

1 会議の日時及び場所

- (1) 日時 令和8年3月13日(金) 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6-3-28
兵庫県中央労働センター2階 201号室

- 2 出席委員の氏名 今井 良広 小塚 ひとみ 阪上 雅史
(敬称略) 田中 伸明 富永 正寛 中野 孝司
山川 達也 八田 昌樹 古川 宗
丸山 英二 三宅 圭一 山本 剛大
山本 司

計13名

3 協議

2040年を見据えた兵庫県のがん医療提供体制の均てん化・集約化について

4 報告及び協議の要旨

- 開 会
○ 挨拶 〈保健医療部次長〉

事務局：本日は、委員20名のうち参加が遅れるとご連絡があった方を含めると13名の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を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〉

それでは議事に移りたいと思いますが、議事進行につきましては、例年、部会長に務めていただいておりますが、本日は都合により欠席と連絡をいただきました。そのため、部会長の指名により委員に議事進行をお願いいたします。委員、よろしくをお願いいたします。

委員：はい。今お話がありましたように本来、部会長が議事進行をされることになっておりましたが、ご都合により欠席ということで私のほうで務めさせていただきます。本日はどうぞよろしくお願いいたします。それでは事務局の方から報告事項1～5まで一括して説明をお願いします。

〈事務局より資料1～5について説明〉

委員：ありがとうございます。報告事項1～5までの内容について、ご意見、ご質問はありますか。

委員：報告事項4のがん診療連携推進専門委員会での放射線治療の診療体制の要件緩和について少し補足させていただきます。がんの医療体制が均てん化から集約化に向かうということで、放射線治療については医学物理士という資格を取得した方による高精度治療が増加しています。またそもそも、放射線治療の医療機器が分散しすぎており、機器を購入したり更新したりすることに莫大な費用が発生するといった課題があります。神戸低侵襲がん医療センターにおいては周辺の10施設ほどのがんに関する放射線治療が必要な患者を引き受ける仕組み(地域医療連携推進法人神戸圏域放射線治療共同利用連合)を立ち上げましたが、このような

課題や仕組みがあるという背景から、これに参加するような県指定拠点病院について放射線治療の診療体制の要件緩和が議題に挙がり、承認したということです。

委員：続いて報告事項5について質問させていただきます。スライド14の「がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合」が策定時から減っていますが、「身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合」や「精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合」、「家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合」は増えているように見受けられます。これらの結果から、なぜ「がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合」が減っているのか疑問に感じます。相談支援の体制が不十分なのか、相談は十分できていると捉えればよいのかどちらでしょうか。また、スライド16において「がん相談支援センターについて知っているがん患者の割合」と「ピアサポーターについて知っているがん患者の割合」が策定時より減っていますが、「治療開始前に、就労継続について説明を受けたがん患者の割合」は増えています。拠点病院においては、がんの治療をされる方は必ず1回は相談支援センターへ行くことをお伝えしていることかと思っておりますが、まだまだ周知が不十分なのかと考えるところです。県の所見をお伺いします。

事務局：ありがとうございます。今挙げていただきました進捗状況については、全て国立がんセンターが実施している「患者体験調査」を基に示している数値となりますが、設問の内容が策定時（H30）の調査とR5の調査では少し変わっているところがございます。例えば「身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合」はH30では「あまりそう思わない、そう思わない」と回答した人の割合で、R5では「ややそう思う」「そう思う」と回答した人の割合となっています。そのため、一概に比較することはできないものとなっております。また、同調査の対象にはがん患者ではない方も含まれていると聞いています。最新の調査がR5ということで、今はもっと周知が進んでおり数値としてももう少し上がっているのではないかと考えておりますが、今後がん相談支援センターそのものの周知をさらに進めていければと考えています。また、「がん相談支援センターについて知っているがん患者の割合」については、全国平均（R5）が55.1%に対し兵庫県は60.1%で9位の数値となっております。全国としては上位となっております。

委員：ありがとうございます。他にご意見ございませんでしょうか。

委員：資料3についてですが、新たに「現役世代のがん対策推進検討会の設置」が加えられているものの「三大疾病療養者の治療と仕事の両立支援事業」の予算額が削減されており、また「がん患者の療養生活の質の維持向上」の括りにある事業についても少しずつ予算が削減されているように見受けられます。このことについてお聞かせください。

事務局：「三大疾病療養者の治療と仕事の両立支援事業」については、対象疾病により療養される方の代わりとなる代替職員の給料を支援するものとなっておりますが、代替職員が見つからないため申請要件を満たせないという声があることを聞いており、実績としては年間10件以下となっております。そのため、実績ベースで予算が削減されたという結果となりました。在宅支援事業についても同様の理由で少しずつ削減されています。来年度新たに実施される現役世代のがん対策推進検討会では、このような既存事業の制度設計の見直しや新たな事業を検討する予定となっております。

