

第2回～第3回茨城県総合がん対策推進計画-第五次計画-検討委員会 における委員意見への対応状況について

総論

通 番	委員名	項 目	内 容	対応（案）
1	志真委員	3 重点的に取り組むべき課題 (2) がん医療提供体制の整備	「緩和ケア医療の推進も重要な課題です」⇒「緩和ケア医療」という用語は一般的ではない。緩和ケアの医療的な側面を強調する場合は「緩和医療」使用する。看護や在宅ケア、在宅療養など広くケアの側面も含む場合は「緩和ケア」を使用する。この文脈では、「緩和ケア」に統一したほうが良いと思う。第5次計画では、なるべく「緩和ケア」を用いることとして、「緩和医療」は医療を強調する場合のみ使用したほうが良い。	総論及び第3章－IIの文脈に合わせて、「緩和ケア医療」→「緩和ケア」に統一しました。（総論P6,L23,L26,各論P66,L17を修正しました。）
2	志真委員	4 その他の取組について (2) デジタル化の推進	「本計画では、県、市町村及び医療機関等がより効率的かつ効果的にサービスを提供できることを目的とし、がん対策の様々な分野におけるデジタル化を推進します」⇒「がん対策の様々な分野のデジタル化を進めるための組織を県として設けて、デジタル化を推進します」	デジタル化の推進につきましては、今後、関係機関から意見を徴収し、どのように進めるか協議していくことを検討しており、計画に明言できませんが、組織立ち上げも検討の1つとさせていただきます。

以下各論

通 番	委員名	項 目	内 容	対応（案）
3	志賀委員 (意見書・発言)	第1章がん教育とがん予防 1 がんに関する正しい知識の普及 (2) 情報提供の主体と内容 ⑤企業・職域	事業者や医療保険者は、雇用者や被保険者・被扶養者が、がんに関する正しい情報を得ることができるよう努め、 <u>就労を維持するための努力を行います。</u> (追加) 【理由】がんと診断され離職や退職を余儀なくされるケースもいまだあることから追記を望みます。正しい情報を得るところだけで終わっており、そこからその先の部分も踏み込んだ形で、入れてもらいたい。	がん患者の就労継続のための支援につきましては、第3章－Ⅲの取り組むべき対策、③事業者の項に記載しておりますが、医療保険者の努力として就労の維持を含められるかという観点から、「治療と仕事の両立支援のための制度や体制を確保します。」としてはとを考えます。 (P4,L22)
4	志賀委員 (意見書・発言)	第1章がん教育とがん予防 1 がんに関する正しい知識の普及 ・個別目標	(「がんのリスクに関する知識の習得割合」の目標値について) 目標値が一律90%となっているが項目によって現況値に大きな差があるため項目ごとに設定してもいいのではないかと。	四次計画までは全項目100%を目標としてきましたが、進捗評価はアンケート調査に基づいて行うため、100%は現実的ではないと考えます。
5	沼田委員	第1章がん教育とがん予防 1 がんに関する正しい知識の普及 ・個別目標	(「がんのリスクに関する知識の習得割合」の目標値について) 進捗状況を踏まえて現実的な目標値にしたのかなと思うが、喫煙に関しては過去に90%を達成しているので、ここは100%とすべきではないでしょうか。喫煙率をさらに下げるとともに。	項目ごとの目標値の設定ですが、現状で7割以上の理解度がある3項目（喫煙・飲酒・食生活）につきましては90%以上、理解度が低い3項目（身体活動・体形・感染）につきましては80%以上とし、計画の中間見直し（計画3年目）の際に、進捗に応じて再度検討いたします。 (P15)
6	志賀委員	第1章がん教育とがん予防 1 がんに関する正しい知識の普及 (4) 茨城県がん検診推進強化月間	県民の参療意識の向上（修正） 【理由】県民に「参療」という言葉が定着しているとは感じにくい。まずは意識の向上が大切ではないかと感じたため。	素案を修正しました。 (P5,L38)

通 番	委員名	項 目	内 容	対応（案）
7	志賀委員 (意見書・発言)	第1章がん教育とがん予防 2 がん予防対策の推進 (4) 感染症対策 ②子宮頸がんの予防対策	「子宮頸がんについて正しい知識の普及を図ります。またHPVワクチンについても同様に市町村や教育現場等関係機関と連携し正しい知識の普及を図ります。」（追加） 【理由】HPVワクチン接種の勧奨と被るかもしれないが、知識の普及あつての勧奨になるかと思う。またワクチンの接種対象が小学6年生の女子からになることもあるので、教育現場等における役割も重要であると感じる。	取り組むべき対策において、子宮頸がんについて正しい知識の普及(P10,L32)及びHPVワクチンに関する県民の情報発信充実(P11,L6)について触れています。 がんの発生要因の一つである感染症には予防接種が有効であることについて保健の授業で取り上げています。今後も発達段階に応じて指導してまいります。
8	白川委員	第1章がん教育とがん予防 第2章がん検診と精度管理	方向性として、本県は早期発見割合が低いという実態があることから検診と教育の充実に一層取り組むことが重要と認識する。 教育は、県民と医療者等の専門職者に対して治療からメンタルに対する支援等について。	がん検診の大切さについては、保健の授業で触れており、今後がん教育について授業等で取り上げ、指導してまいります。
9	細田委員	第1章がん教育	正確な知識を提供することは大事である。それと共に、自らが検診の重要性を納得し、さらにそれを発信できるようになることも大事である。ワークショップ形式で考えてもらうような、アクティブラーニングが効果的と考えられる。	ワークショップ方式を採用し実施しております茨城県がん患者ピアサポーター養成研修会があります。がん予防推進員やがん検診推進サポーターの活動等、県民から県民への普及啓発を一層推進していきます。

