

## 平成29年度第1回千葉県がん対策審議会議事録

1 日 時 平成29年10月24日(火) 午後5時から午後6時45分

2 場 所 千葉県庁本庁舎5階大会議室

3 出席委員

田畑会長、山口副会長、五十嵐委員、伊澤委員、石野委員、大岩委員、白石委員、鈴木委員、砂川委員、藤澤委員、星岡委員、星野委員、山本委員、横堀委員

4 議題

(1) 千葉県がん対策推進計画について

①現計画の目標達成状況及び進捗状況について

②次期千葉県がん対策推進計画について

(2) その他

5 議事内容

副会長の選任

○田畑会長

前副会長の永田委員が退任されているので、副会長の選出に入る。副会長の選出についても、千葉県行政組織条例第30条第1項の規定により、委員の互選となっている。

私から、継続性を配慮し、県のがん医療推進の要として、千葉県がんセンターは重要な機関であり、病院長の山口委員に副会長に御就任いただきたいと思うが、どうか。

(異議なしの声)

○田畑会長

山口委員には副会長をお願いする。

○山口副会長

前永田病院長・副会長に変わりました、皆様の御指導、御支援をいただきながら、努めさせていただきます。

議題(1) 千葉県がん対策推進計画について、

①現計画の目標達成状況及び進捗状況について

【事務局より資料1から3に基づき説明】

○星野委員

3 ページの、がんになっても孤立しない社会の成熟で、職場での孤立が、95.4%で、+（プラス）は割合が高い方がよいという指標になっているが、職場での孤立が高いと－（マイナス）の印象であるが。と就労支援における医療機関、事業所からの本人へ支援と、どのようにつながるのか。本人が職場で孤立していても、職場がしっかりしていて、割合が高い方がよいとなるのか。

○事務局

がんになっても孤立しない社会の成熟の、職場での孤立は、「そのとき働いていた職場や仕事上の関係者にがんと診断されたことを話しましたか。」という設問に対し、「広く話した。」または「一部の関係者に限定して話した。」と回答した患者の割合である。

仕事関係においても、がんになったことを話せていることで、孤立していないという評価となっている。孤立していないと高い数値になる。

○横堀委員

がん検診の受診率の把握は、任意のサンプル調査なのか、各保険組合ごとの調べなのか。

○事務局

3 ページの下の注釈6に記載があるが、国民生活基礎調査のアンケート形式で調査しているものである。保険者ごとでは出していない。任意のサンプル調査となる。

②次期千葉県がん対策推進計画について

【事務局より資料4から7、参考資料1から4に基づき説明】

○鈴木委員

議題1で、施策の方向を達成している、概ね達成しているの評価が多かった。次期の計画では、22ページのように構成の組み換えがなされている。次期の計画で、新たに加わった項目など、顕著な変化のあった項目は何か。

○事務局

就労支援は、旧計画でも取り組んできたが、労働局でも動きがあり、より力を入れた対策ができるのではないかと。がんゲノム医療の提供体制づくりは、国が進めているがんゲノム中核病院の要件が先日、発表されており、国の動向を見据えながら取組を進めていく。小児がん・AYA世代のがん・高齢者のがんの項目は、AYA（Adolescent and Young Adult、思春期・若年成人）世代、小児より少し上から40歳までの方ががんは、通常のがんとは対応が変わってくる部分があり、国の動向を踏まえて検討してまいりたい。

○鈴木委員

AYAについては、国の方向に沿った施策の検討ということで理解した。県のがん対策として、独自に力を入れているものがあれば紹介してほしい。

○事務局

就労支援では、情報提供書の作成や患者向けリーフレットについて、早くから取り組んでおり強化していきたい。地域緩和ケアについて、千葉県は長く取り組んでおり、今後も力を入れていきたい。

○鈴木委員

受動喫煙の数値目標は、国の動向を待って検討ということだが、次期計画の期間に本県でもオリンピック・パラリンピックが開催される。現計画で、受動喫煙、たばこに関する評価はあまりよくなっていない。国の動向は踏まえるわけだが、抜本的な改革が示されなかった場合、国がこうだったらこうするなどの考えがあるのか、教えて欲しい。

