

平成26年度第1回青森県がん医療検討委員会

日時：平成26年10月28日（火）午後6時30分～

場所：青森国際ホテル5階「芙蓉の間」

（司会）

ただ今から「平成26年度第1回青森県がん医療検討委員会」を開催いたします。

はじめに、青森県健康福祉部 藤本次長からご挨拶を申し上げます。

（藤本次長）

健康福祉部長の一戸が今日公務で出張しておりますので、代わって、私、健康福祉部次長の藤本からご挨拶を申し上げます。

委員の皆様には、お忙しいところ、また遅い時間帯にもかかわらずご出席をいただきまして誠にありがとうございます。

また、がん対策の推進に日ごろから多大なご理解とご協力をいただきまして、この場を借りて厚く御礼申し上げます。

本日の検討委員会でございますが、皆様の次第にありますとおり、昨年4月に弘前大学の方に設置いたしました「地域がん疫学講座」の研究結果の中間報告ということで、本県におきます、がんによるがん死亡率の地域差、またそれに基づいての県レベルでのがん対策の考え方、これについてご説明をいただくということになっております。

また、その他、がん診療連携拠点病院の指定更新、また更にがん対策推進体制の見直しについて、今日のご協議いただきたいと思いますと考えております。

限られた時間ではございますけれども、本県のがん対策の更なる充実に向けまして皆様の専門的な見地からの忌憚のないご意見をいただきますようお願い申し上げます、開会の挨拶といたします。

本日は、よろしく願いいたします。

（司会）

本日、都合によりまして、袴田委員、棟方委員、佐藤（重）委員、神委員が欠席になっております。

それでは、設置要綱第1条2項の規定によりまして、ここからの議事進行は中路委員長をお願いいたします。

（中路委員長）

皆さん、こんにちは。

議事を始めさせていただきますが。

2年前からがん疫学講座をいただきまして、大学の方に、私もそこを担当させていただいていますが、それを機に、だと思うんですが、がん登録の登録率が飛躍的に良くなりまして、やっといろんな分析が皆さんの前で披露できるという状況になりました。

ということで、議題の1番ですが、地域がん疫学講座からの研究結果の中間報告につきまして、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局)

事務局の田中です。

資料1に地域がん疫学講座というところで載っております。

今、中路委員長の方からもお話がありましたけども、地域がん疫学研究ということで、事業の内容、真ん中のところを見ていただきたいんですが。がんの研究・分析手法の確立により、科学的根拠に基づくより効果的な施策を構築するため、弘前大学大学院医学研究科に地域がん疫学研究に係る寄附講座を開設しております。

寄附講座の概要といたしましては、本県のがんの罹患率、部位別生存率、早期発見率、がん検診受診率、生活習慣に係る各指標を分析し、相互の相関関係や、がん死亡率への寄与等を解析・評価する。または、がん予防の健康づくりに取り組む市町村等の人材を育成するとなっております。

松坂先生、それでは説明の方を早速でございますが。

(松坂氏)

弘前大学の松坂でございます。

今回、地域がん疫学講座の研究の内容といたしまして、青森県におけるがんの罹患と死亡の地域差ということでお話をさせていただきます。

まず、今回の研究の背景というかおさらいですけども、これは、平成7年から平成22年までの全国47都道府県のがんの年齢調整死亡率を示しました。

この青い棒は、平成7年から平成22年までの変化の幅を示しています。大体、平成7年から平成22年にかけては、大体のところのがんの死亡率が減っていますので下向きです。この黒い点が平成22年のところですので、青森県も平成7年から段々改善して行って、平成22年、この地点にあります。

そうやって見ますと、平成7年のラインを引いてみますと、実は青森県は全国の中でもがんの年齢調整死亡率、男性に関しては最下位ではありませんでした。

例えば、大阪であったり福岡であったりというところの方が、元々は青森県よりもがんの年齢調整死亡率は高かったんですが、次第に抜かれていったという形になります。

この平成7年から22年までの間の改善の幅が青森県よりも小さい県があるかということ、1か所だけ、岩手県があるんですが、岩手県は元々がんの死亡率は低いんですね。ですの

で、この大阪であるとか福岡と比べますと、青森県は元々下位グループにはいたんですけども、その後、改善の幅が小さかったために、下位グループの中で取り残されて、今、全国で一番悪いということになっている状況です。

女性もほぼ同様です。

この平成7年の段階から見ますと、まだ大阪であるとか福岡とか、その辺が青森県よりも悪い状況だったんですけども、この青森県の改善の幅よりも小さい県は、元々青森県よりもずっと死亡率が低いところですよ。ですので、もともと良いところは、その分、改善の幅が小さいんですけども、元々下位グループであった大阪であるとか福岡であるとかと比べると、青森県は改善の幅が小さいということで、この下位グループの中で取り残されて、今、がんの死亡率が青森県が一番悪いと、女性で悪いということになっております。

では、このがんの予防、死亡、あるいは発症の予防、そういったことの研究をするためには、どのようなデータが必要かといいますと、この前の今のスライドは死亡です。がんの死亡の解析なんですけど、そうしますとがん発症であるとか病期、がんの拡がりなどの影響は除外できない。結果を見ているだけ、ということになります。

ですので、このがんの罹患、発症の状況や病期を含めた研究が必要ということになります。そのためには、データとしては、がん登録が必要です。地域がん登録の精度を向上させるということが必要になってきます。

そして平成25年から弘前大学で地域がん登録のデータの集計あるいは解析ということをやらせていただいております。

青森県のがん登録のデータの精度ですが、ご覧いただければ分かるように、このDCNというのが、大体登録の割合、登録率の指標です。これが小さくなると登録漏れが少ない。精度が高いということになります。DCOは、データの中での正確性、データの質を表していますけども、平成21年の集計からDCO、DCNとも大きく改善しています。DCOはもうすっかり下がっていて、DCNも段々と下がってきているということで、この青森県のデータ、がん登録のデータを解析して、何が起きているかということをも十分に解析して、これからも役に立てるといえるようになってきました。

この研究の目的ですが、主に主要5部位といわれる、肺がん、大腸がん、胃がん、肝臓がん、それと乳がんについて、保健圏域ごとに罹患と死亡の状況をまず明らかにいたしました。

それから、青森県全体の状況から各保健圏域の特徴を明らかにして、今後の青森県のがん対策について検討して提言させていただくということになります。

大雑把に青森県の部位、罹患と死亡ですけども、全国的に青森県が一番死亡が多いのは肺がんではありますが。ただ、罹患は1番ではなくて、罹患が少ないけれども死亡が多いということで、予後があまり良くない部位のがんということになります。

大腸がんは罹患が青森県で一番多いです。死亡は2番目ということになります。

胃がんは、死亡では3番目になってきますけども、全国では肺がん、胃がん、大腸がん

という順番ですけども、青森県では大腸がんが多いのが特徴で、肺がん、大腸がん、胃がんという順番です。胃がんも肺がんよりも少し胃がんが少ないという状況になっています。

西日本で多い肝臓がんは、青森県では全国と比べるとあまり多くはないという状況にはなっていますが、死亡はやはり、すい臓がん、前立腺がんに次いで多いという状況です。

それから、女性の罹患が特に多い乳がん、主要の5部位を今回の対象にしました。

用語の説明を軽くしておきます。

罹患率、発症率ですが、人口10万人当たりの発症率なんですけど、これからお示ししますデータは、全部年齢調整してありますので、人口の高齢化などの言い訳は一切なしです。そういう罹患率と、死亡率も同様です。やはり、年齢調整したものを県と全国とそれから6つの保健圏域で示しています。

診断時病期、がんと診断された時点でのがんの拡がりです。がん登録では、4段階に大きく区切るんですが、今回、3段階にまとめました。国際的に3段階にまとめるのがスタンダードということで、3段階にまとめました。

限局は、診断された時点で転位あるいは隣接臓器浸潤がない段階です。この限局というところで、例えば、胃がんなり大腸がんなり、診断された段階で限局だとオペ等含めて、かなり治癒が期待できるという段階です。

一方、遠隔ですと、診断された段階で遠隔転移がありますので、全てとは言わないですけども、かなり治癒が期待できないという段階の診断時病期です。

今回のデータは2009年から2011年の青森県がん登録データベースの罹患と死亡を解析しました。

ただ、死亡に関しましては、人口動態統計と地域がん登録で取り方が若干違います。人口動態統計は死亡診断書にある全ての病名から順位をつけて、その1番目にある死亡の病名のみを取りますので、1個しか、全体の病名の1個しか集計されないんですが、地域がん登録は死亡診断書のどこかに1個「がん」という言葉があれば全部取りますので、人口動態統計の死亡率とはちょっと多めに出来ますので、全国との比較は県全体で見るとはいいんですけども、これからお示しする6つの圏域の死亡は、その6つの中の全体の関係として、上下の関係としてを見ていただいた方がいいと思います。

症例数は、ざっとこんな感じで、先ほどお示した割合と同じです。

このように青森県、6つの保健圏域がありますので、それぞれによって出しました。

ただ、下北の元々の圏域の人口が少ないということで、年内に変動が大きいということから、3か年分を足して変動を少なくして見るということが、今回、3か年分を足した理由です。

