

次期「健康やまがた安心プラン」策定委員会 第2回 がん対策部会議事録概要

日 時：令和5年11月9日（木）

午後1時30分～3時00分

場 所：山形市「自治会館」601会議室

1 開 会

2 あいさつ 阿彦医療統括監

3 報告・協議事項

(1) 次期「健康やまがた安心プラン」検討経過と今後のスケジュール（資料1）

(2) 次期「健康やまがた安心プラン」第3章 がん対策 骨子案（資料2-1）

以上を一括して事務局から説明

【がん診断後の自殺対策及び偏見の払拭について】

<委員1>

自殺対策については国でも取り上げられ、新しいテーマとして重要なことではないかと思う。一方で、偏見と払拭ということは国では全然一言も書いていない。なぜこの言葉を入れてきたのか教えていただきたい。

偏見と払拭は、かなりきつい言葉ではないかと思う。自殺対策もかなりマイナスな対策になる印象がある。この言葉を入れた方がいいのか少し疑問がある。

<事務局回答>

政府計画の「その他の社会的な問題」という項目の中で、偏見の払拭が記載されているため、そこから採用させていただいた。

<委員2>

がん診断後の自殺はどのぐらい分かるデータはあるか。

<事務局回答>

本県の自殺者数の中で、がん患者の方の自殺というデータはない。全国のデータについては、資料2の33ページ、「ウ がん診断後の自殺対策及び偏見の払拭」《現状と課題》の○の一つ目に記載している。厚労省の研究班のデータになるが、平成28年1月から12月にがんと診断された方が1,070,876人おり、そのうち診断後2年以内に660の方が自殺でお亡くなりになっている。また、年齢・性別を調整した同じ時期の一般人口と比較した自殺リスクは診断後の期間が短いほど高く、がん診断から1か月以内では4.40倍、2～3か月では2.61倍、4～6か月では2.17倍というように徐々に下がっている。なお、都道府県別のデータは、数が少ないということなのか集計はない。

<委員2>

本県においては、詳細な数字はないが、全国的にはがん患者の自殺率は4倍ぐらい高い。自殺率を下げるための支援は必要だということは、ご納得いただけると思う。

<委員1>

私が気にしている言葉は偏見に対する払拭。そこまで言い切らなくても良いのではないか。「がん診断後の自殺対策」で止めていただいた方が良いと思う。あまり偏

見と払拭を強く出すと、それが強くメッセージとして伝わるのではないかと思う。

<委員 2>

この偏見というのは仕事、就職、それからがんと共に生きるなどの点に関して、間違ったバイアスがかかっているために、こういう言葉になったのではないかと思う。偏見の払拭というと、単にがんだからいじめられるような印象もあり、少し強い表現ではないかと感じる。

<事務局回答>

ご指摘のとおり、そこまで記載しなくても「がん診断後の自殺対策」で十分伝わるところもあり、重ねて入れることによって、あえてなぜ強調するのかという捉え方もされると思う。持ち帰り、削除する方向で検討させていただく。

(3) 第1回 次期「健康やまがた安心プラン」策定委員会／がん対策部会における 主な意見への対応（資料3）のうち、1ページ目、No. 1から7ページ目、 No. 6まで事務局から説明

【がん検診受診率について】

<委員 3>

資料3のNo. 5、がん検診受診率について、令和4年から11年までの目標値としてはちょっと幅が狭いのではないかと思う。この目標値にした理由を教えてください。

<事務局回答>

胃がん、大腸がん、乳がんについては、直近3年間の増加率を平均し、それをさらに2分の1にしている。これまで順調に伸びてきているが、目標が高くなるにつれて、伸びが縮んできている状況も踏まえ、そのように設定した。肺がんは、第1回部会でも申し上げたとおり、本県の喫煙率がかなり軽減してきている中で、特に若い方々の喫煙率が非常に下がってきている中で、今後肺がん検診を受けられる方があまり増えないのではないかと考え、1%だけ上げて70%に設定した。子宮頸がんは、政府の目標値に合わせて設定した。

<委員 4>

目標値を現実に合わせ過ぎではないのかと思う。目標値を達成しないと、行政として何かマイナスの評価になるのかどうか。あくまでも目標なので、達成した方が見栄えは良いと思うが。

