

地域医療確保対策特別委員会会議記録

地域医療確保対策特別委員長 小野 共

1 日時

平成 25 年 1 月 23 日（水曜日）

午前 10 時 4 分開会、午前 11 時 32 分散会

2 場所

第 3 委員会室

3 出席委員

小野共委員長、名須川晋委員、高橋元委員、軽石義則委員、千葉伝委員、
嵯峨老朗委員、城内愛彦委員、伊藤勢至委員、及川あつし委員、小西和子委員、
高田一郎委員、小野寺好委員

4 欠席委員

なし

5 事務局職員

小野寺担当書記、荒屋担当書記

6 説明のために出席した者

岩手医科大学医学部外科学講座 教授 若林 剛 氏

7 一般傍聴者

なし

8 会議に付した事件

(1) 調査

「岩手県のがん対策の現状と課題」

(2) その他

次回以降の委員会運営等について

9 議事の内容

○**小野共委員長** ただいまから地域医療確保対策特別委員会を開会いたします。

なお、及川あつし委員はおくれるとのことでありますので、御了承お願いいたします。

これより本日の会議を開きます。本日は、お手元に配付いたしております日程により会議を行います。

これより調査を行います。

本日は、講師といたしまして、岩手医科大学医学部外科学講座教授であります若林剛先生をお招きしておりますので、御紹介を申し上げます。

○**若林剛講師** どうも皆様、おはようございます。岩手医科大学医学部外科学講座の若林と申します。きょうは皆様のお役に立てる話ができるかちょっとわからないですけども、

私が考えていること、感じていることとお話ししたいと思います。よろしくお願ひ申し上げます。

○**小野共委員長** 若林先生の御経歴につきましては、既にお手元に配付いたしておりますとおりでございます。若林先生は、平成25年3月に策定予定の次期岩手県がん対策推進計画を策定いたします岩手県がん対策推進協議会の委員でもあり、本県のがん対策に精通しております。

本日は、「岩手県のがん対策の現状と課題」と題しまして本県のがん対策の現状と課題をお話しいただきますとともに、今後の本県のとるべき対応等についての御提言など貴重なお話をいただくこととなっております。

若林先生には、御多忙のところ御講演をお引き受けいただきまして、改めて感謝を申し上げます。

それでは、これから御講演をいただくわけですが、後ほど質疑、意見交換の時間を設けておりますので、よろしくお願ひいたします。

それでは、若林先生、よろしくお願ひします。

○**若林剛講師** それでは、始めたいと思いますけれども、もし途中で何かわからないことがございましたら、その場で質問いただけるとありがたいと思います。スライドのプレゼンテーションがメインですけれども、お手元にある資料を後で御説明したいと思います。あときょうのお話の内容は散文的な話というか、感覚的な話というか、余り数字を持ってきていませんので、数字が必要な部分はぜひ行政の方に聞いていただいて、私は盛岡に来て8年になるのですけれども、感じていることをいろんな意味で率直に申し上げたいと思いますので、これからの皆様のお役に立てればと思います。

それでは、きょうの内容ですけれども、まず最初ががん医療と地域医療ということでお話ししたいと思います。その次に、がん対策基本法というのができまして、御存じのように、それ以後大分いろんなことが変わりました。そのお話。そして次に、本県での一番頭の痛いところなのですけれども、均てん化と集約化・拠点化というこの部分です。最後に皆様のお役に立てるような提言等をお話ししたいと思います。

まず、がん医療というのはどういうものかと、地域医療とどうなっているかということですが、まずがんは治る場合と治らない場合があります。これは当たり前ののですけれども。治るために最も重要な治療は切除。切除をするのは切除する医師、いわゆる外科、婦人科、泌尿器、がん領域ですね。5大がんというのがありますけれども、5大がんは、多い順ですけれども、肺がん、胃がん、大腸がん、肝がん、そして乳がん。乳がんというのは実際の亡くなる数はそれほど多くないのですが、女性の罹患率が高いがんです。これが5大がんですが、このがんは治すためにはまず切除が基本ということが重要なのです。

がん対策基本法のところでもお話ししますが、日本は切除中心のがん医療がこれまで非常に行われてきて、それに比べて放射線治療、抗がん剤治療というような二つの治療が少し出おくれてきているというのがありまして、がん対策基本法というのができたという経

緯があります。したがって、そのがん対策基本法あるいは県が策定するがん対策推進計画の中に余り切除の話は出てこないのですが、第一に切除が大切だよということを理解願います。

切除というのは、やはり一番医療資源がかかります。手術も大変ですし、手術にまつわるいろいろな薬物、点滴等々、集中治療、これは急性期医療なのです。急性期でも超がつく超急性期医療というふうに考えていただけるといいと思います。

この地域医療を考えるとときに医療の機能を考えなければいけなくて、超急性期、急性期、亜急性期、慢性期、療養あるいは在宅というような形になっていくわけですが、まづがんはこの急性期医療だということの認識が必要です。

医療費を抑えるために何が重要か、あるいは治すために何が重要かということ、やはり早期発見、それと予防ということですので、ぜひ本県でもがん検診の受診率を上げる努力をしていかなければいけないと思っています。あと、意外と食生活、生活習慣でがんは避けることも可能というふうに最近わかってきていますので、予防の部分も大事かと思っています。

あとは、治らない場合があります。治らない場合が患者にとっても、家族にとってもつらい時間を過ごすわけなのですが、そのときにはやはり自宅のそばで療養ができる、あるいは自宅で療養ができるというようなシステムが欲しいかなと。盛岡市には在宅のグループクリニックがありますけれども、沿岸、県北にはそういうことがまだありません。ですから、この機能の分化ということで、急性期医療と療養的な医療との役割、地域における役割が必要になります。

治療は一刻を争いません。したがって、がんの治療をやる急性期の病院は盛岡市に集めても構わないものと私は思います。つまり今地域がん拠点病院が九つあります。県立釜石病院もリニアクが入ったので地域がん拠点になりますので、各2次診療圏ごとに地域がん診療拠点病院がありますので、そこである程度のがん治療ができます。しかしながら、本当に難しいがん、あるいは切除、放射線、抗がん剤、三つ組み合わせてのがんの根治を狙うような場合には、盛岡市に集めてもいいのかなというのが私のきょうのお話になるかと思っています。一刻を争わないので、例えば心筋梗塞とか脳梗塞ですと2時間かかるとちょっとつらいのですが、がんは2時間あるいは2日間あるいは2週間ぐらい待ってもそれほど変わりませんので、そういう病院を集約もしくは拠点化するのが必要だというふうに思います。しかしながら、最後の時間を迎えるときは、生まれた地元あるいは住んでいる地元で家族のいるところでということで、それぞれの地域で診てもらえるというようなシステムがあるといいなと。あと、これは一般の方にはわかりにくいのですが、医師の技量、経験と知識、そういったもので治療成績が変わります。したがって、ここでもお話ししたように専門家、専門医と集約化が必要な領域であることも確かであります。

これは、岩手県がん対策推進計画を最初に書いた後のがん治療学会で企画シンポジウムがございまして、各県のがん対策ということで岩手県のがん対策をお話いたしました。少し古いデータですが、第1次計画5年が終わって、平成24年度から第2次計画で

これを策定しなければいけないのですが、この部分ですね。一番最初にがん対策基本法が施行されたきっかけは、この山本たかし参議院議員がみずからのがんを告白して、国会で議員立法として制定されたわけでありまして。この法律ができたおかげで大分変わりました。ですから、この法律はやっぱり非常に重要な法律だったというふうに思います。

実際に岩手県のがん対策ができる経緯がここに書いてありますが、最終的には2008年5月にできました。あわせて、文部科学省、岩手医科大学もそうなのですから、大学、がんプロフェッショナル養成プランというのを日本全国で18プランつくってくださいということで、各プランに1億円ずつのお金が毎年入るようなシステムができて、岩手医科大学も秋田大学、弘前大学、岩手県立大学という4大学でこれを採択してもらいまして、ちょうどこのころからがん拠点病院ができ、岩手県がん診療連携拠点病院に岩手医科大学がなりましたし、あとは地域がん診療連携拠点病院ということで2次診療圏の県立病院が全てこちら辺で決まりました。2008年3月に第1次の計画が策定されます。