下北は3か年分を足して、大体青森では1年分ぐらいの人口になりますが、それでも大体、1年度に向ける変動は抑えられていると思います。

それからもう1つ、6つの圏域を比べるにあたりまして、その6つの圏域ごとのデータの精度を比較してみますと、どうしても西北五地区のDCNの割合が極端に高くなります。

全国の地域がん登録でありまして、DCNが30%を超えると、やっぱり罹患としては比較できないということになっていきますので、今回、罹患の方に関しては、西北五の罹患率はモニターをしない。順番としては見ないということにしています。

ただし、死亡に関しては、死亡診断書から取りますので漏れはないということで、死亡率に関しては順位づけモニターをしています。

それから、青森県全体と全国とを比較する時には、2010年の単年度の青森県と、そして全国とを比較しました。

この段階でいいますと、全国、全国といっても、これに参加しているのは28の道県しかないんですが、それと比べると、この段階の3か年で比べると青森県のDCNは若干高めに出ていますので、つまり、青森県の今回の数値は全国と比べると、罹患の漏れが多いということになりますので、罹患数を全国と比べる時には、ちょっと青森県の方を多めにし、足して、全国と比較するというのを、した方がいいかなと思います。

全部位を比べています。

全部位を比べてみますと、この後、全部位の傾向で言えるんですけども、上十三では罹患が少なくて死亡が少ない。次には、八戸、大体の傾向として罹患が少なくて、元々死亡も少ないということになります。

それと比較して、西北五の罹患は見ないんですけども、津軽、下北、青森では、罹患が多くて死亡が多いという西高東低の傾向が罹患と死亡と、ともに見られます。

2010年の集計で青森と全国を比較しますと、実は青森県と全国では、罹患はそれほど差がありません。ちょっとここ、低く出ているんですけども、先ほども申し上げましたように、多めに見積もって見ますと、青森県は罹患としては全国で平均とあまり変わらないという状況です。先ほどもお示ししましたのでもう1回、書くのは書かなかったんですけども、罹患は全国で平均並みであるにもかかわらず、死亡は全国で最も多いというのが青森県の特徴です。女性も同様です。

地域的傾向、上十三と八戸で罹患が少なくて死亡が少ない。津軽、下北、特に下北は女性では顕著ですけども、青森では罹患が多くて死亡が多いという状況です。そして、がんの罹患、全県で比べて見ますと、全国と比較して罹患はそんなに多くありません。ただし、死亡率は全国で一番高いです。

ここから駆け足で部位別に見てみますと、この地域的傾向、やはり同様に西高東低です。上十三、八戸で罹患数が一番少なく、そして下北、あるいは西側で罹患が多い、死亡が多い。そして、男性に限って見ますと、全国と比較しますと、青森県では罹患も多いということになります。そして、死亡率も高いです。

肺がん、男性は元々罹患が多いということもありますので、この死亡率は全国で一番悪いという数字です。男女別にしますと、全国で一番悪いです。

更に見ていただきたいのはここなんですけども、全国の診断時病期と青森県の診断時病期を比べますと、これは2010年だけのものですけども、現局の割合が青森県では全国に比べて

かなり少ないです。どの圏域を見ても、6つの圏域を見ましても、あまり差がなく、圏域間では差がなく、全国と比べると格段に限局で見つかる割合が少ないということです。やはり早期発見が青森県では少ないということが言えると思います。

この不明の割合が青森県で全国の集計数と比べると多いんですが、この不明のものかなりの部分が実は遠隔で見つかった方が多いです。積極的に治療された方、例えば、限局で、という割合は、限局の方は、不明というふうに地域がん登録方ではあまり多くありませんので、不明の方、かなりの割合が遠隔に入ってくると思います。そうすると、やはりこの部分ですね。全国と比べると青森県では早期発見、早期に発見される割合が低いということになると思います。

女性、6つの圏域で地域的傾向は殆ど変わりありません。ただし、全国と青森県を比べますと、ご覧のように胃がんの数が全国と比べると青森県は女性、決して多くないにもかかわらず死亡が多いということになります。死亡の順位は、全国で41位ですので、かなり多いという部位です。

診断時病期で比べますと、良いところもあるんですが、やはり全県で比べると当然低いですし、各圏域、津軽とか青森とか、人口の多い圏域では、やはり限局で見つかる割合が少ないということで、早期診断が少ないということになります。

6つの数値を比べると、どうしても足しで6で割りがちなんですけど、人口の重みがありますので、津軽であったり、あるいは青森であったりという、人口の多いところで割合が少ないと全県が引っ張られて少なくなってしまうということになります。

地域的傾向、大腸がん、男性もやはり同様です。

そして、罹患全県で比べますと大腸がん、全国と比べて罹患が多いです。罹患が多くて、死亡も全国で47位、一番ということです。

更に大腸がんは、限局で比べると全国が44%の方が限局で見つかるのに対して、青森県では37%しか見つからない。地域的な傾向も、上十三でちょっと多めではあるんですが、ほぼ変わらないということで、やはり全県的に限局で見つかる割合が少ないということで早期の発見が少ないということになります。

女性も同様です。女性は、全国で罹患が多くて死亡が多い。死亡も47位ですので、全国で一番、大腸がん、女性も多いです。診断時病期も全県的に全国平均には全く触れていません。

胃がん、胃がんは、もっと離して辛い状況なんですけど、地域的な傾向は変わらないんですけども、やはり男性も罹患が全国と比べると胃がんは青森県は多くありません。その割に死亡が多いです。全国で45位。

更にいいますと、全国では限局で見つかる方の割合が半分を超えています。にもかかわらず、青森県では2010年、単年度でも40%を切っていますし、どの圏域で見ても50%に達しているところはありません。

ですので、大腸がん、胃がん、特に限局で見つかるのかなり治療する確率が高いと考え

られますが、やはり早期の発見が少ないということになります。ですので、罹患がそれほど多くないにもかかわらず死亡が多いということは、要は早期発見されていないということがかなり大きな部分を占めるんだと思います。女性も同様に地域的傾向に変わらず、青森県では罹患がそれほど多くなく、その割に死亡が多い。全国で 34 位です。

限局で見つかる割合も 40%にどの圏域もほぼ達していません。若干、上十三が多いぐらいのものです。全国に比べると全然悪いという状況です。

肝臓がんは、先ほど申し上げましたように、西日本で多いがんということもありますので、罹患、死亡とも、ほぼ全国並みにはあります。順位をつけると、死亡が 27 位ですので、ほぼ真ん中ぐらいです。肝臓がんの女性も、これも 12 位なんで、罹患も少なく死亡もちょっと少なめということになります。

乳がん、乳がんも罹患、そこそこ全国と比べると同じですけども、死亡が全国と比べると多くて 40 位ということになります。

全体を比べて、マトリックスにしてみますと、罹患と死亡と地域の関係は、男性は全体を通して上十三、八戸で罹患が少なくて死亡が少ない。津軽、下北、青森だと、罹患が多くて死亡も多いという全体的な傾向です。

どれぐらい精度が上がってくると予想が変わるかということとは分かりませんが、こちらの上十三に比べると、死亡が元々そんなに多く、死亡が少ないですので、やはり全体的な傾向はおそらく変わらないんだろうと思います。

女性を見ますと、かなり傾向がもっとはっきりしてしまっていて、下北が特に罹患が多くて死亡が多いという傾向です。上十三、八戸が罹患が少なくて死亡が少ない傾向はそのままです。

これから、このデータを踏まえまして、県レベルのがん対策ということについて提案させていただきたいと思います。

まず、県レベルのがん対策の考え方ですけども、全国で推奨されている既知の対策の徹底ということが県レベルのがん対策としては非常に大切だと考えています。どうしても、県ということで、青森県独自の取り組みということも考えたくもなるんですけども、地域特有の新しい対策ということになりますと、それがどれだけの効果があるかということがなかなか未知数です。けれども、全国共通の因子に対して、既知の対策を立てるということは必ず上がる確実な対策です。それが徹底されているか、いないか。おそらく、それが徹底されていないために青森県の死亡率が高いだろうと考えますと、やはり新しい取り組みよりも既知の対策をまず徹底させることが大事だと考えます。

どのように対策を徹底させるかということになりますと、根拠のあるターゲットに根拠のある対策ということで、年齢別であったり、地域別であったりということ、危険因子の分布を把握して、その問題のある集団に重点的に対策を立てるということが大切だと考えます。

そうしますと、部位別に見ますと、まず肺がんは、喫煙対策、これは確実に肺がんの罹

患率を低下させるということが分かっています、これまでの研究で。

ただし、肺がん検診に関しまして、我が国で検診によって死亡率を低下させたことがある研究はあまり多くありませんので、どちらかというところでは、まずは喫煙の対策だと思います。第一に取り組むべき対策は、予防は喫煙対策です。

