

平成 26 年度 第 2 回神戸市がん対策推進懇話会 議事要旨

1. 日時

平成 26 年 10 月 30 日（木）14 時 00 分～17 時 00 分

2. 場所

三宮研修センター1005 会議室

3. 出席者

（1）委員（50 音順）

杉村会長、味木委員、足立委員、安部委員、去來川委員、伊地智委員、岡田委員
祖父江委員、辻委員、都築委員、南部委員、百瀬委員

（2）事務局

健康部長、医務担当部長、健康増進担当部長、地域保健課長、歯科保健担当課長
地域医療室長、病院調整担当課長、健康づくり支援課長、神戸市民病院機構グループマネ
ジャー、神戸市地域医療振興財団総務課長

（3）傍聴者

2 名

4. 議題

（1）がん検診について

（2）がん患者等の支援について

5. 議事

開会

- ・事務局挨拶
- ・委員交代の報告（ひょうごがん患者連絡会黒田元会長への黙祷、去來川新会長の紹介）
- ・資料確認

○事務局【議題 1（資料 3、参考資料 1）について説明】

○委員

資料 3 の 5 ページの 5 「空きがある場合には、事前申し込み不要でも受診できる会場を増やしていく」とあるが、市民はどうやって知ることができるのか。

○事務局

現在、ピンクリボン等のイベント時には、事前申し込み不要で受診できるようにしているが、通常は事前に申し込まないと受診できない。予約した人が優先だが、空きがある場合には、会場等で受診できないか検討していきたい。

○委員

イベント時で「今日は空きがあるから受診できます」ということか。

○事務局

たまたまスーパーマーケットに行った時に「現在、空きがあるので受けられます」という案内をすれば、ついでに受ける方もいるかと思う。

○委員

定期検診でもそれができる方法がないかを検討するということか、イベント時だけか。

○事務局

今はイベントでは実行できている。

○会長

定期検診の時に予約をせずに行ったら、その時に受けられるのか。

○委員

逆に言えば、行って空きがなかったらだめなのか。

○事務局

ここでの想定は定期検診の会場で空きがある場合には、事前に申し込んでいなくても受診できないかということで、空き情報をどのようにお知らせするかということが課題であり、今後検討していきたい。

○委員

集団検診に関しては、申込みが集中して断らざるを得ない時もあるが、空いている時もあるので、効率的・効果的に受診できるように活用してほしいと実施施設から聞いたことがある。受ける気があったのに、いっぱい受けられなかったという方には、適切に受診できる機会を設ける意味でもいい方法では。

○委員

集団検診の空きがあって、どこで、どの検診が受けられるのかが事前に分かれば、行きたい時に行き、空きがあるのか確認して受診できる。それを市民にどう広報するのが問題だ。

○会長

現在はどんな方法で広報しているのか。

○事務局

市のホームページや全戸配布の広報紙K O B Eで広報している。

○委員

私の友達は広報誌をよくご覧になっており、活用されていると聞いている。

○委員

1か月に1回この日はやるというふうに継続的にしないと、全く予定が立たない。同じ場所で常にそこに行けば受診できるように。そして、検診が混んでいる場合には、「今1時間待ちです」というようにアナウンスすれば、予約を取り、用事を済ませ、また来ることで時間調整できる。単発での実施は忙しい方には難しく、「毎月あるので、来月ぐらいは受けようか」というふうに受けられるよう、同じ場所で継続してやるようお願いしたい。

○会長

現在、同じ場所での定期実施はしているのか。

○事務局

定期的にまではできていないので検討していきたい。

○委員

広報に関して、市のホームページや広報誌を見ている人はいいが、何年も広報を続けているの20%、30%の受診率なので、それらを見ない人への広報を考えてほしい。どうしたら検診を受ける気にさせられるか、積極的に受診してもらえる方法をお願いする。

○会長

市バスの中吊り広告はすごく目につくが、使えないのか。

○委員

目にはつくが、余り効果がないのでは。見るだけ見ても実際には行かないと思う。

○委員

がんの治療技術が著しく向上している現状において、積極的に新聞その他で啓発する必要があり、以前に比べて早期発見すると予後がよい等の説明などを順序立てて連載するのも1案だと思う。新聞記事では、連日、健康に関することや病気の説明をしているが、受診者を増やす効果は少ないのでは。

日経新聞では「健康寿命の延伸」を連載しているが、検診を受け、早期発見することが最終的に寿命を延ばすということに繋がっているのでは。つまり、視点を変えた広報をしないと、受診率はこれ以上伸びないのではないか。

○会長

知識で伝えるにはどうしたらいいのか。我々も市民公開講座をしているが、来る人数が500人ぐらいで、10回やっても…ということを感じる。

○委員

私は予防医学協会では検診の受診率を上げることを課題にしているが、マスメディアの効果が一番ある。行政はマスメディアをバックアップし、その中で行政のコーナーを作っていたきたい。

