

平成24年度第2回岡山市がん対策推進委員会概要

日 時：平成25年3月29日（金）

午後1時30分～3時30分

場 所：岡山市役所本庁舎7階大会議室

出席者：レジュメ名簿のとおり

1 開 会 あいさつ

2 事務局新出席者自己紹介

岡山市健康づくり課精神担当課長 岡崎 尚子

新病院・保健福祉政策推進課保健・医療・福祉連携担当課長 福井 貴弘

3 議 事

(1) 肺がん・乳がん対策について

資料1 事務局説明

事務局：前回の委員会で、岡山市のがんの年齢調整死亡率は国や県のように減少傾向になっていない。その要因として、肺がんと乳がんが増加しているのではないかという意見があったので、議題として取り上げた。

まず、がんの死亡統計についての説明。肺がんについては、男女合わせて横ばいだったものが、男性の肺がんが少し増加している。女性も、2007年～2009年の3年間について増加している。年齢階級別に見ると、60歳～64歳と65歳～69歳で、平成15年ころを底に、一旦減少してきたものが再上昇してきている。これは、全国でも同等の動きがあるが、どういう機序によるものかは明らかではない。

乳がんに関して年齢階級別に見ると、50歳代前半から60歳代前半に徐々に死亡率のピークが移っているが、これはベビーブーム世代のピークが移り、生活習慣が変わった方たちのピークが変わってきている事態を反映している。これも全国的な傾向と同様。60歳代前半の死亡率が平成18年から急増して、21年まで高く推移している。60歳代前半の人口10万当たりの乳がん死亡率を見ると、全国の1.5倍になっている。その年代の方の5年前を見ると、全国に比べて低い水準で推移している。そのことから考えると、50歳代後半で発病した方の存命期間が長く、60歳代前半で死亡に至っているのではないかと考察している。今後、減少し全国と同レベルになるようであれば、そういう経過によるものだったと推測して差し支えないと考えている。

特定健診における平成20年と23年の喫煙率について説明。

平成24年度岡山市における乳がん・肺がん対策について（資料1 6～7ページについて説明。

議長：現在の喫煙率よりも将来の喫煙量の方が肺がんに絡むと思う。確かなことではないが、70歳以上の肺がんの減少というのは、この年代の方が戦後のたばこの少なかった時代で、生涯喫煙量が少ないので少ないのではないかという話もあるように聞いている。

委員：政令市で100万人を超えていない、岡山市と類型の静岡とか千葉、新潟、堺、熊本市と比較してみてもどうか。岡山だけが横ばいであるということがあるのなら、逆に公衆衛生的におもしろいと思う。多分そんなことはないと思うので、裏をとる意味でもしてみてもどうか。

委員：愛育委員さんを中心に啓発活動ができていると思うが、まだまだもっとやっていく必要があると思う。そのカバー率はどれくらいなのか。それから岡山市役所は敷地内禁煙をしているのかどうか。

また、看護協会では平成 25 年度から地域での健康応援出前講座をする。「自分で見つける乳がん」、「がんを防ぐ生活」、「がん検診を受けよう」等、看護職が無料で講師として出て行くので活用いただきたい。

委員：愛育委員として非常に心苦しいものがある。受診率を上げようと一生懸命になっているが、本人がその気にならないと難しい。その辺を市民グループ皆で連携して「受診しよう」という気持ちにさせるよう、応援していただきたい。

何十年前前には世帯台帳を持って、その世帯で誰が受けていて誰が受けていないとかチェックしていたが、今の時代はそうはいかないので、そのギャップをどうしようかと悩んでいる。何かいい案があればご指導いただきたい。

議長：愛育委員さんが大変な苦勞をされている。必要なのは本人の意思ということで、がん教育を学校、職場でもやっていかなければいけないと思う。

委員：自覚のある中での運動でなければ進められないのが現状と思う。5 月に世界禁煙デーがあると思うので、そういったものにも何かイベント的にピンポイントで乗ったやり方もあってよいのではないかと思う。

