

令和5年度第1回茨城県総合がん対策推進会議議事録

- 1 日時 令和5年11月28日（火）17時00分～19時15分
- 2 場所 茨城県庁13階保健医療部長室／Web開催
- 3 出席委員 片野田委員、木澤委員、吉良委員、島居委員、鈴木委員、関根委員、山口委員（議長）、山田委員、横濱委員、永井参考人

4 議事

●事務局（大川） ただいまから令和5年度第1回茨城県総合がん対策推進会議を開催いたします。委員の皆様方におかれましてはお忙しい中、ご参加いただきまして誠にありがとうございます。

事務局を務めさせていただきます、健康推進課の大川と申します。よろしくお願いいたします。

それでは、会議の開催にあたりまして、保健医療部長の森川からご挨拶を申し上げます。

●森川保健医療部長 いつもお世話になっております。茨城県保健医療部の森川でございます。

委員の皆様におかれましては、本当にお忙しい中、本日の会議にお集まりくださいましてありがとうございます。また、平素から、茨城県の医療行政に多大なご尽力をいただいております、誠にありがとうございます。

さて、本県のがん対策につきましては、平成30年3月に策定した「茨城県総合がん対策推進計画―第四次計画―」に基づきまして、「がんを知り、がんと向き合う 県民の参療を目指して」をスローガンに、「がん教育とがん予防」、「がん検診と精度管理」、「がん医療提供体制と生活支援」、「がん登録とがん研究」など、総合的ながん対策に取り組んできたところでございます。

この間、「いばらきがん患者トータルサポート事業」を拡充しまして、医療用ウィッグ等の購入補助や若年性がん患者の福祉用具購入等補助、妊孕性温存療法費用補助を行う等、がん患者支援を推進してまいりました。

今年度は、現行計画の最終年度であることから、学識経験者や関係団体、患者代表の皆様からなる茨城県総合がん対策推進計画―第五次計画―検討委員会を立ち上げまして、本日もご出席いただいております、永井茨城県立中央病院名誉院長に委員長としてご就任いただき、これまでに3回の検討委員会を開催し、原案の策定を進めてまいりました。

本日は、第五次計画の原案についてご議論いただきますとともに、同じく今年度見直し時期を迎える「茨城県保健医療計画」のがん医療の分野についても、ご議論いただきたいと思いますと考えております。

委員の皆様におかれましては、専門的かつ大局的な見地から、がん対策の更なる推進に向け、忌憚のないご意見をいただけますようお願い申し上げます。本日はよろしくお願いいたします。

●事務局（大川） 本日の出席者についてでございますが、委員の皆様につきましては、昨年度から引き続きご就任いただいておりますので、恐れ入りますがご紹介は省略させていただきます。

また、本日は参考人として、茨城県総合がん対策推進計画第五次計画検討委員会委員長を務めていただきました、茨城県立中央病院名誉院長の永井秀雄様にご参加いただいております。

本会議の内容につきましては公開とさせていただいており、会議の中で非公開とすべき事項を協議するときは改めて委員の皆様にお諮りするという形で議事を進めたいと考えております。

なお、本会議の議事概要につきましては後日、ホームページで公開予定ですのでご承知おきください。その他、別室に傍聴の方がいらしております。

それでは、ここからの議事進行は山口議長にお願いしたいと思います。

山口議長よろしくお願いたします。

●山口議長 皆さん、本日はどうぞよろしくお願いたします。

いくつかの議題の中の第一の議題として、第四次計画進捗評価からまず始めさせていただきますので、事務局からのご説明をお願いいたします。

（１）茨城県総合がん対策推進計画等に係る報告・協議事項について

①「茨城県総合がん対策推進計画－第四次計画－」の進捗評価（報告）

●事務局（伊東） それでは事務局から、まず議題１の茨城県総合がん対策推進計画における報告協議事項ということで、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報告をいたします。

まず、資料２についてご説明をさせていただきます。資料の共用をさせていただきます。

資料の 12 ページから 16 ページにお示ししておりますとおり、第四次計画におきましては 3 つの全体目標と 66 項目の個別目標を設定いたしまして、がん対策を推進して参りました。全体目標についてでございますが、目標 1 は 75 歳未満のがんによる年齢調整死亡率の減少、こちらにつきましては、その前の第三次計画で掲げておりました目標値 76.1 以下を達成することができなかったということがありましたので、今回の第四次計画におきましても、目標値はそのまま引き継ぎまして、令和 3 年度時点での目標値を 76.1 以下とすることとしておりましたが、こちらにつきましては、令和 3 年度値としまして 69.0 ということになりまして、目標を達成することができたという状況でございます。

一方で、目標 2 のがん患者が適切な医療を受けられる体制の充実、それと目標 3 のがん患者が尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築、こちらにつきましては、国の第 3 期がん対策推進基本計画の中間評価で示されました評価書におきましては、全国平均を下回る少し厳しい結果となっております。

続きまして、個別目標の達成状況についてでございます。12 ページの概要に示させてい

ただいておりますが、全 66 項目のうち、目標達成した項目は 10 項目ということで、達成率は 15.2%という低い状況でございます、さらに進展なしが 5 項目と後退が 11 項目あったということでもありますので、大変大きな課題が残る結果であったというふうに認識しております。

一方で、38 項目につきましては改善の方向に向かっておりまして、目標を達成いたしました 10 項目と合わせると、全体の約 7 割を超える項目で改善が見られたという状況でございます。

次期計画におきましては、本県の現状に合わせまして目標設定の一部を見直しておりますが、目標達成に向け対策をさらに強化していきたいというふうに考えております。

13 ページからになります。こちら各章ごとに見ていきますと、まず第 1 章のがん教育とがん予防につきましては、項目 1 のがんのリスクに関する知識の習得割合におきまして、ウイルス感染ががんのリスク要因であることへの理解が少し低いという結果になっております。

14 ページでございますが、第 2 章がん検診と精度管理につきましては、子宮頸がんの受診率と大腸がんの精密検査受診率、それと 15 ページ第 3 章－Ⅰがん医療提供体制の整備の中では、がん専門医療人材の育成配置について、少し伸び悩んでいるという状況でございます。

さらに、16 ページの第 3 章－Ⅱ緩和ケアの推進におきましては、緩和ケア研修フォローアップ研修が計画内に開催できなかったということもありますので、こちらにつきましては今後対策を検討する必要があるというふうに考えております。

また、第 3 章－Ⅲ生活支援体制の整備、それと第 4 章がん登録とがん研究、こちらにつきましては改善傾向でございます。

事務局からの第四期計画の進捗評価の報告につきましては以上でございます。よろしくお願いたします。

●山口議長 ありがとうございます。

第四次計画の進捗状況が、この後 2 番目の議題として審議される第五次計画に密接に関わってくるわけですが、まずは今のご説明についてご意見を賜りたいと思います。私の方で名前が一致しないところもあるので、手挙げ機能を使うか、あるいは手を挙げていただき、私がかまなく指名できなかったときは事務局から指名をさせていただきようお願したいと思っております。

以上を踏まえてどなたでも結構ですが、手挙げいただければ、ご質問ご意見について、はい。医師会長お願いたします。

●鈴木委員 はい。私もこの会に出させていただいて、本県におけるがん治療の課題を非常に強く感じたわけですが、ただいまの説明を伺いまして、12 ページ全体目標 2、3 あたりのところは、以前、別の会議に提出された本県におけるがん患者の治療満足度調査の内容が入っていると思っておりますが、5 年に 1 回で前回は 2019 年度、本年度も行われるとの

