

今後のがん対策の方向性について

- | | | |
|--------|------------------------------------|--------|
| 資料 3－1 | 「がんと付き合いながら生きています！」（工藤委員御提出資料） | p.1 ～ |
| 資料 3－2 | 「『尊厳を守る』がん医療とは」（永山委員御提出資料） | p.5 ～ |
| 資料 3－3 | 「中長期の視点から見た、がん対策の課題と提案」（中川委員御提出資料） | p.27 ～ |

がんと付き合いながら生きています！

秋田県がん患者団体連絡協議会きぼうの虹 工藤 恵子

二人に一人ががんになる時代と言われていますが、我が家は夫の父が 60 歳で食道がんに始まり大腸がん、前立腺がん、二度目の大腸がんて 5 年前に亡くなりました。私は乳がんて右乳房全摘手術を受けて 16 年になります。夫は肺腺がんⅣ期の診断を 2 年前に受け 1 年半休職し、治療に専念しました。現在は仕事をしながら 3 週間ごとに抗がん剤治療を続けています。

私は仕事を辞めたことをきっかけに「自分の病気を知りたい」ということでキャンサーネットジャパンの乳がん体験者コーディネーター講座で勉強を始めました。開講初日はがん対策基本法が施行された平成 19 年 4 月 1 日でした。ここで同じ病気を持つ人同士の交流がとても心を軽くしてくれたのを今でも覚えています。

自分の体験が役に立つのであればという思いで「秋田県がん患者団体連絡協議会きぼうの虹」が始めたがんサロンにボランティアで参加しました。また 4 年前から「あきた がん ささえ愛の日～がんになってもあきらめない～」と銘打ったイベントを患者・家族、医療者、行政、メディア、教育者、学生、企業などいろいろな立場の人が一緒になって開催しています。これまでにサバイバー登山や、一人暮らしのがん患者さんの在宅療養を考えるシンポジウムやがんになりにくい生活習慣についての講演など様々なジャンルのイベントを開催しています。少しでも「がん」について知ってほしい、関心を持ってもらいたい、そしてささえあえる秋田県民でありたいという気持ちで関わっています。

自分の出来ることを細く長くと考えていますが、続けられているのは仕事を辞めた自分にとって社会とのつながるところだったこと、そしてささえあう仲間がいることが大きかったかもしれません。

ここで少し義父や夫の闘病で感じている事、感じたままお話させていただきます。

まず義父ですが最初が 60 歳で食道がんになり 3 か月の入院生活を送りました。その後大腸がん、前立腺がんとなりましたが発見が早く手術のみで治療が終わることが出来ました。そして本人には家族の希望として「告知」を望みませんでしたし、その希望を聞き入れていただきました。82 歳で二度目の大腸がんになりましたが、このときはいきなり本人に「大腸がん」という告知がされてしまいました。家族の心配をよそに本人は「がん」と言われた認識がなかったようでした。手術半年後、肝臓への転移が見つかりましたがもう手術が出来ない状態になっていました。そして認知症症状も見られるようになりました。私一人での介護は難しい状態になり、亡くなる直前までデイサービスのお世話になりました。最後は病院で亡くなりましたが、痛みのコントロールはきちんとしていただいております。その点は本人にとっても家族にとっても救いとなりました。

認知症のがん患者はこれからもっと増えていくと思いますが、がんのケアも出来る介護施設が増えてほしいと義父のお世話になる施設を探しているときに思いました。

二年前の夫の突然のⅣ期の診断には驚きましたが、余命〇ヶ月という言葉がなかったこ

とがとても救われました。アバスチン+カルボプラチン+シスプラチンの効果がすぐにより一安心したのもつかの間、アバスチン単剤になって間もなく脳転移が見つかりました。しかし秋田県にもガンマナイフ治療が出来る病院があり、すぐ治療が受けられたのは幸運だったと思っています。そのあとアリムタ単剤の治療を続けています。吐き気や便秘の時期には薬で対処できています。今一番困っている副作用は手足のむくみと冷え、しびれ感です。つい最近薬剤師さんに相談して牛車腎気丸から五苓散に変えて様子を見ることにしました。薬については医師直接よりも薬剤師さんに相談した方が詳しく説明していただきました。

仕事や金銭的な問題についてですが、夫は幸いにして1年半で復職することが出来ました。最後の二か月は無休休職となり、社会保険料などの負担が10万円弱で収入0です。生活費や治療費は貯蓄や生命保険の給付金で賄いました。無休がもっと長く続いたら、もしこの先収入がなくなったら…と考えてしまいました。もちろん傷病手当がありますが、実際お金を受け取れるのは請求してから2か月かかります。

「がん」と診断された時はまずは治療の事を考えるのが第一になり、勤務先での手続きは後回しになりますし、本人はもちろん家族も細かい事には気が回りません。こんな時、病院や勤務先の厚生担当者が適切にアドバイスをしてくれたらと切実に感じました。

夫もわたしも先に向けての医療・経済的などの不安をかかえつつも、いまは「がん付き合いながら」ごくごく普通に毎日を過ごすことが出来ています。

治療法がもうありません。お金がないので抗がん剤を辞めました。などという切実な方が身近にいますが、そのような方々に対して申し訳ないほど普通の生活が出来ています。

がん対策も時代に沿って内容を少しずつ変えています。

今私たちは「全ての患者が尊厳をもった生き方を選択できる社会の構築」をめざし議論を始めています。がんの治療の充実はもちろんですが、私は尊厳を持った生き方の大きな要素の一つは「人とのかかわり」と思っています。このことについては前回緒方委員も話されています。しかし「人とのかかわり」を、がん対策に反映し、どう評価するかというのは大変難しい事です。そのヒントは自分の活動、がんサロンやささえ愛の日など社会とのかかわりの中にあるのではないかと思い、がん付き合いながら生きる時代にも合ったがん対策につながるよう考えていきたいと思っています。

患者、そして家族として貴重な発言の機会をいただき関係者の皆さまに感謝申し上げます。どうもありがとうございました。

最後にささえ愛で1年目に投稿された手紙をご紹介します。患者の心情の流れ、周囲への感謝と警告、すべて盛り込まれている65歳・女性の素晴らしい手紙です。

「健康なみな様へ」

わーーーーっ！！うそっ？なんで、なんで、頭の中が、「がん」「がん」「がん」…とがんという言葉でいっぱいになりました。

詳しく丁寧に、絵を書きながらの医師の説明も、全く目・耳・頭に入ってきません。

真っ白になるって本当ですね。どんな思いで、クルマを動かし家へたどり着いたのか記憶にありません。2年前の6月のことでした。

それは、それは、ものすごいショックでした。落ち込むだけ落ち込み、最悪の状況だけが思い浮かぶなか、「負けてたまるか」という気持ちが湧いてきました。病気と治療の事は、全て病院にまかせ、私は、笑顔、空元気、負けるな、この3つを心掛け、前にだけ進もうと決心しました。様々な治療を受けるうち、がんになったから、転移したからと言って、明日死ぬ訳ではないと実感しています。医学の進歩はすさまじく、生きるか死ぬかでなく、その中間の状態を、長く、いかに元気で人間らしく生活できるかで、必ずしも苦痛の中で絶望して死んで行く病気では無いと思うようになりました。残りの人生を有意義に過ごす為にも、医学の進歩を願うだけでなく、それにあわせ、患者も変わらなければ…自立した患者でありたいです。

健康な、みな様、されど、がんはきびしい病気です。転移、再発は特にきびしいです。完治は難しくても、その中で自分の人生を心残りなく過ごすことを考える為にも、早期発見がとても重要です。

がんは特別な病気では無くなったそうですがどれ程医学が進歩しようが

がんには絶対にならないで下さい。私のお願いです。こまめに検診、早目の受診ですよ。

私のがんは、転移性乳がん、既にリンパへ転移しておりました。一年半で大腿骨、胸骨に転移し、今また抗がん剤の治療中です。髪が無くても美しい…？となりました。その代わり、元気という生きる源をいただいております。お世話になっている病院には、「たんぼぼの会」というがん患者の会があります。月1度、おしゃべりするだけですが、この会にも助けられています。

健康な、みな様、みな様のあたたかい支えにより、2008年から私は元気です。

追伸 私は患者の患の字が大嫌いです。いかにも身と心が串にさされている様子です。とても痛いです。看護師の看は大好きです。ナースは、手と目で私たちを支えてくれます。

ありがとう！！

65歳 女性

「尊厳を守る」がん医療とは

毎日新聞科学環境部

永山 悦子

2013年12月13日 @がん対策推進協議会

がん医療と尊厳

- 国内外の取り組みから
- 「苦しみ」「つらさ」の多様性
- 「緩和ケア的治療」と「緩和ケア的ケア」
- 尊厳を守る全ての医療のために

- 国内外の取り組みを取材し気付いたこと

人生支える 英国がん相談



英エディンバラのマギーセンターの室内。大きな食卓が特徴だ
—ナカサアンドパートナーズ・藤井浩司氏提供

「がん」と告知され治療が始まると、自分の人生、仕事、家族のことなど、一気に不安が押し寄せる。がん対策基本法施行後、全国の地域がん診療連携拠点病院に「相談支援センター」が設置されたが、利用は伸びていない。一方、英国で96年に始まったがん相談センターの取り組みが世界の注目を集めている。（木山悦子）

家庭的建物、NPOが運営 ■患者らの本音引き出す

語り始める。子宮がんの告知を受けた女性は、新しい交際相手ができただけで、彼と結婚し、子どもを育てることを夢見ていた。だが、治療で子宮を摘出しなければならぬ。「がんによって、すべてを失った」と思っていた。センターでは臨床心理士が対応。女性患者のグループ活動を紹介した。彼女は、子どもを持つてないこと以外、何も変わっていない。自分のすべてが奪われたわけではなく、自分の存在には価値がある。と考えるようになった。センターは、交際相手の支援に

「がん患者は多くの不安を持つが、病院では相談する場所も時間もない。センターに来て、不安を持つことが当たり前であり、皆が同じように悩んでいると知ると、前向きに人生を歩けるようになる」と話す。

＊

英国では国民の3人に1人が、がんを患う。がん医療の進歩に伴い、日常生活に復帰する人が増えた一方、再発の不安や、仕事との両立など、新たな課題が浮上している。センターは、がんのため95年に33歳で亡くなったマ

センターを訪れるのは、近接する病院に通うがん患者と家族、治療に携わる病院のスタッフたち。迎えるのは、がん専門看護師、臨床心理士、放射線療法士、がん医療の専門家として、カップを手にした患者たちは、自然に心配事や悩みを

も取り組んだ。そして、二人は結婚した。同センター最高経営者のローラ・リーさん(43)は、先月、東部都立市中で、リーさんら招いたシンポジウムが開かれた。各会場では、「患者が求める情報が提供されていない」「どんな病状になっても、患者には生きる力がある」となどの意見が出され、日本でも、患者を支える体制の必要性が明らかになった。リーさんは「がん患者の悩みや課題は、国境を超えて共通だ」と思う。患者たちが集う食卓を、一つでも多く増やしたい」と話す。



最高経営者のローラ・リーさん

・ マギーズ・キャンサー・ケアリング・センター(マギーセンター)

英国と香港に計12カ所

利用者12万人以上(2012年)

2010年3月17日
毎日新聞朝刊



「患者を『患者』と呼ばない」



- 医療者は、がんの専門家ではない。「がんの専門家」＝患者自身
- 1杯のお茶から、悲しんでいた人がやがて自分（本音）が出せるようになる（パンフレットを渡すだけではない会話、対話の効果）



最期も日常の延長で

居場所と安心感ホームホスピス

自宅のような空間で、最期まで自分らしく暮らせる「ホームホスピス」。末期がんや認知症などで、自宅で暮らしたくても不安がある人たちの「生活の場」として各地に広がっている。

「これ、教わらないからどうぞ」「おいしいねえ」

7月下旬の昼時、兵庫県尼崎市の「ホームホスピス 愛連の家」のリビングでは、住人4人とスタッフ2人が食卓を囲んでいた。食後は、歓談したり、自室に戻って休んだりするなど、思い思いに過ごした。

住宅街の中にあった木造2階建ての空き家を、NPO法人「愛連」が改築して2009年11月に開設した。個室が5部屋あり、がんや認知症などのある70〜80歳の5人が住んでいる。開設を引っ張ってきたのは、看護師で愛連の事務管理者の兼行さん(62)だ。兼行さんはホスピス病棟などに勤めた経験があり、1人暮らしの人が最期まで過ごせる「みどりの場」が地域に必要と考えた。

域に必要と考えた。

24時間、介護職や看護師などのスタッフが常駐し、身の回りや食事の世話をする。入居者は入居一時金30万円のほか、居住費や食費など利用料金を月12万円払う。ほかに、訪問診療や訪問介護の負担分が加わる。96歳の女性は自宅で一人暮らしをしていたが、認知症が進み、家族も介護ができなくなり入居した。当初は笑顔もなくケアも拒んだが、スタッフが常に付き添うなどしたところ、今は落ち着いて、「ここに入った人は、必ず一旦元気になります。家という住環境、居場所と安心感、食事が大きな要因と感じます」。

ホームホスピスは、その人が地域の中で最期まで暮らすことを支える「生活の場」だ。家族や友人が自由に訪れ、地域住民もボランティアで運営を支える。愛連の家では6人をみとった。兼行さんは「普通の暮らしの延長に死が訪れる。その人らしい生き方を支えることが、その人らしい死を迎えることにつながる」と話した。

