

平成28年度茨城県総合がん対策推進会議議事録

- 1 日 時：平成28年11月18日（金）午後3時～午後5時15分
- 2 場 所：都道府県会館403会議室（東京都千代田区平河町2-6-3）
- 3 出席委員：飯田委員，片野田委員，木澤委員，水野委員，山口委員，吉川委員，関根代理（7名）
- 4 議 事：

【議長選出】

門田議長の退任により，議長の選出を行った。

茨城県総合がん対策推進会議設置要項第4条第2項の規定に基づき，委員の互選により，山口建委員を議長に選出した。

【報告事項】

（1）第三次計画の中間評価において不十分であった項目に係る県の取組状況について

→ 【資料1，2】に基づき，事務局から説明を行った。

●片野田委員

たばこ対策について，資料2の2ページの⑨「禁煙教室を実施している市町村の割合」は，目標の100%に比べて，現況値は低く，しかも，現計画策定時より下がっているようですが，このことについては，資料1の「取組みが不十分であった項目」には入らないのでしょうか。

●事務局（保健予防課）

参考資料2「中間評価」の22ページを御覧ください。この項目9番に四角で囲って記載がありますとおり，現在は，特定健診・特定保健指導に基づいて，ハイリスク者を中心とした禁煙支援が全市町村で行われているために，当初の計画目標とした禁煙教室を実施する市町村がごく一部に止まっている状況にあることから，こちらの項目は，中間評価では評価せず，次期計画策定時に見直すという整理をしました。

●片野田委員

子どもだけではなくて，成人の喫煙者に対する介入も非常に大切だと思いますので，引き続き対策を進めていただければと思います。

●水野委員

資料1の7ページで，専門看護師の数が10分の2となっていますが，筑波大学で修了した専門看護師が，既に3名茨城県で勤めておりますので，10分の2ではなく3で，今年合格すれば，4になっていくと思います。

●木澤委員

この目標は，「各分野1名以上育成」とあるので，5分野全部で配置していないと「1」とカウントしないから，この結果になっているのではないのでしょうか。

●事務局（保健予防課）

この目標は，「5分野の認定看護師を各拠点病院に配置する」ことになっていますので，各拠点病院に，緩和ケア，がん化学療法，がん放射線療法看護，乳がん看護等の各分野1名ず

つ配置することとしています。

●水野委員

その目標設定が果たして適当なのか疑問に感じます。認定看護師の種類によって、ベースの母数が違いますので、例えば、何百のものと何十しかいないものを、同じ1人の配置で数えようとしているわけですから、カウントの仕方自体を検討した方が良いと思います。

●事務局（保健予防課）

現計画の策定時に、「各拠点病院に各分野1名ずつ専門看護師を置くべき」という御意見があり、このような目標設定になっていると思いますが、また、第四次計画の策定時に議論していただきまして、適切に目標設定してまいります。

●山口議長

正確には、ここの目標は「認定看護師」の配置ですから、この書きぶりには「がん看護専門看護師」は含まれていないように思います。

●水野委員

認定看護師の5分野を全て同じく1名とカウントすることが本当に妥当なのかという問題点と、これは「認定看護師」の項目ですが、県の取組状況には「がん専門看護師」のことが書かれていますので、2つの点で検討していただければと思います。

●山口議長

日本看護協会において、認定看護師並びに専門看護師の育成については、それぞれ習熟すべき役割が3項目及び6項目設定されています。認定看護師の3つの役割は専門看護師の6つの役割に含まれています。また、専門看護師は学歴が重要視されている一方、認定看護師は数ヶ月の座学と実習によって、学歴にかかわらず看護師資格を有していれば資格取得が可能です。

国のがん対策基本計画の中でも、「認定看護師の配置」というのは、やはり徐々に重要なテーマになりつつありますが、茨城県の目標は、現状に比べると大変重い目標だと思います。ただ、求める方向性は、これで間違いないと思います。全国的には、がん看護専門看護師が700名余り、認定看護師は全国総数が1万7千名余りで、このうち、がん関連の6分野では7千名余りです。かなりの数が確保されつつあるので、茨城県として、このような方向を求めていくことは、それ程おかしくはないと思います。

●水野委員

ただ、認定看護師の中でも、化学療法の認定看護師と放射線療法の認定看護師とでは全く数が違います。放射線療法の認定看護師はまだほとんど出ていない中で、何百人も数が出ているものとほとんど出ていないものを同じく1名とカウントすることが如何かということです。

●山口議長

放射線の認定看護師の教育課程は、全国で1つか2つで、実働もまだそれ程増えていないということはそのとおりです。だからこそ、このようなしっかりした基準で、各都道府県が認定看護師を増やしていくことは、間違いなく求められていることです。今の御意見を参考

