

参考資料

自由民主党富山県議会議員会政務調査会
がん対策推進条例（仮称）検討プロジェクトチーム

座 長	五十嵐 務（政務調査会長）
副 座 長	渡辺 守人（福祉環境部会長）
〃	宮本 光明（政務調査会副会長）
事務局 長	山本 徹（政務調査会副会長）
事務局次長	藤井 裕久（福祉環境部会副部会長）
メンバー	田畑 裕明（厚生環境副委員長）
	武田 慎一（厚生環境委員長）
	筱岡 貞郎（福祉環境部会）
	稗苗 清吉（福祉環境部会）
	鹿熊 正一（福祉環境部会）

自由民主党富山県議会議員会
がん対策推進条例（仮称）検討プロジェクトチーム等の活動実績

月日	内容
平成 23 年度 9 月 14 日	<u>政務調査会勉強会</u> 「国と地域のがん対策 ～がん対策推進条例の制定に向けて」 日本医療政策機構理事、厚生労働省がん対策推進協議会前委員 埴岡 健一 氏
9 月 14 日	<u>がん対策推進条例（仮称）検討プロジェクトチーム（PT）を設置</u> （座長：五十嵐 務 政務調査会長） <u>第 1 回 PT 会議</u> ・ 条例案策定日程について ・ がんをめぐる状況（疾病の特徴、がん対策基本法、本県の取組） ・ 検討テーマについて
10 月 11 日	<u>名古屋市がん相談情報サロン「ピアネット」 視察調査</u> ・ がん経験者による相談支援活動 ・ NPO 法人ミーネットの活動（ピアサポーター養成、拠点病院との連携） ・ ピアサポーターとの意見交換
10 月 12 日	<u>県立静岡がんセンター 視察調査</u> ・ 山口 建 総長によるご講演 ・ 多職種チーム医療等の優れたがん医療の取組 ・ 「がんよろず相談」の運営等、患者家族の相談支援 ・ がん診療情報公開の取組
10 月 26 日	<u>第 2 回 PT 会議</u> ・ 富山型がん診療体制、患者家族支援について（厚生部ヒアリング）
11 月 2 日	<u>第 3 回 PT 会議</u> ・ がん終末期医療・在宅医療、がん登録について（厚生部ヒアリング） ・ 論点項目について
11 月 4 日	<u>富山県健康増進センター 視察調査</u> ・ がん発見率の向上 <u>県立中央病院 視察調査</u> ・ 県がん診療連携拠点病院の現状 ・ がん患者会との意見交換 <u>市立砺波総合病院 視察調査</u> ・ 地域がん診療連携拠点病院の現状 ・ がん放射線療法について <u>ナラティブ・ホーム（砺波市） 視察調査</u> ・ 地域における看取りの取組

月日	内容
11月21日	<u>黒部市民病院 視察調査</u> ・地域がん診療連携拠点病院の現状 ・地域医療連携室の取組 <u>新川地域医療療養連携協議会との意見交換会</u> ・中川 彦人 会長（中川医院院長）による講演 ・多職種連携による在宅医療療養、ターミナルケアについて意見交換
12月5日	<u>政務調査会勉強会</u> 「がん診療連携拠点病院における医療ソーシャルワーカーの役割」 富山県医療ソーシャルワーカー協会事務局長 藤川 泰永 氏 「がん患者が抱える社会生活上の問題と社会的支援の重要性」 小松市民病院がん相談支援センター社会福祉士 久村 和穂 氏
12月5日	<u>第4回PT会議</u> ・論点項目レビュー
12月8日	<u>第5回PT会議</u> ・論点項目レビュー
12月8日	<u>厚生連高岡病院 視察調査</u> ・地域がん診療連携拠点病院の現状 ・がん化学療法について
12月12日	<u>第6回PT会議</u> ・論点項目レビュー
平成24年 1月11日	<u>第7回PT会議</u> ・がん予防（たばこ対策等）について（健康課説明） ・がん検診の課題について（市町村ヒアリング）
1月18日	<u>第8回PT会議</u> ・今後の進め方（スケジュール、懇談会の開催） ・PT中間報告の全体構成案について
1月25日	<u>第9回PT会議</u> ・PT主要検討項目に関する現時点での課題（厚生部ヒアリング） ・PT中間報告の全体構成案について
2月8日	<u>第10回PT会議</u> ・がん対策に関する中間報告案について
2月15日	<u>第11回PT会議</u> ・がん対策に関する中間報告案について