ことですが、結果として前回のものが示されたわけですが、本県は 23 項目中 12 項目が全国最下位、しかも断トツの最下位なのです。

がん患者の治療における患者満足度が全国最下位であることが明らかになったということで、これは山口先生が、本県のがん治療は分散型で来たけれども、私がそれは失敗だったのでしょかという話をしたら、そうではなくてがん治療の高度化についていけなくなっているという話をされましたが、それだけではなくて、非常に人材の少ないところで治療を受けることで、キュアはできてもケアができないために、患者さんの満足度が非常に低い状況が続いていると思います。第五次計画に向けては、ぜひその辺を抜本的に見直していただきたいと考えております。

以上です。

●山口議長 ありがとうございます。その他ご意見いかがでしょうか。片野田委員お願いします。

●片野田委員 片野田です。先ほど事務局の説明で、達成された目標値が 15%というお話があったのですが、何か一覧できる資料はありましたか。資料 2 がそれに当たるのでしょうか。

●事務局（相原） 資料 2 第 12 ページにございます。共有させていただきますけれども、こちらに概要ということで表をまとめさせていただいております。

●片野田委員 未達となっているのが達成できなかったところですね。

●事務局（相原） 達成という項目が 10 項目、15.2%というように記載しておりまして、その他が未達成というような扱いになっております。

●山口議長 おそらく片野田委員がおっしゃっているのは、もう少し詳細に内容まで書いたもので、達成未達成という一覧表がないかという意味だと思いますが。

●片野田委員 13 ページがそうですか。これですね。ほぼ未達が上から並んでいて、逆に達成されている項目を見たほうが早いのですかね。

●事務局（相原） 達成されたものにつきましては 13 ページからの資料で、進捗の部分が二重丸で表記されたものが達成された項目でございます。

●片野田委員 栄養サポートチームの整備、口腔管理の提供体制の整備あたりですかね。がん患者の在宅死亡割合が一番多いですか。分かりました、ありがとうございます。全体的にやっぱり達成状況が悪いというのは踏まえて次期の計画を考えなきゃいけないというのはそのとおりだと思います。

一点だけ患者体験調査の都道府県比較のところなのですが、実際データというか資料の原本を見ても、確かに点推定値だと茨城県が一番悪いというのは、ご指摘のあつとおりなのですが、かなり信頼区間が広いので、注釈にも都道府県計画は留意が必要だというような付記がされているので、県全体として良くない傾向であるというのは受けとめる必要があると思うのですが、最下位であるということにあまりこだわる必要はないかなと個人的には思っておりました。

以上です。

●山口議長 温かいお言葉ありがとうございました。それ以外でご意見いかがでしょうか。

それでは、今お二方の意見はともに、やはり低いレベルであったということ踏まえて、第五次計画においては、十分その点を配慮して計画を立てるべきであるということで一致しておられるようなので、事務局におかれては、そのように方針を定めて、よろしくお願ひしたいと思います。

何かさらに一言あればここで承りますが、なければ次のテーマに移っていきたく思います。

それではなさそうですので、続いて、茨城県の第五次計画の原案について、事務局からご説明をいただくことになっているのですが、座長として一言二言申し上げておきたいのですけれども、まず、これ原案が134ページあるのですね。新書1冊分という大変立派なものが出ていますけれども、この場で20分の説明で40分の議論というのが、やっぱり時間は非常に不十分だろうと思います。

そこで事務局にはお願ひして、できるだけポイントを絞って、簡潔明瞭にご説明いただくようお願いをさせていただきます。

もう一点は、前もって今日の会議について事前説明を受けさせていただきました。大所高所からというのは少し言葉がまずいかかもしれませんが、多分大事な議論、あるいは茨城県の将来のがん医療にとって大事な論点というので、まず座長の考えでポイントを絞っていくと、次の五点ぐらいになるのではないかなと思うのです。

まず第1番目、今ご説明があったようにやはり少し評価が悪い。全国的に見ても決して十分ではないと。この点は率直に認めて、第五次計画に反映させていかなければならないと思うのですけれども、私が少し気になっているのは、永井名誉院長がお作りになった「参療」という言葉ですね。私は大変いい言葉だと思って、この席でも、ぜひ進めていただきたいということを何度か申し上げた経緯があるのですけれども、この「参療」というのはまさに患者さんたちが参加をし、できるだけいい方向に持っていく、あるいはご納得いただくというテーマなのだと思うのですが、それを前面に出しながら、結果がついていってないというところの分析、それから、この「参療」というコンセプトをさらに進めるためには、どのような施策を打っていくべきなのか、ここは第1のポイントになるのではないかなと思います。

2番目は先ほど鈴木委員からお話があった茨城の医療体制だと思います。この今日の五次計画を見ますと、様々な疾病別に対応していくという結論になっているようですし、それから、この計画の上位概念に、茨城県の医療計画が入るはずなので、そこでもこの議論がなされているやに聞いております。

今日五次の計画に関する議論の後で、その点について事務局からご説明があることになっておりますが、この医療体制を今後、茨城県としてどういう方向に持っていくのかというのは、多分一番大きな課題ではないかなと思います。この辺りはぜひ委員の皆様のご意見を

拝聴したいと思っております。

それから第3、第4は当たり前といえば当たり前なのですが、やっぱり茨城県として充実をさせていただかないといけないかなというのが、がん検診受診率の増加とか、先端医療の提供という辺りだと思いますけれども。それから人材育成ですね。そして第5に支持療法・緩和ケアのさらなる強化。この三つは多分お互いに絡んでくる話だと思いますけれども。あるいは医療体制にも大きく影響が出てくる場所だと思います。

そのために、一つの都道府県、この場合茨城県ですが、先端医療を実践している、あるいは支持療法・緩和ケアを積極的に実践している優れた医療機関があれば、おのずと県内のレベルは高まっていくものです。

医療というのはそういうもので、隣の病院がいいことをやっていけば、周りの病院もそれを追っかけていくというのが、全国でたくさん例がある話ですので、そういう辺りから言いましてもやっぱり医療体制の問題は大きいのだろうと思います。座長として5点挙げてまとめるとすると、「参療」というコンセプトの強化、それから茨城のがん医療体制をどうするか、それから検診受診率の増加や、先端医療の充実をどう図り、人材育成をどうするか。

そして支持療法・緩和ケア、これ患者さんの満足度に非常に大きく繋がる分野ですので、ここをどういうふうに持っていくか、このあたりが今日の重要な課題じゃないかなと座長としては個人的に思いました。

ただ、それだけではなくて、皆様が資料を読み込んで来ていただき、この点は非常に問題だという点がたくさんあるかもしれませんので、今の私の発言にはとらわれずに、それぞれの場所で、課題、ご意見、ご質問があれば、是非どんどん問うていただきたいと思っております。

以上、始まる前に座長として勝手なことを言わせていただきましたけれども、資料説明として、伊東室長からお願いをしたいと思います。

②「茨城県総合がん対策推進計画－第五次計画－」素案について（協議）

●事務局（伊東） 説明割愛

●山口議長 はい、ありがとうございます。このがんに関する計画は、まず一番大きな課題ですね、多分茨城県の場合は地域医療計画になるんだと思うんですけども。それから今最後にお示しいただいた様々な数値目標、これは国のがん対策推進基本計画に基づいて、しっかりキャッチアップしていくための方策をこの計画の中に盛り込むと。

大きな2番目のテーマがあると思いますし、それから3番目、数値目標とかそういう形で出ていなかったとしても、茨県県の特性でこの項目のこの細部のところは何とかしなきゃいけない、そこがちゃんと書かれているか。その大きな3つのステップに分けながら、計画を評価していくと良いと思います。そういう観点で、この計画よりはもう少し上の概念になるとは思いますが、この後予定している保健医療計画の概要について、まずご説明をいただいた方が議論にとっては有効だと思いますので、事務局、先に資料6のご説明を願えればと

