

令和5年度第1回宮城県がん対策推進協議会会議録

1 日時:令和5年6月13日(火)午後6時から午後7時30分まで

2 場所:宮城県庁行政庁舎9階 第1会議室

3 出席委員(五十音順、敬称略)

飯久保 正弘、石岡 千加史、井上 彰、加藤 勝章、轡 基治、渋谷 勝、菅原 よしえ、橋本 省、森 弘毅、山崎 敦、山田 秀和、吉田 久美子

4 会議録

(司会)

本日は、お忙しい中、御出席いただきまして、誠にありがとうございます。

会議に先立ちまして、皆様をお願いいたします。

今回はウェブ会議システムを使用しております。

カメラは常時オンにさせていただき、マイクはミュートに設定願います。

なお、御発言の際は、マイクのミュートを解除いただき、御発言願います。

はじめに会議の成立について御報告申し上げます。

本日の会議は、15名中12名の委員に御出席をいただいております。

がん対策推進協議会条例第4条第2項の規定により、本日の会議は成立しておりますことを御報告申し上げます。

また、本協議会は、情報公開条例第19条の規定により、公開とさせていただきます、本日の議事録と資料につきましても、後日、公開させていただきます。

傍聴の方々をお願いいたします。

会議中は進行の支障となるような言動の一切を禁止いたしますので、御静粛に傍聴願います。

次に、本日お配りしております資料を確認させていただきます。

資料は、次第、出席者名簿、資料1から資料5-3、参考資料1及び参考資料2です。

皆様よろしいでしょうか。

それでは、ただ今から、令和5年度第1回宮城県がん対策推進協議会を開催いたします。

開会にあたりまして、保健福祉部福祉部部長の大森より御挨拶申し上げます。

(大森副部長)

皆様、おばんでございます。

宮城県保健福祉部副部長の大森でございます。

委員の皆様には、本日は、お忙しいところ御出席いただきまして感謝申し上げます。

また、本県のがん対策の推進はもとより、保健医療、福祉、行政全般の推進に大変御尽力をいただいておりますことをこの場をお借りして厚く御礼申し上げます。

がん対策といたしましては、今年3月に国の第4期がん対策推進基本計画が閣議決定さ

れ、「誰一人取り残さないがん対策を推進し、すべての国民とがんの克服を目指す」という目標が示されました。

本県においても、今年度は、第3期宮城県がん対策推進計画の最終年度であることから、現計画の評価を行い、本年度中に、第4期となる次期計画を策定する予定としておりますので、国の基本計画を踏まえながらしっかりと取り組んでまいります。

本日は、主に現計画の評価などについて御審議いただきたいと考えております。

委員の皆様には、それぞれの専門的な見地から忌憚のない御意見をいただきますようお願いいたします。

本日はどうぞよろしく願いいたします。

(司会)

ここで新しく就任されました委員の皆様を御紹介申し上げます。

宮城県立がんセンター総長の山田秀和委員でございます。

株式会社河北新報社論説委員会の山崎敦委員でございます。

なお、東北大学大学院医学系研究科教授の菊池委員、宮城労働局の齋委員及び学校保健会理事の樋口委員につきましては、本日所用のため御欠席でございます。

続きまして、本日出席しております県の職員の御紹介いたします。

先ほど御挨拶申し上げました、保健福祉部副部長の大森でございます。

医療政策課長の遠藤でございます。

健康推進課長の狩野でございます。

同じく、副参事兼総括課長補佐の阿部でございます。

私は、本日進行を務めます小原でございます。

その他の職員については、お手元の出席者名簿での御紹介に代えさせていただきます。

それでは、条例第4条第1項の規定によりまして、これからの進行は石岡会長にお願いいたします。

石岡会長、よろしく願いいたします。

(石岡会長)

東北大学の石岡でございます。

昨年度末に、令和4年度第1回宮城県がん対策推進協議会が開催されまして、今年度の活動計画というところにつきましては、委員の先生方も御承知おきかと思っております。

実際の第4期の基本計画が策定されて、県からも説明があると思っておりますが、宮城県のがん対策に今後生かすべき種々のポイントがあると思っております。

また、先ほど御説明がありましたが、「誰一人取り残さない」というのが、大きなキーワードですので、宮城県の第3期の評価、あるいは第4期の策定に関しまして、そういう視点を忘れずに、皆様に御意見を賜りたいと思っております。

今日は、一時間半の予定ですが、既に10分ぐらい過ぎていまして、盛りだくさんの予定で

ございますので、ぜひ進行に御協力くださいますようお願いいたします。
なお、質問の時間は十分に設けていただいておりますので、ぜひ活発な御議論をお願いいたします。
それでは、事務局から資料1から4の説明をお願いいたします。

(事務局)

健康推進課の村上です。着座にて説明させていただきます。
第3期宮城県がん対策推進計画の評価について御説明申し上げます。
資料1をモニターにて表示させていただきます。
右下にありますスライド番号1を御覧ください。
今年度の協議会につきましては、現計画の評価と次期計画の策定のため開催しております。
スライド3を御覧ください。
法律と計画の関係となります。
がん対策基本法に基づき、国の基本計画、県の推進計画を策定しております。
スライド4を御覧ください。
第3期の国の基本計画となります。
スライド5を御覧ください。
こちらが第4期の国の基本計画となります。
先ほどからお話になっております全体目標が「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」となっております。
スライド6を御覧ください。
国の計画の主な変更点を赤線で囲ってございます。
がん予防のところでは、目標値が50から60へと引き上げとなっております。
がん医療の中には、緩和ケアが組み込まれております。
がんとの共生の部分では、アピアランスケアが一つの項目となっております。
続きまして、スライド8を御覧ください。
本協議会の開催予定となります。
国の基本計画の変更を受け、本年度、県の推進計画を策定するにあたりまして、第1回、第2回で現計画の評価を行いたいと考えてございます。
その後、次期計画の骨子案を御審議いただきまして、この後の(2)で、設置を協議いたしますワーキング会で策定の検討をいただきまして、計画の原案を第3回の協議会で報告、中間案を御協議いただきまして、パブリックコメントを経て、第4回の最終案の協議、計画の策定と進んでいきたいと考えてございます。
続きまして、第3期の計画の評価を説明させていただきます。
資料2が評価案となりますので併せて御覧ください。
また、資料3は、目標指標を一覧化したものになります。
資料4につきましては、事業の実施状況となりますので、御覧いただければと思います。

