

令和3年度 第3回沖縄県がん診療連携協議会 医療部会 議事要旨

日時：令和4年1月25日（火） 15：00～16：45

場所：Zoomを利用したWeb開催

出席者：4名：宮里浩(那覇市立病院)、照屋淳(北部地区医師会病院)、岸本信三(宮古病院)、増田昌人(琉球大学病院がんセンター)

欠席：4名：伊波善之(沖縄県保健医療部健康長寿課)、朝倉義崇(中部病院)、松茂良力(八重山病院)、野村寛徳(琉球大学病院第一外科)

陪席者：3名：有賀拓郎(琉球大学病院診療情報管理センター)、安次嶺宏哉(沖縄協同病院)、西銘亜希(琉球大学病院がんセンター)

【報告事項】

1. 令和3年度 第2回沖縄県診療連携協議会 医療部会議事要旨について
増田委員より、資料1に基づき令和3年度第2回議事要旨について説明があった。
2. その他
特になし

【協議事項】

1. 県内における免疫抑制・化学療法によるHBV再活性化への対策について

増田委員:琉大病院にはマニュアルはなく、組織的に対応していない。化学療法に詳しい薬剤師は、リツキサシ等を使用する患者の場合、検査の有無の確認し、薬剤記録に記載しているが、それができていない薬剤師もあり、年度内に組織として方針を決める予定である。

宮里委員:過去に再活性化が予後に影響する症例があったため、前回の会議で伺った。当院では、電子カルテで既往の感染症を確認する項目に、HBc と HBs の抗体も含めている。ガイドラインに基づき、HBV の活性を高める可能性がある薬剤の一覧を作り、それを元にチェックする体制を整えている。初回に内服薬を処方する際、電子カルテにおいて、検査の有無を確認するアラートが出るが、再診時はコピーをして記録する際にアラートが出ないという課題がある。

照屋委員:当院で化学療法を行う際は、HBV の抗原が陰性でも、抗体が陽性の人は、DNA 定量化を行っている。基準値以上だと内科の先生と認定薬剤師が相談して、抗ウイルス薬を服用しながら化学療法を行っている。これは DNA 定量化を行わなかったために、劇症肝炎を発症した過去の苦い経験から行っている。リウマチ薬といった系統の薬でも同様に行っている。

岸本委員:当院は組織的な取り組みをしておらず、勉強会等で注意喚起を行う程度である。

安次嶺先生:当院も定まった確認方法はなく、医者が見落とししまうと、薬剤部でも見落とされがちだった。また院内は薬剤部の目が通るが、院外薬局については確認を行っていなかった。そこで院内外、注射、内服に関わらず、使用届を提出してもらい、電子カルテにおいて、HBV 感染の履歴が表示され、処方度に薬剤師が確認できるようになる予定である。

宮里委員:院内の処方では対策が取られているが、院外が疎かになっている印象を受けた。先日当院でも、院外処方時の対処として、新しいシステムを組もうとしたが、様々な障壁があり、まずは院外薬局の方に啓蒙し協力いただくのがよいとの意見が出た。

増田委員:これは古典的な問題でドクターの責任に負わせているところがあるが、宮里委員と照屋委員の施設では、先進的に取り組まれていると思う。しかし多くの施設では抜けがあり、

処方については電子カルテの仕様に依存しており、そこを変えようとする多額の費用が発生し、変更が難しいので、注意喚起の文書を出すのがよい。過去の苦い経験から対策をとっていても、メンバーが変わると忘れ去られがちになるので、注意喚起は必要である。

照屋委員:薬剤師や看護師から注意喚起がされても、主治医が外来対応に追われて取りこぼしてしまうことがある。そのため当院では、看護師サイドで検査を下ろせるシステムを電子カルテに組み込めないか検討している。また心毒性のある化学療法剤についても、患者の異常に備えて、看護師サイドから心エコーの必要性について報告があがるようにしている。

宮里委員:コロナで負担が増えているなかでも看護師が協力的で、対策を講じられていて素晴らしい。当院では、どこかの部署が新たに負担や責任を負うことになるとして議論が進んでいない。各施設で状況は異なるが、薬剤師と連名で注意喚起の文書を出すのがよいのではないか。