思います。

③ 第8次茨城県保健医療計画（がん部分）の素案について（協議）

●事務局（伊東） 説明割愛。

●山口議長 確認させていただきたいんですが、今日議論している第五次の計画と、それから今ご説明があった第8次の医療計画、これの順位といたしますか、今日議論している第五次のがんの計画はすべてこの医療計画に盛り込まれていると考えていいですか。

●事務局（相原） 第8次保健医療計画のがんの素案につきましては、今申し上げた通りページ数が20ページ程度にどうしてもボリュームが限られてしまう都合上、今回策定しました第五次計画の中から、保健医療計画に係る主要な部分を抜粋したものであるという形で作成したものでございます。ですので、計画本体としましては第五次計画の方に詳細も含めて記載がされている、そのような位置付けになってございます。

●山口議長 では両方で整合性はとれているという理解でよろしいんですね。

●事務局（相原） もちろんでございます。第五次計画の原案をもとに茨城県の第8次保健医療計画のがんの素案の部分を作成した次第でございます。

●山口議長 はい。これが議論になるんですが、ちょっと私の方で大きく分けて、この今の保健医療計画を含めた、茨城県のがん医療体制のあり方という部分がこの大きなテーマになりますので、ここについてまず意見交換をさせていただきたいと思います。

その次に、永井名誉院長から検討委員会の様子を少し伺いました上で、一番最初に事務局から出していただいた、いくつかのスライドに沿って、資料2-1ですかね、それに沿って、意見をその箇所その箇所で求めていきたいと思っております。

という形で進めたいと思うのですが、まずは地域医療計画、がんに関する地域医療計画はこの協議会のテーマですので、この点について非常に大きな課題ですが、委員の皆様から、ここは是非ともいろんなご意見を賜っておくことが、茨城県の未来のがん医療にとってはこれ多分5年、10年、20年の世界だと思っておりますけれども、この機会にぜひ意見をいただければと思います。どなたでも結構ですがいかがでしょうか。

●鈴木委員 よろしいですか。

●山口議長 鈴木会長お願いします。

●鈴木委員 私は何回も同じことを申し上げておりますが、本県のがん治療のレベルが低いということだと思います。やはり集約化が進んでないので、少ないスタッフで、忙しく治療を行っているので余裕がなく、キュアはできてもケアまで行き届かないということで、患者満足度が低いと思います。全国最下位ですよ。23項目中12項目が47位、1項目が46位、2項目が45位です。しかも平均と大分差があるものもありますので、私はやはり最下位と謙虚に認めるべきだと思います。

どうせ魅力度も最下位なわけですけれども、それどころの話ではないと私は思っております。それで、静岡県はどうされてるのですかという話を以前申し上げましたところ、山口先生からは、静岡県は360万の人口があるので、拠点病院は茨城と同じ20ぐらいあります

が、その中で東部は県立がんセンター、中部は静岡市の県立総合病院、西部は浜松医大と、120万ずつ3つに分けて拠点中の拠点を作ったという話を伺いました。

静岡県立がんセンターが全国で第3位というのは本当かと思って調べてみたんですが、がんセンターランキングというのがあって、それ見ると本当に、私が見たのは4位なんですけど、3位というものもあるんですね。すごいと思います。そして、それだけではなくて、静岡県立総合病院がそのランキングで、70位に入っている。それから、浜松医大は入っていないですけど、近くの聖隷浜松病院が95位に入っているのですね。本県は、筑波大学附属病院が67位でした。

もう一つの疑問は、筑波大学附属病院をなぜ入れなかったのかということで、ここはぜひ入れるべきだと思いますが、筑波大学附属病院ですら、例えば鳥取大学医学部附属病院とか徳島大学病院、人口50万台60万台の県の大学病院よりも下なんですね。これは筑波大学附属病院ですら十分ではないということだと思います。私は筑波大学附属病院の委員会にも出ていますが、がん治療の専門的な研修を受けさせたいと思っても看護師不足で受けさせられないということを看護部長がおっしゃるわけですね。そのような状況でここまで来ています。それでも本県では67位ということで、全国ランキングの中では断トツです。県立中央病院はベスト100には全然入っていないのです。そのような状況を何とかしなければなりません。

本県は人口が283万と多いので、私は県南の140万は筑波大学附属病院、県央・県北の140万は県立中央病院が診ればいいと思います。それらを高機能がんセンターにして、それぞれ県南半部と県北半部をカバーするという、二つの拠点中の拠点を作るというのがいいのではないかと思います。今まで通り、18の拠点は、それぞれの地域で機能を果たしていただければいいのですが、大学病院を含めて頭抜けたところを作らないと、本県のがん治療の高度化が図れないまま続いてしまうと思います。拠点がなければ、先ほど山口先生おっしゃったように、その効果を地域に波及させることができないのです。本県は、すぐ近くの東京に全国の1位と2位、すぐ近くの柏に5位のがんセンターがあるのです。

それでも、周りの県を見ると、新潟県立がんセンターとか、千葉県立がんセンターもベスト100に入っているのです。ですからやろうと思えばやれるのですが、拠点化ができていないので、機能が上がらないまま今日に至っているということです。今回こそ見直していただきたいと思います。

それと緩和ケアですけども、これにも、いわゆる急性期と慢性期があるそうです。高度緩和ケアというのはやはり拠点病院が必要でしょうが、今はがんの在宅緩和ケアがかなり進んでおりますので、すべて拠点病院が緩和ケア病棟を持つ必要はないと思います。高度緩和ケアが必要な方はいいと思うのですけれども、そうではない方は地域に返していただいて、地域に近いところの緩和ケア病棟や在宅で診ていただくようにすべきだと思います。拠点病院の緩和ケアチームは地域の一般の医療機関を支援するという役割を担い、それ以外は高度緩和ケアに特化するべきだと思っています。今回のコロナ禍では、がんの患者さんがそ

の急性期病院の緩和ケア病棟に行けと言われて行って、そのまま家族の面会もできずに亡くなるという非常に悲惨な状況が起りましたので、そういうことは繰り返してはいけないと思っております。そこもぜひ見直していただきたいと思えます。

●山口議長 どうもありがとうございました。鈴木委員のお話は、さらなる集約化を進めるべきだということなんだと思うのですが、今、お名前が出てきた医療機関を代表して、島居委員と、それから関根委員、それから緩和の話が出てきましたので木澤委員、さらに人材、看護師の問題が出てきたので、吉良委員。お一人お一人ご意見を賜ればと思えます。

島居委員からどうぞ。

●島居委員 はい。県立中央病院の島居と申します。この分散型と集約型のがんセンターという点につきましては数々のご指摘がありますし、いろんなところで鈴木先生もおっしゃられるので、かなり有名な話になってきてしまっておりますので、一応、今年度、県のがん診療連携協議会の中で、拠点病院10ヶ所にアンケート、アンケートとか意見聴取をしたりしておりますが、もちろん私たちの中からの意見なので、なかなかですね分散型に関して、これはもう失敗だった、否定するというような意見は出ないんですけども、4ヶ所の拠点を置いたことにより多少なりとも均てん化ができたという点については評価をするという意見の各施設が多いんですけども、一方で、確かに高度がん治療を提供するような、先端医療も含めてということについては、やはり4ヶ所全部ができてるわけじゃありませんので、この4ヶ所について、今後、これは協議会の中で決めることはできない課題だと思いますけども、さらに県或いはこのような会議において必要性があるということであれば、4ヶ所の中のさらに1ヶ所か2ヶ所を集約するような形で強化するというのがいいのではないかと思います。

