

平成 29 年度第 2 回健康づくり審議会対がん戦略部会 会議録

1 会議の日時及び場所

- (1) 日 時 平成 29 年 10 月 25 日 (水) 15 時 00 分から 16 時 30 分まで
(2) 場 所 神戸市中央区下山手通 4-16-3
兵庫県民会館 303

- 2 出席委員の氏名 去來川 節子 小野 秀明 三宅 圭一 (代理)
(敬称略) 河原 紫 菊池 夏也 森田 健司 (代理)
島田 聡 杉村 和朗 関本 雅子
祖父江 友孝 太城 力良 中野 則子
中村 寿子 橋本 省三 廣田 省三
丸山 英二 **計 16 名**

3 協議

次期兵庫県がん対策推進計画について

4 報告及び協議の要旨

- 開 会
- 挨拶 〈健康福祉部長〉

事務局：本日は、委員 20 名のうち 16 名の方のご出席をいただいておりますので、「健康づくり審議会規則第 6 条第 2 項」に規定いたします会議の成立要件を満たしておりますことご報告申し上げます。

〈委員、事務局の紹介及び資料確認については省略〉

それでは、これからの議事進行につきましては、部会長よろしくお願
いします。

部会長：みなさん、こんにちは。ただ今から議事に入りたいと思いますが、本
日は傍聴の方おられますか。

事務局：はい。

部会長：本会議は公開となっており、公開にあたりましては、健康づくり審議
会傍聴要領により実施しますので傍聴される方は「傍聴に当たって守
るべき事項」を遵守し、会議進行にご協力頂くようお願いいたします。

それでは、まず資料の説明を事務局からお願いします。

〈事務局より、資料を説明〉

部会長：ただ今の説明に対してご質問、ご意見をいただきたいと思
います。

委 員：前回も物議をかもしようなことを言いましたが、国の第 3 期がん対策

推進基本計画が決まりましたので、それを念頭に今後都道府県レベルでも決めていくと思うのですが、前回申し上げましたように国の基本計画があまり整然としていないというのが私の印象でありまして、特に全体目標に関しては、基本計画の顔になる部分ですから、そのロジックはしっかりしとかなければいけないと思うのです。今回国のレベルで死亡減少は、全体目標から下げてしまいました。非常に各都道府県、混乱していると思うのですが、兵庫県の場合はこれを残したということだと思えるのです。資料3素案のP.23に全体目標があり、「がんによる死亡者減少の実現」と「がん罹患しても尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築」、この2つを全体目標として掲げるということなのですが、死亡に関しては相対的ということではあっても目標を設定されたら、そうすると2つめの「がん罹患しても尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築」というのがバランスの問題でいいますと何かどこかとしてきたような印象を持つのです。国の第1期のがん対策基本計画の場合は、これが「がん患者及びその家族のQOLの向上」だったわけですね。それに関してどうなったら目標が実現したと言えるのかというのはまだ甘い所があり、指標に関して検討していくという状態にはあるわけですが、それでもやはり指標として設定して実現できたかどうかを確認するという考えはあるわけです。全体目標を実現するための個々の手段として個別施策の記述があり、それぞれ個別目標があるところこういう構造をきちんとたどった方が私はいいと思うのです。目標として資料1にいくつかがん検診受診率、喫煙率の低下、肝がん死亡率の減少等書いていますが、これがちょっと整理しきれない感じがします。肝がん死亡率はやはり死亡の減少の中に含めるべきだと思いますし、他の検診受診率の低下等は全て全体目標を達成するために個別施策が必要であってというつながりがあるのが目標だと思うのです。そこをつまみ食いの様に単に羅列するのではなく、構造上全体目標を達成するための手段としての施策というのを整理して記載するのがいいと思うのです。これが国レベルでできていないというのがよくないのですが、だからといって、これに準じることなく、兵庫県はきちんと組み立てて全体目標と個別目標を整理して記述をするということをされるのがいいと思いました。

事務局：ありがとうございます。確かに国に合せようという事が結構ありまして、そういう意味で国と共通の目標をまず出しまして、続いて県独自を記載しました。委員がおっしゃるように、個別目標がまずあり、個別目標を達成することにより全体目標の達成がなされるという理論立てた所を書くべきではないかというご意見参考にさせていただき、直せる所は直していきたいと思えます。なお、今後の検討にあたり、できましたらもう少し具体的に提案いただければ大変助かるのですが。

