

令和7年度第3回沖縄県がん診療連携協議会議事録

日 時 令和7年11月7日（金）14：00～
場 所 琉球大学西普天間キャンパス 管理・研修棟4階 大会議室

議事要旨・委員一覧

1. 令和7年度第3回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨（10月6日開催）
2. 令和7年度第2回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨（8月1日開催）
3. 令和7年度第2回沖縄県がん診療連携協議会議事録（8月1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（琉球大学病院がんセンター センター長）

7ページをお開けください。これが前回、令和7年度第2回の本連携協議会の議事要旨となっております。今、7ページをお話ししているのですが、前回は8月1日に開催しておりまして、1枚めくっていただきますと審議事項が出ております。前回、審議事項1番、沖縄県における医療機関の集約化と分散化について、2番として、がん計画の進捗状況についてご審議をいただきました。時間の関係上、詳しくは述べませんが、それぞれご確認いただきまして、もし修正等が必要でしたら私のほうに、ないしは事務局のほうにご連絡をいただければと思います。

次は2点目なんですが、資料5、79ページをお開けください。こちらに次の協議会の開催日程が出ております。次の第4回は来年の2月6日・金曜日、14時から、この琉大病院の4階大会議室を予定しておりますので、それぞれご確認をいただければと思います。

また、来年度の日程に関しましては、2月の次の第4回のときにお出ししますが、場合によっては事前に問い合わせ等をする場合がありますので、基本的には5月の第2金曜日、8月、11月、2月の第1金曜日となっておりますので、もしそこで大きな学会等がある場合は事前にお知らせいただければ調整をいたしますのでよろしくお願いします。私からは以上です。

○高槻議長代理

増田先生、ありがとうございました。今のあれについてコメントは何かございますでしょうか。次回は年明け2月6日ということですね。予定を押さえていただければと思いま

す。

続きまして有識者からの報告、説明事項に入ります。資料6につきまして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。資料6、80ページをご覧ください。「沖縄県がん対策推進計画の中間評価に向けて～国が提供した都道府県データ集の確認～」ということでお話しさせていただきます。

めくっていただいて趣旨ですが、がん対策推進計画の中間評価指標の計測値、都道府県の値を国が配布いたしました。ロジックモデルに指標が添えてあり、かつ計測値が全国値と都道府県値、具体的にこちらから見れば沖縄県の値が掲載されております。

これは沖縄県のがん診療連携協議会が提供している「がん対策地域別データ集」、その⑨というところにあります「がん対策地域別データ集」という形をそのまま踏襲した形になっております。ある意味、こちらの連携協議会が提案して使っていたものが、全国に提供していたものが国でも採用されたということで、こちらが大きな貢献を果たしたということもいえるのではないかと思います。

その結果、どの都道府県でも沖縄県がん診療連携協議会のやってきた作業に近いことができるようになってきているということです。これを活用して都道府県が第4期がん対策推進計画の評価及び5期に向けた改善を進めていくと考えられるということで、沖縄はこれまで先進地域といわれていましたけれども、ほかの地域が追いついてきますので、これまでの活動をさらにブラッシュアップしていくことが求められるという文脈かと思います。

次の82ページから国の資料を少しご紹介しますが、国の評価の考え方として、今回、明確に「ロジックモデルを活用したプログラム評価をする」と明記されまして、プログラム評価はこちらのステップ1からステップ5に書いてあるような形、そして中間評価ではこの3ステップと4ステップのプロセス評価とインパクト評価をするということが明示されました。これは既にこちらの連携協議会では取り入れていた考え方でございますけども、國のほうも明確にこれを表明したということで大事なことかと思います。

次の83ページはプロセス評価の説明の図となっております。現在、国が取り組んでいる活動、施策、取り組みの状況を描写したものを提供し、一方でアウトプットに関する指標

も提供し、それを見た上で国のがん対策推進協議会の委員に検討していただくという形を示しております。

次の84ページがインパクト評価の概要を説明しております。ロジックモデルがあり、それぞれの指標が書かれている中で、アウトプットの指標とアウトカムの指標を見比べた上で、検討を加えてインパクトを考察していただくという形、それが示されております。

次の85ページですが、国の中間評価報告書の記載のスタイルを示しております。まず計測した指標に関してA B C D判定をするとありますが、このA B C Dは価値観を抜いたもので、単に数値が上昇・下降みたいなことを見るということと思われます。

次の86ページですが、それを踏まえた考察をした結果、どのように報告書を記載していくかということが示されております。2つの箱がありますが、上のほうは数値の読み取り部分及び解釈みたいな部分、下の箱がそれを踏まえて各委員から何を今後、強化すべきかというような意見、出していただいたものを取りまとめるというような形がうかがえます。

この方針の下、国が国としてのデータ計測を踏まえて話を進めているわけですが、87ページ、同時に国が使っている指標データに関して、都道府県の値が出せるものに関して国が公表しているサイトでございます。

こちらのほうをダウンロードしますと、88ページのようなものが見えます。先ほどご紹介したように、構造がロジックモデル+指標+計測値。そして、国と都道府県値という形になっております。こちらの左肩に「東京都」のボタンが黄色くなっていますが、ここで「沖縄県」というボタンを押すと沖縄県の値に変わります。そして、ロジックモデルの各段階について、例えば中間アウトカムについてでしたら、その全国値のベースラインと測定値（中間）、ベースラインと直近値ということですね。そして、沖縄県なら沖縄県のベースライン値と直近の値が出るという形になっております。

次のページですが、ページ数で言うと……。ちょっと重なって見えにくいですが、こちらは沖縄県のがん診療連携協議会が提示していたものですが、見ていただいたら分かりますように、前ページと同じ構造ということで、こちらのものが踏襲されていることが分かります。

90ページにいっていただくと、国が提供しているものがA3に印刷したら文字が小さ過ぎて読めないものですから、私のほうでレイアウト変更してA3印刷にすると文字が読めるようにしたものをお手元に置いておりますのでご利用をいただければと思います。これは沖縄県の「医療提供体制の均てん化・集約化」のページを示しております。

91ページ、こちらから加工済みのエクセルがダウンロードできますし、92ページ、沖縄の分だけ全部まとめた資料がダウンロードできるようにしておりますのでご利用ください。

次のページですが、国の値に関しては2点観測値が出ているわけですが、国の個別のところを着目した指標の数値が、例えば40から50に変化したといつても、それがどういうトレンドの中の40から50の推移かが分からないので、好転しているのか、悪化しているのかが見にくいというのがございます。

一方、次のページを見ていただきますと、今回、都道府県の値の2点観測値が出ておりますので、都道府県としますと2点観測のうち、前の観測したときが全国でいうと例えばワースト10だったのが、新しい値は全国でベスト10に変わっているということがあれば、2点の相対位置の変化でかなり価値判断的な、良くなっている、悪くなっているというのを判断ができるという状況が生まれるようになったということでございます。

次のページを飛ばしていただいて、99ページ、まとめですが、沖縄県がん診療連携協議会版のがん対策地域別データ集が貢献したと。ロジックモデルに対応した指標について、2点観測計測値が全国値と都道府県値を併記する形で掲載された。

これは私見でございますけど、国のロジックモデルの完成度は100%ではなくて6合目ぐらいという感覚を持っております。沖縄県がん診療連携協議会のロジックモデルはそれよりも高い完成度という感触を持っておりますが、もちろん完璧ではなく8合目ぐらい言ってもいいのかもしれません。

一方、指標ですが、指標のほうもまだ発展途上ですので、国の指標が5合目、こちらのほうが6合目ということであれば、相互にブラッシュアップしていくと同時に、併せて9合目、10合目を目指していくという形かなと認識をしております。

沖縄県がん診療連携協議会は作成中の独自のロジックモデルと指標、データがついたものを毎回、この会議でも資料提示されておりますけれども、今後、それを使って数値を読み取った上で判断をしていくという作業が行われていくと思われますけれども、今回、国の指標が出ましたので、その事前練習をすることができるのではないかといえると思います。

101ページから沖縄県の資料を示しております。102ページから、こちらのほうから確か27ページ、ダウンロードした後、A3印刷していただくと、これが現物で私の手元にありますけれども、プリントアウトして、ささっとマーキングすることができます。

実際にここから27ページ、元の表なんですけども、この後、28ページ後からマーキング

した事例を示しておりますので、幾つかのスポットの数値をご紹介したいと思います。

今、具体的にページ数を申し上げますけれども、129ページですね。左下のタグのところの数字ナンバーのところに触っていただいて、「129」と直接打ち込んでいただくと移れるかと思います。また、適宜、拡大を、指で広げて見ていただければと思います。

129ページは「1次予防」ですので一旦省かせていただいて、130ページから3ページ分、「がん検診」が出ておりますが、これも連携協議会ですので省かせていただきまして、133ページをご覧ください。

133ページは「医療提供体制の均てん化・集約化」のところでございます。一番右端のところを指で拡大していただくとどんなことが載っているかと言いますと、「がんの死亡率の減少」ということで、上から「がんの年齢調整死亡率（75歳未満）男女計」など出ております。皆さん、疾病別のものを見たいなと思うかもしれません、ここを少し見ておきまますと、全国値が67.4から65.7に推移しております。つまりこれは下がっているということと、いくら下がっているかというと、いくら下がっているんですかね。1. いくらか下がっているわけですよね。

一方で、沖縄県は72.9から71.8に下がっていますが、両方とも全国より高い。高いということはよろしくないということで、高い、よろしくない、かつ下がり幅がこちらは1.1なので、下がり幅も少ないということですね。仮に「××」というような形でつけております。

それから上から5つ目の「がんの年齢調整死亡率（全年齢）男性」のところ、下に「○○」とつけながら、上で「×」をつけているんですけど、これはなぜだったかなと思いますと、国に比べて、139.4に対して139.3という死亡率は低いので、ぎりぎりですけど、一応「○」と。そのbeforeは142.5に対して139.2ということで、従来も全国より低かったわけですが、その低い幅が迫ってきているのと、国は曲がりなりにも下がっているんですけど、沖縄は上がっているということですね。

微増になっているということで、個々の判定は「○○」なんですが、トレンドとしては「×」かなと思って、ちょっと「×」をつけているというような、こういうマーキングの仕方はそれだだと思いますが、私は今回、そのようなマーキングの仕方をしているということと、「がんの死亡率の減少」のところに両括弧をつけておりますが、これは再掲の場合ですので、前から見ていくと再掲データも多いので、そういうところを見ていただければと思います。

もう1段左の分野別アウトカムを見ていただくと、「がんの診断・治療全体の総合評価」ですけど、全国値が7.9から8.2に推移しており、沖縄は8.4から8.3に推移しているということで、国より高いので、良いので「〇〇」なんですけども、国は上がっているんですけど、沖縄は下がっているので、上のほうに「×」を添えさせていただいたということでございます。こういう形で、後ほどまた皆さん、自分のご関心分野が、あるいは全体を見ていただければと思います。

少しかいつまんでいますけれども、皆さんは診療現場の方が多いので、135ページですね。例えばがんの手術療法の「短期死亡率」というのが出ております。「胆のう・胆管」のところが従来、4.35%の術後死亡率があって、今度、0になっておりますけども、こういうのは率が低い中での少しの変動で大きく数字が変わるかと思うんですけども、もし気になるところがあれば点検をすることが大事かと思われます。

下の「放射線治療のQ I」というところを見ていただきますと、これも結局、参加施設の母数、n数の問題が大きな問題になりますので、まずは参加施設を増やすということと、その上でしかるべき高い数値にするということが大事かと思いますけども、国の値が一番上の「放射線Q I」の一番上が77.5から77.5、沖縄は63.6から63.4ということで、低い・低いで推移していることがあります。こういうところで数値をスクリーニングした上で、もし気になるところがあれば、さらなる点検をしていただくということかと思います。

次のページも、手術、放射線と見ましたので、化学療法を見ておきますと、136ページの中間アウトカムのところにQ Iが出ておりますけども、水準は高くても悪化しているというものが幾つか見られたりしますので、少し数字で注意が必要かなと思ったところを共有しておきます。

あと、全く違う分野を見ておくということで、「緩和ケア」と「相談支援」だけちらっと見ておきたいと思います。「緩和ケア」のページは、ずっとめくっていただきますと、140ページになります。右から2段目の分野別アウトカムのところの指標を上から見ていきまと、1つ目が「身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合」、これが対応する場所を見ますと国34.0に対して41.2。「痛みを抱える」ですので、上にいくほどよろしくないということで、ここに「×」をつけておきました。

「精神心理的な苦痛」のところも26.2に対して38.0ということで「×」かなと。その下の段になりますと、今回はこちら、ベースライン値で比較するしか数字がないんですけど

も、46.9に対して53.4で高いので「×」かなと。その次も「×」かなというような形で仮にマーキングをしたところでございます。

最後に少し性格の違うページを見ておくということで、「相談支援」を見て終わりにしたいと思います。147ページを見てみましょう。なかなかこういうのを見ると、私も老眼が進んできて行き来しなきやいけないので、ちょっとだけお待ちください。

右から2段目のところですね。上から2つ目のマーキングしているところ、「家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合」、国が47.7から44.1に推移、沖縄県は52.6から35.8に推移ということで、従来、随分良かったのが、今回は随分悪いほうにいってしまっているということで「○」から「×」、そして上に傾向としての「×」をマーキングさせていただいている。

さらに川上にさかのぼって左へ移るということであれば、中間アウトカムを少し見ておくと「がん相談支援センターについて知っているがん患者の割合」が74.0から48.7に下がっている。これは国のはうも66.4から55.1に下がっているので、それとの見合いで見なきやいけないと思いますけど、国より良い数値から国より悪い数値に変わっているということは注意が必要かなと。

その1つ下を見ますと、「がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合」ですが、国が76.3から60.6に推移、沖縄県が79.9から60.4に推移ということで、こちらも従来、国より良かったものが国より悪いというところにかなり悪化しているということで「×」マークかなということでつけております。

このように、曲がりなりにも国もこういう形で進めて、かなりのデータが見えるようになってきました。そして、これ以上の質のロジックモデル、これ以上の質で沖縄県の資料が用意をされていかれておりますので、今後、同様により深いものが見られると思うんですけども、一旦これで国のやつも皆さん、見て、点検していただくのがいいかなと思って、ご紹介をさせていただいた次第です。以上です。

○高槻議長代理

埴岡先生、ありがとうございました。本協議会の動きがモデルになっているということですね。ご意見等はいかがでしょうか。

これは先生がおっしゃったとおりで、何を基準にどう改善するかということですね。
その辺を……。

○埴岡健一委員

そうですね。とても数字は読めるようになって便利というところもあるんですが、読み始めるときとかそういうことが幾つか、データリテラシーを持って読んでいかないと誤解もするので、その辺に注意しながら。注意といつても無限ではないので、幾つか注意点の要所を配慮しながら読んでいって、さらにデータが欲しいところは追加したり、ディスカッションしていくようなことかと考えております。