先程、全国が子宮頸がんの目標値を60%にしているから60%に設定したと説明していたが、山形県の数値は全国よりも少し良い数値であるため、全国の目標値に合わせる必要があるのかと思う。

<委員 2>

目標値を現状よりちょっと上ということじゃなく、目標値を高く掲げてはいかかかということだと思うがどうか。

<事務局回答>

本県の令和4年の現状値は全国1位の数字。事務局としては全国1位であるところ

ろ、今までも十分頑張ってきて、さらにここから高みを目指したい気持ちをこの数字にしたところ。ご意見を踏まえ検討させていただく。

また、目標値を達成できなかった場合、厚労省からマイナスの評価を受けるといったものではありません。ただ、最終的に中間見直し又は最終評価の中で、達成できなかった項目として整理される。

<委員2>

大幅に目標達成ができないと、メディア等で大きく報道されることもあると思う。過去に青森県の成績がかなり悪かったので、メディアで大きく報道されることがあった。そういうことにならないよう、目標値を掲げた以上は守っていききたいということだと思います。

【精密検査受診率について】

<委員4>

資料3のNo.6、出典のデータを全国に変えている。「健康やまがた安心プラン」であるため、県のデータがあるのであれば、あえて全国のものにする必要はないのではないか。県の現状を踏まえ、このように設定にしているという方が分かりやすいのではないか。

<事務局回答>

こちらの出典「地域保健・健康増進事業報告」は全国の報告と申し上げたが、全ての都道府県で厚労省に対して報告しており、資料に掲載している数値はその中の山形県分のデータ。

<委員4>

この書き方だと、全国のデータだと受け取られるのではないか。何か追記して山形県のデータであることが分かるにしたら良いと思う。

<事務局回答>

山形県分のデータだということが分かるように記載したい。

<委員5>

目標値を検討いただきありがとうございます。高島町の場合、乳がん・子宮頸がんの精密検査受診率は昨年度100%であった。このように目標達成している検診もあるため、その他の検診も引き続きこの目標値を目指して頑張っていきたい。がん検診受診率の数値も、高島町でもこれくらいの数値を目指して頑張っていきたい。

<事務局回答>

市町村別には100%を達成している市町村もあるため、市町村別には100%を目指して取り組んでいただき、県全体の目標値としては95%ということが分かる書き方をした方がいいという意見と理解してよいか。

<委員5>

お願いします。

<委員2>

100%を達成している市町村は良いと思うが、低い受診率の市町村は困る場合があるかもしれない。数値が低い市町村には、さらなる取組みをお願いしますという指標

にもなると思うので、ぜひそういう観点からも考えていただきたい。

【子宮頸がんワクチン（HPV ワクチン）について】

<委員 2 >

子宮頸がんワクチンの統計データは1回接種、2回接種、3回接種となっているため、接種完了者のデータが出てこないという説明だった。今後、接種完了者のデータを集めるということはできないか？接種票があるため、市町村に依頼すれば接種完了者かどうか分かると思うが。

<事務局回答>

市町村では、毎年対象者となる小学校6年生に通知していると思うが、その後何回接種して、その方が完了しているかまで把握しているか、現時点で把握していないため、接種票があるかどうかも含めて確認したい。一方で、仮に接種完了者数が分かったとしても、それを公表できるかどうか市町村と協議が必要と思います。また、今後に向けて、例えばマイナンバーカードと紐付けられて、自動的に接種完了者が分かるなど、状況の進展により数値目標が作れるような土台が揃ったら、そういったものも含めて随時検討したい。

<委員 2 >

子宮頸がんワクチンを接種している医療機関では、接種済票を記載して市町村に戻しているはず。その接種済票をカウントすれば、誰が何回受けたかは分かると思う。公表するか否かはさて置き、今後、我々のような現場で働きこれから HPV ワクチンを推進しなければいけない切実な状況にある立場の人間としては、どのぐらい接種完了者がいるか、数字が非常に重要だと思いますので、可能な限りぜひお願いしたい。

<委員 4 >

目標値を設定しにくいことは理解したが、現在、子宮頸がんワクチンの接種はせめて2回でも良いという流れになってきている。2回以上接種した人が何人いるか、可能であれば学年ごと、生まれ年度ごとに分かれば一番良いが、そういうデータを集計できるような体制を作っていただきたい。