に、是非次の計画での目標設定を実現可能かという観点も含め検討していただければと思います。

●片野田委員

資料1の6ページで、精密検査の受診率について、国全体でもそうですが、伸びが悪いというのが率直な印象としてあります。それで、県内の市町村では、検診業者等に委託しているところと、自前で取り組まれているところもあると思いますが、県として、どのような現状認識をしているのかについてお聞きしたいです。受診率が上がらない理由と、市町村によっては上がっているところもあるのか等の分析状況をお聞きしたいです。

●山口議長

今の御意見は、精密検査の受診率が8割台に止まっていることについて、意見を求めたいということですか。

●片野田委員

そうです。大腸がんについては7割強に止まっていることや、計画策定時から3年経って、まだ伸び悩んでいますので、このままの状況では良くないと思いますが、その点について、どのような認識をされているのかということですか。

●山口議長

今の御質問は、精密検査の受診は大切で、この前で止めてしまうと一次検診を受けた意味がなくなってしまう。しかし、精密検査の受診率が7割から8割台に止まってしまうことについて、全国的な傾向ではあるが、茨城県としてどのように考えるかということですね。

●事務局（保健予防課）

県としても、精密検査受診率の数値がなかなか伸びていないことに危機感を持っています。実際の取り組みとしては、今回のがん検診推進条例を踏まえて、市町村、検診機関等で構成する「茨城県がん検診推進協議会」を設置しました。今年度は、まずは、がん検診の受診率対策に取り組むこととしましたが、今後、協議会において精密検査の受診率向上対策にも取り組むことを規定しましたので、その中で、取り組みを強化していきたいと考えています。

●山口議長

この問題は、茨城県に限ったことではなく、全国的に見ても、数値としては、茨城県はそれ程悪くはないと思いますが、国立がん研究センターとして、このような場合の積極的な対策はお持ちでしょうか。

●片野田委員

国としては、精度管理の指標として県別の数値を出して、これを良くするためにどうすべきかという方向性は、ある程度示してありますが、国の相手は県で、市町村ということになると県が窓口になるので、どういう機関が検診業務をしているかということ等は、県の方が知っているので、市町村と密接に関連のある県の役割が大きいと考えています。

●山口議長

国の協議会においても、あるいは、全国で検診を行っている日本対がん協会においても、

なかなか良い方法がないということが現状だと思います。ですから、努力することは重要だと思いますが、全国各所で、一生懸命、上手に進めている事例はあるので、おそらく、対がん協会で情報提供してくれると思いますから、アプローチすることも有効かと思います。

●関根代理

特に、大腸がんだけ低い理由はあるのでしょうか。全国的にこのような傾向でしょうか。

●山口議長

精密検査は大腸ファイバーになるので、患者さんにとって抵抗感が強いようです。大腸ファイバーは、100人受けると大多数はすんなり実施できますが、どうしても2～3人が痛みなどの不快感を経験し、あのような検査は受けたくないとおっしゃいます。こういうことが受診率低下につながっている可能性があります。

胃がんでも、かつては内視鏡に対する不快感がありましたが、最近では胃内視鏡に対する不安感はかなり払拭されました。大腸内視鏡に関しては、「バーチャルコロノスコーピー」等が技術的には可能になっていますが検診への応用はまだ現実的ではないと思います。

意見が出尽くしたようなので、一部の項目については、次期計画の目標設定のときに慎重に検討していただくということで、次の議題に移りたいと思います。

(2) 茨城県がん検診を推進し、がんと向き合うための県民参療条例について

→ 【資料3】に基づき、事務局から説明を行った。

●山口議長

今回、私から資料を用意しています。永井顧問が「参療」という積極的な言葉を使ったと承って、私も、国立がんセンター時代から20年間で、「患者参加型医療」をずっと追求してきました。「参加型医療」に相對するものは、「お任せ型医療」で、「先生お任せします」、「後は全てお願いします」という医療です。これに対して、インフォームドコンセントやセカンドオピニオンが普及し、「患者参加型医療」ということがかなり俎上に載ってきました。しかし、茨城県の条例は、間違いなくその一歩先を行っていて、医療機関の中での話のみならず、検診・予防等も含めて、県民の参加を求めるとのことなので、非常にフレッシュな取り組みだと思います。

