

令和7年度第2回沖縄県がん診療連携協議会議事録

日 時 令和7年8月1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）

皆さん、こんにちは。琉球大学病院長の鈴木でございます。お時間になりましたので、第2回沖縄県がん診療連携協議会を開催したいと思います。

定足数は満たしているということで、この会議は成立いたします。

まず資料の確認に入りたいと思います。資料の説明を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）

資料の説明をさせていただきます。お手持ちのメインのiPadの資料に入っておりまして、あとは別紙に印刷したものとしてA4の紙2枚がありまして、1つが本日の議事次第、これはiPadの中に入っておりますが、別にしたほうが見やすいということで別にお配りしているものです。もう1枚の資料が本日の資料一覧になっておりますので、それぞれご確認をいただければと思います。

もし足りないものがありましたらお手を挙げていただければ係の者がまいりますのでよろしくお願いいたします。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。過不足はございますか。よろしいでしょうか。

これから審議に入りたいと思いますが、まず資料1～3、それから4、5について、増田委員よりご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2回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨(7月7日開催)
2. 令和7年度第1回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(5月9日開催)
3. 令和7年度第1回沖縄県がん診療連携協議会議事録(5月9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

まずiPadの資料を開いていただきますと、最初に1ページ目として議事次第があるかと思えます。これは先ほどお話ししましたように紙でもお配りしています。

4ページまでが紙でもお配りしているもので、5ページをご覧いただければと思います。しおりでいきますと資料1の第2回幹事会議事要旨となっております。これは第2回連携協議会に先だって行われました幹事会になりまして、7月7日に行われております。本日の協議会の議題調整に近いところがありますが、このような形になっております。

次に、資料2、7ページをご覧ください。前回、5月9日の第1回協議会の議事要旨となっております。最初のページは出席者の一覧となっております。1枚めくっていただきますと、前回は特別講演として、厚生労働省の健康・生活衛生局 がん・疾病対策課長の鶴田先生にお越しいたきましてご講演をいただきました。

また、通常どおり資料の確認がありまして、有識者報告の後に審議事項としましては全部で4つありまして、1番目が、本協議会が作成しましたがん計画の進捗状況、ベンチマーク部会。2番目が、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ということで、離島・へき地部会からの提案。3番目が、がん診療を行う医療施設一覧掲載要件見直しについてということで、医療部会及びベンチマーク部会からの提案。めくっていただきまして4番目が、各市町村に対する若年がん患者等支援事業への参加の働きかけについてということで、小児・AYA部会及び離島・へき地部会からの提案をそれぞれご審議をいただきました。

また、この審議内容についてのその後につきましては、本日の報告事項の1番でまた報告をさせていただくことになります。

報告事項は以下のようになります。

そして2枚めくっていただきまして資料3、11ページからが前回の議事録になっておりますので、それぞれご確認をいただければと思います。

また、資料4では協議会、幹事会及び専門部会の名簿がついておりますのでご確認をいただければと思います。本日は時間の関係上、詳しくは述べませんが、それぞれご確認をお願いいたします。

資料5は、再度の話をいたしますが、本日が第2回となっております、第3回は11月7日(金)となっておりますのでご確認をお願いいたします。第4回が2月6日となっておりますのでそれぞれご確認をよろしくをお願いいたします。場所はこの部屋で変わりはありません。

ません。

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。ただいまのご報告についていかがでしょうか。何かご質問はございますか。よろしいでしょうか。

それでは次に、有識者からの報告、説明事項に入りたいと思います。資料6を埴岡委員よりご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。報告させていただきます。資料6、92ページをご覧ください。

国のがん対策推進協議会で参考人として説明いたしましたのでご紹介いたします。内容は、「ロジックモデルを活用した中間評価」となります。沖縄におかれましては、もう既にロジックモデルを活用されておりますので、新しい知見はないかと思えますけれども、国のほうでもこうした説明をすることにより、ロジックモデル及び評価方法についてクリアになったということは参考になるかと思えますのでお話をいたします。

めくっていただいて、趣旨としましては、ロジックモデルと指標を活用した評価、そしてロジックモデルと指標を活用する際の留意点、そして評価をすることを育てていく、そのプロセスのイメージを共有するという趣旨でございました。

次のページ、厚労省通知に見られるロジックモデルの活用と、それからそれを活用したインパクト評価の考えのところですが、これはおさらいとして押さえておきました。

次のページ、皆さんご承知のことではありますが、ロジックモデルの説明に関して厚労省通知に基づいてご説明をしたところです。特に形状を真似た形になっていると同時に、それぞれ置くべきところに置くべきものを置いてあるということが大事だと認識しております。

次のページ、先ほど厚労省通知にありましたように、ロジックモデルをつくることが目的ではなく、ロジックモデルを活用してインパクトの評価をしていくということ、その観点の説明をしている図です。上のほうにロジックモデルがありますが、下にそれに基づい

て評価をする。それはステップとしてはニーズ評価、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があつて、特に重視されているのがインパクト評価であるということで、ロジックモデルと対比して説明しております。

次に指標に関してのご説明のページですが、指標に関して呼び名や理解に結構ばらつきがあるものですから、念のために説明をしたものです。こちらにロジックモデルの図があつて、各構成要素に指標が配置されておりますが、漏れなく配置されている指標なのですが、これは計測した指標が配置されると、まず計測指標と呼べると思いますが、そのうち今回、国が特に選択としてコア指標を選びました。それが全体のうちの一部になるんだという理解です。

その中で、また数値目標を設定したものがあれば目標設定をした指標というふうにつながりますが、一部の都道府県ではいきなり計測指標のことを数値目標と呼んだり、数値目標と呼ぶのであまりたくさんつくりたくないから指標を厳選したというような議論が起こったりしますので、あくまで指標は満遍なく計測されて、そのうちにコア指標が選ばれるときもあり、その中で目標が設定されるものもあるという説明をいたしました。

指標の数値を読み取るときも結構誤解がありまして、そのご説明をしたのが98ページになります。指標はつながりで見ないといけないということです。それから今回、コア指標を選んだのですが、コア指標だけ見てもわからないということです。指標はロジックモデルのつながりの上で、指標のつながりで見えないとわかりませんよということを念のために説明しました。

この図でいうと右端に分野アウトカムの指標がありますが、それが未達だった場合に、未達だけではなくて、その左側の中間アウトカム2個を見て状況がどうで指標がどうで、なぜだろうと考えていく必要がありますし、中間アウトカムの2個目の指標がコア指標で、数値が悪いということであればそれをさかのぼってそれに紐づいている施策2つの状況を見るということになりますということで、今回はコア指標を選んだんですが、またその選び方も急にしっかりと選ぶのは難しいですし、コア指標を選んだからといってコア指標を見るだけではわからないということ、全体を見るんだよということを念を押したものでございます。

次のページ、何と比較し、何をもって改善？ですけれども、国の場合、今回指標となったわけですけれども、1点観測のものが結構含まれていますし、2点観測のものもありますけれども、あまり長期的トレンドが取れていないものがございます。

99ページの左側の図を見ていただいて、2024年、指標が2つ測られるとしましょう。2024年の数字を読み取ったとして、基本的に良い・悪いは言えないはずですよということを申し上げました。また2点観測していても数値が上がっていても全体のトレンドより上がっているのか、減速しているのか加速しているのかわからないわけで、2点でもなかなかわかりにくいですよということで、指標は継続的に見ていかないといけないという当たり前のことをご説明しました。

100ページは、一方で都道府県の場合ですが、2024年のほうが1点観測されたとしまして、47都道府県の間の比較の数字があれば、それは47都道府県の中で、うちは悪いよねとか、うちはいいよねということで一定の比較、評価をすることができますし、それから2点観測があれば自分の県は全体よりもレベルが低いし、例えば改善度も悪いよねみたいなこともわかって、情報量も増えるということになります。

大事なこととして101ページで説明したのは、評価は数字が測れて数字が読み取れたからできるわけではなくて、事実特定プラス価値判断になるという評価学の理論をご説明したんですが、例えば①ある指標の数値が40から50に変化したといっても、ときどき40から50に数値が大きくなったからうまくいっているなどと言ってしまうことがあるのですが、よく考えたらそれも40から50に変化したただけの話で、そのためにはほかの情報が必要で、②の部分ですが、例えば目標値を60に設定していたのであれば、40から50に変化したことは良くないということがわかるわけですよと。

それをもって評価としては十分とは言えないから、検討と追加対策が必要になるということなうふうになるということなのですが、例えば多くの都道府県は指標に関して目標設定で増加などを書いてしまうところがあって、そういうことにしておくところの場合、40から41に変わっただけなんですね。60を下回っていても全国の伸び率よりも全然悪くても良いという判定をしてしまうということがわりと一般的に行われていますので、この辺も国が評価されるに当たって留意点として申し上げておきました。

また、数字だけでは判断しにくいという例も102ページに挙げました。1つだけご紹介しますと、がんの罹患が増加したときに、罹患が少ないほうがいい。罹患が上がった、良くないと思うかもしれませんが、仮にがん検診率が大幅に高くなったことができたのであれば、一時的に罹患率が増加したように見えることもあるので、これも指標のつながりや関連性の中で見ていかないといけないということで、種々の読み取りプラス判断が生じることをご説明したものでございます。

103ページは、がん検診分野に関してです。1つの施策のつながりの中で、これまで説明したことをご説明したということでもあります。

このプログラム評価の各段階なんですが、具体的にどうするかといいますと、104ページにあるような、各段階で問われるべき評価設問を立てて、それにある情報を書き取ることによって評価が可能となるのであるということを説明させていただきましたが、こういう説明を求められたこと自体、国がこういう方向で評価をしていこうという考えの反映ではないかと考えられます。

そして105ページですが、インパクト評価に向けた営みなんですが、すぐにはできないということで、もちろんできるだけ急ぐべきではあるのですが、一定のステップが必要であるということで、2025年段階でいえばステップ1ぐらいには当たるかと思うんですけども、今後の第5期の計画に向けて高めていかなければいけないのではないかとということを述べさせていただきました。

また、評価が軌道に乗って定着していくためにはいろんな要素が必要だろうということで、106ページにこれもロジックモデル表現で説明させていただいたのですが、今後、ロジックモデルと指標データはさらに整備していかなければいけない。そのためには今ある国のロジックモデルの改訂もしなければいけないでしょうし、データ集も提供しないといけないでしょうし、がん登録をはじめ、情報源も整備していかなければいけないだろう。また、下のほうになりますと、それぞれのがん対策に取り組んでいる各当事者が役割を果たしていくことも必要だろうということで、国や国立がん研究センター、また都道府県の連携協議会などもそれぞれの分担範囲を担っていくことで評価の改善が進んでいくのではないかとということをお話しさせていただいたものとなります。

以上が私のご説明ですが、今日、このときのがん対策推進協議会の説明資料が資料15-6で掲載されているので、関連して少し説明するようにということで言われておりますのでご紹介します。

636ページを開いていただければと思います。私は国の説明する立場ではないのですが、この会議の資料を見ておりますので少しご説明させていただきます。

637ページは、基本計画の概要になっています。

638ページは、基本計画のスケジュールになっておりますが、中間評価のところですね。令和7年度の夏のところが令和8年度の夏ぐらいまで審議をして、オレンジ色のところの中間評価報告書が出るとなっています。都道府県の立場としては、国が令和7年度に評価

をする。なので、都道府県は令和8年度にするという流れだと思うのですが、国が夏まで
食い込むところがありますので、それを待たず都道府県、令和8年4月ぐらいから、ある
いはその前から中間評価の準備に取り組まなければならないのではないかと思います。

639ページは背景が説明してあり、640ページに2つの方針として、1つはコア指標を選
ぶということと、2つ目は都道府県ごとのがん対策の進捗状況の測定・公表、それから都
道府県の好事例の横展開を推進することが書いてあります。私の想像では、この好事例の
中に幾つか沖縄県の連携協議会のなされている取り組みなども入ってくるのではないかと
思っているところです。

641ページ、検討のスケジュールが書いてあります。今後、分野別に数回の審議を経て中
間評価に持っていくことが見て取れるようです。

642ページは、重要な資料で具体的な国の評価のスタンスを示しているようですが、まず
642ページ、国が決めたロジックモデルが書いてあり、赤く示されているのがコア指標と見
ているものです。これのベースライン値、過去の数字と直近値の測定値が測られて、それ
が読み取られると、数字を見たときにA B C D判定を一旦すると。これ自体が評価ではな
いんですが、数字の読み取りに当たるものとしてまず1ステップ、数字を読み取るという
ことが指標というようなことが見て取れました。

次のページですが、こういうふうにして読み取ったものを取りまとめていくときのイメ
ージだと思います。分野別目標に関してある分野に関してのアウトカムと指標の数値を寄
せ集めた表をつくり、次に個別目標に関して分野別アウトカム、中間アウトカムに関して
数値を読み取って、先ほどのA B C Dの判定をして、また個別施策のアウトプットに関し
て指標を過去の値と直近の値を見ると収集した上で、右下の括弧で囲まれているところ
ですが、進捗状況の評価、そしてさらに推進が必要と考える事項というところを審議の上で
書き下して、あるいは事務局で書いたものに関して意見を加えて取りまとめていくイメ
ージですが、ここのところで先ほど私の資料にありました評価の5段階、評価設問に対して
情報を集めて、その中で得られた情報から議論して取りまとめていくということがこのあ
たりで盛り込まれていくのではないかと想像したところになります。

ということで、ひと言でいいますと、がん対策は国のロジックモデルを示しているとい
うことと、国が中間評価も行うということと、そのために指標を測ったものを体系的に示
して、その基に議論していこうとしているということが言われたということでございます
けれども、私見ではございますが、国も新たな取り組みを始めたばかりですので、ロジッ

クモデルもまだまだ未完なところもありますので、ロジックモデルの改訂指標のさらなる充実なども含めて取り組むことになるのかなと、そしてその際は沖縄の連携協議会でつくっているロジックモデルの指標も非常に精緻に充実しているので、ぜひ参照していただきたいなと思っていますところ。

続きまして本資料に関して担当された方からのご説明がありました。644ページから645ページ、コア指標の選び方が書かれており、646ページに全体の中でどれぐらいのコア指標があったかというのが書かれています。最初にとったのは12分の12です。分野アウトカムは30分の9という形で、どの程度のものが選ばれたかということが要約で見れます。

