

したが、年齢が限られています。乳がん検診では50歳以上で以前は70歳まででしたが73歳まで拡大してきています。がん検診は3種類しかありませんから選択と集中という形で検診を進めているわけです。

受診率向上に加えて精度管理、クオリティーアシュアランス（業務の品質保証）が強調されるべきだろうと思います。私は乳がんの専門家でも何でもありませんが、乳がんだとマンモグラフィーでこの少しの石灰化を見つけなきゃいけない。なおかつ若い人で乳腺発達していると、よけいに判別しにくいということになります。結構難しい作業ですから、過剰診断や見つけられなかったということも起きてくるということになります。それではそのため何をやらよいかということでは、例えば英国は、いくつかの項目について指標があって、それを達成しているかどうかで判断しています。例えば50歳から64歳、受診率、要精検率、それからがん発見率などについて指標ができています。それに基づいてそれを満たしているかどうかで精度管理が進められています。カナダも同様です。

英国での乳がん検診の指標と達成率

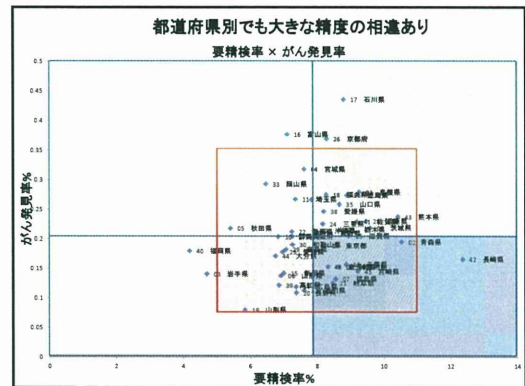
Table 4: Screening quality - first screen following first invitation

The table presents figures on when women are invited to the programme. It is on breast, aged 50, 55 and 60. From a review of 50 screening programmes in 2010, 45 (90%) showed the programme to be 'good' or 'very good'.

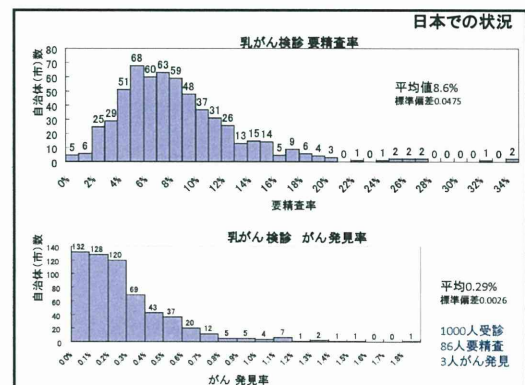
Coverage (過去1年以内に受診した者の割合)	Standard	Achieved
Acceptance rate 受診率(受診率)	97%	97.1%
Recall rate 要精検率	10%	10.4%
Benign biopsies (per 1,000 women screened)	11.6	2.9
In situ rate (per 1,000 women screened)	18.4	2.8
Invasive cancer rate (per 1,000 women screened)	2.7	5.2
Invasive cancers less than 1.5cm (per 1,000 women screened)	1.5	2.5
Non-operative diagnosis rate for cancers	100%	100.5%
Total number of women screened for the first time following their first invitation		136,599
Standardised detection rate: がん発見率(標準化)	1.6	1.41

日本でどうかというと、例えば、これは大腸がんですが都道府県レベルで見ても、要精検率と実際のがん発見率っていうのは

大きなばらつきがあります。少し古いデータですが、例えば長崎県では要精検率が12%を超えて高いのにがん発見率は必ずしも高くない。こうやって示すことによって自分の県の位置というのがはっきりわかるわ



けです。逆にいうと乳がんという乳がんの要精査率が少ないところから非常に高いところまでこれ市町村の分布ですけれども大きなばらつきがあります。全国平均では1000人受診して80人位が要精査といわれます。その中で実際のがんが見つかるのは3人程度です。だから要精査になってもがんでない人というのかなりいるわけで



すね。日本での取り組みを紹介すると宮城県では市町村を評価して、項目毎に満たしているかどうかをホームページで公表して改善してきたという実績があります。日本だとお金よりも誇りを大事にしますから、

ホームページでAとかBとかCとかいわれたらやっぱり来年は良くしようというインセンティブが働きます。

がん検診精度管理調査結果一覧（平成18年度検診実施分）
宮城県での取り組み

市町村名	胃がん検診	子宮がん検診	肺がん検診	乳がん検診	大腸がん検診	
1 白石市	B	B	B	B	B	
2 角田市	A	A	A	A	A	
3 蔵王町	A	A	B	A	A	
4 センソウ町	B	B	B	B	B	
5 大河原町	B	A:「基準」を全て満たしている。 B:「基準」を一部満たしていない。(1~4項目満たしていない) C:「基準」を相当程度満たしていない。(5~8項目満たしていない) D:「基準」から極めて大きく逸脱している。(9項目以上満たしていない) E:回答がない。				B
6 村田町	B	B	B	B	B	
7 柴田町	B	B	B	B	B	
8 川崎町	A	A	A	A	A	
9 丸森町	B	B	B	B	B	
10 塩釜市	B	B	B	B	B	
11 名取市	B	B	B	B	B	
12 多賀城市	A	A	B	B	A	
13 岩沼市	A	A	A	A	A	
14 亶理町	B	A	A	A	A	
15 山元町	A	A	A	A	A	
16 松島町	B	B	C	B	B	
17 よこた町	B	B	B	B	B	

各都道府県のアクションプランについては、大阪のアクションプランは先ほどみんなで見ましたが、評価をしている時に素晴らしいなと思った県の紹介をいたします。それは佐賀県です。がん検診の受診率ってどういう何に基づくかってよくわからないわけですが、佐賀県のアクションプランでは、市町村のがん検診の受診率はここからデータを評価してこれは50%以上にしましょう、あるいは国民生活基礎調査の調査結果をこれ50%にしましょうというような形で何の指標に基づいて、判断するかが明記されています。さらに、検診受診率が高い自治体を対象にして受診率が高い理由をアンケート調査して、その結果に基づき8つのポイントを掲げています。素晴らしい市町村の取り組みを分析した上で自分たちの行動に反映させていこうとしています。啓発についても、啓発活動に努めるという1行で終わっているアクションプランもありますが、がん検診受診啓発のための歌を作ったり、民間の保険団体と共同して、がん予防推進員を組織したり、あるいは「がんを知る」展示会を共同開催している。それ

らにおいて県の役割、市町村の役割あるいは保健関係者の役割、企業の役割が明確で、担当者のやる気とはっきりとしたメッセージが伝わっています。精度管理も大きな柱とうたわれていまして、市町村は検査機関との委託契約の仕様書で精度管理の項目を明記する。また、具体的に県内の市町村でどのような取り組みが行われているかを評価して、どのような県の支援が必要かについて評価分析をされています。

宮内市町村のがん検診精度管理調査結果一覧（平成18年度検診実施分）

市町村名	検査項目					検診率				
	胃がん	子宮がん	肺がん	乳がん	大腸がん	胃がん	子宮がん	肺がん	乳がん	大腸がん
宮内市	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
...