委員：私は国の第1期がん対策推進基本計画の2つの目標が全体目標として

1番フィットすると思っています。死亡の減少とQOLの向上。ただ死亡の減少では実は片手落ちで、全国がん登録ができたのであれば、ここは罹患の減少も入れるべきだと思っていたのですが、国の第3期計画のパブリックコメントはいつの間にか終わってしまい言えませんでした。諸外国のがん計画ではその2つが書いてあります。ですからそのようにするのが理想的だと私は思います。個別目標というのはそれを達成するために、予防・検診・緩和ケアがあり、一体的に目標として進めていく、それが私はいいと思っています。

事務局：実は今回背景に罹患率を入れているのは、死亡率と罹患率両方があった方がいいと思ったからなのです。

委員：ただ、背景に書いてあることがなぜ全体目標に出てこないかというのは不思議だと思いませんか。

事務局：背景に合せる形で入れる事ができないか、検討したいと思います。

ただ、委員もご存知だと思うのですが、罹患率を正確に出すのはかなり難しく、タイムラグがありますので現時点の計画では、ある程度目処が立てられる死亡率は書かせていただいたという経緯があります。全国がん登録が始まって恐らく数年経てばかなり正確で反映された罹患率が出てくると思いますが、今回の計画では、どこまでしっかりとした数字が出るか悩ましいため、少し内部で検討させていただきたいと思います。

委員：ただここで目標値として掲げると、先進的な県であるということはアピールできると思います。

委員：データの事ではないのですが、国の第3期の計画を見ているとやはり今回はがん医療の充実が新しい項目で多く出てきています。県の計画でもそれは反映しているのですが、全体目標が、「がん死亡者の減少」と「安心して暮らせる社会の構築」の2項目になっていますが、もう1つそこに医療体制の充実を入れてもいいのかなと思いました。

もう1点、先ほどの資料の説明で「3 医療体制の充実」に支持療法が出ていなかったように思うのですが、支持療法は患者にとっては非常に必要なわけですから、その対策を緩和ケアの中に入れてもよいのかなと思ったのです。

事務局：医療体制の充実については、さらに進めるということで、どんどんがんに対する新しい治療方法も出てまいりますので、個々の病院が能力アップすることと連携をさらに深めるということを今回書かせていただいたところです。

そして支持療法ですが、委員がおっしゃるように緩和ケアの1つと考えるでもいいかもしれません。ただ単に疼痛を和らげるだけではなく、がんを持ち生活をする上で、それに対する治療をしていただきたいという意味ではトータル的な緩和ケアの領域といえますか、大きな目で見ても

の中に入れるべきものなのかもしれませんので、考えさせていただきたいと思います。

委員：緩和ケアに関しては、資料1のP.2に詳しく書いていただいているのですが、その中で「医療用麻薬に関する正しい知識の普及」について、確かに医療用麻薬については、医師、看護師、薬剤師がメインで出てくると思うのですが、実は施設等でがんの方が療養され、そこで看取りという時に介護関係の方が医療用麻薬に関する知識が本当になく、神戸市で調べても施設では7%くらいしか夜間にレスキューの麻薬が使えないと、それは厚労省から通達が出ているにも関わらず、施設では夜間金庫の中に麻薬が入ってしまって疼痛時にそれが全く使えない、介護士の方がそれを開けることができないという状況になっています。

ですので、ここに言葉としてはどうしても医師、看護師、薬剤師になってしまうと思うのですが、介護関係の方も含まれるような文言が少し入ってもいいかなと思いました。

事務局：ありがとうございます。確かに昔はお金の問題等も薬はあったと思うのですが、今ではどんどん普及してよくなっています。介護現場は委員がおっしゃるようが一番遅れているかもしれませんし、重要な部分だと思いますので、ぜひ参考にさせていただきたいと思います。

部会長：大変重要なことだと思うのですが、法律上は特に問題ないのですか。

委員：厚労省から施設に対し通達が文書で出ており、在宅、自宅と同じような扱いで金庫に管理する必要はないと書いてあるのですが、施設の管理者の方たちはやはり何かトラブルが起こったらということで金庫に入れてしまうというのが現状です。

委員：その件ですが、やはりチーム医療の所で、地域の中で拠点病院を中心とした医療者等の研修をするという記載が国の計画に出てくるのですが、そのようにすると問題ないのかと思いますし、先ほど委員がおっしゃったように麻薬は処方されたら普通の薬と同じように使用したらよいわけですので、そのあたりの取扱いは地域の中で勉強会を拠点病院を中心に実施することで在宅療養を支えることができるのではと思います。

