

平成24年度 第2回青森県がん医療検討委員会

日 時：平成24年11月1日（木）午後5時～

場 所：青森国際ホテル5階 芙蓉の間

（司会）

ただいまから、平成24年度第2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、江浪健康福祉部長より御挨拶を申し上げます。

（健康福祉部長）

青森県健康福祉部長の江浪でございます。本日は、お忙しいところお集まりいただきまして、本当にありがとうございます。また、各先生方には、我が県におけるがん対策の推進に、日々、多大な御尽力をいただいておりますことにこの場をお借りしてお礼申し上げたいと思います。

本委員会におきましては、前回から5年分のがん対策推進計画の見直しについて御議論いただき、前回は、私は残念ながら欠席となりましたが、非常に活発な御意見をいただいたと承知しております。本日は前回の議論の結果を踏まえまして、次期県計画における目標や重点的に取り組むべき課題等について御協議いただくこととしておりますので、委員の皆様のご専門的な見地から忌憚のない御意見を賜りますようお願い申し上げます、簡単ではございますが御挨拶とさせていただきます。本日はよろしくお願い致します。

（司会）

それでは設置要綱第5第2項の規定により、ここからの議事進行は中路委員長にお願い致します。

（中路委員長）

でははじめに事務局から説明をお願いします。

（事務局）

*資料1について説明

（中路委員長）

早速、協議に移らせていただきます。全体で何か質問があったらお願いいたします。その都度でもいいと思いますので、協議に移りたいと思います。

まず最初に、目指す姿の全体、資料1ですね。1ページから5ページまでですか。まず目標値ですね。2ページに書いていますが、平成27年のデータで75歳未満の年齢調整死亡率が10万人あたり82.6というものを目標にする。つまり20%減ということで、これは国が定めているものに準じて、青森県の数字を掛け合わせたものだというのでございます。

青森県のがんの年齢調整死亡率は全国で一番高い。特に大腸がん、肺がん、乳がんということでございます。たばこの喫煙率は、全国と比較するとまだ高い。がんの検診率は、決して良いとは言えない。しかも、精密検査を受けている人が少ない。2割から3割いない。いるというのは未受診

であるということでございます。ここまでの所で何か質問はございますでしょうか。目標はこのあたりでよろしいでしょうか、全体目標というのは。

佐藤先生、お願いします。3ページが目標ですね。

(佐藤委員)

基本となるがん登録というか、統計がちゃんとしていないですから分からない所があるかと思うんですが、青森県のがん死亡率が高い原因というのはどういうふうに捉えたらいいのか。罹患率が高いのか、それとも治療が上手くいっていないのか、そこはどうなんでしょうか。どのように捉えているんでしょうか。

(中路委員長)

それはよく聞かれる話題なんですね。余計発生しているのか、病院に行くのが遅いのか、検診の率が悪いのか、あるいは病院の腕が悪いのか、あるいは「命ほいど」じゃなくて、寿命を長引かせなくて死んでしまうのか、それぞれあると思うんですが。県の方からありますか。

(事務局)

先生がおっしゃるとおりで、ちゃんとしたデータがないので、特に治療が悪いのかとか、罹患率が高いのかということに関しては、今現在のがん登録の DCO 率も高いというところですが、ここ1、2年で何とかその辺の集計ができるかなというところまではきております。

今現在、分かっておりますのは、やはり精密検査の受診率が悪いということの他に、最初に医療を受けた段階でステージ4という方がかなりの割合でいらっしゃるということ。ただ、それだけでどうということは、ちょっと説明できないので、がん登録が、ここ1、2年で DCO 率を何とか20%を割ってもらって、そこで分析した結果を出して、先生方に公表したいと思っております。

(中路委員長)

よろしいでしょうか。

恐らく、その全てだと僕は思っています。がんの原因は何かって、よくWHOなんかで全世界のデータを取りまとめたデータがありますが、お酒、肥満、たばこ、ということで、その全てデータが悪いわけですから、恐らく発生率も高いんじゃないかなと思います。その他、病院に行くのも遅いというのもそうですし、がん検診の率は全国でいえば3分の1ぐらいの上位に入りますけれども、東北ではどんけつ。つまり、検診というのは、がんが多い所で一番やられるべきなのに、上から3分の1というのは、やっぱりいけない。そういった全てだと思います。

他、ございますでしょうか。

この3ページの所、目指す姿と全体目標と書いてありまして、先ほど申しましたように、82.6を目指すと。10万人あたり。昔は年齢調整死亡率というのを使われましたけれども、高齢者が増えたために、より生産人口に近いというか、若い人を対象にした75歳未満というものが最近よく用いられています。そのデータです。

それから、この2番と3番の全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びにということと、3番のがんになっても安心して暮らせる社会の構築という所が、これは目標だから全体としてボヤッと

した言葉になっていますね。よろしいでしょうか、皆さん。

(袴田委員)

3 ページなのですが、全体目標設定の考え方についてお聞きしたいんですが。

その1の死亡率を下げようということが明確に書かれてありまして、死亡率を下げるということは理解できるんですが、そのスピードなんですけれども、5年ごとによくなるだろうという見込みですが、実際に、例えば、検診が、精検率が上がって参りますと、予後のよいタイプのがんですと、例えば乳がんとか大腸がんとか、これはある程度、結果が出てくるまでには5年では恐らく無理だと思います。

それから、5大がんの中で、肺がんは恐らく、なかなかこの5年という時間は、確かにこの5年後の目標ではあるんですけれども、5年という妥当性がなかなか難しいんじゃないかなというのが率直な意見なんですが、これはいかがでしょうか。

目標だから、これぐらい立てなくちゃいけないということなんですよね。

(中路委員長)

国立がんセンターの推論というのがあるわけですよ。これで計算して。

(袴田委員)

私達がこれから取り組んでいくことの評価を、勿論、死亡率なんですが、それは絶対的なんですが、何かもう1つぐらい指標というのはないんですかね。

(吉田院長)

がんの年齢調整死亡率というのは、世界的にも、我が国全体でもそうですが、自然に低下しています。これは、若い人ががんで死なくなっているのだろうということを示しているわけですが。つまり、あらゆるがん種で下がってきているので、これをそのまま順調に下げていくというのがまず1つと、できればそれを上回って欲しくないという、要するに下がっている傾向を踏まえた上で、さらに努力分として上積みを見込んで目標を設定したいというのが、最初にがんセンター等々で目標を設定した時の考え方なんです。ですから、本当に何が何%寄与しているかというのは、実は分かっていない。

ですから、5ページを見ていただければ分かると思うんですが、年々死亡率は下がってきていますので、何もしなくてもということはないんでしょうけれども、自然減を見ていくと、大体この上の方にきます。それよりももう少し良い所を取りたいということで、この82.6という数字が設定されたのではなかろうかと、私は思っております。

