令和6年度第4回沖縄県がん診療連携協議会幹事会
議事次第

日　時：令和７年１月２０日（月）　１４：００～
場　所：管理・研修棟　４階　小会議室

議事要旨等	資　料	備　考
１．令和６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7日開催）	資料１	P4
２．令和６年度第３回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨（11月8日開催）	資料２	P6
３．令和６年度第３回沖縄県がん診療連携協議会議事録（11月8日開催）	資料３	P10
４．協議会・幹事会・部会委員について	資料４	P65
５．令和７年度の協議会・幹事会の開催の日時について	資料５	P72
審議事項		
１．沖縄県の病弱教育における高校生支援について（小児・AYA部会）	資料６	
２．市町村のがん検診担当者の研修修了率向上について（大腸がん死激減プロジェクト連絡会議）	資料７	P73
３．「がん診療を行う医療機関」の選定要件改訂会議の基本的な方針について	資料８	P82
４．「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	資料９	P85
５．その他		
報告事項		
１．前回審議事項のその後について	資料１０	P101
２．「ロジックモデルと指標の活用の仕方を身につける研修会」（12月22日）の開催報告	資料１１	P122
３．患者会よりの報告		
（１）与儀委員報告「NPO乳がん患者の会　ぴんく・ぱんさぁ活動報告」	資料１２-（１）	P128
（２）島袋委員報告「若年性がん患者会　Be style　活動報告」	資料１２-（２）	P130
（３）又吉委員報告「ハイリスクアプローチについて（第３回）」	資料１２-（３）	P131
４．各拠点病院が取り組もうとしているがん対策について		
（１）「第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会案）」のロジックモデルでの位置づけ	資料１３-（１）	P140
（２）各病院の状況		
①琉球大学病院	資料13-(2)-①	P158
②北部地区医師会病院	資料13-(2)-②	P160
③県立中部病院	資料13-(2)-③	P162
④那覇市立病院	資料13-(2)-④	P164
⑤県立宮古病院	資料13-(2)-⑤	P166
⑥県立八重山病院	資料13-(2)-⑥	P168
５．共催イベントの報告	資料１４	P170
６．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について	資料１５	P172
７．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について	資料１６	P175
８．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議		
（１）「新たな地域医療構想等に関する検討会」のとりまとめ	資料１７-（１）	P198
（２）第29回厚生科学審議会がん登録部会	資料１７-（２）	P243
（３）第30回厚生科学審議会がん登録部会	資料１７-（３）	P325
（４）第59回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会	資料１７-（４）	P340
（５）第16回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	資料１７-（５）	P377
９．その他		
部会報告事項		
１．医療部会	資料１８	P479
２．緩和ケア・在宅医療部会	資料１９	P481
３．小児・AYA部会	資料２０	P484
４．離島・へき地部会	資料２１	P487
５．情報提供・相談支援部会	資料２２	P492
６．ベンチマーク部会	資料２３	P498

令和６年度第４回沖縄県がん診療連携協議会幹事会　資料一覧

資料１．令和６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 7 日開催)

資料２．令和６年度第３回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(11 月 8 日開催)

資料３．令和６年度第３回沖縄県がん診療連携協議会議事録(11 月 8 日開催)

資料４．協議会・幹事会・部会委員について

資料５．令和７年度の協議会・幹事会の開催の日時について

資料６．　沖縄県の病弱教育における高校生支援について(小児・AYA 部会)

資料７．市町村のがん検診担当者の研修修了率向上について(大腸がん死激減プロジェクト連絡会議)

資料８．「がん診療を行う医療機関」の選定要件改訂会議の基本的な方針について

資料９．「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

資料１０．前回審議事項のその後について

資料１１．「ロジックモデルと指標の活用の仕方を身につける研修会」(12 月 22 日)の開催報告

資料１２．患者会よりの報告
(1)与儀委員報告「NPO 乳がん患者の会　ぴんく・ぱんさぁ活動報告」
(2)島袋委員報告「若年性がん患者会　Be style　活動報告」
(3)又吉委員報告「ハイリスクアプローチについて（第３回)」

資料１３．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
②北部地区医師会病院
③沖縄県立中部病院
④那覇市立病院
⑤沖縄県立宮古病院
⑥沖縄県立八重山病院

資料１４．共催イベントの報告

資料１５．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について

資料１６．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

資料１７．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議

資料１８．医療部会

資料１９．緩和ケア・在宅医療部会

資料２０．小児・AYA 部会

資料２１．離島・へき地部会

資料２２．情報提供・相談支援部会

資料２３．ベンチマーク部会

令和６年度 第３回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨

日　　時　令和６年１０月７日（月）１４：００～１６：３３
場　　所　管理棟２階小会議室
構 成 員　８名（出席者６名）

（幹事会委員）以下は「幹事会幹事会運営に関する申し合わせ」第２条の号数

１号委員（がんセンター長）	増田 昌人
２号委員（沖縄県立中部病院）	天願 俊穂
２号委員（那覇市立病院）	宮里 浩
３号委員（沖縄県立宮古病院）	西原 政好
３号委員（沖縄県立八重山病院）	松村 敏信
３号委員（北部地区医師会病院）	柴山 順子
（欠席者）	
４号委員（沖縄県保健医療介護部）	喜舎場 健太
４号委員（琉球大学上原キャンパス事務部総務課長）	知念 芳和
（陪席者）	
琉球大学病院医療福祉支援センター	有賀　拓郎
がんセンター	石川　千穂

議事要旨・委員一覧

１．令和６年度第２回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨（7月8日開催）について
２．令和６年度第２回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨（8 月 2 日開催）について
３．令和６年度第２回沖縄県がん診療連携協議会議事録（8月2日開催）について
４．協議会・幹事会・部会委員について
５．令和６年度の協議会・幹事会の開催の日時について
増田議長から資料1～5に基づき、議事要旨等及び令和６年度の協議会・幹事会の開催の日時について確認があった。

審議事項

１．医療者調査の結果を受けた上での問題点の抽出について
増田議長から資料６に基づき、医療者調査報告書の付属資料について説明があった。全体の注意点や今後にむけた提言に基づき、各部会で検討することとした。

２．沖縄県の病弱教育における高校生支援について
増田議長から資料７に基づき、沖縄県の病弱教育における高校生支援について説明があった。森川特別支援学校から本協議会あてに、より具体的な提案書、要望書を提出してもらうこととした。

３．がん医療に関わる専門医療者の充足についての提案
増田議長から追加資料に基づき、がん医療に関わる専門医療者の充足についての提案について説明があった。沖縄県内の医師確保、地域枠について意見交換が行われた。増田議長から、次回に向けて、定期的に具体的な提案ができるようにしたいとの発言があった。

報告事項

１．「ロジックモデルと指標の活用の仕方を身につける研修会」（11月17日・12月22日）への参加について

増田議長から資料8に基づき、研修会の案内があり、研修会参加へ呼びかけがあった。

２．東尚弘教授（東京大学大学院　公衆衛生学/健康医療政策学）の講演について
増田議長から資料9に基づき報告があり、次回の協議会で講演がある旨の説明があった。

（以下については、紙面報告となった）

３．「第4次沖縄県がん対策推進計画（当協議会版）」の進捗について
４．患者会よりの報告
（1）与儀委員報告
（2）島袋委員報告
（3）又吉委員報告
５．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、②北部地区医師会病院、③県立中部病院、④那覇市立病院、
⑤県立宮古病院、⑥県立八重山病院
６．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について
７．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について
８．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議
（１）第９０回がん対策推進協議会
（２）第２７回厚生科学審議会がん登録部会
（３）第２８回厚生科学審議会がん登録部会
（４）がん検診事業の在り方について

<u>部会報告事項</u>

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

以上

令和６年度 第３回 沖縄県がん診療連携協議会議事要旨

日　　時　　令和６年１１月８日（金）　１４：００～１７：００
場　　所　　管理棟３階大会議室
構 成 員　　３６名（出席者３０名）

（出席者）

１号委員	（琉大病院長）	大屋　祐輔
２号委員	（県立中部病院長）	玉城　和光
３号委員	（県立八重山病院長）	和氣　亨
	（北部地区医師会病院長）	諸喜田　林
４号委員	（沖縄県医師会長）	田名　毅（代理出席：玉城　研太朗）
５号委員	（沖縄県歯科医師会長）	米須　敦子（代理出席：金子　智之）
６号委員	（沖縄県薬剤師会長）	前濱　朋子
１０号委員	（琉大がんセンター長）	増田　昌人
１１号委員	（琉大がんセンター運営委員会委員長）	鈴木　幹男
１３号委員	（琉大薬剤部長）	中村　克徳（代理出席：諸見　牧子）
１４号委員	（琉大看護部長）	眞栄城　智子
１５号委員	（琉大事務部長）	加藤　善一
１６号委員	（県立中部病院血液腫瘍内科部長）	朝倉　義崇（代理出席：神里　敬子）
	（那覇市立病院副院長）	宮里　浩
	（那覇市立病院がん看護専門看護師）	東恩納　貴子
１７号委員	（県立宮古病院副院長）	本仲　寛美
	（県立宮古病院外科部長）	西原　政好
	（県立八重山病院外科医師）	松村　敏信
	（県立八重山病院副院長）	名嘉　律子
	（北部地区医師会病院副院長兼看護部長）	柴山　順子
	（北部地区医師会病院副看護部長）	上地　佳代
１８号委員	（NPO 乳がん患者の会 ぴんく・ぱんさぁ代表）	与儀　淑恵
	(やいまゆんたく会(八重山のがん患者を支援する会)会長)	田盛　亜紀子
		又吉　賢弘
	（若年性がん患者会 Be style ）	島袋　希美
１９号委員	（一般社団法人ｸﾞﾙｰﾌﾟ・ﾈｸｻｽ理事長）	天野　慎介
	（国際医療福祉大学大学院教授）	埴岡　健一
	（琉球新報社北部支社支社長）	松永　勝利
２０号委員	（琉大病院病理部長）	和田　直樹
	（県立中部病院放射線治療科部長）	戸板　孝文

（欠席者）

２号委員	（那覇市立病院長）	外間　浩
３号委員	（県立宮古病院長）	川満　博昭
７号委員	（沖縄県看護協会長）	平良　孝美
９号委員	（沖縄県保健医療介護部長）	糸数　公
１２号委員	（琉大医療福祉支援センター長）	平田　哲生
１６号委員	（県立中部病院副院長）	天願　俊穂

（陪席者）

緩和ケア・在宅医療部会	笹良　剛史
情報提供・相談支援部会	友利　晃子
沖縄県保健医療介護部健康長寿課	山里　紘美

（以下、傍聴申込）
株式会社ダイコー沖縄、小野薬品工業株式会社

特別講演

・東京大学大学院の東尚弘教授を講師に迎え、演題「データを活用して考えるがん医療」についての講演が行われた。

資料確認等

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

増田委員から資料及び議事要旨等について確認があった。

有識者報告事項

１．埴岡委員報告

埴岡委員から資料6に基づき、「がん対策地域別データ集（沖縄県がん診療連携協議会版）を使ってみる」について報告があった。

２．天野委員報告

天野委員から資料7に基づき、「がん患者学会2024」について報告があった。

審議事項

１．医療者調査の結果を受けた上での問題点の抽出について

増田委員から資料 8 に基づき、第 2 回医療者調査の結果に基づく提案について説明があった。

（主な質疑応答）

Q.天野委員：基本的には提案いただいた内容に賛成であるが、3点確認がある。1点目はピアサポートについて、がん診療連携拠点病院は指定要件として、患者が1度は相談支援センターを訪問することができる体制を整備することになっているが、その際に相談員から患者団体の情報提供を行っていただきたい。2点目は遺伝子パネル検査について、遺伝子パネル検査後、臨床試験に関する部署等が患者に対して、臨床試験に関する情報提供及び相談を県内で一括して受ける体制の整備を進めていただきたい。3点目は患者申出療養についての情報提供及び相談体制が重要になってくるため、琉大病院においても整備していただきたい。

A.増田委員：1点目のピアサポートについて、琉大病院では現在主治医に依頼して、2、3回目の外来時にがん相談支援センターに予約をすることを推奨しているが不十分なところがある。それを補うために看護師からもがん相談支援センターに誘導するようにしている。また、相談員から患者団体の情報提供は行っているが、さらに強化していきたいと考えている。2点目については、琉大病院は取り決めとして、臨床研究支援センターに問い合わせていただくことになっている。3点目については、現在医事課で検討しているところである。

Q.玉城研太郎委員：患者申出療養相談窓口について、特定機能病院は設置が義務付けられているが、病院移転に伴い、琉大病院も設置する計画はあるか。

A.増田委員：琉大病院として設置する方向で検討している。

報告事項

１．「ロジックモデルと指標の活用の仕方を身につける研修会」（12月22日）への参加について

増田委員から資料9（当日配布資料）に基づき、「ロジックモデルと指標の活用の仕方を身につける研修会」について報告があった。

２．「第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会版）」の進捗について

増田委員から資料10に基づき、「第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会版）」の進捗について報告があった。

３．患者会よりの報告

（1）与儀委員報告

与儀委員から資料11-1に基づき、NPO乳がん患者の会 ぴんく・ぱんさぁ活動について報告があった。

（2）島袋委員報告

島袋委員から資料11-2に基づき、若年性がん患者会 Be style の活動について報告があった。

（3）又吉委員報告

又吉委員から資料11-3に基づき、がん対策のハイリスクアプローチの必要性について説明があった。

（4）その他

田盛委員から、11月13日にがんセミナーをやいまゆんたく会独自で開催する旨の報告があった。

４．各拠点病院が取り組もうとしているがん対策について

資料12に基づき、増田委員、諸喜田委員、戸板委員、宮里委員、西原委員、松村委員から各拠点病院が取り組んでいるがん対策について報告があった。

５．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について

増田委員から資料13に基づき、大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について報告があった。

６．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

増田委員から資料14に基づき、がん相談業務について報告があった。

７．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議

(1) 第９０回がん対策推進協議会
(2) 第２７回厚生科学審議会がん登録部会
(3) 第２８回厚生科学審議会がん登録部会
(4) がん検診事業の在り方について

増田委員から資料15に基づき、各種協議会、部会等について報告があった。

部会報告事項

１．医療部会

増田委員から資料16に基づき、医療部会の活動・取組状況について報告があった。

２．緩和ケア・在宅医療部会

笹良部会長から資料17に基づき、緩和ケア・在宅医療部会の活動・取組状況について報告があった。

３.小児・AYA部会

増田委員から資料18に基づき、小児・AYA部会の活動・取組状況について報告があった。

４.離島・へき地部会

増田委員から資料19に基づき、離島・へき地部会の活動・取組状況について報告があった。

５.情報提供・相談支援部会

友利部会長から資料20に基づき、情報提供・相談支援部会の活動・取組状況について報告があった。

６.ベンチマーク部会

増田部会長から資料21に基づき、ベンチマーク部会の活動・取組状況について報告があった。

以上

令和６年度第３回沖縄県がん診療連携協議会議事録

日　　時　　令和６年１１月８日（金）１４：００～

場　　所　　琉球大学医学部　管理棟３階　大会議室

○鈴木議長代理

皆さん、こんにちは。それでは定足数に達しましたので、これから第３回沖縄県がん診療連携協議会を開催したいと思います。議長の大屋が本日はどうしても出席できないということで、私、鈴木のほうが代行させていただきます。よろしくお願いいたします。

本日はこの式次第を見ていただきますとわかりますように、まず特別講演を東京大学の東尚弘先生にお願いすることになっております。東先生はかなり有名な先生で、もうご存じかもしれませんけれども、ご講演の前に少し時間をいただきましてご紹介させていただきたいと思います。

東先生は97年に東京大学をご卒業になった後、聖路加国際病院を経て、ＵＣＬＡの大学院で博士号を取得されております。その後、京都大学、国立がん研究センターを経て、2009年に東京大学の公衆衛生学の准教授、2013年から国立がん研究センターの研究部部長にご就任でございます。その後、2022年に現在、ここに書かれております東京大学公衆衛生学分野及び健康医療政策学分野教授にご就任でございます。

東先生は学問的にがん医療の質の評価でわが国の第一人者の先生でございます。それ以外にもがん対策の事業として、患者さんの病院選択に役立つようながん登録の構築、それから全国の病院の院内がん登録、ＤＰＣ連結データ収集体制の確立、５大がん及び婦人科がんのquality indicatorの作成、全国がん患者体験調査の企画・運営などを、わが国を代表して行っておられます。

この協議会との関わりですけれども、14年前の2010年に「医療の質の評価を考える」でご講演をいただいておりまして、翌年からは医療政策部会委員、2019年からはベンチマーク部会委員として14年もの長きにわたって当協議会の活動にもご協力をいただいております。

本日は「データで見る沖縄のがん医療」ということでご講演をお願いしております。約30分で、質疑もお受けいただけるということですのでご講演をご拝聴したいと思います。それでは東先生、よろしくお願いします。

特別講演

講師　東 尚弘先生

東京大学大学院 公衆衛生学・健康医療政策学教授

前 国立がん研究センター がん登録センター長・医療政策部長

演題「データで見る沖縄のがん医療」

○東尚弘先生（東京大学大学院 公衆衛生学・健康医療政策学　教授）

ご紹介をどうもありがとうございます。マイクの関係で座って話させていただきます。このような貴重な機会をいただきまして誠にありがとうございます。また紹介の労をいただきました鈴木先生、本当にありがとうございます。

東京大学医学系研究科公衆衛生学分野・健康医療政策分野の東と申します。私から、この機会でありますので、「データで見る沖縄のがん医療」ということで30分ぐらいのお話をさせていただきたいと思っております。皆さまにおかれましては釈迦に説法で、データを見飽きたという方もいらっしゃるかとは思うんですけれども、一歩引いた形で、私もこのご依頼を受けまして改めて見直してみてというところもありますので、そんなお話を少しさせていただければと思います。お手元の資料がありますので、画面のほうは小さいですから、お手元の資料と全く同じですのでご覧になっていただければと思います。

私のお話でありますけれども、大体３部作というような形で、最初にデータの全体を見て、注目が必要ながんの種類は何かを探してみました。後でまた出てきますけれども、大腸がんが結構注目しなければよくないんじゃないかという印象を受けましたので、大腸がんを例にとって、ほかの県と比べるというところから死亡率、罹患率、あと生存率、ＱＩと書きましたけれども、これはquality indicatorという医療の質をそれぞれ測ってみようという指標でありますけれども、何で測るかというと、標準治療・標準医療をどれだけやっているかということで見るわけなんですが、それを標準医療の観点から見てみようと。そんなことを大腸がんについて流れとしてお話をさせていただきます。

大腸だけではなくて、ほかのがん種ではどうなのかということも少し触れた後に、いろんなデータをお出ししますので、そのデータの探し方、どこにあるのかということとか、見方について最後にざーっとお話をさせていただければと思います。時間がなくなったら、もう最後は資料として飛ばしていきますので、そんな感じでお聞きいただければと思います。

それでは本題ですけれども、まずは沖縄県の75歳未満の年齢調整がん死亡率ということ

で、最初に2007年に国のがん対策基本法ができて、目標として掲げたのが75歳未満の方々の死亡率を下げると。20%、10年で下げるという話がありましたけれども、そこは理由としては、75歳以上はいいのかということにはなるんですが、取りあえず目標としては若い方、75歳未満を若いとして、そちらの死亡率を下げようということがありましたので、それに倣って、ずっと年次ごとに計算しているのがこの統計であります。

つまり若い人たちの中で、年齢調整しているということなので、年齢の構成が、どんどん高齢化が進むにつれて高齢者が増えていきますけれども、その影響を除いた形でがんが増えているのか、増えていないのかということを見てきているのがこれです。

それをそれぞれの県で順位をつけて、一番上ががんで若くして亡くなる方が人口当たりで少ない県で、それが下のほうにいくほどそういう方が多いということなんですけれども、最初の部分、沖縄県は2002年からデータがグラフにありますけれども、最初はすごく上位のほうを占めていたと、要するにがんで亡くなる方が全体に少ないということだったんですが、2010年あたりから雲行きが怪しくなってまいりまして、順位が少し落ち始めたんですね。中ぐらいがずっと続くんですけれども、2018年になると、ここでがたんとまた下がっているものが見えます。

これはどうしても順位で見ていますので、上下、アップダウンはついてしまうんですけれども、どうも傾向として2018年からこれが下がっていると。2022年が一番最新のデータになっておりますけれども、そこでは下から数えたほうが早いという現状であります。

これは全部のがんで見たものですから、何のがんでこういうことが起きているのか。どれが足を引っ張っているのかということもがん種ごとにこうやって見ています。そうすると目立つのが３つありまして、まずは胃がんです。これは沖縄県がずっと上位。赤いが沖縄県ですので、ずっと上位。つまり胃がんで亡くなる方は少ないんですね。全国的に見て非常に少ないというのが元々でしたけども、それがずっと、いまだにそうだと。この辺で近年、また下がったりということがありましたけれども、でもまた持ち直しているところです。

一方で、この大腸がんと白血病が下のほうをずっと推移していると。つまりは大腸がんや白血病で亡くなる75歳未満の方が年齢の分布の差を取っても多いということがわかります。こちらの白血病になると、恐らく成人Ｔ細胞白血病のせいかなということは予想はつくんですけれども、ただ、それ以上の、あまり公開されたデータがなかったので、取りあえず大腸がんについて見てみようということで今回の私のまとめということになっていま

す。

全体としてまとめたのがこのスライドなんですけど、それは飛ばします。

大腸がんが問題かもしれないということで、まず大腸がんで亡くなる方が多いということであれば、そもそも大腸がんになる方が多いのかを見てみようと。これは罹患率。発生率と同じ、人口当たりの発生数ですね。それとほぼ同じ言葉で罹患率を出していますが、ちょっとだけ違いを言いますと、発生率はがんがそこにあれば発生なんですが、診断されたらはじめて罹患という、患者になりましたという意味で罹患なんですけど、要するにがんと診断された方が多いのかというと、絶対数としては、実は県で比べてみると何も調整しない実数で割合にすると全国の中でも少ないんですね。

ただ、ここに年齢調整を掛けると、沖縄県の人口分布は若いほうに寄っていますので、例えば65歳以上の方の割合という、高齢化率というのは全国では28～29％ですが、沖縄県は22～23％だと思いますが、ちょっと若いんですよね。分布が違うのを除いてあげるとどうなるのかというと、がーんと多いということになりますので、年齢構成としてはがんの数は有利になるはずなんですけれども、それにしては大腸がんが多いという、そんな状況が見えてきます。

次に早期発見ができているのかというのがやっぱり大腸がんで亡くなる方が多いのかというのに大きく影響してきますけれども、早期発見ができているのかというのを見るために、全国がん登録というデータから発見された、診断されたときに限局している早期なのか、それとも遠隔転移ができてしまっていて、ほかの臓器までいっているという進行期なのかという、それを見てみますと、早期の割合が、多い順番にこうやって並べると一番少ないんですね。少ないほうから２番目と。一番悪いのが、このデータでは山梨になっておりますけど。逆に遠隔転移が非常に多い。全国で一番多いのが残念ながら現状であります。早期発見にも改善の余地が大きくあるのではないかということです。

次に、早期発見だったら検診受診率はどうなんだろうという話になるわけなんですが、検診受診率は40歳以上が大腸がんの検診の対象者ということになりますが、それで並べてみると、ちょっと真ん中、下から４分の１ぐらいが沖縄県ということになります。70歳以上で検診を受けるのかはまた議論があるところもありますので、70歳以上を除くとさらに減ってしまうという、そんな状況も見えてきます。

次に５年生存率ですね。５年生存率だと診断されたのは前になるんですけど、2014年、15年の院内がん登録を使った５年生存率を見てみますと、ステージごとに１期、２期、３

期、４期と見ていると、１期、２期、４期についてはちょっと低めであるのがわかってきています。３期はそれより少しいいかなというような状況になっています。

こういうことがわかってきたので、やっぱり大腸がんはいろんなことをやらなきゃいけないということもありますし、次に生存率は施設別に公表されていますので、その公表のデータを見てみますと、ＡからＥまで、その公表に参加している病院が６施設ありましたので、その６施設をそれぞれ１期、２期、３期、４期ごとに見てみたんですけど、この病院だと全部の病期で良くないとかそういう一貫したことはなくて、ばらばらにはなっているというのはあるんですが、この辺を見ながらいろいろ考えていかなきゃいけないということは見えてきたかと思います。

次に、生存率といっているけども、治療の内容はどうなのかということになるわけなんですが、そこになると少し複雑で、ＱＩ、quality indicator、医療の質の指標で見てみましょうということになります。

これはデータにいく前に少しだけお話をさせていただきますと、先ほど少しご紹介いただきました院内がん登録とＤＰＣデータという、何の治療をされたのかということが入っているレセプトと同じデータですけれども、これを連結することでどんな患者さんに何をしたのかがわかります。ですので、大腸がんですと一つ標準となっているのがステージ３の大腸がんに対しては手術をして、その後、化学療法をするというのが標準であると診療ガイドラインでも書いてあるし、割とこれは日本のガイドラインだけではなくて世界的にそういうふうにいわれております。

その割合と。そういうふうに３期の大腸がんの患者さんが標準治療を受けている人の割合ということを見てみますと、これは年次推移で見てみたんですけど、2014年から2021年までデータが出ておりまして、全国が青で見ていますが、この青が大体54～55％というのがずっと全国では一致しております。沖縄は2014年、15年、16年はあんまり良くなかったんですけど、17年からは良くなりまして、上になっています。それがずっと落ち着いているという状態ですので、３期の大腸がんに対する標準治療はされているような感じになっています。

「標準治療なんだから、何で100％じゃないんだ」というふうに思われる方もいらっしゃるかもしれませんけれども、手術や化学療法はどうしてもある程度以上、状態が元気な患者さんしかできませんので、その辺はこういうデータを見ながら、やっていなかった人はなかなか全身の状態が手術に耐えられるというのがなかったかもしれないと。その辺は個

別に見ていかなきゃわからないというのがデータの限界というところです。

これを県全体ではなくて病院ごとに見てみるのもデータとしてはあります。これはつぶれてしまってぐちゃぐちゃしたデータになってしまっているんですが、一つ一つが、１つの棒が病院を表しています。全国で600ぐらいの病院がここに参加していますので、600の線が入っていて、つぶれてしまっているんですけれども、それで３期の大腸がんの標準治療の実施率を低いところから高いところまで順番に並べてみたものです。

この上の線が95％信頼区間という。症例数が多いと安定した値になるので短くなるんですけど、症例数が少ないと次、ちょっと１人２人変わったら、がくんとデータが変わったりするかもしれないので、この幅ぐらいに収まりそうというのが大きくなっています。なので、線になっているのはそういう意味だということだけ申し上げておきます。

赤い線で表したのが沖縄の施設になります。１つの施設は100％で、一番上にあるんですけれども、ほかの施設は大体半分より上にいる施設のほうが多いんですが、この辺は低めの施設もあると。大腸がんの３期に対して標準治療を行っている割合が少し低めの施設もあることがこういったところからわかってきます。

ということで、いろんなことを大腸がんについて見てまいりましたけれども、やっぱりいろんなところで改善しなきゃいけないところはたくさんあるのが現状であります。

大腸がんが元々、年齢構成に比べて多いというのが最初にありましたので、やっぱり予防を何とかしていかなきゃいけないというのがまずはあると思います。動物性脂肪のものを食べると大腸がんのリスクになりますので、そういうものは減らすとか、野菜とか果物を多く取っていただくとか、肥満を減らしていただくとか、運動をもっとしてもらうということが予防になるでしょうし、今度、検診の受診率としてはやっぱり少ないですので、それも上げてもらうと。

大腸がんについては検診を受けることが予防になったりもします。早期発見するだけではなくて、先生方にはもう釈迦に説法でしょうけど、前提としまして、前がん病変のポリープがそこの段階で見つかると、それを治療することで大腸がんになるのを予防することができますので、検診は早期発見もできるし予防もできるという二度おいしい検診ですので、大腸がんはぜひそれはやっていくというのが恐らく非常にお勧めだと思います。

基本的にはあまり症状のない人を検診で引っ掛けるというのがベースでありますけれども、何か症状があったりするのであれば、早めに病院に行くというのも啓発活動して、そういうことを奨励していただくのも必要ということ、早期発見には有効だということにな

るかと思います。

医療については、生存率もちょっと低めだということでいろいろ考えなきゃいけないことはあるんですけれども、少なくとも３期の大腸がんについては全国よりも良さそうだということもありますので、それを３期の大腸がんについても検討することは必要ですけれども、ほかのことについても検討していくのは必要でしょうし、どうしてもほかの病気を持った方々はいるでしょうから、そういった治療も問題となってくるかもしれないので、そういったことも併せて考えていくのは非常に重要なところです。本当にがん対策というのは総合力ということで、大腸がんではこういったところが見えてまいりました。

大腸がんについてはそんな感じなんですけども、ほかのがんの種類についても見ていきましょうということで、同じようなquality indicatorでほかのがん種についても計算をしています。代表的なものとして乳がん、あとは抗がん剤の化学療法ですね。化学療法一般に関して、吐き気が出るような化学療法については予防的に吐き気止めを使って、しかも３種類使うのが標準になっていますので、そういったことを進めていくとか、あとは麻薬の痛み止めですね。そういったものを使うと便秘になりやすいので、それを外来で使う場合には便秘薬を同時に出しましょうというのがありますが、そういったことをそれぞれ見ていくと、後ろ２つについてはあまり全国と比べても遜色はないんですが、乳がんの術後の放射線治療ですね。これは何か沖縄のほうが全国に比べて少し少ない傾向にあるのが見えてきます。

これは後で申し上げますけれども、データの限界かもしれないんですが、同じ施設でやっていないとそれが載ってこないというのがあるので、データの限界かもしれないんですけれども、こういうデータをきっかけにして、実際どうなのかというのを見てみるのは必要なことかと思います。

肺がんなども、非小細胞肺がん、肺がんの中で80％ぐらいが非小細胞がんといわれているのは……。90％か。大半がこっちなんですけど、それについても詳しく肺がんの専門家の中でこういうのが標準をつくっています。これはまた沖縄と全国を比べることもできるんですけれども、いろんなところでかなり専門的なところを専門の先生につくっていただくと、追究していく傾向にありますので、なかなか個別が全部どうかというのは言いづらいところもあるんですが、いいところもあり、悪いところもありということで、全国より低いところは、特に今のところは、どうなっているのかというのを見ていくのは必要かと思われます。

小細胞がんは肺がんの中での少数派のがん種でありますが、そういったところもＱＩはつくっていますので、それを見て治療の振り返りは今後やっていく必要があるのかもしれません。

途中でも少しずつ申し上げましたけれども、ＱＩ、quality indicatorというのは標準治療実施率でとても気になるところではあるんですが、データの限界も残念ながら大きいのが今のところの状況です。

大きいのは２つ、その限界があるということだけ申し上げたいんですが、１つは同じ病院で行われたことしかデータに入ってこないと。病院からデータをいただいているので、ほかの病院に行ってしまうと、ほかの病院でやったことのデータは集めたデータの中には載ってこないという限界があります。ですので、放射線治療がちょっと低めなのはそういうことを申し上げましたけれども、もしかしたら放射線治療をほかの病院に行ってやっているかもしれないというのは注意しなきゃいけないというのが現状です。

２番目の治療選択については､とてもとてもこの患者さんは手術できないでしょうとか､化学療法だったら副作用が出過ぎて逆に危ないとか、そういったこともありますので、そういったこともデータを見ながら、データだけではわからないですから、データだけで判断するのではなくて、ここに書きましたけど、最終的な判断に使うのではなくて、議論の出発点として「あれ、低いね。じゃあ、どうなっているのかを見ましょう」という形で使っていただくのが必要だということになります。

ということで、いろんなことを申し上げましたけれども、ここでお見せしたデータを今後も見ていっていただきたいということで、では、どこからデータを持ってこればいいのかということを簡単に申し上げたいと思います。死亡率は人口動態統計から、罹患率は全国がん登録から、検診受診率は国民生活基礎調査から、いろいろあって、それぞれが担っているのがちょっとややこしいところではあるんですが、この大半は実は国立がん研究センターのがん情報サービスというページにあります。それをそれぞれお見せします。

この集計表ダウンロードというページがあるんですね。これを見ると死亡率がまずありますし、あとは罹患率もこのページに一覧表になってあります。この下にずっとページをスクロールすると続いていきますので、いろんなデータがここからエクセルでダウンロードできるというのが現状です。元データも見たいということであれば、非常に細かく出ているものもありますので。

これは政府が全国がん登録、政府統計を一元的に管理しましょうという、e-Statという

ページをつくっていますので、そこの中の一部として全国がん登録は載せてあります。なので、これもより詳しく見ることができると思いますし、がん種ごとも非常に詳しく載っていますので見ていただければと思います。

またがん情報サービス・検診に関しても、国民生活基礎調査と私は申し上げましたけれども、それを転記してきて、国立がん研究センターのがん情報サービスの中にまた一覧表でエッセンスだけ載っていますので、これでも見ていただくと効率的にデータが取ってこられます。

院内がん登録もがん情報サービスを国立がん研究センターでやっています。これはがん情報サービスの中の別のページで院内がん登録生存率集計というのがあります。この中にスクロールしていくと報告書がＰＤＦで載っています。ここの施設別結果がありますので、それを見ていただくと施設ごとに生存率が見られるようになっています。

最後にＱＩ、quality indicatorと申し上げましたけど、これは公開をしているものではなくて、各施設が見ていただくことになっています。各施設にホームページでログインパスワードが配られておりますので、ログインパスワードを入れると自分の施設の結果や都道府県の結果、あと全国値も見ることができるようになっています。先ほどのグラフですね。ちょっとつぶれちゃったグラフではありましたけど、そういったグラフも見られる形になっています。

これは一応、都道府県用のページもありまして、各施設には参加施設として配っておりますけど、都道府県は自分の都道府県の状況が見えるというようなページでつくっていますので、県全体で見る場合にはＩＤを共有して見ていただくのがいいかもしれません。

ということで、いろんな指標があります。データが出ています。それを見ながら考えていただくのが恐らく一番いいと思いますし、もう既にこちらのがん診療連携協議会では沖縄県は非常に進んでいると全国でも有名ですけれども、見ていく中で、いろいろ指標の特徴はちょっと考えなきゃいけないところはあります。何よりも難しいというか、うっかりするのは、死亡率が一番目がいくわけなんですが、いろんなことを対策しても死亡率が減っていくには少し時間がかかります。なので、「こんな対策をしたんだから、早く死亡率が見たい」。死亡率が変わらないから「この対策は無駄だったんじゃないか」ということにどうしてもいきがちではあるんですけれども、そうではなくて、ちょっとゆっくり腰を落ち着けて見るという姿勢も大事です。

死亡率の逆に生存率なんかも、５年生存率というと、どうしても５年たたないと見えま

せんので、そこのところもなかなか難しいところです。最新のデータは少し加味した生存率の計算というのがまた別の方法であるにはあるんですが、今のところ、それは都道府県別とかそういうので出てはいませんので、それを今後つくっていくのも一つの、もしかしたら協議会の活動、部会の活動で有用かもしれません。

一方、検診受診率や早期発見は、何かすればすぐに結果が出ます。「検診を受けましょう」と言って、受けたらば、それがすぐに数字に出てきますので、そういうのは割とすぐに出る指標として考えていただくのはいいかもしれません。

ＱＩに関しても「標準治療の実施率を上げましょう」という運動をして、改善したら、すぐ上がるのですけれども、ただ、このデータに関してはまだ未実施の理由を議論の最終判断ではなく出発点として考えていただくというのは先ほど申し上げたとおり重要だということも念頭に置いていただければと思います。

最後に、沖縄では既に前から増田先生を中心にやっていらっしゃったということではあるんですが、令和４年、２年前の８月からがん診療連携拠点病院の指定要件が新しくなって、その中で……。本当に沖縄の後追いかもしれません。「都道府県でそれぞれデータを持って、各病院が主体的に参加をして検討を行うこと」というのが書き込まれております。なので、私も東京都でこれがあったということで、東京都で少しやらせていただいたりしているんですけれども、沖縄は非常によく進んでいて、沖縄のようにできるかどうかはいつも議論になって。東京都は情けないことにあんまり「沖縄ほどできないね」みたいな感じになってしまうことも多いんですけれども、厚生労働省も沖縄の活動は非常に注目しておりますので、今、最先端、それをどんどんやって前に進んで、日本をリードしてもらえれば、増田先生がそういうふうにやっていただけておりますし、それがまた今後も発展していくと期待しておりますので、ぜひこれを進めていただいて、ほかの県にも持っていければいいなと思っております。

ということで、これが最後のスライドではありますけれども、今回は既存のデータから何が見えるのかということを検討させていただいて、大腸がんを中心に考えましたけれども、もう１つ、下のほうになっているのが白血病ですので、これは個別のデータを、データ源のほうに戻って解析をするというふうにして改善していけば、今後、良くなっていくのではないかと思いますので、公表されているデータでもこれだけのことがわかりますので、これを個別にデータを見ながら個別適用して、ＰＤＣＡと書いていますけれども、これを見ながら何か活動して、活動したら今度はまた動きを見ていくというのが一番大事だ

と思いますので、沖縄は非常にいい活動をされているのは見ていますので、それで今後、リードしていってもらえればなと願っております。

ごちゃごちゃといろんなことを申し上げましたけれども、私のお話はこれで以上とさせていただきます。ご清聴をどうもありがとうございました。

○鈴木議長代理

東先生、非常にわかりやすいお話をありがとうございました。せっかくの機会ですので少しご質問をお受けしたいと思いますが、いかがでしょうか。

そうしたら私のほうからちょっと。検診の受診率が低いのは前から思っているんですけれども、検診を受けた方と受けていなかった方で実際のアウトカムが違うという、そういうフィールドの仕事というのはあるんでしょうか。

○東尚弘先生

これは確か海外だと思うんですけれども、ランダム化比較試験ということで受けた住民と受けなかった住民を比べて、やはり受けた住民のほうが死亡率が低いのがもうわかっていますので。これほどわかっている検診はほかにあんまりないんですね。５つぐらいしかなくて。なので、大腸がんはそのうちの１つですので、ぜひそれは進めていただくのがいいと思います。

○鈴木議長代理

ほかはいかがでしょうか。はい、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。沖縄県のがんの問題点をデータでお示ししていただいて非常にわかりやすく理解できて本当にありがとうございます。１点だけお伺いしたいんですけど、先ほどから言われている大腸がんの検診率ですよね。検診を受けた後の精密検査率も含めるわけですよね。

といいますのも検診を受けられて例え陽性であっても次の精密検査を受けられない患者さんとかもおられますので、それも含めての、「プラスポリペク」と書いたんですけども、要するにそれ全体を含めての検診率と理解していいんでしょうか。

○東尚弘先生

このデータ自体は最初の便潜血の検診だと思います。一般住民の自己申告ですので、このデータ自体は最初の部分なんですね。先生がおっしゃるとおり、受けて陽性になった後に精密検査をするかはここでは含まれていないです。でもとても重要ですので、そこを合わせて「検診はセットですから」ということで進めていただくのがやはり一番重要かと。

○西原政好委員

そうですね。われわれ医療人はやはり「検診を受けてくれ、受けてくれ」とよく宣伝するんですけれども、みんな便潜血を受けたらそれだけでいいのかと思うんですけども、「その後にちゃんと精密検査を受けてくださいよ」までわれわれは丁寧に説明しないといけないということですよね。ありがとうございました。

○東尚弘先生

はい、そういうことです。

○鈴木議長代理

ほかはいかがでしょうか。戸板先生。

○戸板孝文委員（県立中部病院　放射線治療科部長）

県立中部病院で放射線治療を専門にしている戸板といいます。今日は大変素晴らしいお話をありがとうございました。

私のほうから質問なんですけども、ＱＩの部分に関して、放射線治療に関してデータを幾つか示していただいたんですけども、乳がんの補助療法の放射線治療の施行率が少ないところがちょっと気になりまして。先生もおっしゃっていたんですけども、その施設の中で両方の治療が完結しないとデータに反映されないというお話が出ていました。その目で見ますと、沖縄県内では乳がんの手術のみを行って他院に紹介しているような施設が多いと思います。

ほかの県ではどうなのかということ。沖縄県に特有の状況なのか、その辺は何か先生、感触というか、ご存じでしたら教えていただきたいんですけども。

○東尚弘先生

ありがとうございます。おっしゃるとおりでありまして、このデータの大きな限界がそこにあると。特に放射線治療の機械がある病院は、全部の施設にあるわけではないですので、手術はできるけれどもという病院で連携すればいいじゃないかというのはもう全くそのとおりだと思います。それが原因で、このデータ自体がやはり判定には使えないということで、これで「あれ、低いな。じゃどうなっているのかを見ましょう」という出発点にしなきゃいけないというのはまさにそこなんですね。

ご質問の全国と比べて沖縄はどうなのかと言われますと、これはもう完全に予想で申し上げると、沖縄の離島などそういうアクセスを考えると、ちょっとほかの、帰ってから放射線をするとか､そういうのが日本のほかの地域よりも多いのかもしれないとは思います。そこはでも、あくまで予想ですので、これを出発点として検証してみるのはあっていい話だと思いますし、全国と比べるのももちろんそうなんですけれども、そこも出発点でありまして、これは手術をして、割と手術と放射線治療というのは、特に乳房温存術に関してはセットだと私は聞いていますので､そこのところはできれば100％になるように見てみると。比較というよりは個別の患者さんの状況を見るのが大事ではないかと考えている次第です。

○増田昌人委員（琉球大学病院がんセンター　センター長）

増田ですけど、ちょっと補足なんですが、沖縄県では多分、ここのデータに入っているものは８施設がＤＰＣ－ＱＩに参加していまして、そのうち３施設は、８施設というのは北部地区医師会病院、県立中部病院、琉大病院、那覇市立、宮古、中頭、中部徳洲会等々になっているんですが、そのうち、３施設がカルテレビューまで行っていまして、それだとより正確なデータがわかります。

さらに今年、前回のこの協議会で残りの７施設に「ＤＰＣ－ＱＩに参加しましょう」と呼び掛けをしましたところ、一応、今のところ、ほぼ全ての病院が「参加します」という回答をいただいておりますし、さらに残りの、そうなりますとカルテレビューをしていない病院がまた逆に増えるので、全ての病院のほうでカルテレビューまでしていただけるような回答をいただいておりますので、そうなるとまた、もう少し突っ込んだ議論ができるのかと思いますが、東先生、これも少し解説をしていただけると。

○東尚弘先生

わかりました。補足をありがとうございます。このＱＩのデータは議論の出発点でというふうに申し上げておりましたが、実はフォローをするというか、その出発点として、増田先生のおっしゃったカルテレビューですね。この患者さんたちはデータ上、ＱＩの対象にはなっているんだけど、放射線なら放射線の標準というのはやられていませんというのが出た場合、それをカルテに戻っていただいて、この人は本当にやっていないのか、それともほかの病院に行ってやったのか、それともできなかった。要するに全身状態的にちょっとできなかったということを追加で情報をいただくというような、そういう活動をしております。

このデータに関してはまだ分析はできていないんですけれども、割といろんな理由を入力していただいて、検討をして改善したとかそういった声もいただいていますので、一応、われわれがここで申し上げたのはそこまで。ＤＰＣのデータで計算しただけのデータではありますけれども、一応、カルテレビューのほうも活動の一環としてはやっていますので。

ただ、ちょっと大変なので、全部に「やってください」と言うとＤＰＣを出す病院も減ってしまうと困るので、そこのところは今のところはオプションということにしていますけれども、先進的な取り組みをしていただいている沖縄では率先してやっていただくと聞いていますので、非常にそれはいい活動だと考えている次第です。

○鈴木議長代理

ほかはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。どうぞ。

○宮里浩委員（那覇市立病院　副院長）

那覇市立病院の外科の宮里といいます。素晴らしいお話をありがとうございます。

先ほども先生がおっしゃっていたんですが、もう少し先に原因を検索していくときに、どうしても何か力業みたいになっちゃってマンパワーが必要になってきちゃうんですね。今の医療界は結局、マンパワーが、もう働き方改革もあって、かなり制限がされてきているんですけれども、国として、例えば今回、保険証に関してもマイナになったじゃないですか。そういう診療情報は確かに個人情報でかなり難しいんですけれども、マイナ保険証にひも付けて、その人の治療歴から機械的に引っ張ってくるとか、そういうことは国とし

て考えているんでしょうか。もしおわかりであれば教えてください。

○東尚弘先生

ありがとうございます。国のほうで、もうご指摘のとおり、データをくっつけるとかいうことはあります。ＤＰＣを今、病院から収集しているということで、今はできていないですけれども、でも、今度は全部のデータをくっつける前に、保険者からのレセプト情報であれば、その患者さんが受けた治療は全部わかるというような、それもありますので、実はもう少し頑張れば、そこをがん登録と結び付けられることになれば、ほかの病院に行ってやったことはわかるようになります。

なので、今は途上ではありますけれども、近い将来、そういったことは恐らく可能になると思いますし、国も一生懸命、そういうことを進めているところです。全くおっしゃるとおりでありますので、その方向に進んでいるということで。私が言うのも何ですが、ご期待いただければと思います。

○鈴木議長代理

ありがとうございます。ほかはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

東先生、今日は本当にありがとうございました。がん登録とレセプトデータの統合は、われわれ医療者は非常に望んでいるところだと思いますので､そういったところからまた、よりfineな治療ができていくようにも思いますし、また施策にも反映されると思いますので、引き続きよろしくお願いいたします。こちらの協議会にも引き続きよろしくお願いいたします。

○東尚弘先生

ありがとうございます。

○鈴木議長代理

それでは東先生のご講演に引き続きまして審議事項にいきたいと思います。資料の確認をしますので増田先生からお願いします。

○増田昌人委員

では、資料の確認をさせていただきます。基本的な資料は毎回同じで、このiPadを使います。

それ以外なんですが、本日、紙資料が幾つかございます。１つは１枚紙のもので、iPadの中にも入っているんですが、議事次第と本日の資料一覧はそれぞれ１枚紙で、Ａ４の紙で別個に印刷してお配りしていますので、それを見ながらiPadの資料をご確認いただければと思います。

それ以外に本日の資料の差し替えがありまして、天野委員の資料７番が紙資料であります。青いがん患者学会に関連する資料があります。

あともう１つ、資料の差し替えがありまして、資料９の報告事項の１番ですね。「ロジックモデルと指標の活用の仕方を身につける研修会」です。

あと２つはお知らせの資料でして、先に申し上げますと、那覇市立病院が一般市民向けにがん市民フォーラムという形で11月16日・土曜日の10時半から、県立博物館・美術館講堂で行います「前立腺がん・大腸がんのロボット手術」というテーマで講座をするというチラシが入っておりますのでご確認いただければと思います。

もう１つが患者委員からのお話で、紫の資料で「リレー・フォー・ライフ・ジャパンおきなわ2024」があした、あさって、11月９日・10日、沖縄大学アネックス共創館で行われる旨のチラシが入っておりますので、この２つはお知らせのチラシになります。私からは以上です。

〇鈴木議長代理

それでは資料１から５までの内容の確認をお願いします。

議事要旨・委員一覧

１．令和６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7日開催）

２．令和６年度第２回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨（8月2日開催）

３．令和６年度第２回沖縄県がん診療連携協議会議事録（8月2日開催）

４．協議会・幹事会・部会新委員について

５．令和６年度の協議会・幹事会の開催の日時について

〇増田昌人委員

では、iPadの資料をご確認いただければと思います。iPadの１枚目が議事次第、２枚目、

３枚目は資料一覧となっております。これは皆さんにお配りの紙資料と同じです。

その後、資料１が本協議会に先立って行われました幹事会の議事要旨となっております。この幹事会は協議会の１カ月前に行われておりまして、今日の協議会に対して少し交通整理をして、議論をしてから整理したものをここにお出ししております。その幹事会の議事要旨が入っております。

資料２が前回の第２回の本協議会の議事要旨となっております。皆さん、しおりの資料２に飛んでいただければと思います。ページ数では下の７ページになりますが、審議事項としましてはLINEを使用したがん対策について、２番目が周術期の口腔清掃等について、がん医科歯科連携からということです。３番目が今年度の「沖縄県がん登録事業報告」に対する要望について、４番目が院内がん登録をしている18施設がＤＰＣ－ＱＩに参加することに対する要望について、５番目が専門的な資格を持った医療者が少ないことについて、につきまして審議をいたしましたので、それぞれのサマリーが付いておりますのでご確認いただければと思います。また、詳しい逐語記録の議事録に関しましては資料３の10ページからありますのでそれぞれご確認いただけます。

資料４は本協議会、幹事会、部会委員の変更。それぞれご覧いただければと思います。

そして、最後は資料５。しおりで資料５まで飛んでいただければと思いますが、第４回の協議会につきましては来年の２月７日を予定しておりますが、ご存じのように琉球大学病院は１月６日付で新病院に移転いたしますので、会場につきましては決定次第、また皆さまにメールで個別にご連絡を申し上げますのでお待ちいただければと思います。特に日にちの変更はございませんので、以上、ご報告をさせていただきます。私からは以上です。

○鈴木議長代理

増田委員、ありがとうございました。これについて何かご確認したいことはございますか。よろしいでしょうか。

それでは引き続きまして有識者からのご報告を受けたいと思います。まず最初に埴岡委員から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。では、資料をご覧ください。しおりからですと資料６になります。ページ数では74ページとなっております。

では、かいつまんでお話をさせていただきたいと思います。「『がん対策地域別データ集』（沖縄県がん診療連携協議会版）を使ってみる」ということです。

ページを２ページめくっていただきまして趣旨ですけども、こちらの連携協議会のほうでがん対策地域別データ集が公開されています。この会で公開するので皆さんはご覧になったかと思いますが、まだ試していないところもあると思いますので見てみましょうということでございます。全国版が提供されているわけですが、まず沖縄で見てみるとどういうふうになるのかを体験してみたいというところです。

次のページですが、私のほうでこのよい連携協議会の試みをご紹介するために、私のホームページでつくられている資料をご紹介できるようにしておりまして、北は北海道から南は沖縄まで、この連携協議会でつくられているデータ集、評価シートとロジックモデルと本文を一望して見られるようにしております。

次のページですが、沖縄の連携協議会のホームページから開いていきますと、選んで開いてプリントアウトするために整形をして、それからボタンを押してというふうに、多少手間がかかるんですけども、こちらのほうでは北海道なら北海道、沖縄なら沖縄を選んでいただくと即印刷できるようにしております。

それを見ていただければ、この次の課題メモフォームですけれども、一次予防、二次予防の早期発見、医療提供体制などの各シートを読み込んで、どこに問題がありそうなのかをすぐメモしていただけるのではないかと思っております。ですので、沖縄連携協議会が提供されているサービスを利用すれば、沖縄はもちろん、全国どちらの地域でも、私の見積もりでいうと２時間ぐらいあれば地域の概況をざっと把握できるようにしていただいているのではないかと思います。

次のページから作業前の読解力チェックということなんですが、こういうデータ集、資料集は大変便利なんですけれども、先ほど東先生のお話からもありましたが、多少読み方のこつですね。タイムラグがあるんだよとか、そういうことを事前に理解しておく必要があるとはいわれております。

今回はこれが主な趣旨じゃないので概略しか述べませんけれども､軽く見ておきますと、82ページですね。12のポイント、たくさんあってわかりにくいと思いますけれども、例えば２番「妥当性」と書いてありますけども、在宅医療だと「住み慣れた場所で過ごし続け

る」ことが目的、ねらいとなっているんですけども、指標は「在宅死亡率」だったりして、それが「住み慣れた場所で過ごし続ける」ことと近いかというと必ずしも近くないところですね。さまざまな限界があります。

例えば７番「時間」のことであれば、いろんなタイムラグがあったりという限界があるんですけども、だから見るのをやめてしまえというのではなくて、せっかくこういうふうに手に入るようになったデータをまとめて見られるので、こういう限界も知りつつ、しっかり見ていきましょうということです。

次に、何と比べるのかですけども、沖縄では別途、資料12とか、今日も出ておりますけど、ロジックモデルで指標を見ていくときに全国値と比べるのではなくて、全国でベストのところと比べていこうよね、なんてこともおっしゃっているので、もうかなり釈迦に説法ではあるんですけれども、全国より良ければ良いと思ってしまうのか、もっと良くなれると思うのかということがあると思います。

例えば全国よりはいいけど、隣の地域より悪いんだったら、隣の地域ぐらい良くなろうという考えもあるかもしれません。さまざまな物差しの目安、ハードルのバーをどこに設定するかは別問題となります。今回は単純化するために全国の値と比べることを主な観点として見ていくところです。

それから、何をもって良いとするのかですけども、例えば死亡率は低いほうがいいよねとか、誰もが標準と思っている治療の遵守率は高いほうがいいよねというのはあるんですけど、ある薬の使用率が高いほうがいいのか、低いほうがいいのかというのは、それはものによるということになりますので、それはそれで人間の力で価値判断の方向性は考えなきゃいけないということが別途ございます。

それから、指標をいろいろ調べると、さまざまにちぐはぐなことが出てきます。ここにＯ、Ｐ、Ｓと書いてあるんですが、この会議体の方はご承知いただいていると思いますが、右下に注釈がありますが、Ｏはアウトカム指標で患者さんの状態、Ｐがプロセス指標で医療サービスの状況、Ｓが提供するための資源ということなんですけど、全部〇だったらいいんですけども、例えば左上のＳ、Ｐ、Ｏで、〇××の場合と××〇の場合と×〇×の場合、どれがベター？ということですけども、例えばＳだけ〇よりもその次のＯだけ〇のほうがいいかもしれませんよね。患者状態が良ければ、より良いかもしれませんというようなことがあるので、例えば指標が１個、×なものと〇があっても、一個一個ではなくて、すごく大事な指標が１個、〇なのというような観点で軽重があるということは別途あると

いうことで、ここは今日は深入りはしないんですけれども、いずれにしても見るコツを覚えつつ、見ていかなきゃいけないということを事前に述べさせていただきました。

いよいよ86ページからデータを見ていくわけですけれども、取りあえずここに凡例が書いてありますが、全国値と比べてよさげに思えるものを仮に○、悪いかもというのは仮に×、それから「再」と書いてあるのは二度出しているものを示しております。

めくっていただくと、この連携協議会は予防・早期発見も大事なんですけど、医療提供体制に関する会議体ということでありまして、87からははしょっていただいて、医療に関するところまで飛んでいただきたいと思います。

それは96ページになります。医療提供体制のところです。医療提供体制のシートは３ページに分かれているので、上からめくっていく感じで示しておりますので、多少見にくいかもしれません。左端にボタンがありまして「沖縄県」と押せます。「南部医療圏」と押せます。この下の「大腸がん」のところはがん部位別で選べるんですが、今日話題になっておりますように、沖縄では大腸がんが一番問題ですので、「大腸がん」ボタンを押しましたと。するとこのような表示が出まして、右側が最終アウトカムで、××××××と、ここは７つの×が見えておりますけれども、これはがんの治療の成績の状態ですね。男女別に、３つ目の×ですと男性の限局が全国の生存率より低いみたいなことで。右側の治療成績が悪い。

では、その原因は何かなと思ったら、左のほうを見るということで、例えば拠点病院カバー率を見れば、全国は推定がん患者さんの63％ぐらいが拠点病院で診られていますけれども、沖縄の場合は３割程度であるということです。こんなことわかるのかということですけど、これをわかるようにしてくださったのが今日来られているゲストの東先生ということになります。

また、その下には患者指標で、十分な情報を持って治療を始められた患者の割合。全国が75.2で沖縄は71.4で低いということで、これは仮に×をつけております。これも患者体験調査、東先生がつくってくださったから、われわれは利用ができているということです。

このように医療提供体制に関して、最終アウトカムである治療成績、そしてその原因かもしれない体制とか、患者さんの受け取りに対して、このようなものを併せて見て取れるということでございます。

次の97ページを見ていただくと、右側にあります「患者15」とか「患者20」というＩＤがついているものですね。これまでの治療に納得している患者の割合は、沖縄は全国値よ

り高いので良かったなと思うかもしれません。その次の患者20番も、治療全般に対する総合的な評価が高い患者の割合が高いので、沖縄は健闘しているのではないかなと思うかもしれません。

ただ、左側の患者４のところを見ますと、例えば担当医からセカンドオピニオンについて話があった患者の割合は低かったり、その下に○××という並びがありますけれども、がん患者指導管理料の外来の数値は沖縄は悪かったりするわけですね。ですので、右側は満足しているけど、左側の医療行為は不十分かもしれないということがあるので、これは県民の受け取りが優しいだけで、医療者としては提供が十分と安心するのは早過ぎるかもしれないというようなこともいえたりします。このように合わせ技で見て取れるということでございます。

100ページに飛んでいただいて、ここは手術、放射線、化学療法、免疫療法のパートになります。沖縄県を見て、右側に今、××××と出ておりますが、上２つが肺がんの治療成績、そして下２つが大腸がんの治療成績。大腸がんの治療成績は低いと。

左側に赤で囲んであるところに、ここは手術療法のさまざまな手技が全国よりたくさん行われているかどうかが見られます。全国100に関して、今、見えている項目は27.6ということですごく低いんですけれども、胃がんだから、胃がんが少なめだから低いのかな、それにしても低過ぎるかなということが見ていけるわけです。ここはセレクターがあって、たくさんの項目が見られますので後ほどお示しいたします。

次に、101ページを見ていただきますと、例えば左側の下のところ、薬物療法、がん患者指導管理料の全国値は100ですが、沖縄では15.7で低いかなというところが気になったり、そういうところが見て取れます。

102ページですね。がん患者指導管理料が県別に出ていて、全国100に対して15.7とか、外来は高いと出ているんですけども､内訳を見ると中部が381で南部が30.0だったりします。ですので、全国100に対して沖縄は154、しっかりしているなと思うと沖縄全般がいいわけでも必ずなくて、中部でいいけれども、南部はそうでもないかもしれないし、宮古、八重山、北部は要確認ということで、そういう地域の大きさの粒度別にも配慮して見ていく必要があるということもいえます。

104ページ、105ページは先ほどたくさんのセレクターの中から選べますよと言ったものの幾つかのピックアップです。例えば104ページ、17番から20番までは大腸がんの手術に関するものですけども、例えば18番、19番、早期の大腸がんに関する手技ですね。全国より

少なめの、県としてはそうですし、例えば中部医療圏、19番の早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術が少ないとかそういうところ。これは多分、それぞれの専門領域の医療者の方が見られると気にすべきところ、気にしなくていいところがわかるのではないかと思います。

105ページは薬物療法に関してでございます。これも私は知見がないのでどこを見るべきかわかりませんけれども、それぞれの診療科、あるいは検査、あるいは抗がん剤の専門家の先生が見られると過不足がある部分が見えるかもしれないということでお示しをしております。

この後は少しはしょり気味で109ページ、緩和ケアを見ていただきますと、緩和ケアも右端、109ページを見ていただくと○○×となっていて、一番上、体の痛みは少なめだということで安心かなと。その２つ目も痛みがないと感じる人が多い。これはちょっと安心かなと思うんですが、３つ目のところですね。気持ちがつらくないと感じる人は少ないので、体の痛みは比較的いいんですが、心の痛みについては安心できないかもしれないと。

右側は○○×なんですが、左側を見るとがん性疼痛緩和指導管理料という診療報酬の請求に関しては少なめであると。もちろんケアはしっかりしているんだけど、請求していないだけだということもあるかもしれないんですけど、請求は少し少なめだなということがわかったりするということで、次のページにも幾つか指標がありますので、この辺を合わせ技で見ていただくとまだ取り組むべき課題があるかどうか、見えてきたりするのではないかというような、そういうような形で情報が提供されております。

112ページはがん患者指導管理料などを見ていただければと思いますし、これも、こちらのほうは南部医療圏ではたくさん請求されていて、中部医療圏では少ないということです。これは元々、医師が説明するときに看護師が立ち会うべしということだったんですけども、ですので、本来はそれぞれの病院で看護師が立ち会って、患者さんを孤独にせずに、ちゃんと説明しているかを確認していただければ良くて、これ自体、もう代理指標ですので、これだけではわからない部分があると思いますけれども、一応、見ておくべき指標かなというようなことであったりします。

115ページからは在宅があり、それから117ページからは在宅の医療圏別内訳を見ております。

最後に１点だけなんですけども、119ページの右下ですけども、右側の上から２つ目、治療費用の負担が原因で、治療を変更または断念したことのある患者の割合。全国で5.0で、沖縄は4.0。これは小さな差なので、そうそうに高い低いはいえないと思うんですけど、数

値は低めであると。安心していいかというと、その下に、医療を受けるための金銭的負担が原因で生活影響があった患者の割合が全国27.1に対して37.1ということですね。東先生もよく、今、経済毒性というんでしたっけ、言葉遣いは。患者さんにとって、いろんな毒性があるけども、金銭負担もがんはあるんだということで経済毒性のことをおっしゃっています。

注目しがちなのは治療を断念という、もうすごく一番大きなインパクトがある場合ですけども、東先生がこの指標をつくられたときに、その最終インパクトの前にもうかなり困難を感じている人がいるんじゃないか、そこを拾い出せる指標をつくろうということで、この患者８という項目をつくられたと思うんですけど、まさにこれが沖縄の問題を敏感に抽出しているところでありまして、治療を断念するには至らないけど、負担を感じている方が非常に多いというのが沖縄の特色であったりします。

120ページに、今ざっと見たものの仮の記入例でございますけども、こういうふうに数人のさまざまな立場の方が見ていただいて意見を合わせれば、地域の特性、課題が幾つかピックアップできるのではないかなということで書き出した例となります。

まとめですけども、沖縄がつくられたこういう指標がございまして、データ集があって、ぜひ全国でも使っていただきたいし、沖縄で使ってみてもこのようなことがわかるということです。

最後に、今日出ております資料12の371ページを一瞬開いていただきますと、今日、私がお示ししましたのは簡便版の全国提供版なんですけど、沖縄では今、資料12にある371ページからの資料で、これは今日、見た資料よりも多段階で、右端に患者状態、真ん中に大体、医療サービス状況、左側に医療資源の状況ということでもっと詳細なものがつくられておりますので、今後、これによって問題点が見えるようになっていきます。その練習ということで、簡便データでざっと見るということを今日やってみたということでございます。最後になって恐縮です。以上です。終わります。

○鈴木議長代理

埴岡委員、ありがとうございました。ロジックモデルを用いた指標の見方ということで、いろいろ教えていただきました。これについて何かご質問はございますか。よろしいでしょうか。非常にわかりやすくて。

先生のここに書かれているホームページからアクセスして大体、見ていけるものなんで

すか。

○埴岡健一委員

第一の推奨としては沖縄県がん診療連携協議会の特設ホームページに全部出ていますので、そちらから生は見ていただけます。軽く加工したものであれば、私のところから見ていただくとやや便利かもしれないという程度でございます。

○鈴木議長代理

よろしいでしょうか。埴岡委員、ありがとうございました。

それでは次に天野委員からのご報告を受けたいと思います。よろしくお願いいたします。

２．天野委員報告

○天野慎介委員（一般社団法人グループ・ネクサス・ジャパン　理事長）

私からはがん患者学会についての報告をさせていただきます。タブレットにも資料が入っておりますが、そちらはちょっと古い資料となっておりまして、お手元の紙資料が新しいバージョンですので、そちらのほうをご参照いただきながら聞いていただければと思います。

がん患者学会は全国がん患者団体連合会と国立がん研究センターの後援の下に行われるイベントでございまして、毎年、年１回開催してまいりました。今年は11月23日と24日に国立がん研究センターにおいて、ハイブリッド開催ということで現地開催とオンデマンド配信を併用した形での開催となっております。

お手元の紙の資料を１枚めくっていただけますでしょうか。そうすると今年のプログラムが一覧表として出ていまして、このように２日間にわたりまして、２レーンの講演がそれぞれ展開される予定になっております。

プログラムについて簡単に説明させていただきます。３ページを見ていただきますと、まず１日目の最初はＰＭＤＡの藤原理事長から「日本のドラッグラグ／ドラッグロスの課題と今後の取り組み」についてお話をいただきまして、またSCRUM-Japanですね。全国がんゲノムスクリーニングプロジェクトであるSCRUM-JapanのＰＰＩ（患者・市民参画）に向けた取り組みについてもお話をいただきます。

その後ですが、国立がん研究センターの希少がんセンターの共催セッションということ

で、国立がん研究センターの希少がんセンター長、並びに東北大学と九州大学の希少がんセンターのスタッフの方にご登壇いただきましてそれぞれの取り組みをお話しいただくことになっています。

４ページを見ていただきますと、その後、緩和ケア委員会からは全国がん患者団体連合会の緩和ケア委員会企画ということで神経ブロックについてのお話。また１日目の午後に移りますと、がん対策研究所の共催セッションと題しまして「有効ながん対策を確実に『届ける』研究における患者・市民との協働」というセッションがございます。

５ページを見ていただきますと、いわゆるＣ－ＣＡＴ、がんゲノム情報管理センターのほうで、今、どういったデータが集まっているかについてお話をいただく予定になっておりまして、その後、全国がん患者団体連合会のがん教育委員会企画、ページをめくりまして６ページになりますとまたＰＰＩ委員会企画として、企業と患者団体の利益相反について考えるという企画もございます。こちらは患者団体と企業との協働が増えているということでして、利益相反の在り方について学んでいただくことを企図しております。

また、遺伝子パネル検査が初回治療から使えるようになるかもしれないということになっているわけですが、その際、国内では当初は保険外併用療養で始めてはどうかという政府の方針が示されていますので、これは国民皆保険の観点から、この保険外併用療養の一部拡大はどういう意味を持つのかということについて、横浜市立大学の五十嵐先生からお話しいただく予定になっております。また、ピアサポート委員会企画として、マギーズ東京についての取り組みについてもお話しいただきます。

７ページを見ていただきますと、１日目の最後に、当日、参加された患者団体の一部になりますが、患者団体の発表をそれぞれしていただくことになっていまして、それぞれの取り組みについて共有し、学びを得る機会としたいと思っております。

７ページの下のほうで、２日目になりますが、こちらから企業共催セッションが続いておりまして、まず最初は国立がん研究センターの小川先生から高齢がん患者さんへのケアについてのお話、ページをめくっていただきまして８ページになりますと企業共催セッションが続いておりまして、例えばがんゲノム医療と地域格差の解消に向けた話などもございます。

９ページを見ていただきますと２日目の午後になりますが、企業共催セッションの続きで、小児がんのドラッグラグとドラッグロスの解消についてのお話をいただくことになっておりまして、最後に日本癌学会との共催セッションということで、癌学会理事長の間野

先生から、また臨床腫瘍学会共催セッションということで、がん研有明病院の高野先生から薬物療法専門医の現状と展望についてお話をいただくことになっています。

ページをめくっていただいて10ページになりますが、癌治療学会との共催セッションはがんゲノム医療について京都大学の武藤先生からご講演いただきます。また最後になりますが、日本がん登録協議会との共催セッションで、がん対策推進基本計画におけるがん登録の活用ということで大阪医科薬科大の伊藤ゆり先生。こちらの伊藤ゆり先生には沖縄県の協議会でもお世話になっておりますが。また、がんセンターの若尾先生から指定発言をいただく予定になっております。

ページを一気にめくっていただきまして、最後のページをご覧いただけますでしょうか。こちらのイベントですが、９月から募集を開始しておりまして、実はこちらに現地で参加していただける患者団体の方に対しては旅費の助成を一定額出すこととしておりました。これはタイプＡ、タイプＢの参加プランとなりますが、こちらのタイプＡ、タイプＢの参加プランについては、恐れ入りますが、10月７日に既に締め切りとなっておりますが、タイプＣ、旅費助成のないタイプにつきまして、並びに医療関係者、メディア関係者、企業関係者の方々がご参加いただけるプランにつきましては今週の11月４日に締め切りとしていたのですが、その後も多くのお問い合わせをいただいておりまして、11月10日の17時まで延長としております。

こちらのほうは参加費2,000円となっておりまして、一番下のPeatixのサイトからお申し込みいただける形になっております。本日時点でおよそ180名の方々にご参加のお申し込みをいただいておりますのでご参加を検討いただければと思います。

オンラインのみの参加も可能ですが、こちらはオンデマンド配信ということで後日の配信になりますが、沖縄からもオンデマンドで視聴していただくことが可能かと思いますので、よろしければご検討いただければと思います。私からは以上です。

○鈴木議長代理

天野委員、ありがとうございました。がん患者学会についてのアナウンスでございました。これについて何かお聞きしたいことはございますか。よろしいでしょうか。非常に内容が豊富で楽しみなところだと思います。それではほかに何かご意見はございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは有識者報告はここまでにして、次に審議事項に移りたいと思います。審議事項

は、増田委員のほう、お願いします。

審議事項

１．医療者調査の結果を受けた上での問題点の抽出について

○増田昌人委員

では、審議事項の説明をさせていただきます。しおりで、資料としては８になるんですが、136ページまで飛んでいただけますでしょうか。ここに第２回の医療者調査報告書が出ておりまして、あともう１冊、これに付随する報告書が資料８－(2)で付いておりますが、この報告書はすごく長いものですから、私のほうで少しサマライズしたものを別に用意しております。それで資料９にいったん飛んでいただいて、７ページほど戻っていただきますと、そちらのほうがわかりやすいかなと思います。327ページまでお進みいただければと思います。ここの資料はすごく多いので、むしろ資料９から戻っていただいたほうが早いかなと思います。

これが今日の審議事項に対する提案でして、読み上げますと、ベンチマーク部会長としての立場から提案をさせていただきます。第４次沖縄県がん対策推進計画（沖縄県がん診療連携協議会版）（以下、第４次沖縄県がん計画（協議会版））の進捗評価のために行われました、今年２月、３月に本協議会が主催しました第２回の医療者調査なんですが、その結果は前回、お話ししたとおりなんですが、特に実現率や平均スコアが非常に少ない項目がありまして、実現率が30％未満の特に低い項目が３分野、平均スコアが特に低い項目が２分野ありました。合わせて５分野は下に、①～⑤のとおりでして、①が患者サロン、ピアサポート、患者会に関する十分な情報提供で、これは実現率が22％。②のがんゲノム医療に関する十分な情報提供が実現率23％。高齢がん患者への治療開始前の高齢者機能評価が、実現率26％。④が県内におけるがん医療の集約化と機能分化が平均スコアで－2.5で、医師への意見の言いやすさ、これは医師以外が回答した分なんですが、これは平均スコアが13.9ということです。

この詳細につきましては、資料８－(1)の、先ほど見ていただきました海邦総研がつくりました報告書と、８－(2)のＮＰＯ法人疾病対策情報センターの作成。これは東京大学の東教授がつくられているＮＰＯ法人なんですが、そちらの作成資料をご参照いただければと思います。

このうち、上の５つのうち①～③に関しましては基本的には医療者の認識不足や説明不

足がその理由であると。このため、協議会として、現在、がん連携拠点病院の６病院と「掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設」20施設に対しまして、①～③の項目については要望書を送ることを部会として提案いたします。

また、④に関しましては、2012年度と2018年度にも、実際、行ったことではあるんですが、今年度も第８次沖縄県医療計画に基づき、いわゆる掲載要件を決めるために沖縄県から琉球大学への委託に関する要望書を協議会として提案してはどうかと。

⑤に関しては各病院へ､医師以外の医療者から医師へ意見が言えるように､すみません、ここは何文字か落ちているんですが、検討を促すための方策を各医療機関で行ってほしい旨の要望書を送ることを提案したいと考えております。

要望書といたしましては次のページなんですが、具体的には26の沖縄県を代表する院長宛てに対して、協議会議長の大屋先生から「第２回医療者調査の結果に基づく要望書」という形で、前段の部分は同じような感じなんですが､「２月、３月に沖縄県がん診療連携協議会第２回医療者調査を行いました。その際には貴院に多大なご協力をいただきまして、改めてお礼を申し上げます｡今回､その結果を同封の資料１と資料２にまとめましたので、貴院内で共有をしていただければと思います。この結果を受けて、本協議会では、第３回協議会で審議を行い、特に達成が不十分な」、すみません、５項目ですね。「５項目については、その達成に向けて、県内の主要医療機関に特別に要望を行い、ご協力をお願いすることにしました。以下の項目につき、ぜひ貴院でも担当分野の委員会等で協議の上、医療職の方々に周知、達成を図っていただきますようにお願い申し上げます」。

記として「以下のことを貴院全体で取り組んでいただくことをお願いいたします」。４が抜けているんですが、１番が「医師を含む担当職員から患者サロン、ピアサポート、患者会に関する十分な情報提供を、診断がついた初期の段階で患者さんに十分に行うこと」。２番が「担当医からがんゲノム医療に関する情報提供を患者さんに十分行うとともに、標準治療がない患者に対しては治療開始前に、標準治療がある患者に対してはその治療終了が見込まれる際に、がん遺伝子パネル検査を行うことを一度は検討すること」。３番が「65歳以上のがん患者に治療をする際には、全例に高齢者機能評価を行うこと」。４番が「医師以外の医療職が、医師に対して自由に意見が言えるような体制整備を行うこと」。５番目がさっき行いました「自院内で集約化と機能分化についてご検討していただくこと」の５点を各26の病院長に対して出すのはいかがでしょうかということのご審議をお願いします。

もう１つが次のページなんですが、県知事に対しまして大屋議長の名前で、同じように

要望書としまして、ここにありますが、「本県、医療者調査を行い、対象は県庁ホームページに掲載されている『掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設』26施設に勤務する医療者（医師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー）で、1,267名から回答が得られました。今回、その結果を同封の資料１と２にまとめましたので、ご参照ください。この結果を受けて、本協議会では11月８日の第３回協議会で審議を行い、特に達成が不十分な項目について行い、対応策を検討いたしました。その中で、県内におけるがん医療の集約化と機能分化については、平均スコアがー2.5ポイントと特別に低く、これに関しては沖縄県の担当部署と共同で改善を図る必要があるという意見が出ました。そこで、その解決策の一つとして、以下を要望いたしますので、よろしくお取り計らいをお願い申し上げます」。

記として「第８次沖縄県医療計画に基づき、『掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設』の選定のための掲載要件を決めることを、沖縄県から琉球大学への委託をしていただくこと」。実際に2012年度と2018年度には同じ委託事業が行われていることではありますが、改めて結果から県のほうに要望書を出すのはいかがでしょうかということで、都合２点、ベンチマーク部会からの要望ということでご審議をいただければと思います。以上です。

○鈴木議長代理

増田委員、ありがとうございます。それでは審議に入りたいと思います。ご自由にご意見をいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。天野委員。

○天野慎介委員

ご説明をありがとうございました。私から３点ございます。基本的には、今、増田委員からお示しいただいた要望書の内容に賛成でございますが、それに補足というか、追加でお願いしたいことが３点ございます。

まず１点目ですが、ピアサポートについてです。こちらのほうは現在、がん診療連携拠点病院の指定要件で「患者さんが外来の初診時から治療開始までを目途として、必ず一度は相談支援センターを訪問することができる体制を整備することが望ましい」というのが拠点病院の指定要件に入っていますので、恐らく拠点病院ではこういった動線ができつつあるのかと思います。

先ほど琉大病院の相談支援センターの相談員の方とお話しする機会があったので伺ったところ、それぞれの診療科のクラークさんが入院支援の窓口を受診するのに併せて相談支援センターの予約を入れておいていただける体制ができつつあるということなので、そういった体制ができつつあるのは素晴らしいことだと思うのですが、その際に、ぜひ相談員の方から患者団体についての情報提供をしていただくことをお願いできればというのが１点目です。

２点目ですが、遺伝子パネル検査についてです。遺伝子パネル検査ですが、遺伝子パネル検査を実際に行うことについて情報提供していただくことはすごく重要で、それがまだできていないのであればぜひお願いしたいんですが、ただ、実際問題として、患者さんの立場からすれば何が重要かというと、遺伝子パネル検査を行った後にできれば自分の、もう既に治療がほとんどない状態の患者さんが遺伝子パネル検査を現状で受けていますので、何かしら治療がないのかを知りたいということが当然あるわけで、そうすると遺伝子パネル検査の結果を基に提案されるお薬は、多くは未承認薬か適応外薬ということになってきます。

そうすると、臨床試験に入れるかどうかということが非常に重要になってくると思うんですが、臨床試験についての情報提供はどこでもできるわけではなくて、例えば相談支援センターですと看護師さんやソーシャルワーカーといった方々が対応されているので、必ずしも臨床試験について詳しいわけではないので、例えば琉大病院の臨床試験に関するセクション等が臨床試験に関する情報提供あるいは相談について、沖縄県内で一括して受けるなどの体制を整備していただくのが望ましいのではないかと思っております。

３点目、今の遺伝子パネル検査に関連して、例えば患者申出療養が活用される場合もありますが、患者申出療養自体、正直、非常に使いづらい制度で、臨床試験で行われるのがその理由になっているわけですが、ただ一方で、患者申出療養の中でもいわゆる受け皿試験というのがありまして、あらかじめお薬がリストアップされていて、臨床試験としての体裁も整っているという試験がございます。

そこに入れている患者さんは比較的スピーディーに未承認薬にアクセスできているので、患者申出療養の中についての情報提供あるいは相談体制が非常に重要になってくると思うんですが、これは私も以前もこちらの協議会で何度か申し上げているんですが、現状、患者申出療養についての相談窓口を特定機能病院等で国内で設けていない医療機関は６施設だけになっていまして、残念ながら琉球大学病院がその１施設に該当しています。先ほど

申し上げたように、例えば臨床試験センター等を患者申出療養の窓口に指定していただければ済む話ではないかと思いますので、こちらを早急に対応をお願いできればと思っております。私からは以上です。

○鈴木議長代理

ありがとうございます。これについて増田委員のほうから回答を。

○増田昌人委員

まず１点目の、ここにあるピアサポートの件なんですが、おっしゃるように、今、都道府県拠点病院はがん治療が始まる前までにがん相談支援センターに１回は訪問することが義務付けられておりまして、地域拠点及び診療病院に関しましては努力目標で、２年後にはそれが義務化される予定になっています。

琉大病院では今、基本的に主治医のほうにお願いをして、告知後の２回目ないし３回目の外来のときに同時にがん相談支援センターに予約を入れることをお願いしているところですが、不十分なところがまだあります。

また、それを補うために、各外来のほうで診断間もない方につきましては看護師ないしは看護助手からがん相談支援センターに誘導するようにしている。あとはおっしゃっていただいたように､入院の段階でがん相談支援センターを訪れるようにというシステムを今、組織的に構築しているところです。ただ、全体としてはまだ不十分な状態で、全てのがん患者さんが治療前までにがん相談支援センターに来ているわけではなく、３分の１にまだ満たない状態であります。少しずつその割合が増えているところではありますが、不十分です。

その際に、多分、訪問されたがん相談支援センターの専門のがん相談員がピアサポートについては広報するよう、患者さん及びピアサポート、患者会に関する情報提供はしておりますので、それをもうちょっと強化していきたいと考えております。

２番目がパネル検査のことなんですが、基本的におっしゃるように、パネル検査で出てくる治療の候補薬はほとんどが未承認薬になりますので、それに関しましては、琉大病院としましては取り決めとして臨床研究支援センターのほうに問い合わせをしていただくことになっております。

また、がん相談支援センターに来ていただいた患者さんに対しては、この話題が出まし

た場合は、専門のがん相談員から臨床研究支援センターのほうに連絡を取って情報提供していただくようにしているところです。ただ、広報が不十分ですので、多くの患者さんが琉大病院でそういうことをしているんだということをご存じない方が多いので、その部分に関しましては今後、広報の強化をしていく必要があるかと思っております。

３番目の患者申出療養制度に関しましては、琉球大学の医事課の中で検討していただいている途中なんですが、まだ検討中ということなので、これも早急に、実際に可能になるようにお願いをしたいと思いますが、多分、これは病院長からも前にプッシュしていただいたのではないかと思いますので、またお願いをすることにしたいと思っております。私からは以上です。

○鈴木議長代理

天野委員、いかがでしょうか。

○天野慎介委員

ありがとうございます。特に患者申出療養を進めていただけるということでありがたく思っていますので、ぜひよろしくお願いいたします。

○スズキ議長代理

ほかにご意見はございますでしょうか。

○玉城先生

天野先生にご質問なんですが、今のお話だと、沖縄県の臨床試験や治験の情報を、琉大病院がそれをグリップしていないというような意味合いだったでしょうか。全国で６か７か、指定を受けていない病院の１つが琉球大学ということだったんですが。

○天野慎介委員

はい。患者申出療養相談窓口が一応、厚生労働省から特定機能病院や臨床研究中核病院に対して窓口を設置するようにという指示が以前から出ていまして、現状、出ていないのは札幌医大、弘前大、防衛医大、近畿大学、久留米大学、琉大病院の６つの施設と承知しています。

○玉城先生

ありがとうございます。来年、琉球大学は移転しますけど、これを今後、設置する計画はありますか。これはやらないといけないんですよね。がんゲノム医療をやりっぱなしで、今、なっているという状況ですよね。受け皿が今、ないということですよね。

これは琉大病院でグリップしている臨床試験だけを対象としているわけではないですよね。全国、それから沖縄県のあちこちでいろんな治験がされていますが、そこの情報も含めて提供するというようなシステムですか。

○天野慎介委員

恐らくですけども、それぞれの特定機能病院の相談窓口では、その自施設の情報が中心になると思いますが、それ以外の当然、情報についても提供していただけるものと理解しています。ただ、臨床試験の情報はそれぞれ、めちゃめちゃ専門性が高いですので、正直なところ、どの病院でも対応は難しいだろうと私は思っているんですが、ただ、沖縄県の場合、離島というか、離れた県ですので、ほかに相談できるところもないので琉球大学で頑張っていただくしかないと思っております。

○増田昌人委員

ちょっと議論を分けたいんですけど、患者申出療養の制度自体は今の話とはあまり関連がない話で、要するにほかの病院のことを把握するかどうかは分けていただいて、今、進行しているパネル検査で提示された中の幾つかの臨床試験に対しては、患者申出療養制度を取り入れている病院であれば、比較的簡単ないしは迅速にその臨床試験に参加できる可能性があったり、当初は、例えば首都圏の病院で行ったものを琉球大学でやることができるという制度ですので、臨床試験の情報を把握するかどうかだったらちょっと別の問題になります。

ですから、それと患者申出療養に関しましてはちょっと違うので、少なくとも患者申出療養制度に関しましては、琉球大学の医事課のほうでやる方向で検討していただいているということです。先生がおっしゃった県内の臨床試験がどんなふうになっているのかを把握することに関しましては、琉球大学の臨床研究支援センターのほうで独自にされているかと思いますが、私はそこのところの詳しいことはわからないのでコメントができない状

況です。ちょっと分けていただいて。

○玉城委員

いや、単純に患者さんのアクセシビリティーを担保しないといけないというところだと思うんです。つまりがんゲノム医療をやりっぱなしではいかんということで、しっかりそこにつなげるというところを、琉球大学でもそういう受け皿があったほうが患者さんにはメリットではないかなと思いました。

○増田昌人委員

そうですね。その場合ですと多分、琉球大学病院で患者申出療養制度を確立するのがとても大事なところになるかと思います。以上です。

○鈴木議長代理

恐らく患者申出療養のほうは、がんだけではなくて、いろんなやつがあるので、そちらのシステムはしっかりとやって、あとがんゲノム、オンコパネルの評価はある程度はして、患者さんには情報がいくんですけど、それは患者さんにとってみたら、いろいろ言われてもこれは本当にどうなんだろうかというところもあるので、そういうところの患者さんの立場に立った支援ということですよね。そういうところも少し強化していかないといけないと思います。これについて、病院のほうでも認識を持っておりますので、また進めさせていただきます。

ほかはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。その他、何か審議事項はございますか。よろしいでしょうか。

それではこれからいったん休憩を挟みたいと思います。休憩は10分間ということですので、３時50分に再開させていただきますのでよろしくお願いいたします。それでは休憩に入ります。

（休　憩）

○鈴木議長代理

それではお時間となりましたので協議会を再開したいと思います。引き続きまして報告事項に移らせていただきます。報告事項の１と２について、増田委員より報告をお願いいたします。

報告事項

１．「ロジックモデルと指標の活用の仕方を身につける研修会」

（11月17日・12月22日）への参加について

○増田昌人委員

では、iPadのほうに前のチラシが入っておりますが、そちらではなくて、今日お配りした１枚紙のチラシをご覧ください。

開催日時が２回、同じことを繰り返すということをアナウンスしていましたが、参加者の都合等やいろんな方のご意見によりまして、11月17日の第１回目を中止しまして、12月22日、元々予定していた第２回目の日にちに統一し、１回にいたしました。

それで、元々ウェブだったんですが、現地のほうがいいんじゃないかというご意見をいろいろ頂戴したものですから、基本的に12月22日・日曜日の午後１時から、医師会館の３階ホールで現地集合してやることに変更いたしました。ただ、ハイブリッドでもできるように用意はしますので、基本的に本島内の方は会場までお越しいただければと思います。宮古、石垣に関しましてはウェブで参加できるように段取りを組んでおりますので、本島にいらっしゃる方はウェブではなく現地でご参加いただければと思います。そこが大きな変更点になります。

内容に関しましては、国及び沖縄県ではロジックモデルを活用して、がん計画を進捗管理し、住民のための効果を高めることになっていますと。委員の方々から「もっとロジックモデルの活用の仕方を学びたい」とのお声があったものですから、３年ぶりか５年ぶりだったかと思いますけど、久しぶりに研修会を企画しております。グループワークを中心に実践的なことをいたします。

具体的には、一番右下のプログラムにありますように、ワーク①としまして「ロジックモデルの指標を読んで地域診断する」、ワーク②が「ロジックモデルにある施策の優先度を検討する」、ワーク③が「施策の進捗評価をシミュレーションする」になっておりますので、皆さん、ご参加いただければと思います。

裏面のほうに、進行役は埴岡委員にお願いしておりますし、ファシリテーターは奈良県の吉野保健所から大井久美子さんに入っていただきまして、彼女は奈良県のがん計画を中心となってまとめ上げた方で、奈良県のがん計画は恐らく日本でトップのがん計画を実際につくられた方。それもロジックモデルを用いてつくっていただいた方。

あと、沖縄県庁の高嶺さんと長浜さんは沖縄県の第７次及び第８次お医療計画に携わってくれた方で、実は第７次の沖縄県医療計画に関しましては、確か埴岡先生が東京大学の公共政策大学院の教授をしていたときに、全国コンペを行ったときに、沖縄県の第７次の医療計画が多分、そのとき１等賞だったという。そのとき、高嶺さんがメインでまとめられたということもありますので、具体的にロジックモデルに慣れた方。

あとはシンクタンクから２名、松本さんと吉田さんもロジックモデルに非常に理解が深い方、５人を集めておりますので、ぜひ皆さん、ご参加いただければと思います。これに関しては以上です。

○鈴木議長代理

よろしいでしょうか。ぜひご参加いただけたらと思います。

○増田昌人委員

埴岡先生から補足はありますでしょうか。

○埴岡健一委員

いえ、ありがとうございました。ワークは楽しいですし、新しい発見もありますので、ぜひご参加ください。

それから、先ほど増田先生がおっしゃったことの訂正なんですが、高嶺さんは沖縄県の医療計画の７次計画をつくられて、日本で先駆けて医療計画でロジックモデルをつくられた方。長浜さんは今、医療計画のご担当で、先ほど話題に出た東大のデータコンペのときに入賞された方ということでございます。ちょっと再整理いたしました。

○鈴木議長代理

よろしいでしょうか。次、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)」の進捗について

○増田昌人委員

では、２枚めくっていただきまして、時間の関係上、今日は細かい説明はいたしませんが、350ページ、今のチラシを２枚めくっていただきますとがん計画のロジックモデルの表

の指標付き、データ付きのエクセルの表に移るかと思いますが、ここにブルーで網掛けしたところがあるかと思います。ちょっと大きくしていただけますと「施設向けアンケート調査実施中」があります。もう１枚めくりますと、グリーンで網掛けをしている「市町村向けアンケート調査実施中」がありまして、それぞれ41市町村及び26の医療機関に対してアンケート調査がほぼ終わっておりまして、次回の２月にはここのデータが全部入った状態で皆さまにお目に掛けることができるのではないかと思いますし、埋まった段階で、早ければ年内に皆さまにこのロジックモデルのある程度のデータが埋まった状況をお知らせできるかと思っております。

また、もう１点、前回のこの協議会で、専門的な資格を持った医療者が少ないということで、皆さんから幾つかのご意見を頂戴しまして、特に専門医に関しましては、この10年間の動向をそれぞれの学会のほうに問い合わせをして、この10年の全国の状況と沖縄県の状況を個別にデータをいただいている最中でして、それも次回、２月には皆さまにお話しできるのではないかと。つまりこれまでの推移がわからないと、ということです。

一端をお示ししますと、例えば医療部会や離島・へき地部会ではお話をさせていただいていて、今日はデータを入れていないんですが、消化器外科に関しましては最近、消化器外科の絶対的な人数は現時点で沖縄県は少ないんですが、右肩上がりに増えていることはこの10年の動向調査でわかりましたので、そういうことが次回の第４回の本協議会において説明できるのではないかと考えております。今日のところは時間の関係上、それで以上です。

○鈴木議長代理

これについてご質問ございますか。よろしいでしょうか。

それでは報告の３に移りたいと思います。患者会からのご報告です。患者会の与儀委員からご報告をお願いいたします。

３．患者会よりの報告

（１）与儀委員報告

○与儀淑恵委員（ＮＰＯ乳がん患者の会　ぴんく・ぱんさぁ　代表）

ありがとうございます。ＮＰＯ乳がん患者の会、ぴんく・ぱんさぁの活動報告をさせていただきます。

私たちの拠点のぴんく・ぱんさぁリボンズハウスでの活動ですが、毎月第２火曜日がウィッグ相談日、また毎月第３水曜日はびーち会。これは「20代から30代」と書いてあるんですが、20代から40代のメンバーのユンタク会を行っています。また10月は私たちのリボンズハウス誕生月なので、10月30日、この日は夜19時まで時間を延長し、皆さんに来ていただいて楽しく交流会を開催いたしました。

それから明年、2025年１月11日に那覇市、１月12日に宮古島市で開催するピンクリボンアドバイザーサテライト試験に向けた取り組みを報告させていただきます。すみません。また間違えているんですが、８月31日土曜日13時から宮古の働く女性の家ゆいみなぁでピンクリボンアドバイザーサテライト試験のための勉強会を行いました。前日に宮古島市役所と社会福祉協議会、いろんなところを訪問して話をさせていただき、35名のメンバーが勉強会に参加されていました。

今後は11月16日・土曜日、浦添市社会福祉センターで、本島で受験をする方のためのピンクリボンアドバイザーの勉強会を行い、また11月24日には宮古島市で市民公開講座を働く女性の家ゆいみなぁで開催し、この試験に取り組んでいきたいと思っています。

それからＮＰＯキャンサーリボンズ主催の「がんの治療と暮らしフェア2024」の取り組みですが、これは私たちのリボンズハウスが全国のリボンズハウスのネットワークに入っているということで、毎回、取り組みに参加をさせていただいております。10月19日は個々で参加される方とは別に、私たちのリボンズハウスからも何名か集まり、みんなで楽しく参加をさせてもらいました。

それから、明日から開催される「リレー・フォー・ライフ・ジャパンおきなわ2024」に向けた取り組みです。ぴんく・ぱんさぁはラジオ担当をしてくださいということだったんですが、会場ブースの出展は、今回は会場が変わったということもあり、ブースは出展せずにチーム参加で参加いたします。

いつも思うことは、宮古・石垣の乳がん患者会のメンバーも一緒に参加できる方法はないかなと思って検討していたんですが、みんなもなかなか参加したことがないので、イメージがわかないということもあり、10月７日、Zoomで宮古の乳がん患者会のまんま宮古、それから石垣のナネーズスロウのメンバーに参加してもらって、実行委員の浦添総合病院の蔵下先生にいろいろ説明をしていただきながら、今回、宮古と石垣のメンバーはルミナリエを書いていただき、一緒に石垣のエリア、宮古のエリアというような感じで参加をしましょうということになりました。宮古のメンバーも石垣のメンバーもあちこち回りなが

ら、このルミナリエを書いていただき、先日、完成したルミナリエの紙パックの写真が送られてきましたが、本当に心を打たれるような、とてもすてきなルミナリエが完成できていました。明日はぜひ会場でご覧いただきたいと思います。

以上で活動報告を終わります。ありがとうございました。

○鈴木議長代理

与儀委員、ありがとうございました。ぴんく・ぱんさぁの活動報告ということで、何かご質問ございますか。またあしたあるということですので、もし時間があればご参加をお願いしたいと思います。よろしいでしょうか。

それでは続きまして島袋委員から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」）

ありがとうございます。若年性がん患者会、Be styleの島袋です。それでは活動報告をさせていただきます。しおりの資料11-(2)、366ページをご覧ください。

患者会の活動といたしましては大きく３つございます。患者会の開催。本年度よりカフェの個室を利用した患者会の開催からレンタルスペースを利用した患者会の開催を行っております。レンタルスペースを利用する目的といたしましては患者さんの金銭的な負担を減らすためなんですが、話しやすい雰囲気をつくることや、肩の力を抜いて気分転換になるような場所をつくりたいと思っていますので、まだまだこれから工夫しながら試行錯誤が必要だなと感じております。

次にフェイスブック、インスタグラムの運営。Be style代表の知り合いの方を通じて、フェイスブックのヘッダーやプロフィールで使用するイメージをアップデートする予定です。Be styleでは明るくて元気なイメージのひまわりをモチーフにしておりますが、より親しみやすい、そして印象に残るようなサイトにしたいと思っております。また、インスタグラムでは新しいコンテンツを幾つか用意しているのですが、編集、確認が終了して準備が整い次第、公開予定です。

最後にリレー・フォー・ライフ2024への参加。今年も昨年に引き続き、明日から開催されるリレー・フォー・ライフに参加予定です。昨年はレモネード販売や物販で寄付金を集めました。今年は小物をその場でつくる参加型のイベントを計画しております。

患者会としてはやりたいことがたくさんあるのですが、運営チーム陣が仕事をしながら、まさに子育ての真っ最中で時間を確保するのがなかなか難しいなと感じております。その中で小さな課題を一つ一つクリアしながら丁寧に患者会を育てたいなと思っております。以上です。ありがとうございます。

○鈴木議長代理

島袋委員、ありがとうございました。若年性がん患者会のご報告です。これについて何かご質問はございますでしょうか。よろしいでしょうか。

引き続きまして、又吉委員からご報告をお願いいたします。

（３）又吉委員報告

○又吉賢弘委員（がん経験者）

こんにちは。又吉と申します。私には患者会というバックはありませんけれども、日頃からがん検診の受診率に非常に疑問を持っておりまして、いろいろデータを引っ張り出して報告したいと考えています。場所を与えていただければ、今後も似たような活動をと思っております。

先ほどの報告の画面から２枚スライドして、次のページに移っていただけますか。これは前回も使ったタイトル画面なんですけど、その次のページをめくってください。368ページです。

左側のグラフは県の報告からのコピーになります。右側は私の作業の結果です。沖縄県がん登録事業報告の年齢別に見たがん死亡は、2012年から2019年まで同じ形式で増減をしておりまして、沖縄と全国の40～64歳代のデータを比較して、男女ともに沖縄県が高くなっていると、最下位同様の解説をしていきます。

県報告の死亡数は、沖縄と全国の差は大きいのですが、年代ごとの相対的な比率であり、男女の都道府県別５大がん種別死亡数について、2020年、国勢調査の人口分布とした死亡率を検討しました。

次のスライドをお願いします。沖縄県の死亡率は、65歳以上と全年齢のどちらも死亡率は低く、65歳未満で高くなっています。余談なんですけど、2017年のデータは他と比較して落ち込んでいますが、多分、がんの名称変更に大変関係がありそうです。しかし、スライドと全国の数字は一致しており、問題があるとすれば、私の検討以前のということにな

ります。

これは厚労省の発表ですけれども、０歳の平均余命である平均寿命は、ある人口集団の全ての年齢の死亡状況を集約したものとして年齢ごとの平均余命を併せて報告していますが、2020年の75歳の平均余命は男が全国２位、女は全国１位です。それに対して40代の平均余命は男が43位、女は１位です。就労世代の死亡率による影響は明らかで、検診の受診率は年代ごとに検討すべきで、年齢を意識しないがん対策は修正すべきと考えます。

次のスライドをお願いします。大阪府の2020年の平均寿命の男は41位、女は36位で、沖縄と似たような状況にあります。しかし、大阪府がんセンターは早くからその状況に取り組み、有用な情報を報告しています。沖縄はぜひ手本にすべきです。

必要なのはハイリスクアプローチ。沖縄県の働き盛りはがん検診の受診率が低いため、早期がんの発見が遅れ、がんによる死亡者を増やす原因になっていないだろうか。誰一人取り残さないと言っていますが、がんによる死亡は取り残すのではなく取り返しが付かないです。厚労省のがん検診のあり方に関する検討会は、職員検診は法的な枠組みに取り込み、システム、指導をそろえて対策型検診との統合を目指すべきとしていますが、いつになるかわかりません。法的な体系がなくても、関係機関内で協力して保険種別、年齢別の検診受診率を公表すべきです。本協議会のリードなしには実現できないと思います。よろしくお願いします。

以上で報告は終わりなんですけども、東先生にお聞きしてよろしいですか。このような大阪府がん診療連携協議会の活動にあるように、保険種別の受診率を沖縄についても出したほうがいいと思うんですけれども、先ほどもＤＰＣデータをあまり重用するとちょっと難しくなるとか、いろいろ病院は忙しいのでというお話があったんですけれども、元々ある保険種別のデータを、今現在、削除した上でＤＰＣとして提供しているはずですよね。保険種別のデータをそのまま残したまま提供して、それで集計をして、こういう作業をするというのは可能だと思うんですけど、どうなんでしょうか。

○東尚弘先生

ありがとうございます。保険種別のデータがあるかどうかがすぐには出てこないんですけれども、大阪府の場合は大阪府のがん登録とＤＰＣのデータになるので、病院のデータではないと思うんですよね。あれば似たようなものは出ると思います。なければ……。ＤＰＣで……。ごめんなさい。ちょっと考えがまとまらないんですが、似たようなものは出

ると思います。完全に一緒のものというのは今のところはまだデータがないので難しいと思いますけれども。

○又吉賢弘委員

ＤＰＣデータは元々、診療報酬の提示をするためのレセプトの代わりにつなぐようなものですよね。当然、保険種がなければ提示はできないはずなので、私の読んだ限りではわざわざそれを消した上で情報を提供していると見たんですけど、それをそのまんまで提供した上で、作業が終わった段階で消し去るということをすれば、それができると思うんですね。

○東尚弘先生

はい。それはそのとおりです。今、削って提供していただいているか、そうじゃないのかは今すぐはわからないんですけれども、データがあると思いますので、それは削らずに出していただいて、提出。これは国立がん研究センターがやっている事業になっていますので、そっちに出すのではなくて琉球大学でやるか、どこかほかのところで同じようにデータを集めればできるようになると思います。

○又吉賢弘委員

繰り返すようですけど、がん検診の受診率は、アンケート調査は先生の作業なのであんまり言いたくはないんですけれども、アンケート調査から持ってきたデータではなくて、実際の市町村が出している受診率がありますね。あれで見ても40代、50代というのはかなり低いです。だから、それが沖縄の死亡率の高さに影響していると思うんですけれども、それを明確に求めたいわけなんですね。ということで、ぜひこの連携協議会の場でその作業をやっていただけたらと考えております。よろしくお願いします。

すみません。長くなりましたが、どうもありがとうございました。

○鈴木議長代理

又吉委員、ありがとうございました。コロナもありましたので、かなり検診の受診抑制や医療機関への受診抑制もあるので、結構、これからこういったデータがまた少し変わってくるかもしれないと思っておりますので、また引き続きお願いしたいと思います。

よろしいでしょうか。どうぞ。

○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）

八重山の田盛でございます。書面でのご報告はいたしておりませんが、口頭にてご報告をさせていただきます。

八重山のがん患者を支援することを目的に、やいまゆんたく会を設立して今年13年を迎えました。コロナ発生前までは石垣市主催の健康福祉まつりとの同時開催でがんフォーラムを行ってきましたが、コロナ禍のため、４年間も開催できずにきました。

久しぶりの開催となった今年の健康福祉まつり会場での同時開催を検討しましたが、講師の調整がつかずに見送りとなりましたが、やはり市民の皆さんに健康の大切さを再認識していただきたくて、独自にセミナーの開催予定を企画いたしました。

来る13日にそのセミナーを独自で企画しましたが、第１部にがん患者会の活動報告会を入れ、第２部に静岡市駿河区からＮＰＯ法人広げよう健康の輪の代表理事、望月みや子氏を講師に、がん細胞に負けない自然治癒力を高める方法の講話と併せて、自然治癒力向上を目的にした健康機器を使っての内臓トレーニングの体験会を行います。突然決まったもんですから、ちょっと広報が間に合わなくて、両新聞社のいざないを私は書きまして、新聞による広報、皆さんにご案内をする予定で今、進めております。以上です。

○鈴木議長代理

ありがとうございました。やいまゆんたく会についてのご報告でした。何かご質問はございますか。よろしいでしょうか。

それでは報告の４に移りたいと思います。各施設の委員からご報告をお願いいたします。各拠点病院が取り組もうとしているがん対策についてということで、まず琉球大学のほうからお願いします。

４．各拠点病院が取り組もうとしているがん対策について

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

（２）各病院の状況

①琉球大学病院

○増田昌人委員

資料の12-(1)ですね。371ページをご覧ください。これはロジックモデルの表が入りますが、ちょっと小さいんですけど、それぞれ見ていただきますと、左のほうですね。「施策」のところに赤で字が入っているかと思います。それが各ロジックモデルに対応した各病院ごとの、今、やっていらっしゃることになります。

具体的には１ページ目、「がんの予防」の一番左上を見ていただきますと「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」に関しまして、今、八重山病院と北部地区医師会病院が取り組んでくださっていることがこのロジックモデル上でわかるかと思います。

今日は時間の関係上、全てをご説明しませんが、このような形でロジックモデル上で各病院がどの部分、個別施策ないしは中間アウトカムに関しての施策を取り組んでいるか、このロジックモデルの表に書き記してありますので、それぞれ参照していただければと思います。

では、琉大病院の部分に関しましては、389ページです。項目が多いため、その中で２ページ目をご覧ください。

2024年度の④の「アピアランスケアに関する院内の手引きを制定し、啓発を行う」というところなんですが、昨年度、アピアランスケアに関する事業の、琉大病院は全国の中のモデル病院10病院に選定されたものですから、昨年度、それで活動しておりまして、引き続き今年はそれに２年目ということで活動をしておりまして、琉大の組織図ないしはその対応方法につきまして、その集団の中で評価されまして、琉大方式のやり方を今後は日本全体で、総合病院に関しましては琉大に準じたような形で院内の組織を構築するような形で今後、何か国立がん研究センター、アピアランスケアセンターと関連する厚労科研のほうでそれを推進していくことが昨日、決まりましたのでご報告いたします。

また引き続き、病院の中で全てうまくいっているというわけでもありませんので、引き続きアピアランスケアに関して、緩和ケアセンター及び相談支援センターを中心に、あと各病棟のリンクナースの３者が推進していただいて、この情報が患者さんに伝わっていくようにしたいと今、取り組んでいるところです。私からは取りあえず以上です。

○鈴木議長代理

ありがとうございました。ご質問はございますか。よろしいでしょうか。

それでは北部地区医師会病院のほうからお願いいたします。

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）

北部地区医師会病院、諸喜田が報告します。

まず391ページですが、１番の「がんの予防」として③なんですが、県立北部病院の産婦人科の先生がＨＰＶワクチンの接種について非常に啓蒙を頑張っておられまして、去った８月に北部地区医師会の理事会と当院の医局会で啓蒙の説明会をしていただきまして、その理由としては、北部地区はＨＰＶワクチンの接種率が県内の中でも非常に低いというお話でありまして、北部病院としてもそこに力を入れてワクチン接種を積極的に啓蒙して、実際に実施しているということで、そういったことも当院としてもいろんな啓蒙を一緒に参加させていただいております。

３番の「がん医療提供体制」、青いところですね。そこの食道がんの手術が今年度から始まっていまして、もう３例かな、終わったんですけど、体制もだんだん整いつつありまして、低侵襲の内視鏡下の食道がんの手術が実際に行われるようになっております。

次のページにいきまして、最後の７の「基盤」、一番最後の⑤番ですね。当院でも、ほかの急性期病院も一緒だと思うんですけども、外来のがん化学療法の患者さんが年々増えていまして、今現在は１人のがん専門薬剤師がいるんですけども、それでは手薄だということで、今は薬剤師の中から増員するべく取り組んで進めているところで、場所の確保も非常に大変なんですけども、人員の確保も非常に重要ということで取り組んでおります。以上です。

○鈴木議長代理

ご説明をありがとうございました。これについて何かご質問はございますか。よろしいでしょうか。

それでは県立中部病院からお願いいたします。

③県立中部病院

○戸板孝文委員

中部病院から戸板が報告させていただきます。

前回からの報告ですけれども、３番の「がん医療提供体制」の部分は、10月から「ダヴ

ィンチ」を用いたロボット手術が本格的に稼働しているということです。

あと、前回までも報告しておりますけども、放射線治療のシステムの老朽化によりまして、９月から装置の更新のために治療が休止をしております。再開は来年の５月を予定しております。その休止期間中は、中部地区の患者さま及び先生方には多大なご迷惑をかけてしまっているところなんですけども、こちらの琉大病院、国立沖縄病院さん、中頭病院さんとも協力をいただきまして、何とか治療を実行できているような状況であります。

あとは遺伝に関するセンターの開設ということで、カウンセラーを今年度から雇用しているということで報告しておりますけども、遺伝診療部を開設したところが新しい報告になります。

あと「緩和・支持療法」に関しては、がんリハビリテーション研修に関して９月の研修会に参加をしているということです。緩和ケア研修会に関しては、グループ指定の八重山病院、宮古病院との共催ということで、10月と11月に開催を予定されております。

次の394ページですが、遺伝子パネル検査に関して、グループ指定の八重山病院からの検査依頼があったということで、こちらも併せてご報告させていただきます。中部病院からは以上です。

○鈴木議長代理

ありがとうございました。ご質問はございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは那覇市立病院からお願いいたします。

④那覇市立病院

○宮里浩委員

宮里が報告させていただきます。

３番の「がん医療提供体制」なんですが、当院も４月からロボット支援下手術を導入したんですけれども、順調に今、症例を重ねていまして、肝臓は先々週ですかね、やって、来週、膵臓のほうも導入をする予定です。

それから７番の「基盤」に関しては、先ほどの院内がん登録に関して、関係部署にデータをフィードバックしていたんですけれども、今年度から院内のホームページに院内のデータを載せて、職員全体で情報を共有しようということを始めました。

あと、先ほどご紹介いただいた市民向けのフォーラムと、来年の２月に就労支援に関し

てのフォーラムをする予定で、あとはリンパ浮腫講習会等を先月開催しております。市立病院からは以上です。

○鈴木議長代理

ありがとうございました。ご質問はございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは県立宮古病院のほうからお願いいたします。

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。

まず397ですけども、３番の「がん医療提供体制」は、少し進んだことに関して説明しますと、甲状腺がんの手術は今まで他の病院に送っていたんですけども、東京都の伊藤病院の専門医と協働でできる体制ができて、今月は１例の甲状腺がんの手術を行っておりまして､今後とも宮古病院でも甲状腺がんの手術を積極的に行っていきたいと考えております。

４の「緩和・支持療法」は、以前から申し上げていますように、がん患者さんの告知から特に緩和チームが介入して、治療、治療後の一貫したフォローアップ体制を構築されつつあって、ほか医師、ナース、緩和チーム、リハビリチームがカンファレンスを通じて、がん患者の情報を共有して、患者さんが満足できるようながん医療を提供できる努力を行っている最中で、患者さんの満足度も少しずつ上がっていくかなと感じております。

最後の７番の「基盤」は、人事に関してなんですけども、今は全国的に外科医不足で外科医の獲得が非常に難しいんですけども、来年度は外科専攻医３名が新たに赴任する見通しとなりまして、今の外科の医療体制を維持できるかなとは考えております。

今は再来年度に向けて専攻医の獲得の行動に移しつつありまして、ほかは消化器内科が沖縄全体で少ない状況ですので、今は本土の先生にお願いして、何とか消化器内科の若手を獲得できるように頑張っているところです。宮古病院からは以上です。

○鈴木議長代理

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。

それでは県立八重山病院からお願いいたします。

⑥県立八重山病院

○松村敏信委員（沖縄県立八重山病院　外科医師）

八重山病院の外科の松村ですが、八重山病院の現状についてご報告いたします。

資料は399ページに書かれておりますけども、各項目、たくさん書いてありますが、今回、変わったところでは赤の項目、次の400ページの「共生」の分野で、石垣市の議会で議決されましてアピアランスケア事業が始まっております。早速、症例も登録されております。

あと、「基盤」のほうでは緩和ケア勉強会、研修会ではないんですがけど、勉強会を、講師を招いて訪問看護師を含めた講演会を施行いたしました。以上です。

○鈴木議長代理

ご報告を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。

そうしたら、このところはこれで終わりにいたしまして、引き続きまして報告事項の５、６、７について、増田委員からお願いいたします。

５．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について

６．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

７．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議

（１）第90回がん対策推進協議会

（２）第27回厚生科学審議会がん登録部会

（３）第28回厚生科学審議会がん登録部会

（４）がん検診事業の在り方について

○増田昌人委員

では、まず５番の大腸がん死激減プロジェクト連絡会議につきましてご報告をします。しおりを使いまして資料13まで飛んでいただければと思いますし、今の八重山病院のご報告から２枚めくりますと401ページになりまして、資料13になるかと思います。

大腸がん死激減プロジェクトは一時期、新型コロナの影響でなかなか会議が開けなかったり、特に予防・検診分野のディスカッションが進まなかったりしたんですが、ようやく今年度から県の糸数部長や那覇市保健所の仲宗根所長に入っていただいて、予防と検診の部分がちょっとずつディスカッションを含めて、具体的な対策についても少し話し合いが

できるようになりました。

また、401ページの下段にありますように、大腸がんに特化した指標評価ツールをベンダーさんと一緒になって開発しまして、特に過去10年分の死亡率や生存率が、その部分をクリックしますと過去10年分のグラフが全国との対比で出て、かつ全国順位、47都道府県の何位かということが出るようなツールを開発しましたので、今日は時間の関係上、お見せしませんが、本協議会のホームページ「うちな～がんネットがんじゅう」からダウンロードできるようにしておりますので、ご興味のある方はぜひ大腸がんのデータにつきましてはダウンロードして見ていただければと思います。大腸がんプロジェクトについては以上になります。

次に地域統括相談支援センターのなんですが、資料14で404ページになります。現在、12年目を迎えておりますが、毎年１回のピアサポーター養成講座とピアサポーターのフォローアップ研修会をやっております。今年度に関しましてはフォローアップ研修会が終わったところで、来年２月に養成講座をする予定でおります。大体、十数人の参加を予定しておりまして、離島からも来てくださっていますので、またその方々が琉大で週、６人の方が日替わりでピアサポート活動をしていただいていますし、各拠点病院に派遣してピアサポート活動や患者サロンに携わっております。これに関しては以上になります。

次に厚労省関連の会議もこの場で報告するのが協議会としての義務となっておりますので、今日は時間の関係上、報告できますので報告したいと思います。資料15にお進みください。448ページになります。

これががん対策の一番根幹となるがん対策推進協議会となっておりまして、本会は久方ぶりに開かれまして、議題としては第４期のがん対策推進基本計画についての評価指標のベースライン値やがん対策における健康格差、海外のがん対策計画における目標設定、中間評価の進め方について、あとは各都道府県の計画の策定状況についてディスカッションがされたと聞いておりますので、資料はその後に付けておりますのでご興味がありましたら、それぞれご確認いただければと思います。

また、厚生科学審議会の１部門であるがん登録部会が今、開かれておりまして、ちょうどがん登録推進法の改訂のディスカッションをずっとしておりますので、特に死亡情報がほかのところとなかなかリンケージできないことに関しましてはなかなか厳しいものがあるという形で今､それぞれ議事録に残っているような感じかと思います｡それぞれ皆さん、ご確認していただければと思います。

最後に、がん検診事業のあり方についてもありますので、資料を入れておりますので、ご確認いただければと思います。

また、がん診療提供体制の、ここには資料はないんですが、あり方に関する検討会、これは天野委員と今日お越しの東先生が多分、委員だと思いますが、そちらで今回、好事例の報告という形で、本協議会の活動についてお話がありまして、報告をさせていただく予定で、特に院内がん登録の報告書を含めたがん登録情報の報告の仕方、見せ方につきまして、好事例ということで報告をするようにということがありましたので、報告をしてまいります。これは皆さまのご協力のたまもので、それによって沖縄県が評価されていると伺っております。私からは以上です。

○鈴木議長代理

増田委員、ありがとうございました。これについて何かお聞きしたいことはございますか。よろしいでしょうか。

それでは部会報告事項に移りたいと思います。まず医療部会ですが、有賀先生が急きょお休みとなりましたので、代理で増田委員よりお願いいたします。

部会報告事項

１．医療部会

○増田昌人　医療部会長代理

資料16で、ちょうど800ページになります。現在、医療部会では所掌分担領域の進捗の評価を毎回行っておりますが、かなり広いものですから、全体として把握はしているのですが、特に専門医資格を持った医療者の現状の把握と養成についてを中心に今ディスカッションを重ねていることと、もう１つが院内登録をしている18施設がＤＰＣ－ＱＩに参加することについて、部会からも各病院に対して働き掛けをして、今後、そのデータが出始めたら、また医療部会としても評価していこうかということです。できましたら、各病院ともカルテレビューを行うことまでお願いをして、おおむねその方向で全病院が参加していただけることになったので、これは朗報じゃないかと考えております。私からは以上です。

○鈴木議長代理

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。

次に緩和ケア・在宅医療部会の報告を笹良部会長からお願いいたします。

２．緩和ケア・在宅医療部会

○笹良剛史　緩和ケア・在宅医療部会長

緩和ケア・在宅医療部会の笹良です。緩和ケア・在宅医療部会では、研修ワーキンググループと在宅ワーキングをつくって緩和ケアの課題について話し合いをしております。

その中で特に研修ワーキングはがん拠点のほうで体制づくりについていろいろ話をしておりまして、がん診療がどこでも一定水準の緩和治療が受けられるようにということで研修会を続けております。がん拠点病院以外の主ながん診療をやっている病院も含めて、研修医などを抱えている先生を中心に協力し合いながら研修会を開催しております。コロナでウェブになっていた部分が、現在はほぼ実地の、in personの研修会となっておりますので、引き続き……。特に若い先生が中心ですけれども、がんの緩和ケアの研修会を継続していきます。

また、議論されている中で、がん患者さんの苦痛、痛みとか、あるいは心の悩みについて、いろんな報告でまだ十分でないという報告がありますが、それについて、痛みや、あるいはつらさのスクリーニング、あるいは入院患者さんや外来患者さんのそういったことのモニタリングについても話し合いをしておりまして、どのような方法が実効的にできるかどうかについて、がん拠点の先生方が今やられているモニタリング、また各緩和ケア病棟などで行っているモニタリングなどのデータ等を抽出することも作業しながら進めております。

また在宅においては、どこでどういうことをやっているのか、在宅緩和ケアがどういうふうにできているのかということで、在宅緩和ケアマップをこのがん診療連携協議会の中でつくっております。それも以前、つくったものをまた更新して、その内容についても今、吟味しながらやっているところです。

そして、そういった暮らし、それから身体的なものへの緩和ケア、そして心の問題については来年度、増田先生が大会長として開催される日本サイコオンコロジー学会の年次大会がございますので、そちらに向けて緩和ケアの部会としても協力しながら、そういったことを推進していこうということで進めております。以上です。

○鈴木議長代理

ご報告をありがとうございました。そういうマップはかなり有用ですので、また続けていただきたいと思います。ほかはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは小児・ＡＹＡ部会は浜田部会長がご欠席ですので、代理で増田委員からお願いいたします。

３．小児・ＡＹＡ部会

○増田昌人　小児・ＡＹＡ部会長代理

資料18、807ページをご覧ください。小児・ＡＹＡ部会は、807ページから１枚めくっていただきまして協議事項についてお話しします。808ページの下段なんですが、それぞれ小児・ＡＹＡ部会で所掌している分野に関する進捗状況。かなりデータが入ってきましたので、その評価をしております。

２番目に「沖縄県の病弱教育における高校生支援の提案について」を前回と今回、話し合っております。具体的には、以前は小学生も中学生もそうなんですが、長期入院しているものですから、それぞれ森川特別支援学校に転校して、原籍校、元々いた学校から転校して森川特別支援学校が中心となって病児教育を行えていたんですが、昨今では長期入院がかなり少なくなりまして、短期入院、主に外来治療メインになりますと、今いる学校のほうで小児及び高校生のがん患者さんの教育をしっかりしないといけないということなんですが、何分にも数が少ないということで、なかなか対応が難しいと。どこの学校も初めての経験だということで、それについて森川特別支援学校からどういうことがバックアップできるのかということと、もう１つは県立学校の教育課や県教育庁のほうでこういうことをしてもらえると、特に高校生についての授業に対する支援ができるではないかという話し合いをしております。

このことに関しましては、次回の２月の本協議会において、幾つかの提案ないしは各病院や県のほうへの提案がお願いできないかということで、今、小児・ＡＹＡ部会のほうで検討しておりますので、次回は本協議会において、恐らくご検討していただくための材料を出しますので、またよろしくお願いいたします。小児・ＡＹＡ部会からは以上です。

○鈴木議長代理

ありがとうございました。これについて何かご質問はございますか。森川特別支援学校についての関連のことですね。いろいろご報告いただきました。よろしいでしょうか。

それでは離島・へき地部会の赤松部会長がご欠席ですので、こちらも増田委員から代理報告をお願いします。

４．離島・へき地部会

○増田昌人　離島・へき地部会長代理

資料19、811ページをご覧ください。４ページほど進めていただければと思います。

離島・へき地部会に関しましては各所掌分野に関しての指標なんですが、なかなか二次医療圏ごとのデータが出てこない部分がありますので、死亡率や生存率に関しましてもディスカッションしづらい部分があります。データとして出ていることから、部会としましては、１つは離島とへき地における、それぞれ医療の専門家がどれぐらい必要なのかということを部会みんなで協議をしています。

離島・へき地の場合は最初にやるべき医療は救急医療でしたり、周産期医療でしたり、最低、しっかりしなくちゃいけない医療がありますが、多分、その上にがん医療が乗ってくるんだと思うんですが、それでもぜひ離島でやるべき医療はどういうことなのかとか、そのためにはどれだけの人が必要なのかということを地道に検討している最中です。

なので、次の協議会か来年５月の協議会では、ある程度の方針が決まりましたら皆さんにまたご意見を頂戴して、それの結果を例えば病院事業局なり、ないしは県民の方々に広く広報できるといいかなと思って、離島・へき地部会としてディスカッションを重ねております。私からは以上です。

○鈴木議長代理

ありがとうございました。離島・へき地部会からのご報告ですけれども、何かご質問はございますか。よろしいでしょうか。

それでは次の情報提供・相談支援部会のご報告を友利部会長からお願いいたします。

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・相談支援部会より報告させていただきます。琉球大学病院がん相談支援センターの友利です。資料20、813ページからになります。

９月の部会では、ロジックモデルの個別施策にひも付いた部会活動計画について、進捗

度について協議しました。特に治療開始前までに相談支援センターに立ち寄っていただくにはどうしたらいいかという取り組みについて、各拠点病院ともに来室数は横ばいで少なくはあるんですけれども、ただ、紹介経路を見たときに、担当の先生や主治医の先生、外来の看護師さんからがん相談支援センターの紹介があったり、立ち寄るようアナウンスがあった場合はほぼ100％来室していただいていることがわかりました。なので、また各病院ともに外来の先生たち、看護師さんたちに立ち寄っていただくように依頼をしていただきながらこの辺を進めていければと思います。

琉大病院ではどの診療科の先生が多くご紹介をいただいているのかなという統計も取っているのですけれども、頭頸部外科・耳鼻咽喉科の先生方を筆頭に、外科、産婦人科、腎泌尿器外科の先生たちからご紹介等があって来室される患者さんが増えています。

これに関連して、部会委員からは他院通院中の患者さんからの相談では、かかっている病院、非拠点病院以外で治療されている方の相談窓口がわかりづらいという声も多く寄せられているため、できれば拠点病院以外の診療病院でも相談窓口を明示している数を今後は指標に入れてもいいのではないかというような意見もありました。

もう１つ、がん患者の疎外感の解消や偏見の払拭について、その項目に当たる活動として、あしたから開催するリレー・フォー・ライフ・ジャパンおきなわ2024に相談支援部会も参加してきたいと思います。相談支援センターの普及活動と資料展示や簡単な個別相談を行ったり、ほかの患者会や参加されている関係機関の方と交流を深めていきたいと思います。簡単ですが、報告は以上です。

○鈴木議長代理

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。

それではベンチマーク部会の報告を増田部会長からお願いいたします。

６．ベンチマーク部会

○増田昌人　ベンチマーク部会長

819ページ、資料21をご覧ください。１枚めくっていただきまして協議事項をご覧いただけると幸いです。

先ほども進捗評価のところで少しお話ししましたが、進捗評価のための26施設へのアンケートと41市町村のアンケートを、ごく一部のところから回答待ちになっておりますので、

今月早い時期に全ての41市町村及び26病院からアンケート調査の結果が返ってくる予定でおります。それを埋めますと、施設ごとの、例えば消化器外科なら消化器外科の専門医の先生が常勤で何人、非常勤で何人というデータが病院ごとに出ますので、そうすると沖縄県全体で26、アクティビティーの高い26の病院で消化器外科の専門医の先生が、県全体の何割がそこで働いているかというデータも出ますので、そういう意味ではより具体的な話が医療部会や離島・へき地部会でしていけるのではないかと期待しているところです。

また、予防や検診につきましての細かいデータも41市町村からデータをいただけておりますので、それは次回、この協議会でまたご報告したいと思っています。

また、医療者調査に関しましては、ちょうど１年前のところで、毎年やることを皆さんにご報告して、かつ承認していただきましたので、今年度もやる予定です。昨年度は年度末にかかってしまったものですから、その反省を基に、今年度は年明けにはやっていきたいと考えておりますので、その部分に関しての回答欄の修正をベンチマーク部会で協議しておりまして、ある程度骨格が決まりましたら、医療者調査が次回協議会の前には開始になる予定なものですから、この本協議会の皆さま方に原案ができた時点でご意見を頂戴するためにメールでご意見伺いをしますので、また皆さん、それぞれご意見を頂戴できればと思っております。ベンチマーク部会からは以上です。

○鈴木議長代理

ありがとうございました。ベンチマーク部会のご活動について何かご質問はございますか。よろしいでしょうか。

これで全議題、審議事項、報告事項を終了したいと思いますが、何か特別にご発言はございますか。よろしいでしょうか。

長時間、ありがとうございました。これで第３回の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帰りください。それではお疲れさまでした。ありがとうございました。

沖縄県がん診療連携協議会委員 令和6度名簿 （任期：令和6年4月1日～令和8年3月31日）

No.	要項条項	氏名	異動・変更	ふりがな	所属	役職	要項での位置づけ
1	1	大屋　祐輔	継続	おおや　ゆうすけ	琉球大学病院	病院長	琉大病院の病院長
2	2	玉城　和光	継続	たまき　かずみつ	沖縄県立中部病院	病院長	地域がん診療連携拠点病院の病院長
3	2	外間　浩	継続	ほかま　ひろし	那覇市立病院	病院長	地域がん診療連携拠点病院の病院長
4	3	川満　博昭	変更	かわみつ　ひろあき	沖縄県立宮古病院	病院長	地域がん診療病院の病院長
5	3	和氣　亨	継続	わけ　とおる	沖縄県立八重山病院	病院長	地域がん診療病院の病院長
6	3	諸喜田　林	継続	しょきた　はやし	北部地区医師会病院	病院長	地域がん診療病院の病院長
7	4	田名　毅	変更	たな　たけし	沖縄県医師会	会長	沖縄県医師会長
8	5	米須　敦子	継続	こめす　あつこ	沖縄県歯科医師会	会長	沖縄県歯科医師会長
9	6	前濱　朋子	継続	まえはま　ともこ	沖縄県薬剤師会	会長	沖縄県薬剤師会長
10	7	平良　孝美	継続	たいら　たかみ	沖縄県看護協会	会長	沖縄県看護協会長
11	8	（役職対象者なし）	継続（H31.4～役職対象者なし）		沖縄県	政策参与	沖縄県政策参与
12	9	糸数　公	継続	いとかず　とおる	沖縄県保健医療介護部	保健医療介護部長	沖縄県保健医療介護部長
13	10	増田　昌人	継続	ますだ　まさと	琉球大学病院がんセンター	センター長	琉大病院のがんセンター長
14	11	鈴木　幹男	継続	すずき　みきお	琉球大学病院がんセンター運営委員会	委員長	琉大病院のがんセンター運営委員会委員長
15	12	平田　哲生	継続	ひらた　てつお	琉球大学病院医療福祉支援センター	センター長	琉大病院の医療福祉支援センター長
16	13	中村　克徳	継続	なかむら　かつのり	琉球大学病院薬剤部	薬剤部長	琉大病院の薬剤部長
17	14	眞栄城　智子	継続	まえしろ　ともこ	琉球大学病院看護部	看護部長	琉大病院の看護部長
18	15	加藤　善一	継続	かとう　よしかず	琉球大学上原キャンパス事務部	事務部長	琉大病院の事務部長
19	16	天願　俊穂	変更	てんがん　としほ	沖縄県立中部病院	副院長	地域がん診療連携拠点病院より2名
20	16	朝倉　義崇	継続	あさくら　よしたか	沖縄県立中部病院	血液・腫瘍内科部長	地域がん診療連携拠点病院より2名
21	16	宮里　浩	継続	みやざと　ひろし	那覇市立病院	副院長	地域がん診療連携拠点病院より2名
22	16	東恩納　貴子	継続	ひがおんな　たかこ	那覇市立病院	がん看護専門看護師	地域がん診療連携拠点病院より2名
23	17	西原　政好	継続	にしはら　まさよし	沖縄県立宮古病院	外科部長	地域がん診療病院から2名
24	17	本仲　寛美	変更	もとなか　ひろみ	沖縄県立宮古病院	副院長	地域がん診療病院から2名
25	17	松村　敏信	継続	まつむら　としのぶ	沖縄県立八重山病院	外科医師	地域がん診療病院から2名
26	17	名嘉　律子	変更	なか　りつこ	沖縄県立八重山病院	副院長	地域がん診療病院から2名
27	17	柴山　順子	継続	しばやま　じゅんこ	北部地区医師会病院	副院長兼看護部長	地域がん診療病院から2名
28	17	上地　佳代	継続	うえち　かよ	北部地区医師会病院	副看護部長	地域がん診療病院から2名
29	18	与儀　淑恵	継続	よぎ　よしえ	NPO乳がん患者の会　ぴんく・ぱんさぁ	代表	患者関係の立場の者
30	18	田盛　亜紀子	継続	たもり　あきこ	やいまゆんたく会（八重山のがん患者を支援する会）	会長	患者関係の立場の者
31	18	又吉　賢弘	変更	またよし　やすひろ	–	–	患者関係の立場の者
32	18	島袋　希美	変更	しまぶくろ　のぞみ	若年性がん患者会 Be Style	–	患者関係の立場の者
33	19	天野　慎介	継続	あまの　しんすけ	一般社団法人グループ・ネクサス・ジャパン	理事長	有識者
34	19	埴岡　健一	継続	はにおか　けんいち	国際医療福祉大学大学院	教授	有識者
35	19	松永　勝利	変更	まつなが　かつとし	琉球新報社	総務企画局 局付局長	有識者
36	20	和田　直樹	継続	わだ　なおき	琉球大学病院病理部	病理部長	琉大の病院長が必要と認める者
37	20	戸板　孝文	継続	といた　たかふみ	沖縄県立中部病院	放射線治療科部長	琉大の病院長が必要と認める者

令和6年度 沖縄県がん診療連携協議会幹事会委員一覧

申合わせ条項	要項条項	氏名	所属	役職	備考
1	10	増田　昌人	琉球大学医学部附属病院がんｾﾝﾀｰ	センター長	琉大病院のがんセンター長
2	16	天願　俊穂	県立中部病院	副院長	地域がん診療連携拠点病院より1名
2	16	宮里　浩	那覇市立病院	副院長	地域がん診療連携拠点病院より1名
3	17	西原　政好	県立宮古病院	外科部長	地域がん診療病院から1名
3	17	松村　敏信	県立八重山病院	外科医師	地域がん診療病院から1名
3	17	柴山　順子	北部地区医師会病院	副院長兼看護部長	地域がん診療病院から1名
4	その他協議会議長が必要と認めた者	喜舎場　健太	沖縄県保健医療介護部	医療介護統括監	その他琉大の病院長が必要と認める者
4	その他協議会議長が必要と認めた者	知念　芳和	琉球大学上原キャンパス事務部総務課	課長	その他琉大の病院長が必要と認める者

沖縄県がん診療連携協議会委員名簿（案）

2025/1月時点

人事異動等による委員変更は随時更新します。

医療部会

氏名	所属	役職	備考
宮里　浩	那覇市立病院	副院長	地域がん診療連携拠点病院
伊江　将史	沖縄県立中部病院	外科部長	地域がん診療連携拠点病院
照屋　淳	北部地区医師会病院	副院長・外科部長	地域がん診療病院
松村　敏信	沖縄県立八重山病院	外科	地域がん診療病院
新里　雅人	沖縄県立宮古病院	医療部長	**地域がん診療病院**
外間　早紀子	沖縄県保健医療介護部健康長寿課	主査	沖縄県
有賀　拓郎	琉球大学病院	診療情報管理センター副センター長	都道府県がん診療連携拠点病院
金城　達也	琉球大学大学院医学研究科	准教授	
安次嶺　宏哉	沖縄協同病院	腫瘍内科	沖縄協同病院
増田　昌人	琉球大学病院	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

医療部会　地域連携ワーキング

氏名	所属	役職	備考
金城　達也	琉球大学病院	第一外科講師	都道府県がん診療連携拠点病院
當山　美奈子	琉球大学病院	看護師	都道府県がん診療連携拠点病院
宮里　浩	那覇市立病院	外科総括科部長	地域がん診療連携拠点病院
新垣　千春	那覇市立病院	看護師	地域がん診療連携拠点病院
伊江　将史	沖縄県立中部病院	外科医長	地域がん診療連携拠点病院
本仲　寛美	沖縄県立中部病院	看護師	地域がん診療連携拠点病院
照屋　淳	北部地区医師会病院	副院長・外科部長	地域がん診療病院
砂川　綾子	沖縄県立八重山病院	地域連携室看護師長	地域がん診療病院
金城美奈子	沖縄県立宮古病院	地域連携室長	**地域がん診療病院**
増田　昌人	琉球大学病院	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

医療部会　薬物療法ワーキング

氏名	所属	役職	備考
石井　岳夫	琉球大学病院	がん専門薬剤師、外来がん治療認定薬剤師	都道府県がん診療連携拠点病院
鈴木　毅	琉球大学病院	がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師	都道府県がん診療連携拠点病院
永井　賢作	那覇市立病院	薬剤師	地域がん診療連携拠点病院
朝倉　義崇	沖縄県立中部病院	血液・腫瘍内科部長	地域がん診療連携拠点病院
吉田　幸生	沖縄県立中部病院	血液・腫瘍内科	地域がん診療連携拠点病院
友利　幹夫	沖縄県立中部病院	副薬局長	地域がん診療連携拠点病院
前森　里美	沖縄県立中部病院	看護師	地域がん診療連携拠点病院
稲嶺　盛佳	沖縄県立八重山病院	薬剤師	地域がん診療病院
平良　辰次	沖縄県立八重山病院	看護師	地域がん診療病院
神里　敬子	沖縄県立宮古病院	看護師長	**地域がん診療病院**
比嘉　亜紀	北部地区医師会病院	看護師	地域がん診療病院
木村　麻紀子	北部地区医師会病院	薬剤師	地域がん診療病院
大城　真理奈	豊見城中央病院	薬剤師	豊見城中央病院
上原　政文	豊見城中央病院	薬剤師	豊見城中央病院
國吉　洋子	浦添総合病院	看護師	浦添総合病院
平良　智	中頭病院	薬剤師	中頭病院
増田　昌人	琉球大学病院	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

緩和ケア・在宅医療部会

氏名	所属	役職	備考
中村　清哉	琉球大学病院	緩和ケアセンター副センター長	都道府県がん診療連携拠点病院
中島　信久	琉球大学病院	地域医療部　診療教授	都道府県がん診療連携拠点病院
安次富　直美	琉球大学病院	緩和ケア看護師	都道府県がん診療連携拠点病院
友利　寛文	那覇市立病院	外科総括部長	地域がん診療連携拠点病院
安座間　由美子	沖縄県立中部病院	地域診療科医師	地域がん診療連携拠点病院
屋良　尚美	沖縄県立中部病院	がん相談支援センター看護師	地域がん診療連携拠点病院
田仲　斉	沖縄県立宮古病院	副院長	**地域がん診療病院**
酒井　達也	沖縄県立八重山病院	地域診療科医師	地域がん診療病院
野里　栄治	北部地区医師会病院	医局長/外科外来医長	地域がん診療病院
笹良　剛史	友愛会豊見城中央病院	麻酔科部長	友愛会南部病院
川田　聡	沖縄県南部医療センター・こども医療センタ	精神科部長	緩和ケア研修会開催病院
田場　純子	沖縄県保健医療部健康長寿課	主査	沖縄県
名嘉眞　久美	キャンサー・グリーフおきな和	事務局	患者関係者
増田　昌人	琉球大学病院がんセンター	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

緩和ケア・在宅医療部会　研修ワーキング

氏名	所属	役職	備考
中村　清哉	琉球大学病院	緩和ケアセンター副センター長	都道府県がん診療連携拠点病院
友利　寛文	那覇市立病院	外科総括部長	地域がん診療連携拠点病院
安座間　由美子	沖縄県立中部病院	緩和ケア・地域診療科	地域がん診療連携拠点病院
田仲　斉	沖縄県立宮古病院	副院長	**地域がん診療病院**
酒井　達也	沖縄県立八重山病院	地域診療科医師	地域がん診療病院
野里　栄治	北部地区医師会病院	医局長/外科外来医長	地域がん診療病院
久志　一朗	国立病院機構沖縄病院	緩和医療科医長	緩和ケア研修会開催病院
新里　誠一郎	浦添総合病院	緩和ケアセンター長	緩和ケア研修会開催病院
笹良　剛史	豊見城中央病院	麻酔科部長	緩和ケア研修会開催病院
国吉　史雄	ハートライフ病院	外科副部長	緩和ケア研修会開催病院
林　正樹	中頭病院	血液腫瘍内科部長	緩和ケア研修会開催病院
友利　健彦	沖縄赤十字病院	第二外科副部長	緩和ケア研修会開催病院
新屋　洋平	一般社団法人OHS沖縄往診サポート	代表理事	
神山　佳之	南部医療センター・こども医療センター	地域医療科副部長	緩和ケア研修会開催病院
田場　純子	沖縄県保健医療部健康長寿課	主査	沖縄県
増田　昌人	琉球大学病院	がんセンター長	事務局
中川　裕	豊見城中央病院	外科医師	緩和ケア研修会開催病院
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

緩和ケア・在宅医療部会　在宅ワーキング

氏名	所属	役職	備考
金城　隆展	琉大病院地域医療部	臨床倫理士	都道府県がん診療連携拠点病院
長野　宏昭	いきがい在宅クリニック	院長	
東恩納　貴子	那覇市立病院	看護師	地域がん診療連携拠点病院
朝川　利恵	沖縄県立宮古病院	緩和ケア専従看護師	**地域がん診療病院**
崎原　友美子	沖縄県立八重山病院	地域連携センター　緩和ケア認定看護師	地域がん診療病院
嶺井　朝美	北部地区医師会病院	緩和ケア専従看護師	地域がん診療病院
荷川取　尚樹	花あかり合資会社	代表所長	花あかり合資会社
笹良　剛史	友愛会豊見城中央病院	麻酔科部長	友愛会豊見城中央病院
喜納　美津男	きなクリニック	院長	きなクリニック
城間　忍	訪問看護ステーションはえばる	管理者	
新屋　洋平	西崎病院	総合診療科　在宅・緩和ケア	
高江洲　あやこ	那覇市医師会	ＭＳＷ	
崎　辰子	那覇市役所	ちゃーがんじゅう課　副参事	
仲門　文子	沖縄県介護支援専門員協会	理事	
増田　昌人	琉球大学病院	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

小児・AYA部会

氏名	所属	役職	備考
浜田　聡	琉球大学病院	小児科講師	都道府県がん診療連携拠点病院
仲地　佐和子	琉球大学病院	第二内科講師	都道府県がん診療連携拠点病院
銘苅　桂子	琉球大学病院	周産母子センター　部長　教授	都道府県がん診療連携拠点病院
當銘　保則	琉球大学病院	整形学科学講座准教授	都道府県がん診療連携拠点病院
喜納　綾乃	琉球大学病院	小児科看護師長	都道府県がん診療連携拠点病院
大畑　尚子	沖縄県立中部病院	産科　部長	地域がん診療連携拠点病院
林　絹子	沖縄県立中部病院	腫瘍・血液内科　医員	地域がん診療連携拠点病院
比嘉　猛	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	小児科部長	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
伊良波 史朗	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	放射線科副部長	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
屋 宜 孟	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	小児血液・腫瘍内科　医長	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
親富祖　しのぶ	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	化学療法認定看護師	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
金城　正樹	沖縄県教育庁保健体育課	課長	沖縄県教育庁
岩﨑　政志	森川特別支援学校	学校長	森川特別支援学校

外間　早紀子	沖縄県保健医療介護部健康長寿課	主査	沖縄県
金城　敦子	がんの子どもを守る会　沖縄支部	代表	患者関係者
宮平　有希子	がんの子どもを守る会　沖縄支部	副代表	患者関係者
徳元　亮太	沖縄がん教育サポートセンター	理事長	
増田　昌人	琉球大学病院がんセンター	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

小児・AYA部会　妊孕性温存療法ワーキング

氏名	所属	役職	備考
野里　栄治	北部地区医師会病院	医局長・外科外来医長	地域がん診療病院
大畑　尚子	沖縄県立中部病院	産婦人科　副部長	地域がん診療連携拠点病院
池宮城　梢	那覇市立病院	産婦人科　部長	地域がん診療連携拠点病院
中上　弘茂	沖縄県立八重山病院	産婦人科　部長	地域がん診療病院
石川　裕子	沖縄県立宮古病院	産婦人科 医長	地域がん診療病院
野原　理	友愛医療センター	不妊センター長	友愛医療センター
銘苅　桂子	琉球大学病院	周産母子センター　部長　教授	都道府県がん診療連携拠点病院
平敷　千晶	琉球大学病院	産婦人科　助教	都道府県がん診療連携拠点病院
比嘉　猛	南部医療センター・こども医療センター	小児科　部長	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
阿部　典恵	中頭病院	乳腺科　医長	中頭病院
安次嶺　宏哉	沖縄協同病院	腫瘍内科	沖縄協同病院
當銘　保則	琉球大学病院	整形外科講座　准教授	都道府県がん診療連携拠点病院
長嶺　英樹	琉球大学病院	脳神経外科　助教	都道府県がん診療連携拠点病院
仲地　佐和子	琉球大学病院	第二内科　講師	都道府県がん診療連携拠点病院
浜田　聡	琉球大学病院	小児科　講師	都道府県がん診療連携拠点病院
伊差川　サヤカ	琉球大学病院	薬剤部	都道府県がん診療連携拠点病院
大嶺　菜	琉球大学病院	薬剤部	都道府県がん診療連携拠点病院
外間　早紀子	沖縄県保健医療介護部健康長寿課	主査	
増田　昌人	琉球大学病院がんセンター	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

離島・へき地部会

氏名	所属	役職	備考
安次嶺　宏哉	沖縄協同病院	腫瘍内科	
戸板　孝文	沖縄県立中部病院	放射線科副部長	地域がん診療連携拠点病院
吉田　幸生	沖縄県立中部病院	腫瘍・血液内科	
友利　寛文	那覇市立病院	外科部長	地域がん診療連携拠点病院
西原　政好	沖縄県立宮古病院	外科部長	**地域がん診療病院**
本仲　寛美	沖縄県立宮古病院	副院長	地域がん診療病院
松村　敏信	沖縄県立八重山病院	外科部長	地域がん診療病院
名嘉　律子	沖縄県立八重山病院	副院長	地域がん診療病院
赤松　道成	北部地区医師会病院	外科科長	地域がん診療病院
有銘　みどり	北部地区医師会病院	看護師長	地域がん診療病院
外間　早紀子	沖縄県保健医療部健康長寿課	主査	沖縄県
真栄里　隆代	ゆうかぎの会（離島圏におけるがん患者支援を考える会）		患者関係者（宮古医療圏）
田盛　亜紀子	やいまゆんたく会(八重山のがん患者を支援する会)	会長	患者関係者（八重山医療圏）
江藤　甚之助	やいまゆんたく会(八重山のがん患者を支援する会)	副会長	患者関係者（八重山医療圏）
有賀　拓郎	琉球大学病院診療情報管理センター	副センター長	
増田　昌人	琉球大学病院がんセンター	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

情報提供・相談支援部会

氏名	所属	役職	備考
大久保　礼子	琉球大学病院がんセンター	医療ソーシャルワーカー	都道府県がん診療連携拠点病院
友利　晃子	琉球大学病院がんセンター	医療ソーシャルワーカー	
玉城　佐笑美	沖縄県立中部病院	連携室看護師	地域がん診療連携拠点病院
仲宗根　恵美	那覇市立病院	医療ソーシャルワーカー	地域がん診療連携拠点病院
糸数　真理子	那覇市立病院	医療ソーシャルワーカー	
伊禮　智則	那覇市立病院	医療ソーシャルワーカー	
横田　美佐	沖縄県立宮古病院	地域連携室看護師	**地域がん診療病院**
岩崎　奈々子	沖縄県立八重山病院	地域連携室看護師	地域がん診療病院
仲村渠 美奈子	北部地区医師会病院	医療ソーシャルワーカー	地域がん診療病院
上原　弘美	友愛医療センター	相談員	友愛医療センター
冨里　果林	南部医療センター・こども医療センター	社会福祉士	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
田場　純子	沖縄県保健医療介護部健康長寿課	主査	沖縄県
間島　奈央子	一般社団法人キャンサーフィットネス	キャンサーフィットネス認定インストラクター	患者関係者
西村　克敏	沖縄県地域統括支援センター	ピアサポーター	患者関係者
増田　昌人	琉球大学病院がんセンター	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

ベンチマーク部会

氏名	所属	役職	備考
天野　慎介	全国がん患者団体連合会	理事長	
井岡　亜希子	まるレディースクリニック	院長	
伊藤　ゆり	大阪医科薬科大学医学研究支援センター医療統計室	室長・准教授	
埴岡　健一	国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科	教授	
東　尚弘	東京大学大学院 公衆衛生学/健康医療政策学	教授	
山里　紘美	沖縄県保健医療介護部健康長寿課	主任	沖縄県
平田　哲生	琉球大学病院診療情報管理センター	センター長・特命教授	都道府県がん診療連携拠点病院
有賀　拓郎	琉球大学病院診療情報管理センター	副センター長	都道府県がん診療連携拠点病院
伊佐　奈々	琉球大学病院がんセンター	診療情報管理士	都道府県がん診療連携拠点病院
増田　昌人	琉球大学病院がんセンター	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

ベンチマーク部会　がん登録ワーキング

氏名	所属	役職	備考
伊佐　奈々	琉球大学病院がんセンター	診療情報管理士	都道府県がん診療連携拠点病院
福岡　しのぶ	琉球大学病院がんセンター	診療情報管理士	都道府県がん診療連携拠点病院
神谷　恭子	那覇市立病院	診療情報管理士	地域がん診療連携拠点病院
調整中			地域がん診療連携拠点病院
當真亜香耶	沖縄県立八重山病院		地域がん診療病院
吉田　沙織	北部地区医師会病院		地域がん診療病院
調整中			地域がん診療病院
佐久川　慶	沖縄協同病院		
大城　由似	豊見城中央病院	診療情報管理士	
亀島　さおり	中頭病院	がん登録実務者	
安里　邦子	中部徳洲会病院	診療情報管理室　係長	
比知屋　春奈	国立病院機構沖縄病院	診療情報管理士	
渡慶次　憲吾	友愛医療センター	一般事務	
調整中			
調整中			
調整中			
調整中			

調整中			
調整中			
増田　昌人	琉球大学病院がんセンター	がんセンター長	事務局
調整中	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

●令和７年度の沖縄県がん診療連携協議会および幹事会の開催日時(案)

■協議会　開催日程　（終了時間は予定）

※令和７年１月時点の予定日程　変更の可能性も有り

回　数	日　時	場　所	備　考
第１回	令和７年５月９日（金）　14:00～17:00	管理・研修棟 ４階大会議室	
第２回	令和７年８月１日（金）　14:00～17:00	管理・研修棟 ４階大会議室	
第３回	令和７年 11 月７日（金）14:00～17:00	管理・研修棟 ４階大会議室	
第４回	令和８年２月６日（金）　14:00～17:00	管理・研修棟 ４階大会議室	

■幹事会　開催日程　（終了時間は予定）

回　数	日　時	場　所	備　考
第１回	令和７年４月７日（月）　14:00～17:00	管理・研修棟 ３階小会議室	
第２回	令和７年７月７日（月）　14:00～17:00	管理・研修棟 ４階小会議室	
第３回	令和７年 10 月６日（月）14:00～17:00	管理・研修棟 ４階小会議室	
第４回	令和８年１月 19 日（月）14:00～17:00	管理・研修棟 ３階小会議室	

資料７－１

２０２５年1月１５日

幹事会委員各位

大腸がん死激減プロジェクト
代表　佐村　博範
（浦添総合病院下部消化管外科部長）

審議事項２　市町村のがん検診担当者の研修修了率向上について

協議会として、各市町村のがん検診担当者が、国立がん研究センター主催の全国がん検診従事者研修（基礎)、全国がん検診従事者研修（実務）および全国がん検診指導者研修をすべて受講するように働きかける。具体的には、議長名で、全ての市町村長に対して、別紙の要望書を送付し、受講を促してはどうか、

また沖縄県保健医療介護部からも、各市町村の担当部課に働きかけることを提案する。具体的には、議長名で、沖縄県保健医療介護部長に対して、別紙の要望書を送付し、県からも受講を促していただくのはどうか。

＜理由＞

ベンチマーク部会による全市町村へのアンケート調査により、国立がん研究センター国立がん研究センター主催の全国がん検診従事者研修（基礎)、全国がん検診従事者研修（実務）および全国がん検診指導者研修編出席率が、別紙資料７－２のとおり、それぞれ 17.5%、6.3%、0%と極めて低い。おおよそ 2〜3 年で、市町村のがん検診担当者が代わる現状を考慮すると、全員がこれらの研修を受ける必要があると考えられる。

＜参考飼料＞

１　全国がん検診従事者研修（基礎）

主催：国立研究開発法人国立がん研究センター

研修のねらい：住民検診に携わるがん検診従事者において、がん検診の精度管理業務を行う上で必須となる基礎知識の習得を目指します。

受講対象：住民検診に携わるがん検診従事者（都道府県及び市区町村の行政担当者、保健所職員、検診機関の職員等）

プログラム：約 96 分　e-learning

申込期間：2024 年 4 月 15 日（月）～ 9 月 30 日（月）
受講期間：2024 年 4 月 15 日（月）～ 10 月 18 日（金）

２　全国がん検診従事者研修（実務）
主催：国立研究開発法人国立がん研究センター
研修のねらい：がん検診の基礎知識を踏まえ、精度管理を実践するうえで必要な知識や技術の習得を目指します。
受講対象：住民検診の運営・実務に関わる方すべて（都道府県/市区町村/検診機関の職員、都道府県が設置する生活習慣病検診等管理指導協議会の関係者、医師会関係者など）
プログラム：約 342 分　e-learning
申込期間：2024 年 6 月 24 日（月）～12 月 13 日（金）
受講期間：2024 年 6 月 24 日（月）～12 月 23 日（月）

３　全国がん検診指導者研修
主催：国立研究開発法人国立がん研究センター
研修のねらい：がん検診における地域の課題解決を適切に指導するための知識や、がん部会の適切な運営方法等（主に医師向けの内容)、指導者に必要な知識とスキルの習得を目指します
受講対象：都道府県が設置する生活習慣病検診等管理指導協議会（胃がん部会、大腸がん部会、肺がん部会、乳がん部会、子宮がん部会）の関係者（部会長、副部会長等)、及び医師会関係者。都道府県及び市区町村の行政担当者、保健所職員、検診機関職員も受講は可能です。
プログラム：約 69 分　e-learning
申込期間：2024 年 9 月 24 日（火）～2025 年 1 月 17 日（金）
受講期間：2024 年 9 月 24 日（火）～2025 年 1 月 31 日（金）

進捗評価のためのアンケート調査結果（市町村）

がん検診

番号	C 個別施策

②がん検診の精度管理等について

			指標項目	沖縄県
2-1	行政担当者、保健所職員、検診機関の職員等は、国等が企画する研修会を受講する			
	指標	全国がん検診従事者研修（基礎）（実務）および全国がん検診指導者研修を修了した市町村の担当者等のそれぞれの割合	従事者研修（基礎）	17.5%
			従事者研修（実務）	6.3%
			指導者研修	.0%

進捗評価のためのアンケート調査

問6.　昨年度、がん検診事業を担当している方は何人いましたか？（兼任などで時々担当する方は除いてカウントしてください）

問7.　あなたの市町村で、昨年度、検診を担当する方で、全国がん検診従事者研修（基礎）を終了した方はいらっしゃいますか？

問8.　あなたの市町村で、昨年度、検診を担当する方で、全国がん検診従事者研修（実務）を終了した方はいらっしゃいますか？

問9.　あなたの市町村で、昨年度、検診を担当する方で、全国がん検診指導者研修を終了した方はいらっしゃいますか？

	がん検診担当者数	従事者研修（基礎）修了者	従事者研修（実務）修了者	指導者研修修了者
那覇市	3			
宜野湾市	1			
石垣市	2			
浦添市	2	2	2	
名護市	1			
糸満市	1			
沖縄市	1	1		
豊見城市	1			
うるま市	1			
宮古島市	4			
南城市	1			
国頭村	0			
大宜味村	0			
東村	2			
今帰仁村	2			
本部町	1			
恩納村	1			
宜野座村	3			
金武町	2			
伊江村	2			
読谷村	3	1	1	
嘉手納町	2	2	1	
北谷町	1			
北中城村	1			
中城村	2			
西原町	1	2		
与那原町	1			
南風原町	1	1		
渡嘉敷村	1			
座間味村	2			
粟国村	2			
渡名喜村	2			
南大東村	1			
北大東村	3			
伊平屋村	1	1		
伊是名村	1			
久米島町	1			
八重瀬町	1			
多良間村	2			
竹富町	2			
与那国町	1	1		
合計	63	11	4	0

