

平成23年度 第3回奈良県がん対策推進協議会

日時：平成24年 3月22日（木）

開会 午後2時00分

○司会 きょうはお忙しい中をお集まりいただきましてありがとうございます。お時間となりましたので、平成23年度第3回奈良県がん対策推進協議会を始めさせていただきたいと思います。

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。

○武末委員 医療政策部の武末でございます。お忙しい中集まつていただきましてありがとうございます。本日は盛りだくさんですので、ごあいさつは少し簡単にさせていただきますが、今までの取り組みについてアクションプランに沿った各部会の報告を今日していただきまして、後半のほうでは、奈良県のがん対策推進計画の見直しの時期に入っておりますので、次期計画をどうしていくのかというようなことについて少し議論に入っていきたいなというふうに考えております。その2点が今日の主なテーマですので引き続きどうかよろしくお願ひいたします。

○司会 出席委員様の御紹介は省かせていただきます。資料のほうに委員名簿を添付しておりますので御参照ください。

本日は、青木委員、竹村委員、池淵委員、中平委員、松本委員、瀬川委員、前田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。資料のほうはクリップどめを外してごらんいただけたらと思います。資料は、次第が1枚、配席図、委員名簿、資料のほうは右方のほうに資料ナンバー1から9までありますでしょうか。最後に奈良県がん対策推進計画の次期計画策定に向けての御意見記入用紙をつけておりますが、そろっておりますでしょうか。あと、参考資料としまして、本日は私のカルテ、4大がん6種類と患者必携、水色のがん患者への緩和ケア導入ための主治医必携ガイド、あと、青のチラシをお手元にお配りしております。資料のほうはございますでしょうか

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いておりますのであわせて御協力のほどよろしくお願ひいたします。

本日傍聴されます方は5名いらっしゃいますが、1名はちょっと遅刻されておりますが、4名の方がいらっしゃっております。先ほどお渡ししました注意事項のほうをお読みいただきまして御協力のほうよろしくお願ひいたします。

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、進行のほうよろしくお願ひいたします。

○長谷川座長 本日も座長を務めさせていただきます。

では最初に、まず各部会の報告ということから入らせていただきます。資料の1から7がそこに相当しています。今年度はアクションプランにつきまして各部会でかなり積極的にいろんなことをやっていただきましたが、それにつきまして報告をお願いしたいと思っていますが、本日は時間厳守ということで、あえて報告を5分。5分といいましても、もう4分で1回鈴を鳴らしていただいて、5分になったら自動的に切ると、そういうことでお願ひしたいと思います。その後の協議は4分です。最後にまた少し総合的な討論の時間も設けますので、協議時間も4分で切らせていただきます。そういうことで、皆さん本当に忙しいところを恐縮ですけども時間厳守でお願いいたします。

では最初にまず事務局のほうから本年度の協議会、部会の動きについての御報告をお願いいたします。

○事務局 失礼いたします。事務局から報告させていただきます。資料1、A3の横長の紙でございます、ござりますでしょうか。23年度奈良県がん対策推進協議会とそれから各部会の経過について後ほど各部会から御報告をいただきますが、全体像として示させていただいております。上に奈良県の21年度からの経過、それから下

にがん対策推進協議会、それから各部会を分けて書かせていただいております。

おおむね各部会とも3回程度開いていただいております。この流れを御確認いただいた上で、後の各部会からの御報告を聞いていただきますと全体像がおわかりいただけるかと思い示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。事務局からの報告について特に何かござりますか。これまでの流れで委員の皆様は大体把握されていることだと思いますが、順調に各部会のほうで・・・進んでいるということだと思います。よろしいですか。

そうしましたら早速、具体的な部会報告をお願いいたします。

まず最初に、がん登録部会のほうからお願ひいたします。郡先生、よろしくお願ひいたします。

○郡委員 がん登録部会のほうから御報告いたします。

2月2日に部会を持ちました。昨年の秋から奈良県で地域がん登録がスタートいたしました。その届け出状況の報告をしていただきまして、3月14日現在で73施設から1万7,214件の報告が届いております。

あと、できるだけ登録の精度を上げるために現場の医療機関にできるだけ負担がかからないでスムーズに届け出ができるような仕組みを考えないといけないということが議論になっていまして、再発例の扱いをどうするかということが今検討の課題になっています。まだ結論が出ていませんので、引き続き検討して、できるだけそういうようなもの漏れなくスムーズに登録できるようにしていきたいと思っています。主にはそういうことで、昨年の秋から登録がスタートしております。以上です。

○長谷川座長 どうもありがとうございました。奈良県でも無事に地域がん登録がスタートしたことだと思いますが、何か追加あるいは質問などございますでしょうか。鈴が鳴らないうちに順調に話が進んでいますので、もし何かございましたら特に事務局のほうでも追加等はございませんか。よろしいですか。もしありましたら

どうぞ。

○事務局 済みません。先生御説明いただいた資料の裏に、私どもの保健予防課の課内に設けております奈良県の地域がん登録室の写真を少し載せております。それと届け出表の保管状況、少しイメージしていただけるかなと思いますので御参照ください。

○長谷川座長 ほかございませんか。よろしいですか。

ちなみに、このペースだとどの程度県内のがんが登録、割合としてはできそうな見込みですか。正直申し上げて、奈良県ちょっと遅れてスタートしてますので、ぜひ早く他県のレベルに追いついたほうがいいんじゃないかと思うんですけども、今の登録の割合としたらどの程度把握されているか、大体推定だと思いますけど、本当のところはわかりませんけども。

○事務局 済みません。今2009年と2010年をいただいております。

○長谷川座長 ですから例えば、がんの方が何人、何%ぐらい登録できているというふうに推定されているかということです。当然そこが最終的には問題になりますので。他府県も大分先行してますので、奈良県は遅いので、件数というよりも割合としてどの程度が今ということがやはり大事だと思うんですけども。今のところはまだ把握されていませんか。

○事務局 済みません、今のところはちょっと、ごめんなさい。

○長谷川座長 どうもありがとうございました。

○森井委員 恐らくなんんですけど、死亡者が大体年間4,000人です。国が全体で33万人で、国の中に入れると考えると、年間の奈良県の生存しているがん患者さんが多分1万から1万5,000ぐらいなので、恐らくこの登録数だと6割程度の達成率かなというふうに僕は思います。

○長谷川座長 どうもありがとうございました。

では、それはまた来年度ある程度この辺がわかりましたら言っていただければと思

います。いずれにしても順調にスタートを切ったということで、これから加速して、どんどん他府県に追いつき追い越せということだと思いますので。どうもありがとうございました。

がん登録部会に関してはよろしいでしょうか。特にほかに御意見なければ。

続きまして、次に地域医療部会のほうお願ひいたします。吉川先生、お願ひします。

○吉川委員 御報告させていただきます。

第3回部会が2月21日にありました。資料3になっておりますが、最初に部会検討内容の資料、その裏に今までの取り組みの経過と、それからパスの運用マニュアルのチャート等がついております。それからもう1つの今回の議題でありましたがんの診療の対応状況調査、診療所と調剤薬局と訪問看護ステーションについて、ついておりますのでまた御参考ください。

これに基づいて1つの議題が連携パスについて2月21日にあったんですけども、運用マニュアルについては、それまでいろんな意見、メーリングリストを通じての意見をいただいて修正を行ってまいりました。最終的にこの部会では、これでいいだらうということで承認をいただいたところです。

それともう1つは、拠点病院の連携協議会のパス分科会にもこの運用マニュアルを提示させていただいて説明させていただいております。基本的には、今回この4種のがんのパスの私のカルテがあるんですけども、このように統一はせずに、運用マニュアルについては拠点病院を中心にそれを改変、そこの施設に合ったように改変して利用していただくということで県として提供していく形になっておりますので統一性はないということです。だからコーディネーターや看護師の役割も、またそこで施設に合ったように再配分していただければいいかなということで了承いただきました。

それからもう1つが、このパスに参加するかどうかの意向調査を県のほうで行っていただいて、大体県内医療機関の1,110施設にアンケートを出されました。その

結果については、拠点病院協会、医師会に情報提供を行うということになっております。ただ、連携パスに参加するかどうかの近畿厚生局の申請については、各医療機関と拠点病院との交渉、話し合いによるということにしております。

そして来年度のこの連携パスの計画ですけども、今後コーディネーターの研修、それからパスの勉強会、この前医大が県の拠点病院ですので長谷川先生主導で、胃がんと肺がんについて勉強会が行われたんですけど、それともできるだけ協力しながらそういう勉強会をしていきたい。それから県民関係の講演会、さらに啓発ポスターとかチラシの作成もやっていくという話で部会ではまとまっております。それから、パスは今これだけなんですけども、さらに改訂版を作成したいというふうに考えております。

それから2番目の議題ですけども、資料についております診療所、それから調剤薬局、それから訪問看護ステーションの機能状況調査を行っております。結果については御参照いただきたいんですが、これについてどこまで載せるかというのがあるんですが、このアンケートをするときには一応公表するという前提ですので、できる限り公表してまいりたいと思います。

それから3点目の来年度の計画については、どの部会も共通なんですが、評価を行って来年度のアクションプラン策定等についてかかわっていきたいということでなっておりました。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。地域医療部会について何かございますでしょうか。私のカルテをつくっていただいて、かなり積極的に進んできたというところでございます。お話にもございましたように、診療連携拠点病院とうまく連携してこういう立派なパス、私のカルテをつくってありますので非常に評判がよいそうです。特にございませんか。運用は恐らくこれから実際にどんどん動くということで、より準備が整ったというような状況ですよね。ございませんか。どうぞ。

○吉岡委員 吉川先生済みません、乳がんがないということをもう一度ちょっと説

明していただけますか。

○吉川委員 乳がんについては、実はこの中に入ってはおらないんです。実は拠点病院の連絡協議会のパス分科会の中で作成を実は意図したのが一昨年の秋なんですが、その時点ではこの部会がまだできておりませんで、そのとき私どもの部会が去年の2月に初会合したときには、もう乳がんはある程度できていたという段階で、その話し合いの中では、乳がんを扱う病院ではおのおの個別性があるので統一はなかなかしにくいという話になっておりました。私もできるだけ関与はしたんですけども、その時点では一応今年度は乳がんは統一をしないということで、各拠点病院で乳がん部会は話し合いをされたということで理解しております。今後こういうのを見ていただいて、またできるだけ統一という方向では来年度、平成24年度は持っていくたいなとは思っております。

○長谷川座長 どうもありがとうございました。ちょっと1点だけ私のほうから話させていただきますと、今お話がございましたように、4つのがんに関しては、がん診療連携拠点病院の会員と、それからこちらの会員が一緒になってこういういいものができたんですけども、乳がんのほうは決してやってないわけじゃなくて、むしろ先行しているのと同時に、拠点病院のみではなくて拠点病院以外の例えば済生会中央病院の先生、あるいは高田市立病院といった拠点病院以外の先生も含めて、全くの共通というわけじゃないんですけども、こういうのと同じという意味じゃないんですが、それなりのものをつくって、かなり細かいパスができています。ですからそれをただこういうふうなものに統一して一緒にやるかどうかというところでちょっと微妙に意見の相違がありまして、そちらはそちらで県内の主な病院の先生が集まって定期的に今でも会議もやっていますし、決してやっていないわけじゃございません。ですから、こういう形でまとまっているのか、県のほうのこちらではまとまっているだけであって病院としては進んでおります。ただ、また年度が変わりましたら吉川先生のお話にあったように、また拠点病院のほうとしても一緒にというふうなことは考え

ております。

○馬詰委員 濟みません、私、難聴なもんで説明をお聞きしたのかもわかりませんけれども、聞かせていただきます。がんの診療対応状況調査、これで意向調査を県でなさいました。1,110カ所ほどに意向調査して連携を拒否する、つまりクリティカルパスを受け取らないというところが半分ほど、あるいは検討中だと。ということはこれから拠点病院で手術なり治療をなさって退院して、一般診療所へ行くときにその連携拒否したところは抜いて、連携をしますと言った500カ所ほどに連携するのか、あるいはやはりその患者の地元のお医者さん、連携拒否しているけれどもそこへ連携しなければならないからクリティカルパスは使わない、そういうふうにするのか、どちらにされるんですかお聞きしたいんです。もし後者の場合ですと、それでなくともクリティカルパスの作成というのは、非常に限定されてきて少ないんじゃないかなと思うんですけど、さらに減ってしまうんですね。そうじやなしに、クリティカルパスを受け取りますと言った500カ所へ連携するのであれば話は通るんです。しかしそれよりも私は、意向調査ということがおかしいので、大体クリティカルパスは拠点病院で手術の後はできるだけ拠点病院に行かなくてもいいように、地元のお医者さんで診てほしいと、地元のお医者さんで診るのは当然の話ですから、拒否じやなしにクリティカルパスがわからないお医者さん、だからその人たちに勉強してもらうことのほうが大切なんじゃないかと思うんです。だから原則として全部クリティカルパスを出して、それがわからないお医者さんには教育していくという方針にしていただけなりやせっかくのクリティカルパスが活きてこないと思います。

○吉川委員 時間が迫ってますので簡単にお答えしますけども、この1,110カ所というのは、例えば開業の先生、眼科の先生とか整形の先生とかそういうのも含まれての話ですので、それは御理解いただきたい。

それからもう1つは、拠点病院と連携パスをするかどうかなんんですけど、基本は、まずはかかりつけの先生です。意向調査にかかるわらずかかりつけの先生に恐らく拠点

病院からお話されるということになると思います。それで、連携パスを使わないということになったときに初めてこの資料が生きてくると私は思っております。私からは以上です。

