

令和2年度青森県がん対策推進協議会

日時：令和2年9月16日（水）

午後6時～7時30分

場所：ウェディングプラザアラスカ
地階「サファイア」

（司会）

それでは、定刻となりましたので、ただ今から「令和2年度青森県がん対策推進協議会」を開会いたします。

私は、本日の司会を務めます、がん・生活習慣病対策課課長代理の工藤と申します。よろしくお願ひ申し上げます。

開会にあたりまして、奥村がん・生活習慣病対策課長から御挨拶を申し上げます。

（奥村課長）

本日は、お忙しい中、令和2年度がん対策推進協議会に御出席いただきまして、誠にありがとうございます。

皆様には、日頃からがん対策の推進に多大な御理解と御協力をいただいておりますことをこの場を借りて感謝申し上げます。

また、本日、任期満了に伴う委員の改選後、初めての会議となりますが、今回、委員を引き受けくださった皆様方には、厚くお礼申し上げます。

本県では、死亡数全体の3割を占め、働き盛り世代が多くなっているがんの死亡が大きな課題となっており、平成30年3月に策定しました「第三期青森県がん対策推進計画」に基づき、がん患者を含めた県民ががんを知り、がんの克服を目指す社会の実現を目指し、医療機関や関係団体の皆様と力を合わせ、がん対策の推進に取り組んでいるところです。

本日は、がん対策推進計画の個別指標の進捗状況や取組状況等を御報告させていただき、今後の効果的な対策等について御議論いただくほか、保健医療計画のがん対策部分に係る見直しの有無について御協議いただくこととしております。

限られた時間ではございますが、委員の皆様には、がん対策の充実・強化に向け、忌憚のない御意見を賜りますようお願い申し上げます。開会の御挨拶とさせていただきます。

本日は、どうぞよろしくお願ひいたします。

（司会）

本日の会議は、任期満了に伴う委員改選後、最初の会議となります。

委嘱状につきましては、改選の手続きを行った際に郵送させていただきましたので、御了承願います。

また、選任された委員の皆様方の名簿については、お手元のとおりでございます。

なお、今回の改選により、新たに11名の委員の皆様にご参画をいただくこととなりました。

改めまして、よろしくお願い申し上げます。

本日、委員の弘前保健所石山委員は欠席されております。

続きまして、委員改選後、初めての協議会開催ですので、当協議会設置要綱第3の3項の規定により、会長を選任していただきたいと思っております。

会長は、委員の互選によることとされておりますが、皆様の御了解をいただけましたら事務局案をお諮りしたいと思っておりますが、いかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、事務局案といたしましては、弘前大学大学院の井原委員に会長をお願いしたいと考えておりますが、いかがでしょうか。

【異議なしの声あり】

ありがとうございます。

御異議がないようですので、井原委員に会長をお願いしたいと思っております。

井原委員には、会長席へお願いいたします。

ここで、井原会長から就任の御挨拶をお願いいたします。

(井原会長)

皆さん、どうもこんばんは。

今日は、お忙しいなか、お集まりいただきまして誠にありがとうございます。

事務局から聞いているところでありますが、コロナのこともありまして、ウェブ開催なんかも検討していたということですが、幸いにも、こうやって集まることのできたことは、県の皆さんのおかげでもありますけれども、普段、医療の、保健・福祉の現場で活躍されている皆さんのおかげだと思います。まず、お礼申し上げたいと思います。

今日は、本当のがん対策の中での予防、それから医療、そして研究の各分野で青森県をリードされている皆様方にお集まりいただいている中で、私が会長を受けるとどうなるかなと思いましたが、御指名いただきましたので私の任務、頑張って果たしたいと思っております。

この2007年、がん対策基本法が施行されまして、その中で予防、医療の均てん化、そして研究の推進を3本柱とするがん対策が打ち出されたわけですが、この法律では、国にはがん対策推進計画、基本計画を作ることが定められておりまして、各地方自治体には、がん対策推進計画を立てるということになっております。

それで、現在、今回は、第3期の計画、青森県では作られているところですけど、先ほど吉田先生とちょっと雑談しましたが、吉田先生が青森にいらした時には、もう第2期が始まっていたということで、これまで期を重ねてがん対策が進んできたと思います。これまで、がん対策推進のために尽くしてくださった方々の積み上げてきたものに、更に皆で頑張っ て積み上げていければなというふうに思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

(司会)

それでは、ここからの進行は、設置要綱第5の第2項の規定に基づきまして、会長にお願いしたいと思います。

(井原会長)

それでは、議事を進めさせていただきます。

次に会長の職務代理者の選任に入りますが、設置要綱第4の第2項の規定により、会長の指名となっておりますので、職務代理者には、県立中央病院の吉田委員を指名したいと思います。が、いかがでしょうか。

【拍手にて賛同】

ありがとうございます。

それでは、職務代理は吉田委員をお願いいたします。

続きまして、報告事項に入ります。

報告事項の1「第三期青森県がん対策推進計画の進捗状況について」及び2「令和2年度がん対策に係る重点事業等について」は、連動した内容のようですので、事務局から続けて説明してください。

(事務局)

がん・生活習慣病対策課 小山田と申します。よろしくお願いいたします。

私の方から、資料1-1、1-2、資料2により、報告事項の1と2を御説明させていただきます。座って御説明させていただきます。

まず、資料1-1をお願いいたします。

冒頭で御紹介申し上げたとおり、本日は、新たに多くの委員の皆様にご参画いただいていることから、計画の進捗に先立ちまして、皆様のお手元に冊子をお配りしている「第三期青森県がん対策計画」の概要について、資料1-1に基づき御説明させていただきます。

本計画は、がん対策基本方針であると同時にがん対策に取り組むための基本指針となるものとして、国の基本計画を踏まえつつ、本協議会において御議論いただきながら、平成3

0年3月に第三期計画として策定されました。

計画策定時における主な課題としては、3番のところですが、がん年齢調整死亡率は、全国最下位、喫煙を含む生活習慣の改善が必要。検診及び精密検査受診率の目標が未達成。がん医療体制の充実。がん相談支援及び情報提供の充実といったことがあります。

2ページをお開きください。

こういった課題を踏まえた目標を設定、また目標と分野ごとに進行管理すべき項目を設定の上、定期的に進捗状況について、本協議会に報告させていただきながら対策・取組の充実を図っていくこととしております。

本計画は、平成30年度から令和5年度までの6年間を計画期間としており、来年、令和3年度に計画全体の中間評価を行うこととしております。

中間評価の際には、改めて委員の皆様のお力添えをいただきたいと考えておりますので、引き続きどうぞよろしくお願いいたします。

3ページ目をお開きください。

ここでは、本県のがん対策を推進する2つの組織について御説明いたします。

1つ目は、皆様、御参画、お集まりいただいている本協議会であり、一部、先ほどの御説明の繰り返しとなりますが、本県のがん対策を総合的に推進するため、計画の策定、推進及び進捗状況に関すること等の所掌をいただいております。

2つ目は、次のページをお開きください。

「青森県生活習慣病検診管理指導協議会」こちらは、主に検診の精度管理を中心とした事項について、例年、御協議いただいているところです。

それでは、資料1-2を御覧ください。

本資料は、先ほど御説明した、青森県がん対策推進計画に掲げられた21の個別項目をがんの部位や、男女別等に細分化のうえ、策定時の状況と直近のデータを比較して、どのようになっているのかということをお示ししている内容となります。

細分化した項目ごとの進捗状況としては、一番上の表のとおり、改善、目標達成が36項目、悪化が14項目、変化なしが3項目。また、データの更新がなかったこと等により判断が困難な項目が6項目となっております。