事務局：現場では管理者による所も大きいと思いますので、管理者に対する研修も必要であると思っています。

部会長：そのあたりは具体的に何か対応をされているのですか。

事務局：地域医療構想の中で在宅医療充実の観点で基金を使い、医師会に緩和ケアを含めた研修を一部の郡市医師会でやってもらってしまして、地域の課題がそういうところであれば多職種連携の一定の研修も介護、薬剤師、歯科医師等医療従事者含め推進してもらっているところです。

委員：地域の医師会は、在宅で実際に自宅に伺うというところでは多職種連携が進んでいると思うのですが、どうもそこから介護施設が抜け落ちて

いる感じが現場ではあります。

事務局：都市部では介護に熱心な方がいても、管理者がそれを理解しなければ現場では動けませんので、管理者に対して色んな研修がある中で、こういったものもテーマに入れてもらうなど方法を考えたいと思います。

委員：今の地域の中の連携に関連してですが、がん患者の療養生活支援の質の維持向上のところに、「在宅医療地域ネットワーク連携システム」という記載があるのですが、これはどういうものをイメージしておられるのでしょうか。医療に関してはむこねっと等色々ありますが、そういうものの意味なのか、また別のものなのか。地域の医療と介護の連携で一番問題になっているのはシステムの問題なのですが、これを行政が主導でされようとしているのか、具体的な推進方法を教えていただきたいです。

事務局：バイタルリンクというシステムで、訪問診療では1人の患者さんに多職種の方が行かれますので、診療情報を共有できるツールを作り、医師を中心に、訪問看護のヘルパーさん、看護師の方が行かれる場合等に生体情報をリアルタイムで共有していくシステムを医師会と進めているところです。

28年度実績で16地域、今年度もう12地域程度進め、来年度で全郡市区でバイタルリンクシステムを導入し、医師が登録した患者さんに対して多職種の方が行かれたら、携帯、ipad等で情報を共有することを進めています。

委員：郡市区ごとに違うシステムが兵庫県では入っているような気がするのですが、それをできるだけ共通でするような形で、先ほど委員がおっしゃるようにどこかが主体になってやっていただければと思います。医療の方は医師会でやってもらっているのですが、介護の方はどうなのかと思っています。

部会長：我々もそういう印象を持っています。バイタルリンクは介護も含めた考え方なのではないでしょうか。

事務局：バイタルリンクは医師を中心にアカウントをとっていただいて、薬剤師、歯科医師、訪問看護のヘルパーさん等の介護職の方も含めて全員が情報を共有できるような形でインターネットがつながる携帯端末等のツールがあればそこにパスワードを打ち込む形でみんなに共有できるというシステムを作っており、今加古川等先行して始めているところです。

まだまだ医師会も試行して入れている段階で、共通の仕様書等を示してこういう形で患者の情報を取扱いましょうということをもさにやっている状況でこれから序々に全県的に広げていこうとしているところです。

部会長：看護協会は全県的に情報を持って取り組んでおられますので、地域の実情として用意しているけれど使っていないという状況もあると思いますので、現場の声を聞いていただきながら進めていただきたいと思いま

す。

委員：医療はかなり医師会に委託し、地域で進められていますが、医療と介護の連携になると市町事業で実施しておられるので、市町によってシステムを作ろうと思えば業者が違ったりするため、なかなか今あるシステムとつなげることができないという声をよく聞きますので、どこがどう調整していただくのか県でイニシアチブをとっていただきたいと思います。

委員：現場で実際に動いている者からなのですが、医師と一緒に動いている看護師で全カルテ共有をしてラインで動いているのですが、そこに介護の方が入って新しいシステムを持ってこられた際にダブルになってしまいます。今実際に動いている電子カルテの記録分だけでも精一杯なのですが、そこにまた別のものに記録してとなるとちょっと頭が混乱してしまうというのが現場での状況です。

委員：元いた市や近隣市町では、先ほど言われていたようなリンクの作業を行政主体・医師会・介護・基幹病院等で検討していました。それぞれシステムがありますので、先ほどおっしゃったように二重になること、かなり個人情報があるため、それをどの程度まで見ることができるようにするかということで、ある程度アクセスできる主管を決める形でまずは試行錯誤でシステムを入れ動かしてみて、何例か現場では実施しつつあるということを知っていました。必要性というのはみんなわかっていると思うのですがなかなか実際運用上タイムリーに見ることができ、みんなが役立ち、しかもあまり負担がないようなものにしようとなるとちょっとまだ具体的などころまでは現場の方でも進んでいないのではないかと思います。そういう所も含め、ここでも後押しをしていただき、計画の枠の中に載っていくことになればさらに必要性の観点で後押しになるのではないかと思います。

