

平成23年度 第1回奈良県がん対策推進協議会

日時：平成23年8月9日（火）

開会 午後2時00分

○司会 定刻となりましたので、ただいまから平成23年度第1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あいさつ申し上げます。

○武末奈良県医療政策部長 この暑い中、多数皆さんお忙しい中、本日はお集まりいただきましてほんとにありがとうございます。

昨年度の協議会に引き続きまして、今年度1回目となりますけれども、今日は5回目の議論を踏まえて、また来年に向けて、あるいは今までの取り組みについていろいろ御議論いただければと思っています。時間がありませんので、こんな程度で失礼ですが、ごあいさつとさせていただきます。今日はほんとにどうかよろしく願いいたします。

○司会 本日は時間の都合上、出席委員様の御紹介を割愛させていただきたいと思いますが、レジュメ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。

今回より新たに委員をお引き受けいただきました委員様の御紹介をさせていただきます。

奈良県立医科大学消化器・総合外科学教室教授中島祥介様。

○中島委員 よろしく申し上げます。

○司会 奈良県桜井保健所健康増進課長和家佐日登美様。

○和家佐委員 よろしく願いいたします。

○司会 本日は代理出席となっておりますが、奈良県健康福祉部長前田努様の3名となっております。前田委員様につきましては代理で久保田次長に出席をいただいております。

○久保田委員 よろしく願いいたします。

○司会　　よろしくお願いいたします。

なお、本日、竹村委員、中平委員、松本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。

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をしてありますが、クリップを外してご覧ください。まず資料は、次第が1枚。委員名簿が1枚。あと配席図が1枚。資料の方ですが、左上にホッチキスでとめてありますが、1から10までありますでしょうか。あと、今日の議事では直接は使いませんが、お手元に奈良県がん対策推進計画と奈良県がん対策推進アクションプランを置いておきますので、随時御参照いただければと思います。あと、地域医療部会のがん診療クリティカルパスにつきましては、資料が膨大となるため、今、委員さんの方を回らせていただいておりますので御参照いただければと思います。お手元の資料は全部ございますでしょうか。足りないようでしたら挙手お願いいたします。大丈夫でしょうか。

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きますので、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3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おりますので、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、進行の方よろしくお願いいたします。

○長谷川座長　　医科大学の長谷川でございます。本年度もまたよろしくお願いいたします。

では、早速議事に入らせていただきたいと思います。最初に1点だけお願いがございます。今日非常に内容がたくさんございますので、質問につきましてはどうしても時間を限らせていただかざるを得ないことをあらかじめ御了承ください。具体的な質問につきましては、後ほど要旨あるいはメール等にて県のほうにお知らせいただけ

ればと思っています。

では、議題の最初の1番でございますが、奈良県がん対策関係予算についてということで、これは県のほうから報告いただけますかね、昨年度の協議会のいろんな御意見から本年度はいろいろ予算化していただいておりますので、この23年度のがん関係の予算について説明をお願いいたします。

○事務局　それでは事務局のほうから御説明させていただきます。保健予防課の川口です。よろしくお願いいたします。

資料1をお手元に御用意ください。23年度奈良県のがん対策予算でございますが、前年の比で3億1,880万8,000円ということで増額となっております。時間の関係上、新規について少し御説明させていただきたいと思っております。

1ページ目の中ほどでございます。奈良のがん登録基盤整備事業でございます。その2つ目、新規ということで奈良のがん登録基盤整備事業でございます。後ほども出てまいります。奈良県内のがん登録医療機関におきまして、がん医療の質の評価といたしますか、実態がまだ見れない状態にありますので、それら県民の方の意思で選択できるがん医療について情報提供を行うために地域がん登録の標準化システムを考えておりまして、その仕組みの構築のための予算でございます。

続きまして新規大事業として、その下、奈良のがん地域医療連携事業でございます。3つございます。1つががん病診連携実態調査事業ということで、これは県内の医療機関におけるがん医療の診療ネットワークを構築していただくために、がん診療、特に地域連携状況においてアンケート調査を実施し実態を把握し、ネットワーク構築のための基礎資料とするものでございます。2つ目、がん地域連携クリティカルパス普及推進事業でございます。これは拠点病院等から切れ目のない形で医療を在宅でも提供していただくためのツールとして地域連携クリティカルパスの作成と普及に係る予算を計上しております。3つ目、奈良のがん医療推進事業でございます。これはがん医療の標準化治療の実施について評価する指標を決定して、放射線療法ですとか化学

療法の実施状況、また、がん難民と言われていてます状況の発生状況を把握して適正な医療に資するため在宅医療の適正な推進に努めるというものでございます。

2 ページ目をご覧ください。上のがん検診等推進事業のところは新規ということでも検診実施広報事業でございます。あと下の半分は、がん予防関連事業ということで、特に5つほどメニューとして新規が上がっております。ここは表題だけ読ませていただきます。禁煙マラソン推進事業、それから健康長寿文化づくり事業・健康づくり推進大会、それから子宮頸がん予防対策推進事業、それから奈良健康長寿ポータルサイト、それから子供の健康づくり応援事業でございます。

時間の関係上、新規のみ簡単に御説明させていただきました。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。ただいまの予算につきまして、もし質問などございましたら手短にお願いいたします。概要だけですのでちょっとわかりにくいところもあるかと思うんですが、いかがでしょうか。1つ2つ質問をお受けしたいと思いますが、よろしいですか。ただいまの計画は新しいものを大分組み入れていただいているようで、非常によくわかるのじゃないかなと思いますが、どうぞ。

○埴岡委員 予算が2億2,000万円から3億2,000万円ぐらいまでふえていて好ましいと思うんですけど、数年間の数字がもし出ましたら、どういう形で、変化が推移したのか見たいのですが、わかりますでしょうか。今わからなければ後ほど結構です。

○事務局 申し訳ありません、ちょっと今出ませんので、後ほど。

○長谷川座長 よろしいでしょうか。とりあえずは時間がございませんので、また何か気がつきましたら後で時間があるときに。

次の議題、がん対策における国の動きについてということで、これは一応、埴岡委員にここを説明していただきます。19年にがん対策基本法、がん対策推進基本計画が出てから今年で5年になります。ですから、今度はこの後、次の計画を策定する段階に来ております。そういったことで国のほうの意見、埴岡先生のほうからこの点に

ついてまた説明をよろしくお願いいたします。

○埴岡委員 埴岡でございます。余りに大きなテーマで十分な御説明はできないと思いますけども、こちらのほうで承知しております情報から少しお話しさせていただきます。15分いただいております。

長谷川先生からもございましたように、今のタイミングなんですけれども、2012年から16年の5カ年の第2期がん対策推進基本計画を策定しているところです。来年の4月に始まるわけですけれども、来年1月、2月ぐらいにはパブリックコメントが予定されています。12月には計画のほぼ全容ができていなければいけないということで審議しております。第2期計画の1年目の概算要求、国の予算案を決めるのが普通8月なんですけど、今年は少し遅れているということで、逆にこれが遅れたことで、がん対策推進協議会での審議が遅れていたにも関わらず、少し予算の議論ができてきているという状況です。

そして国の協議会では集中審議ということと3つの専門委員会という2つの仕組みで第2期計画の要点を定めていこうというふうな流れになっています。集中審議は幾つか審議するテーマが決まっているんですけれども、既に終わったものとしては、拠点病院制度に関して、患者支援・情報提供に関して等がございます。専門委員会としては緩和ケア、小児がん、がん研究の3つの委員会ができており、そこが中間報告書を出して、それが基本計画の審議の中に合流してくるという流れになっております。

緩和ケア専門委員会の議論の概要なんですけれども、先日開かれました7月27日協議会において進捗報告が行われておりまして、協議会の資料を見ていただきましたら議論の内容等がわかるようになっております。ポイントといたしますと、8月4日に国会が患者と家族の会という超党派議員連盟が開催されまして、そちらで緩和ケア専門委員会委員長の江口先生から予算要望に関連したお話がございました。そこで、緩和ケア領域のレジユメというペーパーが出たんですけれども、そこでは1 診療体制と連携体制、2 療養に関する相談支援、3 教育研修、4 地域緩和ケアに関する質的な強

化、こういう分野を報告された上で、それぞれ注意点とか幾つかの点が指摘されておりまして、その中で予算項目にもなじむと見えるようなものがございましたので、そのあたりが緩和ケア専門委員会からは提案されていくものというふうに思われます。

小児がん専門委員会も同様の審議が進んでおりまして、協議会では適宜進捗が報告されております。また、小児がんに関する臨床研究、治験の実施と問題についてというペーパーも協議会に提出されておりますので、厚生労働省のウェブサイトから御確認いただければと思います。小児がんにおきましても8月4日の議員連盟において座長の原純一先生のほうから要望がございました。かなりピンポイントでクリアな要望になっていたと思うんですが、1小児がん情報センターの設置、2小児がん拠点病院、これは全国で数カ所の拠点の設置が想定されてると思いますが、そういうものの設置、そして、3小児がん医療制度への企業知見の推進、と。そういうポイントが出されておりました。

がん研究に関しましては、野田哲生委員長のほうから8月4日の議員連盟において、「がん患者さんとがん対策のための平成24年度がん研究関連予算の概算要求について」ということで報告がございまして、イメージとして金額も付されておりました。1がん臨床試験統括支援機構の設立、12億円。2アカデミア創薬の支援強化と創薬支援機構の設置、これは15億円プラス40から100億円。3がんバイオバンクの設立とゲノム・エピゲノムの解析拠点の整備ということで6億円プラス16億円、ということでした。

以上が3つの専門委員会の議論の様子なんですけども、次に集中審議の中から予算関連のものというかポイントをピックアップいたしました。拠点病院に関する集中審議は何回も行われまして、それが3月28日に「がん診療連携拠点病院等の今後の役割等について」というペーパーにまとまっております。このペーパーを参考に第2期計画に向けて、この分野のことが盛り込まれたり、より深い検討が行われると思われまます。そこに出ている内容は、少し箇条書き風に書きますと、ここにありますように、

拠点病院以外の医療機関との連携強化、多職種・地域全体の取り組みの強化、拠点病院制度の充実と弾力的運用、地域での連携を評価すなわち診療報酬で評価、がん相談連携拠点病院という準拠点病院を指定していくということ、が盛り込まれております。それから、相談支援センターの表示やがんサロンの設置を拠点病院の指定要件に入れるということ、拠点病院の第三者評価制度の導入、こういったことが指摘されておりました。この中から今年の予算要望項目、来春の予算項目にも上がってくるものがあるかもしれません。

相談支援・情報提供に関する集中審議は、「がん患者に対する支援や情報提供の今後のあり方等について」という題で7月の日付が打たれた紙が前回出ておりました。詳細は省きますが、列挙いたしますと、ここに挙げたようなポイントが出ております。ここでも来年度予算要求になじむようなものを幾つかイメージできると思いますが、実際にどういうものが出てくるかということが注目されるところです。

一方、協議会の委員ですとか専門家からの要望等だけではなく、患者団体等からの意見を聞いております。7月21日のがん対策推進協議会ではこちらにございます上の3つの要望書、意見書が提出されておりました。ドラッグ・ラグの解消に関すること、相談支援体制の充実についてのもの、若年層のがん教育についてのものということです。これも協議会の資料のほうから閲覧できますし、8月1日には別途、がん研究の推進に関する要望書というのも出されておりますので、どういうことが問題であり、どのような解決策が求められているのか、そちらのほうで確認できると思います。

それから8月4日の委員連盟におきまして、患者、関係者から5つの意見書が出ておりました。その内容はウェブサイトには出ておりませんので、少し列挙しておきました。「がん患者経験者の経済支援と就労支援に関する意見書」については、現在かなり話題が高まっているトピックですが、この辺に関して2点のことが指摘されておりました。小児がんに関しましては、こちらにございますような5つのポイントが列挙されておりますが、これは小児がんの専門委員会から出されているものとも重複、

オーバーラップ、共有されているものもございます。ドラッグ・ラグの解消に関しては4点挙げられております。それから、「がん患者と家族の視点に基づくがん研究の推進に関する意見書」、こちらでは主に5点が指摘されておりました。「がん患者を含めた国民ががんを知り、がんと向き合う社会実現に関する意見書」、これは相談支援とかサポートなど普及啓発等に関することでございますけれども、こうした4点が挙げられておったということです。

なお、国の施策の地域への周知ということでは、7月25日に都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会がございました。これには長谷川先生も出られたと思うんですけども、国立がん研究センターが主催して全国47都道府県のいわゆる県拠点病院が集まって情報共有するというところでございます。この時、特に話題になったことが幾つかあると思うんですけども、こちらのほうで分科会に部会ができたということとか、あるいは院内がん登録のデータが出てきているとか、今後のそのあたりの進みぐあいの情報共有をされたというようなことです。この連絡協議会はこれまであまり活性化していなかったんですけども、もっと活性化の余地があるんじゃないかというふうに思っています。

一方、同日、行政サイドの全国がん対策関係主管課長会議もございまして情報共有が行われたところです。

一方、政治側の動きとしましては、8月4日には国会がん患者と家族の会という超党派議員連盟が開催されまして、先ほど御紹介したような専門委員会からの予算要望、患者会のほうからの意見、予算、提案などがあったわけです。例年ですと、来年度予算のことを話題にする議連は、4月、5月、6月ぐらいに8月の概算要求に向けて開かれますので、普通のシーズンとは外れているんですけども、冒頭申しましたように、日本全体の概算要求がおくれておることで、遅ればせながらこういう機会ヒアリングが可能になったということです。代表世話人の尾辻議員のコメントですけども、「第1期計画から第2期計画になると、がん対策をローギアからより高いギアに、セ

