

令和5年度第1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8月24日(木)午後6時から午後8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(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、御出席いただきまして、誠にありがとうございます。

本日お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6、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1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。

開会に当たりまして、保健福祉部副健康推進課長の狩野より御挨拶申し上げます。

(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ありがとうございます。

皆様には、このたび、宮城県がん対策推進協議会ワーキング部会の委員をお願いしたところ
でございますが、お忙しい中、委員をお引き受けいただきまして、誠にありがとうございます。
ワーキング部会は、協議会のもとに設置され、「第4期宮城県がん対策推進計画」の策定に関
して、計画原案の作成により、計画内容の充実を図るとともに、本県の実情に沿った推進方策
や目標設定について検討を行っていただく部会でございます。

本日は、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、御審議い
ただければと存じます。

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賜りますようお願いいた
しまして、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)

本日は、お手元に配布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
ますが、第1回目の会議でございますので、事務局から委員の方々を御紹介させていただきます。

出席者名簿を御参照願います。

公益財団法人宮城県対がん協会がん検診センター 副所長 浅沼 清孝委員でございます。

カトリアの森代表 阿部 佐智子委員でございます。

宮城産業保健総合支援センター副所長 金田 和彦委員でございます。

東北大学大学院医学系研究科 放射線腫瘍学分野 教授 神宮 啓一委員でございます。
東北大学大学院医学系研究科 臨床腫瘍学分野 准教授 高橋 雅信委員でございます。
東北労災病院 検体検査管理者 丹田 滋委員でございます。
東北大学大学院医学系研究科 公衆衛生学専攻 公衆衛生学分野 教授 寶澤 篤委員で
ございます。
東北大学大学院医学系研究科 保健学専攻 緩和ケア看護学分野 教授 宮下 光令委員で
ございます。
アドバイザーとして御参加いただいている先生方を御紹介いたします。
東北大学大学院医学系研究科・医学部臨床腫瘍学分野 教授 石岡 千加史先生でござい
ます。
宮城県立がんセンター研究所 がん疫学・予防研究部 部長 宮城県がん登録室 室長 金
村 政輝先生でございます。

本日出席しております県の職員については、お手元の出席者名簿での紹介に代えさせてい
たきます。

それでは、次第の4、部会長の選任に入らせていただきます。
この宮城県がん対策推進協議会ワーキング部会は、参考資料1にございます「宮城県がん対
策推進協議会ワーキング部会設置要綱」により設置しておりますが、部会長につきましては、
要綱第3の2の規定によりまして、委員の互選により定めることとなっております。
委員の皆様にお諮りします。
本部会の部会長の選任につきまして、御意見ございますでしょうか。

(各委員)
意見なし

(司会)
意見がございませんようですので、よろしければ事務局を提案させていただきたいと思いま
すが、いかがでしょうか。

(各委員)
お願いします。

(司会)
それでは事務局案を提案してください。

(事務局)
事務局といたしましては、神宮委員が適任ではないかと考えてございます。

(司会)
ただいま事務局から神宮委員との提案がございましたが、他に御意見はございますか。

(各委員)

意見なし

(司会)

それでは会長は神宮委員にお願いしたいと思いますがよろしいでしょうか。

(各委員)

異議なし

(司会)

ありがとうございます。

それでは、ここからの進行につきましては、神宮部会長にお願いいたします。

(神宮部会長)

それでは、本日、かなり盛りだくさんですので、早速、進めさせていただきます。

はじめに、本会議の公開について議論しなければいけません。

県の情報公開条例第19条の規定に基づき、原則として会議は公開するものとされておりますが、「公正かつ円滑な運営に支障が生ずると認められる場合」には、委員の3分の2以上の決定により、以降の会議の全部または一部を非公開とすることができるとされております。

この点につきまして、いかがでしょうか。

本会議を非公開とすべきとの御意見はございますか。

非公開とすべきだという御意見がございましたらお願いいたします。

ないようでしたら公開ということでもよろしいでしょうか。

では、公開で進めさせていただこうと思います。

続きまして、次第の5 協議に入らせていただきます。

第4宮城県がん対策推進計画の提案およびロジックモデルについて、事務局から御説明をお願いいたします。

(事務局)

健康推進課の村上です。

着座で失礼させていただきます。

資料1によりまして、本県の現状把握、課題を踏まえた次期計画策定の論点を説明させていただきます。

資料については、画面の方にも表示させていただいておりますので御覧ください。

説明に合わせまして、資料 2、3、4、5 と説明させていただきます。

それでは、スライド1を御覧ください。

これまで親会であるがん対策推進協議会を 2 回開催しまして第3期計画の評価を行ないました。

そこから見えてきた本県の課題は大きく分けて、御覧のとおり、予防分野の悪化、地域差と、がん診療連携拠点病院以外のがん診療医療機関の問題に分けられてございます。

スライド2を御覧ください。

初めに予防分野の赤字について見ていきたいと思っております。

スライド3を御覧ください。

こちらは第1回協議会で石岡会長からご提案いただいております、全国比較を加えました評価方法です。

従来の評価方法では、目標値の達成のみで判定しておりましたが、全国比較を加えた評価を行うことで、本県のおかれている状況を全国値と比較するなど客観的に評価できるようになりました。

スライド5を御覧ください。

全国比較を加えた評価を加えた評価により、より顕著になりましたが、特に「予防」分野においてD判定が多くなっております。

スライド6を御覧ください。

特に、喫煙率が高い、塩分摂取量が高い、肥満者の割合が高いなど全国的にみても悪化している項目が多く、本県は、一次予防に特に課題があります。

なお、予防分野については、県の健康増進計画(みやぎ21健康プラン)でも現在議論されております。

本日は、みやぎ21健康プランの協議会委員である寶澤先生にご参加いただいておりますので後ほどコメントをいただければと思っております。

スライド7を御覧ください。

こちらは、がん検診受診率です。

本県は、歴史的にも高い受診率でございましたが、目標未達成が多い、近年の受診率の伸び悩みなどの課題を抱えております

スライド8を御覧ください。

こちらは、先ほどのスライド7の検診受診率の詳細データになります。

肺がん受診率、乳がんの精検受診率は目標を達成しているところですが、他の部位では目標値達成が困難な状況となっておりまして。

本県の第3期の目標値は、御覧のとおり、がん検診受診率が70%以上、がん検診精密検査受診率が95%以上と、国の目標値より高く設定されておりました。

第4期の国の目標値は、受診率が50%から60%に引き上げられております。

本県では、第3期の時点で国を上回る70%に設定しております。

第4期の県の目標値について、継続すべきか、引き上げるべきか御意見いただければ幸いです。

続きまして、地域差や拠点病院以外のがん診療医療機関の問題です。

スライド10を御覧ください。

こちらは、拠点病院以外のがん診療医療機関の実績のデータです。

グレー部分は、拠点病院、白い部分は、拠点病院以外となっております。

後ほど、宮城県がん登録室の金村室長から、地域差のデータとともに詳細な説明をいただきますが、本県では、拠点病院以外の医療機関での診療実績が多いことが分かる資料となっております。

スライド11を御覧ください。

こちらは、参考までに、本県のがん診療連携拠点病院の一覧になります。

スライド13を御覧ください。

ワーキング部会の皆様にご審議いただきたい内容の流れとなります。

皆様、ご存じのとおり、今回からロジックモデルを採用し、計画を適切に評価できるようにしていきたいと考えております。

第2回のがん対策推進協議会で、事務局から提示させていただいたロジックモデル案のたたき台に、委員の皆様からさまざま御意見をいただきました。

スライド15を御覧ください。

委員の皆様からいただいた御意見につきましては、資料2にございますとおりとめさせていただきます。

その御意見を踏まえまして、スライド16と資料3を合わせて御覧ください。

委員の皆様からいただいた御意見を踏まえて、事務局で修正したロジックモデル案が資料3となります。

Aの最終アウトカムをA1がんの死亡率が減少する、A2がんになっても、日常生活の場で尊厳をもって安心して暮らすことができるとしまして、B分野別アウトカム4つ、C中間アウトカムを20項目だてしております。

中間アウトカムに係る個別施策アウトプットも記載したところでございます。

資料3がそのようなつくりになってございます。

スライド17と資料4の方を御覧ください。

今見ていただきました資料3のロジックモデル案の主な追加・修正点をまとめたものになります。

右側、左側に吹き出しで書いてありますコメントと、白抜きの番号が資料2の御意見の番号と連動して書かせていただいております。

スライド18を御覧ください。

合わせて資料5を御覧ください

こちらは、指標を一覧にしたものです。

かなりの指標がありますので、ロジックモデルの中に記載しないで、別紙としました。

左端の番号をロジックモデルの項目番号が連動しております。

国・県・二次医療圏とある項目につきましては、指標の値を公表集計しているものを○としております。

最終アウトカムの現況値を記載しております。

スライド19を御覧ください。

先ほどの、委員の皆様から御意見をまとめました資料2を御覧ください。

こちらの右側のグレーで網掛けしているところは、本日、特に委員の皆様から御意見をいただきたいところになります。

スライド20を御覧ください。

こちらは、スライド19で御意見を頂戴したいと申しました項目をまとめたものになります。

こちらの項目の御議論をどうぞよろしくお願ひしたいと考えております。

それを踏まえまして、スライド21を御覧ください。

最後のスライドとなります。

今後のスケジュールですが、本日のワーキングの御議論等をもとに、第4期の素案を事務局で作成いたします。

その後、委員の皆様のご専門分野について、事務局から個別にお伺ひして御意見を頂戴したいと考えております。

その御意見をもとに、また修正させていただきます、10月中旬に第2回のワーキンググループを開催させていただきます、中間案について御議論をお願ひしたいと考えてございます。

事務局からの説明は以上となります。

御審議の程、よろしく願いいたします。

(神宮部会長)

御説明ありがとうございました。

それでは議論に移ります前に、がん対策推進協議会での議論の推移や、第3期計画の最終評価を踏まえた第4期の計画作成の留意点などについて、アドバイザーの石岡先生から御説明いただきたいと思います。お願いします。

(石岡アドバイザー)

