

第 20 回北海道がん診療連携協議会 議事録

日時 2026 年 2 月 13 日（金）14：00～17：00

会場 北海道がんセンター大講堂（札幌市白石区菊水 4 条 2 丁目 3 番 54 号）

オブザーバー：製鉄記念室蘭病院、旭川赤十字病院、北海道消化器科病院、札幌南三条病院、北海道大学医療政策評価学教室、国立がん研究センターがん対策研究所

第一部

1. 挨拶

北海道がん診療連携協議会会長・北海道がんセンター院長 平賀博明

2. がん診療提供体制の均てん化・集約化について

厚生労働省健康・生活衛生局 がん・疾病対策課 課長 鶴田氏より資料 1 について説明があった。

がん対策のこれまでの歩みについて説明があった。始まりは昭和 37 年の国立がんセンター設置にさかのぼることである。近年では平成 18 年にがん対策基本法が成立し、同法に基づきがん対策推進基本計画を策定し、計画に沿って対策を進めているとの説明があった。

最近のがんの状況について説明があった。2023 年は年間約 99 万人が新たにがんと診断されていること、2024 年はがんによる死亡者数が年間約 38 万人であることが示された。また、生涯で 2 人に 1 人ががんに罹患するとのデータが示され、がん医療の重要性が共有された。

死亡状況について説明があった。全体の死亡数は増加傾向にあるが、これは高齢化の影響が大きいとのことである。特に 85 歳以上でがんによる死亡が増加している一方、74 歳以下では減少していることが示された。評価にあたっては年齢調整死亡率を見ることが重要であり、年齢調整死亡率は年々低下しているとの説明があった。特に胃がんや肝臓がんの減少が要因として挙げられた。

がん対策の基本的な枠組みについて説明があった。がん対策基本法は議員立法で制定され、患者や家族等の意見を反映する仕組みが法律上明記されているとのことである。国が基本計画案を作成する際には、がん対策推進協議会の意見を聴くこととされており、患者や家族も参画していることが紹介された。

第 4 期がん対策推進基本計画について説明があった。三本柱で構成されており、その一つとして医療提供体制の均てん化・集約化が位置づけられているとのことである。検討会で議論を重ね、報告書を取りまとめたうえで、各都道府県に対し数値を示しながら議論を促しているとの説明があった。

2040年を見据えた医療提供体制の検討について説明があった。2025年と比較すると、特に85歳以上の高齢者が増加する一方、生産年齢人口は減少する見込みであり、将来を見据えた体制整備が必要との認識が示された。

将来のがん罹患数の推計について説明があった。全国がん登録のデータと将来人口推計を用いて試算しており、2040年には現在よりも診断数が増加する見込みであることが示された。増加の中心は85歳以上の高齢者であるとのことである。

都道府県別の見通しについても説明があった。全国では増加傾向にあるが、地域によって増減に差があるとのことである。北海道については、将来的に罹患数が増加する見込みであり、二次医療圏単位での詳細な分析が重要であるとの説明があった。

次のスライドでは、がんと診断された患者に対する治療選択について説明があった。手術療法、化学療法、放射線治療の各治療について、年齢階級別にどの治療が選択されているかを院内がん登録データに基づき示したものである。

これによると、手術療法は年齢が高くなるにつれて選択割合が低下しており、85歳以上では31.8%となっている。化学療法についても同様の傾向が見られ、85歳以上では11.6%まで低下している。一方、放射線治療については年齢による大きな差は見られないものの、一定の変化が確認されるとの説明があった。なお、本データは主として初回治療の実施状況を把握したものである点に留意が必要とのことであった。

次のスライドでは、将来のがん患者数推計に、年齢階級別の治療実施割合を掛け合わせることで、2040年頃における各治療の需要変化を試算した結果が示された。

推計によると、手術療法は約5%の増加、放射線治療は約24%の増加、薬物療法は約15%の増加が見込まれているとの説明があった。

さらに都道府県別に分析した結果も示された。手術療法については、一部の都県を除き多くの地域で需要が減少する見込みであり、北海道では10%以上の減少が見込まれている。放射線療法については、すべての都道府県で需要増加が見込まれ、北海道では10%前後の増加と推計されている。薬物療法についても、多くの地域で増加が見込まれており、北海道では0~10%程度の増加との説明があった。

