

## 平成23年度 第2回奈良県がん対策推進協議会

日時：平成23年11月11日（金）

### 開会 午後2時00分

○司会 お時間となりましたので、ただ今から『平成23年度 第2回 奈良県がん対策推進協議会』を開催いたします。最初に、奈良県医療政策部長 武末よりご挨拶申し上げます。

○武末部長 本日はお忙しいところお集まり頂きありがとうございます。第2回の協議会ですが、やっと何か方向性が見えてきたという気がしたところです。各分科会で相当活発な議論をして頂いたと報告を受けております。その議論を踏まえまして、今日の協議会で結果を上げていきたいと思っておりますので、どうかよろしくお願い致します。

○司会 出席委員さんの御紹介は省かせていただきますが、次第の次に委員名簿を添付しておりますので御参照ください。本日ですが、中島委員、上野委員、森井委員、池淵委員、中平委員、瀬川委員につきましては、所用のため欠席との御連絡をいただいております。

また、前田委員につきましては、久保田次長に代理出席をいただいております。

続きまして、本日の資料の確認をさせていただきます。資料はクリップどめしておりますが、クリップを外してごらんください。資料は、次第、委員名簿、配席図。資料が、左上にホッチキスどめをしておりますが、1から11となっております。また、参考資料として、患者用パス「私のカルテ」として肝がんのパス、肝がん医療者用パスを見本でお配りしております。お手元の資料のほうは全部ございますでしょうか。不足がございましたら挙手のほうをお願いいたします。

なお、本日の協議会は県の審議会等の会議の公開に関する指針によりまして公開となっております。また、議事録作成のため内容を録音させていただいておりますので、あわせて御協力のほど、よろしくお願いいたします。

本日、傍聴される方は1名いらっしゃいますが、先にお渡ししました注意事項をお守りいただいて御協力のほどよろしくお願いいたします。

それでは議事に入らせていただきます。

座長の長谷川先生、進行をよろしくお願いいたします。

○長谷川座長 長谷川です。本日もよろしくお願いいたします。

最初にまず、先日行われた第1回の奈良県がん対策推進協議会の振り返りでございますが、8月9日に皆さんにお集まりいただいて開催しましたけども、そのときのがん検診についての意見とそれから、その後に、協議会の後にいただいた、アクションプランについての御意見について、まず事務局のほうから説明をお願いいたします。

○事務局 それでは事務局から説明させていただきます。

資料2をごらんください。済みません。資料1は、前回第1回の議事録でございます。ちょっと膨大な量で恐縮でございますが、またお目を通していただけたら結構でございます。

資料2、縦のものでございます。よろしいでしょうか。第1回奈良県がん対策推進協議会での、がん検診に関する御意見ということで、上のほうにございます。1のところ、がん検診が向上したことによって患者さんの死亡が下がるかどうか、そこを検証しないで一生懸命してお金をつぎ込んでも、効果的ではない。費用対効果も含めて検診をどうするか、その方向性を奈良県として出していきたい。その委員様の意見を受けて、2ということで、がん検診に関する年次報告書をつくってはどうかということで、横軸、縦軸にそれぞれ八つの検診を入れて、縦に10項目ほどここに書いてあります。県全体の費用とか対象人数、受診者数、それからがんが見つかった方等ということで、想定の救命数というような項目を入れたらどうかという御意見をいただきました。

回答のほうですが、1と2をまとめて、後ほど部会報告とあわせて報告をさせていただきます。

中ほどのアクションプランの実施に向けて、に関する御意見でございます。3名の委員様から、御意見をいただきました。上の(1)のところでございますが、真ん中ほどに22年度の予算2億500万円の使い残しは、いかがでしたでしょうかということ、早く発見して早く治療が一番大切ということで、御意見をいただいております。(1)の御意見の下の方、その実施をお願いするということで、検診台帳の作成をお願いしたいということが、書かれて御意見としていただいております。検診台帳を作成して、受診率向上に努めてくださいという御意見だというふうに思っております。

回答のほうですが、右をごらんください。22年度の予算執行残でございますが、各課、関係課に照会しました結果ですが、6,924万円の残がございました。主な理由としては、がん診療連携拠点病院の機能強化事業で、厚生労働省、国のほうの概算要求時の基準額と交付決定時の基準額に差があったことや、それからがん診療施設・施設整備費で、対象病院の工事の進捗遅延によるものが大きい額となっております。

2点目の検診台帳と受診率向上に努めていただきたいという御意見のところは、後ほど部会報告の中で御説明いたします。

一番下の(2)のところの御意見でございます。

がんの早期発見の項目のところ、食生活改善推進委員さんや健康づくり推進委員さんの活動があるということで、一言、早期発見の項目へそういう活動を入れてという御意見と、それから在宅医療の項目などに患者・家族に対するサポートの仕方を入れたらという御意見だったと思っております。

その回答のところでございますが、健康づくり推進委員さん、それから食生活改善推進委員さんの活動につきましては、次年度の見直しに当たりまして、反映できるように努めてまいりたいと思っております。

在宅医療の項目に患者・家族に対するサポートの仕方を入れたらということに関し

ましては、今年度、今までもこういう活動をしてまいりましたが、それも次年度の見直しに当たり反映できるように努めてまいりたいと考えております。

あともう一方、次のページでございます。埴岡委員さんのほうから、アクションプランの実施に向けての意見ということで総論から各分野ごと、裏表になっておりますがいただいております。中身を少し御説明をさせていただきます。総論のところでございます。○の2つ目。設定した目標と評価指標に基づいて、各部会及び協議会において、年次ごとに具体的な行動計画を自発的に改善していくことが大切ということで、分野別の目標及び評価指標を設定したことが非常に重要であると。ただアウトカム、成果を原点として忘れないようにということと、個別事業が寄与しているかどうかという観点で、毎年アクションを振り返ることをルーチンというか、普遍化していきましようという御意見で、中期的成果を最大化するポイントはそこにあるのではないかという御意見です。

○の4つ目です。分野別に目標寄与度と実現性が高いという観点から、優先的、重点的に施策を設定すること、また未実施で、実施すべき施策を洗い出す作業を行ってはどうかという御意見です。

また10月10日を、がんと向き合う日にしてありますが、条例上、向き合う日としてありますが、アクションプランについて普及啓発活動をする場としてはどうか、ということで、アンケートなどで患者さん、それから現場、地域のニーズを集めて、課題を解決する有効性の高い施策をアクションプランの中にも追加的に、盛り込んでいく仕組みも大切であるということ。それから、アクションプランを実行していくのに当たりまして、県庁の役割もさることながら、この場でありますががん対策推進協議会、それから各部会の委員さんが所属する組織の役割。それから、がん診療連携協議会、拠点病院協議会等の役割が大きいということで、関係者が一致して目標に取り組む場と、そういう機運の醸成ですね、ということが奈良県がん対策の目標達成のカギになるということで、関係者の積極的な参加のムードづくりが期待されるというふう

に書いていただいております。

あと、がん医療部会、それから緩和ケア部会、在宅医療部会、関係機関の整備等、それから相談支援部会、それから最後のがん予防・がん早期発見分野ということで、それぞれ御意見をいただいておりますが、お目通しただけたらと思います。

埴岡先生のほうから、委員さんのほうからもし。はい、あればよろしく願います。

○埴岡委員 丁寧に御説明いただいて、ありがとうございます。特に追加はございません。

○事務局 事務局からは、以上でございます。

○長谷川座長 ただいまの御説明につきまして、何か質問、御意見などございましたら、お願いします。

○事務局 済みません。それと、このがん検診とそれからアクションプラン以外に他の委員様から、患者必携それから相談委員必携、それからクリティカルパスについても御意見をお寄せいただきました。いただいた御意見は、各部会にて検討させていただきます。ありがとうございます。

○長谷川座長 いかがでしょうか。1はまた後で報告ということで。まだすべてが出たわけではございませんが。特に御意見をいただいた方、よろしいですか。

例えば、この残った予算とかどうなってるとか、そういうことはどうなんですか、これは昨年度の予算ですよね。今年度も予算が足りない、足りないって印刷してもらえないとか、そういういろんな意見があったんですけども、6,000万も去年残ったんなら、それをどういうふうにかこうのは、もう残ったものは取られてしまうんですよね。今年度はぜひ、そういうことはなくうまく、もしもできそうならばそちらを、足りない印刷代に回してやってですね。ぜひ、そういうことを御検討いただければと思いますけども。特にございませんか、今、余計なことを言いましてどうも失礼しました。

特に御意見はないようですので、次に行かせていただきます。

前日も埴岡先生に、次の2次計画の策定についてのいろんな国の動向について、御教授いただきましたけども、本日もまた埴岡先生に、8月の第1回の会議以降に、国でどういった動きがあったかということと、それから24年の国の予算の概要ですね、そういったことについてまた御説明いただけるということですので、あわせてよろしくお願いたします。

○埴岡委員　はい、それでは私が適任者かどうか、甚だ疑問なんですけれど、御指名いただきましたので、15分いただいておりますので、概観をしたいと思います。私より多分お詳しい方がいらっしゃると思いますので、適宜訂正、補足をいただければというふうに思います。

前回以降の、がん対策及び医療界における国の動きについて、概説をしたいと思います。

8月25日には、第23回のがん対策推進協議会が開催されております。

大体今、現状では毎回幾つかのテーマに関する報告事項と審議事項と次回のテーマのヒアリングが行われるというような形で回っております。23回の報告事項はこちらにあるとおりでございますし、審議事項及びヒアリングがこのような形で行われております。

また、患者関係委員からは、47都道府県のがん対策予算に関する調査が行われたものが、披露されておりました。国の予算の有効活用が行われているかどうかという観点です。奈良県におきましては、ある程度活用されているということと、金額も増えている部分があるということでありました。また、47都道府県のがん対策推進協議会の患者委員の参加度合いも調べたものが発表されておりました。

奈良県は5人参加ということで、全国で同率1位。他県にも1県、5人のところがありましたけども、そういう意味では形が整っているということでもございました。ぜひ、こちらの協議会でも毎回、患者委員に5人の方には、発言の御指名をいただくよ

うにお願いしたいと思います。

そして、毎回協議会があった後に、その当該の会で報告が行われたものを取りまとめて、意見書として切り出して公式に発表するという形になっております。ですので、8月25日付でこの相談支援、情報提供分野に関する意見のまとめが出ております。ここに20点ぐらいの項目が出ておるんですけども、これもぜひ、どういう形で分野ごとに意見が取りまとめられているのか、ご覧いただければというふうに思います。

第24回は9月9日に開催されたんですが、このときは平成24年度のがん対策の概算要求に関する意見書が取りまとめられたということ。それから、これまでなかった分野なんですけども、がん教育に関する意見についての取りまとめ。それから小児がん、緩和ケア専門委員会からの報告、これが行われております。

審議としましては、がんの手術、放射線療法に関する意見について審議が行われ、意見聴取としては化学療法ドラッグ・ラグについて等のヒアリングが行われております。

そして、これを踏まえて9月9日には、まず平成24年度予算要求にかかわる意見書がまとめられ、そしてさらに3つですね、がん教育、小児がん、緩和ケアに関しての意見書が出されたわけです。予算に関しましては、たしか40項目以上の要望があり、新規予算にかかわるもの、あるいは既存分野の強化にかかわるものというふうな形で出ておりました。後ほど実際に決まった概算要求の内容をお話ししますが、案として出ていたものと、実際に決まったものがどういうマッチング関係にあるか、それを分析していく必要があるかと思います。意見が出たもののうち、どれがどういう理由で選ばれて、採用されたのか。それを今後フォローアップしていくことが大事だと思われま。がん教育、小児がん、緩和ケアに関するまとめも、これもぜひお読みいただければと思います。

第25回のがん対策推進協議会は、9月26日に開催されております。前回審議をしたがんの手術、放射線療法に関する意見についての、取りまとめの報告。そして前

回ヒアリングをした化学療法、ドラッグ・ラグについての審議を行い、次回審議事項である在宅医療、チーム医療についてのヒアリングを行ったということです。このときは、患者関係者からドラッグ・ラグについて、善処を求めるといった意見書が出ております。また、いわゆる末期がんに関する要介護認定が遅いということで、それに関して改善が必要だということも話題になっておりました。

そしてこれを受けまして、9月26日には、まとまったがんの手術、放射線療法に関する分野についての取りまとめが発表されております。これについては、66項目ぐらい多くの意見が取りまとめられておりました。特にこれまでは外科手術に関しては、第1期計画では余り触れられてなかったんですけども、今回はそこに関しても、不足している職種のことや、どういうふうにそれを育成、充実していくのか、あるいは、不足していると言うけれどもどこにどれだけ足りないのかをしっかりと見ていくことが必要ですとか、そういった意見も含めて出ておったというふうに記憶しております。