がん検診

C 個別施策

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	指針に基づいたがん検診のみを行う						
	指標	指針の遵守市町村の割合(再掲)	胃	95.1% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	国立がんセンター「市町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」1. がん検診の実施状況(住民検診)
			大腸	100% (2022)	100% (2022)	47都道府県全て 100.0% (2022)	
			肺	100% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	
			女性乳房	100% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	
			子宮頸部	100% (2022)	99.9% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-2	指針に基づかないがん検診を中止する						
	指標	指針に基づかないがん検診の実施数と割合	胃	集団3件/7.9% 個別1件/3.4% (2022)	集団478件/28.8% 個別293件/27.1% (2022)	集団0件/0.0%(滋賀県) 個別0件/0.0%(宮城県他) (2022)	国立がんセンター「市町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」②がん検診実施状況(集団_個別)
			大腸	集団2件/5.0% 個別0件/0.0% (2022)	集団96件/6.0% 個別36件/3.7% (2022)	集団0件/0.0%(青森県他) 個別0件/0.0%(青森県他) (2022)	
			肺	集団2件/5.0% 個別3件/11.1% (2022)	集団335件/20.2% 個別221件/30.2% (2022)	集団0件/0.0%(秋田県他) 個別0件/0.0%(宮城県他) (2022)	
			女性乳房	集団12件/33.3% 個別17件/53.1% (2022)	集団719件/44.4% 個別587件/40.7% (2022)	集団0件/0.0%(秋田県他) 個別0件/0.0%(新潟県他) (2022)	
			子宮頸部	集団7件/20.0% 個別5件/16.1% (2022)	集団387件/26.2% 個別333件/21.2% (2022)	集団0件/0.0%(大阪府他) 個別0件/0.0%(京都府他) (2022)	

②がん検診の精度管理等について

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1	行政担当者、保健所職員、検診機関の職員等は、国等が企画する研修会を受講する						
	指標	全国がん検診従事者研修(基礎)(実務)および全国がん検診指導者研修を修了した市町村の担当者等のそれぞれの割合	従事者研修(基礎)	17.5% (2023)			令和6年度市町村向け進捗評価のためのアンケート調査結果
			従事者研修(実務)	6.3% (2023)			
			指導者研修	0% (2023)			

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-2	県は受診率向上と精度管理のために研修会等を開催し、市町村等は担当者を受講させる						
	指標	研修を終了した市町村の担当者等の数		25人 (2023) ※がん検診事業担当63人			令和6年度市町村向け進捗評価のためのアンケート調査結果

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-3	県は、がん登録情報等を活用したがん検診の精度管理について、市町村へ技術的支援等を行う						
	指標	がん登録情報を活用した精度管理実施市町村数の割合		0% (2018～2023)			沖縄県健康長寿課からのデータ提供

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-4	県は、精密検査受診率の低い市町村の実態把握を行い、それらに関する指導・助言等を行う						
	指標	県が指導・助言等を行った市町村数		41/41市町村			沖縄県健康長寿課からのデータ提供

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-5	市町村は、指針に基づいたがん検診の実施及び精度管理の向上を行う							
	指標	国の示す「市町村事業におけるがん検診の事業評価の手法について」に基づいた事業評価をしている市町村及び検診実施機関の割合						
	指標	精度管理の実態や指標を定期的に評価・公開している市町村及び検診実施機関の割合	検診実施機関	市町村	100% (2021)			沖縄県Webサイト掲載「がん検診精度管理調査等結果」
				胃(エックス線)	93.2% (2022)			
				胃(内視鏡)	89.3% (2022)			
				大腸	89.4% (2022)			
				肺	89.1% (2022)			
				女性乳房	97.7% (2022)			
				子宮頸部	91.2% (2022)			
	指標	要精検率の許容値を達成している市町村の割合		胃 (XP+内視鏡)	86.5% 32/37市町村 (2022)			沖縄県Webサイト掲載「がん検診精度管理調査等結果(市町村ごとの受診率・プロセス指標)」(集団+個別)
				大腸	57.5% 23/40市町村 (2022)			
				肺	82.1% 32/39市町村 (2022)			
				女性乳房	92.5% 37/40市町村 (2022)			
				子宮頸部	39.0% 16/41市町村 (2022)			
	指標	精検受診率の目標値90%以上を達成している市町村の割合		胃	27.3%(9/33)			厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」(令和元年度一次検診受診者の令和2年度までの精密検査受診状況) 40<胃50/子宮頸20>～74歳
				大腸	2.4%(1/41)			
				肺	6.9%(2/29)			
				女性乳房	23.7%(9/38)			
				子宮頸部	17.9%(7/39)			
	指標	未把握率の目標値5%以下を達成している市町村の割合		胃	30.3%(10/33)			
				大腸	14.6%(6/41)			
				肺	17.2%(5/29)			
				女性乳房	26.3%(10/38)			
				子宮頸部	33.3%(13/39)			
				胃	60% 21/35市町村 (2020)			

B 中間アウトカム

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	科学的根拠に基づいた検診の実施ができている						
	指標	指針の遵守市町村の割合	胃	95.1% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	国立がんセンター「市町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」1. がん検診の実施状況(住民検診)
			大腸	100% (2022)	100% (2022)	47都道府県全て 100.0% (2022)	
			肺	100% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	
			女性乳房	100% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	
			子宮頸部	100% (2022)	99.9% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1	検診の質の管理体制の構築と精度向上ができている						
	指標	要精検率	胃(エックス線)	男 7.42% 女 5.60% (2020)	男 7.99% 女 5.06% (2020)	男 山梨県14.35% 女 秋田県8.27% (2020)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(人口動態統計)部位別75歳未満年齢調整死亡率
			胃(内視鏡)	男 5.42% 女 3.71% (2020)	男 8.95% 女 6.42% (2020)	男 奈良県19.27% 女 奈良県15.84% (2020)	
			大腸	男 8.44% 女 6.04% (2020)	男 9.39% 女 6.63% (2020)	男 長崎県12.35% 女 長崎県8.89% (2020)	
			肺	男 2.15% 女 1.61% (2020)	男 2.42% 女 1.86% (2020)	男 福井県4.43% 女 福井県3.28% (2020)	
			女性乳房	7.64% (2020)	5.86% (2020)	山口県9.96% (2020)	
			子宮頸部	2.17% (2020)	2.20% (2020)	宮城県1.35% (2020)	
	指標	精検受診率	胃(エックス線)	男 56.77% 女 66.52% (2020)	男 79.45% 女 84.72% (2020)	男 宮城県 91.70% 女 宮城県 96.01% (2020)	
			胃(内視鏡)	男 58.45% 女 65.81% (2020)	男 92.93% 女 93.40% (2020)	男 滋賀県他100% 女 宮崎県他100% (2020)	
			大腸	男 54.47% 女 58.29% (2020)	男 67.06% 女 70.13% (2020)	男 滋賀県85.50% 女 滋賀県89.57% (2020)	
			肺	男 60.78% 女 70.75% (2020)	男 80.50% 女 84.61% (2020)	男 滋賀県94.21% 女 滋賀県96.93% (2020)	
			女性乳房	78.00% (2020)	90.13% (2020)	宮城県97.54% (2020)	
			子宮頸部	71.29% (2020)	76.59% (2020)	宮城県96.02% (2020)	
	指標	精検未受診率	胃(エックス線)	男 11.32% 女 12.42% (2020)	男 8.99% 女 5.94% (2020)	男 福井県0.93% 女 島根県0.80% (2020)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」地域保健・健康増進事業報告(厚生労働省人口動態・保健社会統計課)
			胃(内視鏡)	男 13.93% 女 9.25% (2020)	男 1.53% 女 1.20% (2020)	男 青森県他0.00% 女 宮城県他0.00% (2020)	
			大腸	男 18.11% 女 15.35% (2020)	男 14.92% 女 13.75% (2020)	男 福井県0.79% 女 福井県1.21% (2020)	
			肺	男 12.03% 女 7.63% (2020)	男 7.00% 女 5.23% (2020)	男 高知県0.00% 女 高知県0.00% (2020)	
			女性乳房	5.29% (2020)	2.77% (2020)	福井県0.31% (2020)	
			子宮頸部	6.93% (2020)	5.82% (2020)	福井県0.00% (2020)	
	指標	精検未把握率	胃(エックス線)	男 31.91% 女 21.06% (2020)	男 11.56% 女 9.34% (2020)	男 新潟県0.24% 女 新潟県0.41% (2020)	
			胃(内視鏡)	男 27.63% 女 24.94% (2020)	男 5.54% 女 5.41% (2020)	男 宮城県他0.00% 女 山形県他0.00% (2020)	
			大腸	男 27.42% 女 26.36% (2020)	男 18.02% 女 16.12% (2020)	男 新潟県0.58% 女 新潟県0.45% (2020)	
			肺	男 27.19% 女 21.62% (2020)	男 12.50% 女 10.16% (2020)	男 滋賀県0.40% 女 滋賀県他0.00% (2020)	
			女性乳房	16.70% (2020)	7.10% (2020)	新潟県0.15% (2020)	
			子宮頸部	21.78% (2020)	17.59% (2020)	宮城県0.39% (2020)	
	指標	がん発見率	胃(エックス線)	男 0.08% 女 0.02% (2020)	男 0.20% 女 0.06% (2020)	男 福井県0.34% 女 長崎県0.14% (2020)	
			胃(内視鏡)	男 0.17% 女 0.04% (2020)	男 0.61% 女 0.21% (2020)	男 宮城県1.55% 女 宮城県0.42% (2020)	
			大腸	男 0.20% 女 0.10% (2020)	男 0.32% 女 0.18% (2020)	男 山口県0.51% 女 富山県0.27% (2020)	
			肺	男 0.05% 女 0.01% (2020)	男 0.08% 女 0.04% (2020)	男 鳥取県0.16% 女 群馬県他0.07% (2020)	
			女性乳房	0.35% (2020)	0.34% (2020)	山口県0.57% (2020)	
			子宮頸部	0.04% (2019)	0.03% (2019)	長崎県0.06% (2019)	
	指標	陽性反応適中度	胃(エックス線)	男 1.11% 女 0.44% (2020)	男 2.48% 女 1.16% (2020)	男 福井県5.14% 女 福島県2.44% (2020)	
			胃(内視鏡)	男 3.20% 女 1.03% (2020)	男 6.82% 女 3.24% (2020)	男 宮城県19.78% 女 宮城県9.83% (2020)	
			大腸	男 2.32% 女 1.62% (2020)	男 3.39% 女 2.73% (2020)	男 新潟県5.63% 女 富山県4.47% (2020)	
			肺	男 2.50% 女 0.64% (2020)	男 3.40% 女 1.97% (2020)	男 高知県13.79% 女 群馬県6.86% (2020)	
			女性乳房	4.59% (2020)	5.84% (2020)	岩手県15.69% (2020)	
			子宮頸部	1.24% (2019)	1.18% (2019)	愛媛県2.96% (2019)	
			胃(エックス線)				
			胃(内視鏡)				

A 分野アウトカム

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	有効ながん検診を有するがんの死亡の減少ができている						
	指標	検診がん種別(胃、大腸、肺、乳房(女)、子宮頸)年齢調整死亡率	胃	男6.3 女2.5 (2022)	男9.0 女3.7 (2022)	男 熊本県5.8 女 大分県2.4 (2022)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(人口動態統計)部位別75歳未満年齢調整死亡率
			大腸	男14.4 女8.2 (2022)	男12.4 女7.2 (2022)	男 滋賀県9.2 女 岡山県5.0 (2022)	
			肺	男18.8 女4.2 (2022)	男18.4 女5.8 (2022)	男 山梨県13.1 女 島根県3.1 (2022)	
			女性乳房	女10.3 (2022)	女10.4 (2022)	女 島根県5.4 (2022)	
			子宮頸部	女7.1 (2022)	女5.1 (2022)	女 徳島県3.0 (2022)	

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-2	有効ながん検診を有するがんの進行がんの減少ができている						
	指標	検診がん種別(胃、大腸、肺、乳房(女)、子宮頸)進行がん罹患率	胃				がんセンターで算出検討中
			大腸				
			肺				
			女性乳房				
			子宮頸部				

参考データ

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-3							
	指標	検診がん種別早期がん割合	胃※	53.8 (2020)	57.4 (2020)	宮城県68.0 (2020)	全国がん登録罹患数・率(上皮内+限局) ※上皮内がんを除く
			大腸	56.4 (2020)	57.9 (2020)	広島県63.1 (2020)	
			肺	29.08 (2020)	36.4 (2020)	島根県45.1 (2020)	
			女性乳房	70.0 (2020)	64.3 (2020)	香川県72.8 (2020)	
			子宮頸部	80.7 (2020)	79.9 (2020)	熊本県87.4 (2020)	

	指標	精検未受診率の目標値5%以下を達成している市町村の割合	大腸	41.5% 17/41市町村 (2020)			厚生労働省「令和2年度 地域保健・健康増進事業報告」(R4.3公表)からR4沖縄県衛生環境研究所・健康長寿課集計
			肺	31.3% 9/29市町村 (2020)			
			女性乳房	71.1% 27/38市町村 (2020)			
			子宮頸部	46.2% 18/39市町村 (2020)			
	指標	感度と特異度の把握をしている市町村及び検診実施機関の割合	市町村	9.8% (2023)			令和6年度市町村向け進捗評価のためのアンケート調査結果
			検診実施機関				

2-6	職域を含めた、がん検診の実施者による分かりやすい情報提供を推進する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん検診の正しい情報提供を実施した市町村の割合	胃(エックス線)	78.9% (2022) 83.8% (2021)	81.1% (2022) 78.6% (2021)	青森県他100.0% (2022) 青森県他100.0% (2021)	国立がん研究センター「市区町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」受診勧奨時に「3-1検診機関用チェックリスト1.受診者への説明」が全項目記載された資料を全員に個別配布している市町村の割合 ※集団検診
			胃(内視鏡)	100% (2022) 66.7% (2021)	75.7% (2022) 67.1% (2021)	秋田県他100.0% (2022) 宮城県他100.0% (2021)	
			大腸	77.5 (2022) 82.5% (2021)	80.1% (2022) 77.4% (2021)	青森県他100.0% (2022) 青森県他100.0% (2021)	
			肺	77.5 (2022) 82.5% (2021)	78.3% (2022) 76.0% (2021)	青森県他100.0% (2022) 青森県他100.0% (2021)	
			女性乳房	76.5 (2022) 87.1% (2021)	80.8% (2022) 78.5% (2021)	宮城県他100.0% (2022) 山形県他100.0% (2021)	
			子宮頸部	74.3% (2022) 82.4% (2021)	81.4% (2022) 78.8% (2021)	秋田県他100.0% (2022) 山形県他100.0% (2021)	

	指標	感度	大腸				データなし
			肺				
			女性乳房				
			子宮頸部				
	指標	特異度	胃(エックス線)				データなし
			胃(内視鏡)				
			大腸				
			肺				
			女性乳房				
			子宮頸部				
	指標	CIN3以上発見率(子宮頸がんのみ)		0.15% (2020)	0.14% (2020)	長崎県0.29% (2020)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」地域保健・健康増進事業報告(厚生労働省人口動態・保健社会統計課)
	指標	非初回受診者の2年連続受診者割合(乳がん、子宮頸がんのみ)	女性乳房	11.4% (2022) 12.3% (2021)	17.6% (2022) 15.5% (2021)	栃木県54.7% (2022) 鹿児島県46.5% (2021)	厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」(令和元年度一次検診受診者の令和2年度までの精密検査受診状況) ※受診者数のうち2年連続受診者数
			子宮頸部	13.1% (2022) 12.7% (2021)	26.4% (2022) 24.54% (2021)	鳥取県61.4% (2022) 鳥取県58.7% (2021)	

③受診率対策について

3-1	受診率向上に向けて、がん検診受診率をより正確かつ精緻に、また、個人単位で把握することができるように検討する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 検討を行っている市町村の割合		34.1% (2023)			令和6年度市町村向け進捗評価のためのアンケート調査結果

3-2	市町村及び県が連携して、より科学的かつ効率的な受診勧奨策(コール・リコールなど)を推進し検診受診率を増加する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	受診勧奨実施市町村の割合	胃	67.5% (2022)	84.1% (2022)	群馬県他100.0% (2022)	国立がんセンター「市町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」①がん検診実施状況
			大腸	65.9% (2022)	85.5% (2022)	富山県他100.0% (2022)	
			肺	60.9% (2022)	82.3% (2022)	群馬県他100.0% (2022)	
			女性乳房	63.4% (2022)	85.0% (2022)	群馬県他100.0% (2022)	
			子宮頸部	65.8% (2022)	85.2% (2022)	富山県他100.0% (2022)	
	指標	検診受診率の目標値60%以上を達成している市町村の割合	胃	0.0% 0/41市町村 (2022)	0.06% 1/1737市町村 (2022)	熊本県 2.2% 1/45市町村 (2022)	地域保健・健康増進事業報告(健康増進編)市区町村表 がん検診
			大腸	0.0% 0/41市町村 (2022)	0.0% (2022)	該当なし	
			肺	0.0% 0/41市町村 (2022)	0.0% (2022)	該当なし	
			女性乳房	2.4% 1/41市町村 (2022)	0.23% 4/1737市町村 (2022)	宮崎県 7.7% 2/26市町村 (2022)	
			子宮頸部	2.4% 1/41市町村 (2022)	0.17% 3/1737市町村 (2022)	沖縄県 2.4% 1/41市町村 (2022)	

3-3	市町村及び県は、受診者の立場に立ったがん検診を受診する上での利便性の向上を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	利便性の向上を行っている市町村の割合	胃	84.2% (2022) 81.6% (2021)	86.1% (2022) 85.3% (2021)	岩手県他100.0% (2022) 岩手県他100.0% (2021)	厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」 休日(土日・祝日)、早朝又は深夜に集団検診を実施している市町村の割合 ※集団検診
			大腸	80.5% (2022) 80.0% (2021)	85.4% (2022) 84.6% (2021)	岩手県他100.0% (2022) 岩手県他100.0% (2021)	
			肺	85.0% (2022) 82.9% (2021)	83.3% (2022) 82.7% (2021)	宮城県他100.0% (2022) 宮城県他100.0% (2021)	
			女性乳房	47.2% (2022) 39.4% (2021)	75.3% (2022) 75.2% (2021)	栃木県他100.0% (2022) 栃木県他100.0% (2021)	
			子宮頸部	42.9% (2022) 36.4% (2021)	70.9% (2022) 69.1% (2021)	宮城県他100.0% (2022) 茨城県他100.0% (2021)	

3-4	市町村は、啓発のための研修会等を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	普及啓発キャンペーン実施市町村数		22/41市町村 (2023)			令和6年度市町村向け進捗評価のためのアンケート調査結果

3-5	県は、職域等におけるがん検診や人間ドックについて、実施状況の継続的な把握に務める		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	指針に基づく検診の実施率	胃				
			大腸				
			肺				
			女性乳房				
			子宮頸部				

3-1	科学的根拠に基づく受診勧奨を行い、検診受診率の増加ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	検診受診率(国民生活基礎調査)	胃 (50～69歳/過去2年間)	男49.5% 女45.7% (2022)	男53.7% 女43.5% (2022)	男 山形県73.6% 女 山形県67.3%	厚生労働量「国民生活基礎調査」
			大腸 (40～69歳/過去1年間)	男40.0% 女37.0% (2022)	男49.1% 女42.8% (2022)	男 山形県65.1% 女 山形県63.1%	
			肺 (40～69歳/過去1年間)	男44.9% 女44.3% (2022)	男53.2% 女46.4% (2022)	男 山形県69.8% 女 山形県67.6%	
			女性乳房 (40～69歳/過去2年間)	女48.8% (2022)	女47.4% (2022)	女 山形県61.7%	
			子宮頸部 (20～69歳/過去2年間)	女45.3% (2022)	女43.6% (2022)	女 山形県57.5%	

資料７－４

２０２５年1月１５日

○○市長
○○○○殿

沖縄県がん診療連携協議会議長
（琉球大学病院長）
大屋　祐輔

がん検診担当者の研修修了率向上について

現在、国立がん研究センターでは、全国がん検診従事者研修（基礎)、全国がん検診従事者研修（実務）および全国がん検診指導者研修を毎年開催しています。

この研修会は、がん検診を担当する職員向けに企画されているものです。これらの研修会を受けることにより、基礎知識が身に着くだけではなく、がん検診に一番重要な精度管理の実践をすることができるようになります。

しかしながら、当院で行った調査によれば、２０２３年度にこれらの研修会を受けた職員の割合は、

全国がん検診従事者研修（基礎）　17.5%
全国がん検診従事者研修（実務）　6.3%
全国がん検診指導者研修　0%

と極めて低い状況です。

そこで、来年度は、ぜひ貴市においては、がん検診をご担当される職員の方全員に、本研修を受講していただけるように、お願い申し上げる次第です。

ぜひともよろしくお願い申し上げます。

＜参考資料：2024 年度開催分＞

１　全国がん検診従事者研修（基礎）

主催：国立研究開発法人国立がん研究センター

研修のねらい：住民検診に携わるがん検診従事者において、がん検診の精度管理業務を行う上で必須となる基礎知識の習得を目指します。

受講対象：住民検診に携わるがん検診従事者（都道府県及び市区町村の行政担当者、保健所職員、検診機関の職員等）

プログラム：約 96 分　e-learning

申込期間：2024 年 4 月 15 日（月）～ 9 月 30 日（月）

受講期間：2024 年 4 月 15 日（月）～ 10 月 18 日（金）

２　全国がん検診従事者研修（実務）

主催：国立研究開発法人国立がん研究センター

研修のねらい：がん検診の基礎知識を踏まえ、精度管理を実践するうえで必要な知識や技術の習得を目指します。

受講対象：住民検診の運営・実務に関わる方すべて（都道府県/市区町村/検診機関の職員、都道府県が設置する生活習慣病検診等管理指導協議会の関係者、医師会関係者など）

プログラム：約 342 分　e-learning

申込期間：2024 年 6 月 24 日（月）～12 月 13 日（金）

受講期間：2024 年 6 月 24 日（月）～12 月 23 日（月）

３　全国がん検診指導者研修

主催：国立研究開発法人国立がん研究センター

研修のねらい：がん検診における地域の課題解決を適切に指導するための知識や、がん部会の適切な運営方法等（主に医師向けの内容）、指導者に必要な知識とスキルの習得を目指します

受講対象：都道府県が設置する生活習慣病検診等管理指導協議会（胃がん部会、大腸がん部会、肺がん部会、乳がん部会、子宮がん部会）の関係者（部会長、副部会長等）、及び医師会関係者。都道府県及び市区町村の行政担当者、保健所職員、検診機関職員も受講は可能です。

プログラム：約 69 分　e-learning

申込期間：2024 年 9 月 24 日（火）～2025 年 1 月 17 日（金）

受講期間：2024 年 9 月 24 日（火）～2025 年 1 月 31 日（金）

資料７－５

２０２５年1月１５日

沖縄県保健医療介護部長
糸数　公殿

沖縄県がん診療連携協議会議長
（琉球大学病院長）
大屋　祐輔

市町村のがん検診担当者の研修修了率向上について

現在、国立がん研究センターでは、全国がん検診従事者研修（基礎)、全国がん検診従事者研修（実務）および全国がん検診指導者研修を毎年開催しています。

この研修会は、がん検診を担当する職員向けに企画されているものです。これらの研修会を受けることにより、基礎知識が身に着くだけではなく、がん検診に一番重要な精度管理の実践をすることができるようになります。

しかしながら、当院で行った調査によれば、２０２３年度にこれらの研修会を受けた職員の割合は、

全国がん検診従事者研修（基礎）　17.5%
全国がん検診従事者研修（実務）　6.3%
全国がん検診指導者研修　0%

と極めて低い状況です。

そこで、来年度は、がん検診担当者の研修修了率向上のために、貴部からも、各市町村長に働きかけを行っていただくことを、切にお願い申し上げます。

＜参考資料：2024 年度開催分＞

１　全国がん検診従事者研修（基礎）

主催：国立研究開発法人国立がん研究センター

研修のねらい：住民検診に携わるがん検診従事者において、がん検診の精度管理業務を行う上で必須となる基礎知識の習得を目指します。

受講対象：住民検診に携わるがん検診従事者（都道府県及び市区町村の行政担当者、保健所職員、検診機関の職員等）

プログラム：約 96 分　e-learning

申込期間：2024 年 4 月 15 日（月）～ 9 月 30 日（月）

受講期間：2024 年 4 月 15 日（月）～ 10 月 18 日（金）

２　全国がん検診従事者研修（実務）

主催：国立研究開発法人国立がん研究センター

研修のねらい：がん検診の基礎知識を踏まえ、精度管理を実践するうえで必要な知識や技術の習得を目指します。

受講対象：住民検診の運営・実務に関わる方すべて（都道府県/市区町村/検診機関の職員、都道府県が設置する生活習慣病検診等管理指導協議会の関係者、医師会関係者など）

プログラム：約 342 分　e-learning

申込期間：2024 年 6 月 24 日（月）～12 月 13 日（金）

受講期間：2024 年 6 月 24 日（月）～12 月 23 日（月）

３　全国がん検診指導者研修

主催：国立研究開発法人国立がん研究センター

研修のねらい：がん検診における地域の課題解決を適切に指導するための知識や、がん部会の適切な運営方法等（主に医師向けの内容）、指導者に必要な知識とスキルの習得を目指します

受講対象：都道府県が設置する生活習慣病検診等管理指導協議会（胃がん部会、大腸がん部会、肺がん部会、乳がん部会、子宮がん部会）の関係者（部会長、副部会長等）、及び医師会関係者。都道府県及び市区町村の行政担当者、保健所職員、検診機関職員も受講は可能です。

プログラム：約 69 分　e-learning

申込期間：2024 年 9 月 24 日（火）～2025 年 1 月 17 日（金）

受講期間：2024 年 9 月 24 日（火）～2025 年 1 月 31 日（金）

資料８－１

２０２５年1月１５日

幹事会
委員各位

幹事長
増田　昌人

審議事項３　「がん診療を行う医療機関」の選定要件改訂会議の基本的な方針について

以下について、審議をお願いしたい。

１　体制（おおむね、前回と同様）

（１）事務局：琉球大学病院がんセンター
（２）沖縄県がん診療連携協議会では、医療部会およびベンチマーク部会が担当
（３）医療部会の下に臓器別に WG を結成して、具体的な審議をしてもらう
（４）臓器別 WG ごとに選定要件が決まったら、医療部会およびベンチマーク部会で審議、承認
（５）その内容を、幹事会で審議、承認
（６）その内容を、協議会で審議、承認
（７）最終案を、議長から、沖縄県保健医療部長へ提出

２　臓器別 WG の構成員の選出方法（おおむね、前回と同様）

（１） 原則として、がん種ごとに、最新データである 2023 年症例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（その臓器の責任者；副病院長または部長を想定）　6 名
＊症例数が同数の場合や症例数の少ないがんの場合は、その限りではない
（事務局一任とする）
（２）放射線治療専門医　2 名（県立中部病院戸板医師、国立沖縄病院前本均医師、琉球大学病院有賀拓郎医師から、その都度 2 名参加）
（３）がん薬物療法専門医　2 名（沖縄協同病院安次嶺宏哉医師、県立中部病院朝倉義崇医師または吉田幸生医師から、その都度 2 名参加）
（４）琉球大学病院がんセンター長（司会）
の計 11 名とする

（５）単純な症例数を出しにくいがん種、特に院内がん登録を行っていない医療機関で相当数見ていると想定される乳がんと AYA 世代のがんや、定義はあるが総数が出しにくい希少がんについての委員の選定については、事務局一任とする。
（６）場合によっては、領域の専門家がほとんど共通している WG、例えば食道がん WG と胃がん WG を合併する、または同時開催するなどを検討し、実際に行うかどうかについては、事務局一任とする。

３　今回、選定条件を決めるがん種は、以下の 19 種のがんでよいか？
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膵臓、⑩肺、⑪骨・軟部組織、⑫皮膚、⑬乳房、⑭婦人科がん（子宮頚部、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

＜参考＞
１　前回の選定のがん種は以下の 12 種
①胃、②大腸、③肝臓、④胆道（胆のう・胆管）、⑤膵臓、⑥肺、⑦乳房、⑧子宮（子宮頚部＋子宮体部）、⑨前立腺、⑩血液腫瘍、⑪食道、⑫甲状腺

２　現在の院内がん登録分析は以下の 15 種
①口腔・咽頭、②胃、③大腸、④肝臓、⑤胆のう・胆管、⑥膵臓、⑦肺、⑧骨・軟部組織、⑨皮膚、⑩乳房、⑪子宮頚部、⑫子宮体部、⑬前立腺、⑭脳・中枢神経系、⑮血液腫瘍

３　離島・へき地における疾患別対応状況では以下の 15 種
①頭頸部（口腔/咽頭/喉頭/鼻腔・副鼻腔/唾液腺）、②胃、③大腸、④肝臓、⑤胆道（胆のう・胆管）、⑥膵臓、⑦肺、⑧皮膚、⑨乳房、⑩子宮・卵巣、⑪腎・尿路・前立腺、⑫脳腫瘍（脳・中枢神経系）、⑬血液腫瘍、⑭甲状腺、⑮食道

① 脳腫瘍（脳、中枢神経系）	件数	② 頭頸部（口腔/咽頭/喉頭/唾液腺/鼻腔/副鼻腔・副鼻腔/嗅神経系）	件数	③ 甲状腺	件数	④ 肺癌・甲状腺	件数	⑤ 食道	件数	⑥ 胃	件数	⑦食道＋胃	件数	⑧ 大腸	件数	⑨ 肝臓	件数	⑩ 膵（膵のトラ・膵管）	件数	⑪ 胆道	件数	⑫胆嚢＋胆道＋胃	件数	⑬ 腎	件数	⑭ 膀胱/腎盂/尿管	件数	⑮ 前立腺	件数	⑯ 精巣（胚細胞腫瘍）	件数	⑰ 皮膚	件数	⑱ 乳房	件数	⑲ 婦人科がん（子宮頸がん、子宮体がん、卵巣）	件数	⑳ 造血器がん（固形腫瘍、除く）	件数	㉑ 血液腫瘍	件数	㉒ 小児がん	件数	㉓ ＡＹＡ世代のがん	件数
1	独協大学病院	59	独協大学病院	182	独協大学病院	25	独協大学病院	263	独協大学病院	14	女至医療センター	85	独協大学病院	109	中国病院	280	中国病院	46	済衆総合病院	29	済衆総合病院	72	済衆総合病院	124	国立病院機構中郷病院	210	独協大学病院	33	独協大学病院	183	中国病院	340	独協大学病院	351	中部徳洲会病院	367	県立中部病院	122	県立南部医療センター	28	独協大学病院	142
2	県立南部医療センター	40	県立中部病院	86	県立中部病院	21	県立中部病院	206	独協大学病院	20	独協大学病院	55	女至医療センター	109	中部徳洲会病院	240	独協大学病院	38	女至医療センター	26	中国病院	53	中国病院	110	中国病院	136	国立病院機構中郷病院	5	新都市立病院	66	済衆総合病院	215	県立中部病院	115	南部徳洲会病院	290	独協大学病院	131	独協大学病院	18	女至医療センター	58
3	県立中部病院	32	中郷さ十字病院	28	南部総合病院	20	新都市立病院	38	中国病院	22	新都市立病院	49	済衆総合病院	63	女至医療センター	208	女至医療センター	23	新都市立病院	23	女至医療センター	43	女至医療センター	97	女至医療センター	97	県立南部医療センター	5	新都市立病院	65	新都市立病院	196	女至医療センター	112	独協大学病院	339	中郷さ十字病院	117	県立中部病院	5	県立南部医療センター	55
4	中国病院	29	中国病院	28	県立中部病院	13	中国病院	33	ハートライフ病院	19	中部徳洲会病院	45	ハートライフ病院	63	済衆総合病院	209	新都市立病院	22	南部徳洲会病院	23	独協大学病院	34	独協大学病院	79	南部徳洲会病院	83	県立中部病院	4	豊見城中央病院	57	女至医療センター	152	新都市立病院	66	女至医療センター	264	県立南部医療センター	100	中国病院	7	中国病院	43
5	新都市立病院	19	南部徳洲会病院	25	中国病院	11	中郷さ十字病院	29	済衆総合病院	18	済衆総合病院	45	新都市立病院	61	新都市立病院	192	済衆総合病院	19	中国病院	17	県立中部病院	31	新都市立病院	70	県立中部病院	72	県立中部病院	35	中郷さ十字病院	148	中国病院	62	中国病院	183	ハートライフ病院	76	新都市立病院	36
6	南部徳洲会病院	17	ハートライフ病院	23	女至医療センター	6	南部徳洲会病院	26	県立南部医療センター	16	ハートライフ病院	44	中国病院	59	県立中部病院	166	南部徳洲会病院	21	中郷さ十字病院	17	中部徳洲会病院	27	県立中部病院	61	独協大学病院	73	中国病院	3	北部地区医師会病院	74	南部徳洲会病院	117	ハートライフ病院	57	新都市立病院	171	中国病院	83	中部徳洲会病院	1	ハートライフ病院	28
7	中部徳洲会病院	12	女至医療センター	21	ハートライフ病院	5	ハートライフ病院	26	中郷さ十字病院	15	中郷徳洲会病院	40	中部徳洲会病院	56	南部徳洲会病院	136	県立中部病院	10	中部徳洲会病院	10	中郷徳洲会病院	24	南部徳洲会病院	60	中部徳洲会病院	70	北部地区医師会病院	1	県立宮古病院	24	県立中部病院	87	中郷さ十字病院	49	県立八重山病院	104	中部徳洲会病院	63	中郷徳洲会病院	6	県立南部医療センター	24
8	女至医療センター	10	新都市立病院	17	南部徳洲会病院	4	済衆総合病院	24	女至医療センター	14	中国病院	37	中郷徳洲会病院	53	中郷徳洲会病院	128	ハートライフ病院	26	県立中部病院	8	豊見城中央病院	20	ハートライフ病院	52	新都市立病院	62	中郷さ十字病院	23	北部地区医師会病院	83	県立南部医療センター	42	県立中部病院	153	新都市立病院	61			中郷さ十字病院	21
9	中郷さ十字病院	8	国立病院機構中郷病院	16	中郷徳洲会病院	3	女至医療センター	23	南部徳洲会病院	14	北部地区医師会病院	35	県立中部病院	46	ハートライフ病院	125	県立南部医療センター	25	県立八重山病院	13	豊見城中央病院	20	ハートライフ病院	40	中郷さ十字病院	37	大浜第一病院	1	大浜第一病院	58	中郷徳洲会病院	81	県立八重山病院	27	済衆総合病院	86	豊見城中央病院	29			済衆総合病院	20
10	済衆総合病院	8	県立八重山病院	16	県立宮古病院	3	国立病院機構中郷病院	17	新都市立病院	12	県立中部病院	32	南部徳洲会病院	46	北部地区医師会病院	110	県立宮古病院	15	県立中部病院	11	北部地区医師会病院	19	中部徳洲会病院	47	沖縄協同病院	32	南部徳洲会病院	1	中部徳洲会病院	77	中郷徳洲会病院	73	国立病院機構中郷病院	24			中部徳洲会病院	17				
11	中郷徳洲会病院	8	中部徳洲会病院	14	県立八重山病院	3	県立八重山病院	16	中郷さ十字病院	12	南部徳洲会病院	32	北部地区医師会病院	43	琉球大学病院	110	県立八重山病院	14	ハートライフ病院	11	県立八重山病院	18	県立宮古病院	43	県立八重山病院	19	県立宮古病院	1	県立八重山病院	75	県立宮古病院	19	琉球大学病院	73	県立宮古病院	21	中郷さ十字病院	62	中郷徳洲会病院	22			県立八重山病院	14		
12	ハートライフ病院	8	県立南部医療センター	14	豊見城中央病院	3	県立南部医療センター	16	南部徳洲会病院	11	県立南部医療センター	28	県立南部医療センター	37	県立宮古病院	78	北部地区医師会病院	11	南部徳洲会病院	10	ハートライフ病院	10	南部徳洲会病院	39	県立南部医療センター	36	県立八重山病院	1	沖縄協同病院	35	県立南部医療センター	66	中部徳洲会病院	19	県立南部医療センター	53	済衆総合病院	38			国立病院機構中郷病院	17				
13	県立八重山病院	8	豊見城中央病院	9	北部地区医師会病院	2	中部徳洲会病院	14	北部地区医師会病院	22	中郷さ十字病院	22	中郷さ十字病院	31	大浜第一病院	71	中郷協同病院	11	大浜第一病院	8	南部徳洲会病院	14	北部地区医師会病院	38	県立宮古病院	36	済衆総合病院	12	国立病院機構中郷病院	61	南部徳洲会病院	17	中郷協同病院	40	女至医療センター	38			南部徳洲会病院	13				
14	豊見城中央病院	5	済衆総合病院	8	国立病院機構中郷病院	1	豊見城中央病院	11	県立八重山病院	8	県立八重山病院	21	県立宮古病院	30	北部地区医師会病院	63	県立南部医療センター	10	北部地区医師会病院	6	中郷さ十字病院	13	県立八重山病院	33	北部地区医師会病院	34	ハートライフ病院	9	ハートライフ病院	59	国立病院機構中郷病院	8	国立病院機構中郷病院	31	県立八重山病院	18			県立八重山病院	11				
15	県立宮古病院	4	県立宮古病院	8	中郷さ十字病院	1	県立宮古病院	11	国立病院機構中郷病院	6	豊見城中央病院	19	県立八重山病院	29	県立八重山病院	62	中郷さ十字病院	9	大浜第一病院	5	豊見城中央病院	12	豊見城中央病院	30	大浜第一病院	10			豊見城中央病院	7	県立宮古病院	34	豊見城中央病院	5	豊見城中央病院	30	北部地区医師会病院	10			県立宮古病院	10				
16	国立病院機構中郷病院	3	北部地区医師会病院	6			中郷協同病院	8	豊見城中央病院	12	豊見城中央病院	17	中郷さ十字病院	49	中国病院	49	豊見城中央病院	5	豊見城中央病院	5	県立宮古病院	5	中郷さ十字病院	25	豊見城中央病院	23	南部徳洲会病院	7	県立八重山病院	15	北部地区医師会病院	2	県立南部医療センター	29	南部徳洲会病院	16			県立宮古病院	9				
17	大浜第一病院	1	沖縄協同病院	5			県立宮古病院	7	県立宮古病院	9	大浜第一病院	9	国立病院機構中郷病院	46	大浜第一病院	5	県立宮古病院	5					大浜第一病院	22	支至医療センター	7	大浜第一病院	10	南部徳洲会病院	3	北部地区医師会病院	9	県立宮古病院	15			豊見城中央病院	1				
18									国立病院機構中郷病院	3	国立病院機構中郷病院	8	豊見城中央病院	24									県立八重山病院	6	国立病院機構中郷病院	17	県立八重山病院	10			国立病院機構中郷病院	3	大浜第一病院	3						

沖縄県がん診療連携協議会

第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）

C 個別施策

①生活習慣(喫煙)

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	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						
	指標	禁煙希望割合	男性	なし (2022) 31.4% (2021)	24.6% (2019)	なし	沖縄県値:県民健康・栄養調査 全国値:国民健康・栄養調査報告
			女性	なし (2022) 57.1% (2021)	30.9% (2019)	なし	
	指標	喫煙の健康影響について正しい知識を持つ人の割合					
	指標	地域を対象として普及啓発に努めている拠点病院等の割合		33.3% (2024)			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-2	禁煙希望者に禁煙してもらう						
	指標	NDB-SCR/NDBニコチン依存症管理料(再掲)	(初回)外来	161.2 (2021)	100.0 (2021)	鳥取県184.7 (2021)	内閣府　医療提供状況の地域差
			(2回目から4回目まで)外来	166.2 (2021)	100.0 (2021)	鳥取県173.4 (2021)	
			(5回目)外来	170.0 (2021)	100.0 (2021)	島根県185.6 (2021)	

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-3	公共施設等の受動喫煙防止対策を推進する						
	指標	望まない受動喫煙(家庭・職場・飲食店)の機会を有する者の割合	家庭	なし (2022) 5.2% (2021)	6.9% (2019)	なし	沖縄県値:県民健康・栄養調査 全国値:国民健康・栄養調査
			職場	なし (2022) 20.6% (2021)	26.1% (2019)	なし	
			飲食店	なし (2022) 23.2% (2021)	29.6% (2019)	なし	

②生活習慣(飲酒)

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1	ハイリスク飲酒者に対する簡易介入を行う						
	指標	ハイリスク飲酒者の割合(再掲)	男 (40g)	17.2% (2021)	14.9% (2019)	なし	沖縄県値:県民健康・栄養調査 全国値:国民健康・栄養調査
			女 (20g)	13.1% (2021)	9.1% (2019)	なし	

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-2	ハイリスク飲酒に関する正しい知識を伝える						
	指標	「節度ある適度な飲酒」の認知度		41.1% (2021)	なし	【参考】山形県(55.8%)・新潟県(64%)・長崎県(男性 59.6%・女性 56.5%)・宮崎県(男性 39.5%・女性 43.4%)	沖縄県値:県民健康・栄養調査 参考値:都道府県アルコール健康障害対策推進計画における「節度ある適度な飲酒」ASK 調べ2023年9月

③感染症対策(HPV)

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-1	9価HPVワクチンの定期接種を推進する						
	指標	HPVワクチンの実施率		1回目　21.2% 2回目　15.7% 3回目　10.2% (2022)	1回目　42.2% 2回目　39.4% 3回目　30.2% (2022)	なし	沖縄県値:ワクチン・検査推進課調べ 全国値:第94回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会資料3-2

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-2	HPVワクチンの予防接種後に生じた症状への対応を行う						
	指標	予防接種健康被害救済制度の申請者数に対する協力医療機関への受診割合					沖縄県感染症対策課は把握しておらず、他課も不明とのこと

④感染症対策(肝炎)

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
4-1	HBVの予防接種法に基づく定期接種を推進する						
	指標	B型肝炎定期予防接種実施率		1回目　95.6% 2回目　96.0% 3回目　88.2% (2022)	1回目　98.0% 2回目　97.5% 3回目　95.3% (2021)	なし	沖縄県値:ワクチン・検査推進課調べ 全国値:厚生労働省　定期の予防接種実施者数

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
4-2	肝炎ウイルス検査体制を充実させる						
	指標	肝疾患専門医療機関数		13施設 (2023) 8.8施設 対人口100万人	3,762施設 (2023) 30.3施設 対人口100万人	高知県78施設 (2023) 117.4施設 対人口100万人	厚生労働省　肝疾患に関する専門医療機関一覧
	指標	公費肝炎検査実施数	B型肝炎ウイルス検査実施数	5,318 (2022) 361.9 (10万人対)	564,008 (2022) 453.8 (10万人対)	山梨県19,468 (2022) 2,451.3 (10万人対)	厚生労働省　地域保健・健康増進事業報告(健康増進編)都道府県表
			C型肝炎ウイルス検査実施数	4,940 (2022) 336.1 (10万人対)	563,260 (2022) 453.2 (10万人対)	山梨県19,393 (2022) 2,441.8 (10万人対)	

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
4-3	肝炎ウイルス陽性者への受診勧奨を行う						
	指標	肝炎医療コーディネーターの養成者数		241人 (2023) 164.0人 対人口100万人	28,434人 (2023) 228.8人 対人口100万人	佐賀県1,825人 (2023) 2,300.1人 対人口100万人	厚生労働省「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」(63項参照)
	指標	公費肝炎治療開始者数	B型肝炎	745 (2022)			沖縄県値:肝炎対策特別推進事業
			C型肝炎	47 (2022)			

⑤感染症対策(HTLV-1)

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
5-1	妊婦に対するHTLV-1抗体検査と保健指導を行う						
	指標	HTLV-1抗体検査の公費負担実施率		100% (2022)	86.3% (2022)	青森県他100% (2022)	厚生労働省子ども家庭局母子保健課「妊婦健康診査の公費負担の状況に係る調査結果」

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
5-2	保健所においてHTLV-1抗体検査と相談指導を行う						
	指標	HTLV-1の保健所の検査数		8件 (2023)			沖縄県値:沖縄県保健医療介護部感染症対策課、那覇市保健所保健総務課感染症グループからのデータ提供

B 中間アウトカム

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	喫煙率と受動喫煙が減少できている						
	指標	20歳以上の者の喫煙率	男性	29.5% (2019)	28.8% (2019)	京都府 24.3% (2019)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」国民生活基礎調査による都道府県別喫煙率データ(2001～2019年)
			女性	8.8% (2019)	8.8% (2019)	島根県 4.2% (2019)	
	指標	中学生・高校生の喫煙者の割合	中学生		0.2% (2021)	なし	沖縄県値:Takakura,et al.schoolHealth2023;19:14-25. 全国値:分担研究報告書2021年中高生の喫煙、飲酒等生活習慣に関する全国調査
			高校生	男子2.5% 女子0.8% (2023)	0.7% (2021)	なし	
	指標	妊婦の喫煙率		2.1% (2022)	2.1% (2022)	富山県 0.8% (2022)	こども家庭庁育成局「母子保健事業に係る実施状況等調査　別紙2乳幼児健康診査問診回答状況(都道府県別)
	指標	望まない受動喫煙(家庭・職場・飲食店)の機会を有する者の割合	家庭	なし (2022) 5.2% (2021)	6.9% (2019)	なし	沖縄県値:県民健康・栄養調査 全国値:国民健康・栄養調査
			職場	なし (2022) 20.6% (2021)	26.1% (2019)	なし	
			飲食店	なし (2022) 23.2% (2021)	29.6% (2019)	なし	
	指標	NDB-SCR/NDBニコチン依存症管理料	(初回)外来	161.2 (2021)	100.0 (2021)	鳥取県 184.7 (2021)	内閣府　医療提供状況の地域差
			(2回目から4回目まで)外来	166.2 (2021)	100.0 (2021)	鳥取県 173.4 (2021)	
			(5回目)外来	170.0 (2021)	100.0 (2021)	島根県 185.6 (2021)	

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者が減少できている						
	指標	ハイリスク飲酒者の割合(再掲)	男 (40g)	17.2% (2021)	14.9% (2019)	なし	沖縄県値:県民健康・栄養調査 全国値:国民健康・栄養調査
			女 (20g)	13.1% (2021)	9.1% (2019)	なし	

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-1	HPV感染率の低下ができている						
	指標	HPVワクチンの接種率		1回目　21.2% 2回目　15.7% 3回目　10.2% (2022)	1回目　42.2% 2回目　39.4% 3回目　30.2% (2022)	なし	沖縄県値:ワクチン・検査推進課調べ 全国値:第94回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会資料3-2

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
4-1	B型・C型肝炎ウイルス陽性者数の減少ができている						
	指標	B型・C型肝炎ウイルス検査受検率	B型肝炎	0.37% (2021)	なし	山梨県 3.05% (2021)	厚生労働省　第32回肝炎対策推進協議会　資料3「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」(19項、20項)
			C型肝炎	0.39% (2021)	なし	山梨県 2.69% (2021)	
	指標	B型・C型肝炎ウイルス陽性者数	B型肝炎	50人 (2022)	2,887人 (2022)	高知県3人 (2022)	厚生労働省　地域保健・健康増進事業報告(健康増進編)都道府県表 ※現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された者
			C型肝炎 ※	1人 (2022)	950人 (2022)	石川県他 1人 (2022)	

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
5-1	HTLV-1 感染者数の減少ができている						
	指標	HTLV-1 感染率					沖縄県感染症対策課は把握しておらず、その他の関係部署にも問い合わせたとこと不明との回答。

A 分野アウトカム

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	がん種別年齢調整死亡率(75歳未満、全年齢)が減少できている						
	指標	がん種別年齢調整死亡率	全部位	男86.5 女59.6 (2022)	男81.1 女54.9 (2022)	男65.2(長野県) 女47.1(徳島県) (2022)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(人口動態統計) 部位別75歳未満年齢調整死亡率 ※基準人口は昭和60年(1985年)モデル人口を使用
			胃	男6.3 女2.5 (2022)	男9.0 女3.7 (2022)	男5.8(熊本県) 女2.4(大分県) (2022)	
			大腸	男14.4 女8.2 (2022)	男12.4 女7.2 (2022)	男9.2(滋賀県) 女5.0(岡山県) (2022)	
			肝(肝細胞・肝内胆管)	男6.7 女1.9 (2022)	男5.7 女1.5 (2022)	男3.3(石川県) 女0.5(石川県) (2022)	
			肺	男18.8 女4.2 (2022)	男18.4 女5.8 (2022)	男13.1(山梨県) 女3.1(島根県) (2022)	
			女性乳房	女10.3 (2022)	女10.4 (2022)	女5.4(島根県) (2022)	
			子宮頸部	女7.1 (2022)	女5.1 (2022)	女3.0(徳島県) (2022)	
			成人T細胞白血病リンパ腫	男4.5 女2.7 (2022)	男2.8 女1.5 (2022)	男1.8(島根県) 女0.6(鳥取県他) (2022)	

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-2	がん種別罹患率が減少できている						
	指標	がん種別年齢調整罹患率	全部位	男405.0 女335.6 (2019)	男445.7 女346.7 (2019)	男　長野県400.5 女　滋賀県311.2 (2019)	全国がん登録罹患数・率報告　上皮内がん除く ※基準人口は昭和60年(1985年)モデル人口を使用
			胃	男30.3 女13.8 (2019)	男63.4 女23.1 (2019)	男　沖縄県30.3 女　沖縄県13.8 (2019)	
			大腸	男80.5 女41.4	男73.2 女44.9	男　熊本県59.5 女　宮崎県36.2	
			肝(肝細胞・肝内胆管)	男18.2 女4.9 (2019)	男19.3 女6.0 (2019)	男　新潟県13.3 女　新潟県　3.7 (2019)	
			肺	男53.6 女21.4 (2019)	男61.9 女26.1 (2019)	男　長野県50.2 女　島根県19.4 (2019)	
			女性乳房	女112.1 (2019)	女100.5 (2019)	女　福井県80.6 (2019)	
			子宮頸部	女19.3 (2019)	女13.9 (2019)	女　島根県　8.8 (2019)	
			成人T細胞白血病リンパ腫	男14.0 女7.5 (2019)	男8.9 女5.7 (2019)	男　山梨県5.1 女　秋田県3.2 (2019)	

C 個別施策

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	指針に基づいたがん検診のみを行う	指標	指針の遵守市町村の割合(再掲)	胃	95.1% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	国立がんセンター「市町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」1. がん検診の実施状況(住民検診)
				大腸	100% (2022)	100% (2022)	47都道府県全て 100.0% (2022)	
				肺	100% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	
				女性乳房	100% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	
				子宮頸部	100% (2022)	99.9% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-2	指針に基づかないがん検診を中止する	指標	指針に基づかないがん検診の実施数と割合	胃	集団3件/7.9% 個別1件/3.4% (2022)	集団478件/28.8% 個別293件/27.1% (2022)	集団0件/0.0%(滋賀県) 個別0件/0.0%(宮城県他) (2022)	国立がんセンター「市町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」②がん検診実施状況(集団_個別)
				大腸	集団2件/5.0% 個別0件/0.0% (2022)	集団96件/6.0% 個別36件/3.7% (2022)	集団0件/0.0%(青森県他) 個別0件/0.0%(青森県他) (2022)	
				肺	集団2件/5.0% 個別3件/11.1% (2022)	集団335件/20.2% 個別221件/30.2% (2022)	集団0件/0.0%(秋田県他) 個別0件/0.0%(宮城県他) (2022)	
				女性乳房	集団12件/33.3% 個別17件/53.1% (2022)	集団719件/44.4% 個別587件/40.7% (2022)	集団0件/0.0%(秋田県他) 個別0件/0.0%(新潟県他) (2022)	
				子宮頸部	集団7件/20.0% 個別5件/16.1% (2022)	集団387件/26.2% 個別333件/21.2% (2022)	集団0件/0.0%(大阪府他) 個別0件/0.0%(京都府他) (2022)	

②がん検診の精度管理等について

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1	行政担当者、保健所職員、検診機関の職員等は、国等が企画する研修会を受講する	指標	全国がん検診従事者研修(基礎)(実務)および全国がん検診指導者研修を修了した市町村の担当者等のそれぞれの割合	従事者研修(基礎)	17.5% (2023)			令和6年度市町村向け進捗評価のためのアンケート調査結果
				従事者研修(実務)	6.3% (2023)			
				指導者研修	0% (2023)			

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-2	県は受診率向上と精度管理のために研修会等を開催し、市町村等は担当者を受講させる	指標	研修を終了した市町村の担当者等の数		25人 (2023) ※がん検診事業担当63人			令和6年度市町村向け進捗評価のためのアンケート調査結果

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-3	県は、がん登録情報等を活用したがん検診の精度管理について、市町村へ技術的支援等を行う	指標	がん登録情報を活用した精度管理実施市町村数の割合		0% (2018～2023)			沖縄県健康長寿課からのデータ提供

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-4	県は、精密検査受診率の低い市町村の実態把握を行い、それらに関する指導・助言等を行う	指標	県が指導・助言等を行った市町村数		41/41市町村			沖縄県健康長寿課からのデータ提供

					指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-5	市町村は、指針に基づいたがん検診の実施及び精度管理の向上を行う	指標	国の示す「市町村事業におけるがん検診の事業評価の手法について」に基づいた事業評価をしている市町村及び検診実施機関の割合						
		指標	精度管理の実態や指標を定期的に評価・公開している市町村及び検診実施機関の割合	市町村		100% (2021)			沖縄県Webサイト掲載「がん検診精度管理調査等結果」
				検診実施機関	胃(エックス線)	93.2% (2022)			
					胃(内視鏡)	89.3% (2022)			
					大腸	89.4% (2022)			
					肺	89.1% (2022)			
					女性乳房	97.7% (2022)			
					子宮頸部	91.2% (2022)			
		指標	要精検率の許容値を達成している市町村の割合	胃 (XP+内視鏡)		86.5% 32/37市町村 (2022)			沖縄県Webサイト掲載「がん検診精度管理調査等結果(市町村ごとの受診率・プロセス指標)」(集団+個別)
				大腸		57.5% 23/40市町村 (2022)			
				肺		82.1% 32/39市町村 (2022)			
				女性乳房		92.5% 37/40市町村 (2022)			
				子宮頸部		39.0% 16/41市町村 (2022)			
		指標	精検受診率の目標値90%以上を達成している市町村の割合	胃		27.3%(9/33)			厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」(令和元年度一次検診受診者の令和2年度までの精密検査受診状況) 40<胃50/子宮頸20>～74歳
				大腸		2.4%(1/41)			
				肺		6.9%(2/29)			
				女性乳房		23.7%(9/38)			
				子宮頸部		17.9%(7/39)			
		指標	未把握率の目標値5%以下を達成している市町村の割合	胃		30.3%(10/33)			
				大腸		14.6%(6/41)			
				肺		17.2%(5/29)			
				女性乳房		26.3%(10/38)			
				子宮頸部		33.3%(13/39)			
				胃		60% 21/35市町村 (2020)			

B 中間アウトカム

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	科学的根拠に基づいた検診の実施ができている	指標	指針の遵守市町村の割合	胃	95.1% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	国立がんセンター「市町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」1. がん検診の実施状況(住民検診)
				大腸	100% (2022)	100% (2022)	47都道府県全て 100.0% (2022)	
				肺	100% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	
				女性乳房	100% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	
				子宮頸部	100% (2022)	99.9% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1	検診の質の管理体制の構築と精度向上ができている	指標	要精検率	胃(エックス線)	男 7.42% 女 5.60% (2020)	男 7.99% 女 5.06% (2020)	男 山梨県14.35% 女 秋田県8.27% (2020)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(人口動態統計)部位別75歳未満年齢調整死亡率
				胃(内視鏡)	男 5.42% 女 3.71% (2020)	男 8.95% 女 6.42% (2020)	男 奈良県19.27% 女 奈良県15.84% (2020)	
				大腸	男 8.44% 女 6.04% (2020)	男 9.39% 女 6.63% (2020)	男 長崎県12.35% 女 長崎県8.89% (2020)	
				肺	男 2.15% 女 1.61% (2020)	男 2.42% 女 1.86% (2020)	男 福井県4.43% 女 福井県3.28% (2020)	
				女性乳房	7.64% (2020)	5.86% (2020)	山口県9.96% (2020)	
				子宮頸部	2.17% (2020)	2.20% (2020)	宮城県1.35% (2020)	
		指標	精検受診率	胃(エックス線)	男 56.77% 女 66.52% (2020)	男 79.45% 女 84.72% (2020)	男 宮城県 91.70% 女 宮城県 96.01% (2020)	
				胃(内視鏡)	男 58.45% 女 65.81% (2020)	男 92.93% 女 93.40% (2020)	男 滋賀県他100% 女 宮崎県他100% (2020)	
				大腸	男 54.47% 女 58.29% (2020)	男 67.06% 女 70.13% (2020)	男 滋賀県85.50% 女 滋賀県89.57% (2020)	
				肺	男 60.78% 女 70.75% (2020)	男 80.50% 女 84.61% (2020)	男 滋賀県94.21% 女 滋賀県96.93% (2020)	
				女性乳房	78.00% (2020)	90.13% (2020)	宮城県97.54% (2020)	
				子宮頸部	71.29% (2020)	76.59% (2020)	宮城県96.02% (2020)	
		指標	精検未受診率	胃(エックス線)	男 11.32% 女 12.42% (2020)	男 8.99% 女 5.94% (2020)	男 福井県0.93% 女 島根県0.80% (2020)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」地域保健・健康増進事業報告(厚生労働省人口動態・保健社会統計課)
				胃(内視鏡)	男 13.93% 女 9.25% (2020)	男 1.53% 女 1.20% (2020)	男 青森県他0.00% 女 宮城県他0.00% (2020)	
				大腸	男 18.11% 女 15.35% (2020)	男 14.92% 女 13.75% (2020)	男 福井県0.79% 女 福井県1.21% (2020)	
				肺	男 12.03% 女 7.63% (2020)	男 7.00% 女 5.23% (2020)	男 高知県0.00% 女 高知県0.00% (2020)	
				女性乳房	5.29% (2020)	2.77% (2020)	福井県0.31% (2020)	
				子宮頸部	6.93% (2020)	5.82% (2020)	福井県0.00% (2020)	
		指標	精検未把握率	胃(エックス線)	男 31.91% 女 21.06% (2020)	男 11.56% 女 9.34% (2020)	男 新潟県0.24% 女 新潟県0.41% (2020)	
				胃(内視鏡)	男 27.63% 女 24.94% (2020)	男 5.54% 女 5.41% (2020)	男 宮城県他0.00% 女 山形県他0.00% (2020)	
				大腸	男 27.42% 女 26.36% (2020)	男 18.02% 女 16.12% (2020)	男 新潟県0.58% 女 新潟県0.45% (2020)	
				肺	男 27.19% 女 21.62% (2020)	男 12.50% 女 10.16% (2020)	男 滋賀県0.40% 女 滋賀県他0.00% (2020)	
				女性乳房	16.70% (2020)	7.10% (2020)	新潟県0.15% (2020)	
				子宮頸部	21.78% (2020)	17.59% (2020)	宮城県0.39% (2020)	
		指標	がん発見率	胃(エックス線)	男 0.08% 女 0.02% (2020)	男 0.20% 女 0.06% (2020)	男 福井県0.34% 女 長崎県0.14% (2020)	
				胃(内視鏡)	男 0.17% 女 0.04% (2020)	男 0.61% 女 0.21% (2020)	男 宮城県1.55% 女 宮城県0.42% (2020)	
				大腸	男 0.20% 女 0.10% (2020)	男 0.32% 女 0.18% (2020)	男 山口県0.51% 女 富山県0.27% (2020)	
				肺	男 0.05% 女 0.01% (2020)	男 0.08% 女 0.04% (2020)	男 鳥取県0.16% 女 群馬県他0.07% (2020)	
				女性乳房	0.35% (2020)	0.34% (2020)	山口県0.57% (2020)	
				子宮頸部	0.04% (2019)	0.03% (2019)	長崎県0.06% (2019)	
		指標	陽性反応適中度	胃(エックス線)	男 1.11% 女 0.44% (2020)	男 2.48% 女 1.16% (2020)	男 福井県5.14% 女 福島県2.44% (2020)	
				胃(内視鏡)	男 3.20% 女 1.03% (2020)	男 6.82% 女 3.24% (2020)	男 宮城県19.78% 女 宮城県9.83% (2020)	
				大腸	男 2.32% 女 1.62% (2020)	男 3.39% 女 2.73% (2020)	男 新潟県5.63% 女 富山県4.47% (2020)	
				肺	男 2.50% 女 0.64% (2020)	男 3.40% 女 1.97% (2020)	男 高知県13.79% 女 群馬県6.86% (2020)	
				女性乳房	4.59% (2020)	5.84% (2020)	岩手県15.69% (2020)	
				子宮頸部	1.24% (2019)	1.18% (2019)	愛媛県2.96% (2019)	
				胃(エックス線)				
				胃(内視鏡)				

A 分野アウトカム

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	有効ながん検診を有するがんの死亡の減少ができている	指標	検診がん種別(胃、大腸 、肺、乳房(女)、子宮頸)年齢調整死亡率	胃	男6.3 女2.5 (2022)	男9.0 女3.7 (2022)	男 熊本県5.8 女 大分県2.4 (2022)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(人口動態統計)部位別75歳未満年齢調整死亡率
				大腸	男14.4 女8.2 (2022)	男12.4 女7.2 (2022)	男 滋賀県9.2 女 岡山県5.0 (2022)	
				肺	男18.8 女4.2 (2022)	男18.4 女5.8 (2022)	男 山梨県13.1 女 島根県3.1 (2022)	
				女性乳房	女10.3 (2022)	女10.4 (2022)	女 島根県5.4 (2022)	
				子宮頸部	女7.1 (2022)	女5.1 (2022)	女 徳島県3.0 (2022)	

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-2	有効ながん検診を有するがんの進行がんの減少ができている	指標	検診がん種別(胃、大腸 、肺、乳房(女)、子宮頸)進行がん罹患率	胃				がんセンターで算出検討中
				大腸				
				肺				
				女性乳房				
				子宮頸部				

参考データ

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-3		指標	検診がん種別早期がん割合	胃※	53.8 (2020)	57.4 (2020)	宮城県68.0 (2020)	全国がん登録罹患数・率(上皮内+限局) ※上皮内がんを除く
				大腸	56.4 (2020)	57.9 (2020)	広島県63.1 (2020)	
				肺	29.08 (2020)	36.4 (2020)	島根県45.1 (2020)	
				女性乳房	70.0 (2020)	64.3 (2020)	香川県72.8 (2020)	
				子宮頸部	80.7 (2020)	79.9 (2020)	熊本県87.4 (2020)	

	指標	精検未受診率の目標値5%以下を達成している市町村の割合	大腸	41.5% 17/41市町村 (2020)			厚生労働省「令和2年度 地域保健・健康増進事業報告」(R4.3公表)からR4沖縄県衛生環境研究所・健康長寿課集計
			肺	31.3% 9/29市町村 (2020)			
			女性乳房	71.1% 27/38市町村 (2020)			
			子宮頸部	46.2% 18/39市町村 (2020)			
	指標	感度と特異度の把握をしている市町村及び検診実施機関の割合	市町村	9.8% (2023)			令和6年度市町村向け進捗評価のためのアンケート調査結果
			検診実施機関				

2-6	職域を含めた、がん検診の実施者による分かりやすい情報提供を推進する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん検診の正しい情報提供を実施した市町村の割合	胃(エックス線)	78.9% (2022) 83.8% (2021)	81.1% (2022) 78.6% (2021)	青森県他100.0% (2022) 青森県他100.0% (2021)	国立がん研究センター「市区町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」受診勧奨時に「3-1検診機関用チェックリスト1.受診者への説明」が全項目記載された資料を全員に個別配布している市町村の割合 ※集団検診
			胃(内視鏡)	100% (2022) 66.7% (2021)	75.7% (2022) 67.1% (2021)	秋田県他100.0% (2022) 宮城県他100.0% (2021)	
			大腸	77.5 (2022) 82.5% (2021)	80.1% (2022) 77.4% (2021)	青森県他100.0% (2022) 青森県他100.0% (2021)	
			肺	77.5 (2022) 82.5% (2021)	78.3% (2022) 76.0% (2021)	青森県他100.0% (2022) 青森県他100.0% (2021)	
			女性乳房	76.5 (2022) 87.1% (2021)	80.8% (2022) 78.5% (2021)	宮城県他100.0% (2022) 山形県他100.0% (2021)	
			子宮頸部	74.3% (2022) 82.4% (2021)	81.4% (2022) 78.8% (2021)	秋田県他100.0% (2022) 山形県他100.0% (2021)	

③受診率対策について

3-1	受診率向上に向けて、がん検診受診率をより正確かつ精緻に、また、個人単位で把握することができるように検討する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	検討を行っている市町村の割合	34.1% (2023)			令和6年度市町村向け進捗評価のためのアンケート調査結果

3-2	市町村及び県が連携して、より科学的かつ効率的な受診勧奨策(コール・リコールなど)を推進し検診受診率を増加する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	受診勧奨実施市町村の割合	胃	67.5% (2022)	84.1% (2022)	群馬県他100.0% (2022)	国立がんセンター「市町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」①がん検診実施状況
			大腸	65.9% (2022)	85.5% (2022)	富山県他100.0% (2022)	
			肺	60.9% (2022)	82.3% (2022)	群馬県他100.0% (2022)	
			女性乳房	63.4% (2022)	85.0% (2022)	群馬県他100.0% (2022)	
			子宮頸部	65.8% (2022)	85.2% (2022)	富山県他100.0% (2022)	
	指標	検診受診率の目標値60%以上を達成している市町村の割合	胃	0.0% 0/41市町村 (2022)	0.06% 1/1737市町村 (2022)	熊本県 2.2% 1/45市町村 (2022)	地域保健・健康増進事業報告(健康増進編)市区町村表 がん検診
			大腸	0.0% 0/41市町村 (2022)	0.0% (2022)	該当なし	
			肺	0.0% 0/41市町村 (2022)	0.0% (2022)	該当なし	
			女性乳房	2.4% 1/41市町村 (2022)	0.23% 4/1737市町村 (2022)	宮崎県 7.7% 2/26市町村 (2022)	
			子宮頸部	2.4% 1/41市町村 (2022)	0.17% 3/1737市町村 (2022)	沖縄県 2.4% 1/41市町村 (2022)	

3-3	市町村及び県は、受診者の立場に立ったがん検診を受診する上での利便性の向上を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	利便性の向上を行っている市町村の割合	胃	84.2% (2022) 81.6% (2021)	86.1% (2022) 85.3% (2021)	岩手県他100.0% (2022) 岩手県他100.0% (2021)	厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」 休日(土日・祝日)、早朝又は深夜に集団検診を実施している市町村の割合 ※集団検診
			大腸	80.5% (2022) 80.0% (2021)	85.4% (2022) 84.6% (2021)	岩手県他100.0% (2022) 岩手県他100.0% (2021)	
			肺	85.0% (2022) 82.9% (2021)	83.3% (2022) 82.7% (2021)	宮城県他100.0% (2022) 宮城県他100.0% (2021)	
			女性乳房	47.2% (2022) 39.4% (2021)	75.3% (2022) 75.2% (2021)	栃木県他100.0% (2022) 栃木県他100.0% (2021)	
			子宮頸部	42.9% (2022) 36.4% (2021)	70.9% (2022) 69.1% (2021)	宮城県他100.0% (2022) 茨城県他100.0% (2021)	

3-4	市町村は、啓発のための研修会等を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	普及啓発キャンペーン実施市町村数		22/41市町村 (2023)			令和6年度市町村向け進捗評価のためのアンケート調査結果

3-5	県は、職域等におけるがん検診や人間ドックについて、実施状況の継続的な把握に務める		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	指針に基づく検診の実施率	胃				
			大腸				
			肺				
			女性乳房				
			子宮頸部				

	指標	感度	大腸				データなし
			肺				
			女性乳房				
			子宮頸部				
	指標	特異度	胃(エックス線)				データなし
			胃(内視鏡)				
			大腸				
			肺				
			女性乳房				
			子宮頸部				
	指標	CIN3以上発見率(子宮頸がんのみ)		0.15% (2020)	0.14% (2020)	長崎県0.29% (2020)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」地域保健・健康増進事業報告(厚生労働省人口動態・保健社会統計課)
	指標	非初回受診者の2年連続受診者割合(乳がん、子宮頸がんのみ)	女性乳房	11.4% (2022) 12.3% (2021)	17.6% (2022) 15.5% (2021)	栃木県54.7% (2022) 鹿児島県46.5% (2021)	厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」(令和元年度一次検診受診者の令和2年度までの精密検査受診状況) ※受診者数のうち2年連続受診者数
			子宮頸部	13.1% (2022) 12.7% (2021)	26.4% (2022) 24.54% (2021)	鳥取県61.4% (2022) 鳥取県58.7% (2021)	

3-1	科学的根拠に基づく受診勧奨を行い、検診受診率の増加ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	検診受診率(国民生活基礎調査)	胃 (50～69歳/過去2年間)	男49.5% 女45.7% (2022)	男53.7% 女43.5% (2022)	男 山形県73.6% 女 山形県67.3%	厚生労働量「国民生活基礎調査」
			大腸 (40～69歳/過去1年間)	男40.0% 女37.0% (2022)	男49.1% 女42.8% (2022)	男 山形県65.1% 女 山形県63.1%	
			肺 (40～69歳/過去1年間)	男44.9% 女44.3% (2022)	男53.2% 女46.4% (2022)	男 山形県69.8% 女 山形県67.6%	
			女性乳房 (40～69歳/過去2年間)	女48.8% (2022)	女47.4% (2022)	女 山形県61.7%	
			子宮頸部 (20～69歳/過去2年間)	女45.3% (2022)	女43.6% (2022)	女 山形県57.5%	

がん医療提供体制

番号	C 個別施策					
①医療提供全般						
1-1	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	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	第8次医療計画に基づいて協議を行い決定したがん種の数(増加が良い)	12 (2018) 7 (2013)			
	指標	第8次医療計画に基づいて協議を行い決定した「施設」の総数(減少が良い)	25施設 (2024) 26施設 (2023)			沖縄県庁ホームページ「掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設一覧」
1-2	「施設」同士および「施設」とそれ以外の医療機関等の連携を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					
1-3	すべ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	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					
1-4	「施設」では、患者に対するセカンドオピニオンの提示などを適切に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」におけるセカンドオピニオンの数	385件 (2023)			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
1-5	すべての医療機関において、患者に対するACPを適切に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	ACPに関する院内のマニュアル等を策定している「施設」の割合	40.0% (2024)			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
1-6	全県および各二次医療圏におけるBCPについて整備する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	BCPを整備している「施設」の割合	72.0% (2024)			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
②病理診断						
2-1	「施設」では、質の高い病理診断を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	常勤の病理専門医が1名以上配置されている「施設」の割合	56.0% (2024)			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
③がんゲノム医療						
3-1	必要な患者に対し、適切なタイミングで、がん遺伝子パネル検査等及びその結果を踏まえた治療を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がんゲノム情報管理センターに登録された患者数	126人 (2023)			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
	指標	琉球大学病院において遺伝性腫瘍に関する遺伝カウンセリングを実施した患者数	80人 (2023)			
	指標	以下の専門家の数 ①臨床遺伝専門医 ②認定遺伝カウンセラー ③がんゲノム医療コーディネーター	①臨床遺伝専門医 12人 (2024) 8.2人 対人口100万人	1,850人 (2024) 14.9人 対人口100万人	東京都436人 (2024) 30.9人 対人口100万人	臨床遺伝専門医制度委員会
			②認定遺伝カウンセラー 1人 (2024) 0.7人 対人口100万人	387人 (2024) 3.1人 対人口100万人	東京都91人 (2024) 6.5人 対人口100万人	認定遺伝カウンセラー制度委員会
			③がんゲノム医療コーディネーター 4.3人 (2022) 対人口100万人	18.74人 (2022) 対人口100万人	島根県45.02人 (2022) 対人口100万人	厚生労働省 第83回がん対策推進協議会 資料2-7「人材育成」20項
④手術療法						
4-1	必要な資格を持った専門家が計画的に養成を行い、「施設」に必要に応じて配置する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	以下の専門医の数 ①消化器外科専門医 ②呼吸器外科専門医 ③乳腺外科専門医 ④小児外科専門医 ⑤肝胆膵外科高度技能専門医 ⑥脳神経外科専門医 ⑦認定骨・軟部腫瘍医 ⑧婦人科腫瘍専門医 ⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医 ⑩泌尿器科専門医 ⑪頭頸部がん専門医 ⑫口腔外科専門医	①消化器外科専門医 82人 (2024) 55.8人 対人口100万人	9,208人 (2024) 74.1人 対人口100万人	京都府261人 (2024) 103.0人 対人口100万人	日本消化器外科学会
			②呼吸器外科専門医 17人 (2024) 11.6人 対人口100万人	1,640人 (2024) 13.2人 対人口100万人	徳島県16人 (2024) 23.1人 対人口100万人	日本呼吸器外科学会
			③乳腺外科専門医 18人 (2024) 12.2人 対人口100万人	2,034人 (2024) 16.4人 対人口100万人	京都府69人 (2024) 27.2人 対人口100万人	日本乳癌学会
			④小児外科専門医 5人 (2024) 3.4人 対人口100万人	753人 (2024) 6.1人 対人口100万人	京都府33人 (2024) 13.0人 対人口100万人	日本小児外科学会
			⑤肝胆膵外科高度技能専門医 4人 (2021) 2.7人 対人口100万人	587人 (2021) 4.7人 対人口100万人	和歌山県9人 (2021) 10.1人 対人口100万人	日本肝胆膵外科学会
			⑥脳神経外科専門医 74人 (2023) 50.4人 対人口100万人	7,899人 (2023) 63.6人 対人口100万人	高知県67人 (2023) 100.8人 対人口100万人	日本脳神経外科学会
			⑦認定骨・軟部腫瘍医 1人 (2024) 0.7人 対人口100万人	185人 (2024) 1.5人 対人口100万人	徳島県3人 (2024) 4.3人 対人口100万人	日本整形外科学会
			⑧婦人科腫瘍専門医 14人 (2023) 9.5人 対人口100万人	1,224人 (2024) 9.8人 対人口100万人	東京都218人 (2024) 15.5人 対人口100万人	日本婦人科腫瘍学会
			⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医 2人 (2024) 1.4人 対人口100万人	91人 (2024) 0.7人 対人口100万人	福井県2人 (2024) 2.7人 対人口100万人	日本皮膚科学会
			⑩泌尿器科専門医 67人 (2024) 45.6人 対人口100万人	7,138人 (2024) 57.4人 対人口100万人	高知県63人 (2024) 94.8人 対人口100万人	日本泌尿器科学会
			⑪頭頸部がん専門医 7人 (2020) 4.8人 対人口100万人	493人 (2020) 4.0人 対人口100万人	鳥取県5人 (2020) 9.3人 対人口100万人	日本頭頸部外科学会
			⑫口腔外科専門医 26人 (2024) 17.7人 対人口100万人	2,240人 (2024) 18.0人 対人口100万人	鳥取県19人 (2024) 35.4人 対人口100万人	日本口腔外科学会
	指標	上記の専門医が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①消化器外科専門医 72.0% (2024)			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
			②呼吸器外科専門医 40.0% (2024)			
			③乳腺外科専門医 40.0% (2024)			
			④小児外科専門医 8.0% (2024)			
			⑤肝胆膵外科高度技能専門医 12.0% (2024)			
			⑥脳神経外科専門医 60.0% (2024)			
			⑦認定骨・軟部腫瘍医 0% (2024)			
			⑧婦人科腫瘍専門医 28.0% (2024)			
			⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医 4.0% (2024)			
			⑩泌尿器科専門医 56.0% (2024)			
			⑪頭頸部がん専門医 8.0% (2024)			
			⑫口腔外科専門医 36.0% (2024)			
4-2	「施設」では、標準治療を質が高く安全に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業(JANIS)へ登録している「施設」の割合	64.0% (2024)			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
4-3	高い技術を要する手術療法について、集約化を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	食道、肝胆膵の手術を「施設」で行った患者の割合				院内がん登録確認依頼中

番号	B 中間アウトカム					
1-1	患者が、「がん診療を行う医療施設」(「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		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 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		なし	89.8% (2023)	なし	患者体験調査
	指標	患者体験調査 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		71.4% (2018) 86.6% (2014)	88.5% (2023) 75.2% (2018) 89.6% (2014)	長野県83.1% (2018) 愛媛県95.2% (2014)	患者体験調査
	指標	「施設」における治療開始のカバー率					
	指標	NDB-SCR/NDB がん患者指導管理料「イ」	入院	134.2 (2021)	100.0 (2021)	大分県356.8 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差
			外来	98.7 (2021)	100.0 (2021)	鳥取県255.3 (2021)	
			入院+外来	105.3 (2021)	100.0 (2021)	鳥取県245.5 (2021)	
	指標	NDB-SCR/NDB 診療情報提供料(II)	入院	100.1 (2021)	100.0 (2021)	東京都193.0 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差
			外来	69.1 (2021)	100.0 (2021)	三重県323.0 (2021)	
			入院+外来	71.0 (2021)	100.0 (2021)	三重県308.5 (2021)	
	指標	医療者調査 問13 治療方針(告知等)の説明の際に、医師以外の職種も参加している割合はどの程度ですか。		68.7% (2023) 75%以上参加の割合33.1% (2018)	なし	【参考値】秋田県 回答100%➡ 10.2%(2023) 回答100%➡ 13.1% (2020)	沖縄県値:医療者調査 参考値:秋田大学医学部附属病院 アンケート「医療者のみなさまへ」の集計結果
	指標	医療者調査 問38 沖縄県内において、がん医療の適切な集約化と機能分化が十分にできていると思いますか。		マイナス2.5スコア (2023)	なし	なし	医療者調査
2-1	患者が、速やかな病理診断を受けられている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 初診時から確定診断までの1ヶ月未満の人の割合		72.7% (2018)	70.0% (2023) 70.2% (2018)	山口県80.3% (2018)	患者体験調査
3-1	患者が、がん遺伝子パネル検査を受け、その結果に基づいて治療が選択できている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん遺伝子パネル検査を実施した患者のうち、エキスパートパネルで推奨された薬剤が投与された割合		2.4% (2023)			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
	指標	DPC-QI lg1 IV期肺腺癌に対するがん薬物療法前のEGFR遺伝子変異検査		83.3%	88.1%	100.0% (複数)	QIフィードバックシステム
	指標	DPC-QI st3 切除不能IV期胃がんへの化学療法前HER2検査		0.0%	64.1%	100.0% (複数)	
	指標	医療者調査 問21 がんゲノム医療に関する十分な情報提供をした割合はどの程度ですか。		23.3ポイント (2023)	なし	なし	医療者調査
4-1	必要な患者が、最適な手術を、タイムリーで質が高く安全に受けられている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	DPC-QI 15 StageⅡ・Ⅲの大腸癌に対するD3リンパ節郭清		96.2%	81.1%	100%	QIフィードバックシステム
	指標	DPC-QI 14 進行胃癌に対する定型手術		100.0%	92.5%	100%	
	指標	医療者調査 問23 手術を受けた患者のうち、質の高い最適な手術を提供できた患者の割合はどの程度ですか。		78.2% (2023)	なし	なし	医療者調査

番号	A 分野アウトカム						
1-1	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		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん種別5年生存率	全部位	60.7%	66.2%	東京都 71.5%	院内がん登録 2014-2015 年5年生存率集計
			胃	59.0%	70.2%	京都府 78.1%	
			大腸	63.3%	70.9%	東京都 75.8%	
			肝細胞	37.1%	45.1%	大分県 52.8%	
			肝内胆管	13.5%	21.1%	広島県 34.7%	
			胆のう	47.4%	27.2%	沖縄県 47.4%	
			膵	12.6%	12.7%	山梨県 23.1%	
			小細胞肺	3.9%	11.5%	福井県 19.4%	
			非小細胞肺	34.7%	47.5%	宮崎県 57.9%	
			女性乳房	89.3%	91.6%	三重県 94.6%	
			前立腺	92.5%	95.1%	香川県 99.4%	
	指標	患者体験調査 がんの診断・治療全体の総合的評価		8.4点 (2018)	8.2点 (2023) 8.0点 (2018)	愛媛県8.5点 (2018)	患者体験調査
	指標	患者体験調査 専門的な医療を受けられたと思う患者の割合		87.2% (2018)	79.0% (2018)	東京都88.3% (2018)	患者体験調査
	指標	患者体験調査 これまで受けた治療に納得している患者の割合		85.4% (2018) 80.2% (2014)	77.4% (2018) 88.1% (2014)	愛媛県89.5% (2018) 福島県93.8% (2014)	患者体験調査

⑤放射線療法

5-1	必要な資格を持った専門家を計画的に養成し、「施設」に必要に応じて配置する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	放射線治療専門医が何らかの形で週に1回以上または月に1回以上関わっている「施設」の割合		36.0% （2024）			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
	指標	以下の専門家の数 ①放射線治療専門医 ②放射線治療専門放射線技師 ③医学物理士 ④がん放射線療法看護認定看護師	①放射線治療専門医	15人 （2024） 10.2人 対人口100万人	1，437人 （2024） 11.6人 対人口100万人	京都府57人 （2024） 22.5人 対人口100万人	日本放射線腫瘍学会
			②放射線治療専門放射線技師	11人 （2023） 7.5人 対人口100万人	1，847人 （2023） 14.9人 対人口100万人	大分県62人 （2023） 56.7人 対人口100万人	日本放射線治療専門放射線技師認定機構
			③医学物理士	9人 （2023） 6.1人 対人口100万人	1，461人 （2023） 11.8人 対人口100万人	福井県18人 （2023） 24.2人 対人口100万人	医学物理士認定機構
			④がん放射線療法看護認定看護師	6人 （2024） 4.1人 対人口100万人	311人 （2024） 2.5人 対人口100万人	山形県7人 （2024） 6.8人 対人口100万人	日本看護協会
	指標	以下の専門家が、常勤で配置されている放射線治療施設のそれぞれの割合 ①放射線治療専門医2名以上 ②放射線治療専門放射線技師2名以上 ③医学物理士 ④がん放射線療法看護認定看護師	①放射線治療専門医2名以上				令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
			②放射線治療専門放射線技師2名以上				
			③医学物理士				
			④がん放射線療法看護認定看護師				

5-2	放射線療法が可能な全ての医療機関において、IMRTを含む標準治療を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 IMRT加算をとっている放射線治療施設の割合		27.3% 3/11施設 （2024）			

5-3	「施設」では、粒子線治療や核医学治療、ホウ素中性子捕捉療法等について、適切に患者を紹介する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 「施設」から紹介されて、粒子線治療や核医学治療、ホウ素中性子捕捉療法等を受けた患者の数		※9人 （2024）			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査

※集計不可（友愛医療センター）、患者数不明（南部医療センター・こども医療センター、浦添総合病院）の施設を除く。

5-1	必要な患者が、最適な放射線治療をタイムリーで質が高く安全に受けられている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 DPC-QI b35 乳房温存術後の放射線療法		100.0%	73.7%	100.0% （複数）	QIフィードバックシステム
	指標 DPC-QI lg13 70歳以下Ⅲ期非小細胞肺癌に対する同時化学放射線療法		25.0%	62.1%	100.0% （複数）	
	指標 DPC-QI lg17 Ⅰ期非小細胞肺癌の非手術例に対する定位放射線治療		66.7%	47.4%	100.0% （複数）	
	指標 医療者調査 問24 放射線治療を受けた患者のうち、その適応の判断を多職種で議論された上で、提供できた患者の割合はどの程度ですか。		65.3ポイント （2023）	なし	なし	医療者調査

⑥薬物療法

6-1	必要な資格を持った専門家を計画的に養成し、「施設」に必要に応じて配置する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 がん薬物療法専門医が何らかの形で週に1回以上または月に1回以上関わっている「施設」の割合		16.0% （2024）			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
	指標 以下の専門家の数 ①がん薬物療法専門医 ②がん指導薬剤師、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師および外来がん治療認定薬剤師 ③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師および乳がん看護認定看護師	①がん薬物療法専門医	6人 （2024） 4.1人 対人口100万人	1，682人 （2024） 13.5人 対人口100万人	岡山県50人 （2024） 27.1人 対人口100万人	日本臨床腫瘍学会
		②がん指導薬剤師	0人 （2024） 0.0人 対人口100万人	385人 （2024） 3.1人 対人口100万人	石川県13人 （2024） 11.7人 対人口100万人	日本医療薬学会
		②がん専門薬剤師	4人 （2024） 2.7人 対人口100万人	827人 （2024） 6.7人 対人口100万人	石川県21人 （2024） 19.0人 対人口100万人	日本医療薬学会
		②がん薬物療法認定薬剤師	12人 （2023） 8.2人 対人口100万人	1，019人 （2023） 8.2人 対人口100万人	島根県13人 （2023） 20.1人 対人口100万人	日本病院薬剤師会
		②外来がん治療認定薬剤師	6人 （2023） 4.1人 対人口100万人	956人 （2023） 7.7人 対人口100万人	福岡県58人 （2023） 11.4人 対人口100万人	日本臨床腫瘍薬学会
		③がん看護専門看護師	13人 （2024） 8.8人 対人口100万人	931人 （2024） 7.5人 対人口100万人	高知県17人 （2024） 25.6人 対人口100万人	日本看護協会
		③がん薬物療法看護認定看護師	2人 （2024） 1.4人 対人口100万人	135人 （2024） 1.1人 対人口100万人	富山県5人 （2024） 5.0人 対人口100万人	日本看護協会
		③乳がん看護認定看護師	2人 （2024） 1.4人 対人口100万人	298人 （2024） 2.4人 対人口100万人	鳥取県4人 （2024） 7.5人 対人口100万人	日本看護協会
	指標 上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①がん薬物療法専門医	12.0% （2024）			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
		②がん指導薬剤師	4.0% （2024）			
		②がん専門薬剤師	8.0% （2024）			
		②がん薬物療法認定薬剤師	20.0% （2024）			
		②外来がん治療認定薬剤師	16.0% （2024）			
		③がん看護専門看護師	12.0% （2024）			
		③がん薬物療法看護認定看護師	32.0% （2024）			
		③乳がん看護認定看護師	0% （2024）			

6-2	「施設」では、標準治療を、質が高く安全に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

6-3	拠点病院等では、並存疾患のある患者に対する薬物療法を安全に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 免疫関連有害事象を含む有害事象に対して、他診療科や他病院と連携等して対応している「施設」の割合		88.0% （2024）			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査

6-1	必要な患者が、最新の知見に基づく最適な薬物療法を、タイムリーで質が高く安全に受けられている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 DPC-QI lg14 ⅡB・ⅢA期非小細胞肺癌に対する術後化学療法（74歳以下）術後9週間以内の補助化学療法開始		0.0%	56.1%	100.0% （複数）	QIフィードバックシステム
	指標 DPC-QI st14 胃癌術後6週間以内の補助化学療法開始		100.0%	51.4%	100.0% （複数）	
	指標 DPC-QI 32 StageⅢ大腸癌に対する術後補助化学療法		83.3%	82.7%	100.0% （複数）	
	指標 医療者調査 問25 薬物療法を受けた患者のうち、質の高い薬物療法を提供できた患者の割合はどの程度ですか。		74.7% （2023）	なし	なし	医療者調査

⑦チーム医療の推進

7-1	「施設」では、医療者、特に医師とそれ以外の医療者の間でのコミュニケーションが取れた医療行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					
	指標					

7-2	「施設」では、院内や地域の歯科医師、歯科衛生士等と連携し、医科歯科連携によるがん患者の口腔の管理を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 がん患者の口腔健康管理のため院内又は地域の歯科医師と連携して対応している「施設」の割合		96.0% （2024）			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査

7-3	「施設」では、栄養サポートチーム等の専門チームと連携し、栄養指導や管理を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 「栄養サポートチーム加算」を算定している「施設」の割合		76.9% 20/26施設 （2024）			九州厚生局 届出受理医療機関名簿（全体版）令和6年8月1日現在（※毎月上旬更新予定）

7-1	患者が、医療者の間の情報共有ができた医療を受けられている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者体験調査 医療スタッフ間で情報が十分にと感じた患者の割合		77.3% （2018）	79.8% （2023） 68.8% （2018）	東京都78.0% （2018）	患者体験調査
	指標 患者体験調査 主治医以外にも相談しやすいスタッフがいた患者の割合		53.7% （2018）	58.4% （2023） 48.8% （2018）	佐賀県65.8% （2018）	患者体験調査
	指標 DPC-QI st20 胃がん患者への栄養指導		100.0%	94.7%	100.0% （複数）	QIフィードバックシステム
	指標 NDB-SCR/NDB 栄養サポートチーム加算		190.1 （2021）	100.0 （2021）	沖縄県190.1 （2021）	内閣府 医療提供状況の地域差（A-233-02-00）
	指標 NDB-SCR/NDB 周術期口腔機能管理計画策定料					厚生労働省NDBオープンデータ 歯科診療行為（算定回数）
	指標 NDB-SCR/NDB 周術期口腔機能管理料（I）（II）（III）					厚生労働省NDBオープンデータ 歯科診療行為（算定回数）
	指標 医療者調査 問39 医師以外の医療スタッフの方にお尋ねします。がん患者のケアに関して、自分の意見を医師に対して自由に言えますか。		13.9% （2023） 61.9% （2015）	なし	【参考値】秋田県 第1回 確認中 第2回 確認中	医療者調査
	指標 医療者調査 問40 医師の方にお尋ねします。他の医療スタッフの話に耳を傾けていますか。		63.9% （2023） 97.9% （2015）	なし	【参考値】秋田県 第1回 確認中 第2回 確認中	医療者調査

⑧医療実装

8-1	「施設」では、新規に認可された医薬品、医療機器及び医療技術を速やかに患者に提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 「拠点病院等」において新規に認可された免疫チェックポイント阻害薬が実際に使えるようになった日数					

8-2	「拠点病院等」では、治験も含めた医薬品等の臨床研究、先進医療、患者申出療養等に関する適切な情報提供を行い、患者を紹介する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 臨床試験に参加していない地域の患者さんやご家族向けの問い合わせ窓口を設置している拠点病院数		2/3施設 （2024）			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
	指標 「拠点病院等」において実施されている（参加が可能な）臨床研究の数					

8-1	患者が、新規に認可された医薬品、医療機器及び医療技術を受けられており、希望する患者が治験等に参加できている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 治験も含めた医薬品等の臨床研究、先進医療、患者申出療養等に参加した患者の数		※298人 （2023）			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
	指標 医療者調査 問9 医師の方にお尋ねします。2023年に、レジメン登録が遅かったために、患者へのタイムリーな投薬が遅れたことがありましたか。		64.4%（なかったとの回答） 2023	なし	なし	医療者調査

※患者数不明（南部医療センター・こども医療センター）、患者数が多く集計困難（友愛医療センター）を除く

緩和・支持療法

番号	C 個別施策

①緩和ケア

番号		C 個別施策	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	「施設」では、外来初診時および入院時に、看護師による「痛みのスクリーニング」を行い、その後は必要な医療を行う						
	指標	外来初診時および入院時に、看護師による「痛みのスクリーニング」が行われたがん患者の割合					
	指標	前述の「痛みのスクリーニング」の結果を、看護師が、主治医（主治医チーム）に報告が行われたがん患者の割合					
	指標	「痛みのスクリーニング」の結果報告を受けて、主治医（主治医チーム）が速やかに必要な緩和ケアが行われたがん患者の割合					
	指標	「痛みのスクリーニング」の結果を受けての緩和ケアが主治医（主治医チーム）では充分行えない場合に、主治医（主治医チーム）から速やかに緩和ケアチームに紹介が行われたがん患者の割合					
1-2	外来患者は毎回の受診時に、入院患者は毎日、看護師による「痛みのモニタリング」を行い、その後は必要な医療を行う						
	指標	外来患者は毎回の受診時に、入院患者は毎日、看護師による「痛みのモニタリング」が行われたがん患者の割合					
	指標	前述の「痛みのモニタリング」の結果を、看護師が、主治医（主治医チーム）に報告が行われたがん患者の割合					
	指標	「痛みのモニタリング」の結果報告を受けて、主治医（主治医チーム）が速やかに必要な緩和ケアが行われたがん患者の割合					
	指標	「痛みのモニタリング」の結果を受けての緩和ケアが主治医（主治医チーム）では充分行えない場合に、主治医（主治医チーム）から速やかに緩和ケアチームに紹介が行われたがん患者の割合					
	指標	リンクナース制度を運用している「施設」の割合		68.0%（2024）			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
1-3	「施設」では、専門的な緩和ケアを提供できる人材とチームを整備する						
	指標	「施設」の緩和ケアチーム新規診療症例数		1,125件（2023）			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
	指標	緩和ケア外来の新規診療症例数		389件（2023）			
	指標	緩和ケア外来への、地域の医療機関からの紹介件数		626件（2023）			
	指標	以下の専門家の数 ①緩和医療学会専門医及び認定医 ②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医 ③ペインクリニック専門医 ④放射線治療専門医 ⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医） ⑥緩和薬物療法認定薬剤師 ⑦緩和ケア認定看護師 ⑧公認心理師及び臨床心理士	①緩和医療学会専門医	3人（2024）2.0人 対人口100万人	356人（2024）2.9人 対人口100万人	鳥取県4人（2024）7.5人 対人口100万人	日本緩和医療学会
			①緩和医療学会認定医	11人（2024）7.5人 対人口100万人	1,146人（2024）9.2人 対人口100万人	鳥取県9人（2024）16.8人 対人口100万人	日本緩和医療学会
			②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	3人（2024）2.0人 対人口100万人	183人（2024）1.5人 対人口100万人	京都府9人（2024）3.6人 対人口100万人	日本サイコオンコロジー学会
			③ペインクリニック専門医	15人（2024）10.2人 対人口100万人	1,598人（2024）12.9人 対人口100万人	栃木県53人（2024）28.0人 対人口100万人	日本ペインクリニック学会
			④放射線治療専門医	15人（2024）10.2人 対人口100万人	1,437人（2024）11.6人 対人口100万人	京都府57人（2024）22.5人 対人口100万人	日本放射線腫瘍学会
			⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	13人（2023）8.8人 対人口100万人	1,264人（2023）10.2人 対人口100万人	奈良県119人（2023）92.0人 対人口100万人	日本インターベンショナルラジオロジー学会事務局からデータ提供
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	4人（2024）2.7人 対人口100万人	872人（2024）7.0人 対人口100万人	島根県11人（2024）17.0人 対人口100万人	日本緩和医療薬学会
			⑦緩和ケア認定看護師	33人（2024）22.5人 対人口100万人	1,951人（2024）15.7人 対人口100万人	山梨県50人（2024）63.0人 対人口100万人	日本看護協会
			⑧公認心理師	1,015人（2024）690.7人 対人口100万人	71,987人（2024）579.2人 対人口100万人	京都府2,301人（2024）908.1人 対人口100万人	日本心理研修センター
			⑧臨床心理士	336人（2023）228.6人 対人口100万人	36,865人（2023）296.6人 対人口100万人	京都府1,448人（2023）571.5人 対人口100万人	日本臨床心理士資格認定協会
	指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①緩和医療学会専門医	4.0%（2024）			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
			①緩和医療学会認定医	28.0%（2024）			
			②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	4.0%（2024）			
			③ペインクリニック専門医	28.0%（2024）			
			④放射線治療専門医	32.0%（2024）			
			⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	36.0%（2024）			
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	16.0%（2024）			
			⑦緩和ケア認定看護師	72.0%（2024）			
			⑧公認心理師	44.0%（2024）			
			⑧臨床心理士	44.0%（2024）			

②在宅医療

番号		C 個別施策	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合を増加させる						
	指標						「在宅医療調査」実施予定（在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション）
2-2	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度を向上させる						
	指標						「在宅医療調査」実施予定（在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション）
2-3	在宅医療を提供できる必要な資格を持った専門家を計画的に養成し、必要に応じて配置する						
	指標	地域緩和ケア連携調整員研修受講者数		3人（2023）	なし	なし	令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
	指標	以下の専門家の数 ①在宅専門医 ②訪問看護師 ③介護支援専門員 ④在宅医療インテグレーター	①在宅専門医	10人（2024）6.8人 対人口100万人	461人（2024）3.7人 対人口100万人	奈良県12人（2024）9.3人 対人口100万人	日本在宅医療連合学会
			日本在宅医療連合学会 所属県別会員数	47人（2024）32.0人 対人口100万人	3,348人（2024）26.9人 対人口100万人	東京都679人（2024）48.1人 対人口100万人	日本在宅医療連合学会
			②訪問看護師	3人（2024）2.0人 対人口100万人	549人（2024）4.4人 対人口100万人	愛知県83人（2024）11.1人 対人口100万人	日本看護協会
			③介護支援専門員	7,024人（2023）4,779.4人 対人口100万人	751,059人（2023）6043.2人 対人口100万人	徳島県7,111人（2023）10,259.9人 対人口100万人	日本看護協会
			④在宅医療インテグレーター	13人（2024）8.8人 対人口100万人	382人（2024）3.1人 対人口100万人	沖縄県13人（2024）8.8人 対人口100万人	日本在宅医療連合学会からのデータ提供
			①在宅療養支援診療所	98施設（2022）66.7施設 対人口100万人	15,090施設（2022）121.4施設 対人口100万人	長崎県282施設（2022）223.1施設 対人口100万人	

番号	B 中間アウトカム

番号		B 中間アウトカム	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	がん患者及びその家族の苦痛の軽減ができ、QOLが向上できている						
	指標	患者体験調査・遺族調査 医療者はつらい症状にすみやかに対応していたと感じる割合		80.1%（2018）	90.1%（2023）74.1%（2018）	愛媛県86.3%（2018）	患者体験調査
	指標	患者体験調査・遺族調査 医療スタッフが耳を傾け理解しようとしてくれていたと思う患者の割合		78.6%（2018）	90.1%（2023）71.7%（2018）	愛媛県79.8%（2018）	患者体験調査
	指標	医療者調査　問10 2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果で痛むがあるとした患者のうち、その結果が主治医（チーム）に速やかに伝えられた患者の割合はどの程度ですか。		75.2%（2023）	なし	なし	医療者調査
	指標	医療者調査　問11 2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果が主治医（チーム）に伝えられた患者のうち、主治医（チーム）が速やかに必要な緩和ケアを行った患者の割合はどの程度ですか。		71.4%（2023）	なし	なし	医療者調査
	指標	医療者調査　問12 2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果が主治医（チーム）に伝えられた患者において、主治医（チーム）では対応が十分に行えない患者のうち、主治医（チーム）から速やかに緩和ケアチームに紹介が行われた患者の割合はどの程度ですか。		59.4%（2023）	なし	なし	医療者調査
1-2	緩和ケアの質の向上ができている						
	指標	患者報告アウトカム（PRO）の症状改善率					
	指標						
	指標	NDB-SCR/NDB 緩和ケア診療加算の算定回数		39.3（2021）	100.0（2021）	福井県211.7（2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（A-226-02-01）
	指標	NDB-SCR/NDB L100神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）		84.3（2021）	100.0（2021）	長野県230.2（2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（L-100-00）入院+外来
	指標	NDB-SCR/NDB L101神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）		68.0（2021）	100.0（2021）	岐阜県296.1（2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（L-101-00）入院+外来
	指標	NDB-SCR/NDB 緩和的放射線照射の実施数：M001-3（直線加速器による放射線治療）の2		141.9（2021）	100.0（2021）	山形県214.8（2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（M-001-03-02）入院+外来　診療行為コード（180035310）
2-1	希望する患者の在宅医療への移行が充分にできている						
	指標	遺族調査 在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度		なし	78.8%（2018）	なし	国立がん研究センター「患者さまが受けられた医療に関するご遺族の方への調査」
	指標	遺族調査 介護をしたことで、全体的に負担感が大きかった割合		53.1%（2019）	40.9%（2019）	福岡県31.0%（2019）	国立がん研究センター「患者さまが受けられた医療に関するご遺族の方への調査」
	指標	NDB-SCR/NDB 在宅ターミナルケア加算		131.2（2021）	100.0（2021）	宮城県305.8（2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（C-005-00-11）外来
	指標	NDB-SCR/NDB 看取り加算		90.3（2021）	100.0（2021）	神奈川県193.8（2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（C-001-00-06）
	指標	NDB-SCR/NDB 介護支援等連携指導料（がん患者に限定）		99.0（2021）	100.0（2021）	秋田県258.1（2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（B-005-01-02）
	指標	NDB-SCR/NDB 退院時共同指導料1（がん患者に限定）		236.3（2021）	100.0（2021）	岐阜県319.5（2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（B-004-00-01）
	指標	医療者調査　問26 在宅医療を希望された患者のうち、実際に在宅医療に移行した患者の割合はどの程度ですか。		62.7%（2023）	なし	なし	医療者調査

番号	A 分野アウトカム

番号		A 分野アウトカム	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている						
	指標	患者体験調査 がんやがん治療に伴う身体の苦痛や気持ちのつらさにより、日常生活を送る上で困っていることがない患者の割合		70.4%（2018）62.0%（2014）	69.5%（2018）61.5%（2014）	岡山県79.8%（2018）和歌山県73.2%（2014）	患者体験調査
	指標	患者体験調査 身体の苦痛や気持ちのつらさを和らげる支援は十分であると感じる患者の割合		43.5%（2018）	33.8%（2023）42.5%（2018）	山口県55.2%（2018）	患者体験調査
	指標	患者体験調査 現在自分らしい日常生活を送れていると感じる患者の割合		78.3%（2018）75.2%（2014）	79.0%（2023）70.1%（2018）77.7%（2014）	徳島県83.5%（2018）秋田県89.4%（2014）	患者体験調査

	指標	以下の施設の数 ①在宅療養支援診療所 ②強化機能型在宅療養支援診療所 ③在宅療養支援病院 ④訪問看護ステーション ⑤専門医療機関連携薬局 ⑥介護サービス事業所 ⑦訪問リハビリテーション事業所	②強化機能型在宅療養支援診療所	33施設 （2022） 22.5施設 対人口100万人	3,796施設 （2022） 30.5施設 対人口100万人	和歌山県44施設 （2022） 49.5施設 対人口100万人	厚生労働省　在宅医療にかかる地域別データ集
			③在宅療養支援病院	20施設 （2022） 13.6施設 対人口100万人	1,672施設 （2022） 13.5施設 対人口100万人	徳島県42施設 （2022） 60.6施設 対人口100万人	
			④訪問看護ステーション	201施設 （2022） 136.8施設 対人口100万人	14,829施設 （2022） 119.3施設 対人口100万人	和歌山県178施設 （2022） 200.1施設 対人口100万人	
			⑤専門医療機関連携薬局	1施設 （2024） 0.7施設 対人口100万人	191施設 （2024） 1.5施設 対人口100万人	長崎県5施設 （2024） 4.0施設 対人口100万人	厚生労働省　専門医療機関連携薬局　認定薬局の件数
			⑥麻薬を取り扱っている夜間休日対応薬局	101/383施設 （2024）			沖縄県内地域薬局リスト（沖縄県薬剤師会作成）383施設掲載
			無菌製剤処理 （共同利用含む）	114/383施設 （2024）			沖縄県内地域薬局リスト（沖縄県薬剤師会作成）383施設掲載
			⑦介護サービス事業所				確認中
			⑧訪問リハビリテーション事業所	42施設 （2023） 28.6施設 対人口100万人	4,913施設 （2023） 39.5施設 対人口100万人	徳島県96施設 （2023） 138.5施設 対人口100万人	厚生労働省　介護サービス情報の公表システムデータのオープンデータ

2-4	看取りができる介護施設の拡大を図る	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	看取りができる介護施設の数				新屋先生、笹良先生に確認中

③リハビリテーション

3-1	すべてのがん患者に対して、リハビリが必要かどうかの評価をする体制が整え、その結果を踏まえたリハビリを施行する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん患者リハビリテーション料に関する施設基準を満たした「施設」の割合	65.4% 17/26施設 （2024）			九州厚生局 届出受理医療機関名簿（全体版） （※毎月上旬更新予定） 令和6年8月1日現在

3-1	[施設]では、必要な全ての患者に、適切なリハビリテーションができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	拠点病院等に通院・入院中のがん患者でリハビリテーションを受けた患者の割合				令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
	指標	NDB-SCR/NDB がん患者リハビリテーション料	116.6 （2021）	100.0 （2021）	福井県191.4 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（H-007-02-00）
	指標	医療者調査　問27 リハビリテーションを行った患者の割合はどの程度ですか。	57.6% （2023）	なし	なし	医療者調査

④支持療法

4-1	患者が、治療に伴う副作用・合併症・後遺症への見通しを持ち、身体的苦痛や外見の変化等があった際に容易に相談できる環境を整備する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	リンパ浮腫研修の受講者数（修了者数）	3 （2023） 2.0人 対人口100万人	350 （2023） 2.8人 対人口100万人	奈良県10人 （2023） 7.7人 対人口100万人	ライフ・プランニング・センターからのデータ提供
	指標	リンパ浮腫外来が設置されている「施設」の割合	32.0% （2024）			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
	指標	ストーマ外来が設置されている「施設」の割合	48.0% （2024）			

4-1	[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	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 治療による副作用の見通しを持てた患者の割合	70.5% （2018）	75.6% （2023） 63.0% （2018）	大分県70.8% （2018）	患者体験調査
	指標	拠点病院において支持療法に関する標準診療を実施された患者の割合				
	指標	NDB-SCR/NDB リンパ浮腫複合的治療料 （重症）	なし （2021）	100.0 （2021）	岩手県459.0 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（H-007-04-01）
		（1以外）	なし （2021）	100.0 （2021）	東京都299.6 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（H-007-04-02）
	指標	NDB-SCR/NDB リンパ浮腫指導管理料	69.4 （2021）	100.0 （2021）	鹿児島県138.6 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（B-001-07-00）
	指標	医療者調査　問20 薬物療法の開始前に、副作用の出る時期の説明も含めて、十分な説明を行った患者の割合はどの程度ですか。	79.9% （2023）	なし	なし	医療者調査

4-2	[施設]では、各種ガイドラインに基づく支持療法を、組織的に行う体制を整備する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	制吐薬適正使用ガイドラインに基づく院内マニュアルを作成し、レジメンの登録が行われている「施設」の割合	60.0% （2024）			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査

⑤妊孕性温存療法

5-1	がん患者・家族が、生殖機能への影響についての情報提供を十分に行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	相談支援センターにおける「妊孕性・生殖機能」に関する相談件数	6件 （2022） 6件 （2023）			

5-1	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	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん・生殖医療にて出生した子供の数	1例			
	指標	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	51.6% （2018） 65.7% （2014）	63.9% （2023） 31.1% （2018） 38.1% （2014）	秋田県100.0% （2018） 和歌山県92.8% （2014）	患者体験調査
	指標	医療者調査　問22 医師と看護師の方にお尋ねします。妊孕性温存療法が必要な患者のうち、実際に妊孕性温存療法の説明を行った患者の割合はどの程度ですか。	49.2% （2023）	なし	なし	医療者調査

5-2	妊孕性温存療法に関する体制を整備する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	日本がん・生殖医療登録システム JOFRへの登録症例数	54例	1089例		

5-3	がん治療後の生殖医療に関する体制を整備する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん治療後の生殖医療のために琉球大学病院に紹介されたがん患者の数	40例			

個別のがん対策

C 個別施策

①希少がん

1-1	希少がん患者及びその家族に対して、十分な情報を提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 希少がんに関するHP等の整備を行っている「施設」の割合					

1-2	希少がん患者及びその家族に対して、十分な相談支援を提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 がん相談支援センターに相談した希少がん患者の数		66件（2023）			

1-3	希少がん患者を、速やかに琉球大学病院または県立中部病院に紹介する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 希少がん診療を積極的に受け入れている拠点病院等（琉球大学病院と県立中部病院）で治療を受けた希少がん患者の割合					院内がん登録確認依頼中

1-4	希少がん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療を、タイムリーで質が高く、安全に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 希少がんにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数					令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
	指標 臨床試験等を受けた希少がん患者の数					令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査

②難治性がん

2-1	難治性がん患者及びその家族に対して、十分な相談支援が提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 がん相談支援センターに相談した難治性がん患者の数		26件（2023） 原発不明がんのみ			

2-2	県内の医療機関について、難治性がん診療における適切な役割分担を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 難治性がん診療を積極的に受け入れている「施設」における治療開始数					院内がん登録確認依頼中

2-3	難治性がん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療が、タイムリーで質が高く、安全に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 難治がんにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数					令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
	指標 臨床試験等を受けた難治がん患者の数					令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査

③小児がん

3-1	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	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 なし					

3-2	小児がん患者及びその家族に対して、十分な相談支援を提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 国立がん研究センターによる「がん相談支援センター相談員基礎研修」(1)(2)を受講後、国立成育医療研究センターが実施する「小児がん相談員専門研修」を修了した者の数		琉球大学病院：1人 こども医療センター：0人			
	指標 がん相談支援センターに相談した小児がん患者の数		7件			

3-3	小児がん患者を、速やかに琉球大学病院または県立こども医療センターに紹介する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 琉球大学病院または県立こども医療センターで治療を受けた小児がん患者の割合		78.7%			

3-4	小児がん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療が、タイムリーで質が高く、安全に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 琉球大学病院または県立こども医療センターにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数		琉球大学病院　15件 こども医療センター　20件			
	指標 臨床試験等を受けた小児がん患者の数		琉球大学病院　5名 こども医療センター　治療13人 診断 31人			
	指標 以下の専門家の数 ①小児血液・がん専門医 ②小児外科専門医および小児がん認定外科医 ③血液専門医 ④小児看護専門看護師、がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師、緩和ケア認定看護師	①小児血液・がん専門医	3人（2024） 2.0人 対人口100万人	383人（2024） 3.1人 対人口100万人	京都府23人（2024） 9.1人 対人口100万人	一般社団法人日本小児血液・がん学会
		②小児外科専門医	5人（2024） 3.4人 対人口100万人	753人（2024） 6.1人 対人口100万人	京都府33人（2024） 13.0人 対人口100万人	一般社団法人日本小児外科学会
		③小児がん認定外科医	1人（2024） 0.7人 対人口100万人	128人（2024） 1.0人 対人口100万人	奈良県4人（2024） 3.1人 対人口100万人	一般社団法人日本小児血液・がん学会
		④血液専門医	28人（2024） 19.1人 対人口100万人	4,580人（2024） 36.9人 対人口100万人	京都府189人（2024） 74.6人 対人口100万人	一般社団法人日本血液学会
		⑤小児看護専門看護師	3人（2024） 2.0人 対人口100万人	254人（2024） 2.0人 対人口100万人	高知県8人（2024） 12.0人 対人口100万人	日本看護協会
		⑥がん看護専門看護師	11人（2024） 7.5人 対人口100万人	906人（2024） 7.3人 対人口100万人	高知県15人（2024） 22.6人 対人口100万人	日本看護協会

B 中間アウトカム

1-1	希少がん患者の生存率の改善ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者体験調査 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	初診から診断までの時間（1か月未満）	なし	61.4%（2023） 60.6%（2018）	なし	患者体験調査
		診断から治療開始までの時間（1か月未満）	なし	62.4%（2023） 67.8%（2018）	なし	患者体験調査

1-2	希少がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者体験調査 治療スケジュールの見通しに関する情報を十分得ることができた希少がん患者の割合		なし	92.3%（2023） 75.7%（2018）	なし	患者体験調査
	指標 医療者調査　問29 県立中部病院と琉球大学病院に勤務されている方以外にお尋ねします。希少がん患者のうち、診断又は治療目的で、県立中部病院、琉球大学病院または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。		42.8%（2023）	なし	なし	医療者調査
	指標 医療者調査　問30 上記医療機関に紹介できなかった理由について、具体的にお書きください。		自宅が違いから、患者の希望、情報提供の不足、専門医がいないため、受け入れ体制が不十分　など	なし	なし	医療者調査

2-1	難治性がん患者の生存率の改善ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 難治性がん（代表例：膵がん）の5年生存率（再掲）	食道				
		肝（肝細胞がん・肝内胆管がん）				
		胆（胆のうがん・胆管がん）				
		膵臓				
		肺				
		多発性骨髄腫				
		白血病				
		成人T細胞白血病リンパ腫				

2-2	難治性がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 医療者調査　問31 難治がん患者のうち、診断又は治療目的で、沖縄県における「掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設一覧」または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。（自施設が施設一覧に記載されている場合も含む）		37.6%（2023）	なし	なし	医療者調査
	指標 医療者調査　問32 上記医療機関に紹介できなかった理由について、具体的にお書きください。		知識不足、患者が高齢のため、患者や家族が希望しなかったため、タイミングが合わなかった　など	なし	なし	医療者調査

3-1	小児がん患者の生存率の改善ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 小児がん患者の初診から琉球大学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					

＊↑この指標に関しては、小児科の浜田先生に確認したところ、県内においては紹介から受診までかかる日数は、白血病においては、1日ないし2日、固形腫に関しても問題なく受診につながっていると思われますとのことなので、別の指標を検討する方向。

3-2	小児がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 小児がん体験調査 がん患者の家族の悩みや負担を相談できる支援・サービス・場所が十分あると思う小児がん患者の割合		【参考】成人52.6（2018）	小児39.7（2019） 【参考】AYA39.5 成人47.1（2018）	なし	小児患者体験調査 【参考】患者体験調査
	指標 小児がん体験調査 治療開始前に教育の支援等について医療スタッフから話があったと回答した人の割合		なし	68.1%（2019）	なし	小児患者体験調査

A 分野アウトカム

1-1	がんの種類、年代、住んでいる地域に拘わらず、がん診療の質の向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 希少がんの5年生存率					

※現在、協議中の厚労科研の議論をまって、掲載予定。

参考データ

1-1	がんの種類、年代、住んでいる地域に拘わらず、がん診療の質の向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	希少がんの5年生存率	喉頭				
			卵巣				
			膀胱				
			甲状腺				
			多発性骨髄腫				

	がんの種類、年代、住んでいる地域に拘わらず、全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	難治性がん（代表例：膵がん）の5年生存率	食道				
			肝（肝細胞がん・肝内胆管がん）				
			胆（胆のうがん・胆管がん）				
			膵臓				
			肺				
			多発性骨髄腫				
			白血病				
			成人T細胞白血病リンパ腫				

※全国がん罹患モニタリング集計　2009-2011年生存率報告で記載されているがん種のうち、5年相対生存率が50%以下のがん種のうち、脳・中枢神経系を除く7つ+成人T細胞白血病リンパ腫

			胚細胞腫瘍・性腺腫瘍				
	指標	小児がん患者の5年生存率	神経芽腫				
			白血病				
			リンパ腫				
	指標	AYA世代のがんの5年生存率	大腸				
			女性乳房				
			子宮頸部				
			卵巣				
			甲状腺				

			全部位	県平均	60.7%	66.2%	東京都 71.5%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			胃	県平均	59.0%	70.2%	京都府 78.1%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			大腸	県平均	63.3%	70.9%	東京都 75.8%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				

			⑦がん薬物療法看護認定看護師	0人 （2024） 0.0人 対人口100万人	88人 （2024） 0.7人 対人口100万人	山形県5人 （2024） 4.9人 対人口100万人	日本看護協会
			⑧緩和ケア認定看護師	33人 （2024） 22.5人 対人口100万人	1,951人 （2024） 15.7人 対人口100万人	山梨県50人 （2024） 63.0人 対人口100万人	日本看護協会
	指標	上記の専門家が、琉球大学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。	①小児血液・がん専門医	琉球大学病院　○（1人） こども医療センター　○（1人）			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
			②小児外科専門医	琉球大学病院　○（2人） こども医療センター　○（2人）			
			③小児がん認定外科医	琉球大学病院　× こども医療センター　×			
			④血液専門医	琉球大学病院　○（5人） こども医療センター　○（2人）			
			⑤小児看護専門看護師	琉球大学病院　× こども医療センター　○（3人）			
			⑥がん看護専門看護師	琉球大学病院　○（4人） こども医療センター　○（1人）			
			⑦がん薬物療法看護認定看護師	琉球大学病院　○（3人） こども医療センター　×			
			⑧緩和ケア認定看護師	琉球大学病院　○（2人） こども医療センター　○（2人）			

3-5	小児がん患者に対して、晩期合併症の検索も含めて、長期フォローアップを行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	長期フォローアップ外来を設置している施設数	3 （2023）			沖縄県保健医療介護部健康長寿課がん対策班からの情報提供
	指標	長期フォローアップ外来で長期にフォローアップをしている小児がん患者数	琉球大学病院　9人 こども医療センター　0人			

3-6	小児がん患者に対して、治療と並行した学業の継続、治療終了後の進学や就職に対しての支援を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	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	0～18歳　13件 （2023）			琉球大学病院相談支援センターからの情報提供
	指標	がん相談支援センターにおける小児がん患者の就労に関する相談件数	就学・就園　7件 学業・学校生活　6件 ※就労に関する相談件数は年齢別集計をしていない。			琉球大学病院相談支援センターからの情報提供

3-7	小児がん患者の家族、特に両親や同胞への支援を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	小児がんに関する患者団体の数	4			

④AYA世代のがん

4-1	AYA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	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

4-2	AYA世代のがん患者及びその家族に対して、十分な相談支援を提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターに相談したAYA世代のがん患者の数	194件 （2023）			琉球大学病院相談支援センターからの情報提供

4-3	AYA世代のがん患者を、速やかにがん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）に紹介する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	拠点病院等で治療を受けたAYA世代のがん患者の割合				院内がん登録確認依頼中

4-4	AYA世代のがん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療を、タイムリーで質が高く、安全に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	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				令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
	指標	臨床試験や治験等を受けたAYA世代のがん患者の数				令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査

4-5	AYA世代のがん患者に対して、晩期合併症の検索も含めて、長期フォローアップを行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	長期フォローアップ外来を設置している施設数	3 （2023）			沖縄県保健医療介護部健康長寿課がん対策班からの情報提供
	指標	小児・AYA世代のがんの長期フォローアップに関する研修会参加人数	琉球大学病院　確認中 こども医療センター　0人			琉球大学病院に問合せ中
	指標	長期フォローアップ外来で長期にフォローアップをしているAYA世代のがん患者	琉球大学病院　確認中 こども医療センター　0人			琉球大学病院に問合せ中

4-6	AYA世代のがん患者に対して、治療と並行した学業や就労の継続、治療終了後の進学や就職に対しての支援を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターにおける、AYA世代のがん患者の発育及び療養上の相談への対応・支援のうち、教育に関する相談件数	※0件 （2023）			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
	指標	がん相談支援センターにおける、AYA世代のがん患者に対する就労に関する相談件数	※0件 （2023）			

※相談件数はあるが、年齢別でない為、AYA世代のみの集計はなし（琉球大学病院がん相談支援センター）

4-7	子供がいるAYA世代のがん患者に対して、その子供に対する支援を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	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AYA世代のがん患者の数	0人 （2023）			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査

⑤高齢者のがん

5-1	地域の医療機関やかかりつけ医、在宅療養支援診療所、訪問看護事業所等の医療・介護を担う機関、関係団体、地方公共団体等と連携し、高齢者のがん患者やその家族等の療養生活を支えるための体制を整備する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討を行っている「施設」の数	在宅療養支援診療所数	98施設 （2022） 66.7施設 対人口100万人	15,090施設 （2022） 121.4施設 対人口100万人	長崎県282施設 （2022） 223.1施設 対人口100万人	厚生労働省　在宅医療にかかる地域別データ集
			在宅療養支援病院数	20施設 （2022） 13.6施設 対人口100万人	1,672施設 （2022） 13.5施設 対人口100万人	徳島県42施設 （2022） 60.6施設 対人口100万人	

5-2	療養場所の選択も含めて、すべての高齢者のがん患者に、適切な意思決定支援と適切なアドバンスケアプランニングを行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	ACPに関する院内のマニュアル等を策定している「施設」の割合	40.0% （2024）			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査

1-1	指標	がん種別5年生存率	肝細胞	県平均	37.1%	45.1%	大分県 52.8%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			肝内胆管	県平均	13.5%	21.1%	広島県 34.7%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			胆のう	県平均	47.4%	27.2%	沖縄県 47.4%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			膵	県平均	12.6%	12.7%	山梨県 23.1%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			小細胞肺	県平均	3.9%	11.5%	福井県 19.4%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			非小細胞肺	県平均	34.7%	47.5%	宮崎県 57.9%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			女性乳房	県平均	89.3%	91.6%	三重県 94.6%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			前立腺	県平均	92.5%	95.1%	香川県 99.4%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
	指標	患者体験調査 現在自分らしい日常生活を送れていると感じる希少がん患者の割合		なし	75.5% （2023） 69.2% （2018）	なし	患者体験調査
	指標	患者体験調査 現在自分らしい日常生活を送れていると感じる若年がん患者の割合		なし	75.7% （2023） 66.8% （2018）	なし	患者体験調査
	指標	小児がん体験調査 小児がん患者のがんの診断・治療全般の総合評価（平均点又は評価が高い人の割合）		【参考】 成人8.4 （2018）	小児8.4 （2019） 【参考】 AYA7.8 成人8.0	なし	小児患者体験調査 【参考】患者体験調査

院内がん登録
2014-2015年5年生存率集計

4-1	AYA世代のがん患者の生存率の改善ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	AYA世代のがんの5年生存率（再掲）	大腸				
			女性乳房				
			子宮頸部				
			卵巣				
			甲状腺				

4-2	AYA世代のがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査＜若年がん患者のみ＞ 治療開始前に、就労継続について説明を受けたがん患者の割合		27.2% （2018）	75.7% （2023） 44.0% （2018）	神奈川県 53.6% （2018）	患者体験調査
	指標	医療者調査　問33 県立中部病院、那覇市立病院、琉球大学病院以外の方にのみお尋ねします。AYA世代のがん患者のうち、診断又は治療目的で、県内のがん診療連携拠点病院（県立中部病院、那覇市立病院または琉球大学病院）または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。		35.0% （2023）	なし	なし	医療者調査
	指標	医療者調査　問34 上記医療機関に紹介できなかった理由について、具体的にお書きください。		患者の希望、当院で治療が可能な場合もあるため、紹介やセカンドオピニオンが遅くなってしまったため、詳しい医師がいないなど	なし	なし	医療者調査

5-1	高齢者のがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	遺族調査のサブグループ解析（仮） 患者と医師間で最期の療養場所に関する話し合いがあったと回答した割合		38.1% （2019）	36.5% （2019）	山形県 44.8% （2019）	遺族調査　2019年調査 報告書（88項）
	指標	遺族調査のサブグループ解析（仮） 介護をしたことで、全体的に負担感が大きかったと回答した割合		53.1% （2019）	40.9% （2019）	福岡県 31.0% （2019）	遺族調査　2019年調査 報告書（92項）
	指標	NDB-SCR/NDB 介護支援等連携指導料の算定数（がん患者に限定）		99.0 （2021）	100.0 （2021）	秋田県 258.1 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差B005-01-02
	指標	NDB-SCR/NDB 退院時共同指導料1の算定数（がん患者に限定）		236.3 （2021）	100.0 （2021）	岐阜県 319.5 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差B004-00-01
	指標	医療者調査　問28 高齢者のがん患者に対して、治療前に「高齢者機能評価」を行った割合はどの程度ですか。		26.1% （2023）	なし	なし	医療者調査

5-3	高齢者機能評価および依存疾患の評価の結果と、患者の意向を十分に配慮したうえで、種々のガイドラインに準拠した最適な治療が安全に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	意思決定能力を含む高齢者機能評価に関する院内のマニュアル等を策定している「施設」の割合	32.0% (2024)			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査

5-4	高齢者のがん患者をもつ家族の介護負担感を軽減する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	遺族調査のサブグループ解析(仮) 介護をしたことで、全体的に負担感が大きかったと回答した割合(再掲)	53.1% (2019)	40.9% (2019)	福岡県31.0% (2019)	遺族調査 2019年調査 報告書(92項)

5-5	看取りができる介護施設の拡大を図る	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	看取りができる介護施設の数				新屋先生、笹良先生に確認中

⑥離島・へき地

6-1	正しい情報を基に、患者が自ら選択した医療機関で受診する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	療養場所ガイドの全戸配布を行った市町村の割合				がんセンター伊佐さんに問合せ中

6-2	地域がん診療病院では、拠点病院と連携し、標準治療を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

6-3	診療病院におけるがん関連の人材配置等を過不足なく行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	以下の専門家が、診療病院に常勤で配置されているか否か ①呼吸器外科専門医 ②乳腺外科専門医 ③がん指導薬剤師、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のいずれか ③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師、乳がん看護認定看護師のいずれか ④がん相談支援センター相談員基礎研修(1)(2)を修了した看護師、社会福祉士、精神保健福祉士のいずれか ⑤がん登録実務初級認定を受けた診療情	①呼吸器外科専門医	北部地区医師会病院 0人 宮古病院 0人 八重山病院 0人			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
			②乳腺外科専門医	北部地区医師会病院 1人 宮古病院 0人 八重山病院 0人			
			③がん指導薬剤師、がん専門薬剤師、がん薬	北部地区医師会病院 1人 宮古病院 0人 八重山病院 1人			
			③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護	北部地区医師会病院 1人 宮古病院 0人 八重山病院 1人			
			④がん相談支援センター相談員基礎研修	北部地区医師会病院 2人 宮古病院 0人 八重山病院 0人			
			⑤がん登録実務初級認定を受けた診療情	北部地区医師会病院 3人 宮古病院 1人 八重山病院 1人			
	指標	以下の専門家が、診療病院において、毎週または月に2回以上、外来診療を行っているか否か ①放射線治療専門医 ②がん薬物療法専門医 ③血液専門医	①放射線治療専門医	北部地区医師会病院 0人 宮古病院 0人 八重山病院 0人			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
			②がん薬物療法専門医	北部地区医師会病院 0人 宮古病院 0人 八重山病院 非常勤1人(月1回)			
			③血液専門医	北部地区医師会病院 0人 宮古病院 0人 八重山病院 非常勤1人(月1回)			

6-4	離島・へき地において提供できな	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	沖縄県離島患者等通院費支援事業に参加している市町村の割合	94% 17/18市町村 (2023)	なし	なし	沖縄県保健医療介護部医療政策課医療対策班からの情報提供 ※がん患者対象外の市町村あり
	指標	沖縄県離島患者等通院費支援事業を利用したがん患者の割合	利用件数2,117件(2023) (参考値)離島のがん罹患数1,070(2019年)	なし	なし	

6-1	離島・へき地のがん患者の生存率の改善ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん種別5年生存率(再掲)	全部位	県平均	60.7%	66.2%	東京都 71.5%	院内がん登録 2014-2015年5年生存率集計
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			胃	県平均	59.0%	70.2%	京都府 78.1%	
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			大腸	県平均	63.3%	70.9%	東京都 75.8%	
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			肝細胞	県平均	37.1%	45.1%	大分県 52.8%	
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			肝内胆管	県平均	13.5%	21.1%	広島県 34.7%	
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			胆のう	県平均	47.4%	27.2%	沖縄県 47.4%	
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			膵	県平均	12.6%	12.7%	山梨県 23.1%	
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			小細胞肺	県平均	3.9%	11.5%	福井県 19.4%	
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			非小細胞肺	県平均	34.7%	47.5%	宮崎県 57.9%	
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			女性乳房	県平均	89.3%	91.6%	三重県 94.6%	
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			前立腺	県平均	92.5%	95.1%	香川県 99.4%	
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			

6-2	離島・へき地のがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	医療者調査 問35 北部地区医師会病院、県立北部病院、たいら内科クリニック、宮古病院、八重山病院の方にのみお尋ねします。離島やへき地に住む患者において、自施設から本島の専門医療機関に送った方が良いと評価した患者のうち、スムーズに送ることができた患者の割合はどの程度ですか。		70.2% (2023)	なし	なし	医療者調査
	指標	医療者調査 問36 北部地区医師会病院、県立北部病院、たいら内科クリニック、宮古病院、八重山病院の方にのみお尋ねします。離島やへき地に住む患者のうち、中部医療圏や南部医療圏との医療格差が明らかに感じられた患者の割合はどの程度ですか。		47.0% (2023)	なし	なし	医療者調査
	指標	医療者調査 問37 離島の医療施設勤務者を含む全ての医療従事者にお尋ねします。離島やへき地に住む患者のうち、なるべく少ない回数で通院が終わるように配慮した患者の割合はどの程度ですか。		67.6% (2023)	なし	なし	医療者調査

共生

番号	C 個別施策

①相談支援

1-1	拠点病院等以外の「施設」では、「拠点病院等」のがん相談支援センターに準じた組織を構築し、がん患者とその家族等への相談業務を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターに準じた組織を構築した拠点病院等以外の「施設」の割合		31.6% (2024) 6/19施設			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査

1-2	「拠点病院等」では、治療方針の決定の前までに、がん相談支援センターに立ち寄らなければならないシステムをそれぞれ構築する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 治療方針の決定の前までに、がん相談支援センターで立ち寄った患者の割合		琉大のみ 214件 (2023)			沖縄県値:琉球大学病院相談支援センターからの情報提供

1-3	「拠点病院等」では、相談者からのフィードバックを受ける仕組みづくりを行い、「がん相談対応のモニタリング」等に準じて「がん相談対応評価表」等を用いて定期的に自己評価を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 ①認定がん相談支援センターの数		0施設 (2024) 0.0人 対人口100万人	32施設 (2024) 0.3人 対人口100万人	福井県2施設 (2024) 2.7人 対人口100万人	国立がん研究センター認定がん相談支援センター認定施設一覧
	指標 ②認定がん専門相談員数		3人 (2024) 2.0人 対人口100万人	390人 (2024) 3.1人 対人口100万人	鳥取県5人 (2024) 9.3人 対人口100万人	国立がん研究センター認定がん専門相談員認定者リスト
	指標 ③相談員指導者研修修了者数		9人 (2023) 6.1人 対人口100万人	771人 (2023) 6.2人 対人口100万人	山梨県17人 (2023) 21.4人 対人口100万人	国立がん研究センター相談員指導者研修全修了者リストリスト
	指標 ④相談員基礎研修(3)修了者数		26人 (2023)	なし	なし	令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査

1-4	県拠点病院は、地域拠点病院等と協力して、ピアサポーターの養成を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 ピアサポート研修会及びフォローアップ研修会を修了した人数	養成講座	114人 (2023)			沖縄県値:沖縄県地域統括相談支援センターがんピアサポート相談室(琉球大学病院がんセンター内)からの情報提供
		フォローアップ研修会	231人 (2023)			
	指標 ピアサポーターとして活動している人数		27人 (2023)			

1-5	「施設」ではピアサポートを行うとともに、ピアサポーターを活用した患者サロンを、患者に活用される方法で運営する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 各拠点病院等のピアサポート件数		35件 (2023)			沖縄県値:沖縄県地域統括相談支援センターがんピアサポート相談室(琉球大学病院がんセンター内)からの情報提供
	指標 患者サロンの開催回数		44回 (2023)			

②情報提供

2-1	県は、関係団体と協力し、障害等の関係でコミュニケーションに配慮が必要な県民および日本語によるコミュニケーションが難しい人の情報へのアクセスを確保するため、音声資料や点字資料、英語等による説明書等を作成し、「施設」に配布し、情報が行き届くようにする	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 「施設」に配布した①音声資料、②点字資料、③外国語資料の種類	①音声資料				沖縄県値:健康長寿課がん対策班からの回答「現時点(2024.8.29)で作成はしていない」
		②点字資料				
		③外国語資料の種類				

2-2	県は、県庁のホームページのがんに関する説明を定期的に改訂し、「施設」に関する啓発を図るなど広報に務める	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 「施設」の検索数					沖縄県値:健康長寿課がん対策班からの回答「検索数を把握していない」

2-3	「施設」では、自院のホームページや印刷物等で、対応が可能ながん種などを情報提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 以下が、ホームページまたは印刷物で情報提供されている「施設」の割合 ①具体的な専門医の情報②組織されている専門チームの情報③診断できるがん種の情報④治療できるがん種の情報	①具体的な専門医の情報				協議会の患者会委員に確認する
		②組織されている専門チームの情報				
		③診断できるがん種の情報				
		④治療できるがん種の情報				

2-4	「施設」では、自院のホームページや印刷物等で、院内がん登録のベンチマークの分析結果および医療の質の評価の分析結果等を情報提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 以下が、ホームページまたは印刷物で情報提供されている「施設」の割合 ①院内がん登録のベンチマーク結果の情報②医療の質の評価のベンチマーク結果の情報	①院内がん登録のベンチマーク結果の情報	40.0% (2024)			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
		②医療の質の評価のベンチマーク結果の情報	24.0% (2024)			

2-5	「施設」では、自院のホームページや印刷物等で、自治体や患者会等が主催する講演会等を積極的に広報する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 「施設」で、ホームページで広報した自治体や患者会等が主催する講演会等の件数		208件 (2023)			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査

③デジタル化

3-1	「施設」は、がん患者が院内で利用可能なインターネット環境を整備する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者とその家族が利用可能なインターネット環境を整備ししている「施設」の割合		68.0% (2024)			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査

番号	B 中間アウトカム

1-1	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ている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者体験調査 医療スタッフと十分な対話ができた人		70.6% (2018)	67.8% (2018)	愛媛県79.4% (2018)	患者体験調査
	指標 患者体験調査 がん相談支援センターを知っている人		74.0% (2018) なし (2014)	55.1% (2023) 66.9% (2018) 52.1% (2014)	滋賀県88.6% (2018) なし (2014)	患者体験調査
	指標 医療者調査 問18 がん診療連携拠点病院等に設置されている「がん相談支援センター」について、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。		31.7% (2023)	なし	なし	医療者調査

1-2	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る	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者体験調査 ピアサポートを利用したことがある人が役に立ったがん患者の割合		なし	70.4% (2023) 87.6% (2018)	なし	患者体験調査
	指標 患者体験調査 ピアサポートを知っている人		43.0% (2018)	15.4% (2023) 27.5% (2018)	沖縄県43.0% (2018)	患者体験調査
	指標 医療者調査 問19 患者サロン(ゆんたく会)、ピアサポート、患者会について、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。		22.0% (2023)	なし	なし	医療者調査

2-1	患者やその家族が、医療者から十分な情報を得ることができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者体験調査 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人		71.4% (2018) 86.6% (2014)	88.5% (2023) 75.2% (2018) 89.6% (2014)	長野県83.1% (2018) 愛媛県95.2% (2014)	患者体験調査
	指標 患者体験調査 治療スケジュールの見通しに関する情報を十分得ることができた人		83.3% (2018) 81.9% (2014)	91.3% (2023) 75.1% (2018) 89.1% (2014)	大分県86.4% (2018) 愛媛県94.3% (2014)	患者体験調査
	指標 医療者調査 問14 治療スケジュールの見通しについて、治療方針の決定までに、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。		69.6% (2023)	なし	なし	医療者調査
	指標 医療者調査 問15 医療費について、治療方針の決定までに、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。		47.8% (2023)	なし	なし	医療者調査

3-1	デジタル化によりがん患者・家族を含む国民が、適切な情報・医療資源・支援に容易にアクセスすることができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					指標未定

番号	A 分野アウトカム

1-1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者体験調査 がん患者の家族の悩みや負担を相談できる支援・サービス・場所が十分あると思う人		52.6% (2018) 45.7% (2014)	44.1% (2023) 47.1% (2018) 37.1% (2014)	岡山県57.0% (2018) 島根県51.9% (2014)	患者体験調査
	指標 患者体験調査 治療開始前に、病気のことや療養生活について誰かに相談できた人		79.9% (2018) 63.0% (2014)	60.6% (2023) 76.5% (2018) 67.4% (2014)	栃木県92.2% (2018) 秋田県81.3% (2014)	患者体験調査
	指標 患者体験調査 治療費用の負担が原因で、治療を変更または断念したことのある人		4.0% (2018) 4.0% (2014)	1.8% (2023) 5.0% (2018) 2.7% (2014)	群馬県11.7% (2018) 秋田県0.0% (2014)	患者体験調査

3-2	「施設」は、がん患者に対するセカンドオピニオンを含むオンライン診療を提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	オンラインでの相談を受け付けることができる体制を確保している「施設」の割合	28.0% （2024）			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
	指標	セカンドオピニオンをオンラインで施行できる体制を確保している「施設」の割合	8.0% （2024）			

3-3	拠点病院は、離島へき地のがん患者の診断・治療に際して、医療従事者とオンライン会議が実施できている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	拠点病院等と離島へき地の医療機関とのキャンサーボードの実施数	琉球大学病院：0			中部病院、那覇市立病院に問い合わせ予定

④就労支援（医療機関側）

4-1	「施設」の担当医は、患者の就労状況について把握し、患者が治療に入る前に、仕事を続けながら治療が可能であることを説明する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					指標未定

4-2	「施設」の担当医は、患者が治療に入る前に、がん相談センターまたはそれに準ずる組織において、就労に関する相談をするように紹介する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターにおける就労に関する相談件数	126件 （2023）			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査

4-3	「施設」では、地元のハローワーク等と協力しての就労相談を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	拠点病院等における就労の専門家による相談の回数	3件 （2023）			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
	指標	ハローワークと連携した就労支援を行った患者の数	18人 （2023）			

⑤就労支援（職場側）

5-1	事業主として、両立支援コーディネーターを配置して、がん患者の就労相談を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	両立支援コーディネーターを配置している事業主の割合				沖縄県値：沖縄産業保健総合支援センターからの回答「把握していない」（2024.9.6）

5-2	事業主として、地元のハローワーク等と協力しての就労相談を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	長期療養者就職支援事業を活用した就職者数				

5-3	事業主として、地元の産業保健総合支援センター等と協力しての就労相談を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	産業保健総合支援センターで扱った件数				

⑥アピアランスケア

6-1	担当医は、治療前からがん治療に伴う副作用についての説明を発現時期も含めて十分に説明を行い、アピアランスの変化が生じた場合は早期から積極的にがん相談支援センターと協力し対応を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターにおけるアピアランスに関する相談件数	74件 （2023）			琉球大学病院相談支援センターからの情報提供

6-2	「施設」は、外来化学療法室にアピアランスケアの研修を受けた職員を配置して、早期から積極的にがん相談支援センターと協力し対応を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	アピアランス支援研修修了者が配置されている外来化学療法室の割合				令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査

6-3	県は、県拠点病院にアピアランスケアセンターを設置し、患者向けの講習会の開催やケア帽子（またはウィッグ）に対する経済的援助を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者向け講習会の開催回数	0回			

⑦自殺対策

7-1	外来と入院患者向けの自殺防止マニュアルをそれぞれ整備し、研修を行い、がん患者の診断後の自殺対策ができている	指標項目		沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	自殺防止に関する院内マニュアル等を①外来患者用、②入院患者用に整備している「施設」のそれぞれの割合	①外来患者用	24.0% （2024）			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
			②入院患者用	28.0% （2024）			

7-2	希死念慮が認められた場合に、早急に精神科医に紹介する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	希死念慮が認められた場合に、早急に精神科医に紹介した件数				ベンチマーク部会で協議の上、施設アンケートに含めないことになった（2024.8）

7-3	「施設」では、精神科医が週1回以上勤務するようにする	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	精神科医が週1回以上勤務している「施設」の割合	59.1% （2024）			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査

⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

8-1	県は、関係諸団体と協力して、がんやがん患者・経験者への理解を深めるためのイベント等を開催し、偏見がなく、がん患者が疎外感を抱かないようにする	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	イベントの開催回数	0			沖縄県値：健康長寿課がん対策班からの回答「県単独の実施はなし」
	指標	がん患者団体イベントへの県が共催または後援した回数	2回 （2023）			沖縄県値：健康長寿課がん対策班からのデータ提供

4-1	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る	指標項目		沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 治療開始前に就労の継続について医療スタッフから話があった人		27.2% （2018）	44.0% （2023） 38.6% （2018）	神奈川県53.6% （2018）	患者体験調査
	指標	NDB-SCR/NDB 療養・就労両立支援指導料		78.8 （2021）	100.0 （2021）	愛媛県402 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（B-001-09）
	指標	医療者調査　問16 就労の継続について、治療開始前に、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。		34.9% （2023）	なし	なし	医療者調査

5-1	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る	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 職場や仕事上の関係者から治療と仕事を両方続けられるような勤務上の配慮があったと思う人	74.4% （2018） 55.9% （2014）	74.5% （2023） 65.1% （2018） 68.3% （2014）	秋田県86.1% （2018） 島根県82.5% （2014）	患者体験調査
	指標	患者体験調査 治療と仕事を両立するために社内制度を利用した人	26.1% （2018）	70.6% （2023） 35.6% （2018）	島根県51.9% （2018）	患者体験調査

6-1	医学的・整容的・心理社会的支援を用いて、外見の変化を補完し、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケアを受けることができている	指標項目		沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 外見の変化に関する悩みを誰かに相談できた人		31.6% （2018）	25.8% （2023） 28.5% （2018）	徳島県42.0% （2018）	患者体験調査
	指標	医療者調査　問17 アピアランスケアについて、治療開始前に、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。		37.9% （2023）	なし	なし	医療者調査

7-1	がん患者の自殺を減らすことができている	指標項目		沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん患者の自殺数		5人 （2023）			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
	指標	NDB-SCR/NDB がん患者指導管理料ロ	入院	157.1 （2021）	100.0 （2021）	大分県271.0 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差
			外来	126.4 （2021）	100.0 （2021）	栃木県250.9 （2021）	
			入院＋外来	132.8 （2021）	100.0 （2021）	栃木県234.0 （2021）	

8-1	がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 がんと診断されてから周囲に不必要に気を遣われていると感じる人	18.0% （2018） 29.4% （2014）	23.2% （2023） 12.9% （2018） 30.7% （2014）	大分県22.7% （2018） 岡山県18.7% （2014）	患者体験調査
	指標	患者体験調査 （家族以外の）周囲の人からがんに対する偏見を感じる人	3.9% （2018） 12.5% （2014）	7.4% （2023） 5.2% （2018） 10.3% （2014）	滋賀県11.1% （2018） 大阪府3.1% （2014）	患者体験調査

基盤

番号	C 個別施策

①研究の推進

1-1	行政と琉球大学等の研究機関が、定期的に会議等で施策や研究の現状や課題を共有し、議論することで、関係諸機関の連携体制を強化する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

1-2	「施設」における臨床研究と治験を推進する。	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

②人材育成の強化

	必要な知識を身に着けた専門的人材が増加し、適正な配置を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	常勤の病理専門医が1名以上配置されている「施設」の割合	56.0% (2024)			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
	指標	以下の専門家の数 ①臨床遺伝専門医 ②認定遺伝カウンセラー ③がんゲノム医療コーディネーター				
		①臨床遺伝専門医	12人 (2024) 8.2人 対人口100万人	1,850人 (2024) 14.9人 対人口100万人	東京都436人 (2024) 30.9人 対人口100万人	臨床遺伝専門医制度委員会
		②認定遺伝カウンセラー	1人 (2024) 0.7人 対人口100万人	387人 (2024) 3.1人 対人口100万人	東京都91人 (2024) 6.5人 対人口100万人	認定遺伝カウンセラー制度委員会
		③がんゲノム医療コーディネーター	4.3人 (2022) 対人口100万人	18.74人 (2022) 対人口100万人	島根県45.02人 (2022) 対人口100万人	厚生労働省 第83回がん対策推進協議会 資料2-7「人材育成」
	指標	以下の専門医の数 ①消化器外科専門医 ②呼吸器外科専門医 ③乳腺外科専門医 ④小児外科専門医 ⑤肝胆膵外科高度技能専門医 ⑥脳神経外科専門医 ⑦認定骨・軟部腫瘍医 ⑧婦人科腫瘍専門医 ⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医 ⑩泌尿器科専門医 ⑪頭頸部がん専門医 ⑫口腔外科専門医				
		①消化器外科専門医	82人 (2024) 55.8人 対人口100万人	9,208人 (2024) 74.1人 対人口100万人	京都府261人 (2024) 103.0人 対人口100万人	日本消化器外科学会
		②呼吸器外科専門医	17人 (2024) 11.6人 対人口100万人	1,640人 (2024) 13.2人 対人口100万人	徳島県16人 (2024) 23.1人 対人口100万人	日本呼吸器外科学会
		③乳腺外科専門医	18人 (2024) 12.2人 対人口100万人	2,034人 (2024) 16.4人 対人口100万人	京都府69人 (2024) 27.2人 対人口100万人	日本乳癌学会
		④小児外科専門医	5人 (2024) 3.4人 対人口100万人	753人 (2024) 6.1人 対人口100万人	京都府33人 (2024) 13.0人 対人口100万人	日本小児外科学会
		⑤肝胆膵外科高度技能専門医	4人 (2021) 2.7人 対人口100万人	587人 (2021) 4.7人 対人口100万人	和歌山県9人 (2021) 10.1人 対人口100万人	日本肝胆膵外科学会
		⑥脳神経外科専門医	74人 (2023) 50.4人 対人口100万人	7,899人 (2023) 63.6人 対人口100万人	高知県67人 (2023) 100.8人 対人口100万人	日本脳神経外科学会
		⑦認定骨・軟部腫瘍医	1人 (2024) 0.7人 対人口100万人	185人 (2024) 1.5人 対人口100万人	徳島県3人 (2024) 4.3人 対人口100万人	日本整形外科学会
		⑧婦人科腫瘍専門医	14人 (2023) 9.5人 対人口100万人	1,224人 (2024) 9.8人 対人口100万人	東京都218人 (2024) 15.5人 対人口100万人	日本婦人科腫瘍学会
		⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	2人 (2024) 1.4人 対人口100万人	91人 (2024) 0.7人 対人口100万人	福井県2人 (2024) 2.7人 対人口100万人	日本皮膚科学会
		⑩泌尿器科専門医	67人 (2024) 45.6人 対人口100万人	7,138人 (2024) 57.4人 対人口100万人	高知県63人 (2024) 94.8人 対人口100万人	日本泌尿器科学会
		⑪頭頸部がん専門医	7人 (2020) 4.8人 対人口100万人	493人 (2020) 4.0人 対人口100万人	鳥取県5人 (2020) 9.3人 対人口100万人	日本頭頸部外科学会
		⑫口腔外科専門医	26人 (2024) 17.7人 対人口100万人	2,240人 (2024) 18.0人 対人口100万人	鳥取県19人 (2024) 35.4人 対人口100万人	日本口腔外科学会
	指標	上記の専門医が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合				
		①消化器外科専門医	72.0% (2024)			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
		②呼吸器外科専門医	40.0% (2024)			
		③乳腺外科専門医	40.0% (2024)			
		④小児外科専門医	8.0% (2024)			
		⑤肝胆膵外科高度技能専門医	12.0% (2024)			
		⑥脳神経外科専門医	60.0% (2024)			
		⑦認定骨・軟部腫瘍医	0% (2024)			
		⑧婦人科腫瘍専門医	28.0% (2024)			
		⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	4.0% (2024)			
		⑩泌尿器科専門医	56.0% (2024)			
		⑪頭頸部がん専門医	8.0% (2024)			
		⑫口腔外科専門医	36.0% (2024)			
	指標	放射線治療専門医が何らかの形で週に1回以上または月に1回以上関わっている「施設」の割合	36.0% (2024)			
	指標	以下の専門家の数 ①放射線治療専門医 ②放射線治療専門放射線技師 ③医学物理士 ④がん放射線療法看護認定看護師				
		①放射線治療専門医	15人 (2024) 10.2人 対人口100万人	1,437人 (2024) 11.6人 対人口100万人	京都府57人 (2024) 22.5人 対人口100万人	日本放射線腫瘍学会
		②放射線治療専門放射線技師	11人 (2023) 7.5人 対人口100万人	1,847人 (2023) 14.9人 対人口100万人	大分県62人 (2023) 56.7人 対人口100万人	日本放射線治療専門放射線技師認定機構
		③医学物理士	9人 (2023) 6.1人 対人口100万人	1,461人 (2023) 11.8人 対人口100万人	福井県18人 (2023) 24.2人 対人口100万人	医学物理士認定機構
		④がん放射線療法看護認定看護師	6人 (2024) 4.1人 対人口100万人	311人 (2024) 2.5人 対人口100万人	山形県7人 (2024) 6.8人 対人口100万人	日本看護協会
	指標	以下の専門家が、常勤で配置されている放射線治療施設のそれぞれの割合 ①放射線治療専門医2名以上 ②放射線治療専門放射線技師2名以上 ③医学物理士 ④がん放射線療法看護認定看護師				
		①放射線治療専門医2名以上	20.0% (2024)			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
		②放射線治療専門放射線技師2名以上	60.0% (2024)			
		③医学物理士	40.0% (2024)			
		④がん放射線療法看護認定看護師	60.0% (2024)			

番号	B 中間アウトカム

1-1	社会医学研究や臨床研究等を推進することにより、沖縄県の特性、疾病及び医療の現状等が明らかになるなど、がん対策の基礎資料が整備されている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

2-1	必要な知識を身に着けた専門的人材が増加し、適正な配置ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	医療者調査 問41 今の職場は、あなたが必要な知識を備えた専門的人材になれる環境やキャリア形成（専門資格を取得するなど）を支援してくれていますか。	30.7% (2023)	なし	なし	医療者調査

番号	A 分野アウトカム

1-1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 一般の人が受けられるがん医療は数年前と比べて進歩したと思う患者の割合	78.5% (2018) 75.1% (2014)	81.1% (2023) 76.3% (2018) 80.1% (2014)	熊本県84.9% (2018) 岡山県89.1% (2014)	患者体験調査
	指標	患者体験調査 現在自分らしい日常生活を送れていると感じる人	78.3% (2018) 75.2% (2014)	79.0% (2023) 70.1% (2018) 77.7% (2014)	徳島県83.5% (2018) 秋田県89.4% (2014)	患者体験調査