委員：がんになるまで自分では関係ないと思っていたし、ならない自信もあった。病気について、はっきり正確に知ることが第一歩じゃないかと思う。自分はがんにはならないという、なってからでは遅いんだぞというような啓発をしっかりする必要がある。

委員：健康市民おかやま 21 の数値目標について、未成年者の平成 34 年度はゼロ%になっている。教育委員会も啓発しなければいけないと思うが、この数値目標に対して具体的にどんなことを考えているのか。また、美しいまちづくり条例の関連で、担当局が環境局になると思うが、いまだにタバコを吸いながら自転車で通る人もいる。市役所の中で、保健福祉局と環境局がもっと協働して働きかけを進めると広がるのではないか。

事務局：21 の未青年期からの喫煙に対しては、学校等々と連携して教育・普及啓発をしていかなければいけないと考えている。また、妊婦に関しては妊娠届時とか乳幼児健診時とか様々な機会を捉えて普及啓発を考えていきたい。

美しいまちづくり条例についても、環境局の所管にはなるが、庁内で連携し、保健福祉局としても積極的に関わっていきたい。

委員：検診受診率が低い理由に「時間がない」が半分、「結果が怖い」という人が 1/3 くらいという話だったと思う。乳がん、肺がんに限っても良いが、年に何回か祭日等を利用して前もって指定した場所で検診をするとか時間帯を変えるとかそういう可能性はないか。

また、「怖い」ということに関しては、教育ということが大きいと思う。

事務局：医療機関にお願いをして、平日の夕方、あるいは土日に検診を受けていただける機関を徐々に増やしている。それについては、「けんしんガイド」に掲載しており、女性がんについては女性の医師が対応できる医療機関等も分かりやすく掲載している。

議長：乳がんの方は 60 歳代がピークで、発症年齢が比較的若いこともあり、検診時間の延長はとても大切なことと思う。他にも例えば職域で、就業中でも検診を受けていただけるとかそういう考え方をしていかなければいけない。

肺がんに関しては、65 歳から 70 歳がピークで、この方達は退職をしてしばらくして比較的近いうちに発症して亡くなっている。職域検診から地域へ変わるところでラグが生じているのではないかと思う。退職時に退職後の検診について、どのようにしたら受けられるかなどの情報提供や普及啓発、あるいはチャンスをつくるということも考えてはどうかと思う。

企業の立場からのご意見を聞かせて欲しい。

委員：広報や教育等で検診やたばこの害とかについてしているが、それがどういうふうに岡山市と連携してできるかということを探っているところ。

当金庫では、就業時の検診についてはいろいろ施策をとっている。今健康に対しては企業も非常に敏感になっている。企業の中で調査を行い、企業で健康診断をいろいろやっていると思うが、検診車を回していただくとか色々方法はあると思うので、そういう提案があれば前向きに検討できると思う。

委員：以前は、会社に検診車に来てもらって検診していたが、今は個人で期間中であればいつでも検診に行ってよいこととした。車だと充分なことができないのでよかったと思っている。

事務局：市役所の敷地内の禁煙についてのご質問に関し、建物は、分煙あるいは禁煙となっているが、敷地内禁煙はできていない状況。

(2) 平成 25 年度岡山市のがん対策について

資料 2 事務局説明

委員：がんになっても安心して暮らすことができる地域社会ということで、情報がなくて不安だったが、この度それが網羅されていると思う。もう一つの不安は経済的不安。病気休暇制度がなくて退職する方が 25%いるというデータがある。がんが治った時、どうやったら再就職できるのか。支援制度がないことはがんになっても安心して暮らせない。経済的な問題が解決できる事業内容も考えて欲しい。

事務局：経済的負担の軽減は非常に重要なことと考えている。直接的な物的な支援はすぐには難しいと思うが、例えば休みを取りやすくするとか、勤務時間の配慮があるとか、企業側の配慮があれば辞めなくて済む方もあると伺っているので、企業向けにそういった啓発等を行い、理解を求めている。

