

## 令和5年度第2回宮城県がん対策推進協議会会議録

1 日時:令和5年7月31日(月)午後6時から午後7時30分まで

2 場所:宮城県庁行政庁舎9階 第1会議室

3 出席委員(五十音順、敬称略)

飯久保 正弘、石岡 千加史、井上 彰、加藤 勝章、菊池 敦生、轡 基治、齋藤 祐一、  
渋谷 勝、菅原 よしえ、橋本 省、山崎 敦、山田 秀和、吉田 久美子

### 4 会議録

(司会)

本日は、お忙しい中、御出席いただきまして、誠にありがとうございます。

会議に先立ちまして、皆様をお願いいたします。

本会議は、WEB会議システムを使用しております。

カメラは常時オンにいただき、マイクはミュートに設定願います。

なお、御発言の際は、マイクのミュートを解除いただき、発言願います。

はじめに、会議の成立について御報告いたします。

本日の会議には、15名中13名の委員に御出席をいただいております。

がん対策推進協議会条例第4条第2項の規定により、本日の会議は成立しておりますことを御報告申し上げます。

また、本協議会は、情報公開条例第19条の規定により、公開とさせていただきます、本日の議事録と資料につきましても後日公開させていただきます。

傍聴の方々をお願いいたします。

会議中は、傍聴要領を遵守願います。

進行の支障となるような言動の一切を禁止いたしますので、御静粛に傍聴願います。

なお、本日、マスコミの方から、取材をしたいという旨の、依頼が入っておりますが、この辺りの対応につきまして、石岡会長、よろしくをお願いいたします。

(石岡会長)

石岡でございます。

マスメディアの方から会議の全容を取材したいという申し出がございました。

先ほど、私と県の方で協議して問題ないということでお認めしたいと思いますですが、事前に委員の先生方にはお諮りしませんでしたので、どなたが御異議のある方などはございましたら御発言ください。

事前に了解を得ておけばよかったのですが、直前の申し出でしたのでよろしいでしょうか。

なお、取材されますので、もし背景を変更されたければ、それは自由にやっていただいて宜しいかと思えます。

それでは皆さん、異議なしということですので、よろしく願います。

一旦、事務局にお戻します。

(司会)

石岡会長、ありがとうございました。

次に、本日、お配りしております資料をご確認させていただきます。

会議資料は、次第、出席者名簿、資料1から資料8、参考資料①から参考資料⑤です。

皆様よろしいでしょうか。

それでは、ただ今から、令和5年度第2回宮城県がん対策推進協議会を開催いたします。  
開会に当たりまして、保健福祉部副部長の大森より御挨拶申し上げます。

(大森副部長)

皆様、お晩でございます。

宮城県保健福祉部副部長の大森でございます。

委員の皆様には、本日はお忙しいところ御出席いただきまして感謝申し上げます。

また、本県のがん対策の推進はもとより、保健医療福祉行政全般の推進に、御尽力いただいておりますことを、この場をお借りしまして厚く御礼申し上げます。

さて、本日は、第1回がん対策推進協議会でお示しました第3期計画の最終評価案に対し、皆様からいただきました御意見を踏まえ、全国平均や都道府県順位などの全国との比較を加えた修正案について御審議いただくほか、第4期計画の構成案及び本県では初めてとなりますロジックモデル案についてお示しさせていただきます予定です。

本日も限られた時間ではございますが、委員の皆様には、それぞれの専門的な見地から忌憚のない御意見をいただけますようお願いいたします、挨拶とさせていただきます。

本日は、どうぞよろしくお願いいたします。

(司会)

令和5年6月30日をもって、任期満了となりましたが、引き続き、委員を御留任いただき、誠にありがとうございます。

ここで、新しく就任されました委員の皆様を御紹介申し上げます。

学校保健会理事の齋藤 祐一委員でございます。

なお、宮城労働局の齋委員、東日本旅客鉄道株式会社仙台健康管理センターの森委員については、本日所用のため御欠席でございます。

委嘱状につきましては、会場に御出席いただいている皆様には、机上に配付させていただいております。

また、WEBにより御出席いただいている皆様には、資料に併せて郵送させていただきました。

御了承いただけますようお願い申し上げます。

続きまして、本日、出席しております県職員については、お手元の出席者名簿での紹介に代えさせていただきます。

議事に入ります前に、情報提供に入ります。

会長の石岡先生から御提案があり、委員の皆さまから御同意のもと、東北大学大学院医学系研究科産業医学分野教授の黒澤一先生より喫煙対策についてと題して情報提供いただきます。

黒澤先生、よろしくお願いいたします。

(黒澤先生)

黒澤でございます。

本日は、このような席で御発表させていただくこと、大変ありがとうございます。

それではさっそく資料を共有させていただきます。

宮城県喫煙に関する問題について、お話をさせていただきたいと思います。

私は呼吸器の専門として、タバコが原因の COPD という病気を専門にしておりました関係上、喫煙に対してもいろいろと関心を持ってやってきております。

私は、現在、東北大学の産業医学分野というところで教授ということになっておりますが、大学の統括産業医をしておりまして、2011年の東北大学の全面禁煙ということに関わらせていただきました。



それで、なぜタバコがなくなるか、こんなに悪いのにどうしてタバコがなくなるか。

これは、色々と、皆さんもお考えのこともあると思います。

秋田県知事は、喫煙者をなくす、これは、ある意味、正しいと私は思いますが、なぜこうならないかというのは、日本の法律に、たばこ事業法というのがあるからだと思っています。

この法律がある限り、お役人様や、それからJTなどは、この法律に沿ってタバコを売ります。

法律があるということは非常に重要なことで、この法律に沿って財務省はタバコを売る側にもあるわけですし、JTも一生懸命売ると言うようなことになるわけです。

いくら厚労省がタバコは体に悪いからやめましようと言っても、方や、このような法律があることで、これは誰も責められないです。

国に法律があるので、法律に沿って一生懸命タバコを売るとするのは、誰も責められないことだと思います。ただ、このたばこ事業法というのは税収を、財政収入の安定的確保ということを謳っていますが、経済的な試算によると、タバコによる損失というのは、目の前の税収はあるかもしれませんが、非常に損失が大きいということです。

ですから、目の前の税収を取るか、それとも健康被害や、そういう後からの色々な損失をしっかりと勘定に入れるかという問題になります。

先ほどニコチンの問題を言いましたが、なぜニコチンが問題かという、ニコチン依存があるからです。

このようにタバコを一服吸いますと、加熱式でも同じですが、ニコチンが体の中に入って、本当は吸収されにくいのですが、紙巻タバコですとアンモニアをまぶして、アルカリ性にして吸いやすくしています。

それから加熱式ですと、おそらく、プロピレングリコールの溶剤ですので、その溶剤を通してニコチンが吸収されやすくなっていますが、吸うとあつという間に、この血中濃度が上がりまして、これが気持ち良い状態を指していて、これは、縦軸が脳波のアルファというもので上に行くときすっきりした状態で、下に行くときぼんやりした状態というようなものであります。

これは、非喫煙者がどうなっているかという、こうなっておりまして、要するに、ニコチン依存になると、脳波の周波数が下がってしまう。

そういうことが適当かどうか分からないのですが、頭の回転が遅くなってしまうということです。

タバコを吸うと、人並みになるのですが、吸わないでいると、また遅くなってしまうので、タバコを吸って、ようやく、普通の人のアルファの周波数になるということです。

これは、1週間ぐらいタバコ吸わないで、ニコチンを完全に切ると戻るのでありますが、なかなかそれが苦しいので、禁断症状が出て止められないということになります。

ニコチン依存症の患者は、他の依存症と同じです。

ただ、非常にタバコを議論していて、問題になるのは、依存症患者の「認知の歪み」というものがあり、自分が依存になっているものに対しては、認識が歪むのです。

国会議員さんなどもそうなのですが、タバコ以外で非常に言動が立派だったりする方が、タバコに関しては信じられないような発言があります。

認知の歪みというのは色々と、根拠のないことで、俺は肺がんにはならない、誰もそんなこと分からないはずなのですが。

あるいは、受動喫煙を軽く見て、受動喫煙は大したことない、タバコはすぐに止められる、あるいは、タバコで死ぬなら本望だなどと言うわけであります。

ですから、会議などでタバコを議題にする場合には、意見が平行線になりがちです。

全体的に喫煙対策を推進して行くという時に、「個人の自由を尊重」というのを課題に考えないということが必要だと思います。

これは、大学の禁煙をやった時もそうでしたが、個人の自由を尊重するということは、要するにタバコで体が悪くなっていくのを放置するということにもなって、これは紙一重の問題になります。

