令和6年度第2回埼玉県がん対策推進協議会　議事録

（挨拶、事務局説明は除く）

1 日　時　令和7年3月4日(火) 18時30分～19時45分
2 会　場　Microsoft Teams によるオンライン開催
3 出席者　出席者名簿のとおり
4 議　事
(1)令和6年度の取組内容(報告)
(2)令和7年度の取組方針について
資料1から資料5に基づき事務局が説明

(3)令和6年度第1回協議会で表決いただいた件について(報告)
資料6に基づき事務局が説明

【質疑応答】

・議事(1)、(2)について

〇高橋委員
AYA の取り組みについて、実際にどうやったらいいのか考えましたが、AYA と言っても、チャイルド、Pediatric(小児)の「P」は入ってないのか、Adolescence(思春期)の「A」、あるいは Young Adult(若い大人)、どこに重点を置いて、どのような研修を作ったらいいのか全然分からなかったです。
実際に小児、「P」ですね、Pediatric(小児)と Young Adult(若い大人)は全く違うので、そこを切り分けて研修しないと全然違います。そこが現場の方と企画を考えた人たちとは、だいぶギャップがあるんじゃないかなと思いました。

〇丸木議長
事務局としては、今のご意見にお答えできることは何かありますか？

〇事務局
今年度行っている終末期の実技研修については、AYA 世代の方ということで、お子さんがいらっしゃるような方ですとか、就職したての方の事例について、検討いただいている病院が多くございました。
こちらでは、終末期を在宅で御希望される方が、在宅で最期を迎えられるようにということで、関係者の方に集まっていただいて、ネットワークの構築も目的にした研修会を実施しておりますが、そこに私たちも参加させていただいていて、御自宅

で看取ることができたからよかったというわけではないということを、多くの病院の先生方から御提示いただいて、課題について考えているところです。
　また今、委員がおっしゃられたように、AYA 世代と言っても、小児の方やもう少し年齢の上の方で、課題や取り組まなければいけない対応も異なるということについては、おっしゃっているとおりだと思います。こちらとしても、課内で検討していきたいと思います。御意見ありがとうございます。

〇丸木議長
　高橋委員、いかがですか。

〇高橋委員
　まず、どこに重点を絞っているのか、せっかくお金かけるのだから、そこのところをちゃんと決めてやったほうがいいと思いますし、実際に患者の数は、もう Pediatric（小児）はすごく少ないんですね、Adolescence（思春期）も含めて。Young Adult（若い大人）は、実際乳がんがほとんどです。だから、大体どこに狙いをつけるのかということですね。さきほど言われたように、在宅で過ごせれば一番いいのかといったらそうでもないというのもわかっていることです。その辺の切り口を、これから何年かかけてやられると思いますが、そこをちゃんと考えていただいて、もうちょっと効果的な研修にしていただきたい。どっちにしたらいいのかなっていうのが企画する方はあってですね、実際困りました。

〇丸木議長
　今の関連事項について、康委員どうぞ。

〇康委員
　県立小児医療センターの康です。
　高橋委員の御指摘のとおりで、「AYA」という言葉は流行りではあるんですけど、Adolescence（思春期）と Young Adult（若い大人）はやっぱり全くニーズが違っていて、「P」Pediatric（小児）と Adolescence（思春期）を一緒にして、Young Adult（若い大人）は一つの塊で対応した方が、診療の実態には即しているだろうと思っています。高橋委員の御意見は最もだと思いました。

〇丸木議長
　今年度のいろいろな研修に関して、今の高橋委員の御意見を入れていただけるとありがたいです。高橋委員、何かございますか？

〇高橋委員
　せっかく栗原委員がいらしているので、乳がんの Young Adult（若い大人）の取組について、結構やられていると思うので、実際どんなことをされてきたのかちょっと御紹介いただければと思います。

