先ほど申し上げたゲノム医療や希少がん、そういうことに対するセミナーなどもかなり充実しているのが我々の特徴かと思えます。これは東北大学のがんプロ生だけではなくて、東北大学拠点以外、例えば山形大学、福島大学からこういうことを希望する方ももちろんいつでも受講できます。そして、一つの例としては、今年山形大学のがんプロに入る学生が、いずれ私達のところに研修に、短期間ですけども、こういうことを学んでまた戻られるという予定が既に決まっていたりして、柔軟にやりとりしているという状況です。

先ほど申したように、希少がんのカンファレンスというのは月1回のペースでやるので、結構な学びの場になりますし、それ以外にも院内のがんセミナーを月1回やっていて、これは緩和ケアに限らず、さまざまなテ-

マでがんに関してのセミナーを受けることができます。さらに緩和ケアは緩和ケアで、我々独自に勉強会を催していて、例えば早期からの緩和ケアとか、先ほど言ったアドバンス・ケア・プランニングとか、やはり治療の先生に学んでほしいことを特にテーマとして取り上げてやっております。

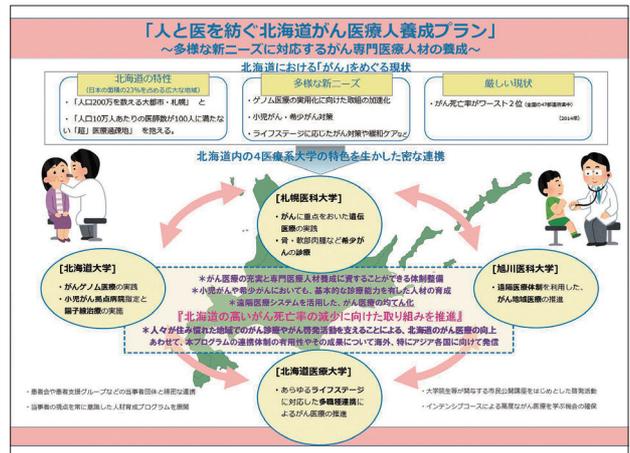
加えて、緩和ケアに関して仙台で特徴的なところは、在宅医療もかなり進んでいるということです。100万人都市で仙台は最も在宅看取りの率が高い。それだけ在宅診療が進んでいると言われていています。その先駆けとなっていたのは、有名な、知っている方もいるかもしれませんが、岡部医院という在宅の非常に大きなネットワークです。立ち上げられた岡部先生はもう亡くなられてしまいましたが、この方のお弟子さんがやっている在宅施設を含め、多くの在宅の先生方と訪問看護の方、ケアマネジャーさんたちを招いた地域連携カンファレンスというものを持定期的に行っていて、こういうところにも治療の先生にも加わっていただいて、在宅に移行する際の様々なノウハウというか、学びというものを得ていただいているという状況です。もちろんがんプロ学生にそのような在宅施設に研修に行ってくださいということも可能です。

がんプロの学生さんだけではなくて、市民の方にもさまざまな形でそういう現在の最新のがん治療ということを提供しているという一つの例として、がんプロが主催して、去年はまさに壮年期のライフステージに合わせた治療を取り上げた「働く世代のがん治療」というテーマでのセミナーを行い、そこで私が発表させていただいたり、石岡先生が発表されたり、様々な立場からの情報を提供しました。また、先ほど話題になった高齢者に対してはどうするかとか、もしくは小児の方にはどうすればいいかというようなことも、小児がん拠点のテーマとして、市民の方々にも発信しているという状況であります。

駆け足となりましたが、東北大学拠点の今の取り組みとしては、先ほど申したようなさまざまな既にある機関を生かし、今までの実績等も生かしながら、これからの新しいニーズであるがんゲノム医療や小児・AYA医療、そしてライフステージに応じた医療に対応できる次世代の人材を育成したいと考えています。特に、今回のテーマであるライフステージに関するがん対策については、緩和医療系、私達だけではなくて、看護系も含めて幾つかの講座が我々の大学にありますので、各自が連携して、質の高い診療だけではなくて、先ほど申したように、研究や教育にも長けた医療者を育成していきたいと思えます。どうもありがとうございました。