ですから、演繹的にこれは何%寄与して、何%寄与してという計算で出てきた数字ではなく、全体の目標として設定された数字だろうと思っています。

(袴田委員)

全体目標ということでありますので、それはこれぐらいの目標を掲げないと、ということの理解だと、そういうふう理解したいと思っております。ちょっと意地悪な質問をして申し訳ありません

ん。どうも失礼いたしました。

(中路委員長)

それを言うのであれば、最初から立てないんだけど、5年後の全国の減少値より上回らないというか、減少値より下がるぐらいの所の方がいいんだらうと思いますが、それじゃ何か数字にならないので、この推論もかなり無茶苦茶な、その辺の所はアウンの呼吸で。問題は何をやるかが一番問題。よろしいでしょうか。

須藤先生、一言どうぞ。

(須藤委員)

前回、袴田教授がおっしゃったんですけども、やはりがん死亡率が一番高い県が全国のスピードより高いスピードで全国のレベルに追いつくためには、全国と同じような方法でやってはいけない。何か青森県独自の重点項目というものをより強く打ち出していきたいと考えます。

(中路委員長)

その通りだと思います。それでは、ちょっと先に進ませていただきます。

今度は6ページですね。これは一番重要な所だと思いますが。

重点的に取り組んでいく課題ということで、1分だけ喋らせていただきます。

1番が、左の方ですけど、一次予防対策。右の方にその説明が書いてあります。2つ目が二次予防対策、検診のことですね。受診率と精密検査の受診率と精度管理と。次が、がん医療ですね。

4番目が情報提供と相談支援機能の充実。5番目が、がん登録の充実。実は、これは私が考えていることでしょうけれども、ここ数年、非常に充実してきたような気がしないでもないのです。

1番の一次予防は、がんはたばこが一番関係するのは確かですけども、脳卒中も心筋梗塞も殆ど似たようなものでございまして、むしろこの辺の所は、もう平均寿命対策の会議の方にある程度連携するというか、そういう形でやればどうかなという感じもします。

ウイルスによるがん予防は、とにかく子宮頸がんとか、肝炎ウイルスの問題があります。

二次予防の予防対策で検診受診、ここはかなり大きな問題であると思っております。

がん医療の方なんですけど、これは拠点病院で最近かなり充実してやっておられまして、がん登録もこれに含まれていますけれども、そこを更に拡大してやるということじゃないかなと思うんです。

4番目の情報提供は、コンピュータを見られる人に関しては、がん情報サービスというものが一応できました。ただ、あれだけでは当然うまくないので、もっともっとやらなくちゃいけないと。

がん登録は、これもまたステップアップしまして、もう3年後には日本一を狙っているという噂もあります。これは、大学でもかなり気合を入れてやらなくちゃいけないことだと思います。

それから6、7、8は小児がん、がんの教育・普及啓発、この辺はがんの教育・普及というのは、これは事務ワークみたいなものだと思うんですけど。

それから8番目の働く世代への支援というのは、これはいわゆる産業医療といいますか、青森産業保健推進センターとか、労働局あたりと協力しないといけないのではないかとというのが私の考えですが。皆さんのご意見をお聞きしたいんですが、いかがでしょうか。

姿形は少し見えてきているというか、結局、あれをやれよ、これをやれよというのは分かるんで

すが、一体誰がやるんだ、どこでやるんだというのが、いつも心の中であって、今はっきり言って、がん登録はある程度できてきた。それから拠点病院である程度やり始めている。それから、情報ネットワークも出た。それから、一次予防に関しては、かなり共通項があるので、これは本当に寿命アップあたりと、むしろ中心的にやった方がいいのかなという気がするんですが、いかがですか。

(佐藤委員)

異論はないんですが、2番の二次予防のがん検診受診率というのは、どのような計算をされているのか。これは、各県で違うような。これをちょっと変えると、ボンと上がっちゃうですね、受診率というのは。青森県はどのように計算されているんですか。

(中路委員長)

これは国民生活基礎調査を使おうとしているわけですね。市町村のはあてにならないということで、どちらかといえば。あてにならないというのは悪いですけど、どうですか。

(佐藤委員)

具体的にちゃんとありますよね。受診者の数から従事者を引いてというような計算の仕方、きちんとあるんです。そういうのは厚労省から指示されているんでしょうか。この前、チラッと見たら、京都市とかは突然倍になっているんですよ。計算の仕方を見たらエッと思っていたんですけども。そういう計算の仕方しているのかどうか。

(事務局)

がん検診の受診率の算定方法につきましては、先生も十二分にご存知かと思うんですが、全国的にも「これ」というふうな形でのきちんとした数値というものが無いというのが現状です。

国民生活基礎調査の方は、悉皆ではなくて抽出調査なので全国的な部分では見えます。もうひとつ、地域保健・老人保健事業報告というものと、大きくはその2つがあるんですが、地域保健・老人保健事業報告の方につきましては、結局、がん検診の対象者について、市町村によって分母の出し方が結構違うので、一律に比較するのが非常に難しいということと、地域保健・老人保健事業報告は、全国的に比較するものがないので、全国との比較が非常に難しいものです。

佐藤先生がおっしゃっているルールの決め方というものは、いわゆる対象者から職域の人を引いて、要介護の人を引いてとかという独自の統一した計算方式のお話をされていらっしゃるかと。

(佐藤委員)

そういうことです。だから、これを全国統一でやらないと、他県と比較した場合、意味がないじゃないかなと。

それから、青森県の場合、ずっと同じ式順できていて、それでやるというのであればそれでいい。それが1つの方法だと思うんですが。そうすると、死亡率その他を考える時に一部分の人の受診率だけを話しているわけですね。要するに社保関係は全部抜いているわけですね。こちらの方はどうなのかということを考えないと、死亡率そのものは関係しないということになるでしょう。だから、僕の言いたいこと、分かりますよね。

(事務局)

先生がおっしゃっているのは、市町村の国保でやっている部分については把握できるけれども、社保でやっている部分は把握できないということで、これまでずっとそこしか把握できないという形でやってきまして、国民生活基礎調査につきましては、保険とかは全く関係なく、抽出調査ではありませんけれども、全国一律の基準でやっています。

先生からお話いただきました、この式にあてはめてということについては、必ずしも全国でこれを使いましょうという形に実はなっておらず、こういうふうにしてはどうでしょうかというものに対して、一部の所で計算しているということで、さっき先生がおっしゃったようにとても良くなったり、物凄く悪くなったりということで、一応県としては、全国一律でやっている保険に関係ない形の国民健康基礎調査のものでやっていきたいというふうに思っております。

(中路委員長)