通 番	委員名	項 目	内 容	対応（案）
10	小島委員 (意見書・ 発言)	第2章がん検診と精度管理 1 検診受診率の向上 ・個別目標	<p>（「がん検診受診率」の目標値について）</p> <p>検診受診率の目標値は国が60%と提案しているので、茨城県もこれに準じた目標を作るべきであり、60%を目標値とすることには賛同する。</p> <p>しかしながら、茨城県では前計画の目標値であった50%すら達成できていないので、これをどの様にして60%にもっていくのかという議論が必要であるし、その方策を施策として書き込むべきかと考える。</p> <p>そうでないと、新計画にいても「達成できませんでした」という残念な結果になることが目に見えてる。</p>	御指摘のような目標達成に向けた施策については、①検診の重要性についての普及、②検診案内の個別通知、③受診しやすい検診体制の整備、④職域への普及啓発等の推進と考えており、それぞれについて記載しております。（①P25,L36,②P26,L27,③P27,L6,④P27,L23）
11	志賀委員	第2章がん検診と精度管理 2 検診精度の向上 ・個別目標	<p>（「精密検査受診率」の目標値について）</p> <p>目標値が一律90%となっているが項目によって現況値に大きな差があるため項目ごとに設定してもいいのではないかと。</p>	国の基本計画では90%を目標としているため、県目標もこれに準拠し、目標を90%とする方針です。（P34）
12	白川委員 (発言)	第2章がん検診と精度管理	<p>がん検診について、非常に関心高い人とそうでない方がすごくはっきりとして、関心があっても生活がかかっている行けない人もいます。</p> <p>そういう社会の構造が行きやすいところと、そうでない方が二分されてるような気がする。</p> <p>だから、そういうところにどのようにアプローチするかが、今課題だと思う。</p> <p>経済格差が、がんの早期発見とかにも影響していくのではないかと。</p> <p>舵取りして進めていくのは市町村のリーダーシップと、身近には民生委員さんとか、そういう方達が、住民の声を聞くとか、地道なコミュニケーションづくりが必要なのではないかと。</p> <p>その辺も、地域包括ケアのところ、医師会が一生懸命進めており検診や急性期で入院のこととかも、全体的にとらえていただけるといいのかなと思う。</p>	<p>令和元年7月がん対策・たばこ対策に関する世論調査（内閣府大臣官房政府広報室）においても「がん検診未受診の理由」に「費用がかかり経済的にも負担になるから」との回答が11.8%あったと報告されており、市町村における取組はますます重要となってきております。</p> <p>（対象：全国の日本国籍を有する18歳以上の者3,000人、有効回収数：1,647人（回収率54.9%）※調査員による個別面接聴取）</p>

通 番	委員名	項 目	内 容	対応（案）
13	細田委員	第2章 がん検診受診率	<p>* 向上に関する取り組みをされることは、とても大事だと思う。ただし、前回の委員会の際も申し上げた通り、がん検診の有用性や重要性に関する正確な知識を持っていたとしても、検診を受けるという行動に移すまでには距離があるということもある。そこで、がん検診を受ける動機づけを準備することが大事なのではないかと思う。</p> <p>* そのためには、なぜ検診を受けに行かないのか、どんな障壁があるのかを知り、その障壁を超えるような対策が必要なのではないかと思う。以下にその障壁と言われているものを書き出す。ここには、先般の委員会で委員の方が言及していらっしゃったことも含む。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 検診は一日がかりのものになるので時間がかかる。 ・ 自営業やパート勤務の方は、収入減少に直結する。 ・ 子育てや介護をしていると、1日家を空けることが出来ない。 ・ 検診所に行くまでの交通事情がある。車がないと行きづらいこともある。 <p>* がん検診率の高い県では何をしているのかについて県の担当者に聞いたところ、検診は市町村が中心になるので、様々な工夫は市町村が主体となって行っているとのこと。そして、下記のようなことを行っていると紹介があった。参考になるのではないかと思うので記す。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 待合室などが男女混合の場合、下着を取って検査着になるのに抵抗がある女性も少なくないので、レディースデイを設ける。 ・ 子育て中の方も来やすいように託児所を設ける。 ・ 高齢や過疎地や交通手段がないなどで、検診所まで行くことが難しい人たちの為に、地域の人が集まるような所に、定期的に検診カーが赴いたり、一時検診所を開設したりする。 <p>* 検診率の向上目標値を50%や60%にするというご意見があった。数値目標を立てることは大事だと思うが、厚労省も紹介しているがん検診（乳がんや子宮頸がん）の各国の状況を見ると、欧米では70%台で、特にイギリスでは77%と高くなっている。それに比較すると、日本はかなり低い割合である。何が違うのかと考えると、色々な理由があるとは思いますが、ひとつ、これらの国は「かかりつけ医制」（イギリスではGP：General Practitioner、アメリカではPCP：Primary Care Physician）を取っていて、定期的な健康診断でかかりつけ医に行き、そこでがん検診をすることも予定に入れることになっていることが挙げられると思う。（余談ですが当方もアメリカ在住中、このような仕組みの下でPCPの指示に従ってがん検診を受けたり、足りない分の予防接種を受けたりした）。日本でも、かかりつけ医は徐々に根付いてきていると思うし、実際に地域の医師はそのような働きをされていると思う。よって、さらにかかりつけ医を持つ事の大事さが住民の方に広まり、地域の医師の方も今以上にがん検診を勧めたり声かけを行ったりしていただくことが大事かと思う。（すでにもう実践されているとは思いますが。）</p>	<p>ご意見ありがとうございます。</p> <p>具体的な受診率向上策につきましては、 （2）の④「がん検診を受けやすい環境の整備」に一部記載しておりますが、今回頂きました案につきましても、市町村との連絡会議等を通じて共有し、実際の取り組みに反映することを検討していきたいと考えております。 （P27、L6）</p>

通番	委員名	項目	内 容	対応（案）
14	細田委員 （発言） 【再掲】	第2章がん検診 と精度管理	女性の場合、検査で下着を取る必要があり、男性と一緒に同じ部屋で待つのも抵抗があるという意見があったり、市町村では、検診にレディースデーを設けたり、子供が預けられなくて難しいという場合もあるので、託児所を設けたり、休日に検診日を設けたり、人々が集団しているようなところに健診センターが出向いて、定期的に何月の何曜日は行くようにして、地域の方に健診センターが出向くなどの対応をとっていたりするなど、検診が受けやすいような場を作るというのものもあるのではないかな。	前項の記載のとおりです。
15	細田委員 （発言）	第2章がん検診 と精度管理	社会学や行動科学では、正しいことを知ってるからといって行動に移せるわけではないことや、啓蒙意識を変えるだけではなかなか行動が変わらないところがあり、具体的な枠組み作りや、その意識の向上だけではなく、検診を受ける動機づけになるような、場づくりのようなことを盛り込む必要はないかな。	前項の記載のとおりです。
16	堀越委員	第2章がん検診 と精度管理	がん検診の啓発活動に関して、健康サポート薬局の機能と紐づけて保険薬局においても医師会と連携して実施しているとの報告が学会シンポジウムにおいてなされていた(10/8・9開催、日本薬局学会)。茨城県内においての現状や今後の展望について、薬剤師会の意見を求めたい。	特定健診の例になりますが、北海道と札幌市では、薬剤師が受診勧奨することによる受診率が、ポスター掲示のみの場合に比し1.25倍増加したとの報告もあることから、このような取組導入が可能か関係機関と検討する必要があります。

