

## 令和6年度第2回沖縄県がん診療連携協議会議事録

日 時 令和6年8月2日（金）14：00～  
場 所 琉球大学医学部 管理棟3階 大会議室

○大屋祐輔議長（琉球大学病院 病院長）

皆さん、こんにちは。琉球大学病院の大屋です。

それでは、令和6年度第2回沖縄県がん診療連携協議会を開きたいと思います。どうぞよろしくお願いします。定足数は満たしているというところでございます。

まずは資料の確認ということで、増田委員より説明をお願いいたします。

○増田昌人委員（琉球大学病院がんセンター センター長）

委員の増田です。では、資料の確認をさせていただきます。メインはいつものようにiPadの中に入っているPDF資料がメインの資料となっております。

それ以外に、本日は紙資料がすごく多くなっております。まず1枚目、皆さまの机の上に、多分、順番よく置かれておりますので、一番上に置かれていますが1枚紙で本日の議事次第。これと同じものをiPadの1ページ目にも入っているんですが、議事次第は別個にあったほうがわかりやすいかということで、この議事次第と、2枚目の資料一覧というのは毎回付けているものであります。

3枚目なんですが、チラシが入っております。ちょうど明日、8月3日土曜日14時から沖縄県立博物館・美術館の講堂で、本日の委員でもある玉城先生が主催されています「若い世代のがん治療に寄り添う」ということで、がんと生殖医療のシンポジウムがありますので、それをご紹介させていただきます。ぜひお時間のある方はご参加いただければと思っております。

その次、ホチキスで留めてある少し厚い資料になっておりまして、今日、有識者報告ということで、いつもご報告をいただいている埴岡先生のパワポの印刷したものになっております。本日は二部構成になっておりまして、これが2つ目の資料となっております、1つ目の資料はiPadの中に入っております。

その次が、同じように有識者報告をしていただきます天野慎介委員のパワポになっておりまして、本日、天野委員はご欠席なのですが、言付かっておりますので、私が代理で説明をさせていただきます。

あと資料としましては、最後に一番下の資料が水色等のカラーの資料がありまして、これが皆さん、何回もご覧になっております、いつも指標付きのロジックモデル、第4次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）のロジックモデルの中で施策だけを抜き出したものになりますので、今日の審議事項の1番から5番までがどこに当たるのかを示している資料となっております。

今のこの段階で入れ忘れておりますが、今日の審議事項の4番と5番に関しましては、後で1枚紙で資料の追加がある予定になっております。資料としては以上になります。

#### ○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。いつもながら盛りだくさんではございますけど、しっかり皆さんで共有しながら進めていきたいと思っております。

それでは有識者からの報告、説明事項に入りたいと思っております。本日は埴岡委員からご報告をお願いするという形……。ごめんなさい。議事要旨の確認をやっていませんでしたね。増田委員、よろしくお願ひします。

#### 議事要旨・委員一覧

1. 令和6年度第2回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨（7月8日開催）
2. 令和6年度第1回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨（5月10日開催）
3. 令和6年度第1回沖縄県がん診療連携協議会議事録（5月10日開催）
4. 協議会・幹事会・部会新委員について
5. 令和6年度の協議会・幹事会の開催の日時について

#### ○増田昌人委員

申し訳ありません。私が連続でしゃべればよかったですね。

4枚めくっていただきますと4ページにいくと思っておりますが、前回のこの第2回の協議会に先立って7月8日に行われました第2回の幹事会の議事要旨が入っております。それぞれご確認をお願いいたします。

次に2ページ進みますと、前回、第1回の本協議会の議事要旨を付けております。もう1枚めくっていただきまして、全体の通しページでいうと7ページ目をご覧ください。審議事項としましては医療者調査の中間解析結果と、第4次沖縄県がん対策推進計画（当協議会案）の進捗についての審議をいたしております。それ以外のことに关しましては時間

の関係上、省略させていただきます。もし何か修正が必要なことがありましたら、事務局のほうにご連絡いただければ、その旨、修正をさせていただきます。

日程に関しましては特に変更はございません。

1番から5番までに関しまして、報告を終えさせていただきます。

#### ○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。日程のほうもできれば早めに押さえていただければと思います。

それでは、次は埴岡委員からの報告になります。どうぞよろしく願いいたします。

#### 有識者報告

##### 1. 埴岡委員報告

#### ○埴岡健一委員（国際医療福祉大学大学院 教授）

埴岡です。資料が二部構成になって分かれていて恐縮でございます。まず画面のほうからですね。しおりからですと資料6を開いていただきまして、ページ数でいうと75ページからになります。横置き画面ですので、横置きにさせていただいてもいいかと思えます。それでは始めます。

まず前半は沖縄県の在宅医療の概況に関するデータをお持ちしました。次のページをご覧ください。趣旨ですけれども、がんの在宅医療についてもPDCAサイクルを回すことが重要ということです。がんの在宅といった場合、医療計画の在宅医療分野も介護保険事業の医療・介護連携の部分なども見ておく必要があるかと思うというところ。それから、沖縄県では各医療圏あるいは市・町、市町村において、必ずしも均てん化しているわけではないということで見えておく必要があるかなというところで、目的としましては在宅医療、医療・介護の連携に関して、ちょっと資料をまとめて概況を見ようというところですよ。

めくっていただきまして、使用しますのは評価シートというもので、赤文字で書いておりますけど、評価シートとはロジックモデルに指標が付いていて、データも実測値が付いていて、かつ国と医療圏とか市町とか比べて見られるようになっているものを指しております。この後、見ていきますが、数値は判定が難しいんですけども、悪いかもしれない数字を赤マーク、良いかもしれない数字を青マーク、価値観が分かれそうなところは破線を付けるといっているんですが、あまりたくさん、マーキング漏れがあることは今、気付い

ているところです。

めくっていただいて、使用する情報源は3つあります。1つ目はがん在宅のシートでして、これはこちらの沖縄県がん診療連携協議会がつくっているものですので、そしてウェブサイトで提供しているものですので、まだ見ていらっしゃらない方があればご覧ください。2番目と3番目は別のところが提供しているものですが、同じ発想、構造でつくられているものです。

次のページを見ていただくと、まず思い出しのためですが、このがん在宅医療の評価シートの上に「沖縄県」とか「南部医療圏」のボタンがあります。赤丸のところですが、画面は抜粋でごく一部しか見えていないんですけれども、このように北は北海道から沖縄まで、また335医療圏のボタンを押すとデータが出るというもので、80ページ、次のページを見ていただくと、このように、これはがん在宅のところ、そしてデータが全国、沖縄県、県単位、そして北部、中部、南部、宮古、八重山という医療圏別のもの、出るものを私のほうで束ねて加工しているものですが、いずれにしてもワンタッチでこのデータが出てきます。これは右が最終アウトカム、左が中間アウトカムということでロジックモデルの一部になっていて、それぞれの構成概念があって、それに対応する指標があって、実測値があるという、便利なものであるということです。これがあると「よし、数字を読んでみよう」ということになるわけです。

次のページから拡大図になっております。81ページ、これは右側の最終アウトカムのところを見ております。下のほうに赤マークと青マークがございますが、例えば1つ、概念としては「患者が望む場所で療養生活を送ることができている」ということを見るための指標の参考指標として在宅死亡割合があって、その1つ下に自宅死亡率があると。赤いところ、北部は低い。あと、ほかの4つは高め。特に八重山、宮古は高めだなというところが見て取れたりします。

では、この自宅死亡率が高い背景は何なんだろうというと、在宅のサービスが高いのか、あるいは在宅のための医療資源が高いのかなと思うわけですね。ページをめくっていただくと、そうするとここは赤マークが多いんですけれども、よく見ると、例えば在宅療養支援診療所の数を医療圏別に見ると、沖縄県としても低いし、医療圏4つは赤マークになっていると。宮古が14.8で非常に高いんだなということがわかったりします。訪問看護ステーションの看護師の数も、宮古は高いけど、ほかは低めだなというようなことがわかったりします。

次をめぐっていただくと、在宅医療のサービス量を示す数ということであると、例えば退院支援加算等の入院とか往診・外来とか、これは全国値を100としたNDB-SCRですけれども、退院支援加算は全国100に対して、県として166、医療圏としては北部は少ないけれども、あとは高めだなということがわかったり、そして往診は割と低めだなとか、そういうところがわかったりします。

それから、在宅がん医療の提供量は項目としては11項目あるんですけども、ここはセクターで選べるようになっていきますので、次のページを見ていただくと、実際、11指標あってもデータが結構入っているのは3つぐらいだったんですけども、こんな感じで、例えば在宅悪性腫瘍等患者指導管理料は青マークが3つぐらい付いていますが、逆にいうとNot Availableの数字がないところは低い可能性もあるなということがわかったりするということでございます。

以上、概略をご説明しました。この後のご説明はほぼ割愛いたしますけど、次のページは医療計画の在宅医療分野の評価シートも同様にごさいますして、がんの在宅にスポットライトを当てているわけじゃないんですけど、在宅医療の基盤全体がわかりますし、在宅医療のなされたうちの、どれぐらいですかね。多分、3分の1ぐらいはがん関係かもしれないので、在宅が良ければ、多分、がんもできている可能性が高いということで、データ計測項目が多いものですから、こちらも見ただけならばということで付けております。6ページか7ページにわたって赤・青のマーキングもしておりますので。こちらは市単位で出ておりますので、南部医療圏5市に関してデータを集めておきました。

そして、在宅という、医療・介護の連携が大事になってきて、介護部分も見てもおなげいけなないと。例えば訪問看護ですと医療保健部の看護もあれば介護保健部の看護もあるということで、片側だけ見ていて少ないなと思ったら実は多かったり、片側だけ見て多いなと思っていたら実は少なかったりするということもあるものですから。同様のツールがございますので、そこで医療・介護連携のつながりのところを同じく沖縄県の南部医療圏の5市に関して抽出しておきましたので、意外とこんなデータまであるのかというデータも公表されて、便利に見られるようになっております。ですので、ご参考になればということでお示ししましたので。

沖縄の在宅も強いところも弱いところもあって、例えば今、見た範囲ですと、今日は南部医療圏のデータを持ってきたんですけど、中部医療圏のほうがひよっとしたらちょっと弱体なのか、中部医療圏のデータを見たほうが良かったかなと思っているところですけど

も、皆さん、気になるところがあれば、見ていただければということでございます。長くなりましたけど、以上が前半でございます。

次は後半ですけれども、お手元の資料の紙の束ですね。『指標の計測』から『評価・改善へ』というところをご覧ください。

今、前半のほうでロジックモデルに対応したデータ集を見ました。ただ、今日の資料にも、沖縄県の連携協議会が測っているロジックモデルと指標に関して、かなりデータが埋め込まれてきて、半分以上、全貌が見えてきたし、今後、足していけば、かなりの部分が見えてきますよということがわかったんですけど、はてというところで、指標の計測値と、あと何をすればいいのかというところがあって、評価・改善に結び付けないとこれまでやってきた労力も無駄だよねということで、この後のちょっとイメージをしてみました。

1枚めくっていただくと背景。沖縄県がん診療連携協議会では、ロジックモデルと指標に基づき、政策効果向上を目指してきております。ロジックモデルと指標データセットの整備はもうかなり整ってきたと。また今後、半年ぐらいでほとんど整いつつあると。整う見込みであるということです。

これを利用していかなきゃいけないということなんですけど、課題としましては、これをどうやって、実際にどのようなことをしたらいいのか、共通理解はあるだろうかということで、ちょっと今日はイメージトレーニングの感じでございます。

次のページは目的ですが、ロジックモデルと指標データセットを活用した評価・改善の仕方の例を見てみましょうというところですよ。

めくっていただくと「評価」という小見出しがありますが、おさらいを入れております。次のページですね。「厚生労働省通知」と右肩に書いてありますけれども、これは厚生労働省の医療計画通知、医療介護総合確保基金通知に掲載されているロジックモデルのイメージ図でした。皆さま、われわれにはなじみのあるもので、沖縄もずっと使ってきたものでございます。右側にアウトカム、左側に施策アウトプットがあって、そしてアウトカムが何を意味するか、アウトプットが何を意味するか、インパクトが何を意味するか。

それから指標には3種類あって、住民の健康状態・患者の状態を表すもの、サービスを提供する主体の活動を表すもの、サービスを提供する資源を表すものなどがあるわけですが、右下の水色のところにありますように「計画策定／評価の際には、アウトプットがアウトカムにインパクトを与えたか検討して改善する」、これは通知の文言でございますけれども、要するにロジックモデルはつくるのが目的じゃなくて、右側の患者や住民の状態、

及びその提供されているサービスが左側の対策で良くなっているかどうか。良くなるように持っていくんだよということであったということ、おさらいです。

次のページですが、厚労省通知では、われわれが以前からロジックモデル及びその広い範囲でのプログラム評価を見るときに見ている図ですけど、この図で見ますと、①番から⑧番までのことは厚労省通知で説明を明確にしているんですけども、それからアウトプットがアウトカムにインパクトを与えたかということで、実は⑩番のインパクト評価のことを述べているんですけども、⑨、⑩、⑪、⑫という評価のところはあまり明確に何をどうすればいいのか、言ってくれていないわけですけども、そこをちょっと補っております。

7ページを見ますと、一般的な評価の仕方の教科書などを読みますと評価は4段階あるいは5段階でやると。5段階でいいますと、1つ目がニーズ評価というのをやって、次にここの図では1番と書いてあるセオリー評価。セオリー評価はロジックモデルをしっかりつくるといふこと。2番のプロセス評価は決めたことをちゃんとやったかと。3番がやったことが効果をもたらしたのか。4番がいわゆるコスパですね。投入資源に効果は見合っていたか。こういうのを見ていくんだよと。

次のページを見ますと、それは昔からいわれているPDCAと基本的に対応するというところで、PDCAサイクルのPlan、計画、DはDo、実行、CはCheck、評価、AはAct、改善というのは実はセオリー評価、プロセス評価、インパクト評価、コストパフォーマンス評価ということで、PDCAというと漠然としちゃうんですけど、この評価の4段階の感じというのもしっかりとやるべきことができると。