これらは一定の前提に基づく機械的推計であるが、2040年に向けた医療提供体制を検討するうえで重要な示唆を与えるものとの認識が示された。

続いて、供給側の状況について説明があった。医師総数は平成20年頃以降増加しているものの、外科医に限ると過去10年間ほぼ横ばいで推移しているとのことである。さらに外科医のうち40歳未満の若手医師の割合は低下しており、特に消化器外科において若手医師の減少が顕著であるとの説明があった。

日本消化器外科学会のデータに基づく推計では、現在と同程度の若手参入が続き、一定年齢で退職すると仮定した場合、2040年には消化器外科医が約40%減少する見込みとされている。需要が増加する中で医師数が減少すれば、現在と同水準の外科医療を維持できるかが大きな課題であるとの指摘があった。

放射線治療専門医については、若手の参入が一定程度見られ、需要増加に概ね見合う形で増加するとの推計が示された。ただし、現時点でも負担は大きく、余裕がある状況ではないとの認識が示された。

また、放射線治療装置については、人口当たり台数は国際的に平均的であるものの、1施設当たりの装置台数が少なく分散配置となっている点が課題として挙げられた。

薬物療法については、専門医数は増加傾向にあるものの、実際には外科医や他診療科の医師も担っているため、専門医数のみで需給を評価することは困難であるとの説明があった。拠点病院等を中心に提供体制は整備されているが、今後の需要増加を踏まえた体制強化が必要との認識が示された。

総括として、2040年に向けて外科医の減少が大きな課題であり、若手医師の確保や勤務環境の改善、一定の集約化の検討が必要との整理が示された。症例数の多い医療機関ほど治療成績が良い傾向があるとのデータも紹介された。

放射線治療については、一定規模の症例数確保が機器運用や経営面でも重要であり、集約化や効率的配置の検討が必要との説明があった。

最後に、今後の進め方について説明があった。各都道府県の協議会において、医療機関関係者や患者代表が参画のうえ、地域の実情を踏まえた議論を進めることが重要であるとのことである。北海道においても、2040年の見通しを共有し、各医療機関の役割分担や機能の明確化を図るとともに、道民に分かりやすく情報発信していく必要があるとのまとめがなされた。

以上で説明を終えた。

< 質疑・応答 >

青山委員（北海道大学病院 放射線治療科長・教授）

後ほど自身の講演において北海道の状況を説明する予定であるとしたうえで、放射線治療専門医数の推計について質問があった。

まず、前提条件に関する指摘があった。現在、地方においては放射線治療医が不在で、治療提供が十分に行われていない地域が多数存在している現状がある。そのため、現状の専門医数を前提とした推計では、地域における医療提供の不足が十分に反映されていないのではないかとの問題提起があった。

次に、専門医数の将来推計の考え方について疑問が示された。資料上は専門医数が増加する前提となっているが、実態としては毎年60～70名程度が定年年齢を超えているとのことである。70代でも勤務を継続している医師は一定数存在するものの、全体を俯瞰すると年間20～30名程度の純減となっているとの認識が示された。

仮に毎年40名の専門医が新たに増加し、平均約40年間勤務すると仮定した場合、単純計算では将来的な専門医総数は1,500～1,600名程度にとどまるのではないかと試算が示され、こうした点をどのように考慮しているのか見解を求める発言があった。

これに対し、鶴田氏（厚生労働省健康・生活衛生局 がん・疾病対策課 課長）より回答があった。

まず、専門医数に関するデータについては、学会から説明を受けた内容を基に整理しているものであり、学会内でもなお議論の余地がある点が含まれている可能性があるとの説明があった。今後、より最新のデータが得られれば、議論がさらに深まるとの認識が示された。

また、今回の推計は全国ベースで整理しているが、都道府県別に見ると状況は大きく異なる可能性があるとの説明があった。患者数についても全国値と都道府県値では差があることから、実効性のある議論を行うためには、地域ごとの詳細なデータに基づく検討が重要であるとの見解が示された。