協議会の会長を仰せ使っております石岡です。

今の事務局から説明がございましたとおり、第4期の計画を策定するにあたっては、第3期までの計画と、その評価を踏まえて、いくつか意識していただきたい点がございます。

と申しますのは、第4期のがん対策推進基本計画が、国で3月に策定されまして、既に5ヶ月経過いたしました。

それで、その議論におきましても、第3期の中間評価の結果、格差の問題がかなり指摘されました。

私もかなり国の会議で、そういった格差に関する発言をいたしました。

患者会の方からも格差の問題について発言がありました。

第4期のスローガンは、「誰ひとり残さない」というテーマに設定しましたが、その意味は格差をできるだけなくすという意味が含まれております。

そこで、宮城県のがん対策推進計画に求められる計画につきましては、当然、その親の国のがん対策推進基本計画に沿った形でのがん対策推進計画が必要です。

これまでの県の第3期の計画では、全国との比較での評価、あるいは県内での医療機関や罹患率、死亡率、検診の受診率といったところでの比較ということは、そもそも評価の対象にしてこなかった。

そうしますと、全国の中において、宮城県はどのような位置づけかということと、宮城県の中に格差がないのかという2つの視点で、計画を立てる必要があるだろうということで、そういったところをぜひワーキンググループの委員の皆様にご検討いただきたいということでございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

(神宮部会長)

石岡先生、ありがとうございました。

今の石岡先生からの説明を踏まえて、今後、部会で計画を作成していきたいと思います。

この部会では、第4期計画の核となるロジックモデル案の方向性について、皆さまの御意見をいただきたいと思います。

まず、議論としましては、全体像のところ、今、出ていますが、全体目標の数値目標の設定について議論させていただきたいと思っております。

資料2の1ページ目の項目1のところ該当いたします。

具体的な目標の設定というところで、「全国値よりも低くなっている」などの数字ではない目標とするかというところで、具体的にここで相談させていただければと思っております。

具体的な数値というのは、どのように設定するかということもまた議論の1つかと思います。例えば、そこに書いてありますが、親会の意見・内容としましては、例えば、がんによる年齢調整死亡率の何パーセント減少を目指すといった具体的な数値を上げて良いのではな

いかというような意見もあったようでございます。

(宮下委員)

質問ですが、この全国比較を加えた評価というのは、具体的にどういうふうに ABC をつけているのか分からなくて、その前のスライドにある順位と比較というのは、実際、何位だったらどうなるのでしょうか。

(石岡アドバイザー)

私が説明してもよろしいですか。

私が考えた方法ですので、お答えいたします。

全体目標と個別目標という議論ではなく、新しい手法に関しては、どういうコンセプトで考えたのかといいますと、第3期の計画には数値を入れたものと当然入れないものがありました。ですから、第3期の計画の目標に関する評価に関しましても、評価不能というのが非常に多かったというのが1つです。

それから、評価ができる項目に関しましても、これまでの方法というのは1つ前のスライドですが、目標値を超えれば順調、目標値に至らないけど改善と判断された場合、やや遅れているというやり方で、先ほどの評価不能だと I となり、I の項目もかなり多いです。

数値目標を立てたものに関しては、A、B、C、D ということですが、非常に主観的というか、評価者はどういう数値であれば、A にしているか、B にしているかということに関しては、かなり主観が入るところがあります。

それから次の全国比較を加えた評価ということに関しましては、1つは、例えば、宮城県に関して目標値を超えているものであっても、全国でもすごくいい数字だったとして、それが例えば、全国では上がったのに宮城県は下がったとすると、目標値はクリアしているという状況の時に従来の方法ですと順調になるのです。

それを順調としていいか、やはり目標値を超えただけでは、順調だという評価すべきではないだろう。

そもそも罹患率や死亡率が改善してきているわけですから、これに関しては、改善して当然なわけですから、そうすると全国と比べてどうかということが非常に重要になります。

先ほど申し上げたように、格差のことを第4期の計画では重要視されていますので、今回、計画を立てる上にあたっては、当然そういう評価が必要だろうということで、第3期の評価を従来の評価方法と新しい評価方法でパラレルに出しましょうということにしたわけです。

この新しい評価では、目標値を超えても、全国平均を上回っていなければ、それは順調とは言えないでしょう、という評価になります。

それから、目標値を超えて全国平均を上回っていても、都道府県の順位が前は 10 位だったのに、今は 20 位になったら、それは本当に順調かということなどを加味して判断することになりました。

スライドに書いてあるすべてを①、②、③の数字を全て出せるような項目に関しては、3項目満たせば順調。

そのうちの2つだけだと概ね順調。

1つだけだとやや遅れている。

1つも満たさなければ当然遅れていると言う評価の方法です。

下に注意書きが書いてありますが、①、②、③のデータが全部出せないような評価項目が当然あるわけですが、2つだけという場合は A 評価を行わないで、最高で B と。

それから、1つしかない場合は A と C の評価を行わない、おおむね順調か遅れているという2択にする。

そういう提案をして、それが協議会で賛同を得て、そういった評価も加えたということです。よろしいでしょうか。

(宮下委員)

ありがとうございます。

(神宮部会長)

今の御説明を踏まえた上で、目標値をクリアするだけか、それとも全国との比較を目標とするかというようなところを、全体として、方向性を決めていきたいと思いますが、御意見はいかがでしょう。

(丹田委員)

確認ですが、そうすると全国順位のデータがない限りは、A 評価という評価は取らないというのが石岡方式で、それは第3期の評価法として、協議会で承認されたと思いますが、第4期にそれを使うかどうかを、これから話し合っていくということによろしいでしょうか。

あと評価値というのを定めて、それがクリアしたかどうかというのが評価ポイントということになれば、それぞれのアウトカム指標なり、最終アウトカムに関しても、評価、数字になるものがないと、A はつけないという方法によろしいわけでしょうか。

(神宮部会長)

私はそのように思っていますが。

(丹田委員)

となると、できるだけ数字目標は出せるものは出して、それを目指した方がいいだろうと。

それで、最終アウトカムの年齢調整死亡率が下がっていくということが1つあったと思いますが、それをどのくらい下がって A を目標とするかという議論も、ここか親会でやってもらうと言う必要があると。

(石岡アドバイザー)

今は、全体目標の話だと思うので、全体目標というのは、例えばがんによる年齢調整死亡率は何パーセント減少を目指すとか、あるいは、スローガンとして、全ての県民のがん克服を目指すというようなスローガンなのか、全体の目標というのはそのことですので、細かい各項目の話ではないので、誤解のないように。

今の議論で、宮下先生と神宮先生が話されたところというのは、全体目標のことだと思います。

(丹田委員)

全体目標の最終アウトカムの話ということでしょうか。

(石岡アドバイザー)

県の方、今日は全体目標のどういうことを話すのでしょうか。

(事務局)

全体目標につきましては、具体的に75歳未満の年齢調整死亡率で見ていたのが第3期の全体目標の指標ということでございます。

基本的には第4期もこの75歳未満の年齢調整死亡率で見て行く際に、いわゆる絶対値での目標を定めるべきか、あるいはそれとは別に、例えば、全国平均よりも下を目指すといったような相対的な目標設定をすべきかどうかというところの論点ということで、一点目は考えてございます。

(石岡アドバイザー)

国の方は、今回、第4期の推進基本計画には数字は入れていないです。

国は第3期の国のがん対策推進基本計画は、この数字は入っていたのですが、今回、入れなかったのです。

ただ、県は別にそこを右に倣えとする必要はないので、今の議論というのは、宮城県は第3期を踏襲して数値を入れて、その評価方法は全国と比較すると今その話をしていると思います。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

(宮下委員)

分野別目標までじゃないですか。

(神宮部会長)

そこまでじゃないです。

全体目標だけです。

(浅沼委員)

非常に初心者ですが、今回、第4期でなぜ国は数字を外したのかという背景や理由などは教えていただけますか。

(石岡アドバイザー)

色々な意見があるのですが、1つは格差の問題があります。

1つの目標を定めても、それを各県がコピーアンドペーストしても、あまりその数値に意味はないだろうと思います。

それから、あとは、その指標というのは、死亡率だけが重要な指標かという意見も、患者会などではかなり意見がありました。

やはり共生ということを考えたときに、指標だけ1人歩きすると、死亡率だけ良ければいいのかという議論もありました。

そして、各項目でそういうところをやればいいわけで、個別目標に指標が入っていれば、全体にそこだけ強調する必要は多分ないだろうという、そういう意見も確かあったと思います。

(浅沼委員)

ありがとうございました。

(神宮部会長)

よくわかりました。

いかがでしょうか。

おっしゃるとおり、格差というのは、どうしてもあるものですので、地域別の目標をどうするかということだと思います。

(丹田委員)

実は、この意見の一番目は、私が書いたのですが、書いてあるように、やはり何パーセント減少にするのか、もちろん、専門家の皆様の議論があるかと思えます。

国はあえて外して、第3期からなくて、1期、2期で、数字目標に初めから10年で20%減らすという目標を掲げて、結局それがうまくいかなかった、達成できなかったというのも、第3期に外した理由の1つだと私は理解しています。

第3期、第4期で国がなかったとしても、宮城県が今、石岡先生がおっしゃったように、右に倣えとする必要はありませんから、適切な数字を掲げて、それをまた全体目標として、そこも達成できたかどうかというのを6年後に評価するということが必要かなと私は考えます。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

先ほどの具体的な数値も入れた方がいいということですがいかがでしょうか。

(寶澤委員)

うまくついていけない部分がありますが、数値目標をそもそも立てるか、立てないかというところと、それと全国と比較を両方見るのか、数値目標そのものが、国が明示しなかったので、下がった、下がってないかだけ見てくるか、あるいは全国と比べてどうかだけ見るか、そのあたりが論点なのかなとは思っています。

やはり、今、丹田先生からもありましたとおり、ある程度、目標とする数値を目指さないと厳しいのかなと思うところと、循環器等もそうですが、意外と予防対策のところ全然うまく行ってないのに、死亡率だけ下がっているみたいなことも起こって、うまく下がった時に、僕らの目標は達成したが、全国がもっと下がっているぞといった時に、石岡先生が言ったとおり、これはうまくいったのだろうかというところを考えると、私は数値目標があった上で石岡先生がおっしゃられている全国と比べたものも、相対的なものを比較しながら、判断するというのが良いのではないかと思いました。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

いかがでしょうか。

(高橋委員)

基本的に先生方の御意見に賛成ですが、少なくとも評価方法は全国との比較と言いますか、他の都道府県との比較というのは入れたほうが良いだろうと思いました。

具体的な数値を入れることに関しては、ただその具体的な数値の設定の方法と言いますか、根拠というのが、私も初心者で、今までどうしてきたのかという知識がないのですが、どうい

うふうに設定するのかというのが難しい印象はありました。

(神宮部会長)

具体的な数値の決め方は、これまでの方法を踏襲してということだと思います。

(事務局)