医療的ケアが必要な場合は、施設への入居を断られることも多いが、ホームホスピスは受け入れる。神戸市東田区の住宅街にある「神戸なごみの家 密ヶ丘」は、看護師の松本京子さん(60)が診療所だった物件を改築して開いた。70〜90代の7人が住む。81歳の女性は、がんなどで5年前から入退院を繰り返した末、5月に入居。病院は規則が多いが、ここは個室で、寝付けない時はラジオを聴いたり読書をしたりして自由に過ごす。「誰かがいてくれる安心感もあり、

何より気兼ねせず過ごせるのがうれしい」とほほ笑む。松本さんは「病院や施設と異なるのは、普通の家の空気があること。暮らしの支えを整えることで自分自身を取り戻していく場所です」と話した。

ホームホスピスの先駆的な存在は、宮崎市でNPO法人「ホームホスピス宮崎」が運営する「かあさんの家」。年間360人以上が相談に訪れ、兵庫県や奈良、広島、東京などでも同様の取り組みを始め、ネットワークもできている。

行政も支援を始めた。宮崎市は、民間の住宅を借りてホームホスピスを運営するNPO法人に対し、家賃月額の半分以上(上限5万円)を支援。兵庫県も今年度から、事業者に対し、民家の改修費を補助する事業を始める。

地域ケアに詳しい国際医療福祉大学大学院の高橋敏士教授は、ホームホスピスを「地域のニーズから始まった取り組みで、最期まで地域で暮らす選択肢の一つ。失われた地域でのみとりを、病院から地域に取り戻す文化運動でもある。取り組みを地域に公開し、さまざまな立場の人たちが関わっていくことでより地域の意識やケアの質が高まるだろう」と話している。



紹介したホームホスピス

- ・NPO法人「ホームホスピス宮崎」(☎0985・53・6056) 宮崎市内4カ所で「かあさんの家」を運営
- ・「愛連の家」(☎06・6499・3228)
- ・「神戸なごみの家」(☎078・576・1630) 9月1日14〜16時、神戸市中央区港島南町1の臨床研究情報センターで、作家の柳田邦男さんを招いた講演「暮らしの中で『死に近く』こと」を開く。神戸なごみの家での取り組みの紹介もある。参加費は会員500円、非会員1000円。電話で申し込む。

【細川貴代、写真も】

2013年8月17日
毎日新聞朝刊

- 「苦しみ」「つらさ」の多様性を知る

抱える問題は一つではない

東京都内の訪問看護師の話

- 認知症を持つがん患者が増えている実感。(がんは国民の2人に1人、認知症は65歳以上の10人に1人)
- 特徴＝▽症状が出にくい▽受け入れてくれる病院・施設が少ない▽抗がん剤を続けられない▽服薬ができない▽緩和ケア用の麻薬をうまく使えない▽病状の理解ができない(治療の選択ができない)
- 対処＝▽薬を服用したかゴミ箱をチェック▽レスキュードーズの活用▽家族への意思確認

→しかし、これらの対処でも限界あり。「誰の意志を尊重するのか」「家族の定義をどう考えるか」「本人に介入を拒否されたらどうするのか」など、手探り状態。

逆のケースも

乳がんのような自覚症状を持った高齢女性

- 家族＝認知症の高齢の夫、アスペルガー症候群の長男の3人暮らし
- 女性は家族に自覚症状を一切告げず、病院へも行かず、がんを進行させてしまった。（患部からの出血が止まらなくなり、やむなく受診、進行がんが判明）

- 2010年5月9日
毎日新聞朝刊

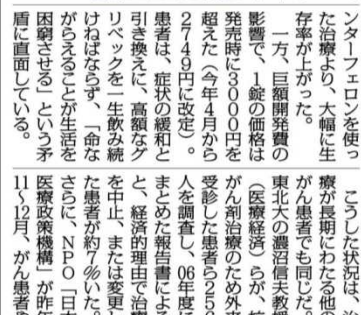
白血病患者 高額医療費重く

くのかかった。店の従業員を減らし、店舗の家賃も大家に下げてもらった。夫婦の生命保険を解約した。

「世代がなかったら、すぐ「業荒」にな」

ある日、店の売り上げを計算していた木の裏さんは夫に話しかけた。思わず「そうに決まってるじゃない」と返した。

06年 月、柏崎さんは業量を減らし始めた。1店の売り上げが落ち込み、さらに自分の病氣も妻に苦勞をかかっているが申し訳なかった。5月、医師にも妻にも黙って、ついに



支援体制病院で差

新
命を削る

心の負担 ④



患者の様子について毎日話し合う順天堂医院の緩和ケアセンターのメンバー。奥野センター室長（左から3人目）ら医師、看護師、薬剤師といった多職種が参加する。東京都文京区の順天堂医院で16日、永山悦子撮影

で差

毎回約20分かけて会話から状態を読み取り、薬を調剤。今春回復できた。山下さんは「うつが悪化していたら、がんの治療に影響があったかもしれない。いい先生に出会えた。よかったと振り返る。がん治療を多く治療している佐々木康晴・昭和大病院(東京都品川区)教授は「患者が白鳥が心の空間に気がついて受診することをまれ。だが、心に重い負担を抱える患者への対応ができる病院はまだまだ少ない」と話す。がん医療の体制充実を

図るが、診療連携拠点病院は増大し、大々全国に3、4カ所あり、それぞれ患者の体と心の痛みを和らげる「緩和ケアチーム」を持つが、チームの常勤の精神科医がいるのは7割程度。それ以外の病院では「心のケアの要員を配置する人的余裕も、患者と向き合う時間も限り」(部内の総合病院の医師)。

病院全体で患者の苦痛に目配りしているのが、順天堂病院(同文京区)だ。病気の告知の際、緩和ケアセンターの看護師や医師が同席、入院患者にいつでも「テレビを見なくなるとなる『変化』」の情報を病棟から集める。緩和ケアセンター専任は「図鑑のやりとり」を始めることで、目的の

対応が可能になる。メンタルサポート（精神面の支援）抜きでのがん治療はありえないと言ひ切れる。山下さんのうつ病の診療にあたった大西義典・増玉匡大教授は「別の病院でがん前処置の副作用とされた患者について、うつ病の治療をし、がんの治療が本筋の例は多い。主治医は早めに患者の病変に気付かず、専門医に診せたい」と語る。

- がん→医療費負担
→心の病に
- 抗がん剤の副作用？→実は「うつ病」だったというケースも

医療の悩み 気軽に相談を



団地の一角に開設された「暮らしの保健室」。この日は熱中症の勉強会が開かれていた。東京都新宿区戸山で

「保健室」は、約3000戸からなる新宿区の都営住宅「戸山ハイツ」の一角にある。1970年代から開発が始まった巨大団地は高齢化が進み、住民の45%が65歳以上という。書店などに使われていた団地1階の空き店舗（約70平方メートル）を改装し、木の香りが漂う相談スペースに生まれ変わった。

新宿・戸山の団地 空き店舗跡

運営するのは、同区内で訪問看護ステーションを経営する民間企業「ケアース」。がんなどの病気を抱えながら自宅で療養するケースが増える一方、医療や介護、医療費に関する制度は複雑で、病院以外に相談できる場所が少ない。そうした悩みを打ち明ける患者や家族と多く接してきた訪問看護ステーションの秋山正子・統括所長が、英国で普及しているがん患者の相談施設を模範、「日本にも同じような施設があれば」と構想を温めてきた。アイデアを知った空き店舗の所有者が、

医療にかかわる悩みを気軽に相談できる民間運営の「暮らしの保健室」が、東京都新宿区の団地の空き店舗跡にオープンした。主に在宅医療を受けている人を対象に、治療法の選択や病気の向き合い方、さまざまな支援制度、医療費対策などの相談に看護師ら専門スタッフとボランティアが無料で応じる。

暮らしの保健室 オープン

2011年
7月19日
夕刊

- 地域の無料相談所。常駐はボランティア。（看護師、臨床心理士が随時。専門職や機関につなぐ「止まり木」的存在）
- 井戸端会議から始まり、自らの病、家族の病、介護、未病段階…などの悩みの話に。

2009年11月26日
毎日新聞朝刊

偉大なる「おせっかい」

がんを生き抜く④

ちやうどある地域が、全
 寮連邦施設病院に、相模
 支庁センターが設置され
 るが、多くの相談意は
 情報提供にとまどいて
 いる。『闘争』は感じて
 そこから、がん患者外
 来を引いた。
 07年にがん対策基本法
 が施行され、患者の権利
 に立つ医療が目ざされ
 るとの提案を認め、08年
 1月、最初の癌外来が
 大学で開かれた。5日間
 で診察が防れ、キャンセ
 ルと死を免つめる人々々々
 と向き合う闘争は、一言
 う。『相談者』に偉大な
 ののです。そして、私自
 身も一人の人間として、
 患者から学んでいます

【永山啓】
 =nrv



がん発症リスク 糖尿病で高まる

「生活習慣改善を」両学会が提言

日本糖尿病学会と日本がん学会は14日、糖尿病とがんの発症リスクに関する提言を公表した。両学会の専門家が、人と比べて、肝臓がんの発症リスクが約2倍、膵臓がんでは約1・9倍、大腸がんでは約1・4倍だった。それ以外のがんでは、運動不足などの生活習慣と明確な関係が得られなかったが、春日委員長は「食事療法と運動療法が、糖尿病とがんの両方の予防に有用である可能性が高い」と説明。提言では、バランスの良い適量の食事や運動、禁煙、節酒など生活改善のほか、糖尿病の人はがん検診を受けるよう推奨した。

【大場あい】

- エビデンスの受け止められ方
- 「良かれ」と思った情報提供が、反発を招くケースも
- コミュニケーションの課題

2013年5月15日
毎日新聞朝刊

多様性への対応を目指す際の壁？

★ 医療現場

- 忙しさ
- チーム内連携の難しさ(専門性)
- 医療者と患者の関係性

★ 報道や普及啓発

- 一目で分かりやすい表現、見出しをとりやすい原稿になりがち
- 問題が単純化されがち
- 報道では、原稿、放送のキャパシティーが限られ、「繰り返し」が苦手

- もっと「緩和ケア的ケア」を

ゴール＝患者、医療者双方の納得

- がん患者・家族の多様な悩み＝治療、精神、暮らし、子育て、対人関係…

→緩和ケアの言う「全人的苦痛」と共通？



- 緩和ケアの精神「全人的苦痛に対応する」→治療（麻薬の使用、心理療法）だけではなくとも、できることはたくさんあるのではないか



- 「緩和ケア的治療」の普及に加え、「緩和ケア的ケア」＋「緩和ケア的心構え・姿勢」の普及

→コミュニケーションの重要性（結果にかかわらぬ納得）

- 患者＋家族への対応



- 「尊厳を守る」がん医療の入り口に立つことができる？

- 水平展開の可能性を探る

- がん患者・家族が抱える「悩み」「苦しみ」は、多くは他の疾患を抱える患者・家族と重なる
- 「患者」になった人は「患者としてどう生きていくか」ではなく「人としてどう生きていくか」で悩んでいる
- がんは国民の2人に1人がかかる



- 「がん患者・家族の尊厳が守られるケア」が確立すれば、他の疾患にも同様の取り組みを広げられるはず（波及効果は大）

本日はご静聴いただき、ありがとうございました。

中長期の視点から見た、がん対策の課題と提案

がん対策推進協議会委員
中川 恵一

1) 急速な高齢化によるがんの急増と認知症との併発

最新のデータによると、日本人男性の58%、女性でも43%が、がん罹患するが（累積がん罹患リスク：2008年データ）、2013年現在は、男性では6割超、女性でも4割半ばになっていると推定される。

がん急増の原因は、急速に進行する高齢化であり、がんは一種の「老化」と言えるため、世界一の「超高齢社会」となったわが国が、世界一がん患者が多いのは自明である。そして、この高齢化のスピードが世界の歴史上、類を見ないほど速いことがポイントと言える。

我が国の人口は、2012年10月1日現在、1億2,752万人で、そのうち65歳以上の高齢者人口は、過去最高の3,079万人（前年2,975万人）で、総人口に占める割合（高齢化率）も世界最高の24.1%となった。

この高齢化率が7%になると「高齢化社会」、14%になると「高齢社会」と呼ばれ、7%が14%になる年月が、高齢化の速さを示す。なお、日本は高齢化率が21%以上となる超高齢社会である。

そして、日本の場合、高齢化社会から高齢社会に至るまでの期間は、1970年から1994年までの24年間であった。一方、たとえば、フランスでは、日本より100年以上も前の1865年にすでに7%に達しているが、14%になったのは1979年で、実に114年もかかっている。同じく、スウェーデンでは、1890年から1972年までの82年間であり、日本の24年がいかに短期間であったかが分かる。

しかし、あまりに高齢化が速かった結果、がん患者の増加も史上例を見ないスピードとなった。この急ピッチのがんの増加に、個人の知識や心がまえ、さらには、行政、教育などが追いついていないのが、今の日本の姿だと言えるよう。

現在、認知症患者は462万人（この他、軽度認知障害が400万人）程度と推計されるが、今世紀半ばには、高齢化率は4割に達し、がん患者とともに認知症患者も急増する。がんは「身体の老化」、認知症は「脳の老化」と言えるものだからである。つまり、がんと認知症が同時並行的に急増する社会が到来する。今後、がんと認知症を併発する患者などへの対応が求められようし、従来の「早期発見・早期治療」のパラダイムにも変更が必要かもしれない。

