

令和7年度第1回沖縄県がん診療連携協議会議事録

日 時 令和7年5月9日（金）14：00～

場 所 西普天間キャンパス 管理・研修棟4階 大会議室

○鈴木幹男議長（琉球大学病院 病院長）

厚生労働省の健康・生活衛生局 がん・疾病対策課長の鶴田真也先生と、それから同課のがん医療専門官、北國大樹先生にお越しいただきました。講師を務めていただきます鶴田先生のご略歴を簡単にご紹介させていただきます。大屋前病院長、お願いします。

○大屋祐輔座長（琉球大学病院 前病院長）

3月まで病院長をさせていただいていました。この会の議長もさせていただいていました大屋でございます。

私は今、公立北部医療センターをつくり北部地域に行っておりまして、今日はこれまで第8次医療計画及び新たな地域医療構想の構成員をやっていたということで、この医療政策に関する、それなりの経験と知識があるだろうということで座長をさせていただいたということです。増田先生からそのように言われまして今日は参りました。

それでは、座長として今日の講師の鶴田真也先生をご紹介したいと思います。2004年に山梨大学医学部を卒業になられまして、5年後から厚生労働省にご入省されておられます。その中でいろいろな部署を回られ、特に地方の医療行政に関しましては、奈良県の医療政策局長をされていらっしゃる、そこで2年間、奈良県の医療政策についてさまざまな取り組みをなされたということでございます。

その後、本省に戻られまして健康課の予防接種室の室長、それから医政局の中で医薬産業振興・医療情報企画課の医療機器政策室長をされていらっしゃいます。現在は2024年7月から厚生労働省健康・生活衛生局のがん・疾病対策課長ということで、このようながん対策、それから生活習慣病対策、循環器、その他のさまざまな疾病の対策を中心となってまとめられているということです。

本日は、「今後のがん診療提供体制のあり方について」ということでお話をいただきます。鶴田先生、どうぞよろしくお願いいたします。

特別講演

講師 鶴田真也先生

厚生労働省 健康・生活衛生局 がん疾病対策課長

演題「今後のがん診療提供体制のあり方について」

○鶴田真也先生（厚生労働省 健康・生活衛生局 がん疾病対策課長）

皆様、はじめまして、厚生労働省から疾病対策課長の鶴田と申します。大屋先生、過分なご紹介をありがとうございました。

本日、私がこのような場でお話をさせていただく機会をいただけたことは非常に光荣だと思っていますし、経緯について簡単にご紹介させていただきますと、私自身、がん・疾病対策課長に着任したのは昨年7月ですけれども、がん対策を推進させていくにあたって、全国、各都道府県でどのような取り組みをやっているのかを勉強させていただく中で、沖縄県の増田先生にたどり着き、沖縄県がどういったことをやっているのかということいろいろと勉強させていただきました。

そういったご縁の中で、増田先生から沖縄県でこういった協議会があるのでぜひ話してほしいということでご連絡をいただきましたので、私自身、昔はがんセンターでレジデントとして勉強していたこともありますけれども、そのときに上司からは、信頼できる人にものを頼まれたら、「イエス」か、「はい」か、「はい、喜んで」の三択しかないんだぞということをおっしゃっていただきましたので、増田先生から言われたら「行きます」としか言いようがないんだと思いながら本日は受けさせていただきました。

本当に限られた時間でありますので、私のほうから行政、厚労省のがん対策について簡単にご紹介させていただければと思いますし、その後にもまた忌憚のないご意見をいただければなと思っていますのでどうぞよろしく願いいたします。

では早速ですが、お手元の資料に沿ってスライドも出ていますのでどちらかを見ていただきながらお話を聞いていただければなと思います。

まず最初に、がん対策についてということで、総論的なことを簡単に触れたいと思いますけれども、1枚進んでいただきまして、がん対策の歩みということになりますが、出発点、政策的には昭和37年に国立がんセンターが設置されたのがひとつのイベントだったかなと思いますし、その後、がんが我が国の死亡原因の1位になったことを契機として、対がん10か年総合戦略等、累次の改定がなされ、取り組みが進められ、平成18年のがん対策基本法が成立し、それに沿って基本計画が進んでいるというのが今の状況であります。

1枚進んでいただいて、がん対策基本法の理念を、がん対策を推進する立場の者としては

これをしっかり理解し、これに沿ってがん対策をやらないといけないと常日頃思っているところではありますが、この法律は私の目から見ると非常にユニークだなと思っていて、多くの法律は閣法という形で法が制定されますけれども、この法律に関しては議員立法という形で制定しているのがひとつの特徴だと思っています。

制定の経緯としては、がんの患者さんの方々やがん医療に携わるの方々、そういった方々の声が議員の先生を通じて国会で議論され、それが法律として制定されたのはもちろん大きな特徴だと思っています。

この法律の中では厚生労働大臣ががん対策推進基本計画案を作成し、計画を作成するにあたってはがん対策推進協議会の意見を聞くと。推進協議会のメンバーとして患者、家族の立場の方々や参画すると。そういった方々の意見を聞いた上で基本計画を策定し、閣議決定し、国会に報告すると、ここまで全て法律で規定されていることも本当に特徴的なことだと思っていますし、こういった法律ができたことをしっかりと理解した上でがん対策を進めていく。要は患者の声をしっかり聞いた上で対策を考えることがとても大事なポイントだろうと思っています。

また、国がつくった基本計画と連携しながら各都道府県で計画を策定し、がん対策を推進していくことになっていますので、それを各都道府県の方々とも協力しながら対策を進めていくことが極めて大事であると私としては理解しているところです。

次のページがこの法律に基づいた第1期のがん対策推進基本計画になりますけれども、制定されたのが平成19年6月ということですが、このときに目標として、がんによる死亡者の減少、20%減を目標として掲げていた。また、全てのがん患者・家族の苦痛の軽減、療養生活の質の向上、こういったものを掲げていたわけです。10年で20%を減らすことを目標として掲げていたわけですが、それが実際にどう達成できたのかを簡単に振り返っておきたいと思います。

1枚進んでいただきますと、2007年に法律が施行されていますので、そこから死亡率が20%下がったのがどの時期だったのかを見てみますと、12年かけて達成しています。当初は10年を目標に掲げていたわけではありますけれども、10年では達成できていなかったのですが、2年遅れでしっかりと目標を達成したと、これは本当にごん医療に関わる皆様方、また患者さんの方々、本当に多くの方々の努力による結果だと思っています。ですので、こういった文化をしっかりとバトンを受け継いで進めていくことが大事なことだと思っていますし、このときは75歳未満の年齢調整死亡率を目標に掲げていたわけです。

次のスライドを見ていただくと、75歳に区切らなくても年齢調整死亡率は経年的に見ると減少傾向にあることが読み取れるかなと思いますし、また、その中のがん種別のインパクトがどうなっているのかを今回、内訳としてお示ししていますので、がん種のところまで落としていくと、がん種によって携わる診療科の先生方も違うと思いますので、ご自身の診療科がどうなっているのかを見ていただきながら、どこに課題があるのかを考えていただくことも大事ではないかなと思っていますところです。

1枚進んでいただいて、こちらが足元にある第4期のがん対策推進基本計画の概要になりますけれども、がん予防、がん医療、がんと共生、この3本柱でがん対策をやっていくことが規定されています。本日、特に深掘りしないといけないかなと思っていますのが、真ん中のがん医療、中枠のがんの医療提供体制等の下に書いてある①のところ、医療提供体制の均てん化、集約化ががん医療の1番目に課題として掲げられているところであり、これをどのように進めていくのかを我々としても強く問題意識をもって、今まさに検討会で議論しているところでもあります。

1枚めくっていただくと、今の第4期の基本計画にこのパートのところ、どんなことが書いてあるのかを見てみますと、赤字のところを読み上げさせていただきますが、「がん医療が高度化する中で引き続き質の高いがん医療を提供するため、地域の実情に応じ均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する」と。それにあたって国はしっかりとデータを提供するなどの支援をすることが規定されています。

これをさらにどう掘り下げるのかというところが我々としては政策課題だなと捉えておりまして、今検討会を立ち上げて2回議論させていただいているところですが、夏までに一定の取りまとめができるように引き続き検討していきたいと思っていますが、その中間報告といいますか、今の検討状況についてこの場で皆様方にご紹介させていただければなと思っていますところです。

1枚進んでいただきまして、お題としては2040年を見据えたがん医療提供体制についてということで議論させていただいていますが、1枚進んでいただいて、なぜ2040年なのかということを見てみますと、つい最近までは、いわゆる団塊の世代の方々が後期高齢者になるのが2025年であるということで、2025年をターゲットイヤーとして地域医療構想が議論されていて、気づけばもう2025年になっているわけですので、次のターゲットイヤーをどこに置くかということで、国としては2040年を射程に置いて議論しているところでもあります。

地域医療構想については、新たな地域医療構想をこれからつくっていきましょうということで議論が進められているところではありますが、その地域医療構想の検討会で出ているのがこちらの資料になりますけれども、これはマクロ推計になりますが、2025年と2040年を比較したときに人口構成がどうなるのかを見ると、まず1つ押さえないといけないのは、65歳以上の高齢者のところは、2025年は3,653万人であるのか、2040年には3,928万人ということで、高齢者数自体は増えます。この中でも特に85歳以上が42%、2025年より2040年が増えていることをまず押さえる必要があるということ。

もう1つのポイントは、いわゆる生産年齢人口の15歳から64歳の人口のところは7,310万人いた方が今後減って6,213万人になるという予測が示されていることを押さえつつ、将来に向けて高齢者が増える。特に85歳以上の高齢者が増える中で生産年齢人口は減り、それに対していかに効率的な医療提供体制を組んでいくのかがお題になっているということになります。

1枚めくっていただくと、これも新たな地域医療構想の検討が出ている資料ですが、85歳以上の方の医療需要はどうなっているのか。今の足元における85歳以上の方の傷病名はトップに何がきているのか、また右側が15歳から65歳の方の傷病名が何かきているのかをランキング順に単純に並べたものではありませんが、見比べて見ると15歳から65歳のところは手術ありの傷病名が上位に上がってきていますが、85歳のところは手術ありの傷病名数が少ないと。

さらに見比べると若年者のほうが医療資源を多く要するみたいなものがランキングには上がってきているということで、高齢者が増える中でも85歳以上が増えるのは医療需要として求められるものが変わってくることを前提に準備をしていかないといけないということで捉える必要があるのかなと思っています。

次の資料は、私どもが今やっている検討会でお示ししているもので、院内がん登録のデータから持ってきたものでありますが、年齢区分を同じように区切っていったときに、手術療法、化学療法、放射線治療を受けている方の割合が何パーセントなのか。これは院内がん登録のデータですので、診断されて初回治療を受けているところが記載されますので、手術して直ちに術後ケモだったら両方入りますけれども、手術して再発してケモとか、その後のケモは数値として入らないので、そういったものは一定程度考慮を置いた上で初回治療がどうなっているのかということでデータを見る必要がありますが、これを見ますと85歳以上になりますと手術を受ける方は31.8%、ケモを受ける方は11.6%、放射線治療については

7.3%となっていて、少なくとも手術と化学療法は高齢になればなるほど治療を受けられる方の割合が減っている。放射線治療に関しては単純比較すれば数字は減っていますが、化学療法、手術療法ほどは減っていないということがファクトかなと思っているところです。

ですので、年齢構成は今後変わる中で、がん患者さんの受ける治療がどう変わっていくのかを一定予測しながら医療提供体制をどう組んでいくかがひとつ大きなポイントになるかなと思っていますし、今これを単純に掛け算していいのか、この数年のトレンドを加味していいのか、そこは中でまだ検討しているところですので、そういったものをなるべく需要がどう変わるのかをお示ししていくことによって、オールジャパンの数字を出すことができれば、それに沿って都道府県で同じようなことをやった場合に自分の県はどうなるのかを見た上で、2040年を見据えた議論がしやすくなるのではないかなと思っているところです。

1枚めくっていただいて、今度はがんの罹患者数になりますけれども、先ほどのものが患者数で、足元のがんの罹患者数を掛け算することによって将来のがん罹患者数がどうトレンドしていくのかを示したグラフになりますが、罹患者数だけを見ますと2035年までは増えて、2040年に減るという推計になっていますが、これは国がんで出している資料にはなりますが、75歳以上のところが丸まっているので85歳のところで区切れないかどうかを調整させていただいていますが、基本的にはがんの罹患者数は85歳以上のところが当たり前といえば当たり前ですが、増える予測が立っているところではあります。

次のスライドですが、足元の今ある統計の中で、患者さんの数がどのようにトレンドしていくのかを少しデータとして押さえさせていただければと思いますが、入院している患者さんの数、1日当たり外来にかかられている患者さんの数がどうトレンドしているのかを示したものがこちらのグラフになります。

ポイントとしては、1日当たりのがんで入院している患者さんの数は経年変化で見ると減少傾向にあるのは押さえておくべきポイントかなと思っています。また、その日に外来に通われている患者さんの数が何人かということですが、そちらのほうは増加傾向であり、入院と外来を足し合わせると人数自体はおおむね横ばいみたいなトレンドかなと思っているところです。

次のページが、入院している患者さんの数が1日当たり減っていることを説明させていただきましたが、どの年齢層が減少傾向にあるのかを見るために区分も入れて出しているのがこちらの資料になりますが、1日当たり入院している患者さんの数の中で65歳以上の方が占めるのは6割以上というのが今の足元の現状で、どの年代も徐々に減少しているこ

とが見てとれる数字かなと思います。

先ほどがんの罹患の患者数は2040年に向けて少しずつ増加していて、でも入院している患者さんは減っているのがなぜなのかと疑問に思うところかなと思います。次の資料を見ていただくと、退院患者の平均在院日数になりますが、1人の患者さんが退院するまでにどのくらい平均在院しているかという数字になりますが、入院期間が短くなっていますので、その影響で1日当たり入院している患者さんの数が足元では減少してきているところを押さえておく必要があるかなと思います。

もちろん平均在院日数がどこまで短縮できるのかも予測がなかなか難しいところではありますが、少なくともまだ減少傾向は、コロナのときに一旦、19.6とちょっと伸びていますが、それ以降はまた下がっていますので、長期トレンドとしてはまだ平均在院日数は減少傾向にあると読み取れる数字かなと思います。

次のページは、ここまではどちらかというのがん患者さんの医療ニーズを少し数字として整理したものをお出しさせていただきましたが、今度は提供体制、供給側のサイドでみたときにどういったところを押さえておく必要があるのかなという数字を幾つかご紹介させていただきます。

19ページ目は、よくある診療科ごとの平成20年を基軸とした場合に医者がどういうふうになっているのかというトレンドを見たもので、診療科別を見せたものですが、ここで押さえておかないといけないのは一番下の1のところの横ばいにいるのが外科ということで、外科医の数が全然伸びていないと。

基本的にお医者さんの数は平成20年前半ぐらいに医学部の定員数を増やしていますので、それから一定年数がたっていて、若手の医者さんの数は、卒業して医師免許を取る方は過去から比べても増えているはずなのですが、外科医になる方は全体の総数が伸びている中で外科を選んでいる方があまりいないことをある意味、意味しているような数字としてデータが出ているということです。

また次のページに進んでいただくと、それも少しわかりやすく示そうと思った数字になりますが、全体の医師数は2008年のときと比べると28.7万人から34.3万人で1.2倍になっているわけですが、外科のお医者さんの数に関しては2.8万人から2.8万人とほぼ横ばいで外科のお医者さんの数が増えていないことを押さえておく必要があるということです。

さらに言えば、次の21ページ目で、外科関連のお医者さんの数を診療科別に見たものでありますけれども、がん領域においては消化器外科の先生方が担っている部分がかなり大き

と思いますが、消化器外科医についてはこの資料では青のところと、いわゆるこういう外科、消化器外科、食道外科、肛門外科、こう書くと消化器外科の方々は多分一般外科で書いているパターンも多いのかなと思いますけれども、下の分と上の分の青の部分で足したのを見ても、そこのお医者さんの数が特に減ってきているのも押さえておく必要があるかなと思いますし、これは消化器外科学会が出している将来予測を見ますと、今後はさらに外科医が減っていくみたいなことも学会としても試算を出しています。

何を言いたいかというと、先ほど外科の需要は将来に向けて今とあまり変わらなような数字が予測されている中で、提供体制側の外科医がどんどん減っていくと、今と同じ外科医療を本当に続けられるのかということに対して問題意識を持って取り組んでいかないと数年後に大変なことになってしまうのではないかと。そうならないように今からどうやって対策を考えるのが大事なポイントではないかと思っています。

外科の数字ばかり出して恐縮ですが、次のページを見ていただくと、40歳未満の医師の推移ということで、外科医とそれ以外で見っていますが、先ほど申し上げたように、医学部定員の数を増やしていますので、40歳未満の医師数は全体では増えているわけですが、全体で増えている中で、若手のお医者さんで外科を選択されている方が少ないのが数字上からも読み取れるところです。

次のページは、さらに外科関係の診療科は先ほどと同じような見せ方をしています。繰り返しになりますが、消化器領域の外科の先生は確実に減少しているところも押さえておかないといけないと思います。

またさらにそれに拍車をかける話にはなりますが、次のページですけれども、医師の働き方改革ということで昔のように時間を気にせず働くことはできなくなってきていますので、これ自体、時間外の罰則付きの規制がお医者さんとして導入されたのが全体の働き方改革のスタート時点よりも一定の経過措置がありましたので、2024年からということにはなっていますけれども、その前から各医療機関で働き方改革の取り組みがなされています。

