

平成29年度第1回茨城県総合がん対策推進会議議事録

- 1 日 時 平成29年11月24日（金）
- 2 場 所 茨城県庁9階901会議室
- 3 出席委員 飯田委員，片野田委員，木澤委員，松村委員，水野委員，諸岡委員，山口委員（議長），山田委員，吉川委員

4 議 事

(1) 報告事項

①「茨城県総合がん対策推進計画－第三次計画－」の進捗状況について

→ 【資料4】P11～22に基づき，事務局から説明を行った。

(2) 検討事項

①「茨城県総合がん対策推進計画－第四次計画－」（平成30年度～）の素案について

→ 【資料1～4】に基づき，事務局から説明を行った。

●山口議長

この後、皆さんからご意見を承る形にいたしたいと思うのですが、少しお時間をいただきたいと思います。私の役割というのは、基本計画をまとめた立場から、茨城県の計画が、オールジャパンとして見たときに整合性が大丈夫かという点の確認をさせていただきたいと思います。なお、県計画は、国の基本計画に従っていなければいけないということではなくて、地域の特性に応じてまとめてくださいということになっていますので、整合性が取れていなくてもいいのですが、さすがに全くおかしいというような部分があると困りますので、そのあたりのことを少し最初に申し上げさせていただこうと思います。

今回は、基本計画のでき上がりがいろいろな事情で遅れたものですから、最終案は10月24日に閣議決定されました。そのため、ワーキンググループの皆さんが非常にしっかりまとめておられますが、最終案を見ることができない形でまとまっているので、いろいろ双方若干の齟齬はあったかと思えます。そういう点も踏まえて申し上げておこうと思います。

まず、私が提出した資料をご覧いただきたいと思えます。

第三期の国の基本計画がどういう方針になっているかというと、これは勝手に私が言っているのですが、一言で言えば、「治し支えるがん医療」。「支える」というところがより強く出てきた計画と言えらると思えます。

新たな項目として、順不同ですけれども、ゲノム医療とか科学的根拠に基づく免疫治療とか支持療法、それから希少がん、難治性がんの対策、小児AYA世代、高齢者のがん対策。これが基本計画上で挙げられた主な項目と言えます。

逆に言いますと、茨城県の計画に、やはりこの新規のところは、反映されているべきだと思います。重い、軽いは別にして、しっかり触れておくことは必要であると思えます。そういう観点で見ると、少し甘いところがありますので、後で指摘をさせていただきます。

それから、国の基本計画、茨城県の推進計画、それから今日、保健所の皆様ご出席ですが、拠点病院の問題がございます。それで、今後、起きることは、あるいは議論はもう進んでいますが、この基本計画に基づいて、厚労省は、がん診療連携拠点病院等の制度へ反映させてまいります。

現在の議論の中で、三つのことが必ず拠点病院の指定要件に入れる方向で進んでいます。一つは、がんゲノム医療中核拠点ないしは連携病院を決めること。そのため、がんゲノム医療中核拠点連携病院に対する茨城県としての姿勢、このあたりは、推進計画ではない別立てのところで書ければ良いですが、もしそうでないのであれば、やはり入れておく必要があると思います。

がんゲノム医療中核拠点については、今年度中に 10 から 12 ぐらい決めるということで今、検討が進んでいます。この中核拠点はなかなかハードルが高いです。臨床研究中核病院並みという前提があり、現在、臨床研究中核病院に指定されているところでない、なかなか手が出せないと思います。その中核拠点が連携病院を決めるという仕組みになっています。連携病院としては、都道府県拠点病院や約 400 程度指定されている地域拠点病院が対象になってくると考えられています。

私どものところにも、もし中核を目指すのであれば連携になりたいという連絡がきます。こういったことは全国で始まっていますので、その流れはきちんと取り込んでおかないと、患者さんにとって非常に辛いことになります。何故かという、今後、ゲノム検査が、診療報酬上、保険収載された場合に、その保険収載の検査を行うのは、中核拠点か連携病院ということに多分なると思います。また、二、三年後に、この二つの間にもう一つ拠点を置くという話も進んでいますので、このあたりは、10月16日の提供体制の厚労省の会議の中の資料が既に公開されていますので、ぜひご覧いただければと思います。

よって、茨城県として中核拠点の指定を目指せば良いのですが、それを目指せない場合の次の対応として、連携病院には、少なくとも手を挙げておく必要があります。これはいろいろな問題があると思いますが、例えば近場で言えば、国立がんセンター東病院は間違いなく手を挙げるでしょうから、そこ連携を取るとか、そういう工夫が多分いるのではないかなと思います。ただ、これは、あくまでも拠点病院制度でのお話ですので、茨城県として、別な計画にそういうことをきちんと書き込むということであれば、問題はなくなると思います。

二つ目は医療安全です。これは、この計画に書いていなくても全然問題ないと思いますが、これによって拠点病院の要件がかなり厳しくなります。特定機能病院並みという検討が進んでいます。

