

令和5年度第2回宮城県がん対策推進協議会ワーキング部会会議録

- 1 日時:令和5年10月17日(火)午後6時から午後8時まで
- 2 場所:宮城県庁行政庁舎9階 第1会議室
- 3 出席委員(50音順、敬称略)
浅沼 清孝、阿部 佐智子、金田 和彦、神宮 啓一、高橋 雅信、丹田 滋、寶澤 篤、
宮下 光令
アドバイザー
石岡 千加史、金村 政輝

4 会議録

(司会)

本日はお忙しい中、ご出席いただきまして、誠にありがとうございます。

本日も配りしております資料を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9、参考資料の①から参考資料の④となっております。

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ワーキング部会を開催いたします。

開会にあたりまして、保健福祉部健康推進課長の狩野より挨拶を申し上げます。

(狩野課長)

宮城県保健福祉部健康推進課長の狩野でございます。

会議の開催にあたり、一言御挨拶申し上げます。

本日はお忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。

また、計画の中間案の作成にあたりまして、委員の皆様から事前にたくさんの御意見をいただき、大変感謝しております。

本日の第2回ワーキング部会では、皆様からの御意見を反映させていただいた中間案についてご審議いただければと存じます。

また、本日の中間案の検討に際し、アドバイザーの石岡先生、金村先生、それから丹田委員から御意見を頂戴しておりますので、後ほど情報提供ということでお話いただく予定としております。

委員の皆様には今日も、それぞれの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いたします。開会にあたっての挨拶とさせていただきます。

本日はどうぞよろしく願いいたします。

(司会)

それではここからの進行につきましては、神宮部会長をお願いいたします。

(神宮部会長)

皆様お忙しい中お集まりいただきましてありがとうございます。

部会長の私がウェブ開催で申し訳ございませんが、円滑に会議を進めて、8時くらいまでには終わりたいと思っておりますので、御協力願います。

それでは早速ですが、次第の3、協議に入らせていただこうと思います。

「第4期宮城県がん対策推進計画の中間案の論点について」、事務局からご説明をお願いします。

(事務局)

事務局の健康推進課の小野寺です。

着座にて失礼します。

資料1により「第4期宮城県がん対策推進計画中間案論点について」説明させていただきます。

資料1は画面にも表示しておりますので、御覧ください。

スライド番号1を御覧ください。

前回の第1回ワーキング部会後に事務局で素案を作成し、委員の皆様からの御意見を踏まえ、中間案を作成しております。

なお、本日お配りしております資料ですが、資料2には部会員の御意見一覧、資料3は第4期計画の概要、資料4は第4期計画の本体、資料5はロジックモデル、資料6は指標一覧となっておりますが、本日は時間の関係上、資料1を中心に論点を絞って説明させていただきます。

スライド番号2を御覧ください。

中間案を作成する中で、事務局だけでは判断しにくかった点と委員の皆様からご要望の多かった点を6つの論点にして、各委員の皆様からの御意見を頂戴したいと思っております。

スライド番号3を御覧ください。

はじめに全体目標です。

前回のワーキング部会では、ご覧のとおり「誰一人取り残さないがん対策を推進し、すべての県民とがんの克服を目指す」としておりましたが、ここに「共生」という文字を入れてはどうかという提案でございます。

スライド番号4を御覧ください。

がんの年齢調整死亡率の数値目標です。

前回のワーキング部会では、数値目標を立てるということまではご承認いただきましたが、具体的な数値についてはまだでした。

案1としましては第3期計画の値を継続しまして、6年間で12%減少。

案2として、今後の医学・医療の発展を期待し、3%アップして15%減少、この2つになります。

数値目標については委員の皆様にお伺いしました時には両方の意見がございましたので、

この場で改めてご議論いただきたいと思っております。

スライド番号5を御覧ください。

こちらは参考ですが、これまでの推移と6年後のイメージをグラフ化しております。

スライド番号6をご覧ください。

画面が小さいので、詳細は資料をご覧くださいと思いますが、こちらロジックモデルです。

こちらの共生の項目に一項目追加するというございます。

スライド番号7を御覧ください。

具体的にはこちらにありますとおり医療分野にありました小児と高齢者の項目のうち、相談や社会連携のところは、医療より共生にあった方がいいとの御意見を踏まえて、共生の方に項目を一つ増やし、移動しております。

スライド番号8を御覧ください。

医療提供体制の均てん化、集約化についてですが、こちらを評価する指標として適切な指標はないかということをございます。

事務局案としては、がん生存率を二次医療圏単位として評価してはどうかということをご提案させていただきますが御意見を頂戴できればと思っております。

続きましてスライド番号9をご覧ください。

がん診療連携協議会とがん診療を行う医療機関との連携です。

拠点病院等以外のがん診療を行われる機関に、がん診療連携協議会に参加してもらう仕組みが必要ではないかなどの御意見を踏まえて、計画本体の方には、資料4ですと、このスライドでは43ページと記載していますが42ページの間違いでしたが、ご覧のとおりに記載しております。

続きましてスライド番号10をご覧ください。

同じくチーム医療の推進につきましても、同様な書きぶりで記載しております。

こちらすみません。

ページ番号が48となっておりますが、49の間違いでございました。

続きましてスライド番号11番を御覧ください。

がん教育に関する協議会設置について計画に記載すべきではないかとの御意見を踏まえ、がん教育、がんに関する知識の普及啓発の項目に、ご覧のとおりに記載しております。

がん教育に関しましては、この後、丹田先生の方から資料の提供がございましたので、後ほどご説明させていただきたいと思っております。

こちら資料に80ページと記載していますが81の間違いでございました。

スライド番号12をご覧ください。

患者・市民参画の推進です。

前回のワーキング部会で意見がございました「がん条例」の件でございます。

こちらは第4章第4節のこれらを支える基盤の整備、患者・市民参画の推進の項目に、これまでの県の対応を踏まえ、ご覧のような書きぶりで記載を追加しております。

こちらの方もページ番号86と記載がありますが85の間違いでございました。

スライド番号13番を御覧ください。

こちらが最後のスライドになります。

今後のスケジュールになります。

本日のワーキング部会での御意見を踏まえ、中間案を修正し、11月16日に開催されます親会の協議会に提示したいと考えております。

事務局のからの説明は以上です。

ご審議の程よろしくお願ひいたします。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

それでは、スライド2を画面に出していただいてもよろしいでしょうか。

本日、皆さんにご議論いただきたい点は6つの項目ということになっております。

最初に、論点の1、全体目標の修正ということになります。

全体目標の中に「共生」という文言も追加してはどうかです。

患者会の阿部委員からご提案いただいたようですので、提案の趣旨などをご説明いただけますでしょうか。

(阿部委員)

発言の機会をいただきありがとうございます。

25 ページにありますように第3計画の目標である「がんの克服」を引き続き宮城県の全体目標とするという記載がありますが、がん患者経験者は、がんの克服を高い目標とはしておりますけれども、がんも自分の体の一部と受け入れ、ともに長く生活できることを目標としている方が多いと思います。

そして、分野別目標の三本柱にがんとの共生が記載されておりますので、全体目標にも、統一感を出すためにも、がんの克服の後に共生の文字を追記していただきたいとお願いした次第です。

(神宮部会長)

阿部委員、ありがとうございます。

ごもっともな御意見かと思いますが、他の委員の先生から何か御意見とか何かございますでしょうか。

(寶澤委員)

賛成です。

(神宮委員)

ありがとうございます。

他に何かございますでしょうか。

特にないようですので、ごもっともな案だと思いますので、それでは本ワーキング部会としましては、事務局案のとおり、阿部委員にご提案いただいた内容で、協議会の方にあげたいと思います。

それでは、論点1はここまでということにさせていただきます。

続きまして論点2です。

これはディスカッションがありそうな感じがしますが、スライド番号4です。

がん年齢調整死亡率の数値目標を設定すべきだろうということで、今後6年間の数値目標を第3期同様に12%減とするか、もっと厳しくというか15%まで引き上げるべきかについて、ご議論いただきたいと思います。

15%の根拠としては、今後の、医学・医療の発展を期待して、これまでよりも+0.5で、2.5×6で15%という数値となっています。

12%減となると、令和9年に59.6%、15%減となると57.5%まで下げたいという数値目標となります。

皆様の御意見を伺いたいと思います。

まず、高橋先生から御意見いただいてもよろしいでしょうか。

(高橋委員)