その結果として次のページを見てみますと、診療科別の時間外の労働時間が1,860時間を超えていることについて、外科の先生方は超えている方が非常に多かったのが、一応、令和元年と令和4年と比べると超えている方は減っているという数字は出ていますが、それでもまだそれなりの数の方が長時間労働という状態にありますので、またこれもさらに是正することも取り組んでいかないといけないということも織り込むと、さらに外科の先生、今いるお医者さんが働く時間が一定程度制限され、しかも若手のお医者さんのなり手が減っ

ている中で、今やっている外科医療を維持するためにはどうすべきか、本当に考えなければいけない課題であると認識しているところです。

次のページのところが、先ほど先に説明してしまいましたが、これは消化器外科学会になりますが、2040年に向けては今のまま若手の医師が外科を選択しなければ医者数としては60%に減ると、そういった数字も検討会ではプレゼンテーションしていただいているところです。

繰り返しになりますが、外科医療は今の医療を維持するために需要は将来に向けては恐らく単純に計算すると85歳以上の方がその以下の方に比べて手術を選択する割合が多少減っているんで手術を受けられる方の数字は単純計算すると多少は減るのかなと、機械的な推計にはなりますが、それ以上に外科の先生の方々のなり手が減っていますので、そのギャップを埋めるためにどうするのかは大きな課題として捉えないといけないと我々としては考えています。同じことを言葉を変えながら3回、4回、5回ぐらい言っていますけれども、非常に大事なポイントかなと思っています。

次のページはまた話が変わりまして、同じ提供体制側の話ではありますが、放射線に関して、これも学会からお話ししていただいた内容を幾つか説明させていただければと思います。資料の見方としては、1施設当たり年間治療している患者さんが何人いるかを左から100人未満、100人から200人未満、200人から299人というふうに見ていただいて、見ている施設が経年変化でどうなっているのかを見ているわけですが、ここで学会が一番伝えなかったメッセージとしては、年間の新規の放射線治療患者数が200人以下である施設が日本の約半数を占めていることを数字として出しています。

なぜ200人以下であることを強調しているかということ、次のページのさらにもう2つ先のページにいただけたらいいと思いますが、学会が試算したものになりますが、やはり放射線装置はとても高額な医療機器であり、メンテナンスも費用がかかるわけですが、年間200人ぐらい治療しないとペイしないと言われていた中で、実際に200人も治療していない施設が世の中、放射線治療装置を導入している医療機関の中で半数を占めている状況にあるということです。

これは何を言わんとしているかということ、放射線装置も1回導入したら永遠に使えるものではなくて、10年から15年ぐらいで更新が必要になりますので、最初的时候はもっと患者さんが来ると試算して導入されたと思いますが、蓋を開けてみたらあまり患者さんが集まっていなくて、ペイしないような状況のときに、その放射線治療装置を買い替えるか、どち

らかという放射線治療から撤退していくのか、そういうことを経営者としては判断せざるを得ないシチュエーションがやってくるわけです。そういった状況になり得る施設が全国を見渡すとそれなりの数があることを押さえておく必要があるということです。

最近でも、ある医療機関で放射線治療装置の更新をやめると宣言したところが地方紙などでニュースになったりしているわけですが、急にやめてしまうとそこに通われていた患者さんはどうするんだと、その地域の患者さんの医療需要をどこで支えるんだという問題が発生してしまいますので、放射線治療装置の公開、どこの医療機関がいつ放射線治療装置を導入して、どのぐらいのものが各医療機関で整備されていて、そこに患者さんがどのぐらい集まっているのかは学会がデータを集めていますし、院内がん登録等でも放射線の治療をしている患者さんの数をまとめているわけですので、そういった情報をしっかりと共有しながら、患者さんが困らないように放射線治療装置を導入している施設については、結果的に集約化せざるを得ない一面があるというデータかなと思いますので、ここを患者さんが困らないようにどういう形でソフトランディングしていくのかというのはひとつの大きな論点になるのではないかなと考えているところであります。

そういう中で、2040年を見据えた医療提供体制をどのように検討していくのかを次のスライドで示していますが、基本的に集約化に関しては、医療機器の観点でいえば、いわゆる高度なものや新規であるもの、高額な機器の導入が必要であるもの、こういったものについてはそれぞれの地域ごとに集約化をどうするかという議論が必要になる医療になるのではないかなということを一整理させていただいていると。

もう1つは需給の観点ですが、いわゆる希少疾患のように症例数が少ないものや、場合によっては提供者側が少ない、お医者さんの数が少ない医療については、需給の観点から一定の集約化の議論をせざるを得ないものではないかということをもとめさせていただいています。

それを都道府県単位で大学病院や都道府県のがん拠点病院などの単位で集約を目指さないといけないのが一番上で、もう少し緩やかなものが真ん中で、そうではなくて均てん化していったほうがいいがん予防や検診の3段階に分けてスライドを示させていただいて、そこに該当する医療が何に当たるのかを次の31枚目、32枚目、33枚目で各学会にがん治療学会には外科の処置がどこに相当するのか、JASTROは放射線治療の学会ですけれども、放射線治療に関してはどういった医療がそれに該当するのか。抗がん剤についてはどういったものが該当するのか、31、32、33枚目の3枚になりますけれども、各学会に考えていただ

き、先日の検討会ではプレゼンテーションしていただいたところでもあります。

どういうものが集約化しないといけないのかということをおアカデミアの中で一定程度、埋め合わせをすることができれば各都道府県で議論するときにある程度、行政の立場の方、患者さんの立場の方でも医療のサイドがどういうことを考えているのかということが前もって理解することができるのではないかなと思ひ、こういった整理の仕方もさせていただいているところではあります。ただ、まだ議論中ではありますので、まだこれがフィックスしたわけではありませんが、各学会の考え方として3枚の資料が提示されていますのでご参考までに見ていただければと思います。

続いて34枚目の資料で、これは先日の検討会で今後議論を整理してまとめていくと宣言させていただいた資料をつけさせていただいていますが、次のページにありますように、まだ検討会を重ねたいと思っていますので、夏にまとめられるように引き続き議論は深めていきたいと考えているところでもあります。

繰り返しになりますが、特に喫緊の課題は、やはり手術に関しては医療提供体制を確保するためにはどうするか、大きな課題だと思ひていますし、これはさらに外科の先生や大学の教授や医師を派遣する立場にある先生方にお話を聞くと、若手の外科医が入ってきている中で、今までと同じように、今まで言われていた病院にそっくりそのままお医者さんを派遣することは、頭数がいれば同じようなことはできますけれども、若手が減っている中で同じように派遣するのは難しいという声をよく聞くところでもあります。

また、若手医師もある程度経験が積める、多くの手術が経験できる、そういった医療機関での勤務を希望される方もいらっしゃるわけですので、限られた数でお医者さんのニーズも踏まえながらどうやって配置していくのか、医療政策上は非常に大事なポイントになると思ひますし、また学会からはある程度、患者さんの数が集まった医療機関のほうが医療の治療成績がいいというデータもお示しをさせていただいているところですので、そういった中で各都道府県、各地域でどのように話し合いをしながら、結果的に必然的に集約化せざるを得ない、外科医療のところをどう段階的に考えていくかは大きな課題なのではないかと思ひているところでもあります。

放射線治療装置は先ほど申し上げましたように、10年から15年の更新のある中で、患者が少ないところは医療経営的にペイしない中で、どういう形でソフトランディングしていくかも非常に大事だと思ひますので、ここも議論するポイントかなと思ひます。

化学療法については、次のゲノム医療の話をお簡単にさせていただければと思ひますが、現

状、ゲノム医療は、がんゲノム医療中核拠点病院、がんゲノム医療拠点病院、がん医療連携病院と3つの類型があり、次のページを見ていただくと、中核は13か所、拠点は32か所、医療連携病院は235か所ということで、確実に提供体制は広がっていますが、がん拠点病院は全部で460ぐらいありますので、それと比べるとまだ広がっていないという課題もありますので、ゲノム医療についてはもう少し近くで出来るようにしたほうがいいのではないかと声をいただいているのが現状かなと思っています。

他方で、先ほどの資料の中にもありましたが、患者さんの数が少ない希少がんや小児がん、ある意味、血液のがんもそうだと思いますが、患者さんの数の少ないがん種に関しては、一定集約化が必要だよねということが学会からも提案されているところではあります。

後ろに簡単につけさせていただいていますが、ゲノム医療でよく言われる課題について、この機会なので簡単にご説明させていただければと思いますが、39枚目のスライドです。固形がんに対して遺伝子パネル検査については、標準治療が終了した後、もしくは標準治療の終了が見込まれるものが対象になっていますが、標準治療の終了が見込まれるものをどのように判断するのかについては、下の赤字にあります。医学的判断に基づき主治医が標準治療の終了が見込まれたと判断したものとあるわけです。これだけだとえいやと判断してしまった後で保険の返還の請求をされてはかなわんということで、なかなか判断がしづらいみたいなお声もいただいているところでもあります。

次のページにありますように、ちょうど3月にゲノム医療のエキスパートの方々から構成される診療ワーキングで一定の見解が示されていて、下の下線のところになりますけれども、局所進行や遠隔転移により切除不能とされる進行固形がんと診断された場合、主治医が一次治療開始後の適切なタイミングで標準治療終了が見込まれる場合も含むと臨床的に判断し、がん遺伝子パネル検査によるゲノムプロファイル検査を実施する必要があるということで、ある意味、一次治療が導入された後も適切なタイミングで個別にお医者さんが判断してもよいですよということで、エキスパートの意見としてまとめられていますので、こういったことも参考にしながら遺伝子パネルの検査時期を適切にご判断していただければかなと思っています。

ついでに41ページ目に、診療報酬の請求上の運用のポイントみたいなものも書いていますので、またご参考にしていただければと思いますが、ここは各論になりすぎてしまっているので、本日のこの場でいっぱい話してもあれかなと思いますので後ほど見ていただければかなと思います。

最後の43枚目のスライドでクロージングとさせていただければと思いますが、がん対策の基本計画は、厚労省で基本計画の案をつくりませんが、協議会で意見を聞くと。協議会には患者さんの方々も参画することが明記されているわけですので、患者さんのために何ができるかを考えながらがん対策をやるのが大事だと思っていますので、患者のために何ができるのかを、それが企業であれどアカデミアの立場であれど医療現場の立場であれど我々行政の立場であれど患者のために何ができるのかのは同じ思いで同じベクトルで仕事ができるのではないかなと思っていますので、私自身はオールアクティビティ、オールペイシェントというスピリットで仕事をするのが皆さんと同じ思いでできるとすてきだなと思っていることを最後に言ってまとめさせていただければと思います。ご清聴をありがとうございました。

○大屋祐輔座長

鶴田先生、最新の我が国の施策動向についてご説明をいただきつつも、最後には非常に元気になる言葉をいただきましてどうもありがとうございます。

せっかくの機会です。5分程度遅く始まっておりますので、ご質問を5分程度受けられると思います。いかがでしょうか。玉城先生、お願いします。

○玉城研太郎（田名毅委員代理 沖縄県医師会）

ありがとうございました。沖縄県医師会の玉城でございます。

非常に勉強になって、まずは9ページ、1つは要望になるのですが、がん医療の集約化、均てん化は相反することをやっていけないといけなくて、沖縄県は東西1,000kmの広大な医療圏を有していて、遠隔地の皆さんが集約ということで本島のど真ん中に来るのはなかなか難しいような状況です。

その中でいろいろICT、DX等を駆使しながら離島の先生方と専門家と連携して同じ患者さんを診ていく体制が必要になってくるんだろうと思うのですが、D to P、Doctor to Patientに関してはオンライン診療等で診療報酬はついていますが、今後はD to Dのコンサルタントに対しても診療報酬をつけないと、私が長らくやっていた東北地方の新幹線沿いの沿岸部ががん医療の過疎と言いすぎですが、なかなかうまくいかない状況ですので、ぜひこの辺はご検討を賜りたいと思います。Doctor to Doctorのコンサルタントに対してもマネタイズできるような体制がひとつ必要だと沖縄県では特に考えています。

それからもう1つお話があった学会の意見は非常に重要だと思っておりますが、今はもう化学療法も含めてエビデンスがどんどんブラッシュアップされていて、5年先、10年先の医療提供を、がん医療に関してなかなか読めない状況もあるかなと思います。その中で、もちろん数値的な予測もいいのですが、フレキシビリティも非常に重要となってきますので、ある程度のいろんなシミュレーションをしていって、こんなだったらこんなとすごく回転ができるようなシステムを1つ作っておいたほうがいいのかなと思っておりました。

いかがでしょうかというのもおかしいのですが、ぜひコメントをお願いします。

○鶴田真也先生

ご意見をありがとうございます。DXをがん医療の分野でどのように実現していくかは本当に大事なポイントだと思います。いろんな試行錯誤はされていると思いますので、その中でエビデンスが出てくれば学会要望等を通じて中医協などでも診療報酬に関しては議論されるものと思っておりますので、これに関しては現場の先生方、学会の先生方としっかり対話しながら、どのようなDXの活用が効果的なのか、それについては私どもも非常に興味を高くもちながら見ていきたいし、議論していきたいですし、具現化していきたいなと思っております。

2つ目のご質問ですが、これもまた答えらいいかな。ポイントだけもう1回言ってもらっていいですか。

○玉城研太郎（田名毅委員代理 沖縄県医師会）

2点目のエビデンスがどんどんブラッシュアップ…。

○鶴田真也先生

エビデンスの話は、これは国として都道府県が議論しやすいようにデータを提供することが、これは第4期の基本計画の中でも規定されていますので、これは大事なところだと思っておりますし、また使えるデータ自体も全国がんにしても院内がんについても毎年毎年新しいデータが出てきますので、その新しいデータをちゃんと取り込みながら下を微修正しながらまた数字を提供していくことが大事だと思っております。そういったことを国がんともよく相談しながら、どのような形でデータ分析の支援ができるかを検討しているところですので、そこは先生のご指摘をしっかりと踏まえながら対応していきたいと思っております。

ところでは。

○大屋祐輔座長

ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。集約化と均てん化は特に沖縄県にとっては重要な課題ですので、鈴木先生をはじめ、これから現役の先生方に頑張って取り組んでいただきたいなと思っていますが、ほかにいかがでしょうか。

玉城先生が言われたポイントは、これはがん対策に限らず、今後の患者数の動向、推測の面に関して、各都道府県ごと、また二次医療圏ごとにしっかりと分析していかないといけないのですが、それを担う人材が必ずしも地方にはいない。沖縄県にもいないと言って正しいのですが、それを担う人材が必ずしも地方にはいない。沖縄県にもいないと言って正しいぐらいの感じなので、そういう面で、厚生労働省に先ほど支援という形なんですけど、全国でもできているところがそう多くないような気がしているので、ぜひサポートをよろしくお願ひしたいと思っています。我々も人探しをしているところです。

いかがでしょうか。データをそろえるまではいいのですが、解析の仕方によっては間違っただけの結果を出したりすることもありますので、ぜひそこはよろしくお願ひしたいと思っています。

ほかにいかがでしょうか。せっかくの機会です。患者団体のほうからでも、急に言われて困りますか。どうぞ。

○島袋希美委員（若年性がん患者会Be Style）

若年性がん患者会から来ました島袋と申します。

集約化ですが、私は先生方から説明をしていただける機会があつて、それは私たち患者にとってよい動きであることは理解しているのですが、それを知る機会がない患者さんは集約化で、例えば自分で病院を決められないのではないかとか、この先生に手術してもらいたいのにはできないんじゃないかとか、そういう不安が、十分な説明がないと誤解が生じてしまうのではないかと思うんですが、そのあたりはどのようにお考えでしょうか。

○鶴田真也先生

とても貴重なご意見だと思っています。繰り返しになってしまうのですが、特に外科医療は需要に比して若手の外科の先生のみ手がない中で、どうやって生産性を高めて効率を高めていくかみたいなことをやっていかないといけないわけなんです。そういったことを患者

さんの方々にどうわかりやすく伝えていくのかがとても大事だと思っています。

今ある外科医療がちゃんと受けられるようにするために、必然的にやらざるを得ない側面もあると思っていますので、そういうコミュニケーションは正面からとっていかないといけないのではないかなと思っています。そういうことを国としてもちゃんと情報を出していかないといけないです。ある意味、考え方をちゃんとまとめることがひとつ大事なポイントだと思っていますし、考え方をまとめることによって、それが都道府県の方々、医療関係者の方々、患者会の方々、皆さんと同じ思い、同じ考え方、ある意味、ワンボイスで伝えていくことが多くの方々の理解を得るためには大事なステップではないかなと思っているところです。

お答えになったかどうかはまたコメントをいただければと思いますが、私自身はそう思うところです。

○大屋祐輔座長

いかがですか。よろしいですか。

○島袋希美委員

ありがとうございます。私にとっても課題なのですが、例えばいい制度があったり、いい支援があっても、それが患者さんに結構伝わっていないことがあるように感じる事が多くて、こちらも伝えていく方法なども一緒に考えていただければと要望いたします。よろしくお願いいたします。

○大屋祐輔座長

ありがとうございます。ご検討をいただくということで。

それでは最後に高槻先生、沖縄県でも外科医は非常に不足していると実感していますがいかがでしょうか。

○高槻光寿委員（琉球大学病院がんセンター運営委員会 センター長）

琉球大学病院の消化器外科の高槻です。この会で運営委員会の委員長を務めさせていただいていますが、かなり外科医不足を強調していただいたので、そのとおりなのですが、特に消化器外科医、私は消化器外科医ですが、学会が声明出すぐらいの状況になっていますし、