そのような観点から考えたことを意見として述べます。「がん対策の全体像」という資料ですが、国の協議会で述べた個人的な意見です。全国民のうち、500万人あるいは計算によっては700万人と推定されるがんサバイバー、これには、今治療を受けている方、治った方、経過観察中の方が含まれますが、これらの方々を対象とした協議会などでは議論の中心になりがちですが、やはり一番大事ながん対策のターゲットは、がんサバイバー以外で、今はがんにかかっていない1億1,500万人の日本国民の方々に対して、どのような施策を打ち出していくかが大切になってきます。それで、「予防」の前に「予測」とありますが、これは、ゲノム医療が進むとこの部分が非常に重要な役割を果たしてくるので、国の「がん対策加速化プラン」においても、次の基本計画でゲノム医療について強調されました。これは、米国の「Precision Medicine」を意識しているわけですが、次の基本計画には、がんのゲノム医療がかなり書き込まれるだろうと思います。それから、「予防」、「診断」があって、検診を含めた「早期発見」、がん患者に対する「治療・ケア」という流れでがん対策は進んでいきます。今回の条例や県の計画は、この流れを網羅した格好になっていますが、行政がまとめるものは、「予防」、「早期発見」が中心ですが、この全体像がおおよそ記載されているかたちになっ

ていることが望ましいと思います。

念のために500万人という数字を多いと見るか少ないと見るかについては、糖尿病の患者さんは1,000万人を超えていますし、高血圧の患者さんは何千万人です。しかし、がんという病気の特殊性もあって、この500万人の後ろに、この病気を自分のことのように考えている家族や友人が、患者さん1人当たり4人ぐらいいますので、それを2,000万人と数えると、がんに関心を持っている方は、全国で2,500万人、国民の4分の1から5分の1ぐらいの方は、非常に意識していることになります。これは、ある意味、不思議な気もしますが、がんという病気に対しては、脳卒中や心筋梗塞より、はるかにこのような意識が強いように思います。一般の方々には、医療関係者の思いとは随分違うがんに対する思いがあるように思います。

次に、「健康管理とがん克服」についてですが、今自分ががんにかかっていないと思っている方は、一人一人のがん対策として、「予防と検診と自覚症状」に注意してくださいと申し上げています。一方で、検診・自覚症状によって一部の方ががんと診断されるわけですが、この場合には、「最善の医療」を受けてくださいという仕分けになります。

資料の裏側を御覧ください。「参療」という言葉が、患者参加型医療ではなくて、全ての県民を対象とした医療参加ということになると、非常に大きな概念で、なかなかまとめたの理解が難しいと思いました。これは、あくまでも私の意見ですが、健康な市民と患者さんとに分けて説明した方が分かりやすいと思いました。私自身は、「がんの社会学」を以前から主張してきましたので、その視点も少し入っていますが、「今、自分は健康だ」、「がんは関係ない」と思っている方の「参療」には、「情報提供と教育」が必要だと思います。子どもも大人も含めて、茨城県民300万人に対して、どのような情報提供と教育の機会をつくっていくかということは非常に大変な作業になるでしょう。正しい知識を持てる場を提供し、理解を深めていただく、それに基づいて、県民に行動していただくということが「参療」の最大のポイントだと思います。県民が自覚し実践をするにあたって、「予防」については生活習慣の改善など知識があれば実践できることが多いと思いますが、「検診」については、いくら県民が実践しようと思っても、「検診体制」が充実していないと受けようと思っても実践が困難になります。従って、「インフラや人材投入」は大丈夫なのかということが問われます。「社会体制」の中では、行政は当然ですが、企業や、メディアがそのようなことが大切だということをしっかり県民にアピールしていただかなければいけません。そこで、この情報発信も極めて大事になってきます。

患者さんにとっての「参療」については、今、「情報処方」という言葉が、医療の中では重要視されていると思います。患者さんが勝手にパンフレットを取って自分で勉強したり、インターネットで探すということに加えて、医療関係者が、「あなたの病気を治すには、これを絶対読んでおいてもらわなければ駄目です」と、上意下達的に情報提供することが必要です。薬を処方することと同じような意味合いなので「情報処方」と呼ばれています。このような基本的な考え方に基づいて、インフォームドコンセント、セカンドオピニオン、それから「相談体制」があります。特に大事なことは「病状理解」です。患者さんが病状を理解しない限り患者参加はあり得ません。大変難しいことなのですが、この体制を整えなければいけません。しかし、医師にとっては外来で全く時間がない中で、この部分をどのように整理するかが必要になります。例えば、「患者家族支援センターがもう少し説明してくれます」、「患者図書館の説明を受けてください」というような振り方を、医師が出来るようにしておく必要があります。そのような体制が拠点病院などにつくれるかどうか成功の鍵を握ります。患者さんの「診療に参加する」という行動は、非常に忙しい診療の中でも注目されています。医療を実践する上で、最後に残された「医療資源」が「患者参加」だという考え方が注目され

