

第2次佐賀県がん対策推進計画(案)に対する「パブリック・コメント」の意見及び対応

※対応区分

- A: 当該意見を受け、計画内容を修正したもの
- B: 当該意見は計画と同趣旨であり、既に反映済みなもの
- C: 当該意見は今後の施策推進の段階で検討するもの
- D: 当該意見の計画への反映は困難であるもの
- E: 計画への感想や質問であるもの

No.	意見内容	意見に対する県の考え方	対応区分
1-1	<p>【肝がん対策】 さすがに肝がん対策は本気度を感じさせます。肝がんの75歳年齢調整死亡率を平成19年基準値(15.5)より40%減少させると明記しているのは評価できます。肝がん死亡率13年連続全国ワースト1の不名誉な記録を持つ佐賀県が、これを逆手にとって日本一の施策とするため、死亡数の数値目標まで明記することはできないでしょうか。</p> <p>例えば、奈良県では、肝がんに限ったものではありませんが、がんによる75歳未満の死亡数を計画前の1880人から380人減らして1500人にすると明記しています。年齢調整死亡率20%減少をイメージしやすいように、具体的数字で示しているのです。</p> <p>本県では、個別目標の中で肝炎ウイルス検査件数(5年間で89,000件)、要精密検査者の精密検査受診率(80%以上)、インターフェロン等治療費助成制度利用者数(累計6,700人)についてははっきり数値目標を出しているだけに、その思いを強くします。</p>	<p>ご意見を踏まえ、人数についても記載することとしました。</p>	A
1-2	<p>【目標の達成状況および効果の評価】 毎年度計画の見直しをうたっているのは評価できますが、公表の仕方がやや具体性を欠いています。</p> <p>3年を目途に中間評価を行う奈良県では、計画の進捗状況やがん対策協議会での検討内容について県ホームページに掲載し、県民に広報するとともに、意見も求めます」と、より踏み込んだ表現となっています。</p>	<p>ご意見を踏まえて、「5 目標の達成状況の把握及び効果に関する評価」には、「その結果を県ホームページに掲載し、県民に公表するとともに、」という記述を加え、「6 計画の見直し」の項目には、「また、検討の際には、県民に対して意見を求め、できるだけ幅広い意見を取り入れられるようにします。」と追記しました。</p>	A
1-3	<p>【がん診療連携拠点病院の取り組み】 拠点病院における専門医や専門職の確保および研修会の実施などには言及されていますが、患者サイドの視点が見あたりません。</p> <p>高知県では、全体目標を患者・家族・遺族の満足度向上として上で、「県は、患者の満足度を経年的に把握するため、拠点病院の協力を得て、2年に1回、患者満足度調査を実施し、集計結果を公表します」と明記しています。</p> <p>長崎県でも「県、拠点病院及び推進病院は、がんの告知を受けた患者やその家族の意向を尊重したがん診療が行われているかについて定期的に調査を行い、患者のがん診療に対する満足度の向上を図ります」との記述があります。</p>	<p>ご指摘を踏まえ、「相談支援と情報提供」の項目に、拠点病院における患者満足度を把握する調査についての記述を追加しました。</p>	A
1-4	<p>【緩和ケアの推進】 緩和ケアについては、現状の立ち遅れもあって他県に比べて物足りない内容となっています。</p> <p>京都府は、緩和ケア病棟設置施設数を6カ所から12カ所に、病床数を142から280にし、取扱い患者数を月間672人から1300人に増やす、数値目標を設定しています。</p>	<p>ご指摘のとおり、緩和ケアは必ずしも進んでいるとはいえない状況にあり、引き続き緩和ケア研修等による普及活動が重要と考えます。また、緩和ケア病棟については、ベッド数との兼ね合い等もあり、今のところ整備を進めるというところには至っておりません。</p>	C