けれども、この罹患が多いと考えられる西北五、あるいは下北、津軽の喫煙率が元々高いのだろうかということは、実は分かりません。肺がん以外にも危険因子はあるわけですし、その危険因子の分布。あるいは、喫煙率が高かったとしても、どのような人達、職業であったり年齢であったりということが喫煙の割合が高いのかということ把握しないと、ただ、一般的に喫煙の対策を立てるということではなくて、効果的な対策を立てるためには、ハイリスクの集団を同定することが大事です。このハイリスクな集団を対象に効果的な喫煙対策ということを行うということが重要になります。

大腸がん、大腸がんに関しては、根拠のある一次予防、つまり発症の予防というのは確立していません。これが危険因子だろうということでは、肥満であったり、運動不足であったりということがありますが、それを減らすことで大腸がんの発症が予防されるという研究は、まだないのが現状です。ただし、大腸がんの検診の受診率を上げることによって、大腸がんの死亡率が下がることは確実に分かっています。

ですので、今、やるべきことは、がん検診の建て直しというか、受診率の向上と精度の向上なんですけど、この死亡率が高い、津軽、下北で本当に肥満率、あるいは身体活動がある、高い、低いというハイリスク群がいるのかどうか。あるいは、どのような人達が検診を受けていないのかという、そのハイリスク群が、どういう人達かということと同定すると、更に効果的な受診の勧奨ということが可能になると思います。

胃がん、胃がんはピロリ菌の感染率が胃がんの罹患率と相関することが分かっています。ただし、その除菌をしたことで罹患率が下がったという研究は、あることはあるんですけど、それが完全に予防することにはなりません。ですので、やはり検診の向上ということが、胃がんの死亡率を低下させるということは確実です。

ですので、これも大腸と同じように、まず検診の建て直しということが大事です。第二に、ピロリ菌の除菌の勧奨ですけども、やはりこれで胃がんの罹患が全くなくなるわけではないということです。

ですが、やはりがん検診、どのような方達が検診の未受診かということの同定、そして、そのハイリスク群に対する受診の勧奨です。

肝臓がん、他のがんとちょっと比べて程度が違ってまして、新規の肝炎ウィルスの患者がかなり少ない。年間7人という単位で日赤血がスクリーニングを行ってからかなり少なくなっています。

ですので、今、建てられる対策とすれば、既に感染している人の発がんを予防するということがかなり重要になってくると考えられます。

ですので、肝炎ウィルスの対策、現行のままで行うとしても、この肝炎ウィルスの診断

を確実に受療しているかということが今後の青森県の肝臓がんの対策について重要であると思います。現在、公費負担が進んでいますけども、この公費負担のプログラムに入っている人が、本当に継続して受診しているかということに対する、例えば、受療動向を追跡して把握するということが必要になってくると思います。

最後に乳がんです。乳がんは科学的に根拠のある一次予防は確立していません。肥満であったり、いろいろなハイリスクということは分かっていますが、それらを減らすことで発症を予防できるという研究はまだありません。

ですけども、乳がんは、検診、マンモグラフィーの検診がありますので、これによって乳がんの死亡率が低下することは分かっています。

早期の受診というのは、乳がんに関して全国と比較して少なくないんですが、ただ、対策として選択できるがん対策は、やはり乳がんの場合、現在はがん検診しかないというふうに考えます。

ですので、このような、検診未受診の人達のハイリスク群を同定して、どのような受診の勧奨を行っていくかという徹底が必要になってくると思います。

ということで、全部をまとめて提言をいたしますと、まず1つは、ハイリスク群の同定ですね。ということにまとめられると思います。

肺がん、喫煙に対しては、肺がんであれば喫煙であったり、あるいは大腸がんや胃がん、口頭咽頭がんも喫煙はハイリスクになります。

肥満、あるいは肝炎の公費の治療の受診者、あるいはがん検診の未受診者ということに対して、ハイリスク群として広範な聞き取りなど、地域事業として、ハイリスク群を同定すると。

そのプロファイリングに基づいたリスクの軽減を図ることとし、既知の対策で効果が高いものを全県事業として重点的に実行していくということがハイリスク群の同定のプランです。

もう1つ、青森県は早期に発見される割合が少ないということで、早期の受診プラン。まず1つ目にがん検診の受診率の向上。コール・リコール体制の整備。正確な検診台帳の作成。検診受診率の把握ということ。これは、元々は市町村事業ではあるんですけども、県の継続的な管理であったり指導であったりということが、今後、更に必要になってくると思います。青森県では、生活習慣病管理指導協議会等もありますので、その枠組みを通して行っていくということ。

更には、市町村事業として、台帳の整備とか、それらは地域事業として指導していくということが必要だと思います。

もう1つ、がん検診は、精度管理が必要になります。感度、特異度などの算出、調整。精検の受診率の把握など、これら検診機関が行うべきものですが、これらも県の継続的な管理、指導ということで、先ほどの協議会を通して、継続的に指導していくことが必要だと思います。これは全県事業で必要だと思います。

最後、初診医のスキルアップと書きましたけども、有症状で受診した方に対して適切な診断を付けるとか、あるいはスムーズにその後の精密検査へ移行を図ると。あるいは、家庭医、総合医の初診医としての技術の向上を図るということも必要です。当然、医師会の先生方との連携と協力ということが必要になってくると思います。

これらに対して、全県の事業として取り組んでいく必要があると思います。

がん対策、今までPDC Aサイクルというものが大きく言われております。その観点で見ますとプランとしては、青森県のがん対策推進計画、平成20年から24年。これをD oとして実行したということがあります。

そして、今回、この研究で罹患率に地域差があり、そして受診の遅れ、全県的な遅れというものの問題点が浮き彫りになりました。それを基にして、A c tとして、ハイリスク群の同定であるとか、あるいは受診を図る取り組みであるということを取り組んで、この問題点を是正していくというか、少なくしていくと、そういうことが必要になると思いますので、このような提言をさせていただきます。

(中路委員長)

ありがとうございました。

新しいご指摘があったと思います。

まず皆さん、青森県は西高東低だそうです。これは、前から言われていたことです。

それから青森県は、限局が少ないと。要するに進行した例が多いということですね。だからして、死亡が高いのではないかということでございます。

その対策というものが、最後のところに書いてありましたけども、いろいろあるんですが、ハイリスク群を同定するということが、

もうちょっと分かりやすく、ハイリスク群を同定するということは、たばこを吸う人がどういう人か。検診を受けていない人がどういう人か。

(松坂氏)

どういう年齢で、どういう職業、どの地域に住んでいるか。

おそらく問題があると思われるのは、職域にあると思うんですが、どのような年齢で、どのような職業であったり、あるいは地域であったりということを明らかにすることで、そのような人達に対して、より重点的に対策を建てるということが、既知の対策というか、効果的ながん対策に繋がるというふうに考えます。

(中路委員長)

それを調べる方法というのは、なかなか大規模に調べるということになるんですけども、大規模に調べると、なかなかちょっとイメージが湧かないんですが。例えば、台帳がありますね。台帳を充実させるとか、そういうことですよね。

(松坂氏)

はい。まず、そこがかなり重要になると思います。

(中路委員長)

台帳の中に、ハイリスク群の項目を入れ込むように。

(松坂氏)

はい。データベースを作成するということです。

(中路委員長)

その人達が検診を受けたとか、受けないとか、どういう対策をとったということをしていく。今まで検診が上手くいかないのは、台帳をきちんと統一したものにしてこなかったという。そうしないと、検診率そのものも怪しいということになってきたわけですが。

松坂先生、もうちょっと広めて、検診をするための台帳を、いわゆるデータベースとしても大きくちゃんとしたらどうか。そのぐらいしないと対策は練れないのではないかということでもありますよね。

さて、まず質問を皆さん、お願いいたします。

ちょっと一杯あったので整理しないといけないんですが。

いずれにしても、これをやるとなったら、かなり本格的にやらなきゃいけないですね。

(松坂氏)

はい、規模が大きな事業なると思います。

(中路委員長)

市町村に任せているということでもいいのか、あるいは県がある程度、これを引っ張っていくという形ですべきなのか。何となく、ムチだけ打っても市町村は具体的なやり方が分からないというか、ありますよね。それは、ある程度、県全体で検討会議をやって、県が引っ張っていくという形の方がいいような気がするんですが、いかがですか。

(松坂氏)

具体的な、技術的なサポートが、やはり必要になってくると思います。

(中路委員長)

そうですね。

斎藤先生のこの前の講演もお聞きしたんですが、国立がんセンターの。よく分かるんで

すけども、さて次、何をやろうかな？といった時にどうすればいいのかなって、いつも引っ掛かるんですけども。今のはちょっと、かなり分かりやすいような気がするんですが。やはり、ちょこちょこってやっても駄目だということが分かりました。

いかがでしょう、須藤先生、何か。

(須藤委員)

大変、詳細に検討をしていただいてありがとうございます。

沢山、言いたいこともあるんですけども。まず、早期発見が少ないということですが、それは受診率そのものが、市町村の提出されている受診率よりももっと低くて、がん登録で見つかった発見の契機というところを見ると、がん検診で見つかっているのは約13%になっています。しかし、県で出すデータとしては30%とかになります、というような食い違いみられると思います。