カンドギア、サードギアに上げてスピードを上げていくんだ」というふうに仰っておられました。

なお、この超党派議員連盟ですが、奈良県選出の国会議員の方がどのように参加されているかということは、ぜひ地域で御確認いただいて、いろんな仕組みをフル活用されるということには必要ではないかと思えます。

これは我々の活動で、手前みそで恐縮なのですが、がん政策サミットというものを開いております。全国から患者、関係者を中心に議員の方、行政の方、それから医療機関の方に集まっております。立場を超えて問題を議論しようということです。今回、全国から173人が集まったんですけど、驚きましたことに奈良県からの参加者数は11人ということで都道府県単位では全国最高でした。ということで参加された方に感謝申し上げますと同時に、奈良県のがん対策の高まりを肌で感じた次第です。全国の好事例、創意工夫を共有したり国の対策を勉強したりすることで、ネットワークで学び合い、広げ合いの機会をつくっているものでございます。

なお、今後のがん対策を考えていく資料といたしまして、厚生労働省のがん対策評価分析事業の報告書、すなわち全国の拠点病院の同志が二千数百人の患者さんの声を聞いたもの、の資料がございますので、参考資料として活用いただけたらと思います。また我々がやりました患者意識調査、こちらは患者さん1,450人ぐらいから意見を聞いた結果ですが、もでございます。奈良でまたこうしたテーマで調査をされるのもいいと思いますけども、全国の調査も視野に入れて参考にさせていただく手もあり得ると思います。

それから、来年度がん予算への視点としてポイントをあげてみます。第1期計画から第2期計画への変化は、「何とか走る」から「方向を定め、進路を見ながらより早く走る」ということかと思えます。その中で必須で無駄にならない予算を国がどう考えていくかということが国ではうたわれております。さきほどのローギアからより高いギアというたとえにのりますと、施策としてはやっぱりがん対策におけるスピード

メーター、あるいはナビゲーター的な施策への予算というのはインフラ的に必須ではないかと思えますし、またハンドルの施策、すなわちどのように政策を決めて合意していくのか、そういうことも大事じゃないかというふうに思います。

じゃ奈良県はどうするかということだと思えますけれども、やはり国の予算とか動きを見ながら、患者さん、地域、現場の声を国のほうに上げていくということが1つ言えると思います。また、国で決まろうとしていることを見ながら、それを予測し、地域の対策に活かしていくということもあり得ると思います。また国で検討されたけれども実現はならなかったというものでも県の単位でならできる、あるいは率先してやるべきということをそこから拾い上げるということもあるべきではないかと思えます。奈良県で立派なアクション計画が出ましたけども、ここにありますような年間カレンダーのイメージのように、通年のがん計画を回していくといったことも今後考えていく可能性があるんじゃないかと思えます。奈良県を見ておりました、随分議論が活発になった印象を持っております。国のほうでとにかくがん対策をするから有効ながん対策を見つけて実行して地域で結果を出すという流れになってきていると思えますけども、そういう意味で奈良県のがん対策のPDCAサイクルも日本一と、そういうようなイメージがあり得るんじゃないかというふうに思っております。奈良ならでできる奈良県がん対策モデルということで、私の話は以上とさせていただきます。ありがとうございます。

○長谷川座長 埴岡先生どうもありがとうございました。非常にまたここで来年にかけて大きな山場に立ったということを痛感しましたが、いかがでしょうか。非常に重要な問題ですので、何か御意見、質問などございましたら。内容が非常に豪華でしたのでなかなか興味があっても十分な時間はございませんが、特にポイントがございましたらぜひお願いいたします。特にございませんでしょうか。

奈良県、皆さん御存じのように、前回はまさに最初のPのところ、プランをつくるところで非常に苦戦いたしましてワーストで始まってしましますが、体制ができまし

たので、今度はこのP D C AのPがあつという間に追いついて、ワーストから今度はベストワンに行けるんじゃないかという体制になりつつあるというふうに思っておりますが、よろしいでしょうか。

ちょっと1点だけよろしいでしょうか。奈良県のアクションプランなどを見ても、1つ弱いところが研究という面がどうしても弱いと思ひまして、どうしても従来の対がん10カ年からという、臨床の現場を重視したがん対策推進計画ぐらいの計画が必要と思うんですが、今回のいろんな御意見を見ても、やはりまた研究という言葉がかなり出てまいりますが、現実的にどうでしょうか。なかなか今の恒常的な予算で、がん研究の先生は当然研究のことはわかるんですけど、ほかの御意見でも結構研究というのが出てるんですけど、具体的にどういうふうな、やはり今の研究ではだめだということでしょうか。

○埴岡委員 研究分野は余り得意ではないんですけども、2点あると思います。

1つは、がん研究に関して、やっぱり支援と配慮ということがもっと大事じゃないかという考え方が一方は専門家から、もう一方は患者、関係者を含めた一般側からも出てきているんですね。がん研究をもう一度考え直そうという話が出ていると。

もう1点は、がん研究を考えるときに、がん研究のやり方を考えなければいけないということ。それは全体を一貫して考えるとか全体をマッピングして考えるとか、有効性とか効率性をわかりやすく説明できるようにするといったことですね。

2つ目のことは、1つ目の予算配分をふやすとか、世間で応援団を形成するということともつながると。特に日本では基礎研究でいいものがあったりもなかなか臨床現場につながらない。1つの通貫したブリッジングを大事にしていこうと、そんなような議論が主ではないかと思われるというふうには思っております。あとは地域でどういうふうにごん研究をしていくのかというのは、もう一つ難しい問題で、47都道府県それぞれまではできないですけども、日本で数カ所ぐらい一定の研究資源が集まって進めていくべきでしょうし、臨床研究や臨床試験については、参加率を高めていこう

とする中で、奈良の臨床試験をどうしていくかという問題も大切かと思えます。

○長谷川座長　　どうもありがとうございました。奈良県も推進計画には一応臨床研究のことを上げてるんですが、どうしてもアクションプランの段階で考えていこうというところまでございまして1つの課題かと思えます。

よろしいでしょうか、ほか。いずれにしてもまた具体的なことになったらつくる段階になってどんどんと御意見をいただかざるを得ないので、これはそういった国全体の動きと方向性を一応これで御理解いただいたかと思えますけど、また御意見などございましたら、後でまたいただきたいと思えます。

じゃ、とりあえず時間もございませぬので、次に青木先生のほうに行かせていただきます。昨年度にいろいろとがん難民のこととかいろんなことを含めて実態調査ということ、あるいはいろいろあるデータということでもいろいろ検討させていただきまして、その中でいろんなことがわかったとかわからないとか、どういう問題があるかということをお青木委員のほうで持ってきていただきました。それを踏まえて今年度、そして来年度、そしてまた新たなプランをつくるようになってどういうことをやっていかなければいけないか、そういう問題点について青木先生のほうから御説明いただきたいと思えます。よろしくお願ひいたします。

○青木委員　　よろしくお願ひいたします。紹介いただきました青木です。私は、がん診療を専門とする医師ではないんですが、疫学とか情報、そして質の改善やマネジメント、地域医療という視点から少し奈良の現状という点、そして今後を目指すためにはどこを目指すかという点についてお話しさせていただければと思えます。

今回お示しするスライドの中には、いろんな方からのデータや資料をお借りしております。保健所の方々、拠点病院を初めとしたがん診療にかかわれる医療機関、そして先生方からのアドバイス、あとは院内がん登録の分析には奈良県立医科大学の奥林先生にもお力添えをいただきまして、自分でやっていくのに、私の名前書いてますけど、皆さんのいろんなデータや知恵の成果だというふうにご覧いただければと思いま

す。

先ほど埴岡先生のほうから厚生労働省のほうで平成22年度のがん対策評価のビジョン①の中でも質の担保とか現況と需要のギャップの把握、早期からの緩和ケアの対策、そういうことがキーワードとして出てたと思うんですが、この中でもそれらについて触れられております。

先ほどは埴岡先生のがん対策に関する国の動きともう1つ、私のほうから別な動きを御紹介させていただくところからスタートします。それは医療情報化という視点です。ごらんになった方もいるかもしれませんが、今、国のほうではシームレスな地域連携医療、そしてどこでもマイ病院、こういうものを実現しようと。患者さんに自分のデータのコントロール権をしっかりと渡せるようなどこでもマイ病院、そしてそのために各医療機関から今あるデータ情報を共有するための仕組みを医療情報化のタスクホースがこのような工程表をつくりまして今まさに3年目の段階です、2011年。このように2015年まで情報化を進めていこうという中で、これはシームレスな地域連携医療のワーキング、私も入ってるんですけど、その中で出された資料です。このような地域の中での医療機関のいろんな診療データを共有し、患者さんにもお渡ししていこうと。これはがんに限った話じゃありませんが、このような形で情報という視点からも連携が今求められつつあります。ただ、これはもちろん決して新しい話ではなく、何十年も前から言われていることをなかなか実現できないものをきちんとした共通基盤をつくっていこうという動きももう1つございます。これを踏まえまして、平成22年度どういうプランをして、それからどういうことがわかったのかということとを少し考えていきたいと思っております。

基本的に最終的な地域医療の目指すところというのは、よく言われる言葉はライクペイシェント・ライクプレイス・ライクタイムです。適切な患者さんと医療機関のマッチングを適切な時間内に行うと。これは決してがん医療だけじゃなく、救急医療でも糖尿病の慢性疾患でも全く同じだと思います。ライクプレイス・ライクタイム、米

国のがんの医療現場ではこれを標語のように使ってるところもございます。

それをどのように考えていくかというのを、私昨年度の第1回、第2回の協議会でも使わせていただいたスライドですが、まずそれぞれの医療機関がきちんと自分たちはどのような患者さんを診ることができるのか、どういうことができるのかということとを特性としてイメージ化すること、そして来た患者さんに対してどのようなことをどういうふうにやっていくのか、診療の中身についてきちんと示していく、プロセスの明示化をすること、そして最終的に発症から治療開始、あるいは治療ができるようになってから転院とか、あと紹介とかがスムーズに流れているかという連携の部分、こういうところをしっかりと見えるようにしていったら、これは医療機関の中でも、そして患者さんにも共有して、あるいは一般の方々にもわかっていただくということが重要ではないかというふうに考えました。

そこで、22年度には簡単にしげんれきを模式化したものですが、検診異常から確定診断、そしてさまざまな診療を経てこちらの最終の終末とかにもしもなってしまった場合には、そこにつながる医療の連携の中でそれぞれがどのようなことをしているのかと、例えばあるステージのがんにどのような治療が行われているのか、ある特定のステージの組織系のがんの何%が放射線治療を受けているのかとか、緩和ケアチームというのがどのくらいあってどのくらいの関与の割合が今あるのか、そして末期がんなどで在宅で診られてる患者さんがそのまま在宅でみとられたのと救急車で搬送されたのはどのくらいの割合なのか、そして連携がどのようになっているかというのをまず今あるデータでどこまでわかるかをちょっと見ようというような調査を行いました。実際にどのような指標で奈良のがん医療を定量化できるかということを決めた上で、既存のデータを先生方からお借りして指標を算出できるかどうかを見て、その上で算出できるものに関しては算出したんです。この辺は第2回の協議会までにお話した話なんですけど、実際にやってみると、なかなか指標というものを出すためのデータというのがなかった。そして特に在宅、緩和、放射線などは把握するのが非常に難

しい状況で、ここに関しては追加で訪問看護や緩和ケアチームに対してアンケート調査をすることで少し訂正、手入れを行ったこともわかった形で明らかにするという作業を行いました。患者さんに対してもアンケート調査などを行ってます。最終的に県庁のほうで22年に行った調査というのはこれら5つで、院内がん登録以外にアンケート調査、あるいは訪問看護ステーションも実際の患者さんのデータとかさまざまなものを組み合わせて行いました。

結果を簡単に紹介していきます。まず検診異常が出た日から最初の治療を受けた日数は求まるのかというのを見てみますと、それらの数字が院内がん登録では1%しか記録されてないということがわかりました。検診異常があった日というのがなかなか難しいようです。特に他の入院から初回治療までに要した日数なども半分で記録されていましたが、どうしてもオプション項目があると、院内がん登録というのは非常にデータを取るのが困難ですので、なかなか入力されないと。そしてあと、院内がん登録に関しては、放射線化学療法、在宅緩和の有無というところしかなく、どのようなところがほとんど書かれておりません。そして昨年度使えたデータは2008年度に確定したデータで、2年前、3年前のデータを見ながら今のハンドルを切るといようなことをしないといけないという状況もあります。これだけデータ入力の負担が大きいものですが、だからデータには役に立ちそうになさそうという点もはっきりいたしました。

あと、これはプラクティスバリエーションといういろいろな医療に関する報道のばらつきというのが図示したもののなんですが、例えばステージ2の大腸がんの内視鏡があると、復旧なのか回復なのかというのが拠点病院の中でどのような割合で行われているか。ステージIVの肺がんに対して放射線化学療法の組み合わせ、どのような選択がされてるかというのを示しております。ただ、これも医療者の特性だけではなく医療機関の役割、どういう役割を持っているかとか、あるいは患者さんの希望にかなり左右される部分ですので、これ自体にどうということではないんですが、このような