三つ目は支持療法です。これも要件に入れるということが議論になっています。この支持療法の書きぶりが、茨城県の計画、非常にマイルドというか甘いので、もう少し書き込むべきと考えています。

茨城県は、条例でせつかく「参療」という非常にいいキーワードをおつくりになって、地

域の特性を明確にされておられるわけですが、それがタイトルのところにちょっと出てくるだけで、本文には余り出てきていません。そのため、もう少し茨城県らしさを出すために、文章のあちらこちらに参療という言葉が強調されることが、特徴を出すという意味でも、あるいは、茨城県の計画を強くアピールするという意味でも大切な問題だというふうに考えました。

それから、その下の絵は、前回1年前にお出ししたものですが、今回こういう大きながん対策の全体像の中で、ゲノム医療、それから支持療法、それから希少がん、難治がん、小児AYA世代に高齢者、ここが強調されているということ強く意識をしていただいたほうが良いのではないかと思います。

裏のページで、支持療法ですが、緩和ケアと重複している部分が少しあります。ただ患者さんのためには、支持療法の充実が必須であるという議論になって、こういう形になっています。支持療法の定義が今回、「がんそのものによる症状やがん治療に伴う副作用、合併症、後遺症による症状を軽減させるための予防治療及びケアのこと」と国の計画で明確にされました。この中に、例えば古くから十二分のエビデンスがあるものは、嘔吐剤、制吐剤の使用とか、そういうものから始まって、さまざまなものを支持療法という言葉でくくると、非常にわかりやすくなるという意味です。

緩和ケアのほうは、改正がん対策基本法のほうに次のような定義が今回出されました。「がんその他の特定の疾患に罹患した者にかかわる身体的もしくは精神的な苦痛、または社会生活上の不安を緩和することにより、その療養生活の質の維持向上を図ることを主たる目的とする治療、看護その他の行為をいう」と、一部確かに重なっていますが、今やかなり明確に分けられつつあると思います。

一番のポイントは、支持療法は、診療科の医療スタッフが中心になって行うものです。一方で、緩和ケアは、その支持療法を超えて、なかなか対応が難しいケースの疼痛緩和とか、あるいは終末期のエンディングケアであると。そういうふうな大体の整理で今回の国計画は書かれているということをおし上げておきたいと思います。

それで、最後の紙は、これは誤りとまでは言いませんけれども、計画の105ページ、私が右上に「参考、シシリー・ソンドース、末期がん患者の全人的苦痛」という絵を引用させていただきましたけれども、これは、5年前の国のがん対策推進基本計画、第2期になりますが、その概要説明で使われた絵です。

これは、厚生労働省の見識がかなり疑われた絵で、なぜかという、シシリー・ソンドースのもう何十年も前に描いた絵は、あくまでも末期がん患者の全人的苦痛です。今や日本の計画は、診断早期からの緩和ケア、これも若干、混乱を呼んでいます、診断早期からの緩和ケアということ言う以上、末期がん患者の全人的苦痛では整合性が取れません。どこが一番困るかと言うと、私の絵の左に、診療上の悩みという黄色で書いた部分がありますが、ここが全く反映されていません。実際に静岡がんセンターで統計を取ってみると、患者さん、ご家族が悩みや不安を訴える半分以上、実はこの診療上の悩みです。この医者でいいのかです

とか、告知されたけれども説明がわからないとか、コミュニケーションがうまくとれないとか、理解ができないとか、そういう悩みがやはり多いです。

シシリー・ソンドースのほうの絵は、そういう時期を乗り越えた末期がんの患者さんです。そこはすぼっと欠けています。もし診断早期からの緩和ケアというのであれば、やはりこの分類のほうが正しいのであろうということです。

その下に、静岡がんセンターで実施している、診断早期からの緩和ケアを意識した問診表項目を記載しました。このような対応が求められているのだと思います。医療現場では、診断早期からの緩和ケアという言葉は分かるが、一体何をやるのかという話が10年以上もめたあげく、結論が出ませんでした。私たちは、その解決のために、医療現場が納得する内容を考えました。簡潔に言うと、私どもは、まずは問診で、この6項目が左上の4項目に相当しますけれども、これをしっかり聞いてあげることで整理をいたしました。そうすると、半数の方が、初診でお見えになったときに、間違いなくこういう悩みを持っているということがわかります。それに対して、対応を直ちに始めるという流れが今できつつあります。したがって、少なくとも終末期の緩和ケアに105ページの絵を使うのは結構ですが、このがんが診断されたときからの緩和ケアにこの絵を使うのは、5年前の誤りを繰り返すことになってしまいます。念のために申し上げておきます。

議長として、そのあたりが気になるころですが、これは、一番前段で申し上げたように、茨城県としての特性を明確に出すと、そういうことであれば、国の基本計画とかなり違う部分が出てきても、それは構わないわけです。そこは、チェックされないでしょう。ですから、少し参考にしていただきながら、この後の皆さんからのコメントをいただくという形で進めさせていただこうと思います。