ただ、これは協議会の中で検討はすることは十分可能なんですけども、じゃあこうしろということを経済会の中から発信してやるのはなかなか難しいし、大きな課題なんじゃないかと思えますので、これについては、この推進会議或いは県の保健医療部等でリーダーシップを発揮していただければ、それに対しての協議或いは県としての協議会の中でも、今後やっていくことは可能だというふうに思っております。

以上です。

●山口議長 はい。ありがとうございました。

関根委員いかがですか。

●関根委員 関根でございます。私といたしましては、鈴木先生がおっしゃるのはその通りだと思うんですけども、その筑波大学でどれだけそれに対応できてるかと申しますと、なかなか十分な体制とは言えないのが現状でございます。一番大きい理由は、やっぱり何といても人が、やっぱりいなくてですね。例えば1人、がん診療の中心の人が辞めた時に、代わりに補充がなかなか得られないというような状況がありますので、引き続きいろいろ、人の面ですとか或いは財政に対して、これからも、大学として努力を続けていくということに尽きると思えます。

以上です。

- 山口議長 はい。ありがとうございました。

緩和に関して、木澤委員お願いします。

- 木澤委員 はい。ありがとうございます。木澤です。

鈴木先生ご指摘いただいたことは、真摯に受けとめてやっていきたいと思っています。

私も昨年、筑波大学附属病院に戻ってきて全体を見たわけですけど、やはり緩和ケアの施策は止まってしまっていたんだと思います。10年間いなかったんですけど、大きなビジョンを持って人材育成をしたり、体制整備をしたりっていうことが、正直行われていなかったっていうふうに、グランドデザインをしっかりと書けていなかったなというふうに思わざるをえない状況かなと思いました。

僕がやらなければいけないこととして、この2年間、人材育成をやっぱりしっかりやっつかないと、県内の専門的緩和ケアについては均てん化が行えないので、その点をしっかり大学として、県全体を見回して人材育成をして人材配置をしていくことが挙げられます。

もう一つ鈴木先生おっしゃっていただいた通りで、私たちが一般の拠点病院以外の病院や診療所の先生方を支援するような役割を果たせないのかっていうことをやはり考えないといけなくて、もう一つは医師だけではなくて看護師の、これすいませんちょっと領域外かもしれないかもしれませんが看護師の育成です。もう一つ認定看護師が辞めてしまうというような状況が結構多いんですね。

その原因は、認定専門看護師になるとかえって夜勤ができなくなってしまい給与が減ってしまうとか、仕事の自由度がなくて満足度が低くなってしまっていて認定更新しないみたいというような事例が出てきています。結局、その専門や認定看護師のリソースというのを上手に使えないというようなことが、これは県だけじゃなく、日本全体で起きてしまっている。こういうところにちゃんと施策を打たないと、せっかく育成した人材を有効に使えないということが起こってますので、そんなことを人材育成をコアに置きながら県全体を視野に入れて、やっていかなければいけないということを改めて痛感しているというところがあります。

すみません、感想みたいになってすみません。

- 山口議長 はい、ありがとうございました。

それでは看護師の問題について、吉良委員よろしくをお願いします。

- 吉良委員 はい。

今、多くの先生方がおっしゃったことが本当にそうだなと一つ一つ納得しながら聞かせていただいております。看護の立場で申し上げますと、今木澤先生がおっしゃったように、やはり専門認定看護師などのそのスペシャリストのリソースを使えていないというのが現実にあるのと、あと、現在、がん関連の認定看護師の養成施設というのが本当に少なくなくて、例えば、乳癌だと静岡がんセンター、がんの放射線だと静岡がんと久留米というふうに、県から非常に遠方に行かないとその資格が取れないということですか。

あと、2021年度から特定行為を組み込んでB課程に移行した関係で、研修期間が1年間になってございます。それもあまして、その1年間現場を離れて、遠方に研修に行くということについて、病院の人材ということもありますし、ちょうどスペシャリストを目指そうとする方々のライフサイクルといえますか、ちょうど子育ての世代であったりとか、そういういろいろな現状があつてなかなか希望される方が少ないということも各病院の悩みだつていうふうに聞いております。

そういうスペシャリストの育成っていうのはもちろんあるんですけども、私は最近、ちょっと話ががんの対策から外れるかもしれないんですが、患者さんの満足度とか、いわゆる緩和ケアの実施というようなその看護の立場でどのようにその現場が関わっているかについてことを考えてみますと、現場では、実際は患者さんの話を聞いて、患者さんのニーズを把握しながら対応するというような仕事をしたいと、現場の方たちも考えてますし、重要だということは考えているんですけども、現実的には、日々の仕事というのが医師のオーダーを中心に自分の1日の計画が組み立てられていて、何時には点滴、何時にはこれ検査つてというような形になっていると、なかなかその看護の視点で仕事ができないつていうようなことをよくおっしゃるんですね。

私はただ、医師の仕事じゃなくて医療的な仕事に看護が傾いているから看護ができないというのではなくて、ここはその看護師の意識の問題がすごく大きいと思つていて、例えば、バイタルサインを測りに行くとか、点滴を替えに行く、何か処置をするという時にも、その方の今の看護上の問題とか、その方のご心配ごと気がかりなことというところにその気持ちを向けていけば、特にそれをする時間つていうのは特別にとらなくてもできるはずなんですけれども、その看護師側のその看護に対する意識、患者さんへの医療の満足度を高めていくための意識つていうものが非常に低くなつてくるんじゃないかなということを感じております。

それに関しては、茨城県の看護協会のいろいろな認定看護管理者の講習会での、教育ですとか、個別の病院での研修なども行われているようなんですけれども、なかなかそこが充実してこないんで、その看護師がちゃんと自分の専門性を自覚することですとか、あと専門性を自覚した上で他職種と協働していくつていうような意識が非常に欠けているんじゃないかなつていうふうに、特にここ数年は感じていて、その部分にしっかりとアプローチすることが、がんも含めた医療全体の質を高めていくのではないかなつていうふうに考えております。

ちょっと今話し合つてる対策と外れるかもしれませんが、以上です。

●山口議長 ありがとうございます。

今、鈴木委員のお話の中に名前が出てきた方にお話いただいたんですが、それ以外の委員の方で、この問題についてご意見があれば承りたいと思つますが、いかがでしょうか。

特に患者会の代表の山田委員とか、いろいろおっしゃりたいことあるんじゃないかなと思つますが、いかがでしょうか。

●山田委員 ご指名ありがとうございます。皆様もご説明ありがとうございます。

とりあえず患者の満足度のところですが、やはりもちろん希望的なものは緩和ケアにつないでいただいて、最終的に満足した人生を送ればいいなという形での患者さんが多いのかと思いますけど、今吉良委員がおっしゃったように、やはり時間的に忙しい先生方、看護師さんもそうですけども、忙しくてなかなか患者から本音を話して聞いていただける場所がない。なので、やっぱり医療連携ということで地域のお医者さんにもつないでいただいて、そこでより深い関係を持つ治療が受けられる、もちろん自宅で最期を迎えたいという患者さんはたくさんいるんですけれども、なかなか1人しか家族がいない場合は、そこは24時間のサポートを受けることは難しい。在宅医療の先生に繋がりたい。それからやはり緩和ケア病棟に入りたいて方はたくさん私の周りにいますけれども、やはり全員が満足いけるような形ではないことは事実ですので、でもやはり皆さんと繋がってる、人間と人間、医療者との繋がりをということをやったり期待しながら。

