

令和元年度 秋田県健康づくり審議会 がん対策分科会

議事概要

1 日 時 令和2年2月3日（月）18時～19時30分

2 場 所 秋田県議会棟2階特別会議室

3 委員の出席 出席委員数：16
欠席委員数：0

4 議 事

(1) 報告事項

- ① 令和元年度健康づくり審議会 各部会の開催状況
- ② がん対策の取組について

(2) 協議事項

- ① 第3期秋田県がん対策推進計画の中間評価について（案）
- ② 学校におけるがん教育について

(3) その他

- ① Advance Care Planning の啓発について
- ② 緩和ケア指導者育成について

議 事

(開会宣言、健康福祉部次長あいさつに引き続き、議事を開始した。)

議事(1) 報告事項①各部会の開催状況について

(事務局から資料1により説明)

- **分科会長** 一番大きく変わるのは胃内視鏡検診の部分だと思うが、戸堀委員、検診体制について御意見があればお願いします。
- **戸堀委員** 以前から、胃内視鏡検診を導入すべきという話があり、ようやくその体制が取れるようになったことは非常に喜ばしいと思う。内視鏡検診自体は医療機関が執行し、事業団が結果処理をすることになっている。今までは検診機関が検診をしてきたが、医療機関が担当するというので、医療機関がどれだけ参加するかが内視鏡検診の普及について重要な点だと思う。
- **分科会長** 胃内視鏡検診は早期がんをどれだけ拾い上げるかということだと思うが、死亡率の減少に結びつくエビデンスについて、本山委員、御意見はあるか。
- **本山委員** 早期発見によって死亡率の減少が導かれると思う。胃がんは全国的に減少しているが、本県は横ばい、あるいは微増という状況なので、この時期に内視鏡検診に移行するのは有効な手段だと思う。
- **分科会長** 内視鏡検診は、検診の有効性を県民に十分情報提供し、早期発見につなげることが重要だと思うので、現場でも安全性には十分注意しながら確実な検診を行い、ノウハウなどの情報提供は大学病院を中心にお願ひできればと思う。また、子宮がん検診の液状化検体細胞診について、軽部先生、御意見等あるか。
- **軽部委員** 液状化検体細胞診とは、細胞採取時の不純物を取り除いて子宮頸部細胞だけを観察、診断する世界標準の検診方法である。液状化検体を用いることで、子宮頸がんの原因であるヒトパピローマウイルスと細胞診を同時にできるようになる。本県の子宮頸がん検診の精度管理が非常に進歩したと考えられる。
- **分科会長** 本県はがんが多いので、全国レベル、国際レベルのがん検診に少しでも近づけるように県全体で努力していきたいと思うので、県からも協力をお願いします。

議事(1) 報告事項②がん対策の取組について

(事務局から資料2、資料3により説明)

- **分科会長** 資料2、3を通じて、御意見等あるか。
- **本山委員** 昨年度、県の委託により、秋田大学医学部附属病院で市町村別のがんの早期診断割合と死亡率に関するデータを作成したところ、市町村ごとに大きな差があり、また、早期発見が行われれば、がん死亡率が下がることが明確に示された。資料3-2を見ると、「がん検診を定期的に受けることが良いと思う」と

回答した県民が81.8%いるにも関わらず、資料2-4のがん検診受診率は非常に低い。特に注目すべき点は、市町村によって受診率に大きく差があることであり、ただ悪い、差があるという現状を伝えるのではなく、なぜ差があるのかをある程度把握していれば改善策につながるのではないかと。県はこの差がどこにあるとお考えか。また、市町村の委員にも御意見をいただきたい。

