

平成24年度 第1回青森県がん医療検討委員会 会議録

日 時：平成24年6月29日（金）午後5時～午後6時45分

場 所：ねぶたの家ワ・ラッセ

出席者：出席者名簿のとおり

（中路委員長）

あと20年しますと2人に1人ががんで死亡する時代が来ます。がんの対策は極めて大切だということと、もう1つはがんの対策をとることによって心筋梗塞とか脳卒中の対策も充実してくるだろうということで、この会議の役割は極めて大きいと思います。今日は皆さん、忌憚のない御意見をいただきたいと思います。それでは始めさせていただきます。

次第の1番、がん対策推進基本計画（平成24年6月）について、事務局からお願いいたします。

（事務局）

がん・生活習慣病対策課の後村と申します。よろしくお願いいたします。座って説明させていただきます。

それでは資料の1に従いまして、がん対策推進基本計画について説明いたします。

去る6月8日に、国が「がん対策基本計画」を策定いたしました。これはがん対策基本法に基づいて国が策定するものでございまして、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るためのがん対策の方向性について定めると同時に都道府県がん対策推進計画の基本となるものでございます。

資料1の1ページをお開き下さい。がん対策推進計画の概要という資料がございます。「趣旨」のところの上から3行目、「前基本計画の策定から5年が経過し、新たな課題も明らかになっていることから見直しを行い、新たに平成24年度から28年度までの5年を対象としてがん対策の推進に関する基本的な方向を明らかにする」ということで国で策定したものでございます。これによって「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんと向き合い、がんに負けることのない社会」を国として目指すということでございます。

重点的に取り組むべき課題ということで、真ん中のあたりに4つの項目が揚げられています。1つ目は「放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成」です。がん医療を専門的に行う医療従事者を養成するとともにチーム医療を推進し、放射線療法、化学療法、手術療法やこれらを組み合わせて集学的治療の質の向上を図るということでございます。

2つ目は「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」です。従来は、がん治療を始めた時からの緩和ケアということでしたが、今回は、がんと診断された時からの緩和ケアの

推進となっています。下線部分にあります、「精神心理的苦痛に対する心のケアを含めた全人的な緩和ケア」、そうしたものを受けられるように緩和ケアの提供体制をより充実させるということでございます。

3つ目としまして、がん登録の推進です。これについては、法的位置付けの検討も含めてがん登録を円滑に推進するための体制整備を図るということでございます。がん登録につきましては、今年6月に国が策定した医療イノベーション5カ年戦略の中で、来年度中にがん登録の法制化を目指すと記載されております。そういったことで、国としてもがん登録の法制化に向けて取り組んでいくということになってございます。

4つ目の項目は新しい項目として挙げられている「働く世代や小児へのがん対策の充実」です。「我が国で死亡率が上昇している女性のがんへの対策、就労に関する問題への対応、働く世代の検診受診率の向上、小児がん対策等への取組を推進する。」ということで、これは新たな項目として今後重点的に取り組むべき課題とされたものでございます。

下の方には、全体目標として3つ記載があります。1つ目は、従来と同様、「がんによる死亡者の減少」で、75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少を引き続き目指していくということになっております。2つ目もこれまでと同様で、「全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」、3つ目が、これは新しい項目になりますが、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」。これらを今後5年間、全体目標として取り組んでいくということでございます。

裏面をご覧くださいますと、分野別施策と個別目標になります。1つ目は、がん医療の部分ですが、3年以内に全ての拠点病院にチーム医療の体制を整備する。2つ目としまして、がん医療を担う専門の医療従事者を育成し、がん医療の質の向上を目指す。3つ目は、5年以内にがん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得する。3年以内に拠点病院を中心に緩和ケアチームや緩和ケア外来の充実を図る。また、その他ということでは、希少がん、病理診断、リハビリテーションといった記載がございます。

少し飛んで「がんの予防」というところを見ていただきますと、平成34年度までに、成人の喫煙率を12%、未成年者の喫煙率を0%、受動喫煙については行政機関及び医療機関は0%、家庭は3%、飲食店は15%、職場は平成32年までに受動喫煙の無い職場を実現するという目標としています。既に新聞報道等で御存知の方もいらっしゃると思いますが、新たに成人喫煙率の目標数値が示されています。

また、「がんの早期発見」としましては、5番目のところですが、「がん検診の受診率を5年以内に50%、胃・肺・大腸は当面40%を達成する」とされています。また、がん研究については、2年以内に新たな総合的ながん研究戦略を策定する。小児がんにつきましては、5年以内に小児がん拠点病院を整備する。8番目の○には「子どもに対するがん教育のあり方を検討し、健康教育の中でがん教育を推進する。」9番目には「就労に関する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」というふうになっています。

計画の細かい中身は後ほどご覧いただければと思います。本日は、資料の後ろの方に、がん対策推進計画新旧対照表という印刷物をお渡ししてあります。綴りは別になります。タイトルは、『がん対策推進「基本」計画新旧対照表』です。申し訳ありませんが、誤字がありましたので訂正をお願いします。

これは、今、御説明しました国の基本計画の改定後の文面と改正前の文面を対比しているものでございます。いくつかポイントだけお示しいたしますと、1枚めくっていただいて5ページの上の「重点的に取り組むべき課題」。右欄の従来の計画では「放射線療法及び化学療法の推進ならびにこれらを専門的に行う医師等の育成」となっておりました。これが左側の今回の新しい基本計画では「放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成」とされております。同じく、5ページの下の方に2として緩和ケアのことが書いてあります。これも従来は「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」でしたが、今回は「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」となっております。概要は以上でございます。

(中路委員長)

ありがとうございました。質問があったらお受けいたします。後でまとめて御意見はいただきますけれども。

宮川先生。

(宮川委員)

非常にいい計画だと思いますけれども。(1)の「3年以内に全ての拠点病院にチーム医療の体制を整備する」とありますが、これ、できそうなんですか。

(中路委員長)

先生、どこですか。

(宮川委員)

資料1のがん推進基本計画の概要の裏、第4、分野別施策と個別目標。がん医療の1番ですね。放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とチーム医療の推進と書いてあるところ。こうあれば素晴らしいですけど、非常に難しいんじゃないかなと思いますが、どうなんですか。

(事務局)

難しいかもしれませんが、3年以内という目途をきちんと立てて、段階的に体制を整備するというのを皆さんと一緒にやっていきたいと思っております。

(宮川委員)

スローガンとしては非常にいいと思いますが、私は拠点病院が多すぎるんじゃないかと思っております。

(中路委員長)

はい、分かりました。他にございますか。吉田先生。

(吉田オブザーバー)

今、地域でがん診療連携拠点病院として認定されている 5 つの施設には全て放射線治療装置がありますし、医師が足りないという部分はあるかもしれないけれども、それほど不可能な目標ではないと思います。

(中路委員長)

できるだろうということですね。佐藤先生、お願いします。

(佐藤委員)

私も同じようなことなのですが、医療従事者の育成とありますが、専門の、具体的に研修とかあるのでしょうか。これから作るのですか。全体的に医師が少ない状態ですので、がんの専門医だけを育成するというのはかなり難しいような気がするのですが。

(事務局)

これは一応国の計画でありまして、これに沿って本県の計画について、ここにいる皆さまに御検討をいただくということですので、そこはまた御意見をいただきたいと思っております。

(宮川委員)

同じことなのですが、推進基本計画の概要というところの第 3、一番下、「がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築」と、具体的にどういうことをやるんですか。

(中路委員長)

この辺は、国が載せているのであって、ここはスルーでもないですけれども・・・ことによつてこうなるんだぞということ。

(吉田オブザーバー)

別に私、この計画に関わったわけではないですけれども、がんになっても安心して働ける社会を目指すというのは、実は私のがんセンターにいた頃に作った標語からとったので

はないかと思えます。その当時は、がんになっても安心して働き暮らせるまちづくりでした。つまり、まちづくりということは市町村とかを巻き込んだ形でハードの整備をしましょうという意味です。今回の社会をつくるということは、まちづくりを一步進めて、いわゆる医療の問題だけではなくて、患者の社会復帰などの社会問題を含めて市町村の行政サイドや一般市民に関心を持っていただきながら、がん対策を進めて行こうということだと理解していただければと思います。

それからがん医療に関わる専門的な医療従事者ですけれども、一番、今、盛んにやっているのは認定看護師。これは化学療法の認定看護師とか緩和ケアの認定看護師とか、あるいは乳がんの診療の認定看護師とか、いろいろなスペシャリティに従って看護師さんへの教育がなされています。県立保健大学でも、看護師のキャリアを持った方々を中心に講習会を開催し、受講後、試験合格者を認定看護師として認めていますので、そういった活動をどんどん広げることによって、おそらく青森県でもそういう人達が増えてくると思えますし、増やさなければいけません。現に秋庭委員も認定看護師の資格を取っておられます。