1-5	<p>【在宅医療・介護サービス】 がん患者の間でそのニーズが高まっていると認めつつも、具体性を欠いた内容となっています。</p> <p>熊本県では、「拠点病院と連携し、患者及びその家族が安心して在宅にて療養生活が送れるよう、各地域において、在宅療養支援診療所、医療機関、訪問看護ステーション、保険薬局並びに介護支援専門員等を交えた連絡会議や研修会の開催による在宅医療支援の連携体制の構築に取り組む」と提示し、この連絡会議が5年以内にすべての拠点病院で開催されることを目指す、を目標としています。</p> <p>秋田県でも「2次医療圏ごとに在宅緩和ケア提供のための協議会を設置」と記載しています。</p>	<p>ご指摘を踏まえて修正しました。在宅療養のための医療機関・訪問看護ステーション等との連携体制について検討していくこととします。</p>	A

No.	意見内容	意見に対する県の考え方	対応区分
1-6	<p>【相談支援と情報提供】 患者サロンの設置やピアサポーターの配置について記載した県が多数ある中で、本県にはその言及がありません。埼玉県では、地域統括相談支援センターを1カ所設置、患者サロンとピアサポーターによる対応が可能な相談支援センターをすべての拠点病院に配置すると目標を設定しています。また、患者会のネットワークづくりを進めるとしています。</p> <p>熊本県では、がんサロンがすべての2次医療圏で開催されること、ピアカウンセリングの開催場所が増加すること、を指すとしています。</p> <p>秋田県では、がんサロンの拠点病院での開催を現在4病院から11病院へ、がんサロンの患者団体による開催を現在4カ所から8カ所へ、相談支援センターのピアサポート相談体制を現在1病院から11病院へ、それぞれ増やすとしています。</p>	<p>ご指摘を踏まえ、がんサロン、ピアサポートについて記載しました。</p>	A
1-7	<p>【がん登録】 がん登録の精度を示すDCO比率(登録漏れの割合を示す数値で、低いほど優れている)を本県は10%未満としているが、群馬県や岡山県はDCO5%以下を目標としています。</p>	<p>確かに他県ではDCO割合5%以下という目標を掲げるところも出てきていますので、本県においても5%未満を目標として設定したいと考えます。</p>	A
1-8	<p>【がん検診受診率】 個別目標の中で、各種がんの受診率向上の数値目標を上げていますが、そのための道筋が示されていません。長崎県では、「県は、平成25(2015)年度までに市町が実施するがん検診のコール・リコール(受診者への個別勧奨)事業を支援します」「市町は、特定健診とがん検診の同時実施、休日や夜間の検診実施など住民が受診しやすい検診方法を工夫し、受診率の向上に努めます」などと明文化しています。</p>	<p>ご指摘を踏まえ、がん検診の個別勧奨、特定健診とがん検診の同時実施、レディースデーや土日検診等受診しやすいがん検診の実施等を追記しました。</p>	A
1-9	<p>【がん教育】 本県は「何らかの試行的な取組を実施する」とどまっています。</p> <p>島根県では、「保健学習以外でがんに関する取組を行う学校数」を目標に設定し、平成29年度の目標として小学校全校(229校)、中学校全校(104校)、高校全校(65校)の数値を掲げています。</p> <p>島根県では「がん教育を実施する学校(中学校、高校、特別支援学校)を増加させ、5年以内に実施率100%を目指す」と目標を明記しました。</p> <p>香川県では、個別目標に「すべての中学校でがん教育を実施」を設定しています。</p> <p>京都府では、「小・中・高校におけるがん教育の実施数200」「がんについて従業員向けセミナーを開催する企業数400」と数値目標を出しています。</p> <p>秋田県では、学校の「がん教育モデル事業」を現状の2回から57回へ、増やす数値目標を設定しました。</p> <p>愛知県では、「全ての市町村において、出前健康教育などを実施」とあります。</p> <p>徳島県では、「がんを含めた出前教育の実施校を増やす」としています。出前教育はNPO法人が専門家等と連携して学校に出向いて実施しています。</p>	<p>がん教育については、ご意見にあるような具体的な記載がある方が望ましいと考えています。ただ、現時点では、国が検討段階ということもあり、現在の記述にとどまっています。</p>	D