高橋でございます。

確か前回の会議で年2%の根拠について私から質問させていただいたと思いますが、大変参考になりました。

過去のデータを見ても、年2%というのはそれなり妥当な数字だろうと私自身は考えました。ただ2%か2.5%なのかと非常に難しいところですが、過去の実績を見ると、2%でもかなりギリギリ達成できるかどうかと見えますので、私自身は2%維持でもいいのかもしれないと思いましたが、この協議会としての積極的な意思を示すということであれば、2.5%プランもないわけではないかと思えます。

ただ、そうなると、達成できなかった時に、マイナス評価になることをある程度覚悟する必要があります。

(神宮部会長)

高橋委員ありがとうございます。

それでは、宮下先生、御意見ありましたら、御発言よろしいでしょうか。

(宮下委員)

宮下です。

私は、治療にはあまり明るくないので、具体的な数字はわかりませんが、高橋先生もおっしゃられたように、達成できる見込みとか、それだけのことをするのだというのが必要かと思いますが、それは、県のレベルではなかなか厳しいと思います。

自分は門外漢的ではありますが、私は2%の方でいいのではないかと個人的には思っ

います。

(神宮部会長)

宮下先生、ありがとうございました。
それでは、丹田先生お願いします。

(丹田委員)

丹田です。

ありがとうございます。

私も12でも15でも、親会にその両論併記で決めてもらってもいいかと思います。
先ほど治療側の高橋先生の御意見伺ったわけですけど、部会長の神宮先生は、どんな感触をお持ちか、逆に質問させていただきたいのですが、よろしいですか。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

ご指名ですので、私の方からお話させていただきます。

いろいろな治療方法、特に最近ですと免疫療法などが急激にでできました。

十年前の私のレベルでは想像もつかなかったような治療内容が出てきて、今後も急激に変わってくることもありえます。

高い目標を持ってやるというのは、あり得るかとは思いますが、個人的には、この12%減少もかなり厳しい目標になりそうで、年2%減少が現実的ではないかと私は感じています。

私からの意見は以上です。

(丹田委員)

石岡先生、この件についてコメントはないでしょうか。

(石岡アドバイザー)

石岡です。

私は、極端なこと言えば12でも15でもどちらでもいいと思っています。

委員の先生方は、あまりご存じない方もいらっしゃるかもしれませんが、第3期の評価をどのようにしたかということの説明いたします。

当初、第3期の評価は、目標の12%減少を達成したので、宮城県は A という評価でした。
しかし、私は、それは良くないと。

全国平均よりも下で全国の順位を前回より下げたからです。

要するに、全国の都道府県に比べて改善があまり良くなかったということです。

そこで、他の項目も含めて、評価方法、基準を変え、単に一つの数値目標だけで評価するのは良くないということが、親会である宮城県がん対策推進協議会のコンセンサスになりました。

それにより第3期の目標は、12%達成したのに C 評価にしました。

それは、全国平均以下で、順位を下げたからです。

12%か15%ということだけにこだわっても、それは三つの評価の一つだけがマイナスに減点になるだけです。

ですから、12%と少し甘めにしても、仮に達成してもそれで満額評価になるわけではなく、全国と比べて、どうかという2種類の評価がありますので、そういう意味では、私はどちらでもいいと考えています。

皆さんで決めていただければと思います。

親会での意見は、別に聞きますが、15%という評価であれば、3の評価項目のうち一つは厳しいことになるだけだと思います。

最終的な評価方法は、まだ決めていませんが、私は第3期の評価方法が良いのではないかと考えています。

以上です。

(丹田委員)

高橋先生、宮下先生、神宮先生は、年に2%とおっしゃっているので、私も12でも15でも構いません。

議論の提供だけということにさせていただいて、あとは、石岡先生が、おっしゃったように数字そのものは親会で最終的に決めていただくということによろしいかと思っています。

(神宮先生)

丹田先生、ありがとうございます。

(寶澤委員)

がん検診受診率の目標を達成したら、2%で済むのか、目標を達成したらもう少し行くのではないかと思います。

がん検診の受診率は、次も高い目標を設定するかもしれませんが、宮城は、もともと他県より高く、さらに高くして頑張りますという話をした時に、年齢調整死亡率は同じ12%でいいのか。

宮城は高いところを達しているので、減少幅が上がるのではないかという考え方もあると思います。

結局、石岡先生がおっしゃられた他県と比べて宮城の下がり幅がどうかということが大事かなと思います。

そこで、高い数値目標を立てるから、歯をくいしばって頑張ると県庁が皆さんに言っていたくのも一つかなと思います。

そういう論点もあるかと思いましたが、12でいいという考え方と、がん検診の受診率を何とか上げて、死亡率を15%減にして全国以上に下げることがメッセージを出すという、どちらのやり方もあると思います。

親会で決めていただくのかと思いつつ、前向きな側からも一票入れさせていただきました。

(神宮部会長)

寶澤先生、ありがとうございます。

他の委員の先生方、何かございますか。

(金村アドバイザー)

金村です。

よろしいでしょうか。

死亡統計に関して、どのくらいその要因が影響するのか、どのくらい下がるかは厳密には出ないところがありますが、ここがさじ加減になっているのは事実かと思imasuので、ここは両方を示すのか、そこはニュアンスと思っています。

もう一つは、この目標の中に、何パーセントと数値が出てくることの意義で考えると、実際には死因に分けて、がんを評価しなくてはいけないと思います。

そうすると、何のがんについての年齢調整死亡率なのかを部位毎に評価していくこととなります。

今のところ、その死因として大きく効いてくるものは、だんだん下がってきて、それが全体に効いてくるという話になると思います。

例えば、主要な死因に分けて、評価していく姿勢が大事であって、その時に全国との比較がどうなのかという話が出てきて、そこに早期発見が効いている、効いていないという議論を当然していかなくてはいけないと思います。

指標は、あくまでモニタリングをするという意味で、目標は一つ設定するにしても、それをきちんと分解、解析をして、事業評価につなげていくという姿勢がむしろ大事かと思ひ拝見しておりました。

目標に関しては、思い切って決めざるを得ない部分がありますが、目標を決めたからといって OK、高い低いで評価するのも分かりますが、プロセスをきちんと見て、それをがん対策の評価に繋げるという視点で、この指標を見ていただければと思ひました。

(神宮座長)

金村先生、貴重なアドバイスありがとうございます。

御意見をお伺いしておりますと、やはり、全国との対比というところがポイントで、数値は、どちらかという二番目の目標というイメージでしょうか。

そのような設定にしたほうが良いという意見が多かったと思ひます。

他の先生方いかがでしょうか。

それでは、どちらの数字に決定するのは難しいので、本部会では、その数値の結論は出さずに二案併記、さらに全国平均よりも下げるということを加えて、協議会の方に報告させていただきます、議論を引き継ぎたいと思ひますがよろしいでしょうか。

(丹田委員)

賛成です。

(金村アドバイザー)

親会議にあげるにしても両論併記になるのでしょうか、委員の間で、どのくらい分かれているのか、その辺を聞かなくてもいいのでしょうか。

部会の委員でどのくらい割れているということがわかれば、親会でも難しいということになるのかと思いますが。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

ウェブで、統計がとりにくいですが、取りましようか。

(高橋委員)

もともと論になってしまいますが、確か国では、具体的な目標値は設定しないということでしたが、宮城県では具体的な目標値を設定した方がいいという議論だったかと思います。ただ、今日の先生方のご議論ですと、全国との比較の方が重要だという御意見が多いように感じましたので、具体的な目標値はあえて設定することが本当に必要かという議論もあるのかと思います。

そこで 12%、15%と、あとは具体的な目標値を設定しないで、全国平均を上回るという三択になるのではないかと思います。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

今の御意見について皆様から何かありますでしょうか。

(石岡アドバイザー)

国の推進計画にあまり意識する必要ないと思います。

あくまで、たたき台なので宮城県独自の計画、指標があって然るべきで、厚生労働省もそのように言っています。

特に宮城県の場合、弱点・アキレスがどこなのかということに関しては、当然、より厳しい計画を立てるべきで、目標が順調に達成しているようなことが仮にあれば、それほど厳しくする必要はないなど、メリハリがあっていると思います。

国の第4期計画は、あくまでも参考書ですので、宮城県の計画に数値目標があるということ自体は、構わないと思います。

12%か、15%かに関しては、親会でも部会でこのような意見が出たということを併記していただければ、それを元に議論したいと思います。

(丹田委員)