(中路委員長)

県立保健大学で講義をやって全国から集まって来ている。その成果が青森は多いんですよね。この前、秋田の先生に会ったら、青森が一番多かったです。

(吉田オブザーバー)

ただ去年は実は希望者があまりなくて、折角の講習会がキャンセルになってしまいました。そういう意味で言うと、もう少し積極的に告知していく必要が県の方にもあると思えます。

(中路委員長)

さて、時間的なものもありますので次に進めさせていただきます。

今、国のがん対策基本計画について説明があったんですけれども、これを基本として、今年度、県計画の見直しを行うわけですけれども、そのあたりについて事務局の方から説明をお願いいたします。

(事務局)

資料2の「県計画の見直しについて」をご覧ください。

1 ページ、左側の方をご覧ください。まず1つ目、青森県がん対策推進計画の見直しでございます。現在、青森県がん対策推進計画は、がん対策基本法に基づいて策定する本県のがん対策の推進に関する基本計画として策定しております。計画期間は平成20年度から平成24年度、今年度までの計画となっております。位置付けですが、「本県のがんに関する実態を踏まえ、今後、取り組むべき課題、方針を示すものであり、行政・県民・医療機関・

事業者等が主体的にがん対策に取り組むうえでの基本指針」と位置付けています。

全体目標としましては、「10年間で75歳未満のがん年齢調整死亡率の20%減少」ということと、「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減ならびに療養生活の質の維持向上」を全体目標として掲げております。

2ページ、右側をご覧ください。今年度の見直しの趣旨になります。①のところですが、策定から5年目となり終期を迎えておりますので、がん対策基本法の定めに基づいて、国の動向や本県の課題を踏まえて見直しを行います。

見直しに係る基本的な考え方といたしましては4つ書いております。1つ目は、これまでと同様、がん対策基本法に基づいて策定する本県におけるがん対策の推進に関する基本計画であるということでございます。2つ目は、国の基本計画を基本としながらも、本県のがんに関する実態を踏まえた形で平成25年度から29年度までの本県におけるがん対策の方向性と課題、方針を示すということです。3つ目は、健康づくりに関する本県の基本計画であります「健康あおもり21」や、保健医療に関する基本計画「青森県保健医療計画」、そういった県の各種関連計画と整合性をもって策定をするということでございます。

次は3ページをご覧ください。医療計画の見直しでございます。医療計画と申しますのは、医療法第30条の4の定めがございまして、医療提供体制の確保を図るための計画を定めなければならないとされているものでございます。

医療計画の目的といたしましては、「医療計画制度の中で医療機能の分化・連携を推進し、地域において切れ目のない医療の提供を実現することにより、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図る」ということを目的とされております。

医療計画の記載事項は医療法に定められておりまして、(3)①5疾病の目標に関する事項、②5疾病に係る医療連携体制、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制に関する事項。1つ飛んで④5疾病の治療又は予防に係る事業に関する事項といったようなことを医療計画に定めることとされております。この5疾病の中の1つに「がん」が定められています。そういったことから、次の(4)県の基本的な考え方の2つ目の黒丸ですが「保健医療計画においては5疾病、がんに係る医療連携体制について記載し、課題解決のために必要な目標設定と実施すべき施策を計画に記載する」とされております。

4ページを見ていただきますと、先ほどのがん計画と同様に保健医療計画におきまして「健康あおもり21」や「がん計画」等と整合性をもって策定をするということになります。また、4ページの下④をご覧くださいと、「計画の評価」のところ、「5疾病、がんについては各分野の協議会で毎年度目標値の達成状況に係る評価を行う」とされております。

がん対策推進計画、県のがん計画の中にこの医療計画の記載事項で載せているような医療連携体制も含めて御検討をいただきまして策定していき、併せて、その評価につきましても、このがん医療検討委員会の中で評価を行っていき、それを医療計画の方の評価と

いう形につなげていくという形になります。

次に5ページをご覧くださいませでしょうか。「健康あおもり21」ですが、これは青森県の健康増進計画でございます。5ページの真ん中のあたりにア〜ケまで項目がございます。「健康あおもり21」では生活習慣と心の健康づくりに関するこのア〜ケまでの9つの領域を設定し、課題と目標を定めて取り組んでおります。この中に「がん」という項目がございます。「健康あおもり21」につきましても、今年度、「健康あおもり21」の専門委員会で検討して見直していくわけでございますが、がんに対する予防とがんの早期発見といった部分に関しましては、このがん医療検討委員会で課題を検討して、方向性や目標を定め、それを「健康あおもり21」の指標にするという形で予定しております。

6ページには、こういった計画があるということで、法律の根拠や特徴、協議を行う場面等を書いておりますが、県のがん計画については基本的にはがん医療検討委員会の中で全て検討をしていくということで考えております。つまり、保健医療計画に記載される事項はがんの計画の中から保健医療計画の方に持っていきます。がんの予防、早期発見、健康づくりの部分については健康あおもり21の指標にもなっていくという形で、それぞれが整合性をとって策定されていくこととなります。

7ページと8ページは参考として付けさせていただいたものですが、7ページは国のがん対策推進基本計画と県のがん対策推進計画の項目を列挙したものです。一番左側の列は、現在の県のがん対策推進計画の項目になっております。真ん中の列が変更前の国のがん対策の基本計画です。従って、今現在の県の計画は変更前の国の計画の項目を手本とする形で設定しているというのが見えていただけるかと思っております。ただ、本県の場合は、がんの予防、早期発見という部分を、国の計画の中では後ろの方に出てきているのですが、青森県の場合はそれを一番最初に記載しております。来年度以降の計画につきましては、一番右側の列になります新しい国の基本計画、その項目を頭に入れながら課題の検討と構成といったものを検討していただくということになります。同様に、8ページは、医療計画の指針について並べたものですので、御参考にさせていただければと思います。

最後、9ページになります。見直しに係る今年度のスケジュールの予定でございます。青森県がん対策推進計画の見直しのスケジュールといたしましては、まず6月、これは本日の会議になりますが、1回目の会議の中で計画見直しの概要ですとかこれから説明いたします現行計画の指標についてお話をさせていただきます。その後、課題等を含めまして来年度以降の計画のたたき台を事務局で作成させていただきまして、各委員の皆様方に書面で意見照会をさせていただきます。この際、御意見を下さった先生方等には、個別詳細に御意見の中身や趣旨をお聞かせいただきまして、9月に掛けてたたき台を素案にしていく段階ではできるだけ委員の皆様の見解を踏まえた形で作成させていただきたいと考えております。意見照会を差し上げました際ですとか、こちらから個別にお話をお伺いさせていただきたいと申し上げた際には、是非御協力をいただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

10月には、そういった形でたたき台を作った後に検討委員会で協議をしていただき、11月には、それを素案として決定します。12月には、その素案に対して意見募集を実施いたします。これについては、県民一般に向けての意見募集と併せまして関係の各種団体等にも意見を照会させていただくということを考えております。年が明けまして1月になりますと意見に対する対応を含めた計画案を策定いたします。そして3月を目途に最終案という形で、がん医療検討委員会で御協議いただきまして、来年の3月には次期の県の計画を策定するというタイムスケジュールで考えてございます。

(中路委員長)

よろしいですか。後村さん、ありがとうございました。

なかなか、いつものように非常に面倒臭いんですけども、青森県の保健医療計画が年度変わるんですね。これが真ん中であって、それに5疾病・5事業というのがあって、その中の1つががんだと。それをこの委員会で作り上げていこうと。この他に健康あおもり21と、どちらかという予防に重点を置いた、そういった活動もあるということで、どちらとも整合性をとっていかなくてはいけないと。がんの場合には予防もかなり大きな位置を占めますので、そちらの方でも整合性をとっていかなくてはいけない。それから県計画も、国の推進基本計画と大きなズレがないようにやっていかなくてはいけない。しかし、青森県独特の、特有の対策というのも、そこに付していく必要があるだろうと思います。特に青森は日本で一番がんが多いわけですから注目度も高いということだと思います。

それについて、今後のスケジュールについて御提案がありました。7月までにたたき台を作るということで、3月に最終的な、それまでに2回会議をやって、その後に最終的な検討を行うということですけども。その間、各委員の先生方に直接交渉といいますか、いろんな御意見をお聞きすると思いますので、そこは勉強をしていただいて、忌憚のない御意見をいただけたらと思います。以上でございますけれども、皆さん、ここまでのところで何か質問等ございましたらお願いいたします。

