

## 平成24年度 第1回宮城県がん対策推進協議会会議録

- 1 日時：平成24年7月10日（火）午後3時から午後5時まで
- 2 場所：宮城県庁行政庁舎 4階 特別会議室
- 3 出席委員（五十音順，敬称略）  
安藤ひろみ，石岡千加史，大内憲明，太田耕造，西條茂，斎藤仁子，佐藤陽二，渋谷大助，  
瀬戸裕一，高橋修子，中山康子，橋本省，久道茂，三浦絢子

### 4 会議録

#### 司会（疾病・感染症対策室）

本日は，お忙しい中御出席いただきまして，大変ありがとうございます。

ただ今から，平成24年度第1回宮城県がん対策推進協議会を開催いたします。

当会議は，情報公開条例第19条の規定に基づきまして，公開とさせていただきます。

なお，傍聴者の方をお願いいたします。会議中は，静粛に傍聴していただきまして，拍手その他の方法により公然と可否を表明しないようお願いいたします。

それでは，会議の開催に当たりまして，保健福祉部次長の佐々木より，御挨拶させていただきます。

#### 佐々木淳保健福祉部次長

委員の皆様には，本日は大変お忙しいところ，御出席いただきまして，誠にありがとうございます。

また，日ごろ，保健医療福祉行政の推進につきまして，それぞれのお立場から，大変御尽力をいただいておりますことをこの場を借りて厚く御礼申し上げます。

さて，先月になりますが，6月の8日に，国の新しいがん対策推進基本計画が閣議決定されました。前基本計画の策定から5年が経ちまして，がん対策には，相応の成果が見られるものの，がん診療に関する状況は大きく変化をいたしまして，またその一方で，新たな課題も見えてきているところでございます。

こうしたことから，この後，事務局の方から説明があろうかと思っておりますけれども，国の新しい基本計画において，その内容が，大きく変更されているところでもございます。

本県の宮城県がん対策推進計画につきましても，この国の基本計画の変更を踏まえて，今年度中に改定を行ってまいりたいと考えております。改定に当たりましては，本協議会の委員の皆様のお意見を伺いながら，作業を進めてまいりたいと考えておりますが，委員の皆様には，これまでも増して，御指導と御協力を賜りたいと存じますので，御多用のところ大変恐縮ではございますが，どうぞよろしく御申し上げます。

本日の会議では，国の基本計画の変更点や，県の次期計画の構成案等についてご説明をさせていただきます，御協議いただく予定となっております。中でも県の次期計画の構成につきましては，まだまだ「たたき台」という段階のものではございますが，次期の計画がより良いものとなりますよう，委員の皆様には，是非，忌憚のない御意見を賜りますことをお願い申し上げまして，開会のあいさつとさせていただきます。

本日はどうぞよろしく御申し上げます。

#### 司会（疾病・感染症対策室）

本日は，お手元に配付させていただいております会議次第に従いまして進めさせていただきますが，平成24年4月1日付けの人事異動等に伴いまして，今回から新たに委員として御出席いただく方々がいらっしゃいますので，事務局から御紹介させていただきます。

仙台市健康増進課の斎藤委員でございます。

宮城県薬剤師会の瀬戸委員でございます。

なお、医療法人社団爽秋会の岡部委員、宮城県看護協会の菅原委員におかれましては、本日、所用のため御欠席でございます。

本協議会の議事録につきましては、後日公開とさせていただきますので、御了承をお願い致します。

なお、各委員の前にマイクがセットされておりますけれども、御発言の際には、右下のオン・オフのスイッチがございますので、そちらの方を入れてから御発言いただきますようお願いいたします。

それでは、ここからの進行につきましては、議長の久道会長にお願いしたいと思っておりますので、どうぞよろしくをお願いいたします。

久道会長

それでは、議事に入りますが、その前に、記者の方から写真撮影の要望がございますので、皆さんにお聞きしますが、御承諾いただけますでしょうか。よろしいですか。

(異議なし)

よろしいですか。それでは、どうぞ。

これは、冒頭ですか。それとも、臨機応変に撮られるんですか。…ああ、好きなように撮るわけですね。じゃあ邪魔にならない程度に。そういうことで、結構ですから、どうぞ。

それでは、議事に入らせていただきますが、最初の(1)平成24年度の宮城県がん対策関連事業の概要について、事務局からお願いします。

事務局(疾病・感染症対策室)

(【資料2】について説明)

久道会長

宮城県の平成24年度のがん対策関連事業の概要について、説明いただきました。

委員の方から何か御質問、御意見ございますでしょうか。

よろしいですか。

それではまた何かあったら、振り返ってでもいいですから、御質問等いただきたいと思いますのですが。

(2)の「宮城県がん対策推進計画の改定について」、これをお願い致します。

事務局(疾病・感染症対策室)

(【資料3・4・5】について説明)

久道会長

ただ今、国のがん対策推進基本計画の変更点を中心にお話しいただきました。

何かこれについて、御意見、あるいは御質問、ございましたらどうぞ。ございませんでしょうか。

はい、どうぞ。

安藤委員

お尋ねいたします。

地域の医療・介護サービスが強調されているというところで、がん緩和ケアの、いわゆる勉強会を、ドクターだけではなくて、各職種におろしたということで、伺っていたんですけど、これの案内がですね、実際に、いわゆる在宅をやっている訪問看護ステーション、それから保険薬局薬剤師、こういったところにおろされていなかったような気がするんですが、そのことについて県の方は何かご存知でしたでしょうか。

具体的には、先だって、みやぎ県南中核病院で行われた案内が、いわゆる在宅のチームにはど

こにも届いていなかったんですね。で、こういうことがあるんだけど、ということで、こちらから、医療機関から情報を出したんですけど、ぎりぎりだったので、ということになっておりました。いかがでしょうか。

久道会長

はいどうぞ。何か県の方で。

事務局（疾病・感染症対策室）

緩和ケア研修会のお話、ということによろしいですか。

安藤委員

はい。

事務局（疾病・感染症対策室）

いまの現状と致しましては、あくまでも医師が対象、ということでございまして、先ほどご説明申し上げましたように、医師以外の医療従事者の方が正式に対象に入ってくるというのは、これからでございまして。

あと、みやぎ県南中核病院で行われた研修会の情報がなかなか入らなかったというのは、今回初めて県南中核病院さんで実施されたところでしたので、不慣れな部分もあったのかなとは思いますが。