がんサバイバーシップを支える APN 養成プログラム ～アウトリーチ活動を中心に～

札幌医科大学拠点（北海道医療大学 研究科長・教授 平 典子）



北海道医療大学の平でございます。私は札幌医科大学拠点の活動として、本学のがん看護コースの中での取り組み「がんサバイバーシップを支える APN 養成プログラム～アウトリーチ活動を中心に」ということでご報告させていただきます。

まず初めに、これが本拠点での全体的な取り組みの概要になります。養成プランのテーマは「人と医を紡ぐ北海道がん医療人養成プラン」という名称になっています。このスライドでわかりますように、1期、2期と同じように4大学、札幌医科大学、北海道大学、旭川医科大学、そして北海道医療大学の4大学でまた連携を組んで事業を進めております。

一番上に書かれていますけれども、北海道におけるがんをめぐる現状を考えますと、何と云ってもこの広大な地域特性、大都市札幌圏、ここでの医療サービスの提供と、わずかそこから車で1時間ちょっと郊外に出ますとかなり住宅の様子も変わり、人口動態も変わってくる、いわゆる医療過疎地域が混在している中で、道全体のがん医療をどのように高めていくかということが一つの大きな課題となっております。それから、がん死亡率ワースト2位。これは2014年のデータですので若干古いんですけども、どうもあまり大きな変化はないので、中長期的にこのことも視野に入れながら事業を進めていくことが必要になっています。

そういうことで、4大学のまずは特色を生かして多様

な新ニーズに対応しようということで、札幌医科大学では、遺伝あるいは希少がんについて新たな講座を立ち上げて取り組んでいる状態です。北海道大学ではゲノムそして小児がん、旭川医科大学は地域の遠隔ということでの取り組みに今少し力を注いでいます。といいますのは、旭川は北海道の中で第2の都市ですけれども、この旭川医科大学がカバーしなければならない医療の地域が非常に広がってございまして、車で片道2時間、3時間かけて診療を受けにくるという方がたくさんいらっしゃいますので、その中での旭川医科大学での取り組みということになります。本学はライフステージに対応した多職種連携によるがん医療の推進ということを考えております。

本プランがどこに向かっていくかということですが、人々が住み慣れた地域でのがん診療、がん啓発活動を支える活動とすることによって、全道のがん医療の質を高めていこうということです。そして今回、特に重視しているのが、ちょっとスライドの字が小さくて申し訳ないんですが、ここの4つがキーワードになっていまして、当事者の視点を大事にして、そこを基盤にするということで、患者会や患者支援グループとの連携、それから実践する医療人が当事者の視点に軸足を置いて、常にそこからさまざまな活動を展開していく。

これは今までの活動と同じですけれども、大学院生も含めて、市民公開講座そしてインテンシブということを計画しております。ちなみに、今年度の市民公開講座を

2月3月に3回企画しています。1回目は、がんをもつとよく知ろうということで、遺伝子のこと、小児がんの治療のこと、そして就労支援の話が企画されています。2回目はがんと生きる、予防から治療期を超えてということで、がんの予防は、今、何がどのように進んでいるのか、そして、がんに罹患したそのサバイバーシップをそれでもよりよく生きるためにはどんな手立てがあるのかということ、治療の面からあるいはがん診療拠点病院の中での看護の取り組みを紹介するという企画になっております。そして最後3回目は、3月3日ですけれども、がん治療と遺伝の話、遺伝に関連する乳がん、遺伝カウンセリング、そして個性差を視野に入れた一人一人の個性をとらえた治療、これが今何がどのくらい進んでいるのかということ、これをテーマに取り上げています。

1回目はいわゆる札幌の都市圏で開催されます。ちょっと後ろになってしまいましたけど、2回目のあいの里地区は、住所は札幌市ですけれども、北区ですので、ちょっと車を走らせるといわゆる医療過疎地域、あるいは高齢者の独居の方がたくさん住んでいらっしゃる地域になりますので、その地域での市民公開講座、そして3回目は旭川地区ということになっています。これは今年度の取り組みですけれども、もう少し道北あるいは道東という広い地域の中でその地域のニーズに合わせて、次年度以降も市民公開講座を企画する予定になっています。

