

平成28年度 広島県がん対策推進委員会 第2回会議 議事要旨

- 1 日 時：平成29年1月30日（月）18：00～20：20
- 2 場 所：県庁北館第1会議室
- 3 出席者：荒川委員，井上委員，岡崎委員，河野委員，児玉委員，佐々木委員，杉山委員，  
園田委員，土肥委員，豊見委員，檜谷委員，福泉委員，古本委員，本家委員，  
安井委員

4 報告事項

- (1) がん対策基本法の改正について
- (2) がんの75歳未満年齢調整死亡率の平成27年集計結果について
- (3) 第2次広島県がん対策推進計画の全体目標と分野目標の達成状況について

5 協議事項

- (1) 第3次広島県がん対策推進計画の各分野の方向性について

6 担当部署

広島県健康福祉局がん対策課計画推進グループ  
TEL：082-513-3063（ダイヤルイン）

7 議事要旨

開会 委員15名中15名の全委員が出席し，広島県がん対策推進委員会設置要綱第5条第2項の規定により，会議が成立したことを確認して開会。

金光部長 本来であれば，健康福祉局長の菊間の方から挨拶させていただくところであるが，他の公務により出席できないため，代わりに挨拶させていただく。

挨拶 委員の皆様には，大変お忙しいところ，またお疲れのところ，ご出席を賜り誠にありがとうございます。

まず，最近のがん対策を巡る国の動きについて2点ほど紹介する。

一点目は，昨年12月にがん対策基本法の一部が改正された。具体的な内容については後ほど事務局から説明させるが，がん患者の尊厳を保持し社会生活を営むうえでの環境整備を図ることが主なポイントとして改正された。これまでも国において，現在のがん対策推進基本計画の中で，例えばがん患者の就労支援や小児がんについての充実が具体的な施策として盛り込まれているが，今回の法改正により法律上明確に位置付けられた。本県においても今後，法改正を踏まえて，がん患者，その家族の生活の向上に向けて取組を更に強化していく必要があると思っている。

それから二点目であるが，たばこ対策である受動喫煙防止対策の強化について，現在，国において法制化に向けた動きが活発になっている。これまで国においては，事業所における受動喫煙防止対策の強化について通知が出されているが，2020年のオリンピック，パラリンピック，その前年のラグビーワールドカップに向けて更に強化し，罰則を伴う法規制について現在議論されている。関係団体や政府与党と調整を図りながら早ければこの通常国会に法案を提出するという流れになっている。

本県においてもがん対策推進条例において受動喫煙防止対策を義務付けているが、今後、国の動きを見ながら条例の見直しを検討する必要があると思っている。

さて、昨年7月にがん対策推進委員会の今年度第1回の会議を開催し、これまでのがん対策推進計画の取組状況について説明し、次期計画の策定に向けたスケジュールや進め方について議論したところである。今日までの間、がん予防・検診、緩和ケア、情報提供・相談支援の3つの分野の専門会議を開催し、改めて現行計画における取組や課題、あるいは次の計画に向けて更に取組を強化すべき事項や新たに取り組むべき事項など、その方向性を議論している。

本日は、専門会議における議論、国における論点等を事務局から示し、皆様から意見をいただければと思っているので、忌憚のない意見を願います。

報告事項 (1) がん対策基本法の改正について  
資料1により事務局から説明

委員長 今回の法改正は、かなりの広範囲にわたっているが、主要な事項は、計画期間が5年から6年になることである。保健医療計画なども合わせて6年に見直される。診療報酬改定が2年ごと、介護報酬の改定が3年ごとなので、それに合わせるようにしたのではないかと思う。医療法、がん対策基本法は今までそれぞれ独立していたが整合性を持たせるようにする。その意味ではかなり強力な形になると思う。

それと緩和ケアに携わる医療従事者の育成、これも前から言われているが加えられている。更に緩和ケアを診断時から提供するという事も加えられている。今まで取り上げられていなかった希少がん、難治性がんの研究促進も加えられている。また、今はがんになってもすぐに亡くならないようになり仕事を継続できる方も多くなってきたため、がんになっても仕事を辞めずに治療と両立できる環境整備についても盛り込まれている。