だから、しっかり、エビデンス、科学といいますか、そういう見地から、コンセンサスを取っていくということが必要なのですが、この認知の歪みということがあるので、なかなか平行線のままだということです。

喫煙者の色々な声を経験してきました。

タバコを吸いたいのには吸えない、これは問題じゃないか、喫煙の権利を侵害している。

喫煙の権利というのは、先生方御存知のように否定されていないのですが、管理する側が禁止と言っているところでは、それを守る必要があります。

これは最高裁の判例がございまして、それは、ほとんど法律と同じように考えて良いということだそうですが、一応、そういう見解が、今は一般的であります。

ここは禁煙ですと言えば吸ってはいけない、それから、健康増進法を順守する必要があります。

これは受動喫煙させてはいけないということで、やはり、先ほど申し上げましたように、喫煙者は、認知の歪みや、思い込み、理屈が通じにくいなど、しばしばこちらから言う逆ギレするということもありますので、なかなか言い方に注意が必要だということで、決して敵視したりしない。

喫煙者も、タバコを吸わなくなれば、非常に普通の人と言いますか、仕事できる人も多いですし、ただ気にしたほうがいいよというのは一巻させた方がいいということでもあります。

じゃあ、どうしたらいいかと言うと、やはりハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチを両方バランスよくやっていくということが必要であると思います。

これは、釈迦に説法的であります、ハイリスクアプローチは、ハイリスクの人を減らすという事ですし、それからポピュレーションアプローチで、全体のリスクを減らしていくと言うようなことで、これが、ポピュレーションアプローチの代表的なもので、私共の東北大学の例ですが、やはりこれで喫煙率が減ったと思います。

2011年からやっていますが、これでタバコを辞めた方はいっぱいいらっしゃいます。

将来の肺がんになる人を何人減らしたか、将来の COPD の人を何人減らしたか、将来の心筋梗塞になる人を何人減らしたかという非常に大きな効果ではなかったかと思えます。

議会のニュースが、河北新報に出た時があるのですが、これで意見を言わせていただきました。

議会は、第1種ではないから、禁煙にしなくていいといった事があり、それは違うのではないかというような話です。

それで、実は、これは資料にはないのですが、2020年の医師会の新年会で、宮城県の県会議長の石川様とお会いしまして、それでこういうことを話したら、ゆっくり話しましょうということで、県議会庁舎の禁煙について話をさせていただくことができました。

まもなく、屋内の喫煙所は閉鎖されたと聞いたのですが、どうなっていますでしょうか。

これは、私が石川議長にお伝えしたことの要点ですが、喫煙場所を残せば喫煙率が低下しないので、やはり喫煙率を低下させるということが非常に大事だと思います。

喫煙場所を残せば、タバコを吸っている議員さんが、禁煙しない、どこも吸えなくなるということで、禁煙に向かっていくということが大事なのだと思います。

葉タバコ農家のことで、私が怒られたのですが、タバコなどを守らなきゃいけない。

でも、それは違うとお話しました。

葉タバコ農家は、JT が全部収穫したものを買い取る義務がありますので、それとこれとは話が別だと言うことであります。

これは、市役所の喫煙場所ですが、この前行ったら、まだありました。

市の職員と見られる人が入れ代わり立ち代わり所定労働時間内でしたが、確かに入場しておりました。

これは、勾当台公園です。

おそらく、どこかの官公庁の人じゃないかと思いますが、そういう人がいっぱい混じっているのではないかと思います、細かく見るといっぱいいます。

これは、朝の9時半頃です。

9時半前で、本当にたくさんいてびっくりしました。

結局、私は、これが最後のスライドですが、行政といいますか、まず、この喫煙問題を扱う禁煙を進めようとする人たちが、まず自らの足元から、しっかりやらないといけないのではないかなと思います。

喫煙はもはや嗜好ではなくて、ストレスの解消手段でもないということです。

逆に、タバコを吸っている人は、うつ病も多いし、それから自殺も多いし、あるいは労災も多いですし、色々な健康被害もあるということで、非常に大きな社会問題だと思います。

今、例えば、快適職場みたいに吸う人の快適さというのは問題外になっていると思います。

それから喫煙の権利はあるとしても限定的で、やはり対応するときはニコチン依存症の特徴を理解して対応する。

喫煙者、その人の意見を聞くのは大事ですが、あまり尊重しすぎない。

それからともう一つ大事なことは、分煙では受動喫煙を防ぐことができません。

ですから、分煙を進めようというのは明らかに誤りで、喫煙所を作ると言うことに関しては、喫煙者を減らすということにはならないので、喫煙者を減らすため吸える場所を極力減らしていくと言うようなことが非常に大切ではないかと思います。

どうも御清聴ありがとうございました。

(石岡会長)

黒澤先生、どうもありがとうございます。

先に、私、黒澤先生の御略歴を紹介する予定でしたが、始まってしまいましたので、申し訳ございませんでした。

黒澤先生、自らお話になられましたが、今、東北大学の統括産業医をやられておられて、環境安全推進センターの教授、それから先ほど出ていました産業医学分野の教授を勤務されております。

宮城県あるいは、日本でも有数の、喫煙に関する学識をお持ちの黒澤先生に今日は講演いただきました。

大変勉強になりました。

黒澤先生、お忙しい出張中に、どうもありがとうございました。

また、第4期の宮城県のがん対策計画策定には、今日の先生の御講演をぜひ参考にさせていただきたいと思いますので、また個別に御意見を伺う機会もあるかもしれませんが、その時はどうぞ御指導くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

どうもありがとうございました。

(黒澤先生)

ありがとうございました。

(司会)

それでは、条例の規定に基づきまして、進行を会長の方、よろしくお願いいたします。

(石岡会長)

早速、議事に入りたいと思います。

次第に従って始めたいと思いますので、事務局から、まずは第3期宮城県がん対策推進計画の最終評価についてお願いします。

(事務局)

健康推進課小野寺です。

着座にて説明させていただきます。

第3期計画の最終評価について御説明申し上げます。

資料2を御覧ください。

資料2は、モニターにも表示しております。

それではスライド番号1を御覧ください。

前回、第1回の協議会において、特に評価方法について、委員の皆様から様々な御意見をいただきました。例えば、こちらに表示しております、がん検診の向上ということで、肺がんの受診率が直近値では悪化しているにもかかわらず、目標値を達成していることを持って、従来の評価では A 評価となったところでした。一方、次期計画では、格差問題がとりあげられており、評価項目の見直しが必要ではないかという御意見がございました。

スライド番号2を御覧ください。

前回の協議会において、石岡会長から全国比較を加えた評価手法を追記し、併記することで評価してはどうかとの御提案をいただき、委員の皆様の御了承をいただいたところです。

スライド番号3を御覧ください。

こちらは、従来の評価方法です。

目標を達成したかどうかの視点で評価を行うとしておりました。

続きまして、スライド番号4を御覧ください。

3つの基準がありますが、こちらが石岡会長から御提案いただきました全国比較を加えた評価方法です。

①の「目標値を超えた」は、従来の評価と同じですが、これに②「全国平均を上回る」、③「都道府県順位が当初より上位」の基準を加え、その3つの基準のうち、いくつ満たしたかで評価する方法になっております。なお、下にあります通り、目標値を上回ったとしても、全国平均や順位のデータがない場合は、最高位の A 判定は行わないということにしております。