○高槻議長代理

ありがとうございます。いかがでしょうか。

やりながらトライアルで全国で改善させていくような感じになってくるんでしょうかね。

○埴岡健一委員

そうですね。国の中間評価の会議がもう2回開催されているんですが、やはり委員のほうからは、もちろんそもそもロジックモデルがまだ不十分じゃないかという意見もありますし、指標の採用自体がここじゃないんじゃないとか、測り方がもうちょっと改善できないかとか、もうちょっとつぼを得たデータが入手できないのかとか、さまざまな意見が出ておりますけれども。

全て理想的なものが得られるわけでは決してないわけですけれども、国も沖縄県のものを参考にされたり、ほかにももっと探すなどして委員の意見を聞かれて、今後、第5期に向けて、ロジックモデルも指標もデータの取得もブラッシュアップしていくのではないかなど。それに劣らないように、この連携協議会も進めていくのかなと感じているところです。

○高槻議長代理

ありがとうございます。よろしいでしょうか。埴岡先生、ありがとうございました。

続きまして、予定では天野委員の報告なんですが、ほかに会議があるということで急遽欠席となりましたので、代理で増田委員より報告をお願いいたします。

2. 天野委員報告

○増田昌人委員

今、議長のほうからありましたように、天野委員が急に欠席ということで、発表原稿を預かってまいりましたので、今日、メールでいただきましたので、これに沿ってお話をしたいと思います。

資料としましては、資料7、156ページをお開けください。これは厚生労働省の資料で、高額療養費制度についての資料が出ております。

読み上げますと、本来であれば協議会に現地で出席してご報告を申し上げるべきところ、急遽、厚生労働省会議と衆議院予算委員会に出席する必要が生じてしまい、欠席することをおわび申し上げます。

今日は、NHKでずっと衆議院の予算委員会がテレビ中継されていまして、私がちらつと見たときは天野さんは出でいらっしゃらなかつたんですが、そのところに急遽出るということで報告を受けています。

本日の報告は、私も委員を務める厚生労働省高額療養費制度の在り方に関する専門委員会での検討内容についてです。ご承知のとおり、今年の3月に石破首相は高額療養費制度における自己負担上限額の引き上げ方針を見送り、2025年秋までに改めて検討し、決定するとしました。この方針を受け、今年の5月に高額療養費制度の在り方に関する専門委員会が設置され、先月まで5回にわたり検討を行ってきました。

今までの議論では、高額療養費制度については医療保険制度改革全体の中で議論していくことが必要という共通認識が得られています。先日、開催された第5回専門委員会では、協会けんぽからデータが提供され、実際の患者さんの高額療養費支払いに関するモデル例が複数提示されました。

細かい内容ですが、ちょっと進んでいただいて161ページ。4～5枚進んでいただいて、そこからが具体的な話になってくるかと思います。もう2枚進んでいただきますと、胃がん患者の医療費負担の例が出ていて、それが2枚、3枚、4枚と進んでいますが、168ページをご覧ください。

このうち、40歳代・女性・年収約200未満の乳がん患者さんのモデル例をご覧ください。この患者さんは乳がんの術後再発で転移をしており、分子標的薬から継続して治療を受けており、高額療養費制度の多数回該当となっています。この患者さんの経済的負担がどの程度かということですが、世界保健機関(WHO)では「破滅的医療支出」という定義があり、世帯の可処分所得から生活費を差し引いたお金のうち、医療費の支払いが40%を超え

る場合を貧困に陥る可能性が非常に高い状態であると定義しています。

この定義に基づいて計算すると、この乳がんの患者さんは50%を超えており、破滅的医療支出である40%を大きく超える経済的負担となっています。つまり現在の高額療養費制度の支払いにおいても既に破滅的医療支出の水準に達している患者さんが存在することが明らかとなりました。

ほかにも幾つかのケースがありまして、かなり家計調査に関する細かいデータが何例も出ているかと思います。それぞれご覧いただければと思います。

今後、専門委員における高額療養費制度の議論については、上野厚生労働大臣が12月に差し掛かるだろうとしており、引き続き検討が進められます。検討の結果が最終的にどうなるかは現時点では分かりませんが、既に破滅的医療支出の水準に達している患者さんがあること、今後の検討内容や医療の高度化を考えた場合、医療機関においてもがん患者さんの経済的負担への支援がより求められることになると考えられます。

ということで、ここまでが渡していただいた原稿で、ここにありますように、高額療養費制度の在り方に関する専門委員会の資料が提示されておりますので、それぞれ皆さん、ご確認いただければと思います。私からは以上です。

○高槻議長代理

増田先生、ありがとうございました。高額療養費制度についてのことでしたけど、これは報告ということですけど。今日は天野委員がいらっしゃいませんのであれですが、どなたかご意見等はよろしいですか。

破滅的医療支出ですね。結構強いキーワードですが、これはWHOのと言われましたよね。

○増田昌人委員

そうですね。それを多分、直訳したワードだと思います。

○議長代理

かなり強い。

○増田昌人委員

はい。WHOの、そうですね。定義がある、世帯の可処分所得から生活費を差し引いたお金のうち、医療費の支払いが40%を超える場合を指すようです。

○高槻議長代理

なるほど。いかがでしょうか。よろしいですか。どうぞ、埴岡先生。

○埴岡健一委員

先ほどの資料で関連資料がありますのでご紹介します。149ページですけれども、分野としましては「サバイバーシップ」のところで、分野別アウトカムの「経済・就労関連 Patient Reported Outcomeの向上、PROの向上」のところの1つ目、「治療費用の負担が原因で、がんの治療を変更・断念したがん患者の割合」、沖縄が4.0から4.8ということで増加しています。国は4.9から1.8に減少しているので、沖縄は随分「×」印になったかなというところ。

次の「金銭的負担が原因で生活に影響があったがん患者さんの割合」が、国が26.9から24.2に推移、沖縄県が37.1から34.8に推移ということで、高いということで、こういう全国の議論もある中で、沖縄県の社会的状況も加味することも必要かなと思ってご紹介しました。

○高槻議長代理

ありがとうございました。貴重なご意見だったと思います。沖縄は減っているけど、やっぱり高いということですよね。ロジックモデルがこういうところにも役に立つということございました。いかがでしょうか。よろしいですか。増田先生、どうもありがとうございました。

その他、報告事項は何かございますでしょうか。よろしいですか。

審議事項

1. 病棟における学齢期の入院患者へのWi-Fi無料開放について(要望) (小児・AYA部会)

○高槻議長代理

それでは次にいきます。審議事項、第1号議案の提案について審議を行います。小児・AYA部会から上がってきた審議内容となりますので、部会長の浜田先生から発表をお願

いしますが、小児・AYA部会委員でご提案者である森川特別支援学校長の呉屋光広先生が陪席しておられますでしょうか。先生、一言ご挨拶をお願いしていいですか。

○呉屋光広校長（森川特別支援学校）

皆さん、こんにちは。日頃より本校教育活動にご理解、ご協力をいただき感謝申し上げます。校長の呉屋といいます。どうぞよろしくお願ひします。

○高槻議長代理

ありがとうございました。浜田先生よりご提案をお願いいたします。

○浜田聰 小児・AYA部会長

よろしくお願ひします。175ページをご覧ください。「病棟における学齢期入院患者さんへのWi-Fi無料開放についての要望」ということでお願いいたします。

実際に今、琉大病院は小児がんを含めて長期入院を必要とされているお子さんが小学校、中学校と義務教育、高等部もありますが、やはり無菌室や院内学級で教育が途切れないよう、森川特別支援学校の支援のおかげで継続できているんですが、どうしても無菌室とかは院内教室に通えない方がいて、それをICTの技術で何とかWi-Fiを使って、授業を開催しているのですが、今は森川特別支援学校のご尽力でモバイルWi-Fiを提供しているのですが、台数の制限、やはり角部屋、ちょっと遠いところだと電波が届かなくて、琉大のほうでWi-Fiは1日500円という形で有料で提供している中、ほかの施設、南部医療センターさんや中部病院さんの子どもたちへのWi-Fiは実際、無料で提供されているようとして、この辺を森川の先生たちからもお話をありまして、ぜひ琉大でも子どもたちのためにWi-Fiの提供を無償化できないかどうかをご審議いただけたらと思います。森川先生も追加でお願いできますか。

○呉屋光広校長（森川特別支援学校）

失礼いたします。森川特別支援学校は今年で創立41年目を迎えております。できた当初の目的は、やはり院内学級の子どもたちの学習空白をなくすためということで設立をされています。それからもう41年目になるということです。

インターネットの利用も早く、平成10年に文科省の指定を受けて、100校プロジェクト

トというもので全国100校に選ばれまして、インターネットを活用した取り組みを行っています。

それから平成19年、20年には文科省の指定を受けて、現在やっているような原籍校との交流学習の取り組みをしていました。当時は小学校、中学校、ほとんどインターネットの環境が整っていない中でやるということでいろいろ敷居は高かったんですが、現在ではどの学校にもインターネット環境が整っている。

そして、本校は県内に8つの病院に院内学級を設置しております。ご存じだと思いますが、琉大病院、こども医療センターを基幹病院、高等部まで設置をさせていただいて、8つの病院で運営をしております。その中で大体20人ぐらいの子どもがやっているんですけど、インターネット環境はこの時代で必要不可欠なものになっています。

情報端末のみでアプリを使ってやる学習ではなくて、ネットワークの向こうに人を感じながら学習をやっていく。交流日、共同学習ですので、入院した子どもたちがスムーズに前籍に戻れるように、自分の教室、それから机がどうなっているのか、友達がどんな会話をしているのか、交流を深めて原籍に戻れるような環境を整えているところです。

ですので、ぜひ今回のWi-Fi提供をご審議いただいて、ご承認をいただけるようよろしくお願いします。以上です。

○高槻議長代理

浜田先生、呉屋先生、ありがとうございました。浜田先生、もうよろしいですか。

○浜田聰 小児・AYA部会長

大丈夫です。

○高槻議長代理

ありがとうございます。今日は鈴木先生がご欠席なんですが、琉大病院マターなので、多分、病院のほうでまた審議ということになる。この提案をこの協議会で審議するということでおいいんですか。

○浜田聰 小児・AYA部会長

そうですね。増田先生、それでよろしかったですか。県のほうにお願いという形でした

か。

○増田昌人委員

連携協議会として、これを出すことについての是非をここで審議していただいて、あと、出した病院側の問題がありますので、それはまた後日というか、病院のほうで検討していただくということかなと思います。

○高槻議長代理

いかがでしょうか。提案ということでありますが、特に問題はないかなと思います。よろしいですか。これを協議会から病院へ提案するということに関して了承をいただいたということにいたします。よろしいですか。ありがとうございました。

続きまして審議事項第2号議案となります。資料9-1はがん診療提供体制のあり方に関する検討会のとりまとめ文書、資料9-2は厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課の鶴田課長より各都道府県の衛生主管部に発出された文書となっており、増田委員より解説いたします。

2. 沖縄県における医療機関の集約化と分散化について（医療部会）

- (1) 2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に対するとりまとめ
- (2) 2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に係る基本的な考え方及び検討の進め方について
- (3) 【当道府県がん診療連携拠点病院あて】2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に係る基本的な考え方及び検討の進め方に関する技術的支援について
- (4) 【沖縄県がん診療連携協議会あて】2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に係る基本的な考え方及び検討の進め方に関する技術的支援について
- (5) 各医療機関別の受療者情報（受診人数、性別、がん種、術前後ステージ別、年齢、治療方法、受療者医療圏など）
 - ①基本情報図表
 - ②治療前ステージ・術後病理学的ステージ・総合ステージ
 - ③治療方法図表
- ④施設別患者住所医療圏 ①患者住所医療圏 ②治療内容別・患者住所医療圏 ③総合ス

テージ別

⑤院内がん登録施設別集計データの概要

(6)都道府県別・二次医療圏別がん罹患者数及び新規診断時の三大療法別需要推計データ

①がん罹患者数及び新規診断時の三大療法別需要推計データ

②がん罹患者数及び新規診断時の三大療法別需要推計データの概要

○増田昌人 ベンチマーク部会長

紙の議事次第をご覧ください。本日、審議事項が3つある中の真ん中の2になっておりまして、審議事項全体は情報提供・相談支援部会を除いた5つの部会で審議がされたものなんですが、代表して、最後に医療部会長から提案をさせていただきますが、関連する資料等が多いものですから、ここでいうところの(1)～(7)まではベンチマーク部会部会長としての増田から資料の説明をさせていただきます。最後に医療部会長の伊江先生から(8)審議：がん種ごとの選定条件についてはそれぞれ1つずつ提案をさせていただきます。

資料が多いので、最初にこの議事次第を見ながらお話をしますと、(1)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なのですが、具体的にはこの検討会のほうで昨年夏から4回にわたりまして集中審議をいたしております。4回のうちの第1回目は私が参考人で呼ばれまして、沖縄県の連携協議会の状況をお話しさせていただきました。それのとりまとめがあります。

その後、(2)として、厚労省のほうから各都道府県の部長宛てに書類が届きましたので、そこから説明をさせていただきます。資料9-1は飛ばさせていただいて、資料9-2、249ページに飛んでいただけますでしょうか。8月1日付でとりまとめがされまして、それを受けまして、8月29日付で厚労省のがん・疾病対策課長、5月に来られました鶴田課長のほうから各都道府県衛生主管部長宛てに出した、いわゆる課長通知になっておりまして、「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に係る基本的な考え方及び検討の進め方について」という文書であります。

1枚めくっていただいて「記」ということで番号がついています。1番目が今後の「がん医療の需給について」。3枚ほどめくっていただきますと、2番、252ページに「高度な医療技術を伴うがん医療について」。3番目が「今後の方向性について」が出ております。

254ページに飛びまして、多分、1、2、3に関しましては5月に鶴田課長のほうからご講演いただいた内容とほぼ一緒ですので割愛をさせていただきます。今回、4番のところで具体的に方針が示されています。4番が「都道府県協議会」、略語になっておりますが、

このがん診療連携協議会のことを指しまして、「での均てん化・集約化の検討の進め方について」ということで、(1)都道府県協議会の体制ということなんですが、いろんなステークホルダーを入れて検討するようにということがいわれております。

