

議事録（事務局（厚生部長）挨拶、事務局説明は除く）

第2回富山県がん対策推進協議会

日時：平成29年10月17日（火）

場所：富山県民会館304号室

【意見交換】

（委員ご発言）

施策については、前回の議論も踏まえると、総じて妥当な内容と思う。具体的な目標指標について、意見を述べたい。

次期計画は平成30年度から35年度までの6年間であり、この6年間は医療財政が厳しいなかでの、非常に重要な時期であり、特にがん対策については、背水の陣の姿勢で取り組むべきかと思う。そういう意味で、指標の中のたばこ対策と検診受診率については、私どもも保険者として取り組んでいるわけだが、県や国の目標値が高い方が、自分たちの取り組みがやりやすい面もあるので、たばこ対策の新しい目標が男性21%、女性2%となっているが、その考え方は喫煙をやめたいと思っている人（を現状値から控除した）ということだが、これを吸っている人も止めてもらって目標喫煙率を下げてもどうか。健康経営・健康企業宣言を推奨する中で禁煙に関する取り組みをやっているが、企業の経営者の方もこの辺は一生懸命取り組んでいる。（なかには）喫煙者をゼロにしよう（している会社もあり）、禁煙セミナーの開催を依頼するところもあり、禁煙外来の医療費の負担部分を助成する経営者の方もいる。相当、（禁煙に関する）意識が上がっている。オリンピックに向けて受動喫煙の話も出てきている。富山県は立山連峰や富山湾もあって、環境に優れた県である。そういうなかで、できれば（男性の目標値）21%ではなく、15%ぐらいに設定して、非喫煙率日本一の県を目指したらよいのではないかと。そうすることにより、富山県の一層のイメージアップにもつながるのではないかと。思う。

次に、がん検診受診率（の新目標値）。今回、変更なしということだが、国民生活基礎調査の受診率では、肺がんは50%を超えているわけなので、できれば60%ぐらい（の目標値）がよいのではないかと。私どもも生活習慣病健診ということで、この中で3つのがん検診をやっているわけだが、これは現在、（受診率が）62%ぐらいまで実績としてあがっている。国保の分も含んでの目標値だが、変更なしではなく、もう少し、10%ぐらい（目標値を）伸ばし60%とすべきと思う。

最後に、精検受診率（の新目標値）。これも90%で変更なしとなっているが、本来、がん検診で指摘されている方ですので、当然100%の方が再検査が必要なわけなので、目標についても、これも変更なしではなく、100%に設定すべき。私どもも、企業にお願いするときは、検診受診率は100%、精密検査は当然100%としてほしいとお願いしている。この辺については、もう少し積極的な目標でもよいと思う。

（厚生部健康課がん対策推進班長）

確かに、たばこ（の目標設定）もそうですし、がん検診受診率も高い方がよい。特に、検診は早期発見が大切だということでもあり、精密検査に至っては、異常があると指摘されているわけなので、ご自身のことを考えると、当然（受診率は）高い方がよいこと

になる。

県側の考え方については、国に準じているという部分もあるわけだが、実現可能性というところも考慮したものであり、消極的な目標設定としたということではない。そういったところを考えると、(がん検診受診率が) 50%、(精密検査受診率が) 90%は決して満足できる(目標)数値というわけではないが、そこにもまだ至っていないという現状が課題ということを加味して、目標を設定したということになる。目標を上げてはというご意見の趣旨は承ったので、今一度、検討してみたい。

(委員ご発言)

決して、県の目標が消極的というわけではないのだが、県の方で高めの目標を設定してもらうことにより、保険者間でインセンティブ制度もスタートする中で、実行部隊である保険者が企業に交渉するなかで、「県もこれぐらいの目標を設定している」という具合にお願いしやすくなる面もある。結果的に、(高めの目標で)未達成ということでも、それはそれで仕方がない。重要なのは、県民が健康であることだと思う。特に、たばこ(非喫煙率)についても、日本一を目指すということになれば、健康寿命の日本一につながる。ぜひ、検討頂きたい。

