

## 平成27年度茨城県総合がん対策推進会議議事録

- 1 日 時：平成27年11月26日（木）午後2時30分～午後4時
- 2 場 所：茨城県立中央病院災害医療センター会議室（笠間市鯉淵 6528）
- 3 出席委員：飯田委員，片野田委員，木澤委員，小松委員，水野委員，門田議長，山田委員，吉川委員，河合代理（9名）

### 4 議 事：

#### 【協議事項】

#### ① 茨城県総合がん対策推進計画－第三次計画－の中間評価について

→ 【資料1】に基づき，事務局から説明を行った。

#### ●門田議長

全体とすれば「概ね順調」という評価になってはいました。

#### ●山田委員

資料1の7ページのグラフ（75歳未満のがんの年齢調整死亡率の達成度予測（茨城県））の数値が順調にいなかった，横ばいした理由は，心当たりがあるのでしょうか。

#### ●事務局（保健予防課長）

要因についての数値的な評価はしていません。委員の皆様にも，本県でこの1年間で死亡率が上がったということが，全体の傾向として上がっていくと捉えるべきか，数字のブレのようにもう少し計画的に見て評価すべきなのかという御意見をいただければと思います。

#### ●山田委員

特別に喫煙率の問題や，検診などの特別何かの理由が原因というわけではないと考えて良いのでしょうか。

#### ●事務局（保健予防課長）

県では，特別な理由があるとは考えていません。

#### ●門田議長

国も傾向としてはほぼ一緒です。そもそも，減少させる死亡率の20%がどこから出てきたかというはっきりとしたデータはなくて，少なくとも全体目標が10年間で死亡率を20%減少させると言いつつ，そのためには，例えば，喫煙率を下げている，検診の受診率を上げていくための対策を講じることによってそうなるはずが，残念ながら，喫煙率は下がっていません，検診率は上がっていません。逆に言えば，これで死亡率が下がっていたら，取り組むべきとしている対策と結果がどんどん乖離してくることになります。この結果で安心するわけではないですが，我々とすれば，茨城県も国も関係なく，このような取り組みをいかに進めていくかということと，思うように進んでいない部分をどのように考えていくかということよりも，実際にできていないところをどうすべきかというディスカッションが必要になるのではないか，国の方でもそう考えるべきではないかということになっております。

#### ●永井副委員長（中間評価委員会）

国の評価も報道で出てはいましたが，茨城の場合，最後のところで死亡率の数値が上がっ

ていますので、このことがどういう意味を持つのかというのは、委員から御意見をいただけたらと思います。たまたまなのか、茨城独自の傾向なのかということをお教えいただきたいと思っています。

#### ●片野田委員

まず、国全体として、死亡率の減少が鈍化しているのは言えると思います。それが、茨城県の場合にも、少し顕著には出ているかということです。鈍化している原因は、あまり定量的な評価ではないですが、特に男性の喫煙率の減少が2010年で少し下がって、それ以降横ばいになっているので、これが影響しているのではないかと解釈しています。実際部位別に見ますと、肺がんの死亡率は、男性は95年ぐらいから減っていたのですが、それがやや底を打っている感じなので、それががん全体にも影響しているのではないかということです。ただ、国全体の値と違って、単一の県の場合は、資料1の7ページの上のグラフで見ますと、平成7年から18年ぐらいの間でも、時々上がったたり下がったりということはあるものですので、茨城県で死亡率が81.1に反転したことをもって、県だけで特殊なことが起こっているとは思えないと思います。

それで、茨城県の良い点ですが、同じく7ページの上のグラフを見ますと、平成17年の段階では、県の値が全国よりも少し高め、その後同じように下がっているように見えますが、茨城県の方が少なくとも平成25年までは減り方が急でした。これは、統計的な検討をしても、減り方については茨城県は全国に比べて勾配が急だという結果が出ていますので、少なくとも平成25年までのトレンドで言うと、全国に近づくか少し高めだったものが、ほぼ同じになっているので、勾配が茨城県の方が急に下がっているという傾向が見られます。平成25年までの値で分析しましたが、茨城県は良い値でしたが平成26に反転してしまったので、もう1年見てみたいと思います。