1枚めくっていただきまして、255ページ、(2)都道府県協議会での協議事項なんですが、1番としては、データ等を活用して将来の医療需要の予測をしながら、均てん化・集約化が望ましい医療の具体について整理をしていくことが1つ、最初の段落でうたわれております、2番目が放射線療法に関して、今後、特に更新等も踏まえまして具体的な論議をしていきなさいということがあります。3番目の段落が、院内がん登録等に関して、データをきちんと分析して公表していくようにということ。4番目は、それらを受けて、場合によってはがん医療圏、ほぼ二次医療圏と同義語だと思うんですが、の見直しとか、病院機能の再編等によって、拠点病院の整備についても改めて検討することがうたわれております。

それを受け、(3)として、この本協議会の運営に関する県及び県拠点病院の役割が書かれております。

1枚めくっていただきまして(4)が均てん化・集約化の検討の留意事項ということで、それぞれ書かれておりますが、沖縄をおおむねモデルケースとしまして、多くの場合は書かれているので、内容に関しましては放射線治療の今後について以外のものはほぼ本連携協議会でもう既に議論が進んでいることになっていると思います。

258ページに、何回か皆さんにご提示した各分野ごとの、県で集約化するもの、二次医療圏で完結するものの最終的なまとめが出ております。ということなので、今、連携協議会でまさにやっていることをそのまままなぞるような形で課長通知が都道府県の各担当部長宛てに行つたということです。

次が資料9-3、(3)になっておりまして、それを受けまして、沖縄県保健医療介護部長から6つの拠点病院の病院長宛てに文書が出ております。それが資料9-3、259ページ。これは改めて国立がん研究センターのがん対策研究所のほうから院内がん登録等の生に近いデータが出されましたので、それを連携協議会での集約化等の分析に使うようにという話だったので、それをなぞらえるような形で部長から各6つの病院長宛てに10月22日付で文書が出ております。

それで、もう2枚進んでいただきますと、資料9-4、261ページ。さらに改めて協議会の議長宛てに糸数部長のほうからほぼ同様の鏡文で文書が届いておりますので、一応、皆さ

まにご報告をしておきたいと思います。

そこに何がついていたかということなんですが、ここの改めて議事次第の紙をご覧ください。紙のほうについていたデータに関しての標題だけ出しております。各医療機関別の受療者情報と、いわゆる院内がん登録の生データに近いものが送られてきておりまして、基本情報図表とか治療前ステージ・術後病理学的ステージ、総合ステージ、治療方法図表とか患者住所医療圏ということで幾つか送られてきておりまして、ここには別紙エクセル表と書いてあって、当初、公開する予定だったんですが、中に患者数が少ないデータが入っておりましたので、今回は個人情報保護の観点から公開は差し控えたいと思います。また、今後、議長である鈴木病院長と相談しまして、委員の皆さんには何らかの形でこれをお出しするように検討したいと思います。

ただ、実際にこれを使って、既に沖縄県においては10年以上前から院内がん登録の分析の報告書を出しておりますので、多分、そのようなものをつくって出すというのが国の趣旨ではないかと考えております。

資料9-9はiPadの中に入っていますので、次の263ページからが、11ページほどで院内がん登録施設別集計データの概要ということで、これは使い方について出しております。また、資料9-10、274ページではデータと、9-11、452ページでは推計データの概要について出ておりますが、時間の関係上、一つ一つは解説しませんので、これに関しては公開しますので、皆さん、後でご確認いただければと思います。

取りあえず国の方針及び国から送ってきたデータ等に関しましては以上となっておりまして、この後、1回、ご質問を受けて、(7)でこれまでの決定事項の確認という方向にいきたいと思います。次に進んでよろしいですか。

○高槻議長代理

今までのところで何かございますか。よろしいですか。

申し遅れましたが、資料9-3だから、259ページ以降は糸数部長から本来、報告いただく内容でしたよね。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

すみません。

○高槻議長代理

何か皇室関係者が来沖のため、担当者も含めて本日は全員欠席ということで、増田先生に代理で報告していただきました。ということでした。すみませんでした。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

県のほうから急遽連絡が入りまして、今日はそういう方がお見えなので、全員出て、担当だそうで、急遽、私が代理でお話をすることになりました。申し忘れて申し訳ありませんでした。

(7)これまでの決定事項の確認

○増田昌人 ベンチマーク部会長

では、次は資料9-12、462ページに飛んでいただけますでしょうか。462ページから7ページほど、これまで約1年、4回にわたって選定要件の改訂に当たってにつきまして議論を重ねまして、幾つものことを方針決めやいろんな決定事項をしましたので、今日は多分、実質的には最後の審議になると思いますので、委員の何人かの方からこれまで決まったことをきちんともう1回、整理したほうがいいのではないかというご意見も頂戴したので、ちょっと長めなんですが、7ページにわたり整理をいたしましたので、それでお話ししますのでご確認をお願いいたします。

まず最初が、青で書いてあるところが項目になります。1番目が、もうだいぶ前なんですが、「がん診療を行う医療機関」選定要件改訂会議の基本的な方針を約1年前に定めました。1番の体制としては事務局を琉大病院のがんセンター、具体的には、連携協議会としては医療部会及びベンチマーク部会がメインで担当。(3)として、医療部会の下に臓器別にワーキングを結成して具体的な審議を行う。4番目がその上で、上の医療部会とベンチマーク部会で審議をする。その内容を幹事会で審議し、協議会で審議して、最終的に議長から沖縄県の保健医療介護部長へ提出する段取りということになりました。

2番目に臓器別ワーキングの構成員の選出方法は、(1)として、原則としてがん種ごとに最新データである2023年の院内がん登録の数が多い上位6医療機関の長から推薦を受けた医師、およそは大体、副病院長や部長クラスになります。が6名。放射線治療は4名のプールから2名。同様にがん薬物療法専門医が、次のページなんですが、4名のプールから2名。そして私、増田が司会として、計11名を原則としております。あとは、単純な症

例数を出しにくい場合は事務局の一任という形で取っております。

3番として、今回、選定条件を決めるがん種は以下の20種ということになりました、連携協議会で20番目の遺伝性腫瘍が委員のほうからのご提案で加わったということで、トータルで20種類ということになります。ここまでが1番目に決まったことです。

要件見直しの基本的な方針としましては、具体的には3項目あります、1番、各分野共通の条件を設定し、それらを全て満たすこと。次のページにいきまして、2番目、分野ごとに個別の条件を設定し、それらを全て満たすこと。3番、分野ごとの個別条件の設定の際には、(1)として、検討会の基本方針を意識して決める。2番目が科学的根拠を意識して進める。3番目がデータの分析結果に基づいて議論を進めることができます。

大きく3つ目の決まった事項は、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今後の協議会の方針としてなんですが、総論として、1番が検討会の審議に準じて審議を進めていく。2番目がロジックモデルを用いて計画を立てていくことと評価もしていく。

あとは、各論としましては、1番として、選定条件の見直し期間を6年から3年ごとにしていることと、2番目が集約化と分散化を遂行するために啓発活動を協議会としてしていることが決まっております。

それを受けまして、次の465ページの青なんですが、見直し期間の短縮を具体的に県のほうに提案しようと。6年ごとだったものを3年ごとなんですが、条件としては今まで6年ごとだったんですが、ただ、選定としてはそれぞれのデータに基づいて、毎年、沖縄県のほうでデータを分析して選定をし直していることもまた申し添えたいと思います。

次に選定された医療機関に患者を集約するために行うこととして全部で4つあります、1番目が精密検査を行っている医療機関に関して、こういう病院の選定会議をして、選定された病院がありますよというところで、そこになるべく紹介してくださいということを協力依頼する。2番目が、全ての医療機関に関して、こういうことをしている、選定をしているということを啓発していく。3番目が、がん相談を行っている研修会でもこういうことを学習してもらうと。4番目が沖縄県民に対しても啓発活動を行っていくということです。

これまでが総論となっておりまして、あと3ページなんですが、最終的に「がん診療を行う医療機関」の体制整備の要件ということで、これも一番最初に決めしたことなんですが、例えば脳腫瘍なら脳腫瘍の個別要件を決めるにしても、その前提として、病院として、医

療機関として守るべき、クリアすべきものを全体として8つ決めております。細かいことは(1)(2)等で入れておりますが、大きくは8つありますと、番号がついているところから読み上げますと、1番が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。進みまして3番、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。4番目がレジメン審査管理登録等を行い、標準的な薬物療法（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。5番目、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。6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に開催する体制を有すること。

ここまでが実は6年前と同じことでして、あと新しく連携協議会のほうで議論していただいて2つ加わりました。そのうちの1つ、7番目が、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。8番目が臨床試験及び治験を必要な患者に提供できる体制を有することになっておりますので、一応、ご確認いただければと思います。

これまで決定事項についての確認をさせていただきましたが、何かありますでしょうか。では、私は以上です。

○高槻議長代理

増田先生、ありがとうございました。いかがでしょうか。

先生、私からちょっと。キーワードの話。集約化と分散化、集約化と均てん化と2つ、多分出てきていると思う。どっちでしたっけ。

○増田昌人委員

沖縄県の連携協議会では、当初のところから集約化に対しては分散化でしょうと。それは対比する言葉の取りようなんですがということで、均てん化は多分、全てにわたって、どの分野でも集約化しようが分散化しようが、常に均てん化は必要な常識的なことだからという趣旨で集約化と分散化という形で議論を進めてきました。多分、均てん化はどこに住んでいても同じようながん医療が受けられるようにという話なので、これは多分、医療者として常識というか、前提条件みたいなところがあって、集約化と分散化は多分、がん

種によってはある程度、集約化したほうがいいものとか、がん種によっては分散化したほうがいいものということで、多分、言葉の対比としては集約化に対しては分散化のほうがしつくりくるかなということで以前からそれを使っていましたが。

あと何か有識者の、埴岡先生は何かご意見、当初のことを知っているので、どうぞ。

○埴岡健一委員

増田先生のおっしゃったとおりだと思いますが、均てん化というのは患者アウトカムの均てん化、あるいは医療の質の均てん化で、手段としてはそれは集約と分散を組み合わせて最適化で実現すると。そういう関連が、用語の定義が本来だったんですけども、一種の誤用として、均てん化と集約化が対のように使われているということなんんですけども、それは当初の考えから言えば誤用であるので、本来は集約化と分散化で、それによって均てん化を実現するという言い方が正しいんですけど。ただ、もう国の文書が全部、ある意味、誤用で使われているので、両方使い分けて、その違いを知っておくのが必要になってしまっているという状況かと思います。

○高槻議長代理

ありがとうございました。ゴールは一緒ということでいいんでしょうね。
ほかにいかがでしょうか。どうぞ、玉城先生。

○玉城研太朗（田名毅委員代理　沖縄県医師会）

ありがとうございます。すごくよく分かりましたが、集約化のお話はよく議論に上がるんですが、逆に分散化の指針が全然見えてこないんですけど、この辺は今後はどういう流れでしょうか。

いいんですよ、集約化で。ある6施設か7施設を選定して、そこに集めましょうはいいんですが、均てん化じゃないんですけど、分散化。つまりほかの地域に恐らく集約して、最後は分散するのか、どういうイメージなのか分からないんですけど、分散化をするという、分散化の中身が全然見えてこないんですけど、この辺は何か指針はありますか。

○増田昌人　ベンチマーク部会長

ただ、国のはうは「分散化」という言葉は多分、一度も使っていないので、集約化に対

する対立語として「均てん化」を使っているんですけど、私たちはちょっと違うんじゃないかなというのがひとつあります。

選定要件を選ぶときの、これは今回も6年前も12年前もそうなんんですけど、多分、がん種によってすごく絞り込んだほうがいい場合と、あと、それはおおむね、1つは患者さんの数が少ない場合ですね。そういうものとか、あとは例えば極めて手術が難しい領域、そういういたところはぐっと絞り込んで。それは多分、集約化と私たちは呼んでいたと思います。

もう1つは、患者さんがすごく多い領域、あとはある程度、標準治療が確立されていたり、ガイドラインがすごくしっかりとしていたり、そういう場合は、僕らはその当時から分散化という形で、このがん種は分散化のほうがより大事だよねということで、例えば二次医療圏だったら、なるべく二次医療圏で完結するのとはちょっとまたニュアンスが違う。二次医療圏……。いろんなところで診てもらったほうがいいんじゃない?という話で、多分、その集約化側の象徴が脳腫瘍だったり頭頸部がんで、分散化側の象徴が乳がんだったり大腸がんなのかなと思って、議論はしていたという感じです。

○玉城研太朗（田名毅委員代理 沖縄県医師会）

先生、そうなんですが、要するに例えば私がいた東北地方でいうと、宮城県、岩手県だと新幹線沿いに専門医がずっと点々としていて、沿岸部に全然、専門医がいない中で、その医療の、これだと均てん化になるんですが、質を、がん医療提供体制をどのようにするかということがまさしくその地域では議論がされているわけなんですね。

一方で、沖縄県の東西1,000kmの広大な医療圏を集約化と均てん化、あるいは分散化をするための分散、あるいは医療の質の担保というところの議論というのが、集めましょう、集めましょうはいいんですが、そこをどういうふうにカバーをしていくかという議論も集約化と分散化だったら必要だと思うんですけど、この辺はどうですか。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

そういうことも踏まえましたので、前回の第2回の8月のときに、沖縄県の場合はがん医療圏という言葉を通常使っていないので、二次医療圏でいきますと、北部医療圏と宮古医療圏と八重山医療圏で最低限、担保すべきがん医療ということで、1つは、診断は3つのところでつけましょう。具体的には、県立北部病院と北部地区医師会病院、県立宮古

病院、県立八重山病院でそれぞれ診断まではできるようにしましょうと。ただ、治療に関しては、最低限、担保するのは胃がんと大腸がんだと。

あとは、例えばその年に呼吸器外科の先生が赴任していらっしゃった場合は、当然、肺がんの手術はすることになりますけど、絶対的にここは死守するという担保はもう胃がんと大腸がんの2点にしましょうということで決議させていただいた。それがまさに分散化なのかなと思っております。

○玉城研太朗（田名毅委員代理　沖縄県医師会）

ありがとうございます。また議論は尽きないんですが、ここは乳がんも含めてなんですが、離島にもいっぱい患者さんがいらっしゃって、やはりそとの連携体制を具体的に見える化をしていく。そこの地域に乳腺の専門医を配置するのはなかなか難しいと思いますので、例えばそこのD to Dのコンサルト機能を県内で整理していく等の具体的な策をこの協議会の中でつくっていかないと、恐らく今後、10年20年のがん医療提供体制は担保できないのかなとも思いました。

○高槻議長代理

埴岡先生、どうぞ。

○埴岡健一委員

参考ですが、もう1つ似た用語として機能分化と連携という言葉もありますよね。最終的には面的整備ということなので、今、初期治療に焦点を当てて、国が集約化と言っているわけですけれども、元々、病病連携、病診連携、診診連携、あるいは地域連携、パスとかそういうこともありますので、結局、昔の言い方ですと、がん難民が生まれないように、迷う患者さんがないように、面的整備をする中の1つの領域にスポットが当たっているのかなという理解もできるのかなと思って伺いました。いずれにしても全体的な整備が必要だというのはおっしゃるとおりだと思います。

