

## 令和元年度茨城県総合がん対策推進会議議事録

- 1 日 時 令和元年11月26日（火）14時00分～15時30分
- 2 場 所 茨城県薬剤師会館3階会議室
- 3 出席委員 飯田委員，片野田委員，木澤委員，諸岡委員，山口委員（議長），山田委員，吉川委員，関根代理
- 4 議 事

### (1)「茨城県総合がん対策推進計画－第四次計画－」の進捗評価について

→【資料1，2】に基づき，事務局から説明を行った。

●山口議長 ご紹介にあずかりました山口です。本日はどうぞよろしくお願いたします。着座の上で司会をさせていただきます。

それではまず、議題1、茨城県総合がん対策推進計画第四次計画の進捗状況について、ご説明をお願いしたいと思います。

●事務局（鈴木） 事務局の茨城県がん対策推進室長の鈴木でございます。どうぞよろしくお願いたします。座って説明をさせていただきます。

それでは、お手元の資料の資料1、1ページをお開きいただきたいと思います。

第四次計画において設定をいたしました計画目標、これは全体目標は三つ、それから個別目標66でございますが、これにつきまして、確認できている直近のデータを現況値に記載いたしましたして、その右側の進捗の欄には、計画策定時と比較して改善されている場合には丸を、進展がない場合には三角、そして逆に後退した場合にはバツという形で記号を記載してございます。

なお、現時点で評価すべきデータが把握できていない項目につきましては空欄としておありまして、関連調査の結果が明らかになった時点で、その数値をもって評価をしたいと考えております。

それでは、主な項目についてご説明をいたします。

まず、全体目標のうち、1の75歳未満の年齢調整死亡率でございますが、29年度の数字ですけれども、現時点で76.5でございます。前年度が77.5でしたので、計画策定時と比べると大幅に改善をいたしました。目標値76.1に向かって順調に改善しております。これは、計画策定のときにも委員のほうからご意見がございました。この状況によっては、来年の中間評価に当たっては、目標値について、また再検討するというところもあろうかと思っております。

それから2、3につきましては、目標年度の2023年度までに達成できるように、国の動向も踏まえながら着実に施策を進めてまいります。

次に、個別目標のうち、まず第1章のがん教育と予防でございます。

1のがんのリスクに関する知識の習得割合につきましては、今年実施した県政世論調査というのがございまして、その結果が12月末に公表されることになっておりますので、その数値をもって評価をしたいと考えてございます。

それから、受動喫煙防止の取り組みにつきましては、健康増進法の改正に伴いまして、

茨城県庁でも本年7月から敷地内禁煙という形になってございます。あわせて県内の各事業所等へも周知を徹底しておりますので、この数値につきましては、目標値に向けて今後改善されていくものと考えてございます。

それから、2、3の下の方ですが、がん予防推進員、がん検診推進サポーターの養成、これにつきましては、引き続き県において講習会を開催しまして、県民向けに啓発活動をしていただくような人材を養成してまいりたいと考えてございます。目標はそれぞれ1万人ですけれども、それに届くように養成をしてまいりたいと思っております。

2ページをお開きいただきたいと思います。

中ほど、第2章、がん検診と精度管理でございますが、12のがん検診受診率につきましては、国において今年実施した国民生活基礎調査の結果が来年公表されますので、その数値をもって評価したいと考えてございます。

13の精密検査受診率につきましては、策定時と比較して、胃がんは数値が下がっておりますが、他は改善傾向にございます。

がん検診の受診率につきましては、そもそも市町村において主体的に、そして積極的に受診勧奨をしていただくという必要がございますので、今年から意欲のある市町村職員を集めて自主的な研究会を立ち上げました。受診率向上、あるいは未受診者対策等についての調査分析、施策化の検討などを行っていただいております。来年度以降、その各市町村において、新たな受診勧奨策を順次実施していただく予定でございますので、目標値に向けて改善されることを期待しているところでございます。

続きまして、3ページをお開きいただきたいと思います。

第3章-Iのがん医療体制の整備でございますが、がん患者に必要な医療提供体制の整備や医師、看護師、薬剤師など、がん医療にかかわる専門的な医療従事者を配置している拠点病院等について、病院からの報告等により進捗状況を整理いたしました。

この中で、15番目の訪問看護認定看護師の育成については、バツがついておりますけれども、計画策定時は、県内の医療圏のうち鹿行保健医療圏のみに配置されていないという状況でしたが、県南西部にあります古河・坂東保健医療圏におきましても未配置という形になりまして、後退をしたという状況になってございます。他の項目につきましては、おおむね改善されていると考えております。

続きまして、4ページをお開きいただきたいと思います。

第3章-II、緩和ケアの推進、それから第3章-III、生活支援体制の整備についてでございますが、医師の緩和ケア研修受講率、緩和ケアチームの人員体制、患者サロンの整備状況ですが、全体を通して改善されつつあると考えております。

第4章のがん登録とがん研究につきましては、現状維持ないしは改善という状況です。なお、33番の院内がん登録を実施している医療機関数につきましては、病床数が200床以上の医療機関を対象としております。今年度は、対象数が25医療機関と、計画策定時から4医療機関ほど減少しておりますので、分母が変わっているということでございます。

以上が、雑駁でございますが、第四次計画の進捗状況でございます。計画期間の2年目ということでございまして、全体として数値は改善されつつあるのかなと考えております。全体目標については、三つの目標のうち一つの目標、現在の目標と比べまして年齢調整死亡率が改善されているということ。

それから、個別目標につきましては、改善が26ございました。現状維持、いわゆる進展がないものが12、後退が2でございます。引き続き目標値の達成を目指して取り組んでまいりたいと考えてございます。

続きまして、資料2の5ページをお開きいただきたいと思えます。

本年度の茨城県のがん対策関係予算でございます。計画や条例に基づきまして、予防の推進、検診の推進、医療の充実、患者家族に対する支援というこの四つの柱に沿って各施策を推進しております。予算額全体は、ほぼ前年当初並みでございます。太枠の事業がことしの拡充などの事業でございます、主な事業についてご紹介をさせていただきたいと思えます。

まず、上から五つ目のがん検診受診率向上対策事業費でございますが、市町村や企業などが行う受診率向上の取り組みに対して支援するものでございますが、このうち市町村に対する支援について、今年度から、補助率2分の1で補助上限を100万としまして、新たに22市町村分を盛り込んで予算化をしております。

その二つ上に、がん予防・検診推進対策事業という事業が継続事業でございます。これは2015年に制定をしました条例「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」に基づきまして、毎年10月のがん検診推進強化月間を中心として、講演会とか街頭キャンペーン、セミナーなどを開催して、医療に主体的に参画するという意味の参療の普及を推進しているものでございます。

参考資料の3の5ページをお開きいただきたいと思うのですが、参考資料の5ページのほうに、今年の推進強化月間の実施結果ということで掲載をしておりますので、後ほど見ていただきたいと思うのですが、主な内容としましては、水戸駅とつくば駅で実施した街頭キャンペーン、またパネル展、これはショッピングモールなどをお借りしましてパネル展をやりました。あるいは先日の11月12日には、水戸の近辺のショッピングモールで、検診を実施しました。約80名ほど、ほぼ通常の検診の1日の目標数を達成できる方が来られたということで、こういうことも今後市町村で主体的にやっていただくよう話を進めていきたいと思っております。