〇丸木委員
　どうぞお願いします。

〇栗原委員
　弊会約100人の患者さんがいらっしゃるんですけれども、若年性乳がん、本当に増えているというのが実感です。実際、36 歳で乳がんを発症した弊会の役員が、1 月 18 日に 46 歳、10年間一生懸命闘った上で天に召されてしまいました。昨年は、36 歳の AYA 支部の支部長が天に召されてしまいました。
　若い世代で末期、ターミナルケアというのは、本当に家族がすごく疲弊してしまうんですね。子供のこともありますし、御主人の仕事のこともございますし。その当事者だけでなく、家族を一緒にどう救えるかっていうのが本当に大きな課題なのではと実感しております。
　若年性の乳がんに限らず、若年性のがんに関しては、特に子供が欲しいといううちの役員は一度がん治療を中断して、赤ちゃんを授かる（体外受精）ことができました。就職のことなど色々な問題がありますので、1人1人ケースバイケースでなかなかケアをしていくのが大変だなっていう実感はございます。

〇丸木委員
　今のご意見をいろいろ参考にして、今年の研修に役立てると。一朝一夕にはできないかもしれませんけれども、皆さんのいろいろな事例を聞いてですね、事例というのは一番すごく心に響くようなところがありますので、そういうところでやっていくということでよろしいかなと思います。
　澤登委員お手が挙がっているのでどうぞ。

〇澤登委員
　2、3点お願いしたいのですが、よろしいでしょうか。
　まず、資料 2 の 3 ページ目のところの「がんとの共生」で「相談支援及び情報提供の実施」というところの相談支援のあり方についてですね、支援センターという位置づけでございますが、後半の資料7ですかね、データを見ますと、身近にすぐ相談しやすいところが全国平均に届かないところが何点かございました。
　これは、全国平均に届けばいいかという問題は別として、やはり身近なところで相談しやすい体制づくりというのが、人口の多い埼玉県ではありますけど、それが求められているのではないかと思います。そのために治療機関である病院で行うことはなかなか厳しいのかなとも思いますが、外来等では看護師さんに力を発揮していただきたいし、あとやはり在宅になった時の身近な相談場所として、保健所や保健センターの保健師という役割は大変期待されると思います。
　これは特に国の政策に上がってないかもしれませんが、地域の健康を守る保健師の役割として、県が発信して制度を敷くということも一つ大事ではないかと、伴走していくということです。先ほど栗原委員の御意見にもありましたとおり、色々な相談が生活に関わって出てくると思うのです。だから定期的な相談がやっぱり相談支援

センターがあればいいのではなく、身近な行政サービスとしても位置づけていく必要性があるのではないかと思いました。
　あと恐縮ですが、資料5ですけれども、今の相談支援の考え方とつながるのですが、まず「緩和ケア等の推進」でアピアランスケアの推進のところに、色々な市町村が制度を設けて市町村ごとに金額が違うのです。あと内容も違うのです。これを市町村が発信しようとすると、チラシを作って病院に置きますっておっしゃる市町村が多いと思います。医療機関の先生方からしたら、県内あちこちの市町村からチラシが届いても大変困るのではないかなと思うのです。
　私、さいたま市のがん対策協議会にも出て、さいたま市さんはチラシを作って配る、病院にお願いするとおっしゃっていたので、チラシでなく、少なくとも 2 次元コードを入れたカードぐらいにした方がいいのではないかという話をしましたが、その時に私はさいたま市で言っても仕方がなかったのですが、県に頼んで県がすべての県内の情報を 2 次元コードから各市町村に飛べるような広報カードを作って病院に配って差し上げれば、情報が手元に届きやすくなるのではないですかとさいたま市で言いましたが、それは県に言ってもらわないという話でしたので、市からお願いしたらいいのではないですかと私は申し上げましたが、市としてお願いしづらそうでしたので、今ここで申し上げさせていただきます。
とにかくアピアランスケアの補助金のことは情報発信が重要です。
　買った後に知らなかったということも出てきては、大変もったいない話ですから、とにかく先に手元に情報があることの方が大事だと思いますし、そのための情報を看護師さんたちがどこまでキャッチしていただけるか、それは専門病院であればもちろん可能ではありますが、色々な医療機関において、そのような情報を看護師が持つということは非常に重要です。外来の看護がとても大事ですから。そのような教育体制も作っていただきたい。
　そして相談支援体制の資料5の「相談支援体制の強化」の1番最後のがんワンストップ相談なんですけど、これタイトルはすごく素晴らしいと思いますが、件数があまりにも少ないので、驚いてしまいます。これをもう少しネットワークを広げて、ワンストップ相談センターがあるということではなくて、どこでも受けられるとしたらやはりそれは行政サービスだと思います。医療機関では厳しいと思いますので。医療機関がそのようなことを行政につなぐことができるとか、そのようなネットワーク、網の張り方をすると、患者さんたちの声が届きやすくなるのではないかなと思いましたので、質問や意見をまとめて申し上げました。以上です。