月日	内容
2月28日	<u>「がん対策に関する中間報告」を公表</u> ・県民の方々からの意見募集開始（～5月7日まで）
3月13日	<u>第12回PT会議</u> ・がん対策に関する意見交換 （出席団体） 全国健康保険協会富山支部 健康保険組合連合会富山連合会 富山県商工会連合会 富山県中小企業団体中央会 富山県美容業生活衛生同業組合 富山県興行生活衛生同業組合 富山県介護支援専門員協会
3月14日	<u>第13回PT会議</u> ・がん対策に関する意見交換 （出席団体） あけぼの会富山支部 富山県看護協会 富山県訪問看護ステーション連絡協議会 富山県医療ソーシャルワーカー協会 富山県理容生活衛生同業組合
3月16日	<u>第14回PT会議</u> ・がん対策に関する意見交換 （出席団体） 富山県がん診療連携協議会 富山県医師会 富山県歯科医師会 富山県薬剤師会 富山県放射線技師会
3月31日	<u>講演会『これからのがん医療を考える』の開催</u> 会場：富山国際会議場メインホール 出演：静岡県立静岡がんセンター総長 山口 建 氏 タレント 向井亜紀さん 富山県公的病院長協議会会長 泉 良平 氏
4月17日	<u>タウンミーティング『がん対策推進のための懇談会』開催</u> 会場：富山県民会館 302号室（120名参加）
4月19日	<u>タウンミーティング『がん対策推進のための懇談会』開催</u> 会場：高岡商工ビル2階大ホール（100名参加）
4月24日	<u>タウンミーティング『がん対策推進のための懇談会』開催</u> 会場：砺波平安閣（砺波市）（100名参加）

月日	内容
4月26日	<u>タウンミーティング『がん対策推進のための懇談会』開催</u> 会場：ホテルグランミラージュ（魚津市）（110名参加）
5月8日～10日	<u>認定看護師教育課程の開設・運営等に関する視察調査</u> （政務調査会福祉環境部会） 視察先：宮城認定看護師スクール（宮城県看護協会） 岩手医科大学附属病院高度看護研修センター 弘前大学附属病院
5月11日	<u>第15回PT会議</u> ・がん対策に関する報告書案について
5月18日	<u>第16回PT会議</u> ・がん対策に関する報告書案について
5月25日	<u>自民党議員総会</u> ・がん対策に関する報告書について
6月13日	<u>がん対策の充実に関する知事申し入れ</u>

視察、勉強会における指摘・意見等

1. がんの罹患を減らす

1. 現状

- (1) 喫煙（受動喫煙を含む）は、肺がんをはじめとするがん罹患の重大な危険因子であり、喫煙率の引き下げは、検診受診率の向上、がん医療の均てん化とともに、がんによる死亡を減らすための最重要課題となっている。
- (2) 本県の喫煙率
 - ・男性 5年前と比べ大きく減少（平成⑩46.1%→平成⑫33.4%）。しかし、依然として3割以上の者が喫煙している。また、各世代において年齢の進行とともに喫煙率が減少する傾向がみられる。
 - ・女性 ほぼ横ばいで推移（平成⑩10.2%→平成⑫10.5%）。男性に比べて低いものの、減少していない。
- (3) 喫煙対策について、国では、広告規制の強化、禁煙治療の保険適用、たばこ税の引き上げなどが、県では、学校・事業所における禁煙教室の開催などが行われている。
- (4) 受動喫煙防止について、健康増進法に、多数の者が利用する施設において受動喫煙防止措置を講ずべき努力義務が定められたことにより、官公庁、学校、公的病院、公共交通機関、タクシーで禁煙化が進んでいる。
- (5) 事業所（職場）では、受動喫煙の防止に取り組むところが増えているものの、7割程度に止まっている。

2. がんの早期発見

1. 現状

- (1) がん死亡率を下げるには、有効性の確認されたがん検診によって、自覚症状のない早期のうちにがんを発見し、適切な医療につなげる必要。しかし、検診受診率、精密検査受診率が低いなど、死亡率を下げるがん検診の水準にない。
- (2) がん検診には、市町村が健康増進法に基づいて住民（主として国民健康保険加入者）を対象に行っているものと、事業者や医療保険者が職域において任意に行っているものがある。
- (3) 市町村がん検診
 - ・本県の受診率は、啓発活動、がん対策推進員による呼びかけ、節目年齢の受診料助成等により全国上位（胃20.8% ④位、肺38.6% ②位、大腸22.3% ⑬位、乳26.6% ④位、子宮23.3% ⑩位）だが、目標値の50%には届いていない。
 - ・年度推移では、胃、肺、大腸は横ばいか漸減、乳、子宮は平成17年度以降上昇。
 - ・市町村や、検診部位によって受診率に大きな差がみられる。
- (4) 職域のがん検診
 - ・検診を実施している事業所は54.3%、小規模事業所ほど実施率が低い傾向がみられる。職域では受診機会のない者が少なくない。（富山県「事業所におけるがん検診等実態調査報告書」）

- ・事業所における受診率は、胃 46.6%、肺 50.0%、大腸 44.3%、乳 25.4%、子宮 21.0% となっており、職域においても対象者の半数以上が検診を受けていない。