事務局：大変貴重なご意見をいただきました。やはり医療だけでは無理な世界だと思いますので、医務課とも連携しながら、介護も含めて地域でやっているものを整理した形で進めていくような方向性ができないか検討させていただきます。

委員：同じくがん患者の療養生活の質の維持向上の所なのですが、相談支援体制の充実の所です。がん相談支援センターは非常に大事なのですが、院内にあると自分が診療されている病院のがん相談支援センターには行きたくないとおっしゃる方もいらっしゃいます。先日もテレビでやっていましたが、マギーズ東京も開設してから6千名のご相談があったということで、全く病院とは関係のない所でもがんの方もがんの家族の方も含めてオープンで相談窓口になっていらっしゃるのとはすばらしいなと思っておりました。せっかく今医療介護サポートセンターが各医師会にもできて、動き出しておりますので、その相談対象が医療者又は介護者

だけというのが未だに納得がいかず、どうして患者さんたちの相談窓口になれないのかと思っています。

余力があれば各区医師会等の医療介護サポートセンターのようなところが窓口となって病院とは関係のない所で相談支援体制ができれば、アクセスされる方が増えるのではないかなと思いました。

部会長：医療介護サポートセンターについては、以前にも先生に何度かご指摘いただいたと思うのですが、マンパワー上難しいという話だったように記憶しております。今日は医師会の方も来られていないわけですので、継続的に要望していただきたいと思います。県からもそういった内容を伝えていただくようお願いします。

委員：その事ですが、京都府は別個に患者さんの相談出来る場を外に作っているのですね。県の計画の中に記載があるピアサポーターの積極的な活用の所ですが、今の所規約の中では、それぞれの拠点病院のがんサロンに帰属するという形にしています。ピアサポーター養成講座又はフォローアップ研修を受けている方から研修に出席しても各施設の院内サロンとの結びつきがなく、なかなか出る場がないと耳にしますので、もしそういう体制を整えば、せっきやく資格を得た人たちの活躍する場が出てくるのではと思いますので、ぜひそういうことを検討いただきたいと思います。

事務局：介護保険課の地域支援事業の中で医療介護サポートセンターを作っています。こちらで聞いている限り神戸市では全区において在宅医療の地域住民の相談を受けていると思っていたのですが、そういう体制ではないということですね。現状を確認しておきます。

委員：今国の方で職域の検診に関する検討会をされておりますが、今職域の検診が対策の中で抜け落ちていて、中年期の職域の検診が死亡率減少のターゲットであるとされています。県の計画の中で「企業・職域との連携」と書いてありますけれども、それをもう少し踏み込み、重要なのは受診率もそうなのですが、精度管理も抜け落ちています。今市町に対しては、チェックリストやプロセス指標に関して集計をするということを示されていると思うのですが、この中に職域の検診を巻き込むことはできないのかと、全く法的な後ろ盾はないのですが、それでも一部の職域の検診はデータを出して精度管理をきちんとしていますというところがあると思うので、その受け皿だけは作ってもらいたいと思います。

事務局：委員がおっしゃるように大変精度管理は重要だと認識しており、県としては現在手薄になってしまっているため、市町検診で行う体制についてやっていかないといけないと思っています。職域に関しては恐らく来年度の夏頃に職域に関する精度管理を対策型にするのか、個別にするの

か精度管理がどうなるかというのは、国からの方針が示されることになるかと思えます。もし個別となりますと県としていかに精度管理するか非常に難しいところですが、ある程度組織型という形で本格導入するというのであれば県としてもそれなりの舵を切らないといけないと思っております。引き続きご指導いただきたいと思っております。

委員：国が職域がん検診のガイドラインを作って年内にまとめると言っていますので、その動向次第ということであれば、それでよいです。

もう1点ががん検診に関して触れておきたいのは、今市町でやっているがん検診は会場に行くとなんか大半が70歳くらい以上だと思のですが、高齢者のがん検診というのは、個々のレベルで免疫等を考えて受診するもので全ての人を受ければよいというものではないということがあまり浸透していないと思うのです。むしろ市町が実施する検診は、高齢者に受診を促進するような、個別の勧奨、自己負担無料化等の取組みをされていると聞きます。それはあまりよくない事なのだとすることを市なり県なりが言わないと、そういう考えは出てこないと思えます。それを何か打ち出せないかと思ったのです。