2-1	指標	がん薬物療法専門医が何らかの形で週に1回以上または月に1回以上関わっている「施設」の割合		16.0% （2024）			
	指標	以下の専門家の数 ①がん薬物療法専門医 ②がん指導薬剤師、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師および外来がん治療認定薬剤師 ③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師および乳がん看護認定看護師	①がん薬物療法専門医	6人 （2024） 4.1人 対人口100万人	1，682人 （2024） 13.5人 対人口100万人	岡山県50人 （2024） 27.1人 対人口100万人	日本臨床腫瘍学会
			②がん指導薬剤師	0人 （2024） 0.0人 対人口100万人	385人 （2024） 3.1人 対人口100万人	石川県13人 （2024） 11.7人 対人口100万人	日本医療薬学会
			②がん専門薬剤師	4人 （2024） 2.7人 対人口100万人	827人 （2024） 6.7人 対人口100万人	石川県21人 （2024） 19.0人 対人口100万人	日本医療薬学会
			②がん薬物療法認定薬剤師	12人 （2023） 8.2人 対人口100万人	1，019人 （2023） 8.2人 対人口100万人	島根県13人 （2023） 20.1人 対人口100万人	日本病院薬剤師会
			②外来がん治療認定薬剤師	6人 （2023） 4.1人 対人口100万人	956人 （2023） 7.7人 対人口100万人	福岡県58人 （2023） 11.4人 対人口100万人	日本臨床腫瘍薬学会
			③がん看護専門看護師	13人 （2024） 8.8人 対人口100万人	931人 （2024） 7.5人 対人口100万人	高知県17人 （2024） 25.6人 対人口100万人	日本看護協会
			③がん薬物療法看護認定看護師	2人 （2024） 1.4人 対人口100万人	135人 （2024） 1.1人 対人口100万人	富山県5人 （2024） 5.0人 対人口100万人	日本看護協会
			③乳がん看護認定看護師	2人 （2024） 1.4人 対人口100万人	298人 （2024） 2.4人 対人口100万人	鳥取県4人 （2024） 7.5人 対人口100万人	日本看護協会
	指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①がん薬物療法専門医	12.0% （2024）			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
			②がん指導薬剤師	4.0% （2024）			
			②がん専門薬剤師	8.0% （2024）			
			②がん薬物療法認定薬剤師	20.0% （2024）			
			②外来がん治療認定薬剤師	16.0% （2024）			
			③がん看護専門看護師	12.0% （2024）			
			③がん薬物療法看護認定看護師	32.0% （2024）			
			③乳がん看護認定看護師	0% （2024）			
	指標	以下の専門家の数 ①緩和医療学会専門医及び認定医 ②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医 ③ペインクリニック専門医 ④放射線治療専門医 ⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医） ⑥緩和薬物療法認定薬剤師 ⑦緩和ケア認定看護師 ⑧公認心理師及び臨床心理士	①緩和医療学会専門医	3人 （2024） 2.0人 対人口100万人	356人 （2024） 2.9人 対人口100万人	鳥取県4人 （2024） 7.5人 対人口100万人	日本緩和医療学会
			①緩和医療学会認定医	11人 （2024） 7.5人 対人口100万人	1,146人 （2024） 9.2人 対人口100万人	鳥取県9人 （2024） 16.8人 対人口100万人	日本緩和医療学会
			②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	3人 （2024） 2.0人 対人口100万人	183人 （2024） 1.5人 対人口100万人	京都府9人 （2024） 3.6人 対人口100万人	日本サイコオンコロジー学会
			③ペインクリニック専門医	15人 （2024） 10.2人 対人口100万人	1,598人 （2024） 12.9人 対人口100万人	栃木県53人 （2024） 28.0人 対人口100万人	日本ペインクリニック学会
			④放射線治療専門医	15人 （2024） 10.2人 対人口100万人	1,437人 （2024） 11.6人 対人口100万人	京都府57人 （2024） 22.5人 対人口100万人	日本放射線腫瘍学会
			⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	13人 （2023） 8.8人 対人口100万人	1,264人 （2023） 10.2人 対人口100万人	奈良県119人 （2023） 92.0人 対人口100万人	日本インターベンショナルラジオロジー学会事務局からデータ提供
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	4人 （2024） 2.7人 対人口100万人	872人 （2024） 7.0人 対人口100万人	島根県11人 （2024） 17.0人 対人口100万人	日本緩和医療薬学会
			⑦緩和ケア認定看護師	33人 （2024） 22.5人 対人口100万人	1,951人 （2024） 15.7人 対人口100万人	山梨県50人 （2024） 63.0人 対人口100万人	日本看護協会
			⑧公認心理師	1,015人 （2024） 690.7人 対人口100万人	71,987人 （2024） 579.2人 対人口100万人	京都府2,301人 （2024） 908.1人 対人口100万人	日本心理研修センター
			⑧臨床心理士	336人 （2023） 228.6人 対人口100万人	36,865人 （2023） 296.6人 対人口100万人	京都府1,448人 （2023） 571.5人 対人口100万人	日本臨床心理士資格認定協会
	指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①緩和医療学会専門医	4.0% （2024）			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査
			①緩和医療学会認定医	28.0% （2024）			
			②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	4.0% （2024）			
			③ペインクリニック専門医	28.0% （2024）			
			④放射線治療専門医	32.0% （2024）			
			⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	36.0% （2024）			
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	16.0% （2024）			
			⑦緩和ケア認定看護師	72.0% （2024）			
			⑧公認心理師	44.0% （2024）			
			⑧臨床心理士	44.0% （2024）			
	指標	以下の専門家の数 ①在宅専門医 ②訪問看護師 ③介護支援専門員 ④在宅医療インテグレーター	①在宅専門医	10人 （2024） 6.8人 対人口100万人	461人 （2024） 3.7人 対人口100万人	奈良県12人 （2024） 9.3人 対人口100万人	日本在宅医療連合学会
			②訪問看護師	3人 （2024） 2.0人 対人口100万人	549人 （2024） 4.4人 対人口100万人	愛知県83人 （2024） 11.1人 対人口100万人	日本看護協会
			③介護支援専門員	7,024人 （2023） 4,779.4人 対人口100万人	751,059人 （2023） 6043.2人 対人口100万人	徳島県7,111人 （2023） 10,259.9人 対人口100万人	厚生労働省　介護支援専門員実務研修受講試験の実施状況等
			④在宅医療インテグレーター	13人 （2024） 8.8人 対人口100万人	382人 （2024） 3.1人 対人口100万人	沖縄県13人 （2024） 8.8人 対人口100万人	日本在宅医療連合学会からのデータ提供

③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発

3-1	すべての高等学校でがん教育を1時限以上行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん教育を、いずれかの学年で、すべてのクラスで1コマ以上行っている県立高校の割合	100% （2023）			指標の変更

3-3	がん教育が可能な外部講師の養成する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	外部講師を活用してがん教育を実施した学校の割合	※3.4% （2023） 2.9% （2021）	8.4% （2021）	佐賀県 28.3% （2021）	文部科学省　令和3年度におけるがん教育の実施状況調査の結果（7項）
	指標	実際にがん教育に携わった外部講師の数	10名 （2023）			沖縄県教育庁保健体育課からのデータ提供

※沖縄県2023年度は公立学校のみの調査結果とのこと（沖縄県教育庁保健体育課）

3-4	県及び市町村は、広報誌にがんに関する情報を定期的に掲載する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	年に2回以上広報誌にがん情報を載せた県及び市町村の割合	36.6% （2023）			令和6年度市町村向け進捗評価のためのアンケート調査

3-6	事業主は、雇用者が、がんに関する正しい理解を得ることができるように普及啓発活動を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん対策推進企業アクションの参加企業数	41企業 （2024） 27.9企業 対人口100万人	6,663企業 （2024） 53.6企業 対人口100万人	東京都2,539企業 （2024） 180.0企業 対人口100万人	がん対策推進企業アクションWebサイト「推進パートナー企業・団体一覧より（2024年6月14日閲覧）
	指標	事業所内で産業医、社労士等の専門家による研修会を開催し、従業員の半数以上が参加した事業所の割合				

3-7	医療保険者は、被保険者・被扶養者が、がんに関する正しい理解を得ることができるように普及啓発活動を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	医療保険者が主催した産業医、社労士等の専門家による研修会に参加した被保険者・被扶養者の割合				

④がん登録の利活用の推進

4-1	全国がん登録/院内がん登録の精度を高め、活用可能性を上げる	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	MI比	0.37 ※罹患数と死亡数との比			沖縄県値：令和4年度沖縄県がん登録事業報告（令和元年DCO% （2019年）の罹患集計）
	指標	%DCO	1.20% ※死亡情報のみで登録された患者の割合			

⑤患者・市民参画の推進

5-1	県がん対策推進計画の策定過程について、性別、世代、がん種等を考慮し、多様ながん患者等の参画を推進する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	沖縄県がん対策推進協議会、沖縄県がん対策推進計画検討会におけるがん患者を代表する者の人数及び参加割合	26.67%	なし	なし	沖縄県値：健康長寿課調べ（R5）

5-2	患者・市民参画を推進するにあたって、参画する患者・市民への啓発・育成を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	タウンミーティングの開催回数及び患者関係者または一般市民の参加人数	0			

5-2	「施設」では、自院のホームページや印刷物等で、自治体や患者会等が主催する講演会等を積極的に広報する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」で、ホームページで広報した自治体や患者会等が主催する講演会等の件数	208件 （2023）			令和6年度医療施設向け進捗評価のためのアンケート調査

5-3	医療従事者の意識向上に取り組む	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

3-1	県民ががん予防や早期発見の重要性を認識し、がんを正しく理解し向き合うことができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

4-1	全国がん登録/院内がん登録の利用ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	利用件数（総数・年あたり）				院内がん登録確認依頼中

5-1	がん対策の重要性を認識し、がん医療について正しい理解を得、医療の向上に向け自らも協力する県民（がん患者含む）の割合が増加できている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	沖縄県がん対策推進協議会、沖縄県がん対策推進計画検討会、沖縄県がん診療連携協議会での患者関係委員の発言回数（沖縄県がん診療連携協議会のみ）	35回 （2023）	なし	なし	沖縄県がん診療連携協議会Webサイト
	指標	タウンミーティングにおける患者関係者または一般市民の発言回数	0			
	指標	患者関係者と医療者の共催イベントの数				県に確認予定

資料 10―１

2025 年 1 月 17 日

幹事会
委員各位

幹事長
増田昌人

報告事項１　前回審議事項のその後について

＊以下の要約は、議事要旨を参考に報告している。
　第４回協議会までには、議事録まで参照して、資料を作る予定である。

第１回協議会
審議事項１　医療者調査の中間解析結果について
①　正式な報告はどのように公表されるのか
➡第２回協議会で報告した。
②　実現率が低い項目については高める努力を一定程度するべきとの意見が出た
➡第３回協議会の審議事項１として、特に実現率等が低い５項目に関して報告し、対策を提案した。

審議事項２　「第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会案）」の進捗について
①　均てん化のために QI の評価は重要で、これをどのようにがん対策に組み込むのか
（現在、参加医療機関が少ないことを報告）
➡第２回協議会の審議事項４で、院内がん登録を行っている医療機関でかつＤＰＣ参加病院には、「DPC-QI」に参加することを協議会として働きかけることを提案した。
②　県民性や経済面の問題により治療が難しい症例があり、これらを協議会でどこまで対応をしてくのか
➡未対応（３月の第４回医療部会の審議事項として、協議する予定である。）

第２回協議会
審議事項１　LINE®を使用したがん対策について

① 協議会として、提案を取り組むことを決議するまでには至らなかった。

審議事項２　周術期の口腔清掃等について（がん医科歯科連携）

① 医師から歯科医師へ患者を紹介するタイミングが、手術の直前になるケースが増えているため改善策を立てて、実際に改善をしていく必要がある。
（医療部会で検討することになった）

➡未対応（３月の第４回医療部会の審議事項として、協議する予定である。）

審議事項３　今年度の「沖縄県がん登録事業報告」に対する要望について

① 医療部会からの提案は以下の（ア）～（ウ）

（ア） 提案以下の①～⑫の項目の詳細部位別、性別データについて、二次医療圏ごとおよび 41 市 町村ごとの集計結果を示すこと

（イ） 上記の二次医療圏別、市町村別の進展度等の公開対象疾患に、前立腺がん及び肝・胆・膵のがんを加える。

（ウ） 部位別で公開しているがん種に、「骨・軟部腫瘍」を加える

➡8 月 28 日付で、沖縄県保健医療介護部長宛てに、議長名で、要望書を送付した（資料 10－２）。

➡沖縄県医療保険介護課から、議長に対して、返書が届いた（資料 10－３）。
要望は認められなかった。

審議事項４　院内がん登録をしている１８施設が DPC-QI に参加することに対する要望について

① 医療部会からの提案は以下の（ア）、（イ）

（ア） 院内がん登録を行っているが、『 Quality Indicator 研究』事業に参加していない 7 施設に対して、『 Quality Indicator 研究』事業への参加を呼び掛け、かつ 未実施の際にその理由を診療録から情報を採取することも同時にお願いする

（イ） 『 Quality Indicator 研究』事業に参加しているが、未実施の際にその理由を診療録から情報を採取していない 8 施設に対して、未実施の際にその理由を診療録から情報を採取することをお願いする

➡9 月 6 日付で、対象の病院長宛てに、議長名で、要望書を送付した（資料 10－４）。

➡対象の 7 施設から、『 Quality Indicator 研究』事業への参加および未実施の際にその理由を診療録から情報を採取することの了解を得た。また、対象の 8 施設から、未実施の際にその理由を診療録から情報を採取することの了解を得た。

審議事項５　専門的な資格を持った医療者が少ないことについて

① 医療部会からの提案は以下の（ア）と（イ）

（ア） 沖縄県は一部の専門知識を持った医師や看護師等が極めて少ない。そこで、この事実を、がん診療行う医療機関一覧」（26 施設）の長と人材育成の責任者に対して、この事実を知らせて、それぞれの施設で検討するように提案する。

（イ） 同様に、３つの研修群（県立病院群、RyuMIC 群、群星沖縄研修群）の事務局および責任者に送付し、それぞれに施設で検討することを提案する。

➡8 月 28 日付で、対象の 26 施設の施設長宛てに、議長名で、要望書を送付した（資料 10－5）。

３つの研修群（県立病院群、RyuMIC 群、群星沖縄研修群）に対しては、送付が未達成であので、１月中に送付する予定である。

➡その後は、対象 26 施設からは、特に反応はない。

第３回協議会

審議事項１　医療者調査の結果を受けた上での問題点の抽出について

第２回医療者調査の結果から、特に以下の項目の実現率等が低かった。

①　患者サロン、ピアサポート、患者会に関する十分な情報提供	実現率 22.2%
②がんゲノム医療に関する十分な情報提供	実現率 23.4%
③高齢がん患者への治療開始前の高齢者機能評価	実現率 26.0%
④県内におけるがん医療の集約化と機能分化	平均スコア：－2.5
⑤医師への意見の言いやすさ（医師以外が回答）	平均スコア：13.9

そのため、ベンチマーク部会として、以下の３つを提案し、協議会でも認められた。

（１）上記①～③の項目については、協議会として、がん診療連携拠点病院等 6 施設と『掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設』20 施設に対して、要望書を送ることを提案。

➡12 月 12 日付で、対象の 26 施設の施設長宛てに、議長名で、要望書を送付した（資料 10－6）。

➡その後は、対象 26 施設からは、特に反応はない。

（２）上記④に関しては、2012 年度（第６次沖縄県医療計画時）と 2018 年度（第７次沖縄県医療計画時）と同様に、今年度も第８次沖縄県医療計画に基づき、いわゆる『掲載要件』を決めるために、沖縄県から琉球大学への委託に関する要望書を協議会として提案する。

➡12 月 12 日付で、沖縄県知事宛てに、議長名で、要望書を送付した（資料 10－７）。

➡12 月 26 日付で、沖縄県保健医療介護部長から、琉球大学病院長あてに、委託するとの文書が送付された（資料 10－８）。それを受けて、医療部会とベンチマーク部会で準備を開始

した。

（３）上記⑤に関しては、各病院へ医師以外の医療者から医師へ意見が検討を促すための方策を、がん診療連携拠点病院等 6 施設と『掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設』20 施設に対して、各医療機関で行ってほしい旨の要望書を送ることを提案する。

➡12 月 12 日付で、対象の 26 施設の施設長宛てに、議長名で、要望書を送付した（資料９－6)。

➡その後は、対象 26 施設からは、特に反応はない。

資料１０-２

琉大上総第 415 号
令和 6 年 8 月28日

沖縄県保健医療介護部
糸数 公 部長 机下

沖縄県がん診療連携協議会議長
大屋　祐輔
（公 印 省 略）

今年度の「沖縄県がん登録事業報告」についての要望書

拝啓

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、今年度の「沖縄県がん登録事業報告」に対する要望があり、提出いたします。

毎年、沖縄県では「沖縄県がん登録事業報告」を行っていて、沖縄県のがん対策の基本となる資料として、有用であると感謝しております。

この報告をさらに有用なものとするため、二次医療圏ごとおよび 41 市町村ごとの分析を行い、公開することを希望します。

その際に、全国がん登録（含む旧地域がん登録）および院内がん登録データにおける少数例の公開については、個人情報保護の観点から、様々な意見はあるのは承知しております。しかし、全国の患者会の意見を取りまとめて国へ要望している一般社団法人全国がん患者団体連合会では、10 年以上前から、少数例でもむしろ積極的に公開して、がん対策が進展することを公の会議で繰り返し発言しています。そのことからも、がん対策に有効活用をすることにより、少数例の公開については、県民の理解を得られると思います。

また、症例数が少ないことによるデータの不安定については、集計データの対象年を 2 年分や 5 年分等を束ねて解析を行うことで解決可能と考えます。

以上より、少数例も含めた各種がん登録データを、二次医療圏ごとおよび 41 市町村ごとに解析していただき、がん対策により役立つ報告書を作成、公開をお願いいたします。

つきましては、別紙の通り要望いたしますので、ご配慮を賜りますようお願い申し上げます。

敬具

資料１０-３

保健第 452 号
令和6年12月24日

沖縄県がん診療連携協議会
議長　大屋　祐輔　殿

保健医療介護部
部長　糸数　公
（公印省略）

今年度の「沖縄県がん登録事業報告」についての要望書に関する回答

令和6年8月28日付け琉大上総第415号で要望のありました、みだしのことについて、当部で検討したことを下記のとおりご報告します。

記

ご要望のありました内容について、今年度のがん登録事業報告書への掲載については、6月のがん登録部会において掲載内容の承諾を得て作業を始めており、新たな項目を追加し掲載することはできませんが、次年度に向けて項目毎に掲載の必要性について精査し、部会等で意見を伺い検討してまいります。

沖縄県保健医療介護部
健康長寿課　がん対策班
担当：河野・山里
電話：098-866-2209
e-mail：aa030320@pref.okinawa.lg.jp

琉大上総第 432 号
令和 6 年 9 月 6 日

浦添総合病院
病院長　伊志嶺　朝成 先生 机下

沖縄県がん診療連携協議会議長
大屋　祐輔
（公 印 省 略）

厚生労働省委託事業　都道府県がん診療連携病院連絡協議会がん登録部会『Quality Indicator 研究』への参加のお願い

拝啓

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

厚生労働省委託事業として都道府県がん診療連携病院連絡協議会がん登録部会が毎年行っている『Quality Indicator 研究』へのご参加をお願いいたします。

本事業は、がん医療の質の評価を計測する数少ない全国レベルの事業です。国内の主要な病院 592 施設が参加しています。沖縄県でも 11 の病院がすでに参加しています。

沖縄県がん診療連携協議会（以下、協議会）では、がん対策の進捗を見るために第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）の医療提供体制分野の指標として 11 種類を取り入れています。

つきましては、沖縄県のがん医療に重要な役割を果たしている貴院に、この事業への参加をお願いいたします。

具体的には、DPC データの入院及び外来の E、F あるいは EF 統合ファイル（以下、総称して EF ファイル）を国立がん研究センターに提出をすることにより、既に国立がん研究センターに提供している院内がん登録データと連結し、標準治療の実施率(Quality Indicator)を算定することになります。しかも、実際の分析等は、国立がん研究センターが行うので、貴院は新たに EF ファイルのみの提出だけで、この事業に参加することができます。

ぜひ、ご参加をよろしくお願い申し上げます。

＊参加続き等の詳細は、別紙説明書をご覧ください。

敬具

資料１０-５

琉大上総第 416 号
令和 6 年 8 月28日

北部地区医師会病院
病院長　諸喜田　林 先生 机下

沖縄県がん診療連携協議会議長
大屋　祐輔
（公 印 省 略）

がんに関係する専門的な資格をもった医療者が少ないことについての情報提供
と貴院での検討のお願い

拝啓

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、沖縄県がん診療連携協議会（以下、協議会）では、第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）を策定し、これに従ってがん対策を始めています。この計画では、各分野における対策が進んでいるかを評価するために指標を設定し、自ら評価を行っています。

今回、基盤分野の人材育成の項目において、人口比で、全国の都道府県順位でワースト 10 位以内に入る専門医ががんに関係する領域 8 分野（がん薬物療法専門医、脳神経外科専門医、肝胆膵外科高度技能専門医、小児外科専門医、泌尿器科専門医、認定骨・軟部腫瘍医)、同様に医師以外の専門資格取得者が 6 種類（がん指導薬剤師、放射線治療専門放射線技師、医学物理士、がん専門薬剤師、乳がん看護認定看護師、外来がん治療認定薬剤師）が判明いたしました。

これらの人材の育成は、がん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）だけでできることではなく、沖縄県のがん医療に重要な役割を担っている貴院や、３つの研修群（県立病院群、RyuMIC 群、群星沖縄研修群）も含めて、広く協議する必要があると、本協議会では考えています。

そのため、今回、本協議会がまとめた、がんに関する専門資格者の都道府県別人数の資料を送付いたしますので、貴院においても、沖縄県内における人材育成につきまして、ご検討をいただきますよう、お願い申し上げます。

敬具

資料１０-６

琉大上総第 678 号
令和 6 年 12月12日

北部地区医師会病院
病院長　諸喜田　林 先生　机下

沖縄県がん診療連携協議会議長
（琉球大病院長）
大屋　祐輔
（公 印 省 略）

第２回医療者調査の結果に基づく要望書

沖縄県がん診療連携協議会（以下、協議会）では、第４次沖縄県がん対策推進計画（沖縄県がん診療連携協議会版）の進捗評価のために、本年２月～３月に沖縄県がん診療連携協議会主催第２回医療者調査を行いました。その際には、貴院に多大なご協力をいただきました。改めて、お礼を申し上げます。

今回、その結果を同封の資料１報告書（海邦総研作成）と資料２（NPO 法人疾病対策情報センター）にまとめましたので、貴院内で共有をしていただければと思います。

この結果を受けて本協議会では、第３回協議会で審議を行い、特に達成が不□分な４項目については、その達成に向けて、県内の主要医療機関に特別に要望を行い、ご協力をお願いすることにしました。

以下の項目につき、ぜひ貴院でも担当分野の委員会等で協議の上、医療職の方々に周知、達成を図っていただきますようにお願い申し上げます。

記

以下のことを、貴院全体で取り組んでいただくことをお願いいたします。

１ 医師を含む担当職員から患者サロン、ピアサポート、患者会に関する□分な情報提供を、診断がついた初期の段階で患者さんに□分行うこと
２ 担当医からがんゲノム医療に関する情報提供を患者さんに□分行うとともに、標準治療がない患者に対しては治療開始前に、標準治療がある患者に対してはその治療修了が見込まれる際に、がん遺伝子パネル検査を行うことを一度は検討すること
３ 65 歳以上のがん患者に治療をする際には、全例に□齢者機能評価を行うこと
４ 医師以外の医療職が、医師に対して自由に意見が言えるような体制整備を行うこと

以上

資料１０-７

琉大上総第 679 号
2024年 12 月 12 日

沖縄県知事
玉城デニー殿

沖縄県がん診療連携協議会議長
（琉球大病院長）
大屋祐輔
（公印省略）

第２回医療者調査の結果に基づく要望書

沖縄県がん診療連携協議会（以下、協議会）では、第４次沖縄県がん対策推進計画（沖縄県がん診療連携協議会版）の進捗評価のために、本年２月～３月に沖縄県がん診療連携協議会主催第２回医療者調査を行いました。対象は、県庁ホームページに掲載されている『掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設』26 施設に勤務する医療者（医師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー）で、1,267 名から回答が得られました。

今回、その結果を同封の資料１報告書（海邦総研作成）と資料２（NPO 法人疾病対策情報センター）にまとめましたので、ご参照ください。

この結果を受けて本協議会では、１１月８日の第３回協議会で審議を行い、特に達成が不□分な項目について行い、対応策を検討いたしました。その中で、県内におけるがん医療の集約化と機能分化については、平均スコアが－2.5 ポイントと特別に低く、これに関しては、沖縄県の担当部署と共同で改善を図る必要があるという意見が出ました。そこで、その解決策の一つとして、以下を要望いたしますので、よろしくお取り計らいをお願い申し上げます。

記

第８次沖縄県医療計画に基づき、『掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設』の選定のための掲載要件を決めることを、沖縄県から琉球大学への委託していただくこと

＊2012 年度（第６次沖縄県医療計画時）と 2018 年度（第７次沖縄県医療計画時）に、同様の委託事業は行われています。

以上

保 健 第 ６０６ 号
令和６年 12 月 26 日

沖縄県がん診療連携協議会議長
（琉球大学病院長）
大屋　祐輔　　殿

沖縄県保健医療介護部長
糸　　数　　公
（ 公　印　省　略 ）

「がん診療を行う医療施設一覧」掲載要件見直しへの協力依頼について

保健医療行政の推進につきましては、日頃より、ご理解、ご協力を賜り感謝申し上げます。

さて、県では、「がん診療を行う医療施設一覧」を作成し、患者が最適な医療機関を受診できるよう県ホームページ等へ掲載している他、「第８次沖縄県医療計画（がん分野）」及び「第４次沖縄県がん対策推進計画」においても、「がん診療を行う医療機関」として、がん医療に関する多くの施策において実施主体として明記し、その自主的な活動、行動を推進しているところです。

今般、現行の掲載要件を設定しておりますが、がん医療を取り巻く環境も変化していると推察されるため、掲載要件の見直しを行います。

掲載要件の見直しにあたっては、沖縄県がん診療連携協議会のご意見を踏まえて、検討する必要があると考えております。

つきましては、別添掲載要件についてご検討いただき、修正案をご提出下さいますようお願いいたします。

〔 担当 〕
〒900-8570　那覇市泉崎 1-2-2
沖縄県保健医療介護部
健康長寿課がん対策班　外間
TEL：098-866-2209

※記載内容は、現行の掲載要件ですので、必要に応じ修正をお願いします。
※現行要件から要件を変更する場合、その理由をお聞かせください。

がん診療を行う医療施設一覧の掲載要件

０．医療体制

以下の項目をすべて満たす施設とする

１　以下の項目が組織上明確に位置付けられた上で整備され、機能していること

（１）　キャンサーボード*1
（２）　がん薬物療法のレジメン*2 審査・登録・管理委員会
（３）　緩和ケアチーム
（４）　セカンドオピニオン
（５）　院内がん登録に関する委員会
（６）　医療安全管理に関する委員会

*1　キャンサーボード：手術、放射線療法及び化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師や、その他の専門医師及び医療スタッフ等が参集し、がん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンスのこと

*2　レジメン：治療内容

１．大腸がん

以下の項目をすべて満たす施設とする

１　以下の項目をすべて満たしていること

（１） 一般財団法人日本消化器病学会認定施設

（２） 一般社団法人日本消化器外科学会認定施設

（３） 結腸がんに対する手術が年 24 例以上ある施設

（４） 直腸がんに対する手術が年 12 例以上ある施設

（５） 大腸がんに対する放射線治療が年２例以上ある施設。または適切に連携を取ることにより、必要な時期に適切に他の医療機関に紹介して放射線治療を実施していて、その放射線治療が年２例以上ある施設

（６） 大腸がんに対する薬物療法が年 24 例以上ある施設

※症例数は、直近３年間の平均値とする

※放射線治療の症例数には、緩和的放射線治療を含む

※（５）は、自施設での治療と他施設での治療の合計が年２例以上の施設も可とする。

２．肺がん

以下の項目をすべて満たす施設とする

１　以下の項目をすべて満たしていること

（１） 一般社団法人日本呼吸器学会認定施設

（２） 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）

（３） 肺がんに対する手術が年 24 例以上ある施設

（４） 肺がんに対する化学放射線治療または放射線治療の合計が年 12 例以上ある施設または適切に連携を取ることにより、必要な時期に適切に他の医療機関に紹介して化学放射線治療または放射線治療を実施していて、その化学放射線治療または放射線治療の合計が年 12 例以上ある施設（自施設で治療を行わず、他医療機関への紹介のみの症例数も含む）

（５） 肺がんに対する薬物療法が年 18 例以上ある施設

（６） 肺がんに対する新規治療（手術、薬物療法、放射線療法などすべて含む）が年 50 例以上ある施設

※症例数は、直近３年間の平均値とする

※放射線治療の症例数には、緩和的放射線治療を含む

※（４）は、自施設での治療と他施設での治療の合計が年 12 例以上の施設も可とする。

３．胃がん

以下の項目をすべて満たす施設とする

１　以下の項目をすべて満たしていること

（１） 一般財団法人日本消化器病学会認定施設

（２） 一般社団法人日本消化器外科学会認定施設

（３） 胃がんに対する手術が年 10 例以上ある施設

（４） 胃がんに対する内視鏡的粘膜下層剥離術が年３例以上ある施設

（５） 胃がんに対する薬物療法が年３例以上ある施設

※症例数は、直近３年間の平均値とする

４．乳がん

以下の項目を満たす施設とする

一般社団法人日本乳癌学会認定施設または関連施設であること

５．子宮がん

以下の項目をすべて満たす施設とする

１　以下の項目をすべて満たしていること

（１） 公益社団法人日本産婦人科学会専攻医指導施設

（２） 常勤の婦人科腫瘍専門医、または常勤の産婦人科専門医のいる施設

（３） 子宮の浸潤がん症例に対する手術が年６例以上ある施設

（４） 子宮がんに対する放射線治療が年３例以上ある施設。または適切に連携を取ることにより、必要な時期に適切に他の医療機関に紹介して放射線治療を実施していて、その放射線治療が年３例以上ある施設

（５） 子宮がんに対する薬物療法が年６例以上ある施設

※症例数は、直近３年間の平均値とする

※放射線治療の症例数には、緩和的放射線治療を含む

※（４）は、自施設での治療と他施設での治療の合計が年３例以上の施設も可とする。

６．肝臓がん

以下の項目をすべて満たす施設とする

１　以下の項目をすべて満たしていること

（１） 一般財団法人日本消化器病学会認定施設

（２） 常勤の肝臓専門医が勤務している施設

（３） 一般社団法人日本消化器外科学会認定施設

（４） 肝臓がんに対する手術が年６例以上ある施設
肝臓がんに対する穿刺局所療法および肝動脈（化学）塞栓療法の合計が年６例以上ある施設

（５） 肝臓がんに対する薬物療法が年１例以上ある施設

※症例数は、直近３年間の平均値とする

７．胆道がん　膵臓がん

以下の項目をすべて満たす施設とする

１　以下の項目をすべて満たしていること

（１）　一般財団法人日本消化器病学会認定施設

（２）　一般社団法人日本消化器外科学会認定施設

（３）　胆道がんおよび膵臓がんに対する手術の合計が年 10 例以上ある施設

（４）　胆道がんおよび膵臓がんに対する緩和的放射線治療も含めた放射線治療および化学放射線治療が可能な施設。または適切に連携を取ることにより、必要な時期に適切に他の医療機関に紹介することにより緩和的放射線治療も含めた放射線治療および化学放射線治療が可能な施設。

（５）　胆道がんおよび膵臓がんに対する薬物療法の合計が年６例以上ある施設

※症例数は、直近３年間の平均値とする

※放射線治療の症例数には、緩和的放射線治療を含む

８．食道がん

以下の項目をすべて満たす施設とする

１　以下の項目をすべて満たしていること

（１）　一般財団法人日本消化器病学会認定施設

（２）　一般社団法人日本消化器外科学会認定施設

（３）　食道がんに対する手術および内視鏡的粘膜下層剥離術の合計が年６例以上ある施設

（４）　食道がんに対する化学放射線治療または放射線治療の合計が年６例以上ある施設または適切に連携を取ることにより、必要な時期に適切に他の医療機関に紹介して化学放射線治療または放射線治療を実施していて、その化学放射線治療または放射線治療の合計が年６例以上ある施設（自施設で治療を行わず、他医療機関への紹介のみの症例数も含む）

（５）　食道がんに対する薬物療法が年３例以上ある施設

※症例数は、直近３年間の平均値とする

※放射線治療の症例数には、緩和的放射線治療を含む

※（４）は、自施設での治療と他施設での治療の合計が年６例以上の施設も可とする。

９．前立腺がん

以下の項目をすべて満たす施設とする

１　以下の項目をすべて満たしていること

（１）　一般社団法人日本泌尿器科学会専門医拠点教育施設または関連教育施設

（２）　前立腺がんに対する手術が年６例以上ある施設。または適切に連携を取ることにより、必要な時期に適切に他の医療機関に紹介して手術を実施していて、その手術が年６例以上ある施設

（３）　前立腺がんに対する放射線治療が年６例以上ある施設
または適切に連携を取ることにより、必要な時期に適切に他の医療機関に紹介して放射線治療を実施していて、その放射線治療が年６例以上ある施設

（４）　前立腺がんに対する薬物療法が年６例以上ある施設

（５）　前立腺がんに対する新規治療（手術、放射線療法、薬物療法などすべて含む）が年20例以上ある施設

※症例数は、直近３年間の平均値とする

※放射線治療の症例数には、緩和的放射線治療を含む

※（２）および（３）は、自施設での治療と他施設での治療の合計が年６例以上の施設も可とする。

１０．甲状腺がん

以下の項目をすべて満たす施設とする

１　以下の項目をすべて満たしていること

（１）　一般社団法人日本内分泌外科学会認定施設、または特定非営利活動法人日本頭頸部外科学会指定研修施設

（２）　甲状腺領域に対する手術が年６例以上ある施設

（３）　甲状腺がんに対する薬物療法が年１例以上ある施設

※症例数は、直近３年間の平均値とする

１１．血液腫瘍

以下の項目を満たす施設とする

血液腫瘍に対する薬物療法を実施している

１２．放射線療法

以下の項目を満たす施設とする

自施設で放射線療法を実施している

１３．緩和ケア

以下の項目を満たす施設とする

緩和ケアチームが整備され機能している

がん診療を行う医療施設

【ご覧になる際の留意事項】
2023年に実施した医療機能調査で、「がん診療を行っている」と回答あった県内医療施設のうち、別添掲載要件を満たしていると確認できた医療施設のみを掲載しています。
掲載されていない医療施設においても、がん診療を行っている場合があります。
掲載の内容は、令和6年6月時点の県内医療機関に関する情報です。以後、提供する医療の内容が変わる場合もあります。

（令和6年6月時点）

	がん診療連携拠点病院等	医療体制	大腸がん	肺がん	胃がん
	「がん診療連携拠点病院等の整備について」(平成30年7月31日付健発第0731第1号)に基づき厚生労働大臣が指定する医療機関	掲載要件を充足している医療機関			
北部	〔地域がん診療病院〕 北部地区医師会病院（名護市）	北部地区医師会病院（名護市）			
中部	〔地域がん診療連携拠点病院〕 県立中部病院（うるま市）	県立中部病院（うるま市）	県立中部病院（うるま市）	中頭病院（沖縄市）	県立中部病院（うるま市）
		中頭病院（沖縄市）	中頭病院（沖縄市）	沖縄病院（宜野湾市）	中頭病院（沖縄市）
		中部徳洲会病院（北中城）	ハートライフ病院（中城村）		ハートライフ病院（中城村）
		沖縄病院（宜野湾市）			
		ハートライフ病院（中城村）			
南部	〔都道府県がん診療連携拠点病院〕 琉球大学病院（西原町） 〔地域がん診療連携拠点病院〕 那覇市立病院（那覇市）	琉球大学病院（西原町）	琉球大学病院（西原町）		琉球大学病院（西原町）
		那覇市立病院（那覇市）	那覇市立病院（那覇市）		那覇市立病院（那覇市）
		沖縄協同病院（那覇市）	浦添総合病院（浦添市）		浦添総合病院（浦添市）
		沖縄赤十字病院（那覇市）	友愛医療センター（豊見城市）		友愛医療センター（豊見城市）
		友愛医療センター（豊見城市）			
宮古	〔地域がん診療病院〕 県立宮古病院（宮古島市）	県立宮古病院（宮古島市）			
八重山	〔地域がん診療病院〕 県立八重山病院（石垣市）	県立八重山病院（石垣市）			

がん診療を行う医療施設

【ご覧になる際の留意事項】
2023年に実施した医療機能調査で、「がん診療を行っている」と回答あった県内医療施設のうち、別添掲載要件を満たしていると確認できた医療施設のみを掲載しています。
掲載されていない医療施設においても、がん診療を行っている場合があります。
掲載の内容は、令和6年6月時点の県内医療機関に関する情報です。以後、提供する医療の内容が変わる場合もあります。

（令和6年6月時点）

	乳がん	子宮がん	肝臓がん	胆道がん・膵臓がん	食道がん
	掲載要件を充足している医療機関				
北部	北部地区医師会病院（名護市）				
中部	県立中部病院（うるま市）	県立中部病院（うるま市）	中頭病院（沖縄市）	中頭病院（沖縄市）	
	中頭病院（沖縄市）				
	中部徳洲会病院（北中城村）				
南部	琉球大学病院（西原町）	琉球大学病院（西原町）	琉球大学病院（西原町）	琉球大学病院（西原町）	琉球大学病院（西原町）
	那覇市立病院（那覇市）	友愛医療センター（豊見城市）	浦添総合病院（浦添市）	那覇市立病院（那覇市）	友愛医療センター（豊見城市）
	浦添総合病院（浦添市）		友愛医療センター（豊見城市）	浦添総合病院（浦添市）	
	沖縄協同病院（那覇市）			友愛医療センター（豊見城市）	
	沖縄赤十字病院（那覇市）				
	友愛医療センター（豊見城市）				
	マンマ家クリニック（浦添市）				
	宮良クリニック（浦添市）				
	那覇西クリニック（那覇市）				
	那覇西クリニックまかび（那覇市）				
宮古					
八重山					

がん診療を行う医療施設

【ご覧になる際の留意事項】
2023年に実施した医療機能調査で、「がん診療を行っている」と回答あった県内医療施設のうち、別添掲載要件を満たしていると確認できた医療施設のみを掲載しています。
掲載されていない医療施設においても、がん診療を行っている場合があります。
掲載の内容は、令和6年6月時点の県内医療機関に関する情報です。以後、提供する医療の内容が変わる場合もあります。

（令和6年6月時点）

	前立腺がん	甲状腺がん	血液腫瘍		放射線療法		緩和ケア	
	掲載要件を充足している医療機関		薬物療法を実施している医療機関 〇：常勤の血液専門医在籍		放射線療法を実施している医療機関 〇：常勤の放射線専門医(学会認定)在籍		緩和ケアチームを有している医療機関 〇：緩和ケア研修を修了した医師在籍	
北部			〇	たいら内科クリニック（名護市）			〇	北部地区医師会病院（名護市）
中部	県立中部病院（うるま市）	県立中部病院（うるま市）	〇	県立中部病院（うるま市）	〇	県立中部病院（うるま市）	〇	県立中部病院（うるま市）
	中頭病院（沖縄市）		〇	中頭病院（沖縄市）	〇	中頭病院（沖縄市）	〇	中頭病院（沖縄市）
	中部徳洲会病院（北中城村）		〇	中部徳洲会病院（北中城村）※移植	〇	沖縄病院（宜野湾市）	〇	中部徳洲会病院（北中城村）
							〇	沖縄病院（宜野湾市）
							〇	ハートライフ病院（中城村）
南部	琉球大学病院（西原町）	琉球大学病院（西原町）	〇	琉球大学病院（西原町）※移植	〇	琉球大学病院（西原町）	〇	琉球大学病院（西原町）
	那覇市立病院（那覇市）	浦添総合病院（浦添市）	〇	那覇市立病院（那覇市）	〇	那覇市立病院（那覇市）	〇	那覇市立病院（那覇市）
	友愛医療センター（豊見城市）		〇	県立南部医療センター・こども医療センター（南風原町）	〇	県立南部医療センター・こども医療センター（南風原町）	〇	県立南部医療センター・こども医療センター（南風原町）
	南部徳洲会病院（八重瀬町）		〇	沖縄赤十字病院（那覇市）	〇	友愛医療センター（豊見城市）	〇	浦添総合病院（浦添市）
				南部徳洲会病院（八重瀬町）	〇	南部徳洲会病院（八重瀬町）	〇	ｱﾄﾞﾍﾞﾝﾁｽﾄﾒﾃﾞｨｶﾙｾﾝﾀｰ（西原町）
						沖縄赤十字病院（那覇市）	〇	大浜第一病院（那覇市）
							〇	沖縄協同病院（那覇市）
							〇	沖縄赤十字病院（那覇市）
							〇	豊見城中央病院（豊見城市）
							〇	友愛医療センター（豊見城市）
							〇	南部徳洲会病院（八重瀬町）
								与那原中央病院（与那原）
							〇	那覇西クリニックまかび（那覇市）
宮古							〇	県立宮古病院（宮古島市）
八重山				県立八重山病院（石垣市）			〇	県立八重山病院（石垣市）

ロジックモデルと指標の活用の仕方を身につける研修会報告書

日　　時：令和 6 年 12 月 22 日（日）13：00～17：30
場　　所：沖縄県医師会館 3 階ホール
参 加 者：国立がん研究センターがん対策情報センター副本部長、沖縄県医師会長、県内医療施設の病院長や副院長を含め、合計４０名の皆様にご参加頂いた（会場参加 35 人、オンライン参加 5 人）。

講師・ファシリテーター：
埴岡健一先生（国際医療福祉大学大学院医療福祉ジャーナリズム分野 教授）
大井久美子氏（奈良県吉野保健所健康増進課 課長）
松本佳子氏（一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構）
吉田真季氏（一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構）
高嶺公子氏（沖縄県保健医療介護部地域包括ケア推進課 課長）
長浜麻紀子氏（沖縄県保健医療介護部医療政策課 主幹）
米須愛子氏（沖縄県保健医療介護部健康長寿課 主任技師）
増田昌人　（琉球大学病院がんセンター センター長）

研修内容：ワーク 2 ロジックモデルにある施策の優先度を検討する
ワーク 3 施策の進捗評価の指標を読んで地域診断する

対 象 者：沖縄県がん診療連携協議会
① 協議会委員
② 幹事会委員
③ 専門部会委員
医療部会
緩和ケア・在宅医療部会、研修ワーキング、在宅ワーキング
小児・AYA 部会
離島・へき地部会
情報提供・相談支援部会
ベンチマーク部会、がん登録ワーキング
大腸がん死激減プロジェクト連絡会議
④ その他（参加希望者）

主　　催：沖縄県がん診療連携協議会

会場の様子：















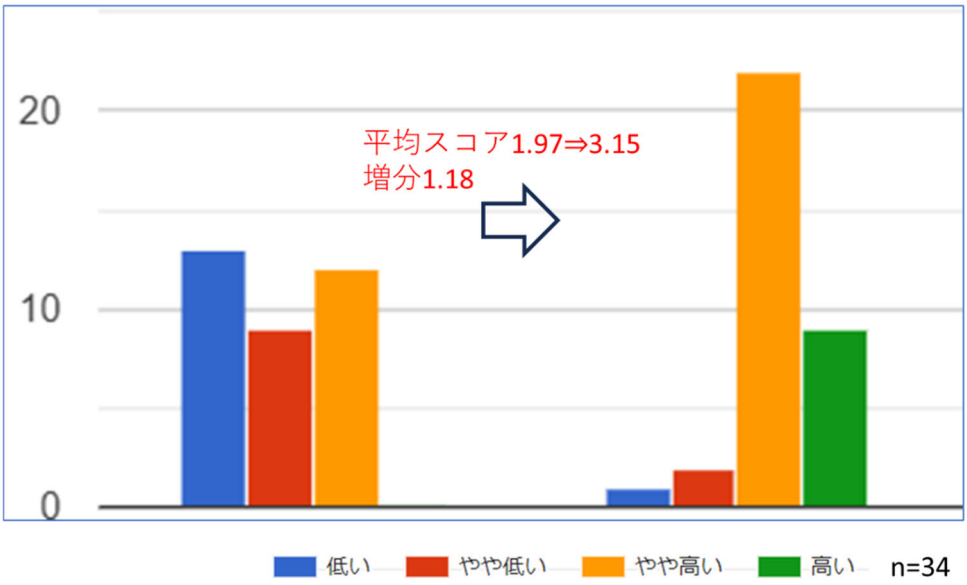


ロジックモデルと指標の活用の仕方を身につける研修会アンケート

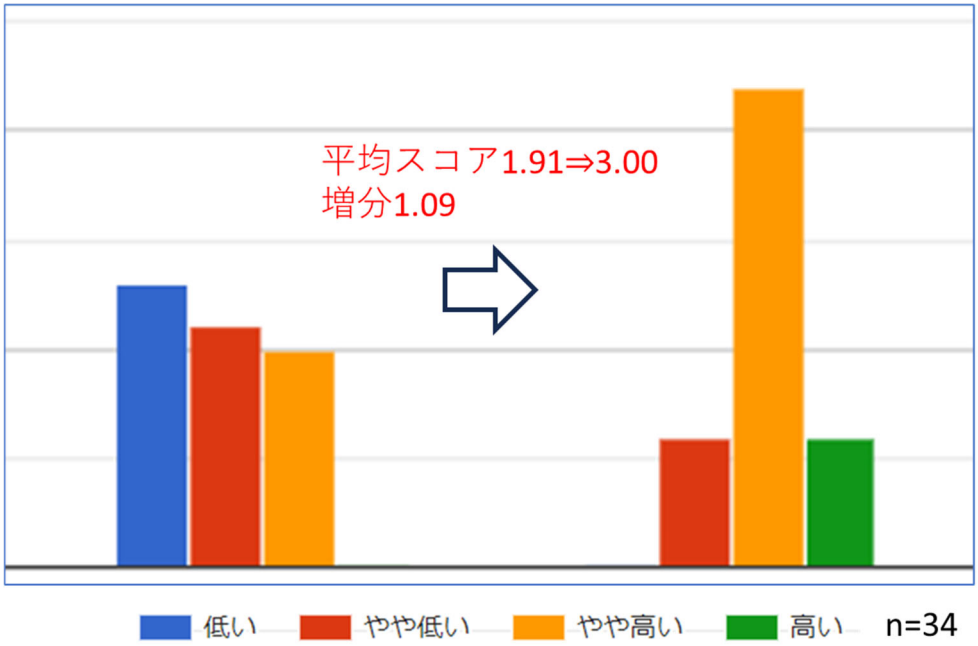
参 加 者： 40 人
回答者数： 34 人
回 答 率：100.0%
（途中退席 6 人を除く）

Q１．あなたの研修を受ける前と受けた後の理解度を、4 択から選んでください。

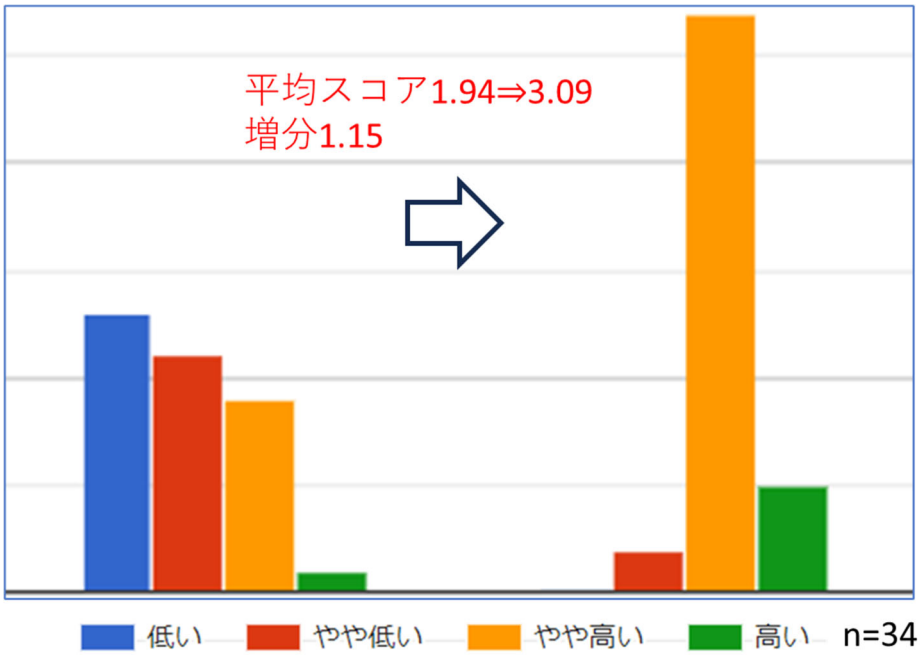
ロジックモデルに関する理解（前後比較）



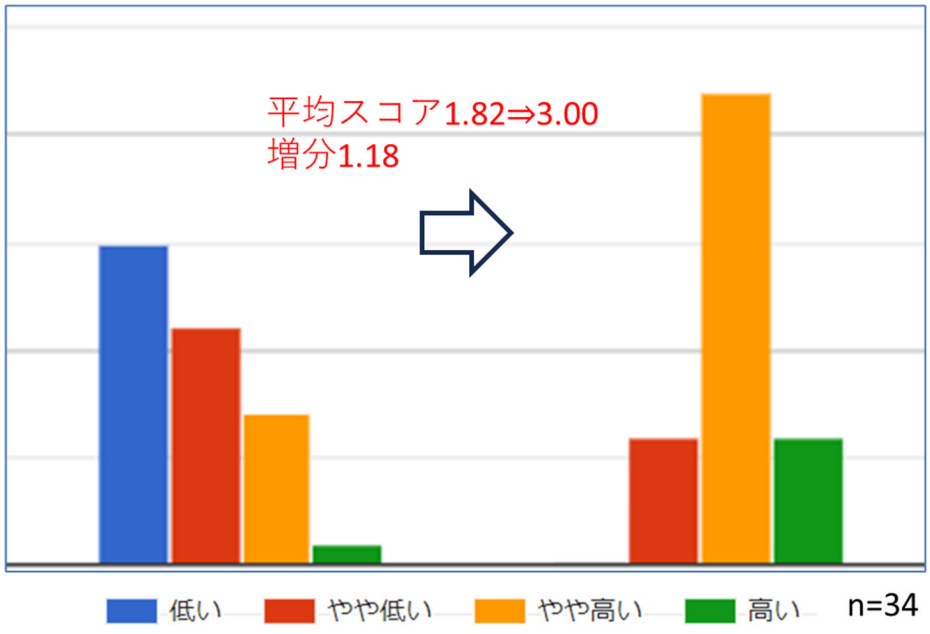
指標データの読み取りに関する理解（前後比較）



施策の優先付けに関する理解（前後比較）

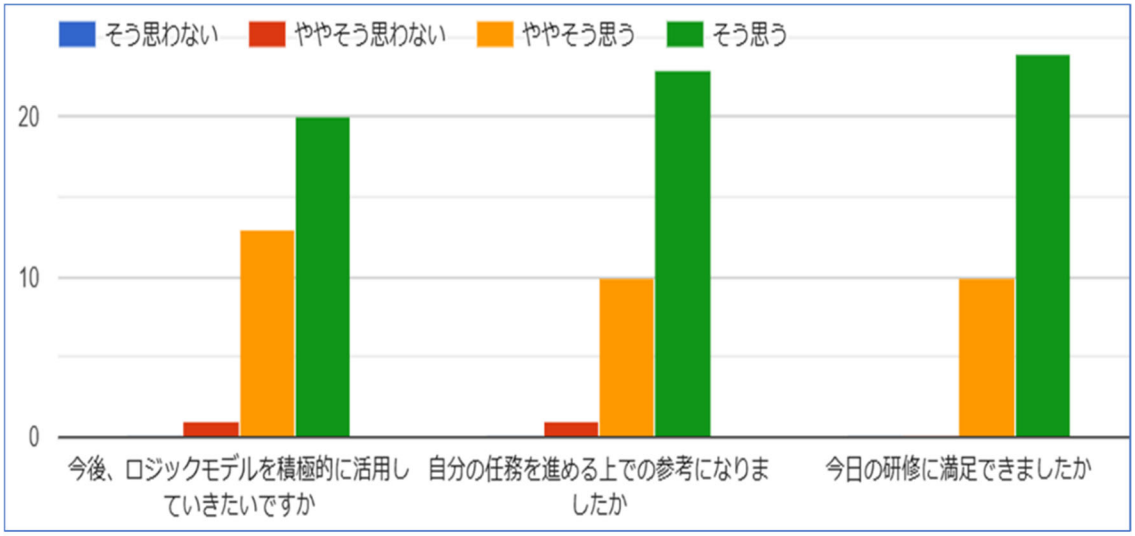


施策の進捗評価に関する理解（前後比較）



スコアは「低い=1」「やや低い=2」「やや高い=3」「高い=4」として平均値を算出しました。

Q２．今後、ロジックモデルを積極的に活用していきたいですか？
Q３．自分の任務を進める上での参考になりましたか？
Q４．今日の研修に満足できましたか？



n=34

Q５．質問やご意見などがありましたら、ご記入ください

・タイトなスケジュールではありますが、アウトプットや中間アウトカムの説明がもう少し欲しかった（こちらの理解力の問題もあります）です。
・中間アウトカム、初期アウトカムを設定するときに、必要なこと、大事なこと、コツなどあれば、詳しく知りたいと思いました。
・やや難しいなりに皆さんの意見やコメントを聞きとても勉強になりました。いろいろな場面に活用していきたいです。ありがとうございました！
・ありがとうございました。大変勉強になりました。
・とても勉強になりました。ありがとうございました。
・難しいしワークの進みが早いしでついていけるか不安でしたが、やってるうちになんとかやれた感を得られました。あとは日常業務の中で活用できるようコツコツやっていきたいです
・ありがとうございました。楽しく、非常に勉強になりました。今後活かして行きたいと思います。
・とても良かったです。ありがとうございました。
・短時間に盛りだくさんの内容で、とても楽しかったです。ファシリテーターの長浜さんも課題を上手にリードしていただき、感謝です。ありがとうございました。
・楽しかったです。次の研修会も楽しみです。
・詰め込み頭がいっぱいですが復習して生かしていきます。
・とても勉強になりました。本当にありがとうございました。

・とても難しいと苦手意識から、後ろ向きであったのが、少しわかったことで前向きになれました。ついていけてないところもありましたがとても充実した研修でした。ありがとうございました。
・情報提供、相談支援部会で触れていたロジックモデルをちゃんと勉強しないとと思い参加しました。素晴らしい講師の先生、政策に携わるファシリの方とグループワークができ、勉強になりました。用語の理解からデータの分析力をつけること等、たくさん課題に気づきました。次回ロジックモデルの研修会をするのでしたら、レベルを上げずに今回のような基礎的な内容でまたやってくださるとさらに理解を深められると感じました。ありがとうございました。
・ロジックモデルについて理解が深まる収穫の多い研修になりました。

2025 年 1 月 20 日

令和 7 年度沖縄県がん診療連携協議会

NPO 乳がん患者の会　ぴんく・ぱんさぁ活動報告

ぴんく・ぱんさぁリボンズハウスでの活動

毎月第 2 火曜日…ウィッグ相談日　2024 年 8 回

毎月第 3 水曜日…ぴーち会(20～30 代のメンバー)ユンタク会　2024 年 10 回

その他 IT 講座や補正パッド作りのワークショップを開催

ピンクリボンアドバイザーサテライト試験実施に向けた取り組み



・実施日 ：2025 年 1 月 11 日 那覇市

1 月 12 日 宮古島市

・初級中級あわせて 30 名が受験

・ピンクリボンアドバイザー試験のための勉強会・市民公開講座を実施

① ピンクリボンアドバーザー勉強

日時：11 月 16 日(土)14 時

会場：浦添市社会福祉センター　　23 名参加

② 市民公開講座 IN 宮古島市

日時：11 月 24 日(日) 14 時

会場：働く女性の家「ゆいみなぁ」　　40 名参加

・ライン通話を利用し、読み合わせを中心とした勉強会を 11 回実施

リレー・フォー・ライフ・ジャパン 2024 の取り組み

今回は、宮古、石垣の離島メンバーとも一緒に活動したいと考えた。石垣は昨年 11 月にピンクリボンアドバイザーになった「乳がん患者会ナネーズスロウ」のメンバー、宮古は「乳がん患者会まんま宮古」のメンバーと zoom で打合せ。ルミナリエパックとラジオで繋がるルミナリエのメッセージを一緒に作成。

当日はルミナリエパックを宮古エリア、石垣エリアとまとめて並べてもらった。

上原実行委員長にお願いし、宮古、石垣のメンバーにもバンダナとシリコンブレスレッドを分けてもらい送った。

石垣「ナネーズスロー」のメンバーより

「リレホのチラシの掲示をお願いして回る中、健康福祉センターの保健師さんより 12 月の健康福祉祭りの看護協会ブースで検診啓発や乳がんのブースを一緒にやりましょうとの声掛けをいただいた。健康福祉祭りの参加は目標としていたので、願ったりかなったりだった。認定 NPO 法人 J-POSH の助成金もこの活動に使いたい」という報告があり、私たちも、乳がん検診啓発ティッシュ、ピンクリボンシール、触診モデルなどを送らせてもらった。











「まんま宮古」のメンバー

毎年恒例のハッピーキャップと講演活動

11 月 8 日宮古総合実業高校で 2 年生 19 名とハッピーキャップの製作。

12 月 24 日宮古総合実業高校 1 年生 1 クラスに患者会活動と体験、ハッピーキャップについての講演

12 月 25 日宮古病院にハッピーキャップの贈呈



あわせてピンクリボンアドバーザーサテライト試験の取り組み。

本年も県内の患者会とも共に活動していきたいと思います。

若年性がん患者会

2025 1

Be Style 活動報告

Relay For Life 2024



２０２４年も無事に患者会でブースをお借りして、リレーフォーライフに参加する事が出来ました。今回の会場は、大学の施設という事もあったのでしょうか、若い方も多くいらっしゃった印象で、ブースの準備の前に患者会の名刺とキャンディーをセットにした物を、ブースの出展をされている皆さんに配りました。

ペットボトルで リサイクルアクセサリー

今回のリレーフォーライフのブースでは、ペットボトルのキャップを使って、アクセサリーやキーホルダーを作って頂くとゆう体験型のチャリティーイベントを企画しました。昨年はドリンクの販売と小物の販売の２本柱だったので、昨年の売り上げは超えられませんでしたが、今年も寄付金を募る事が出来ました。





イベント当日は、写真を撮る時間がほとんどないくらい、たくさんの方にアクセサリーやキーホルダーを作って頂きました。

また、イベントは新たな出会いの場でもあり、患者さん同志の再会の場でもあります。お互いの治療や近況の報告をしたり、情報の交換をしたり、私自身も、患者会の皆さんが、それぞれの日常で頑張っている話を聞いて刺激を受けます。
患者さんに混じって学生さんも制作して頂いて、賑やかな交流の場になりました。

今後の患者会の目標

患者会の交流では、情報交換や悩みを共有したり、励みになる一方で、個々で病気の進行度や状態が違い、体調が良い人も悪い人もいて、どのように寄り添う事がその人にとって最善か、迷う事もあります。ただ、患者会をセッティングするだけでなく、傾聴のスキルも身につけたいと思います。また、Be style だけではなく、他の患者会との交流も挑戦してみたいと思います。インスタグラムも更新中です。コンテンツの一つとして、動画撮影もしたいなと思います。

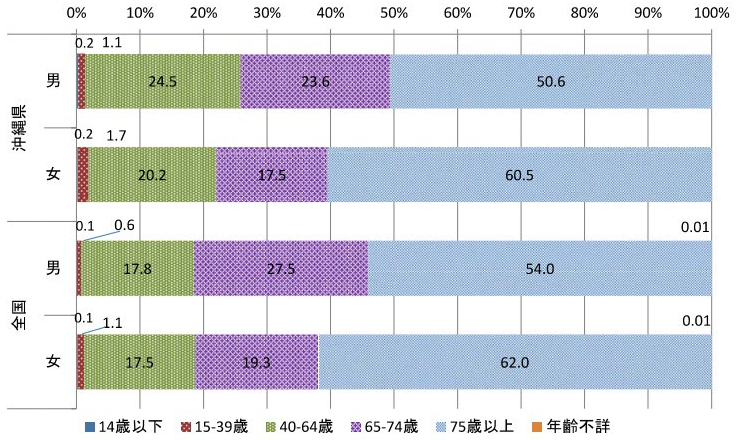


必要なのは
ハイリスクアプローチ

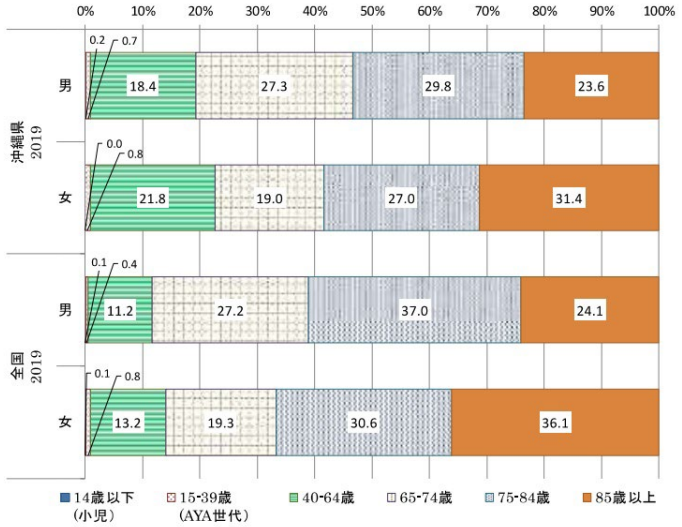
沖縄県の「働き盛り」は、
がん検診の受診率が低いため、
早期がんの発見が遅れ、
がんによる死亡者を増やす
原因になっていないだろか？

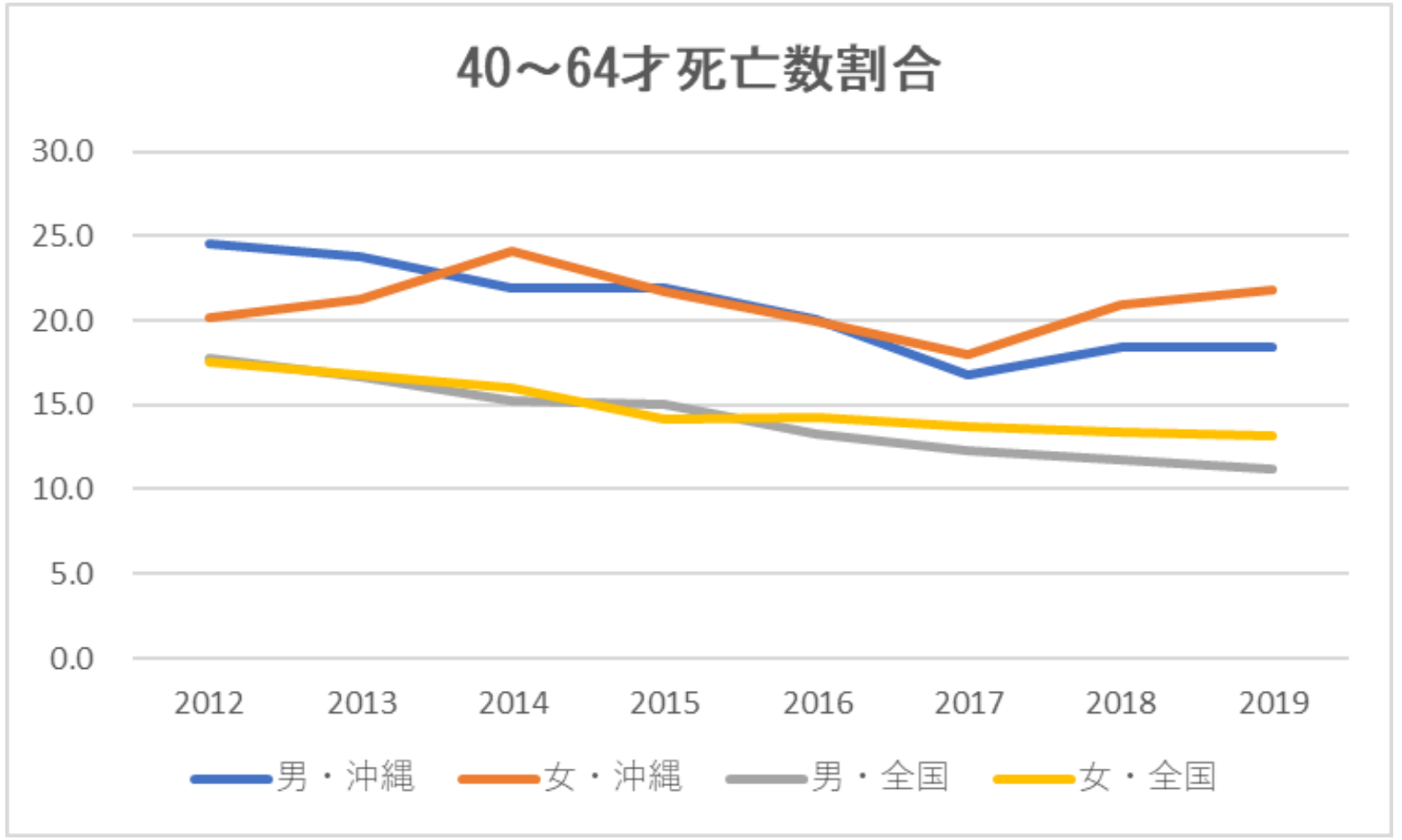
年令階級別がん死亡数割合・全国値と比較

２０１２年



２０１９年





出典：沖縄県がん登録事業報告

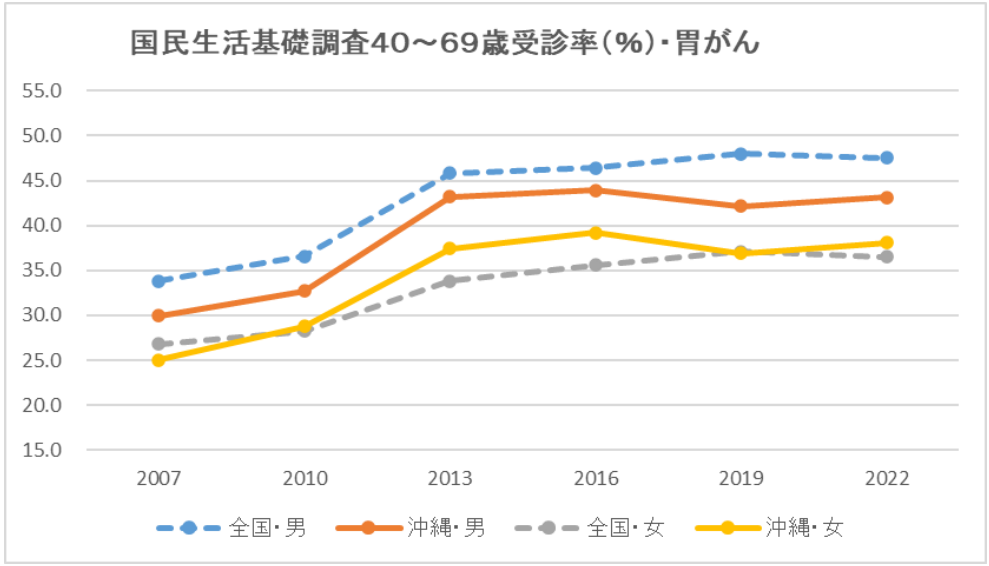
沖縄県がん対策推進計画（第３次）中間評価

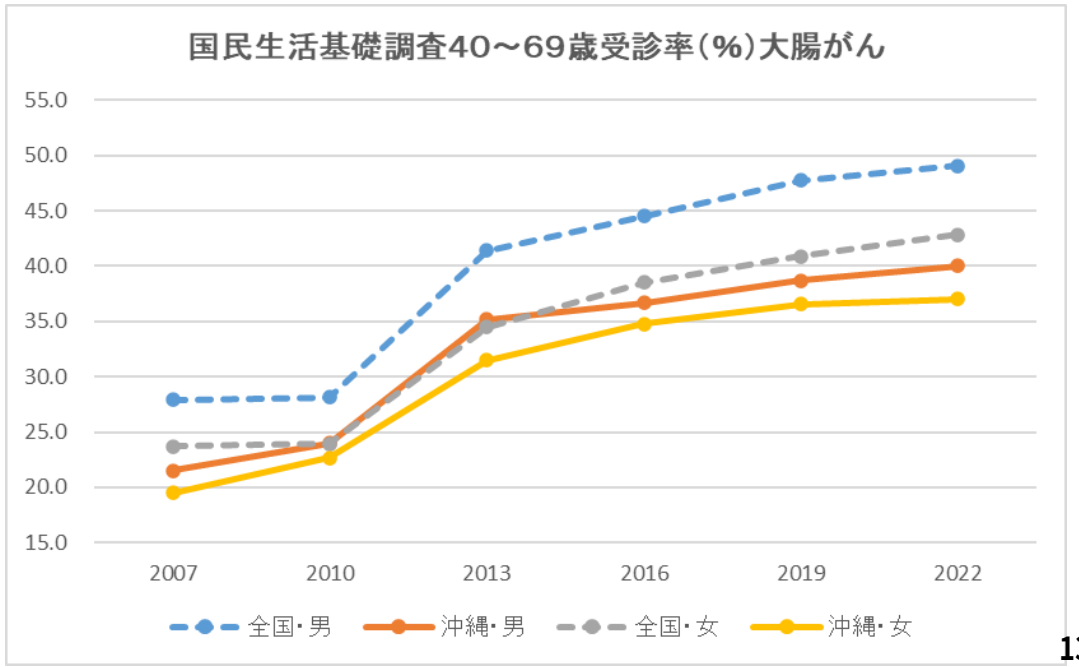
令和4年 10 月
沖縄県保健医療部健康長寿課

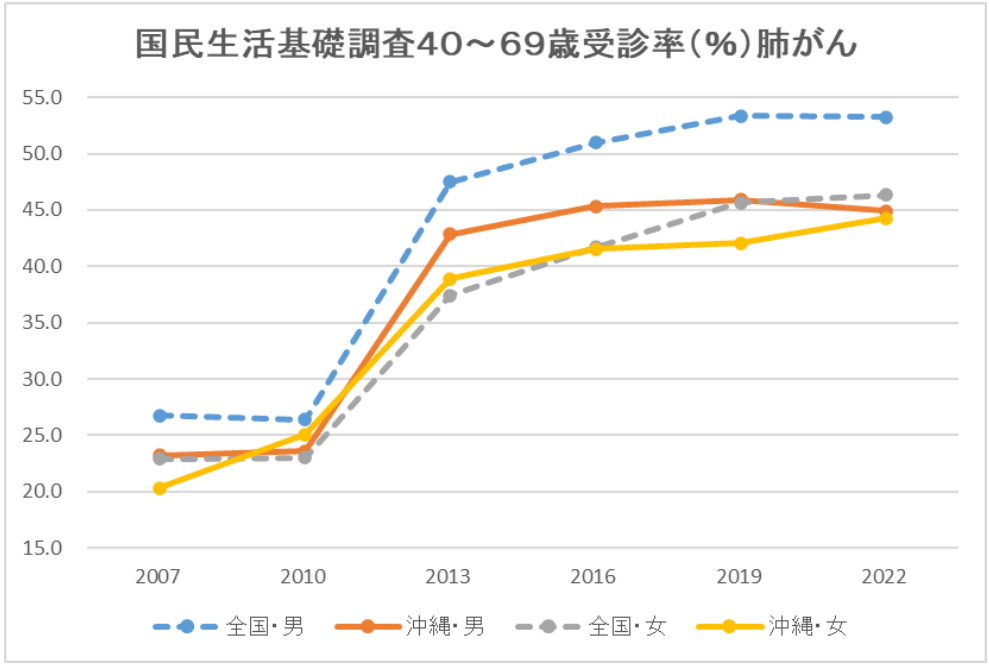
(b) 指標の進捗状況

		基準年	H30	R1	R2	直近	目標値	進捗状況
③がん検診受診率(%)	肺	43.6 (H28)	更新なし	更新なし	43.9 (R1)	更新なし	50.0	改善 (↗)
	大腸	35.6 (H28)	更新なし	更新なし	37.4 (R1)	更新なし		改善 (↗)
	胃	41.4 (H28)	更新なし	更新なし	39.6 (R1)	更新なし		後退 (↘)
	乳	50.7 (H28)	更新なし	更新なし	48.3 (R1)	更新なし		後退 (↘)
	子宮頸	47.5 (H28)	更新なし	更新なし	45.5 (R1)	更新なし		後退 (↘)

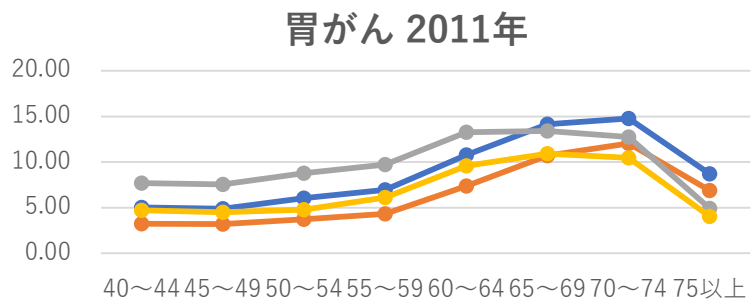
（出典：国民生活基礎調査）

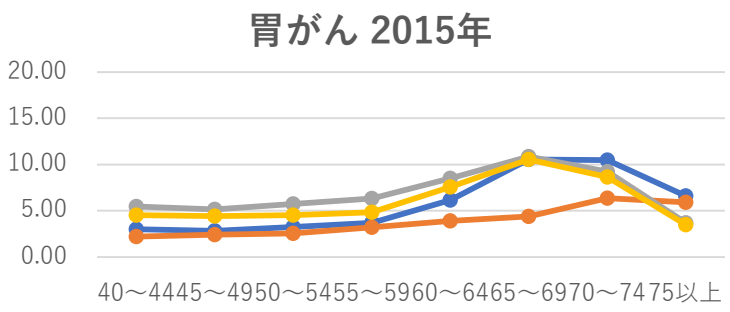


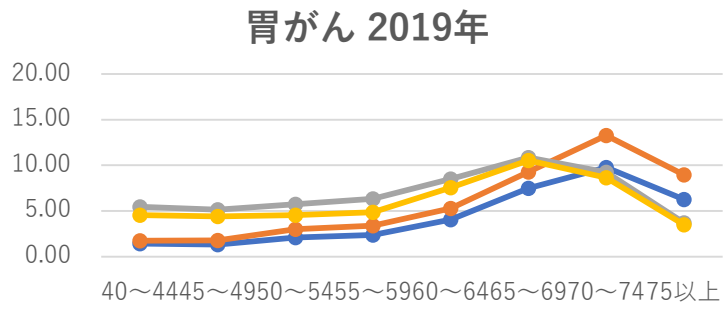


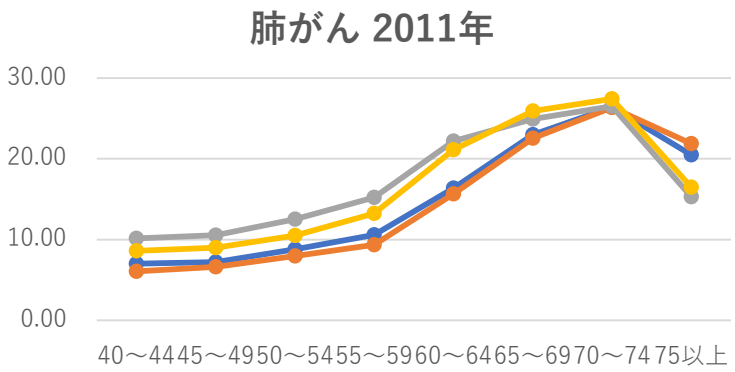


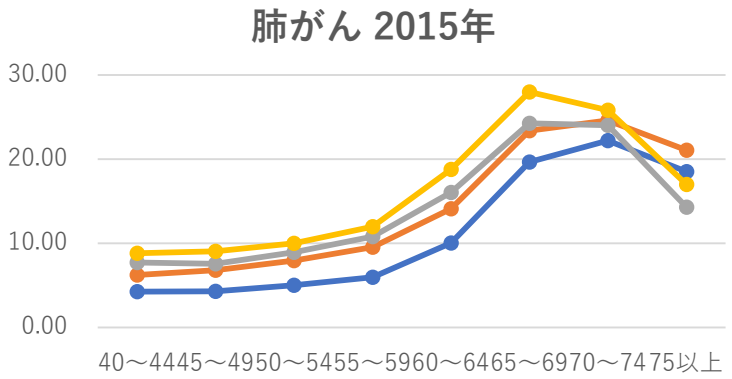
性別・年令階級別がん検診受診率

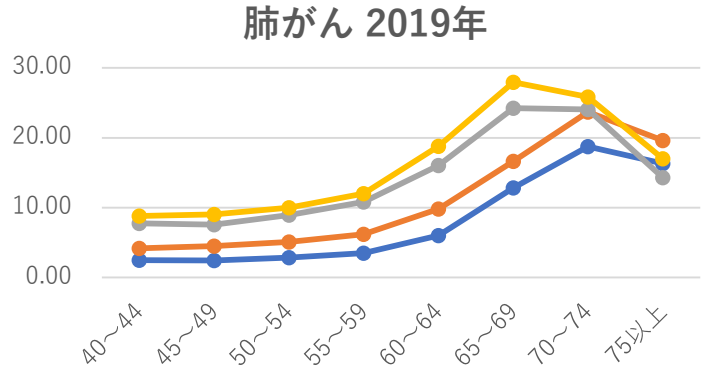


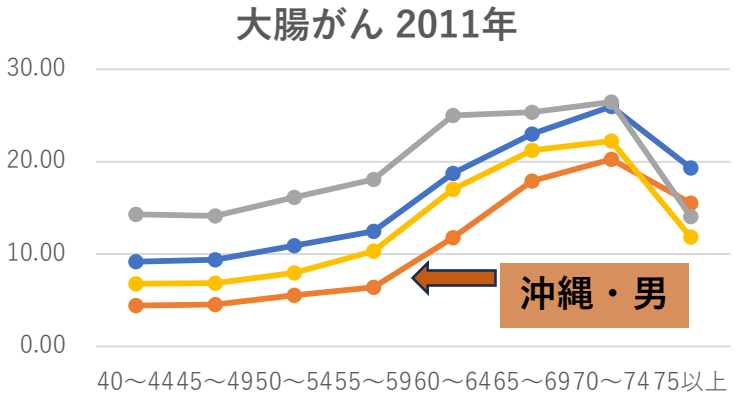


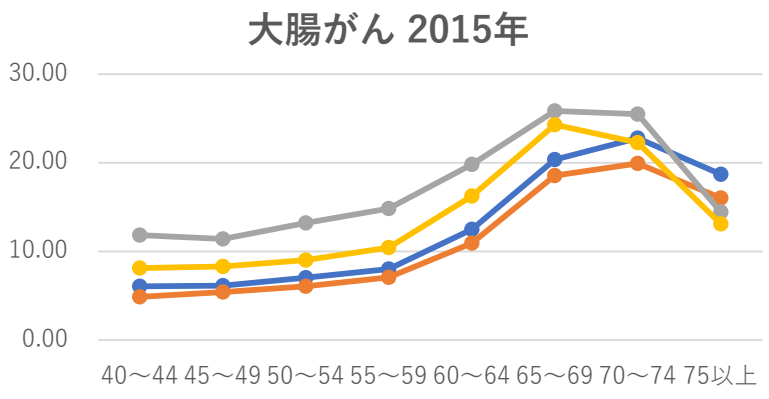


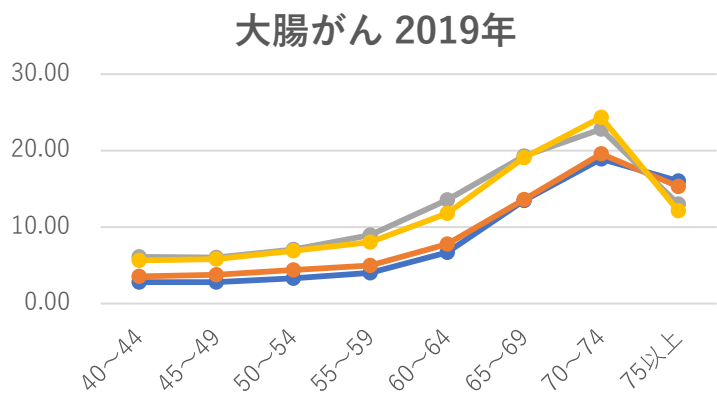








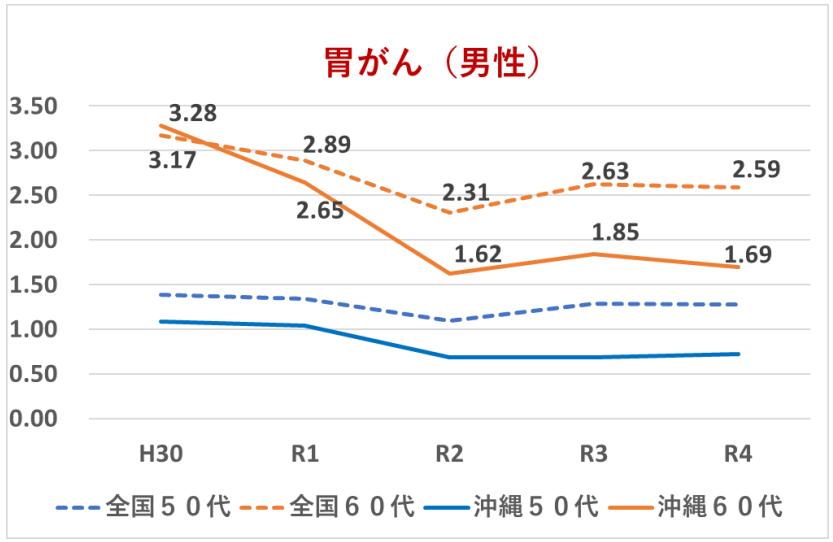


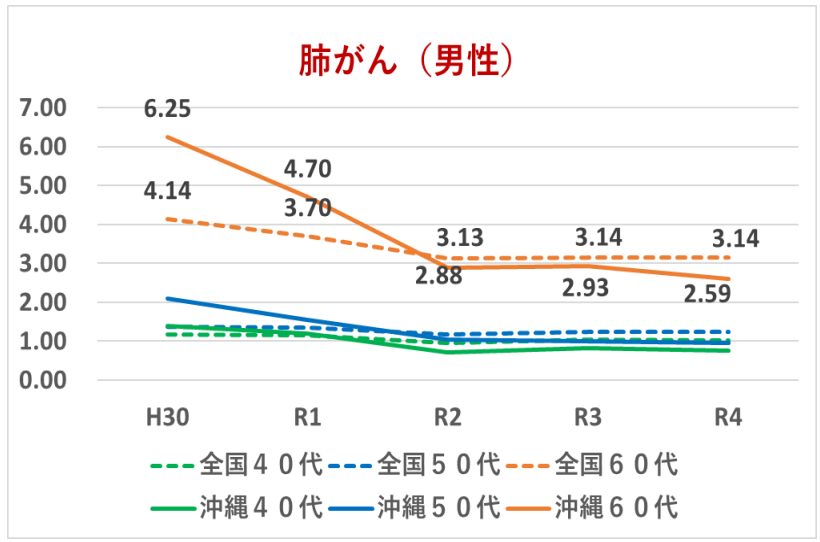


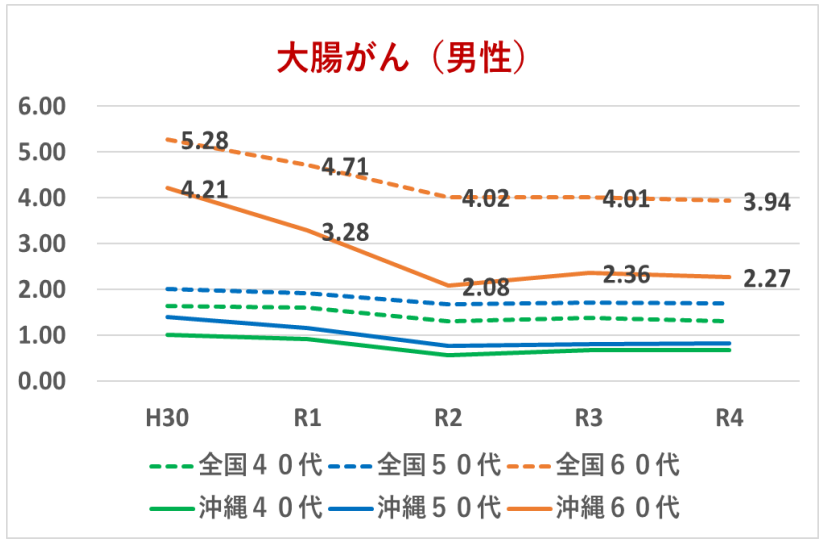
全国・男　沖縄・男　全国・女　沖縄・女

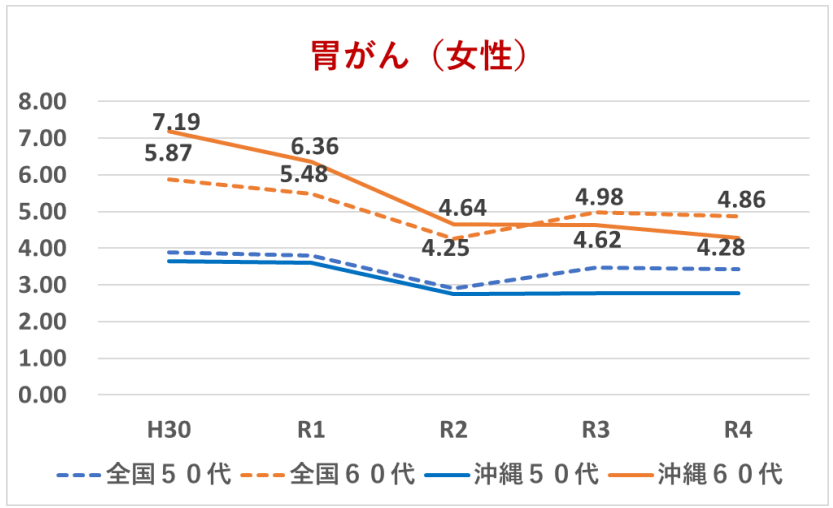
データ元：e-stat地域保健・健康増進事業報告(健康増進編)市区町村表

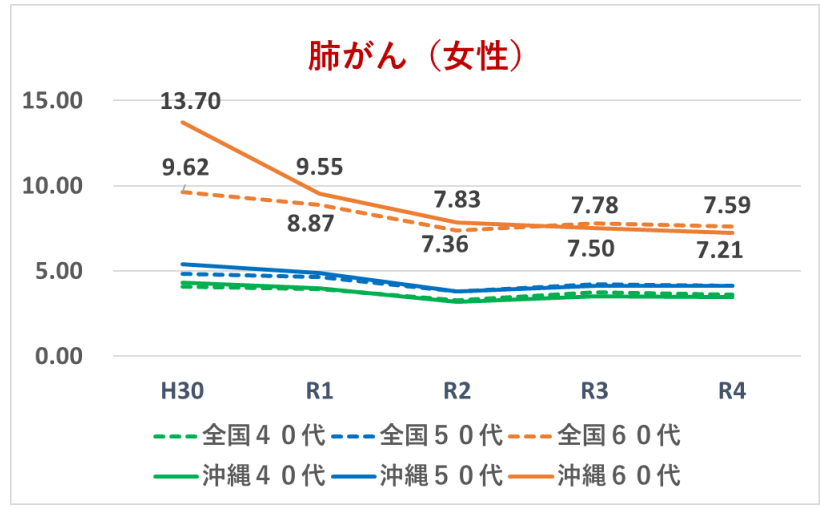
年代別がん検診受診率（国保以外）

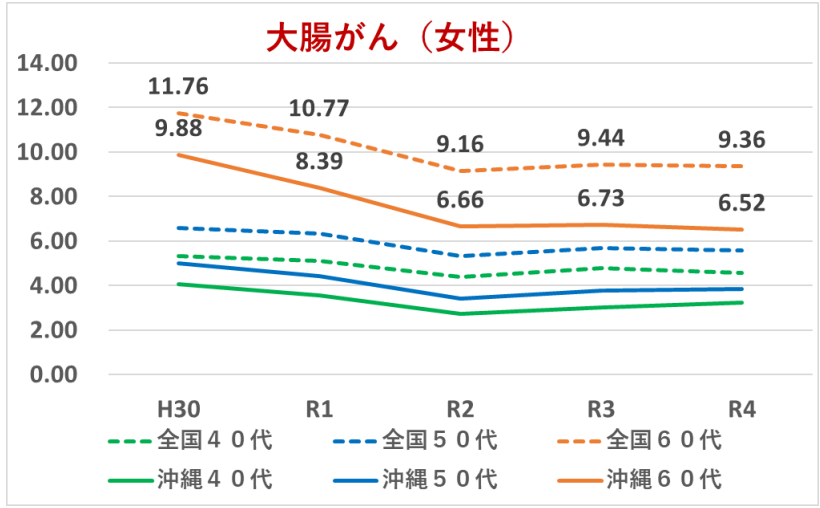












出典：地域保健・健康増進事業報告(健康増進編)都道府県表（e-Stat）

図表14　都道府県別従業者規模別常用雇用者数の割合

（%）

都道府県	総　数		0～19人		20～99人		100～299人		300～999人		1000人以上	
	総数（人）	うち女性	総数	うち女性	総数	うち女性	総数	うち女性	総数	うち女性	総数	うち女性
北海道	1,437,122	676,706	25.2	26.1	27.4	24.4	17.2	17.0	15.3	15.4	14.9	17.2
青森県	333,216	161,119	27.3	28.2	31.2	29.2	17.2	17.0	14.3	14.2	10.0	11.3
岩手県	321,691	150,243	26.6	27.5	31.2	27.7	18.1	18.4	15.0	15.4	9.1	11.0
宮城県	563,618	238,132	24.8	28.1	26.7	25.1	16.8	17.1	15.2	14.9	16.5	14.8
秋田県	265,529	129,414	28.0	28.3	32.0	28.8	16.4	15.8	13.7	13.9	9.8	13.2
山形県	315,872	146,584	27.2	29.6	29.5	27.2	18.5	17.9	14.7	15.4	10.0	10.0
福島県	506,272	241,972	26.5	27.0	27.4	23.6	16.1	15.9	13.6	12.7	16.4	20.8
茨城県	693,696	314,781	27.7	29.2	27.9	27.1	15.7	15.4	13.1	12.6	15.7	15.8
熊本県	441,230	218,734	28.9	30.3	30.4	29.9	18.5	19.1	12.7	12.1	9.5	8.7
大分県	320,234	161,284	27.4	28.2	29.0	27.0	17.4	16.9	10.8	10.7	15.4	17.2
宮崎県	277,679	139,699	30.6	31.3	31.9	31.7	18.3	17.5	12.3	12.1	6.9	7.3
鹿児島県	431,505	215,011	27.6	27.8	29.3	28.4	17.3	17.5	14.0	13.6	11.8	12.8
沖縄県	351,516	171,432	29.4	30.2	28.3	24.7	15.9	14.0	11.9	12.6	14.4	18.5
合計	44,003,257	19,281,504	19.9	23.0	21.2	20.5	14.2	13.8	13.9	13.1	30.7	29.5

（備考）
総務省・経済産業省「平成24年経済センサス－活動調査（企業等に関する集計 産業横断的集計）」より作成。

従業員数１００人未満
沖縄　57.7%
全国　41.1%

第80回がん対策推進協議会	資料３
令和４年６月30日	

第80回がん対策推進協議会
2022年6月30日17:00−19:00

がん対策における健康格差の視点

大阪医科薬科大学　医学研究支援センター　医療統計室
室長・准教授　伊藤ゆり

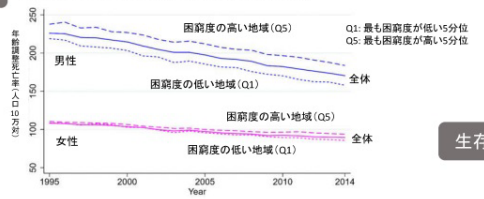
本報告は以下の厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究）研究班の分担研究者としての研究に一部基づく
- 「がん対策の年齢調整死亡率・罹患率に及ぼす影響に関する研究」（研究代表者：片野田耕太）
- 「次期がん対策推進基本計画に向けた新たな指標及び評価方法の開発のための研究」（研究代表者：東　尚弘）
- 「がん診療連携拠点病院等の実態把握とがん医療提供体制における均てん化と集約化のバランスに関する研究」（研究代表者：若尾文彦）

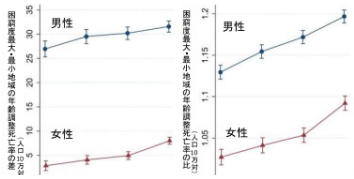
大阪医科薬科大学
Osaka Medical and Pharmaceutical University

Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

日本におけるがんの格差

死亡率　全がん年齢調整死亡率の格差の推移

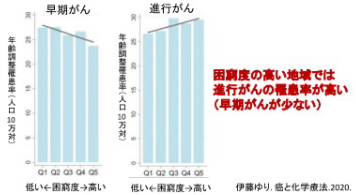




困窮度の高い地域と低い地域との全がん年齢調整死亡率の格差は絶対的にも相対的にも拡大傾向にある

罹患率　胃がん年齢調整罹患率の格差

大阪府がん登録 1999-2004年診断症例

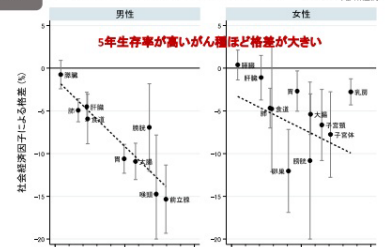


困窮度の高い地域では進行がんの罹患率が高い（早期がんが少ない）

伊藤ゆり. 癌と化学療法. 2020.

生存率　がん患者の5年生存率の格差

大阪府がん登録 1993-2004年診断症例



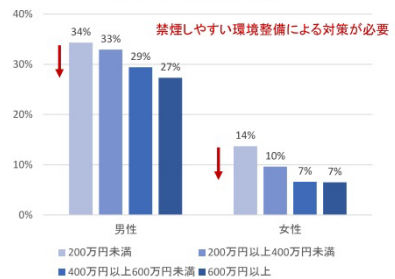
5年生存率が高いがん種ほど格差が大きい

がん予防・検診分野における格差

e-Statの公表集計値より

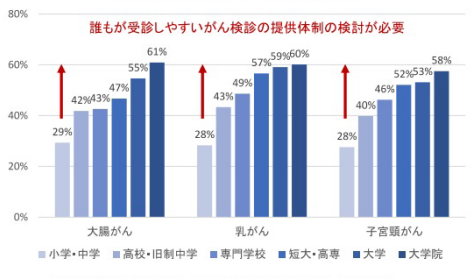
Osaka Medical and Pharmaceutical University

喫煙率　世帯収入別



2018年国民健康栄養調査　習慣的に喫煙している者の割合　世帯の年間収入別（年齢・世帯員数調整）

がん検診受診率　最終学歴別



2019年国民生活基礎調査（健康票）　がん検診受診状況（複数回答）、最終学歴別
受診率は 受けた÷総数 で算出
大腸がん、乳がんは40−69歳
子宮頸がんは20−69歳
乳がん、子宮頸がんは過去二年間

Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

大阪医科薬科大学

まとめ

Osaka Medical and Pharmaceutical University

- 健康格差の縮小はすでに国内外の目標として設定されている
- 日本においても健康格差が生じており、特にがんでの格差が大きい
- 死亡率、罹患率、生存率などがん対策のアウトカム指標における格差が計測可能である
- 分野別目標における格差も存在し、各種施策介入による格差縮小のメカニズムを検討し、実装していく段階にある

沖縄県の場合、年齢格差を重視すべき

Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

大阪医科薬科大学

がん検診事業のあり方について

職域におけるがん検診

● 職域検診は**法的な枠組みに組み込み**、

システム、指標を揃えて

対策型検診との統合を目指すべき

令和6年7月

がん検診のあり方に関する検討会

別添10　今後のわが国におけるがん検診に関する検討課題及び主な意見

地域保健・健康増進事業報告および精度管理評価指標

- 地域保健・健康増進事業報告の内容が複雑化しており、利活用がしにくい
- これまでの精度管理の成果として、精検受診率は理解しやすく改善が認められる
- 一方、要精検率・がん発見率については理解が進んでいない
- 従来のプロセス指標（要精検率、発見率等）に代わり、検診プログラムの感度・特異度により検診の精度管理を行うべきであり、将来的には検診結果とがん登録、あるいは検診結果とレセプトデータを照合する手法や運用ルールの検討が必要
- すべてのがん種において指標を統一して標準化されたものを使うべき
- 簡潔化を目指すのであれば、要精検率、精検受診率、発見率の指標だけ取れる報告が望ましい
- 受診率の評価をする際には職域やその他での受診も含まれる国民生活基礎調査が使われ、受診率以外の指標には住民検診の指標が使われているため、基準をそろえるべき

住民検診における個別検診

- 精度管理の取組が遅れており、集団検診と比較して精度管理水準が低い
- 地区医師会との連携をはじめ、効果的な精度管理体制構築の好事例を広く収集し、全国に展開するべき

職域におけるがん検診

- 職域検診は法的な枠組みに組み込み、システム、指標を揃えて対策型検診との統合を目指すべき
- 職域検診の精度管理について、関係者の役割や具体的手法について検討すべき
- 「地域・職域連携推進ガイドライン」に示された、「地域・職域連携推進協議会」と「生活習慣病検診等管理指導協議会」の連携について、国は好事例を広く収集し、全国に展開するべき

長寿県沖縄の復活へ向けて
（ハイリスクグループを探す）

「数字の羅列ばかりで、論考になっていない」

沖縄の平均寿命の順位は、1985 年に男女とも 1 位、2000 年の女は 1 位で男は 26 位、2010 年の女は 3 位で男は 30 位、2020 年は女 16 位で男 43 位。2000 年以降、沖縄の男に何が起こったのでしょうか？2010 年以降は、女も問題ありで、男女の落ち方の違いも注目したい。

2012 年から 2019 年の「沖縄県がん登録事業報告」は、「年齢別に見たがん死亡」について、沖縄と全国の 40～64 才代のデータを比較して「男女ともに沖縄県が高くなっている」と毎回、同様に解説していますが、原因等については何ら言及していない。

「沖縄県がん対策推進計画（第３次）中間評価」において、５項目のがん検診受診率について、50%未満（出典：国民生活基礎調査）を報告しているが、年齢別の報告は見当たらず、「e-stat」のデータを用いて受診率（40～64 才の男女）を求めた。死因上位の大腸がんの場合を例示すると、全国の 44.7%に対して、沖縄は 37.8%と明らかに低い。

都道府県別生命表（厚労省）は、「０歳の平均余命である『平均寿命』は、ある人口集団の全ての年齢の死亡状況を集約したもの」とし、年令毎の平均余命を合わせて報告している。沖縄県男の平均余命について、2000～2020 年の５年毎の全国順位をみると、75 才は 2010 年まで１位でその後 2 位、65 才は 2005 年まで 1 位、2010 年は 2 位、2015 年は 6 位、2020 年は 15 位、そして女は全てで１位である。65 才未満の就労世代を「ハイリスクグループ」そして「瀕死の長寿県」の原因として認識し、早急に対策を検討すべきと考える。

「更生の指標・2023 年 8 月」第 70 巻 8 号に掲載の「令和２年都道府県生命表における平均寿命の地域差分析」は、「沖縄県（男）は、75 歳以上の寄与はプラスになっている一方、0～64 歳の寄与が大きくマイナスになっている。全国より平均寿命が長い沖縄県（女）で 0～74 歳の寄与がマイナスになっている」と同様の報告をしている。

「誰一人取り残さない」と言いますが「死亡は取り残しではなく、取り返しがつかない」です。「掛け声」ではなく具体策を。37 年間、臨床検査技師として集団健診に従事し、下咽頭がんの手術から 10 年が経過する中、沖縄の「がん検診」を取り巻く状況、特に地域検診に対する評価は素直に受け取れないのが現状、紙上などを通じて今後も発信を続けたい。

沖縄県がん診療連携協議会

第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）

C 個別施策

①生活習慣(喫煙)

番号			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 ・八重山病院 ・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	指標	禁煙希望割合		男性	なし (2022) 31.4% (2021)	24.6% (2019)	なし	沖縄県値:県民健康・栄養調査 全国値:国民健康・栄養調査報告
				女性	なし (2022) 57.1% (2021)	30.9% (2019)	なし	
	指標	喫煙の健康影響について正しい知識を持つ人の割合						
	指標	地域を対象として普及啓発に努めている拠点病院等の割合			33.3% (2024)			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果(施設)

番号			禁煙希望者に禁煙してもらう ・宮古病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-2	指標	NDB-SCR/NDB ニコチン依存症管理料(再掲)		(初回)外来	161.2 (2021)	100.0 (2021)	鳥取県184.7 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差
				(2回目から4回目まで)外来	166.2 (2021)	100.0 (2021)	鳥取県173.4 (2021)	
				(5回目)外来	170.0 (2021)	100.0 (2021)	島根県185.6 (2021)	

番号			公共施設等の受動喫煙防止対策を推進する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-3	指標	望まない受動喫煙(家庭・職場・飲食店)の機会を有する者の割合		家庭	なし (2022) 5.2% (2021)	6.9% (2019)	なし	沖縄県値:県民健康・栄養調査 全国値:国民健康・栄養調査
				職場	なし (2022) 20.6% (2021)	26.1% (2019)	なし	
				飲食店	なし (2022) 23.2% (2021)	29.6% (2019)	なし	

②生活習慣(飲酒)

番号			ハイリスク飲酒者に対する簡易介入を行う ・宮古病院 ・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1	指標	ハイリスク飲酒者の割合(再掲)		男 (40g)	17.2% (2021)	14.9% (2019)	なし	沖縄県値:県民健康・栄養調査 全国値:国民健康・栄養調査
				女 (20g)	13.1% (2021)	9.1% (2019)	なし	

番号			ハイリスク飲酒に関する正しい知識を伝える ・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-2	指標	「節度ある適度な飲酒」の認知度			41.1% (2021)	なし	【参考】山形県(55.8%)・新潟県(64%)・長崎県(男性 59.6%・女性 56.5%)・宮崎県(男性 39.5%・女性 43.4%)	沖縄県値:県民健康・栄養調査 参考値:都道府県アルコール健康障害対策推進計画における「節度ある適度な飲酒」ASK 調べ2023年9月

③感染症対策(HPV)

番号			9価HPVワクチンの定期接種を推進する ・宮古病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-1	指標	HPVワクチンの実施率			1回目 21.2% 2回目 15.7% 3回目 10.2% (2022)	1回目 42.2% 2回目 39.4% 3回目 30.2% (2022)	なし	沖縄県値:ワクチン・検査推進課調べ 全国値:第94回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会資料3-2

番号			HPVワクチンの予防接種後に生じた症状への対応を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-2	指標	予防接種健康被害救済制度の申請者数に対する協力医療機関への受診割合						沖縄県感染症対策課は把握しておらず、他課も不明とのこと

④感染症対策(肝炎)

番号			HBVの予防接種法に基づく定期接種を推進する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
4-1	指標	B型肝炎定期予防接種実施率			1回目 95.6% 2回目 96.0% 3回目 88.2% (2022)	1回目 98.0% 2回目 97.5% 3回目 95.3% (2021)	なし	沖縄県値:ワクチン・検査推進課調べ 全国値:厚生労働省 定期の予防接種実施者数

番号			肝炎ウイルス検査体制を充実させる・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
4-2	指標	肝疾患専門医療機関数			13施設 (2023) 8.8施設 対人口100万人	3,762施設 (2023) 30.3施設 対人口100万人	高知県78施設 (2023) 117.4施設 対人口100万人	厚生労働省 肝疾患に関する専門医療機関一覧
	指標	公費肝炎検査実施数		B型肝炎ウイルス検査実施数	5,318 (2022) 361.9 (10万人対)	564,008 (2022) 453.8 (10万人対)	山梨県19,468 (2022) 2,451.3 (10万人対)	厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告(健康増進編)都道府県表
				C型肝炎ウイルス検査実施数	4,940 (2022) 336.1 (10万人対)	563,260 (2022) 453.2 (10万人対)	山梨県19,393 (2022) 2,441.8 (10万人対)	

番号			肝炎ウイルス陽性者への受診勧奨を行う・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
4-3	指標	肝炎医療コーディネーターの養成者数			241人 (2023) 164.0人 対人口100万人	28,434人 (2023) 228.8人 対人口100万人	佐賀県1,825人 (2023) 2,300.1人 対人口100万人	厚生労働省「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」(63項参照)
	指標	公費肝炎治療開始者数		B型肝炎	745 (2022)			沖縄県値:肝炎対策特別推進事業
				C型肝炎	47 (2022)			

⑤感染症対策(HTLV-1)

番号			妊婦に対するHTLV-1抗体検査と保健指導を行う ・宮古病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
5-1	指標	HTLV-1抗体検査の公費負担実施率			100% (2022)	86.3% (2022)	青森県他100% (2022)	厚生労働省子ども家庭局母子保健課「妊婦健康診査の公費負担の状況に係る調査結果」

番号			保健所において HTLV-1抗体検査と相談指導を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
5-2	指標	HTLV-1の保健所の検査数			8件 (2023)			沖縄県値:沖縄県保健医療介護部感染症対策課、那覇市保健所保健総務課感染症グループからのデータ提供

B 中間アウトカム

番号			喫煙率と受動喫煙が減少できている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	指標	20歳以上の者の喫煙率		男性	29.5% (2019)	28.8% (2019)	京都府 24.3% (2019)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」国民生活基礎調査による都道府県別喫煙率データ(2001～2019年)
				女性	8.8% (2019)	8.8% (2019)	島根県 4.2% (2019)	
	指標	中学生・高校生の喫煙者の割合		中学生		0.2% (2021)	なし	沖縄県値:Takakura,et al.schoolHealth2023;19:14-25. 全国値:分担研究報告書2021年中高生の喫煙、飲酒等生活習慣に関する全国調査
				高校生	男子2.5% 女子0.8% (2023)	0.7% (2021)	なし	
	指標	妊婦の喫煙率			2.1% (2022)	2.1% (2022)	富山県 0.8% (2022)	こども家庭庁育成局「母子保健事業に係る実施状況等調査 別紙2乳幼児健康診査問診回答状況(都道府県別)
	指標	望まない受動喫煙(家庭・職場・飲食店)の機会を有する者の割合		家庭	なし (2022) 5.2% (2021)	6.9% (2019)	なし	沖縄県値:県民健康・栄養調査 全国値:国民健康・栄養調査
				職場	なし (2022) 20.6% (2021)	26.1% (2019)	なし	
				飲食店	なし (2022) 23.2% (2021)	29.6% (2019)	なし	
	指標	NDB-SCR/NDB ニコチン依存症管理料		(初回)外来	161.2 (2021)	100.0 (2021)	鳥取県 184.7 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差
				(2回目から4回目まで)外来	166.2 (2021)	100.0 (2021)	鳥取県 173.4 (2021)	
				(5回目)外来	170.0 (2021)	100.0 (2021)	島根県 185.6 (2021)	

番号			生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者が減少できている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1	指標	ハイリスク飲酒者の割合(再掲)		男 (40g)	17.2% (2021)	14.9% (2019)	なし	沖縄県値:県民健康・栄養調査 全国値:国民健康・栄養調査
				女 (20g)	13.1% (2021)	9.1% (2019)	なし	

番号			HPV感染率の低下ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-1	指標	HPVワクチンの接種率			1回目 21.2% 2回目 15.7% 3回目 10.2% (2022)	1回目 42.2% 2回目 39.4% 3回目 30.2% (2022)	なし	沖縄県値:ワクチン・検査推進課調べ 全国値:第94回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会資料3-2

番号			B型・C型肝炎ウィルス陽性者数の減少ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
4-1	指標	B型・C型肝炎ウィルス検査受検率		B型肝炎	0.37% (2021)	なし	山梨県 3.05% (2021)	厚生労働省 第32回肝炎対策推進協議会 資料3「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」(19項、20項)
				C型肝炎	0.39% (2021)	なし	山梨県 2.69% (2021)	
	指標	B型・C型肝炎ウィルス陽性者数		B型肝炎	50人 (2022)	2,887人 (2022)	高知県3人 (2022)	厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告(健康増進編)都道府県表 ※現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された者
				C型肝炎 ※	1人 (2022)	950人 (2022)	石川県他 1人 (2022)	

番号			HTLV-1 感染者数の減少ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
5-1	指標	HTLV-1 感染率						沖縄県感染症対策課は把握しておらず、その他の関係部署にも問い合わせたとこと不明との回答。

A 分野アウトカム

番号			がん種別年齢調整死亡率(75歳未満、全年齢)が減少できている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	指標	がん種別年齢調整死亡率		全部位	男86.5 女59.6 (2022)	男81.1 女54.9 (2022)	男65.2(長野県) 女47.1(徳島県) (2022)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(人口動態統計)部位別75歳未満年齢調整死亡率 ※基準人口は昭和60年(1985年)モデル人口を使用
				胃	男6.3 女2.5 (2022)	男9.0 女3.7 (2022)	男5.8(熊本県) 女2.4(大分県) (2022)	
				大腸	男14.4 女8.2 (2022)	男12.4 女7.2 (2022)	男9.2(滋賀県) 女5.0(岡山県) (2022)	
				肝(肝細胞・肝内胆管)	男6.7 女1.9 (2022)	男5.7 女1.5 (2022)	男3.3(石川県) 女0.5(石川県) (2022)	
				肺	男18.8 女4.2 (2022)	男18.4 女5.8 (2022)	男13.1(山梨県) 女3.1(島根県) (2022)	
				女性乳房	女10.3 (2022)	女10.4 (2022)	女5.4(島根県) (2022)	
				子宮頸部	女7.1 (2022)	女5.1 (2022)	女3.0(徳島県) (2022)	
				成人T細胞白血病リンパ腫	男4.5 女2.7 (2022)	男2.8 女1.5 (2022)	男1.8(島根県) 女0.6(鳥取県他) (2022)	

番号			がん種別罹患率が減少できている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-2	指標	がん種別年齢調整罹患率		全部位	男405.0 女335.6 (2019)	男445.7 女346.7 (2019)	男 長野県400.5 女 滋賀県311.2 (2019)	全国がん登録罹患数・率報告 上皮内がん除く ※基準人口は昭和60年(1985年)モデル人口を使用
				胃	男30.3 女13.8 (2019)	男63.4 女23.1 (2019)	男 沖縄県30.3 女 沖縄県13.8 (2019)	
				大腸	男80.5 女41.4	男73.2 女44.9	男 熊本県59.5 女 宮崎県36.2	
				肝(肝細胞・肝内胆管)	男18.2 女4.9 (2019)	男19.3 女6.0 (2019)	男 新潟県13.3 女 新潟県 3.7 (2019)	
				肺	男53.6 女21.4 (2019)	男61.9 女26.1 (2019)	男 長野県50.2 女 島根県19.4 (2019)	
				女性乳房	女112.1 (2019)	女100.5 (2019)	女 福井県80.6 (2019)	
				子宮頸部	女19.3 (2019)	女13.9 (2019)	女 島根県 8.8 (2019)	
				成人T細胞白血病リンパ腫	男14.0 女7.5 (2019)	男8.9 女5.7 (2019)	男 山梨県5.1 女 秋田県3.2 (2019)	

がん検診

C 個別施策

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	指針に基づいたがん検診のみを行う ・宮古病院 ・八重山病院・北部地区医師会病院						
	指標	指針の遵守市町村の割合(再掲)	胃	95.1% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	国立がんセンター「市町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」1. がん検診の実施状況(住民検診)
			大腸	100% (2022)	100% (2022)	47都道府県全て 100.0% (2022)	
			肺	100% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	
			女性乳房	100% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	
			子宮頸部	100% (2022)	99.9% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-2	指針に基づかないがん検診を中止する						
	指標	指針に基づかないがん検診の実施数と割合	胃	集団3件/7.9% 個別1件/3.4% (2022)	集団478件/28.8% 個別293件/27.1% (2022)	集団0件/0.0%(滋賀県) 個別0件/0.0%(宮城県他) (2022)	国立がんセンター「市町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」②がん検診実施状況(集団_個別)
			大腸	集団2件/5.0% 個別0件/0.0% (2022)	集団96件/6.0% 個別36件/3.7% (2022)	集団0件/0.0%(青森県他) 個別0件/0.0%(青森県他) (2022)	
			肺	集団2件/5.0% 個別3件/11.1% (2022)	集団335件/20.2% 個別221件/30.2% (2022)	集団0件/0.0%(秋田県他) 個別0件/0.0%(宮城県他) (2022)	
			女性乳房	集団12件/33.3% 個別17件/53.1% (2022)	集団719件/44.4% 個別587件/40.7% (2022)	集団0件/0.0%(秋田県他) 個別0件/0.0%(新潟県他) (2022)	
			子宮頸部	集団7件/20.0% 個別5件/16.1% (2022)	集団387件/26.2% 個別333件/21.2% (2022)	集団0件/0.0%(大阪府他) 個別0件/0.0%(京都府他) (2022)	

②がん検診の精度管理等について

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1	行政担当者、保健所職員、検診機関の職員等は、国等が企画する研修会を受講する						
	指標	全国がん検診従事者研修(基礎)(実務)および全国がん検診指導者研修を修了した市町村の担当者等のそれぞれの割合	従事者研修(基礎)	17.5% (2023)			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果
			従事者研修(実務)	6.3% (2023)			
			指導者研修	0% (2023)			

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-2	県は受診率向上と精度管理のために研修会等を開催し、市町村等は担当者を受講させる						
	指標	研修を終了した市町村の担当者等の数		25人 (2023) ※がん検診事業担当 63人			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-3	県は、がん登録情報等を活用したがん検診の精度管理について、市町村へ技術的支援等を行う						
	指標	がん登録情報を活用した精度管理実施市町村数の割合		0% (2018～2023)			沖縄県健康長寿課からのデータ提供

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-4	県は、精密検査受診率の低い市町村の実態把握を行い、それらに関する指導・助言等を行う						
	指標	県が指導・助言等を行った市町村数		41/41市町村			沖縄県健康長寿課からのデータ提供

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-5	市町村は、指針に基づいたがん検診の実施及び精度管理の向上を行う ・宮古病院							
	指標	国の示す「市町村事業におけるがん検診の事業評価の手法について」に基づいた事業評価をしている市町村及び検診実施機関の割合						
	指標	精度管理の実態や指標を定期的に評価・公開している市町村及び検診実施機関の割合	市町村		100% (2021)			沖縄県Webサイト掲載「がん検診精度管理調査等結果」
			検診実施機関	胃(エックス線)	93.2% (2022)			
				胃(内視鏡)	89.3% (2022)			
				大腸	89.4% (2022)			
				肺	89.1% (2022)			
				女性乳房	97.7% (2022)			
				子宮頸部	91.2% (2022)			
	指標	要精検率の許容値を達成している市町村の割合	胃 (XP+内視鏡)		86.5% 32/37市町村 (2022)			沖縄県Webサイト掲載「がん検診精度管理調査等結果(市町村ごとの受診率・プロセス指標)」(集団+個別)
			大腸		57.5% 23/40市町村 (2022)			
			肺		82.1% 32/39市町村 (2022)			
			女性乳房		92.5% 37/40市町村 (2022)			
			子宮頸部		39.0% 16/41市町村 (2022)			
	指標	精検受診率の目標値90%以上を達成している市町村の割合	胃		27.3%(9/33)			厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」(令和元年度一次検診受診者の令和2年度までの精密検査受診状況) 40<胃50/子宮頸20>～74歳
			大腸		2.4%(1/41)			
			肺		6.9%(2/29)			
			女性乳房		23.7%(9/38)			
			子宮頸部		17.9%(7/39)			
	指標	未把握率の目標値5%以下を達成している市町村の割合	胃		30.3%(10/33)			
			大腸		14.6%(6/41)			
			肺		17.2%(5/29)			
			女性乳房		26.3%(10/38)			
			子宮頸部		33.3%(13/39)			
			胃		60% 21/35市町村 (2020)			

B 中間アウトカム

			科学的根拠に基づいた検診の実施ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	指標	指針の遵守市町村の割合		胃	95.1% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	国立がんセンター「市町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」1. がん検診の実施状況(住民検診)
				大腸	100% (2022)	100% (2022)	47都道府県全て 100.0% (2022)	
				肺	100% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	
				女性乳房	100% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	
				子宮頸部	100% (2022)	99.9% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	

			検診の質の管理体制の構築と精度向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1	指標	要精検率		胃(エックス線)	男 7.42% 女 5.60% (2020)	男 7.99% 女 5.06% (2020)	男 山梨県14.35% 女 秋田県8.27% (2020)	
				胃(内視鏡)	男 5.42% 女 3.71% (2020)	男 8.95% 女 6.42% (2020)	男 奈良県19.27% 女 奈良県15.84% (2020)	
				大腸	男 8.44% 女 6.04% (2020)	男 9.39% 女 6.63% (2020)	男 長崎県12.35% 女 長崎県8.89% (2020)	
				肺	男 2.15% 女 1.61% (2020)	男 2.42% 女 1.86% (2020)	男 福井県4.43% 女 福井県3.28% (2020)	
				女性乳房	7.64% (2020)	5.86% (2020)	山口県9.96% (2020)	
				子宮頸部	2.17% (2020)	2.20% (2020)	宮城県1.35% (2020)	
	指標	精検受診率		胃(エックス線)	男 56.77% 女 66.52% (2020)	男 79.45% 女 84.72% (2020)	男 宮城県 91.70% 女 宮城県 96.01% (2020)	
				胃(内視鏡)	男 58.45% 女 65.81% (2020)	男 92.93% 女 93.40% (2020)	男 滋賀県他100% 女 宮崎県他100% (2020)	
				大腸	男 54.47% 女 58.29% (2020)	男 67.06% 女 70.13% (2020)	男 滋賀県85.50% 女 滋賀県89.57% (2020)	
				肺	男 60.78% 女 70.75% (2020)	男 80.50% 女 84.61% (2020)	男 滋賀県94.21% 女 滋賀県96.93% (2020)	
				女性乳房	78.00% (2020)	90.13% (2020)	宮城県97.54% (2020)	
				子宮頸部	71.29% (2020)	76.59% (2020)	宮城県96.02% (2020)	
	指標	精検未受診率		胃(エックス線)	男 11.32% 女 12.42% (2020)	男 8.99% 女 5.94% (2020)	男 福井県0.93% 女 島根県0.80% (2020)	
				胃(内視鏡)	男 13.93% 女 9.25% (2020)	男 1.53% 女 1.20% (2020)	男 青森県他0.00% 女 宮城県他0.00% (2020)	
				大腸	男 18.11% 女 15.35% (2020)	男 14.92% 女 13.75% (2020)	男 福井県0.79% 女 福井県1.21% (2020)	
				肺	男 12.03% 女 7.63% (2020)	男 7.00% 女 5.23% (2020)	男 高知県0.00% 女 高知県0.00% (2020)	
				女性乳房	5.29% (2020)	2.77% (2020)	福井県0.31% (2020)	
				子宮頸部	6.93% (2020)	5.82% (2020)	福井県0.00% (2020)	
	指標	精検未把握率		胃(エックス線)	男 31.91% 女 21.06% (2020)	男 11.56% 女 9.34% (2020)	男 新潟県0.24% 女 新潟県0.41% (2020)	
				胃(内視鏡)	男 27.63% 女 24.94% (2020)	男 5.54% 女 5.41% (2020)	男 宮城県他0.00% 女 山形県他0.00% (2020)	
				大腸	男 27.42% 女 26.36% (2020)	男 18.02% 女 16.12% (2020)	男 新潟県0.58% 女 新潟県0.45% (2020)	
				肺	男 27.19% 女 21.62% (2020)	男 12.50% 女 10.16% (2020)	男 滋賀県0.40% 女 滋賀県他0.00% (2020)	
				女性乳房	16.70% (2020)	7.10% (2020)	新潟県0.15% (2020)	
				子宮頸部	21.78% (2020)	17.59% (2020)	宮城県0.39% (2020)	
	指標	がん発見率		胃(エックス線)	男 0.08% 女 0.02% (2020)	男 0.20% 女 0.06% (2020)	男 福井県0.34% 女 長崎県0.14% (2020)	
				胃(内視鏡)	男 0.17% 女 0.04% (2020)	男 0.61% 女 0.21% (2020)	男 宮城県1.55% 女 宮城県0.42% (2020)	
				大腸	男 0.20% 女 0.10% (2020)	男 0.32% 女 0.18% (2020)	男 山口県0.51% 女 富山県0.27% (2020)	
				肺	男 0.05% 女 0.01% (2020)	男 0.08% 女 0.04% (2020)	男 鳥取県0.16% 女 群馬県他0.07% (2020)	
				女性乳房	0.35% (2020)	0.34% (2020)	山口県0.57% (2020)	
				子宮頸部	0.04% (2019)	0.03% (2019)	長崎県0.06% (2019)	
	指標	陽性反応適中度		胃(エックス線)	男 1.11% 女 0.44% (2020)	男 2.48% 女 1.16% (2020)	男 福井県5.14% 女 福島県2.44% (2020)	
				胃(内視鏡)	男 3.20% 女 1.03% (2020)	男 6.82% 女 3.24% (2020)	男 宮城県19.78% 女 宮城県9.83% (2020)	
				大腸	男 2.32% 女 1.62% (2020)	男 3.39% 女 2.73% (2020)	男 新潟県5.63% 女 富山県4.47% (2020)	
				肺	男 2.50% 女 0.64% (2020)	男 3.40% 女 1.97% (2020)	男 高知県13.79% 女 群馬県6.86% (2020)	
				女性乳房	4.59% (2020)	5.84% (2020)	岩手県15.69% (2020)	
				子宮頸部	1.24% (2019)	1.18% (2019)	愛媛県2.96% (2019)	
				胃(エックス線)				
				胃(内視鏡)				

国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」地域保健・健康増進事業報告(厚生労働省人口動態・保健社会統計課)

A 分野アウトカム

			有効ながん検診を有するがんの死亡の減少ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	指標	検診がん種別(胃、大腸、肺、乳房(女)、子宮頸)年齢調整死亡率		胃	男6.3 女2.5 (2022)	男9.0 女3.7 (2022)	男 熊本県5.8 女 大分県2.4 (2022)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(人口動態統計)部位別75歳未満年齢調整死亡率
				大腸	男14.4 女8.2 (2022)	男12.4 女7.2 (2022)	男 滋賀県9.2 女 岡山県5.0 (2022)	
				肺	男18.8 女4.2 (2022)	男18.4 女5.8 (2022)	男 山梨県13.1 女 島根県3.1 (2022)	
				女性乳房	女10.3 (2022)	女10.4 (2022)	女 島根県5.4 (2022)	
				子宮頸部	女7.1 (2022)	女5.1 (2022)	女 徳島県3.0 (2022)	

			有効ながん検診を有するがんの進行がんの減少ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-2	指標	検診がん種別(胃、大腸、肺、乳房(女)、子宮頸)進行がん罹患率		胃				がんセンターで算出検討中
				大腸				
				肺				
				女性乳房				
				子宮頸部				

参考データ

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-3	指標	検診がん種別早期がん割合	胃※	53.8 (2020)	57.4 (2020)	宮城県68.0 (2020)	全国がん登録罹患数・率(上皮内+限局) ※上皮内がんを除く
			大腸	56.4 (2020)	57.9 (2020)	広島県63.1 (2020)	
			肺	29.08 (2020)	36.4 (2020)	島根県45.1 (2020)	
			女性乳房	70.0 (2020)	64.3 (2020)	香川県72.8 (2020)	
			子宮頸部	80.7 (2020)	79.9 (2020)	熊本県87.4 (2020)	

	指標	精検未受診率の目標値5%以下を達成している市町村の割合	大腸	41.5% 17/41市町村 (2020)			厚生労働省「令和2年度 地域保健・健康増進事業報告」(R4.3公表)からR4沖縄県衛生環境研究所・健康長寿課集計
			肺	31.3% 9/29市町村 (2020)			
			女性乳房	71.1% 27/38市町村 (2020)			
			子宮頸部	46.2% 18/39市町村 (2020)			
	指標	感度と特異度の把握をしている市町村及び検診実施機関の割合	市町村	9.8% (2023)			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果
			検診実施機関				

	指標	感度	大腸				データなし
			肺				
			女性乳房				
			子宮頸部				
	指標	特異度	胃(エックス線)				データなし
			胃(内視鏡)				
			大腸				
			肺				
			女性乳房				
			子宮頸部				
	指標	CIN3以上発見率(子宮頸がんのみ)		0.15% (2020)	0.14% (2020)	長崎県0.29% (2020)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」地域保健・健康増進事業報告(厚生労働省人口動態・保健社会統計課)
	指標	非初回受診者の2年連続受診者割合(乳がん、子宮頸がんのみ)	女性乳房	11.4% (2022) 12.3% (2021)	17.6% (2022) 15.5% (2021)	栃木県54.7% (2022) 鹿児島県46.5% (2021)	厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」(令和元年度一次検診受診者の令和2年度までの精密検査受診状況) ※受診者数のうち2年連続受診者数
			子宮頸部	13.1% (2022) 12.7% (2021)	26.4% (2022) 24.54% (2021)	鳥取県61.4% (2022) 鳥取県58.7% (2021)	

2-6	職域を含めた、がん検診の実施者による分かりやすい情報提供を推進する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん検診の正しい情報提供を実施した市町村の割合	胃(エックス線)	78.9% (2022) 83.8% (2021)	81.1% (2022) 78.6% (2021)	青森県他100.0% (2022) 青森県他100.0% (2021)	国立がん研究センター「市区町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」受診勧奨時に「3-1検診機関用チェックリスト1.受診者への説明」が全項目記載された資料を全員に個別配布している市町村の割合 ※集団検診
			胃(内視鏡)	100% (2022) 66.7% (2021)	75.7% (2022) 67.1% (2021)	秋田県他100.0% (2022) 宮城県他100.0% (2021)	
			大腸	77.5 (2022) 82.5% (2021)	80.1% (2022) 77.4% (2021)	青森県他100.0% (2022) 青森県他100.0% (2021)	
			肺	77.5 (2022) 82.5% (2021)	78.3% (2022) 76.0% (2021)	青森県他100.0% (2022) 青森県他100.0% (2021)	
			女性乳房	76.5 (2022) 87.1% (2021)	80.8% (2022) 78.5% (2021)	宮城県他100.0% (2022) 山形県他100.0% (2021)	
			子宮頸部	74.3% (2022) 82.4% (2021)	81.4% (2022) 78.8% (2021)	秋田県他100.0% (2022) 山形県他100.0% (2021)	

③受診率対策について

3-1	受診率向上に向けて、がん検診受診率をより正確かつ精緻に、また、個人単位で把握することができるように検討する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	検討を行っている市町村の割合		34.1% (2023)			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果

3-2	市町村及び県が連携して、より科学的かつ効率的な受診勧奨策(コール・リコールなど)を推進し検診受診率を増加する ・北部地区医師会病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	受診勧奨実施市町村の割合	胃	67.5% (2022)	84.1% (2022)	群馬県他100.0% (2022)	国立がんセンター「市町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」①がん検診実施状況
			大腸	65.9% (2022)	85.5% (2022)	富山県他100.0% (2022)	
			肺	60.9% (2022)	82.3% (2022)	群馬県他100.0% (2022)	
			女性乳房	63.4% (2022)	85.0% (2022)	群馬県他100.0% (2022)	
			子宮頸部	65.8% (2022)	85.2% (2022)	富山県他100.0% (2022)	
	指標	検診受診率の目標値60%以上を達成している市町村の割合	胃	0.0% 0/41市町村 (2022)	0.06% 1/1737市町村 (2022)	熊本県 2.2% 1/45市町村 (2022)	地域保健・健康増進事業報告(健康増進編)市区町村表 がん検診
			大腸	0.0% 0/41市町村 (2022)	0.0% (2022)	該当なし	
			肺	0.0% 0/41市町村 (2022)	0.0% (2022)	該当なし	
			女性乳房	2.4% 1/41市町村 (2022)	0.23% 4/1737市町村 (2022)	宮崎県 7.7% 2/26市町村 (2022)	
			子宮頸部	2.4% 1/41市町村 (2022)	0.17% 3/1737市町村 (2022)	沖縄県 2.4% 1/41市町村 (2022)	

3-3	市町村及び県は、受診者の立場に立ったがん検診を受診する上での利便性の向上を行う ・北部地区医師会病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	利便性の向上を行っている市町村の割合	胃	84.2% (2022) 81.6% (2021)	86.1% (2022) 85.3% (2021)	岩手県他100.0% (2022) 岩手県他100.0% (2021)	厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」休日(土日・祝日)、早朝又は深夜に集団検診を実施している市町村の割合 ※集団検診
			大腸	80.5% (2022) 80.0% (2021)	85.4% (2022) 84.6% (2021)	岩手県他100.0% (2022) 岩手県他100.0% (2021)	
			肺	85.0% (2022) 82.9% (2021)	83.3% (2022) 82.7% (2021)	宮城県他100.0% (2022) 宮城県他100.0% (2021)	
			女性乳房	47.2% (2022) 39.4% (2021)	75.3% (2022) 75.2% (2021)	栃木県他100.0% (2022) 栃木県他100.0% (2021)	
			子宮頸部	42.9% (2022) 36.4% (2021)	70.9% (2022) 69.1% (2021)	宮城県他100.0% (2022) 茨城県他100.0% (2021)	

3-4	市町村は、啓発のための研修会等を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	普及啓発キャンペーン実施市町村数		22/41市町村 (2023)			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果

3-5	県は、職域等におけるがん検診や人間ドックについて、実施状況の継続的な把握に務める		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	指針に基づく検診の実施率	胃				
			大腸				
			肺				
			女性乳房				
			子宮頸部				

3-1	科学的根拠に基づく受診勧奨を行い、検診受診率の増加ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	検診受診率(国民生活基礎調査)	胃 (50～69歳/過去2年間)	男49.5% 女45.7% (2022)	男53.7% 女43.5% (2022)	男 山形県73.6% 女 山形県67.3%	厚生労働量「国民生活基礎調査」
			大腸 (40～69歳/過去1年間)	男40.0% 女37.0% (2022)	男49.1% 女42.8% (2022)	男 山形県65.1% 女 山形県63.1%	
			肺 (40～69歳/過去1年間)	男44.9% 女44.3% (2022)	男53.2% 女46.4% (2022)	男 山形県69.8% 女 山形県67.6%	
			女性乳房 (40～69歳/過去2年間)	女48.8% (2022)	女47.4% (2022)	女 山形県61.7%	
			子宮頸部 (20～69歳/過去2年間)	女45.3% (2022)	女43.6% (2022)	女 山形県57.5%	

がん医療提供体制

番号	C 個別施策					
①医療提供全般						
1-1	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 ・宮古病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	第8次医療計画に基づいて協議を行い決定したがん種の数（増加が良い）	12 （2018） 7 （2013）			
	指標	第8次医療計画に基づいて協議を行い決定した「施設」の総数（減少が良い）	25施設 （2024） 26施設 （2023）			沖縄県庁ホームページ「掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設一覧」
1-2	「施設」同士および「施設」とそれ以外の医療機関等の連携を行う ・八重山病院・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					
1-3	すべ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 ・宮古病院・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					
1-4	「施設」では、患者に対するセカンドオピニオンの提示などを適切に実施する　・宮古病院・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」におけるセカンドオピニオンの数	385件 （2023）			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）
1-5	すべての医療機関において、患者に対するACPを適切に実施する ・北部地区医師会病院　・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	ACPに関する院内のマニュアル等を策定している「施設」の割合	40.0% （2024）			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）
1-6	全県および各二次医療圏におけるBCPについて整備する　・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	BCPを整備している「施設」の割合	72.0% （2024）			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）
②病理診断						
2-1	「施設」では、質の高い病理診断を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	常勤の病理専門医が1名以上配置されている「施設」の割合	56.0% （2024）			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）
③がんゲノム医療						
3-1	必要な患者に対し、適切なタイミングで、がん遺伝子パネル検査等及びその結果を踏まえた治療を行う ・宮古病院　・八重山病院　・琉球大学病院・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がんゲノム情報管理センターに登録された患者数	126人 （2023）			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）
	指標	琉球大学病院において遺伝性腫瘍に関する遺伝カウンセリングを実施した患者数	80人 （2023）			
	指標	以下の専門家の数 ①臨床遺伝専門医 ②認定遺伝カウンセラー ③がんゲノム医療コーディネーター	①臨床遺伝専門医	12人 （2024） 8.2人 対人口100万人	1，850人 （2024） 14.9人 対人口100万人	東京都436人 （2024） 30.9人 対人口100万人	臨床遺伝専門医制度委員会
			②認定遺伝カウンセラー	1人 （2024） 0.7人 対人口100万人	387人 （2024） 3.1人 対人口100万人	東京都91人 （2024） 6.5人 対人口100万人	認定遺伝カウンセラー制度委員会
			③がんゲノム医療コーディネーター	4.3人 （2022） 対人口100万人	18.74人 （2022） 対人口100万人	島根県45.02人 （2022） 対人口100万人	厚生労働省　第83回がん対策推進協議会　資料2-7「人材育成」20項
④手術療法						
4-1	必要な資格を持った専門家が計画的に養成を行い、「施設」に必要に応じて配置する　・宮古病院　・八重山病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	以下の専門医の数 ①消化器外科専門医 ②呼吸器外科専門医 ③乳腺外科専門医 ④小児外科専門医 ⑤肝胆膵外科高度技能専門医 ⑥脳神経外科専門医 ⑦認定骨・軟部腫瘍医 ⑧婦人科腫瘍専門医 ⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医 ⑩泌尿器科専門医 ⑪頭頸部がん専門医 ⑫口腔外科専門医	①消化器外科専門医	82人 （2024） 55.8人 対人口100万人	9,208人 （2024） 74.1人 対人口100万人	京都府261人 （2024） 103.0人 対人口100万人	日本消化器外科学会
			②呼吸器外科専門医	17人 （2024） 11.6人 対人口100万人	1,640人 （2024） 13.2人 対人口100万人	徳島県16人 （2024） 23.1人 対人口100万人	日本呼吸器外科学会
			③乳腺外科専門医	18人 （2024） 12.2人 対人口100万人	2,034人 （2024） 16.4人 対人口100万人	京都府69人 （2024） 27.2人 対人口100万人	日本乳癌学会
			④小児外科専門医	5人 （2024） 3.4人 対人口100万人	753人 （2024） 6.1人 対人口100万人	京都府33人 （2024） 13.0人 対人口100万人	日本小児外科学会
			⑤肝胆膵外科高度技能専門医	4人 （2021） 2.7人 対人口100万人	587人 （2021） 4.7人 対人口100万人	和歌山県9人 （2021） 10.1人 対人口100万人	日本肝胆膵外科学会
			⑥脳神経外科専門医	74人 （2023） 50.4人 対人口100万人	7，899人 （2023） 63.6人 対人口100万人	高知県67人 （2023） 100.8人 対人口100万人	日本脳神経外科学会
			⑦認定骨・軟部腫瘍医	1人 （2024） 0.7人 対人口100万人	185人 （2024） 1.5人 対人口100万人	徳島県3人 （2024） 4.3人 対人口100万人	日本整形外科学会
			⑧婦人科腫瘍専門医	14人 （2023） 9.5人 対人口100万人	1，224人 （2024） 9.8人 対人口100万人	東京都218人 （2024） 15.5人 対人口100万人	日本婦人科腫瘍学会
			⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	2人 （2024） 1.4人 対人口100万人	91人 （2024） 0.7人 対人口100万人	福井県2人 （2024） 2.7人 対人口100万人	日本皮膚科学会
			⑩泌尿器科専門医	67人 （2024） 45.6人 対人口100万人	7，138人 （2024） 57.4人 対人口100万人	高知県63人 （2024） 94.8人 対人口100万人	日本泌尿器科学会
			⑪頭頸部がん専門医	7人 （2020） 4.8人 対人口100万人	493人 （2020） 4.0人 対人口100万人	鳥取県5人 （2020） 9.3人 対人口100万人	日本頭頸部外科学会
			⑫口腔外科専門医	26人 （2024） 17.7人 対人口100万人	2，240人 （2024） 18.0人 対人口100万人	鳥取県19人 （2024） 35.4人 対人口100万人	日本口腔外科学会
	指標	上記の専門医が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①消化器外科専門医	72.0% （2024）			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）
			②呼吸器外科専門医	40.0% （2024）			
			③乳腺外科専門医	40.0% （2024）			
			④小児外科専門医	8.0% （2024）			
			⑤肝胆膵外科高度技能専門医	12.0% （2024）			
			⑥脳神経外科専門医	60.0% （2024）			
			⑦認定骨・軟部腫瘍医	0% （2024）			
			⑧婦人科腫瘍専門医	28.0% （2024）			
			⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	4.0% （2024）			
			⑩泌尿器科専門医	56.0% （2024）			
			⑪頭頸部がん専門医	8.0% （2024）			
			⑫口腔外科専門医	36.0% （2024）			
4-2	「施設」では、標準治療を質が高く安全に実施する　・那覇市立病院・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業（JANIS）へ登録している「施設」の割合	64.0% （2024）			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）
4-3	高い技術を要する手術療法について、集約化を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典

番号	B 中間アウトカム					
1-1	患者が、「がん診療を行う医療施設」（「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 ・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 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	なし	89.8% （2023）	なし	患者体験調査
	指標	患者体験調査 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	71.4% （2018） 86.6% （2014）	88.5% （2023） 75.2% （2018） 89.6% （2014）	長野県83.1% （2018） 愛媛県95.2% （2014）	患者体験調査
	指標	「施設」における治療開始のカバー率				
	指標	NDB-SCR/NDB がん患者指導管理料「イ」	入院	134.2 （2021）	100.0 （2021）	大分県356.8 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差
			外来	98.7 （2021）	100.0 （2021）	鳥取県255.3 （2021）	
			入院+外来	105.3 （2021）	100.0 （2021）	鳥取県245.5 （2021）	
	指標	NDB-SCR/NDB 診療情報提供料（II）	入院	100.1 （2021）	100.0 （2021）	東京都193.0 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差
			外来	69.1 （2021）	100.0 （2021）	三重県323.0 （2021）	
			入院+外来	71.0 （2021）	100.0 （2021）	三重県308.5 （2021）	
	指標	医療者調査　問13 治療方針（告知等）の説明の際に、医師以外の職種も参加している割合はどの程度ですか。	68.7% （2023） 75%以上参加の割合33.1% （2018）	なし	【参考値】秋田県 回答100%➡ 10.2%（2023） 回答100%➡ 13.1% （2020）	沖縄県値：医療者調査 参考値：秋田大学医学部附属病院　アンケート「医療者のみなさまへ」の集計結果
	指標	医療者調査　問38 沖縄県内において、がん医療の適切な集約化と機能分化が十分にできていると思いますか。	マイナス2.5スコア （2023）	なし	なし	医療者調査
2-1	患者が、速やかな病理診断を受けられている　・中部病院・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 初診時から確定診断までの1ヶ月未満の人の割合	72.7% （2018）	70.0% （2023） 70.2% （2018）	山口県80.3% （2018）	患者体験調査
3-1	患者が、がん遺伝子パネル検査を受け、その結果に基づいて治療が選択できている　・中部病院　・琉球大学病院・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん遺伝子パネル検査を実施した患者のうち、エキスパートパネルで推奨された薬剤が投与された割合	2.4% （2023）			琉球大学病院（がん遺伝子パネル検査オーダー進行表）、中部病院（施設アンケート調査実施中）
	指標	DPC-QI　lg1 IV期肺腺癌に対するがん薬物療法前のEGFR遺伝子変異検査	83.3%	88.1%	100.0% （複数）	QIフィードバックシステム
	指標	DPC-QI　st3 切除不能IV期胃がんへの化学療法前HER2検査	0.0%	64.1%	100.0% （複数）	
	指標	医療者調査　問21 がんゲノム医療に関する十分な情報提供をした割合はどの程度ですか。	23.3ポイント （2023）	なし	なし	医療者調査
4-1	必要な患者が、最適な手術を、タイムリーで質が高く安全に受けられている　・中部病院　・琉球大学病院・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	DPC-QI　15 StageⅡ・Ⅲの大腸癌に対するD3リンパ節郭清	96.2%	81.1%	100%	QIフィードバックシステム
	指標	DPC-QI　14 進行胃癌に対する定型手術	100.0%	92.5%	100%	
	指標	医療者調査　問23 手術を受けた患者のうち、質の高い最適な手術を提供できた患者の割合はどの程度ですか。	78.2% （2023）	なし	なし	医療者調査

番号	A 分野アウトカム					
1-1	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		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん種別5年生存率	全部位	60.7%	66.2%	東京都 71.5%	院内がん登録 2014-2015 年5年生存率集計
			胃	59.0%	70.2%	京都府 78.1%	
			大腸	63.3%	70.9%	東京都 75.8%	
			肝細胞	37.1%	45.1%	大分県 52.8%	
			肝内胆管	13.5%	21.1%	広島県 34.7%	
			胆のう	47.4%	27.2%	沖縄県 47.4%	
			膵	12.6%	12.7%	山梨県 23.1%	
			小細胞肺	3.9%	11.5%	福井県 19.4%	
			非小細胞肺	34.7%	47.5%	宮崎県 57.9%	
			女性乳房	89.3%	91.6%	三重県 94.6%	
			前立腺	92.5%	95.1%	香川県 99.4%	
	指標	患者体験調査 がんの診断・治療全体の総合的評価		8.4点 （2018）	8.2点 （2023） 8.0点 （2018）	愛媛県8.5点 （2018）	患者体験調査
	指標	患者体験調査 専門的な医療を受けられたと思う患者の割合		87.2% （2018）	79.0% （2018）	東京都88.3% （2018）	患者体験調査
	指標	患者体験調査 これまで受けた治療に納得している患者の割合		85.4% （2018） 80.2% （2014）	77.4% （2018） 88.1% （2014）	愛媛県89.5% （2018） 福島県93.8% （2014）	患者体験調査

ヤ-5	指標	食道、肝胆膵の手術を「施設」で行った患者の割合				院内がん登録確認依頼中

⑤放射線療法

5-1	必要な資格を持った専門家を計画的に養成し、「施設」に必要に応じて配置する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	放射線治療専門医が何らかの形で週に1回以上または月に1回以上関わっている「施設」の割合					施設向けアンケート調査実施中
	指標	以下の専門家の数 ①放射線治療専門医 ②放射線治療専門放射線技師 ③医学物理士 ④がん放射線療法看護認定看護師	①放射線治療専門医	15人 （2024） 10.2人 対人口100万人	1，437人 （2024） 11.6人 対人口100万人	京都府57人 （2024） 22.5人 対人口100万人	日本放射線腫瘍学会
			②放射線治療専門放射線技師	11人 （2023） 7.5人 対人口100万人	1，847人 （2023） 14.9人 対人口100万人	大分県62人 （2023） 56.7人 対人口100万人	日本放射線治療専門放射線技師認定機構
			③医学物理士	9人 （2023） 6.1人 対人口100万人	1，461人 （2023） 11.8人 対人口100万人	福井県18人 （2023） 24.2人 対人口100万人	医学物理士認定機構
			④がん放射線療法看護認定看護師	6人 （2024） 4.1人 対人口100万人	311人 （2024） 2.5人 対人口100万人	山形県7人 （2024） 6.8人 対人口100万人	日本看護協会
	指標	以下の専門家が、常勤で配置されている放射線治療施設のそれぞれの割合 ①放射線治療専門医2名以上 ②放射線治療専門放射線技師2名以上 ③医学物理士 ④がん放射線療法看護認定看護師	①放射線治療専門医2名以上				施設向けアンケート調査実施中
			②放射線治療専門放射線技師2名以上				
			③医学物理士				
			④がん放射線療法看護認定看護師				

5-2	放射線療法が可能な全ての医療機関において、IMRTを含む標準治療を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	IMRT加算をとっている放射線治療施設の割合	27.3% 3/11施設 （2024）			

5-3	「施設」では、粒子線治療や核医学治療、ホウ素中性子捕捉療法等について、適切に患者を紹介する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」から紹介されて、粒子線治療や核医学治療、ホウ素中性子捕捉療法等を受けた患者の数	※9人 （2024）			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）

※集計不可（友愛医療センター）、患者数不明（南部医療センター・こども医療センター、浦添総合病院）の施設を除く。

5-1	必要な患者が、最適な放射線治療をタイムリーで質が高く安全に受けられている ・中部病院 ・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	DPC-QI b35 乳房温存術後の放射線療法	100.0%	73.7%	100.0% （複数）	QIフィードバックシステム
	指標	DPC-QI lg13 70歳以下Ⅲ期非小細胞肺癌に対する同時化学放射線療法	25.0%	62.1%	100.0% （複数）	
	指標	DPC-QI lg17 Ⅰ期非小細胞肺癌の非手術例に対する定位放射線治療	66.7%	47.4%	100.0% （複数）	
	指標	医療者調査 問24 放射線治療を受けた患者のうち、その適応の判断を多職種で議論された上で、提供できた患者の割合はどの程度ですか。	65.3ポイント （2023）	なし	なし	医療者調査

⑥薬物療法

6-1	必要な資格を持った専門家を計画的に養成し、「施設」に必要に応じて配置する ・宮古病院 ・北部地区医師会病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん薬物療法専門医が何らかの形で週に1回以上または月に1回以上関わっている「施設」の割合		16.0% （2024）			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）
	指標	以下の専門家の数 ①がん薬物療法専門医 ②がん指導薬剤師、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師および外来がん治療認定薬剤師 ③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師および乳がん看護認定看護師	①がん薬物療法専門医	6人 （2024） 4.1人 対人口100万人	1，682人 （2024） 13.5人 対人口100万人	岡山県50人 （2024） 27.1人 対人口100万人	日本臨床腫瘍学会
			②がん指導薬剤師	0人 （2024） 0.0人 対人口100万人	385人 （2024） 3.1人 対人口100万人	石川県13人 （2024） 11.7人 対人口100万人	日本医療薬学会
			②がん専門薬剤師	4人 （2024） 2.7人 対人口100万人	827人 （2024） 6.7人 対人口100万人	石川県21人 （2024） 19.0人 対人口100万人	日本医療薬学会
			②がん薬物療法認定薬剤師	12人 （2023） 8.2人 対人口100万人	1，019人 （2023） 8.2人 対人口100万人	島根県13人 （2023） 20.1人 対人口100万人	日本病院薬剤師会
			②外来がん治療認定薬剤師	6人 （2023） 4.1人 対人口100万人	956人 （2023） 7.7人 対人口100万人	福岡県58人 （2023） 11.4人 対人口100万人	日本臨床腫瘍薬学会
			③がん看護専門看護師	13人 （2024） 8.8人 対人口100万人	931人 （2024） 7.5人 対人口100万人	高知県17人 （2024） 25.6人 対人口100万人	日本看護協会
			③がん薬物療法看護認定看護師	2人 （2024） 1.4人 対人口100万人	135人 （2024） 1.1人 対人口100万人	富山県5人 （2024） 5.0人 対人口100万人	日本看護協会
			③乳がん看護認定看護師	2人 （2024） 1.4人 対人口100万人	298人 （2024） 2.4人 対人口100万人	鳥取県4人 （2024） 7.5人 対人口100万人	日本看護協会
	指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①がん薬物療法専門医	12.0% （2024）			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）
			②がん指導薬剤師	4.0% （2024）			
			②がん専門薬剤師	8.0% （2024）			
			②がん薬物療法認定薬剤師	20.0% （2024）			
			②外来がん治療認定薬剤師	16.0% （2024）			
			③がん看護専門看護師	12.0% （2024）			
			③がん薬物療法看護認定看護師	32.0% （2024）			
			③乳がん看護認定看護師	0% （2024）			

6-2	「施設」では、標準治療を、質が高く安全に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

6-3	拠点病院等では、並存疾患のある患者に対する薬物療法を安全に実施する ・八重山病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	免疫関連有害事象を含む有害事象に対して、他診療科や他病院と連携等して対応している「施設」の割合	88.0% （2024）			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）

6-1	必要な患者が、最新の知見に基づく最適な薬物療法を、タイムリーで質が高く安全に受けられている ・中部病院 ・琉球大学病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	DPC-QI lg14 ⅡB・ⅢA期非小細胞肺癌に対する術後化学療法（74歳以下）術後9週間以内の補助化学療法開始		0.0%	56.1%	100.0% （複数）	QIフィードバックシステム
	指標	DPC-QI st14 胃癌術後6週間以内の補助化学療法開始		100.0%	51.4%	100.0% （複数）	
	指標	DPC-QI 32 StageⅢ大腸癌に対する術後補助化学療法		83.3%	82.7%	100.0% （複数）	
	指標	医療者調査 問25 薬物療法を受けた患者のうち、質の高い薬物療法を提供できた患者の割合はどの程度ですか。		74.7% （2023）	なし	なし	医療者調査

⑦チーム医療の推進

7-1	「施設」では、医療者、特に医師とそれ以外の医療者の間でのコミュニケーションが取れた医療行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標						
	指標						

7-2	「施設」では、院内や地域の歯科医師、歯科衛生士等と連携し、医科歯科連携によるがん患者の口腔の管理を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん患者の口腔健康管理のため院内又は地域の歯科医師と連携して対応している「施設」の割合	96.0% （2024）			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）

7-3	「施設」では、栄養サポートチーム等の専門チームと連携し、栄養指導や管理を行う ・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「栄養サポートチーム加算」を算定している「施設」の割合	76.9% 20/26施設 （2024）			九州厚生局 届出受理医療機関名簿（全体版）令和6年8月1日現在（※毎月上旬更新予定）

7-1	患者が、医療者の間の情報共有ができた医療を受けられている ・中部病院 ・琉球大学病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 医療スタッフ間で情報が十分にと感じた患者の割合		77.3% （2018）	79.8% （2023） 68.8% （2018）	東京都78.0% （2018）	患者体験調査
	指標	患者体験調査 主治医以外にも相談しやすいスタッフがいた患者の割合		53.7% （2018）	58.4% （2023） 48.8% （2018）	佐賀県65.8% （2018）	患者体験調査
	指標	DPC-QI st20 胃がん患者への栄養指導		100.0%	94.7%	100.0% （複数）	QIフィードバックシステム
	指標	NDB-SCR/NDB 栄養サポートチーム加算		190.1 （2021）	100.0 （2021）	沖縄県190.1 （2021）	内閣府 医療提供状況の地域差（A-233-02-00）
	指標	NDB-SCR/NDB 周術期口腔機能管理計画策定料					厚生労働省NDBオープンデータ 歯科診療行為（算定回数）
	指標	NDB-SCR/NDB 周術期口腔機能管理料（I）（II）（III）					厚生労働省NDBオープンデータ 歯科診療行為（算定回数）
	指標	医療者調査 問39 医師以外の医療スタッフの方にお尋ねします。がん患者のケアに関して、自分の意見を医師に対して自由に言えますか。		13.9% （2023） 61.9% （2015）	なし	【参考値】秋田県 第1回 確認中 第2回 確認中	医療者調査
	指標	医療者調査 問40 医師の方にお尋ねします。他の医療スタッフの話に耳を傾けていますか。		63.9% （2023） 97.9% （2015）	なし	【参考値】秋田県 第1回 確認中 第2回 確認中	医療者調査

⑧医療実装

8-1	「施設」では、新規に認可された医薬品、医療機器及び医療技術を速やかに患者に提供する ・那覇市立病院 ・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「拠点病院等」において新規に認可された免疫チェックポイント阻害薬が実際に使えるようになった日数				

8-2	「拠点病院等」では、治験も含めた医薬品等の臨床研究、先進医療、患者申出療養等に関する適切な情報提供を行い、患者を紹介する ・那覇市立病院 ・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	臨床試験に参加していない地域の患者さんやご家族向けの問い合わせ窓口を設置している拠点病院数	2/3施設 （2024）			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）
	指標	「拠点病院等」において実施されている（参加が可能な）臨床研究の数				

8-1	患者が、新規に認可された医薬品、医療機器及び医療技術を受けられており、希望する患者が治験等に参加できている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	治験も含めた医薬品等の臨床研究、先進医療、患者申出療養等に参加した患者の数		※298人 （2023）			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）
	指標	医療者調査 問9 医師の方にお尋ねします。2023年に、レジメン登録が遅かったために、患者へのタイムリーな投薬が遅れたことがありましたか。		64.4%（なかったとの回答） 2023	なし	なし	医療者調査