1-10	<p>【喫煙率】 本県は「がんの予防」の中で喫煙率18.3%(平成29年まで)、15.7%(平成34年まで)国の基本計画に合わせて、となっていますが、国の基本計画は12.2%ではないでしょうか。</p> <p>県民の命にかかわる重大な問題です。県計画が国より高い数値設定となって理由と経緯をたずととも国の数値に合わせるよう厳重に修正を求めます。</p>	<p>国の成人喫煙率の目標12%は、平成22年国民健康・栄養調査において「禁煙を希望している人の割合」が37.6%であったことから、現在の喫煙率19.5%(H22)から37.6%減少させたものを設定しています。この背景には、禁煙を希望しない人にまで禁煙を強制しないという考え方があります。本県は、国と同じ考え方(喫煙をやめたい人がやめる)に立ち、国民健康・栄養調査における佐賀県民の回答で「禁煙を希望している人の割合」が25.4%であったため、これを佐賀県の喫煙率21%(H23県民健康・栄養調査)から25.4%減じた15.7%を目標として定めています。</p>	D

No.	意見内容	意見に対する県の考え方	対応区分
2-1	【重点的に取り組むべき課題】 ウイルス性肝炎・肝がん対策について、「ウイルス性肝炎・肝がん対策をがん予防の一環として」とあるが、肝がん対策はがん予防ではないのでは。	ご指摘のとおりです。文言を修正しました。	A
2-2	【がんの予防】 がんの原因として「食生活、運動等の生活習慣」の記載があるが、これに対する対策はないのか。 また、がん予防対策としてピロリ菌対策、HTLV-1対策は入れなくてよいのか。	食生活、運動等の生活習慣について、文言を追加しました。また、ピロリ菌、HTLV-1とも本文(現状)欄に記載しました。なお、ピロリ菌については、一定の要件のもと、検査及び除菌費用が保険診療の適用となりましたが、ただちに予防対策として何らかの施策を講じることができる状況にはないことから、取組としては記載はしなかったところです。	A
2-3	【ウイルス性肝炎・肝がん対策】 肝炎患者の生活習慣の改善が記載されているが、具体的にどうするのか。誰が改善を働きかけるのか。	現在養成している地域肝炎コーディネーター(H25年3月現在291名)の多くは、市町の保健師、医療機関の看護師であり、肝炎患者の生活習慣の改善についても本来業務の中で実施可能と考えています。計画案には細かなことまでは記載していませんが、地域肝炎コーディネーターには、治療や服薬管理、食事等の様々な情報をハンドブックのような形で提供することを予定しており、その中に飲酒や食事などの生活習慣に関する事項も盛り込みたいと考えています。	E
2-4	【がん診療連携拠点病院】 西部地域における拠点病院の措置はできないのか。	現時点では、西部地域には、拠点病院の要件を満たすことができる医療機関はありません。現在、国において拠点病院制度の見直しが行われていますが、大幅な要件緩和がなされるとは考えにくく、今回の計画では現行のとおりとしたいと考えています。	D
2-5	【地域の医療・介護サービスの提供体制】 在宅医療についての記載が全くない。	在宅医療については、地域の医療・介護サービスの提供体制のところに若干記載していますが、具体的のある取組にはなっておりません。今後、在宅療養のための医療機関・訪問看護ステーション等との連携体制について検討していくこととします。	C
2-6	【がん登録】 拠点病院のがん登録にはふれなくてよいのか。5年生存率は各拠点病院が院内がん登録をきちんと行っていれば出しやすいはず。少なくとも、各拠点病院患者の5年生存率は出せる。	院内がん登録の5年生存率についてははまだ課題があるため、これについては計画に記載できませんが、院内がん登録自体は重要な取組であることから、ご意見を踏まえ、院内がん登録の状況について記載しました。	A
2-7	【小児がん・希少がん対策】 HTLV-1の予防策として断乳などを記載できるのではないのか。	ご意見をふまえ断乳等について記載しました。	A
2-8	【小児がん・希少がん対策】 HTLV-1陽性者への具体的な働きかけを書くべきではないのか。	ただ、HTLV-1陽性者への働きかけについては、個人の価値観の違いにより断乳について様々な意見があり、何らかの働きかけが必要とまではいえないうえ、特段記載はしません。	D
2-9	【がん教育】 教育委員会と連携して実施すべき。その旨の記載がない。	ご指摘のとおりです。文言を修正しました。	A