それから、がん検診そのものは、やっぱり死亡率の減少効果が証明された方法で行うことが前提です。ハイリスクというのは、必ずしもなかなか絞りきれないところなので、例えば、絞ったとしても、たばこを吸われる方が多く検診に来られるかということ、そういうことはなかなかない。むしろ、そういう方は、やはり検診を受けられない。

(中路委員長)

現実問題の話をしておられますね。

(須藤委員)

というふうに考えるので、リスクをどこで測るかというのはできるんですけども、そういう人達を医療に引っ張り込めるかというのは、ちょっと難しいかな、というふうに感じました。

(中路委員長)

先生、それは確かにその通りなんですけども、そこで、手を変え品を変え、何か工夫してやるということも必要じゃないですか。

(須藤委員)

受診率を確実にあげる方法は、コール・リコールシステムが今一番、有効であるといわれています。

これを今、県内でもやろうとしているところは沢山あるんですけども、今、個人情報の問題であまりしつこくリコールするのもよくないというし、個別に、個人にリコールするのではなくて、家族、一家として戸別にリコールというようなことが多いのが現実だと思います。

また、あと、受診率を上げるとすると、例えば、インセンティブを設けるとか、先生がやられているような保健指導員の育成のようなものだとかと。そういうような方法も有効だと。

また、パンフレットなども有効に使っていただければ、乳がんなんかは有効だというふうに言われています。

(中路委員長)

簡単にぶっちゃけて言ってしまうと、極端に言えば、たばこを吸う人は検診に行かない。ハイリスクの人がそのままになってしまう。だから、青森県は検診の受診率そのものは国民健康基礎調査によると真ん中より上。おそらく真ん中より上かもしれないですよ。下ではないと。

なのに、限局が見つかっていないということは、来ている人が、割とローリスクの人で、ハイリスクの人が随分眠っているのが青森県だと考えられるわけですね。だったら、やっぱり、そのハイリスクの人をいかに掘り起こしていくか。私がいつも言っている健康リーダーから引き込めていくのか。あるいは、コール・リコールをもうちょっと、山形とか宮城並みにするのか。そういった幾つかのことをやらないと、やっぱり上手くいかないし、それをある程度打破しないと、最終的なゴールまで行かない気がするんですけど。

(松坂氏)

がん検診の目的は、がん死亡率の低下にはあると思うんですが、検診の受診率が全国で真ん中あたり、低くはないにもかかわらず死亡率が高いということは、やはり効果としてはあまり出ていないのかなということではないかなと思います。

(中路委員長)

それから先生、DCNもちょっとまだ高いですね。あれが罹患率にどれぐらい影響するのか分からないことだと思うんですが。まだ、もうちょっと高い可能性はありますね。

(松坂氏)

ちょっと上乘せして考える必要はあります。

(中路委員長)

5%、全国との差がある。

何でもいいですから、質問、お願いします。

吉田先生、何かありますか。

(吉田オブザーバー)

いいですか。オブザーバーの立場であれこれとコメントをするのも恐縮ですが、いま、先生方がおっしゃったことは、本当にその通りだと思います。須藤先生が言われるように、検診のインパクトというのは、元々それほど高くはなく、せいぜい5~10%に過ぎませんので、現状のままの検診を一生懸命やったから死亡率が減るということにはなりません。

また、中路先生は、「むしろ、ハイリスクの人たちが検診に来なくて」、ということをおっしゃいましたが、病院に来る人も同様で、医療サービスから遠いハイリスクの人たちではなくて、むしろ、医療が身近という意味でローリスクな、市街地に住んでいる人の方が圧倒的に多くなるのは、ある意味で当然とも言えます。結局、そういった医療に遠い人達をどうやって掘り起こすかが、中路先生もおっしゃっていたように、一番で、かつ、最大の問題だろうと思います。

例えば、どこかの市町村県では検診クーポンを出して、二次検診におけるお金の面倒をみてあげるといようなシステムを導入しているようですが、例えばそういったアプローチとか、あるいは国保の保険料とリンクさせて、検診を受ければ負担額が少し減るようにするとか、そういったインセンティブでも与えないと、そういう人達は絶対に動かないような気がします。

松坂先生のデータによると、男は津軽、女は下北と、はっきり分かれている。また、一般的に女性はがん死亡率が低いのですが、下北ではこれだけ物凄い。ということは、下北の女性には検診や病院を受診しにくいという状況があるかもしれない。行政の立場からすると、県民を居住地などで不公平に扱うのはなかなか難しいのかもしれないけども、例えば、重点地域に指定するとか。そういったプロジェクトの形式に何とかしてもってくるといことしか有効な手立てはないんじゃないかと。お金もかなり掛かるとは思います。

(中路委員長)

分かりました。皆さん、いかがですか。これ、結構、力仕事になるんだと思うんですが。それぐらいしないと、やっぱり、全国ワーストですよ。ワーストだよ。

(松坂氏)

平成に入ってからずっとです。

(中路委員長)

秋田もワーストって言っているんですけど。

(松坂氏)

秋田のワーストは、年齢調整していないので、年寄りが多いからワーストになっている。

(吉田オブザーバー)

要するに、青森県の中に秋田県と岩手県があるんですよ。秋田らしい西側と岩手らしい東側というのが、非常に特徴的に出ている。そういった意味でも、やっぱり対策としては地域特性も考慮して、やらざるを得ないだろうと。

(中路委員長)

何か、一番の地域特性というのは、男の人なんだろうと思うんですが、とにかく頑固でハイリスクの人ほど行かないという、あれが一番の特徴。どこでもそうだろうと思うんですが、特にそうじゃないかなと思うんですけど。だから、男の平均寿命がこれだけへこんでいるんじゃないかなと。これは考えですけど。

何かありますか。

(高井委員)

その通りだと思うんですね。でも、死亡率低下に繋げるためには、本当に力仕事で、こういったことを本気で取り組むということが大切だと思うんですね。今まで、県の対策もいろいろ建てられているわけですが、どこまで本気だったかというところもあるんですね。

あと、県民性の問題もあって、余計なお世話だという人が一杯いるんですね。しかしながら、そう言われても、コール・リコールを徹底的にやるとか。あるいは、喫煙に関しては条例を作って、とにかく皆が集まるところは禁止する。そのぐらいの覚悟でやらないと、青森県は良くなれないと思います。

(中路委員長)

ついに山形出身の発言が。

(吉田オブザーバー)

でも、逆に言うと、罹患率がそれほど高くない。あるいは、全国より低いということは、最下位脱出の可能性は非常に高い。全国並みの対策をすれば、最下位は必然的に脱出できるということになりますから、そういった意味でも、ゴールは松坂先生が言われるように既に見えていると思います。特に胃がんをクリアすれば、相当に変わってくるのは事実ですね。

(松坂氏)

これまで、青森県が全国で一番死亡率が高いということの原因として、そもそも罹患が多いんじゃないかと。次に病院に行くのが遅いんじゃないかという話がずっとなさってき

たかと思うんですが。今回、これを見る限りは、罹患はそれほど多くない。けれども、インパクトとしては、診断時病期が遅い。病院に行くのが遅いということの方が大きな影響力があるというふうなデータの読み方をしたいと思います。

ですので、罹患の一次予防に関しては、喫煙とか、それなりに重要ではあるんですけども、それともう1つ大きな柱として、早期に受診するということの対策もこれから力を入れる必要があるというふうに思います。

(吉田オブザーバー)

どうやって病院に行かせるかですね。ちょっと具合が悪くなったら、とにかく病院に行きなさいっていうのも、ある程度、地域文化として根付いていかないと難しいし。

(中路委員長)

そこが難しそうですけども。

久保園先生、いかがですか。

宮川先生。

(宮川委員)

私も妙案はないんですが、まずは青森県が医療は別にして、がん検診をはじめとするがん対策に他県と比べてどの程度お金を掛けるか、他県と同じぐらい掛けているのかどうか、そのあたりのことをちょっと知りたいところなんです。

まず、検診に関していえば、がん検診を無料にしている町村ほど、がん検診の受診率は高いです。ところが、がん検診の受診率が高い町村ほど、精検率は低いです。つまり、がん検診そのものには、ただだから行く。しかし、要精検になれば実費を払わなきゃならないから行かないという人達が非常に多いと。

今度は、がん検診を無料にすると、80過ぎのお年寄りがじゃんじゃんがん検診にやってくる。本当に受けに来て欲しい人は、いくらただだろうが来ないというのが実態なんですね。

この方々をどうやって理解させて医療機関に結びつかせていくかということなんですけども、お金だけの問題では済まないなど。人生観、ポリシーの問題であって、がんで死ぬなら死んでもいいじゃないかという人達も凄く多いということはどうやって考えていかなきゃならないのか。人生観、哲学の問題になってきてしまっているというのが、私達もなかなか突っ込んでいけないところかなというふうに思っております。