須藤先生、お願いします。

(須藤委員)

前の会でもお話をしたんですけども、一番はがんによる死亡率の減少ということが目標だと思うのですが、そのことに関してはっきりしたエビデンスがあるのは、これはやっぱりがんの早期発見。そして手術のできる状態で見つけて手術をしていただく。そういうことが一番大切なことだと思うんですね。

その前の一次予防ということになると、これは何年もかかって本当にエビデンスが出るかどうか。今やっているものは本当にがんの予防になるのかどうか分かるまでには、もっともっと時間がかかると思います。がん対策基本法ができて、5年経っても、がん検診の受診率は上がってないという状況だと思うので、それを是非上げるのを施策にしていた

だきたいなど。受診率を上げる有効な方法というのは、大体、世の疫学者が前から研究をしていることなので私などがいうことではないかもしれませんが、1つはオーガナイズドスクリーニングということで国の施策で、この基本法もおそらくそういうことになるでしょうけれども、しかし、青森県というところではやはり県が主体となって、もっと主導権を握ってそれを進めていった方がよろしいのではないかと私は考えます。

それから2つ目はインセンティブを設けるということなんですが、これはかかりつけ医師の医師に対するインセンティブが有効だと言われているみたいで、これもなかなか日本ではやれないことです。

3つ目は、受診者の負担を減らすということですが、これについては一部の市町村では無料にしているところもあります。負担が大きいとやっぱり受診率が悪いという傾向にあると思います。

それから4つ目で、最近一番有効だとされているのはコール・リコールシステムということで、これが全国的におそらくいろんなところで導入される、あるいは検討されていると思います。コール・リコールシステムが一番期待されていますので、これも是非県が主導で各市町村に。

(中路委員長)

それは勸奨ということですか。

(須藤委員)

ええ。それをやっていただければすごく向上していくのではないかと思います。

それから1つ質問があるのは、平成19年から県の計画が立てられてやってこられたんですけども、その計画の施行率といいますか、どういう状況になっているかお知らせをして欲しいと思います。

(中路委員長)

先生は自分の立場から、いわゆる検診の率ですね、がんの検診の率を言われました。いろんなやり方があるだろうけれども、県の主導を強めてやるかどうかということのようですね。今、須藤先生の話では、勸奨が一番効くんだけれどもと言っておられました。まあそこだけではなかなか難しいと思います。そして今の質問ですけれども、この5年間やってきた達成率というんですか。

(事務局)

次の資料3のほうでご説明いたします。

(中路委員長)

分かりました。一次予防、禁煙は別にそんなに時間は掛からないです。県がやっとやりましたので。

(袴田委員)

全体目標と重点的に取り組むべき課題について意見を述べさせていただきたいんですけども。これは国の施策に沿って、全体目標になっているわけで、全ての都道府県が、おそらくこのようになると思います。ということは、あと何年経っても青森県が、どの都道府県でも下がっていきますから、ずっとこの全体目標のままだと青森県はワースト1のままいくということを、ちょっと言葉は悪いのですが容認しているような目標とも言えるわけですね。

なので、先ほど委員長がおっしゃっていましたが、「青森県の」というところが、やはりこの委員会に求められていることで、それがなければ国の委員会があればいいだけの話なんです。ですから、そこはやはり、もう1行、例えばワースト1の脱却とかですね。要するに、委員会に対して、私達に対してもフィードバックがかかるというか。言いつばなしというのはよくないと思うので、この委員会が税金を使ってやっているわけですから、そのくらいの何かがないとですね。私達も計画を言いつばなしということにならないように、県民から評価を受けるわけなので、そのような意味で。どうでしょう、ワースト1の脱却というのを入れられるものかどうか。

(中路委員長)

スローガンみたいなものですね。

(袴田委員)

そうですね。やはり青森県というのを意識すべきだというのが趣旨です。言葉が適切かどうかは分かりませんが。同じような点で2番目の重点的に取り組むべき課題についてですが、先ほど須藤委員もおっしゃっておられましたけれど、これは現場の意見としてですが、何が悪くて青森県の死亡率が高いかということに関しては、各先生、各立場から御意見があることだとは理解しているのですが、例えば、女性の大腸がんは死亡第1位ですが、県病のがん登録のデータをちょっと拝見したりとか、それから弘前大学の30年分くらいのデータが出て参りまして、それを拝見して、青森県全体の外科の方を担当しているものから、八戸だけ除いた県のデータを去年1年分とか集めて見てみたんです。これは確かなデータ、かなり横断的ではあるんですけども。そうするとステージの高い方が多くて。こういった全てのデータが揃って初めて解析できると思うんですけども、年代ごとに、今の現状ということも。何年かがん登録データが集まってきて、そろそろ、今のデータと比較できるものもあるかと思うんですね。せつかくそういうデータがあるのです

から、治療可能域でのがんの拾い上げができるようなこと、そこを目指さない限りはワースト1を脱却できないと思いますので、その辺の具体的な行動目標が重点的に取り組むべき課題に1行入るべきではないかなと思います。

例えば、1に関してはよく分かります。がんのステージIのがんの予防とかで減るでしょう。ただ、例えば手術療法、放射線療法、化学療法、質は非常に高くなっていると思いますが、直接死因にはあまり影響はないと思うんですね。特に多くを占める5大がんに関しては、この2から3に関してはがんの治療の質の向上が非常に意義があると思いますが、死亡率のワースト1脱却ということに対しては、2から4まではあまり実は影響してない。ですから、その辺を是非入れていただくのがいいのではないかと私は考えております。以上でございます。

(中路委員長)

はい、ありがとうございます。他に御意見、ございますか。

(吉田オブザーバー)

今、袴田先生がおっしゃったことは、全く正しいと思います。私は国の方の医療計画見直し検討会の委員をさせて頂きましたが、その中で確認されたのは、「国が示しているのはあくまでも基本の骨格であって、その後はその県のそれぞれの特殊性があるので、そういったものを盛り込んでほしい」ということでした。ですから、「ワースト1を脱却する」というのも悪くないと思います。但し、目標としての絶対値が無いので、他が悪くなれば相対的に良くなるということになった場合の評価が難しいかもしれませんが、いずれにしても47通りの計画が出て一向に構わないということですので、いかに青森色を盛り込んでいくかということ意識しながら検討をしていただいた方が、将来的にはすごくいい結果が出ると思います。

(中路委員長)

はい。2000年から2005年までの変化を見ると、青森は、例えば平均寿命はドンケツですけれども伸び率もドンケツでした。一番伸び率がいいはずなのにドンケツ。これはがんがそうです。がんの伸び率が一番悪かったということです。一番低いのは長野県です。これは寿命も一緒ですけれども、全て負けています。喫煙率からして、検診の率もかなり負けています。病院に行くタイミングも少し遅い。これは、はっきりそこまで言えないんですけれども、少し遅い。それから通院がちゃんとなされていないとか、問題点はある程度明らかになっています。いかにその数字を良くするかということにかかっているんで、何でそれが長野県に負けているのかということを考えていった時に、一人ひとりの人間がダメだからだろうと言ってしまうと何も分からない。それでは何も進まないんですよ。長野の場合、一番いいのは勸奨の部分がとてもよくて、先生がおっしゃいましたけれども、

あそこは保健補導員が 13,000~14,000 いて、本当に手足になって働いています。各市町村に組み入れられているんです。そこが青森はかなり弱いんです。だから何かやろう、県が主導してやろうと言っても、それが下までいかないんです。これが青森の現状だと思います。ですから、目標をいくつか立ててやっていくのはいいんですけれども、そのための手段というのは本当に限られているというのが少し弱いところなんです。

他にございますでしょうか。何でもいいです。

(袴田委員)

先ほど私がん登録のことを申し上げたんですけれども、がん登録のデータというのは、比較的、もう数年分集まってきていて、多少分類に問題があったりとかは多少あると思いますけれども、例えば、先ほども御紹介申し上げましたけれど津軽地域、むつから三沢。八戸市民と十和田を抜いた全部のステージを見ると、やっぱり高いんですね。そういうデータが少し出てきたのではじゃないでしょうか。そういうのをご披露いただくと。

(中路委員長)

それは国立がんセンターから集計データを送ってくるんです。ステージ別にあるんですよ。私がさっき述べたのはそれを言っているのですが、少しだけステージ5が多いかなと。ただし、都市部で違うんです。だから断定できないんですけれど。青森県が大きなところだけ集めてデータを出したとします。他のところは地域の小さな病院が出したとします。そうしたら当然違ってくるんですよ。疫学的にもものが言えないということになっちゃう、そこが難しい。

(袴田委員)

