

平成 29 年度第 3 回健康づくり審議会対がん戦略部会 会議録

1 会議の日時及び場所

- (1) 日 時 平成 30 年 2 月 9 日 (金) 15 時 30 分から 17 時 00 分まで
(2) 場 所 神戸市中央区下山手通 6-3-28
兵庫中央労働センター視聴覚室

- 2 出席委員の氏名 去來川 節子 笠井 秀一 河原 紫
(敬称略) 澤田 隆 杉村 和朗 関本 雅子
太城 力良 中野 孝司 中野 則子
廣田 省三 丸山 英二 吉村 雅裕
計 12 名

3 協議

- ・「兵庫県がん対策推進計画」の取組状況について
- ・「兵庫県がん対策推進計画」の改定について

4 報告及び協議の要旨

- 開 会
- 挨拶 〈山本健康福祉部長〉

事務局：本日は、委員 20 名のうち 12 名の方のご出席をいただいておりますので、「健康づくり審議会規則第 6 条第 2 項」に規定いたします会議の成立要件を満たしておりますことをご報告申し上げます。

〈委員、事務局の紹介及び資料確認については省略〉

それでは、これからの議事進行につきましては、部会長よろしくお願ひします。

部会長：みなさん、こんにちは。ただ今から議事に入りたいと思いますが、本日は傍聴の方おられますか。

事務局：はい。

部会長：本会議は公開となっており、公開にあたりましては、健康づくり審議会傍聴要領により実施しますので傍聴される方は「傍聴に当たって守るべき事項」を遵守し、会議進行にご協力頂くようお願いいたします。

それでは、まず報告事項の説明を事務局からお願いします。

〈事務局より、資料 1～3 を説明〉

部会長：ただいまの説明に対し、ご質問などはありますか。

〈意見等なし〉

部会長：続いて、協議事項の説明を事務局からお願いします。

〈事務局より、資料4～8を説明〉

部会長：ただ今の説明に対してご質問、ご意見をいただきたいと思います。

委員：がん予防の推進の喫煙率の所で、未成年者の喫煙率2.0%とありますが、計画を見ますと中1の男子女子のデータもあがっています。資料4の2.0%は高3男子のみの数字という理解でよろしいですか。未成年が高3男子に特化された理由は何かありますか。

事務局：一番未成年の中でも喫煙率が高いであろう年代ということで、あげさせていただいています。ただ直近に実施した調査では、高3女子が3.1%と男子より喫煙率が高かったという結果が出ましたので、そういう意味では女子も入れておいた方がよかったと思っています。なお、中1、中3は教育が大分浸透してきたのか、喫煙率がほぼゼロになっています。

部会長：早期発見の所で、がん検診受診率がなかなか上がらないのですが、どういことが原因か推察はしておられますか。

事務局：患者調査等を行うとお金がかかるという意見、何も悪い所がないので受けないという意見、それから見つかる怖いという意見もありました。そういう意味では、がんに対する正しい理解の周知不足といえますか、がんというのは、早く見つけて早く治療すれば予後も良いということがまだ十分でなかったり、検診制度の助成制度であったり、色んな費用のバックアップであったり、休暇をとれる制度であったり、企業もがんばって来ている制度を十分に活用できていないというのも1つあるかもしれませんので、今後はそれらの啓発を進めていきたいと思っています。

委員：疾病対策課で作成しホームページに公表されている兵庫県がん統計に、発見経緯や進行度が分かるデータがあります。それによると、検診、これは症状が出る前の方が対象ですが、その検診発見ではやはり早期が多い、そして症状が出てからの発見では進行がんが多いと報告されています。がんは症状の出る前の発見が大事、をもっと具体的な数字でアピールしてもいいのではないかと思います。

委員：あまり患者側としてがん検診に関する情報は直接入ってくるわけではありません。以前普及員養成講座の講師依頼があり協力したことがありましたが、その人たちが実際にどのように普及活動をしているのか見えてきませんでした。もう一つ思うのが、重点市町に上げられ、普