安藤委員

一応、募集要項には、医師、薬剤師、看護師というふうに職種が書いてございましたので、チャンスはどこのコメディカルにもあったのかなと読んでおりましたので。

事務局（疾病・感染症対策室）

こちらは医師以外の方の受講を拒否したりとか、そういうことはなくて、お受けいただけるんですけども、国が正式に対象としていくのはこれから、ということでございます。

久道会長

宮城県としても、これから、計画を立てた後の25年度から、こういった緩和ケアの研修その他についての推進をやるというのは、25年度からなんでしょう。この計画を作ってから。そういうことになりますね。

ほかに何か、御質問や御意見ございますでしょうか。

なければ、次の「第2期宮城県がん対策推進計画（仮称）の構成について」、お願いします。

事務局（疾病・感染症対策室）

【資料6・7】について説明

久道会長

はい、どうもありがとうございました。

いま説明いただいた、宮城県のがん対策推進計画の構成、実はこれが一番、今日の重要な議題のところでございます。あと1時間くらい時間ありますけれども、最後の議題は「ワーキング部会の設置と部会委員の選任について」ということで、まあ10分もかからないと思いますので、残りの50分くらいはですね、この②の推進計画の構成の中身についての議論、というか御意見を伺う時間を取りたいと思います。

具体的には、先ほど説明にありましたように、ワーキング部会が第1回、第2回というのを8月、9月に行って、まあ「たたき台」を作っていただいて、第2回のこの協議会を10月下旬に

やると。そこで出した中間案を、パブリックコメントに出して、皆さんから意見を聞いた後に、来年の1月頃に最終的な案を作る、というスケジュールになっておりますので、今日は皆さんから気がついたところだけでもいいと思いますが、いろいろ御意見いただきたいと思います。ただ項目がずいぶんありますので、最初の方から項目を分けて、皆さんに議論していただきたいと思います。

資料7をちょっとお持ちください。いまご説明いただいた資料7です。

資料7の、4ページあたりから進めたいと思いますが、「重点的に取り組むべき課題」というところがあります。ここには、宮城県の現状と全国の状況とが比較された資料等が書いてありますが、この辺りを見ていての御質問、何かございませんか。

はい、どうぞ。

石岡委員

東北大学の石岡です。ここの項目もそうですが、全体としてですね、数値がきちんと出ているところ、例えば罹患や生存に関するところ、それから検診受診率等、そういうところは数値が非常に出ているのに対して、数値が、具体的な数値がないのかなあと思っています。どこが弱いのか強いのか、というところが今ひとつ十分に理解できないと言いますか、具体的じゃない。客観性が乏しい。

喫煙に関しては、宮城県は全国平均よりは悪い、というようなことは明らかなんですけど、例えば専門的な医療従事者の養成の状況とかですね、緩和ケアが宮城県の位置づけほどの程度なのか。就労の問題とかというのもありますけど、これは全国の問題ではあるけれども、いずれ宮城県のがん対策推進計画を立てるということは、宮城県に特性のある、簡単に言えば弱点があるところを重点的に取り組むというのがひとつのスタンスかなと思います。ですから、そういった全体的なところを見渡したときに、少しですね、ご提示いただいた数値等に関しては、データが私は不十分かなと一番最初に感じました。

久道会長

確におっしゃるとおりだと思いますので、先生、何か判断するためにですね、あとはこの協議会は10月に1回、まあワーキング部会がその間に2回くらいありますけれども、各協議会委員の方々が、共通のデータを資料としてね、お持ちいただくことも大事だと思うんですが、これはどうしますか。

事務局の方で、わかる範囲で、いま御指摘いただいたような資料を作っていたら、皆さんに送付しておく、ということは可能ですかね。

事務局（疾病・感染症対策室）

はい、可能な限りでやらさせていただきます。

久道会長

ただ、何がどうなんだかわからないという面もありますよね。どこが、どの項目が欲しいんだというところがあった方がいいと思うんですよね。

はい、先生、どうぞ。

石岡委員

国のがん対策そのものでいいかと言えば、それはまあたぶん全国共通に我が国の特性があつてですね、弱いところはそれでいいんだと思いますが、宮城県で独自に立てるという理由は、当然、宮城県の弱点があるから、そこを重点的に対策を立てるというのが、根底にある考え方だと思うんですね。

そうすると、先ほどの話では、この予防と検診というのは、がん対策で当然非常に重要なところですから、これは当然、重要でないわけではないんですが、宮城県が得意なところを、だから

更に重点を置くというのは、考え方としては整合性が合わないんですね。政策をとるということは、弱いところをとるとというのが、対策としては非常にいいんだと思うんですね。

ですから、例えば、小児がんについてもですね、就労の問題は宮城県では4,000人罹患して1,200人亡くなるというデータを出しているんですが、小児がんについては宮城県のデータを何も出していませんよね。ですから、そういったところがないのに、重みづけがですね、いきなり小児がんが重点になっていて、就労や社会の問題についてはそこには書いていない。これはどういう意味で選んだのか、というところが、非常に疑問に思ったので、やっぱり具体的なですね、客観的に宮城県はどこが弱いのかというのは、ある程度具体性を持った評価が必要で、それによってですね、どういう対策を、次の5年間、重みづけをもってやっていくかというのが、私は大事じゃないかなというふうに感じます。

久道会長

はい、どうもありがとうございました。重要な指摘ですので、いまの御意見を汲んで、事務局でも考えてみてください。

ほかにございませんか。

いまの御意見は、各項目、これがああだこうだっていうんじゃなくて、重点的に取り組むべき課題の中で、こういう考え方で、あるいはこういうところが弱いから、ということで考えたかどうか、という御意見であったと思うんですが、何かそういうことと関連して、御意見ございませんでしょうか。

それではですね、ワーキング部会の委員の方々が検討しやすいようにですね、皆さんからも御意見を伺っておきたいことのひとつは、12ページに飛びますけれども、第4章の「具体的な取組」というところがありますね。このところで、先ほどもちょっと出ましたけれども、予防対策の推進の中で特に世の中の関心、あるいは議会等でも関心を持たれると思いますけれども、喫煙率とそれから禁煙希望者の、宮城県と全国の比較ですね。それから全国の喫煙率の目標値は、13ページにあるような計算のし方で、ここに、真ん中から下のところを書いてありますね。これで見ますと、宮城県は、●●.●%と書いてありますけれども、計算すると13.5%ですよ。いいんですかそれで。