○長谷川座長 特に県のほうで追加説明とかよろしいですか。非常にこれは御指摘はごもっともな問題ですが、現実的には簡単には片づかない問題で、先ほどちょっとお話ししましたように、医大などでも連携パスに向けて先日も胃がん、肺がんなどで開業医の先生がたくさん集まつていただきまして、実際来られた方の5割か6割は開業医の先生だったんです。そういう協議的なことも始めております。しかしその一方でそういう先生方からも、抗がん剤の処方1つとっても、処方はちょっと無理だから医大でやってくれとかですね、そういうふうになかなか非常に専門化しておりますので、まずは医院とか非常にごもっともですが、恐らく長期的にできるものではなくて、それをだんだん積み重ねてそういう体制をつくっていくことがいいんじゃないかなというふうに考えております。また、ここで時間もございませんので、何かどうしてもという御意見がございましたら。特によろしいでしょうかね。では、ここで、ありがとうございました。地域医療部会についてはそういうことで、よろしくお願ひいたします。

そうしましたらその次、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ですか、お願いします。

○事務局 事務局の健康づくり推進課です。報告させていただきます。

2月23日に第3回がん予防対策推進委員会を開きました。その中では、がん検診受診率向上に向けての来年度の対応について、それと平成22年度の市町村のがん検診の結果についてということで報告いたしました。またもう1つ、平成23年度の胃がん検診従事者研修会を開催いたしましたので、その開催状況について報告いたしました。

がん検診受診率向上に向けて来年度の対応につきましては、平成24年度の事業概要についてと、あとアクションプランの進捗状況について報告し説明させていただき

ました。それと、22年度の各市町村別検診実施状況について、これについては、胃、肺、大腸、子宮、乳がん検診についての受診率、要精検率、精検受診率、陽性反応的中度、がん発見率、未把握率、未受診未把握率について報告いたしました。その中で、受診率は少しづつですが上昇しているということがわかったんですが、未把握率というのは、要精検の方の中で精検を受けたかどうか把握していない率。それと未受診未把握率、これは未受診というのは精検を受けていない人、それと未把握というのは、精検を受けても結果を把握していないといった率が少し高くなってきたというところで、それについての協議を行ったわけです。

それと平成23年度2回目の11月に行われたがん予防対策委員会では、市町村と検診を実施している一次検診の実施検査機関からの精度管理状況調査をした結果をその後ホームページで公表しております。そういう結果も踏まえまして、今年度がん検診従事者研修会を開催いたしました。その開催につきましては、資料の2ページに載せており県内3カ所にて実施いたしまして95名が参加したということになっております。写真のほうはその開催状況についてでございます。内容につきましては、胃がんですので来年度の主軸分の変更に伴う技術の研修と、あと胃がん発生リスクに基づく胃部エックス線写真の読影研修を行いました。

それと今後の予定でございますが、平成24年度から、がん予防対策推進委員会を専門医等による精度管理部会、これは今までどおりの先生方による精度管理を中心とした会議ですが、それとあわせて県民が受診しやすい方策を検討する受診率向上部会というものに分かれて開催する予定でございます。

それと、がん検診についての県民機運を盛り上げるために、新たに奈良県がん検診推進県民会議を設置いたします。10月10日は奈良県がんと向き合う日に合わせまして県民会議の設立総会を開催することになっております。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。がん検診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。ございませんか。

ちょっと 1 点伺いますが、このもともとの計画の中で検診受診率 50 % というのが再三議論されて最後まで残ったんですけども、正直に申し上げて私は絶対無理だと思って反対したんですが、絶対にそれは譲れないという意見が多くて最後まで残ったんですが、それに向けて具体的に先ほど徐々に上がっているというお言葉でしたけど、具体的にどの程度 50 % に近づいたのか、あるいはそれに向けてどういうふうなそれまでの対策が功を奏しているかについて、もうそろそろそういったことを 5 年間のまとめをしなきゃいけない時期になっていますので、ぜひ御意見など教えていただきたいと。何かコメントでもございましたら教えていただけたらと思います。

○事務局 平成 21 年から医療クーポン事業というのが始まりまして、特定の年齢の方を対象にした無料クーポンを配付して、それで受診を促すということで、子宮がんと乳がんは 21 年から、23 年からは大腸がん検診のクーポンが始まりまして、それによって少しずつ上がってきています。23 年度の大腸がんにつきましては、まだ分析のほうが進められてないんですが、各市町村にどんな状況かということを聞きますと、やはりその影響で少し上がってきているということでございます。

それと、平成 19 年と 22 年の国民生活基礎調査による人間ドックを含むがん検診の受診率、市町村の検診だけではなく人間ドックを含む受診率につきましても、国全体は上がっているんですが、子宮がん乳がんにつきましては、1 年ですると 20 % になるんですが、2 年に 1 回ということで受診率を聞きましたところ 30 % ぐらいになっております。

○長谷川座長 もともと検診受診率という統計の取り方で非常にばらつきがあって、何を持ってというのは難しんですけども、いずれにしても 50 % というのは非常に明確に国も県もそういう目標を出しましたよね、結果的に。ですから、そうなるとやっぱりもともと非常に肺がんなんか厳しいだろうと思ったんですけども、そうなるとやはり次をつくるに当たっても、やはりただもとが例えれば 20 だったのが 30 % になつたから次は何とか 40 、 50 に行くんだとか、そういうある程度、特にこの検診につ

いては具体的な数字をきっちり出してきたもんですから、そういう意味ではある程度それに対する答えのようなものをそろそろ出さなきゃいけない時期ではないかなとうふうに思っているんですけど、徐々にということが非常にあいまいで、極端なことを言えば統計の取り方だけを変えれば数字は幾らでも増やしてしまうので、検診に関してはですね。今言われたみたいに例えば2年に一遍とか、あるいはドックを入れるとか入れないとかによって、10%ぐらいのデータから30%ぐらいのデータからいろいろなデータがございます、実際には。そこら辺をぜひ検診部会としては、ある程度そういった意味ではまとめの時期に来ているんじゃないかと思うんですけどね、どうでしょうかね。難しいですか。

○事務局 今まで対象数というのがあいまいなところがあったんですが、対象数はもうきっちり国が示している方法でそろえて出してしておりますので、ある程度の受診率の格差というのはちゃんと見れるようになりました。肺がんにつきましても奈良県では、まだやっていない市町村があったという事実がございまして、そこがするようになりましたので受診率も上がっておりました。22年の地域保健健康増進事業報告のほうが3月に出まして、それを見ますと上がっておりまして、乳がんも国平均より少し上がりましたので、奈良県としては少しずつ上がったかなと思っております。

○長谷川座長 どうもありがとうございました。時間もぴったりでした。ぜひ具体的な数値目標に向かってどの程度近づいたかというのを出していただければ。よろしいでしょうか、検診のほうに関しては。ありがとうございました。

そうしましたらその次に、今度は緩和ケア・在宅医療部会のほうをお願いします。
森井先生、お願いします。

○森井委員 緩和ケア・在宅医療部会としましては、大目標としてがん患者への早期からの緩和ケアの導入と、それから市民への緩和ケアの啓発、それから提供する緩和ケアの質の向上というのを大目標としてやってまいりました。

去年の実績なんんですけど、まずがんタウンミーティングシンポジウム、これは県民

に対してがん緩和ケアの早期からの導入の普及啓発を行うということで、1医療圏1つということだったんですが、南和医療圏に関して言うと、在宅の受け皿が余りないということなんで、実際には奈良医療圏、奈良で1回、それから西和医療圏、生駒で1回。あと橿原、天理、桜井と計5回開催しております。それから10月10日のがんシンポジウム、がんと向き合う日には県文化会館でがんのシンポジウムをやってます。トータルで500名弱の方が来られて、がん相談にも20名ぐらいの方が来られますんで、まずまず効果はあったかなと思うんですけど、今後はもっとたくさんの中民に来てもらうために広報のやり方を検討しようということになっています。

2番目の議題ですけど、患者必携ですけども、これもがんと言われたときに早期から緩和ケアを受けてもらうために緩和ケアというのがどういうものかわかりやすく説明した冊子をつくりました。これは皆さんの手元に配付されているがん患者さんのための患者必携ガイドです。また見ておいてください。これを4月ぐらいからすべてのがん患者さんに配付するということになっています。

3番目が主治医のための緩和ケア導入ガイド、がん患者への緩和ケア導入のための主治医必携ガイド。これも水色の冊子のほうで、これも4月から各拠点病院に配付して、これに関する言いますと、使い方の説明を部会委員が各拠点病院に説明会を行っていくという予定にしております。

4番目は在宅看取り調査で、これは地域連携とかと同じ、かぶる調査なんんですけど、診療所におけるがん診療状況調査というのをやっていまして、結果の概要が後ろのほうに載っているので、これは御参考ください。具体的に言うと、中和医療圏が一番がんの訪問診療、計画的な在宅診療をやっている機関が一番人口当たりでも多いということなんで、南和医療圏がやはり少ないというような結果になってます。

最後、来年度の計画なんですけれども、引き続きがんタウンミーティングシンポジウムについてはこのままやっていくということ。それから緩和ケアの技術と知識習得のための研修会を開いていくと、これはピースプロジェクトで拠点病院でやっている

のがあるんですけども、在宅での受け皿としての在宅医を教育するためのプログラムをやっていく、それから訪問看護師向けの講座もやれたらいいなというふうに考えていっているところです。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。

おかげさまで順調に議事が進んでおりますので、ぜひ御意見ございましたら遠慮なく出していただければと思います。ございませんか、どうでしょうか。どうぞ。

○郡委員 積極的に取り組まれていてすばらしいなと思うんですけど、現場の人たちがちょっと疲弊しているようなことを聞いたりします。要するに一生懸命やっていところに集中するので、看護師さんとかドクターがちょっと疲弊しているというふうなことを少し聞くので、ちょっと気になっているんですけど、どうなんでしょうか。

○森井委員 どうなんでしょうか、このタウンミーティングを請け負わせてもらっている日本在宅ホスピス緩和ケアネットワークという集まりの中に、10人在宅医がいるんですけども、その10人で大体奈良県内のがんみとりの8割5分ぐらいを担当しているということなんで、その10人に関して言うと、今のところ疲弊といった声はなくて、逆にそこに入ってこられてない先生方が孤立状態で頑張っておられるところが、最後は救急車で病院へみたいなケースが多いように、この前の青木さんの調査報告でもそういうふうに見受けましたんで、今後は在宅医の集まりにどんどんがん在宅医療をやっておられる先生方に入ってもらえるようにして、みんなで手を組めば疲弊することはないとは思うんですけど。

○長谷川座長 どうもありがとうございました。ほかに特に御意見ございませんか。今度の保険の改正のほうでも非常に在宅というのは強化される方向に保健の改定がされていると思うんですけど。どうぞ。

○川口委員 私はあまりあれなんですけど、きょう新聞で読んだ記事で、最後のとき、ひとりの一番最後のときに救急車を呼ぶかどうかというふうなところの考え方

とかいうのは、その辺は患者さん向けとか家族向けには、これだけではちょっとなかなか難しいところがありますよね、ケース・バイ・ケースでやる。それは救急車を呼ぶということは、最後のフルコースの可能性もありますよというふうな話ですよね。そのあたりの理解とか啓発というのは、具体的にはされておるんでしょうか。

○森井委員 先ほど説明させてもらったネットワークの会員10名に対しては、毎年これとは別に勉強会をやっておりまして、最終的にどうやって看取るのかという話で、結局がん患者さんが最後に亡くなるときに、救急車を呼んで蘇生してもそんなに意味はないわけですよね、フルコースやったからといって。そういう説明をどのタイミングで、どういうふうに家族にしていくかなというような研修をやっております。それにどんどん参加してもらうようになれば、救急車搬送というのは多分減ると思うんです。

○長谷川座長 よろしいでしょうか。ほか何か御意見ございませんか。これから強化していく部分だと思いますので、国もそういう方向で動いております。多いと思いますので、よろしいですか。

そうしましたら次は、がん医療部会について私のほうから説明したいと思います。

資料6をごらんいただきたいと思います。3月9日に今年度の多分第3回だと思いますが部会を開きまして、それまでの流れ及びこの推進協議会での経過を受けまして、化学療法及び放射線治療について主に検討させていただいてます。

まず内容的には放射線治療の地域連携をするということで以前御了解いただいたので、まず県内の放射線治療をやっている施設にアンケートを出しまして、そのアンケートの結果を後ろにつけてありますけど、2ページから4ページがそのアンケート及びその結果の一部、個人情報に余り影響しないところだけ出してございますが、そういった結果を受けまして、基本的には県内の偏在ですね、奈良医大とか天理よろづ病院さんに患者が偏って、特に奈良医大が非常に患者さんの待ちが多いということと、ほかの病院が比較的余裕があるということで、そこら辺をうまく連携するという

ことで具体的な動きを始めました。具体的には3月3日に各施設の方にお集まりいた
だきまして、欠席の方もいらっしゃいましたが事前に内容を伺いましたので、そして
今後の具体的な連携についてそこで話し合いの場を持ちました。基本的には、いずれ
の人たちも協力できるということでございましたので、4ページ目などにございます
ようなどういうものが連携できるか、どういう形で連携できるんだということを含め
まして、実際に治療を行っている担当医間での話し合いを始めておりますので、今後
さらにこれは進められるんじゃないかと思っております。