○高槻議長代理

ありがとうございます。分かるようでというか、難しいですよね。役割分担ということだと思いますし、がん医療ですから緩和医療とかそういうことも入ってきますし、どこで

何をどこまでやるのか。そのためにどう人を配置するのか。どの施設でとかいう話になつて。あと遠隔とかそういうことになってくるでしょうから、そういうところが今後のあれなのかなと思いますけど、ほか、いかがでしょうか。よろしいですか。

次に本日の審議事項、がん種ごとの選定条件について、医療部会長の伊江先生からお願ひいたします。

(8) 審議：がん種ごとの選定条件

(①脳腫瘍（脳・中枢神経系）、②頭頸部（口腔／咽頭／喉頭／鼻腔・副鼻腔／唾液腺）、
③甲状腺、④食道、⑤胃、⑥大腸、⑦肝臓、⑧胆道（胆のう・胆管）、⑨脾臓、⑩肺、⑪骨・軟部腫瘍、
⑫難治性皮膚がん、⑬乳房、⑭婦人科がん（子宮頸部、子宮体部、卵巣）、⑮泌尿器がん（前立腺、腎、膀胱）、⑯血液腫瘍、⑰小児がん、⑱AYA世代のがん、⑲希少がん、
⑳遺伝性腫瘍）

○伊江将史 医療部会長

よろしくお願いします。医療部会長の伊江です。先ほどご説明がありましたけれども、がん種は20種ですね。資料は別紙のほうになっております。A4の横、スライドを印刷したものですけれども、別紙資料9-13になっております。これはiPadではなくて紙の資料となっております。よろしいでしょうか。

最初の1ページ目が「20がん種・分野の選定要件（案）」となっており、①から⑳までのがん種が記載されております。こちらを一つ一つ私のほうでご説明いたしますので、各臓器別の選定要件（案）につきまして審議のほうをよろしくお願ひいたします。よろしいでしょうか。

資料の中には第7次に既に選定要件（案）があるもの、臓器もありましたが、第8次で新たに要件をまとめたものもありますので、7次のほうに要件（案）があった場合は右側のほうに併記しておりますのでご参照ください。

まず1番、脳腫瘍の選定要件（案）についてご説明いたします。大まかに、項目は「学会の認定」と「外科的治療」、あと「放射線療法」「薬物療法」の大きく分けて4本立ての項目になっております。

まず学会の認定に関してご説明いたします。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。日本医学放射線学会修練機関であること。＊のほうに「次回改定時には、日本放射線腫瘍学会認定施設に差し替えることを検討する。また、常勤の放射線治療

専門放射線技師 1名以上、常勤のがん放射線療法看護認定看護師、またはがん看護専門看護師 1名以上の条件を検討する」となっております。また、3番目、「次回改定時には、日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医 1名以上、または基幹ないし関連施設を追加することを検討する」と書いております。学会認定の2番目と3段目に関しては、他のがん種にでも同一の文言が出てきますのでご留意ください。

続きまして外科的治療は手術が年12例以上となっております。

放射線療法に関しましては、年 6 例以上、②番目が強度変調放射線治療（I M R T）を提供できること、③定位放射線照射による治療（S R T）を提供できることとなっております。

続きまして薬物療法です。まず症例としては①番、年 3 例以上となっております。②番目に関しては、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で 1 名以上いることとしております。③番に関しては、がん看護専門看護師またはがん薬物療法認定看護師（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。④番、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、他の医療機関と連携して、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としております。

薬物療法に関しては、①番、症例数に関しては各臓器ごとに数を設定しておりますが、②～④番はほぼ同一の文言を要件のほうに含めております。

特記事項としまして、症例数は直近 3 年間の平均値としております。

脳腫瘍に関しての選定要件は以上になりますが、こちらのほうについて、審議のほうをよろしくお願ひいたします。

○高槻議長代理

先生、ありがとうございました。いかがでしょうか。基本、ワーキングで十分もんでいただいた内容だと思いますけど。よろしいですか。お認めいただいたということにいたします。続いてお願いします。

○伊江将史 医療部会長

ありがとうございます。続きまして、ページをめくりまして3ページです。2番、頭頸部がんの選定要件（案）に移らせていただきます。

こちらもまず学会の認定に関しては、日本頭頸部外科学会認定施設または準認定施設であること。次回改定時には認定施設のみにすることも検討いたします。また、日本口腔外科学会認定研修施設であることとしております。次回改定時には日本口腔腫瘍学会がん薬物療法口腔がん専門医1名以上、または研修施設を追加することを検討いたします。

続きまして日本放射線腫瘍学会認定施設であることとしております。次回改定時には、認定施設AまたはBにするかを検討いたします。また、常勤の放射線治療専門放射線技師1名以上、常勤のがん放射線療法看護認定看護師、またはがん看護専門看護師1名以上の条件を検討いたします。4番目は、日本臨床腫瘍学会基幹施設または関連施設であることとしております。学会の認定は以上となっております。

続いて外科的治療ですが、手術が年24例以上と定めております。

放射線療法に関しては年12例以上としております。こちらは、放射線療法の要件としましては、①治療患者数（新規症例）が年間150例以上、これは全がんのがん種の治療が対象となっております。全がん種の対象の放射線治療が年間150例以上であること。②番、IMRTができること。③番、SBRTができること。④番、密封小線源治療が可能か、または同治療が可能な機関への紹介体制を構築することとなっております。頭頸部がん領域に関しては、放射線治療が治療の主体を占めておりますので、より細かい要件となっております。

続きまして薬物療法に関しては、年12例以上となっております。②～④に関しては前述の脳腫瘍と同一ですので割愛させていただきます。

こちらに関して、審議のほうをよろしくお願ひいたします。

○高槻議長代理

ありがとうございました。いかがでしょうか。頭頸部がんですね。20あるので、どんどういいかないといけませんが、ご意見があつたら、重要なことですのでお願ひいたします。よろしいですか。

では、続いて甲状腺がんですね。よろしくお願ひいたします。

○伊江将史 医療部会長

甲状腺がんですね。4ページになります。

学会の認定に関しましては、日本内分泌外科学会認定施設または関連施設となっております。こちらに関しては第7次の医療計画のほうを右側に載せております。2番目に関しては、次回改定時に関しては日本甲状腺学会専門医が1名以上、または認定専門医施設を追加することを検討いたします。3番目は、日本医学放射線学会修練機関であること。こちらは先ほどの脳腫瘍のものと文言が同じ内容となっております。さらに4番目ですけど、次回改定時には腫瘍・免疫核医学研究会甲状腺癌受け入れ可能施設を追加することを検討いたします。5番目は、次回改定時には日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医1名以上、または基幹ないし認定施設を追加することを検討いたします。こちらも他がん種同様に組み込まれております。

外科的治療に関しては、手術が年12例以上。これは前回が6例以上に対して、2倍以上の症例設定となっております。

放射線療法に関しては、前回は規定がありませんでしたが、今回はアブレーションを年1例以上行っていること。②番目は自施設で放射線療法ができない場合は適切に連携を行うことにより、アブレージョンが可能な施設へ紹介して年1例以上を満たしていることとしております。

続きまして薬物療法です。こちらは第7次のほうでは年1例以上としておりましたが、第8次では年6例以上に設定しております。②～④番は前述と同じ要件となっております。

こちらに関して、審議のほうをよろしくお願ひいたします。

○高槻議長代理

ありがとうございます。甲状腺がんですね。いかがでしょうか。よろしいですか。それではお認めいただいたということにいたします。

次は食道がんですね。よろしくお願いします。

○伊江将史 医療部会長

ページは5ページです。まず学会の認定ですけれども、第7次に準じて、日本消化器病学会認定施設であること、日本消化器外科学会認定施設であることは引き続き継続しております。さらに日本消化器内視鏡学会指導施設または指導連携施設であること。あと4番目、日本内視鏡外科学会技術認定取得者が常勤で1名以上いることとしております。次回

改定時に関しましては、日本食道学会食道科認定医または食道外科専門医1名以上、または食道外科専門医認定施設を追加することを検討いたします。6番目は、日本医学放射線学会修練機関であることとしております。次回改定時の文言も前回と同一の内容となっております。7番目は、日本臨床腫瘍学会の文言に関しても、次回改定時に関しては検討することとなっております。

続きまして外科的治療です。手術または鏡視下治療が年8例以上です。前回は手術に関する文言はありませんでした。内視鏡的粘膜下層剥離術の合計が年6例以上となっているのに対して、今回は手術に関しては鏡視下治療が年8例以上となっております。

続きまして放射線療法です。こちらは年6例以上です。②番目は放射線治療専門医が常勤で1名以上いること、IMRTが提供できること、SRTが提供できることとなっております。

薬物療法に関しては年3例以上。こちらは7次と同症例数の据え置きとなっております。
②～④番に関しては同じ文言が記載されております。

食道がんに関して、審議のほうをよろしくお願ひいたします。

○高槻議長代理

ありがとうございました。食道がんですね。ここはちょっとハードルを上げたほうがいいかなと思いますが、いかがでしょうか。よろしいですね。

続きまして胃がんですね。よろしくお願ひいたします。

○伊江将史 医療部会長

胃がんの学会の認定に関しては、日本消化器病学会認定施設であること、日本消化器外科学会認定施設であることが同要件として記載されております。さらに日本消化器内視鏡学会指導施設または指導連携施設であること。日本内視鏡外科学会技術認定取得者が常勤で1名以上いることとしております。次回改定時には、日本胃癌学会認定施設を追加することを検討いたします。また、日本医学放射線学会修練機関であることとしております。次回改定時の追加案件に関しては、前述のとおりとなっております。また、日本臨床腫瘍学会に関しての追加文言に関しても同一の内容となっております。

外科的治療に関しては、前回が手術が年10例以上に対して、手術または鏡視下治療が年15例以上と1.5倍の増加となっております。

内視鏡的治療に関しては、内視鏡的粘膜下層剥離術が、前回は年3例以上だったのに対して6例以上に引き上げております。

放射線療法に関しては、恐らく治療の主体ではないということで規定はなしということになります。

薬物療法に関しては、年3例以上だったのに対して6例以上に引き上げております。

②番から④番は同一の内容となっております。

以上、胃がんに関して、審議のほうをよろしくお願ひいたします。

○高槻議長代理

ありがとうございました。胃がんですが、よろしいでしょうか。沖縄は胃がんは少ないんですよね。少ないんですけど。先ほど分散化の話があったときに、胃がんとか大腸がんは分散化という話もちょっと出たとき、あんまりここは多分、ハードルを上げ過ぎてもいけないところだと。ワーキングで多分もまれた内容なので異論はないんですけど。いかがでしょうか。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

申し添えますと、前々回だったと思うんですけど、この連携協議会で消化管外科学会のほうからハイボリュームセンターは30例という1つの基準が出たので、委員のほうからそれを検討してはということがあったんですが、2回目のワーキングでの検討では、先ほど議長がおっしゃったように、30は沖縄県ではハードルが非常に高いということで、10例を12例にしたのを今回は15例に上げて、最終的に意見の一一致をみたということを申し添えたいと思います。以上です。

○高槻議長代理

ありがとうございます。よろしいですか。

続きまして大腸がんです。よろしくお願ひいたします。

○伊江将史 医療部会長

大腸がんです。ページは7ページになります。

学会の認定は、日本消化器病学会認定施設であること、日本消化器外科学会認定施設で

あること、また日本消化器内視鏡学会指導施設または指導連携施設であること、日本内視鏡外科学会技術認定取得者が常勤で1名以上いることとしております。次回改定時には大腸癌研究会会員施設を追加することを検討いたします。また、日本医学放射線学会修練機関であることとしております。次回改定時の追加文言に関しては他がん種と同一の内容となっております。

外科的治療は、前回、第7次のほうで結腸がんが24例以上、直腸がんが12例以上と設定していたのに対して、手術または鏡視下治療が年50例以上。これは結腸がんと直腸がんを含めて50例以上に引き上げております。

放射線療法に関しては年1例以上で、IMRTを提供できること、SBRTを提供できること。自施設で放射線療法ができない場合は、適切に連携を行うことにより、②と③が可能な施設へ紹介して、年1例以上を満たしていることとしております。補足しますと、これは比較的、大腸がんの手術を多くやっている施設の中には放射線治療がない施設もありますので、その辺に配慮した内容となっております。

薬物療法に関しては年24例以上、②～④番に関しては同じ内容となっております。

大腸がんに関しては、比較的、疾患頻度が高い病気ですので、集約化というよりはある程度、均てん化に配慮した内容になっているかと思います。審議のほうをよろしくお願ひいたします。

○高槻議長代理

ありがとうございます。いかがでしょうか。伊江先生がおっしゃったとおりで、大腸がんも多いですね。進行がんが多いですので、私としては消化器外科なので、ちょっといろいろ言っちゃいますけど。年間50例は妥当だと思うんですが、まあまあハードルが高いと感じちゃいますね。ワーキングで決めたことなので、僕は異論はないんですけど、ここはやっぱり……。人々、がん診療を行う医療機関の選定要件なので、あんまり上げ過ぎてもいけないかなという直感はいたしますが、もちろん皆さんで十分、議論していただいた内容でしょうから。いかがでしょうか。よろしいですか。

それでは大腸がんをお認めいただいたということで、次は肝臓、胆道、脾臓がんですね。よろしくお願ひいたします。

○伊江将史 医療部会長

肝胆膵は、7、8、9とまとめた選定要件（案）になっております。

まず学会の認定に関しましては、日本消化器病学会認定施設であること、日本消化器外科学会認定施設であること、または日本肝臓学会の認定施設であること、日本胆道学会の認定指導医が1名以上いること。こちらは次回改定時には指導施設に差し替えることを検討いたします。また、日本膵臓学会認定指導医が1名以上いること。こちらも次回改定時には指導施設に差し替えることを検討いたします。日本肝胆膵外科学会高度技能専門医または指導医が1名以上いること。こちらも次回改定時には修練施設に差し替えることを検討いたします。日本医学放射線学会修練機関であること。次回改定時の要件に関しては前述のとおりとなっております。また、日本臨床腫瘍学会に関しての追加検討案も前述のとおりとなっております。これらの学会の認定に関しては、かなり規定の要件が増えている流れになっております。

外科的治療に関しましては、高難度肝胆膵外科手術が年20例以上と設定しております。こちらは前回が肝臓がんの手術が年6例以上、あと肝道がん、膵臓がんの手術の合計が年10例以上に対して20例と引き上げを行っております。