死んでも行きたくないという人間をどうするのか。そういう人達を私達は一杯抱えています。所見があって、「あなた、今だったら絶対行けば治るよ、助かるよ、絶対行きなさい」と言っても、「俺は死んでも行きたくない」と。はっきり言う人、一杯いるんですよ。こういう人達、首に縄を付けてでも連れていくのかと。という問題で、私達もその辺、各市

町村の保健師達も頭を抱えている。

(中路委員長)

一杯いますか？

(宮川委員)

います。

一杯という言葉には語弊がありますけども、少なからずそういう人達、私達は体験しますし、検診は受けるが精検には行かない。まして、検診に行かない人達はどうなるか。保健協力員の方々がどんなに頑張っても限度があると。どうやって、こういう人達に考え方を変えてもらわなきゃいけないのか。やっぱり働き盛りの男性軍にどうやってこのがんとか疾病、長生き、元気で長生きすることの必要性を訴えるのかという、物の考え方の方が先じゃないかと。

(中路委員長)

やっぱり、若い人は職場にいるわけですから、職域の何かアクションというか、対策は当然必要ですよ。これは絶対。

それから、私も、寿命のことでいつもへこまされているんですけど、中路、お前、俺ももう 70 だと。放っておけ。好き勝手にしてきたからいつ死んでもいいんだ、みたいなことを言われるんですよ。医者先輩でもそうですね。

最近、医者ぐらい健康に関心がある人は、いやいや、先生、そうじゃありませんよって。青森県で 40 代、50 代が 2 倍ぐらい死んでいるんですよ。これはどう思うんですかって。あなたのことじゃないんです。これは、ある程度の人にはそう言えるんですけども、普通の人で、おじさん、おばさんが来て、そういうふうに関き直られたなかなか難しいですよ。

さて、これ、女性が見たらどうなんですか。金田一さん。女性の意見として、青森の。

(金田一委員)

考えていたのは、今、言ったように職域ということでは、やっぱり職業にある程度、モデル事業的なものがあれば、何かの職業の方に関しての積極的なアクションという方法もあるのかなと思いをなしていました。

よくテレビで下北のマグロの一本釣り、皆さん、みごとに漁師の方ですね。やっぱり、どうしても公共事業ということもあって、土建の方が多いと思うんですよ。そういった方々がやっぱり非常に検診とか、多分低いだろうと思いますし、やはりそういった方々の健康への意識、もし見つかったらその後の生活はどうするんだとか。そういった意識がやっぱり非常にあるのではないかと思うんですよ。

あと、がんというのは、これから沢山の方が関わってくるわけですので、決して怖い病

気ではないという。きちんと受診をして、早期治療を受けて、そういった暮らしをしていくんだということのアナウンス自体をもっと積極的に行って、意識づけを皆に持ってもらうという、要するに自分の子どもだとか、若年者から持ってもらうとか、そういったことも必要なのかなと思います。

乳がんについては、今、非常に月間で、今週の日曜日に随分、FMとかでも積極的に乳がん検診についてPRされていましたが、そういった、やっぱり月でも、今月は何とかがって、そういうターゲットを絞った形でのアナウンスというものも効果があるのかなと思っております。

(中路委員長)

分かりました。

織井先生、いかがですか。何かありますか。どうすれば減らせるか、真剣に考えればどうすればいいのか。

(織井委員)

今、先生方がおっしゃったように、地域性みたいなものも、私も感じていまして、患者さんの話を聞くと、とても深刻に捉えないというか。今、手術をしなければこうなりますよ、という話になっても、それよりも先の何とかの先にしてからと。

それに対しては、なかなか病気の意識の問題もあるのかなと思っています。女性の方も男性の方も、ある程度、自分をご家庭を持っている方だと、その家庭のことをやってから自分の健康という、かなり進んでますよって言うと、それだけ進んでいるんだったら別なことをやってから、そんな考え方、生き方、かなり独特のものがあるかなと感じています。

(中路委員長)

地域性を重んじた対策、まさに青森の地域性ってそこにあるわけで、それがかなり効いているということが、今の分析でも分かったというか、物凄く見つかった点。

ここを何とかしない限り解決はないと、僕は思います。難しいだけで駄目。いろんなやり方は、当然あると思うんです。1つではないです。全体のレベルを上げていくには、いろんなことをやらなくちゃいけない。健康リーダーも必要ですけど、コール・リコールも必要ですし、職場での対策も必要ですし、あるいはキャンペーンも必要だと思います。

(成田委員)

ターゲットを絞るというところに注目しました。私は、日常、乳がん看護認定看護師をしておりますので、乳がんの患者さんと接することが多く、乳がんのデータに注目しました。下北の方の罹患率が物凄く高いですね。もしかしたら、遺伝の可能性はないのかと考えるのですが、家族歴というものをデータベースの項目に入れて、その結果でタ

ーゲットを絞って、家族歴で何かリスクが高そうな人にターゲットを絞って教育をすることで、検診を啓発する、そういうこともあるのかなと考えました。

(中路委員長)

どうでしょうか。

(松坂氏)

がんと遺伝に関しては、ある程度研究がなされています。ヨーロッパの研究では、双子研究ということで、一卵性双生児、あるいは二卵性双生児、一緒に育ったか、別々に育ったかということで、遺伝と発がんに関する影響の研究がなされていますが、全部の部位に関していうと、遺伝が発がんにどれくらい影響があるかということ、大体5%から10%程度しかないというふうに言われています。殆どが後天的な生活習慣が発がんに対して大きな影響力を持っています。

ただ、これは北欧の研究でして、北欧、ヨーロッパ中心にDRC1とか、強烈な発がんの遺伝子異常があつて、日本ではあまりないということなので、おそらく日本では、もう少し遺伝が発がんに対する影響力というのは大きくないんだろうと思います。

ただ、1つの家族にがんが集積する、胃がんが多い家族とか、肺がんが多い家族というのがあるのは事実ですけども、おそらく同じ家庭環境で生活習慣が同じなので、そういう疾患が1つの家族に集積するということだと、私は解釈していますので、地域で、家族でということだと、遺伝というよりは、むしろ生活習慣の影響の方が大きいので、そちらをターゲットにした方がいいかなとは考えています。

(吉田オブザーバー)

でも、ハイリスクはハイリスクじゃないですか。

(松坂氏)

ハイリスクはハイリスクです。ただ遺伝ではないということです。

(中路委員長)

大体、ハワイに行った日系人、アメリカに行った日系人、殆ど同じになるんですよ。白人と黄色人と違いがあつても、やっぱり二世、三世となると同じになるということも、かなり環境の要因というものが大きいということを示していると思います。

(吉田オブザーバー)

ちょっといいですか。

今のその話、結局、データベースをどう作っていくかということに尽きるのではないで

しょうか。遺伝かどうかは別として、リスクはリスクですから、リスクのある人だということは把握して、そういった対象には検診を勧める。それは正しい道だと思うし、最も良い解決手段だろうと思います。それから、今日、松坂先生のお話で分かったのは、とにかく一次予防よりは二次予防だということです。その二次予防を徹底的にやらなきゃいけないとなると、検診が実際、どれくらい市町村でやっているか。実態はどうなっているかという調査を、例えば、県がきちんとやれるかどうかですよ。

今一番大事なことは、PDCAのAですよ。松坂先生はAの具体的なプロポーズをされましたが、プロポーズしても、県側に出来ないよと言われたら話になりませんので、実行可能なアクションというものがどんなものがあるか、是非、県側のお話を聞いてみたいと思うのですが。

(中路委員長)

吉田先生、一次予防といってもがんだけじゃない、殆ど根本は一緒なんですね。

(吉田オブザーバー)

おっしゃる通り生活習慣病として見れば、根っこは共通ですが、がん対策としては、早期診断の遅れがひどいので、二次予防の質をもっと検証すべきだろうと思います。検診の実態はと尋ねても、そうかもしれない、これもあるかもしれないと言っているだけで、実際問題として比較性のあるデータは出てきません。この村とこの村でこんなに違うぞということも比べてみる必要があると思うんですよ、私は。

ということで、実態調査を徹底的にやるべきだと思うのですが、そういうことが出来るかどうかを含めて、県としては、どういうアクションを起こされるつもりか、を伺いたいのですが。

(中路委員長)

どうですか、それは。

(事務局)

資料3の方で、今日、ご提供いただいたというふうなこともございまして、今の時点で考えうるもの、あるいは既知のもので実施しているものを挙げたものでございます。

資料3の上の方が、ハイリスク群同定プランの取り組みに対応するものとして、現在、実施しているものということで、喫煙、肥満、肝炎、がん検診未受診者というところで、現在、同定する、対応できるものとして、例えば、喫煙ですと児童生徒の喫煙状況調査ですとか、あるいは、妊婦連絡票における妊婦等の喫煙状況調査。それから、事業所等の受動喫煙実態調査につきましては、これは平成23年度に実施したものです。これも定期的に実施するというですとか、あるいは禁煙治療医療機関につきましては、現在、130

