

1 会議の日時及び場所

- (1) 日時 令和5年12月4日(月)10時00分から11時30分まで
(2) 場所 神戸市中央区下山手通4丁目18-1
兵庫県立ひょうご女性交流館 5階 501 会議室

- 2 出席委員の氏名 小野 裕美 北野 貞(代理) 小林 和樹
(敬称略) 杉村 和朗 関本 雅子 祖父江 友孝
太城 力良 田中 伸明 富永 正寛
中野 孝司 橋本 芳紀 福田 庸二
古川 宗 丸山 英二

計14名

3 協議

第6次兵庫県がん対策推進計画(次期計画)の素案について

4 報告及び協議の要旨

- 開 会
○ 挨 拶 (保健医療部次長兼感染症等対策室長)

事務局:本日は、委員22名のうち14名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>

これからの議事進行につきましては、部会長よりお願いいたします。

部会長:委員の皆様には非常にお忙しい中お集まりいただきありがとうございます。本日はどうぞよろしくお願いいたします。なお、本会議は公開となっております。本日、傍聴の方が1名おられますが、健康づくり審議会傍聴要領に記載の「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。それでは協議事項について、事務局から資料に沿って説明をお願いします。

<事務局より資料について説明>

部会長:ありがとうございます。内容について、ご意見、ご質問はありますか。

委員:資料3素案概要の医療体制についての記載が具体的でないように思います。例えば「医療連携体制の構築」の後ろに「(治療の均てん化と集約化)」と追加する、「専門性の高いがん医療へのアクセシビリティ確保」についても、ゲノム医療・希少がん・難治性がんであることを補足して記載してはいかがでしょうか。

事務局:ご指摘の部分は計画本文には詳細に記載していますが、概要にはスペースの都合で書き切れていない部分もありますので、もう少し工夫させていただきます。

委員:がん検診受診率60%へ向けSNS等を活用することも、特に若い世代には必要ですが、高齢者を中心とした新聞世代の方もたくさんおられます。高齢者のがん罹患率も高くなっていると思いますので、新聞一面広告、テレビ広告等も活用し、アナログ世代も含めしっかりと啓発をしていただけたらと思います。

事務局:新型コロナウイルスによる受診控えが指摘されたこともあり、がん検診の受診率

向上については大きな課題と考えております。今回、新たな取り組みとして SNS を活用した取組を進めておりますが、新聞掲載やポスター等の従来からの啓発方法も含め、アナログとデジタルのミックスの啓発が重要であると考えています。

委員：資料2のロジックモデルについて、祖父江委員が厚労省で講演されたスライドを踏まえると、指標については正しく評価できるものが望ましいため、がん患者の立場からご提案したいと思います。早期発見について、WEB 広告や SNS 等を利用して啓発することはよいことだと思うのですが、やりっぱなしではいけないと思います。県民参画、患者会との連携について国や県の計画にも記載されているので、例えば患者会等にホームページや SNS 等で啓発を行っている内容をひょうごがん患者連絡会や他のがん患者団体に伝えて周知して貰い、県から患者会に伝えた件数、患者会のホームページに掲載した件数等、関係各所との連携に関わる指標をうまく設定できないでしょうか。

また、相談支援体制等については「がん相談支援センターにおける相談件数」等が指標として設定されていますが、いかがなものかと思えます。神戸大学や兵庫医大のように大きな病院では 1,000 件の相談は容易に達成可能と思う一方、県西部や北部の拠点病院で院内がん登録が 500 件を切るようなところでは 1,000 件の相談件数は無理だと思います。そこで提案ですが、分母が院内がん登録の件数、分子はがん相談支援センターでの相談件数に設定し、病院ごとに比率で指標を掲載してはどうでしょうか。院内がん登録の件数は公表されており病院で把握しているはずで、そうすれば異なる圏域のがんセンターが同じ土俵で比較できるのではないのでしょうか。指標の目標値としては 50% ぐらいがよいと思います。

自殺対策についても、県民参画やがん患者会との連携が大事だと思います。県民が自殺に至ってしまうまでの段階で、がん患者会等が介入できるよう、県民参画やがん患者との連携の件数等、上手くロジックモデルの指標として盛り込んで貰えたらと思います。

委員：ロジックモデルについては、去年の今頃から数ヶ月で作ったものなので、かなり粗があるというのが実際です。予防・検診の分野はまだよいのですが、医療の部分に関しては指標の多くが患者体験調査の数値が設定されているなど、成熟されていないところがあります。