岸本委員:宮古も B 型肝炎の多い地域のため対策が必要である。医師以外に薬剤師や看護師もチェックできるのが望ましいが、当院では組織上、難しい。それでも対策はとらなくてはいけないという共通認識は持つ必要がある。

照屋委員:薬剤師や看護師を巻き込まないと、確認漏れが生じる。実際その方が安全で、当院はそれでうまくいっている。

宮里委員:当院も看護師に情報を流して確認をお願いしている。現状では電子カルテなどのシステム上で対策を講じるとなると、難しいところがあるので、まずは注意喚起をし、そのあとでシステムティックにやっていく方策を皆で知恵を出していくというのはどうだろうか。

有賀先生:看護師が医師からの指示なしで判断し、オーダーを出して採血するには、まだ法律が追いついていない。タスクシフトして動脈ラインからの採血ができるようになったものの、医師の包括指示のもとでという話なので、必ず医師が承認する機能があれば問題ないと思う。薬剤を処方する際、注射や内服に関わらず、過去の検査値と診断された病名、処方された薬剤とを突合して、B 型肝炎の検査が必要だとアラートを出す機能は、費用はかかるが、電子カルテの中に実装することは可能である。ところが琉大の場合、そのアラートがたくさん出るために無視されていて、今はむしろ、このアラートを消せないかということになっており、そこに新たに B 型肝炎に関するアラートを加えたとしても、効果がどこまであるのか疑問である。医師の性善説に基づいたシステムだけではなく、コメディカルの方もうまく利用していくべきだ。

宮里委員:電子カルテ上でも整備を進め、コメディカルの方々に協力いただくのがよい。朝倉委員と相談して注意喚起の文書を作り、この医療部会から発信するというのはどうか。

増田委員:安次嶺先生がこの取り組みをされた際、どれぐらいの労力を必要としたか。

安次嶺先生:当院では自前の電子カルテを運用しているので、新たな機能を加えることは他院よりやりやすい。薬剤師や看護師のチェックも重要だが、ヒューマンエラーは起きてしまうので、システムに委譲しようということで、化学療法を行う前に、使用届を提出しないとオーダーできないようにした。その使用届に、HBV 関連の感染状況が載るようにし、薬剤部がチェックする段取りを電子カルテに組み込むことができ、今は人の目とシステムでどうにかやっている。しかし、それでも抜けがあるのが院外処方である。抗癌剤を処方する場合に、DNA の検査結果などは外注なので、処方するその日に出ないという問題点はあるが、院外の薬剤師とどのように連携をとっていくか考えていく必要がある。

増田委員:朝倉委員に相談しながら、県内医療機関向けに注意喚起文を作っていただきたい。

安次嶺先生:朝倉委員にご指示を仰ぎながら、取り組ませていただきたい。

宮里委員:まずは安次嶺先生にとりまとめていただき、院内向けに注意喚起を促していきたい。

しかし院外薬局に対してはハードルが高く、当院でも院外の処方箋に HBV の情報掲載を検討したが、個人情報の点で課題があり、その点については委員の知恵をお借りしたい。

2. 沖縄県庁ホームページに公開された「がん診療を行う県内医療施設」における掲載要件の定期的な改定に関する県への要望書について

増田委員:以前、委員の皆さんにお集まりいただき、臓器ごとに「がん診療を行う県内医療施設」の掲載要件を協議し、施設の選定を行った。第8次沖縄県医療計画は2024年からだが、現在、行政と医療が滞っているため、改定のための協議を県に提案したい。提案書の下書きでは、3年ごとに改定するとしているが、あくまでたたき台なので、皆さんに協議いただきたい。

宮里委員:改定には皆さんも賛成だと思うが、何年ごとに改定にするかご検討いただきたい。がん診療を行う県内医療施設一覧は、機能評価をしたうえで選定・掲載されたものだが、掲載後はそのままタイムラグや抜けもあり、いかに現状を反映したものにできるかが課題である。

増田委員:前回協議した際、選定条件だけでなく、様々なテーマで有意義な協議ができたので、メールやWebではなく、1度は一堂に会して顔を突き合わせて協議するのがよい。

岸本委員:私も3年改定でよいと思う。ただ、がん診療を行う県内医療施設一覧の全がん種で、我々離島の施設はないが、治療できるがんもある。施設基準に則っていないためだが、離島でがん治療はできないという印象を与えており、伝え方を工夫できないか気になる場所である。