次のページ、「仮称『評価支援シート』（緩和ケア）」と書いてありますけど、これは今日の資料本体、12番の資料の147ページを切り取ったものですけど、沖縄の連携協議会ではロジックモデル、指標、データ計測が整理されてきましたと。これから読み取っていかなくちゃいけないんですけど、今、空白が結構ありますけど、これが埋まってくるし、青文字のところは追加調査がされているので埋まってくるしということで、これはほぼほぼ整ってきます。そういうところを協議会及び部会に「これを読んで、評価してちょうだい」というのが多分、お役が回ってくるんですけど、どうするのかなというところのイメージです。

その際に、ありもののシートとしますと、めくっていただくと評価作業シートというのが提供されています。これは11ページのところを見ますと評価作業シート（全体図）。さっき5段階の評価をするといわれても、こんなものですよとは書いてあったけど、じゃ、どうすればいいのかというと、それぞれの、ニーズ評価だったらこの3点をチェックしてくだ

さいとか、セオリー評価だったら3つぐらいの観点をチェックしてくださいというふうに、何をすればいいかが書いてあって、右側の評価結果という空欄にレスポンスしていけば、その問い掛けに対する回答を書いていけば、おのずと評価が完了するといったような、そういう狙いのツールになっております。

ここは文字が小さいので、この後の6ページに拡大図がありますので、まず6ページをずっと見ていただければと思いますが、ニーズ評価ですね。確認ポイントが3点書いてありますね。患者等の声で満たされていないことは何でしょう。それはどうやってわかるのといったら、アンケート結果があれば見てください。他の地域に比べて劣後していることがありますか。地域別データ集がつくってあるので、数値を見てくださいますと。全国の在宅死亡率が20%で、在宅死亡率が高いほうがいいよね、患者ニーズも一定あるよねというときに、もし12だったら8低いということなので、そのニーズがあるでしょうということですね。守るべき規範で満たされていないことはありますかという。例えばがん検診率50%を目指しているんだったら、20%だと低いよねみたいなことで、アンメットニーズというか、達成されるべきで達成されていないことがあるかというようなことを問い掛けに答えて、評価結果を埋めていくといい。

次はセオリー評価、これはPDC AのPとありますけど、何をすればいいんだというところ、具体的な確認ポイントというところを3点、チェックを、情報源としてはつくられているロジックモデルで読み取っていただければいいと。

次をめぐっていただいて、プロセス評価。これまでプロセス評価はあまり関心がないというか、そこまで至っていないというか、ロジックモデルづくりの間ではあまり話題にならないわけですが、評価になると、いざやったかやらないのか、やり方がうまくいっているのか、何か問題点があったのか、ここを深掘りする頃になってくるわけですね。やるかといっていたけど、資源は用意されたのか。人、物、金を手当てしていたかという。施策は実施されたか、進捗はどうか。アウトプットが生まれたのか。施策関係者はどう感じているか。これのために予算を調べたり、関係者ヒアリングしたり、ロジックモデル、指標セットの中のアウトプット指標を見たりしなきゃいけませんよと。

次はインパクト評価ですね。具体的な確認ポイントは、アウトカム向上したんですかと。でも、向上しただけじゃなくて、アウトプット指標とアウトカムの指標の関係は。アウトプットがアウトカムを上げたんですかと、外部環境はどうですかということ。これを部会なんかで、みんなで「この施策はどうだったっけ」と言いながら、ここを書き込んでい

くという。

最後にコストパフォーマンス評価はここにあるような問い掛けに答えていただいて、最後は総合評価ですね。じゃ、今までの5つ、6つの情報を合わせて、結局、どうすべきなのかということを考えて、改善点、来年度はここをこうしようというふうに考えるという流れになっております。

どんがらの箱だけ見ているとちょっとわからないので、次から評価作業シミュレーションということで、架空の設定で1個、評価をもしやったらどんな感じになるかということをやってみました。

状況設定ですが、19ページ、次のページ。A県という県がありまして、がん計画の緩和ケア分野に関して、こんなロジックモデルをつくってございました。分野アウトカムは「からだ、こころ、生活の痛みを取ろう」ということで、中間アウトカムは「速やかに緩和ケアが受けられる」「緩和ケアの質が高い」、それから「緩和ケアに関する地域の認識が高まっている」みたいなことで、左側に施策群が並べてあります。

どんな施策かということ、次のページにありますように、10個の施策を並べておりました。この10個の施策を1個ずつチェックしていくということになるわけですけど、全部いきなりできないので、今日はこの1個目の重点施策としていた、赤枠で囲んでいた通称アセスメント施策。「院内でスクリーニング&アセスメントを実施する」ということで、がん拠点病院、診療病院で入院患者・外来患者に心身の痛みがあるかを聞いて、ある場合、どうすればいいか検討して、実施計画を作成するという流れをやりましょうと決めていたよねということですね。

次のページ、そのアセスメント施策とは何ぞやという共通認識が必要なので、大体、政策概要シートのようなものをつくりますよねというところです。

22ページはアセスメント施策に関して施策の定義、あるいは誰が何をするかを書いたものでありまして、23ページ、字が読めるように拡大しております。軽く読みますと、アセスメントプロジェクトという施策名。最終アウトカムはさっきのロジックモデルの右端を狙ってました。「からだ、こころ、生活の痛みを取る」と。中間アウトカムは「速やかなケアを受けられる」と。初期アウトカムは「スクリーニングとアセスメントを経て、必要な緩和ケアが受けられている」ということ。活動内容は、このA県の中には6つの拠点病院があるので、そこでこのようにスクリーニング、アセスメントをしようという計画を立てていましたよという設定です。

次のページ、役割ですけれども、それぞれの役割もこんな感じで部会で決めておりました。アウトプット目標、やってみないとわからないけど、目標としては、スクリーニングはやれば100%できるんじゃないかな。理論的にはアセスメントを100%、そのスクリーニングをされたものに対しては100%やりたいよねとか、緩和ケア対処率は30%ぐらいじゃないかなとか、大体当たりを付けていたというような状況があるということです。

では、ここからが5段階の評価の始まりです。まずニーズ評価は、先ほどの問い掛けにあったように、患者さんからの声はどうだったかとか、データを読んで欠けているところがあったかということです。どんな情報があるかというところ、25、26で、では、このA県ではタウンミーティングを行って、患者さんの声がいよいよ上がっていたよねということで見直してみるわけです。これは架空のもですけれども、実際に過去にタウンミーティングで拾った声からの抜粋なので、ちょっとリアリティーがあると思いますし、多分、タウンミーティングをしても、似たような声が出てきちゃうんじゃないかと思いますが、お読みください。要するに施設によって受ける受けられないが違うとか、当たり外れがあるよなみたいなこととか、不十分じゃないかな、ちょっと不安だよねという声があるというのは見えていたりします。

次のニーズ評価の材料としては、データ集から見るというところがありました。読み込みは割愛いたしますけど、全国値と県の値を見るとちょっと低いところもあるよねとか、上がっているけど、全国のほうが上がり幅が大きいから、ちょっと上がり方が遅いんじゃないかというようなところが見て取れて、患者さんの状態、サービスの提供状態、サービスを提供する資源の状態のところですね。ちょっと気になるところもあるよねというところが28、29、30で拡大してありますけど、見て取れるかと思います。

31ページがニーズ評価の判定例ですけれども、部会で30分、審議をしまして。アンケート結果を読んでどう思う？というところ、痛みが取れていない場合の訴えがまだあるよねと。医療機関によって違いがあるという受け止め方もあるよねと。地域別データ集を読んだら、分野アウトカムの指標が全国値の伸びより鈍いよねとか、中間アウトカムの指標で悪化しているものまであるし、緩和ケアに関するサービス提供量はナショナルデータベースの数値によると低めの項目もあるよとか、こんなことがわかりましたということになるわけです。

次の32ページがセオリー評価のやり直しになります。よかれと思ってロジックモデルをつくったわけですが、1年たって、3年たって、まだ大丈夫かなということです。分野

アウトカムは「からだ、こころ生活の痛みを取る」と。中間アウトカムは「緩和ケアを迅速に受けられている」。そのために左、今回はアセスメント施策を見ているわけですが、右から左のつながりはこれでいいんじゃないかと。これはまだ揺るぎないよねということでありますとしますと、33ページ、評価結果は3項目に関して、それぞれ「適切である」と。依然として「適切であると考えられる」ということになります。

次が新しく加味されるプロセス評価のところですが、ここはやっぱりデータだけじゃわからないので、材料集めで、例えばヒアリングなどをするわけです。6つの病院が参加して一緒にやっていたわけですが、どんな状況か、ちょっと担当者が6カ所、ヒアリングをして聞いてきましたと。すると、アウトプット指標のスクリーニング率、アセスメント率も結構高いところ、低いところがあるということがわかりましたと。聞いてみると、例えば看護師がスクリーニング結果を伝えても医師が動かない場合が多いとか、看護師のフラストレーションが高まっているとか、あるいは⑤番目のところ、病院長が交代したので、このプロジェクトはストップの号令が掛かっちゃったとか、ちょっとこれは作り話なんですけど、ひょっとしたらあるある的なことも一部含まれているかもしれないという感じですよ。これは架空のストーリーなんですけども、もっと実際、リアリティーのある話が部会レベルでヒアリングされると出てくるんじゃないかと思えます。

それを受けて35ページ、例ですけども、資源は用意されたか。これは強化事業費に含まれて、緩和ケアは責務となっているから、予算は新規には求められないよねということ。施策は実施されたか。関係者ヒアリングによると、実施されたけども、スクリーニングからアセスメント、緩和ケア実施のつながりは病院によって差があるよと。次、アウトプット指標を見ると、スクリーニング率、アセスメント率は100%のところもあれば50%とか、病院によって異なるということで、低い数値があったよねと。どう感じているかという、つながりが生まれにくい原因として幾つかのボトルネックが存在して、そのつながりを解消することの必要性が感じられているよみたいなことはわかったりすると思えます。

続きまして次のステップでインパクト評価を見るということで、先ほどのところの左に個別施策のアウトプット指標というところの欄が加えられておりますけど、ここに先ほど見ました、ヒアリングのときに得ましたスクリーニング率が全体としていくらかというのと、個別病院でどう違うか。アセスメント率が全体全体としていくらかとか、病院のばらつきはどうかという数値が入っております、それを受けて、例えば右側の「つらい症状にはすみやかに対応してくれたと思う患者の割合」なんかはそのアウトプットから生じる

アウトカムじゃないかなというところを見て、そうするとまだ改善の余地があるよねとか、2023年から2025年でどうなったかとか、国と比べてどうかとかを見てというふうに考え込んでいくわけです。

次の37ページ、その結果の判定として、指標は向上しているけど、全国値と比べて迅速とはいえないとか、スクリーニング率に対してアウトカム指標は向上していないけれども、アセスメント率の高いところはいい結果になっているんじゃないかとか。ところで忘れちゃいけないのは、地元有名タレントさんが患者体験の中で緩和ケアの不備を訴えたことが県民の関心を高めると同時に、緩和ケアに対するちょっと厳しい目が増えているという外部要因は考慮に入れなきゃいけないんじゃないかとか、こういうことが生じてくるわけです。

総合評価として、この前の5段階を見てどうしようかということで、一番下のところですね。総合評価「この施策をやり続けるべきか」。上の5段階が同じような判定になっても、もうやめてしまおうというときもあると思うんですね。でも、これは総合判断の人間が考えることで、でも、これはやらなきゃいけないことだし、結構、原因もわかったし、改善してやり続ければ良くなるかもしれないので、総合判定的には「続けるべき」。例えば意見としては、どこにギャップがあるかわかった。スクリーニングとアセスメントをつなぐ仕組みが重要で、好事例を広げることで病院差を解消していこうと。では、判定は「A」で「強化すべき施策」だということになって、最後に改善点として、来年度の部会の重点項目として、今、やることになっているけど、やり方が決まっていないからじゃないかということで、アセスメント手順書、緩和ケアチーム連携手順書を作成して、参加病院全体でもう1回、しっかりまいていこうということになったみたいな感じですね。

39ページ、今までパートごとに見ていったものが、全体を取りまとめた資料がこんな感じということで、もし評価報告書を書く必要があれば、40ページのような形で転記をすればできるということでございます。

この後、データを読んだときに起こることに関して、さまざまあるときの対処の仕方のページを入れておりますが、飛ばしまして、47ページ、まとめのところを見ていただいて、48ページ、まとめでございます。

冒頭に申し上げた背景へのレスポンスですけども、そういう意味ではこちらの連携協議会の部会はロジックモデルの所掌範囲が決まっておりますけど、そこを改めて確認して、個別施策は何をすることになっていたかという施策概要シートをつくって、評価支援シー

トというロジックモデルにデータが入ったもの、これはほぼほぼできている、あるいは次の11月の会議ではほぼ仕上がってきますので、次は今日やった5ステップのニーズ評価、セオリー評価、プロセス評価、インパクト評価といった評価をやる評価作業シートをつくっていくという、そういうプロセスになってくるということの流れではないかと。

49ページですけど、もう最後のときは左手にデータシート、右手に評価作業シートを左右に置いて、左をにらめっこしながら、みんなで議論しながら、右側を埋めていくことで来年やることがわかってくるという、そんな流れではないかということ、指標の計測ができたという段階において、次の評価・改善という流れのイメージづくりの一例をやってみたということです。以上です。長くなって申し訳ありません。

#### ○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。しっかりとロジックモデルまでは皆さんと一緒に考えながら部会のほうでも検討していただいて、できてきて、それを用いながらさまざまなことをこの会議でも話してきたんですけども、今後、評価というところを、指標をどのように解釈していくかという作業が次にやってきて、それで次の施策に生かしていくというような形が望ましいということで、そのためにはこれまでもある程度されていたんですけども、評価をしっかりとできるようになってくることで、よりこれまでの施策がどうだったのか、次にはどう改善していけばいいのかということを考えるという手段としていく。

ご質問のほうはいかがでしょう。具体的なこともご説明をいただいたんですけど、やはり自分たちのデータが出てきてから、もう一度、皆さんと考えたいと思います。どうですか。玉城先生、どうぞ。

#### ○玉城研太郎委員代理

ありがとうございます。素晴らしいデータを見せていただいて、本当に勉強になりました。

まず前半の在宅のところなんです、これはものすごく重要なデータだと見せていただきました。この場で議論することかどうかはわからないんですが、例えば今、沖縄県行政でこういうデータを用いた……。このデータというのを県行政が知っているのかどうかというところですね。