- **分科会長** 本山委員の御意見に対して、県で何か資料を持ち合わせているか。
- **事務局** がん検診については、市町村ヒアリングを行っており、3年間で25市町村を訪問する予定である。日曜検診や夕方検診を行ったり、特定健診とがん検診をセットで行ったりと様々だが、市町村によって特に差はない。受診率は徐々に上がっているが、新たなアイデアが出ていない状況である。市町村で受診率に差があることについては、分析に至っていないのが現状であり、我々の知らない実態について、市町村の委員から御紹介いただければと思う。
- **分科会長** 茂木委員、お願いします。
- **茂木委員** 秋田市保健所の保健予防課でがん検診を担当している。資料2-4で一番受診率の低い秋田市としては本当に肩身の狭い思いである。秋田市では、全ての対象者に通知することが難しい状況のため、がんを発症しやすい年齢をターゲットに個別に通知を送っている。全数に勧奨したり受診券を発行できる市町村は、高い受診率に繋がっていると分析している。なかなか全数には送れないため、工夫を加えながら通知しており、これまで受けていたのに受けなくなった方には再勧奨を考えている。
- **分科会長** 石上委員、お願いします。
- **石上委員** 北秋田市の受診率も実はあまり高くない。近隣の能代市は結構高く、大館市は北秋田市よりも若干高めである。何か違う取組をしているか聞いたところ、ほとんど変わらなかった。もしかしたら個々への動機付けが違うのではと思ひ、例えば、地域的に低いところには出前講座で検診のメリットを話すことで受診率が上がるのではと考え、来年度はもっと踏み込んで進めようとしている。事務局の説明のように、がん検診と健康診断を併せる方向で考えていたが、それだけでは受診率向上には繋がらないことが分かった。
- **軽部委員** 資料2-4の注意書きに「受診率が100%を超える場合がある」とある。検診受診率が100%を超えるということはなく、信頼できる数字ではない。受診率の分母と分子を正確に把握して、正しい受診率を算出する必要がある。
- **事務局** 資料2-7で説明させていただいたが、これまでの算定方法では実態が正確に反映されないところがあった。分母の対象が5年に1度の国勢調査等を元にしていたり、職域等で受診機会のある方を除いているが、市町村が実施する検診を受けると分子に含まれてくるということもあり、100%を超える状況になっている。それを改善するために、今後は国の出し方に合わせることにしている。
- **軽部委員** 例えば、そこには住んでいない人が職場で検診を受けた場合に受診率

- の分子の数が変わってくる。分母を住民台帳から得られた人数として計算していると考えられるので、受診率が100%を超えてしまうという現象が起きてしまうのではないかと。今後、正確な検診受診率を算出するよう改善していただきたい。
- **事務局** 以前からそういった御指摘をいただいております、今後は国の出し方に合わせて、対象外の方が分子に含まれることがないよう改善していきたい。
 - **分科会長** 軽部委員の御指摘について改善されたかどうか、事務局は次回報告していただきたい。
 - **事務局** 資料2-7のとおり、国と同じ出し方をすると経年比較ができなくなるため、来年度からは、同様に算出した平成27年度以降の数値も示すことで推移がわかるようにしたい。
 - **分科会長** 軽部委員の御指摘のとおり、100%を超えるのはデータとして信頼度に欠けるため、事務局は新しいデータにより改善が図れたか検証をお願いします。
 - **事務局** 軽部委員から、市町村外の方もカウントしているのではないかと御意見があったが、それについては資料2-3をご覧ください。分母は「職域等で受診機会のある方を除いた推計人口」、一方、分子には職域の方が市町村が実施する検診を受けると含まれることがあるため、100%を超える要因の一つになっている。そういったところを解消するため、国に合わせて見直しを図ってほしい。
 - **分科会長** 実際変えてみて、データの精度が上がったか御報告いただきたい。
 - **石上委員** 資料2-2で、秋田県はがん死亡率全国1位だが、罹患率は長崎が1位で秋田が2位である。長崎が死亡率1位ではないのはなぜか。
 - **事務局** 資料2-6は平成28年にがん罹患した方の数字になる。一方、資料2-2は死亡率のデータである。罹患してもすぐに亡くなるとは限らないため、罹患が多い県が死亡率でも一位になるというわけではない。
 - **本山委員** 補足説明させていただくと、死亡率が高い原因は大きく分けて三つある。一つは、御指摘のとおり罹患率である。もう一つは、いわゆる治療成績、つまり、どれだけ治せるかということ。あともう一つは、発見が早期かである。罹患率も大きな要因の一つだが、死亡率とイコールではないので、こういったデータも出てくる。罹患率を下げる工夫が一生懸命されているが、医療機関では死亡率を下げるため治療のレベルを上げるなど、それぞれ違った方面から改善を進めている。
 - **分科会長** 受診率も関係しているか。胃内視鏡検査のように、受診率を上げて早期発見につなげれば、非常に期待される場所だと思う。
 - **本山委員** 本県は、がん死亡率・罹患率が高く、早期発見率が低いが、市町村によって全然違うことをデータとして示したわけであり、石上委員から心強い意見を聞くことができた。つまり、受診率を上げるためには県全体で対策を考えても効果は得られず、地域の特性に合わせた工夫をして受診率を上げて、死亡率を下げるのが最も大切ということである。