放射線療法に関しては年1例以上で、IMRTが提供できること、SBRTを提供できること、④番目は自施設で放射線療法ができない場合は、適切に連携を行うことにより、②と③が可能な施設へ紹介して、年1例以上を満たしていること。また⑤番、放射線治療用の吸収性組織スペーサ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、または可能な施設へ紹介できる体制を整えていることとしております。

薬物療法に関しては年12例以上で、②～④は同じ内容となっております。

こちらに関しては、先ほどもお話がありましたけど、肝胆膵はかなり高難度の手術になりますので、より要件を厳しくして集約化を図ろうという、そういった内容になっております。これらの審議のほうをよろしくお願ひいたします。

○高槻議長代理

ありがとうございます。いかがでしょうか、肝胆膵ですね。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ですが、外科的治療を年20例以上と書いているんですけども、肝胆膵外科の場合、修練施設になる場合は多分、Bでも30例以上は必要かと思うんですけども、

これで20例だったら、そこに満たさないので、これはやはり30例は必要かなと思っているんですけども、いかがでしょうか。

○伊江将史 医療部会長

確かにこれは肝胆膵のワーキンググループでもかなり議論になりました。今後、症例数を、集約化を図っていくとしたら20例じゃ少ないんじゃないかという意見もございましたが、それは3年後のまた要件（案）の見直しのときに引き上げるかどうかを議論しましょうということで、そのときは20例に据え置きになったかなと把握しておりますが、増田先生、何か追加のコメントはありますでしょうか。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

いえ、私からは特にありません。多分、そういう議論だったと思います。

○西原政好委員

そうですね。修練施設Bでも30例以上、Aだと50例以上なので、沖縄県内にその施設をつくっていこうと考えたら、30例以上が必要になってくると思うんですが。

そこを目指していって、若手の高度技能専門医をやっぱりトライしていくような体制を取らないと、それがまさに肝胆膵においては集約化かなと思うので。

○伊江将史 医療部会長

それは段階的に引き上げていくことになるのではないかと思います。

○高槻議長代理

ありがとうございます。皆さんおっしゃるとおり、今、沖縄に認定施設が3施設、そこに限定されるような形にするけど、今のところ、ちょっと広げておいて、人材育成ということとも多分あると思いますので。

ただ、おっしゃるとおりで、食道がんもそうなんですが、手術に関しては、消化器がん領域ではかなり高難度で、ICUとかもちゃんと整備しているようなところでやるべきがんだと思っていますので、ここはもう本当にぎゅっと集約すべきがんだとは思いますけど、先ほど伊江先生がおっしゃったとおりで、ワーキングではそういう議論になったとい

うことだと思いますね。ここは段階的ということかと思いました。

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す。

続きまして肺がんですね。よろしくお願ひします。

○伊江将史 医療部会長

まず学会の認定は、日本呼吸器学会認定施設であること、呼吸器外科専門医合同委員会認定修練施設（基幹施設）または（関連施設）であること、あと気管支鏡専門医が1名以上いること。次回改定時には日本呼吸器内視鏡学会認定施設または関連認定施設に差し替えることを検討いたします。また、日本内視鏡外科学会技術認定取得者が常勤で1名以上いること。日本放射線腫瘍学会認定施設であることとしております。次回改定時に関しては、認定施設AまたはBにするかを検討いたします。また、以下に関しては同一の文言となっております。日本臨床腫瘍学会に関しての文言も同一の内容となっております。

外科的治療に関しては、前回が手術が年24例以上だったのに対して、50例以上に引き上げております。

放射線療法に関しては年12例以上となっております。

薬物療法に関しては、前回18例以上に対して、今回は年24例以上に引き上げております。②～④番は同一の内容となっております。

肺がんに関しては、前回、新規治療を年50例以上やることと入っていたんですが、今回、第8次にはこちらは削除しております。

肺がんに関して、審議のほうをよろしくお願ひいたします。

○高槻議長代理

いかがでしょうか。肺がんですね。全国的に急増しているがんの1つだと思います。沖縄も多いと思います。外科なので手術の話をしてしまうのですが、50例、これもまあまあハードルが高いのではないかと思ってしまうのですが、ワーキングで決めた内容ですからいいんですけど。

前回は確か、大学は外れていたんですよね、肺がん。これはワーキングでちゃんと決めたことなので、繰り返しますけど、異論はないんですが、僕は大学一極で集約とは全く考えていないくて、それはいいんですけど、外れてしまうのはやはり特定機能病院でもありますし、薬物もあって、これから集約的治療となったときに、そこは意見としてはちょっと

ありますけどね。一応、これをベースで決めていただいていいとは思います。手術が50といういのは結構ハードルが高い気はいたします。

ほかはいかがでしょうか。よろしいですか。ありがとうございます。肺がんをお認めいただいたということで、次は骨・軟部腫瘍ですね。

○伊江将史 医療部会長

骨・軟部腫瘍ですね。ページは10ページになります。

学会の認定に関しましては、日本整形外科学会、骨・軟部腫瘍認定医が常勤で1名以上、日本放射線腫瘍学会認定施設であること、常勤の放射線治療専門放射線技師が1名以上、常勤のがん放射線療法看護認定看護師またはがん看護専門看護師が1名以上いること。次回改定時には認定施設AまたはBにするかを検討いたします。また、日本臨床腫瘍学会の基幹施設であることとしております。

外科的治療に関しては手術が年24例以上、放射線療法に関しては年6例以上でIMRTが提供できることとしております。薬物療法に関しては年12例以上で、②～④番は同一の文言となっております。

こちらは第8次に新たに選定要件を設定しておりますので、新規の案件となっております。審議のほうをよろしくお願ひいたします。

○高槻議長代理

いかがでしょうか。よろしいでしょうか。骨・軟部腫瘍ですね。お認めいただいたということにいたします。

続きまして難治性皮膚がんの選定ですね。お願いします。

○伊江将史 医療部会長

ページは11です。難治性皮膚がんの選定要件ですが、学会の認定は日本皮膚科学会主研修施設であること、日本放射線腫瘍学会認定施設であること、常勤の放射線治療専門放射線技師が1名以上、③番、常勤のがん放射線療法看護認定看護師またはがん看護専門看護師が1名以上いることとなっております。また、日本臨床腫瘍学会の基幹施設となっております。

外科的治療に関しては手術が年50例以上、放射線療法に関しては年6例以上で、IMR

Tを提供できることとなっております。薬物療法は年6例以上、②～④番は同一の文言となっております。

こちらに関して審議のほうをよろしくお願ひいたします。

○高槻議長代理

ありがとうございます。いかがでしょうか。もう消化器が終わったので、僕もあんまりコメントがなくなってきたが、よろしいですか。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

1点だけ、「難治性皮膚がんとは何ですか」という話があったので。一応、通常のいわゆる皮膚がんは除いていまして、ここは悪性黒色腫と血管肉腫を主に想定しております。以上です。

○高槻議長代理

ありがとうございます。となると、手術が年50例というのは、いや、僕も全然分からぬんですけど、まあまあかなと思いました。ワーキングで決めたことですから。よろしいですか。

続きまして乳がんですね。よろしくお願ひいたします。

○伊江将史 医療部会長

ページは12です。まず学会の認定ですけれども、日本乳癌学会認定施設であること。次回改定時には日本医学放射線学会の修練機関を追加することを検討いたします。また、日本臨床腫瘍学会に関しても次回改定時に検討いたします。

外科的治療に関しては、手術が年30例以上。前回の計画のときには規定はありませんでしたが、30に引き上げております。

放射線療法に関しても、前回、規定はありませんでしたが、年12例以上に引き上げております。自施設で放射線療法ができない場合は、適切に連携を行うことにより、年12例以上を満たしていることとしております。

薬物療法に関しては年20例以上。ここでの薬物療法は、従来の化学療法のほか、分子標的療法、内分泌療法、免疫療法を含んでおります。②番目に関しては、先ほどの文言

とほぼ同一の内容となっております。

乳がんに関しては以上となっております。審議のほうをよろしくお願ひいたします。

○高槻議長代理

ありがとうございます。乳がんです。これも沖縄でかなり多いがんですね。いかがでしょうか。よろしいですか。お認めいただいたということで、次の婦人科がんですね。よろしくお願ひいたします。

○伊江将史 医療部会長

13ページです。まず学会の認定ですけども、日本婦人科腫瘍学会指定修練施設であること。次回改定時には指定修練施設Aのみにするかを検討いたします。日本放射線腫瘍学会認定施設Cであることとしております。次回改定時には認定施設AまたはBにするかを検討いたします。また日本臨床腫瘍学会に関する追加検討に関しても文言は同じ内容となっております。

外科的治療に関しては、子宮の浸潤がん症例に対する手術が年12例以上。これは前回が6例以上に対して12例と引き上げております。

放射線療法に関しましても年12例以上としておりまして、前回が3例以上に対して引き上げております。

薬物療法に関しましては年12例以上、②～④番は同一の文言となっております。こちらも前回が6例以上に対して、12例と引き上げております。

婦人科がんに関しては以上です。審議のほうをお願いいたします。

○高槻議長代理

ありがとうございます。いかがでしょうか、婦人科がん。子宮頸部・体部がん、卵巣がんですね。よろしいですか。

続きまして泌尿器がん、よろしくお願ひいたします。

○伊江将史 医療部会長

14ページです。まず学会の認定は日本泌尿器科学会専門医教育施設であること、日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会取得者が常勤で1名以上いること。次回改定時には日本泌

尿器内視鏡・ロボティクス学会泌尿器科ロボット支援手術プロクター認定制度による認定取得者が常勤で1名以上を検討いたします。また、日本医学放射線学会修練機関であることとしております。次回改定時の文言は他のがん種に準じております。また、日本臨床腫瘍学会に関する追加検討の文言も同一の内容となっております。

外科的治療に関しては、ロボット手術、腹腔鏡による手術、開腹手術の合計が40例以上としております。これは前回の選定要件のときには6例以上としておりましたが、今回、40例以上と大幅な引き上げを行っております。

放射線療法に関しては年12例以上、②番はIMRTができること、③番はSBRTが提供できること、④番、放射線治療用の吸収性組織スペーサを泌尿器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、または可能な施設へ紹介できる体制を整えていること。自施設が放射線治療をできない場合は、連携を行うことで年12例以上を満たしていることとしております。

薬物療法に関しては、年24例以上としております。これは前回の6例以上に対して大幅な引き上げとなっております。②～④番は同一の文言です。

以上、泌尿器がんに関して審議のほうをよろしくお願ひいたします。

○高槻議長代理

ありがとうございます。泌尿器がんの手術症例数が激増していますね。泌尿器といえばロボット手術というイメージですが、ロボットがない施設もあるでしょうからね。いかがでしょうか。よろしいでしょうか。それではお認めいただいたということで、血液腫瘍分野ですね。よろしくお願ひいたします。

○伊江将史 医療部会長

まず学会認定ですけれども、日本血液学会研修認定施設または研修教育施設であること。次回改定時には日本血液学会研修認定施設のみにすることを検討しております。また、次回改定時には日本造血・免疫細胞療法学会造血細胞移植認定医1名以上、または認定施設を追加することを検討いたします。日本医学放射線学会修練機関であることとしております。次回改定時の文言は同一の内容となっております。日本臨床腫瘍学会に関する追加改定時の文言も同一となっております。

放射線療法に関しては2例以上で、IMRTが提供できること、SRT/SBRT

が提供できることとしております。

薬物療法に関しましては年40例以上で、②～④番は同一の内容となっております。

第7次はほとんど学会の専門医が1名以上の要件に対して、より細かな選定要件（案）が追加されております。審議のほうをよろしくお願ひいたします。

○高槻議長代理

ありがとうございます。血液腫瘍がんですけど、いかがでしょうか。かなり疾患にバリエーションがありそうなところですけど、これでいいんでしょうね。よろしいですか。ありがとうございます。

続きまして小児がんです。よろしくお願ひいたします。

○伊江将史 医療部会長

小児がん、16ページになります。学会の認定は、小児がん連携病院であること、日本小児血液・がん学会小児血液・がん専門医研修施設群の関連施設であること、日本小児外科学会認定施設または教育関連施設Aであること。次回改定時には認定施設のみにすることを検討いたします。日本医学放射線学会修練機関であることとしております。追加改定時の文言は同一の内容となっております。また、日本臨床腫瘍学会の要件に関しても、追加改定時の文言は同一となっております。

外科的治療に関しては手術が年6例以上、放射線療法に関しては年3例以上で、IMRTができること、SRT/SBRTができること。粒子線治療に関しては適切に紹介できる体制を構築していることとしております。

薬物療法に関しましては年12例以上、②～④番は同一の内容となっております。

小児がん分野に関して、審議のほうをよろしくお願ひいたします。

○高槻議長代理

ありがとうございます。小児がん、これもかなりバリエーションがありそうですけど。よろしいでしょうか。ありがとうございます。

それではAYA世代、お願いします。

○伊江将史 医療部会長

A Y A世代に関しては他がん種とちょっと異なっていて、支援体制の整理に重点を置いた内容となっております。

まず総合的な支援として、就学、就労、妊娠性の温存、アピアランスケア等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としております。次回改定時には、多職種からなるA Y A世代支援チームを設置していることを検討いたします。

妊娠性温存に関しては、がん・生殖医療ネットワークに加入していること、小児・A Y A世代のがん患者等の妊娠性温存療法研究促進事業へ参画していること、妊娠性温存について、患者や家族には必ず治療開始前に情報提供をしていることとしております。

就労支援に関しては、産業保健総合支援センターと連携して、仕事と治療の両立支援を行っていること。沖縄県社会保険労務士会と連携して、仕事と治療の両立支援を行っていること。

症例数に関してはA Y A世代のがん治療の件数が年24例以上あることとなっております。

A Y A世代について、審議のほうをよろしくお願ひいたします。

○高槻議長代理

ありがとうございます。これも世代の話ですから、ちょっと話が別な気がしますが、いかがでしょうか。どうぞ、玉城先生。

○玉城研太朗（田名穀委員代理 沖縄県医師会）

これはどうやって拾い上げるんですか。

○高槻議長代理

そうなんですよ。A Y A世代のがんという定義がそもそも。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

症例数に関しては、院内がん登録の症例数で拾い上げが可能になります。あとはそれぞれアンケート調査を行って拾い上げる形になるのかなと思います。

○高槻議長代理

なかなか難しいですよね。多分、発症時なのか、治療時なのかという話になってきますよね。取りあえずよろしいですか。確かに、キーワードとしては非常に重要なキーワードなので。よろしいですか。

続きまして希少がん分野ですね。よろしくお願ひいたします。

○伊江将史 医療部会長

ページ18です。学会認定は日本放射線腫瘍学会の認定施設であることです。次回改定時には、認定施設AまたはBにするかを検討いたします。以下の文言は同一の内容となっております。日本臨床腫瘍学会基幹施設または認定施設であることとしております。