つまり、国民健康基礎調査というのは抽出しているんですけれども、「あなたはこの1年間に検診を受けましたか。市町村で、職場で、学校で、ドックで?」、ということ聞き取っているわけですよ。そういう意味では、均等に全国で聞き取っているんです。ただ、Nが少ないということと、市町村別の数字は出てこない。だから、あえて言えば、県単位でしか比較できない。それでも仕方ないということで、他のは使えないからそれを使ってやろうということになっているわけです。

ということで、何と言っても二次予防のがん検診受診率の所が一番大きな話題になると思うんですが。これは私の考えですが、須藤先生、直してください。例えば、首長さんおられますね。あまり熱心じゃない所も結構ありますよね。結構というか、そっちの方が多いような気がする。だからやっぱり、首長さんが「やるぞ」みたいな、「やるぞ」みたいなことにならないと、下の人間が働きづらい。神さんの所はその典型ですよ。町長さんが「やれ」ってなるから、下の人間も頑張れるわけですよ。

皆さんも話されたかもしれませんが、私も市町村会で話したんですけれども、結構、自分でも良い話をしたなと思ったら、良い話だって言って、パッとたばこの煙を吹きかけた人がおまして、これはもう全然駄目だな。これはやっぱり県の方からある程度ガチンと言ってもらうしかないなと思ったのは事実です。そこが一番キーじゃないかと思うんですが、いかがでしょうか、須藤先生。

(須藤委員)

先生がおっしゃるとおりだと思います。なかなかそういう首長さんが、なっていないというのが現状だと思うんですが。

(中路委員長)

だからやっぱり県は力といますか、持っていますよね。だから。

(須藤委員)

先生もおっしゃっていましたが、県が主導していただくのが一番良くて、是非、キャンペーンみたいな形で「がん検診を受けましょう」というふうなことを広報なんかでしょっちゅう訴えれ

ば、少しでも個人の負担を減らしていただけるように配慮していただくような指導をしていただければ、受診者が増えると思います。

(中路委員長)

やっぱり、クーポンの時は増えたんですね。

(須藤委員)

クーポンが出た時は、やっぱりグッと伸びますので。

(中路委員長)

何らかの対策を取れば上がってくる。山形とか宮城が全国の1位、2位を常に争っていて、あそこは凄い勧奨もしているんですね、確か。勧奨というのは、齊藤ひろし部長によれば、一番効率が良い方法だと。

(須藤委員)

そうですね。鶴田町のように保健協力員もたくさん養成して、住民と近い距離でしょっちゅう勧誘していただけるということであれば、地域の人も大変受けやすいんじゃないかと思います。

(中路委員長)

何か上げる方策をある程度ここで意見を出していただいて、何かやらないと、先生の所だけ頑張ってもおそらく駄目なので。神さんにお聞きしたいんですけど、何か良い案ありますか。県全体ですよ。鶴田じゃないよ。

(神委員)

立派な資料をいただきまして、中路先生がおっしゃるように、これは一体、誰がどこでどのようにやるんだろうということになれば、市町村の塊が県だと思うので、やっぱり各市町村で動かないことには、前には進まないのだなというふうに感じます。

確かにうちは、町長が熱心なので私達も働き甲斐があるし、皆で「じゃ、どうしたら」ということを常々職場の中で話になるのですけれども。県全体で、ですよ。

私達もいろいろな方策が出てしまって、あと何があるんだろうというのが最近出ていまして、そういうものを探るためにも、今年の連休の時、保健協力員さんに各地区、10軒、20軒を抽出してもらって、一緒に家庭訪問をしたんです。受けない家だけを出してくれた協力員さんもありますし、それを関係なく、受ける家も受けない家も一緒に訪問しましょうということでやってみたんですが受ける人というのは、やっぱり1年間のスケジュールの中に、もう検診が入ってしまっている。今年もちゃんと行きますよと言う。そして、受けない方は、びっくりしたんですけども、やっぱり頑なですね。私達があまり町の検診の中では顔を見られない方が一般に受けていないので、初めて訪問する家庭が多かったんですが、非常に頑なで、表情も厳しく、「なに言われる筋合いがある」とか「個人情報ではないか」と。「私達は役場の職員です。」と言っても、受けない人達の説得というのは非常に難しいですね。保健協力員さんの苦勞がしみじみと分かったという感じなんです。私達

は町村で頑張るので、私達の働きをもう少し県でも応援してくれないかなと思うことはありますね。

(中路委員長)

江浪部長が市町村を回っていただいたみたいで、僕もその話には非常に感激したんですけども。江浪先生、どういう感触だったでしょうか。

(江浪部長)

今年度は、健康づくりということで、健康あおもり 21 の見直しということもありますし、この健康づくりというのは非常に大きな課題だということですので、今年度は市町村長さん達と知事と意見交換をする場があるんですが、そういった場にも県側からの意見交換をしたい議題として提出をさせていただいて、そういった場でも議論をしていただいていますし、健康福祉部の方は、やはり市町村の御意見を現場との関係で成り立っている部ですので、今年度、部の方で、私だけではなくて両次長と手分けをして市町村を回って、いろいろと意見交換をするということもやっております。そういった場でも、健康づくりについては非常に大事なので、改めていろんなことを意見交換したりしております。

やはり健康づくりに関しては、議論をすれば、どの首長さん方も大事な取組だということで認識を持っていただいているなというのが私の感触でして、あとは実際にそれを県全体でどういうふうに盛り上げて体系的にやっていくかというところが大きな課題かなということですので、健康づくりの関係に関しては、別途、議論しております。がんに関してはこの場でやっていただくわけですが、健康づくりに関する検討の場の方で、また、実際どういうふうに県民運動的に盛り上げていくかということも含めて、年度内に議論していこうということにしております。

この資料の作りの関係で、私の方から1点だけ補足、御説明を申し上げたい点がありまして、資料の4の所に重点的に取り組むべき課題と分野別施策という資料と、1枚めくっていただいた所に分野別施策における施策の方向性と具体的方策(案)というものがあります。網羅的に一体どういう対策が必要かということに関しては、ちょっと字が小さい資料ではありますが、分野別施策における施策の方向性と具体的方策という、7ページというふうに入っているページの方が網羅的なものということでありまして、この1枚目の基本方針の所でも少し御説明しましたが、今回、見直しに当たって重点的に取り組むべき課題を定めつつ、総合的かつ計画的ながん対策の実施ということで、重点的なのか、総合的なのかというのが非常に相反するものではあるんですが、計画としては、総合的なものということで、7ページの所で見いただいたように、非常にいろんなものを大事だねということで、必要な施策というものを網羅的に書くというのが7ページの方と。

6ページの方は、じゃ、そういった分野別にいろいろあるものの中から、重点として取り出すべきものというものが一体何かというのが、実は議論の中心かなということであるんですが、もともと我々の方から出しました資料の重点的に取り組むべき課題案というものが、殆ど網羅的な施策を左側に抜き出したものなので、そういう資料が分かり難い構想になっているんですが。