特性を持つてるということは、ある意味1つ多くの人を知っておくべきことかもしれない。ただ、どの患者さんを対象にしてこういうのを見るのが妥当かというあたりでは非常に難しいです。こういうものをもし考えていくのであれば、どういう人を選ぶかというクライテリアのある部分を考える必要があるかなと思いました。

診断から治療までの日数に関しましては、このようなグラフになっております。これも医療機関、役割の影響を受けます。治療というものを何ととらえるか、初診なのか再診なのかという区別などもありますし、入院目的にもよりますので、その辺は院内がん登録でははっきりしたデータがない状況です。ただ、もしかしたら入院待ちとか手術待ちをあらわしてる可能性もあるかもしれないということで、このようなデータも見るができるということを出しました。ただ、これが最終的に複数の医療機関を渡り歩く方と紹介される方いらっしゃいますので、名寄せというものを必要とするということもはっきりしてまいりました。

化学療法に関しましては、先ほども申し上げましたように、院内がん登録あるいはDPCのようなものでは多いというところしかわからない状況です。既存のデータに基づく後ろ向き調査の限界もありました。

放射線に関しては、昨年3月にアンケート調査が実施されたと伺っております。放射線腫瘍学会のほうの構造データがかなり詳細に取られておりますので、その部分はしっかりあるんですが、プロセスや連携に関するデータはなかなか難しい。それがないとリソースの督促というものをしっかりと見ていくことは難しいかもしれないと。記述式アンケートプラスアルファが行えるのであればというようなこともございますが、なかなか難しいところでもあります。

緩和ケアの活動チームの状況です。これは緩和ケアの設置状況、対応状況、そして内容について調べました。設置状況は41施設のうち16施設、そして関与した患者さんの数は全部で5,027人の患者さんがいる中で5.6%という数字がございました。そして4つの分野、疼痛以外の身体、ほかに社会、精神、スピリチュアル、ど

のくらい実施されてるかというのを5点満点であらわした数字がこれになります。整理しますと、疼痛や身体に関しては、あるいは社会的に関してはかなりのところでやっていますが、なかなかスピリチュアルやあるいは精神的なところに関してはもう少し改善の余地があるかもしれません。もちろん病院における緩和ケアの位置づけということもしっかりと考えていく必要があるかもしれません。

対して、住民の皆さんの緩和ケアに対する認知というものを認知度、そして体験あるいは経験、そしてどうしてそのようになったかという理由を尋ねたアンケート調査の結果です。意味は知らない、あるいは知らないと言った方が50%を超えました。そして緩和ケアを受けたことがないという方が78%、そして受けてない理由として症状、つまりは痛みがなかったのというふうに答えた方、あるいはどういうものかわからないからという方、あるいは期待できないというふうにおっしゃった、あるいは意味多少誤解だなと思うような面が結構多かったというような結果になっております。この辺、医療コミュニケーションという言葉もございますが、患者さんへの情報提供という点で考えていかなきゃいけない点かなと思いました。

訪問看護に関しては、在宅医の数、看取り、そして在宅での日数というあたりをキーワードにして算出いたしております。在宅医は全部で173名の患者さんの中で141名が在宅医をお持ちでした。看取りなんです、はっきりと在宅看取りというふうに書かれたのは、亡くなった143名のうち10名で、医療機関での看取りも65名ですか、いらっしゃいました。救急搬送も36名です。在宅で過ごせた期間に関してはこのようなばらつきがあり、30日以下の人も結構いらっしゃったという結果でした。60日以上の方が3分の1程度という結果です。訪問看護の続きは各種処置なんかに関しては、このように各施設でやってる処置がばらばらです。ただもちろん患者さん不要であればやりませんので、その辺も加味してですが、疼痛管理の実施割合はこのようなS字カーブを書きます。このようなことを考えますと、多少してる処置にばらつきが存在する可能性もあるかもしれないということが見えてまいります。この

ような結論が昨年度、後ろ向き調査の限界、名寄せができないこと、そして各資料におけるどういうふうな位置づけにするか、どのくらい評価すべきなのか、今ではだめなのか、それとも十分なのかというあたりの方針をきちんとつくるために、どこを選択し集中するかというあたりの根拠となるデータが少し不足しているような気もいたします。ただ、データは集める集めるといってもなかなか集まるものでもありませんし、当然、入力者は入力とか負担もございますので、何でもかんでもデータを集めるといけないと。その部分の配慮が絶対的に必要である。そしてプラクティスバリエーションが散見される可能性もある。まだここに関してはそれぞれの専門家のお立場からいろいろと議論をいただく必要もあるかなと。最後に医療コミュニケーション、情報提供の必要性というのが言われました。

これら課題を6つ、アクションに変えますと、前向きの調査を実施すること、名寄せの仕組みづくり、選択と集中の根拠となるような指標をできる範囲でもう一回考えていく必要がある。診療情報を活用したデータの収集、これは先ほどのシームレスな地域連携医療とかかわりがある。医療機関の特性をしっかりと把握して、それぞれ同じような特性を持つ医療機関同士で共有する必要、あるいは患者さんと共有する必要があるかなと。そのために必携とか、あるいはいろいろなインターネットを利用した、あるいは患者さんのお手元に届く手帳の形で情報提供を考える必要があるかなと思います。

平成23年度に向けて1つプランとしては、また指標をある程度議論が進んできると伺っていますが、もう少しこの結果を見て、何を我々が見て、どのように自分たちのがん診療を評価していくかを決めた上で、さらに、今年あった去年使えた電子データじゃなくて、もう少し深いところにあるデータ、あるいは今パスがどんどん使われるようになるというふうに伺っていますので、そういうのも活用したデータの収集、あるいはつけ加えてアンケート調査、あるいはがん難民把握のために何か知るべきことはないかという考え方で考えていく必要があるんじゃないかというふうに思いました。

これらが集まってくることで、どのような指標をどのくらいよくするために、どのくらいのインベストメントをする、投資をするかというような考え方も成り立ってくるかなと思います。シームレスなという意味合いからしますと、名寄せのところ、そしてどこでもマイ病院といったパーソナルヘルスリコードというような考え方も1つあるかというふうに思っています。今年度、アンケートのほうではこのような化学療法、在宅に関しては、このような形で計画がなされていると伺っていますので、こういうものを見ながら、この指標をこのくらいよくしようと。そのためにはどのくらいの努力のもとで、だれがどういうふうにすればいいんだということが明確化していくかなというふうに思っています。1つできるだけ把握したい指標項目としては、今回なかなか出なかった日付、いつどんなことがなされたのかというイベントの日付がしっかり集まってくるようになれば、いろいろな連携に関して書かれるかなという印象も持ちました。これは奈良のがん登録で実現できれば。これ去年お見せした資料でもあるんですが、まず診療のデータをしっかり活用して、その中から国立がんセンターでも使っていただき、自分たちのがんを見直すという指標でも使っていくと。ただしこれは、臨床家の手間を経てじゃなくて、手間をかけずに実現する方策を考えたいと。ここに先ほど最初に出たようなシームレスな地域連携医療、こういうものを少し加味しながら奈良の連携に資するような形ができればというふうに思い、このようなスライドをまとめさせていただきました。以上でございます。

○長谷川座長　　どうも青木委員、ありがとうございました。非常に今までの皆さんに御検討いただいていることがわかったことと逆にわからないこともいっぱいあるということがよくわかりました。

○武末委員　　済みません、県のほうで少し追加させていただきます。お手元の資料の2ページ、シームレスな地域連携医療というのは2つ、実は国の事業ありまして、こちらは同じICP、IPEを使ったものでも医療提供者が情報を共有しようというのをシームレスな医療提供、情報提供ですからいっております。もう1つ実はあ

ります。パーソナルヘルスレコードという、がんでいうとがん必携みたいな、それぞれの患者さんが自分の診療情報を自分で持ちましょうという、もう1つの取り組みがあって、これ割と似てるので混合しがちですけども、こちらは提供が共有しましょう、シームレスに認識しながら医療をしましょうというほうで、もう1つのほうは、それぞれの医療情報を患者さんが持って歩きましょうというので、これはだから最終的に患者が持っているものに各医療機関がどんどんどんどん入れていきながら更新していくというイメージで、出す側と受ける側とそれがセットになって1つのICPを利用した次世代の医療提供のあり方となるのが1点です。ここのところ補追で1点でございます。

もう1つが手元の資料の4ページ、スライドナンバーですと22年度の調査のところですけども、平成22年度の調査、4ページの上のスライドです。この検診医療確定診断、外科内科治療、放射線緩和治療、ホスピス、終末期があって、それぞれ提供している医療機関として検診機関、かかりつけ医、病院、在宅という流れがあります。これは県の考え方を今から述べますと、実は県が4年間救急医療に取り組んできましたが、このがん医療でいうと、それはあそこの検診機関からかかりつけ医のところを実は取り組んできたということなんです。ある意味で検診異常、異常を感じて救急車を呼ぶというのが検診機関のところに該当して、それがかかりつけ医によって確定診断を受けるというのは、救急センターに運ばれて何か診断をしてもらうというところで、実は4年間、県が一生懸命取り組んでいた緊急医療というのは、がんにおいてはあの部分にしかすぎないということでございます。それは救急医療は急性期の病気を扱うのに対して、がんは慢性期疾患でございますので、やっぱり病気の重要な比重がより後ろにあるということをおぼわしているかと思うんですけども、病院での治療が重要なのか在宅での治療が重要なのか、たしかこの協議会でも大分論争になりましたけれども、県としてはやはりこの検診機関、かかりつけ医、病院、在宅という流れをできるだけスムーズにいくようにする。だからちょっと優等生的な発言をす

れば、どちらも大切でどのタイミングまで病院がやってどのタイミングから在宅がやるのかとか、あるいはほんとにかかりつけ医から病院との受け渡しはどうするのかということもきちんと考えていきたい。これが医療部会とかいろいろな部会のほうでかなり検診であるとか、がん登録であるとかいろいろなことについて、とにかく走れという御意見があったと聞いております。聞いておりますけども、私は担当にはまだ待てと言っています。というのは、やっぱりここの全体図をきちんとデザインして、どこをどういうふうにするのかということもモニターをつけて、できるだけスピードメーターとカーナビぐらいはつけて走ろうと。特に船ではよくあるんですけど、走ってるつもりが実は海が逆に川に流れてて、後ろに向かって前は見えてるんだけどだんだんだんだん流されているし後退してるということもよくある話なんで、できればGPSもきちんとつけて取り組んでいこうというところで、この青木先生の話があって、取り組むのはいいんだけども、ちゃんとモニターしながら取り組んで、ほんとによくなっているかというのを確認しながらやろうと。これがある意味、救急医療でやって、いろいろな御意見があってやったんですけども、やってもうまくいかないことが結構ありまして、それはほんとにモニターしてみないとわからない。だからこのがん対策をやるにおいては非常に広い分野にかかわってきますので、それぞれの分野で何らかの指標をつけて、先生方の御意見を聞いてほんとにそのとおりになっているかどうか、御意見がそのとおりになっているか、あるいはやってることが効果的にできてるかということを確認しながらやりたいというふうに思っています。以上です。

○長谷川座長　　ありがとうございました。質問お受けする前に、ちょっとだけ。県診療拠点病院のほうのがん診療拠点病院をやっております。今このスライドで武末委員のほうから、前のほうの動きがあった後、全体のそういった動きを入れるということでしたが、おそらくがん診療拠点病院の研究レベルでしたら真ん中の3つを重点的にやらざるを得ない状況ですとずっと走っておりまして、県から見ると暴走してると見える点もあるかもしれませんが、現実的に患者さん目の前におりますので、これを

いろんな指定要件で縛られてやらざるを得ないとどんどんやってるような現状です。

奈良県は地域拠点病院を取りまとめる立場でございますので。

もう1点ちょっと追加しときますと、青木先生も承知で書かれたことなんですけど、一見、一方通行に流れてるように見えますけど、当然これは一方通行じゃなくて、最近よく言われておりますように、緩和医療はもっとやっていけとか、先に放射線治療だとか。ですから当然これは一方通行ではなくて、ある意味では、そうですね。たまたま矢印がこういうふうに流れていますが、決してこれ一方通行ではなくて、その中でいろんなことがあるということを承知で言えるかと思えます。なかなか難しい問題でございます。先生方が今ご指摘になったことと思えます。これについて何か青木先生の話で御質問、御意見なんかございますでしょうか。どうぞ。

○森井委員　1点だけなんですけど、在宅医療の調査のところ、訪問看護だけでされてるといのはなかなか興味深いデータなんですけど、救急搬送が65例という物凄いデータが出てるんですけど、これ私たちの今回のタウンミーティングさせていただくネットワークに参加してる在宅医の集まりだと、救急搬送率は1%未満になるんです。看取り率も大体80から90いくんで、逆にこのひどいデータはだれが見たらこんなふうになるのかという気がしますんで、ぜひこの対象的に在宅医側のデータというのも取っていただいて指標にさせていただいたらと思えます。

○青木委員　今回のアンケート調査で在宅医の先生にしっかり聞かなきゃという結論に県のほうでもなったという形になり、また引き続きアドバイスいただければと思います。ありがとうございます。