この評価方法により、目標値の達成のみで A 評価になることはなく、全国比較を考慮した適切な評価が可能となりました。

スライド番号5を御覧ください。

全国比較を加えた評価により、追記する評価が変わります。

全体目標でありますがんの75歳未満年齢調整死亡率の推移の進捗状況の評価は、ご覧のとおり、目標は達成しておりますが、全国値より悪いことと、直近値の全国順位が下がっています。

そのため、3つの基準のうち1つしか満たしていないため、全国比較を加えた評価では C 評価となりました。

スライド番号6を御覧ください。

こちらは、お配りしております A3の資料で、資料5と同じ物になっております。

赤枠で囲っているところが、全国比較を加えた評価を追記し、併記したものとなっております。

後ほど資料を御覧ください。

続きまして、スライド番号7を御覧ください。

こちらは、従来の評価と全国比較を加えた評価をまとめたものです。

全国比較を加えた評価では、全体的に A 判定が少なくなり、B と D 判定が多くなっております。

特に予防分野では D 判定が多くなっており、本県の課題と言えます。

スライド番号8を御覧ください。

こちらは、従来評価で A 判定だったものが、どのような評価になったのかを表したものです。

A 判定から変わらなかった項目は一つだけで、乳がんの精密検査受診率のみとなっております。

こちらは、全国平均を大きく超えておρισして、全国順位も1位となっているため、引き続き A 判定となって

おります。

それ以外は B もしくは C 判定に落ちております。

特に全国データが公表されていないことなどにより、B 判定となった項目が多くなっております。

スライド番号9を御覧ください。

こちらは、前回の協議会の後に委員の皆様から頂戴しました意見と県の対応を取りまとめたものです。

3名の委員の方から 23 件の御意見をいただきました。

詳しくは、資料3を御覧いただければと思います。

スライド番号10を御覧ください。

こちらは、資料4と同じものとなっております。

最終評価案の本文の1ページ目となっております。

先ほどの御意見シートの内容を踏まえ、書きぶりを修正しております。

主な修正点は、御覧の通りとなっております。

また、全国比較を加えた評価を追記・併記しております。

スライド番号 11 を御覧ください。

こちら最終評価案の本文のページになっていまして、3ページ目になります。

修正追記した箇所は黄色に塗りつぶされております。

以上になります。

最終評価案について御審議のほどよろしく願いいたします。

(石岡会長)

ありがとうございました。

ただいまの事務局の説明に関しまして、質疑応答したいと思います。

どうぞ御自由に御発言いただきたいと思います。

それでは、私から発言します。

これは、私が提案した評価方法ですが、予想どおり、A 評価が変わったところがあると思います。

今、事務局から説明がございましたが、例えば受動喫煙のところですが、評価が B という比較的良い評価から D という悪い評価に変わっているということでございます。

その他の生活習慣やがん検診に関しましては、若干低くなっていますが、それほど大きな変わりはないということですので。

患者本位のがん医療の実現の医療従事者のところは、ほとんどが A でしたが、大部分が B となっております。私自身、この医療従事者養成に関わってきた者として、これも最高評価ではないだろうという実感を持っていましたが、B 程度がやはり妥当であるという、私の印象と一致した評価になっていると思います。

それから緩和ケアに関しても評価が少し下がったとなっております。

あとは就労支援やライフステージに関しましては、比較的良い評価でしたが、それも大部分が E または C になったということですので。

がん教育に関しても非常に高い評価で A という評価が3つありますが、C、C、B という評価ということになりました。

(橋本委員)

宮城県医師会の橋本でございます。

この評価を見て、私としては、納得のいく評価かなと思いました。

石岡会長が考えられて、構築されたこの評価方法の方が、以前の評価よりは遥かに納得感があるし、やは



りこういう目標を立ててやっていくという場合には、厳しく自己評価をするということがとても大切だと思いますので、その意味でも、今回の評価の方がまともな科学的な評価じゃないかなと思います。ぜひ、これからもこの評価方法で、自分たちの目標について評価をして行くということが大切だなと思います。

(石岡会長)

橋本委員、どうもありがとうございます。  
他の委員の方、御発言ありませんか。

(井上委員)

まず、県の方々、改めて新たな評価方法で、集計し直していただきましてお疲れ様でした。  
やはり、今、先生方がおっしゃったように、現状をしっかりと把握しないと、今後の対策もしっかりと立てられないと思います。  
私が担当します、緩和ケアの領域でも、気を引き締めていかなければいけないことが、改めて分かりましたので、私もこの方法でよろしいかなと思っています。  
ありがとうございます。

(石岡会長)

その他にはございませんでしょうか。  
それでは皆様、当初からのお約束ですが、従来法を記載するということは、当然、当初の目標に書いてあるものですから、この評価と新たな評価方法を併記するという形で、この新しい方法の評価を認めていただいたことにさせていただきます。  
よろしくをお願いします。  
そうしますと、今度は、細かい資料 3 の皆様からいただいた御意見に対して対応案を事務局が記載していますが、これに対して何か御意見などはございませんか。  
どなたの御意見かというのは書いてありませんが、おそらく意見を出された方は、自分はこのことを言ったということはお分かりだと思いますが、これについて特にコメントはございませんか。  
よろしいでしょうか。  
特になければ、県の方も、大変、丁寧に見てくださったと私は思います。  
また、先ほど井上委員が発言されたように、短期間に評価をし直す作業は、かなり膨大だったにも関わらず、丁寧に対応してもらったと思います。  
それでは、この評価方法はこれで確定ということにさせていただきますと思います。  
続きまして、資料 4 の部分ですが、これはお手元に御覧いただけますか。  
黄色いラインマーカーがたくさん引かれているところであります。  
当初の案は、従来の評価方法に基づいての記載になっていますが、今回の記載は新評価方法についての解説も加えておりますので、B 又 D などの書きぶりに書き改められております。  
これについては何か御意見ございませんでしょうか。

(加藤委員)

黄色いラインマーカーのところ、見させていただきました。  
非常に分かりやすくなったと思います。  
従来の評価方法と新しい評価方法の違い、なぜこれから評価が悪くなったのかというようなことも含めて、非常に理解しやすくなったかなと思いました。

これについて、概ね賛成致します。

ただ一つだけ、この資料4の参考資料の表が間違っているのではないかとこのところがありまして、第3期の進捗状況の資料集というところのがんの死亡に関する統計もしくは罹患に関する統計のところですが、主な部位別がんの罹患数と、死亡数で同じ表が出ているような気がします。

(石岡会長)

事務局の方、画面共有で、どこか資料を出せますか。

今の先生の御指摘は、資料4ですか。

流してください。

加藤先生に御指摘いただきます。

(加藤委員)

主な部位別がん死亡数というところと、それから次のページの主な部位別罹患数が同じですよ。

これは差し替えていただきたいなと思いました。

(石岡会長)

御指摘ありがとうございます。

事務局の方、これは、間違いですね。

(事務局)

大変申し訳ございませんでした。

これは間違いでございましたので、後ほど修正させていただきます。

御指摘ありがとうございます。

(石岡会長)

お願いですが、こういう資料集にもページをつけてもらった方が議論しやすいです。

よろしくお願いします。

それと、あとはこれを機にもう一度申し訳ないですが、資料に誤りがないか点検いただきたいと思いますので、よろしくお願いします。

他にどなたか御意見はございませんか。

細かい点でも全体的な総論的なことでも結構です。

それでは、なければこの修正はあるとしても第3期の宮城県がん対策推進計画の評価案を承認ということにさせていただきます。

修正箇所については、後日、委員に情報共有で提供させていただきます。

また、その事前にまた細かいところでお気づきの点がございましたら、是非事務局の方に御意見いただければと思います。

併せて、修正させていただきます。

どうもありがとうございました。

それでは議事を進めさせていただきます。

続きまして、第4期宮城県がん対策推進計画の構成案及びロジックモデル案について、事務局から御説明をお願いします。

(事務局)