このがん対策基本法ができた最大のきっかけというのは、がんが再発したら自分たちは手術して終わったので別の病院に行ってくださいというようなことがありました。私自身の口述筆記というか、私は当時慶應義塾大学にいたのですが、ほかの大学病院で治療できないと言われて私のところに来た肝がんの患者がいました。私のところに来て、治療が非常にうまくいって、それを感謝してこの本を書いています。このようなことが行われています。

あと、実はがん専門病院というのが、当時全国がん（成人病）センター協議会の病院がありまして、がんセンターを中心に全国30施設ぐらいあるのですが、その病院はがんの専門病院ですので、その病院で亡くなるがんの患者というのはほとんどいないのです。というのは、全部急性期のがん治療を扱ってしまっていて、いわゆる緩和に入るような患者、慢性期のがん患者を扱わないようながんセンターなわけです。

あとは、週刊誌でいろいろ問題になっていましたが、いい病院ランキングというのがありまして、手術件数とかそういったことで、患者自身で病院のドクターショッピング、あるいは病院をあちこち行ったりしてしまうというのがありました。

あとは、医師そのものが緩和に非常に苦手だったということもございます。実は、これも私の患者の奥様なのですが、この御主人は茨城県で酒づくりをしているのですが、その患者の奥様が書いた本がテレビ化されて、私の役の俳優も出てきてやっていました。緩和の心ってどういうことかということ、がん患者は治らないのだけれども、治るために家族や医師も一生懸命努力をするけれども、治らなくなったときに、やはりそれとはまた別な少しギアのチェンジが必要だということがこの奥様の本に書いてあります。医師がそういった気持ちをどこで学んできたかということ、実は余り学ぶ場がなかったのです。ただ、このがん対策基本法の後で緩和に対する重要性が非常に増してきて、岩手県に関していうと非常に今緩和がうまくいっているように私は思います。

岩手県には岩手ホスピスの会というのがございます。実は岩手県だけがホスピスがなか

ったのですけれども、実際にはこの前後で緩和病床もできましたし、まだ数が足りているとは思いませんけれども、あとはうちの教室で木村祐輔君というのが緩和を担当して、今岩手医科大学の緩和の中心人物で、岩手県を引っ張ってくれています。ですから、岩手県での緩和セミナーの数、後で出てきますけれども、テレカンファレンスの数等が多分全国でも一番多いぐらいで、岩手県の医者はいろんな意味で緩和の話をどこかで聞くタイミングがあるような状況でもございます。

あとは、岩手県の問題は、病院によってやり方が全然違うのです。これは、本来乳房は温存できるので、岩手医科大学のパーセンテージが6割ぐらい、今7割ぐらいですけれども、7割ぐらいの乳房温存率が欲しいのですけれども、残念ながら地域がん拠点病院でもこういうレベルです。

あとは、大腸がんの化学療法もいろいろあるのですが、これも世界標準というのがFOLFOLFOX、FOLFIRIというものなのですが、本来もう少しこっちにきていてもいいのですけれども、そうではない治療も大分行われています。

あとは、専門医がどうしても少ないのです。消化器外科専門医、がん治療専門医、大分ふえてきておりますが、多くは岩手医科大学関連ということになります。

見つかったときは既に進行がんということで、例えば東京の病院ですと早期がんのほうが多いのです。6割、7割が早期がんですけれども、こちらは逆に進行がんのほうが多い。例えば食道がんですと、切除不能で見つかることが多いのです。やはりどうしてもこれは、いわゆる社会経済的なバックグラウンド、そしてエコノミカルステータスが岩手県は低いということにもつながると思うのですが、早期発見のためのがん検診、あるいは企業が行うようながん検診に住民の方が積極的に参加してもらえるところということはないのかなというふうに思います。

このときにつくった第1次岩手県がん対策推進計画ですけれども、がんによる死亡者数の名称という数値を出して、目標で減らしましょうという国の計画に従いますと、生存率の向上ということが一番重要なのです。これが一つ。あともう一つは、全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上ということで、さっきの山本たかしさん御自身の言葉でも出ていたがん患者は苦痛を抱えていると、家族も、ということでQOLの向上、この二つです。生存率の向上とQOLの向上、これまたちょっと違うのですけれども、大事な二つの柱です。

これを達成するためにはどうしたらいいか。生存率の向上に関して一番重要なのは、やはり早期発見、予防、このあたりです。あとは、がん医療の放射線治療医、化学療法医が少ないので、岩手県で数値目標20人、50人と。こちらの50人は達成できたのですけれども、20人のほうはまだ達成できておりません。

あとは、QOLの向上ということで、相談支援、情報提供、ここら辺は始まりまして、各県立病院の地域がん診療拠点病院に相談支援室ができております。あとは、がん登録がやっと全県を挙げて始まりました。

岩手県は、御存じのように10万人当たりの医師数が非常に少ない。北海道に次いで平方キロ当たりの医師数が2番目に少ないということで、これは結構大変です。でも、この連携拠点病院がうまく連携しながらがん治療に当たっているという中で、我々が非常に助かっていたのがこのいわて情報ハイウェイシステムで、これを用いたいろんなカンファレンスを非常に積極的に行って、それぞれの医師の情報を持つ経験値をなるべく上げるような形をとっています。

先ほど少しお話しした岩手県の緩和ケアカンファレンスは非常に頻回に行われまして、岩手県の中に緩和ケアの意識が出ておりまして、かなりの数が参加して、かなりの数の医療者、医師、看護師、薬剤師、栄養士、ソーシャルワーカーなどの参加が今も続いております。

また、生存率を上げるためには検診率を上げるということで、これは検診で見つかった患者、外来に来て症状があつて見つかった患者の生存率はこれだけ違うのです。したがって、これは岩手県のデータですけれども、やはり検診で見つかる5年生存率が90%あるのですけれども、外来に胃の症状があると言って来た患者の5年生存率は60%ということなので、検診の重要性が明らかだと思います。この数値なのですけれども、これは私もいつも県に言っているのですけれども、分母が大分違うので、これいつもよくわからないのですが、いつも山形県とか宮城県が1番なのですが、その分母の捉え方で順位というのは幾らでも変わってしまうのです。これは何とも言えないのですが、一応岩手県ではそんなに悪くはないというような評価なのですけれども、これはがん検診の受診率50%というのががん対策基本法、岩手県がん対策推進計画の目標ですので、50%に比べるとまだまだ遠いのです。

いろんな市民公開講座でがんの話を広く市民の方に知っていただくということで、大分こういうことを行っております。芸能人の方を呼んだり、がんセンターで疫学をやっている先生をお呼びしたり、鳥越俊太郎さんも来ていただいて、自分のがんの手術を何回も受けて元気だよという話をしてくれています。

あと、岩手医科大学のがんサロン、これは患者、家族同士がいろんな情報を交換できるようにということで設置しましたが、非常に利用されております。

あと、がん登録ですけれども、年々ふえてきておりまして、がん登録というのはどういうことかという、がん患者が出たときにその患者がどういうがんで、どういう経過をたどったということを登録していく部分なのです。これは非常に大事な事業なのですけれども、なかなか進んでいない部分であります。

実際手術件数も、岩手医科大学ですけれども、どんどんふえてきております。例えばこの患者、宮古市の患者なのですけれども、平滑筋肉腫という病気が下大静脈という背中の血管にできてしましまして、これ全部がんなのです。心臓の右房というところまで食い込んでいまして、血液が足から心臓に戻らないので足が、下半身がむくんでしまうような症状で、非常につらい状況の患者で、これは岩手医科大学に紹介されてきました。これは手

術のビデオですが、心臓にバイパスのチューブを入れて、これは肝臓ですけれども、下大静脈と肝臓とがんの浸潤しているところ、この下大動脈を開いて中のがんを見ているところなのですが、こういう難しい手術は岩手医科大学でしかできません。ですから、そういった意味での集約化は物すごく大事なのです。心臓にある腫瘍を引き抜いて肝臓を取り出すということで、これは取れた臓器です。この患者、この手術をして1年半後に肺の転移再発で亡くなったのですけれども、足がもうすっきりして非常にQOLが上がって、手術をしたことでQOLが上がったという例です。助けることはできなかったのですが、なかなかいい時間を最後過ごせた。宮古市に帰っていただいて、宮古市で亡くなられている。