2) 職域でのがん対策の必要性

先進国のなかではまだまだ高い喫煙率、一方で、際立って低いがん検診受診率など、がん対策上の問題は山積しており、先進国のなかでも、ほとんどわが国においてのみ、がん死亡数が増加し続けている。がんの予防や早期発見はわずかな知識がカギになり、がん治療はまさに「情報戦」と言えるため、国民が「がんを知る」ことが重要である。

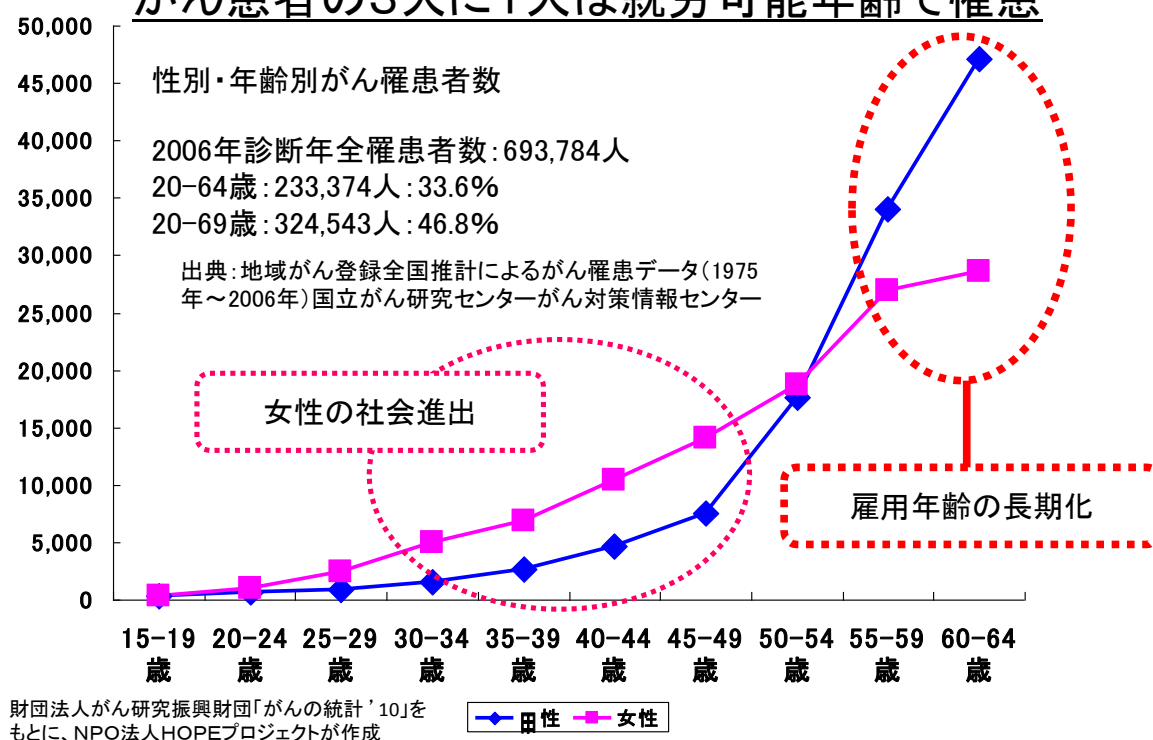
国民が、がんを知るための「場」としては、職域および学校となろう。とくに、今後、女性の社会進出と定年延長によって、現役会社員にがん患者が急増すると予想され、がん医療費の高騰もあって、健保財政に危機的影響を与えることは必至である。

職域検診の受診率も低迷しており、がん啓発活動を含めた包括的がん対策を企業に求めるべきであろう。厚生労働省が健保組合に求めている「データヘルス計画」などにがん対策を盛り込むことも検討すべきであろう。

がん患者の就労についてもさらに推進する必要がある。

働き世代とがん

がん患者の3人に1人は就労可能年齢で罹患



3) 学校での「がん教育」の推進

がん対策推進基本計画では、学校での健康教育に関して「がんそのものや、がん患者に対する理解を深める教育は不十分」と指摘した上で、がん教育に関して、以下のよう記述している。

「地域性を踏まえて、がん患者とその家族、がんの経験者、がん医療の専門家、教育委員会をはじめとする教育関係者、国、地方公共団体等が協力して、対象者ごとに指導内容・方法を工夫した「がん」教育の試行的取組や副読本の作成を進めていくとともに、国は民間団体等によって実施されている教育活動を支援する」

「子どもに対しては、健康と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理し、がんに対する正しい知識とがん患者に対する正しい認識を持つよう教育することを目指し、5年以内に、学校での教育のあり方を含め、健康教育全体の中で「がん」教育をどのようにするべきか検討し、検討結果に基づく教育活動の実施を目標とする」

この基本計画の理念に沿った上で、がんという病気を理解するだけでなく、「いのちの大切さを学ぶ」という視点から、がん教育を計画・実践する必要がある。また、推奨教材などを中央で選定することで、医学的事実からの逸脱やがん患者への偏見などを未然に防ぐ必要があろう。とくに、学習指導要領が改訂されるまでは、ある程度の枠を中央で設定した上で、現場教師の自主性を尊重していくのが妥当と思われる。

また、現学習指導要領では、がんが「生活習慣病」のなかで扱われているため、がん患者への偏見や差別を助長する危惧があり、次回の改定で、がんを生活習慣病からはずした上で、独立の柱とすべきであろう。

別紙1 「がん教育」の推進に関する提案

別紙2 「がん教育」の副教材についての提案

机上配布「がん教育」の副教材 DVD

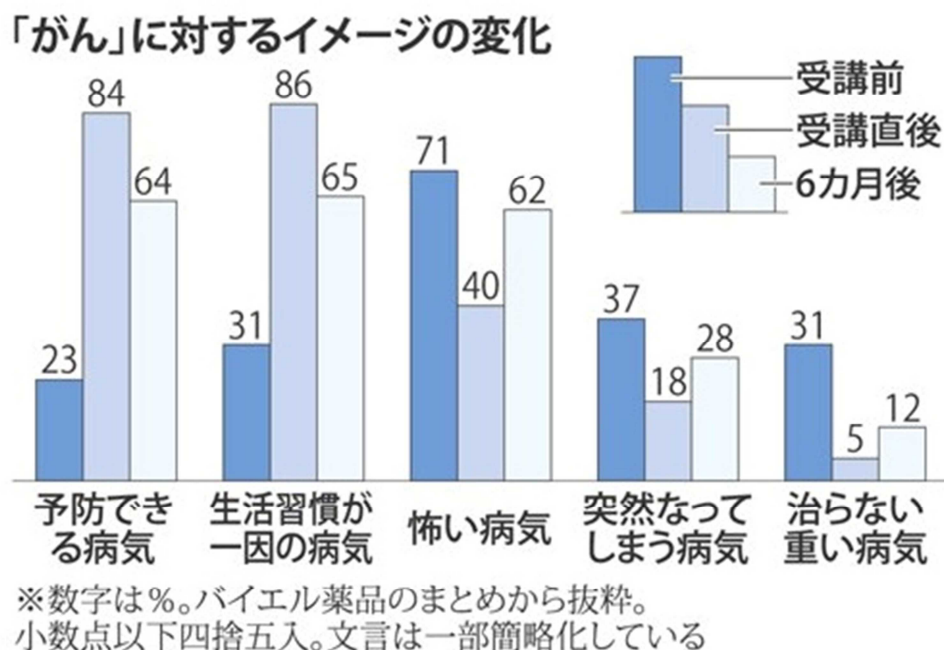
別紙3 「がん教育」の副教材 DVD 用教授用資料

参考：2年前から、製薬メーカーと共同で、「生きるの教室」という「出前授業」を実践している。「がんの予防法」、「がん検診の大切さ」、「がんとの向き合い方」などを理解してもらう他、がん経験者との対話などを通じて「命の大切さ」、まで考えてもらっている。また、「熟議＋意見創発」型の授業の進め方も大きな特徴。これまで、青森、秋田、山口、愛媛など、地方を中心に中学校10校へ出向き、約1300名の中学2年生に授業を実施した。

9 校、約 1100 名の中学 2 年生を対象に、がん教育受講の前後、さらに半年後に調査を行ったアンケート結果の一部を以下に紹介（毎日新聞 HP から引用）

「がんを知る」授業:広がる

2013年12月01日



また、同アンケートでは、受講後には 89%が「家族にがん検診を受けるように勧めようと思う」と回答し、6ヶ月後、実際に 48%の生徒が「家族にがん検診を受けるように勧めた」と答えた。子供から親への「逆世代教育」が進み、検診受診率の向上に資する可能性も大きい。

4) がん登録および共通番号を活用した医療ビッグデータの活用

12月6日に、わが国のがん対策において長年懸案であった「がん登録推進法」が成立した。韓国などを含めて、先進国のなかで最も遅れてがん登録制度を整備したのが、日本である。しかし、今年5月に成立した「共通番号法」によって、遅ればせながら、医療データのID管理の可能性が出てきたなか、後発国故のメリットを逆手に取ること考えたい。

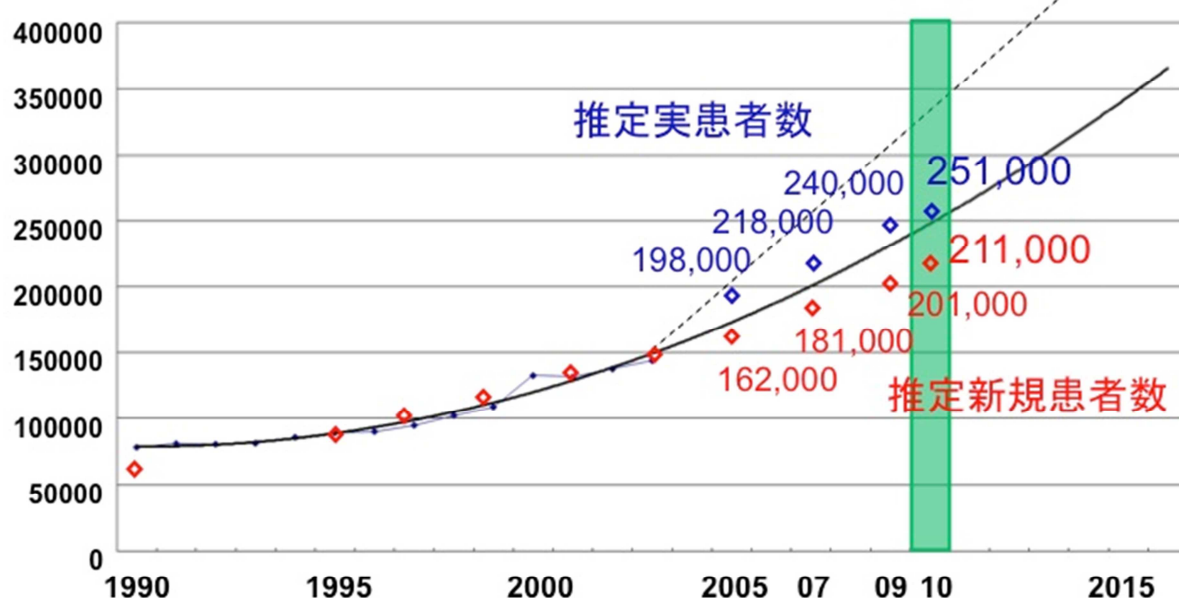
たとえば、クラウドコンピューティングなど最新の情報処理機能を用いて、画像データを含む医療ビッグデータを活用する環境が整い始めており、数値データに限定してきた従来型のがん登録を超えた新しいがん情報データベースの構築を検討できないか。また、共通番号を利用して、がん検診の受診情報とがん登録をリンクすることによって、検診の精度管理にも寄与できよう。企業健保のレセプト情報の活用や、将来、がん検診を保険医療に組み入れることも検討に値しよう。

5) 多職種によるチーム医療の促進（医学物理士などの活用）

がん医療ニーズの急増に対して、医師、看護師を中心とする現行の医療スタッフで対応することは困難である。たとえば、放射線治療の件数は、過去 10 年間でほぼ倍増し、今後 10 年で、がん患者の半数近くが放射線治療を受けると予想されている。しかし、病院「放射線科」における「診断と治療の分離」が進まず、放射線治療専門医の数は 1000 名程度に留まっており、治療件数の増加に追いつけない。

今後、医学物理士（放射線治療の技術工学面における専門家）といった新しい職種を活用し、「多職種によるチーム医療」を促進しないかぎり、がん医療の崩壊が危惧される。緩和ケアにおける臨床心理士の役割も同様に重要である。

わが国における放射線治療患者数推移



※実患者数: 新規患者数+再来患者数 ◆◆ JASTRO構造調査

6) がんの医療費問題とがん患者目線での医療技術評価

持続可能な国民皆保険制度のためにも、医療技術の適正な評価が必要であり、中央社会保険医療協議会を中心に、医療技術の費用対効果評価が進められている。その際の効果指標として、単なる生存期間の延長だけではなく、QALY (Quality Adjusted Life years、質調整生存年) を含め、患者目線での指標の選択と評価がなされるべきである。がん医療費の適正化は国民皆保険制度の維持には不可欠であろうが、がん患者の新薬に対する期待にも寄り添える制度設計も期待したい。