それから化学療法に関しましては、いろいろ連絡をしまして、やはり分科会を結集
して終わるんじやないかということで話が進んでおります。実際に化学療法をやって
いる先生方から情報を集めまして、こちらも以前からアンケートなどをやってます
でそういうものを含めまして最後の6ページですかね、分科会の設置案というもの
ができるております。ここに具体的に委員の候補の先生のお名前までは個人情報なんで
出してございませんが、一応具体的にこういった県内の化学療法をしっかりとやっている
主な病院の先生方を一応委員の候補としてリストアップして、ここに書いてござい
ますような分科会、化学療法の分科会をできれば設置させていただき、そこで具体的
なことをもうちょっとそこに書いてある方向性、計画のようなことをやらせていただき
たいと考えております。

がん医療部会の年内の動きはそんなところでございますので、御意見ございました
らいただきたいとともに、可能であればこの化学療法部会の設置に関しても、もし御
意見あるいは御異議などあればいただき、なければ承認していただくという方向でお
願いできればと思っております。いかがでしょうか。

放射線治療も化学療法もいずれも国の方針で、専門医を養成してもっと専門
的にもしっかりとやれということで強化しなくちゃいけないと言われているんですが、
現実的には県内で専門医が足らない状況で、何とかしなくちゃということで今そこを
連携でカバーしようとしているのが現状でございます。特に御意見とかございません

か。あるいは化学療法の分科会に関して設置させていただくことになる、6ページ目に案がございますが、それに関しても御異議とかございませんか。もし御異議とかなければとりあえず化学療法分科会に関しては、設置するということで御承認いただいたということにさせていただきたいと思いますけども、ほかよろしいでしょうか。

御異議がなければこういった専門的な医療も何とか専門医を連携して何とかカバーしていくという方向になります。どうもありがとうございました。

そうしましたらその次に、相談支援・情報提供部会について川本部会長のほうから説明をお願いします。

○川本委員 相談支援・情報提供部会から御報告させていただきます。

会議のほう3月15日に設けております。項目については主に報告させていただきます。

まず保健所における患者サロンの開設ですけども、3月13日に吉野保健所で第1回がん患者サロンを開催しております。スタッフ以外に12名の方の参加がありまして、10名が患者さん並びに御家族、2名は五條病院の看護師2名の方の御参加をいただいております。来年度も引き続いて南和医療圏のサロンを継続していく予定にしております。その点では五條病院の方の参加があったのは、かなり有意義なことであったと評価しております。

次に、がん相談支援センターが患者サロンの一覧表配付ということで、事前にちゃんと資料でお手元にありますチラシを県内の関係医療機関のほうに配付しております。後でちょっと触れていくんで、ちょっと一部このことがあったことが見えてきております。

次に奈良県の相談員必携ということなんんですけども、これも最終的には情報提供を主にしたものにしていこうということで、また最後に修正をかけております。ちょっと前に御報告あり、各診療所であるとか訪問看護ステーションであるとか薬局であるとか、そのあたりのガイドについても情報提供していこうということで、その辺の情

報もちょっと載せていく予定にしております。

また、必携の作成に当たりまして、県内の医療機関 67カ所を対象に、がんの相談窓口があるかどうかという状況を調査しております。このうち 37カ所ぐらいは、窓口でがんの相談に対応しますよという御返答もいただいておりますので、必携のほうに掲載の同意を得られた施設については、これらの情報を掲載していく予定であります。配付先としては、県内の医療機関であるとか薬局、訪問看護ステーション、市町村の保健センター、それから保健所等を予定しております。

それから、がんの相談支援センターの利用状況調査をいたしております。ちょっとおくれましたけど、資料の次の 3 ページあたりにあるんですけれども、期間としてはちょっと短かかったんですが、2月1日から29日までの1カ月間、6つの拠点病院で窓口調査を行っております。調査については相談員と利用者を対象にしておりまして、相談員から出されたものが総数として 6 病院で 121 件あります。利用者のほうからコメントがあったのがこれは電話の相談も含めてなんですけども、77 件の御回答がありました。利用されている方は主に御家族の方が多かったというところ辺と、窓口利用に当たっては医師、看護師から勧められたというところ辺が結構多かったよう思います。ただ、先ほど申しましたチラシの配付が少數であったんですけど、そのチラシを見て相談窓口を知って来たという例もありますので、今回、先ほどのチラシをもっと患者さんに窓口を利用していただこうという目的で作成したものだったんですけど、多少の効果があったかなというふうに評価しております。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ござりますでしょうか。いろいろと活動をしていただいているようでございますけども、特にございませんか。非常に順調に進んでしまって、今まで予定時間よりもこんなに早く進んだことはないんですけども。ぜひどうぞ。

○埴岡委員 時間があるなら 1 つ質問してよろしいですか。貴重な相談窓口の利用状況調査をされたということなんんですけど、5 ページの右下の問題解消率のデータが

出ていますけども、解決したという部分はすばらしいんですけど、解決しない、どちらでもないというのが少しあるんですけど、ここの内容を解析することが今後の対策とか教訓を含んでいる可能性があると思うんですけども、この辺で何か見えていることとか、わかっていることみたいなもの、もしあれば教えていただきたいんですけど。

○川本委員 濟みません、直接全部解析していないので何ですけども、解決したかどうかというのはお電話の方にはちょっと聞きにくかったので、来所の方だというのは数値になってるかと思うんですけども、一部例えば人気のある先生とか医療機関を教えてくださいとか、そういうちょっとピンポイントの情報提供をお求めになられたりすると、ちょっとそれはそういうことでは情報提供できませんよというみたいなところがあったので、例えば何でも解決してくれるということで相談に来られて、それはちょっと違いますねというとこら辺が体験上あるので、もしかしたらそういうものも含まれてたのかなとは思うんですけども。後はちょっとデータが全部県のほうに今お預けしているので詳細はわからないです。

○埴岡委員 ありがとうございます。恐らく解決しない中に、そもそも解決が難しい悩みであったということと、別の情報のつなぎ方とか、別の情報を持っている人だったら解決できたとか、別の立場の人だったら解決できたという場合があると思うので、多分こここの病院分析をして情報のトリアージュというか適切な方に回すという仕組みをつくるのが大事かと思うので、もしできればそのあたりも今後考察のポイントかなと思います。どうもありがとうございます。

○長谷川座長 以前から時々問題になっている非常に専門的なことを要求される方もいらっしゃって、恐らく厳しいものが入っているんじやないかと思います。ぜひ今のお指摘のように分析していただいて今後の対策を立てていただければと思います。

ほかに何かございますでしょうか。ございませんか。あるいは、この各部会報告全体を通じて時間があるならぜひ聞きたいということがございましたら、最初に大分厳しく申し上げたんで、どうぞ。

○森井委員 がん相談支援センターの相談内容で緩和ケアに関する相談というのは多いと思うんですけれども、どこの相談支援センターも例えば在宅へという話になると、一覧みたいなものをぱっと出されて、どこでも好きなところお行きなさいみたいなところがあって、奈良市、生駒市、県内であればうちがほとんど診ていることにはなるんですけども、患者さんとしては自分の住所地の近くでぽんと選んでしまう。そうすると行ってみたものの全然緩和ケアのできない先生であって、相談支援センターから紹介されて来たけれども痛みが取れないから、ホームページで探してうちへ來ましたというのが去年5件ぐらいあったんで、そういうところで緩和ケアの専門性というのを、在宅緩和ケアは手を挙げている先生がだれでもできるんじゃなくて、ある程度できる先生とできない先生という専門性があるというのをちょっと理解していただいて相談に乗ってもらえるとありがたいんです。

○長谷川座長 コメントか何かござりますか。

○川本委員 緩和ケアとか多分病院によって、うちは比較的少ないんですけど、聞くと国保さんが緩和病棟を持っておられるので、その緩和ケアとかその辺については御相談が多いということは聞いております。うちに来られた場合は、先生のところで作られたデータベースを使ってというふうにはしているんですけども、あとはやっぱりなかなか地域性で難しい方がいらっしゃるのは、やっぱりそうかなとは思うんですけど。ありがとうございます。参考にさせていただきます。

○長谷川座長 ほかに何かございますでしょうか、部会報告全体を通じて。特によろしいでしょうか。

とりあえず部会個々、あるいは部会全体を通じての御議論などございましたら、ここで少しお受けしたいと思いますが。どうぞ。

○吉川委員 今のことでも共通すると思うんですが、各部会で機能調査をやってい るわけなんですが、それをどうやって利用するかというのが非常に重要で、例えば今、相談支援でも森井先生がおっしゃったように、どの程度の機能があるのかという資料

を御利用いただきたいなと思うんですが、ただこれを例えれば今年度やったのが来年度通用するかというのもあるので、県としては毎年とは言いませんけど、ある程度更新していただきたいのと、それからもう1つは、ホームページですぐアクセスしやすいようなホームページをできればしていただきたいのが要望でございます。よろしくお願ひいたします。

○長谷川座長　　いかがでしょうか。県のほう、事務局のほうからもコメントございましたらお願いします。

○事務局　　ありがとうございます。機能調査については各部会御担当いただきましたのでその中でどの程度載せるか、あと取った後、どこにどう情報を意図的に提供してどうつなぐか、どう活用していただくかというところまで考えていかないといけないという御意見をいただいてますので、次年度考えていけたらなと思っております。

それと、ホームページにすることも各部会の委員様からいただいておりますので、そこも検討させていただきたいと思います。ありがとうございます。

○長谷川座長　　ホームページについては時々見やすいとか見にくいとかいろんな意見ございましたけど、少しは対策を具体的にされているということでよろしいでしょうか。

○事務局　　1点だけ、私ども保健予防課から入らないといけなかったところにがん対策ということで一応先に1枚目の県の知事のところからは出せてないんですけども、その次にはがん対策というところでは、検索していただくと出ると、少しそういう意味で前よりはアクセスは1歩だけ進むようにはさせていただきました。

○長谷川座長　　どうもありがとうございました。ほかに全体的なことでございますでしょうか。各部会でそれぞれ大分進んできているということがよくわかりましたが、最終的に全体としてがんの診療がいい方向に進んでいるか、対策が進むかどうかということは最終的には大事なことでございますので、全体として御意見何かございましたらぜひここでいただければと。よろしいでしょうか。以前は問題ばかりだったけど

最近は順調に進んできたということで、そういうふうに解釈させていただきたいと思います。

そうしましたら、ちょっと予定よりは順調に進んでおりますが、次に行っていいですか、事務局、特にはよろしいですか。

そうしましたら、次にぜひ埴岡先生のほうから情報提供いただきたいと思います。県がん対策推進計画づくりへのヒントということで、埴岡先生のほうから国のほうの状況を踏まえまして今後のまた新しい計画を県のほうでつくりますので、そういういった作業のイメージなどを県のためにも埴岡先生のほうから、いろんな他県の状況なども含めまして情報提供をしていただきたいと思います。先生よろしくお願ひします。

○埴岡委員 それでは、20分というふうに伺っていますが、3分前に一度ベルを鳴らさせていただきますでしょうか。

よい県がん対策推進計画づくりへのヒントということで、こういう方向のテーマをいただきましたので、お役に立てるかどうかわからないですけれども、釈迦に説法の話になるとは思いますけれども、ヒントが1つでもあればと思ってお話をさせていただきます。

まず国の第2期がん対策推進基本計画の案が諮問・答申されたわけですけども、それを通読されたという方、もしいらっしゃったらちょっと手を挙げていただけますでしょうか。県庁の方は差し引いて委員の方で1人、2人というのはかなりあれで、できればきょう多分資料として配付していただく一番の重要書類だったのかもしれませんですよね。多分、読まれた森井先生はかなり失望されているんじゃないかなと思いますけれども、それを読まれていることが前提だったんですけど、読まれない方としたらぜひすぐ読んでいただきたいというふうに思います。多分それと、去年でしたか奈良県でつくったアクションプランと国の素案を頭に入れて、これからどうするかというのが基本的なテーマかと思います。

スライドのほうに行きたいと思いますが、多分皆さんの中にあるであろう問い

かけは、第2期奈良県のがん対策推進計画の策定だけども、これをどうやってつくればいいのだろうかという疑問があるんだと思うんですけども、ヒントとしては恐らく①②③ということで、地域発の発想で地域のみんなで考えるというのが①で、それから②、国もそうですけれども、最初の場面はとにかくがん対策を活性化させようということでやってきたわけですけれども、これからは効果をもたらす結果を出す施策って何なんだろうかと、みんなで脂汗絞りながら考えていく、そういう流れかなと。それから、みんなで頑張るということ続けるためには、やっぱりやった結果が出てきてるじゃないかということも必要で、そういう意味ではちょっとかたい言葉ですけれどもP D C Aサイクルというか、どんな感じで進んでるんだという話が見える化していく、そんなことかなと思います。そういう意味で言うと余り形から入るべきじゃなくて、こういう根源的な問い合わせからスタートすべきだと思うんですけども、何がなされるべきなのか、自分たちが何をしようとしているのか、やっていること、もともとねらっていたのは何なのかと、もっとやるべきことは何なのかと、いろいろやらなきやいけないことがあるけど何からやるべきなのかと、今までこういうやり方でやってきたけどということにこだわらずに、もっとうまいやり方はないのかとか、それから自分たちのやっていることをもっともっと応援団をつくって、参加者・協力者をどういうふうに共有していくか、そんなことがテーマなんだというふうにとらえられると思います。

国の計画を皆さん読まれてると思ったので、1ページだけしか国の計画のことは書いてないんですけども、まず第1計画と第2計画の変化としましては、全体目標に2本柱だったものが3本目の柱、がんになっても安心して暮らせる社会の構築ということが入りました。これ大変すばらしいことであり、美しい文言が入っているということですが、これ実行するのは大変難しいということだと思います。それから重点課題に働く世代・小児がん対策の充実が入ったということ、それから各分野別では、これまでの章立て、柱立てと少し変わった部分がありまして、追加的には小児がんです

