

平成29年度第2回福岡県がん対策推進協議会議事録

日時 平成29年11月21日（火）

14:00～15:00

場所 福岡県庁北棟10階 特9会議室

※議事録の文章は、実際の発言の趣旨を損なわない程度に、読みやすく整理したものです。

（司会）

それでは定刻になりましたので、平成29年度第2回福岡県がん対策推進協議会を開催させていただきます。

委員の皆様方におかれましては、大変お忙しい中、お集まりいただきまして誠にありがとうございます。

私は、本日の司会進行を務めます、がん感染症疾病対策課課長技術補佐の唐木でございます。

どうぞ、よろしく願いいたします。

それでは開催に当たりまして、がん感染症疾病対策課課長の福田から一言ご挨拶を申し上げます。

（がん感染症疾病対策課長）

がん感染症疾病対策課長の福田でございます。どうぞよろしく願いいたします。

本日は、お忙しい中、がん対策推進協議会にご出席いただきまして、誠にありがとうございます。

また、委員の皆様方には、日頃より本県のがん対策の推進にご理解・ご協力をいただきまして、心よりお礼を申し上げます。

国におきましては、この10月24日に、第3期の「がん対策推進基本計画」が閣議決定されたところであります。この基本計画では、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」を目標といたしまして、分野別施策では、がん予防、がん医療の充実、がんとの共生、これらを支える基盤の整備のことが記載されています。

このことを踏まえまして、本県の「福岡県がん対策推進計画（案）」を提示させていただいております。

本日は、限られた時間ではございますが、どうぞ、忌憚のないご意見をいただきたいと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

（司会）

本日は、古賀委員、西原委員、松永委員におかれましては、所用により御欠席とのご連絡をいただいております。また、田口委員の代理として九州大学病院総合周産期母子医療センター 准教授の木下様、竹之下委員の代理として、厚生労働省福岡労働局職業安定部職業対策課 課長補佐の岡様に、それぞれご出席をいただいております。

併せて、本日の協議会は6名の方が傍聴されますことをお知らせいたします。

では、議題の審議にあたりまして、お手元の資料の確認をさせていただきます。

[配布資料の確認]

それでは、これからの議事進行につきましては、松田会長にお願いしたいと思います。
どうぞよろしく願いいたします。

(松田会長)

皆さんこんにちは。それでは次第に沿って初めさせていただきます。本日の協議会は1時間半程度を予定しておりますので、よろしく願いいたします。

まず、初めに「福岡県がん対策推進計画の見直しについて」、事務局から説明をお願いします。

[事務局説明]

(松田会長)

第3期の「福岡県がん対策推進計画」の素案について説明がありました。
なにかご質問ご意見ございませんでしょうか。

(田村委員)

概要の1ページ目にでてきますが、「科学的根拠に基づく」とわざわざ書かれた理由はあるのでしょうか。今まで、科学的根拠に基づかない対策をしていたことになりませんが。言葉の取りようで問題があり、わざわざここに付けた理由を教えてください。

むしろ科学的根拠に基づくというのは、対策の方で、例えば「緩和ケア」という定義が非常にあいまいですけど、科学的根拠に基づく緩和ケアという、そちらの方にもっていった方がいいです。そうでないと、目標設定してレベルを上げると書いてありますけど、どうやって上げるのか分からないです。

まず、県として緩和ケアをどういうふう考えているのかが一つと、予防とがん検診のところに「科学的根拠に基づく」と書かれた理由を教えてください。

(事務局)

検診につきましては、現在、健康増進事業で市町村が行っているがん検診のうち、国が科学的根拠があると指針で示しているメニューと違うメニューをされているところもございません。そういった観点から記載しています。

(田村委員)

標準的なきちんとした検診をなさйтеということですね。
科学的根拠に基づくという事業は非常に違和感を感じます。

(事務局)

科学的根拠に基づくがん検診という表現は、国がんが使っている表現です。対策型検診、市町村で行っている検診ですが、その検診をして、そのがんを見つけることにより、そのがんによる死亡を減少することが証明された検診ということです。科学的根拠に基づくがん検

診という表現を国がんの方がしており、それをそのままもってきている形にしております。

(田村委員)

目標ですが、最終的には検診によって、死亡率が下がるということ、そういう検診を進めますという、そういうことですね。

(事務局)