648ページから、分野ごとにロジックモデルを切り出した感じで詳しい評価がされているところ、そうしたページがずっと続いております。

その後、私の発表資料がここにも挿入されているのですが飛ばしていただいて、673ページから、国から国立がん研究センター経由で提供されましたデータ集の紹介がありますのでご紹介します。

674ページ、こちらのホームページからデータ集が提供されました。

内容は675ページにあるのですが、これは沖縄県がん診療連携協議会のホームページ、うちな〜がんじゅうで提供されている地域別がん対策情報の形をまさに踏襲した形になっております。こちらで提供しているデータ集は個別のデータ集とは別に、ロジックモデル表現で分野ごとに指標を示し、それを全国値と都道府県値、あるいは医療圏別の値を提供しているものもございしますが、その構造を踏襲されたものと理解できます。

この675ページのイメージで20ページぐらいでしょうか、シートが付いておりますけれども、その左肩に北海道から沖縄までの押しボタンがついておりまして、例えば沖縄を押すと全国の値と沖縄県の値で、ベースライン値と直近値が出るという形で表現されております。これによりまして、ロジックモデルさえつくっていない都道府県、指標もほとんど整備していなかった県、計測もなされていない県であっても、これを使うことでかなり沖縄県並みにいろんな情報を得たところが今後の評価ができるという仕組みが提供されたということになっていると理解したものです。

以上、長くなりましたが、私の発表内容と関連する国の会議の資料をかいつまんでご説明しました。以上です。

○鈴木幹男議長

埴岡委員、ありがとうございました。このご報告についてご質問等はいかがでしょうか。

1つだけ教えてほしいのですが、642ページかな。中間アウトカムの評価と書いてあって、その評価AとかBとかCは誰がするのかと思って、あれは自分たちが評価するということですか。

○埴岡健一委員

こちらのほうは、まず各数値を読み取って、ここはあまり価値判断なく数字が上がっているか、下がっているかだけを虚心坦懐に読み取ろうということで、まず事務局が仮に判定をつくられて、これから数回ある会議で各分野ごとに示されて、それを基にA B C Dも見られますけれども、それを踏まえた議論に移っていくんだと思います。私もA B C Dの判定の仕方について、その場で質問があったのですが、それも30.0だから駄目、30.1だから良いとか、そういうことはあまり議論しても意味がなくて、それは仮に大まかに判定して、その上で価値判断の議論を重点的にしていただいたほうがいいのではないかとお答えいたしました。

○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。よろしいでしょうか。

だいぶいろいろこのモデルが広がって行って、確かにやっていくと非常にわかりやすく、後で見直してもわかりやすいと思います。

○埴岡健一委員

ひと言だけ追加していいですか。

ということで、沖縄県がこのやり方をやられていたので、その影響で国も進んだ部分はあると思うんですけども、つまり47都道府県がある意味、沖縄のおかげで完全な仕組みの提供を受けてマスターされることになりますので、今後は猛追が始まる可能性がありますので、沖縄はある意味、ペースを上げていかないと追いつき追い越されるかなということも念頭にあったと思います。

○鈴木幹男議長

ありがとうございます。よろしいでしょうか。

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）

私のほうは資料7、110ページになりますので、110ページからご覧いただければと思います。

テーマとしては、臨床試験に関する患者さんへの情報提供です。ご承知のとおり、がんの領域では遺伝子パネル検査などが進展して、いわゆるゲノム医療が進んでおりますので、そのゲノム医療、遺伝子パネル検査の推奨薬として承認薬、あるいは適用外薬が推奨されて、かつ臨床試験に入ることが必要になってくる場合がありますし、また、ゲノム医療が進展する以前から、特に希少がんや難治がん、あるいは小児がんの患者さんにとっては臨床試験が、もちろん有効性、安全性がわからないという大前提はあるにせよ、場合によっては治療選択肢の1つとして機能している面もあることから、患者さんに対して臨床試験の情報提供をいかにわかりやすくするかというのが本日の発表の問題意識になります。

111ページになりますが、1つ目の取り組みとして、患者団体やアカデミア、企業、行政が協働している例として、臨床試験にみんながアクセスしやすい社会を創る会が創設されました。2023年になりますが、がんと難病の患者団体、また国立がん研究センターと順天堂大学、オブザーバーとして日本製薬工業協会と厚生労働省が参画する形で、任意団体というか、こういった団体が立ち上がりました。

いろいろなディスカッションはしているのですが、まず最初に取り組んだことが、J R C Tに関する改修作業です。112ページになりますが、ご承知のとおり、臨床試験に関しては、国のほうでJ R C Tと呼ばれる臨床研究のデータベースを提供していることになっていて、こちらに登録することが求められているわけですが、ただ一方で、これは登録することがアウトカムというか、目的となっているようなスタイルでしたので、患者さんが見ることを必ずしも想定していなかったとありますし、また研究者が、特に海外の研究者が検索してもなかなかわかりづらいことがあって、これは内外で問題が指摘されているところでしたので、これについてJ R C Tをわかりやすくしてほしいという要望書を我々の創る会のほうから要望させていただきまして、それを受ける形で厚生労働省が話し合うようになりましたが、令和6年度の補正予算でそのJ R C Tの改修についての予算がつけまし

た。

113ページ、臨床研究データベースの大規模改修事業という形で、J R C Tは基本的にホームページなので、ホームページの改修になるわけですが、患者目線、あるいは研究者の目線から見てもよりわかりやすいインターフェースを実装していくことが求められているということで、ホームページの改修ぐらいは容易にできるのではないかと私も患者団体としても当初は思っていたわけですが、実際に改修作業に関わるようになると非常に複雑なページ構成になっているということで、予算も相当程度確保しなければなかなか難しいということがありまして、予算を毎年、令和6年度については補正予算ですが、それ以降、令和7年度についても継続して予算が手当てされています。

114ページに、具体的にJ R C Tのユーザーインターフェースの改善ということで、トップページ、あるいは検索ページ、それぞれについて様々な改修が行われていることがあります。

115ページ、今後の改修予定ということで、一気に改修することはなかなか難しいということですので、様々な研究者目線、あるいは患者目線での改修が予定されていまして、例えば臨床試験に関しての患者説明文書を掲載することであるとか、あるいは臨床試験の結果についての文章、レイサマリーといいますけれども、レイサマリー等を掲載することも今現在、検討されているような状況であります。それが1つ目のテーマです。

116ページ、また、そもそも臨床試験に関する情報提供に関して見ますと、薬機法の規制がありまして、それが場合によっては阻害要因になっていることがあります。私は今年、薬機法改正が行われた際に、衆議院厚生労働省委員会に参考人として招致されまして、私からこのことについて意見を申し述べました。具体的には薬機法第68条では、あらゆる方が承認前の医薬品について広告をしてはならないという規制がありまして、一方で、厚労省の通知では、治験情報を求める者に対しては情報提供を行うことができるという通知が出ていました。

一方で、日本では、先ほども申し上げましたようにJ R C Tが非常にわかりやすいというのがある一方で、例えば米国ではN I H、国立衛生研究所が支援することによって、リサーチマッチという、患者さんと臨床試験のマッチングを行うようなサービスも出てきているような状況がありまして、こうなってくると臨床試験では特に希少がん、難治がんの患者さんにとっては治療選択肢の1つになっていますので、命の情報格差につながりかねないということで、薬機法第68条の改正、あるいは運用の改善を私のほうから参考人とし

て申し上げた次第です。

117ページ、そもそも今の話について補足をしておきますと、治験に関する広告規制ということで、広告については顧客誘因性、特定性、一般認知性という3要件があって、3要件の全てを満たす場合は広告となり得るので規制がかかるということになっていました。

118ページ、これに対して令和5年に厚労省から治験に関する情報提供の通知が出ています。治験情報を求める者に対しては情報提供ができるということがありましたが、例えば具体例として患者会ですね。例えば特定の疾病のがん患者会がご自身のがんに関わる新しい臨床試験、あるいは治験が知っているということを患者さんに情報提供する場合、情報提供の方法によっては、いわゆる第68条に引っかかってしまうということで薬機法違反になってしまうことが指摘されていたところでございます。

119ページ、先ほど申し上げたように、一方では米国ではリサーチマッチというサイトがありまして、患者さんと治験をつなげるマッチングのようなサイトが出てきていて、海外の取り組みから比べると日本は相当程度後れていることがあるかと思います。

120ページ、先日、厚生労働省の厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会が開催されました。そちらのほうで今後の広告規制の緩和の方向について議論が行われました。具体的には、例えば薬機法の第68条自体は非常に重要な条文であって、特に肺がんの治療薬であるイレッサについて、患者さんの期待を過剰にあおるような情報提供が行われたという反省を踏まえると、薬機法68条は重要な条文なので軽んじることはあってはならないが、ただ治験情報にアクセスできることが日本の患者さんは非常に阻害されていることについては改善が必要だという意見が多く出たということで、今後の検討の方向性ということで、参加者募集の目的であれば、より積極的な発信が可能になるように薬機法上の広告の該当性について明確化していくということで、厚生労働省からそれについて近々、Q&Aが発出される見込みと聞いております。

最後に、121ページ、先ほどちらっと申し上げましたレイサマリー、これはなかなか聞いたことがないという方もいらっしゃるかもしれませんが、がんの領域では日本臨床腫瘍研究グループ、JCOGというがんの研究グループがありますが、JCOGはそれぞれのがん種ごとの研究グループがあるわけですが、その中でレイサマリーが発行を始めています。これは例えばということで、JCOGのリンパ腫グループ、悪性リンパ腫に関するグループがあるわけですが、JCOGの1305と言われる臨床試験がありまして、初発進行期ホジキンリンパ腫の患者さんに対する臨床試験だったわけですが、その結果について、従来で

あれば研究をやりっぱなしという面があって、もちろん研究については学会等では論文等の形、あるいは講演等の形で発表されているわけですが、実際に参加された患者さんへの説明であるとか、あるいは広く社会一般に対して臨床試験の説明がなされていないのではないかという問題意識がありまして、JCOGのこういったレイサマリーの作成を始めているということを最後に紹介して私からの報告を終わりといたします。ありがとうございました。

○鈴木幹男議長

天野委員、ありがとうございました。非常にいろんな情報が含まれていたと思います。これについていかがでしょうか。

玉城先生。

○玉城研太朗（田名毅委員代理 沖縄県医師会）

沖縄県医師会の玉城です。

この分野に関しては日本がかなり後れているかなと思います。今、天野さんからご説明がありました。今後、Q&Aを募集して、それから制度づくりという段階に入っていくのかなと思いますが、ちょっと遅すぎなような気がしていて、何か今後の見通しというのは国としてあるんでしょうかというのが1点です。

もう1点は、今日出なかったですが、高額療養費についてもぜひお伺いしたいと思うのですが、今回、参議院選挙が終わってかなり医療費の削減がどの党もピックアップされる中で、武見先生も残念ながら落ちてしまったのですが、天野さんたちの今後の活動についてもぜひお伺いしたいなと思います。

○天野慎介委員

ご質問をありがとうございます。最初のご質問に関しては、Q&Aは厚労省が通知に準ずる形で出すような文書になりますので、それを厚労省がつくって公開することになっています。玉城先生のご指摘のように、そもそも薬機法68条の規制がナンセンスというか、そこが問題だということを私は国会でも再三指摘させていただいて、与野党の議員の方からかなり厚労省にプレッシャーをかけていただいたのですが、68条の改正には至っていないことですので、玉城先生がおっしゃるように、若干、泥縄的ではありますが、少な

くともQ&Aについてはわりと迅速に出される見込みだと聞いているのが1点です。

2点目の高額療養費については、玉城先生のご指摘のように、高額療養費について審議する超党派の議員連盟があったのですが、議連の会長が自民党の武見元厚生労働大臣ということで、残念ながら参議院選挙で落選してしまわれたので、そもそも議員連盟については会長を選び直さなければいけないような状況ということで、政権の枠組みがまだ決まっていないので、今後の活動の見通しが現状、立っていないということがあります。

また、厚生労働省も、これは厚生労働省が公式に言ったわけではなくて、私が厚生労働省と話し合いを折衝する中での私の理解ですが、現状、厚生労働省としては参議院選挙の政権の枠組みの結果を見てから今後の検討姿勢を決めるということを考えているということがありますので、例えば国民民主党は選挙公約で外来特例については廃止するということを明言していたのです。なので、もし国民民主党が政権に関わるようになれば、そういったことが反映されてくる可能性はありますし、例えば議席を伸ばした参政党に至っては、高額療養費制度は必要ないということによって、高額療養費はなくすべきだと主張しているということを聞いていますので、かなり幅のある主張を各党が持っていますので、なかなか政権の枠組みが決まってくるまでは、まだ厚生労働省としても不安もないという状態だと理解しているので、総理が言明していた今年の秋までに方向性を決めるというのは、正直厳しいのではないかなというのが私の個人的な所感になります。

○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す。もうちょっと良くなってほしいなと思います。

先ほどリサーチマッチのお話があったのですが、なかなかゲノムの検査をしても薬に到達するまでに悪くなってしまう方が結構おられて、目標としては大体どれぐらいの方がゲノム検査をしてお薬までたどり着けるようなシステムがいいのでしょうか。

○天野慎介委員

私は医療者ではないので恐縮なのですが、現状、日本では大体5～10%ぐらいと言われていて、ただそれは日本がすごく悪いわけではなくて、海外も同程度の数字と聞いていますので、お薬の開発を進めていただくということと、5～10%というのは全体の数値で、聞いているお話ですと地域格差がかなりあって、治験をやっている施設はどうしても東京の医療機関に集中してしまっているの、東京の医療機関にアクセスしやすい患者さんが

より治験にアクセスしやすいという状況はやはり是正が必要だと感じていますので、例えばDPCであるとか、分散型の治験であるとか、そういったものを推進していただくことが必要なと個人的には考えています。

○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。

天野先生、ありがとうございました。

その他、報告事項はございますか。よろしいでしょうか。

3. 松永委員報告

報告なし

○鈴木幹男議長

それでは、審議事項の第1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。

審議事項

1. 沖縄県における医療機関の集約化と分散化について

（1）報告：「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」の概要

○増田昌人 ベンチマーク部会長

議事次第をご覧になっていただきますと、審議事項の1番の(2)～(6)まで5つありまして、その前に私のほうから一旦報告という形で、現在進行中のがん診療提供体制のあり方に関する検討会とこれはかなり関わっているものですから、その説明をした後で部会長からご提案をしていただければと思います。資料8-1、122ページをご覧ください。