まとめますと、生存率の向上には早期発見、早期診断で切除を中心、取れるがんは治る可能性が高いです。取れないがんは治らない可能性が高いです。

QOLの向上には、やっぱり医療者と患者の間の意識が上がらなければいけないということと、医療者側に緩和ケアの意識がないと患者のQOLというのは上がってこないです。

ただ、問題点は、全ての活動というのが手弁当のレベルで、余り県の予算がついたような話はなかったです。臨床、腫瘍内科医、放射線治療医が少ないということで、これが最大の問題なのですけれども、ただそれ以前に医療崩壊が岩手県には起こっていると。地域医療、医者数が少ないということですので、がん対策以前にこっちも重要なのではないかと、何を何年か前に提言した次第であります。

次に、均てん化と集約化・拠点化の話をいたしますが、がん対策基本法の言葉の中に均てん化という、広く、あまねくがん医療をどの病院でも、どの地域でもできるようにというのががん対策基本法ができた理由なのです。当時鳥取県からがんセンターまで抗がん剤治療を受けに来ていた患者がいて、その患者たちの団体も強く要求してこの均てん化という言葉が入りました。

しかしながら、岩手県で考えますと、医療資源が不足している部分がありまして、本当に均てん化できるのかなというところがありますが、何とかうまくいっていると思います。2次診療圏の基幹病院は、最低限のがん急性期医療ができるようになっております。治療は、患者数が多いほど質が高いわけで、センター化したほうが、例えばがんセンターに集まってくればそこでのがん治療の質は非常に高くなってきます。日本で一番がんの切除を行っているのがんセンター、次ががん研有明病院というような形になります。彼らの治療成績は非常にいいですね。では、盛岡市からそこまで行くのかという話になると思うのですけれども、我々は岩手医科大学としてがん研有明病院、がんセンターに負けないぐらいの治療成績を出しているつもりでおります。したがって、岩手県全体を考えたときに、センター化をするのであれば岩手医科大学、それ以外のところの病院、県立中央病院も含めてその次のレベルのがん治療をやっていただくというのが、私の中では大事な集約構想かなと思っております。

韓国は、日本とは真逆で、ここ10年国を挙げて拠点化というのを始めたのです。したがって、皆さんソウルで手術を受けています。韓国はいわゆる新幹線網が発達してい

ますので、2時間かければどこからでもソウルに行けます。ですから、そういう意味では盛岡市から東京都に行くのと同じような時間で、どこからでもソウルに集まれる。ソウルに集まると、例えばソウルに大きな病院が五、六個あります。ベッド数が二、三千床あります。そういう病院をつくっているのです。サムスンとか、ヒュンダイとか、そういう財閥系もつくっていますし、ソウルナショナル大学、ソウル国立大学というのも二つ大きな病院持っています。そうすると、例えば胃がんの手術が年間1,000例、日本のがん研有明病院が今胃がん年間800ですけれども、それよりも多いのです。胃がんの手術というのは、日本が世界で一番進んでいる国で、いろんなところで韓国の先生たちは日本の手術を学んで、彼らが追いついてこようとして、今追い越してきています。製薬会社から見ますと、そういう1,000人の胃がん患者を使って臨床研究をやることによって新しい薬ができてくるのです。したがって、新しい薬の治験は、今日本よりも韓国に全て行ってしまっています。いわゆるロシュとか、ノバルティスとか大きな抗がん剤メーカーの治験が韓国に集まっています。したがって、日本はちょっと残念なのですね、国際競争力が非常に低下してしまっています。しかしながら、患者から見るとアクセスがいい、自分のすぐそばである程度のがん治療が受けられて、そこから2時間ぐらい行けばきちとしたがん治療が受けられるというようなアクセスのよさから見ると、韓国はそういう拠点化になりますと手術までの時間を待たされてしまうとかいろんな不都合がありますので、患者から見れば日本は非常にいいシステムだと思います。しかし、国際競争力、医療の競争という面からすると韓国に負けてきてしまうのです。

あとは、皆さまは皆さまの地域で県議会議員として選ばれてきてここにいますので、その病院にちゃんとした医療がないというのは住民からすると非常に困るわけなのですが、そこはきょう聞いていただいたとおりで、高度医療には拠点化が必要ということを知っている方が逆で、不安の解消になるのかなと私は思っています。やはり自分の村から病院がなくなるとか、自分の村から医師がいなくなるとかということは大変な不安だとは思いますが、本当の意味で自分が困ったときに頼れる医師は拠点化された病院に集めておいたほうがいいわけなのです。ここは物すごい重要なことだというふうに思います。

しかしながら、2次診療圏の地域がん拠点病院、岩手県はそれぞれの病院で、特に外科領域、我々の教室は、後でも出てきますけれども、常勤医をかなり送っています。ですから、沿岸、県北の県立病院で胃がんの手術、乳がんの手術、大腸がんの手術、普通にやっただけです。そういう意味では、外科系に関してはうまくいっていると思うのですが、例えば婦人科ですと卵巣がんの治療は全部岩手医科大学でなければできない、沿岸ではできませんというのをはっきり言っていますし、泌尿器もそういうような差別化ができています。したがって、診療科によってその診療科がどれだけの人数の医者を派遣できているかということにもありますし、またその病気の治療の難しさということで均てん化と集約化というのを考えていかなければいけないのかなと思います。

そういった場合、それぞれの地域、それぞれの病院の機能分化というか、例えば先ほど一番最初に申し上げたように治らなくなったがん患者、療養型の治療が必要な場合は逆に地域に戻っていただいて、治す急性期のがん治療は中央でやるというような拠点の階層化により均てん化と拠点化を実現していくというのが岩手県では重要なのではないかなというふうに思います。

そういうことで、岩手県のがん対策なのですが、私の提言といたしまして、県全体でのがん診療連携を明確化する。恐らく難しいがん治療に関してはぜひ岩手医科大学で、地域のがん拠点病院、県立中央病院も含めまして県立中部病院、県立磐井病院、県立胆沢病院、県立釜石病院、県立久慈病院、県立宮古病院、そういったところでは一般的ながん治療をやっていただきたい。しかしながら、本当に再発してどうしようもなくなってきた患者を受け入れるベッドが必要になってくると思います。今県立病院に急性期病床がたくさんありますけれども、なかなかその急性期病床を満床にするだけの急性期医療ができていないのです。ですから、例えば県立久慈病院でもそうなのですが、厚生労働省は2025年を目標に病床のいろんな役割をお互いに定義して、少しずつ病床から在宅へ、急性期病床から在宅医療へというふうな考え方を今進めようとしていますので、それに合わせてですけれども、例えば県立中央病院も急性期病床だけではなくてそこに緩和床あるいは慢性期床をつくっていくと。あるいは県立宮古病院、県立釜石病病院、県立久慈病院、そういったところも今多分10対ゼロとか9対1なのですけれども、場合によっては8対2、7対3ぐらいの病床が必要になってくるのではないかなというふうに思っています。

早期発見と予防をさらに啓発、教育しながら、皆さんが年に1回がん検診に行く、あるいは予防するためにはどういった生活習慣が必要だということを理解していくことが重要かと思います。

あとは、先生方の役割かもしれませんが、地域住民にこの病院、ここの町から病院がなくなっても2時間かけて行けば大丈夫なんだよ、あるいは1時間かけて行けば大丈夫なんだよということ、拠点化が必要だということをぜひ説明していただければというふうに思います。

スライドの説明は今のとおりののですが、残りの時間でお手元の資料を少し皆さんと一緒に見てみたいと思います。岩手県のがん対策推進計画の概要ということで、これはこれから始まることで、向こう5年間です。ここに書いてあるのは、実は余り新しいことはないです。がんになっても就労等がうまくいくような方策をとりましようというのが国の基本計画に入っています。それは岩手県でも入れるべきだと思います。

あともう一つ、小児がんの治療の充実というのが入っているのです。国のがん基本計画を見ますと、重点的に取り組むべき課題として放射線、化学療法、手術、これは今までのがん治療、さらなる充実、がんと診断されたときから緩和ケアの推進、これも第1次と一緒に、今までと一緒に。さらに、がん登録を推進しましょう、今までと一緒に。ここですね、働く世代や小児へのがん対策の充実、この部分が新しい5カ年計画に入っています。岩手県

