

平成25年度 第1回宮城県がん対策推進協議会会議録

- 1 日時：平成25年8月8日（木）午後3時から午後5時まで
- 2 場所：宮城県庁行政庁舎 4階 庁議室
- 3 出席委員（五十音順、敬称略）

安藤ひろみ，石岡千加史，大内憲明，呉繁夫，西條茂，斎藤仁子，佐々木恵寿，渋谷大助，菅原よしえ，瀬戸裕一，中保利通，中山康子，橋本省，久道茂，細川亮一

4 会議録

司会（疾病・感染症対策室）

本日は、お忙しい中御出席いただきまして、大変ありがとうございます。

ただ今から、平成25年度第1回宮城県がん対策推進協議会を開催いたします。

この会議でございますが、情報公開条例第19条の規定に基づきまして、公開とさせていただいております。また、本協議会の議事録につきましても、後日公開とさせていただきますので御了承をお願い申し上げます。

それでは、会議の開催に当たりまして宮城県保健福祉部長の岡部より御挨拶申し上げます。

岡部保健福祉部長

保健福祉部長の岡部でございます。

委員の皆様には、お忙しいところ本日の会議に御出席いただきまして誠にありがとうございます。また、日頃から本県のがん対策の推進はもとより、保健医療福祉行政全般に渡りまして格別の御協力、御支援をいただいていることを改めて御礼申し上げたいと思います。

皆様には、本年度から第四期の宮城県がん対策推進協議会委員をお願いいたしましたところ、快くお引き受けいただき誠にありがとうございます。

皆様御承知のとおり、死因の最も多くはがんでございますが、宮城県におきましても平成23年度は、震災がございまして不慮の事故が一番多い死因でしたが、それ以外の年はがんが1位と、毎年6千人を超える方々ががんでお亡くなりになっています。がん対策につきましては、県民の方々にも大変重要な施策の一つとなっています。

宮城県としましても、県政運営の基本方針でございます「宮城県将来ビジョン」におきまして、「生涯を豊かに暮らすための健康づくり」ということを掲げております。その重要な取り組みの一つとしてがん対策に取り組んできたところでございます。今年の3月には、総合的かつ計画的な推進を図るため「第二期宮城県がん対策推進計画」を策定いたしました。この第二期計画におきましては、検診受診率の向上、がんの予防といった従来からの取り組みに加え、小児がん対策や働く世代へのがん対策ということにつきましても、重点的に取り組むべき課題としています。

委員の皆様には、この第二期計画の目標達成に向けまして、二年という任期ですが、よろしく御指導、御鞭撻を賜りますよう申し上げます。

本日は、第二期計画の概要や今年度のがん対策に係る県の取組について御説明するとともに、新たに掲げた「小児がん対策」、「働く世代へのがん対策」につきましても御審議いただきます。がん対策の推進につきまして、それぞれ皆様方の専門的な見地から忌憚のない御意見を賜りますようお願いし、開会にあたりましての御挨拶とします。本日はどうぞよろしくお願い申し上げます。

司会

部長の岡部でございますが、本日、所用により退席させていただきます。

(部長退室)

司会

それでは、お手元に配布させていただいております会議次第に従いまして進めさせていただきますが、本日は協議会委員委嘱後、初めての会議でございますのでここで委員の皆様を御紹介させていただきます。お手元の名簿を御覧ください。名簿は50音順です。

仙南地区在宅ホスピス連絡会世話人の安藤委員でございます。

東北大学病院がんセンター長の石岡委員でございます。

東北大学大学院医学系研究科長・医学部長の大内委員でございます。

東北大学大学院医学系研究科小児病態学分野教授の呉委員でございます。

宮城県立がんセンター総長の西條委員でございます。

仙台市健康福祉局健康増進課長の齋藤委員でございます。

株式会社河北新報社論説委員会副委員長の佐々木委員でございます。

公益財団法人宮城県対がん協会がん検診センター所長の渋谷委員でございます。

一般社団法人宮城県薬剤師会副会長の瀬戸委員でございます。

東北大学大学院医学系研究科外科病態学講座緩和医療学分野准教授の中保（なかほ）委員でございます。

特定非営利活動法人在宅緩和ケア支援センター”虹”代表の中山委員でございます。

社団法人宮城県医師会常任理事の橋本委員でございます。

公益財団法人宮城県対がん協会会長、東北大学名誉教授、宮城県医療顧問の久道委員でございます。

東北大学大学院歯学研究科予防歯科学分野講師の細川委員でございます。

なお、大崎市民病院院長の太田委員及びびりりんの会代表の高橋委員におかれましては、本日所用のため御欠席でございます。それから、公益社団法人宮城県看護協会、宮城大学看護学部准教授の菅原委員でございますが、到着が遅れております。

続きまして、次第の3「会長及び副会長の選任」に入ります。

がん対策推進協議会条例第3条の規定によりまして、会長及び副会長につきましては委員の互選により定めることとなっております。選任に当たりましては、疾病・感染症対策室長の小泉を仮議長として進めたいと思いますが、いかがでしょうか。

(異議無しの声)

それでは小泉室長、よろしく申し上げます。

小泉室長

小泉です、よろしくお願いいたします。

しばらくの間、仮議長を務めさせていただきます。

それでは、委員の皆様にお諮りします。宮城県がん対策推進協議会の会長及び副会長について、いか

がいたしましょうか。

(事務局一任の声)

小泉室長

それでは、事務局案を提案させていただきます。

事務局としましては、久道委員に会長を、中山委員に副会長を、それぞれ前期に引き続きお願いしたいと考えておりますので御提案させていただきます。

(異議無しの声)

小泉室長

それでは、会長を久道委員に、副会長を中山委員にお願いしたいと思います。

これで仮議長職を解かせていただいて、これからの進行につきましては、久道会長にお任せいたしますので、どうぞよろしくお願いたします。

司会

それでは、久道会長、中山副会長には席をお移りいただきしたいと思います。

(会長、副会長席を移動)

司会

ここで久道会長より御挨拶をいただきしたいと思います。よろしくお願いたします。

久道会長

ただ今、会長に選出いただきました久道でございます。

長いことこのような役をやっておりますと、マンネリ化するのが普通ですので、そうならないように気をつけたいと思います。先般、医師国保の方から「あなたはもう後期高齢者になりますから、脱退をして後期高齢者の保険へ移ってください」という通知がありました。この後期高齢者という名前は、非常に人を萎縮させるといいますか、将来が暗くなるような名称なのですね。そういう通知が来て、保険を代わってくださいということなのであまり嬉しいことではありません。この協議会とは関係ありませんけれども、そういった形で今、私の立場があるのだなと自覚しております。副会長の中山委員には、是非、お手伝いをいただいて、委員の方々にも御協力をお願いしたいと思います。