以上のとおり、放射線治療専門医の将来推計については、前提条件や地域差を踏まえつつ、引き続き検討していく必要があるとの整理がなされた。

光部委員（旭川厚生病院・院長）

自院では年間約1,400名の新規登録患者を診療しているとの説明があり、先ほどの説明内容について概ね理解できるとの認識が示された。そのうえで、放射線治療体制の不足が特に大きな課題であるとの実感が述べられた。

がん診療連携拠点病院においては放射線治療機能が必須とされているが、今後、拠点病院の集約化が進んだ場合、拠点病院数が減少する可能性があるとの見解が示された。

一方で、がんゲノム医療は現行制度上、主として拠点病院等で実施されていることから、拠点病院が減少した場合、地域でゲノム医療を受けられる患者が減少するのではないかと懸念が示された。仮に自院が拠点指定から外れた場合、地域患者がゲノム医療を受けられなくなる可能性があるが、今後、放射線治療とゲノム医療の機能配置をどのように整理する考えか見解を求める発言があった。

これに対し、鶴田氏（厚生労働省健康・生活衛生局 がん・疾病対策課 課長）より回答があった。

放射線治療については、医療技術面および経営面の観点から、一定の集約化は合理性を持ち得るとの認識が示された。ただし、直ちに機能を停止するという性質のものではなく、設備更新や体制見直しのタイミング等を踏まえ、地域関係者と十分に協議しながら段階的に検討する必要があるとの説明があった。急激な変更は患者や周辺医療機関に影響を及ぼすため、関係者間で情報共有を行いながら進めることが重要であるとの見解が示された。

がんゲノム医療については、現在、全国で約470の拠点病院がある一方、実際にゲノム医療を実施している医療機関は約300施設弱であり、どのように提供体制を広げていくかが課題であるとの説明があった。

拠点病院の在り方や機能配置の見直しについては、現時点で結論が出ているものではなく、今後の議論の中で整理していく必要があるとの認識が示された。また、地域からの意見や懸念についても重要な視点であり、今後の検討において踏まえていくとの考えが示された。

瀬下委員代理（北海道保健福祉部健康安全局 地域保健課がん対策等担当課長）

冒頭、本来出席予定であった健康安全局長の植村氏が急用により欠席となり、代理出席である旨の説明とお詫びがあった。

がん医療の均てん化・集約化については、厚生労働省から都道府県宛てに発出された通知において、地域の実情に応じて取り組みを進めることが求められているとの説明があった。また、その検討にあたっては、地域医療構想や医療計画を踏まえ、がん医療に限らず地域全体の医療提供体制を維持・確保する観点に留意することが示されているとのことであった。

今年度内に国から地域医療構想の策定ガイドラインが発出され、その後、地域医療構想の具体的な検討が開始される予定であることから、がん医療の均てん化・集約化の議論にあたっては、地域医療構想担当部署と連携して進めていく考えが示された。

あわせて、議論の進め方については関係団体の意見も踏まえながら整理し、既に参画している診療連携協議会医療部会においても議論いただいたうえで、次回の協議会において一定の方向性を示したいとの考えが述べられた。

3. 北海道がん診療連携協議会版ロジックモデルについて

埴岡委員より議事次第（2）「北海道がん診療連携協議会版ロジックモデルについて」

「ロジックモデルを取り巻く現状」（資料2）について説明があった。

本説明は、先に説明のあった現状整理および今後審議予定の北海道がん診療連携協議会ロジックモデルの検討に資する「つなぎ」として、全国的な動向および先行事例を共有することを目的とする旨の説明があった。

まず、北海道がん対策推進協議会等においてロジックモデルの活用を進めるにあたり、現状を整理すると、ロジックモデルを活用したプログラム評価は全国的に一層進展する見込みであるとの認識が示された。本協議会は適切なタイミングで開始されたものであり、今後の動向を先取りし得る位置にあるとの見解が述べられた。

全国動向については、改正医療法において目標設定、実効性ある取り組み、ならびにその効果の評価を総合的に推進する旨が明文化されたことが紹介された。従来、通知レベルで示されていたロジックモデルの考え方が、法令レベルに位置付けられた点が重要であるとの説明があった。

また、附帯決議においても、医療計画（がん計画を含む）におけるロジックモデル活用の導入・改善を都道府県に求める旨が明示されており、国・都道府県・市町村においてロジックモデルを用いた評価を推進する流れが強まっているとの説明があった。