2-10	【がん患者の就労を含めた社会的な問題】 取り組むべき施策として、がん患者会などと連携した取り組みなどを記載することはできないか。	患者会等と連携して就労等に関する問題に取り組むことについては、今のところ具体化は難しいと考えており、計画には盛り込まないこととします。ただ、重要な視点ですので、今後の研究課題としたいと考えています。	C

No.	意見内容	意見に対する県の考え方	対応区分
3-1	<p>【小児がん・希少がん対策】</p> <p>(現状)の欄で「県内の医療機関での対応が難しい事例も考えられます。」の後に、「この時、交通費や付き添いに伴う滞在費用等、家族の経済的負担が大きくなります。」を追加してほしい。</p> <p>また、「小児がんの治療は、長期間の入院を要することが多いために家族が離れて過ごさなければいけません。患者だけでなく、患者のきょうだいの心のケアについてもきめ細やかな配慮が必要です。」を追加してほしい。</p> <p>(取り組むべき施策)として、医療機関には「晩期障害、再発等長期フォローアップ体制の確立」、「終末期に苦痛なく過ごすことができるよう小児がんに対応できる緩和ケアチームの確立」を、関係機関には「入退院に伴う教育支援が円滑に進むよう教育関係機関との連携」を加えてほしい。</p> <p>(個別目標)として、「初期診断時に患者やその家族が納得して治療を開始できるようセカンドオピニオンの活用ができるよう普及啓発を図る」を追加してほしい。</p>	<p>ご意見を踏まえ、修正しました。</p>	A
4-1	<p>【がん予防、がんの早期発見】</p> <p>文中でも、がん予防推進員の養成と活用について言及されています。養成面では登録者は増えていますが、その活用について意見があります。</p> <p>私も推進員の一人ですが、他の推進員の方の活動がみえてきません。そこで、年に一度は、推進員の方を集めて、推進員の活動報告や県のがん対策の状況説明のための会議を開催していただければと思います。</p> <p>また、登録されている方の中には、残念ながら活動実態のない方もおられるのではないかと思いますので、年に一度は、更新の意思確認をされてはどうでしょうか。</p> <p>活動レポートの提出をお願いするという動きもありましたが、ボランティアですので、そこまでは難しいかと思えます。</p>	<p>がん予防推進員のあり方については、今後、御意見をふまえて検討し、活動内容の充実を図っていきます。</p>	C
4-2	<p>【がん教育の実施】</p> <p>本案で、小中高におけるがん教育の実施を検討されているということで、私も賛成です。本県では、武雄市で数年前より、市内の中学生に対してがん教育が実施されているという立派なモデルがあります。また、同市のがん教育のアドバイザーである、東大の中川准教授は日本対がん協会の事業として、「がん教育基金」という、中学生へのがん教育のプログラムをつくられています。</p> <p>そこで、武雄市のモデルと「がん教育基金」を利用して、まず県内の中学生に向けて、がん教育を実施してみたいかがでしょうか。</p>	<p>武雄市の先駆的な取り組みはとても参考になると考えており、他市町でもできないかと考えています。</p> <p>ただ、計画上の表記としては、現時点では、国が検討段階ということもあり、現在の記述にとどまっています。</p>	C
5-1	<p>【本県のがんの現状と取組】</p> <p>P8に「どの部位もおおむね減少傾向にあります。乳がんと子宮がんについては、やや上昇傾向にあり、若い世代への対策が必要です。」とありますが、乳がん年齢調整死亡率2位(H22)・子宮がん年齢調整死亡率1位(H22)でした。他県、全国との比較を行うと、より重点課題がみえてくるのではないのでしょうか。</p>	<p>乳がんと子宮がんの75歳未満年齢調整死亡率は、計画案のグラフを見るとわかるように、元となる死亡数が少ないことから、年によって死亡率が上下します。これを均すと、上昇傾向にあるといえます。今後、精度管理の指標やがん検診受診率との突合、全国比較などを行い、さらに課題の把握に努めたいと考えています。</p>	C