項目ごとの御説明に入ります。

まず1番、年齢調整罹患率は人口10万対の数値になります。見ると「悪化」というのが非常に目立って見えますが、備考の欄を御覧いただければ、平成28年から全国がん登録が始まったこともありまして、がん登録の精度が高まった。つまりは、本県では、登録されるべき症例がきちんと登録されるようになってきたということもあって、見かけ上、がん罹患率は上昇している可能性が高いということで考えております。

2番目が、喫煙になります。

本計画において出典とする「青森県県民健康・栄養調査」が令和3年度に実施される予定であることから、今の段階では「その他」となっておりますが、参考データとして、国民生

活基礎調査のデータによると、本県の成人喫煙率は低下傾向にある平成25年度、28年度、令和元年度と下がってきている状況であります。

ただ、一方で全国的に見ると、令和元年度のデータにおいても全国2位ということで、いまだ高い水準となっています。

3番目の未成年の喫煙率は改善傾向も確認されますが、一部悪化も見られているところ
です。

ページをお開きください。

令和2年4月から受動喫煙防止への取組を強化する健康増進法の改正により、多くの方が利用する施設等の区分に応じて、敷地内禁煙又は屋内禁煙が義務付けられる等の措置が講じられました。

そういった中で、各施設種別等も改善傾向にはあるものの、事業所のところを御覧いただくと、50人以上、未満共に事業所の数値は目標達成に向けて、まだ相当程度改善の余地があることが確認されています。

改正法の施行は、行政の庁舎、病院、学校等の、いわゆる第一種施設は昨年度の7月から、事業所等の第二種施設は、今年の4月から施行されており、本調査は令和2年1月の実施のため、こちらの事業所を含む第二種施設では、改正施行前の調査結果とはなりません。ただ、いずれにしても、県としても引き続き、制度の周知をはじめ、受動喫煙防止に向けた取組が必要と考えております。

他、6番、7番、8番の野菜や果物の摂取、飲酒、運動等のその他生活習慣に係る項目についても悪化が目立っており、こうしたがんの一次予防につながる対策は、引き続き重点的に取り組んでいく必要があると考えています。

次のページをお開きください。

9番のがんの75歳未満年齢調整死亡率は、こちらも改善傾向にはあるものの、目標の数値を御覧いただくと、まだまだ相当程度の開きがあり、計画の策定時と同様に全国最下位となっております。

その他、各種受診率や精度管理に係る項目は軒並み改善傾向にはあるものの、死亡率の改善につながっているとは、また言い難い状況にあると言えます。

計画の方でも紹介しておりますが、世界保健機構、WHOによると、「がんは約40%は予防できるため、がん予防はすべての対策において、最も重要で費用対効果に優れた長期的施策となる」とされていることから、先に御説明した一次予防に加えて、がんの早期発見につながるこうした検診の充実による2次予防の促進が喫緊の課題と考えています。

なお、一番下の13番の科学的根拠に基づく検診実施市町村の割合は、こちらは、県内では、全市町村が厚生労働省の指針で推奨されている5つの部位のがん検診を実施していることを示しております。

ただ一方で、例えば、市町村の集団検診においては、一定割合の市町村、いろいろ項目はありますが、十数%から半分以上、5割以上の市町村が、指針に規定されていない方法等の

検診を実施しているという結果も確認されております。

次のページをお開きください。

14番のがん診療連携拠点病院については、後ほど御説明いたします。

15番は、国や県が管理するがん情報について、市町村が分析、今後の施策立案等を進めるために利用した実績となります。

まだ2自治体に止まっていますが、全国がん登録がはじまり、平成30年度以降、全国がん登録の情報を活用できる環境が整ったことから、今後、実績も延びていくものと期待しております。

次のDCN、DCO、こちらについては、備考の説明のとおりですが、いずれも数字が少ないこと、届出漏れが少なく、データの信用性は高いということで、改善傾向にあるということが確認できます。

17番と19番は、現状のデータを確認できませんでした。ということでその他にしております。

ピアサポーターさんのところは、後ほど御説明いたします。

20番の緩和ケア実施訪問看護ステーション数については、改善傾向に。

21番は、計画の方にも正誤表を入れておりますが、策定時のデータに誤りがあったことから、お詫びして訂正させていただきます。28年の44人という、ここにある記載は正しい数値であります。数値としては、現状、変更なしということになります。

以上、改善傾向を示している項目も少なからず確認されておりますが、一番下の中間評価のところ、大きな指標である75歳未満年齢調整死亡率は改善傾向にはあるものの、先に御説明のとおり、依然として全国最下位にあることから、引き続き喫煙対策をはじめとするがんの1次予防の推進やがんの早期発見・早期治療につながる対策が必要と考えております。

続きまして、資料2に基づいて御説明いたします。

こうした傾向を踏まえて、課題を踏まえ、県として重点的に取り組んでいる内容を中心に御説明いたします。

資料2の1枚目は、県計画、つまり「がん対策」という視点に基づく分野別の施策となり、赤い部分が、赤字の部分が今年度、県が重点事業として進めている内容となります。

分野としては、1次予防部分では、受動喫煙防止対策

2次予防部分では、働き盛り世代のがん検診と本県において死亡率が高くなっている大腸がん検診に焦点を当てた取組

以上の3つを今年度重点事業として進めることとしております。

ページをお開きください。

取組の一つ目、喫煙防止対策ですが、まさに、今般の健康増進法の改正を踏まえた周知啓発活動が喫煙の課題ということで、昨年度から重点的に取り組んでおり、今年度も、3ページのようなスキームで取組を進めることとしております。

なお、青で塗っているところは、コロナウイルスの感染症の影響によって、今年度、イベ

ント等を中止することとしている取組となります。

次の4ページをお開きください。

精度管理の向上や受診率の増加といった課題に対応するため、5ページをお開きください。1つは、働き盛り世代のがん検診推進事業として、今年度は、真ん中の赤く(1)と書いているところになりますけども、職域におけるがん検診について、市町村におけるがん検診の質を担保するための取組、精度管理を活かした対策を検討するための実態調査を行うこととしております。

二つ目として、次のページをお開きください。

本事業では、75歳未満の年齢調整死亡率が高く推移している一方、早期がんは治癒率が高く、早期発見が重要とされている大腸がん検診、こちらの未受診者対策を行うこととしております。昨年度まで、県が実施したモデル事業の手法、未受診者の方を対象として、便潜血検査と内視鏡検査を実施しております。こちらを用いた、対象地域を広げた事業を進めることとしております。

こうした検診の充実につきましては、有識者の皆様から専門的な知見をいただきながら、今、御紹介申し上げたような取組を進めてきたところであり、先ほど、資料の1-2で御紹介した各データの改善にもつながりつつあるところではありますが、この正しいがん検診を実施する、正しくがん検診を実施する、多くの方にがん検診を受診してもらうということのアセスメント、マネジメント、受診率対策や、次のページの厚労省の指針で推奨されているがん検診の取組、更には、その次の9ページになりますけども、県からの助言・指導の内容となりますけども、今のこの7ページから9ページに掲げられている内容について、関係者の皆様、関係機関の皆様が認識を共有して一層の取組を進め、死亡率の改善を目指す必要があるものと考えております。ここに、県としても課題意識を持っております。

また、弘前大学の福田学長様からも、がん検診対体制の充実に向けた対策を検討する必要性については、御意見をいただいているところです。

次のページをお開きください。

10ページ、11ページの部分を事前資料から項目を追加させていただきました。

取組としては、先に11ページの方を見ていただきたいのですが、こちらの方に御紹介しているような情報サイトを開設して、適時、情報提供させていただいているほか、また10ページに戻っていただいて、昨年度まで、真ん中の欄の下の部分になるのですが、がん相談の充実に向けた取組として、ピアサポーターさんの養成等に努めてきました。県内では、これまでに63名のピアサポーターさんに担っていただいております。