○事務局

番組で広報していただいてもあまり視聴されていない様子。また、市から多くの資料を記者クラブに提供しているが、取り上げていただけないことも多く、どうすれば我々が市民に伝えたいことをマスメディアに取り上げていただけるのか苦慮している。

○委員

協議会主催でフォーラムを年1回開催しているが、検診のテーマにはあまり興味を持たれておらず、参加者はある程度決まっている。50～100人は色々な企画の度に参加されているが、普段行かない人は何にも気にしていないのが現状だと思う。広報に気をつけて進めているが、力の及ばないところを感じている。

○委員

職域連携として、がん検診の協定等の動きがあるが、その中で企業に協力していただいて広報する話はないのか。

○事務局

がん検診の受診促進協定を企業6社と締結しており、従業員への検診啓発、顧客や取引先に対する検診啓発を締結内容としている。現在も協定先企業を募集しており、拡大していきたいと考えている。また、協定ではないが、従業員や取引先等に対して受診促進の取り組みを一緒にしていただけるような企業と連携ができないか、さらに呼びかけていきたい。

○委員

前回の懇話会で市職員の検診受診率が低いのではないかと尋ねたが、調べていただいたか。

○事務局

所管課に確認したが、職員が市のがん検診をどれ程受けているかについては、基本的にデータは掴んでいないとのこと。

○委員

まず、市の職員が受診することが大事。職員がたくさん受診し、受診率が以前は5%だったのが30%に上がったというようなことをテレビ等で流してもらっては。職員が受けない

のに市民が受けるわけがないと思う。市が受けてほしいと思うのなら、職員も受けたいと思うはずなので、そこから取り組んでいただきたいと前回お願いしたが、ぜひ実施していただきたい。

○委員

県の産業医をしているので、県職員のがん検診の受診状況を情報提供させていただく。胃がん検診は基本必須で、受けない場合には、その理由を聴いており、原則、対象年齢の方は受けている。大腸がんは希望者だが、定期検診と一緒に受けられる。乳がんと子宮頸がんは、希望者制で提携医療機関で受診するという形にしているが、職員にアンケートをすると、職場以外で個別に受けている人がかなりいて、実際には職場で把握している以上に、乳がん・子宮頸がん検診を受けていると思う。市町は職域での受診状況を情報収集し、個々の職域と連携をとること。また、職域でも受ける機会のない方には受診を促し、未受診者のコール・リコールや台帳の作成等を併せてしっかり進めてほしい。

○委員

教育委員会と協力して、小・中学校の教諭や市民へのがんの講演、教育をしていただきたい。検診の必要性について、がんの体験者が話すことで、実感として受入れられやすいのでは。がんの体験者も活用して出前講座的なことをして地道に進めることも必要ではと思う。

○委員

がん検診や一般検診には地域性がある。欧米に比べ、なぜ日本は受診率が低いのか。一つは、日本は皆保険が影響しているのでは。欧米は皆保険ではないので、個人の健康管理意識が高いが、こんなに違う理由は何かをはっきり掴み、それをターゲットにした啓発をしたほうがいいと思う。市民全体に満遍なくというのは、方法としては限界に来ているような気がする。

○委員

アメリカは特殊な国で、国全体で統一した仕組みがなく、保険加入者と非加入者でも違う。がん検診の受診率が高いのは、保険加入者が高いのであって、非加入者は10数%と低い。保険者は検診を受診させることで、全体の経費が下がると思っているので、未受診者に対して受診勧奨を行う。また、アメリカはホームドクター的な医者が決まっており、その医者が管理することがある。保険により、どの医者にかかっているのかが特定され、加入者の受診率をカウントして、高ければ、医者に何かインセンティブがある為、医者側から受診勧奨をしているようだ。受ける側も保険でカバーされる医療行為が限定されており、早く見つけてほしいというインセンティブがあり、両方のインセンティブで高くなるのでは。これは加入者の中での話であり、保険者は加入者に対して、サービスを徹底してやっている。

カナダ、オーストラリア、イギリスの英語圏では、州や国が地域ベースで行っていることが多い。カナダ、オーストラリアは州ごと、イギリスは国で行っている。その場合、対象者名簿を把握しての個人勧奨が重要だが、それだけでは受診率は上がらない。検診がどういうもので、いかに重要かをパブリックアナウンスメントで知識として提供し、なおかつ個人に通知することで行動につながる。英語圏での特徴は、ターゲットを絞っていることだと思う。日本は40歳以上だが、多くの国は50歳代・60歳代等、ターゲットや年齢層を絞って、しかも間隔を開けている。イギリスでは、乳がん検診は3年ごと。3年たてば、毎年固定された人が受けるよりも3倍の受診率になる。こういう方法での受診率は80%で、対象者名簿