事務局（疾病・感染症対策室）

14.5%です。

久道会長

14.5%ですか。どういう計算ですか。「 $25.5\% \times (100\% - 43.1\%)$ 」ですか。

事務局（疾病・感染症対策室）

はい、そうです。

久道会長

14.5%だそうです。ということは、宮城県の目標値は、理屈から言えば14.5%でもいいんですが、日本全体の目標値が12%なのですね、あえて下げる必要があるか、と。これぞ宮城県の弱いところですよ。

石岡委員

まさにそうです。

久道会長

弱いところはちゃんと、もっと厳しくやってもいいか、と、それが皆さんの御意見として出されるかどうかということなんですが。いかがでしょうか。これについて御意見いただきたいと思

います。

はい、どうぞ。

太田委員

大崎市民病院の太田でございます。この計算自体が、禁煙希望者全員が禁煙に成功するっていうことを前提に計算された12%ですよ。14.5%も。そんなことが本当にあり得るのか。宮城県の対策の平成24年度を見ていただきますと、ここに投じている予算はわずか40数万円です。ここに、男性では喫煙が第1位であるとは書いてあるにも関わらず、女性はがんの原因として1番だというウィルス対策に9億何千万円ものワクチン補助のお金が入っているんですね。これはいかがなものか。

宮城県が弱いところに全県で1年で40数万円の予算を組むという発想からは、14%を狙おうと思っているとは思えない。ということで、その辺を、ワーキングの方々に考えていただきたいなと思います。

ちなみに大崎市では禁煙活動に30万円出ておまして。例えばCOの測定機を買うだけでも11~12万円するんですよ。それを市民の、例えば子どもの受動喫煙があるかないか測るような活動で使用しているのですが、そういうことを行うためのお金というのは、そういう1台の機械を買うだけでも11万円くらいかかってしまうものなんですよ。私たちも毎年1台ずつ新しい機械を買っているんですが、県としても、そういうことも含めて、喫煙というものにもう少しきちんとした取組をしないと、12%の全国に置いていかれるんじゃないかなと思います。

久道会長

先生はそうすると、12%の目標にすべきだと。そのための予算とか事業を展開しろということですか。

太田委員

その辺の、気持ち、気概を見せた計画になればいいな、と。

久道会長

ほかに御意見ないですか。

禁煙希望者が100%禁煙するだろうから、というのではなくてですね、行政がお節介して禁煙運動する以上は、希望者に対してやると。全然希望しない人はどうぞ吸ってください、という態度なんですよ。それで、それが一番理屈に合っているものだから、国や県が行政として、お金をかけてまでこの運動をやって、喫煙率を下げるのはそういう理屈ですよ、というので、たぶん、国でもね、納得されて。実は第1回目の県の喫煙率の目標のときもその理屈でやったわけですよ。ですから、理屈で言うと14.5%でいいんだけど、狙いとして国がもっと目標を厳しくしているのにね、宮城はこれでいいのか、ということは一方であるわけですよ。

それについて皆さん何か。これ、ワーキング部会の人々がどっちにしたらいいかわからないと思うんですよ。いかがでしょうか。

西條先生、どうですか。

西條委員

僕の病院もですね、徹底的に禁煙を始めることにしまして。

久道会長

今までしてなかったの？

西條委員

いえ、甘いところがあったもので。どうしても、こそこそとやる人がいるんですけども、や

っぱり禁煙というのは、ある程度、冷たく徹底的にやらないとうまくいかないものだなということが、この頃よくわかりまして。

それで、12%という目標値を国が定めたのであれば、何としてもそこを目指すような形の方が、やっぱりいいのかなと思いました。

今まで僕自身、かわいそうだから、という思いはあったんですけども、やっぱりここ2~3年見えていますとですね、やっぱり減らないですね、こそこそとやる人が。ですから、そういうものに目をつぶるよりは、ある程度きちっとやった方がいいと僕は感じています。

久道会長

こそこそ吸う人、というのは職員ですか。

西條委員

職員も、委託の人も含めてです。患者さんにもいましたけど、患者さんは意外と吸わないですね。やっぱり具合悪くなってくると吸わない。

全館で調査すると、看護師さんも1割くらいいるんですね、吸ってる人が。

久道会長

それを厳しくすることに、もう決めたんですか。

西條委員

徹底すると。禁煙外来を設けたので。禁煙外来を設けた以上は徹底していきたいと思っていますので。

久道会長

医療機関は0%なんですよ。目標値はね。

西條委員

なかなか…たばこを吸う人はあれやこれやで、いろんなところでうまくやっていますので。

石岡委員

私は12%でいいかな、と思いました。高く言うべきじゃないかなと。

その理由のまず一つは、喫煙は御承知のとおりですね、がんだけが問題になっているわけではなくて、健康みやぎの方でも言われていますけど呼吸器だけでなく循環器系の疾患も非常に大きな問題です。がんだけが、こういった理屈でですね、数値目標を少し甘くするっていうのは、他の方の健康に影響があるということを考えれば、やはりこれは国の目標と同じにすべきではないかと思います。

また、もう一つは、いま西條先生が、医療機関での禁煙対策というところでおっしゃられましたが、大内先生や私たちの東北大学病院では、構内すべて禁煙という形になっております。いま問題になっているのは、路上喫煙の問題です。しかも、最初は東北大学病院や、加齢研、歯学部の周りの路上が問題になっていたのですが、最近はその向かい側の道路と言いますか、近所というか、その辺が問題で。今日も私、会場まで車で、加齢医学研究所の駐車場から出てきたんですが、ちょうど東北会病院の前を通過してくるんですが、東北会病院の周辺で、路上にしゃがみ込んでですね、皆60歳、50歳、40歳、それくらいの結構年配の人たちがですね、日中座り込んで、たばこを吸ってるんですね。ずらっと並んで、20人くらい。こういった現状っていうのはもう、私たち医療機関では対応できないので、やっぱり行政もですね、神奈川県とかのようにですね、いろいろな条例とか、そういったことも検討すべきではないかと思います。

そういうようなことも考えると、先ほど太田先生がおっしゃられたような、40万円の予算でこれができるかということ、かなり難しい問題があるなという印象を受けます。

私は12%がよろしいかと思います。

久道会長

この辺りをまた、ワーキング部会の先生方、よく汲んでいただければと思います。

14ページの、がん検診の受診率及び質の向上。さっき聞き漏らしたんだけど、宮城県と全国の受診率は新しい算出方法でのものですか。69歳以下の。

事務局（疾病・感染症対策室）

いえ、従来の上限なしのものです。

久道会長

それは宮城県も、全国も、同じですね。

事務局（疾病・感染症対策室）

そうです。

久道会長

69歳以下でやったら、この数字どうなりますか。上がる、下がる？

事務局（疾病・感染症対策室）

69歳以下で計算してみたデータがあるんですけども、宮城県で、胃がんが55.6%、肺がんが68.5%、大腸がんが52.0%、子宮がんが53.2%、乳がんが56.4%、ということで、上がるものもあれば、あまり変わらないものもある、という状況です。