参考までに、第3期の設定の仕方につきましては、ベースライン値が平成 27 年なわけですが、その死亡率の 12%減少ということで当時は定めてございます。

10万人当たり 77.3 だったものを 100%とした場合、12%減ですので 88%かけますと 68.0 以下というのが、当時定めた目標値というような形でございます。

そういう意味では、この何パーセント減少を目指すかというところが、決まりますと実際の値としても決まってくるのかなと思います。

(高橋委員)

追加で申し訳ないです。

その12%というのは、例えば過去さらに遡って6年とか、その前期の実績と同様の減り幅というか、そういう根拠なのでしょうか。

(事務局)

前回、設定したときの話ですと、第2期の目標を設定する際に、年間 2%減少するという設定をされていたようで、それを踏襲する形で、6年で 12%というふうに設定したと聞いてございます。

(高橋委員)

ありがとうございます。

少し検討が必要だと思いますが、例えば今まで仮に今 12%減らせても、この先6年、本当に減らせるかどうかというのは、本当に過去と同じような努力をすれば同じだけ減るのかというのはなかなか難しいかなと思います。

(金田委員)

私も素人ですが、やはり進めていく上では数字がないと評価のしようがないですし、さっき先生おっしゃっていましたが、2%の減少というところの今後、高齢化が進んでいく中で、今、健康診断の結果でも有初見者がもう宮城県については 64%ということで全国を 6%上回っている状況になっていると言うところもございます。

これから減る事というのはなかなか難しいのかなというところもございますので、高橋先生がおっしゃったように、数字目標は非常に大切だということで賛成でございます。

ただ、その一方でその数値がどういうふうに決めていけるのかというところと、また目標を高く設定しすぎて、良くない部分が御座いますので、適切な数字、私は答えがないのですが、その辺が、実際、実務としてやっていく上でもいいのかなと思いました。

(神宮部会長)

御意見ありがとうございます。

他にはいかがでしょうか。

(石岡アドバイザー)

先生方の御意見を踏まえて、協議会でもう一度議論します。

県民にわかりやすい目標というのは、やはり数値で全体目標をわかりやすい形にすることが、県民に対しての説明としては必要ではないかと思います。

やはり数値が理解しやすい、客観的に評価しやすいと思います。

それとその12%というのは、今、課長がお話になったように、実際の数字は各県によって違います。

年齢調整死亡率がすごく良い県は少しでも下がれば、良い数字になりますが、悪い県でもかなり下がれば、12%以上になるかもしれない。

ですから、前回の12%、2%かける6年と設定したわけですが、その減り具合ということに関してはまずは減って当然です。

問題は、その目標が達成できるかどうかということです。ここはあくまで、宮城県がどこを向いて、目標を定めるのかということなので、そこは全国を意識する必要はない。

ただ、比較して、全国と比べて減少の傾斜が急だったのか、全国より緩やかだったのかということは当然、その数値で比較評価できることが大事です。

そうすれば、数値を置いて全国を比較した場合でも、県民に対して比較的説明しやすい。

絶対的な順位そのものは、良くなったか、良くないかということに対して、直接的な意味はないですが、当然、減少率との関係になります。

ですから、その12%という比率を指標にする場合は、私がさっき考えた評価項目のうちの1つはもう実際、順位が上がったか、下がったかということと、その12%という減少率を評価するわけですので、同じ2つの項目を複数の指標で評価するような形になります。

その方法の是非には色々な考えがありますが、全体目標として、例えばこの75歳未満の年齢調整死亡率の12%減少という目標を入れることは、個人的にはいいかなと思います。

それは何パーセントという数字ではなくて、何パーセント下がったということ。

(丹田委員)

恐らく、ここで数字が、いくらがいいかというのは、皆さん思いつかないと思うので、この後、県の方から御意見シートなるものが来るとは思いますが、それまでに、各自勉強されて適切な数字、こここのところの減り具合とか、あるいは過去6年間の減り具合とかで、第3期の12%をクリアしたことなどを参考にして、適切な数字を書き込まれたらいいかなと思いました。

時間がだいぶ押していると感じましたので、数字はあるけれども、その数字に関しては我々の意見を出してもらおう。

協議会本体でまた議論してもらおうということではいかがでしょうか。

(神宮部会長)

丹田先生、ありがとうございます。

今の御意見でよろしいでしょうか。

では、この第1については、今、まとめていただいたような形でいこうと思います。

ありがとうございます。

では、続きまして2番目ということになります。

先ほど議論になったところではありますが、資料2の項目3になります。

最終アウトカムと分野別アウトカムについては、全国比較できる指標のみとするか、変化を見るだけの値も指標とするかというところを御議論いただきたいと思います。

追加できない指標は、先ほどの評価、石岡先生のモデルだと最高でも B 評価ということになるになります。

これについてはいかがでしょうか。

(事務局)

実際に指標の一覧というのは、資料の方に載せてございますが、その中で、例えば、国、県、二次医療圏ということで書いている欄がございます。

国のところで、例えば分野別アウトカム以降ですと丸がついているところは、国の値が把握できるということです。

丸が付いて無い所は、把握できない。

現時点で、国の数値がわかるもの、わからないものがあるという前提で、そうした場合に、どのように指標をセレクトして行くか、そういったところの問題があるという背景がございます。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

資料を踏まえた上でいかがでしょうか。

(丹田委員)

意見の3というのは、私が書いたのですが、このロジックモデル指標一覧があって、すごい労作で、これを作った県の担当者は表彰ものだと思いますが、国と県と二次医療圏のデータも入るものに丸がついてある、非常に詳細な表だと思います。

先ほどの、石岡方式を第4期も採用するならば、県の丸がついているところは、他の県の指標もわかるということですから、順位がわかるということで評価 A、B、C 等につけられると。

県のところに丸が付いて無い所は、県の順位がわからないから、A という評価はありえない、つけないという理解でよろしいでしょうか。

(事務局)

もう一度説明させていただきます。

国と書いてあるところにつきましては全国の値が出ます。

内容によっては順位も出るものがございます。

恐らく、がん種別罹患率等は計算すれば出るのかなと思っておりますが、その下の方にあります、出典が患者体験調査と書かれているものにつきましては、都道府県比較ができるというアナウンスは国の方からは出ていない状況でございます。

県の所に丸がついているものにつきましては、宮城県全体の値が出るという項目になります。二次医療圏につきましては、二次医療圏の値が出るというふうになります。

(丹田委員)

県というところに丸がついてれば、全国の、一応、基本的には都道府県順位がわかるという理解でよろしいでしょうか。

(事務局)

国と出ているものの方でしょうか。

県のところは、宮城県の値が出ますので、そのようにご理解いただければと思います。

(丹田委員)

県の(○)というところは、未だ国の患者体験調査で県別のデータが来るかどうか分からないというふうに注釈が書いてあるので、それでよろしいですか。

(事務局)

そうです。

国の方からは(○)になっているものについては、国において都道府県利用が可能な指標ということでアナウンスされているところですが、国の値も出るとは思いますが、それが、都道府県順位が取れるかどうかというところまでは不明な部分になります。

(丹田委員)

括弧がついてない丸については、都道府県が分かるであろうと。

要するに、今回の第4期のがん対策推進計画は、患者体験調査が重視されていて、このロジックモデルの下半分ぐらいは、みんなPROと書いてあると。

その原典、出典というのは、国立がん研究センターが今からやろうと言う患者体験調査で大規模にやると言うのが、今回、ベースラインにとって恐らく中間値、あるいは6年後の値が出るというふうに理解して、それを各県使ってくださいと言っているわけですから、都道府県の順位は基本的に、僕は、国のロジックモデル評価の確定版というところに、患者体験調査と書いてある項目は、恐らく都道府県順位をつけられるのではないかなと楽観的に思っています。もし手に入らない項目があれば、それは、残念ながら石岡方式に従えばAは出ないが、B、C、Dで判定するというのでやむなしじゃないかと思いますが、いかがでしょうか。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

(寶澤委員)

今の丹田先生の御意見でもいいと思いますし、もう1つ考えられるのは原則その全国順位が出てきたら、それは参考にするが、無いものについてはアスタリスクなどをつけて、これはないので全国平均に関する補正はしておりませんということを書いて、6年後、どこまでものが出てくるか分からないので、これはもう最初からやらない、やるって事を書くものではなく、最終的な評価の時にその全国平均を反映できなかったものについて注釈作るっていうかたちもありかなと思いました。

どちらがベターかわからないのですが。

(丹田委員)

一応、この今期の第4期県計画を立てるときに評価方法は、原則、これから目指しますよという記載は当然ながらしておいたほうがいいと思います。

(寶澤委員)

恐らく丹田先生がおっしゃるとおり、この辺に入ってくるような項目というのは、6年後までに何とかして比較できるようにするのではないかと思います。

(丹田委員)

その前提で患者体験調査と言っているのだと思います。

(神宮部会長)

いかがでしょうか。

基本的には全国の比較をするということによろしいでしょうか。

(各委員)

異議なし

(神宮部会長)

ありがとうございます。

それではまた全体の3番目の項目について議論したいと思いますが、3番目は中間アウトカムにがん教育と患者市民参画の項目を加えるかについてということになります。

資料2の9ページ、項目 46 について、3本の柱だけではなく、それを支える基盤もロジックモデルに加えるかどうか、御議論いただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

がん教育というのを具体的な数値にするというのは、どう評価するのが難しいだろうかと思います。

(丹田委員)

私、がん教育の担当らしいので、また発言させていただきますが、国のロジックモデル案では、この基盤というのは、もっと左側の方であって、アウトカムなどには出て来ないなどがあって、それでは分かりにくいので、ロジックモデルとしては、提案されているように、基盤にがん教育と市民参画とがん登録の3つを入れて整理されている。

そこは議論あるかと思いますが、そういうふうに独立された方がわかりやすいだろうと言うふうにして、このロジックモデルが提案されたと理解しておりますし、今先生がおっしゃたようにがん教育の指標に何が良いかというのは相当議論があるところだと思いますが、今日このロジックモデルのフロー自体としては、私は、一番わかりやすいかなと感じました。

(事務局)

今の丹田先生の部分を補足しますが、国のロジックモデルにつきましては、参考資料の③に書いてございまして、先ほど先生がおっしゃっていた基盤というのが一番左側にあって、その右側に予防や医療という国の構成になってございまして、この基盤の部分を今の案ですと、別出ししているということでございます。

(石岡アドバイザー)