とかが入りました。それから緩和ケアに関しては在宅ケアと緩和ケア2本が一緒になって、がんと診断されたときからの緩和ケアという形になっています。それから、がんの教育・普及啓発という柱が追加され、就労支援が追加され、それからドラッグラグ・ディバイスラグが追加されという形です。がんの予防に関しては極めて明確な記載が行われてるということ、そこらが変化のポイントです。

そして、各論だけじゃなくて総論として、新しい第2期の計画に県のがん計画、どういうふうに書かれているかというと、がん患者に対するがん医療の提供の状況等を踏まえ地域の特性に応じた自主的かつ主体的な施策を盛り込みつつありますので、国が何かひな形を示してくれてることじやなくて、あくまで地域で考えてくださいよということに、当たり前ですけれどもなってるということです。なので国の計画を一生懸命に読んでも何かお手軽なことが書いて、県がすぐに役立つことが書いてあるわけではないということが言えるかもしれません。国の計画というのは、あるべき姿というのはあるかと思うんですけども、実際いろいろな事情がありまして、事情はここでは省きますけれども、実際の国の計画というのは、ちょっとずれたものになっているわけですから、それがテンプレート、ひな形だと思って県の計画をつくると、ちょっとずれた計画になってしまいますので、あるべき国の計画をイメージしつつ自力で地域のあるべき県の計画を考えるということ、スタンス、それが当たり前ですけれども、原点だということを改めて共有できるんじやないかと思います。

それから、計画って何だろうかというそもそも論なんですけれども、あんまりこういう形式的な話をして意味がないのかもしれませんけど、世界保健機関、WHOの資料とかその他いろいろ見ても結論的に教科書的なところでは自分たちの持てる力を投入して活動して、そして結果を出して成果を出していくという当たり前のことなんですが、これをWHOの世界のがん計画づくりという資料を見ますと、がん計画づくりにおいてもやっぱり地域にいろんな資源があると。人・物・金・エトセトラ知恵・ネットワーク・エトセトラ情熱とかがあると、それを計画に関しては計画をつく

るというステップを踏んで、よい計画をつくる。それによって、よい計画によるよい対策が行われて全体計画、救命ですとかQOLの向上、そして安心社会、患者さんの安心社会、生活が担保されているということだろうと思います。

ここで3ステップと書いてあるわけですけれども、この3ステップがまさに万国共通のよいがん計画のつくり方ということだと思います。WHOは3ステップと書いてまして、UICC、国際対がん連合は5ステップで書いてるんですけども、これが第1ステップ、第2ステップ、第3ステップと考えると、3ステップに凝縮されますので、シンプルに言いますと3ステップで考えていいのかというふうに理解できると思います。これも当たり前の話として、現状を把握する、到達点、ゴールをあるべき姿を設定し実際にどうやって実施していくかを考えていくこと、ここはどういう資料を見ても、およそ同じような組み立てになっているかと思いますが、もう少し具体的に言いますと、声を集めることは患者さん、現場、そして地域の声を集めることだと思うんですけれども、それには奈良でこれまで開かれたこともあります意見集約とか対話集会を開くとか、さまざまな患者アンケート調査を実施するなどがあると思います。それから、がんの現況を可視化するには、いろんなデータ集計ですけれど、これは先ほど各部会で集められた機能調査等エトセトラも入りますし、いろんながん種別の死亡率、改善率等いろんなデータがあろうかと思います。それから、がん対策の現況ということであれば、国の計画、県の計画、県のアクションプランそれから予算のつき方、協議会、連携協議会の活動等を振り返ってみるということがこのステップ1には含まれるんだというふうに思います。

ステップ2は、ステップ1で見た問題点と理想のギャップから、ここが問題点のポイントだなとか、ここを変えなきゃいけないなというとこを見出して、それからゴールを設定していくことですけれども、多分このとき大事なのは、目先のことになるとわざわざに、いろんな制約条件があろうかと思うんですけども、一度あるべき姿を考えて、どうできたらいいなというのを一度想定するのがいいというふうに多くの

教科書に書いてあるんだというふうに思います。そして達成方法を考えるときには、一度これまでの経緯を取っ払って新たな連携調整の場の設定ですとか、ごく広い参加者を巻き込むとか、それぞれの参加者のモチベーションとかを調整するとか、いろんな形を考えると、特にやはり継続的に実施するための好循環をつくっていくということ、そしてそれとコインの裏表というか同じことにつながりますけれど、評価体制の確立。評価は、よい評価、悪い評価あると思うんですけども、評価でよく間違うのは、目先の細かな評価をして、やる気をシステム的に沈滞させてしまうということがありますので、全体を盛り上げる評価という観点、それが重要ではないかというふうに思います。

今のような3ステップに関しては、いろんなツールがあると思うんですけども、議論するために土俵づくりのいろんなツールがあったほうが便利だということがあると思うんですけども、例えば我々のつくって公開しているものでも、さまざまなツールとか情報がございますので御参照していただければと思います。例えば課題解決の7つ道具というツールキットもつくっておりますけれども、これもステップ1、2、3という形で課題を抽出して理想を考えて実施、進捗、管理するという形で6ステップでツールを7つぐらい置いております。例えばそのツールの中で一番大事かもしれないのが4番目なんですけれども、戦略設計ツールということで分野別に、例えばたばこ対策ならどういうふうに考える、ゴールを考えて中間的に至る道を考えて目指すべきゴールに達しやすい対策を考えていくという当たり前のことなんんですけど、このときに、最終的に目指すものと実際に今打ってる対策がどういうふうにつながっているのかということと、今1本2本3本4本5本というふうに仮に何らかの対策を打つてるとして、そこの優先順位とか入れかえ、つながり度を常に見直していくというのが大事だと思うんですけども、これがなかなか難しいのが実態ではないかというふうに思います。実は国の第2期基本計画の戦略構造というか、これは基本的にこの構造を大変よく踏まえてるということがございます。きょう、もしお手元にありました

ら実際にページを見ていただいて対照していただければよかったですけれども、例えば緩和ケア分野の内容のよしあしは一旦置いて、今後の計画がどういう構造になっているかだけを説明していますので御承知おきください。

国の全体計画は、この3本になりました。死亡削減、QOLの向上、安心社会と3本目が追加されたんですが、緩和ケア分野の全体目標は身体的、精神的、社会的苦痛が緩和されることを目標とするという極めて正しいと言わざるを得ない目標が掲げられています。そして中間成果として3年以内に緩和ケア研修体制を見直し、5年以内に医療従事者が知識と技術を習得し、3年以内に診療体制を整備し、専門的な緩和ケア提供体制の整備の質と向上を図ると書いてありますし、そして施策ラインとして9本並んでいます。うんたらかんたらとかをすることによって、がん診療に緩和ケアを組み込み、何かと何かをして、これ具体的に書いてありますが詳細は省いておりますけど、こういう施策とこういう施策をして専門的な緩和ケアのアクセスを改善していく。何と何をしてこれを達成して、何と何を付加すると書いてあります。そしてここに指標がずっと打つべきでありますし、ここもいつまでにどれだけの数値目標をつくってやると書くべきなんですけれども、この黄色のところはすべて今ブランクになっています。これを3年後にある中間評価のときまでに指標を頑張ってつくりましょうということになってる。そういう意味で、ある意味ですごく欠点のある計画かもしれないんですけど、枠組みはしっかりとしていて第2期計画は、こういうアウトカム設定ができずに外形目標の中で当面の達成しても達成しなくとも結果が出るのかわからないような成果をたててしまったわけですけれども、今回はアウトカムの組み立てをしっかりとして指標もしっかりとつくるぞと言って、指標だけが全部白紙になってるという先送りなんですけれども、枠組みだけよくって、ここだけが空白になってるという、セカンドベストだけどワーストじゃないという計画になっているので、ここを今後埋めていけばかなりよくなっていくはずだというのが組み立てになっているということです。もちろんこの施策がいいのかというのは、たくさん議論があると思いますので、

つながりの確認、そして優先づけの入れかえというのは多々皆様方の考えが出てくる
どこだと思います。例えば沖縄県は、がん診療連携協議会のところで分科会ごとに今
のようなロジックモデル型の戦略シートをつくっておりまして、ここは縦横90度方
向が違うんですけど、こちらがゴールで、こちらが施策になっています。施策がこう
いう10本ぐらい走っていて、それによってどういう結果をもたらすという同じよう
な構造で書かれてるんですけども、これが6つの分科会でつくられて、これを東ね
て施策をかけてるというのが沖縄のやり方です。実は奈良県のアクションプランとい
うのがありました。皆さん、奈良県アクションプランを立派なのをつくられて、その
後、時々読んでらっしゃるかどうか疑問なんですかけども、実は奈良県のアクション
プランは、もしお手元にありましたら緩和ケアのページをめくっていただくと、こう
いう構造になっています。ここは国の3大目標を大事にしています。そして緩和ケア
の長期目標、中期目標はこういうふうに書かれています。そして施策分として4本の
柱が立っていて、それに対して複数の施策、全部で約10本ぐらい認識されると思
うんですけども、こういうことをして、これを目指して、それをこれにつなげていく
という形になっています。緑のところは指標が書いてあるように見えるところです。
黄色いところは指標が空白になっているところです。奈良県に関してはこういう形、
仮に去年つくったわけですけれど、今後はつながりの確認、これをやったら本当にこ
れになるの、これをやったら本当にこれになるの、そして優先づけ入れかえ10本並
べたけど、本当にこれもたらすことになってんの、それから決めてはいるけれど数値
目標を決めてないところは、余り急ぎ過ぎてつくると間違っちゃうかもしれないけれ
ど、やっぱり何をもってこれが達成されたかを考えいくのが1つの目安だと思います。
実はそれについては奈良県は多分日本で一番進んでるかも知れなくて、極めて論
理的に構造的にはつくられているし、国の第2期計画への準備が非常に進んでる部分
があるというふうに言えると思います。今後この一つ一つの吟味をするためには、こ
ういう施策シートで一つ一つ落として、だれがになっていつまでに何をしていくのか

ということを吟味していくことがあろうかと思います。

それから国の第2期計画で大きなのは、この評価という考え方、それから指標という考え方に入ってきたということ、そして先ほど申し上げましたように、指標に関しては3年後に評価に向けて先送りするということになっています。いずれにしても、指標、評価、本当に成果が出てるのということを国としてもちゃんと見ていくこういうふうになったということです。それから協議会で出た重要資料として、その目標と指標を追っかけていく仕組みはこういう体系図が出ていました。ちょっと、これ国の資料をスキャンしてやってますので汚くて申しわけないです。基本的には、ここに情報を集めるプールをつくる、地域がん登録ベースのものと医療の質に関するデータ、それから患者の経験、患者の満足度に関する調査、これをここにたくさん集めて編集して、そして3大目標の結果がぽんと出るようにする。そして分野別の目標に関しての進捗度もこのデータベースから適切なものをぽんと引き出せるようにする、そういう考え方になっています。先ほどから出てました分科会の機能調査をここに使えるものにしていく、ただやっている経年でやってくんじやなくて、ここに使えるものにしていくという観点、編集できるものにして、ここに引っ張り出せる形にするんだという観点で今後やることが労力を有益にするものだと思われます。国の会議では指標の例示として参考人からこういうものが出ておりますので参考になろうかと思います。私もちょっと自分で練習で指標をつくってみましたが、なかなか難しいのはわかりました。さっきの機能のところでもこういう形で埋めていく必要があります。奈良県にとっての3ステップというのはやはり今ある情報を集めて、タウンミーティングとか分科会から意見を集めて、そしてここでもむということなんですねけれども、この一番やはり論点抽出、そして施策抽出、優先づけ、そこを考えるのはもちろんポイントになってくるかと思いますが、大事なプロセスを踏む、みんなを巻き込んで意見を聞いてつくるというのは大事かと思います。これはモデルケースで国の動き、県の動き、連携協議会及び部会、協議会及び部会の連携図を書いたんですけど、やはりこうい

うところの意見を集めて協議会はプロセスを進めていく必要かと思います。

ほぼ、まとめのページなんですけれども、奈良県アクションプランの構図は、ほぼ適切ですけれども、もちろん今後5年先を見据えてですので・・・だと思います。国の3大目標の変更、分野柱立ての変更は一定考慮、反映する必要があると思います。一番重要なのは、奈良県でその3ステップを踏襲してプロセスを踏んでいるということ、そして国の分野別施策予算は重要参考資料ですが、それがすべてではないということで独自で考えることが大事かと思います。分野別戦略シートをベースに議論して、やっぱり国の計画できなかったのは、論点整理と論点に関する意見の熟議ができなかったので、そこの熟議、大事かと思うんですけども、そういう意味で言うと奈良県ではシートができますので、余り文学的というか文章の記述で、主語も述語もよくわからない計画にするよりは、ああいうシート、分野別の分を束ねて10分野、あのシートをパチャっとホチキスでとめて、そして個別施策に関しては施策シートで、だれが何をいつまでにやると書いて、そういうふうなシンプルな、みんなでわかりやすいものが例えば1つのあり方かなというふうに思います。プロセスを踏んで・・・みんなで新しい計画をつくっていくということだと思いますけれど、一言で言うと、みんなで考えて何がよいがん計画なのかというのをここ数カ月考えていくことになろうということだと思います。雑駁な話ですけれども、何かヒントがあればということでお話をさせていただきました。以上です。

○長谷川座長 どうも埴岡先生ありがとうございました。貴重な・・・・・・。
では今の埴岡先生からのよい県がん対策推進計画づくりへのヒントについて御質問、御意見などございましたらお願いいいたします。ございますか。今後、計画をまたつくっていくに当たって非常に貴重な情報だったと思うんですけども、ございませんか。森井先生どうぞ。