第26回の協議会は、10月20日に行われておりまして、前回審議をいたしました化学療法、ドラッグ・ラグについての取りまとめが出ました。そして、前回ヒアリングをいたしました在宅医療・チーム医療についての、審議が行われました。そして次回審議事項であります、がん登録についてのヒアリングが行われたということです。

このときも、要介護認定が、がんの患者さんについて非常に遅れて実態的に余り役に立たない部分があるということが問題視されておりました。これは後ほど、それに対して対応された通達について、御紹介します。

それから、平成24年度がん対策予算概算要求内容について、厚生労働省のほうから説明をされました。ただ恐らく、なぜこういうものが選ばれたのかということについては、余り詳しい説明はなかったんじゃないかと思います。

それから厚生労働省のがん対策組織の変更について、実施される予定であることがそのときにニュースとして伝えられました。現在のがん対策推進室と生活習慣病を見

ている組織を統合して、がん・健康対策課ということで格上げにされるということで、がん対策に関して厚生労働省内で、話が組織横断的に通りやすくなるのではないかとということが見込まれます。

それから、この回の審議を受けまして、化学療法、ドラッグ・ラグに関する委員からの意見の取りまとめが、10月20日付で出ております。ドラッグ・ラグについて、たくさんの意見が取りまとめられているっていうのは、これまでになかったところだと思われまます。

第27回のがん対策推進協議会は、11月2日に行われております。がん研究専門委員会からの報告がなされ、前回に審議されました在宅医療・チーム医療についての報告がなされ、がん登録についての審議が行われました。そして次回審議事項であるサバイバーシップ、経済負担、就労支援、がんの予防と検診についての、ヒアリングが行われたものです。11月2日付の意見書はまだアップされてないんですけれども、恐らく、11月2日の審議を受けて、在宅医療・チーム医療に関する委員からの意見の取りまとめが、近日中に発表されるものと思われまます。

なお、次回は11月21日ですけれども、このときは、サバイバーシップ、経済負担、就労支援、がん検診・予防に関する意見の取りまとめが出されます。そして、がん対策の指標設定に関するヒアリングが行われる予定となっております。

駆け足でしたけれども、このような感じですよ。詳細には、がん対策推進協議会のホームページから、当日の議題及び資料及び議事録を御参照ください。

また、協議会の各回に関するまとめということでありましたら、私どものがん政策情報センターのウェブサイトに、簡単なレポートがありますので御参照いただければと思います。

平成24年度のがん予算の概算要求の内容なんですけれども、厚生労働省からの簡単なPR版というペーパーが、こちらでございます。ちょっと小さくて見にくいんですけども、幾つか御紹介します。この左のところに丸新とか重点項目というふうに書

いてあるものを、見ていただくといいと思います。一つは、在宅緩和ケアに関して、在宅緩和ケア対策の推進ということで4.5億円が増えています。そして、在宅緩和ケア地域連携事業として3.6億円というような形についております。それから、がんに関する研究分野で、抗がん剤関係の対策ということで30億円。それから、がん臨床試験基盤整備事業2億円。それから小児がんに関しては、今回新たにたくさんついたのですけれども、拠点病院の強化、小児がんの緩和ケア等について、このような措置がなされております。

一方で、新規項目が増えているんですけど、既存項目は減っているということが、憂慮される点です。例えば、皆さん大変関心が深いと思うんですけど、がん診療連携拠点病院の機能強化については、これは拠点病院に毎年出ているお金なんですけども、減額になっておりまして、単価もそれぞれ、県拠点病院も通常の拠点病院も減っております。奈良県はこれまで満額が補助されていたのかどうか記憶していませんけれども、ぜひ満額キープあるいは県独自予算によって維持することが期待されると思います。そういう意味で繰り返しになりますけど、新規はつけているけれども、既存分野が削られているという中で、どのように県として補っていくかという観点が必要かと思われまます。

また、国のほうで新たについたもの、あるいは近年ついたものに関して、県としてどのように対応していくかと。予算はそれを拡張していくのかどうか、その辺の観点になろうかと思えます。

先ほど見たように、在宅緩和ケアが重点になっているんですけども、がん対策という切り口だけじゃなく、その他の分野でもさまざまな形で、在宅医療の手当てがされております。在宅医療介護推進プロジェクトという切り口では、127億円の予算がついておりまして、多職種協働による在宅医療を担う人材育成、在宅医療連携拠点事業等がついております。これに関しては3.2億円の要望。そして、在宅医療連携拠点事業については31億円という形についているということです。

以上が概算要求関係ですけれども、がん対策推進室から出ているがん予算のPR版だけでとらえられない部分がございます。いわゆるイノベーション分野ものの研究関連において、さまざまな形で出ております。それから平成23年度の補正予算で、在宅関係、介護関係に追加の手当てがなされております。

また、地域医療再生基金を活用して、がん対策を強化している都道府県もございますので、そちらも含めて、さまざまな動向を見る必要があらうかと思えます。ぜひ、そのあたりどなたか取りまとめていただき、わかりやすい資料をつくっていただくことを期待したいと思います。

ここからはがん対策を越えた国の最近の議論の流れのうち、がん対策に絡むものを少し見ていきたいと思えます。皆さん御承知のとおり、税と社会保障の一体改革ということで、6月30日に、今後の中長期的な日本の医療介護等の姿が、おおよそ合意されているということです。この資料は、医療分野、介護分野を切り出したものです。今後2015年あるいは2025年に向けて、どういう分野に何億円ぐらい追加投入をし、逆にどういう分野を削っていったら、全体的に幾ら投入し、幾ら節約し、幾らの費用で医療・介護改革を行っていくかということは、もう設計図としてはほぼできているということです。これが、先ほどのページの続きですけれども、合計2.4兆円を投入して、1兆円ぐらい節約して、プラマイ・プラスで1.6兆円追加ぐらいで改革をしていこうということです。それぞれ項目を見ていただくと、字が小さくて見にくいんですけども、診療報酬、介護報酬の見直しにかかわるもので、在宅医療の充実などに関しては、8,700億円程度投入されていくということ。それから、地域包括ケアなどに関して、施設のユニット化などで2,500億円程度投入されるなど、さまざまな方針が書かれています。

国全体の方向がこうなっていく中で、奈良県単位ではどういうふうになっていくかということも、また見ていく必要がありますし、がん領域に関しても、連携体制、面的整備ということが、この辺りと関連してくると思われれます。

目先の、来年度の診療報酬改定に向けての動きについて。社会保障審議会の医療保険部会と医療部会で、その枠組みと方針を決め、中医協で具体的な項目が決まるわけです。医療保険部会、医療部会で決まった方向案としましては、在宅医療を担う医療機関の役割分担、連携を評価していこう、看取りに至るまでの医療の適切な評価をしていこう、早期の在宅療養への移行、地域生活への復帰に向けた取り組みの評価、それから、在宅歯科、在宅薬剤管理、退院直後等の医療ニーズへの訪問看護の充実、リハビリテーションの強化をしようということ。診療報酬と介護報酬の同時改定ということもあるんですけども、地域医療、在宅医療あるいは連携、切れ目のない医療ということに関して、重点化がなされているということが改めて認識をされます。

社会保障審議会の医療部会に出ていた都道府県格差データです。在宅療養支援病院が奈良県は人口当たりで少ないと。そして、こちらは在宅支援診療所の数ですね。こういうデータが出ていました。それから在宅療養支援の歯科に関しても、非常に少ないと。そして薬剤指導管理届をしているところは、平均以上と。それから訪問看護ステーションは、また非常に少ないということです。これは外形的な数字だけを言っているので、必要な数のカバー率という観点から見ると、有力な拠点があればカバー率は高いということも考えられます。いずれにしても、今後こういう数字を見た上で、拠点となる大規模診療所と、それを補完していく診療所等のネットワーク、あるいは拠点病院との連携をどのように設計していくかということが、考えられていくんだというふうに思います。

診療報酬を決める中医協でも、中期的ビジョンということがうたわれておりまして、やはり2025年に向けて在宅医療の充実、在宅介護の充実をしていくと。そして今回、同時改定をいかに活かしていくかという観点から議論がされております。そのビジョン、イメージとしては、これは既存の図ですけども、小学校・中学校レベルで顔の見える形で地域密着の、患者さん中心の包括的なケアの体制をどういうふうにつくっていくかと。これに向けて、診療報酬等もどう操作していくかということが言われ

ています。これは前回改定のおきですけれども、がん関連に關しましては、実はこれだけ多くの強化あるいは、新規項目がありました。がん対策は今回も一つの強化の柱に挙がっております。そういう意味でいろいろな項目がありますけれど、例えば奈良県で2年前の改定のこういう項目がどれくらい届け出られて使われているのかというようなことをモニターしたいところだと思います。これらの項目に今回さらに何をつけ加える必要があるのかということで今、審議がされているというふうに思います。先ほどの2025年に向けて充実すべきもの、税と社会保障の一体改革のビジョン、それから中医協の中期展望の中で、在宅医療に關して在宅医療利用者が今後1.4倍になっていくと。そして、どういう施設がどれだけ増えるのか、そういうことの数読みをしながら、中医協としては考えていこうという姿勢が見られます。これを奈良県に引き当てるとどういう状況になるのかということも、考える必要があろうかというふうに思われます。

というわけで、中医協ではこれがキーとなるカードになっていたんですけども、この中期ビジョンの中で具体的にやることとしては、医療機関の機能の明確化と連携の強化、医療機関と在宅介護施設の連携強化ということ、これが今後15年ぐらいのテーマであろうということ。そして、そのタイムラインを15年間引くと、その間に同時改定が3回あり、診療報酬改定、介護改定が何回あると。その中で大きく前半には診療報酬の体系的見直しをして、最終的にそれぞれの医療機関の分化連携等を明確化していくと。そして入院、外来及び在宅でどういうことが主要テーマになるのかということがございました。恐らく、奈良県の地域医療全体に關するこの設計図が必要で、その中でこのがん対策推進協議会としても、15年マップというのを書く必要があるというふうに思います。

中期的な話は置きまして、目先の来年度改定について。がん対策に關しましては中医協におきまして、がん対策に關しての論点が幾つか出されました。まず放射線医療に關しましては、課題でありテーマとして取り上げるべきということで、今、放射線

治療で何回か受ける場合には毎回、お医者さんの診療が必要なんですけども、医療資源が少ないということで、そこを適切に簡素化できないかと、そしてそれを診療報酬でうまく対応できないかという論点が出ておりました。それから、緩和ケアに関しましては、外来、在宅への円滑な移行支援という、そういうまじめな取り組みをしているということを診療報酬で点数評価をしていけないかとか、あるいは適切な疼痛管理、早期からの緩和ケア、そういうものを評価していけないか、というようなことが出ておりました。

別の話題ですけども、今、医療計画の見直しも動いております。再来年の春から奈良県も恐らく医療計画をつくり直したものが実施されると思うんですけど、国が今年度中に方針を決めて、来年度奈良県の地域医療計画の審議が行われると。現在は、4疾病5事業としてがんを含む4疾病が入っておりますけど、それが追加となり5疾病5事業に関するより詳細な計画をつくるという形になっていくということです。医療計画の見直しに関する検討会でも、在宅医療が非常に大きなテーマになっております。先日の検討会資料では、在宅医療に関する論点として、在宅医療の医療圏設定に当たっては介護保険中央計画を踏まえて策定すべきではないか、あるいは計画の策定に当たっては在宅療養支援所、支援病院など、また訪問看護ステーション、歯科医療など多職種をチームとして確保するというのを考えるべきじゃないか、目標はどういうふうに設定すればいいのか、ということが出ておりました。また、参考資料として、青木先生につくられた奈良県の人口と在宅支援診療所の分布のマップが出ておりました。こういうデータに基づいた計画の設定が必要だという論点が出ておりました。そして、こうした議論を踏まえて取りまとめとしては、都市部では2次医療圏よりも小さい保健所単位で医療圏を設定し、在宅医療提供体制を考えていかなければいけないと。そして郊外では、2次医療圏単位で圏域を設定して考えたいということが出ておりました。これが国の流れになっていくとしたら、奈良県でも県全体としての計画だけではなくて、在宅医療に関しては2次医療圏単位とか、保健所単位を含めて考え

ていく、あるいはそれ単位で協議会をつくっていくということが浮上してくるのだと思います。こちらにまとまっておりますけども、在宅医療の取り組みを行うことができる単位で立案していくべき、2次医療圏を小さい単位で立案していくべき、2次医療圏単位の協議会を設置してはどうかとこういうことが出ておりました。これで最後になりますが、先ほど出ましたがん患者さんへの要介護認定が非常に遅れているということで、これまでも通達が出ていたんですけど、さらにちゃんと徹底するようにということが出ております。奈良県でそれが迅速に行われているのかというのもモニターをされるべきだと思います。この資料では、現実にとれぐらいい日数がかかっているのかという度数分布、あるいはこれを申請された方がどれくらい御存命されているのかというようなデータ等もついております。御関心のある方は必読の資料かというふうに思いました。