○長谷川座長　ほか、いかがでしょう。今も御指摘ございましたが、恐らく青木先生が客観的にあるデータから出たものをお示しいただいてることで、恐らくデータを組む段階で、もうこれはバイアスがかかるのはやむを得ないという大変ですけども、そういう前提でのデータでございますので、今御指摘のように、これが奈良県の実態をほんとに反映しているかどうかは全く別の問題でございます。正直申し上げて我々

専門の専門の分野から見ても、いろいろと微妙なものがございます。いかがでしょうか。何か意見ございますでしょうか。

恐らく、だからといってじゃ前向きにこういうものは、これはこうと言いましても、現状では厳しいものがございますし、後で多分がん登録のところでお話が出ると思いますが、がん登録も国のほうでは地域がん登録と今やってる院内がん登録を統一する方向で動いておりますので、恐らくシンプルになることはあっても増えることは今の流れではないので、そこら辺を奈良県として本当にそれ以上のものを作っていかどうかは今御提案があったように、ということをおそらく今後また検討する必要があるんじゃないか。

特に他にございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

じゃ時間もございません。もし何かございましたら、また後で御意見いただければと思います。青木先生ありがとうございます。

そうしましたら次に、昨年度末にアクションプランに従いましていろいろと部会をつくりまして、部会ごとに具体的な取り組みを御検討いただいてまいりました。今年度も各部会を開いていろんなことを御検討いただいております。その部会で検討していただいた内容について、各部長からごく簡単に概要について御説明いただきたいと思っております。最初に地域医療部会の吉川先生をお願いいたします。

○吉川委員　吉川でございます。5分間ということで簡単に御説明させていただきます。

地域医療部会というまず部会の目標だけ御説明させていただきます。第1回の2月の部会で、この会の目標はがん患者が診断、治療、そして在宅緩和ケア、看取りまで切れ目のない地域医療連携、より質の高いがん医療を受けることができるということをおこの部会で検討するというところでございました。そのツールとして地域連携パスを用いようということで、そのうち患者医療パスについて内容を検討して奈良県で統一しようということで、第1回、今年2月に検討いたしました。それを踏まえて、3月

にアクションプランができましたけども、その間に連携、がんの拠点病院の先生方とパス作成の委員の先生方とお話ししながら5月18日の部会を迎えたわけでございます。

そのときの議題というのが1から5としておりますが、一番最初にあまり開催回数が少ないのもう一度振り返りをしようということで、連携パスの定義等をさせていただきました。それから2番目に奈良県統一の私のカルテということで、連携協議会との交渉経過を御説明して、ある程度承認をいただいたというところでございます。最終的にはこの部会の後、6月に拠点病院連絡協議会で私のカルテについて承認をいただきました。

この部会以降、メーリングリストでいろんな意見交換をしておりますので、それも踏まえて内容を御説明させていただきます。3番のがん診療対応状況調査の項目について、これは以前から検討事項になっておりましたが、さまざまな委員の先生から御意見を伺って、次のページについております内容である程度合意いたしました。今後いろんな部会で調査されておりますので、それを県で統一していただいて調査していただく予定になっております。

それから4番目の私どもの部会の1つの目標であります連携をうまくやるには一番必要なコーディネーターを育成、検証しなければならないということで、この研修についても今後メーリングリストで意見交換を行う予定をしております。秋にはぜひともやりたいと思っております。

それから連携パスの普及啓発についてですけども、これの啓発普及の県民、それから医療機関、医師会、病院協会に対する啓発もやっていかなければなりませんし、特にコーディネーターの検証を今後やっていくということで、この会の目標、それから検討事項をこの前検討いたしました。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。地域医療部会については何かございますでしょうか。パスについては資料が回ってると思いますので、非常に厚くてあ

れですが、ごらんいただいたらと思います。どうぞ。

○事務局　行政コーディネーターというのは県のほうで設置される形になるんですか。どこに設置してどういうふうな動きになるんですかね。

○吉川委員　私から説明しますが、連携コーディネーターがこの部会でもいろいろ議論あったんですが、どなたが適任かという話もありまして、まだまだ意見は統一されてないんですが、1つの意見としたら、各病院にある地域連携室の担当者、または在宅のそういう支援しているそういうところも意見があったんですが、今のところは部会、いろんな意見交換しますと、やはり連携室の退院調整チームを回すかもしれませんし、支援の従事者かもしれませんけど、そういう方を連携パスに対する知識を入れていただいてコーディネーターの役割を担っていただきたいなど。

○事務局　拠点病院ごとに設けるという形になって。わかりました。ありがとうございます。

○長谷川座長　ほか、いかがでしょうか。どうぞ。

○埴岡委員　地域連携の場合、割と患者さんニーズは再発に対して、いわゆる標準的治療が終わった後の状況にある方が、いわゆるがん難民化しないということが大事と言われていて、一方で国の政策としては、とりあえず実施可能性の高いものということで初期治療の後の地域連携クリティカルパスから始めているというところがあるんですけども、現状の地域連携クリティカルパスはもちろん重要ではありますが、連携ニーズ全体をカバーできるものではないということですが、奈良の現場として考えた場合、ほんとの切れ目のない連携、再発患者さんも含めてのという中で、どういう対策が主軸となろうとしているのか、その辺の展望を教えてくださいいいですか。

○吉川委員　実は、埴岡先生から御質問と同じ疑問を私この委員を引き受ける時に県の方とお話したんです。実はがんと診断された時、看取りまでいかにシームレスするかということで、連携パスというのはそぐわない、例えば緩和ケアの連携パスも確かにありますが、一般的なパスと言われてるものではないかもしれませんし、結局つなぐ役

目をする、そこで患者さん困っておられるわけですから、人材とか教育とか研修とかそっちのほうで大事で、パスが唯一のものとは思ってないんですけど、今回はまずは政策、まずは走ると。拠点病院でまずはパス、今もステージ2とかその程度のパスしかできてませんので、やはりステージ、今後4とか再発した方のパスと言えるかどうかかわからないです、そういうツールと言ったらおかしいですけど、システムをつくる、馬詰さんも仰ってますけど、そういうシステムをつくっていくことが大事で、今回は連携パスをまずはつくったと。それを応用していくということにはなってる。

○長谷川座長　　どうでしょうか。今非常に重要な問題かと思いますが、先ほど御説明がございましたように、今のところがポイントだと思っております。がん診療拠点病院の立場からちょっとだけ申し上げますと、今、吉川委員の御説明いただいたことが本質でございまして、ほんとの意味での連携はどういうところが大事かということ、これからがん診療拠点病院のほうでは考えております。ただ拠点病院というのは毎年の更新条件を満たしていかないと拠点病院になれませんので、そこでまずは何しろパスをつくらざるを得なくて、わずか半年で五大がんのパスをとりあえず何か出していただいて、それを県のほうの部会と連携して私のカルテと連携して今回してるようなパスができるんでございます。ですから、決してこのパスが診療連携クリティカルパスですけど、これがゴールだとかいうふうには全く思っておりません。あくまでもほんとのスタートの第一歩だと思っておりますので、今御指摘いただいたようなことを含めて、これからどんどんこれからやっていくことがございますので、そういうふうにお考えいただいたらと思っております。

　　お願いします。

○吉川委員　　ちょっと追加させていただきますけど、やはり連携というか患者さんがシームレスに行うんじゃないかと情報共有というのが非常に大事で、情報を共有するための医療機関の調査も行うんですが、それを患者さんに知っていただくということが1つの必要な条件になってくると思うんです。県のホームページ等の充実をやり

遂げたことでございますし、それと先ほど共有と仰いましたけども、やはり私のカルテというのは1つの情報の共有のツールであるという意識を持っておりますので、今後そういうものをやはり広めていきたいなというふうには思います。

○長谷川座長　この地域部会に関しては今日見ていただけてます五大がんの診療連携クリティカルパスについて、そしてあとこれから調査について一応これ御承認いただく必要があるんです。いかがでしょうか。この地域連携パスについて、とりあえずがん対策推進協議会として一応これを公に認めさせていただいてよろしいでしょうか。あるいはその後のこれについておりますがん診療対応状況調査案というのがございますが、これについてもこれでよろしいでしょうか。何か御意見ございましたらお願いいたします。可能であれば、認めていただけるのであれば、これをまたそういったものとして、県としてこれからさらに続けていく方向を考えておりますけど。

どうぞ。

○山崎委員　ちょっと済みません、山崎ですけども。内容を今、僕ちらっと見ただけで中身は全然見れてないんですよ。私のカルテの案を出していただいたし、パスもあれなんですけども、資料僕だけが見てないんでしょうか。全体の資料、僕ここに来てないんですけども。それで今承認するしないと言われてもちょっとどうかなと思うんですが。最初に資料を回していただいたということですが。

○事務局　こちらから回らせていただいたあの物なんですけど。

○山崎委員　今はちょっとないので、何が問題で何が問題でないのか、一生懸命やっていたのは非常にありがたいと思うんですけど、内容確認してない状態で承認云々というのはちょっといかなものかなと。

○吉川委員　私のほうがちょっと時間がないので、細かくは説明できないんですけど、基本的には五大がんについて各疾患別に医療者用とか患者さん用とかあるんですが、患者さんへのパスを私のカルテと称して、ある程度内容を統一しよう。各疾患別のいわゆるタイムスケジュールに沿った計画については、各々の専門性があります

ので、それにお任せする。だから情報を共有するという事で、本人さんが書く御自分の情報ということで、いろんな病気、今までかかった病気とか連絡先とかそれを1つぜひ入れてくださいと。それからもう1つは私の情報、私の治療経過等の今の病院の担当医を書く、いろいろステージを書く先生もおられれば、肺がんでは細かく書かれていますし、乳がんではもっと細かくホルモン・・・から全部入ってるんです。それを入れてくださいということと、それから患者さんと医療者側の連携の説明の同意書を入れてください。それ以外に連絡メモなり、それからお薬手帳のかわりとなる薬を張るところ、それから検査の成績を張るところ、そういうのを必ずつけてくださいと。もう1つ重大なことは、連携する医療機関の名前を必ず入れていただいて、一番患者さんが困る緊急の連絡先を必ずつけてください。その点をお願いしてがん拠点病院の作成の委員会、各部会ありますので、そこをお願いしてつくった内容で、細かい各がんの内容については私どもはノータッチで、先生方にお任せしたというところですよ。

○長谷川座長　　今、各専門のというふうにはやっておりますけども、民間に関しましてはがん診療の拠点病院のほうでやっておりますがん診療協議会の中でパスは5大がんの部会をつくりまして、乳がんなら乳がんの専門家を各病院のスタッフ、肺がんだったら肺がんの内科、外科、あるいは放射線など専門家に集まっていたいただいて、その中で具体的なものをつくっていきました。そこに具体的な医療関係のものに対して、今の説明で言われたようなものをさらにつけ加えていただいたような形になっております。もし可能であれば、この会議の終結まであと1時間弱ございますので、そこでちょっと見ていただいて、それでとてもこれは納得できないということであれば改めて聞く。

○事務局　　申し訳ありません、最後にこのアクションプランの実施に向けてというペーパーをつけておりますので、ここであれでしたら御意見を、日にちを私どものほうで2週間程度とらせていただいて、そこで御意見いただくということではいかがで

しょうか。

○事務局 最後につけている様式です。

○長谷川座長 それでもいいですけども、よろしいんですか。というのは、もちろん無理に強引に承認というつもりはございませんけども、膨大な資料なもんですから、これを皆さんにお送りして見ていただくとか、修正案を送るといのはなかなかですから、承認していただけるものであれば承認。無理であればそういう形で御意見をいただいて、また改めて次のときに承認いただくとかそういう形になるんでしょうね。がん診療連携拠点病院協議会としてはもう既に承認済みですので、拠点病院としてはこれ公のものとして動いておりますので、現実的には。県としてこれを拠点病院が承認したものをそのまま認めるかどうか、これに対しては確かに御指摘のように、よく見ないでそんなことわかるかというのは当然ございますので・・・。

○事務局 そうしましたら2週間、日にちを切らせていただきますので、今日から・・・。

○長谷川座長 資料を送るんですか、皆さんに。こんな分厚い資料を。

○事務局 CDないしは資料で送らせていただいてごらんいただくということにさせていただきますらいかがでしょうか。

○長谷川座長 それでよろしければ、そのほうが間違いなく、確かに見てないならば問題でございますが。どうぞ。

○森井委員 これはだれが記入するんですか。患者さんが記入するものなんですか。

記入するところと、それから医者が記入するところと両方。基本的には。今ほとんど電子カルテが導入されて、各拠点では全部、電子カルテが別々のものを使っていると思うんです。これだけ手書きというような、現場の診療者に対する負荷という点はどうお考えなってる。ただでさえ診療時間に、腫瘍内科の先生なんか9時、10時まで長谷川先生も遅くまで仕事されてると思うんですけども、そういう先生方に書き物が増えていくというのは、アメリカのように書き物にとらわれて現場ができなくなって

いくという危険性が極めて高いと思うんで、基本的にはもっとシンプルな形のもののほうがと思うんですけどね。

○吉川委員　私どもがタッチしたのは先ほど申し上げたように、患者さんがお書きになる私の情報と、それから主治医がお書きになる患者さんに知らせるべき例えばステージなり手術方法なりというところは書いていただく。あとの経過については、それは各部会の先生方、お考えになったことですので、そこにはノータッチなんです。