○事務局

受動喫煙については、健康への悪影響は科学的に明らかということだが、それに対する施策をどうしていくかということは、県議会でも質問をいただいているところであり、検討をしている。この千葉県がん対策推進計画にどのような記載をするかは、国の計画の閣議決定も今後、遅れて行われると思うところであり、そういったものを見ながら、年度末までに検討していきたい。

○藤澤委員

受動喫煙防止対策の推進に関して、23ページの下で、受動喫煙に関する目標値等は国の動向を踏まえ別途検討となっている。受動喫煙については、オールオアナンの議論であって、目標値が90%がいいとか悪いとかの評価はないと個人的には考えている。数値を示して目標値とする考えがあるということか。

オリンピック・パラリンピックは東京都の主催で行うが、千葉県でも、幕張メッセを中心に多くの競技がおこなわれる。国の動向も大事だが、都道府県独自の対策も考えていく必要があるのではないか。

○事務局

数値目標については、資料2の3ページに現行の千葉県がん対策推進計画の記載ぶりだが、職場、家庭、飲食店で受動喫煙の機会を有する人の割合について、職場では受動喫煙のない職場の実現、家庭では3%、飲食店では21%という健康ちば21と同じ目標を掲げている。ここの部分の数値目標をどのようにしていくかということ国を踏まえながら検討して行く。オールオアナンという話は、職場や飲食店を指しての話かもしれないが、このあたりも含めて国の動向を見て検討して行く。

また、千葉県独自で取り組むことができるのではないかという指摘については、実際、東京都の方では独自に動いている部分がある。千葉県でもその動きは随時フォローしている。千葉県と東京都ではそれぞれかなり事情が異なるので、広く御意見を伺いながら、対応を検討していく。

○藤澤委員

オリンピック・パラリンピックの会場となる市町村があり、今後、市町村単位で独自に条例を策定することが起こってきた場合、その自治体の問題だから、県は関与しないとなるのか、リーダーシップをとるのか。まだ煮詰まっていないと思うが、原則的な考え方を伺いたい。

○事務局

一義的には、地方自治という観点で、基礎自治体の方々も検討されていくものと思うが、県もしくは国が条例または法律を定めた場合は、それと相反するような内容の条例を基礎自治体で作った場合には、そちらを改正していただく必要が出てくるので、連携し、情報共有をしっかりとやっていくことが住民のためになる。

具体的には、オリンピックパラリンピックの開催地ではないが、習志野市では、屋外受動喫煙防止に関する条例が検討に入っていると報道がなされている。引き続き、情報収集し、必要な助言をしていきたい。

○藤澤委員

オリンピック・パラリンピックに向けて、市町村が独自に条例を作ることは好ましくないということか。

○事務局

好ましくないということではないが、もしも国や県と方針が相反する条例を作ることがあれば、将来的には改正していただく必要が生じてくる。地方自治法に記載されている。

○藤澤委員

東京都がやっていることも、あまり好ましくないとなるが、オリンピック・パラリンピックを控え、主催都市としてやらざるを得ないからやっていると思う。千葉県も、千葉市では、かなり多くの競技が行われるので、東京都の動きを見て、連動していく可能性がないのかなと思う。そのあたりの原則的な考えをききたい。

○事務局

好ましい、好ましくないではなく、原則的には、地方自治であり、各基礎自治体の考えで取組が進められていくと思う。今後、内容に不整合が起こるようなことがないような情報共有、助言を県としてやっていく必要があるという認識である。

○藤澤委員

今後、議会と県と連動しながら、ぜひ、受動喫煙防止を進めてほしい。

○砂川委員

資料2の4ページ、口腔ケアに関する医科歯科連携の推進で、評価◎ということだが、拠点病院が6病院から8病院に増えて達成しているとなっているが、拠点病院はまだたくさんあるので、目標を高く掲げて欲しい。

○事務局

今後、がん診療連携協議会とも連携しながら検討し、必要に応じ、相談させていただきながら決定していく。

○砂川委員

13ページ、がん対策推進条例に沿って書かれている項目であり、口腔ケアに関する医科歯科連携の推進ということで、特にがん治療前に、歯科の受診を推進していくことが書かれている。