ある研究ではがん検診の受診と関係する要因としては、社会経済状況、本人の信念とか態度があります。それから医療機関へのアクセス、自分の健康状態、例えば非常に重い病気を患っていて行けない。それから検診プログラム自体の要素が絡むということです。したがってこれらの要因を複合的に取り組んでいく必要があると思います。英国では0.5%ぐらいちょっと受診率下があっただけで大騒ぎをして、これではいけないということでマイノリティーグループに対して20か国語で説明書を作ってですね、健康格差を縮める保健事業が良いという信念で進めています。

格差を縮小する介入というのは、全員参加で脱落しにくくて個々のニーズに合せて経済的に貧困者にも有利だということで、

例としてマイノリティーグループ、イギリスの場合は移民ということだと思いますがそれに対する子宮頸がんの検診プログラムというのが例に上がっていました。われわれもこのようなことを考えながら受診率向上あるいは精度管理ということに、例えば特定健診と連携して、他の保健者との連携をする。主治医によるがん検診の推奨。それから格差を減らす介入の視点。精度管理としては、都道府県、市町村をきちんと評価をして、結果を公表して行くことが大切であると考えています。

渡邊先生： 小坂先生ありがとうございました。

格差を縮小する介入 Martin White et al

- 全員参加
Compulsory
- 脱落しにくいもの
Require positive opt-out not opt-in
- 個々のニーズにあったもの
Tailored to individual needs
- 経済的に貧困者に有利
Financially progressive

例：マイノリティへの子宮頸がん検診プログラム
運動処方パOUCHャー

まとめ

受診率向上と精度管理は大切な両輪

- 受診率向上(多角的なアプローチ)
 - ✓ 特定健診等との連携
 - ✓ 主治医による勧奨も大切
 - ✓ 格差を減らす介入の視点
- 精度管理
 - ✓ 生活習慣病検診等管理指導協議会等での市町村の取組の評価・結果公表及び支援

渡邊先生： 続きまして都道府県のたばこ対策の進め方ということで同じく追加発言をいただきたいと思います。山口大学教授の福田吉治先生よろしくお願ひいたします。

福田先生： このような機会を与えていただきまして、今井先生、関係者の皆さまにお礼を申し上げます。たばこ対策の進め方ということで、主に山口県の取り組みを紹介させていただきます。

国際的なシンポジウムですから、まず、日本全体の動向を示しました。公共的な空間の受動喫煙防止は、健康増進法、昨年度の健康局長通知で進められています。職場における受動喫煙防止については、昨年度報告書が出され、残念ながら実現はされなかったようですが、今年度、労働安全衛生法の改定の検討がされました。禁煙指導については医療保険が適用になり、タスポカードが導入され、たばこの値上げ等によって、日本全体としての喫煙率は下がっています。

すでに今井先生から紹介がありました27の都道府県のアクションプランのレビューです。アドボカシー、規制などの大項目にそれぞれ中項目を設定し、それらが記載されているかどうかを確認しました。アドボカシーは情報提供が主ですが、かなり多く記載されています。しかし、規制、条例等についての記載しているところは少なかったようです。人材育成などの能力開発についての記載は多かったのですが、パートナーシップの記載は少ないという結果でした。山形県や広島県などが、少なくとも記載の数という点では、エクセレントなプランだということになります。これも繰り返しに

わが国のたばこ対策の主な動向

公共的な空間の受動喫煙防止

- 健康増進法(2002年)
- 厚生労働省健康局長通知(2010年)

職場における受動喫煙防止

- 快適職場形成の一環としての対策(2002年～)
- 「職場における受動喫煙防止対策に関する検討会」報告書(2010年)
- 全面禁煙もしくは空間分煙を義務付ける労働安全衛生法改定の検討(2011年)

禁煙・その他

- 禁煙治療の医療保険適応(2006年)
- Taspoカードの導入(2008年)
- たばこの値上げ(2010年には約400円に)

アクションプランのレビュー

大項目	中項目(記載事項)	記載数
アドボカシー	たばこの知識普及啓発の媒体の作成・活用	20
	禁煙治療に保険が使える医療機関の一覧の公表	20
	未成年喫煙率のモニタリングの実施と結果	19
規制	分煙施設数等のモニタリングの実施と結果	18
	受動喫煙防止・路上喫煙に関する条例がある、もしくは策定を推奨する	3
	たばこ対策を進めるための方針(ガイドライン、マニュアル)がある	3

27都道府県中

アクションプランのレビュー(続)

大項目	中項目(記載事項)	記載数
能力開発	専門家を対象にしたリーダー育成のための数値目標または具体的な事業	16
	対象を絞った禁煙・防煙教育を実施するための数値目標または具体的な事業	20
パートナー	医師会、歯科医師会、薬剤師会など職能団体の割	9
	上記以外に禁煙支援を進める関連団体(住民組織や民間企業等)の役割	8

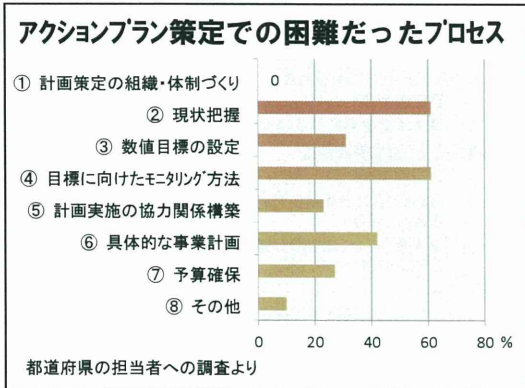
記載数(中項目)上位県

27都道府県中

記載数	都道府県名
8	山形県、広島県
7	栃木県、福井県、愛知県、沖縄県

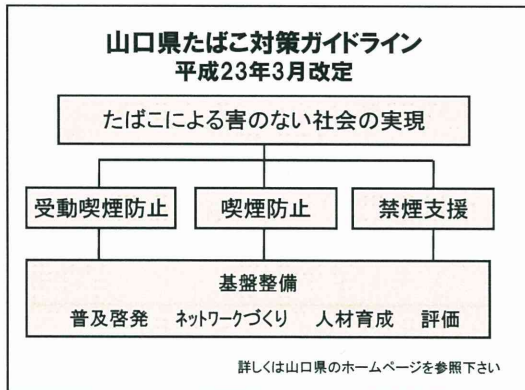
なりますが、困難だったプロセスということで現状把握やモニタリング方法が困難だったと答えた担当者が多いようでした。

アクションプランに直接かかわるわけではありませんが、先進県ではいろんな取り組みがなされています。ご承知のように神奈川県では受動喫煙防止に関する条例ができましたし、兵庫県では2013年の施行に向けて条例の策定が進められているようです。