さらには、4番の講演会。これはアグネス・チャンに来ていただきまして、この駅の近くのホテルレイクビュー水戸で実施いたしました。

7ページには、子宮頸がんセミナーということで、県内の三つの大学で、専門の方とか、あるいはがんの体験者などによる講演などを行いました。

6番のメディアを使った広報ということで、県の広報紙とかラジオを活用した広報などを行って、参療の普及にも努めているところでございます。

それでは、資料2の5ページにお戻りいただきたいと思えます。

その下、Ⅲのがん医療の充実というところですが、これはがん診療連携拠点病院などの機能強化や体制整備のための助成などを引き続き実施しております。

それから、がん患者とその家族に対する支援のうち、いばらきがん患者トータルサポート事業というものがございますが、これはウィッグなどを購入した場合に、補助上限2万円、補助率2分の1で実施しております、昨年の350件から、ことしは485件に補助枠を拡大して実施しているところでございます。

さらに、その欄の一番下、がん患者家族療養生活支援事業につきましては、デイケアや

一時預かりなどを行う場合の支援でございますけれども、これも補助上限50万で補助率2分の1なのですが、昨年の2施設から、今年は6施設に拡大をしまして実施をしているところでございます。

以上が、議題の1に係ります第四次計画の進捗状況、それから関連の予算関係資料の説明でございます。以上でございます。

●山口議長 ありがとうございます。

では、審議に移りますが、複数ページですので、1ページずつ見ていきながらご質問をいただきたいと思えます。

それではまず、資料1の1ページ、このページでご質問、ご意見がありましたら、どうぞお願いいたします。

片野田先生、たばこはいかがですか。

●片野田委員 委員の片野田です。

喫煙率の推移が男性、女性とも減ってはいて、女性が減りが大きくて、男性の場合、やや減りが鈍いかなという印象を受けています。茨城県は、全国的に見ても喫煙率が比較的高い、関東圏の中でも高いということで、目標値が25.5%で、これは恐らくこのまま行くと到達できない可能性が高いと思えます。

個別の対策として、先ほど予算の説明がありましたけれども、がん予防推進員の養成とがん教育というのは、やや全体でたばこに特化したものがないというのはちょっと気になるところで。

社会的な情勢としては、来年2020年に改正健康増進法が全面施行されます。今年は消費税の増税があって、来年たばこ税の増税、再来年も段階的な増税があります。たばこのラベルについても、財務省のほうでも改定案が固まりつつあって、注意文書の面積が50%にふえる予定です。つまり、社会的な情勢として、今吸っている人を禁煙に導く、モチベーションを上げるようなイベントが来年以降かなりあるので、そこをチャンスとして、ぜひ今吸っている人への禁煙のサポートに予算をつけていただきたいと思えます。つまり、禁煙補助剤を使うときの金銭的な補助であったりとか、全国的には自治体によっては、その施設を禁煙にするのと同時に、禁煙の希望者に禁煙補助剤の補助を出す、金銭的な補助を出すという取り組みをやっているところも数多くありますので、そのあたりを勉強していただいて、ぜひ今吸っている人へのサポートの予算立てをしていただきたいと思えます。

以上です。

●山口議長 事務局から、何かご意見ございますか。

●事務局（大藪） 健康・地域ケア推進課の大藪と申します。

受動喫煙防止対策のほうを当課でやっております。来年度の予算につきましては、個人への周知につきましては、いろいろな媒体を使ってということ今年度から始めているのですが、来年度もやっていきたいと思っております。

あと、どちらかといいますと、企業向けですね、吸える吸えないのわかりづらい法律に

なっていると思いますので、まずは飲食店とかそういうところへのアプローチを来年度は少しやっつけていこうと思っているところでございます。

●片野田委員 委員の片野田です。

改正健康増進法の趣旨としては、原則屋内を禁煙する。禁煙が原則なので、それを周知徹底すると同時に、今吸っている人にやめるきっかけを与えるというのも大事なので、たばこ対策というのは単発ではなくて、同時にいろいろやることでシナジー効果というか、単一の対策だけではなくて、複数組み合わせることで効果がより大きくなることが知られていますので、ぜひ改正健康増進法の周知だけではなくて、喫煙者の禁煙サポートにも力を入れていただきたいと思います。

●山口議長 どうぞ。

山田委員。

●山田委員 委員の山田です。

この策定するときにも、ちょっと私も発言させていただいたんですけども、いまだに車に乗って、赤ちゃんを乗せたお母様が喫煙しているというのを結構見受けるのですね。ですから保健のほうからも、その子供に対する受動喫煙の危険性をチラシか何かでもいいですので、ぜひ広報していただけたらと思います。ご検討よろしくお願いします。

●山口議長 事務局どうぞ。

●事務局（大藪） ご意見を反映させていただきたいと思います。

●山口議長 他にいかがでしょうか。1ページ。

ちょっとこの進捗状況から外れるのですが、次の国の協議会で少し話題にしようかと思っていて、いわゆる電子たばこの問題です。法的にかかるもの、たばこの葉っぱを吸うとか、ニコチンが入った液を日本ではまだ進んでいませんけれども、それはある程度、法的規制がかかると思うのですが、一番問題になっていくのは、規制がかからない香料だけを吸うという電子たばこ。これについての取り扱いをどうするかというのは、多分各所で問題になってくると思うのですね。

茨城県としては、それをどのように考えておられるか。静岡県ないしは静岡がんセンターは、けむりや水蒸気が外から見たときに区別がつかないの点を考慮して、禁煙場所云々の整理の中では、香料だけのものも一般のたばこに準じて扱うことにしています。要するに、禁煙の場所では、そういうものを含めてNOというように大体整理が、県庁も含めてつきつつあるところなのですが、茨城県としては、そのあたりをどうお考えになるのか。事務局側から状況をお知らせしていただけますか。

●事務局（大藪） 電子たばこにつきましては、今のところ特化した事業は考えてはいないのですが、国の状況や他県の状況を見ながら、遅れをとらないようにやっていきたいと

思っております。

●山口議員 わかりました。

他によろしければ、2ページに行って、ご意見を伺いたいと思います。

がん検診のあたりで、諸岡先生は何か医師会としての動きはあるのでしょうか。

●諸岡委員 これはがん検診とは直接関係ないんですが、いいですか、ちょっと伺っても。

参考資料3、「ハタチからの子宮頸がん検診」ということで、少し話がずれるかもしれませんが、子宮頸がんをなくすには、HPVワクチンを接種するというのが基本的なものだと思っています。ちょうど去年、本庶 佑先生がノーベル医学生理学賞をとったときも、こんなに子宮頸がんワクチンで遅れている先進国は他にはないということで本庶先生もかなり怒っていました。そのことも含めて、この子宮頸がんに関しまして、今後の対策をどうするかというのを早くやらないと、国はかなり遅いですよね、実際に。このことに関して、県の行政としてはどんな考えなのか、厚労省の考えと同じように追随するのか、そのあたりが茨城県医師会のほうでもいろいろ出ていますので、もし何かコメントがあったらよろしくお願ひしたいと思うのですけれども、いかがでしょうか。

●山口議長 茨城県の考え方ということですが、どうぞ。

●事務局（鈴木） 今のご質問に関しまして、茨城県でも、基本的には主要5がんについては医師会の先生にも入っていただき各部会を設置しまして、そこで指針を定めております。そのもとは今、諸岡委員からございましたとおり、明確なエビデンスがあるかどうかということが根拠になっているものですから、国が定めた指針に沿ってやっております。ワクチンについても、国が今、消極的な推奨という形でやっている中で、それを超えて、県のほうで推奨するところまでは議論もまだ進んでいないという現状でございまして、そこは国のほうに、いろいろな状況を把握しながら歩調を合わせていくというのが県のスタンスというふうには思います。