ただ、私一つ皆さんに、先生方とか、行政に対していろんな意見を言うのも一つなんですけども、私は全国組織のがん患者大集会の事務局をしているんですけども、医療者・厚生労働省に対する提言の中に、プラス患者への提言っていうのを行っております。なので、患者も自分のがんそのものを治してくださるのは医療者であるけれども、「がんとともに生きていく」のは自分自身なので患者力をつけましょうということで、自分がどういうように生きていきたいのか、先生たちとちゃんとコミュニケーションが取れているか。例えば家族といろいろ話ができて、自分の望む生活をやりたいってことを患者も学んで、それで先生方に伝えていって、それで自分の人生をがんとともに全うできればいいのかなっていうところで、患者自身への提言も何か加えたいなっていうところを日々感じているところです。

以上となります。答えになってますかわかりませんが、よろしく願いいたします。

●山口議長 はいありがとうございました。委員の中で、片野田委員、それから横濱委員からはまだご意見いただいてないんですが、何かございますでしょうか。

●片野田委員 片野田です。こちらの県の医療体制の整備で皆さんご努力されてるのを拝聴してきておりました。一点だけ、緩和ケアの病棟が鹿行地区でしたっけ、あそこだけないということが記載されていたのですが、その辺りは何か医療連携とかでカバーされていくものなのでしょうか。

●山口議長 事務局、お願いします。

●木澤委員 私からちょっと答えましょうか。

鹿行はですね、小山記念さんとあと在宅の先生たちが結構頑張ってくださいって、該当地域の患者さんいらっしやると、その先生方に直接ご相談して、外来や在宅に繋いでケアをしてもらっているという状況です。本当に重要度が高いと、つくば地区や取手地区の緩和ケア病棟で対応することがあります。このような形で、医療圏を跨いで対応してるっていうのが今の状況かと思います。

●片野田委員 ありがとうございます。リソースが限られてる中で、やっぱり形式的に全てに配置というよりも、連携対応できる場所あるかだと思いますので、承知いたしました。

●山口議長 ありがとうございます。横濱委員いかがでしょうか。

●横濱委員 横濱です。ちょうど今、鹿行地区にいるものですから、在宅っていう形で、訪問、服薬指導っていう形で麻薬の管理とかなんかを、何年かやらせていただいております。

そういう形で人材が、茨城っていうのは不足してる中で、薬剤師も病院薬剤師が非常に足りなくて、今対策を練っているところで。町の薬局も何か在宅の面で協力ができるのかなと、在宅ケアの面で協力ができるんじゃないのかなと。それに対しての勉強会なども少しずつですが、行っているような状況です。

以上です。

●山口議長 はい。ありがとうございます。

皆さんの意見を伺って私だけ何も言わないのもちょっと問題ですので、今出てきた意見について、少しずつコメントを加えさせていただこうかなと思います。まず第一に、鈴木委員からご提案があった集約化。これ、私は可能であればぜひやっていただきたいと思います。

現在のサテライト拠点4ヶ所を継続して最先端の医療を提供するっていうのは、どうも今の時代はもう不可能じゃないかなと思います。2ヶ所に集約するというのは大変結構なんだと思うんですけども、このときの大問題はお金がいるということです。並大抵の予算ではできないだろうかなと思いますので、これは茨城県庁に、県立中央病院も入りますから、それだけの覚悟ができるのかどうか。それから筑波に関しては、なかなか自前でどうやってやるかっていうのは、難しい問題があるだろうかなと思います。従って茨城県民の、総合的に絶対に必要なんだっていう覚悟がないとやっぱりこれは成り立たないだろうかなというふうに思います。

それから2番目に、その患者さんの満足度に関してなんですが、これ静岡がんセンターの例を言わせていただくと、ともかく計画からちょうど20周年を迎えた28年間、一応私がトップを務めさせていただきましたので、ありとあらゆる機会にこの病院は患者の視点を重視する病院なのだと、基本理念にそれを置いて言い続けました。それが結局、静岡県内の、或いは県外も含めていろんなところで取り上げられて。そうすると他の病院もそうせざるを得なくなると、そういう側面がありますので今の段階に至っている。けどちょっと緩んでいると、大丈夫かなと思うところも出てきていますけれども、それぐらいのものなんです、その患者さんを大切にするっていうのは。

これは県庁の覚悟というよりはむしろ茨城県内の、特にがん診療連携拠点病院を中心とする各病院に覚悟ができるのかどうか。これが多分2番目の大きな課題なのではないかなと思います。

従って、鈴木委員もあちらこちらで話され、また県庁の中でいろいろ議論しても、皆さん間違いなくおっしゃるのは総論大賛成、けどそれをどうやって実現するかというところが、そこから先に多分進まない。それを茨城県として、英断を持って本当に進めることができるのかどうか、そこが多分、非常に大きなポイントになるような気がいたします。ずっとこの座長を務めさせていただき、こういう議論になった時に、申し上げてきたことでもあり

ます。

あと、永井名誉院長からもぜひこの点についてお話を伺っておこうと思います。例えば、先ほど山田委員がおっしゃった患者参画の問題、それを一番最初に言い出したのは、永井名誉院長、「参療」という言葉でそれを表現されておりましたし、静岡がんセンターも、一番最初の段階で、患者の視点の重視ということは患者参加型医療になることなんだと強く申し上げて参りましたので、茨城県でそれをしっかりおっしゃっている永井名誉院長からご意見を賜りたいと思います。よろしくお願いします。

●永井参考人 ありがとうございます。

今年度、検討委員会の委員長ということで、委員会を立ち上げましたけれども、最初に参考にしたのが、この茨城県総合がん対策推進会議の今年3月の議事録でした。非常に貴重な意見が並んでいて、やはり、親委員会である総合がん対策推進会議の考え方をまず知った上で、新しく計画を立てるべきだろうということを最初に、委員の方々にお話しました。

3月の議事録から読み取れたのは、今日も盛んに出ていました患者体験調査の満足度が低いという点、それから、茨城県は地域がんセンターを30年やってきたけれども、その総括が必要ではないかという点、そして、個別に言えば緩和ケアについての批判が随分あった点でございました。

「参療」については、これは茨城県から出してきた概念だということです。今年3月の国のがん対策基本計画でも、患者市民参画という言葉が、数えましたら15ヶ所ぐらい出てきます。以前の国の計画にはこういう言葉はほとんどありませんでした。「参療」に繋がる考えだと思います。従ってこれからのがん対策は医療提供体制だけではもう無理であろう。医療を受ける側の患者、或いは一般県民、一般国民に対して、がんについての教育も含めた対策・対応が必要だろう。大体こういう視点で委員会を進めていきました。

強烈な印象を持ったのが、がん患者の体験調査の結果ですが、これは平成30年度の調査結果ですね。国立がん研究センターが中心になって、一応全国的に調査したものです。例えば「納得のいく治療を受けているか」の質問に「そうだ」と答えたのは68%しかない。もう断トツに低い。しかし、その4年前の平成26年度の調査を見ると、同じ問いの結果が満足度86%なのですね。静岡県は何故だか前回は今回も結果が出ていません。これは県のがん診療連携拠点病院が参加しなかったという理由のようです。そういうのを除いて38都道府県のデータが出ているのですが、平成26年度は茨城県8位なのですね。4年間で上位から最下位になることは普通ありえない話です。

これはやはり調査の仕方、バイアスの問題だろうと思います。この調査報告書を読むと、都道府県のデータは、ばらつきがあるので、都道府県間の比較に使うのは不適切だ、とはっきり書いてあります。この点を踏まえて議論したほうがいいと思います。ただし、バイアスがあったとしても低かったのは事実だと思います。全国的に見ても90%以上というのはまずありませんが、やはり低いことは低い。そこは謙虚に考えなければいけないだろうと思います。