(委員ご発言)

がん検診受診率と精検受診率の2つの目標指標について。

当然、これらは(受診率)を高めていって目標を達成する(ことが重要な)わけだが、精検受診率がよいのか早期診断割合がよいのか、これを検討すべきではないか。がんを早く見つけるという割合を県の目標として設定することが、本来の(早期発見という)目標に近づいていくことになるのではないか。

それから、残念ながら、市町村での検診のデータにおける質的な問題が生じていることは承知のとおりかと思う。その部分の、がんの個別診断の質をどのようにして上げていくかということに関しても、ある程度の対策が必要なのではないか。これは市町村の担当する部分が多くなっていくわけだが、県の指導により状況が違ってくると思う。

(厚生部健康課がん対策推進班長)

おっしゃるとおり、がんは早期発見が重要である。早期診断割合という指標をどのように算出するのかということ、調べてみたい。

(委員ご発言)

他の県では、早期診断割合を目標として設定しているところもある。

(委員ご発言)

がん検診受診率(現状値)があまりに低い。精度(の質)を担保するということが当然のことで、(市町村間で)大きな差が出てくるということは問題であるが、やはり50%を割っている現状を何とかしないといけない。気になるのが、受診率を上げるために、(算定方法の)分母や分子を動かしたりするような話があると、今まで取ってた統計と違ってくることになる。分母や分子を動かして、受診率を上げたからと言っても、それは現実的には関係のないことである。そういうこともよく考えて、統計を取ってほしい。

(委員ご発言)

働く世代(40～64歳)の乳がん死亡率の目標値だが、40歳～64歳の年代を限定する必要があるのか。(その世代の乳がん死亡率が)高いのは分かるが、女性の皆さんに対して、予防のための受診率向上を含めた死亡率の減少ということがよいのではないかと。少し疑問に感じた。あえて特記するのならば、受診率向上と合わせた死亡率の減少の方がよいのではないかと思う。

(委員ご発言)

受診した方々で死亡率がどれくらいかということはデータとして把握できるか。

(厚生部健康課がん対策推進班長)

確認してみたい。

(委員ご発言)

年齢を絞っているのは、厚生労働省からの指示等があったことによるものか。

(厚生部健康課がん対策推進班長)

年齢を絞らない場合での乳がん死亡率は全国値を下回っている状況になるが、本県のがんの現状を分析する過程において、働く世代である40～64歳で乳がん死亡率を確認したところ、全国値を上回る結果となっていたもの。働き盛りと考えられる40～50代の乳がん死亡率では、その傾向が更に顕著なものとなっていたため、本県のがんに係る課題として挙げたものである。

(委員ご発言)

それでいいのかということをお願いしたのは、(40～64歳という世代を限定することで)若い方々の受診率を下げてしまわないかという心配があったからのことであり、とりわけ40～64歳の死亡率が高いので気を付けてもらいたい(ために目標として設定した)ということならば分かるが。

(厚生部健康課がん対策推進班長)

目標に設定した趣旨としては、ご指摘のとおりである。記述の仕方については、誤解が生じないように、再度検討したい。

(委員ご発言)

地域連携クリティカルパスに関しては、パスを運用するということが目的ではなく、パスの運用によって、がん患者と専門医、地域のかかりつけ医によるシームレスな診療の実現が本来の目的である。実のところ、パスが使われなくても、かなり(専門医と地域のかかりつけ医による)連携が出来ている面もあるわけで、逆に、現行のパスでは、その運用にかえて労力がかかるというところがあり、できるだけそういったことが無いように、使いやすいパスになるように、県がん診療連携協議会のパス部会の方で検討を進めているところ。徐々に改善してきていると思う。

多職種によるチーム医療体制については、在宅医療に向けて多くの病院で多職種によるチームが編成されていると思う。在宅での療養となった場合に、色々な職種の方々と連携していくことが大事であるが、マンパワーとして、今のがん患者に対して、それに関わる人材の数が絶対的に足りない。それでも、できる限りのことはやっているわけであり、そのような人材を育成することが大事ではないかと思う。ただ、短期的に解決できるものではない。