路上喫煙禁止に関する条例は千代田区から始まって現在多くの自治体で制定されています。あくまで例ですが、大阪や京都などではこのような組織的な取り組みがなされ、たばこ対策について地域による格差が生じつつあるようです。このような格差が、将来的に都道府県の喫煙率などに影響してくるかどうか今後しっかりとモニタリングしていかないといけない状況です。

そういう中で、山口県ではたばこ対策ガイドラインを今年の3月に改定しました。



その背景は先ほど全国の動向で示した健康局長通知によって、それまで分煙が許されていたのが、原則的に全面禁煙になったということです。ガイドライン改定に係る委員会が立ち上がり、そこで私は会長を務めさせていただきました。「受動喫煙防止」、「喫煙防止」、「禁煙支援」の3つが柱にな

っています。さらに、「基盤整備」ということで普及啓発、ネットワークづくり、人材育成、評価が枠組みになっています。先ほど27の都道府県のアクションプランをレビューしたと言いましたが、山口県はアクションプランを作っておりませんでした。そこで、このガイドラインをたばこ対策についてのアクションプランの代わりにするというような位置付けにしております。

詳細はホームページ等で公開していますのでご参照いただければと思います。ユニークな取り組みとして、「10メートルルール」があります。室内が禁煙になると灰皿



は外に置かれることになります。敷地内が全面禁煙になればいいのですが、入り口に置いてしまったりして、非喫煙者が受動喫煙に曝露されることになる。そこで、入り口から10メートル以上離して灰皿や喫煙所を設置しようというのが、10メートルルールです。これは、ガイドラインでも盛り込まれました。次に、「むえん君・けむたい子さんカード」です。むえん君もけむたい子さんも、私が作ったキャラクターです。例えば、分煙や禁煙になっていない飲食店に行くとつい文句を言いたくなりますが、私のような気の弱い人は直接言えない。そこで、その代わりにこのメッセージカード

を置いていこうというものです。医学生や看護学生と一緒に、小中学校あるいは高校で防煙教育をやっています。女性のチームを「タバコ嫌（イヤ）ガールズ」、男性のチームを「タバコイケンメン」と呼びます。防煙教育のためのツールも必要になりますので、厚生労働省の研究班の研究者と一緒に教材として冊子を作りました。ダウンロードもできますのでぜひお使い下さい。それから、WHOなどが作ったポスターを翻訳して配布もしております。

たばこ対策ではないのですが、がん検診を推進するキャラクターを作りました。「ケンシンファイブ」といいます。胃がんはマーゲン、大腸がんはコロソ、肺がんはラング、乳がんはマンモ、子宮がんはネーミングが難しかったのですが、ケイにしました。星形のキャラクターが「ケンシンキング」といって、特定健診をPRするものです。山口県の下松市で取り組んでいるものです。「ケンシンスタンプラリーカード」というのもやっています。がん検診と特定健診に行くと、医療機関や健診機関でスタンプを押してくれます。自分がどの健診を受けているか、あるいは、医療機関に見せた時に、どの健診を受けていないかが分かるカードです。健康保険証にシールで付けるようになっていて、健康保険証を切り替える時に提示する。スタンプが揃ってないと新しい健康保険証が交付できない。前年度、きちんと健診を受けていないと、次から医療保険が使えないという制度です。というのを提案したのですが、もちろん、実現できませんでした（笑）。しかし、こういう半強制的なことをやらないと、とても50%という目標は達成できないと思っています。人材

育成についても、受動喫煙防止対策アドバイザーや一般市民用の喫煙防止普及員などのユニークな人材を育成することになっています。

地域におけるたばこ対策推進の条件

- 政治的意思決定者の決断
- 職能団体の使命の認識
- 公衆衛生専門家の本気度
- 市民意識の向上
- キーパーソンの存在



まとめです。地域におけるたばこ対策推進の条件ということで、一番重要なのはトップの考え方だろうと思います。そして、重要なのは、われわれ公衆衛生専門家の本気度でしょう。公衆衛生の専門家が、上にも下にも働きかけて、たばこ対策を進めてい

公衆衛生にとって喫煙とは

わが国における喫煙による死亡

- 能動喫煙：年間約13万人
- 受動喫煙：年間約7000人

片野田らによる推計

喫煙は病気の原因の中で予防できる最大かつ単一のものである。

WHO

く必要があろうかと思っています。抄録のまとめにも書きましたけれども、喫煙は大変インパクトが大きく、これに対して、公衆衛生の専門家がどう取り組むかにかかっていると思っています。要するに、このたばこ対策、がん検診、それからがん医療については○がかかっているものと思いき、○をかけてやるかどうかということではないだろ

うかと思っています。命をかけてがん対策基本法を作られた山本さんの志を我々はこれからどう継いでいくのかということが重要ではないでしょうか。

渡邊先生： 福田先生、有難うございました。がん検診、たばこ対策ということで、啓発ツール、ネットワーク評価、そしてキャラクターとか、スタンプラリーの話題までお話を頂きましたが、何か質問、確認等ございますか？よろしいですか？それでは、福田先生、有難うございました。以上でディスカッションを終わりたいと思います。どうも有難うございました。

今井先生： それでは、最後のセッションの総合討議を始めます。 私自身はこの最後のセッションが、本日のトリと言いますか、メインと考えています。私のアグレッシブな性格もあるので、シンポジストの先生方にどんどんお話してもらいたいと考えています。会場にも今日は色々なゲストの方々、名簿も頂いておりますので、指名をさせていただいて、できるだけコンパクトに意見をいただき、スピード感ある、かつ、内容のあるディスカッションにしたいと思います。タイトルが「わが国の都道府県のがん対策推進を考える」となっていますが、多分、答えはなかなか難しいと思います。「これが解答です」とか「これが正解になります」とは言えず、色々な事情がありますので簡単にはいきません。ですから皆さんの英知を集めてディスカッションして、お互いの理解や情報の共有をしていけば、必ず、国のがん対策の底上げ、均てん化、それが達成されるのではないかと信じております。

総合討議をこれから始めるのですが、セッション2で日本の現状報告が続きました。そこで、まず最初にピーク先生と、レナード先生に、セッション2で発表された内容をお聞きになった印象や感想など、英国と比較して、こういう点が印象に残った、あるいは日本ではこのようにしたらどうだろうかという助言などを頂きたいと思います。英国の場合は、午前中にお話しいただいたように、2000年からNHSのNational Cancer Planという、非常に総合的ながん対策、そこからギアをトップに入れて、この10年間走ってきた。おそらく、お話もいろいろあったように、成功もあったし、おそらく失

敗もいろいろあったと。そういう点も含めて、今の日本の現状をお聞きになって、印象に残った点やアドバイスなどを、まずこのセッションの最初のお話の切り口にしたいたいと思っています。では、お願いします。

