

令和5年度第3回宮城県がん対策推進協議会会議録

1 日時:令和5年11月16日(木)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(五十音順、敬称略)

石岡 千加史、井上 彰、加藤 勝章、轡 基治、佐々木 加奈子、渋谷 勝、菅原 よしえ、橋本省、森 弘毅、山崎 敦、山田 秀和、吉田 久美子

4 会議録

(司会)

本日は、お忙しい中、御出席いただきまして、誠にありがとうございます。

会議に先立ちまして、皆様をお願いいたします。

本会議は、WEB会議システムを使用しております。

カメラは常時オンにさせていただき、マイクはミュートに設定願います。

なお、御発言の際は、マイクのミュートを解除いただき、御発言願います。

はじめに、会議の成立について御報告申し上げます。

本日の会議には、16名中12名の委員に御出席をいただいております。

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

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

傍聴の方々をお願いいたします。

会議中は、傍聴要領を遵守願います。

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

次に、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9、参考資料です。

資料8、9につきましては、昨日、メールにて送付させていただいておりますので、WEB 参加の委員の皆様におかれましては、お送りした資料を御準備いただきますようお願いいたします。

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3回宮城県がん対策推進協議会を開催いたします。

開会に当たりまして、保健福祉部副部長の大森より御挨拶申し上げます。

(大森副部長)

宮城県保健福祉部副部長の大森でございます。

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

また、本県のがん対策の推進に御尽力いただいておりますことを、この場をお借りしまして厚く御礼申し上げます。

さて、本日は、ワーキング部会で御議論いただきました第4期計画の中間案について、御審議いた

だく予定としております。

8月に開催された第1回のワーキング部会では、2時間半にわたる議論が行われたと伺っております。部会委員の皆様の本県のがん対策に対する熱意を改めて感じたところでございます。

なお、本日は、ワーキング部会の部会長として中間案を取りまとめいただいた東北大学の神宮教授に御出席いただいております。

また、患者の立場から幅広く御意見を頂戴するために、今回から、新たに佐々木委員に加わっていただきました。

委員の皆様には、それぞれの専門的な見地から忌憚のない御意見をいただけますようお願いいたします。まして、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)

ここで、新しく就任されました委員を御紹介申し上げます。

がんサバイバーシッププログラム「Glue グルー」代表の佐々木 加奈子委員でございます。

佐々木委員、一言、御挨拶をお願いします。

(佐々木委員)

ありがとうございます。

グルー代表の佐々木加奈子と申します。

グルーは、今年の3月から細々と始めたアートセラピーのようなサークル活動になります。

毎月2回ほど、市内の施設を借りてコラージュサークルを行っています。

対象者は、がんの治療中の方やサバイバーの方です。

気兼ねなく、おしゃべりしながら、手先を動かしながら、楽しく、通常のおしゃべりだけの患者会でなく、実験的なものがあるといいかなということで取り入れています。

私自身はアートのバックグラウンドがあるので、そちらを活かせたらと思って継続していきたいと思っております。

どうぞよろしく願いいたします。

(司会)

佐々木委員、ありがとうございました。

なお、本日はオブザーバーといたしまして、仙台市の健康政策課の佐野課長にも御出席いただいております。

それでは、条例第4条第1項の規定によりまして、これからの進行は石岡会長をお願いいたします。

石岡会長、よろしく願いいたします。

(石岡会長)

東北大学、石岡です。

どうぞよろしく願いいたします。

先ほど、御挨拶いただきましたが、ワーキング部会では、大変御尽力いただきまして、素晴らしい中間案ができあがりました。

協議会を代表して、まずは、神宮部会長をはじめ、ワーキング部会の委員の皆様にご挨拶を申し上げます。

どうもありがとうございます。

それではまず初めに、中間案に関しまして、ワーキング部会長の神宮先生に、資料1を用いて説明をいただきたいと思っております。

どうぞよろしくお願いいたします。

(神宮部会長)

石岡先生、ありがとうございます。

がん対策推進計画の策定のワーキング部会の部会長を務めさせていただきました東北大学の神宮が御報告させていただきます。

WEB参加の方々も資料が見えているかと思っておりますので、始めさせていただきます。

資料1の1ページから御覧いただければと思います。

こちらが、ワーキング部会のメンバーで、御覧の通り8名となります。

各部分野の専門家、それから関係者の皆様にご出席いただき、中間案を議論させていただきます。

また、アドバイザーとして、本協議会の会長である石岡先生、それから県立がんセンター研究所の金村先生にもご出席いただきまして、御助言をいただきながら議論をさせていただきました。

次のページで、議論の経緯となりますが、ワーキング会は、第1回は8月、第2回は10月に開催いたしました。

回数は2回しかないことから、中間案までは事務局の方に、各委員へ個別に回っていただきまして、直接、意見を伺っていただきました。

各回とも先ほど御紹介がありましたが、議論がかなり白熱して、時間をオーバーしてしまい、2時間を超えるような会議時間になることもございました。

次のページは、議論している写真になります。

続いて、スライド4になります。

部会では中間案を作成する過程で、事務局だけでは判断しにくかった点と皆様から御要望も多かった6つの点に絞って議論をさせていただきました。

その6つを御覧になっております。

次のページの一つ目、全体目標ですが、前回の協議会では御覧の通り、「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての県民とがんの克服を目指す」としていましたが、委員から意見がございまして、「共生」という言葉を入れてはどうかということでございました。

患者会の委員の方から、がんは克服だけではなく、がんを抱えたまま、ともに長く生活することがあるから、共生という言葉を入れてはどうかという意見がございました。

ワーキング部会としては賛成し、提案させていただきたいと思っております。

2番目の項目ですが、がん年齢調整死亡率の数値目標になります。

第1回ワーキング部会では、国では数値目標を立てていませんが、宮城県では前回と同様に数値目標を立てるということで、了解いただきました。

第2回のワーキング部会では、具体的な数値の議論を行いました。

第一案としましては、第3次計画の値を継続して6年間で12%の減少を目指そうという案となっております。

二番目の案としましては、今後の医療のさらなる発展を期待しまして、12%にさらに3%足しまして、15%減少とするという案でございます。

どちらにするかという案については、委員の意見が、ほぼ半々に分かれまして、多数決ではないですが、決着がつかなかったため、ワーキング部会としては、2つの案を提示させていただき、本協議会で御議論いただきたいと思っております。

よろしくお願いいたします。

次のページが、目標を12%にしたらどうなるか、15%としたらどうなるかという状況を示したもので、参考までに6年後のイメージをグラフ化したものということになります。

次のページは、3番目の項目です。

画面が小さくて恐縮ですが、詳細は資料6のロジックモデル案を御覧いただきたいと思っております。

左側が協議会で事務局から示されたロジックモデル案になりますが、共生の分野に一項目を追加してはどうかという意見があり、それを採用し、御提案したいと思っております。

次のページは、医療の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、医療というより共生にあった方がいいという意見を踏まえまして、共生の項目を増やし、移動させてもらいました。

事務局が修正したものをワーキング部会案として提案する次第です。

スライド10が、医療提供体制の均てん化、集約化のところについてですが、こちらは、評価する指標として適切な指標はないかと事務局の方から求められたものです。

ワーキング部会の案としましては、QI指標というものが良いのではないかとという意見があり、QI指標を提案させていただきました。

全ての項目をロジックモデル案の指標に入れることはなかなか難しいと思われましたので、計画自体には記載しないで、来年度以降に各専門家の意見を伺いながら、個別に定めることを提案したいと思っております。

次のページで、4つ目の項目になりますが、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についてです。

これについては、かなり意見がありましたが、拠点病院等以外のがん診療を行う医療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という意見が出まして、計画本文には御覧の通り、医療提供体制の均てん化、集約化とチーム医療の推進についての項目に御覧のような書きぶりで記載させていただきました。

もっと具体的に記載すべきであるという意見も、皆様からあるかもしれませんが、連携方法や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、県のがん診療連携協議会においても検討すべきことではないかと思われましたので、今回はこのような書きぶりにさせていただきます。

次に、第5項目で、がん教育についてです。

宮城県は、教育の場において、外部講師に依頼する実績が少ないということで、学校におけるがん教育に関する協議会の設置について、計画に記載すべきではないかとの意見がございました。がん教育に関する知識の普及啓発の項目に御覧の通り記載させていただきたいと思っています。直近の実績については、部会の委員から協議会の場でも共有してほしいとの意見がございましたので、この後、事務局の方から、資料の説明をいただく予定となっております。

最後の第6項目となります。

患者市民参画の推進についてです。

条例設置を求める声を反映しまして、事務局では、患者・市民参画の推進の項目に条例という文言を入れて御覧の通り記載いただきました。

条例制定については、県議会の議決が必要となりますので、計画本文にはこの書きぶりが限界ではないかと考えておりました、ワーキング部会として、ここまでということで中間案とさせていただきました。

最後になりますが、第2回のワーキング会の意見やアドバイザーからの助言を受けまして、中間案作成に一任を受けた部会長の私と事務局の方で、さらに修正を加えたものが、本日お配りしている中間案です。

このあと、事務局の方から説明がありますので、本協議会での御審議をどうぞよろしくお願い致します。

部会長の私からの説明は以上です。

(石岡会長)