※患者数不明（南部医療センター・こども医療センター）、患者数が多く集計困難（友愛医療センター）を除く

緩和・支持療法

番号	C 個別施策					
①緩和ケア						
1-1	「施設」では、外来初診時および入院時に、看護師による「痛みのスクリーニング」を行い、その後は必要な医療を行う ・宮古病院 ・中部病院 ・八重山病院 ・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	外来初診時および入院時に、看護師による「痛みのスクリーニング」が行われたがん患者の割合				
	指標	前述の「痛みのスクリーニング」の結果を、看護師が、主治医（主治医チーム）に報告が行われたがん患者の割合				
	指標	「痛みのスクリーニング」の結果報告を受けて、主治医（主治医チーム）が速やかに必要な緩和ケアが行われたがん患者の割合				
	指標	「痛みのスクリーニング」の結果を受けての緩和ケアが主治医（主治医チーム）では充分行えない場合に、主治医（主治医チーム）から速やかに緩和ケアチームに紹介が行われたがん患者の割合				
1-2	外来患者は毎回の受診時に、入院患者は毎日、看護師による「痛みのモニタリング」を行い、その後は必要な医療を行う ・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	外来患者は毎回の受診時に、入院患者は毎日、看護師による「痛みのモニタリング」が行われたがん患者の割合				
	指標	前述の「痛みのモニタリング」の結果を、看護師が、主治医（主治医チーム）に報告が行われたがん患者の割合				
	指標	「痛みのモニタリング」の結果報告を受けて、主治医（主治医チーム）が速やかに必要な緩和ケアが行われたがん患者の割合				
	指標	「痛みのモニタリング」の結果を受けての緩和ケアが主治医（主治医チーム）では充分行えない場合に、主治医（主治医チーム）から速やかに緩和ケアチームに紹介が行われたがん患者の割合				
	指標	リンクナース制度を運用している「施設」の割合	68.0%（2024）			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）
1-3	「施設」では、専門的な緩和ケアを提供できる人材とチームを整備する ・中部病院 ・北部地区医師会病院 ・那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」の緩和ケアチーム新規診療症例数	1,125件（2023）			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）
	指標	緩和ケア外来の新規診療症例数	389件（2023）			
	指標	緩和ケア外来への、地域の医療機関からの紹介件数	626件（2023）			
	指標	以下の専門家の数 ①緩和医療学会専門医及び認定医 ②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医 ③ペインクリニック専門医 ④放射線治療専門医 ⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医） ⑥緩和薬物療法認定薬剤師 ⑦緩和ケア認定看護師 ⑧公認心理師及び臨床心理士	①緩和医療学会専門医	3人（2024）2.0人 対人口100万人	356人（2024）2.9人 対人口100万人	鳥取県4人（2024）7.5人 対人口100万人	日本緩和医療学会
			①緩和医療学会認定医	11人（2024）7.5人 対人口100万人	1,146人（2024）9.2人 対人口100万人	鳥取県9人（2024）16.8人 対人口100万人	日本緩和医療学会
			②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	3人（2024）2.0人 対人口100万人	183人（2024）1.5人 対人口100万人	京都府9人（2024）3.6人 対人口100万人	日本サイコオンコロジー学会
			③ペインクリニック専門医	15人（2024）10.2人 対人口100万人	1,598人（2024）12.9人 対人口100万人	栃木県53人（2024）28.0人 対人口100万人	日本ペインクリニック学会
			④放射線治療専門医	15人（2024）10.2人 対人口100万人	1,437人（2024）11.6人 対人口100万人	京都府57人（2024）22.5人 対人口100万人	日本放射線腫瘍学会
			⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	13人（2023）8.8人 対人口100万人	1,264人（2023）10.2人 対人口100万人	奈良県119人（2023）92.0人 対人口100万人	日本インターベンショナルラジオロジー学会事務局からデータ提供
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	4人（2024）2.7人 対人口100万人	872人（2024）7.0人 対人口100万人	島根県11人（2024）17.0人 対人口100万人	日本緩和医療薬学会
			⑦緩和ケア認定看護師	33人（2024）22.5人 対人口100万人	1,951人（2024）15.7人 対人口100万人	山梨県50人（2024）63.0人 対人口100万人	日本看護協会
			⑧公認心理師	1,015人（2024）690.7人 対人口100万人	71,987人（2024）579.2人 対人口100万人	京都府2,301人（2024）908.1人 対人口100万人	日本心理研修センター
			⑧臨床心理士	336人（2023）228.6人 対人口100万人	36,865人（2023）296.6人 対人口100万人	京都府1,448人（2023）571.5人 対人口100万人	日本臨床心理士資格認定協会
	指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①緩和医療学会専門医	4.0%（2024）			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）
			①緩和医療学会認定医	28.0%（2024）			
			②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	4.0%（2024）			
			③ペインクリニック専門医	28.0%（2024）			
			④放射線治療専門医	32.0%（2024）			
			⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	36.0%（2024）			
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	16.0%（2024）			
			⑦緩和ケア認定看護師	72.0%（2024）			
			⑧公認心理師	44.0%（2024）			
			⑧臨床心理士	44.0%（2024）			
②在宅医療						
2-1	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合を増加させる ・宮古病院 ・中部病院 ・八重山病院 ・北部地区医師会病院 ・那覇市立病院 ・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					
2-2	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度を向上させる ・宮古病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					
2-3	在宅医療を提供できる必要な資格を持った専門家を計画的に養成し、必要に応じて配置する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	地域緩和ケア連携調整員研修受講者数	3人（2023）	なし	なし	令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）
	指標	以下の専門家の数 ①在宅専門医 ②訪問看護師 ③介護支援専門員 ④在宅医療インテグレーター	①在宅専門医	10人（2024）6.8人 対人口100万人	461人（2024）3.7人 対人口100万人	奈良県12人（2024）9.3人 対人口100万人	日本在宅医療連合学会
			②訪問看護師	3人（2024）2.0人 対人口100万人	549人（2024）4.4人 対人口100万人	愛知県83人（2024）11.1人 対人口100万人	日本看護協会
			③介護支援専門員	7,024人（2023）4,779.4人 対人口100万人	751,059人（2023）6043.2人 対人口100万人	徳島県7,111人（2023）10,259.9人 対人口100万人	日本看護協会
			④在宅医療インテグレーター	13人（2024）8.8人 対人口100万人	382人（2024）3.1人 対人口100万人	沖縄県13人（2024）8.8人 対人口100万人	日本在宅医療連合学会からのデータ提供
			①在宅療養支援診療所	98施設（2022）66.7施設 対人口100万人	15,090施設（2022）121.4施設 対人口100万人	長崎県282施設（2022）223.1施設 対人口100万人	

番号	B 中間アウトカム					
1-1	がん患者及びその家族の苦痛の軽減ができ、QOLが向上できている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査・遺族調査 医療者はつらい症状にすみやかに対応していたと感じる割合	80.1%（2018）	90.1%（2023）74.1%（2018）	愛媛県86.3%（2018）	患者体験調査
	指標	患者体験調査・遺族調査 医療スタッフが耳を傾け理解しようとしてくれていたと思う患者の割合	78.6%（2018）	90.1%（2023）71.7%（2018）	愛媛県79.8%（2018）	患者体験調査
	指標	医療者調査 問10 2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果で痛むがあるとした患者のうち、その結果が主治医（チーム）に速やかに伝えられた患者の割合はどの程度ですか。	75.2%（2023）	なし	なし	医療者調査
	指標	医療者調査 問11 2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果が主治医（チーム）に伝えられた患者のうち、主治医（チーム）が速やかに必要な緩和ケアを行った患者の割合はどの程度ですか。	71.4%（2023）	なし	なし	医療者調査
	指標	医療者調査 問12 2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果が主治医（チーム）に伝えられた患者において、主治医（チーム）では対応が十分に行えない患者のうち、主治医（チーム）から速やかに緩和ケアチームに紹介が行われた患者の割合はどの程度ですか。	59.4%（2023）	なし	なし	医療者調査
1-2	緩和ケアの質の向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者報告アウトカム（PRO）の症状改善率				
	指標					
	指標	NDB-SCR/NDB 緩和ケア診療加算の算定回数	39.3（2021）	100.0（2021）	福井県211.7（2021）	内閣府 医療提供状況の地域差(A-226-02-01)
	指標	NDB-SCR/NDB L100神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）	84.3（2021）	100.0（2021）	長野県230.2（2021）	内閣府 医療提供状況の地域差(L-100-00)入院+外来
	指標	NDB-SCR/NDB L101神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）	68.0（2021）	100.0（2021）	岐阜県296.1（2021）	内閣府 医療提供状況の地域差(L-101-00)入院+外来
	指標	NDB-SCR/NDB 緩和的放射線照射の実施数: M001-3（直線加速器による放射線治療）の2	141.9（2021）	100.0（2021）	山形県214.8（2021）	内閣府 医療提供状況の地域差(M-001-03-02)入院+外来 診療行為コード（180035310）
2-1	希望する患者の在宅医療への移行が充分にできている ・那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	遺族調査 在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	なし	78.8%（2018）	なし	国立がん研究センター「患者さまが受けられた医療に関するご遺族の方への調査」
	指標	遺族調査 介護をしたことで、全体的に負担感が大きかった割合	53.1%（2019）	40.9%（2019）	福岡県31.0%（2019）	国立がん研究センター「患者さまが受けられた医療に関するご遺族の方への調査」
	指標	NDB-SCR/NDB 在宅ターミナルケア加算	131.2（2021）	100.0（2021）	宮城県305.8（2021）	内閣府 医療提供状況の地域差(C-005-00-11)外来
	指標	NDB-SCR/NDB 看取り加算	90.3（2021）	100.0（2021）	神奈川県193.8（2021）	内閣府 医療提供状況の地域差(C-001-00-06)
	指標	NDB-SCR/NDB 介護支援等連携指導料（がん患者に限定）	99.0（2021）	100.0（2021）	秋田県258.1（2021）	内閣府 医療提供状況の地域差(B-005-01-02)
	指標	NDB-SCR/NDB 退院時共同指導料1（がん患者に限定）	236.3（2021）	100.0（2021）	岐阜県319.5（2021）	内閣府 医療提供状況の地域差(B-004-00-01)
	指標	医療者調査 問26 在宅医療を希望された患者のうち、実際に在宅医療に移行した患者の割合はどの程度ですか。	62.7%（2023）	なし	なし	医療者調査

番号	A 分野アウトカム					
1-1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 がんやがん治療に伴う身体の苦痛や気持ちのつらさにより、日常生活を送る上で困っていることがない患者の割合	70.4%（2018）62.0%（2014）	69.5%（2018）61.5%（2014）	岡山県79.8%（2018）和歌山県73.2%（2014）	患者体験調査
	指標	患者体験調査 身体の苦痛や気持ちのつらさを和らげる支援は十分であると感じる患者の割合	43.5%（2018）	33.8%（2023）42.5%（2018）	山口県55.2%（2018）	患者体験調査
	指標	患者体験調査 現在自分らしい日常生活を送れていると感じる患者の割合	78.3%（2018）75.2%（2014）	79.0%（2023）70.1%（2018）77.7%（2014）	徳島県83.5%（2018）秋田県89.4%（2014）	患者体験調査

2-3	指標	以下の施設の数 ①在宅療養支援診療所 ②強化機能型在宅療養支援診療所 ③在宅療養支援病院 ④訪問看護ステーション ⑤専門医療機関連携薬局 ⑥介護サービス事業所 ⑦訪問リハビリテーション事業所	②強化機能型在宅療養支援診療所	33施設 (2022) 22.5施設 対人口100万人	3,796施設 (2022) 30.5施設 対人口100万人	和歌山県44施設 (2022) 49.5施設 対人口100万人	厚生労働省　在宅医療にかかる地域別データ集
			③在宅療養支援病院	20施設 (2022) 13.6施設 対人口100万人	1,672施設 (2022) 13.5施設 対人口100万人	徳島県42施設 (2022) 60.6施設 対人口100万人	
			④訪問看護ステーション	201施設 (2022) 136.8施設 対人口100万人	14,829施設 (2022) 119.3施設 対人口100万人	和歌山県178施設 (2022) 200.1施設 対人口100万人	
			⑤専門医療機関連携薬局	1施設 (2024) 0.7施設 対人口100万人	191施設 (2024) 1.5施設 対人口100万人	長崎県5施設 (2024) 4.0施設 対人口100万人	厚生労働省　専門医療機関連携薬局　認定薬局の件数
			⑥麻薬を取り扱っている夜間休日対応薬局	101/383施設 (2024)			沖縄県内地域薬局リスト(沖縄県薬剤師会作成)383施設掲載
			⑦介護サービス事業所				確認中
			⑧訪問リハビリテーション事業所	42施設 (2023) 28.6施設 対人口100万人	4,913施設 (2023) 39.5施設 対人口100万人	徳島県96施設 (2023) 138.5施設 対人口100万人	厚生労働省　介護サービス情報の公表システムデータのオープンデータ

2-4	看取りができる介護施設の拡大を図る	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	看取りができる介護施設の数				新屋先生、笹良先生に確認中

③リハビリテーション

3-1	すべてのがん患者に対して、リハビリが必要かどうかの評価をする体制が整え、その結果を踏まえたリハビリを施行する　・宮古病院　・中部病院　・北部地区医師会病院　・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん患者リハビリテーション料に関する施設基準を満たした「施設」の割合	65.4% 17/26施設 (2024)			九州厚生局 届出受理医療機関名簿(全体版) (※毎月上旬更新予定) 令和6年8月1日現在

3-1	「施設」では、必要な全ての患者に、適切なリハビリテーションができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	拠点病院等に通院・入院中のがん患者でリハビリテーションを受けた患者の割合				施設向けアンケート調査実施中
	指標	NDB-SCR/NDB がん患者リハビリテーション料	116.6 (2021)	100.0 (2021)	福井県191.4 (2021)	内閣府　医療提供状況の地域差(H-007-02-00)
	指標	医療者調査　問27 リハビリテーションを行った患者の割合はどの程度ですか。	57.6% (2023)	なし	なし	医療者調査

④支持療法

4-1	患者が、治療に伴う副作用・合併症・後遺症への見通しを持ち、身体的苦痛や外見の変化等があった際に容易に相談できる環境を整備する　・中部病院・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	リンパ浮腫研修の受講者数(修了者数)	3 (2023) 2.0人 対人口100万人	350 (2023) 2.8人 対人口100万人	奈良県10人 (2023) 7.7人 対人口100万人	ライフ・プランニング・センターからのデータ提供
	指標	リンパ浮腫外来が設置されている「施設」の割合	32.0% (2024)			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果(施設)
	指標	ストーマ外来が設置されている「施設」の割合	48.0% (2024)			

4-1	「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　・那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 治療による副作用の見通しを持てた患者の割合	70.5% (2018)	75.6% (2023) 63.0% (2018)	大分県70.8% (2018)	患者体験調査
	指標	拠点病院において支持療法に関する標準診療を実施された患者の割合				
	指標	NDB-SCR/NDB リンパ浮腫複合的治療料 (重症)	なし (2021)	100.0 (2021)	岩手県459.0 (2021)	内閣府　医療提供状況の地域差(H-007-04-01)
		(1以外)	なし (2021)	100.0 (2021)	東京都299.6 (2021)	内閣府　医療提供状況の地域差(H-007-04-02)
	指標	NDB-SCR/NDB リンパ浮腫指導管理料	69.4 (2021)	100.0 (2021)	鹿児島県138.6 (2021)	内閣府　医療提供状況の地域差(B-001-07-00)
	指標	医療者調査　問20 薬物療法の開始前に、副作用の出る時期の説明も含めて、十分な説明を行った患者の割合はどの程度ですか。	79.9% (2023)	なし	なし	医療者調査

4-2	[施設」では、各種ガイドラインに基づく支持療法を、組織的に行う体制を整備する　・中部病院　・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	制吐薬適正使用ガイドラインに基づく院内マニュアルを作成し、レジメンの登録が行われている「施設」の割合	60.0% (2024)			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果(施設)

⑤妊孕性温存療法

5-1	がん患者・家族が、生殖機能への影響についての情報提供を十分に行う　・中部病院　・八重山病院　・那覇市立病院　・琉球大学病院・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	相談支援センターにおける「妊孕性・生殖機能」に関する相談件数	6件 (2022) 6件 (2023)			

5-1	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	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん・生殖医療にて出生した子供の数	1例			
	指標	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	51.6% (2018) 65.7% (2014)	63.9% (2023) 31.1% (2018) 38.1% (2014)	秋田県100.0% (2018) 和歌山県92.8% (2014)	患者体験調査
	指標	医療者調査　問22 医師と看護師の方にお尋ねします。妊孕性温存療法が必要な患者のうち、実際に妊孕性温存療法の説明を行った患者の割合はどの程度ですか。	49.2% (2023)	なし	なし	医療者調査

5-2	妊孕性温存療法に関する体制を整備する　・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	日本がん・生殖医療登録システム JOFRへの登録症例数	54例	1089例		

5-3	がん治療後の生殖医療に関する体制を整備する　・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん治療後の生殖医療のために琉球大学病院に紹介されたがん患者の数	40例			

個別のがん対策

C 個別施策

①希少がん

1-1	希少がん患者及びその家族に対して、十分な情報を提供する ・中部病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	希少がんに関するHP等の整備を行っている「施設」の割合				

1-2	希少がん患者及びその家族に対して、十分な相談支援を提供する ・中部病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターに相談した希少がん患者の数	66件 （2023）			

1-3	希少がん患者を、速やかに琉球大学病院または県立中部病院に紹介する ・宮古病院 ・中部病院 ・那覇市立病院・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	希少がん診療を積極的に受け入れている拠点病院等（琉球大学病院と県立中部病院）で治療を受けた希少がん患者の割合				院内がん登録確認依頼中

1-4	希少がん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療を、タイムリーで質が高く、安全に実施する ・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	希少がんにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数				施設向けアンケート調査実施中
	指標	臨床試験等を受けた希少がん患者の数				施設向けアンケート調査実施中

②難治性がん

2-1	難治性がん患者及びその家族に対して、十分な相談支援が提供する ・中部病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターに相談した難治性がん患者の数	26件 （2023） 原発不明がんのみ			

2-2	県内の医療機関について、難治性がん診療における適切な役割分担を行う ・那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	難治性がん診療を積極的に受け入れている「施設」における治療開始数				院内がん登録確認依頼中

2-3	難治性がん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療が、タイムリーで質が高く、安全に実施する ・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	難治がんにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数				施設向けアンケート調査実施中
	指標	臨床試験等を受けた難治がん患者の数				施設向けアンケート調査実施中

③小児がん

3-1	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	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	なし				

3-2	小児がん患者及びその家族に対して、十分な相談支援を提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	国立がん研究センターによる「がん相談支援センター相談員基礎研修」(1)(2)を受講後、国立成育医療研究センターが実施する「小児がん相談員専門研修」を修了した者の数	琉球大学病院：1人 こども医療センター：0人			
	指標	がん相談支援センターに相談した小児がん患者の数	7件			

3-3	小児がん患者を、速やかに琉球大学病院または県立こども医療センターに紹介する ・宮古病院 ・八重山病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	琉球大学病院または県立こども医療センターで治療を受けた小児がん患者の割合	78.7%			

3-4	小児がん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療が、タイムリーで質が高く、安全に実施する ・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	琉球大学病院または県立こども医療センターにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数	琉球大学病院 15件 こども医療センター 20件			
	指標	臨床試験等を受けた小児がん患者の数	琉球大学病院 5名 こども医療センター 治療13人 診断 31人			
	指標	以下の専門家の数 ①小児血液・がん専門医 ②小児外科専門医および小児がん認定外科医 ③血液専門医 ④小児看護専門看護師、がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師、緩和ケア認定看護師	①小児血液・がん専門医	3人 （2024） 2.0人 対人口100万人	383人 （2024） 3.1人 対人口100万人	京都府23人 （2024） 9.1人 対人口100万人	一般社団法人日本小児血液・がん学会
			②小児外科専門医	5人 （2024） 3.4人 対人口100万人	753人 （2024） 6.1人 対人口100万人	京都府33人 （2024） 13.0人 対人口100万人	一般社団法人日本小児外科学会
			③小児がん認定外科医	1人 （2024） 0.7人 対人口100万人	128人 （2024） 1.0人 対人口100万人	奈良県4人 （2024） 3.1人 対人口100万人	一般社団法人日本小児血液・がん学会
			④血液専門医	28人 （2024） 19.1人 対人口100万人	4,580人 （2024） 36.9人 対人口100万人	京都府189人 （2024） 74.6人 対人口100万人	一般社団法人日本血液学会
			⑤小児看護専門看護師	3人 （2024） 2.0人 対人口100万人	254人 （2024） 2.0人 対人口100万人	高知県8人 （2024） 12.0人 対人口100万人	日本看護協会
			⑥がん看護専門看護師	11人 （2024） 7.5人 対人口100万人	906人 （2024） 7.3人 対人口100万人	高知県15人 （2024） 22.6人 対人口100万人	日本看護協会

B 中間アウトカム

1-1	希少がん患者の生存率の改善ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 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	初診から診断までの時間（1か月未満）	なし	61.4% （2023） 60.6% （2018）	なし	患者体験調査
			診断から治療開始までの時間（1か月未満）	なし	62.4% （2023） 67.8% （2018）	なし	患者体験調査

1-2	希少がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 治療スケジュールの見通しに関する情報を十分得ることができた希少がん患者の割合		なし	92.3% （2023） 75.7% （2018）	なし	患者体験調査
	指標	医療者調査 問29 県立中部病院と琉球大学病院に勤務されている方以外にお尋ねします。希少がん患者のうち、診断又は治療目的で、県立中部病院、琉球大学病院または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。		42.8% （2023）	なし	なし	医療者調査
	指標	医療者調査 問30 上記医療機関に紹介できなかった理由について、具体的にお書きください。		自宅が遠いから、患者の希望、情報提供の不足、専門医がいないため、受け入れ体制が不十分 など	なし	なし	医療者調査

2-1	難治性がん患者の生存率の改善ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	難治性がん（代表例：膵がん）の5年生存率（再掲）	食道				
			肝（肝細胞がん・肝内胆管がん）				
			胆（胆のうがん・胆管がん）				
			膵臓				
			肺				
			多発性骨髄腫				
			白血病				
			成人T細胞白血病リンパ腫				

2-2	難治性がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	医療者調査 問31 難治がん患者のうち、診断又は治療目的で、沖縄県における「掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設一覧」または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。（自施設が施設一覧に記載されている場合も含む）		37.6% （2023）	なし	なし	医療者調査
	指標	医療者調査 問32 上記医療機関に紹介できなかった理由について、具体的にお書きください。		知識不足、患者が高齢のため、患者や家族が希望しなかったため、タイミングが合わなかった など	なし	なし	医療者調査

3-1	小児がん患者の生存率の改善ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	小児がん患者の初診から琉球大学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					

＊↑この指標に関しては、小児科の浜田先生に確認したところ、県内においては紹介から受診までかかる日数は、白血病においては、1日ないし2日、固形腫に関しても問題なく受診につながっていると思われますとのことなので、別の指標を検討する方向。

3-2	小児がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	小児がん体験調査 がん患者の家族の悩みや負担を相談できる支援・サービス・場所が十分あると思う小児がん患者の割合		【参考】 成人52.6 （2018）	小児39.7 （2019） 【参考】 AYA39.5 成人47.1 （2018）	なし	小児患者体験調査 【参考】患者体験調査
	指標	小児がん体験調査 治療開始前に教育の支援等について医療スタッフから話があったと回答した人の割合		なし	68.1% （2019）	なし	小児患者体験調査

A 分野アウトカム

1-1	がんの種類、年代、住んでいる地域に拘わらず、がん診療の質の向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	希少がんの5年生存率				

※現在、協議中の厚労科研の議論をまって、掲載予定。

参考データ

1-1	がんの種類、年代、住んでいる地域に拘わらず、がん診療の質の向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	希少がんの5年生存率	喉頭				
			卵巣				
			膀胱				
			甲状腺				
			多発性骨髄腫				

	がんの種類、年代、住んでいる地域に拘わらず、全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	難治性がん（代表例：膵がん）の5年生存率	食道				
			肝（肝細胞がん・肝内胆管がん）				
			胆（胆のうがん・胆管がん）				
			膵臓				
			肺				
			多発性骨髄腫				
			白血病				
			成人T細胞白血病リンパ腫				

※全国がん罹患モニタリング集計 2009-2011年生存率報告で記載されているがん種のうち、5年相対生存率が50%以下のがん種のうち、脳・中枢神経系を除く7つ+成人T細胞白血病リンパ腫

			胚細胞腫瘍・性腺腫瘍				
	指標	小児がん患者の5年生存率	神経芽腫				
			白血病				
			リンパ腫				

	指標	AYA世代のがんの5年生存率	大腸				
			女性乳房				
			子宮頸部				
			卵巣				
			甲状腺				

	指標	AYA世代のがんの5年生存率	全部位	県平均	60.7%	66.2%	東京都 71.5%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			胃	県平均	59.0%	70.2%	京都府 78.1%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			大腸	県平均	63.3%	70.9%	東京都 75.8%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			

			⑦がん薬物療法看護認定看護師	0人 （2024） 0.0人 対人口100万人	88人 （2024） 0.7人 対人口100万人	山形県5人 （2024） 4.9人 対人口100万人	日本看護協会
			⑧緩和ケア認定看護師	33人 （2024） 22.5人 対人口100万人	1,951人 （2024） 15.7人 対人口100万人	山梨県50人 （2024） 63.0人 対人口100万人	日本看護協会
	指標	上記の専門家が、琉球大学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。	①小児血液・がん専門医	琉球大学病院　○（1人） こども医療センター　○（1人）			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）
			②小児外科専門医	琉球大学病院　○（2人） こども医療センター　○（2人）			
			③小児がん認定外科医	琉球大学病院　× こども医療センター　×			
			④血液専門医	琉球大学病院　○（5人） こども医療センター　○（2人）			
			⑤小児看護専門看護師	琉球大学病院　× こども医療センター　○（3人）			
			⑥がん看護専門看護師	琉球大学病院　○（4人） こども医療センター　○（1人）			
			⑦がん薬物療法看護認定看護師	琉球大学病院　○（3人） こども医療センター　×			
			⑧緩和ケア認定看護師	琉球大学病院　○（2人） こども医療センター　○（2人）			

3-5	小児がん患者に対して、晩期合併症の検索も含めて、長期フォローアップを行う　・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	長期フォローアップ外来を設置している施設数	3 （2023）			沖縄県保健医療介護部健康長寿課がん対策班からの情報提供
	指標	長期フォローアップ外来で長期にフォローアップをしている小児がん患者数	琉球大学病院　9人 こども医療センター　0人			

3-6	小児がん患者に対して、治療と並行した学業の継続、治療終了後の進学や就職に対しての支援を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	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	0～18歳　13件 （2023）			琉球大学病院相談支援センターからの情報提供
	指標	がん相談支援センターにおける小児がん患者の就労に関する相談件数	就学・就園　7件 学業・学校生活　6件 ※就労に関する相談件数は年齢別集計をしていない。			琉球大学病院相談支援センターからの情報提供

3-7	小児がん患者の家族、特に両親や同胞への支援を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	小児がんに関する患者団体の数	4			

④AYA世代のがん

4-1	AYA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　・中部病院　・八重山病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

4-2	AYA世代のがん患者及びその家族に対して、十分な相談支援を提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターに相談したAYA世代のがん患者の数	194件 （2023）			琉球大学病院相談支援センターからの情報提供

4-3	AYA世代のがん患者を、速やかにがん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）に紹介する　・八重山病院・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	拠点病院等で治療を受けたAYA世代のがん患者の割合				院内がん登録確認依頼中

4-4	AYA世代のがん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療を、タイムリーで質が高く、安全に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	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				施設向けアンケート調査実施中
	指標	臨床試験や治験等を受けたAYA世代のがん患者の数				施設向けアンケート調査実施中

4-5	AYA世代のがん患者に対して、晩期合併症の検索も含めて、長期フォローアップを行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	長期フォローアップ外来を設置している施設数	3 （2023）			沖縄県保健医療介護部健康長寿課がん対策班からの情報提供
	指標	小児・AYA世代のがんの長期フォローアップに関する研修会参加人数	琉球大学病院　確認中 こども医療センター　0人			琉球大学病に問合せ中
	指標	長期フォローアップ外来で長期にフォローアップをしているAYA世代のがん患者	琉球大学病院　確認中 こども医療センター　0人			琉球大学病に問合せ中

4-6	AYA世代のがん患者に対して、治療と並行した学業や就労の継続、治療終了後の進学や就職に対しての支援を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターにおける、AYA世代のがん患者の発育及び療養上の相談への対応・支援のうち、教育に関する相談件数	※0件 （2023）			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）
	指標	がん相談支援センターにおける、AYA世代のがん患者に対する就労に関する相談件数	※0件 （2023）			

※相談件数はあるが、年齢別でない為、AYA世代のみの集計はなし（琉球大学病院がん相談支援センター）

4-7	子供がいるAYA世代のがん患者に対して、その子供に対する支援を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	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AYA世代のがん患者の数	0人 （2023）			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）

⑤高齢者のがん

5-1	地域の医療機関やかかりつけ医、在宅療養支援診療所、訪問看護事業所等の医療・介護を担う機関、関係団体、地方公共団体等と連携し、高齢者のがん患者やその家族等の療養生活を支えるための体制を整備する　・中部病院　・北部地区医師会病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討を行っている「施設」の数	在宅療養支援診療所数	98施設 （2022） 66.7施設 対人口100万人	15,090施設 （2022） 121.4施設 対人口100万人	長崎県282施設 （2022） 223.1施設 対人口100万人	厚生労働省　在宅医療にかかる地域別データ集
			在宅療養支援病院数	20施設 （2022） 13.6施設 対人口100万人	1,672施設 （2022） 13.5施設 対人口100万人	徳島県42施設 （2022） 60.6施設 対人口100万人	

5-2	療養場所の選択も含めて、すべての高齢者のがん患者に、適切な意思決定支援と適切なアドバンスケアプランニングを行う　・八重山病院　・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	ACPに関する院内のマニュアル等を策定している「施設」の割合				令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）

4-1	AYA世代のがん患者の生存率の改善ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	AYA世代のがんの5年生存率（再掲）	大腸				
			女性乳房				
			子宮頸部				
			卵巣				
			甲状腺				

4-2	AYA世代のがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている ・那覇市立病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査＜若年がん患者のみ＞ 治療開始前に、就労継続について説明を受けたがん患者の割合		27.2% （2018）	75.7% （2023） 44.0% （2018）	神奈川県 53.6% （2018）	患者体験調査
	指標	医療者調査　問33 県立中部病院、那覇市立病院、琉球大学病院以外の方にのみお尋ねします。AYA世代のがん患者のうち、診断又は治療目的で、県内のがん診療連携拠点病院（県立中部病院、那覇市立病院または琉球大学病院）または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。		35.0% （2023）	なし	なし	医療者調査
	指標	医療者調査　問34 上記医療機関に紹介できなかった理由について、具体的にお書きください。		患者の希望、当院で治療が可能な場合もあるため、紹介やセカンドオピニオンが遅くなってしまったため、詳しい医師がいないなど	なし	なし	医療者調査

5-1	高齢者のがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	遺族調査のサブグループ解析（仮） 患者と医師間で最期の療養場所に関する話し合いがあったと回答した割合		38.1% （2019）	36.5% （2019）	山形県 44.8% （2019）	遺族調査　2019年調査 報告書（88項）
	指標	遺族調査のサブグループ解析（仮） 介護をしたことで、全体的に負担感が大きかったと回答した割合		53.1% （2019）	40.9% （2019）	福岡県 31.0% （2019）	遺族調査　2019年調査 報告書（92項）
	指標	NDB-SCR/NDB 介護支援等連携指導料の算定数（がん患者に限定）		99.0 （2021）	100.0 （2021）	秋田県 258.1 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差B005-01-02
	指標	NDB-SCR/NDB 退院時共同指導料1の算定数（がん患者に限定）		236.3 （2021）	100.0 （2021）	岐阜県 319.5 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差B004-00-01
	指標	医療者調査　問28 高齢者のがん患者に対して、治療前に「高齢者機能評価」を行った割合はどの程度ですか。		26.1% （2023）	なし	なし	医療者調査

1-1	指標	がん種別5年生存率	肝細胞	県平均	37.1%	45.1%	大分県 52.8%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			肝内胆管	県平均	13.5%	21.1%	広島県 34.7%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			胆のう	県平均	47.4%	27.2%	沖縄県 47.4%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			膵	県平均	12.6%	12.7%	山梨県 23.1%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			小細胞肺	県平均	3.9%	11.5%	福井県 19.4%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			非小細胞肺	県平均	34.7%	47.5%	宮崎県 57.9%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			女性乳房	県平均	89.3%	91.6%	三重県 94.6%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			前立腺	県平均	92.5%	95.1%	香川県 99.4%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
	指標	患者体験調査 現在自分らしい日常生活を送れていると感じる希少がん患者の割合		なし	75.5% （2023） 69.2% （2018）	なし	患者体験調査
	指標	患者体験調査 現在自分らしい日常生活を送れていると感じる若年がん患者の割合		なし	75.7% （2023） 66.8% （2018）	なし	患者体験調査
	指標	小児がん体験調査 小児がん患者のがんの診断・治療全般の総合評価（平均点又は評価が高い人の割合）		【参考】 成人8.4 （2018）	小児8.4 （2019） 【参考】 AYA7.8 成人8.0	なし	小児患者体験調査 【参考】患者体験調査

							院内がん登録 2014-2015年5年生存率集計

5-3	高齢者機能評価および依存疾患の評価の結果と、患者の意向を十分に配慮したうえで、種々のガイドラインに準拠した最適な治療が安全に実施する　・中部病院　・那覇市立病院　・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	意思決定能力を含む高齢者機能評価に関する院内のマニュアル等を策定している「施設」の割合	32.0% （2024）			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）

5-4	高齢者のがん患者をもつ家族の介護負担感を軽減する　・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	遺族調査のサブグループ解析（仮） 介護をしたことで、全体的に負担感が大きかったと回答した割合（再掲）	53.1% （2019）	40.9% （2019）	福岡県31.0% （2019）	遺族調査　2019年調査 報告書（92項）

5-5	看取りができる介護施設の拡大を図る	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	看取りができる介護施設の数				新屋先生、笹良先生に確認中

⑥離島・へき地

6-1	正しい情報を基に、患者が自ら選択した医療機関で受診する ・八重山病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	療養場所ガイドの全戸配布を行った市町村の割合				がんセンター伊佐さんに問合せ中

6-2	地域がん診療病院では、拠点病院と連携し、標準治療を行う　・中部病院　・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

6-3	診療病院におけるがん関連の人材配置等を過不足なく行う ・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	以下の専門家が、診療病院に常勤で配置されているか否か ①呼吸器外科専門医 ②乳腺外科専門医 ③がん指導薬剤師、がん専門薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれか ③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師、乳がん看護認定看護師のいずれか ④がん相談支援センター相談員基礎研修(1)(2)を修了した看護師、社会福祉士、精神保健福祉士のいずれか ⑤がん登録実務初級認定を受けた診療情	①呼吸器外科専門医	北部地区医師会病院　0人 宮古病院　0人 八重山病院　0人			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）
			②乳腺外科専門医	北部地区医師会病院　1人 宮古病院　0人 八重山病院　0人		
			③がん指導薬剤師、がん専門薬剤師、がん薬	北部地区医師会病院　1人 宮古病院　0人 八重山病院　1人		
			③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護	北部地区医師会病院　1人 宮古病院　0人 八重山病院　1人		
			④がん相談支援センター相談員基礎研修	北部地区医師会病院　2人 宮古病院　0人 八重山病院　0人		
			⑤がん登録実務初級認定を受けた診療情	北部地区医師会病院　3人 宮古病院　1人 八重山病院　1人		
	指標	以下の専門家が、診療病院において、毎週または月に2回以上、外来診療を行っているか否か ①放射線治療専門医 ②がん薬物療法専門医 ③血液専門医	①放射線治療専門医	北部地区医師会病院　0人 宮古病院　0人 八重山病院　0人		令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）
			②がん薬物療法専門医	北部地区医師会病院　0人 宮古病院　0人 八重山病院　非常勤1人（月1回）		
			③血液専門医	北部地区医師会病院　0人 宮古病院　0人 八重山病院　非常勤1人（月1回）		

6-4	離島・へき地において提供できな	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	沖縄県離島患者等通院費支援事業に参加している市町村の割合	94% 17/18市町村 （2023）	なし	なし	沖縄県保健医療介護部医療政策課医療対策班からの情報提供 ※がん患者対象外の市町村あり
	指標	沖縄県離島患者等通院費支援事業を利用したがん患者の割合	利用件数2,117件（2023） （参考値）離島のがん罹患数1,070（2019年）	なし	なし	

6-1	離島・へき地のがん患者の生存率の改善ができている	指標項目		沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん種別5年生存率（再掲）	全部位	県平均	60.7%	66.2%	東京都 71.5%	院内がん登録 2014-2015年5年生存率集計
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			胃	県平均	59.0%	70.2%	京都府 78.1%	
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			大腸	県平均	63.3%	70.9%	東京都 75.8%	
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			肝細胞	県平均	37.1%	45.1%	大分県 52.8%	
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			肝内胆管	県平均	13.5%	21.1%	広島県 34.7%	
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			胆のう	県平均	47.4%	27.2%	沖縄県 47.4%	
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			膵	県平均	12.6%	12.7%	山梨県 23.1%	
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			小細胞肺	県平均	3.9%	11.5%	福井県 19.4%	
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			非小細胞肺	県平均	34.7%	47.5%	宮崎県 57.9%	
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			女性乳房	県平均	89.3%	91.6%	三重県 94.6%	
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			前立腺	県平均	92.5%	95.1%	香川県 99.4%	
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			

6-2	離島・へき地のがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	医療者調査　問35 北部地区医師会病院、県立北部病院、たいら内科クリニック、宮古病院、八重山病院の方にのみお尋ねします。離島やへき地に住む患者において、自施設から本島の専門医療機関に送った方が良いと評価した患者のうち、スムーズに送ることができた患者の割合はどの程度ですか。	70.2% （2023）	なし	なし	医療者調査
	指標	医療者調査　問36 北部地区医師会病院、県立北部病院、たいら内科クリニック、宮古病院、八重山病院の方にのみお尋ねします。離島やへき地に住む患者のうち、中部医療圏や南部医療圏との医療格差が明らかに感じられた患者の割合はどの程度ですか。	47.0% （2023）	なし	なし	医療者調査
	指標	医療者調査　問37 離島の医療施設勤務者を含む全ての医療従事者にお尋ねします。離島やへき地に住む患者のうち、なるべく少ない回数で通院が終わるように配慮した患者の割合はどの程度ですか。	67.6% （2023）	なし	なし	医療者調査

共生

番号	C 個別施策

①相談支援

1-1	拠点病院等以外の「施設」では、「拠点病院等」のがん相談支援センターに準じた組織を構築し、がん患者とその家族等への相談業務を行う　・中部病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターに準じた組織を構築した拠点病院等以外の「施設」の割合		31.6% (2024) 6/19施設			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果(施設)

1-2	「拠点病院等」では、治療方針の決定の前までに、がん相談支援センターに立ち寄らなければならないシステムをそれぞれ構築する ・琉球大学病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	治療方針の決定の前までに、がん相談支援センターで立ち寄った患者の割合		琉大のみ 214件 (2023)			沖縄県値:琉球大学病院相談支援センターからの情報提供

1-3	「拠点病院等」では、相談者からのフィードバックを受ける仕組みづくりを行い、「がん相談対応のモニタリング」等に準じて「がん相談対応評価表」等を用いて定期的に自己評価を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	①認定がん相談支援センターの数		0施設 (2024) 0.0人 対人口100万人	32施設 (2024) 0.3人 対人口100万人	福井県2施設 (2024) 2.7人 対人口100万人	国立がん研究センター認定がん相談支援センター認定施設一覧
		②認定がん専門相談員数		3人 (2024) 2.0人 対人口100万人	390人 (2024) 3.1人 対人口100万人	鳥取県5人 (2024) 9.3人 対人口100万人	国立がん研究センター認定がん専門相談員認定者リスト
		③相談員指導者研修修了者数		9人 (2023) 6.1人 対人口100万人	771人 (2023) 6.2人 対人口100万人	山梨県17人 (2023) 21.4人 対人口100万人	国立がん研究センター相談員指導者研修全修了者リストリスト
		④相談員基礎研修(3)修了者数		26人 (2023)	なし	なし	令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果(施設)

1-4	県拠点病院は、地域拠点病院等と協力して、ピアサポーターの養成を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	ピアサポート研修会及びフォローアップ研修会を修了した人数	養成講座	114人 (2023)			沖縄県値:沖縄県地域統括相談支援センターがんピアサポート相談室(琉球大学病院がんセンター内)からの情報提供
			フォローアップ研修会	231人 (2023)			
	指標	ピアサポーターとして活動している人数		27人 (2023)			

1-5	「施設」ではピアサポートを行うとともに、ピアサポーターを活用した患者サロンを、患者に活用される方法で運営する　・中部病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	各拠点病院等のピアサポート件数		35件 (2023)			沖縄県値:沖縄県地域統括相談支援センターがんピアサポート相談室(琉球大学病院がんセンター内)からの情報提供
	指標	患者サロンの開催回数		44回 (2023)			

②情報提供

2-1	県は、関係団体と協力し、障害等の関係でコミュニケーションに配慮が必要な県民および日本語によるコミュニケーションが難しい人の情報へのアクセスを確保するため、音声資料や点字資料、英語等による説明書等を作成し、「施設」に配布し、情報が行き届くようにする		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」に配布した①音声資料、②点字資料、③外国語資料の種類	①音声資料				沖縄県値:健康長寿課がん対策班からの回答「現時点(2024.8.29)で作成はしていない」
			②点字資料				
			③外国語資料の種類				

2-2	県は、県庁のホームページのがんに関する説明を定期的に改訂し、「施設」に関する啓発を図るなど広報に務める		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」の検索数					沖縄県値:健康長寿課がん対策班からの回答「検索数を把握していない」

2-3	「施設」では、自院のホームページや印刷物等で、対応が可能ながん種などを情報提供する ・中部病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	以下が、ホームページまたは印刷物で情報提供されている「施設」の割合 ①具体的な専門医の情報②組織されている専門チームの情報③診断できるがん種の情報④治療できるがん種の情報	①具体的な専門医の情報				協議会の患者会委員に確認する
			②組織されている専門チームの情報				
			③診断できるがん種の情報				
			④治療できるがん種の情報				

2-4	「施設」では、自院のホームページや印刷物等で、院内がん登録のベンチマークの分析結果および医療の質の評価の分析結果等を情報提供する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	以下が、ホームページまたは印刷物で情報提供されている「施設」の割合 ①院内がん登録のベンチマーク結果の情報②医療の質の評価のベンチマーク結果の情報	①院内がん登録のベンチマーク結果の情報	40.0% (2024)			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果(施設)
			②医療の質の評価のベンチマーク結果の情報	24.0% (2024)			

2-5	「施設」では、自院のホームページや印刷物等で、自治体や患者会等が主催する講演会等を積極的に広報する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」で、ホームページで広報した自治体や患者会等が主催する講演会等の件数		208件 (2023)			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果(施設)

③デジタル化

3-1	「施設」は、がん患者が院内で利用可能なインターネット環境を整備する　・八重山病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者とその家族が利用可能なインターネット環境を整備ししている「施設」の割合		68.0% (2024)			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果(施設)

番号	B 中間アウトカム

1-1	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ている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 医療スタッフと十分な対話ができた人		70.6% (2018)	67.8% (2018)	愛媛県79.4% (2018)	患者体験調査
	指標	患者体験調査 がん相談支援センターを知っている人		74.0% (2018) なし (2014)	55.1% (2023) 66.9% (2018) 52.1% (2014)	滋賀県88.6% (2018) なし (2014)	患者体験調査
	指標	医療者調査　問18 がん診療連携拠点病院等に設置されている「がん相談支援センター」について、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。		31.7% (2023)	なし	なし	医療者調査

1-2	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る ・琉球大学病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 ピアサポートを利用したことがある人が役に立ったがん患者の割合		なし	70.4% (2023) 87.6% (2018)	なし	患者体験調査
	指標	患者体験調査 ピアサポートを知っている人		43.0% (2018)	15.4% (2023) 27.5% (2018)	沖縄県43.0% (2018)	患者体験調査
	指標	医療者調査　問19 患者サロン(ゆんたく会)、ピアサポート、患者会について、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。		22.0% (2023)	なし	なし	医療者調査

2-1	患者やその家族が、医療者から十分な情報を得ることができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 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人		71.4% (2018) 86.6% (2014)	88.5% (2023) 75.2% (2018) 89.6% (2014)	長野県83.1% (2018) 愛媛県95.2% (2014)	患者体験調査
	指標	患者体験調査 治療スケジュールの見通しに関する情報を十分得ることができた人		83.3% (2018) 81.9% (2014)	91.3% (2023) 75.1% (2018) 89.1% (2014)	大分県86.4% (2018) 愛媛県94.3% (2014)	患者体験調査
	指標	医療者調査　問14 治療スケジュールの見通しについて、治療方針の決定までに、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。		69.6% (2023)	なし	なし	医療者調査
	指標	医療者調査　問15 医療費について、治療方針の決定までに、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。		47.8% (2023)	なし	なし	医療者調査

3-1	デジタル化によりがん患者・家族を含む国民が、適切な情報・医療資源・支援に容易にアクセスすることができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標						指標未定

番号	A 分野アウトカム

1-1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 がん患者の家族の悩みや負担を相談できる支援・サービス・場所が十分あると思う人		52.6% (2018) 45.7% (2014)	44.1% (2023) 47.1% (2018) 37.1% (2014)	岡山県57.0% (2018) 島根県51.9% (2014)	患者体験調査
	指標	患者体験調査 治療開始前に、病気のことや療養生活について誰かに相談できた人		79.9% (2018) 63.0% (2014)	60.6% (2023) 76.5% (2018) 67.4% (2014)	栃木県92.2% (2018) 秋田県81.3% (2014)	患者体験調査
	指標	患者体験調査 治療費用の負担が原因で、治療を変更または断念したことのある人		4.0% (2018) 4.0% (2014)	1.8% (2023) 5.0% (2018) 2.7% (2014)	群馬県11.7% (2018) 秋田県0.0% (2014)	患者体験調査

3-2	「施設」は、がん患者に対するセカンドオピニオンを含むオンライン診療を提供する　・八重山病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	オンラインでの相談を受け付けることができる体制を確保している「施設」の割合	28.0% （2024）			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）
	指標	セカンドオピニオンをオンラインで施行できる体制を確保している「施設」の割合	8.0% （2024）			

3-3	拠点病院は、離島へき地のがん患者の診断・治療に際して、医療従事者とオンライン会議が実施できている　・宮古病院　・中部病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	拠点病院等と離島へき地の医療機関とのキャンサーボードの実施数	琉球大学病院：0			中部病院、那覇市立病院に問い合わせ予定

④就労支援（医療機関側）

4-1	「施設」の担当医は、患者の就労状況について把握し、患者が治療に入る前に、仕事を続けながら治療が可能であることを説明する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					指標未定

4-2	「施設」の担当医は、患者が治療に入る前に、がん相談センターまたはそれに準ずる組織において、就労に関する相談をするように紹介する　・宮古病院　・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターにおける就労に関する相談件数	126件 （2023）			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）

4-3	「施設」では、地元のハローワーク等と協力しての就労相談を行う ・中部病院　・北部地区医師会病院 ・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	拠点病院等における就労の専門家による相談の回数	3件 （2023）			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）
	指標	ハローワークと連携した就労支援を行った患者の数	18人 （2023）			

4-1	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る　・那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 治療開始前に就労の継続について医療スタッフから話があった人	27.2% （2018）	44.0% （2023） 38.6% （2018）	神奈川県53.6% （2018）	患者体験調査
	指標	NDB-SCR/NDB 療養・就労両立支援指導料	78.8 （2021）	100.0 （2021）	愛媛県402 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（B-001-09）
	指標	医療者調査　問16 就労の継続について、治療開始前に、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。	34.9% （2023）	なし	なし	医療者調査

⑤就労支援（職場側）

5-1	事業主として、両立支援コーディネーターを配置して、がん患者の就労相談を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	両立支援コーディネーターを配置している事業主の割合				沖縄県値：沖縄産業保健総合支援センターからの回答「把握していない」（2024.9.6）

5-2	事業主として、地元のハローワーク等と協力しての就労相談を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	長期療養者就職支援事業を活用した就職者数				

5-3	事業主として、地元の産業保健総合支援センター等と協力しての就労相談を行う ・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	産業保健総合支援センターで扱った件数				

5-1	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る	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 職場や仕事上の関係者から治療と仕事を両方続けられるような勤務上の配慮があったと思う人	74.4% （2018） 55.9% （2014）	74.5% （2023） 65.1% （2018） 68.3% （2014）	秋田県86.1% （2018） 島根県82.5% （2014）	患者体験調査
	指標	患者体験調査 治療と仕事を両立するために社内制度を利用した人	26.1% （2018）	70.6% （2023） 35.6% （2018）	島根県51.9% （2018）	患者体験調査

⑥アピアランスケア

6-1	担当医は、治療前からがん治療に伴う副作用についての説明を発現時期も含めて十分に説明を行い、アピアランスの変化が生じた場合は早期から積極的にがん相談支援センターと協力し対応を行う ・宮古病院　・北部地区医師会病院 ・那覇市立病院　・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターにおけるアピアランスに関する相談件数	74件 （2023）			琉球大学病院相談支援センターからの情報提供

6-2	「施設」は、外来化学療法室にアピアランスケアの研修を受けた職員を配置して、早期から積極的にがん相談支援センターと協力し対応を行う　・宮古病院　・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	アピアランス支援研修修了者が配置されている外来化学療法室の割合				令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）

6-3	県は、県拠点病院にアピアランスケアセンターを設置し、患者向けの講習会の開催やケア帽子（またはウィッグ）に対する経済的援助を行う　・宮古病院　・八重山病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者向け講習会の開催回数	0回			

6-1	医学的・整容的・心理社会的支援を用いて、外見の変化を補完し、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケアを受けることができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 外見の変化に関する悩みを誰かに相談できた人	31.6% （2018）	25.8% （2023） 28.5% （2018）	徳島県42.0% （2018）	患者体験調査
	指標	医療者調査　問17 アピアランスケアについて、治療開始前に、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。	37.9% （2023）	なし	なし	医療者調査

⑦自殺対策

7-1	外来と入院患者向けの自殺防止マニュアルをそれぞれ整備し、研修を行い、がん患者の診断後の自殺対策ができている　・北部地区医師会病院　・琉球大学病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	自殺防止に関する院内マニュアル等を①外来患者用、②入院患者用に整備している「施設」のそれぞれの割合	①外来患者用	24.0% （2024）			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）
			②入院患者用	28.0% （2024）			

7-2	希死念慮が認められた場合に、早急に精神科医に紹介する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	希死念慮が認められた場合に、早急に精神科医に紹介した件数				ベンチマーク部会で協議の上、施設アンケートに含めないことになった（2024.8）

7-3	「施設」では、精神科医が週1回以上勤務するようにする	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	精神科医が週1回以上勤務している「施設」の割合	59.1% （2024）			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）

7-1	がん患者の自殺を減らすことができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん患者の自殺数	5人 （2023）			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）
	指標	NDB-SCR/NDB がん患者指導管理料ロ　入院	157.1 （2021）	100.0 （2021）	大分県271.0 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差
	指標	NDB-SCR/NDB がん患者指導管理料ロ　外来	126.4 （2021）	100.0 （2021）	栃木県250.9 （2021）	
	指標	NDB-SCR/NDB がん患者指導管理料ロ　入院＋外来	132.8 （2021）	100.0 （2021）	栃木県234.0 （2021）	

⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

8-1	県は、関係諸団体と協力して、がんやがん患者・経験者への理解を深めるためのイベント等を開催し、偏見がなく、がん患者が疎外感を抱かないようにする　・八重山病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	イベントの開催回数	0			沖縄県値：健康長寿課がん対策班からの回答「県単独の実施はなし」
	指標	がん患者団体イベントへの県が共催または後援した回数	2回 （2023）			沖縄県値：健康長寿課がん対策班からのデータ提供

8-1	がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 がんと診断されてから周囲に不必要に気を遣われていると感じる人	18.0% （2018） 29.4% （2014）	23.2% （2023） 12.9% （2018） 30.7% （2014）	大分県22.7% （2018） 岡山県18.7% （2014）	患者体験調査
	指標	患者体験調査 （家族以外の）周囲の人からがんに対する偏見を感じる人	3.9% （2018） 12.5% （2014）	7.4% （2023） 5.2% （2018） 10.3% （2014）	滋賀県11.1% （2018） 大阪府3.1% （2014）	患者体験調査

基盤

番号	C 個別施策					
①研究の推進						
1-1	行政と琉球大学等の研究機関が、定期的に会議等で施策や研究の現状や課題を共有し、議論することで、関係諸機関の連携体制を強化する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					
1-2	「施設」における臨床研究と治験を推進する。・那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					
②人材育成の強化						
	必要な知識を身に着けた専門的人材が増加し、適正な配置を行う ・八重山病院 ・北部地区医師会病院 ・那覇市立病院 ・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	常勤の病理専門医が1名以上配置されている「施設」の割合	56.0% (2024)			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果(施設)
	指標	以下の専門家の数 ①臨床遺伝専門医 ②認定遺伝カウンセラー ③がんゲノム医療コーディネーター	①臨床遺伝専門医	12人 (2024) 8.2人 対人口100万人	1,850人 (2024) 14.9人 対人口100万人	東京都436人 (2024) 30.9人 対人口100万人	臨床遺伝専門医制度委員会
			②認定遺伝カウンセラー	1人 (2024) 0.7人 対人口100万人	387人 (2024) 3.1人 対人口100万人	東京都91人 (2024) 6.5人 対人口100万人	認定遺伝カウンセラー制度委員会
			③がんゲノム医療コーディネーター	4.3人 (2022) 対人口100万人	18.74人 (2022) 対人口100万人	島根県45.02人 (2022) 対人口100万人	厚生労働省 第83回がん対策推進協議会 資料2-7「人材育成」
	指標	以下の専門医の数 ①消化器外科専門医 ②呼吸器外科専門医 ③乳腺外科専門医 ④小児外科専門医 ⑤肝胆膵外科高度技能専門医 ⑥脳神経外科専門医 ⑦認定骨・軟部腫瘍医 ⑧婦人科腫瘍専門医 ⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医 ⑩泌尿器科専門医 ⑪頭頸部がん専門医 ⑫口腔外科専門医	①消化器外科専門医	82人 (2024) 55.8人 対人口100万人	9,208人 (2024) 74.1人 対人口100万人	京都府261人 (2024) 103.0人 対人口100万人	日本消化器外科学会
			②呼吸器外科専門医	17人 (2024) 11.6人 対人口100万人	1,640人 (2024) 13.2人 対人口100万人	徳島県16人 (2024) 23.1人 対人口100万人	日本呼吸器外科学会
			③乳腺外科専門医	18人 (2024) 12.2人 対人口100万人	2,034人 (2024) 16.4人 対人口100万人	京都府69人 (2024) 27.2人 対人口100万人	日本乳癌学会
			④小児外科専門医	5人 (2024) 3.4人 対人口100万人	753人 (2024) 6.1人 対人口100万人	京都府33人 (2024) 13.0人 対人口100万人	日本小児外科学会
			⑤肝胆膵外科高度技能専門医	4人 (2021) 2.7人 対人口100万人	587人 (2021) 4.7人 対人口100万人	和歌山県9人 (2021) 10.1人 対人口100万人	日本肝胆膵外科学会
			⑥脳神経外科専門医	74人 (2023) 50.4人 対人口100万人	7,899人 (2023) 63.6人 対人口100万人	高知県67人 (2023) 100.8人 対人口100万人	日本脳神経外科学会
			⑦認定骨・軟部腫瘍医	1人 (2024) 0.7人 対人口100万人	185人 (2024) 1.5人 対人口100万人	徳島県3人 (2024) 4.3人 対人口100万人	日本整形外科学会
			⑧婦人科腫瘍専門医	14人 (2023) 9.5人 対人口100万人	1,224人 (2024) 9.8人 対人口100万人	東京都218人 (2024) 15.5人 対人口100万人	日本婦人科腫瘍学会
			⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	2人 (2024) 1.4人 対人口100万人	91人 (2024) 0.7人 対人口100万人	福井県2人 (2024) 2.7人 対人口100万人	日本皮膚科学会
			⑩泌尿器科専門医	67人 (2024) 45.6人 対人口100万人	7,138人 (2024) 57.4人 対人口100万人	高知県63人 (2024) 94.8人 対人口100万人	日本泌尿器科学会
			⑪頭頸部がん専門医	7人 (2020) 4.8人 対人口100万人	493人 (2020) 4.0人 対人口100万人	鳥取県5人 (2020) 9.3人 対人口100万人	日本頭頸部外科学会
			⑫口腔外科専門医	26人 (2024) 17.7人 対人口100万人	2,240人 (2024) 18.0人 対人口100万人	鳥取県19人 (2024) 35.4人 対人口100万人	日本口腔外科学会
	指標	上記の専門医が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①消化器外科専門医	72.0% (2024)			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果(施設)
			②呼吸器外科専門医	40.0% (2024)			
			③乳腺外科専門医	40.0% (2024)			
			④小児外科専門医	8.0% (2024)			
			⑤肝胆膵外科高度技能専門医	12.0% (2024)			
			⑥脳神経外科専門医	60.0% (2024)			
			⑦認定骨・軟部腫瘍医	0% (2024)			
			⑧婦人科腫瘍専門医	28.0% (2024)			
			⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	4.0% (2024)			
			⑩泌尿器科専門医	56.0% (2024)			
			⑪頭頸部がん専門医	8.0% (2024)			
			⑫口腔外科専門医	36.0% (2024)			
	指標	放射線治療専門医が何らかの形で週に1回以上または月に1回以上関わっている「施設」の割合		36.0% (2024)			
	指標	以下の専門家の数 ①放射線治療専門医 ②放射線治療専門放射線技師 ③医学物理士 ④がん放射線療法看護認定看護師	①放射線治療専門医	15人 (2024) 10.2人 対人口100万人	1,437人 (2024) 11.6人 対人口100万人	京都府57人 (2024) 22.5人 対人口100万人	日本放射線腫瘍学会
			②放射線治療専門放射線技師	11人 (2023) 7.5人 対人口100万人	1,847人 (2023) 14.9人 対人口100万人	大分県62人 (2023) 56.7人 対人口100万人	日本放射線治療専門放射線技師認定機構
			③医学物理士	9人 (2023) 6.1人 対人口100万人	1,461人 (2023) 11.8人 対人口100万人	福井県18人 (2023) 24.2人 対人口100万人	医学物理士認定機構
			④がん放射線療法看護認定看護師	6人 (2024) 4.1人 対人口100万人	311人 (2024) 2.5人 対人口100万人	山形県7人 (2024) 6.8人 対人口100万人	日本看護協会
	指標	以下の専門家が、常勤で配置されている放射線治療施設のそれぞれの割合 ①放射線治療専門医2名以上 ②放射線治療専門放射線技師2名以上 ③医学物理士 ④がん放射線療法看護認	①放射線治療専門医2名以上	20.0% (2024)			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果(施設)
			②放射線治療専門放射線技師2名以上	60.0% (2024)			
			③医学物理士	40.0% (2024)			

番号	B 中間アウトカム					
1-1	社会医学研究や臨床研究等を推進することにより、沖縄県の特性、疾病及び医療の現状等が明らかになるなど、がん対策の基礎資料が整備されている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					
2-1	必要な知識を身に着けた専門的人材が増加し、適正な配置ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	医療者調査 問41 今の職場は、あなたが必要な知識を備えた専門的人材になれる環境やキャリア形成(専門資格を取得するなど)を支援してくれていますか。	30.7% (2023)	なし	なし	医療者調査

番号	A 分野アウトカム					
1-1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 一般の人が受けられるがん医療は数年前と比べて進歩したと思う患者の割合	78.5% (2018) 75.1% (2014)	81.1% (2023) 76.3% (2018) 80.1% (2014)	熊本県84.9% (2018) 岡山県89.1% (2014)	患者体験調査
	指標	患者体験調査 現在自分らしい日常生活を送れていると感じる人	78.3% (2018) 75.2% (2014)	79.0% (2023) 70.1% (2018) 77.7% (2014)	徳島県83.5% (2018) 秋田県89.4% (2014)	患者体験調査

	⑧がん放射線療法看護認定看護師	④がん放射線療法看護認定看護師	60.0% (2024)			

2-1	指標	がん薬物療法専門医が何らかの形で週に1回以上または月に1回以上関わっている「施設」の割合		16.0% (2024)			
	指標	以下の専門家の数 ①がん薬物療法専門医 ②がん指導薬剤師、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師および外来がん治療認定薬剤師 ③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師および乳がん看護認定看護師	①がん薬物療法専門医	6人 (2024) 4.1人 対人口100万人	1，682人 (2024) 13.5人 対人口100万人	岡山県50人 (2024) 27.1人 対人口100万人	日本臨床腫瘍学会
			②がん指導薬剤師	0人 (2024) 0.0人 対人口100万人	385人 (2024) 3.1人 対人口100万人	石川県13人 (2024) 11.7人 対人口100万人	日本医療薬学会
			②がん専門薬剤師	4人 (2024) 2.7人 対人口100万人	827人 (2024) 6.7人 対人口100万人	石川県21人 (2024) 19.0人 対人口100万人	日本医療薬学会
			②がん薬物療法認定薬剤師	12人 (2023) 8.2人 対人口100万人	1，019人 (2023) 8.2人 対人口100万人	島根県13人 (2023) 20.1人 対人口100万人	日本病院薬剤師会
			②外来がん治療認定薬剤師	6人 (2023) 4.1人 対人口100万人	956人 (2023) 7.7人 対人口100万人	福岡県58人 (2023) 11.4人 対人口100万人	日本臨床腫瘍薬学会
			③がん看護専門看護師	13人 (2024) 8.8人 対人口100万人	931人 (2024) 7.5人 対人口100万人	高知県17人 (2024) 25.6人 対人口100万人	日本看護協会
			③がん薬物療法看護認定看護師	2人 (2024) 1.4人 対人口100万人	135人 (2024) 1.1人 対人口100万人	富山県5人 (2024) 5.0人 対人口100万人	日本看護協会
			③乳がん看護認定看護師	2人 (2024) 1.4人 対人口100万人	298人 (2024) 2.4人 対人口100万人	鳥取県4人 (2024) 7.5人 対人口100万人	日本看護協会
	指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①がん薬物療法専門医	12.0% (2024)			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果(施設)
			②がん指導薬剤師	4.0% (2024)			
			②がん専門薬剤師	8.0% (2024)			
			②がん薬物療法認定薬剤師	20.0% (2024)			
			②外来がん治療認定薬剤師	16.0% (2024)			
			③がん看護専門看護師	12.0% (2024)			
			③がん薬物療法看護認定看護師	32.0% (2024)			
			③乳がん看護認定看護師	0% (2024)			
	指標	以下の専門家の数 ①緩和医療学会専門医及び認定医 ②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医 ③ペインクリニック専門医 ④放射線治療専門医 ⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医） ⑥緩和薬物療法認定薬剤師 ⑦緩和ケア認定看護師 ⑧公認心理師及び臨床心理士	①緩和医療学会専門医	3人 (2024) 2.0人 対人口100万人	356人 (2024) 2.9人 対人口100万人	鳥取県4人 (2024) 7.5人 対人口100万人	日本緩和医療学会
			①緩和医療学会認定医	11人 (2024) 7.5人 対人口100万人	1,146人 (2024) 9.2人 対人口100万人	鳥取県9人 (2024) 16.8人 対人口100万人	日本緩和医療学会
			②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	3人 (2024) 2.0人 対人口100万人	183人 (2024) 1.5人 対人口100万人	京都府9人 (2024) 3.6人 対人口100万人	日本サイコオンコロジー学会
			③ペインクリニック専門医	15人 (2024) 10.2人 対人口100万人	1,598人 (2024) 12.9人 対人口100万人	栃木県53人 (2024) 28.0人 対人口100万人	日本ペインクリニック学会
			④放射線治療専門医	15人 (2024) 10.2人 対人口100万人	1,437人 (2024) 11.6人 対人口100万人	京都府57人 (2024) 22.5人 対人口100万人	日本放射線腫瘍学会
			⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	13人 (2023) 8.8人 対人口100万人	1,264人 (2023) 10.2人 対人口100万人	奈良県119人 (2023) 92.0人 対人口100万人	日本インターベンショナルラジオロジー学会事務局からデータ提供
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	4人 (2024) 2.7人 対人口100万人	872人 (2024) 7.0人 対人口100万人	島根県11人 (2024) 17.0人 対人口100万人	日本緩和医療薬学会
			⑦緩和ケア認定看護師	33人 (2024) 22.5人 対人口100万人	1,951人 (2024) 15.7人 対人口100万人	山梨県50人 (2024) 63.0人 対人口100万人	日本看護協会
			⑧公認心理師	1,015人 (2024) 690.7人 対人口100万人	71,987人 (2024) 579.2人 対人口100万人	京都府2,301人 (2024) 908.1人 対人口100万人	日本心理研修センター
			⑧臨床心理士	336人 (2023) 228.6人 対人口100万人	36,865人 (2023) 296.6人 対人口100万人	京都府1,448人 (2023) 571.5人 対人口100万人	日本臨床心理士資格認定協会
	指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①緩和医療学会専門医	4.0% (2024)			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果(施設)
			①緩和医療学会認定医	28.0% (2024)			
			②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	4.0% (2024)			
			③ペインクリニック専門医	28.0% (2024)			
			④放射線治療専門医	32.0% (2024)			
			⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	36.0% (2024)			
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	16.0% (2024)			
			⑦緩和ケア認定看護師	72.0% (2024)			
			⑧公認心理師	44.0% (2024)			
			⑧臨床心理士	44.0% (2024)			
	指標	以下の専門家の数 ①在宅専門医 ②訪問看護師 ③介護支援専門員 ④在宅医療インテグレーター	①在宅専門医	10人 (2024) 6.8人 対人口100万人	461人 (2024) 3.7人 対人口100万人	奈良県12人 (2024) 9.3人 対人口100万人	日本在宅医療連合学会
			②訪問看護師	3人 (2024) 2.0人 対人口100万人	549人 (2024) 4.4人 対人口100万人	愛知県83人 (2024) 11.1人 対人口100万人	日本看護協会
			③介護支援専門員	7,024人 (2023) 4,779.4人 対人口100万人	751,059人 (2023) 6043.2人 対人口100万人	徳島県7,111人 (2023) 10,259.9人 対人口100万人	厚生労働省　介護支援専門員実務研修受講試験の実施状況等
			④在宅医療インテグレーター	13人 (2024) 8.8人 対人口100万人	382人 (2024) 3.1人 対人口100万人	沖縄県13人 (2024) 8.8人 対人口100万人	日本在宅医療連合学会からのデータ提供

③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発

3-1	すべての高等学校でがん教育を1時限以上行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん教育を、いずれかの学年で、すべてのクラスで1コマ以上行っている県立高校の割合	100% （2023）			指標の変更

3-3	がん教育が可能な外部講師の養成する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	外部講師を活用してがん教育を実施した学校の割合	※3.4% （2023） 2.9% （2021）	8.4% （2021）	佐賀県 28.3% （2021）	文部科学省　令和3年度におけるがん教育の実施状況調査の結果（7項）
	指標	実際にがん教育に携わった外部講師の数	10名 （2023）			沖縄県教育庁保健体育課からのデータ提供

※沖縄県2023年度は公立学校のみの調査結果とのこと（沖縄県教育庁保健体育課）

3-4	県及び市町村は、広報誌にがんに関する情報を定期的に掲載する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	年に2回以上広報誌にがん情報を載せた県及び市町村の割合	36.6% （2023）			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果

3-6	事業主は、雇用者が、がんに関する正しい理解を得ることができるように普及啓発活動を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん対策推進企業アクションの参加企業数	41企業 （2024） 27.9企業 対人口100万人	6,663企業 （2024） 53.6企業 対人口100万人	東京都2,539企業 （2024） 180.0企業 対人口100万人	がん対策推進企業アクションWebサイト「推進パートナー企業・団体一覧より（2024年6月14日閲覧）
	指標	事業所内で産業医、社労士等の専門家による研修会を開催し、従業員の半数以上が参加した事業所の割合				

3-7	医療保険者は、被保険者・被扶養者が、がんに関する正しい理解を得ることができるように普及啓発活動を行う　・八重山病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	医療保険者が主催した産業医、社労士等の専門家による研修会に参加した被保険者・被扶養者の割合				

④がん登録の利活用の推進

4-1	全国がん登録/院内がん登録の精度を高め、活用可能性を上げる　・中部病院　・八重山病院　・那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	MI比	0.37 ※罹患数と死亡数との比			沖縄県値：令和4年度沖縄県がん登録事業報告（令和元年DCO% （2019年）の罹患集計）
	指標	%DCO	1.20% ※死亡情報のみで登録された患者の割合			

⑤患者・市民参画の推進

5-1	県がん対策推進計画の策定過程について、性別、世代、がん種等を考慮し、多様ながん患者等の参画を推進する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	沖縄県がん対策推進協議会、沖縄県がん対策推進計画検討会におけるがん患者を代表する者の人数及び参加割合	26.67%	なし	なし	沖縄県値：健康長寿課調べ（R5）

5-2	患者・市民参画を推進するにあたって、参画する患者・市民への啓発・育成を行う　・宮古病院　・那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	タウンミーティングの開催回数及び患者関係者または一般市民の参加人数	0			

5-2	「施設」では、自院のホームページや印刷物等で、自治体や患者会等が主催する講演会等を積極的に広報する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」で、ホームページで広報した自治体や患者会等が主催する講演会等の件数	208件 （2023）			令和6年度進捗評価のためのアンケート調査結果（施設）

5-3	医療従事者の意識向上に取り組む	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

3-1	県民ががん予防や早期発見の重要性を認識し、がんを正しく理解し向き合うことができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

4-1	全国がん登録/院内がん登録の利用ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	利用件数（総数・年あたり）				院内がん登録確認依頼中

5-1	がん対策の重要性を認識し、がん医療について正しい理解を得、医療の向上に向け自らも協力する県民（がん患者含む）の割合が増加できている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	沖縄県がん対策推進協議会、沖縄県がん対策推進計画検討会、沖縄県がん診療連携協議会での患者関係委員の発言回数（沖縄県がん診療連携協議会のみ）	35回 （2023）	なし	なし	沖縄県がん診療連携協議会Webサイト
	指標	タウンミーティングにおける患者関係者または一般市民の発言回数	0			
	指標	患者関係者と医療者の共催イベントの数				県に確認予定

各拠点病院が取り組んでいるがん対策(2024年度)

１．がんの予防

①生活習慣(喫煙)　②生活習慣(飲酒)　③感染症対策(HPV)　④感染症対策(肝炎)　⑤感染症対策(HTLV－1)

2024年度：大腸がん死激減プロジェクトで何らかの方針が示された場合はそれに従う

２．がん検診

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について　②がん検診の精度管理等について　③受診率対策について

2024年度：大腸がん死激減プロジェクトで何らかの方針が示された場合はそれに従う

３．がん医療提供体制

①医療提供全般　②病理診断　③がんゲノム医療　④手術療法　⑤放射線療法　⑥薬物療法　⑦チーム医療の推進　⑧医療実装

2024年度：
①必要な患者に適切なタイミングで適切なACPが行われているかを検証する
②医師に十分な啓発を行い、パネル検査を受ける患者を増加させる
③DPC-QIの結果を組織的にフィードバックする
④臨床倫理的、社会的な問題を解決するためのカンファランスで検討する症例を増加させる
⑤病院として、ドラッグラグ、デバイスラグを最小限の期間にする
⑥院内で受けられる治験および臨床試験を増加させる

４．緩和・支持療法

①緩和ケア　②在宅療法　③リハビリテーション　④支持療法　⑤妊孕性温存療法

2024年度：
①必要な患者に在宅医療に関する説明が必要十分にされているかを検証する
②必要な患者にリハビリテーションが必要十分に行われているかを検証する
③必要な患者に適切なタイミングで適切な妊孕性に関わる説明と、実際に妊孕性温存療法が行われているかを検証する
④必要な患者に適切なタイミングで適切ながん治療後の生殖医療に関わる説明と、実際にがん治療後の生殖医療が行われているかを検証する

５．個別のがん対策

①希少がん　②難治性がん　③小児がん　④AYA世代のがん　⑤高齢者のがん　⑥離島・へき地

2023年度：
①院内マニュアルの「高齢者機能評価の手引き」を改訂し、テンプレートを電子カルテに導入し、高齢者機能評価が導入しやすいようにした
2024年度：
①院内で受けられる治験および臨床試験を増加させる
②小児がんの長期フォローアップ外来を拡充させる
③高齢者機能評価が確実に行われるように啓発を行う

６．共生

①相談支援　②情報提供　③デジタル化　④就労支援(医療機関側)　⑤就労支援(職場側)　⑥アピアランスケア
⑦自殺対策　⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

2024年度：
①外来初診時から治療開始までを目途に、がん患者及びその家族が必ず一度はがん相談支援センターを訪問することが 100%になるように、体制を改善する
②ピアサポーターが、院内で常時ピアサポートをできるようにする
③社会労務士や就職ナビゲータが昨年度以上に介入できる件数を増やす
④アピアランスケアに関する院内の手引きを制定し、啓発を行う

7．基盤

①研究の推進　②人材育成の強化　③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発　④がん登録の利活用の推進
⑤患者・市民参画の推進

2024年度：
①各講座が、北部医療圏、宮古医療圏、八重山医療圏の医療機関に医師を派遣しているかを調査する
②がん対策の進捗状況がリアルタイムでわかるようなシステムを改善し、運用する

各拠点病院が取り組んでいるがん対策（2024年度）

１．がんの予防

①生活習慣(喫煙) ②生活習慣(飲酒) ③感染症対策(HPV) ④感染症対策(肝炎) ⑤感染症対策(HTLV－1)

①健康管理センターにて医師が検診面談時に生活習慣病予防に関して禁煙や飲酒指導を実施
②特定保健指導対象者へ、禁煙・飲酒に関する指導や健康サポートを実施
③県立北部病院の産婦人科医より、HPVワクチン接種についての説明を医局会で実施、院内スタッフ及び外来患者に
対象となるご家族へワクチン接種を進めてもらうことになった。
④術前検査で肝炎ウィルス検査を行い、陽性者については肝炎コーディネーターより内科医受診をすすめている

２．がん検診

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について ②がん検診の精度管理等について ③受診率対策について

①健康管理センターより、住民健診・企業検診・人間ドックなどの受診勧奨、
⇒健康管理センターや病院外来の廊下に受診勧奨のポスターを掲示
②健診後、必要な方への二次検診への誘導の強化
⇒受診当日、前年度要精査の結果が出た方へ受診確認及び未受診者への受診勧奨を実施
③健康管理センターの待合に、リーフレットをおいている
④日曜検診、ナイト検診の実施
⑤指針に基づいたがん検診のみを行っている。がん検診の精度管理は定期的に行っている。

３．がん医療提供体制

①医療提供全般 ②病理診断 ③がんゲノム医療 ④手術療法 ⑤放射線療法 ⑥薬物療法 ⑦チーム医療の推進 ⑧医療実装

①ACPに関する院内マニュアルの見直しと院内周知・実践
②必要な患者に対し、がん遺伝子パネル検査及びその結果を踏まえた治療を行う
③災害時において、がん医療提供に関するBCPの検討
④院内多職種チームとの連携強化（NST、術後疼痛ケアチーム、緩和ケアチーム等）
⑤内視鏡下食道がんの手術の実施
⑥当院でできない肺がん手術、放射線治療については、琉球大学病院、県立中部病院、沖縄病院等へ紹介している
⑦患者及びその家族に対し適切なICを行うとともに、セカンドオピニオンについても提示している

４．緩和・支持療法

①緩和ケア ②在宅療法 ③リハビリテーション ④支持療法 ⑤妊孕性温存療法

①がん性疼痛のアセスメントと評価：苦痛のスクリーニングから緩和ケアチームの介入を強化
⇒緩和ケア介入依頼スクリーニングシート運用中。緩和ケアチーム介入する患者への、STAS-Jの評価についてをCNで再検討中
②緩和ケア担当医による訪問診療にて、在宅療養への移行をしやすくした。
⇒退院前・後訪問（看護・リハビリ）で自宅の療養環境を確認、CNを含めた退院カンファレンスの実施
⇒在宅療養、在宅看取りに向けて関係者とのカンファレンス・連携の強化
③告知時の看護師等の同席
⇒外来主任に緩和ケアCN配置、外来スタッフ・医師へ2人のCNの名前とPHS番号を周知し、告知時には連絡をもらうようにした。
④地域でも見取りができるよう、介護施設職員への研修会を企画する。訪問看護師向けの緩和ケア研修会は実施した。
⑤患者が治療に伴う副作用・合併症・後遺症など、苦痛や外見上の変化が生じた際の相談窓口は、がん相談支援センターとした
⑥必要な患者に対し、妊孕性温存療法の説明と琉球大学病院への紹介が行えるよう電子カルテシステムの中に書式を組み入れた。
⑦がんリハビリテーション研修会を多職種のチームで受講修了、がん患者のリハビリの継続に取り組んでいる。
⑧11/23に緩和ケア研修会実施済み

５．個別のがん対策

①希少がん　②難治性がん　③小児がん　④AYA世代のがん　⑤高齢者のがん　⑥離島・へき地

①在宅や施設入所中の高齢がん患者の意思決定支援
　⇒高齢がん患者の退院支援及び環境整備、家族指導と家族支援の強化
②入院中のがん患者の意思決定支援の強化
③離島のがん患者が入院した場合、退院後の治療継続における調整、多職種カンファレンスにて問題点の抽出と
　連携の強化
④サポート体制が希薄な方（独居・認知症・家族と疎遠な方など）に対する地域との協力体制強化
⑤希少がん患者、難治性がん、AYA世代のがん患者については、対応可能な拠点病院へ紹介する
⑥離島において本島での治療が必要な患者さんへの渡航費用の助成制度の活用などの情報提供を行う

６．共生

①相談支援　②情報提供　③デジタル化　④就労支援(医療機関側)　⑤就労支援(職場側)　⑥アピアランスケア
⑦自殺対策　⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

①がん相談支援センターの地域への広報・周知を拡大、
　⇒告知時にはがんサポートハンドブックを配布し、相談支援センターの説明を実施
　　治療方針の決定の前までにがん相談支援センターに立ち寄る仕組みを検討中
　⇒患者ゆんたく会の再開（ポスター掲示で広報）
　⇒地域の訪問看護ステーション等へアンケートを取り、勉強会を開催
②がん相談支援基礎研修（1）1名（2）1名（3）3名：修了者の増員
③患者とその家族が利用可能なインターネット環境の整備
④治療と仕事の両立支援の院内外への広報・周知
　⇒就労支援について、産業支援センターの紹介、橋渡し
⑤アピアランスケアの充実　⇒　必要な方への指導強化
⑥がん患者の自殺対策の強化：フローの見直しや院内研修の実施
　⇒告知時の同席と自殺リスク因子の確認、マニュアルの整備
⑦ホームページで当院で対応可能ながん種及び治療法について情報提供している
⑧名護市産業保健センターで、琉大がんセンター主催の「もしも北部でがんになったら」の研修会へ共催

７．基盤

①研究の推進　②人材育成の強化　③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発　④がん登録の利活用の推進
⑤患者・市民参画の推進

①がん登録初級研修（現1名）中級研修（現2名）修了者の増員⇒初級1名修了、1名受講中
②実務者間の情報共有の強化
③地域住民や介護施設等へ向けたがん教育の企画・実施
　⇒地域向け緩和ケア研修会の実施
　⇒地域の薬剤師向けの緩和ケア研修会の実施（薬薬連携の強化）
④がん化学療法看護認定看護師教育課程の受講希望者の育成
⑤がん専門薬剤師の増員
⑥地区医師会、名護市主催の映画「ピア」上演会において、「人生会議」について住民向けのミニレクチャー実施

各拠点病院が取り組んでいるがん対策(２０２４年度)

１．がんの予防

①生活習慣(喫煙) ②生活習慣(飲酒) ③感染症対策(HPV) ④感染症対策(肝炎) ⑤感染症対策(HTLV−1)

2024年度
①禁煙外来の再開⇒当分見通しがつかず

２．がん検診

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について ②がん検診の精度管理等について ③受診率対策について

2024年度
①大腸がん激減プロジェクトで何らかの方針が示された場合はそれに従う
→当院からも委員を選出しプロジェクトに参加。

３．がん医療提供体制

①医療提供全般 ②病理診断 ③がんゲノム医療 ④手術療法 ⑤放射線療法 ⑥薬物療法 ⑦チーム医療の推進 ⑧医療実装

2024年度
①がん遺伝子パネル検査の院外からの受け入れを開始する。 5月から受け入れを開始した。
②DPC-QIの結果をPDCAサイクルを用いて活用する。
③次年度からのロボット手術導入の準備を行う →複数の科で導入すみ。
④放射線治療機器更新のために放射線治療が下半期は休止となるため周辺施設との連携を図り放射線治療が適切な施設で滞りなく行えるように支援する。→休止期間中の放射線治療を琉大病院、中頭病院、沖縄病院にご協力頂き行っている。
⑤遺伝に関するセンターの開設を準備中。遺伝カウンセラーを今年度から雇用している。9月に遺伝診療部開設。

４．緩和・支持療法

①緩和ケア ②在宅療法 ③リハビリテーション ④支持療法 ⑤妊孕性温存療法

2024年度
①がんリハビリテーション研修に理学療法士を派遣し、県内のがんリハビリテーションの質の向上を目指す。9月の研修会に参加予定。
②グループ指定の八重山病院と宮古病院と共催で1回ずつ年2回の緩和ケア研修会を開催する。→10月と11月に開催した。

５．個別のがん対策

①希少がん ②難治性がん ③小児がん ④AYA世代のがん ⑤高齢者のがん ⑥離島・へき地

2024年度
①希少がんや難治がん患者の診療において、国立がん研究センターの希少がんセンター等へのセカンドオピニオンやがん遺伝子パネル検査を有効に活用し、県内で中心的な役割を果たしていく。
②石垣・宮古地区とはグループ指定のがん診療病院との連携を継続し、北部地区の県立北部病院への医師派遣の拡充を通して離島・へき地のがん診療をサポートする。5月に八重山病院と宮古病院でがん遺伝子パネル検

遠の拡充を通じて離島・へき地のがん診療をサポートする。5月に八重山病院と宮古病院でがん遺伝子パネル検査の当院での運用についての説明会を開催した。→八重山病院・宮古病院からの遺伝子パネル検査を受け付けている。家族の渡航費などの経済的な負担を軽減する運用を検討中。
③妊孕性温存療法に関する情報提供を推進する。

6．共生

①相談支援　②情報提供　③デジタル化　④就労支援(医療機関側)　⑤就労支援(職場側)　⑥アピアランスケア
⑦自殺対策　⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

2024年
①がん相談支援室の人員を増やし、依頼方法を簡略化する事でより多くのがん患者にがん相談支援室が関わる体制を構築する。

7．基盤

①研究の推進　②人材育成の強化　③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発　④がん登録の利活用の推進
⑤患者・市民参画の推進

2024年度
①コメディカルの専門資格取得を奨励する。
②医療従事者を対象とした講演会を増やす　6
月に中部徳洲会の疼痛緩和科の専門家を招いて講演会を行った。11月に拠点病院の研修会として専門家を招いてがん診療に関する講演会を行った。

各拠点病院が取り組んでいるがん対策(２０２４年度)

１．がんの予防

①生活習慣(喫煙) ②生活習慣(飲酒) ③感染症対策(HPV) ④感染症対策(肝炎) ⑤感染症対策(HTLV−1)

・医師会や地域医療機関と連携した住民への啓発活動
（前年度より取り組みを継続中）

２．がん検診

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について ②がん検診の精度管理等について ③受診率対策について

・行政と連携した健診センターからのコール・リコール
・地域医療機関に向けた早期発見・早期診断のための研修会の開催
（前年度より取り組みを継続）

３．がん医療提供体制

①医療提供全般 ②病理診断 ③がんゲノム医療 ④手術療法 ⑤放射線療法 ⑥薬物療法 ⑦チーム医療の推進 ⑧医療実装

・4/19～ロボット支援下手術導入（前立腺がん、大腸がん）
・臨床倫理カンファレンスの定期開催（月1回）
・臨床試験への参加
・ドラックラグを最小限にする
10月～肝臓がん、11月～膵臓がんのロボット支援下手術も開始

４．緩和・支持療法

①緩和ケア ②在宅療法 ③リハビリテーション ④支持療法 ⑤妊孕性温存療法

・緩和ケア外来の広報活動の継続（院内・院外紹介の増加）
・在宅医療期間との連携強化
・妊孕性温存療法の情報提供・連携の強化
・制吐薬適正使用ガイドライン改訂に準じた院内採用レジメンにおける制吐療法の適正化

５．個別のがん対策

①希少がん ②難治性がん ③小児がん ④AYA世代のがん ⑤高齢者のがん ⑥離島・へき地

・AYA世代がん患者支援の体制強化
・希少がん、難治性がん、原発不明がんについて、拠点病院への集約と連携
・高齢者総合機能評価に基づくがん医療提供のための院内体制整備（共通ツールによる評価と連携体制の強化）

6．共生

①相談支援　②情報提供　③デジタル化　④就労支援(医療機関側)　⑤就労支援(職場側)　⑥アピアランスケア
⑦自殺対策　⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

・がん相談支援センターでの直通電話とオンライン相談 → 対応中
・ピアサポーターとの連携：患者サロンへの参加、出張相談での対応
・オンラインでのセカンドオピニオン外来の整備
・就労・両立支援のための関係機関との連携強化、職場との連携・情報共有
・アピアランスケア支援の充実に向けた連携体制の整備と強化
→ アピアランスケア支援事業における相談支援（院内・院外）、各自治体との連携取組中
→ 支援事業における「がん相談支援センターへの相談」（必須）解消後も連携を継続

7．基盤

①研究の推進　②人材育成の強化　③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発　④がん登録の利活用の推進
⑤患者・市民参画の推進

・継続的な人材育成：各部門・部署における専門資格取得に向けた支援
・がん登録体制の維持とデーターの活用
→ 院内がん登録データを院内ホームページに掲載、職員への周知
・がんフォーラムの開催（一般市民対象、事業場・雇用主対象）
・がん医療に関する研修会の開催（院内職員、院外医療職者対象）
《実施した・予定の研修会等》
① がんフォーラム
「前立腺がん・大腸がんのロボット手術」（一般市民対象）11/16 開催
「がんと就労」（企業・事業所の労務担当者等対象）2/20（木）14：30～ 開催予定
② リンパ浮腫講習会　10/16 開催
③ ACP研修会（院内職員対象：院外講師）11/25 開催
④ 研修会「外科周術期のリハビリ栄養療法」（院内・院外医療者対象：県外講師）1/10 開催
⑤ 薬剤師セミナー 1/22 開催予定

各拠点病院が取り組んでいるがん対策(2024年度)

1．がんの予防

①生活習慣(喫煙) ②生活習慣(飲酒) ③感染症対策(HPV) ④感染症対策(肝炎) ⑤感染症対策(HTLV−1)

2024:
①宮古島の喫煙率の集計を行い、減らすための啓蒙活動を行う。禁煙外来をおこなっている医院を調査し、積極的に紹介を行う。入院患者には禁煙指導を積極的に行っている。
②飲酒量の調査を行い、適度な飲酒を勧める。
③婦人科にて9価HPVワクチンの接種率を調査し、今後も子宮頸がんの罹患率を下げるために積極的にワクチン接種を推奨する。近医にワクチン接種の啓蒙活動を依頼し、ワクチン接種数の報告をお願いしている。
④妊婦に対するHTLV-1抗体検査と保健指導を行う

2．がん検診

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について ②がん検診の精度管理等について ③受診率対策について

2024:
①指針に基づいたがん検診のみを行う（胃癌、大腸癌、肺がん、乳がん、子宮頸がん）。検診受診率を把握し、受診率を上げていく活動を行う。
③受診率対策について、大腸癌の検診受診率を上げるために、講演会、新聞、宮古TVを通じて検診の必要性などを発信している。今年も宮古島医師会の協力を得ながら、宮古島の病院、クリニックの大腸癌検査数の調査を行う予定である。11月より職員のがん検診を当院で行える体制にした。

3．がん医療提供体制

①医療提供全般 ②病理診断 ③がんゲノム医療 ④手術療法 ⑤放射線療法 ⑥薬物療法 ⑦チーム医療の推進 ⑧医療実装

2024:
①宮古病院はグループ指定病院である県立中部病院と密に連携を行い標準治療を実践している。
②常勤の病理専門医名配置されて居ないため、質の高い病理診断のために常勤病理医の獲得を目指す。
③必要な患者に対して中部病院の医師に相談を行い、遺伝子パネル検査を行い、治療に応用している。中部病院の医師の講義なども適宜行っている。9月に当院の患者に対して琉球大学にて遺伝子パネル検査を行い、今後の抗がん剤の選択に利用する方針である。12月外科患者を中部病院にて遺伝子パネル検査目的に紹介した。
④外科専門医3名、消化器外科専門医1名、内視鏡外科学会技術認定医1名、在籍しており標準外科手術を実践している。8月に2例のロボット手術の適応患者を本当の当該施設へ紹介し手術を行った。
⑤月に1回放射線治療医の外来を開設し、本島での放射線治療の橋渡しを行っている。
⑥月に1回腫瘍内科医による症例カンファレンスを開催し、適切な薬物療法を実践しており、今後はZOOMによるカンファレンスを行う予定である。
⑦医師、薬剤師、栄養士による重症患者に対する感染、栄養対策を行っている。

4．緩和・支持療法

①緩和ケア ②在宅療法 ③リハビリテーション ④支持療法 ⑤妊孕性温存療法

2024:
①がん患者の説明の際には原則緩和ケアチーム（看護師など）の1名を同席させ、がん患者の身体、精神状態

のケアを行っていく。
②積極的に在宅医療へ移行させ、がん患者が自宅で療養可能になる体制を構築する。在宅医療医師とも顔の見える連携を行う。
③リハビリ専門医が1名配置されており質の高いリハビリ療法を実践している。がん患者へのリハビリ療法を充実させる目的に、9月30日に沖縄県で開催されるがんリハビリ研修に医師１人、看護師１人、リハビリ技師数名の派遣した。
④がん患者が何時でも相談し、支援できる体制を緩和チームが中心となり構築している。

５．個別のがん対策

①希少がん　②難治性がん　③小児がん　④AYA世代のがん　⑤高齢者のがん　⑥離島・へき地

2024:①、②、③、④は琉大病院や中部病院へ速やかに紹介している。
⑤高齢者機能評価を今後は導入し、患者の病状に応じて速やかに対処する方針である。
⑥がん治療に対する治療法を速やかに、分かりやすく提示し、当院で治療を受けられる患者は治療を行う。セカンドオピニオンなどを希望される場合はZOOMでの相談や直接当該施設に速やかに紹介する。島外への検査や治療などの医療補助などの説明も行う。

６．共生

①相談支援　②情報提供　③デジタル化　④就労支援(医療機関側)　⑤就労支援(職場側)　⑥アピアランスケア
⑦自殺対策　⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

2024:
①、②緩和チームが介入して相談や情報提供を行っている。
③ZOOMによるセカンドオピニオンのシステムを外来に構築する。
④、⑤適宜主治医、緩和チームが相談を行っている。
⑥緩和チームが介入して説明を行っている
⑦主治医、緩和チームが連携し自殺企図のあるような患者は精神科医を介入させその予防に努めている。
⑧患者の会などで相談できるような体制を構築している。

７．基盤

①研究の推進　②人材育成の強化　③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発　④がん登録の利活用の推進
⑤患者・市民参画の推進

2024:
②外科においては本土の病院と外科専門研修プログラムを共有し、専攻医の獲得に努めている。同時に、最近の外科医療をこれらの病院からアップデートし、離島において標準外科治療を実践するように努めている。今年度は鳥取大学、南東北病院と連携を組む準備を行っている。
③、⑤宮古島がん死撲滅ミーティングを開催し、がん教育を市民に行っている。昨年は３回開催し今年も同程度開催予定である。令和6年7月12日第4回宮古島がん死撲滅ミーティング「がんに対する低侵襲ロボット手術と医療安全への鳥取大学の取り組み」を鳥取大学消化器・小児外科教授藤原義之先生を招いて行った。１０月８日から２日間、鳥取大学消化器内科磯本、藤井教授を宮古島へ招いて、人材交流のための勉強会を開催予定である。
③１０月より外科専攻医の教育目的に月２回、南東北病院、倉敷中央病院、手稲渓仁会病院が共同開催するZoom勉強会へ参加予定である。
⑤９月２６日今中雄一京都大学医療経済学分野教授を招いて「多角的な視点で地域医療を考える医療と住民の健康ー考察」のタイトルで講演会を開催し、好評を得た。

各拠点病院が取り組んでいるがん対策(２０２４年度)

１．がんの予防

①生活習慣(喫煙) ②生活習慣(飲酒) ③感染症対策(HPV) ④感染症対策(肝炎) ⑤感染症対策(HTLV－1)

①喫煙と肺がんに関する勉強会を開催する（個別施策①1-1）

２．がん検診

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について ②がん検診の精度管理等について ③受診率対策について

①検診事業は実施していない。二次検診について、患者に対する積極的な働きかけは行っていないが、指針に基づいた二次検診の受入体制を検討する。子宮がん検診について、那覇市医師会 生活習慣病検診センターの精密検査医療機関名簿に登録を希望した。（個別施策①1-1）

３．がん医療提供体制

①医療提供全般 ②病理診断 ③がんゲノム医療 ④手術療法 ⑤放射線療法 ⑥薬物療法 ⑦チーム医療の推進 ⑧医療実装

①中部病院から月に１～２回診察に訪れる内科医（腫瘍内科、血液・腫瘍科、放射線科）と連携する（個別施策①1-2）
③中部病院から月に１回来院するがん遺伝子パネル検査外来担当医と協力し、パネル検査結果を踏まえた治療を行う、中部病院腫瘍内科医によるゲノム医療勉強会を開催（個別施策③3-1）
④乳がん専門医を招聘し、月１回程度の専門外来を設ける（個別施策④4-1）
⑥呼吸器内科、薬剤師及びがん化学療法認定看護師でirAE委員会を月に１回開催している（個別施策⑥6-3）

４．緩和・支持療法

①緩和ケア ②在宅療法 ③リハビリテーション ④支持療法 ⑤妊孕性温存療法

①問診票に痛みの項目を設け、スクリーニングを行う（個別施策①1-1）
②在宅療養を希望する患者に対して支援方法の情報を提供する（個別施策②2-1）
②訪問看護ステーションとの交流および研修会を定期的に実施する（個別施策②2-4）
③がんリハビリテーション研修に参加（③３－１）
⑤妊孕性温存療法の案内を行う（個別施策⑤5-1）

５．個別のがん対策

①希少がん ②難治性がん ③小児がん ④AYA世代のがん ⑤高齢者のがん ⑥離島・へき地

③当院CLSとも連携し、琉球大学病院または県立南部医療センター・こども医療センターに紹介する（個別施策③3-3）
④妊孕性温存療法の案内を含め、琉球大学病院に紹介する（個別施策④4-1、④4-3）
⑤療養場所の選択も含めて、すべての高齢者のがん患者に適切な意思決定支援及びACPを行う（個別施策⑤5-2）
⑥最新版の「療養場所ガイド」が刊行された場合は配布する（個別施策⑥6-1）

６．共生

①相談支援　②情報提供　③デジタル化　④就労支援(医療機関側)　⑤就労支援(職場側)　⑥アピアランスケア
⑦自殺対策　⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

③病室にインターネット環境を整備する（個別施策③3-1）
③４月に金沢大学附属病院とオンラインでセカンドオピニオンを実施した（個別施策③3-2）
⑥沖縄県アピアランスケア研修会に参加(⑥６－１)
⑥琉球大学病院との共催で、患者向けアピアランスケア教室を開催する（個別施策⑥6-3）
⑥石垣市及び琉球大学病院と連携して、８月１日から開始した「石垣市アピアランスケア支援事業」に関する相談支援を行っている（個別施策⑥6-3）
⑧ぬちぐくーるやいま会（がん患者会）の定期的な開催を実施している（個別施策⑧8-1）
⑧ピアサポート活動に対する支援を行う、琉大病院との共催で出張ピアサポート相談会実施（個別施策⑧8-1）

７．基盤

①研究の推進　②人材育成の強化　③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発　④がん登録の利活用の推進
⑤患者・市民参画の推進

②乳腺外科、呼吸器外科の応援配置を継続する（個別施策②2-1）
②緩和ケア認定看護師を２名配置する（個別施策②2-1）
③八重山高校にタオル帽子の作成を依頼のうえ、「がんについての勉強会」を実施する
③９月に名桜大学から講師を招いて、訪問看護師を含めた院内外の医療者向け緩和ケア勉強会を開催する
③沖縄産業保健総合支援センター、石垣島の社労士及び当院の地域連携室のスタッフで勉強会を開催する（個別施策③3-7）
④がん登録の初級認定者職員の中級認定者取得を目指す（個別施策④4-1）

八 病 第 1161 号
令 和 6 年 1 月 7 日

沖縄県がん診療連携協議会
琉球大学病院がんセンター長　増田　昌人　殿

沖縄県立八重山病院長
和氣　亨
（公　印　省　略）

共催名義の使用許可に係る申請について

平素よりお世話になっております。
地域がん診療病院研修会として、下記のとおりがん医療に関する研修会を予定しております。
つきましては、当該研修会の共催として、沖縄県がん診療連携協議会の名義使用にいてご承認のほどよろしくお願いいたします。

記

１．講習会名：『膵癌を含む膵疾患の診断における超音波内視鏡（EUS）の役割』

２．日時：令和７年１月 24 日（金）17:30～19:00

３．場所：沖縄県立八重山病院　２階　講堂１～３

４．講師：JA 尾道総合病院　副院長　花田　敬士　氏

沖縄県立八重山病院
総務課庶務係　担当：石川
TEL：0980-87-5557（2015）
Mail：ishikary@pref.okinawa.lg.jp

令和６年度

地域がん診療病院研修会

膵癌を含む膵疾患の診断における超音波内視鏡（EUS）の役割

【講師】ＪＡ尾道総合病院・副院長・内視鏡センター長
遺伝子診療部長・がん診療統括責任者
広島大学大学院医系科学研究科消化器内科学　客員教授

花田　敬士　先生

日 時

2025年
1月24日 金 17:30-19:00

会 場

- 沖縄県立八重山病院　講堂１～３
- Zoom配信

ミーティングID：845 3091 0343
パスコード：171070
https://us06web.zoom.us/j/84530910343?pwd=Iy4pgq7ljYUpX2eQteZnBs0TBOJSML.1

対 象

- 医師
- 看護師
- その他医療従事者

参加費無料／申込不要

主催：沖縄県立八重山病院
共催：沖縄県がん診療連携協議会

お問い合わせ
沖縄県立八重山病院
総務課庶務係　石川・宜志
TEL:0980-87-5557

令和６年度 第３回大腸がん死激減プロジェクト連絡会議 議事要旨

日　　時：令和６年９月３０日（月）19:00～20:15
場　　所：Zoom を利用した Web 会議
出　　席：8 名
有賀拓郎（琉球大学病院）、金城達也（琉球大学大学院）、金城徹（琉球大学病院）、佐村博範（浦添総合病院）、玉城研太朗（那覇西クリニック）、仲宗根正（那覇市保健所）、山本孝夫（沖縄県立八重山病院）、増田昌人（琉球大学病院がんセンター）
欠　　席：6 名
浅野志麻（沖縄県立宮古病院）、糸数公（沖縄県保健医療部）、
豊見山良作（那覇市立病院）、仲地厚（友愛医療センター）、
城政剛（新川クリニック）、宮里浩（那覇市立病院）
陪　　席：１名
西佐和子（琉球大学病院がんセンター）

【報告事項】
１．令和６年度 第２回大腸がん死激減プロジェクト連絡会議議事要旨について
増田委員より、資料１に基づき大腸がん死激減プロジェクト連絡会議議事要旨について説明があった。

【協議事項】
１．検診の問題点と対策について
２．予防の問題点と対策について
増田委員より、資料 2-2 に基づき、大腸がん検診と予防について、沖縄県と全国の指標値を比較しながら説明があった。続いて、資料 2-1 に基づき、グラフ表示機能付き指標評価ツールの説明があった。

・那覇市医師会の未把握率改善に成功した取り組み
玉城委員より、那覇市医師会の未把握率改善に成功した取り組みについて紹介があった。那覇市では精検未把握率が 30%以上だったところを、要精検者だけは、医師会から検診施設に検査結果の報告を返し、コール・リコールを行っていただくことで、昨年の実績では 6.67%まで下がっている。那覇市医師会のモデルを県全体に広め定着させていければ、未把握率が大幅に減少するのではないかとのことだった。これを受けて、各委員よりコール・リコールの徹底に伴う人員配置や体制構築、他市町村との地域差などについて意見があった。個人クリニックが受託しているケースは成功する可能性が高いが、検診センターでのコール・リコールはかなりの負担になることが懸念される。集団

検診施設でも改善率を上げるための方法を検討する必要があるとのことだった。

続いて、玉城委員より、沖縄県医師会では、消化器内科医の圧倒的なマンパワー不足が懸念されていると報告があり、今後、当プロジェクトにおいて、消化器内科医の育成について相談させていただきたいと提案があった。

・大腸がんロジックモデル指標評価ツール（グラフ表示機能付き）について

増田委員より、グラフ付きの指標データを広く知らしめて、大腸がん医療の状況を周知したいと提案があった。仲宗根委員より、専門家の解釈も含めた上でのデータ提供がよいのではないかとの意見を受けて、がんの予防とがん検診のデータについては、専門家の解釈を追記することとなった。増田委員より、乳がんの場合、わずかな差で順位が変動することがあるため、単なるデータの提供では理解が難しいとコメントがあった。

・検診受診率および死亡率改善のための方策について

金城達也委員より、検診受診率および死亡率改善のための方策について、話題提供があった。学会の広報を担当されている大阪の山本先生が、デジタルツールを活用して外へのアピールを行っており、当プロジェクト活動の参考になればと相談をさせていただいたところ、ロジックモデルの三つの領域の中では、やはりがん検診に介入すべきであるとのことだった。これから検診を受ける世代（40 歳～60 歳）に啓発を行う必要があり、例えば、中小企業の事業主を対象に勉強会を行う。そのためには、事業主リストや地域で行われている勉強会の情報を入手し、アプローチしてはどうかと提案いただいたとのことだった。今後、当プロジェクトを通してこういった試みを進めてはどうかと金城委員からも改めて提案があった。

・学校保健

金城徹委員より、これから検診を受ける世代は子供がいる場合が多いことから、学校教育においても啓発をした上で、子供たちが家庭に持ち帰り、親に伝えることで、親が検診の必要性を認識するきっかけになるのではないか。一つのツールとして活用できるのではないかと提案があった。

・地域保健

佐村委員より、公民館での講演は、従来の市民公開講座とは違う参加者が集まり、多くの方が熱心に耳を傾けてくれ、非常に伝えがいがある。こうした地域の人々にアプローチする方法として、当プロジェクトの方から講演を斡旋することも良い試みであると提案があった。

・産業保健

仲宗根委員より、健康経営への関心が高まる中、大企業は比較的対応できているが、中小企業、特に小規模の業界や個人経営のようなところはアプローチが難しく、なかな

か繋がっていかない。この部分をどう対策をとるのか。那覇市は 90%以上が小規模企業であるとのコメントがあった。

4．医療の問題点と対策について

増田委員より、資料２に基づき、大腸がんの医療について、沖縄県と全国の指標値を比較しながら説明があった。消化器内科医と消化器外科医はそれぞれの領域ではメジャーな存在であるが、沖縄県においては、決してその数が多いわけではないと指摘があった。さらに消化器内科医に関するデータが十分に出てこない現状があり、国の政策作成時には内科の専門領域を個別に分析することが少ない。そのため、医師不足の状況についての認識が乏しいとのことだった。これを受けて各委員より、沖縄県内の消化器内科、消化器外科、放射線治療の現状について報告があり、専門医の育成、集約化、今後の課題などについて意見が交わされた。

5．大腸がん治療方針に関するコンサルとシステムの構築について

時間の都合上、次回に持ち越しとなった。

6．その他

特になし。

がん相談業務
（院内におけるピア・サポート）

相談記録シート集計報告

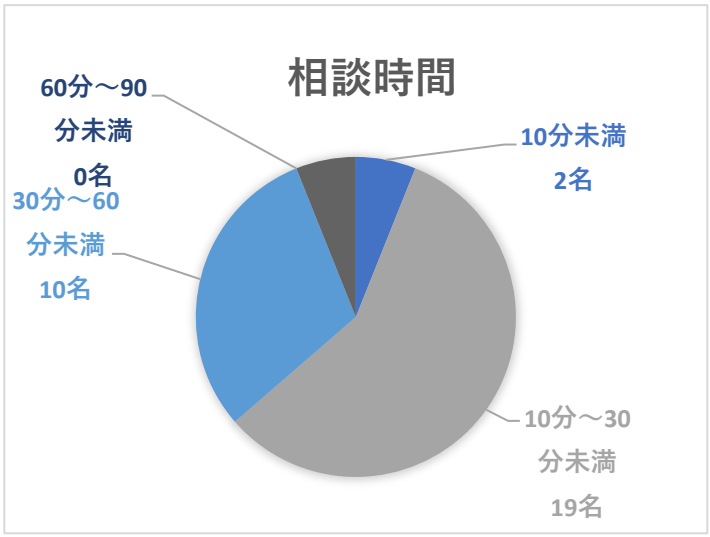
実施期間：令和6年10月1日～令和6年12月27日

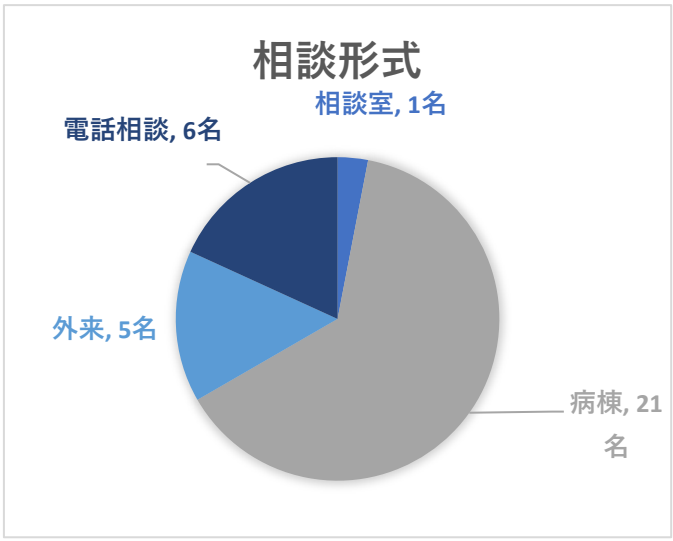
沖縄県地域統括相談支援センター

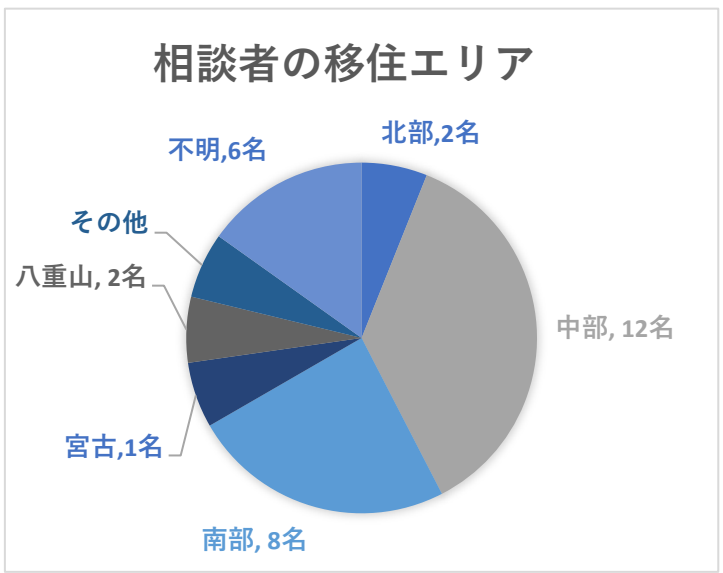
がん相談業務（院内におけるピアサポート）集計結果

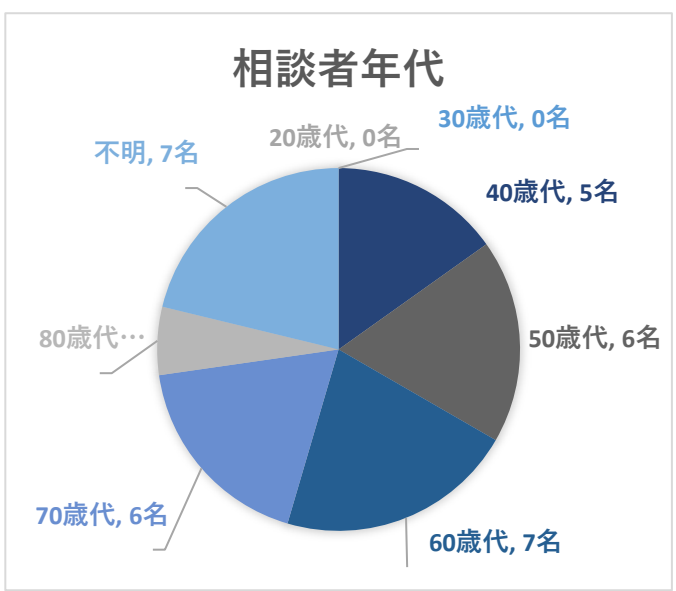
■ 調査対象期間　　令和6年10月1日～令和6年12月27日
■ 調査件数　　33件

相談月	件　数
10月	9
11月	10
12月	14
合　計	33

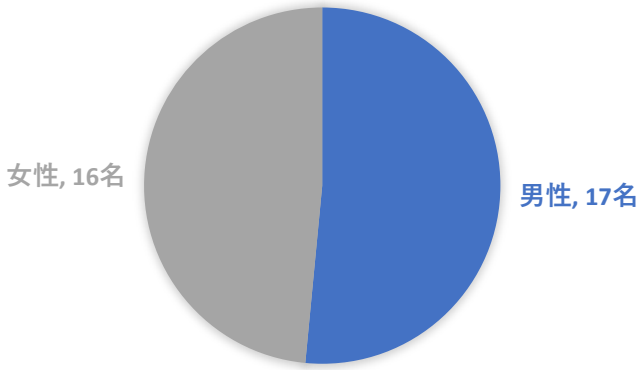




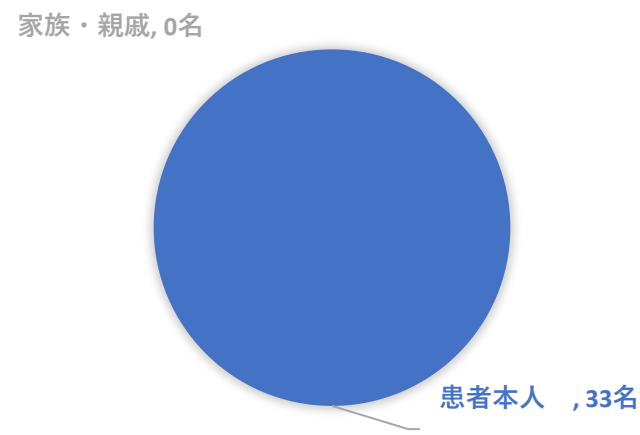




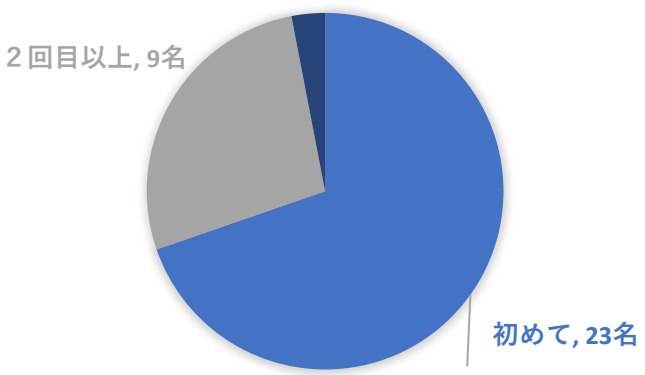
相談者の性別



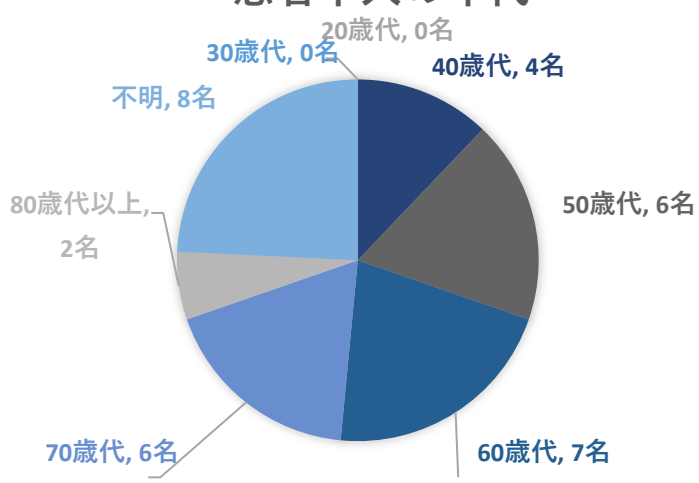
相談者のカテゴリー



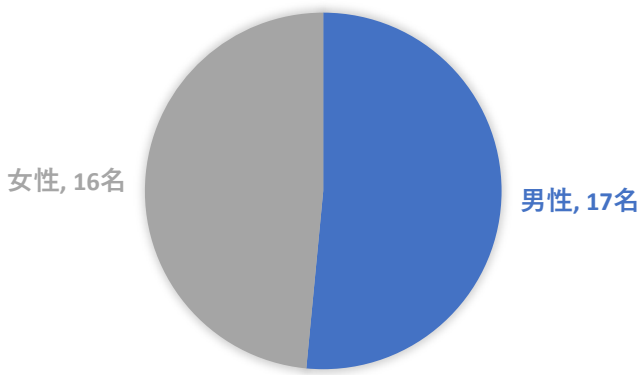
相談者の利用回数



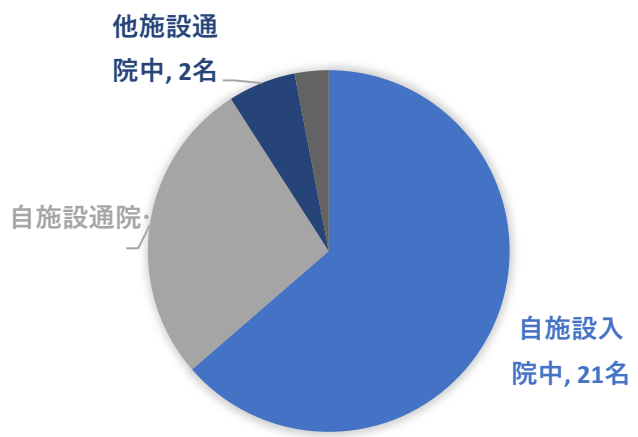
患者本人の年代

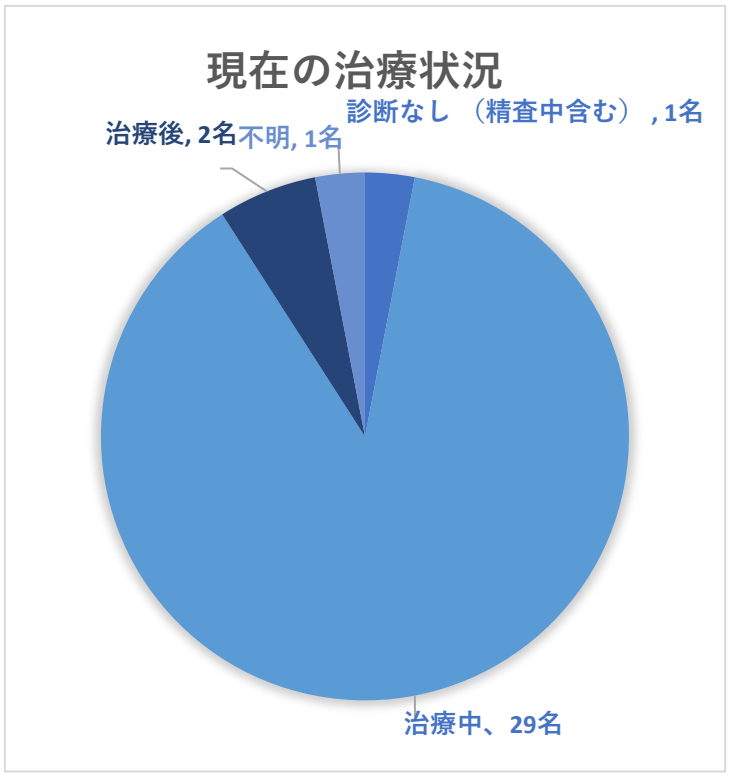


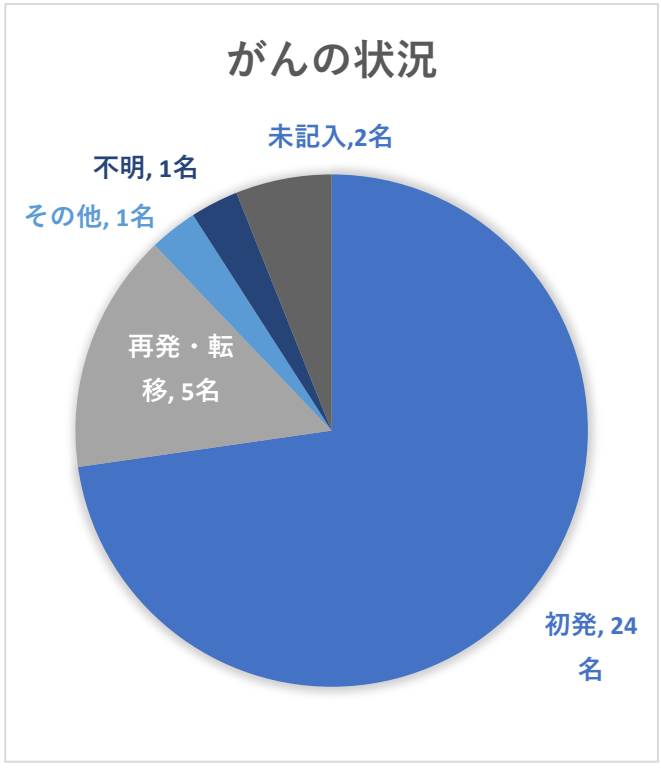
患者本人の性別

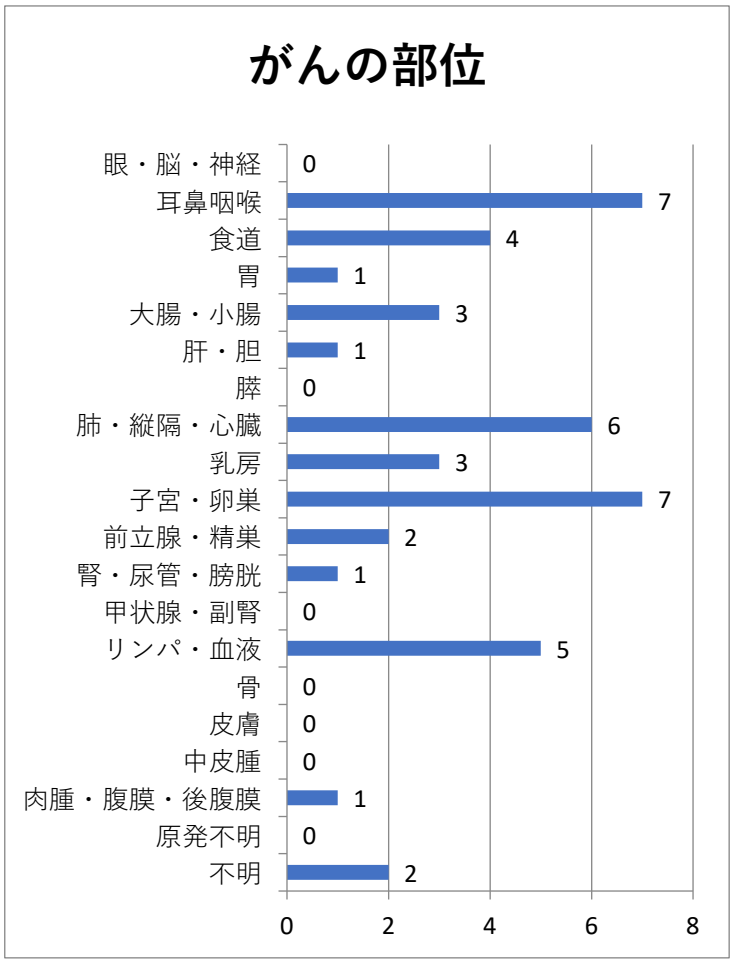


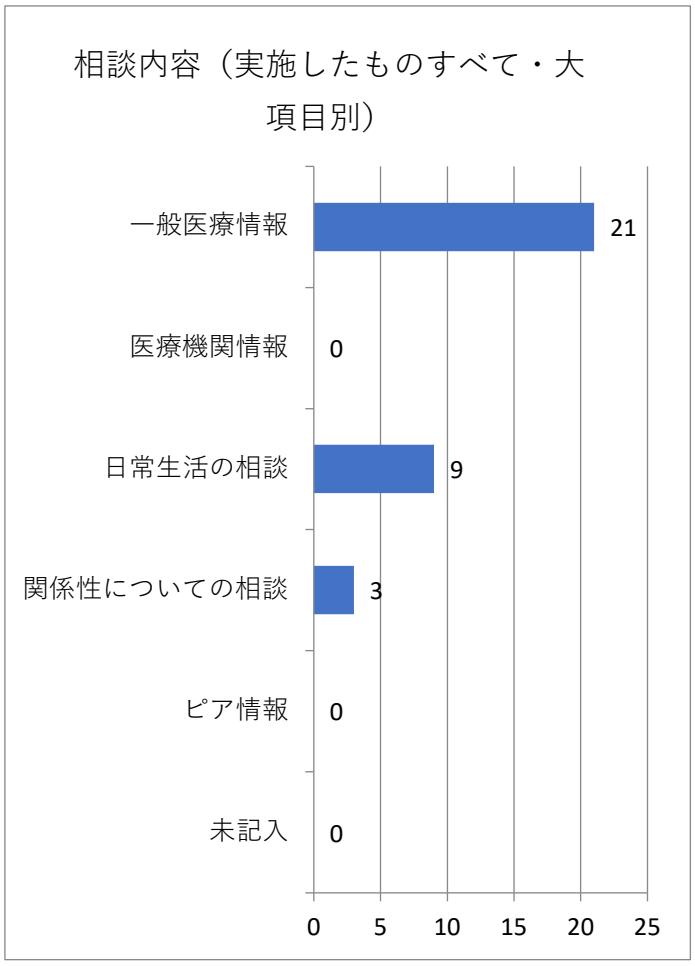
受診状況

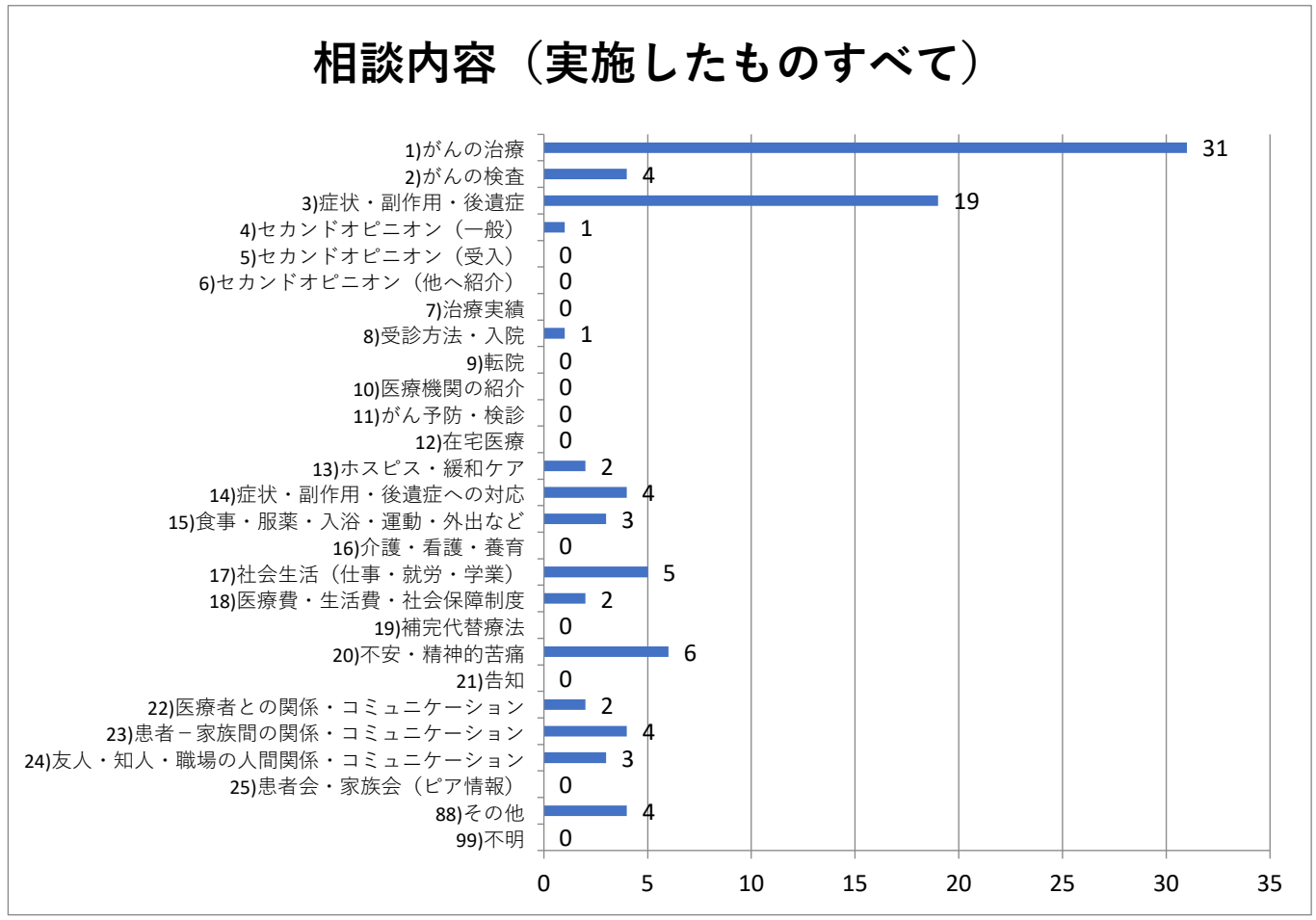


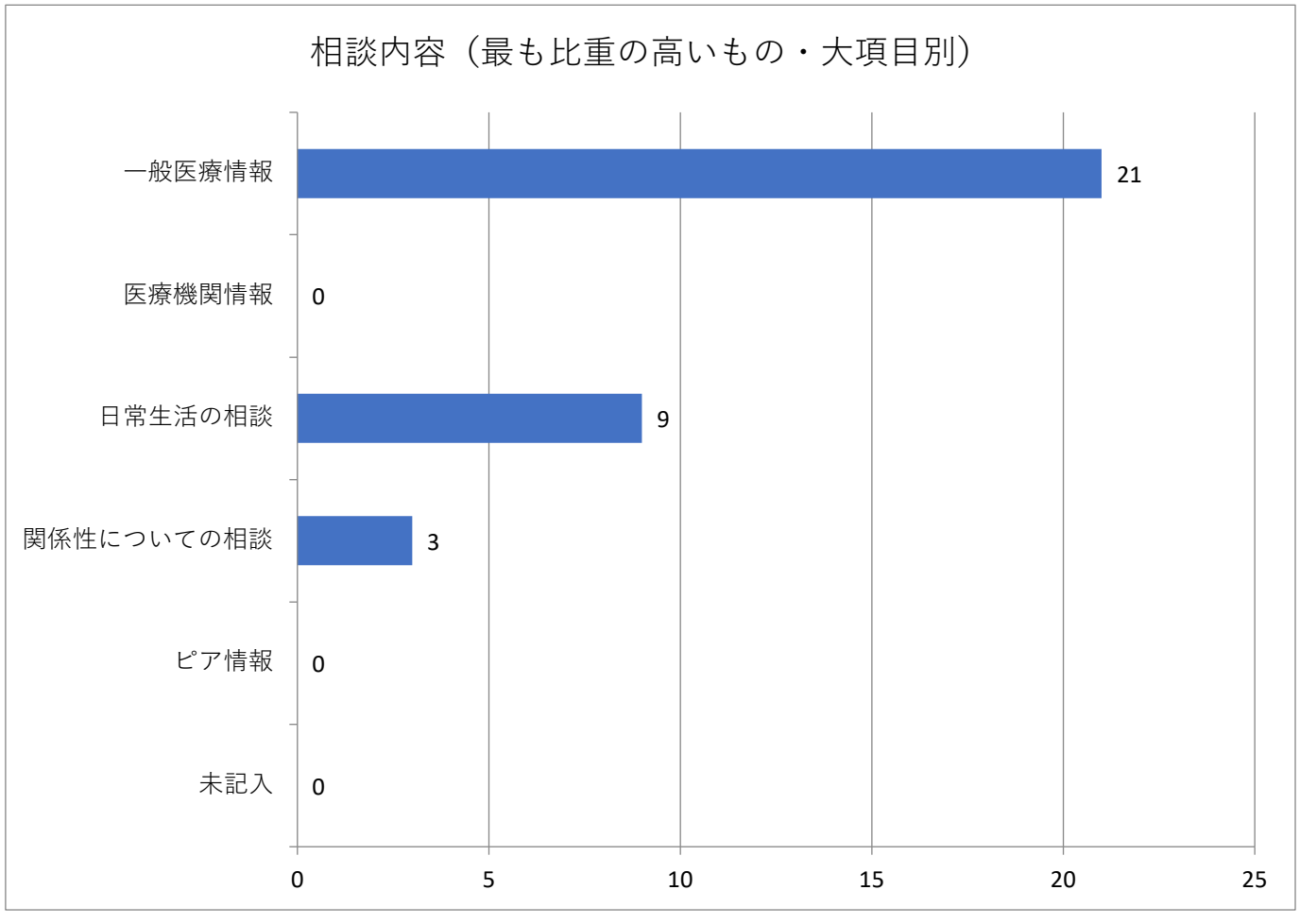

現在の治療状況
診断なし （精査中含む） , 1名
治療後, 2名
不明, 1名
治療中、29名


がんの状況
未記入,2名
不明, 1名
その他, 1名
再発・転移, 5名
初発, 24名

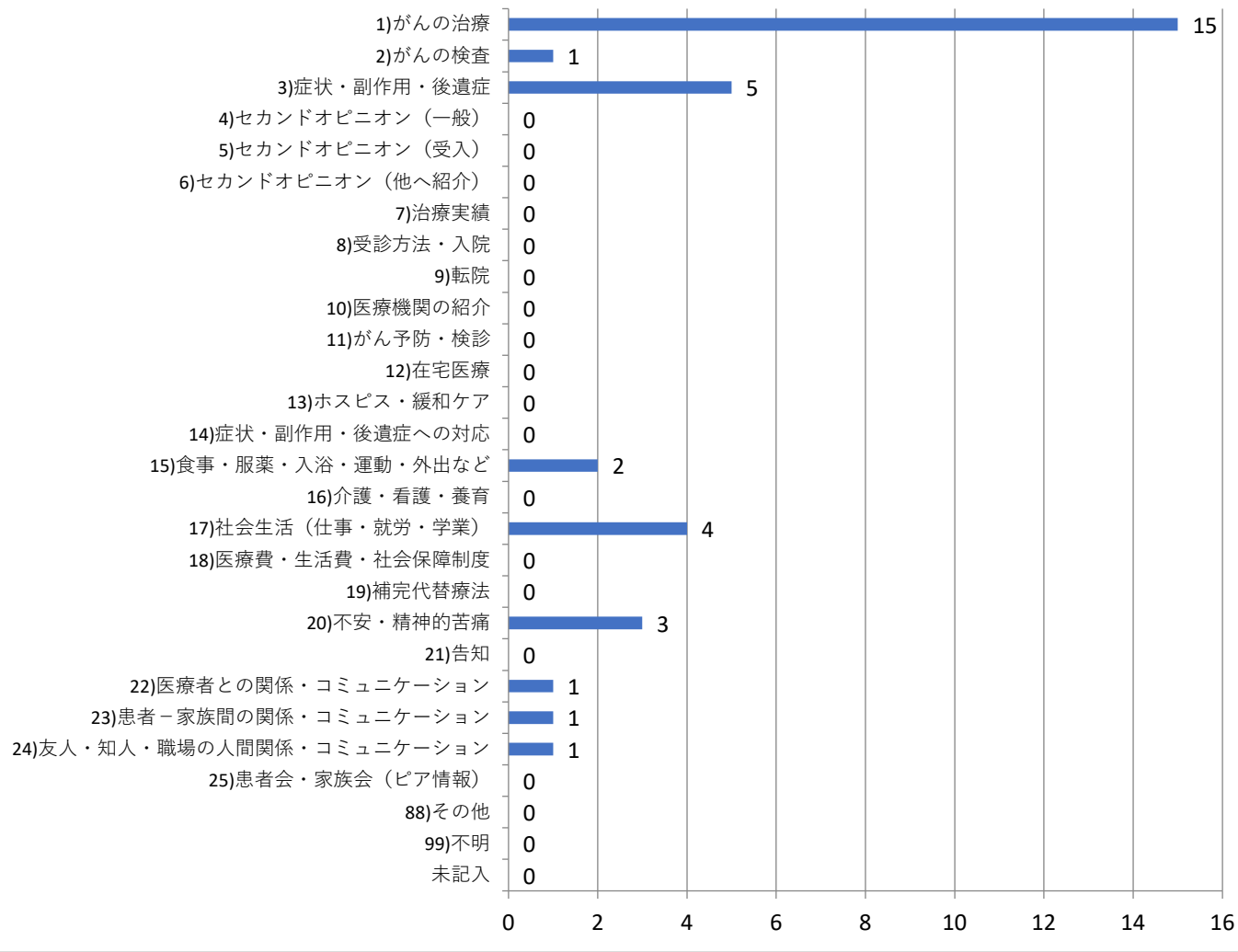

がんの部位
眼・脳・神経 0
耳鼻咽喉 7
食道 4
胃 1
大腸・小腸 3
肝・胆 1
膵 0
肺・縦隔・心臓 6
乳房 3
子宮・卵巣 7
前立腺・精巣 2
腎・尿管・膀胱 1
甲状腺・副腎 0
リンパ・血液 5
骨 0
皮膚 0
中皮腫 0
肉腫・腹膜・後腹膜 1
原発不明 0
不明 2
0 2 4 6 8


相談内容（実施したものすべて・大項目別）
一般医療情報 21
医療機関情報 0
日常生活の相談 9
関係性についての相談 3
ピア情報 0
未記入 0
0 5 10 15 20 25

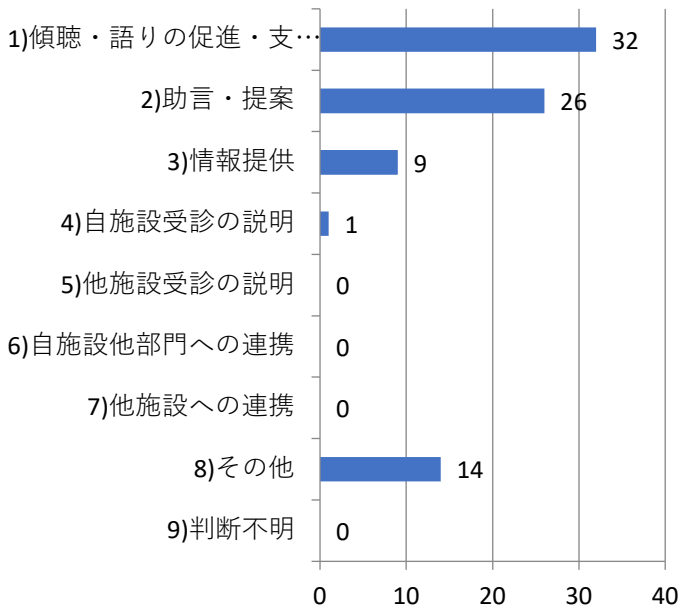

相談内容（実施したものすべて）
1)がんの治療 31
2)がんの検査 4
3)症状・副作用・後遺症 19
4)セカンドオピニオン（一般） 1
5)セカンドオピニオン（受入） 0
6)セカンドオピニオン（他へ紹介） 0
7)治療実績 0
8)受診方法・入院 1
9)転院 0
10)医療機関の紹介 0
11)がん予防・検診 0
12)在宅医療 0
13)ホスピス・緩和ケア 2
14)症状・副作用・後遺症への対応 4
15)食事・服薬・入浴・運動・外出など 3
16)介護・看護・養育 0
17)社会生活（仕事・就労・学業） 5
18)医療費・生活費・社会保障制度 2
19)補完代替療法 0
20)不安・精神的苦痛 6
21)告知 0
22)医療者との関係・コミュニケーション 2
23)患者－家族間の関係・コミュニケーション 4
24)友人・知人・職場の人間関係・コミュニケーション 3
25)患者会・家族会（ピア情報） 0
88)その他 4
99)不明 0
0 5 10 15 20 25 30 35


相談内容（最も比重の高いもの・大項目別）
一般医療情報 21
医療機関情報 0
日常生活の相談 9
関係性についての相談 3
ピア情報 0
未記入 0
0 5 10 15 20 25

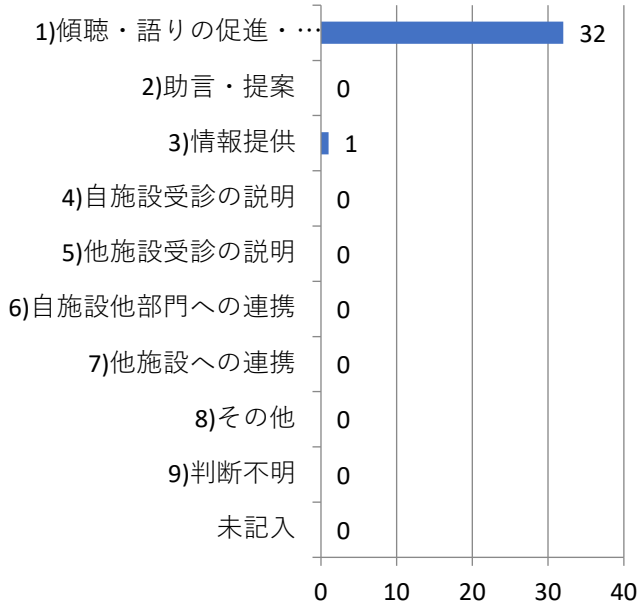
相談内容（最も比重の高いもの）

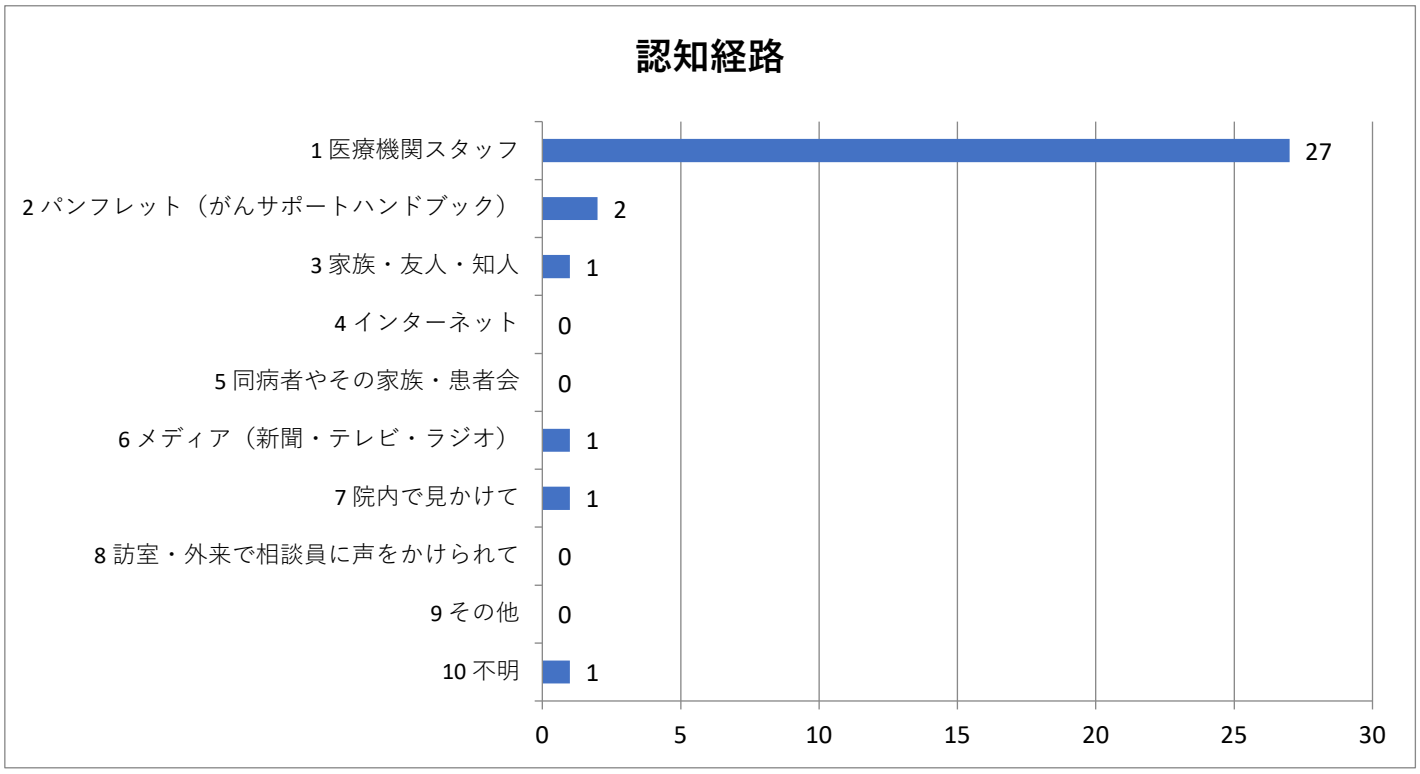


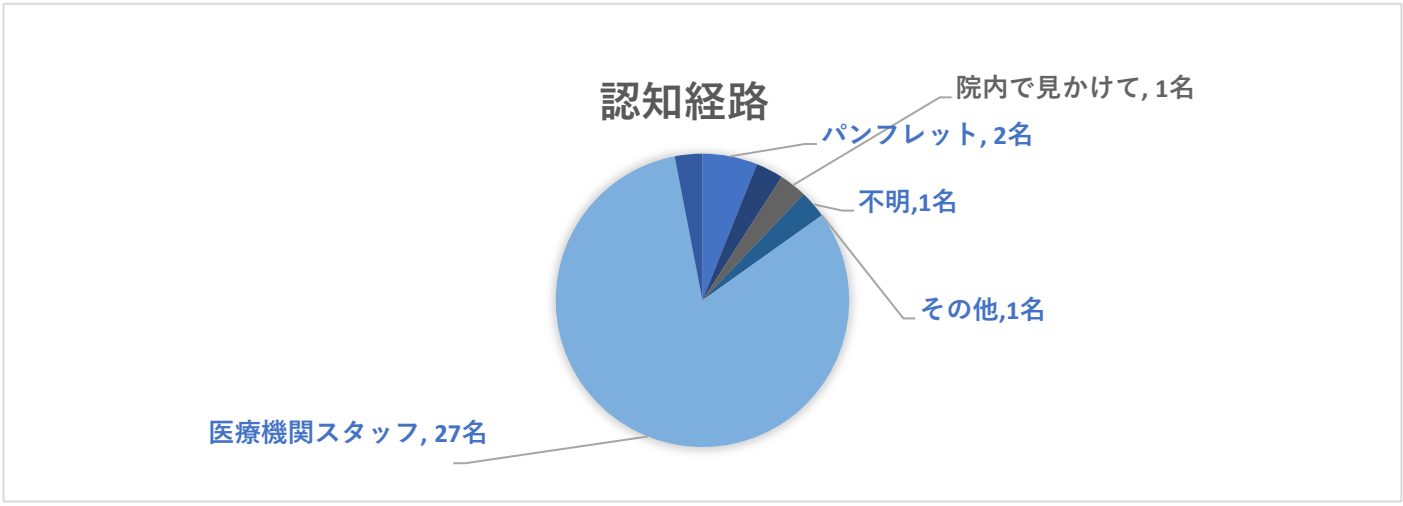
対応内容（実施したものすべて）



対応内容（最も比重の高いもの）




認知経路
1 医療機関スタッフ
2 パンフレット（がんサポートハンドブック）
3 家族・友人・知人
4 インターネット
5 同病者やその家族・患者会
6 メディア（新聞・テレビ・ラジオ）
7 院内で見かけて
8 訪室・外来で相談員に声をかけられて
9 その他
10 不明
27
2
1
0
0
1
1
0
0
1
0
5
10
15
20
25
30


認知経路
院内で見かけて, 1名
パンフレット, 2名
不明,1名
その他,1名
医療機関スタッフ, 27名

令和６年度　沖縄県委託事業

出張ピア・サポート

開催報告

実施日：令和６年 10 月 18 日（金）14：00～16：00

【名　称】

出張ピア・サポート

沖縄県内のがん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院に出向き、がん患者支援を行うものである。主たる内容はがん ピア・サポーター（がん経験者）によるがん個別相談とする。

【目　的】

1．がん患者や家族の不安軽減

当事者同士ががんに対する不安や悩み・気持ちを分かち合い、必要とする情報を交換し合うことで病気に対する不安軽減につなげる。

2．がん ピア・サポートの周知

当センターの普及活動とし、がん　ピア・サポート相談室の利用へつなげる。

3．がん　ピア・サポーターの活用

当センター主催のがん ピア・サポーター養成講座修了生である登録ピア・サポーターの活動の場所として提供する。

【概　要】

1．日　時　　令和 6 年 10 月 18 日（金）14：00～16：00
開始時間 14：00、14：30、15：00、15：30
全 4 回（各 30 分）
がん相談（当センター相談員または登録サポーターにて対応）
スタッフ（事務員 1 名）

2．場　所　　那覇市立病院

3．対　象　　がん患者、そのご家族、ご遺族など

4．主　催　　沖縄県地域統括相談支援センター（令和 6 年度　沖縄県委託事業）

5．共　催　　琉球大学病院がんセンター

6．参加費　　参加・相談無料

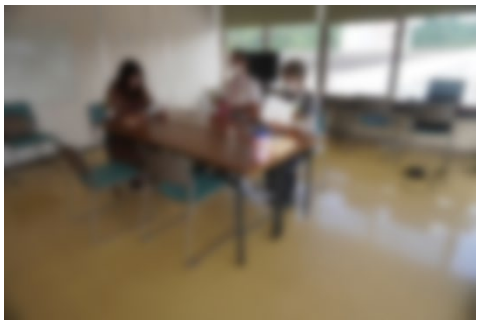
7. 予　約　　予約優先・当日受付

【イベント当日の流れ】
13:00～13:40　会場設営
13:40～14:00　打ち合わせ
14:00～16:00　受付・相談会（各 30 分ずつ×4 回）
16:00～16:15　振り返り
16:15～17:00　片付け・退館

＊がん相談会の当日受付から運営まで当センター関係者にて行った。

【那覇市立病院】
参加人数：1 組
統括相談員　1 名／登録ピア・サポーター　2 名／事務員　1 名

【振り返り】
・県内のがん診療を行っている病院、患者会や役場等にて広報を行った。
・前回の那覇市立病院出張ピア・サポートでは参加者 0 だったが、今回は病院からの紹介で 2 組予約となった。
・当日 1 組キャンセルとなったが、1 組に対して 1 時間たっぷりとお話する時間を設けることができた。
・1 番目の予約者が時間に遅れることになり、時間が十分に取れない恐れがあった。2 番目の方がキャンセルとなり結果重なることはなかったが､予約の枠の開け方(①14 : 00～、②15 : 00～、2 組埋まれば③14 : 30～を空ける等）工夫が必要と感じた。
・病棟内でもポスターを掲載しピア・サポート活動について周知できた。
・登録サポーターも 2 名参加し、傾聴を主に自身のがん経験を話すことができた。研修会で学んだことを活かすことができたよう思う。統括相談員やピア・サポーターでお互いに情報交換もできた。
・次年度も引き続き出張ピア・サポートを開催したい。



▲那覇市立病院

令和６年度　沖縄県委託事業

がん ピア・サロン
（リレー・フォー・ライフ 2024 おきなわ）

開催報告

実施日：令和６年 11 月９日（土）15：30～18：00

【名 称】

がん ピア・サロン

【目 的】

参加者同士が語り合うことで不安や気持ちを分かち合い、情報を交換しながら病気に対する不安軽減につなげる。

特に話すことがなく情報を求めている人にも、ピアサポーターのがん体験談を聞いたり、がんに関する資料等を得られるよう情報コーナーを設置し提供する。同時にパネル展示も行い沖縄県地域統括相談支援センターに関する情報も提供し、支援体制の周知と相談室の利用率向上を図る。

また対応経験を重ねることによりピアサポーターの資質を高める。

【概 要】

1. 日　時　令和 6 年 11 月 9 日（土）　15：30～18：00
2. 場　所　沖縄大学アネックス共創館
   （リレー・フォー・ライフ・ジャパン 2024 おきなわ）
3. 対　象　がん患者、家族、遺族、医療関係者および関心のある方
4. 参加費　サバイバー：無料
   その他：リレー・フォー・ライフ・ジャパンへの参加費 1,000 円

【スタッフ名簿】

氏　名	所　属	役　割
新里　玲子さん	ナチュラルサロン　PRAKRITI	助言指導
仲田　ひろ子	沖縄県地域統括相談支援センター相談員	助言指導
西村　克敏	沖縄県地域統括相談支援センター相談員	助言指導
上地　久美子	沖縄県地域統括相談支援センター相談員	助言指導
玉寄　育子	沖縄県地域統括相談支援センター相談員	
喜瀬　杏妃	琉球大学病院がんセンター事務	スタッフ

プログラム（当日）

時間	所要時間	プログラム	担当者
14：00～15：00	60分	会場準備・設営	スタッフ
15：00～15：30	30分	開会式	RFL実行委員会
15：30～18：00	150分	ゆんたく会-アロマで読み解く！今の心と身体のメッセージ- 交流の場-フリートーク-	ナチュラルサロンPRAKRITI 新里　玲子さん 沖縄県地域統括相談支援センター がん ピア・サポーター
18：00～18：30	30分	ルミナリエ・休憩	各自
18：30～19：00	30分	ピア・サポーター交流会	沖縄県地域統括相談支援センター がん ピア・サポーター
19：00～19：30	30分	会場片付け	スタッフ

【参加者】
一般　5名
その他（医療関係者・サバイバー）15名

【振り返り】
・今回の会場は沖縄大学アネックス共創館とのことで室内での出展。駐車場が分かりずらく迷いながらもみなさん参加いただけた。
・荷物運びではエレベーター等がなく階段を利用して何回かに分けての搬入となった。ピア・サポーターのみなさんに協力いただけ大変助かった。
・事前にブースについて事務局へ確認し、広めの場所を確保いただけとても良かった。
・当日午後より天気に恵まれ開会式から参加。当センター相談員もサバイバーとのことでサバイバーズラップにて行進。当センターの横断幕と登りを持ち活動をアピール出来たのではないか。
・今回はアロマ体験とのことでアロマ講師の新里さんをお招きし患者サロンにてゆんたく会を開催。アロマは17時からの予定だったが、新里さんの早めの到着もあり15時半からアロマ体験と患者サロン同時間から開始。
・患者サロンでお話したい方、アロマを体験したい方で2グループに分かれて開催でき良い雰囲気で会が進んだ。
・アロマもみなさん興味を示し、アロマに癒されながら自身の新たな気付きと対策まで知ることができ満足度は高い様子が伺えた。
・患者サロンに参加いただいた患者さんやサバイバーの方々にピア・サロン参加した上で一人ひとりの想いやメッセージを付箋に書いていただき掲示した。
・テーブルや椅子に限りがあったため、情報コーナーではがん冊子等は設置できず。チラシやがんサポートハンドブックのみの情報提供となった。
・情報提供相談支援部会でもがん冊子やがんサポートハンドブック等を配布していたので、部会出展の時には話し合って荷物軽減のため準備しても良かったのではないか。
・ピア・サロンでは常に人が入れ替わり大盛況だったと感じる。
・大きなトラブルなく無事終了。多くの方に参加いただけ良かった。