承知しておりますが、対がん協とかがんセンターベースのデータも拝見し、そんなに誤差は出ないんですよ。数%なんです。2~3%とか5%とか。せいぜいステージングなんてそんなに違うものじゃないと思うんですけれども。

(中路委員長)

ステージングはね、そうですね。ただ、サンプリングが違うかもしれない。なかなかこれが簡単に比較できない。大きな病院には進んだものが入りますから。

(袴田委員)

もちろん。なので、先ほどお話をしたのは、小さな病院も全部含めてのデータなんです。調べようと思えば、例えば県なら県で登録するにしてもですね。実際、どうなのかというのが分からないと。全部の登録まで待つて死亡率まで待つていたら、とてもじゃないけれども、あと5年、10年経ってからでないといけないことばかりなので、現状はどうなっ

ているかというのをもっと公開すべきじゃないかと思います。現状をですね。

(中路委員長)

それは公開しているんですよ。青森県の院内がん登録のデータはかなり集計されているんです。その集計した全部のデータが県に送られていると思います。それは皆さんにしゃべってないだけで。ただ、あまりにもちょっと数字がまだ公表できるところまでいってないんですよ。

(袴田委員)

どのレベルで公表されるかどうかというのは、いろんな判断があるかと思いますが、いろんな施策を組んでいって、しかも死亡率を下げるということが。

(中路委員長)

先生、それを言ってもですね、一番新しいデータで青森県はステージ5はそんなに多くないんですよ。

(袴田委員)

だと思います。ステージ5が多いと言っているんじゃないんです。

(中路委員長)

だからそういうデータになるんです。

(袴田委員)

要するに、治療可能域であるかどうか。もしそうでなければなくても構わないんです。要は、さっきお話をしたように、どこで死亡率を下げるかということが全体の目標だとすれば。

(中路委員長)

それを皆に教えると。

(袴田委員)

そうなんです。実際、データが無いままいろんな議論が行われていると思うので、さっき申し上げましたけれど、自分なりのデータというのは分かっているかもしれないし、それはそうかもしれないです。ただ、そこで、県独自のデータに基づいたような、これがこうだからこうしようというのが分かりやすいかなというのが私の発言の趣旨です。

(中路委員長)

分かりました。皆に公開するということですね。青森の独自性ということになると、ちょっと今のデータでは難しいです。青森がよその県と比べてどうなっているかという時になかなかこれからは言えない。ただし、青森県で、全国もそうでしょうけれども、ステージ5の割合がどのくらいあってというようなことはというようなことについては公表する意味があるのかもしれませんが。

そういうことなんですけれども、やることは大体見えているんですけれども、どうやってそれを重点的にやるのか。検診率が良くなかったら検診をやらなくてはいけない、喫煙率が高くなったら喫煙率を下げなくてはいけない。それから、幸いにも拠点病院が中心になって医療の方はだいぶ充実してきましたので、これはこのまま進めなくてはいけない。そのためにはがん登録もやらなくてはいけない。やることは、もう大体限られてきて、どこに重点を置くかということ、あるいは全部やらなくてはいけないのか、ということだと思います。

全体的な御意見ですので、この後、指標の問題がありますけれども、ちょっと言っただけですか、誰か。

(金田一委員)

薬剤師会の金田一です。県の資料の化学療法の化学の字が間違っていると思うんですけれども。計画が作られた平成18年の頃に比べると薬が非常に進歩していて、手術できないと思っていたものが放射線で小さくなったり、化学療法で小さくなって手術が可能になり、その後、生存する、5年以上の生存のデータも結構出ているかと思います。これから5年間の中で、また薬というものは非常に進んでいくだろうと。外来化学療法が今、病院でやられていますが、結構アップアップの状態にそろそろこれからなってくるだろうと。そういった中で、おそらく、化学療法とかもシフトしてくる時代がもうすぐ来る。それを見据えた形で、特に青森県の場合は考えていかないと、冬の間の通院の大きな問題もあるかと思っています。

(中路委員長)

例えば、どういうふうによ？

(金田一委員)

例えば化学療法、注射、点滴をやりますので、家族も長い時間がかかります。終わった後、注射だけではなくて内服もやって、それで一定のエビデンスというか。なるわけですよ。そういったなかで、保険薬局と病院のきちとした連携、病院でどういったものが投与されて、じゃあ外来で薬をきちっと飲むと。それがきちっとできなければ、生存のエビデンス、いくら治療をしても正しくないわけなので、まさにがんパスだとかいろんなこ

とができていますかと思いますが、やはり今、薬局の薬剤師のところ、非常に病院で行われている化学療法に対してさほど知識がない。内服薬の知識はあるけれども、病院で一体どんな化学療法がなされていて、病院でどんな放射線療法がなされていて、だから外来でどういう薬が出るから、だからこの人をどういった視線で支えていかなければならないのか。

(中路委員長)

パスですね。

(金田一委員)

そうですね。そういったこと自体が、保険薬局の薬剤師も含めて、例えばケアマネージャーだとかいろんな職種も関わってくるかと思いますが、患者さんをトータルで、一人ひとりをトータルで診るようにする連携が青森県にあれば、支えられる社会になるのかなと思います。この目標の社会というのがそれになるのかなと思います。

(中路委員長)

分かりました。それでは最後にまた全体討論ということで、事務局の方から指標についてちょっと説明をしていただきたいんですけども。資料3で。

(事務局)

資料3について説明させていただきます。平成20年に策定しました県のがん計画の全体目標についての進捗状況でございます。1ページ、全体目標の1つ目になりますが、がんによる死亡者の減少。がんの年齢調整死亡率、75歳未満の20%減少。これを県として全体目標として掲げてまいりました。20%減少をこの10年間で実現をするということで目標値を82.6ということで進めて参りました。

この進捗状況ですが、がんの年齢調整死亡率、75歳未満の男女計は全国的には減少傾向にあるんですが、本県の場合は増減を繰り返しています。平成22年につきましては、本県の場合は101.1、計画策定時の平成17年は103.2でございましたので、2.1ポイントの減少となっております。これは計画策定時の103.2を100とした場合の98%となっております、5年間で2%の減少ということでございます。

男女別でこれを見ますと、男性は9.6ポイント減って、計画策定時の93%になっているのですが、女性は4ポイント増えておりまして、計画策定時の106%となっております。

下の方にございます折れ線グラフは、赤い方が青森県、青い方が全国で、それぞれのがんの年齢調整死亡率、75歳未満・男女・計・人口10万対の数字となっております。ちなみに年齢調整死亡率といいますのは、人口構成ですとか年齢構成の違いより差が出ないように、全国の都道府県の年齢を調整しまして、同じような状態で比較できるように計算しな

おした数字となっております。

2ページをご覧くださいますと、上の方の折れ線グラフ。これが目標値まで全国と青森県で書いているものです。青森県は上がったり下がったりしております、途中下がっていたのですが22年度はまたちょっと上がっているという形になっております。全国の方は概ね減少傾向にあるということでご覧いただけるかと思えます。

2ページの棒グラフは平成17年と平成22年の75歳未満のがんの年齢調整死亡率を男女別に、全国都道府県の棒グラフにしているものです。青森県は左側から3つ目です。一番左は全国、その次が北海道、その次が青森県となっております、青い棒が17年、赤い棒は22年です。上のグラフは男性で、下は女性についてのグラフになります。

続いて3ページをご覧くださいますと、全体目標の2つ目としまして掲げておりました「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減ならびに療養生活の質の向上」でございます。緩和ケアに携わる医療従事者等の研修ですとか、がん診療連携拠点病院における相談支援、また平成23年に県が解説しましたがん情報サービスなどを通じまして情報提供の充実に取り組んで参りました。24年度からは、がん患者団体の活性化支援に取り組んでおります。これにつきましては、数値的な指標評価になってはございません。

4ページ以降が、もう少し細かくいろいろなデータを並べたものです。続けてこちらの方も御説明をしたいと思えます。

4ページの1つ目、まずがんによる死亡率、死亡数と死亡率の推移でございます。平成22年、青森県は16,030の方が亡くなられておりましたが、そのうちの29.8%はがんを主な死因としております。人口10万人あたりの死亡率、これは先ほどの年齢調整死亡率と違ひまして単純に人口あたりで割った数、割合ということになるのですが、男女別で見ますと男性は436.2人、女性は271.9人という形になっております。

5ページをご覧くださいますと、上の方に折れ線グラフがございます。これは3大死因、つまり死亡の主な要因となります3つの要因、悪性新生物、心疾患、脳血管性疾患。この3つの疾患の死亡率の推移を表しているものです。紫っぽい色が悪性新生物（がん）になりますが、どんどん増えています。それに対しまして脳血管性疾患、緑色の線ですが、これは低いところで推移しているという形になっております。