(5) 検診を受けない理由

- ・たまたま、必要な時に医療機関を受診、健康に自信がある、面倒、時間がないと回答している者が多く（内閣府「がん対策に対する世論調査」）、自覚症状のない治癒可能なうちにがんを発見し、治療につなげるというがん検診の意義が十分理解されていない。

(6) 精密検査の受診率（市町村と職域をあわせた全体）

- ・精検受診率は約6割に止まっている。（富山県検診機関等連絡協議会資料、平成⑳～㉒分）
胃 63.1%、肺 50.5%、大腸 52.9%、乳 88.7%、子宮 81.8%、全体 62.5%
- ・部位別では肺、大腸、胃で、検診事業者では市町村よりも職域で低い。
- ・要精密検査者の受診把握をしていない事業所が 29.5%、受診勧奨をしていない事業所が 32.8%ある。

2. 指摘・意見

- (1) 職域への啓蒙普及、検診受診に係る特別休暇制度の導入検討。
- (2) 市町村では、職域におけるがん検診の実態を正確に把握する手だてがなく、すべての住民に受診機会を提供することが難しい。
- (3) 退職（職域検診→市町村検診への移行）後、検診を受診しないまま数年後にがんが発見される例が少なからずみられる。
- (4) がん検診と特定健康診査の一体的な体制づくり、法制度の改正。
- (5) 「20 歳からの生涯健康診査手帳」の配付による受診の習慣化。
- (6) 検診結果の通知とあわせて、がんに関する相談窓口を紹介するシステムの検討。
- (7) 各検診機関の検査精度の向上を図る必要。
- (8) 県は生活習慣病検診管理指導協議会を開催し、各検診機関の精度管理の実施と、市町村に対する情報提供、技術的支援を行う必要。
- (9) がんは身近な病気であるにもかかわらず、自分とは関わりがないと考えている者が多い。一度も検診を受診したことのない者に対する働きかけが大事。
- (10) 受診者の固定化からの脱却が必要。過去3年間の未受診者にがんの発見が多い。
- (11) 受診案内のデザイン等を専門業者に依頼し、市町村の間で共同利用する。
- (12) がん制圧月間などにおけるマスメディアを通じた大々的なPRの実施。
- (13) 早期に発見すれば治癒し、治療中の身体的、精神的、経済的な負担が少ない。国民全体の医療費軽減にもつながる。社会全体でがん検診を推進すべき。
- (14) 胃内視鏡検査、ヘリカルCT肺がん検診の導入。
- (15) がん検診については、健康寿命の延伸、医療費削減など多方面から検討を加える必要。
- (16) 受診率50%を達成するには、従来と異なる抜本的な対策が必要。経済的負担の軽減よりも、受診対象者名簿を作成してマン・ツー・マンによる呼び出しを行う（Call-recallシステム）ことの方が、感応度が高いといわれている。
- (17) 検診受診のインセンティブが必要（検診受診者の保険料負担を減らすなど）。
- (18) 子どもの頃からのがん予防教育の実施（親への二次的効果も期待される）。
- (19) 市町村のがん検診に要する経費が一般財源化されたため、市町村で予算が確保されづらくなっている。

3. がん診療連携拠点病院の医療水準の向上

1. 現状

- (1) がん診療連携拠点病院（10 病院）のうち、常勤の専門医が配置されている病院数
放射線治療 5、抗がん剤治療 5、緩和ケア 4
- (2) 静岡がんセンターでは、患者を中心にさまざまな職種が取り組み、専門性を活かしてそれぞれが提供できるサービスを、医師の指示を待たずにやれる範囲で積極的に行う「多職種チーム医療」を実施。
- (3) がん診療連携拠点病院（10 病院）のうち、特定の看護分野において、熟練した看護技術及び知識を用いて、水準の高い看護実践のできる「認定看護師」がいる病院数
緩和ケア 7、がん化学療法看護 9、がん性疼痛看護 2、乳がん看護 4
がん放射線看護（平成 22 年から認定開始） 0
がん診療連携拠点病院の認定看護師数 5 分野あわせて 24 名
- (4) 認定看護師の教育課程が県内にないため、資格取得には県外で 6 ヶ月間受講する必要。家族・育児に関する心配、病院の慢性的な看護師不足、多額の受講費用等の問題があり、認定看護師を大幅に増やすことは困難な状況。
- (5) 当該病院で診断・治療されたすべてのがんについての情報を集め、当該病院のがん診療がどのように行われているかを明らかにする「院内がん登録」を、がん診療連携拠点病院において実施（指定要件）。
- (6) 院内がん登録によって集めたがん診療連携拠点病院ごとの症例数を、平成 23 年 5 月に国立がん研究センターが公表。今後、院内がん登録の正確さを上げるとともに、各病院の診療の特徴が明らかとされ、均てん化の程度の評価等に活用される予定。