高橋先生の御意見はごもっともですが、第1回のワーキング部会では、実を言うと、県からは数値目標という話がありませんでしたが、第1回のワーキン部会で、石岡評価方式では、数値もあった方が、評価しやすいということで、数値目標を作りましょうということが第1回の議論だったと私は理解しています。

簡単ですので、ここで手挙げて、12、15、保留、あるいは作らないって四択で手を挙げてもらうのはどうでしょうか。よろしくお願いします。

(神宮部会長)

それでは、まず数値目標を設定せずに、全国平均を上回るってところだけでいいという御意見の方、手を挙げていただいてよろしいでしょうか。

(事務局)

会場はゼロです。

(神宮部会長)

ウェブの方は、手を挙げるなり、挙手ボタンを押してもらっても結構です。

こちらはなしということになりました。

それでは、12%でいいのではないかという方、私は12%プラス全国平均を上回るという併記です。

そういったのがよろしいのではないかと考えておりますが。

(石岡アドバイザー)

全体目標の数値ですが、ここだけ、全国平均に比べ高いとか低いとかってことで評価するつもりは全然ありません。

全国平均より良いかどうか、過去の順位が上がったか下がったかは、全体目標だけではなく、他も個別目標も含めて、全体にわたって評価するというので第3期の全体の新評価法として取り入れました。

ですから、ここで議論していただくのは、数値だけを議論していただいてよろしいかと思えます。

他の個別目標も含めて新評価法で評価しますので、ここだけ全国平均より良いか悪いかとはいうことではないと補足させていただきます。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

改めて数値目標ですが12%でいいのではないかという方は挙手をお願いします。

(事務局)

会場はゼロになっています。

(神宮部会長)

それでは、ウェブの4人ということになります。

それでは、厳しく15%でいきたいと思いますという方、挙手をお願いいたします。

(事務局)

会場は3名です。

(神宮部会長)

これは、多数決ではないので、意見が割れているということで協議会の方には意見させていただこうと思います。

もう一つ保留の方いらっしゃいますか。

(事務局)

なしです。

(神宮部会長)

皆様ありがとうございました。

それでは、そのよう意見をあげたいと思います。

ありがとうございます。

それでは続きまして、論点の3になります。

スライドは6です。

ロジックモデルと指標の変更点についてです。

変更前に医療の方にありました小児・高齢者の項目のうち、相談や社会連携の内容については、共生の方に移動した方がいいのではないかとありますが、委員の先生から何かございますか。

あまり反対はないかと思いますが、よろしいでしょうか。

それではありがとうございます。

それではワーキング部会としては案の通り了承をしたいと思います。

続きまして、もう一点です。

医療提供体制の均てん化と集約化について、スライド番号は8です。

事務局の案としましては、がん生存率を、二次医療圏単位で見て、県内どこにいても高いがん医療を受けられる体制になっているという指標にしてはどうかですが、これについて委員の皆様から御意見等ありますでしょうか。

(金村アドバイザー)

実際に指標を出すのは私になるのかと思いますが、がん生存率を出すと、結局、背景の年齢とか、そういったところの違いが当然影響しますので、単純に生存率の比較をして、その差が、そのまま医療の差と言っていいのかっていう疑いはあります。

生存率自体を指標にするのは、何ら問題ないと思いますが、何か工夫して、出せないこともないですが、ベースが少ないと工夫のしようもないので、その工夫が必要です。

また、質の高い医療の定義がはっきりしていないので、そこはしっかり議論した方がいいと思います。

例えば拠点病院の占める割合、そこで受診している方の割合などは、ストレートでわかりやすいですが、第1回の会議で明らかになっているよう、仙台医療圏とか気仙沼医療圏のように拠点病院以外で、がん医療を受けられていることもあるので、そのまま使ってしまうと、正確ではない部分があります。

そうすると石岡先生がおっしゃるように拠点病院以外の病院をきちんと格付けをするとか、そのような中で指標をつくっていくっていうのは、一つの方法だと思います。

生存率だけで決めるというのは、後になった時に違うものを見ていたという話になりそうなので、もう少し議論いただければと思います。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

おっしゃるとおり、背景が全然違う可能性があるということ、拠点病院が不足している、足りないところもあるということですね。

生存率は直接、医療にはつながるとは限らないということかと思います。

(石岡アドバイザー)

この生存率に関しては、最終的にアウトカムですので、金村先生もお話しましたが、このロジックモデル見ていただければわかるように、いろいろな検診も含めて、その生存率は影響するわけですから、これをそのまま、均てん化の指標にはできないと思います。

均てん化で一般的に有名なのは、クオリティインディケーターです。

私の専門とする大腸がんの領域でしたら、宮城県内の種々の基幹病院で行っているステージ3の手術、化学療法で、術後の一定期間以内に、どのぐらいの率で行っているかなど。集約化であれば神宮部会長の専門の I M R T の集約化、あとは、我々の専門としているがんゲノム医療です。

遺伝子パネル検査をやれる病院は限られ、近い将来増えますが、今のところ2病院です。

しかしながら、各地域にも適応者がいます。

それで、適応があるけれども、どのぐらい紹介しているかです。具体的な数字は、東北大学病院で数字として持っています。

均てん化かつ集約化とは、実際に医療行為がどのように行われたで、クオリティインディケーターで比較するのがいいのではないかと思います。

(神宮部会長)

私も Q I が一番手っ取り早いのではないかと考えておりますが、先ほど金村先生から指摘いただきました拠点病院以外の Q I 指標は、把握できますでしょうか。
拠点病院以外の病院については、この後の議論にもありますが。

(金村アドバイザー)

院内がん登録は、拠点病院と希望する病院が参加しています。
宮城の場合は、希望する病院は 3 病院ぐらいです。
そうすると基本、仙台市内、あるいは仙台に近い病院と拠点病院になるので、気仙沼地域を見るといった場合、気仙沼市立病院が参加しない限り、測れない可能性はあると思います。
院内がん登録は、任意でやっていますので、今参加してない施設に参加してもらうようにすれば、同じ基準でそれを今後見ることができると思います。
その分、拠点病院に協力もらう必要があると思います。

(神宮部会長)

金村先生、ありがとうございます。
宮下先生、どうぞ。

(宮下委員)

宮下です。
先ほど質の高いがん医療ということは何かという話がありましたが、ぜひ緩和ケアやサポートケアなどのも入れていただきたいと思います。
緩和ケア部会では緩和ケアチームや緩和ケア外来の介入件数ですとか、そういった拠点病院からデータを集めて比較する QI 活動を行っているので、拠点病院に関してはすぐデータが出ると思います。
また、先ほど話が出たように緩和ケア部会でも、以前から拠点病院以外の人にも来てもらい、データも出してもらい、一緒にやろうよという話があったのですが、コロナで止まっていました。
もし県として、そのようなことを積極的に行っていただければ、QI のデータは緩和ケア領域からも出せると思います。

(神宮部会長)

宮下先生、ありがとうございます。
放射線治療部会も同じく出せるとは思います。
気仙沼なども、数値を出してもらえることは簡単ですので、出せると思います。

(金村アドバイザー)

院内がん登録の方で、全国集計をするにあたって、国立がん研究センターでは、拠点病院、県推薦、自主的な参加の三つの区分があって、それぞれ認めているという経緯があります。県によっては、県推薦という形をとって参加するようにしているところもあります。

そう考えると、これを指標にするのであれば、院内がん登録は、今まで県では、主体的な関わりがなかったかと思いますが、地域の指標を図る上で、ぜひ参加してほしいという話になってくるのではないかと思います。

ただ、実際に、院内がん登録をやってないところで、新たにやることは、すごいハードルが高いので、そこをどうやって支援するかにかかってくるかだと思います。

そこを実現すれば、クリアできる可能性があるのかと思います。

(神宮部会長)

わかりました。

ありがとうございます。

(丹田委員)

ただいまの金村先生のサポートというか前回もお話しましたが、拠点病院でないハイボリュームセンターが、具体的には乳がんの病院の中ではあるわけで、ぜひ今の金村先生がおっしゃったような推薦という形でそちらの院内がん登録も進めていただくとよいかと思えます。

後は、放射線治療でいうと、クリニックで相当やっているところがあります。

神宮先生は思い浮かぶと思いますが、病院は、マストでがん登録やることになっていますが、診療所は手上げ方式になっています。

例えば、そのクリニックで治療している人の登録はどうするのかという話になると思えます。

県内の放射線治療実績の相当のパーセンテージを占めていると思われるので、そういった動きを加速するようにお願いしたいと思えます。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