次のページに緩和ケアのことがある。私は口腔外科にもいたことがあるが、入院している患者や介護の場面でも物が食べられないということがある。口の中が痛く、口内炎ができたり、口腔ケアがよくできてなくて重症化して、摂取できない。物が食べられないことによって、体力、免疫が下がってくる。がんだけで死ぬのではなく、様々な要因、特に、経口摂取ができなくて、体力が落ちることがある。

入院前にしっかり口腔ケアをやって入院することが医療費適正化にも直結することになる。口腔ケアに関する医科歯科連携を強く推進し、入院前の口腔ケア、手術時、退院時の前の予防を進めていただきたい。

先ほど、大きく変わったことは何かという質問があったが、22ページの表のように、がんとの共生が加わったことだと私は思う。がんとともに生きていくということ。緩和ケアや相談支援、情報提供により、患者の生活を支えていくことについて、口腔ケアも大きな要因の一つになってくると思うので、そこを踏まえ、計画にも盛り込んでいただきたい。

○五十嵐委員

10ページのがん教育について、県内の患者団体・医療機関等を対象に、がん教育に係る活動状況調査を実施し、状況を把握したとある。これから、がん教育が本格的に取り上げられて、外部講師をいれていこうと示されたので、患者会にも体験を話して欲しいという要望が多く来るようになっている。県内の全部の学校でやるようになると、とてもそれだけの講師がいない。

病院の医師も外部講師として教育することもあるが、実際に患者会が中心となってがん教育を進めている福岡や鹿児島の方に、先日のがん治療学会で会った時に聞いたが、本格的にやろうとすると、講師になれる患者としてのスピーカーが圧倒的に足りないということであった。私たちの県でも、ピアサポーター養成講

座をやった経験もあり、がん教育に携る患者講師の教育に組織的に取り組んでいく必要があると思う。

話をすると、子供たちがキラキラした目で聴いてくれるそうです。実際に生の体験を話すことで、自分のおじいちゃんが、がんでなくなったときに話をもっと聴いてあげればよかった。というような反応が出てくる。生きるということ、命ということを伝えるよい場である。いじめの問題なども、もっと命を大事にする、いろんな人がいていいんだという、性格も、勉強のできるできない、スポーツのできるできない、いろんな人間が共生していくのが今の社会だということを伝えていくにはすごくよい機会と思う。ぜひ力を入れていただきたい。

#### ○事務局

がん教育は、次期計画では、「がんと共生」に位置付けており、重要なことと認識している。今後、がん教育部会の中で検討し、必要に応じて、審議会でも相談させていただきたい。

#### ○大岩委員

今のがん教育に係わる話。どこの場所で議論することが良いのかはわからないが、AYA世代に関して。AYA世代は40歳位までということだが、がん治療そのものではなく、若いとか小さなお子さんのいるがん患者の方たちで非常に大きな問題として感じるのは、親ががんになったときに子どもたちにどう対応するかということ。もちろん対応するのは両親が基本となるが、AYA世代の比較的若年の子どもたちが蚊帳の外に置かれて、親の病気とどう向き合い、どうしていいかわからないという現実がある。

まず、こういう問題があるということ認識しないと解決の方向にいかない。具体的には医療従事者がそういう意識を持つということと、もうひとつは学校の教師の問題。親ががんになったとき、子どもはどのように考え、どう対応するのか。学校の先生が相談相手になるかならないかが非常に大きい。ただ1人1人の教師にそれを要求するのは無理なので、なんらかの形でそういう問題があるということ明確にして対策を講じるということが大事だと思う。これをぜひ一つの課題として置いていただきたい。

#### ○事務局

おっしゃる通りであり、どういう形ができるか、庁内、教育部局とも相談しながら検討していきたい。

#### ○田畑会長

いい案、いい発言なのでよろしくお願いします。

#### ○星野委員

4ページのがん患者の看取りについて、住まいの場での死亡割合ということで、住まいの場には、自宅だけではないグループホームやその他の施設等が含まれる

と思うが。ここに、訪問看護ステーションもはいつてくるのではないか。これから6年の目標では、訪問看護ステーションで看取りをやっていくということも踏まえた上で検討していただきたい。

また、在宅での看取りについては、看護師だけでなく介護士や補助者のがんの看取りの研修も課題ではないかということで、県の計画の中では、その方々への教育も書かれているが、一緒に生活している家族の看取りについて理解も課題であると考えます。