健康推進課の佐々木です。

着座にて説明させていただきます。

第4期計画の構成案とロジックモデル案について御説明いたします。

資料6を御覧ください。

資料6はモニターにも表示しています。

スライド番号1を御覧ください。

こちらは、前回、第1回の会議でもお示しました国の第4期計画の概要です。

がん予防、がん医療、がんとの共生の3分野と、それを支える基盤という構成に大きな変更はございません。

計画本体は、参考資料③としてお配りしております。

後ほど御覧ください。

スライド番号2を御覧ください。

こちらも前回と同様の資料になりますが、国の計画の主な変更点をまとめたものになります。

主な変更点としては、がん検診受診率の引き上げ、緩和ケアをがん医療分野に、アピアランスケアを独立した項目にしたなどが挙げられます。

また、基盤の整備では、患者市民参画の推進やデジタル化の推進が新たに追加されています。

スライド番号3を御覧ください。

先ほどまでの国の計画内容を踏まえ、県の第4期計画の変更点を3つの項目に分けました。

まずは全体目標になります。

スライド番号4を御覧ください。

国の全体目標は、「誰一人取り残さないがん対策を推進し、すべての国民とがんの克服を目指す」となっております。

スライド番号5を御覧ください。

これまでの経緯を考えると、基本的には県の全体目標は国と同様にしております。

第4期も、国の全体目標、分野別目標の内容を踏まえ、国民という記載を県民とし、本県の全体目標にしたいと考えております。

スライド番号6を御覧ください。

続いて、構成の追加・見直しになります。

スライド番号7を御覧ください。

画面にあります構成案は資料7と同じものですので、資料7を御覧ください。

こちらは、県の第3期及び第4期計画の構成案を示したものになります。

左側が第3期、右側が第4期の構成になります。

第4期では内容わかりやすくするため、各章を節で区切っております。

第1章、第2章は、第3期のデータなどの更新・追加し、作成したいと考えております。

第3章は、国の構成に合わせ、全体目標、分野別目標としました。

第4章第2節のがん医療は矢印をつけましたが、第3期のがんゲノム医療や各療法、チーム医療、リハビリテーションが、「1 がん医療の提供体制等」の中に記載し、希少がん、難治性がん、小児AYA世代のがん、高齢者のがん、それぞれの対策として記載し、がん登録はこれらを支える基盤整備に移動しております。

緩和ケアは、国の計画に合わせ、がん医療と共生のそれぞれに記載しております。

第5章のがん対策を総合的かつ計画的に推進は、各章に記載されていたがん対策の推進に係る内容をまとめました。

新設項目には、オレンジ色で新設しております。

スライド番号8を御覧ください。

続いてロジックモデルになります。

スライド番号9を御覧ください。

こちらは、国のがん対策推進基本計画の一部を抜粋したのになります。

国の基本計画においても、ロジックモデル等のツールの活用を検討する旨の記載がありますので、今回、本県としてもロジックモデルを採用したいと考えております。

スライド番号10を御覧ください。

ロジックモデルとPDCAサイクルのイメージになります。

進行管理はさまざまな手法で用いられております、PDCAサイクルで行います。

計画内容を評価し、問題点の改善を繰り返すことにより、目標達成を目指します。

スライド番号11を御覧ください。

ロジックモデルはPの計画及びDの実行の部分に該当します。

スライド番号12を御覧ください。

ロジックモデルとは、簡単に言えば、事業の設計図のようなものです。

アウトプットは、各事業の内容や結果のことで、アウトカムは変化や成果のことを言います。

続いてスライド番号14を御覧ください。

ロジックモデルについて野球を例にお示します。

例えば、県野球計画というものがあつたとすると、最終目標は優勝になります。

ロジックモデルは、優勝するためには何をすればいいのか順を追って図式化したものです。

投手力、打力、守備力のそれぞれを高めるということが中間アウトカムに該当します。

さらに投手力を高めるには、先発投手や抑え投手の強化・補強が必要となります。

ここは、物やお金を投資するアウトプットに該当します。

スライド番号15を御覧ください。

スライド番号15から17は参考までに先行して作成している循環器計画の例を記載しております。

後ほど御確認いただければと思います。

続きましてスライド番号18を御覧ください。

こちらがロジックモデルの案になります。

詳しくは資料8を御覧ください。

分野別アウトカムを達成するために、4つの中間アウトカム、17の初期アウトカムを記載のとおり設定しております。

スライド番号19を御覧ください。

今回、御審議いただきたい内容としましては、分野別アウトカムは適切か、中間・初期アウトカムは適切か、分野別アウトカムと中間アウトカムの整合性があるかというところになります。

今回の案については、あくまでも事務局側でたたき台として作成したもので、今回、御審議いただいた御意見を反映した案を今後のワーキング部会で内容を検討していただく予定です。

また、委員の皆様にご構成案、ロジックモデル案を協議会直前にお送りし、お時間のない中で御意見を頂戴することになりました。

協議会終了後に、御意見シートを送付させていただきますので、御意見をいただければと思います。

スライド番号20を御覧ください。

今後の協議会のスケジュールになります。

今回、第3期計画の評価及び第4期計画の構成案・ロジックモデル案について御審議いただきます。

前回の協議会でワーキング部会の設置について、御承認いただきましたので、ワーキング部会で8月から10月頃まで素案と中間を御審議いただく予定です。

次回の第3回の協議会では、ワーキング部会で作成した中間案を御審議いただき、第4回の協議会で最終案の策定について皆様の御意見をお伺いしたいと思っております。

スライド番号21を御覧ください。

こちらは、ワーキング部会の委員の一覧になります。

参考資料②をご参照ください。

前回の協議会からの変更点といたしましては、公衆衛生分野の有識者を加えてはどうかという御意見をいただきましたので、東北大学大学院医学系研究科教授實澤先生に御参加いただきます。

また、アドバイザーとして石岡先生および宮城県立がんセンター金村先生にも御参加いただくことになりました。

全体目標および構成案、ロジックモデル案についての説明は以上になります。

御審議のほどよろしく願います。

(石岡会長)

ありがとうございます。

今、説明がございましたが、1つは、基本骨格としての立て付けで、スライド番号7に書いてある、資料7にもある部分です。

まず先に、これについて御意見をいただきたいと思えます。

表は、比較の表になっていまして、第3期の宮城県の立て付けと、案としての第4期の立て付けになっています。

当然、国の第4期のがん対策推進基本計画が第3期から第4期に変わっていますので、本当は、そちらも資料に載せればよかったなど、今、思いましたが、事務局の方は、第3期、第4期の比較で、今、説明していただきましたが、国の第4期の立て付けと違いはあるのでしょうか。

(事務局)

立て付けは、基本的に国と同じものになっております。

(石岡会長)

ありがとうございます。

国のがん対策推進協議会でも、都道府県のがん対策推進計画が、国のがん対策推進基本計画のコピーアンドペーストになりがちで、それはいかがなものかという意見が複数出ている観点から、立て付けが本当にこれで良いのかということも実は大事なところだと思います。

しかし、私自身が国のがん対策推進協議会の委員で第4期の策定に関わりました関係上、私自身は、国と県の計画で差別化すると言いますか、宮城県の課題を、重み付けを持って、どこに力を入れるかなどについては、この後、説明がありましたロジックモデルや評価の指標などに、この骨格の中の玉入れをしていけば、それはできるのではないかと思ひまして、私は事前の事務局との相談で、これでいいかなと事務局には意見を申しました。

この立て付けでいかがでしょうか。

(菅原委員)

資料7のがん対策推進計画構成案の第4期の中で、国でも第3節の3の(4)その他社会的な問題という新設になっているところですが、その他社会的問題というのは、宮城県においては、どういう見通しで、この項目を置いているのか、少し教えてもらえるといいかなと思ひました。

(石岡会長)

私から申しますと、国のがん対策推進基本計画で議論されている、その他社会的な問題について、そのまま移して来たのだと思います。

今、言われているサバイバーシップでアピランスケアや、就労支援、両立支援、がん診断後の自死対策、そういったものはもうここには記載されていますが、その他の社会的な問題については、例えば教育のことや、がん罹患している子供が学校教育をしっかりと受け入れるかどうか、そういったことも含まれると思います。