それから、最近の動きとしては、学会が社会と対話するというプログラムも進んでおりまして、先日あった日本癌治療学会でも患者、市民との対話のプログラムを強化しておりましたけれども、こういう流れも重要だというふうに思います。

まとめです。このように国の動きを、非常に大きく動いていますので、注視をする必要があるということ。一方で地域の特性をよく認識するということ。そして、来るべき国の制度改革の準備に、地域主導で早期に着手するのが大事であるということ。そういう意味では、地域の当事者が集まって、皆さんでビジョンの共有をつくり、例えば15年計画とか、5年計画とか、マスタープラン、行程表を作成していくことが大事ではないかという感想を持った次第でございます。非常に雑駁でしたけれども、わかる範囲で少し御説明させていただきました。間違っていたところがあるかもしれませんが、御了承ください。以上です。

○長谷川座長 埴岡先生、どうもありがとうございました。大体がん対策推進協議会の概要から、そして24年度の予算の概算要求ですかね。そしてさらには、がん以外のことを含めて国のこういった医療の動向、中医協など含めて、非常に豊富な内容

をうまく整理して御説明いただきました。この点につきまして何か、御意見、御質問などございますでしょうか。恐らく今後の新しいまた計画などをつくるに当たっても、今、御指摘いただいたような点を十分に考慮して、今度こそはラストでなくて、早い時期に計画をつくりたいと思っております。

川口先生。

○川口委員　ドラッグ・ラグのことを一つ、これは開発のラグか、それとも入ってくるラグかが教えていただきたいのと、どれぐらいラグがあるのか。もう一つはチーム医療というのは、これは院内でいろいろ取り組んでいるけれども、その意味なのか。もうちょっと広い意味で院外を含めた地域でのチーム医療とかいう意味なのか、その辺はどうですか、動きとしては。

○埴岡委員　ドラッグ・ラグに関しては、かなり今、広い意味の全体のマップを描く努力がされていると思います。大きく分けると一つは未承認薬という全く承認されていないものがあって、もう一つは承認はされているけれども、ある病気には使えるけれどもほかに使えないという適応外薬がある。それから、分類としてきれいじゃないかもしれませんが、オーファン・ドラッグや希少薬の問題。それから、日本発のイノベーションや創薬をしていくというような問題。このように幾つかに議論を分けることができると思います。ドラッグ・ラグに関しては、もちろん未承認薬に関して遅れをなくしていくということと、特に患者関係者が強く今言われているのはオフラベル、適応外の使用が迅速にできるようにということ。特に、その点に関しては米国等で行われているように、FDAとか当局による承認とは別に、医学界のエビデンスに基づいて保険の償還がされるような仕組み、米国でコンペンディア制度とかいうようなものがあるようなんですけれども、それに似たような制度が必要ではないかというような議論が出たりしているということかと思えます。

チーム医療に関しては両面があると思います。施設単位でチーム医療体制を整えるということ。医療資源の偏在とか言われますけど、必要な形を整えていく。そして、

特定の職種に偏らずチーム医療体制として地域で面的にカバーできる仕組みを、連携を伴ってつくっていかないといけないという広義の意味も含めて議論されてるんじゃないかというふうに、個人的には感じています。

○長谷川座長　ほかに何かございますでしょうか。非常に大切な内容がたくさん盛り込まれておりましたが、ちょっとじゃあ、私のほうから1点だけよろしいでしょうか。概算要求のところで、先生が御指摘になったように、例えばがん診療連携拠点病院の予算が下がったことですね、あるいは専門スタッフの育成というところが10分の1になってるとかですね、現実的にいろいろ関与してもやってる現場というのは今、がん診療連携拠点病院というのがどこでも中心になって動いてると思うんですが、拠点病院の立場から言いますと、あのわずかな予算を、補助をもらっただけですごい膨大な宿題を出されて、毎年10月になると全部A項目が丸になっているかどうかというところで、すごい勢いでそれに向かっていろんな準備をしたり、準備という言い方はおかしいですが、要するに毎年ちゃんと指定要件を満たしているかどうかをきちっとやるためだけでもかなりの。ところが、それに対して一番評価すべきところが下がるというのはどうも理解できないんですが、それについては何かこういうところで御意見とか御指摘とかございましたか、あんまりなくて、ただもう一方的にこういうのが出るんでしょうか。

○埴岡委員　繰り返して、がん拠点病院の補助は増やすべきだということと、それから2分の1補助ではなくて10分の10補助にすべきだというのは、多くの委員からの意見として出てはいます。しかし、そのようにならないということですね。基本的に今、財政再建の中であること。それから重点化項目をつくるためにも既存分野は、もともと減らしたシーリングからスタートするので、重点新規項目に入らないところはそもそも減るのが普通という形になっているところがあって、随分全体としてはちぐはぐな形になっていくということが現状、起こってしまっているということだと思います。非常に国の仕組みのゆがみからなかなか現場に即した形にならないというこ

とかと思います。

○長谷川座長　　どうもありがとうございました。ほか、よろしいでしょうか。なかなか難しい問題をたくさん含まれておりますが、いずれにしてもこういう方向で全体的に動いてるということ。

○埴岡委員　　先ほどの拠点病院に関する補助金は奈良県がもしも満額が出ていたならば国の基準額が下がったということから直接影響を受けるんですけど、まだ余裕があったならば、フルに使えば伸ばせるということではあると思います。それは、どちらか忘れてしまいました。

○長谷川座長　　多分、国から50%、県から50%でやってますよね。

○埴岡委員　　今、県拠点病院で2600万か何かが上限だったと思うんですけど。2600万満額が出ているんですけど。

○長谷川座長　　多分そうですね。まだ、それをただ多いと見るか少ないと見るかであって。

○埴岡委員　　では、国の基準が下がると、一応下がる可能性はあるわけですね。

○長谷川座長　　いずれにしても膨大な宿題を考えると、それに対してそれでもらって果たしてどこまでできるか、なかなか厳しいものがあると。

○埴岡委員　　一方で、少しだけ視野を広げると、診療報酬によっても随分拠点病院にメリットが落ちるようになっていきますので、その辺は少し勘案する必要があるというのと、個別の拠点病院なり県拠点病院がやっている事業を、個別に切り出してまた予算化していただくということも、そこを大々的にやるという名目であれば、やれていくんじゃないかと思います。この辺の行政の技術的なことはちょっと詳しくないので、執行部の意見を聞いたほうがいいのかもかもしれませんが。

○長谷川座長　　何かございますか。よろしいですか。

　　ほか、よろしいでしょうか。ちょっと時間も限られておりますので、次に行かせていただきます。

次に、奈良県のがん診療の現状に対する調査の案でございますけども、前回の8月のときに、いろいろ昨年度の調査でわかったこととか、わからないことがいろいろございましたので、それをいろいろ整理していただきましたけども、特にいろいろと青木先生にいつもいろいろ、そういった統計的なことなどコメントをいただいているんですが、今後はがん難民をなくしていくという取り組みが当然大事なんで、それについて、いろいろと奈良県の現状でその仕組みを検討して何とかやっていこうという中で、今年度はがん診療におけるがん難民の発生状況とその要因を、何とか明確にしていくということを調査の目標といいますか、予定としておりますので、それについて一応、青木先生のほうからコメントをよろしいでしょうか。よろしく願いいたします。

○青木委員　ありがとうございます。青木でございます。お手元の資料4番を使って、今、長谷川先生におっしゃっていただいたことがある意味すべてではあります。簡単に5分程度で、目的あるいはやり方の大まかなところだけ御説明させていただければというふうに思います。

下のほうの2番目の資料、最終的にはこのような調査をすることが目的ではなくて、最終的にそこから患者さんの余命の延長、そしてQOLの向上、どうしても生存というのは長さと言質という2軸で考えなくてはいけないものですから、これらに何かできないか、今これらに対して課題となっているところがあるんだとしたらどういうところかというのをここに中黒の点で5つ、期間を短縮することや早目に見つけて専門の治療の先生の所へお届けすること、そして診断から治療開始までもしどこかで詰まっているようであれば、それを早くすることの効果、そしてこれは大阪のほうの調査なので医療の均てん化によって、ポイントが3.1下がるというようなことも言われていますので、いろんな医療の均てん化に関して何かわかることがないか、そして緩和ケアチームの初期からの、先ほど埴岡先生のスライドの中にもございましたが、初期から関与することによってQOLを向上する。QOLを向上することで生存年が延びる

のとほぼ同じような効果が期待できるのではないか。こういうところに今ある問題をきちんと明らかにしていこうという意味合いの調査になります。めくっていただいて、3枚目、がん診療状況の背景と書いてますが、これはもう皆さんの中ではある意味普通にあることだと思いますが、がん難民における課題、このがん難民の定義は、埴岡先生たちがおつくりになった「医療政策」という冊子より引用させていただいた定義になりますが、ほかに適切なタイミングでの紹介とか、あるいはどこで、難民難民と言いますが、どういうがんのどのようなところで、どのぐらいの人がどのぐらい待っているかということをしかりと見ることで、そこの遅れが直ることで一体どのような効果が期待できるか、それに対して何か施策として立案し実行したときに、前と比べてどれぐらいよくなったかということが、きっとできるだろうと。ただ、それが今は全くできない状況でいろいろと手を打ってもなかなかそれはよかったか悪かったかの評価ができないというのが背景でございます。そこで、下のほう4枚目の、がん診療状況の調査の最終目標として、まずはその難民というものが本当にどこにいるのかということ把握し、もし何か診療の均てん化という視点で何かばらつきが見えるのであれば、それもまず視覚化し、そして継続的に見ていくためにはどういうことをすればできるのかということを考えて、今回明らかになったことから、難民の対策立案をするために情報提供の仕組み、県の方々あるいは先生方に対して有用な情報提供ができないかというあたりを考えていきたいというふうに考えております。めくっていただいて、がん診療状況の対象ですが、本来であれば、実際に去年やってみて、後ろ向けのデータだけでは不十分だということが既にわかっているんですが、今年度ということで、前向きにやるにしてもどんなに頑張っても2カ月ぐらいしかとれないということで、今年もなるべく既にあるデータを活用しながら、補完の方法を考え、そして前向き調査も少し加味しながら患者さんのアンケートも含めてやっていければと。そしてまずはすべての5大がんに取り組めればいいんですが、まずは県内の消化器の先生方と御相談をしながら、5大がんのうち3つをカバーする消化器で始めてはどう

かというようなことを考えておりました。主なデータ項目としては、これ、ある意味質を超えたタイムスタディというふうにお考えいただければと思うんですけど、いつ見つかって、いつ受診して、いつ治療して、いつ次の治療を行ったかということをしつかりととらえると同時に、その内容に関して必要最低限見ていくというようなイメージでございます。めくっていただきますとデータの種類、院内がん登録、DPC及びレセプト、診療記録というふうに分けてありますが、どれ一つとってもこれらを考える上では十分なデータではございませんので、これらの電子データを生かしつつ、記録の中から使えるものを使っていくというようなことを考えております。患者さんに対しても、患者さんの視点から見たときに、自分たちはどこでひっかかったかとか、あるいはもう少しどういうことを知ればよかったというふうに考えたかというようなことをお尋ねできないかというふうに考えております。めくっていただいて分析の案ですが、分析で明らかにしたいところは連携の状況、日数としてどこかで詰まっているところはないか、そして治療内容に関して何かバリエーションが見えるもの、あるいは緩和ケアチームの関与の状況、一度昨年ですか、アンケート調査で県内緩和ケアチームの関与率5.6%という数字が出てますが、それと何か大きく変わってるところとかを含めて考えていければと思います。あとアンケートから質的な部分を考えていければ、これ調査をすることで期待される効果として、まずは見える化ができる。今どこで何が詰まっているか、そしてどこに対してどのような手を打つとどのくらいの改善の見込みが明らかにできるのか。郡先生もいつもおっしゃっている費用対効果の視点も含めて、しっかりとどういうことをすべきかということを確認にできるのか。そしてこういうものを1回やるだけではなくて、継続的に、しかも先生方やあというろんな方の御負担なくやっていくためにはどういう仕組みが考えられるのかというところまで今回考えていけるような、そういうような調査になるかというふうに考えております。私のほうからは以上でございます。ありがとうございました。