今、沖縄県医師会でも大屋先生と一緒に、もう毎週のように医療提供体制のところのデ

イスカッションをしております。特に今日は南部ですが、中部地区の医療提供体制というのはかなり注視して見ているところで、こういうような極めて具体的なデータを見ながらディスカッションしないことには県の施策というのはつukれないと思っているんですが、これはどうなんですか。県行政はこれをしっかり見られているかどうかという。

○大屋祐輔議長

担当者の方は1名おられて、資料をお持ちではあるんですけども、それが県行政の作業の中にどれくらい取り込まれているのかというご質問というふうに。よろしく願います。

○埴岡健一委員

実は一般的に、沖縄とは限らず、行政のほうはまずデータ全体を把握されているかどうか、ばらつきがあると思います。

それから、厚生労働省から提供されている医療計画のデータブックとか在宅の見える化システムがあるんですけど、結局、意味ですよ。whyで、データのwhatが見えても、whyとかが見えない部分があって、それをロジックモデルで統合的に右から左につなげて見ないと、あるいはデータも県と市を一緒に見ていたり、隣の町と比べるということ、今日、お示したような一望性を持って見ないと、結局、意味がわからないということになるんですよ。データがいっぱいあって、うようよしていたけども、解釈できないし、どうしたらいいかわからないということになるので。

なので、今回のような提供されているものがあるということをおもんなで知っていただいて、またデータを読むだけではわからないし、専門家とか多様な立場の方が一緒に議論しないとわからないところなので、ぜひこの3種類のやつを、地域のものを広げて、机の上に置いて、10人ぐらいで議論していただいて、逆に行政に「ここが欠けているよ」とお伝えするのもよいのかなと思ったりします。意外とあのデータは知られていないというのはおっしゃるとおりだと思います。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。ロジックモデルも今回、県のほうで、前から使っていますけれども、徐々に県の行政の中でもそれを上手に使っていかうという機運が増えていて、

その重要さに気が付かれている職員も増えてきていますので、今後の、このような形のディスカッションをしながら、県とも話しながらということで進めていけばいいかなと思います。

今、玉城先生からあったように、実はデータはあるんだけど、それがあんまり整理されないまま、数字だけでみんなががんが議論して、結論が出ないというようなことはよくあるんですね。いつも疲労感だけが残ったりして。

ですので、こういう……。本当にロジックモデルの素晴らしいところは整理されていると。誰が何をすべきかというところも見えてくるので、そういう面ではぜひ、皆さんもこれをちょっと、すぐに全部を理解することはなかなか難しいんですけども、こんなものがあるよということで理解していただきながら進めていければなと思っています。

私からの質問、ちょっと時間も押してはいるんですけど、この施策というふうに、施策ですよ。施策というのが、イメージ的には何か県が考えた計画みたいな、「みんな、やってくださいよ」と呼び掛けるような、アクションのようなイメージで捉えられるんですけども、「それは従来型で、これからはちょっと違うんだ」みたいなことを言われるんだろうなと想像して、ちょっとご質問なんですけど、どうなんですか。

#### ○埴岡健一委員

いや、それは大事なポイントでしたね、言い忘れましたけど。都道府県サイドが誤解しているのは、例えば医療計画とがん計画のロジックモデルの施策欄は県の予算を使っている事業しか書いちゃいけないんじゃないかと思う誤解があります。もしそうして県民がそれを読んだら、この地元の対策はこんなに手薄なのかと思って、不安に思います。なので、医療計画などのロジックモデルはその地域で行われているサービス及び体制の全体像を示さなきゃいけないと、今、なっているわけですね。

ロジックモデルのある分野の施策が10個並んでいたとしたら、例えば県が予算化しているものは2個だったりして。あと8個は何かというと、もともとやっているその地域の医療・ケアのサービスであり、それを強化するというものであり、じゃ、それは誰がやるかというのはもともとやっている人がやり方をより強化しているという。

今、オリンピックシーズンでいうと、前からラグビーをやっているけど、ラグビーを強化するというだけの話になって、そのためにこういうトレーニングをして、こういう動き方とこういう連携でメダルを取りにいこうという。それが施策ということであって、ほと

んど多くの施策が元よりの提供者が取り組んでいる強化策ということで、県は特に予算化をしないですけれども、それぞれの診療報酬体制とか既存の助成の中でより工夫して取り組むものになっている場合が多いと、そういう位置づけだと思いますが、そういうことでよろしいでしょうか。

#### ○大屋祐輔議長

はい、ありがとうございます。そこを沖縄県とも話しながら、県が知らないというわけにはいかないと思うので、われわれが「勝手にやっちゃえ」みたいな部分が時々、医療者は暴走するので、そこも県と話しながらやりましょうということをいろいろ話しながら進めて。がん対策も一緒かなと思っています。ありがとうございました。

それでは次にまいりたいと思いますが、天野委員からの報告を増田委員からご紹介をいただきます。よろしくをお願いします。

## 2. 天野委員報告

#### ○増田昌人委員

では、有識者委員である天野委員が今日は欠席なので、私のほうで代理で報告をさせていただきます。資料は別紙の紙資料になっております。右上に「当日追加資料 天野委員報告」と書いてありまして、A4横の資料になっております。

「ゲノム医療推進法に基づく基本計画の検討に係るワーキンググループ提出資料」ということで、ゲノム医療推進法ができて、それに基づいて基本計画が今、作成されようとしているところでして、それに関しまして、全がん連の理事長である天野さんを中心として調査を行った。その調査結果の報告がメインとなっております。

1枚めくっていただきまして、これまでの先行事例としましては、2017年と2022年にウェブを使った一般市民向けの調査が行われまして、それぞれ1万と5,000人弱の回答が得られております。結論からいいますと、回答者の約3%が「ご自身ないしは家族が遺伝情報に関しまして何らかの不利益な扱いを受けた経験がある」と回答されています。また、これらの今、出たような遺伝情報の不適切な利用や差別に関する罰則付きの法律の必要性については7割以上の方が「必要」と回答したということがあります。これは一般市民向けです。

次のページにいきまして、今回、全がん連とゲノム医療当事者団体連合会が合同で「遺

伝に関する偏見・差別や不快な経験の緊急調査」を実施しております。データの整理の支援には東大医科研の武藤教授が少し手伝いをされたということだそうです。

1枚めくっていただきますと結果がありまして、7月17日までに集計した結果の速報値となっております。がんに関しましては全部で人数としては71例、難病に関しては150人、77事例が報告されております。具体的には右の円グラフのところになるんですが、属性としましては女性からの回答が多かった。あと、がんは50代が多かった。一部、小児がんに関する事例もあったということです。特にこの数年、2020年代になってからの事例が7割を超えているといわれています。

めくっていただきまして、6ページですね。回答の方々の声を一応、ここにありますように、全部で9つに分類して報告をしています。

まず7ページなんですが、腫瘍に詳しい医療従事者からの発言に傷ついた経験として「遺伝子を発見しても治療できないし、治療の必要もない」と言われたとか、「遺伝性腫瘍の検査は時間とお金の無駄」と言われたとか、医師のほうでリスク低減手術に理解がなかったり、強く批判されたとか、そういうことが言われたということが報告されています。こういった医療従事者によって傷ついたという声が結構あるんだということです。

次の8ページにいきますと、今度は家族とか周囲の方々からの発言に傷つけられたというような事例もありますし、またネットニュースに関連して傷ついたという意見というか、そういう報告もあったということです。これらのことから、社会全体への啓発とか誹謗中傷への対応もまた必要ではないかということが考えられるかと思います。

次の9ページですが、個人情報の取り扱いに関する経験や治療と就労の場面での経験。例えば上司が遺伝性腫瘍のことを報告したメールを本人に無断で関係者に転送していたという事例とか、常識的にはちょっと考えづらいようなことが実際行われていたというような、そういった非常に重い事例の報告もあったようです。

次のスライドをお願いします。この調査の限界としましては、ここに書いてありますように、経験や心情を明らかにするということで、事例に登場する人物や機関等に関して、このアンケートを主催した側のほうでは事実関係の正確さについての確認はしていないと。ここら辺が限界だということです。

次に11ページをご覧ください。写真が付いているかと思いますが、全国がん患者団体連合会では今年5月に超党派の「適切な遺伝医療を進めるための社会的環境の整備を目指す議員連盟」に対しまして、6月には塩崎政務官に対しまして、それぞれ「ゲノム医療推進

法に基づく基本計画に関する要望書」を提出しております。

めくっていただきまして、12ページですね。要望書の中では、今日のテーマなんですが、法務省の17項目からなる啓発活動強調事項に関しまして「遺伝に起因する偏見や差別をなくそう」と加えるべきだという。こういった法律に関しまして、具体的に指摘をしております。

また、13 ページですね。要望書の2枚目なんですが、「差別等への適切な対応の確保」、法16条に関しましてはこの赤字で書いてありますように、認定遺伝カウンセラーに関しての身分保障とか職務権限の明確化、その養成を進めること。あとゲノム医療診療科を標榜することができるようにすること等を求めています。また、金融庁によります通知とかFAQの発出と公開とか、厚労省によります通知等の公開、あとは治療と仕事の両立支援ガイドラインへの禁忌事項の追記、マイナポータル医療保険情報取得APIにおける個人情報の適切な保護のあり方の検討などを求めています。

次が要望書の最後、3枚目なんですが、法律の17条に関しましては、遺伝検査ビジネスにおけるガバナンス強化のために通知を出すとかガイドラインを検討すること。あとは厚労省からも規制に関わる体制をきちんと取るようにしてほしいと。また学校での教育を含む国民への啓発と社会環境の整備を進めるための施策を検討してほしいということを要望しております。

次の15ページですが、ここにありますように、差別ということがやはり大きな問題となっておりますので、海外における遺伝情報の差別禁止に関する法律等を考慮して、国内でもいろいろ取りそろえていってほしいというような形で提言をされています。

次の16ページが、これからは海外の事例なんですが、例えば米国の雇用機会均等委員会におきましては、遺伝情報と差別に関するFAQを公開しているということ。

あと、次の17ページに示していることで、具体的には遺伝情報差別の例にはどんなものがありますかということで、こういうことをしたら差別だよということの、ここでは4つほど具体例を挙げているということの事例の報告ですね。

次の18ページにいきますと企業内での守秘義務ということがありますので、現在、企業の人事労務担当者における守秘義務に関しては結構、曖昧なところがあるようなんですね。また、19ページにいきますと企業に課せられている安全配慮義務と、あと遺伝に関する差別とのバランスを考慮することがありますので、こういういろんなところでぶつかり合うところもありますので、なるべく科学的根拠を示しながら、きちんと規則を制定してほし

いというような形で提案をされていました。

次の20ページなのですが、既に金融庁からは、皆さまは報道でご存じかもしれませんが、各保険会社に関しまして、ゲノム情報の取り扱いに資する対応の要請が既に行われているわけです。

ただ、その次の21ページにいきますと、遺伝学的な検査結果を実際に受けた患者さんとかご家族にはなかなか理解が難しい部分もありまして、また実際の担当者である医療関係者とか、あとは実際に保険関係者の担当者でも理解が不十分な方がかなり見受けられるということなので、もう少し詳しい通知とか回答集のようなものが必要だということがありますということです。

その結果として、ここにありますように、また法務省におきましては、啓発活動強調事項につきましては「遺伝に起因する偏見や差別をなくそう」を加えることを前提として、検討を進めてほしいということをお願いしております。

こういったことを天野さんが理事長を務められている全国がん患者団体連合会では各省庁に対して働き掛けをしていると。厚労省がメインですけど、働き掛けをしているということ。今日、そういうことを天野さんはわれわれに伝えたかったということのようです。甚だ不十分ではありますが、代理で説明をさせていただきました。

#### ○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。またこの内容については改めて機会がありましたら天野先生にお伺いしたいということで、次にいきます。

審議事項に入りたいと思います。第1号議案、資料7をご覧ください。「LINEを使用したがん対策について」ということで、これはどなたかな。

#### 審議事項

##### 1. LINEを使用したがん対策について

#### ○増田昌人委員

先に私からお話をさせていただいて、その後で島袋さんにバトンタッチをさせていただこうかなと思います。

まず今日の資料に関しまして、先ほどのところでいきますと資料7になりまして、109ページをご覧ください。これから審議事項1番の資料7のことになります。

それとは別に、今日お配りしたカラーの四角がいっぱいある、箱がいっぱいある7枚つづりの資料を1回ご覧ください。A4縦の資料になります。これが当協議会でつくりました第4次がん計画（協議会版）のロジックモデルの指標を省いたものです。一番右の列が分野アウトカム、真ん中の列が中間アウトカム、一番左の列が個別施策となっております。一番左上、赤で書いてあるのが大きな分野になっています。「がんの予防」「がん検診」「がん医療提供体制」、めくりまして「緩和・支持療法」、1枚めくりまして「個別のがん対策」、下のほうにいきまして「共生」ですね。次のページにいきまして、下のほう「基盤」と。以上の分野があります。

その中で、今回の審議事項の1番というのは4枚目になります。大きな分野でいうと「共生」という分野の6番、4枚目を見ますと、この分野の当たっているところはオレンジにしておりまして、4枚目の個別の分野でいいますと「⑥アピアランスケア」。ここは私どものほうでは「県は県拠点病院にアピアランスケアセンターを設置し、患者向けの講習会の開催やケア帽子（またはウィッグ）に対する経済的援助を行う」ということで、これが今回の審議事項の1番に当たるところになっておりますので、それをご参照しながら見ていただければと思います。では、実際のところの解説をお願いいたします。

○大屋祐輔議長

それでは島袋委員のほうからですよ。よろしく申し上げます。

○島袋希美委員（若年性がん患者会「Be style」）

ありがとうございます。若年性がん患者会「Be Style」から来ました島袋です。まず、今回、この提案の場を設けていただきましてありがとうございます。時間が限られておりますので、早口で飛ばし飛ばしでお話ししたいんですけども、反回神経まひがありまして、ちょっと息切れがしやすくかすれてしまうので、ちょっと聞き取りにくいところがあれば遠慮なく教えてください。