通番	委員名	項 目	内 容	対応（案）
17	志真委員	第3章がん医療提供体制と生活支援 Ⅰがん医療体制の整備	「新たにがん治療だけを専門に行う病院を県内に1か所整備するのではなく、」⇒専門に行う病院（ <u>県立がんセンター</u> ）と追記	文脈を踏まえ、集約型がんセンター、地域分散型がんセンターと文言を追記しました。（P35,L13,L16）
18	志真委員	第3章がん医療提供体制と生活支援 Ⅰがん医療体制の整備 ③各がん専門医療機関及び県の役割について	<p>○地域がん診療連携拠点病院（地域がんセンターを含む） ⇒「<u>○地域がんセンター</u>」の項目を独立させて、「○地域がん診療連携拠点病院」の前の項目とする。</p> <p>○地域がんセンター 本県が整備した地域がんセンターは、急性期医療を行っている総合病院に併設されており、がん患者の高齢化に伴う様々な合併症に対応できる「高齢者がん医療」のモデル施設として整備を進めます。また、地域がんセンターでは「緩和ケアセンター」の整備を進めます。がん診療連携拠点病院では、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等の専門的な緩和ケアを統括する院内拠点組織として、緩和ケアセンターの設置が施設要件として求められており、<u>地域がんセンターの緩和ケアセンターをモデルとして各がん診療連携拠点病院にも整備を進めます。また近年、国が普及を推進している「がんゲノム医療」について、筑波大学附属病院を「がんゲノム医療中核拠点病院」とし、4つの地域がんセンターを「がんゲノム医療連携病院」として整備します。</u> ⇒地域がんセンターの役割を明示したほうが良いと思う。私の案としては「高齢者がん医療」「緩和ケアセンター」「がんゲノム医療」のモデル的实施の役割を示した。西山委員が指摘されたように、県民にわかりやすく「見える」ようにすることも大切であり、地域がんセンターに「高齢者がん医療センターあるいは拠点病院」「緩和ケアセンター」「がんゲノム医療センター」と明示したほうが良いかもしれない。ほかにも県として書き込んだほうが良い地域がんセンターが担うモデル的役割があれば、ぜひ書き込んでください。他の県にはない独自の取組になると思う。</p>	<p>第五次計画では、地域がんセンター・拠点病院の区分によらず、各医療機関における医療資源（医療従事者、病床数、診療機器等）を考慮した上で、診療の役割分担についての検討を進めていきたいと考えております。</p> <p>緩和ケアセンターにつきましては、現行の拠点病院の整備指針では、都道府県がん診療連携拠点病院（県立中央病院）にのみ設置が必須であり、拠点病院は必須ではありません。各拠点病院（地域がんセンターを含む）における緩和ケアの実情（病棟の有無、緩和ケアチームの人員体制等）は大きく異なりますので、第五次計画では一様に緩和ケアセンターを整備するのではなく、各拠点病院における緩和ケアチームの活動推進を優先した内容とすることを検討しております（第3章－Ⅱ参照）</p> <p>がんゲノム医療につきましては後述しておりますが、筑波大学附属病院をがんゲノム医療拠点病院とするほか、連携病院を増やすことを目標に掲げておりますが、その候補は地域がんセンターに限定したものではありません。</p>

通 番	委員名	項 目	内 容	対応（案）
19	小島委員	第3章がん医療提供体制と生活支援 Ⅰ がん医療体制の整備 1 がん医療連携体制の構築 （1）がん医療提供体制の均てん化・集約化について ③各がん専門医療機関及び県の役割について (iii)地域連携クリティカルパスの運用	「取り組むべき施策」の欄に「各がん診療連携拠点病院と在宅医療を提供する医療機関等との連携を推進させる方策を検討します。」という記載があって、この記載自体は適切な内容だと思うが、その見出しが「地域連携クリティカルパスの運用」となっていることに違和感を覚える。ここで言う「地域連携クリティカルパス」とは、所謂「がんパス」のことか？「がんパス」の運用については相談支援部会で毎年検討してるが、県内拠点病院でほとんど機能していないことは明白であり、同部会では近県の状況も調査しているが他県でも同様。ここでは敢えて「地域連携クリティカルパス」という用語を使わずに、適切な見出しに改めることを提案する。	素案の見出しを「県内における地域医療連携の推進」に改めました。(P37,L4,P42,L19)
20	志真委員 （発言）	第3章がん医療提供体制と生活支援	これは基本計画だから、どういうふうに集約化、均てん化、集約化のバランスを取っていくのかという政策的な提言があつてしかなるべきではないかと思う。 そのためには、各地域がんセンター、診療拠点病院の人の資源、設備資源といったものを把握した上で、がん診療連携協議会でその集約化を話し合ってもらくなど、集約化と均てん化のバランスを取っていくというふうな方向性を書き込んでいただけるとありがたい。	素案の記載を修正しました。(P42,L4)
21	島居委員 （発言）	第3章がん医療提供体制と生活支援 Ⅰ がん医療体制の整備 1 がん医療連携体制の構築	がん診療連携協議会の意見としては、分散型のがんセンター構想によって高度専門的な医療に対応しきれていないという意見もあるという指摘があるわけだから、それに対しての「検討する」という、少し修正の文言を加えるのはどうかということを意見としては出させていただいたが、まだ反映はされてないので、現在の課題として、茨城県でもそこは掲げておいたほうがいいのではないか。	素案に追記しました（黄色ハイライト部）。(P35,L20)