- **分科会長** 例えば、欧米では乳がんや子宮がんの受診率が80～90%以上と非常に高い。国際的な状況は分からないが、インセンティブとペナルティが関係しているのか。受診勧奨だけでそんなに高いのか、事情を御存じであればお願いしたい。
- **石上委員** 男性数名に伺ったところ、もしも重病が見つかったら怖いので検診に行けないとのことだったので、逆転の発想で、早く見つければお金もかからないし体の負担も少ないことを説明して、怖さを取り除くことが一つのポイントかと思う。
- **分科会長** インセンティブやペナルティによって受診率を上げる取組は国際的にあるのか。
- **事務局** 海外ではあると聞いている。ペナルティは聞いたことがないが、インセンティブについては、健康ポイントを付与して受診率を上げようという取組が徐々に広がっている。
- **分科会長** 本県でもこれから導入してもいいのではないかと思うので御検討いただければと思う。

議事（2）協議事項①第3期秋田県がん対策推進計画の中間評価について

（事務局から資料4により説明）

- **分科会長** 目標値を変更する際は資料3-2の「現状値」を参考にするというとか。
- **事務局** そのとおりだが、年度の途中で最新値が出たら、そちらを採用することとしたい。
- **分科会長** 緩和ケアの数値は非常に改善している印象があるが、安藤委員、何か特別な対策はされたのか。
- **安藤委員** 拠点病院の指定要件がいくつか変わっていて、特に緩和ケアチームの定義が変わってきているため、前の要件だと15病院かもしれないが、今の定義だとかなり下がるのではと思う。
- **分科会長** 定義の確認をしっかりとお願いしたい。
- **事務局** 確認させていただく。
- **分科会長** 前は放射線治療が進んでいないという話だったが、今回は改善しているようだ。安倍委員、いかがか。
- **安倍委員** 目標項目が「放射線療法に携わる専門的医療従事者」と大まかな括りになっていて、どれか一つに該当すればいいからだと思う。実質はそれほど変わっていない。
- **本山委員** 県の第3期計画では高度放射線治療の推進についても目標を立てていると思うが、数値がなかなか出せないため、今回提示しなかったと思う。安倍委員の言うとおりの現状ではあまり変わっていないという認識だと思う。
- **安倍委員** 秋田厚生医療センターが新たに強度変調放射線治療を始めているが、

医師や症例数の要件が次のがん拠点病院の指定にどう関係してくるかだと思う。

- **分科会長** 中間評価の素案について、目標項目を大きく変えてしまうと前と比較できないので変えられないと思うが、比較できるようなデータがあれば示していただければ役立つと思う。
- **事務局** 参考にさせていただく。
- **分科会長** 令和2年度は12月上旬の分科会に向けて作業することになると思うので、委員の皆様にも御協力をお願いします。

議事（2）協議事項②学校におけるがん教育について

（事務局から資料5により説明）

- **田中委員** 私も4～5年前からがん教育の講師として参加させていただいている。今年度、文科省のがん教育に関する外部講師向けの講習会があり、自分は都合が悪くて出られなかったが、仙台会場に2人、東京会場に1人参加している。患者側にも経験を話す意欲を持っている人がいる。4年位前に、秋大で開催された講習会の受講者が外部講師として依頼を受けているが、それ以降、外部講師のリストは更新されていない。新しい希望者がたくさんいると思うので、県か市町村か分からないが、更新してもらえればと思う。
- **事務局（保健体育課）** 貴重な御意見を参考に、今後のがん教室のあり方を検討していきたい。
- **分科会長** 安藤委員は実際にはがん教育の講師をされているようだが、手応えはどうか。
- **安藤委員** 学校がなかなか手を上げてくれないが、来年度から小学校は全面実施ということで、どうするのかなと思っている。また、本来は教職員がやるもので、外部講師はサポートであり、医師と患者が話して終わりではない。教職員の研修会にも行っているが、出ない人もいるので、そこを活性化することが一番大変だと思う。
- **事務局（保健体育課）** 研修に参加できない学校も確かにあった。次年度からはローテーションを組んでしっかり参加するよう通知しながら、がん教室としてより効果的な体制を整えていきたい。
- **分科会長** 学校保健委員会の設置が義務づけられていると思うが、そういう場の活用は考えられないか。
- **事務局（保健体育課）** 今回初めて参加させていただき、貴重な御意見をいただいたので、今後、どういう形が一番いいか検討していきたい。