（４）第1回 次期「健康やまがた安心プラン」策定委員会／がん対策部会における 主な意見への対応（資料3）のうち、7ページ目、No. 8から15ページ目、 No. 13まで事務局から説明

【保険薬局について】

<委員 6 >

前回意見したことを踏まえて、計画に盛り込んでいただきありがとうございます。がんの治療となると病院薬剤師が主に処方される印象があると思うが、在宅で療養される方もいるため、保険薬局もぜひチームのメンバーとして認識いただきたいという思いで意見しました。きちんと意図を汲んでいただけたと思います。

【がんゲノム医療について】

<委員 7>

新たにかんゲノムを取り上げていただいて大変ありがたい。患者の立場から見ても、県で細かく取り組む意思が感じられすごくありがたい。せっかく計画に掲載するわけなので、患者と日々向き合っている病院の先生方、看護師などにきちんと理解いただき、患者側に伝えてほしい。このような行政の施策を医療従事者に理解していただいて、それが患者側に伝わってくるようになれば良いと思う。

<事務局回答>

このような医療が提供されるのに患者さんご自身に伝わらないということでは、その治療を選択しようということにつながらない、まさしくそのとおりでと思う。

資料 2 の 19 ページ、《施策の方向と推進主体》〇二つ目、人材を育成していく、〇三つ目のがん患者の方に適切なタイミングで遺伝子パネル検査や治療等を提供していく、こういった方向性が大事で、実際そうした環境が整うような取り組みが必要だと受け止めた。そのように取り組んでいきたい。

【緩和ケアについて】

<委員 1>

資料 2 の 22 ページ、「緩和ケアの質の向上」が施策として記載されているが、現在、緩和ケアが完結していくためには、がん診療連携拠点・指定病院だけでは対応できず、在宅医療にかなりの患者が移動しており、最終的な看取りもそちらに向かっている。病院との連携も重要で基本的なところだと思うが、在宅医療機関あるいは県医師会との共同した地域の緩和ケア体制について、文言として入れていただきたい。

緩和ケアは、病院だけでは完結しない医療になっていると思う。病院だけではなく医師会、開業され在宅医療に熱心に取り組まれている医療機関との連携を強調して、患者への医療提供、人材育成の体制を整備してほしい。

<事務局回答>

22 ページの《施策の方向と推進主体》「緩和ケアの質の向上」〇一つ目に県医師会という文言を入れるとよろしいか（「県は、がん診療連携拠点病院・指定病院や県医師会と連携し、がんと診断された時から、診断・治療・在宅医療など様々な場面において、患者やその家族等に対して切れ目ない緩和ケアを提供できる体制を充実」）。

<委員 1>

そう入れていただければ、私の発言した内容が現実的になると思うが、ここに医師会を入れてよいか。

<委員 2>

県医師会では、現在、在宅と介護はセットにしており、委員会なども設置されている。今までここに緩和ケアという言葉はあまり入っていなかった。来年度に向けて、県医師会としての施策を考えているところ、12 月に県の担当課と議論する機会もあるので、そこで提案いただきたい。

<委員 6>

《施策の方向と推進主体》の施策の方向では「緩和薬物療法認定薬剤師」という文

言があるが、薬物療法の面で大きな役割があると思うので、推進主体の中で県薬剤師会も協力させていただきたい。

<事務局回答>

22 ページの推進主体に薬剤師会の名前も入れる方向で調整させていただく。

【デジタル化の推進について】

<委員 7 >

先ほどの議論のように、病院間、在宅医療間、介護間で連携していくとなると、デジタル化の推進にも関わると思う。今後の方針なので、そういうことをデジタルで共有できるようになると思う。デジタル化の推進の項目にこういった内容を盛り込んでいただきたい。