そういう意味です。

(松田会長)

科学的根拠はよろしいでしょうか。

(田村委員)

違和感ありますけど。

(藤委員)

よろしいでしょうか。今、国がんと言われましたけど、厚労省になりますね。今の「科学的根拠」は、少し違和感はありますが、検診と書いてあるのは、「がん対策推進基本計画」で書いてあります。

(松田会長)

ありがとうございます。
他にございませんでしょうか。

(津田委員)

田村委員か藤委員にお尋ねしたいのですが、これに該当しない検診とはどのようなものがあるのでしょうか。具体的にあげていただければと思います。

(田村委員)

はっきりいいますと、肺がんの検診は死亡率が下がらないでしょうね。

(藤委員)

厚労省で認めている検診は、胃がん・大腸がん・肺がん・子宮がん・乳がんになります。前立腺がんも実施されていますけど、厚労省はまだ認めていません。公的に認めているのは、今の5つになります。

(田村委員)

だけど肺がんはどうでしょうか。

(藤委員)

肺がんも「本当にまだエビデンスがない」というエビデンスもありますが、今、厚労省としては5つを推奨していることになります。

(松田会長)

他にご意見ご質問はございませんでしょうか。

(藤委員)

よろしいでしょうか。33ページです。「社会連携に基づくがん対策」のところで、国の計画と見比べてみました。①の拠点病院等と地域との連携の中で、現状と課題があります。二つ目の○で、「拠点病院等と在宅医療を提供する医療機関、薬局、訪問看護ステーション等との連携体制が構築されています。」とありますが、国は「構築されていない」と書いてあります。一部は福岡県でもやっていますが、「十分ではない」と書いていただかないと、やめてしまうようなイメージがあります。ここまで明言しない方がよいかと思います。十分ではないことは確かだと思いますので、そういう書き方にさせていただいた方が、今後につながっていくかと思います。

それと②ですけど、国はタイトルが「在宅緩和ケア」となっています。全体にわたって、医療との連携、介護との連携というものは当然必要で、いろんなところで書いてありますが、これを「在宅医療」の項目で地域包括ケアで何かしようとして書いてあります。要するに「在宅緩和ケア」を外した意図は何かあるのでしょうか。

(田村委員)

今後の取組の一番下には、在宅緩和ケアに対応できると書いてありますが。

(松田会長)

事務局は今の質問に対し、何かありますでしょうか。

(事務局)

在宅緩和ケアを在宅医療としましたのは、医療計画というものがあまして、そちらに在宅医療という項目があります。医療計画の方では、在宅緩和ケアも含めた大きい意味合いで在宅医療と言っています。がんに特化した形ではないですが、在宅緩和ケアのニュアンスも含めていますので、医療計画との整合性も考慮した形で記載しております。

(藤委員)

わかりました。しかし、「在宅緩和ケアに対応できる人材育成を図ります」と書いていますが、国の基本計画の中で一番問題になっているのは、急変時の対応が十分できていないと書いてあります。患者さんの急変時に受け入れ先がないことが問題となっているので、そういうところを地域包括ケアシステムで充実させる中、これはがんの計画ですので書いてはいけないことはないと思います。少なくともポイントになっているところだけは強調する必要があると思います。

(松田会長)

33ページの①の○2「拠点病院等と、(省略)連携体制が構築されています。」と書き込んでありますが、これは皆さまいかがでしょうか。事務局の方からいかがでしょうか。

(事務局)

在宅医療を管轄している担当課と協議をしましたところ、医療機関・薬局・訪問看護ステーション等とは構築されていきましたので、このような記載にしました。しかし、がん診療連携拠点病院までは、十分構築されていませんので、検討させていただき、表現を修正した上で、がん診療連携拠点病院、地域の医療機関とも連携構築が図れるよう進めて参りたいと思っています。

(前原委員)

「構築します」ではいけないのでしょうか。厚労省の考え方として、既にされているものは、重点項目としてあげなくてよいとされているので、この文言では完結しています。重点項目としてあげるからには、これからするという文章のニュアンスにしていけないと思います。

(松田会長)

では、「連携体制を構築します」という文言に変更するというところでよろしいでしょうか。

(事務局)