〇丸木議長
　今の澤登委員の御意見御質問に関して何かありますか。

〇事務局
　御意見ありがとうございます。
　１つ目の市町村行政において、保健師が相談支援にもう少し取り組めるのではないかという御意見だったかと思いますが、今年度、先ほど申し上げましたアピアラン

スの補助事業ですとか、小児 AYA の在宅の医療制度の受付窓口が市町村になってございます。
　今までがんについては、市町村はがん検診で携わるだけということが多かったと思いますが、こちらの制度を開始したことによって、今度は実際にがんになられている方のアピアランスの書類を受け付けるということですけれども、ただ書類が揃っているかどうかということで受け取るだけではなくて、お困りになっていることはないかということと、介護保険が利用できない方については、ケアマネージャさんもいない中で拠点病院の方たちと協力しながら、保健センターの保健師さんがそのあたりの調整を担ってくださったりしております。
　またアピアランスの補助制度をまだ開始してない市町村も、先日行いましたアピアランスケアの情報交換会に、保健師さんだけに限らずお集まりいただきまして、医療機関の方と情報交換を行いました。その中で、まだ補助事業はやっていないけれども、相談があったときに対応できるようにということで、アピアランスケアが単に物品の購入先を案内するだけではなくて、がんがありながらも社会生活を行っていくために、お金をかけるということではなくて、必要な支援を提供できるようにということで勉強会を開催しましたところ、大変好評でした。市町村の保健センター等の保健師さんにも御協力いただいており、感謝しております。
　2点目のアピアランスの補助事業等について、各市町村で周知するのではなくて、県の方で一括でいうことにつきましては、埼玉県のホームページに、補助事業を行っている市町村の一覧を作ってございます。そちらにリンクが飛ぶように作ったりしておりますけれども、今いただいた御意見を受けまして、体制につきましては検討してまいりたいと思います。
　3点目のワンストップ相談の件数が少ないということと医療機関だけではなくて、行政でも支援をということにつきましては、両立支援の職種の方が拠点病院や指定病院に行っていただいていて、そこでも相談活動は行っているのですが、市町村の方には、この事業の周知ということでは、御依頼はしていますが、不十分なところもあるかと思いますので、周知についても検討してまいりたいと思います。以上でございます。

〇丸木議長
　澤登委員よろしいですか。

〇澤登委員
　ありがとうございます。
　せっかく市町村で相談を受けているのであれば、その件数も計上されたらどうでしょうか。そうしないと、これだけしかやっていないように見えてしまいますので、市町村の方もお手数ですが、毎年ちゃんと何か報告をいただくような仕組みをとって、ここに計上していく方が実績がわかってよいかと思いました。