さて、今回は第二期の宮城県がん対策推進計画ができた初年度です。いろいろ重点項目、計画がありますが、その中で新たに加えられたのが、先ほど岡部部長からお話がありましたように、働く世代のがん対策、それから小児のがん対策、この二つが加わったわけです。従来、この二つは非常に不十分な対策であるということが全国的に言われておまして、特に先般の協議会でも話題になりました、職域のがん対策については精度評価がほとんどされていないという実態があります。職域のがん対策、がん検診のデータは行政がほとんど持っていない。要するに、どうなっているのかということすら把握されていないという実態があります。これは、厚生省と労働省が合併して厚労省ができたときから言われている、いわゆる縦割り行政の弊害がずっと続いておまして、情報がないままに、特に働く世代の年齢と

いうのは非常に重要な年齢層でありまして、そういう方々のがん対策が弱い状況になっている。そういうことを今回の重点項目に加えられたことを契機に、特に宮城県では、全国と比較しても「こういうことをやっているよ」ときちんと評価できるようなことで、この第二期推進計画を実あるものになりたいと考えておりますので、皆さんには是非、御協力をお願いしたいと思います。よろしく申し上げます。

中山副会長

私も久道会長と一緒にまた推進させていただきたいと思っております。

特に入院期間が短くなって、地域で暮らす人たちの状況がかなり変わってきております。がんの患者さんの、外来通院をしながら生きていけるよう仕組みができるのかというところに関しては、私自身も現場にいながら皆さんと一緒にいろいろな意見を出しながら進めていきたいと思っておりますので、今後ともどうぞよろしくをお願いしたいと思います。

久道会長

それでは、議事に入ります前にただ今、菅原委員がまいりましたので御紹介したいと思います。

公益社団法人宮城県看護協会、宮城大学看護学部准教授の菅原委員でございます。

菅原委員

遅くなって失礼いたしました。どうぞよろしく申し上げます。

久道会長

それではまず、第1番目の議題ですが、報告として「第二期宮城県がん対策推進計画」について事務局お願いいたします。

(資料1について事務局説明)

久道会長

どうもありがとうございます。既に皆さんが議論して作られた第2期の推進計画ですので、十分お解りのことだと思いますが、新しい委員の方もおられますので何か事務局の説明について御質問、御意見はございますでしょうか。

よろしいですか。それではこの報告は終わりにしまして、2番目の「平成25年度のがん対策に係る取り組みについて」これも事務局から申し上げます。

(資料2について事務局説明)

久道会長

どうもありがとうございます。今の事務局の説明で、何か御質問、御意見はございませんでしょうか。先ほどの第2期がん対策推進計画に基づいて県が行う計画としている平成25年度のいろいろな事業です。予算の裏付けがある事業もありますが、そういったことの概略の説明をしていただきました。何かございませんか。

佐々木委員

初めてなので教えていただきたいのですが、がん検診受診等促進・管理事業の中に「企業連携受診促進」、 「県内 12 企業と連携」とあるのですが、具体的にどのような内容なのかというのと、それから一番最後のがん登録事業の「住基ネット一括照合システムの導入」とありますが、これはどのようなシステムなのか、その辺のところについて説明をお願いしたいと思います。

久道会長

はい、2点質問がありましたので事務局からお答え願います。

事務局

まず一つ目のがん検診受診等促進・管理事業でございますが、こちらの事業につきましては昨年度、関係の企業様と協定を結びまして開始しているところでございます。

佐々木委員

受診の促進とあるのですが、受診の促進というのは企業に対してどのような働きかけをしているのでしょうか。

事務局

保険会社や銀行等の企業と連携しておりまして、保険会社の場合ですと保険で各企業をまわったりしたときに検診の重要性を普及啓発していただく。銀行におきましては、窓口で普及啓発用のポケットティッシュを配布していただくなどして、がん検診の重要性について啓発していただくという、そのような事業でございます。他にはみやぎ生協、アイリスオーヤマといった企業において、企業内のがん検診の重要性について啓発したり啓発グッズを配布したりということで協力いただいております。

住基ネットの御質問についてですが、現在、がん登録事業におきまして、登録された方が生存されているかそうでないかということにつきましては、一部を抽出して、住民票を市町村に請求して逐一調査しておったところでございますが、住基ネットを使うことにより、本県における生存状況においては一括で照会できるというシステムを開発中でございまして、今年度の運用開始予定でございます。これにより数万件のデータを 30 分程度で照会することができることから、がん登録の制度が格段に向上することが期待されます。

佐々木委員

ありがとうございました。

久道会長

他にございませんか。

中山副会長

がん患者・家族地域支援推進事業についてですけれども、予算についてはそれほど大きくありませんが、私も実際にこれまで係らせていただきまして、宮城県が各医療圏ごとの保健所に担当の保健師さんをつけて、地域のがんの療養体制、特に病院から在宅に帰ったとき、あるいは外来化学療法を受けている患者さんたちの支援体制を地域でどうするかということで、保健所事業ということで書いていただ

いているのですが、私はずっと困っていることがあります。仙台市が政令指定都市になっているために宮城県の施策として仙台市に降りて行きにくい構造になってしまっているのです、仙台市の保健センターとどのような話をしていけばこれが進むのかというところで困っているのが現場にいる者の声です。県の計画の中でこの部分において仙台市も何か出していただかないと、年間 6400 人もの方ががんで亡くなる中で、仙台市はその中の約 4000 人の方が死亡されている状況で、実際現場でも様々な課題が出ていますので、この県の計画の中に仙台市としての取り組みも強化して掲げていただけるように御配慮いただけるといいと思います。

斎藤委員

具体的に地域支援の事業に関して仙台市として何か取り組みをしているかというお問い合わせに関しましては、特段がん患者さんのための事業というのはあげてはしません。ですが、各区の保健福祉センターと区役所の総合支所に保健福祉、健康面での支援をする部署がございますけれども、こちらの健康相談や在宅療養の相談の窓口等において、保健所と福祉事務所という形になっておりますので、何らかの形で個別の御相談を受けていることはあると思いますが、がんの患者さんに特化した形での取り組みというのは、検討課題だと感じているところです。

久道会長

どうぞよろしく申し上げます。それでは他に何か質問はございませんか。

安藤委員

今更ながらで恐縮なのですが、がん登録事業についてお尋ねしたいのですけれども、実際に在宅で患者さんを受け取って亡くなられた場合、その患者さんの初期治療から行ってきた医療機関全てに「こういう状況で最期を看取らせていただきました」という御返事は書くのですが、その方がどこでがん登録を受けられてどのような経緯でこられたというところまでなるべく丁寧にがん登録にフィードバックできるように書いてお出ししているつもりではあるのですけれども、そもそも最初にごん登録をされる場所の定義、何百人以上の患者さんに対して、そこの誰が責任を持って登録をしていて、最終的にどのように取りまとめられているかという動き方が見えていないので、御存じの先生がおられましたら、こういう定義のもとに登録事業を行っている、ということを改めてお伺いしたいのですがよろしいでしょうか。