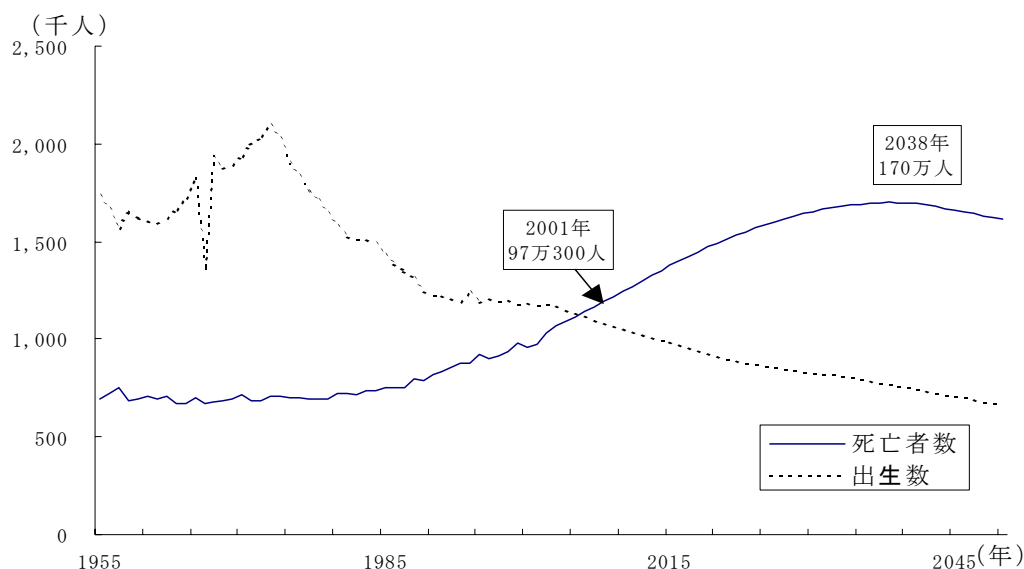
7) 「多死社会」に向けた死生観の再構築

わが国の年間死亡数は 125 万人を超え、増え続けており、2038 年には年間死亡数 170 万人に達すると推計され、まさに、「多死社会」を迎えると言って良い。

しかし、かつて在宅死が当たり前であったが、現在、医療機関での死亡が 8 割に達し、核家族化も進んだ結果、老いや死に接する機会が激減した。平均寿命の延長や医療技術の進歩とも重なり、日本人の死に対する態度が大きく変容してしたと言える。いまや、死は「他人事」となり、たとえば、小学生 372 人に、「人は死んでも生き返るか」と質問したところ、34%が「生き返る」、32%が「わからない」と答えている。（宇都宮直子『死』を子どもに教える」中央公論新社）

今後のがん対策を考える上で、「死は悪であり、生きていることが当たり前」といった戦後日本社会の死生観を問い直す必要もあろう。

年間死亡者数・出生数の年次推移と将来推計



: 2001年までは厚生労働省「人口動態統計」、2002年以降の推計は、国立社会保障・人口問題研究所 2002年 1 月推計

平成 25 年 12 月 13 日

小・中・高校生への「がん教育」の推進に関する提案書

がん対策推進協議会委員
中川 恵一

昨年 6 月に閣議決定した「がん対策推進基本計画」では、学校での「がん教育」を 1 つの柱として打ち出しています。

これを受け、現在、文科省の委託事業として、日本学校保健会に「がんの教育に関する検討委員会」（委員 9 人）が設置され論議が進む一方、文科省は来年度から「モデル事業」の実施を目指しています。

モデル事業であれ、本格的な「がん教育」であれ、基本的な方向性は「がん対策推進基本計画」に沿ったものでなければなりません。そこで、12 月 5 日の「がん教育検討委員会」に、7 人の委員有志で「今後のがん教育の推進に関する提案（骨子案）」を行い、大筋の「合意」を得つつありますので、基本計画の進捗状況を掌握する立場にある当協議会にも、「同提案」を一部修正の上、提出いたします。

「提案書」は、がん教育の基本方針を「いのちの大切さを育む、がん教育」としております。この「提案」は教育現場の教師の方々、医療者、がん経験者のご意見を反映したものであり、今後の「がん教育」の基本的方向性として進めていくべきと考えております。委員各位のご意見を賜れば幸いです。

なお、関連して、授業で利用できる DVD アニメ「がんって、なに？ いのちを考える授業」（12 分）を作成、さらに、解説的な教師用教材も作成しましたので添付します。

いま、ばらばらに一部自治体で進んでいる「がん教育」ですが、今回の「提案」を参考にして文科省が「がん対策推進基本計画」に沿った一定の方向性を提示し、生徒のため、がん患者・ご家族のため、そして、将来の日本のために、「いのちの大切さを育む、がん教育」が全国展開されていくことを期待いたします。

●今後の「がん」教育の方向性についての「骨子案」

1、がん教育の必要性

- * 学校教育においては、生涯を通じて自らの健康を適切に管理し改善していく資質や能力を育成することが重要である。近年、疾病構造の変化や高齢社会など、子どもたちを取り巻く社会環境や生活環境が大きく変化してきている。特に、日本人の死亡原因の1位であるがんについて、がんそのものの理解やがん患者に対する正しい認識を深める教育は不十分であると指摘されており、子どもたちががんについて正しく理解し、適切な態度や行動ができるようにすることが求められている。

2、がん教育の基本方針

●「いのちの大切さを育む、がん教育」

- * がんという病気を学ぶだけではなく、「いのちの大切さ」を育む、という認識でがん教育を計画・実践する。
- * 「がんの教育」「がん教育」という2つの表現があるが、「がんを学ぶ」とと「いのちの大切さを学ぶ」ということであれば、「がん教育」が適切。

3、がん教育の基本的考え

「がんを学ぶ」「いのちの大切さについて考える」の2つの事項が「がん教育」の根幹であり、両者が適切に実施されることで「がん教育」の目的が達成できると考えられる。

①がんに関する正しい理解をする

がんが身近な病気であり、がんの予防、早期発見、正しい対処ができるようになる。

②いのちの大切さについて考える

がんと向き合う人々を通じて、自他のいのちの大切さを知り、生きることについて考える。

4、がん教育の目標

目標

がんを理解し、生きることのすばらしさ、いのちを大切にする心を育む

ねらい

- ・がんの予防法を知り、がんになっても全体で半分以上、早期のがんは9割近くが治ることを理解する
- ・がんと向き合う人々の生き方を通じて、がんとともに生きる時代であることを理解する

5、がん教育の実施上の留意点

* 学校においてはがん教育の充実のため、学校全体で共通理解を図りつつ子どもの発達段階を踏まえ、体育科、保健体育科などの関連する教科、特別活動や総合的な学習の時間、道徳等において、がんの基礎的知識やその予防などに関する知識を確実に身に付けること、生命の尊重や自己及び他者の個性を尊重するとともに、他人を思いやり、望ましい人間関係を構築することなどを重視し、相互に関連付けて指導することが重要である。

6、がん教育の取り扱い（機会、内容＝授業時数、学習内容）

① 業時数について（中高生は必修が理想、小学生にも）

他の分野や領域とのバランスを考え、各学校で学習の時間を定める。

例＝学習の機会 教科（保健体育等）2時間、「教科外学習」2時間など

②学習内容「例1」

●教科（保健体育等）として

- 1) 疾病としての「がん」を理解する
 - 2) 「がん」と向き合う（つき合う）ことを考える
- このことから、以下の事項などを学ぶ

- (1) がんとは
- (2) がんの治療
- (3) 予防方法
- (4) がんと生きる（がんと向き合う）など

・アニメDVD「がんって、なに？ いのちを考える授業」等推奨教材の視聴

③学習内容「例2」

●教科外（特別活動、総合的な学習の時間、道徳）として

- 3) がん患者・ご家族、がん経験者を支えることの大切さを理解する。
- 4) がん患者・ご家族、がん経験者としての生き方から、いのちの大切さを理解する。

このことから、テーマを設定し以下の事項を学び、考える

(1) がんの現状を確認

- ・アニメDVD「がんって、なに？ いのちを考える授業」等推奨教材の視聴

(2) 外部講師の方の講話

- ・がんと深くかかわっている医療者やがん経験者の方の講話から、がん患者・ご家族、がん経験者が向き合う問題や困難性と対処法を理解
- ・外部講師が確保できない場合として、がん経験者などのビデオを活用

(3) 個人ワークおよびグループワーク、シェアリング

(4) ワークシート記入

7、がん教育の教材

*教材として具体的に考えられるのは

①子ども達に提示できるもの：DVD、リーフレット、がんに関する子ども向きの本、ワークシートなどすぐ使えるもの

DVDは、アニメ「がんって、なに？ いのちを考える授業」が教師を含め、多方面から評価を得ているので活用（ダウンロード可能とする）

- ・がん経験者、医療関係者（医師もしくは看護師、保健師）、がん経験者の家族のコメント

②指導する教員に対しての指導参考資料：疫学的データ、授業プラン、指導形態モデル、指導案等

の2本立て。

*どちらも中央で見本を作成。地域の特性に合わせ、都道府県で独自性を持てるものでもいい（そのまま使用も可）。ただし、独自性でも、最低限「ここは～」というものは中央から示す。

*教師用の教材見本は、別紙の通り作成。DVDアニメ「がんって、なに？」に沿った内容で、ダウンロード可能とする予定。

8、外部講師について

＊外部講師は、医師や保健師、がん経験者等とし、都道府県でリストアップする。地域の「がん診療連携拠点病院」や医師会などの協力も。

＊がん診療拠点病院については、26 年度「拠点病院指定要件」で、「地域の、がん教育への協力」を明記の方向で調整中。（国も、サポートする）

9、モデル校について、

＊モデルなので、いくつかのパターンがあっている。

＊教科授業だけのところ（DVD アニメ使用・不使用、教師用教材見本を使用・独自作成など）、教科外授業における外部講師の活用（医療者を活用、がん経験者を活用、両者を活用など）などなど・・・。

10、DVD「がんって、なに？」の文科省としての推奨を

＊授業では、DVD の活用を。「がんって、なに？」が効果的（がんを正しく簡潔に教えられる）。これを、文科省として推奨していただきたい。

＊ここから、どう、膨らませるかは現場の教師を信頼して任せる。
（DVD アニメの「教授用資料」（別紙 3）なども活用できる）

11、教育の評価について

＊生徒と教師にアンケートを実施し、モデル事業で何が足りないかなどを掴む。

付記：がん教育において教えるべき内容案

- ①がんとは（発生要因）：がんとは、体の中で、異常な細胞が際限なく増えてしまう病気である。病気が進むと、元気な生活ができなくなったり、命を失ったりすることもある。たばこ、ウイルス、飲酒、細菌、偏った食事、運動不足、肥満、持って生まれた素質など、多様な原因がある。
- ②疫学：がんは、日本人の死因の第1位で、現在では、年間約36万人の国民が、がんで亡くなっている。その背景には、社会の高齢化がある。また、生涯のうちにがんにかかる可能性は、男性の58%、女性の43%とされているが、年々増え続けている。
- ③予防：がんになるリスクを減らすための工夫。たばこを吸わない、規則正しい生活とバランスのとれた食事をする、ワクチンを受けるなどの方法がある。
- ④早期発見：早くに見つけて治療を受ければ多くのがんは治すことができる。早くにがんを見つけるために検診を受ける。
- ⑤検診：がんを早期に発見するための検査。日本では、肺がん、胃がん、乳がん、子宮頸がん、大腸がん、などの検診が行われている。
- ⑥治療（手術、放射線、抗がん剤）：がんになっても、全体で半分以上、多くの早期がんは9割近くが治る。がん治療の3つの柱は手術、放射線、抗がん剤。ほとんどのがんの場合、完治の手段は手術か放射線治療だが、抗がん剤（飲み薬や点滴）をふくめて、組み合わせて使うことが多い。治療法は自分で選ぶ時代になっている。
- ⑦緩和ケア：がんになったことで起こる痛みや心のつらさなどの症状を和らげ、通常の生活ができるようにするための治療。治癒しない場合も心身の苦痛を取るための医療が行われる。
- ⑧生活の質：がんの治療後は、様々な不調を抱える人もいれば、元気な生活に戻る人もいるが、できるだけ、今までどおりの生活ができるように“生活の質”を大切にすることが重要である。がんになっても充実した生き方ができる。
- ⑨共生：がんは誰もがなる可能性のある病気なので、がんを差別することなく、がんと共に生きることが大切である。

平成25年12月5日

「がん教育」の副教材についての提案

がんの教育に関する検討委員会委員
前川 育

がん教育に使用する副教材について提案いたします。

闘病記『あきらめない』は、小学5年のときに脳腫瘍、高1で大腸がん、高3で白血病になり8年間の闘病生活を続け、今年10月19日に逝去された広島県の山下貴大（たかひろ）さんが書かれたものです。

この本は、「がん対策推進基本計画」で、生徒へのがん教育が行なわれることになった事を知り、生徒へメッセージとして書かれたものです。病床で、「お母さん、学校でがんの教育が始まるよ！」と、嬉しそうに報告されたとのこと。

心身の苦しみ、死の恐怖、絶望感を乗り越え、母親への気遣いをしながら希望を持って生き抜かれました。本の最後は、「つらくて心が折れそうな人が、少しでも希望をもってほしい」と結ばれています。

同年代の生徒ががんになり、がんと向き合い、何を考えたか・・・。

生徒の皆さんが、当事者の心からのメッセージを受け止め、その気持ちに共感することで、「がんを理解し、生きることのすばらしさ、いのちを大切にする心を育む」ことができるのではないかと考えます。

闘病記『あきらめない』 山下貴大（やました たかひろ）



「がん教育」について
DVD『がんって、なに？』のご指導に当たられる先生方へ
補助的なご説明

2013.12.