に基づき、順番に無料で受けていただき、受診対象でない年に受ける場合には、有料にして抑制している。

日本の特殊性だが、フリーアクセスで、皆が医療機関に行ける状況であるため、既に医療行為の中に検診的な内容がかなり含まれている可能性があり、実際の検診的な検査実施率はもう少し高いように思う。それをカウントするのは難しいが、検診や診断等の目的を問わず、保険者が加入者の検査数をカウントできれば、ある程度可能かもしれない。この点については、レセプトの分析を進めれば実態が分かると思うが、データはまだないと思う。

○委員

神戸市の5大がんの検診率が低いが、この5大がんによる死亡率は、他より高いのか。

○事務局

例えば、乳がんの検診率は他都市に比べて低いが、死亡率は他都市に比べて高いわけではないので、必ずしも検診率の低さと死亡率の高さは関連していないと思う。

○委員

検診を受けるメリットが分からないと、市民も理解しにくいと思う。

○委員

神戸は医療技術が発展しているが、そのような地域と医療過疎地とでは死亡率が全然違うと思う。罹患率で評価できるようになるといいと思うが。

○委員

死亡率の高・低を市町村レベルで明らかにすることは大変かと。10年ぐらい見れば分かるかもしれないが、その間に変化するかもしれない。死亡率の高・低に関して大きく2つ要因があるとすれば、罹患率自体が高いのか、生存率が低いのかどちらかだと思うが、罹患率自体が都会と田舎で違うので、神戸が都会だとすれば、不利な状況にある。生存率については、ようやく地域がん登録が整備され、地域ベースの生存率が神戸市でも計測できるようになると思う。日本の乳がん検診の受診率はOECD諸国の中で非常に低いが、生存率はそんなに低くない。理由は分からないが、検診を受けていない割に生存率が高い。

○委員

検診の受診率が低いというが、それを上げることによって、どうなるのかということが分かりにくい。

○委員

がん検診の効果として、検診受診者の死亡率が下がるというのは、評価研究として行われており、マンモグラフィに関しては、2、3割は下がるということがRCT（無作為化比較試験）で分かっている。他の要因が幾つかあるので、受診率が並行して動いていなくても、それは効果がないというのには、やや注意しなければならない。そういうことよりも有効ながん検診に関して、受診率を高めることを地域目標とする方が直接的だと思う。

○会長

そもそも論は難しいところがある。がん検診は受ける方がいいということを前提に受診率を上げるにはどうすればいいか。

○委員

もううまくいっていなければ、精度管理や精検受診率が低い等、他の要因をチェックすべきで、効果そのものに疑問を呈するのは違うのではと思う。

○会長

広報については、いかに知らせるか、もう少し受けやすくするにはどうすればよいか、市で再度検討すること。また、県のように市職員のトレンドをぜひ調べていただきたい。

それでは、がん検診の受診率向上については、これぐらいにして、精度管理について、何かご意見いただきたい。

○委員

県の役割は市町がん検診の精度管理をしっかりすることだが、県のがん検診の精度管理のための委員会は 10 年ほど中断しており、それを何とか今年度中に再開するのが私自身の目標。まず、メンバーとなる先生方の名簿を作ることが大変であるため、自薦・他薦を問わず、がん検診の精度管理に協力いただける先生がいれば教えていただきたい。

○委員

システム台帳について、検診効果のアピールのためにも検診の対象者名簿を整備することが前提だと思う。ただ、住民全体を対象にしても職域で受ける方もいるので、これらの情報を加味したうえで精検受診率のデータを出さなければ全く評価できない。そして、IT を利用した情報管理と共有を含めて検討をお願いしたい。

○委員

対象者はどうするのか、住民全体にするのか。

○事務局

がん検診の対象者名簿は対象者の年齢で区切るしかないと思う。住民基本台帳のデータを使う以上、保険区分については国保分しか把握できず、職域の被保険者については各保険者でしか分からない。

○委員

国保加入者は必ず市の検診対象者なので、それに限ってまず受診率管理をしたらどうか。

○委員

ハード面では台帳を整備する。そして、分析する人、事務系も含めてスタートラインにいたので、しっかりした精度管理ができる台帳システムを作っていただきたい。

また、データを事業者に出させて、精度管理まで委託する形で国保対象者の精度管理を始めようと考えているので、具体的な意見をこの会でいただきたい。

○会長

精度管理と台帳はそういうことで進めていただきたい。対象は国に準じるということだが、特に神戸市独自の内容はあるのか。

○事務局

「胃がんや大腸がん、肺がん検診は 50～60 歳代を重点対象とする」というのは、前回いただいたご意見であり、乳がんと子宮頸がんは事務局が考えた年齢対象である。マンモグラフィについては、40 歳代は欧米諸国では議論があるところなので、重点対象としては 50 歳代の方がよいのではないかと考えた。子宮頸がんは若年者の罹患率を踏まえると、20～30 歳代が重点対象としてよいのではないかと考えた。

○委員

国の指針では、乳がん検診は 40 歳代以上だ。罹患率から見ると、最近、胃がんと肺がんは下がっている。胃がんは昔の 40 歳代の罹患率が今、50 歳代の罹患率くらいになっている。