○長谷川座長　私のほうから説明します。私は、五大がんの中に出ておりますので、御指摘のとおりでございます。正直申し上げてあんまりこれを頑張ると、現場は負担が増えるだけで何にもいいことないので、正直申し上げますと、一部の委員から反対意見もございました。ただ、これはまさに国の政策でやらざるを得なくなってることを、いいことだいいことだ、やれやれと言われても、人が忙しいのにどんどんやって、ますます悪循環になるんじゃないかという意見は当然ございます。ですので、結論的にはとりあえず負担にならない程度の簡単なパスをつくらうというところがこの第一歩でございます。これがゴールじゃないというのはそういう意味なんでございます。例えば肺がん1つ見ますと、肺がんはU F Tという薬を内服するようなことをお任せする。そういう比較的シンプルなものをつくりましてご提案はもっともなこと。当然、電子カルテいけないかという話が出ましたが、先ほどの武末委員からそういう意味でのお話もございましたが、奈良県、例えば県立病院1つとってみますと、同じ電子カルテを使ってほんとは伝わってるはずだったんですけど、何とかネットというやつですかね、いまだにつながっておりませんで、できておりません。県立病院ですらできておりませんので、結果的にそれを今は電子でできないということでございます。紙で書かざるを得ないというところからスタートしました。ただ、もちろん論理的にはデータなどでお渡しすることは考えております。御指摘ありがとうございました。

○事務局　済みません、そうしましたら最後でもう一度、御承認の確認をしていた

だくということ。

○長谷川座長 無理であればデータをお送りいただいてということで、基本的には皆様のこれでもいいという御意見多ければあれですけど、基本的にはデータをお送りいただいてという方法で。

地域医療部会については以上とさせていただきます。

次に、緩和・在宅医療部会について森井委員のほうからお願いいたします。

○森井委員 森井です。これまでの経過はもう御存じだと思いますので、簡単に流れと議題だけ。県民に対する緩和ケアの情報提供のために現在シンポジウムとタウンミーティングを実際に動き出して開催しておりますので、今後も開催していく予定です。今日見ていただきたいのは、県民に対する情報提供、啓発活動、それから医師に対する啓発活動の2点のために患者必携ガイドというものと、それから主治医必携ガイド、この2つを作成しました。

患者必携ガイドなんですけども、国立がんセンターからも患者必携ガイドなるものが出てるんですけど、奈良県の場合、イメージしたのは、お薬手帳のように患者さんが簡単に持ち歩いて常に見て自分の段階をチェックしたり、自分の悩みをここで見てどこに相談すれば解決できるかというのがすぐわかるようなものというふうに小冊子的なものであるということイメージしました。内容はまた見ていただければいいんですけども、がんと言われた時どんな悩みがあってどんなことを相談しないといけないか、治療中の方のどんながんの状態の悩みを取り上げて相談するか、それと緩和ケアの3つに分かれています。ここには添付されてないんですけども、必携利用者へのアンケートが閉じ込みについてまして、このアンケートで今患者さんが何を悩んでおられて何に困っておられるかというのを調査できるようになってる。それを繰り返してもらうことによってデータの蓄積ができるというふうなものになってます。

もう1つなんですけども、主治医の必携ガイドについては、主治医の先生がどの段階で緩和ケア移行とか患者さんに緩和ケアを導入すればいいのかというのが結構わか

らないという声が多かったので、それに対してどういう段階で、あるいはどういうことが起こった時に、ちょっと緩和ケア中に声をかけていただいたり、ホスピスに声をかけていただく、あるいは在宅にいうのがわかるような小冊子をつくっています。これは今年中に承認いただければ作成して配付というふうに考えております。

もう1つは、評価指標なんですけども、こういうことをタウンミーティングでやって患者必携ガイド、主治医必携ガイドをやっていって、どれだけ効果があるかという評価をしていかないと、次の年度、その次の年で続けていけないという。具体的には緩和ケアに対する指標、こんな緩和ケアだったとかいう指標はないんですけれども、実際に県の予算、国の予算を使ってやる以上は、評価指標の設定が必要なので、例えば1つであれば、先ほどの緩和ケアチームの利用率、5%というのが上昇するであるとか、在宅看取りの率が上昇する、救急搬送の率が減るとか、そういったものを幾つかはじき出して、それを経年的に見ていったらいいかなというふうに考えてます。この指標については、この部会のほうでも検討中でありまして、来年度以降にこの指標をある程度幾つかモデルを設定して検討していきますというふうに考えています。以上です。

○長谷川座長　　どうもありがとうございました。緩和ケア・在宅医療に関して何か質問、御意見などございますでしょうか。

ちょっと確認ですけど、先ほどと同じような話になるんですが、この2つの必携については、必ずしも今日これ承認というわけではないんですか。あるいはそういうことで出されてる。先ほどと同じような話になるんですけど、見てるかどうかとか。

○森井委員　　こちらと一緒に、承認していただければどんどん進めてはいけるんで、印刷に入るとなると、主治医必携ガイドについては各拠点病院の治療に向けて必携ガイドの利用するための講習会とかも考えていかないといけないんで、そんなに余裕はないんで、先ほど御提案があった2週間程度データ見てもらってからということでも全然構わないとは思いますが、早いにこしたことはないとは考えています。

○長谷川座長　恐らく先ほどの資料以上に誰もご覧になってないと思うんで、行は少ないんですけど、今承認はできないと思うんですけど。

○森井委員　恐らく問題になるかもしれないというところをちょっとだけ説明させてもらおうと、まず緩和ケアチームに相談するという相談先なんですけど、これをいわゆる5つの診療連携拠点病院プラス支援病院、また緩和ケアというのをどこまで書くのかという話が議題に上がったんですけど、これはやっぱり体制がしっかり整っているだろうということで拠点病院の緩和ケア支援だけに絞っています。

それからもう1つは、在宅緩和ケアリストというのを載せるんですけど、これを何をもって載せるのかという話なんですけど、これは東京に緩和ホームケアクリニックという緩和ケアの先生っていらっしゃるしまして、恐らく日本の在宅緩和ケアの開祖と言われる先生なんですけど、その先生がおつくりになられた末期がんの方のための在宅緩和ケアデータベースというホームページがあります。このページでは自己申請制で、ここに載せたいという患者さんがおられたら必要なデータについて載せるという。奈良県はここに載っておられる先生が40人弱おられますんで、我々、データを公開されるということはかなり意気込みがあるということで、まずここに載せられている先生方を在宅緩和ケアリストとして載せるということで部会のほうでは決定しています。なんですけど、その先生方の今度、質の強化なんですけど、これは次年度以降に考えていこうと。この2点が一番問題になるところかと思いますので補足説明させていただきます。どうもありがとうございます。

○長谷川座長　今御説明いただいた2点、あるいはその他の点について何かここで御意見ございますでしょうか。どうぞ。

○吉川委員　今仰った主治医の必携ガイドでちょっと質問ですが、緩和ケアチームを拠点病院にある程度借りたということ仰ったんですけど、この一般病院に配られるんですね、一般病院の先生方にも。そうすると、拠点病院以外の緩和ケアに御相談になりたいことがあると拠点病院に相談するという講習会を組む形になるんですかね。

○森井委員　　今までは、相談された時に最も適切な対応がとれる場所に相談したほうがいいというので代表的な拠点、ただそれ以外にも相談先はあるよというような言は入ってると思うんです。

○吉川委員　　例えば、一般病院の先生がこの必携を見られて、これはこの時には緩和ケアのチームに相談せなあかんというときに、自分とこになればもちろんなんですが、あったとしても拠点病院の先生。

○森井委員　　あればまず自分とこに相談していただいて、解決しなければという意味です。

○埴岡委員　　同じく、この主治医必携ガイドを大変興味深く拝見しました。地域で対策を考えられている時には、えてして県への予算要望とか国への予算要望とかになるんですけど、実質的に現場の医療を変えるためには、こういう形で医療者がプロ同士の中で意識を高めて良いプラクティスを共有していくということが一番即効性があるんじゃないかなと思って、こういう活動もすばらしいなと思った次第です。

質問は、この主治医必携ガイドの対象なんですけども、主治医に限らず、医療者、多職種を含めて読んでもらいたいなというのがあって、その辺想定をどうされているのか。そしてもしそれがあるとしたら、ちょっと主治医よりも広げた名前にするというのが後々よいかもしいかなということに関してどうお考えか。

それから、一般的なことなんですけど、今これ緩和ケア分野からつくっていただいたんですけど、たぶん全ての分野で、奈良でこれが医療の入り口から出口までできるとすばらしいと思いますので、これに倣ってぜひいろんな分野のものをつくっていただきたいなと思いました。

○森井委員　　他の分野については部会でお任せします。主治医以外と仰られましたけど、実際これ印刷費用だけがぎりぎり、この内容文言づくりに関して全くボランティアで動いてます。というので現在のところ患者向けと主治医向けだけで手いっぱい。これがうまく軌道に乗れば、今仰られたように訪問看護向け、あるいは介護職向

け、薬剤師向けというものを細かくつくっていったほうがよいかと思う。これを名前を広げてというふうに考えるよりは、内容がやや医療者向けになってますんで、細かく分けて4つぐらいはつくるような想定はしています。

○長谷川座長　　とりあえずよろしいでしょうか。大分時間が限られてきたので。恐らく先ほどもらったように2週間以内に御意見いただいて、修正案で見てもらって最終的に御承認いただく方向になるんじゃないかと思うんですけど、とりあえず次に行かせていただきます。

次は、がん医療部会で、これは私が一応まとめさせていただいております。資料の6をごらんいただきたいと思います。これはがんの均てん化ですけど、いわゆる専門医、特に化学療法とか放射線治療の専門医がちゃんと適切な治療が適切なところでできるということを1つの目標にしております。まさにがん対策基本法の基本でございますが、その中でいろいろアンケートとかとったんですが、問題点も出てきましたが、まだ十分なところございませんので、そこら辺のこれまでに行ったアンケート結果とこれからの状況についてお話させていただきます。

まず化学療法ですけど、今年の3月に調査を行っております。裏についでる長いA3の紙の表が化学療法のアンケートの結果でございますが、これは6つの拠点病院のみに調査しておりまして、そこが1つの問題点で、今後の予定としては、次にもうちょっと調査項目を見直した上で、もっと県内の多くの病院に調査を行うべきだという方向で今アンケート案についての検討を行っている最中でございます。結局、専門医がなかなか足りないということが1つ大きな問題でございますが、化学療法に関しましては、化学療法を広くやる専門医が足りないという考えと、もう一方で化学療法に関しては、乳がんは乳がん、胃がんは胃がん、それぞれの科の先生が専門にやってるというのも多くございますので、どういう専門家を養成していくかという問題もございます。それからもう1点、委員会で出た話としては、なかなか専門医だけ養成しても現実に現場が追いつかないので、いわゆるコメディカルといいますか、医師以外の

スタッフで専門的なものを、要するに例えばがん専門の看護師さんや薬剤師等、そういったものをどんどん養成していくことも同時に行っていく必要があるんじゃないかということが意見として出ておりまして、今後のこれから行う拡大アンケートでそういった方向についての調査を行った上で具体的な案をつくっていく方向を考えております。

次に放射線治療でございますが、放射線治療は実際に放射線治療を行っている8病院全てにアンケート出しております。ページ裏に結果が出ております。これは集計していただいたものでございます。病院のアンケートと、それから学会で毎年行っている調査を具体的な細かいデータを数値でまとめていただいたものでございます。結果だけを申し上げますと、要するに非常に均てん化と言われていますが、放射線治療は非常に専門的になってまして、現実的にはセンター化のような状況になっております。といいますのは、精度の高い技術とか検証が必要なものが多くなっておりますので、一部の病院に患者さんが集中しております。簡単に申し上げますと、奈良県で毎年大ざっぱに2,000人ぐらいの患者さんが放射線を受けるとしますと、その約半数は医大で治療しています。残りの半分、すなわち4分の1が天理よろづでございまして、残りの4分の1を残りの病院それぞれで分けてやっているといるんですけども、そういう状況でございまして、ですから見方によっては、放射線治療はいっぱいあるじゃないかという意見もございまして、正直申し上げて現在の高精度治療、強度変調治療とかそういった治療に対応できる病院がまだ現実的に通常、日常診療をやっている先ほどの病院でございまして、そういった現状がございまして、ですから今後はこういったところの均てん化と選択のバランスをいかにとっていくかということが大きな課題でございまして、今年度の予定としましては、ここで御報告が認められればの話でございまして、放射線治療をやっている8病院でいわゆる連携グループをつくりまして、これまで以上に連携体制を強化することを考えております。具体的に申し上げますと、例えば奈良医大だと今放射線治療だったら2週間、3週間待ちが普通になっております。

毎日100人の治療しておりますので。ところが一方の病院では1日数時間でやっている。ですからそういうところで、どういう患者ならどこで受けられるとか、そういうことを連携してやっていく方向を考えてます。実際そういうグループをつくる予定でございます。