東大病院放射線科准教授

中川恵一

はじめに

学校現場で、これまでと比べてはるかに充実した「がん教育」が行われようとしていることを、がんの臨床医として心からうれしく思っています。

患者やその家族だけでなく、生徒を含む私たち全員が、がんという病気を知らなければ、がんに向き合い、がんに負けることのない社会は作れないからです。そして、がんという病気を知ることが、「いのちの大切さ」に気づききっかけにもなると確信するからです。

がん医療の場に携わる専門家を除けば、がんは「死の病」という認識がまだ残っているかもしれません。また、逆に、がんは明日にも撲滅できる、という誤解もあるかもしれません。どちらも間違いですが、がんの半数以上が治る時代となったことは確かです。

そして、わずかな知識と行動で、がんになるリスク、がんで死ぬリスクを大きく下げられるのも間違いありません。がんを知ることの大切さを、生徒たちに伝えていただきたいと思います。

＊ ＊ ＊

私は、がんの臨床医として、30年近く、放射線治療と緩和ケアに携わってきました。数年前からは、病院（の地下3階）で患者さんを待っているだけでなく、一般市民ががんに関する知識を持ってもらうための啓発活

動にも力を入れてきました。

たまたまですが、私の専門分野の「放射線治療」と「緩和ケア」は日本のがん治療のなかでも遅れが目立つ分野でした。欧米では、がんの患者さんの約半数は放射線治療を受けますが、日本ではその半分にとどまります。しばしば終末期医療と混同される「緩和ケア」の大きな役割はがんの痛みをとることですが、その切り札となる「医療用麻薬」全体の使用量は先進国のなかで最低ランクにとどまっています。

そして、「がん対策後進国日本」のもう一つの課題は、がんに関するデータを集めて治療に活かす「がん登録」がほとんど行なわれてこなかった点です。しっかりしたデータがなければ、正しいがん対策などありません。

わが国は、国民の2人に1人が、がんになり、3人に1人が、がんで亡くなる世界一のがん大国ですが、その日本のがん対策は、長く、五里霧中にあったと言えます。

こうした状況を変えるため、2007年に「がん対策基本法」が施行されました。法律のマスタープランである「がん対策推進基本計画」を第一次安倍内閣で閣議決定したあと、安倍首相（当時）が東大病院の放射線治療部門を訪れて、メディア発表を行なうなど、この法律の制定には私も深く関わりました。

基本計画では、放射線治療や化学療法、緩和ケア、がん登録を重点課題と定められまし

たが、がん対策基本法制定から6年を経て、がんを取り巻く環境はずいぶんと変わってきました。

がんの欧米化が進み、前立腺がんに代表される「欧米型」のがんが増える一方、胃がんなどの「感染型」のがんは減っています。がんの全体の死亡率は基本計画通り、順調に減っていますし、放射線治療や緩和ケアといった、これまで遅れていた分野も少しずつ充実しつつあります。なによりも、がんをふつうに語れるようになってきたのは、大きな変化だと思います。

昨年、がん対策推進基本計画の見直しが行なわれ、がん患者さんの就労問題や小児がん対策、学校でのがん教育も新たな課題とされています。特に、女性が当たり前のように会社で仕事をし、定年も65歳まで延長になれば、現役世代のがんが急増することになり、大きな社会問題になります。一方で、早期発見のカギとなるがん検診の受診率は低迷しており、がん登録も、ようやく法整備がなされます。

本DVD「がんって、なに？」は、わが国のがん治療の最新の実状やこの5年間の国の

がん対策のあり方を含め、生徒さんたちにがんの現状を理解してもらうために、書き下ろしたシナリオを元に制作したものです。

私事ですが、今年2月、親族を大腸がんで亡くしました。48歳でした。当たり前ですが、すべての末期がんには早期がんの時期があったはずですから、この時期に見つけていたらと思うと非常に残念です。

そして、早期の段階でがんを見つける手段はがん検診しかありません。早期がんでは、症状などありませんから、症状のない頃にも定期的な検査が必要なのです。これからの社会を担う生徒たちを対象とするDVDですから、がん検診の大切さをまずは強調しています。

また、「生きることのすばらしさ、いのちの大切さ」を生徒たちが真正面から考えるきっかけとすることが「がん教育」のもう一面の狙いでもあります。

ぜひ、生徒たちに、「がんを知り、がんに向き合い、がんに負けることのない社会」をつくっていくことの大切さを伝えてください。

[DVDの使い方]

このDVDは、全10話（約10分）で構成されています。

1話（約1分）ごとに分割して上映することができますので、各学校現場の実状に応じて、

先生方で上映する話を選ぶこともできます。

なお、各話ごとに解説を付けましたので、参考にしていただきながら、生徒たちに「がんって、なに？」を伝えてほしいと思います。

がんって、なに？
いのちを考える授業

はじめに

大切な人が、がんになったり、
がんで亡くなったりした経験が
君たちにはあるかもしれない。

友達が「小児^{しょうに}がん」になったり、
君たち自身が経験者であったりする

可能性もゼロじゃない。

だから、
授業中にすごく悲しくなったり、
つらくなったりしても、
ぜんぜんおかしくない。

授業中にすごく悲しくなったり、
つらくなったりしても、
ぜんぜんおかしくない。

そのときは、
近くの先生に声をかけてね。

はじめに

大切な人が、がんになったり、
がんで亡くなったりした経験が
君たちにはあるかもしれない。

友達が「小児がん」になったり、
君たち自身が
経験者であったりする
可能性もゼロじゃない。

だから、
授業中にすごく悲しくなったり、
つらくなったりしても、
ぜんぜんおかしくない。
そのときは、
近くの先生に声をかけてね。

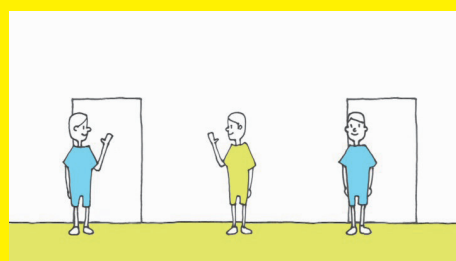
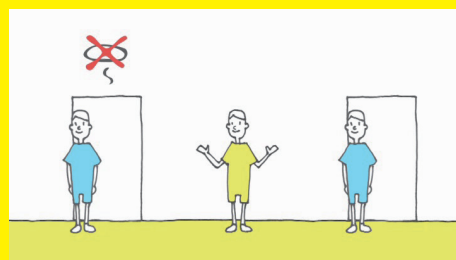
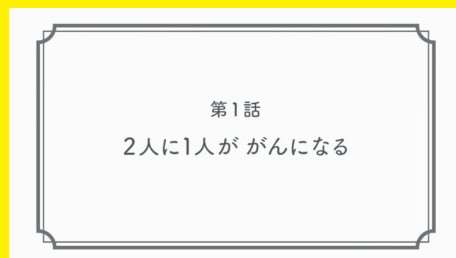
先生方へのお願い

がんは、残念ながら、いまだに「死」のイメージを持っているため、思春期前後の多感な生徒たちの心に、大人には想像できない衝撃を与える可能性もあります。

また、生徒自身が小児がんを経験している可能性、近親者

や友人などが、がん罹患している（あるいはがんで死亡している）可能性もあります。

DVDの利用にあたっては、ぜひご配慮をいただき、生徒に対する心のケアを心がけてくださいますようお願いいたします。



第 1 話

2 人に 1 人ががんになる

みなさん、2 人に 1 人が
がんになるってご存知でした？

ただし、
「2 人に 1 人ががんで死ぬ」
ということではありません。
がんの 6 割近くは
治る時代になったんです。

とはいえ、現在、日本人の
死亡原因の 3 割近くが
がんによるもので、
全体の死亡原因の
第 1 位になっているんですが。

がんは、ヒトゴトではありません。

第 1 話の解説＝ 2 人に 1 人ががんになる

日本人の死因第一位が「がん」です。

がんが日本人の死因トップに踊り出たのは1981年。それ以降、がんによる死亡者数は右肩上がりに増え続けています。

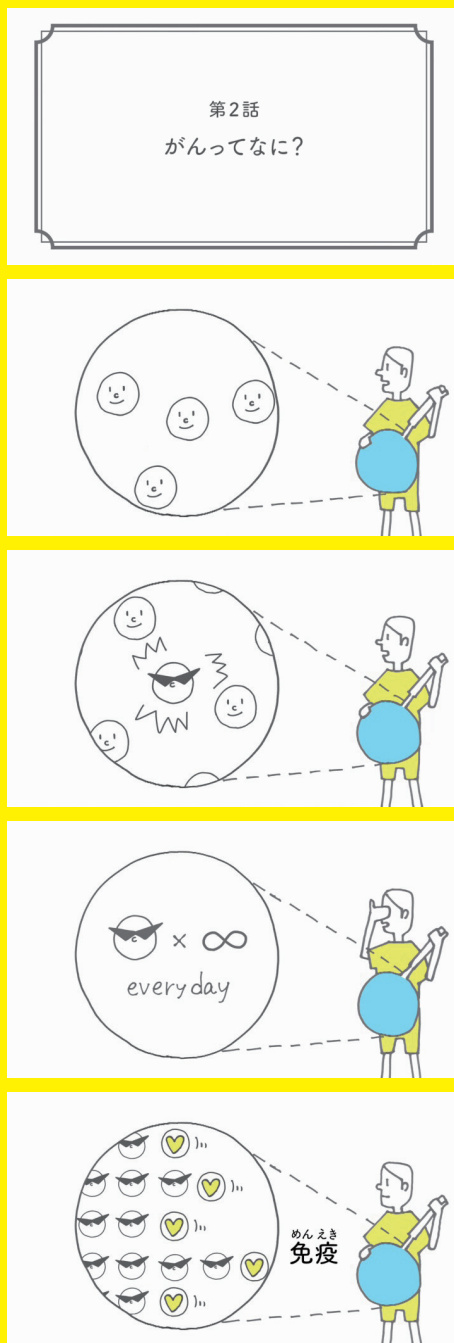
日本の年間死亡者 125 万人のうち、およそ 36 万人ががんで亡くなっています（2011 年）。国民の 2 人に 1 人ががんになり、3 人に 1 人ががんで命を落とす。まさにがんは国民病で、こんな病気は他にありません。

なぜ、これほどがんが増えているのでしょうか。主な原因は、日本人が長生きになったからです。これからお話しますが、がんは一種の老化と言えるからです。

しかも、高齢化のペースが世界史上も類を見ない速さです。日本の高齢化率（65 歳以上の割合）が 7% から 14% になったのはわずか 24 年ですが、フランスでは 100 年以上かかっています。この急速な高齢化によって、がんが急増しているのです。

そして、がん死亡数の増加は、まだしばらく続きます。しかし、欧米ではがん死亡は減少に転じています。そもそも、先進国で、がん死亡が増え続けている国は日本くらいです。

日本は「世界一のがん大国」になりましたが、がん対策ではまだまだ、後進国と言えるでしょう。そして、この現状を打開する決め手が、間違いなく、この「がん教育」です。



第2話

がんってなに？

私たちのカラダは細胞でできている。

分裂しながら仲良く助け合っている。

ところが、ときどき
細胞の設計図が傷んで、
凶暴でわがままな細胞が
生まれることがある。
それが「がん細胞」。
がん細胞は栄養を横取りし、
どんどん増えていく。

がん細胞は毎日たくさん
生まれているのです。
でも、そのつど、免疫が
やっつけてくれています。

でもでも、そこもくぐり抜ける
がん細胞が大きくなっていくのです。

第2話の解説＝がんって、なに？

なぜ、日本でがんが増えているのでしょうか。それは、日本人が長生きになったからです。

がんは、細胞の設計図である DNA に、キズ（突然変異）が積み重なってできます。この突然変異は、年齢とともに自然に増えていく。年齢とともに設計図が傷ついていくわけです。

がんの発生を抑える遺伝子などに突然変異が積み重なると、細胞が死ななくなることがあります。

こうして生まれる不死細胞（＝がん細胞）の数は、年を重ねるごとに増えていき、一説によると、高齢になると毎日数千個も発生するとも言われています。

しかし、できたてのがん細胞を免疫細胞が水際で殺してくれています。この仕組みを「免疫監視機構」と呼びます。

ところが、免疫にとって、がん細胞はやっかいな存在です。免疫細胞は、有害な細胞を殺しているのではなく「異物」を

殺しているため、もともと自分の細胞だったがん細胞を見落とすことがあるからです。

そして、この「免疫力」も年齢とともに衰えます。高齢になるほど発生するがん細胞の数が増え、それに対する備えも弱くなっていくのですから、がんは一種の「老化」と言えるのです。

免疫が見逃したたった一つのがん細胞が分裂を繰り返し、大きなかたまりとなったものが「がん」です。検査で見つかる大きさになるまでに、ふつう 10~30 年といった年月がかかります。

よく、ある程度の年になると、がんもできないという方がいますが、まったくの誤解で、90 歳、100 歳になっても、むしろがんになる人は増えていきます。

日本は世界一の長寿国になった結果、「世界一のがん大国」になったというわけです。



第3話

がんの最大の原因はたばこ

たばこの煙には、
発がん性があります。
まわりの人にも悪影響。

たばこがなくなれば、
男性のがんの3分の1が減ります。
とくに、若い人はたばこの
悪影響を受けやすく、
中学校から吸い始めた人は
肺がんで亡くなる確率が
30倍も高くなります。