ピーク先生： 私が思うに、たぶん最も大きな違いは活動に関する情報が多いということです。それに、持っている構造の形態が違います。英国ではたぶんもっと多くのことをやっています。良いことも悪いことも含めて。実際、たぶん英国ではあらゆる領域で傾向というものがあります。健康においては生活面の悪いことや良いことに目を向けるだけではありません。私たちは何が悪いかを知っています。一生懸命働いて、いくつかのことは成就するだろうと思います。今日の午後、皆さんのお話を聞いて感じたことは、皆さんがこの日本において良いこと悪いことをそれほど確信していないということです。なぜなら、それを裏付けるのに必要なデータを皆さんが持っていないからです。これが正しいかどうかはわかりませんが。しかし、皆さんが、良いこと悪いことがどんなものかを確信していないように感じます。私たちはかなりのパーセンテージをがんに費やし、情報に費やしています。皆さんおわかりのように、ますます複雑化しています。これは最初のコメントになるでしょう。皆さんが47都道府県のデータを示したとき、場合によっては22しか対応しなかった、あるいは実際に中央にフィードバックしたのが30もしくはごくわずかなパーセンテージであったという、その事実には強い印象を受けました。中央の関係性が何であるのかがわかり

ません。都道府県がフィードバックに参加しているかどうか、望ましいアクションプランを守り続けるかどうかは、ほとんど任意のようでした。そうすることが彼らにとってどれほど重要だったか、それをやる必要があったのかどうか、カムバックがあったのかどうか、私にはわかりません。報告書を手に入れるよう私たちが指示を出したら、100%手に入れます。すべてにおいてというわけではありませんが、要求はします。もし私たちが相互評価や年次報告書を見たいと要求したら。もし26のうち28が返ってくるとしたら、ほかの2つのところまで出掛けていきます。皆さんには、必要なものを取り返そうとするそのような行動力がないような感じを受けます。

それから私が衝撃を受けた3つ目のことは、皆さんのスクリーニングの受診レベルが非常に低いということです。私が思っていたよりもずっと低い。それに、肺がんのスクリーニングのエビデンスが出現し始めているだけのときに、皆さんの肺がんのスクリーニングレベルが比較的かなり高いことに驚きました。乳がん、子宮頸がん、結腸直腸がんのエビデンスがずっと前からあるのに対し、なおかつそのようながんに対する皆さんのスクリーニングレベルが、エビデンスのベースがそれほどよくない肺がんをはるかに下回っている。以上が私の最初のコメントです。よろしいですか？

レナード先生：ちゃんと聞こえていますか？プレゼンテーションはとても楽しかったです。皆さんが示してくれたことは、私たちが英国で見いだした論点ととてもよく似ていると思います。都道府県の間には格差

があります。私のはつきりと見たのは、自分の都道府県について理解しようとしている一部の非常に熱心な個々のリーダーでした。英国ではどうかというと、少し階層的・独断主義に聞こえると思いますが、実際がんでディレクターの役職として働きました。皆さんがいかに熱心であろうとも、人々を変えることのできる何らかの権限を与えられない限り、個人は変化をもたらさないということになると思います。また、1位2位3位に順位付けられた県の人々には、自分たちが45位46位47位の県と、何が違うか分からないと思います。45位46位47位の県は、どう活動を始めていけば良いか、どうサービスを具体化していけば良いか、分からないだけかも知れません。あるいは、これを行動に移すスキルがないのかも知れません。これへの対策として考えられるのは、日本全体のトップとなって、国のがんでディレクターの役割を担う包括的なリーダーを設けることです。そうすれば、それぞれの都道府県はそのリーダーを信用して、がん対策に当たっての新たな一步を踏み出すかも知れません。この際に、リーダーが、全47都道府県の人々の意見に耳を傾けるのは難しくなると思います。しかしリーダーが中心になって新たな政策を発表し、これを普及させれば、この中央集権的なシステムは成り立ちます。47都道府県それぞれに対応するよりはよほど効率が良く、経費の削減にもつながると思います。

そして次に、同レベルの優秀さが完全に実現されるかどうか確認してください。思うに、この全部のことで私の知りたいのは、それは私の見方かもしれませんが、患者が何を欲しがっているかぜひとも聞きたいと

思います。そして、がん患者であることの彼らの見解はどういったものか、彼らが優れたサービスをどう定義づけるのか、ぜひとも理解したいと思います。なぜならそれが皆さんに若干の洞察を与えるかもしれないからです。おそらくある特定のものの受診がなぜそんなに低いのかといったことです。それで私の見解があり、早期のフィードバックがあります。

今井先生： 本日は、47都道府県の中の成功事例、すなわち広島県と大阪府の報告がありました。それで皆さんも気付かれたと思いますが、両方とも非常に基本的なコンセプトが共通しています。例えば、広島県の3番目を見ると、数値目標を設定し、進行管理を行う。それから、具体的な事業を明確に示し、分野ごとに年度別の行動計画を明らかにしています。次に、大阪府も数値目標をしっかりと設定しているということです。ベストの推進計画やアクションプランというのは、具体的なデータ、数値、エビデンスというのをしっかりと把握して、目標を立て、そのプロセスを明確に計画の中に盛り込んでいるといった諸点に関して非常に共通した内容になっています。今日、都道府県から来ていただいているがん対策関係者の方々は、ぜひ学んでいただきたいと思います。

津山先生にお聞きしたいのですが、この広島県の明確に数値管理を打ち出したそもそもの発想とか、きっかけとか、そういったことをもう一度お話していただきたいと思います。ある意味では、計画を立てるのには数値管理は当たり前なのですが、ところが、来ていらっしゃる都道府県の先生方、

担当者には申し訳ないのですが、他の自治体ではあまりそういうことが無いんですね。ただ、「人材育成を頑張ります」、「充実させます」と言う。でも本当は、推進計画、もっと言えば、アクションプランには、いつまでに何をするとか、どこでどういう施策を実施する、人数を増やすという内容を盛り込まなければなりません。それらが明確にアクションプランに書いていなければいけないのに、そういうのがほとんど無かったわけです。だから、当たり前のことなのですが、その当たり前のことを当たり前以上に明確に広島県のアクションプランには記載してありました。どうしてそういう発想が出て来て、こういう基本コンセプトになったかということ、もう一度お話していただきたいです。

津山先生： 広島県です。もともとのがん計画に数値目標はしっかり掲載しています。がん計画を作る際に、今、広島県の状況がどうなっているのかという現状分析を行ったうえで、次に、国が掲げた目標について、広島県でどのように、また、何が出来るかということに関係者でしっかり議論をします。その中でがん計画が出来ていますので、計画をそのままアクションプランに、明確に計画の分野ごとに、一番最初に進行管理の表を載せています。計画策定時、策定後、具体的に今まで何をしたか、また、24年、来年の末までに何をしなければならぬかということに関係者で議論をして、具体的な事業としてまとめたということになります。

今井先生： やりたくても、データが無い

とか、普段、疫学データとか統計データをあまり収集してないという都道府県がありました。そうすると、先生の広島県では、基本的にはある種データ収集はあったということですね。それからエビデンスはあったのでそれをうまく抜き出したり活用して、あの様に素晴らしい数値目標を立てられたと、そういう理解でよろしいですか？