もこれを入れなければいけないですね。

岩手県でも国と同じようなものを今つくっています。がん患者の抱えるさまざまな痛み、身体的苦痛、社会的苦痛、精神的苦痛、スピリチュアルな苦痛、そして全人的という、これを緩和しましょうということでもあります。女性のがんへの対策、子宮頸がんは予防ワクチンがあります。十二歳、十三歳の中学生低学年の女性が受ければがんになりません。そういうことをサポートするシステム。あるいは就労に関する問題の解決、働く世代の検診受診率の向上、小児がん対策等を推進しようということ。それから、東京都ですと勤務している方々が多いので、勤務会社ががん検診ということをやればかなりの部分ががん検診受診できるわけですがけれども、東京都が日本で一番受診率低いのです。やはりどうしても分母が大きいということもあります。

岩手県には、岩手町で仁昌寺幸子さんが一生懸命頑張って、岩手町の受診率が物すごく上がったという事例がありますので、あれをモデルにしながら各地域で受診率を上げていくという努力も必要なのではないかなど。保健師など顔の見える人が「ことしは健診へ行ったの」というふうな声かけから始まって受診率を上げていくと、仁昌寺幸子さんはそういうふうやってきたというふう聞いております。

全体目標、がんによる死亡率の減少、徐々にですけれども、目標値に下がっていきます。ただ、これには文句なく予防と早期発見が大事であります。

ということで、分野別ということで同じようなことが書いてありますが、地域の医療、介護サービス提供体制の構築、これも重要です。これは多分今回の岩手県、私が今思っていることにもかかわりますけれども、地域で療養できるようなシステムで、在宅医療が今できるエリアは盛岡市とか、あとは県立磐井病院、県立中部病院の周りだとか、そのあたりではないかと思うのですけれども、なかなかないですね。県立釜石病院、県立久慈病院、県立宮古病院、そのあたりで在宅の医療をやってもらえるドクターがいないところがありますので、在宅医療というのは結構大変なのです。家族の負担もあります。しかしながら、私も父を在宅でみとったのですけれども、やはり亡くなる側からすると自分の家で死にたい、当たり前なことなのです。ですから、それをサポートできるシステムがあればそれが一番いいわけで、それは家族だけでは無理なので、そのサポートするサービス提供体制をつくるということはこれからのがん医療の重要なポイントになってくるかと思えます。ただ、どうしてもそれができない方々のためのベッドが必要なのです。ですから、沿岸、県北あるいは2次診療圏でそういう慢性期病床が足りているかという、僕は足りていないと思うのです。例えば軽米町なんかに行くと、冬になると入院の数がふえるというのは、皆さん冬で独居老人が自分で無理なので病院に入ってくる、そういう病院が必要なのです。ただ、そこにどれだけの医師が必要かという、そんなに要らないのではないかと思うのです。いわゆる医療資源として必要な部分ではなくて、病床として必要で、看護師の数も1対15とか1対13でいいわけで、1対10の看護師が要るわけでもないわけで、したがってある程度医療資源を抑えた中で病院があればそこに患者が入れるような、そういう療養

型病床というのが必要かなと、地域には必要かなというふうに思います。

あとは、がん登録は引き続きの問題です。

小児がん、がんの教育、学校教育でがんというものを取り上げようというのがこのテーマですので、恐らく岩手県の中学生、高校生でがんの話、喫煙とがんの関係等を説明する授業が必要になっていくのではないかなというふうに思います。

あとは、がんになるとお休みをとって、手術を受けて、戻って、治ればそれでいいのですけれども、再発したときにどうなるというふうなことです。ここら辺は私もまだ実態はわかっておりません。これは逆に言うと先生方が調べていただいて、がん患者は就労に関して何か制限を持っているのかとか、そんなようなことがあるのかということ、これは明らかにしなければいけないかなというふうに思います。

ということで、がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項等がここに書いてありますが、ポイントはがんの教育、啓発、小児がん、がん患者の就労、そしてがんの地域の医療、介護サービスの提供、こういったことでしょうか、岩手県に関しては。

次が集約化の必要です。お手元の資料ございますか。お手元の資料で、岩手県のがん医療ということで、去年の9月28日にがん対策推進協議会で私がお話ししたところなのですが、ちょっとわかりにくいかもしれません。これはアンケート調査をしました。岩手県にある病院、入院施設のある病院にアンケートをした結果、6割ぐらいの返事があったと思うのですが、がん診療について病院規模、施設についての質問です。そうすると、このグリーンで書かれている部分のがん拠点病院でないところです。この赤っぽいところががん拠点病院。都道府県がん診療拠点病院は岩手医科大学、地域がん診療拠点病院は2次診療圏の県立病院、そこでアンケートをしますと、敷地内全面禁煙というのが本来当たり前なのですけれども、それをしていないところもまだあります。それを拠点病院と拠点病院以外で見ますと、本来拠点病院では100%でなければおかしいのですけれども、実際はまだ。ただ、拠点病院以外は喫煙はないのですけれども。

あと、DPCを導入、DPCってわかりますかね、一括、包括の医療費算定システムで、病気ごとに、あるいは疾患ごとに請求できるのですが、導入しているかどうかを見ますと、拠点病院は全部DPCですけれども、拠点病院以外はそうではない、出来高払い。

がん登録、全体でこの比率ですけれども、拠点病院と拠点病院以外でがんに対する対応が全く違うのです。化学療法の実施、こうやって見ますと、拠点病院では全部入院、化学療法を外来でも行っていますけれども、拠点病院以外では外来を行っていません。放射線も拠点病院では全部ありますけれども、拠点病院以外はない。緩和医療も拠点病院では緩和医療チームが多数いますけれども、拠点病院以外は余りいない。ということで、何を言いたいかというと、やはり拠点病院と拠点病院以外でこれだけががん治療に対する、がん医療に対する認識の差、現実の差があるわけです。したがって、これはもう拠点病院でがん治療をやって、それ以外の病院ではがんのいわゆる急性期医療をやらないような差別化があってもいいのかなというふうに思っています。実際はそんな急性期医療をやっ

ているとは思いませんけれども、抗がん剤治療をやっていたりとか、そういう病院があるはずなのです。

ということで、こういう意味で拠点病院に集約しましょうという話をさせていただいたところ、委員の先生からそれは集約化じゃなくて均てん化だと、それはそうですよね。岩手県は2次診療圏ごとに10個の地域がん拠点病院があるわけですから、その地域ごとにがんの診療、急性期医療ができる病院があるということで、これはもう均てん化ですというふうに言われまして、そうだなと思いました。その均てん化された病院の中からのがん医療連携というのがあれば、さらに難しい病院は大学に送るというような形ができて、今実際できております。そういう意味では均てん化されつつ、集約化されているのかなというふうに感じております。

次、病床区分の見直し、これはこの資料を見ていただくとわかると思うのですが、これは社会保障審議会医師部会というのが作成しておりますが、実は私の大学のクラブの後輩がこれをつくった本人なのですけれども、医療、病院の機能分化と医療費を抑えるということも重要ですし、いいサービスを提供するというのも重要であります。したがって、今は一般病床、療養病床、精神病床、感染病床、結核病床というようなざっくりとしたまとめしかないのですが、この一般病床をさらに急性期病床群ということで、この2ページを見ていただくとわかりやすいのですが、例えば病気としての急性期、つまり盲腸になって急におなかが痛くなったとき、これは急性期ですけれども、そういう意味ではなくて、例えば心筋梗塞、緊急手術あるいは悪性腫瘍、がんですね、そういった難病、つまりそういった医療資源が多数投入されるべき疾患、それを急性期というふうに考えております。したがって、この急性期病床群、医療資源を投入しなければいけない病床群というのをつくりまして、そこにDPCでいう少し点数も高いものを置いて、そうではないところではリハビリとか療養、重症度が低い、緊急度が低い、あるいは肺炎の患者、入院期間が3週間、4週間、1カ月かかるような患者を置く病床をつくるというようなことで、病床を少しずつ分けていこうということでもあります。

最後に、こちらにもありますけれども、急性期医療から引き継ぐ亜急性期等の医療についてということで、急性期医療から引き継ぐ亜急性期等の医療について、社会保障・税一体改革成案においてサービス利用の具体的シナリオとして想定されている改革イメージはということで、これから12年後にはこういった形になってきます。したがって、今は県立病院、がん診療拠点病院である県立病院の一般病床と療養病床の比率が10対ゼロで一般病床、療養病床を持っている病院は、ちょっと知識が今少ないですけれども、県立久慈病院にはあります。ですから、それを10対ゼロ、9対1ぐらいの状況が、私が先ほど申し上げたように8対2、7対3ぐらいでここをふやしていく必要があります。ここら辺ですね。ですから、ここら辺のことをやる病床を地域のがん拠点病院で少し減らした上で、亜急性期、長期も含めてこちらの病床をふやしていくということが重要なのかなと。