●松村委員

まず、がんゲノム医療について現状を報告しますと、当院では今、がんゲノム拠点の準備をしており、厚労省にも申請の旨を伝えてあります。ただ、先ほど議長がおっしゃられたように、臨床研究中核拠点ではございませんので、当然それを目指した上で、今は臨床研究中核拠点並みということで準備をしております。橋渡し研究支援拠点を2017年4月から全国10か所目として新規で唯一取りましたので、それも踏まえてゲノム分野にはかなり注目しています。当院としましては、「ホールゲノムシーケンス」を目指しており、NGSを複数台導入し、産学官で島津製作所と一緒に研究を進めております。もちろん設備投資も臨床的な費用もかかりますが、大学全体を挙げてNGSを推進しており、もし県と連携してがんゲノムをまとめれば、県や地域にも貢献できるかなと思っております。しかし今は拠点申請前の段階ですので、今後採用されたら活動するということです。

本拠点の連携病院としては、県立中央病院ともご相談させていただいております。このようなことで次世代のがんゲノムを推進していきたいと思っております。

それから 91 ページの AYA 世代についてですが、実のところ当院は、小児がんの患者数が小児がん拠点病院に匹敵するくらい多いです。関東で指定が取れなかったのは地域的な配分のためと我々は解釈しております、陽子線治療でも全国から子供たちが来ますし、小児がんについてはかなり重点的に取り組んでおります。

この中で書かれていないのが、妊孕性の問題についてです。当院でも今、そのためのバンクを作ろうとしております。色々な課題があって、特に卵子の臨床応用が本当に可能か等の問題がまだあります。一方、精子バンクは現在県内の民間病院でも実施されていますが、それらを筑波大学病院で引き取ってバンクをやろうという予定です。今後、この AYA 世代に関わるがん治療とそれに伴う妊孕性の問題については、書き込んでいただければと思っております。

それから最後になりますが、108 ページにある緩和ケアの初期臨床研修への必修化という点についてです。当院でも 80 名くらいはかなり大多数の研修医を全国から受け入れていますが、2 年目までに全員がこの研修を受けるというのは相当大変なことで、本当に 2 年目までに出来るのかということです。

当院では、3 年目以降に専門が決まった時点で、がんに関係する診療科のレジデントを、まず重点的に緩和ケアの研修に行かせているという状況であります。2 年目までに全員というのは、なかなか厳しいので、ここに書き込まれてしまいますと、約束が守れないのかなと思ひまして。レジデントが終わるまでの 6 年目ぐらいではだめでしょうか。

●木澤委員

拠点病院の指針では 5 年となっております。

●松村委員

5 年目ですね。5 年目までに、がんに関係する医師が研修を少なくとも全員受けるという厚労省の指針なので、2 年目までと書いてしまうと無理があるかなと思ひまして。現実に実施できるような要件を書いただければと思います。

●山口議長

ありがとうございました。そのほか、特にスローガンとか年齢調整死亡率の臨床での評価、ご意見ありますか。

スローガンは、全くおっしゃるとおりで、国の委員会では、患者や支援団体の5団体が一致してここでなければだめだと。それはそれで、我々医療関係者は、30年前にがん克服10カ年総合戦略を推進し、すばらしく克服できたわけではないので「克服」という言葉には慎重な意見が多く出されました。茨城県の患者団体の方の見識が高いのか、非常に現実的なのかということで、私は、これでよろしいのではないかと思います。

●諸岡委員

スローガンですね、「県民の参療を目指して」という大きなテーマでありますけれども、私は、医師会のほうで、この参療というのは、条例で決まったということでありますけれども、余り医師の仲間でもこの言葉は知られていないと思います。これどれぐらい皆さん医療の現場に広報してあるのか、その点教えてください。

●事務局（保健予防課）

参療の考え方につきましては、医療の現場というよりは、広く県民に対して、まず広報しているところをございまして、その10月の月間とかにおいて、主に集中的に、県民向けに広報しております。

●諸岡委員

そうすると、県民に広報する以前に医療関係者に理解させないと、余り意味ないと思います。ですから、医療関係者は、医師会に限らずいろいろな先生いますよね。その先生方に広報して、それから県民に広報しないと。参療って何と聞かれても答えられないかもしれないです。そのあたり方向性をもう少し考えたほうがいいと思います。

●山口議長

おっしゃるとおりなんですけれども、条例が出ているわけですよね。私も静岡県の職員なので、県の条例が出ている以上、それは県民皆さんにかかわっているお話ですので、そこをまず押さえた上で、先生がおっしゃるような戦略を推進すべきと思います。