今回のテーマがライフステージに応じた実践、取り組みであり、主管校の札幌医科大学からは医療大の取り組みを具体的に紹介してきてほしいということでしたので、皆様のお話のように全体のプログラムとか、大学院での教育内容とか、その辺はちょっと割愛をさせていただいて、1期、2期の人材養成から、3期だからできることになったことを踏まえて少しご報告したいと思えます。

医療大学は薬剤師の養成コース、これはインテンシブコースです。そして、がん看護は大学院の中で緩和ケアアウトリーチナース養成プログラム、この2つの柱でこの事業に参加しております。後半の話をこの後していきますけれども、まずは、このプログラムの狙いとしてあらゆるライフステージにあるがんサバイバーとその家族が質の高い在宅医療を受けられるよう、生活の場に積極的に入り込んで、生活ニーズに即した緩和ケアを提供できるような人材養成、さらに、広い北海道の中での生活、地域包括ケアを担う保健医療職に対して緩和ケアの実践力の向上を目指して、アウトリーチ活動ができる人材養

成ということを掲げおります。

このアウトリーチ、ちょっと造語に近いようなプログラム名ですが、アウトリーチは皆さんご存じのように、延ばすとか手を差し伸べるとか、出張するとか、出向いていくとかという意味があります。ここに掲げた生活の場に積極的に入り込んで生活のニーズに即し実践をするというのは、具体的に申し上げますと、全ナースが物理的に生活の場に入り込んで何かを実践していきましょうというビジョンではございません。どのような医療機関、どのような病気のステージ、どんな治療を受けている、どのライフステージにある方も、一旦サバイバーと家族の方を目の前にしたとき、私たちナースはその方たちの生活と地域も含めた生活の場をいつも視野に入れる、ナースの意識をアウトリーチしていく、その方たちの生活の場にアウトリーチしていく、そこを基盤にしながら実践できる人材養成ということをこの言葉の意味を込めました。

大学院生ですとか、あるいはCNSの会の方たちという学習会をして、最近思うことですけれども、私たち患者中心あるいはその人らしさとか自分らしさとかをよく口にしますが、意外と当事者の方の感覚とかかけ離れていると思うことがあります。ナースは、よくその療養場所の移行とか、いろいろ療養場所の変更とか言いますが、この言葉自体が医療者の言葉ではないかと思うことがあります。多分ご本人達は、地域、住みなれた家が基盤で、何か理由があって治療を受けるために医療機関に一旦出ていく。その治療がどういふふうになるかによって更に他の施設や医療機関に移動することはあるかもしれないけれども、意識としては多分お家に戻るといふことだと思えます。当事者の視点を基盤に実践をしていくといったときには、そういう私達が使っている用語自体も本当にそれでいいんだろうかと考えることも必要かなと思うことがままあります。

具体的な取り組みを2つお話しします。まずは、北海道専門看護師の会との協働ということ。実はがんプロの第1期が始まったとき、北海道にはがん看護専門看護師はお一人でした。10年経ちまして、北海道医療大学だけで10数名、今CNSがいます。全道では40名に届くまでになりました。このがんプロの事業がこういうAPNとしての実践者の養成に非常に力を貸してくれているということを感じます。

このCNSの会との協働といえますのは、先輩のCNS達が新しいCNSあるいはその卵たちを支援するというネットワークになってきています。看護では、CNSの養

成校は5つの大学があって、このがんプロに入っているのは旭川医科大と医療大だけなんですけれども、この会議には、それ以外の北見の方からも、修了生も院生さんも参加してくださっています。皆さんからテーマをお聞きして、そして毎年このような企画をしています。現場で働いている方たちです。がんプロのテーマと掲げるまでもなく、遺伝の話ですとかAYA世代ですとか高齢者、自分たちがちょっと困っているあるいは知りたいと思うことをこのようにテーマとして提案してくださっています。