2. 指摘・意見

- (1) 放射線治療の常勤医を確保できていない。治療計画における線量分布の最適化、治療精度の検証、評価等を行う医学物理士の確保はさらに難しい。
- (2) 「多職種チーム医療」によって患者の満足度が大変向上する。医師が診療に専念できる。医師以外のスタッフのやりがい非常に高まる。
- (3) 認定看護師の配置によって、医師は負担が軽減され、診療に専念できる。医師不足の緩和や病院経営の面で大きなメリットがある。
- (4) 「多職種チーム医療」を行うには、看護師の実力向上が必須。認定看護師はこれからのがん医療を支える基本であり、県内に認定看護師の教育課程がないと、どんどん遅れていく恐れがある。
- (5) マンパワーの確保が最大の課題。病院の規模が小さいほど、マンパワーの課題が大きい。中央病院のような大きな病院と同じレベルで人材を育てることは難しい。
- (6) それぞれの部門で人手不足が否めない状況。

4. 富山型がん診療体制

1. 現状

- (1) 5大がん（肺、胃、肝臓、大腸、乳）について、ガイドラインに則った標準的治療、手術・放射線・抗がん剤を組み合わせた集学的治療を行う診療機能等を備えた病院を、国、県が「がん診療連携拠点病院」に指定。
- (2) 現在、県内には国指定8病院、県指定2病院（指定要件は国と同じ）があり、このうち、中央病院が都道府県がん診療連携拠点病院に指定されている。
- (3) 本県では、各がん診療連携拠点病院が、臓器別、療法別に重点的に担う役割を分担している（「富山型がん診療体制」）。
- (4) がん診療連携拠点病院等で構成する「がん診療連携協議会」が設置され、研修、がん登録、相談支援、地域連携クリティカルパスの4つの部会が活動している。
- (5) 5大がんのうち、肺がん、肝臓がんについては、手術件数が非常に少ないがん診療連携拠点病院がある。

2. 指摘・意見

- (1) がん診療連携拠点病院の間で機能分担をして、地域の医療従事者や高度医療機器を有効活用し、治療成績とケアを高めていこうというのは良いコンセプト。富山県で病院間での機能分担が本当になされるのか、全国が注目している。
- (2) （不足している）放射線治療に携わる医師を集約して十分配置できるほうがよいかもしれないが、各医療圏内での必要性もある。
- (3) がん診療連携拠点病院はいま育っている最中。担当分野について当該病院に集まり勉強、情報交換をしているところ。通常のがん治療はいずれのがん診療連携拠点病院でも行えて、なおかつ、担当分野について当該病院がリーダーシップを持ってやっているとよい。
- (4) がん診療連携拠点病院の間で診療機能を分担するのは効率が良いように見えるが、患者は不便。
- (5) 各がん診療連携拠点病院が臓器別に診療機能を分担した場合、乳がんを多く手術する病院の経営は良くなるが、重い脾臓がん、肺がんを一生懸命治療する病院の経営は難しくなる。
- (6) 医療水準の向上を考えるならば、患者を集中させるのが望ましい。手術を年間 10 例やっている病院と、300 例やっている病院とでは、おのずと技術的な差が出てくる。
- (7) 県内 10 箇所あるがん診療連携拠点病院が同じ医療レベルにあるわけでは必ずしもない。
- (8) 重い手術は特定のがん診療連携拠点病院に完全に集中させてやる。抗がん剤治療、相談支援、緩和ケア、看取りなどは、全医療圏のがん診療連携拠点病院がすべからくやる、さらには在宅医療も充実させるのが全国の地域が目指している方向性。
- (9) 患者・家族にがん診療連携拠点病院の存在、意義が十分認識されていない。また、どの病院も同一レベルと誤解されているくらいがある。現在行われているがん診療連携拠点病院の現況報告の精度を向上させ、国民にわかりやすい情報提供に努める必要。
- (10) 専門医数などの診療機能や、治療件数などの公表・見える化が必要。
- (11) 高齢の患者が増えると、がんだけでなく心臓、腎臓などいろんな余病を見る能力が必要。がんセンター化するとそうした面が弱くなる。
- (12) 地域の事情に合わないクリティカルパスのメリットがでない。患者、かかりつけ医にとって必ずメリットがあるわけではない。