基盤というのは、何のことかという、ご存じだと思いますが、第4期のがん対策推進基本計画の予防や医療や共生を支える基盤です。

それから、基本となっている所では、県の方の計画にも書いてある、予防医療と、共生で、国

の方はそれを支える基盤ということですので、一番左側に入れました。
この基盤のところで、県の方では、がん研究と人材育成というところを入れていません。
県の計画案には、がん教育とがん知識普及啓発、それから患者市民参画。
そういったところを入れるので、国が言っている基盤の全部をカバーしない形になっています。
そして、この基盤について予防、医療、共生を支えるものとして、それぞれの項目の平行にして、抜き出すという形にしたということでした。
そこはそれでいいかということを議論しました。

(寶澤委員)

多分、資料 C18の①から⑤が評価指標に使われそうな指標なのかなと思って見ていて、私、県の行政評価委員会などもいいますが、評価に困るのが、外部講師を呼んでがん教育を実施した学校の数と割合とかいうので、何校やりました、なので目標を達成ですとか、あとこの拠点病院を通じてがんセミナーを5回やりました、これは5回と書いてあるので目標達成ですって言われて、本当に県民が理解したのかなというのが分からない指標だったりします。
それで、数をこなしたから大丈夫ですと言われても、なかなか困るところで、本当のところ、1802とか1803みたいなところを取れるといいのだろうなと思いつつ、ここでそのみやぎ21健康プランの方の委員から来ているということも含め、県民健康栄養調査やるので、その時にみやぎ21健康プランに絡めて、がんに関する知識を合わせて入れることで、ここで子どもたちだから難しいかもしれないですが、ここと連動させることで、こっちにも使える指標で教育に関する部分が取れるといいのではないかなとは思っています。
やはり、がん教育に関して、拠点病院が実施して、多分、地域の方々がどのぐらいそこを理解しているかみたいなことを調べられるような枠組みを作って、ここでも評価できるようにすると、県民の健康教育の頑張ったかがわかりますよみたいなものを作っておくと良いのではないかなと思います。
指標のことですが、そういったことで言うと、このところにあっていいと思うし、それで基盤の所にあったほうがいいと思います。

(丹田委員)

指標の話はまた後で出てくるのかもしれないですが、本当に資料5の最後のページで、C180からC185までがん教育と、あと子どものがん教育、大人のがん教育も、意識して一緒になっていると思いますが、まず外部講師というのが、1つがん教育の問題点で、恐らく外部講師、要するに医療者あるいはサバイバーの人が来て直接話しかけるということが、外部講師を活用してということだと、文科省のマニュアルにもなっているのですが、これを本当にどのぐらい子どもたちにアピールするのか等、新しい知識が伝わるかというのは本当に、そのギャップがあると思いますが、そこもやって行ったほうがいいだろうというのが、文科省や、がん教育に熱心な人たちの考え方です。
データは出ていないですが、全国レベルに比べると、がん教育ということに関して、文科省の一種の委託事業があって、そこに入っている県というのは、そういったことをどんどんやっていて、がん教育連携協議会もできていて、あるいはそのチャンネルがあって、やって行くとなっていますが、残念ながら宮城県は、その委託事業に手を上げていないこともありますし、色々な学校の先生方、お忙しいところもあると思いますが、外部講師を活用した学校の率が決して東北の他の県と比べても高くはない。
山形や福島といったところも事業を受けていますから、やっていますので、手に入れる指標と

しては、外部講師が何パーセントの学校に来ているかということは指標になるかなと思って、ここに挙げさせてもらっています。

それで、その下の米印がついている2つは、ここではペンディングということで、こちらのアウトプット集には入っていないのですが、こういった質問事項というのは、がん教育になったら支援事業報告書というところでは、他の県からはもう出ているという実績があるので書かせてもらいました。

そういった子どもたちの考え方やがん教育の成果ということの指標としてはあり得ると思いますし、今、先生がおっしゃったように、おとなのがん教育で、1804 に拠点病院が実施したセミナーの回数っていうのは、実は現況調査に上がるということは決まっていますが、それでは回数だけでは本当に何人来たのか分からないのではないかという議論が、国の協議会であって、参加人数で実は書いたのですが、現況調査は恐らく回数だけなので、参加人数に関して言うと、拠点病院から本当に何回やって1回あたり何人、合計何人参加したというようなデータも書いたらいいかなと思って、この評価にしました。

さらに言うと、県民、その下の星印の県民を対象としたがんに関するセミナーなどの回数と人数というこれも、不採用になっていますが、これも私個人的に言えば、県もきちんとマスコミや、色んな行政機関を巻き込んで、宮城県が自腹きって県のがんセミナーを開催して、何回開催してがんに関するセミナーを開催して、あと人数も把握してデータを出すといったものは、全国データは決して出ないと思いますし、先ほどの石岡方式では評価してもらえないかもしれないが、何人ということがベースラインから中間、6年後と上がっていけば、それはそれで増加したという評価でいいのではないかなと思います。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

具体的な指標はまた今後ということではありますが、がん教育などの基盤の方をロジックモデルに加えることについては、よろしいでしょうか。

(各委員)

異議なし

(神宮部会長)

3番目はこのような形にしたいと思います。

これから分野別ということで議論をしたいと思います。

まずは、予防のところですが、資料1のスライド6を御覧いただきまして、一次予防については、ここに書いてございますが、みやぎ 21 健康プランの協議会で検討中ということで、今回、委員の寶澤先生にも、ご出席いただいておりますので、特にがん予防の分野において、寶澤先生から何か御発言をお願いいたします。

(寶澤委員)

がん予防の分野で言いますと、先ほどの石岡先生方式を使うと、評価が上がるしかないというところですよ。

全国の中でメタボが下から数えて2番目がずっと続き、食塩摂取量多分男性が高いのですが、男性が前回のですと全国ワーストです。

それで、野菜摂取量は比較的良いのですが、喫煙率もまだ高い、肥満者割合も高い、ハイリ

スク因子も宮城県は多く、運動習慣については、目に見えて、宮城県は他と比べて歩いてないというところがございますので、基本的には、健康増進計画と運動というところでよろしいかと思いますが、恐らく石岡先生方式をこちらに活用するとプラスにしかならないです。

いまだかつて順位が上がらないという状態です。

今、狩野課長ともどうしたらいいかということについて、やっているところがございます。

とにかく予防に関しては、なぜか歩かない、なぜか塩が好き、全国と比べてそんなに悪いかなと思いますが、何回統計をとっても悪いです。

金田先生達から産業保健のデータを見せていただいても、やっぱり宮城はダメという結果しか出てこないの、やはりダメなのだと思います。

先ほど宮下先生に仙台に来て太りましたかと聞いてみたら、仙台に来て2年で10キロ増えた。

ストレスかもしれないですが、皆さんがこちらに来て太っている方が多いという都市伝説が本当かというのが、もしかしたら1回県から降ってくる議題かもしれないというところで語っていたぐらい、とにかく予防に関する意識が、先ほど子どもに関する教育もそうですが、子どもの時からがん教育をし、大人のところはまさに運動しながらやっていくべき事なのではないかなというふうに思っているところです。

求められた回答かどうかわからないですが、コメントです。

(神宮部会長)

ありがとうございました。

その件は、なるほどという感じでした。

(丹田委員)

不勉強で、みやぎ21健康プランは、全然、頭に入っていないのですが、がん対策推進協議会の議論としては、ずっと、一応、受動喫煙の問題、そこに書いてある成人の喫煙率もそうだし、受動喫煙割合というのが高いというのを議論してきましたが、健康プラン21で何か具体的に何かしようとか、こういう方策とか何かを図ろうとか、そういうことがあるのでしょうか。

(寶澤委員)

受動喫煙につきましても、重点課題として挙げられていますので、引き続き、重要視で良かったと思います。

とにかく、こちらも、なかなか思ったより下がってこない。

ただ、今回、法律が変わって、特にお店での受動喫煙の割合が大きく変わっています。

家庭内などは、なかなか難しいところがありますが、受動喫煙については対策が進んでいます。

(丹田委員)

色々な条例や、あるいは健康増進法が改正されて、店の中で喫煙というのが相当制限されてきているというのは分かっていますが、やはり他の県に比べて、やはり喫煙率がまだ高い、高止まりしているということは、強制的にというか、受動喫煙禁止を解いているような都道府県条例や市の条例などもあります。

そういったものというのは有効なのでしょうか。

あったほうが、例えば喫煙率が下がっている等のデータというのはあるのでしょうか。

(寶澤委員)

基本的には、こういった集団に関するものとしては、条例や法律で縛れば、かなり強く出る部分ではあると思いますが、そこまで行こうとすると、議会を通す必要があって、議会の方々の理解を得る必要があるのかなと思います。

比較的、力を持たれているところは、農家の方々を応援する方々も多いので、体に悪いからやめましようと言っても、すんなり通らないところがあるかと思います。

努力中です。

(丹田委員)

例えば今回の第4期の目標で、6年の間にそういった条例が、県や市の中で、1つでも、2つでも作ると言う方向に努力するということがあってもいいのかなと思いましたが、それは相当難しいわけでしょうか。

(寶澤委員)

僕らのここのところに入れろと言われてたら、多分、県庁は入れてくれると思いますが、それを実際、条例を増やすという目標って、事務局で作れますか。

(事務局)

なかなか比較検討したことがないというところで。

(丹田委員)

それでは、ぜひ研究検討していただきたいと思います。

(寶澤委員)

やはり、言い方としては、恐らくポピュレーションストラテジーに資するための有効な件で、法律改正も含めた検討を行うみたいな言い方だったら多分いいのかなという気がします。

(丹田委員)

そういった議論を、例えば、ここや親会がやって、県の計画の中に先生が今おっしゃったような表現を入れたとして、それは県のお役人というか、課長や部長がハンコを押してくれるでしょうか。

協議会というのは、きちんとした県の組織なわけですから、そこでそういった意見があったということと、それを議会が反対や無視したという事実が出てくる、残るというのは、それはそれになります。

個人的な、本当に個人的な意見ですが、あってもいいかなと思います。

(石岡アドバイザー)

丹田委員の御意見が、例えば、協議会の方に上がってくれば、それは協議会で議論するのだと思います。

それで、やはり、これは、議会、議員がどう考えるか分かりません。

協議会での議論で計画にそういうことを書くということと、実際に条例ができるかというのは、別の問題があるのは当然だと思いますが、一方で、議員の方もそういった審議会の意見を根

拠にする場合も当然ありますので、私は丹田委員の発言は、意味があることじゃないかなと思います。

書くということを実現するか別ですが、書かれたことを実行するよという意見を、県議会議員の中にも、そういう意識を持つ人も多分いるかもしれないという期待はあります。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

恐らく、この委員の皆さんは、受動喫煙させるために最大限努力をするということで一致するかと思いますが。

(丹田委員)