例えば、こういうふうに右側の方に分野別施策の項目ということで、一次予防、二次予防、がん医療、ずっと働く世代への支援という所があるわけですが、この中で一体重点的に取り組むべき課題というのは、一体どれなんだろうと。

あるいは、一次予防対策というものがあるわけですが、構成としては、たばこ対策、健康づくり

の推進、ウイルスによるがんの予防ということで、項目があるんですが。この中で、一次予防の中でも、やはりこれをやるべきだというような視点があるものだろうかということについて、まずは各御専門の立場から御議論いただきたいと思っております、この7ページの方での網羅的な一覧の中でどういった所についてはどういうふうにやるべきだという御意見もいただきながら、この6ページの中では、そういった中で、やはりこれは集中的にやるべきということがあるのであれば、この6ページの方だということで御意見をいただければと思っております。

ちょっと資料の作りの関係で分かり難くなっていたところは申し訳ないと思いますが、補足で説明申し上げました。

(中路委員長)

はい、分かりました。どうですか。

私とすれば、たばこ、がん検診が1つ大きなもの。普通に考えればそうです。勿論、がん医療も当たり前の話なんです。これは何と言いますか、やる主体と言いますか、プレーヤーが、拠点病院が今、十分にやろうとしているところですから、そこの方である程度練っていただいた方がいいんじゃないかなと。

それから、先ほど言いましたように、一次予防の所は、実はたばこ対策も寿命アップの所で当然話し合うんですけども、二重に話し合う必要があるのかな？という気がしてならないんですよ、そこのところは。

だから、検診に関しては、検診、何か委員会がありますよね、何でしたか名前？検診の、最近、開かれていないけれども、成人病検診何とか協議会というのがあって、実はあそこで本当は話さなくちゃいけないんですけど、あれが現実的にあまり動いていないので。あれは検診を主に話し合う会議だったと思うんですけど、あれがあればこの所ももうちょっと。よくやった市町村にインセンティブを与えて、見せしめの反対、褒め上げる、そこに県はお金もやりますよ、みたいな。そういうふうにした方がいいんじゃないかなと思ったりもしていたんですが。いかがでしょうか。

(吉田院長)

委員でもないのに意見を申し上げるのはなんですが。例えば、今、これを見ると働く世代を守らなきゃいけないということが、1つ新しいスローガンとして挙がっています。それから、青森県の現状を見ると、がん死亡率が50歳代から急激に差がついているということを考えると、少なくとも45歳以降、60歳までとか、そういう働く世代は絶対カバーしてしまう。全数把握するぞと。その人達は必ず検診を受けているかどうかチェックするぞ、というふうな激しい目標を立てるのは難しいことなんじゃないかな。例えば市町村で全数を抑えてもらう。それぞれでやればそれほどの数はいらないですよ。全体でいうと20万人以上にはなるんでしょうけれども。そういったものが把握できると、年齢調整死亡率に大きな打撃を与えられそうですね。もし早期発見がうまくいけばの話ですけど。そういうふうな、何か、全県民を相手にするのではなくて、ターゲットを絞って対策を考えるという考え方もあり得るかなとは思いますが。

(中路委員長)

先生が今おっしゃるのは、おそらく、一番下の働く世代の支援の所で、男ですよ。

(吉田院長)

女性も含めてですが。

(中路委員長)

要するに 40 代、50 代というのは、殆どが働いていますからね。今まで地域、職域連携というのが言われつつも、実際やられてこなかった。だから、新しいといえば新しいですね。ただ、そこになかなか突っ込んでいけなかったということがあります。

(吉田院長)

そこを介入しないと。

(中路委員長)

難しい場所ではあるんですけども。年代別の総死亡率というやつは、これは寿命と全く同じですよ、傾向は。ここで問題なのは、今、おっしゃったように、平均寿命対策は早死に対策だと。要するに、やっぱり 40、50、30 あたりで 1.5 倍ぐらい男はがんになる。早死に対策ということなんです。年寄りを長生きさせる対策でもあるけれども、早死に対策というのが一番大きなインパクトがあるわけです。そうすると 30、40、50 あたりですか、その人達を少しやれば、事業的にもいいことはいいわけですね。効率がいいという。ただそれが、実際、どこまでできるかというのが問題。

(吉田院長)

是非、チャレンジして欲しいなと思います。

(袴田委員)

私も、技術的に難しいのかもしれませんが、吉田院長先生の考え方には、それこそが今回の一番の目標に、全体目標に合致する部分だと、検診の部分に関しては思いますが。

ちょっとお聞きしたいのは、県の指導に関して、先ほどから何かできないかということがあったんですが、青森市、弘前市、市町村別の検診にかけた取り組みが、これほどまでに違うというのが、ちょっとショッキングに私は感じるんです。

参考資料 3 に、がん対策に係る取組、実際にどうやっているかということの現状分析をまとめておられて、例えば、青森市を見ますと、40 歳の方について、今、院長先生がおっしゃったようなことが実際的に行われているわけですね。これは 40 歳ですけど、ターゲットを絞って検診をやるとか。現状把握として、40 から 65 ぐらい、70 ぐらいまで把握するとか。こういったことがもう少し県の方で指導力を発揮すること、つまり、これほどバラバラに検診が行われている事実も、大変、僕にはショッキングで、部長が全県を回られて御尽力されていることはよく理解できると思うんですけども、この辺のバラバラさというのも、今の院長先生の御提案を実現していく時には、他の施策をする上でも大きなハードルじゃないかと思うんですが。例えば、ある県では、検診費用を一律県が決めるとか、リーダーシップを発揮してやられている県もあると伺っておりますけれど、

この辺は、県というのは介入できないんでしょうか。すみません、ちょっと聞きづらい質問かもしれませんが。

(中路委員長)

どうですか。五所川原におられる齋藤先生が一番よく分かるかもしれない。

(事務局)

実際のところ、かなり難しいと思います。検診業務自体が市町村の裁量に任されている部分がございます。先ほど、院長が言われたように、インセンティブを出せるとかというふうな状況ではないので、言葉として褒めることは十分に可能なんです。それぞれの市町村で優先順位を各施策の中で付けてきた時に、「やってください」というお願いはずっとしているわけですが。なかなかそのところで各市なり、町なりが、そこが第一優先というふうに考えていただけるかどうかというところは、働き掛けをずっとしていますが、非常に難しいものがあります。全く先生のおっしゃるとおりなんです。私共としても、どうやって働き掛けをしていったらいいのかということを保健所においても毎年悩んでいるというふうな状況です。

(袴田委員)