報告事項 (2) がんの75歳未満年齢調整死亡率の平成27年集計結果について  
資料2により事務局から説明

委員 この国立がん研究センターが公表する資料に大変興味を持っており自分なりに調べてみたが、広島県の状況は素晴らしい。その中で分からないと思ったのが全国の乳がんの死亡率が10年間で上昇しているということである。何か悪くなるような要因があったのか。また、広島県は乳がんの死亡率の改善が進んでいるが、減少率が上位の県は10%を超えているのに広島県は5.3%であり、更なる努力が必要である。

もう一つは、広島県では乳がんが女性の死亡率で一番となっている。これらについて何かお気づきの点があれば教えてもらいたい。

- 委員長 乳がんについては、患者団体等が様々な取組を実施しているほか、広島市内では乳がん専門のクリニックが開業するなど進んでいると思っているが、歩みが遅いのかもしれない。
- 委員 乳がんの死亡率は全国的にも改善しておらず 31 都道府県で悪化している。データの精度の問題もあるかもしれないが更に取り組を進めないといけないのではないかと思う。
- 委員 乳がんの死亡率については、今聞いて驚いているが、確かに罹患率は急激に増えてきている。乳がんの生存率は 5 年ではなく 10 年で評価するという息の長い疾患であるが、何故このような数値が出るのか思い当たらない。治療については手術の進歩、化学療法については新しい薬が次々に出て進んでいる。患者団体等の活動についても県内の医師が協力しながらかなり熱心に取り組んでいる。
- 報告事項 (3) 第 2 次広島県がん対策推進計画の全体目標と分野目標の達成状況について資料 3 により事務局から説明
- 委員 国民生活基礎調査によるがん検診の受診率は、例えば大腸がんは平成 22 年が 23.3%、平成 25 年が 37.2%となっているが、これは企業におけるがん検診、国保等の通院ドックの便潜血検査は含まれているのか。分母と分子はどうなっているのか。
- 事務局 国民生活基礎調査は 3 年に一度の全国のサンプリング調査となっている。その対象者には国民健康保険の方、被用者保険の方も含まれているが、悉皆調査ではなくサンプリング調査である。
- 委員 調査対象者の中には自分ががん検診を受診しているのか分かっていない者もいるのではないかと思う。
- 委員 国民生活基礎調査はサンプリングされた人ががん検診を受診したかどうかであり、人間ドックも含めて全て入っている。対策型検診は集団検診、個別検診、職域検診とあるが、調査対象の分母が多く分かっていないところがかなりあるため正確な数字が出にくい。未把握値が多いため精度が悪いという問題もある。
- 委員長 がん検診の受診率は全部捕捉して正確なデータをとりたいが、とれないという問題がある。

協議事項 第3次広島県がん対策推進計画の各分野の方向性について  
(1) 資料4により事務局から説明（予防、検診分野）

委員 がん予防に関しては、科学的にがんを予防できるのはたばこ対策だけである。他の対策については、莫大な費用をかけて色々な調査を実施しているが、データによって効果が無いものと効果があるものがある。国の予算を使って実施しているのだから、まず、効果がある対策を実施する。先ほどのがん検診の受診率や未把握率のように、やるべきことをやっていないのに新たなことは実施しない、これは平成22年からがん検診推進部会のオブザーバーとして、国立がん研究センターの斎藤博先生に入ってもらい、広島県ではエビデンスに基づいたことだけ実施するという方針としている。

がん検診に関しては、本県のがんの発症率は少なくなく、がん検診の受診率はそれほど高くないが、がんの死亡率は低い。これは広島県の医療環境がかなり優れているのかもしれない。もちろん県民の協力もあると思う。更にごがん検診の精度を向上させていけばがんによる死亡者数は減り、死亡率が最も低い長野県に迫る、或いは追い越すということになるのではないかと考えている。

がん検診による不利益についても科学的に正しい知識を普及させていく必要がある。

平成28年度から胃がんの対策型検診に胃内視鏡による検査が追加された。これに関しては地域差、均てん化の問題、或いは、誰でも検査を実施できるということでは精度を保てないことから、地対協において消化器内科、内視鏡の医師により、どういう医師が検診を実施するのか、などの検査の実施方法について検討したところである。