委員：協定企業 6 社で今リーフレットを作成している。もう少し幅を広げて、どういう形で広報できるかということを検討していきたいと思っている。他の県とかどのような施策をしているのか例を教えて欲しい。また、メディア等を使って協定企業等の寄付を募り、目で訴えることなど考えているかも教えて欲しい。

事務局：各都市の具体的にどんな施策をとっているかについては現状ではつかんでいない。今のこの問題についてこれからの課題とされている。これから各地で色々なことが行われてくると思う。情報収集に努め、遅れをとらないように対策をとっていかれたらと思っているので、企業の方にご協力・ご理解をお願いしたい。

(3) がん教育について

資料3 事務局説明

委員：授業では、本当にインパクトがあったということで、教育現場として好評を得た。これから教育資料を作る予定と聞いたが、家族への発信、がんを抱える周りの支える側の心構えのようなことを載せて欲しい。

委員：食生活の面でも、若いときからこういう食生活をしたらがんにならないということも付け加えていただきたい。

委員：がんの治療をしながら現役の仕事をしている立場で、後ろ向きな話だが、この立場に立ってみると、家族や職場に迷惑をかけているなど自覚される。本当に生きていいんだろうかと考えてしまう。現在の制度や周りの配慮はありがたいが、外国の話を聞くと自分ががん患者だと言ったら「コングラッチュレーション」と言われる。何でかと言うと「あなたはがんと立派に戦っていたし、それを克服した」という意味で。これは、教育とか道徳とか制度とかを通り越した文化の違いだと思う。この文化の構築がないと、今後患者は大変だと思う。患者になったらそれが分かる。

がんや弱者に対する文化というか、考え方を何か取り入れる方法はないかと考えている。小さい時から弱者に対する配慮などの教育がしっかりなされないと、本当の意味で安心して生活できるというのではないのではないかと感じている。今回のリーフレットとはちょっと違うかもしれないが。

委員：今回のリーフレットにも、委員が言われたことを入れ込むことも可能性がないわけではないと思う。このリーフレットは、予防であったり理解だったりするが、最終的には生きることが入っていると思うので、学校は生きる教育を必ずしていかなければいけないことなので。今、がんになっていることをカミングアウトする人が多い。がんであることを子どもに言いながら最後まで授業をしたという話も聞く。そういう心に迫るところをリーフレットに入れることはできるのではないかと思った。

これとは別に、試行で行ったがんに関する教育について現場の先生から聞いたことをお伝えすると、大歓迎でした。医師の専門的な話や患者さんの声も聞けて非常にありがたかった、是非続けて欲しいということだった。アンケートからも治療できるとかワクチンが有効であるとか前向きな項目の数値がすごく高くなっている。こういうことを重ねることで、次の世代のがんが減る可能性があると思う。すそ野を広げるために、年次ごとに各区で1校ずつとかすると広がるのではないか。

事務局：今年度も後楽館高校の1年生、選択授業の生徒さんを対象に思っている。新しい学校に関しては、教育委員会と引き続き協議していきたい。

委員：個人的に、岡北中学校でがん教育をさせていただいた。「自分はがん患者だった」、「死と直面して生きてきた」という話をしたので、衝撃的で、先生でもがんになるんだからと親近感を覚えて話を聞いてくれた。それがとても良くて、今年は校長会でプレゼンテーションさせていただくことになっている。今後現場で徐々に浸透していくことを確信している。

議長：リーフレットというと、どうしてもがんについて説明をしてしまいたい、それが目的になってしまうが、決して病気のことを教えるのではなく、いかに病気になっても過ごせる社会を作るんだということを教えていただいた。

こういうリーフレットが広まると、現場の教師の負担を危惧する。こういった教材を作っ

次はプログラムかと思う。今後またご検討いただきたい。

(4) 緩和ケアについて

ア 緩和ケアの現状と問題点

資料4 緩和医療研究会 齋藤信也委員

緩和医療の歴史から、1960年代くらいまで、治癒が望めなくなると、患者は最後、がん特有の痛みや苦しみにさいなまれながら最後を迎えることが一般的だった。この事に対して、がん患者の痛みや苦しみをできるだけ感じずに最後を迎えられるようセント・クリストファーホスピスが1967年にできた。その象徴的なものとしてブロンプトン・カクテルがあり、これはモルヒネを甘く味付け、ワインの味等にして飲んでもらったのが一つの特徴。