それともう1つ大きな問題ございまして、南和医療圏の問題がいつも出てまいります。南和医療圏は放射線治療の施設がございません。ございませんので、今は一部の施設が南和でない一部の治療施設がやることになっておりますが、実際に調査してみますと、南和医療圏をここでやるんだというふうになっている診療連携拠点病院が実際にほとんど南和の立ち上げやっておりません。やってないことがわかりました。医大では勿論やってますけども、医大はそういう満杯状況でございますので。そこで、この医療部会としては、南和医療圏にも何らかの放射線治療を導入して、もちろんすべて高精度やるという意味ではございません。一部の放射線治療ができればいいと思いますが、そういったセンター化と均てん化の均てん化のほうである程度の規模を南和で果たせる必要があるんじゃないかというのが1点ございました。大体そんなところでございます。

あと、質問と同時にこれを御了解いただきたいのは、ですから化学療法の拡大調査をこれから行うことについての御意見、あるいは何か調査報告について何かあれば、ここにあるアンケート調査にもっとこういうことをやるべきだというのがあれば御意見いただきたいのと、基本的にここでアンケートすることを御了解いただきたい。それから化学療法専門医、放射線治療専門医の増加に向けた具体案について何か御意見があればいただきたいところですね。それと先ほど申し上げた放射線治療に関しては連携組織を実現させて御意見いただきたいということでございます。どうぞ。

○武末委員　確認させていただきたいんですが、そうしますと、放射線治療に関しては、また救急の例えで悪いんですけれども、放射線の1次、2次、3次みたいなものをつくって重症度に応じた放射線治療を県下で展開したいということでもよろし

いでしょうか、イメージとして。

○長谷川座長 一部のがんに関してはできるんですけども、がんはいわゆる週明け治療といいまして、化学療法と同時になってるとか、そういうものが非常に多いです。まだ緩和ケアとかございますので、一部のがんについてはこういったことを考えて連携をつくりたいと思っておりますが、例えば肺がんも普通のがん治療で、放射線治療でこれは医大でなくてもできますよと紹介しても、そちらの病院で化学療法できませんとお答えされるのがしばしばございます。乳がんのほうで乳房切除はできても化学療法となった時はできませんので、そういうことがございますので向き合ったことは一部の患者ではこう考えてください。

○武末委員 あと化学療法のほうは、どちらかというところ拠点病院を中心に化学療法の質を高めるというふうに理解してはいるんですが、それはいかがでしょう。議論があるところ。

○長谷川座長 化学療法に関しては、ここはいつも議論があるところですが、2つの視点があると思います。一方で、国のほうで考えてるのは、いわゆる化学療法専門医といって、いろんながんの化学療法ができる専門家を養成して外来化学療法とかいろんながんの治療しなさいというのが1つの流れなんです。しかし実際にできてるのは拠点病院の一部でございまして、実際に多くの病院では先ほど申し上げましたように、各がんの専門家が乳がんは乳がんの外科の先生ががんの専門として化学療法をやっているし、大腸がんは大腸がんの専門で化学療法やっています。ですからそれを一気にいわゆる先に申し上げたような形に持っていくのは難しいので、それは病院の規模やレベルに応じて2つを使い分けていくということをやっているかざるを得ないので、現段階でそういった方向性は難しいと考えてます。

○武末委員 ちょっとまた我々救急でしか理解してないので、その話をすると多分、化学療法のジェネラリストをつくるのか、疾患別のスペシャリストが今前提として少し幅を広げていきたいと思いますし専門性を高めていきたいと思いますということによろしい。

○長谷川座長　　国としては恐らくそういう考えで、特に今出たジェネラリストとい
いますか、大きな国の組織ですと、1つの化学療法士なり化学医療センターに医者が
10人とかいますと、その中で私は乳がんやります、私、胃がんやりますよとか、そ
の中で複数のがんをやりながらでも一応、専門家はまた分業できるんですが、例えば
奈良医大を例にとりますと、今化学療法士、ほんとの意味での専任1人しかおりませ
んで、専任プラス今1足す4でやってるんですけど、そうしますと、そこでほんとの
意味の専門家はいるかといいますとなかなか難しいものがございます。ですから目指
す方向としては、つけられるかわかりませんが、ではあるんですが、現実的にそれだ
けのスタッフを各病院つけられませんので、そこを使い分けざるを得ないというのが
現状であります。

○武末委員　　ありがとうございました。

○長谷川座長　　他いかがでしょうか。特に御意見ございませんですか。最後にちょ
っとアンケートとか連携組織についても御説明させていただきましたが、特に御意見
なければ、方向性としてはよろしいでしょうか。特に御意見はございませんか。

特に新しい提案ではございませんが、方向性としてポイントがなければそういう方
向で進めさせていただきたいと思います。またもし何か後でございましたらお願いし
ます。

次に、がん登録部会のほうにつきましては、郡委員のほうからお願いいたします。

○郡委員　　まず復習みたいなことなんですけど、なぜがん登録が必要かということ
なんですけど、これはきちんとしたデータがなければきちんとしたがん対策が立案で
きない。それから、また実施した対策が有効であったかどうかということも評価する
ことができないということで、そういう意味でのがん登録というのが必要です。それ
で、がん登録の中身ですけども、簡単にいいますと、どのようながんがどれぐらい発
生しているのか、それから、がんの診断とか治療の実態はどうなってるのか、そして
がんの治療成績や患者さんの治療がどうなってるかということ調べるものです。

それで地域がん登録なんですけども、実は奈良県も全部、部会の方がやって平成16年までやってたんですが、諸般の事情で17年以降中断してまして、去年の段階で全国でがん登録をやってない都道府県が7つありまして、その中の1つが奈良県だったと。何とか汚名を挽回すべく今年からがん登録を再開したいということで、この部会が始まっております。

それで、部会は奈良県には6つのがんの診療拠点病院があるので、そのそれぞれ1名の代表者と、それからそれ以外の医療機関でがん診療にかかわってる病院様とか診療所の代表として奈良県の病院協会、それから県の医師会のほうからもそれぞれ1名の代表者を出しまして部会を構成しております。今までに2回の会合が行われています。資料7を見ていただいたら少し流れがわかると思うんですが、それで、まずは奈良県の地域がん登録の事業をどういう形で進めていくかという実施要項というのを盛んにやってることで、資料7の次、裏に修正案があります。かいつまんで申しますと、県の医療政策部の保健予防課内にがん登録室というのを設置しまして、県内の各医療機関の協力を得ながらがんに関する先ほども言ったような情報を収集するということです。患者さんから直接情報をいただくということではありません。当然のことながら患者さんの個人情報が集まってきますので、そういう点に十分配慮しながら統計とか解析、あるいは予後調査等に利用するということです。

この要綱が決まらないと、がん登録の実際の作業が進みませんので、先ほどからいろんな案出てますけども、できればこの場で要綱に関して皆さんの御賛同がいただければ、すぐにでもアクションに入っていくと。もう少し具体的に申しますと、9月、10月ぐらいからは県内のいろんな医療機関ががん登録の登録室のほうに患者さんのがんに関するデータを集積するようにするという事なんですけども、いかがでしょうか。

○長谷川座長　地域がん登録について御説明いただきましたけどいかがでしょうか。この要綱につきまして、この場で賛同いただきたいと。要するにこれを御承認いただかないと場合によってはこれも2週間で承認になるかもしれませんが、その段階で

地域がん登録が動き始めるという段階でしたね、今のところは。どうぞ。

○武末委員　　ちょっと補足させていただきますと、これよく個人情報のこと、プライバシーの問題が問題になってくるんですけども、法的な整備をしますと、このがん登録事業というのは対象の除外になります。個人情報保護の対象除外です。その根拠としましては、がん登録を同意がないとできないとすると、かなりバイアスがかかってしまうということから、個人情報保護法の中に事業実施上で同意を取ることが実施を妨げるものについては除外するというのが1つあります。もう1つは、こういった要綱で定めておいて、公知の事実としておけば個別の本人の同意まではいかないような範囲である意味がん登録事業はやっていくと。ほんとにプライバシーを侵害しないように、がん医療に必要な情報をいただくということを要綱で定めて、この委員会の先生方です承りいただいて進めていくというのが基本的な考え方かと思いますので、多分、病院へ戻られるとプライバシーとかカルテ開示とか診療情報公開とかいうことでちょっといろいろ問題になるかと思いますが、必要があればそういったことも県内で少し議論、あるいはシンポジウムなどさせていただきたいと思います。以上です。

○長谷川座長　　いかがでしょうか。多少いろいろ問題があるとの御指摘ですけども。

○郡委員　　追加させていただきますと、この要綱に関しては、委員の中で十分検討したんですけど、例えば医院とか診療所というような文言を入れたほうがいいんじゃないかというようなことはあったんですけど、本質的なところでは全く議論応酬で議事が右往左往するというようなことは全然なくて、委員の皆さんには御賛同していただけました。そういうことも踏まえて、できれば皆さんにもこの場で御賛同いただければ。全部宿題残していきますと、皆さんにまた後日負担がかかることにもなりますので、よろしければこの場で。

○長谷川座長　　私のほうで1点だけ。院内がん登録の立場から、先ほど話ありました国のほうのがん診療連携拠点病院協議会のほうで出た話をちょっとだけお話ししますと、やっぱり武末部長からそういうふうのがん登録はいけるんだというお話でしたが、

当初そういうふうに通じたんですが、結局がん対策基本法の中で具体的にがん登録のそういったことをきちっと決めてないので、法的には例えば住民票などを病院で強制的に調べることができないというふうな立場になっておりまして、それで結局、全国のがん診療拠点病院で予後調査をやってるんですが、奈良医大を例にとると半分50%ぐらいしか出ない。それでどういうことになったかといいますと、国のほうで、国立がんセンターがとりあえず実態調査をしようということで、今年度、各病院でやっておりますけども、各県から1つ選んでいただいて、その予後調査がわからないものについて国のほうで国立がんセンターが実際に市役所などに住民票の問い合わせをして回答がもらえるかももらえないか、もらえなかったらどうしてもらえるか、そういう調査を今年度やるのが国の事業で決まってるんです。要するに簡単にまだいかないということであって、ただその一方でこの地域がん登録は県庁がやるので多分住民票は出るだろうという話で、むしろ院内がん登録とはちょっと違う立場でデータが出るだろうということを我々は聞いている。

○武末委員　御説明しますと、住民票というのはがん登録のために収集するものではないので、そっちサイドから見ると、これは目的外利用の申請が必要になる。そこは今申し上げた病院から今後のがん登録事業のためにデータをいただくというのはまた別の話になります。

○長谷川座長　だから結論として予後不明の方いっぱいいるんですけども、それをどうしたらいいというんですか。

○武末委員　そこは全国的に問題になっているので全国的な手続をしようというところで解決を図られてるところです。ですので、そこに問題は依然残るんですが、今申し上げてるのは、各病院が県にいろいろ情報出す時に患者とのプライバシーと個人情報と個人データと個人データ取扱事業者と完全に理解せずに議論されると困るので、そもそも5,000件以上のデータを使わないと個人情報保護の対象ではありませんし、そういったことをきちんと議論していただければと思います。

○長谷川座長　　どうも失礼しました。いずれにしても部会長が言われましたように、これは部会及び県のほうでも十分に従来のそういったいろんな法律とか規則と照らし合わせて問題ないだろうということを再三皆様に伝えてもらうので、これまで出た議題以上になるべくならここで御承認いただいて、ページも今までの中で一番少ないですから、お認めいただいて何とか地域がん登録を始めさせていただきたいと思いますが、御異議とかございませんか。

なければこれに関してはぜひこれを異議のないことにしたいと思います。よろしいでしょうか。どうぞ。

○森井委員　　在宅医サイドとしては、最終的には亡くなるというか死亡のところを一番かかわってくると思います。死亡という転帰のデータを出すためのフォーマットか何かをいただけるということになるわけですか。

○郡委員　　届出票という、これまた別途、これ今のこの要綱からさらに実際にするときの細則みたいな、まず要綱が決まって細則みたいなのを決めるんで、その細則は今回出してないんですけど、これにこれ案なんですけど、こういうふうな届出用紙というのを書いていただいて集めると。それから先にも言いましたように、それでも漏れるかもわからないので、ただ漏れた場合でも、例えば保健所に死亡小票という届出が行きますので、その患者さんは県のほうには、いついつ何々がんでお亡くなりになったというのが上がってきますので、それで各医療機関から上がってるデータと一緒に名寄せして、A病院でかかった人は実は最終的にはC先生のところでお亡くなりになって死亡診断書がこういう格好で上がってきたというふうなことで予後調査ができるというふうな仕組みになってます。

○森井委員　　ありがとうございます。私はそういうので結構です。

○長谷川座長　　最終的には、ですからフィードバックが可能になるようなことを含めて検討させていただいております。よろしいでしょうか。

ほかに御意見なければこれだけでも承認してもらえれば。

じゃ次に行かせていただきます。次は、がん予防対策推進委員会、こちらは事務局のほうから説明させていただきます。

○事務局　がん予防対策推進委員会でございますけれども、この協議会のがん検診部会を兼ねているというような仕組みとなっております。昨年度3回実施いたしましたし、今年度も3回実施予定ということで、今年度7月に1回実施させていただいております。この委員会の目的でございますけれども、大きく2つございまして、1つががん検診の受診率を上げるということが1点、2つ目ががん検診の精度を上げる、質の向上というようなことの2点ということになっております。