「現状と課題」の項目では「一部構築されていない」とさせていただいて、「今後の取組」若しくは「個別目標」のところは「構築します」という形に変更させていただきたいと思います。

(松田会長)

それでよろしいでしょうか。

(藤委員)

はい。

(松田会長)

次に②の「在宅医療」在宅緩和ケアも含まれているようですが、これをどのように考えるかというご意見です。

事務局は、医療計画との整合性を図るため、「在宅医療」という文言にしたということですが、これについていかがでしょうか。

(田村委員)

これはがんに限らないということで理解してよろしいでしょうか。

この場合の緩和ケアというのは、定義上どうなっているのでしょうか。何をもちいて緩和ケアをするのでしょうか。緩和ケアの中身は、どのような想定をされているのでしょうか。

(事務局)

在宅医療の部分でしょうか。

(田村委員)

そうです。わざわざ緩和ケアと書いてあるので、在宅医療は在宅緩和ケアをしていないということが前提となって話が進んでいるのか。緩和ケアという定義に基づくものなのか、安易に緩和ケアと使われていますが、どういう意味をもって使われているかということです。さっきの質問に関わらずですが、定義をしっかりとしないと何をいっているのか分からない。

(事務局)

言葉の定義は詰めさせていただきたいと思います。

(田村委員)

これは、この間、厚労省の人に聞いたのですが、答えなかったです。はっきりと。

緩和ケアというのは、レベル1 レベル2 レベル3とあります。ピースプロジェクトでされているのが、レベル1のレベルです。コミュニケーションスキルとか、いろんな訴え痛みとかに対応できるというのがレベル1ですが、これは今でのやっているのではないのでしょうか。その上を目指すとなるとレベル2になり、専門家になります。そのあたりをはっきりしないのに、向上を目指すというのでは、目標の設定できないと思います。

(松田会長)

このことについては、事務局からは難しいでしょうから、在宅医療とそれから緩和ケア、どういう取扱いにするのかということですね。在宅医療の中に在宅緩和ケアが入っているという事務局の考え方、それでは少し緩和ケア自体がぼやけてしまうのではないかというご意見もありますが、これについてはいかがでしょうか。

(前原委員)

藤委員、国の計画では緩和ケアはどのように入っているのでしょうか。

(藤委員)

国計画の「在宅医療」の部分のタイトルは「在宅緩和ケアについて」。緩和ケアについてはがんの計画ですので、がんのことを書いているのですが、先ほども言いましたように、急変したときの問題とか、医療ニーズの高い要介護者の受け入れ態勢が十分でないということが国の現状で、こういうことを在宅緩和ケアにおける医療と介護の連携について求めていく必要があるという記載になっています。がんだけではなくと大きく被さることは当然ですけど、がんの計画ということに特化して考えると、そういうことも含めて書いた方が、ぼんやりとしないで逆に計画らしくなるのではないかというのが私の感想です。

(前原委員)

タイトルは、他の計画との整合性を合わせるために「在宅医療」になったとのことですが、「現状と課題」「今後の取組」に今議論されていることをしっかり、文章にされ、緩和ケアという言葉も含めて、目立つような形で入れて頂いた方がよいかと思います。

(事務局)

わかりました。

(前原委員)

県独自としての考え方として「在宅医療」はいいと思いますが、意味するところをしっかりと文章に書きこまないといけないのではないかと思います。

(津田委員)

基本的なところを確認させていただきたいのですが、県の医療計画がありますね。1番にがんがあります、それから5疾患5事業がありまして、その後、5事業の中に在宅もあります。私の理解では、最初のがんの部分にしっかり書き込んだ方がよいという意味合いですね。

(松田会長)

「がん対策推進計画」に書き込んだ方がよいということです。

(津田委員)

先ほど、藤委員がおっしゃっていた部分と関係があるのですが。例えば、県の医師会で議論するときに、小児医療と救急医療の問題があります。これはがんのことですから緩和ケアを書き込んでいただきたいということで、みなさんのご意見として理解してよろしいでしょうか。

(松田会長)

はい。

それでは、「在宅医療」はこのままでいいと思いますが、今後の取組の中にきちんと「在宅緩和ケア」と「急変時の対応」も入れた方がよいかというご意見です。

(事務局)