委員：昨年度もお聞きしたことかと思いますが、アスベスト関連の予算について質問です。資料5のスライド12において、石綿関連相談受付件数は152件となっておりますが、資料3のアスベスト健康管理支援事業ではR8予算が14千円しかありま

せん。ということは一人100円ほどの予算で実施しているということになるかと思いますが、どのようにして予算を算出しているのでしょうか。

事務局：資料3にあるアスベスト健康管理支援事業と資料5の石綿関連相談受付件数は別物となっています。石綿関連相談受付件数については、県の健康福祉事務所で相談を受け付けた件数を示しており、こちらは特に予算化されていないものとなっております。アスベスト健康管理支援事業の予算額は例年削減されており、実績と乖離しているところではありますが、他事業の予算から捻出するなどして、申請があった方に対してはしっかりと補助できているということについてはご認識いただけますと幸いです。

委員：ありがとうございます。がん相談支援センターやピアサポーターについて、十分な周知ができているかという点についてはいかがでしょうか。委員なにかご意見ありますでしょうか。

委員：知らない方は結構多いのではと思います。医療従事者であっても、がん拠点病院以外の医療従事者では結構知らない方も多いように感じます。

委員：ありがとうございます。委員はいかがでしょう。

委員：医療関係者以外の一般の方への周知については、まだまだできていない、ご存じない方がほとんどであるという印象です。

委員：国民の2人に1人ががんになるというなかで、自分のがんになったときに相談するところがあるということは一般の方や医療従事者にしっかり周知していただければと思います。

委員：ありがとうございます。がん相談支援センターは自分のがんにならなかったとしても、家族や身内の方ががんになったときに相談ができる窓口にもなっていますので、ぜひ一般の方に相談支援センターが利用できるということを周知いただければと思います。

事務局：ピアサポーターについては、がんに限らず精神疾患や脳卒中・心臓病などにおいても今後活用する動きがあります。保健医療部としてもピアサポーターそのものの周知をしっかりしていきたいと考えております。

委員：ありがとうございます。委員はいかがでしょう。

委員：今医療では在宅の流れが大きくあって、資料5のスライド15に若年者の在宅ターミナルケア支援実施市町数が掲載されていますが、緩和ケアを在宅の患者に提供するような動きもあるが、なかなか大きな流れになっていないということを聞いたことがあります。在宅でQOLを高めようとするとはやはり緩和ケアはかなり力を入れる必要があるかと思いますが、その対策が予算上ではあまり見受けられなかったのもそこはお伺いしたいと思います。また、ピアサポーターがあまり知られていないという話については、ピアサポーターという枠組みでなくても、患者同士のグループで支えあうことは非常に効果的だと直接当事者に聞いたことがあります。それがコロナにより活動が低調化したということも聞いていますので、そこに対する支援の考えについてもお聞かせいただければと思います。

事務局：若年者の在宅ターミナルケア支援については、例年予算を立てて実施しているところではありますが、在宅医療においては圏域ごとに医療リソースという面で課題が異なっており、圏域ごとの医療体制の確保ということと併せて支援を実施していく必要があると考えています。ピアサポーターや患者会における活動がコロナにより低調化したという話については、確かに対面での会が減ったかもしれませんが、代わりにオンラインでの会のようなものは増えているのではないかと考えています。患者会も地域別やがん種別によって複数ありまして、県の方で作成しているがんサポートブックにも紹介しているところです。ただ、がんサポート

ブック自体の周知啓発については改善の余地があるとも考えています。全般的に情報発信に課題があると考えていますので、来年度検討していければと思います。

委員：ありがとうございます。ピアサポーターや患者会の活動についての情報がどこにあるのかわからないという話は聞いたことがありますので、ぜひ周知に取り組んでいただければと思います。在宅医療については地域ごとに課題があるということですが、「誰一人取り残さない」と謳っている以上は、地域ごとに課題を洗い出してそれぞれ対応をしていくということをしていかないと名前倒れになってしまいます。緩和ケアは在宅医療でニーズがあるが、実施している医療機関が少ないということも聞いたことがありますので、少なくともどこの機関が実施しているのかを地域ごとに集約し、その情報を発信する必要があると思いますので、よろしく願いいたします。