それで昨年度、3回の委員会の中でまず受診率向上につきましては、市町村のがん検診台帳、これをきちっと整備するべきではないかというような意見が出ておりました。これは市町村でがん検診実施しておるわけでございますけれども、受診者をきちっと把握をしないと、誰が受けて誰が受けていないということが把握できていないと、やはり受診率上がってこないんじゃないかというような意見でございました。それで今年度におきましては、このがん検診台帳の整備状況につきまして把握をさせていただいております。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、県内市町村39ございますが、ここのがん検診担当者に対しまして、保健所を通じてヒアリングをさせていただいた結果でございます。時間がございませんので詳細は説明いたしませんけれども、全体的に申し上げますと、大変不十分なところが多いというような結果でございます。不十分なところにつきましては、今後整備していただくというような形で考えているわけでございますけれども、ただ、この結果を見まして、結構十分できているところもあるんですけれども、そういう台帳が整備されているところであっても、受診率を見ますと必ずしもよくないというようなところもございます。そういうことで、これは3カ月、この部会3カ月でヒアリングで聞いた話でございませぬので、余り詳しいところはまだ聞いていないというようなことでございますので、各市町村の台帳の活用状況も含めて、もう少しきちっと調べた上で、伝え方も含めて

今後どういう方法がいいかと、県としてどういう指針ができるかというようなことも含めて検討していこうというようなことになっております。それが1点です。

2つ目の柱でございますが、精度管理についてでございます。がん検診の精度、これを高めていかないといけないということになるわけでございますけれども、これにつきましては国のチェックリストというようなものが平成20年3月に出ているわけでございますけれども、これが必ずしも実施期間だとか、あるいは市町村できちっとできていないというような状況がございます。このあたりをきちっとしないと精度管理よくなるというようにございまして、昨年度の委員会の中で、宮城県の精度管理方法を参考にした方法で精度管理をやってはどうかというような意見が出されました。それを受けた形で、3ページ以降につけておりますけれども、奈良县市町村がん検診精度管理要領というようなものを設けまして、市町村検診機関に対して精度管理をしていこうということになっております。この精度管理要領におきましては、市町村と検診機関の調査を実施いたしまして、国のチェックリストに基づく調査ですけれども、その結果を委員会で評価した上で公表をしていこうというような、これは宮城県の方法そのままなんですけれども、そういった方法で今後奈良県におきましても精度管理を図っていこうというようなことでございます。

今後の予定でございますけれども、1枚目に戻っていただきますが、こちらにつきましては附則欄のほうにいろいろ出させていただいておりましたけれども、今後がん検診のキャンペーンだとかDVD、それから禁煙マラソンというようなところを順次進めていくというようなことで考えてございます。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。がん予防対策推進委員会として何か御意見、質問などございますでしょうか。どうぞ。

○郡委員　　いつもこのがん検診のときにひっかかるんですけど、本質的な問題なんですけど、要するに検診をして受診率が向上したり、あるいは精度管理をすることが目的では僕はないと思うんですよね。要するに最終的にはがんの検診が向上したこと

によって、がんによって患者さんの死亡率が下がるかどうかなんです。ところが日本の行政、失礼、いつの間にか目的と手段が入れ替わっちゃって、一生懸命検診の率を上げるとか精度管理する。だけど本当の目標はそれによって患者さんの死亡率が下がってるかどうかなんです。そこの検証しないで一生懸命そこに人・物・金つぎ込んでも意味がないと言ったら言い過ぎですけど、あまり効果的じゃないように思うんです。日本の乳がん検診ずっとやってきましたけど、結局、死亡率の改善にはつながらないということで大きな見直しがあったんですけど、そういう同じ轍を踏んでほしくないなといつも思うんです。ですから、胃がんなんかもそうなんですけど、僕らの日常的な感覚では、胃の内視鏡による検診をやればよくなるんじゃないかなという気はするんですけど、きちっとした見本のデータないんですよ。内視鏡検診を組織検診で対策型の検診になったら胃がんによって死亡率が減るというきちっとしたデータないんです。だからさっき青木先生も言われてた研究とも関係するんですけど、できれば奈良県であまり地域の住民で移動が少ない地域に限って非検診群と検診群、検診群は出せと。例えばの話ですよ、内視鏡で検診を受ける群と、あるいは従来どおりの胃透視で検診を受ける群があって、コホートでずっと追跡調査して、そしてどの分が一番、例えば実際に死亡率が減っているのかどうか、そういうことでまず効果がちゃんとあること、そして2番目は、同じ効果があっても、ある検診をやれば同じ費用をかけても10人の患者さんが救えると。ある検診は確かに救えるんだけど、同じ費用で1人しか救えなかったら、10人のほうに人、物、金をつぎ込んだほうがいいですよ。だから費用対効果も含めてどうするか、そういう方向性をぜひ奈良県のほうで出していただければすばらしい。それ日本一やと思います。そういうようなこと期待してます。

○埴岡委員　大変共感する御意見で、私も同感なんですけど、それに関連して、どれぐらい追跡をするかということであれば、国が予算をつけて本格的な追跡をするか、あるいはそのときに奈良という地域でそれが行われるかということがあると思うんで

すけども、そういう提案をしていくというのは大事だと思います。

ただ、やっぱり奈良県ですぐできることとしては、がん検診に関する年次業務報告書というのをつくっていただきたい。簡単な一枚紙で結構なんですけど、横軸は8つの検診、縦軸は10項目ぐらいで、例えば男性の大腸がんでは、検診にかかった県全体での費用、対象人数、受診した人数、それから要精密検査だった人数、そういうことプラスがんが見つかった方、それからがん検診で見つかった場合と自覚症状で見つかった場合の生存率差を掛け合わせた想定救命数、それから、がん検診が50%になった場合に見つかる想定されるがんの患者さんの数と、想定救命数の一覧表をつくる。2010年、2009年のものは県庁で持たれているデータから1日でできると思います。そういうものを見れば、エビデンスづくりとは少し別ですけども、毎年みんな汗をかいていることがどういう結果になったかすぐわかるわけですので、ぜひ業務の報告書としてつくっていただきたいと思います。

○長谷川座長 貴重な御意見いただきましたけども、どうでしょうかね県としては。恐らくさっきの埴岡委員の意見に関しては、すぐに県のほうで解決していただきます。そして郡委員言われたことは非常にごもつともですが、現実的に例えば大きな行動をすぐやれるかどうかというのは先ほど御意見あったように、国のレベルでやるか県でやるかと、そういったレベルの問題と思うんですが、ただその一方で、国及び県で検診率を50%とかいう大きな目標を掲げてしまってますので、それが否定されてるわけではないです。それはそれで進めていただきながら、今あったような御意見についても考慮してやっていただくという方向かと思うんですが、とりあえずいかがでしょうか。

○事務局 各、今の部会があります。私どもはがん予防対策委員会のほうでそれぞれの御専門の先生も出席していただいておりますので、きょう郡委員さんが仰ったことについては、委員会の場で会議いたしまして議論していきたいと思います。

○長谷川座長 どうぞ、よろしく申し上げます。

○中島委員 委員の1人として、私の理解している範囲で申し上げたいと思いますけれども、精度管理という中に今仰ったことが私は含まれてると思うんです。その代表として住民台帳をつくって、誰が受診して受診してないかということのを正確に把握して、その効果がどれぐらい出ているかということを含めて、それが精度管理だと思いますので、今まさにそれをスタートしようということで、それに関する予算もつけていただいて、きちっとしたデータを出していこうという方向で動いていることは間違いないというふうに思ってるんです。

○長谷川座長 どうもありがとうございます。ぜひとも部会のほうで御検討いただきたいと思います。いかがですかね、青木委員から何か追加とかございますか。

○青木委員 コホート研究のやり方自体、改めてリサーチするというのはかなり大変なんですけど、今のがん登録というのをうまく使えば、それはレジストリという考え方で、今多くの学会なんかでもレジストリからデータを使って仮想の・・・・・・とかを使ったりすることでやるような手法もございますので、レジストリのデータを上手に使うというような方向で郡先生が仰ってるような費用対効果も含めたさまざまな検証ができるのではないかというふうに思ってます。

○長谷川座長 どうもありがとうございました。

大分、時間が迫ってまいりましたので、特にこれに関しては承認というのはよろしいですね。今後の予定をとりあえず進めていただく。

次に相談支援・情報提供部会、川本部会長ですね、よろしくをお願いします。

○川本委員 よろしくをお願いします。相談支援・情報提供部会です。部会と昨年度の県がされました患者さんの意識調査の中で相談支援・情報提供に関しましては、患者さん御家族の方が相談窓口を設置されてることを知らない。知ってるけども利用したことがないという現状が見えてまいりました。加えて患者、家族のみの医療者、具体的には拠点病院で勤務している医療者も自分のところにそういう相談窓口があるということも知らないということも聞こえてきております。そういう現状があります。

目標としましては、全てのがん患者及び家族が不安、悩み、疑問に対し、いつでも身近なところで必要な情報を受けられることができるということで進めております。その中で患者、家族が身近な地域で相談ができる窓口の設置が必要だろうということで、例えば区役所であるとか市役所であるとか保健所あたりにそういうものが必要じゃないかということを検討しております。

あとは、南和医療圏のほうには拠点病院がないんですけども、イコール現在は具体的ながんの相談窓口が設置されていないということがありますので、南和医療圏のほうに相談窓口の設置が急がれるだろうということで出発しております。その中で相談窓口を充実するために相談員必携ということで、情報提供ができるものということで奈良県版の相談必携をつくろうということで今、部会のほうは進んでおります。案のほうは4月の末にできまして、一応部会のほうで検討しておりますので、それを参考の資料として御提示させていただいております。これに関して具体的に印刷までいく予算化されていませんので、相談必携については薬局の窓口とか市町村の保健所であるとかそういうあたりで部会のメンバーを中心に仮のものをつくって利用していくところ辺を考えております。

もう1つ、患者、家族の満足度調査ということで、窓口を知らないとか利用したことがないということで、もう少し窓口を周知していただけて利用していただくということと利用した後の評価をするということで調査を検討しております。まず、周知と利用率を上げるためにリーフレットを作成するとかいうところ辺が今検討されております。それである程度、利用されてるとということがわかってきた段階で満足度調査のほうをするというふうなことで進んでおります。以上です。

○長谷川座長　　どうもありがとうございました。相談支援・情報提供部会について何か御意見、質問などございますでしょうか。

いろいろリーフレットとかPRものをつくっていただけてるようですが。どうぞ。

○吉川委員　　以前から私の部会のところでも相談支援の話が出てた覚えがあるんです

けども、県として相談支援の場所を中央化するという話が以前、議論があったと思うんですけど、それが部会でどういうふうになったのかと、それから相談支援における保健所の役割というのはどういうふうな議論になったのか、その辺を教えてくださいたいと思います。

○事務局　県として保健所のほうの役割なんですけれども、今、川本委員のほうが発言いただきましたように、南和医療圏のほうでの設置を必要というふうに考えておりまして、具体的には下期になります。患者サロンのようなもの、それから患者さんが相談できるものということで、既存の保健所を活用してそういう場を設置する方向で検討しているところです。

○吉川委員　これは偏見かもしれないんですけど、拠点病院の相談窓口というのはやはり自院の病院の宣伝ではないですけど、ある程度そういうのに沿ったような相談になるので、以前議論になったそういう公平な立場で患者様の相談に乗るということで、相談員を養成して県で、中央で持つという話もたしかあったような気がするんですが、その辺がどうなってるのかということです。

○事務局　センター化は具体的にまだ申し訳ありません、議論には入っておりません。ただ、保健所も今までがんの情報が入って来ていなかった。保健師と専門職はおるんですけども、そういう状況でございまして、センター化に関してはまだちょっと具体的な議論には入っておりません。

○武末委員　例えば東向き通りにセンターを置いたらどうかという議論だったと思うんですけども、ちょっとそれは今棚上げになっています。ただ一方で、先ほど埴岡委員のほうから御紹介あったように、県で1つ総合窓口的なセンターをつくるという議論もありますので、その動向を踏まえて、できれば設置したいなと思っておりますけれども、まだその議論に踏み込めてないというのが事実でございます。

○長谷川座長　よろしいでしょうか。相談支援などについても、おそらくがん対策が進んできて、最近質的な内容的なことを問われることになっておりますので、おそ

らく窓口をつくるとなればどういったレベルが高いことができるかということがこれから要求されますので、その一方でそういった慎重な対応も必要だと思います。とりあえずよろしいでしょうね、これは特にこのリーフレットに関しては承認というものあるんじゃないかと。特に御意見があったら言っていただくということで、御意見がなければ、そのままでもいいということにしましょうか。何となく宿題が増えてますので、御意見があったら、これも2週間以内に出してもらおうということで。では、これでよろしいでしょうか。

一応、部会からの説明は以上でございますけども、時間が座長の不手際でなくなってしまいましたが、あとはアクションプランについていろいろと取り組んでいただいたようですけども、やはりこういう指標について、今年はある程度もうちょっと検討とかしなきゃいけないということが言われております。具体的に例えば以前につきましては75歳未満の方で20%減らすとか、がんの患者さんとか家族の苦痛の軽減とか、要するにいろんな目標が設定されておりますので、そういったことに関連してアクションプランとか評価とかに関して、一度、事務局のほうから御説明いただいでいでしょうかね。お願いします。

○事務局　そうしましたら、時間も過ぎておまして申し訳ありません。資料10をお手元に御用意ください。ちょっと見にくい表で申し訳ありません。昨年からの議論を受けまして、少し先ほどもお話がありました全体目標と私どものアクションプランのつながりを整理させていただいたものでございます。