評価手法については、ロジックモデルを活用したプログラム評価（ニーズ、セオリー、プロセス、インパクト、コストパフォーマンスの各評価の五段階）に基づき、特にプロセス評価およびインパクト評価を中心に中間評価を実施する考え方が国のがん対策でも採用されているとの説明があった。具体的には、指標の数値を確認し、事実認定を行った上で価値判断を加え、委員の意見を踏まえて報告書として整理する手法が示されているとのことであった。

さらに、国は都道府県等が評価を行うために必要なデータを積極的に提供しており、国立がん研究センターの公表データはロジックモデル構造に沿って整理され、地域ごとの状況分析や施策検討に活用可能な形となっているとの説明があった。

先行事例として沖縄県の取り組みが紹介された。沖縄県ではロジックモデルに基づく評価様式を定め、指標を計測し、数値の分析結果を評価様式に落とし込み、次年度の施策方針に反映させる仕組みを構築しているとのことであった。また、沖縄県がん診療連携協議会においても、ロジックモデルに基づく中間評価を実施することが決定され、評価作業の工程をカレンダーに落とし込んで進めている旨の紹介があった。

評価報告書は、ロジックモデルの見直しの考え方を整理した上で、各施策の評価シートを添付する形式でまとめる構成となっているとの説明があった。

最後に、ロジックモデルを活用したプログラム評価は今後加速度的に全国へ広がる見込みであり、中間評価年度を迎える各都道府県において本格的な取り組みが開始されるとの見通しが示された。本協議会は既に着手している点で有利な位置にあり、先行事例を参照しつつ、PDCA サイクルを高度化していくことが期待されるとのまとめがあった。

以上の説明があった。

平賀会長より、本日出席している増田委員に対し、ロジックモデルの導入についてコメントを求める発言があった。

増田委員（琉球大学病院・診療教授/がんセンター長）

沖縄県ではロジックモデルを導入してから15年以上が経過しており、5年、10年と継続して活用する中で、その有用性を実感しているとの発言があった。

がん対策の最終目標は、がんによる死亡の減少およびがん患者の療養生活の質の向上であり、それらを達成するために何が必要かを継続的に考えるためのツールとして、ロジックモデルは非常に優れているとの見解が示された。

沖縄県では、県庁における医療計画策定においてもロジックモデルを活用しているほか、がん診療連携協議会においても、会議の主要議題としてロジックモデルに基づく計画の進捗状況を継続的に議論しているとの説明があった。幹事会および各専門部会においても同様に、計画の進捗評価を中心とした議論を行っているとのことであった。

その結果、最終目標の達成に向けて何が必要かを、委員を含め関係者全体で共有しなが

ら検討する仕組みとして有効に機能しているとの評価が示された。

最後に、北海道においてもロジックモデルを積極的に活用し、実際に使いこなしていくことが重要であるとの期待が述べられ、関係者で取り組んでいきたい旨の発言があった。

以上の発言があった。

平賀会長より、審議に入る旨の発言があり、資料 3-1 および資料 3-3 に基づき説明が行われた。

まず、資料 3-3 に示されたロジックモデル活用の利点について説明があった。具体的には、①計画の透明性が高まること、②成果の評価基準が明確となり進捗管理が可能となること、③過程や因果関係を明示することで理論的基盤が強化され、改善のためのフィードバックループの構築が容易になることが挙げられた。これらにより、目的・活動・成果を視覚的に整理し、関係者間の共通理解を促進するとともに、戦略的計画、資源配分、意思決定の支援に資するとの説明があった。

次に、資料 3-1 のロジックモデルの構造について説明があった。本モデルは右から左に読む構成となっており、右端の「分野アウトカム」が最終目標に近い指標として位置付けられている。例として、「がん種別年齢調整死亡率の減少」や「有効ながん検診を有するがんの死亡減少」等が挙げられ、これら最終目標を達成するために中間アウトカムが設定され、さらにそれを実現するための個別施策が左側に整理されているとの説明があった。

各事業や研究活動は、このロジックモデル上のいずれかに位置付けられるべきものであり、PDCA サイクルを回す際にも、当該施策がモデルのどの部分に該当するのかを確認しながら進めることが重要であるとの認識が示された。