ありがとうございました。表題は、「在宅医療」と書かせていただきますけれど、中身については、がんに特化した形で少し書かせていただきたいと思います。

(田村委員)

緩和ケアとも関係あるのですが、がんのリハビリについて。4ページのところに(3)でがんのリハビリテーションと書いてあります。医療提供体制のあり方と書いていますが、具体的にはどういうことを想定して書いてありますか。あり方を検討する。このがんのリハビリで一番の問題になっているのは、入院中のリハビリではなく、外来のリハビリです。最近手術してもすぐ帰られますから、むしろ問題になるのは帰ってからのリハビリが重要です。それについては、保険診療が認められていない。にもかかわらず、医療提供体制のあり方を検討するとなると、そこは多分中心となるので、そのあたりの検討を十分しないと検討で終わってしまいます。診療報酬の加点がつかないと各医療機関は手が回せないことになります。これは緩和医療とも関係ありますし、緩和ケアよりも一つ上のものです。体力を維持して、社会復帰に向けてということですから。

(松田会長)

事務局どうぞ。

(事務局)

今、ご指摘がありましたけれども、国の計画の中で国が検討すると書いてあり、その前段として、外来と地域の医療機関とのリハビリテーションを、国においてどのようにしていくかを含めて検討すると書いておりますので、そういった点で書いております。

(津田委員)

田村委員が今おっしゃったとおりで、私は国保の関係をしておりまして、実はがんのリハビリというのはお金の面で点数がついているのですが、実態はまったく機能していません。がんの急性期のところでがんの治療をいろいろやりますけれど、急性期での治療の先が大事だと思います。そこを算定できるものはなにもありません。そこをどうするかということをして是非、行政の方からも厚労省の方に言っていただきたいと思います。よろしくをお願いします。

(本田委員)

国の基本計画に比べると、福岡県の計画はずいぶん優しいというか、手を抜いているというか、もう少し国の基本計画はしっかり書き込んであって、例えば私が担当しているがんの

治療に関して、放射線治療で言えば、人材育成だけではなく、啓発活動であるとか、あるいは体制の整備、これはハードを含めた体制の整備、粒子線とか緩和医療とか、しっかり書き込んであるのに、全部無視して人を育てるとリンク機関に丸投げ状態なので、もう少し、しっかり基本計画を読み込まれて、きちんと福岡県としての対策をお作りになられたらいかがかなと思います。

(松田会長)

厳しい意見が出されましたが、いかがでしょうか。

(田村委員)

ちょっとよろしいでしょうか。

一次予防のところ、喫煙率ですが、県としてももう少し厳しいパーセンテージを出されたいかがかと思いますが。

国より厳しいものが無理だとしても、例えば飲食店とかいったところに条例でなんとかできることがあると思いますが。

福岡ががんの死亡率が高いのはもちろん、肝炎のことがあるかとは思いますが、喫煙率も関係しているわけです。ここはもう少し根性入れた方が、私はいいかと思っています。もう少しパーセンテージを下げるなり、受動喫煙をとにかく下げるのが、重要だと思います。

(松田会長)

いかがでしょうか。がん治療の件、数値目標をもっと厳しくするという件ですが。

田村委員、科学的根拠を先ほどおっしゃっていましたが、肺がんと受動喫煙の科学的根拠というのは本当にあるのでしょうか。

(田村委員)

喫煙率とは関係あります。受動喫煙もあります。

(事務局)

まず1点目ですけど、国の方はいろいろと書いていますが、まだ検討するといった記述が多く、医療体制の提供の仕方についても今後検討しますと書かれております。そういったことがありまして、なかなか県だけでは書けないという状況もあります。そのため、県としてできることをこの計画に書いております。

国が検討いたしまして、ある程度考え方が出てくると思います。それを見ながら3年後に見直しがございますので、その中で反映できるところは反映していきたいと思っております。

(松田会長)

今の事務局からの回答ですが、本田委員はいかがでしょう。

(本田委員)

でしたら、福岡県も検討すると書いた方がいいのではないかと思いますけど。福岡県として意思を表明するものですから、福岡県がどうするかということをお書きいただいた方が、医療従事者としては非常に判断しやすい。

(松田会長)

みなさんのご意見はいかがでしょう。

(大島委員)