ており、「お任せ型医療」から患者さんの医療参加を促すことが出来れば、医療事故も少なくなるし、診療レベルも上がっていくということが広く認識されています。患者さんが理解をした上で「診療参加」を望むと、「自助・互助」によって、自分自身で学び、家族の支援も受けやすくなります。さらに大切なことは、患者さんが「私は一番良い医療を受けたい」と言ってきたときに、診療提供体制がそれに応えられるかという点です。診療に当たる診断・治療・ケア・人材はもとより、相談支援センターがしっかり対応し、患者会が活動しているかというようなことも重要になってくると思います。「社会体制」の中では、行政、企業、メディアはもとより、「共助・公助」がここでは間違いなく入ってくると思います。実際に患者さんの多くは、これらを利用しています。このようなかたちで、「参療」を徐々に具体化していく必要があるというのが、私の個人的な意見です。是非、茨城県は、永井顧問を中心に、次のステップに進んでいただければ、県議会議員の皆様のご思いも具現化されますし、後からできた条例ではありますが、茨城県の存在をアピールできるのではないかと思います。

●水野委員

キャンサーサバイバー、つまり、がん患者と市民との間にいる方は、2つのうちどちらで考えた方が良いでしょうか。例えば、情報処方として、患者が選択するのではなく、医療者側から適切な情報提供をしていくということになれば、患者さんということになりますが、自分自身で情報を選択して、がんの知識もある程度持っているキャンサーサバイバーの方々が、第2のがんになったり、がんの、治療までではなくても看病していく場合でも、医療は関わっていかねばならないと思いますが、その部分は、どちらで考えれば良いでしょうか。

●山口議長

私の説明では、がんサバイバーは、全て500万人の方に入れて考えています。2次がんに罹った方に関しては、知識的には他の方よりありますが、やはり、一人の患者さんとみなさざるを得ないでしょう。がんサバイバーや患者会員の皆さんの一番の問題は、自分の罹ったがんに関しては非常に勉強されますが、別の病気に罹るとまた一から始まってしまう。医療機関の中のような状況、医療機関はこのような動きをするということは十二分に承知されているけれども、新たな病気に関する知識については一からだと思います。それで、資料の上の方は健康な方で、下の方は患者さんという意味ですから、2次がんに罹った方も、下の「情報処方」でもう一度情報を得なければ、実際に治療は進んでいかないとします。

●水野委員

上と下を行ったり来たりするということでしょうか。

●山口議長

一度サバイバーになった方は、将来、2次がんの発生や、病院にある程度かかる可能性があるという観点から言うと、患者さんとして対応すべきだと思います。2次がんや3次がんは、最初のがんの経過観察中に早期に発見されますので、その方が生存率という観点からも高くなると思います。

永井顧問の御意見は、いかがでしょうか。

●永井顧問

今回、よくまとめていただいて、ありがとうございます。

私は、非常にたくさんの患者さんと話をする中で、社会全体の教育のあたりから取り組ま

なければ、医療現場の中だけでは限界があるということを感じました。茨城県は、医療従事者が少なく、人口当たりの医師数は全国最下位をなかなか脱出できず、平均値との差がますます開いていくという中で、医師や医療者だけで病気を扱うのではなく、極端な話をすれば、県民全員を医師にすれば良いじゃないかというつもりで考えました。しかし、まだまだそのような状況ではありませんので、拠点病院を中心にがん対策を進めていかなければならないです。一方では、かなり長い話になりますが、幼少期からの教育まで含めて、茨城県はじっくり取り組んではどうかというところから、このような話が出てきたわけです。

議員の中には、身内にがんを経験された方も多く、賛同が得られまして、条例になったところです。しかしながら、理想といいますか観念的なところが先行しておりますので、地道に努力していく必要があると思います。特に、がん教育に関しては、私自身、国立がん研究センターの研修を受けて、そのことを茨城県で広めたいということです。この条例ができてからは、小学校の低学年まで含めてがん教育をスタートさせています。それまでは、片野田委員の御協力も得ながら、中学・高校・一般県民の教育を徐々に始めていきましたが、今回、年齢を少し下げたスタートしたところです。

●山口議長

それでは、都道府県がん診療連携拠点病院の御意見として、吉川委員いかがでしょうか。

●吉川委員

「参療」について、具体的に何ができるかということですが、まずは、全体の構造を頭に置いた上で、一つ一つの予防や早期発見などの対策を、この中に細かく位置付けていく作業になると思いますので、非常に分かりやすくまとめていただいたと思います。

●山口議長

茨城県では、この参療条例が、次の計画にかなり影響を与える流れになると思います。

●関根代理

「参療」の中で、予防が大事で、要するに、がんにならないことが一番大事だと思います。そこで、がんの中で一番大きな危険因子はたばこなので、学校での禁煙教育が十分でない、特に高校生はもしかするとたばこを始める年代かもしれないので、その教育体制が十分でないということが問題ではないでしょうか。なぜ、高校になると実施率が下がってしまうのか。むしろ高校生の方が、理解も深くなり、自己を形成する年頃なので、そのようなときこそ、より充実した禁煙教育をすべきではないかと思います。