続いて、資料 3-3 に基づき、今回提示されたロジックモデル暫定版の作成経緯について説明があった。新規に一から作成することは困難であることから、国内で最も歴史が長く、複数の有識者により検討されてきた沖縄県がん診療連携協議会のロジックモデルをひな型とし、指標を北海道の状況に置き換える形で暫定版を作成したとのことであった。

現状として、沖縄県でも未設定の指標が約 1 割、沖縄県には存在するが北海道では未整備の指標が約 2 割あり、これらは資料 3-2 においてグレースケールで表示している旨の説明があった。また、沖縄県特有の地理的条件や施設名称が残っている箇所も一部あり、今後修正が必要であるとのことであった。

今回提示した暫定版を土台として、今後北海道の実情に即したモデルへと修正していくことについて承認を得たいとの提案があった。

今後の方向性としては、国策定版ロジックモデルとの整合性を確認するとともに、本ロジックモデルの各領域を対応する専門部会等に付議し、分野ごとに検討を進めることが

想定されているとの説明があった。例として、「共生」は相談情報部会、「希少がん」は希少がん部会、「小児がん」は小児がん拠点病院において検討するなど、分野別に整理する方針が示された。

説明の後、平賀会長より質疑・意見を求める発言があった。

<質疑・応答>

木下委員（北海道大学病院・腫瘍センター長・教授）

国が示したロジックモデルについては、必ずしもそのまま実施しなければならないものではないとの理解でよいのか。また、北海道版ロジックモデルを策定・運用することにより、国が示したロジックモデルは参照にとどめ、独自モデルを進めることが可能となるのか、との趣旨の質問があった。

これに対し、埴岡委員（国際医療福祉大学大学院・教授）より回答があった。

あくまで個人的見解であるとの前置きがあったうえで、ロジックモデル導入初期には、モデルを一定程度確定させるまでに試行錯誤の期間が必要であるとの説明があった。現時点で国が示しているロジックモデルは初版であり、主として国向けに作成されたものであることから、都道府県にそのまま完全に適合するものではなく、今後の改訂を前提とした段階にあるとの認識が示された。

仮に成熟度を段階的に評価するとすれば、国のモデルはまだ発展途上の段階にあり、沖縄県版も改良を重ねながら成熟度を高めてきた経緯があるとの説明があった。今後、第5期計画に向けて、さらに改善が進められていく流れにあるとの見通しが示された。

したがって、現段階で国のモデルをそのまま北海道が踏襲するという性質のものではなく、国のモデルを参照しつつ、優れた点を取り入れながら北海道版としてブラッシュアップしていくことが妥当であるとの考えが示された。

今後数年間の中で、他の先進的な取り組みや国の改訂版も含めた知見が蓄積されていくと考えられ、それらを踏まえて段階的に推進していくことになるとの見解が述べられた。

以上の回答があった。

平賀会長より、本日配布したロジックモデル暫定版を土台として、今後本協議会において協力しながらロジックモデルを発展させていくことについて承認を求める発言があった。

出席者に諮ったところ、異議はなく、承認された。

平賀会長より、本ロジックモデルを基に今後の活動を進めていく旨の発言があった。

4. 院内がん登録のカバー率向上について

平賀会長より、議事次第（3）「院内がん登録のカバー率の向上について」に関し、資料4に基づき説明があった。

以前の協議会において、増田委員より院内がん登録のカバー率向上について提案があったことを踏まえ、現状について説明があった。北海道における院内がん登録のカバー率は現在78%であり、過去の約72%から上昇してきたものの、近年は伸びが鈍化しているとのことであった。

資料4は、全国がん登録に登録している北海道内施設の一覧であり、この中には院内がん登録に未参加の施設も含まれているとの説明があった。一定数の施設が新たに院内がん登録へ参加すれば、カバー率は約90%まで向上する見込みであるとのことであった。具体的な施設数については公表できないものの、対象となる施設に対し、会長名で施設長宛てに書簡を送付し、院内がん登録への参加を依頼したいとの提案がなされた。