●諸岡委員 その意見はわかるのですけれども、ただ、ワクチン接種そのものが若い女性の命を救うという事、国際的には当然そういうことになっています。国がそう言うから、県はそれ以上できないというのはわかるけれども、今の国際的な情勢としては、私、門田先生という日本医学会の会長とお話したことがあります、日本の医学界そのものをHPVワクチンに関しましてはどんどんやらないと、国際的に恥ずべき国が日本だということを言っています。このあたりはきちっと発言して、なるべくワクチンの接種に関しましては、茨城県は日本でも先進的な取り組みを行うというぐらいのつもりでやってほしいと僕は思っていますけれども、いかがですか。

●山口議長 吉川委員は、以前からこの問題をおっしゃっておられて。どうぞ。

●吉川委員 今年も、つい最近もつくばで公開講座をやって、今度、実は30日につくばの

医師会で講演することになっています。その理由は、つくばの市議員が全国のワクチン反対の活動の中心になって、産婦人科学会とか婦人科腫瘍学会もクレームががが来るみたいな形で、茨城県がすごく影響している。

基本的に僕は、JCOG（日本臨床腫瘍研究グループ）なんかでも、副作用報告とか副反応報告ってありますよね。あれだけで日本だと、関係あり、関係なし、不明とすると、関係ありのほうに行ってしまうというこの国の制度そのものが、今JCOGなんかも3年前には、明らかに関係あるのはdefinite、probable、possible、unlikely、not relatedという5段階に分けるときに、日本はpossibleが多過ぎるのです。それが今、JCOGが3年前に変えて、どっちかわからなかったらimpossible、要するにありそうですねと、それは関係ありなんです。世界的にはreasonable possibility、合理的な関連性があり、ほかの原因が考えにくいということを判定してpossibleでやったので、日本の厚労省の副反応報告とか副作用報告自体が、非常に因果関係をちゃんと判定してこなかったということが、毎回どのワクチンが出ても、関連あるかないかということ、大体関連ありとなってしまう。世界的には、WHOでも関連なしと判断しているわけです。今の世界的な動きとしては。

今、こちらも急にこの1年2年、ワクチン接種率が上がり始めてきています。実は静岡県が相当貢献しています。静岡市内の小児科の先生が、こんなの待ってられないと、みずから直接説明して、打つことに納得して打っていきこうということで、微増ですけども、全国的にいろいろそういう動きが出てきているので、余り積極的に勧奨しないとか、そういう言葉だけで、定期接種は続いていますので、実際はrecommended vaccinationというか、本来は推奨されているわけです。この間の副反応部会ですか、初めてこれを再検討すべきだという意見が数年ぶりに出ているということらしいです。なので、少し冷静に考える時期が来ているという。さすがに余り非科学的な理論だけでやっている状況ではないと。

世界的にいわれているのは、幾つも疫学研究の例で、それも全部否定的なのです、安全性に対する。日本が発信しているにもかかわらず、それを認めないという形でやっていますので、祖父江班とか名古屋のスタディですね。これは関連性が否定的なやつなので、それはWHOが引用しているわけです。日本ですらCRPS（複合性局所疼痛症候群）とかPOTS（体位性頻脈症候群）とか、そういった神経性のものとか失神とか、そういう否定的なものを出しながら、それが出るとみんな無視するという、そういう傾向にあります。

補償とはまた別です。少しでも可能性があったら、被害の可能性がわずかでもあったら補償するというのはいいと思うんですけども、簡単に関連性ありにすることによって、その事業をストップしてしまうというのとはまた別問題なので、その区別は日本は冷静に科学的にやっていくということ。世界的にはちょっと呆れられているというか、日本だけ独自の路線を進んでいて、過去にも十幾つも何回もワクチンに関しては、そういうことをやっているんです。だから、日本脳炎でも前に、強い推奨をしないと同じ文句を出したこともある。

世界的には9価ワクチンです。9価ワクチンでしかも2回接種です。だから、今やっている事業って、そもそも事業が遅れちゃっているんで、2価、4価じゃなくて、9価で、しかも14歳以下は2回接種となっています。2回接種になるだけでも、有害事象は出るというか、確率も少し下がるというのもあるので。この2回にしろ、9価ワクチンで、しか

も日本は12歳が16歳なんですけれども、世界的には十二、三歳なんです。だからワクチンの反応がいいのは14歳以下だというのがわかっているの、むしろそこをこの機会にしっかり仕組みを変えて、少し安全性というか、万が一関連性が少しでもあるとしても、そのリスク、3回接種、2回接種だけでも確率が下がることがわかっているの、そういうことをきっかけにまた9価ワクチンで、有効性も今まで7割に対してというのが9割になるということがわかっていますから、新しい仕組みでも行かないと、どんどん遅れる一方なので、危惧はしています。

●山口議長 片野田先生、ご専門はちょっと違うかもしれないけれども、疫学の立場から。

●片野田委員 疫学の立場からいいますと、ワクチンの接種した分で、今までは異形成が減るということはエビデンスがあって、浸潤がんが減らないみたいな反応があったのですが、アメリカ、早期にワクチンを導入している国で、もう浸潤がんが減り始めているというの報告されています。子宮頸がんの発生経路から考えると、それは非常に当たり前のことで、たばこの例と似ていると思うのは、たばこを減らしたとしても、肺がんが減るまで何十年もかかるのだけれども、その因果関係がはっきりしているから、肺がんを減らすためにたばこを減らすという意味のある整理をしているわけで。子宮頸がんに関しては、HPVが原因の100%であるというの医学的に認識されているので、HPVの感染を減らすことで将来の子宮頸がんが減るとするのは、論理的に考えて当然なわけです。それを待ってアクションをするのではなくて、科学的な因果がはっきりしていることからアクションを起こすという、そういう判断は必要だと考えています。

副反応に対しては、吉川先生がおっしゃるとおり、ケアをきちっとやるということ、それとセットで、名古屋スタディと祖父江スタディと両方とも因果関係があるとはいえないというところなので、このケアをしっかりとしつつ、自治体によっては積極的な勧奨、再開を検討しているところもあると聞いています。なので、茨城県として先進事例をつくるということについては、私も賛成いたします。

●吉川委員 自治体でのアンケートでも、あえて案内を出しているところが最近5%を超えたのです。5.4%。全自治体が厚労省の指示に従って案内していないわけではなくて、案内を始めている自治体は今出始めているということです。

●山口議長 この問題は、かなり慎重を要する部分がさまざまあると思うんです。現在、多分訴訟がまだ進行中。その経緯を見るべきだという意見も結構あります。

私自身、実はWHOの下部機関のIARCの委員を2000年から2004年まで数年間務めたのですが、そのときにまだワクチンは承認前で、IARCがお金を出してやっているところがあって、初期の研究、とくに大規模な臨床試験はアフリカやインドでなされたんです。そこで本当に副反応をちゃんと抑えられていたかというのは、若干疑問がある。その後、先進国でそれぞれみんなやっていますので、副反応の頻度の高いものはチェックされていると思うのですけれども。