宮里委員:今の件は改定というよりも、表の見せ方、位置づけの問題になると思う。

有賀先生:6次は手挙げにして多くの施設が入ったという反省から、7次では選定基準を設け施設を絞った経緯がある。未掲載の施設では治療をやっていないという印象を与えることになったが、各がん種のエキスパートで協議・決定した。そこで8次は7次の考え方は維持するが、5年改定は長いため、免疫療法を加えた3年改定であれば賛成である。ただ患者さんが見たときのインパクトはあるので、宮古・八重山の書きぶりについては検討してもよいのではないかと。

増田委員:集約化は必要だが、離島・へき地でできることは公表しようということで、離島・へき地部会で、北部地区医師会と宮古と八重山の3病院でできるがん治療を確認したところ、12~13のがん種があった。それをがんじゅうのホームページで公開することを、次回のがん診療連携協議会で協議する予定である。公開が承認されたら、県のホームページで離島・へき地のがん医療ということでリンクしていただきたいと考えている。対応できないものもあるが、大腸がんや胃がん、乳がんなど、対応できるものもあるので、両面作戦になると思う。

宮里委員:サービスを受ける患者さん側の視点から考えれば、リアルタイムで新しい情報を出していく必要がある。それでも不十分な点はある。見せ方の問題になるが、選定基準を満たしていない施設だからといって、診療できないわけではないということを説明する必要がある。

有賀先生:治療を実施している施設と選定基準を満たしたエキスパートの施設という2段階表示について検討したが、複雑になりすぎるのではないかと話だった。

宮里委員:そこも含めて、一度検討してみたほうがよいかもしれない。

増田委員:次の改定は今年の8月に行い、問題がなければ3年後の2025年、次は2028年に行いたい。6月頃に選定に関わる先生方に連絡し、集まりたい。症例数の多い上位5~6施設の医師にお願いしたいと考えている。日程調整には時間がかかるが何とか開催にこぎつけたい。

宮里委員:改定の時期を協議したいとして、県に提案書を提出するということがよいか。

増田委員:再度、集まって協議いただき、改定時期を早める必要はないという結論に達すれば、現状の6年ごとの改定でよい。望ましい改定時期の年限を協議していただきたい。

宮里委員:様々な意見が出ると思うが、そこをすり合わせていくことになるだろう。

増田委員:公開されれば当然、様々な意見が出るはずなので、定期的に改定していることを強調しないと納得いただけないと思う。そのためにも定期的に集まるのがよい。

宮里委員:選定基準は、QIでも生存率でもよいが、治療実績を見据えて評価・選定する必要がある。各施設の治療実績に即して公開する流れを構築するために、県に提案していきたい。

3. 医療部会のロジックモデルと次年度の活動計画について

増田委員:資料4の専門部会の分野対応図にある通り、かなり広い領域を扱っている。そこで次年度は医療部会として何をテーマにどういうことを行うか協議いただきたい。

岸本委員:宮古ではここ3、4年、大腸がんや肺がんなど、進行がんで見つかることが多い。大腸がんだと、狭窄していてすぐにステントを入れる例も珍しくない。大腸カメラができる施設が少なく、当院と徳洲会など島内4施設で、検診での拾い上げに努めているが、人手の問題で早期発見に繋がられていない。当院の消化器外科医が化学療法を行い、治療効果も上がっているが、その先生方への負担が大きくなっている。八重山や本島ではどうなのだろうか。

宮里委員:大腸がん死激減プロジェクト連絡会議でも協議しているが、これは医療部会と離島へき地部会のどちらのテーマになるだろうか。

増田委員:宮古だけの問題ではいため、この部会で話し合ってもよい。肺がんと大腸がんの患者さんが増える中で、呼吸器内科の先生は化学療法をしているが、消化器の方では内科ではなく外科の先生が対応していて、かなり負荷がかかっている。そこをどうすべきか問題である。

安次嶺先生:県内の状況を俯瞰できているわけではないが、今後さらに細分化が進み、消化器内科医は内視鏡的治療を進め、治せる早期がんに対応してくださるだろう。化学療法を担える人材が少ない点については、腫瘍内科の研修医をしていた県外でも、その担い手が病院によって対応する科が異なっていた。県内では外科医が中心に担ってきたことは承知しているが、今後どのように進めていくべきかについては、各施設の人材配置の問題もあり何とも言いえない。