久道会長

私から説明させていただきます。

宮城県の地域がん登録は、昭和 35 年頃から 50 年以上の長い歴史があるのですが、宮城県の悪性新生物委員会、これは県の医師会長が責任者になっています。それから実務委員会というのがありまして、東北大学の公衆衛生学の辻教授がこの実務委員会の委員長になっています。これは県の事業であり、県の委託事業としてかつては県立成人病センターがやっていたものを対がん協会に委託事業として移すようになりました。それからもう 20 年以上になるのですが、宮城県医師会長の協力のもとに医師会の会員の先生、それから公立病院も含めてあらゆる病院でのがんと診断した人のデータについて、がん登録室のある対がん協会に連絡をお願いする仕組みになってます。ですから、内科の先生のがんと診断しますと報告します。同じ患者さんが外科に行くと、外科の先生も報告をします。死亡して病理診断したときもそこからデータが送られてくる。がん登録のデータというのは、2 倍か 3 倍のデータが来ますの

で、それを同定する必要があります。この患者さんであるという同定をする作業があります。それから、どこからも報告が来ないが死亡したときに死亡小票からカウントするという場合もありますので、そういう重複が多ければ多いほど精度が高いと言われているのですが、100%という保証はありません。必ずどこかで漏れています。けれども、がん登録の精度というのは評価の一つに死亡小票だけで判るパーセントを示す **Death Certificate Only, DCO** という言葉がありまして、死亡小票だけで判るがん登録のデータというのは何パーセント以下でないと国際がん登録では取り上げられないことになっております。だいたい15%です。15%以上ありますと、例えば5割くらい死亡小票でしか判らないデータは半分くらいの精度しかないわけです。死なないでいるがんの人のデータがこないわけですから。そういう状況で宮城県のがん登録は日本で1, 2を争う精度と言われております。ただ、それは義務的なことではないのです。全て努力義務といいますか、宮城県の場合は、県が独自に「これは非常に重要なことなのだ」ということで、県の単独事業としてやってきた経緯があって、それを医師会、大学、いろいろな検診機関も含めて協力した結果のがん登録データなのですけれども、それでは駄目だということで去年から47都道府県全部でやることになりました。それと同時に今、議員立法でがん登録法というのが立案されております。大内先生、どうですか、今年度中にできそうですか。そのような機運があるのですか。

大内委員

厚労省のがん検診の在り方検討会の座長を務めておりますけれども、がん登録事業についての最新の状況については、申し訳ありませんが把握しておりません。ただ、がんの状況を把握するという事は、常に話題になっておりますのでおそらく厚労省の担当者に現状をお尋ねすることは可能だと思います。

久道会長

登録することが義務ではないと同時にですね、個人情報保護法という法律ができてから、あるお医者さんがある患者さんのがんの病名を第三者である対がん協会の登録室に送ることは、個人情報保護法に違反するのではないかとということで非常に抵抗があるところもあるのですが、こういった疫学調査、がん登録等についての使用は個人情報保護法の例外であると記載してあるのですね。

ところがそのこともなかなか読まれないものですから、全国レベルで言いますと、地域がん登録に協力しないことが法をきちんと守っていることだ、という理解をしてなかなか思うようにいかなかった経緯があるのです。そういうことがあるものですから、法律に基づいてやりましょうという機運が高まっているという状況です。ですから義務でも何でもないので。それをずっとやってきたのです。

安藤委員

結局、先生がおっしゃったように診断はされても治療にならなかった患者さん、超高齢で何もなされなくて、そのままお家に帰ってきて亡くなった場合、このような状況でしたと報告して、それが登録されてますかと確認したときに「さあ？」ということがございましたので、そういった方は先生がおっしゃったように死亡小票でしか知り得ない。

久道会長

宮城県はほとんどが協力してくれますし、かなり前の話ですけれども、大阪のある大学の教授が「大阪のがん登録はあんまり信用がおけないんだ」ということをある講演で発言されたことがあるのです。なぜなのかというその理由が「私のところではそういうがんの報告はしていませんから、うちのは抜けているはずだ」と言っていましたけれども、私はその時座長をしておりまして、それは間違いで、あ

なたのところで報告していなくても他でちゃんとしていますよ、ということを行ったことがあります。

ですから、いわゆる重複した報告が出てくるというのがどのくらいあるかによって精度の違いは変わってきます。それでも漏れるのはあります。そもそも亡くなってから解剖した結果、がんが見つかるという例がたくさんありますから。

大内委員

補足させていただきますと、第2期宮城県がん対策推進計画の53ページにただ今久道会長がおっしゃったことが書かれておりまして、地域がん登録については健康増進法第16条に基づく都道府県事業（努力義務）ということですので、全都道府県が実施予定とありますけれども、これが国会等でのどのような動きになっているのか、あるいは厚労省で具体的な動きがあるのかということについては、また後ほど精査したいと思っております。

久道先生がおっしゃったように、DCOが宮城県は極めて低く約10%でおそらく国内でも1位2位。隣の山形県も同じようなデータかと思えますけれども、そういった意味からすると、非常に精度が高いということが言えると思います。

橋本委員

今のがん登録とは少し離れまして、先ほどの中山委員の話と係わることですが、県の施策で全て予算化されているものというのは、宮城県全体ではもちろん、仙台市も含む全体に関する施策なのだという考えでやってきたつもりなのですけれども、考えてみますと仙台市というのは政令指定都市で仙台市としては県とほぼ並列だということにお考えだと思いますから、こういう県の施策というのは、例えば予算などは仙台市には行かないものなのですか。

事務局

ここに掲げている予算につきましては、基本的に県に来ている予算が多くなっておりまして、例えば先ほどのがん検診受診等促進・管理事業につきましても県に予算が来ておりまして、街頭キャンペーンなりがん予防教育なりというのを仙台市と連携して実施するようになっているところでございます。基本的には県の方に来ている予算となっております。

橋本委員

では、予算の執行は県がするとしても、実際にその施策自体は仙台市を含んでやっていると考えものなのですか。それとも、これは仙台市を除くところの県下に関してなのでしょうか。

事務局

事業によって違ってきているところがあって、例えばがん検診ということであればクーポン券とかいろいろなキャンペーン等があるのですが、それは仙台市も県内の市町村という立場で一緒に県とやっているということはあるのですが、がん患者・家族地域支援推進事業については、これは県の保健所の方に県が予算を出して、そこで事業を推進してもらおうということになりますので、この部分については仙台市には予算は出していません。