久道会長

でもあれだね。皆50%超えているんだね。じゃあ下げる必要はないね。何もね。

これこそ、70%でいいですよ。まあ70%にするか、60%にするか、それはまた別ですけども、少なくとも国が定めた50%は既に超えているわけですから。それは従来の宮城県のやり方の目標がいいのかなという感じがしますが、これに関してどなたか御意見ございませんか。

よろしいですか。

それでは15ページのですね、「放射線療法、化学療法、手術療法のさらなる充実」…さらなるって言うけど、いま充実しているんですかね。

石岡委員

先ほどご説明でも、東北がんプロフェッショナル養成プランというお話がございました。昨年度までの5年間、最初の第1期の事業を終了して、久道先生には外部評価委員の委員長をお願いして、先生には非常に詳しく我々の事業の内容について御理解いただいていると思うのですが、そこで問題になっていますのは、今度、第2期のがんプロをどうしていくかで、地域の問題を調査いたしました。

チーム医療を担う職種というのは、医師、薬剤師、看護師等ではありますが、主のがん治療に関わる専門医、例えば薬物療法、乳腺外科とか、あるいは放射線治療医、あるいはがん専門看護師だとか、各種がん治療に関する認定看護師、あるいは専門、認定の薬剤師ですね。そういった人数を人口あたりで見ますとですね、全国平均が100万人あたり148人だったのに、宮城県は120人です。これは明らかに不十分です。山形県は約148人です。福島県は、なんと83人です。宮城県はまあいいのかと言えば、全国平均より悪いです。

というような状況を考えれば、私は宮城県に関して言えば、このチーム医療の推進ということに関しましては、これは大事な取組だなど、今後もこの対策が必要であるというふうに考えています。



久道会長

いま石岡先生が話したデータは県でも持っている？

事務局（疾病・感染症対策室）

いえ、持っておりませんでした。

久道会長

持ってないよね。

先生、こういうの大事だね。全国平均148人で宮城県120人でしょ。福島はもっと悪いわけね。

そういうデータを先生から提供してもらった方がいいね。

石岡委員

ひとつお伝えしておきますと、言うまでもなく、看護師や私はデータを持っておりませんが、医師に関しては人口あたりの医師数が少ないという背景もありますので、それとやはり並列のデータになっているようです。

久道会長

この手術療法というのが入ったのは何か狙いがあるんですか。

大内先生あたり、どうですか。

大内委員

外科が減少してきたのは10年来、その傾向は見えているんですけども、そもそも第1期の国のがん対策基本計画から外科が外れたこと自体が、理解に苦しむのですが、もっと深刻だったのが、放射線治療医と、化学療法を専門とする腫瘍内科医不足であった、という認識でおります。

30年前の医学部卒業後の職種選択で、外科医は15%~20%くらいはいたと思うのですが、現在は5%程度です。同じようなことが外科系で泌尿器科にも起こっていますし、おそらく耳鼻科等も減っているのだと思います。

これは、新臨床研修制度の開始、平成16年度から始まっていますが、国の対策の立て方の問題点、私どもは医師の地域偏在のみならず診療科偏在について、国が関与してこなかったということが、最大の問題だと思っております。ご存知のように欧米では、例えばフランスなどは、聞くところによりますと、2年ごとに疾病構造を反映して、各地区にその専門医療機関の医師の配置を見直していく、ということを経営規模でやっています。

しかし日本では、それが自由に任されるということで、そういった問題が起こっているのだと思います。

外科医を取り巻く環境は、ご存知のように大変密度の高い診療状況になりますので、訴訟等を避けて、あるいは長時間労働を避けて、外科医を希望する医師が減ってきているということになります。

ここで外科医を含めて対策をとるといふ具体的なところを国がどう考えているのか、私は把握できないのですが、それをじゃあ宮城県の本委員会で、どのような提案をなすべきかについては、大変困惑しております。

私ども東北大学病院に限っての外科の入局者の推移を見ても、この10年間で約半減しておりますが、それでもほかの東北5県と比べれば遙かに多いです。それで宮城県をカバーしているかというところではなくて、やはり東北6県への支援等もありますので、この手術療法の充実となりますと、私どもは宮城県を支えながら、更には近隣の、特に福島県とか岩手県、被災3県については、やはり外科医数が減っておりますので、そういった対応も多くなります。

ここに手術療法と言われますと、外科である私も責任を感じますけれども、それを数値目標だ

けで言われますと厳しいですね。

県にも設置されました宮城県医師育成機構、いま新臨床研修制度になって、1年生・2年生がその対象になっておりますけれども、そういった方々に対してのメッセージ等で、こういった国のがん対策の基盤として、外科医も必要であるということを訴えていくとか、具体的な取組がないと、たぶん先は見えないと思います。

それはほかの診療科においても同じだと思いますので、そういう視点から県内全体の医師育成制度について、より踏み込んでいただければと思います。

久道会長

国の基本計画を見てもね、いまの件について何も書いていないですよ。具体的なことは。ただ何か育成すべきである、くらいで終わっているし。それじゃあ、宮城県はこれを受けてどういう計画を作るかといっても、そう簡単にいきませんよね。

例えば、宮城県には幸いというかね、宮城県医師育成機構というのが出来ていて、それをある程度活用できる方法があるのであれば、それを具体的にね、こういうことまで踏み込んでやるべきだという、いまの大内先生の意見なんかは、こういうのに入れてもいいじゃないでしょうか。宮城県版にはね。

はい、どうぞ。

太田委員

いまのを活用するとすれば、例えば16ページに示されているように、東北大学には東北がんプロフェッショナル養成プランでいろんなコースがありまして、これはもちろん石岡先生の化学療法のコースとか、放射線のコースがあるんですけど、そういうようなものの体験プランというかね、そういうようなことをこの機構を通じてでも、通じてでなくても、初期臨床研修医が受けられるような支援をしていくことによって、がんへの興味を持ってもらうみたいな試みもあると思う。研修の期間の何日間かくらいは、そういうところに行っても問題はないと思うんですよ。研修病院からそういうところに行っても。東北厚生局の許可はとらなければいけないですけど、そういうようなプランを県がお膳立てするみたいな形で、できるだけがんの治療を、あるいは教育の体制はこういうふうになっているということを研修医たちに教える、あるいは実体験させるみたいなことも、ひとつの方法として取り込んでみたらいいんじゃないかなと、いまお聞きして、思いました。