今後も引き続き分かりやすい情報提供を行っていくとともに、ピアサポーターさんが活躍できる機会の拡充等により、がん相談の充実に向けていきたいと考えております。

最後に12ページをお開きください。

こちらは、がん診療連携拠点病院の指定状況の御紹介になります。

御覧のとおり、圏域毎に国、または県指定の医療機関に提供体制を担っていただいている

現状にあります。

駆け足になりましたけども、私からの説明は以上です。

(井原会長)

詳しく説明してくださってありがとうございます。

推進計画の進捗状況についての御説明、それから令和2年度がん対策の重点事業、対策事業、働き盛りのがん検診推進事業、大腸がん検診未受診者対策事業などについてお話いただいたと思いますけども。

ただ今の御説明について、御意見、御質問、ございませんでしょうか。

袴田先生、お願いします。

(袴田委員)

弘前大学の袴田でございます。

今、御説明をいただきまして、資料1-1からはじまりまして、胃がん、大腸がん、肺がんに対しての検診受診、いわゆる二次予防を改善するために、がんの検診に重点的に取り組んでおられることはよく理解できると思います。

更に、がん登録が進んできて、がん登録の精度が上がっているということも資料から伺うことができると思います。

その上での質問なんですけども。

資料1-2で策定時と現在を比べて、がん登録の精度が、確かに非常に上がって参りまして、罹患率が随分と数字が上がっております。

例えば、大腸がんにいたっては、20ぐらい数字が上がっていると。とてつもないぐらい差がございます。その背景を伺いたいんですけども。

いわゆる、登録がよくなかったということの背景には、1つは皆さんが取り組んでおられるような大腸がんの検診の充実等々で発見ができるというのが1つかと思いますし。

もう1つは、がん登録自体が良くなったと。この2つがあるかと思います。

その場合、例えば、診断された時点でのステージの比率がどう変わったかとか。この辺が1つ分かれば、今行って、単に検診が、登録の方が良くなったのか。あるいは、介入が良くなったのか、がん診療ができると思うんですが。この辺の分かるところがありましたら、まずお聞かせいただきたいと思います。

(井原会長)

事務局でよろしいでしょうか。

(事務局)

松坂先生から御回答いただければと思います。

(井原会長)

松坂先生。座ってよろしくお願ひいたします。

(松坂委員)

がん登録を受託している弘前大学の松坂です。

青森県のがん登録と、あと全国のがん登録との比較からお話をしますと、まず全国のがんの罹患率も上昇しています。これは、登録精度の改善が原因だと思われます。

元々、青森県のがんの罹患率と全国のがんの罹患率はほぼ同じ、変わらないような状況でしたが、青森県のがん登録の登録精度が向上するのは、全国よりも速くて、今のところ、全国よりもちょっと罹患率が高い状況ではあります。

ただ、その全国の、全国がん登録の登録精度が青森県に迫り着いてきましたので、全国のがんの罹患率の伸び率が高く、全国が青森県に迫り着いてきている状況が全体的にありますので、これ、凄く、罹患率が高く、凄く上昇しているように見えますけども、全国ではもっと高くなってしまして、主にこの伸び率というのは、登録精度の向上が原因だと考えられます。

ただし、大腸がんに関しては、他のがんが全国と同じぐらいの罹患率であった時から、大腸がんだけ、青森県は罹患率が高いので、これは、おそらく間違いなく、大腸がんの罹患率は青森県は高いんだというふうに考えています。

それから、診断時の病期についてですけども、平成22年、23年、24年、このあたりは全国と比較して青森県は、明らかに早い段階で見つかるがん患者さんが少ないというような感じでした。

ただし、大腸がんに関していうと、診断時の病期が全国と変わりなく、大腸がんに関し死亡率が高いのは、単純にがんの罹患率が高い、がんが多いからという感じでした。

その他のがんも次第に診断時の病期が全国に迫り着いてきていますので、早い段階でのがんの発見というのは増えています。ただ、元々大腸がんは全国と同じぐらい、早期がんの割合は全国と同じぐらいだったので、これは、全国と、過去と現在とほぼ変わりなく、大腸がんだけ特別診断時の病期は全国と変わらないという状況です。

青森県に関しては、大腸がんと他のがんと分けて考えるのがいいかな、というふうに考えています。

以上です。

(井原会長)

袴田委員、よろしくお願ひいたします。

(袴田委員)

ありがとうございました。詳細に教えていただきまして。

もう1つだけお願いしてもよろしいでしょうか。

今、全体目標の第1について質問させていただきましたけども、全体目標の第2、患者本位のがん医療の実現について質問させていただきたいと思います。

全体の構図が検診とそれから生命予後の延長、それから予後というところに、この計画の多くが割かれております。

ただ、このがん対策自体は、現在、罹っている方に対しての策を講じるというのが、この会の趣旨かと思うんですが。その観点から質問させていただきたいのですが。

と、申しますのは、私たちの多くはがん治療を提供する側におりまして、患者本位のがん医療の実現、患者視点でということが大変強く謳われております。

そういった場合、この青森県で、例えば、町を出して恐縮ですが、金木町である方が、がんの症状が出て、その方が、例えば、地域の病院に行かれて、適切な医療を受けるなどの機会が、例えば、2週間とか4週間、一般的に1か月以内に適切な医療機関で治療が始まっているかどうか。標準治療が行われているかといった治療の中身、患者さんの動線に基づいた内容の実現というのは、極めて重要なファクターかと思えます。

と申しますのは、昨今のコロナの影響で、こういった災害が起こりますと、動線が悪い時には、更にそれが増悪して追ってくるのが想定されます。

従いまして、患者医療の本位の項目、2項目、3項目ぐらいございましたけども、やはり、今現在、がんになっている方、予防というよりも、なっている方に関して、動線がしっかりなっているかということも、やはり今後は検討していく必要があるかと思ひまして、次でも結構ですので、御検討いただければと思います。

以上でございます。

(井原会長)

ありがとうございます。

吉田委員、よろしく願いいたします。

(吉田委員)

今の前のお話ですけども、この罹患率が増えるというのは、診断が進歩してくるとがん患者が見つかるわけですよ、今までないものも。どんどん増えてくるのは、診断の進歩、医学の進歩が当然あり得るわけで、ですから、この取り方がおかくして、全国の平均に比べてうちの罹患率がどう動いているか。全国の動きに対して青森県の動きはどうかという比較でないと、やっぱり把握しにくいですよ。

だから、罹患率が増えています、増えていますっていても、先ほど言ったように、全国も増えていますと。それはそうでしょうと、医学が進歩しているからと。こういうことになってしまう。

だから、9番のところで死亡率が減っていますよ、というのがありますよね。罹患率が増えているのに死亡率が減っているよと、これを分かるように関連づけてあげないと、何か罹患率だけを年次的に見て増えているから駄目なんだというのは、ちょっとおかしい評価じゃないかなって思う。

(井原会長)

横山委員、よろしく願いいたします。

(横山委員)

弘前大学の横山でございます。

単純な疑問なんですけども、資料1-1で、(2)ですね。検診受診率を見ますと、各がんとも全国を平均上回っているという事実がございます。

しかしながら、依然としてがんの死亡率は全国最下位であるということは、すなわち、これは単純に考えて、精密検査を受けないというところに繋がっていくということと考えるとよろしいのか。それが1点ですね。

あと、それと関連するんですけど、資料2の7ページですね。がん死亡率減少のためのがん検診の3本柱。これ、がん検診だけ受けても、その後の精密検査とといいますか、受診勧奨ですね。精密検査を受けるというところの対策をもう少し見つけていった方がいいのかなと思いつつながら、報告を聞いておりました。