今の話もそうですが、緩和ケアは先ほどから出ていますが、がんと診断された時からの緩和ケアに関して、これは前と変わっているのかと思います。変わっていますか。

一次緩和ケアに関する緩和ケア研修会の受講者を増やすという数値目標は、当然、拠点病院では達成されてきています。今度は在宅緩和ケアも含めた在宅を診療する先生方にもという目標は分かりますが、ただ、国の計画には、いわゆる二次緩和、専門的緩和ケアの質の向上が書かれています。在宅の先生方にも緩和ケアの質の向上をもう少し目標としてあげてもいいのかと思うのですが。あまりにもあっさり書かれているという気がします。がんと診断された時からの緩和ケアに緩和ケア病棟がたくさんあるということを書いても、いわゆる終末期を書いてもどうかという感じもします。私の感想ですけれど。

(松田会長)

事務局何か意見はありますか。

(事務局)

先ほどの意見について、計画案の26ページのところですが、がん医療提供体制の今後の取組の最後で、「がん医療提供体制について、国の検討結果を踏まえ、本県においても今後のあり方について検討を進めます。」と書いておまして、先ほど申し上げさせていただきました。

(松田会長)

中ほどのところですね。「今後の取組」のがん医療提供体制の最後に書いてあります。

(木下委員)

小児がん・AYA世代のがんについて、35ページになります。「現状と課題」のところでは、治療後の長期のフォローアップを要しますと書かれていますが、これは非常に重要なところ。取組の中では、具体的にフォローアップをどうするか、体制づくりについては言及されていないので文言を入れていただければと思います。

もう一点、可能であればですが、「現状と課題」の2つ目に「成人のがんとは異なる対策が求められています。」と書いていますように、例えば、妊孕性温存の治療と言いますのは小児あるいはAYA世代にがんの治療の前に、最近、いろんな政策、補助医療等で行われている状況で、結構、都道府県で情勢が違います。現状に関して、情報を収集して提供するとか、オリジナリティがあって、県としての取組としてできることの1つではないかと思います。文言に盛り込むかどうかは別にして、検討していただければと思います。

(松田会長)

ただいまのご意見について、なにかありますでしょうか。

(松田会長)

事務局はただいまのご意見を頭に置いていただければと思います。

(平川委員)

よろしいでしょうか。木下委員が小児がんについて発言されましたので、同じページの「現状と課題」の3つ目と4つ目のところ。3つ目のところの2行目に「高校教育の段階においては、対策が遅れていることが指摘されています。」ということで、高校生などの教育に

ついでの問題が指摘されています。それに対する「今後の取組」として、たぶん下から3つ目の○の2行目に「教育面での支援を受けることができるよう、環境整備に努めます。」ということがその対策になっていると思います。国のがん対策の計画を見ますと、この部分がものすごく踏み込んだ形で取り上げられておまして、「国及び地方公共団体は、医療従事者と教育関係者との連携を強化するとともに、情報技術（ICT）を活用した高等学校段階における遠隔教育など、療養中においても適切な教育を受けることのできる環境の整備や、復学・就学支援など、療養中の生徒等に対する特別教育支援をより一層充実させる。」とかなり深く書かれております。ここが、先ほど、本田委員がおっしゃったように読み込まれてないのかという所につながるかもしれません。

それともう一つ、「現状と課題」の4つ目のところですが、小児・AYA世代の緩和ケアは問題提起されていますが、これに対する対応がなにも書かれていない。これについても、国の方はかなり突っ込んだ記述がされております。

できれば、小児がんの立場として、入れて頂くことを希望します。

（松田会長）

具体的にそういう文言を入れるということですね。

（平川委員）

できれば入れていただいたら、それを後ろ盾にして教育委員会とか教育庁の方々と話ができるかと思えます。がん対策だけではなかなか進まない問題だと思います。教育の問題としては。

（松田会長）

今後の取組の中に、○1は環境整備に努める、○3は就学・就労の提供体制の整備に取り組むとの文言だけでは足りないということですか。

（平川委員）

環境整備に努めますしか書いてありませんので、もう少し。

（松田会長）

全体に係ることだと思のですが。いろんな問題がありますので、このようにしていかないと、具体的にしてしまうときついと思います。他のいろんな方の協力がいるから、このようにして書いてないと、あまり縛りすぎると逆にきつくなると私は思います。