〇事務局
　今の市町村の実績っていうのは、両立支援とがんに関する様々な相談件数ということでしょうか？

〇澤登委員
　そうですね。そういう報告は特に取っていないのだろうと思うんですね。

〇事務局
　受付件数はわかりますが、受付に至らない相談件数について改めて市町村に求めたことは、おそらくないかと思います。

〇澤登委員
　それが生の声としてこの協議会に反映できるのではないかと思いました。

〇丸木議長
　松田委員からお手が挙がっているんで、よろしくお願いします。

〇松田委員
　1点というか全体に共通する気づきというか指摘で、埼玉県は、他の県もそうかもしれないですが、やはりさいたま市、川口市、川越市みたいな都市部と、それから北部、西部の人口密度の低いところとかなりコントラストがあって、この県全体のがん対策推進計画もやっぱりその都市部とそれ以外の地域というのを等しくではなくて、分けて、それぞれに合わせた計画にしていったらいいのではないかと思いまして。
　例えば、「がん医療の医療提供体制の充実」のところで、R7 年度の取組方針に地域の実情に応じてと書いてあるので、そういったことを考えているのかなと思うんですが、もう少し明確に、いわゆる都市部で考えていることと、違う地域でこのように対策というのをはっきり書いたほうがいいのではないかと思います。
例えば、遠隔診療を取り入れるとか、先進的なことを埼玉県で進めていくことで、他の県のモデルにもなりますし、いいのではないかと思います。
　同じことは、がん検診でも、多分都市部の方はかなり大勢が東京に働きに行って夜帰るような生活されているのではないかなと思ったりもしまして、そういった方たちはもしかすると国とか県とか市町村自治体の方針とは反するかもしれないですが、職域でのがん検診の受診で済ませている可能性があって、それを否定するのではなくて、そこを生かした上で検診受診率とか、職域で受けている方の精度管理をしたり、きちんとした受診の把握をしたりすることを、例えば都市部でやって、それ以外の北部、西部においては、自治体において受診勧奨をして、近くの検診を受けられる検診センターみたいなところに来てもらうみたいな2段構えにするとか、県全体でやっぱりこれだけコントラストが付いている中で、1つの政策にするよりは、分けて考えた方がいいのではないかなと思いました。以上です。

〇丸木議長
　ただいまの意見に関してはどうですか。ちょっと大きなテーマになっちゃうんですけど。

〇事務局
　ありがとうございます。直接計画に今すぐ反映ということは、少し難しいですが、先日がん登録審議会がございまして、長年「埼玉県のがん」という全国がん登録データから作っているデータ集ですけれども、これまでずっと同じ項目について取り上げてまいりましたが、次に発行するものについては、少し地域での差を見ることができるように、受療動向ですとか、市町村ごとにおける発見時の進展度ですとか、そういったものを少しずつではありますが、がん計画等に活かせるようにということで着手したところです。
　委員がおっしゃっているようなところまでたどり着けてはいない状況ではありますが、今年度から新たにそういったことを開始しております。御意見ありがとうございます。

〇丸木議長
　続いて手が挙がっている小宮山委員、何かございますか？

〇小宮山委員
　歯科からですけれども、歯科の口腔がんというのは、それほど多くはないとは思いますが、しかし早期発見を逃すと、非常に QOL に大きく響いてしまうと、食べられないだとか喋れないだとか、うまく人に会えないとかということが多くなってまいります。
　そこで我々も健康長寿課からの委託事業の中で、がん患者を診る対応医療機関というのを養成するような研修会も多く行っております。また各市町村でも早期がんを発見するための色々なスキル等を勉強するようなことも各会員に行っております。
　そこで今日の資料3にありますが、「がん検診受診率向上に向けた取り組み」というところで、医師会、薬剤師会とここに我々も歯科もやっておりますので、ぜひ付け加えていただければなと思います。
　それからもう1点、協議会委員ですが、病院の口腔外科の歯科医も委員に参加させていただくような方向で、考えていただければなと思います。やはり口腔外科医が最前線におりますので、ちょっとそういう方の意見も聞きたいなということもありますので、その2点、歯科からお願いというか、よろしくお願いいたします。以上です。

〇丸木議長
　続きまして高橋委員また手が挙がっていますので、よろしくお願いします。

〇高橋委員
　検診についてですね、さきほど松田委員も言われましたが、実際に検診受診率 60% というのは目標ですが、その統計はちゃんと取れているのでしょうか。だから対策型と任意型で、任意でもちゃんと受けられるのだから、それも含めて 60% にしようとしているのか。それから 60% まで受診率が上がった時に、今度これ要精検になる人いますよね。要精検になった時の精検をする施設の状況というのは、実際に受け入れられるのかというのはちょっと疑問です。ものすごい量になるので。例えば、乳がんは検診受けて要精検になる人は、大体 3%ぐらいです。だから、例えば100万人受けたらすごい量になるんですね。そうなると、乳がんの要精検を精検できる施設は多分パンクしてしまう。埼玉県はすごく人口多いし。本当にそこまで行ったらそうなってしまうと思います。
　60% っていうのはすごく立派な話なんだけど、その後のことも考えないと本当に 60%で大丈夫なのかっていうのはちょっと疑問に思います。なかなか難しいのですが、いろいろ勧奨と言って受けろ受けろといっても受けないのだから、もうちょっと違う考えを持っていかないと。もともと検診は嫌なんだから。痛い目に遭ったりとかですね。胃カメラをされるのも嫌じゃないですか。乳がん検診も本当に乳を挟まれて痛いし。だから、検診を受けることは、嫌なことなんですよ。がんを見つけるっていうのも、一つの大きなメリットだけれども、いいことがないと検診って受けられないと思います。
　だから、あまりアイデアはありませんけど、行ったらお菓子をくれるとか、あとは最近ナッジ理論というのがありますけど、もうちょっと考えないと検診受診率は上がらないですよ、実際のところ。長崎県で乳がん検診のことやっていましたけども、保健師が一軒、一軒のお宅に訪問して、行きましょう行きましょうって言って、いついつ検診をやりますからちゃんと来てねと言うとすごく上がるんです。それぐらいやらないと上がらないんだと思います。
　だから保健師とか、地域のまとめ役みたいな人を教育してそういう風に持っていかないとなかなか難しいんじゃないかなと思います。以上です。