それでは今回、提案させていただきたいことは、LINEやマイナンバーカードのシステムを利用したがん患者の新しいサポートの方法です。きっかけは、アピアランス支援事業なんですけども、早速、患者会の方にも紹介しようと思ひまして、詳しい申請方法を確認させていただいたんですけども、109ページのほうにアピアランス支援の申請の流れを簡単に4つのステップで載せております。

まず最初にがん相談支援センターへ相談。これは相談履歴が必要ということだったんですけども、必ずしも必要ではなくなったとお伺いしたんですが、市町村のサイトのほうではまだ「相談履歴が必要」と書かれているところが多いと思います。もしこれが変更になったのであれば、ちょっと周知していただいて、サイトを更新する必要があるかなと思うんですけど、サイトのほうに載っていますので、患者さんはそういう認識で申し込みをされると思います。私、個人的には、行けるのであれば、相談支援センターへ足を運んだほうがいいかなと思っております。

次にウィッグ、補助器具の購入、領収書の確保、そして必要書類をそろえる。病気を証明できるもの、身分証、振込先、あと場所によっては市税の滞納がないことを証明できるものなど、あとは助成金の申請書ですね。こちらをそろえて、最後に役場の保健課窓口もしくは郵送にて書類を提出するということです。

これはよくある申請の普通のステップではありますが、ただ、これが告知後の、これから治療を受けられる、もしくは受けている患者さんがやるとなると、正直、ハードルをちょっと感じまして。

といいますのも、自分の告知の後のことを思い出しますと、1週間くらいは気丈にしていたんですけども、ある日を境にがんと落ちてしましまして、専業主婦だったんですけども、家事が手に付かなくなってしまうたり、そのせいで家がどんどん汚くなってしまったりとか、今まで問題なく回っていた生活ががたがたと音を立てるように崩れていく感じがしました。こういう時期に身軽に動けるかなというと、ちょっと厳しいかなと私は思います。

それで今回、ご提案させていただくんですが、私はエンジニアの知識とか、またプログラミングの知識を持ち合わせていないので、どこまで実現可能か、ちょっとわからないので申し訳ないんですが、患者の目線で、あったら便利だなと思うところの話をしたと思います。

まず冒頭でもお話ししたLINEとマイナンバーカードのシステムを利用した新しいサポートの方法ですが、もうLINEが既に行っているサービスで2つ紹介したいものがあります。

1つは、私は子どもがアレルギーを持ってしまして、舌下治療を行っているんですけども、こちらのクリニックでは「LINEドクター」をやっていて、先生にお勧めされたので「LINEドクター」の診察を受けているんですけども、LINEをしている方はたくさんいらっしゃると思うんですが、ちょっと簡単に説明します。

LINE上で保険証や医療証、お薬手帳などの写真を撮って登録しておいて、LINE上で予約を取って、その時間に先生からビデオ通話がかかってきて、診察が終わったら、私の通っているクリニックの場合は登録しておいた好きな薬局でお薬を受け取るという流れです。参考までに「LINEドクター」のスマホの画面を載せておきました。この書類の登録はスマートフォンで撮影して送信するだけなので、すごく簡単です。

ほかにもLINEのサービスで私が注目しているのが、LINEが取り組んでいる地方公共団体のスマートシティー化で、「持ち運べる役所」と題して、現在、たくさんの地方自治体が公式LINEを運営しておりまして、こちらは市民にとっても大変便利な仕組みになっております。

参考の画像はうるま市の公式LINEなんですけれども、この公式LINEで何ができるかといいますと「基本メニュー」「お役立ちツール」「アプリ」などタブがありまして、自分の欲しい情報にアクセスしやすくなっております。左下の「電子申請」というものがあるんですけど、これまで市役所などに直接出向いて、もしくは郵送ですね。それで手続きしていたものがオンライン上で簡単に申請できるようになっているものです。

最近ですとプッシュ配信というものがありまして、お知らせなんですけど、これは最近ですと子どもの現況届が電子申請でできるようになりましたよというお知らせが先日届きました。そういう感じで、情報のほうから携帯のほうに来てくれるんですね。この受信設定もプッシュ配信の選択ができて、要らない情報、要る情報を自分で設定できます。

私の調べる限りでは、沖縄県内でもたくさん公式LINEを持っているところがありまして、公式LINEの良いところは登録がすごく簡単ということと、情報をいったん登録してしまうと探しまわらなくても情報のほうから来てくれるという点ですね。あとは申請がすごく簡単ということなんです。そこが一番の強みかと思います。

あともう1つ、マイナンバーカードなんですけれども、保険証の代わりにすることはもう皆さん、既におわかりだと思いますが、医療控除の申請とかもマイナポータルを利用して、さくっとネットからできる。皆さん、ご存じだと思うんですけども。

ご高齢の方はスマホの操作が難しいところもあるかと思いますが、ここ15年ぐらいでスマートフォンが普及して、小学生でもスマホを持っていることは珍しいことではないかなと思います。スマホにはほぼLINEのアプリが入っているかと思うんですけども、もう現在ですと9,500万人の利用者がいまして、日本人口の9割を超えると伺いました。これだけの普及率のあるアプリであれば、がん相談支援のための公式アカウントを持つ価値があるの

ではないかなと感じました。

ここからが本題なんですけれども、私はこういった、今もう既にある仕組みやサービスをうまく組み合わせて、がん患者さんが情報を受け取りやすく、支援を受けやすい流れをつくれるのではないかなと思っています。先ほどアピアランス支援事業の申請方法について触れましたが、例えばがん支援センターの公式LINEがもう既にあって、マイナンバーカードや地方自治体と連携が取れるという設定で、今回、ちょっと提案をさせていただきたいなと思います。

行政のシステムを完全に理解しているわけではないんですけれども、私の提案するLINEを利用したアピアランスケアの申請フローがこちらです。116ページになります。

まずは告知なんですけれども、先生でも看護師さんでもどちらでも構わないと思うんですけれども、告知とセットという形で、早い段階でがん相談支援センターとの連携のために、がん相談支援センターとのコンタクトを促してほしいんですが、がん相談支援センターと聞きますと問題を抱えた人が行くところという認識があったんですけれども、そうではなくて、私は利用したことがなくて、それをちょっと後悔しているんですけれども、問題が起きる前に、問題なく治療に取り組めるようにサポートしてもらえるところだと今は認識しております。それで告知とともに案内してくれるとちょっとうれしいなと思います。

次に、基本的にはがん患者さんががん相談支援センターのほうに来ていただきまして、対面で相談。ヒアリングを行って、LINE公式アカウントの登録をお勧めします。次に患者さんがウィッグや補助器具を購入したら、公式LINE上から申請できるようにならないかなと思っています。

マイナンバーの連携で病気の証明などが省略できたらと思うんですけれども、連携できなかったとしても、スマホの写真を撮って送信できるような、そういう仕組みがあるといいなと思いました。申請の際は役所に出向かなくても済むように、各市町村の申請ページに飛べるような仕組み、動線がつくれたら、患者さんが迷子になることなく、また負担もちょっと減るのではないかなと思っています。

公式LINEというところにいったん登録しておけば、今回はアピアランス支援を例に挙げたんですけれども、この支援に限らず、新しく始まった支援をダイレクトにお知らせすることができたり、受け取ったり、知らないで損してしまうような情報を患者さんが漏れなくしっかり受け取れる流れをつくっていけるのではないかなと思います、以上、提案させていただきたいと思います。今の説明でうまく伝わったか、ちょっと不安ではありますが、時

間が限られておりますので、説明を凝縮させていただきました。書面ではもう少し詳しく書いておりますので、一度、目を通していただけると幸いです。以上です。ありがとうございます。

#### ○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。実際に申請なんかするときにもとても大変なので、どうせ行政が持っているデータをちゃんと電子行政でやっていただけると、出入り口はLINEを使えばいいんだということで。さまざまな市町村では既にLINEを使った行政手続きができるようになっていくところもありますので、その1つの形として、こういうものがあつたらいいなというような、私もそういう感想を持ちました。

今後はやっぱり市町村単位だとか沖縄県でとか、LINEの中での……。今、遠隔医療じゃないですけど、いろいろな個人情報を処理しながら、そういうものを使うというのが進んできていますので、ぜひそういう形を、また沖縄県と話すときにでも、医師会からお願いしてもいいし、いろんな方法で取り組んでいただくことが必要かなと思います。

仮に電子化、このような形でLINEとか電子化されてしまえば、別に市町村ごとにやる必要はもうなくなってくるので、非常に行政的には……。今の行政の仕組みは、手続きは市町村、医療制度は二次医療圏みたいになってしまっているんですけど、本当はそういうものも今後、崩れてくるはずなので、ぜひ現場の声をしっかり上げていって。今日は貴重なご報告をどうもありがとうございました。すぐに実現はしないかと思うんですけど、でも、こういう声は大事だなと思いますので、またわれわれでも考えていきたいと思います。ありがとうございます。

何かご意見がありましたらお願いいたします。よろしいですか。どうもありがとうございます。では、次にいきましょう。

次は歯科医師会のほうから、今日は米須委員がご欠席で、代理で金子理事が来られておりますので、ご提案のほうをよろしくお願いいたします。

## 2. 周術期の口腔清掃について（がん医科歯科連携）

### ○金子智之委員代理（沖縄県歯科医師会）

沖縄県歯科医師会学術担当理事の金子です。本日は会長の米須に代わりに出席させていただきました。今回は周術期の口腔清掃等（いわゆる歯科治療を含む）についてお願いが

ありましてお話をさせていただきます。なお、医療従事者のみでなく、患者さんの方もおられるのでわかりやすい言葉で手早く説明させていただきます。

もう大半の方はご存じのとおり、がん手術の前の口腔健康管理には、資料の118ページに書いていますように、口腔衛生のみで、つまりお掃除とか歯石除去とかそういうことだけじゃなくて、ぐらぐらした歯の処置、つまり歯が落ちないように、ぐらぐらして痛みが出ないように、例えばぐらぐらしている歯は隣の歯とくっつける、もしくはちょっと頑丈なマウスピースで固定する、場合によってはもう抜いてしまうということを行ったりします。あるいはそれ以外にも痛みが出るであろう虫歯があれば虫歯の治療を行ったり、入れ歯が外れそうとか痛みが出そうであれば調整したりするという治療を行います。これはいわゆる術後の合併症を予防するためだけの、お掃除だけじゃなくて、患者さんが過ごしやすいようにする、きちんと食事が取れるようにするということも含んでおります。

次が本題なんですけど、現在、県内で歯科医師会の会員のほうに紹介をいただいて大変助かってはいるんですけど、紹介をいただく時期が手術の前日であったり、1週間前だの、いわゆる直前。われわれが考える直前の予約のケースが増えておりまして、そういう場合に、どうしても会員のほうで予約が取れなくて困ってしまう。かといって断ると、今、言った合併症のリスクも大きく上がってしまうので、結局、例えば終わってからやるとか、朝、始まる前にやってしまうとか、医院サイドのほうで負担がすごく大きくなって、ちょっと厳しい状況になっているということなので、今日はそれについて、何とかならないかということをお願いにまいりました。

なので、こういうがん等の手術を受けられる患者さんの術後の早期回復のためにも、手術が決まったら、可及的に早く歯科のほうに紹介していただけると非常に助かりますので、どうかよろしく願いしますという内容です。

#### ○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。がんの診断・治療をやっている医師のみならず、がん相談支援センターのほうからもそういうふうな、ハンドブックの中にはあると思うんですけども、十分に患者さんに行き渡っていないということで、今後はどのような周知の方法で早期の歯科受診を行うかというところはいろいろ考えていただければなと思いますので、部会のどこかで検討いただくようにいたしましょう。この場の方は覚えて帰っていただいて、どうぞよろしく願いします。

何かご意見、ご質問はよろしいですか。

○増田昌人委員

医療部会で具体的な対策、啓発の方法、仕組みに関しましては検討した上で、歯科医師会の先生方と連携して行うということにして。

○大屋祐輔議長

そうですね。場合によっては医師会のほうでも会員への通知ということではできると思いますが、お願いすることになるかもしれません。よろしくお願ひいたします。

それでは次にいきましょう。第3から第5議案となりますけれども、医療部会長の有賀先生が今日は所用で欠席のために、代理で増田委員から提案のほうをお願いいたします。

### 3. 今年度の「沖縄県がん登録事業報告」に対する要望について

○増田昌人委員

では、iPadのページでいうと119ページ、資料9をご覧ください。

まず最初に、先ほど別紙のカラーのロジックモデルの表をご覧ください。これは5枚つづりになっているんですが、審議事項2で挙げたことに関しましては「がん医療提供体制」、2枚目の上から、オレンジでいうと4つ目のところですね。「⑦チーム医療の推進」の中で、当協議会版としましては「『施設』では、院内や地域の歯科医師、歯科衛生士等と連携し、医科歯科連携によるがん患者の口腔の管理を行う」というふうに個別施策として挙げられておりますので、これに関しましては所掌が医療部会ですので、そこで審議をさせていただいて、歯科医師会及び医師会の先生方と連携して、どういうふうにするかを検討していきたいと考えております。

今の審議事項3に関しましては、5枚つづりの一番最後のページになっておりまして、この部分は前段の大きな分野でいうと「基盤」という分野の中の「④がん登録の利活用の推進」で「全国がん登録／院内がん登録の精度を高め、活用可能性を上げる」というところに当たるものです。

では、iPadの119ページをご覧ください。資料9になっておりまして、これに関しましては離島・へき地部会及び医療部会のほうで検討していただいて提案された事項になります。少し読み上げますと、沖縄県が毎年発行している沖縄県がん登録事業報告は、がん対策に

大きな影響を及ぼす基礎データの拠り所として重要である。これまでに、幾つか改良がなされてきましたが、依然、ちょっと不十分なところが多いかと思えます。今後もより細かい評価が必要なんです、具体的には全県のデータは出ているんですが、二次医療圏とか市町村ごとのデータが公開されておられません。ですので、それらも含めて、より医療現場に近い、ないしはこの協議会等でも議論をしていくために、幾つかのデータを新たに調査していただけないかというか、一度のデータから解析していただけないかというお願いをしたいのですが、いかがでしょうかということになります。