●事務局（保健予防課）

教育に関しては、教育庁がカリキュラムを抑えていて、高校になると授業の密度が相当濃くなりまして、カリキュラムに割り込むことが難しくなります。教育の現場で、禁煙教室に時間を割くことが難しい面があると聞いていますが、我々としては、教育庁に粘り強く働きかけていくしかないと考えています。

●水野委員

確かな情報ではありませんが、学生が数年前に調べたもので、茨城県は他県に比べて若年者の喫煙率が高いというデータがあったのですが、それは事実でしょうか。

●事務局（保健予防課）

喫煙率につきましては、若い世代、特に女性で喫煙者が多いというデータはあります。

●水野委員

他県に比べて特に多いということでしょうか。

●事務局（保健予防課）

特にという程ではありません。

●水野委員

たばこ産業と関係があるのでしょうか。県全体で喫煙率が高くなるのは分かりますが、若年層でも茨城県が高くなるということは、どういうことでしょうか。

●事務局（保健予防課）

茨城県だけではなくて、全国的な傾向としても、特に女性で若い方の喫煙率が高いという状況はあります。

この条例の中に、禁煙の条項を設けてはどうかという議論もありました。最終的には、議員の判断で、従来の健康増進法に整合性を取るようなかたちで条例の中に規定しました。禁煙の関係については、国でもかなり動きがありますので、県でも、禁煙対策は、がん対策だけではなく、健康増進の意味も踏まえて進めていく必要があると思います。

●山口議長

私は、国立がんセンターで当時、日本医師会長を務めておられた坪井先生と一緒に研究したことがあります。先生の経験では、中学生で禁煙教育をしたのでは遅く、たばこを吸い始めてしまうので、小学生がターゲットとされました。そこで、私が静岡に赴任したときに、静岡県の小学5年生全員に防煙下敷きをつくって配りました。下敷きにしたのは、紙と違い捨てられないためで、また、子どもが親に渡すことで禁煙した親も結構いました。全小学5年生で4万から5万人に15年間配り続けています。学校側も良い取り組みだと理解してくれました。子どもに対しては、がんについて様々な教育をするより、たばこのみで15年取り組んできました。それ以外のことは実際には30年後に役立つ情報なので、教えること自体は否定しませんが、がん教育は禁煙教育を中心に置くべきと考えています。

それから、何故、未成年への対策が大切かという点、未成年でたばこを吸い始めた方が、健康被害が高く、危険度は10倍以上になるのではないのでしょうか。これは、国立がん研究センターでもデータをまとめているのですが、25歳や30歳以上で吸い始める方に比べるとリスクが非常に高いはずで。また、静岡県で条例や計画をつくる際にも、受動喫煙が重視されます。たばこを吸うのは本人の問題なので、あまり強くは言えないという中で工夫して、20歳未満の喫煙は未成年者喫煙防止法違反であることを強調した書き方にしました。受動喫煙と未成年喫煙防止をかなり強調して条例化しています。

また、たばこが害だということは、医療関係者は分かっていますが、何故本人の禁煙をもっと厳しくしないのかということがなかなか前に進まない状況です。政治や行政の中でもこの扱いは難しく、このような書き方になってしまうことについて理解はできますが、その中で少し工夫すると良いのではないかという気持ちも致します。

●飯田委員

私は、一昨日に、大子町の中学校にがん教育で伺いました。生活習慣病の大事さに気付かせてほしいとのテーマでしたが、私のがんに罹ったのは受動喫煙が関係していたのではないかとということと、県民参療条例の冊子をお配りしましたので、家庭に持ち帰りましたら家族と読んでほしいと話しました。それから、皆さんが大人になった時に、たばこを吸わない人を結婚相手に選んでくださいと話しました。

また、私達、がん患者会として、県の企画提案型がん対策推進事業の中で、私達の企画も採択され、来年2月に「がん体験談フォーラム」を計画しています。この内容は、患者の体験談、介護の体験談、それに、各がん患者団体の代表者によるディスカッションなどを予定しています。

(3) 茨城県がん対策関連事業について

→ 【資料4～6】に基づき、事務局から説明を行った。

●吉川委員

HPVワクチンを推進してきた立場として述べます。世界的に子宮頸がんの浸潤がんの罹患のピークは35歳から39歳です。元々は60歳代ぐらいにピークがあったのですが、がん検診が普及することによって、40歳代から60歳代のがんはどんどん少なくなりました。おそらく40歳以上だと検診を受けていれば子宮がんにならないぐらい効果があります。しかし、実は20歳代や30歳代の効果はさほどではないのです。がん検診によって、がんを減らすことに失敗したのが、20歳代から30歳代の若年層の子宮頸がんだということを知っておかなければなりません。しかし、日本では、あまりにもこの年代の検診受診者が少ないので、県の普及啓発事業は、それなりには意味があると思いますが。要するに、HPVワクチンは、若年性の子宮頸がんを減らすために必要だということで、若年性の子宮頸がんは、検診ではなくなるといえるということです。海外でも、80%から90%が検診を受けても、20歳代から30歳代の罹患率は増え続けていて、全然減少の傾向がないのです。検診が、HPVワクチンの代わりになるとは思ってほしくないです。日本だけが、しばらくワクチン接種が止まっていて、非常に厳しい状況です。一次予防は非常に大事だと思いますので、その中で非常に期待しているところですが、がん検診を受ければワクチンはいらぬということは全然事態を分かっていないのです。がん検診では若年性のがんを減らすことに失敗している事実を知っておく必要があります。