これは医療局に言いたいことなのですが、医療局の方々がそういう形になってくれるか

どうか。なぜかという、県立病院の院長先生、私の教室の同門の先生が多いのですが、どうしても院長になると病院の稼働額、収益というものに目が行きまして、稼働額を高くするのはここなのです。ですから、どうしても各地域がん拠点病院がこちらに目を行きがちなのです。だから、少し背伸びしながらこういうことをやっている拠点病院もあるというふうに感じております。したがって、ここははっきりと医療局も稼働額の云々でなくて、地域の医療に、地域の住民にいいサービスを提供するために、こちら辺まで含めた病院を県立病院につくっていくと、病床をつくっていくという考え方も大事なのです。あとは、沿岸、県北にはこういったサービスが少ないので、こういったサービスに力を入れるような何か施策があるといいのではないかなというふうに思います。

最後に、県立病院の医師派遣数ということで最後の資料をちょっとごらんになっていたのですが、これは去年1年間で岩手医科大学から各県立病院に、派遣というのは、いわゆる出張というような、つまり常勤医は別です。常勤医は、既にもう行っている人たちがいて、そうでない人たちを派遣しております。ごらんになって見ていただくとわかるのですが、この医療法上の医師必要数というのは算定方法がありまして、それは病床と機能の話にもかかわってくるのですが、医師不足数がマイナスになっているところは、これは医師が不足していないということなのです。ちょっと見ていただくとおもしろいのですが、県立胆沢病院、県立中央病院、県立中部病院、県立磐井病院、ここは医師が不足していないのです。なぜかわかりますか。新幹線沿いなのです。病院長が東北大学なのです。これは多分皆さん方にわかりにくい話だと思うのですが、私が岩手県に来て一番不思議に感じたのは、岩手県に医療機関は岩手医科大学しかないです。ところが、県立病院には二重支配構造があって、本来であれば岩手医科大学と医療局が連携して県立病院もきれいに統治するようにヒエラルキーがあれば何の問題もないのですけれども、歴史的に東北大学はできたときは東北6県の医療を自分たちが引っ張るというのが同門会の学是であります。同門会の前言にありました。各東北地方6県の県庁所在地にある中央病院の病院長は、全員東北大学なのです。幾つかかわってきているところもあります。ただ、岩手県はまだ東北大学です。これが自分からすると不思議なのです。僕は、東北大学出身でもないし、岩手医科大学出身でもないのです、違和感を一番感じるのがそこで、お互いがまざり合わない、どうしても。だから、自分たちがある学閥と言ったら変なのですけれども、これはもう患者とか住民から見れば全く余計な話なので、本来医療局がそういったことをきちっとやるべきなのです。まぜるべきなのです。なぜそういうことが起きないかというと、やはりこの大学の病院長は必ずその大学の病院長がとるようなことを今まで医療局が許していたのです。医療局の先生なんて大学の職員ではないのですから、医療局が自分たちの職員を、病院長をどんどん動かせばいいわけで、別に東北大学の先生を県立中部病院の病院長あるいは県立中央病院の病院長に固定する必要は全くないのです。もしそこに岩手医科大学の病院長が入ってくればもっとうまくまざり合います。だから、ここは私が向こう何年間で一番主張していきたいところであり、マスメディアの方がいると

したらオフレコなのですけれども、これはなかなかわかりにくいロジックなのですが、病院長の大学をまぜるとというのが医療局に一番やってほしいことです。ですから、先生方もそこはぜひ、僕からきょう聞いた話をうまくささやいていただくとありがたいなと。

見ていただくとわかるのですが、この病院、医師不足でないのはなぜかという、東北大学からの先生たちが来ているからなのです。本来そういった先生たちを沿岸に送るとか、それも重要なことだと私は思うのです。それができていないのです。なぜできていないかという、今言ったようなロジックであります。ただ、東北大学の先生が沿岸の病院まで来てくれるかどうか、それはちょっとわかりません。ですから、医療局としてはそこに危惧があるのかもしれませんが。例えば県立中央病院の病院長を岩手医科大学にしてしまったらどうなるか。でも、県立中央病院の半分は岩手医科大学ですから、病院長だけ違うのですから。県立中部病院も6割、7割は岩手医科大学です。病院長だけ違います。そこをうまくかえることでどうなっていくかということなのですが、東北大学も今いろんな意味で派遣先の病院が少ないので、決してそういうことをやったからといってその病院から医師を引き揚げてしまうぞというようなことはもうないのではないかなというふうに思います。社会的な目もありますし。したがって、ぜひ医療局には、病院長がこれから二、三年以内にかわってきます、この病院の部分で。それをかえて、うまくシャッフルして、岩手県の沿岸、県北の医師不足、東北新幹線沿いの医師が余っているとは言いませんけれども、そこら辺の医師もうまくまぜることによって岩手の医療、地域医療、医師不足がうまくいっていくのかなというふうに思います。

次のページを見ていただくと、各科別の派遣数が出ていまして、ここに外科学が何か少ないように見えますし、あとは岩手医科大学でいう消化器、肝臓内科、第1内科が全く出ていませんけれども、これなぜかという、既にそこに医師を派遣しているからで、派遣というよりも常勤医として行っているからで、逆に糖尿病代謝とか心臓血管外科とか数が多く見えているところは、そこに常勤医を送っていないということなのです。ですから、各科診療別ごとにいろんな意味での少しずつの差があるということをお理解いただければなというふうに思います。

大体話したいことは以上ですので、これで私の話は終わりますが、あと1時間ぐらいありますので、フリートークでも何でもいいですから、聞いていただければ。ということで、よろしくをお願いします。

○小野共委員長 先生、貴重なお話ありがとうございました。

これより質疑と意見交換を行います。ただいまの御講演をいただきましたことに関しまして質疑、御意見等ありましたら、皆様のほうからよろしくお聞きしたいと思っております。

○嵯峨老朗委員 ありがとうございます。先ほど説明を受けました県立病院の院長の話とか医師の話、なるほどなと思って、何か変だなと思っていたのですけれども、県立中央病院には岩手医科大学の先生よりも地方の国立大とか、自治医科大学とか、そういう人たちが集まっているのです。久慈市に来れば、久慈市出身者もいるのですけれども、そのうち

看護師さんと結婚して、引っ張られて盛岡に住むというパターンがあって、その辺どうやったらいいのかなといつも僕らの立場で思うのですけれども、ただしゃべれば通るのかわかりませんが、先生がさっきおっしゃられた出身学校をシャッフルできればいいなと思いました。

それともう一点、県立久慈病院は、産婦人科の先生は1人しかいないのですけれども、県立二戸病院では3人いるのです。僕なんかの感覚だと、リスクの高い分娩は全部県立二戸病院に県立久慈病院からやっていますけれども、その途中で死んだ例もあったのです。二戸市だったらすぐ盛岡に行けますし、その辺の考え方というのに違和感持っているのです。

○若林剛講師 恐らく杉山教授がそういう形での集約化をしたのです。僕は杉山教授が集約化した形はうまくいっていると聞いていたのですが、二戸市に集約化したのですね、では久慈市と二戸市を。そういうことですね。そこら辺がなぜ二戸市になったかちょっとわからないのですけれども、二戸市は実は新幹線沿いなので、やはり医師からすると行きやすいのです。そういう意味だったのかもしれませんが。だから、逆に言うと患者、地域住民の目線から見ると、先生のおっしゃったように二戸市だったら盛岡市に来ればいだろうと、ところが久慈市だとそこまで行かなければいけないからという話ですね。

○嵯峨耆朗委員 出産、出生数というのは結構多いのですけれども、3分の1以上は青森県から来るのです。医療局の経営戦略としてそっちがいいからそうしているのかわからないのですけれども、県立病院ですから、できれば県立久慈病院を県内患者100%に出来たらと思って。