全部の資料は後ろのほうに付けておりますが、その中で重要点だけピックアップしましたので少し解説をさせていただきます。

がん診療提供体制のあり方に関する検討会のまとめということで全部で6項目あります。今回、厚労省が集約化に大きく舵を切った理由が1～4までということをご理解いただけ

ればと思います。

1枚めくっていただきまして、もともと第4期のがん対策推進基本計画の概要なのですが、ここにありますように、がん医療につきましては1丁目1番地として、(1)がん医療提供体制等の①医療提供体制の均てん化・集約化が明記されています。

めくっていただきまして、これが本文をコピーしたものなのですが、下線のついている取り組むべき施策の中で、「国及び都道府県は、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増えまた集約化を推進する。」と、3年目を迎えた基本計画には明記していたものの、これまでずっと均てん化のみできたものですから大きな変化があったということです。

めくっていただきまして、これに関しましては、がん診療提供体制のあり方に関する検討会で今回、集中審議がされまして、第16回から第19回、第16回が昨年12月23日、そして第19回が先週の金曜日、25日に行われました。私は第16回の際に参考人として呼ばれまして、沖縄県の集約化の話をさせていただきました。現在、この検討会は今日、有識者の天野委員も入っていらっしゃいますし、また沖縄県の連携協議会の下部組織のベンチマーク部会の委員でもあります東先生も委員となっています。

めくっていただきまして、1.がん患者の減少と需要の変化、計算式は後で皆さん、それぞれご覧ください。

これをお話ししていきますと、がん罹患者数の変化率なのですが、左側の日本地図、47都道府県別の日本地図になっておりまして、黄色、オレンジ色、赤がこれから2025年を基準とした場合に2040年のがんの罹患者数が増えている場合は黄色、オレンジ色、赤の順で表示されておりまして、減っている場合が薄い水色、水色、青となっております。これを見ていただきますと、16都府県で増加しまして、31道県では減少が見込まれますが、一番増えるのは沖縄県で東京都と一緒に10%以上、今後、がん患者数は増えていくことが見込まれます。これは二次医療圏で見ましても沖縄県では黄色、全ての二次医療圏で増えていることがかかるかと思います。

めくっていただきまして、今度は三大療法需要の推計なのですが、計算式がありますのでそれぞれ皆さんご確認をいただければと思います。

めくっていただきまして、手術療法の需要推計なのですが、ここも増えるのは沖縄県と東京都だけということになりまして、それ以外の45道府県では全て減ることになっており

ます。

めくっていただきまして、二次医療圏ごとに見た場合、沖縄県は北部医療圏が水色になりますが、ちょっと減ると。それ以外は増えることになっております。

めくっていただきまして、放射線療法なのですが、全て黄色、オレンジ色、赤となっておりますので、全ての都道府県で需要が今後増えると、沖縄県は30%以上増えることとなります。二次医療圏で見ましても同じような傾向があるということになります。

次に薬物療法ですが、秋田を除いた46の都道府県で需要が増えます。沖縄県も増える。二次医療圏で見ても増えるということになります。おおむね沖縄県と東京都だけが例外ではありますが、多くのところが需要が減ることが1つのきっかけとなって集約化の1つの要因となっております。

次に、2. 消化器外科医の減少ですが、これは医師数の推移を見たもので、一番左の棒が2012年、一番右の棒が2022年、この10年の変化を見ていますが、2012年に30万人余りだった医師の数は、2022年には4万人増えまして34万人になっています。ただ一番下の水色の外科の先生方を足した数なのですが、ずっと2万8,000人と変化がない。全体として13%、4万人増えているのですが、外科医の数は2万8,000人と変わらない。これを個別に外科の先生方の専門別に見ますと消化器外科だけが減っておりまして、消化器外科はもともと2012年は2万1,000人余りだったのが、2022年は2,000人減りまして1万9,000人ということで10%減っている。

次のページですが、これを40歳未満の医師数で見たときには、それがさらに顕著となっております。

めくっていただきまして、個別に見てもそれがより顕著になっているということで、若ければ若いほどこの傾向が現れるということで、今後、消化器外科の先生方はますます減るんだということになっております。

次のスライドなのですが、実際に会員数で見ましても、これらは全て日本癌治療学会から出たものですが、日本消化器外科学会、2023年の会員数1万6,000人が20年後の2043年には8,000人になる見込みでして、また今回、いろいろ1つの目安になっている2040年ということでも約40%減るということです。日本全国でいいますと、手術療法の需要は5%減るのですが、外科の先生方の数は40%減るということでかなり問題になっています。こういうことも今後、集約化に舵を切った1つの原因です。

次に、3. 放射線照射装置の採算性の課題があります。これは日本放射線腫瘍学会から

出た資料ですが、まず左側、これは日本における施設当たりの年間治療患者数で、日本では200人以下の施設が半分ぐらいを占めています。右のグラフが放射線治療患者数と収益性の関係ですが、現在のところはおおよそ機械が2～3億円、メンテナンスは年間2,000万円と言われているので、これだと年間200例では一応、人件費を除いたというただし書きがあるのですが、200人程度治療すれば償却ができるだろうということですが、現在、機器の純粋な高騰ともう1つは円安の影響でひと機械を入れるのに5～6億円かかっておりまして、ランニングコストが4,000万円になっております。

ということで、今は人件費を除いた上での話なのですが、除いても年間400例ぐらいが償却が可能なラインとなります。だいぶ状況が変わっておりまして、多くの日本の病院は400診ている施設は極めて少ないんです。沖縄県ではかなりないということになっております。このことも含めて放射線治療の分野からも集約化は必須ではないかということが言われています。

最後に、4. がん医療の質の担保ですが、めくっていただきまして、これは二歩か消化器外科学会を通じて日本がん治療学会が出した資料ですが、食道、胃、大腸、肝胆膵のがんに関しましては、多くやっている施設、ハイボリュームセンターのほうで術後死亡率は明らかに低下するというデータがそれぞれ出ております。

1枚めくっていただきまして、これは日本癌治療学会を通じて日本産婦人科学会が出したデータですが、体がん、頸がん、卵巣がん、施設の規模が大きくなるほど治療成績がいいというデータがあります。

めくっていただきまして、放射線治療に関しても同様のデータが出ております。

最後ですが、薬物療法は急性骨髄性白血病に関しても同様のデータが出ております。

ということで、今後の方針としましては、前回は多分、がん課(厚生労働省健康・生活衛生局 がん・疾病対策課)の鶴田課長もこれに近いものを出していたのですが、集約化をしていこうということで、基本的には都道府県、またはさらに広域で集約化をするものと、がん医療圏と書いていますが、これもほぼ二次医療圏と考えていただいているのですが、二次医療圏ないしは複数の二次医療圏で集約化、ないしは自己完結するものと、あとは均てん化ということで、それぞれどういう医療機関が対応するのか書いてありまして、都道府県ないしは広域の場合はナショナルセンタープラス都道府県拠点病院、大学病院の本院、真ん中のところはがん拠点病院ということになっております。一番下は診療所やそれ以外の病院となっております。

めくっていただきまして、字が小さくて見づらいのですが、それぞれ都道府県で集約化するべきもの、二次医療圏で完結するものについて手術、放射線、薬物、その他ということで出ておりますのでそれぞれご参照していただいて、これが1つの目安として出ております。

そういうことで、これらを2040年を見据えた都道府県がん診療連携協議会を活用した均てん化・集約化の検討の進め方ということで、逆にいうと集約化は今後、本連携協議会で考えていくようにということが出されています。

もう2枚めくっていただきますと、6. 2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめというものが先週金曜日の検討会でおおむね承認されまして、マイナーチェンジを経て数週間後には出るということと、もう1つは、8月中には厚生労働省から都道府県知事に対して集約化に関する文書が出ることになっておりますので、こういう状況の中に私たちはいるんだということで、それで今回報告をさせていただきました。

あとは伊江部会長、よろしくお願いいたします。

(2) 審議：医療機関の集約化と分散化に関する協議会の今後の方針

○伊江将史 医療部会長

審議事項(2)、資料8-2、156ページをご覧ください。

こちらは医療部会及び幹事会において、2040年を見据えたがん医療提供体制の集約化と分散化に関して協議を行い、以下のように意見が収束しましたので、協議会において審議をお願いします。こちらは総論3項目と各論2項目ありますので、総論3項目をまとめて審議していただいて、各論に関しては個別に審議をよろしくお願いします。

総論ですが、1. 2040年を見据えたがん医療提供体制の集約化と分散化に関しては、厚生労働省のこれまでの「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」での審議に準じて、当協議会が中心となって今後も議論を進めていくこと。2. 今後の集約化と分散化を円滑に進めるためにロジックモデルを用いて計画を立てること。3. 上記ロジックモデルの指標を経時的に測定し、協議会で評価を行うこと。総論は以下の3項目となっています。

こちらで1回止めて審議のほうをよろしいですか。

○鈴木幹男議長

ご意見はいかがでしょうか。増田委員からご報告があったように、沖縄県と東京都では

がん患者は増えていくという形なのですが、それを治療する外科医は、特に消化器外科医がかなり減ってきているということがあります。それから各放射線治療の機械等はどうしても維持コスト、例えば1回入れてもそれをまた更新するコストはかなりかかってきますので、ある程度の患者さんがいないとなかなか維持していくことは難しいということがあります。

そういうことから考えるとやはり集約化が必須ではないかと思われるということでした。患者さんの立場としては、やはり自分の居住しているところのすぐ近くで診てもらえるのは一番いいのですが、医療の質といいますか、提供する医療がどれぐらい患者さんにとってためになるかということを見ると、やはり集約したほうがかなり成績が良くなってくるということが各分野で言われているということになります。

その背景でこの審議の最初の総論の3つをご提案していただきました。これについていかがでしょうか。

天野委員。

○天野慎介委員

この検討会の委員なので2点補足をさせてください。

1点が、今まさに会長がおっしゃったとおりで、もちろん医療者の皆さんがディスカッションで決めていくことではありますが、医療の受益者である患者さん、あるいは地域の方々のご理解もかなり重要なことなので、恐らく近い将来、厚労省からこの検討についての数値が出ると思いますが、その通知では患者団体等の関係団体の参画を必須とするということが書かれています。既にこの協議会では患者団体が参加されていますから、患者さんの意見を十分に聞いていただきたいということを改めて強調したいことが1点。

もう1点は、事務局が、例えば沖縄県の場合は琉大が担っていると思いますが、恐らく通知では、集約化の議論はかなり大変な作業になってくるので、事務局を都道府県がん診療連携拠点病院だけではなく、都道府県庁が関わることも必須としているので、つまり、沖縄県も沖縄県庁が琉大と協働して事務局としての運営を担うことになるかと思うので補足させていただきます。

○鈴木幹男議長

ありがとうございます。

玉城先生。

○玉城研太郎（田名毅委員代理 沖縄県医師会）

非常にわかりやすい説明をありがとうございました。もちろん理想は集約化になるかなと思いますが、沖縄県の基幹病院の経営状況等々も鑑みますと、例えばほかのがん医療を担っている病院の先生方、その病院の経営者の先生方によれば、それに対してアクセタブルなのかはすごく疑問が残る。これに対してどういうふうに今後進めていくか、増田先生は何かご意見はありますか。

○増田昌人委員

きちんと説明してご理解をしていただくしかないのかなと思って、妙案はないです。

○玉城研太郎（田名毅委員代理 沖縄県医師会）

先生の構想の中ですと、ここにお集まりのがん拠点病院を中心としたということになるのでしょうか。あるいは友愛医療センター、浦添総合病院もがん医療をかなりやられていますよね。そういうところにも集約というようなイメージですか。

○増田昌人委員

もともと集約化は、沖縄県はだいぶ先行していて、もともと集約化の議論が入ったのが2008年に、先々代の宮城信雄先生が医師会長になられたときに、沖縄県医師会の中に沖縄の医療のグランドデザインを描く委員会を持たれて、当初は県立病院のあり方を検討していったのですが、それが終わった後で、当初は集約化とは言わずにセンター化という話で、宮城先生と先生のお父さんと、あとは各地区医師会からの代表者、実際には各医師会代表者は地区医師会長だったのですが、私がなぜか呼ばれて、それでその委員会が4年ほど続きまして、そこでセンター化をしないといけないよねと話して、みんなこの病院もそれこそ全科そろっていて、全部一次救急から三次救急までしていて、糖尿病も診ているけど、がん医療もやっていると、これではもたないのではないかと話があって、そこからでした。

そこから集約化の話が具体化して、最終的に13年前に初めて集約化の会議が行われたのですが、その時点で当然、拠点病院制度はあるのですが、最初から拠点病院に集約化の話

はそもそもなくて、やっているところの人たちの意見をまず聞こうよという話になって、それでその12年前も6年前も今回もなのですが、やっているところには上位の6病院の先生方に中心になってやっていただいています。ですので、拠点病院は関わっていますが、拠点病院以外の先生方はかなり関わっていて、例えば大腸がんだと医院自体に、多分拠点には入っていなかったんじゃないかな。琉大は入っていないのは確実なのですが、そういうことで最初からそこにはあまりこだわりはなくて、やっている先生方の意向が一番大事かなと思っていて、そこで入ったと。それが1点。

もう1点は、どこかをつぶすとか、そういうのは全然なくて、得意分野のところにますます伸ばしてもらって、それがいいんじゃないかなという話でやっております。以上です。

○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す。

もう1点、天野さんにご質問ですが、やはり沖縄県は東西1,000kmの広大な医療圏を有しており、患者さんのアクセスビリティの話があったと思います。この辺の議論はどうなんでしょうか。やはり集約化することで医療へのアクセスビリティがかなりレベルが落ちてしまうのではないかということはかなり懸念されると思います。

○天野慎介委員

ありがとうございます。おっしゃるとおりで、アクセスが阻害される恐れが高いというのは私も申し上げましたし、医療系の委員も行政も自治体の委員も懸念を述べていました。これは厚生労働省の健康局が運営している会議ですが、健康局としてアクセスを確保するために何ができるのかというと、なかなか難しいということが多分率直なところとしてあって、そこは例えばそういったアクセスについて何か好事例をしているところの取り組みを広めていくようなことをするという議論になってしまっていて、はっきりいって、そこは実際に検討する都道府県に対して検討してくださいという流れになっているかと思います。

ただ集約化はそれぞれの地域の実情に応じて均てん化、あるいは集約化が進められるべきだと私は個人的に思っている。委員会もそういうふうな議論だったと思っていて、機械的に集約化するとか、機械的にやれということではなくて、地域の実情に応じた集約化が必要だと考えています。