どうすればいいのかも私も悩みながらやっているのですが、我々も自分で自分の首を絞めているというのはおかしいですが、消化器外科医に渡したデータの中に、自分の子供に外科医になるか勧めるかというデータがあって、相当低いですよ。結構ショッキングなデータがあったりして、我々はそもそも元気を出してやりがいを主張しながらやって、ネガティブなイメージを持たれることが基本ですが、やらずにやりがいが実際にあつてということを伝えながら、沖縄も確かに外科医不足は深刻ではあるのですが、もっと厳しい県がたくさんあるのを知っていますので、私自身はそれほど悲観的ではないというか、とにかく頑張つて、沖縄は拠点というか、特定機能病院は大学だけなのですが、連携してやれる体制には少しずつなつてきていると思っていますので、それほど悲観的ではないです。

ただ先生もおっしゃられたとおりの状況なので、国としてもなんとか支援をいただけるような体制をととは思いますが、ありがとうございます。

○大屋祐輔座長

どうもありがとうございました。いろいろご意見もあるかと思いますが、時間はちょっとオーバーしていますのでここで終えたいと思います。鶴田先生、どうもありがとうございました。

○鈴木幹男議長

それでは、審議に先立ちまして、今年度から新しく委員となられた皆さんがいらっしゃいますので簡単な自己紹介をお願いしたいと思います。お名前をお呼びしますのでよろしくお願ひいたします。

天願俊穂先生。

○天願俊穂委員（沖縄県立中部病院 病院長）

4月から沖縄県立中部病院の病院長になりました天願と申します。3月までは副院長として幹事会等々に参加させていただいておりました。今後ともよろしくお願ひいたします。

○鈴木幹男議長

田仲斉先生。

○田仲斉委員（沖縄県立八重山病院 病院長）

皆様、こんにちは。沖縄県立八重山病院の院長の田仲と申します。昨年度は宮古病院におりました。今年からまた院長1年生ということと八重山1年生です。どうかよろしく願いいたします。

○鈴木幹男議長

高槻光寿先生。

○高槻光寿委員（琉球大学病院がんセンター運営委員会 委員長）

高槻です。先ほど紹介させていただいたとおりですが、琉球大学病院は移転もしましたし、これから外科医としても頑張っていきたいと思えます。運営委員会の委員長も務めさせていただいておりますのでどうぞ指導のほどよろしく願いいたします。

○鈴木幹男議長

市川修さん。

○市川修委員（琉球大学西普天間キャンパス事務部 事務部長）

西普天間キャンパス事務部長になりました市川と申します。3月までは同じ琉球大学の財務部長をしております、4月からこちらに異動しております。よろしく願いいたします。

○鈴木幹男議長

神里敬子先生。

○神里敬子委員（沖縄県立中部病院 副院長）

こんにちは。県立中部病院の看護職副院長の神里と申します。今年度より幹事会のほうに参加させていただきます。どうぞよろしく願いいたします。

○鈴木幹男議長

山本孝夫先生、ウェブでご参加です。

○山本孝夫委員（沖縄県立八重山病院 医学部長兼外科部長）

山本です。よろしく願いいたします。

○鈴木幹男議長

砂川綾子先生。

○砂川綾子委員（沖縄県立八重山病院 副院長）

こんにちは。今年度から看護職の副院長をしています砂川です。またよろしく願いいたします。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。

また、本日は会議傍聴に関して委員の皆様へご案内がございます。当協議会はもともとどなたでも自由に傍聴できますが、今回は北海道がんセンターの皆様がご来場をいただいております。せっかくの機会ですので、院長の平賀博明先生からひと言ご挨拶をお願いいたします。

○平賀博明先生（北海道がんセンター 院長）

北海道から参りました平賀と申します。私は1年前から協議会の運営をしておりますけれども、考えることが多く、増田先生に教を請うために勉強に参りました。よろしく願いいたします。

○鈴木幹男議長

平賀先生、ありがとうございます。

また、本日はオンラインでも傍聴を許可しており、厚生労働省健康・生活衛生局がん疾病対策課の皆様と国立研究開発法人国立がん研究センターの皆様もご参加をいただいております。国立がんセンターからは、がん対策研究所長の松岡豊先生もご参加をいただいております。松岡先生からもひと言ご挨拶をいただきます。松岡先生、どうぞよろしく願いいた

します。

○松岡豊先生（国立がんセンター がん対策研究所長）

国立がんセンターがん対策研究所長の松岡でございます。本日は傍聴の機会を賜りまして誠にありがとうございます。我々は本日、沖縄県で行われている協議会の議論において、特に院内がん登録とデータを用いた議論によって、今後のがん医療提供体制を考える場、議論が進んでいると伺っておりますので、本日、我々の研究所からは都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会の事務局を務めているがん医療支援部、それから研究部のメンバー等が併せて傍聴させていただいております。

今日の議論を我々も勉強させていただきまして、ここで得られる気づき等を今後、がん医療分野における政策提言等につなげていき、厚生労働省とも共有しながら誰一人取り残さないがん対策の推進に資するようなアクティビティを我々からも引き続き進めてまいりたいと思います。よろしく願いいたします。

○鈴木幹男議長

松岡先生、ありがとうございます。

それでは、これから協議会を開催したいと思います。まず資料の確認になります。増田委員からお願いいたします。

○増田昌人委員（琉球大学病院がんセンター センター長）

では、資料の確認をさせていただきます。1枚紙のもので、上に令和7年度第1回沖縄県がん診療連携協議会議事次第という裏表のものがあります。こちらに資料番号と備考のページが入っているかと思えます。

もう1枚が資料一覧です。あとは当日資料としましてA3の大きな紙が入っています。右上に資料9、沖縄県がん診療連携協議会、第4次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）とあります。それ以外にA4の紙が幾つかあります。1つは、右上の資料11-4、「選定要件 食道がん」と、これは6枚入ってまして、今日は審議事項の3番で使う選定要件の6種のがんについて入っておりますので、それぞれご確認をいただけますでしょうか。

もし足りないようであればお手を挙げていただきますと事務の担当の者が参りますので、補充いたしますのでよろしくお願いいたします。以上です。

○鈴木幹男議長

よろしいでしょうか。過不足はございませんか。

これから進めていきたいと思えます。まず資料1～3の議事要旨の確認、資料4の委員一覧について、資料5の令和7年度の協議会・幹事会開催日程について、増田先生より報告をお願いいたします。

議事要旨・委員一覧

1. 令和7年度第1回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨（4月7日開催）
2. 令和6年度第4回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨（2月7日開催）
3. 令和6年度第4回沖縄県がん診療連携協議会議事録（2月7日開催）
4. 協議会・幹事会・部会委員について
5. 令和7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

確認させていただきます。資料1が本協議会に先だって行われる本年度第1回の幹事会の議事要旨となっています。5ページからになります。

また資料2としまして、昨年、令和6年度の第4回の本協議会の議事要旨が7ページから。その議事録が11ページから50ページほどあります。

なので、まずは皆さん、7ページの本協議会の前回の議事要旨をご覧いただければと思います。資料2になりますが、議事要旨をご覧になられていますでしょうか。7ページにはメンバー表が書いてあるかと思えます。

1枚めくっていただきまして、前回の審議事項は、1番として、「がん診療を行う医療機関」の選定要件改訂会議の基本的な方針についてということで、医療部会とベンチマーク部会からの提案がありました。実際に基本的な方針についての確認とおおよそ20のがん種について選定していくことが決まったかと思えます。

2番目が、市町村のがん検診担当者の研修修了率向上についてということで、これは大腸がん死激減プロジェクトの連絡会議のほうから提案がありまして、市町村のがん検診担当者の研修の修了率が悪いということで、それに対して市町村長及び沖縄県保健医療介護部へ要望書を提出することになって、実際に提出しております。

3番目が、沖縄県の病弱教育における高校生支援について、小児・AYA部会からの提案

で、こちらのほうが沖縄県教育庁より特別支援学校に要望書を出しております。

4番目が、本協議会版のがん計画の進捗状況について話し合いをさせていただきました。時間の関係上、報告はそれぞれありましたが割愛させていただきます。

また、幹事会の議事要旨、本協議会の前回の議事録に関しましては、それぞれ皆様、ご確認をいただき、もし間違い等がございましたら事務局のほうに連絡をお願いいたします。

資料4、64ページまで飛んでいただけますでしょうか。今日の幹事会の委員の名簿です。赤字で書いてあるところが今日の新規委員となっています。

また次のページをめくっていただきますと幹事会の委員の変更が赤字で書いてありますのでご確認ください。

その次のページは各ワーキンググループの名簿になっていますので、それぞれ変更がありますので、それを確認していただければと思います。

次は71ページまで進んでいただきまして資料5、今年度の協議会の日程と幹事会の日程の確認をお願いいたします。協議会に関しては、次回は8月1日、第3回が11月7日、第4回が2月6日になっております。基本的に第1回目を除きましては8月、11月、2月の第1金曜日となっておりますのでそれぞれご確認をお願いいたします。私からは以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。これについては何かございますか。コメントはよろしいでしょうか。

それでは有識者からの報告説明事項に入ります。資料6を埴岡委員より報告をお願いいたします。

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。それでは資料6、72ページをお開きください。手短にご紹介したいと思います。

タイトルは「沖縄県におけるがん診療病院の再構築に関する1考察」としております。ちょうど今日、いわゆる集約化等についての議論があるということで、それとも少し関連したお話かと思っております。

めくっていただいて背景ですけれども、さらにめくっていただいて沖縄県の背景ですが、

沖縄県ではがん診療病院の要件を決めてがん診療病院を指名し、公表・掲載をしまいいりました。一方で全離島別のガイドを作成するなど、地元でできる治療、移動してする治療について情報提供も行ってきたところです。また、患者団体、患者関係者からの要望等もあり、一部の地域では離島から本島への旅費補助などもまだまだ不十分とはいえ、一部、発達してきたところだと思っております。

それから第4期がん対策推進計画、沖縄県のもの連携協議会のほうでロジックモデルをつかって、その医療提供体制分野においても指標を見て、医療の質もアクセスも十分にモニタリングしていこうとしていたんだと思います。その指標も患者さんに聞いた患者体験調査や医療現場に聞いた医療提供者調査も活用していたところです。

この後、行われます審議で「がん診療を行う医療機関」選定要件の改訂が進んでいくところなんですけども、沖縄県ではこれまでも連携協議会で患者参画の形になっておりますし、適宜、タウンミーティングで意見聴取することなども行ってきたということを振り返っておきたいと思っております。

次のページですが、これが現行の沖縄県庁の「がん診療を行う施設」、今日は掲載施設と呼ぶことにしたいと思うんですけども、掲載施設を告知しているページです。

そして、76ページはその掲載要件を掲載しているところで、共通的な体制と部位別の要件が書かれています。

77ページですが、それを決めるのみならず、県庁のホームページでも開示し、また県内で新たにがんと診断された患者さんにできるだけ漏れなく配布しようとしております「おきなわがんサポートハンドブック」でも掲載しているところがございます、例えばこのページ、がんの部位ごとに見ただけであれば結構ですけども、例えば食道がんですと○が付いているところが1つ2つというような形で、限定的な数にしたものを皆さんが閲覧できる形にしておりました。

78ページ、一方で先ほども触れましたが、離島・へき地の方々の不安が抑えられるように、各地区の状況のガイドもつくっておりました。

次のページはがん拠点病院のカバー率ですけども、カバー率は全国がん登録で推定される、その地域の全患者数に対して拠点病院等が参加する院内がん登録で捕捉されているものを分子として、分母分子を計算したものです。このグラフを見ますと、一番右端が沖縄でグラフが低くなっており、全国で2番目に低い。つまり大腸がん、沖縄で行われているものうち、大体、グラフを読み取ると3割ぐらいが拠点病院で、院内がん登録で捕捉されてい

るという形であったわけです。

次のページが肺がんで、その次のページをめくっていただくと3つのグラフが並んでおりますけれども、一番左は拠点病院で診ているがんと、拠点病院以外だけでも、院内がん登録で捕捉されている合計値です。合計値で沖縄を、一番下のところを見ると全国でベスト2ぐらいの85%ぐらいになっています。真ん中は拠点病院だけの部分ですが、これは35%ぐらいです。右側が50%ぐらいがあつて、これは拠点病院じゃないけど、拠点病院以外のところも院内がん登録に登録してもらって捕捉をしたと。真ん中足す右で左端になっているということで、真ん中のままだとワースト2なんですけど、右が、足す分をベストに頑張つて、左側の合計値を全国ベスト2まで持ってきたということで、これはひとえにこの協議会で意思決定したことを現場の作業の方が熱心に取り組まれた結果で、沖縄のがんがある程度、カバー、捕捉されて、把握がされているということだと認識しております。

また、次のページは先ほど述べたロジックモデルによる進捗管理のところからですけれども、今日の資料にも付いているロジックモデルだと思いますが、その抜粋ですが、医療提供体制に関して患者さんの状態、それからサービスの状態がこのようにずっとモニタリングしていく体制、仕組みになっております。

また次のページは離島なども含めて医療スタッフがどのように配置されているかを見るようになっているということで、沖縄ではずっと患者さんに対して医療がどうなっているかを見る体制も並行して行ってきたと再確認したものでございます。

次のページですが、こちらは国の話なので、先ほども話がございましたし、できるだけ割愛したいと思いますけれども、84ページですか。国のほうでも各方面から集約の話が進んできています。

85ページは新たな地域医療構想で、前大屋院長も委員をされて、まとめられたペーパー。ここにも「集約化」という文字が含まれておりますし、がん対策で進められている検討のまとめられたペーパー。86ページ、87ページ、88ページでもそのような流れが出ている。そして、89ページに先ほどご紹介がありましたが、国のほうでは3階建てというイメージで考えているということです。

90ページになりますけれども、背景としては、沖縄県のがん診療連携協議会でがんを診療する病院の要件をできるだけ絞っていこうと。質の高いところを目指していこうということと、今日を含めて、これをさらに改訂していこうということなんですけども、そこで決めたことを今後は実行していくとい

う流れになっているんだなど、改めての振り返りでございました。

91ページ、課題、92ページ、課題ですけれども、今日はそういう文脈の中で、現状が施設別の診療件数がどうなっているのか。仮に集約が実際に進んだら、どんな感じになるのかということ。それが意外とイメージされていないかもしれないので、それを見ようという趣旨でございます。

93ページからがようやく本番で、前置きが長過ぎて恐縮ですが、94ページ、これから現状を把握してみようということと、移行をするときに何かを犠牲にして何かをしようということがこの連携協議会の考えではなくて、沖縄連携協議会ではやはりできることは全てきっちりやっていこうという方針だったということを確認しつつ見ていきたいと思っております。

95ページ、96ページなんですけれども、多分、沖縄の連携協議会がやってきたことは何かを犠牲にして何かをやるということではなくて、基本的には全てよしの精神で「患者・住民よし、提供者よし、社会よし」。すみません、文字の脱落があって恐縮ですけれども、そういう精神でやってきたのではないかと思っております。

97ページ、またよく医療の質とアクセスとコストは相反するといわれるんですが、沖縄はあんまり精神ではなくて、医療の質も上げるし、アクセスも上げるよねということだったんじゃないかなと理解しております。質に関しても向上させるということで、集約するのは質を上げるということがありますし、それによってアクセスを犠牲にしようと思っているのではないと理解しております。人口稠密地ではアクセスは維持するし、集約をしてもアクセスはそんなに悪くはならないという理解。それから、離島・へき地ではこれまで巡回や遠隔による、特に巡回医療などもされておりましたし、そういうことに関してはますます強化していこうと考えていらっしゃるの、基本的には最適化で両立していこうという考えではないかなと理解しているところですし、そこのところはぜひ維持していただきたいと思っております。

98ページ、モニタリングも、ちょうどロジックモデルもほぼ完成し、指標が集まってきたところで、体制が変わっても患者さんのアウトカムやサービス状況は向上していることをちゃんと確認もされていくんだなど理解しております。

ここから作業をご披露するんですが、99ページから100ページ。データソースは院内がん登録を加工したものです。症例数が1～3というのは、マスキングされているところは2とか置き換えで処理をしております。

101ページを見ていただくと、ここのデータを入手できる病院が縦に並んでおり、横にがんの部位ごとの症例数が出ております。確か初回治療の浸潤がんで作成したと記憶しております。これを地図で見るとわかりやすいかなと思って、地図上に配置をしてみました。掲載病院が赤、非掲載病院は青色表示にするという作業をひとつしました。

もう1つ、作業2ですけれども、これは現行の掲載要件を適用して、掲載施設だけに仮に症例が全部移管したと。これは全く機械的な試算であって、そうあるべきと言っているわけではないんですけれども、機械的計算としてやって、その症例が全部移管されたという仮定で、非掲載施設から掲載施設までの患者移動が発生した場合の距離も計算をしてみました。その2つを今からご紹介いたします。

105ページですけれども、この表は縦側に大腸がんの診療病院と、現に今、診ている症例数がございます。太字が掲載病院になりますので機械的計算に過ぎませんけれども、それが移動したことを仮定していくわけです。

106ページは現行の症例数を単にグラフにしたものでございます。

107ページは作業①としてマッピングしたものですけれども、大腸がんの病院に対してオレンジ色のところが掲載病院で、青のところが非掲載病院です。

クローズアップしますと、まず八重山医療圏や宮古医療圏、北部医療圏ではもう既に病院が限定されていることが認識されます。中部医療圏では108ページのような図になりますが、掲載病院3つに対して非掲載病院1つ、症例数がそちらに表記されているような形になります。

めくっていただくと南部医療圏では今、たくさん病院がありますが、オレンジ色の病院が4つぐらいとそれ以外の6つぐらいの青マークの病院が見えております。これを見ると、仮にオレンジ色のところだけになっても、青いところからオレンジ色のところへの患者さんの移動数はそんなに大きく発生しないことが見て取れます。