この辺については、将来、対策を立てていくかということももしございましたら、教えていただきたいなと思います。

(井原会長)

ありがとうございます。

罹患率、死亡率のお話から、精度管理の話まで、少し進んできているところだと思いますけども。

先生、よろしく願いいたします。

(齊藤指導監)

今の御指摘、非常に重要だと思います。

先生がまさに御指摘された資料2の7ページですね。これが、がん死亡率を減らす要件なんです。

今のところ、死亡率、がん死亡率を減らすということに対してエビデンスがある、あるいは実績がある方策というのは、喫煙対策とがん検診しかないですね。これは、WHOのシヨナルがんサブコントロールプログラムというもので、エビデンスベースのレビューからまとめられていて、最近、アップデートして、ごく一部の一次予防について、その下のラン

クであげられていますが、基本的には、一次予防はがん死亡率の減少には、まだ付加的な意味しか認められていない。従って、がん死亡率減少のための対策というのは、欧米、特にヨーロッパでは、がん検診が行われていますね。

そこで、死亡率が下がっている国と下がっていない国があるんですが、その下がっている国での要件が、この3つなんです。

先ほど、先生がおっしゃった受診率が高くても死亡率が上がらなくなれば、これは、誤解があって、死亡率をあげる、あげると連呼していますが、例えば、乳がんの臨床試験でカナダの試験ですが、88%から89%の受診率で、1.04なんです。つまり、死亡は0点幾つなんですけど、ひとつも下がってないわけです。

これは、何故かという、実はマンモグラフィの写真的精度、管理の精度は30点しかいってなかったんです。これが原因なんです。

だから、先生がおっしゃったように、質の悪い検診をいくら受診させても役に立たないどころか不利益しか残さないということは、これは立派な事実が、ここから出ているデータがあるんです。

青森県では、そういう意味で、国もそういう精度管理を重視した取組みが平成20年の局長通達が始まっていますが、青森県は、遅ればせながらではありますが、その精度管理体制の整備が、ここ7、8年、かなり取り組んできていて、それが資料1-2の3ページ目に指標が出ていましたが、体制の整備が、下段のこの平成28年と平成30年の、これはがん検診の体制整備がなされた自治体の割合がこれということですね。

とはいっても、まだ全国ランクからいくと、20数番目で、中位で上位にはいません。しかし伸び率は非常に高いわけです。

ですから、この取組は、進行中ではありますが、一定の成果をあげているという評価ができると思います。

青森県は、では何が問題かという、先ほどの7ページに戻りますと、私は、これ、ホップ・ステップ・ジャンプと呼んでいるんですが、科学的根拠ですね。この科学的根拠がない検診はあり得ないのですが、日本全体では針外検診が87%で行われている。青森県もその例外ではないと。ここの修正ができないといけないと考えます。

そのことにより、例えば、大腸がん検診につなぐべき、自治体のマンパワーとかりソースが割かれてしまって、散漫な実施になってしまっているということが、やはり効果を妨げている1つです。

ですから、県の取組は、正しい方向で行っていますが、今後は、このホップ・ステップ・ジャンプの、この7ページの要件をよくよく県内の関係者が共有して、この指針に沿って、県のがん対策の方針に沿ってきちんとやっていただきたいということが、非常に重要な意見ではないかと考えています。

(事務局)

了解しました。ありがとうございました。

(井原会長)

田坂委員、よろしく申し上げます。

(田坂委員)

弘前大学の田坂ですけども。

私も基本的な疑問なんですけど。

いろんな課題に対して取り組む、死亡率、がんの死亡率を見るということが正しいと思うんですね。極端な話、早期発見とか、その辺、検診が1つも進歩していなくても、治療が進歩すれば死亡率は下がるわけですので、先ほど松坂先生がおっしゃった早期発見、そのような指標をしていった方が、検診の効果というものを見るよりもいいんじゃないかと思うんですけども。斎藤先生、いかがでしょうか。

(斎藤指導監)

私からよろしいですか。

(井原会長)

よろしく申し上げます。

(斎藤指導監)

今、ちょっと、確認させていただきたいんですが、先生がおっしゃったのは、死亡以外の指標で、ということをおっしゃっていましたか。

(田坂委員)

例えば、検診とか、一次予防についてもそうなんですけども。死亡、がん死亡、死亡率というのが、例えば低下する、何かに取り組んで低下するまでに、例えば、1つには、凄く年月がかかるわけですね。一次予防、何年もかかる、あるいは何十年もかかると思いますし、または検診の効果にしても、死亡率は治療が進歩すれば死亡率は下がる。ですから、早期発見率とか、そういったものを指標にするのがいいのではないかというふうに思うんですが。

(斎藤指導監)

まずですね。治療が進歩しても死亡率が下がるとは限らないですね。

何故かという、臨床診断がんと、それから健常者のがんのスペクトルが違うんですね。検診の方では、過剰診断というのがありますので、治療の進歩がそちらに向けられても、死

亡率の減少に寄与しないという場合があります。

そのことも含めて、死亡しかポイントになり得ないと。

ただ、先生御指摘のとおり、死亡の結果が、死亡率へのインパクトが出てくるまでには時間がかかります。そこで中間指標が必要なわけで、そのために、こういった、先ほどの指標にありました、体制がどのぐらい整っているかという、いわゆるストラクチャー指標なので、その後にパフォーマンスを見るプロセス指標、これは発見率等々ですね。

それをつなげて、今現在、良い方向に行っているかというのがプロセス指標ですね。その上で死亡率のファイナルの指標として見るといった、その2つがつながる検診とつながらない検診があるので、そこはやはり科学的根拠が臨床試験で示されているかどうかで判断すると。

(田坂委員)

中間指標として、受診率ではなくて、むしろ診断されたがんの中で早期がんが占める割合とか、その辺はどうでしょうか。

(齋藤指導監)

これは、例えば、大腸がんの場合は、ストレートにこれが中間指標等にダイレクトに死亡率へのインパクトにつながるということがほぼ分かっているんです。

ただ、例えば、極端に分かりやすい例をいうと、前立腺がんは、いわゆる過剰診断と申しますか、例えば、甲状腺でいうと9割以上なんですね。甲状腺、99%という推計値がありますが。そういうものは、ステージというのは全くあてにならないとなるわけですね。

ですから、大腸がん県内のステージ分布を見るというのは、これは凄く意味があることで、実際、国際的にも認められていることなんですね。

一方、他のがんでそういうのは、あまりない。例えば、乳がんの過剰診断は物凄く多いので、そういったステージを指標にすると過大評価になってしまう。そういうコンセンサスが国際的にありますね。

(井原会長)

議論が大分深まってきましたけど、少し、確認、1つ、患者本位という話がテーマに出たと思いますけども。医療の観点からアクセスということもあると思いますし、今日は、ピアサポートの委員もいると思いますけども。関連する委員、または事務局の方から何か追加でもコメントいただけませんかでしょうか。

(事務局)

確かに、今、委員の方々から御指摘がありましたように、患者本位のがん医療の実現というところは、正直、こちらの方でも思っておりました。

それで、来年度、がん対策推進計画の中間評価が行われるということですので、その中で、いろいろ、本日お示ししたものは、もう既に決まっている指標とかになっておりますので、来年度の見直しの時に併せまして、指標を高めるところを再度検討していきたいというところで考えておりますので、本日、いただきました御意見を来年度の中間評価の見直しの時に参考にさせていただきたいなと思っております。

その他に罹患率とか、死亡率のところもいろいろお話がありましたけども、それにつきましても、どういうふうな形で、何の指標をどうすればいいのかということも併せて、がん対策の大元であります、がん対策推進計画の中でいろいろ協議していきたいなと思っておりますので、よろしく願いいたします。

(井原会長)