久道会長

16ページには、がんプロのことは全部書いてますよね。

いまのお話、どうですか。石岡先生。

石岡委員

太田先生、貴重な御意見どうもありがとうございます。

私も、過去5年間やらせていただいて、評価委員長の久道先生の御指摘もありまして、もう少し外に出て広報した方がいいんじゃないかという御指摘も頂きました。いままさに太田先生がおっしゃられたことですが、やはり、私たちはもう少し大学の外に出てフィールドワークをやる必要があるのかなという考えを持ちまして、実は第2期のがんプロがこの4月から始まりましたが、その中では、来年度以降、少し外に出た、例えば地域での研修会のようなものを開催したいというようなことを計画の中に入れておりますので、太田先生からそういう御要望、ニーズがあたりだということであれば、後日また別途ご相談を申し上げてですね、より有効な方法がないか検討させていただきたいと思います。どうぞよろしくお願い申し上げます。

久道会長

はい、どうもありがとうございます。

それでは17ページの緩和ケアの推進のところですが、ここはいかがでしょうか。

石岡委員

先ほど申し上げましたが、宮城県の緩和ケアの現状というのが、全国と比べてどういう状況にあるのかと。レベルが低いとはとても思えなくて、むしろかなり頑張っているんじゃないかと思えます。私も腫瘍内科医ですけど、緩和医療でかなり奮起してやっているつもりでおります。緩和ケア医療の専門の講座も診療科もあるし、広報室もある。それから、在宅緩和に積極的な地域の医療従事者も非常に増えてきているということもありますし。

ただ具体的にこれがどれくらいなのかということ、例えば在宅の看取り率なんていうのを、前、岡部先生なんかおっしゃられてましたけれども、そういったものが全国に比べてどういった位置にあるのか。あるいは、緩和ケアの研修の受講状況が、もうそろそろ数年経ちますので、それが何人受講しているということが言えて。先ほどご説明ありましたが、主に医師が対象になっていますが、実際の研修会では医師以外のメディカルスタッフの方も受講されてるんですね。そういった方の受講状況を見て、全国と比べてどういう位置づけにあるのかということ、やっぱり知りたいなと思えます。

久道会長

中山委員、今のことに関してどうですか。

宮城県の緩和ケアのレベルという状況、全国的に。そういうデータはないですか。

中山委員

全国と比較してのデータは、どこを軸に見るかなんですけれども、研修の受講の人数とか、そういったことは既にまとめて県の方でお持ちだと思うので、その辺は出てくるんじゃないでしょうか。

ただ、医師だけの研修が主に行われていたので、今後はやはり方向性としては、コメディカルスタッフだとか、あるいは地域のケアマネージャーさんだとか、そういった方々と一緒にどれくらいの研修が県内でできるのか、それが全国と比べてどうなのかとか、その辺のデータは、これから県の力とかでとりまとめていただくことは必要ではないかと思えます。

久道会長

例えば在宅医療をやっている医療機関が県内でどれくらいあって、それがほかの県と比べると多いのか少ないのかとかね、そういうデータというのはあるんですか。県はどうですかね。そういうのありますか。

宮城県は、在宅ケアは充実しているというふうに僕はいろんな人から聞いているんですが。

事務局（疾病・感染症対策室）

在宅看取り率の数字くらいしかないのですけれど。平成22年が12.82%で、全国の順位ですと第4位ということになります。全国平均は9.2%です。

久道会長

その%というのは、何の%ですか。

事務局（疾病・感染症対策室）

がんで死亡された方の数を分母にして、分子が、そのうち自宅・老人ホーム・介護老人保健施設で亡くなった方の数です。

久道会長

やっぱりデータが少ないんだね。

#### 安藤委員

川島孝一郎先生が、研究を全国的に展開しておられるので、そういった全国と比較したデータを持っておられると思います。

それから緩和ケアの勉強会で、岡部先生の、いまは岡部先生ご自身は出ておられませんが、佐藤隆裕先生あたりが県内の在宅看取り率については発表してくださってますけど、非常に県の中で差が激しいというか、青葉区だと20数%とかもっとすごい数字があって、全国レベルで見ても、「そんなことがあり得る？」くらいの数字を、お持ちだと思います。郡部が入って、やはり12%という数字になっているようです。

#### 久道会長

そうすると、どこが弱くてどこを推進したらいいかというのは、その地区ごとの数字がわからないとできませんよね。具体的にはね。まずはそちらの整備をしてもらうことが重要ですよ。具体的に、目標とか何かを作るときにね。

ほかにごさいませんか。緩和ケアの推進の関係で。

はい、どうぞ。

#### 中山委員

6 ページのところ、「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」の中で、3つめの②なんですけど、「緩和ケアへのアクセスを改善すること」が、計画にあるんですけども、ここで書かれていることは、もちろんそれが叶えばいいなと私個人も思っていますが、現状を考えると、病院あるいは地域の緩和ケアのチームに、アクセスが更に増えてしまうと、おそらく維持できなくなるということが考えられます。おそらくここで、「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」ということが出た理由というのは、いま病院の外来で、再発がんとかが告げられています。そうすると、外来で、十分なサポートも受けないまま、患者さんは家族と一緒に家に帰るといって、本当に悲惨な状況なんですね。

ただ、病院の立場に立つと、外来の看護師も、それからソーシャルワーカーの数も充実はしていませんので、外来で、とても危険な状態で家に帰らせざるを得ないという現状もあると思います。おそらくそういったことから、国の対策の中にも、「がんと診断された時」というような、時期を少し早めたような言い方に変ったのではないかと私は推測するんですが、実際の現場の職員の労働状況を見ると、緩和ケアにがんの初期の方からのアクセスが殺到すると、かえって混乱するのではないかと思いますので、ワーキング部会の方々にお願いすることになるかと思うんですが、この辺の言葉をもっと変えていく必要があるんじゃないかと。もっと現実的なものに近づける必要があるんじゃないかと思えます。

私が思うのは、後ろの方にありました、相談支援センターの充実というところで、やはりすべての患者さんが、相談所がここにあるよということを知っていないといけないと思うんです。いまの相談支援センターの認知率がすごく低いということが、つい最近もデータが出ていたようです。1割あるかないか、という感じなんですね。患者さんの中で。