スライド10を御覧ください。

資料2の1の1枚目にも記載してございます評価についてですが、ABCDIの評価としました。

基準につきましては、表のとおりとなっております。

スライド12を御覧ください。

資料2の1は1ページ目となります。

全体目標の部分になりますが、75歳未満の年齢調整死亡率が12%減少することを目標としてございました。

目標値を68.0としておりましたので、直近値は67.7と12.4%減少し、目標を達成となっております。

年齢調整死亡率の減少につきましては、全国も同様の傾向となっている状況でございます。

スライド13を御覧ください。

年齢調整死亡率の男女別を表したグラフになります。

平成27年と令和3年を比較しますと、宮城県の女性のところで、全国や男性と比べて減少が弱い状況となっております。

スライド14を御覧ください。

分野別指標の評価の集計表となります。

御覧のとおり、予防の部分の指標がCとDが多い状況になってございます。

ここで大変恐縮ですが、訂正をお願いいたします。

予防の部分のBが6となっておりますが、正しくは7でございました。

同じく予防のCの部分が7となっておりますが、正しくは6でございました。

大変失礼いたしました。

スライド15を御覧ください。

あわせて、資料2の3ページから科学的根拠に基づくがんの予防・がん検診の充実のページを御覧ください。

がん予防に関する目標指標でございます。

小さくて恐縮ですが、成人の喫煙率につきましては、ベースラインの平成28年より減少しておりますが、目標値に達せずBとしました。

未成年の喫煙につきましては、国の調査項目がなくなり、評価できない状況でございました。

妊娠中の喫煙は減少してございますが、目標値に達成しなかったためBとしました。

資料1、資料2、資料3で妊娠中喫煙の評価がCとなっておりましたが、Bの誤りでした。

訂正していただければと思います。大変失礼いたしました。

その他の生活習慣病の予防のところでは、食塩は下がってございますが、優位差はないためCとしました。

野菜の摂取量、肥満の割合、多量飲酒者の割合、運動のうち65歳以上が悪化しているという状況でございました。

続きまして、スライド16および資料2の6ページを御覧ください。

がん検診受診率の状況となります。

がん検診受診率につきましては、目標値は越えたものは肺がんのみでございました。

全国と比較しますと令和元年の調査になりますが、各がん検診の受診率は全国よりも高く、順位は2位から3位という状況でございました。

同じくスライド16の下段となります。

がん検診の精密検査受診率の向上につきましては、乳がんのみが目標を達成しているという状況でございました。

全国の中でも値が一番高いのは乳がんではございまして、89.5%という状況でございました。

その他のがん検診の精密検査受診率においても、宮城県のほうが高い状況ではございました。

スライド17を御覧ください。

参考としまして、年齢調整罹患率の状況をグラフにしたものとなります。

全国がん登録が始まりました平成28年と最新値の令和元年を比較してございます。

男女別では宮城県の女性の罹患率が少し上がっている状況でございました。

スライド18を御覧ください。

部位別の罹患の状況ですが、女性は乳がんの罹患率が上がっており、全国よりも高い状況になってございます。

スライド19は、部位別の早期がんの発見率でございます。

右下の乳がんとなりますが、早期の発見率は、全国よりも高めと言っても大丈夫でしょうかというところではございました。

スライド20を御覧ください。

次期の計画策定に向けての課題としまして、受動喫煙環境づくりを推進するとともに、喫煙者に対する健康影響について更なる普及が必要になる。

予防可能ながんリスクの因子の減少のため、メタボリックシンドロームや生活習慣病の予防・改善等への取り組みが重要であること。

がん検診等の受診控えが考えられ、職場検診も含めて、がんの早期発見の重要性や検診の受診勧奨と、継続的な取り組みが必要であるとしました。

スライド21を御覧ください。

がん医療に係る目標指標となります。

資料2は9ページとなります。

拠点病院における専門医療従事者につきましては、増加している項目をA、減少している項目をDとしております。

ほとんどの項目でAとなっている状況でございました。

キャンサーボードの開催回数が減少しているためDとしてございます。

スライド22を御覧ください。

資料2は12ページとなります。

病理診断では病理診断医が増加しており、細胞検査士は同数のため C としてございます。下段のがん登録の評価になります。資料2は 13 ページになります。

実務者向けの研修につきましては、開催回数は減っているものの、参加者数が増加しているため B としてございます。

研究利用のためのデータ申請は0件ということで D としておりますが、市町村利用の申請は6件ございました。

スライドの 23 を御覧ください。

参考としまして、5年生存率のグラフを表示してございます。

ほぼ全国と同様の傾向と考えてございました。

スライド 24 に参考としまして、患者体験調査のグラフを示してございます。

がんの診断・医療を総合的に評価すると、10点満点で、平均すると、宮城県では8.0。全国的な研究とほぼ同様となっているのではないかと考えてございます。

次期計画策定に向けての課題としまして、質の高い医療を提供するため、がん診療連携拠点病院等とがん医療を提供する医療機関と協力し、がん医療の情報共有、評価分析が重要である。

横断的なカンファレンスの継続など、患者が必要とする連携体制がとられるよう環境整備を行っていく必要があるとしました。

スライド 26 および 27 は、がんとの共生に係る目標指標となります。

資料2は 14 ページからになります。

緩和ケアにつきましては、ほとんどの項目で A となっております。

相談支援・情報提供では、相談件数が平成 30 年に年間相談件数の計上方法を整理した結果、減少しているという状況でございました。

患者会・サロンについては、開催回数が減少し、特にコロナの影響が大きいということから I と評価してございます。

社会連携の指標になりますが、資料2は 16 ページとなります。

在宅診療在宅支援診療所の件数は減少してございますが、その他の在宅療養支援の病院や、訪問看護ステーション、訪問薬剤管理指導薬局数、在宅の看取り率などは増加しているため、A としてございます。

就労も含めた社会問題の指標では、企業への情報提供は減少しているために、拠点病院のがんの患者さんの就労支援に関する総合支援事業の活用等で増加しているため、A としてございます。

ライフステージに応じたがん対策の指標につきましては、相談件数のところが減少しているところは D、学習を希望する生徒さんに学習支援を提供するということでは、100%ということで A としてございます。