及促進に力を入れて実施したところが本当に実施後改善しているのかどうかのフォローもできているのかなと思ったりします。私たちも何かお手伝いできることがないのかなと思うのですが、ここ3、4年はあまり市町からのお声かけはなくなっています。

委員：個別のがんの中で、口腔がんを見てもみますと日本の死亡率は46.1%と子宮がんや大腸がんより上回っており、悪性リンパ種あるいは食道がんと同等程度の死亡率になっています。全体の発生率は少ないですが、診療所に来られ、早期発見できる場合はよいのですが、来られない場合を懸念しています。特に口腔がんに関する認知度が非常に低いということで、我々としても啓発活動を行っていますが、ぜひ口腔がん対策への普及啓発活動を入れていただきたいと思っています。

部会長：神戸市が実施し始めようという事も聞いておりますが、それを全県で広めていただければということでしょうか。

委員：がん検診は難しい所もあり、専門医が最終的に責任を持つということになりますので、まずは全体のスキルアップをしながら、一般の診療所でもできるような方法を目指してはいますが、なかなかそれは慎重に考えなければいけないものがありますので、神戸市の動きも注目しております。

部会長：先ほどの報告事項の予算の所で2億減っているのであれば、少くく普及啓発にお金を回してくれればよいのにとおもいますね。HPは県民はあまり見ないですしね。

委員：一度アメリカだったと思うのですが、テレビを見ているとCMでバンと検診を受けましょうみたいなものが流れるのですよね。政府広告機構が骨髓バンクの事とか定期的に流していますけれど、お金がかかるかもしれませんが、あのような形で流すのも1つかなと思います。新聞は若い世代は本当に読まなくなっていますが、テレビは結構見ているかなという感じはありますので、それも1つかなと思います。

部会長：ネットニュースもいいかもしれませんがね。アメリカでは乳がんのキャンペーンもものすごくやっていますね。県民が情報を取りに行くのではなく、県民の方に発信していただくということでもよろしくお願ひしたいと思います。

事務局：委員がおっしゃいましたように、時代とともにメディアが変わってきていますので、紙媒体というのは、なかなか古いのかもしれませんが。ソーシャルネットワークを利用したり、マスコミの活用の仕方も考えたいと思います。

委員：医療連携の推進の所で、専門医の部分は、放射線治療専門医が13から

11 病院に減っていることが、全体として 13 から 12 病院に減っている要因ということですね。放射線治療医がなかなかおらず、取り合いが起こっていて充足しないという現状があるのだと思います。

委員：目標として、拠点病院における専門性の高い医師、看護師等の配置状況の公表を入れていただけていますが、それと同時に、それぞれの拠点病院でもやっておられると思うのですが、専門外来など具体的にやっておられるものをそれぞれで公表していただくように進めていただけたらと思います。

部会長：がんの中でも看護師の方が色んな専門分野で認定をされていますが、その差やどういものがあるかをもう少し一般の方にもわかりやすい形にはできないのでしょうか。

委員：その PR もあるのですが、認定看護師をどういう形でそれぞれの医療機関で活用していただいているのか、そういうことがより具体的にわかるという意味では医療機関ごとに、専門看護師がどこで関わっているのか具体的なことをぜひ配置状況の所にプラスして入れていただけたらと思います。

部会長：がんの認定看護師の方ががん以外の所で勤務しておられる所を見ますので、そういう所を病院に指導もしていただいて、公表も併せてお願いしたいと思います。

委員：看護協会の認定看護師も取得するのがなかなか大変で、しばらく病院を休んで勉強しに行かないといけません。一方で、学会認定の認定看護師も結構たくさんあり、そこもレベルが結構高く一生懸命やっておられますが、看護協会とは全然違うので、院内でなかなか評価されないという状況も聞きます。