その他、今、思い浮かびませんが、国で問題視しているところも当然、宮城県でも取り上げる必要があるかなと思います。

事務局はどうですか。

(事務局)

事務局です。

国の方の、その他の社会的な問題についてというところに記載してございますが、がんの経験者が増加していて、就労問題やアピランスケア対策にとどまらないがん患者の経験者の QOL の向上に向けた取り組みが求められているというところがございまして、本県でも、国の問題が同じように起きているということも考えられるというところもございまして、その中には、やはりがんに関する偏見について、地域によっては、がん罹患そのものが日常生活の大きな障壁となるという記載がございましたので、ここは本県でも記載して行くのがいいのかなと考えたところで、項目立てした方がいいのではないかとということで、御提案させていただきました。

(石岡会長)

ありがとうございます。

分野別施策とも少しこのオーバーラップするところも当然あると思います。

例えば、検診受診に関しても、検診のところの問題もありますが、その職域によっては検診がほとんど出来ていないということも、社会問題の1つになろうかと思えます。

そういった総合的な格差、経済的な格差によって、がん医療や検診等へのアクセスに格差があるなど、様々な問題が多分あるのだと思います。

県独自に、そこを掘り下げて、他の都道府県と差別化して、そこを上げるというのは、なかなか難しいですが、国の施策にある部分はやはり残した方が私はいいと思います。

菅原委員、どうでしょうか。

(菅原委員)

ありがとうございます。

何らかの格差はあるのだと思いますが、その原因になるところというのは県でも違っていたり、あとは偏見と、事務局の方が話してくださいましたが、明らかな偏見は減ってきてはいるものの、がん患者さんが療養するのに安心してできる状況ではないというのは多少残っていると思います。

それは、これまでの対策の中では、あまりクローズアップして、把握してこなかったところなので、第4期ではさらに QOL という視点で、これまで上がってなかった問題も、必要に応じて、ピックアップしていく時期になってきているということで、何か改善策という所まではいかなくても、必要なことがあれば第4期では視野を広げて洗い出すという視点では、この項目がありつつ、考えていけたらいいなと思いました。

(石岡会長)

今の社会的なところで、先ほどは思いつきませんでした。差別という言葉が県の方から出ましたので、御承知の方も多いかと思いますが、いわゆるゲノム法案というのが提案されていて、中心になっているのは、東京大学の社会政策の教授の武藤香織教授ですが、非常に多くの学会が賛同しているものでございます。これは、今後、がんゲノム医療は普及してまいりますと、いわゆる生殖細胞系列、ジャームラインミューテーションの問題が出てきて、一気に社会課題化する可能性があるということです。

その際、法律とは別に、都道府県でも医療機関や、その他の保健施設などに関しましては、そういった知識を持った職員の啓発も必要ですし、県民に対しても、例えば全ゲノム解析で色々な疾患のリスクが高い人が出てきた時に、差別できないというような法律ができていますよというようなことの普及啓発をしないといけないということだと思います。

そういった問題というのは、全ゲノム解析等の新たな技術を含むがん研究の推進には当然含まれていないので、そういったところが、今後こういうところに入ってくる可能性があるのかなと思いますので、補足させていただきます。

他にいかがでしょうか。

(吉田委員)

今の社会的な問題の上のところ、がん診断後の自死対策についてということで新たに新設されました。その自死ということについて、あまりデータ等もよく分からないのですが、新設されたということは、その現状として、問題が大きくなっているということでしょうか。

(石岡会長)

国の協議会では、そういう議論です。

県の実情は把握しておりません。

当然、都道府県格差があるのかと思います。

(吉田委員)

ありがとうございました。

わかりました。

(石岡会長)

新しい項目立てに対して、中身が必要かどうかということは、実は、データがないので、議論をどちらに先にするかということについては、順番は悩むところですが、やはりワーキング部会に限られた時間で中身を詰めてもらうためには、やはりここの協議会で立てつけだけは、ある程度決めておく必要がある。

多少、この立て付けが、ワーキング部会からの指摘で、これを削除しろ、これを入れろと言われれば、それを協議会で検討するということは、できると思いますが、先に大枠の総論として、これで大体良いかということは決めておく必要があると思います。

いかがでしょうか。

(加藤委員)

この第3節の3(4)のところ、今の御議論を聞いていますと、このがん患者等の社会的な問題への対策、サバイバーシップ支援という中の(4)その他の社会的な問題についてなのか、もう少し広い視野に立った、石岡先生がおっしゃられたように、検診予防の分野、それからがんゲノム診療の問題、そういった視点からも、もう少し幅の広い議論が必要なのかとなると、この3節の3(4)というところだけにとどまらないような気

もしました。

そうすると、例えば同じような問題意識で、5章とかにも入れるなど、何かもう少し幅の広い議論になるのかなという気もしたのですが、そういうことではないのでしょうか。

(石岡会長)

ありがとうございます。

両方だと思います。

患者の社会的な問題と、それから、広く患者に限らず、社会的な問題、医療や検診とかも含めた社会的な課題という両方の問題が当然あると思います。

(加藤委員)

そうなってくると、例えばこのがん対策を総合的に推進する上で、必要な社会的な問題という認識・視点も必要になってこないかなという気も少ししました。

(石岡会長)

分かりました。

そうしたらどうでしょう、事務局の方で、もし5章に入れるとしたらどうでしょうか。

(加藤委員)

5章が適切かどうかも含めてですが。

(石岡会長)

5章が総合的なところなので、入れるとしたら、5章の1の、患者を含めた県民の視点に立ったがん対策の実施の中に入れるなどはどうでしょうか。

(加藤委員)

そういう視点を持って、議論いただくかどうかというふうな。

(石岡会長)

そうですね。

今、急に思いつきませんが、今の加藤委員の意見を入れるとしたら、5章の1の中で議論するのがいいのかなと思いました。

そうしましたら、こちらは宿題とさせていただきます。

ワーキング部会の議論も始まりますので、事務局と相談して、今の意見に関しては検討しますので、よろしくお願いします。

要は、今日でこの立て付けを100%確定するわけでございません。

ワーキング部会の議論も踏まえて、全体的に最終的にこの4期のものを、協議会で確定することになりますので、まだ時間的な余裕はございますし、多少の修正は可能です。

それでは、それを預からせていただきます。

他にいかがでしょうか。

次にロジックモデルの方に移りたいと思います。

ロジックモデルのところは、非常に分かりやすく説明してもらったと思います。

実際の立て付けは、先ほど事務局からの説明があったように、委員の皆様に見ていただく時間的余裕があ



りませんでしたので、今気づいたところがおありでしたら発言いただきたいと思います。

(橋本委員)

ロジックモデルの基本的な考え方として、PDCA サイクルが書いてあります。

本質的な問題ではなくて、用語の問題なのですが、この PDCA のうち、A の部分は、アクションじゃなくてアクトです。

よく間違えますが、直しておいてください。

(石岡会長)

ありがとうございます。

橋本先生の御指摘のとおり、事務局の方で修正お願いします。

私からお願いです。

今、ロジックモデルの意見を細かいところまで見ていただく時間はなかったのですが、まず、委員の皆様の専門とされているところは必ず見ていただきたいと思います。

例えば、私に加え、井上委員などは、当然、医療の分野などを見ていただく必要があると思いますし、次のところであれば、井上委員であれば共生の緩和のところも専門家として見ていただきたいと思います。

全体も見ていただきますが、とりわけ御自分の専門としているところは、例えば加藤委員だったら予防のところから、ぜひ御意見をいただきたいと思いますので、どうぞよろしくお願いします。

意見をまとめてワーキング部会にその意見が伝わります。

それをふまえて議論をしてもらうという形になります。

ワーキング部会にアドバイザーとして私自身も、金村先生と参加して、協議会の声は常に届くようにいたします。

(加藤委員)