照屋委員:どこの病院でも一緒だと思うが、肺がんが発見された時点で切除不能というのが多く、当院では、呼吸器内科の先生方が化学療法を行っている。ただ、発見当初から切除不能の胃がんや大腸がんなどの消化器がんは、手術適応がなくても、消化器外科が化学療法を行っている。化学療法科や緩和療法科があれば、手術の適用がない患者さんを消化器外科で対応する必要がなくなり負担は減るが、現状では外科に対応いただくことに慣れてしまって、手術適用がない患者さんを消化器内科に戻すわけにもいかず、どうすればよいか悩ましい問題である。

宮里委員:薬物療法による治療実績が向上したことで、放射線も含めた集学的治療においては、外科医も含めて診た方が、患者さんにとってメリットがあるので、来年度は、分野対応図のがんの医療と人材育成に焦点をあてて取り組むのはどうか。あるいは疾患を決めて、そちらに焦点を当ててやっていくのがよいか。

増田委員:インオペのときは消化器内科の先生に対応いただきたいが、絶対数が足りず化学療法する状況にない。1~2割でも携わっていただきたいが、ほぼ携わらず問題である。

安次嶺先生:私が研修を受けた病院では、消化器内科の先生が、インオペになった大腸がんと胃がんの化学療法を、ファーストラインぐらいまではやってくださっていた。その当時は、免疫チェックポイント阻害薬が標準治療に入ってきたところで、使い慣れてない新薬剤については、薬物療法専門医に依頼する流れがあった。ただ、薬物療法専門医が増えてファーストラインから回せるようになると、ほとんどの消化器内科の先生が対応されなくなった。しかし、担

い手がない場合は、お願いせざるを得ない状況は出てくるだろう。

宮里委員:各施設で状況が異なり、琉大は歴史的に消化器内科で化学療法をやっておらず、その流れが残っている。当院は、手術にならない方の治療は、中堅の先生も含めて、研修会への参加を促し、消化器外科医が相談に乗る形で、内科の先生が主治医となり、化学療法をやってくださっている。このように取り組むと普及するのではないか。新たに胃がんのファーストラインでオプシーボが適用され、消化器内科の先生に対応いただいているが、足りない状況が続いている。次年度の部会のテーマとして何を取り上げるかということだが、人材育成であれば、当然、安次嶺先生のような腫瘍内科医が多く育つのが望ましいが、そこがなかなか難しい。

照屋委員:当院では、放射線科の有賀先生に月 1 回来ていただき、カンファレンスで問題症例を挙げ、読影や放射線治療の相談をし、治癒が難しい場合は、緩和、延命治療を行うといった幅ができています。外科、内科のみで対応するのではなく、放射線科にも参加いただくと治療選択の幅を広げて対応する体制を構築でき、当院ではそれでだいぶ助かっている。

宮里委員:各拠点病院では当然、カンサーボードをしていると思うが、来年度は、多職種が参加して協議をしているかを確認するということか。安次嶺先生のところはどうか。

安次嶺先生:外科医が中心ではあるが、術前と術後に、消化器内科外科や病理医も含めたがんに関連する部署が参加して、カンサーボードを週に 1 回開いている。

有賀先生:カンサーボードの開催数が、ロジックモデルの指標になっているが、放射線治療を行っていない施設に放射線科医が、腫瘍内科がない施設に腫瘍内科医に参加いただいている施設をプラス評価するというように、評価項目を追加してはどうか。私自身も豊見城中央病院や浦添総合病院、沖縄病院に伺い、助言を行っている。腫瘍内科の先生にも同じように取り組んでいただけると、足りない部分を補えるのではないか。各施設でこうした取り組みが評価されることを知ったら、それならば呼んでみようという話になる可能性もあると思う。

増田委員:放射線の治療機器がない施設に、放射線科医が行くのはよい。少なくとも宮古・八重山には行った方がよい。北部は引き続き有賀先生にお願いしたい。化学療法ではいずれ腫瘍内科医が育ったら彼らに任せたいが、しばらくは外科と消化器内科で、最後に腫瘍内科が対応する流れを 10 年の時間軸で考えるしかない。現状調査を行うのはよいのではないか。