●諸岡委員

ただ、それは我々一県民ではありますので、そのあたり医師というか、医療関係者に、きちんとやはり広報してもらわないと。参療もやはり我々も何割かは当然それに立ち会うわけで、そのあたりを含めて、もう少し前もって説明していただければありがたいです。

●山田委員

山口先生のお話で、私も静岡分類、このアンケートに協力したほうの立場なので、診療上の悩みというところの部分は、今現場でピアサポート事業をしているときに、とても感じる

項目ですね。この総論の中の43ページのところに、生活支援体制の整備というところの中に、さっきから先生のお話の中に「いばらきのがんサポートブック」を配付するとか「がん相談支援センター」とか「いばらきみんなのがん相談室」ができたのだから、そこも利用してみなさい、利用してくださいみたいな言葉が、何度も何度も耳にしますが、がん体験者によるサポートという言葉も多少入れていかないと。診療上の悩みというのは、医療者に話しても解決しない。つまりがん患者の体験者同士から、その情報を解決の仕方や心の持ち方みたいなものをこんなところがあったということ。実際現場では相談される患者さん、電話相談、対面相談の患者さんからは、そういう生の声をいただいています。ぜひこの場所をつくったからとか、そういう本を配付すればいいというのではなくて、もうちょっとその辺の言葉、がん、それで文章の中にもピアサポートという言葉は二、三カ所出てきますが、それに対する説明もほとんどありません。この総論というか、その全てがどこで配付されて、どういうふうに使われるのかというのをいつも思います。先ほどの諸岡先生もおっしゃっていたように、現場はなかなかこの実態は理解していなくて、毎日の治療なり生活でいっばいだということなので、ぜひぜひこの項目の中にも、がん体験者によるその辺サポートも重要であるという項目が入ったら、私は立場としてうれしいですので、よろしくご検討お願いいたします。

●片野田委員

全体の年齢調整死亡率ということについて、コメントさせていただきます。

今回据え置きとして案で76.1というのが書かれていますけれども、1枚紙で示された都道府県別の最新のデータが77.5に、もう既になっていますので、恐らく数年以内にこれが達成されるのではないかと思います。

これから数字を幾つにするかという議論は難しいでしょうから、少なくとも中間評価の時期に、その時点での値に基づいて再検討するようなそういう枠組みをきちっと今のうちから想定しておいたほうがいいと思います。

●山口議長

これ、多分6年間の計画になると思いますが、片野田先生のご意見では、76.1のままでいいとお考えですか。

●片野田委員

これについては、ちょっと甘いかなという印象を受けます。恐らくほかの県でも報道でも伝えていますが、かなりの県が、数値目標を入れる方向になると思います。そのほかの県に比べても、現計画というか旧計画のまま、そのままというのは、余りないのではないかと思います。ただ、過去数年上がっていたという茨城県の問題もありますので、83.1をベースラインにするのであれば、その数年上がっていったという経緯を受けて、とりあえず

は暫定で、現行そのままていくというのだったら、1年後、2年後の値を踏まえて、次の計画をというか、修正を考えるとというのは含みがあったほうがいいと思います。

●山口議長

国の計画は、本年度はあえて数字目標は外しました。いろいろな理由がありますが、委員会の中で出てきたのは、一つは高齢者の問題で、がんは今罹患する人の年齢構成を見ると、3割が65才未満、3割が65歳から75歳未満、75歳以上は4割ですね。そうすると、その4割の高齢者のことが余り入らない形の年齢調整でいいのかというのが一つの理由でした。そういうわけで、書くのか書かないのかというところ、一つ考えてもいいと思います。その上で、もし書くのであれば何らかの根拠がいりますから、それをどこから持ってくるか。国のほうの数値の根拠もなかなか難しいところが、今言ったような問題がありました。ですので、最終的には入れなかったという経緯がございます。そこは、茨城県として、ご検討いただければと思います。

それでは、時間の関係もございますので、第1章の45ページから61ページまで、がん教育とがん予防、この部分でご意見があればいただきたいと思います。

51ページのあたりが、むしろ県民の参療という意味では、大変重要なポイントですし、1年前に、私がスライドをつくってきて、参療は全てのところで重要であるというお話を申し上げていますので、そういうのを少し参考にしていただいて、取り組んでいただくと思います。

特にご意見がないようであれば、次に、第2章 がん検診と精度管理 63ページから78ページまで、このあたりでご意見をいただきたいと思います。

ご意見がないようですが、よろしいでしょうか。それでは、もしあれば後ほど、言っていただくことにして、第3章 がん医療提供体制と生活支援、この部分について、ご意見をいただきたいと思います。

すでに、ゲノムのことは出てきたので、この計画を最終的にまとめるときまでには、仕組みが定まっているのではないかと思います。がんゲノム医療中核拠点病院を年度内に指定するということになっています。だから、そういう書きぶりがちょっと違って来るかもしれませんが、そこは、意識しておかれるといいのかなと思います。