（事務局）

全体的な書きぶりですが、基本的には大きな方向性を示しておまして、今後、具体的な施策を打ち出していく形にしています。ここで具体的なことを書くことは難しいと思います。

（松田会長）

気持ちは十分に入っています。ここでご理解いただければと思います。

（平川委員）

国が書かれていましたので、書けるのではないかと思います。

(松田会長)

現場を知ると、なかなか書けない部分もありますし。みんな一生懸命考えていますので、ご理解いただければと思います。

(田村委員)

高齢者の話ですが。36ページのライフステージに応じたがん対策にも記載がありますし、ある意味では全部高齢者と関係をしています。在宅医療などはまさにそういうことだと思います。高齢者の定義というか、ここで書かれている高齢者というのは、がん対策で一つの大きな目標が死亡率を減らすと、それは75歳未満であり、75歳以上は省かれています。検診なども75歳以上の検診率もわからないですね。この高齢者というのは65から75歳の話をしているというふうに理解してよろしいですか。これを一つお伺いしたいです。

(事務局)

国の計画の中で、高齢者の部分につきましては75歳以上の方の標準的な治療がないことやガイドラインがないことが書かれておりますので、75歳以上も含まれると考えています。

(田村委員)

それから、高齢者の問題はがんの罹患率は60歳以上の人が82%、がんで死亡する方が65歳以上で86%、だからがんは高齢者の病気です。にもかかわらず、今までずっと対策をとってきていたということは問題です。ここで完全に書かれてなく欠落している部分は高齢者のがんを扱う専門医、専門の医療者が書かれてない。高齢者について、36ページの上に2つ書いてありますが、一言も高齢者のがんを扱う専門の医療者を育てますとは書いていません。あるいは支援しますとか。確かにがんは高齢者なのに、それを扱う専門の医療者がいない。福岡県を探してもたぶんあんまり見つからないと思います。結局、高齢者のがんを診る時に治療に適切かどうかと判断する基準がないというところが問題になっています。今までそれを放っておいた政府、われわれも悪いのですが、それを今から作ろうというわけで、なかなか時間もかかるし、普及するのも時間がかかると思います。そのための専門の医療者を少しずつでも育てていくという対策がほしいです。何か書き込んでほしいです。他のところは書いてありますが、高齢者に関してのみ記載がないので。

(松田会長)

高齢者のがんということだけに、高齢者はがんではなくとも他の疾患もたくさんあるわけですね。

(田村委員)

治療に包括的に高齢者のがんを評価して、そしてもっていくシステム、流れを理解している医療者が少ないです。それが問題だと思います。

(津田委員)

先生がおっしゃることはよくわかりますが、他の部分で年齢によってなにかを決めるということはとても厳しいと思います。

(松田会長)

なかなか決めづらいと思いますし、厳しいと思います。

(田村委員)

わざわざ高齢者と書いてあります。

(津田委員)

年齢で切って、決めてしまうと、すごく厳しい意見がでます。

(田村委員)

高齢者という定義、年齢は書かないで構わないですので、高齢者のがんを専門とする医療者の育成ということを入れてほしいです。

(津田委員)

この前も言われていましたが、さっきおっしゃった様に現実には65歳以上の方が、がんになられることが一番多いということであれば、何となく理解していただくということでしょうか。

(松田会長)

この部分についてはファジーにした方がいいかと思いますが、いかがでしょうか。

(深野委員)

そのファジーはいいと思いますが、高齢者は先ほどもおっしゃいましたように、いろんな病気をかかえていますから、高齢者を診る医療者というのがすごく必要だと思います。いろんな病気も診れる、相談でもがんのことを相談せず、いろんなことを相談されることもあります。なんでも診れるような方がほしいと思います。患者としましては。

(松田会長)

私は福岡県医師会の会長をしており、福岡県医師会では「かかりつけ医」を前から提唱しています。基本的にはそういうことだと思います。何科の医師でも、何の相談でもできるような、それだけの人間的素行と、専門的な知識、それでもわからなければ他の先生に紹介するということを目指して、ある程度形はできたと私自身は考えておりますので、いかがでしょうか。

(田村委員)