○長谷川座長　　どうもありがとうございました。調査することによって、がん難民

がうまくなくせるようになると非常にいいと思うんですが、今の御説明に対しまして何か御意見、質問などございますでしょうか。

どうぞ。

○川口委員 患者アンケートは、いつだれが、どこでどういうふうな人にするんですか。

○青木委員 それに関しては、今、御相談中なんですけれど。

○川口委員 どこで相談。

○青木委員 まずは消化器内科の先生方が。

○川口委員 なるほどわかりました。まだ検討中ということですね。

○青木委員 はい、また改めてその先生方とどういうやり方が一番いいかというご相談しております。

○川口委員 入院、外来問わず。

○青木委員 これ、外来で初めてがんの疑いで外来に来てる患者さんが対象になると思います。

○川口委員 そういう人でこれ、不満や不納得と一番最初に来た人でわかるんですかね。

○青木委員 ここに来るまでにもし何かあれば。それからここから後、退院するときに回収できればというふうにも思ったり。

○川口委員 2回、初めに配って後で回収は、いや、外来とおっしゃったからね。外来だったらそのときだけ。

○青木委員 外来で登録をして、その方々にまたいつお渡しするかというのは、外来でお渡しするか、来た人がみんながんじゃなかった場合もありますので。

○川口委員 それは主治医がそのときに説明してアンケート。

○青木委員 その辺の細かいところを今ちょっと…。

○川口委員 求めると。これはあと、前向きのほうはこれは割とデータはがん登録

とかのデータで引っ張り出せるところはないんですか。

○青木委員 先ほど7枚目のところで、院内がん登録でひっかけられるところというのを丸をつけてみたんですが、がんの種類とかそういうのはひっかけられるのですが、放射線とかに関してはやった、やらないしかわからなくて、いつやったかというその日付の部分がなかなかわからないです、その部分に関してはどうしても日付を見に行かなくてはいけないかも。

○川口委員 細かいところはこの次に必要やということやね。それと先生が出されていた、最初に出されていたデータ、これのベンチマークはあるんですか。コントロールというか。

○青木委員 このような外部にそのような数字があるということですか。

○川口委員 そうです。

○青木委員 今のところ外部でこのような論文とかで、例えば放射線の受付時間で何分ぐらい待ったというウェイティングタイムの報告とかあたりはするんですが。

○川口委員 じゃこの項目、先生が出される項目で、コントロールあればね、すぐに公表できるでしょう。

○青木委員 外部でこのような調査は…。

○川口委員 コントロールがあるやつで、こんなやつがあったら、そらすぐに役に立つからええなと思うだけで、これが悪いというわけじゃなくて。あるいはこれからそういうやつを詰めてコントロールになっていくわけで。

○青木委員 前後比較ということにで…。

○川口委員 ほかにもしそんなデータがあったら一緒に集めたらなと思ったので。

○青木委員 ありがとうございます。

○長谷川座長 ほかにいかがでしょうか、御意見ございましたら。

○吉川委員 埴岡先生にちょっとお聞きしたいのですが、がん難民のところの定義を、私の思っているちょっと難民とその先生の定義されてるところと少し、診療説明

時とか治療の決定時のいずれかの場面において不満や不納得を感じたがん患者という定義なんですけども、どういう、例えばある病院でその治療を受ける、説明を受けて納得できないけどもその手術を受けるとかいうのも、そのがん難民という定義なんですかね。どういう。僕のイメージは例えば大きな病院に行って、地元に戻ってきて主治医を持ってないとか治療できないというイメージがあったんですけども、そういう意味じゃなくて、これは全部を含む、それも含めて、そのがん難民というのは。

○埴岡委員　がん難民の定義は定まったものはないと思います。一般的に言われるのは、切れ目のない医療が実現されていなくて、ある医療機関からある医療機関に行くときに、連携紹介がスムーズに行われていない場合というのが、一つの見方だと思います。これは数年前にした調査なんで、すぐにすべてを思い出せるわけじゃないんですけども、このときの調査のときには今言った定義のものは直接はかれるものがないので、代替的に、説明や治療方針決定などに関して医療機関を移ったときに不満を感じた、納得できなかったという人を抽出するという定義で行ったということで、がん難民の定義に関して、これが決定版だということではないと思います。

○長谷川座長　ほか、よろしいでしょうか。

私のほうから1点だけ伺いたいと思うんですけども、うまくいけば非常にいいんだろうなと思うんですが、現実的に今、がん登録でどっちかといえばワンポイント的にやるがん登録でもあれだけ大変な思いをしているのに、これはかなり、このパイロット的な調査と思うんですね。これを本当にやるとなると、ずうっとフォローしないといけない。例えばさっき言われた放射線治療一つとっても、登録したときはやってなくても半年後に再発してやったという、そういう方がいっぱいいらっしゃる。ですから、例えば前回の調査で、記載があるかないかだけだって実際には実際やってる方の半分も拾えてないので、放射線治療の数を拾うとなると。ですから、これをやるにしても恐らく実際にやるのだと何度も何度も登録しないといけないのと、当然さっき御指摘があったように、アンケートだって1回とっただけでは全く意味がなくて、その

上でしかもいろんな病院にかかってくるんですよね。そうするとこれを本当にやると、今のがん登録の何倍もの手間がかかって、現実的にこれだけ現場が忙しいのにさらにまたやるかという意見も当然出ると思うんです。ですから、確かに今あるがん登録のデータから使えるデータが余り出ないのは残念ですけど、本当にこれ、やりますかとなったときになかなか各病院から協力が得られないんじゃないかなという私は印象を持つんです。そういった動きはほかにはないでしょうかね。例えばがん登録担当した先生、いかがですか。もしよかったら御意見。

○郡委員　　やっぱり作業量がかなりな量になるので、これにタッチしてる先生方が理解していただいて、協力してもらえるかどうかというところがやっぱり事の成否のカギを握ってるんじゃないかなというふうに思います。がん登録に関して言えば、ビルで言うと建物の外形だけが見えてるとというのが今のがん登録で、その中で行われてるがん診療の特に時間軸に沿った流れというのは、がん登録には全然データがないんです。実際の診療というのはやっぱり流れが時間、非常に大事なので、こういう研究自体は非常に意義はあると思うんですけど、その作業量が膨大であるというところに難があるというふうに僕も思います。それを。

○長谷川座長　　いかがですかね。ぜひ、やり方などについて、パイロット的にやっていただいたら結構なんですけど、本当にこれをパイロットで2カ月だけやっても意味がないと思うんでやるんだったら恐らくある程度やらないと意味がないんですけども、難民が抽出できないと思いますので。

○青木委員　　ありがとうございます。重々、自分がこれをというふうになった視点で当然考えておりますので、まずやってみながら、やるにはどんな工夫が可能であるかというのもこの中で考えて、そしてやる意味があるのかというのももちろん見ながら、やるのであれば絞り込んで、ここだけを見るだけでも十分じゃないかというのもしパイロットの中では、必要最小限を絞りつつやる工夫というのができるかというのもこの中で考えていければというふうに思ってます。

○長谷川座長　これに関してはよろしいでしょうか。とりあえず、パイロット的なスタートでございますので、これで本稼働で全部やるわけではございませんので、ぜひ進めていただくということで御意見がなければ今年度はお願いいたします。

そうしましたら、次に各部会報告にまいりたいと思います。前回の協議会の後の各部会の進捗状況につきまして、各部会のほうから御報告をお願いいたします。資料が5番からですね、5番からになっています。最初に相談支援・情報提供部会について、川本部長のほうからお願いします。

○川本委員　相談支援・情報提供部会から報告させていただきます。内容のところで御説明させていただきます。前回提出しました奈良県版の相談員の必携（案）について、掲載情報の検討をしております。具体的には、がん診療医療機関の診療状況であるとか、相談室の有無、それからがん相談支援センター、主に近畿圏の相談支援センターの状況。それから、がん患者サロン、ピアサポーターの状況、それからがん治療看護に関する看護師・専門看護師の県内の状況、それから新たに市町村の介護保険の相談窓口であるとか訪問看護ステーションに関する情報について、ちょっと検討しております。

あとは相談員必携の大きさとしてはちょっと最初A5版を予定しておりましたが、内容等からA4版で作成予定というふうに決めております。配布先に関しましては、とりあえず県内で41病院の地域医療連携室であるとか在宅医であるとか訪問看護ステーションとか保健所とか市町村の保健センター等への配布を予定しております。まだこれについては、今、記載情報の点検等をしておりますので、年度内に仮のものができて相談支援・情報提供部会の中でちょっと一時留保できたらいいかなというふうには考えております。

2番目にがん相談支援センターの普及啓発についてですけれども、これはちょっと後で御意見をいただきたいんですけど、資料として提出しております、がん相談支援センターの知名度を上げる取り組みとして、県内の相談支援センターのチラシ、これ

は患者さんを含むものなんですけども、それを県内の医療機関であるとか薬局、保健所、市町村の保健センター等に配布を予定、検討しております。年内に配布ができてというふうに考えております。また内容については後で御意見をお願いいたします。それから患者家族の満足度調査なんですけども、昨年の調査でがん相談支援センター等の利用が非常に悪いということで、2番目のチラシ等を配布した後に利用状況について調査を行い、満足度調査までいくかどうかちょっと危ない状況なんですけど、使用状況等について調査ができないかということで、その内容とか調査日のほうを検討しております。今現在の予定ではチラシが配布されて、ちょっと利用状況が変わった、年が変わって1月、2月のあたりにちょっと各拠点病院の相談支援窓口で、対面と電話の相談の件数と内容等を含めて調査できないかなというふうに考えております。来年度の計画に関しましてですけども、相談窓口の充実ということで、保健所等に相談窓口の設置、また、がん患者サロンの拡大等とピアサポーターのフォローアップ研修等を検討しております。来年度は相談員必携を完成させまして各部署に配布したいと考えております。以上が報告でございます。

提示しております相談支援センター、サロンに関するチラシについてはちょっと内容を含めて御意見をいただけたらと思います。以上です。

○長谷川座長　　どうもありがとうございました。今の御説明に対して何か、御意見、質問などございましたらどうぞ。特にこのチラシについての御意見などありましたら、お願いいたします。特にございますか、どうぞ。

○埴岡委員　　精力的な取り組み、お疲れさまでございます。国のほうでちょうど相談支援センターに対する協議会委員のまとめというのが出ているんですけども、そこで出ている話題を少し共有させていただきます。これまでは病院にある相談支援センターが主流だったんですけど、国のほうでは、施設を離れた地域統括相談支援センターが今後かなりカギになっていくんじゃないかという議論が行われています。もちろん相談支援センターのさらなる質の向上ということも話題になっています。それか

ら相談をするだけじゃなくて、問題解決力につながっているかという観点から今後、質の高い相談ができてきているのかということ、また問題が解決できているのかをどう評価していこうかという話があります。それは部会で考えられている指標とかということとも絡んでくると思います。その辺がかなり重要なポイントだという感じがします。それから、ピアサポートに関しては有効だというのは、国でも繰り返し出ているところです。一方で相談窓口だけではなくて、そもそも医療提供者が医療行為の治療の流れの中で、情報提供をしっかりとやらなければ、そこで伝わらないことをほかでカバーするのは大変なので、医療の中でしっかり相談支援、情報提供を組み入れることは大事であり、かつそれを医療提供者がやりやすいように支援をするツールとか、仕組みが必要だと。そんな議論が出ていることを少し御紹介したいというふうに思います。

それから、就労支援とか経済的負担の解決、これは国の制度が伴わないと地域だけではやりにくい部分もあろうかとは思いますが、そういうことが非常に話題になっているということ、少し関連で追加、御紹介いたします。

○長谷川座長　　どうもありがとうございました。ほかに、特にございませんか。ちょっと今、私のほうからコメントさせていただきますと、今、質の問題あるいはその医療の中でのその情報提供というお話がございましたが、前に計画をつくる段階でもそういった議論はかなりございました。やはり結局は、各医療がうまく変えられるともちろんセカンドオピニオンという形もあるんですが、そこまで行かなくともいろんな専門的な治療などの意見を求めて、患者さんがいろんなところに、例えば私の外来にも年中電話がかかってくるんですけど、そういったものに対する対応がなかなか、非常に専門的な医療になって、極端な例を言いますと、その専門科に行っても臓器が違くとわからないとか、そういったことがございますので。そういう点に関しては何かコメントをされてますかね、そういった実質的な、要するに医療のレベルの話とか、そういった相談に関してどういう対応をするかとか、時々私も資料を見せていただくのですが、なかなか難しいなと思って見ているんですけども。

○川本委員　　ちょっとこれは相談支援部会での中での話ではないんですけども、実際に相談を受けておりますと、御指摘のとおりかなり専門的な御相談が出るときがあります。これをどこに、どうつなぐのかというのは、私どものほうもちょっと苦慮しておりますし、別の機関で相談員が集まる機会があるんですけども、そこでもよく出る話題ではあります。だから、その点はちょっと多分情報収集をどうしておくか、どこにどう案内するかというところ辺りもないので、なかなかうまいことつなげないというのが現状で出てます。