橋本委員

お金の問題ではないと思うのですが、前から県と仙台市の立場がほぼ並列だということが、県単位の

事業をするときにはちょっと上手くいかないことがあるのではないかと感じてまして、市にも県にも同様の部署がある。でも、仙台市は政令指定都市なので県の下にあるのではないという考えがあって、仙台市は仙台市でいろんなことをやる。県は県で独自にやるけれども、仙台市を除く部分だということがよくあるわけです。

医師会が係わっている事業でもそのようなことがよくありまして、ですから、このがんの対策などは宮城県の人口の約半分は仙台市ですし、死亡者は半分以上ですので、そういうことを考えますと、仙台市も含めた全体を考えていかなければならないわけですね。ですからいろいろな事業についても、やはり宮城県全体の施策であるという頭のもとに、仙台市も県と歩調を合わせてやっていただくべきではないかと思っております。

斎藤委員

仙台市では、がんの対策に関しまして、県と一つ一つの事業の組み立てには若干の違いがありますがけれども、がんの対策の考え方については全く同じです。ですので、仙台市独自にがん対策の推進計画を作ってはおりません。

施策としては、市町村の事業として実施しているところがございますので、仙台市も宮城県の中の市町村の一つという位置付けで取り組んでいるものもあります。例えば企業連携につきましては宮城県では12企業と協定を結んでおりますが、そのうちの10社とは仙台市も協定を結んでおりますので、年間に行うイベント、キャンペーン等も全て一緒に取り組んでいるところです。

がんの予防、検診の受診率向上等に関しては、同じような位置づけで考えているところでございます。

久道会長

よろしいですか。それでは先に進みます。

協議事項の1番目に入ります。小児がん対策、これは今年度から重点的な項目として入ったことですので、東北大学小児科の呉委員にお話を伺いたいと思います。

呉委員

このような席で小児がんが話題に取り上げられるということが嬉しいことですし、画期的なことだなと思えます。

事務局から10分程度で小児がんについて話してくださいと言われたのですが、どのような話をしたらいいのか戸惑いまして、前半部は学生向けの講義のようになってしまうのですけれども、少しお付き合いください。

まず、ここで話をするのは、小児がんは大人のがんとどう違うのかというところの認識からだと思えます。特徴と言いますと二つの意味があって、小児がんの性質が大人のがんとどう違うのか、もう一つが、同じがんでも小児に起こった場合どういった対策が大人と違わなければいけないのか、という二面があると思えます。

前者の方から言いますと、小児がんの定義は14歳以下がかかる悪性新生物全てを含むこととなります。一般的に小児がんと言われてますけれども、肉腫も含んで全てという定義となります。

成人のがん罹患率は、10万人当たり200とか300人という数字が報告書に書いてありますけれども、小児がんの場合ですと、小児10万人当たり10人で、ここ30年ほどほとんど変わっていない数字です。日本の小児人口が1700万人に減少してきましたけれども、そうすると1年間で約1700人のお子さんががんにかかるという計算になります。宮城県の小児人口が32万人としますと、年間30人くらいの方が

がんにかかる。昨年のがんで亡くなられた方が6千数百人ということからしますと、本当にまれな病気です。だいたい1万人に1人ということですので、稀少疾患だという認識が必要になります。

4枚目のスライドに行きまして、どんながんが多いかということですが、白血病が一番多くて35%、その次に脳腫瘍、神経芽腫となっています。神経芽腫は、基本的に脳よりもお腹にできるがんです。だいたいこの三つで70%程度。その他のがんは、率が下がります。数%のものがたくさん固まって後の30%を占めるという多様な種類になります。大人のがんのように上皮系のがんは非常に少なく、種類は大人とは全く違った構成になります。

5枚目のスライドの予後についてですけれども、基本的に薬の反応性が大人のがんよりは良いということがあって、1975年に診断された5年生存率は60%、2003年の数字も出ていますけれども、83%と元々非常に良く、しかも進歩しているということが言えます。残りの20%については、難治がんと言われるもので、これはかなりたちが悪いものです。これに関しては、ここ10年20年あまり進歩していないというのが現状です。

6番目のスライドです。見方を変えて、子供ががんにかかるということは、大人ががんにかかるということとどこが違うのかということのを少し考えてみたいと思います。治療のために長い入院期間が必要だというのは大人と同じですけれども、子供は一人では入院できませんので、両親が付き添わなければならないということになります。普通はお母さんがずっと病室にいらっしゃるということになりますので、お母さんの寝るところ、食べるものを充実しないといけないということが、大人のがんとは大きく異なります。大学病院の場合ですと、ベッドの横にマットを敷いて寝ているのですね。これは私が入局した30年前もそうでした。そして、昨日もそうです。変わらないのですね。私も一度付き添いで実際に寝てみたことがあるのですけれども、これを6か月間続けるとするのは本当に頭が下がります。そのような状況を何とかしないといけないなと思います。

お母さんが帰れないというのは、お子さんがなかなか一人でいられないという面もあるのですけれども、看護の手が届かないという面もあるのです。病院側としては完全看護を謳っているのですけれども、親にいてもらわなければ困るという状況があります。お母さんが帰れないとどうなるかということ、家ではお父さんと他のきょうだいと過ごすことになります。そしてきょうだいのことなのでも、実は、きょうだいというのは自由に面会できません。小さいお子さんですと、感染症を持っているかもしれないということで、面会は厳しく制限されています。なので、例えば3か月入院していたらその間お兄ちゃんに会えない、6か月入院していたらその間会えないという状況ができるのです。あまり表立って出ないことですが、これはすごいストレスだろうと思います。

御両親、お母さんがお家に帰らないと夫婦関係というのが問題になってくる場合があります。そうすると、最悪の場合には離婚という形で、がんは治ったけれども母子家庭になってしまったという例もあります。また、学校に行けなくなりますので、院内学校に通うということになりますし、普通の学校に行っているような友人関係を構築するのが難しいということもあります。もちろんお金もかかります。慢性特定疾患ですので、治療にお金はかかりませんが、二重生活になるということで、家庭で誰が兄弟に御飯を食べさせるのかということも考えなければなりません。

それから、先ほど小児がんは治るんだということをお話ししましたが、全国に小児がんが治ったという方が10万人程度暮らしておられると推定されています。この数字を当てはめると、宮城県には1800人くらいそういう方がいらっしゃるという計算になります。治るがんですので、長期に生存される方も非常に多いのです。そうすると、子供の頃にかかるとは違いますから、余生が非常に長いわけです。その余生が健康に暮らせれば全然問題がないのですが、実際はそうではなく、7枚目のスライドの小児がん経験者の晩期障害について書きましたが、例えば背が伸びない、体重が増えない、これはがんの治