委員：それぞれ学会を開催される時にもっと看護師に参加してほしいという要請を学会から受けておまして、学会をされる時の後援を看護協会名義で行う働き掛けをし、できるだけたくさんの方が参加をし、看護管理者にアピールをしていただけてより専門性を発揮できる所で活躍していただけるよう現在取組みを行っているところです。

委員：医療体制の充実に関係し、国指定の拠点病院には、口腔外科が 14 病院中 13 病院設置されていますが、県指定の拠点病院は現在 9 病院中 3 病院しか整備されていません。医療体制の充実ということからいうと、もう少し整備の必要があるようにも思います。

委員：目標としてキャンサーボードの開催回数がかかれていますが、国指定の拠点病院それぞれがどのくらい実施しているのかということや全患者が対象になっているか、患者の何%くらいが実施されているかとい

った方が評価しやすいかと思えます。

先日先端医療を実施しておられる先生に話を伺った際に全症例をキャンサーボードにかけるとおっしゃっていましたので、それであれば100%ということになるわけですが、あまり回数で評価するというは意味がないのではと思ったわけです。

事務局：恐らく先進医療を実施している所は全対象を行うと思うのですが、重症度によっても異なり、また多くの症例を持っている医療機関は、比較的定型的な手術もたくさん実施していますので、恐らくそういうところが全部実施しているかというところ、クオリティが違いますので、委員が言われるように回数だけではないのですが、評価がちょっと難しいかもしれません。

委員：いつも言わせていただく所ですが、がん性疼痛緩和指導管理料届出医療機関があまり増えていない現状があります。これは在宅の先生方が緩和ケア研修を受けていただけていないと受け取れないと思えますので、これは私たちがもう少し努力したいと思っておりますが、医師会を通して、在宅の先生方に声をかけて研修を受けていただくよう、ぜひ勧めていただければと思います。そして新指針が出てe-learningも入ってき、拘束される時間が少なくなると思えますので、私もがんばりますが、県も受けていただくよう勧めていただければと思います。

委員：緩和ケアについては市町単位ではなかなか十分に理解普及が進んでいないと思えますので、住民への理解普及を予防と同じようなスタンスで進めていただきたいと思います。

委員：最近がんでリハビリを進める方向で来ていると思うのですが、ここであまり触れていない気がします。両立支援か在宅かどこに入れてよいかわからないのですが、症的に実施するようになってきていますので、どこかに入れたらよいのではと思いました。

委員：今のリハビリの話で、在宅の終末期に近い状況のがんの患者さんも、介護保険枠でのリハビリがすごい入ってきており、STの方も大活躍で頭頸部がんで家で過ごしておられる方も、嚥下の指導や発声の指導をずっと続けて実施しており、人生最終段階のケアの中で、唯一患者さんが希望が持てるのがリハビリだと思っております。明日は今日よりリハビリをすることでちょっとよくなるというようなことでも、とても希望につながってみなさん喜んでおられますので、在宅の所でもリハビリということがかなり大きなウエイトを占めるということを入れいただければと思います。