放射線療法に関しては年200例以上、これは全てのがんを対象とする症例数が200例以上としております。

薬物療法に関しましても年500例以上、これも全てのがんを対象とした症例数となっております。②番から④番は同一の内容です。

希少がんに関して、審議のほうをよろしくお願ひいたします。

○高槻議長代理

いかがでしょうか。希少がんも難しい。原発不明がんとかも入る感じですか。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

原発不明がんとの問い合わせに関しては結構、微妙なところで、原発不明がん自体の割合はかなり多いので、希少がんとは単純には言えない部分があるかと思います。それ以外、もっとマイナーながんのことを想定していて、沖縄県で年10例以下のようながんを想定しております。実際には人口10万人当たり 6 例未満のがんを希少がんと日本では定義づけていますので、そこに当たるがんを想定しております。

○高槻議長代理

ありがとうございます。希少なのに放射線200例以上というのがあまりピンとこないですが。よろしいですか。取りあえずこれで進めるという形で。ありがとうございます。

最後、20番目、遺伝性腫瘍の選定要件ですね。お願ひいたします。

○伊江将史 医療部会長

こちらも支援体制に関してですけれども、遺伝性腫瘍を罹患した患者（疑いも含む）方に対するカウンセリングを含むサポート体制が組織的に行われていることとしております。

学会の認定としましては、日本人類遺伝学会認定研修施設、日本遺伝性腫瘍学会遺伝性腫瘍専門医が常勤で1名以上いることとしております。次回改定時には日本遺伝性腫瘍学会研修施設を追加することを検討いたします。

治療症例に関しては遺伝性腫瘍に対する治療が年3例以上あることとしております。

カウンセリング件数は、遺伝性腫瘍、疑いもある方に対するカウンセリングが年12例以上あることとしております。

遺伝性腫瘍に関して、審議のほうをよろしくお願ひいたします。

○高槻議長代理

最後、20番目の遺伝性腫瘍ですが、いかがでしょうか。これもほかのところと何かオーバーラップすることが多いような感じがいたしますね。よろしいですか。それではお認めいただいたということにいたします。ありがとうございます。

それでは20のがんをしていたので、ちょっと時間がかかりましたが、続きまして審議事項第3号議案の提案をベンチマーク部会長の増田先生、お願ひいたします。

3. 「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のほうをご覧ください。先ほどの最後のページの次のページからになるんですが、資料10、469ページからになります。

1枚めくっていただきまして、何度かお目にかけている図なんですが、分担を示しています。青い文字に注目していただいて、がんの予防とがん検診は、原則としては本連携協議会の所掌外となっております。

がん医療提供体制につきましては医療部会の所掌、次の471ページに進んでいただいて、緩和・支持療法のうちの緩和ケアと在宅医療に関しては緩和ケア・在宅医療部会、リハビ

リテーションと支持療法に関しては医療部会、妊娠性温存療法に関しては小児・AYA部会の所掌となっております。

個別のがん対策に関しましては、①の希少がんと②の難治性がんは医療部会の所掌、③の小児がんと④のAYA世代のがんは小児・AYA部会の所掌となっております。ここに全て、一番右の列が分野別のアウトカム、隣の左のところが個別のものに対しての中間アウトカムになっております。また、戻りまして⑤高齢者のがんは医療部会、離島・へき地に関しては離島・へき地部会が所掌しております。

最後のページなんですが、共生分野に関しましては、相談支援、②情報提供、③デジタル化、④⑤の就労支援の医療機関側、職場側、⑥のアピアランスケアに関しては情報提供・相談支援部会、⑦の自殺対策に関しては緩和ケア・在宅医療部会、⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭に関しては情報提供・相談支援部会の所掌となっております。

基盤では①の研究の推進、②の人材育成の強化、③のがん教育及びがんに関する知識の普及啓発は連携協議会が直接所掌、④がん登録の利活用の推進はベンチマーク部会、⑤の患者・市民参画の推進は連携協議会の直接所掌となっております。

次からが協議会版のロジックモデルを使いましたがん計画についてなんですが、最初は予防と検診になっておりますので、少し進んでいっていただいて、がん医療提供体制のところでいうと478ページ、5枚ほど進んでいただきますとそのページになっております。478ページです。

ここに、一番右の分野アウトカムなんですが、がん医療提供体制の全体の分野アウトカムは「がん診療の質の向上と均てん化が行われ、患者に提供できている」ということで、それに対する指標を大きく4つ設けておりまして、1つ目ががん種別の5年生存率、あと残り3つは患者体験調査となっております。ここで沖縄県と全国値のデータがそれぞれ入っておりますのでご覧ください。

今日は時間の関係上、先ほど埴岡先生からざっくりとした今後の方針等も示唆するようなお話もありましたので、今後、今のもうちちょっと左めを映していただいて、中間アウトカムのところなんですが、例えば「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」というのが中間アウトカムとして、それに対して指標が幾つかあります。患者体験調査では「担当した医師ががんについて十分な知識や経験を持っていたと思う患者の割合」とか「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が得られた患者の割合」とか、いろいろ書いてありますので、今後、次回の本協議会において、そのデータにつきましてベンチマーク部会のほうで検討して、少しサマライズはしますが、出てくるデータを比較検討して中間評価を行っていく予定ですので、また次回、本格的な論議をお願いしたいと思っております。

私のほうからは取りあえずそういう形で、今後についての方針ということでお話をさせていただきました。時間の関係で以上です。

○高槻議長代理

増田先生、ありがとうございました。これは一応、審議事項になっているんですけど。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

特に今日は時間の関係で。

○高槻議長代理

これは難しいですね。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

次回からは中間評価という形で各分野ごとに、今こういう状況です。今現在、うまくいっている、うまくいっていないも含めて、皆さんに取りあえずはベンチマーク部会でざっくりとした粗々のことを出しますので、またそれぞれ個別の案件につきまして提示しますのでご審議をいただきたいということです。

最終的には来年度の半ばまでに中間評価の報告書をつくって、連携協議会として沖縄県のほうに提案書という形で、前回もそうだったんですが、報告をさせていただいて、県の中間評価にも役立ててもらおうという段取りになっておりますので、それにつきましては皆さん、よろしいでしょうか。

○高槻議長代理

よろしいですよね。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

ありがとうございます。

○高槻議長代理

いや、これは個別にいろいろデータを見たら興味深いんですけど、これは今後、またちょっとまとめていただいてということですね。それが最終的に現場に反映されるのはどんな感じになるんですか。

○増田昌人 ベンチマーク部会長

次回は個別にいきますので、例えばあるAというがん種の5年生存率がめちゃくちゃ低いとか悪くなっているということがあつたら、個別に抜き書きをして、全体としての評価はしますけど、それだと多分、一つ一つが薄まってしまうと思いますので、例えば5つぐらいの最重要案件につきましては提案書という形で出すか、評価書みたいな形で出すようになるようなつもりでベンチマーク部会としては考えております。

○高槻議長代理

ありがとうございます。かなり差があるところもあるから、そこはもう集約すべきとかそういう話になってくるわけですね。いかがでしょうか。よろしいでしょうか。増田先生、ありがとうございました。

その他、審議事項はございますでしょうか。よろしいですか。

それでは一旦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。今、僕のiPadの時計が3時59分になっていますので4時10分からにいたしましょうか。よろしいでしょうか。また4時10分にご参集くださいますよう、お願ひいたします。一旦休憩に入ります。

(休 憩)

○高槻議長代理

時間となりましたので続けさせていただきます。

これより報告事項に入ります。報告事項1について増田先生、お願ひします。

報告事項

1. 今年度協議会の審議事項のその後について

○増田昌人委員

iPadの資料11、495ページをご覧ください。報告事項の1番で、今年度の連携協議会の審議事項のその後についてということになります。ここにあります青色がその審議事項になります。第1回が5月9日開催になっておりまして、審議事項1は、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、これは主に審議というよりは進捗状況の報告だけとなりましたので、特にその後の進捗はありません。

審議事項2は、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、各ものを担保するということになりました。具体的には、診断に関しては全てのがんの診断ができるようになるということ。2番目、治療に関しましては最低限というレベルは、胃がんと大腸がんは絶対確保すると、それ以外に関しましてはそのときの状況に応じてということを決議いたしました。

それに対しまして天野委員から、各地域で実際に医療を受ける患者さんやご家族の方の理解を得るために患者会に個別に説明が必要だったり、そこら辺の対応をということになりました。それを受けまして、7月のことは前回ここでお話ししたのですが、8月には北部に引き続きまして宮古医療圏におきまして、まずは行政をお訪ねして市長代理の砂川副市长と市民生活部長の4人の担当者に対しまして2時間ぐらい説明しております。

その後、患者会の代表者とお会いして説明を行い、一般市民向けの講演会でまさに集約化と均てん化及び予算化、それぞれにつきましてお話をさせていただいて、今後、宮古医療圏ではこういう形でがん医療が進んでいくことを説明させていただきました。

今月21日と22日には、石垣市で選挙があったので遅れましたが、石垣市でも同様の説明会を予定しております。市長にお会いして直接お話をします。

次に、審議事項3のがん診療を行う医療施設の、今日最終的な審議をしていただきましたが、そこでのご意見をということで天野委員からのご意見を頂戴したり、幾つかあったもので、それは委員の意見どおりの修正を行っております。また、松永委員から途中、議論の経過等もありましたが、胃がんの手術に関して12例だったんだけど、日本消化器学会からの資料では30例以上というところがあったんだけどというお話があったので、胃がんワーキングで検討中であるということです。この後、少し進展があって、12だったものを15に増やして、今日再提出してご承認をいただいたところです。

あとは、戸板委員から日本放射線腫瘍学会の認定施設Cとわざわざ記載しなくても認定施設だけでいいんじゃないかということで、そのとおりに修正しております。

審議事項4は、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、原案どおり承認されまして、その後、各制度を導入していない34市町村に対して依頼文書を送付しております。

2番目が玉城先生から、メディアを入れて発信したほうがいいのではないかとの意見がありますが、小児・AYA部会で検討予定でして、なるべくその方向で発信をしていこうと思っております。

また、個別の新聞社、琉球新報及び沖縄タイムスに関しましては、県庁記者クラブのほうでこういう事項が決議されて、できましたらやっていない34市町村に対してもメディアのほうできちんと出してほしいということは、新聞社2社には申し入れてありますが、テレビやラジオもありますので、それについては小児・AYA部会において検討中なので、なるべく年内にはどうにかしたいと考えております。

次に8月1日開催、前回の第2回連携協議会ですが、審議事項1は今日と同じ、集約化と分散化の話でありまして、報告に関しまして、報告の検討会の概要や審議事項の今後の方針、見直し期間の短縮までは特に修正意見はございませんでした。ただ、選定された医療機関に患者を集約するために行うことということで、天野委員から、これだけだとイメージがわかないでの、広島県がん医療ネットワークの模式図等を参考に分かりやすい周知、例えばホームページの改訂をするとか、という話がありましたので、検討中ではありますが、後ろのほうに広島県がん医療ネットワークのホームページのものを入れておりますのでご参考にお願いいたします。

西原委員からは、離島のがん外科医療を、がんだけではなく救急医療や非がん患者に対する外科医療も含めて、今後も広く議論をしていってほしいというご意見がありましたので、これは今後、医療部会と離島・へき地部会で議論を継続する予定です。

あとは、田名委員代理の玉城医師からは、医師会の今後の報告があったということなので、これに関しましては、その報告は医療部会と離島・へき地部会で、次の部会で改めて報告するようにしております。

審議が、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は、臨床試験のことがありましたが、臨床試験の項目を追加しております。

あとは、審議事項に関しましては、平良委員とオブザーバー参加の銘苅小児・AYA部会副部会長からのご意見に関しましては、検討した上で協議、それを修正したものを載せておりまして、今日ご承認をいただいております。

あとは、がん計画の連携協議会の進捗状況につきましては、特にその時点では報告だけになったので審議事項はありませんでしたので対応が特にありませんでした。一応、そのほかについてはある程度は対応できているのではないかと考えております。私から報告は以上です。

○高槻議長代理

増田先生、ありがとうございました。報告ということですよね。いかがでしょうか。本日審議していただいた内容、その他あったと思います。よろしいですか。

続きまして、報告事項2は患者会からの報告です。島袋委員、ご報告をお願いいたします。

2. 患者会よりの報告

(1) 島袋委員

○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から来ました島袋です。活動報告をさせていただきます。しおりの資料12-1、515ページをご覧ください。

活動内容といたしまして、定期的な患者会、InstagramやFacebookの更新、イベントの参加等を行っています。患者会は約2時間ほどの枠で開催していますが、皆さん時間が少し物足りないようで、患者会がもともと少人数ということもありますし、最近では患者会とは別で声を掛け合ってお食事に行ったり、お食事の後にドライブしてお出かけしたりなど、患者さん同士で交流することが増えました。ま

また、今の時期はリレー・フォー・ライフの準備期間で、今年も患者会として参加予定ですが、今年はちょっと事情がございまして、ブースをお借りしての参加を今回見合わせていただき、会場のほうで小さなゆんたく会をやりましょうということになりました。

リレー・フォー・ライフのイベントは明日開催なのですが、患者会の枠を超えていろいろな方と交流できる機会になっていくので楽しみながら参加したいと思います。以上です。

○高槻議長代理

ありがとうございました。いろいろ活動されるということですが、若年性がんは年齢制

限はあるんでしょうか。先ほどAYA世代の話が出ましたが。

○島袋希美委員

私どものがん患者会には20代から40代ということで男女共募集しております。がん種も問わず、問合せがあればぜひ参加していただいております。

○高槻議長代理

ありがとうございます。いかがでしょうか。よろしいですか。引き続き活動をいただきたいと思います。

続きまして、与儀委員、よろしくお願ひします。

(2) 与儀委員

○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。

私たちぴんく・ぱんさあは、15年にわたって続けてきましたぴんく・ぱんさありボンズハウスを10月31日で終了しました。10月に入ると連日、懐かしい大勢の方々が来てくださいましたが、今では中の片付けをしながら明日のリレー・フォー・ライフと、それから11月15日・土曜日、乳がん検診啓発活動、ピンクリボンカーニバルinイオン那覇を開催することが決まっておりまして、それに向けての準備をしているところです。

前回、お話をさせていただきました女性のゆんたく会の開催ですが、8月27日の水曜日、ぴんく・ぱんさあの北部に住むメンバー、ピンクリボンアドバイザーとピアサポートー5名と名護で打合せをしました。今後は北部の患者会いっぽいっぽの会と一緒にぴんく・ぱんさあの活動をさせてもらいたいと話をしたところ、11月12日に北部医師会病院でゆんたく会を開催するというお話をありました。