療に使われる化学療法剤あるいは放射線療法の影響になります。あるいは不妊、無精子症、あとは中枢神経にがんが生じて放射線をかけた場合、てんかんと知的障害が起こる場合もあります。それから、特定の化学療法剤で副作用として心臓には様々な症状が出る場合があります。また、元々のがんとは違った種類のがんが出るという、二次がんの問題があります。こういったことの割合をいうのは難しいのですが、アンケート調査などによりますと、小児がん経験者の半数は何らかの晩期障害を負って生活をされているということになります。それを反映してなのかどうかはわからないのですが、小児がん経験者の就労ですが、約2割の人は職に就いていないと出ており、その半分の方が親の元で生活をしているというデータもあります。このような職に就けない方の60%は晩期障害により職に就けないということが実際にあります。

以上の現状を御理解いただくと、問題点というのは浮き上がってくるわけで、一つは非常に稀少疾患ということ。実際、今1700名の方ががんにかかられていて、それを200施設くらいで治療していると言われていて、割るとだいたい1施設当たり8人です。これでは名医ができるわけがない。経験する症例数が少なすぎるわけです。そこで、集約しなければ良い治療というのはできないし、新しい治療にチャレンジするというのもできないということになります。

2番目は、治療中の家庭の問題、教育の問題、経済の問題の全てを整えてあげないといけない。そうしないと良い治療環境にならないのですね。

もう一つは、治ってからの後、晩期障害を克服して、仕事に就いて、結婚して社会生活を営んでもらうためには、ものすごく多くの支援が必要だということがあると思います。

次のスライドは、今年の3月に東北大学病院が小児がんの拠点病院になったということを示しています。全国で15施設あります。東北地方はかなり広いのですが、東北大学一つだけとなります。

東北地区の小児がん拠点病院の特徴としては、11番目のスライドに書いてありますとおり、宮城県立こども病院と非常に強い連携の下にやっております。東北大学病院では白血病などの造血器腫瘍と固形腫瘍の両方、こども病院では主に白血病を扱っております。それから、隣接県から年間10例くらい受け入れています。これが予想される宮城県の発生が30~40に対して実績が50くらいあるというギャップを埋めているということになります。そして、だいたい2割くらいは非常に治療に抵抗性のあるがん、これは本当に予後が悪いものが残っている状態です。

12番目のスライドに実績が書いてあります。平成23年度を見ますと、造血器腫瘍が28件、固形腫瘍が26件で両方合わせて54件の患者さんを受け入れて、宮城県立こども病院といっしょに連携してやっております。

東北大学病院が小児がんの拠点病院の指定を受けたことで、がんセンター長の石岡先生の御高配によりまして、小児がんの治療チームというものをがんセンターに加えていただきました。

宮城県の小児がんの診療を考えますと、こども病院と非常に強い連携がある。それから、結局、治療が終わって実際にお家に帰るわけですが、そのときは近くの病院で看てもらおうということが必要ですので、関連病院との連携が必要になりますし、大人になったときは国立がんセンターのがん専門施設のバックアップも是非仰ぎたいと考えています。

15番目のスライドは、今までお話ししてきたように、小児がん治療にはたくさんの手が必要になるのです。そのため、チーム医療が不可欠ということになりますし、実際、小児がん拠点病院の要件の一つが連携の強化となっていますので、今後、それを強めていきたいと考えています。

では、小児がんの拠点病院となって、東北大学病院は何をするのかということなのですが、一つは小児腫瘍センターの設置ということを考えておりまして、まず、入れ物なのですが、個室化を図りたい。兄弟が来ていつでも面会ができる、あるいはお母さんが泊まったり暮らせるという家族

の空間があるというものを目指したいと考えています。それからケアスタッフとしては、チャイルドライフ・スペシャリストという、子供と一緒に遊びながら治療について説明してくれるというような職種がありますけれども、そういった方や臨床心理士、ソーシャルワーカーなどと一緒になってやっていくスタイル、もっとそういう方をたくさん雇わなければいけない。それから診療ユニットについてですが、今までは脳腫瘍だと脳外科、白血病だと小児科というようになるのですけれども、連携してやっていくにはユニットという考え方を取り入れて、脳腫瘍であれば脳外科をリーダーとして各科の人たちがユニットを形成して協調してやっていくというスタイルを作りたいと考えており、推進しているところです。以上です。

久道会長

はい、どうもありがとうございます。小児がんのことは初めてお聞きしましたが、随分といろいろな問題があるのですね。大人のがんと違った様々な問題を抱えているということが分かりました。何か御質問などはございませんでしょうか。

西條委員

耳鼻科のがんなのですけれども、5歳くらいで白血病が治癒して今は30歳くらいなのですが、つい2か月ほど前に今度は舌がんになった方が入院してきました。そこで驚いたことは、自分の治療した記録をきちんと全部持っているのですね。大学に問い合わせしたら、いつからいつまでこのような治療をして、というのが全部残っているのですね。家族も、お父さんお母さんが元気で一生懸命です。今度は舌がんで、結構大きくて全摘くらいまでなったのですけれども、晩期障害が知的障害はないですけれども、それ以外はほとんど当て嵌まるような方がいらっしゃいます。小児がんというのは非常に恐ろしくて、晩期障害がこれからどんどん出るのではないかと。ただ、両親がしっかりしていることと、本人も生きるということに非常に前向きで、一生懸命嚙下の練習とかしていて、小児がん、そういうことで二次がんというのですかね、また新たながんができたときには、非常に大変だと考えました。それと、記録をちゃんと持っているというのは、非常に我々としてはどういう治療をしたかというのが分かるので、大病院はすごいなと思います。その当時からきちんと記録を残してあるのが分かりました。

久道会長

他にございませんか。何かありましたら、その時にお願いしたいと思います。

次は2番目の働く世代へのがん対策について、これは事務局から説明です。

(資料3について事務局説明)

久道会長

働く世代のがん対策についてということで、相談支援センターの状況の報告ですが、他に何かありませんか。

事務局

働く世代のがん対策について、りんりんの会の高橋代表からお話を伺う予定としておりましたが、本日所用により欠席ということで、資料として配らせていただきました。こちらのりんりんの会高橋代表

のペーパーを使いまして、事務局から簡単に概略を説明したいと思います。

久道会長

それでは、りんりんの会からの資料をご覧ください。

事務局

高橋代表からの資料について、かいつまんで説明させていただきます。

高橋代表におかれましては、働く世代のがん患者がどのような環境の中で実際に仕事と治療の両立ができているのかどうか、現実で問題になっていることはどのようなことかということにつきまして、御自身の体験と患者会の会員からお聞きした情報をお知らせしたいということでペーパーを作られております。