御尽力されていることはよく理解できるんです。ただ、先ほど院長先生がおっしゃったことというのは肝です。生産年齢の方々の、これは県民の願いでもあります。そこが、鶴田は上手くいくけれども、他は上手くいかないということの、そしてこの一覧表を拝見すると、それなりに市町村が考えていることも理解できますし、全くそっぽを向いているわけでもないということも分かるんですけれども。何かインセンティブの付け方が、今までどおりもっていく方法が無理であるとするならば、前回の委員会の議論の時に出ましたけれども、例えば、がんで死亡する人がうちの市町村が100人だったのが120何人になったと。そうすると、その間に掛かった医療費が幾らで国保の支払い持ち出しが幾らだとか、そういう経済的な施策上のマイナス面を首長さん達に報告して、市の財政、あるいは町の財政の問題なんだとか、そういう、何か経済的な非常に分かりやすいもの、お金だったら分かりやすいかなという意見が出たと思うんですが、こういった形のフィードバックというのは、技術的にできるんでしょうか。

(中路委員長)

恐らく、それはできると思います。ただ、今の市町村の力では、そこまで計算するのは難しいかもしれませんが、実は案外できるんですね。弘前でも今、やろうとしているんですが。

そういったものこそ、大学がそこに力を注いでそういったことをやってあげるといえるのか、それを市町村と連携しながら、そういった勉強をしていくというのが凄く大切で、それは今、考えているところです。何と言ってもお金が一番効くので。はい、どうぞ。

(佐藤委員)

今、お金のことが出ましたが。神さんの所では、毎年、検診のための費用は余っていますか。それとも足りないですか。結局、何を言いたいかということ、私も検診をやっている、もうお金はあり

ませんと言われたことがあるんです。最初から設定している目標が、何%で設定しているのか、その所ですね。だから、目標としたお金を残さないように人を集めているのか。そういうところの違いがかなりあると思うんです。

(神委員)

鶴田町は集団検診を主としているので、毎年、前年度の受診数にプラスアルファして予算を盛りますので、足りなくなることはないです。

(佐藤委員)

それは大体どのぐらい。

(神委員)

予算がどのぐらいということですか。

(佐藤委員)

検診センターの方で、毎年やっていたんです、昔。一人治すよりは検診をやった方が安いという言い方でやっていたんですが、結局、最終的にいくと、お金が無くなっちゃうんですよ、あまりたくさんやられると。だから、その設定が最初から20%、30%の受診率の費用しか設定していないわけですから。だから、クーポンを出したり何なりする。それは今はただなので余計に出てくるんですが、最初から設定されていないんですよ、そんな目標が。

(中路委員長)

よく分かりますけれども。えらい淋しい、凄く淋しい話ですよ。

(佐藤委員)

淋しいですよ。

(中路委員長)

それが80%、70%、50%って下がるのは分かるんですが。

(佐藤委員)

各自治体が、お金が余るという状態でないと。余れば困るので何とかして増やそうと頑張ると思うんですよ。

(神委員)

うちの方は、ちょっと多目に毎年もっていますし、足りなくなれば補正予算をつけます。

(中路委員長)

なるほどね。

(佐藤委員)

すごくいいですね。

(中路委員長)

江浪部長先生、その辺の計算もやっぱり科学的にやらなきゃいけないですね、誰かが。

(江浪部長)

確かに、検診の受診の促進の関係に関しては、今回、この資料で特徴的な取組ということで整理をさせていただいておりますが、もっと体系的に、例えば、勧奨にしたって、どういう具体的な勧奨の仕方、例えば、単純に紙を送りつけてそれでおしまいという勧奨もあれば、まさに1戸、1戸回ってしっかりする勧奨もあると。そういう、実際に市町村の取り組みに関しては、もっといろいろできることがあるんじゃないかということに関しては、県の方でも、実際にどうということが市町村で行われているかということとはしっかり把握して、もっとこういうことができるんじゃないかということを提案はしていきたいと思っておりますし、もし市町村の方が、例えば、いろんな予算の確保という中で、もっと検診の有効性というものを数字で示せないかということがあれば、中路先生にも御協力いただきながら、そういったことは示せないかということは、これからも検討していきたいと思っております。

予算上、検診の関係、市町村は特に行政機関ですので、検診に掛かる費用というのは、おそらく予算上は必ず前年度実績をもとに設定はしているとは思いますが、その上限にきたから、それ以上、検診を止めましょうということが現に行われているとしますと、それはちょっと少し、私自身も本当にそんなことがあるのかなという気もしますので、そういった部分については、なかなか無いのかなと期待したいところですが、そういったこともしっかり確認して、ちゃんとできるようにというふうに進めていきたいと思っております。

(中路委員長)

暫定的な医療費に掛かるものと、検診に掛かるものを、計算値としてある程度示してあげないと納得できないと思います、僕は。

(吉田院長)

聞いていい話かどうか分からないのですが、中路先生にお伺いします。

検診というのは、年齢制限なしにやるものなのでしょうか。

(中路委員長)

年齢ですか。

(吉田院長)

例えば、80歳の方にスクリーニングすれば、たくさん引っ掛かりますよね。当然ですよ。そうすると、それで治療しましょうといっても、80歳の人達の5年生存率が20%、30%になってしま

うということになると、手術しても意味がないということになりはしないかと。どこかで検診というものに定年というか、卒業というようなものもあっていいのかなという気もするし、しかし、早期で見つかれば軽くて済むということであれば、それは100歳になってもやらなきゃいけないんだという意見もありえると思うんですね。

今、予算のことでふっと思ったのですが、年々検診対象者が増えていくというふうな格好になると、確かにお金の面ではきついと思うんですけども。ここから先、来なくていいよという年代を設定しておけば、大体コンスタントに推移しながら段々減ってくると思うんです。そもそも対策型検診は住民全体のがん死亡率を減らすことが目的ですから、そういうふうな指導もできるのではないかと。指導をしちゃおかしいのかな、やっぱり。

(中路委員長)

指導は失礼ですよ。

(吉田院長)

やっぱり、コモンセンスというか、何か共通の理解みたいなものが必要なんでしょうね。

(中路委員長)

幸いにも80歳以上は殆ど受けていないでしょう、検診は。受けてます？かなり受けていますか。要するに健康な人は更に生きようと思う。だから、先生がおっしゃるようなことはなかなか言えないですよ。だから、勧奨するというか、特に50歳、60歳は受けてくださいという言い方になるんでしょうね。

前から思っているんですが、山形と宮城、どえらく高いじゃないですか。10%ぐらい高いですよ。青森より。あれは、明らかに差があるんで、やり方をちょっと、僕も1回聞いてこなくちゃいけないなと思っているんですけど、見学ですね。凄いですよ、やっぱり山形と宮城は。全国の1位、2位ですよ。

(佐藤委員)