また、一昨年から広島大学の消化器内科、内視鏡部長の田中信治教授と県内26施設で3カ月間に内視鏡検査を受けた人6,400人を対象に検査を受けた動機についてアンケート調査を実施した。その結果、大腸がんの検診を毎年受診している人はがんが見つかってほとんど早期がんであった。初めて大腸がん検診を受診して要精検となり検査を受けた人は少し進行がんが多い。何年前かに大腸がん検診を受診して要精検となったが検査を受けず症状が出た等により検査を受けた人は進行がんが非常に多い。ということが分かった。

この調査はエビデンスレベルが非常に高く、おそらく世界初ではないかと思う。また、大腸がん検診における便潜血検査の重要度に相応しい成績であった。

委員 がん予防については、たばこ対策が最も大切である。学校、病院については100%禁煙、分煙となっているが、公共機関は98%である。早急に100%にしてもらいたい。がん対策日本一を目指すのであれば、今の時代、学校、病院、公共機関は分煙ではなく全て禁煙にするという方向性をはっきり示していきたいと思う。

委員 広島県では、昨年4月から独自の受動喫煙防止対策が始まったが、県の条例による規制は施設管理者にとってそれほど難しい事ではないと思う。私が家の近所の飲食店やファミリーレストランを確認したところ、喫煙の可否等を表示している店は一軒もなかった。国においても受動喫煙防止対策の強化を検討しており推進する好機ではないかと思う。せっかく条例を制定しても実行できなければ意味がないと思う。

事務局 平成28年4月から受動喫煙防止対策の規制を開始しており、県においては、各種団体への要請や個別に市内の飲食店等に電話、訪問により確認しているが、まだまだ力不足もあり十分に周知できていないことは事実である。先般、飲食店等を抽出して表示の状況について調査を実施した結果、表示している店舗は半分程度と低い割合となっているので、引続きしっかり取り組んでいかないといけないと思っている。

一方、国が検討している受動喫煙防止対策の規制の内容では、飲食店、事業所においては原則禁煙ということであり、国の動きも十分注視しながら引続き受動喫煙防止対策に取り組んでいきたい。

公共的な施設では対策が進んでいるが、飲食店等ではまだまだ対策が進んでいない状況である。

委員 尾道市では、がん検診の集団検診の申込者全員に、大腸がん検診の申込の有無に関わらず検査容器を送付したところ、1,033人中231人、22.5%の受診につながった。

がん検診を受診しても必ずしもがんを発見できる訳ではないというがん検診の不利益についての説明は必要とは思いますが、あまりにそれを強調するとハードルが上がるのではないかと思うがどうか。

委員 私もそう思うが、医師が言うのと行政が言うのと素人が言うのとは違いがあって、医師としては嘘は言えない。その時点における科学的な方向は漏らさず言わないといけない。それをどの程度喧伝するかは行政やがん対策の関係者の方の判断でしてもらいたい。

委員長 大腸がん検診で便潜血検査を受けている人は早期がんで発見されることが多いということであるが、中には必ずしもそうではないものもある。また、早期がんは5年、6年から10年ぐらい早期がんのままということもあり、1回見逃しても次で捕えることもあるので、そういう意味で受診すべきということである。

委員 分かりやすく言うと、検診受診者数、検診陽性者数、がんの罹患者数である。検診の結果が偽陽性の場合もあり、その原因としては、あるいは腸炎による出血もあるため、医師の捉え方としては、がん検診は一次検診のことではない。対策型検診として普及しやすい検査であり、そこで疑いがあれば精密検査によ

る確定診断を行う。がんの種類によって一次検診の精度は異なるが、がん検診、精密検査、確定診断になるところまで科学的エビデンスに基づいた検診をしてもらいたい。

時々、医師によってはエビデンスがない検査をしており、結局、対策型として、本来、最低限やるべきことができていないことがあるので、他のことには手を出さな、というのが斎藤先生の考えで、それは非常に妥当ではないかと評価している。

委員 最近の週刊誌でがん検診は無駄である、有害である、というキャンペーンが広まっており、市民や国民の皆様は、もしかしたらそうかもしれないと思ってしまうので、我々ががん検診の受診を啓発し受診率を高めようと思えば、それに対する正確な反論と情報提供が必要と思うので、このことについての対策、方向性について具体的に考えてもらいたい。県医師会としても全面的に協力していきたいと考えている。