先ほどの在宅緩和ケアにつながるのところだと思うのですが、もう少しファーストレベルではなく、高いレベルの専門医というかそういう人がほしいです。

(松田会長)

かかりつけ医自体のスキルを上げないといけない、緩和ケアやリハビリテーションなど、それは十分に理解されておりますので、今から取りかかっていくことだと思ってます。ただ、先ほど、津田委員から意見がありましたように、どうしても時間的な制限もありますし、診療報酬の面もあります、経済的な面もあります。それからスタッフも増やさないといけない部分もあるかもしれない。様々な問題があります。いろんなところの、いろんな人の協力が先ほどから言っていますように必要ですから、この件に関しては医療関係者だけではなく、もっと別の人の力も必要かと思えます。

(藤委員)

われわれ拠点病院の方でも「かかりつけ医を持ちましょう」と患者さんに伝えて、かかりつけ医がいなければ先生を紹介することもしていますが、まだ不十分かもしれません。

(松田会長)

他に聞きたいことはありますか。

(藤委員)

サバイバーシップのところですが、がん患者の就労を含めた社会的な問題で、就労については、福岡県は社労士を今、派遣しています。国の計画でその他のところでは、自殺対策です。これはがんに関わらず、福岡県でもいろんな動きをされているとは思いますが、基本計画ができるときに、最後の方になって話題があがったと聞いています。がんの患者さんは自殺が多いという現状があって、その周知とかスクリーニングの体制を整えていくことが明記されましたので、これがなにか具体的なものをするかはわかりませんが、書かなければいけないのではないかと思います。34～35ページの部分です。

(松田会長)

事務局いかがでしょうか。

(事務局)

自殺につきましては、健康増進課のこころの健康づくり推進室というところがありまして、自殺対策を担当しています。今年度、国の自殺対策大綱に基づき自殺対策計画を策定することとしておりますので、調整を取りながらこの計画に記載するかどうか、今後検討させていただきたいと思います。

(松田会長)

藤委員、それでよろしいでしょうか。

(藤委員)

検討していただければと思います。

(前原委員)

26ページのがん医療提供体制の今後の取組について、考え方の基本は、がんは慢性病であって、回避的にステップステップ治療をしていくこととなりますが、先ほど、藤委員が緩和ケアのところ急変時の言葉が出てきましたが、あれはあくまでもがん患者さんの末期で、かなり悪い状態の時の変化ということだろうと思います。九州大学病院の救急救命センターで接する患者さんは、例えば消化器のがんがあって出血をしたとか、腸閉塞を起こしたとか、腫瘍により窒息したとか、がんの患者さんの病状の進行によって急変することがあり、それは末期とかではなく、適切な治療をすれば軽快する治療です。実際に、がん診療連携拠点病院ではなく、救急病院に担ぎ込まれて、そこで治療をされることも実際あるようです。がんはあくまでも、慢性的な病気ですけど、いろいろな病状の進行とともに急変するものであります。その場合に適切な治療をしないといけないというニュアンスがずっと基本計画の中で欠けています。「今後の取組」の中で、標準的な手術療法もですが、突然いろんなことが起こり得ますので、その時、適切な治療をしないといけないというニュアンスもどこかに入れていただきたいと以前からずっと思っていました。是非、そのようなところも文言を入れて頂

きたいと思います。

(松田会長)

どういう文言を入れるか、考えて、事務局に教えていただければと思いますが。

(前原委員)

救急で扱う病気であるというニュアンスの言葉を入れていただければと思います。

(松田会長)

必要なことだと思いますが、いかがでしょうか。

(事務局)

救急医療を担当しています医療指導課がございますので、協議いたしまして、どのような書きぶりがいいか検討したいと思います。

(松田会長)

他に何かありませんでしょうか。

(田村委員)

書き方もあるんですが、これからのがん医療は治療を専門とする人と支持・緩和医療をする人が一緒にやるのが理想と思います。将来の目標として、そういったものを念頭に緩和ケアセンターを充実させるというそういう文言がどこかにあったらいいと思います。