○増田昌人委員

今の点の補足なのですが、沖縄県のことだけでお話しすると2つあって、1つ目は、これは集約化の議論の中で最初に出た話ではなくて、放射線治療装置を宮古病院や八重山病院に置くという話は15年前から20年ぐらい前のところで話し合いがありまして、そこに関わらせていただいたのですが、最終的には金銭的な問題で難しいだろうという話があって、その過程の中で地元には置けないなら何億円もするものを人口数万人のところに置くのは絶対赤字が出てしまうけれども、逆にそれよりはもう二けたぐらい少ないお金で各市町村で予算を立てれば、渡航費を堅持することによって全体の予算を下げるができるという話になりまして、実際にそれで離島を抱える、確か久高島は出ていなかったと思うんですが、久高島以外の全ての離島から本島に来るときには、市町村は全額、大きな市だと上限はあるのですが、全ての市町村が渡航費の補助を、船代と飛行機代の補助をしてくれているというところが沖縄県の良いところかなと思っています。

2点目は、現在、沖縄県では集約化の会議もですが、中部医療圏及び南部医療圏の医療機関がかなりのがん患者さんを診ておりまして、今集約化の会議3回目をしておりませんが、今やっているのは、例えば10あるものを7にするとか、7あったものを3にするぐらいなんです。そうなりますと、患者さん1人当たりの移動距離が今回の3回目の会議でもしそういうことが実際に原案どおりそのまま承認されたときに、選定された病院と患者さんの行き来の問題でいうと、多分これまで10kmだったものがいきなり50kmになるということとはほぼなくて、既に23kmだったものが27kmになるとか、数キロで長くなることはあると思いますが、もう既に沖縄の場合は、前に埴岡先生が少し試算をされたのですが、それぐらいで済むということになるので、沖縄県は今後、集約化されたとしても、今の患者さんの通院距離が極端に2倍になるケースがかなりなくなって、既になんじやないかと予想されています。

以上、2点なので、今後はできたら北部医療圏の12市町村から中南部に来てくれる方に対しての、例えばバスを出していただくとか、バス賃を出してもらうとか、場合によってはタクシー代を出してもらうとか、そういった審議を北部12市町村のほうでしていただけるといいのかなと、先週、名護市の患者会の方とお話をさせていただいたところです。以上です。

○鈴木幹男議長

いろいろ議論はあると思います。大きい病院の大体3分の2ぐらいが赤字になっておりまして経営がかなり厳しいところはあると思います。治療を受けられるのは患者さんですので、患者さんの利便性ももちろんあると思います。それから医療者の減少、ハイボリュームセンターであればあるほど術後の管理とか手術だけではなくて、そのほかのケアの部分についても慣れている病院が多くなるということもありますので、そういったところも十分考えて今後進めていく必要があるのかなと思います。

最初の3つのところはよろしいですか。いかがでしょうか。ほかに意見はございますか。総論の1、2、3についてはお認めいただけますでしょうか。

(異議なし)

○鈴木幹男議長

そのようにしたいと思います。

各論に移りたいと思います。各論は1つずつということですね。まず最初に1からお願いします。

○伊江将史 医療部会長

各論の1. 集約化と分散化を図るための選定条件の見直し期間を現行の6年ごとから3年ごとにするのを沖縄県に提案します。これは別紙資料、資料9-3となっていますが、8-3ですね。8-3、157ページとなっております。

こちらは沖縄県の保健医療介護部長宛ての提案書になっています。集約化と分散化を図るための選定条件の見直し期間を現行の6年ごとから3年ごとにするのを提案します。

理由としまして、第6次沖縄県医療計画及び第7次沖縄県医療計画に基づいて、6年ごとに選定条件を取り決め、また見直しを行ってきました。しかし、がん医療を取り巻く環境の変化が速くなっていることから、よりきめ細かな条件の見直しをする必要があると思われます。

つきましては、今後は3年ごと（各期の医療計画の期間中に2回）の見直しを提案します。下記に例を示しておりますが、今現在は2024年4月～2030年3月の第8次医療計画が進行中であります。第1回ですけれども、2024年12月26日に沖縄県保健医療介護部から連携協議会議長宛てに協力依頼があり、本年11月7日の第3回連携協議会後に議長から、原案を提出する予定となっております。

第2回目に関しては3年後の2027年度初めに協力依頼があり、同年度中に原案を提出する予定となっております。こちらに関して審議を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。6年から3年にするというのは、医療情勢がわりと急に変わるということですよね。薬に関しても日進月歩で毎年毎年たくさん新たな薬が出てきて、それに対する知識を持った内科の先生が必要ですし、放射線治療も機械はどんどん変わってきて、放射線治療医だけではなくて、それを預かる物理士とか、そういったところの専門の方、それからいろんな放射線の当て方をいろいろやっていただく方、いろんな方が必要になってきて、外科医に関しましても異動もありますので、比較的短いタームで少し改訂をしていったほうが皆さんのためにはなるのではないかとということだと思います。

これについていかがでしょうか。6年から3年にすることですが、よろしいでしょうか。

(異議なし)

○鈴木幹男議長

これはお認めすることにしたと思います。

2番目をお願いします。

○伊江将史 医療部会長

各論の2. 集約化と分散化を遂行するために、県内医療機関、医療者、県民に対して啓発活動を協議会として行うこと、こちらは別紙資料8-4となっております。158ページです。こちらは沖縄がん診療連携協議会議長宛ての提案書となっております。これは大項目が4項目ありまして、こちらでも個別に審議をお願いいたします。

まず大項目1. 検診後の精密検査等を行っている医療機関に対して、(1)「がんと診断した場合は、選定された医療機関へ紹介を促す」内容の依頼文書を連携協議会議長から検診後の精密検査を行っている医療機関へ送り、協力を依頼する。

(2)その他となっておりますが、その他というのはこちらの本日の協議会でご意見がありましたら加えさせていただきたいと思います。終わります。まず1番から審議をよろしく願いいたします。

○鈴木幹男議長

いかがでしょうか。この趣旨としては、そういうふうに診療を行っている病院をしつかりと紹介していただくという形ですね。これはよろしいでしょうか。

(異議なし)

○鈴木幹男議長

これはお認めするという事で、次の項目をお願いします。

○伊江将史 医療部会長

2. 県内のすべての医療機関に対して、(1)「がん医療においては選定された医療機関がある」という説明文書を連携協議会議長から、県内のすべての医療機関へ送り、啓発を行う。(2)その他となっています。こちらのほうに関して審議をよろしくをお願いします。

○鈴木幹男議長

これについていかがでしょうか。こういった医療機関がありますよという周知というか、推薦という形だと思いますが、これはほかの病院でやっただけいけないということではもちろんありませんけれども、こういうふうなところでしっかりと治療はされていますよというご案内という形になると思います。これについていかがでしょうか。よろしいでしょうか。

(異議なし)

○鈴木幹男議長

これについてもお認めするという形にしたいと思います。

○伊江将史 医療部会長

3. 県内医療機関でがんの相談支援を行っている部署に対して、(1)「がん医療においては選定された医療機関がある」ということを理解してもらうように、年に数回ある研修会において研修に組み込んでもらう。(2)その他となっております。こちらに関してはがん拠点病院、琉大や那覇市立、県立中部病院等の各がん拠点病院が行っている研修会においてそういった内容の研修を組み込んでいただくという提案書となっております。

○鈴木幹男議長

よろしいでしょうか。

これについては、ある意味、がん診療を行っていく上でしっかりと体制ができているということをやっていただくと、そういうことが患者さんにとっていい医療を提供する条件になるということだと思います。これについていかがでしょうか。がん登録等もしっかりと全数が入ってこないとなかなかロジックモデルにしてももともとのところはきっちりしていないとなかなか対策も立てられないということになってきますので、これについてはよろしいでしょうか。

(異議なし)

○鈴木幹男議長

これについてもお認めするということでお願ひします。

○伊江将史 医療部会長

最後、4. 沖縄県民に対して、(1)毎年発行している「おきなわがんサポートハンドブック」において、選定された医療機関への受診を促すような文言修正を行い、受診を促す。(2)各地の患者会に対して、選定された医療機関を周知するための説明会を行う。(3)リレー・フォー・ライフ・ジャパンの開催時に出店して、選定された医療機関を周知するための説明会を行う。(4)その他となっております。審議をよろしくお願ひいたします。

○鈴木幹男議長

がんサポートハンドブックのほうでも改訂を行ってそういった情報を患者さんに届けていくという形になると思います。これについていかがでしょうか。

天野委員。

○天野慎介委員

2点の意見を申し上げます。1点目は、ただこういう医療機関がありますという名称を挙げるだけでは患者さんはイメージがわからないと思いますので、今日は資料をぱっと出すことはできないのですが、例えば広島県が集約化の議論とは関係なく、従来から広島がん医療ネットワークを構築していて、いわゆる5大がん、乳がん、肺がん、肝がん、胃がん、大腸がん、5大がんに関しては乳がんは乳がんの医療ネットワークという形を形成して、模式図みたいなものをつくってわかりやすく県民に周知している事例があるので、そうい

った事例をぜひ参考にしていただければというのが1点です。

2点目が今回の決議には直接関係なく、県民に対してというか、先ほどご説明があったアクセスについてですが、今回の決議に入れるわけではないのですが、国の協議会で事例として1個共有されたのが、東北の宮城県の事例でして、宮城県は沿岸部が非常に医療のアクセスの厳しい状況がありまして、沿岸部の患者さんが例えば放射線治療を受ける場合には、現状、東北大学病院に行っているということなのですが、東北大学病院でそういった患者さんたちの利便性を高めるために、いわゆる従来のリニアックではなくて、MRリニアックを導入していて、MRリニアックは非常にピンポイントで照射することは可能なので、例えば前立腺がんであれば40回照射が必要なところが2回程度で終わってしまうということがありまして、通院の回数を大幅に減らすことによって、いわゆるへき地の患者さんに対しての負担の軽減を図っているであるとか、同じようなことは新潟県の佐渡島にの放射線治療において行うことを計画していると聞いていますので、そういったことも、今回はこれでいいですというわけではなくて、機械の更新を伴うことで、お金を伴うことなので軽々に申し上げることではないのですが、そういった取り組みがあるということも紹介させていただきたいと思います。

○鈴木幹男議長

ありがとうございます。非常に良いご意見だと思います。5大がんの患者さんはたくさんおられますので、ネットワークもある程度、県内でもできているようですので、そういったところも利用していただくという形ですね。それから診療効率を上げるような取り組みは県のほうと力はだいぶ必要だと思いますが、そちらと協議をしていく形になるかと思っています。いかがでしょうか。

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。

集約化に関しては、今まで言われたように、術前治療や術前放射線治療等は標準治療になっていますので、そこで集約化されていいと思うんですけども、ただ離島で働く我々として消化器外科は、外科の疾患は大体2割とか、ほかは急性腹症とか、そういうあれで8割ぐらいあるんですよ。それで若手の医師を集めるとがんの手術とかある程度取得し

ておかないと若手も離島に集まらないとか、それとか質ですよ。がんの手術もやっていないと、集約化されて全然離島でがんの手術がなくなってしまうと若い医師も来ないとか、そういうこともありますので、がんに関してはいいと思うんですけども、それ以外の外科の疾患に対する質の担保とか、若手医師を集めるための考え方も必要かなとありますので、離島以外の先生だったら急性腹症とかでも送ったり、飛行機以外でもあるんですけども、我々は飛行機で飛ぶしかありませんので、一刻を争うときは我々が最終的に砦になりますので、そのときは我々がそういう人も助けないということになる。ある程度のクオリティも持っていないと患者さんを助けることはできないので、消化器外科医はがんであるんですけども、それ以外の疾患、悪いこともいろいろ頭に入れてそういう仕組みもやっていただきたいかなと、教育のためなんですけど、教育も含めて、そういうことも含めて議論していただければありがたいかなと、これは離島で働く人間の1つの意見としてよろしくをお願いします。

○鈴木幹男議長

ありがとうございます。若手の教育は非常に大事で、シミュレーションを使ったり、いろいろご遺体を使ったサージカルトレーニング、それから実際に指導医の下でしっかりと技術を磨いてもらうことは必要になってくると思います。これについていかがでしょうか。玉城委員。

○玉城研太郎（田名毅委員代理 沖縄県医師会）

今いただいたご意見はすごく重要でございまして、先日の沖縄県行政と我々医師会との協議の中でもこの辺は取り上げさせていただきました。がん診療連携協議会とは少し離れた部分になるかもしれませんが、県全体の医療提供体制を俯瞰的にどの部分がウイークなのかという部分を少し上からというところなんですけど、そこに充足させるようなシステムを今後つくっていかないといけないと思っています。

今はなくなりつつあるのですが、医局制度はいま一度考えたほうがいいと思っています、来週、琉球大学の先生方と沖縄県医師会の理事との意見交換の場もあるのですが、今後は県全体としてどの部分がウイークポイントになるかということ俯瞰して見た上で宮古病院や八重山病院に充足していくというようなシステムを県医師会の中では考えているところでございます。

○鈴木幹男議長

離島でもそういった診療は必要だと思うんですが、ものすごく大きな手術になるとその後の術後管理が必要になってくるので、ある程度のこういった分野をやっていただくかとか、そういったところは考えていかないといけないかなと思います。ほかはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

(異議なし)

○鈴木幹男議長

これについてはお認めするという事でよろしいでしょうか。ありがとうございます。
続いて5番目までお願いします。

(5) 審議：「がん診療を行う医療施設」の体制整備の要件について(修正案)

○伊江将史 医療部会長

5番目に関しては、資料は160ページ、8-5となっております。前回、第1回の診療連携協議会のほうでがん診療を行う医療施設の体制整備の要件につきまして、いったん提案をして議決していただいたんですが、一部修正がありましたのでそちらを審議のほうでしていただいて承認していただきたいと思います。

赤字で加筆修正したところのみを読み上げさせていただきます。まず、がん診療を行う医療施設の選定要件として、がん医療の提供体制が整っていることを示すために、以下の項目を全て満たす施設といたします。1番目は変更がありません。2番目は院内がん登録に関してですが、「院内がん登録を行い、その分析や情報公開を行う体制を有すること」となっています。より具体的に文言を追記したという形になっております。

(4) 番ですが、「自院の院内がん登録データを沖縄県がん診療連携協議会において分析し、県民に広く公開すること」という1文を追記しております。

続いて3番目のセカンドオピニオンに関しては、「セカンドオピニオンを積極的に患者に勧めるとともに、セカンドオピニオンを提供する体制を有すること」ということで、赤字の部分を追記しております。