予防のところで気が付いたのですが、逆にさかのぼっていくと言う格好で、初期アウトカム、初期の目標を決めていくというような格好になっていくのだらうと思いますが、この初期の中で、一つ、国と違うところが、予防分野のところ、職域の問題がこれ取り扱われているのかどうかというようなところ、職域の検診の把握の仕方や精度管理の問題、それから、科学的根拠に基づいたがん検診が実施されているかどうかということに関して、きちんと取り扱われているのかどうかということが見えてきてないかなという印象を持ちました。

(石岡会長)

ありがとうございます。

事務局の方で、いかがでしょうか。

これは例えば、資料の8、予防のところです。

今、御指摘いただきましたが、国のがん対策推進協議会でも、職域検診の把握とその評価ということは、何度も専門委員の方から御指摘がございましたが、これはどうしましょうか。

県の方、今回、ロジックモデルの案を立ててもらったのですが、これは今の国の資料を参考にしているということでしょうか。

今、国のがん対策推進協議会で議論が進んでいて、公開されているロジックモデルの資料を参考になされたということですか。

(事務局)

事務局です。

基本的には、国のロジックモデルを参考に立てさせていただいております。

その中で予防の部分の3科学的根拠に基づく受診勧奨を行ない、検診受診率が増加するという初期アウトカムをまずは提案させていただきました。

職域の検診ということでございましたが、職域の検診が重要であるということは十分に認識しているところですが、その部分に対して、どのように取り組んでいくかというところは、この初期アウトカムに対するどんな施策をやっていくかというところにつながっていくかと考えてございます。

(石岡会長)

要するに、まだそこは入れてないということですか。

(事務局)

そうです。

まずはどんなアウトカムにするかというところで提案させていただきました。

(石岡会長)

今のところ、まず、県側としては、国の議論が進んでいるロジックモデルを参考にして、作ったということです。

実際は、ワーキング部会の委員の一部の方には、事前にその話を私から伝えており、ロジックモデルの中身について、国の進捗に合わせて、宮城県版を検討してほしいと頼んであります。

この後、委員の皆様にも事務局が記載の用紙を送ってくださるそうですので、ロジックモデルに対する意見でも良いし、これが足りないと言うことを書いていただければ、それをワーキング部会に反映してもらうように私が仲立ち致します。よろしく願いいたします。

(加藤委員)

ありがとうございます。

(石岡会長)

他にいかがでしょうか。

これを2、3日前に見てもらったもので、細かい点までは無理だと思いますので、委員の皆様、お忙しいでしょうが、まずは御自分の専門とされているところ、そしてできれば関連するところ、さらには全体に目を通していただきまして、先ほどの立て付けのところ、それから、アキレス腱が宮城県には当然いくつもあるわけですから、そういった視点で、初期アウトカムを新たに立て付けていただくということで、御意見をいただければと思います。

よろしいでしょうか。

それではそのようにさせていただきます。

事務局の方、是非、御意見シートというのを皆様へ送ってください。

8月24日にワーキング部会が開催されるそうですので、できれば比較的早い時期にそれをやっていただいて、ワーキング部会にも事前に、目を通してもらうという作業があった方が良くと思いますのでよろしくお願い致します。

さて、時間も押していますが、その他何か御意見がございませんか。

今日の3期の最終評価、4期の構成及びロジックモデル案、あるいはそれ以外のことでも結構です。

よろしいでしょうか。

それでは、最後に特別に宮城県立がんセンター研究所 がん疫学予防研究部部長の金村先生に、第4期の策定に関して基礎資料となる種々の疫学的なデータを準備していただきました。

これは、我々も情報共有する必要がありますし、ワーキング部会の方にも、この資料を見てもらって、先ほどの第3期の中間評価の結果と合わせて、今後の第4期の計画の素案に行かしてもらおうということにしたいと思っています。

それでは金村先生、よろしくお願いします。

(金村先生)

宮城県立がんセンターの金村です。

今日は貴重なお時間をいただきまして、ありがとうございます。

資料について御説明させていただきます。

宮城県がん登録情報の集計結果ということで、石岡会長と宮城県の方にご報告をさせていただいたところですが、今日、簡単にご紹介をさせていただきたいと思います。

最初の全国がん登録というものが始まっておりまして、これのデータになります。

平成 28 年にがん登録推進法というのができて、全ての病院、または県の知事の指定を受けた診療所からの届出で、がんの情報が集まります。

また、市町村に届けられます死亡届の情報も、国で集めまして、ここからも把握をするということで、漏れないがん登録の罹患情報ということになっております。

ただ、診療所の指定としては、宮城県の場合は、現在、指定しておりませんので、診療所だけで完結し、しかも死亡情報に現れないようながんについて把握できておりません。

また、今回の宮城県について、2000 年以降のデータも示しますが、これは全国がん登録が始まる前から、日本で一番歴史が古いがん登録ですが、宮城のがん登録で蓄積されたデータと合わせて提示させていただきます。

石岡会長からは、市町村別の集計の結果、また病院の集計結果についても、説明・集計して見るようにということで課題を頂戴しております。

資料の方、72 頁と、かなり膨大なので、その中で要約したものについて、お示したいと思いますので、まず、市区町村別ということで集計しておりますが、がんの数が、実際にどうなっているのかという部分を示したいと思っています。

ただ、市区町村となりますと、人口規模が全然違います。

例えば七ヶ宿のようなところだと 1,200 人ぐらいと思いますが、そういったところと、30 万いるような青葉区とでは、なかなか比較も難しい。

ただ、実数をきちんと把握しなければいけないですし、傾向もつかまなければいけないということで、通常、1年ごとの集計が行われるかと思いますが、今回の集計では、5年ごとの集計をまとめたもので見ていただくようにしております。

また、今日は、がん対策を実施している 6 部位、ここに上がっていますが、胃、肺、大腸、肝臓そして乳房、子宮ということで6部位についてお示したいと思っています。

最初に、宮城県全体の傾向を申し上げますと、がんの罹患、死亡共に増えていますが、部位別に見ると、胃と肝臓というのは、増加から減少に転じているところです。

それ以外のがんは増えているという状況ですが、青葉区の方を例にとってみますと、胃と肝臓が、いったんピークを迎えているような状況ですが、他のがんは増加しているというようなところです。

先ほど例にあげました七ヶ宿ですが、1年の集計だとなかなか集計して傾向が見づらいのですが、5年ごとの集計で見ますと胃に関しては、横ばいのような傾向ですし、肝臓に関しては近年少し高かったのかなとい

うところが見て取れます。

市区町村によって、増減の違いはあるかと思いますが、大きなところは人口構成の違いが影響しているのだと思われます。

次に、年代別にみたものがこちらになります。

高齢化に伴って、高齢の方々では、がんの方が増えると言うところ、人口が増えますので当然ですが、多くの年代で、実は、がんの方が増えていると言うところがあります。

少子化と言われていますが、人口が少なくなっている若い世代でも、実は、がんの方は、変わらない、あるいは増えているといったような実態があると言うところになります。

これを部位別に見てみると特徴がよく見えてきます。

まず、最初の胃になりますが、胃の方は増加から減少に転じていますという話なのですが、青葉区を例にとると、胃がんというのは40歳以上から罹患数が増加してきます。

それで、ピークは70代となっています。

80代以上では増加していますが、他の年代では増加から減少に転じているというところが見て取れるような状況です。

この背景にピロリ菌の感染になっている方が減っているというような状況があるのだと理解しております。

次に、大腸です。

大腸に関しては増加しているがんということになりますが、青葉区を例にしますと、40代以上の罹患数が多いものになりまして、一番多いのは70代になります。

各年代で大体、増加していますが、青葉区で見ると、実は50代で減少しているというところが不思議なところでもあるのですが、今日、その深掘りまではできませんので、こういったような市町村別で、5年ごとに見ていくと、どの年代がどれくらい増えているのか、実数としてどれくらいあるのか、そんなことをつかむことができます。