通番	委員名	項 目	内 容	対応（案）
22	西山委員 （発言）	第3章がん医療提供体制と生活支援	単に集約化、分散化と言っても、具体的なものがないので何か、分野ごとに集約化をする、場所は県北県南もしくはどこでもいいが1ヶ所もしくは2ヶ所に、何某センターという、これはここできっちり見るんだという見える化をして、それを市民に対してプレスで周知することが、がんに対する意識とかに繋がっていくのではないか。そういう見える化に向けた方策というのを書き込んでいただければ。	現時点ではがん診療における各病院の役割分担を明示（見える化）するのは困難ですが、将来的に、役割分担が進められた際には、拠点病院等の区分ではなく、各病院単位での役割を示すことも可能かと存じます。
23	志賀委員 （意見書・発言）	第3章がん医療提供体制と生活支援 Ⅰ がん医療体制の整備 1 がん医療連携体制の構築 (2)がんゲノム医療体制の整備	ゲノム医療の研究開発及び提供において得られたゲノム情報の保護が十分に図られるとともに、当該ゲノム情報による不当な差別が行われないようにする。（追加） 【理由】ゲノム医療体制の整備については詳細については患者側からの視点がまったく入ってない。ゲノム情報は生涯変わらないプライバシー情報であるということを忘れないでほしい。ゲノムについては第1優先事項として検討をお願いしたい。	素案に追記しました（黄色ハイライト部）。(P45,L12)
24	関根委員	第3章 がん医療提供体制と生活支援 Ⅰ がん医療体制の整備 取り組むべき施策 (2) がんゲノム医療体制の整備	取り組むべき施策 (2) がんゲノム医療体制の整備のところに、 「県は、がんゲノム医療を推進するのに必要な認定遺伝カウンセラーや臨床遺伝専門医の育成を支援します。」という一文を追加することを提案する。 【理由】これらの資格を持った人が勤務していることが、がんゲノム医療連携病院の指定要件に入っており、それがネックとなっている現状があるため。	ご意見ありがとうございます。 がんゲノム医療体制の整備に関する必要な施策について、人材育成を含め今後検討させていただきます。
25	関根委員 （発言）	第3章がん医療提供体制と生活支援	ゲノム医療に関し、4年前の状況ではそれまで研究的な医療であったものが保険診療が4年がたち、これからは、広く茨城県でその均てん化を図っていく時期になっていると思う。 そういった意味では、茨城県全体の中で地域に関わりなく多くの患者が気軽に受けられる体制を作ることが必要だと思い、今、連携病院の数を増やしたらどうだろうかと考えているが、それはやはり多くの患者がよりアクセスしやすいということを目標としているということである。	ご発言ありがとうございます。

通番	委員名	項目	内容	対応（案）
26	小島委員 (意見書・発言)	第3章がん医療提供体制と生活支援 Ⅰ がん医療体制の整備 1 がん医療連携体制の構築 (3)ライフステージに応じたがん医療・療養環境の整備 ①小児・AYA世代 ・AYA世代のがん医療の取り組むべき施策	<p>AYA世代のがん患者の対応については、相談支援体制構築の必要性に関して詳しく述べられているが、一方で以降の「小児・AYA世代のがんに対する医療提供体制」の項では小児がんに対する施策しか論じられていない。AYAはご存知のとおり15～39歳を指すので、小児医療の充実のみでは十分でないことは明らか。</p> <p>2017年から始まった国の第3期がん対策基本計画には（取り組むべき施策）として「国は、A Y A 世代のがんについて、小児がん拠点病院で対応可能な疾患と成人領域の専門性が必要な病態とを明らかにし、その診療体制を検討する。」という文言が盛り込まれている。第4期基本計画でAYA世代のがんに対する医療提供体制にどのような記載がされているのか承知していないが、茨城県としては国の計画に準じた形でAYAの医療提供体制について「取り組むべき施策」を記載すべきかと考えるが、如何か？</p> <p>A Y A のがんというのは、婦人科のがんや乳がんが多くあり、例えば各拠点病院とか地域で均てん化したところで治療できるということは重要だが、そうでないがんが多数ある。これはどちらかというと少ないがんになるので、こういうものはある程度拠点形成でやってくれないと。</p> <p>各施設が、少ない経験の中で、試行錯誤しながらやっても、あまり医療提供できないと思う。</p> <p>だから集約化ということが必要で、A Y A の医療を提供する拠点病院というものを、県として作っていった方がいいのではないかな。</p>	<p>ご指摘も踏まえ、「ライフステージに応じたがん医療・療養環境の整備」において、「2016-2017年小児AYA集計報告書」をもとにAYA世代のがん医療の現状と課題について追記し、取り組むべき対策として、AYA世代の年代別・疾患別に、日本において多いとされるがんについてはがん診療連携拠点病院で対応、その他のがんについてはがん医療提供体制の集約化の協議を進めていくことを追記しました。 (P47,L1,P48,L20)</p>
27	新井委員 (発言)	第3章がん医療提供体制と生活支援	<p>A Y A は15歳以上かと思うので小児病院で担当することは比較的少ないと思うが、そういった点では、教育的な面で、役割が果たせるかどうかということが重要と思う。</p> <p>ただ、教育といっても忙しい臨床の中で、スタッフがやっていくとか難しい面もあり、小児への教育は性教育等含めて他の面もいっぱいやらなければならないこともあるので、効率的にやっていくような、そういうことでがんに対する知識を若いうちから得られるようなふうに県と協力してやっていければと思う。</p>	<p>特に、小児がん経験者の中には、自身のリスクを知り、合併症の早期発見、予防に関する健康保健教育の場として長期フォローアップが重要です。一方で、青年後期から前成人期にかけて健康な状態から受診を中断したりしないよう、晩期合併症のリスクの教示や受診継続の意味等の周知をお願いします。</p>