皆さん御意見シートに、ぜひ受動喫煙防止条例を作りましょうと書いてください。お願いします。

(高橋委員)

もちろん賛成です。

一般的ながん種、特に喫煙によってがん罹患率が高くなる肺がんや頭頸部がんは勿論そうですが、一般的に数倍罹患率が高くなると言われていますので、予防という観点では、一番禁煙というのは効果が高いと思われま。

一方、禁煙率が低くなれば、この先6年でがん罹患率がすぐに下がるのかということ、そうではないと思いますので、禁煙そのものは1つの喫緊の目標ですが、禁煙による罹患率低下は長期的な目標になると思います。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

(石岡アドバイザー)

ももとは、第3期には、望まない受動喫煙をなくして減らすということが書いていますが、私が「望まない」を付けるなどいうことを言って、今度の国計画には書かれていないです。

国が対策をやるのに「望む」、「望まない」は関係ないだろうということを行いました。

そうだろうということで、この記載は無くなりました。

もう1つ、私は、国に計画前から言っていたのですが、どうして国の計画「健康日本21」に合わせる必要があるのかと。

実は県計画は、健康増進法とがん対策基本法の両方を加味して計画を立てています。

一方、国のがん対策推進基本計画は、がん対策基本法だけに縛られています。

しかし、厚労省は、どうしても健康増進法の健康日本21と合わせなければならないと必ず言います。

それは、おかしいだろうと、何回も言いました。

別な法律に縛られているのは違うと思うので、こちらの方の目標高くてもいいでしょうと言いますが、結局認められず、健康増進法の健康日本21と数値が合わせられたという経緯がありました。

宮城県についても是非考えていただき、高い目標を検討していただきたい。

特に喫煙に関しては、生活習慣病と同様に厳しめにして、宮県のがん対策計画を作っほ

しい。

(事務局)

現在のみやぎ 21 健康プランの目標の中でも、これは大変高いハードルですが、受動喫煙の機会を有する人の割合はゼロを目指しましょうということで、現在もそのような目標を掲げております。

第4期に至る中でどうなるかは、これから決まるわけですが、今よりも緩いものになることは、考えにくいと思います。

引き続き高めの目標を維持していくことになると思います。

それを実現するための手立てとして、例えば、先ほどお話にあった条例のような形で、それを成し遂げようとするのか、あるいは別の手立てとするのかは、まさしく 21 健康プランの次期計画の策定の過程の中で御議論いただくことになってございます。

そういった趣旨で 21 健康プランと連携をして行きたいということがこの要点でございます。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

時間押しておりますので、次の項目に進みたいと思います。

資料 1 のスライド 8 になります。がん検診では、国は検診受診率を 60% 精密検査受診率を 90% と目標値を設定していますが、本県は国を上回る 70%、95% と設定しています。

目標達成は、肺がん受診率と乳がんの精密検査受診率のみでしたが、目標値は第 3 期と同じでよいか皆様で御議論していただきたいと思います。

もっと上にあげるとか、あるいは本当に達成できるような現実的な数値にするなど色々あると思いますが、いかがでしょうか。

(金田委員)

ベースラインの平成 28 年と令和 4 年で、ほぼ上がってない原因は何かあるのでしょうか。

(事務局)

調査したのは令和 4 年でしたので、その 1 年前に受診されましたかという調査になります。

そのため、新型コロナウイルス感染症による受診控えが影響し、低めの値が出てしまった可能性があると思っています。

ただ、現実的にこのような調査結果が出たということは重く受け止めています。

(神宮部会長)

コロナ明けで、今後どう変わるかというところだと思いますが、いかがでしょうか。

(寶澤委員)

目標値をこのまま 70 で行くか、現実に合わせて下げるのかという話かと思いますが、ほぼ 6 割いっていますし、わざわざ下げる必要なく、7 割のまま県の目標を設定してもいいのではないのでしょうか。

また、精密検査の方も 95% 以上が目標ですが、ほぼ 9 割いっているところが多いので、今の目標値を維持でいいのではないかと思います。

(神宮部会長)

現状維持という御発言がありました、いかがでしょうか。

(寶澤委員)

ちなみに、その石岡先生の評価方式を使えば、全国の中で、これが2位とか3位だったら、1つランクが上がるのでしょうか。

(石岡アドバイザー)

目標値は、全体目標は全部のがんになっていますが、がん検診は、臓器別に出ています。まずは、それをどのように評価するか、個別にやっていくのかという問題が一点。それから、県の目標は、全国より高いので、それをクリアできれば、全国値より高いということで1つの基準は満たしているということになります。それから、全国の順位が上がったかどうかということが2つ目の基準ですから、もしその2つのポイントを取れば、概ね順調という評価になります。

(神宮部会長)

ありがとうございます。
今の御発言を踏まえた上で、いかがでしょうか。

(淺沼委員)

がん検診の目標値は 70 や60とか言っていますが、私としては、本当は、理想はもっと高い方がいいかと思います。
国が60と言いますが、県は下げる必要はなく高いままの目標でやるのが望ましいかと思っています。
胃がんの値がすごく悪くて、本当に申し訳ないです。高い目標でいいかと思っています。

(神宮部会長)

ありがとうございます。
高い目標のままでという意見が多かったので、このままでいければと思います。

(各委員)

異議なし

(神宮部会長)

ありがとうございます。予防はここまでということで、続きまして地域格差についてです。第2回協議会において地域差、拠点病院以外のがん診療医療機関について課題とされたところから、分野別の「医療」に入る前に、アドバイザーとして参加いただいています宮城県がん登録室の金村先生から御説明いただきたいと思っています。

(金村アドバイザー)

資料6を御覧ください。
宮城県がん登録から見えてきているものということでお伝えしたいと思います。
平成28年全国がん登録というものが開始され、精度の高いがん登録の情報が収集できるよ

うになりました。

病院は、すべて義務付けられていますので、病院にかかった方のデータは、ほぼ入っています。

それでもやはり漏れることがありますので、死亡届については、国の方で集めています。

死亡診断書にがんと付いた方をそこで把握をして、それをがん登録のデータの方で届出がなければ、遡って調べるっていうことをして、精度を上げているという状況です。

宮城県はこの全国がん登録が始まる前からがん登録を行っていきまして、比較的精度が高いと言われておりますけれども、全国がん登録が始まって、さらに精度が高くなったという状況です。

本日、参考資料の最後⑤番で 200 ページほどの資料になっています。

ただ、本日すべて説明ができませんので、概略だけお話ししたいと思います、全部で4とおりの資料をご用意しています。

最初の図の1と2が市区町村別の罹患数ということで、数値が市区町村でどのように推移しているのか、見ていただくための基礎的な資料になります。

2番目が患者の住所地別に受診医療機関はどうなっているのかを整理したものになります。受診動向を把握するためのものということになります。

3番目が、市区町村の格差ということになるのか、あるいは差ということになるのかと思います。

それを比較するには、人口加味しなければいけませんし、また、がんの場合は高齢者が多いところと同じ人口ですと、年齢構成の違い影響を受けますので、そこを調整する方法が2つあります。

年齢調整罹患率と標準化罹患比で、2つ使い方は、若干違いますが、これを使っただこうということで提供させていただきました。

最後ですが、違いがあったのは、どこに起因するのか、突き止めないといけません。

そうするとその増減を比較し、多い少ない、あるいは増えている、減っているのは、どの年代でどの部位なのかを調べていく必要があります。

人口で割った年齢階級別罹患率といったものを使っただこうと考えています。

最初は、市区町村でどのように数が増えてきているのかということ整理したものになります。今日お示している資料は、5年ごとの集計で20年分出しております。

また部位は6つです。

どうして6つなのかということですが、がん登録ですと、普通 28 部位ぐらいのがんを集計していますが、今回は、市町村が検診などで実施している6部位を集計したものとして御理解いただけるかと思います。なお、さらに細かい集計も可能です。

この 6 部位ですが、男性で約 5 割、女性で約 6 割を占める部分ですので、非常にデータとして大きい部分になります。

市区町村のデータをいきなり見るよりは、宮城県全体のデータを矢印で示していますが、数で見ると、胃がんと肝臓がんが増加から減少に転じているという状況です。

その他の子宮、大腸、乳房、肺は、今増えているというのが大きなトレンドです。

全国的にも同様です。

青葉区が一番人口規模の多いところですので、そこで見ると実は宮城県と同様の傾向になります。

七ヶ宿町は、人口規模の少ない町ということであげさせていただきました。

人口規模が少ないので、このように見ていただくと、5年の集計で、ようやく状況がわかるとい

う状況です。

1桁あるいは2桁行くぐらいですが、それでも5年集計すると、なんとなく似たような推移があるのではないかと思います。

ただ、人口構成が違いますので、数だけで見ると解釈を誤ることがあります。

胃がんは減っていますし、肝臓は読みにくいですが、他の部位について増加傾向が見えるということです。

次は、年齢階級別で見たものです。

これは人口が当然影響しますので、そこも考慮しなければいけません。今、がんはあらゆる年代で増えていると言っていいのではないかと思います。

青葉区を見ていただいて、30代ぐらいから、がんが増えてきますが、矢印で示すように過去20年間増えています。

注意していただきたいのは、15から29歳は、決して減っているわけではありません。

若い年代でも、ある程度の数はいるということです。

また七ヶ宿町のような人口の少ないところを見ていただくと、高齢化の影響が出て増えているのかと思いますが、他の年代でも、決して減っていないので、そういったところ把握しておく必要があります。

次に主だった部位をいくつか御紹介したいと思います。胃癌です。

増加から減少に転じていると言う話を先ほど申し上げましたが、青葉区で見ていただくと増加から減少しているのは、40、50、60歳の年代です。

これは、ピロリによる感染が減っているので、結局、胃がんになる方が減るという理解になるかと思いますが、それが全体に影響していると考えております。

七ヶ宿町で見ますと、胃がんの数自体が少ないですが、このようにみると、七ヶ宿町でも減ってきていることになります。

肝臓は、省略しますけれども、肝臓も減少の傾向が見られます。

大腸は、増加傾向で生活習慣の影響が大きいがんですので、基本的に増加ですが、見ていくと、青葉区などは、減少したりしていますので、細かく見ていく必要があるのかなと思います。

七ヶ宿町を見ていただくと、人数的には5年で数人みたいなどころです。

次は、肺です。まだ増加しています。

見ていただくと青葉区でも増加、七ヶ宿で横ばい、高齢者では増加です。

乳房です。女性の一番多いがんは、乳がんですが、こうやって見ていただくと30歳代で若干減ってきているのかもしれませんが。

人口の影響かもしれませんが、こうやって見ていただくと、あらゆる年代非常に増えているということで、非常にインパクトのあるがんだということがお分かりいただけだと思います。