宮里委員:がん対策の取り組みをロジックモデルで評価していることを、拠点病院や二次医療圏にアナウンスしているのだろうか。

増田委員:アナウンスしているが周知されていない。沖縄は 6 拠点病院と 17 医療機関が選定されている。この 23 施設に協力いただくと様々な取り組みが進んでいくだろう。

宮里委員:部会として重点課題を評価していることをアナウンスし、当院、中部病院、北部地区医師会、宮古、八重山で、二次医療圏で責任を持って、取り組んでいただくことになる。

増田委員:DPC 病院なので QI 評価し、ストラクチャー評価で、カンサーボード後の治療実施の有無を聞いてもよい。対象 23 施設にアンケートは取れるので、それはそれで意味がある。

宮里委員:がんセンターで、各疾患の中心になる施設や医師の把握はできているのか。

増田委員:各がん種で中心となって治療にあたる医師は施設ごとに把握できている。

宮里委員:その方か病院長宛でアンケートを取り、客観的なデータを事務局で集めていただき、部会での取り組みをアナウンスしていくということでしょうか。

岸本委員:宮古は病理の先生に週 1 回来て、外科と内科が毎回参加できていないが、緩和ケアの看護師、薬剤師、栄養士が参加してカンサーボードを行っている。化学療法は内科と外科が一緒に行っている。消化器系は 3 名のところを 2 名で対応しており、負担が増えている。今

後がん診療を手厚くするには、手術・内視鏡・化学療法と、重層的に人を育てる戦略が必要だ。

宮里委員:ここまでは治療に関する取り組みが議論の中心だったが、岸本先生のご意見は、患者支援や連携といった人材育成についてのご意見だった。他にご意見はないか。

増田委員:有賀先生、今、沖縄県の放射線治療の専門医は何名いらっしゃるのか。

有賀先生:16名程度いるが、北部・宮古・八重山にはいない状況である。

増田委員:適正配置ということを念頭おいて、23の施設に月1もしくは週1で定期的にコンサルテーションに行くシステム作りを、次年度に検討の上、行っていただきたい。

有賀先生:沖縄は放射線科医同士で繋がっているので対応していきたい。ただ、機器の購入は病院の決定によるので、行政や国は介入できない。個人的には北部地区医師会、宮古、八重山に各1台、南部に2台あればバランスが取れると思う。

岸本委員:宮古では毎月、南部医療センターの放射線科の先生にも来ていただき、コンサルテーションしている。当院でも緩和治療のひとつとして放射線治療が浸透している。

宮里委員:放射線治療医によるコンサルテーション実施の有無については、先ほどの23施設にアンケートをとって現状を把握できれば、ある程度見えてくるのではないか。次年度はこれまであまり取り組んでいなかった分野での活動にとりかかってみることになるかと思う。

4. 次年度の委員の選定について

まず今年度の懸案だった患者からの委員加入は、各委員から推薦したい方を事務局に連絡いただくことになった。そして陪席者として参加されている有賀先生と安次嶺先生に委員加入を承認、承諾いただき、部会長・副部会長を来年度初めの医療部会で選定いただきたいということだった。そして部会長および副部会長は、事務局以外から選出するのが原則なので、副部会長としての任期は今年度いっぱいということで了承いただきたいと増田委員より要望があった。協議のうえ、有賀先生と安次嶺先生の委員加入が承認・承諾された。さらにこの医療部会に、時代を担う中堅の外科の先生に委員として加わっていただきたいと、増田委員より提案があった。参加された委員も賛同し、がん対策に携わる40代の第二世代に入っていただくことになった。これは外科だけの課題ではなく、今回、腫瘍内科の先生が部会に入っていただくことになったが、分野を限定せず、がん治療を担う若手の人に入ってきていただきたいと照屋委員から意見があった。岸本委員からは、宮古病院からも外科の先生を参加させていただきたいとのことだった。外科医の推薦については、宮里委員と照屋委員が相談のうえ推薦いただくことになった。それ以外で加入いただきたい医師がいれば各委員から推薦いただくこととなった。