○森井委員 国の計画は本当にがっかりしました。在宅強化すると言いながら、どちらを向いてるのか、だれを重視してるのか、何かわからないような改定が行われて

いる。具体的に言うと、在宅療養支援診療所というのが現在 1 万 2, 000 を超す。その中で、看取りをやっている、一人でも 1 年間看取って 5, 800 しかない。それを強化しようということなんですけれども、強化型在宅療養支援料が引き上げになるんですが、強化する要件として常勤医師 3 名以上となると、ほとんどの診療所は 1 人でやってはるんではまず外れます。ですが 10 までの医療機関と連携することで常勤 3 名と書くことができます。問われる実績は年間往診件数が 5 件、年間看取りが 2 人と全くもって中途半端な改定になってます。奈良県は 2009 年にがん対策看取り率 13 % で全国 1 位になってからずっと例年全国トップを走り続けてますんで、奈良県ができなきや多分どこもできないと思うんです。僕の頭の中では欧米並みの 30 %、がん在宅看取り率というのが最終的な緩和ケア部門のアウトカム。安心して過ごせる社会であれば安心して家で過ごせるはずやというふうに考えて 3 割を目標にしています。日本全体のがん以外も含めたみとり率は、わずか 12 % しかないんですが、30 % という数字が不可能かと言うと実は可能でして、日本国内で愛知県の和田町という小さな 2, 000 人の町なんですけれども、在宅みとり率 33 % の町があります。町全体何もやってない、活動を。ただ習慣的に家で死ぬもんやと村民が思っている、それだけのことなんですけれども、そういうところを目指していって奈良県ぐるみで、そういうのをやっていけたらなど、緩和ケア部門は思っています。ありがとうございました。

○長谷川座長 これから地域のそういう好事例が地域を高めていくと思いますし、それが全国への発信になっていくと思いますし、今おっしゃったようなことが第 2 期奈良のがん計画に入って、それがそういうしっかりとしたモデル図として描かれていて、他県、このままお使いになつたらいかがですかというふうになるのがすごく大事だと思います。それから先ほど奈良県のカレンダーというか全国のプロセスカレンダ一つくったんですけども、後ほど奈良県の場合の今後の計画が出ると思うんですけども、どういうふうにつくっていくのか、早目には今までにあるアンケート調査と

かデータの集計それから意見ヒアリング、タウンミーティングみたいなものをやって、この辺で熟議をして持っていくと、そしてパブリックコメントをしたりとか、やるということできなり日程がタイトになる感じで、それを各分野でやられていくというようなイメージかなということで心の準備としてはこんな感じかなと思います。

○長谷川座長 どうもありがとうございました。ほかに何か御意見ございますでしょうか。どうぞ。

○郡委員 塙岡先生にお伺いしたいんですけども、奈良を取り巻く近畿の他府県のがん登録の状況をぜひ知りたいなと思っています。実は、県内の医療機関にかかっている患者さんを登録できても、大阪とか京都にもし患者さんが受診されている場合、捕捉できない可能性があるので、他府県との協力体制を密にするということはすごく大事だと思います。例えば先行しているところに、奈良県の人がかかっているときは情報をいただけるのかどうかとか、そういうような現状はどうなってるかちょっと教えていただきたいんですが。

○塙岡委員 私的には知らないと思うので大阪府立成人病センターのほうに聞かれるのが一番いいと思うんですけども、やはり広域的発想があって、近畿及び拡大近畿圏で共同地域間登録というような形の考え方方が基本的にあり得るんだというふうに思います。それに関しては幾つか障壁はあると思うんですけども、そういうモデル事例が出てくれば他のブロックにも影響があると思いますんで、1つの考慮すべき点、幹部の方々の意見はわかりませんけれども、やっぱりあるべき姿としては、そういう形で、個別にソフトウェアを開発し個別に手順書をやり個別に照会の苦労をしてるというのはやっぱりありますので、国のほうで1つは地域間登録に関する法律ができる、そして実務的には、そういう広域的な発想が出ていく。そして個別の県は県での予算づけとか対応、そして実際、現場である人材の手当てがされるというふうになっていくのが筋道になっていくのかなというふうに思います。一度そういう他県、特に近畿の場合は大阪との意見交換会されることが考えられます。

○長谷川座長 ほかいかがでしょうか。新しい計画をつくるに当たっていろいろとこれから検討すること多いと思うんですけれども、何かござりますか。

○事務局 济みません、今、埴岡先生おっしゃっていただいたんですけども、実は大阪でお声を上げていただきまして、近府県の情報交換会というのを既にやられていますので、その中でまた議論なり具体的なアクションが起こってくるのではないかなというふうに思っております。

○長谷川座長 では、そちらのほうにまたがん登録のほうも参加されるということをお願いします。ほかござりますでしょうか。

正直言って私も・・全部やりますかと言われたら、概要しか知らないので、きょうは・・・偉そうなこと言えないんですが、先ほど御指摘がありましたように、確かに実態と合ってないようなところもございますし、それから先ほど特に言わされた地域の特性、これは非常に私も重要なものだと思ってますので、この間も県の方と例えば小児がん奈良県ありますかといった場合に、小児がん大事ですけれども、小児がんすごく少なくて、各県でばらばらにやっていくと本当にただやればいいんじゃないなくて、小児がんは非常に専門性が高いので非常に難しい問題もございます。ですから恐らく奈良県は小児がんは一部はもちろんありますが、白血病はやっていますが固形がんなどは他府県でお願いし、そういうことも本当にこれからきちっとつくっていかなければいけないと思いますので、まさにその地域の特性に応じたがん計画が必要じゃないか考えておりますが、何かほかに御意見ございませんでしょうか。どうぞ。

○埴岡委員 今の長谷川先生のコメントに関してなんですけれども、やはり国の政策が変わらないと地域が変えられない部分もありますけど、実は地域の力で変えられる部分がかなり大きいと思うんです。ですので、言い方としては国にたくさん要望しないといけない部分もあると思うんですけども、それと同時に国に期待もしつつ、余り期待し過ぎて、どんどん変えられるところは自分たちでえていったほうが結果的には早いということが多いんじゃないかな。分野別に十何本の分野柱がありますけれども、

ど分野ごとに見ると、国の制度に大きく依存して分野と、かなり地域だけで変え得る分野があります。特に地域だけで変え得る分野に関して力点を置かれて好事例を地域でつくられていくとていうのはあり得ることだと思います。

○長谷川座長 どうもありがとうございました。ほかに何か御意見ございますか。特にございませんでしょうか。どうぞ。

○川口委員 今日欠席されておられるのですが、こういう場合のいろんな取り組みにおける保健所の役割というのは一般的にどういうふうにかかわっていくのが一番いいんですか。ちょっと先生のお話では、明らかに出てこなかったし、何か関係していくとありがたいかなと思うんですけども、そのあたりの一般的な話とかでもちょっと教えていただいて、きょうは全然触れておられなかつたもので、どうなのかと・・・教えていただきたいなと思います。

○埴岡委員 その発想で詳しく検討したことがないので上手に答えられないかもしれませんのですけれども、まず新たな今度のがん計画の十数本の柱の中で、例えば専門スタッフの充実とか医療提供体制ネットワークの話とか、緩和ケアとか末端研究とか情報提供とか、就労支援とかあるんですけども、このすべてじゃなくて、保健所が役割を果たしているものが5つぐらいまで抽出されると思います。そのうち2つぐらいについては極めて重要な役割を担えるということが言えると思います。その中でさらに何ができるかというのを現場サイドから考えて、どの分野も地域のいわゆる6位一体みんなで連携してやるわけですけれども、その中で保健所が大きな役割を果たすというところが出てくると思いますので、非常に大きなポテンシャルがあるんだと思います。特に普及ケアですとか予防・早期発見、情報提供・・などで役割を考えられるかと思います。

○川口委員 今度の計画ではそのあたりのことを込めて計画を立てるというふうにしたほうがいいんですかね、奈良県においても。

○埴岡委員 恐らく国では余りイメージ的には出てませんけれども、奈良県ではそ

ういうことをどんどん盛り込んで新しいモデルとされるということは大いにあり得ることかと思います。

○川口委員 ありがとうございます。

○埴岡委員 とにかく地域の医療資源を総動員するという意味ですので・・・どうやるんだという、それが一番の地域の発想の原点だと思います。

○長谷川座長 いかがでしょうか。この点に関して特に県のほうで何かコメントがあれば・・・

○事務局 ありがとうございます。先ほど川口院長、それから埴岡さんのほうから御意見いただいた分なんですが、実は患者サロンのほうも今年度いろいろ台風等の関係もありまして、年度末に一回だけだったんですけれども吉野保健所でさせていただきました。南和に拠点病院がないということがありまして、南和でそういう患者さんの集まる所ということできさせていただきまして、私どももオブザーバーとして参加させていただいたんですけど、その中で、やはり家族の方の支援、生活の場に近い所での患者さんも含めて特に家族の方の支援ということで保健所のほうのスタッフもいろいろ気づいてくれまして、今後そういう広がりもサポートできるのではないかなど思っています。それと保健所のほうには保健師とあと専門職がいるんですけども、今年度、来年度になりまして国がんのほうの相談員研修会も少し参加を予定しておりまして、そういう意味でちょっと知識も入れた中で全部の医療の詳しい専門的なフォローというのはなかなか難しいんですけども、相談ができる場として保健所機能を生かしていきたいというふうに思っております。

それと先ほどおっしゃっていただいた地域医療資源を総動員してということであれば、保健所のほうは今まで難病患者さんですか、それから小児の慢性特定疾患の子供さんですか地域の医療機関とつながっておりますので、そういう基盤も加味した上で今後がん医療という切り口でもできるところがあるのではないかなどというふうには思っております。

○埴岡委員 そういう意味で言うと、国の計画にはいろんな医療資源だけでなく、住民パワーも含めて巻き込むという発想はないんですけれども、県の場合は、条例に書かれていることと県の計画、アクションプランの連動とか、県の予算だけじゃなくて、例えば民間資金をどう関連づけて県の予算と民間資金の役割分担をどうするのかとか、あるいはボランティア活動とか、その他直接的な医療資源だけじゃなくて、いろんな職能団体の資源とか、いろんな人員、そういうものを連動させていくということがすごく大事だというふうに思います。国の計画には、そういう発想が弱いので県でやはりそういう地域ぐるみ、地域挙げての仕組みということ、県の計画はできたので、例えば職能団体もそれに合わせたアクション計画を同時につくるみたいなそういう連係プレーが大事かなと思います。

○長谷川座長 どうもありがとうございます。ほかよろしいでしょうか。いろいろと貴重な情報を提供いただきまして。じゃ先生どうも本当にありがとうございました。そうしましたら、次に今いろいろ次期の計画の話が出てまいりましたが、奈良県のがん対策推進計画の次期計画の策定に向けてということで話を進めていきたいと思います。

たびたびお話も出ましたように、21年度に策定いたしました計画が来年度が最終年度ということでございますので、25年度の計画をこれからつくる年度に入ります。そういうことで今までにもそういう話が出てまいりましたけれども、その中で前回出てきた、いろいろ議論がございましたけれども、いわゆる消化器がんの調査をどうするかという点が出て、きょうは青木委員いらっしゃらないようですけれども、賛否両論ございましたが、とりあえずパイロットスタディのような形でやっていただいて、本当にそれを今後やるかやらないか、その方向性の再検討、見直しをしたらどうかということになっておりましたので、その後の経過について消化器がんの患者調査についてその経過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 失礼します。そうしましたら資料9を見ていただけますでしょうか。資

料9でございますが、恐縮ですが一番最後のページ、11ページをごらんください。

奈良県がん対策推進計画の次期計画策定に向けてございますが、まずこれまでの経過と私ども県知事の思いを少しお伝えさせていただきたいと思います。

この資料9の11ページでございますが、がん対策推進計画の今後の計画の全体目標とアクションプランのつながりを事務局で整理したもので、8月の第2回の協議会で各委員の皆様にも御意見をいただきましたのでございます。私ども知事にこの資料の説明をさせていただきました。そこで知事のほうから県民にわかりやすい数値目標をという宿題をいただきました。

恐れ入ります、資料9の1ページをごらんください。ちょっと横になっておりますが県民目線の新たな目標ということで一番下に書いてありますが、がんで若い人が亡くならないということと、がん難民にならない、亡くならないまでもきちんとした医療を受けられるということを1つのテーマで考えました。がんとともに暮らしやすい奈良県を目指すということを吹き出しで書かせていただいております。なお、がん難民の定義については、いろんな意見があり統一されておりませんが、代表的なものを下の米印に挙げております。若い人ということで75歳未満としまして、今約1,800人が亡くなっているのを平成29年には1,400人、400人を減らしますようということを1つの具体的な目標として考えております。その考え方についてですが、2ページをごらんください。ここでまず現状を述べております。奈良県の位置づけとしては、上の棒グラフに書いてありますように、この75歳未満の年齢調整のがん死亡率でございますが、83.3で少し全国平均よりも低いというぐらいのところで、これは軸が60からスタートしておりますのでギャップが大きく見えますが、一方で右下の棒グラフでございますが、今の減り方でいくと自然減で75歳未満で1,816人が亡くなっているのが、このペースでいけば推計でございますが、その差194人が平成29年度までには減りそうなので、それだけでは意味がないということで、プラス200人をどうやって生み出すかというところが次のページ、3ページで