○長谷川座長　　実は前の計画では、県内の各専門の医師がいろんな連携をとって、そういうときに対応できるシステムをつくろうという案が挙げたんですが、現実的に、うまくそれは機能しなかったんですね。ですから極端な話、そういった専門的なところへ電話をかけて電話を受ける先生が答えるわけですし、診療中にかかってくる先生も現実的に困ることもございますので、次の案ではぜひ、そこら辺のことも、ぜひ御検討いただけたら。

○川本委員　　各相談、ちょっと先生が後ろにいていただけると、そこはスムーズにいくのかなと思うんですが、まだ医師がちょっと相談のほうに向いていなくてです。

○長谷川座長　　どうもありがとうございました。相談支援・情報提供部会について特にほか、ございませんか。

次に地域医療部会、吉川先生、よろしくお願いします。

○吉川委員　　地域医療部会の報告をさせていただきます。前回やって、このがん対策推進協議会がありまして、その後の経過をその次のページのところに書いていただいております。がん対策推進協議会の中で4大がん6種類の「私のカルテ」について御意見を伺って、その後、各委員から伺った意見に対しては可能な範囲で調整しております。その後、4大がん6種類のパスについて、県のほうでその作成の担当責任者の方と調整をしていただいて、今お配りしているような冊子、A8、A4というの出してA8になって、ちょっと表紙とか、プライバシーの問題とかいろいろ修正を加え

たものになっております。もう一つがそのパス以外に、その運営のための運用要綱、運用マニュアルと、それからパスのフローチャート等の試案をメーリングリストで、皆さんの御意見を伺っているところでございます。ある程度そのパスの作成担当の責任者の方とか、ほかの先生方の御意見を伺ってたたき台はつくっているんですが、もう少し、御意見を伺ってからと思っております。それと同時に10月6日に、がん登録の部会と共同で医師会、それから病院協会の先生方を対象に連携パスの導入に伴う説明会をさせていただいております。もう一つが、一番大事なこの連携についてのコーディネーターを育成という、研修ということでもう少しコーディネーターの役割を確定しようということで、この前の部会の議案とさせていただきました。10月20日にこの部会があったんですが、一つがその運用マニュアルについて、御議論をいただきました。それからもう一つがコーディネーターの機能を、もう少しコーディネーターという役割を直接的な患者支援と連携マネジメントに分けてちょっと検討して、どの役割をどの医師なり看護師なりだれが果たすのが適切かという御議論をいただいて、また少し御議論をいただいてメーリングリストでいただいているところでございます。それが確定した上でコーディネーターの研修会を開催したいと。もう一つ委員からいただいたのが、医師とか看護師とか、いわゆる地域医療連携室の事務なり看護師を対象も必要なんです、それ以外にやはりケアマネに対してもその連携パスの普及啓発を行っていただきたいという御意見がございました。それと、患者さんに対する私のカルテの普及啓発としてポスター、チラシ等の作成も必要ではないかという御議論でございました。来年度に向けては、そのようなチラシ、ポスターの作成と同時に連携コーディネーターの育成研修を行いたいと思っております。それから評価指標ですが、なかなか評価指標というのは難しく、埴岡先生がおっしゃっているように、例えば、ここに載せてます医療機関の連携機関数とかパス運用数じゃなくて、やっぱり患者さんにかかわった、下に書いてますけども、評価に反映できるような指標というのも考えたんですけど、なかなか案が予算のことも含めて、出てこなくて一応今回

のところは、連携パスに登録した医療機関数、パスの運用数ということで今のところはしております。今後の予定は下に書いておるとおりでございます、今もメーリングリストで意見交換を行っております。私からは以上です。

○長谷川座長　　どうもありがとうございました。この地域医療部会の説明につきまして、御意見、御質問などございますでしょうか。特にございませんでしょうか。吉川部会長にはかなり精力的にいろいろと活動していただきまして、がん診療連携拠点病院とうまく連携して非常にいいものをつくっていただいたと思っております。特にご覧いませんか。

どうぞ。

○加藤委員　　一応5大がんでパスをつくるという形になって、結局この前の説明会では、乳がんが省かれてましたよね。結局その乳がんの今後はどういう形にするのかと、とりあえず多分、この中で開業医は私だけだと思うんですけども、一般開業医が連携パスで参加するのに具体的な方法、つまり今後申請からその手続等が全然、道筋がまだはっきり見えてないと思うんですけども、その辺について御説明いただけますでしょうか。

○吉川委員　　まず乳がんの件なんですけども、私も努力不足で申しわけないんですけど、実は8月の月末のところで乳がんの部会の先生方とちょっと調整を行ったんですが、実はもともとがん拠点病院の連絡協議会の中で、認可要件の中にパスがあるということでまず始まって、それが去年だったのです。乳がんが非常に先行してまして、ある程度できている段階で私らの部会が今年の2月から関与し出したということで、実はもうその時点で乳がんの部会の先生は、患者さんへの連携パスをある程度作成し終わっていたということがあって、もう一つは、乳がんの特徴として、おのおのの拠点病院の出身の先生が、大学が違うということもあって、少しモディファイをしたいということで、県として統一するのはなかなか難しいと御意見をいただいて、今回は4大がんという形になったんですけども、基本的にはパスというのはツールですので、別

に動いてないわけじゃなくて、統一できてないだけで拠点病院は動かしてますので、それも一つありかなと私は思って、ただ後で私らの部会にも乳がんの先生がおられるんですが、今後そういう中で調整をして、統一していくことも可能だという御意見をいただいております。申しわけないです。ただ、パスは動かないということではないので、統一パスが動かないというだけの話なんで御了解いただきたいなと思います。

それからもう1点ですが、申請についてなんですが、私、この前医師会の先生、病院協会の先生に説明させていただいたんですが、その申請のこと、医師会の竹村先生がおられるんですが、確かにその、ある県では一括申請をしてるところもあるんですが、実はもう個別に奈良県内の拠点病院も、ある程度の先生方と結んでる中でどういうふうに関点病院には負担をかけないで、それから医師会の先生方にも負担をかけないでという申請方法は考えるんですが、なかなか難しいなというのが印象です。実際私どもの病院がある地区の先生方も非常にそういうことは気にされて質問されたんですが、今後、それについてはちょっとやり方を考えていかなければならないかなとは思っています。今すぐ私からこういう方法がいいというのはなかなか難しいですけど、少なくとも意向調査、開業医の先生方に対するパスへの参加の意向調査は今後させていただきますので、それを病院協会なり医師会を通してするのか、県がするのかちょっと別ですけども、させていただくようで、それを、情報提供を拠点病院にするのはするんですが、その申請については少しちょっと今すぐお答えできる返事は持っていません。

○長谷川座長　もし県のほうからあれば、どうぞ。

○竹村委員　奈良県医師会の竹村でございます。吉川先生ありがとうございます。加藤先生の質問にありましたように、説明会が1回だけだったものですからもう一度、今年度内に、吉川先生、それと地区医師会のその取りまとめで来れるような10幾つか地区医師会がございますので、そこら辺でもう一回早い時期に連絡協議会を持ってそういう方法を吉川先生、それと今、県のほうとそういう、フォーマットされてきて

ればすぐできると思いますので、そういうものをある程度つくっていただいて、早い時期にそういう、いわゆる診療報酬上のインセンティブということもございますので、先ほど埴岡先生がおっしゃった、在宅医療支援診療所のこともそうですが、登録のことですので、そこら辺をちょっと早い時期に県、それから吉川先生と相談して、そういうような会をできたら年内、もしくは年度内にできたらというふうに思っております。

○長谷川座長　　何か追加…。

○事務局　　追加ということで、済みません。10月9日に、医師会、病院協会の御協力のもと説明会をさせていただきました。300名近くの方の御参加をいただきまして、ありがとうございました。それから日がだいぶ経っておりますのは、その後にQ&Aということで、いろいろ御質問を受けまして、それを近畿厚生局ですとか、あと地域がん登録に関しましては、郡先生と関係の委員さん方に御紹介をさせていただいて取りまとめに、今、時間がかかっておったということです。それを取りまとめましたので、今週初めに、医師会と病院協会の事務局のほうに御相談に行って、今後の意向調査はどのようにしましょうということで御相談をさせていただいたところです。まだその結論は出ておりませんので、そこは今、竹村先生がおっしゃっていただいたように、また細かく詰めていかせていただきたいなというふうに思っております。追加で以上でございます。

○長谷川座長　　どうもありがとうございました。ほかはございますか。ちょっと拠点病院のほうの立場からだけちょっと申し上げますと、もともと先ほどちょっと御説明がございましたように、この診療連携パス5つ、拠点病院で去年の秋から今年の春にかけて、春にはもう5つできたんです、とりあえず。そのうちのほとんど完成した段階から県のほうと一緒にやっていくというので、こういう形で共同で共通のパスという形になりました。ちょっと乳がんはいろいろ、もめてますけど。ですから実はかなり、内容的にもばらばらでございまして、恐らくパッと一遍にだれでも乗れるとい

うパスではなく、恐らくある程度最初は各病院ごとに連携先を、ある程度持たせながらやっていくような形をつくったんですね。ですから、まだちょっと未熟なところがございます。恐らくこれからパスのまた種類も、あるいは内容的にも改善すべきところもございますので、そういった意味で今、御説明あったように、慎重にうまく連携できるような形をつくっていただきたいというふうに拠点病院のほうでは考えております。恐らく、そういうことでよろしいですね、基本的にはね。内容的には恐らくつくったのは基本的には拠点病院のメンバーでしてたんですけど、実態のところですね、内容的なところでございますけども。その段階では連携先は拠点病院ごとにということを大前提で始めておりますので、最終的にはもちろん今言われたように県内全体の医療機関が連携できる体制に持っていくのが当然でございますけども。恐らく今の段階で一遍に、どこでもパッと連携できるという状況ではないんですよ、あれはまだ。

○吉川委員　　どちらが申請するか、例えばある拠点病院とある開業医の先生が一つずつ近畿厚生局に申請するというのか、またある開業医の先生が手を挙げられたらやるというのは、すごく実際拠点病院にとっても手間ですし開業医の先生にとっても拠点病院にお願いせなあかんという手間が増えるので、ある程度まとまってするのはいいと思うんですが、例えば拠点病院が開業医の先生の、例えば医師会で取りまとめされたやつをやるというのはなかなかちょっと、非常に手間だと思うんです。私が思うのはどちらかと言うと医師会主導で、意向確認をしていただいて、各拠点病院に医師会として、こんだけの方が例えばある拠点病院と連携を結びたいということを思っているんだけど、この疾患についていいかということを知りたい上で、できれば医師会のほうからまとめて近畿厚生局に申請していただくのが一番スムーズかなという気はしております。その辺のところ、またもしあれでしたら、今おっしゃっていただいたんで私と県のほうで説明には参りたいと思うんですが、それがもちろん拠点病院で嫌だとおっしゃったらもうそれで終わりなんですけど、そのところは医師会と拠点病院で交渉していただいたらいいと私は思っています。

○加藤委員　その申請というかインセンティブの問題というのももちろん無視はできないですけど、基本的にクリティカルパスをつくるという一番の目的が患者さんにとって、近くにかかりつけ医というもう一人の主治医がいて何回も大きな病院に足を運ぶ回数を少しでも減らせるように、患者さんのためを考えてつくるパスであるはずなので。だから、とにかくクリティカルパスとして動かせる形をつくっていただきたい。インセンティブの問題はこれも診療報酬の問題ですから、それもいずれちゃんとしなさいといけないし大変だと思いますけど、まずそれを動かせるような状況をつくっていただきたい。それが動かせるようになると、これは竹村先生にお願いしたいことですが、受けるほうである私たちかかりつけ医もそれに対して受ける限りはそれなりの知識と対応はしなければならない。そのためにはやっぱり医師会のほうでも、かかりつけ医である一般の開業医向けの勉強会というか、そういうクリティカルパスの内容等、それに対する対応の仕方の勉強会等を必ずこれは、形ができれば開いていただきたいと思います。よろしくお願いします。

○長谷川座長　どうぞお願いします。

○竹村委員　加藤先生からは、多分去年、ずっと言われていることだと思うんですけども、そのように加藤先生にも入っていただいて、それからがんの講義、それからいろんなこの部会の先生に入っていただいてお話を受けたと思います。既に奈良県立医科大学で地域的なことなんですけど、急性心筋梗塞のいわゆるパスというのが、もう既に少し始まっていると。それから開業医のストロークに関しましては、奈良県立医科大学と病院との間で、診療所の参画というのは少ないんですけど、少しずつ始まってきている。それで先ほどの御意見を伺っておりまして、僕たちはかかりつけ医として、いろんな相談を今、県のほうでそういう相談事業を受けてらっしゃいますけども、いわゆる普通の一般かかりつけ医が当然そのスキルアップ、ブラッシュアップしなければいけないということは常に感じている毎日というふうに思っておりますので、そういうふうに意見に沿うような方向でいきたいと思っております。