それから、がん診療連携拠点病院等の話がここに出てくるのですが、保健所の先生方いらっしゃるんですが、要件は、より厳くなる方向に向かうと思います。ですので、今、定まっている拠点で満たせなくなるところが出ると困るなというふうに思いますが、スケジュール的には、今年度から来年度にまたがって要件を定めて、それで来年度に、方針を公開し、新規・更新の募集を行い、2019年1、2月ごろの検討会で、決定するという運びになるでしょう。

そのタイミングについては、現在、指定されている大多数の拠点病院の4年更新時期が、ちょうどそのタイミングに来ます。したがって、それまでは現在の基準で行くというふうに

先般決まりました。大切なことは、今から、数値目標の要件は満たせているかを、各病院に、かなり必死に大丈夫かと問い合わせをしていくことが必要だと思います。

●木澤委員

100 ページですが、山口先生もご指摘になった支持療法についてですが、支持療法と緩和ケアがしっかり分かれているか、議論が分かれています。国際的には、かなり議論があって、どちらも曖昧というかになっていて、例えばMDアンダーソンがんセンターでは、緩和ケアと支持療法の部門は分かれていないと理解していて、国際的にコンセンサスはないと思います。両者かなり重なっている部分も多くて、今まで国は、基本的緩和ケアの推進という、オンコロジストにしてほしい症状緩和を教えてきた経緯、基本的緩和ケア研修としてやってきた経緯があるので、ここをどう書くかというのは、非常に難しいだろうと理解しています。ただし、支持療法の部分を書かれていないという部分が大きくて、余りに終末期を軸として書かれているというのは、確かにこの計画上はすごい問題点だと思っています。もし緩和ケアということで統一して書くのであれば、オンコロジーと緩和ケアの融合と言われているインテグレーションのところを書かないといけないと思いますが、そこが大きく抜けているので、この支持療法のところにそこをしっかりと書かないと、診断時からの患者さんの苦痛に対応するという部分が抜けてしまうので、何らかの形で書く必要があるというふうに感じました。

●山口議長

医療現場を中心に考えますと、診断当初からの緩和ケアって一体何をやるのだという、もう10年以上、何考えているのかよくわからないという議論がありまして、それでその次に、がん対策推進協議会の席でも緩和医療学会関係の方が、診断早期の緩和ケアは緩和医療の専門家の担当ではないという発言をしたという流れがありました。すると、誰が担当するのか分からないという患者さんにとってみると、非常に困った事態になってしまうので、支持療法という形で、担当医療スタッフの意識を高めるということも、支持療法が強調された一つの要因です。たとえば、抗がん剤の副作用でつらいと。そうすると、その抗がん剤を投与している医師は、もちろんそれなりのこときちんとやるのだけれども、困ったら緩和ケアをお願いしたいと考えます。ところが緩和ケアのほうは、いや、私たちはそんなことはできません。知識もありませんと、このようなことが現場では起きていました。だから今回は、診療科はやるべきことはちゃんとやる。副作用の対応、それから手術後の対応などは緩和ケアの問題じゃないですよということで支持療法という言葉が前面に出したことになります。

支持療法という言葉は、実は余り響きの良い言葉ではありません。サポータティブケアの訳ですが、余りいい言葉ではないとは思いますが、二、三十年前から国立がん東病院で使われ始めた言葉です。今回それを国立がん研究センターの定義も使って、今回しっかりと書き込んだ。前の加速化プランで書き込んで、今回、前面に出したという経緯があります。支持療法

という言葉は、はっきり申し上げれば、患者さんのための言葉です。ですので、後は、茨城県の緩和ケア関係の先生の意見をしっかりと聞いていただくといいと思います。

●木澤委員

105 ページのこの図、私が載せた図ですが、これも今全く使われていません。緩和ケア研究会でも、この図は、もう5年以上前から使われていなくて、これを引用されるのは、とても心外です。今は、それこそっと診断時からの患者さんの悩みだとか、そういうものに焦点を置いて書かれているので。もう一つは、緩和ケアは、診断時、治療期から終末期までカバーする必要があって、この計画がすばらしいと思うのは、亡くなっていく方の焦点というのを、しっかり担保されているというのは、すごくいいなと思いますが、診断時、そして治療時の緩和ケアについて、もう少し記述をたくさんしていただけたらというふうに思いますので、そこを中心にもう少し見直していただく必要があるように私は思いました。