40 歳代の胃がんはかなり減っているのに、重点年齢 50～60 歳代は納得できる。ただし、乳がんは 40 歳代の罹患率が高く、50 歳代より高いため、50 歳代を重点対象とすることには抵抗がある。ただ、40 歳代の検診は難しく、マンモグラフィだけでは感度が特に不十分で、欧米であれば 50～60 歳代が中心。日本との違いとして、欧米では、閉経前のプレメノポーズ（更年期）のがんが相対的には少なく、ポストメノポーズ（更年期以後）が多い。日本は、閉経前の乳がんも結構あり、40 歳代は無視できない。しかし、感度には問題があり、今、超音波のトライアルが行われているが、結果が出ていない。

○委員

市民病院では、乳がんが 30～40 歳代で非常に多いため、神戸市の検診対象が 50 歳代では非常に違和感があり、もっと低年齢からするほうがよい。現在、乳がんの化学療法をしているが、30 歳代の方が圧倒的に多く、検診を 50 歳代にするのはもったいない。検診で引っかからないとしても検診受診の意識を持てば、自ら病院に来ると思うので、検診で見つける意義以外にも検診に行ってくれることも含めて、40 歳代は入れていただきたい。

○会長

30 歳代のマンモグラフィは非常に難しい。トモシンセシス（連続断層画像データ取得装置）という普通のマンモグラフィでも断層で 4～5 枚撮れる医療機器がある。ある時、実際に検診読影医がマンモグラフィを実施した場合と 2～3 年目の先生がトモシンセシスで診た場合、トモシンセシスを使用した方の診断がよかった。デンスブレスト（乳腺の密集像）は見当違いが多く、検査に引っかかるので、その辺は難しい。エコーも自動的にできる機器は 2 社しか出しておらず、値段も高いので検診に適切かどうか。検診や人間ドックで大丈夫と言われると、安心感を持ってしまい、症状があっても大丈夫だと思ってしまう。それらを総合的に考えるとかなり難しい。乳がんの対象は 50 歳代では少し高く、せめて 40 歳代では。

○委員

今は高齢出産もあるので、色々難しいかもしれないが、身近には 40 歳代がとても多いので気をつけた方がよいと思う。

○委員

これは、あくまで個別勧奨をする重点対象年代で、他はしないというわけではない。個別勧奨は全年代でなく、焦点を絞ろうということをやっている。乳がんは、若い方を基本的に具体的に決めていったらいいと思う。乳がんは、個別検診の精度管理ができていないため、ご指摘のあった年代に個別勧奨と検診をして、特に個別検診の精度管理の方法を軌道に乗せることが事務局の考えだ。

がん検診の項目について、前回、色々な検診を取り入れることもよいという意見もあったが、国が有効性を確立した検診項目に絞って精度管理を行い、受診率を上げ、罹患率・死亡率をフォローすることを第一に考え、今は有効性を確立した検診を中心にやっていきたい。

○委員

口腔がん検診を提案したい。この場で俎上に上がるかどうかは別にして、口腔がんは、他のがんと同様に増えており、死亡者数では欧米は減少傾向にあるが、日本では増えている。口腔がんの最大の特徴は、目で見える範囲での診断が可能ということだが、我々は毎日、口の中を見ているので、それが第一の検診ではないが、スクリーニングになる。受診率で言えば、かなりの数を見ていることになる。一歩進めて検診とするため、統一したフォーマット

を持ち、細胞診を含めたシステムを作っていただきたい。千葉県市川市では、口腔がん検診を行っており、受診率は低いですが、成果がでているので、検討してほしい。

○会長

前立腺がんが日本で増えており、特に都市部の方は、栄養状態がとてもよいので、多いのではないかと。患者数は、欧米ではピークアウトして徐々に下がり、2020年頃に日本が抜くだろう。それもPSA検査（前立腺がんの診断だけでなく、治療経過観察中の再燃・再発を見つける上で有効な検査）が死亡率に影響するというのはいかがでしょうかと意見があるらしいが、欧米、特にアメリカでは死亡率が下がってきているようだ。

○委員

現在は診断技術が発達し、クルミより少し大きい前立腺で12か所生検する。12分の1でも見つければ、前立腺がんという診断になる。昔であれば左右1か所ずつ位しかできなかった。アメリカの死亡率は下がっているが、PSA検査は必ずしも有用ではないと言われている。

○会長

しかし、がんには変わりないのでは。

○委員

PSA検査で異常値が出たまま放置し、他で生検を受けると陽性が出る。そうすると見逃したことになる。PSA検査だけでフォローアップする場合もあるが、どこかで生検かMRIをせざるを得ない。問題は、治療の必要があるのか、死亡率に結びつくかであり、おそらく治療の必要のない人も多くいる。