あるいは、予防接種の専門家、ちょっと名前忘れちゃったけれども、やはりこの程度の子

防接種で、接種をしたときに受けた方が失神をしてしまう。こういう予防接種は、自分の経験では初めてだと。それぐらいのことをおっしゃっていただきましたので。直接のワクチンの効果なのか、痛み、あるいは精神的な反応は強いというのは、皆さんおっしゃっておられるので、実際には存在するのだと思います。

もう一つ、みんなが慎重になっているのは、人種差はやっぱりあるかもしれないと、みんな気にしていると思うのです。日本人、アジア人、また中国とか韓国とかで進んでいくのを見ていけば、それは徐々に明確になっていくのだらうなと思いますけれども。いずれにしても、厚労省のスタンス、あるいはがん対策推進基本計画に書かれているものは、現時点ではそういうものなりゆきをしっかり科学的な評価がなされた時点で進めていこうというスタンスになっていると思います。

さっきお二人がおっしゃられたように、ワクチン接種をやめろとは決して言っていないわけで、極めて積極的な勧奨を今、少しストップしているという状況ですので、そういうことを総合して考えねばなりません。今、ワクチン接種を勧奨したとしても、なかなか一般の方は受けない。今0.1%ぐらいですかね、現実には。そのことを考えると、少し方針をあるいは勧奨のやり方を変えてどんどん進めるには、一番最初にスタートしたときのような状況をつくらないと接種率は上がらないだらうなと、みんな心の中では考えていると思います。茨城県として決断をして、どんどん前に進めるというのは、これは今は別に許されていることなので、そういう方針もあると思いますし、あるいは、厚労省の方針決定を待つのも一つの選択肢かなと私は思います。この会で、こうせよ、ああせよという話では多分ないと思いますし、問題提起という形で諸岡先生、吉川先生、委員のご意見は承っておいていただきたいなと思います。

この件に関して、他に追加で何か、よろしゅうございますか。

どうぞ。

●関根委員 質問です。今までのデータについては、十分解析されていると思います。今後、より科学的にこの副反応に関して、大丈夫だよということを言うためには、人種差の問題も含めて、結局はやってみて、その結果をちゃんとフォローした上で出さないと言えないわけですよ。ですので、そこは矛盾しているといえますか、ある意味そのところを考えながら、なんだかんだと言って進める方向でもしない限りは、いつまでたってもデータが出ないわけですよ。それをどうしたらいいんでしょうか。

●吉川委員 日本と同じように副作用で接種率が下がった国は、アイルランドとデンマーク、それからフランスがあります。だけれども、日本のように0.1とかは絶対行かないのです。よっぽど下がっても、三、四十まで下がって、2年ぐらいすると戻ります。

それはなぜかという、非科学的な根拠もなくやめるということはしないんです。だから、有害事象で副作用でないということを証明するのは全く不可能なんです。疫学的な頻度でやりますけれどもそれはもう。なぜかという、今起こっている結果の頻度の話は、0.005%とか、そのぐらいの頻度で、あるかないかを議論しているわけです。だから、それを何百万人の臨床試験で成り立つのかというぐらいの話なので、世界的にはそれが有害事象である根拠がないということで、それを採用していない国もあるんです。WHOは。なのに、

根拠がないのにどうしてやめちゃうのというのが、世界から日本は非難されている。80%、81%ぐらい行ったんですね。80%になると、全部その後起こったことは、その副反応として報告されちゃうんです。

日本のもう一つの問題は、日本はずっとワクチンを筋注して来なかったでしょ。日本だけなんです。大腿四頭筋壊死のために。HPVワクチンだけ、みんな筋注となっていたんですけれども、あれはアジュバントを含んでいるやつというのは、筋注のほうが痛くないんです。日本は皮下注射だったんです今までほとんどが。恐らくHPVワクチンも。というのは、斜めに打つたらいいたい皮下注射なんです。筋注なら垂直に打ってるので。だから、日本はホルモン剤から全部、海外で筋注のやつが、全部皮下注射です。ワクチンの世界で筋注を必ずやってくれといったのはこれだけなんです。だから、アジュバントを含んだ不活化ワクチンというのは、本来筋注じゃなきゃだめなんです。それを皮下注射で日本だけやった可能性があるんです。そうすると、痛みが強くなるということがあるので。そういう基本的な日本独特の問題、人種差というのもそうだと思います。人種差のHLA（ヒト白血球抗原）のスタディは、全くあれは統計的解析がでたらめだった。要するに、HLAの解析はPバリュー（P値）を補正しなければだめなんです。その検討に20件とか。Pバリュー0.05じゃ関係ないんです。それは鹿児島大学のデータが全くインチキだったと証明されているんですけれども、少なくとも、日本独特の問題の中には、この筋注の問題。

局所の痛みというより、治験がやっているのは正確に筋注をやっていますから、要するに一般の普通のときの痛みの程度とか、その辺のことも詳しく日本でわかっていないのは、日本は独特、世界的にちょっと異様な国だと思われている、そういうこともあります。だから、大腿四頭筋で懲りたら、ずっと筋注を避けてきた珍しい国だということなんです。そこで筋注を全面に奨励して、世界では筋注をやっているものと比べているわけですから。これを調べるのが難しいし、少なくとも科学的にワクチンの副作用でないことを証明するまで待ちましょうというのは、永遠に待つしかないです。

●山口議長 どうぞ、山田委員。

●山田委員 一般市民として、孫とか誰かがこの注射を打たなければならないということをお話してお話を聞いていたんですけれども、今マスコミも含めて、とにかくいろいろな副作用があってということで、お母様方が全部ストップしちゃっているのは事実だと思うんです。それを変えていくには、今先生方がおっしゃったように、あちこちでこの事実をお伝えして、そうじゃないんだよということを少しずつ伝えていかないと、絶対お母様たち、受けさせるという判断にならないような気がしますので、ぜひその辺の広報のほうで改善できたらと思います。よろしくお願いします。

●山口議長 他にこの問題はよろしいですか。

引き続き2ページで、2番の問題以外でご意見、ご質問がございましたら。  
どうぞ。

●片野田委員 委員の片野田です。

検診の受診率向上のところで、市町村に対する補助の予算をつけたという話があって、これは非常によい工夫だなと感じました。

一方において、受診率向上ともう一つ、精密検査の受診率の向上の両方なのですけれども、科学的には、コール・リコール、受診する必要がある人に呼びかけをします。それで受診者の名簿に基づいて、受けていない人にもう一度きちんとリコールをするというのが効果があるというふうに示されているんですが、県としては、検診の実施主体ではないので、市町村でそういうコール・リコールをしているところを後押しするような取り組みをぜひしていただきたいと思っています。

先ほど勉強会を開始されたというお話があって、恐らくそこでもそういう話が出ていると思うので、コール・リコールをする自治体が増えるような方向で、県としてもサポートをしていっていただければと思います。よろしくをお願いします。

●山口議長 事務局から。

●事務局（鈴木） ご指摘ありがとうございます。まさにこの研究会の中でも、茨城県内44市町村はあるんですけども、問題意識を持っている16市町村が、ぜひ参加したいということで手を挙げてくれまして、18の方が参加して研究会を組織しました。

その中で、今委員おっしゃったように、コール・リコールの問題をどんなふうにやるか、具体的にはそのやる方法だったりとかという議論もしていますけれども、大半の市町村は、自分のところではこんなことをやっていますよということは報告するんですが、それでどれだけの効果が上がっているんですかということになると、余り前年と比較しても変わらないと。