そこで110ページですけれども、その症例が移動した場合、患者さんが移動する距離も測って見たところ、大腸がんの場合は移動距離が2.9kmや3.8km、このような形で比較的短めであり、かつ元々、自動車移動していたのであれば大きな影響は割と少ないことが想像されました。これは機械的に元の病院と非掲載病院から最寄りの掲載病院への距離を測っておりますので、場合によってはむしろ掲載病院のほうが近くなったということもあろうかと思っておりますので、1つの試算に過ぎません。

同様に肺がんでもやってみたものが112ページです。現行の症例数をまず把握していただ

いて、そのうち掲載病院が太字のところであるという認識をした上で可視化、地図化したところ、113ページのような形になります。

こちらも同様に、八重山医療圏は1つ、宮古医療圏は2つ、北部医療圏も2つということで、やはり焦点として見られるのは114ページの中部医療圏と南部医療圏のところ。そして、また比較的、南部医療圏、中部医療圏、あるいは一帯の医療圏としても捉えられるような部分もあると思われます。中部医療圏の場合はオレンジ色のものが1つで青が3つですけども、これが移管された場合、どれぐらいの移動距離になるのか。

115ページですが、また南部医療圏ではたくさん症例を分け合っておりますけれども、それが仮に掲載病院だけに集約された場合、どれぐらいの地理的配置になるかということが見て取れるということでございます。

116ページはそれの移動距離計算をつけたものでございます。

118ページは考察なんですけれども、こうして見ますと、主にではございますけども、都市部、中部医療圏と南部医療圏の問題に見えるなということと、中部医療圏と南部医療圏において、掲載施設への実際の集約が名目的な掲載にとどまらず、実際の集約がどのようなプロセスで起こっていくのかなということが念頭に浮かびます。

あくまで私どもとしては「三方よし」「3点よし」でモニタリングがしっかりしていて、結果的におかしなことにならないことがしっかり担保されてほしいなと思っているところです。

中部医療圏、南部医療圏で掲載施設への集約が進むと、もちろん医師の働き方改革の効果や離島・へき地への支援余力の捻出が生まれるのではないかとということで、また2040年、最適な医療提供体制の転換への好機となる可能性もあるのではないかと個人的には今回、この作業をして思ったところでございます。

都市部の集約による効果をへき地・離島のサポートに配分するという発想もあるのではないかと考えており、また患者・住民参画の会議もそうですが、共に議論するという素地が沖縄県にはあると考えております。ということであとは読んでいただければいいかなと思いますけども、このような考察をしてみたということで何か参考の一助になればと思います。

それから、120ページからは患者さんの移動のみならず、医療従事者の異動、専門職の異動もそれに伴ってどう起こるのかが関心事になると思いますので、専門職に関しての一覧表をつくって見たんですが、これは18施設のベースではなくて、本当に限られた6つぐらい

の施設ですので、これだけでは何とも言えないんですけれども、こういうことも見ておく必要があるかなということで付けたものでございます。

また、123ページからは脳卒中や心疾患の症例数を見ておりますけれども、総合病院、がん専門病院だけではない病院の今後の展開を見るにはほかの主な疾患も同時に見ておく必要があるということで、あくまでご参考に付けたものでございます。

以上、1つの可視化の試みをご紹介した次第でございます。長くなって恐縮です。ありがとうございました。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。非常に衝撃的なご発表だと思いますが、いかがでしょうか。ご意見、ご質問はどうでしょうか。

やはり集約化は避けて通れないところだと思います。先ほどご質問があった選ぶというところもあるんですけれども、できるだけ安全な医療を提供するとなるとある程度の集約化。今、集約されてもさほど大きな影響がないような、そういった形でご提示いただけたと思いますが、いかがでしょうか。玉城先生。

○玉城研太郎（田名毅委員代理 沖縄県医師会）

ありがとうございます。集約化はすごく重要だと思うんですが、今の沖縄県全体の医療経営状況を見ていますと、もちろん集約化は重要なんですけど、一概にそれに向かうのもなかなか難しいのではないかと考えているんですね。なので、この辺を今後、もちろんここで協議するべきかどうかはわからないんですが、もしかすると県行政と医師会側でそこをもう少し協議する必要もあるかもしれないんですが、こういうものを今後、加味していくような見せ方というんですか。それをロジックモデルに組み込むのは可能なのかなというのを埴岡先生にお伺いしたいんですが、いかがですか。

もちろんがんにフォーカスを当てると集約化はすごく重要だというのはわかるんです。ただ一方で「拠点病院に全部、集約をしましょう」と言うと、ほかの医療機関の経営状況にかなり大きな問題が起こってくるだろうと思うんですが、この辺を加味したような見せ方はできますか。そして、それを課題にするためのロードマップをわれわれはつくっていかないといけないんですよ。

○埴岡健一委員

それを全てロジックモデルに負わせることはなかなか難しいと思うんですけども、今あるロジックモデルの下側に人材資源、ロジックモデルに人材資源はもう入っているんですよね。ですので、欄外注記として、医療コストと医療機関の収益表をロジックモデルに参考指標として付けて、それを両方見ることによって。

それからもう1つ、将来患者需要数と需給ギャップをロジックモデルの下側に欄外注記として付けて、両方見ることによって、皆さんが2040年を見据えながら、どれだけの医療資源でどれだけのアウトカムとプロセスを生んでいくのかということを動的的に見て確認することができると思います。

○鈴木幹男議長

今、言われたように、一番最初、埴岡先生が言われたように「三方よし」ですよね。患者さんもよくて、それから提供者、病院とかそういうところもよくて、社会もいいというところで、その辺の落としどころを探っていくことになるかと思います。いかがでしょうか。

○増田昌人委員

拠点病院に集約化するという考えは毛頭ないので、そこは誤解のないようにしていただければよいと思います。

今日の段階で言うと、後で議論になるメジャーな6がん種なんですが、琉球大学病院は半分落ちていますので、そういった意味では既に会議の段階で県拠点である琉球大学病院がメジャーながんで半分落ちているという事実は一応、ここで強調しておきたいなと思います。そういったことはなしに公平に、皆さん、各委員が選定会議のほうでお話をされていますし、実は拠点病院以外だけ選定がされているがん種も幾つかありますので、そのところは強調したいと思います。以上です。

○鈴木幹男議長

ほかはいかがでしょう。よろしいでしょうか。

1つの試案として、いろいろ出していただいて、今後はさらに検討して行って、やはり「三方よし」が一番よくて、大学だけに症例を集めるとか、そういうことでは全然ないと思いますのでよろしく願いいたします。埴岡先生、ありがとうございました。

それでは続きまして天野委員よりご報告をお願いいたします。

2. 天野委員報告

○天野慎介委員（一般社団法人グループ・ネクサス・ジャパン 理事長）

私からは高額療養費の引き上げに関して説明をさせていただきたいと思います。iPadの資料で133ページから始まりますのでご参照いただければと思います。資料の右下にページ番号を振っていますので、そのページ番号に従って説明させていただきます。

1 ページ目に表紙がございまして、1 ページめくって2 ページ目です。まず今回、要望活動を行った全国がん患者団体連合会については、がん医療の向上とがんになっても安心して暮らせる社会の構築に寄与することを目的とした患者団体の連合組織でございまして、現在52の加盟団体、加盟団体の会員総数はおよそ2万人の団体となります。

3 ページ目です。発端は、昨年末、厚生労働省の社会保障審議会の医療保険部会での4回での議論を経て、厚生労働大臣と財務大臣が合意する形で高額療養費の引き上げが決まったということがございました。それに対して、私たち、全国がん患者団体連合会並びに日本難病・疾病団体協議会からその引き上げについて再考を求める要望書を出させていただいたのが発端でした。ただ、当初はなかなかメディアの方々、また国会議員の方々にも関心を持っていただけない部分があったので、どうしたら関心を持ってもらえるだろうかということで、やはり患者や家族の声を届けることだろうと考えました。

4 ページになります。1月17日から急遽、緊急のアンケートを実施いたしました。3日間でしたが、3,000名を超える方々から非常に切実な声をいただくことができました。

5 ページ目です。3,623名のさまざまな年代の方からアンケートの回答をいただきましたが、非常に切実なものが多くございまして、例えば一番上、女性・20代のがん患者さんですね。「スキルス胃がん患者です。小さな子どもがおり、この子を遺して死ねません。高額療養費制度を使っていますが、支払いは苦しいです。家族に申し訳ないです。引き上げされることを知り泣きました。スキルス胃がんは治らないみたいです。私はいずれ死ぬのですが、子どものために少しでも長く生きたい。毎月さらに多くの医療費を支払うことはできません。死ぬことを受け入れ、子どもの将来のためにお金を少しでも残すほうがいいのか、追い詰められています」。こういった切実な声がたくさん寄せられました。

この頃、もし仮に政府の当初案どおりに引き上げが行われた場合、患者さんやご家族にどういった支援ができるだろうかということを、がん相談支援センターの私が信頼申し上げ

ている複数の相談員の方々と相談したんですが、結論は生活保護を受給していただくしかないだろうというのが、当時、結論だったのを覚えています。なかなか生活保護も受給が難しいので、どうしても受給する場合には、例えば結婚されている場合には世帯を分けていただくとか、そういった相談対応をしなければいけないのではないかとということを当時、相談支援センターの相談員の方々と語ったのを覚えています。

6ページ目になります。このアンケートを公開したところ、与野党各党が関心を持ってきて、党としてヒアリングをしていただきました。最初、立憲民主党から始まりまして、共産党、公明党、国民民主党、そして日本維新の会、それぞれがヒアリングしていただいて、ようやく各政党がこの問題に関心を持っていただくことができました。

7ページ目です。国会が開会しまして、国会の冒頭の代表質問で、立憲民主党と共産党からそれぞれ総理に対して代表質問で「高額療養費の引き上げを見直すべきではないか」という質問をしていただきました。それに対して総理から「既に十分、配慮をしているので、引き続き説明を尽くしてまいります」という趣旨のご説明があつて、少なくとも引き上げに関しては特に修正する予定はない、いわゆるゼロ回答だということが示されました。

それに対して、われわれ患者団体、全国がん患者団体連合会、日本難病・疾病団体協議会、いずみの会では、8ページになりますが、今度は緊急署名を開始しまして、こちらについては多くの方々のご賛同、またがんを患っていらっしゃる有名人・著名人の方々も賛同人になってくださりまして、13万筆を超える署名が10日間程度で集まりました。この署名、あるいはアンケートを基に国会でも質問を相次いでしていただきました。

9ページ目です。衆議院予算委員会で立憲民主党の酒井なつみ衆議院議員が最初に質問してくださったんですが、酒井議員は看護師であり、ご自身も20代のときに子宮頸がんを経験されたがんサバイバーの方ですが、涙ながらに質問していただきまして、それに対して総理が答弁していただきまして、「一番苦しんでおられる方々の声を聴かずに、このような制度を決めてよいとは思いません。厚生労働省において、そういうの方々のご意見をどういう形で聴くのが一番適切か。検討させます」というご答弁をいただきまして、厚生労働省の大臣との面談が実現することになります。

10ページ目です。並行しまして、与野党の国会議員の皆さまに、われわれ全がん連並びに難病団体に要望してまいりました。上から後藤茂之・元厚生労働大臣、田村憲久・元厚生労働大臣、また公明党の斉藤代表、立憲民主党の野田代表、国民民主党の玉木代表、社民党の福島党首ですね。それぞれの方々にお会いしまして、これ以外にもたくさんの議員の方々に

お会いしたんですけれども、高額療養費の引き上げを見直すように要望してまいりました。

11ページ目になります。2月7日と10日に厚生労働省保険局長と保険課長と面談の機会をいただきまして、2回にわたり面談させていただきました。われわれからはとにかくいったん凍結、立ち止まっていたきたいということを要望させていただきました。

12ページ目になります。このときに特に議論になっていたのが多数回該当という制度です。ご存じの方が多いかと思いますが、現在の多数回該当の制度になりますが、例えば年収650万の場合、自己負担の上限額が現在8万100円＋1％になっているわけですが、それに3回、上限額に達すると引き下がって4万4,000円になる。これが多数回該当という制度でございまして、これがこのとき、特に議論になっていました。

13ページになります。2月12日、またその後、2回目ですね。2回の面談を厚生労働大臣としていただきまして、このときにわれわれからはいったん凍結を重ねて要望いたしましたが、厚生労働大臣からは「多数回該当については引き上げを行わない」という回答をいただきました。

14ページになります。政府の当初の引き上げ案はどうなっていたかといいますと、年収約650万円の場合ですが、現在の自己負担上限額が8万100円であるのに対して厚生労働省の当初案では13万8,600円に引き上げを行うと。また、多数回該当についても現在の上限額は4万4,000円であるところ、7万6,800円に引き上げるということで、これが政府の当初の引き上げ案だったわけでございます。

15ページを見ていただきますと、政府のこのとき、厚生労働大臣から示された1回目の修正案では13万8,600円という自己負担上限額の引き上げは行いますが、多数回該当については引き上げを行わずに4万4,000円のままにするというのが福岡厚生労働大臣からお示しいただいた修正案でした。

ページをめくっていただきまして、ただ、これでも実は救われない患者さんがいらっしゃいます。と申しますのは、例えば現在、8万100円の上限額が13万8,600円に上がりますと、毎月10万円程度の医療費を支払っている患者さんが結構いらっしゃいます。たまたまなんですけれども、乳がん、子宮頸がん、卵巣がんといった女性特有のがんの患者さまのレジメンが自己負担の大体3割負担の金額が10万円前後という方が結構いらっしゃるんですが、仮に年収650万円程度のところが13万8,600円に引き上がると、上限額に達しなくなります。その結果、今までであれば3回支払ったら4万4,000円に引き上げされていたのが13万に引き上げられてしまうことによって、毎月、永遠にずっと10万円程度、支払い続けるという患者

さんが出てくるのが懸念されるようになりました。

17ページです。つまり、制度では「短期は何とか頑張ってください、高額であっても。ただ、長期に及ぶ場合は緩和してあげましょう」というのが制度の想定している自己負担の軽減だったんですが、引き上げされてしまうことによって、実際はぎりぎり上限額に達しない金額をずっと支払い続ける患者さんが出るのが懸念されました。

18ページです。でも、こういった声を受ける形で、2月28日に衆議院の予算委員会で石破総理から「今年度、2025年の引き上げだけは行うけども、それ以降の引き上げについては凍結をする。再考する」ということがありまして、また多数回該当についても「新たな基準を設ける」というご回答をいただきました。これは2回目の修正になりました。この時点で衆議院から参議院に渡ったわけでございます。

19ページです。この頃になると、さまざまな医療経済系あるいは医療政策の学者の方々から今回の引き上げについての考察が出てまいりました。例えばこちらは立教大学の安藤教授の考察ですが、縦軸が自己負担の上限額、横軸が年収になってくるわけですが、オレンジ色が現在の高額療養費制度の自己負担上限額、青色が今回の政府の当初案の自己負担上限額になっています。

政府の説明どおり、特に所得の低い方については引き上げ幅はほとんどない、かなり抑えられている。これは政府の説明どおりになっていたわけです。

20ページを見ていただきますと、別の見方で、例えば手取り所得です。手取り所得というのは、この場合、額面の年収から所得税と保険料を引いた額ということで、特にこの場合は45歳の単身世帯という非常にシンプルなモデルで計算しているんですが、手取り所得に対して高額療養費を支払い続けた場合、どの程度の負担になるのかということを計算した場合、これで見るとわかるように、実は低所得の方が既に3割から4割以上の負担になっていると。しかも、引き上げを行う前のオレンジ色の部分でも既にもうかなりの負担になっていることが可視化されたということがあります。やはりこうなってくると、一番最初から考えていただかないと困ると。

特に先ほど私たちの患者会のアンケートでも「現時点でも既に支払いを断念している方々がいらっしゃる」ということが医療者の方々からもかなりコメントを寄せられていたわけですが、その理由はまさにこれに表れているわけですし、特に所得が低い方においては既に過重な負担になっていることが示唆されました。

21ページです。また加えて参議院で新たに参考人招致をしていただいで、私たち全がん連

は轟理事が「治療をやめて、子どものランドセルや成人式の着物を用意して亡くなっている方々がいらっしゃる」ということなど改めて切実なことを訴えたところ、参議院議員の方々、与野党の先生方が特に「引き上げをやめるべきだ」と声を上げてくださいました。

22ページ、3月7日にわれわれ患者団体と石破総理、福岡厚生労働大臣との面談が実現しまして、全てを凍結する、いったん凍結することになりました。

ただ、一応、今年の秋までに改めて検討し直すことになっておりますので、23ページですが、われわれ患者団体から与野党の先生方に要請を行いまして、超党派の議員連盟として「高額療養費と社会保障を考える議員連盟」をつくっていただきました。こちらは最高顧問が尾辻秀久・前参議院議長で、会長が武見・前厚生労働大臣、事務局長が立憲民主党の中島克仁議員ということになっていまして、現在100名を超える与野党の衆参議員の方々に加入していただいておりますが、こちらの超党派の議連でしっかり高額療養費の議論を見守っていただきたいということを考えております。

また、24ページ、最後になりますが、4月16日、私は衆議院厚生労働委員会に参考人として招かれまして、いわゆる薬機法の改正と高額療養費について意見を申し述べましたが、その結果……。失礼しました。私が参考人として招かれたのは4月8日だったのですが、それを受ける形で4月16日に衆議院予算委員会で決議が生まれて「特に家計に与える影響を十分に考慮しなければいけない。また、高額療養費の議論に関しては、実際に支払う者とか、あるいはその他関係者の意見を聴かなければいけない」ということが言われまして、つい先日、厚生労働省に新たに高額療養費について検討する専門委員会が立ち上がりまして、今後はその専門委員会で議論が行われていく見込みになっております。私からは以上でございます。