6ページの上の折れ線グラフをご覧ください。これは全国と青森県のがん死亡率の推移を見ているものです。赤い方が本県、青い方が全国です。青森県も全国も高齢化等に伴ひまして死亡率が増加しておりますが、青森県は全国平均よりも高いところで推移しています。

7ページをご覧ください。7ページにございますのががんの部位別の死亡状況になっております。左側が男性、右側が女性で、どちらも平成22年の死亡数です。男性の場合は肺がんが最も多くて679名、次が胃がんで449名、その次が大腸がん。女性の場合は大腸がんが最も多くて320名、次が肺がんで266名、その次が胃がんで256名。それぞれ平成22年の資料となっております。

8ページの折れ線グラフは、がんの部位別死亡率を年次推移で表したものです。男性は

上から肺、赤いのが大腸、その次は肝臓、その次は膵臓、下が食道で、それぞれのがん死亡率の推移です。女性は一番上が大腸、次は平成 22 年に肺と胃がんが逆転しておりまして、22 年は肺がんがちょっと多くなって、3 番目は胃がんになっております。

9 ページをご覧ください。これは先ほど全体の進捗状況で御説明をしました年齢調整死亡率でございます。上の方に書いておりますのが全年齢、全ての年齢でのがんの調整死亡率のことでございます。男性は 215.9、女性は 105.6 で、本県は男女とも全国で最も高い数字となっております。先ほどと同様に平成 17 年を 100 としますと、男性は低下していますが女性はちょっと多くなったというのが 22 年の状況でございます。

10 ページ、予防と早期発見ということで、たばこの状況になっております。国が実施している国民生活基礎調査によりますと、20 歳以上の喫煙者で「毎日吸っている」または「時々吸う日がある」と回答する方は男女ともに減少しているのですが、本県の場合は全国平均よりも高く推移しております。平成 22 年の場合は男性が 5.5 ポイント、女性は 2.3 ポイント、全国よりも高いという結果になっております。次、めくっていただいて 11 ページ。これは国民健康・栄養調査という国の調査で、男性 20 歳以上で「現在、習慣的に喫煙している者の割合」の全国の値を示しているものですが、青森県が最も多いという形になっております。

少し飛ばしまして 13 ページ、14 ページを御覧ください。13 ページと 14 ページは国民健康・栄養調査という国の調査によります野菜摂取量、食塩の摂取量でございます。野菜摂取量、13 ページの方ですが、男女ともに 30 位、29 位に位置しております。14 ページの食塩摂取量でいきますと、男性は高い方から 2 番目、女性も高い方から 5 番目となっております。

次に 15 ページをご覧ください。これはがん検診になります。国民生活基礎調査によるがん検診の受診率です。国民生活基礎調査によるがん検診の受診率といいますと、職場での健診ですとか人間ドックですとか、そういったものを含めましたがん検診の受診率でございますので、市町村が国保の方にやっているがん検診の受診率とは違い、職場健診、人間ドックも含めたものとして国の国民生活基礎調査によって出てきた受診率になります。これでいきますと、各検診について男女ともに少しずつ増えています。一部、女性の肺がん等についてはあまり数字の動きがないという状況でございますが、全体的にご覧のとおりとなっております。

17 ページ、こちらは、市町村が国保の方に行う市町村がん検診の精密検査の受診率となっております。精密検査の受診率といいますと、がん検診を受けて精密検査が必要だとされた方の中で精密検査を受けた方がどのくらいの割合にいるかというものでございます。青森県の場合は大腸がんでいきますと平成 16 年度の 59.8%が平成 21 年度には 73.5%にまで増加するというように全体的に増加が認められます。ただし、いずれの場合も精密検査が必要とされた方のうちの 7 割～8 割程度の方が精密検査を受診している、逆に言いますと、2 割～3 割の方は精密検査を受診していないという結果になっております。

また少し飛ばささせていただきますと 20 ページ、がん医療というところで、がん診療連携

拠点病院でございます。計画策定時には5つのがん診療連携拠点病院が指定されておりましたが、その後、十和田市立中央病院が指定されまして、現在6つのがん診療連携拠点病院が県内に指定されています。

22 ページをご覧ください。これは県が実施いたしました平成23年度青森県医療機能調査、まだ数値は確定値ではございません、仮数値のデータでございますが、その青森県医療機能調査結果に基づき、がんの部位と治療の内容ごとに実施している医療施設の数を示したものでございます。23 ページに、それを色つきでグラフにしたものを載せてございます。このあたりは今後、がんの医療体制等について本県の課題を検討していく際に、さらに詳しく資料を追加させていただきながら検討していきたいと思っております。

24 ページをご覧ください。これはがん患者の在宅死亡割合でございます。在宅としまして、国におきましては自宅と介護老人保健施設、老人ホームの3つを在宅としております。これにならって計算しますと、平成16年には4.9%でしたが、平成22年は7.1%となっております。

(中路委員長)

さて、この目標値をご説明下さい。

(事務局)

25 ページの少し大きい資料ですが、現在の計画に記載されている指標につきまして、計画策定時の数字と直近の数字を併記しているものです。「進捗」欄については一番下の欄外のところをご覧ください。「A」と書いてありますのが目標を達成したものです。ただし、数値目標として「増加」ということを目標にしているものがございまして、そうしたものについては、明かな増加が認められたと考えられるものを「A」としております。「B」は、目標は達成していないけれども改善がみられるもの。「C」は変化なし。「D」は悪化。「E」は計画策定時との比較するデータがないので比較が困難というものでございます。

項目別では、がんの予防としまして目標の指標とされている喫煙率では、成人女性の喫煙率が変化なしとなっておりますが、男性や妊婦、未成年の喫煙率には改善が見られております。

がんの早期発見のところでは、国民生活基礎調査のがん検診の受診率は増えておりますが、検診カバー率ということで、市町村のがん検診の対象者のうち検診を受けた者の割合というのは悪化となっております。

下の方のがんの医療体制につきましては、目標として掲げたものについてはAが多くなっております。一部データがないということで比較が困難というものもございまして。これらについては、今後、次回の計画で、指標の設定につきましてもどのような指標をどのような形で設定していけば計画の進捗評価なり目標の達成ができるのかということも含めまして御意見をいただきたいと思っております。

(中路委員長)

ありがとうございました。

さて、皆さん、2ページの一番上のグラフが全てですね。結果でしょうね。これは平成17年ですけれども、もっと先まで、昭和のあたりまで遡ってみますと、大きく離れていっているのがよく分かると思います。目標値がどのくらい達成されたかというのはともかく、結果としてこのようになってしまっているということが全てだだと思います。ですから、今までどおりでは良くないということだだと思います。

それから唯一検診の受診率が全国平均を上回ってはいるんですけれども、よくよく考えたら、青森県が一番がんが多いはずなんです、発生も。がんの発生が一番多いということは、がんの検診を一番やらなくてはいけないところだということと、同じ東北でも山形と宮城に10%差をつけられている。こんな大差はなかなかつけられないですね。こういったところが、やっぱりこれからの対策の1つのはっきりとした目標になってくるのではないかなと思います。

さて、皆さん、ここで御意見を、少し時間をオーバーしてもいいですので、いただけますでしょうか。どうしたらいいですか。

(宮川委員)

やらなきゃいけないことはいっぱいあると思うんですけれども、今、中路先生がおっしゃったように、がんの検診の受診率は精検の受診率も含めて最下位じゃないですよ。かなり高い位置にある。高いとは言えないが真ん中辺にはある。ところが東北でみれば、山形県や宮城県よりは低い。しかし、トップクラスの山形県や宮城県が、死亡率や平均寿命がずっと高いというわけでもない。そうすると、何が問題かということ、やはり一次予防ではないでしょうか。二次予防はかなり力が入っていると思います。かなりと言えば問題はありますが、ビリではない。それなのに結果はビリなんです。ということは何だろう。そうすれば一次予防か医療かということになると思います、一番の大きな問題は。

そうすると、検診を受けた人達が、例えば現在習慣的に喫煙している人達の中に入っているのかという問題もありますし、医療に関しては、がん登録がしっかり進まない。精検受診率もビリではない、真ん中ぐらいになっている。精検を受診した方で見つかった方はおそらく医療につながっていると思いますので、医療の体制の方に問題があるのか。それから一次予防に問題があるのか。二次予防よりもむしろ、一次予防と医療がいいのかどうか、といった方向を今後検討していく必要があるんじゃないかなと思います。ただ、言えることは、まちがいなく一次予防が非常に劣っているのではないかな。ということは、二次予防よりも一次予防の方に力を入れなければならないということだと私は思います。