4 その他①Advance Care Planningの啓発について

- **分科会長** 安藤委員からの御提案のため、御説明をお願いします。
- **安藤委員** Advance Care Planning（以下、ACP）、厚労省では人生会議と称しているが、少子高齢化により、2040年に亡くなる人がピークとなる多死時代を

迎えるにあたり、人生の最終段階をより良く過ごすためにどうすればいいかという問題が出てきた。また、70%の人が余命1ヶ月以内には自分の希望を言えなくなるのが研究で分かっている。人生会議をどういうところでやるかという、三段階に分かれていて、一つ目は病気になる前に一般市民に対して、二つ目は何らかの疾病を有して予後1年以内が予測される場合、外来の医師や開業医・介護担当者に対して、三つ目は実際に身体症状があり、予後数週間が予測される場合、病院等という三段階がある。いろいろな部署に分かれているので、県が連携して啓発していただければと思う。実際、ACPについて心肺蘇生をするか、財産をどうするかといった内容と誤解していることが非常に多い。

- **分科会長** ただいまの説明に御意見等はあるか。県で関連する取組はあるか。
- **事務局** 国から通知等が来た際は、関係団体に送付している。また、県医師会に委託して、昨年10月に在宅看取りに関する啓発講座を開催し、人生の在り方を考える機会を設けた。県でも、様々な団体に出向いて出前講座をしたり、マスコミと啓発活動を行っているので、その中でACPについて啓発していきたい。
- **安藤委員** 先ほど言ったように、ACPは病気を体験していない場合、何らかの病気があって症状がない場合、本当に亡くなりそうな場合と、やり方が段階的に違う。ちゃんと筋立てて説明しないと話が変わってくるので、ある程度話し合っ、体系的に行った方がいいと思う。
- **事務局** 厚労省が進めている地域包括ケアシステムでは、病気になる前の保健の段階、病気になれば医療、必要に応じて介護や福祉の力を借りる場合もある。そういった今まで縦割りだったところを市町村の地域包括支援センターを中心に進めており、安藤委員のお話を聞いて、その中にACPを盛り込んでいくことが考えられると思った。
- **安藤委員** ある程度方針がないと、在宅か病院かに特化してしまったり、エンディングノートの話になるので、統一したものを明示した方が良いと思う。
- **分科会長** 患者団体でそういう動きはあるか。
- **田中委員** 経験談だが、昨年度、安藤委員の公開講座でACPのチェックシートをいただいたので、自分のサロンで使ってみた。タイミングを悩んだが、メンバーが亡くなったのをきっかけに話をさせていただいた。一般の人よりは亡くなった方を看ている経験が多いので、自分のこととして活発に意見が出た。
- **分科会長** 患者の要望や意見も非常に大事だと思うので、患者団体とも活動が必要になると思う。高島委員、看護協会での動きは何かあるか。
- **高島委員** 看護協会ではあらゆる機会に研修会等を行っている。また「21世紀の医療を守る会」で、前回まさにACPに関するフォーラムを行い、一般の方達に集まっていた。看護職だけでなく、医師、歯科医師、薬剤師、医療福祉の連携がうまくいかないと、最終段階をどう考えるかというところに繋がらないことが分かった。そして、一番は患者、一般市民に広めないといけない。看護協会は全県に会員数も多いので、地域包括ケアの主軸となりながらも、そういう役割

を果たしていきたい。

- **分科会長** ACPに果たす看護師の役割も大きいと思う。単に医療用麻薬を使うかどうかという問題ではなく、人生を尊厳のある状態でどう終えるかという理念的なものをきちんと捉えないと、個別の事象に終わってしまう。新しい概念のため、すぐには難しいと思うが、基本的な啓発について、安藤委員に御尽力いただければと思う。