5-2	<p>【がんの早期発見】</p> <p>『がん検診の事業評価の指標について』H19年厚生労働省では都道府県の役割として、各指標については市町村ごとの検討を行いとある。計画案P20にも「事業評価のためのチェックリスト」を活用し、とありますので、計画に載せるかどうかは別ですが、県で市町村毎の状況を集計(健診受診率、要精検率、精密検査受診率、陽性反応的中度、がん発見率、等)し、フィードバックすることや、対応のできていない市町村への助言指導を行うなどの具体的な支援方法を明記して欲しい。</p> <p>数値指標の具体的な活用方法については、市町村毎、健診機関毎で比較を行うことを前提とされています。</p>	<p>がん検診の精度管理については、「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」報告書ののっとり、適正に実施していくこととしていますが、計画上、そのことがわかるように、目標等を追加しました。</p>	A

No.	意見内容	意見に対する県の考え方	対応区分
6-1	<p>【がんの予防】 タバコ(喫煙及び受動喫煙)は、早期死亡(損失寿命は数年以上)、健康寿命の短縮(数年以上;認知症などの要因ともなっている)など、健康破壊に第一の要因になっているとのエビデンスが蓄積しているし、凡そ万病の元なので各疾病にもそのリスクを個別に明記するとともに、経済的損失や過剰な医療費を抑制する医療費適正化の観点からもタバコ対策を、健康づくり推進プラン・がん対策の最重要に据えていただくことを期待します。</p> <p>具体的な取り組みとして、以下のような取り組みが望まれます。</p> <p>(1)正しい知識の普及啓発、について、乳幼児・保育園・幼稚園の園児の父・母・同居家族に喫煙者が多いと報告されています。保育園の前などで喫煙をしている母親などの姿は珍しくありません。幼稚園や小中学校を含め、これら保護者への禁煙促進の働きかけや啓発・講習等に焦点を絞ったプログラムが望まれます。</p> <p>(2)禁煙サポートの推進で、特定健診やがん検診等の場合は40歳以上であったり、より若い20歳前～30歳代・未成年者への禁煙サポートに重点を置いたやり方が求められています。(上記の1項も関連させて)</p> <p>(3)禁煙治療の保険適用について、喫煙指数が200以上などの制約があって、若い世代は適用外になるなど禁煙サポート上不備となっているので、この制限の撤廃を、他の関係機関と連携して国に要請いただきたいです。</p> <p>(4)「健診・保健指導の新プログラム、3月に通知ー禁煙・減酒の支援策など記載」 http://www.cabrain.net/news/article.do?newsId=39044 では、 「…生活習慣病リスクの大小にかかわらず、全喫煙者を支援することが重要と指摘。健診当日に、喫煙状況を把握した上で禁煙のための具体策などを提案し、対象者が1か月以内に禁煙する意思を持っていれば、禁煙治療のための医療機関などを紹介したり、個別面接と電話でのフォローアップで長期的に励ましたりする。」とのことなので、これとのリンクに併せ、「禁煙相談ライン(quitline)」の新設の可能性を検討し、進めていただいては～</p> <p>(5)「受動喫煙防止の推進」について、現在大阪府議会で審議されている「大阪府受動喫煙の防止に関する条例(案)」のように、先ず公共性の高い施設と子ども・妊産婦を守ることを最優先に全面禁煙ルールを確立して、順次広げていくことを期待しています。(分煙は効果がないので義務化せず＝盛り込まずに) ・そしてこのことは喫煙率の低減目標と不可分な施策で、計画には盛り込まれていない「タバコ税率の大幅な上げ」「タバコの厳しい健康警告表示」等とのリンクが必須でもあるので、国に「受動喫煙の危害防止の抜本施策(法制定を含め)、及びタバコ税率の大幅な上げ、厳しい健康警告表示」がタバコ施策に不可分なことを折にふれ強く要請してください。 ・なお喫煙率の低減目標値が高すぎるかと思えます。せめて男は20%以下と設定されるべきかと(国の目標値が12%ですのぞ)。</p> <p>(6)受動喫煙の危害防止と危険防止のために、歩きタバコの禁止エリアを条例等により、繁華街・ターミナルだけでなく、通学路・公園を含め、全域に順次広げていただきたいです。