近代ホスピスマーブメントは、建物でなく治癒できなかった患者に対して冷たい対応しかできなかった近代医学に対するアンチテーゼとして、そういう患者さんに手を差し伸べようという考え方のことで、単に建物を造ればよいということではない。

日本では、1981年に初めてのホスピスができ、1990年に診療報酬に緩和ケア病棟入院料が新設されて医療の中に組み込まれた。

岡山では割合早い1991年に緩和医療研究会が設立され、1997年には岡山初の緩和ケア病棟ができた。非常に早い方だと思う。その後2006年にがん対策推進法が成立し、がんの包括医療、予防から検診、治療、いろいろな治療があるが、そういうものの重要なパーツとしての緩和医療という捉え方で、がん対策の中の大切な部分。今、強力に行政主導でその普及が図られているところである。

患者さんが居宅において、早期から疼痛の緩和を目的とする医療が行われ、がん医療を提供できる環境を整える必要があるということで、がん対策推進基本計画ができ、また平成24年から具体的計画が作られている。

緩和医療への二つのアプローチと書いたが、まず、がんの痛みをとる専門家として麻酔科の医師、心のケアで精神科の医師がこの領域にある。一方、がん医療の専門家として化学療法、放射線科、外科の医師などの治療から一貫して治療を行う中で関わってこられるというものがある。

がん医療の一つとして緩和医療をとらえるか、緩和医療という専門領域があってその対象の中にがんという一番大きな対象物としてあるという2つのアプローチがあるということ。

またこの緩和医療をエイズや心不全、COPDなどのがん以外の患者にも広げていこうというのが世界の流れになっている。終末期と日野原先生はおっしゃられているが、終末期ではなく人生の終わりのところのケアという捉え直しもされている。

WHOは緩和医療の定義を2002年に新しくした時、“がん”という言葉で“命を脅かす病気”と変えており、緩和医療をがんだけの適用ではないと考えてきている。

キーワードとしては、全人的に診るということ、単に肉体的なことではなく、精神的、社会的、スピリチュアルの4つの面があり、決して消極的な治療ではなく、積極的な治療とされている。また、家族・遺族のケアをするのも緩和ケアで、診断された時点から始められるもので、QOLを向上させるということ。たとえ寿命が延びなくても、QOLが高い状態を保って最後を迎えられるのが、緩和ケアの目標であるとされている。

最近緩和ケアという言葉が普及した反面、がんの緩和ケアというと、もう治らない人が受けるものだという誤解がでてきているため、がん医療の中では、サポーターケア、支持的ケアという言葉が好んで使われることもある。

緩和ケアのトレンドは、施設から在宅へということで、むしろホスピスは最期を迎えるところではなく、症状を安定させてまた普段の療養場所に帰っていただくので、ホスピスは緩和ケアのICUという考え方もある。

在宅緩和ケアには2つあり、ひとつは、がんの緩和ケアの専門家が在宅も行うということ

ともうひとつは、病院にある緩和ケアチームが地域に出て行って在宅ケアを行うということ。在宅医療専門家が、がんだけじゃなくて在宅医療という枠組みのなかで大きく捉えるという考え方がある。

世界的に包括的な地域緩和ケアシステムが有名なのが、カナダのアルバータ州にあるエドモントンというところで、狭い地域で50万人、広域で100万人くらいなので岡山市が学ぶには割合似たような規模と思う。5つの大きなパーツがあり、一つは、高次ターシャリーに緩和ケア病棟。ここは、先ほど言ったなかなかとれない痛みをとり、精神的ケアもしてもとに戻っていただくICU的なところ。一つは一般的なホスピス。ここは最期を迎えるところで60床弱。ここに拠点病院から医師が定期的に回診されている。もう一つは大学病院。市内全体をカバーする緩和ケアの医師が基本的に所属しており、週末・夜間はここの医師がオンコール体制を取っている。それからもう一つはがんセンター。最期の一つは地域コンサルティング・チームで、実際の在宅医療をされている。在宅緩和ケアをする医師と看護師のチームが4チームある。