#### ○事務局

訪問看護ステーションでの看取りは、この人口動態統計上は、場所で統計をとっているのだから、自宅でカウントされている。ご指摘の通り、機能強化型訪問看護ステーションも増えているので、今後、期待させていただいているところ、その他の指摘も重要な指摘であり、参考とさせていただきたい。

#### ○山本委員

緩和ケアについて、次期計画で緩和ケアセンター、緩和ケアチームの量的、質的向上がうたわれている。より一歩踏み込んで、緩和ケア病棟の設置、整備については、県はどのような方針をお持ちか伺いたい。

診療報酬上は、かなり高い点数が設定され、インセンティブがかけられつつあるが、一方、緩和ケア病棟がどの程度必要なのかという情報が持ちにくい。これは地域によって事情が異なる。緩和ケアの整備には、ハード面だけではなく、人材養成が絡み、長期計画で臨むことが必要で、突然、ぽんと作れるものではない。地域の実情に合わせた整備計画なりをお示しいただいて、どの病院でどういうふうに整備していくとか、中期的な計画が必要ではないか。

#### ○事務局

緩和ケア病棟の整備について進めていくのか、控えるのかという方針について、現在のがん対策としてはっきりしたものはない。緩和ケア推進部会において、必要であれば、将来的な展望も含めて検討していきたいと考えている。

#### ○大岩委員

発言したいことを言っていただいて、ありがたく思う。

その通りで、今、現状を見ると、緩和ケアは、がん対策基本法ができてから、急速に量的拡大をしてきた。この10年、量的拡大が非常な勢いで行われている。ある種の政策的誘導の結果として、この歪みも相当いろんなところで出てきている。これからやらなければいけないことは、質的充実をどのようにしていくか、この質的な問題に関しての対策、準備はなされていない現状があるので、緩和ケア推進部会で協力し、進めていく必要がある。

緩和ケア病棟については、実際にどの程度の病床が必要なのか、決められた基準、はっきりしたものはない。ヨーロッパの緩和医療の白書によると、人口100万人に50～100床程度というドイツの例での記述があるが、絶対的な

ものではなく地域地域によって違う。

千葉県に関していうと、緩和ケア病床が必ずしも稼働率が高くないという現状がある中でこの問題をどう考えるか。もっと大きな問題としては、緩和ケア全体のグランドデザインが、県だけでなく国も、必ずしも明確ではないということがあげられる。そういう中で特に在宅緩和ケアについて、緩和ケアのシステムの中で明確な位置づけがされてない。その辺りを明確にしながら、緩和ケア病棟のあるべき姿、あるいはどの程度の規模が望ましいのかの議論が必要である。地域地域によって異なるが、緩和ケア病棟の増床ではなく、在宅緩和ケアの位置づけを認識して、県全体の緩和ケアのグランドデザインを検証するという中で、県としての大きな方針は必要と思う。

#### ○山本委員

伺った理由は、大学病院でも、緩和ケア病棟を持つところが出始めている。教育的観点からも重要であり、大学病院は、がん専門医、コメディカルも含めて、人的資源が豊富で、医療資源の投入もやりやすいが、本当に乗り出すべきなのかどうか判断しづらい。先ほどの地域の実情が問題になる。そのあたりを見える形、方向性を示していただけると。我々もやるとなると、5年計画くらいでいかないと立ち上がらないと思うが、見える形にさせていただくとありがたいという思いで発言した次第である。

#### ○大岩委員

お話の答えには必ずしもならないが、大学病院が緩和ケア病棟をつくるかどうかという議論は必ずしもこだわらなくていいと思う。緩和医療そのものは、他の診療科と比べて、成熟度が低い医療であることは間違いない。緩和医療の歴史的な問題があるし、日本においては、急速な量的拡大をして、質的なものが追いついていかない。もう1つは、大学に緩和医療の講座、きちんとした診療科が非常に少ない。この問題について、個人的な意見として申し上げますと、今の日本の緩和ケアの方向性に問題が多いと思っている。大学では講座を作るということにこだわらないで、根本的な議論を積み上げ関心を持っていただき、緩和ケアの充実をお願いできると非常に大きな力になるのではないかと思います。