問題は、何をやっているかでなくて、それをどうやるかということ。具体的に言えば、一人一人に合った勧奨の仕方というのがあるだろうと。一人一人は難しくても、ある程度のカテゴリーごとにアプローチしていく、そういうナッジ理論をうまく導入してやっていくということを意識して皆さんに議論してもらっていますので、少しずつやり方を工夫した勧奨策、コール・リコールができてくるんだろうと期待しております。

●片野田委員 ありがとうございます。先ほどの説明で、講演会とかアグネス・チャンさん、市民に啓発するような取り組みをやられているというお話がありましたけれども、もちろんそれもいいんですが、実際、その受診行動を起こすという行動変容は、やっぱり自分ごととして捉えて初めてアクションが起こるところなので、何かチラシとかティッシュを受け取って、それで受けなかった人が受けると変わるってなかなかないので。コール・リコールというのは、自分に対してコールしてくれる、自分に対してリコールしてくれるというのが一番行動の後押しをするので、そういうポピュレーション全体へのアプローチと、個人に特化したアプローチをぜひ両面でやっていただきたいと思います。

●山口議長 ありがとうございます。

ほかよろしゅうございますか。

それでは、3ページ。

3 ページで、どなたかご意見。医療体制、人材を含めた話ですけれども、今日は水野先生いらっしゃらないので、看護師のところはご意見がないかもしれません。

どうぞ。

○吉川委員 茨城県が一番大きな問題は、結局がん薬物療法専門医の数ですよ。関根先生のところで唯一養成していただいている状況なんですけれども、当院も今年度、やっと初めて1人入ったというところで、もの凄く今、希少的価値が高いというのが茨城県の現状で、本当は相当足りません。僕は臨床腫瘍学会の理事をやっているときに、全国でビリから2番目がうちだったんです。茨城県1人。そのころは滋賀県がゼロとなっていました。千葉県は15人ぐらいそのときいたんですけれども。だからもの凄くがん薬物療法専門医が遅れていて、養成しているのも筑波大だけです。筑波大でも腫瘍内科の先生が存在しなかったの、ぜひここは、県が薬物療法専門医を養成するために補助してもいいんじゃないかと思うぐらいなんです。関根先生中心で本腰でやらないと、他の県に相当差をつけられている状況です。

●山口議長 関根先生、何かコメントを。

●関根委員 今年も2人受験して、多分受かると思います。あと、筑波メディカルセンターで1人受けて計3人受けますが、実はがん薬物療法専門医の認定の仕組みが、あと3年、4年で大きく変わります。今は後期研修のところから専門研修医をやっていなくても、一定の基準を満たせば試験を受けてなれるのですけれども、それがあと3年、4年たったらそうじゃなくて、新しい認定制度に従った研修をやらないと受験できなくなる。そのときに一番問題になるのは、若い先生方が腫瘍に対して興味があって、その道を進んでくれるかどうかということになるんです。ですので、そこのところが一番大きな問題と考えてまして、今、そもそも内科医になりたいという医師がどんどん減っていますので、今後逆に医学教育のところから取組みができないものかなと認識しています。

●山口議長 この問題は、国の協議会でも臨床腫瘍学会の理事長が必ず出てきて、その最後は、「国が何とかしろ」ということがあるんです。今言った仕組みの問題、それから仕組みを一生懸命変えても、そこに行こうとする人がいるかどうかというのが最大の問題なので、最後にお話しするゲノムをうまく使うとか、そういう形が一つの手なんじゃないかなと思っておりますけれども。

それでは、今の点は県も少し受けとめていただきながら、3ページ、ほかによろしゅうございますか。なければ、4ページも少し関連しているので、木澤先生から、きっと緩和ケアについては何かあるんじゃないかなと思いますけれども。

●木澤委員 ありがとうございます。私からは、全体のことはいたし方ないかなというか、なかなか緩和、例えば26の項目なんですけれども、三角とかが多いですけれども、そんなになかなか養成難しいということは非常によくわかっているんですけれども、ちょっとびっくりしたのは、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛認定看護師の数自体が結構減っているんですよ。32名から22名になっている。10名減って3分の1減っているというのは、ど

うということなんでしょう。びっくりします。感想です。

ただ、2点、一つは緩和ケアのことなんですけれども、これは要件が三つ並んでいまして、精神症状緩和に携わる医師、看護師、薬剤師と載っているんですけれども、身体症状の緩和に携わる医師が全くリストされていなくて、これの充足数、充足率はどうなっているのかなという。多分、項目から漏れちゃったのかなという気はするんですけれども、これがどうなっているのかを知りたいというのが1個。

もう一つ、緩和ケアとはちょっと別で就労のことなんですけれども、就労のことは、計画には立っているんですけれども、数値目標はなくて、生活支援体制の整備のところ、相談支援センターのことは患者さんのことは載っているんですけれども、就労支援の項目がなく、数値目標が立っていないんです。何らかの目標を立てられて、施策の見える化をされたほうがいいんじゃないかなと思ったんですが、この点、何か教えていただくことは可能でしょうか。

●山口議長 まず最初の減っているというのを気づいておられるか、今理由をご承知か、いかがでしょうか。こういうことが起きるのは、どこかほかの県から引き抜かれたときしか起きない。

●事務局（鈴木） 数字は改めて確認しますが、一応病院からの報告に基づいた集計なので、原因はそこまでまだ究明していなかったんですが、改めて数字は確認させていただきたいと思います。

●山口議長 確認して真実だったら、理由をよく聞いて、引きとめ策を考えないと。

後半のご質問は、就労の問題は、実は私たちもやっていますけれども、非常に難しいところがあるんですね。これは進捗状況の確認の数値目標を達成しているかどうかなので、ここに今、改めて入れるのは、次期のときにでも考えるべきことだと思うんですけれども、その概要について何か、就労についての進捗状況のこと、あるいはそういうことを項目として少しは聞いているかどうか、事務局でいかがでしょうか。

●事務局（鈴木） 就労も含め幾つか目標値を定めていないものがあるんですけれども、ただ、それについても、例えばがん教育も同じなのですが、一応本文の中には記述はあります。就労についても節をちゃんと起こして書いております。

現実には、就労に対する支援としては、がん診療連携拠点病院の相談支援センターでの相談とか、あるいは茨城県の場合は、県看護協会に委託をしていばらき みんなのがん相談室を設置しています。そちらのほうでもそういう相談があると聞いています。

あと、具体的な取り組みとしては、国の労働局と両立支援のためのチームを編成して、医療機関の代表とか、それから企業等の代表などが集まった検討会で今の状況を共有して、なおかつどういう支援が可能かということの検討を行っています。

あと、労働局の外郭の団体などのほうでは、両立支援に関する相談窓口も設置していますので、そういうところとの連携はしています。

ただ、実際として、働き盛りの方々のがんの罹患というのが3割あるという中で、実際、

がんを告知された4割ぐらいの人は、その段階でやめてしまうというデータもあると聞いていますけれども、そういうことに対して、具体的にどうするのかというところまでの議論は、正直言うと、まだできていないんですけれども、企業等と情報共有しながら、そういう企業等の努力を促していくとか、当面はそういうことになるだろうと思います。

●吉川委員　がん診療連携拠点病院等の半数以上では、労務士による就労支援をやっています。ただ、当院も含めて、利用率が高いかということそうでもないんです。広報の問題があるのかとちょっと反省しているところですが。大体、うちだと第3木曜日、月1回ぐらいの開催で、そこに数人ぐらい来る程度で、それで済んじゃっているところでは、逆に言うと、広報が不足していることを示していると思います。