ですので、こう、相談支援センターの利用に結びつけるとか、そういった形にした方が、現実的なのではないかと思います。ワーキング部会の方々に、その辺の検討をお願いしたいと思います。

#### 久道会長

いまの相談支援センターの話で、僕は毎週1回、がん何でも相談というのをやっているんですが、市政だよりや県政だよりで載ると、すぐ来るんですよ。あと、たまに河北に載ったりするんですよ、そういう効果はてきめんね。どこでこれを知りましたかって言うと、必ず市政だよりを見ましたとか、河北に載ってましたとか、それがしばらく経つとまたパッと来なくなるんですよ。ですからあれは口コミで教えるんじゃないんですよ。相談に来た人がわざわざほかのがん

患者の家族に教えにいくはずないものね。おそらく。

ということを見ると、こういう窓口がありますよという何か具体的な対策をしないと、広報活動というかそういうことがないと、やはり認知度はまだまだだと思いますね。

そういうことがやはり、この緩和ケアの推進の中には入れておく必要があるのかな、具体的にですね。

緩和ケアチームがある拠点病院は7病院のうち7だから、はい満点、と○をつけますよね。県の評価はね。でも○つけたけど、実際どうなってるかっていうと、西條先生、どうなんですか。緩和ケアに行ってる人は、なかなか入れないでしょ。死ぬ前しか入れないでしょ。

西條委員

いえ、そんなことないです。ちゃんとそれは検討して、小笠原先生が優先順位とかいろいろとつけてやっているとします。ただ、そんなすぐっていうわけにはいかないと思います。

緩和でいまちょっと問題に感じているのは、緩和の専門の先生は、どこでどのようにしてできてきているかということがちょっとですね。要するに、緩和を専門にしていますよっていう先生はいま、学会で非常にハードルが高いところでやってるんですけども、いろんな科の先生がなっていますよね。内科の先生もそうだし、外科の先生も。

久道会長

麻酔とかね。

西條委員

ええ。ですから例えば、僕のところの小笠原先生の年齢とかを考えると、そろそろ次の先生、ということになるのですが、どこにどのようにアクセスして先生を探したらいいかということを見るとですね、いまなかなか大学の講座といっても一般医局と違ってたくさんいるわけでもないし、そういう点で緩和というのは、いま石岡先生いらっしゃるんですけど、石岡先生のところは緩和に非常に関連深い先生が多いんですけど、その辺がいま問題かなと思うのと。

もうひとつは、今度、拠点病院から在宅、ということも関連してくるとですね、病院の緩和と在宅の緩和というのをきちんとやれる先生がいないと、なかなか難しいのではないかな。それと、在宅をやるにはそれなりのバックアップをしてあげないとですね、1人で頑張ってたってなかなか息切れしてしまうので、そういうことをこれからどうするのか、というのも、今後ワーキング部会で考えていただきたいなと思います。

久道会長

そうだね。文章で書くのは簡単だけどね。いったい誰がするんだってということとか、ありますね。

佐藤委員

緩和についてですけども、薬剤師がですね、薬学部が6年制になったということでだいぶ専門性も出てきていると思うのですが、緩和ケアには薬剤師の力が欠かせないと思うんですが、これを見た限りでは、薬剤師の役割とか専門性とか、今後の研修とかいうのがどうなっているのかなというのが。その、チーム医療としての役割というのを、どの程度考えた方がいいのか、その辺がちょっと疑問に思ったんですけども。

石岡委員

御指摘のとおりですね、がんの医療に薬剤師の役割、非常にいま重要です。当然、抗がん剤治療、化学療法は薬剤師が重要だということは、それは特に、がん専門薬剤師の大きな仕事のひとつが、抗がん剤治療に関する知識や、調剤に関する様々な技術とか、そういったことが行われている。そういったことはいいんですけども。

一方ですね、がん医療に関わる緩和医療においてもですね、もう既に緩和ケアチームには、薬剤師がほとんど入っていると思います。それ以外にもですね、例えばNST、栄養支援チームに関しても、これはがんだけではなく、主に消化器がんの患者さんの場合には、NSTの支援が必要な場合が非常に多いんです。そういったチームにも薬剤師が必ず入っています。

ですから、この文章の中にはあまり薬剤師という言葉が入っていませんけれど、実際は、がんの診療においても、専門的な資格を持っている薬剤師の養成というのは非常に重要な項目として挙げられると思います。

久道会長

瀬戸委員，何か，この点で。

瀬戸委員

石岡先生にほとんど言っていただいたので、私から付け足すことはないのですが、いま薬剤師会の方でも、いろいろな病薬の方と連携してまして、特に最近は東北大学の外来の化学療法を、地域の薬剤師と連携しようということで、今年度は6回くらい研修会をやっておりますので、そういった下での活動というのは結構されてますし、あとは緩和の専門薬剤師の養成というのは学会の方でやっておりますので、そこら辺は、この中には入ってないですけど、そういう動きにはなっております。

久道会長

もう少し入れてもいいよね。

瀬戸委員

そうですね。入れていただければ。

久道会長

いまちょっと緩和ケアの方に戻りましたけれども、18ページ、19ページ、相談支援の方もいまちょっと入りましたね。その後の20ページの、患者会の充実。この辺どうですか、高橋委員。

高橋委員

私、乳がん患者の会、りんりんの会の代表をさせていただいております。大崎市民病院の方で、協力いただきまして、平成16年に立ち上げてまして、3名で立ち上げたんですが、現在は60数名の会員で活動しております。

私、実際に自分の患者としての立場でここに参加させていただいて大変光栄に思っておりますが、いま実際に活動しております、現状をやっぱり知ってほしいなというところがすごくあります。それから、7年、8年目に入りましたけれども、その中で必要だなと思われることが2点ほどありましたので、その部分を少し聞いていただきたいなと思いました。

うちの方ですね、いま60数名会員がおりますとお話しましたが、その中で、ほかの病院から、ぜひ入りたいということでいらっしゃってる方が8名おります。その方たちは、ホームページを見て、市民病院のホームページの方に患者会の案内を入れさせていただいてるんですけども、そこのホームページに辿り着いて、問い合わせをしてみて、入りたいという方。それから、たまたま、放射線だけ市民病院で受けられるということで、市民病院で受けていて、そこで会があることを知って来ました、という方がいたんですね。ということはやはり、たまたま情報の発信というのが、本当に必要とする患者さんの手元まで届いていないのかな、ということがすごく感じられました。というのが現状かなと思います。