これは人口の少ない七ヶ宿でも、こうやって見ると30代、40代、50代さんの発生あります。ただ、5年で1人なるかどうかというところがありますので、ここをどう見ていくのかという意味では、今5年分でないとなかなかわからないということですが、逆に毎年見ている、1人でも発生が続くようであれば、確実に5年で5になりますので、そういう意味で人口の規模が少ない市町村であっても、きちんと把握していることが必要なのかなと思います。

次お願いいたします。

子宮頸がんです。

子宮頸がんは、若い女性に多いのが特徴で、30、40代はボリュームとして多いですが、増加の傾向が強いのもこちらです。

ですので、子宮頸がんが増えている部分で、非常に重要なのはこの年代となります。

これは、七ヶ宿でも同じで、30、40代でかなり使っているという状況がありますので、ここはきちんと1人でもいいので、毎年、出るか出ないか抑えることが非常に重要だと思います。

次、お願いします。

子宮頸がん、子宮体がんは同じ子宮ですが、原因が違って、場所も違いますが、発生も違います。

50、60代が多いデータになりますが、これが40代から徐々に上がっていくというところで、これが増加しているところ。

こういった問題をきちんとしていただくことが重要なのかなと思います。

七ヶ宿でも40代に発生がありますし、そういったところを住民の方にも知っていただくことが重要なかなと思います。

次お願いします。

今は罹患数だけお見せしましたが、どうしてもその人口規模の違いっていうのがありますので、年齢調整罹患率と標準化罹患比というものを使って比較ということが必要で、皆様ご存知だと思いますが、年齢調整罹患率は年齢階級別罹患率を計算してモデルとなる基準にあてはめて、同じ人口だったら何人になるかっていう数値ですので、実際の人数と違いますが、モデルをそろえることで、人数が出て、直接比較はできます。

もう1つ標準化罹患比という方法があります。

考え方はまったく違いますが、基準となる人口集団を定めて、その集団の年齢階級別罹患率を使います。

その罹患率を対象とする集団に持ってきて、この集団だったら何人が発生するかという期待罹患数を出します。

これを分母として実際に出てきた罹患数と比較、割ってあげるということで、その対象と同じだったら、同じ数になるのですが、今回の集計は宮城県全体を100としています。

ですので、100より多いのであれば、宮城県全体の罹患率よりも高い罹患率で発生していた、実際に罹患数が多かったという話です。

逆に100よりも小さい値の時は少なかった、県との比較では少なかったということです。

実は他市町村のものを1年単位など色々見ているのですが、1年単位だと非常にばらつきが大きいものですから、5年等の長い年数、あるいは幅を持って見ていただくと、誤りがないのかなと思っています。

後は年齢階級別の罹患率を示しますが、実際に、どの年齢でどのがんが多いなどというのは、結局、人口規模なしにして、比較ができませんので、年齢階級別にきちんと出していくっていう話になります。

次お願いします。

これは女性だけ今日御説明します。

宮城県全体の上段が、年齢調整罹患率、下の方が標準化罹患比になります。

先ほど人口を加味しない5年ごとの数だけでお話しましたが、人工を加味しても、同様の傾向がありまして、全部位ではがんは増えています。

胃がんと肝臓がんは減少の傾向にあります。

大腸は、少なくなっているように見えるかもしれませんが、増加傾向だったのが、今和らげる感じです。

肺、乳房、子宮頸部と子宮体部に分けていますが、これも増えていると。

人口を加味しても増えています。

これは、保健所単位で集計したもので見ると、仙南ですが、大体、傾向が一緒だというのが見

て取れるのかなと思います。

ただ、細かいところを見ていくと、大腸や肺がんは、増減の傾向が若干違うかなというのがわかるかと思います。

また、塩釜を見ていただくと、肝臓などが、仙南と近いのですが、そういった地域差や地域性があるという事を感じていただければなと思います。

その中で、この下段の標準化罹患比は、宮城県全体を 100 とした時なので、宮城県の集計自体が 100 になります。

先ほどの全国と比較がどうなのかという話がありまして、今回、宮城県を基準にしたものしか集計していませんが、全国を基準にした計算ももちろん可能です。

今回、宮城県を 100 として、例えば仙南で見に行きますと、100 を超えるものがありますが、連続して 100 を超えているものというものはなくて、どちらかというとも 100 を超えない少ない状態で続いているのが赤い枠で囲っています。

全部位、大腸、肝臓、乳房というところですよ。

ですので、宮城県を基準とすれば宮城県よりは少ないですが、傾向とすると、宮城県全体と一緒に頑張っていきましょう。

こういうようなメッセージになるのかなと思います。

一方、塩釜の方に行きますと塩釜の方のトレンド、また似たようなものだと話しましたが、標準化罹患比で行くと、胃については、どの期間でも 100 を超えていますので、残念ながら宮城県より多い地域ですということになると思います。

また、子宮体がんも全部超えていますので、これも宮城県より多いですということがメッセージとして言えるのかなと思います。

次お願いいたします。

このうち、子宮頸部も同じデータですが、標準化罹患比で見ると、子宮頸部は仙南が 2013 から 2017 まで 96.7 で宮城県より、1 旦、低くなったのですが、また高くなってしまったという傾向があります。

塩釜は、その前の時も含めて、2008 から順に、2013 から 2017、宮城県の 100 よりも少なかったのですが、その後に宮城県よりも高い値になったというところがあります。

そこを、なんでか？と探る時に、年齢階級別罹患率を使います。

次、お願いいたします。

次見ていただくと、2018 から 2019 でどこが違ったのかということなのですが、宮城県と比べて高かった部分、赤枠で囲っています。

仙南がなんで 2018、19 で、宮城県より高くなったのかということですが、これは 15 から 29 歳が 0.59 で、宮城県全体が 0.24 で、倍ぐらいになっていて、それは前の期間だと 0.3 ぐらいで宮城県とほぼ同等だったのが倍ぐらいになったというところが原因ではないかということですよ。

30 代のところで、1.27 に対して 1.36、40 代も 0.99 に対して 1.23 ということがありますので、この年代が、結果として高くなっているのに起因しているだろうということなので、こういったデータを見ていると、どの年代の人が高いので、どこに働きかけるべきかにつながります。

一方、塩釜も 2018、19 が若干高かったのですが、どこが高かったのか見て行くと、50 代が 0.66 ということで、宮城県全体の 0.48 より若干高い。

60 代 0.3 で若干高いところがありますので、恐らく、50 代 60 代の部分が効いてきているのではないかというふうに思います。

ここも 50 代 60 代になって、予防というよりは、こういった場合は検診の早期受診などの呼びかけに使えるかなと思っています。

次お願いいたします。

ここからは医療機関の受診の動向のデータになります。

がん登録では、受診した医療機関の初期治療と言いまして、診断から4ヶ月ぐらいの治療について情報をたずねていますので、受診と初期治療についての情報が出ています。

一番下に宮城県のデータが載っていますが、グレーで 46.4%となっています。

これは拠点病院で診断を受けた方の割合で、白で 52.4%とありますが、その他の病院で受けた方になります。

宮城県全体で見て、約5割ですが、若干、拠点病院が少ないというのが受診の状況です。

これは、保健所・支所の単位で、複数の市町村、仙台市の場合は、仙台市の区になってしまいますが、宮城県の集計値と比べるとグレーの割合が低い、つまり、拠点病院で受けた方の割合が低い地域があります。

上から仙台市の太白区、塩釜、気仙沼に青い矢印を付けていますが、20%前後です。

これは、県全体から比べると 20%ぐらい低い値ということで、拠点病院以外で診断を受けているというところが多い。

一方、県全体より拠点病院の割合が高い地域も確認されていまして、仙南、大崎、石巻になります。

これが大体 60、70%ぐらいということで、全体の 20%ぐらいがあるというふうになります。

これはなぜかということで、病院を探っていくと分かります。

次お願いいたします。

太白区、塩釜、気仙沼は、拠点病院の受診が少ない地域ということですが、実際にベストテンということで数えてみると、太白区は、仙台市立病院が 30%近くで、その次、仙台赤十字病院、仙台厚生病院が入って、第4位に東北大学病院ぐらいなので、実はこういった病院のところを受診すると、それは拠点病院の割合が低いなど言うのがおわかりいただけます。

塩釜の方は、坂総合病院と東北医科薬科大学病院で、50%近くで、この時、東北医科薬科大学病院は拠点病院ではなく、令和3年に拠点になりましたので、この時点ではなっていません。

これは拠点にすると、また値が変わってくるという状況です。

気仙沼の方は、気仙沼市立病院に 6 割受診していますので、それはそのままデータとして現れたということです。

次にお願いします。

逆に、拠点病院の割合が高かった地域を3つあげていますが、仙南はみやぎ県南中核病院と宮城県立がんセンターを合わせて、6 割いきます。

大崎は、大崎市民だけで 6 割。石巻は石巻赤十字病院だけで 6 割ということで、地域によって、拠点病院の占める割合に、かなり違いがあると言うところが、お分かり頂ければと思います。

次、お願いします。

これは、診断だけではなくて観血的治療、つまり、内視鏡的な切除とか、外科的切除の治療になりますが、同じ傾向です。

太白区、塩釜、気仙沼も、大体 20%ぐらいと、拠点病院の割合が低く、他の病院が多い。

逆に、仙南、大崎、石巻は、拠点病院の割合が高い。ここでは登米も高いです。

次お願いします。

最後、放射線治療だけ説明しますが、放射線の専門家と専門的な措置がないとできない治療

ですので、非常に集約化されています。

そういった中でも先ほど言った太白区、塩釜、気仙沼は、やはり拠点病院以外の受診が多いので、50%あるいは40%ぐらいということでそういった違いがあるということをご理解いただければと思います。

以上、すみません、すごい早足なのですが、こういったデータを200ページご用意しましたので、必要に応じてご参照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。

説明いただいた地域格差というのがどうしてもあるということかと思いますが、それでは、今の説明を踏まえた上で分野別の医療について、この場で相談させていただければと思いますが、まずは資料2の4ページになります。

地域差の適切な評価方法について、難しい議論をさせて頂ければと思います。

私、座長としては、二次医療圏毎のがん医療専門職、例えば、認定看護師の数や、我々の専門で行くと放射線医師の数などといった専門家の数やがん生存率などを評価指標とすることが適切かどうかと言うところを議論いただきたいと思います。

私は、適切ではないかと思いますが、他に指標となるようなものがございましたら、御意見を願います。

(丹田委員)