委員：ありがとうございます。委員、いかがでしょうか。

委員：がんの相談窓口やそこまでのアクセスの仕方がどこまで知られているかという点でいうと、一定程度探すことで専門的な医療機関に辿り着き、そのようなコーナーを設けられていたりチラシがあったりすることで、いざとなったときに頼れるのだとわかる場面は多いという感覚はあります。ただインターネット上において情報を得る場合、例えばがんの名前で検索した場合、出てくるのはほとんどが自由診療の情報で、ある意味宣伝を兼ねたものが非常に多いように感じます。一定程度、情報の向き合い方に慣れた方であれば情報の選別ができるかもしれませんが、がんと言われ何か助かる情報がないかと焦って探している方が、果たして正しい情報に辿りつけているかを考えると不安に感じるところはあります。いかに正しい情報、信頼できる情報を伝えていくかという、発信の仕方を工夫していく必要があると感じました。

委員：ありがとうございます。確かにインターネットで検索をかけるとまず商業ベースで情報が挙がってきてしまい、その情報に飛びついてしまう恐れはあるかと思うところです。それでは次に来年度に新規で実施予定の、「現役世代のがん対策推進検討会の設置」についてご意見伺いたいと思います。こちらの検討会では、まだどのようなことを議論するのが具体的に決まっていないと聞いていますので、委員の皆様から意見を伺えればと思います。

委員：相談支援体制については、相談件数が増加していることや拠点病院が相談窓口として十分に機能していることが挙げられますが、一方で企業への啓発という面ではまだまだ改善の余地はあると思いますので、啓発方法や、その啓発を受けた企業がどのように変わっていくかということの数値として取得できればいいと考えますので、ご検討よろしく願いいたします。

委員：ありがとうございます。委員はいかがでしょうか。

委員：商工会連合会においては県下 28 の商工会があり、それぞれで検診事業の啓発等を行っているところですが、会員企業の関心を高めるにはもっと積極的に周知していかなければならないと思っています。現役世代においては、がんになられて、それを抱えながらも仕事をし続ける人や、克服して仕事をされている方など様々な方がいらっしゃいます。早期発見の重要性を伝えていくことは大事ですが、がんになった場合にとどうするかということもトータル的に情報発信していく必要があると思います。また、我々はデータ駆動型業務と言っているのですが、データを根拠に色々な事を指し示していただくことで、もっと気づいていただけることのあるのではないかと考えております。

事務局：まさに仰っていただいたとおりで、現役世代のがん対策ということでやはり検診をいかにして受けていただくかということと、両立支援をどのような形で実施

していくかというところを検討する必要があると考えております。4月から治療と就業の両立支援が努力義務化されるといった動きもありますので、県民と企業の両方の視点で検討していければと思います。

委員：ありがとうございます。委員はいかがでしょうか。

委員：こども病院で小児がんを克服した後の就労が難しいという話を聞いていますので是非とも話題の1つとして取り上げていただければと思います。また、本人が仕事を辞めないで治療と両立していこうと思っても、激しい治療や手術等でどうしても辞めざるをえない場合はどうすべきかというところ、あと障害年金・障害手当金のような補助金の下りるタイミングと治療費の支払いにタイムラグがあるため金銭的な面で苦しくなってくるということも、こういった会議の中で検討していただければと思います。

委員：私どものほうで産業保健を担っておりまして、そこでもがんを含む治療との両立というのは問題になっております。金銭面の問題や、長く休んだことで今までやってきた仕事が続けられなくなったという問題を企業と一体で考えていければと思います。

委員：R8年度予算額がR7の予算額と比較して減少しているが、県全体の予算としてはどのような状況となっているのでしょうか。

事務局：資料が手元に用意できていないためすぐには回答できないところです。ただ、財政状況が厳しいということに間違いはありません。

委員：ありがとうございます。それでは続いて協議事項について、事務局から説明をお願いします。

＜事務局より資料6について説明＞

委員：ありがとうございました。ただいまの報告を受けて、私のほうからまず課題を整理させていただきたいと思います。まず、いつまでに、どれくらいの集約化を目指す必要があるのかということところです。現在国指定のがん拠点病院がありますが、国が国指定の要件を変えていくのかどうかによって県指定のあり方も変えていかなければいけないのではないかと思います。なお、これらに関しては現状国からも特に明確に示されていることはございません。次に、データに基づいて様々なことを考えていく必要があるということです。全国がん登録のデータを活用することで、どこの医療機関にどれくらいのがん患者がいるのかを把握することはできますが、基本的にはがん登録は初診時の医療機関が登録することになっているので、治療を他の医療機関で実施している患者はデータとして拾えるのかという疑問があります。また、手術の件数や化学療法の件数、放射線治療の件数をそれぞれデータとして出して検討する必要があります。ただし、その件数だけで判断をしてしまうと、地域性が損なわれてしまうことにつながってしまうため、地域の特性を考えたいという点で検討する必要があります。また、先ほど事務局の報告でも出ておりましたが、外科・内科・放射線科それぞれで考えていってよいのかという課題もあります。手術はこちらの病院で受けて、化学療法はあちらの病院で受けて、放射線治療はそちらの病院でということになってしまい、治療によって医療機関が分散してしまうことが果たして患者にとって良いことなのかという点も考える必要があります。それからがん種別によっても、得意分野が異なる医療機関がありますのでがん種ごとにも検討する必要性が出てくると思います。また、病院だけではなく、医師を派遣するような組織（大学など）とも集約化に向けて連携していく必要があるのではないかと考えます。様々な課題を個人的に挙げさせていただきましたが、果たしてこれらをどのように進めていくかという点については整理できていない状況です。みなさまご意見等ございますでしょうか。