○若林剛講師 そうですね。ですから、集約化、今の話は結構重要で、がん患者だとそういうことは起きないということをまず認識いただきたいのです。本当の意味での近所に近いところに、20分以内に病院がないと困るのは心筋梗塞、脳梗塞、あるいはそういう出産の話かもしれないですね。ですから、そういったものとがんというのは分けて考えてほしいのと、ただ心筋梗塞、脳梗塞にしてもやっぱり本当の意味で、今ヘリが飛ぶので沿岸からでも30分ぐらいで来れますから、そういう意味でいいのですね。つまり高度な治療、例えばいきなり心臓の中にカテーテル入れて心筋梗塞を治すような治療というのはその病院ではできないと思います。ですから、高度医療というか、難しい医療に関してはやっぱり集約化した部分でないとできない。ただ、出産に関してはもっとうまくいくと思うのですけれども、普通に考えれば。

○嵯峨耆朗委員 余り言うと医者が一人もいなくなるという話があるので、言わないようにしているのですけれども。

○若林剛講師 これは地域医療が崩壊というか、医療過疎の問題、これは経済の問題なのです。やはり本当に本音で言うと、医者も自分たちの子供が少なくとも自分が医学部に行くような学校に入れたいから、その学校がないような地域には行かないのです。ですから、今沿岸にいる先生はほとんど単身赴任です、子供が高校生ぐらいになると。あるいは高校

生になると、子供は盛岡第一高校に入るために盛岡に下宿しているとか、そういう話になってきます。ですから、これは申しわけないけれども、地域の経済が悪いところにそういう意味での医師は集まらないです。だから、地域経済を活性化していただければ、例えば釜石に地域の経済が戻ればそこには医師が行くという話はあるかなと思うのですけれども、ちょっと余談というか。

○高橋元委員 きょうは大変貴重なお話ありがとうございました。岩手県のがん対策推進計画、第2期を今策定中ということで、これを進めるに当たって、国の法律が変わって内容の充実が図られていくということで、大変ありがたいなと思いました。昨年も全国のがんに関するいろいろな勉強会に行きましたけれども、その中でこの対策を進めていくために行政の側の役割というか取り組みが弱いのではないかと感じております。医療の現場では、認定医とか、認定看護師とか、どんどんふえておりますし、さまざまな技師もふえているのだけれども、予防とか早期発見対策、行政の役割は重要だと思いますが、そういう意味で議会でもがん条例をつくるべきだという提言も何回かさせていただいて、時期が来たら議論してつくろうと話題にもなっているのですけれども、その辺このがん条例を制定するという点について、取り組みが進んでいる県もあると思いますけれども、そのところのがん対策ですね、この取り組み状況、それから条例があるところの取り組み状況、その辺先生はどのようにお考えですか。

○若林剛講師 余り詳しいことはわからないのですけれども、がん条例というのはいいと思うのです。例えば神奈川県かな、タクシー禁煙とか、そういうささいなことですけれども、そういった話というのは物すごく皆様の意識の中に入っていきますよね。この県は、県北地方がたばこをつくっている農家が多いとか、何かいろんな話があるのもわかるのですが、例えば公共施設の禁煙を守るための条例とか、あと学校敷地内禁煙とか、そういう当たり前のことを普通にやればいいのかなと思います。ただ、検診受診率を向上させるために何かそういう条例でうまくできるようなことがあれば、ぜひ他県のほうも参考にしながら岩手県がん条例があつていいと思います。僕もがん対策基本法ができたときに、病気に対して法律ができてどうすると、本音で思っていたのですが、やはりできた後振り返ると、あのできたことによって大分進みました。できたことによって、おっしゃるように別に行政が金を使ったわけではないのですが、緩和のセミナーをやれとか、緩和研修をやれとか、そういうお上からの通達にみんなが従って動いて、結果的にはがん対策基本法の後にいろんなものが変わったというふうにも実感できていますから、岩手県がん条例をつくることによって何か変わってくるものがあるように思います。

○高橋元委員 ありがとうございます。それから、先ほど病院長含めて岩手医科大学と東北大学、ここの医師の派遣の割合というふうなお話もちよつとありました。私も平成19年に初議席をいただきまして、このがんについて取り組んだのですが、真っ先に当時の県立北上病院に行つてがん登録の話をしたら、どちらかという東北大学系は余りがん登録が積極的でなかったです。現在、拠点病院では100%登録になっているということで安心

したのですけれども、やはりそれぞれの病院、大学病院で方針が違っていると、がんに対する取り組みがうまく進むのかなと、そんな思いをしてちょっと不安に思ったのですけれども、今そういうことはほとんどないということで理解していいですか。

○若林剛講師 徐々に消えてきてはいます。ただ、さっき申し上げたとおり、本来であればまざっていいと思うのです。同じ医者なのですから。普通どの地域に行っても、例えば東京なんかですと、同じ病院にいろんな大学の先生が働いていますよね。それが普通ですよ。やり方が違うところをお互いにいいところを見習いながらやっていくのが普通なのですけれども、例えば外科に関して言うと、今言った病院長が外科の病院には我々の教室は行っていませんし、逆に我々の教室員が病院長のところには東北の先生は行きませんし、それは変なのです。だから、もっと普通にまざれるようにしたほうがいいと。そのためにまずやる第一歩は、県立中央病院と県立中部病院の病院長を岩手医科大学にかえるとか、あるいは逆のこともやってもいいのですけれども、そういったことがまず第一で、それは医療局でできるのです。医療局でできるのだけれども、例えば東北大学の里見先生という、病院長から今度総長になられた先生がいて、その先生に御意見を伺うとできない。今度は岩手医科大学の小川理事長に御意見を伺うとできなくなるというふうなことで、両方立てるとうまくいかない。そこはもう医療局長が英断で、ここはこういう人間が適材だから、どこの大学かわからずこの人が適材だからと決めていけば、それはうまくいくと思うのです。

○高橋元委員 県立中部病院も東北大学の院長でしたので、地元が北上なものですから傍らから心配してました。

それから、今度矢巾のほうに移転されるのですが、その移転とともにがんのいろいろ治療体制、治療機器なんかも充実されていくのかなと、そんな思いをしておるのですけれども、今陽子線を使った治療が非常に有効だというふうなことが出ているのですけれども、その辺の計画なんかはおありですか。

○若林剛講師 全くないですね。ただ、陽子線治療がいいという話は実は余り証明されていないのです。なぜ保険医療にならないかというところも含めてですけれども、やはりきちっとしたデータを出してきていないのです。今陽子線治療室が幾つかあります。南東北でもプライベートな病院が持って、我々も患者を送ります。うまくいくように見えるのですけれども、再発して助からないのです。マスコミで、なかにし礼さんでしたっけ、陽子線やったという話で、多分どうなっていくか見ていけばわかると思うのだけれども、治らないと思うのです。やっぱり手術が一番で、だから手術できない人に対して放射線よりは治療が高い、一般的な放射線治療よりも効果は高いと思うのですが、そのために何百億もかけて、しかも現在まだ保険で認められていないので、そういう医療を岩手県に導入する必要は僕はないと思います。

○高橋元委員 わかりました。ありがとうございました。

○千葉伝委員 がんの現状や課題等、先生も治療の最先端で頑張っていただいていると、

こういうふうなことでお聞きしました。大変ありがとうございます。

そういった中で、これからのがん対策ということで、国も県もさまざまやっているということで、お聞きしたいのは、がんになってからの対策。これは先ほど言った切除から始まって薬剤なり、抗生剤なりさまざまなことをやるよと、急性期から、亜急性期から、そういった場面での取り組み、これは発症してからということ。それからもう一方ではいかにがんの発症を少なくするかということで、予防なり発症を抑えるという意味で、そっちのほうの方がより大事なかと。私は岩手町出身で、先ほど仁昌寺幸子さんの大腸がんの検診を私も毎年受けてまいりました。ああいったやり方がまず一つの例というか、それによりがん検診受診率が向上し、御本人が図らずもということで保健文化賞を受賞されたということなのですが、本人が言うのは、これは私が一人でやったわけではないよと、地域、行政、いろいろな医療機関を含めて、必要な制度をみんなで取り組んだ成果だよと、こういうふうな話を本人はしておりました。予防の原点とすれば、もちろん専門の先生方がいろんな場面でお話をする、これも必要です。それから、行政も必要です。言いたいのは、地域全体を挙げて、あるいは県を挙げてそういうふうな取り組みをもっとすべきだろうと、こういうふうに思っていますので、それに関して何かあればというのが一つです。