最初は女性だけと聞いていたのですが、何かチラシに書かれていたので問合せたところ、男性も女性も今回は参加できるようなゆんたく会にしたいということでした。私も12日には参加してまたみんなでどうしていこうかということなどいろいろ話をしていきたいと思っています。

来年3月、ぴんく・ぱんさあと北部での市民公開講座も検討していますので、そのことも一緒に進めていただきたいということで話をていきたいと思っています。

あと、認定NPO法人乳房健康研究会主催のピンクリボンウォーク2025の取り組みです。認定NPO法人乳房健康研究会設立25周年記念イベントが9月23日、がん研有明病院吉田富三記念講堂で開催され、ピンクリボンアドバイザーのメンバーと一緒に参加してきました。その内容は、ピンクリボンアドバイザーアニュアルミーティングと、それから25周年記念シンポジウム、そしてピンクリボンウォークスタートセレモニーで、その前にピンクリボンウォーク2025は、リーダーズミーティングがZOOMであります、毎年開催しているミニウォーク＆ランフォーブレストケアを北海道から沖縄までみんなで取り組みたいという説明がありました。

そこで沖縄の私たちも宮古の乳がん患者会まんま宮古、また石垣の乳がん患者会ナネースロウのメンバーとZOOMでいろいろ話し合いをしました。宮古は10月12日(日)16時30分から18時まで、パインガマ海空すこやか公園で、そして石垣は10月12日(日)10時から12時まで、舟蔵公園でピンクリボンウォークを開催することが決定し、これを実施しました。どちらも天気に恵まれ、また多くの方々の応援を得て楽しく開催できたという報告をいただきました。

今後、私たちの拠点としてきたサロンはなくなるのですが、これからどうなるんですかということでいろいろ質問を受けていますですが、私たちの患者会の活動はこれからも継続してまいりますので、1つは今までホームページだったんですが、それをインスタに変えて、早い情報の発信、それから10月から毎週金曜日、19時30分、宜野湾市FMでラジオ番組「ピンクリボンタイム」を放送しています。また、いろいろな情報を発信していきたいと思っています。以上で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。

○高槻議長代理

与儀委員からでした。ありがとうございました。いかがでしょうか。

ピンク・ぱんさあのメンバーは何人ぐらいいらっしゃいますか。

○与儀淑恵委員

私たちは法人化していないくて、がんの患者さんに声をかけてきた方は、みんな患者会ですよというスタンスでやっています。名簿化等はしていないのですが、一応、グループLINEは60数名います。大体58名、59名は既読になりますので、皆さん見てくださっていると思っています。

○高槻議長代理

基本的には患者さん。

○与儀淑恵委員

はい、全部患者さんです。

○高槻議長代理

分かりました。まんま宮古とかナネーズスロウの方は別の組ですか。

○与儀淑恵委員

はい、そうです。私たちもいろいろ応援してもらひながらびんく・ぱんさあの活動をしていただいて、また私たちも宮古、石垣のメンバーのお手伝いをさせていただきながら、一緒に情報発信をしていく活動をしています。

○高槻議長代理

ありがとうございました。いかがでしょうか。引き続き活動をいただけると思います。
続きまして、又吉委員、お願ひいたします。

(3) 又吉委員

○又吉賢弘委員（がん経験者）

517ページから代理の者がお話しします。

(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。このタイトル画面は今後も継続します。

次のスライドをお願いします。沖縄県ホームページの健康経営の推進サイトからリーフレット、うちなー健康経営宣言をご紹介します。がんの2文字を単語検索すると、2個ヒットしましたが、単語「がんじゅう」の一部でした。がんの話は皆無です。

次のスライドをお願いします。沖縄県令和5年人口動態統計の概況から主な死因の死亡率の年次推移です。がんの死亡率は令和5年までの29年間で1.5倍に増加し、令和5年デー

タでは心疾患の1.7倍です。前回の報告でがん全部位75歳未満年齢調整死亡率を提示して、過去5年間のデータでは、沖縄の男女とも全国値より高く、今後の逆転も想定できないとしました。

3大死因の中でも就労世代のがん対策は急務であり、健康経営の筆頭に捉えるべきです。しかし、うちなー健康経営戦略では意識的かどうかは不明ですが、忘れ去られています。2つの相反する事実が県のホームページに共存していることを私は全く理解できません。協定締結機関として県医師会も確認できますが、この状況を関係者はどのように解釈しているのでしょうか。

次のスライドをお願いします。今回の切り口は医療費です。e-Stat(政府統計の総合窓口)、厚労省・医療給付実態調査について都道府県別、年齢階級別、疾病分類別の医療費を検索すると、国保と後期高齢のみ報告があり、被用者保険のデータは存在しません。年代別の比較は必須なので、国保と後期高齢のみ集計しました。上の段は3大死因ごとの1人当たり医療費を40~59歳、60~74歳、75歳以上の3グループに分け、6年間のデータを比較しました。

Ⅱ新生物はICDコードのC00-D48が対象で、この後に述べる全国がん登録のデータについては、上皮内がんも含めました。75歳未満の循環器系の医療費は死亡率1位、新生物の1.5倍程度、75歳以上については約3倍の結果でした。下の段は、平均寿命上位5県及び全国平均と沖縄の7グループについて、新生物による医療費の比較です。沖縄のがん医療費は、いずれの年代でも全国平均及び長野県より低い結果です。死亡率が高いと医療費は低くなると見えてします。

沖縄はがん検診の受診率が低い進行がんが増える、したがって医療費が高くなる。そういう状況を想定していましたが、逆の結果です。40~59歳の島根の2022年データは落ち込んでいますが、確認済みです。

次のスライドをお願いします。前のスライドの続きです。上の段は循環器系の医療費です。沖縄県は3つの年齢層全てで最も高く、40~59歳で20%強、60~74歳で20%弱、75歳以上で15%程度、全国平均より高くなっています。下の段は神経系の医療費で、75歳以上の医療費は全国平均より40%程度高くなっています。40~59歳の島根県のデータが浮いていますが、6個の数値を確認しています。

次のスライドをお願いします。厚労省医療保健データベースの医療給付実態調査のサイトを表示しました。調査の目的として、受診状況、年齢別、疾病分類別とさまざまな切り

口から観察とありますが、年齢別については集計方法が保険種によって異なります。調査事項に受診者の性別の表示がありますが、報告はありません。調査の概要の説明とe-Statのデータは整合性がなく、意図的なものを感じます。

次のスライドをお願いします。1人当たり年齢調整後、医療費の疾病分類別内訳からがんに関する医療費の経年変化です。医療給付実態調査のサブ項目として、医療費の地域差分析があり、そのサイトに存在する2018～2023年の電算処理分の基礎データについて集計しました。このデータはe-Statには掲載されていません。スライドに表示のe-Statの部分を削除すべきでした。

グラフタイトルに全制度計の表示があります。医療費の地域差分析は、都道府県別、疾患分類別の医療費データの報告がありますが、疾病分類別かつ年代別のデータはありません。また全国平均のデータも存在しません。国保と後期高齢については個別に集計がありますが、被用者保険については国保の報告がありません。なぜでしょうか。協会けんぽを含む全ての保険種のデータを全制度計として集計されていて、75歳以上の後期高齢のデータも含まれます。その経年変化を比較しました。

先ほどの国保、後期高齢のデータと同様で、長野県よりも低い結果で、2023年データでは長野県よりも1割ほど低い。比較のため、全年齢を対象とした年齢調整死亡率のデータを検索しましたが、確認できませんでした。やむを得ず、がん情報サービス、都道府県別、がん死亡データ、1995年から2023年の悪性新生物男女計、75歳未満年齢調整死亡率、人口10万台、都道府県順位と比較しました。

2023年の順位で見ると、長野県は死亡率が最も少なく、沖縄はわずかに近い42位です。

1位の長野より42位の沖縄のほうが医療費では1割低い結果です。

次のスライドをお願いします。e-Stat全国がん登録のデータから発見緯の経年データの比較です。最も高率の長野県と全国平均の差は1.5%程度で、沖縄はその中間を推移しています。

次のスライドをお願いします。同様に全国がん登録の治療前がん進展度から上皮内+限局の割合を比較しました。沖縄は長野県のデータより4ポイント程度低い値で推移しています。先ほどの発見経緯ではあまり差が見られませんが、発見時の進展度では差があり、早期発見の視点から見ると、沖縄は長野より成績が悪いといえ、死亡率の差として表現されているかもしれません。

医療給付実態調査の残りの項目、診療日数については次回報告の予定です。その際、協

会けんぽ、独自の報告データ及び都道府県別2014～2015年5年生存率集計も参考にしたいと考えています。

以上で本日の報告を終わります。

(動画再生終了)

以上です。どうもありがとうございました。

○高槻議長代理

ありがとうございました。医療給付実態調査のデータからいろいろ問題点と…。

○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）

八重山のがん患者を支援するやいまゆんたく会の田盛と申します。皆さんお疲れさまです。事前に患者会の報告を提出することはできなかったものですから、本日この場で私、追加して報告させていただいてもよろしいでしょうか。

○高槻議長代理

どうぞ。

○田盛亜紀子委員

お願いいいたします。

石垣市において治療のできない難病、特にがん患者さんを対象としまして、10月の第2土曜日、私たちは毎月の定例会が第2土曜日ですが、10月の定例会におきまして、石垣市において治療のできない難病、特にがん患者さんを対象に、島外での渡航費、例えば沖縄本島や本土に出向いて治療するときの渡航費と宿泊費の支援についての学習会を行いました。皆さん旅費がかかる、地元では治療できないんですけれども、島外に出たときに旅費がかかるものですから、そういう学習会をすることにおきまして、皆さんご自分で旅費を負担しなくとも、宿泊費を負担しなくても治療ができるんだという学習会はとても役に立ったと思っております。以上、ご報告をいたします。

○高槻議長代理

ありがとうございました。重要なことですよね。集約化を考えたときにはそこまでの何

らか仕組みをつくったほうがいいと思います。確かに。

いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

報告事項3について増田委員より報告をお願いします。どういうことですか。

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

では、増田のほうからまず総論の話をして、琉球大学病院の取り組みについてお話をします。

先ほど患者会の方からお話があったリレー・フォー・ライフですが、スマートフォンを持っている方は「リレー・フォー・ライフおきなわ」と入れていただくと沖縄県のイベントの様子が分かります。リレー・フォー・ライフは47都道府県で展開しているものではあるのですが。

具体的には11月8日・土曜日、15時から翌日の9日・日曜日、10時まで沖縄大学でリレー・フォー・ライフのイベントがあります。これは始まって10年以上、年に1回やっているもので、もともとはアメリカのお医者さんが24時間歩き続けて、その間、寄附を募ってがん患者さんのために寄附を行ったというものに基づいていまして、日本では日本対がん協会が後ろ盾となって展開しているのと、プラス朝日新聞社がいろんな資金面でも補助をしているということで、沖縄県の場合は始まって十数年たっております。

繰り返しになりますが、明日、沖縄大学でリレー・フォー・ライフのイベントがありますので、午後3時から翌日の日曜日まで、簡単にいいますと夜通し、がん患者さんやそのご家族やご遺族が集まりまして、グラウンドをリレーして24時間、ないしはそれに近い時間を歩いて、その間にいろんな人が集まって寄附をするものだったり、それに類縁して患者さんの相談会ですか、いろんな展示ですか、コンサートですか、そういうイベントをしておりますのでぜひご参加をいただければと思います。

連携協議会としましては、情報提供・相談支援部会が毎年、出店をしておりまして、患者さんのご相談やいろんな情報提供をしております。また、沖縄県の統括相談支援センターでも毎年、イベントに参加しておりますので、もしよろしければご参加をいただければ

と思います。「リレー・フォー・ライフ・ジャパンおきなわ」と入れていただくとそのホームページに出ますのでよろしくお願ひいたします。

では、報告事項3の各拠点病院が取り組んでいるがん対策について、資料13-1、526ページをご覧ください。

先ほどのロジックモデルが出てまいりますが、それぞれ各病院がどのロジックモデルのどこに当たるのかを示しているがん計画になっておりまして、例えば532ページまで進んでいただきますと、がん医療提供体制のページになっております。そこで一番左の列は個別施策を記載しておりますが、そのうちの赤で書いてあるのが個別施策、一番左上ですと赤で、「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」ということで、関連して宮古病院はこの施策に沿った事業をしております。

その下、1-2「施設同士及び施設とそれ以外の医療機関等の連携を行う」ということで、これは北部地区医師会病院、宮古病院、八重山病院が事業を展開しております。その下の1-3「全ての医療機関において患者に対するICを適切に実施する」では、北部と宮古ということになっておりまして、このような形でそのロジックモデル上に該当する部署の個別施策を赤で、その事業を行っている6病院のうちの名前を青で示していますので、それぞれご参考にしていただければと思います。

次に、資料13-2、552ページに飛んでいただきまして、琉球大学病院でやっている事業は、ここに書いてあるとおりです。時間の関係もありますので細かくは述べませんが、がんに関連する幾つかの院内マニュアルを改訂しております。特に免疫チェックポイント阻害薬に関するマニュアルがありますが、その改訂と、特にその後の副作用が出たときの免疫治療に関して検討を進めているところです。私からは以上です。

○高槻議長代理

それでは、北部地区医師会。

②北部地区医師会病院

○諸喜田林委員（北部地区医師会病院 病院長）

諸喜田が報告します。554ページをお願いします。

かいつまんでお話ししますが、がんの予防に関しては、一番下に赤字で書いてあります
が、県立北部病院の産婦人科の仲村先生からHPVワクチンの研修会を開催していただき

ました。3番のがん医療提供体制です。以前もお話ししましたが、来年1月に胸部外科の医師が着任予定で、内視鏡下の肺がんの手術を含めた肺がんの手術が可能になる予定です。あとは、非常勤で琉大の腫瘍内科の先生との外来を検討、継続中でございます。

次のページをお願いします。緩和・支持療法のほうで緩和ケア研修会を今月の22日を開催する予定となっております。個別のがん対策や共生、基盤も資格者の研修会等を実施、計画をしておりますのでよろしくお願ひいたします。以上です。

○高槻議長代理

諸喜田先生ありがとうございました。いかがでしょうか。よろしいでしょうか。
続きまして県立中部病院、よろしくお願ひいたします。

③沖縄県立中部病院

○戸板孝文委員（県立中部病院 放射線治療科部長）

県立中部病院の戸板から報告いたします。

中部病院に関しては3.がん医療提供体制のところで、前回も報告いたしましたが、放射線治療を再開いたしまして順調に進んでおります。がんの遺伝子パネル検査に関しては、今年度は他施設からの出件数は増加するのがひとつの目標なのですが、昨年は6例、院内からあったのですが、今年度も既に5件あるということで、あと、近隣の病院以外にも離島、宮古・八重山からの依頼もあります。ということで今後も引き続き件数の増加を目指していくということです。