●山口議長

そう言われてもなかなか書けないと思いますので、若干整理をさせていただくと、診断時からの緩和ケアというのは、緩和医療学会の代表だったかな、私たちはそこはやれませんか、そういう発言があって、そうすると、結局どうなんだという話になりまして。それで、一つは、心のケアは、各診療科では難しいであろうとか。それから、一番最初、患者さんの持っている悩みのスクリーニングという、このあたりは、まさに診断当初からの緩和ケアという整理をほぼ皆さんがされておられます。ですから、心のケア、それから当然、そこで身体的な苦痛とかそういうものがあれば、その場でスクリーニングして、それを診療科へつなぐ。ただし、そのスクリーニングは、例えば私どもで言うと、初診患者が毎日六十名おりますので、その全員を緩和医療科がやるはずがないですね。したがって、そこは、今看護師が全員一人一人向き合って、この患者さんはどういう悩みを持っているかということをチェックして、電子カルテに書き込んで、それで患者さんに、あなた困ったらここに来てくださいという場所までお教えして、そういう流れにしています。多分そのあたりが、緩和ケアの部分。診療が始まって、担当医の前に行って、そこから始まるさまざまにつらさ、苦しみへの対応、これは、支持療法の世界だろうなと思います。そういう分け方でよろしいのではないかなと思います。

●山田委員

本当にそのとおりで、私は、できたら最終的に、診断されたときにも、がん体験者にもつなげられる、そこでのちょっとした気持ちのすごく軽くなる部分があると思うので、診断されてから、本当に手術して、その後どうなるのだろうかという、とにかく相談なんか見ますと、不安がほとんどです。見えていない不安がいっぱいということなので、最終的にそういうチーム医療の中に、がん体験者が入れたらいいなというのを常に思っています。ぜひ、

ここの 116 ページあたりのピアサポートという言葉が出ていますので、ぜひ、ここもコラム欄みたいにして、ピアサポートとは何か、がん体験者によるそういうサポートがありますということのコラム欄なんか入れていただけたら、よりこういうものが広がるのではないかと思いますので、ご検討よろしくお願ひいたします。

●山口議長

少し反論になりますが、委員会の席でもピアサポートのあり方というのが、実は大きな問題になりました。患者会の代表の方から、うまくいっていないと。それで、どうすればいいんだらうということで、計画上は検討をしましょうというところになりました。現実問題として、キャンサーボードに入るということは、無理だと思います。あくまでも診療方針の決定で、そういうものを聞いて、患者さんが体験者といろいろ話をするということは、いいことだと思いますが、やはりがん体験者という、自分の経験に大きく依ってしまいます。したがって幅の広さとか、その辺がどうしてもサポートできないので、その辺が皆さんの悩みで、どうすればいいかという議論を踏まえて、がん対策推進協議会でも今後しっかり検討していきましようという結果になったと思います。

●山田委員

お話のとおりだと思います。私、別の東京都のほうの委託事業を受けていて、実際ピアサポーターのスキルアップというか、全部見ながら、ただ自分の体験だけではなくて、やはり勉強を重ねながら、患者としてどういうふうな先生との向き合い方とか、逆に治療方法に口を出すつもりはまるっきりないので、がん患者が告知を受けて、死ぬかもしれない恐怖を感じて、ある程度乗り越えられて、そのがんとともに生きている今、その姿を見ながら、見せながらお話しすることで、やはり先が見えない不安が少しは解消できたというお声をいただくので、その辺のもちろんピアサポートの資質の問題は、とても大きな問題なので、先生がおっしゃるとおりだと思いますけれども、それも重々承知しながら発言させていただきました。

●山口議長

私は、質が問題だと言っているわけではなくて、患者会の皆さんがそうおっしゃっている。その結果、結論はそうなったと申し上げます。

●片野田委員

茨城県のがん登録は、精度向上という意味では、かなり理想的なレベルに達成しております。精度指標の一つであるDCOが6%台になっています。その計画の中で、活用というところは、3番で掲げられていますが、来年2018年に全国がん登録の値が年末には出る予定ですと言われていまして、全国がん登録についても、128ページに言及がされています。

ぜひ、その活用のところで、国の計画では、罹患者の減少というのが、予防にフォーカスが当たって、罹患者の減少という文言も全体目標に掲げられました。予防の目的というのは、がんに関患する人を減らすというのが目的ですので、その罹患者をカウントするのががん登録の目的であると。ぜひ全国がん登録の値が出たタイミングでも構いませんので、その値を使って、その目標値なりに反映していくような方向で考えていただきたいと思います。

●水野委員

認定看護師の目標数についてですが、139頁の表を見ますと（第3章Iの表です）、19に、がんに関連する認定看護師数の目標値が示されています。認定の種類によってその目標値を変えて頂いた点は前回から改定されているのだと思います。ただ、がん医療の中で、看護がどこに重点を置いていくべきかといった視点で考えますと、外来化学療法は非常に発展が目覚ましい分野であり、（化学療法認定看護師）養成の人数等も増えていることから、放射線、乳がん、疼痛の養成目標者数が1であれば、化学療法の目標者数をもう少し増やして、この分野の看護の質を上げていくことを強調することも必要ではないかと思えます。緩和ケア領域において、専門的な緩和ケアと一般的な緩和ケアといった分類があるように、化学療法看護においても、必ずしも認定看護師を配置するというよりも、看護全体の質を上げていくことで努力していかなければならないのかもしれませんが、やはり数は重要で、もっと認定看護師の方の数を増やすことはとても必要なことだと思います。化学療法認定看護師の目標数をもっと高くして頂けないかと思えます。