委員 検診を受ける者の立場から言えば、市町が実施しているがん検診は漏れが多いのではないかと。市町のがん検診を受けず定期健診時に追加で内視鏡等の検査を受けている人は結構いるのではないかと。逆に市町が実施しているがん検診で不安があるものはないのか。私が一番心配しているのは胃がんの間接撮影で、がんを見つけにくいと思う。この検査の確実性は高いと言えるのか。逆の視点で懸念を持っているがどうか。

事務局 市町が実施しているがん検診は国が推奨している対策型検診である。胃の間接撮影については、今までは一番死亡率を下げるということで対策型検診とされていたが、平成 28 年度から新たに間接撮影に加えて胃内視鏡による検査が、死亡率を下げる科学的根拠があるということで対策型検診に追加された。

国においてもがん検診のあり方に関する検討会においてエビデンスがあるのかどうか評価している。県としても国が推奨する検診を推進している。そういう意味で安心して受診してもらって良いと思う。

委員 がん検診を毎年受けていた者がある日突然胃がんと診断された時にはもう手遅れというようなことがあると不信感が非常に高まる。

委員 肺は大きな組織が 4 つあり 85%ぐらいと 15%ぐらいに分けることができる。対策型検診は 85%の方が対象となっている。残りの 15%の方は年一回 X 線撮影をしても見つからない。放射線科の教授の中には胸部 X 線撮影は止めた方が良いという人もたくさんいる。広島県のがんの 5 年生存率のデータでは、肺がんが検診で見つかった人の 5 年生存率は 75%、他の方法で見つかった人は 25%となっている。また、乳がんの 5 年生存率では、検診で見つかった人が 99%、他の方法で見つかった人は 90%となっている。肺がんは 3 倍の差、

乳がんは 10%の差がある。肺がん検診の精度は悪いが他に方法がない。

肺のCT検査を対策型検診に加えると費用が非常にかかるし、施設、被爆の問題がある。

若い医師は胃内視鏡しか実施したことがないので胃透視は読影できない。現在、診療施設では胃内視鏡しか実施していないので、今後 10 年ぐらい後には間接撮影はできなくなるというバックグラウンドもあって胃内視鏡による検査が対策型検診に追加された。

協議事項 第3次広島県がん対策推進計画の各分野の方向性について  
(1) 資料4により事務局から説明（医療分野）

委員 平成 30 年度はがん診療連携拠点病院の更新の時期であり、実績が足りないところは是非県の方からの厳しい意見、あるいは県民の方からの意見をいただき、新しい更新の要件により医療提供体制を構築していきたい。

小児がんについては、4 年更新の 2 度目となり新しい診療体制が進められるほか、AYA 世代、15 歳以上 40 歳未満のがん医療の検討が進められているが、これについても重点的に取り組んでいきたいと考えている。

その他、広島がん高精度放射線治療センターが開設されている。また、ゲノム医療については委員から意見を伺いたい。

委員 ゲノム医療という言葉がかなり先走っているような気がしている。実態としてゲノム医療をどう定義するかによって違いがある。分子標的治療があって、そのターゲットになる遺伝子、またそのタンパク質の発現を解析する。これもゲノムの話である。いわゆる個別化医療は昨年オバマ前大統領がアメリカでプレジジョン・メディスン・イニシアティブ、全ゲノムを解析し人工知能を教育し、それぞれの個人の遺伝性からがんの全ての特徴を把握し最適な治療につなげる。これもゲノム医療である。

日本でも国立がん研究センターを中心に同じようなことを進めようとしているが、国立がん研究センターにしてもアメリカのナショナルキャンサーにしても、今のところ実際の医療に導入するのは難しいため、アクションブル・ミュージレーションといって、こういう遺伝子の異常があればこれに対する治療薬があるというのを主に見つけていこうとしている。国立がん研究センターでは 100 種類見つけよう、アメリカのある研究所では 300 種類、あるところでは 500 種類、そういう段階である。これからの短期的な方向性としてAMED（日本医療研究開発機構）で早急に進めようとしていることは確かであるが、均てん化できる段階ではないため集約化する必要があると思っている。

これから検討しないといけないのは、ゲノムの解析機器が医療機器として認可されないと実地に設置できない。また、がん組織の検体の取扱いに関して医療機器会社を含めて機構を立ち上げ検討している。病理で言えばゲノム医療として臨床で使う検体の取扱いに関するガイドラインを作成している。