具体的には120ページ、これはかがみ文なんです、県宛てに本協議会の議長から「今年度の『沖縄県がん登録事業報告』についての要望書」を上げたいということです。

具体的な内容は121ページに、大きく3つになります。1番目が以下の①～⑫の項目の詳細部位別、性別データについて、二次医療圏ごと及び41市町村ごとの集計結果を示すこと。以下に①～⑫まであります。粗罹患率とか年齢調整罹患率等が書かれております。

2番として、上記の二次医療圏別、市町村別の進展度等の公開対象疾患に、これまではいわゆる5大がんについての分析を行っていただいていたんですが、おとしから、特にがん診療連携拠点病院の整備に関する指針で5大がんから8大がんに移行したものですから、プラス、これまでの大腸、肺、胃、乳にプラスして、前立腺がんや肝、胆、膵のがんが入りまして、全部で8大がんになったので、そのところをちょっと加えてほしいということ。

また、これは1番と2番に共通することなんです、もし罹患数等が少ないために、データの不安定さとか個人情報保護の問題が生じる場合は2年から5年束のデータで、例えば5年生存率とかそういったものは計算して公開していただくとデータが安定化するんじゃないかと思えます。

また、個人情報保護に関しましては、15年ほど前からずっと個別のがん患者会とか、あとは全がん連のほうから再三、国やいろんな機関に対して、個人情報保護法の観点も大事ではあるけど、やはり個別の患者さんがきちんとした医療機関で医療を受けるというほうが患者会としては大事と考えているということで、細かい0、1、2、3のようなデータに関しましてもぜひ全面公開をしてほしいということは文書や口頭等で、いろんな公的な会議でいわれていますので、多分、日本においては、少なくともがん登録のデータ公開に関しましてはあまり問題はないのかなと考えています。

あとは最後に部位別で公開しているがんに骨・軟部腫瘍を加えていただければと思いま

す。以上3点ですね。

これらは既に「統計で見る大阪府のがん」のほうで20年ぐらい前から公開しているデータを参考にさせていただいていますので、特段、新しいやり方というわけではありませんので、既存の全国がん登録のデータから十二分に出せるものでありますので、ぜひご検討いただければと思います。このことを県のほうに要望したいということになります。以上です。

#### ○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。従来のがん登録のデータの開示に加えて、幾つかの指標、治療等に関係してくるような指標を入れて、国民というか、県民というか、上手な選択ができるようにということを考えていこうということだろうと思いますが、また対策を市町村がしっかり考えるときにもそれが役に立ってくるのかなと思います。

ご質問はいかがでしょうか。特に121ページにございますような、①～⑫のような指標、また今回から骨・軟部腫瘍も加えるということに関連してということで。

私はこの話を聞いたときに、非常に希少ながんの場合はなかなかデータがばらついてしまうので、数年ごとに集めたりとか、場合によっては市町村単位というよりも、この部分だけは二次医療圏にしましょうねとか、そういう細かな工夫はあってもいいかと思っておりますけれど、そういうのも含めて、今後、こういうことを公開し、医療機関、そして市民等が、県民が利用できるようにしていくということでございます。

ご意見のほうはいかがでしょうか。子宮がんは入っていないんだっけ。

#### ○増田昌人委員

いわゆる8大がんの中には子宮がんは入っていないです。ただ、分析の中では、例えば検診に係る5種類のがんということで、プラス子宮頸がんに関しましては早期発見率とかは分析に既に入っています。

#### ○大屋祐輔議長

分析のほうには出てきていますよね。ありがとうございます。

よろしいでしょうか。では、この方向で県のほうに要望を出していくということで進めたいと思います。ありがとうございました。

それでは次をお願いいたします。

#### 4. 院内がん登録をしている18施設がDPC-QIに酸化することに対する要望について

○増田昌人委員

次が審議事項の4番になりまして、この部分に関しましては医療の質の評価に関してなんですが、先ほど皆さんにカラーの5枚の印刷物の中では「医療提供体制」の中の「④手術療法」「⑤放射線療法」「⑥薬物療法」にそれぞれの個別施策に含まれておりまして「標準治療を質が高く安全に実施する」ということに掛かっている3大療法のところの質の評価ないしは質を上げていくということに掛かっている領域であります。

具体的には、iPadの本文の122ページ、資料10をご覧ください。これを今現在、10年以上前から厚生労働省の委託事業として、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会、これは51の都道府県拠点病院が集まった会議体でして、その中に専門部会が3つありまして、その中の1つ、がん登録部会が毎年行っているQuality Indicator研究になります。そこでがん医療の質の評価を計測する数少ない全国レベルの事業です。「研究」と入っていますが、実態は事業となっております。現在、451ある拠点病院のうち、八十何パーセントがここに参加しておりますし、さらにそれ以外の国内を代表する病院が200ほど入っておりまして、全体として600弱の病院がこの事業に参加しています。

その中で沖縄県では院内がん登録を行っている。院内がん登録を行っていることと、あとDPC病院であること、2つが条件となっております。現在、院内がん登録を行っている18施設の中で、ここには書き漏らしておりますが、DPC病院は16施設になっておりまして、その中の11施設がこの事業に参加しています。ですので、参加していない5施設に対して、事業に参加していただけないかという要望を出したいということ。

もう1つは下から5行目なんですが、これはDPCのEFファイルと、あと院内がん登録をオートマチックにリンクージュすることによって、幾つかのQuality Indicatorを測定できるということなんですが、ただ、それはオートマチックでリンクージュするものですから、個別の事情はわからないわけです。ただ、もし未実施にあった場合に、その理由を診療録から情報を採取して未実施理由の記載をすることによって、より実地臨床に則した評価を行うことも同時に並行してやっております。

それに関しては、沖縄県では今、3施設のみが参加しているので、沖縄県の院内がん登録プラスDPC病院の16施設全てがこの未実施理由を、カルテレビューをすることによっ

で行うことまで、そこまで参加していただけないかという、その2つをお願いしたいと考えておりまして、ここに提案いたします。

具体的には次のページ、どういうことがわかるかといいますと、ちょっと図が、青いグラフが入っているところなんです、Quality Indicator研究というのは、具体的には標準治療が行われているかということ进行分析することになります。

1つの例なんです、Q I - C32というQ Iは大腸がんへの術後化学療法になります。これは分母としては組織学的にステージⅢと診断された大腸がんの患者に対して、標準治療としましては手術後8週間以内に標準的な補助化学療法を施行するというのが標準治療となっております、それができているか否かを見るということになります。ですから、例えば患者さんが10例いたら、そのうち、ちゃんとやってきた症例が何例あるかということになります。

下のほうはダミーでつくったものなんです、実際のものとはちょっと違いますが、自施設がどこに当たるかを見ることができます。例えば琉大病院が参加していますが、琉大病院の職員と参加施設は自分の病院の立ち位置は見ることができますが、お隣の病院の立ち位置を見ることはできません。この立ち位置というのは、ここに赤で示されたもので、この青の棒が全国の600弱の病院の成績ということになります。

これを見ることによって、自分の病院の絶対値を何パーセント、ちゃんと標準治療ができているかを知ることができますし、全国ではどこに当たるのかを見ることができるということで、これをフィードバックすることによって、例えば琉大ですと毎年1回、フィードバックをかけていることによって、それぞれ各診療科で個別に注意をお願いしていることによって、少しずつレベルも上がってきているということで、これを各病院でできるようになると。

これはDPCのEFファイルを、もともと院内がん登録のデータというのは国立がん研究センターに提出しております。それにプラスして、DPCのEFファイルというのを、これは多分、数十分で出すことができますので、それを提出することでオートマチックに国立がん研究センターのほうで分析をしてくれるということなので、提出する数十分だけ頑張っただけであれば、各病院にはそれ以上の負担はないので、そんなに難しいことではないかなと考えておりますので、ぜひ皆様のご審議をいただいた上で、呼び掛けをしていただけるとありがたいです。以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。Q I の重要性はもう皆さん、ご存じだと思いますので、呼び掛けるということ。あとは個別、呼び掛けのときにしっかりと説明をしてご理解いただくということが重要なと思います。いかがでしょうか。これは呼び掛けるということを進めたいと思います。

次はがん専門家というか、「専門的な資格をもった医療者が少ないこと」。がんばりではないんですが、この件について、また増田委員からお願いいたします。

5. 専門的な資格をもった医療者が少ないことについて

○増田昌人委員

この部分に関しましては、皆さん、お手持ちのロジックモデルでいうと4枚目の「基盤」の中の「②人材育成の強化」の「必要な知識を身に付けた専門的人材が増加し、適正な配置を行う」というところに当たるものです。

また、先ほどの審議事項の4番と、これからお話する審議事項の5番は1枚紙で表をお配りしているので、ここで先ほど埴岡先生がおっしゃった施策概要シートに落とし込んでいますので、後でまた皆さん、それを見ていただければと思います。

具体的には、医療部会と離島・へき地部会のほうで議論を続けていたんですが、かなり一部なんですが、専門的な資格を持っている医療者が少ないということが判明しました。これをどうしていくのかに関しましてはかなり議論があるということで、なかなかすぐには決めきれないんですが、取りあえずこの事実だけは皆さんに多く知っていただいたほうがよいということで、今回、皆さんに説明をするのが1点。

もう1つは、沖縄県では県庁のホームページにありますように、26カ所の病院ががん医療をする病院として選定を受けています。その院長先生や副院長先生、病院幹部の先生方にも知っていただいて、かつその病院の中でもいろいろご検討していただくとかなりの病院が専門医を養成できるような病院ではありますので、そこを検討していただくということで、まずはそういう先生方に協議会のほうから「こういうことになっています」ということを知らせてはどうかということが話し合われました。

具体的には、先ほどのページから2ページ飛んでいただきますと、129ページになりますが、ここから現状があります。1つには、ここは今、外科のデータが入っていますが、外科専門医が、オレンジが沖縄県のデータ、グリーンが全国平均となっております。これは

人口比で割ったものなので、人口100万に対してのランキングを出しています。外科専門医も下から全体として35番目、消化器外科専門医が44番目、3階に当たります肝胆膵外科高度技能専門医が43番目ということでかなり低いものもありますので。

その次のページからはそれぞれ呼吸器外科、泌尿器科、放射線科、産婦人科、耳鼻咽喉科等のデータをお示ししておりますので。

各学会のホームページは名簿の一覧や人数の一覧は出していますが、人口比でのランキング等は出しておりませんので、今回、部会のほうでこのデータをつくって、かなりいろいろ考えさせられるデータですので、これを皆さんに知っていただくこと。あとは各院長先生方に知らしめるお手紙を出したいということで提案をさせていただきます。私からは以上です。

#### ○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。人口が減ってきていますので、医師の人数をこれ以上増やさなくて少なく誘導するという国の方向性ではあるんですけども、こうやって専門家が少ないということは、最初から少なければ、今後、増えなければさらに少なくなるということなので、非常に厳しいかなということで、危機感を持ってわれわれも、行政のほうも頑張っていっていただきたいなという気はします。

いずれもランキングで下のほうにある県はどこも専門医でも共通なんですよ、実はね。見ていただくと、もういつも出てくるのは沖縄県とどことどこと。青森県と茨城県とみたいな感じだと思うんですけど、これはわが国の構造的な問題では……。すみません。ただ、みんなで頑張ることができることをやっていきましょうよということで。

ご意見のほうはよろしいですか。情報を公開すると。ただ、これを、僕は沖縄県自身もここまで細かい分析をされたものはお持ちでないと思いますので、そういう面で医師確保の対策の担当のところにもぜひこの情報を差し上げて、一緒にやっていくということが必要かなと思います。

いかがでしょうか。先生、どうぞ。

#### ○西原政好委員（沖縄県立宮古病院 外科部長）

宮古病院外科の西原と申します。私は消化器外科医ですので、本当に沖縄県は外科医が少ないのをひしひしと感じて、若手の外科医を獲得するのは至難の業なんですけども。

でも、先ほど言われたんですけども、沖縄県はもう島なので、ほかの県は、本土とかの県という陸続きなので、いろんな病院とか選択肢が結構あるかなと思うんですよね、大学病院があったりとか。

ただ、外科医とか専門性のある医師を育成するには、もう医師の大学の初期……。特に琉大ですよね。大学の、いったら沖縄で働く医師を増やすような政策を今からどんどん考えていかないといけないと思うんですよね。

そのためには、今ある琉大の地域枠を増やして、その地域枠の中でも外科を専攻するような地域枠を選択すると。その辺はなかなか難しいかなと思うんですけども、そういうところまで突っ込んで地域枠を増やして、沖縄県で働く医師を増やしていくこととか、今から考えていかないと本当にとんでもないことになる。外科医療を担う医師が本当に少なくなるんじゃないかというのはすごく心配なんですけども、その辺は大学とか、琉大がどのようにお考えでしょうかということをちょっと教えていただきたいんですけど。

#### ○大屋祐輔議長

ありがとうございます。まさにおっしゃるとおりで、地域枠に関しては、ただ、来年からまた1人減らせと国は言っているのです。

この感覚のギャップを国が全く理解できないらしいです。離島とか沖縄本島が……。沖縄本島ですら離島であるという事実を彼らは理解しないんですね。もう人口比と、あとは医療受療、それから医師の年齢構成でしか判断できない人たちなので、随分と今、申し上げてはいるんですけど、跳ね返されていると。

自衛策としては「地域枠」という名称ではなく「地元出身者枠」という名称でちゃんとつくってくださいと、国というか厚労省のほうから言われているので、その方向性をまずは取っていかうかというような話にしているところではあります。

また地域枠についても、実をいうと、沖縄県の地域枠は全部、県が奨学金を出しているんですよね。今の時点では財政と医療政策課で話してもらって、ある程度、出てはいるので、これを例えば30人としたときは30人分は出てこないの、奨学金なしの地域枠をつくることも1つの選択肢で、議論はありますけれど、まだ決定まではいっていないので、今回の声をしっかりと入試委員会、医学部のほうに伝えておきたいなと思います。

いかがでしょうか。実は消化器内科も少ないという話もあって。外科の先生は本当に今、大変ご苦労されているという現状がございますので。

こういうデータも、これを学生が見たときにどう考えるのかと。頑張ろうと思ってくれればいいんですけど、「大変そうだからやめる」と言われたら大変困るので、ちょっと出し方も考えながら見せていきたいなと思っております。いかがでしょうか。

それでは次にいきましょう。休憩ですね。50分からしたいと思います。休憩を7分間、よろしく願いいたします。

(休 憩)