(中路委員長)

分かりました。皆さん、2ページの棒グラフを見て下さい。この長野県の低さ。人種的

なものじゃないです。これは前の県と比較をしてみればよく分かりますけれども、さらに減っています。やっぱり検診の受診率はもちろん負けていますけれども、喫煙率も負けていますけれども、医療レベルが負けているのかと。どうですか、袴田先生。長野県よりも青森県のほうが医療レベルは悪いということでしょうか。

(袴田委員)

どこを切り口にするかという問題だと思います。評価目標についても、目標は達成したけれども、なかなかそこまで良くはならなかったということでしょうね。

(中路委員長)

目標はよそも同じようなものを出しています。だから、分析の問題だと思うんですよ。今言ったように一次予防の問題なのか、検診の問題なのか、あるいは医療レベルの問題なのか。

(袴田委員)

一次予防に関しては、あるんだとは思いますが、なかなか評価が難しいと思っております。実際に整理するのも多いと思いますが、どの程度寄与しているかは、私はデータも出ていないし判断できない。

(中路委員長)

医療はどうですか。

(袴田委員)

医療に関しては、この指数に出てこないものがあると考えています。例えば、これは非常にデータに基づかない話なんですけれども、例えば埼玉の街の中でおじいちゃん・おばあちゃんが風邪をひく、病院に行く。診てもらっただけで検査はいくらでも受けます。じゃあ、引っかけたらどうだろうとか、これはデータに出てこないものなんですけれども。受療環境がいいかという、どうでしょう、それもデータとしては取りづらいものなので、いいかという問題に関しては首都圏の受療環境がいいところですよと思っているかどうかは本当は分からない。それは長野と青森とは医者の数もあまり変わりませんし、それを言うと医者の数じゃなくても改善はできるとは思いますが、それが何かというと難しいですね。

ただ、私、1つ提案したいのは、情報公開のお話もしましたけれど、県民はバカじゃない、こんな言い方をしたら失礼かもしれませんが、悪さをもっと県の方達、県民に具体的な数字として、例えばあと何人、がんの人ががんで死ななかったらワースト1じゃなくなるとか、もっと具体的なデータがメディアを通じて県全体に、もっと県民にフィードバックされてもいいんじゃないかなと思います。県民に参加してもらうような形が、ホ

ームページとかいろいろあると思いますけれども、やはりメディアを使っていくのがいいのかなと思っております。

(中路委員長)

医療の差というのはいろんな見方があって、医療レベルのこともあるでしょうけれども、もう1つは今言ったように受療状況というんですか。雪が降っているから行けないとか、病気をしても我慢して行かないとか、そういったものが当然あると思うんですね。どちらも医療といえば医療なのですが。それは受け手の側とやり手の側の違いですけれども。

そう考えてみると、がん登録などを本当にちゃんとやれば、ステージ別で見れば、これは青森県がこうだということははっきり言えるんですよ。それは今のところ言えるデータはないです。

(吉田オブザーバー)

委員じゃないのに発言をして申し訳ないのですけれども、私が以前、平成17年のデータを調べた時に、青森県にきわめて特徴的なのが医療圏別にがん死亡率が違うことでした。三八・上北は全国平均レベルですが、中南と西北などの津軽地域が非常に高く、完全に西高東低になっていました。特に、中南地区は医療施設が一番多くて医者数が一番高いのに一番がん死亡率が高い。これは医療の問題ではなくて、やっぱりそこに住んでいる人の生活環境や体質などの問題もあるでしょうし、何が悪い、かにかが悪いと言ってもそんなに簡単にいかない話だと思います。

それともう1つ、第一次予防が大事だ、大事だというように言うのは分かるんですけれども、袴田先生が言われたように一次予防で有効性がはっきりしているのは、今のところヘリコクターピロリ菌とワクチンしかないんです。そうすると、それ以外の有効性のはっきりしないものについて掛け声を掛けても、例えば野菜を何グラム以上食べましょうという運動をするのはいいのですが、実際、どのくらい採ったらどのくらい死亡率が下がるはずだというデータがないので、具体的なテーマになりにくいのではないかなと思います。もっとも、がん予防でなく、健康づくりをしましょうという話であれば、全く別な切り口だし、それはそれで意味があると思います。

それともう1つ考えていただいた方がいいと思うのは、検診のやり方です。今、胃がんがABC検診とかいろいろありますけれども、今までの検診のやり方で本当にいいんだろうかということも少しどこかで考える必要があるだろうと思います。

(中路委員長)

喫煙のエビデンスははっきりしているので、これはもう減らすということは当たり前の話なんです。やっぱり喫煙率が高いから青森県は悪いと思います。これはとことんエビデンスでは当然ないわけです。

もう1つ、先ほど須藤先生が厳しく言うておられましたけれども、検診受診率ですね。これね、結果的にはやっぱり勸奨となりますよね。そこがよそに負けているんです。これをいかにやっていくかというのが。県の人、いい案、ありますか。首長を集めて「頑張れ」というぐらいですか。首長は全然乗ってこないんですけれども。

だから、これ、手足となる人がいないんです、青森は。そういう弱さがあるんです。

何かありますか、言うて下さい。これ、何とかしないと負けちゃうんだから。山形と宮城がやっていることを何でやれないのですか。10%上げれば、数字としては分からないかもしれないけれども、絶対悪くはならないです。しかも、がんが一番多いところですから、青森県は。

(藤岡次長)

先ほどの大きいページを見ていただいて分かると思うんですけれども、目標の設定の仕方は別として、一次予防と二次予防、検診のところは非常に達成率が悪いという現実があります。確か鶴田町さんでは保健協力員さんでしたか、食改さんでしたっけ。かなり濃密な受診勸奨をされて、50%を超えているんです、検診率も。その辺を参考に。要は最近、個人情報保護法だとかの関係で、個別勸奨が郵便物でいだけだというようなお話も市町村から聞いたりしておりますので、その辺について鶴田町の取組を学んで全県に広めていくということなどがまず1つの取りかかりかなと思います。

(中路委員長)

鶴田さん、どうですか。弘前ではもう無理だと思います。

(神委員)

鶴田町の神です。私は保健師なので地元の町のことしか御説明できないんですけれども、うちは町長自体が検診率の目標を設けるなどして町長自体がいろんな会議に出た時に「検診だよ、検診だよ」と何年も言うてきているので。私達がどこかに行く時には、必ず皆に「検診を受けてね」ということでずっと来ているんです。

職場で常に、検診を受けていただけるにはどうしたらいいのかということをお話し合う職場にはなっていると思います。それから、受けやすい、普通では集団検診しかやっておりませんので、青森県総合健診センターと常に連携を取って受けやすい雰囲気づくり、環境づくりというんですか。だから多分健診センターさんの方にとっては、鶴田が一番、こういう取組をしてほしいというリクエストをするから上がると思っていました。会議に行ってみれば、余所ではあまり意見は言わないんですけれども鶴田からはどっさりでしたよね。その会議が無くなったのは非常に残念なんですけれども。そういうことを常に職場のテーマにしていくということと、実は今年4月の末から5月連休にかけて、私たちは連休が無かったんです。検診率について鶴田は高い方ではあるのですが、それなりのパーセン

ページに落ち着いてきて、そこから上にいかないなど。じゃあ町民はどういうふうになっているのかなということで、保健師5人と保健協力員が手分けしまして、連休明けまで掛かりまして、全世帯5千世帯に行くのは難しいので、数地区でもいいから町民の動向を探ろうということで回ったんです。450世帯くらいですね。

訪問世帯に関しては保健協力員さんに選んでもらったのですけれども。その中で2世帯が「個人情報だから、そういうのを教えられない」と私達に言った方がありまして、結果的には後で申込みをしてくれたところでもあったのですけれども、個人情報という言葉があつて。その時に「困ったな」ということで皆で話し合っていたんです。私は韓国が好きなんですけれども、韓国の方では個人情報の保護法の中に検診は含まれないというのを聞いたことがあつて、それはいいことだったんだなと思いました。

(中路委員長)

神さん、分かりました。要するに神さんのところでは何をやっておられるんですか。誰がやっておられるんですか。その検診を上げるために。

(神委員)

検診を上げるために。保健協力員がいるんです。

(中路委員長)

保健協力員がいるんですよね。

(神委員)

いるんです。160人いるんです。

(中路委員長)

その人達を使っているわけですね。

(神委員)