今回は3回行いましたけれども、2回目と3回目は午前中講演会、午後は事例検討会を同じテーマで、講師をお迎えして行いました。応募は30名ですけれども大体20名前後の参加になっています。参加者の内訳は、専門看護師、その修了生でこれからなろうとする卵たち、学生、教員、そして看護師の方も参加してくださっています。事例提供するのは専門看護師、事例検討会のファシリテーターも専門看護師です。焦点を定めて、講師の方にスーパーバイズしていただきますので、毎回アンケート調査をしますけれども、満足度がほぼ100%になっています。

2時間での事例検討会なんですけれども、知りたいあるいは問題だと思っていることに対して何らかの落としどころが見つかっていくので、事例提供してくださった方は本当にスッキリした顔になりますし、それ以外の方もこの事例だからではなくて、自分の施設のあの患者さんの場合だったらと自分のことのように学習していった点、やはり3期になってきますと、ナースたちの事例検討の力もついてきたということをととても感じます。何が言いたいかといいますと、CNSを育てているのが現場のCNSだということをごにきて非常に感じております。

もう一つは、がん診療連携拠点病院との連携ということで、家族支援のネットワークづくり、システムづくりを開始いたしました。がん患者と歩む家族の会、これは家族を対象としたサポートグループになります。皆さんもご存じのように、ご家族はケアギバーの側面とケアを受ける対象者の側面がありますけれども、どうしてもケアギバーとしての役割を担おうとしますので、外来で治療を受けている患者さんと家で一緒に暮らしていくときに、レジメンが変わったとか、副作用が出たとか、治療の継続中止ということにも本当に影響を受けます。その方たちに対して何か支援ができないだろうかということで、一つの拠点病院の中で今年度、ネットワークづくり

を開始いたしました。

目標は、外来治療を受けるがん患者の家族がいろいろな状況の変化に対応しながらサバイバーとの生活を前向きにできる、自分もまあまあ対処できているとか、自分の心の安定のために何ができるだろうか、あるいは、家族システムとしての生活をどのようにとらえようかということを考えるチャンスになることが狙いです。

プログラムは3セッションありまして、それぞれテーマがあります。がん治療について学ぶ、自分の気持ちを見つめ心身の安定を図る、情報知識を獲得しこれからの生活を考える、どのセッションも構造がございまして、参加者の交流、テーマに関連した情報提供、リラクゼーションとなります。この交流が最も大事ですので、大体50分前後は交流ができるように2回に分けて組んでいます。情報提供では、いろいろな職種がお話ししますが、10分程度、その交流に役に立つようなあるいはきっかけになるような情報を提供してピアサポートを支援するという形になります。最後の茶話会は、3回のセッションに参加して、今、何を考えているのかということをごそれぞれの方が自分の考えていることをお話しして、これでセッションが終了ということになります。

今回は手稲溪仁会病院、これは札幌市内にある病院ですけれども、平日2時間、このような形で開催いたしました。多くのサポートグループは、ナースたちは土日にボランティアで実施していることが多いのです。ここの病院の看護管理者の方の理解が得られまして、ボランティアではなくて、拠点の役割として、あるいはナース業務の一環として、がんサロンと同じような位置づけにならないかということで平日に組んでいます。企画は看護師ですけれども、医師、理学療法士、栄養士さんに入っていました。

今回は延べ10名の家族がこのような割合の中で参加しています。家族の平均年齢はやはり高うございますけれども、50代からも入ってきますので、さまざまなライフステージの方がこの会に参加しています。ところが、残念なことに全てのセッションに参加した方が4人、1回だけがやはり4人、2回のセッションに参加した方が2人という状況でございました。

サポートグループ、専門職が企画していますので評価もとても大事になるかと思いますが、この3つの観点で考えています。セッションの評価は、参加者が私どものサポートグループを評価するもので、毎回5項目出させていただいています。目標の達成度はどうか、交流できたかどうか、他の方の話は参考になったか、そもそも提供