#### ○伊澤委員

提案になるが、財政的な関係で、日本の誇る国民皆保険制度、持続していくためには、保険財政が重要であると思う。我々、国民健康保険、今後は、広域化で県が行うことになるが、具体的には市町村が行うわけで、現計画の10ページに医療費全体に占めるがん医療の増加ということで、新生物のがんとがん以外で比率で、がんが上がってきている。がんの早期発見、早期治療はかなり医療費の抑制に繋がるのではないかと思います。

次期計画において、早期発見、早期治療することによりがん全体の医療費がこれだけ下がるというような目標数値が見えれば、資料2の3ページのがん検診の受診率の向上のところに、おそらく50%、希望では100%であろうが、もっ



と高い目標を立てることにより、早期発見、早期治療に繋がって、結果的に医療費が抑制される。がんだけでなく全ての医療費に通じることかもしれないがこれから、がんの医療費があがるということであれば、そういうことにも触れると目標が出て、さらに早期発見、早期治療に繋がるのではないか。

○事務局

がん検診は、医療費適正化ではなく、一義的には、がんの早期発見、重症化してから見つかるのではなく、早期発見して治療できるようにという趣旨で行っている。医療費適正化に効果があるがん検診は大腸がんだけという説もある。やはり、がんで亡くなる人を減らすという目標を達成するための受診率向上を掲げている。御指摘の視点も大事であるので、県としても、医療費適正化計画は、別の計画でつくっているもので、担当部局とも連携し、検討していきたい。

○伊澤委員

受診率の向上は、早期発見、早期治療は医療費が少なくて済むと思っていたが、結びつかないということが正しい認識か。

○事務局

データとして出ているのは大腸がんのみである。がん検診実施の意義は、がんで亡くなる方を減らすというために実施していただいている。

議題（２）その他

○事務局

都道府県がん診療連携拠点病院の指定状況について、平成28年10月の当審議会において、千葉県がんセンターの推薦について審議、決定いただき、国に推薦したところ、29年1月の国のがん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会で、判定保留となり、厚生労働省の判断を待っている状況である。現在、国において指定に関する検討が続けられていると認識しており、今後、再指定に必要な対応をとっていく。

○山口副会長

今の説明のとおり、千葉県がんセンターは、都道府県がん診療連携拠点病院の指定の判定保留となっている。再指定に向け鋭意努力している。求められる機能を強化するとともに、問題となっている医療安全の取組を強化している。

拠点病院の機能として、放射線治療、化学療法、緩和ケアセンター設置等整備をしている。また県内のがん診療機能の強化として、院内がん登録、相談支援の実務者の研修、がん医療に携る医療従事者の研修も実施している。

また、がん診療連携協議会の事務局として運営している。部会をあわせ18の会議を開催。県内の拠点病院、協力病院と県内のがん診療に係る情報の共有、分析、PDCAサイクルなどの資質向上を行っている。

医療安全体制については、昨年度から、特定機能病院に準じたガバナンスの整備に取り組んでいる。医療安全管理者に副病院長を指定、医療安全管理部門を部に昇格し、専従の医師、看護師、薬剤師を配置、さらに高難度医療技術、未承認薬の投入に対応した体制の整備も行っている。

こうした取組は、他県のがん専門病院に先行する形での取組であり、現在、国で検討中の拠点病院の新要件にも対応できると自負している。

千葉県がんセンターは、これらの取組により、県民の方々に、安全で質の高いがん医療を提供をするとともに、都道府県がん診療連携拠点病院の復帰を目指している。引き続き御支援のほどよろしくお願ひしたい。

#### ○大岩委員

参考資料5に、今年のがん対策推進基本計画について、個人的にパブコメをした。そのことについて御報告と、県がんセンターのことについて少し触れる。

パブコメについては、3つの項目、第1点目は、がんのリハビリテーション。通常考えるリハビリテーションをもう一步踏み込んで、最後まで、リハビリテーションが持続できるようにすることが必要。千葉県で、今回「介護スタッフのための緩和ケアマニュアル」を作成し、その精神を体現したものが提示できたので改めて御覧いただければありがたいと思う。