看護師の育成に関しては、認定看護師や特定看護師という制度もある。認定看護師では、がんに関する多面的な分野での看護師育成が進んでいると思う。講習の受講や自己研鑽のためには、それなりの余裕がないとできないので、現状では、忙しいなかで、(看護師の)皆さんが取り組んでいると感じている。働き方改革等の職場環境面へのアプローチも必要なのではないかと感じている。

(委員ご発言)

地域連携クリティカルパスについては、運用しやすい形へ変えていくべき。基幹病院へ色々なパスが回っているが、それに取りられる現場の医師のエネルギーが相当の重作業として取られることになるので、その辺の軽減策を県として考えていくべき。

(委員(代理)ご発言)

先程、がん検診の精度管理の話があったが、先日に開催されたがん政策サミットに出席したところ、その際にも大きな指摘がされていた。検診の目的は、早期がんの発見であり、精度管理の意味では、重度のがんを見つけたといってもそれは簡単に見つかるわけであり、早期のがんがどのくらいの割合で見つかったかということのカウントすることが検診精度を高めていくことになるかと思う。

それから、たばこに関することになるが、最近では加熱式たばこが普及してきているが、その人体に及ぼす影響については、まだ検証が必要であり、何十年先でないと分からないということである。喫煙率を測定する場合、その辺の加味も必要になってくるものと思う。

今回の(国の)第3期がん対策推進基本計画の改定により、がんゲノム医療やAYA世代、ライフステージといった大きな項目が盛り込まれている。県の次期計画案でも、それぞれの項目が盛り込まれているが、目標指標のところ(資料3)では、AYA世代やライフステージ、高齢者、教育、そういったところの指標が抜けているのではないか。それぞれ大きな項目だと思うので、ゲノム医療の指標と同じように「構築する」というような形でもいいので、指標として設定するのがよいかと思う。

最後に、がんゲノム医療。今は、言葉が独り歩きしているような状況だが、実態としては(実現に)難しい部分もある。がんには遺伝子変異によって発生する遺伝がんがあり、これは両親からもらった遺伝子そのままがんのリスクになるということで、がんゲノム医療により(遺伝子の)解読を行うことで、(リスクとなる遺伝子が)分かる。今(がんゲノム医療のテーマとして)問題になっているのは、一つは、遺伝子変異を発見してどのような薬を使っていくのかということと、遺伝性のがんを考慮していくということで、遺伝相談(体制)が必要になってくるという2つの側面がある。国でも、(遺伝相談体制に関して)早急に対策を講じないと(がんゲノム医療が)成り立たないということで、慌てた形で(国の第3期がん対策推進基本計画案に)その人材育成として記載があるが、富山県でも取り組んでいけないといけないことなので、人材育成ということで北信がんプロのことを(資料1で)触れてもらったが、富山大学附属病院としても協力できればと思っている。(富山大学附属病院が部会長を務める)県がん診療連携協議会研修部会においても、このような人材育成の面から言って、今後、研修が非常に重要になってくるのではないかとということでもあり、その辺も協力したいと考えている。

(委員ご発言)

がんゲノム医療に関しては、まだ国からの指針が出ていないようだが、今後、国からどんな指示が出てくるのか、どんなことが医療現場で必要になってくるのか、県としてしっかり情報収集に努めてほしい。

(委員ご発言)