スライド 28 を御覧ください。

こちらは参考データとなります。

患者体験調査から身体的苦痛、気持ちの辛さ、日常の困難感というところでは全国平均よ

り低い状況というデータがございました。

スライド 29 を御覧ください。

治療を始めるまでに相談できたと回答した方、治療に関する十分な情報を得たと回答した方については全国とほぼ同様となっております。

スライド 30 を御覧ください。

自分らしい日常生活が送れているかという質問がございました。

全国より低い値が出ており、自分らしいという捉え方は抽象的なところもありますし、色々な要素が絡むと思いますが、大事な結果と思いましたので、スライドとしてございます。

スライド 31 を御覧ください。

次期計画策定に向けての課題ですが、緩和ケアの意義や必要性について、十分に周知されていない状況にあることから、「診断時からの緩和ケア」等の周知が必要である。

がんの相談窓口の更なる充実と周知が必要であるとともに、がん患者同士が語り合う機会が減っているため、今後の再開が必要であるとしました。

スライド 32 を御覧ください。

これらを支える基盤整備という部分になります。

資料2では 20 ページとなります。

人材育成の指標は、医療従事者数は平成 29 年の全国平均と同水準以上にしようということで、A となっております。

ただ、令和4年度調査の全国平均が 390.7 ということで、まだ同じ年度で比較しますと、全国平均まで届いてはいない状況となっております。

がん教育に関する指標になります。

がん予防のセミナーについては減少しているため D、がん教育を実施している学校数は小中校と増加しているため A としてございます。

参考までスライドの下のところに関内の学校数を記載してございます。

ポイントのみを説明させていただきました。

評価でございますが、委員の皆様から専門的な見地から御意見賜りますよう、よろしくお願いいたします。

(石岡会長)

どうもありがとうございます。

今、一通り説明していただきましたが、委員の先生方からの質問ということで、1つ確認したいことがございます。

国のがん対策推進協議会では、第 3 期の評価は中間評価という言い方をして、最終評価はまだしてない状況です。

国のがん対策推進基本計画の中間評価報告書を基に、第4期のがん対策推進基本計画を策定しましたが、宮城県の場合は中間評価ではなくて、第3期の最終評価を行うということですか。

(事務局)

中間評価という位置づけにしておりますので、これが最終の評価ということになります。

(石岡会長)

ただ、今年度が最終年度ということですが、それでも最終と言いますか。

要するに、データは全部揃っていないですが、第3期の評価はこれで確定するという理解でよろしいでしょうか。

(事務局)

そのようになります。

(石岡会長)

そういうことだそうです。

ですから、ここでの評価が第3期の県の計画の最終的な評価になるということは先生方も知っていただきたいと思います。

それでは、まず、全体目標のところをお願いします。

スライド 13 のところまでが全体目標の進捗状況ですが、その辺について御質問や御意見はございませんでしょうか。

(井上委員)

東北大の井上です。

今回の評価方法というのは、事前に定義したもので、何か取り決めがあったのでしょうか。

(石岡会長)

井上から御質問ですが、御回答をお願いします。

(事務局)

昨年度の3月に実施しました協議会で、ABCDIで評価するということを御提案させていただいたところでございました。

基準が明確ではないという御意見も頂戴していたものですから、それに合わせて今回基準の方を、スライド10のところ、今回、評価させていただいたところでございます。

(井上委員)

ありがとうございます。

となりますと、例えば、全体の進捗状況の一番の目標とされた75歳未満の年齢調整死亡率等に関しては、一応、目標を達したからA評価ということではいらっしゃると思います。

ただ、皆さん見てお分かりの通り、数字としては、全国平均よりもむしろ劣っていて、26 位なので、都道府県 47 の中で半分以下ということなので、これを一番良い評価にしてもいいのかというのは疑問に感じるのですが、そこはいかがでしょうか。

(石岡会長)

昨年度の第1回の協議会で、一応、目標値として掲げたものを、途中で変更するというのはまずいだろうということで、これで評価をしようと思いました。

これは、もちろん委員の先生方に協議したのですが、後ほど、委員の皆様の御意見を伺った後、私から代替案を提案したいと思っていますので、評価方法に関しましてはまた議論のタイミングを設けたいと考えております。

井上先生、よろしいでしょうか。

(井上委員)

承知しました。

(石岡会長)

橋本委員お願いいたします。

(橋本委員)

スライド 15 のところですが、真ん中あたりに喫煙の健康影響に関する知識の普及肺がんというのがありますが、それが下がっているから D となっているということですが、このパーセンテージというのは、何のパーセンテージでしょうか。

どうやってこの数字を出しているのでしょうか。

(事務局)

御質問ありがとうございます。

喫煙の影響に関する知識の普及ということで、肺がんというところだったのですが、こちらは昨年度実施しました県民健康栄養調査の中で、質問項目が入っているものになります。喫煙の影響のある病気として、どんなことがあるかという質問の中に、肺がんという項目がございまして、肺がんのことを回答なさった方の割合となってございました。

(橋本委員)

要するに、喫煙が影響するのはどういう病気かということで、肺がんを挙げない人が 16 パーセントいるということですか。

それも驚きだったのですが。

(事務局)

健康推進課の津田と申します。

県民健康栄養調査の聞き方としましては、「タバコが健康に与える影響をどう思いますか」ということで、肺がん、喉頭がん、喘息等、いくつか疾病名をあげております。

それぞれに対して選択肢を4つ設けておりまして、タバコの煙を吸うとかかりやすくなる、どちらとも言えない、タバコと関係無い、病気を知らない、この4つの中から選んでいただくという答え方で、このような結果が出ております。

(石岡会長)

ありがとうございます。

他の委員の先生方、全体目標などをお願いします。

(加藤委員)

全体目標の死亡率や罹患率などの数値が%になっているのですが、%で良かったのでしょうか。

(事務局)

目標自体は、がんの75歳未満の年齢調整死亡率を、ベースラインの27年の77.3から12%減少させるとなっておりまして、減少率としての%は出してございました。

補足しますと、本来は、人口十萬対の数値がまずあるわけですが、その平成27年度のものを100%として表現してございます。

(加藤委員)

その書き方が分かりにくかったので質問しました。

平成27年度を100%にした時の減少率の割合ということですね。

数値が何に対する%なのか分かりにくかったので。

(事務局)

資料2の1ページ目のところにだけ記載の注記がございまして、そちらを御覧いただければと思います。

今、申し上げた人口10万単位の数値がありまして、それに対するパーセンテージでグラフの方は示している状況でございます。

(加藤委員)

わかりました。

ありがとうございます。

(石岡会長)