●山口議長　多分、静岡が一番歴史があるんですけども、実際にやってみますと、多くの方は、地域の連携の中で、親戚が努力したり、周囲の努力で職を見つけていることが結構あります。しかし、どうしてもそういう手が使えない方が病院にやってきて相談される。だから、成功確率が低くなる。

国の動きの中では、ハローワークの連携とか、今先生おっしゃったようなことをやっていますけれども、余り成功率は高くありません。

一方で、民間の団体と連携しながら進めている、もう一つお話しするのがあるんですけども、それは地域で実態をよく知っている方が、知り合いの企業を個々に回って、雇ってあげてくれませんかというのをやっているんです。それは頭が下がるような活動なんですけれども、その方がおっしゃっているのは、社長ががんになって治った人のところは雇ってくれる事が多い。そこまで見て訪ねているぐらいのことをやらないと、通常のやり方だと多分、ある程度成果は出るようです。それでも、10人に1人、2人、3人の世界です。そういう我々の経験なんですけど、徐々に認識が変わりつつあるようには思いますね。

●木澤委員　私も今、その部門を責任を持って神戸大学でやっているんですけども、今やっているのは、緩和ケアのスクリーニングって義務づけられているじゃないですか。うちは就労をその中に入れられないかと考えています。働いている人全員スクリーニングかけて、辞めない介入というのを検討しはじめています。。要は、入院患者さん全員に介入して、辞めない介入というのをやっていて、あとは外来をどうやるか。もう外来受診時に辞めちゃうということが結構あるので、先生の今おっしゃったのは、多分再就職とか、そういうことの介入だと思うんですけども、両方を総合的に厚くやっていく必要があるかなと思うので、これから力を入れられるところなので、何らかのそういう取り組みも大切と感じました。

●山口議長　まさにおっしゃるとおり、静岡がんセンターのアドバイスも、一番は「辞めるな」です。どんなことがあっても絶対に辞めるな。たとえ周りから冷たい目で見られると思っても。患者さんはよく勘違いしてしまいます。本当は、周りは一生涯懸命支えようとしているんだけども、かえってそれを鬱陶しいとか、あるいはみんなに迷惑をかけているということで、辞めなくていいのに辞めてしまう。そうするともう後が大変なので、一

番大切なことは、絶対辞めないでほしいと病院としては言い続ける。これが大切なので。もし、その就労の問題を積極的に取り上げることであれば、拠点病院等でその活動を徹底してやるということは、私は木澤先生のご意見のとおり、大切だと思います。

どうぞ。

●諸岡委員 がん患者とその家族も含めて支援、就労支援以外ですね。茨城県は、茨城型の地域包括ケアシステムがありまして、若人から年寄りまで支援を必要とする人には、オール茨城でサポートしようということをやっているんですけども、例えば難病患者さんにもそういう支援を行うとなっているんですけども、このシステムは、がん患者に関しては、茨城型というのはある程度適用してやっているのでしょうか、どうなんでしょうか。地域包括ケアシステム。

●山口議長 事務局どうぞ。

●諸岡委員 そっちに絡んでいたのもあるんですけども、難病とか、例えばいろいろな疾病とか、そういう認知症の方も含めて、その方々に全面的にサポートしようということで茨城型というのをつくったわけですよ。私、そこにタッチしていたので。がん患者に関しても、きちっとやってあげないと、例えばレスパイトケアとか、それも含めてやらないと、なかなかこの皆さん方の、お金のことは別にしても、サポートできないと思うので、そのあたりが、県として何か考え方があるかどうか。知っている範囲内でお願いします。

●事務局（鈴木） 済みません、地域包括ケアの担当が今日いないものですから、正確なお答えができないんですけども、恐らく以前の地域ケアの流れをくんでやってきている茨城型のものですので、全ての支援が必要な方を応援するというのであれば、がん患者さんも対象にならないわけではないと思うんですが、ただ現実的にどうかということについては、私も今承知していないので、それは確認させていただいて、後ほどご報告をさせていただきますと思います。

●諸岡委員 計画はかなり隙間があると思うので、そこを埋めてあげないと、なかなか理想的なサポートできないと思うので、その間、本当に我々もサポートしますけれども、県のほうでもきちっと対応をお願いしたいと思います。

以上です。

●山口議長 ありがとうございます。

ほかに、この4ページで何か追加で。

●関根委員 先ほどの認定看護師の件なんですが、認定看護師さんは配偶者の方が転勤をすると、それについていかれるので、私の関係でも2人も出ていったので、それでいなくなるかなと思います。ですので、常にそういう方を養成することが一番だと思います。筑波大学では、今は特定行為研修に力を入れていますが、山口先生にお聞きしたいんですけれ

ども、静岡がんセンターだと、特定行為研修と認定看護師の制度とうまく組み合わせると  
いうか、そういう研修をやっているんじゃないでしょうか。

●山口議長 後ほど説明します。

それでは、予算のこと、5ページ。

議長としてご質問させていただきますが、この地域がんセンター運営費で、病理医等の  
人件費の補助ということで一千何百万か出ております。このお金は病理医以外に、先ほど  
お話の出ている薬物療法専門医とか、人件費なら何でも使えるのか、さらに言えば、人件  
費以外のものにも使えるような形になっているのか。茨城のがんセンターというのは、全  
国的にも非常に珍しい体制で動いていますので、この辺のお金の使い方をフレキシブルに  
しておいてあげたほうがいいんじゃないかと思いますが、いかがでしょうか。

●事務局（鈴木） 予算の仕組み上は、病理医とか放射線治療医等の人件費として見てお  
りますので、一応国のほうの補助金とすみ分けをしております。国の拠点病院の制度がま  
だない時代は、茨城県の地域がんセンターとしてスタートしましたので、そのときはもっ  
とかなりの額がありまして、その中にはいろいろフレキシブルに動けるような予算を配備  
していたんですが、今は国の予算との整合をとるという形もありますので、この地域がん  
センターについては、病理と放射線の専門医の配置にかかる費用ということで予算化をし  
ております。

●山口議長 薬物療法医はだめということですか。今のお話だと。

●事務局（鈴木） 予算上は、そういうことになっています。

●山口議長 それはちょっとご検討いただいたほうが。ニーズに沿った形というものは求  
められるんじゃないかなと思います。

ほかに、この予算全体について、ご意見がありましたら。

どうぞ。

●吉川委員 茨城県の場合は、全ての診療科の医師が不足しているというところではある  
んですが、この間、私がデータで見て本当に最下位だなと思ったのが、放射線診断医です。  
放射線診断医で、翌日までに90%読影すると加算2でとれるんですけども、加算2の取  
得率が、茨城県は0.2%と全国最下位でした。多いところは70%とか、全然桁が違うん  
ですね、都道府県によって。当院も実は加算2がとれない。60%ぐらいやっと読影して  
いるだけで90%には全然届かないという。なので、まさにそういうところも、もちろん遠隔診  
断とか、将来的には病理も含めて放射線診断をする期待が持てるというところではある  
んですが。

いずれにしても、ここは病理医の人件費の助成、今日初めて知ったんですけども、そ  
れとか、さっきのがん薬物療法専門医だとか、放射線の診断医もそうですが、特別この  
がん関係として、いろいろなことに関係するものに関して、何か補助していくというの  
は必要かと思えます。