それから、先ほど、がんの予防については、人間の場合は頭から足まで、あるいは臓器、いろんなところでいろんながんが発症することになるわけです。そういった中でも、大きく言うと多い五つのがんということで、そういった中でも例えば肺がんの話、私はたばこの生産者なのですが、それはそれとして、だからたばこ吸えとか、その対策をどうのこうの、これは一切私は言っておりません。吸う人は吸う人、それから吸わないで終わると、こういう人も当然ある話なので、先ほどいかに喫煙率を下げていくかと、これも私は必要かなと。ただ、分煙という形でやり方をきちっとお互いに認め合うということも必要だと。いわゆるがん撲滅というか、がんを減らそうといったときに、すぐにたばこか喫煙率、そこはかなり特化する格好で進めている部分が、もちろんそれを減らすためには必要ですが、ただしどうもたばこだけががんの原因かと、こういうことに直結するような話になりがちかなと。例えば肺がんを予防するには先ほどの話、それから肝がんなりいろいろ話が出ています。そういったところの予防するには最低限こういったことが必要ですよとか、そういったあたりの、先ほど予防の中の分野別というのか、臓器別というのか、そういったことのがんの原因という部分を、今先生方の研究分野でやっていると思いますが、もう少しきちっとしてほしいと思います。先ほど出た部分では、食生活ということが欧米化してきたと、これがまた大きな原因だと思いますし、がんの原因に当たってはウイルスも当然あるでしょうし、そういったがんの原因という部分もしっかりと我々もですし、一般の県民にももっともっと向いていただいて、私は部位別というのか、疾病別というのか、そういったものの予防対策ということをどう進めていくかと、こういったことも必要かなと思うのですが、いかがでしょうか。

○若林剛講師　こちらのほうから答えますと、残念ながら全ての領域のがんは喫煙が原因

です。ですから、今の先生のお話は多分生産者側という立場もあると思うのですが、たばこは嗜好品ですから、アルコールは全部だめと禁酒法のような、喫煙のようなのが出てしまうと困るという、僕も困るのです。僕は吸いませんけれども、以前吸っていたとき、僕はアメリカにいたときにたばこは吸えなかったです。アメリカはどこでも吸えないです。ところが、やっぱりビルの外で吸っている人がいるのです。それは好きだから吸っている。ボストンにいたのですけれども、雪が降って寒い中でもビルの外でたばこを吸っている。それは好きだから吸っている。別にいいのですけれども、ただ院内では絶対吸わない。院内では吸えない、学校内では吸えない、タクシーの中では吸わない、何かいろんなルールというのはあるべきなのです。おっしゃったように、セカンドスモーキングのほうが体に悪いのだという話、必ずしもたばこは肺がんの原因だけではなくて、食道がん、大腸がん、いろんながんのリスクなのです。その程度は違います。おっしゃるように、食生活も重要です。ですから、がんを遠ざける生活習慣というのがあって、それはたばこを吸わない、運動をする、野菜を食べるといような幾つかあります。そういったものの一環なので、肺がんだけがたばここと関係しているというわけではないという認識は持っていただきたいというふうに思います。

ただ、自分の中でも禁煙法みたいなのができたら困るなど。やっぱり好きな人はいるわけですから、それは好きな人はどうぞ御自由に。ただ、分煙、ほかの人に迷惑がかからないようにしなければいけないかなというのはあるのではないかなと思います。実は、家庭内というのは難しいのではないかなと思います。御主人が吸っていて奥さんががんになってしまったとか、そういう話がありますよね。それが御主人が吸っていたたばこが原因だとは言えないけれども、そういった部分も含めてもう少し喫煙の害というものは、医学的にはある程度証明されていますので、ですからアメリカはもう絶対吸えません、どこでも、レストランでも、空港でも、みんな吸える場所が限られています。日本もだんだんそうなっています。東京都もそうなのです。このエリアは路上で吸ってはだめというのを作りましたよね。そういう方向に行くということは考えていただいて、生産者側としてどういうふうに対応していくかという話になってくるのではないかなと思うのですけれども。JTもいろんなことやっていますよね。ですから、恐らく少しずつトランスフォームしていかないといけない領域なのではないかなと思います。

この前パリに行っていたのですけれども、パリの外科医はみんなたばこを吸っています。ヨーロッパの人たちはまだ喫煙率が高いです。日本はもう少しアメリカに近いですかね、アメリカは全く吸わないです。そういう各国の文化によって若干違いますし、100%たばこは絶対だめですよとは言いつもりはないのですけれども、認識としては肺がん以外のリスクはあるということです。

あと、逆にお聞きしたいのですけれども、岩手町の取り組み、これは僕の中で非常にすばらしいと思うのですが、例えば全部の市町村で可能なかどうか。ある程度顔が見える関係でないとできなかったのかなと仁昌寺幸子さんがおっしゃったのですけれども、本来

であれば皆様が選ばれてきたところの方々に、予防というか、早期発見することによって医療費も抑えられます。だから、国保の支払基金も助かります。そういう意味で全て助かるのです、ある意味。検診をすることによってちょっと最初の先行投資は必要かもしれないけれども、結果的に見返りのほうが大きいので、どんどんそういうことをやったほうが、お金をかけたほうが結果的には市町村の財政がうまくいくのではないかなと思うのですけれども、どうでしょう。

○千葉伝委員 先生がおっしゃるように、私もそう思います。岩手町では、今は県立病院が診療センターになっているのですが、県立病院の医者が大腸がんにかなり特化してきていた人がいたと、そこがとっかかりだったのです。その上で1年、2年で受けに行っていることではないと、やはりかなりの時間かかっているわけなので、そこは先生のおっしゃるように顔が見える関係で一軒一軒歩いて、そして検診率を高める。そうすると、その次にまた検診率がここまで上がりましたと言うと、受けていない人がじゃあ今度受けてみようかと、こういった形で私は上がってきたのかなと思います。そういった意味で、さっき言った個人の努力という以上にその取り組みの体制というか、それと病院も含めて、そういったことがあったのかなと思います。

○若林剛講師 ほかの市町村でそれは可能なのですかね、ここに来ている先生方の地元では。

○若林剛講師 盛岡は無理ですか。

○若林剛講師 きょうは余り話しませんでしたけれども、がんは早く見つかる内視鏡で取れますから、だから患者の負担が全くない。だから、どうせがんになるなら早く見つからなければ損ですよ。数字だけ見ると2人に1人ががんになって、3人に1人ががんで死ぬと言われてますから、私も結果的には両親2人もがんで、1人は生きていますけれども、みんなそういう領域だと思うのです。高齢化社会なので、年をとってくると最終的に皆さんはがんになっていくのです。脳梗塞で助かって、心筋梗塞で助かって、最後はがんです。ですからどうせがんになるのだったら早く見つけて楽な治療をして治してしまうという感覚でいていただきたいのです。65歳から75歳ぐらいががん年齢、がん好発年齢ですから、実はその検診を受ける世代よりも少し上なのです。80歳ぐらいになった人はなかなか検診受けません。どうしようかと、もういいよとかと言って。そういう意味では検診率、そこは難しいかもしれないですけども、一番65歳から75歳ぐらいのリタイアした直後ぐらいの方々が検診をできるようなシステムがあると、これはがんは早く見つかるのではないかなと思います。

○小野寺好委員 三つほど。一つは、最初に人事のほうで、医療局長の判断でできるのだよというようなお話あったのですけれども、例えば良陵会は黙っていないのではないだろうか。

○若林剛講師 良陵会が黙っていないのだったら、圭陵会も黙っていないですよ。

○小野寺好委員 実際に県の決算特別委員会ときに医療局長が、県立病院の人事権とい

うのは医療局長にないのですよ、知事にもないのです。

○若林剛講師 それはおかしいですよ。

○小野寺好委員 医療局長が公式な場でそういう答弁したことがあります。それほどに医局を恐れているは何もできないというのが実態ではないのかなと思います。決断で何とかなるというお話だったのですけれども、ちょっと難しいのではないかなというのが一つです。

○若林剛講師 まずそのことから。5年前と比べて医局は大分弱体化しています。10年前に比べればもう10分の1ぐらいの力しかない。それで、良陵会というのは東北大学の同門会、圭陵会というのは岩手医科大学の同門会、そういう話というのはもはや社会正義に反するのです。ですから、社会正義を前面に持ち出してくると、医師というのはいわゆるプロフェッショナリズムというのを物すごくたたき込まれているのです。例えば何か起こればそこに駆けつけますよね、何も考えずに。そういう人たちなのです。だから、そういう人たちだということを前面に出して戦っていけば、絶対県民のためにならないことが医局の人事で行われることはあり得ないと僕は思います。