先ほど、委員から指標の目標設定についてのご発言がありましたが、ロジックモデルの趣旨としてアウトプット（施策）とアウトカム（結果）を区別しましょうということがあり、県のロジックモデルの中間アウトカムの中にはややアウトプットに近いものが含まれているように思います。例えば、看護ケアの中間アウトカムで、「緩和ケア研修終了者数を増やす」とか、「相談支援センターの利用を促進する」といった内容どちらかというとアウトプットに近いと思います。アウトカムは対策として行ったことではなく、その結果、対象者に起こった変化になります。ですから、例えば緩和ケアの研修を行った結果、受講者の知識が増えたといった内容がアウトカムとして適切です。しかし、今回初めての試みとしてロジックモデルを作成され、相当議論もあったでしょうし、今後、中間評価に向けて、このあたりをもう少し吟味するといいかもかもしれません。国のロジックモデルでも今はまだ至っていないところがあるため、研究班により、指標の改善等を考えているところです。

確認したいのですが、国のロジックモデルでは指標の設定はしていますが、がん検診の受診率 60%、精密検査受診率 90%を除き基本的に数値目標は設定して

いません。一方、県のロジックモデルでは可能ならば積極的に目標設定をした方がよいと考えています。兵庫県の計画では肝がんを含む罹患率、死亡率等の減少等、具体的な目標値が本文や概要に記載されているものもありますが、ロジックモデルの各指標については目標値が記載されていないため、どういった区別をされているかについてお伺いできればと思います。

事務局：現計画では個別の目標値をそれなりに多く掲げていましたが、先ほどご指摘のあった通り、国の新計画では目標設定が受診率や精密検査の一部に限られていますので、本県においても、新しくロジックモデルを作るにあたり、重要なものについては現計画から引き継いで計画本文の中で目標値を掲げるものの、基本的にはロジックモデルの中で数値変化をもって評価したいという考えが基本としてあります。なお、罹患率・死亡率の減少については従来からの全体目標でもありますので、重要なものとして残しており、肝がんについても、今まで目標達成に向け頑張ってきて現在達成の目前までできていますので、引き続き施策を推進していくという思いから現計画から目標を引き継いでいます。

委員：現計画からの目標を引き継いでいくことは、県の姿勢として重要だと思います。

部会長：ただいまのご意見を踏まえ、何かございますか。

委員：今回県として初めてロジックモデルを作られたことを踏まえ、全体的には大きな問題はないと思っております。ただし、先ほども申し上げたように、県が行う施策がロジックモデルの指標によって正しく評価されるべきだと考えますので、単純な件数のみでは評価しにくいものについては、今すぐには無理だとしても、今後、比率に置き換えるなどの検討をしていただきたいと思います。

事務局：冒頭にご説明したように、指標の設定にあたっては国計画の指標を一定参考にさせていただいている部分もありますが、ご意見を踏まえ県としてさらにロジックモデルをよりよいものにしていくため、指標内容については今後すぐには無理でも、内容を吟味していきたいと思っております。

委員：三大疾病療養者の治療と仕事の両立支援事業について、県独自の施策ということで少し詳しく内容を伺ってもよいでしょうか。

事務局：がん治療に専念されて仕事を辞める方がおられる一方、治療しながら働こうという方もおられるため、そういった方が仕事を辞めずに働き続けられるように開始した事業です。患者の方が治療に専念する期間、会社はその期間の穴埋めが重要になってきますので、その方が退職するのではなく、がん治療のため働けない期間に会社が代替職員を採用した場合、その代替職員の人件費相当分の半分を県で補助するといったものです。

委員：思い切った取組だと思います。最初は医療費の補助かなと思っていたのですが、そうではなく会社に対して人件費の半分の補助ということなのですね。他の地方自治体でこのような取組をしているところはあるのでしょうか。

事務局：把握している限りでは恐らくないのではと思います。ただ、この事業は実績が上がってないというのが大きな課題です。対象が中小企業ということもあり、がん患者の方が休んでいる間に、代替りの従業員を採用しても半分補助は出るものの、裏を返せば半分は負担しないといけないという実情もあり、申請が少ないということがあります。なお、病気休暇制度を持たない中小企業が多いことから、国では病気休暇制度を導入した中小企業に対し補助を行っており、県の事業は国のその制度からさらに一步進んでいるものではないかと感じています。

部会長：アピールが必要だということですね。この事業は開始から何年くらい経ちますか。

事務局：5年位だと思います。実績が少ないのは制度内容が今のニーズに合っていないのか、或いは県民に知られていないのか等、色々な要因が考えられます。そういった反省

を踏まえ今年度は従来の周知先に加え幅広く啓発をしており、少しずつではありますが利用していただく企業が増えてきています。

委員：がん患者やその家族の自殺対策の項目でグリーフケアについて記載いただいています。私の理解では、グリーフケアはがん患者で自殺をされた方の遺族に対するものなので、がん患者本人の自殺についてはスピリチュアルケアという表現を用いた方が適切ではないでしょうか。