すぐという話ではなく近い将来に向けて検討している段階であり、集約化していく方向であると思っている。

委員 県医師会は高精度放射線治療センターの運営主体の一つであるが、センターは運営開始して一年足らずなので実績の検証まではできていないが、重粒子線治療に決して劣らないような治療成績を上げるため優秀な機械と優秀なスタッフが頑張って治療を行っている。また、重粒子線治療は約 300 万円の自己負担があるがセンターにおける治療は保険適用の治療であり、県と一緒にその意義と価値を広報していきたいと考えている。

委員 歯科の場合は、口腔がんの検診は視診が主であり放射線治療の適応が一番多いが、口腔がんは希少がんなので症例が少なく広島がん高精度放射線治療センターとの連携は多くない。先日の口腔がん検診では 44 名が受診し、うち 1 名怪しい方がいた。口腔がんの検診をどんどん進めていきたい。

また、化学療法を受けると口腔内が悲惨な状況になる方が多いので、放射線治療も同様であるが口腔ケアが重要である。

委員 今一番心配しているのが、がん薬物療法専門医が人口割で他県に比べて少ないことである。広島大学病院に 3 人、県立広島病院に 3 人、広島市民病院に 3 人、広島赤十字・原爆病院に 1 名ぐらいしかいない。これらの医師も今後辞めることになる。今の広島大学の体制では養成が難しいところがある。それは、学会が勝手に専門医の要件を厳しくしていくので、その度に計画を変えないといけない。専門医の養成については県にかなり力を入れてもらいたい。

来年はがん診療連携拠点病院の要件の見直しもあるが、県が力を入れて専門医を養成しないと 10 年ぐらい先にはいなくなる。がん診療連携拠点病院には専門医を常に複数、3 人ぐらいは配置しておかないといけない。

委員 注射による化学療法の場合は、副作用等危険が伴う場合が多いので、病院内の薬剤師が対応しているが、外来の抗がん剤治療に関しては、院内と薬局の薬剤師が連携して担っていききたいと考えている。

薬局として一つ心配しているのは、エビデンスがない情報がインターネットに多く掲載されていることである。患者は治療についてまず医師、薬剤師に相談するのではなくインターネットによりがんの治療に関する情報を収集する。がん、免疫、広島で検索すると多くの医療機関が検索結果として表示される。医療機関の宣伝になるからエビデンスのない情報が多く掲載され、それを否定する情報は儲からないから発信する人がいない状況にあるのではないかと思う。どこかがそうした情報にエビデンスが無いこと、将来効果が出るかもしれないが現在は効果が無いということを示さないと、このままではエビデンスのない情報が溢れてしまう。



委員 多くのがん診療連携拠点病院等においては、がん化学療法看護認定看護師が配置されている。抗がん剤のミキシングについては薬剤師が担っているが、看護師は患者へ提供するという場面を担っている。看護協会では毎年膨大な研修を実施しているが、その中でがん化学療法、がん性疼痛の研修を毎年実施している。がん領域の専門看護師、認定看護師といった国内の非常に優秀な方を講師としがん領域の看護の質の向上に努めている。

がん診療連携拠点病院以外の中小病院等では緩和ケア等のがん患者へのケアが標準化されたものではないというジレンマを抱えている。今後、手順に沿ったものをきちんと提供するための体制づくりに努めていかないとはいえないと考えている。

委員 インターネット等における医療情報の問題についてであるが、国において第3次がん対策推進基本計画についての議論がされており、公表されている会議資料や議事録を見ていると、やっと最近、このことについて国のがん対策推進協議会の中で患者サイドの委員から、あまりにも日本のインターネットはいい加減な情報が多すぎる、国立がん研究センターが提供する「がん情報サービス」を検索しても6番目か7番目ぐらいにしか表示されないという問題について発言されている。また、アメリカでは情報をきちんと監査する体制ができており、国際認証団体HONにおいて内容を審査して大丈夫な情報に印（HONコード）を付けて対応しているが、日本はあまりにも遅れているという問題点が指摘され、国立がん研究センターの方でも前向きに検討するという発言があった。