次に、肝臓です。

肝臓は増加から減少に転じたがんということですが、青葉区を例にしてみますと、50代から罹患数が増加しています。

40代が少ないと言う状況です。

一番多いのは70代ですが、感染対策が進んできていて、肝臓がんも減っていると言うようなことを見ているのではないかなと思います。

次に、肺になります。

肺は増加しているがんになりますが、青葉区を例にしますと40代から増えます。

罹患が一番多いのは70代で、各年代、増加傾向にあるというところが見てとれます。

今日は、黒澤先生からお話ありましたが、肺がんの対策ということで、喫煙というのは引き続き重要だと理解をしています。

次に、乳房になります。

乳房は、女性で一番多いがんということになりますが、今も増えています。

年代で見ますと、30代から罹患数が増えますが、実は最も多いのが40代ということで、40、50、60代が非常に多くなるということになります。

5年ごとの推移を見ても増えている状況がありますので、非常に重要な問題ではないかなと思います。

次に子宮癌になります。

子宮に関しては、子宮頸部がんと子宮体部がんでかかりやすい年代が違いますが、死亡統計ですと、子宮とひとまとめに集計されるところもありますので、がん登録の方で、まず罹患は子宮全体を抑えて頸部と体部に分けてお話ししたいと思います。

まず、子宮から行きますと、子宮も増えておりますが、年代で行くと、30代から増えるがんということになり

ます。

子宮全体で見ますと30歳、40歳、50歳代といった年代の方が多いがんで各年代とも増えていくと言うところがあります。

気をつけなければいけないのは、15から29歳という括りになっていますが、多くは20代だと思いますが、若い年代でも、一定数の方が罹患すると言うところがあります。

これは、子宮頸部にしますと、今、スライドを見ていただくと分かると思いますが、実は子宮がんのうちの若い年代というのは、子宮頸がんは若い方に多いと言うことになります。

青葉区を例にしますと、30代以上から罹患しますが、30代、40代が多いと言うことが非常によくわかるかと思えます。

15から29も多いと先ほど申し上げましたが、多いと言うことで、若い年代に多いのが子宮頸がん、ただ、高齢の方でも少ないかという、決してそういうわけではないですが、若い年代に対して働きかけなり、そういうところが重要になります。

今度は、子宮体部です。

今変わりましたように、頸部と体部でピークが変わりますが、青葉区を例にしますと、40代から罹患数が増加して、50代で最も多い年代ということになります。

ホルモンの影響が大きいと言われておりますが、子宮頸部のみならず子宮体部も非常に重要な問題で、これも各年代増えていると言うところも気をつける必要があります。

次から、患者さんが実際にどの医療機関を受診しているのかということをお話したいと思っております。

まず、患者さんが診断を受けた場合にどこに受診しているのかということで、横軸は、患者さんの住所地を保健所あるいは保健所の支所という単位で区分けしたことになります。

がんが診断された方は、どこで診断されたのか、右側の方に判例に載っておりますが、拠点病院が濃いグレーで、白いのがそれ以外の病院ということになりまして、こういったような分布になっております。

これは、2016から2019で、全国がん登録が始まった後、4年間のデータとなります。

一番下に宮城県の集計を載せておりますが、宮城県の場合ですと、46.4%、約半数が拠点病院で診断を受けていると言うような状況です。

これをお住まいのところで、上から見ていくと、大体4割前後ということですが、こう見ると、太白区、塩釜、気仙沼では、この拠点病院の割合が少ない、逆に、拠点以外の病院が多いと言うのがわかりますし、仙南、大崎、石巻、こういったところは70%ぐらいありますが、拠点病院で診断される方が多いと言うところが、見て取れるかと思えます。

これを病院別で内訳を見てみますと、こういったところが見えてきます。

比較のために、まず、青葉区を載せておりますが、青葉区ですと、医療機関も豊富ですので、色々な病院がありますが、拠点病院でないところ、拠点病院であるところありますが、上位で行くと、厚生病院さんは拠点でない、東北大学病院は拠点病院、労災病院は拠点病院ということで、こういったところで集計していくと、約半分は拠点病院と言うような集計になります。

先ほど太白区などは低いですよという話をしましたが、こうやって見ていただくと一番多いのが仙台市立病院28.4%、仙台赤十字病院13.4%ということで、拠点病院以外に行かれている患者さんが多い。

そういったところで診断を受けられている方がいらっしゃるということです。

塩釜の方では、坂総合病院さん、また、この当時だと東北医科薬科大学病院は、拠点病院ではないので、この集計では、拠点病院として扱っておりませんが、これらを合わせると、約50%と言うような状況になります。

そのため、拠点病院の割合が低いということになります。

気仙沼の方を見ますと、気仙沼市立病院が62%で非常に高い割合になりますが、多くの方が市立病院で診断を受けていると。

ただ、これも拠点病院ではないということですが。

拠点病院に行った方は、石巻赤十字病院や東北大学病院になりますが、こういった方が 20%ぐらいということになります。

非常にどの病院を受診しているのかというのは地域差があるところがよくわかります。

逆に拠点病院の割合が高かったところ、50%を超えるようなところがどういう病院かということで、仙南・大崎・石巻がありました。仙南だと、みやぎ県南中核病院と県立がんセンターで6割を超えています。

また、大崎は、大崎市民病院で60%を超えていますし、石巻も石巻赤十字病院で60%を超えているということで、こういったところが先ほどの集計に表れていたとなります。

続きまして、観血的治療になります。

観血的治療とは、外科的手術、鏡視下、カメラを入れて外科的に取るもの、あと、内視鏡的治療の3つを含んだ集計になりますが、この集計も、先ほどの診断とほぼ同様の分布になっています。

つまり、診断された医療機関で、おそらく、そのまま治療を受けることが多いのではないかと思います。先ほど見たように、仙台市の太白区、塩釜、気仙沼、こういったところで、拠点病院の割合が低く、仙南、大崎、石巻、ここでは石巻・登米も割合が高いですが、こういったところでは拠点の占める割合が高いということになります。

内訳は、先ほどと同じでして、仙台市太白区だと市立病院、塩釜だと医科薬科と坂総合病院、気仙沼だと気仙沼市立が拠点病院ではありませんので、拠点病院の割合が低いとその代わり、それ以外は高いということになります。

一方、仙南、大崎、石巻は、先ほど申し上げたとおり、仙南はみやぎ県南中核と宮城県立がんセンター、大崎は大崎市民病院、石巻は、石巻赤十字病院が多いとなります。

石巻・登米も見てみましたが、石巻赤十字と大崎、この両方に行く方が多いと言うところなので、拠点病院の割合が高いと言う結果になっております。

最後になりますが、放射線治療についても集計をしております。

放射線治療は、専門的な装置と専門的な医師、あるいは、スタッフがいないと実施できない治療ということで、非常に県内でも実施できる施設に限られたものになりますが、この住所地と医療機関ということで見ると、どうしても拠点病院に整備されている、あるいは拠点以外は少ないものですので、拠点を占める割合がグッと高くなります。

ただ、その中でも先ほど見ておりましたように、仙台市太白区、塩釜、気仙沼、こういったところが低くて、全体的には高いですが、仙南、大崎、石巻といったところが9割を超えてくると言う状況です。

先ほど申し上げたように、太白区だと市立病院、塩釜だと医科薬科で、気仙沼だと気仙沼市立こういったところが多いので拠点の割合は低いと。

一方で、仙南、大崎、石巻は先ほど見ている施設が、やはり放射線治療でも受診されているということで、高くなっていると言うような状況になります。

以上、早口になりましたが、がん登録からはこういったような状況になっておりますので、今後いろんな集計もさせていただければと思います。

(石岡会長)

金村先生、どうも貴重な調査ありがとうございます。

前半、後半ともに非常に重要なデータだと思います。

今後、これは、先ほどと同じように、一度、金村先生の調査資料は、委員の皆様にも共有されるのでしょうか。

(事務局)

紙としてはお渡ししておりませんでした。

(石岡会長)

金村先生のお許しをいただければ協議会の委員で共有ということによろしいでしょうか。

(金村先生)

これは、実は、がん登録情報の利用で、その手続きもありますので、県の方に確認をしていただいて、私は皆様に見ていただきたい資料ですので。

(石岡会長)