啓蒙とかっていうのは青森の10倍も100倍もやっているんですよ。全然違うと思うんです。でも、そんなに頑張っても、それだけの数字なんだという見方もできるんですよ。物凄くやっていますよ、啓蒙は。それでもせいぜい30%ぐらいしかいかないということ。

(中路委員長)

話がちょっと戻りますが、成人病検診委員会ですか、協議会。あれこそまさに検診をやる所なんで、あれで少し、もう少しやったらどうでしょうか。全体の会議でやるのではなくて。

あれは1回やって、神さんとかに集まってもらってやったりしましたけれども、ちょっと尻切れトンボになってしまって、山形とかああいう所とどこが違うんだというのをやっぱり知る必要がありますよね。だから、そういったところまでやるということと、先ほど言ったように、首長さんに県の方からガッチリ、プレッシャーを掛けていただくということは凄く大切。

それと、もしそうであったらば、保健師さんのレベルの窓口の皆さんとはプラットフォームを作

って、大学と一緒に勉強したり、分析したりするという作業に入ると。やっぱり勉強もしないとモチベーションも上がらないので、そういったことになるんじゃないかと、僕は思っていますが。いかがでしょうか。後で、この次の機会にもまた、そのお話をさせていただきたいと思いますが。

あとはどうでしょうか。8番の働く世代の支援という所に、今のいみじくも吉田先生の御提案する部分が入ると思うので、当たり前のことではあるんですけども、30、40、50、60、50代までの若い人のがん検診をもっとスポットライトをあてて進めていくということ。

これは実は、地域だけでは難しい面もあって、やっぱり働いている人は、特に男は多いので、職場である程度やらなくちゃいけない。ただし、須藤先生、職場の男性というのは、どこで検診を受けているんですか、がん検診って。地域でも受けているんですか。

(須藤委員)

はい、地域で受けている。がん検診は市町村が主体なので、働いている方でもがん検診は各市町村で受けられていますね。がん検診を事業所として頼みにくる所も勿論あるんですが、原則は市町村。

(中路委員長)

がん検診は、そういうことで、市町村で大体は把握できるということですけども、ある程度、職場のバックアップがないと、その人達が受けられないという面もありますので、やっぱり職域との連携が凄く大切だと思います。

そういうことで、部長がおっしゃったように、7ページの右側の所に総花的なことを書いてあって、どれ1つ取ってみてもそのとおりだなと思うわけです。その中でも、今、話したようなことが中心になってくるんじゃないかなと思うんですが。

(袴田委員)

1つ、よろしいですか。

どこが重点かという話で、この6ページの右側の表を見て、おそらく皆さん共通に思われることは「精検受診率の向上」、これが一番、極めて具体的かつ単純で、しかし即効性があるって、これだけはもうこの案の中での重点中の重点だという認識は、おそらく委員の先生方、あまり変わらないんじゃないかなと思うんですが。これがもし上手くいった場合の生存率に、死亡率の減少に寄与するというのは、ある程度シュミレーションできるんじゃないでしょうか。いかがでしょうか。

(中路委員長)

ある程度の計算はできるでしょうね、勿論ね。

(袴田委員)

その結果が如何であれ、これは、これだけの方が集まってこれをやりましょうというふうには、あまりある結論じゃないかと私は思っているんですが。この辺はいかがでしょうか。

(中路委員長)

はい、どうぞ。

(須藤委員)

精検受診率は、9ページの目標項目との対比という所に現在の精検受診率が大体73%から84%ですか。これは全国的にみて結構高いんですね。90%までいく所は殆どないので。大腸がんの73%とか、非常に高いです。他の所は60%ぐらいしか。大腸がんのカメラをやるというと、ちょっと嫌がりますね。ですので、この精検受診率は、せいぜい90%にできる程度で、なかなかここは上がらない所なのかなと感じています。

(中路委員長)

つまりランキング的にいうと精検受診率はあまり良くないけれど、真ん中ぐらいにあるということですよ。

(須藤委員)

良い方ですよ。やっぱり検診受診率の方が大事ななという印象があります。

(袴田委員)

対費用効果とか、現実問題として具体策がないわけですよ。勿論、他県と比較ということも非常に大きな比較法だとは思いますが、明らかに青森県が死亡率が多いので、今、5年ぐらいの間に死亡率の幅を下げようというこのことに、どこが一番寄与できるかという視点で見ると、他県では勿論同じぐらいだけれども、青森県はここを上げなくちゃいけないとか、そういう視点で見れば、他県と同じようだとこのままなものですから、ここはやり所があるんじゃないかと私は思ったんですが。

(中路委員長)

そうですね、須藤先生、がん検診受診率は真ん中より上ですよ。だから、大体同じ。負けてはいないんですけど、もっと上げないと駄目だということなんです。

(須藤委員)

やっぱり検診受診率がより重要だと思います。精検受診率を上げるために、うちの方でもワーキンググループを作って県内の6市町村だけなんですけど、平成21年から23年の3年間、受診勧奨、うちの方で直接電話して、受診勧奨をしたんですが、なかなか上がらないですね。受けない方はやっぱり受けていただけない。

(中路委員長)

1回の受診はしているんですよ。

(須藤委員)

そうなんです。受診はしているんですけども、何年も続けて要精検になっても、やっぱり受けられない方は受けられない。

(袴田委員)

その際のマスメディア、あるいは県民の運動的な、活動といたしますか、それから各検診事業体のアプローチだとか、この辺の工夫によって変わってくるものでしょうか。

(須藤委員)

受診率の向上に県民の活動は有効です。ただ、精検未受診の原因が分からないんですよ。例えば、経済的なものもあるのか、時間的なものなのか、がんに対する恐怖心なのか。どうして受けられないのかがいろいろ挙げられていると思うんですが。一人ひとりに関しては、その理由があって、何とも申し上げられない。

(袴田委員)

例えば、精検費用だけだにするとか、乱暴な言い方ですけども。要は、行かないですよ、確かに。それに関して、実際の対費用効果で、例えば検診を上げるためのプロモーションに物凄くお金が掛かる。精検率はさほど掛からないと。1件あたりは掛かるけれど、掛からないとか。この辺の試算というのはいかがなんでしょうか。

(秋庭委員)

意見、いいですか。

乳幼児健診って、結構、皆、行っていると思うんですけども、個人的な経験で、うちの子が乳幼児健診で精査必要となった時に放っておいたんですよ、たいしたことないと思って。その時に保健師さんから直接電話をいただいたんですね。次のお誕生日まで無料なので、4日後だったんですが、4日後の誕生日まで無料なので受けてくださいねって言われて、それで無料というのもあるし、誕生日までだし、権利を使おうと思って行って、実はちょっと問題があったんで、凄くそれで保健師さんの直接の、日中いないので夜だったんですけど、そのお電話をいただいたことと、その無料であるということで、つられて行って助かったという経験があるんですが。先生が言われたように、精査は無料というのは、良いアイデアかなというふうに思います。