私立のクリニックがハイボリュームセンターであれば、やはり参加していただくというのが必要かと思えますので、この後の話にもなりますけれども、ぜひやっていきたいと思えます。

ほかの委員の先生方、何かこの点について御意見ありますでしょうか。

まずは指標についてですね。

(寶澤委員)

今の議論で指標がどうなのかは、やはり一番わからないところは、金村先生がおっしゃるとおりで、死亡率だけ見ると、どこに行っても、集約されたところにちゃんと受診ができてれば

いいということにはなるので、二次医療圏でのがん生存率が下がるだけでは厳しいと思います。

本質的には、がん登録を使いながら、必要な治療をきちんと必要な方が受けられているか。どのぐらいのステージの方がきちんどこまでの治療を受けられているかなどを評価するしかなくて、そこに地域格差、住所による地域格差がないかどうかだと思います。

がんによってその見方、このぐらいの標準治療をするべきというのは、がんによって全然違う部分だし、ステージによっても違う部分だと思います。

これを真面目にやろうと思うと、そこまで踏み込まないといけないかと思います。

やはり、必要な治療を受けられているかどうかで指標を作っていくしかないのかなと思いました。

(神宮部会長)

寶澤先生、ありがとうございます。

(金村アドバイザー)

院内がん登録のことは、国立がん研究センターの方で Q I 研究を行っています。

主要ながんについては、先ほどの石岡先生がおっしゃったように、あるステージにある方の標準治療の実施率を計測する研究が行われています。

院内がん登録のデータを使うと決めれば、ある程度の指標については、現にやっていますので、調べればお出しできます。

乳がん、胃がんなど、ガイドラインに載っている治療については、指標がございませう。

(寶澤委員)

ハイボリュームセンターについては、院内がん登録の相当のことを、昔みたいになんか登録室が出張してやるのでしょうか。

(金村アドバイザー)

今は、無理です。

病院にやっていただかないと。

(寶澤委員)

やってもらうためには、県がサポートするのか、自力で何とかやってもらうかのどちらかなるかと思います。

この場で、あなたの病院に、院内がん登録やっていただくことになりましたと言われて、やってくれるか難しいところはありますが、そこまでやらないと評価できないということです。

(神宮部会長)

この件については、この後もお話がありますが、石岡先生お願いします。

(石岡アドバイザー)

均てん化していることは、証明することができないと思います。

均てん化していないということを示すことが目的なのです。

一般的には、代表的な医療行為、例えば手術だったら、胃がんのステージ1で、開腹手術ではなくて腹腔鏡が標準的手術法です。

幽門部の胃切除をどれだけやっているかなど、先ほど言ったように、ステージ3とか、あるいはハイリスクステージ2で術後化学療法を一か月以内にどのぐらい比率で行っているか、半年で行っているか。

放射線療法でもあるかと思いますが、そのような指標があると思います。

その代表的なところを決めればよいと思います。

院内がん登録は、そんなにこだわる必要はないと思います。

院内がん登録は、拠点病院しかできないのであれば、それは仕方がないと思います。

医療提供の項目ですから、例えば宮下先生がお話された緩和に関しても、代表的なもの一つだけ入れれば、基本的には良いかと思います。

私だったら、何かのがんの手術の一つで、ガイドラインが新しくなったところを対象とする指標にします。

放射線治療、緩和も同様です。

医療に直接関わるようなところの QI(クオリティーインジケーター)でいいかと思います。

集約化に関しては、先ほどお話ししましたとおり、ゲノムや特殊なロボット手術などです。

特殊なポイントのところをやれば、二次医療圏の格差が明らかになるだろうし、主な医療機関との間で格差が出る可能性があります。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

QI 全部を評価するのではなくて、重要なところ、ガイドライン等が最新に変わったところをピックアップし、指標にすれば、比較的出しやすいのではないかということだったかと思います。

皆様から何か他に意見ありますでしょうか。

それでは、基本的には QI を使用した指標を部会の案として協議会の方にあげたいと思います。

それでは、続きまして論点4です。

先ほどから議論が続いておりますが、スライド番号9です。

がん診療連携協議会とその他のがん診療を行う医療機関との連携という大きな話になります。

第1回の部会でも議論になり、今も議論になりましたが、拠点病院以外のがん診療を行う医療機関に、がん診療連携協議会の部会へ参加してもらおう仕組みについて、計画本文に記載いただきました。

現時点では、がん診療連携協議会の協力が大前提となっておりますが、現時点ではこのような書きぶりとなっております。

医療の格差解消し質の向上を図るために協議会と連携し、拠点病院以外のがん診療を行う病院にも情報公開や状況把握などを働きかけていきますという書きぶりとなっております。この点について皆様から何か御意見ありますか。

(丹田委員)

がん診療連携協議会は、皆さんご存知のとおり県内の拠点病院の集まりで、県内のがん診療の中核、推進役になっています。

しかし、がん計画の中で、がん診療連携協議会の役割、立ち位置が決められていないのです。

がん診療連携協議会のサイトのページは県庁のホームページの深い中にあり、皆さんご存じないと思います。

各部会の報告やがん診療連携協議会から出されている毎年の PDCA サイクルの報告書などがあります。

また、県庁のがん対策担当の方もオブザーバーとして発言されています。

私の感覚では、がん診療連携協議会をきちんと計画なり県の条例で立ち位置を決めてないというきらいがあります。

がん連携診療協議会の会長は、現在、県立がんセンターの山田先生で、この親会、協議会の委員でもあります。

県の計画でがん診療連携協議会の立ち位置をどう定めるかが、第4期のポイントかと思えます。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

スライド 10 を出していただいてよろしいでしょうか。

その点に関することも計画の本文に今回記載されています。

拠点病院とは、地域の医療機関と議論を行い、地域の医療機関が適切な医療を提供できるよう、拠点病院等と地域の医療機関の連携体制の整備に取り組みます。

さらに、がん診療を行う医療機関においてもチーム医療が推進されていくように、宮城県がん診療連携協議会において検討を進めていきます。

その下に連携協議会との連携についてとして、具体的な連携方法、拠点病院以外のがん診療を行う病院の取り扱い等については協議会と相談の上、別途要項を定めるなど検討しますと書いてあります。

拠点病院の立ち位置が明記されたわけではありませんが、関連がしそうでしたので、先に説明させていただきました。

(丹田委員)

スライド 10 にあります、がん診療連携協議会との連携についての下二行の書きぶりが、例えば、県の計画の中にきちんと反映されているかです。

あとは、がん診療連携協議会は、今のところ拠点病院等というのが会員の縛りになっていますので、拠点病院でない病院について県指定なり県推薦なりという形で拠点病院と連携してはどうかと思います。

これは確かに石岡先生の御意見にもあったかと思いますが、そういったことも含めて、この場で決められないと思いますので、親会でさらに議論していただければいいと思いました。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

いかがでしょうか、この点については。

(金村アドバイザー)

実際に計画を立て具体的に進める上で、医療は、行政からこれをしなさいと言って、できることは、あまりなく、補助金を出すか、指定するしかないかと思います。

実際は、県から何が効くかという、丹田先生がおっしゃったように、連携協議会、あるいは、このネットワークが非常に効くと思っています。

今回の書きぶりが、きちんと入ることは非常に良いことで、その中に県もきちんとコミットをしていただき、県としては、計画として、こういう医療を進める必要があると、ただ県としては進める手立てが少ない、この場で、こういうことを進めていただきたいという形があれば、機運の醸成といいますか、そういう流れを作っていくことはできるような気がします。

また、拠点病院の立ち位置は、均てん化、質の高いがん医療を広げるという意味もありますので、そのような役回りを自覚するという意味でも非常に重要なことだと思いました。

(神宮部会長)

金村先生御意見ありがとうございます。

他に皆様から御意見ありますでしょうか。

基本的には協力いただくということですが、金村先生がおっしゃったように、県の方からも強く進めていただきたいと思います。

御意見は、いろいろいただきましたが、それを踏まえ修正した上、部会の案として協議会の方に挙げさせていただきたいと思います。

事務局よろしく願いいたします。

皆様の御協力のおかげで順調に進んでおりますが、論点5になります。

重要な内容ですが、がん教育についてです。

スライド番号11になります。

がん教育に関する協議会設置という意見が出ていますが、これは丹田先生からの御意見となっていますので、ご発言いただけますでしょうか。

(丹田委員)