榎谷委員、お願いいたします。

(榎谷委員)

青森県看護協会の榎谷です。

日頃よりお世話になっております。

情報不足で申し訳ないんですが、少し教えていただきたいんですが。

資料1-2のところの21番の基盤整備の人材育成のところです。

がん関係の認定看護師の数が28年から元年までで変化なしとなっているんですけど、このがん関係の認定看護師の中には、どういう認定看護師が含まれているんでしょうか。

(事務局)

こちらは、厚生労働省への報告様式で報告をいただいている内容を基に計上しております。

例えば、日本看護協会がん化学療法看護認定看護師、がん看護専門看護師、がん性疼痛看護認定看護師、化学放射線療法等看護認定看護師等々、様々な緩和ケアの看護師さんを含めてカウントしております。

(榎谷委員)

がんに関わる認定看護師は、例えば、緩和とか化学療法とかがん性疼痛とか、乳がんとか、専門家の育成していますけども。東北・北海道の中では、単純に数だけ、北海道除いて東北の中で比較すると、本県はがんに関わる認定看護師、専門看護師は、最も少ないという状況にありますので、やはり、今、患者本位の、というふうなところでいけば、人材育成もがんの認定看護師とかを拠点病院中心にどう育成し、それをどう圏域で回すかとか、というふうなことも是非進めていただければいいと思います。

以上です。

(井原会長)

事務局、よろしいでしょうか。

(事務局)

そうですね。看護師育成については、医療薬務の方の所管ということになりますので、医療薬務課の方にも情報提供しながら。

あとは、県立保健大学でがんの認定看護師ということの育成もやっていると伺っておりますので、そういった動きも捉えながら、今、先生からいただいた御意見は参考にしていきたいと思います。

(榎谷委員)

ちなみに情報提供ですけど、乳がんの認定看護師は、東北の中で最も少なく、本県は3名です。少ないんですよ。

以上です。

(事務局)

ちなみに、その3人の看護師の方は、拠点病院にいらっしゃるのでしょうか。

(榎谷委員)

拠点病院にあります。

(事務局)

分かりました。

(井原会長)

非常に有意義な議論が進んでいると思いますけども、先ほどちょっと、私、聞き逃したのかもしれないけども。精密検査について、少し、精度管理とともに精密検査についても、少し事務局の方でコメントをいただければと思うんですけども。

(斎藤指導監)

これは、精度管理の核ですね。

これ、実は、個別目標に、基本計画の個別目標に格上げになっていまして、今、90%という数値までになりました。

それでも、青森県の現状は全国平均値より少し上というのが現状です。

乳がんが高くて、90弱ぐらいあると思うんですが。特に大腸がんが75%ですね。これ

を目標値90%クリアするというのは、一番取り組むべき課題で、県もそういったことで自治体への教育研修、それから実際の精検の受診率を上げるための取組というのが分かっているのですが、精密検査を受けろ、受けろと連呼しても、これは効果がないですね。精密検査未受診とされた方が、実は受けていたけども、きちんと報告されていないことも未把握というものになりますね。未把握と未受診ときちんと分けないといけない。それぞれへの対応も違いますので、その分類をきちんとやるということから、青森県は取り組んできまして、今、その5分類が少なくなっているということが分かります。そういうことで90%を目指しているという現状ですが、まだ少し届いていないというところかと思います。

(事務局)

補足してですけども、資料2の9ページを御覧ください。

その中で市町村のやる検診、この会議ではありませんが、別な会議の方で市町村のがん検診、いろいろ助言するような形になっているんですが、この中の2の(4)のところに、精密検査のところを記載しておりますけども、このような形で市町村の方には、精検受診を個別検診で受けるように働きかけしている状況です。

(井原会長)

ありがとうございます。

罹患率、死亡率の話から、精度管理、患者本位、医療のアクセス、非常に議論が深まったと思いますけども、検診が充実してきた中で、一定程度の進捗は認められるけども、青森県のがん死亡率の現状を踏まえますと、なおも対策を進めていかなきゃいけない状況があったということがよく分かりました。

斎藤指導監からは、いろいろコメントをいただきましたけども、本県の課題、それについて何か追加等ございますでしょうか。

(斎藤指導監)

既にもう、コメントしましたが、実は日本中ではがん検診の成果が上がっている県がないですね。それから、先ほどの要件を満たしているという県もありません。滋賀県は凄い取組を進めていますが、いずれにしろ、まだ成果が上がっているところはないですね。

ただ、要件ははっきりしていて、繰り返しますが、ヨーロッパのWHOやそれから国際科学研究機関が出している資料を見ますと、要件をどれだけ満たしているかによって死亡者が下がる、下がらないが決まっているというのは一目瞭然の結果なんですね。

ですから、日本全体で上手くいかななくても、青森県でその要件をきっちり踏まえてやれば、独自に成果を上げるということは十分可能なわけですね。

そういう意味では、ホップ・ステップ・ジャンプと言いましたが、このメカニズムをはじめ、県内の関係者が皆共有して、それできちんと要件を満たした取組をすれば、青森県独自

に単独で成果を上げるということは、十分可能だというふうに考えています。

この協議会では、精度管理の課題も扱っていますが、その前段階である一丁目一番地である科学的根拠が重要だということの周知が更に加われば、成果に向かっていくのではないかとこのように考えています。

(井原会長)

そのような認識を関係者が共有することが、青森県において成果を上げていくことだというふうに伺いました。

何かそういうことができるようなものを県としても示すことを考えていくことが大事なのかなと思いますけども、皆様、いかがでしょうか。

吉田委員。

(吉田委員)

今のお話は非常に大変なことだと思うんですけど。

要するに、私もここに来て10年になりますけども、最下位がずっと続いていますよね。いろんなところで、いろんなことが問題点だと言われるんですけども、どれがキーなのか、どれが一番悪いのか、どれが一番効いているのか、どこをいじればいいのかということに関しては、皆、総花的な対応しかしていないので、やっぱり選択と集中とか、あるいは基本的な戦略を見直していくことをしていかないと、例えば、これから高齢化社会がどんどん進んでいく。あるいは非常に環境が変わっていく中で、やっぱり国の指針どおりひたすらやっていけばいいというものでもないと思うので、やっぱりそういうところは、新しい視点から、そういった問題意識を県民なり、県の皆様が指導していくということは、非常に大事なことだと思うので、もし可能性であるのであれば、そういったところを是非作って、この現場の我々とは違う立場から、いろんな意見をいただければいいんじゃないかなと思います。

(井原会長)

ありがとうございます。

事務局、いかがでしょうか。

(事務局)

今、吉田先生の方からもお話がありましたけども、どこに力を注いでいけばいいのか、方向性を示すようなことを考えるべきではないかという御提案をいただいたと思っておりますので、検討していきたいと考えております。

(井原会長)

この件については、がん検診にも関わることだと思います。所管する青森県生活習慣病検

診管理指導協議会ですね。こちらでも、引き続き御議論いただくよう、事務局の方で調整していただきたいと思います。

よろしく申し上げます。

それでは、委員の皆様からの意見を踏まえ、引き続きがん対策の充実に向けた検討、取組を進めていただくよう、よろしく願いいたします。

続きまして、先ほど、袴田委員の方からも少しお話が出ましたけども、報告事項3、「新型コロナウイルス感染症に対応した、がん患者に関わる医療提供体制について」を事務局から説明してください。

(事務局)

資料3に基づきまして御説明させていただきます。

こちらは、医療機関の皆様の方には、既に国の方から情報提供通知があったかと思いますが、情報提供という趣旨で改めて御説明させていただくものです。

4月付けの事務連絡になります。

主に下線部部分が考え方として示されており、

・がん治療を受けているがん患者の新型コロナウイルス感染症に罹患した場合には、がん治療を中断し、新型コロナウイルス感染症に対応した医療機関への入院を原則とする。

・②のがん患者がかかりつけではない医療機関に新型コロナウイルス感染症の治療目的で入院した場合には、患者のがん治療の主治医と連携し治療を行うこととする、ということが示されておりますので、この機会をいただいて情報提供で御紹介いたしました。