神宮部会長、どうもありがとうございました。

今、お話がございましたが、委員の皆様からの質疑は、この後、事務局からの説明の後にさせていただきますのでどうぞよろしくお願い致します。

それでは事務局の方から資料2、3の説明をお願いいたします。

(事務局)

事務局の小野寺です。

着座にて失礼します。

資料2により「第4期宮城県がん対策推進計画(中間案)計画書の構成と今後のスケジュール」について説明します。

なお、資料2は、画面にも表示してありますので御覧ください。

スライド1を御覧ください。

第4期計画作成にあたっては、「県民にわかりやすい計画書」をコンセプトに、紙面の大幅な見直しを行いました。

記載内をイメージしやすいよう、図や写真を多く取り入れました。

写真の一部は、ワーキング部会の各委員からご提供いただきました。

スライド2を御覧ください。

各項目の「現状や課題」、「施策の方向性」は、本文以外にも、箇条書きで最初に抜き出し、何が課

題で、何をすべきかを一目でわかるようにしました。

また、各項目の区切りも、着色するなど、わかりやすいよう見出しも工夫しております。

スライド3を御覧ください。

計画本文に記載の「施策の方向性」は、ロジックモデルの「個別施策アウトプット」と連動し、評価を行う際に、どこが良くて、悪かったのがわかるようになっております。

スライド4を御覧ください。

専門的な内容については、県民の皆様に理解していただけるよう「コラム」欄を作成し、解説しております。

写真やデータについては、各部会委員の皆様のご協力をいただきました。

スライド5を御覧ください。

先ほど神宮部会長から説明がありましたとおり、ワーキング部会において、最新の外部講師の活用状況について協議会の場でも共有するよう指示がございました。

資料3を御覧ください。

こちらは、今年10月30日に文部科学省から公表された最新のデータです。

最後のページに全国の値が掲載しておりますが、残念ながら宮城県の外部講師の活用割合は、ワースト2位となっております。

こちらについては、石岡会長の方から御説明がございますのでよろしくお願いいたします。

スライド6を御覧ください。

こちらが最後のスライドです。

今後のスケジュールです。

本日の協議会で御了承いただきました中間案は、パブリックコメントを実施し、広く県民の皆様のご意見を伺います。

また、県議会へ中間案を報告する予定にもなっております。

そして来年開催する第4回の協議会では、最終案をお示しする予定になっております。

事務局からの説明は以上です。

御審議のほど、よろしくお願いいたします。

(石岡会長)

どうもありがとうございました。

最後のスケジュールを見ていただきますと、中間案を、この協議会で揉んで、県議会や保健福祉委員会で中間案を報告するというプロセスが必要ですので、その前に、私たち協議会の中間案を確定する必要があるということで御審議いただきたいと思います。

今、神宮部会長、事務局から資料の説明をしていただきました。

今日は、WEB参加の委員が6名、現地参加が6名で合計して12名でありますので、名簿の上から順番に、この中間案についての体裁や色々なところに御意見をいただきます。

できれば、ページ番号を言っていただいて、コメントをいただければと思います。

早速ですが、名簿の上からWEB参加の東北大学の井上委員からお願いいたします。

(井上委員)

東北大学の井上です。

どうぞよろしくお願いいたします。

今回の中間案ですが、私、8月の協議会で事務局から出された案に、結構、意見を出させていたのですが、その後、やはりワーキング部会で非常に丁寧に議論されたのがよくわかりまして、今回、出された案に関しては、非常によく練られていると感じました。

先ほどの御説明にもありましたように、共生の項目を付け加えていただいて、それぞれの連携や、教育に関してもどんどん盛り込んでいただいたのも非常に適していると思います。

今回、いくつかの議論になっているところも教えていただきましたが、例えば、年齢調整死亡率の案1、案2をどちらがいいかということも、この会でということだったと思いますが、個人的な意見で申せば、私はどちらかというと、案1の方が妥当かなと思っています。

なぜかというと、目標は低めで、良くないように思われるかもしれませんが、御存知の通り、こういう死亡率の傾きというのは、いずれは、水平に近づいていくのが普通であって、いつまでも同じ傾きで下がっていくのは、さすがに無理があるかなということで、今のスライド6、7にあるように、この先の目標による年齢調整死亡率はどうなるかということを見ると、15%減少で行くのを目標にして、結果できませんでしたという可能性が、かなり懸念されるかなと思いました。

12%減少でも私は十分成果として立派だと思いますので、私としては、案1に賛成したいと思っています。

また後で議論などがあれば、意見させていただきたいと思いますが、私的には今回の中間は非常に賛同しているというか、よくできていらっしゃると感じた次第でした。

以上です。

(石岡会長)

私の不手際で資料の説明を飛ばしてしまいましたので、加藤委員からの意見は、資料説明の後にお願いいたします。

資料4を説明していただくのは、吉田委員でございます。

吉田委員、資料4の説明をよろしくお願いいたします。

(吉田委員)

がん患者会・サロンネットワークみやぎとして、今回、第4期のがん対策推進計画に要望書を提出させていただきました。

実は、私ども2015年のがん患者会・サロンネットワークみやぎという患者団体を設立しました。

その時は、19団体でしたが、現在31団体になっております。

私たちは、この第4期の策定に向けて、7月に患者団体の代表者が集まり、交流会を開きまして、がん患者会・サロンネットワークから声を届けようということで、グループワークを様々にやりました。

その結果、皆様の意見をまとめて、こういう要望書に至ったということになります。

私どもは、要望事項を5つに分けて要望書にしました。

まず一つは、「がん患者本位のがん対策の充実 患者市民参画の推進」ということです。

特に、第3期で遅れていた喫煙と肥満のことについて、そして、「がんは他人事」ということが大きな課題になっておりましたので、この問題を解消していくために、市民の声を反映して、がん患者や関係団体との対話の場を設けるということで、ここにがん条例制定のことを示させていただきました。

もちろん、がん条例は簡単にはできないですが、市民団体、医療、学校教育、その他業界も含めた様々な団体がこのことを考えることによって、このプロセスが大事なのだということを考えておりました、がんは他人事ということを少しでも解消できるのではないかと考えました。

がん条例の制定と適切な執行をお願いしますということにしました。

それから、2番は、私どものこの患者会のがんピアサポーターのことです。

すべてのがん診療連携拠点病院にピアサポーターの配置ということで、実は宮城県には、2018年からがんピアサポーター育成・活動支援担当者連絡会議というものがあります。

これは、宮城県、それからがん診療連携拠点病院、対がん協会の中にありますがん総合支援センター、私どものネットワークで、この連絡協議会を作っておりまして、ピアサポーターの育成のことを様々に検討して実施しています。

ただ、この養成を終了した人たちの登録制度は、まだないのです。

この登録制度をまとめておいて、この方たちがどう活躍していくかというところがまた足りないのではないかとということで、このシステムを構築していきたいということで出させていただきました。

それから3つ目の小児・AYA世代のがん対策ですが、後にも報告があると思いますが、がんの介護保険は40歳から適用なので、小児・AYA世代の皆さんはこの介護保険には適用にはなりません。

例えば、子どもやAYA世代が在宅療養をする時に、例えば訪問入浴では、10割負担で一回につき1万6千円ぐらいの費用がかかるということで、この世代に関しても、その財政的な負担が必要なのではないかとということで検討をお願いしたいということです。

そして4つ目はがん教育です。

先ほどの御報告にもありましたが、がん教育の現状把握ということで、現状も先ほど資料を拝見しました。

外部講師の件についても、がん教育の推進はなかなか難しいなと思いました。

先ほどのワースト2位という宮城県が、がん教育に関する検討会を設けるというようなお話がありましたが、検討会を設置してみんなで取り組んでいただきたいということを要望させていただきました。

それから、私たちもものすごく悩みましたが、大きな病院で患者会活動やサロンをしているところについては、様々な施設を借用できます。

しかし、地域で患者団体が様々に活動しているところは、お金がかかって、なかなか財政が苦しいという状況がありますので、この患者団体が、例えばがんに関する啓発動画、それから、様々ながんの要望活動をする時には、何らかの財政的支援があればと考えました。

そして最後に、様々な支援の制度はありますが、例えば、高額療養費制度や限度額適用認定などの様々な制度はあって、チラシもいっぱいありますが、それが病院のあるところにストックされていて、本当に患者さんたちが欲しい時に、こういう制度があったのかということでわからないということがあります。

例えば、緩和ケアは、がんと診断された時からの緩和ケアとありますが、こういう時のシステム、本当に必要な患者さんのところに、必要な資料が届くようなシステムができればいいかなと考えました。そして、最後のページですが、本当に短い間に、それぞれの患者団体にこの賛同署名のお願いをしました。

10月27日時点で24団体の賛同署名がありましたので、これも最後に掲載させていただきました。以上です。

(石岡会長)

どうもありがとうございました。

吉田委員には、この要望書に関しまして、事前にグループで深く議論されて、要望していただいて、よく理解できました。

このあと、皆さんから御意見をいただきますが、この件についてもどうぞよろしく願いいたします。それでは、先ほどに戻りますが、最初に発言いただいた井上委員からは、12%と15%の年齢調整死亡率の数値目標に関して御意見をいただきましたが、他の委員におかれましても、まず、その点をコメントいただいて、その上で全体に対して御意見をいただければと思います。