このワーキンググループで、私は、がん教育担当ということになっていきますので、資料を作ってきました。

資料7を御覧ください。

がん教育の指標というか効果はわかりにくいところがありますが、よく言われるのは、一つのアウトプットとして、外部講師を活用した教育というのがあり、生徒さん、学生さん、児童によりインプレッションというか、心に残るようになっていこうということがあります。

これについては異論があると思います。

本当に外部講師がやれば、本当にそれだけ心に残っていくかという、実はエビデンスはないかと思います。

文科省の資料ですが、資料7の1ページ目の最後にありますとおり、国の第4期のがん対策推進基本計画では、外部講師を活用しながらがん教育が実施されるよう、国は必要な支援を行うというような記載になっています。

それでは、外部講師がどのくらい活用されているかですが、文科省のサイトからこの表を持ってきましたが、令和3年における外部講師の活用状況という表になります。

北日本というか東日本、新潟県までの分を抜粋して持ってまいりましたが、ここにありますとおり宮城県では、活用されていないということが、令和3年の状況からわかります。

がん教育は、ご存知のように、小中高のカリキュラムに入っていますので、すべての学校では時間をとって、教育はされているはずですが。

宮城県の場合は、おそらく高校・中学では保健体育の先生が、保健体育の授業の間に保健体育の教科書を使って実施しているというのが大多数だと思いますので、活用していない学校が90パーセントということになるかと思います。

ここに書きましたように、神奈川県や千葉県とか、あるいは宮城県が残念ながらあまり成績というか、パーセントが高くない状況です。

これは考えますと、別にお金のあるなしではなくて、神奈川、千葉、宮城など政令指定都市がある県にそれが多いのではないか。

政令指定都市である宮城県でいえば、仙台市と宮城県がうまく連携して、この外部講師活用できてない。

その連携がうまくいっていないのではないかという疑問を抱いたわけです。

資料7の2ページ目にあります文科省のガイドラインには、イメージとして、組織構築をして、その連携を取るようにしたらどうかということが記載されていまして、それが、A・B・C・D方式で、D方式は、協議会、組織体を作らずに、教育委員会と主管部局が連携して取り組み、内容を決定するというものです。

仙台市と宮城県の現状は、このD方式になるとと思いますが、そのD方式の結果がこの1ページの表の状況だということになるわけです。

ですから、その2ページ目に書きましたが、その組織の構築は、A、B、C、D どれでもいいかと思いますが、もっと改善する方法をその第4期の計画に書き入れていただきたいです。

これは、学校も大変、先生も大変、僕もがん教育を勉強し始めてよくわかりますが、先生は、本当に時間が足りない、何とか教育といって、山のように降ってきて、プログラムやりなさい、英語もやりなさい、性教育もやりなさいで、がん教育もやりなさいと大変なのです。がん教育の優先度をどう考えるかということになりますが、その組織体なるものを研究していくという書きぶりを、ぜひ第4期の県計画に入れていただきたいということで資料を作成させていただきました。

(神宮部会長)

丹田先生、ありがとうございます。

資料もご準備いただきまして、ありがとうございます。

私は、こんなに低いと思わなかったので、驚きました。

スライド11を出してください。

その丹田先生からの御意見もありまして、計画本文には、案としては、その御意見をすべて反映しているわけではありませんが明記したということでした。

(丹田委員)

この書きぶりではと思ってこの資料を作成したということです。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

これでは不十分ということでしたが、今の事務局の案としましては、企業、団体などの関係機関と連携しながら、医師やがん患者経験者等の外部講師の積極的な活用を推進しますという書きぶりになっております。

(丹田委員)

取組の方向については、第3期の記載とほぼ同じです。

参考まで。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

(石岡アドバイザー)

丹田委員のご指摘は非常に重要だと思います。

いくつかの視点がありますが、医師や患者を活用すると書いてありますが、活用ってどうやって活用させるのですかということです。

県が推進すると言っても主体的に誰もやれないのではないかと思います。

先ほど、教員の働き方改革の問題の話がありましたが、医師と書いてあるのは、例えば、宮城県のがん診療連携協議会の病院から医者を出せということであれば、働き方改革に関し

ては、全く教員と同じような状況にあるわけですから、これはあくまでも外部講師ってというのは、基本的にはボランティアをイメージしているのかと思います。
積極的な活用を推進すると書いてありますが、丹田先生からご指摘があるように、これだと主体的に今の状況を改善できる文章ではないような気がします。

(神宮部会長)

石岡先生、ありがとうございます。

(丹田委員)

追加ですが、資料の最後にも書いてありますが、文部科学省はがん教育も推進するという立場で、文科省のサイトに行くのがん教育っていうページがたくさんあって、実際の補助教材とか色々役に立つものがあります。

その取り組みとして、ここに書いたがん教育総合支援事業というものがあります。

その令和3年までの状況を確認すると、東北地方では秋田と宮城は受託していませんが、それ以外の4県は受託していました。

その受託報告書を見ると、全ての学校で外部講師を活用しているわけではなく、実験校なり研究校みたいな、あるいは指定校っていう形で、そこでがん教育を練っているというのが各県の状況でした。

県計画に書き込むのが、ふさわしくないとわれれば、それまでですが、そのがん教育総合支援事業という文科省からの受託事業を宮城県として手を挙げるというのも一つ手かと思っています。

教育庁関係の方も出席されているので、コメントというか御意見いただきたいと思いますがいかがでしょうか。

(事務局)

教育庁保健体育安全課の佐藤と申します。

がん教育は、新しい学習指導要領になって令和2年度から小学校、令和3年度から中学校、それから令和4年度から高等学校という形で順次取り入れられているというのが現状です。文科省の方の事業についても、教育庁と、健康推進課と相談しながら、手をあげるかどうかというところですが、言い訳になり申し訳ないですが、保健体育安全課では、感染症など、保健関係全般を扱ってしまして、これまでコロナ対応に追われ、全くできなかったというのが正直なところではあります。

現在、コロナが5類に移行して、今落ち着いているところですので、前向きに検討しておりますが、いま、この場で、必ずやりますとは即答できかねるというのが現状です。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

これまでのお話を受けまして、委員の皆様から何か御意見ありますでしょうか。

(石岡アドバイザー)

今の回答には、宮城県民としては、やや不満があります。

積極的に是非取りに行ってもらいたいと思います。

がん教育についての数値が非常に良いのであれば、国の補助金は必要ないというならともかく、今のところは積極に打つ手がない状況です。

推進すると書いても改善しなくてはいけないという状況であれば、国の補助金などは、積極的に取りに行くべきだと思います。

少なくとも我々がん医療に関わる者にとっては、厚生労働省の補助金を積極的に取りに行っていますし、例えば、がん拠点、ゲノム拠点や小児がん拠点のような補助金ですね。

それから、高等教育であれば、文科省のがんプロの補助金を取りに行っているわけです。

我々は、それを医療や高等教育のプロとして取りに行っていますが、初等中等教育は、我々当然プロではありませんので、そこで県が消極的になられたら、そこはなかなか改善しないじゃないかと思います。

是非積極的に申請して獲得するようにお願いします。

(神宮部会長)

石岡先生、ありがとうございます。

委員の皆様から何か追加でご発言等がありますでしょうか。

(丹田委員)

こういった意見が議論されたということ、ぜひ親会の方に挙げていただいて、親会でも議論を深めていただきたいとお願いします。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

他によろしいでしょうか。

基本的に、がん教育は初等教育のうちから始めていくべきかと思います。

がん診療行っている方の総意だと思います。

積極的に進めていただきたいと思っております。

それでは今まで出されました御意見等を踏まえまして、事務局の方で、どこまでかけるかわかりませんが、修正し、部会の案として、協議会の方にあげさせていただきます。

(寶澤委員)

今、教育担当の方からお話がありましたが、令和2年、3年あたりから小学校、中学校までの教育そのものは始まっているということでしたので、もしよろしければ、県庁サイドで、親会の時に、いつの時点からがん教育が変わったということを示す必要があるかと思います。はじめに調べた時に比べて、宮城県での教育状況が今の段階だと何パーセントぐらい増え

て、さらにどこまで上を目指すのかなど。
そこを評価していただくのがいいのかと思っています。

(丹田委員)

この資料活用状況の表がですが、どの時点での活用状況なのかはすぐには思い出せませんが令和3年の報告書ということであれば、令和2年あたりかと思います。
今、教育庁の方から、令和4年になって高校が始まったということであれば、高校の活用率が低いというのは、その影響もあるのかと思います。