通番	委員名	項 目	内 容	対応（案）
28	浅川委員 （発言）	第3章がん医療提供体制 と生活支援	<p>がんのリハビリテーションの充実という項目で、個別目標を「がんのリハビリテーションに携わる専門的な知識及び技能を有する医師を配置」ということがあるが、チーム医療ということで、がんのリハビリテーションのリハビリテーション料を算定できる研修等、筑波大でやられてるような研修等を受けると、算定できるようになっている。</p> <p>拠点病院、指定病院で、どれぐらいの割合で算定しているのか、個別目標として、その算定のしている施設の割合等を目標値として入れてもいいのではないか。</p>	「がん患者リハビリテーション料」の算定回数につきましては、第五次計画ロジックモデルに組み込んでおり、個別目標とは別にモニタリングしていくことを検討しております。
29	堀越委員 （意見書・ 発言）	第3章がん医療提供体制 と生活支援 1 がん医療体制の整備 2 がん治療体制の充実 とチーム医療の推進 ③薬物療法 ・個別目標	<p>（「がん診療連携拠点病院・地域がん診療病院及び茨城県がん診療指定病院(17施設)におけるがん患者指導管理料ハの算定回数」の目標値について）</p> <p>「がん患者管理指導料ハ」算定要件中の施設基準に該当する薬剤師の資格として、日本病院薬剤師会認定の「がん薬物療法認定・専門薬剤師」、日本医療薬学会認定の「がん専門薬剤師」、日本臨床腫瘍薬学会認定の「外来がん治療認定・専門薬剤師」がある。いずれかの認定専門薬剤師の資格を有する者を対象とすべきと考える。</p> <p>【理由】現状のがん医療体制の整備/がん診療拠点病院に化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医療従事者の配置/薬剤師については、日本病院薬剤師会認定のがん薬物療法認定薬剤師のみが対象となっている。3団体のうちのいずれかを取ってる薬剤師入れると多分9分の9になると思う。県指定も、足りてないところは私の方で感じたところでは3施設だけになるので、ある程度目標達成に近づいてるのかなと思うので、ここはいずれかの認定薬剤師の資格を有するもの、を対象としていただけたらと思う。</p>	ご指摘のように、いずれかの有資格者の配置で考えますと、各拠点病院には1名以上配置されている状況であることから、本個別目標は達成済みと考えます。そのため、第五次計画では個別目標には設定せず、素案に「がん薬物療法に係る専門資格を有する医療従事者（医師、薬剤師、看護師等）の育成・配置」について記載しました(P54,L18,P55,L30)。また、県の役割（医療人材の育成）においても、薬剤師の育成について言及しております（P43,L36）。
30	北見委員	第3章がん医療提供体制 と生活支援 1 がん医療体制の整備 2 がん治療体制の充実 とチーム医療の推進 （2）チーム医療、がん のリハビリテーション、 支持療法の推進	<p>拠点病院等においては、医療従事者間の連携体制の強化に係る環境整備に向けて、様々な専門チームの設置が進められているが、拠点病院等以外の医療機関においては、専門チームの設置が進んでいないと思われる。</p> <p>また、自宅での療養を希望するがん患者に対しても、訪問診療・訪問看護によるチーム医療提供体制の整備が必要である。</p> <p>歯科医師や歯科衛生士なども関わる「口腔ケアチーム」「栄養サポートチーム」、「緩和ケアチーム」など、安全かつ安心で質の高いがん医療を提供するため、多職種によるチーム医療のさらなる推進が望まれる。</p>	「第3章がん医療提供体制と生活支援、1 がん医療提供体制の整備、2 がん治療体制の充実とチーム医療の推進、(2) チーム医療、がんのリハビリテーション、支持療法の推進、③支持療法の推進」において、口腔ケアチーム等についての取組について記載しています。（P59,L24）

通番	委員名	項目	内容	対応（案）
31	土屋代理出席者 （発言）	第3章がん医療提供体制と生活支援	がん患者においてもＱＯＬの高い生活を送るためには、口腔機能管理の推進はとても重要と思われるので、歯科医師や歯科衛生士など口腔ケアチーム、栄養サポートチームや緩和ケアチームなど、また多職種によるチーム医療のさらなる推進をお願いしたいということと、あとは医療連携体制の整備で、がん診療専門医療機関等在宅療養支援する医療機関の連携を図るため、歯科医師会との関係団体との協力体制の整備強化をさらにお願いしたい。	前段については前項の記載のとおりです。 後段については、「（５）社会連携に基づくがん対策・患者支援」において歯科医師会との連携について触れています。（P52,L23）
32	沼田委員	第3章がん医療提供体制と生活支援 Ⅲ 生活支援体制の整備 2 がん患者の離職防止や再就職のための就労支援体制の整備 (1)就労問題に関する課題の把握、関係者への働きかけ ②がん患者の就労の現状	就労の現状について、「治療開始前に就労の継続について、病院の医療スタッフから説明があったと回答した人は27.9%にとどまる」との記述があるが、医療スタッフから説明する仕組みとかルールがあるのか。 【理由】早期離職の防止には、診断後の早い段階で「治療と仕事は両立できる」との強いメッセージを患者に伝えることが必要であり、医療スタッフからの説明は説得力があり、とても有効だと思うので、ぜひ、これをルール化していただきたいと思う。	労災疾病臨床研究事業費補助金「医療機関における両立支援の取り組みに関する研究」により公表されている「医療機関における治療と仕事の両立支援導入ガイド」では、治療と仕事の両立支援の流れをもとに、医療機関の取り組み方、医療従事者がそれぞれの立場で担う役割を示しており、両立支援の導入方法も、トップダウン、ボトムアップによる導入といった方式があり、医療機関によって取り組み方法は異なると思われますが、このようなガイドブックの例示等を医療スタッフが日頃から参照し、患者等への説明に活用することも有効であると思われるので、改めて周知を図ります。
33	沼田委員	第3章がん医療提供体制と生活支援 Ⅰ がん医療体制の整備 1 がん医療連携体制の構築 (5)社会連携に基づくがん対策・患者支援・個別目標	（「がん患者の在宅死亡割合」の目標値について） 20%は令和4年度に達成しているほか、末期のがん患者に対して在宅医療を提供する医療機関を増やす計画であり、20%のままでよいのか。 【理由】在宅医療を希望する患者はそれほど多くはないのでしょうか。在宅医療を希望しても受けられない患者がいるので、在宅医療を提供する医療機関を増やす計画なのだと思うが。	厚生労働省の令和4(2022)年度版医療計画作成支援データブックによると、がん患者の在宅死亡割合（悪性新生物）の令和4年現況値は22.1%であり、6年後の目標値について25.0%に設定したいと考えます。（P61）

通 番	委員名	項 目	内 容	対応（案）
34	志真委員	<p>第3章 がん医療提供体制と生活支援 （5）社会連携に基づくがん対策・患者支援 ② 地域におけるがんの医療連携体制</p> <p>デジタル化</p>	<p>「がん診療連携拠点病院等は、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、薬局、保健所、居宅介護支援事業所、市町村地域包括支援センター等の関係機関とともに、<u>地域包括ケアシステム（※）の仕組みも踏まえつつ、地域における在宅療養の支援体制（薬剤や医療機器の貸借の仕組み、緩和ケアの提供などを含めた支援体制）、診療所間の連携・協力体制（不在時や休日の業務の調整など）の整備や社会的支援や困難事例等への対応に取り組めます。（※）住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進</u>」 ⇒「<u>地域包括ケアシステム（※）における在宅医療・介護連携事業の仕組みを活用して</u>」 としてはどうか。すでに多くの市町村は「在宅医療・介護連携協議会」といった組織が設置されている。ここに「地域緩和ケアネットワーク」との統合の役割をしてもらうのが望ましいと考える。</p> <p>そのためには地域連携システムのデジタル化が不可欠だと思うが、まだ、茨城県ではそこまでデジタル化を進める機運がないので今回の第5次計画では各市町村に方向性を示す準備期間として位置付けたらどうか、と思う。</p>	<p>「<u>地域包括ケアシステム（※）における在宅医療・介護連携事業の仕組みを活用して</u>」に修正しました。 （P52,L29） 計画期間においてICT技術を活用した在宅医療支援のためのツールが普及してくるものと思われるため、その活用の推進について追記しました。 （P52,L35）</p>