はい、そうです。保健協力員も実は30年間見てきました。昔、20年、30年前は家庭の主婦の方がやってくれていて、任期は2年ですけれども、10年選手、20年選手がたくさんいたんです。どんどん育ってくれて、地区の中で発言力もあつて、説得力もあつてという協力員の方が多かったのですが、ここ10年くらい、皆が職業を持ってきたので任期の2年で終わってしまう協力員が多くて、ちょうど育ってきた頃に皆、辞めていかれる。鶴田は中でも一番検診率が高いところで保健協力員さんがもう20年もやっているところなんです。その方が自らこの間、会議で発言されたことには、「私達が自分達の地区をこんなに検診率、を高くできたのは1年、2年のことではない。何十年も掛かって私達はこうしたんだけれ

ども、別の地区を見ていると協力員がどんどん辞めていっているの、もう少し皆さん、長くやってくればもっと鶴田町が更に良くなるのではないかと、協力員からの意見として出ていました。

(中路委員長)

そうですね。今の話を例えば弘前とか青森に持ってきた場合に、これだけ大きな人口を抱えていながら、保健師さんの数はちょっと少ないですよ、人口割からすると。当然、家庭訪問というのは限られていますね。そこに鶴田の場合には保健協力員みたいな人がいる。そういう人がいるところがあればまだやれるんです。それをやれないところに勧奨をやれというのはこれは無理ですね。今の話を聞いていても、これは難しくなっているわけです、鶴田でもね。そうしたら先生がおっしゃるように何かインセンティブ的なものをやるか、僕はもう1つはやっぱり県民運動にすべきだと思うんです。それはもう三村さんが高らかに言ってですね。「やるんだ」と。言わないと首長さんも言うことを聞かないです。首長さんで全く興味のない人がいるんです。

(吉田オブザーバー)

ちょっといいですか。鶴田町がどうして検診率があがっているかという、実は鶴田町長は、「検診をすることによってがん死亡が減少する」、「がん死亡が減少すると医療費が減少する」、という考えをお持ちです。実際、鶴田町の国民健康保険の負担率は低いんです。ですから、保健協力員というような人をどんどん雇っても、実際、そこをキープしていけば自治体の負担分が減る、そういうインセンティブなんです。検診ばかりでなくメディコトリームなどの健康づくりにも一生懸命取り組まれているのはそこなんです。だから、同じ県内でも政治家によって全然対応が違ってしまっています。

何年前前に対策型健診を県から市町村に投げたじゃないですか。この時からもう市町村別に全然違うシステムで動いていると考えた方がむしろ正しいかもしれないので、そこをこの協議会の中で何とか統一しなさいとか、少なくとも広域コントロールをどうしましょうというところを、例えばお墨付きとして上げていくというふうなこと。あるいは具体的に業者を指定しちゃうという方がきちんと進みそうな気がします。

(中路委員長)

そうですね。今のインセンティブとかエビデンスですけれども、長野県は65歳以上の医療費は最低です。長生きをしているから金がいらなくて、長生きをすればお金はいらぬんです。そこは言うべきだと思います。長野は最低ですから。65歳以上の医療費の1人あたりが。

(袴田委員)

県の負担というのは青森に換算するとこれだけですと、目に見えるように算出できるんですよね。

(中路委員長)

できるでしょうね。なんらかの形ではできるでしょうね。

(袴田委員)

医療費だけではなくて、目に見える具体的なものが出てくると県民皆が考えると思います。キャンペーンをはるということに関してもそういうふうにするのがいいんじゃないでしょうかね。

(吉田オブザーバー)

情報サービスがあるでしょう。そこでどんどん出していったらいいんじゃないでしょうか。

(中路委員長)

医療情報サービス、あれはトップページから入れるようにして下さい。行き着くまでにくたくたになってしまう。お願いします。

(須藤委員)

検診に関しては、例えば精検受診率が非常に低いのはどうしてかという精度管理の悪い健診センターがあるということだと思えますね。県内に24の健診があつて、ちゃんとやっているのはうちのところと八戸市と弘前市くらいですね。

(中路委員長)

そのデータは出してないんですかね。

(須藤委員)

そこをしっかりとするには、県の精度管理委員会がしっかりしなければいけないんですけども。それが最近、ちょっとやむやになっているんじゃないかなと思います。精度管理も是非、しっかり指導をしていただければと思います。

(吉田オブザーバー)

各市町村にお金は行っていますが、お金の無い市町村はできるだけ安く上げようと考えます。須藤先生のところは高いから嫌だという話になって、安いところの業者に流すという

こともありますから、劣悪になるわけです。そのクオリティーコントロールを誰がするかというと、そここのところは誰もしていない。そこら辺を県なりこの会議がどういうふうな評価なりクオリティーコントロールしていくかということだと思います。

(中路委員長)

つまり、安くやるのはいいけれどもちゃんとやれよということですね。その分、そう安くはできないはずだと。

(須藤委員)

それは認定医がちゃんと判定をしているのかとか、資格の無い医師による判定ではなくて専門医がちゃんと判定をしているとか、そういう判定をしていただきたいんです。

(中路委員長)

それも1つのテーマということでよろしくお願いします。

時間が押していますので最後にまたご意見をいただきますが、もう1つだけ実は議題があるんです。資料4ですかね、事務局の方、よろしくお願いします。

(事務局)

資料4のがん診療連携拠点病院に準じる病院についてということで御説明を申し上げます。資料をめくっていただいて1ページをご覧ください。がん診療連携拠点病院につきましては、厚生労働省の通知に基づきまして都道府県の推薦により厚生労働大臣が指定した病院となっております。5大がんに係る集学的治療体制を整えるということ、研修や地域の医療機関への研修、フォローアップ、セカンドオピニオン等、地域のがんに係る医療と情報の拠点ということでの役割を担ってございます。

現在、全国47都道府県397カ所、これは平成24年4月1日現在の箇所数ですが、都道府県がん診療連携拠点病院が51カ所、地域が344カ所という形となっております。

本県の状況は、先ほど後村の方からも御説明ございましたが、現在6圏域の中で5圏域6病院が指定されてございます。

2ページの方には県内の地図を載せてございますが、今般、議題として挙げさせていただいたのは、がん診療連携拠点病院に準じる病院についてということですが、背景的なものを少しお話いたしますと、平成22年度の診療報酬改定に伴いまして、がん診療連携拠点病院に準じる病院というものが診療報酬上、新たに規定されました。診療報酬上における準じる病院の定義でございますが、下に下線を引いてございますけれども、「がん診療連携拠点病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院をいう」ということで、今現在、全国36都府県で独自にがん診療連携拠点病院に準ずる病院ということで指定をしています。このように全国的にも各都府県の実情

に応じた診療連携体制の充実を図ろうという動きになってございます。

ですので、具体的な基準は各都府県で同じということではございませんで、かなり都府県によって条件が違ふと。ただ、それぞれの都道府県が中核的な役割を担うと認めた病院に関して、準じる病院の扱いをするという形でございます。

それと、県病の吉田先生が委員長をやっておられます青森県がん診療連携協議会というのがございますが、そちらの協議会から県に対して、いわゆる準じる病院の指定に係る要望が出されてございます。

めくっていただいて3ページの方でございますけれども、本県における準じる病院の今後の進め方の案ということで、先ほど来、ご説明をいたしておりますが、診療連携拠点病院につきましては地域におけるがん医療の連携の拠点として様々な機能、様々な役割を担うことを求められております。特に本県の場合は非常に医療資源が限られてございます。そうした中で、拠点病院のネットワークだけでなく各地域におけるがん診療連携拠点病院を中心とした地域医療機関の連携を推進して、地域全体のがん診療水準の向上を図ることが非常に重要であろうと考えてございます。

このような動向とか本県の状況等を踏まえまして、がん診療連携拠点病院に準じる病院の指定につきまして、今後具体的な検討を進めることとしたいと考えてございます。

具体的には参考資料2「青森県保健医療計画（がん対策抜粋）」がございましてけれども、その一番最後のページにがんの医療体制等というのがございます。こちらの上から2段目のところに、機能としてがんを予防する機能、専門的ながん診療機能、集学的な、ということで、全部で4つの項目に分けてございますが、この中に準じる病院というものを位置づけて、いわゆる求められる事項でありますとか目標だとかを位置付けさせていただいた上で具体的に検討をして参りたいと考えてございます。以上でございます。

（中路委員長）

これは報告ですか。何か質問、ございますでしょうか。拠点病院、今ある6つの拠点病院、これ以上はなかなか増えないということで、それでもやっぱり拠点というのをつくっておいた方がいいじゃないかということでこれが出てきたわけです。