●関根代理

ワクチンは、高齢で罹患する方の分も、減らすことができますよね。

●吉川委員

もちろん、その効果もあります。子宮頸がんの原因のパピローマウイルスは、圧倒的に20歳代で感染しています。若くしてがんになる人は、がん化過程が短いのです。この rapid growth のがんを予防するためには、検診は弱いのです。20歳代から30歳代の罹患率は、半年前に検診が正常だった人はざらにいます。ところが、40歳代以上は全くいなくて、ほとんど検診を受けたことがない人ばかりです。これが、若年性子宮頸がんの特徴です。だから、海外でもワクチンが予防に重要であると認められています。このことを分かった上で、若い

人に啓発すれば良いのですが、検診によって、ワクチンがなくても大丈夫だということにはなりません。

●山口議長

ワクチンが開発され、製剤として進む過程のときに気になったことですが、そのときの臨床データの多くが、アフリカやインドからスタートして、安全性を確認して、先進国に広がったという経緯があります。ですから、今日本で問題になっていることが、どの程度あったのかということがあまり正確ではなくて、先進国ではしっかり抑えていますけれども、そのあたりで、慎重であることは致し方ないと思います。

もう1つHPVの進歩というのは、ワクチンの5つの型に限らず、可能性のある方を検診でしっかり選別することが可能になっています。山陰地方で一生懸命取り組まれている方がいて、実際のデータを見せていただくと、ほぼリスクを評価できるようになっています。それが、ワクチンではなくて、検診に取り込まれる状況が生まれるのかなと思っていますが、吉川委員の見解はいかがですか。茨城県の将来にという観点から伺います。

●吉川委員

検診とハイリスク型HPVタイプとを併用すると、感度が少し上がります。欧米では、HPVワクチンを70%以上が接種しています。そのような国では、細胞診で一次スクリーニングをするのではなく、遺伝子検査で一次スクリーニングをする方が、医療経済的に合うということで、オランダ等でも導入が進んでいます。特に、若年性の子宮頸がんにおいて、16型、18型は若い人で非常に多いのですが、高齢の方は非常に少なく他の型の方が多いです。一般的には6割から7割と言われていますが、20歳代は80%以上が16型、18型によっています。若年性子宮頸がんこそワクチンで予防できることが一番期待されています。ところが、日本の20歳代や30歳代は、検診受診者があまりにも少ないので、県の事業も一定の効果を見せるとは思いますが、大きな効果は期待できないですし、このことは証明されています。20歳代や30歳代の子宮頸がんは、30年前よりも多くなっており、減らすことはできず、増えることを少し抑制できる程度です。日本では、特別な事情があって、若年者の受診率が低すぎるという状況ですから、この事業を進めていくことに反対はしません。

●片野田委員

検診受診率向上モデル事業は、平成27年度からも取り組まれていると思います。一番科学的根拠がしっかりしているのはコール・リコールなので、これを中心に進めていただきたいです。それと、結果検証の部分で、資料5にも「効果を検証するとともに」という文言もありますから、ついやりっ放しなところがありますので、取り組んだ市町村の受診率をしっかりフォローして、今後の対策につなげていただければと思います。

●木澤委員

予防に関することで、取り組みとして遺族を対象にすることは重要だと思います。健康な人でも当事者になるので、がんで亡くなられた方の遺族に予防介入することが行われていますが、このことを包括的に行ってはどうかと思います。日本は、遺族ケアがほとんど行われていないことが、緩和ケアの問題であり、医療全体の問題でもあります。アイデアとして、遺族に介入して、遺族自体の健康問題や自殺予防をすることも重要ですが、そこをターゲットとしたがん予防介入ということを考えても良いのではないかと思います。