結局、がん相談を受けていても、ステージ4で来る人が多くて、ステージ4の人が治療に入るとなると、今度はお金がなくて。暫くは頑張るけれども途中で止める。でも、お金が原因だというのが分かると、やっぱり私達、生保まで持っていくんですね、相談を受けながら。生活保護の申請まで。なので、結局、生活保護者も増えてしまうということになるわけです。

なので、やっぱり一次検診も精密検査の方も必要なことだと思います。

(袴田委員)

1つだけ言わせていただいてもいいですか。

例えば、検診、最初の2ページなんですけど、全部のことを全部やろうとすると、これはもう効果

がないのにお金ばかり掛かってろくなことがないという意見も出ると思うんですが、例えば、青森県の本県の現状認識の所で、特に全ての部位のがんが多いけれども、全国との格差が多いと。つまり、青森県の問題点というのが大腸がんとか肺がんとか乳がんとかって書いてあるわけですね。この中で、例えば、肺がんに関しては検診率を上げてあまり死亡率といますか、そんなに大きな寄与はないだろうと。乳がんについては、見つかって、元々のサバイバルが非常に長いので、検診の精度が上がっても恐らくあまり予後には寄与しないだろうと。

例えば、大腸がんのように男も女も一番死ぬなんていうようながん種に対しては、治療効果が非常に高いので、突破口といますか、何かプロジェクトを作って、それをきっかけにして他のがん種に青森県の現状を打破していくような、例えば、ワーキンググループとか何とか、こういう手法というのは。

(中路委員長)

つまり、例えば、大腸がんを申し上げれば、大腸がんの検診を特に重点的にやるということですね、今のは。欧米でよくやられている乳がんに絞った、子宮がんに絞って7割、8割の検診を張っているという、ああいうやり方のことですね。

(袴田委員)

キャンペーンの張り方に、むしろ波状効果を期待するということ、他のがん種に関しても。そうということであれば、先ほどの精検率。全部のことを精検率でやられちゃうと、これは検診、各がん種の意味合いが違ってくるので一概に言えないのかなと思って。

(中路委員長)

何というか、訴えるという意味ではいいかもしれませんね。宣伝って、バツと盛り上げるためには、それも1つの。

(佐藤委員)

さっき、何か前の成人病検診指導協議会、5がんについてありましたよね。そこでやっている内容。対策も違うと思うんですよ、がんの。だから、それが分かっていたら、先ほど吉田先生がおっしゃったように、ある一定に焦点を絞ることは可能なんだと思うんです。

ところが、一括では無理ですよ、5がんについて。だから、やっぱりそういう細かい所のあれは、今、子宮がんとか乳がんぐらい残っていたのかな。その後、がん登録も残っていますよね、確か。だから、そこをちゃんと機能させて欲しいなという気がしますね。

予算がないのであれば、やっぱりどこか1点に絞って検診をやるのも1つの、子宮がんの場合だと分かっているので、どこか1点、全員、その所を1回やってしまっておいて、それから何年後にやればいいのかという、そういう形でも子宮がんの場合は可能だと、私は思うんです。

でも、あと上の方を全部見放せというとな怒られますから言えませんけれども。だから、そういう具合に重点的なことは可能だという具合に思うんです。

だから、検診が一番大事なんであれば、やはり、管理指導協議会で専門的な所をもう少し具体的にやってもらった方がいいように思うんですが。

(中路委員長)

分かりました。今の意見は、絞ってやるということですね、1つは。それから、吉田先生がおっしゃった年齢的なものがあるんですが、目標値の所で、がん検診50%とガーンってやるのではなくて、40から60、59歳までが何%という数字を、青森県独特のものを少しもった方がいいのかもしれないですね。そういうことで、成人病検診協議会、開いてください。そこでちょっと検診のことを話し合いましょう。

佐藤先生がおっしゃったように、いろんな所でやらなくちゃいけないんですが、それは、僕は着々と進んでいると思っています。拠点病院にしても、がん登録のセンターにしても。それから、やっぱり検診が一番弱かったです。それから、あとは、今度、恐らく三村知事が中心となって健康づくりの方は、かなり気合が入ってやると思いますので、その辺にお任せしたらどうか。むしろ、連携してやったらどうかと思っています。

さて、次は分野別の施策項目と個別目標の数字の問題なんですが、次のページから見ていただきたいんですが。あまり時間はないんですが、この数値の目標ですね。何か意見、ございますか。今、これは中年の年代のがんの検診の受診率を少し目標にしたらどうかという話が1つあったということなんですが、他にございますでしょうか。

目標値に関しては、皆さん、それほど興味が、あくまでも目標値でございますので。

これはおかしいなというのがあったらおっしゃっていただきたいと思いますが、よろしいですか。

(吉田院長)

90%以上、大丈夫なんですか、これ。

(中路委員長)

これですか。市町村がん精密検査受診率。

(吉田院長)

今の話からするとちょっと難しいような気が。

(中路委員長)

何かこれ、皆、分かっている、目標値だからみたいなことになって。

(佐藤委員)

これは、保健婦さんとか、そういう人達の指導が全てだと思うんです。そこが、県から市町村に移った時に、かなりおこっっちゃったわけですよ。それで、市町村の保健師さんが動けなくなっちゃったんですよ。あまりにもたくさんやるのがあって。だから、どうしてもそうなったんであって、これは保健婦さんが動けるような状態になれば、かなり回復できると思いますけれど。

(中路委員長)

85%という意見はありませんか。あまり反対がないので。

(吉田院長)

目標を 90%とっておいて実は 40%だったら、えらく格好が悪い。

(中路委員長)

首を絞めることになりましてけれども。どうですか、いいですか、90で。

そういうことで、ないようでしたらば、そのまま。更に時間を見ながら具体的な取組内容、計画の構成等、現状把握のための項目についても、これは意見をしてきたわけですがけれども、他に何かトータルでございましたら。

(袴田委員)

今回、小児がんが初めて入りました。7ページに戻って恐縮なんですけど、小児がんの所の目標で、これは小児の専門家といいますか、先生方の御意見も、やはり、今現在、小児医療のがん診療の医療連携というものが問題があるというふうな認識なんではないかな。

僕自身は、非常に集約が進んでいて、小児の血液疾患もそれから固形腫瘍も比較的上手くいっているという認識ではいるんですが。連携の問題があって課題というふうに挙げられたものですから。むしろ、若い方の、子ども達のケアの問題とか、あるいは若い家族の問題とか、その辺が問題じゃないかと思ったんですが。

(吉田院長)

第二期のがん対策推進基本計画の説明会で、小児がんはブロック単位で拠点を作ってというふうな構えでしたので、そういう意味でいうと、先生がおっしゃったように、ある程度集約化して、例えば青森県で1か所か2か所程度設定しておいて、その上で全体の東北の拠点としては仙台に置くとか、そういった話におそらくなってくると思います。