●山口議長

具体的には、今、2名以上となっているのをどう変えますか。

●水野委員

できれば、がん化学療法だけを3とかしていただいたほうが。

●山口議長

全国的な応募数から言うと、現実問題としてがん化学療法、そんなに多くないですね。

●水野委員

養成人数から言うと、そうですね。

●山口議長

ですので、それが果たして、私は20人にとどめて、恐らく自助努力で一生懸命やればいいんじゃないかなと思いますけれども。ここであえて化学療法だけ3にする積極的な理由

はなさそうな気がしますね。緩和ケアをふやさなきゃいけないだろうし、そういう意味では。

それで、この認定看護師の問題、ちょっと厄介な問題が、日本看護協会で起き出している。養成校に対して、特定看護師の数が全然伸びないので、それを認定看護師教育課程に併置するような考えがあつて今、大問題になっています。ご承知かもしれませんが。その通りにすると、認定看護師教育課程が激減する可能性があります。そこで、いろいろ申し入れを行い、先延ばしにしたというところが、一、二週間前のレベルです。ですから、この基本計画に書かれた職種を国家資格並みに考えて基本計画では書いているものを、安易に基準を変えろというのはよくないだろうと思います。そもそもこの認定校の分野を変えろということも議論されているようです。だから今、余りいじらないほうがいいのではないかと私は思います。

●水野委員

そのような状況もございますが、認定看護師の養成を止めているのは、特定行為研修というものを日看協が進めたいといった事情もあつて、やむなく止めているのだと思います。ただ、もう一つ、日看協が認定看護師の種類分類を変えようとしている、つまり化学療法ですとか疼痛ですとか、そういった区切りをまとめた形にして行こうというそのような案もあるということも事実と聞いています。

●山口議長

ですので、裏事情を知ってしまうと、ここはあえて2を3にするとかというのは、ちょっとやめておいたほうがいいと思います。今は、これで落ち着いていますから。それで、この後6年の計画ですから、これ。今後組みかえとか認定校の基準が変わったときに、少し変えるかもしれないけれども、そもそも化学療法を3にしようとして書いて、このブロック、どんとなくなる可能性があります。今、化学療法はやめましょうという話がありますから。

●水野委員

分かりました。外来化学療法はもっと看護の力を注いでいかななくてはならないといった考えで少し強調したかったため申し上げました。

●山口議長

議長の意見としては、そうですが、最終的には事務局で、この後決めていかれると思います。

そのほか全般について。

それでは、時間の関係もありますので、一応ここまでで中間段階の委員の皆様の意見を大体おっしゃっていただき、大きな流れとしては、大変結構ではないかと思いますが、細部にわたって、若干ご注意いただかなければいけない点があるかなというところだと思います。

②第7次茨城県保健医療計画（がん部分）（素案）について

→ 【資料5・6】に基づき、事務局から説明を行った。

●片野田委員

資料6の3ページの喫煙率のところですが、資料3ページの第2段落の後段ですけれども、全計画の目標値男性23%以下、女性6%以下よりも高く、最後に達成できていない状況となっていますという文言があります。これは、現状認識として、正しいものだと思います。ここにあるケース、先ほど第四次計画の資料4の分厚いほうの8ページの一番上に、同じ喫煙率の計画の評価の部分があるのですが、ここで「成人の喫煙率を初め、20歳代の喫煙率及び未成年の喫煙率が男女とも減少し、順調に目標に近づいています」という部分がありますが、恐らくがん対策の経過としての目標というのは、平成28年度ですかね。目標の数値として、男性23%、女性6%以下というのを掲げられていたと思います。ですので、目標値としては、未達という評価が正しいので、この四次計画のほうの文言は、変えていただいたほうが良いと思いました。現状の認識として、国の2022年度の12%という目標も、このままいくと達成できないことがほぼ確実ですので、県としても同じような、より強い介入をしないと、目標値達成は難しいという認識を持っていただきたいと思います。

●山口議長

たばこのところで、未成年の喫煙、多分書いていないと思いますが、ありますか。今回受動喫煙も含めて、法的にいろいろと出ましたけれども、健康増進法の関係で。未成年は喫煙しちゃいけないというのは、山縣有朋第二次内閣、100年前に立派な法律があります。ですので、それをしっかり使って、未成年の喫煙を防止できれば、健康被害はかなり減るはず。だから、もし書いていないのであれば、未成年の喫煙を防止することを強調していただきたいと思います。

静岡県では、未成年がたばこを吸った補導件数が指標にしてあります。そうすると、それが1600件が1200件になったというので、成果が上がっているという評価をしています。未成年者の喫煙防止は、かなり徹底して書いて、法律違反なんだぞということですね、書いてもいいのではないかとこのように思います。