ほかの病院さんの方で、患者会が院内に充実しているところというのが、実際にはほとんどないような、石巻さんはありますけど、そのほかに実際にはないような感じがします。サロンとか、

病院外で活動されている方たちはいるとは思いますが、やはり患者自身が、患者さんのことを理解し合えるというか、それこそピア・サポートの方につながってくるんですけども、そういう形での活動が、これからすごく必要なのかなと思っています。

ちなみにですけれども、うちの患者会の方ではですね、最初にパンフを作りまして、主治医の方をお願いしておきまして、告知直後とか、いま術前の抗がん剤とかをする方が増えていまして、その時点ですごく不安な部分があると思うので、その時に、ドクターからですね、情報として、こういうりんりんの会があるよ、とか、あとりんりん事務所、相談事業もしているんですけども、そこがあるよ、とか、携帯で直接電話して相談できるよ、というところをドクターから情報発信していただけるんですね。それで、すぐ駆けつけてくださる方、それから電話で連絡が来て私たちに相談するというところから、毎月の定例会に参加をし、入会して、いらっしゃる。そして元気になって、仕事に復帰されたりという形の流れになっています。

そういう部分が、幸いにも市民病院の中の私の主治医の方は協力していただいておりますが、ほかの病院とか、ほかの場所で、そういうことができているところはほとんどないのではないかと、いうところでも、もしこのお話を聞いた形で、市民病院ではこういうことをしている、というところを、本当に細かく情報として伝えていただきたいなと思っております。

それで、相談できる場所をやっぱり充実させてほしいなというところで、うちの方の患者会は、院内の場所を借りることはできないので、近くの薬局さんの方のオーナーさんをお願いして、一室をお借りして、月2回ほど相談事業をしています。その相談事業も、いま月に2回ほどですが、継続して来てくださる方が多く、増えております。地道ですけども、そういうことでしていきたいなと思っています。

それからもうひとつですね、相談できる人材の確保というところで、私自身も、昨年ですね、キャンサーネットジャパンのコーディネーター養成講座というのがありまして、乳がんを体験した方が、医療的なことをきちんと知り、それから罹患された方にちゃんと情報を与えながら、一緒に寄り添っていきましょう、というところの養成講座を受けました。

それで認定いただいたんですけども、そういった研修の場、患者もこれからは立ち上がる時代というか、患者自身が、患者の方をサポートしていく時代になっていってもいいのではないかなと私は思っているので、患者自身がそういうふうな、次の方に自分がサポートしたいなと思っっている方を対象にですね、研修できる場とか、ピア・サポーターの研修会のようなものを継続していただくとか、あとは、キャンサーネットジャパンのコーディネーター養成講座は15万円くらいかかりまして、とても高額で大変だったんですけども、自分が受けてみてこういう感じだったということを、次の方に養成して、増やしていきたいなと思ったんですね。

ということで予算的な支援とかがもしあれば、もっともっと、患者の方たちで、患者さんを助けていけるし、それはできていくのではないかなと私は思いましたので、是非それはよろしくお願いいたします。

あと、患者会活動に対しては、これからもですね、御理解と御協力をよろしくお願ひしたいと思ひます。

#### 久道会長

はい、どうもありがとうございました。

関連してですね、24ページの最後なんだけれども、「がん患者の就労を含めた社会的な問題」というところで、何か一言ありますか。

#### 高橋委員

私自身はですね、お陰様で仕事に復帰しまして、自分は職場で優遇していただきました、公務員でしたので、大丈夫だったんですけど、患者会の中の方たちのご相談を受けますと、やはり仕事にはなかなか復帰できない、プラス、医療費がとても高額で、例えばハーセプチンをですね、月に3回、4回してしまうと、万単位の大きい額を払わないといけないんですけども、仕事はない、という方たちが結構いらっしゃって、本当に痛切に大変な思いをされてらっしゃるなと思ひ

ます。なので、その医療を受けなければ命に関わるということで、頑張っただけで受けるんですが、医療費が高額なことにあわせて、職場に復帰できる体制というか、がんに対して正しい知識で受け入れてくださるような社会になっていただけたら嬉しいかなと思っています。

#### 久道会長

国の方で新しくこの項目を入れたわけですよ。ということは、日本中全体がこういう問題を抱えているということだろうと思うんですね。ですから、いまの発言にもありましたけれども、ワーキング部会でも、ちょっとこの辺りのことをうまくできるような形で案を作っていただければと思います。

時間が段々迫ってきましたので急ぎますが、21ページの「がん登録のさらなる推進」、これは宮城県以外のところがあまり推進していないから「さらなる」と書いたんだろうと思いますので、これはまあ、このままでいいですね。

まあ、法制化されるかどうかを横目で見ながら、たぶん法制化されるだろうと私は思っているんですが、それによってはいろんなやり方が変わってきますので、宮城県の場合はその辺りは様子見でいいのかな、という感じが私は致します。

22ページの「小児がん」、これも新しい項目ですが、確かにちょっと弱いところがあるかなという感じがします。宮城県でも小児がんについてのきめ細かいデータがあまりないんですね。子ども病院が皆持っているかという、そうではありません。ですから、これは大学がたぶん中心になるんだろうと思いますけれども。その辺りを、連携して、どういうことができるのか、考えていただければと思います。

それから23ページの「がんの教育・普及啓発」、これはまあ、いっぱいあるんですが、ここに書いてあることが皆大事なんですけども、宮城県として何かありましたら、考えていただければと思います。

それから7番目の最後のところは、いまちょっと話に出ましたけれども、これは私の方からの提案なんです。がんの研究というのが、国ではやっているんですが、各県レベルでは、皆外しているんですね。がん研究はまあ、国が、いろんな遺伝子レベルでの研究とかあるかもしれませんが、私はむしろですね、宮城県の場合も8番目に「がんに関する研究」というのを入れていいと思うんです。

というのは、基礎研究とかではなくてですね、例えば、がんの動向と将来予測だとか、そういうことをやったらいいと思うんです。これは第1期の協議会のときにも、宮城県のがんの実情と、それから喫煙率をこのようにしたらどうなるか、受診率が50%に上がったらかのくらい死亡者が減るか、というのを予測してもらったんですね。それはがんセンターの西野先生に出していただいたんですが。私はそういう研究も実は大事だろうと思うんです。