5. 在宅医療、看取り

1. 現状

- (1) がんによる死亡場所（平成 21 年）
病院 91.6%、自宅 6.2%、老人ホーム 0.8%、診療所 0.7%、老健施設 0.4%。
・全国との比較では、病院の割合が大きく、自宅、診療所の割合が少ない。
- (2) 新川地域在宅医療療養連携協議会では、複数の在宅医、訪問看護師、調剤薬局、ケアマネージャー、病院（地域医療連携室）が連携し、ITを活用して情報を共有化することで、在宅医療を提供している。
- (3) 本県で在宅療養を専門に扱う訪問看護ステーションは37か所、人口 10 万人当たりでは 3.38 か所（全国第 41 位）。
- (4) 緩和ケア病棟が中央病院に 25 床、富山市民病院に 20 床設けられている。このほか、緩和ケア病床が、高岡市民病院に 8 床、砺波総合病院に 8 床ある。
- (5) 県内に完全独立型のホスピスは無いが、診療所、訪問看護ステーション等に隣接した賃貸住宅において、必要な医療・ケアが提供されている例がある。

2. 指摘・意見

<急性期病院の退院後について>

- (1) 高齢者の単身世帯、高齢夫婦のみの世帯の患者が非常に多い。今後さらに増える。
- (2) 急性期病院とすれば一定の治療後に退院をお願いしたいが、自宅に帰ってすぐに日常生活に戻れる目途がないため、多くの患者が回復期・慢性期の病院、あるいは施設を希望される。しかし、ベッド数がまったく足りていない。
- (3) 「病院にいさせて欲しい」「老夫婦だけなので連れて帰るのがこわい、施設に入れてもらいたい」との家族の声が多い。
- (4) 一番困るのは、がん末期など医療依存度の高い患者を受け入れるショートステイがないこと。医療と福祉のはざまにいる者が非常に多い。
- (5) 介護でもない、医療でもない人の行く場所がない。一人暮らし、老老介護がすごく多い。
- (6) 退院後の在宅療養への移行を援助するのが地域連携室の医療ソーシャルワーカーだが、絶対数が足りない。医療ソーシャルワーカー以外の職員も含め、地域連携室の職員が皆で対応している。

<在宅医療>

- (1) 大部分の患者が自宅での療養を希望しているが、家族、かかりつけ医、訪問看護、介護のサポートがないとできない。また、費用がかかる。
- (2) 医師から見て在宅で療養できそうな場合でも、本人が家族に遠慮したり、家族が面倒をみられないケースが非常に多い。
- (3) 地域の方々に、在宅なんてとんでもないという意識が強い。
- (4) 在宅での看取りについて、県民に対する啓蒙が必要（がんへの恐怖の緩和、在宅での自然死も可能であること、支える医療の認知）。
- (5) 治す医療（病院）と支える医療（在宅医）の接点、役割分担が必要。
- (6) 新川地域在宅医療療養連携協議会のような在宅チーム医療が増えれば、病院としても連携しやすい。
- (7) 地域に新規開業する医師がおらず、在宅医が 60 歳代以上と高齢化している。地域で在宅医療に取り組む開業医が何としても必要。

- (8) 訪問看護ステーションが少なく、患者を自宅に帰すのが難しい。
- (9) 看護協会などいろんなところへお願いするが、看護師がまったく来ない。
- (10) 訪問看護ステーションを開設するには常勤換算 2.5 人以上の看護師が必要だが、利用者が増えるまでの当初数年間は、人件費を賄えない。
- (11) スキルや家庭事情の問題から、同じ看護師が常時 1 人で 24 時間対応している。
- (12) 訪問看護ステーション・訪問看護師の不足とその経営の維持が一番の問題（小規模な訪問看護ステーションに対する報酬評価が低い）。24 時間体制は無理であり、支援体制を考えるべき。
- (13) 在宅には、患者・家族に対する非常に手厚く、きめ細かな対応が必要。非常に効率が悪く、少子化が進む中、このままでは破綻しかねない。
- (14) 医療依存度が高い人は介護度も高い。介護が必要な人は医学的な問題も抱えている。
- (15) 医療も介護も一緒に受けられる英米の「ナーシングホーム」のような施設が必要。
- (16) 在宅の場合、家族の精神的負担がかなり大きく、家族のメンタルケアが必要。
- (17) がんの疼痛緩和のための麻薬の調製等を行う無菌調剤室の設置と共同利用。
- (18) 歯科衛生師が在宅で歯科口腔ケアを行う際の適切な評価。

<ホスピス>

- (1) 富山県の人口規模であれば、中央病院クラスのホスピスを幾つか持たないと、病院での看取りは非常に困難。
- (2) 住宅事情、家族構成、老老介護の現実を考えると在宅はなかなか難しい。緩和ケア病棟の整備は必須。
- (3) 中小の病院がベッドの一定数をホスピスに充てるなど、積極的な患者の受け入れが必要。
- (4) 死の質（Quality of Death）をできるだけ追求している。（静岡がんセンター）
- (5) 緩和ケア病棟には、自分のことを自分で決められる人でないと入院できない。90 歳でがんになる人、認知症の人は、緩和ケア病棟も、急性期病院も、療養型病院も断られる。行き場のない終末期の患者が多くいる。