放射線診断医の中でも最近、遠隔診断を一種のアルバイトみたいに行っているところがあ

って、うちの場合、それがなかなか難しいということがあると、それが獲得が難しいことの制限になっていると最近言われたんですけども。いずれにしても、そういう人の待遇面を改善することが、他県から流れてくる人を増やすのに役立つ可能性があるんです。薬物療法専門医も、養成した数よりもいないんです。常に人手がない。県外に行っちゃうんです。せっかく養成しているのに。なので、それを大事にするシステムが他の県にあるというふうに考えるべきだと思います。この病理医だけじゃなくて、放射線診断医、薬物療法専門医、この辺もやっぱり県がしっかりと応援して、県外に行かせないように、ぜひお願いします。

●山口議長 事務局のほうも、そういうことを入れながらお願いします。

ほかに。

どうぞ。

●山田委員 山田です。

私自身が乳がんのサバイバーですので、いばらきがん患者トータルサポートというところの乳房補整具という表記があり、うちの会員の方も利用させていただいています。先ほどのご説明でも、350から今年度485件の予算ということで伺いましたけれども、以前、今、口腔がんで、かなり顔とか、いろいろな意味でのアピアランス的なものをやらなきゃならない患者さんが増えている中で、ここだけがちょっと特化して、この乳がんだけ限定されると、その辺ももうちょっと広く、ここを読み込むと、そこがちょっと入らないし、一般的にそれを言ってしまうと、治療の補助という感じになってきちゃうから、また別な視点なのかなと、私自身もこの発言は悩んだところなんですけれども、その辺もこの表記の仕方も含めてご検討いただければと思います。

●山口議長 どうぞ。

●事務局（鈴木） ご意見ありがとうございます。まさに今、委員からいただいたようなご意見については、この前、国のほうでがんと共生の検討会があって、私も出席させていただいたんですが、そこでもそのアピアランスに対して、どう支援をしているかという議論がされました。ウィッグとか乳房補整具とか決めたものだけじゃなくて、例えば眉毛がなくなって、その補整だけでもいいんだとか、帽子があればいいんだとかというニーズもあるわけで、そういうあらゆるニーズに応えて、その患者さんが社会復帰できるような、それを支援できるような形のほうがいいんじゃないですかという意見もたくさんありましたので、今のご意見を承って、今後参考にさせていただきたいと思います。

●山口議長 関連して、今、全国的に静岡もそうなんですけど、薬物療法に伴う妊孕性の問題を補助しようという動きが非常に強まっているんですけども、多くは市町村だと思うんですけども、ここにちょっと書かれていないんですけども、そういう動きは、茨城県庁としてしっかりと把握していただいていますでしょうか。

●事務局（鈴木） 妊孕性につきましては、現在、茨城県では、筑波大学が中心となって、

県内の生殖医療あるいはがん医療にかかわる先生方が中心となって、ネットワークを昨年の2月につくりました。

これまでに、3回、検討会をやっているんですけども、限られた時間の中で、医療の部分でどういうサポートしていくか、患者さんに対してどういう支援をするかというのが大きな二つのテーマなんですけれども、必要に応じて、県としてどういう支援が必要かは考えていきたいと思っておりますけれども、既に患者支援については、独自に補助制度などをつくっている県もありますけれども、茨城県の場合は、医療体制の部分の連携というのがまだしっかりとできていない部分もありますので、患者支援について、どういう形でやったらいいかは、先生方とも研究していきたいと思っています。

○山口議長 わかりました。

ほかに、予算も含めてよろしゅうございますか。

どうぞ。

●片野田委員 4ページに戻らせていただきたいんです。一番下の35のがん登録のところです。そこで現況値として平成28年、2016年の値が3.2%です。このDCOというのは、がん登録の精度の指標の一つとして、低いほどいいんですけれども、全国がん登録が法律に基づいて行われるようになって、この精度は非常によくなったというのがわかると思います。これまでこの会議でも何度か触れさせていただいてはいますが、ぜひ活用していただきたいということで、精度を上げることが目標ではなくて、精度の高いがん登録を使って医療の現状を把握して、それを改善につなげることが最終的な目標なので。

一つの例としては、こちらの推進計画の冊子の83ページ、84ページに、これも私の希望で入れていただいたやつですけども、進行度分布のグラフが載っていると思います。これは県全体で国と比較してみたいのをやっていますけれども、ぜひ地域別、自治体別とかで出していただいて、結局早期がんがきちっと検診で発見されているかどうかというのは、一つの精度指標なんです。検診が正しく行われていれば、限局のがんがそれなりの数きちっと見つかるはずなので、それは一つの精度指標で、それが限局の割合が低くて遠隔の割合が大きいような自治体がもしあれば、そこはもしかしたら検診の精度は低いのかも知れない。そのあたりをつけることが可能です。

より進んだやり方としては、検診の受診者名簿とがん登録を突合することで偽陰性がわかるんです。検診の見逃し例がわかります。それをがん登録と突合しながら、検診の受診者について、陽性だった人、陰性だった人、陽性だった人はフォローして、実際がんだったかどうかというのは、検診の枠組みでわかるんですけども、偽陰性に関しては、検診だけでは絶対にわかりません。がん登録で陰性だった人が将来がんになっているかどうかは突合しないとわかりません。それががん登録の推進に関する法律にも明記されています。検診の精度管理、偽陰性の把握に活用すべきだというのが明記されていて、それをぜひ、自治体どこか手を挙げていただいて、国立がん研究センターでもそういう取り組みをする自治体に支援をしています。技術的な支援をしていますので、もし県内で偽陰性の把握、がん登録を使って偽陰性の評価をしたいというところがもしあれば、言っていただければ技術的なサポートをしますので、ぜひ活用していただきたいと思っております。

●山口議長 それでは、今のご意見も踏まえてご検討いただければと思います。

それでは、時間もありますので、議題1はここまでにさせていただきます。全般を通して皆様のご意見を伺って、この進捗状況はそれで。二、三、さらにいろいろ注意をしてくださいというご意見だったと思いますので、このまま進めていただこうと思います。

それでは引き続き、議題の2についてお願いします。

(2) 「茨城県総合がん対策推進計画―第四次計画―」の中間評価について

→【資料3, 4】に基づき、事務局から説明を行った。

●事務局（鈴木） 続きまして、ご説明をさせていただきます。

資料3、資料集の7ページをお開きいただきたいと思います。

これは第四次計画の中間評価の進め方についてでございます。中間評価は、第四次計画、2018年から2023年の中間年に当たります来年2020年に計画の進捗状況と、施策の計画の効果を総合的に評価しまして、2021年度以降の計画の推進に反映させるものでございます。この総合がん対策推進会議におきまして中間評価を行います。会議は8月と2月の2回を予定しております。各種調査の数値が確認できるのが来年の年末ぐらいになると思われまますので、2回目の会議につきましては、再来年の2月といたしまして、その間は、各委員さんとメール等で連絡をさせていただきまして、ご助言をいただきながら進めていただくということでご協力をお願いしたいと思っております。

再来年3月には、中間評価をまとめて公表したいという段取りで進めたいと考えております。

また、会議の開催に当たりまして、必要に応じて参考人も招聘して意見を聞きたいと考えておりますので、適任者がございましたら、ぜひご紹介をいただきたいと思っております。

中間評価につきましては、三つの全体目標と計画に記載されている四つの章ごとの個別目標66項目について、実績や進捗状況の評価しまして、課題や今後の取り組みについて整理することでまとめたいと考えてございます。