それでは加藤委員をお願いします。

(加藤委員)

この中間案全体を見させていただいて、非常に分かりやすく、綺麗で分かりやすい図が多く使われているということと、あと、ポイントポイントで切り抜きされていて、たどり着くのに容易だなという印象を受けました。

一点だけ、51ページの現状と課題の最初の段落のところだけ、「である」になっていて、そこ以外はですます調なので、ここだけ直してほしいと思っていました。

また、私、がん検診・予防の分野を中心に見させていただきました。

概ね、内容はカバーされていて、いいかなと思っております。

ただ、このロジックモデルの案のところのD個別施策アウトプットですが、アウトプットであるならば、何らかのデータベースから持ってきた数的評価指標が出てくると思います。

Dに書かれていることは、どちらかといえば施策のことかなと思いながら見ていました。

先ほどの県の方から説明がありました、資料2の第4期の計画の説明資料では、対応しているのが施策の方向性とアウトプットのところのようです。

Dの個別施策指標をどうするのか。

資料7につけられている指標一覧のところ、このDに対応するアウトプット指標が出てこない、このところだけ後で教えていただけるといいなと思っていました。

先ほどの年齢調整死亡率の推移で、第4期の年齢調整死亡率の目標を12%減少とするか15%とするかというところは、非常に難しい問題かなと思ってます。

このグラフに示されているところで、青い折れ線グラフが宮城県の線ということになっています。

若干、傾きが緩やかになっていっていると、先ほど井上先生からもお話があったように、どこかで底を打つというのがあるので、なかなか、今後の医学医療の発展を期待して、年率0.5%の減少を上

乗せしてというのは厳しいところかなという気はしながら見ております。

他の委員の先生方の御意見を聞きながら、最終的にどちらにするか決めたいと思いますが、今のところ12%ぐらいの減少でもいいのかなと思います。

特に全国的に見て大きくずれていなければ、宮城県があまり頑張っていないよということでなければ、これでもいいのかなと思いました。

私からは以上でございます。

(石岡会長)

どうもありがとうございます。

ロジックモデルにつきましては、これは国のロジックモデルに準拠した形になっています。

個別政策のアウトプットに関しましては、国もこのようなカテゴリーで記載しています。

確かに、このアウトプット、アウトカム、中間、分野、最終ということは、カテゴリーの中の並びに整合性がないところがありますが、それにつきましては後ほど検討する必要があるかもしれません。

事務局で何かコメントございますか。

(事務局)

石岡先生に仰っていただいた通りです。

ありがとうございます。

(加藤委員)

国のロジックモデルと同じような作りなのは分かりますが、その評価指標、具体的な指標が出てきて、そのデータベースがある程度示されていると思いますが、各項目について、それぞれどんなデータベースを使って、どのような指標値を出すのかというところが理解できていないところがあるので

そこを教えていただければと思います。

(事務局)

事務局です。

資料7を御覧いただきたいと思います。

こちらの方にロジックモデルの指標一覧というのがありまして、一番左端にありますAの101やAの102などが、ロジックモデルの案とも連動しているような形になっています。

基本的に国の指標と同じですが、ワーキング部会でかなり追加した項目がある形になっています。

(加藤委員)

申し訳ありません。

CやBに対応する指標はありますが、Dに対応する指標というのはどこに書いてあるのでしょうか。

そこが少し分かりにくいです。

(事務局)

D ではなくて、D と C は連動していますので、C のところに一緒に記載してあるという形です。

(加藤委員)

なるほど、そうすると、この施策に対するアウトプットが C のところというイメージになるのですか。

これは中間アウトカムとこれで言えるのでしょうか。

若干、疑問が出てくる気がします。

いや、全体の構成としてはよろしいので、そういう並びであればそれで結構です。

(石岡会長)

事務局に確認ですが、国のロジックモデルは確定していますが、これとやり方に違いがあるのでしょうか。

(事務局)

基本的に同じ形になります。

(加藤委員)

名前のつけ方というか、D が施策で、そのアウトプットがこの C ということで理解しました。

(石岡会長)

国の指標の立て付けは、資料7と同じような形です。

国の協議会でも、ここは結構、議論になって、わかりにくいという意見は確かに出ました。

ただ、最終的にはこの形になりました。

ありがとうございました。

それでは続きまして嚮委員いらっしゃいますか。

(嚮委員)

まず、年齢調整死亡率については、すごく悩ましいなどお話を聞いて、考えておりましたが、やはり案1の12%の方で考えていくのが現実的かなという印象を持っております。

特に、15%にしたとして、そこを達成できなかった。

それが、がん診療やがん対策に関わっている方々のお仕事は別に良くなかったから、そうだっていうことにはならないとは思いますが、実際に目指せる目標として12%という印象を持っておりました。

中間案ですが、ワーキング部会の皆様に、すごく短い期間で丁寧に揉んでいただけたのだなと思って、すごく感激しながら拝見しておりました。

資料をいただいて、中間案のレイアウトなども格段に見やすくなって、良かったなと思っています。

追加資料等もいただいて、がん教育のところを見て、いろいろ考えておりましたが、この数値通り、宮城県ではがん教育の外部講師を呼ぶ機会が非常に少ないということで、これを第4期の中でどう

改善していくか、取り組んでいくか、具体的なところをしっかりと考えていかななくてはいけないと思っております。

がん教育という文言になりますので、どうしても一般の方が第4期の案を御覧になった時にイメージするのは、どうしても学童対象ということにイメージとしてはなってくるのかなというところもありますが、「誰一人取り残さない」という大きなテーマがある以上、やっぱり社会全体をそういうふうに変えていく必要があるのだろうと思います。

がん教育とは言いましても、例えば、取り組みとしては既にあるのかもしれませんが、協会けんぽや、あとは健保組合さんなどいうところでも、外部講師の利用や専門家の方のレクチャーといったところで、組合に入っている方、協会に入っている方、企業等への出張も含めて、色々とプロモーションしていけたらなと思います。

そういう時期になっているのかなという気がしておりました。

以上です。

(石岡会長)

どうもありがとうございます。

12%という御意見で、その他にがん教育に関しても、社会へのがん教育ということを御発言いただいたと思います。

後ほど、最終案を確定するにあたっては、その辺も留意したいと思います。

ありがとうございます。

続きまして、現地参加の佐々木委員にお願いします。

(佐々木委員)

ありがとうございます。

12%か15%かの選択としては、私も数字の方には疎く、専門的な知識がないので、12%の方でまだ継続して様子を見てもいいのかなというのが個人的な意見です。

内容については、確認したいというか、気になった点がありました。

まず、小児・AYA 世代の共生という枠組みの中で、小児・AYA 世代に対するサポート体制のことになりますが、これは、多分、全国的に小児・AYA 世代というのはフォーカスされています。

ただ、聞き取りをしたり、話を伺ってみると、実は、ミドルエイジ、40代の方たちも、社会ではライフステージで子育てなどの機会が不遇な方が多い。

後、考えているのには、なかなか参加できない世代でもあって、彼女、彼らのミドルエイジに対するサポートも必要ではないかというのは、ちらほらと耳にしています。

また、がん教育についても、共生という点で言うと、がんに対するリテラシーというのは、学校教育で教育の現場が大事だと思っていまして、外部講師を呼ぶのもいいですが、その講師の育成、研修、いろいろ認定プログラムがあると思いますが、そちらを受けるのに、お金もかかると思うので、そちらのサポートなども可能かなと思いました。

一番重要なのは、小中高の教員に対する研修で、今、2人に1人ががんと言われている時代なので、自分の親ががんであるという子どもも少なくはないと思っていて、そういう子どももがん教育をクラ

スみんなで受けなきゃいけないという時は、結構、メンタルのサポートも必要かなと思います。
それがとても重要になってくるのかなと思っています。
それと同時に教員の研修も合わせて取り入れたら、そういうのも可能かなと考えました。
以上でございます。

(石岡会長)

ありがとうございます。

ミドルエイジという言葉が出ましたが、40代というのは、小児・AYA世代のすぐ上ですよ。
乳がんの患者が非常にピークになるところですが、具体的にここの記載に何か付け加える方がいい
という御意見でしょうか。

実際は、小児・AYA世代は、61ページ62ページあたりに記載してあると思いますが。

(佐々木委員)

そのカテゴリーも国によっては、多分、AYA世代は、39であったりして、日本は39で、罹患した
時に39で、その後、継続的に治療を受けながらとなると、自分は一体どこに所属したらいいのかみ
たいな方もいらっしゃるって、40で罹患するのと、30で罹患するのでは全然違って。

(石岡会長)

御意見は御尤もだと思います。

小児・AYA世代や、こういった40代、いわゆる就労世代ということでは、当然、第4期でもカバー
されていると思います。

今、佐々木委員がおっしゃられたような、子育ての人などに関しましては、細かい立て付けはもちろ
ん書いてないと思いますが、具体的にどう書けばいいのかということをおあとで教えていただきたい
と思います。

小児・AYAは国の施策でそういう定義はあります。

それに準じた施策をまず打つということはそうだと思いますが、加えて、宮城県特有の施策が必要
だということであれば、教えていただければと思います。

それでは、渋谷委員をお願いします。

(渋谷委員)