津山先生： データについては、専門の先生方の持っておられるデータも活用させていただきます。例えば、今回、化学療法の目標数値は無いですが、化学療法であれば、今、化学療法の専門医（学会認定医）が何人いる。次に二次医療圏で診療体制を組む時に、化学療法のドクターはどれ位必要か、というのがあって、そのためには、どういう育成の仕方をしましょうか、という議論があり、目標数値を立てるというシステムになっています。例えば、県では現在、緩和ケアや放射線の医療従事者の確保を一生懸命推進していますが、放射線の治療医も、やはり、同様にどうしたら人材が増えるかということ、県としても教育そのものにかかわることはなかなか難しいですが、財政的な支援や、環境を整えたりするというのは、十分出来るので、それを関係者と一緒に議論をしながら具体化を行う。議論の過程があって初めてそこに目標数値が出てくるということになります。

今井先生： 例えば、大阪府のように強力な予防分野を持っている成人病センターの様などころがあるというのであればまだ分かるのですが、県立病院から、大学病院から、それから日赤の病院などの先生方が前

向きになってデータをお互い共有しようとか、ベクトルを同じ方向に持ってその様にやろうというのは、都道府県の聞いている先生方も、なんで広島県はそんなにうまくいっているのかと思うのですが、その理由として多く作られた分科会の存在がありますか？

津山先生： そうですね、広島県で特に医療ネットワークということで5大がんの検査から手術、フォローまでのネットワークを作っております。また、現在のがん医療の拠点となるがん拠点病院である医療施設とこのネットワークで、小回りの利く連携を双方で連動させるよう、両方の流れで医療関係者と協議をしています。県庁職員はそんなに多くありませんが、一人ひとりがドクターと顔を合わせて、膝を交えてご相談を日々行っている状況です。今回のこの地域の療養情報もそういう委員会で、今回ご出席の篠崎先生を中心に関係者と課題を共有しながら作ってきたということです。医療関係者に県庁マンが育てられているということもありますし、医療関係者も、県がこういうことを考えているのであるならば、全体が進むのなら協力をしようかという、そういう関係が、地対協という土台がありますので、可能となっている。大変、広島県の宝だと思っておりますが、そういう環境があるということです。

今井先生： 県庁の担当者と医療関係者の良好なコミュニケーションが重要なポイントだったわけですね。大阪府の永井先生にお聞きしたいのですが、大阪府も同様に各種の分科会、あるいは委員会を立ち上げて

いますね。それはデータ収集や課題の把握に有効と考えて良いですか？

永井先生： そうですね。スライドでも最後のほうにお示ししたのですが、がん対策推進委員会とかですね、そういう議論の場を持っていることが、いろんな課題を把握する上でも非常に重要だと思います。仮に今までのベースが無くても、そういう議論の場があれば、これからどうしていこうということが、話し合いになりますし、そうすると調査から一回始めてみようかという話になってきますので、この場が大事だと思います。

今井先生： 清水先生、どうですか？ 栃木県の場合は。

清水先生： 今日、私の発表では数値のほうは全然出していませんが、県のホームページなどを見ると、ある程度数値は書いてあります。今日の広島県の津山先生の話をおくと、やはり数値を提示して議論したとおっしゃっていました。つまり、まだ栃木県の場合は総論的であって個々の点の議論までいっていないと思います。私の認知不足かもしれませんが、医者というものは、数値が嫌いではありませんので、県、行政の方が出した数値が、どういう意味があるのか、現場でどこまで出来るかなど、議論の場が必要です。行政の方ももっと数値を積極的に見せるなど、それも一つのポイントと思ってお聞きしました。

今井先生： ピーク先生、レナード先生にお聞きしたいのですが、英国の場合はどう

でしょうか？ 先生は先ほど、英国はやはり情報なんだと、情報に力を入れてやってきたという様に自分は考えているし、日本よりも情報を扱うことに力点を置いてきたと、先ほど最初のコメントにいただきました。非常にいいパフォーマンスの県の場合は、やはり情報をうまく活用しています。目標数値を設定して、それを目指して様々な人たちが協力してやっていくという形で非常にうまく行っているようです。英国の場合は、先生も所属されている組織から情報を、入院日数や死亡率という情報を出したり入れたりということでもうまく統括されているということで、地方政府のがん対策の底上げという点では、そういったきめ細やかなデータを収集してやっていくというのはやはり英国の中でも一番役立ってきたと、そういう理解でいいですか？

ピーク先生： そこには私たちが使う多くのデータフィールドが長い間存在します。例えば発生率は、簡単な症例に関する非常に良いデータが長い間あります。それは歴史的で、私たちが持たなければならない最初のステップです。事例を探すとしたら、政府の目標には待ち時間があります。それをおこなうためのシステムを構築する必要があるのです。それらは以前には存在しなかったため、政府の目標となりました。目標の収集は論点の一部でした。ですから私たちは、それらのデータが集まったかどうか確認する必要があります。それで目標を、データの結果と同様にデータの収集に設定し、そのようなシステムを組み入れました。それらのデータを収集するための国家的なITインフラを構築しました。すべてのオン

ラインはそれらのデータをアップロードしています。がんの待機者のために。例えばまた、多くの特定がんのオウディット（Audit 検査）もおこなっています。ですから多くの異なった側面があります。この購入で病院がどのように弁済したかといったことからくる病院エピソードデータは、私が言及した確執をもたらします。彼らは、皆さんは、何人の患者に会ったか、彼らがどのくらい入院しているのか、診断コードが何であったかを言えるようになる必要があります。ですからそれらのデータを電子的に利用し、引き出すことができます。思うに、私が言おうとしていることは、いくつかの異なったソースにおいて、がん登録は疫学における発生率です。病院エピソードは弁済です。それらのデータを受け取って、次に、がん待ち時間、がん検査、それに放射線療法と化学療法に関する最新のデータのような、具体的な業績を受け取ることができます。私たちは具体的なことをする必要がありました。データの収集のためにインフラを開発し、データを集める人々を病院レベルで獲得する必要がありました。例えばレスターの私たちの肺がん MDT では、1年に5から600のまったく新しい症例を見ます。私にはデータを集める専門のスタッフがいます。データの収集しかしません。彼はデータを集めます。それを手に入れ、入力し、品質をチェックします。ですから私の病院のスタッフは肺がんだけを扱います。それはちょっと普通ではありませんが、すべてのチームがそうする必要があり、それに投資する必要があります。それを大規模な作業にしようとするなら、ある種の命令、これらのデータを集める必要があ

るといったある種のプレッシャーがなければならぬ。全国肺がん検査の重要な指標の一つ、第一は、データ入力したのが予想される数と比べて1年あたりいくつの症例だったかといったことでした。それは、集めた情報で予想される簡単な症例がどういう割合かという第一の指標でした。ですからそのような基準を作ることが可能なのです。よろしいですか？大丈夫ですか？