(1) の全てのがん患者とその家族に対して、医師からの診断結果や病状の説明時及び治療方針の決定時などにおいて、他施設でセカンドオピニオンを受けられることについて説明すること。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。こちら

は前回、協議会のほうでご意見がありましたので、そのあたりを追記しております。

(4)ですけれども、他施設でセカンドオピニオンを受けた患者が年1名以上いること。「他施設で」というところを追記しております。

続いて4番目です。レジメン審査管理登録などを行い、薬物療法（免疫療法も含む）において標準治療を提供できる体制を有すること。こちらの赤字のほうを追記して、より具体的に明記しております。

5番ですけれども、「緩和ケアチームが活動し、適切な緩和ケアを提供する体制を有すること」としております。

最後、7番目ですけれども、162ページとなっております。がん遺伝子パネル検査（がんゲノムプロファイリング検査）を必要な患者に積極的に行い、その結果を適切に評価したがんゲノム医療を提供できる体制を有すること。こちらはがん遺伝子パネル検査が前回の医療計画のほうに入っておらず、今回、改めて入っているところですので、より詳しく追記しております。

(1) がん遺伝子パネル検査（がんゲノムプロファイリング検査）を必要な患者に対して積極的に行うこと。(2) 上記の検査結果を適切に評価し、必要に応じてがんゲノム医療を行うこと。(3) 遺伝性腫瘍専門医または臨床遺伝専門医による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、遺伝カウンセリングを行う体制を有する医療機関と連携する体制を整えること。

修正部分は以上となっております。審議のほうをよろしく願いいたします。

○鈴木幹男議長

ご提案を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。いずれも書かれていることは非常に基本的なことというか、患者さんにいい医療を届けるためには一番重要な情報の公開であったりとか、それからレジメンというのはお薬でどんなことをやるかという、そういうエビデンスに基づいた治療をするということ。それから緩和の医療とか、それから最近入ってきたがん遺伝子のパネル検査についても記載されています。

埴岡先生。

○埴岡健一委員

埴岡です。7番について、詳細に記載していただいたものを拝見したのですが、そうす

ると、逆にちょっとバランスとして、この前に「臨床試験について積極的に情報提供している」みたいなものがより包括的にあったような気がするので、そういうものを入れるかどうかに関してちょっとご検討いただければと思いました。

○鈴木幹男議長

これはいかがですか。

○伊江将史 医療部会長

先ほどもお話がありましたように、臨床試験に対する患者さんへの情報提供ということでもよろしいでしょうか。そちらのほうも追記が必要かと思われますので、医療部会のほうでまたまとめて追記させていただきます。ありがとうございます。

○鈴木幹男議長

結局、がん遺伝子パネル検査をやることの意味は、臨床試験に、患者さんにできるだけ情報をお渡しして入っていただく形になると思いますので、このところは検討して追加していただいて、これについては後ほど修正という形でお認めしてよろしいでしょうか。

(異議なし)

○鈴木幹男議長

これについて全体的に何かほかに思いついたご意見はございますか。よろしいでしょうか。そうしたら、今までのところは承認という形にさせていただきます。

その次のがん種ごとの選定条件ということで、これは増田部会長、お願いします。

(6) 審議：がん種ごとの選定条件

○増田昌人 ベンチマーク部会長

次は163ページ、資料8-6です。2040年を見据えたがん医療提供体制の集約化と分散化に関する選定要件ということで、1枚めくっていただいて体制図なんです、連携協議会の下に6つの専門部会があるわけですが、そのうちの医療部会の下に掲載要件検討ワーキングを20つくりまして、そこで議論を重ねております。

1枚めくっていただきまして、大きくした字がここになりまして、今日はそのうち13の乳房と16の血液腫瘍と19の希少がんと20の遺伝性腫瘍以外の16について提示をしております。

すが、前回、ご意見に出た「胃がんがちょっと甘いんじゃないか、緩いんじゃないか」という話がありまして、そこはまだ議論ができておりませんので、胃がんは今回、保留をさせていただいて、残りの15について、一応、案が出ましたのでお話をさせていただきます。

なお、この各ワーキンググループは全部で基本的には11人のメンバーで構成されておりまして、そのうち6人のメンバーは院内がん登録の登録数が多かった上位6病院から1人ずつ出ていただいています。各6病院の院長先生にお手紙を差し上げて、院長先生のご推薦をいただいた方に委員になっていただいているのと、あとは2名ずつは放射線治療専門医とがん薬物療法専門医がそれぞれ4人ずつプール制を取っておりまして、そのワーキングのときにいられる方2名に出ていただいています。それぞれそんなに専門医の数は多くないので、全部、2人だけをお願いするとかなり大変な作業になるので、4人、具体的には病院をばらして、それぞれ違う病院の、放射線治療が沖縄病院、中頭病院、中部病院、琉大病院の4人の先生方、がん薬物療法は沖縄協同病院、中部病院、琉大病院の先生方に入らせていただいて、私が司会を務めて、総勢11人のメンバーでやっております。

1枚めくっていただいて、最初が①脳腫瘍なんですけど、前回、少し胃がんとか大腸がんをお見せしたんですけど、基本的にはこれまでの話し合いの過程の中で、学会認定がやっぱり一番ベースになるだろうと。学会のほうに病理の先生の規定とかいろんな細かい規定もありますので、それを全てクリアしないと学会の専門医を育てる施設にはなれないので、そこは大事だろうということが12年前、6年前にもありましたので、それを踏襲いたしております。さらにそれぞれ外科、放射線、薬物のある程度の人数は、症例数は必要だろうということで決めております。

あと、特記事項としましては、症例数に関しましては直近3年間の平均値ということで、これは全て選定要件に共通のものとして置いています。脳腫瘍ですと、ここにありますように、日本脳神経外科学会の基幹施設または関連施設であること。学会に関しましては、その専門のものともう一つは横断的に放射線と薬物療法に関しましても規定を考えております。脳腫瘍ですと、日本脳神経外科学会の施設、あとは医学放射線学会の修練機関であること。薬物療法に関しましては、現在、認定施設が琉大病院と中部病院しか、琉大が基幹施設、中部病院が琉大との関連施設になっているので、その2つしかありませんので、ほぼ全ての選定要件には入っておりません。

ただ、ここに*で、米印で示しておりましたように、今後、急に条件が難しくなるとびっくりされるというか、慌てるというか、情報が乏しいという意見もあったので、次回、

できれば今回の、先ほど提案が認められれば、3年後にはこういうことを検討しましょう。これはあくまでもここに、バージョンアップするわけではありませんで、あくまでも検討するということなのですが、こういう方向性で考えていますということを示したほうがいいんじゃないかということ。そのほうがより親切だろうということで、今の段階では、学会認定は規定としては2つで、脳神経外科学会の認定施設であることと医学放射線学会の修練機関なんです。次回は上位の日本放射線腫瘍学会の認定施設であることを考えましょうとか、あとは日本臨床腫瘍学会の施設であることを考えましょうといったことを検討しております。

あと、脳外の場合は外科的治療は年12例以上、放射線治療が年6例以上と同時に、強度変調放射線治療を提供できることとか、あとは定位放射線照射による治療（SRT）を提供できることが条件となっております。薬物療法は年3例以上で、それ以外に専門医以外の条件もとても大事だろうということで、がん専門薬剤師または認定薬剤師または外来の認定薬剤師のいずれかが常勤で1名以上いること。あとは、③として、がん看護専門看護師、またはがん薬物療法認定看護師のいずれかが常勤で1名以上いること。

そして、④として、これは今回、全ての領域の共通項目になっておりますが、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。前述の専門医がいない場合は、他の連携機関と連携して、対応が迅速に行われることが組織上、明確に規定されていることを全ての臓器横断的に入れております。

取りあえず脳腫瘍は以上ですので。時間の関係上、全てを協議するのは難しいと思いますが、それぞれ15示しておりますので、ご意見があれば修正をしていきたい、ないしは検討していきたいと考えております。以上です。

○鈴木幹男議長

ご報告をありがとうございます。がん種ごとの選定要件ですけれども、いかがでしょうか。何かお気付きの点はございますか。割と少ない症例のところもある程度、取り込むような要件という形ですね。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

そうですね。これで想定される施設はおおむね2、3、4施設ぐらいになるかと思います。ただ、例えば食道は1施設になるのかと思って。あとは逆に大腸がんは10施設ぐらいになりそうなんです。患者数に応じてちょっと幅があるということと、おおむね今回、少し、1施設、2施設減るような方向はあります。

ただ、頭頸部がちょっと患者さんが増えているものですから、前回、確か2施設に絞り込まれたと思うんですが、今回はまだ確定ではないんですけど、恐らく3ぐらいになりそうですね。そういうところは各臓器ごとの専門の先生方に集まっていただいてディスカッションしているので、各臓器ごとで決めていただいているような感じなのでちょっと方向性も少し違っているのかなと思っております。

また、ここには示していませんが、血液はいったん緩やかなものは決まりましたけど、もう1回集まろうということになっていまして、もう1回集まって、また最終的に決めるようなことは言っています。まだ乳がんと遺伝性腫瘍が遅れていまして、これからということになるかと思います。あと、希少がんはここに出しておりませんが、おとといやりまして、まだ今、検討中ということになっておりますので、11月には全部そろって出せるかと思います。以上です。

○鈴木幹男議長

どうぞ。

○平良孝美委員（沖縄県看護協会 会長）

看護協会の平良でございます。表記の中で、専門看護師とか認定看護師を入れていただきましたので大変ありがとうございます。1点、「がん薬物療法認定看護師」という名称ですけど、これは違いまして、「がん化学療法看護認定看護師」、あるいは放射線を入れていただくんでしたら、「がん放射線療法看護認定看護師」。正式な名称のほうがよろしいかと思いましたので、ここは訂正が可能でしたらお願いいたします。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

申し訳ございません。訂正をさせていただきます。

○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か。

○銘苅桂子 小児・AYA部会副部長

小児・AYA部会の銘苅です。179ページのAYA世代のがん選定要件の確認をお願いしたいのですが、そちらには妊孕性温存として3項目の選定要件を示していただいておりますが、その前のページ、小児がん分野においては妊孕性温存についての選定要件が記載されていないということと、非常に頻度が低いのではございますが、それぞれのがんにおいても小児・AYA世代の患者さんはいらっしゃいまして、頻度が少ないからこそ見逃されているということもありますので、小児の選定要件のみに入れていただくか、もしくはそれぞれのがんに関して選定要件に入れていただくかということ。入れていただかなくていいのかということについて少し検討をお願いいたします。以上です。

○鈴木幹男議長

これはいかがですか。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

まず17番。ちょっと説明が足りない部分がありまして、18番で、179ページまで飛んでいただけますでしょうか。18番だけちょっと特別でして、AYA世代のがんの選定要件ということで16歳から39歳までの世代なんですけど、多種多様ながんが入っておりますが、ここでひとくくりにしたのは非常にいろんな支援が必要だろうということになりまして、それでここだけはちょっとほかと違うような条件をくっつけております。

具体的には「総合的な支援」ということで、就学、就労、妊孕性の温存、アピアランスケアに関する状況や本人の希望についても確認し、自施設もしくは連携施設のがん相談支援センターで対応できる体制を整備していること。次回改定時には多職種からなるAYA世代支援チームを設置していることを検討する。「妊孕性温存」は、今、お話しいただいた「がん・生殖医療ネットワークに加入していること」「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業へ参画していること」「妊孕性の温存について、患者や家族には必ず治療前に情報提供をしていること」ということだったんですが、まず1つは皆さんにここだけちょっと違う規定を設けているのをご報告するのを忘れました。それが1点。

1つ戻っていただきまして、17番が小児がん分野の選定要件で、ここにも入れたほうが

いいんじゃないかというご意見だったと思うんですが、それは検討させていただきますので、17番目の小児がんワーキングのところで1回、練り直したいと思いますので、検討させていただきます。

それと、全ての分野において、それを入れたらどうかというご意見でしたか、3つ目は。2つ目は。それはどうでしょうか。とても大事なことではあると思うんですが。

○銘苅桂子 小児・AYA部会副部長

1つ、確認をよろしいですか。AYA世代のがんの選定要件、この18番というのは、選定をされる病院というものは病院によって異なるんですか。「いや、AYA世代のがん選定は受けません」とか、がん診療を行っていても。「脳腫瘍であれば、ここの施設は選定を受けます。だけれども、AYAの選定は受けません」というようなことが起き得るのかどうかというところなんです。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

ここのところは表現に苦渋しておりまして、希少がんのところもそうなんですけど、ほかのところに加えて、これをくっつけてほしいという要望というか、希望的観測がありまして、以前……。という希望というか、そういうつもりでつくっております。

もう1つは、前回、お話ししたので、今日はお話ししなかったんですが、「これを決めて、選定されたから、それ以外のところでそのがんを診ちゃ駄目なの？」という話はよく聞かれるんですが、それは一切ありませんので、そういうことを規定するものではないので。ただ、「こういうところになるべくだったら行ってください」という要望というか、そういうことでお願いベースになるかと思います。

なので、例えば……。その前は何だろう。泌尿器がんがありますけど、泌尿器がんで、ここで多分、5～6施設ぐらいになるのかな。選定されますけど、それ以外の7番目、8番目、9番目の施設に行っちゃ駄目ということではないので、これはそういった意味ではお願いベースになります。

ただ、今日、その前の議論でディスカッションしていただいたように、これまではただ選びっぱなしだったんですが、これからはいろいろ啓発活動をして、なるべくこういう施設に患者さんを紹介してほしいという啓発活動は行っていくことにしております。以上です。

○鈴木幹男議長

いかがでしょうか。先ほどから20ぐらい、幾つか分けられている中で、A Y A世代が年間、1つの分野で24例以上というのはなかなかないと思うので、その1つの施設に24例ということだと思うんですけれども、やはりA Y A世代の方ががんというのは非常に社会的な影響もかなり大きいと思います。これについては妊孕性をしっかり説明できたりとか、そういった社会的なサポートも非常に重要になってくるかと思いますので。いかがでしょうか。

これは先ほどの症例の選定以外に「A Y A世代であれば、こういったことを考える」というか、「すること」というふうな形をしたほうが良くないですか。

○玉城先生

全く同意見で、うちは多分、24例以上やっていると思うんですね。ただ、この妊孕性温存にまず入れるわけもなく。

なので、さっき鈴木先生がおっしゃるように、*でやっぱり連携をしているというところであれば、こういう認定を受けてもいい、選定要件に入るのかなと思いますが、これができるのは多分、琉球大学以外はないんじゃないかなと。