された情報はよく理解できたかなどを毎回聞くんですけども、2回目、3回目の達成度が「そうでもない」ということが見られました。それから自分の健康のとらえ方というのは、これは9項目でつくった質問紙で、やってもやってもまだやらなければいけないと思っていないだろうかとか、自分のことは二の次にしていないだろうかとか、サバイバーを支援するために自分は泣き言を言うてはいけないと思っていないだろうかということ、セッションの前と終わった後に、ご自身が自分の中で何が変化したかということのリフレクションするためのシートです。

これも、こんなにやっているんだけどまた足りないと思うというのと、この場合の家族は、治療を受けている家族をいつも優先すべき、自分は二の次だということが肯定的に変化しなかったのですね。これがなぜなのかというのがこの後、次年度の課題になります。実は、これまでは一つの拠点ではなくて幾つかの施設からおいでいただいたご家族のトライアルではかなり肯定的に変化しました。ちょっと違いがありましたので、全セッションに参加できないからだったのか、あるいはこの拠点の治療の特徴、あるいはそのときのサバイバーの病期とか病状によって影響を受けている可能性もあるということで、集団に対してのサポートグループなんですけれども、一人一人の個別のニーズへの対応の必要性が見えてまいりました。

看護師のグループインタビューでは目からうろこが落ちた、がんサロンのときにはサバイバーとご家族が一緒に来るので、その家族が全く違う顔を見せた、わかっているつもりだったけれどもこんなに自分たちはわかってなかったのかということがわかったなどの反応でした。象徴的な言葉で言っていたのは、吐き出すとか語るのではなく、吐き捨てるように自分の思いを語っていたということがとても印象的だったと言っていました。

それから、全セッション参加できない方がいるんですが、外来に来たときにまた会えますので、そこは点を線にして継続的にかかわることもできるし、この人は大丈夫と思った方が意外と困っていたりするので、早期にかかわるそういう指標も少し見えたということでした。

あと、ポスターを病院に張ったんですけど、2週間たってもご家族はお一人も参加するということがなかったんです。これは家族の反応としてはごく普通で、自分はケアの受け手とは思っていないんです。だから、こういうのがあるんだと思っても自分がそこに入る対象者と思っていない。それでナースが少しお声がけをしまし

た。最初は4名だったんですけども、口コミです。何かすごくいい会をやっているらしいと言って、途中だけどいだろうかということでもどンドン増えて、続けてほしい、水曜日だと来られない、廊下で企画したナースに会うと面識はないんだけど、あの会はよかったということを書いてくれるようになったとのことでした。

医師からの照会もあって、気になる家族とサバイバーの方がいて、その方は参加したほうがいいと思うけれども、今度はいつあるのだろうかという反応でした。理学療法士さんも緩和リハビリテーションに興味あるので自分も参加したいということをおし出してくれていますので、かなりこの後もシステムづくりができるかなと考えています。

このようなことができるようになったのは、この医療機関の中に専門看護師が何名かいることと、質を上げることも大事ですけども、やはり1期2期の取り組みで量を増やして一緒に取り組める人ができたということがこういうシステムづくりに繋がっているように思われます。

医療大の看護も次年度は同じような取り組みと、さらに本学の地域包括ケアセンターとの協働で、いわゆるその医療過疎地域での健康ニーズにどう応えていくかということも取り組んでいきたいと思っております。

拠点全体の話というよりは少し看護中心の医療大学の取り組み中心の話でしたけれども、ライフステージ、がんサバイバーシップをナースがどう支えようとしているかということをご報告いたしました。ご清聴ありがとうございました。

閉会の挨拶

東京医科医科大学大学院 臨床腫瘍学分野教授 三宅 智



皆さん、長時間どうもありがとうございました。実は、今年ががんプロ採択の通知が遅れたので、この会はないのではないかと考えていたのですが、松浦先生、それから大阪大学の事務局の方のご尽力で開催することが出来ました。全国がんプロの大学の事務のお手伝いの方々も、本当にどうもありがとうございました。