以上です。

(井原会長)

ただ今の御説明について、御意見や御質問、ございませんでしょうか。

幸い、青森はまだコロナウイルスの患者は少ないので、がん患者さんの方には、それほど大きな影響は出ていないでしょうか。

いかがですか。がん患者さんでコロナに罹ったりとか、そういう話は青森県はありますか。

(事務局)

コロナに感染した方の詳しい情報というのは、私共の方には把握していないということがありますので、おそろくないのではないかなと思っております。

(井原会長)

ありがとうございます。

委員の皆様方、よろしいでしょうか。

続きまして、議事の青森県保健医療計画（がん対策部分）の中間見直しについて、事務局から説明してください。

（事務局）

県のがん・生活習慣病対策課のがん対策推進グループマネージャーをしております野田と申します。

青森県保健医療計画の中間見直しの話題に入る前に計画の概要について、私の方から御説明させていただきたいと思います。

皆様のお手元にお配りの参考資料を御覧ください。

青森県保健医療計画、平成30年4月に策定されたものですが、このがん対策の部分を抜粋したものとなっております。

まず、この青森県保健医療計画は、医療法に基づき都道府県が定めることとされている、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を図るための基本計画となるものであり、私共のがん対策の指針としております第三期青森県がん対策推進計画をはじめとした健康福祉の各種計画と整合性を持っています。

特に健康寿命に大きな影響を及ぼす生活習慣病等に対応するため、いわゆる5疾病5事業及び在宅医療に係る医療連携体制の構築と保健医療体制の推進として、がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、あとは精神疾患といった各種疾病分野に応じた保健医療体制の内容が盛り込まれているものとなっております。

がん対策につきましては、この表紙を開きまして2ページ目の目次を御覧いただければと思うんですが。第2章各論の中の第1章医療連携体制の構築の中の一番最初の第1節に記載されています。

それでは、目次の方をお開きいただきたいと思います。

まず、第1、現状と課題としましては、(1)としまして、がんの予防のための生活習慣の改善の必要性。

(2)として、がんの早期発見・がんの診断のためのがん検診の内容とその精度管理の必要性。

(3)のがん治療につきましては、各種療法の内容とその充実の必要性。

ページをおめくりいただきまして、

(4)緩和ケアにつきましては、まず、がんと診断された時からの精神的なケアも含めた緩和ケアの必要性。

(5)のがん治療後のリハビリ、フォローアップ在宅医療のあり方については、がん患者の方が住み慣れた地域で安心して暮らせるためのこういったリハビリ等の在り方について記載されています。

(6)の本県の現状につきましては、先に御説明しました資料1-1の内容と重複しておりますので、割愛させていただきます。

もう1つ、ページをおめくりいただきまして、通し番号、下の方に「106」と記載されているページを御覧いただければと思うんですが、ここに③としまして、がん(悪性新生物)による受療率とか、④として、平均在院日数、がんにより入院された日数。⑤として、在宅等死亡割合につきましては、がん対策推進計画には記載されない内容となっております。

③の受療率と④の平均在院日数ですが、平成26年までのデータしか載っていないんですが、直近のデータは、平成29年となっております。確認したところ、受療率、平均在院日数共に青森県が全国を上回っているという状況というか、その傾向は変わっておりませんでした。

次、またページをおめくりいただきまして、下の方にページ番号109と記載されている圏域のページを御覧いただきたいと思います。

この圏域の医療提供体制につきましては、当時はこうだったのですが、今は資料2の、先ほど御説明した資料2の12ページに記載されておりますように、令和2年4月1日時点の県の指定する病院も増えてきておりまして、今は、この時よりももう一步、医療提供体制の充実というところに近づいたかなとは思っております。

袴田先生が先ほど御指摘してくださった、担当者の方がアクセスということにつきましても、病院は圏域にバランスよく配置されることによって、住んでする場所に関わらず、医療の均てん化といいますか、地域間の格差がない医療を提供できるということにつながるのではないかと考えていたところです。

続きまして、ページ番号110からは、第2、施策の方向としまして、

(1) がんの予防

(2) がんの早期発見

(3) として、がん医療の充実といった項目ごとに、目指す方向性、目標、施策、それぞれ記載されています。

目標設定されている各種指標は、第三期目の計画と基本的に同じものとなっております。

ページ番号113、114を第3、目指すべき医療機能の姿というところを御覧いただければと思います。

ここには、がんの予防、がん治療、がんの療養支援といった区分ごとに機能、目標、担い手、そしてそれぞれの担い手の役割や機能を一覧表で記載しております。

がんの治療や病院支援に対応可能な県内の医療機関のリストは、県医療薬務課の医療計画のホームページで確認することができます。

ページ、114、上の方は、縦軸に医療機能、横軸に時間の流れを、がんの予防から早期発見、治療、在宅療養等までの一連の流れにおける医療連携体制のあり方というものが記載されています。

これらは、いずれも、医療計画を策定した際に国から示されたひな形を参考に作成したものを協議会で御承認いただいたものとなっております。

以降、115から119は、国が参考数値的なものを含めまして示した指標の一覧となっ

ております。

非常に字が小さくて見づらいものとなっておりますして申し訳ないと思っております。

特に重要であると判断したものについては、第三期青森県がん対策推進計画でも目標設定しながら、その進捗を管理していくところになっております。

説明は以上となります。

(井原会長)

どうもありがとうございます。

ただ今の説明について、御意見や御質問はありますでしょうか。

青木委員、よろしく願いいたします。

(青木委員)

弘前大学の青木でございます。

非常に分かりやすい御説明ありがとうございます。

青森県、6医療圏域があるわけですが、都道府県、あるいは県の指定によって圏域あまねく拠点病院があるという御説明でしたが、普段の診療体制については、目標は100%ですが、今は83.3%であると。何が足りないのか。具体的にもし分かれば教えていただきたいなど。

(事務局)

83.3%というのは、6圏域ごとに国の指定を受けている拠点病院、もしくは地域がん診療病院が6圏域と保健圏域にしかないと。残り1圏域はどこかといいますと、五所川原圏域というか、西北五圏域になっております。

つがる総合病院が、この4月から県の指定を受けておりまして、国指定の病院に向けて、今、一歩踏み出したところかなと思っておりますので、つがる総合病院の動向というか、状況をこちらの方も加味しながら、将来的には、国の指定を受けられるような医療機関ということになってもらえればなどは思っているところです。

(青木委員)

分かりました。ありがとうございます。

(井原会長)

田坂委員、よろしく願いします。

(田坂委員)

弘前大学の田坂ですけども。

ちょっと聞き漏らしたかもしれないんですが、平均在院日数、これは、全国平均の倍とかになっている原因というのは、どういうふうを考えているんでしょうか。

(事務局)

すみません、要因までは、なかなか分析、持ち合せていないんですけども。

ちなみに、今、平成29年度の一番最新のものでは、青森県の総数40.1とありましたところが24.1、病院も24.2とかなり他県にも近いような数字になってきております。

(井原会長)

よろしいですか。

ちょっと確認、医療計画について御説明いただいたんですけども。中間見直しについて、もう一度お願いします。

(事務局)

続きまして、私の方から資料4に基づきまして、今、御説明申し上げた保健医療計画、がん対策部分の中間見直しについて、基本的な考え方のところを御説明させていただきます。