目標が一番上に書いてありますが、がん死亡の減少ということで、具体的にはがんの75歳未満の年齢調整死亡率の減少、20%減少ということを目標にしておるものと、それからもう1点、QOLというのを目標にしております。ただ、課題のところといたしましては、具体的にやはり率となりますと、県民目線で考えますと、県民の方々には少しわかりにくいということと、やはり効果的な実行計画の検討も必要ということと、県民の方にメッセージ性を明確にしたアクションプランの体系化、もちろ

ん目標とアクションプランのつながりがとれたもので、アクションプランをすることによって目標にどう効果があったかということのつながりが見えるものでないといけないということで、私ども知事のほうからも少しお話がありまして、先ほど御紹介申し上げましたががん対策について重点項目ということで県としても考えておりますので、知事のほうからも県民の方々にわかりやすいものということで宿題をいただいております。

それで、目標の考え方なんですけれども、上の真ん中のところ、国は75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少を目標としておりますし、奈良県も同じとしておりますが、上のグラフの左側にございますが、がんの75歳未満年齢死亡率でございますけれども、国のほうと県のほうを比べさせていただきました。奈良県は今の状態が続くとすると約10年で20%減少の達成が見込まれます。国は約10年で10%、あとの10%を先ほど出ておりました検診とか喫煙対策、それからがん医療の均てん化ということでプラス10下げましょうということを協議会等で議論されていたように記憶しております。ただ、男性の場合、全国的にもそうなんですけれども、県の考え方の2のところを書かせていただいておりますが、団塊の世代が高齢者層に入るとということで、年齢調整率なんでございますが、高齢人口割合の増加が見込まれるということで、やはり予断を許さない状況、具体的には死亡者数の増加ということがあるのではないかなというふうに考えております。目標達成のためにはさらなる取り組みが必要というふうに考えておりますが、そこで現状はどうかということを真ん中の少し図にしております。健康から発症、それから発見、自覚、受診、診断、治療、終末、あとは治療ということで流れを想定した場合に、なすべきこととしては、先ほど議論ございました予防とか早期発見、早期受診、適切な診断、タイムリーな治療、治療と治療の連携、終末期ケア、その上にはそれを担保するためにがん教育であるとか検診、それから治療であるとか在宅医療、それから診断からスタートする緩和ケアというものが対策として挙げられてくるのかなというふうに考えております。

もう時間がないですので、あとの資料はまた各委員様のほうで見ていただきたいんですが、例えば検診のところでしたら、がんセンターのほうで出していただいていますがん診療連携拠点病院の院内がん登録2008年全国集計報告書から数字を拾わせていただいているものですが、診断をどこでしているかということ、県内の拠点病院でしている方が概ねでございます。そういうことから、やはり診断がすべて検診の方ということではないかもしれませんが、住民はアクセス重視の傾向があるだろうということ、それから、治療のところは資料2の1でございますが、これも同じくがん診療連携拠点病院のデータから取らせていただきましたが、手術、内視鏡治療、それから薬物療法、手術、化学療法等データを見ましたら、奈良県の場合、5大がんに関して初回治療パターンは全国データとほぼ同じというふうに理解しております。その次の資料2の2のところでございますが、北和地域にありましては、特に大阪とか近隣の県へ1割から3割流れているという状況からクオリティを重視されている傾向があるのではないかとということ、あと先ほど申し上げた死亡率20%減を目標にしているんですが、裏返せば生存率を伸ばすということなんですが、議論がありました奈良県はがん登録を今からスタートしますので、現状では県の5年生存率がわからない状況です。それと、先ほど川本委員のほうから言いました緩和ケア、それから在宅医療を知らない患者さんがいらっしゃるということで、そのあたりの流れの中でなすべきことの着地点として、評価、効果を見るところがなかなかデータが出せていない状況でございます。そのことも含めまして、1ページの下に必要な対策の方向性ということで、真ん中の絵を下から押し上げるというイメージなんですけれども、即効性のある対策と中期的な対策、長期的な対策として、即効性のある対策では、やはり検診の強化、アクセス等を重視した検診の強化、具体的にはやはり女性であれば乳がん、子宮がんが75歳未満での死亡率が高うございますので、その辺、早期発見すれば5年生存率が高いもの、その辺の検診の中身も少し強化していく必要があるのかなというふうに思っております。中期的な対策としては、がん医療の均てん化で、ここに書

かせていただいているもの、がん医療のクオリティ重視ということで、先ほど部長の申しあげました途切れのない医療を推進していくことが必要ではないかなというふうに思っています。長期的な対策としては、少し今日は議論が出ておりませんががん教育、それからたばこ対策です。たばこに関しては、奈良県は今までいろいろ施策等を講じてきております。禁煙率が全国3位。男性に関してはいいほうから1位です。ワーストワンではなくトップということで、一番いいという状態で、女性としては9位ということです。ただこれに甘んじませず禁煙率低下に向けた対応が必要ということ考えております。

この資料10は、最初に申しあげましたように全体目標とアクションプランのつながりを整理したのですが、アクションプランいろいろ23年3月につくらせていただきましたが、いろんなメニューがございますが、やはり焦点化して優先順位をつけてしていく必要があるというふうに考えておりました、少し私どもの頭の整理するという意味でつくらせていただきましたが、ぜひ委員の方々におかれましては、後につけておりますアンケートで、これは8月中を目途に御意見をいただけたらありがたいなと思っておりますので、よろしく願いいたします。

○長谷川座長　　どうもありがとうございました。時間を過ぎてしまいましたが、基本的には今意見がございましたように、このアクションプランの実行に向けてということで御意見をメールまたはファクスで県のほうにお寄せいただければと思いますが、どうしてもここでという御意見がございましたら簡単に、よろしいですか。

じゃアクションプランについてはそういうことでメールで御意見を願います。

とりあえず、これで用意させていただいた議題は最後までまいりましたが、先ほどちょっと残った宿題が2つございました。1つは先ほどの連携パスの承認でございますが、実はちょっと1つ問題がございまして、あれは大部分はがん診療連携拠点病院の医院でつくったんですが、つくる段階で実は他府県のいろんなパスを医師会の盗作ではございません、許可を得てコピーさせていただいてまして、大阪とか四国とかい

ろんなところから使っておりますが、あくまでもそういった連携拠点病院が使うという前提で借りておりますので、正直申しますと、やたらとばらまくのは本当言いますとちょっと問題がございます。ただ十分に審議されずに強引にやるのも問題でございますので、座長としての提案ですが、やはり今日まだ先ほど十分にご覧になってない先生に関しましては、県のほうに御連絡いただいて、責任持って管理していただく条件で、メールなりCDなりでお送りいただいて、もう十分にご覧になったという先生は、御意見があれば御意見だけいただくということでいかがでしょうか。

それで2週間以内に見てない方は県のほうとやりとりしてデータいただいて、全員に配っていただいても先程の問題、実はそういった著作権の問題がございますので、責任を持ってごらんいただいて御検討いただきたいと思います。いかがですか。御異議ございませんか。それに関してはそういうことでお願いしたいと思います。

それから、もう1点の先生のほうの在宅とか、あっちのほうなんですけど、あれに関してはこの資料を見ていただいて御意見をいただくことでよろしいですかね。

じゃ2週間以内にそういう形で必要に応じて資料を取り寄せなどして御意見いただいて、御意見がなければ承認ということで、御意見があればそれをまた修正について皆さんに連絡いただいて、最終的に了解を得るなり承認というふうにしたいと思います。

これで全体の審議は終わりましたが、何か全体を通じて何かございますでしょうか。少し時間が過ぎてしまいました。

○埴岡委員 全体の日程をもう一度確認していただきたいんですけど、前回資料では今後3年間ぐらいのこの協議会のプランが出ていますけれども、今ちょうど国の計画もつくりかえられますし、第2期奈良県のがんの計画も考えないといけませんし、それから中間評価のこともございますし、そういう形式的に守らなきゃいけないことがあります。現実的にはアクションプランを練ること自体がもう奈良県の第2期計画を考えていることに近いわけですね。国の第2期計画が10月から12月に見えてき

た時に、ちょうど奈良県の来年度予算を考えるタイミングなので、実際に国の動きに合わせて奈良が動かなきゃいけないんだったら、そこのタイミングで必要な予算を入れていかなきゃいけないと思いますし、その辺の全体の日程感をどのようにお考えか。

○長谷川座長　　じゃ、県のほうから何か。

○武末委員　　計画の見直しでございますが、来年度、奈良県は21年の11月につくっておりますので4年間ということですので、来年度が見直しの時期になります。それに先立ちまして、先ほど資料10のアクションプランのところを少し整理させていただく必要があるかなと思ひまして、御意見をいただいて、前倒しというところとちょっと表現がおかしいんですけども、そこに焦点を合わせていこうという意味合いでございます。

○埴岡委員　　つまり国が計画をつくって1年遅れで県が計画をつくってそれから予算を考えるということになると、タイムラグが生じるわけですけど、そこを1年でも早く予想して対応するということになれば奈良にメリットがあるんじゃないかなということなので、申し上げました。

○長谷川座長　　実際、前回のがん対策基本法ができて、施行される前に確かがん対策推進計画が4月に施行されて、その後すぐのがん対策推進基本計画が閣議決定されましたので、その時点でもうつくってる県ございましたよね、県によっては。奈良県はその時点でゼロだったんですけども。ですから、そういう点で埴岡委員から御指摘がありましたように、もうかなり今動き出しておりますので、いろんな御意見いただきましたので、国の動きに合わせて今年度からもう次の計画を同時進行でアクションプランの進行と同時に次の計画を進めていただくということではいかがでしょうか。そういう方向でいいんじゃないかと思うんですけどいかがですか、県のほうとしては。

○武末委員　　ぜひとも1周回遅れじゃなくて、気がいたら1周先に進めたぐらいのスピード感で修正をかけながらやっていきたいと思ひますので、ぜひともその旨はよろしくお願ひします。

○長谷川座長　　どうもありがとうございました。

○川口委員　　私は先週だったかの話ですけど、がんのいろんなこと今まで私全然知らない人だったんですけど、そのときに在宅の重要性を物すごく仰られておられたんです。今日も委員の先生方とか看護のほうでいらっしゃるので、もう少し在宅のことを盛り上げるというか中心になって考えるというふうな形を県としても盛り上げるというか、もっとやっていただけたらなという気がいたしました。それが1点と、もう1つ、緩和医療の講習会が、あれかなりボランティア的などこがありますので、そのあたり制度的にちょっとまた後で制度的にお願いしたいなということもございますので、その辺ちょっと御配慮願いたい。初めのほう、ちょっと私は在宅のほうをもう少し何とかしたい、先日もうちのところで手術された患者さんが病院で在宅を診てた。ところがその病院は受け取れなかったと。うちの病院もちょうど全員手術入ってて何もできなかったという非常に悲しい出来事がありましたもんで余計に感じまして、その辺積極的に取り組んでいただけたらなと、済みませんがよろしく願いいたします。

○長谷川座長　　よろしいですか。何かございます。どうぞ。

○森井委員　　在宅についての意見ですが、ありがとうございます。この資料の一番最初に添付させていただいたんですけど、1つの資料としての在宅看取り率というのでは奈良県はついに日本一になってますので、水準としては非常に高い水準で先進県と並んでるんですけども、さらなるお言葉をいただいてありがたく思います。それに準じてアクションプランのほうは非常に現実的なものをつくっていますんで、多分期待にこたえていけるとおもいます。

○長谷川座長　　ちょっと時間は過ぎてるんですが、とりあえず繰り返しになりますが、先ほど2つの宿題については2週間以内で、その他の御意見、特にアクションプランについての御意見については今月中ということで御意見いただければと思います。ということで、最後に何かあれば。

○吉岡委員　　先ほどの埴岡先生からもがんサミットのことでも紹介いただきましたが、

奈良県から11名ものたくさんの参加者があり、全国的にも注目されました。来年度是非がんサミットを奈良県でという声が県議会の方からも挙がってます。是非そのことに向けて進んでいただければと思います。よろしくお願いいたします。

○長谷川座長　それについてはどうなんですかね、県のほうとしては何かお考えとかございますか。県の方も行かれたと思うんですけども。

○武末委員　来年度予算にかかることですので、この協議会で了承を得られれば、できるだけそういうふうな方向でしていきたいと思いますけど。

○長谷川座長　いかがでしょうか。先ほど埴岡委員のほうから御説明があった全国で170人ほど、特に奈良県で11名参加して非常に活発な、特に前向きな御意見がありました。この委員会として奈良県でやることに関して賛成の意見が多ければそういう方向で委員会から県のほうにそういう意見出させていただきます。異議とかありますか。何もございませんか。では賛成ということで。

○吉岡委員　よろしくお願いいたします。

○長谷川座長　それでは、そういうことで意見を出させていただきたいと思います。

では、ほんとに大分時間過ぎて申し訳ございませんけど、そういうことでよろしいですか。他に何かございますか。よろしいでしょうか。

じゃ長い時間どうもありがとうございました。そういうことで今年度の第1回の推進協議会を終了させていただきます。

○司会　長時間にわたりどうもありがとうございました。第2回協議会を10月末か11月初旬で考えておりますので、また日程を調整させていただきたいと思います。よろしくお願いいたします。ありがとうございました。

閉会　午後4時20分