ございます。今の設定としては、がん検診の受診率を 50 %にふやしたら、それを達成できるのではないかというふうに考えております。まず左上にがんの発見数、市町村のがん検診での発見数を書いております。それをいろいろな検診、職域とかドックとかでやっていますが、それを延ばして、かつ受診率が 50 %になったとしたらというところで、それぞれのがん種ごとでがんが発見できる人数を書くと真ん中の上、2,733 人、ただこれは見つかるだけですので、助かるかどうかというのを下の図で説明しております。検診より発見された人と検診外で見つかった人の中で、検診で見つかって、かつ本当は見つからないと助からなかった人というのを 5 年生存率で見てするのが下の図の少し色の濃い所です。胃がんですと検診をやることで検診救命率というのが 18.6 % 向上しているということ。ただこれはパーセンテージですので、さらに右側のほうに具体的な数字として受診率 50 % になったときに胃がんで 117 人、肺がんで 21 人、大腸がんで 163 人、子宮頸がんで 25 人、乳がんで 41 人、計 366 人というのと現状の 180 人を引いた数で差 186 人、検診の受診率向上で 186 人上がりますと、先ほどの減の 194 人と今の 186 人を合わせて 380 から 400 ということで挙げております。では、どのがんで上げるのかというと、そのがんにしてもやはり検診群のほうが早期で見つかっておりまして資料をつけておりませんが、そこで検診で減らしましょうという考え方です。

次に 4 ページをごらんください。がんで助かる方、助からない方もいらっしゃいます中で、いかにある程度ベストを尽くしたという満足度を持っていただくというのもこのがんの現状では必要です。その現状を尋ねたのがこのアンケート調査です。22 年 12 月に実施したものですが、このアンケート調査で説明に納得がいかないとか治療や検査までに時間がかかるという人が 1 割から、とにかく長く感じると言う人が 3 割くらいいます。本当に必要があって待っているのか、医療上待っているのか、それとも何らかのいわゆる渋滞が起きて待っているのかということは今のところわかつておりません。そこで 5 ページでございますが、がん対策の体系図として、こういうふ

うに考えております。入り口を検診と非検診の人に分けて、先ほど言った検診を 50 % 上げる取り組みをしましょうという話と、出口が治るか治らないまでもちゃんとした治療を受けたというプロセスをベストプラクティス、ベストは尽くしたけれど治らなかつたというのがホスピス、終末期の流れとなっております。それぞれのフェーズを数字の 1、2、3^ˊ、3、4、5 というほうにフェーズ分けてとらえていこうというところで、今約 400 人減らそう構想の第 1 は①の検診による死亡者数の減少です。あと治療内容の均てん化、これは標準的な治療法ということで一応現時点で最も効果的ですというものを標準的と言っているので平均的ということではありません。ただ効率よくということでベストプラクティス、ある程度幅のある中で今一番いいと言われている治療法にできるだけ合わせるというところで死亡率は減少するというふうに考えております。

あと 4 の緩和ケアでございますけれども、資料はつけておりませんが共通管理とかをきちんとした方が長生きするというようなイメージがあります。やはり痛みの管理とか、いろいろなケアが必要だと思いますが、奈良県下では、まだまだがんケアの普及というのが課題となっており、そこを推進していくことが必要です。緩和ケアをきちんとしてることで余後が長くなるということと、当然精神的苦痛と身体的苦痛を除いてあげるというのは病気を治す治さない以上に重要なことだと思っております。がんの在宅医療の推進もそのように考えております。この四角で囲んでおります①、④、⑤の 3 つでがんの死亡を減らす。今定量的に申し上げられるのが 1 のところです。4 と 5 の効果で、どの程度減るかというのは今の時点では申しわけありませんが定量的な見込みは出し切れておりません。あと 2、2^ˊ、3 を見ていただくと、がんになった人が適切な時間の中で適切な病院でちゃんとした治療が受けられているかということを把握するという考え方です。がんは慢性期の病気でございますので、急性期と慢性期で分けると 1 年 2 年、場合によっては 8 年 10 年かかるスパンで治療しながら、その効果がどうであるかというのを見ていきます。もしできれば、そこを奈良のがん

登録として適切な時間内で適切な治療を受けられているかというのを全体的な把握を地域でしていくということをやつたらどうかというふうに考えております。では一方で、地域がん登録は何をやっているかというと、この適切な治療を受けたか受けていないかはわからないけれども、ある一定の進行度の人がどれぐらい長生きしたかということがわかります。その過程の中に適切な期間に適切な医療を受けたかというチェックポイントの仕様管理を入れていくということがこの2、2'、3の奈良のがん登録です。そういう体系で少し考えたらどうかというモデルが次の6ページでございます。そこで前回の協議会で御了解いただきまして、発見から受診までの期間、受診から診断までの期間、そして診断から治療開始までの期間などなど実態を医療機関の多大な御協力のもと、今回は胃がん、大腸がん、肝がんの消化器がんに特化してパイロット的に探索してみました。この後、中間報告として御説明します。ただ、ここはやはりルール化の手法でデータを出して病院にフィードバックすることで一緒に考え方ができるのかなというふうに考えております。地域がん登録になくて奈良のがん登録に入れると先ほど言った2、2'、3がわかるのですが、どういうものが地域がん登録になくて、これをとると奈良のがん登録として患者サイドに立った適切な連携が行われているか、ちゃんととした治療を患者が受けられているかがわかる具体的な例示項目を今後皆様の意見をお伺いしながら検討してまいりたいと考えております。御説明は以上でございます。

それで次、申しわけありません、中間報告を続けてさせていただきます。

消化器がん調査の中間報告をさせていただきます。7ページのほうをごらんください。この調査は奈良県内のがん診療の医療連携状況や、がん患者の状況を把握することを目的とし、今年度は消化器がん、胃がんと大腸がんと肝がんに特化しまして調査を行いました。今回の調査ですけれども、がん診療連携拠点病院と県立病院の計8病院に調査の依頼しまして協力の得られました7病院からデータを収集しております。まず調査対象なんですかね、2010年、平成22年1月1日から12月31日

までに入院した患者、2番目としまして2011年、平成23年12月16日から2012年1月31日の間に入院した患者を対象としております。これらの患者のがん登録やDPC、レセプトなどの電子的に取れるデータと電子的に取れない場合の項目につきましては診療録から収集しました。また対象者のうち、がんの告知を受け内視鏡や腹腔鏡などをされる患者さんのうちで同意の得られた方に関しましてはアンケート調査を依頼し行っております。さらに今回、調査に御協力いただきました医療機関の医師及びデータ収集を御担当いただきました事務の方にインタビュー調査を行っております。本日は2月24日まで集まりました対象者1と2の電子的データと診療録から収集しましたデータ、1,024件のうちエラーをのけました825件の結果について中間報告させていただきます。8ページ目をごらんください。まず図1ですけれども、こちらのほうは今回分析しました825件の患者さんの発端から直接治療までの日数分布です。発端とは、がんが疑われた日を取っておりまして、直接治療とは、がんに対して手術などいずれかの治療がされた日を取っております。これらの日にちが最短でも1日、最長では1,676日、中央値としまして48日とばらつきがありました。なお今回のグラフにつきましては400日までのデータを示させていただいております。右側の図2のほうですけれども、がん種別にグラフにさせていただきました。胃がんでは402件、大腸がんは332件、肝がんは91件のデータを示させていただいております。各がんともばらつきがある状況でした。左下、表1の説明させていただきます。医療機関を受診する際に紹介状があるかないかにつきまして、拠点病院と拠点病院外で比較しました。比較したところ、統計学的には差がない結果となりました。表2のほうですけれども、自施設の初診から直接治療までの日数について、拠点病院と拠点病院外で比較しましたところ、30日以上かかった割合が拠点病院かそうでないかによって差が存在し、拠点病院のほうが長い傾向にありました。紹介状がなく、直接拠点病院を受診していることなど拠点病院と拠点病院外の機能分担が不明確なため拠点病院外でできる検査や治療までもが拠点病院内で行われてるかも

しないなどというようなことが推測されるところです。どのような治療も検査も拠点病院が担うのではなく、それぞれの医療機関が担う役割を整理し連携することで診療のバトンリレーがうまくいけば、がんと疑われてから治療までがスムーズに行われ、がん患者さんや家族のＱＯＬの向上につながるのではないかと考えております。

今回ごらんいただきました結果はほんの一部であり、がん種、ステージやあと年齢等、患者さんの背景等について、あらゆる観点から分析する必要はございます。今後、患者のアンケート結果であったりとか協力いただきました医師のインタビュー結果を含めまして分析を進めていきたいと思っております。調査の報告は以上になります。

○武末委員 少し私のほうから補足させていただきます。消化器がんの調査、恐らく皆様にとって唐突だったので全体的な流れがわからなかつたので、全体的な流れをちょっと説明してくれと言ったんですが、少し言葉足らずのところがございましたので、私のほうから御説明します。

もう一度、資料の1ページ目に戻っていただきますと、アクションプランの実行についての下に目標としてがんによる死亡率の低下、がん患者がＱＯＬ高めるというのを埴岡委員がきょう提出していただきました10ページの上のほうの全体目標のところにある左から1つ目、2つ目でございます。実はそれとは別にがん対策としてではなくて奈良県は医療を中心としたまちづくりとして、この吹き出しになってるような病気とともに暮らしやすい地域づくりというのを目指しております、そういう意味では、一番右のがんになっても安心して暮らせる社会の構築というところも、もう既に、むしろがんが1パートとなって取り組んでいるところでございます。知事のほうから、ここ吹き出しで県民目線の新たな指標というところの話がありましたのは、いろいろ今バージョン1のアクションプランに取り組んでいただいているんですが、この計画を推進すると、何がどのようによくなるのかがよくわからないという御指示がありまして、わからないところもあってもいいんだけれども、幾つか県民の方に5年間の計画をやるとこんなによくなるんだよというような何か指標がつくれないかと

いうことがあって、県のほうで例えばだけども、がんで若い人が亡くならないというのと、がん難民にならないというのをピックアップして、それをロジカルにデータに基づいてデータベースポリシィみたいな感じで組み立てていくと、こういうような形になるのかなということで御説明申し上げました。若い人が亡くならないというところを2ページとか3ページで検診、しかも検診のパートだけをちょっと分析して施策化すると、検診というのはこれぐらい寄与するんではないかというある程度の目安が出るだろう、指標が出るだろうということです。2つ目のがん難民にならないというところが消化器がんの調査を試しにやってみましょうということでございまして、それについては5ページのところを見ていただきますと、目標達成するための対策案とございます。知事からもう1つわかりやすい指標をつくってほしいということと、がんの対策の体系化をちゃんとして推進してほしい、今各部会でそれぞれ取り組んでいただいているんですが、どこの部会がどの目標のどこの部分を改善していくのかという全体的なグラウンドデザインをかいて各その位置づけも明確になるようにというところで、県の1つの案としてかいたのがこの5ページの症状、検査、検診異常、受診、確定診断とあとさまざまな緩和治療、ホスピス、治癒、こういう流れにがん患者がのっていくのではないかと、その流れの中でどういうふうに取り組めばいいのかということを多少体系的にやると比較的この四角で書いてる1, 4, 5が死亡に関与するというところで、先ほどの全体目標から言うと、がんの死亡の減少というのは1, 4, 5なんですかけれども、全体目標の右側、QOLの向上とか安心して暮らせるというのは、実はここで提案したかったのは、今のがん登録では実は死亡に関する事はあっても、QOLの向上とか安心して暮らせる社会のインディケーターはないんじゃないかなというようなことで、やるとすればというところで6ページの奈良のがん登録でQOLの向上とか、がんになっても安心して暮らせるとは何ぞやというところを試しにやってみるとこういうことになるのかなというようなことで手法的にこの消化器がんというのをとってやってみたということでございます。

大体、私の補足は以上でございますけれども、そういうような進め方で、プラス従来からさまざまな病院でクリニカルインディケーター、指標の管理とそれによるクオリティコントロール、医療の質の向上と病院間によるベンチマーク、比較をすることで質の評価をするということについては県のさまざまな事業で取り組んでいただいているところですし、それをクリティカルパスの中に埋め込んでいって、データを取りながらプロセス管理もしていくというような取り組みも幾つか試みているところです。まだまだ試行錯誤の段階でございますけれども、そういう全体像の中で比較的がんというのは、もともとがん登録やステージングみたいなケースミックスもきちんとできておりますので比較的クオリティコントロール、クリニカルインディケーターによるアウトカム評価というのは比較的やりやすい分野かなというような発想のもとで、気がつけば専門用語べらべらで済みませんが、やってきたところの中で、従来の5年生存率のがん登録ではできないところも多少はこの全体目標がQOLの向上とか安心というところに関してやるのであれば、こういうやり方があるのかなと。ただやはり郡先生からも御指摘がございましたようにインディケーターを出すときにはどうしても入力、記載、集計、分析というエフォートが生じますので、それをどこまでやるのかというのは、ちょっと厳選してやっていく必要があるのかなと思いまして、これはやるやらないということを別として、まずこれがどういうものを出すのかということで全体のエフォートの中でどれぐらい割いていく価値があるのかなということを検討していただければというふうに考えております。捕足ちょっと長くなりましたがこれども以上でございます。

○長谷川座長 どうもありがとうございました。ちょっと話が複雑になってきましたが、次の計画をつくるに当たってという総論的な話と、それから後のはうにありますいわゆるデータ集め的な話がちょっと一緒になってしまってるんじゃないかと思うんです。もちろん一緒というか、同じ目標に向かってるという意味では、そうかもしませんけれども、どちらからいきましょうか、総論的に計画をつくるため、例え