(寶澤委員)

内部の教育、外部講師に限らず、授業を行っている回数などの情報があれば、しっかりがん教育をやっていることが伝わるので、この場で安心すると思います。
そのようなバックデータを親会で出していただくことができるのであれば、少し話の傾きが変わるのかと思います。
基本的に推進していくというところは私も同感ですので、その状況を見て、更にどうするのかを決めていただく形になるかと思っています。

(神宮部会長)

寶澤先生、ありがとうございます。
お手数ですけれども、親会の時には、内部の講師でも結構なので、がん教育をどれぐらいやっているのか数値として出していただければ議論の助けになると思いますので、よろしくお願いたします。

(丹田委員)

がん教育は学校のカリキュラムに入っていますから、どこの学校でも1時間やそこらはやっているのは確かです。
おそらく宮城県では、保健体育の先生が保健体育の授業で保健体育の教科書を使ってやっているとします。
受けているのは、100%。カリキュラムに載っていますので、受けているのは確かだと思います。
念のため申し上げました。

(石岡アドバイザー)

一つ議論は、丹田先生の意見では、政令指定都市との関係が議論の一つ、ポイントになったと思います。
そのあたりはどうでしょうか。

(丹田委員)

私の想像で申し訳ないですが、例えば県教育庁の方が本日出席して、この会議で議論されていますが、実は、県教育庁の管轄は県立の学校、つまり県立高校とか、仙台市以外の市町村教育委員会との連携、そこはきちんと捉えていると思いますが、仙台市の青葉区とか、何区の教育委員会とは、そのあまり連携がされていないのではないかと憂えています。

外部講師のカリキュラムを受けたがん教育をやる人は、私も含めて、患者団体の方が県にたくさんいます。

私の勤務先の近くの台原中学校からがん教育やってくれとか、外部講師をお願いしますという話がきてない。

どうということかと、県庁の方にお話すると、それは仙台市教育委員会と相談してください。あるいは学校と相談してくださいということになります。

その連携も含めて、文科省の受託を受けて、宮城県と仙台市、外部講師で調整する仕組みを作ってほしい。

学校として誰に頼んでいいかわからないというのが現実だと思いますから、外部講師とのマッチングの仕組みは少なくとも必要だと思います。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

(寶澤委員)

みやぎ 21 健康プランの会議では、仙台市の方にも入っていただいて、足並み揃えるようなことを進めています。

学校教育で目標値を立てるときには、仙台市の教育庁とはどういう話をされるのでしょうか。人口の半分、仙台市では子供の割合がさらに高いかと思うと、宮城県を語るときに仙台市抜きでは語れないと思いますが、どんな連携になっているか教えてください。

(神宮部会長)

県の教育庁の方、お願いできますでしょうか。

(事務局)

仙台市の教育委員会は、我々の管轄外になってしまいますので、なかなか仙台市を入れてというのは、非常に難しいとしか言いようがないです。

(寶澤委員)

健康推進課が相当頑張っているのかと思いますが、いろいろなワーキング部会に仙台市の健康政策課の方が入っています。

課長を困らせてしまうのかもしれませんが、その枠組みや縦割りをぶっ壊さないと、県のがん教育は、仙台市以外は頑張ってますみたいな話では厳しいかと思います。

どのような枠組みが良いかわかりませんが、少なくともがん教育については、こちら側から仙台市の教育委員会にアプローチできるようなシステム作らないといけないと思います。そうしないと宮城県の子どもの半分以上は、対象外ですという県の方向性になりますので、いかななものかなと思いました。
正直に教えていただきありがとうございます。

(金村アドバイザー)

実態はどうなっているのかが最初になりますので、県がまとめてというよりは、仙台市と分かれているのであれば、別々に報告してもらった上、見える形でご提示いただく。
その上で市と県はどれくらい違うのかわかれば、それを議論した方がいいような気がします。
会議の場にはいない人について、議論するのは変な気がします。
健康に関わる部分では、仙台市にも協力をもらわなければいけない。
それを働きかけないといけないと思います。
そうしないと片手落ちというか不十分な計画になりますし、そこはしていただくのが良いと思います。

(神宮部会長)

ありがとうございます。
そのとおりかと思えますけれども、先ほど石岡先生がお手を挙げてらっしゃいましたが。

(石岡アドバイザー)

先ほど、寶澤先生が健康日本21関連では、その委員会に仙台市が入っていると聞いて驚きました。
宮城県のがん対策推進協委員会には、仙台市の委員は入っていないです。
地方自治体としては、市町村会に推薦を依頼して、大崎市が入っているという状況です。
私は、すでにお願ひしましたが親会(協議会)に仙台市を入れてほしいと要望しました。
オブザーバーで参加予定すると聞いています。
言うまでもなく、人口の半分近くは仙台市で、仙台医療圏になれば2/3近くになります。
先ほどの県の方の話によれば、初等中等教育で県の政策が及ばないってことは明らかです。
そういうことであれば、協議会自体に仙台市の方に委員として入っていただく以外は、抜本的な解決策にはならないのではないかと思います。
協議会に仙台市を委員として入れてもらうようお伝えしたいと思います。

(神宮部会長)

石岡先生、ありがとうございます。
今までの御意見について、皆様から追加発言などございますか。

仙台市の協力なども踏まえて親会の方に、部会からの意見としてあげたいと思います。

続きまして、最後の論点6になります。

スライド番号12です。

患者・市民参画の推進についてです。

こちらは前回の第1回のワーキング部会において、がん対策条例の制定を求める意見がありました。

それから、皆様にはメール審議ということで、がん対策条例が必要であろうという意見は、部会委員の間では、満場一致だったかと思います。

そういったメール会議もさせていただきました。

そこで、計画本文に、このような案として記載させていただきました。

読み上げますと、県民のがんに対する関心を高めるため、がん制圧月間事業やがん教育等の普及啓発に関わる取り組みを充実させていきます。

がん対策条例の策定については、関連施策の実施状況等を検証しながら検討しますという書きぶりとなっています。

条例制定は、県としてかなりハードルが高そうなので、今回このように記載頂いたのは前進かと思いますが、ワーキング部会としては、積極的に条例制定を推進していただきたいところですが皆様、御意見ありますか。

(寶澤委員)

県庁が決まる前に条例作りますとは書けないと思いますが、我々の気持ちはここに入っていると思います。

県庁が文書に書けるところと書けないところがあるかと思いますが、ワーキング及び親会から条例を作るべきだという強い圧力は、むしろ健康推進課が動きやすくなるのではないかと思います。

おそらく、この書きぶりでも、親会から不十分と言っていたかかないと、県庁としては動けないのではないかと。

忖度しているような言い方で申し訳ないですが、この段階で作りますとは県庁は書けないかと思いますが。

ここが正直限界かと。

私の感想です。

(神宮部会長)

寶澤先生、ありがとうございます。

他に皆様から御意見ありますでしょうか。

(石岡アドバイザー)

条例のところは記載してもらいたいとずっと思っていたので、こういう意見がワーキング会から意見が出るということは、親会としても会長としても非常にありがたいと思っています。

ます。

我々部会員あるいは協議会委員は、別に県に忬度する必要は全くないです。

我々の意見を言って、それを書いてもらうということを行うだけの話で、強い意見を我々の方で低い方に調整する必要は全然ない。

意見を言うだけです

言うまでではありませんが、正確じゃないかもしれませんが、47都道府県のうちに41です

でに何らかのがん対策条例があるという状況です。

以前、宮城県でがん対策条例制定の話が出たときは、まだ全国に条例があまりなかった状況でした。

そのとき宮城県は必要ないという判断をしましたが、それは間違っていたと思います。

そういう視点で、あの手この手を使ってでも条例を作るような機運を高めたいと個人的には思っています。

親会でもそういう意見を言っています。

もう一点は、先ほどの議論に戻りますが、条例がないので、仙台市が、がん対策の一部漏れるということも言えます。

これは県の条例を作れば、私の認識が間違いなければ、政令指定都市の仙台市もその条例の下に入りますので、より一層、宮城県の中核を成す仙台市にがん対策について強力で踏み込めるのではないかと思います。

(神宮部会長)

石岡先生、ありがとうございます。

皆様から御意見いかがでしょうか。

(丹田委員)