今のところに関連しますが、次のスライド 13 で確認です。

今の 12.4 というのは最初のスタートを100とした時に 12.4%減ったという説明だと思います。

次のスライドの一番左、宮城県の男性のところは 98.4%から 81.1%になっていますが、これは17.6%減っていますが、これも同じでしょうか。

98.4%を100とした時の計算の仕方ということでよろしいでしょうか。

(加藤委員)

98.4 というのは、対 10 万の数値で、それを100とした時、令和3年の81.1が対10万で、この減少率が 17.6%という解釈でいいですか。

(石岡会長)

すべて基準値を100として、どのぐらい増えたか減ったかということをもとに%で表しているということよろしいでしょうか。

要するに、確認は、%の数字が減った場合、何ポイント減少という言い方をしますが、そうではなくて、基準値を100として実際の直近値を何%増えたか減ったかという言い方をしているということですかね。

そういうことですので、よろしく願いいたします。

(吉田委員)

スライド 14 ですが、分野別施策の指標ということで、予防は全体的に比べるとものすごく遅れています。

この予防のところ、例えばがんの予防の①のところ、タバコもあります。

この予防のリスクというのは、タバコ、それから運動、食塩の摂取、生活習慣に関する予防というのが本当に大切なのだと思いますが、そこが非常に遅れているというのはどういうことなのかと、ここは弱いのかなと思いました。

(石岡会長)

吉田委員の御指摘はごもっともかと私も思いますが、なぜ遅れているかというのは、ここではなく、また別の機会に議論すべきで、評価をどうするかと。

これが良いのか悪いのかということを確認する必要がありますので、よろしいでしょうか。

例えば、今、吉田委員がおっしゃられたところで、おそらく吉田委員としては、概ね順調ではないのではないかというお気持ちで言われたのでしょうか。

(吉田委員)

はい。

(石岡会長)

当初の設定した目標値に対する評価方法が、スライド10のようにすれば、今の県の御説明のとおりになるだろうと思います。

それについて、この評価方法をそのまま使っても違うところがあるとすれば、まずそこは御指摘いただきたいです。

先ほど申し上げたように、私は、皆さんの御意見を伺った後に提案があります。

それは、少し違う評価方法もありますということをお願いしたいのですが、ここではまず県の方で事前に設定した目標の評価方法についての解釈に間違いがないかどうか、疑義がないかということに御意見をいただきたいと思います。

そうしましたら、今、全体のところを言いましたが、このまま引き続き、がんの予防以降、医療のところや、共生のところ、基盤の整備、全体を通して、事務局から御報告いただきました評価案について御意見いただければと思います。

(井上委員)

スライド16のところ、5大がんの検診の状況について書かれ、評価されていますが、一律に目標値が70%になっているためか、例えば肺がんはベースラインよりもむしろ受診率は減っているのに、進捗が一番良い状況と判断されたら、やはり納得できないです。

実際、その結果として、その後の方で、宮城県の罹患率などは増えてしまっているので、とても検診が十分やられているとは言い難いと思うので、やはりこういうところの評価は訂正した方が良いのかなと思いました。

(石岡会長)

ありがとうございます。

こういった御意見があるわけですが、肺がんの検診のところ、これに関して何か、県としては、この評価はそのまま行きたいのか、あるいは評価を見直したいのか、それはどうですか。

(事務局)

この案を作りました時には、一応の評価方法が定まっておりましたので、そのルールに則って一応Aとしてございますが、これで全て満足ということではなく、先ほど井上先生などからもいただいた状況、あるいは、その後減少しているということ自体は課題だと思っておりますので、評価の中にそういったことも含めさせていただいて、次期計画の策定の中では、取り組み方法なり、あるいは指標の設定の仕方なり、さらに工夫して行きたいと考えているところでございます。

(石岡会長)

ありがとうございます。

第4期に向けて少し評価方法も工夫したいというお話だと思います。

他に委員の先生方から御意見ございますか。

(加藤委員)

個別目標のがん検診の受診率も、スライド 16 で、C と D の付け方がよく分らないです。これも評価方法の問題点なのかもしれないですが、例えば子宮頸がんが 51.5% から 53.8% に上がったので C になって、乳がんは 59.9% が 59.2% に下がったので D ということになるのかもしれないですが、子宮頸がんより乳がんの受診率が高いことになっていて、このギャップはなんとなく釈然としないかなという印象がありました。

やはり、評価方法の限界というのがあるのかなという印象です。

上がった、下がっただけで、数値を個別に見ているだけでは、評価方法が難しいのかなと思いました。

それから 17 ページで、さっきの話と被るところがあるのですが、年齢調整罹患率のところ、これも%になっていますが、これは多分、%ではなくて、さっきのように、減少率などは書いてないので、対10万の数値でしょうか。

これは直した方がいいかなと思いましたが。

(事務局)

御質問ありがとうございます。

スライド 17 にございます、年齢調整罹患率は右側の縦軸のところは%とございますが、%ではなく、人口10万の罹患率になります。

併せて、先ほどのがんの 75 歳未満の年齢調整死亡率、スライド 13 のところで、100% グラフの中の話が出ていたかと思いますが、大変申し訳ありません。

%ではございませんで、人口 10 万の死亡率となります。

(石岡会長)

右側の軸の%じゃないのですね。

(事務局)

単位が%で記載しており、大変紛らわしくて恐縮ですが、%は削除していただければと思います。

(石岡会長)

1つ前の左側の年齢調整死亡率の%もそうですか。

(事務局)

単位が間違っておりまして、大変失礼いたしました。

(石岡会長)

どうもありがとうございます。

加藤委員からも評価で釈然としないといひますか、実態に合わない評価になってしまうという御指摘をいただきました。

これは複数の箇所で、やはり従前に決めた評価方法ではそうになってしまうということだと思ひます。

その他に御意見はございませんでしょうか。

それでは、私から提案がございませんで、スライドを共有させていただきます。

今、共有されている資料は、修正がかかる前スライドに私が書き込みましたので、細かい数字は気になさらないで、私のメモが入りますので、そこを説明させていただきたいと思ひます。

一つは、申し上げるまでもありませんが、第4期と第3期で立て付けが非常に似ていますが、細かいところは結構変わっています。

県からの説明は新しい項目がポイントということを書いていますが、そこだけが重要ではなく、第3期から設定されているような項目も引き続き提唱されているということで、ぜひ第4期の時には、そういったところも御留意いただきたいと思ひます。