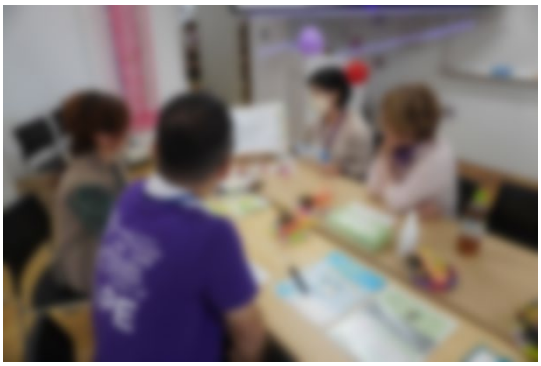
【当日の様子】

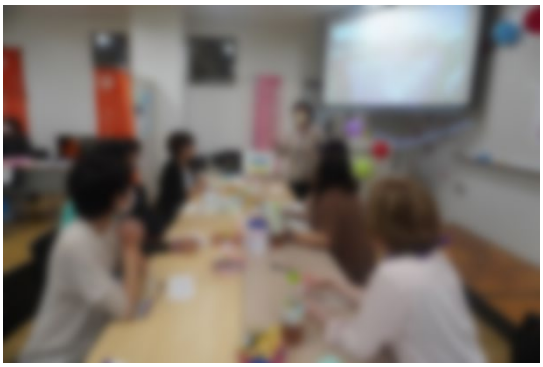


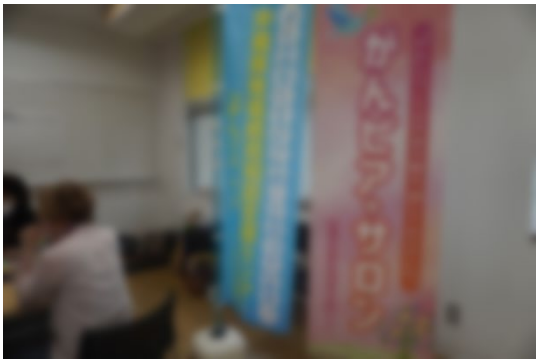














私たちもがんを経験しました。



がん治療をしていて
不安や悩みはありませんか？

そのお悩み
一緒に考えていきませんか。

リレー・フォー・ライフ・ジャパンおきなわ2024

がん ピア・サロン

@沖縄大学
アネックス
共創館

みんなの交流ブース

2024年11月9日（土）15:30-18:00

リレー・フォー・
ライフとは？

地域全体でがんと向き合い、がん征圧を目指す、年間を通じて
取り組むチャリティ活動です。（リレー・フォー・ライフ・ジャパン）

参加無料
申込不要
※ただし、サバイバー以外のかたは、
RFLへの参加料（1,000円）が必要です。

プログラム

15：30 - 17：00　**交流の場** ～フリートーク～

がん ピア・サポーター　沖縄県地域統括相談支援センター

17：00 - 18：00　**ゆんたく会**「アロマで読み解く！今の心と身体のメッセージ」

新里　玲子さん　ナチュラルサロンPRAKRITI
嗅覚反応分析士　インストラクター

がん ピア・サポーター　沖縄県地域統括相談支援センター

＊がんピア・サポーター養成研修を修了したがん経験者が参加します。

沖縄県地域統括相談支援センター
〒903-0215　沖縄県西原町上原207番地
琉球大学病院　がんセンター内

お問い合わせ
TEL：（098）942-3407

＊リレー・フォー・ライフ・ジャパンについては、RFL事務局へお問い合わせください。

令和 6 年度 10 月～12 月
沖縄県地域統括相談支援センター　院内患者サロン参加報告

1. 各拠点病院院内　患者サロン

（1）琉大ゆんたく会

日　時　①令和　6 年　10 月　1 日（火）14：00～16：00
②令和　6 年　11 月　5 日（火）14：00～16：00
場　所　琉球大学病院内　大学院セミナー室
派遣者　①ピア・サポーター　1 名
②ピア・サポーター　2 名

（2）中部ゆんたく会

日　時　令和　6 年　12 月　26 日（木）16：00～17：00
場　所　中部病院　講堂
派遣者　ピア・サポーター　1 名

（3）那覇がん患者ゆんたく会

日　時　令和　6 年　11 月　21 日（木）14：00～15：00
場　所　那覇市立病院　6 階会議室
派遣者　ピア・サポーター　3 名

（4）ぬちぐく～るやいま会

日　時　令和　6 年　11 月　22 日（金）14：00～15：30
場　所　八重山病院
派遣者　ピア・サポーター　2 名

（5）オンラインゆんたく会

日　時　①令和　6 年　11 月　19 日（火）14：30～15：30
②令和　6 年　12 月　17 日（火）14：30～15：30
場　所　琉球大学病院内　大学院セミナー室
派遣者　①ピア・サポーター　1 名
②ピア・サポーター　1 名

令和６年度 沖縄県委託事業

ラジオ広報（事業普及啓発）

開催報告

実施日：ぎのわんシティ FM

令和６年 10 月４日（金）～ 令和６年 10 月 25 日（金）

毎週金曜日　17：00　～　18：00

開　催　概　要

１．　名　称　　ラジオ広報（がん ピア・サポート相談室）

２．　日　時　　ぎのわんシティ FM
〒901-2214　宜野湾市我如古 2-36-15　3 階
令和 6 年 10 月 4 日（金）　～　令和 6 年 10 月 25 日（金）
毎週金曜日　17：00　～　18：00

３．目　的　　沖縄県地域統括相談支援センター普及広報
がん患者やその家族が抱えている不安や心配ごとなどをがん体験者（ピアサポーター）が自身の経験に基づき、同じ立場で話をしたり、聴いたりすることで軽減や、気持ちの整理を共につける場でもあることを広く紹介。また、活動の概要、がんピアサポート相談室の利用方法や事業イベントについて広報する。

４．　内　容　　ぎのわんシティ FM より特別番組
昨年同様に 10 月の毎週金曜日放送。収録 2 回分を行った。

・センター概要、がんピアサポート相談室の活動内容、相談対応時間、これまでの実績、事業イベントなどの案内
・相談員の自身のがん体験、思い出の曲を配信
・がんサポートハンドブック、設置場所などの案内

5.　その他





▲ぎのわんシティ FM での様子

令和6年度　沖縄県委託事業

沖縄県地域統括相談支援センター
事業評価会議

開催報告

実施日：第3回　令和6年11月8日（金）

令和６年度　第３回　沖縄県地域統括相談支援センター 事業評価会議

日　時　　令和 ６年 11 月 ８日（金） ９：00～10：00
場　所　　がんセンター
出席者　　天野 慎介さん（一般社団法人グループ・ネクサス・ジャパン 理事長）
　　増田 昌人（沖縄県地域統括相談支援センター がんセンター長）
　　喜瀬　杏妃（沖縄県地域統括相談支援センター　事務補佐員）

【報告】
1.　令和６年度　第１回　事業評価会議　議事要旨　（資料 1）

【議 題】
1.　チラシデザイン変更について　（資料 2）
2.　がん ピア・サポーター養成講座について　（資料 3）
3.　ホームページ改訂について　（資料４）
4.　その他

【報告】
1.　センター事業計画　（資料 5）
2.　相談件数統計　（資料 6）
3.　院内患者サロン　報告書　（資料 7）
4.　出張ピア・サポート　報告書　（資料８）
5.　がん ピア・サロン　報告書　（資料 9）
6.　がん ピア・サポーターフォローアップ研修会　報告書　（資料 10）
7.　ラジオ広報　報告書　（資料11）
8.　その他

【報告・協議事項】
1. 令和６年度　第１回　事業評価会議　議事要旨
書面にて報告した。

2. チラシデザイン変更について
今年度チラシリニューアルとのことでチラシ作成に置いて天野さんよりご意見をいただく。1.QR コードを追加　2.ピア・サポートとは？の説明　3.相談員の紹介。4.養成研修を受講したピア・サポーターが対応する旨を表記する。具体的に記載することで相談しやすくなるのではと天野さん。他県のチラシを参考にチラシリニューアルのデザインを依頼する。

3. がん　ピア・サポーター養成講座について
昨年度の養成講座のプログラムをたたき台とし協議した。内容についてはこれまでと特に変更箇所はないのではとのこと。野田さんや斎藤先生に相談し今年度の養成

講座のプログラムを構成することとする。
現在集合開催とのことで離島在住の参加者は旅費助成を活用して参加いただいているが、離島開催も検討してみては。次年度は離島開催での予算確保と早めの計画広報で参加者を募りたい。

4. ホームページ改訂について
昨年度リニューアルしたホームページを見てもらった。YouTube でセンター紹介等短いショート動画を入れてみてはと天野さん。今年度中にセンター長やピア・サポーターで動画作成したい。ホームページ自体は良く出来ていて見やすくて良いとのこと。可能であれば相談員等写真の方が良いかもしれないとのことで、当センターピア・サポーターに相談することにする。顔出しが難しければイラストを継続していく。サロンの雰囲気や養成講座の様子等、みなさんに前もって了承をいただく必要があるが、写真も載せれると良いのではとのことで検討する。「相談してみようかな」と思えるようなホームページになるように年に一度は修正が必要な部分がないか検討することにする。

5. その他
他報告事項は書面にて報告とした。

新たな地域医療構想に関するとりまとめ

令和６年 12 月 18 日
新たな地域医療構想等に関する検討会

目次

１．はじめに

２．2040 年頃の医療をとりまく状況と課題
（１）医療需要等
（２）医療従事者
（３）地域性

３．現行の地域医療構想の評価と課題
（１）これまでの取組
（２）評価と課題

４．医療提供体制の現状と目指すべき方向性
（１）新たな地域医療構想における基本的な方向性
（２）外来医療・在宅医療
（３）高齢者救急
（４）救急・急性期医療
（５）その他
① リハビリテーション
② 慢性期医療
（６）医師派遣・医師等の医療従事者の教育・広域な観点での診療
（７）構想区域のあり方

５．新たな地域医療構想
（１）基本的な考え方
（２）新たな地域医療構想の位置付け
（３）医療機関機能・病床機能
① 基本的な考え方
② 医療機関機能報告
③ 病床機能

④　構想区域
⑤　調整会議

（４）地域医療介護総合確保基金

（５）都道府県知事の権限
①　医療機関機能の確保
②　基準病床数と必要病床数の整合性の確保等

（６）国・都道府県・市町村の役割
①　国
②　都道府県
③　市町村

（７）新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

６．おわりに

１．はじめに

○　地域医療構想については、平成 26 年６月に公布された「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（平成 26 年法律第 83 号）により、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）が改正され、平成 27 年４月から、医療計画の一部として位置付けられた。現行の地域医療構想においては、2025 年の医療需要を踏まえた病床数の必要量（以下「必要病床数」という。）を定めた上で、病床機能報告、地域医療構想調整会議における協議、地域医療介護総合確保基金の活用、都道府県知事の権限等を通じて、病床の機能分化・連携の取組が進められてきた。

○　現行の地域医療構想は 2025 年に向けた取組であり、「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（令和５年 12 月 22 日閣議決定）においては、「2026 年度以降の地域医療構想の取組について、今後、医療・介護の複合ニーズを抱える 85 歳以上人口の増大や現役世代の減少に伴う医療需要の変化に対応できるよう、2040 年頃を視野に入れつつ、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、中長期的課題を整理して検討を行う。こうした対応に実効性を持たせるため、都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置等について検討を行う。」こととされている。

○　また、令和６年６月 21 日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2024」において、「2040 年頃を見据えて、医療・介護の複合ニーズを抱える 85 歳以上人口の増大や現役世代の減少等に対応できるよう、地域医療構想の対象範囲について、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体に拡大するとともに、病床機能の分化・連携に加えて、医療機関機能の明確化、都道府県の責務・権限や市町村の役割、財政支援の在り方等について、法制上の措置を含めて検討を行い、2024 年末までに結論を得る」とされたところである。

○　こうした中、新たな地域医療構想等に関する検討会において、令和６年３月から、関係団体・有識者へのヒアリングを行いながら検討を進めてきたところであり、今般、2040 年頃の医療をとりまく状況と課題、新たな地域医療構想を通じて目指すべき医療提供体制、新たな地域医療構想に関する制度改正の内容等についてとりまとめを行うものである。

２．2040 年頃の医療をとりまく状況と課題

（１）医療需要等

○　人口については、全国的に、生産年齢人口を中心に減少するが、85 歳以上を中心に高齢者数は 2040 年頃のピークまで増加すると見込まれる。地域ごとにみると、高齢者人口については、大都市部を中心に増加し、過疎地域を中心に減少する一方、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少することが見込まれる。

○　2040 年の医療需要については、85 歳以上の高齢者は医療・介護の複合ニーズを有する場合が多く、85 歳以上人口の増加に伴い、2020 年と比較して、85 歳以上の高齢者の救急搬送は 75%増加し、85 歳以上の在宅医療の需要は 62%増加することが見込まれる。また、認知症の人の数は増加している。

○　このうち、高齢者救急については、自宅以外の高齢者施設等からの救急搬送の増加も見込まれるほか、発症後の生活機能を維持するためのリハビリテーションや、退院後の生活環境等も踏まえた退院調整がさらに重要となる。

○　在宅医療については、大半の地域で需要が増加することが見込まれる一方で、在宅医療の提供の主体は診療所であるが、近年、在宅医療を提供する診療所の数は横ばいとなっている。また、外来医療については、全国的にすでに需要が減少傾向にある。

○　入院医療について、病床利用率は低下傾向にあり、病院の医業利益率は低下している。また、多くの医療資源を要する手術については、全ての診療領域で、2020 年から 2040 年にかけて、半数以上の構想区域において手術件数が減少することが見込まれている。

（２）医療従事者

○　医師や看護師等の医療従事者の確保が困難となっている中、2040 年に向けて、さらなる生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者確保の制約が増す中で医療提供体制の確保が必要となり、働き方改革等による労働環境の改善や、医療 DX、タスクシフト・シェア等の推進が重要となる。

○　医師については、人口が減少する中での医師養成のあり方や医師偏在が課題となっているほか、特に診療所の医師は平均年齢が 60 代以上と高齢化し

ており、人口が少ない二次医療圏では診療所数は減少傾向、人口の多い二次医療圏では診療所数は増加傾向にある。

○　歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者についても、将来にわたって医療提供体制を確保するため、その養成のあり方や偏在等の課題、専門性を発揮した効果的な活用の重要性が指摘されている。

（３）地域性

○　2040 年頃を見据えると、人口動態の変化に伴い、医療の需要や提供体制等の地域差が拡大していく。過疎地域を中心にすでに高齢者も減少し、医療需要が減少している地域があれば、大都市部を中心に高齢者等の医療需要の増加が見込まれる地域もある。

○　地域差の拡大に伴い、地域ごとの課題や地域に求められる医療提供体制のあり方は異なっていく。例えば、都市部においては、増加する高齢者救急や在宅医療の受け皿を整備すること等が課題となり、過疎地域においては、患者や医療従事者の減少に対応しながら地域の実情に応じて必要な医療機能を維持することが特に課題となる。

３．現行の地域医療構想の評価と課題

（１）これまでの取組

○　現行の地域医療構想は、医療計画の記載事項の一つとして位置付けられ、いわゆる団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年に向けて、高齢化により増大する医療需要に対応するため、主に入院医療を対象として、病床の機能分化･連携を推進するものである。

○　具体的には、各都道府県において、二次医療圏を基本とする構想区域を単位として、４つの病床機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）に着目し、2025 年の必要病床数を定め、地域医療構想を策定している。2015 年時点の推計では、病床の機能分化・連携を進めない場合、2025 年の時点で 152 万床程度の病床が必要とされていたところ、一般病床において医療資源投入量の少ない患者（Ｃ３基準未満の患者）の在宅医療等への移行等を通じて、2025 年に 119.1 万床となることを目標としてきた。

○　また、毎年度、病床機能報告により、医療機関は病棟単位で現在の病床機能と今後の方向性等の報告をしてきた。これらの報告等をもとに、各構想区域の地域医療構想調整会議において、データに基づき、病床機能の転換、再編等についての協議を行い、地域の実情に応じて取組を進めてきた。その際、都道府県は、地域医療介護総合確保基金を活用し、病床の機能分化・連携を支援するとともに、必要に応じて医療法に定められた権限の行使を含めた役割を発揮するなど、地域医療構想の実現に向けた重要な役割を担ってきた。

○　国においても、地域医療介護総合確保基金による財政支援を行うほか、重点支援区域、地域医療構想アドバイザー、データ分析チーム構築支援事業、モデル推進区域におけるアウトリーチの伴走支援等により、都道府県による取組への支援を進めてきた。

（２）評価と課題

○　病床機能報告上の病床数について、2015 年から 2023 年にかけて、125.1 万床から 119.2 万床になり、2025 年の必要病床数である 119.1 万床と同程度の水準となっている。また、機能別の病床数をみると、急性期と慢性期が減少し、回復期が増加するなど、2025 年の必要病床数の方向性に沿って、全体として地域医療構想の進捗が認められる。

○　また、療養病床における医療区分１の入院患者の 70%に該当する患者、一般病床における医療資源投入量の少ない患者（Ｃ３基準未満の患者）及び療養病床の受療率の地域差解消による減少分をあわせて、約 30 万床について、入院から在宅医療等に移行することとしていたが、介護医療院の創設等の取組が進み、以下のとおり、概ね達成しているといえる。

・　療養病床の医療区分１入院患者に係る病床について、2025 年に 12.8 万床（病床の機能分化・連携を進めない場合）と推計されていたところ、2022 年度の診療実績データに基づく 2025 年時点の推計によると、3.0 万床程度となり、76%減少している。

・　一般病床における医療資源投入量の少ない患者（Ｃ３基準未満の患者）について、2025 年に 11.8 万床（病床の機能分化・連携を進めない場合）と推計されていたところ、2022 年度の診療実績データに基づく 2025 年時点の推計によると、4.3 万床程度となり、64%減少している。

・　療養病床の受療率の地域差解消により、療養病床が上記以外で 2025 年までに 11.9 万床減少すると推計していたところ、2022 年度の診療実績デー

タに基づく 2025 年時点の推計によると、11.0 万床の減少となる。

○　他方、現行の地域医療構想については、以下のような課題が指摘されている。

・　病床数の議論が中心となり、将来のあるべき医療提供体制の実現に向けた議論がなされにくい。また、外来医療、在宅医療等の地域の医療提供体制全体の議論がなされていない。
・　病床機能報告制度において、高度急性期と急性期、急性期と回復期の違いがわかりづらい。
・　機能別の必要病床数は患者単位のデータから設定され、病棟単位で報告される実際の病床数との間で差異が生じている。
・　必要病床数と基準病床数の関係がわかりづらい。

４．医療提供体制の現状と目指すべき方向性

（１）新たな地域医療構想における基本的な方向性

○　医療と介護の複合ニーズを抱える 85 歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む 2040 年、さらにその先を見据え、全ての地域・全ての世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院して、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築する必要がある。このため、新たな地域医療構想において、以下の４点を中心として、限りある医療資源を最適化・効率化しながら、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築する必要がある。

○　１点目は、増加する高齢者救急への対応である。高齢者救急について、その受入体制を強化するとともに、ＡＤＬの低下を防止するため、入院早期から必要なリハビリテーションを適切に提供し、早期に自宅等の生活の場に戻ることができる支援体制を確保することが求められる。その際、救急搬送や状態悪化の減少等が図られるよう、医療ＤＸの推進等による在宅医療を提供する医療機関や高齢者施設等と地域の医療機関との連携強化、かかりつけ医機能の発揮等を通じて、在宅医療を提供する医療機関や高齢者施設等の対応力を強化することも求められる。

○　２点目は、増加する在宅医療の需要への対応である。在宅医療について、地域の実情に応じて、医療機関や訪問看護ステーション等の連携により、地

域での 24 時間の提供体制を構築するとともに、オンライン診療の積極的な活用、介護との連携等を通じて、効率的かつ効果的に提供体制を強化することが求められる。あわせて、外来医療についても、時間外対応等のかかりつけ医機能を発揮して必要な提供体制を確保することが求められる。

○　３点目は、医療の質や医療従事者の確保である。地域ごとに医療需要の変化等に対応できる医療従事者を確保することが重要である。また、今後、多くの医療資源を要する手術等が減少し、急性期病床の稼働率の低下等により、医療機関の経営への影響が見込まれる中、一定の症例や医師を集約して、医師の修練や医療従事者の働き方改革を推進しながら、急性期医療や救急医療を提供する体制を構築することが求められる。

○　４点目は、地域における必要な医療提供の維持である。人口減少により医療従事者の不足が顕著となっていく中で、医療ＤＸ、タスクシフト・シェア等の推進により、生産性の向上を図り、地域で不可欠な医療機能を維持することが求められるとともに、すでに人口減少がより進んでいる過疎地域等においては、拠点となる医療機関からの医師の派遣や巡回診療、ＩＣＴの活用等が一層求められる。

（２）外来医療・在宅医療

○　外来医療の需要については、多くの二次医療圏ですでに減少している。診療所については、医師は全体として高齢化しており、都市部では診療所数は増加傾向にあり、人口が少ない地域では減少傾向にある。

○　外来受診の多い疾患は高血圧等の内科疾患であり、診療所においては診療科のうち内科を標榜する診療所が最も多く、ほぼ全ての二次医療圏において半数以上の診療所が内科を標榜している。

○　診療所医師が 80 歳で引退し、承継がなく、当該市区町村に新規開業がないと仮定した場合、2040 年においては、診療所がない市区町村数は 170 程度増加することが見込まれる。

○　こうした中、地域で必要な外来医療を提供するため、内科医療の提供体制とともに、他の診療科を需要に応じて効率的に提供するための連携体制の確保が求められる。また、医師偏在や診療所医師の高齢化のほか、生産年齢人

口の減少による医療従事者確保の制約等に対応することが求められる。

○　このほか、人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来医療計画による外来の機能分化・連携等を推進することが求められる。

○　また、内科やその他の診療科について、需要に応じながら効率的な医療が提供できるよう、地域の実情に応じて、診療所と中小病院等の連携や、医療関係団体、医師派遣を行う医療機関、都道府県、市町村等が連携し、オンライン診療を含めた遠隔医療の活用、医師派遣、巡回診療等を推進することが求められる。また、外来医療の医科・歯科連携、薬局・薬剤師、看護師等の役割の検討、介護や福祉サービス等との連携を進めることが求められる。

○　多くの地域で外来医療の需要は減少する見込みである一方、在宅医療については、2013 年から 2022 年にかけて患者数は増加しており、2040 年に向けても、在宅医療や訪問看護について、大半の地域で需要は増加する見込みである。

○　在宅医療については、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院等の在宅医療に係る医療機関、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護施設・事業所等が多職種で協働して対応している。

○　在宅医療の提供体制をみると、人口規模の大きい二次医療圏において、65歳以上人口あたりの在宅訪問患者数が多く、人口規模が小さくなると在宅訪問患者数は少ない。

○　在宅医療について、医療機関によって１か月あたりの在宅訪問患者数に幅がある。無床診療所を中心とした一部の医療機関では１か月あたり 200 人以上の患者に在宅医療を提供している等、在宅医療を提供する医療機関全体の中で１か月あたりの在宅訪問患者数が多い医療機関の割合は増加している。特に人口規模の大きい地域では、多数の在宅訪問患者に在宅医療を提供する医療機関が増加している。在宅医療を受ける患者の場所（施設等の同一の建物への訪問か否か）については、人口規模別に大きな差はない。

○　また、二次医療圏ごとに病院が対応する在宅訪問患者の割合が異なり、地域によって在宅医療に係る病院の役割は異なる。病院における在宅医療の提

供は、急性期や回復期に係る病棟を有する医療機関が中心であり、後方支援を行う医療機関は急性期に係る病棟を有する医療機関が中心となっている。

○　訪問看護ステーションについては、人口規模の小さな市町村では存在しないところもある。多くの事業所が常勤換算７人未満で運営されており、常勤７人以上の体制等を有する機能強化型訪問看護管理療養費の届出のある訪問看護ステーション数は全体の 5.6%である。

○　また、病院・診療所での死亡の割合は 2005 年をピークに減少し、近年は看取りへの対応力を強化していることもあり、自宅や介護施設等での死亡の割合が増加している。人口規模が大きい二次医療圏ほど、75 歳以上の死亡数に占める在宅等での看取りの割合が高い二次医療圏が多い。また、こうした医療機関と介護施設の日ごろからの連携による対応力を強化し、状態悪化を防ぐことで、救急搬送の減少や円滑な入院につながることも期待される。

○　このほか、介護老人保健施設等の介護施設や在宅医療等での適切な管理、医療機関と介護施設等の緊急時の対応も含めた連携体制の構築・情報共有、ＡＣＰの取組の推進等により、肺炎、尿路感染症、心不全、脱水等の適切な管理を通じて患者の状態悪化を防ぐとともに、必要時には円滑な入院につなげていくことが取り組まれている。訪問看護においても、ＩＣＴの活用等により、効率的な提供の事例があり、こうした取組は今後ますます重要になる。

○　こうした中、2040 年に向けて、在宅医療の需要の増加に対応するため、実効性のある体制整備を進めるためには、医療機関だけでなく、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護施設・事業所等も含め、多職種・多機関が連携して、地域の需要と資源に応じて供給力を高めることが求められる。在宅医療を行う医療機関のＩＣＴの活用や連携等による対応力強化、これまで在宅医療を行っていない医療機関の参入促進、Ｄ to Ｐ with Ｎ等のオンライン診療の活用、訪問看護ステーションの機能強化等が求められる。特に、人口規模の小さい地域においては、移動時間や担い手不足等の課題を踏まえ、Ｄ to Ｐ with Ｎ等のオンライン診療の積極的な活用等に加えて、高齢者の集住等のまちづくりの取組とあわせて体制を構築していくことが求められる。

○　このような中、外来医療・在宅医療についても、地域ごとに現状や将来の医療需要推計、提供体制の将来見込み等を踏まえ、将来の外来医療・在宅医療提供体制のあるべき姿を議論することが重要であり、新たな地域医療構想

においては、入院医療だけでなく、外来医療･在宅医療、介護連携等も対象とすることが適当であり、その際、以下のように対応することが考えられる。

・　議題に応じて、協議を行う区域や参加者を設定し、医療関係者、介護関係者、保険者、都道府県、市町村等の関係者の協議を実施する。従来の構想区域だけでなく、在宅医療等に関するより狭い区域を設定することとし、実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等について新たな地域医療構想の策定・推進に関するガイドラインで明確化する。

・　かかりつけ医機能報告や外来機能報告等のデータを基に、地域の現在や将来の医療需要と資源の状況を踏まえつつ、地域の外来･在宅･介護連携等に関する状況や将来の見込みを整理して課題を共有する。

（例）共有するデータや課題等の例（ガイドラインで検討）

- 医師数や診療領域ごとの診療体制
- 時間外診療、在宅医療、在宅介護の提供状況、後方支援病床の確保状況
- 慢性期･在宅需要と在宅医療提供量･療養病床･介護施設･高齢者住まい等の状況
- 医療機関と介護施設等との平時や緊急時の連携体制の構築状況　等

・　地域の実情を踏まえ課題への対応を検討･協議して、地域において必要なかかりつけ医機能の確保・強化等、必要な外来医療・在宅医療の提供のための取組を行う。

（取組の方向性（イメージ））（ガイドラインで検討）

- 不足する医療提供のための方策（在宅医療研修やリカレント教育の推進、医療機関や訪問看護の在宅対応力の強化、在宅患者の 24 時間対応の中小病院等による支援、診療所の承継支援、医師の派遣、巡回診療の整備等）
- D to P with N 等のオンライン診療や医療ＤＸによる在宅医療等の効率的な提供のための方策
- 患者の状態悪化の防止や必要時の円滑な入院等に向けた医療機関と介護施設等の具体的な連携、高齢者の集住等のまちづくりの取組との連携　等

（３）高齢者救急

○　85 歳以上の高齢者の入院における疾患は、若年者と比べ、頻度の高い疾患の種類は限定的で、手術の実施が伴うものは少なく、多くの病院で対応されるものが多い。

○　また、高齢者は 10 日程度のベッド上での安静により筋力が低下（下肢筋力の 15.6%低下等）することが知られている。入院早期からの離床やリハビリテーション、早期の退院により、身体活動を増加させることが重要である。また、入院でのリハビリテーションよりも通所でのリハビリテーションが有用な可能性やリハビリ専門職以外による早期の離床の介入の有用性が示されており、必要な場でリハビリテーションを提供し、早期に自宅等の生活に戻ることが重要である。

○　高齢者の入院の４％を占める大腿骨近位部の骨折については、早期の手術が推奨されているが、欧米よりも待機時間が長いとされており、手術までの期間が長い二次医療圏がある。術後は早期離床・早期荷重が重要で、周術期以降は、外来・在宅でのリハビリテーションが有用との報告もある。また、自宅からの入院症例について、手術を実施する施設内で転棟した場合より、他院に転院した場合の在院日数が長い傾向にある。

○　高齢になるほど在院日数は長くなり、要因としては、疾病によるＡＤＬ低下や認知症等の合併症のほか、単独世帯の増加等の社会的な背景も考えられる。こうした課題を有する患者の割合は 2040 年に向けてさらに増加することが見込まれる。

○　こうした状況を踏まえ、増加する高齢者救急に対応するため、医療機関において、救急搬送を受け入れるだけでなく、入院早期からのリハビリテーション等の離床のための介入をできることが必要である。必要に応じて専門病院等と協力・連携するとともに、高齢者の抱える背景事情も踏まえた退院調整等による早期退院、他施設とも連携しながら通所や訪問でのリハビリテーションを継続できるような体制の確保が求められる。

（４）救急・急性期医療

○　近年、一般病床や療養病床の病床利用率は低下しており、二次救急医療施設においても病床利用率は低下傾向にある。2040 年に向けて、手術について、全ての診療領域で、半数以上の構想区域において減少が見込まれる等、高齢者救急以外の多くの医療資源を要する急性期の医療需要は減少することが見込まれる。

○　緊急手術の実施にあたっては、手術の主たる診療科や救急部門、麻酔に関

わる医師、看護師のほか、検査や薬剤等の様々な部門のスタッフが必要となる。年間 300 日以上休日や夜間において緊急手術が発生する二次医療圏は 31 であり、毎日発生しない二次医療圏が数多くある。また、一年のうち最も多く休日や夜間の手術が必要な日でも１～４件程度である二次医療圏が多い。一方、こうした二次医療圏においても、複数の医療機関で緊急手術を受けられる体制をとっているケースが見受けられる。

○　一定の手術については、多くの症例を実施する医療機関が、症例数の少ない医療機関よりも死亡率が低いことが知られている。また、二次医療圏ごとに日中に手術を行うが、時間外等に手術を行わない医療機関が一定数存在する。

○　医師の働き方については、脳神経外科や外科、産婦人科等で時間外・休日労働が多いが、臨床研修医等は少ない傾向にある。例えば、分娩については、休日対応等が多く発生するが、常勤換算医師数が２人未満の医療機関が多い等の実態があり、施設の人員体制に応じて一部の医師の負担となっている可能性がある。

○　救急医療については、救急搬送は高齢者（65 歳以上）の割合が増加しているが、30%程度は成人（18 歳以上 65 歳未満）が占めている。

○　二次救急医療施設は、現在、約 3,200 医療機関、三次救急医療施設は約 300 医療機関となっており、二次救急医療施設においては、全体として救急車の受入件数の約７割を受け入れている。二次救急医療施設においては、年間 5,000 件以上の救急車（三次救急医療施設の中央値）を受け入れる医療機関数は 132 である。一部の二次救急医療施設においては、二次医療圏で救急医療の中心的な役割を担っている。一方、半数近い二次救急医療施設で救急車の受入件数が年間 500 件未満となっている。

　なお、三次救急医療施設のあり方について検討する必要があるとの意見があった。

○　また、全ての二次医療圏の半数以上に三次救急医療施設があり、三次救急医療施設がない二次医療圏の方が少ない。三次救急医療施設がない二次医療圏のうち半数以上の医療圏で、圏域の５割以上の救急車受入シェアを占める二次救急医療施設が存在する。

○　人口 100 万人超の二次医療圏においては、生産年齢人口の減少が緩やかなところが多く、二次救急医療施設が一定以上の救急車の受入れを行っている圏域が多い。

○　こうした状況を踏まえ、緊急対応を含む救急・急性期医療については、地域の医療需要や医療資源等を踏まえながら、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質及び患者の医療機関へのアクセスを確保する観点から、搬送体制の強化等に取り組みつつ、地域ごとに必要な連携･再編･集約を進め、二次救急医療施設も含めた医療機関において一定の症例数を集約して対応する地域の拠点として対応できる医療機関を確保することが求められる。

（５）その他

①　リハビリテーション

○　急性期の患者の多くは自宅に退院し、回復期等の療養のため、他の病院や診療所に転院する患者は６－８％程度である。こうした中、高齢者ついては、急性期の治療後の速やかな在宅復帰が重要であり、入院早期からの離床やリハビリテーション､早期の退院により､身体活動を増加させることが重要である。

○　回復期を担う主な病床としては、複数のリハビリ専門職が専従し、集中的にリハビリテーションを行う回復期リハビリテーション病棟（以下、回リハ病棟）、急性期を経過した患者の受入とともに、在宅で療養している患者等の対応を行う地域包括ケア病棟（以下、地ケア病棟）がある。

○　回リハ病棟と地ケア病棟については、入院患者の半数以上が 80 歳以上となっており、介護が必要な認知症高齢者が一定数入院している。回リハ病棟については、大腿骨近位部の骨折、脳卒中、胸腰椎の骨折、膝関節症等の疾患が多く、地ケア病棟については、高齢者救急に関連する肺炎等や白内障等の予定手術のほか、大腿骨近位部の骨折、腰椎の骨折等の回リハ病棟で見られる疾患の患者も入院している実態がある。

○　回リハ病棟と地ケア病棟の二次医療圏別の平均在院日数については、回リハ病棟の平均在院日数の中央値は 56 日、最大の二次医療圏で 98 日、地ケア病棟の平均在院日数の中央値は 20 日、最大の二次医療圏で 32 日である。

○　リハビリテーションについては、入院での早期のリハビリテーションや集中的なリハビリテーションが効果的な場合は入院でのリハビリテーションを提供しつつ、それ以外の場合には、介護老人保健施設等の他施設とも連携しながら、外来医療・在宅医療等におけるリハビリテーションの提供を含め、患者の身体機能等に応じて、適切な場でリハビリテーションを提供することが求められる。

②　慢性期医療

○　療養病床については、地域医療構想の取組等に伴い、医療区分１の患者をはじめとして入院患者が減少し、療養病床数も減少している。一方、介護施設・高齢者向け住まいの利用者数は増加している。また、在宅医療と介護施設、療養病床の一部については患者像が重複する場合があり、都道府県別の療養病床数について、介護施設の定員数と合わせると地域差は縮小する。

○　こうした中、慢性期の医療提供体制については、今後増加する在宅医療の需要に対応する観点からも、限りある資源を活用することが重要であり、地域の慢性期医療・在宅医療の需要に対して、在宅医療・介護等のデータも踏まえ、地域の資源の状況に応じて、療養病床だけでなく、在宅医療や介護施設・高齢者向け住まい等とあわせて構築していくことが重要である。

（６）医師派遣・医師等の医療従事者の教育・広域な観点での診療

○　医師派遣機能については、都道府県が関与し、地域医療支援センターを通じた派遣が行われているほか、大学病院から直接派遣されているケースも多く、大学病院は医師派遣について一定の役割を担っている。

○　医育機能については、大学病院本院では、卒前教育に加えて、多くの専門研修プログラム、看護師等の医療従事者への教育等を通じて、地域において幅広く質の高い医療人材の育成を担っている。

○　移植医療や難病に係る医療等は、大学病院本院が主体的な役割を担っている。一方、大学病院本院以外であっても、腎移植、三次救急医療施設、総合周産期母子医療センター等を担っている医療機関が存在する。

○　大学病院の関係者は半数程度の地域医療構想調整会議に参画している等、都道府県と大学病院は医師派遣や地域医療構想に関して様々な形で連携して

いる。

○　こうした広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育や看護師等の医療従事者の育成及び広域な観点が求められる診療について、大学病院本院は総合的に担うことが期待される。

（７）構想区域のあり方

○　現行の地域医療構想においては、構想区域は、地域における病床の機能分化・連携を推進するため、二次医療圏を基本としており、構想区域ごとに地域医療構想調整会議を開催し、地域での協議等の取組を進めてきた。

○　一方、第８次医療計画においては、20 万人未満の二次医療圏や 100 万人以上の二次医療圏については、必要に応じて区域の設定の見直しを検討することとしている。三次医療圏については、先進的技術を必要とする医療等の提供等のため、基本的に都道府県の単位を区域として設定している。

○　現在でも、人口規模の小さな二次医療圏においては、人口あたりの医師数や手術件数が少なく、脳血管内手術の実施がない二次医療圏も一定数存在する。人口 20 万人未満の構想区域においては、2040 年には、生産年齢人口が３割程度減少、高齢人口が１割程度減少することが見込まれており、医療需要の変化や医療従事者の確保等を踏まえると、現在の二次医療圏を基本とする構想区域では医療提供体制の確保が困難となる可能性がある。

○　在宅医療については、第８次医療計画における在宅医療の圏域の設定に当たっては、市町村単位や保健所圏域等、地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定することとされているほか、介護保険事業計画を作成する市町村において在宅医療・介護連携推進事業が実施されるなど、二次医療圏より狭い区域において取組が行われている。

○　新たな地域医療構想における構想区域については、人口規模、医療需要の変化、医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から、医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域の見直しを検討することが求められる。

５．新たな地域医療構想

（１）基本的な考え方

○　2040 年頃をとりまく状況と課題、現行の地域医療構想の評価と課題等を踏まえ、2040 年に向けて、病床の機能分化・連携だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう、新たな地域医療構想を策定・推進するべきである。

○　2040 年やその先を見据えて、高齢者救急・在宅医療の需要等が増加する中、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携･再編･集約化を推進することが重要である。このため、新たな地域医療構想を通じて、病床の機能分化･連携に加え、地域ごとの医療機関機能（高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急･急性期の医療提供等）及び広域な観点の医療機関機能（医育及び広域診療等の総合的な機能）の確保に向けた取組を推進するべきである。

○　このため、新たな地域医療構想について、（２）から（７）までの対応を行うよう、法律改正を含む必要な措置を講ずるべきである。

○　新たな地域医療構想については、2025（令和７）年度に国で新たな地域医療構想の策定・推進に関するガイドラインを検討･ 作成し、都道府県において、医療機関からの報告データ等を踏まえながら、2026（令和８）年度に地域の医療提供体制全体の方向性、必要病床数の推計等を検討･策定、2027（令和９）年度から 2028（令和 10）年度までに医療機関機能に着目した地域の医療機関の連携・再編・集約化の協議等を行うことが考えられる。このため、現行の地域医療構想の取組について、2026（令和８）年度も継続することとし、新たな地域医療構想については、2027（令和９）年度から順次取組を開始することとし、円滑な移行を図ることが適当である。

（２）新たな地域医療構想の位置付け

○　新たな地域医療構想については、中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化を見据え、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を目的として、入院医療だけではなく、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体の課題解決を図るものとして位置付けることが適当である。

○　具体的には、現行の地域医療構想は、医療計画の記載事項の一つとして、病床の機能分化・連携に向けた取組を進めてきたが、新たな地域医療構想においては、医療提供体制全体を対象として、地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性、医療機関機能に着目した医療機関の機能分化・連携、病床の機能分化・連携等に関する事項を定めるものとすることが適当である。

○　これに伴い、新たな地域医療構想については、医療計画の上位概念として位置付け、医療計画については、その実行計画（６年間、一部３年間）として、新たな地域医療構想に即して、５疾病・６事業、在宅医療、外来医療、医師確保、医師以外の医療従事者確保等の具体的な取組を定めることとし、救急医療施設の役割分担・連携、医師や看護師等の医療従事者確保も含め、医療提供体制の確保に向けた取組について中長期的な需要等を踏まえて計画的に進めることが適当である。その際、新たな地域医療構想は、これまでと同様、介護保険事業支援計画等の各種計画との整合性を図ることが適当である。

　なお、高齢化が進み、生産年齢人口が減少する中、今後の医療従事者の育成・確保についての検討が重要であるとの意見があった。

○　地域医療構想の具体的な記載事項としては、以下の事項を盛り込んだ上で、新たな地域医療構想の実現に向けて、データに基づき、ＰＤＣＡサイクルに沿って医療機関機能及び病床機能の確保に向けた取組を推進することが適当である

・　地域の医療提供体制全体（入院医療、外来医療・在宅医療、介護との連携、人材確保等）の将来のビジョン・方向性
・　構想区域における将来の医療機関機能の確保のあり方
・　構想区域における将来の病床数の必要量
・　地域医療構想の達成に向けた医療機関の機能分化・連携の推進に関する取組
・　地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化・連携の推進に関する取組
・　医療機関機能の情報提供の推進
・　病床機能の情報提供の推進

　なお、これらの具体的な記載内容等については、ガイドラインにおいて検討することが適当である。

（３）医療機関機能・病床機能

① 基本的な考え方

○ 新たな地域医療構想を通じて、医療機関機能・病床機能に着目した医療提供体制の構築を進めるためには、医療機関から都道府県への報告制度、必要病床数の推計、地域における関係者の協議、取組を推進するための支援等について必要な見直しを図ることが必要である。病床機能に加えて、医療機関機能を報告することとし、地域の医療提供体制の確保に向けて関係者による医療機関の役割分担・連携に関する協議を促進するとともに、医療機関機能や病床機能について、医療機関が適切に報告することができ、国民・患者を含め、その意味を理解することができるよう丁寧に説明・周知することが重要である。このため、これらの報告が適切に行われるよう、診療報酬における届出等に応じた客観性を有する報告とし、一定の医療機関の役割を明確にする仕組みとすることが適当である。

② 医療機関機能報告

○ 新たな地域医療構想においては、医療機関機能に着目して地域医療構想を策定・推進することに伴い、新たに、医療機関（病床機能報告の対象となる医療機関）から都道府県に対して医療機関機能を報告する仕組みを創設することが適当である。具体的には、二次医療圏等を基礎とした構想区域ごとに確保すべき医療機関機能として、高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能を位置付けるとともに、広域な観点で確保すべき医療機関機能として、医育及び広域診療機能を位置付け、医療機関がこれらの医療機関機能を確保していること、今後の方向性等について報告することが考えられる。報告に当たっては、医療機関が将来に向けて主たる医療機関機能を選択していくことも重要と考えられ、一方で、地域の実情に応じて、一医療機関が様々な医療機関機能を担っていくことが想定されることから、必要に応じて複数の医療機関機能を報告することも考えられる。具体的な医療機関機能報告の報告項目、報告方法等の詳細については、ガイドラインにおいて検討することが適当である。

また、高齢者救急に係る報告にあたっては、救急搬送だけではなく、医療機関と介護施設等の連携の推進等による、救急搬送ではない緊急入院の評価等の観点にも留意することが重要である。

＜医療機関機能の名称と定義＞

・ 高齢者救急・地域急性期機能

高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門

病院や施設等と協力･連携しながら、入院早期からのリハビリテーション･退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリテーション等の提供を確保する。

※　地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定

・　**在宅医療等連携機能**

地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した 24 時間の対応や入院対応を行う。

※　地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定

・　**急性期拠点機能**

地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。

※　報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。

・　**専門等機能**

上記の機能にあてはまらないが、集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

※　高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリテーションを含む、治し支える医療の観点が重要である。

・　**医育及び広域診療機能**

大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前･卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

○　高齢者救急・地域急性期機能については、地域ごとに救急搬送件数が異なり、相対的には少ない救急搬送件数であっても地域の相当な割合の救急搬送を受け入れている場合があること等を踏まえ、地域の実情に応じて、一定の

幅を持った水準に該当する場合に報告を行うこととする。同様に、在宅医療等連携機能については、在宅医療の提供の中心が地域によって診療所であったり、病院であったりするなど、地域ごとに在宅医療を担う病院等が果たすべき役割が異なる場合が考えられるため、地域の実情に応じて、一定の幅を持った水準に該当する場合に報告を行うこととする。

○　急性期拠点機能については、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質を確保するための医師や症例等の集約化に資するよう、地域シェア等の地域の実情を踏まえた一定の水準を満たす役割を有する場合に報告を行うこととする。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定することとする。これらの報告の水準等については、ガイドラインにおいて検討することが適当である。

○　このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等においては、広域な観点で確保すべき医師の派遣や診療等について一定の役割を有する場合が考えられることから、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても報告を求めることとし、地域全体での機能確保に向けた協議に活用することとする。

③　病床機能

○　機能区分ごとの必要病床数の推計及び病床機能報告については、全体として医療需要を捉えて病床の機能分化･連携を推進する仕組みとして一定の役割を果たしてきたことを踏まえ、引き続き、制度として維持することが適当である。

○　一方、病床の機能区分（現行：高度急性期、急性期、回復期、慢性期）については、これまでの取組との連続性等を踏まえ、引き続き４区分としつつ、2040 年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、これまでの【回復期】に代えて、「高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能」及びこれまでの【回復期機能】を、【包括期機能】（高齢者救急等を受け入れ、入院早期からの治療とともに、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取組等を推進し、早期の在宅復帰等を包括的に提供する機能、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能）として位置づけ、適切に理解されるよう周知に努めるべきである。

また、病床機能報告が医療機関から適切に行われるよう、報告方法等について分かりやすく周知することが重要である。

○　また、医療従事者確保の制約が厳しくなると見込まれる中で、将来の必要病床数の推計については、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表ごと、医療計画の作成ごと等）2040 年の必要病床数の見直しを行うことが適当である。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討するべきである。

④　構想区域

○　構想区域の設定に当たっては、引き続き二次医療圏を基本としつつ、人口規模が 20 万人未満の構想区域や 100 万人以上の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持、アクセス等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を見直すことが適当である。なお、二次医療圏の見直しに時間を要する場合は、構想区域の合併･分割等を先行して行うことも考えられる。

○　また、広域な観点での区域については、都道府県単位（必要に応じて三次医療圏）で設定することが適当である。

○　在宅医療等については必要に応じて二次医療圏より狭い区域での議論が必要であり、地域の医療及び介護資源等の実情に応じて、市町村単位や保健所圏域等、在宅医療等に関するより狭い区域を設定することが適当である。

○　具体的な区域の検討については、区域全体の医療資源に応じて確保する医療内容や、区域内で確保が困難な医療について隣接区域等との連携のあり方等、地域の特性を踏まえた医療提供体制の構築に向けて検討が必要な事項を含めて、ガイドラインを検討する際に検討するべきである。

⑤　調整会議

○　地域医療構想調整会議には、議題に応じて、医療関係者、介護関係者、保険者、都道府県、市町村等の必要な関係者が参画して、医療機関の経営状況等の地域の実情も踏まえながら、実効性のある協議を実施することが重要である。一方、地域においては、調整会議を含む多くの会議が開催されている

ことを踏まえ、既存の会議の活用や合同で開催するなど、都道府県や参加者に過重な負担が生じないよう効率的に開催することが適当である。

○　新たな地域医療構想の策定･推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論や効率的な運用に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者を明確化する等について、ガイドラインを検討する際に検討するべきである。

※　新たな地域医療構想における外来医療・在宅医療に関する方向性については、４.（２）に記載しており、具体的な内容はガイドラインで検討

（４）地域医療介護総合確保基金

○　地域医療介護総合確保基金については、都道府県ごとに執行状況に差異がみられるものの、地域医療構想に基づく病床の機能転換・再編等に一定の役割を果たしてきたものと評価できる。

○　地域医療介護総合確保基金について、現在、2026 年度（令和８年度）まで現行の病床の機能分化･連携の支援を行うこととしているが、2027 年度（令和９年度）から、新たな地域医療構想の取組を推進するため、病床の機能分化･連携の支援に加え、医療機関機能の確保に向けた取組を支援することが適当である。具体的には、地域医療介護総合確保基金の対象に、医療機関機能に着目した医療機関の連携・再編・集約化に向けた施設･設備整備の支援を追加することが適当である。

○　また、病床の機能分化・連携を更に推進するため、引き続き、病床の機能分化・連携のための施設・設備整備の支援、病床減少を伴う病床機能再編や病床減少を伴う医療機関の統合等の支援を行うとともに、都道府県における地域医療介護総合確保基金の活用に向けた好事例の周知等の方策を講じることが適当である。

（５）都道府県知事の権限

○　都道府県知事の権限について、医療機関の自主的な取組が進まない場合の措置として、不足する医療機能への転換促進等のための権限を設けている。

① 医療機関機能の確保

○ 医療機関機能報告の創設に伴い、医療機関機能の報告内容が実態に合わない医療機関に対して、都道府県は報告の見直しを求めることができることとすることが適当である。

○ また、医療機関機能のうち急性期拠点機能を担うべき医療機関が役割を発揮するため、必要に応じて医療機関の経営状況等も踏まえながら調整会議で協議を行うこととし、都道府県は、協議が調った事項について、医療機関に対して取組を求めることができることとすることが適当である。

② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等

○ 人口減少が加速する中で、将来を見据えて、地域の需要･医療資源の状況等を踏まえながら、病床整備を行い、地域の実情に応じて、不足する医療機能への転換、病床の減少等を図る必要がある。

○ 基準病床数制度は、病床の整備を病床過剰地域から非過剰地域へ誘導することを通じて、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保するためのものであるが、第８次医療計画においては、病床利用率の変化等に伴い、多くの都道府県で基準病床数が増加している。また、既存病床数が基準病床数を下回る場合は、必要病床数を上回っても、基準病床数まで増床が可能である。

○ こうした中、必要病床数と基準病床数の関係性が分かりづらいとの指摘もあり、基準病床数制度と地域医療構想の整合性を確保するとともに、近年の病床利用率の低下等を踏まえ、効率的な病床整備を進めることが重要である。

○ このため、新たな地域医療構想の実現に向けて、医療計画の基準病床数について、必要病床数も勘案した算定を検討するとともに、必要病床数を超えて増床等を行おうとする場合には、都道府県は、地域医療構想調整会議において増床等の必要性が認められた場合に限り、基準病床数の範囲内で増床等の許可を行うことができることとすることが適当である。

○ また、都道府県は、既存病床数が基準病床数を上回る場合や、一般病床及び療養病床の許可病床数が必要病床数を上回る場合は、地域の実情に応じて、病床の機能転換･減少等に向けて、必要な医療機関に対し、調整会議への出席を求めることができることとすることが考えられる。

（６）国・都道府県・市町村の役割

①　国

○　国においては、これまで、地域医療構想策定ガイドラインを策定するとともに、病床機能再編支援事業を含む地域医療介護総合確保基金、重点支援区域の選定、データ分析チーム構築支援事業、地域別の病床機能等の見える化、都道府県等の取組のチェックリストの作成、モデル推進区域におけるアウトリーチの伴走支援等を進めてきた。

○　新たな地域医療構想については、対象範囲を医療提供体制全体に拡大すること等を踏まえると、国による役割が重要となることから、国において、都道府県による地域の実情に応じた取組を支援するため、医療法上、厚生労働大臣の責務を明確化し、データ分析･共有、研修等の支援策を講じることが適当である。

○　国において、新たな地域医療構想の策定・推進に関するガイドラインを策定し、地域の協議の参考となるよう、新たな地域医療構想として目指すべき方向性、地域の類型ごとの医療提供体制の構築に必要なモデルを示し、地域における協議のために必要なデータ等を提供することが適当である。

②　都道府県

○　各都道府県における地域医療構想の取組状況をみると、例えば、地域医療構想調整会議の開催回数や構成員の参加、データに基づく議論、地域医療介護総合確保基金の活用等の状況にばらつきが見られる。

○　都道府県ごとの取組状況に差違がある中で、都道府県の取組の底上げを図る観点から、ガイドラインにおいて、調整会議について区域ごとに議論すべき内容、議題に応じた主な参加者や議論の進め方等、データ分析･共有、地域医療介護総合確保基金の活用など、都道府県の望ましい取組を示すとともに、都道府県の取組状況を見える化することが適当である。

○　医療関係者や医療保険者等の関係者には調整会議で協議が調った事項の実施に協力する努力義務が定められている中で、都道府県についても、調整会議で協議が調った事項の実施に努めることとすることが適当である。

③　市町村

○　新たな地域医療構想においては、新たに在宅医療、介護との連携等が対象に追加される中で、在宅医療・介護連携推進事業を実施するとともに、介護保険事業を運営している市町村の役割が重要となる。

○　このため、市町村に対して、議題に応じて調整会議への参画を求め、在宅医療、介護連携、かかりつけ医機能の確保等に努めることとすることが適当である。

○　一方、これまで医療提供体制の確保は都道府県が中心となり医療計画に基づき取り組んできたことから、市町村にとってノウハウや体制が不十分であることが考えられる。市町村の地域医療構想の理解を促進するため、国による研修や都道府県から市町村への調整会議に関する情報提供等の取組を推進することが適当である。また、地域医療介護総合確保基金の活用により、市町村による在宅医療、介護連携、かかりつけ医機能の確保等の取組を推進することが適当である。

（７）新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

○　我が国の精神保健医療福祉においては、精神病院法（大正８年法律第 25 号）により、公的精神病院を設置する考え方が初めて示されたが、公立精神病院の設置が進んでいない状況もあり、民間の代用精神病院制度が設けられた。その後、精神衛生法（昭和 25 年法律第 123 号）に基づく、非営利法人が設置する精神病院等の設置・運営に要する経費の国庫補助等により、民間主体で病院・病床の整備が急速に進められたこともあり、精神科医療機関は、必ずしも医療提供基盤が十分とはいえないなか民間主体で入院医療を提供するとともに、退院後の地域移行まで、地域のニーズに幅広く対応してきた経緯がある。

○　近年では、「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念を掲げた上で様々な施策が行われており、今後、こうした方向性に基づき、2040 年頃を見据えた更なる取組の推進が求められる。

○　現行の地域医療構想では精神病床は必要病床数の推計や病床機能報告の対象となっていないが、「新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチーム」において、これまでの精神医

療に関する施策等を踏まえ、新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等について検討が行われ、報告書が取りまとめられた。

○　同検討プロジェクトチームの報告書も踏まえ、以下の観点から、新たな地域医療構想に精神医療を位置付けることが適当であると考えられる。

・　新たな地域医療構想においては、2040 年頃を見据え、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護・障害福祉との連携等を含む、医療提供体制全体の地域医療構想とする方向で検討を進めており、地域の医療提供体制全体の中には、精神医療も含めて考えることが適当である。

・　新たな地域医療構想において精神医療を位置付けることにより、以下の意義が考えられる。

- 2040 年頃の精神病床数の必要量を推計することにより、中長期的な精神医療の需要に基づく精神医療体制を推進する。
- 病床機能報告の対象に精神病床を追加することにより、データに基づく協議・検討が可能となる。
- 精神医療に関する協議の場の開催や一般医療に関する協議の場への精神医療関係者の参画により、身体疾患に対する医療と精神疾患に対する医療の双方を必要とする患者への対応等における精神医療と一般医療との連携等を推進する。
- 地域医療構想の実現に向けた財政支援、都道府県の権限行使により、精神病床等の適正化・機能分化を推進する。

○　新たな地域医療構想に精神医療を位置付けた場合の具体的な内容※は、法律改正後に施行に向けて、必要な関係者で議論する必要があり、精神医療に係る施行には十分な期間を設けることが適当である。

※　精神病床の必要病床数の推計方法、精神病床の機能区分、精神科医療機関の医療機関機能、医療機関機能・病床機能報告の報告事項、精神医療の構想区域・協議の場の範囲・参加者等

６．おわりに

○　都道府県における新たな地域医療構想の策定等においては地域における関係者との協議等の十分な検討・調整の期間が必要であることから、厚生労働省においては、新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、上記の内容を踏

まえ、速やかに法律改正を行った上で、政省令の整備、ガイドラインの策定を行うべきである。さらに、新たな地域医療構想を実現するためには、地域医療介護総合確保基金等の財政支援が必要であり、厚生労働省においては、引き続き、必要な検討を行った上で、予算の確保に努めるべきである。

○　政省令の整備、ガイドライン等の検討に当たっては、新たな地域医療構想の取組が地域の実情に応じた実効性のある取組となるよう、都道府県や医療機関等の業務負担にも配慮しつつ、都道府県、市町村、医療関係者、介護関係者、保険者、住民等の関係者の意見を十分に聞きながら検討を行うべきである。

○　2040 年頃に向けて、人口動態の変化に伴い、医療の需要や提供体制等の地域差が拡大し、地域ごとに将来を見据えた取組が求められる。新たな地域医療構想を通じて、国、都道府県、市町村、医療関係者、介護関係者、保険者、住民の協働のもと、中長期的に質の高い効率的な医療提供体制が確保されることを期待する。

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和６年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- 「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- 外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

（１）基本的な考え方

- 2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
  (将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- 新たな構想は27年度から順次開始
  (25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- 新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

（２）病床機能・医療機関機能

①　病床機能

- これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ

②　医療機関機能報告（医療機関から都道府県への報告）

- 構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告

③　構想区域・協議の場

- 必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議（議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議）

（３）地域医療介護総合確保基金

- 医療機関機能に着目した取組の支援を追加

（４）都道府県知事の権限

①　医療機関機能の確保（実態に合わない報告見直しの求め）

②　基準病床数と必要病床数の整合性の確保等

- 必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
- 既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

（５）国・都道府県・市町村の役割

① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化（目指す方向性・データ等提供）

② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める

③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

（６）新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- 精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

医師偏在対策に関するとりまとめ

令和６年 12 月 18 日
新たな地域医療構想等に関する検討会

目次

１．はじめに
２．医師偏在対策のこれまでの取組
３．現状と課題
４．医師偏在の是正に向けた基本的な考え方
５．今後の医師偏在対策の具体的な取組
（１）医師確保計画の実効性の確保
（２）地域の医療機関の支え合いの仕組み
① 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等
② 外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等の仕組みの実効性の確保
③ 保険医療機関の管理者要件
（３）経済的インセンティブ
（４）全国的なマッチング機能の支援等
（５）リカレント教育の支援
（６）都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定
（７）医師偏在指標のあり方
（８）医師養成過程を通じた取組
（９）診療科偏在の是正に向けた取組
６．おわりに

１．はじめに

○　医師偏在対策については、令和６年６月 21 日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2024」において、医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在の是正を図るため、医師養成過程での取組、経済的インセンティブ、規制的手法等を組み合わせた総合的な対策のパッケージを令和６年末までに策定することとされている。

○　厚生労働省において、令和６年８月 30 日に近未来健康活躍社会戦略が公表され、その中で、①医師確保計画の深化、②医師の確保・育成、③実効的な医師配置を柱として、医師偏在是正に向けた総合的な対策のパッケージの骨子案が示された。また、令和６年９月３日には、厚生労働大臣を本部長とする「厚生労働省医師偏在対策本部」が設置され、主な論点が示された。

○　新たな地域医療構想等に関する検討会（以下「本検討会」という。）においては、こうした政府の方針を踏まえつつ、持続可能な医療提供体制を確保するため、医師養成過程を通じた対策を除く医師偏在対策について、新たな地域医療構想とあわせて検討を進めてきた。医師養成過程を通じた取組については、医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会において検討が進められてきた。

○　今般、政府が医師偏在是正に向けた総合的な対策のパッケージを策定するに当たり、本検討会において、これまでの議論の内容を踏まえ、今後の医師偏在対策の考え方、取組の進め方等について整理し、とりまとめを行うものである。

２．医師偏在対策のこれまでの取組

○　医師確保及び医師偏在是正に向けた対策については、累次の制度改正を経て、医師養成過程における取組、医師確保計画に基づく取組、医師の働き方改革を柱として、相互に連携を図りながら、地域の実情に応じた取組が進められてきた。

○　医師偏在対策については、医師養成過程における取組として、特定の地域等で診療を行うことを条件とした医学部定員の地域枠の設定に加えて、臨床研修における都道府県別の募集定員上限数の設定、専門研修における都道府県別・診療科別の専攻医採用数の上限（シーリング）の設定を行い、若手医師を中心とした偏在対策が進められている。

○　また、医師確保計画に基づく取組としては、都道府県において、地域医療対策協議会を通じた医師の派遣や、専門医の取得など本人のキャリアパスに配慮しつつ、医師不足地域等で診療に従事できるようにするためのキャリア形成支援等の取組が進められている。小児科・産科については、別途、医師確保計画を策定した上で、医師の派遣等の取組が進められている。

○　国においては、こうした都道府県の地域の実情に応じた取組に対して、地域医療介護総合確保基金等による財政支援や、データの分析・提供等の技術的支援が行われている。

３．現状と課題

○　医師養成については、平成 20 年度から、特定の地域等での勤務を条件とした地域枠を中心に、医学部定員を臨時的に増員しており、医師数は、令和４年までの 10 年間で、全国で約 30 万３千人から約 34 万人３千人へ、約４万人増加してきている。

○　こうした中、医師養成過程の取組を進めており、地域偏在については、医師少数都道府県・医師少数区域の若手医師の数は医師多数都道府県・医師多数区域と比較して増加しており、若手医師の地域偏在は縮小してきている。他方、全年齢の医師でみると、地域偏在は縮小しているとは言えず、中堅・シニア世代を対象とする取組が課題となっている。

○　また、第７次医師確保計画（令和２～５年度）では、当該計画期間中に医師偏在指標が下位1/3である医師少数都道府県や医師少数区域が当該下位1/3基準値に達することを目標としていたところ、16 の医師少数都道府県のうち６都道府県（38%）が目標を達成し、105 の医師少数区域のうち 43 区域（41%）が目標を達成しているが、依然として一部の都道府県・地域では地域偏在が解消されていない。都道府県における取組とともに、都道府県域を超えた全国的な医師偏在対策の基盤となる取組を行うことが求められている。

○　診療所については、診療所医師の高齢化が進行している中で、診療所医師が 80 歳で引退し、承継がなく、新規開業がないと仮定した場合、2040 年においては、診療所がない市区町村が 170 程度増加すると推計されており、診療所の地域偏在への対応も求められる。

○　診療科偏在については、平成20年度から令和４年度までの診療科別の医師数の推移をみると、総数は約 1.2 倍に増加している中、診療科別の増加幅は様々であり、リハビリテーション科、形成外科、麻酔科、放射線科で約 1.4～1.6 倍に増加しているが、外科等の一部の診療科は横ばいとなっている。また、近年、特に若手医師において、美容医療に従事する医師が増加傾向にある。

○　さらに、診療科別の時間外・休日労働時間について、年 1,860 時間を超えている医師の割合をみると、脳神経外科、外科等で高く、一部の診療科で長時間労働により医師の負担が大きくなっている。このような中、診療科偏在の是正に向けて、地域医療構想を通じた医療機関の機能分化･連携の推進や、働き方改革の推進による医師の負担軽減とあわせて、対策を強化する必要がある。

４．医師偏在の是正に向けた基本的な考え方

○　医師少数の地域や診療科における医師の配置は、これまで基本的に職業選択の自由・営業の自由に基づき医師が働く場所や診療科を自由に選択することができるという考え方の下、へき地保健医療対策とともに、医師養成過程での取組を中心に進めてきた。

○　しかしながら、今後、地域ごとに人口構造が急激に変化していく中で、地域や診療科の医師配置の不均衡が拡大しかねない状況にある。また、 日本の人口減少が進み、人材制約が大きくなる一方、医師数は毎年増加しており、医師の需要と供給は2029年頃に均衡する推計もある中、医師確保対策について、総数の確保から適切な配置へと重心をシフトしていく必要がある。

○　こうした中、将来にわたり地域で必要な医療提供体制を確保し、適切な医療サービスを提供するため、３の現状と課題を踏まえ、次の３つの観点から、実効性のある医師偏在対策を進めていく必要がある。

○　一点目は、医師偏在対策を総合的に実施することである。医師偏在は一つの取組で是正が図られるものではなく、医師の価値観の変化、医師の意向や地域の実情等を踏まえながら、様々な取組を幅広く実施することが必要であり、医師確保計画に基づく取組を進めるとともに、経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程を通じた取組等を組み合わせた総合的な対策を進めるべきである。

○　二点目は、全ての世代の医師にアプローチすることである。若手医師を対象とした医師養成過程中心の対策から、中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師へのアプローチが求められる。アプローチに当たっては、医師の価値観の変化やキャリアパス等を踏まえ、医師の勤務・生活環境、柔軟な働き方等に配慮することが求められる。

○　三点目は、へき地保健医療対策を超えた取組を行うことである。へき地でなくても、人口規模、地理的条件、今後の人口動態等から、医療機関の維持が困難な地域もあることから、医師偏在指標だけではなく、可住地面積あたりの医師数、住民の医療機関へのアクセス状況、医師の高齢化の状況、今後の人口動態等の地域の実情を十分に踏まえ、都道府県において、支援が必要な地域を明確化した上で、従来のへき地保健医療対策を超えた対策を進めていくべきである。

○　さらに、人口減少が進む中で、定住人口が見込まれる地域であっても、「保険あってサービスなし」という事態に陥る可能性があることから、将来にわたって国民皆保険を維持し、こうした地域を守るため、地域の必要な医療機能を確保することが必要であり、国、地方自治体、医療関係者、保険者等の全ての関係者が協働して医師偏在対策に取り組むことが重要である。

５．今後の医師偏在対策の具体的な取組

（１）医師確保計画の実効性の確保

○　医師確保計画に基づく取組の更なる実効性を確保するためには、国によるサポートを行いながら、都道府県の地域の実情に応じた医師偏在対策を促進することが必要である。

①　「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」

○　早急に医師確保を要する地域については、今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師が確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードの方が早い地域など、へき地でなくても、人口規模、地理的条件、今後の人口動態等から、医療機関の維持が困難な地域もある。このため、まず早急に取り組む地域の対策として、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」を設定した上で、優先的かつ重点的に対策を進めることが適当である。

○　「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」の設定に当たっては、厚生労働省において候補区域を提示することとし、都道府県において、この候補区域を参考としつつ、地域の実情に応じて、医師偏在指標、可住地面積あたり医師数、住民の医療機関へのアクセス、診療所医師の高齢化率、地域住民の医療のかかり方、今後の人口動態等を考慮して選定することが考えられる。当該区域については、二次医療圏単位のほか、地域の実情に応じて、市区町村単位、地区単位等も考えられる。また、対策の実施に当たっては、地域の関係者の理解が重要であることから、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議した上で当該区域を選定することが適当である。

○　厚生労働省が提示する候補区域については、
①　各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏
②　医師少数県の医師少数区域
③　医師少数区域かつ可住地面積当たりの医師数が少ない二次医療圏（全国下位 1/4）
のいずれかに該当する区域を提示することが考えられる。

②　「医師偏在是正プラン(仮称)」

○　都道府県において、医師確保計画の中でより実効性のある医師偏在対策の取組を進めるため、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」を対象とした「医師偏在是正プラン(仮称)」を策定することが適当である。

○　「医師偏在是正プラン(仮称)」においては、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」、支援対象医療機関、必要な医師数、医師偏在是正に向けた取組等を定めることとし、策定に当たっては、地域医療対策協議会及び保険者協議会で協議することが適当である。また、「医師偏在是正プラン(仮称)」は、国の定めるガイドラインを踏まえ、緊急的な取組を要する事項から先行して策定し、令和８年度に全体を策定することが考えられる。

（２）地域の医療機関の支え合いの仕組み

①　医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等

○　平成 30 年の医療法改正により、医師少数区域等で勤務した医師を厚生労働大臣が認定する制度が創設された。その際、一定の医療機関の管理者には、財務・労務管理といった経営能力のみならず、地域への貢献を含めた幅広いマネジメント能力が求められるため、地域医療支援病院の管理者については、医師少数区域等での勤務経験を要件とすることとされ、令和２年４月から施

行された。

○　医師確保等の地域への貢献が求められる医療機関においては、地域の状況等を踏まえながら、行政や医育機関、他医療機関、多職種等と連携して、地域全体の医療提供における役割を一層発揮する観点から、管理者が医師少数区域等での勤務を行い地域医療等の実情を経験していることが一つの重要な要素として考えられる。このため、管理者の要件として医師少数区域等における一定期間の勤務経験を求める対象医療機関について、医療法第 31 条において医師の確保に関する事項の実施に協力すること等が求められている公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構が開設する病院を追加することが考えられる。

○　医師少数区域等での勤務の実効性を確保するためには、全ての医療機関を対象とするべきとの意見があったが、上記の病院を対象に追加し、その効果等を検証することが適当である。

○　対象医療機関の拡大に際しては、管理者には医師少数区域等での勤務のみでない幅広い経験が求められることや、若い医師を中心に管理者となることを避ける傾向があり、対象医療機関の管理者の確保に課題が生じるおそれがあることを踏まえ、施行に当たっては柔軟な対応も必要である。医師少数区域等に所在する対象医療機関の管理者となる場合は、その後に医師少数区域等の勤務を経験することとなるため、対象から除外することが考えられる。また、地域医療対策協議会において調整された医師派遣の期間や、地域医療対策協議会で認められた管理者に求められる幅広い経験の機会となる期間（例えば医育機関や臨床研修指定病院で医療従事者等の指導等に従事した期間等）について、医師少数区域等での勤務経験の期間に一部認めることも考えられる。

○　こうした見直しの適用に当たっては、管理者の確保等に配慮する観点から、現行の地域医療支援病院の管理者と同様、令和２年度以降に臨床研修を開始した医師を管理者とする場合に適用することが適当である。

○　また、医師少数区域等での勤務経験期間について、医師少数区域等での勤務をさらに促進し、地域における安定的な医療提体制を確保する観点から、現行の「６か月以上」から「１年以上」に延長することが適当である。

○　あわせて、医師少数区域等で勤務する医師の意向や出産、育児、介護等の

ライフプランを考慮するため、

・　医師免許取得後９年以上経過している場合は断続的な勤務日の積み上げ、

・　医師免許取得後９年以上経過していない場合、最初の６か月以上の勤務は原則１か月以上の連続した勤務（妊娠･出産等による中断は可）の積み上げとし、残りの期間は断続的な勤務日の積み上げ

を可能とすることが適当である。

②　外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等の仕組みの実効性の確保

○　外来医療については、地域で中心的に外来医療を担う診療所の開設状況が都市部に偏っているほか、初期救急医療提供体制の構築等の医療機関の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている。例えば、在宅当番医制については、外来医師偏在指標が高い二次医療圏は、その他の二次医療圏と比べて、在宅当番医制に参加している診療所の割合が少ない。

○　こうした中、国が定める「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」（以下「ガイドライン」という。）において、都道府県は、外来医療機能に関する協議の場を設置し、少なくとも外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、協議の内容を踏まえて、地域に必要とされる医療機能を担うよう求めることとしている。都道府県において、ガイドラインに基づき、地域で不足する医療機能の要請がなされているが、対応していない新規開業者が一定数存在すること等を踏まえ、要請やフォローアップの仕組みを強化することが求められる。

○　このため、地域で不足している医療機能の確保によってより適切な医療提供体制を構築する観点から、現行のガイドラインによる外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等の仕組みについて、実効性を確保することが必要である。

○　具体的には、都道府県において、外来医師偏在指標が一定数値（例えば標準偏差の数倍）を超える地域（外来医師過多区域）における新規開業希望者に対して、医療法に基づき、開業の６か月前に、提供する予定の医療機能等を記載した届出を求めた上で、当該届出の内容等を踏まえ、地域の外来医療の協議の場への参加を求めることができ、また、地域で不足している医療機能（夜間や休日等における地域の初期救急医療、在宅医療、公衆衛生等）の提供や医師不足地域での医療の提供（土日の代替医師としての従事等）を要請することができることとすることが適当である。

○　その際、外来医師過多区域、地域で不足している医療機能、医師不足地域での医療の提供の内容は、都道府県において、地域の外来医療の協議の場における協議内容を踏まえ、事前に公表することが適当である。また、要請に当たっては、今後の人口動態等も踏まえつつ、人口あたり医師数や可住地面積あたり医師数等が特に高い市区町村や地区がある場合は、要請の対象区域について、外来医師過多区域単位ではなく、市区町村単位や地区単位とすることも考えられる。

○　開業前に行われた要請等の実効性を確保するための仕組みとして、開業後、要請に従わず、地域で不足している医療機能の提供や医師不足地域での医療の提供を行わない開業者に対して、都道府県において、都道府県医療審議会での理由等の説明を求めた上で、やむを得ない理由と認められない場合は勧告を行い、勧告に従わない場合は公表を行うことができることとすることが適当である。

○　その上で、要請等の実効性を確保する観点からの意見として、
・　これまでの医師不足対策で十分な成果が得られなかったことを踏まえ、過多区域で特に厳しい規制をかけるべきであり、都道府県からの要請に応じず、勧告にも従わない新規開業者に対して、勧告等の基準を明確にした上で、保険医療機関の指定の可否について、開業時だけではなく、更新時にも厳しく判断すべき、
・　要請・勧告後にどうなるか意識しながら外来医師過多区域での開業を判断いただくことが重要であり、要請・勧告を行った場合の牽制効果という意味でも、保険医療機関の不指定や取消を規定すべき、
との意見があった。

○　一方で、保険医療機関の指定をしない、又は保険医療機関の取消を行うことについては、
・　保険医療機関の不指定や指定取消については、診療所の経営に関わる強い規制であり、憲法上の職業選択の自由や営業の自由に抵触するおそれがあるもので、認める余地はない、
・　健康保険法上の保険医療機関の不指定や指定取消は、医療保険制度を著しく毀損するような場合に認められるものであり、一方、今回検討している医療法上の不足する医療機能の要請等は、医療保険制度の外にある学校医、公衆衛生上の貢献を含めたもので、そうした貢献をしないからといって著しく医療保険制度を損なうことにはならず、不指定や指定取消の議論

に論理的に結びつかない、
・　診療所の新規参入に対する過度な抑制を行った場合、その地域の新規開業が減少し、競争原理が働かず、医療の質の低下を招きかねない、
・　駆け込み開業が発生し、診療所医師の年齢構成にひずみが出るなど、地域医療をゆがめる可能性があり、慎重に検討するべき、
との意見もあった。

○　これらの意見も踏まえ、今般の制度改正に当たっては、要請等の実効性を確保するため、下記の見直しを行うことが適当である。その上で、この見直しも含めて医師偏在対策の効果を施行後５年目途に検証し、十分な効果が生じていない場合には、更なる医師偏在対策が検討されるべきである。

○　開業前に要請された診療所が当該要請後に保険医療機関の指定を受けた場合などは、有限な保険料財源を原資とする保険医療機関として、より効率的な医療提供を行うよう、その提供内容の見直しを促す観点から、厚生労働大臣が行う保険医療機関の指定については、その指定期間を６年でなく３年とすることが考えられる。これによって、医療法に基づく都道府県知事の要請・勧告・公表と、健康保険法に基づく厚生労働大臣の保険医療機関の指定を連携して運用することが可能となる。

○　都道府県は、指定期間が３年となった保険医療機関が３年後の更新を行う前に、地域で不足している医療機能の提供や医師不足地域での医療の提供といった地域医療への貢献等を都道府県医療審議会等において確認した上で、必要に応じて、前述の勧告を行い、厚生労働大臣は勧告を受けた診療所の保険医療機関の指定期間を３年より短い期間とすることを可能とし、事例によって標準的な期間を示しておくことも考えられる。

○　あわせて、これらの開業者に必要な対応を促す観点から、都道府県医療審議会や外来医療の協議の場への毎年１回の参加を求めるとともに、要請又は勧告を受けたことの医療機能情報提供制度による報告・公表、都道府県のホームページ等での勧告に従わない医療機関名や理由等の公表、保健所等による確認、診療報酬上の対応、補助金の不交付等を行うことが考えられる。

○　なお、上記の対応の対象とならない外来医師多数区域等や新規開業者以外の者については、引き続き、ガイドラインによる地域で必要な医療機能の要請等の取組を推進することが適当である。

③　保険医療機関の管理者要件

○　2040 年頃に向けて、複数疾患や医療・介護の複合ニーズを抱えた高齢者の増加及びこれによる医療費の増加が見込まれるところ、当該高齢者を支える中心となる保険医療機関については、適正な保険医療を効率的に提供することが求められる。このためには、地域内の他の医療機関や他職種との連携の強化、自機関内におけるチーム医療の推進をより一層求めていくことが必要であり、これを担う適切な管理能力を有する医師を各保険医療機関において確保することが必要である。

○　適切な管理能力を有する医師を各保険医療機関において確保することが必要であることを踏まえ、保険医療機関に運営管理の責任者として管理者を設け、保険診療に一定期間従事したことを要件とし、従業者の監督や当該機関の管理及び運営の責務を課すことが考えられる。また、医師少数区域等においては、要件の適用に当たって一定の配慮を行うことが考えられる。

（３）地域偏在対策における経済的インセンティブ

○　不足する地域における医師の勤務を促進するためには、医師の価値観、勤務・生活環境、キャリアパス等を踏まえた経済的インセンティブを通じて、医師が意欲をもって勤務する環境を整備することが重要である。

○　このため、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」における医師確保を推進するため、都道府県の「医師偏在是正プラン(仮称)」に基づき、経済的インセンティブを講じることとし、「医師偏在是正プラン(仮称)」全体の策定にあわせて、令和８年度から経済的インセンティブの本格実施とすることが適当である。

○　具体的には、診療所医師が高齢化し、人口規模が小さい二次医療圏等で診療所数が減少傾向にある中、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」で承継・開業する診療所の施設整備、設備整備、一定期間の地域への定着に対する支援を行うことが考えられる。この支援については、緊急的に先行して取り組むことが考えられる。

　また、急激な人口構造の変化や医師の高齢化により医療提供体制の維持に課題が生じる地域を下支えする観点から、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」における一定の医療機関に対して、派遣される医師及び従事する医師への手当増額の支援を行うことが考えられる。あわせて、当該区域内の一定の医療

機関に対して、土日の代替医師確保等の医師の勤務･生活環境改善の支援を行うことが考えられる。

さらに、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」において、中核病院等からの医師派遣により医師を確保するため、当該区域内の医療機関に医師を派遣する派遣元医療機関に対する支援を行うことが考えられる。

○　その際、国において、事業費の総額を設定した上で、その範囲内で、人口、可住地面積、医師の高齢化率、医師偏在指標等に基づき、都道府県ごとに予算額の上限を設定し、その範囲内で支援を行うことが適当である。

○　また、地域の医療提供体制の確保は、国と都道府県が連携して取り組んできた。一方、国民皆保険制度において「保険あってサービスなし」とならないよう、保険者においても、医師少数地域における適正な給付の維持･確保の一定の役割を果たしてきたと考えられる。このため、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」における支援のうち、「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」の医師への手当増額の支援については、医師の人件費は本来診療報酬により賄われるものであるが、特定の地域に対して診療報酬で対応した場合、当該地域の患者負担の過度の増加をまねくおそれがあることから、診療報酬の対応でなく、全ての被保険者に広く協力いただくよう保険者からの負担を求めることも考えられる。また、医師への手当増額の支援については、診療報酬を代替するものであることを踏まえ、給付費の中で一体的に捉えることも考えられる。

○　なお、①地域に必要な医療提供体制の確保は国・都道府県の責務であり、公的責任において負担するものであること、②そのための地域医療介護総合確保基金が消費税財源により措置されていること、③医師の人件費は医療費の一部であり、保険者は現に診療報酬を通じて必要な負担をしていること等の理由から、医師偏在対策にかかる費用を保険者の拠出財源に求めることには合理性がなく、保険給付と関連性の乏しい使途に保険料を充当することは、著しく妥当性を欠くとの意見もあった。

○　診療報酬において、医師偏在への配慮を図る観点から、どのような対応が考えられるか、さらに必要な検討を行うことが考えられる。

なお、診療報酬による対応を検討する場合でも、補助金や税制との役割分担を明確にした上で、医療の適正化も念頭に、最低限、財政中立を前提としてメリハリを付けるべきであるとの意見があった。

（４）全国的なマッチング機能の支援等

○　これまで中堅・シニア世代の医師を対象とした対策が十分には行われていない一方、中堅・シニア世代の医師の中には、地域医療への関心を示す者が一定程度存在することから、これらの人材を医師不足地域における医療ニーズに上手くつなげていくことが求められる。また、これまでの都道府県内の医師確保計画に基づく取組だけではなく、都道府県域を超えた全国的な地域偏在の是正につなげる取組が求められる。

○　中堅･シニア世代等の医師を希望に応じて医師不足地域における医療ニーズにつなげるため、中堅･シニア世代等の医師を対象として、医師不足地域での医療に関心･希望を有する医師の掘り起こしを行い、必要に応じてリカレント教育や現場体験につなぎ、医師不足地域の医療機関とのマッチング、その後の定着支援等を行うため、全国的なマッチング機能の支援を行うことが適当である。これらの取組は地域において不足する診療科への対応にも一定程度資するものと考えられる。

（５）リカレント教育の支援

○　総合的な診療能力を有する医師の養成については、若い世代を中心とした、専門医制度における総合診療専門医の養成に加えて、中堅以降の医師を主な対象として、地域で働く上で必要とされる総合的な診療能力について学び直すためのリカレント教育に係る取組を推進することが適当である。具体的には、学会や病院団体等が協力して、総合診療の魅力発信、医療と介護の連携を含めた地域における実践的な診療の場の提供、知識・スキルの研修を全国推進事業として一体的に実施するようなリカレント教育事業を支援するとともに、継続的に事業の評価を実施することが考えられる。

（６）都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定

○　地域における医師確保・医師派遣の取組を進める上で、都道府県と大学病院等との連携は重要であり、一部の都道府県においては、大学病院等との連携パートナーシップ協定の締結を通じ、医師確保のための取組を推進している例がみられるが、当該協定の内容は都道府県によって様々であり、医師確保に向けた実効性の観点から課題がある。

○　こうした状況を踏まえ、都道府県における地域医療対策協議会等による医

師派遣調整機能等を強化するため、都道府県と大学病院等の間で、医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する連携パートナーシップ協定の締結を推進することが適当である。あわせて、大学病院からの派遣体制を強化するためには、医師確保対策における大学病院の位置づけを明確化し、医師の確保に向けた取組を進めることが重要である。

（７）医師偏在指標のあり方

○　医師偏在指標については、医師の性別、年齢等を考慮しているが、医師不足の実態と大きく乖離することがないよう、令和９年度からの次期医師確保計画に向けて、必要な見直しを検討することが適当である。

（８）医師養成過程を通じた取組

○　医学部臨時定員、臨床研修の広域連携型プログラムの制度化等の医師養成過程を通じた取組については、医師確保計画策定ガイドラインに沿った取組のほか、医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会等における議論を踏まえ、個々の地域の実情や都道府県の意見を十分に聞きながら、必要な対応を進めることが適当である。

（９）診療科偏在の是正に向けた取組

○　診療科偏在は、地域ごとの取組のみでは十分でなく、国全体として取り組むべき課題である。労働環境の改善や今後の医療需要の見込み等を踏まえ、新たな地域医療構想等を通じた一定の医療の集約化を図りつつ、女性医師・男性医師を問わず、必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境作り等、処遇改善に向けた必要な支援を実施することが適当である。

○　なお、外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について、医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会等における議論を踏まえつつ、別途、必要な議論を行うことが適当である。

６．おわりに

○　今後の医師偏在対策については、４．の基本的な考え方に基づき、５．の具体的な取組を進めることが重要であり、厚生労働省においては、医師偏在

是正に向けた総合的な対策のパッケージに反映した上で、制度改正を含め、必要な対応を行うべきである。また、今後の対策の実施に当たっても、引き続き、医療関係者、保険者、都道府県、市町村等の意見を真摯に受け止め、実効性のある取組が行われることを期待する。

医師偏在対策に関するとりまとめの概要

※令和６年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医師偏在の是正に向けた基本的な考え方

①　医師偏在対策の総合的な実施
- 医師確保計画に基づく取組を進めつつ、経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程を通じた取組等を組み合わせた総合的な対策を進める

②　全ての世代の医師へのアプローチ
- 若手医師を対象とした医師養成過程中心の対策から、中堅･シニア世代を含む全ての世代の医師へのアプローチ

③　へき地保健医療対策を超えた取組の実施
- 人口規模、地理的条件等から医療機関の維持が困難な地域については、医師偏在指標だけでなく、可住地面積あたりの医師数等の地域の実情を踏まえ、都道府県ごとに支援が必要な地域を明確化の上で対策を実施

⇒「保険あってサービスなし」との事態に陥る可能性があることから、将来にわたり国民皆保険を維持し、地域の必要な医療機能を確保することが必要であり、全ての関係者が協働することが重要。

今後の医師偏在対策の具体的な取組

（１）医師確保計画の実効性の確保

① 重点医師偏在対策支援区域(仮称)、② 医師偏在是正プラン(仮称)
- 今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが早い地域等を「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」と設定し、優先的･重点的に対策を進める
- 重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地対協・保険者協議会で協議の上で選定(市区町村単位･地区単位等含む) 。
- 医師確保計画で「医師偏在是正プラン(仮称)」を策定。地対協･保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める
- 是正プランは緊急的取組を要する事項から策定、Ｒ８年度全体策定

（２）地域の医療機関の支え合いの仕組み

① 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等
- 管理者要件として医師少数区域等での勤務経験を求める医療機関に、公的医療機関及び国立病院機構･地域医療機能推進機構･労働者健康安全機構の病院を追加。医師少数区域等での勤務経験期間は６か月以上から１年以上に延長。施行時に柔軟な対応が必要

② 外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等の仕組みの実効性の確保
- 都道府県から外来医師過多区域の新規開業者に対し、開業６か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする
- 要請に従わない医療機関に対する医療審議会での理由等の説明の求めや勧告･公表、保険医療機関の指定期間の６年から３年等への短縮

③　保険医療機関の管理者要件
- 保険医療機関に管理者を設け､保険診療に一定期間従事したことを要件とし(医師少数区域等は一定配慮)、責務を課す

（３）経済的インセンティブ
- 診療所の承継・開業・地域定着支援(緊急的に先行して実施)
- 派遣医師･従事医師への手当増額(保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える)※保険給付と関連の乏しい使途に当たるのではないかとの意見あり
- 医師の勤務･生活環境改善、派遣元医療機関へ支援
  ※これらの支援については事業費総額等の範囲内で支援
- 医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応をさらに検討。

（４）全国的なマッチング機能の支援等
- 医師の掘り起こし、現場体験、医師不足地域の医療機関とのマッチングや定着等のための全国的なマッチング支援

（５）リカレント教育の支援
（６）都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定
（７）医師偏在指標のあり方
（８）医師養成過程を通じた取組
（９）診療科偏在の是正に向けた取組

第 29 回厚生科学審議会がん登録部会
議事次第

日　時：令和６年１０月７日（月）15:00～17:00
場　所：オンライン開催

１　議　　題

（１）法第 20 条に基づいて提供された情報の取扱いの見直し【公開】
（２）全国がん登録情報の国外提供に係るルールの整理【公開】
（３）全国がん登録データベースの状況について【公開】

２　資　　料

【資料１】法第 20 条に基づいて提供された情報の取扱いの見直し〈公開〉
【資料２】松前委員提出資料〈公開〉
【資料３】西野委員提出資料〈公開〉
【資料４】東委員提出資料〈公開〉
【資料５】新谷参考人提出資料〈公開〉
【資料６】全国がん登録情報の国外提供に係るルールの整理〈公開〉
【資料７】全国がん登録システム不具合への対応と作業進捗（松田参考人提出資料）〈公開〉

【参考資料１】厚生科学審議会がん登録部会 委員名簿〈公開〉
【参考資料２】厚生科学審議会がん登録部会 関係規程等〈公開〉
【参考資料３】全国がん登録　情報の提供マニュアル 第４版〈公開〉
【参考資料４】全国がん登録　情報の提供の利用規約〈公開〉
【参考資料５】全国がん登録及び院内がん登録に係る課題と対応方針　中間とりまとめ〈公開〉
【参考資料６】がん登録等の推進に関する法律（平成 25 年法律第 111 号）〈公開〉
【参考資料７】がん登録等の推進に関する法律施行令（平成 27 年政令第 323 号）〈公開〉

第29回厚生科学審議会がん登録部会
令和６年１０月７日（月）
資料１

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

資料１
法第20条に基づいて提供された情報の取扱いの見直し

厚生労働省健康・生活衛生局

がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

法第20条に基づいて提供された情報の取扱いの見直し

第28回がん登録部会での議論を踏まえ、本日は各委員よりご提案いただく。

- 松前委員（個人情報の保護）
- 西野委員（具体的な研究ニーズ）
- 東委員（具体的な研究ニーズ）
- 新谷参考人（具体的な研究ニーズ）

（参考資料）

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

（３）法第 20 条に基づいて提供された情報の取扱いの見直し

現状・課題

がん登録推進法の規定により情報の提供を受けた者は、がん登録推進法上、安全管理措置や保有期間制限等の義務規定があり、提供を受けた情報の厳格な管理が求められている。現行の運用においては、法第20条の規定により提供を受けた情報（生死の別／生存最終確認日・死亡日及び死因）を診療録に転記することや学会（第三者）が管理するデータベースに転用すること等が認められていない。

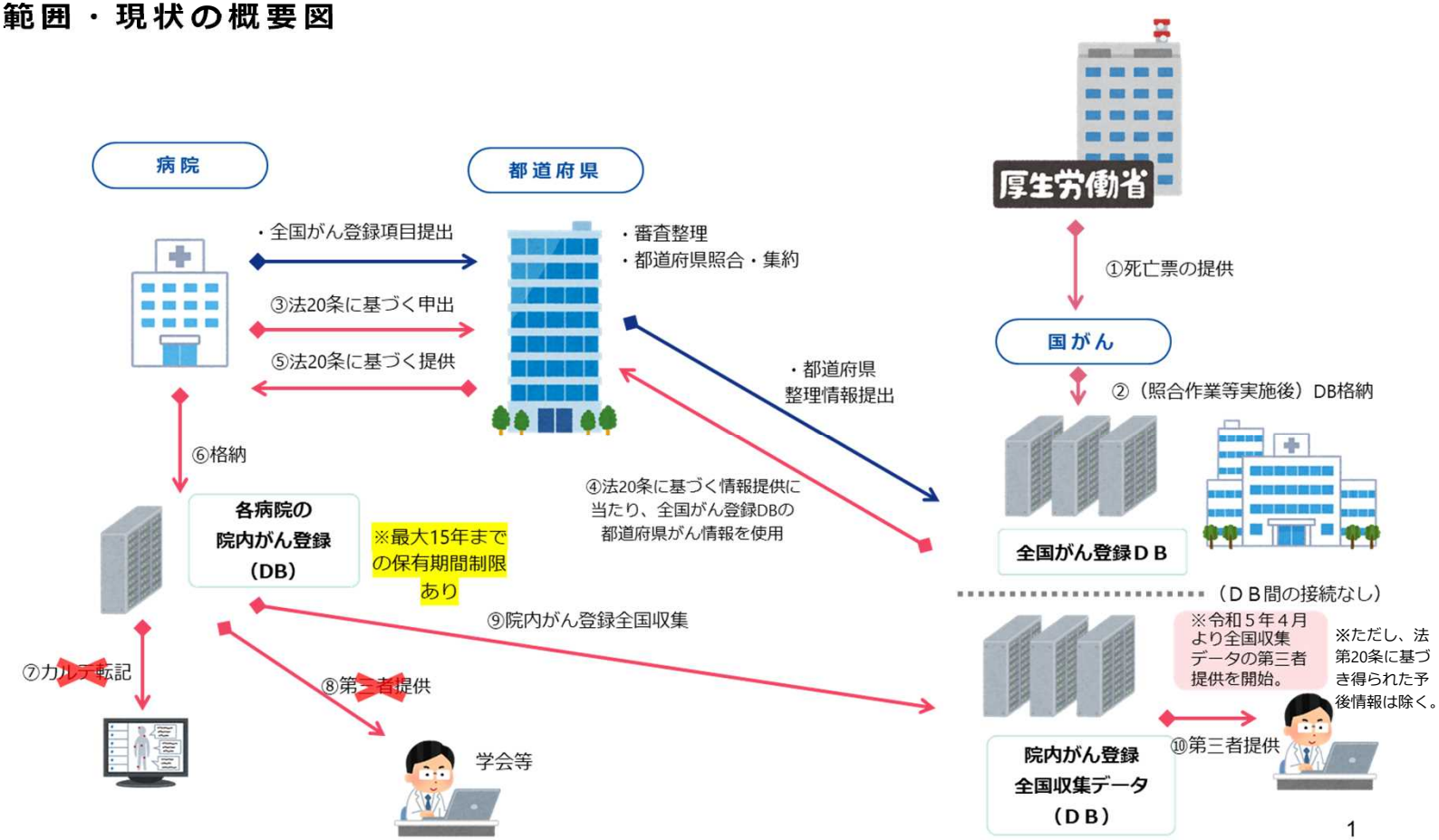
現行の法第２０条提供情報の利用範囲・現状の概要図

管理規定

- 個人情報保護法
- がん登録推進法　第30条～第34条
- 院内がん登録の実施に係る指針

利用範囲

- ○ 院内がん登録DBへの格納可
- × 15年を超す期間の保有
- × 診療録への転記不可
- × 第三者提供（再提供）不可



これまで頂いた御意見①

これまでの部会においては、カルテ転記・病院等からの第三者提供に関する運用ルールの見直しのほか、法令で定める保存期間や安全管理措置等の考え方について御意見があった。

主な御意見一覧

【カルテ転記】

（情報の保護と利活用のバランス）

- 生存確認情報をより有効に活用すること、また、カルテの持っている性質が個人情報に関してはタイトなバリアになっているということを勘案して、見直し等のときには、その取り扱いについては、安全を担保した上で有効に活用できる方法を検討いただきたい。
- カルテに対する記載が果たしてどれくらいのリスクがあるかということについては、唯一、死亡情報だけがいわゆる漏えい対象として特段厳しく守らねばならないというものではないと思われることに加え、このカルテのシステムというのは最も情報漏えいに対して厳しい対応をしているもの。そういう観点から、予後情報がカルテに連携することによって、より正しいがん情報、あるいはそれに基づいた様々な治療措置、あるいは予防措置が講じられることのほうがはるかにメリットが大きいと思う。
- まず、カルテに転記できないという議論の当初は、カルテに転記することが二次利用といったリスクの議論もあったと思うが、ただ、それ以降も転記されないことによるデメリットのほうがかなり大きいということであれば、やはり見直しが必要。
- カルテの情報はかなりセキュリティーの高い情報ではあるが、医療上、患者が死亡しているということはかなり重要な医療情報であると思うので、転記というのは何かの縛りをつけながらもある程度認めていく必要があると思う。
- カルテに記載されている情報というのは、本当に家族構成から、そのときの患者さんの様々な思いだとか、全て最高セキュリティーをかけなければいけないような情報がカルテの中に入っている。また、病院としてもそれを守るべくセキュリティーを非常に高めているのも現状なので、そこに転記することは決して間違いではないし、できるのではないかと思っている。
- この20条の問題は多分ケースとしては非常に少ないのが、単にカルテに転記するためだけに返しているのではなくて、データベースのサブセットとしてある病院のがん登録情報をお返しすると、それをデータベースとして使って二次利用するという場合も考えられ、これは、がん登録データベースの利活用になるので、ここはそういった意味で30～34条までの制限が必要だと思う。
  一方で、もともとのデータのオリジナルであるカルテに転記するというのは用途として全く別と考えて、これから政令なり何なりの改正をしたほうがよくて、診療録に返すことに関して制限がある必要は私は全くないと思う。診療録に返すという部分に関してはかなり制限を緩和するべきで、一方で、データセットの利用の仕方によっては制限がかかるのは必要ではないかと思う。

（カルテの完結性）

- 診療録を管理する側からみると、カルテに転記しないということは、患者が死亡されたことが別のルートで把握できても、そのデータをカルテに書かないということを意味し、病院の管理上の問題がある。248

これまで頂いた御意見②

これまでの部会においては、カルテ転記・病院等からの第三者提供に関する運用ルールの見直しのほか、法令で定める保存期間や安全管理措置等の考え方について御意見があった。

主な御意見一覧

【カルテ転記】

（転記を禁止とする根拠の不透明性）

- カルテに載せてはいけないということは法律上書かれていないと理解しており、制限がかかっているのは、保有期間が一番の議論の対象になっている。20条に基づいて出された情報は、32条に一定必要な期間を超えて保有してはならないと書かれており、政令に15年となっているということが一番の障壁ではないか。
- カルテに転記しないこと、という条件は法律上明記されているわけでもなく、同じ組織の中で管理されているのであれば、カルテに転記されているものと、院内がん登録データベースに管理されているものとの違いはよく分からず、合理性はないと考えられる。
- 30～34条には安全管理の保有期間だけではなく、利用提供の制限や従事者の秘密保持義務の規定があり、それぞれ趣旨が違うので、カルテへの転記を駄目だとしている解釈上の根拠が、何条の何項のどれに基づいて導かれたのかをまず押さえた上で、その合理性がなければカルテへの転記のルールは見直すという整理をしておく必要がある。法令上の根拠の何の話をしているのかをきちんと押さえておく必要がある。

これまで頂いた御意見③

これまでの部会においては、カルテ転記・病院等からの第三者提供に関する運用ルールの見直しのほか、法令で定める保存期間や安全管理措置等の考え方について御意見があった。

主な御意見一覧

【学会における利活用】

（利活用の意義）

- 他のデータベース、例えば、ナショナル・クリニカル・データベースとか、あるいは臓器がん登録とか、こういったもののデータソースとして死亡の情報を使えないというのは、ものすごく利用価値を減らすものだと思う。
- 学会等では、やはり予後調査ということは非常に苦労している。特に、臓器別がん登録は、学会ごとにデータベース化しているところが多く、がん登録が始まったときに突合ができるのではないかという期待があったが、それはできないということで、次は病院カルテからその予後が分かるのではないかと期待された。しかし、この20条の問題でがん登録の予後情報をカルテに記載することができず、正確な予後の把握が困難であることがわかった。学会での登録では、病院からの報告のみに頼っているために正確な予後が転居等によって把握しにくく、公的登録の力を借りない中で苦労しているということが現状。 診療録において生存の有無が明確化することによって、学会登録等への予後調査が明確になることを期待している。
- いわゆる学会研究会の発表は、生命予後に関する研究発表はしないのが無難、やってはいけないとすると、非常に問題点が生じる。国の協議会等で、臓器がん登録で研究している部分について、何ができるのかということを示す回答が必要になる。
- 学会等で行っている臓器別がん登録には、例えば中央倫理審査を学会が通しておいて、それに賛同する施設長が承認した場合に予後調査を出すことができるということで、その前に、もちろん患者様の同意のある、学会臓器別がん登録がなされているということかと思う。カルテに載っている新たな死亡情報等は、臓器別がん登録の予後調査には有益なもの。

（情報の保護）

- 第三者の誰でもが見られるという状況には不安を覚えるので、個人情報の保護という点で、患者の情報が漏れないような仕組みをつくっていただきたい。

法第20条の規定により提供される生存確認情報の取扱いに対する対応

生存確認情報が機微性が高い理由

（個人情報保護法における解釈）

- 個人情報保護法は、「個人情報」を生存する個人に関する情報に限っており、死者に関する情報については保護の対象とならない。ただし、死者に関する情報が、同時に生存する遺族などに関する情報である場合には、その遺族などに関する「個人情報」となる。

→具体的には、遺伝性のがんが死因の場合であって、当該情報が生存している家族の個人情報と一緒に保管されている状況においては、家族の個人情報となることが考えられる。

- 要配慮個人情報は、本人の人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪により害を被った事実その他本人に対する不当な差別、偏見その他の不利益が生じないようにその取扱いに特に配慮を要するものとして政令で定める記述等が含まれる個人情報をいう。病歴については、病気に罹患した経歴を意味するもので、特定の病歴を示した部分（例：特定の個人ががんに罹患している、統合失調症を患っている等）が該当する。

→さらに、上記のようながんに起因する死亡情報は、当該情報が生存している家族の個人情報と一緒に保管される状況においては、家族の要配慮個人情報に該当すると考えられる。

（医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス）

- 法令上「個人情報」とは、生存する個人に関する情報であり、個人情報取扱事業者の義務等の対象となるのは、生存する個人に関する情報に限定されている。本ガイダンスは、医療・介護関係事業者が保有する生存する個人に関する情報のうち、医療・介護関係の情報を対象とするものであり、また、診療録等の形態に整理されていない場合でも個人情報に該当する。なお、当該患者・利用者が死亡した後においても、医療・介護関係事業者が当該患者・利用者の情報を保存している場合には、漏えい、滅失又は毀損の防止のため、個人情報と同等の安全管理措置を講ずるものとする。

※生存確認情報：最終生存確認日、死亡日、死因

法第20条の規定により提供される生存確認情報の取扱いに対する対応

法の規定の趣旨

- 法制定前は、患者の転院、転居等の理由により、病院等において医療を提供した者の**生存確認調査が不十分**であり、病院で実施された**がん医療の有効性について十分な検証が困難**となっていたため、届出を行った病院等の管理者から都道府県知事に対して請求があった場合に、当該がんに罹患した者の生存確認情報等の提供を行うこととしたもの。
- そのため、法第20条に基づき提供された生存確認情報は、がんに罹患した者に対して医療を提供した**病院等における院内がん登録やがんに係る調査研究のため**に利用されることが前提である。
- また、当該生存確認情報は、都道府県がん情報の一部であり、**本人の同意なく収集された情報であることから**、法第30条から第34条までの安全管理等に関する規定の適用対象とされているもの。

➢ 第12回部会で示された運用ルール

・院内がん登録データベースへ保存し、当該病院の診療情報と区別できるようにすること。

・カルテに転記しないこと。

・他のデータベース等への転用はしないこと。

・院内がん情報の活用にのみ利用すること。

法第20条の規定により提供される生存確認情報の取扱いに対する対応（案）

以上を踏まえ、現状の法第20条の規定を維持しつつ、適切な利活用の推進に向け、以下のとおり検討を進めることとする。

対応（案）

- 法第20条に規定される病院等における院内がん登録やがんに係る調査研究という目的に照らして、情報の保護にも留意しつつ、利用の範囲を考える必要がある。
- 下記のような病院内の調査研究（※）については引き続き認め、今後さらに、研究ニーズを踏まえて、利用や保管の方法について見直してはどうか。

（※）院内がん登録情報及び血液検査結果等を含む電子カルテ情報、レセプト情報、DPCデータを用いた、

・併存症等の患者背景や臓器機能が、がん薬物療法の治療成績・予後に与える影響についての研究

・がんに対する手術前の臓器機能と術後転帰の関係を解析し、死亡リスク評価を行う研究

・放射線治療による有害事象及び支持療法が、治療完遂率及び治療成績・予後に与える影響についての研究

- 病院以外の者（第三者）への提供については、都道府県からの提供時点において、あらかじめ当該第三者の特定ができず、安全管理措置等の実効性の担保が困難であるため、法第20条に基づき提供される生存確認情報を加工せず提供することは認めるべきではない。一方で、研究ニーズを踏まえ、情報の保護にも留意した利活用のあり方について、今後整理してはどうか。

（参照条文）がん登録推進法

がん登録推進法	条文（案）
第20条	**（病院等への提供）** 第二十条　**都道府県知事は、**当該都道府県の区域内の**病院等における院内がん登録その他がんに係る調査研究のため、**当該病院等の管理者から、**当該病院等から届出がされたがんに係る都道府県がん情報（**厚生労働省令で定める**生存確認情報**及び厚生労働省令で定める当該病院等に係る第五条第二項に規定する附属情報**に限る。）の提供の請求を受けたときは、全国がん登録データベースを用いて、その提供を行わなければならない。**この場合においては、第十七条第一項ただし書の規定を準用する。
第30条	**（受領者等による全国がん登録情報の適切な管理等）** 第三十条　第三節の規定により全国がん登録情報若しくは都道府県がん情報又はこれらの情報の匿名化が行われた情報の提供を受けた者は、当該提供を受けたこれらの情報を取り扱うに当たっては、これらの情報について、**その漏えい、滅失及び毀損の防止その他の適切な管理のために必要な措置を講じなければならない。** ２　前項の規定は、同項に規定する者から同項に規定する情報の取扱いに関する事務又は業務の委託を受けた者が当該委託に係る業務を行う場合について準用する。
第31条	**（受領者等による全国がん登録情報の利用及び提供等の制限）** 第三十一条　第三節の規定により全国がん登録情報若しくは都道府県がん情報又はこれらの情報の匿名化が行われた情報の提供を受けた者（国立がん研究センター、都道府県知事（第二十四条第一項の規定により権限及び事務の委任を受けた者を含む。第四十二条第一項において同じ。）及び市町村長を除く。次条において同じ。）は、これらの情報について、**その提供を受けた目的以外の目的のために利用し、又は提供してはならない。** ２　前項の規定は、同項に規定する者から同項に規定する情報の取扱いに関する事務又は業務の委託を受けた者が当該委託に係る業務を行う場合について準用する。
第32条	**（受領者による全国がん登録情報の保有等の制限）** 第三十二条　第三節の規定により全国がん登録情報若しくは都道府県がん情報又はこれらの情報の匿名化が行われた情報の提供を受けた者は、これらの情報について、**その提供を受けた目的に係る利用に必要な期間（全国がん登録情報又は都道府県がん情報については、政令で定める期間を限度とする。）を超えて保有してはならない。**
第33条	**（受領者等に係る全国がん登録情報の取扱いの事務等に従事する者等の秘密保持義務）** 第三十三条　第三節の規定により全国がん登録情報若しくは都道府県がん情報の提供を受けた場合におけるこれらの情報の取扱いの事務若しくは業務に従事する者若しくは従事していた者又は当該提供を受けた者からこれらの情報の取扱いに関する事務若しくは業務の委託があった場合における当該委託に係る業務に従事する者若しくは従事していた者は、**それぞれその事務又は業務に関して知り得たこれらの情報に関するがんの罹患等の秘密を漏らしてはならない。**
第34条	**（受領者等に係る全国がん登録情報の取扱いの事務等に従事する者等のその他の義務）** 第三十四条　第三節の規定により全国がん登録情報若しくは都道府県がん情報若しくはこれらの情報の匿名化が行われた情報の提供を受けた場合におけるこれらの情報の取扱いの事務若しくは業務に従事する者若しくは従事していた者又は当該提供を受けた者からこれらの情報の取扱いに関する事務若しくは業務の委託があった場合における当該委託に係る業務に従事する者若しくは従事していた者は、**それぞれその事務又は業務に関して知り得たこれらの情報をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に使用してはならない。**

（参考）中間とりまとめにおける課題及び対応方針について

中間とりまとめにおける記載（抜粋）

（※）本資料において、太字下線を補記。

（課題）

- 法第20条に基づき各病院に提供される情報（以下「20 条提供情報」という。）の提供を受けた者は、他の第三者提供と同様、法第30条から第34条までに基づく厳格な管理が求められており、特に、保有期間については法第32条及びがん登録等の推進に関する法律施行令（平成27年政令第323号）第９条の規定に基づき、最長で15年間とされていることから、診療録への転記といった取扱いが目的外利用として認められていない。
- 20条提供情報のうち、特に生存確認情報（死亡及び死因情報）は、**各医療機関で生存確認調査を行うことが難しく**、また、**死亡情報の有無は治療法の評価に直結するなど医学研究において重要なデータ**であり、実務上、診療録への転記に係るニーズが大きいため、こうした**柔軟な取扱いができず、情報の利活用を妨げていることが課題**となっている。

（対応方針）

- 各病院で保有する診療録等の医療情報を充実させ、がんに係る研究を促進することは、がん登録推進法の理念に合致するところであるから、院内がん登録その他がんに係る調査研究への還元を目的とした20条提供情報について、**診療録への転記等の利活用ができるよう、がん登録推進法等の規定の整備を含め、必要な見直しを行うべき**である。
- その際、法第32条の規定に基づく保有期間制限についても、実務上の必要性や適正性を勘案し、必要な見直しを行う必要がある。
- また、20条提供情報が、当該病院の院内がん登録から診療録等へ転記された場合、その情報は個人情報保護法等の病院等が遵守すべき法令に従って管理・利用されることとなるが、そうした場合の第三者提供の在り方や、安全管理措置等の運用上の留意点についても、併せて整理する必要がある。

法第20条に基づいて提供された情報の取扱いについて
―個人情報保護の観点から―

「第29回厚生科学審議会がん登録部会」 報告

駒澤大学　松前 恵環

2024年10月7日

本日の報告の流れ

1. 法20条に基づいて提供された情報の取扱いに関する現状

2. 法的論点の整理

3. 今後の検討に向けて

1. 法20条に基づいて提供された情報の取扱いに関する現状

がん登録情報の特殊性と特別の保護措置

■がん登録情報の機微（センシティブ）性

- がん登録情報：がん罹患者の氏名、生年月日、住所、がんの種類・進行度・発見の経緯、治療内容等
- 要配慮個人情報：「病歴」

→厳格な取扱いが必要

■情報収集の強制性・悉皆性

- 本人の同意なくして収集・登録
- 悉皆性

■受領者に対し、提供情報（20条提供情報を含む）に関する特別の保護措置（30条～34条）を義務付け

20条提供情報に関する保護措置（30条～34条）に関する現状の解釈

■第12回部会で示された運用ルール

- 院内がん登録データベースへ保存し、当該病院の診療情報と区別できるようにすること
- カルテに転記しないこと
- 他のデータベース等への転用はしないこと
- 院内がん情報の活用にのみ利用すること

■利活用の観点からの様々な意見

■個人情報の取扱い根拠が同意に基づくものか否かによる法的な位置付けの差異

⇔病院における実務上は同一の患者についての個人情報

2. 法的論点の整理

根拠条文の明確化と個別の検討の必要

■法30条～34条の保護措置：それぞれ趣旨が異なる

- 30条：受領者等による情報の適切な管理等
- 31条：受領者等による利用・提供等の制限
- 32条：受領者等による保有期間の制限
- 33条・34条：従事者等の秘密保持義務等

→何条のどの文言の解釈により導かれた判断なのかを明確にし、個別に検討する必要

「30～34条には安全管理の保有期間だけではなく、利用提供の制限や従事者の秘密保持義務の規定があり、それぞれ趣旨が違うので、カルテへの転記を駄目だとしている解釈上の根拠が、何条の何項のどれに基づいて導かれたのかをまず押さえた上で、その合理性がなければカルテへの転記のルールは見直すという整理をしておく必要がある。法令上の根拠の何の話をしているのかをきちんと押さえておく必要がある。」

第21回厚生科学審議会がん登録部会（令和4年12月5日）議事録[石井委員発言]

20条提供情報の利用・提供（カルテ転記、第三者提供等）について

■法31条・20条の解釈

- 法31条：受領者は「提供を受けた目的以外の目的のために、利用し、提供してはならない」

第21回厚生科学審議会がん登録部会（令和4年12月5日）議事録［石井委員発言］

- 20条提供情報：「病院等における院内がん登録その他がんに係る調査研究のため」の提供

■がん登録情報の利用・提供規制（法第2章第3節）

- 提供の際の受領者の限定
- 厳格な提供要件：審議会等の意見聴取、本人の同意取得等

■事務局対応（案）　（Cf. P９）

- 「病院内の調査研究については引き続き認め」る
- 「病院以外の者（第三者）への提供については・・・第三者の特定ができず・・・認めるべきではない」

20条提供情報の利用・提供（カルテ転記、第三者提供等）について

法第20条の規定により提供される生存確認情報の取扱いに対する対応（案）

以上を踏まえ、現状の法第20条の規定を維持しつつ、適切な利活用の推進に向け、以下のとおり検討を進めることとする。

対応（案）

- 法第20条に規定される病院等における院内がん登録やがんに係る調査研究という目的に照らして、情報の保護にも留意しつつ、利用の範囲を考える必要がある。
- 下記のような病院内の調査研究（※）については引き続き認め、今後さらに、研究ニーズを踏まえて、利用や保管の方法について見直してはどうか。

（※）院内がん登録情報及び血液検査結果等を含む電子カルテ情報、レセプト情報、DPCデータを用いた、

・併存症等の患者背景や臓器機能が、がん薬物療法の治療成績・予後に与える影響についての研究

・がんに対する手術前の臓器機能と術後転帰の関係を解析し、死亡リスク評価を行う研究

・放射線治療による有害事象及び支持療法が、治療完遂率及び治療成績・予後に与える影響についての研究

- 病院以外の者（第三者）への提供については、都道府県からの提供時点において、あらかじめ当該第三者の特定ができず、安全管理措置等の実効性の担保が困難であるため、法第20条に基づき提供される生存確認情報を加工せず提供することは認めるべきではない。一方で、研究ニーズを踏まえ、情報の保護にも留意した利活用のあり方について、今後整理してはどうか。

第28回厚生科学審議会がん登録部会（令和6年9月18日）資料2「中間とりまとめ等を踏まえた今後の対応について」

20条提供情報の第三者提供に関する論点

■法31条との関係

- 事務局対応（案）:「病院以外の者（第三者）への提供については･･･認めるべきではない」
- 生存確認情報の一部や加工したもの等については利用･提供等を認めるという考え方*

第15回厚生科学審議会がん登録部会（令和2年11月25日）資料1「現行のがん登録推進法における課題抽出と解決に向けた検討」、同議事録；第16回厚生科学審議会がん登録部会（令和3年7月7日）資料1「現行のがん登録推進法における課題抽出と解決に向けた検討」

■生存確認情報の一部や加工したもの等の利用･提供に関する論点*

- 法の趣旨に照らして認めるべきかどうか
- がん登録情報の特殊性、本人等の権利利益への配慮
- 30条、32条～34条の保護措置についてどう考えるか
- 第三者提供:「第三者」の範囲、20条提供情報を病院から「第三者提供」する具体的なニーズ

←がん登録情報の提供規制（Cf. P 8）

20条提供情報のカルテ転記に関する論点

■法31条との関係

- 事務局対応（案）

Cf.「病院内の調査研究については引き続き認め」る

※ただし、二次利用や第三者提供の可能性がある場合

第20回（令和4年8月5日）・第21回（令和4年12月5日）厚生科学審議会がん登録部会議事録

（※生存確認情報の一部や加工したもの等については利用・提供等を認めるという考え方→Cf. P 10*））

■法32条との関係

- カルテ転記の場合の保有期間制限の例外を認めるべきか

第21回厚生科学審議会がん登録部会（令和4年12月5日）議事録

- 保有期間の延長か保有期間の制限の撤廃か

■法30条、33条～34条との関係

- カルテ転記した場合、これらの保護措置を如何にして確保するのか

第15回厚生科学審議会がん登録部会（令和2年11月25日）議事録

3. 今後の検討に向けて

今後の検討に向けて

■がん登録制度への信頼性確保と個人情報保護

■運用によるなし崩し的な利用拡大の危険

■個人情報保護のための明確かつ十分なルールに基づいた利活用

ご清聴どうもありがとうございました。

第29回厚生科学審議会がん登録部会	資料３
令和６年１０月７日（月）	

法20条に基づいて提供された情報の研究への利用

金沢医科大学医学部公衆衛生学
西野　善一

がん登録推進法第20条

第二十条

都道府県知事は、当該都道府県の区域内の病院等における院内がん登録その他がんに係る調査研究のため、当該病院等の管理者から、当該病院等から届出がされたがんに係る都道府県がん情報（厚生労働省令で定める生存確認情報及び厚生労働省令で定める当該病院等に係る第五条第二項に規定する附属情報に限る。）の提供の請求を受けたときは、全国がん登録データベースを用いて、その提供を行わなければならない。この場合においては、第十七条第一項ただし書の規定を準用する。

生存確認情報（法第5条第1項第9号）

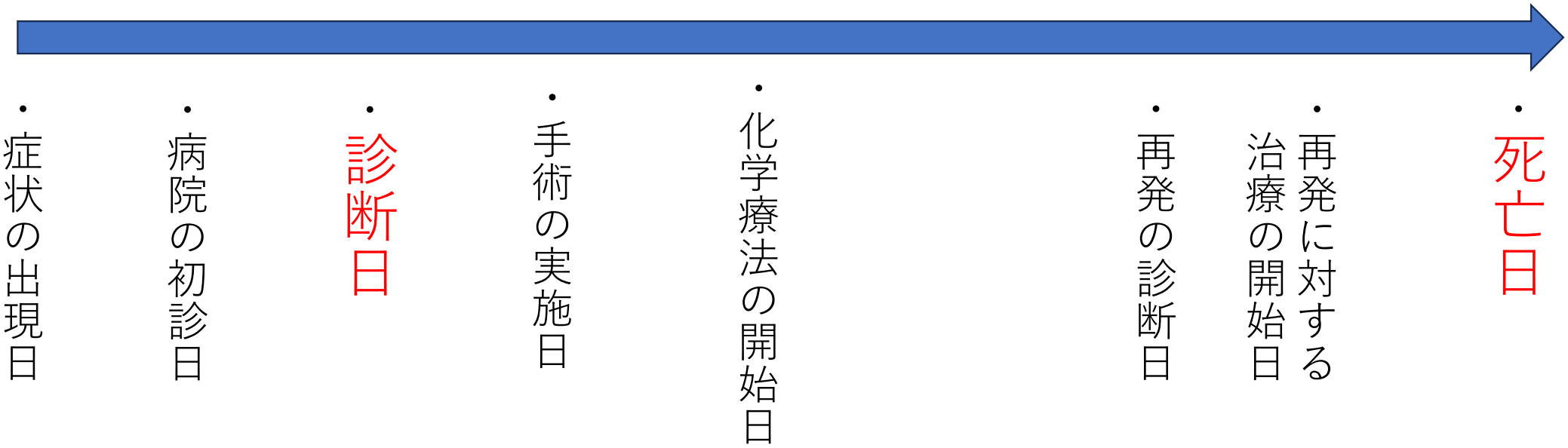
- 生存しているか死亡したかの別及び生存を確認した直近の日として厚生労働省令で定める日
  （生死区分、最終生存確認日）
- 死亡を確認した場合にあっては、その死亡の日及びその死亡の原因に関し厚生労働省令で定める事項
  （死亡日、原死因）

法20条に基づく生存確認情報の提供内容

項目名	詳細
死亡日	届出に記載されている死亡日、または厚労省から入手した死亡情報に基づく死亡日 YYYYMMDD 形式
原死因	厚労省から入手した死亡情報に基づく原死因
最終生存確認日	生存確認調査で得た確認日 YYYYMMDD 形式

がん治療・療養プロセスと研究における生存期間の起算日

- 臨床研究における生存期間の起算日は研究の目的によって異なる
- 研究の実施にあたっては、研究者が生存期間を起算日と死亡日より算出できることが望ましい



診断から治療開始までの期間が予後に与える影響を検討した研究

JAMA Network Open

Original Investigation | Surgery

Analysis of Delayed Surgical Treatment and Oncologic Outcomes in Clinical Stage I Non-Small Cell Lung Cancer

Brendan T. Heiden, MD; Daniel B. Eaton Jr, MPH; Kathryn E. Engelhardt, MD, MS; Su-Hsin Chang, PhD, SM; Yan Yan, MD, PhD; Mayank R. Patel, MD; Daniel Kreisel, MD, PhD; Ruben G. Nava, MD; Bryan F. Meyers, MD, MPH; Benjamin D. Kozower, MD, MPH; Varun Puri, MD, MSCI

Abstract

IMPORTANCE The association between delayed surgical treatment and oncologic outcomes in patients with non–small cell lung cancer (NSCLC) is poorly understood given that prior studies have used imprecise definitions for the date of cancer diagnosis.

OBJECTIVE To use a uniform method to quantify surgical treatment delay and to examine its association with several oncologic outcomes.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS This retrospective cohort study was conducted using a novel data set from the Veterans Health Administration (VHA) system. Included patients had clinical stage I NSCLC and were undergoing resection from 2006 to 2016 within the VHA system. Time to surgical treatment (TTS) was defined as the time between preoperative diagnostic computed tomography imaging and surgical treatment. We evaluated the association between TTS and several delay-associated outcomes using restricted cubic spline functions. Data analyses were performed in November 2021.

EXPOSURE Wait time between cancer diagnosis and surgical treatment (ie, TTS).

MAIN OUTCOMES AND MEASURES Several delay-associated oncologic outcomes, including pathologic upstaging, resection with positive margins, and recurrence, were assessed. We also assessed overall survival.

RESULTS Among 9904 patients who underwent surgical treatment for clinical stage I NSCLC, 9539 (96.3%) were men, 4972 individuals (50.5%) were currently smoking, and the mean (SD) age was 67.7 (7.9) years. The mean (SD) TTS was 70.1 (38.6) days. TTS was not associated with increased risk of pathologic upstaging or positive margins. Recurrence was detected in 4158 patients (42.0%) with median (interquartile range) follow-up of 6.15 (2.51-11.51) years. Factors associated with increased risk of recurrence included younger age (hazard ratio [HR] for every 1-year increase in age, 0.992; 95% CI, 0.987-0.997; $P = .003$), higher Charlson Comorbidity Index score (HR for every 1-unit increase in composite score, 1.055; 95% CI, 1.037-1.073; $P < .001$), segmentectomy (HR vs lobectomy, 1.352; 95% CI, 1.179-1.551; $P < .001$) or wedge resection (HR vs lobectomy, 1.282; 95% CI, 1.179-1.394; $P < .001$), larger tumor size (eg, 31-40 mm vs <10 mm; HR, 1.209; 95% CI, 1.051-1.390; $P = .008$), higher tumor grade (eg, II vs I; HR, 1.210; 95% CI, 1.085-1.349; $P < .001$), lower number of lymph nodes examined (eg, ≥10 vs <10; HR, 0.866; 95% CI, 0.803-0.933; $P < .001$), higher pathologic stage (III vs I; HR, 1.571; 95% CI, 1.351-1.837; $P < .001$), and longer TTS, with increasing risk after 12 weeks. For each week of surgical delay beyond 12 weeks, the hazard for recurrence increased by 0.4% (HR, 1.004; 95% CI, 1.001-1.006; $P = .002$). Factors associated with delayed surgical treatment included African American race (odds ratio [OR] vs White race, 1.267; 95% CI, 1.112-1.444; $P < .001$), higher area deprivation index (ADI) score (OR for every 1 unit increase in ADI score, 1.005; 95% CI,

(continued)

Key Points

Question What is the association between delayed surgical treatment and oncologic outcomes among patients with non–small cell lung cancer (NSCLC)?

Findings In this retrospective cohort study of 9904 patients with clinical stage I NSCLC using data from the Veterans Health Administration, surgical procedures that were delayed more than 12 weeks from the date of radiographic diagnosis were associated with increased risk of recurrence and worse overall survival.

Meaning These findings suggest that patients with clinical stage I NSCLC should receive surgical treatment within at least 12 weeks of radiographic diagnosis.

+ Supplemental content

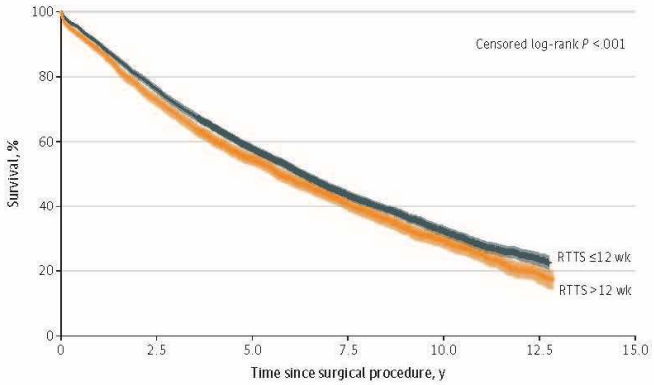
Author affiliations and article information are listed at the end of this article.

Open Access. This is an open access article distributed under the terms of the CC-BY License.

Downloaded from jamanetwork.com by Kanazawa Medical University user on 09/24/2024

非小細胞肺癌について診断から手術実施までの待機期間と再発、死亡リスクとの関連を検討した米国の研究

Figure 3. Overall Survival Following Delayed Surgical Treatment



This Kaplan-Meier curve shows patients with clinical stage I non–small cell lung cancer with delayed (ie, >12 weeks radiological time to surgical treatment [RTTS]) vs nondelayed (≤12 weeks RTTS) surgical treatment.

Heiden BT et al. JAMA Network Open 2021; 4: e2111613

再発例を対象とした臨床研究の例

Taxanes versus S-1 as the first-line chemotherapy for metastatic breast cancer (SELECT BC): an open-label, non-inferiority, randomised phase 3 trial

Tsutomu Takashima, Hirofumi Mukai, Fumikata Hara, Nobuaki Matsubara, Tsuyoshi Saito, Toshimi Takano, Youngjin Park, Tatsuya Toyama, Yasuo Hozumi, Junji Tsurutani, Shigeru Imoto, Takanori Watanabe, Yoshiaki Sagara, Reiki Nishimura, Kojiro Shimozuma, Yasuo Ohashi, for the SELECT BC study group

Lancet Oncol 2016; 17: 90–98
Published Online November 23, 2015 http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(15)00411-8
See Comment page 11

Osaka City University Graduate School of Medicine, Osaka, Japan (T Takashima MD); **National Cancer Center Hospital East, Kashiwa, Japan** (H Mukai MD, N Matsubara MD); **National Hospital Organization Shikoku Cancer Center, Matsuyama, Japan** (F Hara MD); **Saitama Red Cross Hospital, Saitama, Japan** (T Saito MD); **Toranomon Hospital, Tokyo, Japan** (T Takano MD); **Tohoku Pharmaceutical University Hospital, Sendai, Japan** (Prof Y Park MD); **Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences, Nagoya, Japan** (Prof T Toyama MD); **Jichi Medical University, Tochigi, Japan** (Y Hozumi MD); **Kinki University Faculty of Medicine, Osakasayama, Japan** (J Tsurutani MD); **School of Medicine Kyorin University, Mitaka, Japan** (Prof S Imoto MD); **National Hospital Organization Sendai Medical Center, Sendai, Japan** (T Watanabe MD); **Hakuaikai Medical Corp Sagara Hospital, Kagoshima, Japan** (Y Sagara MD); **Kumamoto Shinto General Hospital, Kumamoto, Japan** (R Nishimura MD); **Ritsumeikan University, Kusatsu, Japan** (Prof K Shimozuma MD); **and Chuo University, Tokyo, Japan** (Prof Y Ohashi PhD)
Correspondence to: Dr Hirofumi Mukai, Department of Breast and Medical Oncology, National Cancer Center Hospital East, Kashiwanoha, Kashiwa-shi, Chiba, Japan
hrmukai@east.ncc.go.jp

Summary

Background Oral fluoropyrimidines are used for the first-line treatment of metastatic breast cancer to avoid severe adverse effects, although firm supporting evidence is lacking. We aimed to establish whether S-1 is non-inferior to taxanes in this setting.

Methods We did an open-label, non-inferiority, phase 3 trial at 154 hospitals in Japan. We enrolled individuals who had HER2-negative metastatic breast cancer who had received no chemotherapy for advanced disease, and who were resistant to endocrine treatment. Patients were randomly assigned (1:1) either to taxane (docetaxel 60–75 mg/m² at intervals of 3–4 weeks; paclitaxel 80–100 mg/m² weekly for 3 of 4 weeks; or paclitaxel 175 mg/m² at intervals of 3–4 weeks) or to S-1 (40–60 mg twice daily for 28 consecutive days, followed by a 14-day break). Randomisation was done centrally with the minimisation method, with stratification by institution, liver metastasis, oestrogen and progesterone receptor status, previous treatment with taxanes or oral fluorouracil, and time from surgery to recurrence. The primary endpoint was overall survival, with a prespecified non-inferiority margin of 1·333 for the hazard ratio (HR). The primary efficacy analysis was done in the full analysis set, which consisted of all patients who took at least one study treatment and who had all data after randomisation. This trial is registered with the University Hospital Medical Information Network, Japan (protocol ID C000000416).

Findings Between Oct 27, 2006, and July 30, 2010, we enrolled 618 patients (309 assigned to taxane; 309 assigned to S-1). The full analysis set consisted of 286 patients in the taxane group and 306 in the S-1 group. Median follow-up was 34·6 months (IQR 17·9–44·4). Median overall survival was 35·0 months (95% CI 31·1–39·0) in the S-1 group and 37·2 months (33·0–40·1) in the taxane group (HR 1·05 [95% CI 0·86–1·27]; $p_{non\text{-}inferiority}$=0·015). The most common grade 3 or worse adverse events were neutropenia (20 [7%] of 307 patients in the S-1 group *vs* nine [3%] of 290 patients in the taxane group), fatigue (ten [3%] *vs* 12 [4%]), and oedema (one [<1%] *vs* 12 [4%]). Treatment-related deaths were reported in two patients in the taxane group.

Interpretation S-1 is non-inferior to taxane with respect to overall survival as a first-line treatment for metastatic breast cancer. S-1 should be considered a new option for first-line chemotherapy for patients with HER2-negative metastatic breast cancer.

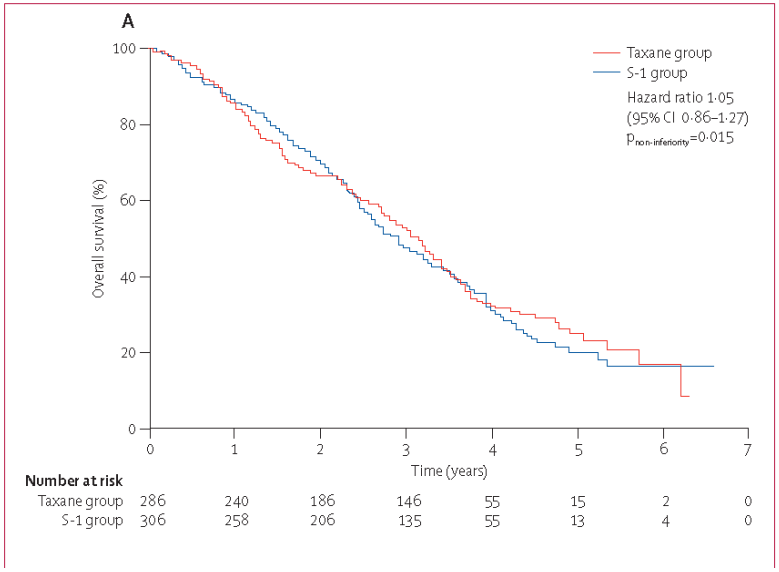
Funding Comprehensive Support Project for Oncology Research of the Public Health Research Foundation, Japan; Taiho.

Introduction

The vast majority of metastatic breast cancers are incurable.[1–3] Less toxic treatments are therefore preferred, and endocrine treatment is recommended for patients with oestrogen receptor-positive tumours whenever appropriate. Patients with oestrogen receptor-negative tumours or endocrine refractory disease receive cytotoxic chemotherapy. In such patients, regimens including anthracycline or taxanes are advised because they improve overall survival.[4–6] However, they often cause severe adverse effects.

Orally administered drugs are generally more convenient than intravenous drugs.[7] S-1 and capecitabine are both oral fluorouracil derivatives widely used in Japan. S-1 is a combination drug, based on a biochemical modification of fluorouracil, containing tegafur, gimeracil, and oteracil in a molar ratio of 1:0·4:1.[8] This combination enables the fluorouracil concentration to be increased while avoiding gastrointestinal toxic effects. It has been used to treat various solid tumours, including stomach cancer,[9,10] colorectal cancer,[11,12] pancreatic cancer,[13] non-small-cell lung cancer,[14,15] and breast cancer.[16] Two phase 2 studies of S-1 in previously treated and untreated patients with metastatic breast cancer have been done in Japan. 42·0% of treated patients and 40·7% of untreated patients had a tumour response, which is similar to the proportion of patients achieving a response when treated with taxane derivatives.[16] We therefore did a phase 3 trial to verify the non-inferiority of S-1 to taxane in terms of overall survival, and its superiority in terms of health-related quality of life, when given as first-line chemotherapy for metastatic breast cancer.

Her2タンパク質陰性の転移・再発乳癌患者を対象として、フッ化ピリミジン系抗悪性腫瘍剤（S-1）とタキサン系薬剤の効果を比較したランダム化比較試験（非劣性試験）



Takashima T et al. Lancet Oncol 2016; 17: 90-98

臓器別がん登録への生存確認情報の提供

臓器別がん登録

- 学会・研究会が主体となって、協力医療機関からデータ収集することにより臓器別に全国規模で腫瘍登録を行うがん登録
- 専門医のいる医療機関が対象
- 詳細な臨床情報が収集されているため、がんの臨床病理学的特徴と進行度の正確な把握に基づく適切な治療指針の確立、進行度分類のあり方などを検討することが可能
- 手術症例データベースであるNational Clinical Database（NCD）との連携で実施されるタイプ（NCD連携型）とそれ以外の学会独立型（日本産婦人科学会など）とがある

National Clinical Database（NCD）

- 2010年に外科系10学会が参画して設立された手術症例データベース（現在は14学会*が参加）
- 登録施設数 5,679、診療科数14,920（2024年4月現在）
- 基本項目と患者属性、術前、手術、術後に関する数十項目から数百項目の医療水準評価項目の登録を実施
- 外科手術レジストリ（消化器外科、呼吸器外科、乳癌）
  - 該当領域手術の95％以上が登録されており、領域のがんが含まれる。外科専門医制度と連携しているため悉皆性が高い
  - 消化器外科、呼吸器外科は短期予後（30日、90日以内死亡など）の把握に限られる
- 外科手術レジストリ以外のがん登録データベース（上記以外）
  - すべての施設が登録を行っているわけではなく、悉皆ではない

* 日本外科学会、日本消化器外科学会、日本小児外科学会、日本胸部外科学会、日本心臓血管外科学会、日本血管外科学会、日本呼吸器外科学会、日本内分泌外科学会、日本乳癌学会、日本脳神経外科学会、日本病理学会、日本泌尿器科学会、日本形成外科学会、日本内視鏡外科学会

臓器別がん登録における予後情報利用の現状

- 学会独立型やNCD連携型でも乳癌学会の乳癌登録は長期予後（5年）の把握を行っているが、7～8割程度の把握にとどまっている
- 長期予後の把握が十分にできていない医療機関は、生存率の分析対象から外して分析しており、一部の施設の情報に基づいて生存率が算出されている可能性がある（選択バイアス*による影響）



- 全国がん登録からの生存確認情報の提供を受けることができれば、臓器別がん登録全体の長期予後の精度が大きく改善する

*本来対象としたい集団ではない偏った集団による分析によるバイアス

日本乳癌学会乳癌登録を利用した臨床研究の例

Breast Cancer Research and Treatment (2022) 196:635–645
https://doi.org/10.1007/s10549-022-06749-3

EPIDEMIOLOGY

Prognosis and effectiveness of chemotherapy for medullary breast carcinoma

Tomohiko Aihara[1] · Hiraku Kumamaru[2] · Makoto Ishitobi[3] · Minoru Miyashita[4] · Hiroaki Miyata[2] · Kenji Tamura[5] · Masayuki Yoshida[6] · Etsuyo Ogo[7] · Masayuki Nagahashi[8] · Sota Asaga[9] · Yasuyuki Kojima[10] · Takayuki Kadoya[11] · Kenjiro Aogi[12] · Naoki Niikura[13] · Kotaro Iijima[14] · Naoki Hayashi[15] · Makoto Kubo[16] · Yutaka Yamamoto[17] · Yoshinori Takeuchi[18] · Shigeru Imoto[9] · Hiromitsu Jinno[19]

Received: 28 July 2022 / Accepted: 15 September 2022 / Published online: 23 October 2022
© The Author(s), under exclusive licence to Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature 2022

Abstract

Purpose We aimed to determine the prognosis and potential benefit of postoperative chemotherapy according to subtype of medullary breast carcinoma (MedBC), a very rare invasive breast cancer.

Methods A cohort of 1518 female patients with unilateral MedBC and 284,544 invasive ductal carcinoma (IDC) cases were enrolled from the Japanese Breast Cancer Registry. Prognosis of MedBC was compared to IDC among patients with estrogen receptor (ER)-negative and HER2-negative subtype (553 exact-matched patients) and ER-positive and HER2-negative subtype (163 MedBC and 489 IDC patients via Cox regression). Disease free-survival (DFS) and overall survival (OS) were compared between propensity score-matched adjuvant chemotherapy users and non-users with ER-negative and HER2-negative MedBC.

Results Among ER-negative and HER2-negative subtype patients, DFS (hazard ratio (HR) 0.45; 95% confidence interval (95% CI), 0.30–0.68; log-rank $P < 0.001$) and OS (HR 0.51; 95% CI 0.32–0.83; log-rank $P = 0.004$) were significantly better in MedBC than IDC. Patients treated with postoperative chemotherapy showed better DFS (HR 0.27; 95% CI 0.09–0.80; log-rank $P = 0.02$) and OS (HR 0.27; 95% CI 0.09–0.80; log-rank $P = 0.02$) compared to those without. For the ER-positive and HER2-negative subtype, the point estimate for HR for DFS was 0.60 (95% CI 0.24–1.22) while that for OS was 0.98 (95% CI 0.46–1.84) for MedBC.

Conclusion In ER-negative and HER2-negative MedBC, the risk of recurrence and death was significantly lower than that of IDC, about half. Postoperative chemotherapy reduced recurrence and mortality. ER-positive and HER2-negative MedBC may have a lower risk of recurrence compared to IDC.

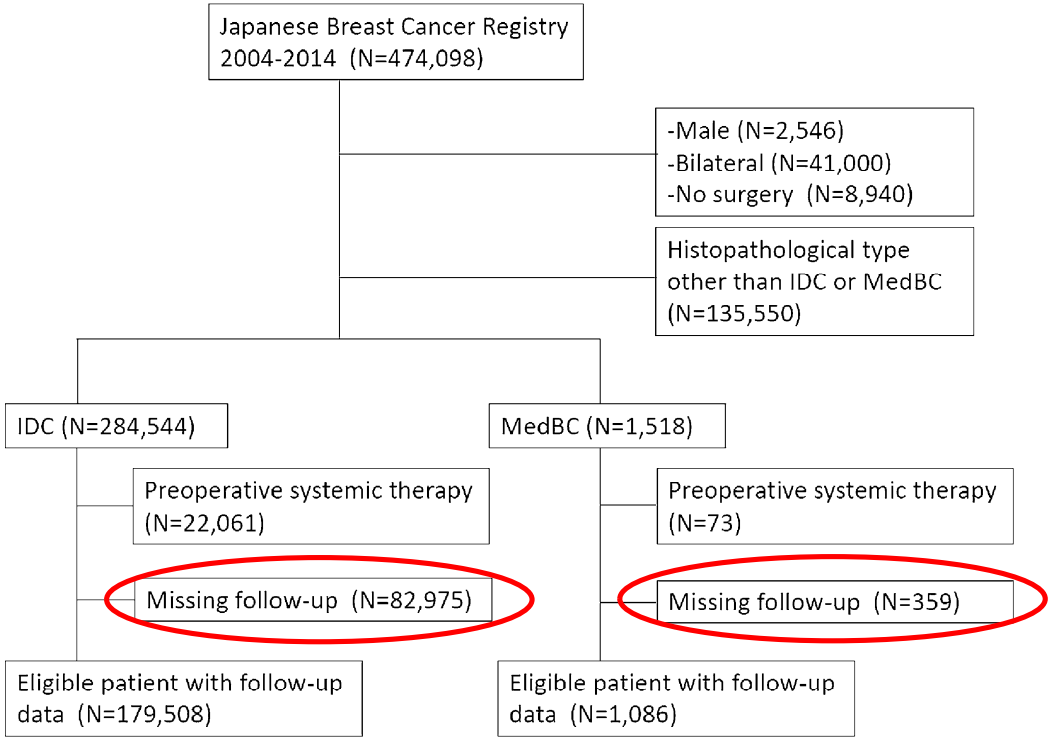
Keywords Medullary breast carcinoma · Prognosis · Adjuvant chemotherapy

Introduction

Primary breast cancer (BC) comprises heterogenous pathological subtypes. Medullary breast carcinoma (MedBC) is a rare subtype of invasive BC, accounting for less than 1% of primary BC. The Ridolfi criteria are generally applied for histopathologic diagnosis [1], which include: a predominantly syncytial growth pattern; microscopically completely circumscribed; absence of intraductal component; moderate to marked diffuse mononuclear stromal infiltrate; nuclear pleomorphism; and absence of microglandular features.