○大屋祐輔議長

それでは報告事項に入りたいと思います。報告事項1～2について、増田委員よりご報告のほうをよろしく願いいたします。

報告事項

1. 「第4次沖縄県がん対策推進計画（当協議会版）」の進捗について

○増田昌人委員

では、報告事項1番で、第4次沖縄県がん対策推進計画（当協議会版）の進捗についてご報告いたします。ページでいうと先ほどの次のページになりますので、142ページ、143ページという形になります。

1枚目が、とても字が小さくて申し訳ありませんが、ちょっと指で広げていただきますと、左上に「がんの予防」のページになりまして、次が、2ページ目が「がん検診」のページになります。時間の関係上、一つ一つを説明していきますと切りがありませんので、ざっと説明いたしますと、まず1つは、まだ結構、空欄が残っておりますが、緑で塗っているところがあるかと思います。その部分は大体、左側の実測値がないんですが、ちょっと広げていただきますと「7月末までに41市町村アンケート実施予定」と書いてあります。ちょっとずれ込んでおりますが、今月中に41の市町村に対しましてアンケート調査を行う予定になっております。それはベンチマーク部会で審議しておりますが、8月のベンチマーク部会で最終案を調整の上、41市町村にアンケート調査をかけて、具体的には、例えばここでありまして、全国がん検診従事者研修の基礎研修と実務研修及び指導者研修を修了した方々が何人ぐらいいて何パーセントなのかを、最終的に何パーセントかはこちらでまとめますが、何人ぐらいいらっしゃいますかということを各市町村にアンケート調査をしてデータを収集する予定でおりますので、11月のときにはここが埋まってくるかと思っております。

もう2枚進めていただきますと今度は「医療提供体制」のページになっておりますが、ここも水色のところがあります。これは今月末までに各26施設に対してアンケートを実施する予定でおります。それで現在、アドバンスケアプランニングに関する院内マニュアル等を策定している施設の割合とか、各施設ごとのセカンドオピニオンをした件数とか、そういったものを施設アンケートをして調査する予定でおりますので、そちらも埋まってくるのではないかと考えております。

あとは、例えば今のページでいいますと右のほうですね。一番右の分野アウトカムは、各がん種ごとの5年生存率を示しています。ここに出しているのは院内がん登録によります5年生存率を示しております。全部位プラス8大がんについて、院内がん登録の項目によりまして、出せるものは少し細かくしております、小細胞肺がんと非小細胞肺がんは分けて出していたり、あとは大腸、肝細胞、肝内胆管、胆のう、膵、胃、大腸という形で出しております。これらのところは最新データを全部出しておりますので、今、沖縄県のものは2010年から2015年の5年生存率を出しております。沖縄県のデータと全国値のデータと、一番右の列は最良県のデータになっております。なので、院内がん登録のデータでいいますと、全部位として沖縄県は60%ですが、全国値は66%、最良値の東京都は71%になっておりますので、全部位の、院内がん登録による5生率は10%の開きがあるということで、かなりの差があることがわかるかと思えます。

最新データだけ出しておりますので、がん対策を考える上でこういったものがどの程度、今、良くなってきているのか、あまり変わっていないのか。あと、全国の中ではどういう立ち位置を占めているのかが、少なくともここからわかるのは最良値ではないということと、全国値以下だということはわかりますが、では、47都道府県中の何番目あたりになるのかということもわかりませんので、あと、そのトレンドがわかりませんので、今回、少しベンチマーク部会とがんセンターのほうで、そういう知識を持った会社と提携をして、グラフ化することを試みました。それで今、担当の方にネットでつなげておりますので、少し解説をしていただきますので、皆さん、前のスライド画面にご注目いただけますか。

渡部さん、この後、ちょっと解説をお願いいたします。

○渡部氏（株式会社ウェルネス）

わかりました。株式会社ウェルネスの渡部と申します。本日はよろしく申し上げます。  
増田先生からご要望があつて、第4次沖縄県がん対策推進計画の協議会版のロジックモ

デルをもう少し使いやすいツールの形にして、先ほど増田先生からご紹介があったとおり、最新の値だけではなくて、過去のデータまでさかのぼって見ることができれば議論の役に立つだろう。そういうツールをつくってこないかというご要望がありまして、このたび、作成をしております。早速ですけれども、ツールについて説明したいので画面共有いたします。

表示されているのはエクセルのファイルですけれども、皆さんが資料でよくご覧になっている協議会版のロジックモデルによく似た形の四角い箱が線でつながった状態ですね。分野アウトカム、中間アウトカム、個別の施策というふうにつながっている、そういうロジックモデルで、分野別に「がんの予防」「検診」「医療提供体制」と7種類の分野ごとのロジックモデルにデータがくっついた形のエクセルのシートでございます。

今回、ツールで開発したのが、「グラフ」というボタンがありますね。これを押すと過去のデータが見られるようになるというものです。どこからいこうか。せっかくなので、「がん検診」のところをやりましょうか。検診種別ごとにがんを選択することができます。例えば大腸がんですと大腸がんの死亡率が表示されますし、胃がんを選択すれば、胃がんに関するさまざまな指標がロジックモデルとして表示されます。

例えば大腸がんですと、大腸がんの死亡率は、沖縄県は全国よりちょっと悪い。こういうときにロジックモデルをさかのぼって、では、中間アウトカムはどうだったのかという成績を見ていくわけですが、そもそもがんの死亡率、男性の場合はこれまでどういう変化を遂げてきたのかを見たいときに、今まではさまざまなデータが入った表を見比べて、この年度のときはこうだったねというふうに見ていたわけですが、ツールがあると一発でわかると。「グラフ」ボタンを押していただくと、過去10年ぐらいの全国と沖縄県の大腸がん死亡率の変化が見て取れるようになるわけです。

そうすると、沖縄県は全国よりもちょっと死亡率が高い状態が、上がったたり下がったりしながら。これだけだとわからないわけですね。そうすると「検診」のところに戻って、大腸がんの検診の精検の受診率なんかはどうだったのかを見ると。全国と沖縄を見ると、沖縄県は、現在は全国よりも精検受診率は悪いですねと。グラフを見てみると、この差もあまり全国と比べると縮まっていないように見えると。こういうふうにご過去10年分近いデータを見比べながら、ロジックモデルでそれぞれ原因と結果のところを見ていくといろんなことがわかるんじゃないかというのがこのツールの肝になっているわけです。

ただ、残念ながら、10年分のデータがないケース、それからそもそもデータがないケー

スについてはグラフを表示させることができませんので、そういうのはボタンを押しても何も出すことができません。代わりに「グラフ」というボタンが付いているところは大体古いデータまで追えて、大腸がんの指針をどれほど守っているかという、市町村がどのぐらいあるかというところを見ることもできたりします。そういうのがさまざまな分野別にあると。

例えば「緩和・支持療法」の分野アウトカム。これは患者体験調査のやつですから、2回分、過去、まだ入っていませんけども、こんなふうにグラフが見られると。途中の間、そもそもデータがないところは空欄になっていて、そこはすみません。直線で埋めているというようなグラフです。

このように、もともと沖縄県の協議会版のロジックモデルというのはすごく優れていて、ロジックモデルは通常、指標とアウトカムの文字列が書いてあるだけのものがほとんどなんですけど、沖縄県の場合は県と全国と、それから最良県とを比較しながら、現時点のものでどうなのかを見ることができますし、今回、増田先生のアイデアを実現することで、過去、どのような改善が見られたのか、見られていないのかというところまで追えるようになっていて、そういうツールでございます。

現時点ではこの10年分のデータをさかのぼるところまでですけども、増田先生のアイデアとしてはこの後、過去、沖縄県が全国でどのぐらいの位置にいて、今、どうなったかというふうに、過去と現在の成績をもう少し比較するようなことができれば、より改善できた、できないがわかるんじゃないかということで、今、開発を進めているところでございます。

増田先生、こんなところで紹介、いかがでしょうか。

#### ○増田昌人委員

どうもありがとうございます。補足しますと、今、もともとの「うちな〜がんネットがんにゅう」の本協議会のホームページには、全国の全ての二次医療圏の公開データを集めたものは全部、公開してまして、例えば北海道の二次医療圏から沖縄の二次医療圏まで、全てのデータも出しているんですけど、いちいち、その過去10年分のデータも把握しているんですけど、なかなかいつもそれを「はい、じゃあ、去年のデータはこれ。おととのデータはこれ」というふうにすると、部会でもなかなか議論がしづらかったので、グラフ化できるものは全部、渡部さんにご協力を得てグラフ化できるようにしましたので、また

これで各部会での議論がしやすくなると同時に、これは安定性を確認した上では「がんじゅう」のところで公開する予定でありますので、皆さん、各病院で使っていただければと思います。何かご質問があれば、渡部さんがいる間に質問していただけるとありがたいと思います。

○大屋祐輔議長

いかがでしょうか。「自分で使ってみないとわからない」という意見も多いかと思いますが。今回、次回でもまた質問があればいただくということにいたしましょうか。

○増田昌人委員

もしご要望があれば、私のほうにメールいただければ、取りあえずネット上で動くようにはなっていますので、お出しできると思いますので、メールでご連絡いただければと思います。以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。また今後、公開データが増えてきますと……。というか、これはこれでロジックモデルの評価ということなので、今後、そのデータについても見やすいような表示を考えていきたいと思っております。いかがでしょうか。よろしいですか。

それでは次にいきましょう。資料13で「医療者調査の解析結果について」、これは増田委員からお願いいたします。

## 2. 医療者調査の解析結果について

○増田昌人委員

十数枚ほど進んでいただきますと出てくると思うんですが、資料でいうと167ページ、資料13をご覧ください。前回、本当にしょっぱなところで、取りあえずの分析結果をお話ししました。今、中間評価ということで、現在の段階での沖縄県の医療者調査の中間評価につつましてお話をいたします。

対象は県庁で公開されている沖縄県におけるがん診療を行っている医療機関ということで、拠点病院が3つ、地域がん診療病院が3つ、及びそれ以外の医療機関が20ということになります。一応、対象の想定は医師が2,000人余り、看護師が7,000人余りで、薬剤師が

423人、医療ソーシャルワーカーがちょうど100人で、対象施設は以下の26施設になっております。

1枚めくっていただきまして、回答方法が、今年の3月15日から3月31日なんですが、実際には4月10日まで回答があったものを加えております。回答者の概要としましては、回答総数が1,274票で、うち2023年にがん患者に携わっていない方、同意のない方が316名いましたので、それを抜いた方の958名が回答者ということになります。勤務状況は以下のところで、二次医療圏ごとに分析ができるようにしておりますのと、勤務先が拠点病院か否かというところで見えておりますので、以下のような形になっています。灰色のセルはちょっと疑問があるところではあります。

次をめくっていただきますと年代が出ておりますが、男性が33%、女性が65%ということで1対2。年齢は20代、30代、40代が200人台で、50代まで大体同じようなんですが、60代が55人ということになっております。

回答の集計方法につきましては、時間の関係上、次のページにいきたいと思います。ここで、グリーンのもの赤とオレンジのもので出しておりますが、大きく選択肢のパターンがA、B、Cの3パターンありました。

Aのほうは5択になっていて、25%刻みで回答をお願いしています。例えば痛みのモニタリング結果を主治医へ速やかに伝達していますか、どれくらい伝達できていますかということで、0~25、26~50、51~75、76~99、100の5択にしております。それ全体を分析しておりまして、1つは代表とされる値を、例えば0~24だった場合は12ということにして、それで計算しますと実現率という形で、全体の総数の平均が、例えば10番ですと、痛みのモニタリング結果の主治医（チーム）への速やかな伝達をしているのが75%程度ということで、最多回答は75~99%のところ丸を付けた人が一番多かったということになります。

この形式でやったアンケートが20ぐらいありまして、高いもの、低いものがありますが、例えばここで、低いものでいいますと、AYA世代の患者さんを拠点病院や県外の病院に紹介した率は35%と低い。あとは難治がんをそれぞれ、各食道がん、胃がん、大腸がん、沖縄県のほうで選定をしておりますが、そちらの病院に紹介した患者さんが37%とちょっと少なめですし、あと、希少がん患者さんを中部病院や琉大病院に紹介した率もちょっと低いです。あと、上のほうでいいますと、妊孕性温存療法が必要な患者さんへの説明割合が50%を切っていて、医療費の十分な情報提供も50%を切っているということで、この両

方も一番多く丸を付けた領域は0～24%のところ丸を付けた人が多いので、ここら辺が不十分だったということがわかるかなと思います。

赤のところではいいますと、ここはもっとパーセントが低くなっておりまして、就労状況に関する十分な情報提供とかアピアランスケアに関する十分な情報提供や患者サロン、ピアサポート、患者会に関する十分な情報提供、ゲノム医療に関する十分な情報提供、高齢がん患者への治療開始前的高齢者機能評価に対する情報が不十分だということがわかるかと思ひますし、特に患者サロンの情報とかゲノム医療の情報、あとは高齢者機能評価に関しましては一番丸を付けたところが多いのは0%というところに一番丸が多く付いていましたので、ここら辺はまず低かったということです。

あとは5択ということで「とてもそう思う」「ちょっとそう思う」「どちらともいえない」「そう思わない」「全くそう思わない」という5択がパターンCになっておりまして、医師のみに行ったもので「レジメン登録の遅延による投薬の遅れたことがあった」ということが、なかった回答が一番多かったんですが、全体として64.5%で、ここら辺は結構、かなり割れた数字が出ているかと思ひまして、あと「県内におけるがん医療の集約化と機能分化ができていいる」ということでいいますと「できていない」側に回答した人が多かったということがあります。

また、次のページ、下から3行目、「医師への意見が自由に言えるか」ということでいうと13.9ポイントなのに対して、医師の側からすると「医師以外のスタッフの意見に耳を傾けているか」ということでいうと63.9ポイントなので、こここのところのギャップがあるかと思ひます。医師の側は「医師以外のスタッフの意見に耳を傾けているか」がだいぶ高いんですけど、逆に医師以外のスタッフからは「医師へ意見が自由に言えるか」が少ないというデータがあります。これは前回の8年前のデータも全く同じようなパターンを示していたので、これはもうちょっと詳しく分析をしていこうかと考えております。