若い頃からの喫煙は
発がん性も数十倍。
家族にたばこを
吸っている人がいたら、
禁煙をすすめましょう。

第3話の解説＝がんの最大の原因はたばこ

最悪の発がん性を持つ嗜好品が、たばこです。たばこの煙には「ベンゾピレン」をはじめとする、約60種類もの発がん性物質が含まれているのです。

ちなみに、世界ではじめて発がん性のある化学物質を発見したのは日本人の山極勝三郎で、彼はウサギの耳にコールタールを塗り続け、半年で人工的にがんを作ることになりました。このコールタールに含まれる「ベンゾピレン」が、たばこのタールにも含まれているのです。

がんの最大の原因がたばこです。たばこがなくなれば、日本人のがん死亡の約4分の1（男性では39%、女性では5%）が消滅します。

特に煙が直接触れる部位への影響は大きく、日本人男性の喉頭がんの9割以上、肺がんの約7割、食道がんの約5割は、たばこが原因と考えられています。

発がん性物質は血流によって全身に運ばれます。そのためたばこは脾臓がん、肝臓がん、胃がんのリスクも高めます。あまり増えないのは、大腸がんと前立腺がんぐらいでしょう。

がん全体では、タバコを吸う人は吸わない人より1.6倍～2倍もがんになりやすいのです。

配偶者が喫煙者だと、本人がたばこを吸わなくても、肺腺がん（腺組織とよばれる上皮組織から発生する肺がん）のリスクが2倍近くにもなります。厚生労働省の試算では、受動喫煙によって肺がんや心筋梗塞で死亡する人は、年間6,800人に上ります。そもそも、フィルターを通った煙を吸うのは本人だけ。受動喫煙で吸う副流煙の方が、発がん性は高いのです。

そして、若い頃からの喫煙はまさに「自殺行為」と理解させて下さい。また、家族にタバコを吸う人がいたら、生徒たちにぜひ、やめさせるよう指導をお願いします（家族の喫煙は生徒にも悪影響をもたらします）。



第4話

がんの原因の半分以上が生活習慣

日本でがんが増えている。
その理由のひとつが、食事の欧米化。
肉食が増えて、
野菜の摂取量が減っているのです。

また、日本人には、
アルコールをうまく分解できない人が
多いので、お酒にも注意。
顔がすぐに赤くなる人は
アルコールを分解できていない証拠です。

塩分の取り過ぎ、運動不足、
やせ過ぎや肥満も
がんを増やすので、ご注意ください。
がんの6割は生活習慣で予防できる。
でも、4割は、理想的な生活習慣でも
がんになってしまうのです。

第4話の解説＝がんの原因の半分以上が生活習慣

「がん家系」は5%

がんは「遺伝」だと思っている人がいますが、がんは、「遺伝子の病気」であっても、基本的には「遺伝する病気」ではありません。

たしかにがんの原因の約5%が遺伝的要因です。しかし、喫煙や野菜不足など生活習慣が、がんの原因の半分以上をしめ、遺伝よりずっと影響が大きいと言えます。

遺伝的要因で発生するがんを家族性腫瘍と言いますが、なぜ、家族性のがんがあるのでしょうか。

細胞のがん化を防ぐものに「がん抑制遺伝子」があります。私たちのDNAは、父親から半分、母親から半分を受け継いでいますから、一つの細胞のなかに同じがん抑制遺伝子を二つ持っていることになります。

しかし、家族性腫瘍の患者さんの場合、片方のがん抑制遺

伝子に生まれつき突然変異があります。残るもう一つにキズがつけば、がん抑制遺伝子が二つとも働かないということになり、がんが発生します。

このため、家族性腫瘍では、20~40代といった働き盛りの若い年齢でがんができやすいのです。ただし、がん抑制遺伝子にキズがあっても、がんにならないこともあります。

血縁者に、若い頃に乳がん、卵巣がん、大腸がんなどになった人が非常に多いケースなどでは、家族性腫瘍も念頭においておく必要があるでしょう。

「がんと生活習慣」

生涯のがん罹患率では、女性が43%なのに対し、男性は58%です（2008年）。男性の方がたばこを吸ったり、飲酒量が多いことが原因と考えられます。

お酒で顔が赤くなるのは、発がん物質である「アセトアル

デヒド」が体内に蓄積している証拠です。実は、赤くなる遺伝子は東洋人特有のもので、西洋では、お酒と発がんの関連は薄いのですが、日本人は別。「百薬の長」はせいぜい、1合までです。

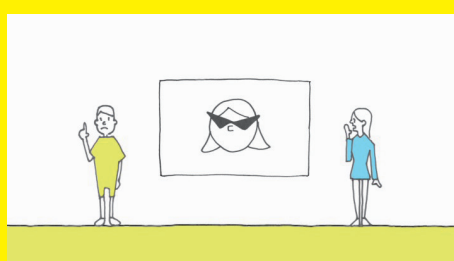
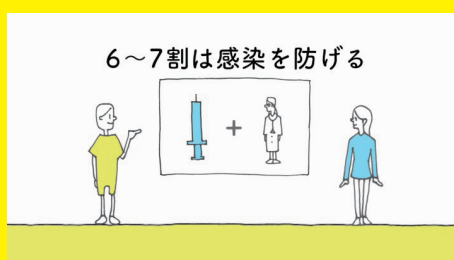
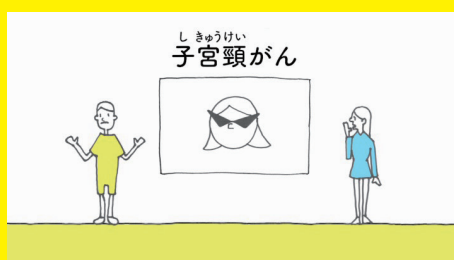
1996年のハーバード大学の研究では、米国人のがん死亡の主な原因は、喫煙が30%、食事が30%、運動不足が5%、飲酒が3%でした。がんの3分の2は生活習慣の見直しによって予防できるということになります。

がんは、天から降ってくる、見えない「槍」にたとえられます。年齢とともに、単位面積あたりの槍の密度は高くなり、

がんは増えていきます。タバコを吸えば、さらにその密度が高くなります。逆に、運動や野菜重視の食生活は槍の密度を減らします。

しかし、どんなによい生活習慣でも、「運悪く」、槍が当たってしまうこともありえます。よい生活習慣はがんになる確率を半分以下に下げられますが、ゼロにはなりません。がんになった患者さんの生活習慣が悪いと決めつけてはいけないことを理解させてください。がんはだれでもかかりうる病気なのです。

第5話 若い女性に増えている子宮頸がん



第5話

若い女性に増えている子宮頸がん

年をとるほど細胞の設計図は傷み、免疫の機能も衰えます。

そう、がんは「老化」の一種で、50歳ぐらいから増えていくのです。

ところが、20代から30代の若い女性に増えているがんがある。

それが「子宮頸がん」。

性的な接触で

ヒトパピローマウイルスというウイルスに感染するのが原因。

ワクチンにより6割から7割は防げますが、ワクチンが

効かないタイプのウイルスもあるので、発がんを完全には防げません。

ワクチンを打っても、必ず検診が必要です。

また、日本ではワクチンの「副反応」も問題になっていますが、予防も大切です。

第5話の解説＝若い女性に増えている子宮頸がん

仕事を持つ現役世代については、男性より女性の方が、ずっとがんになる方が多いのです。30代の女性のがん患者数は男性の約3.3倍、40代では男性の約2.4倍です。

これは、女性特有のがんである子宮頸がんのピークが30代後半、乳がんのピークが40代後半にあるため、子育てや仕事で一番忙しい世代にがんが多いということになります。

なぜ、女性のがん（乳がん、子宮頸がん）は若い人に多いのでしょうか。すこし詳しくご説明します。

まず、乳がんについて。乳がんの大半は、エストロゲンという女性ホルモンの刺激で増えます。乳がんの好発年齢（発病しやすい年齢）が40代後半なのは、女性は50歳ぐらいで閉経を迎え、エストロゲンが少なくなるので、50代以降は乳がんを増やす刺激がなくなるからです。

妊娠・授乳中は、女性ホルモンのバランスが大きく変わる

ため、乳がんが増殖しにくい期間と言えます。少子化の進む日本では、それだけ、乳がんになる人も増えているのです。

また、食生活の欧米化も原因の一つと考えられています。肉食によって血液中のコレステロール値が高くなると、コレステロールを材料に合成される「性ホルモン」の分泌も盛んになります。その結果、性ホルモンの刺激により、前立腺がん、乳がんが増えている可能性があります。これが、がんの「欧米化」です。

日本人女性の場合、生涯で16人に1人が乳がん罹患します（欧米では8人に1人）。1980年代に比べると、罹患率はおおよそ2.5倍（45歳時）に急増しています。

一方、子宮頸がんは、子宮の入り口にできるがんで、ほぼ100%、性交渉で感染するヒトパピローマウイルスが原因です。ただ、このウイルスは、一度でも性経験のある女性なら感染の可能性はあり、およそ8割の女性が生涯に一度は感染

すると言われています。

ヒトパピローマウイルスはごくありふれたウイルスで、感染してもほとんどのケースでは、自然に排除されてしまいます。しかし、たばこを吸ったり、免疫力が低下していたりといった条件が重なると、ごくまれにがんができるのです（運もあります）。

子宮頸がんは、家庭にお風呂が普及し、性交渉前にお風呂に入るようになったこともあってか、全体的には減少しています。しかし 20~30 代の女性では急増しており、「マザーキラー」と言われています。この背景には、10 代からの無防備な性行為が増えたことがあります。

初体験の年齢はどんどん若くなっており、たとえば、1990 年では高校 3 年の女生徒のうち性経験があるのは 1~2 割でしたが、現在は半数近くが経験しています。その結果、15~19 歳の女子でも、3 人に 1 人がヒトパピローマウイルスの感染経験を持っています。

こうした背景から、1980 年頃は 60~70 歳くらいだった好発年齢がどんどん若くなり、現在は 30 代後半がピークとなりま

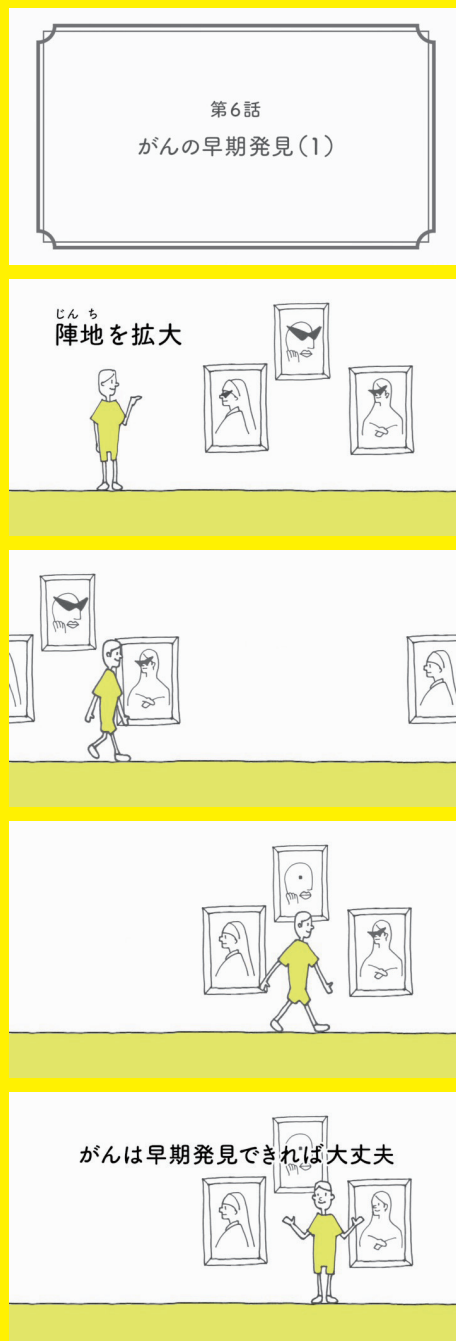
した。

現在は、ウイルスの感染を予防するワクチンが開発されており、6~7 割の確率で子宮頸がんを防ぐことが可能です。ただ、ワクチンでもリスクは 3 割から 4 割残りますから、検診も受ける必要があります。

子宮頸がんは大規模な臨床研究によって、「検診を実施した方が死亡率を下げる」ことが証明されています。この「ワクチン+検診」ではほぼ撲滅できるがんですから、欧米では「過去のがん」となりつつあります。

ワクチン接種による副反応もわずかながら報告されていますが、予防接種には、常に一定のリスクが伴います。子宮頸がんの発生を 3 分の 1 まで下げるというメリットの方が、副作用のリスクを大きく上回ると考えられます。

それにもかかわらず、日本ではいま毎年約 1 万 7 千人が子宮頸がんと診断され、約 2,700 人が命を落としていると言われています。20~40 代の女性では、全がんのなかで最も発生が多いがんになっています。



第6話

がんの早期発見 (1)

がんは大きくなると、もともと生まれた臓器から、血流に乗って、カラダの別の臓器に移動し、陣地を拡げていく。

そうになると、治療がたいへんになり、死亡率も上がる。そうなる前に、がんがまだ小さく、臓器の表面にとどまっている段階で見つけることが大事。

がんを早期に見つければ9割が治る。

とくに胃がんや大腸がんでは、早期に手術すれば、100%近く治癒する。

第6話の解説＝がんの早期発見 (1)

第7話の解説＝がんの早期発見 (2)