通番	委員名	項目	内容	対応（案）
35	堀越委員	第3章 がん医療提供体制と生活支援 （5）社会連携に基づくがん対策・患者支援 ② 地域におけるがんの医療連携体制	<p>茨城県薬剤師会からの意見として、「緩和ケア研修受講推進と無菌調剤施設を有する薬局と医療機関との連携」があり、取り組むべき施策に追加されている。</p> <p>本年7月に厚労省から発表された資料では、「専門医療機関連携薬局」（保険薬局が対象）は茨城県には6薬局であり、がん診療拠点病院の数と比較しても少ない状況にある。</p> <p>内服抗がん剤処方が多くが院外薬局で調剤されている現況から、有効かつ安全ながん薬物療法を継続するためには保険薬局薬剤師のチーム医療への参画は必須であり、多くの抗がん剤処方を応需する（がん診療拠点病院に関連する）保険薬局の「専門医療機関連携薬局」取得について、茨城県薬剤師会に意見を求めたい。</p> <p>また、日本臨床腫瘍薬学会認定の「外来がん治療認定・専門薬剤師」は保険薬局薬剤師が取得可能な認定資格であり、「抗がん剤処方を日常的に応需している保険薬局薬剤師の当該資格取得」について、取り組むべき施策とできないか検討いただきたい。</p> <p>県内に保険薬局所属の外来がん治療認定・専門薬剤師は12名（8薬局）在籍している。</p> <p>多分現状で、外来の抗がん剤治療している患者の内服の抗がん剤というのは、院外処方せんによって、保険調剤薬局の先生方が調剤をしては、患者に服薬指導、いろんなフォローアップをしている、そういう現状があるので、そういった方をもう少し拾わなければいけないので、7月に厚労省から出された専門医療機関の連携薬局、それが茨城県内に6つしかない（6月30日の時点）、意外とつくば県南地区に偏っている現状があるので、がんの拠点病院の数と比較してもそれが少ない。</p> <p>ただ、薬剤師会の意見を聞きたいと思うのと、もう一つ臨床集約学会の認定は、保険調剤の先生も取得ができる資格になっているので、12名、保険薬局の先生が取得をしていて8薬局ある、そういったことも今後目標値に設定できればいいかなと考えていた。</p>	<p>厚生労働省が公表している「専門医療機関連携薬局数」は令和5年8月31日時点で本県は6薬局となっており、全国でも167薬局と少ない状況となっており、今後の推移を見ないと目標数値を設定するのが難しいところです。</p> <p>また、本年8月1日現在で「外来がん治療認定薬剤師」は県内に15名、「外来がん治療専門薬剤師」は県内に3名が公表されており、こちらについても、目標数値を設定するには今後の取組みについて検討が必要なことから、直ちに御指摘への対応は困難な状況にあります。</p>

通 番	委員名	項 目	内 容	対応（案）
36	三橋委員 （発言）	第3章がん医療提 供体制と生活支援	<p>緩和ケアは、専門的緩和ケアと一般的な緩和ケアに大きく二つに分けてもう細かく分けられると思いますが、その専門的な緩和ケアのコンサルテーションに関しては、県で筑波大学を中央的にして、緩和のカンファレンスなどもやるということで、今年から始めようという話で進んでいるところである。</p> <p>そういう意味でのデジタル化もあると思っているのと、筑波大の木澤先生とかとの話で、専門的緩和ケアの人材の育成に関して、育成をする施設が県内にはなく、日本でもなかなかないという。</p> <p>あと、支援に関しても、例えば、がん専門看護師の場合には、2年間大学に行く必要があるが、現行の財政的な支援は、1年ごとになってしまうことから、その2年間は休んで、手弁当で行って、結果、自力で資格を取ってくるというような形になっていて、その間の生活のことや種々問題が生じてくる部分ある、そういうところも議論にはなったが、もう少し、例えば、お金は単年度ごとの支援ではなくて2年なり3年なりというのを認めるとか、そういうような支援もしてくれと、利用率も上がってくるのではないかと。</p> <p>今後も、そういう話し合いもしていきたいと思っている。</p>	<p>現行の補助制度では、教育課程が2ヶ年度にまたがる場合、各年度ごとの経費（授業料等）に基づいて申請があれば、2ヶ年度分の補助を行っています。</p>

通番	委員名	項 目	内 容	対応（案）
37	小島委員 （発言）	第3章がん医療提供体制と生活支援	<p>専門職の養成について、例えば緩和ケアがん薬物療法、がん化学療法看護師とか書いてあるが、これは、国の計画に合わせるというふうになってるが、例えばがん薬物の認定看護師というのは、昨年夏に拠点病院の要件が見直された際、その中で地域拠点病院では、外来化学療法施設の中に1名配置することが望ましいと書かれている。</p> <p>であるから、これ配置の問題は書いていないので、2名以上とすることは、かなりハードル高い。</p> <p>重要なことは、例えばがん薬物療法専門医にしても、各病院にいた方がいいが、実際に例えばがん薬物療法専門医にとっても、大半の人は例えば消化器科の診療をやっているとか、血液内科の診療をやっているとか、要するに自分の専門診療だけやっていて、がん薬物療法の管理とかをやっている人は本当に県内で数えるほどしかない。</p> <p>であるから、単なる人数の問題ではなくて、例えばがん薬物療法の認定の看護師を増やすのはいいが、これがちゃんと化学療法、外来化学療法施設とか、或いは化学療法を行う病棟に配置されていることが重要なんだと思う。</p> <p>この単なる数の目標は、見直したほうがいいのではないかな。</p>	<p>専門職の養成につきましては、第五次計画ロジックモデルに組み込んでおり、個別目標とは別にモニタリングしていくことを検討しております。</p>
38	角田委員 （発言）	第3章がん医療提供体制と生活支援	<p>勉強に行く看護師とその職場と学校との関係があって、教育課程の学校については、看護協会の認定看護師の制度が少し変わった特定行為に関連して変わった関係があって、学校の数が少なくなっていて、遠方に行かなければがん関係の認定看護師の資格が取れなくなって、さらに負担が大きくなったかと思う。</p> <p>一方では、ずっと目標値に上がっていてもなかなか進まない病院もあるので、こういうところは、今日、県の方で個別に指導していただくというか、なぜいけないかということの特に看護管理者や病院長とかと、ヒアリングして問題解決していただくような会議をしていただければありがたい。</p>	<p>ご意見ありがとうございます。看護師の資格取得における課題につきましては、引き続き、看護師研修推進分科会などの場を通じて協議していきたいと考えております。</p>