それで、先ほど申し上げましたので、昨年度は、宮城県では、一回だけ開催しているという状況です。

さて、問題はここですが、御指摘の通り、今後、第4期を策定する場合には、この評価法ではやはりまずいだろうということは、皆さんの共通の意見かなと思ひます。

それで、国の第3期の評価の時も、評価方法や目標値の設定が数値化されておらず、評価方法が非常に難しいということで、今、第4期に関してはロジックモデルを用いた新しい評価方法を国のがん対策推進協議会で検討している最中です。

第4期では、宮城でも、やはりそういうところを参考にする必要があるだろう。

それからもう一つは、単に数字の増えたというようなことを評価することには問題があるだろうと言うことは、国の協議会でも指摘されています。

元々、2006年にできたがん対策基本法の理念というのは均てん化です。

全体が良くなることよりも、むしろ差がなくなるということが法律の骨子なのです。

しかし、国の方の計画評価も、国全体が少しずつ良くなってきているということでプラスに評価していましたが、格差のことについての評価がなかったので、私、それをかなり主張しまして、他の方からもそういう意見がありまして、「誰ひとり取り残さない」というキャッチコピーが入ったという経緯でございませんで。

したがひまして、第4期には格差を評価するような指標の導入が必要であると私としては提

案をしたいということになります。

そうしますと、格差の問題というのは、全国との格差があるかどうかということ、やはり都道府県の順位で評価する必要があるというのが1点。

もう1点は、宮城県内の格差はどうかということで、例えば二次医療圏や市町村のレベルで、もう少し細かい話で言えば、医療機関レベルで格差がないかという事の指標が、すべては無理かもしれませんが、可能な限りそういった指標の立て方が第4期では必要だろうと思います。

ここで一つ提案です。

先ほど、事務局からの説明がございましたし、私も事前の打ち合わせ、あるいは、昨年度末の3月の時にやはり一旦、設定した評価方法はそのまま、ここで変えるのはまずいだろうと。

やはり、この評価であれば、どういう結果になるかというのは当然残すべきだろうということで、今日の資料はそのまま残してくださいと事前に協議いたしました。

しかし、その後、私の考えで、次のような提案をさせていただきたいと思っています。

目標値を越えた、超えないという数値のほかに、先ほど井上委員からも御指摘がありましたが、全国平均を上回っているかどうかという指標、それから、都道府県の順位(③)が当初より良くなっているか、例えば、目標値(①)が10なのを15になったので良かったが、実はそれは全国平均(②)がもっと良くなっている、宮城県は取り残されている状態だが、それでよしとしていいのかということです。

それから全国平均(②)を上回っているし、目標値(①)を超えているが、以前は1位だったのに、都道府県の順位の変化(③)が今は10位だったら、それは順調と言っていいのかという考え方です。

そこで、Aの順調というのは、この①から③のいずれの条件をも満たすということ、順調とすべきだろうというのが私の考えです。

概ね順調というのは、この三つの基準のうち二つを満たすとし、やや遅れているというのは、①～③のいずれか一つだけ満たすとすることです。

例えば、目標値は超えたが、全国の平均はずっと上にあれば、それは不十分だと思いますし、当然そうなれば都道府県の順位というのも真ん中より下になるはずですので、そういった場合はもうやや遅れているとすべきでしょう。

申し上げるまでもなく、①から③を満たさなければ、これは遅れているというのは、これは異論がないというところだと思います。

ただ、注意が必要なのは、①から③の数値化できる目標とそうでないのがあるということです。

①から③までのデータが出せるものは、これで良いのですが、例えば①から③の基準を評価するデータを2つまでしかない場合は、これは私の提案ですが、Aの評価を行わないということです。最高でもB評価。

場合によっては、1つしか評価指標がない場合、データがないというのがもしあるとしたら、

これは、その目標を、1つ満たしているか、満たしていないかで、BかDと評価するというのが、これは私の案でございます。

先ほど井上先生からも御指摘がございましたが、全国の目標というのは全体のことで、こういったざっくりとした話で、宮城県もそれを踏襲して、目標を12%減少にした経緯がありますが、当然、第4期では全国平均を上回ることに、私としては男女別で目標を達成する必要がありますと考えますので、男女のデータも当然必要です。

先ほど申し上げたように、二次医療圏や市町村ベース、あるいは医療機関ベース、そういったようなものを評価する指標というのは必要かと思えます。

例えば、標準偏差みたいなものもあるかと思えます。

散々、議論になっているこの部分ですが、がん対策推進計画が都道府県に求められるようになった当初、宮城県はがん対策優位県、先進県と言われていました。

実際、その根拠になっているものは、検診率が高い、あるいは年齢調整死亡率が全国よりも非常に優れているといったことが一つの根拠になっていたわけです。

当時、この協議会の会長(久道茂先生だったと思いますが、)も、このようにお話になりました。

また、当時宮城県がん対策条例の策定が提案されたのですが、これは議会の方で不要という結論となり、詳しい経緯は分かりませんが、その1つの理由として、宮城県には条例は必要ないという話だったと聞いております。

御承知の通り、今、都道府県のうち条例がないというのは、宮城県とあと5都県ですかね。

40数都道府県で条例がありますが、これが、やはり、宮城県がせっかく作った政策が市町村にまで行き届かない1つの理由になっているのではないかというのは、私の持論です。