今井先生： データを集めて活用するということは重要だと思うのですが、都道府県の担当者に聞いて、そうは言ってもなかなか実際難しい、うちの県では。ということがあると思います。例えば先ほどの、静岡県鶴田さんですか？静岡県の場合は、県立がんセンター総長の山口先生が一生懸命されていますが、静岡県ではやはり、県立がんセンターが中心になって、例えばそういった臨床データとか色々なデータを集めて、推進計画とかアクションプランに反映させるという、そういったプロセスなどはあったのでしょうか？その点はいかがでしょう？

静岡県 鶴田先生： 現在、山口先生が、静岡県のがん政策に強く関与されて、静岡県の医療を推進されているのは事実です。それで、直接の回答になるかどうか分かりませんが、流れをちょっと話してもらえると、さっきトップリーダーの話をされましたよね。静岡がんセンターを基本構想として、私、当時の部長だったのですが、その時から山口先生はタッチしています。それでさっき言われたトップリーダーとしての人を確保するというのは静岡県ではやって

いたということは一つ。それと、先ほどの議論の中で私が非常にうまくいっているところ、例えば広島県とか大阪府とか先ほど先生がおっしゃった佐賀県、ここは全部部長が医者で、課長が医者であったという経緯もある。今回の、英国の保健省も二人ともドクターであると。それは、何を意味するかというと数値だけではなくて、そのデータを基に、次に何を、政策を打っていくかという観点からそういうある程度医学的知識がある人が居て、それで、事務官の人たちにこういうことをやったらどうかという指示が出来る。その体制が、広島県とか大阪府とか佐賀県はよく出来たという風に思います。静岡県の場合は全体的に見ると、やはり、行政サイドに医者が少ないという点もあって、先生がおっしゃっているレベルでの県全体のデータというのは、必ずしも私、まだ十分でないと思うのですが、今度は医療の面からデータを見ると、静岡がんセンターを中心にいろんな臨床データは出しています。政策的データとは少し違うような気がします。

今井先生： そうですね。今言ったように、リーダーシップのある先生とか、がん対策に詳しい医師の存在は大きいと思います。それから県立のがんセンターを持っている都道府県、自治体は、情報の十分な活用が可能になりつつあると思います。しかしながら、うちの県は県立がんセンターも無いし、普通の病院があるだけ。もちろん大学病院はあるけども、なかなかがんに関しては良い動きはしていないという、そういう都道府県も多くて、多分会場にいらっしゃる自治体の方々もそう思っていると思いま

す。

渡邊先生（国立がん研究センター）にお聞きしますが、そういう県や自治体に支援する必要があると思います。国立がん研究センターはやっぱり日本のトップです。そして、情報も多く収集しています。今、がん対策情報センターも非常に軌道に乗ってきて、色々なデータ収集のノウハウとかアドバイザーとかが可能になっていると思います。私自身は、国立がん研究センターが、がん情報発信の司令塔として、地域の均てん化を担っていくのがいいのではないかなという様に考えています。先ほど私のプレゼンテーションにもあったのですが、その辺、先生の全く私的な意見でも構いませんので、先生の今までの経験から、がん対策情報センターでそういう様に支援するとか、そういう県立を持っていない県に対してサポートとか支援とかを実施することで、底上げになるのではないかなと思います。

渡邊先生： 私的でも公的でも全然、大丈夫ですけど、おそらくがん対策一般的に言われることなのですが、現状分析だと思うんですよ。その数値目標も数値の意味での現状もあるかもしれませんが、それまでのがん対策にどういう関係者がかわっていたのか、それは県の行政の担当の方、あるいは大学病院、がんセンターがある場合、無い場合、あるいは県立病院が県と連携している場合だとか、大学の公衆衛生学教室が県と協働する、それぞれおそらく地域によって、旗振り役だとか、声かけ役というのは間違いなくいらっしゃって、その方の中で政策上の意思決定がなされて

いたと。その時に必要な情報が手元に無いことがさまざまな障壁を生み出していると思います。であると、そういった方に何がエビデンスベース（Evidence-Based）やポリシーメイキング（Policy-Making）なのか、それ以外のポリシー、その政策を作るのかっていう時に何が必要なのか、それは疫学的な、あるいは統計的なデータなのか、それをプロモーションする為のスキルなのかノウハウなのか、人なのか、場合によってはバジェット（budget 予算）なのかということのを洗い出した上で、おそらく何らかのプログラムというか、何か体系的なコンプリヘンシブサポート（Comprehensive Support 包括的なサポート）みたいなものが必要ですし、おそらく、各県のがんセンターなり国立がん研究センターが常に地域に対して介入するっていうのは現実的ではないので、ある程度スキルだとかノウハウっていうことを、うまく人のやりくりだとかノウハウをやり取りしながら、その地域でも自立的に政策なり意志決定が出来るような形で、理想ですけれども、その為のロードマップをどう書いていくのかというのが、その地域の方とうまくやっていく必要があるのかなというようには考えています。

今井先生： 会場に今日は鳥取県と島根県の行政の担当の方が来ているので、ちょっとお話を伺いたいのですが。どうですか、その場合、もしかしたらどこかにデータがあるかもしれないし、あるいはデータ収集して無かったと。そういう場合に、がんセンターのプログラム提示とか、何らかのサポートとかをしてくれたら何とか明確な数値目標とかそういうのを立てられるとか。

それから、エビデンス構築に、支援があればエビデンスを獲得できるとか。あるいは、今は無いけれどもそれを仕掛けて、5年10年であまりやっつけようとか、その辺、鳥取県の方や島根県の方、どうですかね、今のお話聞いていて。どのようなサポートをしてもらったらくま値管理などが出来ますか？

野川さんか、下田さん、もしまだいらしたらどうですか？野川さん？すみません、お願いします。

鳥取県 下田さん： 鳥取県の下田と申します。今日は貴重なご意見、有難うございます。そうですね、サポートという話もありましたけど、今一番困っているのが、色々データも、健診のデータとかそういうのもありますけど、その他に医療の実態把握というのが非常に難しいなと思っているところです。例えば、拠点病院であれば、毎年評価の度に県のほうで情報は把握出来るのですが、それ以外の医療機関の情報をいかに取得する、例えば専門医の先生方の状況だとか、そういうところがどういう風に収集するかというところが今の一番の課題です。専門医も、他にもコメディカルもそうですけど、そういったところの資源をどういう風に収集するかというところが課題に思っております。