先程、話題にあがった(がん検診受診率の)分母・分子の話だが、かつて10年程前までは市町村の(がん検診受診者の)データしか集まらなかった。しかし、実際には人間ドックや(職域でのがん)検診を受けている人はたくさんいるので、国民生活基礎調査などのデータにより把握ができるということ。しかし、国民生活基礎調査は、アンケート調査なので、実際ががん検診を受けたのか受けなかったのかが分からないというような曖昧なデータが入ってくるということもあり、それが少々問題であると思う。実際には、検診機関や医療機関において、どのような疾患に係る検査をしたのかというデータは保有しているはずである。それらのデータについて、(データを保有している機関からの)協力が得られるということであれば、県内の状況をまとめてもらえればと。問題としては、(検査を受けた)個人の了解が得られるかということ。個人の了解を得ることができ、情報を収集できれば、かなり実態に即した検診受診率が出てくるのではないかと。ただし、それらは国等へ報告できる受診率ではないのかもしれないが。そういう可能性があるのではないかと(ということでも申し上げた)。

それから、地域連携クリティカルパスの話があったが、これは(自身が)当初の立ち上げ時に関わっていた時期もあったことなので申し上げるが、当初のパス運用の目的というのは、地域の医療格差を無くすことにある。そのために、県内の山間部や沿岸部に住む全ての人が、同じように標準治療を受けれる仕組みとしてのパスだったわけであり、そのために医療機関は連携をすると。当初はまだアナログの時代だったので、(パスの媒体として)ノートを作成して、それを書いて、という運用を行っていたもの。そうすると、(パスを運用する)医療機関の医者は大変な労力がかかるということで、しかも(患者1人あたりのパス運用期間が)3ヶ月毎、6ヶ月毎となっているわけなので、そういうところは変えていかなくてはいけないと思う。一番大事なのは、地域における医療格差を無くすということなので、最終的にどれだけの運用件数があるかというような、数だけの問題ではないと思う。もう少し本質的なところを考えなくてはいけないと思う。

(委員ご発言)

目標指標にがん看護臨床実践研修を盛り込んでいただいたことに関して感謝する。

ただ、平成19年度から平成29年度までの修了者が158名、10年間で158名なので1年間で15名ほどになる。そういうなかで、新目標案として340名とあるが、年間15名ではなく30名ということだが、本当にこの数字でよいのかという疑問がある。緩和ケアに関する認定看護師教育課程は3年間で終了し、その後は摂食嚥下となった。この15日間で学ぶがん看護臨床実践研修は、系統立てた研修内容となっており、がん拠点病院等の医療機関の看護師には多く参加してもらいたい。ここでしっかりと学んでいただくことで、質の高い看護師の育成につながるのを、よろしく願いたい。

(委員ご発言)

340名というのは、今までの修了者数と1年間30名の6年間分の合計ということか。

(厚生部健康課がん対策推進班長)

そのとおりで、そういう計算となっている。

(委員ご発言)

ただ、6年間なので、人の入れ替わりがあるのではないか。35年度には(修了者のうち)どれくらいの方が残っているのかなとも思う。

(委員ご発言)

(がん看護臨床実践研修の修了状況が)診療報酬に影響するものではないので、その辺がネックになると思うので、ご理解願いたい。

(委員ご発言)

この会議の趣旨としては、診療報酬の問題ということよりは、診療報酬以外のところで、必要なことを県の施策としてサポートしていこうということである。もちろん、診療報酬で対応できるということで国が認めるということであれば、状況は随分と変わるはずなのだが、現状では、そうではないということなので、県の個別の施策の問題であるということかと。

(委員ご発言)

先に話題になったが、乳がん死亡者の世代(40~64歳)については、(自身も同様に)大変気になっていた。

認定看護師になるが、認知症分野の認定看護師による各地域での出前講座があり、(取り組みとして)大変良かったので、がん看護分野(の認定看護師による出前講座)もあれば、受診率の向上につながるのではないかと思う。

出前授業ということで、3年ほど前から学校の方へ出させて頂いているのだが、今年は手を上げられた学校が少なかったようで少し残念に感じている。

受診率の分母の話だが、従来までは市町村だけの数字であり、次期計画案では社会保険関係(職域)の数字も出てきているわけだが、年代別の受診率が分かるようであれば、有意義なのではないかと思う。社会保険関係(職域)であれば、働いているわけなので70歳以下ということであり、市町村では逆に年齢が高い方々が受診しているケースが多いのではないかと。