○会長

検診によって、どれ位有効性があるのか世界的に議論が尽きず、エビデンスを出すのは難しい。肺がん検診でもエビデンスがでなくて苦慮している。

○委員

アメリカでは仮に生検で陽性と出ても、患者との話合いで様子を見て、あるいはPSA検査で上がってきた段階で治療をしても予後に差がない。ただ、アメリカでは医療費の問題があるが、日本では皆保険制度なので、早期に放射線療法からホルモン療法まであり、患者に説明すれば、何らかの治療は求められる。

○委員

「職域と連携をしたがん検診受診対策」について、40～50歳代のがん検診は、職域が主体になっているとあるが、実態が掴みにくい。ただ、がん検診の受診状況は、協会健保が加入者の個人レコードを持っており、受診状況や精検の必要性の有無について情報はある。

また、協会健保は、日本全体で一つのデータベースを持っており、事業所の所在地でデータを集めているので、兵庫支部が集めているデータは、兵庫県内の事業所だけの社員だが、中央であれば、県外にある事業所の兵庫県在住者のデータを持っている。一度、中央に集めたものを居住地ベースで切り分けて兵庫支部に渡せば、兵庫県在住者の事業所のがん検診の受診状況が分かる。神戸市からもアプローチして、市の居住者であって他府県の協会健保加入者の受診者数や職域経由の受診状況等の把握を試みてはどうか。

○委員

本市では検診の担当者が電話相談に追われており、データ整理や分析も含めて、センター

のような場所ができないかという考えもある。

○事務局

まだ、がんの台帳やシステム自体も持っていない状況で、まずはデータベースから始めようということで、総合的なIT化は、これからの課題だ。ただ、課題を解決していくためには、色々と検討が必要なので、懇話会でも知恵をいただいて検討していきたい。

○委員

マイナンバーの話もあり、非常に情報は利用しやすくなると思う。それに向けて早く取り組めば、先ほどの協会健保のような話は簡単なことなのでは。

○会長

本日の会議での意見を踏まえ、前回意見のまとめと今後の方向性について、再度、事務局で整理して、最終的な懇話会意見として取りまとめたいと思うが、会長一任でさせていただいてよろしいか。

(「異議なし」の声)

○事務局【議題2（資料4、参考資料3）について説明。参考資料4、5、6、7は参照】

○委員

神鋼病院のピアサポーターは患者なのか。

○事務局

膀胱がんで人工膀胱をされている患者で、治療継続中の状態が落ち着いている患者だと聞いている。

○委員

ピアサポートについて、「病院長や診療科医師の理解を得ることが難しい」とあるが。

○事務局

病院により差があり、医師の理解のある所は動きやすいという意見をいただいたが、他都市調査では、理解の進まない所では最初の立ち上げが難しいとの意見が出ていた。

○委員

理解の進んでいた病院では、病院がピアサポーターという仕組みを作り、患者の援助をしたのか。

○事務局

一緒に相談し、病棟の師長等がコーディネートしながら、ピアサポートを派遣していると聞いている。病院も一緒に関わっているということだ。

○委員

別の会議でも精神科病院のピアサポーターの重要性が言われていたが、実際に苦しみを知っている人の方がよいと思う。

○事務局

他都市事例だが、ピアサポーターの導入について、当初は医師等が医療との調整が難しいと反対していたが、導入してみると、患者自身の理解が深まり、診察で説明できない部分を補ってもらえるということで理解が深まったとのこと。事業は基金で実施していたが、基金が切れても病院の経費で継続を希望する所もあったので、そういう事例も提供して、少しでも増やしていきたい。

○委員

一番大事なことは、就労支援だと思う。特に会社勤めの方で治療に要する時間は、ある程度、勤務時間から外すようにする等、どのように行政は関わっているのか。職場で働きづらくなる等の相談を受けた場合とか。

○事務局

就労支援の相談は、拠点病院のがん患者支援センターで行われており、病院側からの要望として、社会保険労務士等の専門職派遣のニーズがあった。最初に相談に行くのが病院なので、そこでの充実が必要ではないかと思う。拠点病院の役割として、患者に「今すぐに仕事を辞める必要はない」ということを伝える取り組みが国で示されている。

○委員

「やめる必要がない」というのは、「やめさせてはいけない」とセットでなければならぬが、そういう指導はできないのか。

○事務局

参考資料3の就労支援の取り組みにおいて、患者・家族、拠点病院、企業、ハローワーク等、その他で、それぞれの役割の記載がある。この資料は8月に出版ばかりの報告で、これからそれぞれの役割として周知するところであり、拠点病院がハローワークと連携して全国で何か所かモデル事業をしているが、県立がんセンターでも実施していると聞いている。

現在、市民病院から聞いているのは、病院に対する相談は治療のことが中心で、どのように治療と仕事を両立するかの相談はあるが、それ以上は今のところは進んでいないとのこと。