○長谷川座長　　どうもありがとうございました。実はもと作成を始めたがん診療連携拠点病院の協議会の中の、地域連携パスのワーキンググループでも、定期的に会を開いてましてやはり今、御指摘にあったようにもちろん医師会でもやっていただいたんですけども、その協議会の中のほうからもそういった全体のレベルアップを図るための講習会のようなもの、研修会のようなものを企画したいと思っておりますので、また12月にもまた拠点病院のそういった会議を予定しておりますので、そこで先生方の今いただいた貴重な御意見をそこで提示して、なるべく拠点病院のほうとしてもそういった研修会をできるだけ開催してなるべくたくさんの所とうまく、患者さん主体でうまく連携できる体制をつくっていく先生方、方向に向けて少しでも近づけるように思っています。とりあえず地域医療部会からの報告は、ほかによろしいでしょうか。どうもありがとうございました。

　　続きまして今度は、緩和ケア・在宅医療部会、加藤先生のほうから、どうぞよろしくをお願いします。

○加藤委員　　加藤です。よろしくお願いたします。第1回の会議の後で「患者必携案」や「がん患者への緩和ケア導入のための主治医必携ガイド」を作ることになり、あとタウンミーティング、シンポジウムをやることになっていましたが、その後の経過としては、タウンミーティングはまず奈良で行われ、その後10月10日に奈良県がんシンポジウムということで開催させていただきました。そして、これはNPO法人に委託されてるものなんですが、今後12月に橿原、1月に桜井、2月に天理でタウンミーティングを行う予定です。次に、患者必携です。これはがんになられた方のために緩和医療ということに対する誤解を解きながら、緩和医療というのは、がんになられた方が、がんと闘いながら自分の意思で自分の考えに沿って生きていくための支えになるものだということを分かりやすく案内しているものです。その患者必携というのを今、作成案の大もとができて最後のところを詰めている段階です。

　　もう一つは、「主治医必携ガイド」ですが、これは病院でがん治療をしている主治

医の方が、患者さんが在宅療養を希望された時にスムーズに在宅の主治医と連携できる方法や時期を紹介したもので、今、大体できました。内容としては、病院の中での緩和ケアの意味、また在宅の緩和ケアの状況、それともう一つはホスピスの紹介等で、加えて主治医にも、受け入れ先の在宅医やホスピス医にも患者本人や家族にも、一番良い紹介や連携のタイミングや方法を紹介しています。問題点は患者必携で少しあるんですが、この必携を出してみて、その反応を見て、いずれ改訂していこうというふうに考えております。実際に10月に検討した中で患者必携については、文言内容の問題ということはありませんが、がん診療連携拠点病院だけが、がん治療や緩和ケアを実施しているのではないので、他の病院で治療を受けておられる患者さんに対して配慮した言葉等を考えています。

今後、在宅看取り調査というのは平成23年度中にやるつもりで、今その最終案が大体できました。できたら11月中に全部の一般開業医に出して、その在宅看取り調査をやる予定です。それによって大体どれだけ看取りがされているかとか、その実数調査をきっちりつかんでみることを目標です。やっぱり支援診療所が何ぼあっても、実際どれだけやっているか、実際はどこも、県もつかめていないですね。それをつかみたいと。実際、そのうち看取りがどれだけされてるのかという、その数と実際紹介の状態とか、どれだけがんの具体的な期間を診ているのかとか、これはできたら11月中、遅くても12月中に発送してやる予定になってます。来年度の計画としては今年度同様がんタウンミーティング、がんシンポジウム等々を継続しまして、患者必携とか主治医必携ガイドを23年度中につくりますので、それに対してどういう反応があるか、どういうデータがでてくるか、これはアウトカムをどう出すかというのは一つ難しい問題ですけど、それを出す努力をしないとなりません。その評価方法の一つとして、患者必携にはアンケートも入れてありますので、それをどういうふうな形で返ってくるか、もちろんだれだけ返ってくるかとか、どの時期に返ってくるかとかいろいろな問題がありますので難しいんですが、それらの結果で今後、必携とかそうい

うのに対してまた改訂していく必要もあると思っております。

もう一つ先ほども言いましたように、当部会が主に緩和ケアのことばかりを言っているんですが、もう一つ問題は在宅医療に関わる人をどう増やしていくかとか、在宅医療の方でどれだけがん末期を診てくれるかということです。実はアドバンスコースというものを考えていて、これは変な言い方なんですけど、例えばピースを受けた開業医の先生に対して、ピースはどうしても病院中心というか、がん発見から治療期のことに対する研修が主となりますので、積極的治療ができなくなった終末期に近い自宅療養期や看取り期に対するアドバンスコースを考えてみるべきじゃないか。それと在宅はあまりやってない先生にも在宅に一步足を踏み入れて、やりましょうという研修会とか、あともう一つは、これは本当は地域医療部会にお願いするほうがいいかもわからないんですが、今考えてるのはかかりつけ医の中で、がん患者をパスとか関係なしにどう一緒に支えていくかという研修会も必要じゃないかというふうに考えています。それを来年度は考えていこうと思っております。今後の予定としては、今、患者必携と、主治医必携ガイドをこれメーリングリストで交換していますし、あと最終的にどう配布するか等を最終的に詰めなくてはならない。そういうのをやっています。以上です。

○長谷川座長　　どうもありがとうございました。今の御説明に対しまして何か質問、御意見などございますでしょうか。ちょっと確認ですが、済みません。私が聞き間違えたんだと思うんですけど、この来年度と今年度の関係がちょっと私には、ちょっと私、聞き違えたと思うんですけども、この来年度というのは今つくってるものと、このタウンミーティングもそうですし、必携ガイドもそうですが、これは、この3月までではなくて、そのままさらに先にまたでいいですか。

○加藤委員　　来年度ももちろん同じようにタウンミーティングはやっていく予定ですし、タウンミーティングの回数をちょっと増やす必要があるのかと、あと地区ですね、どうしてもそのタウンミーティングをやっているところはその中心になる先生の

場所というか、その在宅をやっている先生の場所でやるのでどうしても例えば今回だと南部がないとか高田などの西部がないとか、そういう問題もありますのでそういうのも考えていけたら。

○長谷川座長 要するに、それについてるようなこれからやるもののようなものを来年も。

○加藤委員 同じようにすると。

○長谷川座長 これはまだはやってないですね。それからその改訂というのもこれから出すこの必携をまた来年度改訂するという。

○加藤委員 いや、まだそれは予算も上げてないんですけど、その返ってきた反応を見て改訂のことも今後考えていかなければならないというふうに考えております。多分1年ですぐ改訂するような答えが出ることはちょっと難しいと思うんですけど、早期に問題点が出る可能性もございますので。

○長谷川座長 とりあえずは今年度中に一応完成して何とかできると。

○加藤委員 一応、片一方はほとんどでき上がってますので、最後に文言、その患者必携のほうをメーリングリストで大分最後の文言のやりとりをやってますので、ただ3月には配布したいというのがありますので、今年中に印刷に出さないと、いわゆる23年中に出さないと間に合わないというのがあります。

○長谷川座長 済みません。ですから、この協議会にそれを最終的にできたものを決定する前に御提示いただくのはちょっと時間的に厳しいでしょうかね。例えば前に地域連携のときにも大分これを出していただいて、いろいろ御意見とか出していただいたような気もするんですけども。

○加藤委員 もうないんですか。こういう会議は。

○長谷川座長 3月ですね。多分次は。

○事務局 部会のほうですか、協議会ですか。

○加藤委員 協議会。

○事務局　協議会は、一応3月に予定しております。

○長谷川座長　その前に例えばメールなど。

○事務局　スケジュール的には、前回の協議会で患者必携とそれから主治医必携ガイドは、案の段階ですが御了解いただいたということ。あと部会のほうで、承認いただいたら、もうそれでゴーというふうに考えておりますが。

○長谷川座長　それはちょっと少し修正が遅れてるということですね。わかりました。

○加藤委員　3月にはものはできている。

○長谷川座長　前のときそれで基本的に了解を得られているということわかりました。ほか何かございますでしょうか。何とか年度中にはそういったものはできて、配布が始まるという。よろしいですか、特に御意見とかございませんか。前ちょっと地域連携、どうぞお願いします。

○馬詰委員　これは在宅医療部会さんに申し上げるんじゃないですけど、吉本課長にお願いなんですけど、アクションプランにタウンミーティングを実施すると書いてありますので、実際に今回このタウンミーティングと称してやっておられるんですけども、本当のタウンミーティングというのはこういうものではないということを、御承知いただきたいです。タウンミーティングというのは、例えば奈良県で県の北部と南部とでは地域によって非常に事情が違うわけです。そこの患者さんは何を思っておられるか、何か思っておられることがあり、それに対するその辺のお医者さん、医療関係あるいは病院の方あるいはその地域の政治をやっておられる方は何を思っておられるのか、それぞれの地域での要望を掘り上げていただくのがタウンミーティングだと思うんです。現に他府県では、そういうふうにはやっております。奈良県では、タウンミーティングをやればタウンミーティングだというふうな解釈をしておられたんでは、私たちは奈良県の、特に県南の人たちのために申しわけないと思っております。だから、そういうふうな意味のタウンミーティングをぜひ、やっていただき

たい。

○吉本課長　内容の話から地域の話も出ました。地域は先ほども部会のほうの発表にありましたけど、今般、北のほうに偏っているということで、そうございましたんで、これは地域を県内順番にくまなくいけるような形には、次年度以降考えていきたいなと思ってます。それからタウンミーティングの中身については、一応言われているように委託という形で内容を詰めてはおりますけども、確かにおっしゃってるように内容によって、その講演会になってしまってる部分はかなりありますので、本来であればひざとひざを突き合わせながらいろんなことを意見交換するというものにならなければならないですけども、まだまだその辺まで至らなくて、一方的にいろいろなことを議論して座長さんが、いろんなことを会話する中でなかなか、そのひざを突き合わせてという形にはなっていないような感じにはと思ってます。だからそれはまた今後、来年度も続けていきますので内容は十分また、今の委員の意見を生かしながら進めてまいりたいと思います。

○事務局　済みません。追加ということで、一応まだなかなか緩和ケア在宅医療について住民の方々に御理解ということで、馬詰委員さんがおっしゃる、本来のそのひざを交えてというところには行ってないんです。そこに行くためのプロセスとして、住民の方々に少しそういう周知ということも兼ねてのタウンミーティングが今年度、来年度ということなので来年度の中でまた、そのあたりは考えさせていただきたいと思います。

○長谷川座長　よろしいでしょうか。ほか、ございませんか。大分時間も押し迫っておりますが。

では、次に行かせていただきます。次はがん医療部会ですが、私が一応部会長をさせていただきますので、私のほうから簡単に説明いたします。資料8をご覧ください。

この部会はどちらかといえば専門的ながん医療としての化学療法あるいは放射線治

療などを充実させることを主な目的として検討しております。前回の宿題、第1回の課題でございますが、それを受けて今回は、まずがん化学療法の実態調査で、がん診療連携拠点病院以外の病院について、県内の多数の病院に協力をお願いして調査を実施しました。その結果として、課題内容のところにもございますしあるいは、資料の後ろの多分17ページあたりにまとめが書いてありますが、それまでアンケートですが17ページ以降にまとめが書いてございますが、化学療法の専用のベッドが足りない、あるいは専門的な医師が足りない。そういった問題が浮き彫りになりまして、やはりこの化学療法についても病病連携、場合によっては病診連携も含めてですが、そういった地域連携の重要性がやはり必要ということが結論的には議論されております。そしてあとは、化学療法を行っている専門医の間でいろんな情報交換したり、場合によっては統一レジメをつかって統一のレジメに従って、例えば拠点病院でつくったレジメを近隣の病院で同じものを使う、そういったことによって単に連携するだけじゃなくて、安全性及びそういった有効性についても、うまくいくんではないかという案が出ております。そういったことを今後連絡をとって進めていく計画でございます。

それから放射線治療に関しましては、非常に偏りがございましてその偏在ですね。後ろの20ページ以降にいろいろ資料をつけてございますけども、そういったことから県内の8施設、今度は増えて9施設ですか、の連携組織をつくるということで、前回もお話が出ましたので今回、連携組織をつくるに当たってのアンケートを、20ページ、21ページにつけてございます。これを本日の協議会で特に御異論がなければ、お認めいただければ、これを早速来週にでも県内の施設に配布いたしまして、賛同していただけた施設でこういった放射線治療の連携組織を立ち上げまして、偏在したところから余裕のある病院に患者さんを御紹介させていただくとか、そういった体制をつくりたいというふうに考えております。それとあとは、センター化と均てん化の問題でございますが、これは前回も御説明しましたが、均てん化という言葉が非常に騒