○鈴木幹男議長

ご説明をありがとうございました。高額療養費制度についてのご活動をご報告いただきました。せっかくの機会ですのでご質問はいかがでしょうか。

先生、議員のほうからは、なぜこれをしたいというあれはあったんでしょうか、国会ですね。

○天野慎介委員

率直なことを申し上げますと、私たちも与野党の国会議員の方々にお会いしたんですけ

れども、この引き上げについて正確に理解されている方々はあまりいらっしゃらなかったと、与野党の議員の方々も、本心かどうかはわかりませんが、私たちが説明していくと「こんなに引き上げるのか」といったお声をいただいた方もいらっしゃった。

○鈴木幹男議長

ありがとうございます。ほかはいかがでしょう。

医療のいろんな形態が変わってきて、いろんな高いお薬なども今後も次々に導入されていくと思いますので、やはりこういうのはなかなか削れないところですし、きちんとした対策が国のほうでなされていくべきだと思います。

ほかはよろしいでしょうか。天野先生、ありがとうございました。

その他の報告はございませんね。これからいったん休憩を挟みたいと思います。休憩は10分間とさせていただきますので、再開は13時55分をお願いいたします。それでは休憩に入ります。

(休憩)

○鈴木幹男議長

それではお時間になりましたので、これから審議事項に入りたいと思います。審議事項の第1号議案の提案をベンチマーク部会長の増田委員、お願いいたします。

審議事項

1. 「第4次沖縄県がん対策推進計画（当協議会版）」の進捗状況について

(ベンチマーク部会)

○増田昌人 ベンチマーク部会長

iPadの中にも入っているんですが、すごく字が小さくなりますので、別個に資料9としてA3で沖縄県がん診療連携協議会の第4次がん計画（協議会版）のほうを。

本来であれば、新しく入った指標のお話を少しさせていただいて、それぞれ進捗状況をお話しするところではありますが、本日は議題が多くありますので、特別に今日は私のほうから申し上げますが、今回は新たに患者体験調査、これまでは全国値だけが出ていたんですが、それぞれ各病院ごとの値が参加した病院に返されています。

ここの中には患者体験調査がかなりあちこちに入っていますが、今回まではまだほかの病院からのデータを後日、琉球大学病院のほうで皆さまから頂戴して、一括して沖縄県のデ

ータということで国がんのほうから頂戴して掲載する予定なのですが、現状としては琉球大学病院がもらったばかりなものですから、ここの中には琉球大学病院のデータだけ入れていますので、それぞれご確認いただき、次回には恐らく沖縄県のデータとして県全体の平均データがここに入る予定となっておりますので、そこが大きな変更点となっております。

また、各学会のほうから過去10年分のデータをいただいておりますので、それにつきましては当協議会のホームページで、「うちな〜がんネットがんじゅう」のがん計画をウェブ版で公開しています。そこでは使い勝手が少し良くなって、全てではないんですが、一部ではありますが、その部分にカーソルを合わせてクリックをすると10年分のデータが別画面でグラフと表で出るようにしてありますので、それぞれお使いいただくと同時に、その画面上で水色の画面は全て根拠となるデータないしはホームページのほうに飛ぶようにしてあります。それぞれ試していただければと思います。

GoogleでもYahoo!のところでも「がんじゅう」と入れていただくと多分1番目か2番目に当協議会のホームページが出ますので、ぜひお使いになっていただければと思います。協議事項ではなくて報告でした。私からは以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。これについてご質問はございますか。資料の内容はもうこれでよろしいですか。これは認めてもらうかどうか。もうよろしいですか。

それでは次の審議事項、第2号議案の提案を離島・へき地部会長の赤松先生、お願いいたします。

2. 北部・宮古・八重山医療圏におけるがん種ごとの診療目標について

(離島・へき地部会)

○赤松道成 離島・へき地部会長

医師会病院の赤松です。よろしく申し上げます。179ページ、資料10です。「北部医療圏、宮古医療圏、八重山医療圏における分野別のがん医療の短期目標(案)」ということで出させていただきます。

第4次がん対策推進計画では、第2「分野別施策と個別目標」の中の2「患者本位で持続可能ながん医療の提供」の中の(3)「個別のがん対策」の⑥で「離島・へき地」の部分で個

別施策「診療病院におけるがん関連の人材配置等を過不足なく行う」に該当する施策を出させていただきます。

離島・へき地部会で協議して、以下の短期・中期的目標を立てましたので、協議会での審議をお願いします。これらを実現するために、協議会として琉球大学病院をはじめ各拠点病院や、場合によってはそれ以外の医療機関に対して働きかけを行っていくことをお願いします。また、必要が生じた場合は、協議会として沖縄県病院事業局、沖縄県保健医療介護部等に要望を出すことをお願いします。

180ページをお願いします。まずA「我が国に多いがん」ということで、大腸がん、肺がん、胃がん、乳がん、前立腺がん、肝・胆・膵がありますけれども、まず1番、胃がん・大腸がんの2025年4月の現状は、北部で現在、消化器内科医が5名、うち消化器病専門医が2名です。消化器外科医が8名で、うち専門医が5名。宮古で消化器内科医が3名、うち消化器病専門医が1名、消化器外科医が6名、うち専門医が2名。八重山で内科医3名、うち専門医1名、外科4名、うち専門医1名となっています。今後の方針として、まず3地域とも消化器病専門医を3名以上確保することを挙げています。また、3地域とも消化器外科専門医1名以上を維持する。また、現在、手術ができていますので、各地域での手術が可能な現在の状況を維持することを今後の方針として挙げています。

2番、肝・胆・膵のがんについては、内科医、外科医の数は先ほど挙げたとおりなのですが、北部・宮古・八重山とも肝胆膵外科高度技能専門医が0名となっています。今後の方針としては、この領域については3地域とも消化器病専門医を3名以上確保すること、手術と放射線治療に関しては本島の集約後の施設に紹介するという方針を挙げています。また、宮古病院または八重山病院での手術を希望する患者さんが出た場合は、手術のために一時的に医療機関からの専門家の派遣ができるシステムを構築することを挙げています。

181ページをお願いします。肺がんは、2025年4月現在で、北部は呼吸器内科医が4名、うち専門医が1名、呼吸器外科は0となっています。宮古は呼吸器内科医が1名、専門医は0、呼吸器外科が0で、現在、非常勤で呼吸器外科専門医が来てくれています。八重山も呼吸器内科3名、うち呼吸器専門医が3名、呼吸器外科医は常勤0で、非常勤が1名、専門医となっています。今後の方針ですけれども、3地域とも呼吸器専門医を1名以上確保すること。手術と放射線治療に関しては本島の集約化後の施設に紹介する。宮古病院また八重山病院での手術を希望する患者さんが出た場合は、手術のために一時的に医療機関からの専門家の派遣ができるシステムを構築するとしています。

4番の乳がんは、現状、北部・宮古・八重山とも乳腺専門医は0となっていて、宮古は非常勤で月に2回、乳腺の専門医が外来を、八重山では月に1回、乳腺の専門医が非常勤で外来をしています。今後の方針ですけれども、3地域とも非常勤で乳腺専門医を1名以上確保し、月に1回以上、外来を行う。手術と放射線治療に関しては、本島の集約化後の施設に紹介する。宮古病院または八重山病院での手術を希望する患者さんが出た場合は、手術のために一時的に医療機関からの専門家の派遣ができるシステムを構築するとしています。

5番の前立腺がんは、北部は泌尿器科医0、宮古が専門医を持つ泌尿器科医が1名、八重山も専門医を持つ泌尿器科医が1名となっています。今後の方針として、北部は2026年度中に月に1回は外来を専門医によりできるようにする。28年度中に常勤の泌尿器科専門医を1名確保するとしています。宮古・八重山は引き続き泌尿器科専門医1名を維持する。手術と放射線治療に関しては本島の集約後の施設に紹介するとしています。

182ページをお願いします。Bで「我が国に多いがん」以外のがんについては、本島の集約化後の施設に紹介して、確定診断とその後の治療を行っていただくとしています。

また、Cとして、患者会から特に要望の高かった3つの専門外来の整備については、まず1番で腫瘍内科外来（がん薬物療法専門医による外来）については、4月現在、北部は外来がありません。宮古・八重山は月に1回、非常勤の先生によって外来をやっています。今後の方針としては、北部は月に1回の外来をまず開設し、それを今後、維持していく。宮古・八重山は月1回の外来を維持するとしています。

現在の沖縄県内のがん薬物療法専門医が全体で7名、拠点病院勤務が5名の状況から、外来を担当する非常勤医師の確保が困難な状況が続いています。また、現在の3つの診療病院の対象となる患者数、治療件数から、これ以上の外来回数の増加を目指すよりも必要なときにコンサルトができて速やかに回答が得られるシステムの確立がより重要であると考えています。そのため、システムができている宮古病院と八重山病院は現在のシステムを維持していくこと。システムがない北部地区医師会病院は構築できるように、グループ指定をしている琉球大学病院と検討を始めていきます。

183ページです。2番で血液内科外来（血液専門医による外来）です。これも4月の状況ですけれども、北部は血液専門医による外来がありません。宮古・八重山は非常勤の先生により月1回、外来を施行しています。今後の方針として、北部も月1回の外来を開設し、維持すること。宮古・八重山は現在の状態を維持することを挙げています。

現在の沖縄県内の血液専門医が27名、うち中部病院が1名、那覇市立が2名、琉大が9名

の状況から、外来を担当する非常勤医師の確保が困難な状況が続いています。また、現在の3つの診療病院の対象となる患者数、治療件数から、これ以上の外来回数の増加を目指すよりは必要なときにコンサルトができ、速やかに回答が得られるシステムの確立がより重要であると考えています。そのため、宮古病院、八重山病院は現在のシステムを維持し、医師会病院はそれを構築できるように琉球大学病院と検討を始めていきます。

3番の放射線治療外来です。これも北部は現在、外来がありません。宮古病院、八重山病院は月に1回、外来を開かれています。今後の方針は、北部も月1回の外来を開設し、それを維持していくこと。また宮古・八重山は月1回の外来を維持することを挙げています。

現在の沖縄県内の放射線治療専門医が14名、中部病院が1名、那覇市立が1名、琉大病院が3名の状況から、外来を担当する非常勤医師の確保が困難な状況が続いています。また、現在の3つの診療病院の対象となる患者数、治療件数から、これ以上の外来回数の増加を目指すよりも必要なときにコンサルトができ、速やかに回答が得られるシステムの確立がより重要であると考えます。そのため、宮古病院、八重山病院は現在のシステムを維持し、北部地区医師会病院でもそれを構築できるように琉大病院と検討を始めていきたいと思いません。

以上となっています。よろしく申し上げます。

○鈴木幹男議長

赤松先生、ありがとうございました。離島・へき地部会からの診療目標ですね。各種、いろんながん種についてご発言がございました。これについてはいかがでしょうか。玉城先生。

○玉城研太郎（田名毅委員代理 沖縄県医師会）

度々申し訳ございません。玉城でございます。今、必要な際にするコンサルトできるシステムはすごく重要なのですが、これはボランティアでしょうか。コンサルトをすることは何かそこに金銭の授受はあるのですか。

○赤松道成 離島・へき地部会長

現在、外来に来ていただくのは金銭の授受がもちろんある。県立はないですね。医師会は来ていただく場合にはあるのですけれども、コンサルトを速やかにやったときには今のところ難しいかなと考えていますが。

○玉城研太朗（田名毅委員代理 沖縄県医師会）

いや、恐らくこれをボランティアでいつまで、サステナブルなのかなというのがいつも疑問に思うところで、これは厚労省にもぜひ考えていただきたいんですが、ここにやはりお金をつけるというところが、今後、こういう遠隔地医療には重要ではないかなと常々思うところです。以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございます。私も全く同感で、先ほどからいろいろ議論されていますけれども、やはりコンサルトしやすいというか、相談しやすいのは一番基本にあると思いますので、そういうものを進めていきたいということで要望なりを挙げていく形になると思います。

天野さん。

○天野慎介委員

2点ございます。まず1点目が、まず先ほど来、出ていますけれども、特に地域で実際に医療を受ける患者さん、ご家族の方の理解を得ていただくことが重要なので、本日は2名の患者会の方がいらっしゃっていますけれども、加えて今日、欠席されている離島の患者会の方には個別にぜひ説明の機会を設けていただいたほうがいいと感じています。

2点目が、181ページで乳がんについて、外科の先生方の状況について書いていただいています。外科の先生方も薬物療法を行う場合、当然あると思うんですが、ご承知のとおり、乳がんは外科手術が重要なのは言うまでもないんですが、近年、薬物療法の進歩が著しくて、特に薬物療法がしっかり行えるかが生命予後に非常に大きな影響を与えている状況があると思うんですけれども、例えば薬物療法についてはどういった体制になっているのか、議論があるのか、そのあたりについて教えていただくことは可能でしょうか。

○鈴木幹男議長

赤松先生、いかがでしょうか。

○赤松道成 離島・へき地部会長

僕の知る範囲でよろしければ。北部は、現状は乳腺の専門医は持っていないんですが、乳

腺をずっと続けてくださっている先生がいるので、その先生が一手に手術もしていますし、年間50弱ぐらいは手術をして、ただ、radiationはないので、もちろん中南部に行っていたいでいる状態で、その先生が化学療法も施行しています。

宮古・八重山についても非常勤の先生が来ていますので、化学療法についてはその先生に相談しながら、メニューも含めてアドバイスをいただきながらやっているのが現状です。

○玉城研太郎（田名毅委員代理 沖縄県医師会）

乳腺の専門家として。本当に困ったときは、われわれのところに連絡はいただくようにしています。

あともう1つは、どうしても宮古・八重山の先生方にご負担をおかけしますので、その際にはレジメンも「かくかくしかじかでやっていただきたい」ということで、グラム数までできるだけ書くようにしてお願いをさせていただいているところであります。

ただ、システムの構築は重要でして、いわゆるファクスなどでやっているタイムラグが生じますので、ダイレクトにコンサルトできるようなシステムをもっと利活用していくことが今後の課題かなとも思っております。

○鈴木幹男議長

乳がんの領域は日進月歩で、どんどん新しいことが入ってきますので、専門の先生からいろいろ教えていただくのは非常に有効かなという気がします。

ほかはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。赤松先生、ありがとうございます。

それでは審議事項の第3号議案の提案を医療部会長の伊江先生、お願いいたします。

3. 「がん診療を行う医療施設一覧」掲載要件見直しについて

（医療部会、ベンチマーク部会）

（1）要件見直しの基本的な方針について

○伊江将史 医療部会長

私からは審議事項を4項目、挙げさせていただきます。(1)～(3)を私が担当して、(4)番の20がん種分野の個別要件に関しては増田先生から挙げさせていただきます。

まず資料は184ページです。資料11-1となっております。「がん診療を行う医療施設一覧」掲載要件見直しについてです。

確認ですけれども、第4次がん対策推進計画では、第2「分野別施策と個別目標」、2「患者本位で持続可能ながん医療の提供」、(1)「がん医療提供体制」、⑥「医療提供全般」の個別施策3として「沖縄県は、必要に応じたがん医療の集約化と機能分化と連携を行う」。これに該当する施策となっております。

これに関しては、まず審議項目の1番ですが、こちらは資料11-2、187ページです。こちらは要件見直しの基本的な方針についてです。前回の令和6年度第4回協議会からの継続審議の案件です。その後、医療部会、ベンチマーク部会、幹事会で協議を行い、修正を行いました。協議会での審議をお願いします。

こちらに関しては187ページです。要件見直しの基本的な方針について（案）となっております。協議会として、分野ごとに沖縄県内のがん医療の状況を見極めて、集約化と分散化のバランスをとり、離島やへき地に住む県民に配慮し、沖縄県民全体の利益となるような選定要件の改正を目指す。

具体的には以下を基本方針とします。1. 各分野共通の条件を設定し、それらをすべて満たすこと。2. 分野ごとに個別の条件を設定し、それらをすべて満たすこと。3. 分野ごとの個別条件の設定の際には、(1)厚生労働省健康・生活衛生局が実施しているがん診療提供体制のあり方に関する検討会における「2040年を見据えたがん医療提供体制の構築について」の基本方針を十分に意識して議論を進める。(2)分野ごとに集約化に伴う利点と問題点に関する科学的根拠を意識して議論を進める。(3)沖縄県の全国がん登録、院内がん登録データの分析結果に基づいて議論を進める。

以上を基本方針としております。これについて審議のほうをお願いいたします。

○鈴木幹男議長

提示をありがとうございました。これについてご意見はいかがでしょうか。先ほど来から少しデータも出ておりましたが、よろしいでしょうか。そしたらお認めするという形でお願いたします。

○伊江将史 医療部会長

ありがとうございます。

○鈴木幹男議長

それでは次、2番目をお願いいたします。

(2)「がん診療を行う医療施設」の体制整備の要件について

○伊江将史 医療部会長

2番目です。資料は11-3、188ページとなっております。まず2番ですが、「がん診療を行う医療施設」の体制整備の要件についてです。前回の令和6年度第4回協議会からの継続審議の案件です。その後、医療部会、ベンチマーク部会で審議を行いましたので、協議会での審議をお願いします。

11-3の資料を見ていただきたいんですが、こちらのほうですね。「がん医療の提供体制が整っていることを示すために、以下の項目すべてを満たす施設とする」となっております。全部で大項目は7つあるんですが、情報量が多いので、大項目の文言だけ読ませていただきます。

まず1番、医療法等に基づく医療安全にかかる適切な体制を有すること。2番、緩和ケアを提供する体制を有すること。3番、がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供するためのカンファレンスをそれぞれ必要に応じて定期的を開催する体制を有すること。4番、標準的な薬物療法を提供できる体制を有すること。5番、がんゲノム医療を提供できる体制を有すること。6番、セカンドオピニオンに関する体制を有すること。7番、院内がん登録を行う体制を有すること。以上の7項目となっております。