少し感想をお伝えしたいと思います。先ほどの石岡先生(東北大学)がおっしゃっていた逆方向のフィードバックというのは非常に心に残っていて、実は、私は今大学で緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、緩和ケア外来をやっています。もともとは外科、それから基礎研究、化学療法、緩和ケアという経歴ですが、今、緩和ケア外来をやっていると、多くの方がゲノム診療を希望されるんです。考えてみると当然のことで、標準治療ができなくなった人が緩和ケア外来に来るし、ゲノム診療科にも来るという。そこで、やはり石岡先生がおっしゃったように、すべての医療者が少なくともある程度共通の知識の土台がないと、今後のがん診療が、特に経口の分子標的

治療薬などを飲み続けながら、亡くなる直前まで抗がん剤治療を継続する患者さんがますます増えてくると思います。

一つの例をご紹介します。先日、頭頸部がんでニボルマブを使っていた患者さんが、効かなくなったとの判断で緩和ケア病棟に入棟しました。ところが、緩和ケア病棟に入ってから効果が出始め、最終的にはほぼ腫瘍が消失し、退院して、ニボルマブを再開するということがありました。今後は、我々緩和ケア病棟を担当する医師も看護師も医療スタッフも、腫瘍学の最新の知識というのを把握しておかなければならないと実感しました。先ほども、個別化治療という話題が出ましたが、患者さんに対しては個別化で対応し、多職種チームとしての医療者は、医療者毎の個別化ではなく、合意形成を目指した積極的な議論の場が必要になっています。先日アメリカの医者と話したときに、日本では主治医個人が患者さんをフォローするが、アメリカではシステムがフォローするという話題になりました。どちらが良いかという議論はあるかと思いますが、今後、主治医によって医療が変わるとか看護師によって看護が変わるとか、いろいろな医療職の、こちら側のファクターで変わらないようなシステムの構築というのが急務だと考えます。

その意味では、このがんプロという試みが非常に大きな全国レベルでの質の均てん化に寄与するということを今日改めて実感しました。

各発表で、いろいろなことをやっていらっしゃるんだということを実感できましたし、我々の不十分な点もかなりわかってきましたので、本当に勉強になりました。本日はどうもありがとうございました。

多様な新ニーズに対応する「がん専門医療人材(がんプロフェッショナル)」 養成プラン参加大学一覧

申請担当大学名	連携大学名	事業名
東北大学	山形大学、福島県立医科大学、新潟大学	東北次世代がんプロ養成プラン
筑波大学	千葉大学、群馬大学、日本医科大学、燭協医科大学、埼玉医科大学、茨城県立医療大学、群馬県立県民健康科学大学、東京慈恵会医科大学、上智大学、星薬科大学、昭和大学	関東がん専門医療人養成拠点
東京大学	横浜市立大学、東邦大学、自治医科大学、北里大学、首都大学東京	がん最適化医療を実現する医療人育成
東京医科歯科大学	秋田大学、慶應義塾大学、国際医療福祉大学、聖マリアンナ医科大学、東京医科大学、東京薬科大学、弘前大学	未来がん医療プロフェッショナル養成プラン
金沢大学	信州大学、富山大学、福井大学、金沢医科大学、石川県立看護大学	超少子高齢化地域での先進的がん医療人養成
京都大学	三重大学、滋賀医科大学、大阪医科大学、京都薬科大学	高度がん医療を先導するがん医療人養成
大阪大学	京都府立医科大学、奈良県立医科大学、兵庫県立大学、和歌山県立医科大学、大阪薬科大学、神戸薬科大学	ゲノム世代高度がん専門医療人の養成
岡山大学	愛媛大学、香川大学、川崎医科大学、高知大学、高知県立大学、徳島大学、徳島文理大学、広島大学、松山大学、山口大学	全人的医療を行う高度がん専門医療人養成
九州大学	福岡大学、久留米大学、佐賀大学、長崎大学、熊本大学、大分大学、宮崎大学、鹿児島大学、琉球大学	新ニーズに対応する九州がんプロ養成プラン
札幌医科大学	北海道大学、旭川医科大学、北海道医療大学	人と医を紡ぐ北海道がん医療人養成プラン
近畿大学	大阪市立大学、神戸大学、関西医科大学、兵庫医科大学、大阪府立大学、神戸市看護大学	7大学連携個別化がん医療実践者養成プラン