Most MedBC exhibit the triple-negative subtype defined by negative expression of estrogen receptor (ER) and human epidermal growth factor receptor 2 (HER2) [2], and prognosis is generally poor. Despite such pathological features of MedBC, some studies reported more favorable prognosis of MedBC than invasive ductal carcinoma (IDC) [3, 4], while others reported similar survival [5–7]. Probably because

乳房のmedullary carcinomaとinvasive ductal carcinomaの化学療法の効果をエストロゲン受容体の有無とHer2タンパク質の陽性陰性により層別化して比較を行った研究



Aihara T et al. Breast Cancer Res Treat 2022; 196: 635-645

臓器別がん登録等における全国がん登録情報の利用

- 死亡日：臓器別がん登録が保有している起算日（診断日、治療開始日、手術日）からの生存期間の算出に使用

- 原死因：
  - ✓臨床研究での当該疾患死亡と他死亡を識別することにより疾患特異的生存率（cause-specific survival）の算出に使用
  - ✓他疾患による死亡の影響を考慮した当該疾患の生存率を算出することが可能
  - ✓ICD-10コードが得られれば他疾患死亡の影響の検討が可能

死亡情報の診療録への転記の必要性：臓器別がん登録

- 各診療科から臓器別がん登録に診療録に転記された死亡情報が提供されることによって、全国がん登録では得られない詳細な臨床情報を有する臓器別がん登録のデータによる正確な生存率の把握が可能になる

↓

- 予後に応じたステージ分類や治療法の評価を正確に行うことができ、患者の状況に応じた適切な医療の提供が可能になる
- 施設間・地域間の医療の質評価を行うことができる

↓

- 患者がどこに住んでいても質の高い医療を受けられる（がん医療の均てん化）

死亡情報の診療録への転記の必要性：医療機関での活用

- 医療機関が収集する多様な医療情報（診療内容、主観的アウトカム、苦痛のスクリーニング）と合わせて予後情報を利用することで診療の質評価を行えるデータベースが各医療機関に構築できる

都道府県がん対策推進協議会や学会等が運営する登録システムなどへの第三者提供が可能となれば

- 各都道府県で行う都道府県がん対策推進協議会において、各地域の実情に合わせた医療の質評価やがんとの共生に関する指標の評価を行うことができる
- 学会等が運営する登録システムへの詳細なデータの提供により最新の診断・治療の効果が検討できる

- 誰一人取り残さないがん対策の実現

法20条提供情報の利活用による社会への貢献

- 臓器別がん登録や医療機関の診療情報にある詳細な臨床情報と正確な予後情報を保有するデータベース（リアルワールドデータ）を用いると、希少がんの新規治療開発において、「サンプルサイズの設計」、「対照群としてのヒストリカルコホートとしての活用」に使用ができる



- 開発が遅れがちな希少がんや再発・進行がん、難治性がんなどの新規治療法開発のスピードアップができ、全体的な死亡率改善に寄与する

第29回厚生科学審議会がん登録部会	資料４
令和６年１０月７日（月）	

がん登録提供の生存確認情報を多施設分析することの重要性

2024.10.7

東京大学医学系研究科公衆衛生学

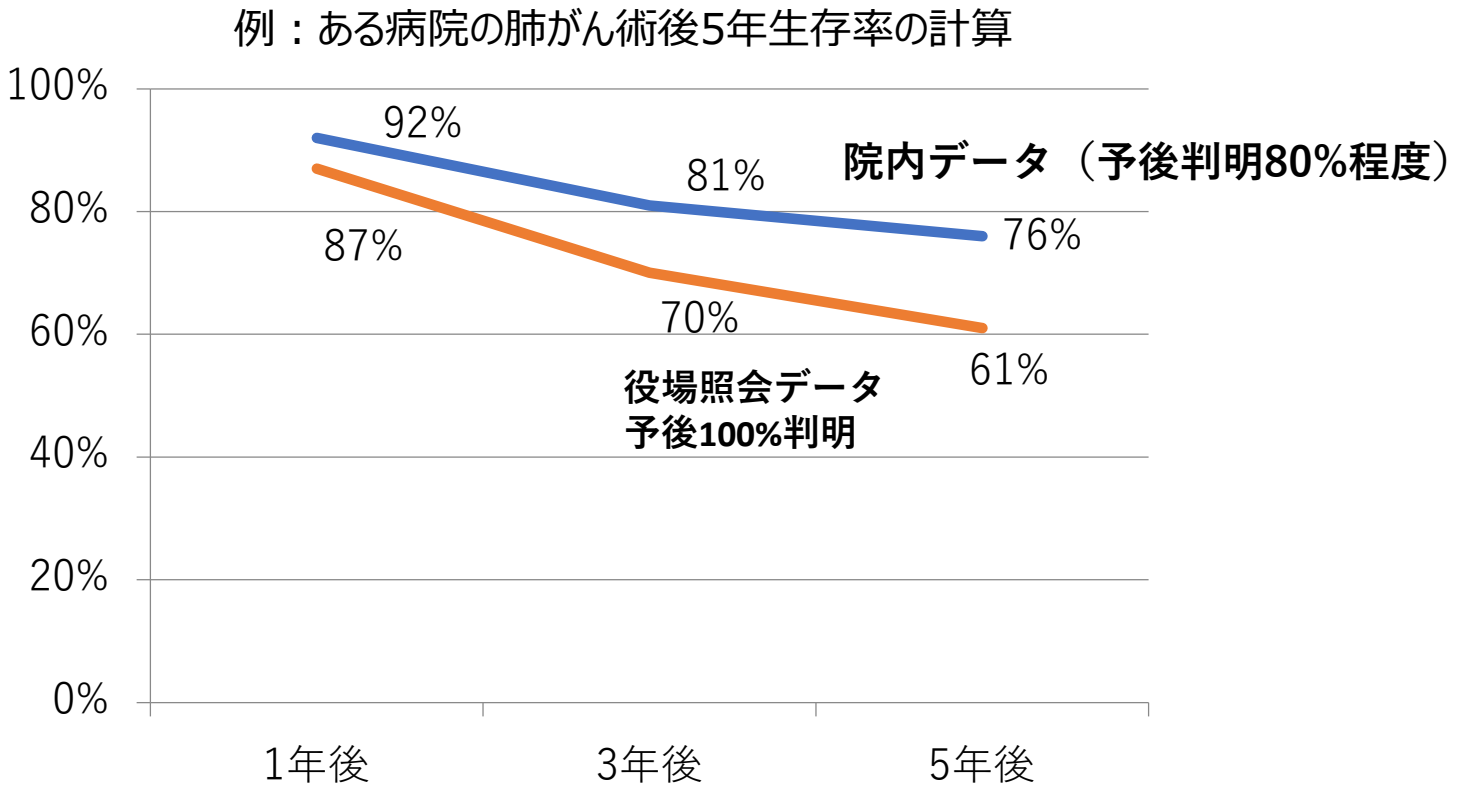
東　尚弘

なぜ生存確認情報の多施設分析のが重要なのか

a. 正確な予後情報が無いと、生存率が不正確
b. 施設毎の分析結果では「科学的知見」にならない

a. 正確な予後情報が無いと、生存率が不正確

- 不完全な追跡に基づく生存率は過大評価のリスク



木下ら　癌の臨床 46(10) 1197-1203,2000の表より演者作成

現状では施設自身による追跡は困難

- 地域の診療連携により他施設でフォロー
- 終末期はさらに転院・専門施設へ紹介
- 多くの患者を各々調査をするには人手不足

そこで、法20条による生存確認情報提供により
- 施設毎の生存率の正確性向上＝過大評価が防止可能
- 施設が自ら治療を振り返る機会が提供

＝これは重要な効果

しかし・・

b.施設毎の分析のみでは、十分な科学的知見にならない

科学的知見＝一般化可能であることが重要

⇔　施設毎の分析で見えるのは:

- 施設個別性の強い集団
  - 大学病院、がんセンター、一般病院で年齢分布も併存症も異なる
- 対象数が小さい分析　⇒

  生存率等の数値が**不安定**

  重要な要素（年齢、併存症など）の群間調整は不可能

このままでは、わが国の研究力阻害、国際的競争力の低下につながるおそれ

本邦で検討した科学的知見による医療の質さらなる向上を望めない

参考までに

小さな分母：数値が不安定

例えば、

割合：57. 1% ＝ $\frac{4}{7}$、$\frac{8}{14}$、$\frac{12}{21}$、$\frac{20}{35}$、$\frac{60}{105}$、$\frac{180}{315}$

それぞれの場合、たまたま**1人**分子が減ると

$\frac{3}{7}$、　$\frac{7}{14}$、　$\frac{11}{21}$、　$\frac{19}{35}$、　$\frac{59}{105}$、　$\frac{179}{315}$

42.9%　50.0%　52.4%　54.3%　56.2%　56.8%

変化：−14.2%　−7.1%　-4.7%　−2.8%　−0.9%　−0.3%

➡ 院内がん登録生存率公表ルール＝**分母が30例未満は数値不安定のため公表しない**

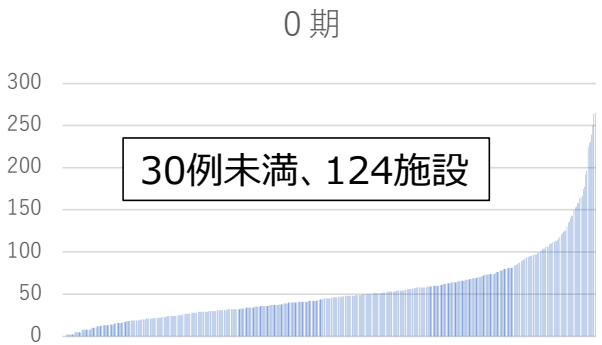
6

施設毎の患者数の現状

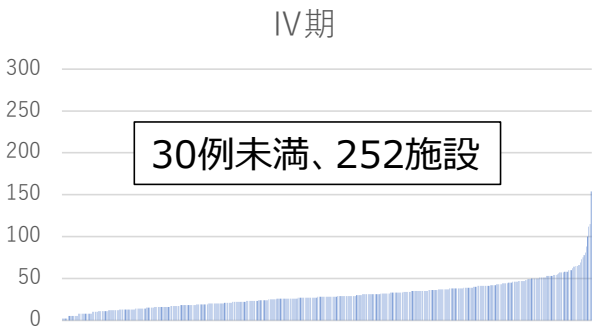
- 対象者を意味のあるグループ（＝がん種・病期）で区切ると数が少なくなりがち

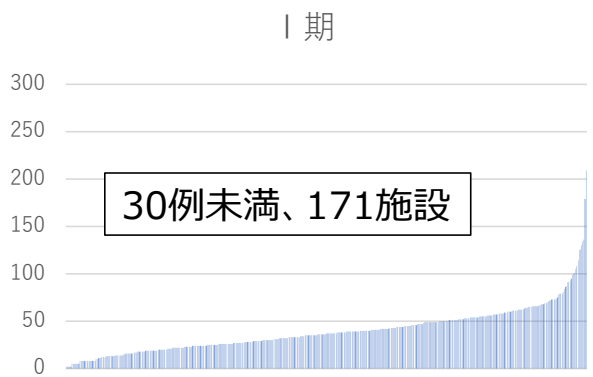
院内がん登録公表基準＝30例以上

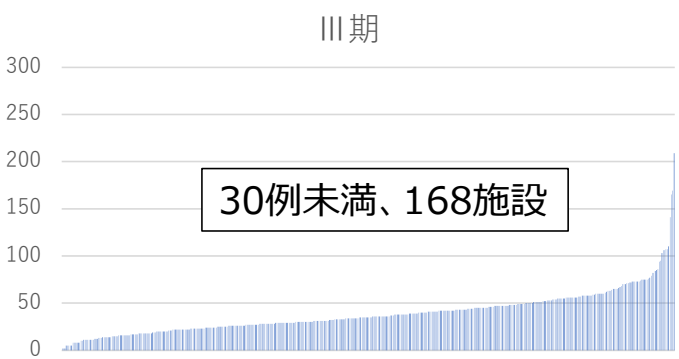
例：大腸がん・病院毎の症例数分布（全454施設拠点病院等）









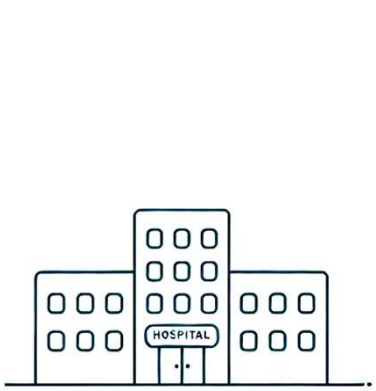


大腸がんのように比較的多いがんでも施設内の分析では、大多数の施設で生存率公表ルールを満たすレベルの分母の大きさを確保できない（不安定な分析を強いられる）

7

院内がん登録2022年症例・集計結果閲覧システムより演者作成　https://jhcr-cs.ganjoho.jp/hbcrtables/

多施設で正確な情報が集積されたら・・









正確な生存率
がん種毎の十分な対象者数
様々な病状・状況の患者をカバーした検討

一般化可能
信頼できる知見

医療の進歩
治療成績の向上

まとめ

- 生存確認情報を多施設共同研究で利用できない状態では、不完全な分析が余儀なくされ、医療の質向上は限定的。

- がんに係る調査研究を推進し、がん対策の一層の充実に資するという、がん登録推進法の目的を達成するため、予後情報の匿名加工提供など、方法を確立し多施設で利用可能とすることは急務。

第29回厚生科学審議会がん登録部会	資料５
令和６年１０月７日（月）	

肺癌登録合同委員会の活動と課題

肺癌登録合同委員会

新谷康、吉野一郎、山本信之、豊岡伸一、千田雅之、佐治久、
佐藤幸夫、清家正博、高橋和久、高山浩一、四倉正也、渡辺俊一

肺癌登録合同委員会の沿革

・1994年
1989年度外科症例を日本肺癌学会・日本呼吸器外科学会が登録集積、3,643例（第1回登録事業）

・1998年
日本肺癌学会・日本呼吸器外科学会合同で肺癌登録合同委員会を設立
– 事務局：　杏林大学 呼吸器外科

・以後
– 事務局：　大阪大学 呼吸器外科
–　　千葉大学 呼吸器外科
–　　国立がん研究センター中央病院 呼吸器外科

肺癌登録合同委員会の運営

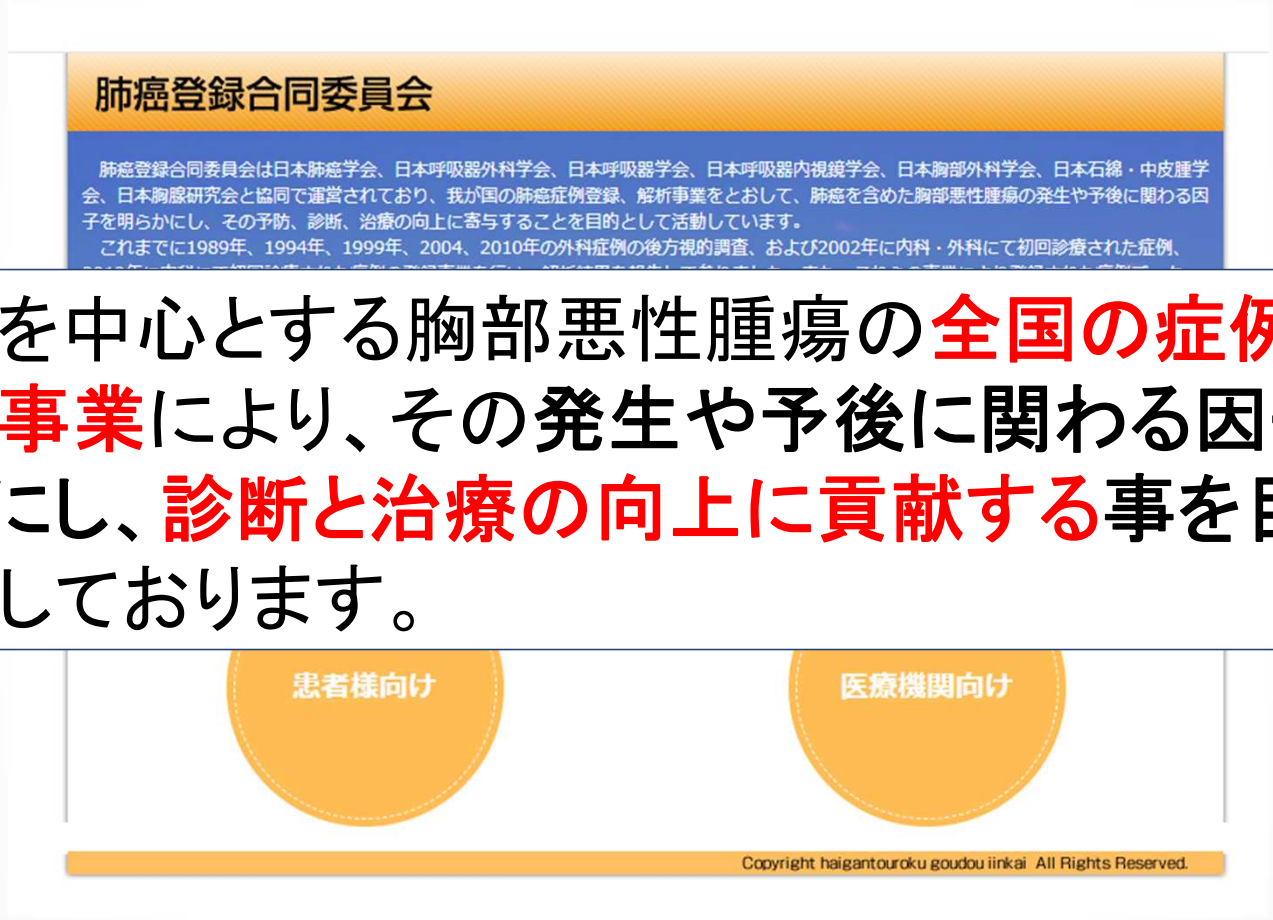
- 現在の構成学会
  - 日本肺癌学会
  - 日本呼吸器学会
  - 日本呼吸器外科学会
  - 日本呼吸器内視鏡学会
  - 日本胸部外科学会
  - 日本胸腺研究会
  - 日本石綿・中皮腫学会
- 委員（14人）
  - 5学会から2名づつの委員：計10人（委員長を含む）
  - IASLC Staging Committee 委員（UICC担当）
  - 統計学者
  - 事務局（事務局長＋1）

肺癌登録合同委員会のHP



https://haigan-touroku.jp/

肺癌登録合同委員会のHP



肺癌を中心とする胸部悪性腫瘍の**全国の症例登録と解析事業**により、その発生や予後に関わる因子を明らかにし、**診断と治療の向上に貢献する**事を目的に活動しております。

https://haigan-touroku.jp/

登録事業の実績

これまでの事業

● 第1次(1994年)	:1989年外科症例の後ろ向き登録	3,643 例
● 第2次(1999年)	:1994年外科症例の後ろ向き登録	7,408 例
● 第3次(2002年)	:2002年外科・内科症例の前向き登録	14,925 例
● 第4次(2005年)	:1999年外科症例の後ろ向き登録	13,310 例
● 第5次(2010年)	:2004年外科症例の後ろ向き登録	11,663 例
● 第6次(2012年)	:2012年の非切除症例の前向き登録	14,016 例
● 第7次(2016年)	:2010年の外科症例の後ろ向き登録	19,026 例

現在進行中の事業

● 第8次(2018年)	:胸腺腫・胸腺癌の前向き登録	1,560 例
● 第9次(2017年)	:悪性胸膜中皮腫の前向き登録	352 例
● 第10次(2024年)	:2017年の外科症例の後ろ向き登録	本年開始
● 第11次(2022年)	:2021年の外科症例の後ろ向き登録	20,950 例
● 第12次(2023年)	:悪性胸膜中皮腫外科症例の後方視登録	577 例

登録事業の実績

これまでの事業

- 第1次（1994年）：1989年外科症例の後ろ向き登録　3,643　例
- 第2次（1999年）：1994年外科症例の後ろ向き登録　7,408　例
- 第3次（2002年）：2002年外科・内科症例の前向き登録　14,925 例
- 第4次（2005年）：1999年外科症例の後ろ向き登録　13,310 例
- 第5次（2010年）：2004年外科症例の後ろ向き登録　11,663 例
- 第6次（2012年）：2012年の非切除症例の前向き登録　14,016 例
- 第7次（2016年）：2010年の外科症例の後ろ向き登録　19,026 例

現在進行中の事業

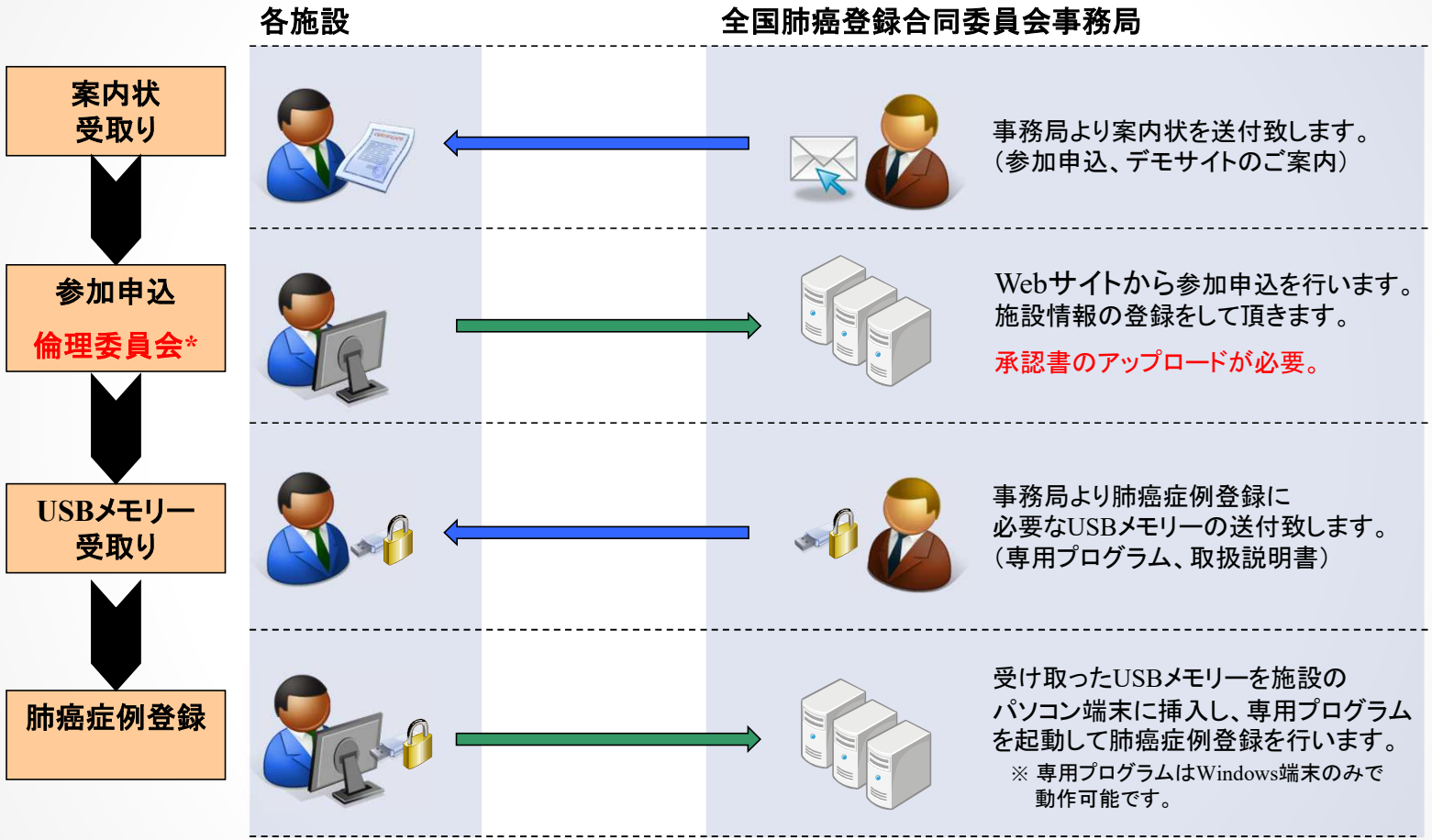
- 第8次（2018年）：胸腺腫・胸腺癌の前向き登録　1,560　例
- 第9次（2017年）：悪性胸膜中皮腫の前向き登録　352　例
- 第10次（2024年）：2017年の外科症例の後ろ向き登録　本年開始
- 第11次（2022年）：2021年の外科症例の後ろ向き登録　20,950 例
- 第12次（2023年）：悪性胸膜中皮腫外科症例の後方視登録　577　例

肺癌登録　第7次事業

対象

- 施設:　　呼吸器外科専門医合同委員会認定修練施設
- 期間:　　2010年1月1日から2010年12月31日
- 対象手術:原発性肺癌に対する治療目的の手術
- 登録方法:後向き多施設共同観察研究
- 除外条件:
  - リンパ節生検・胸膜生検などの臨床病期決定のための手術。
  - 経気管支鏡による腫瘍切除。
  - ラジオ波やそのほかの技術による肺切除を伴わない局所療法。
  - 原発性気管癌に対する手術。

登録方法



*前向き登録は患者同意書が必要

登録内容







14ページにわたる登録内容

成果発表

主論文発表



Journal of Thoracic Oncology

Available online 10 October 2018

In Press, Corrected Proof

Original Article

Demographics, Safety and Quality, and Prognostic Information in Both the Seventh and Eighth Editions of the TNM Classification in 18,973 Surgical Cases of the Japanese Joint Committee of Lung Cancer Registry Database in 2010

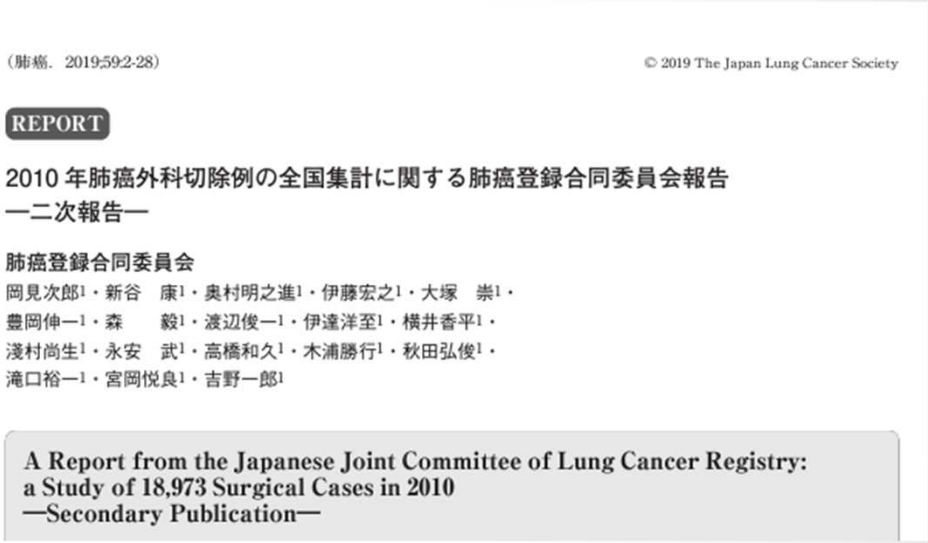
Jiro Okami MD, PhD [a], Yasushi Shintani MD, PhD [b], Meinoshin Okumura MD, PhD [c], Hiroyuki Ito MD, PhD [d], Takashi Ohtsuka MD, PhD [e], Shinichi Toyooka MD, PhD [f], Takeshi Mori MD, PhD [g], Shun-ichi Watanabe MD, PhD [h], Hiroshi Date MD, PhD [i], Kohei Yokoi MD, PhD [j], Hisao Asamura MD, PhD [k], Takeshi Nagayasu MD, PhD [l], Etsuo Miyaoka PhD [m], Ichiro Yoshino MD, PhD [n], Japanese Joint Committee of Lung Cancer Registry

Show more

https://doi.org/10.1016/j.jtho.2018.10.002 Get rights and content

J Thorac Oncol. 2019 Feb;14(2):212-222.

邦文発表



（肺癌．2019;59:2-28） © 2019 The Japan Lung Cancer Society

REPORT

2010 年肺癌外科切除例の全国集計に関する肺癌登録合同委員会報告
—二次報告—

肺癌登録合同委員会

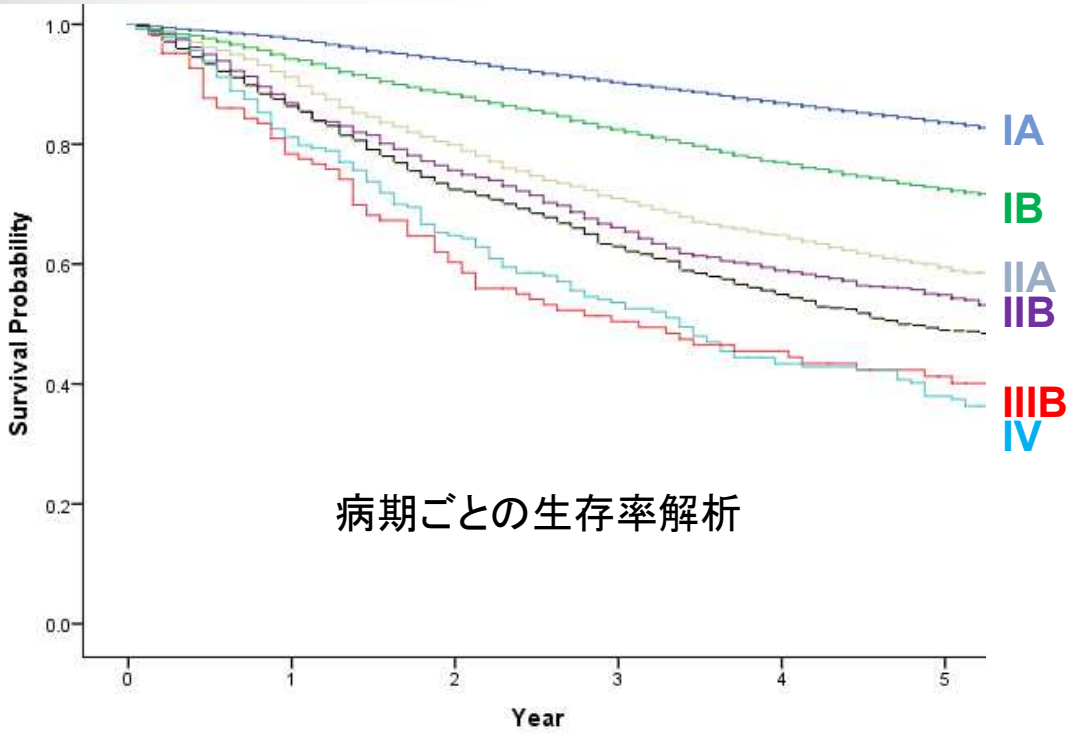
岡見次郎[1]・新谷　康[1]・奥村明之進[1]・伊藤宏之[1]・大塚　崇[1]・
豊岡伸一[1]・森　毅[1]・渡辺俊一[1]・伊達洋至[1]・横井香平[1]・
淺村尚生[1]・永安　武[1]・高橋和久[1]・木浦勝行[1]・秋田弘俊[1]・
滝口裕一[1]・宮岡悦良[1]・吉野一郎[1]

A Report from the Japanese Joint Committee of Lung Cancer Registry: a Study of 18,973 Surgical Cases in 2010
—Secondary Publication—

肺癌．2019;59:2-28

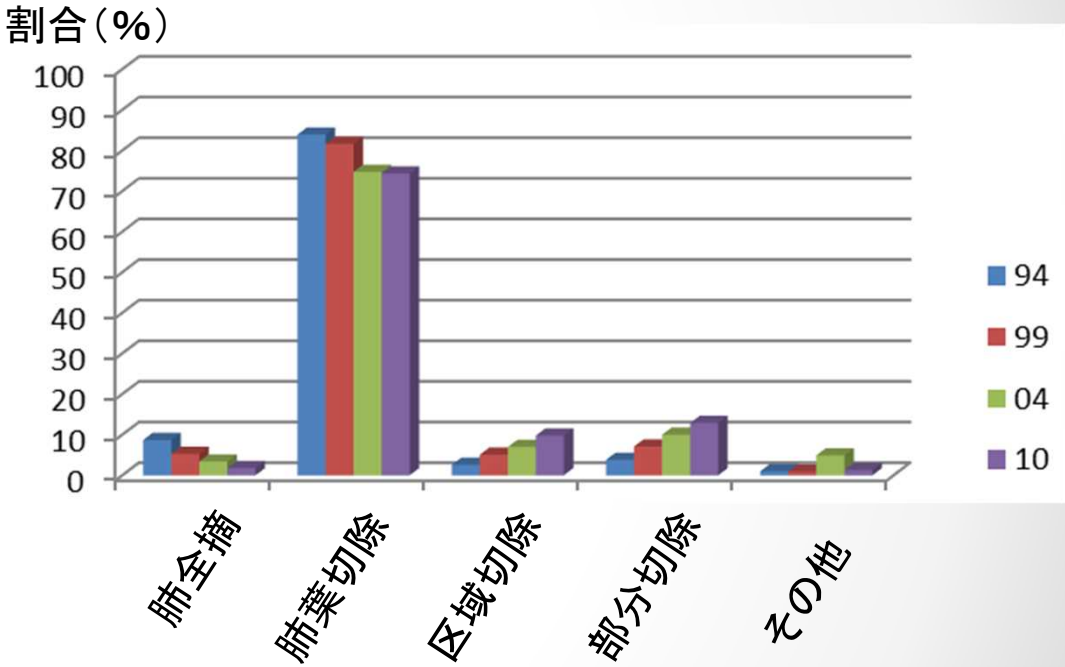
解析例

最新の外科症例の予後解析



病期ごとの生存率解析

他の事業との比較 肺癌手術治療の動向



第7次事業のデータからの副論文発表

1. Demographics, Safety and Quality, and Prognostic Information in Both the Seventh and Eighth Editions of the TNM Classification in 18,973 Surgical Cases of the Japanese Joint Committee of Lung Cancer Registry Database in 2010. Okami J, Shintani Y, Okumura M, Ito H, Ohtsuka T, Toyooka S, Mori T, Watanabe SI, Date H, Yokoi K, Asamura H, Nagayasu T, Miyaoka E, Yoshino I; Japanese Joint Committee of Lung Cancer Registry.J Thorac Oncol. 2019 Feb;14(2):212-222.
2. Impact of the preoperative body mass index on the postoperative outcomes in patients with completely resected non-small cell lung cancer: A retrospective analysis of 16,503 cases in a Japanese Lung Cancer Registry Study. Fukumoto K, Mori S, Shintani Y, Okami J, Ito H, Ohtsuka T, Toyooka S, Mori T, Watanabe SI, Asamura H, Chida M, Date H, Endo S, Nagayasu T, Nakanishi R, Miyaoka E, Okumura M, Yoshino I; Japanese Joint Committee of Lung Cancer Registry. Lung Cancer. 2020 Nov;149:120-129.
3. Clinical features and outcomes of patients with stage I multiple primary lung cancers. Shintani Y, Okami J, Ito H, Ohtsuka T, Toyooka S, Mori T, Watanabe SI, Asamura H, Chida M, Date H, Endo S, Nagayasu T, Nakanishi R, Miyaoka E, Okumura M, Yoshino I; Japanese Joint Committee of Lung Cancer Registry. Cancer Sci. 2021 May;112(5):1924-1935.
4. Clinical Impacts of EGFR Mutation Status: Analysis of 5780 Surgically Resected Lung Cancer Cases. Suda K, Mitsudomi T, Shintani Y, Okami J, Ito H, Ohtsuka T, Toyooka S, Mori T, Watanabe SI, Asamura H, Chida M, Date H, Endo S, Nagayasu T, Nakanishi R, Miyaoka E, Okumura M, Yoshino I; Japanese Joint Committee of Lung Cancer Registry. Ann Thorac Surg. 2021 Jan;111(1):269-276.
5. Preoperative renal dysfunction and long-term survival after surgery for non-small cell lung cancer. Saito T, Murakawa T, Shintani Y, Okami J, Miyaoka E, Yoshino I, Date H; Japanese Joint Committee of Lung Cancer Registry. J Thorac Cardiovasc Surg. 2022 Jul;164(1):227-239.
6. Limited resection for stage IA radiologically invasive lung cancer: a real-world nationwide database study. Soh J, Toyooka S, Shintani Y, Okami J, Ito H, Ohtsuka T, Mori T, Watanabe SI, Asamura H, Chida M, Endo S, Nakanishi R, Kadokura M, Suzuki H, Miyaoka E, Yoshino I, Date H; Japanese Joint Committee of Lung Cancer Registry. Eur J Cardiothorac Surg. 2022 Jun 15;62(1):ezac342.
7. Hazard Function Analysis of Recurrence in Patients with Curatively Resected Lung Cancer: Results from the Japanese Lung Cancer Registry in 2010. Yamauchi Y, Kawamura M, Okami J, Shintani Y, Ito H, Ohtsuka T, Toyooka S, Mori T, Watanabe SI, Asamura H, Chida M, Endo S, Kadokura M, Nakanishi R, Miyaoka E, Suzuki H, Yoshino I, Date H. Cancers (Basel). 2022 Oct 19;14(20):5119.
8. The prognostic impact of lung adenocarcinoma predominance classification relating to pathological factors in lobectomy, the Japanese Joint Committee of Lung Cancer Registry Database in 2010. Ito H, Date H, Shintani Y, Miyaoka E, Nakanishi R, Kadokura M, Endo S, Chida M, Yoshino I, Suzuki H; Japanese Joint Committee of Lung Cancer Registry. BMC Cancer. 2022 Aug 10;22(1):875.
9. Features of anaplastic lymphoma kinase rearrangement in early-stage lung cancer: Analysis of a nationwide Japanese database. Matsuura Y, Mun M, Shintani Y, Okami J, Ito H, Ohtsuka T, Mori T, Watanabe SI, Chida M, Endo S, Nakanishi R, Kadokura M, Suzuki H, Miyaoka E, Yoshino I, Date H; Japanese Joint Committee of Lung Cancer Registry. J Surg Oncol. 2023 Oct;128(5):916-924.
10. Is adjuvant chemotherapy for completely resected p-stage IA (>2 cm) and stage IB non-small-cell lung cancer beneficial for elderly patients? A large, retrospective cohort study based on real-world data from Japan. Adachi H, Saito A, Shintani Y, Okami J, Ito H, Ohtsuka T, Mori T, Watanabe SI, Chida M, Endo S, Nakanishi R, Kadokura M, Suzuki H, Miyaoka E, Yoshino I, Date H, Japanese Joint Committee Of Lung Cancer Registry. Jpn J Clin Oncol. 2023 Dec 7;53(12):1191-1200.
11. Benefit of Adjuvant Chemotherapy for Patients Older Than 75 Years With Completely Resected p-Stage II-IIIA Non-Small-Cell Lung Cancer: A Retrospective Cohort Study Using Japanese Nationwide Real-World Data. Adachi H, Morohoshi T, Shintani Y, Okami J, Ito H, Ohtsuka T, Mori T, Watanabe SI, Chida M, Endo S, Nakanishi R, Kadokura M, Suzuki H, Miyaoka E, Yoshino I, Date H; Japanese Joint Committee of Lung Cancer Registry. Clin Lung Cancer. 2024 Jan;25(1):61-71.
12. Clinicopathological Features and Survival Outcomes of Resected Lung Adenosquamous Carcinoma: Results From a Nationwide Japanese Registry Data. Hishida T, Okami J, Asamura H, Miyaoka E, Shintani Y, Kadokura M, Endo S, Chida M, Suzuki H, Yoshino I, Date H; Japanese Joint Committee of Lung Cancer Registry. Clin Lung Cancer. 2024 May 27:S1525-7304(24)00107-4.
13. Clinical outcomes of left upper segmentectomy vs. lobectomy for early non-small-cell lung cancer: a nationwide database study in Japan. Tane S, Okami J, Maniwa Y, Shintani Y, Ito H, Ohtsuka T, Toyooka S, Mori T, Watanabe SI, Chida M, Endo S, Nakanishi R, Kadokura M, Suzuki H, Miyaoka E, Yoshino I, Date H; Japanese Joint Committee of Lung Cancer Registry. Surg Today. 2024 Apr 18. doi: 10.1007/s00595-024-02844-8.
14. Surgically resected sarcomatoid carcinoma of the lung: a nationwide retrospective study in 2010. Kaseda K, Asakura K, Shintani Y, Okami J, Toyooka S, Sato Y, Watanabe SI, Chida M, Suzuki H, Miyaoka E, Yoshino I, Date H; Japanese Joint Committee of Lung Cancer Registry. BMC Cancer. 2024 Aug 2;24(1):938. doi: 10.1186/s12885-024-12728-2.

肺癌登録事業の国際貢献

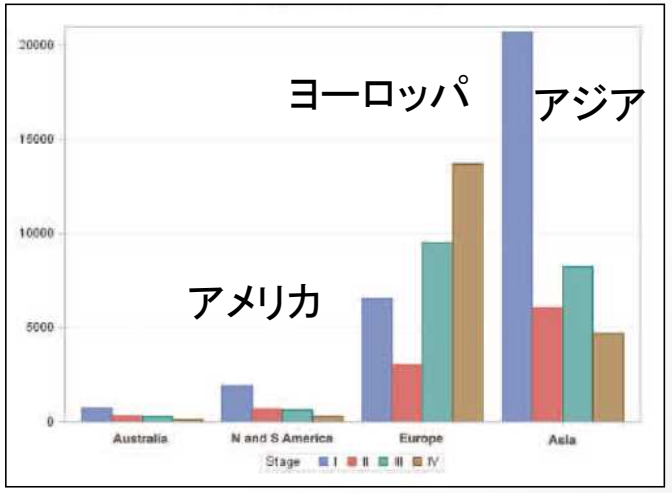
TNM Ver.8 (2016) への貢献

- 1994年　7,408　例
- 1999年　13,310 例
- 2002年　14,925 例
- 2004 年　11,663 例

47,306例のデータが
世界肺癌学会 (IASLC)
のstaging committee に
提供された

地域別の登録症例数

is much richer in details to allow refinements in the analyses of the different descriptors. Europe still is the leading contributing region, closely followed by Asia, thanks to the massive participation of Japan. In relation to the previous database, the cases from North America and Australia have dropped; and



肺癌登録事業の国際貢献

TNM Ver.9（2024）への貢献

- 第6次（2012年）　14,016 例
- 第7次（2016年）　19,026 例

33,042例のデータを
世界肺癌学会（IASLC）の
staging committeeへ提供

APPENDIX 3. Participating Institutions in the third phase of the IASLC Lung Cancer Staging Project

Participating institutions ordered by number of eligible cases submitted

I. Yoshino, Japanese Joint Lung Cancer Registry, Chiba, Japan (23,663 cases); T. Muley, Thoraxklinik, University Hospital Heidelberg, Heidelberg, Germany (8887 cases); W. Li, CAALC: West China Hospital, Sichuan University, Chengdu, China (7345 cases); Y. Kim, Korean Association for Lung Cancer, Seoul, South Korea (4622 cases); H.K. Kim, Samsung Medical Center, Seoul, South Korea (4130 cases); F. Griesinger, CRISP, Berlin, Germany (5482 cases)*; J. Huang, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, USA (3146 cases); R. Osarogiagbon, Baptist Memorial Hospital, Memphis, USA (3021cases); ・・・・・

肺癌登録事業の貢献

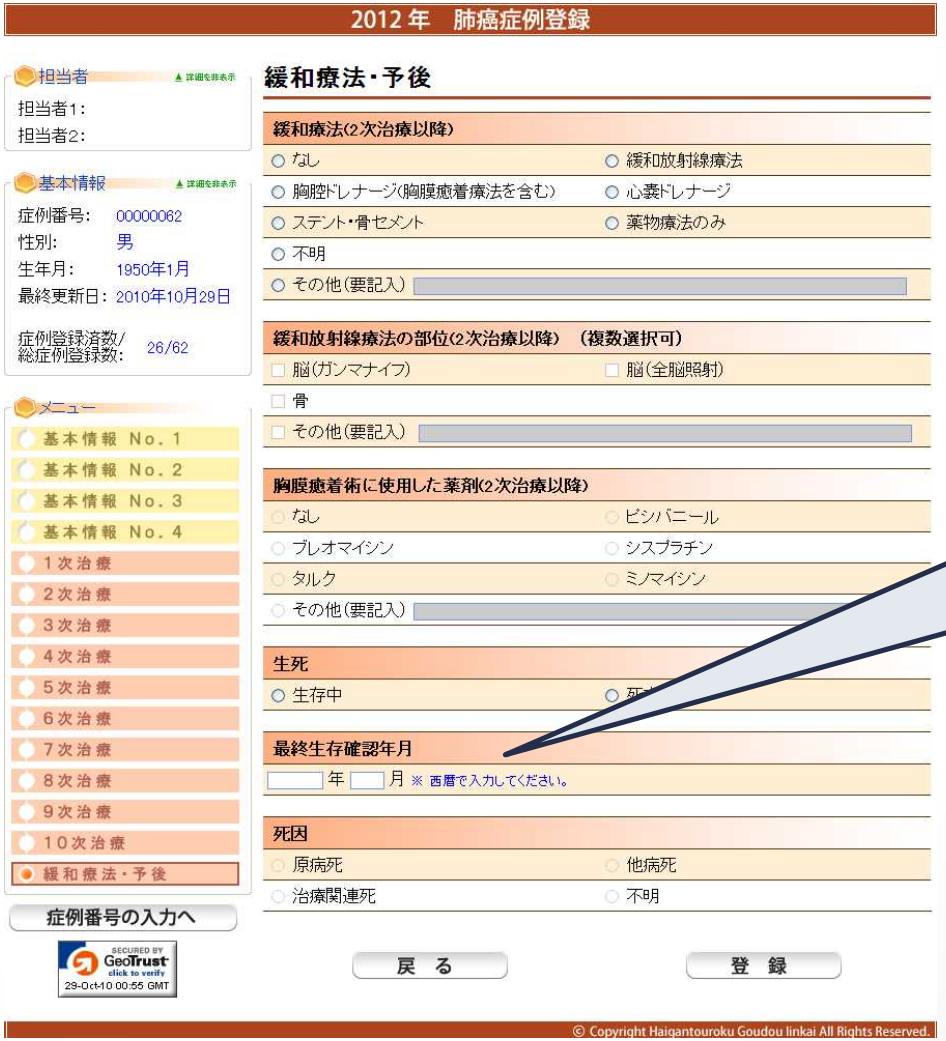
- わが国における胸部悪性腫瘍に関する診断・治療情報を集計し、予後因子等の解析を**論文として世界に向けて発信**する。
- **国際標準にかかるTNM分類改定**に多くの症例情報を提供し、発言力のある形で寄与していくことを目指す。
- 肺がん**診療ガイドラインの整備**、治験を含めた**臨床研究の基礎データ**として活用する。
- 胸部悪性腫瘍の予防、診断、治療の向上に寄与する。

肺癌登録事業の課題

- **事業の外科系への偏り**
  - 内科系登録事業の促進
- **国民への還元**
  - 一般の方への説明責任
- **登録率のさらなる向上**
  - 作業負担の軽減
  - インセンティブ
- National Clinical Database (NCD) との連携（外科症例）
  - 呼吸器外科領域の2階部分の活用（第11次・12次事業）

内科系事業の問題点





転院など
↓
正確な予後追跡が困難
長期予後が不明
死亡原因が不明

現在の各登録事業の問題点

	継続性	網羅性 （全症例）	登録時の患者背景情報 年齢、性別 併存疾患 既往症	診断 診断名 病理所見 診断法	検査データ 血液検査 画像検査	治療内容 治療法詳細 治療効果 有害事象	予後情報 フォローアップ イベントの有無 イベント発生日 再発形式 死因
全国がん登録	◎	◎	△	○	×	△ 初回治療	◎
NCD	◎	○ 手術例は全例	○	○	×	手術関連のみ	×
肺癌登録	△	×	◎	◎	◎	◎	○

- 互いに補填し合うことで、より正確で詳細なDB作成が可能

理想とする登録事業の在り方

- 継続的・網羅的な事業展開
- 詳細な診療情報
- 正確な予後情報
- 迅速な情報解析
- 個人情報の保護
- 効率的な集計作業
- DBの統合
- 継続的な国際貢献
- アカデミアによる利活用

第29回厚生科学審議会がん登録部会
令和６年１０月７日（月）
資料６

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

資料６　全国がん登録情報等の国外提供に係るルールの整理

厚生労働省健康・生活衛生局

がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

全国がん登録情報等の国外提供に係るルールの整理について

現状・課題

（現状）

- 全国がん登録情報の国外提供については、第17回がん登録部会（令和３年９月29日）において議論され、法第17条に基づき、一定の要件を満たす場合に国外提供を可能とする現行の運用が定められた。
- 現行の運用により、「５大陸のがん罹患（CI5）」（国際がん登録協議会（IACR）及び国際がん登録協議会（IARC）が主導する国際共同研究）や、CONCORD（ロンドン大学衛生熱帯医学大学院等により行われている国際共同研究）へ参加するため、前述の国外の研究機関等と委託契約を結んだ国立がん研究センターが提供依頼申出者となり、国外提供が行われてきた。
- また、各都道府県においても、審議の上、法第18条又は第21条に基づき、 CI5 やCONCORDへの参加のために国外提供を行ったとの報告（※）を受けているところ。

（課題）

- 法第17条に基づく国外提供について、がん登録部会での議論のうえ一定のルールを整理したが、マニュアル等において明確化されていない。
- 都道府県がん情報の国外提供について、これまで明示されておらず、統一的な運用が行われていない。

（※）都道府県の国外提供実績

条	提供件数
第18条	15件
第21条	６件

全国がん登録情報等の国外提供に係るルールの整理について

対応（案）

（全国がん登録情報）

- 全国がん登録情報については、法第17条第１項第２号に基づく提供を行うこととし、中間とりまとめを踏まえ、国外の利用者の要件等についてマニュアルに明記することで、提供及び利用のルールを明確化する。

  （マニュアル改定は年度末を目途に行う予定）

（都道府県がん情報）

- CI5やCONCORDについては、法施行後の2016年以降の診断症例に関しては、全国がん登録情報の提供を受けて利用を行うものとする。
- 上記以外の研究のための、都道府県がん情報の国外への提供については、安全管理措置等の観点から、全国がん登録情報の提供のルールと同様に、国内にある行政機関等が国外の利用者と共同で責任を負う場合に限る。具体的には、第18条第１項第２号に該当する委託を受けた者等が外国政府又は日本が加盟している国際機関等の公的機関であって、かつ、委託等を行う都道府県の行政機関若しくは独立行政法人が提供依頼申出者となり共同で責任を負う場合に、国外提供を認めることとする。

（参考）がん登録推進法第17条に基づく国外提供のイメージ

■ 国外にある第三者を直接の提供依頼申出者とする申出については、がん登録推進法に基づく安全管理措置等の実効性の担保について懸念があることから、現時点では提供を不可とし、引き続き慎重な検討を行う。

全国がん登録情報
厚生労働大臣

提供不可 ✕

国外にある第三者

本対応方針案における、「国外提供」の考え方

■ 第17条第１項第２号に該当する委託を受けた者等が外国政府又は日本が加盟している国際機関等の公的機関であって、かつ、委託等を行う国の行政機関若しくは独立行政法人が提供依頼申出者となり共同で責任を負う場合について、国外提供が可能。

全国がん登録情報
厚生労働大臣

提供可能 ○

提供先

国の行政機関若しくは独立行政法人
※提供依頼申出者

外国政府又は日本が加盟している国際機関等の公的機関
※第17条第１項第２号に該当

共同で責任を負う

（参考）がん登録推進法第18条に基づく国外提供のイメージ

■ 国外にある第三者を直接の提供依頼申出者とする申出については、がん登録推進法に基づく安全管理措置等の実効性の担保について懸念があることから、現時点では提供を不可とし、引き続き慎重な検討を行う。

都道府県がん情報
都道府県知事

提供不可 ✕

国外にある第三者

本対応方針案における、「国外提供」の考え方

■ すでに提供実績があるCI5やCONCORDについて、法施行後の2016年以降の診断症例に関しては、全国がん登録情報の提供を受けて利用を行うものとする。

都道府県
がん情報

一括で対応 ▶

全国がん登録情報
厚生労働大臣

提供可能 ○

提供先

国の行政機関若しくは独立行政法人
※提供依頼申出者

外国政府又は日本が加盟している国際機関等の公的機関
※第17条第１項第２号に該当

共同で責任を負う

■ 今後、 CI5やCONCORD以外の事例が発生した場合、第18条第１項第２号に該当する委託を受けた者等が外国政府又は日本が加盟している国際機関等の公的機関であって、かつ、委託等を行う都道府県若しくは地方独立行政法人が提供依頼申出者となり共同で責任を負う場合について、国外提供が可能。

都道府県がん情報
都道府県知事

提供可能 ○

提供先

都道府県若しくは
地方独立行政法人
※提供依頼申出者

外国政府又は日本が加盟している
国際機関等の公的機関
※第18条第１項第２号に該当

共同で責任を負う

（参考）全国がん登録情報等の外国にある者への提供について

中間とりまとめにおける記載（抜粋）

（※）本資料において、太字下線を補記。

（対応方針）（抜粋）

- 具体的には、
  - 情報の適正利用と国民還元の観点から、**提供依頼申出者**は国内にある者のみ（国外の利用者単独による申出は不可、国内の申出者との共同責任のもと国外の利用者が利用する場合に限る）とし、
  - **国外の利用者**については、国民の権利利益の保護等の観点から、日本が加盟する国際機関又は相当の公益性があると認められる者であって、適正な安全管理体制や利用者の外形的な信頼性・実績の有無等の要件を満たす者とするべきである。
- 審査に当たっては、利用目的、利用の態様、提供依頼申出者及び国外の利用者の体制、安全管理に係る事項等を十分に検討するとともに、国外の利用者ががん登録推進法に基づく安全管理措置等について十分に理解・実施できるよう、国内の提供依頼申出者が責任を持って説明やフォローアップ等の対応を行うことを利用規約に明記することや、提供依頼申出者に対して、国外の利用場所における安全管理体制や、利用場所で適用される個人情報保護法制又は規約等について必要な説明を求めることなど、運用面での取扱いにおいても、十分に国民の権利利益の保護が図られるよう留意する必要がある。また、国民還元の観点から、研究ウェブサイト（日本語）等、一般の市民が確認できる場所において、全国がん登録データベースを用いた情報の提供を受ける調査研究の内容及び目的、個人情報の取扱い、研究の成果等について利用者が適切に情報公開することにより、国民に対する説明を推進するべきである。
- 加えて、国内の提供依頼申出者が、国外での利用における安全管理についても、共同で責任を負うことを利用規約等で明確にするとともに、国外の利用者についても安全管理措置が遵守されるような実効性確保のための措置、及び国外の利用者についても、知りえた情報を不当な目的で使用した場合や、安全管理措置等のがん登録推進法の規定に違反した場合について、**実効性を担保する措置を設けるべき**である。

（参照条文）がん登録推進法

がん登録推進法	条文
第17条	**（厚生労働大臣による利用等）** **第十七条**　厚生労働大臣は、国のがん対策の企画立案又は実施に必要ながんに係る調査研究のため、これに必要な限度で、全国がん登録データベースを用いて、全国がん登録情報又は特定匿名化情報を自ら利用し、又は次に掲げる者に提供することができる。ただし、当該利用又は提供によって、その情報により識別をすることができるがんに罹患した者又は第三者の権利利益を不当に侵害するおそれがあると認められるときは、この限りでない。 一　国の他の行政機関及び独立行政法人（独立行政法人通則法（平成十一年法律第百三号）第二条第一項に規定する独立行政法人をいう。次号において同じ。） 二　**国の行政機関若しくは独立行政法人から国のがん対策の企画立案若しくは実施に必要ながんに係る調査研究の委託を受けた者又は国の行政機関若しくは独立行政法人と共同して当該がんに係る調査研究を行う者** 三　前号に掲げる者に準ずる者として厚生労働省令で定める者 2　厚生労働大臣は、前項の規定による利用又は提供を行おうとするときは、あらかじめ、第十五条第二項に規定する審議会等の意見を聴かなければならない。
第18条	**（都道府県知事による利用等）** **第十八条**　都道府県知事は、当該都道府県のがん対策の企画立案又は実施に必要ながんに係る調査研究のため、これに必要な限度で、全国がん登録データベースを用いて、当該都道府県に係る都道府県がん情報又はこれに係る特定匿名化情報を自ら利用し、又は次に掲げる者に提供することができる。この場合においては、前条第一項ただし書の規定を準用する。 一　当該都道府県が設立した地方独立行政法人（地方独立行政法人法（平成十五年法律第百十八号）第二条第一項に規定する地方独立行政法人をいう。次号及び次条第一項において同じ。） 二　**当該都道府県若しくは当該都道府県が設立した地方独立行政法人から当該都道府県のがん対策の企画立案若しくは実施に必要ながんに係る調査研究の委託を受けた者又は当該都道府県若しくは当該都道府県が設立した地方独立行政法人と共同して当該がんに係る調査研究を行う者** 三　前号に掲げる者に準ずる者として当該都道府県知事が定める者 2　都道府県知事は、前項第三号の規定により同項第二号に掲げる者に準ずる者を定め、又は同項の規定による利用若しくは提供を行おうとするときは、あらかじめ、審議会その他の合議制の機関の意見を聴かなければならない。３前項に規定する審議会その他の合議制の機関の委員その他の構成員には、がん、がん医療等又はがんの予防に関する学識経験のある者及び個人情報の保護に関する学識経験のある者が含まれるものとする。
第21条	**（その他の提供）** **第二十一条**　（略） 9　都道府県知事は、がんに係る調査研究を行う者から当該都道府県に係る都道府県がん情報につき匿名化が行われた情報の提供の求めを受けた場合において、次に掲げる要件のいずれにも該当するときは、当該がんに係る調査研究に必要な限度で、全国がん登録データベースを用いて、都道府県がん情報の匿名化及び当該匿名化を行った情報の提供（当該提供の求めを受けた情報が都道府県がん情報に係る特定匿名化情報である場合にあっては、その提供）を行うことができる。この場合においては、第十七条第一項ただし書の規定を準用する。 一　当該がんに係る調査研究が、がん医療の質の向上等に資するものであること。 二　当該がんに係る調査研究を行う者が、当該提供を受ける都道府県がん情報の匿名化が行われた情報を取り扱うに当たって、当該匿名化が行われた情報について、その漏えい、滅失及び毀損の防止その他の適切な管理のために必要な措置を講じていること。

（参考）５大陸のがん罹患（ＣＩ５）やＣＯＮＣＯＲＤに全国がん登録情報を提供する意義

○　５大陸のがん罹患（CI5）は、他国と比較可能ながん罹患データの国際データブックである。

○　CONCORDは、特定の病院からのサンプリング等によらない、偏りのないがん患者及び医療機関のデータで生存率を国際比較できる代表的な統計である。

○　国際的な動向と比較した場合の、日本の現状を確認できる。

- がん罹患：肺がん、子宮頸がん、大腸がん、乳がんでは年齢調整罹患率が高く、増加傾向

  ⇒　がん予防対策（たばこ対策、ワクチン接種）の強化、がん検診促進

- がん生存率：消化器のがんの生存率は世界で最も高い国の１つ。皮膚の悪性黒色腫、造血器腫瘍は他の地域より低い結果

  ⇒　医療水準が国際的に見ても高水準であることが確認でき、がん検診や一般的な関心の高さが早期発見に繋がり、良好な生存率に貢献していると考えられた。

○　日本のがん対策を評価するためには、罹患率や生存率を他国と比較することが有用である。

○　日本の現状をふまえ、重点的に取り組むべきがん対策（特にがん予防、がん検診）について示すことが出来た

○　全国がん登録情報が貴重な情報源として世界のがん対策に貢献するとともに、国内のがん対策へのフィードバックにより、国民にも還元されることが期待できる

国立がん研究センター聴取の上で厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

国立がん研究センターがん対策研究所がん登録センター

全国がん登録システム不具合への対応と作業進捗①

事象と原因

【事象】2023年初夏の2020年集計確定の際に数値の異常が発覚

【原因】全国がん登録データベースのシステム更改において、以下の要因が重なったことにより、がんを分類するコード（ICD-O）の更新を行った際の作業に不備が生じた。

- 委託業者との理解共有・コミュニケーション不足
- コード更新における準備工程期間の不足、検証体制の未整備
- がん登録運用方針決定における国がん内意思決定プロセスの不備

講じた再発防止策

- システム請負業者との会議の頻度を増やし、管理責任者は常時、会議に参加することとした。
- アプリケーションを用いたプロジェクト管理を導入し、関係者内において事業内容の理解と進捗が共有されるようにした。
- 全国がん登録システムを含むがん登録関連システム全体の合理化につき抜本的に検討している。
- 2025年度以降のシステム改修については、十分な工程期間を確保するとともに、外部有識者による十分な検証体制を構築することとした。
- がん登録運用における方針決定を整理し、それに伴う諮問委員会の見直しを行った。
- これら作業を主体的に担う国がん職員を補充し、役割の再整理を行っている。

全国がん登録システム不具合への対応と作業進捗②

これまでの復旧の進捗

2023年　11月　外部有識者による復旧のためのタスクフォースを構成し、現状の分析を開始。2020年集計のため、システム更改前の環境に戻すことを決定。

2024年　3月　2020年集計を1年遅れで公表

5月　2021年集計以降の作業方針の決定、不備のあったマスタ更新作業など開始

8月　都道府県において2021年集計のための通常業務再開

今後の公表の遅延解消及び迅速化予定

2025年　3月　2021年集計を1年遅れで公表予定

2025年　11月～2026年　1月

2022年集計を約9か月遅れで公表予定　併せて

2023年集計を以前より約3か月前倒しで公表予定

※2025年度の作業において、2年分の病院等への遡り調査、市町村への住所異動確認調査を同時に行うことで、病院等、市町村、都道府県の負担を最小限に抑えつつ作業時間の大幅な短縮を計画。国がんにおける集計データ検証の作業なども外部有識者委員会などを活用し、補充された職員にて最短で実施。

第 30 回厚生科学審議会がん登録部会
議事次第

日　時：令和６年 11 月 25 日（月）15:00～17:00
場　所：オンライン開催

１　議　　題

（１）中間とりまとめ等を踏まえた今後の対応（案）について【公開】
（２）法第 20 条の規定により提供される生存確認情報の取扱いに対する対応【公開】
（３）「全国がん登録　情報の提供マニュアル」の改訂について【公開】
（４）全国がん登録情報の利用・提供に係る審査【非公開】

２　資　　料

【資料１】中間とりまとめ等を踏まえた今後の対応（案）について〈公開〉
【資料２】法第 20 条の規定により提供される生存確認情報の取扱いに対する対応〈公開〉
【資料３】「全国がん登録　情報の提供マニュアル」の改訂について〈公開〉
【資料４】申出一覧と各申出の概要〈非公開〉
【資料５】申出文書一式（申出番号 X2024-0002）〈非公開〉
【資料６】申出に対するがん登録部会委員の自己申告書・事前審査報告書（申出番号 X2024-0002）〈非公開〉

【参考資料１】厚生科学審議会がん登録部会 委員名簿〈公開〉
【参考資料２】厚生科学審議会がん登録部会 関係規程等〈公開〉
【参考資料３】全国がん登録　情報の提供マニュアル 第４版〈公開〉
【参考資料４】全国がん登録　情報の提供の利用規約〈公開〉
【参考資料５】全国がん登録及び院内がん登録に係る課題と対応方針　中間とりまとめ〈公開〉
【参考資料６】がん登録等の推進に関する法律（平成 25 年法律第 111 号）〈公開〉
【参考資料７】がん登録等の推進に関する法律施行令（平成 27 年政令第 323 号）〈公

開〉

【参考資料８】諮問書・付議書〈公開〉

【参考資料９】申出文書の形式点検書〈非公開〉

第30回厚生科学審議会がん登録部会	資料１
令和６年11月25日（月）	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

資料１
中間とりまとめ等を踏まえた今後の対応（案）について

厚生労働省健康・生活衛生局

がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

中間とりまとめ等を踏まえた今後の対応（案）について

第27回から第29回までのがん登録部会における議論を整理すると以下のとおり。

【主な見直し項目】

1．医療DXの取組の一環として行う項目

○他のデータベースとの連結・解析
・匿名化された全国がん登録情報と、NDB等の他の公的DB等の匿名化情報との連結解析を可能とするよう法の規定を整備することが必要。
・連結解析を可能とするに当たり、匿名化情報の保護措置について、他の公的DB等と同様の保護水準を確保したものとするよう、法の規定を整備することが必要。

○匿名化の定義の明確化
・匿名化の基準について、他の公的DB等の匿名化情報や個人情報保護法における匿名加工情報の基準を勘案し、法の規定を整備することが必要。

○届出の照合・集約作業の効率化及びデータ精度の向上
・届出情報の審査・整理（名寄せ）において、最古の被保険者番号から生成されるID（ID5）の利用を可能とするよう必要な法の規定を整備することが必要。

○住所異動確認調査の円滑化
・都道府県及び国立がん研究センターにおける届出の審査整理にかかる事務等について、住基ネットを利用可能とするよう法の規定を整備することが必要。

○仮名化情報の利用・提供
・利用・提供の必要性等に関して適切な審査を行うとともに、厚生労働大臣・利用者が遵守すべき保護措置等を定めた上で、仮名化情報の利用・提供を可能とするよう、また、他の公的DB等の仮名化情報との連結解析を可能とするよう、法の規定を整備することが必要。

○情報連携基盤の構築及び利用申請・審査の体制の一元化
・利用申請の受付窓口や審査の体制について原則的に一元化を図り、審査の手順や内容の統一を行うことが必要。
※事務の効率性のため、厚生労働大臣から国立がん研究センターに権限委任する情報及び都道府県知事が権限を持つ情報の提供は、既存の体制を維持。

2．がん登録制度における運用の見直し項目

○法第20条の規定により提供される生存確認情報の取扱いに対する対応
・現状の法第20条の規定を維持しつつ、適切な利活用の推進に向け、以下のとおり検討を進めることが必要。
・病院内の調査研究については引き続き認め、今後さらに、研究ニーズを踏まえて、利用や保管の方法について見直す。
・病院以外の者（第三者）への提供については、都道府県からの提供時点において、あらかじめ当該第三者の特定ができず、安全管理措置等の実効性の担保が困難であるため、法第20条に基づき提供される生存確認情報を加工せず提供することは認めるべきではない。一方で、研究ニーズを踏まえ、情報の保護にも留意した利活用のあり方について、整理する。

○国外提供に係るルールの整理
・国外の利用者の要件等についてマニュアルに明記すること等により、提供及び利用の運用ルールを明確化することが必要。

第30回厚生科学審議会がん登録部会	資料２
令和６年11月25日（月）	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

資料２
法第20条の規定により提供される生存確認情報の取扱いに対する対応

厚生労働省健康・生活衛生局

がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

法第20条の規定により提供される生存確認情報の取扱いに対する対応

現状・課題

- がん登録推進法に基づき、がん登録情報の提供を受けた者は、法第30条から第34条までの規定により、安全管理措置や保有期間制限等に係る規定の適用を受け、情報の厳格な管理が求められる。
- これらの規定等を踏まえ、法第20条の規定により提供を受けた生存確認情報（生死の別・最終生存確認日／死亡日及び死因）については、以下のような運用ルールが第12回がん登録部会において示されており、限定的な取扱いとなっている。
  - ・院内がん登録データベースへ保存し、当該病院の診療情報と区別できるようにすること。
  - ・カルテに転記しないこと。
  - ・他のデータベース等への転用はしないこと。
  - ・第12回がん登録部会における資料１「①院内がん情報の活用について」において示された活用にのみ利用すること。

対応（案）

➢ 利用目的について

法第20条に規定される目的に照らし、病院内で行われるがんに係る研究（※）については、上記の生存確認情報の利用を引き続き認めた上で、その旨を周知していく。

（※）院内がん登録情報及び血液検査結果等を含む電子カルテ情報、レセプト情報、DPCデータを用いた併存症等の患者背景や臓器機能が、がん薬物療法、手術、放射線療法等の治療成績・予後に与える影響についての研究　等

➢ カルテ転記について

法第20条の規定により提供を受けた生存確認情報は、カルテへ転記された場合であっても、法第30条から第34条までの規定に則った適切な取扱いが求められる。特に、法第32条の規定による保有期間制限に関する具体的な対応方法について、病院内における関連システムの整備状況等について把握を行い、実現可能性について、引き続き検討する。

①院内がん情報の活用ついて

「院内がん登録の実施に係る指針」（平成27年12月厚生労働省告示第470号）において、院内がん情報の活用により、以下の効果が期待されている。

○病院において

・当該病院において診療が行われたがんの罹患、診療、転帰等の状況を適確に把握し、治療の結果等を評価すること及び他の病院における評価と比較すること。

・院内がん情報等を適切に公表すること。

・国立がん研究センターに提供すること。

○国立がん研究センターにおいて

・院内がん情報等を全国規模で収集し、当該情報を基にしたがん統計等の算出等を行うこと。

・院内がん情報等を適切に公表すること。

○行政において

・病院及び国立がん研究センターにおいて公表された院内がん情報を活用し、がん対策の企画立案やがん医療の分析及び評価を行う。

※　上記の場合、がん登録法に基づき、本人の同意なく活用できる。

法第20条の規定により提供される生存確認情報の取扱いに対する対応

対応（案）

➢ 病院からの第三者提供について

- 生存確認情報が、本人の同意なく収集された都道府県がん情報の一部であることや、その機微性に鑑みて、病院以外の者（第三者）に提供することは認められない。
- しかし、予後情報は、がんに係る研究において治療効果等を評価するに当たっては、重要な情報であり、正確な予後情報を活用した研究が推進されることは、医療の質の向上等につながるため、患者メリットが大きい。これを踏まえ、法第20条の規定により提供を受けた生存確認情報について、一定の加工を施すことにより、法第20条により情報を提供された病院が参加する多施設共同研究における他の施設への提供や、当該病院が登録している学会のデータベース等への提供を認めることとする。
  ※　法第30条から第34条までの規定は適用されない。なお、個人情報保護法は引き続き適用される。
- 運用の開始に向けて、マニュアルの整備を検討する。

＜具体的な加工方法（案）＞

◆最終生存確認日又は死亡日

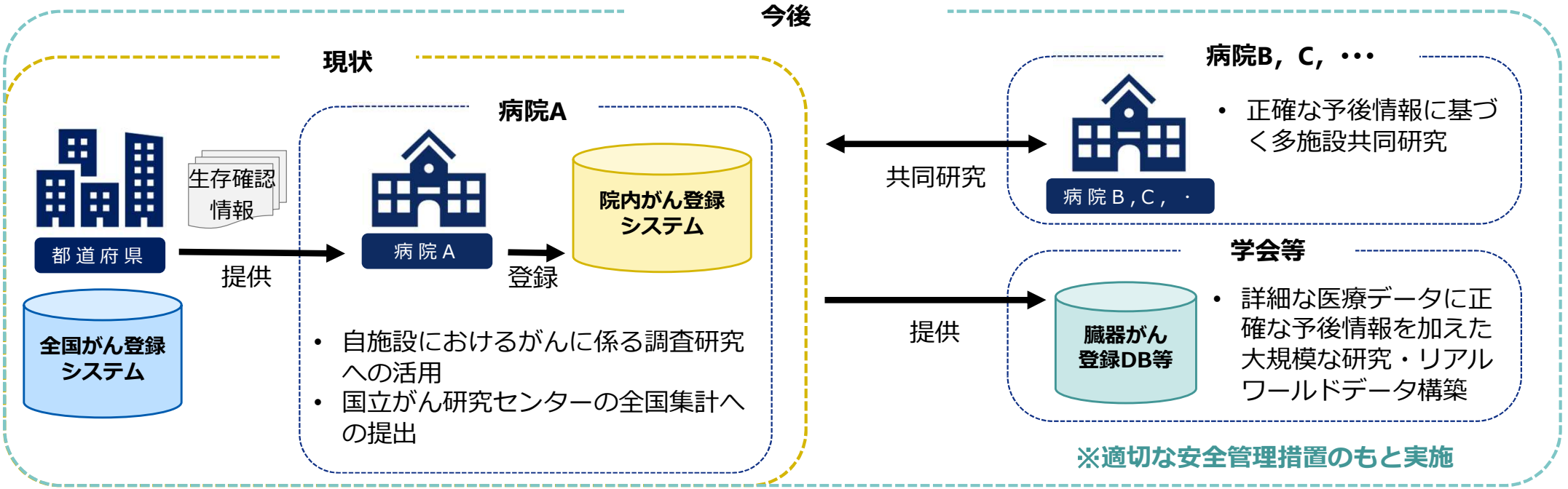
・提供者（病院）は、診断日等から起算した、最終生存確認日又は死亡日までの期間（日数）を算出する。

・提供先（第三者）は、最終生存確認日又は死亡日の復元が困難となるよう、元々保有している診断日等の情報について、「年月日」を「年月」に置換（「日」を削除）する。
なお、提供後においても新規に診断日等を追加する際には、同様の取扱いとする。

◆死因

・原死因を「がんによる死亡」又は「その他の原因による死亡」のいずれかに置換する。

法第20条の規定により提供される生存確認情報の患者・国民への還元



患者・国民への還元

現状

- **正確な予後情報を反映した治療成績を含む（単施設の）研究成果が出ることにより、医療の質の向上に資する。**
- **ステージ分類毎の生存率等、正確な予後情報に基づいて我が国のがん治療成績等を客観的に把握できる。**

※ただし、現状では、多施設共同研究等で予後情報を利用する場合、医療者が電話等で患者（家族や遺族を含む）や紹介先の施設に予後追跡を行う以外の選択肢がない。予後追跡は、患者（家族や遺族を含む）及び医療者の心理的及び物理的な負担が大きい上、正確性にも限界がある。

今後、現状に加え

- **多施設共同研究等においても、詳細な医療情報と正確な予後情報をあわせた大規模な研究がなされ、効果的ながん予防・がん医療・がんとの共生に関する検討や政策の促進が期待される。**
- **この結果、医療の質が向上し、患者・国民がより良いがん医療や支援を受けられる。**

※今後は、患者等への予後追跡の負担なく、正確な予後情報を利用した多施設共同研究等が可能となる。

今後、患者・国民にとっての意義について周知に努めていくことが重要

（参照条文）がん登録推進法

がん登録推進法	条文
第20条	**（病院等への提供）** 第二十条　**都道府県知事は、**当該都道府県の区域内の**病院等における院内がん登録その他がんに係る調査研究のため、**当該病院等の管理者から、**当該病院等から届出がされたがんに係る都道府県がん情報（**厚生労働省令で定める**生存確認情報**及び厚生労働省令で定める当該病院等に係る第五条第二項に規定する附属情報**に限る。）の提供の請求を受けたときは、全国がん登録データベースを用いて、その提供を行わなければならない。**この場合においては、第十七条第一項ただし書の規定を準用する。
第30条	**（受領者等による全国がん登録情報の適切な管理等）** 第三十条　第三節の規定により全国がん登録情報若しくは都道府県がん情報又はこれらの情報の匿名化が行われた情報の提供を受けた者は、当該提供を受けたこれらの情報を取り扱うに当たっては、これらの情報について、**その漏えい、滅失及び毀損の防止その他の適切な管理のために必要な措置を講じなければならない。** ２　前項の規定は、同項に規定する者から同項に規定する情報の取扱いに関する事務又は業務の委託を受けた者が当該委託に係る業務を行う場合について準用する。
第31条	**（受領者等による全国がん登録情報の利用及び提供等の制限）** 第三十一条　第三節の規定により全国がん登録情報若しくは都道府県がん情報又はこれらの情報の匿名化が行われた情報の提供を受けた者（国立がん研究センター、都道府県知事（第二十四条第一項の規定により権限及び事務の委任を受けた者を含む。第四十二条第一項において同じ。）及び市町村長を除く。次条において同じ。）は、これらの情報について、**その提供を受けた目的以外の目的のために利用し、又は提供してはならない。** ２　前項の規定は、同項に規定する者から同項に規定する情報の取扱いに関する事務又は業務の委託を受けた者が当該委託に係る業務を行う場合について準用する。
第32条	**（受領者による全国がん登録情報の保有等の制限）** 第三十二条　第三節の規定により全国がん登録情報若しくは都道府県がん情報又はこれらの情報の匿名化が行われた情報の提供を受けた者は、これらの情報について、**その提供を受けた目的に係る利用に必要な期間（全国がん登録情報又は都道府県がん情報については、政令で定める期間を限度とする。）を超えて保有してはならない。**
第33条	**（受領者等に係る全国がん登録情報の取扱いの事務等に従事する者等の秘密保持義務）** 第三十三条　第三節の規定により全国がん登録情報若しくは都道府県がん情報の提供を受けた場合におけるこれらの情報の取扱いの事務若しくは業務に従事する者若しくは従事していた者又は当該提供を受けた者からこれらの情報の取扱いに関する事務若しくは業務の委託があった場合における当該委託に係る業務に従事する者若しくは従事していた者は、**それぞれその事務又は業務に関して知り得たこれらの情報に関するがんの罹患等の秘密を漏らしてはならない。**
第34条	**（受領者等に係る全国がん登録情報の取扱いの事務等に従事する者等のその他の義務）** 第三十四条　第三節の規定により全国がん登録情報若しくは都道府県がん情報若しくはこれらの情報の匿名化が行われた情報の提供を受けた場合におけるこれらの情報の取扱いの事務若しくは業務に従事する者若しくは従事していた者又は当該提供を受けた者からこれらの情報の取扱いに関する事務若しくは業務の委託があった場合における当該委託に係る業務に従事する者若しくは従事していた者は、**それぞれその事務又は業務に関して知り得たこれらの情報をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に使用してはならない。**

第30回厚生科学審議会がん登録部会	資料３
令和６年11月25日（月）	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

資料３
「全国がん登録　情報の提供マニュアル」の改訂について

厚生労働省 健康・生活衛生局
がん・疾病対策課
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

「全国がん登録　情報の提供マニュアル」の改訂について

○第27回から第29回までのがん登録部会において、「中間とりまとめ」を踏まえた今後の対応等について検討してきたところ、運用の見直しを行うべき事項について、「全国がん登録　情報の提供マニュアル」を改訂することで一定程度対応する。
併せて、これまでの情報提供や審議の状況を踏まえ、必要な見直しを行う。
○まず、令和６年度末を目途に改訂を行う。その後も必要に応じて改訂を行っていく。

主な改訂事項（令和６年度末を目途）

○第27回から第29回までのがん登録部会において検討してきた事項

- 法第20条の規定により提供される生存確認情報の取扱いに係る方針の明確化
- 全国がん登録情報等の国外提供に係る運用ルールの明確化

○その他、これまでの情報提供や審議の状況を踏まえ、見直しが必要となる事項

- 利用者の範囲の明確化
- 「利用者（申請者）用」と「提供者（実務者）用」の分冊化
- 申出文書の利便性向上

「全国がん登録　情報の提供マニュアル」の改訂について

令和６年度末を目途に行う改訂の方針案は以下のとおり。

検討項目	現行マニュアルの課題	改訂方針（案）
• 法第20条の規定により提供される生存確認情報の取扱いに係る方針の明確化	• 法第20条の規定により提供される生存確認情報の取扱いについて明記されていない。	• これまでのがん登録部会における議論を踏まえ、適切な安全管理措置のもと、第三者提供を可能とする場合の加工方法について明記する。
• 全国がん登録情報等の国外提供に係る運用ルールの明確化	• 全国がん登録情報及び都道府県がん情報の国外提供に必要な要件や対応が不明確。	• 第29回がん登録部会において示した運用ルールを明記する。
• 利用者の範囲の明確化	• 中間とりまとめの「情報の利用範囲（民間事業者の利用可否）」において挙げられたとおり、利用者の範囲及びその基準が不明確。	• 治療法や医薬品の開発等を通じ、広く一般国民の利益となることが期待できる場合など、民間事業者における情報の利用が可能であることが分かるよう、民間事業者を含めた利用者の範囲や利用できる場合の範囲を明記する。
• 「利用者（申請者）用」と「提供者（実務者）用」の分冊化	• 現行のマニュアルには、利用者、提供者それぞれが留意すべき点が混在しており、利便性が低い。	• これまでの状況を踏まえ、申出の事前相談から利用、研究結果の公表まで、利用者に必要な内容をまとめたマニュアルと全国がん登録情報の提供実務者に必要な内容をまとめたマニュアルへ分冊化する。
• 申出文書の利便性向上	• 申出文書に関する記載が、申出者にとって煩雑でわかりにくい記載がある。 • 各種様式について、情報提供の審議に関する事務を考慮されていない点があり、事務負担の増加につながる。	• 申出者が作成しやすいよう、申出文書に係る記載を整備する。併せて、審議体制を考慮して様式の整備等を行い、情報提供に関する事務の効率化を図る。

（参考）がん登録推進法第17条に基づく国外提供のイメージ

■ 国外にある第三者を直接の提供依頼申出者とする申出については、がん登録推進法に基づく安全管理措置等の実効性の担保について懸念があることから、現時点では提供を不可とし、引き続き慎重な検討を行う。

全国がん登録情報
厚生労働大臣

提供不可 ✕

国外にある第三者

本対応方針案における、「国外提供」の考え方

■ 第17条第１項第２号に該当する委託を受けた者等が外国政府又は日本が加盟している国際機関等の公的機関であって、かつ、委託等を行う国の行政機関若しくは独立行政法人が提供依頼申出者となり共同で責任を負う場合について、国外提供が可能。

全国がん登録情報
厚生労働大臣

提供可能 ○

提供先

国の行政機関若しくは独立行政法人
※提供依頼申出者

外国政府又は日本が加盟している国際機関等の公的機関
※第17条第１項第２号に該当

共同で責任を負う

（参考）がん登録推進法第18条に基づく国外提供のイメージ

■ 国外にある第三者を直接の提供依頼申出者とする申出については、がん登録推進法に基づく安全管理措置等の実効性の担保について懸念があることから、現時点では提供を不可とし、引き続き慎重な検討を行う。

都道府県がん情報
都道府県知事

提供不可 ✕

国外にある第三者

本対応方針案における、「国外提供」の考え方

■ すでに提供実績があるCI5やCONCORDについて、法施行後の2016年以降の診断症例に関しては、全国がん登録情報の提供を受けて利用を行うものとする。

都道府県
がん情報

一括で対応 ▶

全国がん登録情報
厚生労働大臣

提供可能 ○

提供先

国の行政機関若しくは独立行政法人
※提供依頼申出者

外国政府又は日本が加盟している国際機関等の公的機関
※第17条第１項第２号に該当

共同で責任を負う

■ 今後、 CI5やCONCORD以外の事例が発生した場合、第18条第１項第２号に該当する委託を受けた者等が外国政府又は日本が加盟している国際機関等の公的機関であって、かつ、委託等を行う都道府県若しくは地方独立行政法人が提供依頼申出者となり共同で責任を負う場合について、国外提供が可能。

都道府県がん情報
都道府県知事

提供可能 ○

提供先

都道府県若しくは
地方独立行政法人
※提供依頼申出者

外国政府又は日本が加盟している
国際機関等の公的機関
※第18条第１項第２号に該当

共同で責任を負う

第 59 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会

議事概要

１．審議開始日

令和６年 12 月 16 日

２．議決日

令和６年 12 月 17 日

３．方法

持ち回り審議による

４．議題

HPV ワクチンのキャッチアップ接種について

５．審議結果

第 64 回予防接種・ワクチン分科会予防接種基本方針部会において議論された、HPV ワクチンのキャッチアップ接種の終了に向けた対応について、賛成多数で了承された。なお、周知・広報に当たっては、委員意見を踏まえ適切に対応を行っていくこととなった。

①この夏以降の需要の大幅な増加に伴う限定出荷の状況等を踏まえ、期間中に１回以上接種している者については、期間終了後も公費で３回の接種を完了できるよう、経過措置を設けること

②対象者については、従来のキャッチアップ接種の対象者（平成９年度生まれから平成 19 年度生まれの女子）に加え、令和７年度に新たに定期接種の対象から外れる方（平成 20 年度生まれの女子）も対象とすること

③期間については、ワクチンの添付文書の記載等を踏まえ、キャッチアップ接種期間終了後、１年間とすること

④周知・広報については、自治体の準備や医療機関の接種体制を確保するため、経過措置の内容について、できるだけ速やかに情報提供を行う必要がある。また、対象者が接種について検討・判断できるよう、経過措置の内容とあわせて、ワクチンの有効性・安全性についても、引き続き丁寧かつ確実に情報提供を行うことが重要であること

６．主な意見

（経過措置の対象者に関する意見）

・基本方針部会の結論に異議なし（多数）

・あくまで間に合わなかった人向けの救済的な措置なのかもしれないが、同じ１年間の経過措置を置くのだとしたら、対象者を「期間中に１回以上接種している者」に限らずゼロ回の者も幅広く認めてもよいようにも思えた。

（経過措置の期間に関する意見）

・基本方針部会の結論に異議なし（多数）

・経過措置期間は標準的な接種期間以上に設定するとしても令和７年 12 月末までで十分ではないか。

（周知・広報に関する意見）

・基本方針部会の結論に異議なし（多数）

・特に周知・広報は重要であると考えており、科学的根拠に基づく有効性・安全性についての正しい情報提供を引き続きお願いする。

・経過措置に関する情報提供を丁寧にしていただくようお願いしたい。

・対象者が接種について適切な判断ができるよう、ワクチン（有効性と安全性）と施策について、丁寧でわかりやすい情報の周知をお願いする。

・啓発資材として、年齢（誕生年度）別、接種回数別に自らが対象に該当するかどうかわかるものがあると望ましい。

・平成７年度に新たに定期接種の対象から外れる方への多方面からの積極的な情報提供をお願いする。

・３回目接種（接種完了）までの期間が標準的期間内で終了することが望ましいと思いますので、薬事上の接種可能期間とは別にしかるべき情報提供をしていただくことを希望する。

・来年３月までの接種を勧めるポスター・広告の中には、「若い世代の子宮頸がんが増えている」と事実に反する内容が書かれているものや「今だけ無料」、「マジで自腹」などのあおり文句等、妥当性が疑われる記載例があること、そのような長所のみを強調してリスクについての情報が乏しく、熟慮の上での適切な選択の機会を損ないかねないポスターが散見されることについては、医薬品等行政評価・監視委員会（第 17 回、2024 年 9 月 20 日）において指摘があったところであるが、十分に顧みられていないのではないか。今回の資料には「引き続き丁寧かつ確実に情報提供を行うことが重要である」との記載があるが、必ずしも従前の広報が丁寧で妥当だったとまでは思えず（むしろ乱暴なものが放置されていた。委員会の指摘を受けて修正した例もある）、「引き続き」というよりは、「今後はより一層」丁寧かつ確実に情報提供を行うことを求めたい。

・国と自治体にも役割があると思いますが、役割分担を明確にしていただくよう、特にワクチンの有効性・安全性については国の役割としてお願いしたい。

第59回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会	資料１
2024(令和６)年12月16日	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

HPVワクチンのキャッチアップ接種について

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

１．報告事項：HPVワクチンのキャッチアップ接種について

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

本日の内容

【１】HPVワクチンのキャッチアップ接種について

（１）これまでの経緯

（２）HPVワクチンの接種状況

（３）HPVワクチンの安全性・有効性

（４）HPVワクチンの流通状況

（５）キャッチアップ接種の周知・広報

（６）基本方針部会（令和６年11月27日）における
HPVワクチンのキャッチアップ接種についての議論のまとめ

HPVワクチンに関するこれまでの経緯

子宮頸がんについて
- 日本で年間約1.1万人が罹患、約2,900人が死亡。患者は20代から増え始め、40代が最多。
- 典型的にはヒトパピローマウイルス (HPV) の持続感染により、数年～数十年かけて前がん病変から浸潤がんに至る。

HPVワクチンについて
- ２価・４価ワクチンは子宮頸がんの原因の約６～７割を占めるウイルス型を、９価ワクチンは約８～９割を占めるウイルス型を防ぐ。
- 予防接種法に基づき小学校６年～高校１年相当の女子（標準的な接種時期は中学校１年）に対して定期接種が行われている。

海外の状況
- WHOよりワクチンが推奨されており、米、英、独、仏等の先進各国において公的接種に位置づけられている。

平成22年11月26日～ 平成25年３月31日	平成22、23年度補正予算により、子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業（基金）を実施
平成25年４月１日	予防接種法の一部を改正する法律が施行され、**ＨＰＶワクチンの定期接種を開始**
⇒　以降、疼痛又は運動障害を中心とした多様な症状が報告され、マスコミ等で多く報道された	
平成25年６月14日	厚生労働省の審議会※で、**「ワクチンとの因果関係を否定できない持続的な疼痛の発生頻度等がより明らかになり、国民に適切な情報提供ができるまでの間、定期接種を積極的に勧奨すべきではない」**とされ、**積極的勧奨差し控え**（厚生労働省健康局長通知） ※　厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会と薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会の合同開催
⇒　以降、審議会において検討	①HPVワクチンのリスク（安全性）とベネフィット（有効性）を整理 ②HPVワクチン接種後に生じた症状に苦しんでいる方に寄り添った支援をどう進めていくのか ③HPVワクチンの安全性・有効性等に関する情報提供をどう進めていくのか
令和４年４月１日	審議会の結論をふまえ、 **積極的勧奨の再開**及び接種の機会を逃した方に対する**キャッチアップ接種（３年間）を開始**
令和５年４月１日	**9価HPVワクチンを定期接種に用いるワクチンとして位置づけ**

キャッチアップ接種に関する議論（令和３年11月分科会）

○　令和３年11月の予防接種・ワクチン分科会において、積極的勧奨の再開と併せてキャッチアップ接種について検討を行い、有効性・安全性、対象者の範囲、期間、周知・勧奨の方法等について議論した。

主なご意見等

【有効性・安全性】

○　HPV関連の子宮病変に対するワクチンの有効性について、定期接種の対象年齢（小学校６年～高校１年相当の女子）以上の世代に接種した場合であっても一定程度の予防効果が期待できるが、性交経験によるHPV感染によってワクチンの予防効果が減少することも示されている。

○　定期接種の対象年齢以上の世代への接種においても、明らかな安全性の懸念は示されていない。

【対象者の範囲】

○　積極的勧奨を差し控えている間に定期接種の対象であった９学年（H9～H17年度生まれ）は、積極的勧奨の差し控えにより接種機会を逃した可能性があり、公平性の観点から、これらの全ての世代を対象とすべきではないか。

○　積極的勧奨は「標準的な接種期間」（13歳になる学年）を対象としていることから、積極的勧奨を差し控えている間に「標準的な接種期間」に該当した６学年（H12～H17年度生まれ）を対象とするという考え方もありうるのではないか。

【期間】

○　期間が短すぎると接種機会を十分に提供できない可能性がある一方、長すぎると早期に接種を行う必要がないという誤ったメッセージになる可能性がある。

○　自治体の準備や医療機関における接種体制、対象者の接種機会の確保の観点から、３年間程度が妥当ではないか。

【周知・勧奨の方法】

○　ワクチンの有効性や、年齢・性交経験との関係等についての情報をしっかり周知した上で、接種するかどうかについては接種対象者に検討・判断してもらうのがよいのではないか。

○　予診票を個別送付すると接種が強制であるかのように捉えられる可能性についても考慮すべきではないか。

キャッチアップ接種に関する議論（令和３年11月分科会）

結　論

【対象者の範囲】

○　HPVワクチンの積極的な勧奨の差し控えにより接種機会を逃した方に対して公平な接種機会を確保する観点から、積極的な勧奨を差し控えている間に定期接種の対象であった９学年（H9～H17年度生まれ）すべてをキャッチアップ接種の対象（※）とする。

※　キャッチアップ接種の期間中に新たに定期接種の対象から外れる世代（H18～19年度生まれ）についても順次対象とする。

【期間】

○　自治体の準備や医療機関における接種体制、対象者の接種機会の確保の観点等を踏まえ、キャッチアップ接種の期間は３年間とする。

【周知・勧奨の方法】

○　キャッチアップ接種の対象者については、予診票の個別送付を行うこと等による個別の勧奨を一律に求めることはせず、対象者が接種について検討・判断できるよう、ワクチンの有効性・安全性について丁寧な情報提供を実施する。その際、情報提供資材を個別送付するなど対象者への確実な周知に努める。

関係法令の改正イメージ

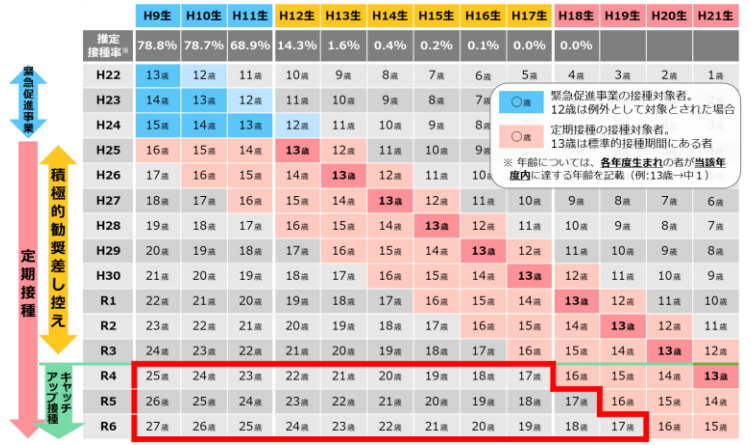
第29回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会
2022(令和4)年1月26日
資料4

前回の分科会での議論を踏まえた整理

・　HPVワクチンの積極的な勧奨の差し控えにより接種機会を逃した方に対して公平な接種機会を確保する観点から、積極的な勧奨を差し控えている間に定期接種の対象であった**９学年（H9年度生まれ～H17年度生まれ）すべてをキャッチアップ接種の対象**とする。

※　なお、接種機会の確保の観点から、キャッチアップ接種の期間中に定期接種の対象から新たに外れる世代についても、順次キャッチアップ接種の対象者とする。

・　接種対象者の接種機会の確保の観点や、地方自治体の準備、医療機関における接種体制等の観点を踏まえ、**キャッチアップ接種の期間は３年間**とする。



<参考> HPVワクチンのキャッチアップ接種の対象者、期間について
（令和３年12月23日第28回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会資料４より抜粋）

予防接種法施行令の改正の内容

・　令和４年４月１日から令和７年３月31日までの間、ヒトパピローマウイルス感染症に係る定期の予防接種の対象者を次に掲げる者とすること。

①　12歳となる日の属する年度の初日から16歳となる日の属する年度の末日までの間にある女子

②　平成９年４月２日から平成20年４月１日までの間に生まれた女子（前号に掲げる女子を除く。）

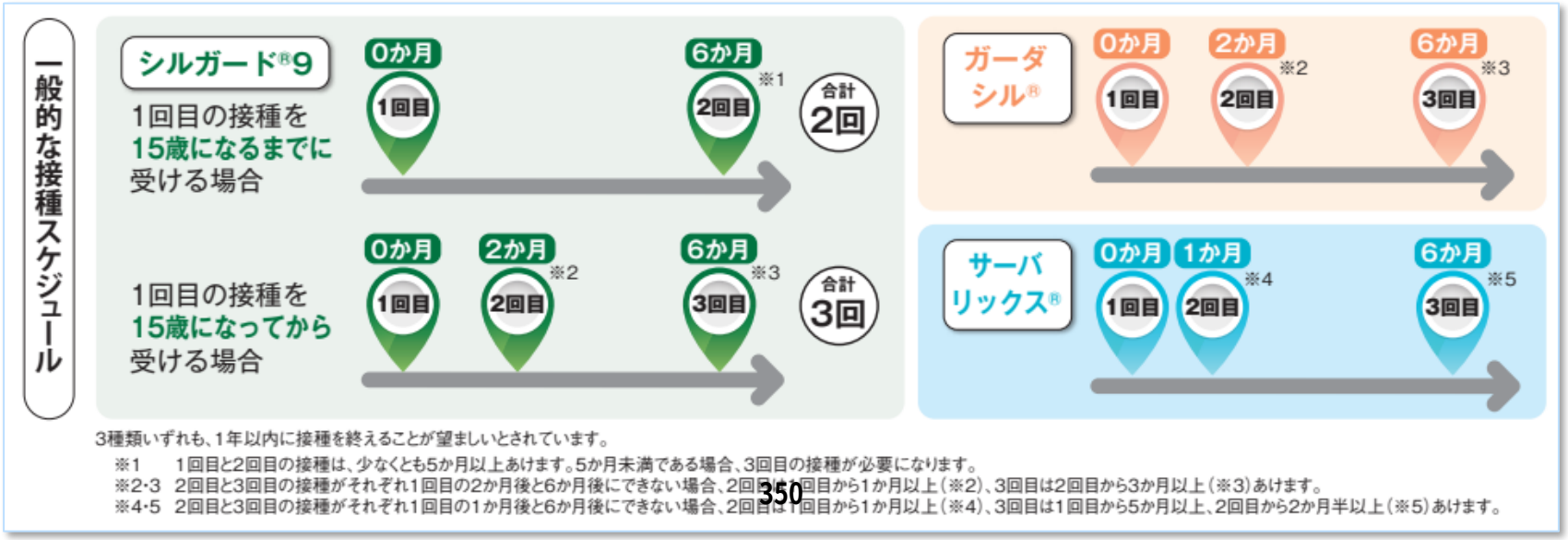
・　この政令は、令和４年４月１日から施行すること。

HPVワクチンの接種対象者と接種スケジュール

● 現在、従来の定期接種の対象者に加えて、**令和４年４月から令和７年３月末まで、接種の機会を逃した方のための「キャッチアップ接種」を実施**している。

従来の定期接種の対象者	キャッチアップ接種の対象者
・小学校６年～高校１年相当の女子 （12歳になる年度～16歳になる年度）	・平成９年度生まれ～平成19年度生まれの女性 （誕生日が1997年４月２日～2008年４月１日） ・過去にHPVワクチンの接種を合計３回受けていない

● 接種スケジュールは以下の通り、製剤や年齢毎に異なり、特に、接種を完了するには標準的には６か月程度を要することに留意が必要。



本日の内容

【１】HPVワクチンのキャッチアップ接種について

（１）これまでの経緯

（２）HPVワクチンの接種状況

（３）HPVワクチンの安全性・有効性

（４）HPVワクチンの流通状況

（５）キャッチアップ接種の周知・広報

（６）基本方針部会（令和６年11月27日）における
HPVワクチンのキャッチアップ接種についての議論のまとめ

HPVワクチンの接種者数の推移

第101回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会、
令和６年度第１回薬事審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会
2024(令和６)年４月15日
資料３
(改)

○　市区町村が実施した定期予防接種（HPVワクチン）の接種者数の推移は以下の通り。
○　令和３年度以降の全体の接種者数は、平成25年度のワクチン導入時点の接種者数を超え、増加する傾向にある。

年度		H25	H26	H27	H28	H29	H30	R１	R２	R３	R4 (※)
１回目	接種者数	98,656	3,895	2,711	1,834	3,347	6,810	17,297	83,735	198,474	540,681
２回目	接種者数	66,568	4,172	2,669	1,805	2,666	5,746	13,571	61,266	182,463	476,322
３回目	接種者数	87,233	6,238	2,805	1,782	1,847	4,184	9,701	37,556	139,014	336,762

出典：地域保健・健康増進事業報告（地域保健編）市区町村編「定期の予防接種被接種者数」

※：令和４年４月１日から、積極的勧奨再開及びキャッチアップ接種を開始しており、
令和４年度の実施者数にはキャッチアップ接種により接種した者の数を含んでいる。

HPVワクチンの年齢別累積初回接種率

速報値

○　各年度の接種実績を踏まえた、生まれ年度ごとの累積初回接種率（推計）は以下の通り。

例）2002年度生まれの累積初回接種率

・定期接種の累積初回接種率（0.8%）
　＝ 2014年度の初回接種率＋2015年度の初回接種率＋2016年度の初回接種率
　＋2017年度の初回接種率＋2018年度の初回接種率

・キャッチアップ接種も含んだ累積初回接種率（36.8%）
　＝ 2014年度の初回接種率＋2015年度の初回接種率＋2016度の初回接種率
　＋2017年度の初回接種率＋2018年度の初回接種率 ＋ 2022年度の初回接種率＋2023年度初回接種率＋2024年度の初回接種率

	定期接種対象者
	キャッチアップ世代
	標準的接種期間
	緊急促進事業

生まれ年度	2024年度内に達する年齢	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度（上半期）	累積（2024上半期）
1994	30	29.7%	23.7%														53.3%
1995	29	11.1%	62.3%	1.0%													74.4%
1996	28	11.9%	59.6%	6.7%													78.3%
1997	27	10.3%	59.2%	9.0%	1.0%									2.0%	1.6%	3.2%	86.2%
1998	26	0.7%	64.9%	12.1%	0.7%	0.0%								2.7%	2.0%	3.6%	86.9%
1999	25		1.2%	64.7%	2.3%	0.1%	0.0%							2.4%	2.5%	7.3%	80.5%
2000	24			1.2%	12.3%	0.2%	0.2%	0.1%						7.5%	5.7%	13.3%	40.6%
2001	23				0.9%	0.3%	0.1%	0.1%	0.2%					8.0%	8.4%	16.6%	34.5%
2002	22					0.0%	0.2%	0.0%	0.1%	0.5%				9.4%	9.0%	17.5%	36.8%
2003	21						0.0%	0.1%	0.1%	0.3%	1.2%			9.5%	9.2%	16.8%	37.3%
2004	20							0.0%	0.1%	0.1%	0.7%	9.2%		9.5%	9.4%	14.8%	43.9%
2005	19								0.0%	0.3%	0.4%	2.8%	20.3%	4.8%	5.0%	13.2%	46.8%
2006	18									0.1%	0.7%	1.2%	7.0%	16.0%	8.2%	13.5%	46.7%
2007	17										0.2%	2.0%	4.5%	10.7%	14.3%	12.7%	44.4%
2008	16											0.6%	4.6%	6.6%	20.4%	17.6%	49.9%
2009	15												1.8%	8.6%	9.9%	11.2%	31.5%
2010	14													2.4%	15.1%	9.5%	27.0%
2011	13														4.3%	8.8%	13.1%
2012	12															4.4%	4.4%

出典：令和４年度地域保健・健康増進事業報告（地域保健編）市区町村編「定期の予防接種被接種者数」より大阪大学上田豊先生ご協力のもと作成。
令和５年度、令和６年度数値は予防接種課調べ（速報値・令和６年度については一部の自治体を除く）

本日の内容

【１】HPVワクチンのキャッチアップ接種について

（１）これまでの経緯
（２）HPVワクチンの接種状況
（３）HPVワクチンの安全性・有効性
（４）HPVワクチンの流通状況
（５）キャッチアップ接種の周知・広報
（６）基本方針部会（令和６年11月27日）における
HPVワクチンのキャッチアップ接種についての議論のまとめ

HPVワクチンに係る副反応検討部会における検討状況（積極的勧奨再開の前後）

第60回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会
予防接種基本方針部会
2024(令和６)年５月22日
資料１（改）

積極的勧奨再開後の2022（令和４）年４月以降も、継続的に副反応検討部会（※）において医療機関等からの副反応疑い報告の状況等を踏まえて評価を継続し、現時点では重大な懸念は認められないと判断されている。

※薬事審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会との合同開催

積極的勧奨再開前の2022（令和４）年３月以前の報告状況

	接種可能のべ人数	製造販売業者からの報告		医療機関からの報告			
		報告数	報告頻度(%)	報告数	報告頻度(%)	うち重篤	報告頻度(%)
サーバリックス（２価）	7,030,055	951	0.0135	1,607	0.0229	555	0.0079
ガーダシル（４価）	2,894,844	257	0.0089	616	0.0213	220	0.0076
シルガード（９価）	73,648	22	0.0299	4	0.0054	1	0.0014
合計	9,998,547	1,230		2,227		776	

※各製剤の販売開始から2022（令和4）年3月31日時点での数値
※いずれの値も、各審議会において公表された資料をもとに算出

積極的勧奨再開後の2022（令和４）年４月以後の報告状況

	接種可能のべ人数	製造販売業者からの報告		医療機関からの報告			
		報告数	報告頻度(%)	報告数	報告頻度(%)	うち重篤	報告頻度(%)
サーバリックス（２価）	38,490	11	0.0286	1	0.0026	0	0
ガーダシル（４価）	1,639,776	189	0.0115	129	0.0079	39	0.0024
シルガード（９価）	2,069,902	201	0.0097	153	0.0074	59	0.0029
合計	3,748,168	401		283		98	

355

※2022（令和4）年4月1日から2024（令和6）年6月30日時点での数値
※いずれの値も、各審議会において公表された資料をもとに算出

HPVワクチン接種後の症状があった患者についての調査①

第102回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会、
令和６年度第４回薬事審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会
2024(令和６)年７月29日
資料３-２（改）

ＨＰＶワクチンの積極的勧奨が再開となった2022年４月以降、ワクチン接種後の体調不良を主訴として協力医療機関を受診した患者を調査したところ、積極的勧奨再開前の2022年3月時点と比べて、ワクチン接種数の増加にあわせて新規患者数の増加は認めたが、全体を通して、新規・継続受診者数のいずれにも顕著な変化は認められていなかった。

・速報値（2024年６月28日時点）　・調査対象施設：73施設

（人）	回答施設数	ワクチン納入数（*1）	合計受診患者数（新規＋継続）	新規受診患者数	継続受診患者数（*2）	ワクチン接種から			
						1週間以内に発症した患者（*3）	1週間以降、1ヶ月以内に発症した患者数（*3）	1ヶ月以降に発症した患者（*3）	発症時期不明
2022年3月分	**63**	**99,003**	**47**	**5**	**42**	**1**	**2**	**1**	**1**
2022年度									
4月分	62	65,466	33	6	27	3	1	2	0
5月分	67	72,324	35	6	29	2	0	3	1
6月分	66	121,807	43	9	34	1	3	5	0
7月分	65	140,073	46	14	32	8	2	3	1
8月分	66	193,107	47	15	32	9	2	3	1
9月分	69	159,885	55	16	39	7	2	6	1
10月分	65	155,356	49	17	32	7	7	3	0
11月分	70	125,470	60	17	43	7	6	4	0
12月分	68	113,542	52	9	43	5	2	2	0
1月分	62	99,641	43	12	20	6	2	4	0
2月分	65	109,865	43	6	37	3	1	1	0
3月分	60	216,905	51	10	41	9	0	1	0
2023年度									
4月分	63	197,007	24	4	20	2	1	1	0
5月分	65	90,551	30	5	25	5	0	0	0
6月分	59	143,330	47	16	31	8	3	1	4
7月分	62	143,566	33	8	25	6	2	0	0
8月分	61	210,165	53	13	40	7	3	3	0
9月分	57	120,944	55	20	35	12	7	1	0
10月分	60	124,802	43	6	37	2	2	2	0
11月分	59	120,015	50	17	33	13	3	1	0
12月分	63	108,001	51	19	32	9	3	5	2

※1　9価ワクチンを含む　　※2　1ヶ月内の複数回受診は1人とカウント　　※3　新規患者のみ対象

令和５年度厚生労働行政推進調査事業費補助金　新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業研究代表者：岡部信彦「HPVワクチンの安全性に関する研究」及び令和６年度「HPVワクチンの安全性に関するフォローアップ研究」より作成

HPVワクチン接種後の症状があった患者についての調査②

第102回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会、
令和６年度第４回薬事審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会
2024(令和６)年７月29日
資料３-２（改）

・速報値（2024年６月28日時点）　・調査対象施設：73施設

（人）	回答施設数	ワクチン納入数（*1）	合計受診患者数（新規＋継続）	新規受診患者数	継続受診患者数（*2）	ワクチン接種から			
						1週間以内に発症した患者（*3）	1週間以降、1ヶ月以内に発症した患者数（*3）	1ヶ月以降に発症した患者（*3）	発症時期不明
2022年3月分	**63**	**99,003**	**47**	**5**	**42**	**1**	**2**	**1**	**1**
2023年度									
1月分	62	109,953	37	9	28	7	1	1	0
2月分	59	114,705	49	12	37	4	4	1	3
3月分	60	216,544	40	8	32	3	0	5	0
2024年度									
4月分	57	175,445	44	13	31	7	3	3	0
5月分	55	176,133	39	12	27	8	2	2	0

※1　9価ワクチンを含む　　※2　1ヶ月内の複数回受診は1人とカウント　　※3　新規患者のみ対象

令和５年度厚生労働行政推進調査事業費補助金　新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業研究代表者：岡部信彦「HPVワクチンの安全性に関する研究」及び令和６年度「HPVワクチンの安全性に関するフォローアップ研究」より作成

20歳から26歳までの女性におけるHPVワクチンの有効性（日本、症例対照研究）

- HPVワクチンの有効性については、これまで国内の知見が限られており、特にCIN3+（子宮頸部高度異形成以上）の病変に対する発症予防効果は十分に明らかではなかった。本研究は37の自治体データを用いた症例対照研究。
- 2013年４月から2020年３月の間に、子宮頸がん検診時点で20歳から26歳であった女性を対象に、2,790例の細胞診初回異常群（61例のCIN3と10例のSCCを含む）と、年齢等を考慮してマッチングされた13,990例の対照群について、条件付きロジスティック回帰分析が行われた。有効性は (1-OR) x 100 (%) として計算された。
- 結果、ワクチン接種（１回以上）の有効性は、CIN1+, 2+, 3+のいずれに対しても認められ、特にCIN3+に対する発症予防効果は86%であった。なお、接種したワクチンの種類や性交歴が不明であること等が研究の限界とされた。

CIN: 子宮頸部上皮内腫瘍（CIN1=軽度異形成、CIN2=中等度異形成、CIN3=高度異形成・上皮内がん）、SCC: 扁平上皮がん、OR: オッズ比

HPVワクチンの子宮頸部病変に対する発症予防効果
（子宮頸がん検診時点で20-26歳の女性）

	Control	CIN1	CIN2	CIN3	SCC
Vaccinated	3107	157	25	4	0
Unvaccinated	10,883	723	164	57	10
		Cumulative number of cases (with histological results)			
	Control	CIN1+	CIN2+	CIN3+	SCC
Vaccinated	3107	186	29	4	0
Unvaccinated	10,883	954	231	67	10
Odds ratio		0.44	0.23	0.14	
95% confidence interval		0.32–0.59	0.12–0.46	0.03–0.75	
Vaccine effectiveness		56%	77%	86%	

出典：Ikeda S, Ueda Y, Yagi A, et al. Humanpapillomavirus vaccine to prevent CIN3 or worse (CIN3+): Anationwide case–control study in Japan.Cancer Sci.2024;00:1-7.

本日の内容

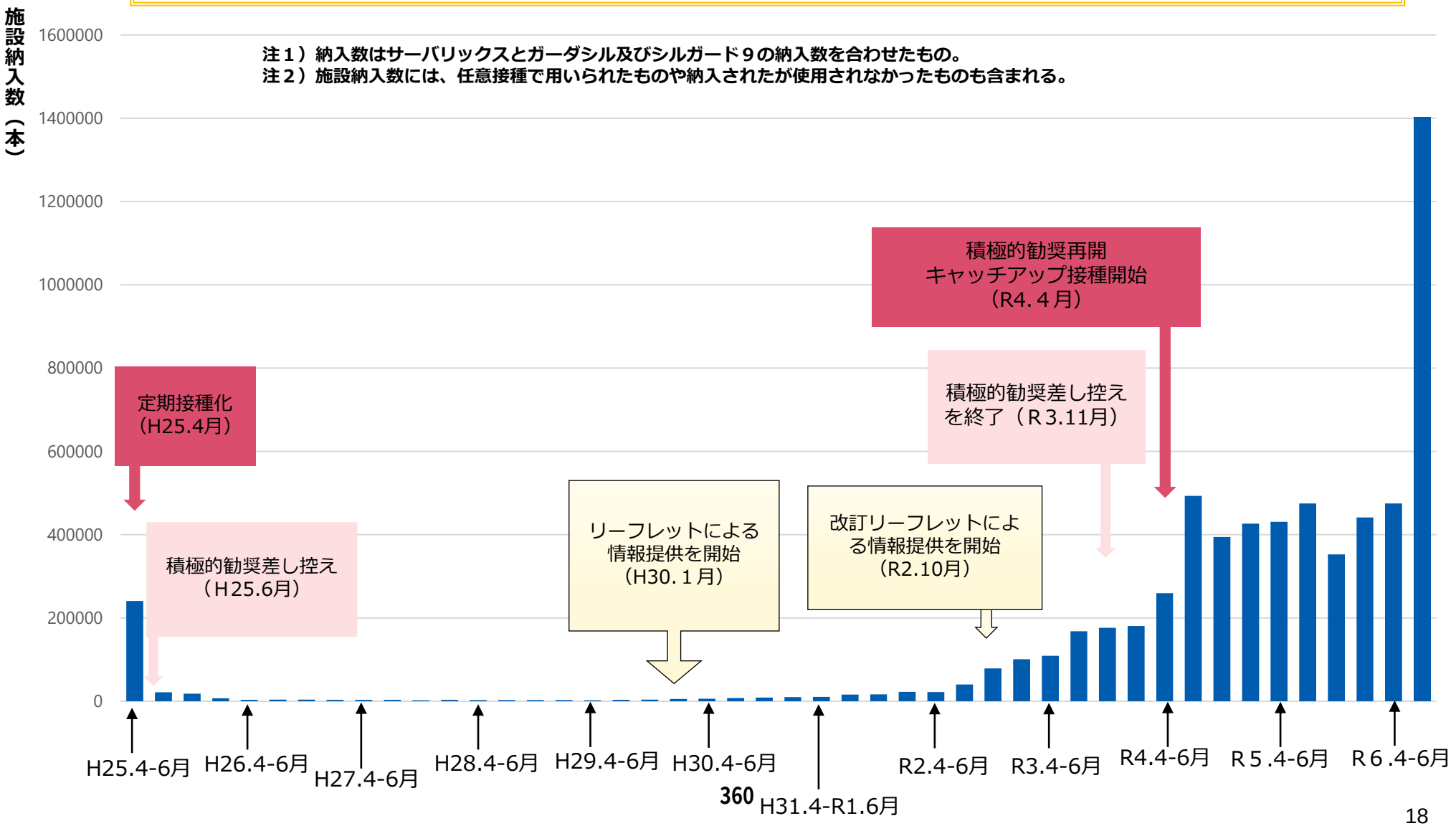
【１】HPVワクチンのキャッチアップ接種について

（１）これまでの経緯
（２）HPVワクチンの接種状況
（３）HPVワクチンの安全性・有効性
（４）HPVワクチンの流通状況
（５）キャッチアップ接種の周知・広報
（６）基本方針部会（令和６年11月27日）における
HPVワクチンのキャッチアップ接種についての議論のまとめ

HPVワクチンのワクチン納入数の推移

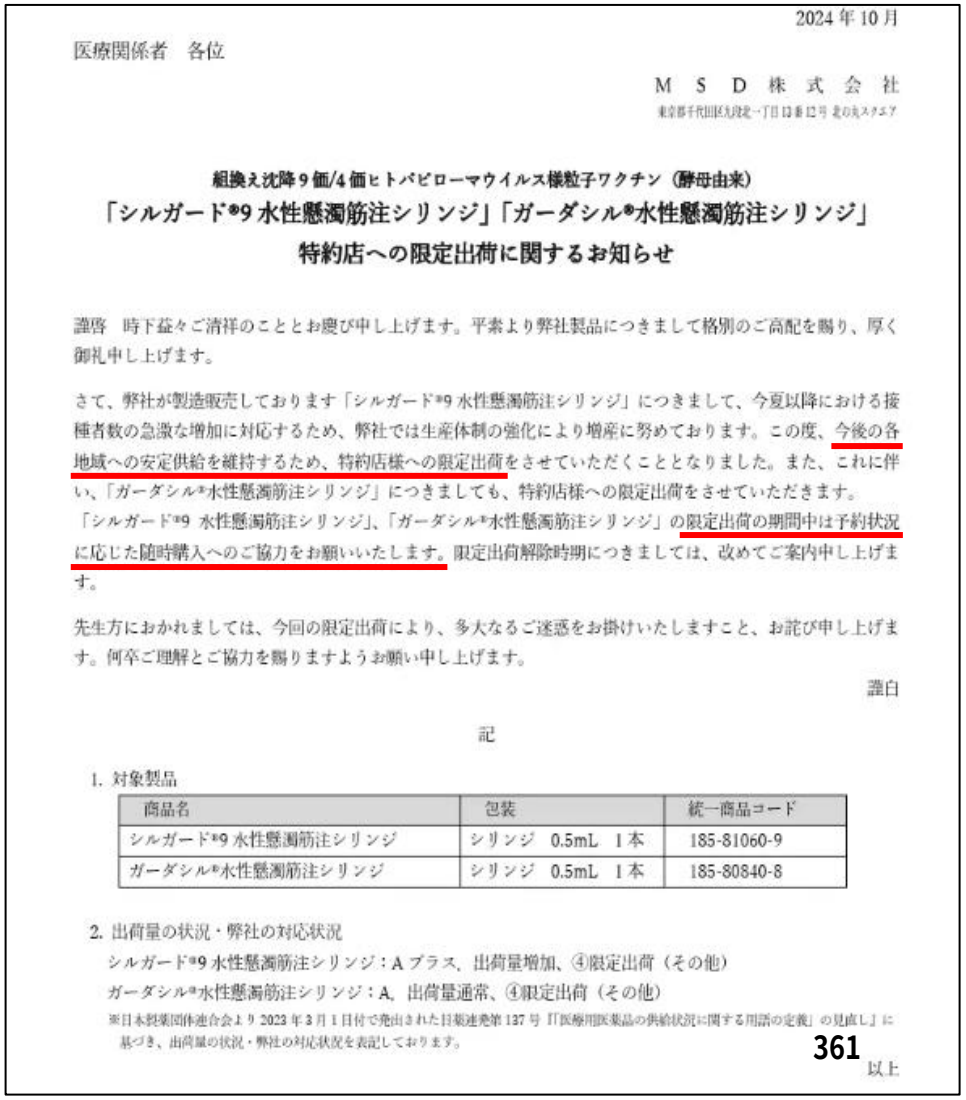
第101回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会、
令和６年度第１回薬事審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会
2024(令和６)年４月15日
資料3(改)

定期接種化（平成25年４月）から令和６年９月までの医療施設へのワクチン納入数の推移



メーカーによるHPVワクチンの限定出荷（令和６年10月）

○　この夏以降、ワクチンの需要が増加傾向にあり、特に９月は前年度と比較して大幅な増加となったことから、メーカーにおいて、10月より、地域への安定供給を図るための限定出荷がなされている。



2024年10月

医療関係者　各位

ＭＳＤ株式会社

東京都千代田区九段北一丁目13番12号 北の丸スクエア

組換え沈降９価/4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（酵母由来）

「シルガード®9 水性懸濁筋注シリンジ」「ガーダシル®水性懸濁筋注シリンジ」

特約店への限定出荷に関するお知らせ

謹啓　時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。平素より弊社製品につきまして格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、弊社が製造販売しております「シルガード®9 水性懸濁筋注シリンジ」につきまして、今夏以降における接種者数の急激な増加に対応するため、弊社では生産体制の強化により増産に努めております。この度、今後の各地域への安定供給を維持するため、特約店様への限定出荷をさせていただくこととなりました。また、これに伴い、「ガーダシル®水性懸濁筋注シリンジ」につきましても、特約店様への限定出荷をさせていただきます。

「シルガード®9 水性懸濁筋注シリンジ」、「ガーダシル®水性懸濁筋注シリンジ」の限定出荷の期間中は予約状況に応じた随時購入へのご協力をお願いいたします。限定出荷解除時期につきましては、改めてご案内申し上げます。

先生方におかれましては、今回の限定出荷により、多大なるご迷惑をお掛けいたしますこと、お詫び申し上げます。何卒ご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

謹白

記

1. 対象製品

商品名	包装	統一商品コード
シルガード®9 水性懸濁筋注シリンジ	シリンジ　0.5mL　1本	185-81060-9
ガーダシル®水性懸濁筋注シリンジ	シリンジ　0.5mL　1本	185-80840-8

2. 出荷量の状況・弊社の対応状況

シルガード®9 水性懸濁筋注シリンジ：Aプラス、出荷量増加、④限定出荷（その他）

ガーダシル®水性懸濁筋注シリンジ：A、出荷量通常、④限定出荷（その他）

※日本製薬団体連合会より2023年3月1日付で発出された日薬連発第137号「『医療用医薬品の供給状況に関する用語の定義』の見直し」に基づき、出荷量の状況・弊社の対応状況を表記しております。

361

以上

- 地域への安定供給を維持するため、特約店への限定出荷を行うこと。
- 限定出荷の期間中は予約状況に応じた随時購入に協力いただきたいこと。

メーカーによるHPVワクチンの今後の出荷量の見通し（令和６年11月）

○　ワクチンの需要増加を受け、メーカーにおいて、生産体制の強化や輸入量の増加等の対応が行われるとともに、国においても、国家検定期間を短縮する等の対応を行っており、10月以降の出荷量（見込みを含む）を確保している。

2024 年 11 月

医療関係者　各位

M　S　D　株　式　会　社
東京都千代田区九段北一丁目 13 番 12 号 北の丸スクエア

組換え沈降９価/4 価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（酵母由来）
「シルガード®9 水性懸濁筋注シリンジ」「ガーダシル®水性懸濁筋注シリンジ」
限定出荷における今後の出荷量の見通しについて【続報】

謹啓　時下の候、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、心より感謝申し上げます。
さて、「シルガード®9 水性懸濁筋注シリンジ」「ガーダシル®水性懸濁筋注シリンジ」につきましては、2024 年 10 月 3 日より卸売販売業者様への限定出荷を実施しております。医療関係者の皆様、接種を希望される皆様にはご不便をおかけしますこと、お詫び申し上げます。この度、「シルガード®9 水性懸濁筋注シリンジ」におきまして、下記の通り現時点での今後の出荷量の見通し（続報）をご案内いたします。在庫の偏在を避け一人でも多くの接種希望にお応えするため、11 月以降も限定出荷を継続して安定供給に努めてまいります。一日でも早く限定出荷を解除できるよう、今後も出荷時期の可能な限りの前倒しと増産に取り組んでまいります。また、次年度以降も十分な供給量を確保するよう、最善を尽くしていく所存です。なお、限定出荷解除時期は改めてお伝えさせていただきます。
何卒、ご理解とご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

謹白

記

1. 対象製品

商品名	包装	統一商品コード	出荷量の状況・対応状況※1
シルガード®9 水性懸濁筋注シリンジ	シリンジ 0.5mL　1 本	185-81060-9	A プラス．出荷量増加 ④限定出荷（その他）
ガーダシル®水性懸濁筋注シリンジ	シリンジ 0.5mL　1 本	185-80840-8	A．出荷量通常 ④限定出荷（その他）

※1 日本製薬団体連合会より 2023 年 3 月 1 日付で発出された日薬連発第 137 号『「医療用医薬品の供給状況に関する用語の定義」の見直し』に基づき、出荷量の状況・弊社の対応状況を表記しております。

2. シルガード®9 水性懸濁筋注シリンジの納入実績及び現時点（11 月 15 日）における出荷量の見通し※2※3

	2024 年 7 月	8 月	9 月	10 月	11 月予定	12 月予定	2025 年 1-2 月予定
出荷量	約 27 万本	約 56 万本	約 54 万本	約 72 万本	約 68 万本	約 45 万本	約 160 万本以上
納入実績	約 26 万本	約 44 万本	約 63 万本	約 44 万本			

※2 納入実績は、卸売販売業者様から医療機関様への納入量です。出荷量の見通しは弊社から卸売販売業者様への出荷予定量です。出荷から各医療機関様への納入までには数日以上を要し、地域により異なります。そのため、実際の医療機関様への納入タイミング、納入量等については、卸売販売業者様にご確認ください。
※3 生産状況により弊社から卸売販売業者様への出荷スケジュールは前後する可能性があります。

3. 医療関係者様へのお願い
引き続き、予約状況に応じた数量での随時購入へのご協力をお願い申し上げます。

以上

<11月15日時点の出荷量の見通し>

	10月	11月 予定	12月 予定	1-2月 予定
出荷量	約72万本	約68万本	約45万本	約160万本以上
納入実績	約44万本			

本日の内容

【１】HPVワクチンのキャッチアップ接種について

（１）これまでの経緯
（２）HPVワクチンの接種状況
（３）HPVワクチンの安全性・有効性
（４）HPVワクチンの流通状況
（５）キャッチアップ接種の周知・広報
（６）基本方針部会（令和６年11月27日）における
HPVワクチンのキャッチアップ接種についての議論のまとめ

【再掲】キャッチアップ接種に関する議論（令和３年11月分科会）

○　令和３年11月の予防接種・ワクチン分科会において、積極的勧奨の再開と併せてキャッチアップ接種について検討を行い、有効性・安全性、対象者の範囲、期間、周知・勧奨の方法等について議論した。

主なご意見等

【有効性・安全性】

○　HPV関連の子宮病変に対するワクチンの有効性について、定期接種の対象年齢（小学校６年～高校１年相当の女子）以上の世代に接種した場合であっても一定程度の予防効果が期待できるが、性交経験によるHPV感染によってワクチンの予防効果が減少することも示されている。

○　定期接種の対象年齢以上の世代への接種においても、明らかな安全性の懸念は示されていない。

【対象者の範囲】

○　積極的勧奨を差し控えている間に定期接種の対象であった９学年（H9～H17年度生まれ）は、積極的勧奨の差し控えにより接種機会を逃した可能性があり、公平性の観点から、これらの全ての世代を対象とすべきではないか。

○　積極的勧奨は「標準的な接種期間」（13歳になる学年）を対象としていることから、積極的勧奨を差し控えている間に「標準的な接種期間」に該当した６学年（H12～H17年度生まれ）を対象とするという考え方もありうるのではないか。

【期間】

○　期間が短すぎると接種機会を十分に提供できない可能性がある一方、長すぎると早期に接種を行う必要がないという誤ったメッセージになる可能性がある。

○　自治体の準備や医療機関における接種体制、対象者の接種機会の確保の観点から、３年間程度が妥当ではないか。

【周知・勧奨の方法】

○　ワクチンの有効性や、年齢・性交経験との関係等についての情報をしっかり周知した上で、接種するかどうかについては接種対象者に検討・判断してもらうのがよいのではないか。

○　予診票を個別送付すると接種が強制であるかのように捉えられる可能性についても考慮すべきではないか。

キャッチアップ接種の周知・広報に関する議論（令和６年５月基本方針部会）

○　令和６年５月の基本方針部会において、キャッチアップ接種の最終年度であることを踏まえ、より効果的な周知・広報のために取り組むべきことについて議論した。

主なご意見等

- 夏までに１回目を接種したら年度内に３回終了できるので、リマインドのタイミングとして妥当であり、積極的に取り組むべき。なお、３回に満たない接種であっても、一定の有効性は期待できると考えられるので、接種可能なチャンスは諦めずに、キャッチアップを利用していただきたい。
- 全ての予防接種は８月に接種率が高い。８月という時期を狙って国と自治体が一致して接種勧奨を行うのは最も有効な手段ではないか。
- ８月の夏休みを活用できるタイミングでしっかりと周知をしていくべき。リマインドも重要、自治体の取組は温度差がかなりあるので、もっと取組を促していくべきではないか。
- 自治体からの接種券の再送付が鍵になる。夏休みを照準とすると今から動かないとできないので、全国レベルでやっていただきたい。また、それが本人に行き届くことが大事。実際に接種率の向上にどのような対策が寄与したか、情報を集めていただきたい。
- キャッチアップの接種が今年度で終了することを踏まえ、最終年度である今年度にしっかりと周知を行っていくことは必要。医療機関との協力で周知を行っていくことも効果的である。

文部科学省と連携した大学等への周知（令和６年６月）

○　厚生労働省から文部科学省高等教育局に依頼し、文部科学省から大学及び高等専門学校へ周知依頼の事務連絡を発出。これを受けて、７月以降、全国各地の大学でキャッチアップ接種の認知度を高める取組を実施。

【厚生労働省から文部科学省宛事務連絡】

事　務　連　絡
令和６年６月７日

文部科学省高等教育局高等教育企画課　御中

厚生労働省健康・生活衛生局
感染症対策部予防接種課

大学等におけるＨＰＶワクチンの
キャッチアップ接種に係る周知等について（依頼）

日頃より予防接種行政について、御理解と御協力を賜り厚く御礼申し上げます。
ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（以下「ＨＰＶワクチン」という。）は、ヒトパピローマウイルス（ＨＰＶ）への感染を防ぐことで、子宮頸がんの罹患を予防する効果があり、平成25年度から小学校６年～高校１年相当の女子に対して定期接種が実施されています。本ワクチンの定期接種については、平成25年から令和３年の間、ＨＰＶワクチンの接種を個別にお勧めする取組（積極的勧奨）が差し控えられており（※）、この間に接種機会を逃した平成９年度～平成19年度生まれの女性に対し、従来の定期接種の対象年齢を超えて公費による接種（以下「キャッチアップ接種」という。）の機会を提供しているところです。
このキャッチアップ接種の実施期間は、令和４年４月１日から令和７年３月31日までの３年間としており、今年度は実施期間の最終年度となっております。
また、キャッチアップ接種の対象者は、ＨＰＶワクチンを合計３回接種する必要があり、年度内に公費で３回の接種を完了するためには約６か月の期間を要することから、キャッチアップ接種を希望する方においては、遅くとも９月末までに１回目の接種をする必要があります。これらのことについて、キャッチアップ接種の対象者に対し、これまでの自治体等からの周知に加え一層の周知が必要であるため、別紙のリーフレット及びチラシを管下の大学及び高等専門学校（以下「大学等」という。）に周知していただくとともに、各大学等における接種対象年齢の学生への周知について、協力を依頼していただくようお願いいたします。

（※）　接種後に生じうる多様な症状等について十分に情報提供できない状況にあったことから、積極的勧奨を一時的に差し控えていました。令和３年11月の審議会で、安全性について特段の懸念が認められないことが改めて確認され、接種による有効性が副反応のリスクを明らかに上回ると認められたことから、積極的勧奨を再開することになりました。

【文部科学省から各大学及び高等専門学校宛事務連絡】

事　務　連　絡
令和６年６月12日

各国公立大学法人担当課
大学を設置する各地方公共団体担当課
各文部科学大臣所轄学校法人担当課
大学を設置する各学校設置会社担当課
大学又は高等専門学校を設置する公立大学法人を
設立する各地方公共団体担当課
独立行政法人国立高等専門学校機構担当課　　御中

文部科学省高等教育局高等教育企画課

ＨＰＶワクチンのキャッチアップ接種に係る周知等について

ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（以下「ＨＰＶワクチン」という。）は、ヒトパピローマウイルス（ＨＰＶ）への感染を防ぐことで、子宮頸がんの罹患を予防する効果があり、平成25年度から小学校６年～高校１年相当の女子に対して定期接種が実施されています。
本ワクチンの定期接種については、接種後に生じうる多様な症状等について十分に情報提供できない状況であったことから、平成25年から令和３年の間、ＨＰＶワクチンの接種を個別にお勧めする取組（積極的勧奨）が差し控えられておりましたが、令和３年11月12日「第72回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会、令和３年度第22回薬事・食品衛生審議会薬事分科会医薬品等安全対策部会安全対策調査会（合同開催）」において、安全性について特段の懸念が認められないことが改めて確認され、接種による有効性が副反応のリスクを明らかに上回ると認められたことから、令和４年４月１日から積極的勧奨が再開されています。
この間に接種機会を逃した平成９年度～平成19年度生まれの女性に対し、従来の定期接種の対象年齢を超えて公費による接種（以下「キャッチアップ接種」という。）の機会が提供されているところです。
このキャッチアップ接種の実施期間は、令和４年４月１日から令和７年３月31日までの３年間とされており、今年度は実施期間の最終年度となっております。
キャッチアップ接種の対象者は、ＨＰＶワクチンを合計３回接種する必要があり、年度内に公費で３回の接種を完了するためには約６か月の期間を要することから、キャッチアップ接種を希望する方は遅くとも９月末までに１回目の接種をする必要があります。
これらを踏まえ、このたび、接種対象年齢の学生に対して、これまでの自治体等からの周知に加え、一層の周知が必要であることから、厚生労働省より別紙のとおり依頼がありました。つきましては、厚生労働省作成のリーフレットやチラシも活用しつつ、ＨＰＶワクチンのキャッチアップ接種の周知に御協力いただくようお願いいたします。
国公立大学法人におかれてはその設置する大学等に対して、独立行政法人国立高等専門学校機構におかれてはその設置する高等専門学校に対して、大学を設置する地方公共団体及び文部科学大臣所轄学校法人におかれてはその設置する大学等に対して、大学を設置する学校設置会社におかれてはその設置する大学に対して、本件について周知していただくようよろしくお願いいたします。

別紙　大学等におけるＨＰＶワクチンのキャッチアップ接種に係る周知等について
（依頼）

（参考）
・リーフレットを掲載している厚労省ホームページ「ＨＰＶワクチンに関する情報提供資材」
https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou28/index.html
・その他の広報資材を掲載している厚労省ホームページ「ＨＰＶワクチンに関する広報について」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/kouhou.html

<本件連絡先>
文部科学省高等教育局高等教育企画課
連絡先：０３－５２５３－４１１１（内線：２４７５）

全国各地の大学における夏の広報キャンペーン（令和６年７月～）

○　本年６月12日に文部科学省より、全国の大学において周知広報に取り組むよう依頼。

○　７月上旬より以下の４大学では、学食トレイへの広告掲出、ポスター掲示を行う等の周知を実施。

＜大学＞

大妻女子大学、共立女子大学、上智大学、立教大学

○　７月５日以降、以下の７大学では、キャッチアップ接種の認知度を高める以下の活動を実施。

＜大学＞

近畿大学、静岡社会健康医学大学院大学、静岡理工科大学

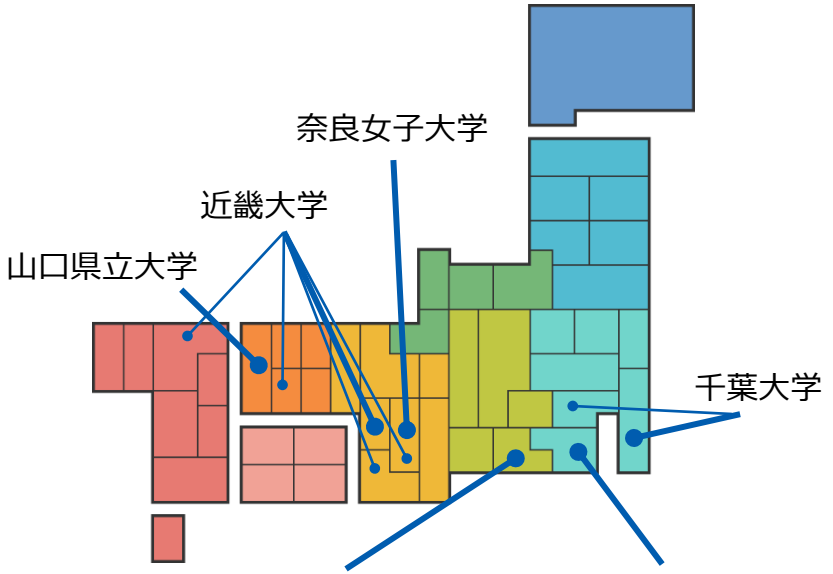
千葉大学、東海大学、奈良女子大学、山口県立大学

＜活動例＞

- 学食やラウンジへの卓上POP掲示による周知
- チラシやポスターの提供・掲示
- 各大学独自の取組（学生や保護者への周知、セミナーの開催等）

取組の例：学食トレイへのチラシ掲示





保険者と連携した職域における接種対象者への周知（令和６年６月）

○　既に基礎教育を終了したキャッチアップ接種対象者に周知するため、厚生労働省保険局保険課から保険者に対して、リーフレット等を活用した周知を依頼。

事　務　連　絡
令和６年６月28日

全国健康保険協会
健康保険組合
国家公務員共済組合
地方公務員共済組合
日本私立学校振興・共済事業団
国民健康保険組合
全国土木建築国民健康保険組合
　　御中

厚生労働省保険局保険課

ＨＰＶワクチンのキャッチアップ接種に係る周知等について
（再協力依頼）

公的医療保険制度について、平素より格段の御協力、ご尽力を賜り熱く御礼申し上げます。

ＨＰＶワクチンのキャッチアップ接種に係る周知については、「ＨＰＶワクチンのキャッチアップ接種に係る周知等について」（令和６年２月 13 日付け事務連絡。別添参照）で周知したところですが、今般改めて、厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部予防接種課より、別添のとおり事務連絡が発出されておりますので、ご了知いただくとともに、別紙のリーフレットやチラシを活用し、加入者への周知にご協力いただきますようお願い申し上げます。

368

○ キャッチアップ接種（対象者向け）



○ ９価ワクチン



○ キャッチアップ接種（一般向け）



○ ワクチン接種と検診



その他のHPVワクチンに関する広報（令和６年７月～）

○　様々な広告媒体等を活用し、より多くの対象者に届くように広報を行った。

動画媒体の作成・共有

厚生労働省の事業としてインターネット広告（X、Instagramなど）等での配信しているほか、学校や自治体等で広く活用いただけるように、厚労省HP等に掲載。













※「女子高校生の皆さまへ」の動画は、高校1年相当の女性は定期接種として、高校2・3年相当の女性はキャッチアップ接種として、それぞれ公費で接種できる最終年度となっていることを踏まえ、作成。

OiTr（オイテル）

個室トイレに設置されたサイネージで短い動画を見ると、生理用品が無料でもらえるシステムへの広告を配信。



- ＨＰＶワクチンに関する動画を配信
- 配信先：機材を設置している大学キャンパス約70施設など

369

10月以降の周知資材等について（令和６年９月16日付け事務連絡）

○　キャッチアップ接種期間の終了に向けて、自治体等からの照会事項について事務連絡を発出。この中で、標準的な接種方法をとることができない場合の接種方法や、令和６年度内に行った接種は全て公費の対象となること等を周知。

問１　HPVワクチンのキャッチアップ接種について、公費で接種可能な期間が限られていることを踏まえて、定期接種実施要領の標準的な接種方法をとることができない場合はどうすればよいか。

答１

○　実施要領に定めている通り、以下のように接種することが考えられる。

	標準的な接種方法	左記の方法をとることができない場合の接種方法
２価	１月の間隔をおいて２回行った後、１回目の注射から６月の間隔をおいて１回行う。	１月以上の間隔をおいて２回行った後、１回目の注射から５月以上、かつ２回目の注射から２月半以上の間隔をおいて１回行う。 ***最短５か月で完了***
４価	２月の間隔をおいて２回行った後、１回目の注射から６月の間隔をおいて１回行う。	１月以上の間隔をおいて２回行った後、２回目の注射から３月以上の間隔をおいて１回行う。 ***最短４か月で完了***
９価	２月の間隔をおいて２回行った後、１回目の注射から６月の間隔をおいて１回行う。	１月以上の間隔をおいて２回行った後、２回目の注射から３月以上の間隔をおいて１回行う。 ***最短４か月で完了***

問３　令和７年３月末までに３回目までの接種を完了できない場合であっても、令和７年3月末までに行った接種は公費の対象か。

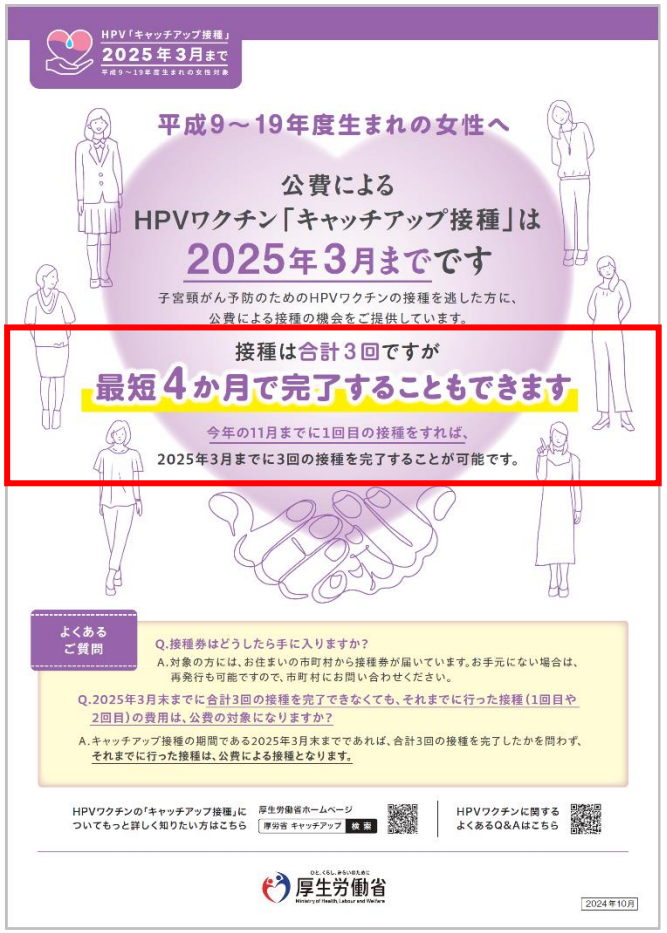
答３

○　キャッチアップ接種の期間である令和７年３月31日までの間であれば、３回目までの接種を完了できるかどうかにかかわらず、対象者に行った接種分については定期接種として取り扱って差し支えない。

10月以降の周知資材等について（令和６年10月改訂）

○　自治体等での周知に活用いただける資材を改訂し、厚生労働省ホームページに掲載。

■キャッチアップ接種対象者向け



■高校１年相当の女の子と保護者向け



広報資材の掲載URL：
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/kouhou.html

371

最短の接種スケジュールを示す厚労省SNS（X、Facebook）投稿文

○　厚生労働省SNSにおいて、最短４か月で接種できるスケジュールを周知している。

変更前（キャッチアップ接種対象者向け）

【1997年4月2日～2008年4月1日生まれの女性へ】

#子宮頸がん 予防のための #HPVワクチン を皆さまが公費で受けられるのは2025年3月まで。

接種は合計3回。スケジュールなどについて不明点やご相談があれば、お住まいの市町村にお問合せください。

■#キャッチアップ接種 とは
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou/hpv_catch-up-vaccination.html



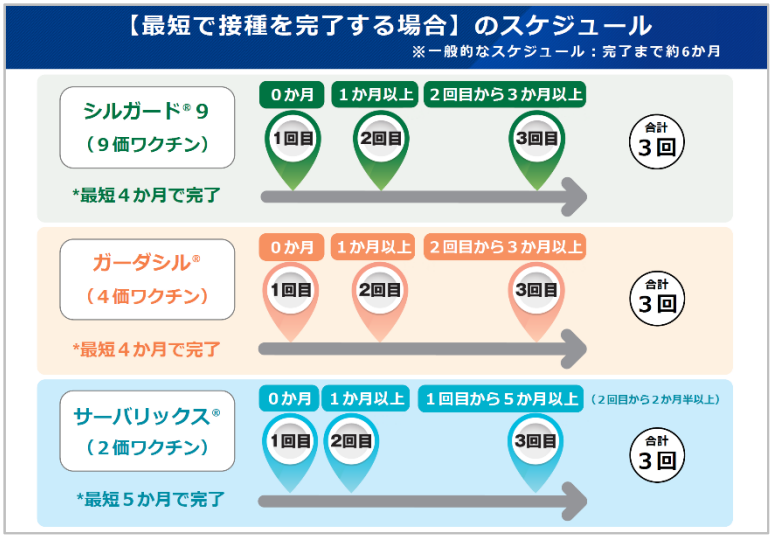
変更後

【1997年4月2日～2008年4月1日生まれの女性へ】

#子宮頸がん 予防のための #HPVワクチン を皆さまが公費で受けられるのは2025年3月まで。

接種は合計3回で、最短4か月で完了できます。
接種を希望する方は、11月末までの開始を検討ください。

■#キャッチアップ接種 とは
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou/hpv_catch-up-vaccination.html



本日の内容

【１】HPVワクチンのキャッチアップ接種について

（１）これまでの経緯
（２）HPVワクチンの接種状況
（３）HPVワクチンの安全性・有効性
（４）HPVワクチンの流通状況
（５）キャッチアップ接種の周知・広報
（６）基本方針部会（令和６年11月27日）における
HPVワクチンのキャッチアップ接種についての議論のまとめ

基本方針部会（令和６年11月27日）における HPVワクチンのキャッチアップ接種についての議論のまとめ①

現状と課題を踏まえ、HPVワクチンのキャッチアップ接種の終了に向けた対応について、ご議論いただいた。

現状と課題①

＜経緯及び接種の状況等＞

- HPVワクチンの定期接種については、令和４年度より積極的勧奨の再開を行うとともに、公平な接種機会を提供する観点から、平成９年度～平成19年度生まれの方を対象に、３年間のキャッチアップ接種を実施している。
- 令和６年９月末までの累積初回接種率（速報値）は、緊急促進事業により接種を行った世代を除けば、概ね30～40%台であり、最も接種率が低い世代で34.5%となっている。
- HPVワクチン接種後の副反応を疑う症状については、副反応疑い報告制度等により情報収集をしており、これまでの審議会において、ワクチンの安全性に重大な懸念は認められないと評価されている。

＜ワクチンの流通状況＞

- この夏以降、ワクチンの需要が大幅に増加したことから、地域への安定供給を図るため、メーカーにおいて、10月より限定出荷が行われている。
- ワクチンの需要増加を受け、メーカーにおいて、生産体制の強化や輸入量の増加等の対応が行われるとともに、厚労省においても、国家検定期間を短縮する等の対応を行っており、10月～11月のワクチンの出荷量は、８月～９月の納入実績を上回る見通しにある。

＜周知・広報の取組＞

- キャッチアップ接種開始を検討した審議会において、周知・広報について「ワクチンの有効性や、年齢・性交経験との関係等についての情報をしっかり周知した上で、接種するかどうかについては接種対象者に検討・判断してもらうのがよい」、「予診票等の個別送付は接種が強制であるかのように捉えられる可能性についても考慮すべき」等の意見があったことを踏まえ、個別の勧奨を一律に求めることはせず、接種対象者本人や保護者がワクチン接種を検討・判断できるよう、わかりやすい情報提供に努めてきたところ。

基本方針部会（令和６年11月27日）における HPVワクチンのキャッチアップ接種についての議論のまとめ②

現状と課題②

- また、キャッチアップ接種の最終年度を迎え、令和６年５月の基本方針部会において、この夏に向けて更なる周知が必要とされたことから、大学・高校や職域における対象者への周知や、様々な媒体を通じた広報等の取組を行った。
- また、HPVワクチンの接種完了には標準的には６か月かかるところ、４価及び９価ワクチンについては最短４か月でも接種可能であることを踏まえ、令和６年度中に接種を完了することを希望する場合には、11月末までの接種開始を検討いただきたい旨、10月より各自治体や厚生労働省SNS等を通じて周知を行っている。

基本方針部会（令和６年11月27日）における HPVワクチンのキャッチアップ接種についての議論のまとめ③

とりまとめ（案）

＜キャッチアップ接種の終了に向けた対応について＞

- キャッチアップ接種期間が「令和４年４月１日～令和７年３月３１日まで」であるところ、この夏以降の需要の大幅な増加に伴う限定出荷の状況等を踏まえ、期間中に１回以上接種している者については、期間終了後も公費で３回の接種を完了できるよう、経過措置を設ける。

＜対象者＞

- 従来のキャッチアップ接種の対象者（平成９年度生まれから平成19年度生まれの女子）に加え、令和７年度に新たに定期接種の対象から外れる方（平成20年度生まれの女子）も対象とする。

＜期間＞

- ワクチンの添付文書の記載等を踏まえ、キャッチアップ接種期間終了後、１年間とする。

＜周知・広報＞

- 自治体の準備や医療機関の接種体制を確保するため、経過措置の内容について、できるだけ速やかに情報提供を行う必要がある。また、対象者が接種について検討・判断できるよう、経過措置の内容とあわせて、ワクチンの有効性・安全性についても、引き続き丁寧かつ確実に情報提供を行うことが重要である。

376

第 16 回 がん診療提供体制のあり方に関する検討会
議事次第

日　時：令和６年12 月 23 日（月）16:00～18:00
場　所：新橋ビジネスフォーラム（※オンライン会議）

１ 開 会

２ 議 題
（１）がん診療提供体制について
（２）その他

【資料】
議事次第
資料１ がん診療提供体制について
資料２ 井上参考人提出資料
資料３ 増田参考人提出資料
参考資料１ 「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」開催要綱
参考資料２ 「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」参考人名簿
参考資料３ 第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月閣議決定）
参考資料４ がん診療連携拠点病院等の整備について
（令和４年８月１日付健発 0801 第 16 号厚生労働省健康局長通知）

第16回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	資料１
令和６年12月23日	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

がん診療提供体制について

厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1．2040年を見据えたがん医療提供体制の構築について

- 第４期がん対策推進基本計画に係る目標と進捗状況の評価について
- がん医療提供体制の均てん化・集約化について

2．参考資料

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1

1．2040年を見据えたがん医療提供体制の構築について

- 第４期がん対策推進基本計画に係る目標と進捗状況の評価について
- がん医療提供体制の均てん化・集約化について

2．参考資料

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

がん対策推進基本計画における全体目標

- 第１期がん対策推進基本計画において、平成19（2007）年度に10年間の全体目標として「がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少」を掲げた。

第１期がん対策推進基本計画（平成19年６月）（抜粋）

第３　全体目標並びに分野別施策及びその成果や達成度を測るための個別目標

２　全体目標

がん患者を含めた国民が、進行・再発といった様々ながんの病態に応じて、安心・納得できるがん医療を受けられるようにすること等を目指して、「がんによる死亡者の減少」及び「全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」を今後10年間の全体目標として設定することとする。

（１）　がんによる死亡者の減少

（略）目標値については高齢化の影響を極力取り除いた精度の高い指標とすることが適当であることから、**「がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少」とする。**

第２期がん対策推進基本計画（平成24年６月）（抜粋）

第３　全体目標

がん患者を含めた国民が、様々ながんの病態に応じて、安心かつ納得できるがん医療や支援を受けられるようにすること等を目指して、「がんによる死亡者の減少」及び「全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」に「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」を新たに加え、平成19（2007）年度から10年間の全体目標として設定する。

１　がんによる死亡者の減少

平成19（2007）年度に掲げた10年間の目標である「がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少」について、年齢調整死亡率は減少傾向であるが、昨今は減少傾向が鈍化している。今後５年間で、新たに加えた分野別施策を含めてより一層がん対策を充実させ、がんによる死亡者を減少させることを目標とする。

がん対策推進基本計画における全体目標

- 第４期がん対策推進基本計画において、全体目標は「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」とし、「がん医療」分野の分野別目標の中で「がん生存率の向上・がん死亡率の減少」を掲げた。

第３期がん対策推進基本計画（平成29年10月）（抜粋）

はじめに

（略）また、本基本計画では、**「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」**ことを目標とする。

第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月）（抜粋）

第１　全体目標と分野別目標

本基本計画では、第３期基本計画の目標である「がんの克服」を引き続きの目標とした上で、がん患者を含めた全ての国民ががんに関する正しい知識を持ち、避けられるがんを防ぐことや、誰もが、いつでもどこに居ても、様々ながんの病態に応じた、安心かつ納得できるがん医療や支援を受け、尊厳を持って暮らしていくことができるがん対策を推進すること、さらに、こうしたがん対策を全ての国民とともに進めていくことが重要であるという考えの下、**「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」を全体目標とする。**

（略）

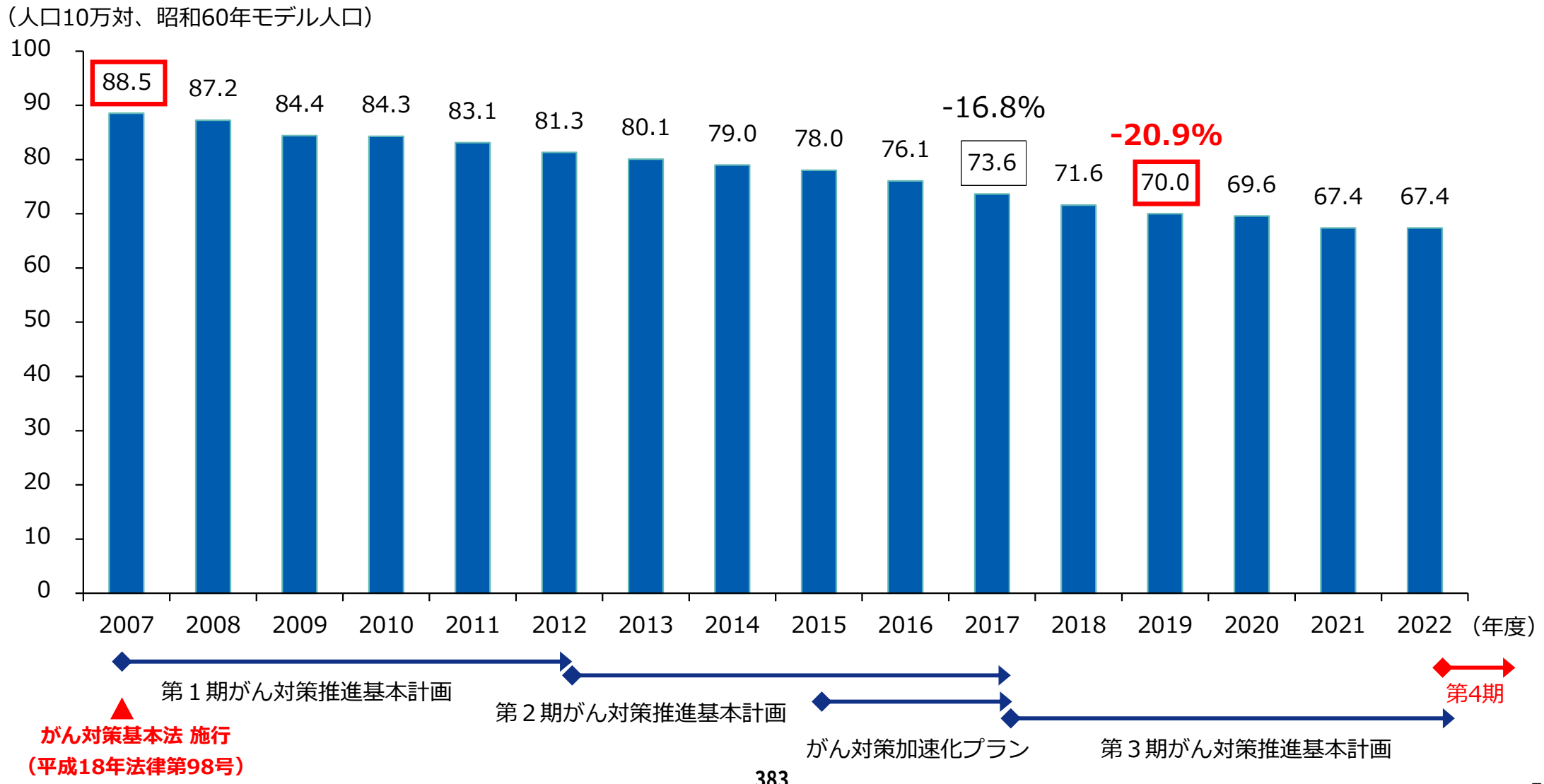
２．患者本位で持続可能ながん医療の提供

～適切な医療を受けられる体制を充実させることで、**がん生存率の向上・がん死亡率の減少**・全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す～

がんゲノム医療をはじめとした高度ながん医療の提供を推進するとともに、 患者本位のがん医療を展開することで、がん医療の質を向上させる。また、それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化を進め、効率的かつ持続可能ながん医療を提供することで、**がん生存率を向上させ、がん死亡率を減少させる。**さらに、支持療法や緩和ケアが適切に提供される体制を整備することで、 全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質を向上させる。

目標の達成状況 - 75歳未満年齢調整死亡率 -

- 平成19（2007）年度からの10年間の全体目標である「がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少」については、当初の10年間の目標から２年遅れで達成できた。



出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」（厚生労働省人口動態統計）を用いて厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課が算出

第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月28日閣議決定）概要

第１．全体目標と分野別目標　／　第２．分野別施策と個別目標

全体目標：「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」

「がん予防」分野の分野別目標
がんを知り、がんを予防すること、がん検診による早期発見・早期治療を促すことで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す

「がん医療」分野の分野別目標
適切な医療を受けられる体制を充実させることで、がん生存率の向上・がん死亡率の減少・全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

「がんとの共生」分野の分野別目標
がんになっても安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

１．がん予防
（１）がんの１次予防
①生活習慣について
②感染症対策について
（２）がんの２次予防（がん検診）
①受診率向上対策について
②がん検診の精度管理等について
③科学的根拠に基づくがん検診の実施について

２．がん医療
（１）がん医療提供体制等
①医療提供体制の均てん化・集約化について
②がんゲノム医療について
③手術療法・放射線療法・薬物療法について
④チーム医療の推進について
⑤がんのリハビリテーションについて
⑥支持療法の推進について
⑦がんと診断された時からの緩和ケアの推進について
⑧妊孕性温存療法について
（２）希少がん及び難治性がん対策
（３）小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策
（４）高齢者のがん対策
（５）新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装

３．がんとの共生
（１）相談支援及び情報提供
①相談支援について
②情報提供について
（２）社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援
（３）がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）
①就労支援について
②アピアランスケアについて
③がん診断後の自殺対策について
④その他の社会的な問題について
（４）ライフステージに応じた療養環境への支援
①小児・ＡＹＡ世代について
②高齢者について

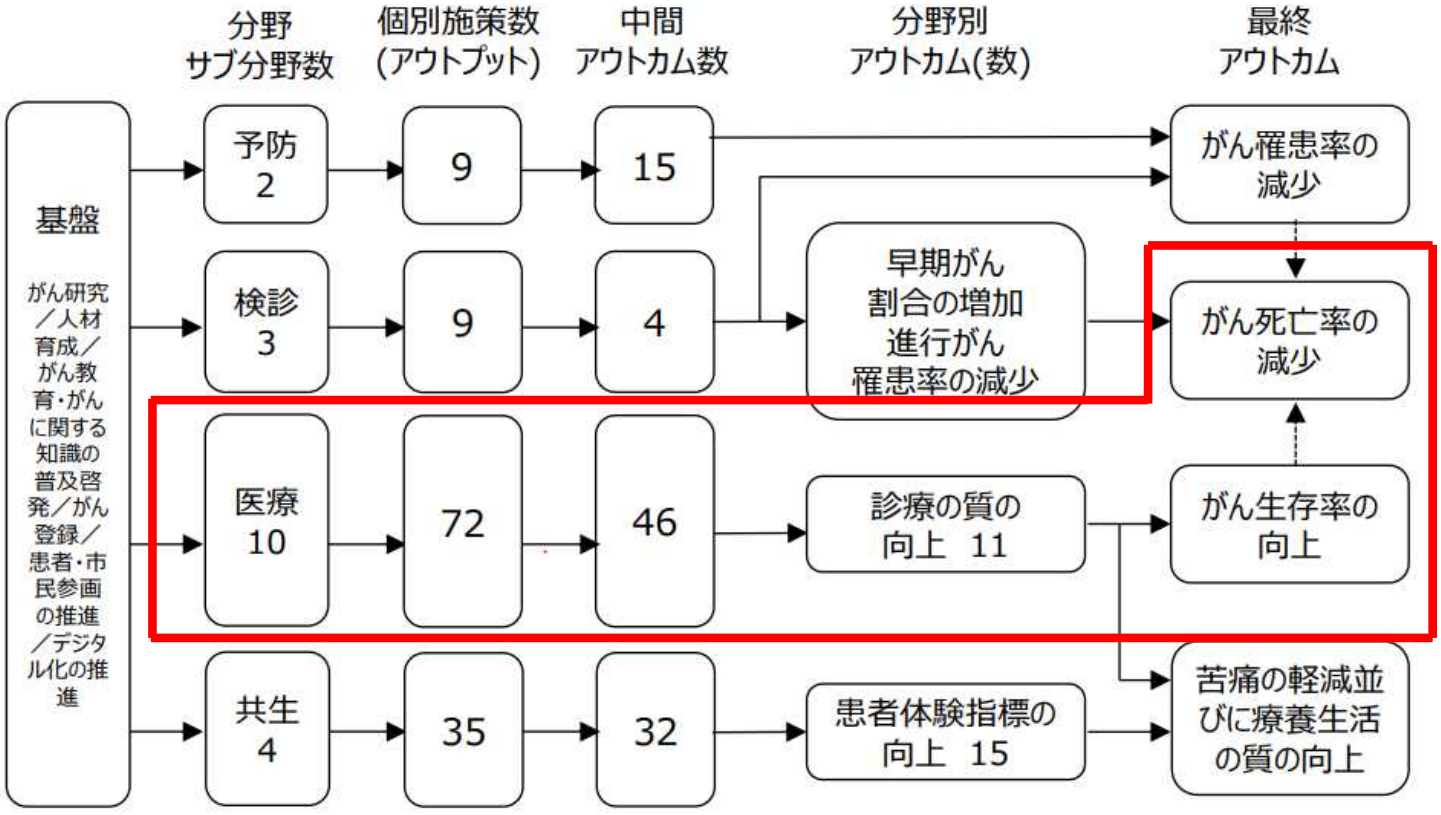
４．これらを支える基盤
（１）全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進
（２）人材育成の強化
（３）がん教育及びがんに関する知識の普及啓発
（４）がん登録の利活用の推進
（５）患者・市民参画の推進
（６）デジタル化の推進

第３．がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

１．関係者等の連携協力の更なる強化
２．感染症発生・まん延時や災害時等を見据えた対策
３．都道府県による計画の策定
４．国民の努力
５．必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化
６．目標の達成状況の把握
７．基本計画の見直し

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル

- 第４期がん対策推進基本計画においてロジックモデルを採用しており、「がん医療」分野の最終アウトカムの１つとして「がん生存率の向上」と「がん死亡率の減少」を定め、その指標として「がん種別５年生存率」と「がんの年齢調整死亡率」をそれぞれ定めた。



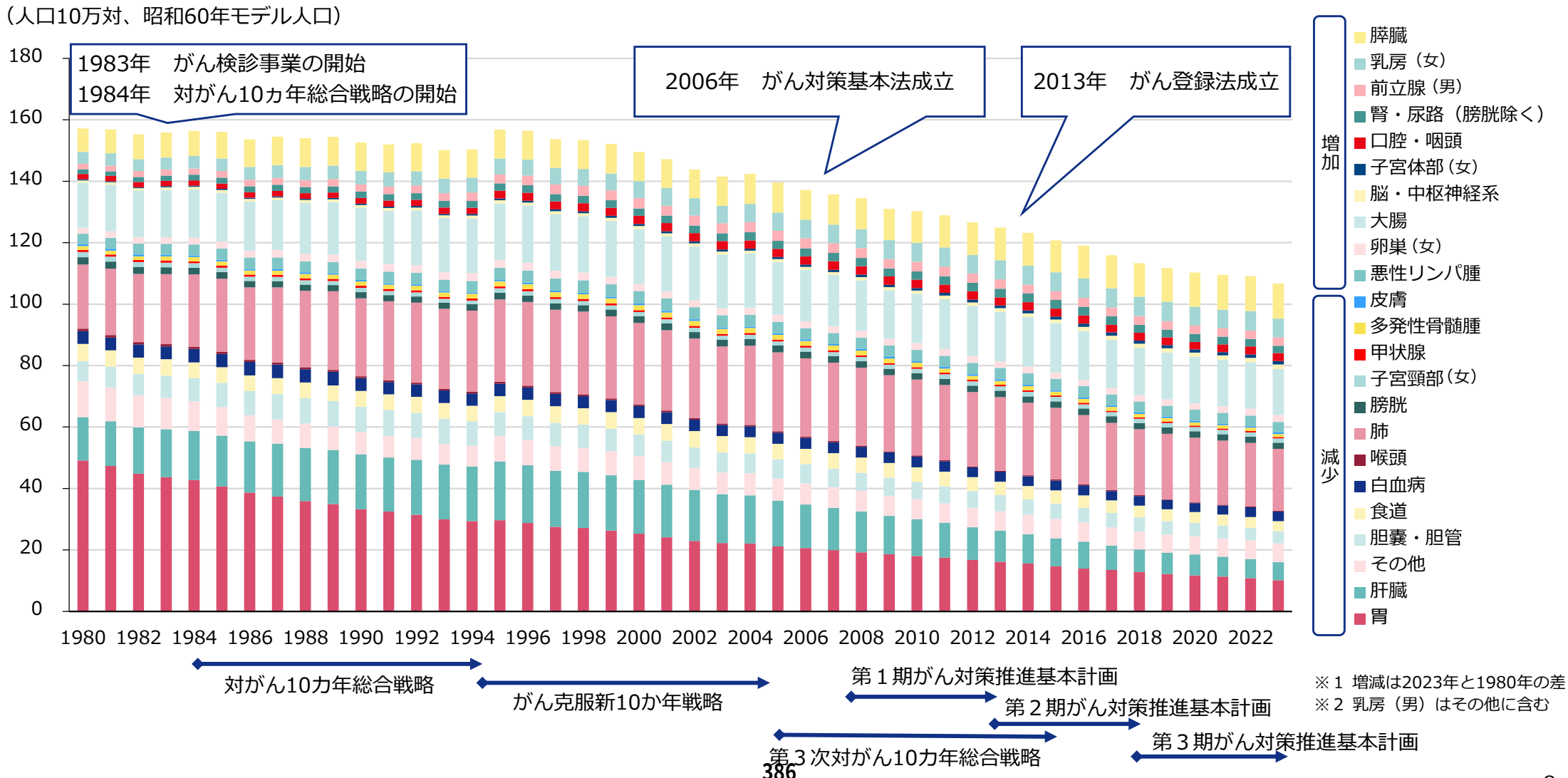
#	最終アウトカム	最終アウトカム指標
000001	がんの死亡率の減少	がんの年齢調整死亡率
000006	がんの生存率の向上	がん種別５年生存率