大崎市の渋谷でございます。

私は一応、大崎市でございまして、市長会からの枠で、今回、参加させていただいておりますので、
自治体職員からの視点で、今回、中間案を拝見させていただきました。

あと現場のスタッフにも見ていただきながら、広く意見を募ってみたのですが、やはり、ワーキング
部会で、大変よく整理していただいたものですから、とてもわかりやすい内容になっているという評
価をスタッフからも頂戴したところでございます。

市の方ですと、やはり予防の関係で、検診の方をもう少し強めていかなければいけないかなという
危機感も、この計画の中では、読み取ったところでもございます。

話題になっておりました年齢調整死亡率の件につきましては、私ども専門的な知識を持ち合わせておりませんので、何とも言えないというところではございますが、54 ページの書きぶりですと医学医療の進歩とがん対策の一層の充実、ここの期待感を込めるという意図もわかりますが、先ほど井上委員の方が言っていたように、ずっと下がり続けるというのは、確かに現実的ではないというお話もあったりしますと、やはり 12%という形が、一般的な理解も得やすいのかなと思ったところがございます。

ちなみに、全国的なことで、前段の資料の方で、国と県の折れ線グラフを見まして、目標となっていくまでの点線になっているわけではございますが、全国的にこれをどう見ているのかみたいな参考になるようなものがありましたら、御紹介いただけたらなと思ったところがございます。

以上でございます。

(石岡会長)

渋谷委員、どうもありがとうございます。

最後に御指摘の点ですが、パワーポイント7番目のスライドで、参考データ進捗状況だと思います。委員、御指摘の通りで、全国の 75 歳未満の年齢調整死亡率は、平成 17 年あるいは 22 年当時は宮城県の成績の方が明らか良かったのですが、平成 27 年にほぼ同じになって、令和3年は逆転したという状況になります。

グラフを見ていただきますと、全国の傾きは宮城県の減少の傾きよりも上回っておりますので、現状をこのまま進むと令和8年、9年はおそらくさらに差が広がるだろうと思います。これは私の個人的な予想ですが。

他の都道府県においても、私が今申し上げたような考え方で、全国と比べて自分の県はどうかという考え方で危機感を持つ県もあり、このままいけば全国よりも年齢調整死亡率が高まるであろうと予想している県も、私の知り合いと情報を共有しています。

これに関しましては、私ども疫学の専門ではありませんので、どのような周辺の状況で、年齢調整死亡率が各都道府県で減少していくかというのはよくわかりませんが、これは予想するのは難しい。当然、人口構成の変化もありますし、それから治療や検診もあります。

ですから、12%にするか、15%にするか、実はそれほど重要ではなく、これは目標で、目標に向けて何ができるかということに関して、特段に何が違う目標を立てなきゃいけないかということには、決して今の状況ではならないような気がします。

死亡率を下げることにに関して宮城県で特段の要因が何か明らかであれば、これに対しては対策が打てると思います。

御参考までに聞いていただければと思います。

この件も含めて、今から他の委員の方にも御意見をいただきます。

それでは続きまして菅原委員をお願いします。

(菅原委員)

資料全体とてもわかりやすく、県民の皆さんが関心を寄せてくれる計画になったなという印象を持っています。

まず今お話ししていました 75 歳未満の年齢調整死亡率の目標ですが、全国と比べた時に、それと追随するように 15%という目標を掲げることも、高い目標を見ていくという上ではありなのかなという気もしますし、あと 12 と 15 の間で何かはっきりとした違いや施策があるのかと言った時に、はっきりとした違いが思い浮かばないところもあった時に、無理な数値よりも達成を目指す具体的に 12%というのも考え方としてはあるかなと思います。

委員の何人かの方が 12%をまず目標にし、達成に向けて経過を見るという御意見としてあると、それが納得するかなという気がしますので、どちらかという私は 12%の方じゃないかしらと思います。

計画全体の中で、私が少し気になったのは、今まで出てこなかったところですが、地域医療の連携ということで、スライド 9、資料 1 のスライド11枚目のところですが、

これまでがん拠点病院を中心に情報公開や状況把握というのが進んできたが、次の時期からは拠点病院だけでなく、がんの拠点病院以外のところの情報公開や状況把握ということ働きかけながら、より宮城県内の医療機関の連携を図るところですが、拠点病院以外のところも含めて、連携を強化していく、宮城県全体の医療の連携を強化していくということには賛成ですが、目標として、拠点病院以外のところの情報公開ということに働きかけるということは、今まで全く何も手をつけてこなかったのに、拠点病院以外のところとしては何か驚くのではないかと思います。

状況把握というところは必要かなとは思いますが、連携のための情報公開というのは、とても飛躍した感じの急な目標や施策という感じに受ける印象がありました。

情報公開と書いた時点で、どんな程度の情報公開というイメージでこの文言があるのかというあたりが少し疑問で、いきなり公開ということが現実に合わなくなる可能性があるのではないかとこの危惧がありました。

(石岡会長)

どちらかという 12%、それから今、拠点病院以外の病院との連携の話で、情報公開の状況把握の話だったと思います。

確かに拠点病院は、補助金をもらって、そういった使命を持っているわけです。

これは当然指定要件という情報を満たすことを公開しないといけないし、がん診療連携協議会の中で情報を共有して公開するという使命があります。

一方、それ以外の病院に関しましては、そういった義務は全くないので、協議会と連携して、その情報を得るといことは、素晴らしいことだと思います。

ただ、委員、御指摘のように、現状ではなかなかハードルが高いかもしれません。

この点については、後ほど協議したいと思います。

それでは続きまして、本協議会副会長の橋本委員をお願いします。

(橋本委員)

橋本でございます。

まず、がん年齢調整死亡率に関しては、私は 12%でいいのではないかと思います。

こういう調整上の死亡率は、だんだん下がっていくものというのは、いつかフラットに達するのは自明の理でありまして、延々と同じ割合で下がっていくというものはありえないと思います。

12%減少だけでも大した進歩じゃないかなと思いますので、私は12%がいいのではないかと思います。

それから、まずワーキング部会の、非常に活発であったであろう御議論とその内容の濃さについては、本当に感服いたしまして、神宮部会長をはじめ、部会員の先生方に敬意を表したいと思います。

ただ、一番初めの全体目標のところ、「共生」が入っていますが、「と」という日本語は、並列を示すわけです。

そうすると、「全ての県民とがんの克服と共生を目指す」というのは、日本語としていかがなものかだと思います。つまり、「全ての県民と共にがんの克服と共生を目指す」のか、「全ての県民ががんの克服と共生を目指す」のか。

そういう、若干、違った取り方があるのですね。

このまま「と」というのを、ここに置いておきますと、わかりにくいです。

ですから、ここはもう少しわかりやすく、噛みくだいて、例えば先ほど言ったように、「全ての県民とともにがんの克服と共生を目指す」のか。

それとも、全ての県民が主体となって、「全ての県民ががんの克服と共生を目指す」のかというところは、はっきりさせておいた方がよろしいのではないかと思います。

それからもう一つ。

10 ページのワーキング部会での議論のところ、指標のところに QI が突然出てきておりますが、QI は日本医療機能評価機構が、精力的にやっていました。

私、日本医師会にいました時に委員をやっておりましたが、個人的に言えば、私は QI には批判的で、QI というのは、色々なものがある中で、ただ一つだけをとって、それでその治療や病院の質を表そうという試みなのですが、この QI の取り方によっては、非常に有効な時とそうではない時、あるいは評価されるものによっては非常に不公平が出ます。

ですから、この QI 指標をもし取り上げるのであれば、よほど議論して、この指標ならどの病院でも、あるいはどの医療機関でも公平に評価できるという指標が見つければいいのですが、もしそれが見つからないのであれば、私は、QI はやめたほうがいいのではないかなと思っておりました。

QI 自体には、やはり危険性があるなど、私は前から思っておりました。

以上です。

(石岡会長)

橋本委員どうもありがとうございます。

この件に関しては、先ほど神宮部会長から説明ありまして、実際の間案の中では記載されていないですね。

神宮部会長に意見を伺いますが、今、橋本委員の御意見に関連して、実際、この手術、放射線、緩和などに関して、いくつか選んでということですが、この QI は具体的にどういうことをやるのでしょうか。

我々、研究者は、例えば、術後のステージ3の、術後の補助化学療法ガイドラインに記載した治療を、一年間やっているかどうかというようなことを指標にした研究というのは、調査研究などでやるわけですが、そういうことなのかどうか御意見をいただきたい。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

橋本委員の御指摘もごもっともというところがありますが、指標と言われると、やはりQI指標が、今一番当たるというところで挙げさせていただきました。

石岡先生がおっしゃるように、基本的には、各がんの診療ガイドラインなどに沿った治療をしっかりとやっているかを、パーセンテージで示しているQI指標はどうかということで、それを、部会ごと、項目ごとにどれを使うかというのは、また議論しないといけないと思いますが、基本的にはガイドラインに沿った診療を行っているかというところがわかる指標にするという意見です。

(橋本委員)

神宮先生のおっしゃるような指標だったら、私はいいと思いますが、結果を指標として用いることになると、いわゆる巷で溢れている病院ランキングなどという方に走る傾向が強いですので、そのあたりは注意しないと、このQIは難しいかなと思っておりました。