○鈴木幹男議長

そういうところと連携して。先ほどのがんのいろんな連携のところ、遺伝子の連携とかもありましたよね。ああいうふうな形で「A Y A世代の場合はそういったことをやっている施設と連携して治療に取り組む」とか、何かそういうふうな形がいいかなと思うんですけど。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

多分、連携しなくても全ての医療機関は妊孕性温存のネットワークとか研究促進事業に参画できるんじゃないかなと思うんですが。もちろん連携するのは別に拒否ではないんですけど。多分、どこも参画は可能ですし、あと産保センターとか社労士会と連携も可能だと思いますので、できましたら各医療機関で個別に参画及び連携をしていただくといいのかなということがあります。

もちろんそれらの施設と施設間連携をして達成するのも大事ではありますが、多分、可能だと思うんですね。そのところをぜひ主体的に参画していただけるといいかなと思うんですが。以上です。

○鈴木幹男議長

文言としては「妊孕性温存や就労支援、総合的な支援について配慮すること」とか、何かそれぐらいの文言でいいですか。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

全ての領域に関しては、それは付け加えるのは全然構わないかと思います。多分、それは多くの方々が同意してくださるんじゃないのかなと思います。

○鈴木幹男議長

確かに患者さんを見ている、全然、説明を受けずにいろんな治療を受けられている方もまだおられるので、そういったところの支援とかいろんな知識、情報というのはやっぱり必要だと思いますので。

よろしいですか。そうしたら、あんまり制限をかけないような形で「こういうこともしてくださいね」というぐらいの感じがいいですか。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

わかりました。

○鈴木幹男議長

お願いします。ほかにご意見はいかがでしょうか。

○高槻光寿委員（琉球大学病院がんセンター運営委員会 委員長）

琉大の消化器・腫瘍外科の高槻ですけど、大腸がんのところが気になりました。iPadの171ページですか。これは多分、十分議論された内容だと思うんですけど、大腸は今、全体的にすごく増えていて、進行した状態で見つかるところが多い中で、私は外科なので、手術の話ですけど、50例ということになっていますけど、これはまあハードルが高いと

うか。大腸がんは恐らく、これで選択される施設がどのくらいになるか。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

確か10ぐらいだったんじゃないですか。

○高槻光寿委員

10ぐらいですか。もうちょっとあってもいいかなと思ったのと、結腸がんと直腸がんをやっぱり結構違うので。旧だとそこを分けて書かれていたのが合わせて50例になるので、まあまあちょっとハードルが高くなっているなという印象はありますけど。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

このところはかなり、30分以上、議論をしまして、最終的にシンプルな条件のほうがいいんじゃないかということで、合わせて50やっていれば、それなりに直腸がんに対する経験も積めるのではないかということで50になったということがあります。

あとは消化器外科学会が出したハイボリュームセンターの概念で、50という割かしクリアな数字が出たので、そこは50にしましょうかということで、実際に50で、多分、全く県内でクリアしていない施設が0というわけではなかったものですから、それなりにあったので、そのまま踏襲して50にしましょうということになりました。

ちなみに、確か食道は12で切っちゃうと全然、0になっちゃうので、それで10か何かにしたという経緯があって。ということだったと思いますが、大腸がんの場合は50で10施設出てくるので、それでいいんじゃないかということになりました。

○高槻光寿委員

はい、わかりました。

○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。

そうしたら、一部修正を加えて、この選定条件でということですね。これでよろしいでしょうか。これを承認したいと思います。

それでは2番目ですね。第4次沖縄県がん対策推進計画の進捗状況について、増田委員、

お願いします。

2. 「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

○増田昌人 ベンチマーク部会長

資料9に飛んでいただけますでしょうか。180ページになります。資料がかなり膨大になります。

今月の初めに第3回目の患者体験調査の結果がオープンになりましたので、それが今回、新たに加わりましたので、その部分だけちょっと。その中で連携協議会版のがん計画には患者体験調査の結果が分野アウトカム及び中間アウトカムの評価項目として入っております。その中で特に注意を要する点、5つについてお話をしたいと思います。データとしてはたくさんあるんですが、時間の関係上、その5つだけお話をしたいと思います。

まず5ページ進んでいただきまして、186ページ。広げていただきまして、ここはがん医療の1丁目1番地になりまして、「がん医療提供体制」の①医療提供全般というところになりまして、所掌は医療部会になります。中間アウトカムのところですね。「患者が、『がん診療を行う医療施設』で、医療機関の機能分担を通じた質の高い安心な医療の効率的な提供が受けられている」というのがこの分野の、医療提供全般の中間アウトカムになりますが、指標が下のほうに7つほどついておりますが、指標の2つ目。この色付けしているのがコア指標になるんですが、コア指標じゃない下のほうの患者体験調査なんですが、ここは「治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合」なんですが、データが3つあります。下から2014年、2018年、2023年。今回公開されたのが7月に、今月、公開されたのが2023年のデータなんですが、この左にある79.2%が沖縄県のデータになります。右枠の88.5%が全国値、全国平均になります。一番右が最良値。今回は長野県の92.4%が最良値なんですが、全国の88.5%に対して沖縄県は79.2%で低かったということ。そして、過去2回分を見ても、いずれも全国平均以下なんですね。一番右の最良県を見てもとかなり差がある。今回ですと13%以上の差がついているということがありますので、ここは私たちは「治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合」ということに関して、沖縄県はかなり低いパーセントだということは私たち全員がきちんと認識する必要があるって、これはまた所掌の医療部会のほうで検討していただきます。これが1つ目です。

2つ目なんですが、5ページ進んでいただいて191ページをお願いいたします。ここの分

野は、ちょっと拡大していただきますと、ここは支持療法の分野になります。「医療提供体制」の④支持療法、ここも医療部会の所掌なんです、ここの中間アウトカム『施設』では、各種ガイドラインに基づく十分な支持療法が行われている」というところがあります。

中段、その次の一番左の列に目を投じていただきますと、5-1があります。この5-1の上に⑤と書いてありまして妊孕性温存療法。ここは小児・AYA部会が所掌しておりますが、その妊孕性温存療法の右側にずっと目をやっていただきますと、ここの「妊孕性温存療法及びがん治療後の生殖補助医療が十分に行われている」というのがこの分野の中間アウトカムになっております。そこの指標が3つありまして、真ん中、患者体験調査「治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合」なんです、沖縄県の2023年のデータは60.7%で、右に全国平均が71.5、2023年の島根が100というのが、これは本当かなと思いますが、少なくともかなり高いパーセントだったのは事実でして、ここに関しましては沖縄県が、前は全国が31に対して沖縄県が51なんです、今回は全国平均以下になってしまっておりますので、ここのところも注意が必要かなと考えておりまして、これは所掌の小児・AYA部会で検討して、また次に発表させていただきます。

次は、1ページ進んでいただいて192ページ。ここの部分は「個別のがん対策」に分野が変わりまして、このうちの①希少がんのところ、これは医療部会が担当なんです、ここの「希少がん患者の生存率の改善ができています」ということが中間アウトカムなんです、指標としましては1つ、希少がんの生存率は分野アウトカムの指標に入っているんですが、ここの中間アウトカムの指標としては、患者体験調査で「希少がん患者の初診から診断までの時間、診断から治療開始までの時間」なんです、このうちの診断から治療開始までの時間につきまして、今回なんです、2023年のデータで沖縄県が50.8なんです、全国値が57.5と。島根が72%なので、ちょうど1か月以上かかっている人が逆にいうと半分いたということで、ここの部分が注目というか、確認しなくてはいけない部分かと思います。ここは医療部会の所掌なので、医療部会でまた検討させていただいて、詳しいことをお話しさせていただきます。

次に4ページ進んで4番目、196ページなんです、ここは「共生」の部分になりまして、ここのところが、①が相談支援で、ここは情報提供・相談支援部会の所掌なんです、ここの「がん患者やその家族等が、質の高い相談支援が受けることができる」というのが中間アウトカムになっていまして、指標は3つ置いておりまして、そのうち、真ん中の

指標ですね。「がん相談支援センターを知っている人」ということなのですが、2023年のデータでは48.7%、全国平均が55、山形が65と。最良県の山形が65ということで、全国平均を下回っていて、前はだいぶ良かったんですが、今回は48.7%と低かったということがあります。

あんまり低いデータばかり言うちょっと気がめいる部分がありますが、そのまま真っすぐ下に下りていただきますとピアサポートの部分がありまして、その次なんです、今の悪かったというデータを下のほうにスライドさせていただきますと1-2のところでは「患者やその家族が、ピアサポートを受けることができています」というところに関しましては、患者体験調査で「ピアサポートを知っている人」、認知度ですが、認知度は全国平均としては15%で、沖縄は26%で、前回は今回も沖縄が最良値だったので、一応、そういう部分もありますよという話をさせていただきます。

最後がもう1ページ進みまして197ページ。これが最後になります。5つ目の問題点になりますが、ここの部分で、一番左の列でいいますと2-3、2-4、2-5がありますが、ここの4-1、ここが④就労支援。医療機関側の就労支援で、これは情報提供・相談支援部会の所掌なんです、ここの部分の中間アウトカムは……。

⑤ですね。申し訳ありません。間違えました。⑤就労支援、職場側ですが、情報提供・相談支援部会で、ここの「がん患者とその家族が、仕事と治療の両立についての必要な支援を受けることができています」というのが中間アウトカムになって。今、197ページをお話ししていますが、そこに2つ指標がありまして、その下の色のついていないコア指標じゃないほうの指標なんです「治療と仕事を両立するために社内制度を利用した人」が全国では70%なのに対して沖縄県は56.2%。前回は全国が35に対して26ということで、かなり最良県との差もついていますので、ここが問題になっています。

都合5つですね。全体の説明が不足していたということ。2番目が妊孕性の説明が不足していたということ。3番目が希少がんに関しまして、診断がついてから治療開始までの期間が長かったということ。4番目のがん相談支援センターの認知度が低かったということ。⑤、今、お話ししたとおり、社内制度の利用が少なかったという、この5つが今回の患者体験調査で特に低かったことになりますので、それぞれ所掌する部会のほうで検討して、次回、また報告をさせていただきたいと思います。私からは以上になります。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。これについて何かご質問等はございますでしょうか。よろしいでしょうか。

そうしたら引き続き検討していただくということをお願いしたいと思います。

その他、審議事項で何かご提案はございますか。よろしいでしょうか。

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、少し延びておりますけれども、10分後、スタートということをお願いします。15分ですかね。

(休 憩)

○鈴木幹男議長

それではそろそろ再開したいと思います。これから報告事項に移ります。小児・AYA部会のほうですけど、銘苅先生がご退室されるということで、先に報告を受けたいと思います。それでは銘苅先生、お願いいたします。

部会報告事項

3. 小児・AYA部会

○銘苅桂子 小児・AYA部会副部長

よろしくお願いします。小児・AYA部会の銘苅です。資料が17-1、716ページになりますのでご確認ください。小児・AYA部会の報告をさせていただきます。

報告事項をまずご確認ください。特にアピアランス支援事業や若年がん患者在宅療養生活支援事業について、市町村の参画状況についてのご報告がありました。

めくっていただきまして、審議事項、協議事項になりますが、下の段ですね。部会長と副部会長の選任について。部会長が琉大病院小児科の浜田先生、副部長が私と第二内科の北村先生に就任いただきました。

めくっていただいて、こちらが当部会でも個別のがん対策において、アウトカムのほうを設定しておりまして、こちらに示しておりますように「小児がん患者の5年生存率」「AYA世代のがんの5年生存率」、中間アウトカムとして「小児がん患者の初診から琉大病院または県立こども医療センターを紹介受診した日数」、それから「小児がん患者及びその家族に対して、十分な情報を提供する」、個別の施策として「専門家の数」「専門家が琉大病院または県立こども医療センターに常勤で配置されているか否か」、それから個別施策3-5「長期フォローアップ外来を設置している施設数」、続きまして「がん相談支援センター

における小児がん患者の教育に関する相談件数」であったり「就労に関する相談件数」、「A Y A世代のがん患者及びその家族に対して、十分な情報を提供する」といった指標を設定しております。

めくっていただいて、指標「拠点病院等において参加が可能な臨床試験や治験の数」「臨床試験や治験等を受けたA Y A世代のがん患者の数」、個別施策4-7「親ががんになった子ども、そしてその患者さん、ご家族を支援する団体に紹介したA Y A世代のがん患者の数」。基盤、増田先生から報告いただいておりますが、指標、がん教育に関して、それから「外部講師を活用してがん教育を実施した学校の割合」、最後に「がん・生殖医療にて出生した子供の数」と、アウトカムについては非常に重要な項目について決定いたしました。

小児・A Y A部会に関してはやはり頻度が非常に低い、患者さんの数が少ないということと、がんの種類が多岐にわたっているということで、やはり集約化は重要でございますが、このような妊孕性に関しては治療が始まる前に患者さんに情報提供していただかないともう手遅れになってしまうということもございますので、そういった指標も十分活用しつつ、患者さんへの情報提供をしっかりといただくということの情報共有をいたしました。

続きまして、こちらは「妊孕性温存」と「がん治療後の生殖医療」ワーキンググループ、資料17-2の報告をいたします。こちらのほうは小児・A Y A部会の下部組織になっておりまして、それまで私のほうがワーキンググループ長をしておりましたが、今回より当院産婦人科の平敷千晶先生がワーキンググループ長として就任いたしました。報告事項は確認をお願いします。

スライドをめくっていただきまして、さまざまなご意見をいただきまして、本ワーキンググループにおいてはやはり情報をどのように、いかにして全ての患者さんに届けるかということについて協議をしておりますが、一番問題となりましたのは、やはり4月以降、また新しい先生方が入るであったり、職員が入れ替わるということで、各病院における周知事項が周知されていないということが問題となりました。基本的にはぜひ先生方にも周知をお願いしたいんですが、必ず患者さんにはカウンセリングシートが、県内で統一した書式がありますので、それを使用してお伝えしていただきたいということと、特にご注意していただきたいのは、女性に関しては42歳までの年齢制限になっておりますので、それ以上の患者さん、全てにお伝えいただきたいんですが、逆に対象外の患者さんにお伝えいたしますと、こちらに紹介をいただいてもどうしても卵子凍結、受精卵凍結は難し