それから、全般的な話で、しつこいようですが、参療という言葉をしつこく医師会長もあいうふうにおっしゃってくださったので、一番最初にどんと書いて、アピールをされたらどうかと思います。7ページに寂しげにちょっと出てくるので、条例ですから。がんは、そういう条例のもとに動いてくるということを明記しても私はいいのではと思います。これは、多分全ての版を見ていないので、そういう書きぶりは茨城県としてはできないのであれば、単なる参考意見として言いたいと思います。

●山田委員

がんの中には書かれていなくて、多分保健衛生か何か、ほかの分野に書かれているのかなと思いますが、今、女性の喫煙率、未成年が結局車の運転している母親が、たばこをふかしながら窓を閉め切って、子供を乗せて車の中で喫煙しているというのをよく見ます。その辺の指導というか、母子健康というんですかね。その辺で、前お話したときには、その辺で話しておくというお話を聞いたので、ぜひ、その辺もどこかに網羅されているとうれしいと思います。

●吉川委員

質問ですが、私自身、疫学研究やっています、子宮頸部の前がん病変ですね。その人たちの喫煙率のデータを取ったとき、同時に調べた生涯セックスパートナーの数と同じくらいに秘密を保持したアンケートを取りました。一般には35%ぐらいの喫煙率が、そのアンケートでは50%でした。喫煙というのは、女性にとっても個人情報になっていて、自己申告でやった数字です。周りから、公務員だって恐らくアンケート取ると、喫煙していること自体、秘密にしたくなる。それだけで下がってくるという可能性もあるので、こういう喫煙率が下がっているというのは、ほかに何か担保というんですか、実際にたばこの使用量が減少しているとか、そういう根拠となるデータを伴っているのかというのが少し心配ですが、いかがでしょうか。

●片野田委員

おっしゃるとおり、本当は喫煙しているが吸っていないと答える、その誤分類というのがあります。ただ、その誤分類自体は、平山先生の研究に対するその後の検証でかなり調べられていて、吸っている人が吸っていないと答えるだけでなく、吸ってない人も吸っていると答える、両方あるというのが、科学的に明らかになっています。ただし、先生のおっしゃるとおり、子宮頸がんの患者さんに喫煙率が高いというのは、事実としてあると思います。小学校とか中学校で調べられた調査でも、先生に絶対言わないという、密封して返すというのも保証して調べられていますので、ある程度、調査は信頼性があるというふうに考えていただいてもいいと思います。頸がんとの関連で言えば、子宮頸がんも喫煙によってリスクが上がることは確実とされている疾患ですので、頸がんの予防の一つとして、たばこ対策をしっかりするという方向性は、おっしゃっているとおりあると思います。

●吉川委員

先ほどの疫学調査では、妊娠回数も過少申告されていました。平均1回少なく申告されていました。喫煙率は15%違いがありました。喫煙率が下がっているというのであれば、たばこの使用量とか販売量とかが下がっていることを押さえておかないと。自己申告の数字だけでは、信頼性が低いでしょう。

●片野田委員

本数自体は、たばこをつくっている日本たばこ産業が公表している資料がありまして、それは順調に減っており、日本人全体としては、使用量は減っているというのは確かです。

●飯田委員

ここ2年ほど、がん教育が実施され、私どもの患者会では、中学生、高校生を対象に体験談を話しています。喫煙防止にも力を入れて話しております。

対象とする学年は学校によっていろいろですが、中学1年生、それから3年生です。今年度からは、ちょっと喫煙とは離れますが、小学生対象に、小学生の高学年を対象に体験談を話させていただいております。小学生ですので、がんについてというのではなくて、命の大切さ家族の絆というようなことに力を入れて話しているところでございます。

それから、私も体験談を話していてわかりましたが、両親、家の方が喫煙をしている家庭が非常に多いということを感じております。ですから、子供たちが将来、簡単にたばこに手を出すような状況にあるのかなと思いました。ここを何とか子供のうちから喫煙しないということをもっともっと力を入れてお話ししていかなければならないと思いました。

●山口議長

私は、ずっとたばこ問題には、いろんな形で関与してきましたんですが、小学生のときに防煙対策を行わないと効果が出ないというデータになっておりますね。ですので、静岡県では、県内の小学校5年生全員に下敷きを配りました。防煙下敷きというのを。下敷きにした理由は、ごみ箱に行かないこと。それから、持って帰って、親に、お父さん吸っちゃだめよというための資料という形で、そういう活動もやっています。やはり子供のときに吸わせないというのが、絶対必須だと思います。

●山口議長

そのほか、最後に一言いかがでしょうか。

それでは、ちょうど時間ですので、事務局にお返しいたします。

●事務局（保健予防課）

長時間にわたり、ご協議いただきましてありがとうございました。本日、委員の皆様からいただきましたご意見を踏まえまして、本県のがん対策の推進について、検討させていただきたいと存じます。