今井先生： 島根県から来ていただいている、原さん、どうですか？

島根県 原さん： はい、島根県です。どうもお世話になります。原と申します。鳥取県さんとほとんど同じ様な形でございま

して、当初の計画を立てる段階でも、どの程度までのその医療資源と言いますか、医療従事者等の情報というのが把握できていたかというところには今問題があるという風には考えております。そういったところを現在の県の協議会においても、その辺のデータ収集をきちんとやっていかないといけないだろうというところは、各拠点病院の先生、あるいは院の先生等からもしつこく言われているところです。その情報無くして、あるいは現状分析無くしては何も出来ないだろうと言われております。また島根県は、横に長いと言いますか、地方でもありますのでそういった中で、先ほどからも出ておりますように、地域の連携というところの観点からも、どの様に連携を図っていくか、その為にはどれ位の専門医、あるいは認定看護師さんですとか、そういったコメディカルの専門性を持った方がどれ位必要かというところも、そういったデータを基にやっていかないといけないかなという風には考えております。

今井先生： 福田先生、たばこでは、公衆衛生の専門家が、やはり強く関与すべきであるとか、たばこ対策では福田先生のスライドを今使用されているんですけど、どうですか、例えばそういった県のデータ収集、疫学者とか医療統計学者とか、色々な人が積極的に関与していけば、ある程度は解決出来るかということですよ。あるいは、ざっくりばらんに言って、なかなかそれも難しいから、大学の先生で興味のない先生もいらして、公衆衛生学講座とか、そういう社会学系の講座の教授でそういったことに興味のない先生が、私は半分以上だと思う

んですよ、全国ざっと見渡して。ですから、なかなか限界があるのではないかなと思います。その点、先生どうですか？

福田先生： 日本にはスクールオブパブリックヘルスのような公衆衛生の専門的な学校がほとんど無いので、医学部の中で、公衆衛生やヘルスポリシーを教えるということは重要ですし、そこで専門家を育てる必要があると思います。現状としては、ヘルスポリシーと公衆衛生、予防医学に興味のあるドクターも少ないですけど、行政のほうからアプローチしていけば、そこで興味を持って、参画してくれる医師も多いと思います。長期的に見れば、もちろんそういう専門家、ヘルスポリシーに興味のあるドクターを増やし、逆に行政の中でヘルスに詳しい専門家を育てていくということは重要だと思います。

今井先生： 小坂先生どうですか？同じ東北、宮城県の例で。

小坂先生： 宮城県自体、県の中に公衆衛生の教官だった人が居ますので、そういう意味での問題は無いのですが、がん検診のスキーム (Scheme 計画) からいくと、国のスキームに問題があるという一言に尽きるんですね。都道府県が、今のスキームではがんの受診率の計画なんか立てられない位のことを言ってもらっても良いと思います。その位にして国の責任体制をきちんとやっていかないと根本的な 50%の受診率というのは難しいと思います。実際に今、県は市町村の評価をします。では都道府県の評価は誰がやっているのですか？その位はやっ

ぱり国が責任を持って、きちんとやっていくことが大事だろうと思います。

今井先生： なかなかデータ集めて数値目標を設定してやるというのは、今お話にあったように難しいと思いますけども、ぜひ、島根県とか鳥取県とかが認識されているように、まず出発点なんだ、現状把握というのは。本当に、臨床の指標からそれから、どこにどういう医師が、オンコロジスト（Oncologist がん専門医）が何人居てどういう動きをしているか、緩和ケアの方とか、そういった現状の数値を把握していくことをまず第一にさせていただいたら一歩前進になるのではないかなという様に思います。

ピーク先生： すべてを一度に手に入れることは難しいと思います。小さなことから始める必要があります。そもそも皆さんが知りたい最も重要な情報は何かを定義しなければなりません。700項目や1000項目のデータセットを送信し、人々がそれを毎日欠かさず1年365日収集することを期待することはできません。皆さんは少数の重要な指標を定義する必要があると思います。定義するのは皆さんのためであって、外部監査のためではありません。それらの重要な指標が何であるかは、疾患から始めたいということです。私たちは肺がんから、それがどんな具合であったかという理由で詳細に始めました。しかし皆さんは、比較的少数の中核となるデータ項目を定義したいのです。皆さんはそれを強要したい、毎年それを記録したいのです。肺がん検査のレベルに到達するのに6年から7年を要しました。実際に始める前に、それを築き上げ

る年数を忘れていているのです。ですから最も重要な指標は何かを本当に定義しなければならないと思います。それは一種のインフラの指標です。一つのグループに何人の医師がいるかといったような。それからある種の転帰とアウトプットされた指標ですが、今私たちはすべてのがん、化学療法と放射線療法の国家的なデータセットを持っています。ケアを受けたデータセットの一部というのはありません。証明するのが難しいからです。けれどもほかの全部のデータセットは持っています。長い期間にわたって作り上げたものです。ですから皆さんには、小さなものから始めてどこでも手に入れるよう強く勧めるでしょう。そうすれば証明することができます、仕事ができます。次に医師や研究者が興味を持ちます。リーグのトップまたは上位にいることを知ることができるからです。彼らはリーグのトップにいたいでしょう。ですから換言すれば内科医を積極的に関与させる方法です。これに関与する研究団体を得るのに長い時間をかけました。彼らは今、毎日欠かさず私たちのところにやってきて質問します。私たちが研究プログラムを構築・導入できますか？これについてわかる人はいますか？どういうことかわかりますね。小さなことから始めて、作り上げる必要があるのです。そう思います。

今井先生： レナード先生、どうですか？医師がそういうデータを収集してデータの解釈とか、そういうインセンティブと云うのですかね？例えば先ほどレナード先生からお話があったように、監査、評価とかある。それでより良いものを出していきたい

っていう行動を取る。そういう形でデータもきちっと収集して、そしてそれが中長期的な数値目標という様に多分なるのが理想だと思いますけど。英国とかやはり先生からお話あったように、今の所は National Cancer Plan では非常にうまくデータも収集して評価が出来るデータが現状で集まっているという、そういうことですよ？

日本の医師にどのように、がん治療のデータとかそういうものを、インセンティブを伴って収集する、そして県とうまくコミュニケーションを取ってやっていく、その辺りの課題に対して何かアドバイスなりヒントなり、英国の例からちょっとお話したいだけたらと思うのですが。

レナード先生： 素晴らしい質問であると思いますが、正しい答えはわかりません。なぜなら実際に、多くの内科医と外科医が忙しすぎるという理由で自分ではデータを集めたがらないからです。事実直面する必要があると思います。私たちの一部は熱心ですからそれをやろうとしています。しかしやるだけです。一回やったら、違うデータベースでそれを繰り返す必要はないのです。ですからインセンティブが、もし皆さんがシステムを開発できるとしたら、それは電子ですが、座って業務をしながら、検査を記録する以上の余分な時間はかかりません。次にインセンティブは知っての通り、一度収集すると、それは強いですから、その後データマネージャーによる解釈やアップロードが可能です。皆がやりたいのは、ピーク先生が述べたことだと思います。それから、私たちは現実的でなければならないと思います。医師は需要の多い大変に忙