第90回がん対策推進協議会資料１（令和６年８月５日開催）

「第４期がん対策推進基本計画ロジックモデル 確定版」：基本ロジックモデル
厚生労働省 健康局がん・疾病対策課 （令和５年８月９日）

がん対策とがんの年齢調整死亡率（全年齢）の推移

- がんの年齢調整死亡率（全年齢）は低下傾向にあり、これまでのがん対策の推進により着実に成果を上げてきている。
- ピロリ菌の感染者の減少等の影響により、従来多かった胃がんが近年減少傾向である。



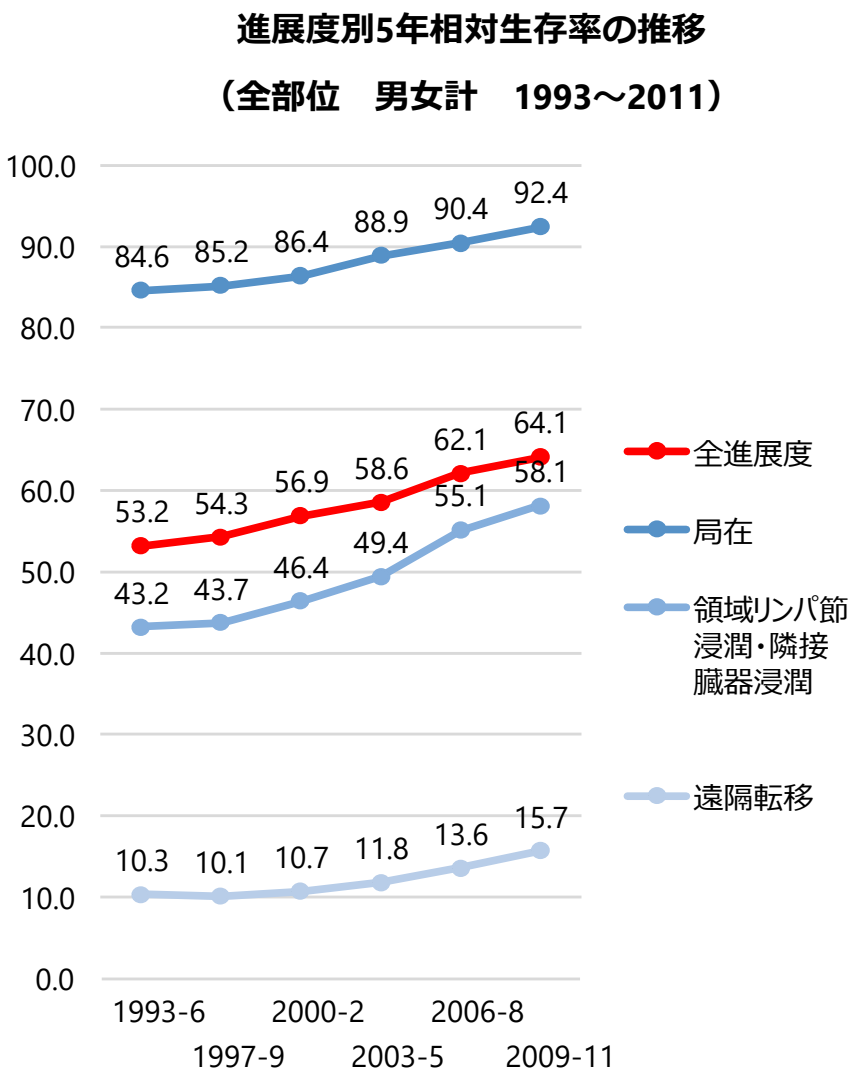
※１ 増減は2023年と1980年の差
※２ 乳房（男）はその他に含む

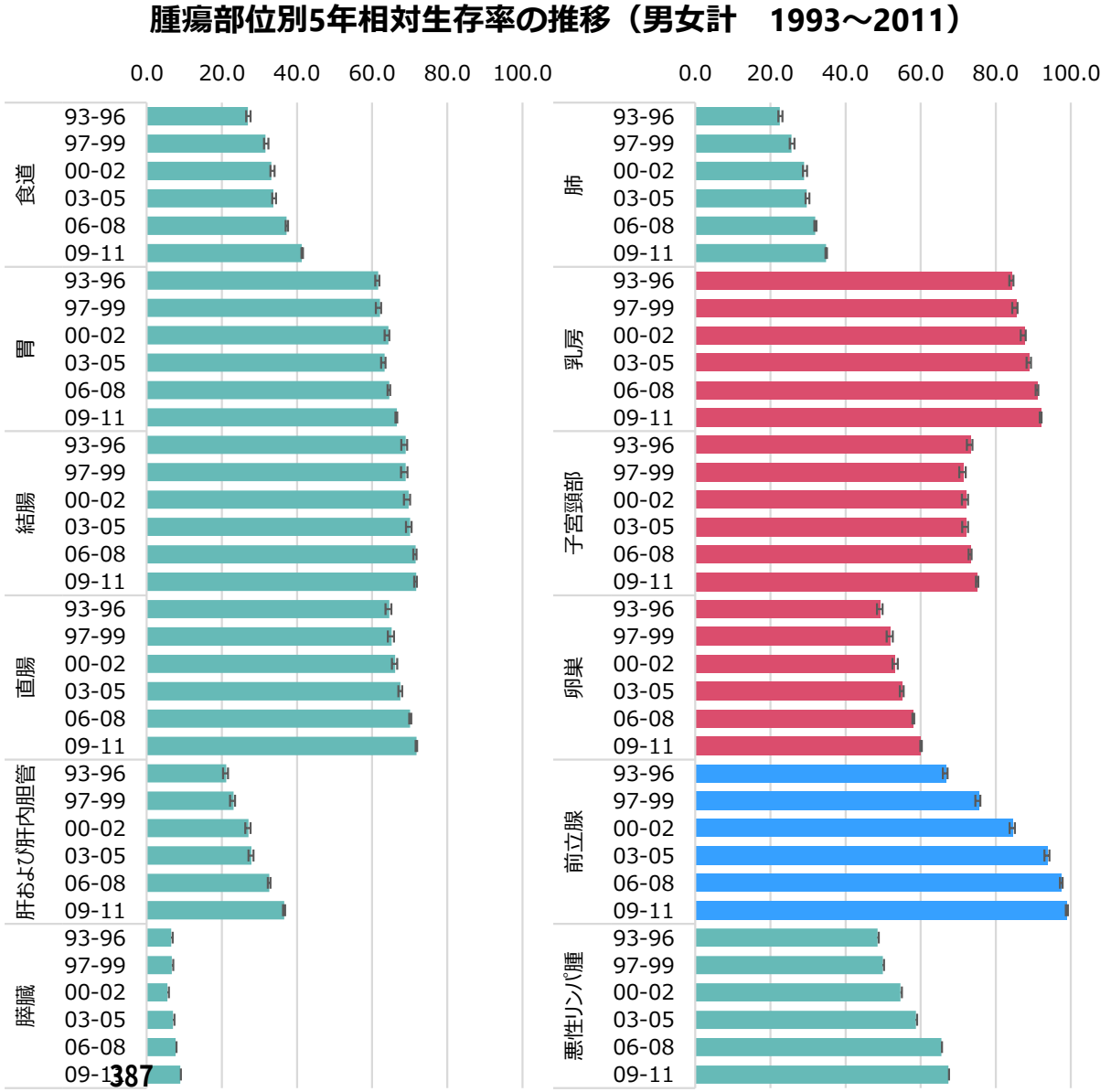
386

出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」（厚生労働省人口動態統計）を用いて厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課が算出

全がん及びがん種別５年相対生存率

- 全がん及びがん種別５年相対生存率は徐々に上昇している。





出典：全国がん罹患モニタリング集計を用いて国立がん研究センターにおいて作成

第４期がん対策推進基本計画の中間評価について

第90回がん対策推進協議会	資料４
令和６年８月５日	一部改変

中間評価について、以下の２つを中心に進める。

① メリハリのある分析・評価のための**コア指標**の選定

② **都道府県ごとのがん対策の進捗状況の測定・公表**と**好事例の横展開の推進**

①メリハリのある分析・評価のためのコア指標の選定

- 全ての指標を漫然と分析・評価するのではなく、**重要な指標に絞って**メリハリをつけて分かりやすい分析・評価をすることとする。具体的には、「**コア指標**」を予め選定し、「その他指標」は測定結果のみを提示し、進捗を把握することとする。

コア指標	指標としての質が高く、アウトカムへの影響も大きい指標 例）年齢調整死亡率／罹患率、がん種別早期がん割合、検診受診率（国民生活基礎調査）等　※今後要検討
その他指標	計画で提示された施策の進捗や効果を把握するために定める指標 コア指標の評価の際に、分析にも用いられる

- 目標値については、中間評価をふまえてどのように設定することが適切かを検討する。

②都道府県ごとのがん対策の進捗状況の測定・公表と好事例の横展開の推進

- 都道府県ごとのがん対策の進捗状況を評価するため、**都道府県ごとにコア指標を可能な限り測定・公表**する。あわせて、**都道府県のがん対策を見える化**しながら、地域の実情に応じたより良い取り組みが横展開しやすくなるように取り組みを進める。

今後の進め方

- コア指標については、中間評価前（令和７年度春頃）の協議会で指標案を示し議論する。
- 令和７年度春頃を目処に都道府県単位での評価指標のベースライン値を公表し、協議会に報告する。

第４期がん対策推進基本計画に係る目標と進捗状況の評価について

現状

- 第１期がん対策推進基本計画では、平成19年度からの10年間の目標として「がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少」が掲げられ、当初目標から２年遅れの令和元年に達成された。
- 第４期がん対策推進基本計画では、「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」を全体目標とし、「がん医療」分野の分野別目標の中で「がん生存率の向上・がん死亡率の減少」を掲げた。
- 第４期がん対策推進基本計画のロジックモデルでは、「がん医療」分野の最終アウトカムの１つとして「がん生存率の向上」と「がん死亡率の減少」を定め、その指標として「がん種別５年生存率」と「がんの年齢調整死亡率」をそれぞれ定めた。
- 全がん及びがん種別５年相対生存率は徐々に上昇しており、がんの年齢調整死亡率（全年齢）は低下傾向にある。
- 令和６年８月開催のがん対策推進協議会では、都道府県ごとのがん対策の進捗状況を評価するため、都道府県ごとに可能な限りコア指標を測定・公表していくこと、あわせて、都道府県のがん対策を見える化しながら、地域の実情に応じたより良い取り組みが横展開しやすくなるように取り組みを進めることが示された。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1

1．2040年を見据えたがん医療提供体制の構築について

- 第４期がん対策推進基本計画に係る目標と進捗状況の評価について
- がん医療提供体制の均てん化・集約化について

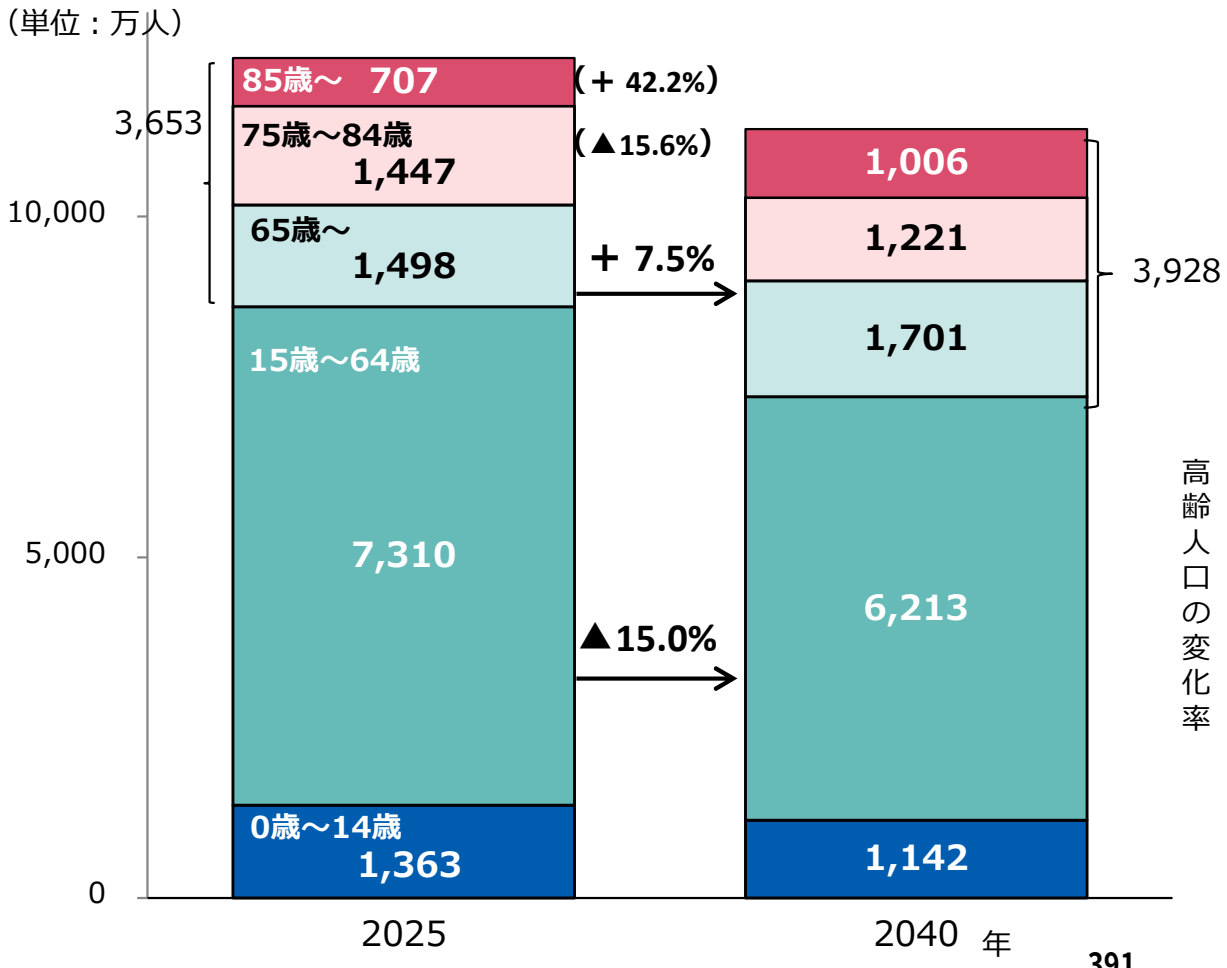
2．参考資料

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

2040年の人口構成について

- 2040年には、85歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が見られる。
- 地域ごとに見ると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域がある。

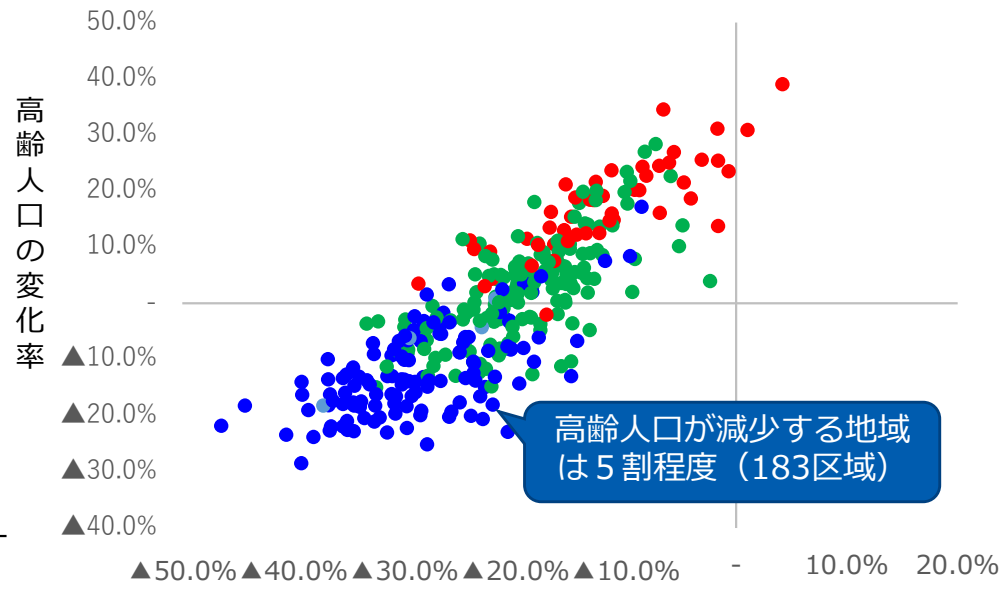
＜人口構造の変化＞



＜2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況＞

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-11.9%	17.2%
●地方都市型	-19.1%	2.4%
●過疎地域型	-28.4%	-12.2%

大都市型　：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km2以上
地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km2以上
過疎地域型：上記以外



（出典）総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 令和５年推計」

高齢者の急性期における疾病の特徴

第８回新たな地域医療構想等に関する検討会
令和６年９月６日
資料１

85歳以上の急性期における入院は、若年者と比べ、医療資源を多く要する手術を実施するものは少なく、疾患の種類は限定的で、比較的多くの病院で対応可能という特徴がある。

85歳以上の頻度の高い傷病名（注）

傷病名	手術	割合	累積	病院数
食物及び吐物による肺臓炎	なし	5.8%	5.8%	3,726
うっ血性心不全	なし	5.1%	10.8%	3,350
コロナウイルス感染症２０１９，ウイルスが同定されたもの	なし	3.6%	14.5%	3,369
肺炎，詳細不明	なし	2.7%	17.2%	3,399
転子貫通骨折　閉鎖性	あり	2.4%	19.6%	2,510
尿路感染症，部位不明	なし	2.3%	21.9%	3,399
大腿骨頚部骨折　閉鎖性	あり	2.0%	23.9%	2,511
細菌性肺炎，詳細不明	なし	1.6%	25.4%	2,615
体液量減少（症）	なし	1.6%	27.0%	3,480
腰椎骨折　閉鎖性	なし	1.4%	28.4%	3,540

85歳以上の上位50疾患までの　手術ありの数　累積割合

15　51%

15-65歳の頻度の高い傷病名（注）

傷病名	手術	割合	累積	病院数
大腸＜結腸＞のポリープ	あり	2.2%	2.2%	2,811
睡眠時無呼吸	なし	1.2%	3.4%	1,881
コロナウイルス感染症２０１９，ウイルスが同定されたもの	なし	0.8%	4.2%	2,680
尿管結石	あり	0.8%	5.0%	1,138
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	なし	0.8%	5.8%	2,603
乳房の悪性新生物＜腫瘍＞，乳房上外側４分の１	あり	0.8%	6.6%	1,129
急性虫垂炎，その他及び詳細不明	あり	0.8%	7.3%	1,877
子宮平滑筋腫，部位不明	あり	0.7%	8.0%	840
一側性又は患側不明のそけい＜鼠径＞ヘルニア，閉塞及びえ＜壊＞疽を伴わないもの	あり	0.7%	8.8%	2,141
気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞，上葉，気管支又は肺	なし	0.7%	9.5%	1,055

15歳～65歳の上位50疾患までの　手術ありの数　累積割合

30　28%

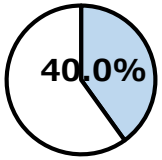
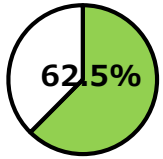
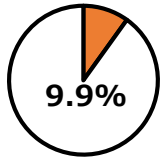
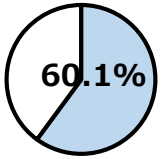
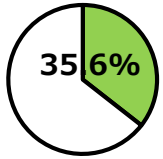
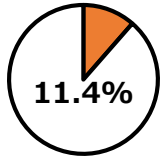
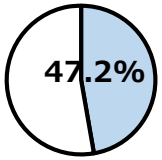
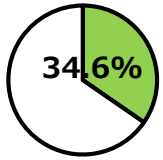
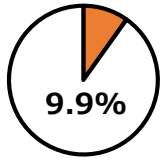
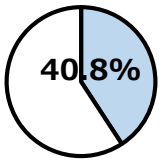
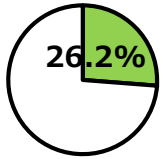
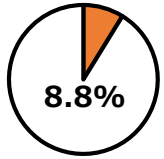
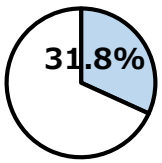
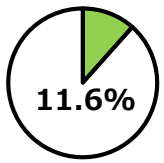
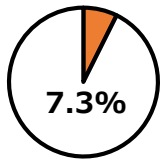
注　傷病名は、急性期入院料等を算定する病棟におけるICD-10傷病名

392

がん患者における年齢階級別の治療法

- 85歳以上のがん患者において、手術療法、化学療法及び放射線治療を実施する割合はいずれも低下する。（がん診療連携拠点病院等を中心とした院内がん登録実施施設を対象としていることに留意。）

がん患者における年齢階級別の治療登録割合（2022年診断症例）

	手術療法＊	化学療法	放射線治療
0歳～14歳 （N=2,865）			
15歳～64歳 （N= 343,748 ）			
65歳～74歳 （N= 333,606 ）			
75歳～84歳 （N= 333,313 ）			
85歳～ （N= 107,377 ）			

＊ 手術療法には開腹手術と鏡視下手術を合わせた数字を記載。
※がん治療では、複数の治療方法が組み合わせて実施されるため、同一症例において複数の治療方法が実施され得る。この場合、全ての治療方法が登録される。
そのため、各治療方法登録割合を合計した場合100%を超えることがある。
出典： 2022年診断例の院内がん登録情報を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成。

新たな地域医療構想の基本的な方向性（案）

第７回新たな地域医療構想等に関する検討会
令和６年８月26日
資料１

病床の機能分化･連携を中心とした地域医療構想をバージョンアップし、2040年頃、さらにその先も見据え、全ての地域・全ての世代の患者が適切な医療を受けられる体制を構築できるよう、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の新たな地域医療構想を策定する。

現行の地域医療構想	新たな地域医療構想
病床の機能分化・連携	**入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の課題解決を図るための地域医療構想へ**

地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

今後の連携･再編･集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築

病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

新たな地域医療構想等に関する検討会における救急・急性期に関する議論

- 新たな地域医療構想における議論のとりまとめ（令和6年12月10日）において、救急・急性期に関する医療について「地域の医療需要や医療資源などを踏まえながら、**持続可能な医療従事者の働き方**や**医療の質**及び**患者の医療機関へのアクセス**を確保する観点から、搬送体制の強化等に取り組みつつ、地域毎に必要な連携・再編・集約を進め、二次救急医療施設も含めた医療機関において一定の症例数を集約して対応する地域の拠点として対応出来る医療機関を確保することが求められる」としており、こうした医療機関を地域毎に確保するための医療機関機能を報告することとしている。
- 地域毎に均てん化し確保することが望ましい医療についても、圏域の中で医療従事者の働き方等が確保されるよう、連携・再編・集約等のあり方について整理が必要。

地域ごとの医療機関機能

（以下、新たな地域医療構想等に関する検討会資料より抜粋）

	主な具体的な内容（イメージ）
高齢者救急・地域急性期機能	• 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力･連携しながら、入院早期からのリハビリ･退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※　地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	• 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※　地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	• 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※　報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	• 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

※ 高齢者医療においては、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者への治し支える医療の観点が重要

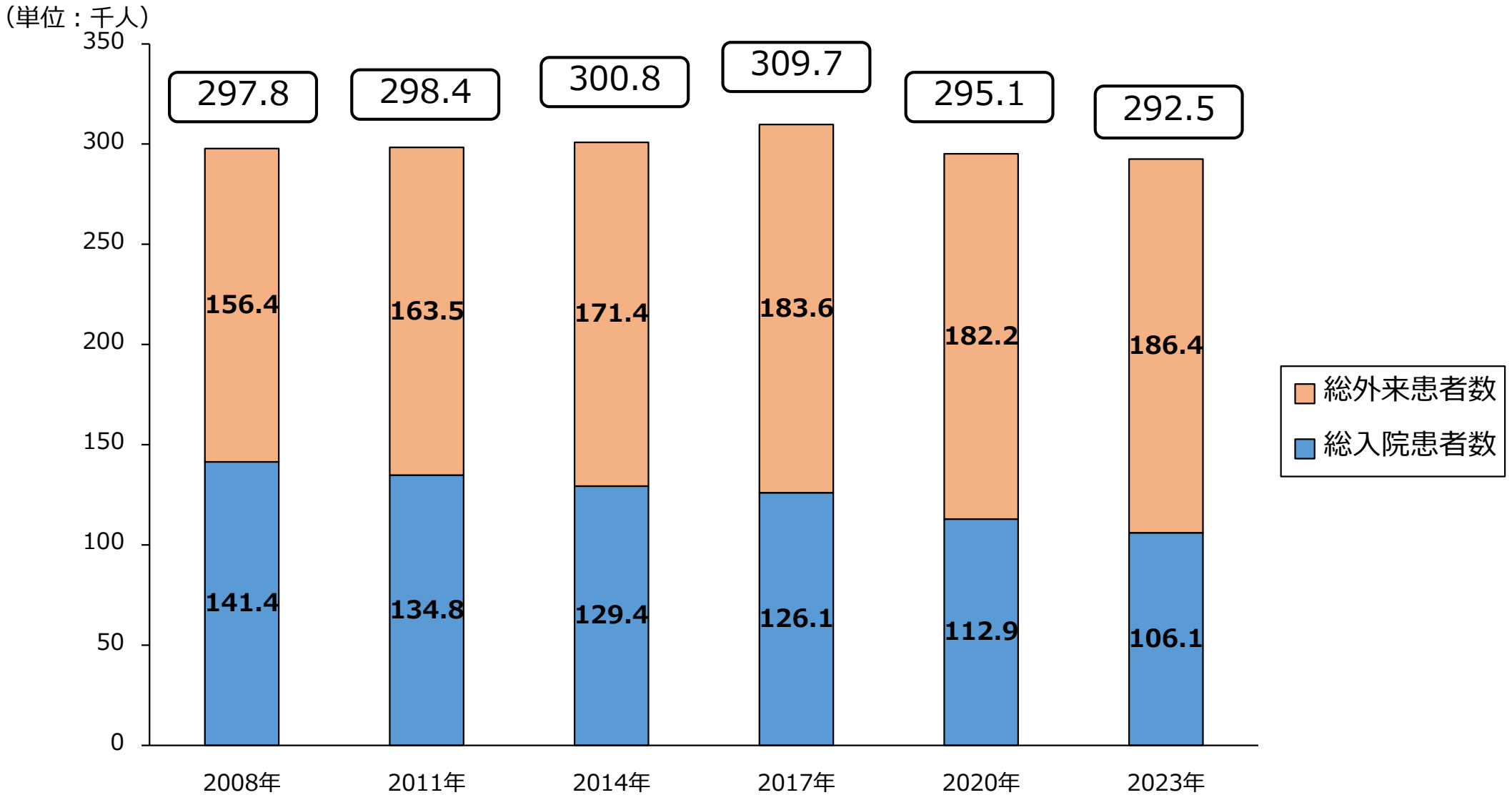
広域な観点の医療機関機能

医育及び広域診療機能	• 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前･卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

- このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

全国のがんの推計患者数の推移

- 全国のがんの推計患者数（※）の推移をみると、推計入院患者数は減少しており、推計外来患者数は増加している。

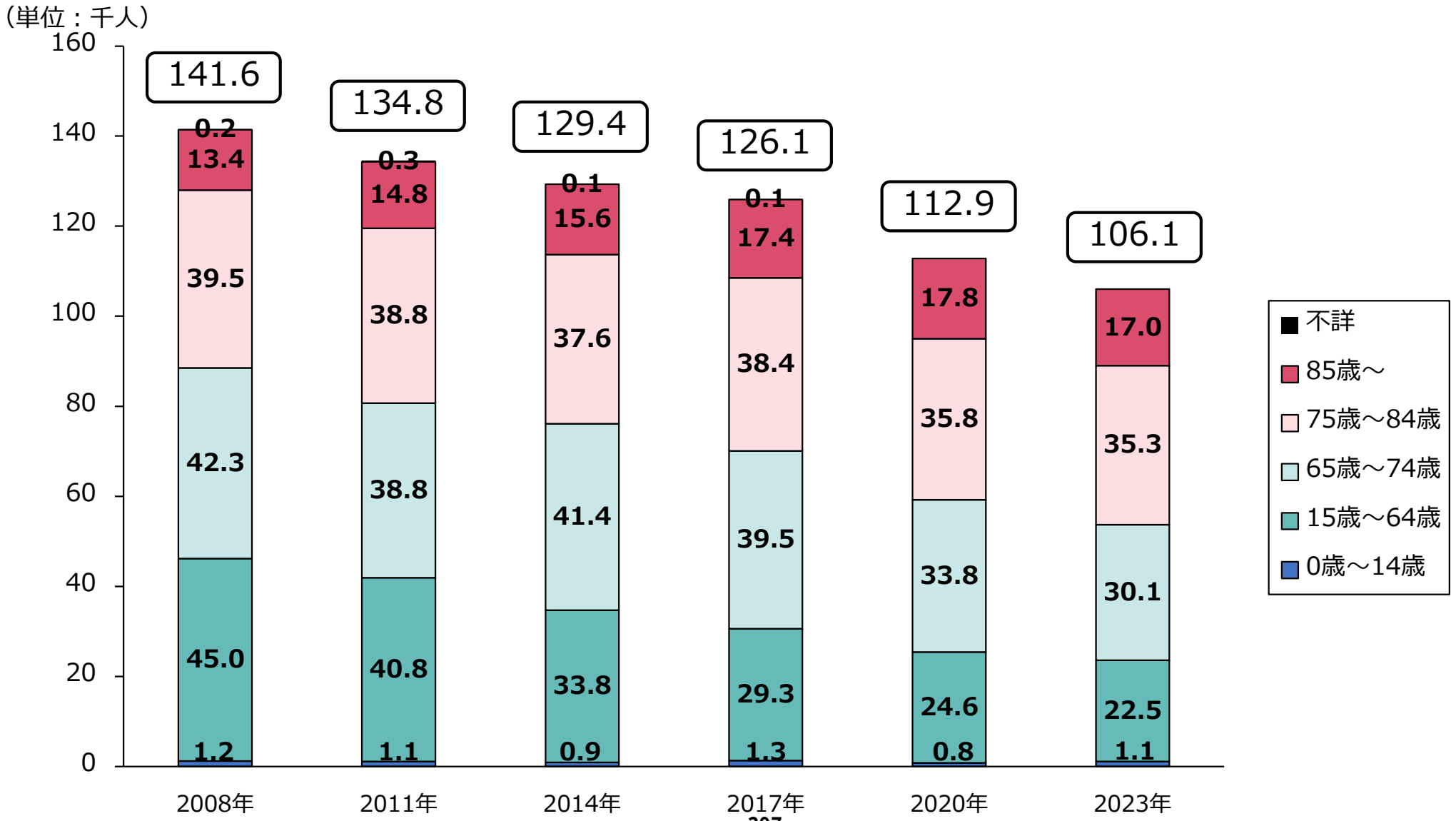


※調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数

出典：「患者調査」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

全国のがんの推計入院患者数の経年推移（年齢階級内訳）

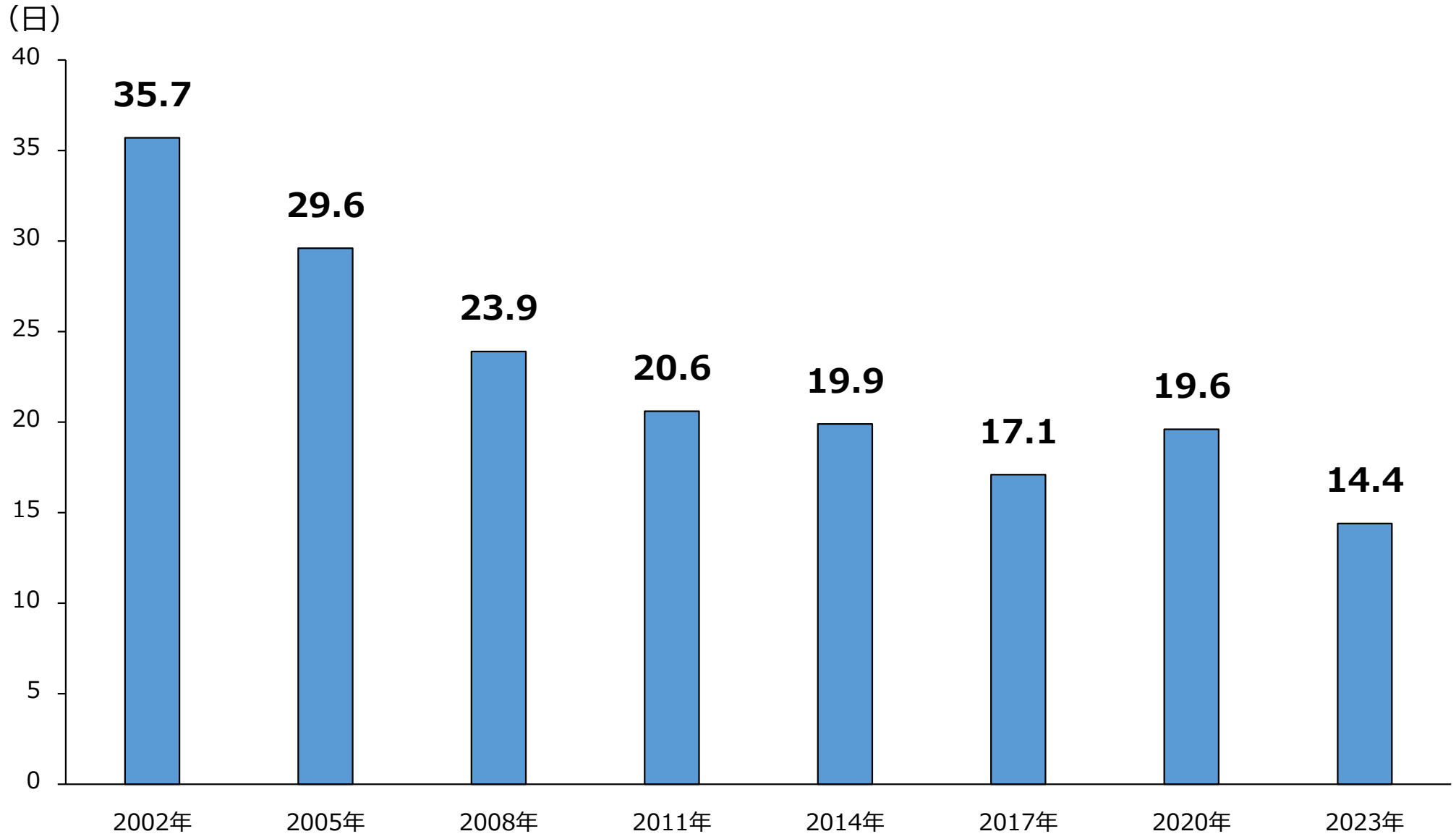
- 全国のがんの推計入院患者数の推移を年齢階級別にみると、65歳以上が6割以上を占めている。



出典：「患者調査」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

全国のがんの退院患者の平均在院日数の推移

- 全国のがんの退院患者の平均在院日数（※）は概ね短縮傾向にある。

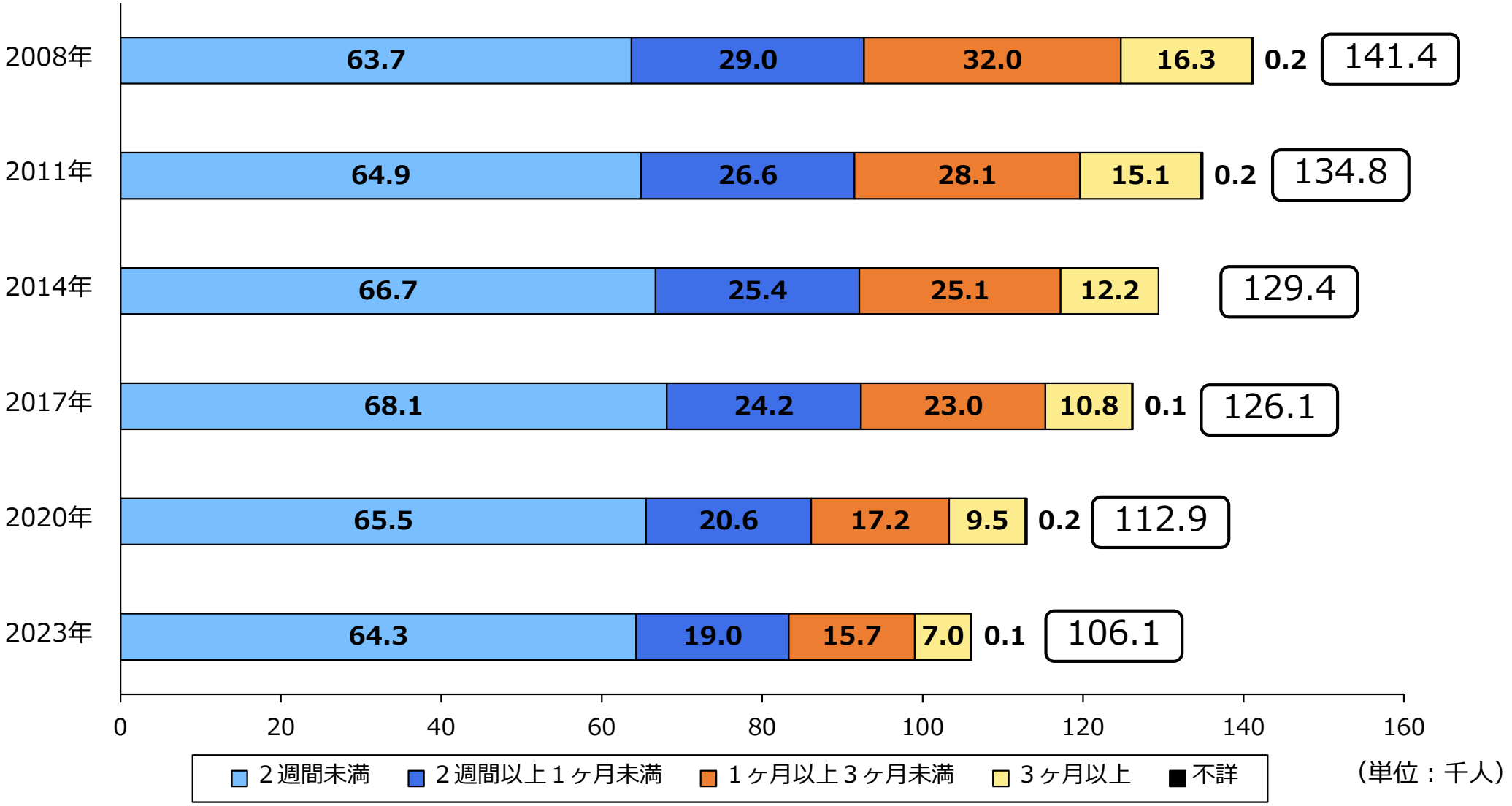


※調査対象期間中（９月１日～30日）に退院した患者の在院日数の平均

出典：「患者調査」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

全国のがんの推計入院患者数の経年推移（在院期間別内訳）

- 全国のがんの推計入院患者数の推移を在院期間別でみると、在院期間が２週間以上の入院患者数が減少している。

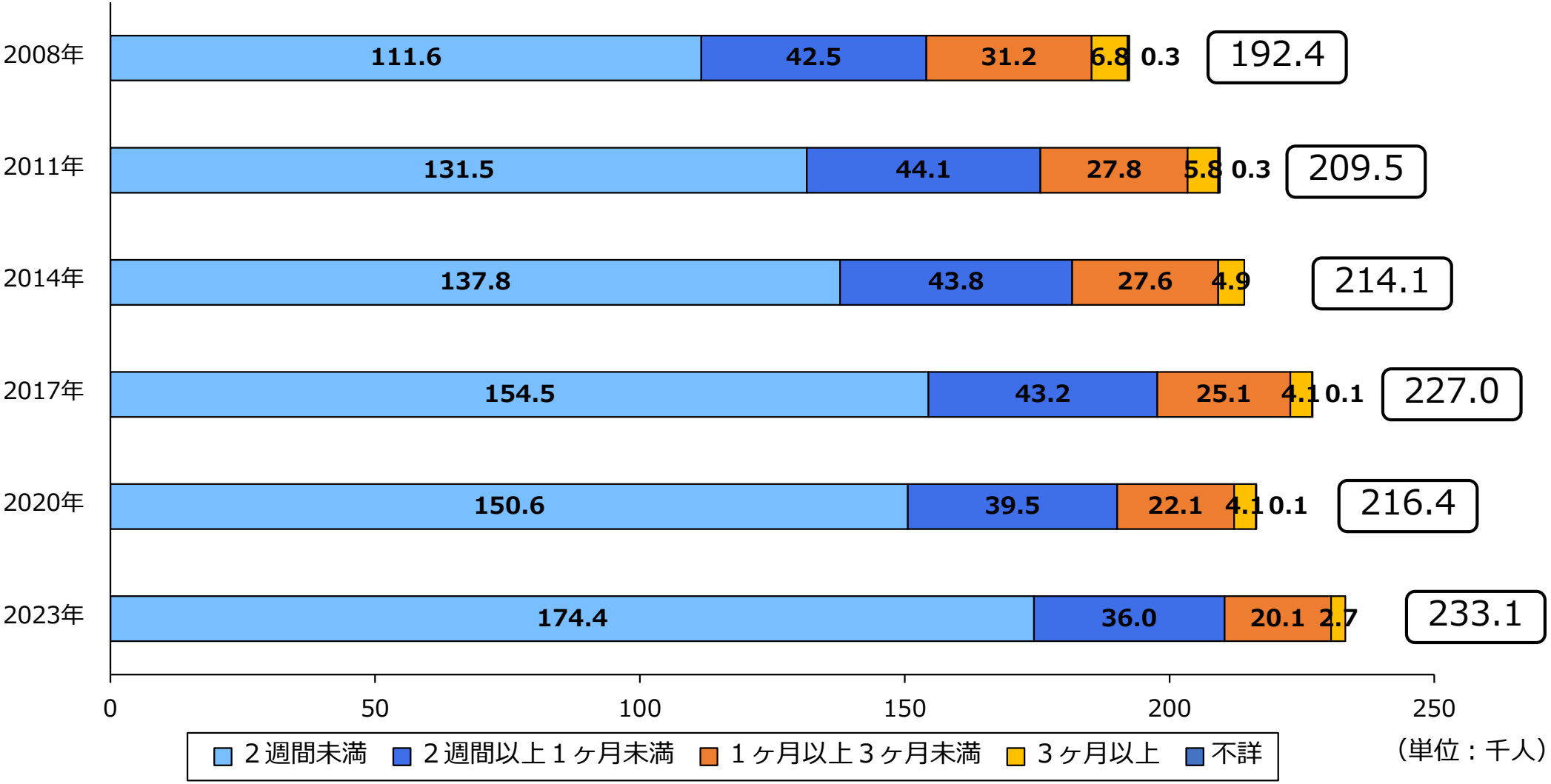


399

出典：「患者調査」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

全国のがんの推計退院患者数の経年推移（在院期間別内訳）

- 全国のがんの推計退院患者数（※）の推移を在院期間別でみると、２週間未満及び２週間以上１ヶ月未満は概ね増加傾向、１ヶ月以上３ヶ月未満及び３ヶ月以上は減少傾向であるが、全体としては概ね増加傾向である。



※調査対象期間中（９月１日～30日）に病院、一般診療所を退院した患者の推計数

出典：「患者調査」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

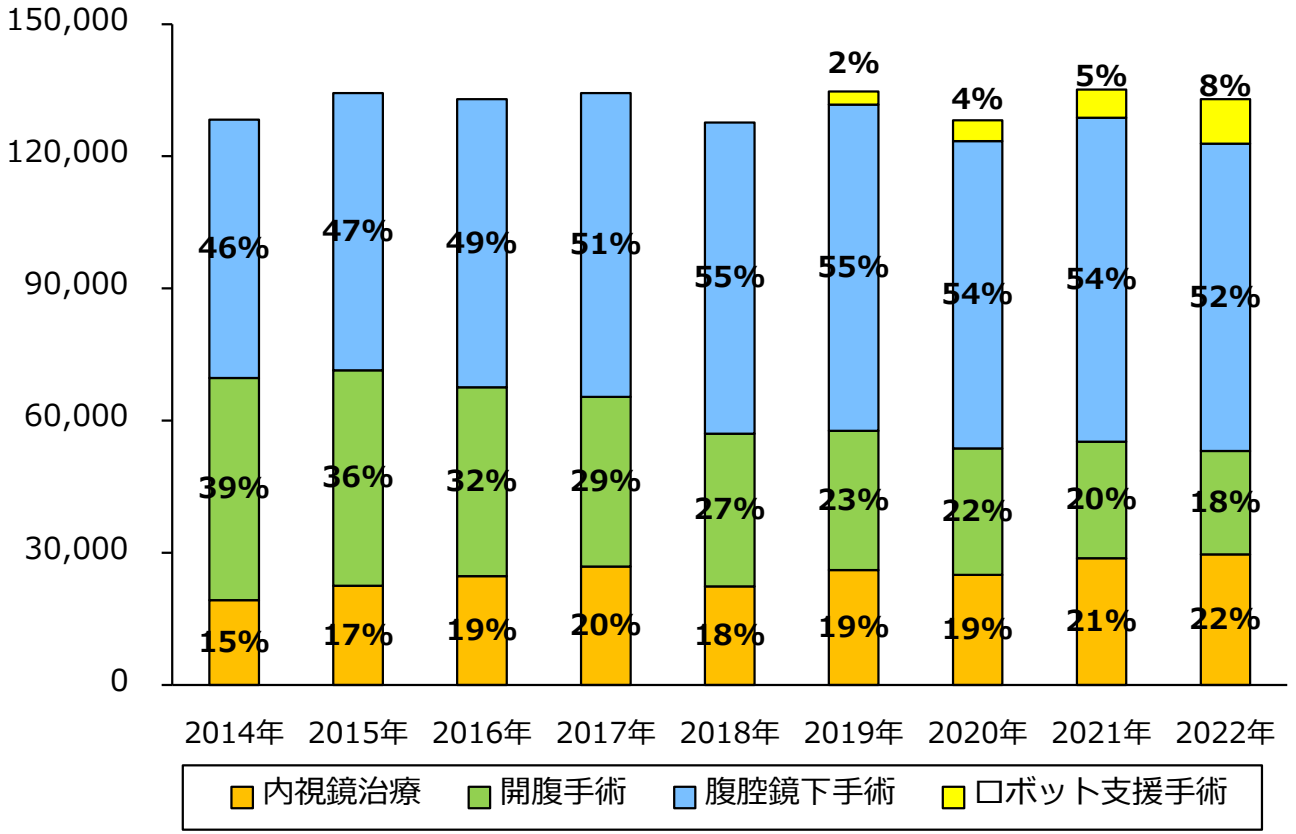
低侵襲治療の拡大（大腸の悪性新生物）

- 2020年の部位別がん罹患数が１番目に多い大腸がんにおいて術式の推移をみると、年々開腹手術の割合が減少し、内視鏡治療・腹腔鏡下手術・ロボット支援手術の割合が増加している。

部位別がん罹患数（2020年）

	男女計	男性	女性
1位	**大腸（147,725）**	前立腺（87,756）	乳房（91,531）
2位	肺（120,759）	大腸（82,809）	大腸（64,915）
3位	胃（109,679）	肺（81,080）	肺（39,679）
4位	乳房（92,153）	胃（75,128）	胃（34,551）
5位	前立腺（87,756）	肝臓（23,707）	子宮（28,492）

2014年から2022年までの大腸の悪性腫瘍に対する入院治療の算定回数（術式別）



※直腸がんはK740 直腸切除・切断術、K740-2 腹腔鏡下直腸切除・切断術を計上。2021年院内がん登録＋DPCデータより大腸の悪性新生物（臨床病期Ⅱ, Ⅲ）に対する内視鏡治療・開腹手術・腹腔鏡下手術の術後在院日数の中央値（IQR）を分析するとそれぞれ3（1-5）日、15（10-23）日、10（8-14）日であった。

出典：厚生労働省「NDBオープンデータ」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

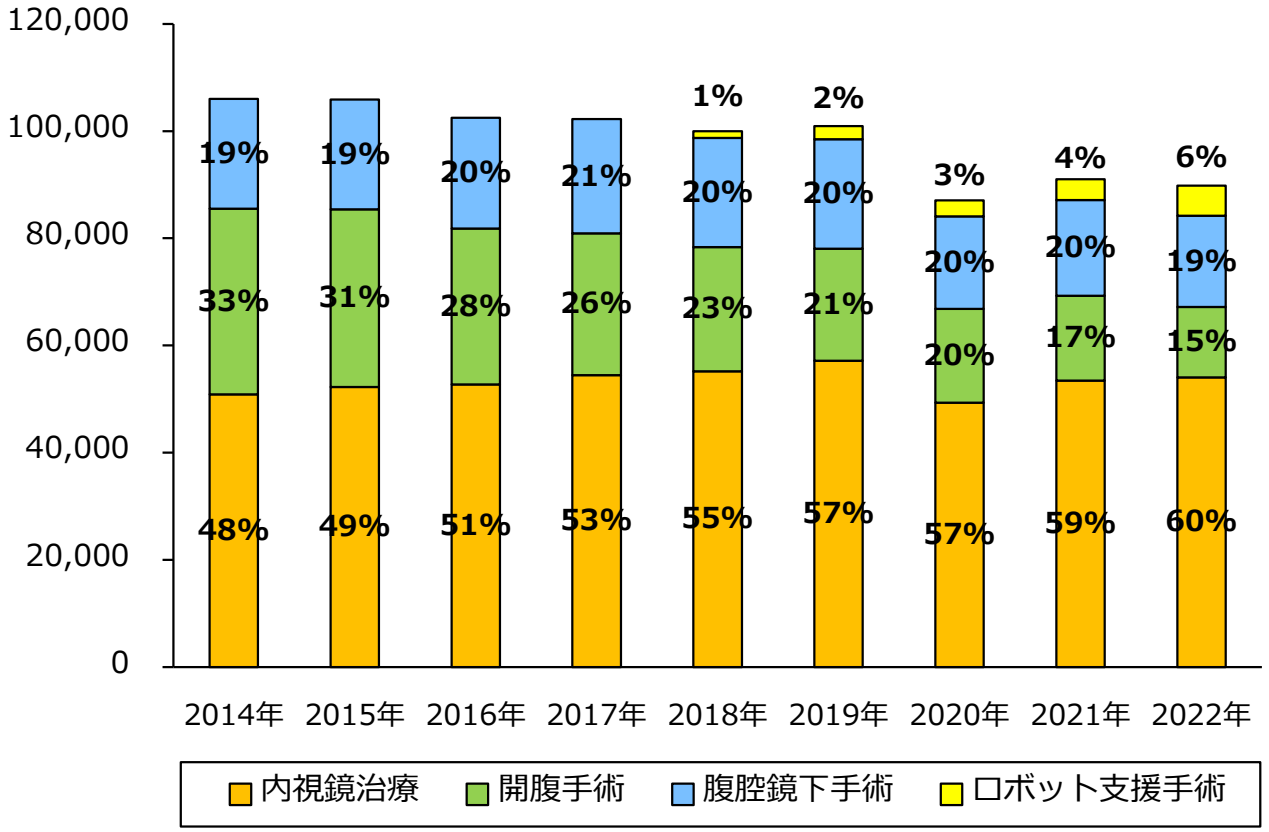
低侵襲治療の拡大（胃の悪性新生物）

- 2020年の部位別がん罹患数が３番目に多い胃がんにおいて術式の推移をみると、年々開腹手術の割合が減少し、内視鏡治療・腹腔鏡下手術・ロボット支援手術の割合が増加している。

部位別がん罹患数（2020年）

	男女計	男性	女性
1位	大腸（147,725）	前立腺（87,756）	乳房（91,531）
2位	肺（120,759）	大腸（82,809）	大腸（64,915）
3位	**胃（109,679）**	肺（81,080）	肺（39,679）
4位	乳房（92,153）	胃（75,128）	胃（34,551）
5位	前立腺（87,756）	肝臓（23,707）	子宮（28,492）

2014年から2022年までの胃の悪性腫瘍に対する入院治療の算定回数（術式別）



※ 内視鏡治療は胃・十二指腸を対象にした内視鏡治療算定回数を計上。 2021年院内がん登録＋DPCのデータより胃の悪性新生物（臨床病期Ⅰ，Ⅱ，Ⅲ）に対する内視鏡治療・開腹手術・腹腔鏡下手術の術後在院日数の中央値（IQR）を分析するとそれぞれ6（5-7）日、14（11-21）日、11（9-14）日であった。

出典：厚生労働省「NDBオープンデータ」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月28日閣議決定）概要

第１．全体目標と分野別目標　／　第２．分野別施策と個別目標

全体目標：「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」

「がん予防」分野の分野別目標
がんを知り、がんを予防すること、がん検診による早期発見・早期治療を促すことで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す

「がん医療」分野の分野別目標
適切な医療を受けられる体制を充実させることで、がん生存率の向上・がん死亡率の減少・全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

「がんとの共生」分野の分野別目標
がんになっても安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

１．がん予防
（１）がんの１次予防
①生活習慣について
②感染症対策について
（２）がんの２次予防（がん検診）
①受診率向上対策について
②がん検診の精度管理等について
③科学的根拠に基づくがん検診の実施について

２．がん医療
（１）がん医療提供体制等
①医療提供体制の均てん化・集約化について
②がんゲノム医療について
③手術療法・放射線療法・薬物療法について
④チーム医療の推進について
⑤がんのリハビリテーションについて
⑥支持療法の推進について
⑦がんと診断された時からの緩和ケアの推進について
⑧妊孕性温存療法について
（２）希少がん及び難治性がん対策
（３）小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策
（４）高齢者のがん対策
（５）新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装

３．がんとの共生
（１）相談支援及び情報提供
①相談支援について
②情報提供について
（２）社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援
（３）がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）
①就労支援について
②アピアランスケアについて
③がん診断後の自殺対策について
④その他の社会的な問題について
（４）ライフステージに応じた療養環境への支援
①小児・ＡＹＡ世代について
②高齢者について

４．これらを支える基盤
（１）全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進
（２）人材育成の強化
（３）がん教育及びがんに関する知識の普及啓発
（４）がん登録の利活用の推進
（５）患者・市民参画の推進
（６）デジタル化の推進

第３．がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

１．関係者等の連携協力の更なる強化
２．感染症発生・まん延時や災害時等を見据えた対策
３．都道府県による計画の策定
４．国民の努力
５．必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化
６．目標の達成状況の把握
７．基本計画の見直し

第４期がん対策推進基本計画におけるがん医療提供体制に係る記載について

- 第４期がん対策推進基本計画において、がん医療提供体制の集約化・均てん化について、国は、都道府県がん診療連携協議会等に対し、好事例の共有や他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行うとしている。

第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月）（抜粋）

①医療提供体制の均てん化・集約化について

（現状・課題）

国は、これまで、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（以下「整備指針」という。）に基づき、拠点病院等を中心として、標準的な手術療法、放射線療法、薬物療法、病理診断、緩和ケア等の提供、がん相談支援センターの整備、院内がん登録及び多職種によるカンファレンスの実施等を推進し、医療の質の向上や均てん化に向けた取組を進めてきた。

（取り組むべき施策）

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踏まえた集約化を推進する。その際、国は、都道府県がん診療連携協議会等に対し、好事例の共有や他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う。

がん診療連携拠点病院制度

令和６年４月現在

都道府県がん診療連携拠点病院	51か所
地域がん診療連携拠点病院	348か所（うち特例型4か所）
特定領域がん診療連携拠点病院※	１か所
地域がん診療病院	61か所
	合計461か所

特例型は、指定要件を満たしていない場合に１年の期間を定めて指定される。

- 全国どこでも質の高いがん医療を提供することができるよう、がん医療の均てん化を目指して、各都道府県において整備する。
- 都道府県知事が推薦する医療機関を指定の検討会の意見を踏まえて厚生労働大臣が拠点病院等として指定する。

国



国立がん研究センター

- 国立がん研究センターが事務局となり、都道府県がん診療連携拠点病院と連携し、情報収集、共有、評価、広報を行うための**都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会（国協議会）**を開催する。

都道府県



都道府県がん診療連携拠点病院

- 都道府県に原則として１か所整備。
- 都道府県におけるがん対策の中心的な役割を担う。
- 都道府県内のがん診療に係る情報の共有、評価、分析及び発信を行うための**都道府県がん診療連携協議会**を設置する。

がん医療圏

地域がん診療連携拠点病院



- がん医療圏に原則として１か所整備。
- 当該がん医療圏におけるがん医療が適切に提供されるよう努める。
- 専門的ながん医療の提供と連携協力体制を整備し、がん患者に対する相談支援及び情報提供を行う。

がん医療圏

地域がん診療病院



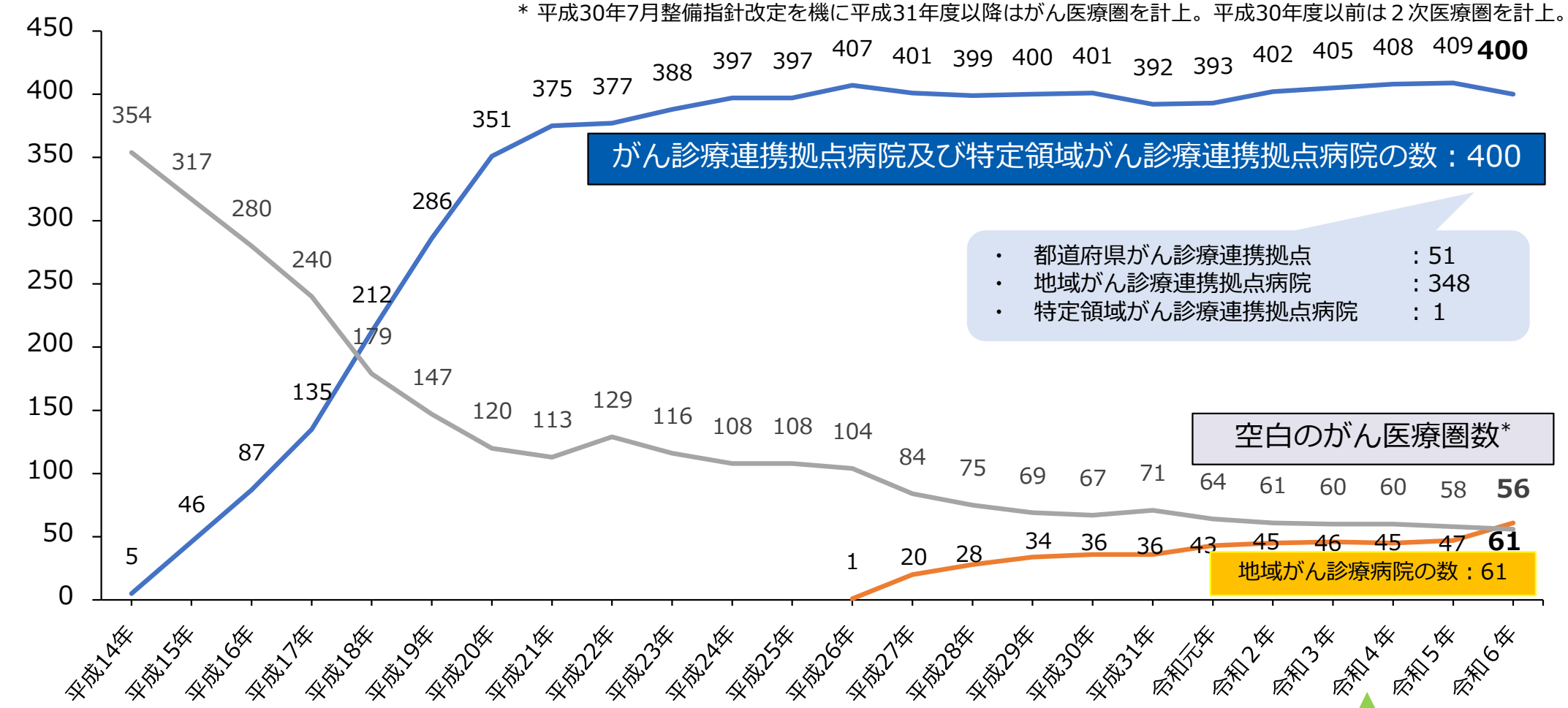
- がん診療連携拠点病院のないがん医療圏に１か所整備。
- 隣接するがん診療連携拠点病院とグループ指定を受け、連携して専門的な集学的治療を実施する。

※整備指針では、特定のがんについて、当該都道府県内の最も多くの患者を診療する特定領域がん診療連携拠点病院を整備できるものとしている。

がん診療連携拠点病院等の整備の推移

- がん対策基本法施行後、がん対策推進基本計画に基づき、都道府県において拠点病院等の整備が進められた。
- 拠点病院等のないがん医療圏（空白のがん医療圏）が、56か所（令和６年４月時点）まで減少した。

＊ 平成30年7月整備指針改定を機に平成31年度以降はがん医療圏を計上。平成30年度以前は２次医療圏を計上。



がん克服新10か年戦略（～平成15年）

第３次対がん10か年総合対策（～平成25年）

がん対策基本法（2006年）

第１期がん対策推進基本計画

第２期がん対策推進基本計画

第３期がん対策推進基本計画

第８次医療計画等に関する検討会

第４期がん対策推進基本計画

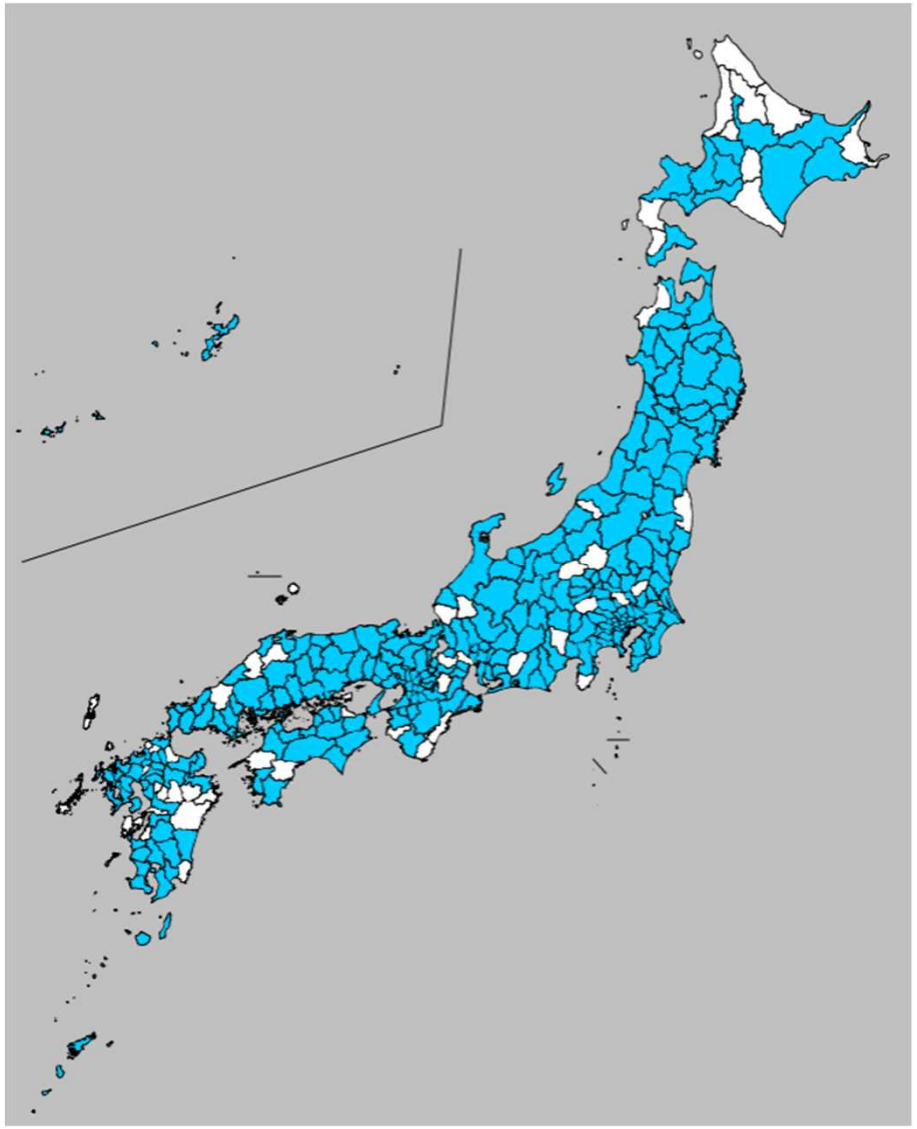
空白のがん医療圏について

がん医療圏

- 都道府県は都道府県拠点病院を１か所、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の４に基づく医療計画で定めるがん医療圏毎にがん診療連携拠点病院を１か所、それぞれ整備するものとしている。
- また、がん診療連携拠点病院の無いがん医療圏に地域がん診療病院を１か所整備できるものとしている。
- 40の都道府県ではがん医療圏は二次医療圏と一致し、７つの県（秋田、石川、三重、兵庫、和歌山、香川、宮崎（※1））では、二次医療圏と異なる独自のがん医療圏を設定している。

空白のがん医療圏

- 令和６年４月時点で、全国336のがん医療圏のうち、日本地図の白抜きで示した**56のがん医療圏**が、拠点病院等がひとつも配置されていない“空白のがん医療圏”となっている。
- 第10回第８次医療計画等に関する検討会において、「次期医療計画の改定にあたり、都道府県に対し、空白の医療圏の患者の受療動向等を勘案し、実情や人口減少等の将来のニーズに即したがんの医療圏の再検討を促してはどうか」としている（※2）。



※1　石川、和歌山、宮崎は二次医療圏を統合し、秋田、三重、兵庫、香川は二次医療圏を細分化してがん医療圏を設定している。

※2　https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_26864.html

現行の地域医療構想における構想区域について

第13回新たな地域医療構想等に関する検討会
令和６年12月３日
資料１

- 現行の地域医療構想において、構想区域は、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を単位として設定することとしている。構想区域の設定に当たって、都道府県において、現行の二次医療圏を原則として、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など将来における要素を勘案して検討することとしている。

構想区域

３３９構想区域（令和６年４月現在）

人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として**地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当である**と認められる区域を単位として設定

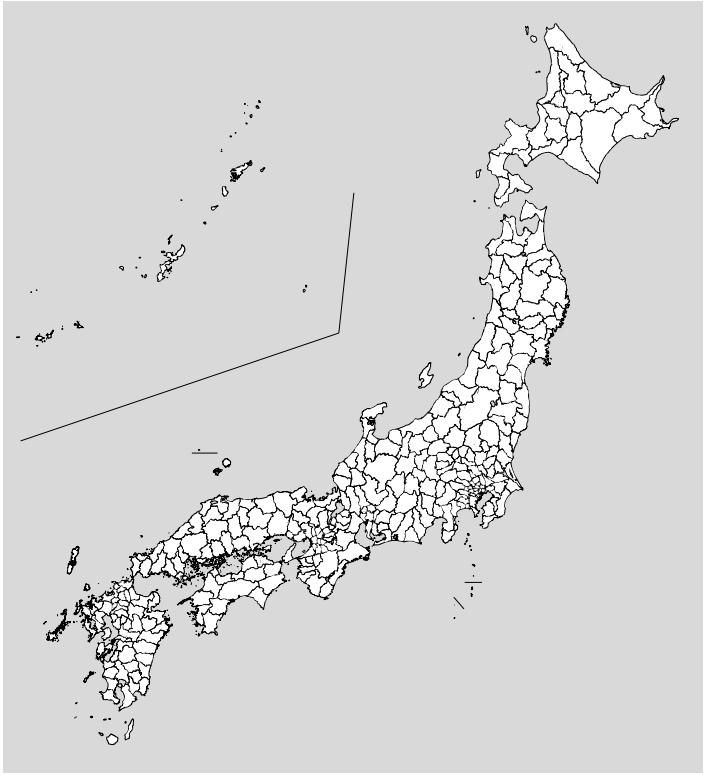
※ 地域医療構想策定ガイドライン（平成27年３月31日）抜粋
- 構想区域の設定に当たっては、現行の二次医療圏を原則としつつ、あらかじめ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など将来における要素を勘案して検討する必要がある。
- 地域医療構想は平成37年（2025年）のあるべき医療提供体制を目指すものであるが、設定した構想区域が現行の医療計画（多くの都道府県で平成25年度（2013年度）～平成29年度（2017年度））における二次医療圏と異なっている場合は、平成36年(2024年)３月が終期となる平成30年度（2018年度）からの次期医療計画の策定において、最終的には二次医療圏を構想区域と一致させることが適当である。

二次医療圏

３３０医療圏（令和６年４月現在）

人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として地域における病床の地理的条件等の自然的条件および日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として**病院及び診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当である**と認められるものを単位として設定

408

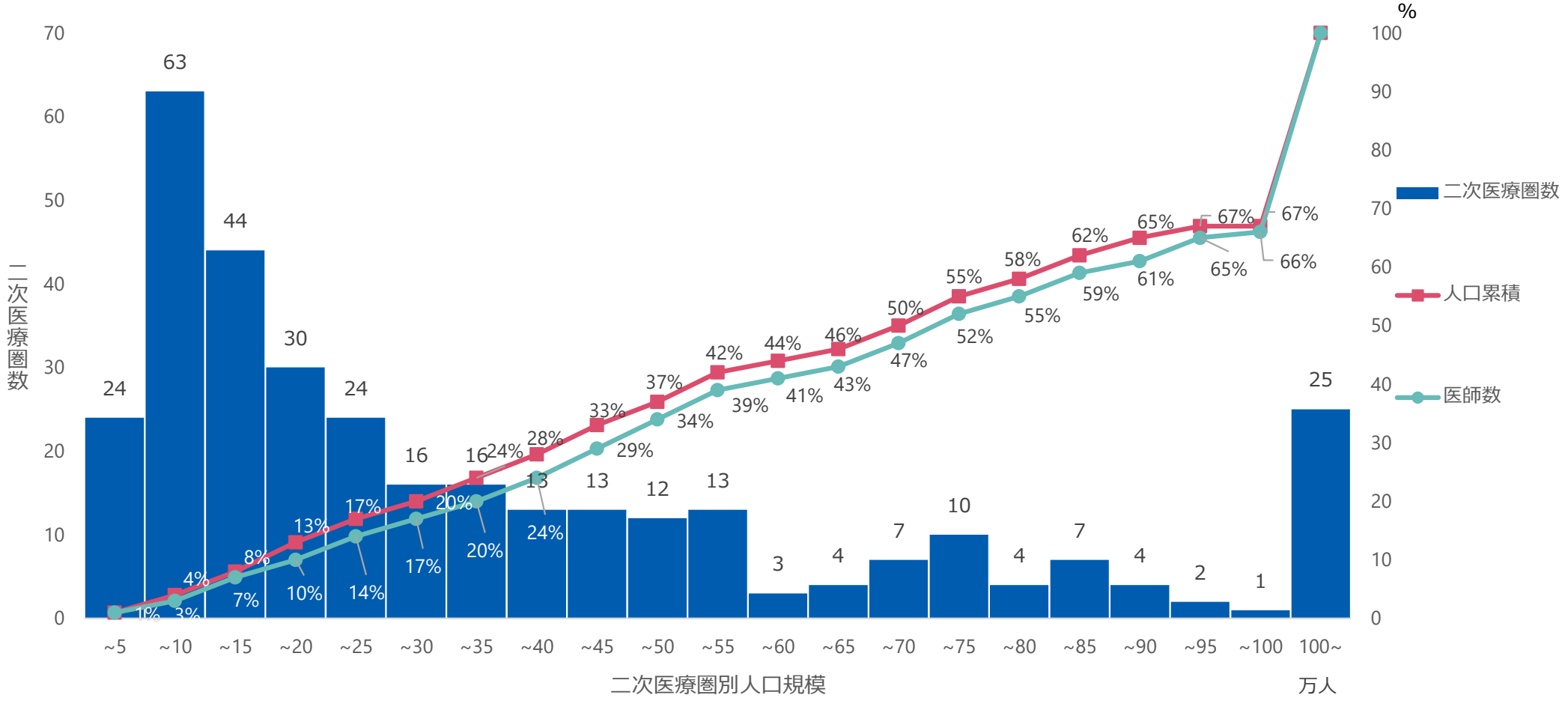


※令和４年９月時点の二次医療圏（335医療圏）数の図であり、構想区域（339区域）の数とは一致しない。

二次医療圏の医療資源等について

- 二次医療圏ごとに人口規模はさまざまであり、中央値は20万人程度、20万人未満の二次医療圏は161、100万人以上の二次医療圏は25ある。
- 100万人以上の二次医療圏においては、全人口の33%、医師数の34%を占める。

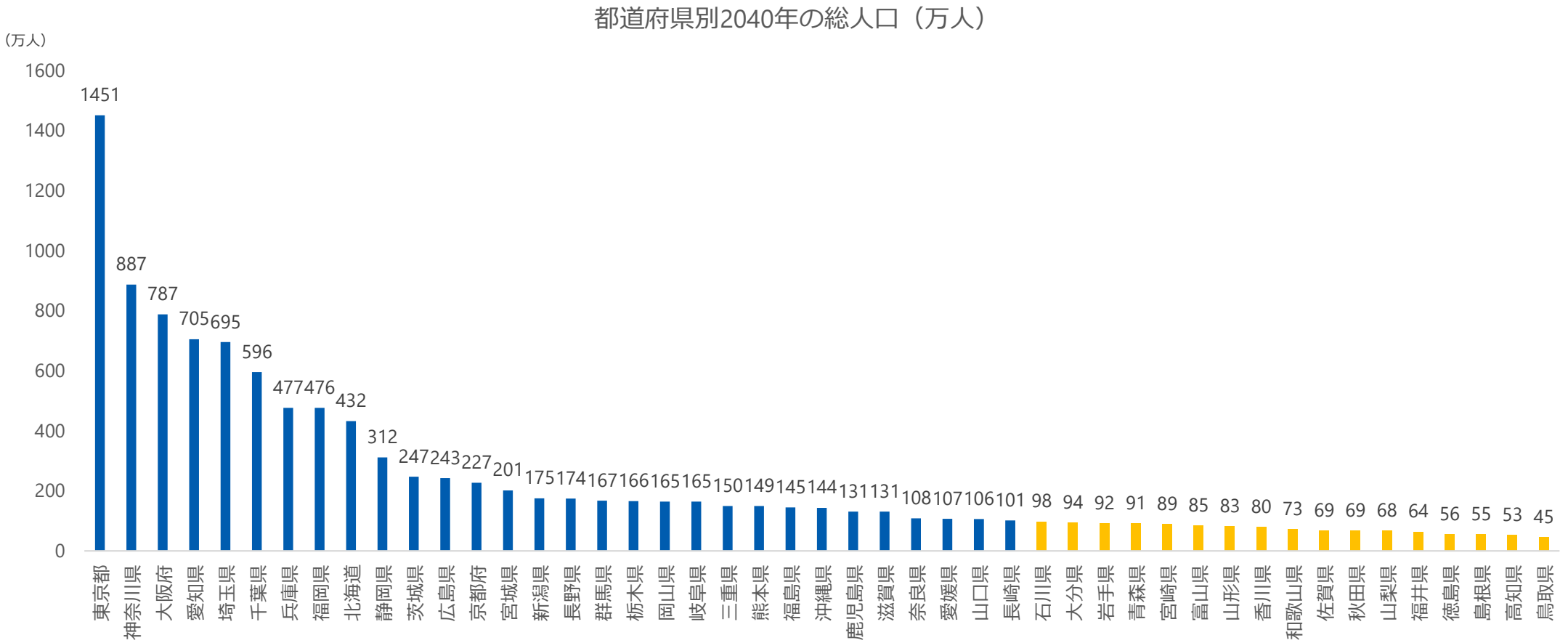
人口規模別二次医療圏数と累積人口等



※2023年病床機能報告（第８次医療計画時点）データ

広域な観点の圏域

三次医療圏については、基本的に都道府県単位で整備してきた。2040年には17県が人口100万人未満となる見込み。



資料出所：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和５（2023）年推計）」

構想区域について（案）

- 構想区域については、二次医療圏を原則としており、ほぼ同数が整備されている。
- 第8次医療計画においては、20万人未満の二次医療圏や100万人以上の二次医療圏については、必要に応じて区域の設定の見直しを検討することとしている。三次医療圏については、先進的技術を必要とする医療等の提供等のため、基本的に都道府県の単位を区域として設定することとしている。
- 人口規模の小さな二次医療圏においては、人口あたりの医師数や手術件数が少なく、脳血管内手術が実施されていない二次医療圏も一定数存在する。
- 人口規模の大小等により地域毎に課題が異なり、それぞれの特性に応じた医療提供体制の確保が必要となる。
- 人口や地理的な要因など様々な状況下で、医療機関の機能転換・再編等の先行事例が存在する。
- 在宅医療の圏域については、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域等、地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定することとしている。

- 構想区域の設定に当たっては、引き続き二次医療圏を原則として、急性期拠点機能等の医療機関機能の確保に向けて、アクセスの観点も踏まえつつ、人口規模が20万人未満の構想区域や100万人以上の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を見直すこととしてはどうか。

  ※　二次医療圏の見直しに時間を要する場合は、構想区域の合併･分割等を先行して行うこともあり得る。

- 広域な観点での区域については、都道府県単位（必要に応じて三次医療圏）で設定することとしてはどうか。
- 在宅医療等については必要に応じて二次医療圏より狭い区域での議論が必要であり、地域の医療及び介護資源等の実情に応じて、市町村単位や保健所圏域等、在宅医療等に関するより狭い区域を設定することとしてはどうか。
- 具体的な区域の検討については、区域全体の医療資源に応じて確保する医療内容や、区域内で確保が困難な医療について隣接区域等との連携のあり方等、地域の特性を踏まえた医療提供体制の構築に向けて検討が必要な事項を含めて、ガイドラインを検討する際に検討することとしてはどうか。

がん医療圏の設定について

- 医療計画では、がんを含む５疾病に係る医療圏の設定について、「患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定すること」とされている。

「医療計画について」（令和５年３月31日付け医政発0331第16号厚生労働省医政局長通知（令和５年６月15日一部改正））の別紙「医療計画作成指針」（抜粋）

第４　医療計画作成の手順等

２　医療圏の設定方法

（２）５疾病・６事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制を構築する際の圏域については、従来の二次医療圏に拘らず、**患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する**こと。

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和５年３月31日付け医政地発0331第14号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知（令和５年６月29日最終改正））の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制の構築に係る指針」（抜粋）

がんの医療体制構築に係る指針

都道府県は、（略）**地域の現状を把握・分析する**とともに、各病期に求められる医療機能を理解した上で、**地域の実情に応じて圏域を設定**し、その圏域ごとの医療機関とそれら医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価を行えるようにすること。

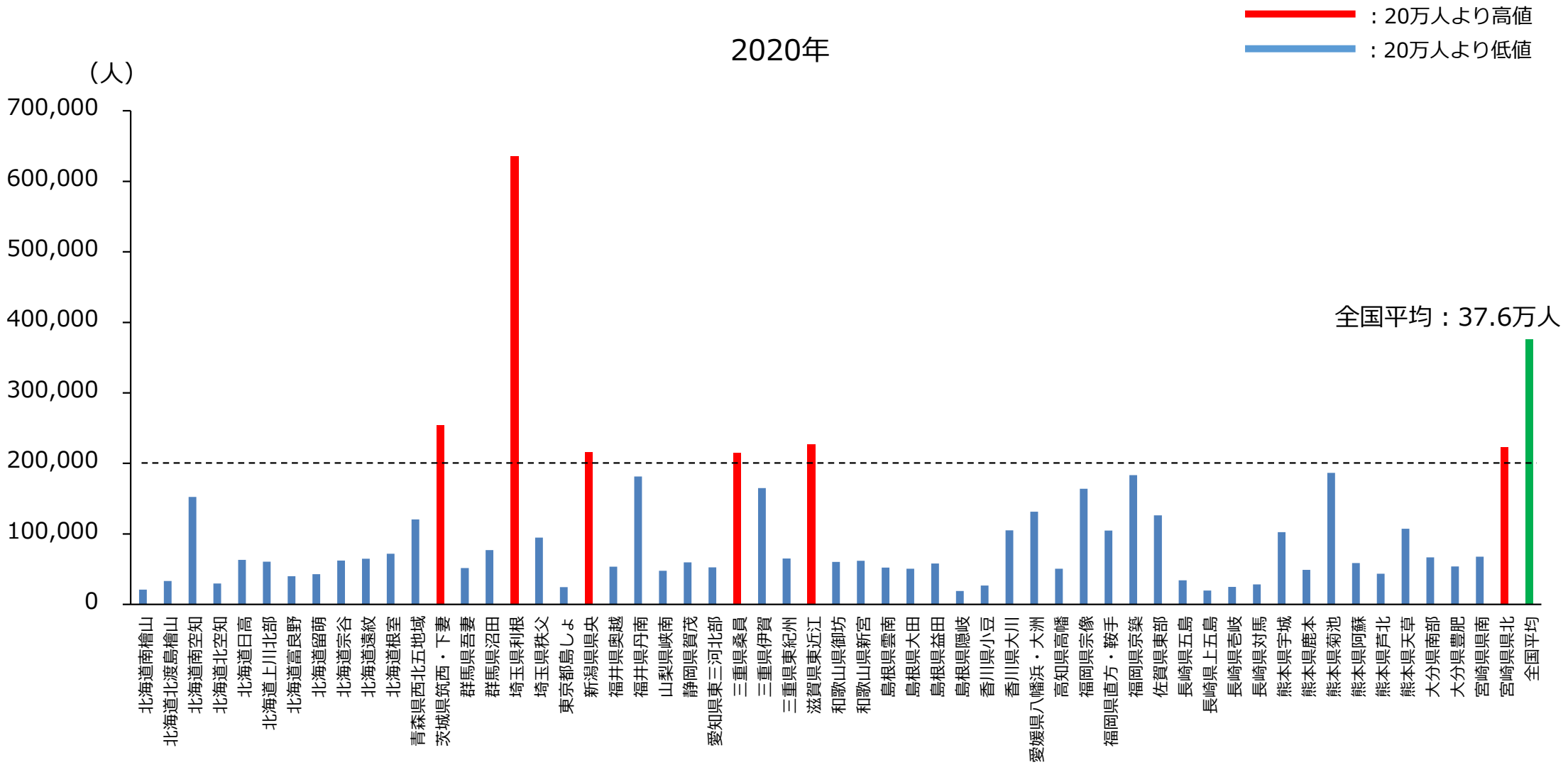
第３　構築の具体的な手順

２　圏域の設定

（３）圏域を設定するに当たっては、各医療機能の実施状況を勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、**地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する**こと。

空白のがん医療圏における人口

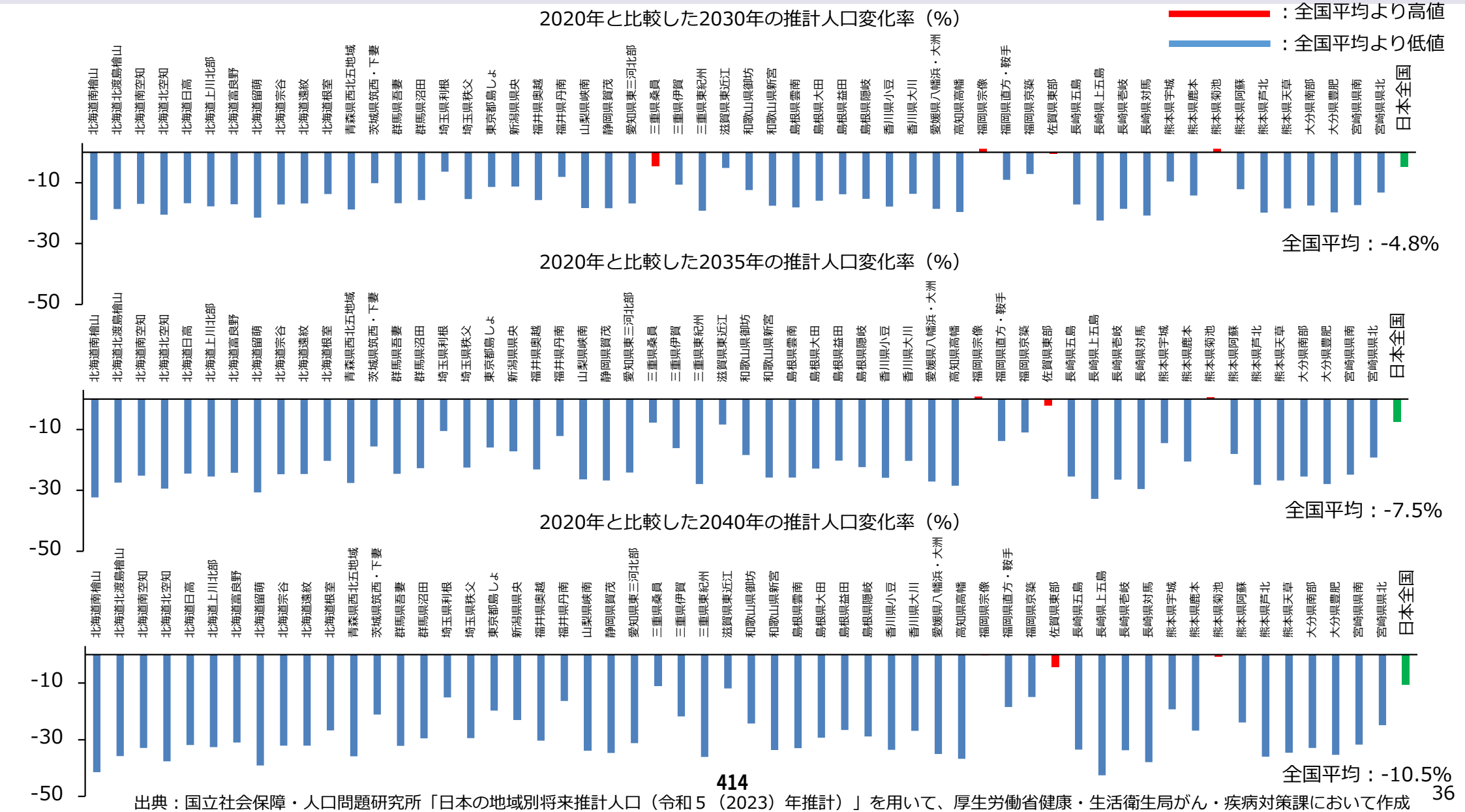
- 大半の空白のがん医療圏は、人口が20万人以下である。



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和５（2023）年推計）」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

空白のがん医療圏における人口推計

- 空白のがん医療圏における人口を2020年と2030年・2035年・2040年の推計人口と比較すると、大半の空白のがん医療圏で全国平均より大きな人口減少が見込まれる。

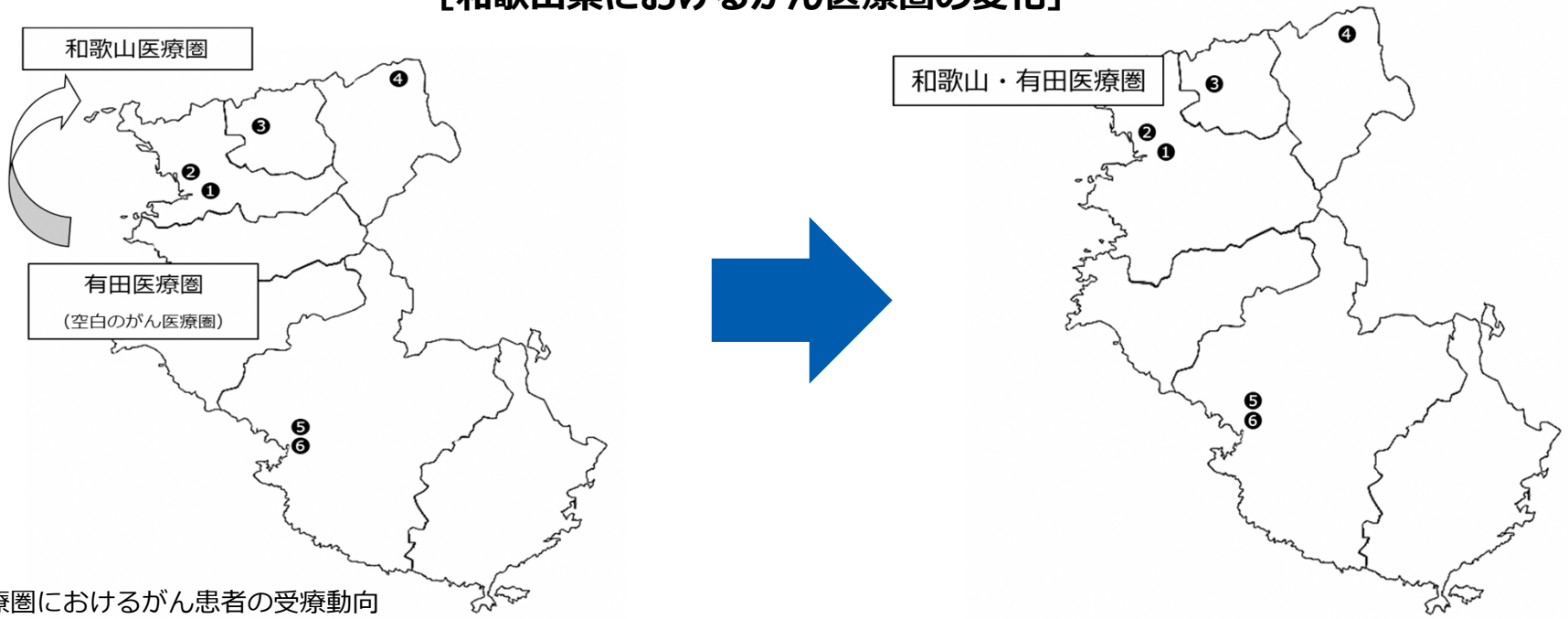


出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和５（2023）年推計）」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

和歌山県におけるがん医療圏の見直し

- 令和５年度に実施したがん医療圏の見直しにおいて、有田医療圏ではがん医療圏の設定基準である「国又は県指定のがん医療の拠点となる病院の設置」が見込めなくなったため、他の医療圏との統合を決定した。そして、統合先の医療圏を選定するに当たり、全国がん登録で有田医療圏のがん患者の受療動向を確認した結果、和歌山医療圏で初回治療を受けている割合が最も高かったため、和歌山医療圏・有田医療圏を１つの医療圏として設定することとし、令和５年度末に策定した「第八次和歌山県保健医療計画」にその旨を明記した。

［和歌山県におけるがん医療圏の変化］



※有田医療圏におけるがん患者の受療動向

医療圏	手術療法	薬物療法	放射線療法
有田	24.9%	12.7%	-
和歌山	69.6%	80.1%	82.4%
その他	5.5%	7.2%	17.6%
計	100%	100%	100%

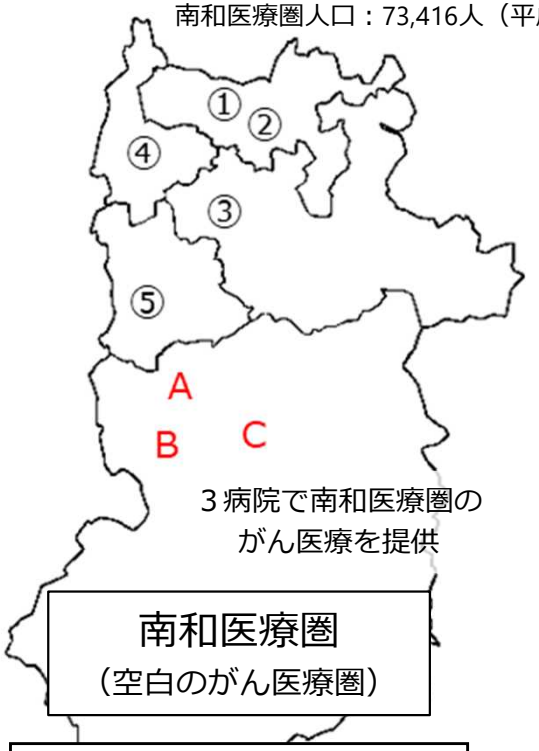
出典：第八次和歌山県保健医療計画を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

奈良県における機能再編による地域がん診療病院設置の例

- 南和医療圏では、拠点病院等がなく多くの患者が他の医療圏で治療を受けていたが、大淀町立大淀病院、奈良県立五條病院、吉野町国民健康保険吉野病院の機能再編を行い、平成28年4月に設置された南奈良総合医療センターにがん医療を集約した。その結果、平成29年4月に同センターが地域がん診療病院に指定され、空白のがん医療圏が解消された。

平成28年迄

南和医療圏人口：73,416人（平成27年10月）



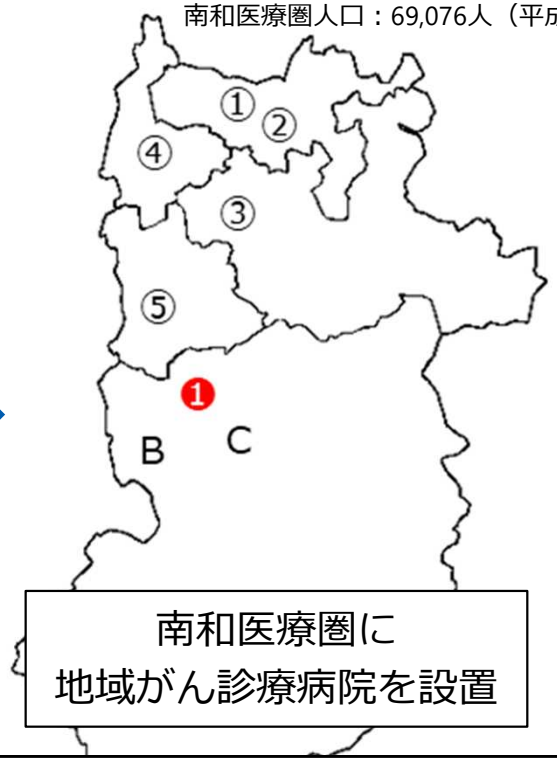
3病院で南和医療圏のがん医療を提供

南和医療圏
（空白のがん医療圏）

①奈良県総合医療センター
②市立奈良病院
③天理よろづ相談所病院
④近畿大学奈良病院
⑤奈良県立医科大学附属病院★
A 大淀町立大淀病院
B 奈良県立五條病院
C 吉野町国民健康保険吉野病院

平成29年以降

南和医療圏人口：69,076人（平成29年10月）

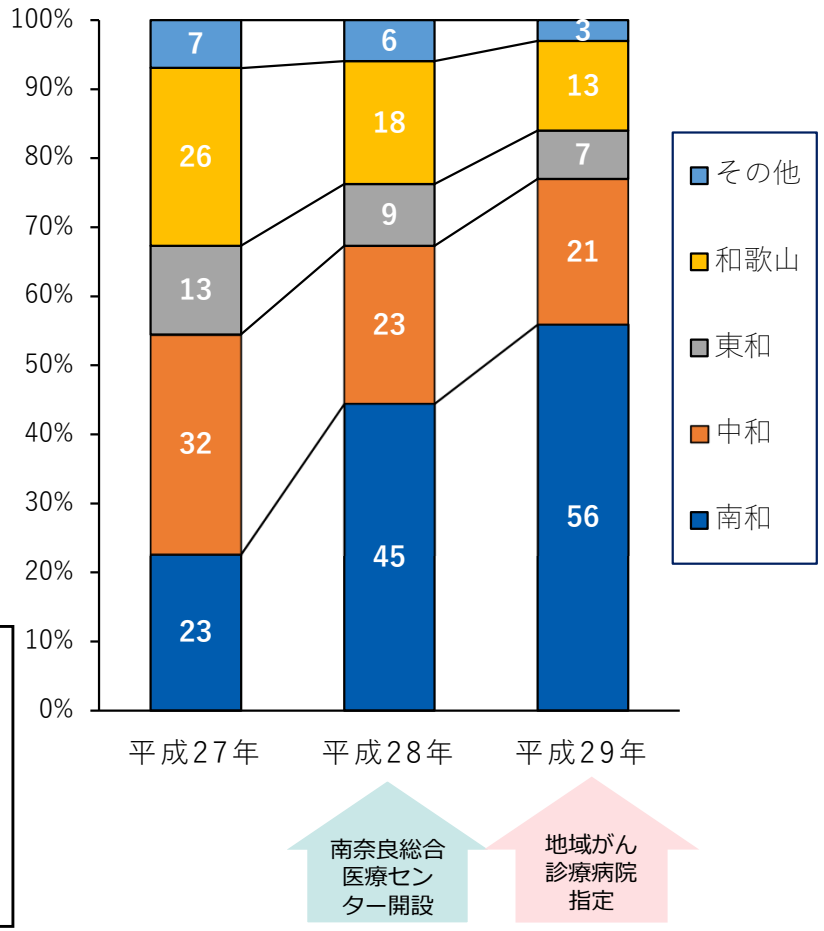


南和医療圏に
地域がん診療病院を設置

①奈良県総合医療センター
②市立奈良病院
③天理よろづ相談所病院
④近畿大学奈良病院
⑤奈良県立医科大学附属病院★
❶南和広域医療企業団 南奈良総合医療センター
B 南和広域医療企業団 五條病院
C 南和広域医療企業団 吉野病院

416

南和医療圏在住の5大がん患者の入院先医療圏



出典：南和広域医療企業団 第２期中期計画を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

院内がん登録の歩み

- がん診療連携拠点病院等を中心に院内がん登録の標準化等が進められ、集計データの利活用の推進が図られている。

平成14年	**「地域がん診療拠点病院」の指定要件（健発第865号）に、「院内がん登録システムが確立している、または今後年以内に当該システムが確立する見込みが確実である医療施設であること。」が明記された。**
平成15年	『地域がん診療拠点病院院内がん登録 登録標準項目とその定義2003年度版』が発出（健習発第1212001 号）された。
平成18年	『がん診療連携拠点病院院内がん登録 標準登録様式 登録項目とその定義2006年度版』が発出（健習発第0331001号）され、同年に一部改正と補足した修正版が発出（健総発第0907001号）された。
平成18年	**「がん診療連携拠点病院」の指定要件（健発第0201004号）に、「標準登録様式に基づく院内がん登録を実施すること。」及び「診療録管理（がん登録実務を含む）に携わる専任者が1人以上確保されていること。」が明記された。**
平成19年	がん対策基本法（平成18年法律第98号）の施行にともない作成された「がん対策推進基本計画（第１期）」において、がん登録の推進が重点的に取り組むべき課題の１つとして掲げられた。
平成20年	**「がん診療連携拠点病院」の指定要件（健発第0301001号）に、「毎年、院内がん登録の集計結果等をがん対策情報センターに情報提供すること。」が明記され、平成19年以降の症例について院内がん登録全国集計が開始された。**
平成21年	院内がん登録全国集計データの報告書の公表が開始された。
平成25年	**都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会がん登録部会の活動の一環として、院内がん登録とDPC調査データを、リンク可能な形で匿名化して収集、統合的に分析する活動が開始された（がん登録部会QI研究）。**
平成28年	がん登録等の推進に関する法律（平成25年法律第111号）及び院内がん登録の実施に係る指針（平成27年厚生労働省告示第470号）が施行され、院内がん登録の実施根拠や意義等が明文化された。あわせて、『がん診療連携拠点病院等 院内がん登録 標準登録様式2016年版』が発行された。
平成30年	「院内がん登録 全国集計 結果閲覧システム（0年集計）」が公開された。
令和３年	「院内がん登録生存率集計結果閲覧システム」が公開された。
令和５年	平成28年以降の診断症例について、院内がん登録全国集計データの二次利用が開始された。

院内がん登録全国集計

全国のがん診療連携拠点病院等において、
・専門的ながん医療を提供する医療機関における各がん種、進行度、その治療の分布を把握し、国や都道府県のがん対策に役立てる
・各施設が全国と比較した自施設のがん診療状況を把握し、がん診療の方向性等を検討する
・院内がん登録情報等を適切に公表することにより、がん患者及びその家族等の医療機関の選択等に資する
ことを目的に、その基礎資料として、国立がん研究センターにおいて院内がん登録のデータを集計。

院内がん登録全国集計（0年集計）

- がん診療連携拠点病院等、都道府県推薦病院、任意参加病院からのデータ提供をもとに、診断年ごとの症例数を集計し、報告書として報告している。全国集計の他、小児AYA集計等を報告書として公表している。
- 最新（2022年）のデータでは、851施設から110万症例が登録され、都道府県別、施設別集計も公表されている。
- 報告書に加え、すべての都道府県別・施設別集計を「院内がん登録全国集計結果閲覧システム」において検索できるように整備している。当該システムでは、がん種別の年齢階級や病期（ステージ）、治療方法等の詳細な腫瘍情報を診断年毎に検索できる。

検索例（胃がん）

都道府県	施設	施設種別	集計年数	総数（病期不明を含む）	病期							
					Ⅰ期	Ⅱ期	ⅡA期	ⅡB期	Ⅲ期	Ⅳ期	ⅣA期	ⅣB期
東京	がん研究会有明病院	拠点病院	1カ年	817	623 (76.3%)	44 (5.4%)	15 (1.8%)	29 (3.5%)	51 (6.2%)	64 (7.8%)	1~3	63 (7.7%)
東京	国立がん研究センター中央病院	拠点病院	1カ年	485	344 (70.9%)	33 (6.8%)	19 (3.9%)	14 (2.9%)	35 (7.2%)	67 (13.8%)	1~3	64 (13.2%)

418

院内がん登録生存率集計

- 全国のがん診療連携拠点病院において、診断から３年、５年、10年を経過した時の実測生存率と相対生存率（又は純生存率）を集計し、報告書として公表している。
- 一定の条件を満たした施設を対象に集計し、全国集計の他、都道府県別、施設別の結果も公表している。ただし、生存率の単純比較により、施設の治療の善し悪しを評価することはできない旨を注釈として繰り返し表示し、各施設を一覧にして表示できない仕様になっている。
- 報告書に加え、「院内がん登録生存率集計結果閲覧システム」において、がん種別の生存率を、性別や年齢階級、病期（ステージ）、手術の有無別に検索できる。

検索例（胃がん）

病期	対象数	集計対象施設数	生存状況把握割合	平均年齢	実測生存率	ネット・サバイバル	95%信頼区間
全体	103,113	442	98.1%	71.3歳	62.3%	70.2%	69.9% - 70.6%
Ⅰ期	75,213	442	97.7%	71.4歳	82.0%	92.8%	92.5% - 93.1%
Ⅱ期	9,610	442	98.3%	71.4歳	60.2%	67.2%	66.1% - 68.2%
Ⅲ期	10,007	442	98.9%	71.1歳	37.4%	41.3%	40.3% - 42.2%
Ⅳ期	7,562	441	99.1%	70.3歳	5.8%	6.3%	6.0% - 6.7%

Quality Indicator研究（QI研究）

- 全国のがん医療の質を評価する体制を構築するため、平成18年より国立がんセンター（現：国立がん研究センター）を中心に検討が開始され、日本における主要ながん種（胃、大腸、肺、乳腺、肝臓）に関して、各分野の臨床専門家パネルにより診療ガイドライン等を元に診療の質指標（Quality Indicator、QI）が作成された。がん診療連携拠点病院等の指定要件においても、「QIを利用するなどして、PDCAサイクルが確保できるよう工夫すること」としている。
- 平成25年より都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会がん登録部会の活動の一環として実施しており、参加病院が院内がん登録データとDPCデータを匿名化した状態で国立がん研究センターに提供し、国立がん研究センターにおいて院内がん登録とDPCデータを連結・解析している。結果は各施設に個別にフィードバックし、全施設の平均実施率と比較できる形で提供している。
- 最新（2019年）のデータでは、591施設（がん診療連携拠点病院等の参加率は86%）から協力が得られ、約90万症例が解析対象となっている。

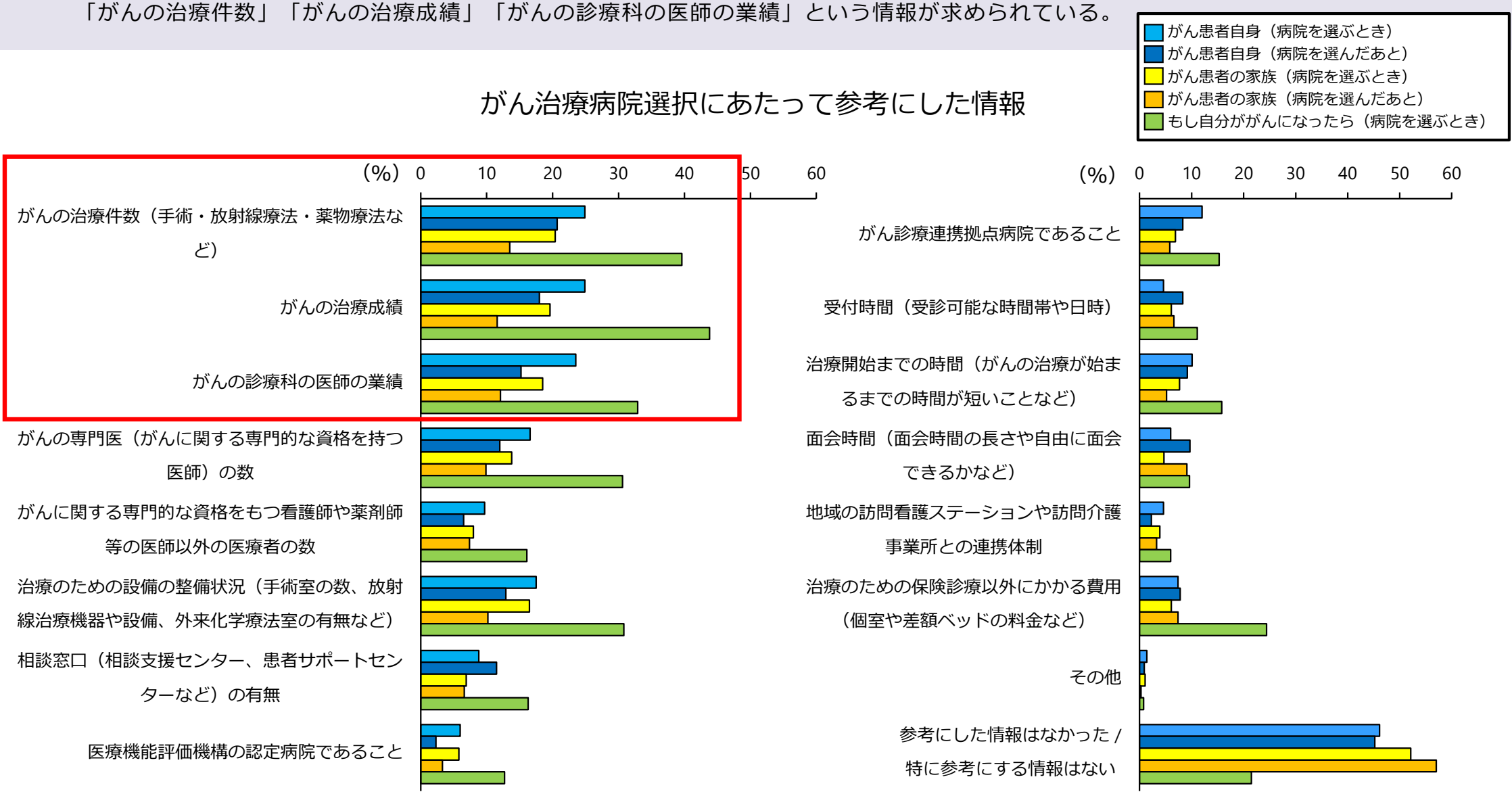


項目	分母	分子	2018年症例 580施設		2019年症例 591施設	
			対象患者数	実施率	対象患者数	実施率
c32	**pStageIII の大腸癌への術後化学療法(8 週以内)** 組織学的 Stage III と診断された大腸がん患者数	術後 8 週間以内に標準的補助化学療法が施行された患者数	16578	54.6%	17127	54.6%
b35	**70 歳以下の乳房温存術後の放射線療法** 乳房温存術を受けた 70 歳以下の乳癌患者数	術後全乳房照射が行われた患者数	15575	75.2%	16112	75.6%
b38	**乳房切除後・再発ハイリスク(T3 以上 N0 を除く、または 4 個以上リンパ節転移)への放射線療法** 乳房切除術が行われ、再発ハイリスク（T3 以上で N0 を除く、または 4 個以上リンパ節転）の患者数	術後照射がなされた患者数	2483	41.4%	2568	41.4%
o1	**嘔吐高リスクの抗がん剤への 3 剤による予防的制吐剤** 催吐高リスクの抗がん剤が処方された患者数	同時に予防的制吐剤（セロトニン阻害剤＋デキサメタゾン＋アプレピタント）が使用された患者数	48867	90.7%	48470	90.2%
o2	**外来麻薬開始時の緩下剤処方** 外来で麻薬が開始された患者数	同時あるいはそれ以前 1 ヶ月以内に緩下剤の処方がなされた患者数	19020	58.0%	19929	55.7%

419

がん患者とその家族及び一般市民ががん治療病院選択にあたって求める情報に関する調査研究

- 厚生労働科学研究の報告書によると、民間調査会社の登録モニター856人（がん患者とその家族及び一般市民）を対象にした調査で、「がんの治療件数」「がんの治療成績」「がんの診療科の医師の業績」という情報が求められている。



420

出典：厚生労働科学研究　がん診療連携拠点病院等における情報提供の適切な方法・項目の確立に資する研究報告書（令和５年度）を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

一元化した病院情報のニーズに係るがん情報サービス利用者の声

- 国立がん研究センターの分析によると、がん情報サービス利用者からは、「病院ごとに実施可能な治療・症例数・治療成績」、「がん種別の実施可能な治療法・実績」、「専門病院や受け入れ状況」等に関する情報のニーズがあると考えられた。また、各地域別・病院別のQIを一元的に確認できるリソースのニーズがあると考えられた。

方法

・国立がん研究センターががん情報サービス利用者を対象に実施した「ポップアップアンケート」（実施年度：令和３年度、令和４年度、令和６年度　※令和５年度は実施せず）及びがん情報サービス上に常時開設している「常設アンケート」の自由記述（令和３年７月～令和６年９月）（自由回答総数3,845件）から、病院を選ぶ際に求める情報が具体的に書かれている記述を抽出、整理した。

分析結果

・がん情報サービス利用者には、「病院ごとに実施可能な治療・症例数・治療成績」、「がん種別の実施可能な治療法・実績」、「専門病院や受け入れ状況」等に関する情報のニーズがあると考えられた。

・自由記述には「各県ごとの」「病院一覧」「病院リスト」「各病院の」等の記述が見受けられ、各地域別・病院別のQIを一元的に確認できるリソースのニーズがあると考えられた。

がん医療提供体制の均てん化・集約化について

現状・課題

- 我が国においては、2040年には、85歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が見込まれる。85歳以上の急性期における入院は、若年者と比べ、がん治療等の医療資源を多く要する手術を実施するものは少ないという特徴がある。また、85歳以上のがん患者における手術療法、化学療法及び放射線治療を実施する割合は、いずれも低下する。

- 新たな地域医療構想における議論では、急性期に関する医療について、「地域の医療需要や医療資源などを踏まえながら、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質及び患者の医療機関へのアクセスを確保する観点から、地域毎に必要な連携・再編・集約を進め、医療機関において一定の症例数を集約化して対応する地域の拠点として対応出来る医療機関を確保することが求められる」とされており、地域毎に均てん化し確保することが望ましい医療についても、圏域の中で医療従事者の働き方等が確保されるよう、連携・再編・集約等のあり方について整理が必要。

- がんについては、推計外来がん患者数は増加しているものの、推計入院がん患者数は減少している状況。推計入院がん患者数の減少は、平均在院日数の短縮が要因として考えられ、その背景としては、術式の変遷（開腹手術から内視鏡治療等における低侵襲治療の割合の増加）等が影響していると考えられる。今後も、医療需要の変化や低侵襲治療の割合の増加等により、推計入院がん患者数の減少が見込まれる。

- 第４期がん対策推進基本計画において、医療提供体制の均てん化・集約化について取り組むべき施策として、「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踏まえた集約化を推進する。その際、国は、都道府県がん診療連携協議会等に対し、好事例の共有や他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う」としている。

- 国は、がん医療の均てん化を目指して、がん診療連携拠点病院制度を創設し、全国に461か所の拠点病院等を整備してきたが、拠点病院等が存在しない空白のがん医療圏が、令和６年４月時点で全国に56か所存在している。今後、我が国の人口が減少する中で、空白のがん医療圏における人口は大半の圏域で全国平均より大きな減少が予測され、それに伴って入院がん患者数の減少が見込まれる。

- 空白のがん医療圏については、和歌山県のがん医療圏再編や奈良県の病院機能再編等、空白のがん医療圏を解消するための取組がなされている。今後、都道府県は、次期医療計画の改定に向けても、がん医療圏ごとの現状分析を踏まえた、がん医療圏の適切な設定について議論することが重要である。

- 国は、国及び都道府県のがん対策の推進や、がん患者及びその家族等の医療機関選択等に資するため、国立がん研究センターにおいて、院内がん登録のデータ集計やその利活用を図っている。また、全国のがん医療の質を評価する体制を構築するため、国立がん研究センターにおいて、院内がん登録とDPCデータを統合的に分析し、その結果を各施設に提供している。

- 厚生労働科学研究の報告書（※）によると、がん患者とその家族及び一般市民ががん治療病院選択にあたって、「がんの治療件数」「がんの治療成績」「がんの診療科の医師の業績」等の情報が求められている。更に、がん情報サービス利用者向けアンケート調査によると、「病院ごとに実施可能な治療・症例数・治療成績」、「がん種別の実施可能な治療法・実績」、「専門病院や受け入れ状況」等に関する情報のニーズがあると考えられ、また、各地域別・病院別のQIを一元的に確認できるリソースのニーズがあると考えられた。

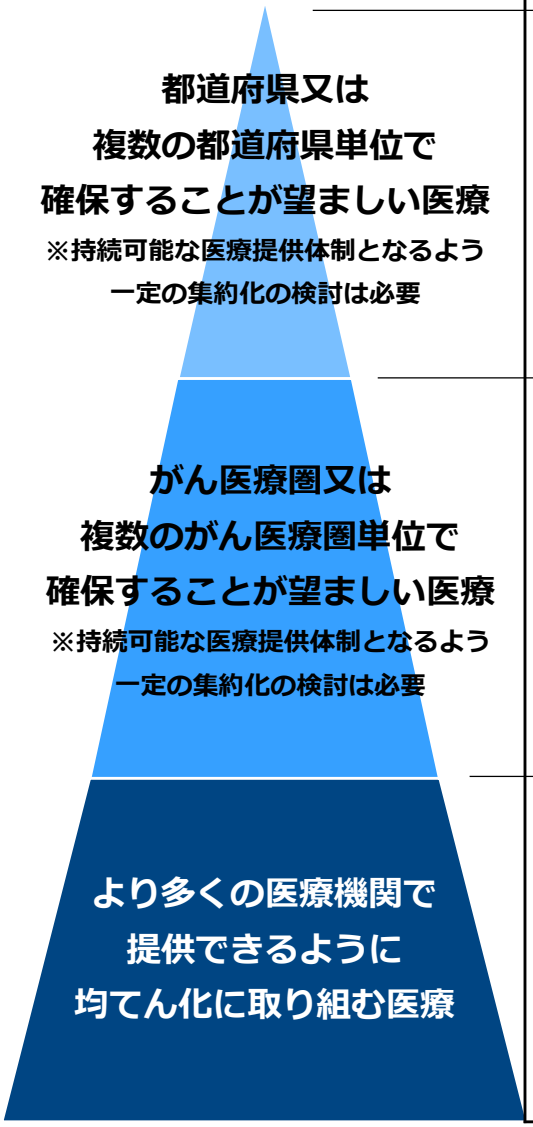
※厚生労働科学研究　がん診療連携拠点病院等における情報提供の適切な方法・項目の確立に資する研究報告書（令和５年度）

がん医療提供体制の均てん化・集約化について

対応の方向性

- 第４期がん対策推進基本計画を踏まえ、都道府県が拠点病院等と連携して、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、2040年を見据えた持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進できるよう、国は、
  - 今後学会等の意見も聞きながら、現状の分析も踏まえて持続可能な医療提供体制となるよう、均てん化に取り組む医療と集約化に取り組む医療について一定の考え方の整理を行ってはどうか。
  - 都道府県が、各がん医療圏の分析（患者の受療動向等に係る現状分析等）を実施するとともに、将来の医療需要の減少が一定程度見込まれる圏域においては、従来のがん医療圏に拘らず、地域の医療資源等の実情を踏まえて、より広域となるようがん医療圏を見直すことを含めて検討を促してはどうか。特に、空白のがん医療圏については、①がん医療圏の見直しを行うのか、②病院機能再編による拠点病院等の整備を目指すのか、検討することを促してはどうか。
- その際、国は、上記検討や地域の実情に応じたがん医療の質の均てん化・集約化に資するよう、都道府県や拠点病院等、都道府県がん診療連携協議会等に対して、好事例の共有とともに、院内がん登録やＱＩ研究から得られた診療実績等の情報提供を行うことを検討してはどうか。
- また、がん患者とその家族及び一般市民から診療実績等を一元化して公表することが求められていることから、公表の了承の得られた拠点病院等を対象に、治療件数等の情報を一覧化するウェブサイトを作成してはどうか。

均てん化・集約化に取り組む医療のイメージ（たたき台）

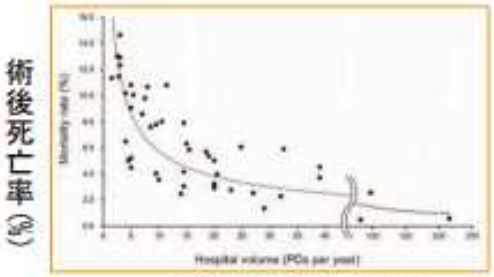


	診断	手術療法	薬物療法	放射線療法	その他
都道府県又は複数の都道府県単位で確保することが望ましい医療 ※持続可能な医療提供体制となるよう一定の集約化の検討は必要	・小児がん・希少がんの確定診断 ・小児がん・希少がんの病期診断	・高度な手術（例：膵頭十二指腸切除術、食道切除術）	・高度な薬物療法 ・小児がん・希少がんの薬物療法 ・治験	・粒子線治療 ・核医学治療	・妊孕性温存療法
がん医療圏又は複数のがん医療圏単位で確保することが望ましい医療 ※持続可能な医療提供体制となるよう一定の集約化の検討は必要	・確定診断（例：病理診断等） ・病期診断	・標準的な手術（例：乳房切除術、結腸切除術）	・標準的な薬物療法 ・がんゲノム医療	・強度変調放射線治療を含む放射線療法	
より多くの医療機関で提供できるように均てん化に取り組む医療	・検診				・がんのリハビリテーション ・支持療法 ・緩和ケア

※このほか、国単位で確保することが望ましい医療として、小児がん・希少がんにおける高度な専門性を有する診療等が考えられる。

日本消化器外科学会提出資料

高度ながん手術における施設当たりの手術症例数と短期成績
-集約化によって見込まれる短期成績の向上-



Hata T, et al. Ann Surg 2016.



超緊急手術は不要である低難度の虫垂切除及び胆嚢摘出術の術後合併症発生率、再入院率、死亡率に年間症例数は関係なかった。

厚生労働科学特別研究事業
ナショナルビックデータを用いた新専門医制度地域外科医療に及ぼす影響の評価研究
（藤原俊義ら、2020）

年間手術数の多いハイボリュームセンター(HVC)における術後死亡率の低下

対象	重点化対象となりうるハイボリュームセンター(HVC)の基準 成績の向上が見える症例数と地域分布からみた設定。
食道癌	食道癌に対する切除・再建年間20例以上
胃癌	胃癌に対する切除年間30例以上
結腸・直腸癌	大腸癌手術50例以上
肝胆膵癌	肝胆膵高難度手術30例以上

(1) Motoyama S, Esophagus 2020.
(2) Kakeji Y. NCD data.
(3) Kobayashi H, et al. Ann Gastroenterol Surg 2020.
(4) Mise Y, J Hepatobiliary Pancreat Sci 2023.



消化器領域の癌に対する手術は、ハイボリュームセンターで重点化して行う方がよりよい成績が得られる可能性。

13

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1．2040年を見据えたがん医療提供体制の構築について

- 第４期がん対策推進基本計画に係る目標と進捗状況の評価について
- がん医療提供体制の均てん化・集約化について

2．参考資料

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

第114回社会保障審議会医療部会
令和６年12月18日
資料１
別添１

※令和６年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会報告書より作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域･世代の患者が、適切に医療･介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- 「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療･介護提供体制を構築
- 外来･在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

（１）基本的な考え方

- 2040年に向け、外来･在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定･推進
  (将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化･連携等)
- 新たな構想は27年度から順次開始
  (25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- 新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

（２）病床機能・医療機関機能

①　病床機能

- これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ

②　医療機関機能報告（医療機関から都道府県への報告）

- 構想区域ごと(高齢者救急･地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告

③　構想区域・協議の場

- 必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議（議題に応じ関係者が参画し効率的･実効的に協議）

（３）地域医療介護総合確保基金

- 医療機関機能に着目した取組の支援を追加

（４）都道府県知事の権限

①　医療機関機能の確保（実態に合わない報告見直しの求め）

②　基準病床数と必要病床数の整合性の確保等

- 必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
- 既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

（５）国･都道府県･市町村の役割

① 国(厚労大臣)の責務･支援を明確化（目指す方向性･データ等提供）

② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める

③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

（６）新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- 精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

医師偏在対策に関するとりまとめの概要

第114回社会保障審議会医療部会
令和６年12月18日
資料１
別添２

※令和６年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会報告書より作成

医師偏在の是正に向けた基本的な考え方

①　医師偏在対策の総合的な実施
- 医師確保計画に基づく取組を進めつつ、経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程を通じた取組等を組み合わせた総合的な対策を進める

②　全ての世代の医師へのアプローチ
- 若手医師を対象とした医師養成過程中心の対策から、中堅･シニア世代を含む全ての世代の医師へのアプローチ

③　へき地保健医療対策を超えた取組の実施
- 人口規模、地理的条件等から医療機関の維持が困難な地域については、医師偏在指標だけでなく、可住地面積あたりの医師数等の地域の実情を踏まえ、都道府県ごとに支援が必要な地域を明確化の上で対策を実施

⇒「保険あってサービスなし」との事態に陥る可能性があることから、将来にわたり国民皆保険を維持し、地域の必要な医療機能を確保することが必要であり、全ての関係者が協働することが重要。

今後の医師偏在対策の具体的な取組

（１）医師確保計画の実効性の確保

① 重点医師偏在対策支援区域(仮称)、② 医師偏在是正プラン(仮称)
- 今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが早い地域等を「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」と設定し、優先的･重点的に対策を進める
- 重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地対協・保険者協議会で協議の上で選定(市区町村単位･地区単位等含む) 。
- 医師確保計画で「医師偏在是正プラン(仮称)」を策定。地対協･保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める
- 是正プランは緊急的取組を要する事項から策定、Ｒ８年度全体策定

（２）地域の医療機関の支え合いの仕組み

① 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等
- 管理者要件として医師少数区域等での勤務経験を求める医療機関に、公的医療機関及び国立病院機構･地域医療機能推進機構･労働者健康安全機構の病院を追加。医師少数区域等での勤務経験期間は６か月以上から１年以上に延長。施行時に柔軟な対応が必要

② 外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等の仕組みの実効性の確保
- 都道府県から外来医師過多区域の新規開業者に対し、開業６か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする
- 要請に従わない医療機関に対する医療審議会での理由等の説明の求めや勧告･公表、保険医療機関の指定期間の６年から３年等への短縮

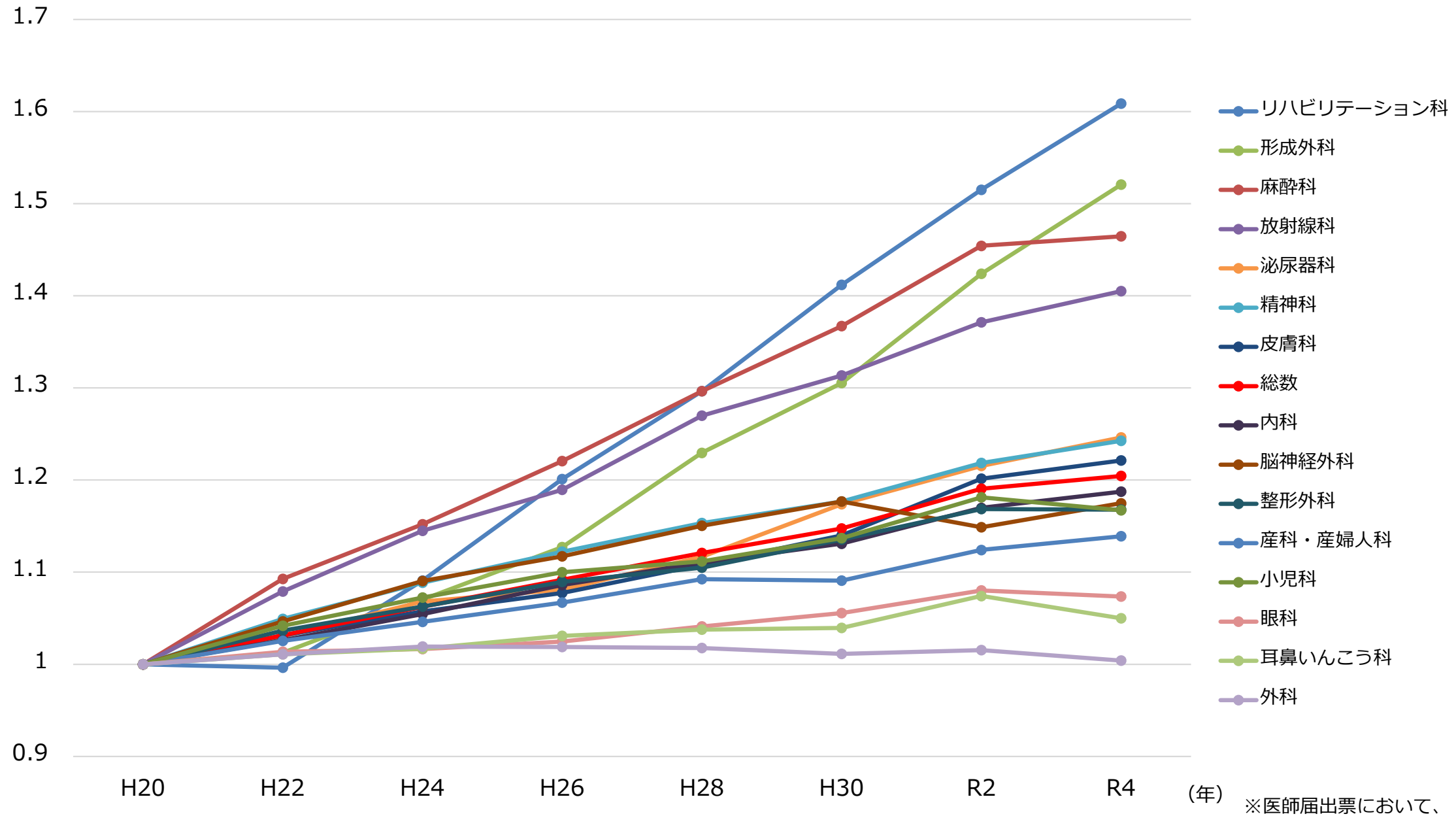
③　保険医療機関の管理者要件
- 保険医療機関に管理者を設け､保険診療に一定期間従事したことを要件とし(医師少数区域等は一定配慮)、責務を課す

（３）経済的インセンティブ
- 診療所の承継・開業・地域定着支援(緊急的に先行して実施)
- 派遣医師･従事医師への手当増額(保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える)※保険給付と関連の乏しい使途に当たるのではないかとの意見あり
- 医師の勤務･生活環境改善、派遣元医療機関へ支援
  ※これらの支援については事業費総額等の範囲内で支援
- 医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応をさらに検討。

（４）全国的なマッチング機能の支援等
- 医師の掘り起こし、現場体験、医師不足地域の医療機関とのマッチングや定着等のための全国的なマッチング支援

（５）リカレント教育の支援
（６）都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定
（７）医師偏在指標のあり方
（８）医師養成過程を通じた取組
（９）診療科偏在の是正に向けた取組

診療科別医師数の推移（平成20年を1.0とした場合）



※医師届出票において、主たる診療科として選択された診療科を集計

※内科 ・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
※外科 ・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（抜粋）
健発0801第16号厚生労働省健康局長通知（令和４年８月１日）別添

- 整備指針において、地域連携の推進体制に関する要件が定められている。

Ⅱ　地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

2　診療体制

（１）診療機能

④　地域連携の推進体制

ア　がん患者の紹介、逆紹介に積極的に取り組むとともに、以下の体制を整備すること。

ⅰ　緩和ケアの提供に関して、当該がん医療圏内の緩和ケア病棟や在宅緩和ケアが提供できる診療所等のマップやリストを作成する等、患者やその家族に対し常に地域の緩和ケア提供体制について情報提供できる体制を整備すること。

ⅱ　希少がんに関して、専門家による適切な集学的治療が提供されるよう、他の拠点病院等及び地域の医療機関との連携及び情報提供ができる体制を整備すること。

ⅲ　高齢のがん患者や障害を持つがん患者について、患者や家族の意思決定支援の体制を整え、地域の医療機関との連携等を図り総合的に支援すること。

ⅳ　介護施設に入居する高齢者ががんと診断された場合に、介護施設等と治療・緩和ケア・看取り等において連携する体制を整備すること。

イ　地域の医療機関の医師と診断及び治療に関する相互的な連携協力体制・教育体制を整備すること。

ウ　当該がん医療圏内のがん診療に関する情報を集約し、当該がん医療圏内の医療機関やがん患者等に対し、情報提供を行うこと。

エ　がん患者に対して、周術期の口腔健康管理や、治療中の副作用・合併症対策、口腔リハビリテーションなど、必要に応じて院内又は地域の歯科医師と連携して対応すること。

オ　地域連携時には、がん疼痛等の症状が十分に緩和された状態での退院に努め、退院後も在宅診療の主治医等の相談に対応するなど、院内での緩和ケアに関する治療が在宅診療でも継続して実施できる体制を整備すること。

カ　退院支援に当たっては、主治医、緩和ケアチーム等の連携により療養場所等に関する意思決定支援を行うとともに、必要に応じて地域の在宅診療に携わる医師や訪問看護師等と退院前カンファレンスを実施すること。

キ　当該がん医療圏において、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討する場を年１回以上設けること。また、緩和ケアチームが地域の医療機関や在宅療養支援診療所等から定期的に連絡・相談を受ける体制を確保し、必要に応じて助言等を行っていること。

ク　都道府県や地域の患者会等と連携を図り、患者会等の求めに応じてピア・サポートの質の向上に対する支援等に取り組むこと。

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（抜粋）
健発0801第16号厚生労働省健康局長通知（令和４年８月１日）別添

- 整備指針において、人材育成に関する要件が定められている。

Ⅱ　地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

４　人材育成

（１）自施設において、２に掲げる診療体制その他要件に関連する取組のために必要な人材の確保や育成に積極的に取り組むこと。特に、診療の質を高めるために必要な、各種学会が認定する資格等の取得についても積極的に支援すること。また、広告可能な資格を有する者のがん診療への配置状況について積極的に公表すること。

（２）病院長は、自施設においてがん医療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師等の専門性及び活動実績等を定期的に評価し、当該医師等がその専門性を十分に発揮できる体制を整備すること。

（３）「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成29年12月１日付け健発1201第２号厚生労働省健康局長通知の別添）に準拠し、当該がん医療圏においてがん診療に携わる医師を対象とした緩和ケアに関する研修を、都道府県と協議の上、開催すること。また、自施設の長、および自施設に所属する臨床研修医及び１年以上自施設に所属するがん診療に携わる医師・歯科医師が当該研修を修了する体制を整備し、受講率を現況報告において報告すること。また、医師・歯科医師と協働し、緩和ケアに従事するその他の診療従事者についても受講を促すこと。なお、研修修了者について、患者とその家族に対してわかりやすく情報提供すること。

（４）連携する地域の医療施設におけるがん診療に携わる医師に対して、緩和ケアに関する研修の受講勧奨を行うこと。

（５）（３）のほか、当該がん医療圏において顔の見える関係性を構築し、がん医療の質の向上につながるよう、地域の診療従事者を対象とした研修やカンファレンスを定期的に開催すること。

（６）自施設の診療従事者等に、がん対策の目的や意義、がん患者やその家族が利用できる制度や関係機関との連携体制、自施設で提供している診療・患者支援の体制について学ぶ機会を年１回以上確保していること。なお、自施設のがん診療に携わる全ての診療従事者が受講していることが望ましい。

（７）院内の看護師を対象として、がん看護に関する総合的な研修を定期的に実施すること。また、他の診療従事者についても、各々の専門に応じた研修を定期的に実施するまたは、他の施設等で実施されている研修に参加させること。

（８）医科歯科連携による口腔健康管理を推進するために、歯科医師等を対象とするがん患者の口腔健康管理等の研修の実施に協力すること。

第16回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	資料２
令和６年12月23日	

医療の質の見える化

QI研究の取り組み

Quality Indicator(QI)研究

がん診療均てん化のための
臨床情報データベース構築と活用に関する研究

【背景】

がん医療の実態を評価する体制が求められてきた

- QI→プロセス指標（標準診療実施率）

$$\text{標準診療実施率} = \frac{\text{標準診療を受けた患者数}}{\text{標準診療の適応となる患者数}}$$

【目的】

- 標準診療実施率を全国の拠点病院等で測定することにより、
  - がん診療の質の向上につなげる
    各参加施設へのフィードバック
    診療ガイドラインの資料(アンケートの補完)　など
  - がん対策に役立てる
    標準診療実施率の地域や病院種別による分布　など

【方法】

- 参加同意のある施設から、対象診断年症例のDPCデータを収集し、
  国立がん研究センターで院内がん登録全国収集データと結合して解析

【結果】

*継続QI：QI研究開始当初から測定されている項目

- 継続QI*は一般公開、臓器別QIは参加施設と希望のある都道府県担当者に還元

QI項目の作成方法

- 各がん種診療ガイドライン作成委員会など、専門家の協力によりQI項目を提案。
- 提案されたQI項目のデータでの実現可能性を検討。
- 作成したQI項目を測定、随時内容更新。

現在のQI項目数

- 胃(14)、肺(19)、子宮頸(15)、子宮体(17)、卵巣がん(16)
  →参加施設+一部都道府県担当者に還元

- 一部がん種の継続QI*(5項目)
  →毎年一般公開

*継続QI：QI研究開始当初から測定されている項目

公表している継続QIの解析結果（一例）

対象臓器	分母	分子	2017年症例 532施設		2018年 580施設	
			患者数	実施数	患者数	実施数
支持療法	**嘔吐高リスクの抗がん剤への3剤による予防的制吐剤**		45589	90.9%	48867	90.7%
	催吐高リスクの抗がん剤が処方された患者数	同時に予防的制吐剤（セロトニン阻害剤＋デキサメタゾン＋アプレピタント）が使用された患者数				
支持療法	**外来麻薬開始時の緩下剤処方**		17352	59.7%	19020	58%
	外来で麻薬が開始された患者数	同時あるいはそれ以前1ヶ月以内に緩下剤の処方がなされた患者数				

参加施設へのフィードバック方法

- Webシステムを用いて参加施設などに結果を還元
  (自施設の各QI実施率、全国での立ち位置を確認可能)
- 有志の施設で未実施理由を確認・登録
  →未実施理由を加味した集計値に再計算
- 未実施理由の集計を追記した報告書を作成

Webシステム画面（例）

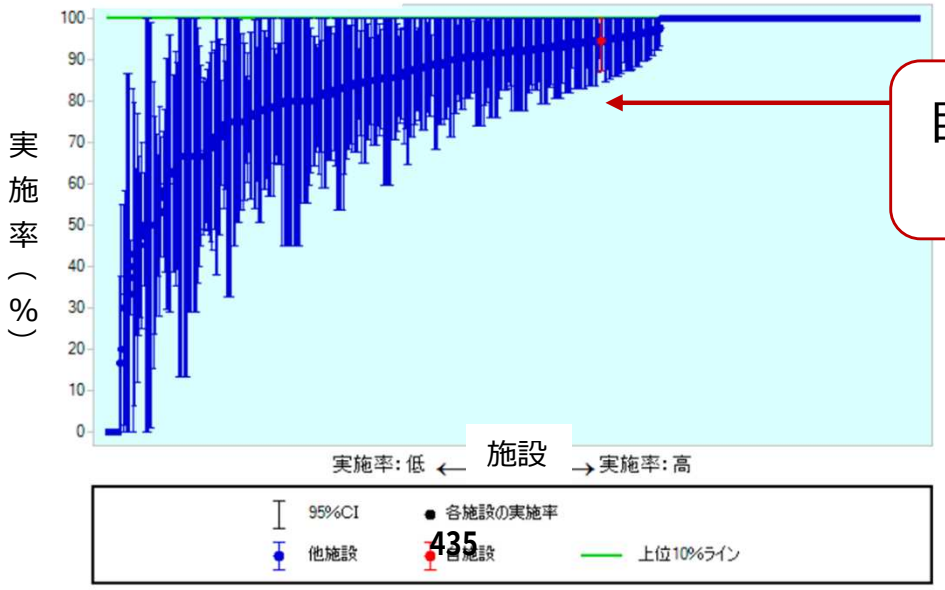
QI-Ig1　IV期の腺癌に対するがん薬物療法前のEGFR遺伝子変異検査

分子　：　初回がん薬物療法開始前にEGFR遺伝子検査が行われた患者数

分母　：　臨床病期IV期の肺腺癌と診断され、がん薬物療法を施行された患者数

グループ全体　：　（対象患者数）9881　（実施率）81.6%　**自施設：**　（対象患者数）22　（実施率）90.9%

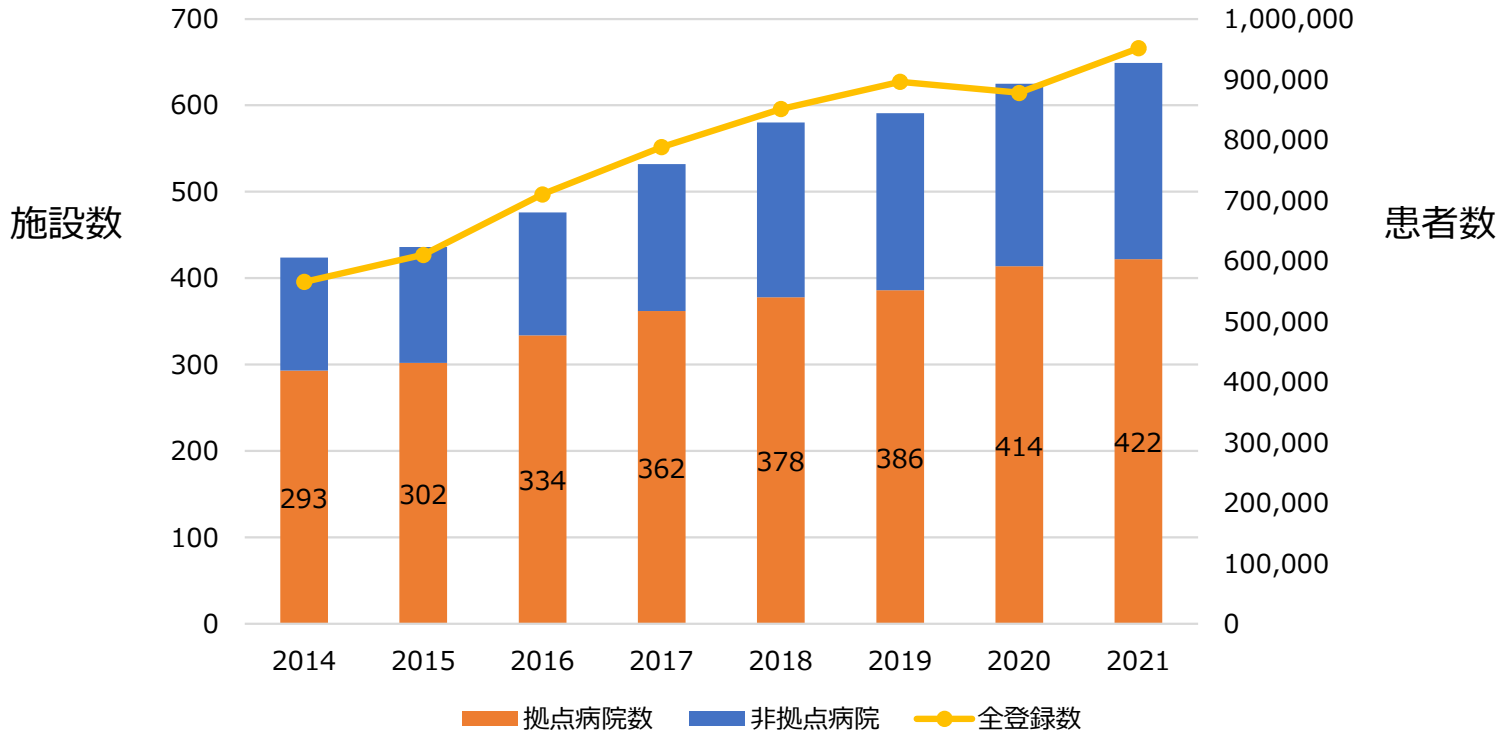
施設別QI実施率
（百足図）



自施設の全参加施設内の
立ち位置を確認

QI研究データ収集状況の経年推移

2021年の参加施設：649施設(拠点病院 422)→951,550件



	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
拠点病院のカバー率	69.4%	70.7%	77.0%	82.8%	86.7%	86.5%	92.0%	93.2%
患者数のカバー率	64.4%	65.4%	73.8%	77.4%	81.9%	81.4%	84.4%	86.5%

/院内がん登録
全国収集データ

「病院ごとのQIの見える化の要望」にかかわるがん情報サービス利用者の声（１）

概要

がん情報サービス利用者アンケートの自由記述から「病院ごとのQIの見える化の要望」にかかわる内容を抽出・整理した

分析対象データ

①がん情報サービスポップアップアンケート（実施年度：2021、2022、2024　※2023年度は実施せず）

「がん情報サービスへのご意見・ご要望がありましたら、ご自由にお書きください」への自由記述

*2021・2022年度は、厚生労働科学研究費「科学的根拠に基づくがん情報の迅速な作成と提供のための体制整備のあり方に関する研究（20EA1008）」で実施

②がん情報サービス常設アンケート（2021年7月～2024年9月収集）

「手に入らなかった情報を具体的にお書きください」への自由記述

表．分析対象データ

	アンケート回答総数	自由回答総数	「病院」を含む自由回答総数	分析対象
2021年度	1,914	821	43	6
2022年度	632	165	11	4
2024年度	1,989	434	19	5
常設アンケート	8,448	2,425	127	24
総計	12,983	3,845	200	39

分析方法　①②ともに下記の手順で、国立がん研究センターがん対策研究所が実施した

- 「病院」を含む自由記述を抽出
- 抽出した自由記述を確認し、患者が病院を選ぶ際に求める情報が具体的に書かれていると考えられるものを選定
- 選定した自由記述を意味内容に沿って整理し、カテゴリ化

「病院ごとのQIの見える化の要望」にかかわるがん情報サービス利用者の声（２）

分析結果　※1件は複数の要素を含んでいたため、2つのカテゴリに分類。自由回答の例は、表記を一部変更して記載。

①実施可能な治療・症例数・治療成績などに関する情報（12件）

A：実施可能な検査・治療　「**遺伝子パネル検査を実施している病院**」「**保険を使った免疫療法を行える病院**」

B：実績　「**各県ごとの専門の病院や手術実績（成功例ではありません）などがわかると良い**」「**病院の手術数**」

C：診療科（専門医）や症例数「**病院名と並んで症例数や専門医の有無がページを切り替えることなく見られると良い**」

②がん種別の実施可能な治療法・実績に関する情報（10件）

「**治療成績が病院によって偏りがあるため、罹患部位に対する手術件数トップ10の病院一覧がほしい。得意な治療、特色の記載が欲しい**」

「**希少がんの治療実績(どこの病院で、どんな患者がいて、どういう治療をして、予後はどうだったか)という情報がなかった**」

③専門病院や受け入れ状況に関する情報（7件）　「**住んでいる地域に限らず受け入れてくれる病院**」

④治療の副作用／晩期合併症の治療やフォローアップが可能な病院の情報（4件）

「**自分の家の近くに有るリンパ浮腫に詳しい病院が有ればと思っていたが見つけられませんでした**」

⑤緩和ケアを受けられる病院や具体的なケア内容に関する情報（4件）

「**緩和ケア病棟のある病院リストは助かるが、結局それぞれの施設に問い合わせるしかないので、一気に経費までの情報がわかるといい**」

⑥病院の設備に関する情報（2件）　「**各病院の院内Wi-fiの有無**」

まとめ：「病院ごとのQIの見える化の要望」にかかわると考えられる情報やリソース

- 治療の選択にかかわる情報として、**病院ごとに実施可能な治療・症例数・治療成績**、**がん種別の実施可能な治療法・実績**、**専門病院や受け入れ状況** に関するニーズがあると考えられた
- 治療以外のケアや病院設備に関する情報として、**治療の副作用／晩期合併症のフォローアップが可能な病院**、**緩和ケアを受けられる病院や具体的なケア内容**、**病院の設備** に関するニーズがあると考えられた
- 自由記述には「各県ごとの」「病院一覧」「病院リスト」「各病院の」等の記述が見受けられ、**各地域別・病院別のQIを一覧で確認できるリソース** のニーズがあると考えられた

第16回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	資料３
令和６年12月23日	

沖縄県がん診療連携協議会による院内がん登録データの利活用

琉球大学病院 がんセンター
増田　昌人

本日の発表内容

1. 沖縄県がん診療連携協議会

2. 沖縄県院内がん登録報告書の作成と公表の取り組み
   （1）これまでの経緯
   （2）分析結果からわかること
   （3）問題点と対応策
   （4）活用事例

3. まとめ

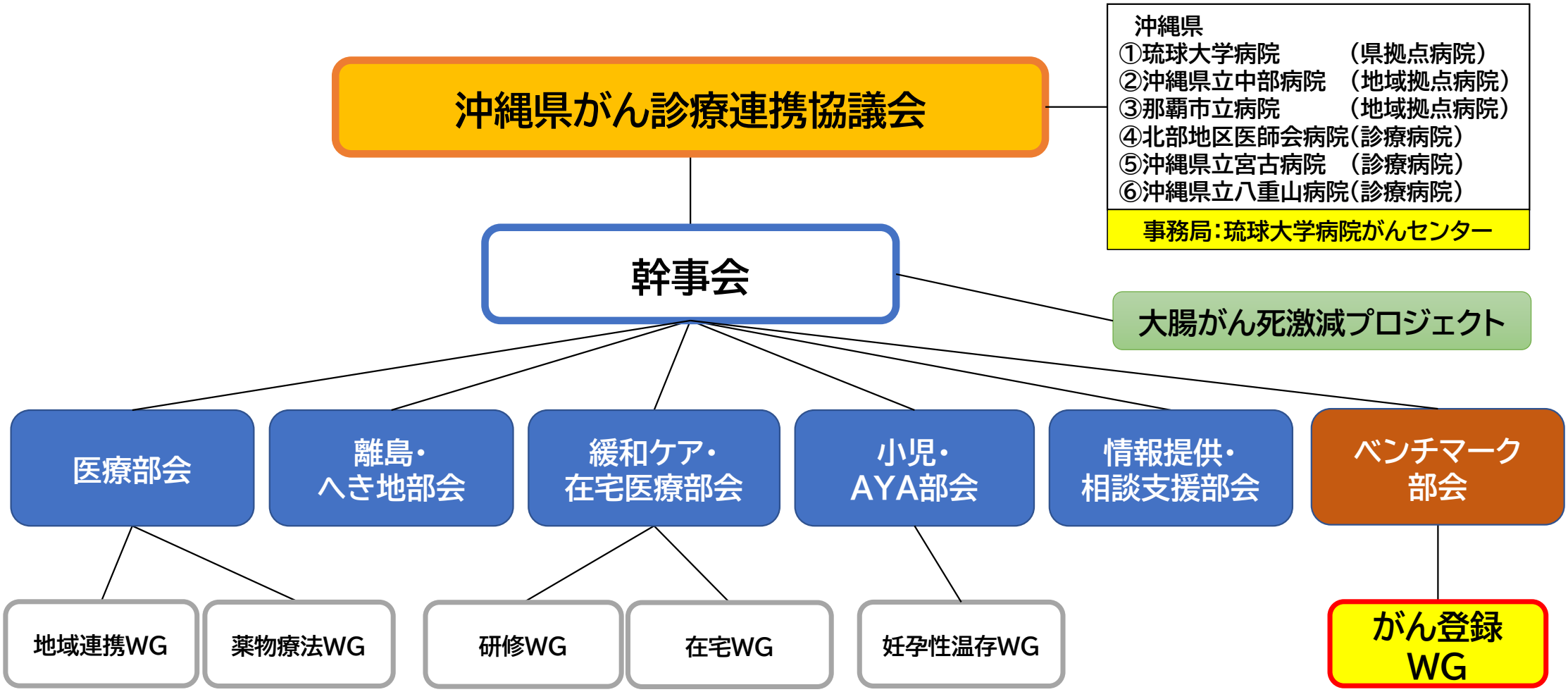
本日の発表内容

1. 沖縄県がん診療連携協議会

2. 沖縄県院内がん登録報告書の作成と公表の取り組み
   （1）これまでの経緯
   （2）分析結果からわかること
   （3）問題点と対応策
   （4）活用事例

3. まとめ

沖縄県がん診療連携協議会　組織図



本日の発表内容

1. 沖縄県がん診療連携協議会

2. 沖縄県院内がん登録報告書の作成と公表の取り組み
   (1)これまでの経緯
   (2)分析結果からわかること
   (3)問題点と対応策
   (4)活用事例

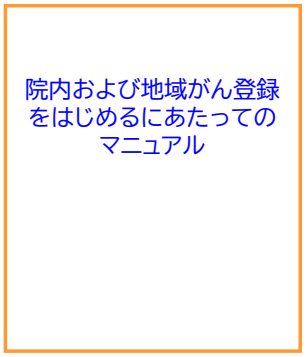
3. まとめ

院内及び地域がん登録導入説明会

1.「院内および地域がん登録導入支援説明会」

沖縄県ではがん診療連携拠点病院(以下、拠点病院)等の治療カバー率が全国一低い。そのため、先ずはカバー率を上げるために、県内の主要医療機関に院内がん登録を始めてもらうための取り組みを2009年にスタートした。

現在までに11施設で実施。開催にあたって、病院長、副病院長、診療部長、各科担当医、システム担当、がん登録実務者など各職種が参加するよう工夫した。説明会を行った11施設すべてにおいてがん登録が開始された。➡全国集計参加病院のカバー率は90.2%で全国一である。



がん登録部会でマニュアルを作成





説明会の様子(地域がんと院内がんの担当者2名が説明)

2.「院内および地域がん登録研修会」

2009年にスタート。年に1回実施。1回約80名の実務者が参加。

沖縄県院内がん登録報告書のこれまでの経緯

1. 琉球大学病院では、2010年度(2008年症例)から、院内がん登録集計報告書を発行した
2. 2013年症例の報告書からは、患者会、有識者、行政、拠点病院等で組織される沖縄県がん診療連携協議会(以下、協議会)と協力し、報告書を作成してきた