●事務局（保健予防課）

今後の事業の中で、検討できるところは検討していきたいと思います。

●山口議長

「介入」というのは、予防なども含めてということですが、一方で亡くなられた方の心のケアという意味での遺族ケアは、これから多分重要になってくると思います。静岡がんセンターでは、「チャイルドライフスペシャリスト」という活動をしてもらっていて、親をがんで亡くした10歳未満の子どもたちに「チャイルドライフスペシャリスト」を対応させ、遊びながら癒すということを10年以上続けていますが、大変有効だと思います。一生のトラウマを少しでも減らしてあげたいということです。このこととは別にして、茨城県におけるがんの遺族ケアをどのように考えていくかということは、頭の片隅にはしっかり置いておく必要があります、そのような中で、委員御発言の「介入」ということも非常に効果的かと思います。

●吉川委員

遺伝性腫瘍、家族性腫瘍について広めていくことと、喫煙と子宮頸がんとの関係で疫学調査を進めてきましたが、その中で、子宮頸がんの前がん病変の方の喫煙率は50%でした。世界的に見ても普通35%ですが。女性にとって、たばこを吸うということは個人情報なのです。だから、普通に調査すると「吸っていない」と答えがちです。それで、今回、パートナーの数を調べる関係で、秘密を厳密に守るという前提で調査すると、喫煙率が50%になるのです。それから、その夫の喫煙率が極めて高いのです。結局、パートナーや子どもががんになることは、喫煙が関係している確率は相当高いと思います。ですから、教育はかなり効果があると思います。

(4) 地域がん診療病院の新規指定について

→ 【資料7】に基づき、事務局から説明を行った。

●山口議長

県として、地域がん診療病院を推薦したいという説明でした。

この拠点病院制度は、現在3階建て乃至4階建てと言われている、まず「都道府県がん診療連携拠点病院」があり、その次に「地域がん診療連携拠点病院」があり、これまでなかった3段階部分として、この「地域がん診療病院」が規定されたわけです。その次に、都道府県独自の「県指定病院」が多くの都道府県によって指定されており、これらを総合して4階建てとしています。静岡県の例で言えば、都道府県拠点、地域拠点、診療病院、県指定病院だけで、9割のがん患者が診療を受けています。十数年が経過し、制度としては安定してきたのではないかと思います。

この地域がん診療病院は新たな試みで、拠点病院が指定されていない二次医療圏に原則一カ所、空白医療圏に対応するため指定するものであり、基準さえ満たしていれば問題なく合格すると思われます。事務局説明にもあった、総務省の行政評価の関係で、あるいは、国が新たに設置した部会の意見を総合すると、現地調査をしっかりすべきだということが前面に出そうなので、その部分は、是非県として考えていただくと良いと思います。

推進会議としては、推薦に問題はないとしてよろしいかと思います。

【協議事項】

（５）第四次計画（仮称）の策定日程及び検討委員会について

→ 【資料 8， 9】に基づき，事務局から説明を行った。

●山口議長

まずは，組織的な内容である「資料 9」について，御意見はありますか。

●吉川委員

「がん対策加速化プラン」の中で，がんのゲノム医療，家族性腫瘍，小児がんや希少がん，就労支援，学校におけるがん教育などの記載がありますが，正にこのプランに記載されていることが，県の第四次計画に組み込む可能性が高いものだと思いますので，それぞれに対しての専門家が入っていないと困るのではないかと思います。

●山口議長

「がん対策加速化プラン」は，国において，死亡率減少の目標が達成できないので，この 1， 2 年で取り組めることをまとめたものです。この議論の中で，すぐには動かないもの等については，国の第三次計画に反映させようと議論が進んでいます。特に，患者会や患者支援団体の御意見に関しては，厚労省のホームページで全ての協議会の資料が提示されていて，患者会の方が一生懸命意見を述べていますので，国の患者団体の意見は，県で御覧になれば，これでほぼ全て分かります。そこで，今の吉川委員の御発言のようなことが言われています。むしろ，患者会の方から，ゲノム医療や家族性腫瘍対策の推進について御意見が出ています。

そこで，この会議に関しては，県の意見はどうでしょうか。少し状況が変わってきているので，趨勢に合わせて専門家を委員に招致すべきだという御意見です。

●事務局（保健予防課）

委員構成につきましては，御意見も踏まえて，検討してまいります。

●山口議長

それでは，検討日程については，如何でしょうか。

がん対策基本法の改正は，現在国会に提出されていますが，これをたたき台にして，来年 6 月までに基本計画が完成します。さらに，基本計画をもとに，拠点病院等の詳しい規定が，次のステップで出てくるように承っています。拠点病院以外の議題についても，同様に検討が進められていく予定です。今回の県の計画策定スケジュールであれば，少なくとも国の基本計画を確認した上で，県として検討を進めることが可能ということになります。一方で，前回の計画のときは，全国の 6 県が日程が遅れて計画を策定して，かなり非難を浴びた経緯があります。そうならないように，できれば年度内に策定した方が良いと思いますので，このスケジュールで進められれば良いと思います。