それからもう一つ、3月の茨城県総合がん対策推進会議で指摘されたのは、茨城県独自の地域がんセンターのあり方ですね。ちょうど30年経ったところで、私は個人的には良い面もあるし悪い面もある、両面があると思っていますけれども、親委員会である総合がん対策推進会議から指摘されたように、この30年の節目、そして新たな茨城県のがん対策の計画を立てるにあたっては、何らかの形で総括したほうがいいだろうということを考えました。茨城県がん診療連携協議会があるので、そこで協議して欲しい、これから6年の間に県全体でも総括して欲しいということをお話しました。

「参療」に関して追加します。今回のがん対策の計画策定において患者側の代表が非常に少なかったのが大きな反省点だと思います。がん患者さんの代表の委員も入れましたけども、その方からもがん体験者の委員をもっと増やすべきだという意見を頂戴しました。そのがん経験者の委員から、茨城県の「参療」は概念が良いだけではない、全国的にも評価される考え方、言葉だという意見が出ました。それを受けて、スローガンに「参療」という言葉を再び、前回に引き続いて入れさせていただきます。

厳しいことは事実でございます。茨城県は人口当たりの医師数が少ないし看護師数も決して多い方ではございません。医療資源の不足をどうやって補っていくかが問題です。直ちに人材を集められればいいですけれども、日本全国似たようなものです。茨城県だけ突出したがんの拠点病院を新たに作るとなると、多分他の県がですね、逆に引き抜かれたというようなことから問題になるのではないのでしょうか。茨城県は医療資源の少ない中でどうするかということです。3回の検討委員会を通して言われていたのは、IT化、ICTを活用することではないかということでした。このICTを活用した政策を今回の計画の中にちりばめたつもりです。

以上です。

●山口議長 はい、ありがとうございます。

この地域の病院の問題について、医療体制について、今までずっと皆さんの意見を承ってきたんですけども、改めて鈴木委員をはじめ発言があらうかと思っておりますので、さらに追加でどうぞご意見をいただきたいと思っております。一番大事な問題だと座長としては認識しておりますので、いかがでしょうか。

はい。では鈴木委員、お願いします。

●鈴木委員 永井先生のお話を伺うことができ本当にうれしく思いました。

ただ、私もその協議会に出ていたような気がするのですが、何となく皆さん改革志向というよりは、現状維持志向というか、そういう感じがしました。やはり今回は、大胆な改革を断行する時期に来てるだろうと思います。今までの拠点はそのまま地域での役割を果たしていただければいいのですが、拠点中の拠点はやはり県南半分、県央・県北半分、140万ずつに必要です。それは新たな分散型といえれば分散型ともいえると思いますが、それをやらずに足りない人材を分け合っているのはいつまでも良くなりません。

よく水戸地区の病院について言われるのですが、魅力ある病院がないと良い医師

が来てくれないということですが、看護師も同じだと思います。やはりそういう病院ができることによって、その医療機関だけではなくて周辺の医療機関やひいては患者さんや市民の皆様にも恩恵が広がって行っていくということなのです。

今回その決断ができないと、また同じような状況が6年間続いてしまうことになりかねません。これは何としても避けなければならないと私は思っております。

以上です。

●山口議長 はい。ありがとうございます。その他の方々いかがでしょうか。よろしゅうございますか。

静岡がんセンター作る時に、予算で言えば、建物その他480億、それから医療機器に100億。様々なもので多分、初期投資600億ぐらいかけてるんですね。そこでさっき申し上げたような患者さんの視点の重視ということを言い続けて、今日があるわけなんです。何度も言うようですが、茨城県として、或いは茨城県の医療関係者の方々が、それほどの覚悟で臨めるか。私の経験をさらに言うと、そこまで作り上げて20年経つとやっぱり危ないところがいっぱい出てきているので、そこを維持管理していくことはやっぱり大変な作業ですよということをちょっとお伝えして、私の経験・体験ということでお話をしておきたいと思えます。

この後、茨城県庁、それから島居先生ですか、協議会でしっかり議論をされるということなので、そういうことを踏まえながら、多分10年がかりぐらいの話に私はなるだろうなと思えますけど、どういう方向性で持っていくかということ、ぜひしっかり議論していただくことが。最後は茨城県民のために何が一番いいのかっていうお話ですし、医療が充実すれば茨城県の評価も高まると思えますから、そういう点も踏まえて、ぜひご検討いただければなと思っております。

最後にどなたか、山田委員をお願いします。

●山田委員 ありがとうございます。

ちょっと「参療」の部分で、私が感じたところをちょっと申し上げたいと思えます。実は私もずっと前からここに関わっていて、「参療」っていうものがもう随分前から謳われていることは知っていたんですけども、この春に、やはり地域の方が参療っていうバックを持って、『「参療」というのを知ってた?』っていうふうな問いかけがあったんですね。やはり、県内の中にコロナがあっというろんな活動ができなかったっていうのは大きいと思うんですけども、やはり良い施策を広める方法として、やはり今後、紙媒体のサポートブックもすばらしいんですけども、やっぱりネットを通じて発信していく。そういうものをどんどん活用していただきたいなというふうに思えます。

また、先日20代で白血病になった方の骨髄移植の話を知りました。やはり、これから55歳までしか骨髄は提供されないっていう、年齢制限があるということを知っていて、基本、これから少子高齢化になったときに、かなりの55歳の方が、これから何十万といなくなると、今後の若い方たちのその小児がんも含めて、骨髄に関するところのサポートが緊

急に必要だなということを改めて感じたので、もちろん県の方はその辺ご存知だと思いますけれども、やはり一般県民に対する周知の仕方として、いろんな媒体を使ってやっていたらなというふうに切に希望しますので、どうぞよろしく願いいたします。

●山口議長 はい。ありがとうございました。

それでは大分時間をとってしまいましたが、茨城県民のために、皆様から大変良い議論いただいたと思っておりますので、ぜひこれを生かしていただきたいと思います。

それでは本来のスケジュールに戻って、伊東室長の方から、一番最初にお見せいただいた資料（資料２－１）を１ページ１ページ順番に出していただいて、それに対する細部のご意見を委員の皆様からいただきたいと思います。

伊東室長、お願いします。

或いは、もし皆さん覚えておられるようであれば、この部分について意見があるということをおっしゃっていただいても構いません。

（１ページ目）まず、このページについてご意見がある方、お願いします。なさそうですので次のページ。

（２ページ目）はい、次のページ。

（３ページ目）この点については先ほどから十二分に議論させていただきましたので、多分問題ないと思います。

（４ページ目）それから総論。ここも大分議論には出てきたと思いますが、ぜひ何かありましたら、お声を出してください。

●山田委員 すいません。

総論のところで、いただいた本資料の方から読み取ったんですけども、35 ページの生活支援体制の整備のところの13行目に、ピアサポーターの研修や患者サロンの設置などの取り組みっていう表現がありました。

その中で私が感じたのは、ピアサポーターの「育成」研修。育成っていう言葉をぜひ総論の中に入れていただきたいなというふうに思いました。各論の中には入っているんですけども、やはりそこの最初の総論のところに、ピアサポーターの研修だけではなくて育成研修ということ、表記していただけたらなというふうに思っております。

●山口議長 はい。それは結構だと思います。事務局特に反対がなければよろしく願いします。

片野田委員、お願いします。

●片野田委員 全体目標について、75歳の年齢調整死亡率の目標値が60.9だったということですが、これの根拠をもう一度ご説明いただけますか、前回の会議で同じような質問したかもしれないですが。

●山口議長 事務局、お願いします。

●事務局（相原） 改めまして説明させていただきます。資料2の31ページのところに、75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少ということで目標値の設定についての説明を記載