このがん種を決めたのは、検診を念頭にとおっしゃったので、がん種を選べるのだと思いますが、皆さんご存知のように、最近の国の、いわゆる5大がんというところから、我が国に多いがんというふうになりましたので、お手数ですが、このデータを次回作成される時には、たしか追加された膵臓がん、胆嚢がん、あとは前立腺がんといったところも、この格差の問題を論じる時には必要だと思いますので、それもお願いしますと言うのが1つと、あと格差問題について、先ほどの指標の私案というか、御意見シートに書いてあるもので、死亡率というのも問題になってくると、死亡率も同じように、統計は全国がん登録で同じようなデータが出るというふうに考えてよろしいですか。

(金村アドバイザー)

最初の部位に関しては、県とご相談して、今回の部位にしましたが、議論に必要だということであれば、部位についても増やす方向でご準備したいと思います。

後は、格差のうち死亡は人口動態統計なので、私は直接使っているデータではないので、県の方から答えていただきたいと思いますが、県から依頼されれば、私の方でも集計いたしますが、どれぐらいのデータの細かさなどの問題があるかと思います。

あと、私からコメントですが、格差を見た時に、医療圏にするのか、市町村にするのか、あるいは保健所の支所のような地域にするのか、単位の作り方によって、見え方が違う気がしますので、そこを決めていただければ、それに応じた形で集計したいと思います。

今回、保健所、保健所支所、市町村ということで年齢調整罹患率などをご用意しましたが、必要に応じて、データを用意していく必要があると思いますので、そこを議論いただければなと思いました。

県の方から、人口動態について追加でコメントがありますか。

(事務局)

死亡率につきましては、金村アドバイザーが言った通り、人口動態統計の値になるものですから、そこについては、部位や地域単位で年齢調整死亡率を出していくようになるのかなと思っています。

がん対策のこととあわせて、地域医療計画もございまして、そちらでは医療圏ごとの課題等を見て行くとなっているものですから、1つのまとめ方としては、医療圏毎なのかなと考えているところですが、御意見頂戴したいと思っていますので、よろしくお願いいたします。

(石岡アドバイザー)

基本的には、人口を考えるときは医療圏でいいと思いますが、仙台市に関しては、区ごとの人口が極めて大きいので、仙台医療圏は仙台市の青葉区から若林区まで見る必要があると思います。

次にもう1つ、先ほど金村アドバイザーが出された、拠点病院で診療しているかどうかというのを、この際、資料に入れた方がいいのではないかなと思います。

(神宮部会長)

頂いた御意見などで、何か御意見はないでしょうか。

(金村アドバイザー)

今の石岡先生の方からお話しの合った、仙台市が区ごとになると、区域としては、市町村よりは細かいですが、保健所という保健所支所単位になるので、そうすると保健所支所も集計した方がいいのかなと思いました。

医療圏単位ですと、4つしかないのです。

保健所単位になると、塩釜が仙台を挟んで、塩釜、黒川と、岩沼、名取となって、それで1つものを語るというのも変な気もするので、保健所単位が必要であれば、支所単位もあるというのがバランス的にいいのかなと思いました。

(神宮部会長)

わかりました。ありがとうございます。

医療圏だけではなく、保健所単位の方が良いのではないかという御意見でした。

(金村アドバイザー)

医療ではないですが、市町村にがん登録データを使っていただいて、検診の受診率向上や市町村のがん対策を進めてもらいたいということで、市町村にがん登録を使ってもらっています。

がん登録を使ってもらっている市町村の感触としては、市町村ではがんデータを見たことがないということなので、非常に喜んでいただいているのが実情で、市町村でも色々な計画を作成する年にあたって、そのデータを活用させてもらっているというところがありますので、今、医療の話ではありますが、当然、医療の受診というのは広域なので、保健所という地域性が大事かなと思います。

がん対策を進める上で、市町村での集計を大事にしていきたいかなと思います。

(神宮部会長)

私、放射線治療医の立場で言わせていただくと、放射線治療は、やはり、医療機器の最新のものを使っておりますので、IMRTの実施率などが指標になるかと思います。

それは、難しい施設はもちろんたくさんありますが、例えばですが、全国平均ですと、IMRTの実施としては10%ぐらいしか提供できないというのが平均になりますが、東北大学ですと大体70%ぐらいまで普及をさせていることがあるので、そういったところが指標になると思います。

(丹田委員)

今のIMRTの実施率は、それぞれの病院に聞かなくてはいけないということがあります。IMRTを持っている病院がいくつあるのか、現況調査の中にはありますので、IMRTがある拠点病院は分かりますが、それぞれの病院で、放射線治療において、何人の患者さんに、IMRTを何パーセント実施したのかはそれぞれの病院に聞かなくてはいけないという手間を、恐らく、がん診療連携協議会の放射線部会にお願いするということになると思います。ただ、IMRTを持っている病院は、拠点病院だけではないですよ。

(神宮部会長)

厚生病院や気仙沼市立病院、仙台市立病院なども持っていらっしゃいます。調査はもちろん、部会の方ですぐできると思います。

(石岡アドバイザー)

先ほど、私が申し上げた、どこで診療されているかということ。がん診療連携拠点病院以外で診療されていた患者は、大体半分ということについてです。私もよく分かりませんが、これは全国のデータと比べてどうなのでしょう。当然、がん診療の医療提供体制を重視しているのは、国の政策でがん診療連携拠点病院になっているわけですから、それ以外の病院というのは、がん対策に関しては当然、弱いと考えるべき。指定要件を満たせないし、県の国への推薦が二次医療圏に概ね1つという制限に問題もありますが、そうするとやはりそこは資料として付けることが私は重要ではないかと思います。今、半分の患者しかがん拠点病院で診療を受けてないという状況です。これが急速に良くなるということは、普通は考えられないです。新しい指定を行うか、あるいは、よほど既存の拠点病院に集約化でもしない限りは難しい。現実問題で、東北大学病院でもっと診られるかと言ったら、もうこれ以上無理だと思います。そうすると、次に考えるべきは、何らかの形でそういった県のがん対策が及ぶような病院を増やすというのが1つの考え方だと思います。そういう考え方に立っている都道府県もあります。ですから、そういうことを盛り込んではいかがでしょうかと思います。今すぐできるわけではないですが、一応、指標としてはがん拠点病院で診療している患者の割合などを指標にして、それが二次医療圏や、保健所などのような先ほど金村先生が出された単位で評価して行くというのは、実はかなり意味があるのではないかと思います。

(丹田委員)

先ほど、石岡先生がおっしゃった拠点病院でカバーしている患者さんの割合というのは、国立がん研究センターの対策のサイトを見ましたが、しばらく前の4、5年前のですが、カバー率と

いう評価で実際、今のおっしゃった全国データが出ています。

もちろん他の県というのは、がん拠点病院が頑張っていて、6割、7割は、診療を受けている人が拠点病院へ行っているというようなデータだったと記憶しています。

それはサイトで検索すれば、しばらく前のデータですけど、確認できると思います。以上です。

(石岡アドバイザー)

つまり、宮城県が低いということですね。

(丹田委員)

ご存知のように、拠点病院ではないハイボリュームセンターがいくつかありますから、その影響は大きいと思います。

(石岡アドバイザー)

今回の調べたデータで明らかなのは、宮城県は仙台市にかなり依存しているということですね。

患者の数自体、人口がそうです。

ですから、宮城県のがん対策は仙台市のがん対策を良くしなければ改善しないだろうということは間違いない。

がん診療連携拠点病院の宮城県は、二次医療圏あたり原則1つとかそういう決まりですよ。

(事務局)

そうです。

(石岡アドバイザー)

指定推薦は、県の検討会をやって、その結果を踏まえて、県が厚生労働省に推薦として出すという形になってきました。

東北医科薬科大学の場合は、二次医療圏が仙台なのにそれは指定したという理由はどういうものでしたか。

(事務局)

これは国の制度上、まず、がんの医療圏単位に原則1つということがある中で、仙台については、人口が多いということで、複数の病院を推薦して国から認めていただいているという状況でございます。

蛇足になりますが、国では、実際にどんなものでも推薦を出せば通るのかということ、診療実績の数などで認められる、認められないということがないと承知してございます。

(石岡アドバイザー)

今、御説明いただいた通りだと思いますが、実際は、丹田委員がお話になったハイボリュームセンターというところはかなり今増えてきていますので、そうするとそこに対策を打たなければ、がんの医療提供体制というのは改善しないだろう。

例えば気仙沼を先にやればいいのかということですが、圧倒的に患者数が多い青葉区や宮城野区に何らかの手を打つということを優先に考えざるを得ないと思います。

指定するのは国ですから、要件を満たさなければそれに指定されない。

しかし、がん対策を県が何か指導できるような枠組みを私は考えるのがいいと思います。県の指定病院みたいな形で。

(神宮部会長)

例えば、がん診療連携協議会の中の取り組みに参加するなどでしょうか。

(石岡アドバイザー)

参加する必要があると思います。

それが最低要件です。

(丹田委員)

御意見シートの25に、拠点病院以外の病院におけるがん診療連携協議会の加盟についてというサマリーをつけてもらいましたが、この25も実は、私が書いたのですが、国指定の拠点病院には今のハイボリュームセンターではなかなかないのはもう明らかです。

でも、県として指定しているのはいくらでもあって、大阪や東京などで確か何十個も出して、そこに差があるのかどうかよくわかりませんが、そういった形で県が県拠点病院などの形で、県のがん診療連携協議会に入ってもらうように促すと言う方策は、私は非常に必要だと思います。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

3番のところ、これは恐らく皆さん問題だと思っていたところだと思いますので、ぜひその知識のアップデートなども含めて、医療従事者に必ず必要ですので、中で待っているとどうしても限られてしまいますので、協議会に入るように促すという感じでいかがでしょうか。

(石岡アドバイザー)

入るのはもちろんいいのですが、ある程度、強制力がないといけないと思います。

例えば、ハイボリュームセンターにある程度、要件として、がん相談支援室があることや、ピアランスケアなどをやっている、妊孕性の相談に乗ってきちんと紹介している等の地域がん拠点病院の指定要件の1定要件までは縛りをつけて、県が県拠点病院みたいな形で指定するようなことをすれば、クオリティは上がるような気がします。

(宮下委員)

先ほどの丹田先生から7割が拠点病院で治療を受けているというのは、多分、治療期で1回でも治療を受けた患者さんという話だったと思いますが、私は、今、厚労省の研究班で、拠点病院と非拠点病院の緩和ケアの提供体制や、実際に受けている医療や、遺族調査の結果がどれだけ違うかという分析をしています。亡くなっている患者さんは非拠点が7割です。