- 委員：先ほどの事務局からの報告でありました沖縄県や静岡県などの大きな病院が比較的少ないところについては、ある程度集約化可能な気はしますが、阪神地域などでは規模の大きい病院が複数あり、その中で集約化をしていくのは各病院の意見等が様々あると思われるので非常に難しいのではないかと考えています。
- 委員：仰るとおりかと思えます。阪神地域は特に大きな病院が多く群雄割拠な地域となっており、そこへ集約化ということでこの治療は他の病院へ回してくださいと言ってもなかなか理解が得られないというところはあるかと思えます。逆に例えば兵庫県の中で過疎地となっているところで、そのような地域ではその地域の中核病院としてどこの病院にかかればよいのかということ、まずは考えていくことが現実的ではないかと思えます。
- 委員：県が二次医療圏を定めている以上、二次医療圏には最低1件は国指定のがん拠点病院があってほしいと思えます。また病院間の連携がこれからとても大事になってくるかと思えます。我々の患者会においても、病診・病病連携の重要性を感じています。治療によってかかる病院が変わることはあるので、行った先の治療についてはしっかり病院間で連携をとってほしいと思えます。また、病院へ行くための手段についても考える必要があり、地域によっては車がないと行けなかったり、車があっても病気のせいで運転できなくなったりするパターンがあり、治療を思いとどまる恐れがあります。集約化が過度に進んでいくと、このようながん難民が増える恐れもあるので、ご検討していただければと思います。
- 委員：少し外れた話になるかもしれませんが。がん患者やその家族を支えるという点についてですが、私は在宅の訪問薬剤指導する薬局を経営しておりますが、その患者のほとんどがターミナルで治療が終わった方です。自分がこんなふうになるとは思わなかったという声が本人からもそのご家族からもあるので、治療方針を主治医と決定していくなかで、どれくらい患者が理解されたうえで治療内容を決定していているのかという点について考えていただければと思います。例えばそのような話し合いをするときは有料でも良いので補足説明してくれる方がそばについてくれるなどのサービス・ケアがあってもいいのではと思います。また、治療が終わり日常復帰できたと思われる方についても突然自殺される方がいらっしゃいます。このような方ががんによる自殺としてカウントされているのかどうかという点は疑問としてあるのですが、やはりまずは全ての県民に対してしっかり情報を発信し、がんにならないための予防に対してもう少し力を入れていく必要があるのではと思います。
- 委員：先ほど自殺という言葉が出てきましたので確認させていただきます。資料5のスライド18において、がん患者の自殺対策として緩和ケア研修修了者数が指標としてありますが、これはどのような根拠で指標としているのでしょうか。自殺対策を具体的に実施していくにあたっては、この研修の修了者数を増やしていくということになるのでしょうか。
- 事務局：この緩和ケア研修において自殺に関する内容を扱っているということで、当該研修の修了者数を指標としているところでもあります。現状、なにか明確に具体的な施策は打ち出しておりません。
- 委員：たしか国の提示するロジックモデルにおいて、自殺対策としてこの指標があったかと思えます。自殺予防も大変重要な課題ですね。
- 事務局：がんに限らず、自殺が多い地域は北播磨や西播磨、淡路南あたりになるのですがそういったところでは高齢者の自殺の原因に病気の方が多いということが分かってきています。こちらはまた別部署で対応していることでもありますが、引き続き対応を考えていきたいと思えます。

委員：他にご意見よろしいでしょうか。この集約化に関してはかなり年月をかけて少しずつ進めていくことになるかと思います。国の動向等も踏まえて、この協議会でも今後検討していければと思います。全体を通してなにか他にございませんでしょうか。

事務局：報告事項にて委員から質問があった県全体の令和8年予算について最後にご回答させていただきます。令和7年予算と比較すると令和8年予算は△400億円で、率としては△1.7%となっております。

委員：ありがとうございます。それでは予定時間も過ぎておりますので、このあたりで閉じさせていただきたいと思います。進行を事務局にお返しします。

事務局：皆様、熱心にご議論いただきまして、ありがとうございました。それでは、以上をもちまして本日の会議を終了いたします。委員の皆様、ありがとうございました。

以上