私もこの書きぶりは、寶澤先生のおっしゃるように、現段階では検討しますまでかと思

います。

最初の原案では、がん対策条例なんという言葉は陰も形もなかったがなんとかここまで書いてくださったのは本当に感謝というか、我々の第1回の議論とか、あるいは御意見シートの圧力もあったかと思いますが、この段階ではこうかなと思います。

親会で石岡先生がさらにプッシュして検討していただけるかなと思いますので、個人的には現段階ではこの書きぶりかと思

います。

(事務局)

この(案)とは新しく付け加えるということでしょうか。

どのような意味を持っているのでしょうか。

(事務局)

丹田先生ご指摘のとおり、作業手順上、後から素案の後に追加したので、(案)と残ってしまったということです。

(丹田委員)

後は、条例ができたことによる効果や、具体的な条例の文案については、我々ディスカッションはしていないので、このように書いて条例策定を進めるというようなことを書いていただければと思います。

言ってみれば、第4期の6年の間にかん対策条例ができれば、僕は、それは素晴らしい第4期の宮城県計画の果実というか、アウトプットだと思います。

そういったことも含めて親会で議論していただきたいと思います。

(神宮部会長)

丹田先生、ありがとうございます。

確か患者会の阿部委員からの情報だったかと思いますが、県議会議員の方々から意見聴取のようなことを受けたと伺いましたが、県議会でも条例の制定に向けた動きがあるようだという情報はいただいております。

阿部先生それで良かったでしょうか。

(阿部委員)

自民党議員の方々30名ぐらいと患者代表が集まりまして、がん条例を作りたいという話をしました。

議員さんたちも賛成していただきました。

ただ、今年、選挙があるので、まず、自分たちが選挙に勝たないといけないということでしたが、進めていきたいという話をいただきました。

(神宮部会長)

情報ありがとうございます。

皆様から追加発言とかございますか。

本文の書き方としては、現段階はこういうところかと思いますが、ワーキング部会からは強く要望させていただきたいと思います。

もし修正できるようであれば、それを踏まえ、案として親会にあげたいと思います。

ありがとうございます。

皆様の御協力もあり、論点6まで済ませていただきました。

ありがとうございます。

それでは、ここでアドバイザーとして参加いただいています石岡先生と金村先生の方から全体を通してご助言などがいただけましたらお願いします。

初めに石岡先生、資料もご用意されておりますが。

(石岡アドバイザー)

途中で多くの発言をさせていただきましたが、ワーキング部会の皆様には、非常に真剣で、しかももりだくさん議論していただきました。

おそらく親会の委員では全く気がつかなかったところも、深く御意見をいただき大変勉強になりました。

この後、部会長の神宮先生と県でまとめられると思いますが、それを参考に、協議会ではより良い計画策定のために、取り入れたいと思っております。

ただ、非常に難しい技術的な問題とか政策的な問題がありますので、どこまでどのように取り込まれるかは一筋縄ではいかない。

例えば、先ほどの数値目標どうするか、条例の記述は、どのような書き方にするかですが、この件は県の方とよく議論して協議会で進めたいと考えております。

しかし、実は、細かいところは、私もいろいろ書きました。

一部は反映していただいておりますが、ポイントとしては、冒頭でもお話ししましたが、決して宮城県が我田引水な計画を立てて、評価方法も我田引水にならないことは非常に重要で、全国との比較は非常に重要です。

また、宮城県は、学校教育における外部講師の活用が低い、喫煙率は相変わらず高い、がんの年齢調整死亡率は昔よりも順位をずっと下げているという状況から、決してがん対策先進県ではないということは、あきらかになってきています。

しかし、この結果は、十年前のがん対策が今一步だったということ。

私たちは、今ここに専門家として、がん対策に携わるものとしては、気を引き締めて、十年後の宮城県のアウトカムが良くなることを目指したいと思っております。

(神宮部会長)

石岡先生、ありがとうございます。

続きまして、金村先生からありますでしょうか。

(金村アドバイザー)

資料9でがん登録に関して書かせていただきましたが、社会計画は、誰が何をするのかというのは、実際は難しく、全て県ができるかという県はできませんし、関係する人はいっぱいいますので、そういった主体が自主的に取り組んでいるようなことも含めて盛り込んでいかないとけません。

それがなければ、何をこの計画で実現しようとしているのか、実際、実現できたのかは評価できないのではないかと考えています。

がん登録について、誰が何をするのか、そこを明確にして書いてみたら、課題と現状から全部書き直しになりました。

課題の認識をきちりしないと取組みの方向性は、説明つかないので、それで書いてったら下線が引かれているような状況になったものです。

結局、現状の認識と課題っていうのはリンクする話ですし、その課題を解決するために誰が何をするっていう主語を是非明確にさせていただかないと、なんとなく空気を変えますとか、取り組みますってあるけれど、誰が取り組まなければならないのか、5、6年経った時に誰がやったかみたいなことになりかねないのは、良くないと思っています。

先ほど、県のがん診療連携協議会は何をするのだという話がありましたけど、がん登録は、県のがん診療連携協議会の場を使って、いろんな取り組みを促したり、頑張っている部分があります。

そこは、あえて盛り込んで表現をしています。

がんセンターとして頑張っている部分もありますので、そこも主体的にしたいと思って書いています。

がん登録に関しては、私は深く関わっているので、こういう書き方はできますが、是非とも施策の方向性、取組みの方向性には主体的な取組みという部分を盛り込んでいただきたいです。

誰が何をするっていう部分では、意欲的にそこまで表現できないというところはあるのかもしれませんが、自主的に取組んでいる人たちは、高い目標を掲げてやっていますので、そういう意味で盛り込んでいただくと良いかと考えています。

今日は皆様にご議論いただく機会ですので、私の方で書き換えをすればこのように書きたいですということでご覧いただければと思います。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

詳細に記載頂きまして、ありがとうございます。

(金村アドバイザー)

追加ですが、がん登録のデータは、皆様にお使いいただきたいと思っていますが、市町村比較をする際に、人口が必要なのですが、実は、その人口は国勢調査の年は、市町村別に全部出ていますが、国勢調査をしてない年は、国勢調査時の人口に住基で移動した人口を加減して、推計人口を出しています。

東北を調べたら、他県では、何かしらの市町村別の人口が確認できているのですが、宮城県は出していません。

これは健康推進課ではなく、県の統計を担当されている課が、本来は出すべきだと思っています。

前に生活習慣病検診管理指導協議会で、そういう比較ができないので、ぜひそれを整えてほしいという発言をしましたが、ずっと寝ている状況もありますので、あえて書かせていただいています。

インフラになる部分は、健康推進課だけで解決できるわけではないですが、県庁として頑張りたいので、そこは課題として認識し実現していただきたい。

最終的には、市町村間を比較できるデータを私どもは出していきたいと思っていますので、書き込ませていただきました。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

精度の高い数値を出すためには必要なことだと思いますので、県の他部署かとは思いますが、御協力をお願いいたします。

(寶澤委員)

先ほど年齢調整罹患率という話がありましたが、各市町村の年齢構成は、まさに一丁目一番地です。

各市町村の年齢構成が分からずに金村先生にその情報を与えずに、がん登録をどう生かすかと言われても、これは、なかなか難しい話です。

内部の話になるかと思いますが、このワーキング部会として推計人口を県立がんセンター、がん登録室に提供していただかないと、県内の地域比較ができませんと強く要望を出していただきたい案件かなと思います。

(神宮部会長)

事務局の方、何か御意見などありますか。

(事務局)

金村先生がおっしゃっているのは、統計を担当する課で出していないということで、健康推進課で何ができるとか明言できませんが、金村先生には、健康推進課から各市町村に照会し、その値をご提供している状況です。

(金村アドバイザー)

私の方から申し上げますと、私が利用できるからいいという話ではなく、県のデータを利用して比較をしたい方にあまねく利用できる土台となるデータとして公表していただきたいという主旨です。

私どもが推計している方法は、私たちができる方法で推計しているに過ぎないので、県が出している公的なデータとは明らかに違います。

そこは責任がある数値として出していただくことは非常に統計的には大事だと思います。ですので、県からデータをいただいていることは感謝申し上げますが、県の統計として市町村の比較を行うための基本的なデータ、インフラとして整えていただきたいという意見と受け止めていただきたいと思います。

(神宮部会長)

金村先生、ありがとうございます。

大変重要な点も挙げていただきました。

石岡先生、金村先生からのご助言をいただきましたが、委員の皆様から、これについて何か御意見等ありましたら、お願いします。

(石岡アドバイザー)