事務局：今回がん教育の推進という柱を立てており、その中で正しい知識の普及等色々な事が入ってきていますので、そこで書けないか検討します。

部会長：よろしくお願ひします。精度管理の部分は私も以前からずっと会議の度に話をしているのですが、この辺りで何かからとりかかっていたかと思ひます。特に胃カメラが検診の中に入ってきましたので、精度管理をしていかないと危険なのではないかと思ひます。

事務局：部会長がおっしゃるように、5つの対策型の中でも新しい指針が出た胃がんに対する精度管理、それから最近さかんに言われているのが乳がんに対する超音波の導入とマンモグラフィで見つけづらいがんがあるのではないかということで、この2つを最初にとりかかればいけないかもしれません。個人的にはそう思ひますが、皆様方のご意見を聞きながらぜひ進めさせていただきたいと思ひます。

部会長：予算もかなりいるかと思ひますが、よろしくお願ひします。

委員：検診なのですが、検診を受けない理由という県民モニター調査の結果で、気持ちわかるのですが、基本的な面から見るととんでもない理由が非常に多い印象を持ちます。検診の精度管理が行政で取り組むべき所であるのでしようが、県民の真剣味がないと受診率も上がらない気がします。その方策も色々記載いただいているみたいですが、実効力のあるものになるよう検討いただきたいと思ひます。

部会長：これも教育と関わってくるころかもしれませんので、よろしくお願ひしたいと思ひます。あと喫煙対策も毎回言ひして、だいぶ進んできたかと思ひますが、このあたりについてご意見ありますでしょうか。

委員：先日決まった国の第3期がん対策推進基本計画の中では、受動喫煙の数値目標については、自民党の抵抗によって今後の検討課題になったということですが、一方兵庫県では受動喫煙の防止等に関する条例の見直し作業を進めておられるということで、この中にぜひ国が入れられなかった目標を入れられるように、県のがん対策推進計画の中に文言とすれば今検討しておられる受動喫煙の方にも側面支援になると思います。

部会長：ぜひ神戸市等とも連携をとって検討していただきたいと思います。禁煙の話になると盛り上がって長くなってしまいますので、これくらいにしたいと思いますが、ご検討よろしくをお願いします。喫煙先進県を自負しておられると思いますので、ぜひお願いします。

委員：予防の部分で今まで議論されてきたのかと思うのですが、感染症に起因するがん対策の所のピロリですが、篠山医療センターにおいては、篠山市在住の中学3年生のピロリ検査と除菌を全面的に実施しました。佐賀県では全県で中3のピロリの検診を実施しているのですが、有効性がわかるのは将来まだ先のことで、県の計画では除菌の有用性について国の動向に応じた柔軟な対応に努めると書いておられます。除菌にそれなりのリスクもあり、なかなか踏み切れないのかもしれないのですが、国の動向に応じたでは対応がかなり遅くなってしまふのではと思うのです。除菌については、リスクを伝えた上で任意でもよいのですが、中3の検診くらいはやっていきこうという姿勢くらいは示せないのかと、6年間このまま柔軟な姿勢で国の動向を見守るのかと思ったのです。

事務局：委員ご指摘の点も大変承知しておりまして、日本は昔からピロリの感染率が高いと言われておりまして、有効かもしれません。ただピロリ菌の感染率を見ますと現在の小学生中学生レベルで見ますと非常に低い状態です。個別検診でやるのはあまり問題ないのかもしれないのですが、対策型検診でやるのは、やはり税金を使うのならば、費用対効果としっかりとした終着点がない事業はなかなか踏み込みにくいという現状があります。今委員が言われましたように30年、45年結果が出るのを待つのかというのは難しい点なのですが、逆に言えば結果が出ないと踏み込めない、税金を使っていいか判断が難しいところです。事例として抗生剤を飲まれて偽膜性腸炎になって大変な事になっている場合もあり、これは単発的にではなく、全県的にあるいは全国的にやるとなると必ず出てくるわけですね。ヒトパピローマウイルスでも100万人に0.何人の合併症(発生)率であのような障害が出て大変問題になり、そこから子宮頸がんのワクチンが普及できない状況になっているという状況を考えますとむしろ今の時点では、対策型としてピロリの検査をやるにはまだまだエビデンスが重なっていないのではないかと、特に子どもにはエビデンスが足りないと、むしろ実施するとしたら40代、50代のもう少しピロリ