経緯としては、こちらの御説明したとおり、医療計画の期間というのが、平成30年度から令和5年度まで6年間とされております。

現行計画の3年目に当たる今年度、令和2年度中に中間見直しを行うこととされております。

本県の対応として、(2)のところですけども、計画の全面改定は行わず、計画見直しの必要があれば、その分のみ追加、変更することとしております。

先ほども御紹介したとおり、他分野にわたるものですから、この協議会では、がん対策部分の見直しについて御協議いただくということになります。

協議事項は、下の2番の(1)の計画の取組状況・評価、(2)の国の構築指針の変更点、(3)現計画策定後の状況変化、こちらを踏まえて中間見直しが必要かどうかを判断することになります。

2枚めくっていただくと、3ページ目がスケジュールになります。本日の協議会を踏まえて、検討が進むということになって参ります。

次に、こちらが中間見直しに向けた事務局の考え方ということになります。

まず、現計画の取組状況・評価の部分は、先ほど、資料の1-2で御説明申し上げたとおり、現計画の目標及び施策に引き続き取り組むこととし、現計画の変更は行わないとしております。

国の構築指針の変更点につきましては、5疾病のうち、がんに関する医療提供体制、こちらは国の計画の中間見直し後も現在と同様の指標を継続して使用することとし、次期計画に向けて、次の国の計画の策定と並行して、指標等の見直しを検討することとされております。

す。

以上を踏まえて、国においても特段の変更がないことから、こちらの計画の変更は行わないという整理結果を記載しております。

最後に現計画策定の状況変化ですけれども、こちらも現計画の見直しを要する法改正等はないため、変更は行わないという整理にさせていただきます。

なお、新型コロナウイルス感染症対策に対しては、5疾病5事業及び在宅医療の対策ごとに計画の見直し等を行わず、必要な対策等については、各協議会の中で適宜協議を行っていくものとされております。感染症対策として、総括的に計画に記述することを想定しています。

なお、第三期青森県のがん対策推進計画の方は、先に御説明したとおり、令和3年度、中間評価を行う予定としています。

以上です。

(井原会長)

ありがとうございます。

参考資料の方の青森県保健医療計画のがん対策部分の御説明をいただきまして、それについて、医療法の方で3年目にあたる令和2年度中に中間見直しを行うということにはなっているけれども、この資料の4の一番最後にあるように、事務局としては、今、御説明していただいたような理由で計画変更は行わないというお話だったと思いますけれども。何か御意見、御質問、ございますでしょうか。

榎谷委員、よろしく願いいたします。

(榎谷委員)

大きな計画の見直しは行わないというふうなことなんですが、先ほどお話ししました人材育成の認定看護師のところですけども。現状では、増えていない状況がありますので、数値目標を入れていただくとありがたいなと思うんですけど。

がん拠点病院にこういうがん関係の認定看護師を何名みたいな形の数値目標を入れないと、これは増えないかな？という気がするんです。

なので、ある程度の数値は出せるのではないかと思いますので、見直しで、そこを入れていただければ嬉しいと思います。

(井原会長)

ありがとうございます。

事務局の方。

(事務局)

来年度、この第三期がん計画の中間見直しが予定されております。その際、今、榎谷先生から御意見を頂戴した、がんの認定看護師について、今は単純に増加ということが目標値になっているところを具体的な数値目標を載せるということについては、検討したいと思えます。

その時は、またいろいろと御意見の方をいただきたいと思えます。

(井原会長)

ありがとうございます。

他にはいかがでしょうか。

袴田委員、よろしくお願ひします。

(袴田委員)

資料4の2枚目を見ますと、全体の医療計画の内容が書いてありまして、例えば、がん医療の扱う範囲が非常に広くて、検診から医療体制の供給、あるいは緩和ケアといったようなところまで。例えば、急性心筋梗塞対策協議会とは大きな違いかと思えます。

すなわち、適切な集約化と適切なアクセスと、それを思うと、非常に急性心筋梗塞の場合には分かりやすいと思うんですが。がんというのは、かなり、例えば、医療供給の体制においても、その中身ですね。例えば、放射線治療がしっかり行われているかどうか。がん診療が適度に集約されるものは必要でしょうけども、例えば、大腸がんはうんと広くやらなくちゃいけないとか。がんによって、青森県の医療圏の中で適切に行われているかどうかということについて、以前の医療計画では、地域ごとの施設の充実度についても、記載した時期があったかと思うんですが。現在、大きく医療介護が変わってきて、例えば、検診率だけで言いますと、先ほど斎藤先生の方から、ある一定の方向性を示されたと思うんですが。実際にそれが、内視鏡ができるマンパワーや人材など、方向性が出た時に人がいなければ出来ないことが多々あるわけです。検診もしかりですし、それから、外科医療の場合は、人の集約が進んでいますので、二次中核病院あたりが受ければいいのかもかもしれません。

しかし、もう少し広く診断、アクセスとなると、やはり一般診療としての内視鏡治療、検査がちゃんと出来るところがあるのか。その辺に踏み込んでいくと、実は青森県は結構厳しいのではないかと、実感として思っております。

そういった医療機能について、がんの医療機能について踏み込んで議論とするというのは、なかなかこういう場ではしばらくかなとは思ってはいるんですけども。

例えば、開業医の先生が担われる役割とか、私共のような大学といったような施設と、どう手を携えてやっていっていいのか、ちょっとなかなか、普段、お話する機会もございませんし、そういった医療機能についても踏み込んだ、青森県エリアごとのとか、アクセスの問題がありましたけども、その議論というのは、どの水準で今後行われていくようなもので

しょうか。

全例を変えるような中で、各施設のがん拠点病院を増やしましょう。8つあります。県の施設があります。こういう現場は、非常に出来ると思うんですけども。中身の部分というのは、なかなかここまで出てこないところがあると思うんです。

ちょっと、この場の議論になるのか、あるいは別のところで議論されるのか、それも含めて、がん医療、検診の原資といいますか、その体制に関するもの、充実に関する議論というのはどこで行われていくものなんでしょうか。

(井原会長)

今日、各診療科の委員の方にも来ていただきましたが、がん医療の大きさというのを改めて感じるどころですが。そういうところを考えていけばいいのかということ。

(袴田委員)

そうです。

例えば、緩和医療をいつもお願いする施設があつて、専門的にやっているところもあれば、日常の中でやっているところもあるでしょうし。緩和といった1つの視点でも、おそらく地域の状況だとか、充実だとか、違うでしょうし。私たちの外科医療の場合でも、どこの病院には、どういう先生がおられて、どういったことが出来るのか把握しているわけです。

ないものは、専門、集約して県病さんをお願いするとか、大学であるとか、ということもありますし、一般的な医療であれば、ここはちょっと出来ないから、お互いに協議しましょうということが内々に動くことはやっていると思うんですけども、そういう医療機能に関するところというのは、検診をする上でも、診療をする上でも非常に難しい問題ではあるんですけども。それが分かってきますと、医療機関としては、地域病院は患者さんを送るような立場にいますので、こういうニーズなんだということも言うこともできますと、地域医療対策協議会との話にもつながっていきますし、どのようなウェイトが地域に必要なのかということも少し明らかになってもいいような感じがしますが。

ちょっと難しい質問で。

(事務局)

これまで、がんに関する協議会につきましては、このがん対策の協議会のほか、生活習慣病検診に関する協議会が、検診の精度管理であるとか、それ以外にも検診の方向性などについて機能してきたところでございます。

あと、拠点病院につきましては、吉田先生のところで拠点病院を集めた会議を開いていたり、がんとしては、大きくはその3つの会議がございますけども。どちらかといいますと、がんの医療機能に関するものについては、非常に多岐に診療科がわたるということもありまして、こちらの協議会の方で議論してきたところではあります。

