

令和5年度 第8回沖縄県がん診療連携協議会 ベンチマーク部会 議事要旨

開催日時：令和5年7月24日（月）09:00～10:00

場 所：Zoom を利用した Web 会議

出 席：7名

天野慎介(全国がん患者団体連合会理事長)、井岡亜希子(まるレディースクリニック院長)、伊藤ゆり(大阪医科薬科大学研究支援センター医療統計室室長・准教授)、埴岡健一(国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科教授)、平田哲生(琉球大学病院診療情報管理センター長)、増田昌人(琉球大学病院がんセンター長)、伊佐奈々(琉球大学病院がんセンター・診療情報管理士)

欠 席：2名

東尚弘(東京大学公衆衛生学健康医療政策学教授)、有賀拓郎(琉球大学病院診療情報管理センター副センター長)

陪 席：1名

西佐和子(琉大病院がんセンター事務)

【報告事項】

1. 令和5年度 第7回ベンチマーク部会議事要旨について

増田部会長より、資料1に基づき令和5年度第7回ベンチマーク部会の議事要旨について説明があった。

2. 県のスケジュールについて

増田部会長より、今後のスケジュールについて説明があった。第2回沖縄県がん対策推進計画検討会に間に合うように、県にロジックモデルを提出した。本日、計画本文を提出する予定である。全ての指標の出典と測定できている項目は基準値として出していきたい。第2回協議会で審議の上、協議会議長より県に提案をする予定であるとのことだった。

3. その他

特になし。

【協議事項】

1. 沖縄県がん計画（協議会案）のロジックモデル最終案について

増田部会長より、資料3に基づき「ロジックモデル最終案」と「国と協議会案の指標数」について説明があった。

➤ 暫定的に入れている指標は空欄にするか、再掲または補記を入れる

天野委員より、国の計画で無理に入れているのではないかという評価指標がいくつか散見されて、国の計画全体の質の評価の低下に繋がっている面があるので、無理に入れるのは控えた方がよい。空欄にして評価指標の開発を待つなど補記をしたほうが誠実ではないかという意見があった。

➤ 受動喫煙防止対策を強化するため個別施策に加える

井岡委員より、喫煙は重点施策であるが、個別施策が1つだけというのはいかがなものか。受動喫煙防止対策は強化した方がよいと意見があった。

➤ がん検診の精度管理の指標について

井岡委員より、全国がん登録データを使った精度管理をするという意味で、可能であれば感度・特異度を入れた方がよいのではないかと意見があった。

➤ 受診率対策の中間アウトカム指標に自治体を実施している検診受診率を追加する

埴岡委員より、国民生活基礎調査は3年に1度の調査だが、毎年調査される集団検診、共済検診のデータをモニタリングするのはどうかと意見があった。伊藤委員より、自治体を実施している検診受診率は分母を住民にした場合と、分母、分子を国保対象にしたものが、毎年計測可能だと思いますとコメントがあった。増田部会長より、国民生活基礎調査の下段に入れていきたいと回答があった。

➤ 中間アウトカム毎に NDB-SCR を1つ追加する

埴岡委員より、がん医療提供体制は中間アウトカム毎に、1つぐらいの NDB-SCR があった方がよく、QI だけのところも NDB-SCR も足す方向で考えてはどうかという意見があった。

➤ 医療の質について書き方とゲノム医療の地域差

天野委員より、国もまったく同じ状態になっているので、国に合わせているのかと思ったが、結局、がん医療の質の向上と均てん化についての指標が語勢を取るのはいいとしても、その後の中間アウトカムから個別施策におちこんでいく過程で、患者さん側に満足しているのかというところはかなり偏っている。本来ならここは然るべき QI で計る項目だが、そういう評価指標は国もそうだが皆無である。それが使えないのかという議論がどうみてもおかしいと思っている。QI を入れれないのなら、入れれないと書いておかないと、中間アウトカムが個別施策に落とし込んでいく過程でかなり外れている印象を受けている。QI がないのであれば、ないと書いていただいてきちんと測るようにといわないといけないのではないかと意見があった。また、ゲノム医療の部分も微妙にはずれている感じが

ある。例えば学会でゲノム医療に関する議論を聞いていると、地域毎に薬剤到達率が違うという議論がされている。国立がん研究センターは薬剤到達率が10%を超えているが、阪大を中心とする大阪の病院では5%程度しかない。つまり、国立がん研究センターにかかれるかどうかだけが、ゲノム医療を到達できるかどうかという状態にもなっていて、大阪を始めとする他の主要都市では全く薬剤到達率が低いという実態があるという議論がされている。そのデータをどこから持ってこれないのかと疑問に思っているとのことだった。

➤ 医療者調査を体系的に整備して配置する

埴岡委員より、医療の質をしっかりとみていくのが大事だということであれば、基本的に3つの指標で補足する。1つ目が質を図る統計データということでDPC-QI。そうでなくてもNDB-SCRで補う。2つ目が患者体験調査。3つ目が医療従事者調査。仮にQIや患者体験調査がなくても医療者調査で補う。そういう意味では中間アウトカムの医療者調査がランダム配置になっているので、医療者調査をもう少し体系的に整備配置したほうがよいと意見があった。

➤ 共生の評価指標について

天野委員より、評価指標が国の評価指標よりも数としてはかなり少ないとの説明があったが、数が多ければいいというわけではない。議論の結果そうになっているかと思うが、単純な数だけ見ると少ないことについて、特に患者さんから疑問の声が出る可能性があるので、補記の必要まではないが説明できるようにしておく必要があるのではないかとコメントがあった。

➤ 医療提供全般の中間アウトカムに「施設」における治療開始のカバー率を追加する

井岡委員より、五年生存率が向上して死亡率は減少していく流れはよいが、その前の段階の指標が、だいぶとんでいる。初回治療のカバー率は、地域がん登録・全国がん登録データから算出されるが、分母は罹患数分の拠点病院における初回治療を受けられた患者数といった指標になる。沖縄県の場合、AYA世代のように病院が限定されるのであれば、分母を限定された病院の初回治療の患者数に変えてもよい。専門医療機関における初回治療カバー率が高くなると、五年生存率が上がり、死亡が減少していく流れだとスムーズに行くのではないかと意見があった。

➤ がんの研究とがん登録をまとめて、分野アウトカムを新たに追加する

井岡委員より、がんの研究とがん登録は、分野アウトカムが異なるのではないか。その成果がいかに関与に生かされているかが分野アウトカムになるため、指標は計画にどれだけいかされているか。がん計画に引用されている件数でよいのではないかと意見が

あった。

➤ がん計画本文について

増田部会長より、「がん計画 がんの一次予防・がん検診・医療提供体制（協議会案）」について説明があった。専門部会の委員から、この問題点は指標の項目を出すのではなく、指標の実際の基準値を出して、さらに目標値を出さないと意味がないのではないかという意見がある。重点的なところは、井岡先生にお知恵を拝借したいとのことだった。

井岡委員より、各分野これまでの経緯や現状がこうだから今回はこうしますという流れがよいのではないか。新しい項目なら現状からスタートでもよいが、そういった前置きがほしい。そうすると数値が必要になるので、本文中に数値を入れたほうがよいという意見があった。

2. 今後のスケジュール協議

特になし

3. その他

特になし