おそらく次第に変わってくると思うが、日本のインターネットは商業ベースになりすぎているので問題ではないかと思う。

委員 国の対策で強化するよう検討されている希少がんですが、県内では何処で集約して診療するのか確認したい。

また、広島がん高精度放射線治療センターに関する患者等からの質問で、病院からセンターで治療するように言われると病院から放り出されたような気がする、と言われることがよくある。病院でも説明されていると思うし、私たち患者会も施設見学会等に参加し、センターについて優れた設備とスタッフが配置されていると説明しているが、放り出された気がすると言われ、どうしたら良いのかと思う。

委員 希少がんがどのようにがん対策推進計画に盛り込まれてきたかという点、第1次がん対策推進計画の時は、まず5大がんについての地域連携ネットワークを構築すると明記された。ところが、その時のがん情報提供部会や患者団体との話し合いの中で希少がんの扱いについて明記しておかないと消えてしまうということで、地域の療養情報においては検討するという点で残してもらった。次期計画では以前に残したものがもう一歩前に入るようにしておかない

と、希少がんの患者は、私たちはどのように扱ってもらえるのかという不安感が大きいと思う。

協議事項 第3次広島県がん対策推進計画の各分野の方向性について  
(1) 資料4により事務局から説明（緩和ケア分野）

委員 施設緩和ケア，在宅緩和ケアの充実についてであるが，施設緩和ケアについては，県民，医療者を対象に実態を公表することにより質を高めていこうと考えている。特に緩和ケアチームについては，かなり質の格差があると思われるため少しずつ公表していく方向で考えている。緩和ケア病棟については，4月から全国レベルで認証制度が始まりNPO法人が緩和ケア病棟の運用について第三者評価を含めて認証するということが動き始めている。緩和ケアチームについてもその評価を参考にし，これから進めていくため関係者との意見交換会等を企画している。

緩和ケアがまだまだ県民に正しく理解されていない，十分に利用されていない，情報が届いていない，という問題があり，様々な機会を通じて広報してきたが，まだ十分ではない。緩和ケア，イコール終末期というイメージが根強く残っていると思っている。

逆に診断時からの緩和ケアがピンときていないということがあると思うが，緩和ケアというのは基本的に患者と向き合う態度，患者との関わり方，コミュニケーションスキルが大事と考えているので，診断，あるいは検診の段階からは分からないが，がん診療に携わる医師は全て研修を受けるべきと思っている。

緩和医療，専門的な緩和ケアについては，専門的な緩和ケアを提供する医師が，先ほどのがん薬物療法専門医と同様に不足しているというのは難しい問題であり，緩和医療学の講座ができ医師が育成されるようにならないと根本的な解決にならないのではないかと国レベルの意見交換でも出ている。国内で緩和医療学の講座は十数か所しかないが各大学にできるようになれば良いと思う。

患者・家族の意向に即した緩和ケアの提供については，患者，家族の意向を聞くことが必要であると盛んに言われており，県地对協で進めているアドバンス・ケア・プランニングにより事前に患者が受ける医療を周囲に伝えておく，話し合っておくことを推進し，実際のがんになった時，終末期を迎えた時に本人の意向に沿った医療が受けられるようになるのではないかとと思う。

人材育成に関しては，PEACEプログラムという平成20年から全国で実施している研修があるが，がん診療連携拠点病院における研修会の参加者が頭打ちの状況となっている。しかし，実際にはがん患者は拠点病院ではなく一般病院で4割ぐらいの方が亡くなっているという実態があるため，これまで空白であった拠点病院と在宅の中間の一般病院の医師に緩和ケア研修を受けてもらう必要があると考えている。

医師に対する緩和ケア研修へのE-learningの導入については，かなり具体

化しており来年度の予算として数千万円が措置される見込みである。平成 30 年が移行期、平成 31 年に完全移行することとなっており、E-learning に加えて事例検討、ロールプレイングなどについて 1 日の集合研修を実施するようプログラムが変更されることになっている。そうすると研修日数が 2 日から 1 日に短縮され、医師会の医師、一般病院の医師も参加しやすくなるのではないかと考えている。