菌の感染率の高い方に対し、本当にがんの予防ができるのかのエビデンスが出るのであれば、対策型として皆さんから預かっている税金を投入して公的施策としてやっていいのかなと思うところがありまして、これは県の中でも議論がある所でこのような記載とさせていただきます。

部会長：前回肝がんの関係でナッシュの話が出ていたかと思うのですが、いかがですか。

委員：兵庫県は肝がんの死亡率が高いということで、データを見るとかなり全国値に近い所までは行っているのですが、今後ウィルスのC型等がほとんど駆逐されていく中で、最近はやはりナッシュの率が高くなってきています。単に肥満しているだけでなく、様々な要因が絡んでいるのですが、メタボリックシンドロームの対策とももしかしたら連動するかもしれませんが、何らかの目安というか指針があれば、今後肝がん対策が次のステップに行けるのではないかと思います。

部会長：メタボリックの検査の中に、ナッシュの疑いの項目について入れるとあったこともあるのでしょうか。

委員：そういったことも入れていただくといいと思います。

部会長：委員、全体の議論の中でご意見いただけましたら。

委員：こども病院に行く機会が多いのですが、その隣に出来ているのは何かと調べていたら、陽子線センターということで納得できたのですが、その内容について説明いただけたら有り難いと思いました。

部会長：がんの治療に際し、粒子線の適用患者が今広がっています。がんは放射線を集中させますと低線量被曝が全体に広がります。がんはだいたい高齢者にできますので、その方々は30年、40年後の事よりも今の事を考え、放射線治療は問題にならないのですが、小児の場合はかなり治療後が長いので、低線量被曝でも避けた方がいいだろうということで低線量被曝がほとんどない粒子線治療を選ばれる方がいらっしゃいます。病気の箇所に集中できるので、小児に対する粒子線治療は非常にメリットがあるだろうということなのですが、手間がかかり、お金もかかる、患者数も少ないということで全国であまり取り組んでいなかったのです。それを兵庫県が先進的にこども病院の隣でやろうではないかと西日本の全部をあそこで引き受けようくらいのつもりで取り組んでおられる所で、非常に先進的な取り組みだと思います。小児・難治がんに対しては陽子線が今度保険適用になったという効果もあり、兵庫県としては自慢できる施設ではないかと思えます。事務局から補足をお願いします。

事務局：西播磨にも粒子線治療施設がありますので、分院として設置し子どもの場合は長い治療が必要であったり、妊孕性の問題であったり、あまり低線量被曝がないように進めていきたいと思書かせていただいています。

部会長：11月12日に開院式をやりますので、ぜひ兵庫県の先進的な取り組みということで、報道関係の方も取材をしていただければと思います。

委員：治療の先進的な取り組みに関連してですが、先日新聞でゲノム医療の拠点病院の公募が始まると書かれていたのですが、兵庫県としてもそのような取り組みに参加される意向があるのでしょうか。今私たち団体の中でも検体を外国に出して治療を始めている方もいるのですが、しばらくは自費でしようが、そういう環境というのは兵庫県としても整えられるということが念頭にあるのかお教え下さい。

事務局：今後の先進医療の柱の1つとして、ゲノム医療があります。今も全てのゲノムを解析するということではありませんが、肺がんや乳がんなどは、一部がんに関する遺伝子を調べて治療を行っているのが現状です。ただ今度は全ての人間のゲノム情報を調べるということになりますと目に見えないがんであったり、見てしまったけれども治療するかどうかもわからないがんが見つかったり、がんが見つかって体に悪いがんでも、治療方法がわからないということもありますので、問題は医療の治療だけではなく、それらに対するワーカーといいますか、遺伝子(ゲノム)治療に対して、まず体制整備することが大事で、その人材育成を含めておそらく国としては、全国で12くらいの中核拠点病院を作ろうとしています。兵庫県の中でなかなかその研究であったり、人材について豊富かという点で難しいため、その下の患者さんたちが直接携わる臨床現場に直結した拠点病院の整備をまず第一段階として目指しているところであります。それを兵庫県の中でもしっかりと病院を決め、ゲノム医療を受けたいと思われる患者さんに対応できるように体制を進めていきたいと思っております。まだどこの病院がどうなるというところまでは進んでいない状況です。

部会長：また情報を聞かせていただければと思います。

たくさんご意見いただいたのですが、時間がまいりましたので以上をもちまして本日の部会を終了したいと思います。委員の皆様には長時間熱心にご協議いただき、ありがとうございました。それでは事務局の方にお返ししたいと思います。