<高齢化・家族状況の変化>

- (1) 行政が老人単身世帯、老老夫婦世帯を把握しきれていない。把握するシステムを考える必要。
- (2) 団塊世代の高齢化でがん死亡者が今後急増（現在 3 千人→2025 年 約 5 千人）したときに、すべて病院で対応することがキャパシティとして果たして可能か、包括的に考える必要。
- (3) 将来的に在宅や施設の利用者が多くなる。そこでいかなる医療や介護を提供できるかが課題。
- (4) 団塊世代が高齢化するこの 15 年くらいは多死社会となる。加えて、未婚化により老老親子で子が独身であるパターンが多い。この高齢者たちをちゃんと看取れるところがない。

6. 緩和ケア等

1. 現状

- (1) がん医療の考え方が、治療だけでなく、患者の身体的・精神心理的・社会的な痛みのケアにも力を注ぐ方向へ大きく変化（「治療の初期段階からの精神心理的、社会的苦痛を含めた全人的なケア」）。
- (2) がん診療連携拠点病院では、専門的な知識及び技能を有する医師、看護師、薬剤師等がチームを編成し、緩和ケアを提供（指定要件）。
- (3) がん診療連携拠点病院において、外来で専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備（指定要件）。
- (4) 黒部市民では、歯科口腔外科医と歯科衛生士のチームが、がん患者の口腔ケアを実施。
- (5) 静岡がんセンターでは、遺族（子ども）のこころのケアを実施。

2. 指摘・意見

- (1) 病院によって緩和ケアに取り組む体制や、緩和ケアの提供体制の充実度に差がみられる。
- (2) 単に緩和ケアチームがいるだけでなく、それを病院内でどれだけ有効に活用するか、そのシステムの効率が非常に大事。
- (3) 充実した緩和ケアを提供するには、臨床心理士、医療ソーシャルワーカーが欠かせない。
- (4) がん患者のリハビリテーション（術前のトレーニング、術後のリハビリ）は、術後の合併症の予防、患者の速やかな社会復帰、後遺症対策に非常にメリットがある。しかし、医師確保が難しい。
- (5) 抗がん剤治療には口腔ケアが必須。歯科医と病院が一緒に口腔ケアを行うことが大事。

7. 患者・家族の相談支援

1. 現状

- (1) がん患者は、診療（治療方法の選択等）、身体（副作用、後遺症等）、こころ（不安、うつ等）、暮らし（家庭、仕事、治療費等）に関して、それぞれの生活状況により、また、がんの進行に伴い、様々な悩み・痛み直面する。
- (2) がん診療連携拠点病院に「相談支援センター」が開設されており（指定要件）、地域のがん患者・家族の相談窓口として、治療・療養における不安を軽減し、家庭復帰や社会復帰を果たすうえでの支援を行うことが求められている。
- (3) 中央病院の相談支援センターは相談室が手狭など、患者・家族が相談しづらい状況。
- (4) 病院中立的で、心理、医療や生活・介護等多様な分野の専門家が相談に対応する「地域統括相談支援センター」の設置を進めている県がある（宮城、千葉、三重、高知、沖縄）。
- (5) 静岡がんセンターでは、治療内容に応じて必要な情報を患者に処方（提供）し、患者自身によるケアを喚起する取組（例えば、一つ一つの抗がん剤に特有な副作用対策を薬の処方箋を切ったところで患者に渡すなど）が始められている。
- (6) 静岡がんセンターでは、院内に患者向け図書室が設置されており、がん医療、闘病支援、社会制度等に関する書籍、雑誌、DVD等の閲覧・貸出が行われている。

2. 指摘・意見

<患者・家族の支援について>

- (1) 告知されてから治療を受けるまでの間のサポートができていない。インフォームド・コンセントといわれるが、衝撃と混乱の中、納得のないまま治療を始める患者がいまだに多い。
- (2) 告知された患者はどうしたらよいかわからない。がんを理解し、受けとめるための場が必要。
- (3) 告知時、手術時、退院時などに必要な情報（自分の病気が今後どうするか、治療をどうしたら良いか、日常生活で何に気をつけるべきか等）を容易に得られない。医師、看護師は忙しく、患者個々の事情を踏まえた相談までできずに不安。
- (4) 患者は自分から不安や悩みをいいたせない。病院側から声を掛けるまで不安や悩みを抱えていることが多い。
- (5) 老老世帯が増加し、患者・家族が高額療養費の請求手続きがわからず、請求しないまま医療費の負担に困っている場合がある。
- (6) 家族のメンタルケアが必要。多くの患者が、家族の心理的・経済的負担を心配しており、家族支援が患者支援につながる。
- (7) 進行がんの患者に対する相談体制の充実が特に重要。
- (8) 40歳以下のがん患者は深刻な社会的問題（妊娠・出産、性生活、子ども等）を経験する。若年齢層の患者への相談対応の充実が必要。
- (9) 家庭、仕事、医師・看護師とのかかわり、経済面などの社会的問題はうつ状態とも関連。QOL低下、家族の負担増大など重大な影響がある。
- (10) 心理社会的支援の有無が生存期間に影響するとの研究報告がある。