〇丸木議長
　元井委員からも手が挙がっているんで、元井委員いかがでしょうか。

〇元井委員
　私は、埼玉県立がんセンターでがんの診療に携わっているんですけれども、今の埼玉県のがん対策の方針を拝見しておりまして、がん医療に関する入り口のがん検診でがん患者の拾い上げ、そして出口である緩和ケア、患者サポートのところは手厚いと感じたんですけれども、がんになった患者さんへの対策であるがんの診断、治療方針のところが手薄いのでもう少し丁寧に対策を立てても良いのではないかと思いました。
　具体的には、第4期の項目8で御紹介いただきました5大がんでは均てん化、希少がん、難治性がん、AYA 世代がんでは集約化が必要というところは基本大賛成です

し、皆さんが目指すべきところだろうとは思うんですけれども、5大がんをはじめとする一般的に多いがんは、がんゲノム医療が国の方でも盛んに推進されているように、今、がんの中の個性をきちんと診断をして、それに対応した治療をきちんと選択して提案し、一番効果的な薬剤あるいは治療方針を提供するというところがすごく大切になってきております。個別化医療の一歩先を行く精密医療という考え方になっています。

このがんゲノム医療の中で、がんゲノムのプロファイリング検査というのは、どこの施設でもできるというものではなく、検査実施体制の整った国の認定を受けた施設、すなわち埼玉県では埼玉県立がんセンターと埼玉医科大学国際医療センターが拠点に指定されて実践されております。そのような施設できちんとした検査を集約して連携病院の紐づけを県のネットワークとして構築していくことが大切だろうと思っております。

そのためにはネットワーク、裾野を広げる活動、正確な診断により新しい治療薬やより効果のある治療ができますよという啓蒙も必要なのではないかと思っておりますので、県にも御考慮いただきたく思います。

また希少がん、難治がん、AYA 世代がんはやはりきちんとした診断が大切で、正確な診断により治療方針が非常に変わってまいります。特に肉種の診断は本当に難しいです。そのためには遺伝子検査、分子病理診断の重要性が増していますが、免疫染色といった比較的どこの施設でもできるという一般的な病理診断技術よりも高度な技術ですので、精度管理体制の整った施設で行わないと正確な結果が出てこないという検査も増えております。分子病理診断、先進的診断技術の集約化と拠点化、それから医療従事者への教育啓蒙も整える必要があります。先進技術を行うようなセンター施設に対しては、実施困難な病院へのサポートを提供できる体制の構築、そしてできれば補助金などによる基盤作りをしていただけると、より良い医療ができるのではないかなと感じました。

松田委員もおっしゃっていたんですけれども、比較的都市部と、それ以外の地域の格差というのがやはり大きくなってきていると感じます。私もがんセンターのほかに、循環器呼吸器センターにも行かせていただいているんですが、やはりどのようにその不均衡を解消していくかは大きなテーマだと感じておりまして、その中でデジタル技術の活用というのは1つキーになってくるのではないかと思います。その取り組みも、県として検討項目に加えていただけるとよろしいかなと感じました。
私からは以上です。

〇丸木議長

今後の医療としては、ゲノムをうまく使うっていうことになると思うんですけど、先ほど高橋委員もおっしゃっていましたけど、埼玉県の2カ所だけで全部やったら、すぐパンクしちゃうんじゃないないかなと思ったりしますので、その辺の環境整備をやっていくと、将来的にはそういうことも当然必要になってくるし、合うかどうか分かりませんが、AI だとか、そういうものをうまく使いながらやっていくという手もあると思います。