横道にそれましたが、実際、この年齢調整死亡率は全国平均をわずかに下回っています。

順位は25位から26位に低下しています。

そうすると目標を達成しているが、A評価をつけるというのは、どう考えても妥当じゃないという意見は、皆さんにも納得していただけるのではないのでしょうか。

県の方もそれはそうだろうという、先ほど、課長もそうおっしゃいました。

私の新評価というのは、あくまで、この第3期の評価の目的で、第4期の評価のためではありません。

第4期は新たに評価方法を考えるのが良いと思えます。

併記した方がいいと思われる新評価というのは、先ほど申し上げた①～③の3つの項目をチェックすることです。

その評価をすると、この75歳未満の年齢調整死亡率がCになります。

というのは、①の目標値が達成していますが、②の全国平均を下回り、しかも③の順位は下げているからです。

私が申し上げたいのは、こういったやり方で、これまで説明いただいたものを従前の評価方法と併記するということです。

ここは数字に先ほど修正がございましたが、そうすると、ここの中身はだいぶ変わるのではな

いかと思います。

先ほどの喫煙のところに関しましても、順位は当然変わると思います。

先ほどの検診のところ、加藤委員の御指摘のところも変わってくると思います。

一番、大きな問題というのは年齢調整罹患率で、例えば、男性も、前は全国平均で良かったのですが、今、全国平均より悪いです。

女性に至っては、年齢調整罹患率そのものが悪くなっているという状況ですから、これはもう、非常に悪い評価をつけざるを得ないという状況です。

あとは次期計画策定に関する文言に関しても、その中身によって、少し変えていく必要があるのではないかと思います。

例えば、受動喫煙のない環境作りでは、予防の問題が大きいわけですから、受動喫煙をしなければいいという話ではないです。

喫煙しないということが大事であって、受動喫煙というのはその次の問題だということです。そういったところの書きぶりが非常に重要だと思います。

今、受動喫煙しなければいいかどうかということで、仙台市議会で勾当台公園の話も出ていますが、本質はそこじゃないと思います。

喫煙率を下げるということが本質なわけですから、そういった気運に改めていく必要があります。

例えば、人材育成のところでは、専門医の数は増えている。

これは、増えて当たり前で、問題は、地域格差があって、医療機関格差が非常に大きくなっていて、全国の格差があるということです。宮城県の中で、色々な専門医療人が増えてきたから良しとするのは間違いだということを私は言いたい。

国でもそう申し上げました。

増えたとしても、他の県がもっと増えれば、全然良くないでしょうという意見です。

例えば、がんの遺伝子パネル検査の実施件数と、専門医の数というのは非常に平行だというのは分かっているわけですから、そういった指標を今後は入れるべきであろうということです。

私の提案では、①から③の評価方法についても併記するというのではどうかということです。

そうすれば、従来の評価方法と新しい評価方法を比べることができるということです。

おそらく、この新評価法でやったほうが、先ほど各委員から御指摘をいただいたような実態と合わないという問題について、答えをある程度出せるのではないかと思います。私の評価案です。

これについて、委員の皆様から御意見をいただきたいです。

(菅原委員)

新しい評価方法の提案の意図について、なるほどと思いました。

最初に設定した目標と比較しながら検討するというのは重要だと思うので、それは残しつ

つ、第4期の計画を考えるにあたって、今、提案いただいた新しい評価方法を併記するというのは、今後の対策を考える上では役に立つのかなと考えました。
私からの意見です。

(吉田委員)

私もこのがん対策推進協議会委員になって5年ぐらいになると思いますが、この ABCD の評価を見せていただいて、各評価について、なかなか分からなくなっていました。

よく見えないというか。

そして、それと同時に確かに全国と県を比べて、平均より多いか少ないかという評価を出す。

ただ、では宮城県内の市町村を比べた時に、やっぱり見えてこないというのが私の実感でした。

ですから、例えばがん検診も含めて、先ほど、最初に石岡先生の言った均てん化という話をされましたが、がん診療連携拠点病院の実態は分かりますが、それ以外は、本当にこれからこのがん患者さんも増えて、それから亡くなる人も増えていく時に、広がっていくと思うのですね。

そうした時に、どうやって評価するのかと言った時に、やはり今までのやり方では、よく見えないと思っていたので、ぜひ、今回の石岡先生の評価も入れていただきたいなということを思いました。

(石岡会長)

他の先生方はどうでしょうか。

この評価方法についてでも良いですし、また先ほどの各項目、まだ皆さんあまり御意見をおっしゃられていない共生のところや、そういったところでも構いませんので。

(橋本委員)

まず全体的にと言いますか、今の会長の御提案というのは非常に妥当で、がんに関わる者としてはリーズナブルだと思います。

私から見れば、やはりこの評価法の結果というのは、極めて不満な結果ではありました。

ただ、最初に目標値を決めて、それに従って評価をするというのは、これは、この評価をする場合の鉄則ですので、やむを得ないということだと思います。

ただ、そういうことを考えると、そもそもの目標値というものは、なんでこの数値を決めたのかということが非常に疑問だと思います。

例えばスライド 16 で、個別目標をがん検診の受診率の向上、胃がん、肺がんすべてが目標値 70%というこんな目標はないわけです。

対象者が違うし、検診の方法も違うわけですから。

実態に沿って目標値をきっちりと細かく決めるべきなのに、すべて 70%以上でそれを超え

ているかいないかで評価するなんて、これは評価にも何にもならないと、なんの足しにもならないわけです。

ですから、その意味では、今回の評価自体はもうそういう評価方法が決まっているから、やむを得ないですが、少なくとも会長が今おっしゃったような評価方法というのは、併記しておかないと、がんに関わる者にとっては極めて不安の残る評価になってしまいますので、そこら辺をぜひよろしくお願ひしたいと思います。

(石岡会長)

どうもありがとうございます。

いかがでしょうか。

今、評価の話が出ましたので、新評価方法の併記についてどなたか御意見がございませんでしょうか。

(渋谷委員)

先生の評価法について非常に分かりやすいなと思っておりまして、ただ、併記の方法となりますと、目標値の新評価方法と、今、仮のタイトルがございしますが、あくまで目標値の評価方法につきましては、事務局提案をそういうタイトルにしたうえで、先生の評価の方は、今の状態がどうなっているのかという評価ではなかろうかと思っておりますので、その評価方法の名称を少し変えていただいて、併記したほうがより分かりやすくなるのではないかなと思われましたので、御意見として汲み取っていただければと思います。

以上でございます。

(石岡会長)

渋谷委員どうもありがとうございます。

議事録に残して、後日検討することにしたいと思います。

(山田委員)

私も概ね賛成で非常に皆さんおっしゃることはよく分かりますが、私、今回初めて委員として参加していますが、全国的なところから見ても、この計画は宮城県のものなので宮城県独自の評価でよろしいわけですか。

(石岡会長)

私からお答えいたします。

国は、先ほど橋本議員からお話がありましたような70%とか12%というのは、国が決めた第3期の時の評価の目標値になります。

実際、厚生労働省では、それをどのように運用するかは完全に都道府県に任せているのが県独自の評価をして良いという一つの根拠です。

もう1つの理由は、先ほど申し上げた国のがん対策推進基本計画は、がん対策基本法だけに縛られています。

一方、各都道府県のこの計画に関しては、健康日本 21 や健康増進法などにも縛られているということになります。

ということで、運用は、各都道府県に任せられているというのが厚生労働省の意見になります。

ただ、実際は、各都道府県も、国が定めた推進計画の大事なポイントはほぼそのまま、基準という形で運用しているのが現状です。

ただ、最近一部の都道府県では、評価方法に色々な工夫を凝らしている都道府県もあります。

例えば京都などのいくつかの県です。

ですから、宮城県も、個人的な意見ですが、第4期では、新しい評価方法を取り入れる必要があると。

先ほど申し上げましたように、国の方でもロジックモデルを入れて新しい評価方法というのを今議論しているところです。

ということで、山田先生の答えは長くなりましたが、各県に任せられるということです。

(山田委員)