させていただきます。基本的には本県の過年度推移を基にして、過去10年間、平成23年から令和3年度までの10年間で14ポイント減少しているというような現状を踏まえまして、今後この減少率を維持した場合、6年後に、どのぐらいの水準になるかということで、60.6という数字を設定させていただきました。

●片野田委員 ありがとうございます。

これまでの傾向が維持した場合を延ばして、それより下げるとのことですね。わかりました。納得いたしました。ありがとうございます。

●山口議長 はい。その他、次のページにいただけていますか。

(5ページ目)この各論についてご意見、或いは原本でも結構ですが、いかがでしょうか。

片野田議員。

●片野田委員 連続で申し訳ありません。

がんの一次予防第1章について、コメントは二つあるんですが、一つは未成年者の喫煙率を目標値から削除したというようなご発言が事務局からあったと思うんですが、健康日本21でも、第3期ですかね、未成年者の喫煙率については目標値として残っていて、がん対策推進基本計画で未成年者の喫煙率ってのは、ロジックモデルとかも入ってるんですが、ちょっとその点が納得いかなかったの、どういう理由なのかというのが1つ。

もう1つHPVのワクチンの記述で、キャッチアップのところがおそらく来年度いっぱい終了してしまうので、そこは何か強調できるような書き方をさせていただいたほうがいいかなと思いました。

以上、二点です。

●山口議長 最初の問題私もちょっと気になったところですが、事務局からしっかりした説明を受けましたので、事務局よろしく願います。

●事務局(相原) 承知いたしました。

まず未成年者の喫煙防止の目標を削除した理由になりますが、これまでこの未成年の喫煙防止の実態把握をですね、県民に対してのアンケート調査という形で実施をしております、その調査結果をもとに、未成年の方で喫煙をしている人はどのぐらいいるかということ把握していたという実情がございました。

第四次計画の目標評価につきましても、そのようなアンケート調査で実施をしていたところなのですが、未成年者の喫煙自体が法律で禁止されているものでございますので、なかなかアンケート調査を実施しても正確に、正直に答えを出していただけない。どうしてもその数字としては、もちろん隠している部分もあるのかもしれないのですが、低い数字としては出てきているのですけれども、それが実態に即しているものなのかどうかということなかなか評価することが難しいという側面がございました。

第五次計画検討委員会の方での意見におきましても、そここのところの把握はなかなか難しいのではないかとというようなところがありましたので、今般、この目標値につきましては、現状把握がなかなか困難である側面を理由といたしまして、目標から削除した次第でござ

います。

●片野田委員 ご説明ありがとうございます。

把握が難しいということは、理由はわかるといえばわかるんですが、研究班の調査とかでも、学校の中高生で喫煙率把握調査ってずっと行われてますし、できないことではないというのが一つ。

もう一つは、0%っておそらく実現不可能なんですよ。実現不可能だけこの目標を入れてるってのは、法律の話がありましたけど、やはりゼロを目指すっていうのはスローガンとして残すべきだと思います。これ、なくしちゃうとやっぱり施策がその根拠がなくなるので、ここはぜひ残して欲しいと思います。

以上です。

●山口議長 2番目の方がいかがでしょう。

●事務局（伊東） ありがとうございます。

まず、最初の未成年者の喫煙率につきましては、ご意見いただきましたので、今後項目として残すかどうかは改めてちょっと検討の方、させていただきたいと思います。後段部分のHPVワクチンのキャッチアップ接種が来年度で終わってしまうっていうことで、もうちょっと記述をしっかりとされた方がというお話ありましたので、そこについても、ちょっと書き方を工夫できるかどうか検討をさせていただきます。

改めてこの後ご説明いたしますが、今日いただいたご意見だけでなく、別途文書で出させていただく形にしておりますので、そちらも含めてご意見いただければですね、今後、次回の推進会議に向けてですね、改善できる部分、修正できる部分については対応させていただきたいと考えております。よろしく願いいたします。

●山口議長 ちなみに静岡県、未成年の喫煙に関しては補導件数を確か指標に使ったと思いますので、それも参考にさせていただければと思います。

●事務局（伊東） ありがとうございます。

●山口議長 他に今のスライドについてのご意見。じゃあ次にいってください。

（6ページ目）ここですね。これについてはいかがでしょうか。がんゲノム医療体制の整備という項目があるんですが、座長として大変残念なのは、筑波大学が拠点病院であったのが連携病院に格下げになってしまったという点です。これは県の方針に影響されるので、エキスパートパネルを開催し、分析した症例数が評価につながりますので連携病院の数を増やすことが大事です。その点、ぜひ今後ご検討いただきたいなと思います。

他のご意見いかがでしょうか。ここも随分議論したところなので、よろしければ次のページお願いします。

（7ページ目）このページについていかがでしょうか。支持療法とか、主要な3大治療が入ってきますけれども。

どなたも手が挙がっていないようなので、次のページお願いします。ここも、その医療体制の整備のところ随分議論することになりましたので、よろしいかと思います。

(8ページ目) はい。ここは緩和ケア、ここも先ほど議論をいたしました。

- 木澤委員 木澤です。ちょっといいですか。
- 山口議長 はいお願いします。
- 木澤委員 何点かあるのですけど、まず一番はですね、ページ数からいくと、取り込むべき施策 103 ページ 104 ページのとこなんですけど、ここの取り組むべき対策の項目が、1つ目が専門的緩和ケアを提供する体制の整備と二つが在宅緩和ケア提供体制の構築ってなっていて、そのいわゆるすべてのがん患者さんに対する緩和ケアの実施というのが、もうそもそも項目としてないというのはちょっと大きな問題かなというふうに思いました。

例を上げると、普通のスクリーニングは専門的緩和ケアを担当する人が担当するのではなくて、がん診療拠点病院をはじめとする病院や診療所が、組織として対応することなので別の書き方をさせていただいた方がいいのではないかとこのように思いました。

2つ目は、目標としている指標の話なんですけれども、身体的・精神的苦痛を抱えるがん患者さんの減少というのは、最終目標になっていたと思うのですが、具体的な目標値として身体的苦痛を抱えるがん患者さんの割合 20%、精神的苦痛を抱えるがん患者の割合 20%というのは高すぎます。そう私は思います。ちょっとこれ世界的な様々なデータから言って、ベンチマーキング 20%っていうのを出しているところは多分どの国もなく、多分達成不可能な目標になるので、ここはちょっと見直していただいた方がいい。おそらく 30%でも高いと僕はちょっと思っていて、ちょっとここは検討が必要かなと、これも達成不可能だと理解しています。

以上です。

- 山口議長 はい。ありがとうございます。

事務局、また別途ご検討ください。他の委員の方々からご意見いかがでしょう。よろしければ次のページ。

(9ページ目) はい。いかがでしょうか。最後のがんとの共生の部分になりますけれども、どなたもいらっしゃらないですかね。次、もう 1 ページありましたっけ。がん登録とかね。

(10 ページ目) このページいかがでしょうか。第 3 章の最後、生活支援の部分と第 4 章。どなたでも結構ですが、片野田委員どうぞ。

- 片野田委員 がん登録のところは、これまでのこの推進会議でも DCO とか精度管理指標ではなくて利用の方にシフトすべきだという発言をしてきたんですが、それが反映されているので非常にいいなと思ったところです。これはコメントです。

最後の Q I ですが、いわゆる診療行為の質の評価だというふうに理解はできるんですけども、具体的に中身っていうのは想定されているものがあるのでしょうか。大学と連携してやるとか、或いはいわゆるリアルワールドデータを使った研究をするとか、何かその辺り、具体性があるのかなというのが思ったところです。