緩和・支持療法のところでは、ここに書かれていますように、八重山病院と共に開催の緩和研究会を9月に開催いたしました。

557ページですが、個別のがん対策ということで、引き続き離島のグループ指定のがん診療病院、宮古・八重山、北部地区の県立北部病院を加えた3病院への連携を進めていきたいと思います。中部病院からは以上です。

○高槻議長代理

戸板先生ありがとうございました。遺伝子パネル検査の動きがあったと思います。よろしいでしょうか。

続きまして那覇市立病院、お願ひいたします。

④那覇市立病院

○宮里浩委員（那覇市立病院 副院長）

市立病院の宮里が報告します。558ページです。

かいつまんで、うちもがんゲノム医療の強化ということで、医療連携の病院の指定を受けて体制整備をしているところで、来年度の取得を目指しています。それからロボット手術は導入しているのですが、その疾患がどんどん広がっている状況です。それから緩和・支持療法に関しては、妊娠性温存に関して体制をもう少し強化しようということと、それからirAEに関しては、DXを利用してできるだけ患者さんが自己管理できるような形を取り組んでいるところです。

大きなところはそういうところで、詳細は資料を見ていただけるとよろしいかと思います。以上です。

○高槻議長代理

宮里先生ありがとうございました。いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

続きまして県立宮古病院、よろしくお願ひいたします。

⑤沖縄県立宮古病院

○西原政好委員

宮古病院外科の西原です。資料は560ページですが、宮古病院ではがん対策を毎年、肃々と取り組んでおります。最近の問題としましては、今年の7月から中部病院から派遣していただいた血液内科の医師が事情によって勤務できなくなっておりまして、現在、総合診療科の医師が緊急対策として打診しているのですが、来年度以降も派遣の見通しが難しいということです。血液内科の治療再開に向けて各医療機関と調整中です。

宮古病院ではこのような血液内科のみならず、がん治療に携わる医師が慢性的に不足しております、新聞などのメディアにもこの問題を取り上げていただいている。そのことによって島民や行政機関もこのような状況を認識していただいているところで、今後は、先ほどから集約化の話もありますので、がん診療の集約化も含めて時間をかけて島民と共に対策を練っていきたいと考えています。以上です。

○高槻議長代理

西原先生ありがとうございました。宮古病院は離島ですよね。先ほど話がありますように、胃がんのことも考えられているということだったと思います。よろしいでしょうか。

増田先生、どうぞ。

○増田昌人委員

前回、前々回のこの場で、胃がんと大腸がんの治療は絶対やるということと同時に、血液内科と腫瘍内科と放射線治療の専門医の外来も月1回、絶対やるという話でここで決議していますので、それができなくなるのは連携協議会として由々しき問題ではありますので、それに関する今後、離島・へき地部会と医療部会で検討させていただくとともに、中部病院でなんとかできないかという部分と、それが難しい場合は琉球大学病院でなんとかできないかという部分、そこで難しい場合は県内のほかの血液内科医のほうでどうにかできないかということにつきまして、2つの専門部会で検討していきたいと考えています。私からは以上です。

○高槻議長代理

ありがとうございます。血液内科は結構難しいですよね。

続きまして県立八重山病院、お願いいたします。

⑥沖縄県立八重山病院

○與那覇委員（県立八重山病院）

西原先生もおっしゃったように一番の問題は、中部病院から血液内科の先生がいらっしゃっていたのが、諸般の事情が出ているから、もともとはこの先生1人で宮古も北部も全部診ていたので、そういう体制、結局、血液内科だけではないですね。そういうのが多すぎて、その先生がいなくなったら誰もタッチできない。八重山病院としては血液内科の外来はなんとか実施したいと思って、琉球大学ではもちろん教授とかにはお話ししているのですが、なかなか琉球大学も難しい、ほかのどれも難しい。血液内科医、南部医療センターも含めてみんな1人でばっかりやっているところが多いのでなかなか厳しいということで、結局、県立の中でもそういうふうにうまくいかないということで、中頭病院に8ヶ月ぐらいからお願いして月2回、八重山に来ていただいている。

ただこれが万全かと言われるとなかなか、今から関係構築ですが、考えているのは、ＩＣＴを用いていろんなところと相談窓口をつないでおいてやるのがいいかなと思って、中部病院では同じ電子カルテを使っているので、電子カルテの連携でいろんな情報のやり取りができないかと、がん以外の分野でやっているんですね。それが拡張できないかなというのが1つと、沖縄診療ネットワークをしているものですから、そこだと患者さんの同意が得られれば、診療ネットワークには参加施設はかなり多いので、いろんな情報共有ができるので、抗がん剤の治療の内容とか、いろんなものの画像が共有できるので、そういうところでやれば、現地にドクターが来る回数を減らしながらいろいろがんの診療を続けていけないかなと思っています。

もう1つは、経営的な事情で、いろんなところから応援を呼べなくなったりもあって、八重山はたくさんのがんに関してはいろんなところから応援を呼んだりしていたのですが、乳がんに関してはもちろんですが、呼吸器のがんに関しては、県外から呼んだりしていたのですが、それもお金のことも考えてというか、実際に県内の県立病院、中部病院でもこれまでいろいろほかにも頼りにしていたものですから、県外にシフトしていこうかなと考えています。

個別のがん対策はそれぞれいろいろやっていますし、緩和ケアに関しては非常に頑張っていると思いますが、砂川副院長、患者さんのピアサポートとか、少し補足していただけますか。

○砂川綾子委員（県立八重山病院 副院長）

八重山病院の砂川です。患者会のゆんたく会は定期的に開催させていただいている。がん予防に関しては、先月、お仕事説明会を当院で開きましたので、喫煙と肺がん予防ということで開かせていただいている。地域の高校生、学校に出向いてがん患者のタオルの帽子づくりを2校に広げて地域活動を進めております。以上です。

○與那覇委員（県立八重山病院）

もう1点補足。先ほど幹事会でおっしゃったように、我々としても市町村、石垣市、竹富島にも今の現状も、厳しいのは市町村も理解しているのですが、どこまでということが分かっていない。だから本島に通院したり滞在したり、経済的な負担を理解していただいて、今以上に支援していただかないとおかしいかなと我々は思っていますし、患者会の皆

さんの心労、負担も含めて、これはいつも思っているのですが、やはり今できることを精いっぱいやるしかなくて、それ以上のことは市町村に負担ができるだけサポートしてもらって、本島にもっと気軽にと言い方はあれかもしれないけれども、行けるような体制をつくっていただければと思っています。以上です。

○高槻議長代理

ありがとうございます。宮古もそうですし、離島の問題も非常に切実な、あと血液内科も沖縄全体を見ても本当にいないんですよね。私の立場でいろいろ言うことではないのですが、琉大もかなり困っていてなんとかしないといけないと本当に思っているところであります。

玉城先生、どうぞ。

○玉城研太朗（田名毅委員代理　沖縄県医師会）

キーワードの1つに沖縄診療ネットワークを挙げていただきました。診療ネットの担当理事が替わって少し前に進めそうだということで、先月から沖縄診療ネットワークの在り方委員会ということで発足しました。3月までに答申を出して次年度以降の事業を一気に進めていくところなのですが、今お話があったとおり、遠隔地域の特に血液内科ですが、Wi-Fiポイントを解決するようなモダリティに育てていくということで、もしこれがうまくいけば、オンライン診療、オンラインコンサルタント機能、先ほどお話しさせていただいたとおりなのですが、診療ネットワークを介したオンラインコンサルタント機能をどうにか作成できるかなと思っております。

今いただいた宿題を早急に何がしかの見える化をさせていただいて、またこの場でもご紹介をさせていただければと思いますので少々お待ちいただきたいと思います。

○高槻議長代理

ありがとうございます。医師会からのご意見ということですよね。診療ネットワークは非常にいいと思いますが、なかなか使いにくいところもあったりするので、血液内科は確かに遠隔でもやりやすいところでしょうから、そういうところからやっていただくのは確かにいいのかなと思います。

ほかにいかがでしょうか。よろしいですか。

次にいかせていただきますが、報告事項6につきましてはお時間の都合上、紙面報告といたしますので各自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 報告なし
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 報告なし
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32回厚生科学審議会がん登録部会
 - (2) 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
 - (3) 第92回がん対策推進協議会
7. その他

部会報告事項

1. 医療部会 報告なし

○高槻議長代理

部会報告に入ります。まず緩和ケア・在宅医療部会報告を笛良先生からよろしくお願ひいたします。

2. 緩和ケア・在宅医療部会

○笛良剛史 緩和ケア・在宅医療部会長

緩和ケア・在宅医療部会です。資料は144～750ページになっています。部会で審議した内容ですけれども、沖縄県のがん対策推進計画のロジックモデルの中の緩和ケア・在宅医療部会が担当するところについて、増田先生から進捗状況を報告していただいたということと、在宅の部門ではがんじゅうネットの緩和ケアマップに掲載されている在宅緩和ケアを行っている施設を、状況が違ってきてるのでそこを刷新しようと、新しくしようとすることを話しました。

あとは、緩和ケアについては、部会として以前からたびたび話題になっているのですが、がん患者の疼痛のスクリーニング、モニタリングがありまして、患者さんに苦痛がないかどうかを毎日聞くことになっているのですが、現場の看護師さんが実際に患者さんと相対

する、スクリーニングをするのですが、かなりの負担にもなるということもあって、がん拠点病院がスクリーニングするということが要件にもなっているのですが、具体的なやり方の記載がないもので、いろいろ拠点病院と診療病院6病院あるのですが、それぞれかなりやり方が違っていて、琉大病院はかなりきっちり全員の患者さんに毎月行くことをやっているし、ほとんど実際はあまりやっていないところもかなり差があって、これをできたら統一したやり方でやってみたいということで、今いろんな病院に実際はどうされているかをアンケートをとって、どうしようかということを考えているところです。以上です。

○高槻議長代理

笹良先生ありがとうございました。緩和ケア・在宅医療部会です。がん診療としては非常に重要な部分でございますが、ご意見等はございますでしょうか。よろしいですか。

続きまして小児・AYA部会、浜田部会長、お願ひいたします。

3. 小児・AYA部会

○浜田聰 小児・AYA部会長

先ほどもありましたが、沖縄県の若年がん患者支援事業、アピアランス支援事業、在宅療養生活の支援事業ということですが、各自治体はまだ参加の方が少ないということで、今後はメディアを使ってみんなに周知していくこととか、報告をされました。

もう1つは、妊娠性温存療法ワーキンググループという名前で各病院の先生には委員になっていたいただいたのですが、沖縄県がん生殖医療ネットワークという名前に変更となっております。あとは、協議事項として個別のがん対策として長期フォローアップ外来の拡充についてのお話とか、あとはAYA世代の5年生存率とか、専門医を増やすにはどうしていくかという、この辺について皆さんと議論をしているところです。以上です。

4. 離島・へき地部会 報告なし

○高槻議長代理

ありがとうございました。小児・AYA部会です。キーワードとしては非常に重要なところでございますがいかがでしょうか。ご意見等はよろしいですか。

続きまして、情報提供・相談支援部会の報告を奥平副部会長、お願ひいたします。

5. 情報提供・相談支援部会

○奥平藤也 情報提供・相談支援部会副部会長

タブレットの資料では754ページになります。情報提供・相談支援部会の報告をさせていただきます。

9月11日に会議が開かれまして、話し合われた内容の要点だけ報告しますが、協議事項の1番は、今年度、鹿児島のほうで地域相談支援フォーラムが開かれる予定で、それに沖縄県のほうとして取り組みの報告をする予定になっております。次年度におきましては、沖縄県で開催が決まっておりまして、大体12月頃を予定しようかという話が出ましたけれども、具体的なテーマや講師等はこれから協議になりました。

そのほか、話し合われた内容としましては、がんサポートハンドブックの中身につきまして、相談支援センターの場所の案内をもう少し詳しくやったほうがいいのではないかというところの話し合いも出ております。

そのほか、先ほども出ましたけれども、明日のリレー・フォー・ライフの出店に関する話し合いもなされております。そのほかは定例の活動報告で、患者会、患者サロンに関しましては、中南部では開催が定例化していく定着してきているけれども、北部の展開はコロナ禍以降、これからというお話だったり、宮古では社会資源が少ないところもありまして、情報支援に難渋していますという話などがこの9月の会議では話し合われております。報告は以上になります。

○高槻議長代理

ありがとうございました。いかがでしょうか。リレー・フォー・ライフがありましたか、浦添であるんですか。

○増田昌人委員

リレー・フォー・ライフは、以前は10年ほど浦添のてだこ広場でやっていましたが、昨年から沖縄大学でやるようになりました。

○高槻議長代理

実行委員が浦添市になっていた気がするのですが。

○増田昌人委員

実行委員会としては浦添市に置いておりますが、実際に明日からやる場所は沖縄大学になります。

○高槻議長代理

分かりました。よろしいでしょうか。ありがとうございます。

続きまして、ベンチマーク部会の報告を増田先生からお願ひいたします。

6. ベンチマーク部会

○増田昌人委員

最後のページになりまして、758ページ、資料18をご覧ください。

9月に第2回のベンチマーク部会を開催しております。大きく3つあります、1つが医療者調査の中間報告結果が出ましたので、それについて審議をしました。医療者調査は今後、国でもやっていく予定で、実はここのベンチマーク部会のメンバーの何人かが、私も含めて国のコアメンバーでもあるので、国の拠点病院に展開する医療者調査の内容の結果と沖縄県の医療者調査の今後どうしていくかについても相談しているところです。

それと2つ目が、第2回目の市町村調査を行いまして、これは主にがん検診や予防に関して、通常データでは拾えない部分だけ市町村に調査をかけていて、その結果が出ましたのでそれを検討しております。

めくっていただきて、次が医療機関調査で、これも通常の公開データでは出せないもの、具体的にマニュアルを整備していますかとか、そういう話になっておりまして、そういうものは直接医療機関に調査をかけております。その結果が出ましたので、その結果についてみんなで審議をいたしました。今後はベンチマーク部会ではこの連携協議会に提出すべく、1つずつ中間評価について検討を重ねていく予定です。私からは以上です。

○高槻議長代理

増田先生、ありがとうございました。ベンチマークは全体の取りまとめ的な部会だと思いますが、いかがでしょうか。ご意見等はございますでしょうか。よろしいですか。

準備した内容は以上ですが、どなたかご意見等はございませんか。よろしいですか。

それでは、令和7年度第3回沖縄県がん診療連携協議会を終了いたします。iPadは回収いたしますのでテーブルに置いたままにしておいてください。

長時間どうもお疲れさまでした。ありがとうございました。