第2点目は、がんと診断された時からの緩和ケアの推進で、基本計画の記述には論理矛盾がある。論理矛盾というより、緩和ケアそのものをどうとらえるかという根源的な問題の議論が不足して、概念形成が未熟な中で、緩和ケアという言葉だけが拡散しているという問題がある。この問題についてもぜひ検討していきたい。また、緩和ケア研修の問題もある。病院の幹部職員及びがん診療に係る医療スタッフ全員に受講義務があるという、他の診療科では全くないことが行われている。これほど強制的に受講を義務づけている診療科あるいは診療内容はない。緩和医療に係わる人間は、その責務を大きく自覚し、緩和ケアの目指すべき理念、実践についての議論を日常的に行い、その質的向上を図る努力をしなければいけないだろうと思う。

第3点目は、社会連携に基づくがん対策・がん患者支援の中で、在宅緩和ケアについて、この10年、提言していることであるが、緩和ケアのグランドデザインが明確でないこと、在宅緩和ケアが明確に位置づけられていないという問題である。これは国も県も同じである。改めて検証し、ぜひ施策に反映するようしていただきたい。

もう1つ、基本計画の中で、非常に深刻な指摘がなされている。症状の緩和が十分に行われていないがん患者が30%から40%いる。これは厚生労働省の調査だが、内閣府もこのことをとりあげて、厚生労働省きちんとしなさいという指摘がなされている。30%から40%の症状が緩和されていないという中では、どのような施策を講じても絵に描いた餅になりかねない。医療行政の取組を再整理するとともに、我々も緩和ケアの現場から、先ほど述べたように緩和ケアのあり方を見直し、真摯な取組をしていかなければならないと考えている。

ここで、改めて、千葉県の緩和ケアの中核的な存在である千葉県がんセンター

がこうした問題の解決に指導的な役割を担う責務があることを確認したい。今の段階では十分に指導的役割を果たしているとは言えないので、ぜひ取り組んでいただきたい。

また千葉県がんセンターにお願いがある。1つ目は、千葉県の緩和ケア推進部会において、何回も議論を重ねた末に、平成27年、28年に拠点病院に対して、緩和ケアの提供体制に関する調査をした。これは、今回の国のがん対策推進基本計画の中でも指摘されているように、厚生労働省が、症状緩和があまりできてないじゃないか、もっとふみこんだ対策が必要だ、という認識をして、拠点病院に苦痛症状のスクリーニングを義務づけたのを受けて検討が始まった。症状緩和に関しての厚生労働省の調査は患者側に対してであり、県の調査は、医療側に対する調査なので、県の調査の方が若干いい結果がでていいる。それでも10%から30%は身体的及び精神的緩和ができなかったということがわかった。ところが、残念なことに、今年度から、千葉県がんセンターが主導するがん診療連携協議会で、ほとんど議論をすることなく、アンケートの内容が一方的に変更され調査の継続性が中断された。千葉県がんセンターの緩和ケアに関する取組は、県内の緩和ケアに非常に大きな影響がある。このアンケートの内容は県の緩和ケア推進部会、がん診療連携協議会という公式な会議で議論し、決定されてきたことなので、その経過を尊重して取り組んで欲しい。

2つ目は、緩和ケア病棟の問題で、新しい病院で緩和ケア病棟が倍増すると聞いている。倍増ということは本当かなと思ひ、前の永田院長にも理由を伺ったが、増床することの合理的な根拠がはっきりしない。倍増の基盤として、千葉県がんセンターの緩和ケアは、県の緩和ケアのモデルとして機能しているという意識か、あるいは一般病院の緩和ケア病棟と同じ位置づけで考えているのか、はっきりさせる必要がある。前者であるとすれば、後付けで良いので、増床に関する根拠の理論武装を皆が納得できる形でして欲しい。

千葉県がんセンターの緩和ケアのあり方が千葉県のモデルだとすると実際に緩和ケアの人材は枯渇しているという現実の中で、優秀な人材の確保にどう取り組むのかという喫緊の問題がある。病床を倍増するということは、かなり優秀な人材の質的及び量的保証がないと新しい緩和ケア病棟のケアの質の低下が起こる。こうした対策が十分に行われなければ、極端なことをいうと緩和ケア病棟の老人病棟化さえ心配している。なぜかという少子高齢化の問題をどう考えるかという問題とも関わってくる。がん患者の高齢化の問題が1つで、高齢者のがん患者のかなりの部分は緩和ケア病棟でなくても対応できる可能性が大きい。また、少子ということは、緩和ケアに限らず、医療スタッフの確保が年々難しくなってくるということが確実に予想できる。こういう中で人材育成の問題に本格的に取り組まないで増床だけが先行すると、非常に厳しい結果になることを心配している。