以上です。

(石岡会長)

どうもありがとうございます。

おそらく、総合点を作るというイメージは多分ありません。

ポイントとなる医療行為等に関して、均てん化が図れているかということ、やはりどこからかチェックする仕組みが必要だろうと考えます。

これは、よく学会や国のがん診療連携協議会でも、以前やったことのある特定の医療行為がどの程度拠点病院で行われているかということです。

おそらく、それがランキングにつながるということは、多分私はないのではないかと思います。

ただ、もし仮に、一部の拠点病院の、あるがん種の診療が標準治療から外れているというようなデータが出てきた場合には、やはり地域で手を打たなければいけないと思います。

そういったところはやはり県内でもやる必要があるだろうという意見ではないかなと思ったのです。そういう理解でしょうか。

(神宮部会長)

そういう理解です。

(石岡会長)

そういうことで、具体的に中間案には入れないということですが、今後、このロジックモデルの中にそういう指標が使われるということです。

それでは続きまして、森委員お願いします。

(森委員)

森です。

今回は、非常に素晴らしい案を見させていただきまして、本当にありがとうございます。

それで、死亡率の数値目標に関しては、私も案1がいいのではないかと思います。

理由に関しては、私は橋本先生のおっしゃった意見が全くそうだなと思っていますので、そう思っているというところですよ。

あと、私、企業の中にいる産業医という立場なので、70 ページからの主に就労支援、両立支援のところを中心に見させていただきました。

71 ページの細かいところですが、上から二段落目で、現状と課題という項目のところの中ですが、がん患者の離職防止や再就職のためという文言があるわけですが、その次の取り組みの方向性のところの上から三段落目の三行目のところ、ここが再就職に向けた支援と書いてありますが、ここにもやはり離職防止という言葉を入れていただいた方がいいのかなと感じました。

後は、74 ページのがん診断後の自死対策というところですが、自死の前段階というと、乱暴な表現かもしれませんが、やはりメンタルヘルスの不調、鬱などがあって、自死に至るといって、自死のリスクを高めるものとして、メンタル不調がやはりあると思いますので、メンタルヘルスサポートというような文言も入れていただくと、よりいいのかなと感じました。

私は以上です。

(石岡会長)

森委員、どうもありがとうございました。

メンタルヘルスサポートというところや自死の対策、それから、前後しますが、就労支援、両立支援のところ、離職防止というキーワードを入れるべきだとありました。

ありがとうございました。

事務局と協議して、御提案いただいた内容は記載したいと思います。

それでは続きまして、山崎委員お願いします。

(山崎委員)

河北新報の山崎です。

部会の方々のとても丁寧な議論に感謝申し上げます。

数字の話についてですが、「素人が何を言っているのだ」とお叱りを受けることを重々承知の上で、やはり目標は高いほうがいいと思います。

理由は、「現実的ではないよね」ということを審議会の場で言ってしまうと、私たち素人がメンバーに入っている意味がなくなってしまうと思います。日本初のがん集団検診(胃がん)を行った東北大学医学部教授の黒川利雄先生について少し調べました。宮城県がいかにかん検診の先進県であったか、要するに「宮城モデル」と言われるものがあり、全国に宮城発のシステムが広がり多くの命を救ってきたことを改めて学びました。

仙台市史も調べたところ、宮城県の女性たち、例えば、宮城県農協婦人部は全国に先駆けて1963年(昭和38年)に婦人科がん検診のカンパ運動に取り組み、がん検診車を対がん協会に寄付したり、貧血検査を実施したりしています。昭和20年代の古い話になりますが、岩沼婦人会が高校生の喫煙問題に取り組み、仙台－岩沼間に禁煙列車の運行を実現させました。昭和20年代における禁煙列車の運行は、恐らく全国初でしょう。宮城県の歴史を振り返りますと、黒川先生を筆頭に、がん対策に関する市民運動が盛んで、全国屈指の先進地だったことが分かります。

ところが、今、この数字を見ると、とても残念だなと思います。様々な事情が背景にあるのかもしれませんが、私たち素人に最も分かりやすい統計は、がんの死亡率です。それが全国平均より下回っているとすると、一般論ですが、県民からは宮城県の専門家や県庁の担当者は、「何をやっているんだらう」と思われる可能性がある、と実は危惧しています。

先ほど部会長の神宮先生から、「議論は半々だった」というお話があって、ギリギリの中で決め切れなかったことをうかがいました。その15%とおっしゃった先生方の思いがどういうものだったのか、もしよろしければ教えていただけないかなと思いました。

第4期宮城県がん対策推進計画(中間案)についてですが、この中に掲載されているコラムを読み、とても勉強になりました。コラムにタイトルと番号を振り、目次に掲載していただけるといいかなと思いました。

実は会社に、がんを患い、治療を終えたばかりの同僚がいます。色々と話を聞いたのですが、相談窓口が複数あり、少し分かりにくいとのことでした。

がんセンターの活用率を高めようというのは、国の方でも打ち出していたと思います。66ページの下を見ると、平成30年度患者体験調査では、センターを利用したものと回答した人の86.9%、9割近くが「役立つ」と回答しておりました。素晴らしいことだと思い、関連する数字を調べました。

ただ、実際に患者と家族の方でこのセンターを知っているという方は7割を切っており、実際にそれを利用したことのある人は、成人では14%程度とのことでした。

つまり、ほとんどの方にリーチできていないのが実情でしょう。他方でごく少数のリーチできた方だけをサンプルに、9割がいいと言っているというだけでも受け取れるでしょう。ここをもっと活用して、先ほど吉田委員がおっしゃいましたけど、使える制度をもっと押し出していけたらいいなと思っていました。

オンラインでもやると書いてありますので、ぜひ積極的に進めていただけたらと思います。

コロナで対面ということがすごく難しくなったようなので、その辺もどう改善していけるかというところを、患者さんと意見交換しながら、より充実したサポート体制を構築できればいいなと思います。以上です。

(石岡会長)

山崎委員、貴重な御意見ありがとうございました。

先ほど山崎委員は、15%の高い目標を目指すということです。

それと、あとは、宮城県の過去の状況と現在の状況、がん対策において危機感を持つべきであろうという御意見が概要かと思います。

実は私も同感でございます。

この15%、12%に意見を分かれたということですが、神宮部会長から少し補足の説明をいただきたいと思います。

(神宮部会長)

ありがとうございます。

おっしゃる通り、全く半々で意見が分かれたわけなのですが、15%という意見の委員の先生方としては、先ほど、御指摘のあった山崎委員の意見とほぼ同じで、全国的な数値を下回るということを目標にするべきということで、15%という意見を選定した方が約半数いらっしゃいました。

12%を言った方々に関しても、12%を目標にするが、全国平均より年齢調整死亡率が良くなることという意見などもございました。

ということで、目標を高く持ったほうがいいという部会委員の先生方も半分いらっしゃったということです。

(石岡会長)

どうもありがとうございます。

少し補足しますと第3期の中間評価の時に、記憶されている方もいらっしゃると思いますが、私が新しい評価を提案しました。

ここでは、数値があるものについては、当初の目標達成、全国平均との比較で上か下か、それから前回の順位との関係で上か下か。

そういう3つの指標で評価するということになる、AだったものがBと、BだったのはCということになったということがあります。

河北新報さんにも取り上げていただいて、大きく報道された通りで、実はこの12%をどうするかというのは、もし仮に今後の第4期の評価を第3期の評価のようにやる時に、15と12にするので、この評価結果がAなのかBなのかということは大きく変わるということで、どちらでもいいというわけではないと思います。

私自身は、15がいいと思っているのですが、15にするということは、目標達成に対して、かなり頑張らないと、最終評価は非常に厳しい結果になるだろうということです。

この上で、私は覚悟を持って15%でどうかと思っていた次第です。

それと、相談のところについても御意見いただきました。

御指摘の通りだと思います。

相談支援に関しましては、先ほどから話題になっている、いわゆる、拠点病院におきましては、長年10年以上にわたって苦労しながらやってきて、それでもなかなか進まないという、吉田委員、御指摘の通りの状況です。

一方、拠点病院以外では、まず状況が把握できていないという先ほどのデータと、あとは、我々の知る限り、吉田委員や佐々木委員の方が詳しいかもしれませんが、相談支援業務は、多分、拠点病院よりもかなり劣っているだろうという点に関しても、相談支援を強化するというのは当然必要だと思います。

それから先ほどのように、かなりの患者さんが拠点病院以外で診療を受けていることは、データで明らかですので、そこに手を伸ばさないと、相談支援に関しても、宮城県全体の改善は多分望めないということをつけ加えたい。

貴重な御意見、どうもありがとうございました。

それでは、山田委員、お願いします。

(山田委員)

非常に、今回のワーキング部会の報告は練られていて、私はワーキング部会の方々に、皆さんと同様、感謝したいと思います。

今、12%か15%かという意見については、非常に言いづらい状況になったのですが、私は井上先生、橋本先生と同じように、12%かつ全国平均を上回るということが条件かなと思っています。

それからロジックモデルに関して読ませていただいたのですが、やはり一番初めの個別施策アウトプットというのは、先ほども指摘がありましたが、これはほとんどが個別施策だと思うのですね。