だとしたら、石岡先生がおっしゃるように、宮城県独自の評価方法でみんなが納得できるものであると思いますので、私は賛成致します。

(石岡会長)

他にはよろしいでしょうか。

そうしましたら、評価方法については、基本的には、当初から設定しているこの評価方法で評価した数値を掲載する。

そして、名称はともかく、新しい評価基準をもとに評価をして、できるところはそれを併記するという形にしたいと思います。

それでよろしいでしょうか。

特に御異議がなければ、そのようにさせていただきたいと思います。

(加藤委員)

そのような形で評価を併記するということは、非常にいいことかなと思いますが、この目標値の設定の段階で既に、例えば目標値を超えている、例えば肺がん検診などは70%以上としながらも、ベースライン70%を超えているようなものについては、石岡先生の作られた評価をきちんと併記しない限りは、うまく実態を反映しない。

要するに受診率が逆に下がっていますから、そういったことが必要ではあると思いますが、70%を超えているというものに対して、70%以上という目標を設定している点がどうなの

だろうということ、例えば全体目標についても、先ほどベースラインの値を分母として何%減ったかという数値の設定の仕方で、これが本当に良かったのかどうかというところ。今後の第4期を考えるにあたって、こういった問題のあぶり出しということも必要になってくるのではないかと思いますので御検討をお願いできればいいかなと思いました。

(石岡会長)

どうもありがとうございます。

これは非常に重要な問題です。

時間が限られている中で、いかに第4期の評価方法を良くするかというのは非常に重要で、途中のデータだけではなく、やはり事前のデータを取っておかないといけないものですから、今年中にどういう評価を取り入れるかということを決めないといけないと思います。

これは、今日、議論する時間はありませんが、やはり私も専門家ではございませんので、今のロジックモデルなどを検討中ですので、国のがん対策推進協議会等に来る参考人等の意見を参考にする、あるいは、その専門家をこの協議会に参考人招致して意見を求めるとか、そういったやり方で、より有用な評価方法を検討するというところでいかがでしょうか。

(加藤委員)

やはりロジックモデルもまだ今暫定版が出ているだけで難しいですね。

この目標値の設定の途中の最終的なアウトカム、途中のアウトプットと、その辺はバランスよく見ていかないといけないので、幅広い意見を徴収した上で、今後、第4期の目標を設定して行く必要があると思います。

それにつけても、この第3期の評価については、石岡先生が提案された評価方法を付記して、きちんと現状の問題を、この第3期の評価の中で把握していくということは非常に重要なことではないかと思えます。

(石岡委員)

ありがとうございます。

国のロジックモデルについても、色々な意見があり、あれをすべての項目にあてはめることは多分難しいだろうという意見も結構出てきていますので。

ただ、なぜその数値なのかという合理性を求めるとやはりロジックが必要だろうということは、国の会議では誰も反対しなかったという状況です。

それでは、他に、がんの共生や、細かいところに関しては、もう一度持ち帰っていただいて、先ほど、事務局から御説明がございましたが、もう一回点検していただいて、評価が変わることがあれば、事務局の意見をいただきたいと思えます。

それからもう一つは、仮の名前ですが、新評価法についても、誰が評価するかということになると、事務局をお願いすることになるかと思えますが、私は、議題の後半の(2)にありますワーキング部会で、事務局と一緒に検討してもらおうのほうがいいのではないかと思いますの

で、後ほどワーキング部会が成立した段階でお話をしたいと思います。

本日、私達で2つの評価法の併記について委員と決定したが、この提案に関して事務局で対応可能でしょうか。

(事務局)

スケジュールの部分で想定していたものが、次回の第2回の協議会で、まず評価結果として、ある程度固めた上で第4期に向けて作業していこうということでしたが、今、併記する新評価方法につきましては、ワーキンググループでもし御検討いただくとすると、第2回の協議会に、おそらく間に合わない感じになるわけですが、とりあえず元の評価方式をもって課題とあぶり出した上で、次期計画のワーキングでの検討を進めながら、どこかで、新評価の方法での結果も合流させるということであれば、スケジュール的に何とか追いつくのかなと思っております。

(石岡会長)

ありがとうございます。

やるという形でよろしいでしょうか。

(加藤委員)

これはスケジュールありきというか、県の立場も理解できますが、やはりきちんと問題点をあぶり出さないと、いかななものでしょうか。

次の第4期にきちんとした対策が反映されないようにも思いますが、全体を評価しなくても、各分野で何かコアとなるようなところだけでも、手始めにワーキングの方で検討していただいて、手をつけていただくとか、何か今、この委員の先生方が釈然としないで思っているような数値については特に付記するなどというような、もう少しスピード感を持った感じの対応はできないものでしょうか。

(石岡会長)

これは私からお伝えします。

加藤委員の御指摘はごもっともです。

これは、私、会長が持ち帰らせていただいて、後日、事務局と協議をして、できるだけ早いスケジュールで、すべて非常に精度の高い評価を新しい評価基準でできるかどうかということ、これは難しいかもしれませんが、例えば、大部分をやりましたと、皆さんこれを御覧くださいというようなところまでは、できるだけ早く、あるいは出たところまでお出しすること、こといかがでしょうか。

(加藤委員)

それだけでもいいと思います。

ドラフト版みたいな形で、概要を出していただくだけでも問題意識が変わってくるのではないかと思います。

せっかく石岡先生に非常に良い評価表方法を出してもらったので、これを利用しない手はないように思います。

(石岡会長)

事務局、そういうことでよろしく願いいたします。

この資料1の説明に関しましては、他によろしいでしょうか。

それではかなり時間が経ちましたので、先生方には、この内容につきましての御意見を個別にいただくことにつきまして先に進めさせていただきます。

(2)のワーキング部会の設置について、事務局から御説明をお願いします。

(事務局)

そうしましたら資料5の1を御覧ください。

ワーキング部会の設置につきまして御提案させていただきます。

現がん対策条例の第6条にございます「この条例に定めるもののほか、協議会の運営に関し必要な事項は、会長が協議会に諮って定める」とございましたので、今回ワーキング部会の設置につきまして御提案させていただこうと考えてございます。