- 委員：食、栄養も関連しますけれども、生活の質ですよ。生きる力は口から入りますので、リハビリは口腔外科でも十分に対応しておりますが、口腔機能の回復に向けリハビリの中にそういう部分もとり上げていただいたらよいかと思います。
- 部会長：食に関して栄養というのは、非常にかんの場合重視されているところですので、こういった所も視点として入れていただいた方がいいかもしれないですね。
- 委員：4月から診療報酬改定で、在宅でも栄養サポートチーム等との連携が評価されるという話もありますので、少し増えてくるのかなという気もします。これからは在宅が中心になってきますので、緩和ケアもそうですが、情報がいかに伝わるかということが大事だと思います。同じ県民でありながら、若年者の在宅ターミナル支援も21市町しか整備されていないということは、それ以外の市町に住んでいる方たちは恩恵を受けられないということですので、医療の均てん化に向けてもう少し考えていただきたいと思います。
- 事務局：次期計画のがん患者の療養生活の質の維持向上の節の中で、リハビリや栄養管理といった診療報酬として担保されているものについて、記載を検討したいと思います。
- 委員：在宅医療・介護サービスの充実の所で、平成28年がん患者の在宅看取り率の施設が3.1%と、やっと3%を超したとうれしくこの結果を見ました。ただ、今も施設に入っているがん患者さんがいるのですが、やはり夜間のレスキュー、医療用麻薬が使えない状況にあると聞きます。施設管理者の方が金庫にしまい、患者さんのために持ってもらっているのに使えないという現状がありますので、ここは厚労省が自宅と同じように取り扱うようにと文書を出しているにも関わらずというところがありますので、また機会があればぜひ行政からも施設の管理者にお声かけをしていただければと思います。
- 委員：がん患者の治療と職業生活の両立支援の所で、今後の取組み内容、方向性等書かれていますが、なかなかマッチングがタイムリーにいかないケースがあるかと思うのですが、例えば県の期限付き雇用という枠は設けられないのでしょうか。
- 事務局：なかなか何千人と来られた場合に公平性という観点から難しいかもしないのですが、また勉強させていただきたいと思います。
- 委員：今はがんセンターがモデルケース的にハローワークと連携した就職支援相談を実施されていますが、これは今後他の国指定拠点病院にも拡大されていくのでしょうか。

事務局：県としては予算的には難しいと思いますので、各病院で自己努力をお願いすることになるかと思います。

委員：緩和ケアチームは60病院でできているということですが、これがどの病院か公表してほしいと思うのですが、在宅への連携というところも拠点病院だけをうたわず、緩和ケアチームを持っている所はというように在宅につなぎ、在宅でも緩和ケアをしっかりと受けられる生活ができるように検討いただきたいです。

事務局：県の医療計画で掲載はしていると思うのですが、今後確認、整理させていただきます。

部会長：生活習慣病検診等管理指導協議会ですが、精度管理として実際に動かしていくということですが、ぜひお願いしたいと思います。

事務局：来年度はぜひ精度管理として進めていきたいと思っています。

委員：資料7の医療体制の充実で、アスベスト関連がん対策で、環境省が実施している試行調査というのは、拠点病院で実施するというのでしょうか。

事務局：市町が各医療機関に依頼して実施するものです。

委員：環境省は肺がん検診と一緒に実施する兵庫県のアスベスト検診の方式に注目しています。ただ、兵庫県での低濃度アスベストばく露には二つの事例があり、一つは尼崎市小田地区における工場周囲の異常に高い中皮腫の発生であり、もう一つは震災時の低濃度ばく露の生体影響の問題です。震災時の粉塵ばく露の生体影響は、まだ未知なものです。極めて低濃度のばく露でもホスト側の因子で発がんするのは事実です。アスベストばく露で最も早く起こるのは良性のアスベスト胸水であり、それが増加するのはばく露から20年が過ぎた頃からですが、まさに今がその時期にあたります。アスベスト発がんはばく露後もっと早い場合もありますが、40年程度ですので、アスベスト胸水の増加がなければ、今後の発がんの対策はそれほど重点的にする必要がなく、アスベスト胸水が増えているのであれば、生体影響が出ているということであり、対策を講じる必要があると考えられます。兵庫県方式は肺がん検診と一緒に実施するため、震災時に子どもであった方は年齢に達するまで検診を待たなければいけないことや、X線では見えない肺がんがある等の問題があります。難しい面がありますが、サーベイランスの実施は真摯にこれに取り組むということで環境省の試行調査等でこれを具体化できないかと考えています。

事務局：アスベスト検診は、利益、コスト、確率含めまだまだ今後の検討課題が多いと思っています。新しい計画としてどう掲載するかは少し検討

させていただきたいと思います。

部会長：たくさんご意見いただいたのですが、時間がまいりましたので以上をもちまして本日の部会を終了したいと思います。委員の皆様には長時間熱心にご協議いただき、ありがとうございました。それでは事務局の方にお返ししたいと思います。