岡山市には、拠点病院も多くあり、緩和ケア病棟も4つある。既に在宅緩和ケアに強い診療所の医師もおられる。また「緩和ケア岡山」という在宅ケアに強い医師がそうでもない先生にスーパーバイズされるとか、グループ診療をされておられる。「緩和ケア岡山モデル」ということで、在宅医療をされている先生方が難しい薬の使い方とか症状の取り方に悩まれている時に後ろから、緩和ケア専門チームが手助けをするという実践を積み重ねている。

また、最期に清輝橋グループがある。清輝橋近くの3つの診療所の先生方が協力して在宅医療・緩和ケアを提供されている。

こういう既にあるリソース、資源を有効に使い、今後岡山市で新しい施策が展開されると伺っている。

イ 岡山市における緩和ケア対策について

資料5 事務局説明

委員：岡山大学病院で、緩和医療学講座をさらに発展させ、4月には「緩和と支持医療科」を発足させた。ここで市のこういった事業に協力しながらチーム医療で診療にあたることになっている。是非皆さんのお心の中に止めておいていただければと思う。

委員：緩和医療は非常に大切な分野だと思う。医師会は地域に非常に密着しており、医療機関でも緩和ケアの研修会等にも参加している。徐々に力をつけていっていると思う。

委員：治癒を目指した治療に加えて徐々に緩和ケアに移っていくという図が示されたが、そういう中で支持的ケアの一つとして訪問診療があるのではないと思う。今までは、どうしようもなくなってやっと在宅に戻れ、本当に最期だけを看取るということが多かったと思う。もっと早い時期からQOLを高めるような、早い時期から在宅に戻っていくことができないのかと思う。そのためには、その人がどういうふうに生きたいか、どういうふう以最期を迎えたいかそういう意思表示をすることが充分できていないのではないかと考えている。

また、病院の先生方と話をする、「訪問診療は一体どこまでできるの?」「どんなことができるの?」という理解もまだ充分できていないと思う。今後病院と診療所とで共通の理解を持てるようにしていきたい。

委員：薬剤師も現在緩和医療の中、先ほどあった「清輝橋グループ」にもかなり中に入っているという話を聞いている。薬剤師自体に温度差があり、今後揃えていかなければいけないと思っている。薬剤師会としても「在宅」という特別な委員会も作り活動をしているところなので、今後、在宅の方に活動の場を広げていってほしいと思う。

また、患者さんの心のケアということで、講演会などを行い、意識を高めていきたい。さらに、薬局でビラを配るとかの広報活動や、薬でがん患者さんが分かるので、その患者さんに必要な情報を提供することもかなりできるのではないかと考えている。

委員：歯科医師会としても在宅医療*グループの先生方と連携をとりながら訪問、在宅診療に力を注いでいる。口腔機能の在宅モデル、口腔機能の回復、食べるということ、最後の楽しみということを優先的にフォローできるような体制に取り組みたいと思っている。

委員：栄養士会としても、今年度から訪問栄養指導を始めている。特に嚥下困難となった患者さんに対して、普段の一般の食事を嚥下可能な献立に直した献立表を作って皆さんにお配りしながら活動を進めている。今後も栄養ケアステーションを中心に進めていく。

委員：昨年度から岡山市が訪問診療スタート事業や各福地区毎の多職種連携ができるよう行政指導を進めてくれており、福祉関係事業所としてはとても楽しみにしている。

あと最近思っていることとして、受け持ったがんの終末期の方が、田舎の方でなかなか訪問診療してくださる先生がおられなかった。なんとか探して、30歳代の若い先生が熱意を持って通ってくださった。この患者さんは、大きな病院から在宅に移られて、薬の使い方がうまくいかなかったが、その大きい病院の緩和ケアの先生・緩和ケア認定ナース、MSWが、若い先生の診療所まで出向き、レクチャーしてくださることで事が前に行ったという事例があった。事前にいろいろ決めることも大切だが、みんなが少しずつ思いやりを持つことで事が進んでいくんだと思った。みんながちょっとずつそういう気持ちで患者と向き合うことが大切と思っている。