ちなみに前回の2018年に設定されたものとしての大きな変化は、5番のがんゲノム医療を提供できる体制を有すること、こちらのほうが加わっています。こちらに関して、審議のほうをよろしくをお願いいたします。

○鈴木幹男議長

ありがとうございます。これについてはいかがでしょうか。天野さん。

○天野慎介委員

2点、意見申し上げます。まず1点目が「セカンドオピニオンに関する体制を有すること」の(1)のところを文章を書き替えていて、この(1)の文章については厚労省が出している拠点病院の整備指針の文言と全く同じなのですが、ただ、厚労省の文言では、この後に「その際、心理的な障壁を取り除くことができるよう留意すること」という文言が入ってい

るので、そちらもあえて入れていただきたいと思います。

この文言の意図するところは、検討会で議論したときに、ありていに言うと、残念ながら一部の医師の方がセカンドオピニオンを求めると不快感を表したり、あるいは怒鳴ったりするドクターがいるので、本来であれば「不快感を表したり怒鳴ったりするな」と書いてほしかったんですけども、「それは行政の文章としていかがなものか」ということが言われてまして、当時の課長補佐と話し合っ「心理的な障壁を取り除く」という行政的な文言にさせていただいたんですが、それはそういう趣旨で入っている文言なので、そちらのほうはぜひ入れていただきたいと思います。

2点目が、新たに入れていただいたゲノム医療の提供体制については、遺伝子パネル検査を行うことは非常に重要なんですが、その際に重要なのが、検査をやりっぱなしになってしまっていて、そのフォローができていない病院がかなり多いことがかなり問題になっていると思います。

具体的には、遺伝カウンセリングの体制があることが望ましいと思うのですが、もちろん全ての病院で遺伝カウンセラー、あるいは遺伝カウンセリングを行うことができる医療者を充足することは現実的ではないので、例えば5番のところに、これに加えて「遺伝カウンセリングを行う体制を有すること。それが難しい場合はほかの遺伝カウンセリングを有する医療機関と連携する体制を整えること」などの文言を入れていただいたほうが望ましいと思います。私からは以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。これについてはいかがでしょうか。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

では、ちょっと補足を。5番の今の遺伝カウンセリングの件はとても重要な指摘だと思います。琉球大学病院で外部から紹介された患者は私が外来で全て診ているわけなんですけど、外部から紹介された患者さんは全て、事前に検査を出した後、検査結果が戻ってくるまでに1か月から2～3か月あるんですけど、その間に必ず私どもの遺伝の専門医のプレ遺伝カウンセリングを受けていただくシステムが確立されていますので、プレ遺伝カウンセリングを受けないと結果をお返ししないことになっております。

あと、そこで二次的な所見、いわゆる遺伝性腫瘍の遺伝子があつた場合は必ず私どもの本

物の遺伝カウンセリングを受けるシステムが確立されているので、多分、中部病院も同じ方式でやっていらっしゃるのではないかと思いますので、沖縄県の場合は紹介元ではなくて、紹介を受けたほうのゲノムの連携病院でそういう対応をしているのでちょっとここは省かせていただいたんですが、文言としては天野委員のおっしゃったような形で、患者さんが不利益を受けないような文言をまた担当部署と相談して入れたいと思います。一応、今、沖縄県では、紹介患者さんに関しましてはそういうシステムで、多分、院内患者さんも全てプレ遺伝カウンセリングに入れていますので、「そこまでやるのはどうか」という議論も逆にありますが、沖縄県は全てそういうことをやっているということです。以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。まず1つ目の「心理的な障壁を取り除いて」というのは、これはよろしいでしょうね。

遺伝カウンセリング、がんゲノム医療に関しては少し文言を考えていただいて、ちょっと付け加えたほうがしっかりやっているという形になりますので、それはやっていただいたほうが良いと思いますのでよろしく願いいたします。

これはよろしいでしょうか。そうしたらお認めするということでいきたいと思います。

それでは3番目をお願いいたします。

(3)「がん診療を行う医療施設一覧」の(特に医療者への)周知について

○伊江将史 医療部会長

3番目は、「がん診療を行う医療施設一覧」の周知についてです。こちらは資料はございません。

医療部会では、今回の要件などについて決まったことを県民のみならず医療機関及び医療者に周知することが重要であると考えており、幹事会でも同様の議論があったと伺っております。そのため、医療機関へ具体的な周知の方法について協議会で審議を行い、協議会として責任を持って取り組むべきだと考えております。この件につきまして、次回の第2回協議会で原案を出したいと考えております。具体的な原案を出すことに関しまして、協議会での審議をお願いいたします。

○鈴木幹男議長

ありがとうございます。これについてご意見はいかがでしょうか。今まで積み重ねていただいたものにさらにしっかりと提示していただく形になると思います。よろしいでしょうか。また次回に出していただけるということですね。

○伊江将史 医療部会長

はい。よろしいですか。

○鈴木幹男議長

よろしいでしょうか。ありがとうございました。

○伊江将史 医療部会長

ありがとうございます。

○鈴木幹男議長

それでは4番目、5番目を増田先生のほうからお願いいたします。

(4) 20がん種・分野の個別要件について

①食道

○増田昌人 ベンチマーク部会長

では、事前に説明させていただきます。555ページまで飛ばしていただけますでしょうか。6種類ぐらい資料が入っております。時間の関係上、その中で今回の選定をするためのワーキングで一番重要視したことだけに集中してお話ししたいと思います。

まず1枚めくって、ここにはがん診療提供体制のあり方に関する検討会で、先ほど鶴田課長からもご講演がありましたように、今回、第17回のがん診療提供体制のあり方に関する検討会では、日本癌治療学会と、この後に続きます日本放射線腫瘍学会と日本臨床腫瘍学会の3学会のほうからステートメントが出ておりまして、このうち、今日は癌治療学会の説明だけを確認させていただいた上で、私のほうから提案をさせていただくことになります。

1枚めくっていただきますと、癌治療学会からは手術療法、特に消化器・呼吸器・乳腺・婦人科・泌尿器につきまして方針が出されております。字が小さくて恐縮なんですけど、ちょっと拡大していただきますと、都道府県で……。同じように厚労省が大方針の中で、左のほ

うに薄い水色、普通の水色、濃い水色、青色ということで3段階に分けておまして、左の一番三角のところのトップは「都道府県又は更に広域で集約化の検討が必要な医療」ということ。真ん中ががん医療圏、ニアリーイコール二次医療圏かと思うんですけど、ないしは複数のがん医療圏での集約化の検討、ないしはそこで自己完結するもの。あとは「均てん化が望ましい医療」ということで、患者にとって身近な診療所等を想定しております。

このうち、右のほうにより具体的な臓器別の方針が書いてあります。一番左の列が消化器、その次が呼吸器、乳腺となっておりますが、消化器ですと県ないし県をまたいでということではありますが、食道切除術、膵頭十二指腸切除術、膵全摘術、高難度な肝切除、食道がんに対する光線力学療法と書いておまして、あとはその下には二次医療圏内である程度、完結するものということで胃全摘、直腸低位前方切除術等々が書いてあるかと思えます。

飛ばしまして婦人科のところだと広汎子宮全摘、下のほうは卵巣がん、子宮頸・体がん手術となっております。こういうふうに大まかに出ております。

3枚ほど進めていただきますと「欧米諸国による消化器外科領域の集約化の現状とその効果」ということで小さなグラフが入っておりまして、これは消化器外科の集約化に向けてのコンセンサス形成を目的に、欧米22か国が集まりまして議論をしたと。そのうち、15か国ではハイボリュームセンターということで、集約化に向けて規定する症例数を決定したということで、その一覧表が出ております。一番上がオーストリア、ベルギー、チェコ、デンマークと書いてありますが、それぞれ各国についての数字はかなり違いがあるかと思えますが、例えばオーストリアですと食道10、膵臓10、肝臓10、直腸10となっております。オーストリアはだいたい人口が少ないので、こういう形なのかなと思えますし、一番下の22番目はアメリカとなっております。それぞれご確認いただければと思います。

わが国のことと言いますと、もう4枚ほど進めていただきますと563ページなんですけど、「胃がんと直腸がんに対する胃全摘・低位前方切除術における術後短期成績とhospital volumeに関するエビデンス」ということで、左のブロックが、胃を全部取る手術においては年間12例と11例未満のところで分けると術後死亡率が12例以上の施設のほうが低かったですよという論文、エビデンスが書いてあります。右は直腸がんの手術のほうで、腹腔鏡でやった場合は56症例と55では差が出ましたよということが出ております。

もう1枚めくっていただきますと、564ページなんですけど「集約化して提供した方が、質の高いがん医療を提供することが可能とした根拠」ということで、「高度ながん手術における施設当たりの手術症例数と短期成績 ー集約化によって見込まれる短期成績の向上ー」と

ということが青文字で書いてありますが、ここは胃を取る手術、胃切除の手術なんです、ここに10例刻みでありますと、10例未満、20例未満、30例未満、40例未満、50例以上の5つに分けますと、これは術後死亡率が縦軸になっているので、術後死亡率がだんだん下がっていくのがわかるかと思います。なので、たくさん手術をしたほうが術後の死亡率は低くなることが出されています。

また、左下には、それぞれここに、ちょっと字が小さくて大変なんです、「重点化対象となりうるハイボリュームセンターの基準成績の向上が見える症例数」ということで、もう1つ、プラス「地域分布からみた設定」ということで、消化器外科学会から出ているものとしては食道がんで、食道がんに対する切除・再建が年間20例以上、胃がんの切除が年間30例以上、結腸・直腸がん、大腸がんです。大腸がんの手術が50例以上、肝臓と胆のう、胆管と膵臓のがんです、肝・胆・膵がん。これが、ただの手術ではなくて高難度手術30例以上が1つ、日本の基準になるのではないかとということが提案されているかと思います。

少し進めて568ページをご覧ください。それでまとめますと、日本癌治療学会としては、現状におけるハイボリュームセンター、たくさん手術をしている、たくさん患者さんを診ているという意味だと思いますが、そのイメージとしては、食道がんは10例以上、胃がんが30例以上、大腸がんが50例以上、肝・胆・膵がんが30例以上ということで提案がされているということです。

今日は婦人科がんのお話もするので、ずっと進めていただいて574ページになります。日本婦人科腫瘍学会からの提案を加味してだと思っんですが、癌治療学会から都道府県で集約化、ないしは都道府県を越えて集約化したほうがいいのは、高度な手術療法として広汎子宮全摘術と書いています。また、二次医療圏で完結するものとしては卵巣がん、子宮頸がんの手術、子宮体がんの手術と書いてあります。

1枚めくっていただいて、赤い囲みの中に「婦人科がんの手術の集約化により、良好な成績をえることのできる可能性を示すエビデンスは存在する」ということを一応書いております。なので、小さなところで言いますと、浸潤がんの手術症例数で差が出てくるのではないかとというのがちょっと読めるかと思います。こういうことが日本癌治療学会から、特に手術件数に注目して、こういうお話があるということです。

それを受けまして、4月から5月にかけて6つの会議を開きました。それが本日、紙資料でお配りしている資料11-4で、紙資料3枚つづりで「選定要件 食道がん」と書いた表になっているものになります。先ほどのところを見比べながら聞いていただけるとありが

たいです。

まず食道がんに関しましては、この見方は一番左が項目になっております。最初の12年前及び6年前、そして今回も学会の認定があるかないかはとても大事な要件なので、大きな項目として置いております。あとは外科的治療、手術ですね。あと内視鏡の治療、放射線療法、薬物療法、抗がん剤の治療、あと特記事項という形で、このような形で項目をつくりまして、それぞれ選定要件を考えております。

一番右の列が現行要件、6年前に決めたものでして、6年前はここに書いてありますように、消化器病学会と消化器外科学会の認定施設だったんですが、今回の食道がん胃のワーキングを一緒に行ったんですが、ここで提案されたのは、この2つは現状維持、それにプラス内視鏡学会の、これは内科系ですね。内視鏡学会の指導ないしは指導連携施設であること。また内視鏡外科学会の、これは施設認定がないので、技術認定を取得している人が1名以上いること。

もう1つは、今回は規定しないんですが、この※のところは次回、今の現行ですと6年後ということになるんですが、そのときにはぜひ検討していただきたい、ないしはそのときまでにはこういうことを条件として付け加えたほうがいいのかというのを今回、新しい試みとして方向性を示すつもりで各選定要件ごとに入れたんですが、日本食道学会というのがあるんですが、食道学会の認定医ないしは専門医または認定施設を追加することを検討する。

次は放射線ですが、放射線腫瘍学会の認定施設Cは必須のものとして、次の機会にはより厳しいAまたはBにするかを検討する。また、常勤の技師及び看護師、資格のある看護師と技師ですね。その条件を検討する。

あと抗がん剤に関しましては、現在ないんですが、次回、改訂時には日本臨床腫瘍学会の専門医が1名または認定施設を追加することを検討するとあります。

外科的治療に関しましては、右のほうでは手術及び内視鏡的粘膜下層剥離術が年6例以上ということだったんですが、今回は手術及び胸腔鏡による手術を合わせて、何らかの手術を年8例以上とちょっと条件を厳しくしました。

放射線治療は前と症例数は一緒なんですが、前はほかの施設に紹介してもOK、あとは緩和的照射でもOKなんですが、今回は治療のためで、かつ自施設で放射線治療ができないと選定はされないことにしております。

薬物療法に関しましては、症例数は同じなんですが、今、薬物療法専門医が整備できてい

ないのですが、さらに加えて資格のある薬剤師、資格のある看護師が1名以上、これはほとんどの項目で入れていることなんですが、薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に組織上、明確に位置づけられた各臓器の専門医に加えて、多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がない場合はほかの医療機関と連携して対応が迅速に行えることが、組織上、明確に規定されていることとあります。

特記事項は、症例数に関しましては直近3年間の平均値で表しましょうということで、それは維持します。ただ、先ほども申し上げましたように、緩和的放射線治療と紹介してもOKという項目はなくそうということです。

以上が食道がんになります。これはまだ審議途中ではありますが。いったん決めた後はその後もメール審議を行っておりまして、既にこの数日で10件以上の意見がワーキングのメンバーからは出ておりますが、いったんこの方針等も含めて皆さまのご意見を頂戴した上でまた議論を深めていきたいなと考えております。

ちなみに、この分野におきますと、まとめのところでいうと、568ページを手元に置きながらお話を聞いていただけるといいのかもしれませんが、食道がんにつきまして、皆さまのご意見をいただければと思います。私からは以上です。

○鈴木幹男議長

これは食道がんだけでよろしいですか。その後、ずっと……。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

はい、続けて。

○鈴木幹男議長

こういうふうな形で検討していくということですね。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

はい。それぞれのがん種ごとにご意見を頂戴したいと思います。承認は8月のときに改めて最終案をお出ししますので、そこで思っております。

○鈴木幹男議長

現行要件が書かれておりまして、改訂の選定要件の提示がされておりますので、これについてご意見はいかがでしょうか。部会のほうでも今後、もう少しもんでいただく形になると思いますけれども、よろしいでしょうか。

そうしたら、それをご検討をいただいて、8月にまた報告いただければと思います。

②胃

○増田昌人 ベンチマーク部会長

では、次に1枚めくっていただきまして胃がんなんですが、裏が胃がんになっております。胃がんは、現行要件は先ほどの消化器病学会、消化器病学会というのは内科系の消化器内科の先生の勉強する学会でして、下が消化器外科学会になります。その認定施設に加えまして、内視鏡学会の指導施設または連携施設、あと内視鏡外科学会の認定を取っている人が1人以上いること。将来的には、次回改訂時には日本胃癌学会の認定施設を追加することを検討する。あとは日本医学放射線学会の修練機関であること。

あと、抗がん剤は規定がなくて、次回改訂時には先ほどと同じような条件です。外科的治療に関しましては、現行は10例だったものを今回は12例にしております。内視鏡治療は、前は3例だったのが今回は6例。放射線治療の規定は、胃がんの場合はさほど重要ではないので、規定はありません。薬物療法は年6例ということで、ほかの②③④は食道がんと一緒ということで、特記事項は、症例数は3年の平均値にしております。ご意見を頂戴できればと思います。

○鈴木幹男議長

いかがでしょうか。どうぞ。

○松永勝利委員（琉球新報社 総務企画局局付局長）

琉球新報の松永といいます。先ほどの568ページのハイボリュームセンターのイメージのところ、胃がんは30例以上となっていましたけれども、外科的治療を今回、10例以上から12例以上にされていますけれども、563ページの中で胃がんに対する胃全摘の解析の中で年間12例以上のところと11例未満で比べると死亡率が低かったと。多分、このぎりぎりのところが12例以上あったほうがいいかなということで、こう決まっていると思うのですけれど

も、実際には568ページを見ると30例となっていますが、その辺の整合性というか、妥当性は、県内の医療施設の中で症例があまりないからということなのかもしれませんけれども、その辺はどうなのでしょう。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

そうですね。今日は細かいデータは持ってきていないんですが、30例以上やっているところがさほどないということで、エビデンスのある最低ラインで12としていたんですが、このところは確かにワーキングでも議論になっておりまして、特に沖縄の場合は、細かい話になりますが、肥満の方がとても多くて、胃がんの手術に関しましては、痩せている方に比べれば難易度がかなり高くなりますし、沖縄はその比率がすごく高いと。

「本土でトレーニングをしてきて沖縄に来たらびっくりするぐらいだった」というコメントもありましたので、やはりある程度の集約化は必要で、そこでまとめてトレーニングをする必要があるだろうという議論になったのですが、症例数に関しましては「どうする？」ということで、今回は12になったと思います。ただ、20にする、30にするという議論は一応あったことはあったということになりましたが、このところは確におっしゃるとおりで、ワーキングでもここはなかなか微妙なところではあったということも実際にあったということです。