高齢者が検診を受けた結果、がんの疑いが出て、医療機関で精密検査を受けた際に、手術ばかりを勧めるのではなく、手術をしない治療法も提示してくれるとよいかなと思うことがある。

(委員ご発言)

年代別の受診率は県で把握しているのか。

(厚生部健康課がん対策推進班長)

把握している。計画の中身として、どこまで記載するかは検討を要するが、記載することはできる。

(委員ご発言)

働くということに重点を置いてお話しさせて頂く。ハローワーク富山の方で、がん患者だけが対象というわけではないが、長期療養しながら働きたいと思う方々への相談窓口を設けている。富山市民病院や県立中央病院への出張相談も行っている。相談件数の実績については、28年度上期に新規に仕事を求められた方は27名で、今年の上期は36名となっている。(新規ではなく従来から相談に対応している)既存の方では、28年度上期が125件、今年の上期が197件と増えている。また、そのなかで就職された件数については、28年度上期が8件、今年の上期が13件となっている。なかなか(就職が)難しい状況ではあるが、徐々に伸びていっていると感じている。今後も周知していきたいと思う。

あと、今年3月に働き方改革実現会議で策定された、働き方改革実行計画において、病気の治療と両立に向けたトライアングル型支援ということで、医療機関と企業の間をつなぐ両立支援コーディネーターの養成という項目があり、2020年までに2,000人養成しようということである。県がん総合相談支援センターと連携しながら、普及していきたいと思っている。皆様にも、今後のご協力についてお願いしたい。

(委員ご発言)

今日の会議のお話で感じたこととして、述べさせていただきたい。

自身の会社にも、がんに罹り治療をして復帰をし、再度がんに罹り治療を受けて、また働いている方がいるが、その方を見て感じるのだが、がん治療に専念するために(仕事を)リタイアができればよいのだが、社会的に考えて、それでは生きていけないということであり、働き方改革の話があるなかで、働き方改革を突き詰めていけば、(経営者側としての)商売に影響が出るわけであり、それぞれが専門的なことを突き詰めていけば、矛盾が生じているというのが、今の世の中ではないかと感じることがある。そういう意味では、計画を作っていくことは意義があることかと思うのだが、あまりにもKPIのようなことに捉われすぎると、(目的の)本質を逃してしまうことにならないか。とにかく数字だけ作るということにならないか懸念される。それが結果的には、KPIを達成しても、当初描いていた姿にならないということはよくある話である。次期県計画においても、そういった視点で目標設定を考えてもらえればと思う。

(委員ご発言)

ピアサポーターの養成に関しては、すごく良いことだと思う。

今ではがんは2人に1人が罹るということでもあるので、がんに罹った人をどういう風にサポートしていくかということが大事である。

(委員ご発言)

老人クラブの会員は、真剣にまじめに、検診を受ける必要があるということをつくづく感じている。受診率に関するデータが出ているが、通院中にがんに関する検査を受けたため、市町村から案内のあったがん検診を受けていない場合は、受診率の分子として計算されるのか^{*1}。

(委員ご発言)

高齢者の方々は真面目で、受診率が高い。むしろ、働いている世代の方が受診率は低いというのが現状である。がん検診については、通常の健診とは違うので、ぜひ受けてもらいたいと思う。

※1：現在の受診率の計算方法では、通院中にがんに関する検査を受けたため、市町村から案内のあったがん検診を受けていない場合は、受診率の分子として計算されないことになっている。(会議終了後、事務局から委員へ個別に回答した内容)

(委員ご発言)

女性であるかぎり、子宮がんや乳がんを発症する確率があるわけで、婦人系のがんについては真剣に考える必要があると感じている。婦人会においても、婦人系のがんについて周知する必要性を感じている。自分で自分の身を守るために、がん検診はしっかり受けようということを伝えていきたい。