高齢になると、健康な人の体でも、毎日、多数のがん細胞が発生しては消えていきます。

がん細胞ができて、そのつど免疫細胞（リンパ球）が退治してくれているわけです。しかし、年齢を重ねると、DNAのキズが積み重なってがん細胞の発生が増える一方で、免疫細胞の機能（免疫力）が落ちてきます。そのため、がん細胞への攻撃力が落ちる結果、発生したがんが免疫の網をかいくぐって成長する確率も増えます。

目には見えない壮絶な戦いを勝ち抜いて、ひっそりと生き残ったたった一つのがん細胞は、分裂を繰り返して、倍々ゲームのように増えていきます。

検診でがんが分かるのは、だいたい1センチくらいからで

になるのに、10~30年という年月がかかります。たとえば乳がんなら、細胞分裂で30回、15年といった時間がかかるのです。

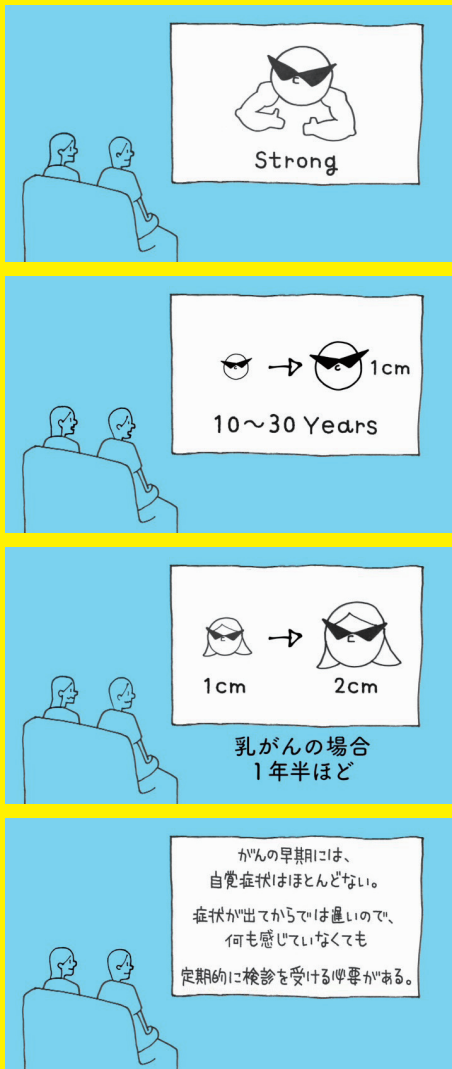
しかし、1センチの乳がんが2センチになる（早期がんは2センチまで）には、たった3回の分裂、1年半で済みます。つまり、早期がんの時期は1~2年しかないのです。

このくらいの大きさでは、ほとんどのがんで自覚症状はまったくありません。（というより、もっと大きながんでも症状がないことが普通）

がんの症状の代表は痛みですが、これはほとんど骨転移（骨にがんが転移すること）によるものです。転移のあるがんはその多くで完治が望めませんから、痛みが出てからでは手遅れです。

症状がないうちに、定期的に（毎年、あるいは2年に1度）検診を受ける必要があります。

第7話
がんの早期発見(2)



第7話

がんの早期発見 (2)

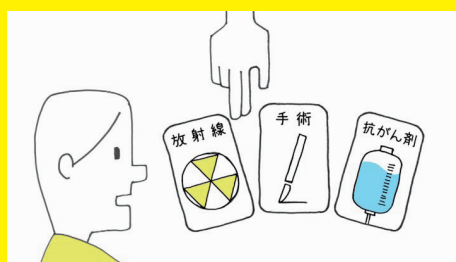
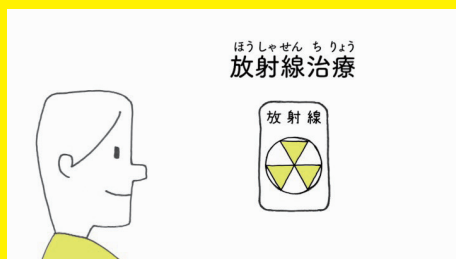
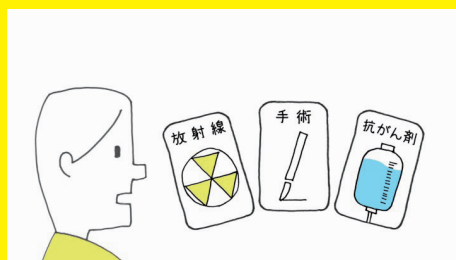
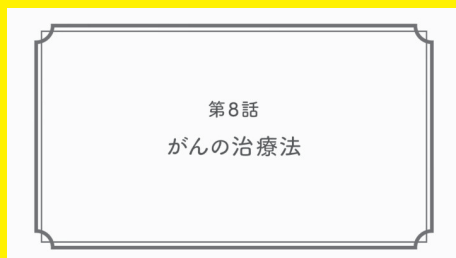
おなじ「がん」でも、
その性格はさまざま。
増殖スピードのはやい凶暴な
がんもいれば、すぐにはいのちに
別状のないのんびりしたがんもある。

このように、がんの種類によるが、
免疫が見逃したたった1つの
がん細胞は、10年から30年という
長い年月をかけて、検診で
発見できる1センチの大きさになる。

ところが、がんは発見できる
大きくなってからの進行が速い。
たとえば乳がんの場合、1センチの
がんが、2センチになるのは、
1年半ほどしかかからない。

乳がんの「早期」は2センチくらい
の大きさまでだから、
その2年のあいだに
「がん検診」を受けて
見つける必要がある。
がんの早期には自覚症状は
ほとんどない。

症状が出てからでは遅いので、
何も感じていなくても定期的に
検診を受ける必要がある。



第8話

がんの治療法

がんの治療法は、自分で選ぶ時代。
がん治療の三大柱は「手術」
「放射線治療」「抗がん剤という薬」。
この3つを組み合わせることが
一般的。

がんのタイプによって治療法は異なる。
X線をカラダにあてる
「放射線治療」は、痛みもなく、
副作用が少ない、入院しなくていい、
というメリットがある。

選択肢を知らなければソンをする。
患者さんが自分で
治療法を選ぶ時代になっている。
別の医師に意見をきく
「セカンドオピニオン」もおすすめ。

第8話の解説＝がんの治療法

「がん＝手術」の時代は終わった

がん治療の三本柱である、「手術・放射線治療・化学療法（抗がん剤）」のうち、日本ではなんといっても「手術」が、がん治療の代名詞でした。

これには、かつて、がんと言えば「胃がん」だったことが背景にあると思います。胃がんは他のがん比べてとても「手術向き」のがんなのです。胃が全摘（臓器を丸ごと摘出）できる数少ない臓器であることが理由の一つで、骨盤の奥にある直腸がんとかちがって、切除しやすい場所にあることも事実です。

現在日本では、胃がんの原因となるピロリ菌の感染率が下がり、長く日本のがんの代表であった胃がんも減りつつあります。いま増えている欧米型のがん（乳がん、前立腺がん、肉食などで増えるがん）は手術万能ではなく、放射線治療や

化学療法（抗がん剤）も有効なのです。

しかし、日本の放射線治療の立ち後は顕著です。たしかに、「がん対策基本法」施行以来、放射線治療を受ける人はこの10年で2倍になっており、治療医の数も増えてきました。

そうは言っても、まだまだ十分ではありません。「がんの半分は放射線治療を受ける」というのが世界の常識ですが、日本では25~30%程度の患者さんしか受けていないのが現状です。

「がんと言えば（手術向きの）胃がん」だった時代のなごりか、日本では、「がんと言えば外科」というイメージが強く、放射線治療医や、腫瘍内科医（抗がん剤のスペシャリスト）が少ないというゆがみもあります。抗がん剤のかなりの部分を外科医が投与している国は、先進国では、日本ぐらいです。

手術と放射線治療で同じ治癒率が見込まれる場合でも、日本では手術が選択されることが多いようです。たとえば子宮

頸がんでは、欧米では8割近くが放射線治療を選びますが、日本では逆に8割近くが手術です。

なぜ日本では放射線治療が少ないのか、それは、第一に、市民・患者さんが選択肢を知らないからと言えます。

考えてみれば、人生は選択の連続のようなものです。そして、買うべきものの値段が高くなればなるほど、慎重に情報を集めてよく考えたうえで選ぶはずです。デジカメ、パソコン、車、家と値段が上がっていくにつれ、選択に時間をかけるはずです。

ところが、命がかかったがん治療では、選択肢の存在を知らないなんて、やはりヘンだと思います。

がん治療で後悔しないため、自分にふさわしいがん治療を受けて頂きたいと思います。

[セカンドオピニオン]

現代の医療では、診療科の細分化・専門化が進んでいるため、一人の医師がすべての最新治療に精通していることはほとんどありません。ですから、医療機関や医師によって治療方針が異なることも不思議ではありません。

それに、外科の先生は外科手術を、放射線治療の先生は放射線治療をお勧めする傾向があります。

ですから、医師の勧める治療法は、長所と短所を納得できるように話してもらい、ときには別の医師の意見を求める必要もあるでしょう。これが「セカンドオピニオン」です。

特に、がんの完治をねらう場合には、手術か放射線治療を選択する必要があります。外科の先生のほかに、放射線治療の専門医の意見を聞くことをお勧めします。

[手術のメリット、デメリット]

がんの手術では、悪い部分だけを切ろうとすると取り残す心配があるので、がんの周りの正常組織もふくめて切除します。

がん細胞を体から完全に切除できれば、がんは治りますから、治療法としては手術が最も直接的な方法です。たとえば早期の胃がんや大腸がんなら、ほぼ100%手術で治ります。

もう少し進行したがんでは、もともとのがん病巣（原発巣）だけでなく、近くのリンパ節も一緒に切除します。

ただし、手術の時点ですでにほかの臓器へ転移していた場合は、いずれ再発してしまいます。ですから、一部の例外を除いて、ほかの臓器に転移したがんでは、手術が行われることはまずありません。

手術にもデメリットがあり、がんの周囲にある正常な部分まで切除するので、臓器や身体の機能が落ちてしまうことは避けられません。そもそも、外科手術は、患者さんに手術に耐えられる体力がなければ受けられません。

[放射線治療——切らずに治す、もう一つの選択肢]

がんの放射線治療には、さまざまな利点があります。

まず、体にメスを入れないので、美容や体の機能を保てることです。たとえば喉頭がんでは、手術でも放射線治療でも治癒率は変わりませんが、放射線治療では声帯を切らないの

で、声を失わずに済みます。

乳がんでは、かつては乳房とその下の筋肉を根こそぎ切り取る手術が主流でしたが、いまは、前述の通り、腫瘍の周辺だけを手術で取り、乳房全体に放射線をかける「乳房温存療法」が可能です。

直腸がんが肛門の近くにできると、手術後に人工肛門になる可能性があります。手術前に放射線をかけることによって、その可能性を減らすこともできます。

頸や喉のがん（喉頭がんなど）、食道がん、肺がん、子宮頸がん、前立腺がんなどは、さまざまな治療法を組み合わせることで完治させることができ、入院せず外来通院だけでできる場合も多く、治療効果は手術と同じくらいです。

ただし、がんの種類によって、放射線が効きやすいタイプと効きにくいタイプがあります。（胃や腸のがんは、放射線単独で完治することはまずありません。）

[抗がん剤と分子標的薬]

手術や放射線治療で、がんのかたまりを取り除いても、治療前にがんが転移していたり、見えないほど小さながん細胞の取り残しがあったりして、がんが再発することがあります。

再発・転移したがんの場合、がん細胞が体のどこまで広がっているか分からないので、一般に手術や放射線治療といった「局所療法」はお勧めできず、化学療法（抗がん剤）の出番となります。

化学療法は、抗がん剤などの薬が血流を通して全身に行きわたり、体内のがん細胞をほぼ均等に攻撃します。

しかし、「局所」を攻撃するのには不向きで、白血病などの血液のがんを除き、抗がん剤だけで「固形がん」（一般的な形のあるがん）を完治させることはできません。抗がん剤の多くは、再発を予防する目的や延命のためなどに使われます。

また、手術や放射線治療と組み合わせて行なわれることもあり、特に放射線治療と組み合わせることで、治癒率が大きく高まることが分かってきました。

歌舞伎役者の中村勘三郎さんを死に至らしめた食道がんの場合では、放射線治療単独では手術にかないませんが、放射線と抗がん剤を同時に行なう「化学放射線治療」では、手術と同等の治癒率が得られており、治療件数も増えています。

ただし、抗がん剤は正常細胞にもダメージを与えてしまうため、ときに副作用が強く出ることもあります。

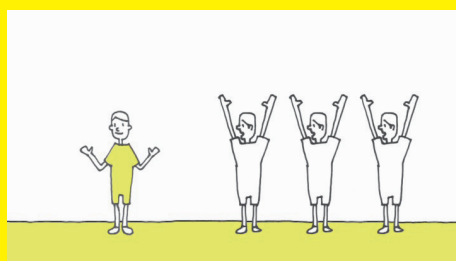
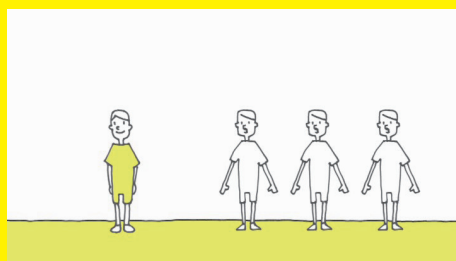
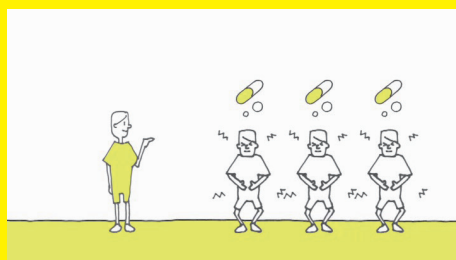
抗がん剤の副作用はさまざまですが、最もよく見られるのは白血球の減少で、抵抗力が落ちて細菌やウイルスに感染しやすくなります。