議長：斉藤先生、専門の立場で訪問スタート支援事業、公民館出前講座に加えてこういう対策というものがあったら意見ををお願いします。

委員：岡山市が積極的に在宅医療に取り組むのはすばらしいこと。医師会にもそういう素地があったと思う。紹介したイギリスの例に当てはめると、GP、かかりつけ医の中に緩和ケアに力を入れる人を養成するというをしている。その岡山版を考えると、みんなが緩和ケアに詳しくなる必要はないが、3人に一人ががんで亡くなることを考えると、岡山大学だけでなく拠点病院やすでに在宅緩和医療に熱心に取り組んでおられる加藤内科にも力をもらい、スタートアップ事業と組み合わせれば他の地域にずいぶん誇れるシステムになるのではないと思う。この訪問診療スタート支援事業は、ワールドカフェを取り入れたり緻密にされておられるので、この企画の中でがんの患者さんを受け持ち、こういうことをもっと勉強したいと思われたら、岡山大学はじめ拠点病院等いろいろあるので、目標を持ってされると非常に身につけやすいと思う。

委員：岡山市内のどこに住んでいても、こういった行き届いた在宅医療が受けられるようになるためには、とてもうれしいことだと思っている。ただ、在宅に戻るについて介護保険を使ってという方が多いと思うが、末期というただし書きがあるのでどうしても受け入れられないという患者の気持ちを受け止めてほしい。最後の最後まで頑張りたいと思う若い方々が在宅医療をスムーズに受けられるように、これからがん患者にも緩和ケアの正しい意味を早期に広めていただきたいと思っている。

委員：緩和の勉強会や講演会が多くされていると思うが、その裏返しというのは、患者の方にし

てみれば、最後まで極端に言えば痛みとか、感覚というか人間らしい生き方というか、それを望む気持ちも強くて、どうしたらその最後のとき、がんと向き合って生きていられるかという要望だと思うので、この方面に力を入れていただくのはありがたいし、患者自身も勉強していきたいと思っている。

委員：臨床家として治療の現場からの意見として、がんは早期発見・早期治療の一言に尽きる。検診のシステムが従来から単純 X 線。肺がんと乳がんが増えていることを考えると、検診の現場にヘリカル CT を入れると従来よりもよくわかると思う。コストの問題や制約があると思うが、いかがか。

議長：今後、肺がん検診に CT、乳がん検診に MRI が入ってくると思うが、もう少し先の話になるかもしれない。

あともうひとつ、放射線治療が痛みにとっても良いが、大きい病院に限られていて在宅の方が気軽に放射線治療にアクセスできない状況があると思うが。

委員：ご指摘のとおり問題がある。放射線治療の専門家は全国でまだ 600 人くらいしかいない。数的に非常に少ない。私たちの教室でも 1 年に 7～8 人の若い先生が入ってきて、そのうちの 1 人になるかならないかという状況。魅力的な仕事だが、患者さんと対するのが大変な部分があったように思う。今後、放射線治療医を増やし、非常に高額な機械なのでどこに置くわけにもいかないため、集中的に治療できる体制を整えなければいけないと活動しているところ。

議長：ありがとうございます。これで議事を終了いたします。

3 報告

(1) 第 2 次岡山県がん対策推進計画について

資料 6 事務局説明

(2) がん相談カードについて

今年度新たにカード 2 万枚とポスターを作成。カード立ても購入した。これから配布予定なので掲示・活用をよろしく。

4 その他

ア 岡山市がん対策推進委員任期について

今年 8 月末で任期終了、後日連絡予定。

イ 次回委員会について

7 月か 8 月に開催予定

3 閉会 あいさつ