（吉田オブザーバー）

ちょっといいですか。この準じる病院の指定に至った直接的な原因は、がん診療連携パスです。弘前市に大学病院しかパスを出せる病院がないとすると、パスは一向に流行らないんです。弘前市立でも出せるし国立でも出せるし。青森市だったら市民病院も県病も厚生病院も出せるというふうにしないとパスが回りません。現行の拠点病院だけということにすると、基本的に1つの二次医療圏に1つという変な制限が掛かってしまいます。そういったものを度外視してパスを回せるような組織をつくって欲しいという、がん診療連携協議会から出た要望です。

(中路委員長)

分かりました。いずれにしても先生がやっている拠点病院の協議会ですか、あれを中心にもっと充実させていって、がん登録も一緒に、これは医療の方はかなりできるのではないかと思いますので、よろしく願いいたします。それでは最後に色のついたこれだけ説明をしていただけますか。

(事務局)

先ほど委員長からお話がありましたけれども、平成 21 年に当委員会でいろいろと議論、御協力をいただきましたがん情報サイト「青森県がん情報サービス」が昨年 4 月に完成いたしましたして、現在公表をさせていただいております。がん医療機能情報の検索でありますとかがん相談の事例集、患者の体験談など、いろいろコンテンツを作っております。この委員会の中でいろいろ御議論をいただいたので御報告ということと、是非一度また体験していただければということで、今回、お出しさせていただいたしだいです。以上です。

(中路委員長)

是非、トップページから入れるようにしていただきたいということと、当方もかなり有用なデータ、表を何百枚も作りまして、今それをアップしようと思っておりますので、よろしく願いいたします。これで一応報告は終わりですけれども、総合討論ということで、まだ発言のない方、お願いします。

瀧川さん、何かありますか。

(瀧川委員)

検診ことでちょっと気になることがあります。私は八戸市内で自分の町内は大体分かるんですけれども、高齢の方々は意外と検診に出て来ないんです。「行きましょう」と誘うんですけれども、「ちょっと用事があるから」とか。なるべくよろこびの会の患者さん達には皆さんの体調を考えて行きますけれども、相対として年をとった方が出ていけないという状態ですから、自分の周りだけでも誘って行きたいなということを考えています。保健師さん達がいっぱいいて誘って下さる町村のことを聞きますとうらやましいなと思いますね。

(中路委員長)

分かりました。やっぱり地域医療というんですかね、お互いが誘い合うことですね。他、ございますか。

(秋庭委員)

私はがん相談を専門に受けているんですけれども、そこで気付くのは、検診を受けずに

手遅れになってお見えになる方がいるんですね。がんじゃないかなと思いつながら家で暮らして、痛みに耐えきれなくなって救急車を呼んだとか、痛みに耐えきれなくなって相談に来て、痛み止めだけでももらえないとか、そういう方がいたり。貧しさゆえ、お金が無いから、お腹から便汁が出てきているにも関わらず、ずっとイブを飲んで我慢していたとか、ウエットティッシュでぬぐっていたとか。そういう方が、本当に驚くんですけども、実際にお見えになるので。声を掛けても、見えないところだと、自分で分かっているも行ったりしないので、何とかそういう方達にも隈無く検診を受けていただけるようにならないものかなと思います。

あと、青森県で死亡者が多い、死亡率が高いというのは、何となく出稼ぎに行った方が末期になって戻ってくる数はどうなんだろうって思います。相談を受けていて、よく最期は青森で死にたいって言われて、結構戻ってくる方が多いので、そういう数の調整、診断を受けた県と亡くなった県の違いという調整も必要ではないかな。あまり数に差は出ないかもしれないんですけども、そういうことも思います。

あと、私達、一生懸命、県病では、なるべくがんの治療を継続していただけるようにお金の対策も相談に乗っているんですけど、どうなんでしょうね、あっさり止められてそのままスルーしちゃう方も結構いると思いますね。医療費がかさんで払えなくなってきて、真面目な方ほど、もう払えないからといって途中で止めたいと言ってそのままそれが認められてしまったり、そのまま放置されてしまったりということもあって。なので、そういう方の死亡率なども、そういう方達で死亡率を上げているということはないのかなとか、そう思います。

(中路委員長)

分かりました。それも少しあると思いますね。泉委員、何かありますか。

(泉委員)

私は在宅医療に関わっているんですが、在宅での看取り、がんの患者が増えていまして、去年から少しずつ2桁台になっています。今年ももう既に6人くらい在宅でがんの患者さんを看取っております。その中で気付くのは、治療がやっぱり遅れたということをお患者さんがよく話をされるんですね。分かっていたんだけど受診につなげるまでの期間があったという方が、ここ何例か続きましたので、検診で分かった後の早期に受診するという、精密検査を受けるということが必要だなと感じています。

あと麻薬を使って在宅療養でがんになっても痛み止めをやられて、普通の生活の時間が少しでも長くなれたというところにも関わっているのですが、麻薬を使うことも皮下注射を使う方が在宅で今、非常に増えています。

(中路委員長)

分かりました。棟方先生。

(棟方委員)

私は鶴田町出身で、三沢市に7年間おりました、今年4月から県病に来たんですけれども、地域によって検診に対しての住民の温度差を感じています。鶴田町は確かに検診を受けていました。それで三沢市はどうかというと、三沢市は検診というよりはやっぱり・・・ですね。青森市はやっぱりそういうのはなくて。土地による誤差というのはあるということと、医療に関しては逆に津軽の方が医療に対して積極性がない。南部の方が医療に対して積極性がある。それは個人の差はありますけれども、積極性はあると感じます。

先ほど地域医療の話もあったんですけれども、がんはしっかりした地域医療としてはそれを開業医に連携で帰すとか、それなりのところに連携で帰すと、そういう連携をしっかりしていくということも今後大事だと思います。

(中路委員長)

分かりました。松谷先生。

(松谷委員)

今日も、この手の話をしていると、どうしても感じてしまうのは、ある意味でエビデンスというか、がん登録とかのデータ、これがもう少しきちっと確立していかないと、そもそも議論をしている土壌が、本当にこれで合っているのかどうかなかなか確証が得られない気がしているんじゃないかと思います。何とか次のところでは、もう少し整理していければと思います。少なくとも院内がん登録に関しては、それなりに各病院ともちゃんと出てきている状況はありますので、そこから先の目詰まり感を何とか。そんな形が是非必要なのかなという感じです。今、特に精度を上げるために予防のデータとか、そういったのをもう少しきちっと整備できればと、そんな状況ではないかと思います。

(中路委員長)

先生、よろしく申し上げます。最後に久保園先生、申し上げます。

(久保園委員)

県の医師会からということですが、名簿を見ますと私1人だけ開業医のようです。普段、あまり感じないことなんですけれども、以前からがん登録の話もありまして、これは手挙げ方式で、やりたい人はどうぞ登録をして下さいというかたちでした。それからパスも、県病のパスの説明会に参加しまして私のところもパスをやっている患者さんが1～2名、現在いらっしゃいます。これらのことを考えてみると、手挙げ方式だと何か薄いかな

なという感じがします。もう少し協力的にやった方がいいんじゃないかなと思います。話は変わりますが、検診なさっている人達も、あまり精度管理がしっかりしていない所で検診をしている患者さんもいらして、それらの所で受けた検診結果について相談に来る場合はもう少ししっかりしたセンターで検診を受けるように話しています。患者そのものはそういうところを検診に使っている状態ですので、これは検診率を上げてもしようがないと思いますので、その辺は県の管轄ではないかも分かりませんが、もう少し県民、会社それぞれ、県の方から発言していただければ助かるなと思います。以上です。

(中路委員長)

医師会の方でもよろしく何ととっても影響力が大きいので、よろしく願いいたします。

他、どうしても最後に申し上げたい方、いらっしゃいますか。

全国に水をあけられているのは本当にショックでございます。私も何回か委員長を務めさせていただきましたが、もうこれが最後になると思いますので、今回は、まなじりを決して、皆さん、何かをやろうという気持ちを是非持っていただきたいと思います。

それからもう1つは、先生方に県の方から意見照会が行きます。私も自分の意見を自分の名前を付けて出すようにしますので、それに関して、喧々諤々、意見を送っていただきたいと思います。

それから自分のことで申し訳ないですけども、今、東奥日報に連載をさせていただいてまして、渾身の力を振り絞って書いていますので、皆さん、どうか、私に意見を下さい。ここはダメだとか、ここはいいと意見をいただきたいと思います。よろしく願いします。お返しします。

(司会)

どうもありがとうございました。本日は貴重な御意見、どうもありがとうございました。

皆様の御意見を踏まえて今後の課題等を作成し、さらに御意見をいただきながら検討をしていくこととしておりますので、重ね重ね御協力をお願いいたします。

それではこれもちまして青森県がん医療検討委員会を閉会させていただきます。

どうもありがとうございました。