がれる一方で奈良県の人口のレベルで各2次医療圏ですべて最先端の本当に高度の放射線治療器を入れますと、財政的にもまたそれを維持するだけの技術的にも非常に厳しいものがございます。そういった意味で、恐らく県内の数施設が本当の意味での最先端の高度治療を行い、その他の2次医療圏では一般的な放射線治療ですね。大部分の方が一般放射線治療でできますので、そういったことをする方法が現実的には多くの患者さんにとってもメリットがありますし、病院、県全体としてもうまくいくんではないかという意見がございまして、そこで一つ問題に出ておりましたのは、南和医療圏という人口は確かにそれほど多くないですが、非常に広い範囲を抱えた南和医療圏がどうしても、拠点病院もないし放射線治療のできる施設もないということで、さらに南和医療圏をカバーするということになっている病院が県内にございますけども、現実的には研修とかそういった面ではカバーできても、実際に南和の方がその奈良市にある病院に行って診療を受けるということは非常にまれだということがわかりましたので、やはり南和医療圏でも、そういったリニアックの導入が必要ではないかという意見が出まして、もう少し細かい調査をした上で提言させていただくべきではないかというふうになりました。ただ言えることは、今後も今、放射線治療の患者さんがどんどん増えておまして、日本では今、がん患者さんの25%ぐらいですが、欧米では60%以上の患者さんが放射線治療を受けておられますし、そういった現状を考えますと、これからさらに増えるということですね。そう考えると厳しい状況です。さらに、南和の方が一番いらっしゃる医大が、非常に今放射線治療が込んでおまして、医大だけは2週間待ちというのが普通に今はなっていました。医大以外の病院はみんな、すぐに治療ができるんですが、医大だけはもう満杯状態ということになりまして、毎日90人ぐらいの治療をしておりますので、しかも高精度治療のほうやっております。そういった現状から考えると、南和でいろいろ例えば新しいお話があるようございまして、その段階でリニアックを導入するかどうかについて少なくとも医学的な観点からは多分必要ではないかということがこの協議会としても言えるんじゃない

ないかというふうに、失礼しました、部会としてそういうふうなお話になりました。話が出ましたのでコメントをいただけたらと思います。あとは評価指標についても、いろいろと議論がございましたが、やはり今出ました待ち日数などどうするかとか、あるいはその専門的なスタッフがどうか、そういった問題を評価していくかという問題が一応現状では一番現実的な問題だと思っております。大体主な議題は以上でございます。あとは資料をご覧くださいければと思います。

医療部会について何か、御質問、御意見などございましたらお願いいたします。

○川口委員 私、南和での医療は県立奈良病院が新しくなると言っても医大以上に遠いわけですからカバーするのはまず難しいと思いますし、実際今、南和の2次医療圏のがん拠点病院はできてないわけなんですから、将来南和に病院ができたときに、がん拠点病院として機能するようなそんな施設をつくっておかないと、今から5年先、10年先になったらもっと困ると思うんです。だから南和のところにきちんとリニアック、どんな機種を入れるかといえ、長谷川教授がまたお考えなったださったら、コストパフォーマンスの問題もあると思いますし。ただできるようなにはしとかなないとけないんじゃないかなという気がします。きちんとした本当にカバーできる2次医療圏でカバーできるがん拠点病院をつくっておく必要があると思います。その辺よろしくお願いいたします。

○長谷川座長 どうもありがとうございました。ほかに何か御意見はございますでしょうか。よろしいでしょうか。これにつきましては前回も一応基本的には御了解いただいている議題でございまして、実際につくるかどうかは別として、協議会としてはやはりその均てん化という意味でも何らかのものが需要ではないかということで、もし御異議がなければそういった方向で進めさせていただきたいと思います。それから連携組織につきましては特にこの案に御異議等はございませんか。なければ、よろしいでしょうか。

特に御異議がなければ医療部会については終わります。

その次に行きまして、今度はがん予防対策推進委員会ですね。こちらは事務局のほうからよろしくをお願いします。

○事務局　　がん予防対策推進委員会でございますが、本協議会のがん検診部会を兼ねるということで位置づけられておりますけれども、前回御説明いたしましたとおりこの部会につきましては、受診率それから精度、これの向上ということに取り組んでおるところでございます。第2回目の委員会を11月2日に開催いたしまして、その御報告をさせていただくということでございます。2点ございます。

1点は、がん検診の精度管理調査ということで、前回御説明させていただきましたけれども、精度管理につきましては宮城県のほうでかなり先進的にやられてるということでございましたので、奈良県におきましても宮城県の方式で精度管理を実施しようということで、今回初めて実施させていただいたものでございます。この内容でございますけれども、国が平成20年3月に出しました精度管理のチェックリストというものがございますけれども、その実施状況につきましての調査ということでございます。今回、市町村が県内39ございますが、39の市町村ですね、それからがん検診を実施しております集団検診機関を対象といたしまして調査をさせていただいたところがございます。1枚めくっていただきまして、2ページでございますけれども、こちらが今回の精度管理調査の結果ということでございます。おのおのがんの、がん検診ごとに評価をさせていただいておるところでございますけれども、この一番下のところに評価結果を書かせていただいております。A B C Dということで、これは宮城県の評価基準に合わせてやらせていただいておりますということでございますが、結論から申し上げますと、今回初めてというようなこともございまして、Aが1市ございますけれども、B C D EということでDが一番多くなっておるといような、そういう状況でございます。それから3ページでございますけれども、こちらは検診機関のほうにつきましての結果ということでございます。結果につきましてはご覧のとおりということでございます。これらの結果につきまして委員会のほうで、評価をしてい

ただいたんでございますけれども、できていない項目ははっきりしましたので、その辺を今後つぶしていく必要がありますよというようなことだとかですね。あと検診機関からの結果につきましては、これは自己申告でございますので、実際にできてるかどうかということにつきましては、少しヒアリングのようなものをしてもいいんじゃないかというような、そういう意見も出ておりました。委員会でいただきました意見をこの市町村、それから検診機関のほうに返しまして、さらにこのデータにつきましてはホームページのほうで今後アップ、公表させていただくというような形で対応したいというようなことでございます。

それから2点目でございます。先ほど前回の委員会でも御意見がございましたけれども、がん検診の受診率向上というようなことでございます。4ページでございますけれども、がん検診の受診率向上にはやはりどういう方が受診されておる、受診されていないところをはっきりと明確にさせて、受けておられない方については受診勧奨を行うというようなことが最善ではないかというようなことでございますけれども、そのためには各市町村におきまして、がん検診の台帳、これをきちっと整備する必要があるんじゃないかというようなことでございます。4ページにお示ししておりますのは、県内市町村におきますがん検診台帳の整備状況ということでございます。これを見ていただきますとわかるんですけども、各市町村におきましては何らかのシステム、汎用ソフトを使っているようなところもございますけれども、システムを入れているというような状況ではございます。ただ、住民基本台帳との連動ができていないところ、できていないところというようなところがあるというような課題がございます。さらに、そういうシステムがあるということであっても、未受診者の把握まできちっとできているところということになりますと、かなり少数と。さらに把握をしておいても受診勧奨までということになりますとさらに少なくなってしまうというようなことで、要はがん検診台帳があってもそれが使われていないというところに問題があるんじゃないかというようなことになったわけでございます。そういうことで、

今後はこういうシステムをきちっと整備していただくように市町村のほうに働きかけをしていく必要があるというようなことが結論として上げられたところでございます。以上が部会の概要ということでございます。それからあと、冒頭ですね、前回のがん検診、前回の協議会におきましてがん検診に関する御意見ということで、いただいたものに対する回答といえますか、ちょっとコメントをさせていただきたいと思っております。前回はがん検診については、受診率だとかあるいは精度管理というようなことも大事ですけれども、何と言いましてもその検診によって患者さんの死亡が少なくなるというようなことが一番大事なことであって、そのあたりはきちっと検証しなさいよというような御意見があったかと理解しております。それに関連いたしまして、がん検診に関しての年次報告書、これを毎年奈良県のほうでまとめて公表されてはどうかというような、そういう御意見もちょうだいしたところでございます。そこで委員会後、埴岡先生のアドバイスもいただきながら、少し奈良県にありますデータを整理させていただいて、そういう数字が出るかどうかというようなところについて、検討させていただいたところです。結論から申し上げますと、現在がん検診のデータにつきましても必ずしもきちっとしたデータが取れていないと。それから、地域がん登録については始まったばかりというようなことでございますので、なかなか精緻なデータが取れていないというようなことでございますので、きちっとしたデータを出すのは難しい状況ということでございますが、唯一、現在入手できる精度の高いデータといたしましては、拠点病院の院内がん登録のデータがございまして、その院内がん登録のデータを使いまして、検診の効果というようなものを少し見えないものかということで、整理させていただいたのが5ページの表と図ということになります。この見方なんですけれども、これは2008年、ですから平成20年度の院内がん登録のデータ2,992例を用いまして、特に市町村でがん検診やっております胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮がんと。この5種類のがんにつきまして、検診で発見された場合、それから検診ではなくて、症状が出て病院で発見された場合というような

場合に分けまして、そのおのおのについて病気がどの辺まで進んでいたかというよう  
なところを整理したものとなっております。例えば一番左側でございますけれども、  
左側の棒を見ていただきたいと思うんですけれども、胃がんでこれは検診を受けた方  
ですね、検診によって発見されて拠点病院で受診された方というようなことござい  
ますが、その場合でしたら一番この下のところが青くなっておりますけれども、これ  
がいわゆる早期です。下にいくほど早期、上のほうが進行がんとなるんですけれども、  
早期の方が75.2%ということで高くなっておると。それに対して非検診というこ  
とで、飛び込みで症状があったりして飛び込みで病院で発見された方については48.  
7と。進行のほうはIV期ですから進行がんが25%ということで高くなっておるとい  
うようなことで、これは胃だけじゃなくて、ほかのがんも同じような傾向なんですけ  
れどもそうなおると。ただし、この結果の下にN数が書いてありますけれども、  
胃の場合ですが検診でわかった方が113、それから非検診で638ということで、  
まだまだ検診を受けてる方がやっぱり少ないもんですから、非検診のほうが多くなっ  
ておると。そういうことで、検診の受診率を上げればおのずからこの早期の方が増え  
てくる。その結果としてがんの死亡数が減るだろうというようなことで、そのあたり  
はこの表からわかってくるのかなと。そういうことで、今後こういう表を毎年登録さ  
れたデータから出していきまして、経年変化を見ていけばいいのかなというふうに考  
えております。私からは以上でございます。

○長谷川座長　　どうもありがとうございました。いろんなデータを送っていただき  
まして、いろんな問題点も出てきたと思いますが、いかがでしょうか。御意見、質問  
がございましたら。

○吉川委員　　私、専門外なんですけど、今の結果から言うと検診は予後に対して増  
やすことによって費用対効果がずっとあるという結論でよろしいんですね。前、郡先  
生が肺がんはという話もあったと思うんですけども、全体としてはその検診数を促進  
するという方向が結局、がん対策推進、国のやつも奈良県もそうですけども一つは患

者さんにできるだけ安心してもらうような体制をとると。多分連携も一つだと思っ  
てですけど、実際に今度推進計画目標の中で、例えば生存率向上とかありますけども、  
それをこの前のがん対策推進協議会の中でも結局費用対効果を考えてどこに集中投資  
するかという話もあったと思うんですけども、検診というのも、そういうのが意味が  
あるのであれば、奈良県の予算というのはどうなんかなという、そのほかの県と比べ  
てですね。その検診に対する予算というのはどうなんかなというのをちょっと伺いた  
いなと思うんですが。

○事務局 費用対効果ということなんですけれども、現在市町村でやっております  
がん検診につきましては国がその実施方法を決めているものですから、その方法につ  
いてはいろいろ議論があるところというふうに思っておるんですけども。ですから、  
がん検診の種類によっては必ずしも費用対効果で考えますとどうかというような、そ  
ういうものもないわけではないのかなというふうに思っております。

○吉川委員 効果のあるものに対してやっぱりその、これの中で書いてありますけ  
れども、マンパワーと予算の不足でなかなかその受診を勧奨できないというようなこ  
とを書いておられたので、そのところを上げてあげれば奈良県の医療状況がよくなる  
んじゃないかな、生存率も向上するんじゃないかなと思って御質問させていただいた  
んです。

○事務局 失礼いたしました。がん検診の受診率を上げるために、もう少し予算を  
とるかどうかというような、そういう御指摘のようなんですけれども、このいわゆるがん  
検診の予算ですけども、基本的にはこれ、検診の検査費用ですよね。それが主体に  
なるんですけども、それだけではなかなか受診率は上がってこないというようなこ  
とがありまして、各市町村で努力されてこういうシステムを何千万円もかけて入れら  
れているというようなこともありますし、あと、その受診勧奨をするためにはそのマ  
ンパワーなり、それから費用なりがかかるわけですので、そういうプラスアルファの  
部分をやっぱり出していかないとなかなか上がってこないのかなというふうに思っ