○委員

参考資料2「がん対策推進基本計画の概要」は、第2次のがん対策として平成24年6月に決まった。その中の個別目標9「がん患者の就労を含めた社会的な問題」に“ニーズや課題を明らかにした上で職場における理解の促進、相談支援体制の充実を通じて、がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目指す”とある。拠点病院の役割としては、就労支援があるが、25年はモデル事業でハローワークと連携して週1回病院に来ていただき、相談支援センターでニーズを確認した上で話をするという形で行った。その結果、相談件数は10件程度で、仕事をやめた方が就労に結びついたのは2件だが、それは相談支援センターの紹介による就労ではなく、自助努力による就労だった。このモデル事業は、きっかけ作りにはなったが、就労に関する情報が相談支援センターには無く、ハローワークが持っているもので、なかなか難しいと感じた。これからまたスタートするということ。

○会長

最近、マタニティハラスメントで判決がでたが、病気でなくてもそういうことが起きる状況。国民全体の理解を得るのは難しいが、我々が情報を発信していくことが非常に大事だ。

○委員

就労支援を行っていることも一般の方は知らない。政策で挙げられても、一般の方へのアピールの仕方が下手だと思う。もっと広報やマスメディアを通じてアピールするべきだ。

○委員

今の就労や離職の話だが、患者は年休を使い終わったら仕事をやめてしまうことが多い。病休を使わず、治療中にやめさせられる方向で力がかかり、年休を使い終わった時点で、多数の患者から「退職しなければならなくなった」と聞く。支援センターなどで相談してもら

っているが、病休の扱いは職場により全く違うので、何とかならないか。

また、再就職先の病休等の情報が事前に分かればよいが、ハローワークにも情報がないらしく、病休が表向きは1年でも就職してみると3か月で追い出されたというようなことを聞くので、そういうところを整備してほしい。

また、患者会やピアサポーターの受け入れについて理解がないのではなく、質が担保されていない場合もある。患者会は、一生懸命やって下さるが、水の勧誘を主体とするような仕事として患者会の集まりに来ている方もおり、それを排除する方法がなく、その方がいるから患者がサロンに行きにくくなるということもあった。そのような状況があり、交代で医師が行くようにしてからトラブルが防げるようになった。今後、多くの施設で始めるのであれば、注意点を記載したマニュアルをがんセンター等で作っていただけると助かる。

○委員

ピアサポートの運営課題として、資料に「病院長、診療科医師の理解を得ることが難しい」と記載があるが、決してそうではなく、我々の病院では、よく理解してこれを進める必要があるということでやっている。院内では、ひょうごがん患者連絡会に参加している患者会が月に2度、患者サロンを開いており、講習の受講者がピアサポートを行っている。病院は場所を提供するのみで、運営にかかる経費は患者会が準備する水やお茶代程度。

また、相談支援センターには専従看護師がいるので、何かあれば、そこで患者会から病院へ繋いだり、意見交換会も行っている。

現在は、がん診療連絡協議会のがん相談実務者会議でピアサポーターにどう関与していただくか患者会と検討も行っている。具体的には、教育・研修において、傾聴の仕方や守秘義務、個人情報取扱等、基本的なことを身に付けていただく必要があり、そのレベルをどう維持していくのかを確認している。その他、交通費等もすべてがボランティア負担では長続きはしない、何とか経費が賄えないかということで、どこがどう出すかも含めて検討しているが、難しく、県立病院では負担しにくい。

○委員

ピアサポーターは養成講座の受講が必要であり、その他、サロン内でも条件をしっかりと決めて活動している。今、話があったように、ピアサポーターについては、拠点病院の協議会と一緒に検討を行い、連絡会としても名簿作成をしていく。また、交通費についても、みんなボランティアだが、自前でするのは大変なので、解決できないか話は出しているが、とりあえず、教育を受けなければ、その役割は担えないと思っている。

がんセンターでは、“ゆずりは明石”が患者サロンを開いているが、院内サロンのよいところは問題が起こったら、すぐに対応する専門職が呼べる場所だ。院内と院外のサロンでそれぞれメリット、デメリットがあり、様々な形態があってもよいが、“ゆずりは明石”の場合は、施設の中と外でサロンを持っており、問題が起きないようにデモンストレーションをしながら行っている。

○委員

そういうシステムができていることは、本当に素晴らしい。ただ、患者側にも先ほどのように問題のある方がいる場合があるので、ピアサポーターがその患者を指導できるかという点と難しいと思う。経験上、院内でする場合には、常駐医師がいるべきだと感じることも多かったが、人やお金も不足しているので、「拠点病院は医師が介入しなさい」というような国

からの指示等があれば、少し変わってくるのではと思う。

中央市民病院では、がん専門看護師や相談支援センターの職員がその役割を担ってくれるのではないかと考えており、医者も手助けしたいが、マンパワー的に厳しいので、看護師、薬剤師の方が助けてくれることを期待している。

○委員

患者の立場からすると、医療者の同伴が必要な場合もあるが、医療者がいない場で患者同士で悩みを聞いてほしい場合もある。相手が不安に思っていることを引き出して、聞き取り「私たちもそう思ったよ」と言うと、「自分だけじゃないんだなあ」と感じてもらえるし、医療者の前では言えないこともある。その役割をするのがピアサポーターだと思うので、医療者の必要な時と必要でない時があり、それはその場により違ってくると思う。