緩和ケア研修会は医師を対象としているが、施設によっては看護師や薬剤師も参加している。リハビリを行う理学療法士等や口腔ケアを行う歯科衛生士がチームの一員として従事している所はかなり緩和ケアの質が高いので、看護師、薬剤師はもちろんであるが、これらの職種への研修も考えていきたい。また、医師以外を対象としたプログラム、在宅医を対象としたプログラムを検討中ということである。

在宅緩和ケアについては、在宅緩和ケアコーディネーター、国においては調整員として養成の研修を始めようとしているが、地域と施設をつなぐ役割を担う人を病院と地域に一人ずつ配置できれば本人の意向に沿った療養が可能になるのではないかと考える。

昨年度からエンド・オブ・ライフの研修会として相談員を育成するプログラム、広島県では 2 月 12 日に第 1 回目を予定しているが、進んできているので力を入れていきたいと考えている。

また、看護師が実施しているエンド・オブ・ライフ・ケアのプログラムについても看護協会と相談しながら緩和医療学会が取り組んでいくことになっている。

委員 緩和ケアの提供体制は充実してきたが、がんと診断された時からの緩和ケアというのはなかなかなじまない。要は、がんと診断された時の精神的ショックというのは、がんが治る、治らないということではなく、がんと言われたということに対するケアが必要であると言い換えても良いと思う。

全てのがんの診療に携わる医師が緩和ケア研修を受ける必要がある。あと 2、3 年すると非がんの緩和ケア研修が始まり、全ての医師ががん、あるいは非がんの緩和ケア研修を受けないといけなくなる。

近い将来、がんの患者、家族の方から緩和ケア研修を受けているかについて聞かれるぐらいの世の中になるのかもしれない。

委員 がんと診断された時からの緩和ケアということであるが、今後、在宅に向かっていく中で在宅の方の心のケアがどういう方向に向かっていくのか心配である。

委員 現在、そこが欠如しており、在宅における精神症状にどう対応するか、心のケアについて対応できていないのではないかと考えている。患者会等の独自の活動の中で支えあっているという状況ががん相談支援センター等で補おうとしているが、ケアが届いていない患者が多くいるのではないかと考える。

委員            がんと診断されるまではがんに対して他人事であり、いくら啓発しても他人事として受け止めてしまいがちである。

                  がんと診断されたショックというのはもちろんであるが、診断された時に主治医から緩和ケアについて説明してもらえれば患者に伝わると思う。診断された時はとてもショックで頭に入らないかもしれないので、その都度、主治医から説明してもらえると緩和ケアというのは終末期ではないことが伝わると思う。主治医次第ではないかと思う。

委員            主治医とは限らないが、がんの治療医と緩和ケアとの連携がまだ十分ではないということが、移行の問題を含めて大きな問題となっており改善しないといけないと思っている。がんと診断された時のダメージに対して援助する仕組み、緩和ケアのスタッフが関与することが大事であると思う。がんの治療医と緩和ケアとの連携を考えないといけない。

協議事項        第3次広島県がん対策推進計画の各分野の方向性について  
(1)                資料4により事務局から説明（情報提供・相談支援分野、がん登録分野）

委員長            がん患者、経験者への就労支援は特に重要な問題である。前から少しは言われていたが、今回はかなり増幅されてきていると思う。

                  がんになったからといって、すぐに死ぬわけではない、動けなくなるわけではない、働ける患者は多くいる。

                  今はがんにも雇っても生命保険に加入できる時代になっている。一昔前はがんの罹患歴があると絶対に生命保険に加入できなかった。そういう意味で世の中は随分変わってきたと思うし、がん患者、経験者の就労支援は極めて重要である。

                  県内のがん患者をサポートする企業も増えてきており、「Team がん対策ひろしま」の登録企業も増えている。こうした時代になっているので、企業にも頑張ってもらわないと病院だけで取り組んでも充実しない。

                  委員が発言されたコーディネーターであるが、実は私が院長の時代に骨髄移植のコーディネーターを導入した。コーディネーターは骨髄移植の話をした時から関わってくれるので、これが大変役に立っている。医師は常に忙しいので相談しにくいし、看護師は分かってもらえるか不安である。コーディネーターに話をするとすぐに医師につながるので大変喜ばれている。

                  がんのコーディネーターもぜひ導入してもらいたいと思うが、コーディネーターを配置したからといって診療報酬が算定できるわけではなく、どの病院もギリギリの状態運営しているのですぐに配置できるわけではない。そういう面はあるが、このような人材を配置する方向に進むのではないかと思う。