(中路委員長)

数は少ないですね。小児がん登録って、青森県で10例、年間、あるかないかぐらいだと思うんですけど。ちょっと聞いてみますか、小児科の先生に。

(事務局)

ここは、国の基本計画で新たに小児がん拠点病院というものを指定するという出ているものです。今、全国の希望する医療機関が国に直接申請をして、国が審査をして決定するという、今、審査の最中だと思っております。県内からの申請がなかったんですが、全国では37ぐらいの医療機関から申請があがっているというふうに伺っています。ここを書いたのは、ブロック単位で国が指定を考えている小児がん拠点病院と各都道府県の小児がんの病院等の医療連携体制を各県のがんの計画にも盛り込むということで書いています。

(中路委員長)

分かりました。あとはよろしいでしょうか。

今後の取り組むべき課題という所で一次予防、二次予防、医療、がん登録、小児がん、教育・普及、働く世代の支援等がございました。今、一通りお話しましたが、寿命アップ、健康づくりの方と、あるいは拠点病院、がん拠点病院の方と、あるいはがん登録の担当者の皆さんと、そういった所と協力しながらこの文章を作って、また完成した形で皆さんにお示ししていただければ良いと思いますけれど。何といても一番話題になるのが、がん検診の所でございます、これは協議会の方、もう一度立ち上げていただきたいと思います。

他にございますでしょうか。どうぞ。

(金田一委員)

参考資料の意見という所で、私、出させていただいておりましたが、二次予防の所で大腸がん検診の方法の1つとして、大腸がん検診キットの販売というものをやっている県とか市とか町とかが幾つかありますので、そういったものを是非、検討していただいてもよろしいのではないかと思います。

(中路委員長)

分かりました。協議会の方で検討させていただきます。

他ございますか。今日、まだ御発言がないという方もおられると思いますが、よろしいですか。

(袴田委員)

この施策をしていく上で、全部、県がやるのはちょっと問題で、先ほど、例えば、委員会に願うようなことも、それからメディアの関与だとか、啓蒙運動とか、この辺がかなり効いてくるのではないと思うんですが、先ほどの7ページの、今回新しくできた「がんの教育、普及啓発」の所ですね。ここに関して、市町村、医療保健団体、医療機関、教育機関、報道機関、非常に広範に書いてあるんですが、具体的にこれはどういう形で、先ほど、がん種ごとに違いうらうとか、いろんな意見がありましたけれど、どうやって具体的にやっていかれるような具体的なプランというのは、県の方にあるんでしょうか。

(中路委員長)

何かありますか。

(袴田委員)

大事な所だと思うんですが。

(吉田院長)

これについては、癌治療学会で同じような要望を出していて、そういうことを受けてのことだと思いますけれど、先日の説明によりますと、具体的には、学校で教えろということのようです。小学校、中学校で、がんのことをちゃんと教えてください。正しい情報を子ども達に伝えてくれと。それが親にも伝わっていくのではというような話なんです。ただし、がんの治療というのは日進月歩ですよ。そうすると、変わらない部分と変わっていく部分をどうやって教育したらいいんだと

いう難しい問題もでてきますが、いずれにしても、出してきた狙いは学校教育です。

(中路委員長)

治療の面に関しては大人にしか意味がないと思いますが、学校教育で健康教育を取り入れるというのは、例えばたばことか薬剤とか、本当の健康教育として1つの確立した体系化したものでやればいいと本当にそう思うんです。教養として教えるということ。ところが、学校は非常に難しいというか、うちも大分努力して一緒にやっていますが、教育委員会と。そこを打破していくのが凄く大変なところですが、そこが一番大切なところだと思っています。

(袴田委員)

お金は掛からないですよ。

(中路委員長)

掛からないですよ、本当に。

(袴田委員)

教育委員会の方の理解が得られて、県の指導があつて、これだけ多くの医療者がいて、あとは受け入れが、学校の先生方にこれをお願いするのは無理ですよ。

(中路委員長)

でもね、何といいますが、テキストがあるじゃないですか、教育指導要領というのが。あれで決まったことしかやれないんですよ、実は。真ん中の文科省の方でそういったことで大切だということをもっとお伝えしてくれないと、大学でもそれを教えないんですよ、学校の先生方に。そこを私達が突っ込んでいって、実は学校教育というのは凄く大切なんだぞということを言っていくべきだと思うし、そういう意味では、先生がおっしゃるように、ある程度出かけて行って普及するというのは大切なことかもしれません。

(事務局)

ありがとうございました。

私の方から、もう1つだけ、資料2を見ていただければと思います。

今後の進め方とスケジュールということで、本日の第2回目の委員会、今回、御議論いただいた内容を踏まえて、11月中旬頃を目途に次期計画の骨子案を修正するというのと、その骨子案に対するパブコメを11月中旬から1か月ほどかけてやろうと考えております。今年中を目途といたしまして、本文案の修正でございませうとか、各委員への御報告、もしくは情報共有を図った上で、来年の2月頃に委員会を開いて、計画の最終案についての協議をしていただき、3月を目途に策定というふうな形で考えおります。

並行しながら右側の方になりますが、青森県保健医療計画の見直しということで、11月中旬を目途で第3回目の医療計画部会、こちらは医療圏とか病床数、基準病床数を除いた計画案を検討するというので、来年の1月に第4回目の医療計画部会、この中で二次医療圏の案でありますとか、

計画案全体の検討を踏まえてパブコメを1月から2月にかけてやると。3月に第3回の医療審議会を経て、諮問答申を経まして次期保健医療計画を3月中に策定するというような形でのスケジュールとなることで考えております。こちらはご報告でございますので、こういうスケジュールで進めたいということで考えているということでございます。

(中路委員長)

2月に第3回がん医療検討委員会がありますので、それまでにやり取りがあると思います。皆さん、どうか一生懸命見ていただきたいと思います。よろしくお願いいたします。ありがとうございました。

(司会)

熱心な御議論、ありがとうございました。最後になりますが、齋藤がん対策推進監から閉会の御挨拶をお願いいたします。

(齋藤がん対策推進監)

委員の皆様方、たくさんご意見をいただきましてありがとうございました。

なかなか、こちらがきちんとお返しできない所もたくさんあって、誠に申し訳ありませんでしたけれども、これから実際の計画を作るに当たりまして、個々の委員の皆様にもう一度確認その他を度々させていただくことになるかと思えます。お忙しいところ申し訳ありませんけれども、何とかより良いものを作りたいと、私共も努力して参りますので、どうぞ今後ともよろしくお願いいたします。本日は本当にありがとうございました。

(司会)

以上をもちまして、がん医療検討委員会を閉会いたします。

本日はどうもありがとうございました。