千葉県がんセンターの姿勢が拠点病院のひいては千葉県全体の緩和ケアに大きな影響がある。実質的な都道府県拠点病院として、千葉県の緩和ケアを主導しているという意識を強く持っただき、がんセンターにおける緩和ケアの議論は、県民目線で考えるという意識を明確にして、内向きの議論ではなく開かれた議論をしていただくことを強くお願いをしたいと思う。

○山口副会長

我々も、モデルというところがある。私は消化器内科で40～50人の患者がいつも入院している。そのうち約半数が緩和に本来移るべき方々で、普通の病棟内にいるので、これはそれだけたくさんの緩和のニーズがあるということで倍増という形にした。今後は、どうやってスタッフを集めるか 県と大学の緩和の方も御協力いただくという形でこれからの課題。私どもの中で人材を育てることも積極的に考えているので、大岩委員の方にもいろいろアドバイスをいただけたらと思う。

○田畑会長

がんセンターは顧問という形で、人を置くことができるのか。病院局の方なのか。これだけシャープな意見をいただける大岩委員を顧問にしてやれば少しよくなるのでは。これだけ、はっきりものごとを見えている人は千葉県の方から。

○事務局

縦割りのことを言うわけではないが、知事部局と病院局では、知事と病院局長と任命権者が違い、違う会社ということもできるくらいである。病院局の方にも伝えておく。

○山口副会長

講演などで、保険の専門の方など、毎月来ていただいている。そういう形で、大岩委員にもお願いできれば、いいのではないかなと思う。

○星岡委員

小児がんについて、国の方でも、小児がんやAYA世代のがんについては、重点項目に挙げている。特に小児がんのサバイバーというか、今は血液のがんで、強い治療をした後、助かる子どもたちがたくさんいる。その子どもたちが、思春期、成人になっていくと、その後、晩期合併症や二次性のがんがいろいろ出てきたりする。国でも、小児がん、AYA世代のがんを課題として挙げているが、実際、何をしたらいいのか、なかなか難しい。

資料2の26ページに、子ども、AYA世代のことが書いてあるが、長期フォローアップ体制の検討や、国の検討状況を踏まえて云々等、実際、小さいころに治療して一応治ったけれど、二次性のがんの心配や、色々な晩期合併症のある人たち等、どこの病院で誰が診ていくのか、方針が難しい。治療する医師自体も、小児科医が診るのか、血液内科で診るのか。小児がん対策部会で検討を進めていくことになると思うが、小児科医だけでは検討できないことであり、相談しながら、進めていきたい。こういう課題があることを皆さんに知っていただきたい。

## ○五十嵐委員

県内に10の患者団体が活動しており、集まって、千葉県がん患者団体連絡協議会を作り、年1回、がん患者大集合という行事をやっている。田畑会長の所にもお世話になっている。

がん患者団体連絡協議会は、がん診療連携協議会と月1回会議を設けており、正式な会議としても位置づけられている。千葉県がんセンターの浜野先生の御尽力が大きい。

その中で、1年に1回、意見交換会をやっており、昨年度・今年度と緩和ケアを取り上げている。患者が感じる緩和ケア、「緩和ケアは終末期医療だから見たくない」、「私はまだそんな段階ではない」と思いたいという気持ちがある。また診断時からの緩和ケアと理念的には伺っているが、実際に掛かってみると、「もう治療法がなくなったからそろそろ緩和へ」と言われる、また初期の頃に緩和ケア外来に受診に行くと「まだ早い」と言われる。そういうギャップが色々あり、緩和ケアというと患者が正面から向き合いにくいという問題がある。

緩和ケアでは、どういうものが提供されているのか、何を望んだらいいのか、望むものは得られるのか、得られないのか、緩和ケアをどのように利用していいのか。そういうことを双方が本音で考えていこう、ということで、今年は1月末に開催することにした。こういうことを継続していることもお伝えしておきたい。

## ○事務局

がん患者団体連絡協議会とも連携しながら、またご指導いただきながら進めていきたい。計画策定も佳境となるので、今後ともよろしくお願ひしたい。

【議事終了】