もう1つの良い点は、国に比べて減少の勾配が急な部位として、肺がんが挙げられます。県の喫煙率のトレンドとぴったり合うということはないですが、少なくとも、男性だけの肺がんの死亡率は、茨城県は全国に比べて減り方が急になっています。このことが、茨城県の好材料として指摘できると思います。

#### ●吉川委員

この年齢調整死亡率グラフの解釈についてですが、一定した率ですと下がっています。これが何の要因なのか、喫煙や検診という2つの要因だけが言われていますが、基本的に、がんの罹患の状況の変化や、がんの発見が進行期から早期が増えたとか、何の要因で下がっているのかが分からないと、この先下がり続けていくのかということが読めないです。

#### ●片野田委員

国のがん対策推進協議会で、部位の内訳を出しています。それで見ますと、減少の幅の半分以上が胃がんと肝がんです。胃がんの場合は、ピロリ菌の感染者の割合が、衛生状態の改善なので広い意味で施策の成果が見られて、感染者が減っているということが大きな要因です。肝がんについては、C型肝炎の感染者が減っていて、医療の場面で注射器使用が適切になされるようになった成果ではあると思います。

胃がんと肝がんが減っているということが全がんの減少につながっていて、その2つのがん種については、今後も減少傾向が続くと見えています。

#### ●吉川委員

検診そのものが、がんの死亡率を減らすという根拠を持っているという論文は非常に少ないです。検診が大事なことを否定するわけではないですが、検診によってがんの死亡率が減少すると証明されたがんは非常に少ないです。

#### ●片野田委員

国のガイドラインで決められていますが、乳がん和大腸がんは、日本だけでなく国際的にも死亡率の減少効果があるとされています。胃がんと肺がんについても、ランダム比較試験まではないですが、日本では、ガイドラインにおいてシステマティックレビューした結果では、死亡率の減少効果があるとされています。

#### ●吉川委員

それでは、死亡率の減少カーブの中の一部は、がん検診によって起こっていると推定するということでしょうか。

#### ●片野田委員

そのことも影響していると言えらると思えますが、胃がんと肝がんについては、罹患も同じように減っていますので、それは一次予防の要因が大きいという解釈ができると思えます。このようなグラフが出てくると、どうしてなのかという議論になりがちですが、がんの死亡率を減らす方策は、たばこ対策と検診受診率の向上というのは国際的には標準的な手法ですので、まずは、それで取り組めていないことをしっかり取り組むということが大事だと思います。

#### ●門田議長

確かに、死亡率は色々な要因が入って結果が出てきます。肝臓と胃を除けば、年齢調整をかけても罹患率は上がり続けています。その意味では予防は進んでいないと考えなければなりません。一次予防において、罹患したとしても検診で早期に発見することによって死亡とならないための対策を講じる。このような対策を講じることにより死亡率の減少を20%にすると、10年程前の第一期基本計画をつくる時に決めましたが、実は平成17年から19年までの間は新しい対策をやったときではないのです。これらの対策がなくてもこのような減少傾向があるので、自然での低下率が10%ぐらいで、対策を講じることによって更に10%下げて、合わせて20%下げるということで、非常にラフな20%だったのです。当時はこれを具体的、科学的にどうということは言えなかったのですが、実際に計画初期の5年間は定めた減少率がおおよそ合っていたものが、最近は合っていないということかと思えます。

また、平成17年から27年までに死亡率を20%低下させるということは、実は対策は8年間しかないのです。ここところに齟齬があります。ですから、国の今回の中間評価のも、第一期計画の中間評価のときの文章を踏襲した表現になっていますが、正確に本当に10年間の対策というならば、平成19年から29年までの正しい10年間の結果で見るべきだと付け加えた文章を出していると思えます。

#### ●永井副委員長

平成20年度からの茨城県のがん対策推進計画策定のときも、平成17年度からの死亡率のグラフが出ていて、仮に何の対策を講じなくても20%減少は容易に達成するだろうと思っていました。この下がり方が少し鈍化していて、その要因が何かということではないで

しょうか。その前までの10年間のペースであれば、目標に近いところまでいきます。それが下がっている理由は何なのか、鈍化している理由は何なのかというところが知りたいです。