5. 次年度の沖縄県がん診療連携協議会 医療部会の開催日程について

開催日は現時点で確定せず、4・7・10・1月の予定でその都度、調整することとなった。

6. その他

照屋委員:ライフステージでのがん対策で、アドバンスケアプランニングはどうしているか。

宮里委員:ACPは現在のはがんに関わらず、様々な疾患においても重要な課題となっている。

安次嶺先生:高齢者が増えたこともあり、元気なうちに意思確認をし、考える機会を設け、病気が発見もしくは進行した場合に備え、早い段階から患者さんへの啓蒙とスタッフ間での共有を行っておくべきである。しかし実際は救急室やICUで、患者さんの意思を確認することになり、出遅れてしまっている。やはりACPは大事だということで、各科で連携し、どのように

ACPを進めていくべきか検討しているところである。

岸本委員:宮古病院には緩和のナースが2人おり、ドクターによる緩和外来を設け、在宅医と連携をとっている。しかし島内で、緩和ケアを受けているがんの患者さんはわずかしかない。

増田委員:大学は取り組んだのは早かったが、定着していないのが実情だ。全診療科で研修会を実施したが、熱心に参加される人は決まっていて、各診療科で1、2人いる程度である。

有賀先生:何か困れば、ワンストップでがんセンターに相談する体制があり、倫理的な問題のある方に関しては、臨床心理士の金城隆展先生に相談する流れもできている。

増田委員:ACPを中堅や若手の先生方に普及させるには、マニュアル化するなど、伝え方に工夫が必要だ。放射線科の方では勉強会を1回行えば、ある程度意識付けできるのではないか。

有賀先生:放射線治療は狭いコミュニティなので可能だと思うが、外科や内科だと人数も多く、臓器別にコミュニティが存在するので定着させるのは大変かもしれない。

宮里委員:大学のように人が入れ替わる施設だと、取り組みを継続するのは難しい。当院のように職員が固定していると、手術の手技の伝承と同じように引き継ぐことができる。ただ、現在のACPは新しい段階に入っていて、がんだけでなく全ての疾患を対象に、組織としての対応が求められていることから、当院は、がん専門看護師を中心に取り組みを始めている。

有賀先生:琉大でも取り組みを強化しようとしているが、その際、見える化を意識してもよいのではないか。かつては非言語、ノンバーバルなコミュニケーションの中でACPが行われていたと思うが、心不全を診ている循環器の先生がされていなかったはずはなく、記録するという点で捉えると、それががん領域でいうACPだったという振り返りにもなる。

宮里委員:那覇市では、那覇市医師会が中心に取り組んでおり、在宅と施設も含めた救急隊との調整が必要である。またACPで見える化を進めても、質の評価をどうするかが問題になる。しかし、そこはできていないので、実施の割合だけではなく、本当に意味があったのかを部会として評価していくことが求められる。

有賀先生:厚労省が芸能人を起用して人生会議のCMを打っても浸透しなかった。紙1枚程度でまとめた共通プラットフォームづくりで、救急隊の方と情報を共有する取り組みが那覇市も含めて各地域で行われているが、なかなか浸透していない。

宮里委員:ACPも引き続き、ロジックモデルに落とし込んで取り組むということによいか。

増田委員:医療部会ではカバーするところが多いので、緩和ケア在宅医療部会に任せたい。

照屋委員:この部会に緩和の方を加入してほしい。難しい問題だが、ACPは大切である。度々、内科の先生とDNRの話で、看護師も含めて言い合いになる。自分には関係ないとせず、しっかりと対処できるようになることを期待しているが、まだその段階にない。

増田委員:中村准教授が作成された資料をお送りするので、参考にさせていただきたい。

宮里委員:当院でも講演いただき非常に参考になるので、皆さんも使われてみてほしい。

岸本委員:当院は、内科も外科も若手の先生がローテーションで来てくださることで支えられているが、ACPに関しては、これまでどれだけ取り組んできたかで個人の力量にかなりの差がある。マニュアル等を導入し指導する形をとらないといけませんが、まだできていない。

宮里委員:中村先生にWebなどで講演をしていただいたり、マニュアルを取り入れていただいたりすると、標準化しやすいだろう。特に人の入れ替わりが多い施設だと、継続していくことは難しいので、そのあたりは協力いただくということによいのではないか。

※ここまでで本協議を終了した。

以上