○委員

院内でする場合には、医療職も同伴して、院外でする場合には“ゆずりは明石”のような形でというふうに両方の形でやるのが本来の姿で、院内でする場合に「場所は提供するが、我々は知らない」では、立場的に我々は困ると思う。

○委員

「場所のみの提供で我々は知らない」というのではなく、医療者の相談が必要な場合には、患者サロンから相談支援センターに繋ぐ。がん看護専門看護師がいるので、看護的なことは、そこで対応し、医者、薬剤師その他の専門職へも繋いでおり、一般的な内容で相談も受けるという形できめ細かく対応しているが、常駐まではできていない。

○委員

医者がない方がよい時もあると思う。医療的な問題でおかしな方向にサロンが行く等すれば、それはピアサポーターのリーダーが、医療関係者に繋ぐことも役割のうちの一つだと思う。医療関係者がいる時、いない時で両方ある方がいいのでは。

○事務局

市では来年度予算に向けて要求する時期にきており、がん患者支援についても条例で支援に努めていくと謳われているので、本日紹介した他都市事例や現在の状況から出てきた課題から、今後取り組んでいってはどうかと考えている項目を挙げさせていただく。

1点目は、県との連携強化。県のがん対策推進計画で、がん患者の療養生活の維持向上が掲げられていることから、患者団体との情報交換会の推進に取り組まれているので、県と市で情報を共有して、連携しながら支援に取り組んでいきたいと考えている。

2点目は相談体制の充実と患者会活動への支援。アンケートやヒアリング調査にもあったように、がん患者サロンの参加者が固定化しており、知られていないところがあるので、がん患者会や患者サロンの情報を収集し、患者に周知広報していくことを考えている。また、運営支援の課題として、運営費や場所の確保等の課題が挙げられている。

病院を拠点に活動している所と本市がインターネットや新聞情報で調べた患者会は、資料で一覧表にしているが、これらがすべてではなく、どんな会があって、どんな活動をしているのか十分に把握できていない。市がこれらの団体に対して、どういう形で運営支援ができるのかは、検討が必要だと思っているが、方法の1つとして、病院で活動している患者会に病院を通じて、運営費の支援をする等が考えられるが、ご意見を伺いたい。

3点目は在宅療養支援の充実について。在宅医療に取り組む現場から末期がん患者が在宅

生活で困っているという声があり、9月25日の市会本会議で質問があった。山口市では単費事業で「在宅緩和ケア支援福祉サービス事業」として、訪問介護や福祉機器の貸与等に取り組んでいる例があり、神戸市でも在宅緩和ケアの支援制度を拡充していくべきではないかという内容だった。40歳以上の方は介護保険制度が利用できるが、40歳未満の方が在宅療養を継続する上で、家族の負担や経済的負担についての支援をどうするのか、また、どれくらいの方が困っているのかが把握できていない。まず、そのニーズや在宅療養における在宅介護サービスの課題等を実態調査していくことを考えているが、これについても、ご意見を伺いたい。

○委員

最近、医師会の会員でも在宅を専門にされていて、特に緩和ケアをされている方がいるので、そのような実数把握でしたら、アンケートはいつでも協力する。

○事務局

ぜひお願いしたいと思う。

○委員

就労支援について、今後の取り組みの2点目に含まれているかもしれないが、「就労支援にも取り組む」と別に挙げてはどうか。国の大きな方針だと思うが、市独自で何かできることがないか、特記してみてもどうか。

○会長

患者会活動への支援として、がんの拠点病院を通じて補助金を出すことは可能なのか。

○事務局

病院を通してということであれば、考えられると思う。

○委員

市民病院で一定の研究費があるが、患者に飴も買えない。化学療法センターに飴を置いており、まずポケットマネーで買って、卒業した患者が買い足してくれている。治験費や研究費では用途が悪いと言われるが、こういう目的で使っても許容されるよう検討していただき、病院経費から支出できるようにしてもらえるとありがたい。

○委員

相談体制の充実は、市内の拠点病院以外でのことと考えていいのか。拠点病院では、相談体制は、ある程度充実してきていると思うので、患者会としては、できれば施設と関係ない所で行政主体の支援体制を置いていただければと思う。高知県では、患者会に委託して、相談業務やサロンを開いているが、そのような助成や委託はできるのか。

○委員

高知の例だが、いいところもあるが、多くの問題があって、うまくいっていないところもある。市で同じことができるかという点で難しいのでは。高知では患者会に委託して、会館で相談をしたりしているが、内容的に問題があることも出ており、医療者が全くいない所で行っているため、先事例を見てよいところをピックアップし、うまくいっていないところは気をつけていけば、よりよいものができると思う。

○委員

“ゆずりは明石”は、うまくいっていると思う。委託ではないが、施設の中に入っており、施設の患者以外の方でも相談を受けられる。また、施設外でも活動しており、患者がたくさん