まず1番目の体験談ですが、高橋代表は45歳の時に自分でがんを見つけられたのですが、立場は地方公務員ということであって、病気休暇や年次休暇もスムーズに取れる体制だったので、病気休暇を3か月取り、退院後の通院において年次休暇で消化することができたということでございます。

復帰した後につきましても、がんになってできないことの多さに落ち込んで上司と主治医に相談したところ、主治医からは「ハードなりハビリだと思ってやってみなさい」というアドバイスがあった。上司からは、上司の身内の方が乳がんで亡くなっていたということもあって、がんに対する理解があったということで、上司の理解と主治医のアドバイスのおかげで乗り切ったというお話でございます。

2枚目をご覧いただきたいと思いますが、働ける世代のがん患者が仕事を持たないまたは外に目を向けないということについてのデメリットということで、①から③まで書いてございます。精神面では、悪いことばかり考えてくよくよすることが多い。身体面は、運動不足により肥満にも繋がる。経済面でも、収入が減ることによって医療費が家計を圧迫し、家族に遠慮してしまう方も多いというデメリットを挙げております。また、がん患者の就労に関する課題として、4つほど挙げております。職場の中でのがんに対する理解の無さ、復帰してからの就労に困難があること、休みが取れない、患者自身ががんになったことで経済的な面や体力的な面で周囲に迷惑をかけていると感じて遠慮してしまうこと、主治医や上司など、身近に相談できる人や場がなく孤立感を持っている患者が多いこと、などを課題として挙げております。

その下になりますが、患者なり職場の在り方として①でございますが、まず、患者自身が病気をよく理解すること。職場にきちんと伝えて相談できるようにする。社会の中で必要とされている自分に目を向けることが大切だ、とおっしゃっております。

3ページ目をご覧いただきたいと思いますが、

②として職場に関しては、就労環境を見直していただきたい、病気休暇、年次休暇が取れることも必要ですが、柔軟な勤務態勢が取れるような仕組みがあればいいと。職場内でがんに対する勉強会があればいいと思っております。

③ですが、病院については、仕事をしながらなので、土曜日の診察や平日の診療時間の延長等があれば助かるのではないかとのお話です。

④として、身近に相談できる場ということで相談支援センターの活用が挙げられる。相談支援センターにおいても、がんの体験者をピアカウンセラーとして入れていただいて、分担してサポートできるようになるといいのではないかとご提案いただいております。

がんになっても自分らしく暮らせる社会の構築ということで、治療中でも復職できるような社会・仕組みが検討されることを希望します、ということでの内容でございました。

簡単ではございますが、事務局から高橋委員からのペーパーを説明させていただきました。

久道会長

はい、どうもありがとうございました。

次に拠点病院で組織するがん診療推進協議会の患者相談部会の部会長であります西條委員から、がん相談支援センターの相談状況についてお話しいただきたいと思います。

西條委員

先日、県の方から相談支援センターの就労支援ということでお話がありましたので、がんセンターでの相談支援センターでの就労支援について聞いてきました。

現状ですが、平成 24 年度のもので、相談支援センターで就労支援という宣伝をしていない通常の相談支援センターのときのデータですけれども、年間約 12~13 件の相談をがん専門看護師、MSW、臨床心理士等で対応しています。年間の相談件数から見ると 1%に満たない数です。

相談の内容としては、一つ目が仕事の継続に関する事、治療と仕事をどうやって両立させるかということ。二つ目は職場との関係、職場で知られたために対人が上手くいかなかったとか、同情されることへの不満、体調を考慮してもらえないなどという職場でのトラブルがあります。それからもう一つは、仕事への復帰の時期。4 番としては、家族ががんに罹患して自分の仕事を辞めざるを得ないこともある。

就労の支援にあたっては、やはり一番大きな要素は、治療の見通しなどで医師の協力が不可欠であります。ですから、逆に言えば見通しの良いがんが支援しやすい。それから、ハローワークなどのコンタクトが大切。がんセンターの相談員の一人にハローワークに知り合いがおりまして、そのことで連絡を取ってやっております。それから、仕事の内容などにつき事業者へ配慮を依頼することなどもやらなければならないこととなっております。それから、患者さんへの配慮としては、勤務している人への治療時間帯への配慮。夜遅くなら通院できるとか、そういう配慮をこれからは考えなければならないということがあります。

現在、がんセンターでは、産業カウンセラーとキャリアカウンセラーの資格を有する 2 名の方が、以前がんセンターにいた方なので、ボランティアで就労支援を行いたいという申し出がありまして、毎月第 3 火曜日に 7 月 16 日から開始いたしました。最初に 2 例の相談があったのですけれども、そのことについては資料の裏に記載しております。現在は、あくまでも相談に乗るということで、仕事の斡旋はしないで相談に乗るという段階です。

今の問題として考えなければならないのは、仕事が継続できるよう支援することが第一であるということ。それから、新しく就労したいということに関しては、今の時点ではかなり困難だと思われま。それから、がんの場合には不測の事態が多く、職場でのがんに対する理解が必要である。職場では未だにがんは不治の病と捉えられていることが多く、いろいろな目で見られるということで、大変なことがわかりました。それから、相談員から事業者への提言は非常に難しく、必要な場合には担当医からの連絡が必要であります。やはり、医師の判断・提言など、医師の協力が必要だということがよくわかります。

次のページをご覧ください。これはがん専門看護師が受けた相談内容の概略を書いたものです。下には相談支援ボランティアと書いてありますけれども、第 1 回の相談支援で出た 2 つの事例です。悪性リンパ腫と言われたとたんに関内定が取り消されたという相談等がありました。

3 ページをご覧ください。ソーシャルワーカーが扱った例ですが、いろいろと一生懸命やっただけです

が、最終的に患者さんが諦めてしまったとかですね、いろんなことをやったが、こちらの思った通りには仕事をしてくれないということでなかなか難しいことがこれから起こるだろうということで、がんセンターではこれから毎月就労支援ということで、院内でまずやって、できれば順調になれば宣伝していきたいなと思います。以上です。

久道会長

はい、どうもありがとうございました。ただ今の御説明に何かありますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、3番目の平成26年県民健康栄養調査における調査項目に対する意見について、事務局からお願いします。

(資料4 事務局説明)

久道会長

今、説明がありましたように、定期的に行っている県民健康栄養調査を健康調査だけに限って前倒しでやると。それを26年度にやるという計画について、この協議会からも「是非やってくれ」という意見を出してもらいたい、という事務局の御意見でしたけれども、いかがでしょうか。

これは、やらなくてもいいというような意見にはなりませんよね。是非やってほしいと。ただ、やる項目がこの程度でいいのかということをお我々協議会としては意見を言ってもいいと思うのですが、そのあたりはどうでしょうか。