おるところです。そのあたり、市町村のほうでもかなり財政的に豊かなところ、そうでないところあるものですから、そういったところも放っておくわけにはいかないものですから少しその辺、支援ができるかどうかということについて少し考えないといかんかなというふうに思っておるところです。

○長谷川座長　　ちょっと大分もう時間を超過しているんですけどいかがでしょうか、どうしてもという方がいらっしゃいましたら。先生どうぞ。

○山崎委員　　済みません。いただいた資料の5ページ目の最後の資料ですね、結論として上の段で、検診でがんは早期に見つかっていると。確かにこの図を見たらそうなんですけども、これはバイアスとして症状があるかないかというバイアスが一番大きいと聞いているので、これをもって検診がすごい有効だというのはちょっと言えない、言ってはいけないかなと思うんです。なおかつ、これを今後の指標のベースにするというのはちょっと根本的に科学的に何かおかしいと思うので、違うやっぱり検診の効果の項目というのは考えられたほうがいいんじゃないかと思えますけど、皆さんはどうでしょうか。

○埴岡委員　　この協議会で考えるために、ごくごく基礎的な数字を教えてくださいたいのです。いつの年でもいいんですけども、検診によるがん発見数の人数を胃と肺と大腸と子宮頸部と乳がんで、平成20年なら20年でその人数を、今お手元にお持ちでしたら教えてくださいませんか。そして推計でいいんですけども、市町村の検診で行われた検診費用の範囲で、胃、肺、大腸、子宮頸がん、乳がんの検診について、ざっくり何億円ぐらいかかっているかというのを、まず基礎データとして提供していただけますか。

○事務局　　市町村のがん検診につきましては市町村がやっておりますがん検診と、あと事業所等でやってる人間ドックのようなものがありますけれども、市町村のデータについてはこちらではちょっと把握しておりますのでそれを申し上げますと、がんの発見数ですけれども平成20年の実績で、これは市町村の件数になりますが、胃・

肺・大腸・子宮頸部・乳がん。これを合わせて306名ということになっております。推定費用ですけれどもこの5つのがん検診につきまして、7.2億円というような数字になっております。

○埴岡委員　できれば、5種類全部じゃなくてもいいんですけど、例えば胃と肺だけ内訳数を教えていただけますか。

○事務局　今の内訳でよろしいでしょうか。

○埴岡委員　306人中で。

○事務局　胃が40人、肺が5人。費用は胃が1.7億、肺が0.3億ということになっております。

○埴岡委員　ありがとうございます。胃が40人で1億7,000万円がかかっているということです。その40人に関してどう見るかということ。この5ページで出ているのはステージごとの発見率です。検診で見つかった胃がんの例えば5年生存率と、検診以外で見つかった胃がんの5年生存率、それを比較することはできると思います。奈良県の地域がん登録データがあればいいんですけど、例えば長崎県の地域がん登録ですと、胃がんのその差は35%で、肺がんの場合は26%ぐらいなんです。もしそれを引き当てると、40人のうちの35%が検診を受けたことによる追加的救命数と仮にラフに見ることができ、3分の1の14人ぐらいとなります。なので1億7,000万割る14人ぐらいといったかたちで、1千数百万円が一人救命のための費用、費用の面だけ見るのもいかがかなとは思いますが、ということになります。肺がんの場合は、5人ですけれども追加救命率36%なので、これも仮に救命人数は2人と。5人のうち2人が検診で追加救命されたとすると、3,000万円を2で割ると1,500万円というのが、この計算方法における概算のコスト推計になると。恐らく大腸がんですと、もっと低い数字なのかも知れません。要するに検診によって一人追加救命当り費用が、多分500万円ぐらいから2,3,000万円ぐらいの間に分布するんだというふうに思います。これも一つの参考指標だと思います。県単位で検診事

業の業務報告として、これぐらいのデータは出てもいいのではないかなというふうに思いました。

○長谷川座長　　どうもありがとうございました。済みません、ちょっと私、座長の不手際でもう時間を超過してますので少し急いでやりたいと思います。これはよろしいでしょうかね。ここで、特に一言だけコメントをさせていただきますけども、精度管理に関しては報告とか公表されるようですけど、もうちょっと積極的な対策が必要じゃないかと思うので、ぜひ御検討いただきたいのですが、もうちょっと時間が超過していきますのでコメントだけさせていただきます。こんな（市町村がん検診精度管理調査結果の評価の）Dばかりではやはり困ると思いますので、奈良県も。もうちょっと積極的な対策を御検討ください。

次のがん登録部会について郡先生から、よろしくお願いします。

○郡委員　　前回の協議会で地域がん登録事業の実施要綱について御承認をいただきましたので、できるだけ早く実際にごん登録を開始したいということで、作業を進めました。まず県の医師会と病院協会の協力を得まして、それで地域がん登録の協力依頼を各医療機関に出しました。そして10月6日に地域がん登録の説明会を催しました。その結果、医療機関から地域がん登録の届出が、窓口としての届出があったのが、6つのがん拠点病院、それから51の病院、450の診療所から回答がありまして、11月7日現在ですね、地域がん登録の届出票。1例でもいいんですけど届出があったのが、その6つの拠点病院と新たに23の病院と29の診療所からいただきまして、実際にごん登録が始まったところでございます。それで今後は、がん登録に協力していただく機関をできるだけ増やしていくということ。それから実際にいただいたデータをきちっと登録をしていくということ。やっぱり開業医の先生にとってはちょっとがん登録をするというのは少しハードルが高いように思いますので、ホームページにQ&Aを載せて、できるだけ開業医の先生も登録に参加していただくようにするということです。それで前回の協議会で資料としておつけしてなかったんですが、届出票

はこの資料10の一番最後のところにあると思いますので、こういう形の届出票で、届出の事業をスタートいたしました。3枚目ですね。以上です。

○長谷川座長　　どうもありがとうございました。ただいまの御説明につきまして、御意見、質問などございましたらお願いいたします。何とか無事にスタートしたということございまして、特に拠点病院で院内がん登録をやっているところは簡単にデータが出せますのでどんどん登録いただいと。特にございせんか。実際の事務局のほうは順調にできているんでしょうかね。データを送ったものがそちらにちゃんと機能してるかどうかといいますと、こちらでは私、把握してないんですけど。大丈夫ですか。よろしいでしょうかね。どうぞ。

○埴岡委員　　全部会にからむことなんです。アクションプランの割り方が分野ごとに柱が6本に分かれています。一方、部会が6つに分かれています。ただ、必ずしもこれが1対1対応していません。皆さんの中では、アクションプランのどの柱をどの部会が所掌分担してフォローしているかというのは、合意なり決まりがあると理解してよろしいのでしょうか。

○事務局　　各部会をさせていただくときに、その単元といいますかそのアクションプランのコピーをもう一度確認させていただいて、この部会はこの部分ですということ、その都度確認させていただいてます。

○埴岡委員　　ありがとうございます。どの部会も見えないアクションプランの領域があっては困ると思ったので、念のため聞かせていただきました。理解できました。ありがとうございます。

○長谷川座長　　よろしいでしょうか。何とかがん登録が無事に進んでるということでございますので、ではこれで終わりにさせていただきます。そうしましたら部会報告は以上でございますので、次にがん対策推進計画の見直しスケジュール案についてですが、これまでの21年度につくったものが4カ年計画で一応24年までということですよ。来年度には、その次の、25年からの計画をつくる必要があるわけでご

ざいますが、そのスケジュールについて、事務局のほうから説明をお願いいたします。

○事務局　ありがとうございます。資料11でございます。横長になっております。ご覧ください。スケジュール案ということで荒いもので恐縮でございますが、21年11月に奈良県がん対策推進計画を策定しました。22年度3月にアクションプランを作成しました。23年度はそれを今、進捗、動かしているところでございます。がん対策推進協議会は3月に3回目をさせていただき予定にしておりますので、またその折はよろしくをお願いいたします。見直し等なんでございますが、奈良県の場合は21年の11月にできましたが、4年間計画ということで24年度が最終年度。25年度から第2期ということで、5年計画で再スタートする予定にしておりますので、24年度中に見直しということになります。そのために24年度の箱で書かせていただいておりますが、各部会において推進計画の変更案のご検討をお願いしたいというふうに考えております。ただ、委員様方の任期が7月というちょっと間の時期になっておりますが、そこをまた検討させていただきたいなと思っておりますが、各部会で変更案のほう検討していただきそれと並行して、第1回、第2回、第3回の推進協議会を随時開催させていただきます。時期を明記しておりませんが、年内冬ごろまでには、計画案の変更案ですね。計画の変更案をつくりまして、パブリックコメント。そして、3回目の協議会で御承認いただいて、25年度施行という流れでさせていただけたらというふうに思っておりますので、よろしくをお願いいたします。

○長谷川座長　このスケジュールについて何かございますでしょうか。ちょっと確認ですけど、この各部会において検討というのがございますけど、このままいきますと今ちょっと言われましたが、この今の委員で6月まで検討して7月に新しい委員になった段階でそれを使うということになるのでしょうか。そういうことでしょうか。

○事務局　申しわけございません。その中身の委員さんの委嘱の変更等そこはまだちょっと検討しておりませんので、また委員長さんを初め皆様と御相談させていただきたいと思っております。

○長谷川座長　ほか、よろしいでしょうか。新しくまた計画の変更案をつくらせて、また恐らく今度はビリにはならないんじゃないかと、非常に内容が充実してまいりましたので思っておりますが。意見はございませんでしょうか、よろしいでしょうか。一応スケジュールということで、じゃあこれはそういうことで。そうしますと、あとは何かありましたか、あとはメーリングリストの話かな。このメーリングリストの作成について事務局から説明させていただきましたが、その計画について、事務局のほうから説明をお願いいたします。

○事務局　済みません。前回の協議会終了後、馬詰委員さんのほうから協議会のメーリングリストの作成について御提案をいただきました。各委員さんに御連絡させていただきましたが、25名中13名回答いただき、12名は作成について同意をいただきましたが、同意できないという結果もいただいた方もありますので、事務局といたしましては来年度、先ほど申し上げたように計画の見直しの時期となっておりますので、できましたら皆様の委員様の御意見を反映するためにもメーリングリストの作成をと考えておりますので、いま一度御意見をいただけたらというふうに思っております。

○長谷川座長　いかがでしょうか。メーリングリストに関しまして、御意見はございませんか。賛成、反対ということもですが、あるいは余りメールなどを使われない方もいらっしゃるようで、そういった対策についてはどうお考えでしょうか。

○事務局　一応メーリングリストの環境が難しいという場合は、今ファックスで情報提供させていただいて、御意見もファックスでいただいて事務局でまたメーリングリストへ上げていくという形をとらせていただけたらというふうに思っております。

○長谷川座長　いかがでしょうか。この同意できないという方の御意見はそういうことをすることに同意されないのか、自分はメーリングリストに入りたくないのか、どちらなんでしょうか、これは。

○事務局　環境がちょっと難しいという方も。

○長谷川座長　　そういう意味ですね。そのやること自体に反対というわけじゃなくてね。

○事務局　　そこも少し…。

○長谷川座長　　現実的にはそうしますとじゃあ、御賛同いただいている方でメーリングリストをつくってその他の方には、必要な情報をお渡しするという形が一番現実的ですが、そういうことで何か御異議とかございますか。特にございませんか。よろしいでしょうかね。もし何かどうしてもという御意見があったら事務局のほうへ申し出ていただいて、そうでなければメーリングリストに賛同された方には入っていただいて、そうでない方には必要な情報をファックスなりでいうのを原則として、それでは困るという方には個別に御連絡いただいて対応していただくということでよろしいでしょうか。特にこの場で、特に御異議ございませんか。よろしいですか。じゃあ、それでそうさせていただきます。一応賛否をとられたほうがよろしいですか。じゃ一応、今のような方向で、メーリングリストを基本的にはつくって対応されない方には個別に対応するというので、そういう基本方針について一応御賛同いただける方、挙手をお願いしてよろしいでしょうか。

#### 挙 手

全員でしょうか。全員ですね。どうもありがとうございました。

皆さんの御賛同をいただきましたので、作成をお願いいたします。

済みません。大分時間を超過いたしました。たくさんの貴重な御意見をありがとうございました。これで一応用意していただいた議題は終わりました。第2回の協議会も無事に終了いたしました。本当に内容の濃い貴重な時間であったと思っています。本当にどうもありがとうございました。じゃ事務局のほうにお返します。

○事務局　　ありがとうございました。第3回の協議会につきましては、3月ごろを予定しております。また日程調整を事前にさせていただきますので、どうぞよろしくをお願いいたします。なお、連絡としまして本日お車でお越しで県庁駐車場にとめてお

られる方につきましては受付で駐車券に印鑑を押させていただきますので、お持ちいただきますよう、よろしく願いいたします。ありがとうございました。

閉会 午後 4時 20分