通番	委員名	項目	内容	対応（案）
39	荒井委員	がん患者の在宅療養について	<p>「〇〇を構築していきます」と抽象的な内容だったり、「検討します」とまだ十分な検討が完了していない内容だったり、具体化・明確化には至っていないところが多いことが気がかり。</p> <p>一方で、がん教育と予防、検診、治療体制、緩和ケア等は、かなり詳細な項目に渡って、具体的な実施事項、数値目標等が、多々並んでいる。それと比べると、大きく出遅れている領域のように感じる。</p> <p>とはいえ、具体的な実施事項、数値目標の設定は、関係団体等との調整も必要と思われ、簡単に設定できないことも理解できる。そのため、今後、検討・調整をして、次の計画（第6次以降）に反映させるというのも、現実的なところなのかもしれないが、次の計画策定まで5年以上あるので、その間に、この部分が、欠けることなく、検討し続けられていくのか、毎年申し送られ続けていくのかどうかという点にも、心配がある。少しでも前に進めるためには、少しでも具体化していく必要があると思う。特に、「検討する」「構築する」ということには、具体的な目標があって検討するのと、不明確なまま検討するのでは進み方が違うように感じる。出来るところから、一部分だけでも、進められないか？</p> <p>例えば、がん患者の在宅療養支援で苦悩していることとして、医師：受けてくれる医療機関が少ない、看護：訪問看護師の数が少ないこと、薬局：注射薬（特に麻薬）を扱う薬局が少ないこと、ケアマネ：がんの在宅看取りへ苦手意識が多い、在宅ケア事業者（特に訪問入浴、訪問介護等）：事業者・従事者数が少ないこと、県民・市民：がんであっても最期まで自宅で過ごせる（在宅看取りが可能である）ということを知る人が少ないことなど、いくらでも思いつく。それらの中で一つでも、具体的な対応策を盛り込めると良いと思う。</p> <p>地域包括ケアシステム構築のための取り組みとして（がん患者の在宅療養に関わらず）、すでに県が取り組んでいることも多々あると思う。そうしたすでに出来ていることだけでも、具体的な記載を入れた方が良いように感じた。</p> <p>がん患者の約20%が、最期を自宅で迎えている。つまり、少なくともがん患者の20%が、在宅ケアを利用している。さらに、看取りの手前までは在宅ケアを受けながらも、最期は入院されるという方もいらっしゃるでしょうから、がん患者の在宅ケアのニーズはさらに大きいものとなる。そして、在宅ケアの体制がより充実すれば最期まで自宅で療養したいけれども、その体制が無いから（あるいはその体制があるの知らないから）、自宅で療養するということを実現できないという方も多いはずである。つまり、在宅ケアの体制の充実、がん患者の多くが必要とする。それだけの多くの人に関係する部分なのに、この計画において、それに言及される内容・量が極端に少ないところが気になる。</p> <p>自宅で最期を迎えたいと願う人（がん患者の約7割？）のほとんどが、それを実現できる社会を目指していきたい（現状（それを実現できているのは約20%しかない）を脱したい）。そうした県の姿勢を、この計画でしっかりと示して欲しいと期待した。</p>	<p>在宅療養を希望するがん患者に対しては、患者やその家族等の意向に沿った継続的な医療が提供されるとともに、居宅等での生活に必要な介護サービスが提供され、人生の最終段階には、看取りまで含めた医療や介護サービスが行われるように関係者が努めています。</p> <p>なお、在宅医療に係る医療体制の推進については、医療法30条の4第1項に基づく医療計画において定めることとなっており、がんの医療体制にも求められる医療機能の1つとして、在宅療養支援機能について設定することとなり、当計画とも整合を図る必要があります。</p> <p>県として在宅医療の取組のなかで、がんの医療体制において利用等してきたものについて、当計画にも追記しましたが、十分であるとは考えておりませんので、今後の施策の充実に向けた取組等について引き続き御助言等をお願いいたします。</p> <p>（P50,L12,P51,L36,P52,L2,L11,L19）</p>

通番	委員名	項 目	内 容	対応（案）
40	角田委員	第1章がん教育の推進 第3章生活支援体制の構築 在宅医療に係る生活支援体制の強化	<p>生活支援には介護保険関係者の役割が大きくなる。しかし、介護保険関係者は医療者の割合が少なく、がん診療について正しく伝わっていないときもある。コロナ禍の際も、感染予防等で介護保険施設や訪問介護事業所などに、正しい知識が伝わっていないために混乱したことがあった。</p> <p>生活支援において身近な支援者であるこれらのひとに、教育を行うことが必要だと考える。個別の対策として、がん予防推進員の養成に、ケアマネジャーや訪問介護員などに積極的に参加する計画を検討していただくとありがたい。</p>	<p>計画案のうち「在宅医療に携わる医療従事者等の育成と県の役割」において、「訪問介護専門職等に対する研修の充実」について追記しました。 (P52,L2)</p> <p>また、がん予防推進員の養成対象者として、ケアマネジャーや訪問介護員などが自ら応募する方や市町村長から推薦のあった方としておりますので、特に後者への周知方法について検討したいと考えます。</p>