委員            相談支援、情報提供分野の大きなテーマとしては、正しい医療情報、科学的根拠のある情報にアクセスできるようにすることであるが、広島県では「広島

がんネット」、またこのサイトを通じて国立がん研究センターが運営する「がん情報サービス」にアクセスできるようになっていることを周知することが必要である。

がんを告知された時に患者、家族は非常に混乱し、心身に医学的な症状が出てくる。また、その影響による子供の養育、仕事の継続の可否などの社会生活に関する問題により混乱し、患者はそのことを専門医に相談するが、専門医は医療の専門家ではあるが社会生活の問題には全て応えられない。

国立がん研究センター等では、がんと診断された段階で専門医からがん相談支援センターに紹介する仕組みを作っている。これからは各拠点病院において専門医からがん相談支援センターのパンフレットを渡して案内し、センターの社会福祉士、看護師が対応し、必要に応じて患者団体、ピアサポーターを紹介するなど、それぞれの段階で心理社会的支援を確保する仕組みが必要ではないかと専門会議の中で議論があった。各拠点病院が工夫するのではなく専門医からがん相談支援センターに紹介するフローを作らないと限られた専門医が全て対応するのは無理なので、分担する仕組みができれば在宅になってもカバーできる要素が出てくるのではないかと思う。

がん教育については、今年度、教育委員会においてモデル事業を実施し、来年度から全県に展開していくこととなっている。

がん患者、がん経験者への就労支援については、がん相談支援センターにハローワークの職員が派遣され職業紹介をしているが、回を重ねるごとに利用者が減ってきているという報告があった。どうもハローワークの事業が上手くいかないところが出てきており、また、社会保険労務士を雇っているところもあまり上手くいっていないため、国が労働政策として雛形を示すべきだと思う。介護や少子化の次世代育成支援では事業主が事業計画を立てることが労働政策として出されている。がんだけではなく長期にわたって療養しながら仕事をする人への支援として、例えば必要な就業規則を定める、行動計画を立てるといったことを国が基本計画に位置付けるべきである。

委員 学校におけるがん教育については、正確な情報を子供の頃からたばこの害も含めてがんについてしっかり教育していくことが非常に大事だと思うので、今回モデル事業として4校で実施しているが、これを継続して決してモデル事業で終わらせずにしっかりと学校教育の中で子供の頃から正確ながんの知識について身に付けさせてもらいたい。これはひいては子供たちが親へがんについて正確に情報伝達できるという手段になるので、がん教育についてワーキンググループでも設置し、積極的にカリキュラムの作成と外部講師の派遣の仕組みについて検討するよう強く要望する。

委員 がん教育については、まず、この委員会から文部科学省に小学校、中学校、高等学校のカリキュラムをしっかりと示してもらおうよう強く要望してもらいたい。この委員会でいくら議論してもカリキュラムが無いことには動けないし、

各学校にがん診療連携拠点病院から講師を派遣することになると週1回講義しないといけないことにもなりかねないため、国にカリキュラム、実施方法を示してもらったうえで、県、この委員会、地対協が対応するというようお願いしたい。

委員 広島大学病院では、小児がん患者に臨床心理士が関わって子供のケアを手厚くしており、国も臨床心理士の活用を推進していくことにしている。一気に活用を進めることはできないが、こうした人材の活用を目指す方向で進めていけば良いと思う。

委員長 次年度に向けて国の次期計画の方向性も出ると思うので、委員の皆様には引き続き議論をお願いしたい。

(閉会)

## 8 会議資料一覧

- 資料1 がん対策基本法の改正について
- 資料2 がんの75歳未満年齢調整死亡率(10万人対)の平成27年集計結果
- 資料3 第2次広島県がん対策推進計画の全体目標と分野目標の達成状況
- 資料4 第3次広島県がん対策推進計画の方向性案
- 参考資料1-1 第3次計画のがん予防・検診分野における取組の方向性(案)
- 参考資料1-2 第3次計画の緩和ケア分野における取組の方向性(案)
- 参考資料1-3 第3次計画の相談支援・情報提供分野における取組の方向性(案)
- 参考資料2 第3次広島県がん対策推進計画において強化すべき取組