を超える医療機関が実施されていること等が進められております。

また、肥満関係に対応いたしまして、特定健診データの集計・分析、この中には問診の結果で喫煙状況等について把握されていますので、そういったものについて、地域診断の評価の中で集計・分析が、レセプトデータ等と突合できるようなデータの開発をして、市町村の方に順次、進めているところでございます。

また、若年者の食生活調査につきましては、昨年度から県立保健大学で実施しているところでございます。

肝炎の公費治療対象者につきましては、治療対象者の把握、通知を出していますが、これからはフォローアップが必要となってきます。

一番最後の検診未受診者につきましては、先ほどから言われておりますように、右側の取組内容の一番下にありますように、台帳整理による把握、つまり市町村での検診の実施体制の建て直しについて、非常に強力に進めるべきだということ等のご意見をいただいておりますので、そういったものが考えられるかと思っております。

特に、下の方にいきまして、がん検診の早期受診プラン、がん検診対策建て直しということで、具体的に（１）番にありますように、がん検診の受診率の向上。（２）がん検診の精度管理ということにつきまして、具体的な提言をいただいておりますので、これから来年度の予算要求作業に入って参りますけども、取組内容といたしまして、ただ今いただいたご意見を総合いたしますと、コール・リコール体制の整備ということですか、市町村に対する技術的な指導・支援、市町村における受診率の向上に向けて施策の展開といったものを強く、ご意見をいただきましたので、こういったものを基にしてこれから実施体制の強化というものに取り組んでいきたいと思っております。

以上でございます。

（中路委員長）

特に、この２番のがん検診をどうやっていくかということが大きく、それが台帳の充実と思うんですけども。これをやるしかないのだから、これを充実させる。罹患は、がん登録されている、ある程度の市町村レベルのものだから、もっとはっきりしてくると思うので、この台帳をどのように作っていくか。コール・リコールは、台帳プラス人材育成ですよね。特に、保健協力員的な人を増やしていくということがあると思うんですけども。

この台帳の作り方、精度管理の仕方というのが、実際、分かりやすく、要するに「どうすればいいの？」となった時に、皆さんを集めて「こうこう、こうやって、こうやりましょう」ということも指導できるように、とにかく一から。松坂先生、どうですか、その辺は。

（松坂氏）

これまで、正確な検診台帳ということが、県内でなされた例があまり多くないと思いま

すので、まずは技術的な知識の普及ということがまず第一歩で、それに加えて、それを徹底させる、継続的に指導する取り組みということが並行してなされるのが効果的だなと思います。

(中路委員長)

それは、誰がやるんですか。松坂先生。

(松坂氏)

まずは県が率先して。

(吉田オブザーバー)

こういう書き方をするから、またプランのためのプランになっちゃうんですよ。ア～エを飛ばしてP D C AのDだけになっちゃう。というのは、本当にこれだけ全部、真剣に全部できたら素晴らしいですよ。でも、あれもやれるかもしれない、これもやれるかもしれないって、順位がついていないんですよ。例えば、この課題を出す時には、これだけは絶対にやる、最重要課題として、次にできるのは、これ。もし余裕があったらここまでやります、っていうようになっていないんですよ。

つまり、総花的に書いてあって、何となく良さそうだなと思えるのだけど、実現性が凄く疑わしい。ひどい言い方をすると、あれもこれもとやった振りをして「全滅しました」で終わってしまっても何も言えないし、何も残らないからです。ですから、非常に実現性の高いもの、重要性の高いものからあげていってもらって、まず、これをやります。これを全市町村で頑張ってもらいます、みたいな形で、優先順位に従って、それぞれの課題の進捗状況が見えるような形でプランニングして頂ければ、僕ら情報が共有できますし、P D C Aサイクルも上手く回るのではないのかなと思うのですが。

(中路委員長)

誰がプランニングするのか分かりませんが、とにかく私は、台帳をまずきちんとすることから拵げていく。とにかく、何か、真ん中にあるものがないと駄目なので、これが今まで何も出来ていないということに大きな問題があって、何の検診の会議を開いても本当に恥ずかしい会議になっているじゃないですか、今までも。

(吉田オブザーバー)

喋らないですもんね、他の市町村とは。

(中路委員長)

だから、斎藤博先生の話はよく分かりますよ。でも、斎藤博先生もそこを細かく我々に、

「つまりな、お前、Aはこうやって、こうやればいいんだ。こうやればいいんだ。皆集まってこうやってやろう」ということは、なかなか提言がもらえないところ、難しいのかなと思ったりもして。

これは、おそらく松坂先生がいつも分かりやすくものを話す力は凄いので、県の方と相談してやっていってもらいたいと思いますが。

ここを急がないと駄目だと思うので。

佐藤先生、何かございますでしょうか。

(佐藤智委員)

私は、この辺、詳しくないので分からないんですけども。何でもっと早く行かなかったのと。若い人には特に問題が大きい。仕事を休むと生活が成り立たないとか、仕事そのものが非正規職員。

今日の話のことでいいますと、とにかく大学にこういった地域疫学講座が出来た成果というのは、こんなにあるのかと思ってびっくりした、さすが大学だなと。

今の話のところのご質問なんですけど、この台帳整理というのは、誰がやっているんですか。それから、コール・リコール体制整備を働きかけていくとあるんですが、働きかけるのは誰がやるんですか。

(中路委員長)

台帳整理は、基本的には市町村がやっているんです。ただ、それを十分にリードしていく人がいなかったのは確かです。目先の数字で皆、一喜一憂していたということ。

それから、コール・リコールというのは、一般的に一番やっているのは保健師さんだろうけども、いわゆる健康リーダーの人。つまり保健協力員の人をお願いしてやっていると思います。

(佐藤智委員)

市町村にやってもらっていたと思うんですが、「やってください」というのは誰が言うんですか。

(中路委員長)

それは、最終的には県ですよ。

主体は市町村でしょうけども、県がそれを

(佐藤智委員)

データが出たので、やりたいとなった時に、それを市町村に働きかける主体は一体誰ですか。

(中路委員長)

それは県ですよ。

(須藤委員)

検診に関しては、青森県生活習慣病検診管理指導協議会というのがあって、そこが指導していくことになる。

台帳の問題があって、台帳に国の計算式を使用している市町村が8か9あって、あと残りは独自に計算していて、貴課の加藤さんが改めて計算をしたものがあるが、これは公表されていいのでしょうか。

(事務局)

そのデータにつきましては、今、整理しまして、次の生活習慣病検診管理指導協議会で提示します。去年からの宿題になっておりましたので、検討しながらご理解いただければと。活用していきたいと思っています。

それから、先ほどから、言われている誰が市町村に指導するかというのは、県の役割ということでありますので、いただいている提言に沿って指導してまいります。

(中路委員長)

分かりました。

そういうことで、今回、今日は松坂先生が発表した新しい寄附講座で、これだけのことがあるというのが分かったということをお示しをして、総花的ではあるんですけども、これを、こういうことをやればいいんじゃないかということが、そこから出てきたと。

さて、次が一番大切なもの、優先順位的なものは何かということをお示しを次回の会議でも提案していただければありがたいと思います。

ちょっと時間がございませんので、次の2つ目の議題に移らせていただきます。

最後にどうしてもという発言の場合はおっしゃってください。

それでは、県の方からお願いします。

(事務局)

がん対策推進グループマネージャーの工藤と申します。

資料4で、がん診療連携拠点病院の指定更新について説明をさせていただきたいと思っております。座って説明をさせていただきます。

がん診療連携拠点病院といいますのは、地域におけるがん医療の中核として、手術療法ですとか、化学療法ですとか、放射線療法などを組み合わせました集学的治療、それから

緩和ケアの提供など、質の高いがん医療を行う。

また、がんの患者さんや家族を対象とした相談支援ですとか、地域の医療機関に対する支援を行う医療機関ということで、国が二次医療圏に1か所程度指定しているものがございます。

ここで資料4にありますように、がん診療連携拠点病院は、都道府県が推薦する医療機関について、第三者によって構成される検討会の意見を踏まえて、厚生労働大臣が適当と認めるものと指定する、ということとされております。

本県においては、平成16年度に県立中央病院と八戸市立病院が、18年度に弘前大学附属病院と三沢市立三沢病院、19年度にむつ総合病院、23年度に十和田市立中央病院が指定されておまして、大体1回の指定で原則4年間の指定期間というものがございます。

今般、全ての病院において指定期間の更新時期を迎えているといった状況になっております。

平成27年3月末で指定の有効期間が満了しますので、現在、指定を受けている6病院が平成27年4月以降も引き続きがん診療拠点病院の指定を受けられるように、県では厚生労働大臣に指定更新の推薦を行うこととしています。

推薦に当たりましては、がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針に規定する要件を充足する必要がありますので、各拠点病院から、現在、指定要件の充足状況について提出してもらって県で内容を精査しているという状況でございます。

今後の指定更新に向けたスケジュールですが、10月末日まで、今週末なんですけど、県から国に指定更新の推薦を行いまして、国ではその後、推薦内容の審査を行います。

そして、例年、2月から3月頃にがん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会というものが行われまして、そこで更新が認められれば4月から指定更新といった運びになって参ります。