<相談支援センターについて>

- (1) 相談支援センターの存在が知られていない、院内外における認知が不十分。
- (2) 相談件数が少ない、問題が解決したと実感する者が少ない。

- (3) 相談支援センターが成功するためには、病院幹部や医師などの様々な専門スタッフによる組織的なバックアップ（相談窓口の対応者が院内のリソースを使えること）が必要。
- (4) がん診療連携拠点病院によって相談支援センターの相談実績や体制等に差がみられ、こうした差が患者の相談支援の質に影響していることが懸念される。
- (5) 医療従事者とのかかわりや、家族のサポート、就労、経済面に関することなどの社会的問題に対応していくためには、看護師と医療ソーシャルワーカーとの協力が必要。
- (6) 院内の相談支援センターでは、医療に不満がある場合になかなか相談しにくい。また、相談時間が短い。
- (7) 相談の件数とともに、相談による問題解決力をみていく必要。相談に応ずる体制ができているのか総合的に検討すべき。
- (8) 相談対応には経験が非常に重要であり、相談員の研修が大事。がんを専門に学び、上手に話を聴ける相談員が必要。
- (9) 相談支援センターの相談員の研修機会が少なく（特に県指定のがん診療連携拠点病院）、相談の質の向上が図れない。
- (10) 相談支援の需要がどんどん増えているが、マンパワー不足で追いつかない。
- (11) 相談支援センターの運営が適切に評価される仕組みが必要。
- (12) 退院時等における情報提供（冊子の配付）や、入院中、手術後等に利用できる図書室が院内にあるとよい。

8. 患者会活動・ピアサポート活動

1. 現状

<患者会>

- (1) がん診療連携拠点病院では一部を除き、患者会の育成に至っていない。
- (2) 中央病院では乳がん患者会が、認定看護師のサポートを得て、啓発、講演会開催、患者の生きがいづくりなどの活動を実施。富山県がん対策基金による補助、講演会参加費等によって活動費がまかなわれている。
- (3) がんサロン（患者等の懇談の場）を定期的に行っているがん診療連携拠点病院がある。

<ピアサポート>

- (4) 国内の一部の地域では、がん体験者が、がんに関する正しい知識を身につけ、その体験と知識を活かして、がん患者と問題解決の糸口を探るピアサポート活動が始められている。
- (5) NPO法人ミーネット（名古屋市）では、がん専門医の協力を得てピアサポーター養成研修を開催。名古屋市がん相談情報サロンで相談を受け付けるほか、ピアサポーターががん診療連携拠点病院を定期的に訪れ、院内ピアサポート活動を実施。
- (6) 国の委託を受けて、日本対がん協会がピアサポーター等の研修プログラムを策定中。
- (7) 中央病院患者会の一部個人がピアサポートのための講座を東京で受講し、ピアサポート活動に取り組んでいる。

2. 指摘・意見

<患者会>

- (1) 同じ病で悩む者たちの絆が治療にも効果。患者は自分達のがんについて話し合うなど、他の患者とのコミュニケーションを求めている。
- (2) 乳がん以外の患者に対するサポート体制（患者会）がない。同じ病気だからこそ深い話ができる。
- (3) 患者会など、患者が自発的に相談できる雰囲気を作っていく必要。
- (4) 患者会活動やその効果が患者に知れ渡っていない。
- (5) 地域の顔見知りが多いなど、院内に大きな患者会を立ち上げることは難しい。
- (6) 患者会活動は病院の垣根を越えてこそ意義がある。

<ピアサポート>

- (7) ピアサポーターによる患者支援が必要。患者のこころは、告知、治療、経過観察と移る中でどんどん変わる。それに寄り添い支えられるのはピアサポーター。
- (8) ピアサポートのための研修の場を県内につくってほしい。
- (9) 院内ピアサポート（ピアサポーターのチームが、がん診療連携拠点病院を定期的に訪問して相談会を開催）には、敷居が低い、医療従事者に相談できないことを聞ける、タイムリーに相談できる等のメリットがある。
- (10) 地域統括相談支援センターの下にピアサポートセンターを置き、ピアサポーターの育成、活動管理等を行うことで相談支援体制を充実するなど、ピアサポートをがん対策として公的に推進する必要。
- (11) ピアサポートの質の管理、ピアサポート活動の均てん化が課題。
- (12) ピアサポーターの養成や活動の運営管理をできる人材が必要。