3割しか拠点病院では亡くなっていないという現状です。

環境要因などを除いても、かなり拠点ではなくなっているので、今みたいな指定制度などがあると緩和ケアの県全体の広がりにもすごく貢献すると思います。

(丹田委員)

先ほどの7割というのは、全国がん登録のデータなので、診断時あるいは治療開始時に拠点

であったか、なかったかということになります。

(石岡アドバイザー)

金村先生のデータと比較性があるということですか。

(丹田委員)

同じ全国がん登録なので、ハイボリュームセンターのデータもアップされているということです。

拠点病院になると、院内がん登録という、より詳しいものを提出する義務があると。

そういったことができない、嫌だというふうに、ハイボリュームセンターが思われるかもしれないと思います。

(神宮部会長)

こちら側も指定されるメリットを感じないとなかなか参加はしてくれないところがありますので、県の方でもご検討いただければと思います。

次のところです。

資料2の5ページになりますが、中間アウトカムのC06「必要な全ての患者に、がん遺伝子パネル検査が行われ、その結果に基づいて治療が選択できている」という項目になりますが、県ではデータを把握していないので、がん診療連携協議会の調査協力を依頼することではないかという御議論をいただきたいと思いますが、こちらは、高橋先生に御意見をいただきたいと思います。

(高橋委員)

そのようにして頂いてよろしいかと思いました。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

これについては、ご提供いただくということにさせていただきます。

3番は終わったということにさせていただきます、続いて4番ですが、資料2の項目29になります。

ここについては、診断時からの緩和ケアの評価方法についてということで、診断時からのいうところですね。

どのように評価するのか良いかということを議論いただきたいと思います。

緩和ケア担当の宮下先生に御意見をいただければと思います。

(宮下委員)

1つは、やはり、患者体験調査の利用でしょうし、ここに書かれているような項目か、患者体験調査の項目が多くて、すぐ出てこないのですが、本当に診断時だけを見るというわけではないと思うので、早い時期からということであれば、相談支援などの回数もあるかと思えます。ただ、他の分野と重なると思うので、患者体験調査で見て行くのが今のところ一番良いのではないかなと思います。

最近の政策で、診断された時にパンフレットを配りましょうということがありますが、パンフレットを何通配ったか、それで見てもあんまり大した指標ではないかなと思うので、事務局の案の

ように、丁寧に患者体験調査を見て、決めればいいのかないかなと思いました。
お願いします。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

皆様から御意見などはいかがでしょう。

(各委員)

異議なし

(神宮部会長)

特に意見がなければ、患者体験調査の項目で進めていただきたいと思います。

続きまして、共生の項目について御議論いただきたいのですが、患者会の阿部委員、それから産保センターの金田委員から、共生について何か御意見があれば、それぞれご発言いただければと思います。

(阿部委員)

共生のところで、ピアサポート育成についてですが、資料にありましたように、毎年、育成が行われてはいますが、その後の活動の場というものがいない状況です。

実際に、サロンがピアサポートを依頼する時にも、依頼先が分からないというミスマッチが起きています。

あとは、がん患者体験調査が先ほどからも出ていますが、これは全国でやっているわけですが、実際に先ほどのこともあります。宮城県の対象になっている人数などは分かっているのでしょうか。

全体で宮城県がどのぐらいの割合などというのは分かっているのでしょうか。

(金村アドバイザー)

拠点病院に今ちょうど依頼がかかっていますので分かっているのですが、手元に資料がなく、人数を今すぐには申し上げられません。

(阿部委員)

全国万遍なくというか、同じぐらいの割合でしょうか。

人口比で言ったら同じぐらいになるのでしょうか。

(金村アドバイザー)

拠点病院と院内がん登録に参加している施設は対象施設になっていたと思いますので、拠点病院は全部入っていて、あと拠点病院以外という状況です。

(丹田委員)

1病院100人ぐらいで、何パーセントかの人は、非がんの人で、ほとんど8割ぐらいは、がんの人を名簿として出して、国立がんセンターの方から質問用紙が郵送されると言うのが、今、盛んに言われている全国がん患者体験調査だから相当大規模な調査だということです。

(阿部委員)

その中ではピアサポート、ピアサポーターの認知度が 27%ということで、やはり少ないのだなということで、ピアサポーターの育成もですが、その後のサポーターの就労も合わせて体制を整備していただきたいというのがあります。

宮城県内と言えば、石巻日赤が乳がんのブレストセンターがありまして、そこでがんサロンが行われていまして、契約社員として、今、2年で、ピアサポが勤務しているということがあるので、それをモデルとして他の拠点病院の方でもやっていただきたいというのがあります。

これに入るかどうかは分かりませんが、「誰ひとり残さない」ということの中で、今、県内の 35 市町村のうち、アピアランスの補助金制度をやっているのが 29 市町村なので、残りの 6 市町村はやっていないと思います。

県の補助は、大体 2 万から 3 万ぐらいの補助金が出ていると思いますが、患者に対して、県や市町村がどのぐらいの割合でお金を出しているかが分かりませんが、その 6 市町村にいるがん患者にとっては不利益が生じていると思いますが、その辺の改善も行っていただきたいなと思っています。以上です。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

事務局から何かありますか。

(事務局)

ピアサポーターのことにつきましては、指標というよりは、計画本文のほうに書かせていただく内容かなと思いますので、今後のところで対応させていただければと思います。

あと、アピアランスにつきましてはアピアランスケア事業ということで、少なくとも医療用ウィックの助成は、全市町村で実施されているところです。

ただ、乳房補正具や、その他のアピアランスケアの助成事業というところは、市町村で項目が色々かなというところがありますが、少なくともアピアランスの実施をするということで、始めているのはもう 35 市町村全部ありますのでご承知おきいただければと思います。

少しだけ補足します。確かに、つい何年か前までは、アピアランス助成事業入っていない市町村もありましたが、県の方で市町村が助成した場合は、その半分を助成するという枠組みを設けたことが功を奏しているかどうか分かりませんが、直近では県内全市町村で始まったということでございますので、先程ありました乳房補正具などについても、今年度から新たに県の助成メニューに加えましたものですから、それを基に、市町村の方でも導入してもらうようになればいいなと思っていますのでございます。

(丹田委員)

ピアサポートに関しては、このロジックモデルで行くと、C15 のところが、相談支援を受ける正しい情報を受けられるということで、あとこの一覧表の評価項目の一覧表の C15 というところを見ると、例えばピアサポーター養成研修受講者数などというところが、この初期アウトカムとなっているというのは付け加えさせていただきます。

今、おっしゃったように、アピアランスケアは他の都道府県と比べてみれば、宮城県はもうほぼ全県的にウィッグなどの技術に限定するところもあったと思うので、それが例えば人工乳房などにも拡大してもらいたいという市町村もあると思います。

さらに言えば、この一覧表のC1308 というところにもありますが、AYA世代というのは、要するに、介護保険のサービス開始前の世代ということで、色々な介護保険のサービスが受けられないということがあって、AYA世代に対して、在宅療養に係る費用などについて、女性している他の都道府県があるので、ぜひ宮城県も、こういったAYA世代の在宅療養支援といったものを始めていただいて、アウトカムとしては助成を受けたものの、人数というものを書けば、具体的な数字になると思います。
これはぜひ対策ということについて、検討していただきたいと考えています。以上です。

(神宮部会長)

共生について、ぜひお願いいたします。

(金田委員)

指標については特にはないですが、厚労省で毎年行っています令和4年労働安全衛生調査の治療と仕事の両立の取り組みというところで、取り組みのある事業者が 58.8%となっているようでございまして、令和3年は 41.1%でしたので、17.7%増えたというところでございます。確かに、患者視点というところもあるかと思いますが、事業者の取り組みの状況という視点からしますと、事業者から、当センターへの相談等もやはり増えてきています。
また、労働者や、その患者のご家族からの相談も増えてきており、就労への意識も高まっていると言っているところもございまして、そういったところへの広報活動などについても力を入れていただいてもいいのかなと思ったところでございます。
以上でございます。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

それでは、お時間も来ておりますので、共生についてはここまでいたします。

がん教育につきましては、先ほど、かなり議論をいただきましたが、何か追加で指標等について、御意見がありましたら、いかがでしょうか。

(丹田委員)

政令指定都市とそうでないところがあるので、がん教育をお願いする関係で、実は 3 月頃に県のがん教育担当の方にお話をした時に、県立学校、高校はもちろん、あるいは仙台市以外の教育機関のことは県の教育委員会にお話できますが、仙台市の教育委員会は教育庁の担当ではないのでと言われました。

仙台市に関しては、仙台市の教育長、仙台市の各区の教育委員会にお話しなくては行けないと。

言ってみれば、県と仙台市の連携、先ほど石岡先生がおっしゃいましたが、ぜひがん教育のみならず、色々と連携をとっていただきたい。

県のがん対策といっても、仙台市を外す訳にはいきませんから、連携はぜひお願いしたいなと思います。

(神宮部会長)

これは人口を考えても必要なことかと思っておりますので、ぜひお願いいたします。

そうしましたら、本日、議論するところは議論させていただきました。

皆さん、ご活発な御議論をいただきましてありがとうございます。
本当はもっと深く議論したいところではありますが、お時間もかなり押してしまいましたので、この後、事務局から御意見シートが送られてくるそうです。
御意見等、ご検討いただいて、送付いただければと思います。
第4期計画の素案は、いただいた御意見を踏まえて、事務局において次回開催予定のワーキング部会の前に、一度、皆様に御確認いただきまして、皆様の意見を反映させた案を次回開催予定のワーキング部会で協議したいと思っております。

(丹田委員)

最後に、指標一覧を拝見して1箇所だけ誤りがありました。
C06 の項目がロジックモデル案を見ると、実はがんパネル検査の項目になっていますので、恐らくC06 とC07 が逆になっているケアレスミスだと思います。
訂正された方がいいと思います。

(神宮部会長)

ありがとうございます。
それでは、その他に皆様から何かありますでしょうか。
事務局の方は何かありますでしょうか。
それでは、大幅に時間をオーバーしてすみませんでした。
議事は以上で終了となります。
皆様、御議論いただきまして、誠にありがとうございます。
それでは、司会進行をお返しいたします。

(司会)

神宮部会長、議事進行ありがとうございました。
また、委員の皆様、貴重な御意見ありがとうございました。
本日の内容につきましては、会議録として調整いたしまして、皆様に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、本日の会議は以上をもちまして終了とさせていただきます。
大変長時間にわたりありがとうございました。