自身の知人で、がんで亡くなった方がおり、その方が亡くなるまでがんであったことを知らなかったというケースがある。家族の方もそのことは言われなかった。(そういったことから感じたこととして、)自身ががんになったことを言いやすい地域にならなくてはいけないと思い、例えば、出前講座などで、がんになってもそれを秘密にしないで、助け合っていこうという(機運を)広めるような取組みがあればよいのかなと思う。

(委員ご発言)

地域のピアサポーターが養成されれば、その辺も変わってくるのかもしれない。まだ、(ピアサポーターの養成が)不十分だということだろうか。

(委員ご発言)

市町村と職域を合わせたがん検診受診率をみるに、職域を合わせた受診率が高い。これは職域で、がんに関する教育が進んできていることなのかなと思う。がんに関しては、自分は大丈夫であると思っている方が多いと思うが、がんは早期発見・早期治療につながればほとんど大丈夫であるということをもっと啓蒙していくことが大事である。(がん検診受診率を)上げるには、そういったことが大事である。歯科でも口腔がんがあるわけで、自覚症状が出る前にがんを発見するため、がん検診が重要であるということ、歯科の立場からでも周知していきたい。早期の段階で発見すること、がんにならないよう予防することが大事であると感じている。

(委員ご発言)

最近では、在宅でがん患者が療養することが多くなり、訪問による医療用麻薬等の管理はもちろんのこと、がん患者とお話しすることで気持ちを上げてもらい、元気になってもらうための支援を行っている。薬に関する相談ということで、各市町村において(相談会等を)開いたり、薬剤師による出前講座もやっている。

薬局に来られる(がん患者の)方をみていると、仕事をしながら治療されている方は元気であり、仕事をちゃんとやっていきたいという気持ちが前に出ており、麻薬を使用しながらどうしてこんなに元気なのかと感ずることもある。人間の力というのは、そのような(気持ちから生じる)力というのがあるのだなと感ずている。

女性の乳がんについては、薬の使用をご自分の判断で治ったと思い、勝手に止めてしまう方がおり、これで再発する方がおられるので、これは医師が止めてもいいと言うまで使用しなければいけないものだということを、がん患者にお話しすることで認識してもらっている。このがんならば5年で治る、7年で治ると言われているから、その期間を過ぎたからといって油断するのではなく、再発する場合もあるのでしっかりやろうねとか、B型肝炎の方には、C型肝炎とは違い、ウイルスがいなくなったからと薬を止めてしまわないように話をする等、理解を得られるように取組んでいる。また、がんに関する勉強会も開いているところである。

【会議終了後に寄せられたご意見】

（委員ご意見）

※患者支援体制の充実について

全体目標と推進目標指標の4項目には残念ながら、乖離が多いなと思います。

新目標は第2期での体制整備のベースに、継続実行し成果を強化するとの意思是『増加する』で理解しますが、3期に更なる患者に近い支援体制を構築するために項目の見直しと目標の見直しを提案します。

※がん相談件数の増加について

相談件数の増加は重要な目標です。そのまま件数目標を『増加させる』としておき、その上、相談センターの認知度や質的向上を何とか副次目標としたいと思います。現状は、病院内の医療従事者でも存在の認知度が低く患者の一步に繋がっていません。先ず、医療者の意識を向上するためにも、相談センターの認知度の指標を検討ください。一般と医療者の指標を併用するのが、望ましいと思います。

確認ですが、がん相談件数の中には、メールや電話も含まれると認識しています。患者が、ともすれば、内向的になりがちな状況で1次相談は重要です。この体制を強化する事も重要です。質的な向上はこの、窓口の対応力の強化だと思います。

※ピアサポーターの増加と開催回数の増加について

県の案において2項目になっていますが、指標は1項目に収斂して、ピアサポーターの養成強化によるピア患者サロンの参加者の増加とすべきです。ピアサポーターの増加は手段として重要ですが、目標としては卒業すべきです。1項目とも関連しますが、ピアサポーターの患者や家族に与える力を実感しています養成すべき課題も残っていますが、ピアサポーターの質的な向上のためにも、サロンの『場のちから』を経験させる事が重要です。さらにピアサポーターの活動範囲を拡げる出前講座等の検討も必要です。養成と領域の検討を実行する事によって、ピア患者サロンの参加者の増加を実現し、予防と治療に続く支援の体制が整備されると思います。