新聞報道ですが、国の20%の減少の達成が不可能と見込まれることになったときに、いろいろな計算式が出てきたと思います。喫煙率や検診受診率をこの計算式を使って計算をしたことにより、減少率20%は達成できず17%になりましたが、その計算式が本当なのかと思ったのです。取り組まなければならない分野はその部分だとは思いますが、計算式において、20%ではなく17%になると算定したときに、喫煙と検診のどの部分が要因になって出た数字なのか教えていただきたいです。

#### ●片野田委員

元々減少率10%の内訳を出すときに、喫煙率については計画開始時から10年間で半減した場合に肺がんの死亡率がどの程度かというきちんとしたシミュレーションがあります。その半減の場合に比べて、実際の喫煙率の推移で、平成25年まで伸ばしたときに、半減に比べて何%しか達成していないというものを出示しました。受診率についても、このくらいになれば50%になるだろうというものが計画策定時にありましたので、50%に対してどのくらい達成しているかというものを出示して、その割合でそれぞれの寄与度を出して、17%にして整理したというロジックです。ただし、計画策定時に使ったロジックとしては、洗練されたのは喫煙率の部分ぐらいで、検診受診率と均てん化については、大まかな部分があったので、次期の策定においては洗練されたものにしたいと思って進めていますが、解釈として元々想定していた喫煙率半減と検診受診率50%が達成できなかったから、この結果があるということは事実だと思います。そこから対策の検討を進めることが出発点だと思います。

#### ●門田議長

はっきりしていることは、先程も言いましたが、年齢調整罹患率は明らかに増えています。一方で、年齢調整死亡率を臓器別に見ると、子宮頸がんを乳がんを除けば全部下がっています。ということは、発症しても死亡率は下がってきつつある。その要因は、医療技術かもしれない、早期診断かもしれないです。しかし、元々の年齢調整罹患率が増えていることが、一番大きな課題だと思います。罹患率が増え続けているということに、しっかりウエイトを置くべきだと思います。

#### ●永井副院長

罹患率が猛烈に増えているがん種は、例えば前立腺がんがあると思いますが、死亡率に寄与している注目しておくべきがん腫は、どのようなものがあるのでしょうか。

#### ●片野田委員

罹患率に一番寄与しているのは、前立腺がんです。男性は前立腺がんを除けばほぼ横ばいに近いと思います。肺がんの罹患率についても、2005年ぐらいから少し増えていますがおそらく拠点病院の整備が始まったのは平成7年ぐらいで、2005年ぐらいから罹患が増えているのですが、元々がん登録の精度が改善傾向にあったので、拠点病院の整備で登録率が上がって、それが見かけ上罹患率の増加に影響しているのではないかと解釈しています。もう一つは、肺がんの場合、CTで見つかる小さいがんが、CTが普及することによって、診断によって増えるという部分も影響していると思います。

死亡率に比べて罹患率の増減は解釈が難しく、国立がん研究センターでは、成果は比較的安定している少数の県でトレンドを分析しているのですが、それで見ても2005年ぐらいか

ら上がっています。それで精度指標のトレンドを見ると、精度も 2005 年ぐらいから上がっているの、最近上がっているのは、精度向上の影響ではないかと解釈しています。

### ●吉川委員

子宮頸がんは 50 年前に比べれば、おそらく罹患率も死亡率も数分の一に減っています。子宮頸がんの検診受診率が 30% や 40% で頭打ちしているところがありますが、日本は子宮頸がんを減らすのに成功した国ということが意外に知られていないです。これは、検診が非常に早く 1960 年代から始まっているためで、イギリスは 80 年代から始まっています。日本は、子宮頸がんの罹患者数の減少には成功しましたが、今一つ検診受診率が上がらないため横ばいになってきたというのが実態です。

また、子宮頸がんの受診割合は実際には 30～40% よりは高いです。それは、保険診療の場で検診が行われていますが、それが受診率には入っていないのです。実際は、がん検診の受診率より細胞診の数の方が頻度が高いのですが、これを測ることは難しいです。しかし、受診率が頭打ちになっていることは確かです。おそらく飛躍的に受診率を上げるには、今接種が控えられている HPV ワクチンの接種勧奨を推進しないと、将来的には日本は死亡率が減らない状態が続いてしまうと思います。また、治療の進歩が少ないということもあります。