なので、全体からわかることに関しましていいますと、ここにありますように、3行目ですね。いずれの回答もおおむね高いんですけど、職種横断的に全体を見ると主治医への伝達、主治医自身の対応は高い割合で実施されているものの主治医で不十分な患者への緩和ケアチームへの迅速な紹介に比較して不十分だったということですね。あとは医療費や妊孕性温存療法について低いと見られる点は留意すべきだということですね。

あとは、就労継続、アピアランスケアも低かったんですが、より低いのは、がん相談支援センターの紹介をするというパーセントが、これらのものよりもわずかですけど、より

低かったということなので、特に今、がん相談支援センターは都道府県拠点病院は義務ですし、地域がん診療病院も今から2年半後には義務になるわけですから、全ての患者さんががん相談支援センターを訪問することが義務になるわけですから、ここら辺は気を付ける必要があるのかなど。

あと、ピアサポート、がんゲノム医療に関して、情報提供が低いところが特筆されるということです。あと、リハビリテーションは意外と結構多かったということ。あと、高齢者機能評価の最多回答が0%なので、明らかに普及されていないことがわかるかと思えます。

以上、幾つか文章をつくってしまして、その次からが個別の細かい生のデータの一覧表になりますのでご覧いただければと思います。私のほうからは以上です。

#### ○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。何かご質問、ご意見はございますでしょうか。今後、良くなっていくということを期待して、引き続き課題について考えていければと思います。

それでは次にいきましょう。患者会からの報告になります。まずは与儀委員のほうからお願いいたします。

### 3. 患者会よりの報告

#### (1) 与儀委員報告

##### ○与儀淑恵委員（NPO乳がん患者の会 ぴんく・ぱんさあ 代表）

NPO乳がん患者の会ぴんく・ぱんさあの与儀と申します。患者会の活動報告をさせていただきます。

まず5月18日に、あなたとブレストケアを考える会「With you～OKINAWA」が開催されました。このプログラム終了後に、ぴんく・ぱんさあ主催の患者懇親会を開催。今年も県内各地から患者約80名と、それから医療者が一緒に集いました。

宮古、石垣から参加したメンバーがその懇親会では自分たちの患者会の活動報告をし、その後に石垣のメンバーはマミドーマー、宮古のメンバーがクイチャーを披露してください、会場は大盛り上がりになりました。右の写真が石垣のメンバーの写真です。

今年、私たちNPO乳がん患者の会ぴんく・ぱんさあは25年目の活動に入りました。発足当時、県内の患者会でネットワークをつくり、みんなで活動しようと始まった活動です

が、発足当時は自分が乳がんであることを周りに伝えられない人が少なくありませんでした。でも、今は約20年がたって、私も20歳、年を取ったわけですが、時代とともに、今は自分の体験を語りながら、告知を受けた人を励ましてあげたい、また乳がん検診の大切さを伝えたいという人が増えてきました。

その中で私たちは、まず、その活動をする中で、乳がんの基本的知識を身に付けようと、2020年から認定NPO法人乳房健康研究会の認定するピンクリボンアドバイザーサテライト試験を沖縄県で実施しています。去年は石垣で実施し、ピンクリボンアドバイザー認定試験に合格したメンバーがピアサポート養成講座を修了し、その中の若いメンバーたちがヨガ教室などで自分たちの体験を話すお話会の活動を始めたりしています。

また、宮古では毎月、定例会がコロナ明けに再会されたんですが、4月13日に定例会があるということで、私も懐かしいメンバーに会いに参加してきました。その中で宮古のメンバーから出たことは「自分たちも乳がんについて勉強したい」という話が出て「それではピンクリボンアドバイザーサテライト試験をやりましょうか」ということになり、現在、教材を基に勉強会を進めております。このピンクリボンアドバイザーの勉強会の良いところは、その試験に向けて、例えば石垣でしたら11カ月間、みんなでオンラインとかを通しながら勉強会を毎週毎週やっていたんですね。その中で一人一人のつながりができてきて、共に活動ができるようになったように思います。

来年の1月12日に宮古で試験を実施することが決定しました。それでまた本島でも受けたいという人たちが増えて、宮古の試験の前日、11日に那覇でもピンクリボンアドバイザーサテライト試験を実施することになりました。

それで、この患者さんや患者会が活動していく中で私がとても気掛かりになっていることが、患者さん、また患者会の皆さんの心のケアの問題なんです。乳がんの場合は、自分が治療中でありながら、周りの方を励まし続けてくださっている方もたくさんいらっしゃいます。またそういった方々の心のケアを、これからまた先生方と一緒にやりながら支えていけるような体制ができたらなと思っております。

以上で報告を終わらせていただきます。ありがとうございました。

#### ○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。随分と長くというのもおかしいですけど、しっかりと取り組んでいただいていますし、今後の発展を祈念しております。

いかがでしょうか。ご質問等ございましたらお願いいたします。よろしいですか。  
では、次、田盛委員のほうからお願いいたします。

## (2) 田盛委員報告

○田盛亜紀子委員（やいまゆんたく会（八重山のがん患者を支援する会） 会長）

委員の皆さま、事務局の皆さま、お疲れさまでございます。ページ196となりますが、八重山のがん患者を支援する会の活動をかいつまんでご報告申し上げます。

毎年5月開催が恒例となっておりますが、令和6年5月11日に会の令和6年度定期総会を開催いたしました。令和5年度決算報告、6年度の予算及び各種議案等の審議、会の抱える課題等について話し合ったのですが、コロナのための4年間の休会で、今年、活動を再開したものの、会員数の減少と会への参加者の減少が一大課題となっているところでございます。コロナ禍前の活発な活動を行うためには会員数の増員をいかに図ればいいのか、会員皆さまのご意見をいただければ幸いに存じます。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。いかがでしょうか。また今後も含めて活動報告ということでしたらよろしくですけれども、もう本当に継続的に八重山・宮古もやっていただいているということで、引き続きまたお願いしたいと思います。よろしいでしょうか。

次にいきます。島袋委員からお願いいたします。

## (3) 島袋委員報告

○島袋希美委員

若年性がん患者会「Be Style」令和6年度の活動報告をさせていただきます。今年、2024年3月の患者会の後にぴあナースの看護師と共に本年度の活動方針を話し合いました。患者会の会費をなるべく低く、もしくは無料で開催できないかと模索中です。これまでの患者会はカフェの個室をお借りして行っていましたが、金銭面が厳しい方にも気軽に参加できるように患者会のスタイルを変えていこうと、先月の患者会からはレンタルスペースを利用しています。お金のことを気にせず、つらい治療や不安の中でも少し息抜きができるような、そういう時間や機会をつくりたいと思っています。

先月の患者会では「入院中で、ちょっと参加したかったんですけど、行けませんでした」

というメッセージをいただいて、対面での患者会が一番良いと思っていたんですけども、Zoomを使つての患者会も今後、定期的にやっていったほうがいいかなという考えに至っております。

また、今年のリレーフォーライフは沖縄国際大学にて行われるということで、子どもや学生さんも参加できるような、そういうチャリティープログラムを考案中です。以上です。ありがとうございます。

#### ○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。さまざまな取り組みを引き続きどうぞよろしく願いいたします。

次は又吉委員のほうから、どうぞよろしく願いいたします。

#### (4) 又吉委員報告

##### ○又吉賢弘委員（がん経験者）

又吉です。よろしく申し上げます。私は高校2年生のクラスでがん教育の外部講師としてお話しする機会がありました。今回はその講話内容の紹介とともに、本協議会の皆さんへお願いしたいことがあり、10分の時間をいただきましたので、がん経験者の立場でお話しいたします。

資料14-(4)ですが、画面は出ていますでしょうか。テーマは「ハイリスクアプローチ」です。次のページから、左上にページ番号を打っております。

1 ページを開いてください。講話の前半は、自分のがん治療についてお話しします。

2 ページを開いてください。次に世界長寿地域宣言の紹介をして、沖縄のがんの状況について、さまざまな統計データを使ってお話しします。がん検診の適齢期に至ったとき、率先して受診するように呼び掛けるのが目的です。

琉球新報の今年2月5日の論壇から紹介します。この点に対して、医療界からの発言は初めてではないでしょうか。「長寿県はいまや瀕死状態」と現状を憂慮する発言です。

3 ページをご覧ください。この先、どこまで落ちるのでしょうか。何でそうなったのでしょうか。沖縄県の死因のトップはがんによる死亡です。

4 ページを開いてください。年代別の死亡数・割合です。40～64歳の働き盛りは全国値の3割増しの状況でハイリスクといえるのではないのでしょうか。

下のスライドは、40～64歳代の死亡数・割合の時系列です。破線、点線の全国値が着実に減少しているのに対して、沖縄は足踏み状態といえそうです。

5 ページを開いてください。がんの発見経緯を全部位で見ると、がん検診・健康診断・人間ドックによる発見は2割以下です。検診以外で発見されたがんの5割以上に転移が見られます。

6 ページをお願いします。沖縄県がん対策推進計画の令和4年の報告では40%前後の受診率を示していますが、これは検診実績ではなく、国民生活基礎調査のアンケート結果です。過去6回の調査結果の受診率を見ると全国値が漸増、だんだん増えているのに比べ、沖縄県の2013年以降は足踏み状態です。

下のスライドは、市町村で実施しているがん検診の受診率で、いずれも25%に満たない状況。さらに65歳以上と未満の受診率の差は明らかです。

7 ページをお願いします。平成30年に「職域におけるがん検診に関するマニュアル」が発表されました。「職域におけるがん検診は法的根拠がなく、保険者や事業者が福利厚生の一環として任意に実施している」と述べています。このマニュアルや健康経営の呼び掛けなど外堀を埋めるのではなく、法的根拠を確立したほうが良いのではと思うのは私だけでしょうか。

大阪国際がんセンターが下のスライドの右側のグラフを報告しました。赤い棒は市町村国保の受診率ですが、先ほどの地域検診のデータと類似し、他を含めた全体の平均値が国民生活基礎調査のデータと近似します。

左側は数年後に就職するかもしれない高校生に国民皆保険制度について説明したものです。

8 ページをお願いします。上の右側のグラフはがん対策に関する世論調査の平成28年と令和5年のデータを比較したものです。「受ける時間がないから受けない」の答えは1位から2位へ、「費用がかかるから受けない」の答えは4位から1位へ変化していますが、未受診の理由は経済的な問題が主な理由だとわかります。

下のスライドは平成20年と古いデータですが、沖縄は市町村国保と協会けんぽでほぼ8割を占めています。私は30年以上、人間ドックを受診していますが、受診者に高齢者を見ることは少ないです。人間ドックの受診者は各種医療保険の働き盛りが分散して受診していると考えられます。

9 ページをお願いします。大阪府がん診療連携協議会は、がん患者における医療保険の

種別と検診発見がんと早期がんの割合について、DPCデータを活用して報告しています。下のスライドは、沖縄県がん診療連携協議会の報告です。「DPCデータと院内がん登録のデータをリンケージ」と明記しています。

この場において、がん経験者として、皆さんにお願いがございます。大阪府の協議会の報告と同様の作業を実施して、沖縄県の働き盛り世代をがん対策におけるハイリスクグループとして捉え、その状況を明らかにして、長寿県沖縄の復活へ向けた足がかりを築いていただきたい。

10ページをお願いします。上の表は従業員数を比較したものです。100人未満の事業所に勤める雇用者の全雇用者数に占める割合が、全国が約4割に対して沖縄は6割近い。従業員数の少ない事業所は経済的な体力が弱く、受診率が低くなる可能性を予測します。

さらにはがん対策に関する世論調査のがん検診に受けない理由の1位と2位は受診者の経済的な問題でした。沖縄のほとんどの事業者は協会けんぽの被保険者であり、従業員規模に応じてがん検診の受診率がさらに偏る可能性があります。

下のスライドは「うちな一健康経営宣言」についての協会けんぽ沖縄の報告です。沖縄県や県医師会の名前も存在しています。従業員規模に応じたがん検診の受診率を明らかにするために、この活動の協力が必要です。

11ページをお願いします。協会けんぽ沖縄のインセンティブ制度の紹介です。緑色の楕円の内側に「5大がん」の文字が見えます。このような活動と連携して、がん対策のハイリスクアプローチを実行力のある手段として確立するためには、関係各機関への働き掛けが必要です。本協議会の使命ではないでしょうか。

以上です。ありがとうございました。

#### ○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。貴重なご意見で、背景も含めて、沖縄県でなぜこうなったのかということもいろいろ考察いただいて、医療者として解析している認識と非常に一致しておりまして、しっかりとやらないといけないというところはまさにご指摘のとおりではないかなと思います。

ご質問、ご意見はいかがでしょうか。ありがとうございました。

それでは次に各施設の委員より報告をお願いしたいと思います。まずは「ロジックモデルの位置づけ」というところを最初に、これは増田先生かな。212ページのご説明をいただ

いた後、琉大病院の説明に引き続き進めていただくということで、よろしく願いいたします。

#### 4. 各拠点病院が取り組んでいるがん対策について

(1) 「第4次沖縄県がん対策推進計画（当協議会案）」のロジックモデルでの位置づけ

(2) 各病院の状況

##### ①琉球大学病院

###### ○増田昌人委員

報告事項の4番は、各6つの拠点病院の現在取り組んでいるがん対策についての報告です。まず最初に、又吉委員の次のページが212ページになっておりますので、そこからロジックモデルが続いておりますが、この赤字で書いてあるところが今回、各病院で取り組んでいる項目になりますので、今日は時間の関係上、細かい説明はしませんが、今、10枚ぐらい進んでいただきますと、かなりのいろんな分野について各病院が取り組んでいることがわかるかと思えます。

琉大病院の取り組みに関しましては227ページに一覧表を付けております。特に今は高齢者機能評価を院内で実際に根付くように、がんセンターが関わっている全ての委員会ではたびたびお願いをしていることが1つ。

もう1つが相談支援センターに、現状としては琉大病院だけが義務化されて、必ず治療の開始までに訪問することがまだ達成できていないものですから、その点をがんセンターが関わる全ての委員会のほうで全診療科にお願いをしていると。こちら辺が今、重点事項で取り組んでおります。琉大病院からは以上です。