ですから、これがどういう計画になるか、例えば受診率が70%になったら、各項目のがんが10年後にどれくらい減るのか。それから喫煙率が14.5%、じゃなくて12%にした場合に、10年後にどれくらい減るのか、とかですね。そういう予測を、研究として、やっていただきたいんですね。そうしないと、目標を立てたけど、どうなっているかという評価ができないわけですから、そういう研究を是非。がんセンターに頼めばお金はかかりませんので。西條先生にお願いすればちゃんと処理しますので。研究所の仕事の一環としてやってもらえばいいわけですが。

それからですね、もうひとつ、研究のテーマの中に、実はあの、福島原発事故の関連で、宮城県の何箇所かの地域で、空中線量が少し高いところがありましたね。そこで、どうするんだというので、健康診断をするかしないかということで有識者会議が開かれて、私とその座長をしたんですが、そのときのまとめのひとつにですね、やはり甲状腺がん、被ばくと関連するのは一番初期に出てくるのは甲状腺がんだと思うんですが、もっと被ばくが酷くなれば白血病ですけども、とりあえずいま関心の的になっているのは甲状腺がんがどうなるか、ということなんですね。

これを、やはりがん登録等の資料を使いながらフォローアップすべきだというふうなことを、有識者会議でまとめました。ですから、それを具体的にするにはですね、やはりがんに関する研究をしてもらわないと、どうにもなりませんので、是非この甲状腺がんとの関連の動向ですね。



甲状腺がんの動向というのを、少し地域ごとにきめ細かく調べていくと。

甲状腺がんというのは、年間だいたい男性で50例、女性で200例くらい発生するんですが、地域ごとに分けますと非常に細かくなって、統計学的にあまり出ない可能性はありますので、5年単位でやっていかないと、ものが言えないだろうと思います。

ですから、これは5か年計画でしたっけ。

事務局（疾病・感染症対策室）

5年です。

久道会長

5年経ったらどうかということも含めてですね、そっちの研究は息の長い研究になりますが、そういうことも、宮城県のがん対策推進計画の、最後の8番目の項目に入れてもらってもいいのではないかと思います。

これは後で、ワーキング部会で検討していただきたいと思います。

時間があまりないので、しかも項目がいっぱいありますので、ちょっと不十分な時間だったと思いますが、あと5分しかありません。

この5分で、ワーキング部会の設置と人選のことについてお諮りしますが、これまでのいろんな議論の中で、ちょっとこれは言うておきたいというふうなことがございましたら、何かありませんか。

はい、どうぞ。

大内委員

本県で取り組むべき重点課題ということで、5年ほど前に遡っていただきたいのですが、国のがん対策の骨格が2本立てになりまして、まずがん患者に対する治療の均てん化、あるいは緩和ケアといったものでございます。それはがんの一次予防、二次予防、三次予防で言えば、手術等も含めて、三次予防ということになります。一方で一次予防である、がんにもそもそもならない、というのが一次予防。それから、二次予防であるがん検診、ですね。このことの議論が最初でありまして、宮城県は従来から、黒川利雄先生以来、がん検診に力を入れてきたという経緯もあって、橋本委員の提案だったと思いますが、第1項目の方に、予防・検診を持ってきた経緯があったと思います。

先ほど石岡委員の方から、強いところを強くするよりも、弱いところを重点的にやった方がいいのではないかというお考えも、十分理解はできますが、やはりこの宮城県において、推進すべきことは何かということをもう一度見据えていただきたいと思います。

私は、がん死亡率を下げるということが大目標ですので、やはり一次予防、二次予防を骨格とする、この原案については賛成いたします。

一方で、弱い部分についてですね。特に、たばこ対策が非常に遅れております。これは県の考え方もあるのだろうと思います。政治的なものであるのかもしれませんが、ここはさらに踏み込んできちんとした態度で望んでいただきたいと思います。私の考えは、やはり国が示している12%を絶対目標とするということで、考えてもらいたいと思っております。

その具体的な基準については、これから皆さんのいろいろな数値目標が出るとは思いますけれども、これからの本番だと思っております。

第1期宮城県がん対策の5年間については、確かに目標に達していませんけれども、相当いい線は行っているだろうと思います。ただし、喫煙についてはいまだワーストである、ということは事実です。東北大学も全学を挙げて禁煙対策に踏み出しました。それは学内禁煙だけでなく、いろいろな健康への啓発等も含めてであります。

したがって、県を挙げて、この喫煙の有害についてもっと広報すべきであるし、県の姿勢がいま問われているのだと思います。いつまでも、たばこ税に頼るのではなく、やはり健康第一ということをもう一度認識していただくことが重要だと思います。

久道会長

どうも、貴重な意見をありがとうございました。

県の姿勢が一番大事と。これ、重要ですよ。

当然こういう問題は議会にも諮られて、議会の反対を受けるということもあり得るのだと思いますけれども、強い姿勢で臨むという、いまの大内先生のお話、非常に大事ですので、皆さんよろしくをお願いします。

ただ、数値目標については、この協議会で決めたから決まるわけではなくて、みやぎ21健康プランの策定委員会の方で決める、という手順にはなってるんですよ。

事務局（疾病・感染症対策室）

両方に係る案件ですので、お互いの情報を当課ですり合わせをさせていただいて、ということになります。

久道会長

そうですね。そのためにもきちっとした姿勢で臨む、という御意見でした。

③のワーキング部会の設置と部会委員の選任について、というのをお諮りいたします。

説明してください。資料8ですか。

事務局（疾病・感染症対策室）

【資料8】について説明

久道会長

いま部会の設置要綱案というのを説明いたしましたけれども、この要綱でよろしいでしょうか。（異議なし）

それでは、この案をとって、設置要綱を決めさせていただきます。これに伴って、これを本日付けで施行するということにさせていただきます。

それからもうひとつは、部会の委員を私の方から指名させていただきます。お名前を5人、お呼びいたしますので、お願いしたいと思いますが、石岡千加史委員、大内憲明委員、今日欠席ですが岡部健委員、渋谷大助委員、中山康子委員。この5名の方々をお願いしたいと思います。

よろしいですか。

はい、それではどうもありがとうございました。

あとは議題の「その他」、委員の皆様から何かございますか。ないようです。

事務局、何かございますか。

事務局（疾病・感染症対策室）

特にございません。

久道会長

はい。それでは全部、今日の予定の議事は終了いたしました。ありがとうございました。

司会（疾病・感染症対策室）

委員の皆様、長時間にわたりまして、御審議いただきまして大変ありがとうございました。以上をもちまして、本日の会議を終了とさせていただきます。

どうもありがとうございました。