### ●木澤委員

1 点目は、資料 1 の 13 ページを見ていただきたいのですが、「地域がんサポートセンター」のモデル事業とありますが、この目的は何でしょうか。実際には、各相談支援センターや拠点病院でサポート事業が行われているにもかかわらず、新たなモデル事業をする意味と、どういうスキームで進めるのかということ、さらに、どのような設置主体で、何をやるのかが分からないと、ただ新しいものをつくっても混乱しかねないと思いますので、その部分の考え方を教えていただきたいです。

### ●事務局（保健予防課）

「地域がんサポートセンター」については、計画策定時点と拠点病院の相談支援センターの現状を比較したときに、少し状況が変わっている面があることをまず述べさせていただきます。現在は拠点病院で就労相談をしています。計画策定当時は就労相談にはまだ取り組んでいませんでした。それから、「地域がんサポートセンター」は、現在あります「ピアサポート」や「がん患者サロン」などの多様な相談支援体制についても、当時はまだ取り組み始めたばかりの状況にありました。計画策定時点に想定していたものは、地域での顔の見える関係ということで、当時の策定委員から意見があったと思いますが、今は拠点病院と県の指定病院において相談支援センターが設置されており、ほぼ全ての医療圏をカバーできている一方で、まだ拠点病院がない医療圏もあり、そのような相談支援センターの手が届かない医療圏においての対応も予想されていたと思います。

現在の状況を鑑みまして、国でも県全体を統括する「地域統括相談支援センター」の設置を推進しており、実際「地域統括相談支援センター」ができてきている県もあります。茨城県においても、県全体をカバーするものや、相談支援センターの中でまだ対応できていない分野をカバーできるような体制を整えていくことについて検討していきたいと考えています。

### ●木澤委員

意見ですが、何が違うのかよく分かりません。また新たに 1 つものをつくると、それだ

け人材が必要で、様々なものが必要になるので、今あるものを強化した方が現実的ではないかと思います。ですから、よく考えてから進められた方がいいと思います。全県で一つ一つって県域全部に対応できるということはないので、現実的にピアサポーターも県内のあらゆる場所に行くわけにはいかないですから、今あるものを有効に機能させることで考え直された方がいいと思います。新たなものをつくるということは考えずに、むしろ今ある機能を強化する方が現実的で、既に人が配置されつつあるので、そこに追加支援をした方がずっと効率的で効果的ではないかという意見です。

2つ目は、就労のことです。まず確認ですが、拠点病院で相談対応している社労士はボランティアベースなのででしょうか。

#### ●事務局（保健予防課）

茨城県社会保険労務士会と拠点病院との間の契約を結んでおり、有償で協力していただいています。

#### ●木澤委員

拠点病院で予算計上されているということですか。各拠点病院も同じような契約をされているということですか。

#### ●事務局（保健予防課）

各拠点病院でほぼ同じ契約内容になっていると思います。

#### ●木澤委員

県は、何を主要課題だと思っているのかということですか。社労士の方への相談では新しい就職にはつながらないのではないのでしょうか。今勤めている企業を辞めないための助言はしてくれると思いますが、新たな就職や雇用をつくったりすることはなかなか難しいのではないかと思います。

そこで、県は、そちらの方に力を入れていくのか、それとも、現在の雇用関係を守るという点に重点を置くのか、新たな一步をどちらに踏み出そうとしているのか聞かせてください。

#### ●事務局（保健予防課）

県としては、就労支援については、がんに罹患したことによって現在の労務関係を維持する視点と、やむなく退職された方に再就職していただく支援ということは、両輪だと考えています。ただ、現在の取り組みとしては、今の労務関係を維持する方に重点を置いています。ただ、国でもハローワークとの連携により取り組みが進められると伺っていますので、国との連携も図りながら、県としては、再就職の方についても力を入れて取り組んでまいりたいと考えています。

#### ●木澤委員

就労支援対策については、新たな雇用をつくる努力ができないかということ、がん患者を企業側に理解してもらうという取り組みを進めない、多分新たな就職は増えていかないと思いますので、そのような取り組みを進めた方がいいと思います。どこの自治体でも就労支援に取り組んでいますが、上手くいっていないです。何か新たなことをやらないと打開策はないだろうと思います。