9. 診療機能、診療実績等の情報の整備と開示

1. 現状

- (1) どの病院が良いか相談される患者が非常に多い。その際には新聞社のインターネット有料サイトで病院の症例数、治療方法等を調べて提示している。(名古屋市がん相談情報サロンを運営するNPO法人)
- (2) 「とやま医療情報ガイド」ホームページには、がん医療に関する情報の掲載はほとんどなく、患者が治療方法を選択する際に役立つ情報が不足している。
- (3) 5年生存率等の公表は、がん診療連携拠点病院がそれぞれの判断で行っている。
- (4) 大阪府では、がん診療連携拠点病院の診療機能(専門医の配置、治療内容等)、診療実績(患者数、手術数等)等の情報をインターネット上に開示(「大阪がん診療NOW」)。がん診療連携拠点病院の現況報告を活用し、情報を一元的に開示することで、病院によって差の生じない情報提供が行われている。

2. 指摘・意見

- (1) 病院の診療機能情報、院内がん登録による実績(症例数、生存率等)の開示が必要。
- (2) 大阪府では、症例数、治療方法、生存率等の情報が開示され、医療従事者同士で、あるいは患者、医療従事者、行政の間で、がん医療を考える際のベースとなっている。

10. がん患者の社会生活上の問題

1. 現状

- (1) 治療技術の進歩によって、がんとともに生きる人（がんサバイバー）が顕著に増加している。
 - ・がんの治療を終え、あるいは治療を受けながら社会で暮らしている人
298万人（平成14年）→533万人（平成27年予測） ※1.79倍
 - ・5年相対生存率
全がん 54.3%、乳がん85.5%、子宮頸がん71.5%
- (2) 放射線、抗がん剤等の外来治療の普及によって、がん患者の療養生活の場の中心が病院から自宅へ移行している。平均入院日数は大幅に短縮され（平成⑪ 40日→平成⑳24日）、外来患者数が入院患者数を上回るようになっている。（厚生労働省「患者調査」）
- (3) がん患者の3人に1人は就労可能年齢（20～64歳）で罹患している。
- (4) 厚生労働省研究班（平成15年調査）によると、がん罹患した勤労者の30%が依願退職し、4%が解雇されたと報告されている。
- (5) 分子標的薬など新しい抗がん剤の開発によって生存期間が伸びる一方、高価な新薬の長期継続的な使用で、医療費負担が増大している。

2. 指摘・意見

- (1) がんは、脳卒中や心筋梗塞の場合と違い、治ると患者はまったく普通の一般人になる。がん患者を積極的に雇用してもらう運動を、法人会、商工会議所と組んでやっている（静岡がんセンター）。
- (2) がん患者の雇用継続の支援（雇用者、上司・同僚の理解と協力）が不可欠。
- (3) 医療費負担が大きいために、治療を断念、拒否する者が徐々に増えている（特に再発者）。高額な抗がん剤による外来治療など、がん治療の長期化が一因。治療と就労の間で板挟みになっている。
- (4) お金の切れ目が治療の切れ目にならないよう手当する必要。

11. 施策の推進

1. 現状

＜がん罹患の現状把握＞

- (1) 県では、地域住民全体のがんの罹患率、生存率を継続して把握する「地域がん登録」を、県医師会及び富山県健康増進センターに委託して実施。
- (2) 現在、国では、都道府県によってまちまちだった地域がん登録の登録項目、分類区分等の標準化を進めている。

＜推進体制等＞

- (3) 平成元年に、知事を本部長とするがん対策推進本部を設置。がん予防・がん検診の関係団体12名、医療関係5名、行政機関4名、報道機関3名、患者団体1名の計25名の委員で構成され、がん対策推進計画の策定、がん対策の推進の総合調整を行うものとされている。
- (4) がん対策を、厚生部健康課がん成人保健係が所掌。

2. 指摘・意見

＜がん罹患の現状把握＞

- (1) 地域のがん罹患の実態を正確に知ること、どんな対策に取り組めば良いか分野を絞り、より効果的、効率的にがん対策を進めることができる。また、施策が効果を現しているか、検証が初めて可能となる。
- (2) 現状の地域がん登録では、死亡診断書で初めて把握されるケースが少なくない等、広く活用できるレベルに至っていない。
- (3) 地域がん登録の法制化。
- (4) これまでのがん対策は、地域特性を見ないで行われてきた面がある。がん全般に漫然と対策をするのではなく、例えば、富山県で死亡が増加している大腸がんに焦点を絞り、どうやって減らすかを戦略的に考えることが必要。
- (5) がん検診の精度を上げるためには、地域がん登録のデータが必要。

＜推進体制＞

- (6) 県組織の強化（秋田県では、がん対策室を設けて7人の専任者チームを配置し、広島県ではがん対策課を設置）
- (7) がん対策を全体的にマネジメントし、PDCAサイクル（Plan 計画→Do 実行→Check 評価→Act 改善を繰り返すこと）を回していくことが大事。