いという説明をしなくてはならないので、42歳まででご紹介いただくということをぜひ皆さまにご周知いただければと思います。私のほうからは以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。これについて、ご質問ございますか。妊孕性は42歳までということをお願いしたいと思います。よろしいでしょうか。銘苅先生、ありがとうございました。

それでは報告事項に戻りまして、前年度の協議会、それから今年度の協議会の審議事項について、両方併せて増田先生のほうからお願いします。

報告事項

1. 前年度協議会の審議事項のその後について

(1) 前年度協議会の審議事項について

(2) 今年度協議会の審議事項について

○増田昌人委員

時間の関係上、前年度の協議会の審議事項のその後につきましては大きな違いがないものですから割愛させていただきます。

資料10-2、229ページをご覧ください。しおりで飛んでいただければと思います。前回、5月9日に行われました今年度第1回の連携協議会の審議事項4つについてのその後についてご報告いたします。

まず審議事項1番に関しての計画における進捗状況に関しては、特に報告事項はありません。

審議事項2、前回、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、本協議会で決議していただきました。その際に天野委員より「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で、患者会には個別に説明が必要」ということがありました。それで、7月18～19日にかけて、北部医療圏に対して3つやりまして、1つが名護市の渡具知市長と健康増進課の課長の皆さん4名に対して、45分かかけまして北部医療圏における診療目標を説明し、理解を得たと思われます。2番目がオストミー協会やんばる友の会の会長以下3名に対して個別に、同様に説明会を行いました。翌日、一般市民向け講演会を行いまして、北部医療圏における診療目標を説明しております。

す。後で別紙1で報告させていただきます。

8月22～23日には宮古医療圏において、同様に宮古市長に対する説明や患者会への説明、一般市民向け講演会を行って説明をしていく予定です。さらに9月には新しい市長が決まるので、石垣市でもこれから同様の説明会を予定しております。

審議事項3に関しましては「がん診療を行う医療施設」の掲載要件の見直しにつきましては、資料11-3、天野委員から……。これはセカンドオピニオンのところだと思うんですが、「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」を追記していただきたいとか、遺伝カウンセリングの件のご指摘がありましたので、先ほど修正追記を加えました体制整備の要件を、先ほど医療部会長のほうからご提案いただいてご承認をさせていただいたところになります。

次のページなのですが、11-5については松永委員より「胃がんの外科的治療は12例以上ということで、ハイボリュームセンターの件数が30のところ、そこはどうなんだ」ということで、これは持ち帰りまして、胃がんワーキングで改めて検討する予定になっております。次回は11月の段階で示す予定です。

3番目が放射線治療の件のところだと思うんですが、放射線治療の戸板委員より「日本放射線腫瘍学会認定施設Cとあるが、A、Bとも条件を満たしているので、Cの文言は記載なしで良いのでは」というのがありました。これは全ての条件について修正をかけまして、今回提示をさせていただいております。

次は審議事項4なのですが、各市町村に対する「若年がん患者等支援事業」への参加の働きかけにつきまして、原案どおり承認されましたので、6月2日付でこの制度を導入していない、41のうち7つが導入しているんですが、導入していない34の市町村長に対して、議長名で依頼文書を送付しております。

玉城先生より「メディアを入れて発信したほうがいいんじゃないか」ということなんですが、まずはその書類を送りましたので、2か月ないし3か月後に状況を見て、メディアを入れて発信することを小児・AYA部会で検討予定になっております。

1枚めくっていただきまして、これが先々週行いました名護での説明会や、1つは、写真がクリアなのは市長に対する説明会、少しぼかしているのは患者会への説明会、一番下が住民向けの説明会となっております。

次が、このような形でスライドをつくりましたので、280ページまで飛んでいただきますと、6月2日付で、議長名で各市町村長に個別に『「若年がん患者在宅療養生活支援事業」

への参加依頼」という文書をお送りしましたのでご確認をいただければと思います。その際に予算づけのときのための少し抵抗が少なくなるということで、282ページに、沖縄県全体のAYA世代のがんによる年間死亡数が直近ですと25名だったということで、41市町村で考えるとかなり数が少ないんだということを、そういう資料も付けてお送りさせていただきました。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。順調に活動していただいているということだと思います。よろしいでしょうか。

それでは患者会よりのご報告を受けたいと思います。まず最初は田盛委員からご報告をお願いします。

2. 患者会よりの報告

(1) 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）

ご報告申し上げます。八重山のがん患者を支援する会の田盛亜紀子と申します。皆さま、お疲れさまです。令和7年度6月期の患者会活動についてご報告申し上げます。読み上げてご報告いたします。

八重山のがん患者を支援する会、「やいまゆんたく会」では毎年第2土曜日に定例会を開催しており、令和7年度活動の第1弾としまして、6月はパパイアのつくだ煮づくり教室を開催しました。出来上がったつくだ煮を各自が持ち寄った容器に分配した後、近場の海岸で弁当を食べながら定例会を開催できたことで、会員同士の有意義な交流が図れ、幸先の良いスタートを図ることができました。

ただ、私たちの会の1つの悩みなのですが、年々、活動が薄くなりまして、会員さんが増えないという悩みがあります。いかに会員を増やしていくかが私たちの課題となっております。以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。ご質問とかございますか。交流というのはやっぱりサポートする点では非常に大事だと思いますので、引き続きお願いしたいと思います。

○田盛亜紀子委員

ありがとうございます。

○鈴木幹男議長

それでは引き続きまして島袋委員よりご報告をお願いいたします。

（２）島袋委員報告

○島袋希美委員（若年性がん患者会「Be style」）

若年性がん患者会「Be style」の島袋です。患者会の報告をさせていただきます。資料11-2、284ページをご覧ください。

「Be style」では夏の患者会企画として、ヨガのレッスンとお茶会を開催いたしました。講師に現在もがんの治療をしながらヨガ教室をされている方をお招きして、簡単なヨガのレッスンの後、お茶会を開きました。今回も楽しく交流できたと思います。ヨガの時間の分、お話しする時間が短くなってしまったので、少し話し足りないかなという点がちょっと反省点ですが、協議会で得た情報もお伝えすることができました。

また、コンテンツが個人的な事情で更新ができておりませんが、お知らせなどをしっかりと流しております。次回はリレー・フォー・ライフの参加に向けて計画を練っていきたいと思います。以上です。ありがとうございます。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。これについてお聞きしたいことはございますか。若年性ということで、インスタとかフェイスブックとか、こういった活動もされているということですね。よろしいでしょうか。ありがとうございました。

それでは次に与儀委員からご報告をお願いいたします。

（３）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・ぱんさあの活動報告をさせていただきます。資料を1ページめくっていただきまして、285ページになります。

びんく・ぱんさありボンズハウスでは毎月第2火曜日にウィッグ相談日、それから第3水曜日にぴーち会、20代から30代のメンバーによるユンタク会。あと、またIT講座の開催などをしています。5月24日にWith you～OKINAWA 2025を開催いたしました。沖縄コンベンションセンターの会議棟Bで行われたんですが、患者が県内各地から127名、集ってきたと聞いております。

特別講演は、テーマ「不安を味方にして生きる」ということで、講師にがん研有明病院腫瘍精神科部長の清水研先生が来てくださいました。その後、8つのテーマに分かれて分科会が行われ、その後、患者が主催する患者同士の集い（懇親会）が行われました。ここには医療者も含めて120名以上が参加していただくことができました。そこでは宮古の患者会「まんま宮古」、石垣の患者会「ナネーズスロウ」より活動報告、その後、びんく・ぱんさありボンズハウスの15年間の活動の様子をスライドショーで紹介をし、今年10月でびんく・ぱんさありボンズハウスを閉めることのお知らせしました。

この15年で約1,960日オープンし、延べ3,000名の患者さんが訪れました。サロンの運営に当たっては、多くの方々からご支援をいただき、本当に感謝しています。10年目ごろから今後の活動の方向性について考えていましたが、コロナ禍をきっかけに、これからはネットも活用し、みんなが集まりやすい場所で活動ができることが大事ではないか。そして、乳がんを経験した女性もそうでない女性も、さらに周りの社会全体が乳がんについて正しい知識や情報を持って、みんなで身近な人に乳がん検診の大切さを伝えることができる環境が大事だと思い、NPO法人乳房健康研究会が認定するピンクリボンアドバイザーサテライト試験を実施しました。

この5年、5回開催したサテライト試験で、宮古、石垣の離島を含む県内各地に160名以上の初級、中級、上級のピンクリボンアドバイザーが誕生しました。このピンクリボンアドバイザーにはピアサポーターになってもらうよう勧めていますが、この養成講座が年1回しか開催されていないということで日程調整が難しい場合もあり、このピアサポーター養成講座の開催回数を増やしていただけないか、ご検討をいただきたいと思います。

あと、今年、計画している活動として、乳がん検診啓発活動「ピンクリボンカーニバル in イオン那覇」の開催ですが、「調整中」とありますけれども、これが11月15日の土曜日、イオン那覇で開催することが決まりました。

それからピンクリボンアドバイザー認定試験に向けた勉強会の開催、あと乳房健康研究会主催のピンクリボンウォーク2025が全国で行われますので、こちらも離島メンバーを含

め、リレー・フォー・ライフと一緒にみんなで参加をしていきたいと思います。

その他ですが、私たちのサロンには乳がんの患者さん以外の女性の患者さんが来られたり、また「お話をしたい」と電話があります。他の患者会の方々と交流する中でも「男性がいるとどうしても話がしにくいので、女性だけのユンタク会が欲しいね」という声が上がっています。今後、院内患者サロンで女性だけのユンタク会を開催していただけないか、これをご検討いただきたいと思います。

以上、活動報告とさせていただきます。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。非常に積極的に活動をしていただいて、いろんな提案もいただいたと思います。これについていかがでしょうか。よろしいでしょうか。

○増田昌人委員

ご提案事項に関しましては、それぞれの部署で検討させて、次回にご報告したいと思います。以上です。

○鈴木幹男議長

そうしたら、そのようにしたいと思います。ありがとうございました。

それでは又吉委員からご報告をお願いいたします。

(4) 又吉委員報告

○又吉賢弘委員（がん経験者）

287ページをお願いします。今回から代役がお話ししますのでよろしくお願いいたします。

(動画再生)

沖縄県のご長寿は健在です。しかし、ハイリスクアプローチは必要です。

次のスライド1、お願いします。5年ごとに公表される都道府県別生命表の1歳単位の年齢別平均余命について、沖縄と全国平均及び平均寿命上位3県の全国順位を求め、0～85歳までの5歳間隔のデータをプロットしました。数字は沖縄県の順位です。

グラフ上部の矢印のついた数字に注目してください。2000年男の場合、63歳以降は1位で、同様に2005年は65歳、2010年は69歳、2015年は76歳、2020年は79歳以降が1位です。

年齢がどんどん後退していて、2025年以降の1位は困難な状況、その後の平均寿命ワースト1位は間違いないと予測します。

次のスライド2、お願いします。女については2000年、2005年は全年齢で1位ですが、2010年は32歳以降、2015年は49歳以降、2020年は63歳以降とこちらも後退が続いており、数十年先には男と同じ運命です。

次のスライド3、お願いします。2本の論文を紹介します。左側は沖縄県の地域がん登録の担当部署、衛研の2010年の報告です。沖縄県の長寿を支えてきた戦前生まれの高齢者の減少と戦後生まれの高齢者の増加は今後の沖縄県民の平均寿命、年齢調整死亡率に大きく影響することが予想され、生活習慣病リスクの増加が20～64歳年齢調整死亡率の増加をもたらしていることは明白としているが、残念ながら「がん検診」の4文字は確認できない。

右側は県外からの2022年の報告です。戦争による犠牲の多い世代ほど生き残った者の戦後の死亡率は低い傾向が見られた。沖縄戦は3か月以上に及ぶ過酷な戦闘であり、強い生命力を有する者だけしか生存できない、いわゆる選択的淘汰が働いたと考えられるとしています。この2つの報告を合わせれば、スライド1の男の状況を説明できるかもしれません。しかし、ご長寿の根拠については将来の課題として、今、必要なのはハイリスクアプローチです。

次のスライド4、お願いします。都道府県別生命表における主な年齢の特定死因除去による平均余命の伸びから40と65歳男女の三大死因に関する経年データをプロットしました。いずれのグラフもがんによる影響が大きく、沖縄の40歳と65歳、男の場合、ほかの2つの死因の倍以上の数値となっていて、ハイリスクを主張しています。

次のスライド5、お願いします。スライド1の平均余命の動向に関連して、人口動態調査の都道府県別・死因別・5歳階級別・性別死亡数より沖縄、全国、長野の40～64、65～79、80歳以上の合計9グループの男女について、がんによる死亡率を求め、2015～2023年までの経年変化をプロットしました。男の場合、40～64歳は小数点2桁での小差ながら、全国値よりも高い。65～79歳は期間中の全てで全国値より低く、長野より低い値からスタートして徐々に上昇して、2023年には全国値と同値となり、この年代の平均余命の悪化が確実に進行していることを示唆しています。80歳以上は長野より低率だが、右肩上がりで進行しており、将来の逆転を予測します。

女については全体として男より低率だが、ほとんど同じような傾向が見られ、やはり今

後を予測させます。スライド1と2の経年変化は全ての死因による影響を表現し、このスライド5はがんのみによる影響ですが、全く同じ表情であり、沖縄のがん対策におけるハイリスクアプローチの必要性、重要性を主張しています。

次のスライド6、お願いします。がん対策には厚労省推奨の対策型がん検診という武器があります。その受診率はどのような状況でしょうか。残念ながら、実績データは存在しません。ロジックモデルも同様ですが、沖縄県の報告でも国民生活基礎調査による推計値が使用されます。「この数値は対象者の回答に基づくもので、対象者の記憶違いなどによる誤差が含まれています」と注意書きが添えられています。

年齢による影響を観察するためには5歳階級別のデータが基本ですが、やむなく40～69歳の検診種別データを使用しました。2007～2022年の沖縄、全国、平均寿命上位3県のがん検診受診率をプロットしました。沖縄と受診率トップ県についてはデータラベルを表示しました。沖縄・男は胃がんと大腸がん、いずれの受診率もトップ県より10ポイント以上低い。女は、胃がんについては男ほどの差は見られませんが、大腸がんについては10ポイント程度低い。

次のスライド7、お願いします。沖縄県男女の2013年以降の肺がん受診率はトップ県より10ポイント以上低い。乳がん、子宮がんについてはトップ県と同等の受診率です。

次のスライド8、お願いします。私のハイリスクアプローチの発端です。2020年のデータが追加されましたが、「男女ともに沖縄が高くなっている」とのコメントは全く変わっていません。担当は衛研の上位部署のはずですが、衛研2010年の報告は関係がないようです。