ぜひ宜しくお願いします。

特に、後半の医療機関とのデータが非常に新しいです。

私も非常に驚いた部分がございます。

宮城県の特徴としては、仙台医療圏や一部の気仙沼などの医療圏、特に人口的に見ると、仙台医療圏になりますが、仙台市のがん拠点病院で診断や治療を受けてない患者の数がかなり多いということがわかります。

比率で言うと、例えば、気仙沼医療圏とか、他の医療圏も拠点病院以外の患者比率が高いですが、患者の数で言うと、仙台市においてがん拠点病院の治療を受けていない患者の数がかなり多いです。

宮城県の特徴は、全体のところで見えていただきましたが、放射線治療以外は、がん拠点病院で治療を受けているというのは半分以下です。

こういった現実に対して、私、金村先生の調査結果を見させていただいて、今後、県と協議をする場を作ってもらいたいと思いました。

今の対策では、やはり不十分です。がん拠点病院を推薦するのは宮城県で、厚生労働省が指定するわけですが、今後のがん拠点病院の指定について、医療圏あたりの目安にこだわると、現実的な対策を取ることができないので、少し見直す必要がないかと言うことを是非この協議会でもいいので、議論の場を作ってもらいたいと思います。

あと先生方、金村先生のデータについて、今日、長時間は難しいですが、一つ二つであれば御意見承りたいと思います。

ワーキング部会に、金村先生もオブザーバーで入ります。

アドバイザーに入りますので、ワーキング部会の皆様に見ていただくことになります。

(菅原委員)

一点だけ質問してよろしいでしょうか。

貴重な資料について、説明ありがとうございます。

教えて欲しいことは、受診している医療機関や場所について、気仙沼や仙南は県外が結構多い割合だったのですが、細かな受診医療機関は、全部、宮城県内だけで、今回は示してくれましたが、隣の福島や、岩手県一ノ関あたりなどに行っているのかなと思いましたが、そこは数字としては出ないのでしょうか。

(金村先生)

ありがとうございます。

宮城県のがん登録で持っている情報は、宮城県の病院名簿は持っていますが、他県の名簿を持っていませんので、データ上、他県の病院だという番号は分かるのですが、その病院がどこかはその県に聞かないと分からないと言うことで、現状だと、宮城県がん登録室として利用できる枠を超えている部分になるのかなと思います。

ただ、他県がそれで教えてくれるなど、その辺の折り合いが着いてくれば分かってくると思いますが、今のデータの利用からいくと、県外までしか分かりません。

(菅原委員)

分かりました。  
ありがとうございます。

(石岡会長)

大事なポイントですね。

他にいかがでしょうか。

そしたら、この件につきましても、御意見をいただきたいと思います。

解釈はなかなか難しいので、これから見ていただくということになります。

私はざっと見て、先ほど申し上げたようなことや、いくつか違う視点で感じたところがあります。

前半の部分の罹患の状況や死亡の状況というのも、当然、こういう傾向にあるのかということと、あと実際、数で言うと、やはり、宮城県に仙台医療圏の人口が半分以上いるわけですから、率だけではなく絶対数は無視できないと思いますので、ぜひ御意見をいただければと思います。

事務局には、この金村先生の資料を、手続きを取って、配布してもらって、それに関する意見も何か求めてもらうようなことをお願いします。

金村先生、どうもありがとうございました。また、ワーキング部会でご一緒させていただきます。

あと、議論はできないと思いますが、画面共有させていただきます。

国の第4期基本計画の、患者市民参画の推進のところがございます。

取り組むべき施策のところでは、国及び都道府県は、国民本位のがん対策を推進するため、基本計画及び都道府県のがん対策推進計画の策定過程について、性別、年代、がん種等を考慮し、多様ながん患者等のがん対策推進協議会及び都道府県協議会等への参画を推進すると書いてあります。

既に国の方では、小児がんであったり、希少がんであったり、複数名3人または4人の患者の会の方が参加されています。

一方、これまでの宮城県のがん対策推進協議会には、患者の会の方は1名。

今回は、吉田委員に入っていていただいておりますが、国の第4期のがん対策推進基本計画に沿うと、入っているのは一人だけなのでこの現状では足りないです。

私からの提案は、今後、がん対策推進協議会に、あと1人、2人入っていただくというのはどうかということをご提案したいです。

今日は、もう退席された委員がおりますので、ここで審議はできませんが、メール持ち回り審議等で、この件について、皆さんの御意見を伺いたいと思います。

どうぞよろしくお願いいたします。

事務局の方、この件についてはどうでしょうか。

事務局の手続き上、そういったことは認められないのか、国の施策に書いてあるので、これからでもできるのかなど、少し御意見を頂けますか。

(事務局)

事務局でございます。

がん対策推進協議会は、委員を20人以内で組織するというのが、条例で決まっておりますので、20人以内で協議するということにはなるかと思っております。



(石岡会長)

今は何人ですか。

(事務局)

今は、15名の委員にお願いしています。

(石岡会長)

人数は問題ないですね。

この承認のプロセスは、県知事が承認するのでしょうか。

どういうプロセスで承認されるのでしょうか。

(事務局)

そのとおりです。

知事が任命する形になりまして、その手続きが必要となります。

(石岡会長)

そうすると、例えば、協議会のメール審議等で、皆さんの賛同を得られて、どういう方が推薦して、例えば1か月後に、こういう方を推薦するというのであれば、それは事務局の方から提案してもらえるでしょうか。

(事務局)

時間も時間ですので、またご相談させていただいてもよろしいでしょうか。

(石岡会長)

もう時間も押していますので、後で調べてもらってもよろしいでしょうか。

そのような提案を今日はさせていただきます。

先生方には、もしかするとまたお願いを差し上げるかもしれません。

今日は予定の時間を少し超えてしまい大変申し訳ございませんでした。

最初の黒澤先生の話はもっともだと思います。

宮城県のがん対策が非常に甘いですし、最近では仙台市、政令指定都市で、勾当台公園での喫煙所を設置する、しないの問題なども出ていて、本来なら、宮城県のがん対策が、そこに対して意見を言えるような状況じゃなきゃいけないと考えますし、御承知のとおり、先ほどの石川議員というのは、石川光次郎議員のことだと思いますが、そういった方との協議が以前あったにもかかわらず、まだ条例化がうまくいっていないというのは、御承知のとおり、自民党には国会議員のタバコ議連に、230人の方が国会議員として参加しタバコを守る皆もごぞいますし、もくもく会という議連があって、これは立憲民主党の方も入っていて、国会議員には強く非常にタバコ禁煙に対してやや抵抗するような勢力もたくさんいらっしゃいます。行政の力でなかなか限りがあるという状況です。

そうすると、私たち協議会がこういったところに意見を大きくして、対策にちゃんと盛り込むということをしななければ、行政の方もそれに手出しできないこととなります。

そこで、ぜひそういったところも含めて、第4期の計画はメリハリをつけたがん対策に皆さんと一緒に作りたと思いますので、引き続きどうぞよろしくお願い申し上げます。

今日は遅くなりましたが、これで一度、事務局に司会を返します。

よろしくお願いいたします。

(司会)

石岡会長、議事進行いただき、誠にありがとうございました。

また、委員の皆様、貴重な意見をいただきまして、ありがとうございました。

本日の内容につきましては、会議録として委員の皆様にご送付させていただきますので、内容の確認についてご協力お願いいたします。

それから一点だけ連絡事項がございます。今後の流れですが、本日ご指示いただいた構成案を基に、8月と10月にワーキング部会を開催し、そのあと、中間案について御審議いただくことになっておりますので、ご了解願いますということと、議員の皆様にはワーキング部会で審議した中間案について、11月に予定しております第3回協議会で御審議いただくことになっておりますので、おって日程調整のご連絡をさせていただきます。

以上、連絡事項でございました。

それでは、以上をもちまして、宮城県がん対策推進協議会を終了致します。

本日は長時間にわたり大変ありがとうございました。