- 山口議長 はい。事務局お願いします。
- 事務局 (相原) 事務局から回答させていただきます。

Q I 研究に関しましては、国の方のがん登録部会の方で国立がん研究センターを中心に実施をしているものに拠点病院・指定病院等が参加をして、それで進めていくということで方向性を検討しているところでございます。ただ、項目が多岐に及びますので、初めからすべての項目で対応するというのはなかなか難しいかと思っておりますので、その部分につきましては、特に課題となっているような部分を中心に少しずつ始めるという形に実際のところはなるかというように考えているところでございます。ご回答になりましたでしょうか。

●片野田委員 国の動きに合わせて協力していくというような趣旨ですね。承知しました。ありがとうございます。

●山口議長 その他ご意見ご質問いかがでしょうか。

なさそうですので、ちょっと最後駆け足になりましたけれども、改めてご意見がある方は、事務局の方にお寄せいただければと思います。それから今後のスケジュールについて、事務局の方からお願いします。

④今後のスケジュールについて（報告）

●事務局（伊東） それでは計画策定に係る今後のスケジュールについて、資料7に基づき、事務局から説明いたします。

本日、ご協議いただきました第五次計画原案につきましては、いただいたご意見を踏まえ、適宜修正等を行った後に、パブリックコメントを実施し、得られた意見等を踏まえ、再修正いたします。そのうえで、来年2月下旬頃に開催を予定しております第2回推進会議において、再度ご協議のうえ、最終的な計画案をご承認いただけた後、県の庁内での決定を経て、策定となります。

なお、保健医療計画については、本日、別途計画部会が開催されており、推進会議と併せて当部会の委員からもご意見をいただいておりますので、これらの意見も踏まえ、がんの部分の修正を行った後、医療審議会での検討を経てパブリックコメントを実施、同様に再修正を行い、最終案を作成する予定となっておりますので、第2回推進会議で報告できればと考えております。今後のスケジュールについての説明は以上です。

●山口議長 はい。ありがとうございます。特にご質問なければ、片野田委員。

●片野田委員 すいません。一点だけ、追加意見を出す場合は12月5日までということでもよろしいですか。

●事務局（相原） はい。今回資料とあわせて配布させていただきました、アンケートとございますか意見票をもとに、12月5日までにご提出していただければと思います。それを踏まえた上で修正作業の方を進めさせていただきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

●片野田委員 はい。承知しました。

●山口議長 はい。ありがとうございました。

それでは、大体これで議論終了なのですが、全般について、茨城県のがん対策全般につい

てのご意見をここで求めることになっているんですけども、大体、冒頭で随分やらせていただきました。それで、ここで森川部長から何かお言葉をいただければと思います。

●森川保健医療部長 先生方、熱心なご意見ありがとうございました。

二点だけコメントさせていただきたいと思うのですが、医療体制の方で、今回、なかなか時間が足りず、計画に具体的なことは書けなかったのですが、これはやはり大きな問題だと思っておりますので、引き続き、皆様方からご意見をいただきながら検討して、中間見直しの時とか、そういったところに書かせていただければ、というように目指しているところです。

それから、ご意見のあった「参療」という言葉なのですが、これは個人的な意見なのですが、がんだけではなくて、すべての医療に「参療」って使えるのではないかと考えていて、まだコンセンサスは得ていないのですが、茨城県発信ですべての医療に「参療」というのを付けていければ、県民の皆様とか、いろいろな人たちへのアピールになるのかなと思いますので、またいろいろご意見いただければと思います。

引き続き、ご指導のほどよろしくお願ひします。本日はありがとうございました。

●山口議長 ありがとうございました。

先に森川部長のご意見いただきましたが、他の委員の方から、今日の全般を通して或いは今日話題にならなかったものでも、茨城県のがん医療全般についてご意見があれば、最後に承りたいと思いますが、いかがでしょうか。山田委員。

●山田委員 はい。実は先日、乳癌の方の啓発活動をしていたときに、触診モデル、胸の触診モデルを使って啓発していたんですけども、今後そういったものを使って啓発ができなくなるっていう情報をいただいている。ちょっと郵便局にも乳癌モデル置かれていたのが、今はそこは出しちゃいけないというところで乳がんモデルは設置せず、紙だけの啓発をしてるってことを伺っている。それは全国的なものなのでしょうか。特別、茨城ではそれをやっていいとか、そういう流れってのは今後あるのでしょうか。活動をしていてちょっと不思議に思ったので、質問してみました。

●山口議長 私の知っている限り、そのモデルはいくつかの会社で作っているんですけども、鶴岡のできてるモデルが一番良くて。

●山田委員 医療者用ではなくて、医学生用のモデル。

●山口議長 それで静岡県では何台か購入して、静岡がんセンターとして、啓発活動に行くときは必ず持って行って、皆さんに触っていただくということを20年間ずっとやってきたんですけども。今のようなお話を聞いたことがないのですが、茨城県事務局の方、何かございますか。

●事務局（相原） すいません。ちょっと我々も直近の状況については確認できていないところです。

●山口議長 それでは情報収集して、山田委員にお伝えください。

●山田委員 あともう一点、自己検診で乳がんは見つかりますってことで啓発活動をして

いるんですけども、乳がんの方の視触診っていうのも検査項目で有効だというふうに、まだそういう状況になっているのでしょうか。それとも、マンモとか超音波の検査が必須であって視触診はもう認められないっていう時代になっているのでしょうか。

●山口議長 これは微妙な問題だな。片野田先生かな。

●片野田委員 片野田ですけど、ガイドライン的には視触診のみというのは推奨されないとされているので、マンモグラフィが第一選択だと思います。

●山田委員 ありがとうございます。

今後、茨城県の中でも、その視触診だけやってるのは、検査を受けたっていうことにはならないっていうふうに理解して大丈夫でしょうか。

●片野田委員 そういう理解でいいと思います。マンモグラフィが第一選択です。

●山口議長 片野田先生が言っているのは乳がん検診の話。

●山田委員 そうです。私も検診の話ですね。

●山口議長 検診はそれで結構なんだけど、山田さんの立場から言うと、自己触診は進めるべきだと思うんですけど。

●山田委員 そうですね。私はそのように感じているつもりです。

●山口議長 自己触診で乳がんはたくさん見つかっています。自己触診が役立たないなんてことを患者方が言い出したら、厄介な問題に発展する可能性があります。明確に科学的根拠があるがん検診の話と、それからかかりつけ医で見つかるとかそういうものをちゃんと分けて議論した方がいいだろうなと思いますけど。

片野田先生、何か。

●片野田委員 その時に、自己触診をやっていれば大丈夫という間違っただけのメッセージを出さないでいただきたいということです。マンモグラフィによる検診をしっかり受けると、両方大事だということを強調していただきたいと。

●山田委員 はい。そこは肝に銘じていつも伝えていきますので。

はい。ありがとうございます。

●山口議長 他、何か最後にいかがでしょうか。それではなさそうなので、今日は本来のこの協議会の議論とは少し違って、大所高所からの議論を皆さんにさせていただいたんですけども、これもいずれ県民のためになることだと思いましたが、あえて座長としてはそのように取り計らわせていただきました。

それでは事務局にお返しします。

●事務局（大川） 長時間にわたりご議論いただきましてありがとうございます。

先ほどお話も出ておりましたが、本日の議論の内容につきまして、意見等がございましたら、お送りしておりますご意見票で、12月5日までにメール等で事務局までお寄せください。

また第2回の推進会議の日程につきましては追ってご連絡いたします。

以上をもちまして、会議を終了したいと思います。本日はありがとうございました。