ただ、どんどん議論を重ねていくにつれて、恐らくその内容というのは、もっと深掘りされてきて、いろんな課題が今、出てきているのかなと。これまでの対策だけでは難しいものについても、どのように進めていくべきかを考えなければならなくなってきたということではないかと思っております。

これまでは、どちらかといいますと、我々では各診療科の講座の先生方のところに、この部分はどうか？など、会議というよりは、直接に関係する大学の先生のところにお話を伺っていただきながら体制を検討してきておりますが、その講座の先生方とも連携といいますか、話し合い、医師会であったりとか、いろんな他にも関係する方々と、そういった調整する場も必要ではないかというようなお話ではなかったかと思っております。

その辺も含めて、今後のあり方などについても、今、早急にどうというお答えはすることは出来ないんですが、我々の中でも、1つ考えていく必要があるかなとは思っております。

実は、青森県のように、こういった各診療分野ごとに、5疾病5事業などの単位で会議を行っているところというのは少なく、他の県はもっとまとまった形でやっていますが、我々は、分野ごとがいいなということでこのようにしてきたんですけども。ただ、その中でも、確かにがんというテーマは、非常に幅広くございますので、また1つちょっと考えていく必要もあるのかなというように思いました。なかなか、まとまった答えでなくて申し訳ないんですけども、そのように感じております。

(袴田委員)

どうもありがとうございました。

(井原会長)

鈴木委員、よろしく願いいたします。

(鈴木委員)

県医師会の鈴木でございます。

時間が押していると思いますので、簡単に申しますけども。

私は八戸なんですけども、先ほどのモデル事業をやった青森市、弘前市に比べて、内視鏡医が少ない地域でございます。例えば、胃がんの内視鏡検診も現在も将来的にも難しいのではないかと考えているぐらいなんです。

ですから、地域によって、そういうマンパワーの差というのが明らかでございますので、その辺をやはり把握した上でこういう事業といいますか、計画を進めていただければありがたいと思っております。

以上です。

(井原会長)

ありがとうございます。

田坂委員、よろしくお願いいたします。

(田坂委員)

すみません、時間も押して申し訳ないんですけども。

先ほどの資料4の2ページの図を見ますと、がんと、例えば、在宅医療、これは在宅医療は5事業、在宅医療の方に括られているわけですね。そうすると、例えば、退院患者、がん患者の平均在院日数、青森県は高いとか。そういうことというのは、結局、在宅で看取りとか、そういうことも進んでいないんじゃないかと思うんですけども。がんと在宅、違うところで議論されていると。そこの立てつけというか、そういうのはどうなんだろうかね。

(事務局)

今、先生から御指摘いただいたとおりだと思います。

がんの患者の方の在院日数が多いということは、やっぱり在宅での看取りという体制があまりないんじゃないかという御指摘、そのとおりだと思います。

そういうような視点での見方というのも、もしかしたらちょっと薄かったのかもしれませんが、今日いただいた御意見を参考に、今後の方向性を改めて考え直したいと思っております。

(井原会長)

下山委員よろしくお願いいたします。

(下山委員)

私たち、がん検診をやっている立場の意見です。

皆さん、どれぐらい御存知か分からないんですけども、コロナのお陰で、今年春からの住民検診でがん検診を受ける人は、4割ぐらい少ないので、いろいろ受診率ということでいくと、なかなか今年のデータに関しては難しいのかなと思います。

弘前市なんかは、全部個別でやっていますから、受診率、全く評価できないような状況になっているのかなと思います。

来年度以降に向けて、実際、県の方からがん検診に関して、コロナがクラスターになる危険がないからやりなさいとか、そういった働きかけとかをやっていってもらえると、受診率が少しでも上がるのかなと思いますので、よろしくお願いいたします。

(井原会長)

事務局、よろしいですか。

(事務局)

下山委員の方からお話がありましたけども、当初は国の方からクラスターが発生するのに控えるようにというのがありましたけども、解禁されましてから、うちの方から各市町村の方にもきちんと検診は実施するようにと、その対象から漏れた場合でも必ず受けれるように体制をとってくれ、というような形での周知をしております。

また、その他に国の方から検診を受けましょうというチラシが来ておりますので、それをいろんな場面で一般の方にも配布するなど、できるだけ検診は受けるようにというような形での普及は、今のところ、積極的に進めている状況となっております。

(井原会長)

よろしいでしょうか。

非常に多岐にわたる議論が出たと思いますけど、今、1つ前の話に戻りますと、青森県がん対策推進協議会設置要綱を見ますと、私たちは何をするのかということが書かれているんですけど。改めて第2項の中で、青森県がん対策に関する事ということが総合的に論じる場であるということが、検診も含めて、今日は確認出来たのかなと思いますし、大変大きな論点、医療計画をどうするのかという、まさに、今日、中間見直しのお話をやりましたけども、本当に今日、充実した議論が行われたのではないかと思います。

すみません、ちょっと時間が押してきていますので、ここでそろそろ会議を終了したいと思いますけども、よろしいでしょうか。

どうぞ。

(佐々木委員)

茶話会 f a c e の佐々木と申します。

先ほど、ピアサポーターの普及というところで、改善というお話がありまして、そして、その事業の中のスキルアップ研修会などの研修をしてきてくださった点についてなんですけども。

がん患者団体等連絡会議、2年くらい行われていない状態で、是非また連絡会議の方をしていただきたいと思うのと、スキルアップ研修会についてですが、今、がん教育の外部講師という点で、ピアサポーターも力添えできる点があるのではないかと考えているのですが、その点で、ピアサポーターの研修を受けたからといって、すぐできるものではないので、スキルアップ研修会におきまして、是非、外部講師となるような、例えば、一次予防の点で生活習慣病という言葉自体でも、どう使ったら良いかということにおいても、大変センシティブな言葉だと思うんですね、がん教育においては。

なので、外部講師となるにつきましても、その研修が必要だと思いますので、是非そのような研修も含めて考えていただきたいということと、がん患者団体等連絡会議を復活していただきたいという思いがあるので、よろしくお願いします。

(事務局)

がん患者等連絡会議の開催につきましては、確かに昨年度一度も開催しておりませんでした。

今年度につきましても、新型コロナの影響もありましたが開催します。病理の駆け込み等もありますので、その状況を見極めながら、がん患者の皆様の御意見というのは、必ず吸い上げなければいけないテーマだということでは、そこは非常に大きなものとして捉えておりますので、がん教育につきましても、弘大の佐藤先生の御意見で活用したらいいのではないかという御意見も以前、ありましたので、スキルアップ研修会の開催につきましても、御相談していきたいと思えます。

(佐々木委員)

ありがとうございます。

(井原会長)

また改めてがん対策、やらなきゃいけないことが多いんだということ勉強させていただきました。

それでは、よろしいでしょうか。

事務局にマイクをお返しします。

(司会)

会長、ありがとうございました。

最後に奥村課長から御挨拶を申し上げます。

(奥村課長)

本日は、どうもお忙しいなか、ありがとうございました。

皆様から貴重な御意見とともに多くの大事な宿題をいただいたのではないかと感じております。

この計画、本日、2つの計画が出ておりますけども、保健医療計画の方と、がん対策推進計画が出ておりますが、来年度は、その親となるがん対策推進計画の中間評価ということもありますので、来年度、今回いただいた意見を来年度計画にどのような形で反映させていくかということも併せて検討していきたいと思っております。

これからも、このがん対策の推進につきましては、皆様の御協力なくしては進みませんので、今後とも、様々な形で御協力をいただければと思えますので、よろしく願いいたします。

本日は、お忙しいなか、どうもありがとうございました。

(司会)

これもちまして、令和2年度青森県がん対策推進協議会を閉会いたします。

委員の皆様には、本会議の開催にあたりまして御協力いただきありがとうございました。