</p>	<p>がん対策推進計画は、H29年度までの75歳未満年齢調整死亡率20%減少を目標としており、その観点から、死亡率減少に即効性のあるがん検診受診率向上や、ウイルス性肝炎・肝がん対策をがん対策の重要な柱として重点的に実施することとしています。</p> <p>喫煙は、多くのがんのリスク要因とされており、がん予防に重要と考えていますので、たばこ対策にはしっかりと取り組んでいきます。</p> <p>具体的な取組としては、現在、小学生、中学生への防煙教育を引き続き実施するとともに、幼稚園等で保護者を含めた講習の実施などを検討します。また、保健事業の場での禁煙支援、企業等と連携した出前講座等による禁煙支援などを行っていきます。受動喫煙防止については、受動喫煙が体に与える害に対する普及啓発や禁煙・完全分煙認証施設の拡大に努めます。この他、関係機関と連携し、たばこ対策の充実について検討していきます。</p> <p>なお、喫煙率の目標値に関してですが、国の成人喫煙率の目標12%は、平成22年国民健康・栄養調査において「禁煙を希望している人の割合」が37.6%であったことから、現在の喫煙率19.5%(H22)から37.6%減少させたものを設定しています。この背景には、禁煙を希望しない人にまで禁煙を強制しないという考え方があります。本県は、国と同じ考え方(喫煙をやめたい人がやめる)に立ち、国民健康・栄養調査における佐賀県民の回答で「禁煙を希望している人の割合」が25.4%であったため、これを佐賀県の喫煙率21%(H23県民健康・栄養調査)から25.4%減じた15.7%を目標として定めています。</p>	C

No.	意見内容	意見に対する県の考え方	対応区分
6-2	<p>【がんの予防】</p> <p>がん予防、またNCDの発症予防と重症化予防のためには、特に高血圧症と糖尿病対策としても、生活習慣の中で、タバコに重点的に取り組んでいくことが必要とされていますが、減塩の重要性について、がん対策や高血圧対策としても「減塩」の推進は重要ですが、脳循環器疾患(脳梗塞や心筋梗塞、腎疾患、糖尿病なども含め)の予防上からも極めて大きなことを啓発・周知すべきです。</p> <p>これらの疾患は、治療により元には戻りにくいことから、予防こそが重要です。家族への負担、社会的損失、医療費圧迫などからも、「減塩」による予防に重点が置かれるべきです。</p> <p>例えば料理味で、塩や醤油などを減らし、酢や蜜柑類の汁などでも味付け可能ですし、そのような選択も可能なことの広報・周知をよろしく願います。</p> <p>減塩の目標値は、以下の推奨を踏まえ、当面「1日6g未満」とすべきです。(「日本高血圧学会減塩委員会は、高血圧の予防のために、血圧が正常な人にも食塩制限(1日6g未満)をお勧めします。」 http://www.jpnsn.org/general_salt.html としています。またWHOは「1日5g以下」を推奨しています。(NCDsの自発的世界目標に関する公式加盟国会合について http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002rkou-att/2r9852000002rkuu.pdf))</p> <p>日本高血圧学会等は「栄養成分表示における食塩相当量(g単位)の表示義務化要望について」(2011年7月) http://www.jpnsn.org/topics/177.html を提出していますが、g表示だけでなく、「これが1日推奨値の何%に当たるか」及び「この食品中の塩分の%表示」の義務付けも必要かと思えます。</p> <p>上記は、食品・飲物類だけでなく、外食や飲食店におけるメニューにおいても、表示義務づけを順次進めて行くべきかと思えます。</p>	<p>塩分の多い食品の摂取は、胃がんの発生との関連が指摘されていますが、ヘリコバクター・ピロリの感染の有無や野菜の摂取量とも関連があるとされています。特に、ヘリコバクター・ピロリは確立した胃がんのリスク要因とされています。</p> <p>がん対策推進計画の中では、がんの予防として「食生活や運動など生活習慣の改善」についても普及啓発することとしており、この中で塩分の過剰摂取に関する注意喚起も起こっていきます。</p>	C