アウトプットとはどこに入ってくるのかなと思って見ていたのですが、アウトプットのところが非常にわかりにくいので、このB個別政策アウトプットというタイトルがいかげんなものかなと思いました。

それからあとアウトプット、あるいはアウトカムに関する評価の指標が今回全部抜けてしまったので、そのところを今後どう結びつけていくのかなということ、このロジックモデルの案のところで感じました。

それから、私のところに関係するとなると、拠点病院のがん診療連携協議会です。

そのところについて少しコメントさせていただくと、先ほど指摘あったところですが、案のところで情報公開や状況把握などを働きかけていきますという文言についてですが、状況把握という文言がそぐわないのかなと思って見ていました。

状況を把握するのは、こちら側、協議会で、各病院は、情報の共有と公開を働きかけていくということで、働きかけるのであれば、公開という文言を使ってもいいのかなと思いました。

この状況把握というのはそぐわないかなと思いました。

石岡先生は昨年まで会長をやられていて、一番、御存知だと思いますが、実際のところ、がん診療連携協議会の中に、各部会があって、その下に下部組織がある部会が二つほどあって、その中で患者相談支援部会の中には、かなりの病院がその下部組織には入っています。

実際のところは、緩和ケア部会にもいくつかの病院が入っていますので、全く参加していないというわけではないのですが、もっと部会やそういうところにも入っていただくということであれば、もう少し時間を頂いて、協議会の中で練ってやっていきたいと思っています。

私も、乳がんや肺がんで、宮城県で一番症例の多い病院が実際のところ、入っていないというのは前からおかしいなと思っていたので、このところは、この協議会から我々の協議会の方に話があれば、真剣に考えて対応していきたいと思っています。

以上です。

(石岡会長)

貴重な御意見ありがとうございました。

12%、それからロジックモデル、がん診療提供体制に関連するところの御指摘ありがとうございます。

ロジックモデルに関しては、私、国の会にずっと出ていて、最初は理解できなかったです。

ただ、アウトプットというのは、実は、ロジックモデルではこのことをアウトプットと言うそうです。

国の資料を見ていて、私もプロではないので、うまく説明できないのですが、こういった政策的なこのアクションのことをアウトプットと言うそうです。

これは、国の中の資料で議論されていますので委員の皆さん、一度、厚生労働省の資料を御確認いただきたい。

そうしないと、国と宮城県でロジックモデルの中のアウトプットという比較・議論がもうできなくなってしまう。

分かりにくいのは、私も分かりにくいと思ったのですが、厚労省と協議会で作ったのはこの形でアウトプットということになっているのです。

後、目的は知りませんが、相談部会は他の病院が入っているのですね。

私が部会長をやっている化学療法部会ではまだ入っていませんので、先ほど、山田委員からの御指摘のように、もう少し積極的に他の部会にも入るような枠組みを構築するというのは必要ではないかなという印象でした。

どうもありがとうございます。

それでは、吉田委員、先ほどの御説明いた御意見いただいたところ以外の御発言をお願いします。

(吉田委員)

12%と15%のところですが、第3期と第4期の計画を見て、評価の仕方から本当に変わったなと思います。

そこに、このがん対策について、真剣に考えていこうというエネルギーが私は本当に感じているのです。

そうしたときに、今だからこそ、本当に、このエネルギーで15%を目指そうという思いもするのです。

ですから、私はこの15%、今、本当にこのことをやっていこうというこれが必要なのかなと思いました。

あと、それから、87ページなのですが、がん条例のことが出ていますが、87ページの最後の行ですが、「検証しながら検討します」という言葉ですが、私からすると弱いなと思います。

ですから、「検討します」というか、「進めていきます」や「していきます」など継続的に、6年間でやっていくのだという文章の方が私は良いなと思いました。

ここを変更できないのかどうか、それと、その隣の写真なのですが、この写真の下に解釈が付いているのですが、ここを見ると、これが何なのかなと思います。

ですから、これが今年のリレーフォーライフジャパン宮城で、がん患者会サロンネットワークみやぎが撮った写真だということを書いていただければ、よくわかるかなと思います。

以上です。

(石岡会長)

ありがとうございます。

そこは書き加えてください。

条例に関しましては、もう少し強い書きぶりが必要ではないかということでございます。

この件に関しましては、実は私も意見がありまして、条例についてはやはり踏み込んで書いてほしいと思いました。

条例の話題が出たので、資料9を見ていただきたいです。

既に御存知の方も多いと思いますが、2014年、9年前の資料になりますが、既に32都道府県でがん対策に関する条例があります。

市町村で独自にがん対策条例を作っている市町村もあります。

それから右下ですが、たばこに関する条例を作っている都道府県は2あります。

その後、9年経って、現在、2023年では、41都道府県が既に条例を作っていて、東北地方では宮城県だけが、がん対策条例が制定されていない。

市町村においては、もう既に37市町村が独自にがん対策条例を策定しているという状況です。都道府県41のうち、議員提案により制定されたのは32府県、知事提案により制定されたのは9府県だということです。

当然、議会に諮られて、条例が成立されたということだと思います。

そういった状況を考えると、条例を作るということに関するハードルは、そんなに高くないと私は思っています。

今日の議論でも、宮城県のがん対策に関しては、先ほどのグラフ、一番重要なモチーフの一つである年齢調整死亡率の傾きが、以前よりも全国と比べ緩やかになってきていて、山崎委員御指摘の宮城県ががん対策の先進県であるというかつての財産というのは既に失われつつあるのではないかと思います。

そこで、ここはより謙虚に、宮城県もがん対策条例は必要ではないかというのが私の意見です。

条例について記載する場所ですが、これは、ワーキング部会の方で、事務局と相談して、良く中間案のこの箇所に入れていただいたなと思いますが、中間案の92ページを出していただきたいのですが、条例を制定するのは、例えばということですが、これは、私は行政の役割だと思いますので、県の役割のところにあるべきではないかと思います。

これは私の意見です。

皆さんの御意見を一通り伺いましたので、今度は一人ずつ自由に御発言いただきたいと思います。

条例制定について書き込むということに関して、どなたか御意見ございますか。

(橋本委員)

私は賛成します。

是非、宮城県でも条例を制定すべきであって、多分、そのハードルは確かに会長がおっしゃるように高くはない。

やる気になればできる、ただやる気になってないだけではないかと思います。

(石岡会長)

他にどなたかいますか。

(井上委員)

先ほどは数字のところ、私が最初に控えめな意見を言ってしまうと、皆さん12%と言ってしまったのかと思いますが、やはり改めまして、これからの意欲を示すために15%でいいと思います。今、石岡先生がおっしゃったように、やはり東北の中で宮城だけないというのは、やはり悪目立ちしてしまうところもありますので、その辺もやはり気合を示すためには、条例のことも示していただいでいいのかなと思いました。

(石岡会長)

ありがとうございます。

条例については、事務局と後ほど相談してどこに書くかということを検討させていただきますが、条例についてはよりもう少し明確にしたいという吉田委員の意見や、私の意見でもございますので、ぜひこの辺は御一任いただきたいと思います。

もう一つは先ほどの15%、12%問題を解決したいと思っております。

今、井上委員は12%から15%に変えたいということでした。

しかし、今日、御参加の12人のうち、8人の方は12%、私、井上委員、山崎委員と吉田委員の4人が15%で、多数は12%ということです。

私は、当然、今日の議長ですから、多数決で12%ということかと思いますが、それでよろしいでしょうか。

特になければ12%ということにさせていただきます。

(各委員)

異議なし

(石岡会長)

次に、先ほど山田委員から御意見をいただきました。

先ほどから問題になっています、医療提供体制のうちの拠点病院以外のことに関しましては、最初に、中間案で宮城県における拠点病院の診療割合を示すページを事務局に出していただきたいです。

まず、16ページでは、宮城県はがん診療連携拠点病院を中心に、医療提供体制を整理してきたと書いてあるのですが、18ページの図を見ますと、全体では、拠点病院で診療している人は半分に満たない。

ですから、がん診療連携協議会は、基本的には拠点病院の集まりなので、そこを強化しても、残りの50%は目が届かないということです。

一部の部会に関して、緩和や相談支援部会というのは、それ以外の病院も参加しているということですが、恐らく放射線部会などは参加していません。

私が担当する化学療法部会も参加しておりませんので、全く目が届かない状況ということでございます。

特に、仙台医療圏に至っては、36%対63%ということで、ざっくり言えば、2/3は目が届いてないという状況です。

こういった状況で、拠点病院を中心にというこれまでの第1期から第3期までのやり方では、医療提供体制は改善しないのではないかとこの疑義があります。

それが、当然、年齢調整死亡率に影響があると考えられますので、ここにはやはり何らかの手を打つ必要があるだろうと。

ワーキング部会からは、そういうことで先ほどの御指摘の、拠点病院以外の医療機関にも協議会に入ってもらい、がん対策に関わる情報を共有してといった書きぶりとなっています。

山田先生が御指摘の通り、少し直す必要があると思います。

それで、資料をまた見ていただきたいのですが、先ほどの私の資料の②という3ページ目になると思いますが、これはどういうことかと言いますと、都道府県ではなくて、政令指定都市に関する情報を書いていました。