先ほど池田委員から手が挙がっていたんですけど、池田委員、何かございますか。

〇池田委員
ありがとうございます。
薬剤師会はですね、ここ2、3年間、産婦人科医会、医師会の了承を得させていただいて、HPV ワクチンの研修を続けて行なっております。
こちらについて、広報の一助になれるような研修を、ということで進めてきているところです。産婦人科医会や医師会の先生方に御理解いただけましたら、さらなる広報活動に参加させていただきたいなと考えております。
今でもチラシであるとかポスターであるとか、そういったものの配布は十分できる環境にあると思っておりますので、御利用いただけると幸いです。
ありがとうございました。

〇 丸木議長
時間の関係もあるんで、今手を挙げているお2方だけでちょっと終わりにしたいと思うんですけども。康委員、手短にお願いします。

〇 康委員
資料5の「がん患者支援の取り組み」の AYA 世代がん患者の支援の終末期のところで、私たち小児医療センターでは、最近かなりの患者さんが最期在宅で迎えるということが実現できているんですけど、それは私たちの施設が県内で比較的東部で南の方にあって、在宅施設が比較的利用しやすいからなんです。一方、この前の埼玉県小児がん診療施設連携協議会では、川越であったり、西の方に行くと、そういう連携してくれる小児の在宅の施設がなかなか見つからない。少なくとも協力してくれそうな施設のリストアップであったりネットワークづくりが非常に重要だと思います。
なので、おひとりでも実現していただいた施設をちゃんと登録しておいて、それで終わりにならないで、その後も引き受けていただけるような、やっぱり小児の在宅医療できるところ、そんなにたくさんではないですし、我々も非常に頑張って取り組んできて、大人しか診てこなかった施設にお願いをして連携をすることで、ちょっとずつ小児を受けてもらうことも努力しておりますので、ぜひ小児の在宅医療を受け入れていただける在宅施設のネットワーク化、リストアップ化に取り組んでいただきたいと思います。

〇丸木議長
続いて栗原委員どうぞ。

〇栗原委員
HPV ワクチンのことなんですけれども、資料を拝見いたしますと、相談件数が 9

件になっておりますが、これは埼玉県産婦人科医会のホームページで、先生方が無料で御相談を承っていらっしゃるんですけれども、この数値は入っていないっていう理解でよろしいでしょうか？

〇丸木議長
　事務局いかがですか。

〇事務局
　HPV ワクチンについては、感染症対策課で把握されている数値ということでオブザーバーで参加していただいていますので、感染症対策課でこの 9 件と今栗原委員がおっしゃったことについて、補足の説明いただければ幸いです。よろしくお願いいたします。

〇オブザーバー（感染症対策課）
　先ほど栗原委員からいただきました御質問につきまして、お答え申し上げます。資料 2 の HPV ワクチン接種後の相談件数ですが、こちらは県感染症対策課で受けた相談件数となっておりまして、産婦人科医会で受けていただいた件数は含まれておりません。

・議事(3)について

・質疑応答なし

・その他

〇事務局
　先ほど高橋委員からがん検診受診率の60%というあの数字は、どういったところからという御質問があったかと思うんですけれども、こちらは国民生活基礎調査というアンケート調査の回答になりまして、職域で受けた方も人間ドックで受けた方も、すべての数値が入っております。ただ、法律で規定されている市町村で行われているがん検診と違いまして、科学的根拠があるがん検診として、この検査方法で、という規定がございませんので、市町村のがん検診と一緒にするには、問題が多数あります。
　そういったものも含めて、すべてのがん検診の数値というものが正しくは把握ができておりません。市町村で行われているがん検診の数値だけは、きちんと正確なものが取れているというのが今の実情でございます。以上です。

〇丸木議長

今日は盛りだくさんの皆さんの御意見をいただいて、そしてこれからの課題も大変多くて、逆に課題が見えてこないぐらいの感じになってきましたけれども、とてもいい協議会であったんじゃないかなと思っておりますので、これからもこのがん対策推進計画の実現に向けて、御指導していただきたいと思います。