抗がん剤は効果と副作用のバランスを考えながら慎重に使うことが非常に重要だと言えます。

もっとも、最近では吐き気をおさえる「制吐剤」や白血球を増やす薬も開発されていて、抗がん剤の副作用は以前ほどではなくなってきました。そのため、外来での治療も増えています。

また、がん細胞だけをターゲットにするため、従来の抗がん剤より副作用も一般的に少ない「分子標的薬」も次々に開発されています。

第9話
がんの痛みは取ろう



第9話 がんの痛みは取ろう

がんの痛みは、
強力な痛み止めによって、
和らげることができる
痛みをとる薬は安全だが、
日本では普及が遅れている。

痛みには肉体的な痛み
だけではなく、
心の痛みもある。
心の痛みもふくめ、
さまざまな苦痛をとりのぞくことを
「緩和ケア」という。

がんと診断された段階から
「緩和ケア」を行えば、安心でき、
延命にもつながることが多い。

第9話の解説＝がんの痛みは取ろう

「がんの「痛み」を取り除く」

日本はこれまで、「がんを治す」ことに力を注いできました。いかにがんを小さくするか、いかに5年生存率を高めるか、まさに、勝ち負け重視の医療です。そのため、患者さんの抱える「痛み・つらさ」を、見過ごしてきた面があります。

「がんなのだから、痛みはあるのが当然」、「痛みをガマンすることが、治療を頑張ることだ」、「つらいなどと医者に言うべきではない」そう思い込んで、痛みやつらさを医者に訴えずにいる患者さんも多いのです。

私も子どもの頃、母親に「痛い」と言うと、「ガマンがいちばん」と言われたものでした。日本人には、痛みをガマンすることが病気を治すことにつながるという誤解があるのかもしれない。

しかし、それは間違っています。がんの痛みは治療の対象

となる「症状」です。

欧米では、がん患者さんの抱えるさまざまな痛み・つらさを和らげることを主眼として、緩和ケアの考え方が確立されています。

緩和ケアとは、苦痛を和らげることで、がん患者さんと、その家族の生活の質（クオリティ・オブ・ライフ）を保つ方法です。

日本でも、ようやくがんに関わる医師に対して「緩和ケア研修」が行なわれるようになり、徐々に医療現場の体制も整いつつあります。しかし、まだ十分ではなく、医師の認識にもばらつきがあります。

痛みやつらさは、遠慮せず、主治医に伝えましょう。痛みは本人にしか分からないことです。症状が病変などの発見につながり、診断・治療や予後（治療後の病気の経過）を左右することもあります。日本でも、はやく「がんでも痛まない」

が常識になる日が来ることを願っています。

【がんの痛みは取った方が長生き】

「痛みが出るのは自然なもので、クスリで痛みをとるのはよくない」と漠然と感じている人がいますが、がんの痛みはなくした方がよいのです。

けがや、やけどをすると、人は手や足をひっこめたり、かばう動作をします。この場合、痛みは危険信号の役割を果たしています。しかし、がんの痛みにはそのような意味はなく、まったく無用なものです。

がんの痛みを和らげる方法の主流は、モルヒネ、あるいは類似の薬物（医療用麻薬）を主に飲み薬として服用する方法です（貼り薬なども普及しています）。

麻薬と聞くと、薬物中毒など悪いイメージがあるようですが、医師の指示に従って、口から飲んだり、皮膚に貼ったり、ゆっくり注射したりする分には安全です。中毒などになることはまずありません。

それなのに、日本ではモルヒネの使用量は、先進国のなかで最低レベルです。

たとえば、モルヒネとその関連薬物である、医療用麻薬（オピオイド）全体について言えば、日本の使用量は米国のなんと27分の1程度で、世界平均以下です。

日本では、大学病院ですら、末期がんの患者さんの多くが、痛みで苦しんできました。多くの日本人が、激痛のなかで人生の幕をおろすことになります。「中毒になる、だんだん効かなくなる、寿命が縮まる…」といった誤解があるようですが、まったく根拠はありません。

むしろ、がんの痛みはとった方が長生きする傾向もあります。痛みをとることによって、食事もとれ、睡眠も確保できますので、当然と言えば当然です。

【「心の痛み」をケアする】

これまでの日本のがん医療では、抗がん剤などを使えるうちは治療に専念し、打つ手がなくなったらはじめて緩和ケアに移行するというものでした。

ですから、「緩和ケア」と聞くと、「終末期医療」と誤解されている方も少なくありません。

しかし、最近では、診断を受けた直後から緩和ケアを受けることが大事だと考えられるようになってきました。

そのため、2012年に見直された「がん対策推進基本計画」でも、従来の「初期からの緩和ケア」に代わって、「診断時からの緩和ケア」が盛り込まれました。治療と緩和ケアは同時並行で行なわれ、病状によって、そのウェイトが変わってきます。

「治癒」という言葉がありますが、「治す」と「癒す」を両方ほどこすことが大事だという先人の知恵でしょう。

そして、痛みは体の苦痛ばかりではありません。実際に、早期の場合、体の痛みはありませんが、告知による心の痛みは診断されたときからあるはずです。加えて、勤労世代であれば仕事のこと、家計のこと、また、年齢を問わず家族のことや死への不安等々、不安材料は山ほどあるのです。

実際に、早期から患者さんの心の痛みをとった方が、延命になり、抗がん剤投与の回数も少なくて済むことが分かっています。

転移のある肺がんの患者さんでの無作為比較試験（多数の患者さんを治療A、治療Bにくじ引きで割り当て、治癒率を比較する試験）があります。

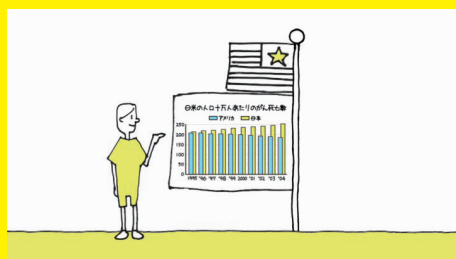
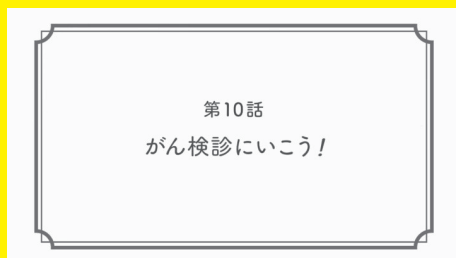
ここでは、通常の抗がん剤治療に加え、必要な時にカウンセリングなど心のケアを施したグループと、患者さんの要請のあるなしにかかわらず、一律に心のケアを行なったグループに分けて比較したところ、一律に心のケアを受けたグループの方が、約3か月の延命していることが分かりました。これは、最新の分子標的薬と同じくらいの効果です。

また、このグループでは、延命ばかりか、うつ症状などが少なく、抗がん剤の使用量も少なくなっていました。

がん診療では、治療とケアは、「常に」両方とも必要なのです。

また、がんの闘病というと、「静かに養生するのが一番」と誤解する方も多いのですが、骨への転移で骨折する危険がある場合などを除いて、実は、生活上の制限はほとんどありません。

むしろ、おいしいものを食べ、可能な範囲で適度な運動をした方がいいのです。



第 10 話

がん検診にいこう！

日本のがん検診の受診率は先進国で最低。

欧米では減っているがんの死亡が日本では増えている理由の一つ。

市区町村が行なっているのが「5つのがん検診」（胃がん検診／子宮頸がん検診／肺がん検診／乳がん検診／大腸がん検診）。検診は、費用も高くないし、全国の自治体や会社の健康診断で受けられる。

大人になったら健診を受けましょう！ただし、みなさんにとって身近な子宮頸がん検診はまもなく、20 歳からです。

第 10 話の解説＝がん検診に行こう！

〔第 6 話の解説＝がんの早期発見（1）〕〔第 7 話の解説＝がんの早期発見（2）〕のところででもご説明したように、早期発見の切り札はがん検診です。症状がないうちに、定期的に（毎年、あるいは 2 年に 1 回）検診を受ける必要があります。

国が推奨するがん検診はほとんど 40 歳以上を対象にしています（乳がん、大腸がん、胃がん、肺がん）。もちろん、生徒たちの年齢では、がん検診の必要はありません。

ただし、例外があります。先にご説明した子宮頸がん検診だけは、20 歳以上、2 年に 1 回、とされているからです。

女子生徒たちにとって、子宮頸がんは、ほんの数年後にはきちんと向き合うべきものであることを理解してもらいたいものです。しかし、20 代前半の子宮頸がん検診率は 5% 程度で、20 代、30 代では、子宮頸がんが急増しています。

また、あまり知られていないことかと思いますが、「検診向

きのがん、検診に向いていないがん」について、ご説明しておきます。

「がん」は一つひとつ違う病気で、一口にがんと言っても千差万別なのです。「がん」という言葉は、がんが、結核や肺炎などと同じ、一つの病気であるという誤解を与えます。

しかし、がんは DNA の突然変異が原因ですので、一つとして「同じがん」は存在しません。しかも、がん細胞はどんどん突然変異を繰り返して性質が変わってしまいます。ですから、すべてのがんはそれぞれ違った、世界に一つだけの病気なのです。

とはいえ、できる臓器の種類と、がんのタイプ（病理型）によって、がんの性質はおおよそ決定されます。治療率や治療法も臓器ごとに大きく変わります。

甲状腺がんは、何十年も大きくならないことがふつうですが、~~肺がんや食道がんは、~~月単位で進行することもまれでは

ありません。一言で「がん」と言いますが、臓器ごとに千差万別でひとくくりにはできません。

「がん」か「がんでないか」だけではなく、どの臓器のがんなのかが大事なのです。

がんはひとくくりにはできない病気なので、早期発見・早期治療が、すべての場合において望ましいとは言えませんし、検診が常に有効とも言えません。

たとえば、90歳の男性に「早期」の前立腺がんが見つかったとしましょう。前立腺がんが症状を出すには、一般に10年以上はかかりますので、この患者さんの場合、治療せず様子を見るのが賢明と言えます。

一方、膵臓がんのような進行の早いがんを検診で見つけるには、毎月毎月検診を受ける必要がありますが、これは現実的には難しいでしょう。膵臓はお腹の奥にあり、初期症状も

ほぼないので、見つかった時にはすでに転移していることが多い、難治性のがんです。

しかし、大腸がん・子宮頸がん・乳がん・肺がん・胃がんは、検診により死亡率を減少させられる「検診向きのがん」です。これらのがんでは、検診を受けないのはソンだと言えます。これらを「5大がん」と呼び、国が検診を推奨するのもそのためです。

ところが、日本人のがん検診受診率は先進国最低です。たとえば、アメリカでは8割を超える女性が受けている子宮頸がん検診は、日本では25%程度です。乳がんも同程度。男性では、胃・肺・大腸がんの検診受診率は3割程度であり、男女ともに、非常に低いと言えます。

欧米では減っているがんによる死亡が、日本では増えている理由の一つが、この検診受診率の低さだと思います。

おわりに

いのちの大切さに気づいてほしい

昔とちがって、
がんの半分以上が治る時代になった。

でも、がんは、
「いのちには始まりと終わりがある」ことを
思い出させてくれる。

だから、がんになった人はみな、
「限りあるいのちを大切に生きよう」と

今日学んだことを通して、
君たちの大切な人や家族を、
がんから守ってほしいんだ。

そして、みんなで、
「がんに負けることの無い社会」を

そして、みんなで、
「がんに負けることの無い社会」を
作っていこう。

おわりに

いのちの大切さに気づいてほしい。
昔とちがって、がんの半分以上が
治る時代になった。

でも、コワイ病気であることは確かだし、
「死」のイメージも残っているよね。
でも、がんは、
「いのちには始まりと
終わりがある」ことを
思い出させてくれる。

だから、がんになった人はみな、
「限りあるいのちを大切に生きよう」と
思うようになるんだ。
君たちにも、「いのちに限りがあるから、
いのちは大切なんだ」ということに
気づいてほしい。

でも、がんにならない方がいいし、
なっても早く見つけて治した方が
いいに決まってる。
今日学んだことを通して、
君たちの大切な人や家族を、
がんから守ってほしいんだ。
そして、みんなで、
「がんに負けることの無い社会」を
作っていこう。

生徒たちに伝えたいこと

このDVD「がんって、なに？」の目的は、生徒たちが、がんという病気を理解すること、そして、その理解を通して、生きることのすばらしさやいのちを大切にすることを育むことにあります。ぜひ、「いのちの大切さを育む、がん教育」の実践をお願いしたいと思います。

生徒達が、がんが身近な病気であることを理解し、がんの予

防、早期発見、正しい対処ができるようになってほしいと思います。さらには、がんと向き合う人々を通じて、自他のいのちの大切さを知り、生きることについて考えるようになってもらえば幸いです。「がんを知り、がんに向き合い、がんを負けることの無い社会」の構築に向けて、先生方のお力をお貸し下さい。