事務局：ご指摘をふまえ内容を検討します。

委員：先ほど話のあった WEB や新聞等でのがん検診受診の広報に関しては、我々としても昨年コロナの影響で十分に PR できなかった反省もあり、是非ご活用いただければと思います。その際、例えばコロナ禍での受診控えにも触れるなど、社会性のある内容を含め広報いただくと、扱うメディアも多いかと思います。

委員：全体目標であるがんの年齢調整死亡率が全国平均より 5%以上低い状態というのは、全国的にもがん対策が進んでいくため、このような相対的な目標の達成は難しいのではないかと考えています。先ほど現計画からの目標を引き継ぐことの重要性についてのお話もあり理解はしていますが、達成困難な目標を掲げ続けると各現場で取組が進んでいかないということもありますので、別途サブ目標も設けるなどを含め、何か工夫があってもよいのではないかと思います。

委員：歯科の立場から、全体的によく記載いただいていると思います。素案の 33 ページで「地域の歯科医療機関での口腔がんの早期発見」と記載がありますが、幾つかの市町で歯科集団検診も行っていますので、補足させていただければと思います。

また、素案 17 ページ記載の国指定拠点病院等のうち、2 病院には歯科口腔外科がありません。地域の歯科医療機関との連携は取れていると思いますが、拠点病院でも機能を備えていることが望ましいため、検討していただければと思います。

事務局：歯科については、昨年度から歯科医師会に協力いただき、県内各地で口腔がんの研修を開催させていただいています。医科歯科連携についても、過去にがん診療連携協議会で必要性について議論されており、現在、歯科医師会に入っただき取組を進めているところです。

委員：今回、新たに高齢者の項目を記載いただいています。計画に記載するだけでなく実効性があるかという視点も重要だと思います。私自身の体験から、高齢者のがんはなかなか病院や緩和ケアの窓口で受入れて貰えない現状があることも大事なかなと思います。

また、先ほど議論ありました三大疾病療養者の治療と仕事の両立支援事業について、代替職員を雇った後のがんの職員が復帰されたら、その代替職員の雇用はどうするか等について使い勝手の問題もあるのかなと思いました。

最後に、県の色々な計画で健康づくりチャレンジ企業への補助についての内容が記載されていますが、健康づくりチャレンジ企業関連の年間予算は大体どれぐらいでしょうか。本当に中小企業が必要としている額が確保されているのかという視点からお伺いできればと思います。

事務局：予算については他課にまたがるため宿題とさせていただきたいと思います。また、高齢者についてのご指摘は、今回項目を設けたことで何か新たに取組を行うように見えるかもしれませんが、実際にはがん拠点病院の整備指針等の中でがん診療連携拠点病院等が行うべき役割として定められている内容を今回特出しで記載させていただいており、実現性について大きな問題ないと考えております。

委員：先ほど指摘のあったグリーフケアの部分は、私も読んでいて少し違和感がありました。がんで亡くなった場合と、がんによる自殺で亡くなった場合とでは、残さ

れた遺族の受けるショックや悲しみは異なるのではないかと感じています。今回、素案には「緩和ケア研修会などを通じ、グリーフケアに必要な正しい知識の習得に努める」とありますが、この記載では両者の区別ができていないと感じましたので、がんによる自殺で亡くなったその遺族特有の辛さや苦しみへ対応していただくことが必要ではないかと思えます。

それから、素案 35 ページに記載のアドバンス・ケア・プランニングについては、用語解説にも定義が記載されていますが、ニュートラルな書き方をされているため具体的な内容が少しわかりにくいように思います。話し合いのプロセスという意味ではその通りなのですが、本人の意思が尊重されているということが大前提としてあるということが重要です。したがって記載の仕方としてアドバンス・ケア・プランニングの前に「本人意思の尊重を基本とする」という文言を添えていただければ一般的に提唱されている内容に合致すると思えます。実際には、がん患者本人が誤解しているところもあり、本人の意思であれば内容にかかわらず無条件に全て守られる必要はないのですが、大枠としてはそのような記載が望ましいかと思えます。

部会長：法律的には必ずしも本人意思が尊重されなくても問題ないのでしょうか。

委員：現実的にできないこともありますし、個々の医療措置について本人が誤解して認識していることや、途中で考えが変わるようなこともあります。

事務局：計画の性格上、どうしても国の記載に沿った内容になることやニュートラルな表現になることは避けられない部分もあるのですが、ご指摘の点は記載方法について検討させていただきます。

委員：大腸がんなどは、実際には人間ドックを受診し大腸内視鏡で発見されるケースが非常に多いですが、計画に中で用いているがん検診受診率は、職域での検診や人間ドック等での受診も含まれるのでしょうか。