ばさっきの5ページにあるんでしたっけ、検診率を下げるとか均てん化するとか緩和ケアを実施するというのは、従来もあったものをさらに強化するということでよろしいんじゃないかと思いますけれども、とりあえず後のほうの消化器の話は次にして、先に全体的な方向性に関して何か御意見ございますでしょうか。多分一緒に話をするとごちゃごちゃになってしまふので。どうぞ。

○山崎委員 浩みません、まずがん難民という言葉ですよね・・・資料の9の1に示していただいている定義ありますけれども、それぞれ全然ばらばらなんです。がん難民という言葉、僕ら医者にとっても余り一般的ではないんです。確かにマスコミの中ではすごい取り上げられてあれですけれども、医者の中でもがん難民って何やということに対してものすごくぶれがあるというか認識にものすごい違いがあるので、これを何かインディケーターとか1つのキーワードにするのは僕自身は非常に危険があるんじゃないかと私は思います、皆さんの意見はどうでしょうか。

○長谷川座長 どうぞ。

○郡委員 実は、がん登録部会でも、この消化器がんの調査結果の解析について検討したんですけども、やっぱり先生の言われたがん難民というまずその言葉の定義というか意味合いからすごく問題じやないかという意見が集中しました。それで私、外国の医療状況はそんなに詳しくないんですけど、例えばオーストラリアで熱出してせきが出ているといって開業医の先生のところに行つたって、レントゲンがほとんどないですね。レントゲンは1週間後にどこそこに予約しましょうということになって、そこへ撮りに行くわけです。そのころには熱下がっちゃってるんですね。それから、イギリスは医療トラストということで地域で医療を統括してるわけですが、例えばある地域では70歳以上の肺がんには化学療法やめましょうということになったわけです。どうしてももらいたい人は、ロンドンまで行って私立の病院でお金を出してやってくださいということになってるんですね。そういう現況から見ると、日本のがん患者さんは、とても難民という言葉には当てはまらない、極めて恵まれた環

境にあると思います。難民というと何か行き場がない患者さんという感じになるので、それは違うので、一般の患者さんに非常に不安を引き起こすんじゃないかなということで、僕もがん難民という言葉は使わない、使うんだったらきっちとした定義のもとで使うようにしないと言葉がひとり歩きして危ないんじゃないかなという意を強くしております。

○長谷川座長 いかがでしょうか、いろいろ議論があるとこだと思います。例えば私も放射線治療を専門にやってると、アメリカのほうで放射線の治療受けるというのは非常にハードルが高いんですね。例えば極端な例を挙げますと、500万とか1,000万とか、そのぐらいかかる治療がございまして非常にハードルが高い。中には1,000万、2,000万かかるような放射線治療ございます。お金の問題じゃございませんけども、ですから日本の国民皆保険で皆さんがそういった・・・な治療であったり、まだもちろん問題点はたくさんございますけど、今御指摘があったことというのは、よく言われることではございますね。恐らく反対の意見もあると思うんで、もし今のがん難民ということに対して何か御意見ございましたら、ぜひどうぞ。

○埴岡委員 がん難民というのはあるんだと思うんですよね。とらえ方に関しては、うまくとらえて定義をしっかりと方がいいというのはそうでだと思うんですね。イギリスとかアメリカと比べるというのは非常に難しいんですけど、一種の保険制度の違いと経済効果という考え方に入ってるので、一面を言うと余り正しいとらえ方じゃなくて、やっぱりイギリスは家庭医が発達しているので家庭医のところでしっかりと・・・がされて適切なトリアージがされるということが前提なので、待ち時間がかって多かったというようなことはあると思うんですけど、今連携とかいうことであれば一定の責任体制ができると思いますし、標準治療の遵守率などに関しては、ある程度補足されてるというイメージもあると思いますね。それからアメリカの場合も、がん拠点病院でがんの9割が治療されているということで標準治療に関してのカバー率が非常に高いということがありますので、一方の保健に入ってない方に関してはチ

ヤリティーがありますので、例えばMDアンダーソンで治療がそんなに人によって変わってるかというと、どんな方に対してもMDアンダーソンは同じ標準治療をしているので余り一面的なとらえ方はしない方がいいと。日本においては国民の希望でがん対策基本法ができて不十分なところを直していくと言つてるので、具体的に今不十分なところをお互い直していくというスタンスで基本的にいいと思うんですね。

今県庁のほうから説明があったことに関してもお話ししてよろしいでしょうか。今日の私の資料の10ページ目スライド19番、きょう地域の独自性が必要だという話を強く言ったんですけど、逆に言うと、骨太な枠組みは国際標準とか国の標準に沿ったほうがいい面もあります。例えばスライド19の中で、どこが守るべきかと言うと、周りの枠組みは守ったほうがいいと思うんですね。一番上にある3大目標は先ほどもおっしゃったように、奈良県は先取りしたときもあるんで、上の3本目の安心社会というのは先取りされてた。この3本という枠組みとプロポーションはしっかりと守ると。一番左の死亡20%減少のうち、国では大体均てん化、医療の質の向上で5ぐらい、4ぐらいを検診で1.6ぐらいを予防、たばこ対策で減少させるという比率があつたので、基本的にはちょっと数値は不正確で済みません。割とその枠組みは守ったほうがいいと思います。QOLの向上に関しては目標を掲げてるだけで実際、実態わかってなかつたので、これから攻めていくところというか見ていくところ、安心社会も同様ということだと思います。真ん中にこのデータの集積方法が3つあるんですけど、一番下にある地域がん登録、これは奈良県風地域がん登録として他県より一步先んじるのは非常にいいことだと思いますし、左側の医療情報に関してはクリニカルインディケーターを入れたり機能情報を充実させていくということは極めてこれはまたいいことだと思います。右側の患者調査に対しては、恐らく奈良県のがん患者調査等をしないと、いわゆる先ほどから出てるような患者視点ということは完全に捕捉できないので、この真ん中にある三角形、下は地域がん登録を強化し、左は医療の質を図る決め手となるものを二、三指摘して、患者調査は何らかの形で、ここで集めたデ

ータを編集して上の3つを図るもののが出てくるわけですね。例えば安心社会というと患者満足度調査で医療を受けたときに困らなかつたとか、職場ともうまくいったとか、そういう声を拾えば出てきますし、QOLも患者調査から出てきますし、医療従事者の意識調査からも幾分か拾えるということです。

下のほうに国のはうは、がん医療で6本の柱、それから個別の柱で9引く1になりますから8、合計14本立ててるわけですけど、その他を除くと13本の立て方ですると、これを奈良県が少し束ねて13本じゃなくて10本にまとめるとか、そういうのはあると思うんですけど、この区切り方を全然ランダムにしちゃうのは、恐らく避けたほうがいいと思う。個別の柱のうちのこの指標も基本的に真ん中の三角形のデータ集積の中から切り出して、例えばがんの早期発見でしたら地域がん登録のデータからわかりますし、社会的な問題でしたら患者満足度調査から出てきますし、相談支援・情報提供に関するインディケーターはどこから出てくるというふうになるということだと思うんです。

先ほど県庁の説明を聞いてますと、誤解だと思うんですけど、あたかもがん検診一本で勝負するみたいな感じのニュアンスも出てたんですけど、やはりがん対策基本法3本柱、特に医療の均てん化というのは柱ですので、そこは揺るぎない形に考えかないと、後で修正するとすると大変なことになると思いますので、それは言えるんじゃないかなというふうに思いました。ちょっと長くなりましたがコメントです。

○長谷川座長 どうもありがとうございました。いかがでしょうか、その方向性について県はお示しになられてたのと、多少微妙に違いますが、根本的にはそう大きな違いはないかもしれない、組み立て方なんですか。貴重な御意見いただいたと。どうぞ。

○郡委員 奈良のがん登録というお話が出たんですけど、確かにこういう項目でがん登録が行われれば、どこで診療の停滞が起こっているかとかQOLにもかかわるようなインディケーターが出てくるのかもわかりませんが、ちょっと僕が今危惧している

のは、去年の秋からがん登録が始まって、さっき森井委員の意見にもありましたように、実はひょっとすると奈良県のがん発生の6割ぐらいしか捕捉されてないんじゃないかなという状況の中で、これだけのデータを集めるというのは、ちょっと段階を経てないような、ほかの言葉で言うと、柔道で受け身がまだできてないのに高度な技を練習するようなことになるんじゃないかな危惧しています。

○長谷川座長 この点については、恐らく実は前回のこの協議会からの宿題というとあれですけども、がん登録がまだなかなか進んでない段階で、もちろん非常に根本的な考え方は立派な考えなんですけども、現場も疲弊してさっきも出た均てん化とか医療のレベルのそういうことがちゃんとできていない段階でさらに大変なことをやってデータを集めることに終始しても結果的に得られるものは果たしてその努力につり合うだけのものがあるかということをぜひ今回の消化器のパイロットスタディ的なもので、その能力と得られる情報が御指摘あったようなことと比べてどうかということを見るためにやっていただくのはいいんじゃないですかというのが前回のここでの最後の宿題だったと思うんですが、そういう点に関して・・・今の講義のことも含めて、どうぞ。

○埴岡委員 济みません、もう一度、同じ図を見ていただくと、奈良県型地域がん登録というのは基本的にこれと同じなんですね。国の図では、下に地域がん登録が書いてあって、左にさまざまな医療機能調査が書いてありますけど、左のボックスには連携と調査も例えば入れるわけですね。連携と調査と地域がん登録と一緒にやれば、今奈良県でおっしゃってたような奈良県型の地域がん登録なんで、これを別々に調べて後で束ねるか、地域がん登録を調べるときに一緒にひっかけてくるかという順番の度合いで、最終的なゴールはさまざまなデータを統合連結して患者さんの実態なり個別医療なり連携の質を図っていくということは、目指す姿としては一緒なので、そこはどっちが正解かという話なので、全然違う道じやなくて束ねて調べるか個別に調べて束ねるかという問題なのかもしれない。

○長谷川座長 御指摘の点は、理論的には非常にごもっともな話で、そういうデータが簡単に出るんであれば当然あった方がいいのは決まってるんですが、現実的に例えばほんとの意味でのさっきから議論になってるいわゆるがん難民を結局ワンポイントで調べるんじやなくて、リアルタイムにある程度追っかけてデータを出したり、そういうことをやっていくとどうも消化器のパイロットスタディ的なもので目指したものをするには、もちろんできれば地域がん登録と一緒に最初さっと入って、さっとできてしまえばいいんですけども、現実的にいろいろ話を聞くと、忙しい現場にさらに負担をかけるのかというような状況で、言われたように簡単にできるであれば全く賛成なんです、我々も。今例えば地域がん登録ですと、院内がん登録とか今データを提供するだけでそのままいけますので、ほとんど負担にならないんですね。ところが、これを足すことによって結果的には負担がふえると思うんですね。そういう意味で今回やられたスタディが地域がん登録にちょっとつけ足すだけで簡単にできてしまうんでは何も反対する理由ないので、埴岡委員言われたように、それはやった方が情報ふえて悪いことにならない。でも結果的に負担をふやすだけで得られるものがわずかなのに負担ばかりふえて、かえって現場の医療が停滞するようなことが起こるんであれば全く本末転倒なので、そういうことをほんとに全部のがんでこんなことできるんですかということを今回の手間暇と、あるいは一緒にできるかどうか含めて回答していただきたいと思います。

○武末委員 まず多分地域がん登録のほうは捕捉を100%を目指していくとすれば、6割から上げていくときにやはり歩どまりというか、だんだんハードルきつくなりまですね。エフォートエフェクティブがだんだん下がってくるんじゃないかなというところがあります。

ならのがん登録は、すべてのがんですべての人に対してやるというよりは主な病院である程度やっていけばいいんだというような少しサンプリング調査的な発想でもいいのかかもしれません。まず1点がそのことです。

2点目が多分がん登録に対して先生方が多大な労力をかけながらでもできるというのは、恐らくがん登録やんないと自分の通知表というか自分のやってる治療成績がわからないから当然がんに携わる者たる人は、がん登録やらないと自分が何やってるかわかんないからやりたいという思いがあるからでしょうけれども、一方で県民から見ると、今自分の個人情報を提供しても5年後にひょっとして自分は死んでるかもしれないのにやるということについて、なかなか個人情報の提供に対する同意も得られにくいでしょうし、今からがん登録を始めたとしても、従来の枠組みだと5年後ぐらいしか成果が出てこないのであれば、その間はどうなるんだろうというところがあって、できれば1年単位である程度のことがわかるというようなものが必要かなと。これはがん対策推進計画あるいはアクションプラン全般に言えることなんですけれども、とにかく県庁の議論でなかなか医者じゃない一般の人たちには、このがん対策何やってるかわからない。がん推進計画が達成されたら、どういうふうにがん医療がよくなるかわからないということで、かなり保健予防課を初めとして予算要求で苦労してるんですけれども、その中で冒頭で申し上げた県民の目線でわかりやすい何か指標をきちんとつけていただけだと、かなり県民にもアピールしやすいし、それが年々よくなっていくということであれば、やっぱりいろいろな調査に対する協力も得られるのかなというふうに思います。

○長谷川座長 どうもありがとうございました。今の御意見について、どうぞお願ひします。

○加藤委員 県民に対しての指標というのはすごくよくわかるんですけども、県民に対する指標であればあるほど、その定義が県民が思ってるのと・・・だと思うんです。だから、がん難民と一般に言ったときに県民が何を思うか、この定義を考えられるかどうかですね。がん難民というのは非常に中途半端な言葉で、多分こういう言葉でがん難民を考える一般の方というのは少ないんじゃないかなと思います。だから目標を立てるのはいいんですけども、がん難民という言葉をここへ使っていいかどうかと