通番	委員名	項目	内容	対応（案）
41	小島委員	第4章がん登録とがん研究 2 がん登録情報の活用	がん登録情報の活用について論じられているが、まず県が主体的に5年生存の情報を県民に公開することが必要。 「県は、引き続きがん登録精度の維持に努める他、がん対策の企画、がん計画の進捗評価、統計資料作成及び保健医療の向上に関する疫学研究等において、全国がん登録事業で収集したデータを積極的に活用するよう努めます。」と記載されているが、ここで必要なことは1) 全拠点病院、指定病院がfollow up率を90%以上にして全県的な正確なデータベースを作る、2) 県は自ら主体的にがん種ごとステージごとの生存情報を公開する、3) 得られたデータをもとに茨城県として必要な施策を継続的に検討していく、というプロセスです。今までと違った一歩踏み出した形での施策に県が取り組むということが明確になるような記載に改めるべきかと考える。	第4章がん登録とがん研究 2 がん登録情報の活用 において、追記（黄色ハイライト部）しました。（P88,L10,L27）
42	白川委員	その他	居住する地域により医療やサポート体制に差が出ないよう市町村等に対しての助言が必要か。	ご意見ありがとうございます。 地域間格差が拡大しないようにするための方策を模索していきます。
43	島居委員 （発言）	その他	患者体験調査の結果は、一部が切り取られて、かなりそこが、茨城県のがん診療が過小評価、評価が悪い状況になっており、今年度新たに全部の拠点病院と一応方向性としては全部のがん診療指定病院を対象にアンケートをやるという方向になっているので、その結果も踏まえて今後の目標値の設定にも、反映できればと思う。	御発言ありがとうございます。
44	大場委員 （発言）	その他	がん患者の体験調査の内容で、手術や治療に関する満足はあるようだが、対応を急がされてしまっているようなことがあったとか、そのあとのケアの部分がなかなかうまくいかないで、フォローがなかなかうまくいかないことなどから、良く思わないことが結構多かったような印象があった。	御発言ありがとうございます。 御指摘の点などを含め、各がん診療連携拠点病院等では、日頃の診療、相談等対応において念頭に置いていく必要があると考えます。

通番	委員名	項目	内 容	対応（案）
45	永井委員長 （発言）	デジタル化 の推進	「デジタル化の推進」について、各論に具体的な方向性の書き込みがあるとよい。	「社会連携に基づくがん対策・患者支援」においてICT技術を活用した在宅療養支援について記載しました。 (P52,L35)
46	西山委員 （発言）	デジタル化	つくば市は内閣府と規制改革のところでスーパーシティ、これは介護領域と救急領域に対して、今デジタル化というのが進んでいて、つくば市と大阪が牽引をしながら行っている。だから、そういうシステムを、どうやって県の中に広げていくのかというのをぜひ委員会の中で検討していただき、施策に応用していただければと思う。	情報提供ありがとうございます。 つくばスーパーサイエンスシティ構想における先端的医療・介護サービス（つくばヘルスケア）の取組について参考にさせていただきます。
47	大場委員 （発言）	デジタル化	地域連携に関し、茨城県医師会では地域包括ケア連携推進センターを医師会において、患者の退院前カンファレンスや、具体的なシミュレーションなどをやって、研修会も開いている。 そういうものを発展させていくと病院で治療した後、地域に戻ったときにどのようにして患者を在宅の先生方が見ていけばいいかというのをオンラインで進めていけるようなシステムを作ろうとして、先日、第1回の会議があった。 今後、そのようなことをもう少し進めていくと、患者が不安なく自宅に帰れるようになれるといいなというふうに思っている。	情報提供ありがとうございます。 茨城県地域包括ケア推進センターホームページ等で情報収集を図ります。
48	西山委員 （発言）	デジタル化	オンライン化とかデジタル化というのは、個別に何をするのが読み取れないというのは、そのとおりだが、県がいうように、PTRもマイナンバーも国が混沌としてる中、デジタル化と言っても、マネタイズの問題が大きく関わってくるので、今の時点で、個別のところには何か書き込めるかっていうのは非常に難しいと思う。 だから、少なくともデジタル化を推進する、例えば、リハビリテーションがある地域でできているが、ある病院でできていないのであれば、そこにはオンラインでリハビリテーションの指導ができるとか、いろいろな問題があるので、そういう議論するワーキングか委員会か何かそういうものを作るというようなことを書いてもいいのかなと考える。多くのところで、情報、いろんなことが書かれているが、それをどこでどう議論したらいいのかというのがまだ見えないのかなと思っている。	御意見ありがとうございます。 ワーキング等の設置も選択肢の一つとして、検討させていただきます。

通番	委員名	項目	内 容	対応（案）
49	沼田委員 （発言主旨）	デジタル化	デジタルの活用について、各委員から提案が出ていたので、現場の声をよく拾って活用策を検討いただきたい。	<p>御意見ありがとうございます。今後デジタル化の急速な進展に伴い、これを活用することは不可避であると考えております。</p> <p>例えば、内閣府のAIホスピタル事業では、AIの活用は医療を根本から変えるようなことになってくると思われます。医療、診断だけではなく、表情認識なども進んできていますので、患者のケアにも使えることが多いと思われますが、そのようなデジタル化の一般化が不透明なところがあり、素案への具体的な書き込みが難しい分野でもあります。</p> <p>チャット、グループトーク、ビデオ通話等の機能を生かした情報共有、コミュニケーションツールはますます普及してくると思われますので、まずは先進事例の取組み等を参考に検討していきたいと考えます。</p>
50	角田委員 （発言）	デジタル化	医療、治療を集約化すると、患者の生活の場から離れたところで医療が行われるので、当然ながら集約された医療機関と、それから居住してところの医療や、それから生活を支える人たち、専門職の人達との連携が必要になって、ここで遠隔でつなげるというような仕組みを作らないと、治療だけでは患者は生活していけないので、このデジタル化というかそういうものを使えるといいのかなというふうに思っている。	
51	荒井委員 （発言）	デジタル化	遠くの病院に行ってしまうと在宅医療を行う医師らとの連携がどうやってうまくいくかというところには、不安を感じるので、一方で効率や安全性と考えれば断然集約化ということ自体にももちろん賛成であるので、やはりその間を取るとなると、本当に遠隔でカンファレンスとかができるという日常的な体制というのが、落としどころ、現実的なのかなというふうには思う。	
52	荒井委員 （発言）	デジタル化	<p>カンファレンスがオンラインを使うと一番やりやすいと思っている。</p> <p>退院前カンファレンスとかも、患者との連携、患者を円滑に受けるという意味で病院との連携では、退院前カンファレンスは有効であるが、移動距離、時間がとられてしまうので、参加しにくく負担が大きい。</p> <p>カンファレンスに出るために3人分ぐらい往診をずらさなくてはいけないとかの状況になってしまうので、それを診療所から参加できるというのはすごく大きいと思っている。</p>	
53	西山委員 （発言）	デジタル化	例えば、ベンチャーなどでは、オンラインWeb会議だとその時間みんなが拘束されるので非現実的だが、LINEとかメールと同じような形で個人で縛りながら、その情報を入れておけばそこが見れるようなカンファの仕方とかであって、要するにデジタル化する中で、みんなの時間を合わせるというのが不可能な中で、どのように情報を共有するかというようなものがあるので、実際に茨城県の中では、救急と災害のところで、常総市では企業を入れた活動をしている。	