<委員 2 >

日本医師会でもデジタル化の推進というのは非常に重要視している。ただし、それを推進するために最も基盤となるものがマイナンバーカードに入っている保険証になる。ここに受診歴から投与薬剤、どういう治療を受けたかデータが入ることが大前提だが、国民はマイナンバーカードに信頼を置いていない方が多い。9割以上の診療所では既にマイナンバーカードで受診受付できるシステムが整備されている。しかし、実際にマイナンバーカードを提示して、診療を受ける方2%もいない。そのため、このあたりを改善していかないと、デジタル化の推進は難しい。一方で、県内では各2次医療機関で、基幹病院と開業医とのネットワークもあるため、多少カルテの情報のやり取りなどはできている部分もあるが、これも参加している医療機関が一定数しかない。日本医師会の常任理事も、それを打破するのはマイナンバーカードの基盤であろうとかなり強調して発言している。こうした状況もありますので、少し時間をいただきたいと思います。

【AYA世代の在宅療養環境について】

<委員 1 >

資料3の14ページ、《施策の方向と推進主体》在宅療養の環境を整えることについて、40歳以上の終末期の方は介護保険などの補助があるが、AYA世代の人たちはそうした補助がなく、介護が必要なのに十分な介護制度が成り立っていないことが問題になっている。そこで、このように支援体制の構築と記載されている。全国の中で、介護保険に代わるような助成制度を独自に設けている自治体もあるため、山形県でもぜひ積極的に取り組んでいただきたい。

<事務局回答>

ただいま頂戴した意見は、18歳から40歳未満のAYA世代の患者さんに対する在宅療養の支援というところで、県医師会からも要望いただいた内容。確かに他県では在宅療養への支援を実施しているところもあり、47都道府県のうち15県で既に実施中、来年度新たに取り組んでいこうということが8県ある。そういった状況も踏まえ、本県としても来年度の予算も含めて具体的な検討を始めている。

**(4) 第1回 次期「健康やまがた安心プラン」策定委員会／がん対策部会における
主な意見への対応（資料3）のうち、16 ページ目、No. 14 から 21 ページ目、
No. 13 まで事務局から説明**

【がん患者向けのトイレ整備について】

<委員7>

道の駅などのいろんなところで、がん患者の皆さんが利用できるような多目的トイレが最近出てきており、患者としてこのようなトイレがあるとすごくいいと思う。山形県の場合、多目的トイレはあるが、子育て対応のトイレになっており、がん患者が使える施設にはなっていないと思う。そういったハード面で少しでも支援いただきたい。これからトイレを設置する施設があれば、県からも（がん患者向けトイレの設置を）声掛けしていただけるとありがたい。

<事務局回答>

手元に支援制度の資料がなく、どういった状況か分からないが、世の中全体で必要だという認識が広がっていけば、設置も進んでいくものと思う。それに対する支援は勉強させていただきたい。

【高齢者のがん対策について】

<委員1>

資料2の35ページ、高齢者に対するがん対策について、《現状と課題》を見ると、高齢者＝認知症として捉えて検討されているように思う。高齢者の何が問題かという、認知症の問題ではなく、いろいろな病気を抱えていながら、あるいは体力の低下の中で治療に関する問題がある。国のがん対策推進計画では、認知症という言葉は一言も出ていない。なぜ山形県は認知症を前に出してくるのか。高齢者のがん＝認知症というわけではない。認知症も一つの病状かもしれないが、もう少し深く高齢者に対して考えてほしい。

<委員4>

資料3の19ページ、No. 17の《施策の方向と推進主体》の一番上に認知症の方の意思決定支援が入ること自体がおかしいという意見だと私も思う。あえて再掲する必要はなく、そこ抜いて、認知症という言葉がなくした方がかえってすっきりするのではないか。

<事務局回答>

○1つ目も2つ目も政府計画からそのまま文言を記載したところだが、高齢者のその他の部分について政府計画で、どの程度記載しているのか確認をさせていただきたい。ご指摘の再掲の箇所は削除する方向で整理させていただきたい。

【がん予防及びがん対策と食について】

<委員 8 >

食は、がん予防とかがん対策にはとても重要。資料 2 の 6 ページ冒頭、野菜果物の不足、塩蔵食物も過剰摂取等の生活習慣という部分について、野菜をもっと取ってほしいという意味を込めて、野菜果物の摂取不足にしてほしい。

また、緩和ケアのところでも、がん末期の患者は食事が取れないなど、いろいろ不都合があるが、管理栄養士の記載がない。そういう記載も検討いただきたい。

4 その他 特になし

5 閉会

以上