##### ○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。それでは北部地区医師会病院からよろしく願いします。ご質問は6つが終わってからのいたしたいと思えます。

##### ②北部地区医師会病院

###### ○柴山順子委員（北部地区医師会病院 副院長兼看護部長）

北部地区医師会病院の柴山でございます。院長が本日、欠席となっておりますので、ご報告させていただきます。

当院での取り組みに関しては、前回、報告させていただいたことの継続という形にはなりませんけれども、自殺対策に関してマニュアル等を電子カルテから確認ができるようにしていたり、妊孕性温存だったり、ゲノム解析の依頼等についても電子カルテからすぐに確認ができるように、医師が見たいときに見られるようにという形で取り組みが進められるようにしています。

あと、特記するのは、がん相談支援センターのスタッフの強化という形で、研修修了者を増やしたりという形で、今、引き続き進めている状況になります。以上で報告とさせていただきます。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。次は中部病院、お願いいたします。

③県立中部病院

○朝倉義崇委員（沖縄県立中部病院 血液・腫瘍内科部長）

中部病院の朝倉です。資料をご覧いただきたいんですけども、赤字のところは特に改善した、取り組んでいるところですが、1つ、ゲノム解析に関して、5月から他院からの受け入れを開始してしまして、昨年度は22例ぐらいやっているんですけども、特に最近ではゲノム解析をしないと使用できないお薬等が固形がんでありますので、そういったことに対して、県内の患者さんが困らないように受け入れを進めていきたいと思えます。

それに伴って、連携病院の宮古病院、八重山病院ではゲノム解析の説明をしていること等ありますし、あと、ゲノム解析においては遺伝に関する情報も問題になってきますので、遺伝センターを立ち上げるためにカウンセラーの方を雇用したり、センターの準備を整えているところであります。

また、放射線治療が老朽化で更新が必要でして、その間に関しては放射線治療を休止することになりますので、こちらに関しては琉大病院や中頭病院、沖縄病院をはじめとして、周辺の病院に協力をお願いして進めているところです。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。次是那覇市立病院、お願いいたします。

#### ④那覇市立病院

##### ○宮里浩委員（那覇市立病院 副院長）

那覇市立病院の宮里です。当院も同じく、進んだところを赤字で書かせていただいています。大きなところはロボットの導入が済んで、実際の臨床で症例を重ねているところでは、

それから臨床倫理カンファレンスの定期開催に関して少し課題があったので、きちんと月1回開催できるように体制を変えました。

それから先ほども出ていましたけれども、高齢者の機能評価に関してはやっぱりかなり苦戦をしているので、そこに対しても院内体制を少し再構築をしようということを、今、取り組んでいるところです。以上です。

##### ○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。それでは宮古病院、お願いいたします。

#### ⑤県立宮古病院

##### ○西原政好委員（沖縄県立宮古病院 外科部長）

宮古病院外科の西原ですが、この記載の赤で書いてあるところ以外に進捗していることをかいつまんで報告させてもらいますと、今年度より、人材獲得なんですけれども、鳥取大学と南東北と外科専門研修プログラムを組みまして、来年度は3名の外科医を獲得できたということで、これで今の標準治療をずっと外科はできるかなと考えています。

あと、甲状腺疾患とか乳腺とか専門性のある診断・治療に関してなんですけども、なかなか沖縄県でドクターの派遣等は難しいということで、東京の伊藤病院と連携を組むことによって、2カ月に一度、甲状腺の診断・治療と甲状腺がんの手術をやっていただけることが決定しまして、これでちょっとほっとしているんですけども。

あと、乳腺の診断なんですけども、診断については僕の出身大学の阪大や兵庫医大等あたりで乳腺の診断・治療できるような先生の診療、それができるように、今、一生懸命、頑張っているところです。

あと、直腸がんに対してなんですけど、今、ロボット手術が標準化されているんですけども、うちはロボットとかないんですけども、そのような患者さんに関しては、沖縄県の友愛医療センターとオープンシステムを利用して、患者さんと当院からの主治医を友愛医

療に派遣して、患者さんは最先端の医療を実践していただけるということと、それと専攻医が最新のロボット手術を実際に目の当たりにできるということで、これは一石二鳥かなと思っていますので、今後ともこういう連携を組んで頑張っていきたいと思います。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。次は八重山病院、お願いいたします。

⑥県立八重山病院

○松村敏信委員（沖縄県立八重山病院 外科医師）

八重山病院の松村です。2024年度のがん対策についてご報告します。黒で書かれているのは前回に提示したもので、赤で書かれたのが今回、進捗状況が変わったものであります。

その中で、がん検診においては一応、二次検診の受け入れを表明していませんでしたが、子宮がん検診については登録を希望しております。

それと、i r A E委員会は月1回開催できております。

「共生」の部分では、オンラインのセカンドオピニオンを実施しました。

それと、前回、施行見込みのあったアピアランスケアのほうですが、6月27日の議会の議決によりまして予算が通りましたので、8月からアピアランスケアの開始を予定しております。

あと、患者会の定期的な開催も行っております。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。それぞれの病院で、ロジックモデルとも関係しつつ、いろんな取り組みを行っていただいて、ご報告をいただいたところです。

いかがでしょうか、何かご質問ございましたら。よろしいですか。ありがとうございます。

それでは次は報告事項で5、6、7と。大腸がん死激減プロジェクトの進捗状況、それから地域統括相談支援センターの活動報告、厚生労働省のがん関連審議会及び各種会議の報告は書面ということで、時間の関係上もごございますので書面ということにさせていただきます。

紙面報告

5. 大腸がん死激減プロジェクトの進捗状況について
6. 沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について
7. 厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議
  - (1) 第60回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会 予防接種基本方針部会
  - (2) 第20回全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会
  - (3) 第42回がん検診のあり方に関する検討会
  - (4) 第8回がんとの共生のあり方に関する検討会
  - (5) 第6回新たな地域医療構想等に関する検討会

○大屋祐輔議長

1点だけ、18-(5)新たな地域医療構想等に関する検討会が今年から始まっております。現在、今年度から第8次医療計画がスタートしておりますが、これはこの次に何をやっていくかを検討する会で、私がこの全国組織の委員をさせていただいているので、ほんの1枚だけ、752ページをご覧いただければと思います。

何をやっているんだと、次の医療計画で何が行われるのかというところで、現在は2025年をターゲットとして医療計画が行われてきたので、次は2040年の医療状況を考えながら、医療提供体制やさまざまな医療、資源のことを考えていくことになっています。

この中で今回、大きくこれまでと違うところは、真ん中の「主な課題」の丸の3番目、「医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上が増大する中」というところで「在宅を中心に入退院を繰り返し最後は看取りを要する高齢者を支える医療を提供する必要。その際、かかりつけ医機能の確保、在宅医療の強化、介護との連携強化等が必要」というところで、当然ながら、そのほかのところにも実は書いてあるんですけども、地域ごとに異なったり、都会と過疎地で異なったりというような現状を反映した形での取り組みを都道府県が、これは都道府県に指示していることなんですけれども、考えていきなさいと。医療者と共に、そして県民・住民と共に考えていきなさいということがうたわれておりますので、今後は高齢社会を迎えてということが強調されているというふうに理解……。がん対策においても、在宅、それから緩和ケアが今日も話題になっておりましたけども、それについてももしっかり進める必要が出てくると。がん対策基本法とがん対策推進計画が、これにの

っとして、今後はまたつくられるということでございます。

それでは部会報告に移りたいと思います。次は医療部会報告ということで、先ほど申し上げましたけれども、今日は部会長が欠席のため、増田委員からご報告いたします。

## 部会報告事項

### 1. 医療部会

#### ○増田昌人 医療部会長代理

有賀部会長が欠席のため、私が代わりに報告させていただきます。資料19、864ページまで飛ぶものですから、一番下の行の一番右、本のマークをしたところをタッチしていただくと資料番号ごとに飛べるようになっていきますので、それを使っていただければと思います。

6月に今年度第1回の医療部会が開かれております。特に今日、提案させていただきました本年度の部会の重点事項で、専門医資格を持った医療者の養成とその適正配置の方法論について、みんなでディスカッションして、取りあえず今日、出したのは、まずは事実を知っていただくということで、今日、提案させていただいております。

めくっていただいて、院内がん登録をしている18施設がDPC-QIに参加することについてということで、これも働き掛けようということになりまして、今日、提案をさせていただきます。医療部会からは以上になります。

#### ○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。ご質問等はございますか。

次は緩和ケア・在宅医療部会からの報告をお願いいたします。この件も増田委員からご報告いただきます。

### 2. 緩和ケア・在宅医療部会

#### ○増田昌人 緩和ケア・在宅医療部会長代理

部会長の笹良先生が急きょ来られなくなったということで、私が代わりに報告します。

2枚めくっていただきまして866ページからなんですけど、まず研修ワーキングなんですけど、主にこれは、研修ワーキングとしては、緩和ケア研修会の計画について、例年どおりに活動しております。

2枚めくっていただきまして在宅ワーキングなんですが、特に今回、提示しました協議会版の指標の選定と測定について、皆さんでどういう指標が……。幾つかの部分に関しましては指標が選定できていない部分につきまして、今、議論を重ねているところであります。

もう2枚めくっていただきまして、870ページが緩和ケア・在宅医療部会の議事要旨となっております。特に痛みのスクリーニングとモニタリングデータ抽出についてのことと、緩和ケアマップの新規掲載依頼先について、全体として話し合っているところであります。緩和ケア・在宅医療部会からは以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。次は小児・AYA部会、浜田部会長からお願いいたします。

### 3. 小児・AYA部会

○浜田聡 小児・AYA部会長

小児・AYA部会から報告させていただきます。資料は21となります。

報告としましては、がん教育として教育サポートセンターとの協力で、現在、行っているんですが、外部講師がやっぱり財源確保して、交通費とか謝金とかがないということで、なかなか今、課題であるということをお話しされておりました。

あと、協議事項としましては、ロジックモデルで今、指標を埋めているところでして、だいたい南部医療との連携で、臨床試験とかも含めて、がんの患者さんの成績は上がってきているんですが、治療をしながらの学業の継続とか治療終了後の進学とか就職の支援を行う上で、森川の先生とも今後、どのように活動していくかということ、今後、協議していきたいと思っております。

あとはAYAサポートチームの構築。これからの話を進めていく段階です。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。次に進めたいと思っております。離島・へき地部会は今回、報告なしということで、情報提供・相談支援部会報告となります。友利部会長、お願いいたします。

報告なし

#### 4. 離島・へき地部会

#### 5. 情報提供・相談支援部会

○友利晃子 情報提供・相談支援部会長

琉球大学病院の相談支援センターの友利です。資料は22、875ページからになります。

年度末と年度初め、2回分、議事要旨を載せております。主な協議事項はロジックモデルを基にした次年度の部会計画とがん相談の実務者研修会の企画についてでした。5年ごとに部会計画は見直していて、今年がちょうどその見直しの時期でしたので、全部で5つあるんですが、大きく新たに入れた点が2つ。治療方針の決定の前までにがん相談支援センターに立ち寄っていただくようなシステムを構築するところと、がん患者の疎外感の解消や、がんに対する偏見の払拭ができていくところが部会の計画に加わりました。

相談に立ち寄るシステムについては、各病院での好事例を共有しながら、それぞれの病院で事情とかペースがあるので、共有しながら体制構築を図っていく段階です。

ピアサポートとかがん患者の疎外感の解消や偏見の払拭については、各拠点病院の患者サロンの開催や地域でのセミナーを企画しており、去った7月13日には中皮腫の患者会の方に声を掛けていただいて、中皮腫の沖縄セミナーを県立図書館で開催しました。中皮腫の闘病生活20年を迎えた患者さんをはじめ、医師やソーシャルワーカーが講演を行い、二部構成で、二部では患者さん、参加されている方も含めて座談会をしまして、そちらには増田先生にもご参加をいただきました。約30名の県内外の患者さま、ご家族で、関係者の参加がありまして、単独のがん種のセミナーとしては大盛況でした。

相談員の質を担保するため、毎年開催している研修会について、今年度は特に非拠点病院との連携を意識した研修企画のワーキンググループを設けています。がん相談員の要望に応えられるように、学びたい内容について事前にアンケートを実施しまして、希望の多かった研修内容の実施に向けて、県拠点と地域拠点合同で企画運営をしています。第1回目は9月28日に那覇市立病院でアピアランスケアに関して研修を開催予定です。報告は以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。次はベンチマーク部会、増田部会長、お願いします。

## 6. ベンチマーク部会

### ○増田昌人 ベンチマーク部会長

資料23、883ページをご覧ください。ほかの部会は基本的に年4回のペースなんですが、ベンチマーク部会は基本的に毎月開いておりまして、特に医療者調査の分析及び協議会版のがん計画の指標の収集と分析を毎月行っております。

また、先ほどご覧いただいた分析の、皆さんにわかりやすいようなツールの開発等を行っております。

また、このベンチマーク部会は現在及び過去に厚労科研の研究の班長が3人入っていることもありまして、今回は国立がん研究センターの企画戦略局次長の鈴木先生をはじめ、国のがん計画の今後の分析をどうしていくかについても意見を求められたということがありまして、そういう活動を現在しております。以上です。

### ○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。部会報告は以上となりますが、この部会報告を通して、何か委員のほうからご質問等があればお願いいたします。どうしても後半になるとみんな疲れてくるんですね。なかなか質問しづらいという状況もありますが、非常に盛りだくさんではありますけれども、貴重なご意見、そして情報提供があったかなと思っております。

それではこれで終了しますけど、増田委員から一言。

### ○増田昌人委員

1つアナウンスなんですが、次回の11月8日の第3回協議会では、ベンチマーク部会の委員であり、かつ国立がん研究センターのがん登録センター長やがん政策部長を歴任して、現在、東大の公衆衛生の教授に今、移られました東教授の講演を冒頭30分、いただく予定です。この東大の公衆衛生の教室は今後、医療政策を検討する、研究する、及び国に対して提言していくという新しい試みの、公衆衛生の教室がリニューアルして、そういう形になったということで、今後、日本の医療政策をどういうふうにつくっていくか等に関しまして、東先生からお話を聞けるものかと思っておりますので、よろしくお願いたします。私からは以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございました。ただいま次回の予告がございましたけれども、ぜひ次回もご参加していただければと思います。

本日はお疲れさまでした。ありがとうございました。