委員の先生方の御意見も後で伺いたいのですが、ワーキング部会の設置要綱を見ると、所掌事項は、計画の原案作成、計画の目標項目と目標値の設定、その他必要と認める事項と書いてあります。

県に質問ですが、ワーキング部会では、いろいろな意見が委員の先生方から出ましたが、他に計画に付随するような意見を書くということができるのでしょうか。

例えば、ワーキング部会は、親会の協議会に原案、目標値をつけて提言するという形になると思いますが、その際、その他必要と認める事項というのは、あくまでその協議会に対して何か提言するというのをイメージしているのでしょうか。

(事務局)

基本的には(1)と(2)に書いている事項に付随という想定で、それ以上、具体のものを何かこうとイメージしてこの条項を置いているわけはございません。

(石岡アドバイザー)

いま手元にはないのですが、親会の方の所掌事項についても確認させてください。

先ほど、条例のことなどを含めて、いろいろな意見が出たと思います。

協議会は、県の審議会の一つですので、意見を提言することができると思います。

親会の所掌事項になるのかわかりませんが、例えば、部会では直接県に物を申せないにしても、その意見を協議会が吸い上げて、それをまとめて、県に提言するというのができるのか確認させていただきたい。

(事務局)

直接の回答になるかわかりませんが、この協議会については、条例に基づき設置しております。

その条例の第1条で、知事の諮問に応じ、宮城県がん対策推進計画の策定、その他がん対策の推進に関する重要事項を審議するため、がん対策推進協議会を置くこととなっていますので、計画の策定、審議ということでございます。

(石岡アドバイザー)

それが主目的ですが、今のご説明であれば、がん対策に関わることに限っては、協議会の所掌事項として提言することはできそうですね。

(事務局)

この条例の見方にもよりますが、最初に知事の諮問に応じという部分のございますので、そこをどう読むかによるのかと思います。

(石岡アドバイザー)

知事の諮問というのは、がん対策ですよ。

計画だけなのでしょうか。

要するに先ほどの議論ではありませんが、協議会の所掌事項が、知事の諮問による計画策定ということだけにとということであれば、条例についても、すべて計画の中に入れる必要があるわけです。

そこを確認したかったのです。

(事務局)

計画の策定にあたって、付随してくる事項でありましたならば、協議会の中でご議論いただくことはあり得るかと考えております。

(石岡アドバイザー)

ただ、アウトカムして出ていくのは、知事に伝わるのはその計画そのものだけですよ。

(事務局)

協議会でご議論いただいた内容につきましては、当然、県の方でも把握しているところですので、それを踏まえた形となるのかと思います。

(石岡アドバイザー)

今のご説明で理解しました。

部会の先生方、協議会の委員の皆さんとはそういう認識でいたいと思います。

重要なのは、計画案に盛り込むということが非常に大事だということです。

議論のプロセスは形としては、議事録に残りますが、結論は、計画案ということです。

余談ですけど、現在設置されている他の審議会のことに関しましても、知事によれば、専門家は審議会の委員だけじゃないという御発言がありましたので、それを考慮すれば、最終的なアウトカムも計画案になります。

そこを認識して、この計画に盛り込むか、盛り込まないかということを考えたいと思います。

宜しくお願いします。

(神宮部会長)

石岡先生、ありがとうございます。

それでは、アドバイザーの先生方からいただきました助言や意見等を踏まえ、皆様から何か御意見などありますでしょうか。

時間も差し迫ってきておりますので、石岡先生、金村先生から頂いた意見等、皆様がこれまで議論していただいた6つの論点を踏まえまして、協議会へあげる中間案については、部会長の私と事務局の方で、作成させていただきたいと思います。

とりまとめを一任させていただければと思いますが、いかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

責任もって、取りまとめさせていただきます。

なお、協議会にお諮りする前に、委員の皆様を確認していただきたいと思います。

よろしいでしょうか。

ご承認ありがとうございます。

それでは、修正後の中間案ができ次第、事務局から委員の皆様にお送りしまして、11月16日の第3回の協議会に間に合うよう部会案としてあげたいと思います。

それでは時間がギリギリになってきましたが、その他として、委員の皆様から何かありますでしょうか。

(金村アドバイザー)

前回、丹田先生から依頼されて追加で集計しておりました。

それは、すごいボリュームになってしまいましたが、県の方にはご報告をさせていただきました。その扱っただけご説明いただければと思います。

(丹田委員)

がん種の追加のところですよ。

(事務局)

集計は、がん登録を使っている関係上、公表資料に該当するものですので、その確認をしている最中で、お時間を頂戴している状況でございます。

ご利用できるまでの手続きが済みましたら、情報提供させていただきます。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

その他、何かございますか。

(浅沼委員)

ご発言の機会ありがとうございます。

戻りますけど、感染症対策の文言についてです。

以前、県の方が来てお話ししましたが、その後、もう少し考えましたので発言させてください。

施策方向性のところで、ピロリ菌の除菌治療の推進という言葉を入れさせていただいて、これは本当にピロリをやっているものにとってありがたいことです。

ただ、一つお聞きしたいのは、ピロリ菌の除菌治療です。

県として、本当に推進していくのか。

推進とはあるが、その後の対策が何も無いというのが気になりました。

私としては、ピロリ菌はなくてもいいとは思いますが、県として本当にどんどん除菌を推進すべきかどうか、これについては議論があるのかなと思いました。

なぜかという、ピロリ菌の除菌が効く年齢は限られているかもしれないのです。つまり、高齢者に対してどんどん除菌しても、あまりその効果があるかどうかわからないのです。

今のところ、そういうエビデンスが全くないです。

もっと言えば、日本では無症状の人に対して除菌しても、したことによって胃がんが減るというエビデンスもありません。

それも、海外のもので、中国とか台湾とかで、それは、国の方にも書いています。

ここに除菌推進とエビデンスのないことを書くのはどうかと思いました。

それでは、どうしたらいいのかですが、その例えば、情報の啓発とか、その程度におさめた方がいいのではないかと私は思いました。

ここは、前回のところでいいそびれてしまったので、時間ギリギリになりますけど、この2次対策についての意見として、検討していただきたいと思います。

もう一つは、感染症で一番大事なのは、子宮頸がんかと私は考えております。

子宮頸がんの対策については、ワクチンの接種の促進になるかと思いますが、接種については、何も対策がなかったので、キャッチアップについて、もう少し推進するような施策があればいいのかと思いました。

御意見シートで出せばよかったのですが、申し訳ございませんでした。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

エビデンスのないことを記載するわけにはいかないと思いますので、浅沼先生にご確認いただきながら修正をしていきたいと思います。

(浅沼委員)

例えば、何日までに修正文書を出せば変更できるということであれば、出させていたきたいと思います。

今回、御意見シートはないのでしょうか。

あれば、それに記載しますが。

(事務局)

今回は、御意見シートから意見をいただく考えはありませんでした。

この場での御意見を頂戴しながら修正ということでした。

浅沼委員のご指摘は、大切なところですので、後日御意見を頂戴した上で、修正させていただきたいと考えておりますが、いかがでしょうか。

(寶澤委員)

浅沼先生の御意見のとおりだと思います。

この書きぶりは、幅広く書かれているので、すでに胃炎がなっている保険適用の人たちなら

いいですが、その書きぶりを適切な人に対する感染検査及び除菌検査みたいなことを、浅沼先生に追加していただき、あまりワイドになりすぎないようなニュアンスになるといいのではないのでしょうか。

私からも浅沼先生にコメントいただいて、その後、みんなで見てくのがいいかと思います。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

(浅沼委員)

早急に出します。

よろしくお願いします。

(神宮部会長)

先ほど御意見いただいた流れで行っていただきたいと思います。

よろしくお願いします。

その他、なければ、お時間もきましたので終わりにしようと思いますが、事務局から何かございますか。

(事務局)

特にございません。

(神宮部会長)

他に連絡事項などなければ、議事は以上で終了といたします。

なんとか2時間のリミットぎりぎりで行進させていただきました。

本当に御協力ありがとうございました。

それでは、進行をお返ししたいと思います。

(司会)

神宮部会長、議事進行いただきまして誠にありがとうございました。

また委員の皆様、貴重な御意見をいただきまして、誠に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を送付させていただきますので、内容の確認について御協力お願いいたします。

それではワーキング部会は以上をもちまして、終了させていただきます。

大変ありがとうございました。