ん集まっている。これが委託事業としてできれば望ましい。患者会は、運営費に困っており、助成金をいただきながら活動している。他は、ボランティアでできるが、場所代に費用が多くかかり、場所の確保が難しいので、できれば助成があるとよい。

○委員

先ほどの拠点病院以外での相談体制で、他県で患者会に委託している例を挙げていただいたが、他にも県の対がん協会への委託や県庁内でのがん対策担当の保健師による対応とか、色々な形態で実施されていることを私たちも認識している。

国のがん診療連携拠点病院の指定要件の中で、相談支援体制の充実が明確になっているが、兵庫県指定の拠点病院においても患者会との連携も含めて、国の指定要件に準じた相談支援センターをしっかりとやっていただきたいと思っている。

○委員

患者へのがん相談のホットラインを東京の対がん協会が開設しており、祝日を除き、電話の相談対応を年間約1万件前後しているが、相談内容等を集約してまとめているので、それを支援病院や相談員、患者に見てもらうのも支援体制の一つになるのでは。

また、社会福祉士や看護職、必要であれば、医師も同席して就労について相談できる日を月1回でもいいので、開催することが必要ではないか。その役割は、拠点病院が担い、行政は、その助成を行っていただきたい。

○委員

県の役割と市の役割があるが、市として、県と役割分担しながら連携してやっていきたい。

○委員

就労支援について、ハローワークとの関係も含めて、どのようにするのか、市の考えも聞かせてほしい。

○事務局

就労支援について、国の考え方がつい最近示されたばかりなので、本市として、どのような対応ができるのか、まだこの場では言えないが、今後の検討課題だと認識しており、取り組みを進めていきたいと思っている。

○委員

若いがん患者が増えており、就労以外に経済的な面での問題が非常に増えてきている。治療も大事だが、働き盛りの方が病気になり、後の生活の困窮が非常に多い。また、今日も相談を受けたが、手術から10年以上経過した方が、障害が残り、就職できないでいる。問題があるのは治療中だけではないので、就労の援助等、治療後についても考慮していただきたい。

○会長

有給休暇を取り終えたらクビになるのは、法律的に違反ではないか。

○委員

相談する所がないのが一番よくない。会社で相談できる所があればよいが、ない所も多いと思う。官公庁や学校でも、病気で休むために代わりの人を用意する必要があるので、早い診断を急かされるそう。そうになると、仕事をやめないといけないのかというプレッシャーが結構あるし、まだ病気の進展具合も確定していないのに、早く診断してもらうよう上司から指導を受けてくる。全部ではないが、そういったことが積み重なって仕事をやめたと聞くので、例えば、市で相談先パンフレットを作成してもらえれば、非常にありがたい。

○会長

各病院で相談窓口を作ることは大変だが、市等で集中的に何か相談できる窓口はあるのか。

○事務局

各区の保護課で生活保護を対象とした就労支援をしており、ハローワークの職員が、月に何回か来て相談を受ける体制があると聞いている。

○会長

病気の方が行きやすい窓口でなければならない。病気の方は生活保護の窓口に行きにくいと思うのでは。行きやすい窓口と分かりやすい広報で情報提供が必要だ。まず、窓口を作ることが大事だが、情報提供、相談内容を広報していただきたい。

○委員

県と産業医の立場でのお願いだが、働いている方の身近な健康相談ができる産業医にがんをきちんと理解していただいて、相談にのれる体制を作ることが重要だと思う。ぜひ、医師会等、産業医教育の中にそういうカリキュラムを入れることもご検討いただきたい。

○委員

検査等で少しの時間であれば時間休で済むのに、そういう制度が企業に浸透しておらず、2時間でいいのに1日休まざるを得ないという状況がある。労働環境にも目を向ければ、少しは改善されると思う。小さい企業では時間休の制度が非常に少ないので、検討していただきたい。

○会長

会社の経営上、当然、方針が各社で違うが、ある程度、法律等で強制力がなければ、人格高潔な経営者ばかりではないので、働きづらくなるかもしれない。

○委員

産業医をしているが、がんになった従業員の情報は、ある程度入るが、余り網羅的ではなく、検診の際に「胃を切った」と言われて分かるくらいだ。職域では、そういった個人的な情報の扱いがはっきりしておらず、申し出があれば相談にのるが、一人で悩んでいる人がいるかもしれない。

○会長

本人が、がんとと言われることを嫌がる場合もあり、知られたくない人もいるので難しい。

○委員

法的に産業医を交えて話さざるを得ないレベルから、民間努力のレベルまでの開きが大きくある。行政には法的な根拠に基づく支援システムを作っていただければと思うが、法だけでは細部に手が届かないこともあるかと思うのでバランスが難しい。

○会長

がん患者等の支援についても意見が出尽くしたと思う。本日出た意見は、事務局で整理して、次回の懇話会の意見としてまとめさせていただく。

閉会