実は、仙台市のように、政令指定都市がある都市というのは、拠点病院ではカバーしにくい仕組みになっています。

これは、国ががん診療連携拠点病院に指定する際に、二次医療圏の一つを目途にということになっているのですが、御承知の通り、大きい都市というのは、二次医療圏では人口がすごく多いです。そうしますと、その医療圏の中のがんの患者さんというのは、拠点病院以外で診療を受けている患者さんの比率が当然高くなるわけです。

それは最初から分かっていますので、政令指定都市のある都道府県というのは、二行目に書いていますとおり、都道府県独自にがん診療に関する県の拠点病院として設置しているところが多い。名前は色々な名前があります。

それで調べました。

ホームページ等で明らかに書いてあるところと書いてないところがあるので、個別に私の知人を通じて調べて、例えば名古屋などは調査中としていましたが、県の拠点病院がありました。

それから北九州と福岡市は○がついていませんが、昨年まではありました。

福岡の場合、県が国に指定推薦を出して落ちたところを、県は、独自の指定を持つという形になっているそうです。

それでたまたま指定推薦した病院が全部通ってしまったので、県独自の病院は、今はないということです。

そうすると、結局、このような都道府県独自の仕組みがないのは、仙台市を持つ宮城県だけということになります。

全部調べましたので、ページを捲っていただきます。

愛知県のところだけは、先ほど愛知県立がんセンターからメールが来て、県独自の拠点病院があるということで確認しました。

ということで、私からの提案で、宮城県も県独自の拠点病院を指定することを検討するという書き方を、先ほどワーキング部会の神宮先生からの説明のあった中間案に入れるのはどうかということです。

これも政令指定都市がある都道府県でやってないのは、宮城県だけですので、これも先ほどの条例がないということと同じ状況・理由です。

これに関しては、どなたが意見はございますか。

財源論ですが、お金を出しているところ、出していないところがあります。

ちなみに愛知県と千葉県は全くお金を出していないということでございます。

あともう少し補足しますと、当然、そういうものに指定されるような病院では、指定されたくない病院もあるかもしれませんが、私の知る限りでは宮城県内の該当するような病院は指定を希望されると思います。

仙台医療圏には、拠点病院レベルの規模でがん診療を行っている病院が、3つか4つあります。

それらの過去の病院長や現在の病院長は拠点病院に指定されたいと聞いています。

ですから、県で、仮に財源が確保できなくても、こういった枠組みに入って、拠点病院の人と議論を重ねて、医療水準の質の向上を目指すということに関しては、私はあまり抵抗がないのではないかという印象を持っています。

先ほど申し上げたいいくつかの病院には、私どもの研究室からも医師を派遣していますので、中身の状況はある程度は把握しておりますので、そういったことも少し考えていただきまして、県独自の拠点病院の指定を検討するというのをに入れていいのではないかが私の意見ですが、この件に関して、御意見をいただけますか。

(加藤委員)

石岡先生の御意見に賛成します。

県がそういったことを指定する時の根拠としては、他の県や政令指定都市の場合、条例などに基づいてそういったことをやっているのか、それともそういったことがなくても、県や政令指定都市が指定することができるのかということをお教えいただきたい。

(石岡会長)

大事な御指摘ありがとうございました。

私、そこまでは失念して調べ損ねていました。

多くの政令指定都市は、すでに条例がありますので、もしかすると条例のもとに、それができている可能性があるかもしれない。

それは調べたいと思います。

菅原委員、どうぞ。

(菅原委員)

県の指定病院を指定していくという方向性、そういう動きがあった方がいいなと思います。

私も手続きまでは考えていませんでしたが、指定されるに値する、がんの診療に努力している、貢献している病院というのは、実はたくさんあって、今回の資料の中にも放射線治療ができるところ、それから拠点病院ではないですが、緩和ケアを推進しているところなどの病院はものすごく紹介されています。

指定することによって、一般の方々がここで一定水準の治療ができるということを知る機会にもなりますし、あとそういったものを県が広報するというので、拠点病院とそれ以外の一部得意な診療ができるところの連携が図られることで、患者さんが包括的な医療につながりやすくなるかなと思います。

そういった意味で、県が指定して、広報や周知の機会を持つということは意味があるかなと思います。

(石岡会長)

ありがとうございます。

(加藤委員)

今のことを踏まえても、結局、県の目が届かないところで、色々なことが行われているということが問題で、それはがん検診の分野でも同じで、先程山崎委員から黒川先生の遺産が薄れていると話がありましたが、検診の分野でも、県の目が届かない職域の問題があります。

職域の検診については、全く制度の範囲外になっているので、目が届かない部分に目を届けるという意味で、是非、県独自の条例などを制定して、何らかの形で職域のがん検診の精度管理の問題も汲み上げられるような形にしていただければと思います。

中間案の中に書くなどでもいいのですが、その中には、色々な指標が出てきていますが、職域をどうするのかというところが、踏み込みが足りないのではないかと思います。

結局、75歳までの年齢調整死亡率を下げるとなると、前の世代から予防対策をしていかななくてはいけなくて、そうするとやはり、その中心は、地域のがん検診ではなくて、やはり職域のがん検診になってきますので、そこにフォーカスをあてた予防対策が、今後、必要になってきます。

それで、ぜひ、この拠点病院のことも含めて、検討していただき、統一的な対策を取るという意味でも、条例などといったことを御検討いただければと思います。

(石岡会長)

加藤委員、どうもありがとうございます。

先ほど、条例との関係は調べていないということで、調べようと思います。

いくつか資料を見ていると、県のがん診療連携協議会の要綱の病院メンバーのところに記載されていますね。

例えば、私の出した資料であれば、後ろから2ページ目のところにも、北海道高度がん診療中核病院認定要領とまで書いています。

ここでもがん診療連携協議会の中に書いてあります。

広島県の場合も、県指定ということが書いてあります。

これらの県の場合、条例などの上位の規定でどのように記載されているのかということは調べておりませんが、協議会の中の規定の中には、例えば熊本県指定がん診療連携拠点病院などという名前が書いてあるという状況です。

よく調べてみたいと思います。

それでは、この件に関しては、中間案に入れるということにします。

どこにどう入れるのかということは、事務局と相談したいと思っています。

それでは、続いて、がん教育のことについてであります。

がん教育に関しましては、事務局からの説明もありました。

課題となっているところは、外部講師の活用について、2.7%でワースト2だという話で、これに関しましては資料8です。

この資料8は、ワーキング部会の委員で、東北労災病院の丹田滋先生が作った資料を私が預かりまして、本日の資料としております。

それで、最初のページは、先ほど、事務局が出した資料の2.7%というのと同じであります。

かいつまんで申しますと、そもそも、2ページ目ですが、がん対策基本法の23条には、がん教育を推進するということになっています。

これを根拠に、文部科学省は、2017年、2018年に、学習指導要領の中にごん教育を入れるということに改訂しました。

実際、小学校は2020年、中学校は2021年、高校は2022年度からスタートしているという状況です。

その状況下で調査をしたら、こういう結果になったということだと思います。

第4期のがん対策推進基本計画が、この3月にできたばかりで、そこにも、都道府県、市町村において、教育委員会及び衛生主管部局が連携して、会議団体を設置して、地域のがん医療を担う医師や患者等の関係団体と協力しながら、また、学校医やがん医療に携わる医師、がん患者、がん経験者などの外部講師を活用しながら、がん教育が実施するように必要な支援を行うと書いてあります。

これが、宮城県で行われてないということになるのだと思います。

ですから、その問題を、宮城県のがん対策に盛り込む必要があるということがワーキング部会の丹田委員の意見です。

具体的には、3ページ目、82ページというのは、実際の中間案ですが、がん教育のところの施策の方向性のところになります。

現状と課題の下に、施策の方向性ということがありますが、関係機関の協議の場を設け、学習指導要領に基づく児童生徒の発達に応じた教育の推進ということを書いてほしいということです。

これは今、私が文章で説明したことをそのまま短く項目立てしてしたこととさせていただきます。

それともう一つは、83ページです。

私の資料8では最後にそれが書いてあります。

それで、取組の方向性のところに、この目的のため、文部科学省から教育総合支援事業の受託を目指すということを書いてほしい。

これどういうことかという、資料の一番下に書いてありますが、実は、こういうことを、突然、始めるというのは大変だろうから、各地方公共団体がこういったことを取り組むことができるような補助金というのが、がん教育総合支援事業であります。

それを加筆してはどうかという意見があったということを紹介したい。

外部講師の活用も含め、この件に関してはいかがでしょうか。

もし御意見がなければ、私も丹田ワーキング部会委員の意見に賛同したので、事務局と相談して何らかの文言を揃えてここに加筆しようと思っています。

(神宮部会長)

発言権がないかもしれませんが、少しだけ発言させていただきます。

宮城県は仙台市との特殊な関係ということがあって、多分、学童のほとんどではありませんが、仙台市民が多いので、仙台市の協力が必要かなと思います。

そういうところをぜひお願いいたします。

(石岡会長)