そこで、この資料にはないんですが、現在、うちの方で精査している状況について口頭でお伝えしたいと思います。

今回、指定要件を国の方で大きく改定しまして、大きなハードルとしては、診療実績と、それからそこで働いていらっしゃる診療従事者の2つがかなり大きなものとなって参ります。

診療実績についてですが、1つは院内がん登録の数ですとか、悪性腫瘍の手術件数ですとか、化学療法 of 延べ患者数ですとか、放射線治療の延べ患者数と、こういったものが何件以上と、そういったハードルがございます。

もう1つは、二次医療圏に居住するがん患者のうち、2割程度について診療実績があることといった要件がございます。

このいずれかをクリアすれば良いということが、この診療実績部分ではありまして、我々が点検しました結果、本県の拠点病院では、このどちらかは拠点病院、どこもクリアはしているといった状況にあります。ですので、診療実績については要件を満たしている。

もう1つありますのが、診療従事者はどうなのかというハードルでございますが、今回、新しい要件で、緩和ケアチームの人員配置というものが厳しくなっております、がん看護専門看護師ですとか、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛の緩和、看護認定看護師のいずれかの資格を持つ常勤の看護師さんを配置するという要件が実はありまして、これについては、三沢市立三沢病院で満たしていないといった状況にありました。

そこで、参考資料2をお付けしてありますので、こちらをご覧くださいと思います。このA4の横の資料でございます。

参考資料2、がん診療連携拠点病院の整備について、というものでございます。

これの一番最後のページに「がん診療連携拠点病院等の指定の経過措置について」というものがございます。これが、平成26年1月から順を追ってスケジュールが書かれているんですが、今回ご覧いただきたいのが、上の平成27年4月というところでございます。

今回、全ての拠点病院がこのスタートラインに立っておりますので、中段より下に赤と緑と青い色で矢印が引かれておりまして、ピンク色で新指針を全て満たす施設ですとか、黄緑色で新指針の人的要件のみを満たさない施設とか、その下に当該二次医療圏の医師数が300人以下の施設というものがございます。

この赤の部分については、県立中央病院ですとか、弘大附属病院、八戸市立市民病院がこの赤のもので、今回、更新という形になって参ります。

そして、また上十三地域と、むつ、下北ですね、実は二次医療圏の従事者、医師数が300人以下ということになりますので、この青色の方で今回、更新がかかるということになるんですが、先ほど申しましたように、三沢市立三沢病院は、人的要因の1つだけなんです、満たさないというものがございます。

ということで、この緑色の部分、更新1年に限り人的要件で更新をかけるといった形で推薦をしたいと考えております。

そして1年後に赤のように再更新で4年、満たせればこれで推薦すると。

実は、三沢市立三沢病院では、現在、緩和ケアの認定看護師教育課程の方に看護師を入学させております。ということで、平成27年5月の認定審査を受ければ、改めて次年度に4年間の指定更新にかけられるという状況にありますので、三沢については、1年の更新を使って、その上で看護師さんの確保がなれば再更新というスタイルでいけるかなということを考えておりまして、今月末の推薦はそのような形でしたいと考えております。

私からは以上となります。

(中路委員長)

ありがとうございました。

質問等、ございますか。

今のままの5つですか、6つですか、何とかいけそうということですね。

よろしいでしょうか。

それでは最後のその他、3番のその他なんですが、「がん対策推進体制」の見直しにつきまして、お願いいたします。

(事務局)

事務局の方から説明いたします。

資料5をご覧くださいたいんですが、がん対策推進体制の見直しということで、昨年度も医療検討委員会の方に説明しておりますが、生活習慣病管理指導協議会とがん医療検討委員会、多くの委員を、共通の委員を多く配置することで、委員間の意思疎通、協議内容の共有化を狙いとするというので、こちらのがん医療検討委員会の委員、皆さんの委員の任期が27年2月28日までありますので、その後、がん対策推進協議会と名称を変えまして、多くの委員を共通に配置した形で引き続き協議会の場を持っていきたいと思っています。

以上で、簡単ですけども説明を終わらせていただきます。

(中路委員長)

新しい名前は何でしたっけ？

(事務局)

こちらに書いているとおり「がん対策推進協議会」であります。

(中路委員長)

よろしいですか。質問はございますか。

それでは、時間も大分おしてきましたけども、全体を通じて、ここでご発言がない方。

(須藤委員)

うちの方ががん検診のことを言わせていただくと、今年も胃がんと大腸がんの受診者数が増えている。これは、おそらく大腸がんの無料クーポンが持続されているため増加し、その大腸がんと一緒に胃がんも受けられる方が多いのかなというふうに私は感じております。

それから、子宮がんと乳がんは多少減少しています。ということは、クーポンが無料化になれば、1年目、2年目あたりまではかなり増えるんですけども、3年目、4年目ぐらいになってくると段々伸びなくなっていくというような現状かなと思います。

それから、今年は、もう1つ大きいのが「短命県」という言葉が非常に商業的というか、テレビ、新聞に載って、知事さんも発言されたりしていて、RABだとか、いろいろアナウンスして、いろんなことをやられていると思います。

ですから、こういう時こそ全県をあげて「短命県返上」「短命県返上」ということを続け

ていっていただければ、かなり効果があるというふうに考えます。

よろしくをお願いします。

(中路委員長)

先生、人口はちょっと減っていますよね。だから、少し、減るのが、本当のナチュラルな姿ですよね。

(須藤委員)

でも、受診者は増えています。

(中路委員長)

さて、工藤さん。

すいません、どうぞ。患者会代表として。

(工藤委員)

多分、私だけでしょう、発言しなかったのは。

この会議が第1回ということで、

(中路委員長)

工藤さん、今度変わられたんですよね。

(工藤委員)

私、「青森県よろこびの会」健診センターの皆さんにお世話になっている会ですけども、30年になりました。

私がこの7月の総会で委員長を引き受けた工藤ですけども、私自身が胃がんで今年で15年になります。がんについては、改めて言うまでもなく死亡率No.1の本県ですから、多くの方々が関心を持っていることは事実なんだけども、今日、先生方、県病の吉田先生をはじめ、非常にがんについて、また病気について詳しい方々がいろんな発言されて、県の取り組みも私、聞いて、最初の研究結果の中間報告で青森県の罹患率は、がんによっては全国に相当はないけども、死亡率が高いという結果が出来ましたね。それは、さっきの説明では、早期発見が少ないんだと。ここに問題があると思うんですよ。何故早期発見。

さっき宮川委員が、地域におりますけども、「私、死んでも行かない」と。これは、死んでも行かないんだから、それを無理して引っ張っていく必要がないんです。そういう人って限られた人なんですよ。

それともう1つは、私が考えるに、高齢化が進んでいますので、どっちかという高齢者の方は、そこに行く前に介護を受けている人、いろんな病気を抱えていますので、その

辺も大きな原因の1つにはなっているかもしれませんが。

さっき、私、吉田院長先生が、西高東低ですか、金もかかりますけど、下北、津軽と格差がありますね。重点的に低いところ、ここを徹底して県も先頭に立って、その地域の行政にはつばをかけて重点的にやれば、県全体でそこが改善になれば、今よりは全体で、他はやらないという意味ではない。やりますけど、そういうやり方も1つの方法でないだろうかなと、私はそう思いました。

確かに、さっき言った短命県返上で知事も先頭に立って取り組んでいます。そうやってくると食事の問題。いつも中路先生のいろんなことを聞いていますが、長野県が引き合いに出されますよね、食事。食事だけじゃないかもしれませんが、どうしてこうなんだろうなと思うのは、青森県、たばこのむ人、多いんだってね。私、たばこのんだこと、ないんですけど。79歳ですけど。酒は飲みますけども、たばこはのんだこと、ありません。

意外と目につくのは、子ども達の肥満が目につきますね。若い人がたばこを吸っているの、これまた目につくんですよ。ですから、喫煙をどうして止めてもらうか。これは、また一概に教育の問題も関わってくるので、私共だけではどうにもならないのかもしれないです。

だから、そういう問題だとか取り組みの方法、一杯、私はあると思いますけども、改善はまだまだ、改善出来ると私は思っております。

まだあるんですけども、時間もおおしていますので、これで終わらせていただきます。

(中路委員長)

ありがとうございます。

宮川先生がおっしゃったような、「どうしても行かない」って、患者会さんからも少し発信していただければいいのかもしれないと思いました。

工藤さんが言えばいいのに。

(宮川委員)

ごく一部かもしれませんが、ごく一部であることを期待して、PRして、受ければ良いことがあるよということを県に広く知らしめていかなければならないなと思いました。

私、ちょっと、質問のタイミングがずれてしまったんですけど。正確な検診台帳の作成ということでございますが、この検診というのは、国保の市町村の住民健診というんでしょうか、働き盛りの方の職域でのがん検診の状況は、まだ十分掘みきれていないと思うんですが。