次のスライド9、お願いします。前回報告のがん（全部位）75歳未満年齢調整死亡率についても新しいデータを追加して、県の報告と比較しました。左側の県の報告は2016年のデータで止まっています。右側の2016年以降のデータを注視してください。男の場合、全国と長野のデータは右肩下がりで着実に減少していますが、沖縄は全国値を超えて停滞しています。女はばらつきはありますが、ほぼ同じ傾向です。ここまでの検討を振り返ると、今後、逆転することはないと予想します。

2月協議会の埴岡委員報告について意見を述べたいと思います。議事録で確認しましたが、埴岡委員は「これは男性の表ですけども、実は2020年の総数を見ていただくと、例えば悪性新生物全体ではベスト2なんですけども、20歳から64歳だけ見ると47府県中40位ということで、多くのところで総数よりこの働く年代が低くなっているということで、中略、これをどのように考えればいいんだろうと思うところでございます」と報告しています。

今回のスライド3に紹介した2つの論文と本日の私の報告からすれば、原因は明らかだと考えます。がん死亡は加齢とともに多くなります。2023年の沖縄・男のがんによる死亡は全年齢の2,043名中20～64歳は333名です。女は総数1,359名中20～64歳は263名です。まとめてしまえば20～64歳の悪い状況は隠れてしまいます。埴岡委員の報告はハイリスクアプローチの必要性を示したことになります。ロジックモデルにハイリスクアプローチの視点を組み込むべきだと考えます。

(動画再生終了)

以上です。どうも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。いろんなご提案をいただいたと思います。検診が非常に大事ということはもちろんあると思います。ご意見はいかがでしょうか。よろしいでしょうか。ありがとうございました。

それでは次に移りたいと思います。各拠点病院が取り組んでいるがん対策についてということで、第4次沖縄県がん対策推進計画のロジックモデルの位置づけについて、お願いします。

3. 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

資料297ページをお願いします。これが当協議会版の計画の表紙になっておりまして、次が予防のところなんです。左上を拡大していただきますと、今回、生活習慣のところ「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」という個別施策のところに、それぞれ各病院で取り組んでいる場合は個別施策を赤字で、そして取り組んでいる病院を青字で示しておりますので、これは今までずっとやってきたことなんです。一応、こういう形でこのロジックモデルを今回、利用しております。

それで下に行っていただくと「禁煙希望者に禁煙してもらおう」というのは宮古病院でや

っていることがわかるかと思います。このような形で、各ロジックモデルの各ページにそれぞれ書き込みを入れていきますので、それぞれご参照してください。

その上で、琉大病院は資料12-2-1になりますが、琉大のやっていることですが、特に今回、この3か月間での新しい取り組みはありませんので、ここの書面だけで報告させていただきます。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。それでは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の柴山です。当院のがん対策の取り組みについて報告させていただきます。資料は326ページをご覧ください。赤になっているのは前回からの引き続きになってしまっておりますので、申し訳ありません。新たな進捗状況のもののみ報告させていただきます。

3の「がん医療提供体制」に関しましては、ACPに関する院内マニュアルができましたので、それを通してACPを深めていくようにしております。

それから4については11月に緩和ケア研修会を予定しておりますので、その準備に入っている状況になります。

5番の「個別のがん対策」の中に④で高齢者機能評価のことを入れております。うちは十分できておりませんでした、フローを作成し、電子カルテ内に評価できるような仕組みをつくりましたので、これで強化できるかと思っております。

それから6の「共生」と「基盤」のところに関して、定期的なユンタク会を計画していたんですが、先日、琉大病院のがんセンターとの共催で「北部医療圏でできるがん医療について」ということで研修会を開催して、その前日にユンタク会を計画していたものですから、そこは参加がなくて、この研修会のほうに参加されて「いろいろ勉強になった」「北部の状況がわかった」というような声が聞かれたという状況になっております。当院に関しての報告は以上になります。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。ご質問ございますか。よろしいですか。

それでは県立中部病院、お願いいたします。

③県立中部病院

○戸板孝文委員

県立中部病院からご報告させていただきます。資料328ページのほうをご覧ください。

こちらに出ているとおりでなんですけども、2025年に関しましてはまずがんの予防に関しては、今年度は大腸がんの激減プロジェクト、こちらのほうに何らかの方針が協議会のほうで示された場合にはそれに従う方針になっております。

次の2番のがん検診に関しましては、これも前年度の引き続きという形になっております。

3番目のがん医療提供体制に関しては、2025年度は造血器腫瘍に関しての遺伝子パネル検査の準備を進めると。あと、放射線治療機器の更新ということで、2024年度後半、休止をしておりましたが、5月から更新調整が終了し、小線源治療も含めて放射線治療を再開しております。

4番の緩和・支持療法に関しては、今年度は免疫チェックポイント阻害薬に関するirAEの副作用の対策チームを立ち上げるということと、あと、グループ指定になっております県立八重山病院、県立宮古病院との共催で、1回ずつ年2回の緩和ケア研修会を予定しております。

次のページをご覧ください。個別のがん対策といたしましては、今年度は希少がんや難治性がんの当院への紹介患者さんを増やすという方向性を考えているところであります。

6番の共生に関しましては、今年度はがんと診断された患者さんが必ず一度は当院のがん相談支援センターを訪問できるような体制を整える。もう1点はアピアランス支援事業の利用者を増やすことを目標としております。

最後に基盤に関しましては、今年度は琉球大学さんと連携をいたしまして、臨床腫瘍学会の専門医を育成する体制を整えていくことを目標としております。中部病院からは以上になります。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。ご質問ございますか。よろしいでしょうか。

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です。お時間もないので、詳細は紙面をご覧になっていただきたいと思いますけれども、新しくうちで始めたのは、先月から呼吸器外科のロボットの経験を積まれているドクターが来たので、そこの体制づくりを今して、呼吸器外科に関しても始める予定になっております。それから先月から婦人科が開始しているところです。以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。何かご質問ございますか。よろしいでしょうか。

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。がん対策については記載しているとおり、日々、粛々と進めております。

今年度の新しい取り組みといたしまして、職員向けに抗がん剤の副作用のメカニズム、その予防、治療などの勉強会を企画して開催しているんですけども、これまでに2回開催して、今後はあと3回ぐらい開催の予定です。

ほか、大腸がん早期発見のために巡回型検診キャラバンプロジェクトを立案しまして、その実行のために、市役所を中心に関係各所との調整を行っている次第です。

最後に、この8月に琉大病院、琉大のがんセンター主催の「もしも宮古でがんになったら」の講演会が開催されますので、その準備を今しているところで、12月には開催されたいんですけども、この勉強会はすごく好評で、今回も島民に向けて正しいがんの知識をつけ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。これについてご質問はございますか。よろしいでしょうか。

それでは八重山病院、お願いいたします。

⑥県立八重山病院

○山本孝夫委員（沖縄県立八重山病院 医療部長兼外科部長）

八重山病院の山本です。対策としては前年度とほぼ同じなんですけども、最初のがんの予防に関して、喫煙と肺がんに関する勉強会ということ。昨年はこれができなかったので、今年は小学校の高学年から中学生にかけて、院内の見学会と一緒に形で勉強会をやる予定にしております。

それから基盤のところでは、訪問看護師を招いて、院内スタッフから勉強会を行うということなんですけども、これはもう既に行っております。以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。これについていかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは報告事項4～6については増田委員よりお願いします。

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43回がん検診のあり方に関する検討会

（2）第44回がん検診のあり方に関する検討会

（3）第6回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ

（4）第18回がん診療提供体制のあり方に関する検討会資料

（5）第19回がん診療提供体制のあり方に関する検討会

（6）第91回がん対策推進協議会

○増田昌人委員

では、報告事項4、大腸がん死激減プロジェクト連絡会議についてです。資料13、339ページになります。

報告事項の1つは、1枚めくっていただいて340ページで、宮古島大腸がん検診キャラバンについての提案につきまして報告をしていただいた上でみんなで検討を重ねました。非常に意欲的な取り組みですので、今後は期待できるんじゃないかと思います。

また、大腸がん相談室利用が少し低下しているもので、これはちょっとてこ入れのため

にみんなで改善方法について相談をしました。これに関しましては以上です。

5 番が、次が沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告です。1 ページめくっていただきまして、これが相談業務なんです、1 ページめくっていただいて342ページなんです、4 月が 8 件、5 月が17件、6 月が14件、合わせて 3 か月で39件のピアサポートをしています。ようやく新型コロナが、今、もちろん少しいるのはいるんですが、以前と比べて、その活動が少し、制限がなくなってきたものですから、これから少し活動の幅を広げていく予定です。

また、6 月にはピアサポーターのフォローアップ研修会をしています。そして、各拠点病院へお邪魔してピアサポーター活動をさせていただいております。地域統括相談支援センターの報告は以上になります。

少ししおりで飛んでいただければと思いますが、6 番の厚生労働省関連の会議の報告をさせていただきます。1 番が資料15-1 と資料15-2 になりますが、がん検診のあり方に関する検討会の43回と44回が行われていまして、基本的に今年度末までにがん検診情報の体系的な把握を完成させるということで検討会で検討していくということがあります。

もう 1 点が HPV に関して、そのウイルスの有無によって関連検診の期間等を変更することが第44回では検討されておりますので、まとまった報告が出次第、また次回、詳細をお伝えしたいと考えております。これが（1）と（2）になります。

（3）が、第 6 回のがんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループですが、これは大きなものはないので割愛させていただきます。

また 4 番と 5 番が第18回と第19回のがん診療提供体制のあり方に関する検討会ですが、審議 1 のところで、私のほうで簡単なまとめをさせていただいたので、これも割愛させていただきます。要点は今月中にまとめという報告書が厚生労働省のホームページ上に公開される予定ですので、皆さん、ご覧になっていただきたいことと、恐らく今月末までに厚生労働省から都道府県知事宛てに通知が行きます。それで具体的に集約化に関しまして「このようなことを県としてするように」という通知文が行くということになりますので、それが出た時点でまた皆さんにご連絡できればと思います。

また、最後の第91回がん対策推進協議会に関しましては、埴岡委員からご説明をいただきましたので、こちらでも割愛させていただきたいと思います。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、ご質問ございますか。よろしいでしょうか。
それでは増田委員、ありがとうございました。

それでは部会報告に入りたいと思います。医療部会のご報告をお願いいたします。医療部会はないのか。緩和ケア・在宅医療部会ですね。お願いします。

部会報告事項

1. 医療部会

報告なし

2. 緩和ケア・在宅医療部会

○野里栄治 緩和ケア・在宅医療部会長

緩和ケア・在宅医療部会ですけれども、前回の会議では今年度行うことを話し合いましたけれども、例年、ちょっと問題になっているがんの痛みのスクリーニングというのがありまして、看護師さんにバイタルを測るときに毎日聞いてもらっているということなのですが、3つの拠点病院ではこれをやっていたいっているんですけども、ほかの診療病院ではなかなか難しいということが毎年、問題になっているので、今年はある一月を決めて、恐らく琉大病院のほうでこの聴き取りのシートをつくっていただいて、それを使って全ての、5つの病院でまずやってみようという計画になっています。それでやることが可能かどうかと、できればそのアウトカムみたいなものも確認してみようと、今年はそれをやってみようということになっています。

あと、在宅ワーキングのほうでは、がんじゅうネットに載っている在宅の訪問看護をやっている施設のデータを更新しようということになっています。以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。ご質問ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは情報提供・相談支援部会の報告を受けたいと思います。友利部会長、お願いいたします。

4. 離島・へき地部会

報告なし

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

情報提供・相談支援部会の友利と申します。資料は資料18、724ページからになります。

今年度の第1回目の部会を去った6月に開催しまして、そのときの議事要旨を資料として添付しました。このときの主な協議事項は、部会委員の就任状況の確認と、あと部会の計画の作成についての議論でした。

部会委員の就任に関しては、拠点病院から新たに1人、ソーシャルワーカーの介入がありました。非拠点病院からも部会員としてご協力をいただいているんですが、お一人、退職があつて、また新たな部会員選出について、今、ご相談中というところです。

部会計画のほうはロジックモデルの協議会案をベースに、主に拠点病院以外のがん診療施設も対象にしたがん相談員の従事者研修の開催について検討して、今回は9月20日に研修会を予定しています。

その他、院内外についての広報活動、患者サロンでのピアサポートの活用、またハローワークなどと協力した就労支援について、また計画しているので、今後も部会で各病院の取り組みを共有していきたいと思います。

次回は9月の中旬に予定しています。簡単ですが、情報提供・相談支援部会からの報告は以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。連携を取ってされているということです。これについてご意見はございますか。よろしいでしょうか。それではありがとうございました。

その次にベンチマーク部会のご報告を増田部会長よりお願いします。

6. ベンチマーク部会

○増田昌人 ベンチマーク部会長

最後の資料、資料19、728ページと729、これが最後のページになりますが、728ページの下段で、1つは「がん診療を行う医療施設」の要件の見直し。今日、15の報告をさせていただきましたが、その進捗状況の確認等をまずいたしております。

次に在宅分野でも医療者調査をしたいという緩和ケア・在宅医療部会のほうからの申出

がありまして、こちらでのアンケートをどのようにしていくかについてディスカッションをいたしました。意見をまとめまして、また緩和ケア・在宅医療部会のほうに戻しておりますので、今、在宅ワーキングのほうで検討して、昨日は全体で集まりまして、3時間ぐらい全体でロジックモデルをつくり直したり、みんなで久しぶりに集まってディスカッションをいたしました。

あとは先ほど出ました痛みのスクリーニング、モニタリングをどういうことにするかということに関しては持ち越しとなりました。

また、各国の委員とか参考人で呼ばれている人がベンチマーク部会が多いものですから、その情報を持ち寄っているということと、1つは医療者調査に関しましては沖縄県は3回行っているんですが、次回、拠点病院の評価についての抜本的な見直しを今、厚労科研の研究班でしておりまして、私も委員ですし、また東ベンチマーク委員も委員でして、東先生が今、中心となっていて行っているところの医療者調査と沖縄県の医療者調査のすり合わせを行ったりなどしております。

ベンチマーク部会としては、全体としての進捗状況の確認を今後もしていく予定です。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。これについてご質問、ご追加はございますか。よろしいでしょうか。

それでは長い時間になってしまいましたけれども、これで令和7年度の第2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。