御意見ありがとうございます。

今日はオブザーバーで、仙台市から佐野課長が来てくださっていますので、ぜひそういう意見が出たということを、市の方でも共有していただきたいと思います。

先ほどの私が読み上げた資料の2ページ目のところに、がん教育に関しては、今、都道府県及び市町村においてと書いてあります。

教育委員会および衛生主管部局が連携して、会議体を設置ということで、今の神宮部会長の御発言の点に関しましては、がん対策推進基本計画では、県及び市と書いていますので、合議体の中に、宮城県内の市町村も入っていただくということは、合理的ではないかなと思いますので、そういう文言やニュアンスが、丹田部会委員の意見を、文章の中に盛り込めればよいなと思います。

(事務局)

今、がん教育につきましては、石岡会長の方から、付け替える形でということで、御相談できるという形になりましたが、一つ、丹田先生が御提案の総合事業ということに関しましては、個別の事業という名称を計画の中に盛り込めるかどうかというのは、引き続き検討させていただきたいと思います。

ただ、趣旨についてはきちんと踏まえて、会長と御相談させていただいて、動かしたいと思っています。

(石岡会長)

御意見ありがとうございます。

すごく全うな御意見で、補助金は、がん関係の補助金も、厚労省などでたくさん出しており、文部科学省も、色々な補助金がある中で、そういった補助金の具体的な名称を書いたらきりががないということも、後ほど事務局と相談して、詳細を詰めていくので、一任いただければと思います。

がん教育に関して、どなたか追加で御発言ございませんでしょうか。

(加藤委員)

文科省関係のがん教育についてはよろしいかなと思います。

この2つ目のところにあります、施策の方向性のところですが、がん教育に関する正しい知識の普及啓発というところに対応していると思います。

最終的に見ていくと、協定締結企業・団体や拠点病院をはじめとした云々と書いてあるので、拠点病院等を中心としたというようなところは、職域や、就労世代の啓発ということがやっぱり重要なポイントになってくると思いますので、これはやはり企業やそういったことを巻き込んだがんの啓発活動にレベルアップしていただければと思います。

(石岡会長)

貴重な御意見ありがとうございます。

御指摘は最もと思います。

事務局と相談・検討して、より幅広く啓発して、声が届くような書きぶりにしたいと思います。

それでは、最初に吉田委員から、患者・市民参画の推進についていろいろ要望書も出されたところですが、今回、第4期の国のがん対策推進基本計画においても、患者・市民参画というのは非常に重要視されています。

現在のこの部分について、さらに御発言・御意見はございませんでしょうか。

吉田委員や佐々木委員はよろしいでしょうか。

ウェブの皆さんからもよろしいでしょうか。

(加藤委員)

私、検診というよりも、総合支援センターの立場からなのですが、これで驚いたのが、吉田委員の資料4の2ページです。

ピアサポーターの研修で、この登録制度がないということに非常に驚いたのですが、結局、色々な研修に参加しても、公的にどこにも名前が記録されない。

その役割が発揮されないというところはかなり問題かなと思いますが、このところはどんなふうに対応されているのでしょうか。

(吉田委員)

例えばピアサポート研修を受けた人たちは、これぐらいいますよという資料はありますが、それをどのように活かしていくのか、どのように活動するのかというシステムがないです。

(加藤委員)

支援センターなどで、せっかく研修された方を活用するための方策がないということですか。

(吉田委員)

そうです。

今年の5月に、サイオンコロジーで、各県にピアサポートの登録の制度があるかどうか、アンケートを取りました。

今、既に70%が登録をして、活動するシステムが作られているということがあって、この点については、少し宮城県が遅れているなという実感です。

(加藤委員)

結局、先ほどのがん教育の外部講師の活用の中で、がんサバイバーなどといった経験者との連携も図るということもあったように思います。

そうすると、ピアサポートは、せっかく色々な研修会を受けられているのに、そういった方の活用が図ることができないなど、それを取り仕切る窓口がないと言ったことになりますので、ぜひそういった支援っていう意味でも、このシステムについては考えただければありがたいなと思います。

(石岡会長)

加藤委員、具体的に中間案のどこに、何かを記載するというのでしょうか。

(加藤委員)

今すぐには出てこないですね。

(石岡会長)

わかりました。

加藤委員、吉田委員から、そのところに関して、何かあれば意見をいただきたいと思います。

今日参加の委員の皆様も、今の意見交換の主旨が伝わるような内容に少し付け加えさせていただく可能性がありますので、御了承いただきたいと思います。

他に、市民参画に関して御発言はないのでしょうか。

先ほど、佐々木委員から御発言のあった40歳代のところに関して何か工夫できないのかとあったと思いますが、吉田委員はどうですか。

私、先ほど、意見を遮った形になって申し訳なかったです。

何か付け加えるようなことはありますか。

(吉田委員)

40代ですと、佐々木委員もおっしゃったように、子育ての時期でもあるので、私どもの要望書にも少し入れたのですが、例えば、母親がそういうことになったとすると、子どもをどこで見る、それから保育園をどこにするという問題が出てくるのですね。

それで、そういう時に支援のシステムがあればいいなと言うことは感じます。

(石岡会長)

ありがとうございます。

この点に関しても、具体的に先ほど、佐々木委員と吉田委員に伺いましたが、私自身はそこがどこに入るのか思いつかなくて、小児・AYAではなく、高齢者でもなく、それ以外の人ということで相談ですけれども。

もし佐々木委員や吉田委員に、何かこの中間案の中で、欠けているところがあって、こういう書きぶりにすればより良くなるのではないかという提案があれば、後ほど、教えていただき、事務局と入れるかどうかを検討したいと思います。

全体として大きなポイントは、年齢調整死亡率の12%・15%、がん教育、それから拠点病院以外の病院の診療提供体制の関係、それから市民参画、この辺のポイントについては、皆さんから詳しく議論をいただきまして、全体としてはワーキング部会員の皆様で作ってきた中間案はよくできている、分かりやすいという評価をいただけたかと思います。

私から少し細かいところを、2週間で見ましたが、やはり先ほどの橋本委員が御指摘の通りで、用語に分かりにくいところがあるということです。

「県民と」なのか、「県民が」なのかということなど、実はワーキング部会のアドバイザーでした県立がんセンターの金村先生からは、取組の方向性のところに主語がない。一体、誰が、取り組みをするのかというところが、明確になっていないという指摘がありましたので、私もそこに注意して、読みました。

色々なところであって、例えば、51 ページ、52 ページには、下の取組の方向性は、チーム医療の推進ですが、「拠点病院等は」という文言が書いてあって、52 ページには「拠点病院中心に推進を図ります」と書いてありますが、では、これは誰がするのかということが分からないです。

明らかに県はと書いてあるところがありますが、そこがないところもあるので、一体、このアクションは誰が責任を持ってやるのか、読み取れないところもありました。

そういう点は事務局と相談して、明確に誰が主体なのかということは明らかにした形の記載にしたいと思います。

それともう一つ、「現状と課題」のところによく書かれているのですが、実は現状だけ書いて、課題が全く記載がない「現状と課題」のところもありました。

あとは現状が書いてなくて、課題だけが書いてあるところもあります。

そういったところは、「現状と課題」ですから、現状はこうで、課題はこうでということを一統して書くというようなところに気を配った記載にしたいと思います。

私の取りまとめに関しての意見は以上になりますが、この際、発言しておきたい、あるいは発言を追加でしたいという委員がいらっしゃいますか。

事務局の方で、今日の議論に関して、何か追加で御発言がありますか。

(大森副部長)

様々な貴重な御意見、御助言いただきましてありがとうございます。

また、今日の協議会の中で、今後、その計画に盛り込むべき様々な方策についての御提案をいただいたところでございます。

がん条例についての話もございましたが、我々の書きぶりとして、少し消極的に見える部分というのが、どうしても条例制定が県議会の承認というところがございます。

そういった中で、検討という表現にしているのは、なかなか計画の段階であり踏み込みすぎる書きぶりというのが、執行部サイドからすると、少し躊躇があるという点がございました。

そういう中で、やはりそうは言いながらも踏み込んだ表現にすべきという御意見がございましたので、その点に関しましては、引き続き会長の方と御相談の上で、より適切な表現にさせていただければと思っております。

拠点病院以外の病院に関する独自の指定に関しましても、どのような効果があるのか、また財源の話もございました。

加えて、県内の、特に仙台市内の病院の御意向というようなところも、十分、調査・検討する部分があるかと思っておりますので、そういった点も踏まえた表現という形を、また会長と御相談させていただければと思います。

本日は、本当にありがとうございました。

(石岡会長)

どうもありがとうございます。

今日の議論に関しましては、今御発言いただきました通り、会長の私と、県の方で、皆様の御意見をできるだけ反映するようにしたいと思います。

しかしながら、今、副部長からがお話がありましたように、県では、技術的にそこを押し込むというのが難しい要件はあるそうですので、そういったところで、なんとか調整したいと思います。

ぜひ今日の議論をまとめるにあたっては、皆様の御一任をいただきたいと思いますので、よろしくお願いたします。

(各委員)

異議なし

(石岡会長)

それでは、がん対策推進協議会の今日の議論に関しましては、これで終了といたしますので、マイクを事務局長へお返ししたいと思います。

(事務局)

石岡会長、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、貴重な御意見を頂きまして、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、記録として、皆様に御送付いたしまして、内容の確認について御協力をお願いいたします。

それでは以上をもちまして、宮城県がん対策推進協議会を終了いたします。

本日は長時間にわたり、ありがとうございました。