がんと診断された時からの緩和ケアに関して、緩和ケアセンターにおいて決して今、がんの治療と並べられるほど支持・緩和医療が充実しているとは思えません。そこをしっかりと充実させるというのを書いていただく。これからのがん医療を見据えた体制整備をしっかりと書き込んでくれたらと思います。少なくとも目標として。「検討する」「構築する」といった形で、がん診療連携拠点病院を中心として体制をとる方向でという。

(松田会長)

保健医療計画と地域医療構想と、あるいは地域包括ケアと、その整合性を図っていかないといけないでしょうから、大きな流れの中で、そういうことを考えていく方向でよろしいでしょうか。

(田村委員)

将来的にはそこまでいかないといけないと思います。

今、がんの治療で薬が新しく開発されると、2～3ヶ月延命します。そのような根拠で診療報酬に載ってくる。がんの治療薬がでてこなくても、きちんと緩和・支持療法をすると、2～3月は延命します。そこをきちんと充実すれば、それだけで伸びることから、がんの診療は値段が高いですので、それを各医療機関できちんとやれば、それなりの効果が得られる。それこそ科学的根拠に基づいた緩和医療になります。

(松田会長)

他になにかございませんでしょうか。

(深野委員)

最後になりますけど、がん教育のところ36ページに書いてありますが、個別目標の中にがん教育をするということが全然書いてないので、どのくらい進むのかわかりません。国は、学校教育に取り組むと書いてあるんですけども、福岡県としてどういうことをするのかというのを少し、「今後の取組」に書き込んでいただければと思います。例えば、外部講師の活用になると、外部講師の教育というところが全部抜けていると思います。教員を対象とした研修会はありますが、他の研修とかはいらないのでしょうか。そこを教育の中に組み込んでいただくと、例えば、がん体験者もレベルを合わせれば、その教育にあたることができます。仕組みみたいなことを組み込めないかと思います。

(事務局)

先ほどのご指摘ですが、37ページのところの今後の取組の3番目に書いていますが、外部講師の方にきていただいて、学校でがん教育をやっていただこうと書いておりますので、今、委員が言われたことを書いております。

(深野委員)

活用は分かりますが、その教育に携わる人の教育はないのでしょうか。例えば、先生方はレベルがいいとして、体験者がお話しするのにどういうお話をするかとか、そういう教育が必要だと私は思っています。そういう教育の場がないのかと思ひまして。この中に組み込んでいただけないのかと思ひました。

(事務局)

外部講師の中で、皆さんが勉強し合うような形でしょうか。

(田村委員)

よろしいでしょうか。

教育関係で県の方で関わっていますが、外部講師の中には患者さんが体験の話をして、一緒に考える授業をされています。体験談を話したりします。そのがんを経験をした患者さんの教育が必要でないでしょうかということですね。教育の場を設定してほしいということですね。

外部講師になる方の教育はどうでしょうか。

(松田会長)

どうでしょうか。

(藤委員)

文科省から外部講師を用いたがん教育のガイドラインが出ていますので、それ利用して教育の場を設定することはあってもいいかと思ひます。

ピアサポーター研修でも、自分の経験だけを一方的に話すのはまずいと、むしろ自分の経験を言わないで教育することが大切になってくる面もあります。教育の機会というのはガイドラインを利用して行うとかあってもいいかと思ひます。

(前原委員)

緩和研修会でも、指導する側の方はどう指導するのかという講習会があります。伝えるためにはどうしたらいいのかという。

(田村委員)

NPO なんかでやっているところと協力をして、進めるとかの話でいいと思います。

(前原委員)

ニュアンスが伝わるようなものがいいと思います。

(深野委員)

教員を対象とした研修会はあるのに、そういう人たちにはないなという気がしました。

(松田会長)

ありがとうございました。最後は検討しましょう。

時間になりましたが、最後にご意見はよろしいでしょうか。

それでは、ただいまの検討課題、さまざまな意見をいただいて、パブリックコメントをしないといけません。文言等々については、事務局と相談して、私に一任していただいてパブリックコメントを実施するというところでよろしいでしょうか。

[承認]

(松田会長)

では、これで終わります。ありがとうございました。

それでは、事務局にお返しします。

(司会)

松田会長ありがとうございました。それでは、これをもちまして、「平成29年度第2回福岡県がん対策推進協議会」を終了いたします。

次回、第3回の協議会の開催につきましては、後日、日程調整をさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

本日は、誠にありがとうございました。