しい人たちです。私たちの中で余分な役割を引き受ける人たちは、金銭上のインセンティブのためにそれをやるではありません。業務に大いに興味を持っているからやるのです。しかし実際にはすべての内科医のケースというわけではありません。積極的に関与させる部分はそのとき何らかの方法で皆さんが奨励する、しかし私が懸念するのは、もしお金によって奨励するのであれば、それを正しい目的のために本当に達成しているわけではないということです。何を要するとしても。私たちに必要なことは、運営チームとともに医師グループをどのようにサポートできるか、もっと現実的になることだと思います。私たちが一緒に働く必要があるのはそこだと思います。それほどに重大な論点であると思います。NHS で失望させられることの一つは、絶えず、登録アップロードデータにさまざまなオーダーでデータをアップロードしなければならないように思われることです。まさに自分で同じことを繰り返しているように感じます。理想的に私たちが欲しいのは、一つの中枢のデータベースです。そこにはほかの利害関係者全員がちょっとアクセスできて、必要なものを取り出す。英国にそれがあるとはまだ思えません。プライマリーケアの医師のところに戻りますと、彼らはある特定のことをするよう奨励されています。しかし患者にとって正しいことよりも、むしろそれをすることによって動かされているだけです。咳をし続ける何かが強くと示唆する。ですから、そうあるべき観点から、その道筋を下りていくことはしたくない。けれども私は、しなければならないことは、皆さんの知っている内科医に実際に尋ねる

ことであって、そうしたいのだと思います。皆さんの人生をより楽にするもの、実際に合理的な質問であるものは、それが優れた業務だからです。

ピーク先生： 最大のインセンティブ、「だがこれはすぐには起こらない」というのは、皆さんの病院がベストあるいは最悪であるとわかる時、同僚と同じくらいに良くありたいときだと思います。ですからインセンティブの一つは、皆さんがどこにいるか知る事です。「つまり、悪い仕事をするために仕事に出掛けるのではない」、意図的に悪い仕事をしようとするものではありません。良い仕事をしていると考えるのです。けれどもそれを実際に記録し、測定し、ほかの誰かと比較するまで、自分たちがどこにいるのか知らないのです。ですから入ってくるデータを見て、同僚と比較できた時点で、大変に興味を持ち、それがインセンティブになります。けれども、それには作り上げるための期間を要します。すぐにスイッチを押すことはできませんし、突然始まります。リーダーシップを必要とします。小さなことから始める必要があります。例えば、肺がん検査は中央レベルで年におよそ 35 万ポンドかかります。これは英国では多くありません。それはそれぞれの病院で起きていることのコストを計算していません。その陰の情報テクノロジー、中央 IT システムの最初の立ち上げはおよそ 50 万でした。けれども、そこで皆さんがあらゆるがん、すなわち結腸直腸がんや乳がんなどのために必要だと言え、全部強化します。ですから電子システムからのデータ取り出しの作業をしなければなりません、これは私

たちが NCIN とともにやっていることです。これらの多くのデータがそこにあり、linear accelerators (直線加速装置) がその数を入力しています。分割線量はそこにあります。私たちはそれを公開する方法を発見しました。X線情報システムはスキャンの数を入力します。たくさんのデータが電子システムの中にあります。全部というわけではありませんが、一部はそこにあります。MDT は記録の段階であるべきです。その多くが A と B の地点間を移動しています。

今井先生： そうですね。まあ本当に今、ICT がすごく進んでいますので、それをやはり有効活用して集めるのも一つの中長期的な戦略としては非常に効果があるという様に思われました。

次は、今回の 3 分野、「たばこ対策」、「がん医療」、「がん検診」、この 3 つに焦点を当ててディスカッションをしたいと思います。まず福田先生にお聞きしたいのですが、先ほど、地域におけるたばこ対策、先生が、非常に山口県でご活躍されて色々ユニークな方法を進めているのですが、やはりああいうので進める上で、一言でお願いしたいのですが (笑)、地域で、たばこ対策を進めていく上で、最も重要なポイントというのをもう一度お話ししてください。やはり先生のようにカリスマ性を持ったパフォーマーというか、キーパーソンが居て進めるのも一つの方法だと思うのですが、どうでしょうか？たばこ対策を地域で進める場合、なかなか喫煙率を下げられない都道府県が多いと思うのですが。

福田先生： 繰り返しになりますが、キー

パーソンを中心に持続的に活動できる組織を作るというのがまず重要かと思います。それを使ってトップにしつこく説得していくし、逆に市民とか住民の方に教育をしていくなど、意識を啓発していくことが重要だと思います。

今井先生： 実際は、都道府県の方は心の中で、そんな簡単じゃないんだよ、という意見が多分あると思います。今日は秋田県からも来ていただいておりますが、当院の幹部も秋田県に出向していたときに大変な思いでたばこ対策を行い、その後、がん対策室立ち上げとかいろいろ紆余曲折あったと伺っています。そういう本当にサイエンスの世界ではない話でご苦労されていると思いますが、寺内さん、まだいらっしゃいますか？ どうですかねその辺のお話は。前にも科学院に来てディスカッションさせていただいたのですが、秋田県におけるたばこ対策のプロセス、まあ最初はこんなんでものすごいぐちゃぐちゃなプロセスがあった、今はある程度良くなってきたというお話を聞いていますけど、他の都道府県にも多分役立つお話だと思うので、ちょっとお話していただけますか？

秋田県 寺内さん： 秋田県の寺内です。たばこ対策はちょっとそんな発表出来る程の成果というのは無いかもしれないですが、まず第一に秋田県の場合、たばこの、県内、全国でも有数の生産地ですって・・・

今井先生： たばこ農家ということですね？ たばこ農家、ファーマーがたくさん居るので、県の産業をつぶすということにな

りますね？

寺内さん： そうですね。それで県議会のほうからの圧力というか、反対も結構ありまして、県庁の中に、昨年まで喫煙室があったのですが、それを昨年の10月から撤去しました。それに対しても議会のほうから、おしかりを受けたり(笑)、ちょっとあったのですが、それについては議会のほうに、「(喫煙室撤去に対する抗議について) 何故そんなことをするんだ」といった県民の声が思った以上にあつたみたいで、議会の先生のほうからも、「申し訳ありませんでした」という形で認めていただきまして、今の所、県庁舎の中では喫煙室は無くなっています。ただ、外には喫煙所はありますので、敷地内禁煙とまではいっていません。それと議会の中もまだ喫煙室はあります。それにあと、県の他の地方の庁舎なんかでもまだ残っているところもありますので、本当に発表出来るほどの成果というのは無いのですが、ただそれでも一歩前進かなとは思っております。

今井先生： では、たばこ対策の専門家である望月先生、お願いします。

望月先生： 秋田の方はすごく謙遜なさっていると思うのですが。この間、秋田のまさに県の主催のシンポジウムに呼ばれました。その時に、秋田の一つのサクセスストーリーは、80年代から臨床の熱心な先生方が居て、秋田のたばこ問題を考える会だったと思いますけど、そういう組織を作られた。その会が主体となって毎年ずっと禁煙DAYイベントを開催されていたそうなので