資料4に出されているような問55ですか、これをやるのですよね。では、是非やっていただきたいというまとめ方でよろしいですか。それでは、そのようにさせていただきます。

これで今日用意された議題は、以上で終わりなのですが、先ほど私と事務局で調整しないで思いついたことが一つあるのですが、働く世代のがん対策について先ほどいろいろな報告がありました。小児がんについてもいろいろ問題が大変だなということもわかりました。そのことについて、協議会は第2期のがん対策推進計画の中で具体的に何をやるのかということが、今日の議論ではあまり見えてこなかった気がするのですね。一つは、情報がよくわかっていない。小児がんについては、先ほど呉先生からお話があって、こういう数値なのかと。それからお母さんの付き添いの問題。例えばこども病院などでは、マクドナルドハウスというものがありますけれども、あれは短期間だけで、付き添いで3か月もいられないですよ。

呉委員

お母さんが付き添いで疲れているときなどに医師から、今日は向こうに行ってお休みになったらどうですかと、レスパイトみたいな形ですね。あとは、お父さんが来るときと一緒に、という形で使われている。ただ、長期の利用、ずっといるというのはなかなか難しいですね。

久道会長

そんなに部屋は多くないですよ。

呉委員

小児がんで入院されている患者さんの割合からしましたら、それなりの数は確保されております。

久道会長

そうですか。大学には同様の施設はないのですか。

呉委員

ラッコハウスというのが滝道の方にあるのですが、ちょっと遠いのですね。

久道会長

滝道というのはどちらでしょうか。

石岡委員

桜ヶ丘よりも荒巻本沢寄りのところですね。

久道会長

ちょっと遠いですね。

呉委員

実は、厚生労働省のヒアリングを受けたときも、そんな遠いところにどうやっていくのかと言われて、言葉に窮してしまいまして、仙台は街ですからバスがありますと言ったら笑われまして。

久道会長

キャンパス内は無理なのですか。

呉委員

検討はしたのですけれども、敷地がもう全然ないのですね。今、レジデントハウスを建てているので、その部屋をいくつか流用できないかを検討してもらってます。

久道会長

レジデントハウスの部屋はいくつの予定なのですか、30くらい？

呉委員

それくらいはあると思います。

久道会長

これまで話してきたそのような問題もありますし、それから私が挨拶のときにお話した、いわゆる労働者のがん対策のデータがほとんどない。ところが、県内のがん検診受診率の算定は、労働者が受けている検診をアンケートで取っている。その数値が、肺がんであれば60%を越えているとか、胃がんであれば53%を越えているとかで、国が示している目標数値とは違う目標を設定しているのは、県民健康栄養調査によるアンケート調査で実態を示しているわけです。ところが中身はほとんどわからないのですね。市町村の検診については、各市町村ごとの各がんの発見率、受診者の年齢構成などがわかっていますけれども、職域については全くわかっていない。また、検診する側も東京から出張してきて、ただ

検診をしてあとはどうぞ適当にということもあるし、様々なのですね。そういう実態を把握しないで、この働く世代のがん対策を具体的にどうやろうかとしても、せいぜい企業との連携でパンフレットを配布してもらおうとか、それではおそらくあまり効果がないだろうと。実際、銀行の窓口などでもパンフレットが置いてあるところは少ないですね。あのような協定をして、いったいどのような効果があるのかということも点検する必要があるのではないかと思います。企業と協定したことは、企業の善意によって協定しているわけですから、チェックしてあなたのところは駄目ですよと言うのも変ですけども、やはり重点事項として働く世代のがん対策を考えたときには、どういうことを具体的にこれからやった方がいいのか、それとデータの集め方をどうしたらいいのか、おそらくこれは行政も困っていると思います。それを具体的に考える部会のようなものがあってもいいと思うのですが、この協議会のワーキング部会というのは、推進計画を策定するためのワーキング部会ですか。

大内委員

昨年、国のがん対策推進基本計画の見直しがあつて、それを受けてこの協議会で久道会長から命じられて、ワーキング部会として取り組んだのは小児がんの実態把握でした。渋谷委員にも入っていただき、最初に行ったのは県立こども病院からデータをいただいて、この平成 25 年の報告書に盛り込んでおります。

具体的には、25 ページ 6 の項に「働く世代や小児へのがん対策の充実」ということで書き込んでまして、さらに 55 ページには、先ほどの呉先生のデータと若干、被りますけれども、こども病院の今泉益栄副院長からいただいたデータ等を取りまとめて、本協議会に諮った上で記載しております。ですから、次の 56 ページに小児がんについての具体的な取組の方向性と個別目標も掲げてあるのです。

一方、働く世代については、まだ手つかずの状況です。先ほどの定義に倣って書いてあるのですが、総論的なことしか書いていなくて、おっしゃるように働く世代の、特に職域検診の実態がわからないといった問題があり、手をこまねいていたわけですが、この件については是非、前向きに検討されたい。この委員会とは別に、宮城県に設置されています生活習慣病検診管理指導協議会の中で、がん検診の実態調査として市町村事業による検診と職域検診の両方を見ているのですが、これは正確とは言えない。それをどう埋めていくかというのが第一で、よく言われるように働く世代というのを定義した上で、各種がん対策がどうなっているかということを県内で調べていただければありがたいと思います。

話が若干逸れますけれども、厚生労働省のがん検診のあり方に関する検討会の中で、がん検診の受診率向上施策及び精度管理についての議論が 4 回ほど行われまして、中間報告がまとまりつつあります。その中で書き込まれていることで注目すべきことは、今まで市町村事業、いわゆる健康増進法で縛られてきた市町村事業によるがん検診のみならず、職域検診についても踏み込んでいます。具体的には、被用者保険の保険者や事業者が実施するがん検診という文言を入れて、職域との連携を図る、そこからデータを拾い上げるという形に整理することになっています。これはどうなるかわかりません。がん検診の費用は、平成 10 年までは国から 3 分の 1、県から 3 分の 1、市町村が 3 分の 1 ということでやっていたのですが、その後、制度が崩れましたので今は一般財源でやっております。戻るとすれば国の支出に入るか、あるいはメタボ検診のように事業者、保険者の方であるのかということで議論が集約されつつあります。これが厚労省の問題ですので議論の推移を見守っておりますけれども、後者のようになる可能性も出てきております。つまり、受診率の向上において、データの集約が必要である。もし、保険者、事業者がこのことについて責任を持って行うとなれば、これは診療保険の中で見えていますので把握はできるわけです。そういったことは過渡期ではありますけれども、そのような動きがあること

は事実です。それを宮城県として中央からの情報も適宜キャッチアップしていただいて、本委員会で働く世代のがん対策をどうするかということを取り上げていただきたいと思います。