4 その他②緩和ケア指導者育成について

- **分科会長** 安藤委員からの御提案のため、御説明をお願いします。
- **安藤委員** 以前から緩和ケア医の育成について話していたが、本日はデータを持ってきた。本県の緩和ケア医は、専門医2名、認定医3名の計5名である。緩和ケアの提供場所としては、ホスピスと拠点病院の緩和ケアチームがある。ホスピスは夜間の対応があるので、最低2人は必要だと思う。県北は未定だが、外旭川病院と大曲厚生医療センター、市立秋田総合病院に最低8名必要だが、4名しかいない。緩和ケアチームも加算が取れているのは市立秋田だけで、加算が取れないと診療報酬に反映されず、病院では人を投入するのが非常に難しくなる。専任の医師が2人、できれば1.5人必要で、県内の拠点病院だけでも12～16名、全体を考えると20名必要になる。そのため、緩和ケアの研修施設を一カ所作り、例えば寄附講座で指導医と研修医を雇用する体制を作らないと、専門医になるまで最低5年はかかるので、早々にやってもらいたい。
- **分科会長** 秋山委員、実際に緩和ケアをされていて御意見はないか。
- **秋山委員** 緩和ケア病棟があれば緩和ケア外来が充実するということと、一般病棟の緩和ケア対象者は退院まで時間がかかることから、病院経営上も緩和ケア病棟があった方が実はメリットがある。医療経済的にも、緩和ケア病棟を県北に作る動きを県で積極的に推進してもいいのではないか。ただ、人材が足りないという話はよく聞く。教育に時間がかかるのは確かだが、本県の高齢化社会の中で将来的にがん患者が減ることは絶対ないので、QOLを保った最後の人生を迎えていただくという視点をちゃんと打ち出して、人材補填をしてもらいたい。後継者がなかなか見つからず、うちの医局にお願いするつもりだが、あまり当てにならない。他の科とは違う人材育成をしない限りは無理かなと思っている。
- **分科会長** 緩和ケアがなければ、本県のがん医療は片手落ちという批判は免れないと思う。県で緩和ケア医育成のために予算計上することは考えられないか。
- **事務局** 大幅な収支不足ということで今年も大変厳しい予算編成を経ている。明確な回答はできないが、安藤委員の資料に岩手医科大学及び東北大学が講座を設置しているとのことだったので、他県がどういう関わりをしているか、まずは情報収集したい。
- **安藤委員** これまで、緩和ケア認定看護師は県の支援によって非常に多く輩出され実際に現場が支えられている。そういうベースがあるので、今度は医師に力を

入れてもらえればと思う。

- **分科会長** 寄附講座や研修施設で緩和ケア医を育成するというのにはそんなに費用がかからないと思う。必要な施策だと思うので、是非考えていただきたい。
- **事務局** 来年度は中間見直しを含めて課題をあらためて整理しながら、反映できるものは計画の見直しの際に反映していきたい。
- **分科会長** 他に全体を通して御意見はないか。
- **本山委員** この分科会は、本県のがん政策に対して、県民あるいは医療者目線から議論を重ねる貴重な場だと思う。最近、急速に普及してきている遺伝子パネル検査や免疫治療に本県が遅れてはならない。そのため、そういった分野の専門家にも本会に加わっていただいて議論を重ねることが必要かと思う。是非御検討いただきたい。
- **分科会長** 専門医が集まってということか。
- **本山委員** 2006年にがん拠点病院の制度ができたとき、県民から厳しい意見を突きつけられたと思う。ここは政策を議論する場である。放射線や緩和医療の立場の委員はいるが、今一番注目されている遺伝子パネル検査、いわゆるプレシジョンメディスンの専門家はいない。そういった立場の方の意見も取り入れるべきだと思う。
- **分科会長** 例えば委員に入っていただくということか。
- **本山委員** 委員でも陪席でも結構である。本会の議題として取り上げてもらいたいということである。
- **分科会長** 貴重な御意見だと思う。この部会か別の場を設けるのか、県で検討していただきたい。

閉会