それでは，予定された議論はここまでですが，その他県のがん対策全般について，御意見はありますか。

●吉川委員

茨城県のがん患者の生存率は非常に悪い結果が出ています。よく調べてみますと，あまり

にも進行しているⅣ期がんが非常に多過ぎます。検診等のレベルとは違って、症状が出て病院に行かない人が多いからです。ある種の教育ですが、特殊な工夫をして、県の地方部の方を早い段階で病院に行かせることについて何か取り組まなければならないと思います。極端に進行した人が多いことが本県の特徴ですので。例えば、保健師が高齢者の各家庭に検診を勧めて回るとか、そもそも病院に行かないで遠隔転移をしてから病院を受診するという状況なので、茨城県独特の対策が必要だと思います。

●山口議長

これはもっともな御意見で、結局ステージが同じでも層別化しないと有用なデータは出ません。例えば、高齢者の治癒率は、同じステージで、同じ治療をした場合でも非高齢者に比べれば良くないのですが、それを安易に公開して良いのかという御意見もあります。ただ、具体的な方法論は難しいですね。

●吉川委員

具体的に思い付きませんが、私の専門の子宮頸がんでは、Ⅲb期やⅣ期は高齢者が多いです。何故高齢者が進行してしまうのかについては、学術的にもあまり分かっていなくて、単純ではないのです。また、若年層でもⅣ期がんになる方は特殊な背景を持っている方が多いと思います。この件に関しては、都市部で行っているがん予防だけでは足りないということです。とにかくⅣ期がんをまずは減らさなければならないということがありまして、良い対策は思い付きませんが、何かのチャレンジを試みるべきだと思います。

●山口議長

国立がん研究センターは築地にありますが、柏に東病院を新設したとき、全く患者層が違いました。ステージも違うし、同じステージの中での進行度も違います。それが、もう少し先の茨城でも見られるということだと思いますし、静岡も同じ状況です。この問題は、高齢化社会というキーワードを含めて日本全国での大いなる問題だと思いますので、すぐに解決策を求めることは難しいですが、茨城県として積極的に取り組んでいただくことをお願いしたいと思います。

●木澤委員

先程、精神科医の充足数を指標にしている説明に関して、精神科医自体が総合病院にいない状況です。水野委員も発言されましたが、県の計画の指標を現実的なものに見直した方が良いと感じました。ストラクチャーでなく、内容で見ていかないといけないので、どのようにしたら内容で見ていけるのかを考えなければいけないだろうと感じました。

●山口議長

このことについては、茨城県に求めても大変難しい問題で、国の拠点病院の要件において、緩和医療チームに精神科医を義務化しています。従って、国の要件が変わらないと県独自で変更することは難しいと思います。拠点病院の中でも、がんセンターには精神科医がなかなか来ず、一方、総合病院には在籍しています。そのような問題が必ず残りますので、来年6月以降の国の拠点病院の規定の中で、色々な意見が出るとは思いますが、茨城県の規定はその次だと思います。しかし、先程御意見のあった認定看護師とがん専門看護師の目標設定は、茨城県独自の指標なので、その部分は議論があっても仕方のないと思います。

●片野田委員

がん教育については、これまで専門家だけが取り組んでいたものが、がん体験者の方からお話を伺えるようになって、うまく両輪ができたというところまで私も関わりました。患者さんの中には、予防や経験のことをあまり話したくない方もいて、特に予防に関しては、予防に失敗したからがんになったという感覚を持つ方もいて、そのバランスが非常に難しいです。先程山口議長が話されたように、500万人の患者さんのために動くのか、その以外の1億人のために動くのかということは、非常に心に刺さる言葉だと思います。がん体験者の方々が国民全体のために働くことが理想であって、アメリカでは、患者団体が、予防研究等をしているという、非常に成熟した姿になっています。おそらく、日本は過渡期にあると思います。患者団体が力を付けてくるこのときに予防と検診をしっかりと取り組むことを鮮明に打ち出すことで、国民の理解を得られる。その過渡期にある中で、がん教育は一つの大きなフィールドになると思いますので、難しいことだと思いますが、異なる立場の人が参集して話し合っってより良いものをつくるという姿で進めていただきたいと思います。

●山口議長

上意下達的に教育することは、難しいことだと思います。静岡がんセンターでは、十数年で2万人のがん患者さんに完治していただきました。この方々は、素晴らしいサポーターになっています。県の協力もありますが、不満がないかたちで進んでいます。さらに、周辺の市町村ががん検診に力を入れ始めて、全額補助で自己負担なしで検診が受けられるようになり、全国一の受診率を目指すという流れが見られつつあります。がんを治した方々は、プライバシーに関わるので、あまり言いたくない場合もあると思いますが、患者さんの気持ちを慮った施策を県として打ち出すことが、片野田委員の意見の反映の一つの仕方になるのではないかと思います。

他に意見がないようですので、これで、事務局にお返しします。