○鈴木幹男議長

沖縄は胃がんがかなり少ないこともあって、ちょっとばらけているところもあるかと思っています。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

そうですね。そういう事情もあります。元々、ほかのがん種に比べて、一番分散しているのが沖縄の胃がんの治療じゃないのかなと思っております。そういうご意見があったということなので、ワーキングのほうで差し戻しをして、30ということに関して実現可能かどうかについてはまた議論をしたいなと思っておりますので、今、メールでやりとりはしていますが、1回、集まって会議をすることは検討したいと考えます。以上です。

○鈴木幹男議長

ほかにご意見はございますか。よろしいですか。

増田先生、次。

③大腸

○増田昌人 ベンチマーク部会長

では、3枚目、大腸がんです。大腸がんは右上にありますように、学会認定は、前回はこのような状況で、今回は胃がんとほぼ同じようなことになっております。

外科的な治療に関しましては、前は結腸がんと直腸がんを分けて、24と12例に分けたんですが、今回は合わせて50例ということと、腹腔鏡による治療を入れたということです。

放射線治療に関しましては、症例は減らしたんですが、具体的には、前は単純に放射線治療ということだったんですが、今回は強度変調の放射線治療を提供できることと低位放射線照射による治療を提供できること。もしそれらが提供できない場合は適切に連携を行うことによることということと、②③④を加えております。

薬物療法に関しましても症例数は一緒なんですが、②③④を加えています。

○鈴木幹男議長

これについてはいかがでしょうか。放射線の事項と、あと手術の症例が若干、変更になったということですね。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

そうですね。ここは癌治療学会の書いてあるハイボリュームセンターの50症例に合わせたということですね。

○鈴木幹男議長

いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

そうしたら、次、お願いします。

④肝・胆・膵

○増田昌人 ベンチマーク部会長

次が4番目で肝・胆・膵がんです。前はそれぞればらばらだったのが、今回は肝・胆・

膵でひとまとめにして条件を設定することになりました。それは治療をしている内科系、外科系のメンバーが同時だということと、なかなか細かくするとそこまでの症例数がないので、かえって何かアンバランスになるということがありましたので、今回は医療部会の話合いで肝・胆・膵をまとめることにいたしました。

それで、現行要件は2つに加えて、肝臓学会専門医が1名以上のところは、新しいのは肝臓学会の認定施設。あとは内科系の認定を少し入れたほうがいいのではないかとということで、きちんと早期に診断がつくということが最終的に治癒に結び付くということもあったので、そういう意見が強かったものですから、内科系の胆道学会と膵臓学会の認定指導医を1名以上、あとは肝胆膵外科学会の高度技能専門医または指導医が1名以上いることを新たに規定しました。

あとは医学放射線学会の修練機関という、これは同じで、あとは抗がん剤のほうは同じという、なしです。

外科的治療に関しましては、前回は単純に肝臓がんに対する手術が6例以上、あと局所療法が6例以上、胆道がん、膵臓がんに対する手術の合計が10例以上とありましたが、今回は癌治療学会の規定に基づきまして、高難度の肝・胆・膵の外科手術ということで規定をしまして、ただ20例以上で切っております。ただ、これは元々のハイボリュームセンターのイメージからすると30例のところを20に落としていることは一応お話ししたいと思います。

あと、放射線治療に関しましては年1例以上で、同じようにIMRTとSBRTを提供できて、かつ提供できない場合は④番のほかの施設にきちんと紹介すること。

さらに⑤番目が変わりまして、放射線治療用の吸収性組織スぺーサを、きちんとそこに当てるためというか、幅を取って無用の副作用が出ないように調整をするんですが、それを消化器外科専門医と放射線治療専門医が協力して挿入できること。またはそれが難しい場合は可能な施設へ紹介できる体制を整えているということを新たに加えています。

薬物療法は年12例以上ということと、増やしたということと、②③④は一緒に、あと特記事項は直近3年間の平均値ということに決めておりますのでご審議をお願いいたします。ここの表からいいますと30のところを20に減らしてしまっているところはもしかしたらご指摘があるのかもしれませんが。私からは以上です。

○鈴木幹男議長

これについていかがでしょうか。かなり細かい内容になりますので、よろしいでしょうか。

30がちょっと20に減ったということと、あと、いろんな放射線関連のところも少し詳しく状況に合わせて修正されているということです。よろしいでしょうか。

そうしたら、引き続きご検討ください。それでは肺がんですね。お願いします。

⑤肺

○増田昌人 ベンチマーク部会長

では、5番目、肺がん、資料11-8です。肺がんに関しましては、一番右の列をご覧ください。

現行要件は呼吸器内科の先生が入っている呼吸器学会の認定施設と、外科の先生が入っている場合、これは呼吸器外科専門医合同委員会というのがありまして、その認定施設であることが旧来の現行要件でした。今回はそこに加えまして、気管支鏡の専門医を1名以上、及び日本放射線腫瘍学会の認定施設Cを条件としました。抗がん剤のほうはありません。あと外科的治療のところは、前回は年24例以上だったところ、今回は50にしております。

また放射線療法に関しましては前回と症例数は一緒なんですが、自分の施設でかけられない施設は認めないということにしております。あとは認定施設Cの条件なんですが、実際には、ここにちょっと書きましたが、全てのがんでいうと年間150例以上の縛りがあり、また定位放射線照射による治療、SBRTができなくちゃいけないということが既に認定施設であることがそういうことの条件になっております。

薬物療法は18を24としたことと、②③④の細かい規定を入れたということになります。新規治療を前回は入れていたんですが、今回は削除しております。特記事項は一緒ということになっております。ご審議をお願いいたします。

○鈴木幹男議長

これは最終案ということですか。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

そうです。

○鈴木幹男議長

これについていかがでしょうか。

こういうものは1回決めて、その後、いろんな社会情勢によって、また変わってくるとは思うんですけど、見直しとかは何年ごとに行うとか、そういうのはどうですか。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

最後に申し上げようと思っていたんですが、このワーキングの中で、医療計画が今、6年ごとなので、沖縄県ではその6年の更新時期に合わせてやっているんですが、6年は長過ぎるということが全部のワーキングから出まして、「次回の第2回の本協議会において、3年ごとにできないかということをお県のほうに申し出たほうがいいんじゃないか」という意見が続出しているの、次回はそれを正式に提案したいと考えております。ですから、3年ごとに見直しをすると少し時代の要請に応えられるのかなということがあります。

○鈴木幹男議長

ご意見はいかがでしょうか。

○戸板孝文委員（沖縄県立中部病院 放射線治療科部長）

県立中部病院放射線科治療科の戸板です。肺がんに関して最終案ということですので、1点、指摘、意見をさせていただきます。

学会の認定のところで「日本放射線腫瘍学会認定施設C」と書かれていますけども、こちらには認定施設、ここまでも説明がありましたように、A、B、Cと分かれておりますけども、上位のB施設、A施設はもちろん大丈夫という理解だと思っておりますので、あえてCというのはつけずに「腫瘍学会認定施設」というところでまとめる案にしたほうがいいのではないかと、思っ意見をおさせていただきます。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

では、そのように変更したいと思います。

○鈴木幹男議長

Cと入ったら、もうAもBも入ることですね。そうしたら、そういうふうに変更していただくということで。

ほかにご意見はございますか。よろしいでしょうか。そうしたら、これは最終案として、

そこのところを変更していただく形になると思います。

それでは婦人科がんをお願いします。

⑥婦人科(議事次第に項目なし)

○増田昌人 ベンチマーク部会長

婦人科がんに関しましては、旧のところは日本産科婦人科学会の専攻医指導施設と、あと常勤の婦人科腫瘍専門医または常勤の産婦人科専門医のいる施設という条件でありましたが、今回はより上位の日本婦人科腫瘍学会の指定修練施設ということで、より専門的な学会の修練施設であることを条件にしております。そうしますと日本放射線腫瘍学会の認定施設に修正を口頭でしたいと思います。

あと抗がん剤はないんですが、今回はこのように変えた中で検討するというので。外科的治療に関しましては、子宮の浸潤がん症例に対する手術が年6例以上を今回は12例。放射線療法に関しましては、旧は3例で、あと紹介してもいいということだったんですが、今回は年12にして、結果的に腫瘍学会の認定施設になっているものですから、必然的に自分のところでかけられない症例はなしということになっております。薬物療法は、前は年6例以上だったのが今回12にしておりまして、②③④は同じような条件です。特記事項は3年平均でいくことになっております。ご審議をお願いいたします。

○鈴木幹男議長

これについていかがでしょうか。外科的治療の浸潤がん症例は何か定義がもうひとつ曖昧なような気がするんですけど、広汎子宮全摘という意味ですか。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

いえ、違いまして、広汎子宮全摘はかなり症例が限られておりまして、場合によっては年数例の年もあるようなので、それよりむしろ浸潤がん症例に対する手術のほうがより現実的だというご意見を頂戴したということと……。

○鈴木幹男議長

具体的にステージをはっきり書いたほうがよくないんですか。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

私は専門じゃないんですが、婦人科の先生方の書きぶりとしては、これが最適ということで、そういうふうに……。確かにこここのところは議論になりまして、元々は広汎子宮全摘術ということを書いていたんですが、それだと年、場合によってはもうほんとに数例のときが出てくるらしいので、それよりは、実力を証明するという意味ではむしろ浸潤がんという書きぶりのほうがいいということなんです、この場合はもう1回、差し戻しますので、ワーキングで皆さんに確認をしていきたいと考えております。以上です。

○鈴木幹男議長

広汎子宮全摘の場合も、それをするよりも放射線でされるような施設も多分、だいたいあると思うので、手術にしては、はっきり浸潤がんと言われるとちょっと何か違うような気がする、少しははっきり決めていただいたほうが多分いいと思います。

ほかはいかがでしょうか。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

そうですね。今日は専門の先生が1人もいらっやらないんですが、何でも婦人科の先生方はそちらのほうがなじむというか、共通理解だそうで、先生のおっしゃるようにステージの問題と「ここで元々、広汎子宮全摘が書いてある。それでどうですか」というお話は再三したんですけど、そうではなかったと。もう1回、ワーキングのほうで差し戻して会議をしたいと思います。

○鈴木幹男議長

ほかはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

こここのところは今、中間報告みたいな形ですね。ということで、また次回に出していただけるということになります。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

次回、15がん種につきまして、ご審議を8月にはお願いをすることになるのと、あと先ほど口頭で述べましたが、6年ごとではなくて3年ごとでやることを県のほうに申し入れたと考えています。以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。

それでは4号議案にいきたいと思います。小児・AYA部会長の浜田先生、お願いします。

4. 各市町村に対する「若者がん患者等支援事業」への参加の働きかけについて

(小児・AYA部会、離島・へき地部会)

○浜田聡 小児・AYA部会長

AYA部会より各市町村長に対する要望ということで、ここにありますように、若年がん患者等支援事業への参加の働きかけについて、要望書となります。資料12の317ページをご覧ください。

第4次がん対策推進計画でも「緩和・支持療法」「在宅医療」として「望んだ場所で過ごせたがん患者の割合を増加させる」、2つ目が「在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度を向上させる」、「個別のがん対策」として「AYA世代のがん」に該当する施策となります。

がん患者施策では、0歳から20歳未満の末期がん患者さんは、小児慢性特定疾病医療費助成制度により、大体もう医療費はほとんどかからないような国からの助成を受けております。40歳以上の末期がん患者さんは公的介護保険制度により1割から3割の自己負担で介護サービスを受けながら在宅療養ができる状況です。しかしながら、そのほさま、20歳から39歳の末期がん患者さんにおいては今まで公的支援がありませんでした。

そこで、沖縄県では昨年度より若年がん患者等支援事業としての助成を開始しました。具体的には訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具購入、福祉用具レンタルなどの費用の一部、月上限としては5万4,000円を助成していただけたという、とても有用な内容となっています。

しかしながら、次のページを見てもらいますと、沖縄県の41市町村中、今、この助成に手挙げしている市町村は5市町村にとどまっている状況でして、その理由としまして320ページをご覧くださいとありますが、県のほうで全て負担ではなくて補助率は2分の1となりまして、残りは自治体のほうで負担するというので、体力がない自治体では手挙げするのはなかなか難しいところもあるかと思われまます。

資料はありませんが、実際、2019年の沖縄県のがんの患者さんは1万116名おりまして、このAYA世代の患者さんは478名とたった5%のポピュレーションですので、この支援に

手挙げすることにあまり躊躇しなくてもいいのではないかとということで、その旨を織り込んで各市町村長にこの協議会より要望をいたしたいと思っております。以上となります。

○鈴木幹男議長

これについてはいかがでしょうか。玉城先生。

○玉城研太郎（田名毅委員代理 沖縄県医師会）

ただ、手紙を送りつけてもスルーされると思うんですね。なので、例えばメディアを入れて大々的に発信をしていくのが1ついいのかなと思いますけど、いかがでしょうか。

○浜田聡 小児・AYA部会長

そうですね。また増田先生とご相談してやっていきたいと思えます。

○鈴木幹男議長

そうですね。ポンチ絵を見ると、半額は市町村が出して、半分は県が出してくれるというスキームですね。またこの辺を広報的にどうするかというところは増田先生と一緒に検討したいと思えます。

○浜田聡 小児・AYA部会長

ありがとうございます。

○増田昌人委員

付け加えますと、AYA世代のがんでいうと478人、さっきありましたけど、2019年のデータですとありますけど、亡くなった方は25名なんですね。ということは、いわゆるこれは末期がん患者さん、残り6か月ということで対象にしているということであれば、沖縄県で年間25人亡くなるということは、恐らく補助対象の患者さんは25名程度ということと、41市町村で割りますと各市町村、そこまで負担にはならないかというデータも添えてお願いをしますといいのかなと思えます。

あと、また玉城委員のほうからありましたように、メディアを入れてのアピールに関してはちょっと検討させていただいて、また何らかの形でやりたいと思えます。もしかしたら皆

さんにはメールで審議ないしはご報告できるかと思しますので、またお知恵をお借りできればと思いますのでよろしくお願いいたします。

○鈴木幹男議長

これについてはちょっと検討していただいて、実際のデータ等も少し入れていただくということね。よろしいでしょうか。

それでは、その他、ご審議はございますでしょうか。よろしいでしょうか。それでは時間がだいぶきておりますけれども……。

○又吉賢弘委員（がん経験者）

ちょっと質問がございます。がんサポートハンドブックを読みましたが、がん診療を行う医療・施設というコメントがこの中にあるんですが、この掲載条件の前提にはがん種ごとに県内を代表する医師が集まって検討しています。まさにこの場だと思うんですが、専門家の検討を経て決定された掲載要件を満たした医療です。ですから「一定の質を担保していると考えられます」という文言があって、その上に「掲載されていない医療施設においてもがん診療を行っている場合があります」。じゃ、私が面倒を見てもらっている病院はこの中にないけど、この疑問はどんなふうに解決したらいいんでしょうかという、そういうことに対する体制というのはあるんでしょうか。

○鈴木幹男議長

これは増田先生ですか。

○増田昌人委員

今のご質問は、今、「がんサポートハンドブック」を皆さんにお配りしていて、昨年度の調査結果に基づいて県が選定した病院、医療機関を○で表しているかと思えます。そこに選ばれた場合は6年前の条件にかなった病院、医療機関ということで、協議会として、ないしは県として提案しているということだと思います。

それになかった医療機関だからということに関しましては、まず1つは強制力がありません。ただ、できましたら患者さん側としてはこの選ばれたところを受診していただくと間違いがないのかなと、より良い選択なのかなと考えておりますが、それ以外のところで

も、この条件を満たさなくても多くの施設ではきちんとした医療をしてくれていると思いますが、協議会ないしは県として認定するということになりますと、どうしても条件付けをして、そこをクリアした施設ということになりますので、そのところは患者会の方々に丁寧に説明をするしかないのかなと考えている次第です。ちょっと答えになっていないかもしれませんが。

○又吉賢弘委員

例えば私が診ていただいている先生に「こういうものがあるけど、これはどうなんだ」という質問をしても答えは返ってこないと思うんですね。そういう疑問を持った場合に、例えばがんサポートセンターに行って相談するとか、何かそういう仕組みがあるのかということをお聞きしたいんですよ。

○増田昌人委員

ありがとうございます。まず1つは、担当の先生にお話をしたときに、残念ながら私どもの力が足りずに、沖縄県の全てのがんを診ている先生方がこの「がんサポートハンドブック」の存在と、この認定条件をして選定したという事実を知らない方も中にはいらっしゃるということがあるので、1つはこのことを全てのがん医療に携わっている医師に啓発することが必要だと思います。

2つ目は、それを聞かれた場合は、もうほんとに素直に事実を語っていただくようお願いをする必要が今後、協議会としてはあるのかなと思います。

もう1つは、もし6か所のがん相談支援センターに連絡をいただいて相談した場合は、基本的にはがん相談支援センターでは、1つの例として、ここの「がんサポートハンドブック」に載っている、○が付いている施設を、「どこがいいですか」と言われたら「こういう施設があります」ということで推薦はしています。

ただ、残念ながら、この「がんサポートハンドブック」は一応、2万5,000部、沖縄県で今、上皮がんを入れるとちょうど1万人の方が毎年がんになっているんですが、全ての方にいき渡っているわけではない。診療所も含めて全ての医療機関にお配りはしていますし、全ての病院の窓口で無料で取っていただけるように制度上はしていますが、まだまだ患者の方には「知らなかった」と言われることもありますので、そのことを今後、もっと頑張っていて、皆さんのお手元に早く届くようにして、そういうことが必要なんだろうと思ってお