ただ、先ほど吉田先生がおっしゃったように、あれも、これも、あれも、これもといえ、どれも手が付かなくなってしまうので、とりあえず市町村が行っている国保のところを徹底的にという意味で、国保の市町村の検診台帳という意味でしょうか。ここをちょっと教えていただければ。

(中路委員長)

市町村ですから国保でしょうね、ほぼ。75歳以上と。

(宮川委員)

ところが、今、一番問題なのは働き盛りの40代、50代の方々ですから、こういう方々は国保ではなくて、社保の方があがる程度。この社保の方々のデータが殆ど掴めていないんじゃないかなと。

(吉田オブザーバー)

それは、青森県に限らないのですよ。全国的に掴めてないんです。だから、その辺を条例でということでもないのかもしれませんが、上手に話を尽くして対策にもってこれるように、そこをまず考えていただければ。

(中路委員長)

そこですよ。

協会健保とか健保連とか、どこで定めるかということですよ。そこは、やっぱりもう1つの。

先生、1つだけというわけにはいかないですよ。全部、ある程度やらなきゃならないですかね。

(宮川委員)

そうですね。

実はその辺のところ、市町村の職員と話をしてみたことがあるんですが、そうしたら市町村は自分の町に籍を置いている人間をターゲットにしている。ところが、自分の町に籍を置いている人が隣の町村の市の会社に勤めていて、そっちで受けている。だから、なかなか隣の市の会社に勤めている人達のデータは、私はなかなか掴めない。そういう問題があつて

(中路委員長)

市町村で出来ない問題ですよ。

(宮川委員)

はい。そこをどうするかだと思うんですけど。

(中路委員長)

もうちょっと検討、至急、そこは検討しなくちゃいけないですよ。
すいません、松谷先生、最後、何か。

(松谷委員)

まず、台帳に関連してなんですが、状況がちゃんと掴めていなくて大変恐縮なんですが。これだけ情報システムがやたらと普通に使える状況になってきているので、そこら辺、もう少し使いやすくなるような形で行政的なところで、何か整備出来ないものでしょうか。それが1つ。

例えば、今の保険の関係1つでも職域等の話で、その辺、もう少し上手く出来そうな気もしなくはないんですが、個人情報、その他の関係も当然出てきますし、何かそこをひとつすり抜けるような、そういう話って1つやると、結構、インパクトがありそうなんです。

(中路委員長)

具体的に説明は難しいかと思うので、まだ出来ていないんだと思いますが、分かりました。

いずれにしても、分かりやすく台帳づくりというものが出来るような環境を整えたいと思っております。

(松谷委員)

すいません、あともう1つ、よろしいですか。

短命県返上とか、そういう形での話がずっとコマーシャル等で多く出ているんですが、それとあとやっぱり、そういう意味でのがんのリスクというものが、こうすると相乗効果で頑固な人はより強固にそういうものを嫌がる可能性がありそうな気がして、逆にがんは怖くないというイメージを作るような、そういうコマーシャルもやってみると面白いのかなという気がするんですが、どうでしょうか。逆行するかもしれないんですが。

(中路委員長)

そうですね。

私のところに先輩から電話がありますよ、いい加減にしろと。RABで毎日、毎日ね。お前らがそんなことを言っているから。そんなことはありますから、だから、手を変え、品を変えということが必要だと思います。

(吉田オブザーバー)

ちょっといいですか。

今のことですが、患者会の方々に、それこそテレビに出て頂いて、私、こうやって治りました。もう 20 年経ちますよとか。そういうふうな画を次々と出してもらうようなことも考えてみると良いと思います。

(中路委員長)

それも 1 つの工夫ですね。

工藤さん、やっぱり患者会の方が、「受けた方がいいよ」って、こうなんだということを訴えるのが一番効くんじゃないかと。

(工藤委員)

今、フォーラムがありますね。青森は 11 月 1 日ですね。一昨日でしたか、弘前で高嶋先生が新聞に出ていましたけども。

やっぱり体験者の意見というのは、やっぱり説得力があるんですよ、はっきり言って。

私、自分のことを言ってなんですけども。過去 3、4 年かな、東青教育事務所から派遣されて、東青管内の市町村を一巡しました。「体験者が語るがん懺悔」というタイトルで。懺悔していましたから。

やっぱり話、自分のことを語るわけですから、いくらでも説得力がありますし、聴いた方々が、やっぱりやった人の話を聞くといいと。ところで、どうして分かったのかというようなことなんかも質問を受けたりして、最終的に私は、結論からよく話をするんですけども。さっきも言いましたけども、がんって早期発見すれば、今、怖くないと言われますので、確かに。検診率が遅れている。データに出たじゃないですか。だから、いかに検診率を高めるか、この工夫が大事なんですよ。

だから、そういう点では、体験した人が語るということは、それなりに効果は、私はあると思います。自分ではね。

だから、あることしかよく喋れないので、多くの方にがんを知ってもらって、生活習慣病って問われているわけですから。ですから、呼び掛けによっては、各市町村の皆さんを引き出してきて、体験者が語るというやり方は、非常にある意味では効果があるかと思います。要望の面でも、早期検診の面でも。

(吉田オブザーバー)

だって、県が持っている番組があるじゃないですか。そういうのに出てもらえば。

(中路委員長)

RAB の社長に高井先生、よろしくお願いします。

工藤さん、出番があるかもしれないので、ひとつよろしくお願いします。

(吉田オブザーバー)

多分、やってくれると思います。

(須藤委員)

よろこびの会が 30 周年になるので記念誌を作って。

30 周年の記念誌。体験談が非常に載っているの、活用されるのがよいと思います。

(工藤委員)

各市町村にこの「あすなろクラブ」という機関紙が配布されて、ご覧になっているかどうか分かりませんが、市民センター、県内、多分、配られていると思うんです。これは、青森県長寿振興センターがやっているんです。これに今回、私のがんから学んだこと。工藤さんが体験を語ると。特集 1 号でね。

私が、がん宣告されたこととか、心境のこととか、その時、あなたはどうかであったか。真っ白になったとかと、そうでなかったとか、情報を得たとか。いろんなことを書いています。

ただ、残念ながら去年の 12 月の 29 日に家内が、がん患者の、私の先輩であったんですけども、元気にしていた家内が、突然、胆のうがんを宣告されて、吉田先生のところでお世話になりましたけども、今日、おみえになっていない棟方先生が手術したけども、2 か月で亡くなりました。発見したのは 5 か月、苦しんで旅立ちました。

そんなことで、これは、私個人的なことですけども、まだまだ立ち直れないような心境なんです、思い余って四国の八十八カ所を回ってきました。

そんなことが載っています。写真が載っていますので、がんの体験、手術のこととか、一杯書いていますので、機会があったら見てください。

(中路委員長)

分かりました。

(高井委員)

よろしいですか。

県の方にはお願いですが、いつも私、今回、何回か参加させていただいて、対策、毎回、このように総花的なお話をされて、いろんなところで頑張られるということは分かりますけども、この次から吉田委員長が言われたように、アクトの部分に順位づけを付けて、何を一番頑張ったのかということが目に見えるような形で次回から報告していただきたい。

まず台帳の整理とか、胃がんと大腸の検診率、県の指導によって、ここと、ここの市町村の検診率がこれだけ上がりましたよと。目に見える形で是非報告していただきたいと思っています。

そうでないと、いつも見えないんですよ。例えば、喫煙率ひとつあげても、いつも質問していますが、この前、何で県庁で100%にならないんだという質問をさせていただいた時に、平成21年だか20年のデータだからそういうパーセンテージになっていて、次の統計からは、これが飛躍的に上がるみたいな返答をされていたと思いますが、これ、23年で50%ですよ。本気度が全く見えない。

そういうことで台帳を作るにしても、検診率を上げるように県が主導しても、それが見える形、実際、こういうことをやりましたということを報告して数字を出していただきたい。来年からそうしていただきたいと思います。

(中路委員長)

はい。ということで、よろしく願いいたします。
時間も参りましたので、これで終わりにさせていただきます。
ありがとうございました。

(司会)

中路先生、どうもありがとうございました。
最後に齋藤がん対策推進監から閉会のご挨拶を申し上げます。

(齋藤対策監)

長時間にわたりまして、様々なご意見をいただきましてありがとうございます。
松坂先生からは、詳しい分析の結果と提言をいただきまして、県として、先ほどから多くの批判を受けておりますが、総花的なものを、実は今の時期、ちょっとお示しせざるを得なくて、丁度、予算の段階で、いろいろ考えてはいるんですが、順位づけは一生懸命考えております。

皆さんも言われるように、台帳が一番かなと、私も思っておりますが、担当もそのつもりで頑張っておりますので、この後は、そういうことが示せるかなと思っております。

それから、成果につきましては、おっしゃられるようになかなか数字として、これまで資料としてお示し出来なかったもので、分かることをきちんと分かるようにお示しして、更に良いご意見をいただいて、皆様と共に前に進んでいきたいと思っておりますので、今後とも、どうぞよろしく願いいたします。

本日はどうもありがとうございました。

(司会)

それでは、本日の会議を閉会いたします。
皆様、どうもお疲れ様でございました。