●小松委員

私は、(独)労働者健康福祉機構が設置している「産業保健総合支援センター」に属しています。先日会議があり就労支援の話題が出ましたが、事業者と労働者との認識のギャップが非常に強いです。事業者は就労支援をしていると言い、労働者は一つも支援されていないという意識があります。このような意識が双方にあるのは当然だと思いますが、就労支援においては事業者の認識を改めていく必要があります。就労支援は、社労士が患者に対応するだけでは成り立ちません。労働局を通じて、がん患者の就労について事業者に認識を改めさせることが一番重要なことだと思います。いくら患者を精神的に支援しても、事業者が取り組まない限り、就労支援は成り立たないと思います。

●木澤委員

労働局の方から事業者に対してアプローチする道筋は、何かありますか。

●小松委員

労働安全衛生法に基づく研修会などの場があります。

●永井副委員長

「地域がんサポートセンター」事業は、策定にあたってこの会議でも御承認いただいた第三次計画の122ページに概要が書いてあります。これは、当時あったピアサポートや患者サロンをもう少しまとめて、さらに行政などをからめてつくったらどうかという委員意見から採用されたものです。実質的にはあまり検討されていないですが、残りの2年半で検討を進めるということになっています。しかし、新しい組織になるのではないかという御指摘を踏まえ、改めて検討したうえで、これは無駄だとすれば取り組まなければいいのかもしれない。

●木澤委員

現実的ではなさそうです。

●永井副委員長

第三次計画策定の検討において、サポートセンターの考え方を入れたことは事実だということです。

それから、就労支援に関しては社労士だけでは不十分ですので、事業者に対する研修を進めようという動きはあって、確か県としても取り組んでいます。それから、がんの治療がどうなっているのか、外来診療が主であるとか、乳がん患者のホルモン剤服用が術後5年までから10年にまでなったということを雇用者には理解してほしいです。乳がんのホルモン剤を飲むとのぼせなどの症状が出るというようなことをきちんと教えていくべきでしょう。私も県の研修会でこのことを発表させていただいたことがあります。それから、患者を雇う意味を理解してもらうことが大事です。大企業では、従業員に休みを取らせたり平日に病院に受診させたりできますが、中小企業は非常に厳しいはずで、その厳しい中で、どのように事業者のマインドを変えていくかということで、例えば、障害者を積極的に雇用している中小企業を優良な企業として紹介している制度がありますが、このように従業員を大事にする企業こそ成長企業であると紹介していくことが重要ではないでしょうか。

●飯田委員

先程、地域がんサポートセンター事業は相談支援センターと同じようなことではないか、新たにつくるのはどうなのかという御指摘がありました。また拠点病院がない医療圏をカバーできるよう「地域よろず相談・支援窓口」を設置してはどうでしょう。

#### ●門田議長

まとめさせていただきますと、今後サバイバーが増えてきて、2025年から50年までにどのような波が日本に押し寄せてくるのかということを考えていくと、過去の日本の成長期は、若年者で健康な方が多くて、病気になった方も病院で治してまた社会に復帰してくるという時代から、現在は全然変わってきていて新たな社会構造になっている中で、今は姑息的なことを考えている気がします。今までの労基法に基づいて健康な人が中心な社会がこれからどんどん変わっていく中でどのようにしていくべきかということについて、個々で考えることも重要ですが、国全体として、これから数十年続くであろう高齢社会をどう乗り切るかという、結局は相当な大改革が必要になってくるだろうと思います。ですから、個別の対応も良いですが、対社会というか、対政府という大きな動きをつくっていかなければ、今後数十年の我が国のがん患者だけでなく精神的な疾患を抱えた患者も含めて、色々なことを考えていくことが大きな課題となってきます。そのような意味では、今回は県の会議ですが、大きな立場で考えていく必要があると思います。

#### 【報告事項】

##### (2) (仮称) 茨城県がん対策推進条例の制定について

→ 【資料2】に基づき、事務局から説明を行った。

#### ●片野田委員

「参療」という言葉のコンセプトは非常に良いと思います。是非、医療だけでなく予防や早期発見についても、住民が主体的に行動することで変えられるということを皆さんで共有していただければと思います。

##### (3) 平成26年度茨城県がん対策関連事業の実績について

##### (4) 平成27年度茨城県がん対策関連事業について

→ 【資料3, 4】に基づき、事務局から説明を行った。

●委員からの意見なし。