	施設数	集計部位	5年生存率掲載	専門家コメント	形態
2008年症例	3施設	5部位	—	—	資料
2009年症例	3施設	5部位	—	—	資料
2010年症例	3施設	7部位	—	—	冊子
2011年症例	3施設	7部位	—	—	冊子
2012年症例	3施設	7部位	—	—	冊子
2013年症例	16施設	10部位	あり(拠点全体)	あり	冊子
2014年症例	17施設	13部位	あり(施設別)	あり	冊子
2015年症例	17施設	15部位	あり(施設別)	あり	冊子
2016年症例	18施設	15部位	あり(施設別)	あり	冊子
2017年症例	18施設	15部位	あり(施設別)	あり	冊子
2018年症例	18施設	15部位	あり(施設別)	あり	冊子
2019年症例	19施設	15部位	あり(施設別)	あり	冊子
2020年症例	21施設	15部位	あり(施設別)	あり	冊子
2021年症例	21施設	15部位	あり(施設別)	あり	冊子
2022年症例	21施設	15部位	あり(施設別)	あり	冊子

問題点が多い

改善活動を開始・継続

院内がん登録 全国集計 結果閲覧システム



がん情報サービス ganjoho.jp　がん統計

院内がん登録 全国集計 結果閲覧システム（0年集計） 施設別 がん種別（病期/治療方法等）検索　▶ 一つ前へ戻る　▶ TOP画面へ戻る

■ はじめに（院内がん登録集計結果閲覧システムの見方）
■ 操作方法はこちらをご参照ください。

施設種別	全データ提出施設	診断年	2022 ～ 2022	がん	大腸がん（大腸癌）
病期	臨床病期：全病期	集計表示対象	病期別	集計単位	施設別

集計結果　▼CSV出力　亜分類を表示：☑

表示件数 1 - 20 / 20 ※施設種別にカーソルを当てるとデータ提出年と施設種別をご覧いただけます。また、背景色が ■ の施設は一部集計年度に院内がん登録全国集計に参加されておらず当該年のデータがない施設です。

都道府県	施設	施設種別	集計年数	総数（病期不明を含む）	病期												
					0期	Ⅰ期	Ⅱ期	ⅡA期	ⅡB期	ⅡC期	Ⅲ期	ⅢA期	ⅢB期	ⅢC期	Ⅳ期	ⅣA期	ⅣB期	ⅣC期
沖縄	おもろまちメディカルセンター	拠点外	1カ年	41	0	7～9	10 (24.4%)	7～9	1～3	0	1～3	0	1～3	0	4～6	1～3	1～3	1～3
沖縄	ハートライフ病院	拠点外	1カ年	86	1～3	13 (15.1%)	23 (26.7%)	23 (26.7%)	0	0	16 (18.6%)	4～						
沖縄	浦添総合病院	拠点外	1カ年	133	10 (7.5%)	24 (18.0%)	16 (12.0%)	14 (10.5%)	1～3	1～3	41 (30.8%)	4～						
沖縄	沖縄協同病院	拠点外	1カ年	104	7～9	14 (13.5%)	15 (14.4%)	11 (10.6%)	1～3	1～3	35 (33.7%)	1～						
沖縄	沖縄県立宮古病院	拠点病院	1カ年	54	4～6	7～9	4～6	4～6	0	1～3	24 (44.4%)	1～						
沖縄	沖縄県立中部病院	拠点病院	1カ年	98	4～6	20 (20.4%)	10 (10.2%)	7～9	0	1～3	29 (29.6%)	4～						
沖縄	沖縄県立八重山病院	拠点病院	1カ年	67	18 (26.9%)	17 (25.4%)	7～9	7～9	0	0	12 (17.9%)							
沖縄	沖縄県立北部病院	拠点外	1カ年	24	7～9	4～6	4～6	4～6	0	0	4～6							
沖縄	沖縄赤十字病院	拠点外	1カ年	37	0	1～3	1～3	1～3	1～3	0	15 (40.5%)	0	4～6	7～9	(29.7%)	4～6	1～3	1～3
沖縄	沖縄病院	拠点外	1カ年	1～3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

・院内がん登録全国集計結果閲覧システムもあり、CSVでも抽出可能であるが、これだけでは、県民が理解するのは難しい。
・各都道府県のがん対策にダイレクトに活用することは難しい。
・沖縄県内で各方面に丁寧な情報提供が必要である。

8

各病院長に直接面談しての、
院内がん登録データ集計に関する許可と協力依頼(2013年度)

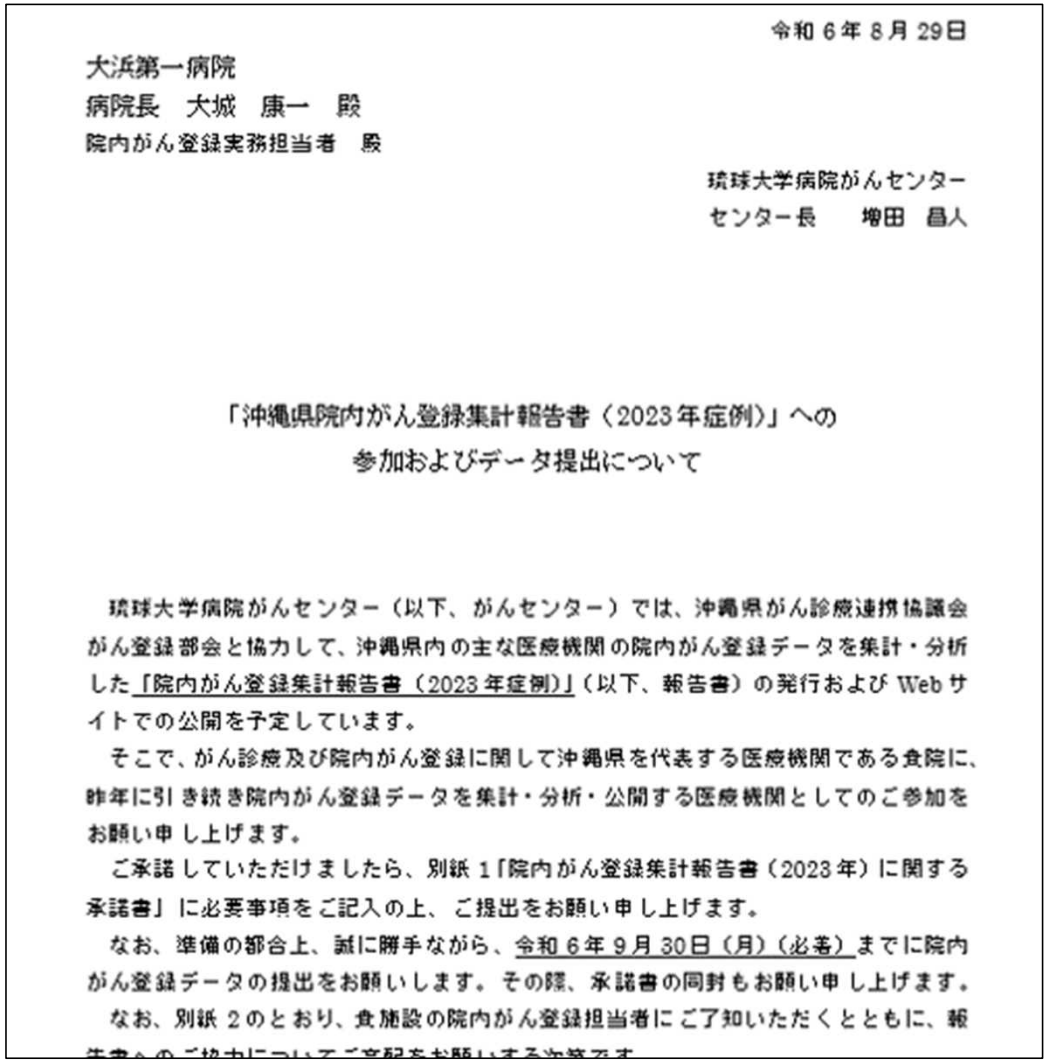
院内がん登録データ集計に関するアポイント

月日	曜日	時間	施設名	病院長名	担当者の同席
10月21日	(水)	14時00分	中部徳洲会病院	伊波先生	あり
10月26日	(月)	13時30分	南部徳洲会病院	赤崎先生	あり
10月27日	(火)	16時00分	中頭病院	宮里先生	依頼済み
11月9日	(月)	10時00分	浦添総合病院	棚田先生	依頼済み
		11時00分	国立沖縄病院	川畑先生	あり
		15時00分	豊見城中央病院	潮平先生	依頼済み
		17時00分	ハートライフ病院	奥島先生	あり
11月10日	(火)	14時30分	沖縄赤十字病院	髙良先生	あり
		15時30分	沖縄協同病院	仲程先生	あり
		16時30分	南部病院	城間先生	あり

当時の訪問アポイント履歴

・院内がん登録報告書に参加する初年度は、すべての施設において病院長を訪問し、直接説明し、集計に関する許可と協力依頼を行った。

各病院長宛てのデータ提出依頼書・承諾書(2024年度)



令和 6 年 8 月 29 日

大浜第一病院
病院長　大城　康一　殿
院内がん登録実務担当者　殿

琉球大学病院がんセンター
センター長　　増田　昌人

「沖縄県院内がん登録集計報告書（2023 年症例）」への
参加およびデータ提出について

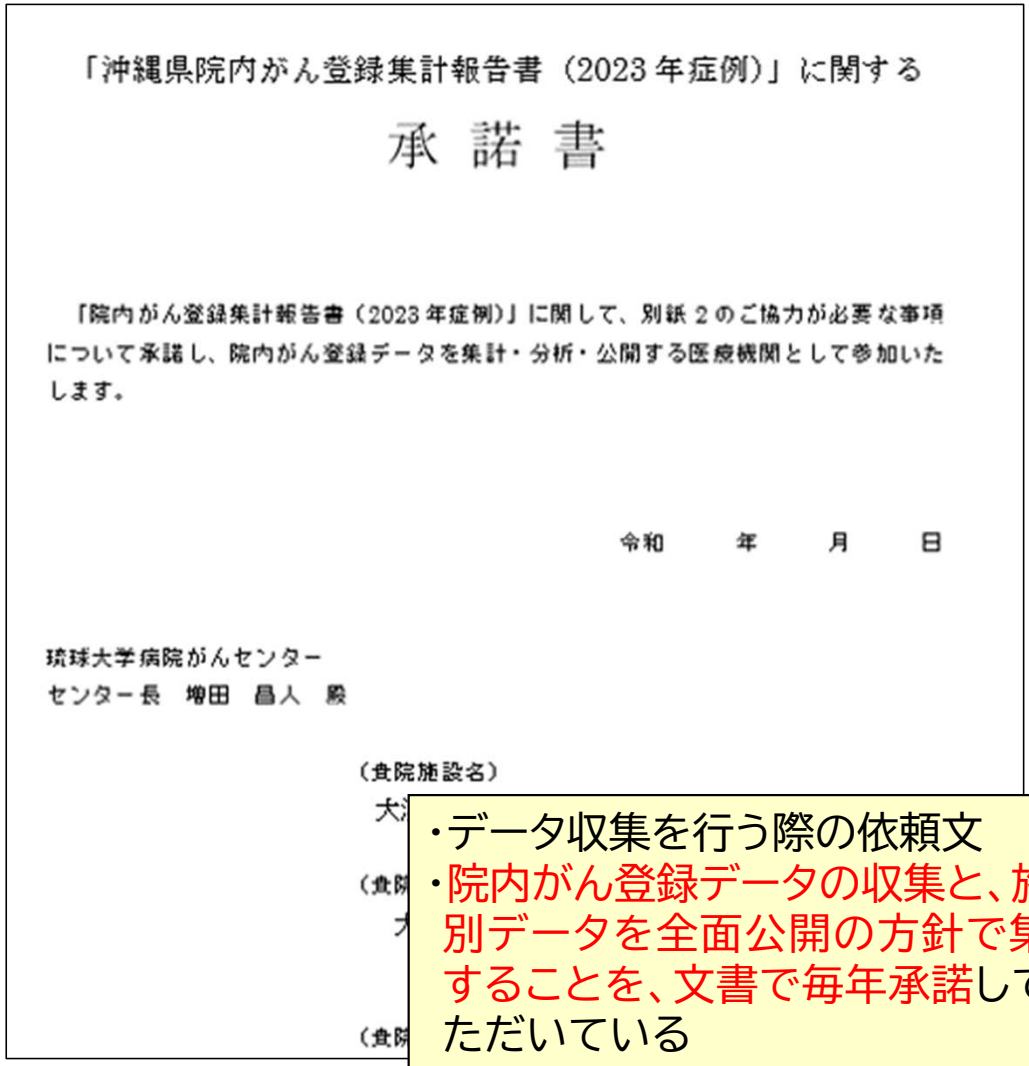
琉球大学病院がんセンター（以下、がんセンター）では、沖縄県がん診療連携協議会がん登録部会と協力して、沖縄県内の主な医療機関の院内がん登録データを集計・分析した「院内がん登録集計報告書（2023 年症例）」（以下、報告書）の発行および Web サイトでの公開を予定しています。

そこで、がん診療及び院内がん登録に関して沖縄県を代表する医療機関である貴院に、昨年に引き続き院内がん登録データを集計・分析・公開する医療機関としてのご参加をお願い申し上げます。

ご承諾していただけましたら、別紙 1「院内がん登録集計報告書（2023 年）に関する承諾書」に必要事項をご記入の上、ご提出をお願い申し上げます。

なお、準備の都合上、誠に勝手ながら、令和 6 年 9 月 30 日（月）（必着）までに院内がん登録データの提出をお願いします。その際、承諾書の同封もお願い申し上げます。

なお、別紙 2 のとおり、貴施設の院内がん登録担当者にご了知いただくとともに、報



「沖縄県院内がん登録集計報告書（2023 年症例）」に関する

承　諾　書

「院内がん登録集計報告書（2023 年症例）」に関して、別紙 2 のご協力が必要な事項について承諾し、院内がん登録データを集計・分析・公開する医療機関として参加いたします。

令和　　年　　月　　日

琉球大学病院がんセンター
センター長　増田　昌人　殿

（貴院施設名）

・データ収集を行う際の依頼文
・院内がん登録データの収集と、施設別データを全面公開の方針で集計することを、文書で毎年承諾していただいている

院内がん登録報告書に対する協議会(主に患者関係委員)における意見



1. 医療機関の増加(2013年症例報告書から対応)
- 探したい施設が報告書に載っていない
- 拠点病院3施設のみでは少なすぎる

2. 集計がん種の増加(2013年症例報告書から対応)
- すべてのがんの種類に対応して欲しい。5大がんのみでは少ない

3. 5年生存率の公開(2014年症例報告書から対応)
- 自分と同じがんのステージ毎の生存率が知りたい。施設毎に知りたい

4. 専門家のコメントの掲載(2013年症例報告書から対応)
- グラフを見ても、それをどう読んだらいいか分からない
- 表やグラフの見方が分からない、見ても理解が難しい

協議会委員からの要望には、できる限り応えてきた

5. データ検索できるWebサイトの構築(2015年症例から対応)
- 記載されている情報が、必要としているすべての患者に届くようにして欲しい



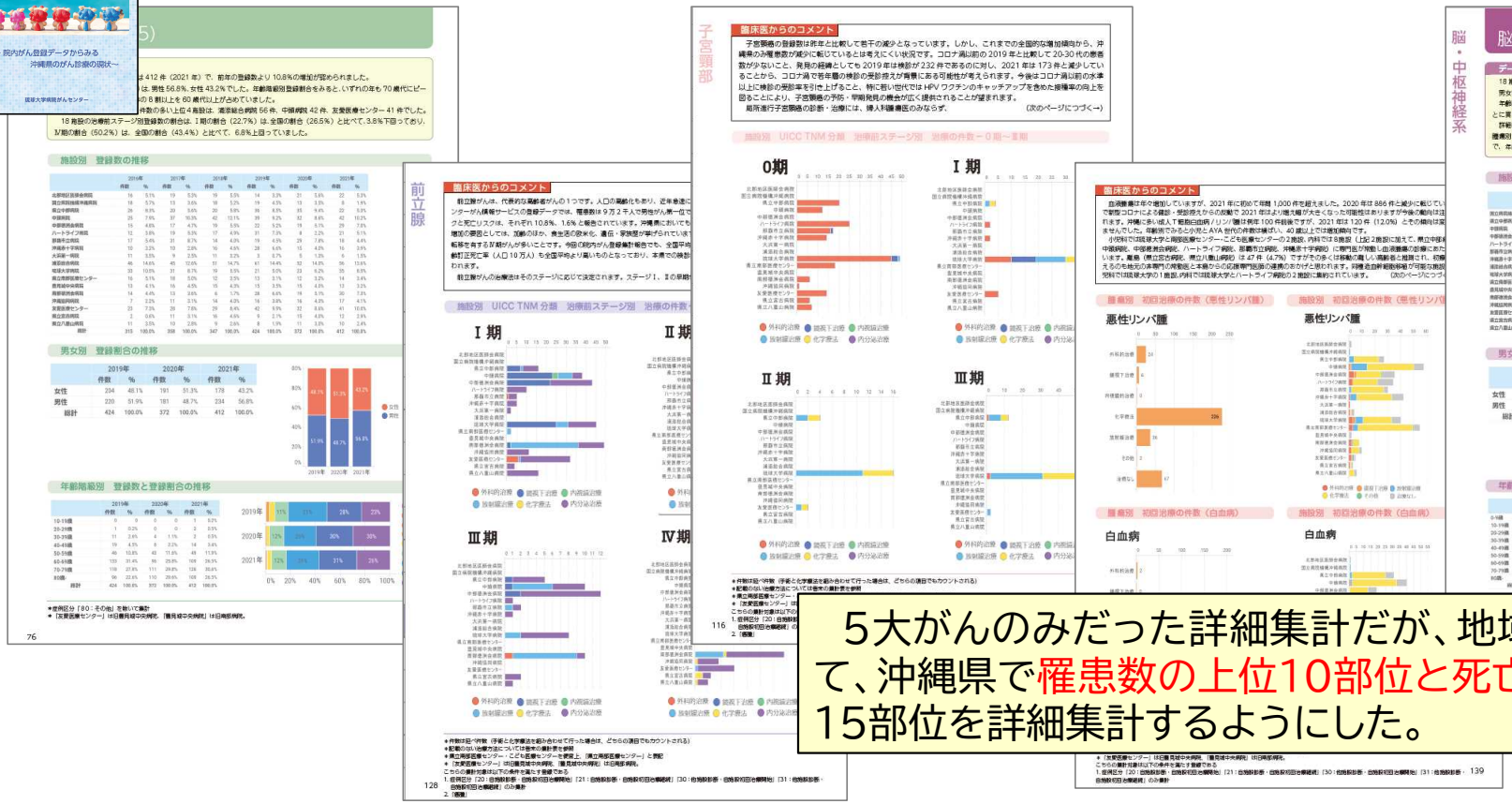
医療機関の増加

当初は、拠点病院3施設のみを集計していたが、各施設の理解と協力を得ることで、21施設に拡大した。
沖縄県のがん罹患数に対する院内がん登録数のカバー率は、推計で4割から9割となった。

3施設（2008年症例） → 16施設（2013年症例） → 18施設（2016年症例） → **21施設に拡大（2020年症例以降）**

集計がん種の増加





5大がんのみだった詳細集計だが、地域がん登録データを用いて、沖縄県で罹患数の上位10部位と死亡数の上位10部位、合計15部位を詳細集計するようにした。

5大がんを
詳細集計
（2008年症例）

→

10部位を
詳細集計
（2013年症例）

→

15部位を
詳細集計
（2015年症例以降）

本日の発表内容

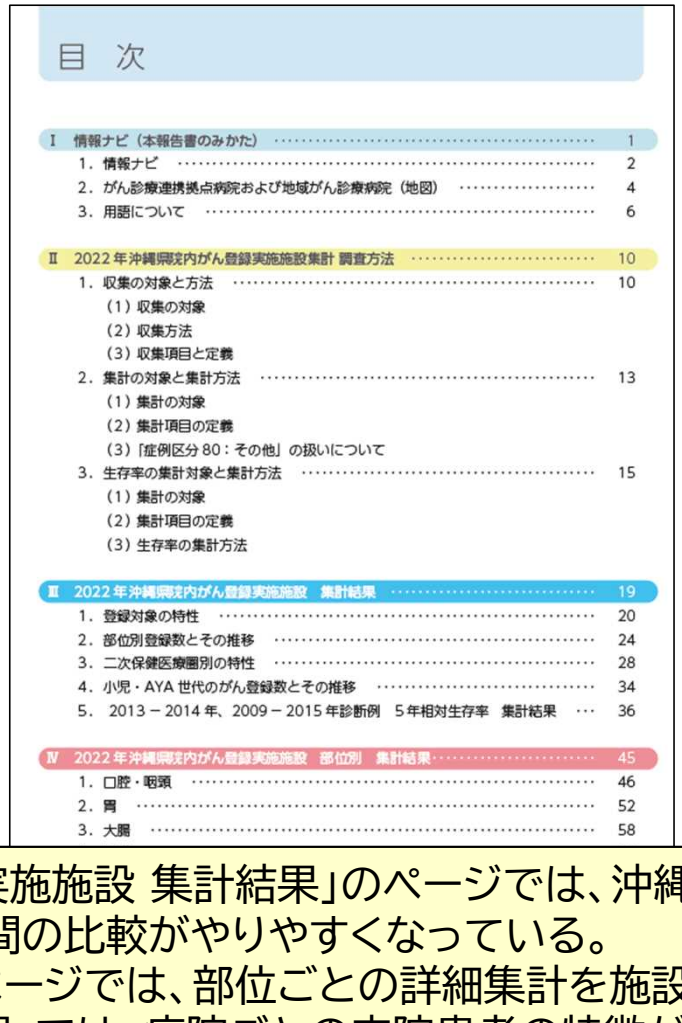
1. 沖縄県がん診療連携協議会

2. 沖縄県院内がん登録報告書の作成と公表の取り組み
   （1）これまでの経緯
   （2）分析結果からわかること
   （3）問題点と対応策
   （4）活用事例

3. まとめ

沖縄県院内がん登録集計報告書　目次




目　次

Ⅰ　情報ナビ（本報告書のみかた）　1
1．情報ナビ　2
2．がん診療連携拠点病院および地域がん診療病院（地図）　4
3．用語について　6
Ⅱ　2022 年沖縄県院内がん登録実施施設集計 調査方法　10
1．収集の対象と方法　10
（1）収集の対象
（2）収集方法
（3）収集項目と定義
2．集計の対象と集計方法　13
（1）集計の対象
（2）集計項目の定義
（3）「症例区分 80：その他」の扱いについて
3．生存率の集計対象と集計方法　15
（1）集計の対象
（2）集計項目の定義
（3）生存率の集計方法
Ⅲ　2022 年沖縄県院内がん登録実施施設　集計結果　19
1．登録対象の特性　20
2．部位別登録数とその推移　24
3．二次保健医療圏別の特性　28
4．小児・AYA 世代のがん登録数とその推移　34
5．　2013－2014 年、2009－2015 年診断例　5 年相対生存率　集計結果　36
Ⅳ　2022 年沖縄県院内がん登録実施施設　部位別　集計結果　45
1．口腔・咽頭　46
2．胃　52
3．大腸　58


目　次

9．皮膚　94
10．乳房（特別集計）　100
乳房　106
11．子宮頸部　112
12．子宮体部　118
13．前立腺　124
14．脳・中枢神経系　130
15．血液腫瘍　136
Ⅴ　2022 年沖縄県院内がん登録実施施設　施設別　集計結果　141
1．北部地区医師会病院　143
2．国立病院機構沖縄病院　151
3．沖縄県立中部病院　159
4．中頭病院　167
5．中部徳洲会病院　178
6．ハートライフ病院　183
7．那覇市立病院　191
8．沖縄赤十字病院　199
9．大浜第一病院　207
10．浦添総合病院　215
11．琉球大学病院　223
12．沖縄県立南部医療センター・こども医療センター　231
13．豊見城中央病院　239
14．南部徳洲会病院　247
15．沖縄協同病院　255
16．友愛医療センター　263
17．沖縄県立宮古病院　271
18．沖縄県立八重山病院　279
Ⅵ　がん診療にかかわる情報　288

青いラベルの「3、沖縄県院内がん登録実施施設 集計結果」のページでは、沖縄県内で院内がん登録を実施している施設の集計を、横並びで表示して、施設間の比較がやりやすくなっている。
赤いラベルの「4、部位別 集計結果」のページでは、部位ごとの詳細集計を施設別に表示。
オレンジのラベルの「5、施設別 集計結果」では、病院ごとの来院患者の特徴がわかるように集計結果を表示。

利用者のためのガイドページ



この冊子では大きく分けて３つの集計があります。

病院ごとの特徴を知るため、すべての病院を比較して見たい。 ……☞ P19（全施設 集計結果へ）

- 各病院がみているがんの数や種類、性別や年齢、治療施設などを掲載しています。
- 各病院の患者さんがどこの圏域から来院しているかがわかります。
- がんの種類ごとにどの圏域で治療をしているかがわかります。
- 小児がんや AYA 世代のがんの数やどの病院でみているかがわかります。
- がんの種類ごとの５年生存率を掲載しています。

自分のがん（がんの種類ごと）の治療の状況などが見たい。 ……☞ P45（部位別 集計結果へ）

- がんの種類ごとに、がんの数、性別や年齢などを掲載しています。
- がんの種類ごとに、がん患者さんがどのような経路によって、その施設を受診したのかがわかります。
- がんの種類ごとに、「がん」と診断されるきっかけとなった状況がわかります。
- がんの種類ごとに、がんの進行度（ステージ）の割合がわかります。
- がんの種類ごとに、施設ごとの主な治療の種類や数、治療の組み合わせがわかります。
- がんの種類ごとに、施設ごとの初回治療が終了した患者さんの受け入れ状況がわかります。
- がんの種類ごとに、専門医からのコメントが読めます。

・集計結果を並べるだけでは、活用されない。

・報告書の中に見る箇所をガイドするページをつけて、探しやすく工夫している。

（1）○○がんはどの圏域で治療をしているか？
⇒ P19（全施設 集計結果へ）

（2）小児がんやAYAがんはどこの病院がみている？
⇒ P19（全施設 集計結果へ）

（3）数値を見ても理解できないから、専門医からのコメントが読みたい
⇒ P45（部位別 集計結果へ）



施設別の登録数の推移

施設別の登録数の推移がわかるグラフ

1600
1400
1200
1000
800
600
400
200

2016年 2017年 2018年 2019年 2020年 2021年 2022年

北部地区医師会病院
国立病院機構沖縄病院
県立中部病院
中頭病院
中部徳洲会病院
ハートライフ病院
那覇市立病院
沖縄赤十字病院
大浜第一病院
浦添総合病院
琉球大学病院
県立南部医療センター
豊見城中央病院
南部徳洲会病院
沖縄協同病院
友愛医療センター
県立宮古病院
県立八重山病院

は、拠点病院等



施設別の上位5部位の登録割合

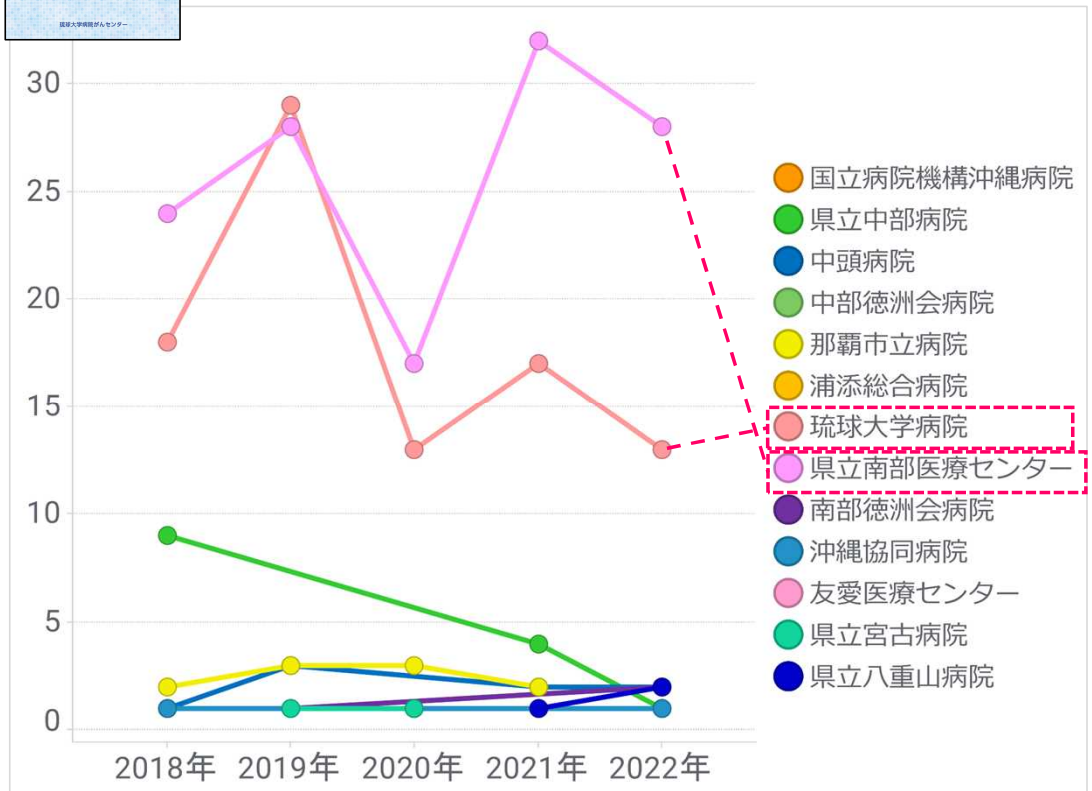
	1位			2位			3位			4位			5位			その他の部位		
	部位	件	%	部位	件	%	部位	件	%	部位	件	%	部位	件	%	部位	件	%
沖縄県18施設合計	大腸	2036	16.9%	乳房	1462	12.1%	肺	1188	9.8%	前立腺	1152	9.5%	血液腫瘍	918	7.6%	その他	5317	44.0%
北部地区医師会病院	大腸	93	24.4%	乳房	72	18.9%	肺	62	16.3%	胃	30	7.9%	膵臓	23	6.0%	その他	101	26.5%
国立病院機構沖縄病院	肺	167	47.7%	大腸	31	8.9%	その他の部位	28	8.0%	膵臓	23	6.6%	胃	21	6.0%	その他	80	22.9%
県立中部病院	大腸	119	14.6%	血液腫瘍	94	11.5%	肺	89	10.9%	乳房	87	10.7%	胃	71	8.7%	その他	353	43.3%
中頭病院	乳房	268	22.1%	大腸	246	20.3%	肺	139	11.5%	前立腺	107	8.8%	胃	94	7.8%	その他	357	29.5%
中部徳洲会病院	大腸	221	23.6%	前立腺	174	18.6%	血液腫瘍	77	8.2%	膀胱	73	7.8%	乳房	70	7.5%	その他	321	34.3%
ハートライフ病院	大腸	99	16.3%	血液腫瘍	70	11.5%	前立腺	70	11.5%	乳房	60	9.9%	胃	55	9.0%	その他	254	41.8%
那覇市立病院	大腸	198	20.4%	乳房	174	17.9%	胃	66	6.8%	前立腺	60	6.2%	血液腫瘍	57	5.9%	その他	417	42.9%
沖縄赤十字病院	血液腫瘍	126	20.7%	乳房	107	17.5%	肺	75	12.3%	大腸	56	9.2%	前立腺	40	6.6%	その他	206	33.8%
大浜第一病院	大腸	46	27.9%	前立腺	31	18.8%	胃	16	9.7%	肺	16	9.7%	皮膚	15	9.1%	その他	41	24.8%
浦添総合病院	乳房	154	21.4%	大腸	149	20.8%	肺	73	10.2%	膵臓	57	7.9%	前立腺	44	6.1%	その他	241	33.6%
琉球大学病院	子宮頚部	171	9.8%	口腔・咽頭	163	9.3%	皮膚	146	8.4%	血液腫瘍	133	7.6%	前立腺	121	6.9%	その他	1013	58.0%
県立南部医療センター	血液腫瘍	106	20.9%	大腸	94	18.5%	乳房	60	11.8%	皮膚	34	6.7%	脳・中枢神経系	28	5.5%	その他	185	36.5%
豊見城中央病院	皮膚	31	14.8%	血液腫瘍	27	12.9%	大腸	22	10.5%	肺	20	9.5%	前立腺	16	7.6%	その他	94	44.8%
南部徳洲会病院	前立腺	210	25.3%	大腸	116	14.0%	乳房	98	11.8%	肺	95	11.5%	腎・他の尿路	43	5.2%	その他	267	32.2%
沖縄協同病院	大腸	115	26.5%	肺	40	9.2%	胃	40	9.2%	乳房	38	8.8%	血液腫瘍	26	6.0%	その他	175	40.3%
友愛医療センター	大腸	194	20.4%	乳房	112	11.8%	前立腺	110	11.6%	胃	73	7.7%	肺	71	7.5%	その他	392	41.2%
県立宮古病院	大腸	63	20.7%	前立腺	38	12.5%	乳房	26	8.6%	肺	25	8.2%	皮膚	21	6.9%	その他	131	43.1%
県立八重山病院	大腸	74	22.8%	前立腺	48	14.8%	肺	33	10.2%	胃	22	6.8%	皮膚	20	6.2%	その他	127	39.2%

・効率的に、各施設の症例数の多いがんの種類を見ることができ、特徴を把握できる。
例） 琉球大学病院の上位5部位は、通常のがん罹患の順位と全く違うことが分かる

● 口腔・咽頭 ● 胃 ● 大腸 ● 膵臓 ● 肺 ● 皮膚 ● 乳房 ● 子宮頚部 ● 前立腺 ● 腎・他の尿路 ● 膀胱 ● 脳・中枢神経系 ● 血液腫瘍 ● その他の部位

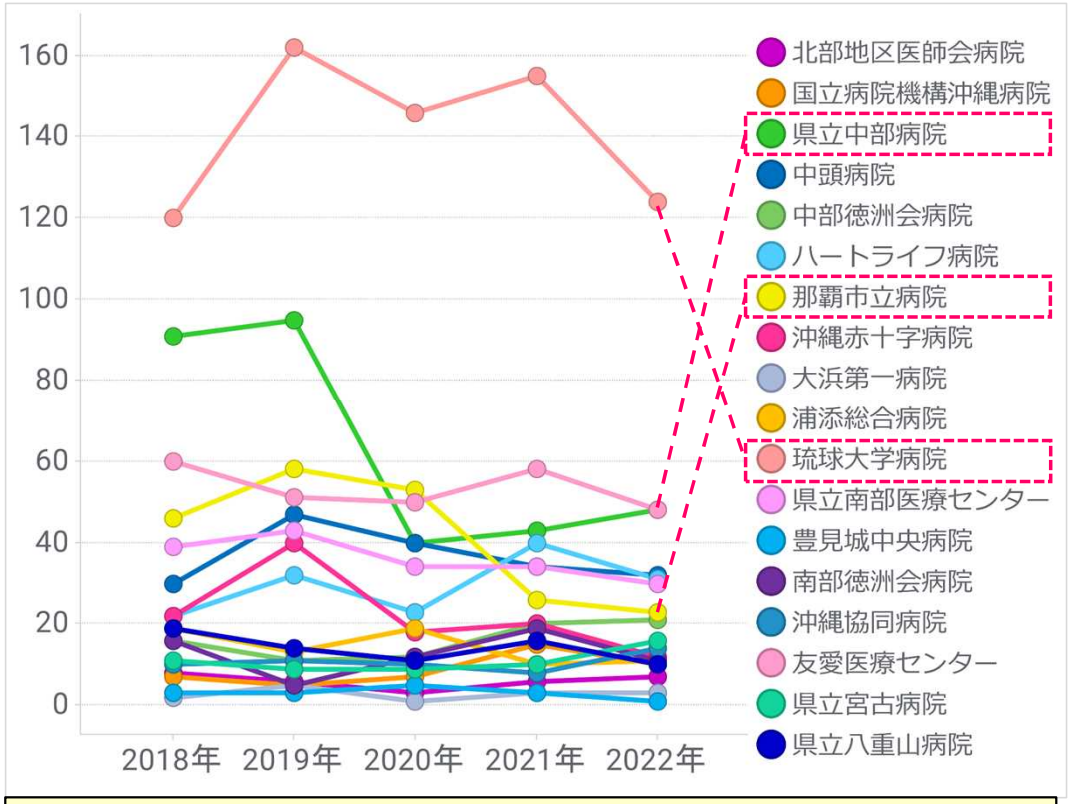


小児がん(0-14歳) 施設別登録数の推移



小児がんは、協議会において決議された、県立南部医療センター・こども医療センターと琉球大学病院への集約化が、実際に進んでいることが分かる

AYA世代がん(15-39歳) 施設別登録数の推移



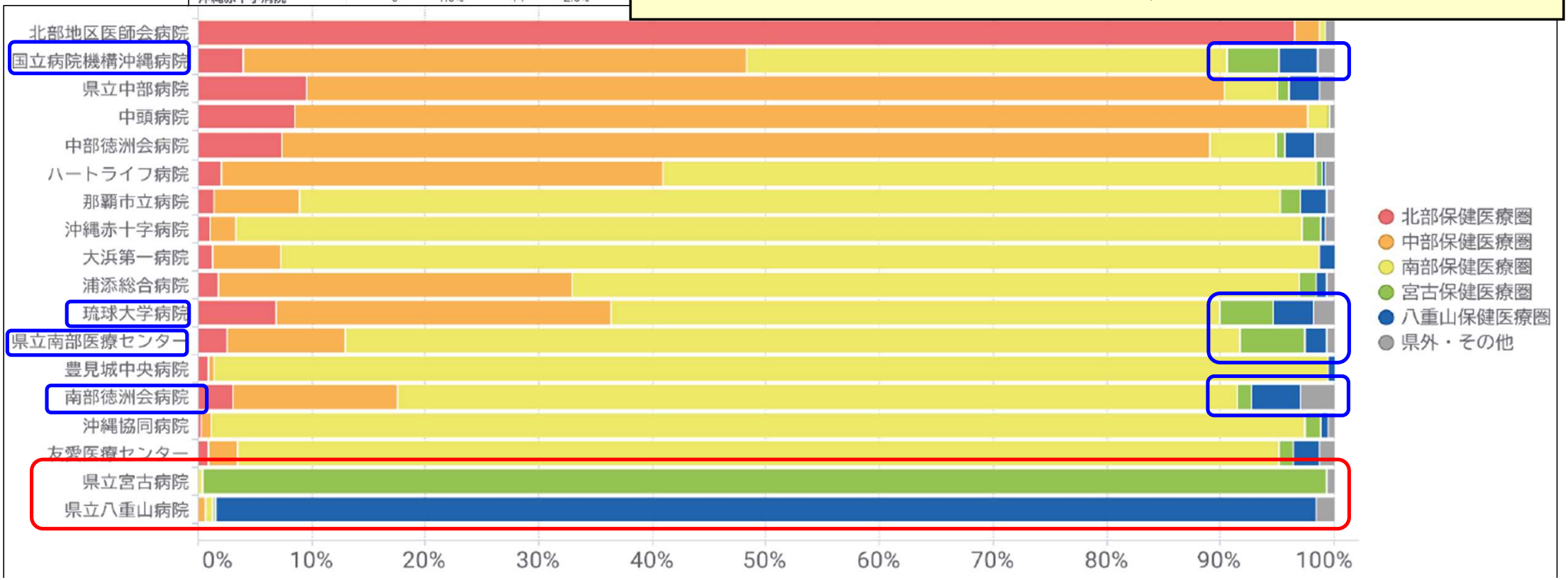
AYA世代のがんは、協議会において、琉球大学病院、県立中部病院、那覇市立病院への集約化が決議されたが、現状は不十分であることが分かる



施設別　二次医療県別　登録数と登録割合

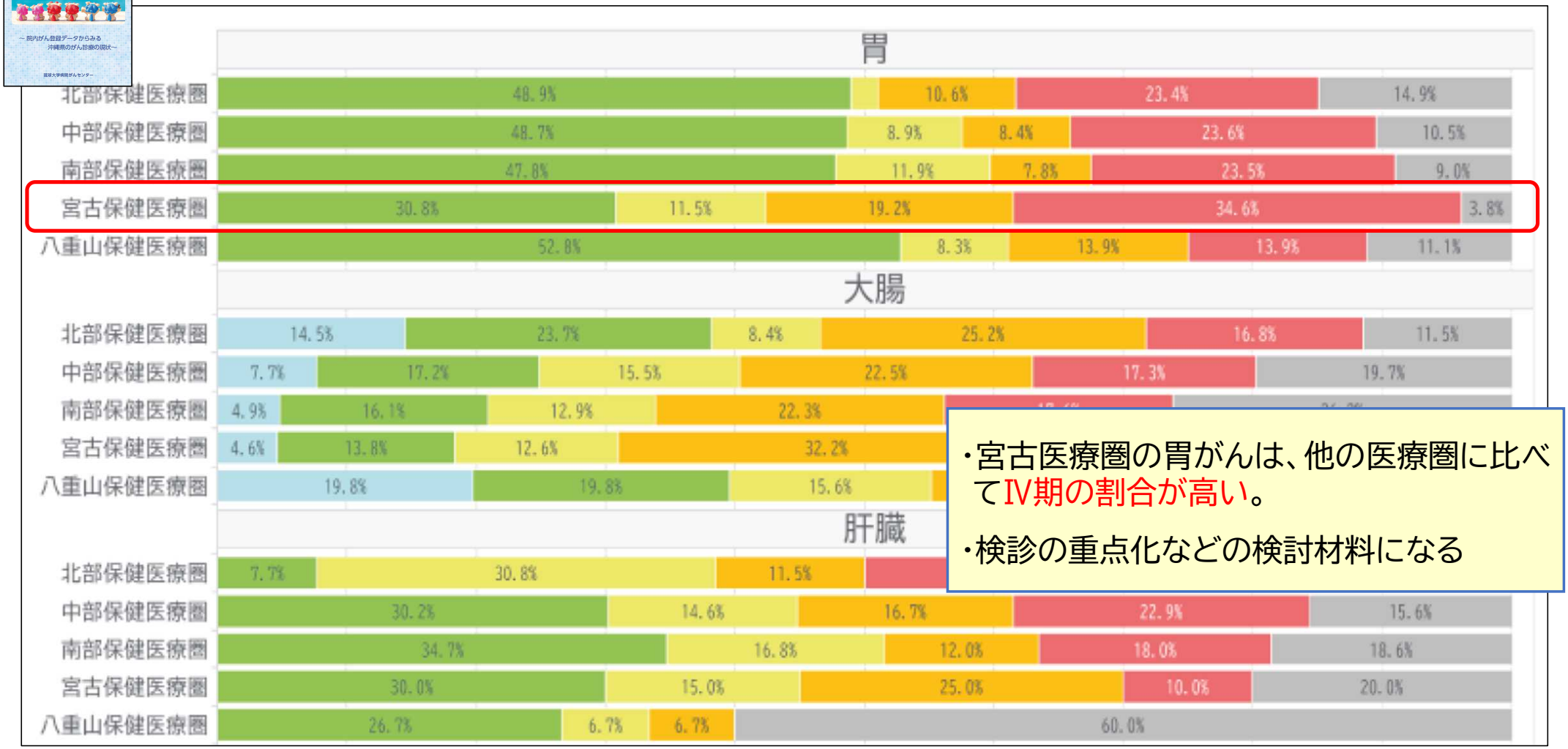
	北部保健医療圏		中部保健医療圏		南
	件数	%	件数	%	件
北部地区医師会病院	368	96.6%	8	2.1%	
国立病院機構沖縄病院	14	4.0%	155	44.3%	
県立中部病院	78	9.6%	657	80.7%	
中頭病院	103	8.5%	1079	89.2%	
中部徳洲会病院	69	7.4%	766	81.7%	
ハートライフ病院	12	2.0%	237	39.0%	
那覇市立病院	13	1.3%	74	7.6%	
沖縄赤十字病院	6	1.0%	14	2.3%	

・表だけでなく、色分けグラフを表示し、理解の助けとしている
・離島地域である八重山医療圏、宮古医療圏を多く診療している施設は、石垣島の八重山病院や宮古島の宮古病院である。
・しかし、本島の病院でも、緑の宮古医療圏と青の八重山医療圏の患者を、比較的多く診ている病院があることが分かる
・これらの現状が分かることで、地域連携などの検討材料になる。





二次医療県別　部位別　ステージ別登録割合



・宮古医療圏の胃がんは、他の医療圏に比べてⅣ期の割合が高い。

・検診の重点化などの検討材料になる



琉球大学病院　５年生存率公開

		院内がん登録(全国437施設)			琉球大学病院							
		2013-2014年			2007-2010年				2011-2015年			
		対象者数	相対生存率	95%信頼区間	対象者数	相対生存率	標準誤差	生死不明割合	対象者数	相対生存率	標準誤差	生死不明割合
大腸	Ⅰ期	28,888	94.5	94.0-95.0	69	--	--	23.2	68	97.0	4.4	1.5
	Ⅱ期	28,127	88.4	87.8-89.0	36	92.2	9.2	2.8	68	85.9	8.0	1.5
	Ⅲ期	28,305	77.3	76.7-78.0	53	88.3	7.8	5.7	81	84.7	6.3	1.2
	Ⅳ期	21,065	18.7	18.1-19.2	48	20.4	7.2	4.2	77	26.2	5.4	1.3
	不明	--	--	--	2	50.7	42.5	0.0	3	34.1	28.4	0.0
	全体	107,968	72.5	72.2-72.8	208	--	--	10.6	297	75.7	3.6	1.3
子宮頸部	Ⅰ期	6,037	95.6	94.9-96.2	117	--	--	13.7	186	93.0	2.4	3.2
	Ⅱ期	2,215	79.6	77.7-81.5	51	92.5	6.0	5.9	51	76.1	7.2	0.0
	Ⅲ期	3,117	64.7	62.9-66.4	102	62.0	5.6	9.8	113	71.1	4.9	3.5
	Ⅳ期	2,033	26.0	24.1-28.0	33	25.1	8.0	9.1	72	23.6	5.3	0.0
	不明	--	--	--	3	35.0	29.3	0.0	1	0.0	0.0	0.0
	全体	13,552	75.1	74.3-75.9	306	--	--	10.5	423	74.7	2.5	2.4
前立腺	Ⅰ期	27,762	100.0	100.0-100.0	45	--	--	17.8	151	100.0	3.1	2.0
	Ⅱ期	20,232	100.0	100.0-100.0	100	--	--	11.0	93	100.0	4.6	1.1
	Ⅲ期	10,633	100.0	100.0-100.0	25	--	--	28.0	31	100.0	4.2	0.0
	Ⅳ期	10,712	63.4	62.3-64.6	27	--	--	11.1	40	86.7	10.5	0.0
	不明	--	--	--	9	--	--	33.3	3	49.1	61.5	0.0
	全体	70,853	98.4	98.0-98.7	206	--	--	15.5	318	100.0	2.5	1.3
肺	Ⅰ期	42,455	83.3	82.8-83.8	53	91.6	8.6	5.7	93	93.9	7.1	2.2
	Ⅱ期	9,669	52.7	51.6-53.8	6	--	--	33.3	25	54.2	14.2	4.0
	Ⅲ期	19,376	28.3	27.6-29.0	23	28.1	13.2	4.3	31	42.4	10.6	6.5
	Ⅳ期	36,853	7.1	6.9-7.4	45	9.5	5.2	8.9	94	3.9	2.2	0.0
	不明	--	--	--	0	--	--	--	3	100.0	0.0	0.0
	全体	110,072	44.5	44.1-44.8	127	52.2	6.0	7.9	246	52.1	4.5	2.0

15部位のステージ別5年生存率の算出と公開(掲載)
がん診療連携拠点病院(3施設)は、施設別に算出し、公開(掲載)



那覇市立病院/県立中部病院　５年生存率公開

那覇市立病院

		院内がん登録(全国437施設)			立病院			
		2013-2014年			2011-2015年			
		対象者数	相対生存率	95%信頼区間	対象者数	相対生存率	標準誤差	生死不明割合
胃	Ⅰ期	76,109	96.0	95.6-96.3	164	98.4	3.9	1.2
	Ⅱ期	10,931	69.9	68.5-70.7	32	70.1	12.7	3.1
	Ⅲ期	12,389	42.3	41.3-43.2	17	40.7	17.0	0.0
	Ⅳ期	19,519	6.2	5.9-6.6	59	2.1	2.2	0.0
	不明	–	–	–	6	–	–	16.7
	全体	120,740	72.4	72.1-72.7	278	74.5	4.3	1.4
大腸	Ⅰ期	28,888	94.5	94.0-95.0	115	98.0	4.8	1.7
	Ⅱ期	28,127	88.4	87.8-89.0	120	95.8	5.9	0.0
	Ⅲ期	28,305	77.3	76.7-78.0	130	80.8	5.7	3.8
	Ⅳ期	21,065	18.7	18.1-19.2	81	14.0	4.4	1.2
	不明	–	–	–	4	0.0	0.0	0.0
	全体	107,968	72.5	72.2-72.8	450	81.4	3.3	1.8
肺	Ⅰ期	42,455	83.3	82.8-83.8	34	89.2	13.1	5.9
	Ⅱ期	9,669	52.7	51.6-53.8	11	26.2	18.5	0.0
	Ⅲ期	19,376	28.3	27.6-29.0	46	12.4	6.4	0.0
	Ⅳ期	36,853	7.1	6.9-7.4	140	6.0	2.4	0.7
	不明	–	–	–	3	–	–	33.3
	全体	110,072	44.5	44.1-44.8	234	21.2	3.5	1.7

県立中部病院

		院内がん登録(全国437施設)			中部病院			
		2013-2014年			2011-2015年			
		対象者数	相対生存率	95%信頼区間	対象者数	相対生存率	標準誤差	生死不明割合
全がん	Ⅰ期	--	--	--	1,032	95.4	2.0	2.0
	Ⅱ期	--	--	--	504	83.7	3.1	2.0
	Ⅲ期	--	--	--	499	60.1	3.0	1.2
	Ⅳ期	--	--	--	783	17.6	1.6	0.6
	不明	--	--	--	45	19.4	10.6	0.0
	全体	875,381	67.5	67.4-67.6	2,863	66.1	1.3	1.5
大腸	Ⅰ期	28,888	94.5	94.0-95.0	114	87.3	6.0	0.9
	Ⅱ期	28,127	88.4	87.8-89.0	99	92.0	6.6	3.0
	Ⅲ期	28,305	77.3	76.7-78.0	139	85.3	5.5	0.0
	Ⅳ期	21,065	18.7	18.1-19.2	119	18.6	4.1	0.8
	不明	--	--	--	10	0.0	0.0	0.0
	全体	107,968	72.5	72.2-72.8	481	70.8	3.2	1.0
肺	Ⅰ期	42,455	83.3	82.8-83.8	73	85.3	9.6	0.0
	Ⅱ期	9,669	52.7	51.6-53.8	28	50.1	15.3	0.0
	Ⅲ期	19,376	28.3	27.6-29.0	71	13.8	5.5	0.0
	Ⅳ期	36,853	7.1	6.9-7.4	187	2.8	1.4	0.0
	不明	--	--	--	10	0.0	0.0	0.0
	全体	110,072	44.5	44.1-44.8	369	25.3	3.1	0.0

肺がんのステージⅢ期5年生存率が、那覇市立病院は15.9%、県立中部病院は14.5%と、全国のがん拠点病院と比べて低いことが協議会での議論につながった。

5年生存率について、協議会でも議論

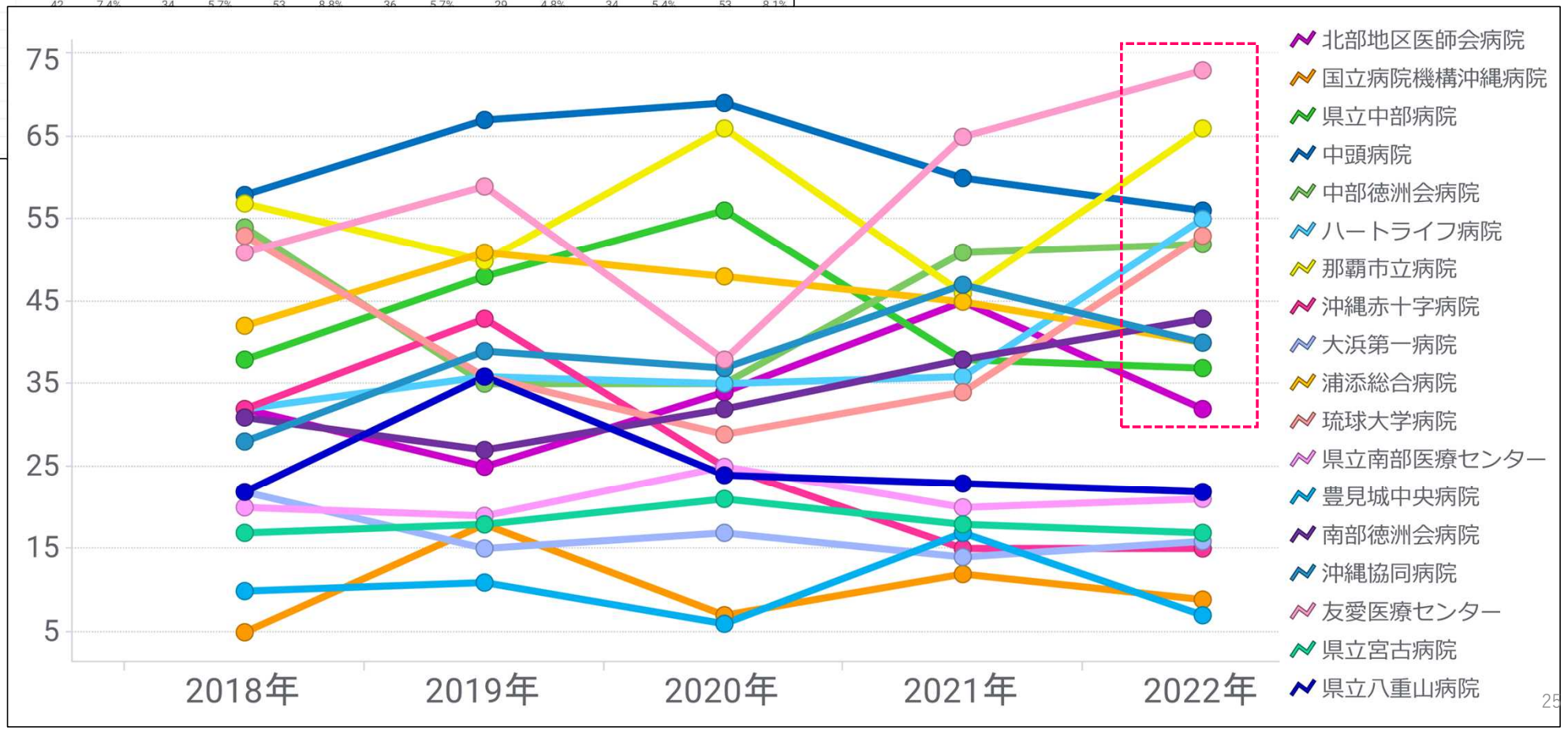
1. 協議会では、当初は地域がん登録の生存率を出していたが、熱心な討議がされてこなかった。
2. 院内がん登録による施設別かつステージ別に生存率を出すようになってから、協議会委員から、問題点の指摘や対応策の必要性が相次いだ。
3. 各病院長自らが、自院の生存率が低いのは、がん以外の心疾患・腎疾患・肝疾患などの複数臓器に問題を抱えていたり、生活習慣病などの基礎疾患が影響を与えている可能性が推察されるとのコメントが出された。
4. さらに、要因分析、院内の対策を再評価し、生存率向上の対策を進めるとの表明もあった。
5. 協議会委員である沖縄県医師会長や沖縄県保健医療部長からも、検診をしっかり進める、これまで以上に喫煙の対策を取るとの表明につながった。
6. 生存率が施設別かつステージ別に出るようになって、協議会委員（特に拠点病院等選出委員）が初めて自分事として捉えるようになり、その後の活発かつ有意義な議論につながっている。



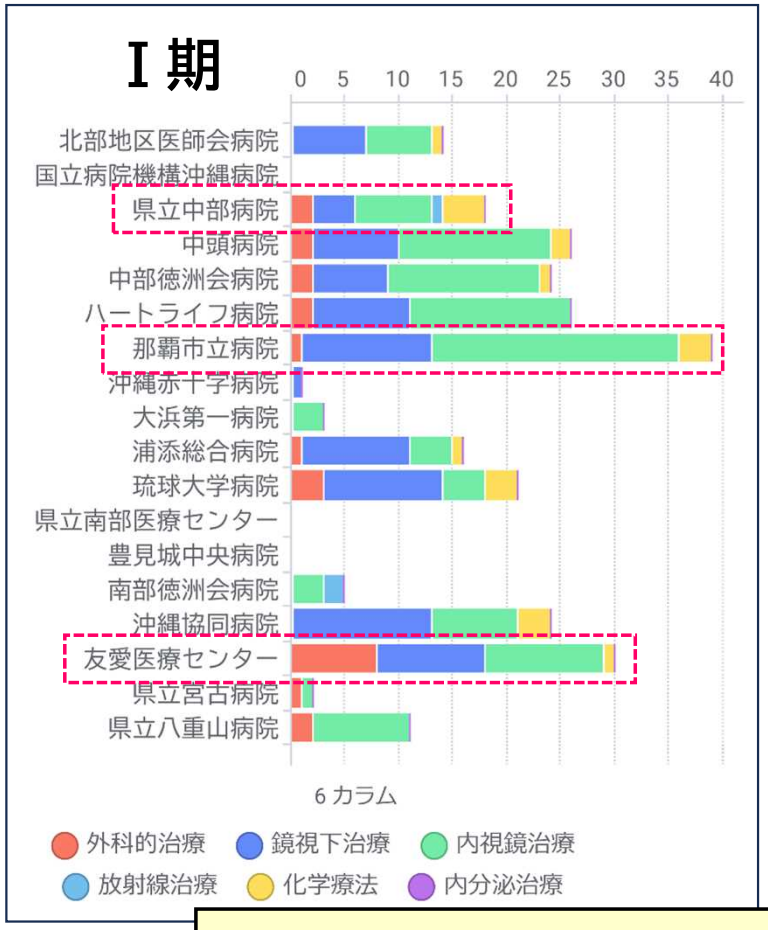
	2016年		2017年		2018年		2019年		2020年		2021年		2022年	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
北部地区医師会病院	22	3.9%	41	6.9%	32	5.3%	25	3.9%	34	5.6%	45	7.2%	32	4.9%
国立病院機構沖縄病院	12	2.1%	20	3.4%	5	0.8%	18	2.8%	7	1.2%	12	1.9%	9	1.4%
県立中部病院	61	10.8%	56	9.4%	38	6.3%	48	7.6%	56	9.3%	38	6.1%	37	5.7%
中頭病院	59	10.5%	49	8.2%	58	9.6%	67	10.6%	69	11.4%	60	9.6%	56	8.6%
中部徳洲会病院	30	5.3%	44	7.4%	54	8.9%	35	5.5%	35	5.8%	51	8.2%	52	8.0%
ハートライフ病院	37	6.6%	24	4.0%	32	5.3%	36	5.7%	35	5.8%	36	5.8%	55	8.4%
那覇市立病院	67	11.9%	62	10.4%	57	9.4%	50	7.9%	66	10.9%	46	7.4%	66	10.1%
沖縄赤十字病院	15	2.7%	26	4.4%	32	5.3%	43	6.8%	25	4.1%	15	2.4%	15	2.3%
大浜第一病院	10	1.8%	19	3.2%	22	3.6%	15	2.4%	17	2.8%	14	2.2%	16	2.4%
浦添総合病院	43	7.6%	37	6.2%	42	7.0%	51	8.1%	48	7.9%	45	7.2%	40	6.1%
琉球大学病院	42	7.4%	34	5.7%	53	8.8%	36	5.7%	29	4.8%	34	5.4%	53	8.1%
県立南部医療センター														
豊見城中央病院														
南部徳洲会病院														
沖縄協同病院														
友愛医療センター														
県立宮古病院														
県立八重山病院														
総計														

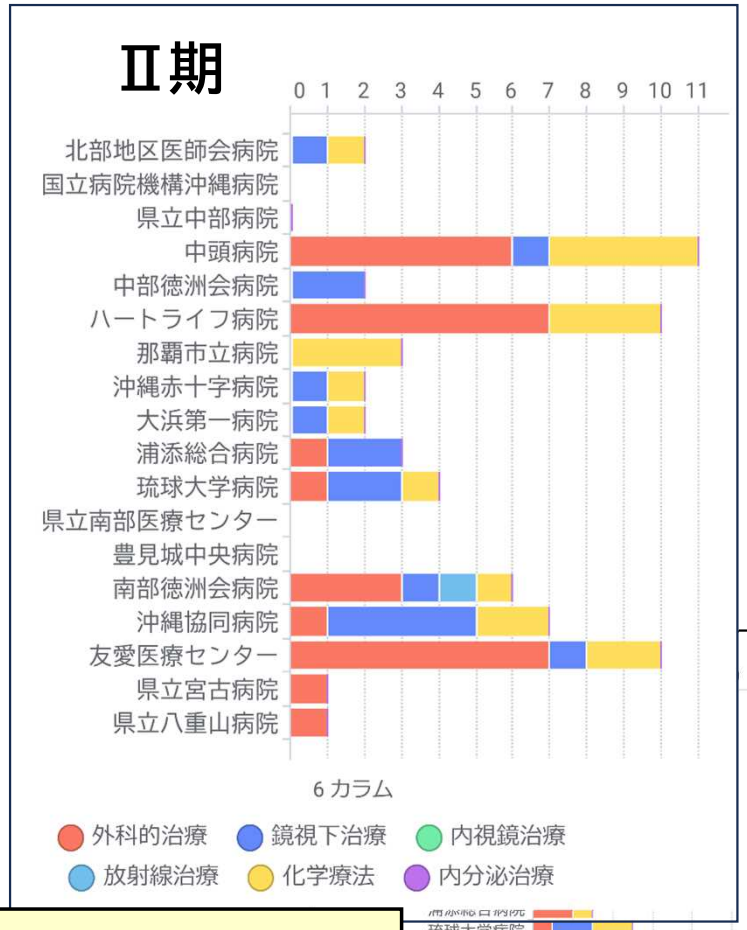
胃がん　登録数の推移

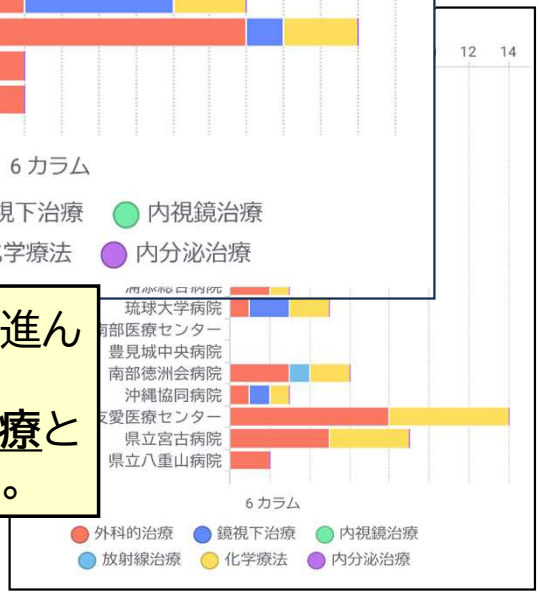
胃がんは、分散しており、集約化が進んでいないことが分かる

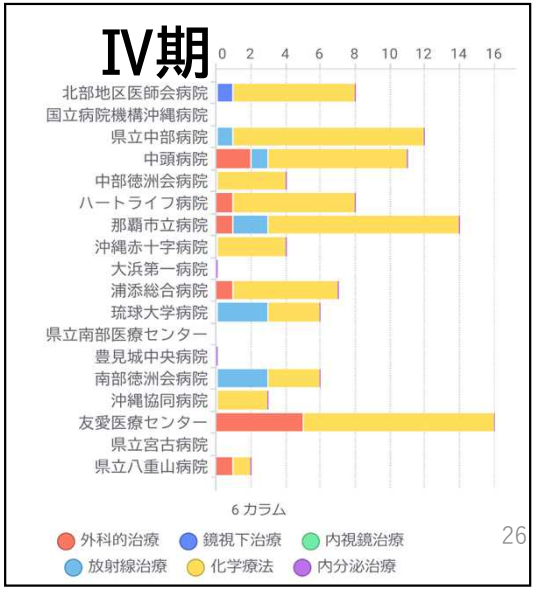


胃がん ステージ別 治療の件数











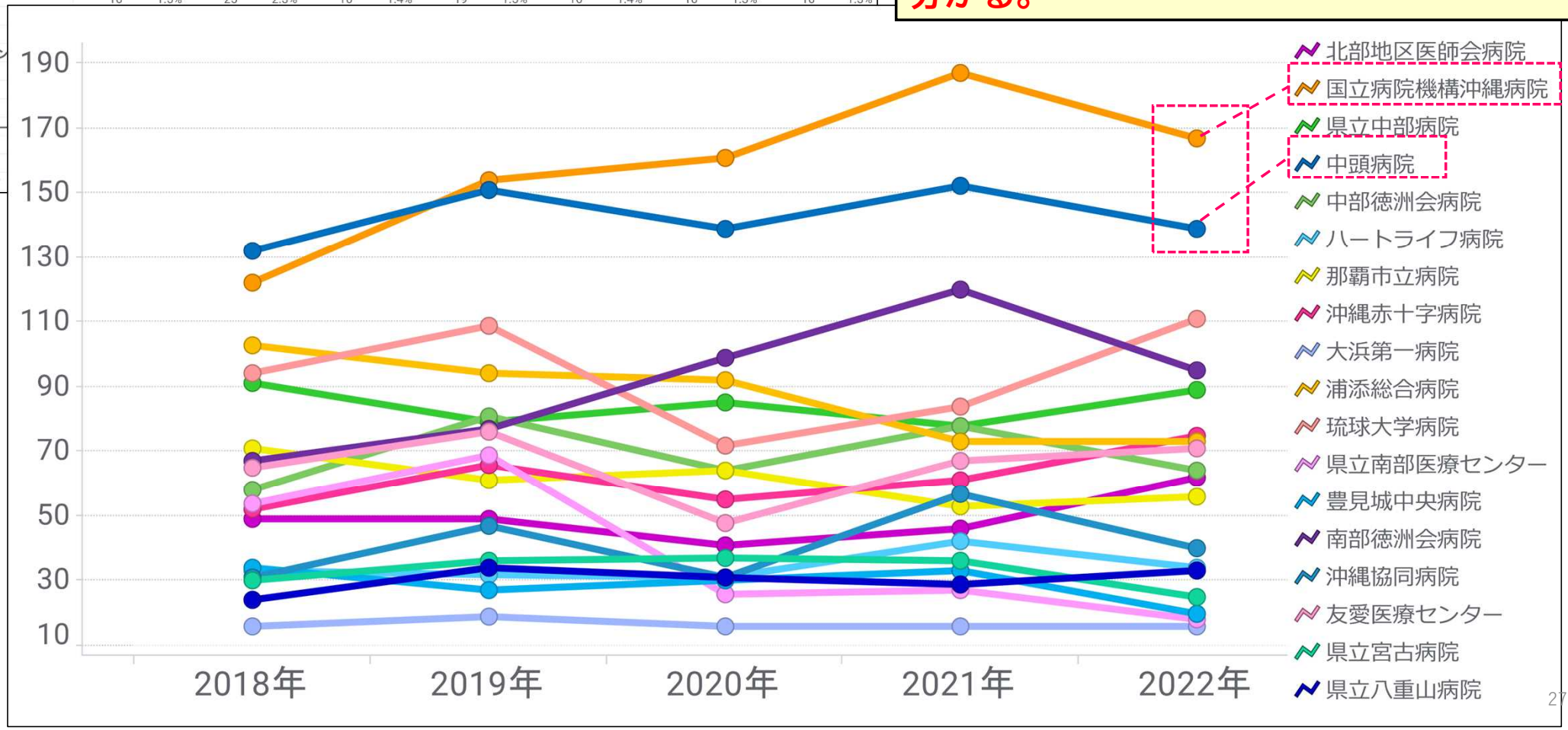
・各施設への内視鏡治療や鏡視下治療の普及が進んでいるかが分かる。
・胃がんⅠ期では、多くの施設で**青の鏡視下治療**と**黄緑の内視鏡治療**が行われていることが分かる。

肺がん　登録数の推移

肺がんは、沖縄病院と中頭病院に、ある程度ではあるが、集約化が進んでいることが分かる。

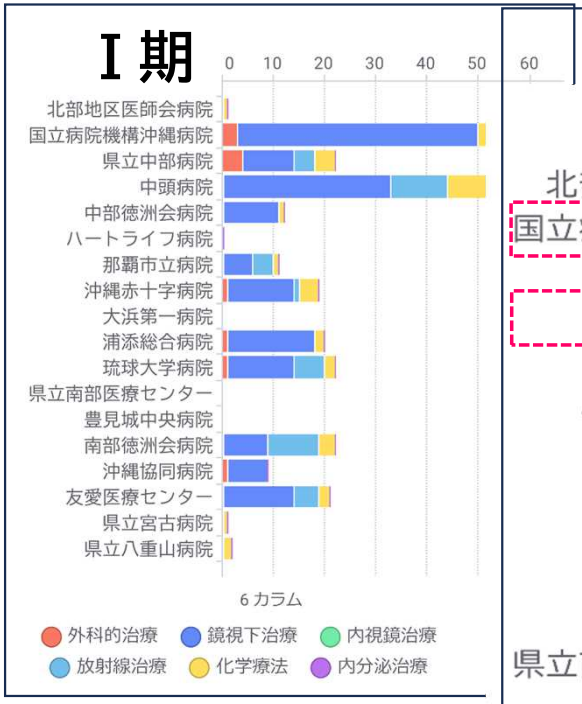


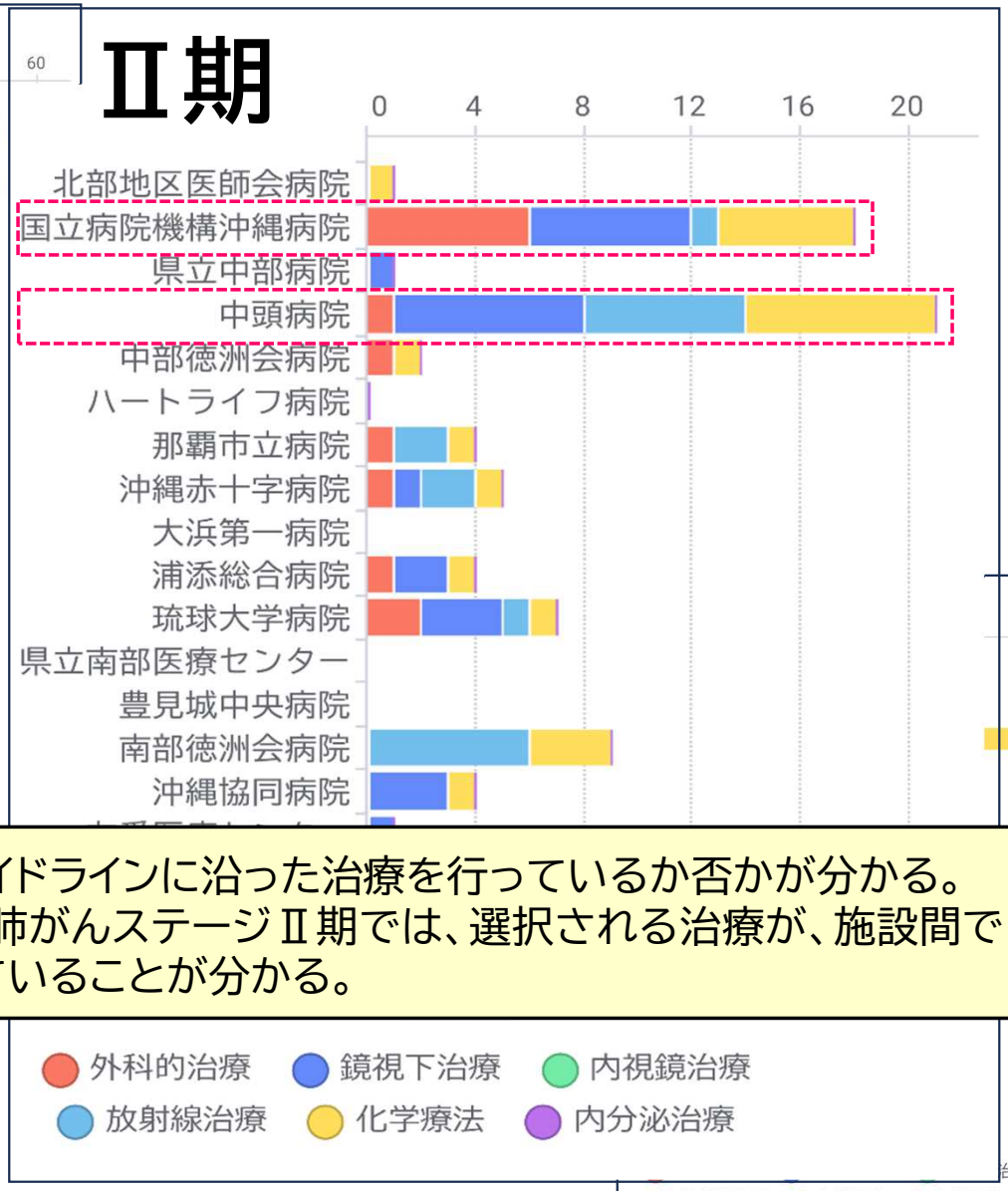
	2016年		2017年		2018年		2019年		2020年		2021年		2022年	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
北	28	2.6%	44	4.1%	49	4.4%	49	3.9%	41	3.7%	46	3.7%	62	5.2%
国	193	18.1%	143	13.2%	122	10.8%	154	12.2%	161	14.3%	187	15.1%	167	14.1%
県	93	8.7%	101	9.3%	91	8.1%	79	6.3%	85	7.6%	78	6.3%	89	7.5%
中	98	9.2%	123	11.4%	132	11.7%	151	12.0%	139	12.4%	152	12.3%	139	11.7%
中	52	4.9%	64	5.9%	58	5.2%	81	6.4%	64	5.7%	78	6.3%	64	5.4%
八	37	3.5%	34	3.1%	33	2.9%	32	2.5%	31	2.8%	42	3.4%	34	2.9%
那	75	7.0%	73	6.7%	71	6.3%	61	4.8%	64	5.7%	53	4.3%	56	4.7%
沖	42	3.9%	57	5.3%	52	4.6%	66	5.2%	55	4.9%	61	4.9%	75	6.3%
大浜第一病院	16	1.5%	25	2.3%	16	1.4%	19	1.5%	16	1.4%	16	1.3%	16	1.3%
浦添総合病院														
琉球大学病院														
県立南部医療セン														
豊見城中央病院														
南部徳洲会病院														
沖縄協同病院														
友愛医療センター														
県立宮古病院														
県立八重山病院														
総計														

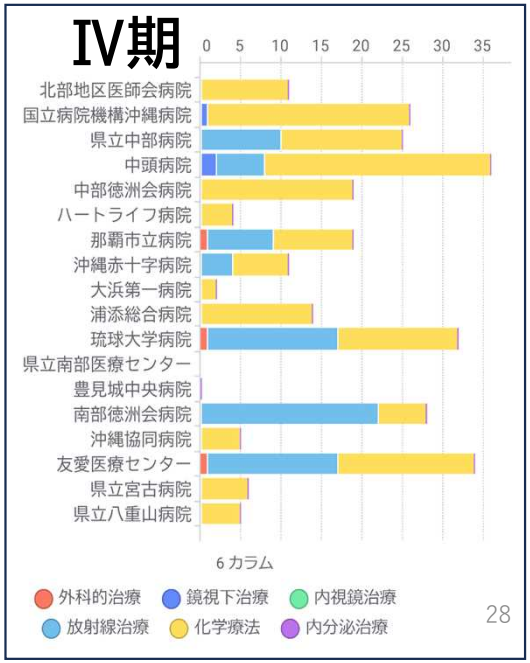


27

肺がん
ステージ別
治療の件数







・各施設が、ガイドラインに沿った治療を行っているか否かが分かる。
・沖縄県では、肺がんステージⅡ期では、選択される治療が、施設間でかなり異なっていることが分かる。





専門家コメント掲載

がん疫学専門家のコメント

全体的な集計からみえるがん罹患の傾向や、各施設・各部位別詳細集計からみえるがん診療の特徴や傾向について記載

臓器別専門医のコメント

各部位別詳細集計からみえる沖縄の罹患の傾向や、沖縄県内の具体的ながん診療の現状、今後の課題等について記載


肺

肺 (C33-C34)

データを見ると

18 施設の肺がん登録数は 1,239 件（2021 年）で、前年の登録数より 10.4％の増加を認めました。

男女別登録割合（2021 年）は、男性 68.8％、女性 31.2％で、男性は女性の 2.2 倍の登録数でした。年齢階級別登録割合をみると、2021 年は 70 ～ 79 歳にピークを認め、いずれの年も全体の約 9 割を 60 歳代以上が占めていました。

登録数を施設別にみると、件数の多い上位 3 施設は、国立病院機構沖縄病院 187 件、中頭病院 152 件、南部徳洲会病院 120 件でした。

18 施設の治療前ステージ別登録数の I 期の割合（32.5％）は、全国の割合（38.6％）と比べて、6.1％下回っており、Ⅳ期の割合（39.1％）は、全国の割合（32.3％）と比べて、6.8％上回っていました。

施設別　登録数の推移


肺

臨床医からのコメント

2021 年沖縄県内肺がん登録データによると、本県 18 施設における肺がん登録症例数は 1,239 件と前年より 10.4％の増加を認め、100 件を超える医療機関は国立沖縄病院 187 件、中頭病院 152 件、南部徳洲会病院 120 件の 3 施設でした。県全体のステージ別登録数の I 期の割合は 32. 5％と前年（30.9％）より 1.6％高く、Ⅳ期の割合は 39.1％と前年（41.0％）より 1.9％低くなっており、今後の 5 年相対生存率の改善に向けて追い風となることが期待されます。切除率に関しては、全体で 25.9%. 0- Ⅱ期に絞ると 41.5%の結果でしたが、院内がん登録 100 件を超える沖縄病院では（0- Ⅳ期 35.9%／0- Ⅱ期 45.5%）、中頭病院では（0- Ⅳ期 31.6%／0- Ⅱ期 46.9%）と切除率の改善が認められており、治療成績をあげるには症例の集約化が重要と考えられます。また、沖縄県では早期で見つかる症例が少なく、院内がん登録の切除率から見ても 74％の肺がん症例は手術以外の方法で治療を受けています。切除不能の局所進行肺がん（ⅢA期～ⅢB期の一部）における治療は、放用療法が基本です。2021 年集計による沖縄県での放射線治療実施率は全症例の 18.9%で、2013 年全国水準に近づいていると考えられます。近年の治療法の進歩として、放射線化学同時併用療法与することで、5 年生存率は 42.9%（プラセボ群 33.4%）、5 年無増悪生存期間は 33.1%（プラ方で遠隔転移を伴う肺がん（Ⅳ期）に対する薬物治療は、組織障害性抗がん薬、分子標的治療薬物療法が実地臨床で行われており、生存率の改善が得られています。

施設別　UICC TNM 分類　治療前ステージ別　治療の件数

0期

I 期

肺

臨床医からのコメント

今回の院内がん登録数は、昨年と比較して増加が認められており、コロナ禍による検診および通常外来の制限が緩和されてきたことに起因すると考えられます。2021 年の I 期登録数は 18.0%と前年と比較しては回復しているものの、I 期は 32.5%で 1.6%の増加が認められています。進行肺がん（Ⅲ期）への対応としては化学療法、放射線療法、手術を組み合わせた集学的治療が推奨されており、中でも切除可能で否かぎりぎりの症例に対する根治切除に[illegible]（同時化学放射線療法）も必要と考えられます。一方、検診で発見率が向上している 2.0cm 未満の早期肺がん（IA1-2 期）に対する術式として、標準術式である肺葉切除より切除範囲の小さい区域切除が、臨床試験で非劣勢が示され、2022 年版肺癌診療ガイドラインでは「区域切除または肺葉切除を行うように推奨する」と標準術式の改定が行われました。今後、小型肺癌に対しては「根治性」と「機能温存」を求めた手術戦略が要求されると考えます。現在、沖縄県では手術・放射線治療・化学療法の分野に専門性の高い人材を擁する施設への「集約化」が進められていますが、特に進行肺がんに対する根治切除、小型肺がんに対する機能温存を考慮した根治切除など、早期（小型）肺がん～進行肺がんにおいて要求される多様な術式を遂行するためには複数の呼吸器外科医の存在が必要不可欠であると考えられます。その上で、更なる手術成績の向上、生存率の向上を目指すためには、複数名の呼吸器外科医を擁する施設への「より一層の集約化」が望まれます。

[illegible]平名　如史（国立病院機構沖縄病院　肺がんセンター長）

施設別　UICC TNM 分類　治療前ステージ別　治療の件数－Ⅳ期

Ⅳ期

各施設の病院長コメント掲載（毎年改定）



- 病院長が、院内がん登録から何が分かるかを把握するようになった。
- 病院長自らが、集計値や生存率に関して毎年考察してくれるようになった。

当院における 2022 年のがん登録件数は 381 件であり、過去 5 年間で最も多い件数でした。年齢階級別で見ると 65 歳以上が約 77.2%であり、全国や沖縄県に比較して高齢者のがん登録患者が多い傾向でした。部位別では、大腸、乳房、肺の順に多く例年と同様でした。男女別で見ると、男性が大腸、肺、胃の順で、女性が乳房、大腸、皮膚の順でした。最近は、乳癌と男性の肺癌の登録が増える傾向にあります。

「症例区分別」の登録では自施設で診断・治療を行っている割合が高く、当院は診療科が少ないながらも、診断と治療が一貫してできる専門性の高さを示していると思います。

「来院経路別」では他施設からの紹介患者が過半数を占めていますが、自施設での他疾患経過観察中の患者が増加傾向にあり、全国・沖縄と比較しても高い比率でした。

当院の健康管理センターでは沖縄本島北部地域の住民検診・企業検診・人間ドックの多くを担っています。「発見経緯別」では、がん検診や一般健診で発見される方は 24.1%と沖縄県の中でも最も高い比率でした。その要因に関しては不明ですが、地域のがん検診受診状況やコロナ禍の影響が考えられます。

そして、北部医療圏における「部位別治療件数」を見ると、対応可能ながん種の多くは圏域内で治療されています。しかし、肺癌など外科的治療・放射線治療が必要ながん種については、他施設での支援が必要な状況でした。そして、地域全体としては、泌尿器科・血液内科領域のがん種については、地域のクリニックに支援していただく状況が続いており、令和 10 年開設予定の公立沖縄北部医療センターでの体制整備が望まれます。

このように少ない医療資源の地域ですが、病院と診療所の連携で地域の課題解決を目指しています。当院では、がんに関する専門性を高めることで、がん患者・ご家族に対しての様々なニーズに対応していくための体制整備を進めています。現在、がん専門薬剤師 1 名、がん化学療法認定看護師 1 名、緩和ケア認定看護師 3 名、皮膚・排泄ケア認定看護師 1 名を配置しています。

そして病院内だけではなく、地域のがんに関わる様々な施設、機関の支援・協力も継続していきます。それにより、地域の保健医療に関わる方々、病院・診療所と連携し、
地域のがん診療のネットワークを構築することで、地域の住民のご期待に応える所存です。



公益社団法人北部地区医師会　北部地区医師会病院
病院長　諸喜田　林

2019 年に比較するとまだ少なく、若干新型コロナの影響が残っていたかと思われます。

県内 18 施設の登録数に占める当院の登録数の割合いも 8%（前年 7.3%）で前年に比較して上昇しておりますが、いまだに COVID-19 前に比較すると低く、沖縄県 18 施設合計が新型コロナ前とほぼ同数と増加してきたことより、地域がん診療連携拠点病院としての任を果たすため、さらなる診療体制の工夫を図っていきます。

部位別の登録数を観ると、乳房 174 件（21.3%）、結腸と直腸を合わせた大腸 198 件（15.2%）、前立腺 60 件（6.4%）、胃癌 66 件（5.8%）の順で、2021 年に比較して、乳房、皮膚、子宮、血液腫瘍が減少していました。

年齢階級別登録割合は、65 歳以上が 65．1%と多いのは、沖縄県 18 施設と同様ですが、全国に比較して 40～64 歳の成労世代の割合が比較的高いのが特徴かと思われます。

当院では緩和ケア取り組んでいる、がん患者さんが安心してがん治療と就労の両立を行えるような、がん治療と就労の両立に対する支援の取り組みを、今後も引き続き相談センターを中心に、社会保険労務士・産業保健総合支援センター・ハローワーク等の関係機関とも協力し、活動を進めていきたいと考えております。

二次医療圏別であると、南部医療圏の件数が 86.3%と大部分ですが、2022 年は北部医療圏、中部医療圏が若干増加してきております。また中部新型コロナによる移動制限の影響にて減少していた八重山医療圏よりの患者登録が 2019 年の登録数まで増加しています。

来院経路であると、例年同様に他施設よりの紹介が 661 件（68.0%）で最多で昨年（556 件）に比較すると増加しました。2019 年の件数までは増えておりません。

症例区分別であると、自施設で診断し治療を開始した件数が 590 件（60.7%）で最も多く、他施設にて診断され当施設にて治療開始、経過されている例の 312 件（32.1%）を合わせて沖縄県 18 施設合計よりも多かくく、当院が地域がん診療連携拠点病院として、がんの診断、治療における役割を担っていたと自負されます。

発見経緯別であると、検診、人間ドックの件数・割合が昨年に比較して増加しております。

5 年相対生存率は、全がんの全体では、2011～2015 年が 73.4%で 2013～2014 年の全国がん拠点病院 437 施設の 67.5%よりも良好でしたが、2007～2010 に比較するとやや低下しております。病期別であると、ステージⅢ、Ⅳの改善しているのに対して、ステージⅠ、Ⅱの比較的予後の良い患者の相対生存率が低下しており、沖縄県の課題である生活習慣病などの基礎疾患の影響があるかと推測しており、さらに検診を進める必要性を感じております。

部位別であると、大腸、肝臓、胆嚢・胆管、膵臓、乳房、前立腺で改善を認めました。しかしながら、依然として全国に比較すると下回っている部位があり、その要因分析、対策を再評価し、生存率の向上への対策を継続していきます。

来年 2025 年 10 月に迫った新病院の開院に向けて、様々な準備を進めております。

今後も、南部 2 次医療圏における地域がん診療連携拠点病院として、地域により良いがん医療を提供出来るよう関連医療機関にもご協力いただきながら取り組みを進めて参ります。



地方独立行政法人　那覇市立病院
病院長　外間　浩

国立病院機構沖縄病院は、「患者様の立場を尊重し、高度で良質な医療の提供」を基本理念として掲げ、沖縄県の神経難病診療連携拠点病院、結核医療中核病院として、国の政策医療や医療人材の育成にも力を入れ地域の中核病院としての役割を担ってきました。がん診療においても、地域がん診療連携拠点病院として、専門的で適切ながん医療を提供できるよう日々努めております。

当院の登録数の推移を見てみますと、2020 年 884 件、2021 年 863 件、2022 年 814 件と減少傾向となっています。2021 年以降も COVID-19 の影響が続き、頻回の診療制限が行われたこと、医師の異動や退職でがん診療数の変動があったことなどが一因となっているかと考えられます。

年齢階級別の登録割合において、当院は全国や沖縄県 18 施設合計と比べて、15-39 歳の若年層と 85 歳以上の高齢者層の割合が高くなっています。15-39 歳の AYA 世代のがん登録数では子宮頸部がんが最も多く、婦人科のがんも多く扱う当院の特徴が表れていると思います。

部位別登録数では、肺、結腸、乳房、子宮頸部、口腔・咽頭の登録数が多くなっています。悪性リンパ腫 や白血病といった血液腫瘍の登録数が多いのも当院の特徴の一つです。

症例区分別の集計を見ますと、全国や沖縄県 18 施設合計と比べて「自施設診断・自施設初回治療開始」の割合が高く、当院ではがんの診断から治療までを一貫して行う症例が多いことがわかります。

来院経路別の集計では、全国や沖縄県 18 施設合計と比べ「自施設での他疾患経過観察中」の割合が高くなっています。また、発見経緯別の集計では「がん検診・健康診断・人間ドック」の割合が低く、一方で「他疾患経過観察中の偶然発見」の割合が高くなっているように、登録したがん以外の疾患を診ている中での発見が比較的多いことが当院の特徴です。地域医療の拠点、救急医療の中心として、がん以外の様々な疾患を診ている表れではないかと考えます。

二次保健医療圏別の集計では、「中部保健医療圏」の割合が 80.9%と最も高く、地域のがん診療の拠点として、中部地域のがん患者の受け入れが中心となっていると言えます。中部以外の医療圏では、血液腫瘍や口腔・咽頭が登録割合の上位を占めています。北部や離島などからは、より専門的な治療を要する患者の受け入れを主に行っていると言えます。

最後にデータには表れにくい当院の特徴を述べたいと思います。当院は沖縄県からがん難民をなくすことを目標にしております。そして全人的がん医療を提供すべく日々努力を続けております。それもあって県発不明がん等の診断に難渋する症例、がん以外に心疾患・腎疾患・肝疾患等の複数の臓器に問題を抱え、治療に工夫を要する症例等が多く紹介されてきます。また、緩和的がん治療にも力を入れており、特に放射線治療において症状緩和的照射が多く行われているのも特徴と言えます。当院は問題が多岐にわたり、解決が難しいからといって治療をあきらめたり、患者を見捨てたりはしません。何とか知恵を絞り、少しでも患者のためになるよう常々考えております。そのため治療目的に治療している症例から緩和ケアの症例まで様々な種類のがんを診ております。これはあくまでも希望ですが、当院のようながん診療を行っている施設の実態が可能な限り反映されるようなデータを集め、適切に解析し、それらを臨床現場へ還元できるようにしていただければと思います。

終りに精度の高いがん登録データが、当院はもちろん沖縄県全体、全国で適切に集積され、解析され、がん患者の予後が少しでも改善できるように活用されることを期待しております。



沖縄県立中部病院
病院長　玉城　和光

2022 年の当院の登録数は 304 件であり、315 件（2019 年）312 件（2020 年）320 件（2021 年）と比較し、わずかに減少している。コロナ禍の影響も考えられるが、今後の推移に注目したい。なお、県全体からみた宮古病院の比率は 2019 年から 2022 年まで 1.3%と同比率であった。

1．年齢階級別
年齢階級別では、65-74 歳 29.9%、40-64 歳 23.0%、75-84 歳 22.0%、85 歳以上 19.7%であった。85 歳以上の割合を県全体（12.7%）と比較すると、宮古病院（19.7%）は多いとも考えられるが、高齢者も多く、年齢人口別構成による比較が必要である。

2．部位別
部位別では、頻度順に 1．結腸 40 件　2．前立腺 38 件　3．乳房 26 件　4．肺 25 件　5．直腸 23 件である。性別では、男性 1．前立腺 38 件 2．結腸 26 件　3．直腸 17 件　4．肺 13 件　5．胃である。女性は 1．乳房 26 件　2．子宮頸部 18 件　3．結腸 14 件　4．皮膚 13 件 5．肺 12 件の順である。

3．症例区分・来院経路・発見経緯別
症例区分別の頻度、割合は、診断のみが沖縄県 8.6%に比し、宮古病院では 37.5%と高率になっている。これは、診断後沖縄本島への受診や紹介されたケースが多いと考えられる。また、来院経路別では、自主的受診が宮古病院 24.7%に比し県全体 12.7%より高率であり、医療機関が限られる宮古地区での当院の必要度を示していると思われる。さらに、発見経緯別では、がん検診・健康診断・人間ドックなどは、宮古病院 10.2%で県全体 14.4%と宮古が低い割合であるが、検診や人間ドックなどの施設が少ないことが考えられる。

4．二次保健医療機関別
二次保健医療機関別では、99%が宮古保健医療圏での登録であり、地元での受診と診断が通常であることが分かる。また、二次保健医療圏別での治療件数は、わずかに大差で南部優越、胃および肺癌で県外・その他での治療を図るなが、それ以外は殆ど宮古保健医療圏内である。

5．がん対策
さて、宮古病院の施設別登録数の 2020 年から 2022 年をたい順にみると、結腸・直腸 82 例（26.3%）、81 例（25.3%）63 例（20.8%）、2 位の前立腺は 28 例（9.0%）20 例（6.3%）38 例（12.5%）、3 位乳房 26 例（8.3%）32 例（10.0%）26 例（8.6%）、4 位肺癌 37 例（11.9%）36 例（11.3%）25 例（8.2%）である。これらより、結腸・直腸がんの対策が急務であることがわかる。宮古島市は「宮古島市大腸がん検診推進モデル事業」として、大腸がん死亡率改善にむけての、事業所単位で検査推進している。宮古病院も一緒に事業所へ出向き、簡単な検査の説明と必要性、そして便潜血検査の登録をその事業所ごとに行なっている。令和 5 年 12 月の時点では 13 事業所 385 人の登録が見込まれている。今後さらに普及推進させ、大腸がん早期発見に努めていきたい。検査には医師会の先生方のご協力も頂いていることは大きい。

今後は、大腸がんに限らず、そのほかのがんについても啓蒙活動を続け、市民のがん死亡抑制と健康増進につなげるとともに、個人および市町村の医療費抑制も同時に達成出来ることを期待している。

沖縄県立宮古病院
病院長　岸本　卓三

沖縄県立八重山病院は、石垣市、竹富町、与那国町の 1 市 2 町からなる八重山医療圏において、小児から成人まで 24 の診療科がある許可病床 302 床（こころ科 38 床を含む。救急の稼働病床は 264 床）の総合病院で、2018 年に現在の地に新築移転しました。「地域と共に、八重山の医療を守ります」を病院理念として八重山医療圏の急性期医療を担っており、がん診療においては県内 3 か所の国指定の地域がん診療病院のひとつとなっています。

当院のがん登録数は 2020 年からの 3 年間は 320 件台と横ばいで、2022 年には 324 件でした。そのうち 96.9%が地元のかたですが、これが八重山医療圏のがん患者全体を表すものではなく、沖縄県 18 施設全体集計を二次医療圏別に見た場合には、八重山医療圏のがん登録 541 件中、八重山病院で登録しているのは 314 件と 58.0%にすぎません。医療圏を超えて沖縄本島、主に中南部医療圏で治療を受けているかたが多いことを表しています。

八重山は県内において高齢化率がとくに高い地域ではありますが、八重山病院のがん登録でみると 65 歳以上が 74.7%と多くを占めることや、男女比で女性の割合が 35%と少ないことは特徴的で、これらは若い世代や女性のがん患者のうちがん診療を八重山を出て沖縄本島で治療を受けていることを反映したものと考えられます。全体集計で女性では乳房のがんが最も多いのに対し、八重山病院では結腸に次ぐ 2 番目となっていることも八重山医療圏の乳房のがん患者の多くが沖縄本島で治療を受けていることを示すものと考えられ、婦人科領域のがんについても同様と考えられます。

症例区分別登録数では、全国あるいは県内他施設に比べて、診断のみを当院で行ったものが 17.6%と多く、他施設で診断後に当院で初回治療を行うものが少ないことは、地域がん診療病院である県内 3 病院の共通した特徴で、地元で診断された後はより先進的で大きな施設に治療を求めるかたが多いことの現れとみられます。

離島医療圏ではがんに限らず、高度・先進的な医療を沖縄本島の医療機関に頼っている現状があり、地域がん診療病院として地域で完結する医療を目標としたいところですが、施設整備や専門医確保のハードルは高く、当院では地元のがんの拾い上げに力を入れ、本島の病院との緊密な連携で、住民にとってより医療を提供できるよう努力したいと思います。

沖縄県立八重山病院
院長　和氣　亨

沖縄県院内がん登録報告書の概要



発行日：2024年3月30日発行
発行部数：400部

編著：琉球大学病院がんセンター
　　沖縄県がん診療連携協議会がん登録部会
発行：琉球大学病院がんセンター

予算：がん診療連携拠点病院機能強化事業費（琉球大学病院）

事務局・集計作業者：院内がん登録実務者2名（琉球大学病院）

配布先：
①県内患者会（12団体）　②県内図書館（5施設）
③県内保健所（6施設）　④県医師会（1施設）
⑤県内地区医師会（8施設）　⑥沖縄県（4施設）
⑦県内主要医療機関（約100施設）
⑧都道府県がん診療連携拠点病院（50施設）　など

本日の発表内容

1. 沖縄県がん診療連携協議会

2. 沖縄県院内がん登録報告書の作成と公表の取り組み
   （1）これまでの経緯
   （2）分析結果からわかること
   （3）問題点と対応策
   （4）活用事例

3. まとめ

問題点と対応策

＜問題点＞

- 拠点病院以外の医療機関から、データの提供をしてもらえるか
- 各医療機関の横並びのデータや比較可能なグラフの公開を賛同してくれるか

＜対応策＞

1. 協議会の事務局として、院内がん登録を実施している18施設を一軒一軒訪問して、病院長に直接説明とお願いを行った。

➡顔の見える関係、信頼関係が構築できた。

2. データの公開が、患者に有益なだけでなく、他の医療機関との比較が可能になることで、がん医療における自施設の状況が分かり、今後がん医療にどのように取り組めばよいのか、またどのがん種に注力すればよいのかなどの、自施設の方向性を検討するための基本データとして、自施設に有益であることを説明した。

➡現在では、参加している非拠点の病院長からも、本報告書は病院運営や経営にとっては『宝の山、なくてはならないもの』という評価をいただいている。

本日の発表内容

1. 沖縄県がん診療連携協議会

2. 沖縄県院内がん登録報告書の作成と公表の取り組み
   （1）これまでの経緯
   （2）分析結果からわかること
   （3）問題点と対応策
   （4）活用事例

3. まとめ

がん相談支援センターでの活用

1. 拠点病院等のがん相談支援センターだけではなく、
非拠点の相談部門でも活用されている。

2. 相談員からの意見
（1）がん種毎に登録数の多い医療機関が明らかになり、
患者さんが病院を選ぶ際の目安となっている。

（2）患者さんから「自分のがんと自分のステージでは、〇〇病院では、どんな治療され、どのくらいの生存率なのか」と聞かれることも多く、患者さんに提示できる分かりやすい資料である。

（3）院内・院外から「症例数の多い病院で治療またはセカンドオピニオンを受けたい」という相談があった際に参照している

実際の相談の様子



沖縄県院内がん登録報告書



各がん種に対する医療機関の選定での活用

1. 第7次沖縄県医療計画に基づき、2018年度に沖縄県が琉球大学に委託。具体的には、琉球大学病院がんセンターが事務局となり、**沖縄県がん診療連携協議会の組織を用いて、選定条件を決定**した。
   ➡12のがん種の選定条件を決定（①食道、②胃、③大腸、④肝、⑤胆道、⑥膵、⑦肺、⑧乳房、⑨子宮、⑩前立腺、⑪甲状腺、⑫血液）
2. その後は、毎年の院内がん登録および医療機能調査の結果に基づき、条件に合った医療機関を、毎年選定し直している

県庁ホームページで公開



https://www.pref.okinawa.lg.jp/iryokenko/shippeikansensho/1005229/1006327.html
（2024年12月10日参照）

がん診療を行う医療施設

【ご覧になる際の留意事項】
令和4年度に実施した医療機能調査で、「がん診療を行っている」と回答あった県内医療施設のうち、別添掲載要件を満たしていると確認できた医療施設のみを掲載しています。
掲載されていない医療施設においても、がん診療を行っている場合があります。
掲載の内容は、令和5年9月時点の県内医療機関に関する情報です。以後、提供する医療の内容が変わる場合もあります。

（令和5年9月時点）

	がん診療連携拠点病院等	医療体制	大腸がん	肺がん	胃がん
	「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成30年7月31日付健発第0731第1号）に基づき厚生労働大臣が指定する医療機関	掲載要件を充足している医療機関			
北部	〔地域がん診療病院〕 北部地区医師会病院（名護市）	北部地区医師会病院（名護市）			
中部	〔地域がん診療連携拠点病院〕 県立中部病院（うるま市）	県立中部病院（うるま市） 中頭病院（沖縄市） 中部徳洲会病院（北中城）	県立中部病院（うるま市） 中頭病院（沖縄市） ハートライフ病院（中城村）	中頭病院（沖縄市） 沖縄病院（宜野湾市）	県立中部病院（うるま市） 中頭病院（沖縄市） ハートライフ病院（中城村）
南部	〔都道府県がん診療連携拠点病院〕 琉球大学病院（西原町） 〔地域がん診療連携拠点病院〕 那覇市立病院（那覇市）	琉球大学病院（西原町） 那覇市立病院（那覇市） 沖縄赤十字病院（那覇市）	琉球大学病院（西原町） 那覇市立病院（那覇市） 浦添総合病院（浦添市） 友愛医療センター（豊見城市）		琉球大学病院（西原町） 那覇市立病院（那覇市） 浦添総合病院（浦添市） 友愛医療センター（豊見城市）
宮古	〔地域がん診療病院〕 県立宮古病院（宮古島市）	県立宮古病院（宮古島市）			
八重山	〔地域がん診療病院〕 県立八重山病院（石垣市）	県立八重山病院（石垣市）			

検討WGの様子

1. 肺、胃、肝臓、大腸、乳房、子宮、胆道、膵臓、食道、前立腺、甲状腺、血液の12がん種のWGを設置した。
2. 12がん種ごとに、院内がん登録症例数の多い上位6施設から副院長または部長などの現場の責任者を構成員とした。各WGに共通してがん薬物療法専門医と放射線治療専門医を追加した。
3. 選定条件の決定には、院内がん登録によるベンチマーク分析結果が有用であった。

胃がんWG



肝胆膵がんWG



血液腫瘍WG



院内がん登録の施設別情報



選 定 要 件

肺 が ん

施設要件	1. キャンサーボード 2. がん薬物療法のレジメン審査・登録・管理委員会 3. 緩和ケアチーム 4. セカンドオピニオン 5. 院内がん登録に関する委員会 6. 医療安全管理に関する委員会
個別要件	1. 一般社団法人日本呼吸器学会認定施設 2. 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） 3. 肺がんに対する**手術が年24例以上**ある施設 4. 肺がんに対する**化学放射線治療または放射線治療が年12例以上**ある施設。または適切に連携を取ることにより、必要な時期に適切に他の医療機関に紹介して化学放射線治療または放射線治療を実施していて、その化学放射線治療または放射線治療が年12 例以上ある施設 5. 肺がんに対する**薬物療法が年18例以上**ある施設 6. 肺がんに対する**新規治療**（手術、薬物療法、放射線療法などすべて含む）**が年50例以上**ある施設

本日の発表内容

1. 沖縄県がん診療連携協議会

2. 沖縄県院内がん登録報告書の作成と公表の取り組み
   （1）これまでの経緯
   （2）分析結果からわかること
   （3）問題点と対応策
   （4）活用事例

3. まとめ

ま と め

1. 沖縄県では、拠点病院以外の主要医療機関でも院内がん登録を行っていることで、全国最下位から全国一の院内がん登録カバー率となっている。結果として、今後の沖縄県のがん医療をどうしていくべきかを、院内がん登録のデータを用いて議論することができるようになった。
2. 各医療機関の長に、直接働きかけることにより、院内がん登録データの公開が、患者に有益なだけでなく、医療機関にも有用であることを理解してもらえた。
3. 各医療機関の長の理解が得られたことで、事務局が考えた患者に有益な情報公開のみならず、その後に協議会において委員（主に患者関係委員）からでた提案事項に関しても、全て実現し、かつ公開できた。
4. さらに、院内がん登録データを利用しての、

（1）相談支援部門での活用

（2）12がん種ごとの医療機関の選定（←協議会における集約化と分散化の議論）

を行うことができるようになった。

令和６年度 第４回沖縄県がん診療連携協議会 医療部会議事要旨

日　時：令和 6 年 10 月 28 日 （月） 15：00～16：30
場　所：Zoom を利用した Web 会議
参加者：6 名
有賀拓郎(琉球大学病院) 、伊江将史(県立中部病院)、照屋淳(北部地区医師会病院)、松村敏信(県立八重山病院)、金城達也 (琉球大学大学院)、増田昌人(琉大病院がんセンター)
欠席者：4 名
安次嶺宏哉(沖縄協同病院)、新里雅人(県立宮古病院)、外間早紀子(沖縄県保健医療介護部健康長寿課)、宮里浩(那覇市立病院)
陪　席：１名
谷口典子(琉大病院がんセンター)

【報告事項】

1.令和 6 年度 第 3 回医療部会議事要旨について
・有賀部会長より、資料 1 に基づいて説明があり、各自目を通して提案・指摘等あれば、報告をすることとなった。

2.ロジックモデルと指標の活用の仕方を身につける研修会について
・有賀部会長より、資料 2 について説明があった。

3.その他
特に無し。

【協議事項】

１．所掌分担領域の進捗の評価について
・資料 3 については現在、41 市町村に対するアンケート調査は約 90%が完了しており、さらに医療機関に対するアンケート調査も 85%が終わったところ。回収済みのデータに関しては、次回の部会で全て提出できる見込みと増田委員より報告があった。

２．本年度部会重点事項：専門医資格を持った医療者の養成とその適正配置をする施策について（資料 5）
・沖縄県では 2019 年に 1 人、今年 1 人のがん薬物療法専門医が増え、現在 6 人である。全国で 1758 人の専門医がいる中で、沖縄県の専門医は非常に少ない。
沖縄県では一人増えるだけで割合が大きく増えると増田委員より指摘があった。

・沖縄県の消化器外科専門医の数が 2015 年の 37 人から今年は 85 人に増加した。過去に比べて専門医試験のハードルが下がり、論文数の要求が緩和されたことが増加の要因と考えられるとの結論に至った。
・大腸肛門病専門員の数は微々たるもので、沖縄県の状況も全国平均に比べて低い。
肛門病に関しては、IBD（炎症性腸疾患）を扱う医師が多く、他の医師はあまり参加していない状況との結論に至った。
・次回開催時は、今回提示できなかった 26 の病院についてのデータを提示すると増田委員より報告があった。
・沖縄県は医療者調査での認識が悪く、高齢者機能調査を行っていない・高齢者技能者がゲノム医療に対する理解が乏しいと増田委員より指摘があった。
集約型分散化に関する会議を琉大で行うことについて、協議会に提案する予定。
症例数を見ている病院の先生と腫瘍内科・放射線治療の先生に参加いただき議論したい。年明けに各委員に依頼することになると思うと増田委員より発言があった。（この件については資料無し。）
・

3．次回の開催日程について
次回開催日については、メールで連絡することとなった。

4．その他
特に無し。

令和６年度　第３回 緩和ケア・在宅医療部会 議事要旨

日　時：令和６年 12 月 13 日(金)　16：30 ～ 18：05
場　所：琉球大学病院がんセンター(ZOOM 会議)

出席者 9 名：笹良剛史（豊見城中央病院)、野里栄治（北部地区医師会病院)、屋良尚美（県立中部病院)、中島信久（琉大病院)、友利寛文（那覇市立病院)、安座間由美子（中部病院)、川田聡（南部医療センター・こども医療センター)、田場純子（沖縄県保健医療介護部健康長寿課)、増田昌人（琉大病院）
欠席者 5 名：中村清哉（琉大病院)、安次富直美（琉大病院)、田仲斉（県立宮古病院)、酒井達也（八重山病院)、名嘉眞久美（キャンサー・グリーフおきな和）
陪席者 2 名：有賀拓郎（琉大病院）、屋嘉部麻美（琉大病院）

報告事項

1. 令和６年度　第２回緩和ケア・在宅医療部会　議事要旨
笹良部会長より【資料 1】に基づき、報告があった。

協議事項

1. 令和７年度　緩和ケア・在宅医療部会　委員の選任について
次回へ持越しとなった。
2. 第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）ロジックモデルにおける所掌分野の進捗について
増田委員より【資料 3】に基づき、報告があった。
3. 第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）の指標の測定について
増田委員より追加資料に基づき、進捗の報告があった。
有賀先生より「現在記載されている評価は客観データを取るのが難しいと思う。スクリーニングの部分で緩和ケアチームが残した記録はあるので、一番大きな分母と分子の一部は客観的な数値目標とか数値で出せると思うが、その中間のプロセスは出しづらいのではないか。琉大の場合はがん患者さんと診断されると一応全員 100%評価していることになっているが、その段取りになっていない病院の場合は出しづらさがあると思う。そもそも出せないとなった場合は医療者調査のような主観的な評価項目になると思っています」と意見があった。屋良委員より「指標 1-2 項目の 3 番目の“速やか”をどのように判断したら良いか、難しい」と意見があった。笹良委員より「十分・速やかというのは非常に主観的かつ難しいので、モニタリングをやっていて痛みがある人の割合と介入件数の割合がある程度指標にはなり得るのかなと思いますが、皆さんはいかがでしょうか？」と意見があった。友利委員より「実際にやってみないとできる・できない等、ここで議論してもわからないと思いますが、どうでしょうか？」と意見があった。中島委員より「一個一個を考えていくと、結局全国と比べる事はやはり大事で、いけてない項目で全国と比べて沖縄は数字的に低いのであれば、単に数字をあげるというより、どうやったら数字が上がるのか議論をしたり、本来であれば県のがん対策時にメソドロジーやエピデミオロジーの人がいてしかるべきかなと思う。その方々は緩和やがんの専門家ではないので知らないところは対話で埋めていき、色々やりとりしていくと現実可能性の高い指標で評価できるかなと思う。また、大事な項目の評価方法がバラバラだと今後全国との比較もできないと思うのでその先に繋がるようなことでいうと是非メソドロジーの人に入ってもらい議論をした方が良いのでは？」と意見があった。増田委員よ

り「では、ベンチマーク部会に疫学者、がん対策等関わっている方が 3 人いるので、その 3 人と緩和ケア部会から数名出て頂いて詰めていこうと思います」と回答があった。詳しい日程等は後日各委員へ相談する事となった。

4. 上記の進捗状況の結果を踏まえた今後の活動計画について

次回へ持越しとなった。

5. 痛みのスクリーニングとモニタリングデータ抽出について

(1) 琉球大学病院

安次富委員欠席、有賀先生が途中退席のため、【資料 5】は各自で確認する事となった。

(2) 中部病院

安座間委員より【資料 6】に基づき、「スクリーニングについて緩和ケア委員会でリンクナースへ再度スクリーニングの方法等周知した結果、実施率がかなり上がった。ですが、外来での実施率が上手く出来ていなかったので、今後実施の方法を工夫していきたいと思う。また、除痛率は実施率が低かったので今回は出していないが次回は皆さんへ共有したい」と報告があった。

(3) 那覇市立病院

友利委員より【資料 7】に基づき、「前回話した IPOS 等使っていくと話したが、機能評価に向けてこの部分はやっていないので前回とほとんど変わっていません」と説明があり、鎮痛薬処方率も資料に基づき報告があった。笹良委員より「痛みが出ている黄色の人達には緩和ケアチームが介入できていて、だいたい把握できていますか？」と質問があり、「緩和ケア依頼が無くても、痛みがあった場合は専門看護師や認定看護師の方へリンクナースから話があるので一応チームというか認定のどなたかが関与しているというふうに思って頂ければと思う」と回答があった。

6. 次回令和 6 年度　第 4 回緩和ケア・在宅医療部会の日程について

笹良部会長より「次回の開催は令和 7 年度 3 月頃、日程は調整さんで決定します」と報告があった。

7. その他

特になし

<u>報告事項</u>

2. 令和 6 年度　第 3 回緩和ケア在宅医療部会　在宅ワーキング　議事要旨

時間の都合上、各自で確認する事となった。

3. 令和 6 年度　緩和ケア研修会開催日程一覧について

時間の都合上、各自で確認する事となった。

4. 令和 6 年度　緩和ケア研修会の報告について

▼沖縄県立南部医療センター・こども医療センター ≪第 3 回　9 月 28 日(土)≫

川田委員より【資料 10】に基づき、「当院では今年初めてコミュニケーションのロールプレイ時にシナリオが固まったものを使用した。研修員の先生が多かった事もあり、最初から設定があった方が後の設定がスムーズにできたと声があり、ファシリテーターからもかなり好評でした」と報告があった。

▼沖縄県立中部病院・沖縄県立八重山病院【共催】 ≪第 4 回　10 月 26 日(土)≫

▼沖縄県立中部病院・沖縄県立宮古病院【共催】≪第 6 回　11 月 30 日(土)≫

安座間委員より【資料 11・13】に基づき、「受講生は研修医が中心だが、看護師や心

理師等多職種の参加も見られた。ファシリテーターより医師役の体験を看護師にしてもらいたいと意見があり、多職種のシナリオは使用せず、医師・患者・観察者役のみのシナリオを使用しました」と報告があった。

▼北部地区医師会病院 ≪第5回　11月23日(土)≫

野里副部会長より【資料12】に基づき、「受講生がコメディカルの参加が多かったのでコミュニケーションのシナリオは各職種のものを使用した。研修会終了後の反省会ではシナリオをその場で考えるのは上手くいかないという結果もあり、来年からはある程度決まったシナリオを作って活用していく事になった」と報告があった。

▼中頭病院 ≪第7回　12月8日(日)≫

時間の都合上、各自で確認する事となった。

5. GRACE研究会について

笹良部会長より【資料14】に基づき、報告があった。

6. 意思決定支援の研修会E-FIELDについて

笹良部会長より「現在詳しい情報はないのでまた分かり次第ご報告する」と報告があった。

7. 日本緩和医療学会　第6回九州支部学術大会について

笹良部会長より【資料16】に基づき、報告があった。

8. 第38回 日本サイコオンコロジー学会総会（2025年度沖縄開催）について

増田委員より【資料17】に基づき、「ホームページが開設されたのでご確認ください。現在、プログラム委員会が立ち上がっていて、2月末迄におおよそのプログラムが決定、同時に一般演題の募集が始まるので是非皆さんご参加頂ければと思う」とご報告があった。

以上

令和６年度　第３回沖縄県がん診療連携協議会　小児・AYA 部会　議事要旨

日　　時：令和６年 11 月 27 日（水）　14：00～15：15
場　　所：ＷＥＢ会議
構 成 員：18 名

出 席 者：12 名
大畑尚子(中部病院産科)、林絹子(中部病院腫瘍・血液内科)、比嘉猛(南部医療センター・こども医療センター小児科)、屋宜孟(南部医療センター・こども医療センター小児血液・腫瘍内科)、岩﨑政志(森川特別支援学校)、徳元亮太(沖縄がん教育サポートセンター)、外間早紀子（沖縄県保健医療部健康長寿課)、金城敦子(がんの子どもを守る会　沖縄支部)、銘苅桂子(琉大病院産婦人科)、當銘保則(琉大病院整形外科)、喜納綾乃(琉大病院看護部)、増田昌人（琉大病院がんセンター)

欠　　席：６名
親富祖しのぶ(南部医療センター・こども医療センター看護部)、伊良波史朗(南部医療センター・こども医療センター放射線科)、宮平有希子(がんの子どもを守る会　沖縄支部)、浜田聡(琉大病院小児科)、仲地佐和子（琉大病院第二内科)、金城正樹(沖縄県教育庁保健体育課)、

陪 席 者：３名
岸本こずえ(沖縄県教育庁保健体育課)、有賀拓郎(琉大病院診療情報管理センター)、石川千穂（琉大病院 がんセンター)

【報告事項】

１．令和６年度 第２回小児・ＡＹＡ部会　議事要旨(９月９日)
資料１の通り確認された。

2. 小児・AYA 部会　委員一覧
資料２の通り確認された。

3.「妊孕性温存療法」と「がん治療後の生殖医療」WG　委員一覧
資料３の通り確認された。

4. 助成金申請時のアプリ登録 100%に向けた対応について
銘苅委員より、資料４に基づき、説明があった。妊孕性温存療法の助成を受けるには研究に参加する事が条件であるが、アプリのダウンロードはできても最後まで登録できていない件数が多い状況があったので、登録を 100%にするために資料４のような説明書も充実してきているとのことだった。

5. アピアランス支援事業(沖縄県若年がん患者等支援事業)における市町村の参加状況につい

て

6. 若年がん患者在宅療養生活支援事業(沖縄県若年がん患者等支援事業)における市町村の参加状況について

外間委員より、資料 5-1 と 5-2 に基づき、報告された。アピアランス事業にうるま市が追加されたとのこと。増田委員より、とても良い制度なので、全ての市町村が参加してほしいとの発言があった。外間委員より、情報は市町村に随時案内しているとのことだった。

7. 「ロジックモデルと指標活用の仕方を身に着ける研修会」への参加について
(開催日　12 月 22 日)

増田委員より、資料 6 に基づき、資料のように日程と開催方法が変更となったと案内があった。離島は WEB 参加が可能、本島の参加者は現地参加とのこと。

8.その他

特になし。

【協議事項】

1. 沖縄県の病弱教育における高校生支援の提案について

岩﨑委員より、資料 7-1 と 7-2 に基づき提案があった。すでに検討が始まっている内容を省いて、優先順位の高い内容を要望する。要望書を更新後、改めて提示して頂くこととなった。

【病院宛要望書】

スペースが不十分な南部医療センター・こども医療センターと、教室の場所が確保できてない県立中部病院、それぞれの病院長宛に、環境改善のための要望書を提出する。

【教育委員会宛要望書】

銘苅委員より、現状について教育委員会に資料 7-2 に記載のある問題等を理解してもらい、要望書を提出できた後は、教育委員会と議論を行って頂くことが大切であるとの発言があった。増田委員より、「高校生支援における医教連携コーディネーターの配置」について、具体的にコーディネーターをどこに配置するか、誰が担当するのか、また人数も記載して頂くと、要望書としてより良いのでは、との意見があった。

その他、金城敦子委員から岩﨑委員へ、離島の高校生の場合、ICT の貸し出しはどうなっているか質問があり、ニーズがあれば森川特別支援学校で対応するとのことだった。

2. 第４次沖縄県がん対策推進計画(協議会版)における所掌分野の進捗及び今期の部会活動について

増田委員より、資料 8 に基づき説明があり、分野アウトカムに載せるための小児及び AYA 世代の 5 年生存率が出ていないので、中間アウトカムをみながら具体的にやるべきことに関す

る意見を頂きたいとのことだった。中間アウトカム 4-2 指標について、下記のような質疑応答があった。

※中間アウトカム 4-2 指標「AYA 世代のがん患者のうち、診断又は治療目的で、県内のがん診療連携拠点病院(県立中部病院、那覇市立病院または琉球大学病院)または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。」

銘苅委員：AYA 世代の紹介率について、年間 30 人程しか紹介が無いということか。
増田委員：正確なデータは院内がん登録側でみているが、まだ出せていない。35%は医療者調査なので、見込み数であり、概ねこのくらい紹介しているという数である。
銘苅委員：妊孕性温存だけではなく、がん治療も含めての紹介ということか。
増田委員：妊孕性温存とは別の話となる。AYA 世代を診ることができる病院はたくさんあるが、学業の継続等いろいろバックアップが必要なので、3 つの拠点病院に紹介してもらえれば、ということで決議した。
銘苅委員：女性だと乳がんがはいってきたりして、県内ではクリニックで診てもらっている場合も多いので、正確なデータを取るのは難しいと思われる。
増田委員：正確な割合は出ていないので、今後きちんと見ていきたい。

3. AYA サポートチームの構築について

増田委員より、資料 9 に基づき説明があった。銘苅委員より、いったんは、がんセンターにチームを作って、必要な場合に召集して対応する形ではどうか、と提案があり、増田委員より今年度中に作れるように検討すると返答があった。銘苅委員より、11 月から琉大に、乳腺外科専門医が着任し、アピアランスや遺伝カウンセリングも含めた対応ができるようになったので、AYA 世代に関してはサポートをより一層充実できるのではないか、とのことだった。

5. 次回開催について

第 4 回部会は 2 月に開催予定。日程調整アンケートを事務局から案内する。

6. その他

特になし。

以上

令和６年度 第２回沖縄県がん診療連携協議会 離島・へき地部会議事要旨

日　時：令和６年９月23日(水)　14：00～15：00

場　所：Zoomを利用したWeb会議

参加者：12名

西原政好（県立宮古病院)、松村敏信（県立八重山病院)、本仲寛美（県立宮古病院)、名嘉律子（県立八重山病院)、友利寛文（那覇市立病院)、戸板孝文（県立中部病院)、有銘みどり（北部地区医師会病院)、外間早紀子（沖縄県保健医療部健康長寿課)、真栄里隆代(ゆうかぎの会)、田盛亜紀子(やいまゆんたく会)、有賀拓郎(琉球大学病院)、増田昌人（琉球大学病院がんセンター）

欠席者：４名

赤松道成(北部地区医師会病院)、安次嶺宏哉(沖縄協同病院)、吉田幸生(県立中部病院)、江藤甚之助（やいまゆんたく会）

陪　席：１名

谷口典子(琉球大学病院がんセンター)

【報告事項】

１．令和６年度 第１回離島・へき地部会議事要旨について

資料１に基づいて、松村副部会長より説明があった。各自内容確認後問題点があった場合、事務局へ連絡をすることとなった。

２．今年度の委員及び部会長、副部会長について

資料２に基づいて、松村副部会長より説明があった。

3. 若年がん患者在宅療養生活支援事業について

資料３に基づいて、松村副部会長より説明があった。

4. アピアランス支援事業について

資料４に基づいて、松村副部会長より説明があった。

5. その他

特に無し。

【協議事項】

１．所掌分担領域の進捗の評価について

資料５に基づいて、増田委員より説明があった。

前回の資料とほぼ変更点が無い。施設にアンケートを実施し回答待ちと。

２．離島・へき地における疾患別対応状況について

八重山病院の変更点は議事要旨最終頁に記載。

３．離島・へき地における専門医の適正な配置状況について

・血液内科医や腫瘍内科医の必要性について、罹患者数に応じた専門医の配置が望ましいとの意見が出た。（特に罹患者数の多い癌に関しては、常勤の専門医が求められる。）

・救急医療や精神科医療、小児科医療など、地域特性を考慮した医療提供が重要であり、離島においては医療体制の整備が急務である。ロボット手術の導入について、コストの低下が進めば離島でも実施すべきとの意見があり、外科医の確保や教育が重要であるとされた。

・肺癌の治療に関して、薬物療法の体制を整える必要性がある。呼吸器内科医の複数配置が望ましいとされた。放射線治療に関しては、専門医の常勤が望ましいが、非常勤医の頻度や体制の構築についても議論が必要である。患者会からは、腫瘍内科医の増員を求める声や、現状維持では不十分であるとの意見が出た。

４．沖縄県離島患者等通院費支援事業補助金について

時間の都合上協議されず

5. ロジックモデルに若年がん患者在宅療養生活支援事業やアピアランス支援事業の項目を追加することについて

時間の都合上協議されず

6. 療養場所ガイドについて

時間の都合上協議されず

7. 次の開催日について

12 月上旬を予定だが、10 月中にもう一度開催できればと考えていると増田委員より提案があった。。

8. その他

特に無し。

****

※会議前に西原先生に確認した事項

離島・へき地における疾患別対応状況の変更点
・脳腫瘍：脳外科の医師が 3 名から 2 名・専門医が 2 名から 1 名に変更。
・甲状腺：非常勤の外科 1 名、甲状腺内分泌専門医 1 名追加。
・肺　　：医師の数、常勤 3 名から 1 名に変更。呼吸器専門医はゼロのまま。

八重山病院　変更点

頭頚部　不明
甲状腺　手術・薬物療法×から△へ　　外科医 5 名・専門医 0 名
食道　消化器内科医 3 名　専門医 1 名　消化器外科 5 名　専門医 2 名
肺　常勤呼吸器内科医 3 名（内呼吸器専門医 3 名）
乳房　外科医 5 名　専門医 0 名　手術は△へ変更（非常勤医師が来たときに行う）
泌尿器　不明
婦人科　おそらく変更無しだが調べると
皮膚　　専門医 0　　手術○　薬物療法×　下段の△については削除

令和 6 年度 第 3 回沖縄県がん診療連携協議会 離島・へき地部会議事要旨（案）

日　時：令和 6 年 10 月 29 日(火)　14：30～15：30
場　所：Zoom を利用した Web 会議
参加者：12 名
赤松道成（北部地区医師会病院)、西原政好（県立宮古病院)、松村敏信（県立八重山病院)、本仲寛美（県立宮古病院)、名嘉律子（県立八重山病院)、友利寛文（那覇市立病院)、吉田幸生（県立中部病院)、外間早紀子（沖縄県保健医療部健康長寿課)、
真栄里隆代（ゆうかぎの会)、田盛亜紀子（やいまゆんたく会)、有賀拓郎（琉球大学病院)、増田昌人（琉球大学病院がんセンター）
欠席者：3 名
戸板孝文（県立中部病院)、安次嶺宏哉（沖縄協同病院)、有銘みどり（北部地区医師会病院)、
陪　席：1 名
　谷口典子(琉球大学病院がんセンター)

【報告事項】

1．令和 6 年度 第 2 回離島・へき地部会議事要旨について
　・資料 1 については説明されず。
2．離島・へき地における疾患別対応状況について
　・資料 2 について赤松委員より説明があった。
　・北部医師会病院・八重山病院の変更点については、がんじゅうの HP 上で訂正済。
3.　沖縄県離島患者等通院費支援事業補助金について
　・資料 3 に基づき、増田委員より説明があった。
4.　若年がん患者在宅療養生活支援事業について
　・資料 4 に基づき、増田委員より説明があった。
　・「未実施の市町村に対して、県から働きかけてもらう事は可能かどうか」という増田委員の問いに対しては、健康長寿課で確認後報告いただくこととなった。
　・若年がん患者支援について採択している市町村がある。議会に対して声掛けしてみようと思うと真栄里委員より発言があった。
5.　アピアランス支援事業について
　・資料 5 に基づき、増田委員より説明があった。
6. その他
　特に無し

【協議事項】

1．所掌分担領域の進捗の評価について

・資料 6 について変更は無し。現在、市町村と医療機関にデータの問い合わせをしていて、11 月中に全てのデータが整う予定。次の会議に提出できるのではないかと考えていると増田委員より発言があった。

・資料 6 内の 6-4 個別施策のがん患者が利用した割合の部分について、がん患者の内の 48%ではなく利用した人のうち、がんだった方が 48%だったのではないかと赤松委員から質問があった。こちらの件に関しては、増田委員が確認後報告することとなった。

2．離島・へき地における専門医の適正な配置状況について

・資料 7 について、各病院の医師の希望人数を聴取し、資料内容訂正済。

・真栄里委員より「現状宮古病院で血液の化学療法が出来ているのか」「八重山でセンチネルが出来ないのはどうしてか」との質問があった。以下回答。

現状やっているとは思うが、リスクの高い患者については琉大・中部病院に依頼している。専門医は出来たら欲しいが、専門医の少ない中、離島に患者が少ないので希望するのは難しい状況。

八重山には常勤の病理医がいないので、出来ていない状況。

3．療養場所ガイドについて

・11 月中に原案を提出すると増田委員より報告があった。

4．その他

・外科医の不足の件、放射線治療医の希望が無いので、一人くらい希望して欲しいと有賀委員より提案があった。

・次回の開催日については、原則で火曜日の午後 3 時からとなった。

令和６年度第３回沖縄県がん診療連携協議会 情報提供・相談支援部会議事要旨

日　　時：令和 6 年 12 月 12 日（木）14：00～16：30
場　　所：WEB（ZOOM）会議のため、各施設にて
出 席 者：12 名
仲村渠美奈子（北部地区医師会病院）、玉城佐笑美（県立中部病院）、糸数真理子（那覇市立病院）、岩崎奈々子（県立八重山病院）、上原弘美（友愛医療センター）、冨里果林（南部医療センター・こども医療センター）、間島奈央子（キャンサーフィットネス）、田場純子（沖縄県保健医療介護部）、西村克敏（地域統括支援センター）、増田昌人（琉球大学病院）、友利晃子（琉球大学病院）、大久保礼子（琉球大学病院）
欠 席 者：4 名
仲宗根恵美（那覇市立病院）、伊禮智則（那覇市立病院）、横田美佐（県立宮古病院）、有賀拓郎（琉球大学病院）
陪 席 者：1 名
松田亮子（琉球大学病院事務）

【報告事項】
１．令和 6 年度第 2 回情報提供・相談支援部会議事要旨（令和 6 年 9 月 12 日）
資料 1 に基づき、友利委員より、令和 6 年度第 2 回沖縄県がん診療連携協議会情報提供・相談支援部会議事要旨について報告があり、承認された。

【協議事項】
１．がん相談従事者研修会の開催について
資料 2 に基づき、大久保委員より、第 2 回がん相談従事者研修会の内容、日程について提案があり承認された。「がん相談に必要な社会資源を学ぶ～障害年金を中心に～」をテーマに、内容は、がん相談支援に必要な社会資源についての概論的な講義と障害年金申請の実際や事例紹介とし、講師に社会福祉士と社会保険労務士を招く予定である。日程は 3 月 1 日オンラインで開催することを予定している。

２．第 11 回九州･沖縄ブロック地域相談支援フォーラム in 長崎の参加について
資料 3 に基づき、友利委員より地域相談支援フォーラムの概要説明と参加依頼があった。フォーラムでは各県で取り組んでいる相談員の活動内容について、ACP や相談員の質やスキル向上のための研修活動を 4 分以内のパワーポイントのスライドで作成し発表することになっている。各県の発表を基にグループディスカッションがあるためファシリテーターの依頼があった。また、取り組み発表のスライド作成内容の打合せにつ

いては後日メールで連絡することとなった。

その他、大久保委員より、令和6年度診療報酬改定の「意志決定支援に関する指針を作成することを要件とする」について、ACPの指針の作成に相談支援センターや相談員として関わっているか、又はすでに指針を作成しているか質問があり、各施設の取り組み状況について情報共有がなされた。現時点では、中部病院のみ指針が作成されホームページに掲載し周知している。ACPは多職種から構成される医療チームで対応している。

３．第4次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）の進捗について

資料4に基づき、増田委員より、第4次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）のアンケート調査結果についての説明があり、主に以下の個別施策について協議された。

○個別施策 1-1

増田委員より、がん相談支援センターに準じた組織を構築した拠点病院等以外の「施設」が19施設中6施設であるが、すべての施設で構築するためにどのようなアプローチが必要か検討していただきたい。友利委員より、部会だけで協議するよりは協議会で発信することが必要ではないかと意見があった。増田委員より、部会で決議し幹事会へ提案、協議会で決議されれば議長名で県知事や26病院へ要望書を出すことも可能であると回答があった。また、上原委員より、非拠点の当院では人員の配置や予算の確保、無料相談であることがネックにあり相談室の設置まで何年もかかったとの意見があった。

○個別施策 1-2

増田委員より、治療開始前にがん相談支援センターへの立ち寄りは県拠点の琉大病院では義務になっているが、次の改定では6拠点病院で義務になる為、各病院の体制を検討していただきたいと述べられた。

○個別施策 1-3

友利委員より、研修修了者数を増やすには、拠点病院、非拠点病院でも受けられる研修の案内をメールで周知できる仕組み作りが必要ではないかと意見があった。

○個別施策 3-2

増田委員より、相談支援をオンラインでできる体制について質問があり以下の回答があった。

・友利委員：琉大病院では体制は整っているが、オンライン相談は年に3、4件ほどである為あまり重要性を感じていない。セカンドオピニオンについては、オンラインで受診できるため非常にありがたいと患者からの反応があった。

・大久保委員：顔を見ながら話すことで電話相談より少し落ち着いて話ができるメリットはあるが、現在 ZOOM を利用しており、面談前にメールで ID やアドレスのやり取りがあるためタイムラグがある。病院側でオンライン相談を即座に対応できる体制があれば相談件数がもっと伸びるのではないか。ライン通話など。
・上原委員：相談の電話をかけること相談に行くこと自体ハードルが高いため、遠方で相談に行けない人や体調が悪い方にとっては選択肢が多い方がいい。電話でもオンラインでも相談できることを周知することが大事である。
・玉城委員：電話相談では一人の方としか会話ができないが、オンラインで二人の方と一緒に会話をしながら相談対応した事例があった。
・間島委員：顔を合わせて相談できる体制はとてもいい。セカンドオピニオンをオンライン化しデータを病院間でやり取りできると助かると思う。
・西村委員：顔が見えることで安心する方もいると思うので選択肢は多い方がいい。

４．「がん ピア・サポーター養成講座」への受講生の推薦について

資料 5 基づき、増田委員より養成講座の説明と要望があった。令和 7 年 2 月 22 日に対面で開催予定。患者サロンやゆんたく会に参加している患者の中から、ピアサポーターとして活動していただける方を養成講座へ推薦いただきたいと要望があった。申込締め切りは 1 月末日、離島から受講される方は旅費の助成があるとのことだった。

【報告事項】

２．地域統括相談支援センター活動報告

資料 6 に基づき、紙面報告。

３．大規模災害時の入力

資料 7 に基づき、友利委員より大規模災害時の入力ホームについて情報共有があった。がん情報サービスに災害時病院情報入力ホームがあり、災害発生時、首都圏以外の災害発生時は国立がん研究センターが情報を取りまとめ、首都圏での災害発生時の場合は九州がんセンターが取りまとめることになっている。災害発生から 1 週間後をめどに入力となっており、拠点病院に限らずどの病院からも入力可能と説明があった。

４．リレー・フォー・ライフ

資料 8 に基づき、友利委員より 11 月 9 日、10 日に開催されたリレー・フォー・ライフについて報告があった。出店ブースではがんサポートハンドブックやがん相談に関する資料を展示し来場者と交流することができたとのことだった。

５．ロジックモデルと指標の活用の仕方を身につける研修会

資料 9 に基づき、増田委員よりロジックモデルと指標の活用の仕方を身につける研修会について参加依頼があった。現地開催となっているが、宮古、八重山の方は Web で受講可能である。申し込みは研修会直前まで可能と周知があった。

6．がん患者ゆんたく会（7～9 月）

資料 10-1～10-3 に基づき、令和 6 年 7 月～9 月に各拠点病院にて開催された、がん患者ゆんたく会について報告があった。中部病院は玉城委員より報告があった。7 月は心理士によるリラクゼーション呼吸法について、8 月はアロマの講師を招き講習会を行った。フリートークでは、初めて参加された方から気持ちの共有ができたと感想があった。那覇市立病院は紙面報告。琉球大学病院は友利委員より報告があった。7 月はフリートーク、8 月は乳がん患者の会のぴんく・ぱんさあさんによる講演会、9 月はリンパドレナージの講演を行った。琉大病院の引越しに伴い 12 月、１月は開催中止となっており 2 月から再開予定である。

7．がん相談件数（7～9 月）

資料 11-1～11-6 に基づき、令和 6 年 7 月～9 月の各拠点病院のがん相談件数について報告があった。

○北部地区医師会病院（仲村渠委員）

比較的相談件数は少なかった。在宅療養で訪問診療の相談、高齢者の介護の相談も増加傾向にある。また、本土にご家族がいる患者さんが家族と一緒に面談をしたいと希望があり、電話のスピーカー機能を使用し対応した事例があった。

○県立中部病院（玉城委員）

8 月にオンライン相談が 1 件あった。相談件数が増加しているのは、患者さんへ告知される時に同席したいと周知しており、告知後の家族からの相談や先生との面談調整等で増加している。その他、化学療法での副作用の心配や治療の選択の相談、ご家族が遠方にいる独居の方の調整をおこなった。

○那覇市立病院

資料 11-3 に基づき紙面報告。

○県立宮古病院

資料 11-4 に基づき紙面報告。

○県立八重山病院（岩崎委員）

相談内容に大きな変化はなかった。本島からターミナル期の患者さんの受け入れが

あり、入院中に在宅を整え看取ったケースがあった。また、対応中の患者さんで精神保健福祉士とこころ科の先生と連携し関わっている事例がある。

○琉球大学病院（大久保委員）

相談内容はホピスや在宅療養、医療費、社会資源に関することが多かった。不安・精神的苦痛に関することが例年に比べて多く、治療を続けていくことへの不安感、ご家族からの今後の見通しへの不安、検査後の手術待ちの間の不安感などが寄せられた。オンラインの相談が 3 件あり、うち 2 件は他院の方であった。外国の方からの相談、手術後の不安感や対応についての相談、家族間のコミュニケーションに関することなどの相談があった。

８．がん相談件数集計

資料 12 の通り、各拠点の 4 月～6 月の相談件数集計の統計表に基づき友利委員より報告があった。がんの部位は大腸がん多く、頭頸部がん、乳房、肺、膵臓が多かった。相談内容は、不安・精神的苦痛が多く、次にホスピス・緩和ケア、在宅医療が多かった。

９．がん相談支援センターの広報

資料13に基づき、友利委員よりがん相談支援センターの広報について報告があった。毎週掲載するよう依頼している。引き続き広報依頼を行う。

１０．第 1 回がん相談従事者研修会について

資料 14 に基づき、大久保委員より、9 月 28 日開催の第 1 回がん相談従事者研修会の報告があった。「アピアランスケア～脱毛と乳房術後の情報提供・相談支援を考える～」をテーマに実施した。参加者 21 名、看護師が多く作業療法士の参加もあった。参加者からは、それぞれの立場からアピアランスケアを考えることができた、診療状況に応じてアピアランスケアの内容も変わってくるなど感想があり深い学びも得ていたと報告された。

１１．第 23 回都道府県がん診療連携協議会 情報提供・相談支援部会

資料 15 に基づき、友利委員より報告があった。国の情報提供・相談支援部会のあり方について議論された。ワーキンググループが結成され、増田委員が加わったと報告があった。その他、ピアサポーター養成講座に関する好事例紹介があった。部会終了後、希少がんセンターの紹介があり、センターでは患者や患者以外の医療機関の相談員や先生も相談可能と案内があった。

１２．その他

友利委員より、アピアランスケアの助成金の申請時に拠点病院のがん相談支援センターへ事前相談が要件となっていたが、削除されたと報告があった。経緯については田場委員より、当事者や支援者等から要件の見直しの要望があり、他県の状況や事業を実施している市町村からの意見を聴収し、その結果を踏まえ当事者の申請手続きの負担軽減を図るため当該要件を削除することとなったと説明があった。

・次回開催は、令和 7 年 3 月 13 日（木）14 時から開催。

令和６年度 第５回沖縄県がん診療連携協議会 ベンチマーク部会 議事要旨

開催日時：令和６年９月 13 日（金）11：00～12：00
場　　所：Zoom を利用した Web 会議
出　　席：６名
有賀拓郎（琉球大学病院診療情報管理センター副センター長）、伊佐奈々（琉球大学病院がんセンター診療情報管理士）、埴岡健一（国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科教授）、東尚弘（東京大学公衆衛生学健康医療政策学教授）、山里紘美（沖縄県保健医療介護部健康長寿課主任）増田昌人（琉球大学病院がんセンター長）
欠　　席：４名
天野慎介（全国がん患者団体連合会理事長）、井岡亜希子（まるレディースクリニック院長）、伊藤ゆり（大阪医科薬科大学研究支援センター医療統計室室長准教授）、
平田哲生（琉球大学病院診療情報管理センター長）
陪　　席：１名
西佐和子（琉球大学病院がんセンター事務）

【報告事項】
１．令和６年度 第４回ベンチマーク部会議事要旨について
増田部会長より、資料１に基づき、ベンチマーク部会の議事要旨について説明があった。

２．今年度の「沖縄県がん登録事業報告」に対する要望について
増田部会長より、資料２に基づき、進捗状況について報告があった。

３．院内がん登録をしている 18 施設が DPC-QI に参加することに対する要望について
増田部会長より、資料３に基づき、進捗状況について報告があった。

４．進捗評価のための 41 市町村へのアンケートについて
増田部会長より、資料４に基づき、進捗状況について報告があった。

５．進捗評価のための施設へのアンケートについて
増田部会長より、資料５に基づき、進捗状況について報告があった。

６．その他
増田部会長より、沖縄県がん診療連携協議会主催の『ロジックモデルと指標の活用の仕

方を身につける研修会』について周知があった。

【協議事項】

1．第 4 次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）の進捗について

増田部会長より、グラフ表示機能付き指標評価ツールの説明があった。

埴岡副部会長より、箱ひげ図（データのばらつき具合を示す統計図）について紹介があった。

2．その他

増田部会長より、今後ベンチマーク部会で行うことについて質問があり、東委員より、18 施設が DPC-QI に参加後のフォローアップとして、その結果がどうなったのかについての検証や、入れてもらったものをどう活用するかをベンチマーク部会で検討するのはどうかと提案があった。埴岡委員より、国の動向に関してコア指標を設定する話があると紹介があった。国が指標を絞る方向に進むことについて懸念を示し、沖縄においては計測地点を多く設け、重要な点をしっかり見極めることが重要ということだった。また、国の動向に注意を払いながら、他の専門家の意見を聞き、方針を維持・発展させていければとコメントがあった。

東委員より、第 2 回医療者調査の解析について、「わからない」回答をどう扱うかが課題であると報告があった。次回の医療者調査では、その点について考えていく必要があるとのことだった。増田部会長より、来年 1 月から 2 月にかけて第 3 回医療者調査を行いたいと提案があった。前回は変則的な選択肢だったため、選択肢の改定については、最初に東委員と個別に意見を交換しながら、たたき台を作成したいとのことだった。12 月にアンケートを発送し、来年 1 月に回答してもらう計画である。

令和６年度 第６回沖縄県がん診療連携協議会 ベンチマーク部会 議事要旨

開催日時：令和６年 10 月 25 日（金）9：00～10：30
場　　所：Zoom を利用した Web 会議
出　　席：６名
有賀拓郎（琉球大学病院診療情報管理センター副センター長）、井岡亜希子（まるレディースクリニック院長）、伊佐奈々（琉球大学病院がんセンター診療情報管理士）、埴岡健一（国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科教授）、東尚弘（東京大学公衆衛生学健康医療政策学教授）、増田昌人（琉球大学病院がんセンター長）
欠　　席：４名
天野慎介（全国がん患者団体連合会理事長）、伊藤ゆり（大阪医科薬科大学研究支援センター医療統計室室長准教授）、平田哲生（琉球大学病院診療情報管理センター長）、山里紘美（沖縄県保健医療介護部健康長寿課主任）
陪　　席：１名
西佐和子（琉球大学病院がんセンター事務）

【報告事項】
１．令和６年度 第５回ベンチマーク部会議事要旨について
増田部会長より、議事要旨については各自で確認するようにと案内があった。

２．医療者調査報告について
増田部会長より、資料２に基づき、昨年度に行われた第２回医療者調査報告書について報告があった。

３．進捗評価のための 41 市町村へのアンケートについて
増田部会長より、資料３に基づき、調査結果の中間報告があった。

４．進捗評価のための施設へのアンケートについて
増田部会長より、資料４に基づき、調査結果の中間報告があった。

５．研修会について
増田部会長より、資料５に基づき、「ロジックモデルと指標の活用の仕方を身につける研修会」の案内があった。

【協議事項】

１．第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）の進捗について

時間の都合上、各自で資料を確認することとなった。

２．医療者調査について

増田委員より、資料 7-1 に基づき、今年度の医療者調査を行うために、調査内容および方法の改善点についての総論が提案された。

○回答率向上に向けて

埴岡副部会長より、すでに工夫されているとは思うが、アンケート調査票のトップページあたりに調査することで何が分かるのかという意義をつけるとよいのではないかと提案があった。有賀委員からは、琉球大学病院が母集団内で大きな位置を占めているが、病院移転の時期と重なるためアンケートへの回答が後回しになる懸念があるとのことだった。一方で、井岡委員より、Web アンケートと紙アンケートの違いについて言及があった。Web アンケートは後回しにされやすい一方で、紙アンケートは目に見えるため、回答を促すことができる。手間はかかるが、紙の方が良いのではないかと提案があった。東委員より、アンケート調査用紙が１ページに収まるのであれば、紙が適していると考えているが、集計作業の手間と分岐設定が難しいという意見があった。このような意見を受け、紙でのアンケート実施を検討することになった。

続いて、増田委員より、資料 7-1 に基づき、前回の調査の問題点が報告された。

○問題点１：質問の答えで、分からないが多い

東委員より、正解のない質問に対しては、おそらく「わからない」が正解になってしまう。数値を問うのであれば「主観的で良いので、あなたの印象に一番近いものをお答えください」といった一文を入れるなどして、正確さを求めるのではなく、主観を問うことを明らかにしたほうが回答しやすいとの意見があった。また、分母を明確にする必要があるとのことだった。ある程度、自分の分かる範囲の分母を確保した方が、安定して意味のある回答になるとのことだった。このような意見を受け、明確化できるような形の質問の仕方に改訂することになった。

○問題点２：選択肢の％の配分が適当ではなかった

○問題点３：選択肢が％なので、答えづらい

増田部会長より、すべての選択肢を４択（①0～25②26～50③51～75④76～100⑤わからない、もしくは、この分野に関与していない）にするのか、選択肢が％だと答えづらいため言葉の選択肢（例：①非常にそう思う②そう思う③どちらとも言えない④全く

思わない）にするのがよいか、意見を求めた。

有賀委員より、中間解析を行い、手法を変更している状況において、過去のデータとの比較可能性が確保されているかどうか。また、中間解析によって結果を変えることの妥当性について疑問がある。設計時に意図した細かい粒度でのデータ取得が難しいことから方法論を変更すべきか、それとも現状を維持すべきか迷いがあり懸念されるとのことだった。続いて、東委員より、「わからない」という回答が多くなると、有益なデータが得られなくなる。実態を把握するための学問であるため、細かい選択肢を用いることで、さらに「わからない」という回答が増えるため、選択肢の設定を見直す必要があるとのことだった。また、過去のデータとの比較については、十分なデータが取れない現状では、比較の前提が整っていない。「わからない」が多いこと自体が結果として解釈できる場合もあるが、それが質問の設計に起因している可能性が高いため、選択肢の改善をためらってはいけない。やはり細かい数字の選択肢は難しいのではないかとの意見があった。言葉の選択肢における問題点は、平均値を算出することが難しいことであり、これは言葉に対する印象が人によって異なるからである。しかし、言葉の選択肢はより純粋で、統一感があるとのことだった。

井岡委員より、そもそも回収率を上げることが重要であると考えているが、選択肢の％については、回答者にとって答えにくいとの意見があった。質問によって、選択肢の％の配分が異なるため、回答者は混乱してしまう。選択肢の％の配分を統一するのはどうかと提案があった。また、言葉の選択肢については、漠然としているが、漠然としているからこそ推移が見やすいと意見があった。

伊佐委員より、自分のレベルでは、はっきりとした数値がない場合、回答してはいけないのではないかと思ってしまうため、言葉の選択肢であれば回答しやすいとコメントがあった。一方、東委員は、そのような人こそ回答してほしいと考えており、言葉の選択肢の方が、真剣に考えて回答しようとする人を逃さないのではないかとのことだった。

有賀委員より、井岡委員からもコメントがあったホテルのアンケート調査における 10 点評価やビジュアルスケールについて、同じ選択肢を選び続けることで慣れが生じ、個人のリズムで選択しやすくなるとのことだった。設問の設計が難しい場合、特に母集団の中で「わからない」という回答が多い状況で、「⑥わからない」と「⑦この分野に関与していない」の選択肢が一定の選別を助ける可能性があるとのことだった。

3．その他

増田部会長より、第 2 回医療者調査の結果に基づく提案をベンチマーク部会から協議会に行う。また、医療者調査の質問票は事務局で改定を行い、なるべく早めに提示すると報告があった。

令和６年度 第７回沖縄県がん診療連携協議会 ベンチマーク部会 議事要旨

開催日時：令和 6 年 11 月 25 日（金）9：00～10：30
場　　所：Zoom を利用した Web 会議
出　　席：7 名
井岡亜希子（まるレディースクリニック院長）、伊佐奈々（琉球大学病院がんセンター診療情報管理士）、伊藤ゆり（大阪医科薬科大学研究支援センター医療統計室室長准教授）、埴岡健一（国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科教授）、東尚弘（東京大学公衆衛生学健康医療政策学教授）、平田哲生（琉球大学病院診療情報管理センター長）、増田昌人（琉球大学病院がんセンター長）
欠　　席：3 名
天野慎介（全国がん患者団体連合会理事長）、有賀拓郎（琉球大学病院診療情報管理センター副センター長）、山里紘美（沖縄県保健医療介護部健康長寿課主任）
陪　　席：１名
西佐和子（琉球大学病院がんセンター事務）

【報告事項】
１．令和 6 年度 第 6 回ベンチマーク部会議事要旨について
増田部会長より、資料 1 に基づき、ベンチマーク部会の議事要旨について説明があった。

２．研修会について
増田部会長より、資料 2 に基づき、12 月 22 日に開催される「ロジックモデルと指標の活用の仕方を身につける研修会」の案内があった。

３．その他
特になし。

【協議事項】
１．医療者調査について
増田部会長より資料 3 に基づき、第 3 回医療者調査の最終案について提案があった。

- 調査対象は、①医師、②看護師、③薬剤師　となった。

東委員より、がん対策の対象として歯科医師を含めることは適切だが、実際に歯科医師が関与する場面は非常に少ないため、アンケートの結果があまり意味のない回答を集めることになる。歯科医師を含めるのであれば、医師と歯科医師を分けて回答で

きるようにしたほうがよいとの意見があった。

埴岡副部会長より、ロジックモデルで職種別対応が必要な指標に関しては、職種別に細分化した質問を行うことで、データの質を向上させることができるという旨の考え方が示された。一方で、無意味な回答が含まれることについては東委員の意見に賛同する。慎重に判断していただきたいとのことだった。

増田部会長より、医療ソーシャルワーカーに関しては、別途アンケートを行うことが適切かもしれないとの意見があった。緩和ケア・在宅療部会では、在宅診療所や訪問看護ステーションに対して施設アンケートを実施する計画が進行中であり、質問内容は A4 一枚に収める形で検討されている。そのルートで調査が可能である。広範囲な質問なので、医師、看護師、薬剤師に限定した方が、混乱は少ないのではないかとのことだった。

- 勤務する医療施設を問う選択肢は、医療圏や拠点病院・診療病院・その他の医療機関といった分野を問うのではなく、勤務する施設名を選択肢とすることになった。病院ごとに解析して公表する予定はありませんといった免責事項については、事務局で検討する。

- 医師の主たる分野を問う選択肢は診療科とすることになった。

  平田委員より、質問する際には何を知りたいかを明確にし、それに基づいて決めた方がよいのではないかと提案があった。手術と薬物チームの医師の違いについて知りたい場合には、選択肢に「その他」と入れた方がよいとのことだった。

- 全問共通の選択肢で回答できるように、設問を変えることになった。

  東委員より、主観的な意見を求める質問にしたほうがさらに答えやすいとの提案があった。具体的には、「思う」という選択肢にすることで、回答者が答えやすくなるとのことだった。事実はもう知りようがない。事実に基づいた回答を求めることがアンケートの基本ではあるものの、事実を知らない人に答えてもらう場合には「思う」といった主観的な選択肢が適切である。これにより、回答がしやすくなり、選択肢の統一も図れるとのことだった。

- 質問の内容について、まずポジティブなものか、ネガティブなものかを確認した上で、ポジティブで聞いても結果がそんなに変わらない質問はポジティブでなるべく作る。ただし、ポジティブな質問だけでなく、ネガティブな質問も必要な場合があり、それは残すことになった。

２．進捗評価のための 41 市町村へのアンケートについて

３．進捗評価のための 25 施設へのアンケートについて

増田部会長より、資料４、５に基づき、アンケート調査の結果について報告があった。

井岡委員より、がん検診の研修会に参加していない市町村の担当者が多いため、検診担当者が市町村を超えて交流や情報交換をする場が必要ではないかと提案があった。コール・リコールの工夫も色々とあると思うので、そうした情報交換の場を設けることが重要である。さらに、検診担当者全員が研修を受ける流れを作ることが望ましく、担当者が孤独を感じたり、隣の市町村の状況が気になる状況を改善することにも繋がるとのことだった。伊藤委員より、市町村の検診担当者が情報交換の場に参加する前に、研修会を受けることを条件にするなど、そうすることで研修へのモチベーションが向上するのではないかと提案があった。

４．その他

次回は 12 月中旬に開催を予定しています。