ワーキングにつきましては、資料5-1の3概要というところを書いてございますが、目的としましては、第4期の計画策定ということになってございます。

続きまして、検討内容につきましては、第4期計画の原案作成と目標項目、目標値の設定、その他必要な事項と考えてございます。

構成員としましては、協議会の委員または各分野の有識者から会長が指名するとしてございました。

部会長につきましては、必要に応じて構成員以外の出席を求めることができるとし、事務局としましては、宮城県の保険福祉部健康推進課で行いたいと考えてございました。

施行期日としましては、この協議会で承認いただいた日からと考えてございます。

資料5-2をご覧くださいますと、今、御説明申し上げました部会の設置要綱になっており、内容をまとめたものになりますので、御確認いただければと思います。

説明は以上となります。

(石岡会長)

ありがとうございました。

このワーキング部会の設置に関することについて、御質問ございませんでしょうか。

1つ確認ですが、この人数というのは何人でしょうか。

要綱には特になくはないように思いますが、これは何か定義がございますか。

(事務局)

特にないです。

(石岡会長)

よろしいでしょうか。

実は事務局と打ち合わせを致しまして、私、会長がワーキング部会の委員を推薦したいということで、このような資料を用意させていただきました。

今日初めて委員の皆さんに御覧いただきます。

がん検診の専門分野からがん検診センター副所長で淺沼先生。

それから患者会の中からカトレアの森代表の阿部佐智子様。

それから両立支援に関しましては、宮城産業保健総合支援センター副所長の金田和彦様。

それから医療分野、放射線治療の専門ですが、東北大学大学院医学系研究科放射線腫瘍学分野教授の神宮啓一先生。

それからもう一人、医療分野で、がんの薬物療法関係で、私の部下ですが、高橋雅信准教授。

それから教育に関しましては、東北労災病院の検体検査管理者の丹田滋先生。

緩和ケアの専門家として、東北大学大学院医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野教授の宮下先生というメンバーを提案したところです。

今、お話では要綱には、人数制限がないということです。

必要であれば、他の方をワーキングの委員に追加することもできると思いますが、まずは委員の案についていかがでしょうか。

1つ申し上げますが、従前は、ワーキング部会の委員は、一部は協議会の委員が入っていることをございますが、私はあえて協議会の委員をこのワーキング部会には入れないで独立した意見をいただく方がいいのではないかとということです。

そういう案でいかがでしょうか？

(橋本委員)

このワーキング部会というのは、やはり本協議会のやり方や考え方というのは知っておかなければならないわけです。

そうしますと、誰一人この協議会、いわば親会の委員が入っていないということになりますと、このワーキング部会で何を考えてこういう結論が出たのか、あるいはワーキング部会で議論をする際の基本的な流れ、親会の考え方というものが踏襲されない可能性が出て参ります。

ということで、石岡先生が大変お忙しいのは分かりますが、会長は少なくともここに入るべきではないかと思えます。

(石岡会長)

貴重な御指摘ありがとうございます。

実は、私は、この会議の場に陪席する予定でございました。

助言を求められたら、発言をしようと考えておりました。

ワーキング部会では、こちらの協議会の今日の議論を伝える。

その上で議論していただきまして、適宜、質問等があれば、私からお答えするという形にしたいと考えていますがいかがでしょうか。

(橋本委員)

名簿に名前を載せておいてください。

(石岡会長)

そうしましたらどういう形にしたらいいでしょうか。

アドバイザーでもいいかもしれないです。何か名前を名簿に入れるということで。

もう一人、誰かいい人を入れるという御提案でもいいですし、この案でいいのかどうかという御意見でも結構です。

(橋本委員)

公衆衛生の専門家は入らなくていいでしょうか。

(石岡会長)

今、公衆衛生の専門の方はどうかと、御意見がございましたが、いかがでしょうか。

公衆衛生の分野でどなたか、東北大学の公衆衛生でいいのでしょうか。

そうすると、辻先生の教室の方ですね。

(石岡会長)

そうですね。

他にどなたか良いでしょうか。

(加藤委員)

例えばがん登録の立場から、公衆衛生も兼ねてということで、金村先生とかはいかがでしょうか。

アドバイザーでもいいのかなという気がしますがけれども。

(石岡会長)

それでは、この際、公衆衛生学教室の寶澤先生等をお願いして、金村先生にもここに私と同じようにアドバイザーで入ってもらっていいのはいかがでしょうか。

金村先生には、実はもう水面下で事務局と私とで、データの作成をお願いしていますので。

(委員一同)

異議なし。

(石岡会長)

他の委員の先生方、このワーキング会には色々な仕事をしていただくこととなりますが、先ほどの辺と一緒にこの第3期の評価についても少し議論していただくのと、当然第4期の策定に関してもいろいろ意見をもらうということになります。

よろしいでしょうか。

(委員一同)

異議なし。

(石岡委員)

それでは、異論がなければ、ここに、一人委員を追加し、アドバイザーが2人入るということでお願いいたします。

1つだけ、先ほど舌足らずでしたが、資料1から4のところは細かい評価以外に、もう1つ大事な文章がありますが、次期計画策定に向けての課題というところの文章について十分議論する時間ありませんでしたので、ここに関してもぜひ先生方から、こういう文面、文章を入れた方がいいのではないか、これは削ってもいいのではないかという意見があれば、ぜひその点もお願いいたします。

そうしますと、今日の予定していた議題は以上ですので、司会を、事務局へお返しいたします。

(司会)

石岡会長、議事進行いただきまして誠にありがとうございました。

また、委員の皆様、貴重な御意見を頂戴しまして、ありがとうございました。

なお、本日の内容は会議録として委員の皆様へ送付いたしますので、内容の確認について御協力をお願いいたします。

それから、事務局からの連絡事項がございます。

(事務局)

連絡事項が2点ございます。

次回の協議会につきましては、現在のところ、7月31日の18時からの開催予定となっておりますのでよろしくお願いいたします。

また、メールでも御連絡いたしました。第2回の協議会の際に、東北大学の黒澤先生に参

考人として喫煙関係の情報提供いただくこととしておりますのでよろしくお願いいたします。
連絡事項は以上となります。

(司会)

以上をもちまして、宮城県がん対策推進協議会を終了いたします。
本日は長時間にわたり大変ありがとうございました。