ですから、もっと言うと、里見先生が総長、小川先生と里見先生、ほとんど年が近い仲よしなのです。東北大学のトップと岩手医科大学のトップが実はつながっていますので、そこは幾らでもそういう話は手打ちでも何でもできる話なのです。だから、医療局長が毅然とした態度で、いわゆるどこの大学がどうこうではなくて、この院長は人がよくて、この能力があるからこの病院だと、そういう人事をやれば誰も文句は言わないです。結果としてそれが東北大学、結果として岩手医科大学だったとしても。と私は思います。

今重要なことは、もっと具体的な話なのですけれども、今の県立中部病院の病院長、北村先生は東北大学出身です。この先生はあと2年か3年で退任する。その後にいる院長候補というのは、実は我々の岩手医科大学の同門なのですけれども、自治医科大学の卒業生です。みんな優秀な先生です。ですから、大学は関係なくなってきました。だから、自治医科大学の先生が県立中部病院の病院長になれば、その先生は一応我々の外科の同門なのです。ですから、そういう先生がなれば逆にシャッフルのきっかけになるかも。東北大学の先生は文句を言えないです。そんなことは今の世の中言えないです。

○小野寺好委員 変わってきているということなのですね。

あと、さっきたばこもありましたけれども、自然界にあり得ないような化学物質とか、あるいは放射線とか、そういった関係で細胞にいたずらしている、そういう関係で今がんがふえてきているのかなと。それとも、がんというのは昔からあったのだよと、別にそれとの関係はないのだよということなのではないでしょうか。

○若林剛講師 一般的には、発がんのメカニズムというのはいまだにわかっていません。ただ、一番基本的には、遺伝子、DNAの損傷とその修復の過程で別なものができる、異常な細胞が体の中に、自分の体の細胞が変異していくのです。そういう意味では、自分の中でできた細胞が出てくるのですけれども、その遺伝子に傷を与える因子としていろん

なものが言われています。わかっているものとしては、放射線、紫外線、たばこ、いろんなことがわかっています。ですけれども、そういう意味で年をとればとるほど経年的にそういうDNAに対する傷害因子はふえてきていますので、年をとれば発がんしてくる。これはある程度わかっています。だから、10年前に比べてがんがふえているのは、年をとる人たちが多から、長生きになってきているからというのが我々の理解です。ただ、もしかすると10年前、20年前にはなかったものがふえてきているので発がんがふえている可能性もあるかもしれません。ただ、今は医学的に言われているのは、高齢者がふえてきているので、経年的なそういうDNAに対するいろんな損傷物質を受け続けてきている時間が長くなってから、だから昔は50歳で死んでいましたよね、人生50年。それが60歳、70歳、今75歳、80歳、85歳です。どうしても65歳から75歳あるいは80歳前後から発がんというのがあります。

○小野寺好委員 あと最後、ちょっと個人的なことなのですが、私の母親は90歳で膵臓がん、ピンポン玉くらいのがあって、まだ別に何の変化もなしに病院で元気になっています。女房の母親は4日前に膵臓がんで亡くなっているのです。同じなのに、全然進まない、体重も減らない、片やげっそりしていく、この違いというのは何なのでしょう。

○若林剛講師 わからないですね。本当のがんのメカニズムが100%解明されているわけではなくて、たちの悪いがん、たちのいいがんというのが実はあります。ただ、それをたちがいいか、悪いかというのは細胞を見ればわかるとか、経過を見ればわかるわけなので、ではその違いが何なのかということに関してはまだまだわからないという部分はあります。

○小野寺好委員 わかりました。

○名須川晋委員 1件だけなのですが、がんの早期発見ということで、今血液をとって何十種類かがんの悪いところが発見できるというような技術があるようですけれども、何か八王子病院だったと思うのですが、これについてはどうなのでしょう。

○若林剛講師 何の話かわからないのですが、今一番最先端で研究している領域は血液中に流れるDNAの断片、それががんになるようなDNAの由来かどうかというのをチェックして、物すごく早期の段階で発見するという方法を今開発しようとしています。ただ、臨床ではまだ使っていないです。

何十種類のがんを一遍にというのはちょっとわからないのですが、いわゆる腫瘍マーカーというのがあって、採血することによって何種類かのがんはある程度わかります。ただ、早期がんで見つかることはまずないです。

一般的な病院がそういうことをやっているとしたら、患者集めの目的で言っているのではないですかね、わからないけれども。大学ではないです。

○名須川晋委員 結構何十種類で数万円と。

○若林剛講師 そういう話かもしれないです。だから、腫瘍マーカーを組み合わせると何十種類で検査に来たらいいですよみたいな。それはだから必ずしも早期の発見にはつながら

ないですよ。腫瘍マーカーは早期発見には多分つながらないと思います。あと、PETも早期発見にはつながらない。ですから、本当の早期発見は大腸がんに関する検便はいいですよ。検便はそれがあつたら検査します。がんというのは体の外なのです。表面と接しているところでできてるものががんなのです。つまり鼻から、口から、これ全部管で外とつながっていますよね。気管もそうです。そういったところの上皮から出てくるものががんなので、基本的には全部カメラでのぞけます。のぞけない部分は、膵臓とか肝臓ものぞけるのですけれども、それは大変なので、膵臓とか肝臓に関してはCTをやればオーケーです。肺に関してもCTをやる。ですから、精密検査で早期発見したければ、大腸は検便検査から始まって、胃はやはりカメラというようなこと、さっき言った肺がん、胃がん、大腸がん、肺がんに関してはCT、レントゲン写真よりもCTのほうが見やすいので、だからCT、肺、胃、大腸、早期発見はそういうところですよ。あと肝臓、肝臓もCTもしくは超音波、乳がんはマンモグラフィ、超音波というようなやり方で見つけるべきで、一気にどのがんかわかりますよという病院でうたっているのは、もしかしたら腫瘍マーカーを組み合わせた検査なのかもしれません。

○千葉伝委員 今回の関連で、レントゲンの検査で肺がんの発見率はどのようなものでしょうか。

○若林剛講師 レントゲンの検査でやっぱり見つけにくい場所があるのです。心臓とか血管に隠れていたりとか、あとは小さな淡い結節は多分レントゲンだと見えないのです。そういう意味ではCTがいいのですけれども、CTの被曝量はどんどん減ってきています。CTがすごく高性能になってきているので、短い時間で一気に撮れるので、連続写真で撮れますから、それこそ3ミリ、2ミリあれば見つかります。だから、胸のレントゲンですとやっぱり1センチ、5ミリ以上ないと見つからないです。7ミリ、8ミリぐらい。ところが、CTだと二、三ミリで見つかりますので、年1回がん検診を受けている方は、実は私もやっているのですけれども、CTを撮っています。胸のレントゲンですね。ただ、市町村でやるにはやはり胸のレントゲンからかなと思いますけれども。

○小野共委員長 ほかにありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○小野共委員長 では、ほかにないようでございますので、本日の調査はこれをもって終了いたします。

若林先生、本日は本当にありがとうございました。拍手をお願いいたします。

〔拍手〕

○小野共委員長 委員の皆様には、次回の委員会運営等について御相談がありますので、しばし残ってください。

○若林剛講師 それでは、どうもありがとうございました。

○小野共委員長 それでは、来月2月5日から7日に予定されています当委員会の全国調査についてであります。お配りいたしました資料の日程のとおり、群馬県及び長野県内の

医療機関、議会を訪ね、医師確保対策、そしてがん治療の最先端医療等の調査を行います。メンバー全員が参加するとの報告を受けております。どうぞよろしくお願いいたします。

なお、調査先の関係資料につきましては、後日事務局のほうから配付を予定しておりますので、御了承をお願いいたします。

次に、4月に予定されております次回の当委員会の調査事項についてであります。御意見等ありますか。次回の調査事項です。

日にちは予定ですが4月17日水曜日です。委員会室で行います。

○小野共委員長 では、当職に御一任願いたいと思いますが、御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○小野共委員長 御異議なしと認め、さよう決定いたしました。

それでは、以上をもって本日の日程は全部終了いたします。

本日はこれをもって散会いたします。お疲れさまでした。