資料4の9ページをお開きいただきたいと思います。

その評価に当たっての考え方でございますが、この評価についての考え方に沿って、計画に盛り込まれております取り組むべき対策と各個別目標、それぞれの評価を行いまして、それを点数化して最終的に各章の評価につなげたいと考えております。

10ページと11ページは、章ごとの取り組むべき対策、それから施策目標の内訳ということで全体を記載してございます。

それから、参考資料の4の9ページをご覧いただきたいと思いますが、これは前回の中間評価、実質平成27年、2015年に行ったものですが、そのときの実施した第三次の計画の中間評価の概要でございまして、その次の資料の11ページから72ページまでが第三次計画の中間評価結果、おおむねこういう形で中間評価をつくり上げていきたいと考えてございます。

さらに、資料6の73ページ、横書きの資料になってはいますが、これは国のほうの

中間評価についての資料でございます。

さらに、79ページからは、国のほうで現在検討しております第3期がん対策推進基本計画の中間評価の進め方、それから評価指標の一覧などがございますので、今後、国の情報でありますとか、あるいは国の中間評価の進め方も参考にさせていただきながら、来年の中間評価を進めていきたいと考えております。

説明は以上でございます。

●山口議長 ありがとうございます。

この議題2について、全般通じてのご質問、ご意見よろしゅうございますか。

では、この方向で進めていただこうと思います。よろしく申し上げます。

引き続き、今度は報告事項です。がん診療連携拠点病院等の指定更新について、事務局から申し上げます。

●事務局（鈴木） 続いて説明をさせていただきます。

資料の5になります。資料の13ページでございます。お聞きいただきたいと思います。

初めに、本県のがん診療連携拠点病院等の指定状況についてでございます。1の指定状況と経過措置内容に記載しておりますとおり、本年度当初は、指定を受けている10の医療機関のうち、指定要件を全て満たして4年の指定を受けたのは、株式会社日立製作所ひたちなか総合病院と筑波メディカルセンター病院の2病院でございました。残りの8病院については、記載のとおり経過措置として1年の指定ということになりました。

このため来年度に向けて、改めて指定更新の推薦を行う必要がございますので、去る10月21日付で委員の先生方にはメールでご照会させていただき、ご意見をいただいたところでございます。10月30日付で国のほうに指定更新の推薦を行ったところでございます。

これまでの経過、対応について改めてご説明申し上げたいと思いますが、資料の6、横の資料ですが15ページをお聞きいただきたいと思います。

経過措置対象病院の未充足要件対応状況とありますが、経過措置の対象となった8病院についてですが、医療安全管理者の研修を受講していないことなどが主な理由でございませぬけれども、対応状況に記載のとおり、国が指定する指定更新の基準日が9月1日でございますが、その9月1日時点で水戸医療センター、土浦協同病院、東京医科大学茨城医療センター、小山記念病院、この4病院が指定の研修を修了していないという状況でございました。

それで、資料8の19ページを見ていただきたいと思います。このQAに記載されておりますとおり、実は今回の経過措置に当たりまして、国は基準日までに全ての指定要件を満たさない場合であっても、直ちに取り消しはしないという方針がまず打ち出されました。

これによりまして、本県では、基準日の9月1日時点で全ての要件を充足できていなかった4病院、先ほど申し上げた水戸医療センター、土浦協同病院、東京医科大学茨城医療センター、小山記念病院につきましては、所定の研修を年度内に修了予定であるということが確認されましたので、その旨を記載した文書をまず提出していただきました。そして、基準日までに要件を充足したその他の4病院、県立中央病院、株式会社日立製作所日立総合病院、筑波大学附属病院、友愛記念病院、この4病院につきましては、基準日までに要

件を充足しておりますので、その4病院と合わせてこの8病院が、それぞれの二次保健医療圏におきまして、がん医療を確保する上で大変重要な役割を担っているという旨を記載しました茨城県知事の推薦意見を付しまして、先ほど申し上げたとおり、10月30日付で国に指定更新推薦書を提出したという経過でございます。

なお、筑波大学附属病院につきましては、改めて高度型ということで申請をしております。

それから、戻っていただきまして資料7につきましては、各拠点病院等の指定要件の充足状況の一覧ということでまとめた資料でございます。

説明は以上でございます。

●山口議長 そういう報告ですが、何かこれはコメントを委員の皆様からよろしゅうございますか。

特になければ、そういう形になっているということ踏まえておいていただければと思います。

予定されている議題等はここまでなのですが、その他として、委員の皆様から全般にわたって、茨城県のがん対策についてご意見があれば、拝聴したいと思います。

どうぞ。

●諸岡委員 さっき議題で聞けばよかったですけれども、今、予算面で地域がんセンターの病理医の人件費が出ていますけれども、私、日本医師会のほうで、AIがどれぐらい病理医に通用するかということで、病理診断に関しまして、AIはかなり有効性が高いということの話が結構出ています。山口先生や関根先生に、病理の診断に関してAIの有効性はどうなのか、そのあたりが人件費も含めて削減につながると思うんですけれども、今の現状はどうなのか、もし知っている範囲内で教えてください。よろしくお願いします。

●山口議長 私も詳しくありませんが、一番今進んでいるのは内視鏡、それから画像診断だと思います。内視鏡はかなりいろいろやっているといます。病理が少しやっているということは存じ上げているんですけれども、どの程度の精度で、本当に今の病理医にとってかわれるような部分は、とってかわることは不可能だと思うんですけれども、支援になるのかというのは、申しわけないですけれども、私もそれほど詳しくありませんので。

どなたかご存じの方いらっしゃいますか。

●吉川委員 私、ちょっと口伝えで聞いただけですけれども、少なくとも決まった標本でやると、AIで恐らく九十数%、かなりプロのレベルに近いということなんですが、標本を選ぶだけは大変ですよ。見るものをきちっと決めた上で競争させると、今AIは専門家レベル。病理診断に関しては。ただ、そこを選ぶとか、たくさん標本ありますから、手術標本となると。そこから適宜、倍率だけいろいろ決めたり、そういうことまで含めると、まだそのレベルには達していないのではないかと、講演で聞いていて理解したんですけれどもね。

●関根委員 その前段階として、今、病理標本は全てプレパラートで標本を保管していますけれども、デジタルプレパラートという形で準備しようとしています。全部それをデジ

タル化して、電子化して保存しておく。そういう形にならないと、そもそもAIにかけられない。その前提に関しましては、筑波大学の病理は動きを始めていまして、かなりの部分をデジタルで保存するという形で動いていこうと。今サーバーどうしようと、そういうことを計画しています。

●諸岡委員 サポートするシステムとしては、ある程度有効である可能性はあるということですね、診断として。

●関根委員 病理は知らないんですけども、皮膚科の診断とかでも使っています。それに関しては、実は筑波大学の皮膚科が積極的にやっているんですけども、例えばAIに教えるのに、少なくとも10万件レベルのそういう診断のデータセットが必要になるんです。つまり、そういうのを整理するところから、そもそも結構な時間がかかると思いますので、今のシステムでしっかりと病理医の育成を支援していただくのは、もうしばらく必要になるんじゃないかと。

●諸岡委員 日本医師会の中でもディープラーニングというか、その検体をどんどん集めて、数が増えれば増えるほど正確性が出ることなので、そのあたりも含めて、本当に山口先生も含めてオールジャパンで、ぜひ有効性を高めるようにお願いしたいと思います。よろしくをお願いします。

●山口議長

ほかよろしゅうございましたら、時間の関係で、この会はここで終了させていただいて、事務局にマイクをお返しします。よろしくをお願いします。