委員：がん検診受診率と精密検査受診率ではデータソースが異なります。がん検診受診率は国民生活基礎調査が用いられており、この調査は実施件数に基づくものではなく、対象者へのアンケートを実施し自己申告に基づくものになります。したがって、人間ドックを受けた方ががん検診を受診したと回答すれば、受診者にカウントされるはずなのですが、例えば便潜血検査や大腸内視鏡を受けていても、それが大腸がん検診であるという解釈を持っていないければ、受診していないと回答してしまう場合もあります。したがって、そういった部分について信頼性に疑問が残るものの、どこで受けていても、一応は網羅できるものになっています。一方で、精密検査受診率は地域保健・健康増進事業報告により、市町が行ったがん検診に基づいて算出されています。市町の保健師の方が要精密検査になった方に対し、その後の受診状況をフォローしており、およそのがん腫で 70～80%が達成されており、更なる向上のため計画では 90%を目標値としています。こちらについては悉皆性が高いものの、対象は市町が行うがん検診のみとなっており、全体の 6 割程度のがん検診が職域で行われているにも関わらず、こちらについては全くフォローできていないという欠点があります。職域のがん検診の精密検査受診率をレセプトから推定すると約 2～3 割となっており、そこを上げなければ、いくら検診受診率が高くても、それが診断治療に繋がり、死亡率の減少が達成されないわけです。そういう実態があるにも関わらず、精密検査受診率は、地域保健・健康増進事業報告を用いて、高い受診率になっているというのは実は欠陥があり、我々も反省するのですが、今後、国レベルで職域のがん検診の精度管理を進めるということが非常に重要な課題です。

部会長：例えば乳がんの受診率が日本は欧米に比べてかなり低いというデータがありますが、欧米はどのような受診の状況になっているのでしょうか。

委員：日本では乳がんは2年に1回の受診が推奨されていますが、恐らく受ける方は毎年受けていて、受けない方は全く受けていないという実態なのだと思います。諸外国では、例えばイギリスでは3年に1回の受診となっており、これを必ず守っています。したがって、日本でも対象者がきちんと2年に1回は検診を受ければ、たとえ同じ実施数でも死亡減少に結びつくはずですが、ただ、検診の実施側から見ると、固定客に受けてもらうほうが楽なため実態は同じ人が毎年受けているのだと思いますが、がん対策としてはそれでは効果が薄いため、間隔を空けて受診していただく仕組みを作ることが重要なのだと思います。

部会長：他に全体を通じて何かありますか。

委員：素案29ページの肝臓がんの対策について、今までは肝炎ウイルスを持っていれば肝臓がんになるようなイメージだったと思いますが、現在はC型肝炎も治る時代になり、ウイルス性肝炎がなくても脂肪肝からの肝臓がんが急増しています。すぐには対策につながらないかもしれませんが、せめて課題のところに「脂肪肝はじめとして生活習慣病に起因する肝臓がんが急増している」といった内容を加えていただくと、意識づけになるのではないかと思います。

もう1点、さきほど高齢者のがんの患者についての議論がありましたが、例えば、高齢者の方が拠点病院に入ることができれば、当然、フォローして緩和ケアも行うという流れにのっていきます。一方、国の議論でも問題になっているのは、例えば介護施設に入っている高齢者や在宅介護のがん患者さんに対して、拠点病院がその介護施設、或いはケアマネや社会福祉士等と連携をとらないと、なかなか拾い上げができないということです。そのようなことを国も言っていて、兵庫県も同じ方向に進んでいきたいと思いますが、何しろマンパワーが足りない。地域医療連携室がその役割を担うのですが、そこの人材を増やすなどして、関係各所との連携を取れるように動こうとしているところです。

部会長：委員の皆様から前向きないろいろなご意見をいただきありがとうございます。かなりブラッシュアップできたのではないかと思います。この後事務局の方で意見をまとめていただきたいと思います。それでは最後に事務局より今後の進め方等についてお願いいたします。

事務局：今回いただいたご意見を事務局で整理し、素案に反映したいと思います。それを踏まえ年明け頃にパブリックコメントを実施し県民からのご意見等を計画に反映した後、来年の2月～3月頃に部会を開催し、最終的にご意見いただきながら成案としてまとめたいと思います。今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

部会長：本日の議論を踏まえがん対策推進計画をよりよいものにしていただければと思います。それでは本日の会議を終わりたいと思います。事務局にお返しします。

事務局：部会長様、各委員の皆様には、非常に熱心なご意見、ご議論をいただき誠にありがとうございました。これをもちまして、令和5年度第2回健康づくり審議会対がん戦略部会を終了させていただきます。ありがとうございました。