※世代別の取り組みが目標に見えなくなりました。

がん患者の支援は、社会が正しくがんを理解することから、スタートします。現状の社会におけるがんの過剰意識や無関心を正す事が大切だと思います。予防推進員と対策推進員については、現状の効果成果が見えません。制度や計画は継続して、主として婦人がんや高齢者のがんに対してのリソースとして活用すべきです。また、AYAや小児がん対策の推進のためにも、3項目目として、ライフステージに応じた支援対策の実行を項目として計画をお願いします。

指標として、企業や地域団体と患者団体等の連携による世代別がん支援の発信件数を提案します。具体的には、企業におけるセミナーや患者団体や市町村独自の人が動く施策を意味し、チラシなどやネットワークでの情報発信はあくまでそのための手段とすべきです。

以上、私見ですが、患者支援体制の充実のために意見を述べさせていただきました。

最後に、対策協議会は今回のような会議形式で行うのが良いのか疑問です。一人ずつ意見を必ず述べることも重要ですが、委員の全体的な合意形成も大切です。今後、全体目標3項目の専門部会を設置する事を検討して頂く事を提案します。富山県らしいがん対策を推進する事は、人が動き、PDCAサイクルをまわすがん対策だと思います。

今後計画実行のためにも現状の会議形式は見直すべきだと思います。

(委員ご意見)

【ウイルスや細菌について】

B型肝炎、C型肝炎は治療法が確立しているため、介入によって肝がん死亡を減らすことができるのは明らかである。したがって大胆な介入、目標設定を期待する。

②肝炎ウイルス検診の受診率増加(40歳節目検診のみ)

健診年齢を全年齢5歳毎として、漏れの無いように検査をすべき。特に感染陽性率はより高齢者に高いので、40歳時のみの検診は不十分であると感じる。

④肝がんによる死亡者の減少

上述のようにすると抗ウイルス剤の使用により、肝がんの大幅な減少が見込めるため、大胆な目標を設定してはどうか。肝がんの専門家に相談することを期待する。

【検診精度の向上】

〇〇委員が述べていたように精度管理の指標として、検診発見されたがんの病期を採用することを提案する。つまり、早期発見(臨床病期Ⅰ期あるいはⅡ期)の割合が多ければ検診精度が高いと判定する。この指標は検診精度を判定するとともに、早期発見割合を増やす動機となり、死亡率低下にもつながる。医療費の削減にもなる。

【がん医療を専門的に担う医療従事者の育成及び資質の向上について】

【がんゲノム医療を含めた最新の医療技術への対応】

がん診療に従事する専門的医療人を育成することが急務である。おそらく5年後には、がんゲノム医療は一般的な医療となる。文科省事業の多様なニーズに対応する「がん専門医療人材(がんプロフェッショナル)」養成プランで採択された「北信がんプロ」事業が5年間の予定で進行中であり、がんゲノム医療の人材育成を行なっている富山大学も参画しているので、この制度を利用した医療人養成を提案する。本事業では医師・薬剤師・看護師それぞれのインテンシブコースが設けられており、がん診療に従事している医師、薬剤師、看護師は誰でも登録可能である。このコースに登録することにより全国e-learningシステムによる最新のがん診療を学習でき、また、テレビ会議等によるオンコロジーセミナー、症例検討に参加することが可能となる。がんゲノム医療など新規の分野の情報を得るには最良の場と考えられる。

【がんの教育・普及啓発】

学校教育、地域の健康教育共に専門家の出前授業だけではすべての対象者にはいきわたらない。保健担当教員や地域ボランティアなど指導的立場の人たちへの講習会等を設

けてはどうか。またがんサバイバーの方への協力も重要であり、彼らに教育してその成果を一般の方々に広報してもらい仕組みを作ってはどうか。

以上