いうのは非常に大きな問題だと思うんですね。一般の方、県民視線で・・・してれば、がん難民という言葉を使っていいかどうかというのは非常に大きな問題だと思うんですよ。

それともう1点は、がん登録というのは今拠点病院とかだけの抽出でやつたらいいんじゃないのかという話ありましたけど、やっぱりがん登録というのはすべてのデータの基本になるやつですから、その内容はどうするか別として、がん登録ができないとすべてのデータのもとが出ないという形になると僕は思うんです。その辺はどういうふうに考えられてるのかなという気がするんです。いかがでしょうか。

○長谷川座長 ちょっと1点・・・確認ですね。サンプリングでもいいということを言われたんですけど、一方で、がん難民を言われたように、がん難民という言葉としても、そういうデータが必要だという一方でサンプリングでもいいというのだと、ちょっとまたそこも矛盾しますが、そこも含めて今のことについて回答お願ひします。

○武末委員 がん難民にならないというのは、知事から県民目線の新たな目標というところで、ひとつ県がアイデアとしてやったものですから、まずこれにこだわらなくて、もう少し個別の評価で県民ががん医療でちょっと不安になっているということを定義してもらえばいいし、名前や定義が悪いのであれば、そこは別にがん難民でやりましょうっていうふうに決めてここに出してるわけではなくて、県庁の中でよく使われているがん難民という言葉を少し定義してやつたらこうなりましたと、こういう考え方でやりませんかという1つのサンプルでございます。サンプリング、多分全数調査をしなければならないという側面は、多分私は、表現悪いですけど他品種他進行的ながん登録では必要なかもしれませんけれども、例えば何か発症、あるいはがんを疑われてから病気の治療を受けるまでというような比較的シンプルな測定のインディケーターについては、別に全数調査を行う必要もなくて、当然母集団からバイアスがかかってるであろうという前提で1つの目安として使っていくというのはあるかなと。もちろん全数やるほうがいいんですけど、それがやればやるほどだんだん10%、

20%、何十%と積み上げてくるに従ってエフォートはかかるべきで比較的、
医学的に大きく外れない程度であるとか、これは例えば拠点病院でやってみたらこう
なりましたというバイアス承知でやっていくやり方もあるっていいのかなと思います。

○長谷川座長 そうしますと、最初の目的と大分ずれるんじゃない、目的と実際。
例えば拠点病院がやったのと医師会の先生方が取ったもんと全然違うデータが出るん
じゃないですか、本来の目的だと。それと同時にもう一つ・・・。

○武末委員 ですから例えばですので、それはここで話し合っていただいて、どう
いうものが県民目線の新たな指標でいいのかというのは、それこそこの協議会で考
えていただければと思います。

○長谷川座長 もう1点ちょっと確認で言われたんですけども、5年後には無理だ
から、どんどん新しく出るようなリアルタイムのようなデータを取っていくという考
えだと思うんですけど、そうすると、それが地域がん登録のような、どっちかという
とワンポイント的に取っていくデータと同時に進行できるかというと、やはり手間が
随分ふえると私は思って、以前からそう指摘してるんですけども、ですから武末部長
言わされたことと、今までの青木委員を中心にやってきた考え方の方向性が必ずしも一致
してないというふうに私は思うんですけども、実際がん登録、今回担当された方とし
てはどういう方向性されたか、そこだけ説明していただきたいと思いますが。

○事務局 一応やはり地域がん登録登録は年数がたって5年生存率とかがわかりま
すので、今タイムリーにというふうに患者さんの目線で何か見れるものがというふう
に考えていました。

○長谷川座長 その点はよくわかったんで、それをだから違うと出そうとすると、
ほんとに同時にぱっと一緒にできるようなことですかということになる、全然手間が
変わらんじやないですかということをさっきから指摘してるんで。

○事務局 その具体的なリンクの仕方とか、先ほど埴岡先生おっしゃっていただいた
埴岡先生の資料の10ページ目のところの真ん中の3つの患者関連とか患者満足度、

あと下に院内がん登録、地域がん登録の分のシステムの点々の矢印、その仕組み的な、これ全体を今後連携を進める必要あるというふうに書いていただいてますが、ここに使える、引っ張り出せる方法みたいなのを今回パイロットをやらせていただいて、まだ分析が中間の報告しかできていないんですけども、細かく分析させていただいて、現場の先生方疲弊されているというふうに聞いていますので、そのあたり負担がかからない何か方法はないかということを今回の御協力いただいた調査をもとに検討したいと思っています。そのタイムラグとかいうのは少し今の中では具体的なイメージとしてはお示しできるものは持ち合わせてないです。

○長谷川座長 結論的にはまだわからないということですね、その宿題に対して。

○埴岡委員 今見ていただいている図、資料10ページ、カード19番、先ほどから何度も見ていただいている図ですけど、この真ん中のところに3つの四角があります、三角形で。地域がん登録が下にあるのは、これはやっぱりほんとのインフラなので、絶対やらなきやいけないというのがあって、せっかくやってるのに9割以上捕捉率ないと使えないで、これは絶対やるというインフラとしてとらえられてると思うんですね。左側にある機能調査に関しては、ここまだまだクリニカルインディケーターもなかなか議論の余地があるので改善途上でしょうし連携資料なんかもやっていくと。これに関しては全数調査がいいとはいえる、やはり施設単位である程度捕捉しながら広げていく考えだというふうに思っています。

それから右側は患者満足度調査ですけども、これはもし知事なり奈良県が患者目線で、県民目線で資料を捕捉していくということになると、ここは大きなテーマになってくると思うんで、まずここで1つ柱を立てていかなきやいけないということですし、それは奈良県版の患者満足度調査みたいなものを試行するのかもしれないなと思います。私ちょうどこの間の金土日と国際会議で世界じゅうの医療消費者、患者団体が集まってWHOとかの人も集まって、患者中心の医療度を図るインディケーターというテーマの会議に出たんですけど、そこで言われていたのは、WHOの21世紀医療ビ

ジョンみたいなもので患者中心の医療というのがうたわれると、患者中心の医療を図るインディケーターは何かというと、5つの柱があるということで、尊厳、患者さん中心、尊厳、それから治療決定、患者さんの意見を聞きながら決めるということと医療政策に患者さんが参加しているということ、情報提供ができるということと公正なアクセスということだったんですけど、かなり指標があるものと全然指標がないものもあるねということだったんですけど、とりあえず奈良県の場合は今言ったような5つの柱とかを患者満足度調査で仮に計測を始めるというのは要ると思うんですね。もちろん今言ったようなものも患者満足度調査だけでは抽出できないものがあって、実際は医療従事者のアクティビティというか日々やってる実践をモニターしなきやいけない部分もあるんですけど、要するにこの三角形、奈良県でも地域がん登録は必須、左側はどんどん開発して、右側で1つ柱をつくる必要があると、これがないと上の3つの全体目標も図れないし、下の奈良県の分野別の方も図れなということになる。それをいかに連携して、部分と全体を組み合わせて全体を推計していくのかというのは知恵の絞りどころ。

○吉川委員　　これ前回の協議会でもたしかディスカッションもあってパイロットでやるということになったと思うんですが、今までお話を聞いてると、実際こういうパイロット的でもスタディした検討をされて、その手間と実際の効果を検証する必要あると思うんですが、根本に戻ると、そしたら奈良県の地域がん登録は何を目的にするかというディスカッションをもう一度やる必要があるんじゃないかなと思います。今回のパイロットスタディというのは恐らくがん難民という言葉が適切かどうかは別にして、アクセスが悪いと、今埴岡委員がおっしゃったようなアクセスが悪いという患者の満足度調査、去年、おととし実施された中でのことから地域がん登録を利用できなかなという発想で始まったと思うんですけども、実際、院内がん登録だけでも病院の医者というのは疲弊してる中でいかにやっていくかっていうのが1つの病院側にとっての問題であります。逆に理想論としてこれを加藤先生もおっしゃったように、全

部の患者ができれば当然いいんでしょうけども、そこをいかに調整をしていくか、それからもう1つは効果という点で、今パイロットスタディで出てるデータを見ると、患者の皆さん驚くとは思うんですけども、実際にこれが予後に、いわゆる生存率にどんなだけ影響するかというと当然病院の医者というのは良心を持ってますから、実際予後には僕は影響してないと私は考えたいんです。そうしたときに、患者さんの要望と実際というのをどこまで取るかというのと、地域がん登録、そこに戻ると、どういうふうな定義でどういうふうに利用するかというのをもう一度議論したほうがいいんじゃないかなと私は思いますね。

○森井委員 ちょっと提案なんですけど、僕のところは最終的にがんの患者さん来て、僕んところで亡くなることが多いんで、亡くなつた方のがん登録をせつせと書いてるわけなんんですけど、まず紹介状の時点TNM分類を書いてくださってる紹介状なんてほとんどなくて、空欄だらけのがん登録を出してるわけですね。1つの方法論として一番ええかなと思うのが、まず初期診断の病院、それから治療の病院で、最終的にホスピスへ行くか連携病院行くか在宅に帰るかについて、常に患者さんと一緒に登録票がついて回って最終的な転帰のところで出すと、だから治癒やつたら治癒とみなした転帰のところで県に出す、亡くなつたら亡くなつたところで出す、でないと僕が出たやつと県立病院が出たやつと途中の病院が出たやつと、全部後で束ねないと1つのデータにならないから、物すごい手間やと思うんですね。だから、そういうのを患者さんと一緒に私のカルテにセットしてもいいかもしないんですけど、それにがん登録票が患者さんが移動するたびについてくる、1枚ずつといかないと多分統計がすごく大変やと思うんです。

○長谷川座長 そろそろ時間がなくなってきたんですけども、非常に的確な御指摘ですけど、現実的にはがん登録制度上は、それ無理なんですよ。制度上出さなきやいけないという人が非常に私も基本的には賛成なんですけど、時間が・・・。

○事務局 4時半ということで、申しわけありません。今御意見いただいたものを

今この場で決定なりいうのを進めるのは時間的にも無理ですので、次年度にずらしていただきたいというふうに思っております。

それで最後なんですけれども、今の資料9の最後9ページ目と10ページ目に次年度の次期計画策定の進め方ということで書かせていただいております。4時半過ぎて申しわけありません。先ほど埴岡先生の方からいろいろ国の動き等御意見等いただきましたが、奈良県でも24年度は25年度からの次期計画の策定作業に入ります。奈良県は計画策定が遅くなりまして、今年度はほんとに皆様の多大なお力をいただきまして昨年度末に策定したアクションプランの実施に邁進した1年でございました。次年度の作業のイメージとしては、これまでの取り組みの評価と各分野の数値目標の検証を各部会で行っていただいて課題の整理をして、その上で次期計画の重点的に取り組むべき課題や施策について検討いただきます。各部会の検討結果を骨子案として取りまとめて協議会で報告、検討させていただきます。協議会の意見を踏まえて次期計画原案を作成、そしてパブリックコメントの意見を踏まえて最終案を作成して協議会、部会での承認等を経て公表となります。

最後の1枚、10ページは、時系列のスケジュール表でございます。上段は国の動きで下段は県の動き予定を書いております。協議会は24年度8月、10月、3月ころに予定しております。いろいろプロセスの中で先ほどおっしゃっていただきましたように、患者さん、それから住民の方を巻き込んで意見を聞いて論点を整理させていただいて、よいがん対策計画、よい計画をつくりたいなというふうに思っておりますので、プロセスの中で、まだこれは私ども考えてる今案ですので、その間にまた部会の先生方、部会長様方お集まりいただく機会もあるかもしれません。次年度は今年度以上に皆様のお力をいただく必要がありますのでよろしくお願ひいたします。

それと最後ですが、一番後ろに奈良県がん対策推進計画の次期計画策定に向けての御意見の記入用紙をつけております。今回いろいろ御意見まだおありかと思いますが、時間が参りましたので申しわけありませんが、下に書いてあります4月6日までにメ

ールまたはファクスで事務局まで御意見をいただきますようにお願ひいたします。事務局からは以上でございます。

○長谷川座長 済みません、まだ議論の途中でいろいろ言い足らなかつた委員の方もたくさんいらっしゃると思うんですが、そういうことでファクスあるいはメールで御意見をいただきて、必要があればまた委員の方にも一応伝えていくということで、そうさせていただきたいと思います。余りに問題が山積しておりますので、そういうことで御理解いただきております。ということでおろしいでしょうか、どうしても一言だけという方がいらっしゃいましたら、30秒以内で。

○郡委員 がん登録のことですけど、1つの提案としては若年者で死亡率が高いようながんに限定して、それで奈良県のがん登録というのをパイロットでやってみて、そこから得られたデータの中でどういうふうな介入策があるのかを考えて、それで実際に介入をやってみたときに最初のときに比べて例えばQOLとか患者さんの生存率が改善してるかどうかを検討する。それでもし効果があつて、しかもそれに費やす労力は許容できる範囲内だということになれば、ほかのがんにも同じようなことを適用していくというふうにやるのが1つの方法かなと思います。いきなりすべてのがんに手を出すのは効果も不確かだし労力がどれぐらい費やされるかもわからぬのに、全体の施策としてやるのはあんまり得策じやないんじやないかなという感じを持ちます。

○長谷川座長 どうもありがとうございました。この点についての御意見も含めてファクスあるいはメールなどでいただければと思いますので、事務局の方に・・・。どうもありがとうございました。

○事務局 長時間にわたりましてありがとうございました。来年度の協議会につきましては夏ころを予定しておりますのでよろしくお願ひいたします。本日、お車でお越しの方につきましては、駐車券を受付までお持ちいただきますようお願ひいたします。本日はどうもありがとうございました。

閉会 午後 4時 40分