ります。

もう1つは県の拠点病院には義務付けられている治療の開始前までにがん相談支援センターを受診するということは、今のところ、県拠点だけが義務になっていて、でも、沖縄の場合はほかの5つの拠点病院、診療病院にもお願いしていて、皆さん、努力していらっしゃるんですが、それ以外のところを受診していただいた患者さんにはそのことが伝わっていないところもありますので、本来であれば、受診の前までにがん相談支援センターにちょっとでも寄っていただくとこういう推薦ができるので、病院の選択にはプラスになるのかなと思っています。

ですから、まだまだ不十分な状況が、幾つも条件があって、皆さんのところにきちんと情報が行き着いていない状況があるのかと思います。以上です。

○鈴木幹男議長

こういったパンフレットも随分刷られて、活動はしているんですけども、なかなか皆さん全てご存じというわけではないので、そういう支援病院のほうではこういった活動も十分されていると思いますので、またそちらのほうでも相談されたらいいかと思います。よろしいでしょうか。

時間がだいぶきておりますけれども、報告事項のほうに入ります。増田先生から報告事項1をお願いします。

報告事項

1. 前年度協議会の審議事項のその後について

○増田昌人委員

321ページ、資料13-1をご覧ください。昨年度は4回あったわけですが、その各会で審議されたことがその後、どうなっているかにつきまして報告をいたします。もちろん毎回報告していることではあるんですが。

まず審議事項1番の医療者調査の中間解析結果につきましては、特に変化はありませんで、実際には実現率が低い5項目に関しては報告して対策を提案し、その後、このことに関しましては県知事や市町村の各方面に対して提案書を出したということです。ただ、変化はありません。

審議事項2の赤のところは今後のことなんですが、まずDPC-QIに参加することに

関しましては、沖縄県で院内がん登録をしている全ての施設がD P C - Q Iに参加していただけることになりました。これは報告したとおりです。ただ、県民性や経済の問題により治療が難しい症例があり、これらを協議会でどこまで対応していくのかということに関しましては医療部会の審議事項になっているんですが、まだ本協議会に出せるほどのものがないものですから、できましたら8月をめどにまた提案ができるといいかと思いますが、これは進行がありませんので、赤で書いております。

第2回協議会の審議事項の1番、めくっていただいて322ページなんですけど、第2回協議会での審議事項の1番はLINEを使用したがん対策につきましては、協議会としては提案に取り組むことにはならなかったと思います。

審議事項2番の医科歯科連携で周術期の口腔清掃等につきましては、医療部会が引き取ったわけですが、具体的な方策につきましてはもうちょっともんでから再審議ということだったと思いますが、ただ残念ながら、医療部会でまだ協議しておりませんので、次回の医療部会で協議をする予定であります。なので、これも実現が未対応ということになります。

協議事項の3番が今年度の沖縄県がん登録事業報告に対する要望で、これは部長宛てに議長から要望書を送付しましたが、県の医療保険介護課からは議長に対して返書が届き、この要望は残念ながら認められませんでした。

審議事項4が院内がん登録をしている18施設がD P C - Q Iに参加することに対する要望についてで、最終的には議長名で各病院長宛てに対して要望書を送付して、送付した全ての病院から「参加します」ということを得られました。

審議事項5は専門的な資格を持った医療者が少ないことについて、現在、沖縄県では3つの県立病院群とR y u M I C群と群星沖縄県集群の3つの研修群があるので、責任者及び県内の主要26病院の施設長宛てに対して要望書を出しておりますが、その後、特に反応はないので、また機を見て、要望書がその後、どういうふうに取り扱われたかに関しましては、またここでご報告したいと思います。

前回、第3回の協議会におきましては、審議事項の1番としましては、医療者調査の結果を受けた上での問題点の抽出ということで都合5つの問題点が抽出されて、それぞれ対象の26施設の施設長宛てに議長名で要望書を出したんですが、その後、反応がないので、しかるべき時期にまた要望書に対してどういう対応をとられたのかに関しまして確認をしたいと思います。

第4回協議会、2月ですね。審議事項の1番は「がん診療を行う医療機関」の選定要件改

訂会議の基本的な方針ですが、今日も審議していただいたとおり、これは少し書きぶりがちょっと悪いんですが、認められましたので、今日、最終案を出させていただいたと。

審議事項2の市町村のがん検診担当者の研修修了率向上につきましては、県の糸数部長と各市町村長宛てに要望書を発送して、最終的にここは今、研修率がちょっと向上したという報告はいただいております。

あと審議事項3、沖縄県の病弱教育における高校生支援につきましては、それぞれ県教育委員会と県立中部病院と南部医療センターの院長宛てに要望書を提出しまして、これに関しましては、直近5月2日付で、資料が間に合わなかったんですが、県の教育庁の県立学校教育課長から議長宛てに返書が来ておりまして、要望書のその後ということで、「森川特別支援学校になって、今、改善策を検討している」ということが文書で届いておりますので、次の協議会で正式に報告をしていきたいと思っております。

ということで、前回、これまでの審議事項の進捗状況について報告をいたしました。以上です。

○鈴木幹男議長

これについてご質問はございますか。まだまだのところと進捗がだいぶ進んでいるところとあるということです。よろしいでしょうか。

それでは報告事項2は患者会からのご報告ですけれども、田盛委員と与儀委員が急遽欠席となりましたので紙面報告としたいと思います。

紙面報告

2. 患者会よりの報告

- (1) 田盛委員報告「やいまゆんたく会活動報告」
- (2) 与儀委員報告「NPO法人乳がん患者の会 ぴんく・ぱんさぁ活動報告」

○鈴木幹男議長

続きまして島袋委員よりご報告をお願いいたします。

- (3) 島袋委員報告「若年性がん患者会 Be style 活動報告」

○島袋希美委員（若年性がん患者会「Be style」）

島袋と申します。若年性がん患者会「Be style」の活動報告をさせていただきます。350ページ、資料14-3をご覧ください。

「Be style」の活動といたしましては、主に患者会の開催、インスタグラム、フェイスブック、LINEなどからの情報提供、イベントの参加などがありますが、3月の患者会では民泊施設のキッチンをお借りして、ワッフルの食べ放題を開催いたしました。治療中の方は不安やつらいことも多々あると思いますが、悩みや不安などを共有しながらも楽しく過ごしていただけたのではないかと考えています。

また「がんサポートハンドブック」にも載っております医療施設の一覧など、患者会の皆さんやインスタグラムを見てくださっている方にもお伝えしたく、動画の編集をしているところです。「がんサポートハンドブック」を活用する利点やがん相談支援センターを利用するメリット、また協議会で得た情報などを伝え続けていきたいと思っております。以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。ご活動を引き続きお願いいたします。

それでは又吉委員から報告を受けたいと思います。よろしく申し上げます。

(4) 又吉委員報告「ハイリスクアプローチについて (第3回)」

○又吉賢弘委員

次のページ、351ページをお願いします。沖縄県の働き盛りはがん検診の受診率が低いため、早期がんの発見が遅れ、がんによる死亡を増やす原因になっていないだろうか。今年もこのタイトルが私の課題です。

次のスライド1をお願いします。沖縄県の報告で、2016年までの20年間におけるがん全部位の75歳未満年齢調整死亡率です。男女とも沖縄が低率で「瀕死の長寿県・沖縄」などの最近の評価とは違う状況です。

しかし、全国値での差はあまり、2015年、女のデータでは逆転が見られます。出典元には2023年までの報告があり、男は2019年から、女は2018年から逆転し、差は広がる傾向で、いよいよハイリスクグループによる影響が明確になりつつあります。

次のスライド2をお願いします。同じく県の報告ですが、40～64歳のがんによる死亡は全国値より明らかに高く、プラスの報告が同一の対象から得られた結果には見えません。

次のスライド3をお願いします。都道府県生命表は全ての死因による1歳ごとの死亡率を報告しています。2000年から2020年までの沖縄の男の死亡率の全国値に対する比率を求めると、70歳以上の年齢では1.0以下ですが、65歳以下は全国値を上回っていて明らかに高い。

次のスライド4をお願いします。女性も同じです。

次のスライド5をお願いします。5年ごとの都道府県生命表は、特定死因を除去した場合の平均寿命の伸びを報告しています。がんを除去すると、男が3.45歳、女は2.88歳と寿命が延びることになります。健康おきなわ21で「取り戻そう、健康長寿おきなわ！」とうたうなら、がん対策が最優先の課題です。

次のスライド6をお願いします。人口動態統計でがんの死亡率を見ても、当然ですが、同じ結果になります。

次のスライド7をお願いします。女性も同じです。長寿県・沖縄を取り戻すには、がんを退治すればよいのです。対策型がん検診は全体の死亡率減少を目的として実施するといいです。その受診率を上げれば良いのです。簡単な話だと思うんですが、しかし、受診率は低迷しています。なぜでしょうか。

次のスライド8をお願いします。

次のスライド9をお願いします。がん検診の受診率について、民間の保険会社が年代別のがん検診受診率を報告しています。

次のスライド10をお願いします。左右の数字をよく見てください。全国の男が41.3、女は58.2です。

次のスライド11をお願いします。沖縄はどうでしょう。男は35.4、女は52.2で、6%ほど低いです。

スライド12をお願いします。未受診の理由についても調査していますが、経済的な理由を示しています。

スライド13をお願いします。平成30年の職域におけるがん検診に関するマニュアルは、職域におけるがん検診は法的根拠がなく、実態を把握できていないと白状しています。

次のスライド14をお願いします。数年前から市町村がん検診報告で国保以外の受診率を把握できるようになりました。残念ながら5%程度の受診率です。なぜ伸びないのでしょうか。

スライド15をお願いします。改めて沖縄県がん登録事業報告です。せっかく年齢に着目し

たのですが、次のスライド16をお願いします。残念ですが、下の調査項目については年齢を忘れていました。

スライド17をお願いします。こちらも同じです。年齢に着目した集計を徹底し、その結果をアピールすれば成果はついてくるはずですが、どこに問題があるのでしょうか。

スライド18をお願いします。沖縄の事業所のほとんどは協会けんぽだと推測できます。長者番付に掲載される事業では、周囲からの啓発がなくても、それなりの受診率を稼げるでしょう。職場でのがん検診が実施されず、市町村で受診するためには、1日分の給与を諦めなければ、がん検診を受けることができません。

スライドは以上です。私の後の報告資料15-1、ロジックモデルについて「年齢」の2文字を単語検索すると「75歳未満年齢調整死亡率」がヒットしましたが、年齢あるいは年代を視点にした作業は確認できません。

がん対策について、県とこちらのがんの協議会があります。がん患者会の報告や要望について、これまでの歴史でどのように内容が加えられてきたのかわかりませんが、「瀕死の長寿県」は現実であり、2つの協議会の使命を改めて検討すべきではないでしょうか。

今年度も同じテーマについて報告したいと思います。成果につながらなければ意味がないかもしれませんが、「やるしかない」が結論です。以上です。どうもありがとうございました。

○鈴木幹男議長

ご報告をありがとうございました。いかがでしょうか。ご質問はございますか。よろしいでしょうか。貴重なご提言をありがとうございました。

それでは次に報告事項3に移りたいと思います。各施設の委員から報告をお願いいたします。資料15ですね。各拠点病院が取り組もうとしているがん対策についてということで、これは増田先生のほうからですか。

3. 各拠点病院が取り組もうとして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

まず最初に資料15-1、370ページをご覧ください。お配りしている協議会版なのですが、めくっていただきますと、ちょっと見やすく色をつけておりまして大きく広げていただきますと、1ページ目は「がんの予防」ということで、「生活習慣（喫煙）」という項目ですと、個別施策の1-1は「喫煙者の行動に影響する人達から、喫煙者に対して、タバコと禁煙に関する正しい知識を伝える」ということなのですが、これは現在、協議会とは別に病院独自の取り組みとして、今は字が全部、青になっていないんですが、八重山病院と北部地区医師会病院と宮古病院のほうで取り組まれているという形で、このような形で各病院が取り組んでいることにつきまして、ロジックモデルのがん計画上のどこに当たるにするかを赤字で個別施策のところに印を付けておりますので、後でまた皆さん、それぞれご確認をいただければと思います。しおりで言うと、時間の関係上、1か所だけの説明で終えたいと思います。

具体的には次、資料15-2-1で、琉球大学が取り組んでいるものがこのようにありますので、またそれぞれご確認いただければと思います。琉球大学病院、増田からは以上になります。

○鈴木幹男議長

これについて、何かわからない点、ご質問はございますか。よろしいでしょうか。

それでは各病院の状況について、琉球大学病院のほうからお願い……。

○増田昌人委員

今、まとめてお話しさせていただいたので、次は……。

○鈴木幹男議長

北部地区医師会病院、お願いいたします。

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）

北部地区医師会病院です。柴山のほうで報告させていただきます。資料15-2-2、391ページをご覧ください。

2025年度と書いてありますが、これは書いてあるのが前年度に実際に取り組んだことの

評価で出させてもらっていきまして、今年度の取り組みについてはこれからまた確認をさせていただきますが、継続的に取り組むべきこと、それから今年度、ロジックモデルを改めて確認をしながら、次回、また正式に報告させていただきたいと思います。ちょっと変更、前年度で申し訳ありませんでした。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。ほかに何かございますか。よろしいでしょうか。

それでは県立中部病院からお願いします。

③県立中部病院

○神里敬子委員（沖縄県立中部病院 副院長）

中部病院です。神里が報告いたします。資料15-2-3、393ページをお願いします。

2点、報告いたします。まず赤字のほうです。3番の「がん医療提供体制」のところですが、④「放射線治療機器更新のために」とあるんですけれども、こちらに関しては、機器の更新と建屋の改築が終了いたしました。それで来週から新しい外部照射のTrueBeamという装置が入ったんですけれども、その治療が開始されます。ちょうど来週から開始予定です。加えて、内部照射、県内で2台目ということでRALS装置が入りましたので、それが6月から開始されるということです。

次のページをめくっていただいて5番の「個別のがん対策」のところですが、がん遺伝子パネル検査に関して、昨年から宮古・八重山にもお声掛けをして患者さんに受けていただいています。その際に説明のための渡航費用が、経済的に負担があるということでこちらから応援医師が、腫瘍内科医が行った際に宮古・八重山で説明を受けていただけるように運用を整えました。

発表は以上ですが、加えて1点、造血器がんのパネル検査が3月から保険適用になっております。それに関しては連携病院である慶應大学病院と調整いたしまして、できれば今年度中に当院でも造血器がんのパネル検査ができるように調整をしたいと考えております。以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。それでは那覇市立病院、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が報告します。資料15-2-4、395ページになります。うちのほうは新しいことだけお話しします。

3番の「がん医療提供体制」ですけれども、昨年からロボット支援下手術を導入しているんですが、対象疾患を増やしてきて、今年の7月からは婦人科、それから肺がんもやる予定になっています。

それからがんゲノム医療提供体制の整備・強化を目指して、がんゲノム医療コーディネーターの養成研修を2名、受講させて、今後、そこを充実させていく予定です。以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。それでは県立宮古病院、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。

細かいことは、今年度もがん対策は記載のとおり行っていこうかなと思うんですが、それよりも今年の重点目標として、乳がん和大腸がんの早期発見を重点的に行いたいと考えておりまして、具体的には、乳がんに対しては専門家を招いて市民公開講座を開いて、自己検診を含めて乳がんの正しい知識を島民に広げていきたいということと。

大腸がんに関しては大腸がん死激減プロジェクトが今、進められているんですけれども、詳細はそこで報告したいと思うんですが、具体的に宮古モデルをつかって、検診カーや検便のあれを患者さんのところまで行ってすぐに検査できるような体制をつかって、それで陽性患者にはすぐに精密検査を受けられるような体制ですね。要するに今、検診の受診率が低いので、それを上げるための方策をいろいろ考えていまして、それはもう医師会を含め、市、役所と保健所を含めて、今、考えている思案中ですので、でき次第、また報告させていただきたいと思います。以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。それでは県立八重山病院からお願いいたします。

⑥ 県立八重山病院

○ 砂川綾子委員（沖縄県立八重山病院 副院長）

八重山病院の砂川が報告します。資料は15-2-6、400ページになります。抜粋して報告します。

「がん検診」に関しては令和6年度の沖縄県の胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮頸がんの検診精密検査協力医療機関として名簿を登録して、関係機関に周知を図りました。

ページをめくっていただいて、7番の「基盤」に関しては、③番の「がん教育及びがんに関する知識の普及啓発」に関して、八重山高校の生徒にがんについての勉強会を実施して、がんの患者さんたちに、この2月にタオルで帽子をつくっていただいて、それを患者さんたちに還元させていただいています。それを新聞にも掲載してアピールして、市民のほうにも啓蒙を図っております。以上です。

○ 鈴木幹男議長

ありがとうございました。全体、各病院の取り組みをご報告いただきましたけれども、何かご質問はございますか。よろしいでしょうか。

報告事項の4～6及び部会報告につきましては、時間の都合上、紙面報告とさせていただきます。それぞれご確認をお願いいたします。

紙面報告

4. 大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について
5. 沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について
6. 厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議
 - (1) 第31回厚生科学審議会がん登録部会
 - (2) 第25回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会
 - (3) 第17回がん診療提供体制のあり方に関する検討会
7. その他

部会報告事項

1. 医療部会
2. 緩和ケア・在宅医療部会
3. 小児・AYA部会
4. 離島・へき地部会
5. 情報提供・相談支援部会
6. ベンチマーク部会

○鈴木幹男議長

これで令和7年度の第1回沖縄県がん診療連携協議会を終了したいと思います。iPadは要回収となっておりますので、委員の方々はテーブルに置いたままにしておいてください。それではお疲れさまでした。