去年は私がワーキンググループの座長をいたしましたけれども、今年は別の方で結構ですのでよろしくをお願いします。

久道会長

どうもありがとうございます。非常に貴重な情報だと思います。先生に少し質問なのですが、がん検診の主体者を保険者に移行するという考えの中に、市町村が今までやっていた住民検診の主体者になることを移すという意味ですか。

大内部会長

未解決といえますか、おそらく厚労省の保険局対健康局の話し合いで行われていることでして、健康局の方は健康増進法に基づくがん検診事業、いわゆる市町村事業として行っておりますけれども、保険局の方は、また別に医療保険で扱うわけですから、現行の方法を丸ごと変えるかどうかはわかりません。ただし、被用者保険の保険者及び事業者が今後、介入できるような仕組みを模索しているというのはあるようです。

久道会長

いわゆる住民保健の検診を市町村が主体者となっているからこそまだしも、精度が保たれているのですよね。これを保険者が責任を持って主体者になると、おそらくどうでもいいということになりかねないという心配が一つあります。ですから、そのような会議の場で是非、確認してほしいのは、市町村がやっている住民検診の分については、従来と同じように市町村が主体者となって、責任を持ってやってもらいたいし、そこから外れている職域の人たちの精度を上げながら受診率を上げるという方法で、今議論されている工夫を活用してほしい。それでないと、保険者に移行しますと、おそらくどんどん悪くなる一方だと危惧しているんです。是非それをお願いしたいと思います。

それから、この協議会にある部会は、私が思うに推進計画を作るための部会だと理解して、もう役目は終わったと考えていいのですよね。

事務局

部会につきましては、ワーキング部会を昨年度開催しておりますが、協議会条例自体には特に部会の設置については記載されておられません。改定のための部会だと認識しております。

久道会長

規定にはありませんので、大内先生の部会の役割が終わったことを確認します。もし、小児がんについていろいろなことの説明がありましたけれども、小児がんも含めて、特に働く世代のがん対策についてももう少し具体的に詰めた話をするという部会を作ってもいいのですが、それをやるためには情報が必要ですので、その情報がある程度整うまでは、事務局にお願いをして、どのような方法で情報を集めるかも検討していただきたいと思います。その上で、具体的にやれそうになったら、この会に部会を設置してある程度少数人数で詰めた話をしてもらって、職域に関係のある人を中心にやってもらいたいと思いますが、そのような方向でよろしいですか。

今、ここで思いつきで言ったのですけれども重要なことで、しかも今年度からの重点項目の一つです

から、是非、これを何とか宮城県の推進計画の中で実効あるものになりたいと思っておりますので、よろしく申し上げます。

石岡委員

今の議長の発言に、ちょっと私も補足でお願いがありますが、新たな課題のうち小児がん、それから就労の問題、がん教育と書いておりますけれども、この辺について他の都道府県がどのような書き込みをしたのかというのを調査してもらいたいと思います。

推進計画を作るときに今、大内先生がおっしゃったように、就労とかがん教育についてはあまり議論はしなかったというのがあって、実際に今度の月末に日本臨床腫瘍学会を仙台でやるのですけれども、そこでも就労問題のシンポジウムで厚労省の行政官をお呼びして、ハローワークなどの関係でどのようなことを期待しているかについて話を聞くことになっております。おそらく、この就労とかがん教育の問題というのは、都道府県でかなり取り組みに格差がある。こういうことに強い人が委員に入っているところは、非常に活況に議論がされているのではないかという印象を持っているので、是非、事務局の方には各都道府県のこの部分に特化した取組状況がどのようになっているのかというのを、久道先生が先ほど言われた調査の中に入れていただきたいと思います。よろしく申し上げます。

久道会長

どうもありがとうございました。今、石岡先生がおっしゃった話は重要ですので、是非、申し上げます。できますね。

事務局

調査の方はさせていただきますして、部会の開催も含めまして御相談させていただきたいと思います。

久道会長

どうもありがとうございました。それでは、時間がそろそろですので、本日初めて出席された細川委員と中保委員に一言ありましたらご発言いただきたいと思います。

細川委員

歯科医師会、東北大学歯科部門から参りました細川と申します。

こちらの資料3の口内炎の対応と口腔ケア、味覚障害ということが療養上の問題ということで上がってきているということなのです。口内炎の治療について簡単に御説明いたしますと、日本の歯科医療と歯科教育というのは、歯を削る、入れ歯を作るということを中心に教える DDS, Degree of Doctor Surgery というアメリカ西海岸の教育システムを使っておりますので、内科的なアプローチというのは非常に苦手です。私自身はアメリカで口腔内科という診療システムを6年ほど勉強しておりますので、その考え方でサポートケア、支持療法を歯科で根付かせるようにということで3年前に帰って参りました。

現状は、この辺の窓口がしっかりしていないという問題がありまして、歯科医師会と東北大学、がんセンターの口腔外科と対応いたしまして、今年度中にはきちんとした窓口を作りまして、患者さんが相談しやすい体制を作るために頑張っておりますので、どうぞよろしく申し上げます。

久道会長

ありがとうございました。どうぞよろしく申し上げます。

それでは中保先生，お願いします。

中保委員

中保でございます。私自身は，東北大学の大学院という教育及び研究部門の所属と，東北大学病院緩和医療科という診療部門の緩和医療を担当する立場におります。

診療に関して言いますと，緩和ケア病棟を全国でも珍しく国立大学病院に作っていただいたということで，それなりに緩和ケアへの対策はできていると思います。

医学生への教育という面では，様々な講義や実習を通じて緩和医療について若い方たちに広めていくという役割を担ってきていると思っています。

もう一つの三本柱のうちの研究に関して言いますと，他の二つの分野と比べますと非常に忸怩たるものがあると言いますか，なかなか充実できていないところがあります。そのことが文科省主導で広く展開されています「がんプロフェッショナル養成推進プラン」の方で，大学院生を受け入れるということになかなか結びついていないところが残念な部分です。

文科省だけではなくて，厚労省の方もがん診療連携拠点病院として様々な機能を充実していくことを求められておりますので，拠点病院として満たすべき様々な条件があったと思うのですが，東北大学病院ですら全てを満たすことが難しい状況にあるわけです。それを何とか満たしていくための整備，あるいは院内でのコンセンサス作りというのを苦勞しているところです。

今回，こういうがん対策の推進協議会のメンバーに加えていただきまして，これまでとは違った様々な情報を教えていただきながら，関与する部門に反映させていけたらいいと思っております。どうぞよろしくお願いします。

久道会長

どうもありがとうございました。

そろそろ時間ですがこの際ですから何か是非，発言をされたいということはございませんでしょうか。無いようですので，これで本日の協議会は終了とさせていただきます。御協力どうもありがとうございました。