本件について出席者に諮ったところ、異議はなく、了承された。

平賀会長より、近日中に対象施設へ案内を行う旨の発言があった。

本日出席している札幌南三条病院・院長の小場医師について、同院では過去に院内がん登録を実施していた経緯があること、先般の肺がんプロジェクト初回ワークショップにおいて院内がん登録への再参加を依頼したところ、札幌南三条病院として参加する旨の表明があったことが紹介された。

平賀会長より、小場医師に対し謝意が述べられた。

院内がん登録への参加施設が順次拡大することで、カバー率の向上が期待されるとの認識が示された。

5. 肺がんプロジェクトについて

平賀会長より、続いて、議事次第（4）「肺がんプロジェクトについて」に移る旨の発言があった。

資料5に基づき、前回協議会において札幌医療圏における肺がんプロジェクトの実施が了承されたこと、プロジェクトリーダーとして磯部医師に依頼し、既にプロジェクトを開始していることが報告された。

その進捗状況について、磯部氏へ報告を求める発言があった。

磯部氏（KKR札幌医療センター・病院長/肺がんプロジェクトリーダー）より、肺がんプロジェクトの進捗について報告があった。

冒頭、本プロジェクトのリーダーを務めるに至った経緯について説明があった。磯部委員は長年にわたり肺がん診療に従事してきたが、北海道における肺がん死亡率が全国的に高い水準にある現状を踏まえ、治療成績そのものも全国的に低位にあるという統計結果に強い危機感を抱いたことが、本プロジェクトを引き受ける動機となったとのことで

あった。

本プロジェクトの目的は、全国ワーストクラスの現状を打破し、北海道全体の肺がん診療水準を底上げすることであり、特定施設への患者集約や施設間の競争を目的とするものではないとの説明があった。各施設が自施設の課題に気づき、標準治療の確実な実践および適切な連携・紹介体制の構築を図ることで、地域全体としての診療力向上を目指すものであるとの方針が示された。

昨年 10 月には、札幌医療圏を中心に拠点病院・指定病院の実務担当医師に参加を呼びかけ、18 施設から 20 名以上が参加するワークショップを開催したとの報告があった。参加者は北海道の現状に強い危機感を共有しており、この取り組みを全道へ広げていくことを目指しているとのことであった。

具体的なデータ分析として、非小細胞肺がん I 期症例および III 期症例、IV 期症例における初回治療内容について施設間で差異が認められることが示された。I 期では本来手術が原則であるにもかかわらず、施設によって治療割合に差があること、III 期では放射線治療の実施状況に差があること、IV 期では薬物療法の実施状況に幅があることが報告された。これらは批判を目的とするものではなく、自施設の改善点を見出すための材料として活用する考えが示された。

本取り組みは短期的に成果が得られるものではなく、5 年、10 年を見据えた長期的な取り組みであるとの認識が示された。リーダーの交代を含め継続的に推進していく必要があるとの見解が述べられた。

また、本プロジェクトでは院内がん登録データやクオリティ・インディケーター研究の成績などの資料を活用する場面が想定されるが、これらはあくまで自施設の改善のために用いるものであり、プロジェクト内で限定的に扱うとの説明があった。相互批判ではなく、自律的改善を基本姿勢とする旨が強調された。病院管理者に対し、現場の医師およびがん登録担当職員が地域全体の患者のために連携できる環境整備への理解と支援を求める発言があった。

最後に、札幌市内で年間 10 症例以上の肺がん治療実績のある 18 施設すべてから本プロジェクトへの賛同が得られ、各施設の代表者および担当者が選出されたことが報告された。今後、対象地域の拡大も視野に入れつつ、関係者と連携しながら推進していくとの決意が示された。

以上の報告があった。

平賀会長より発言があった。

磯部氏による報告について、力強いプレゼンテーションであり感銘を受けた旨の所感が述べられた。

6. 肺がんプロジェクト推進のための基盤整備

続いて、肺がんプロジェクトの基盤整備について説明を行う旨の発言があり、資料6に基づき説明があった。

本プロジェクト推進のため、「肺がんプロジェクト幹事会部会」を創設することとした旨の説明があった。また、机上配布資料6-1において当該部会の構成案を示しており、オンライン参加者にはチャット機能を通じて共有する旨の説明があった。

なお、現時点では最終確定には至っていないものの、提示した構成メンバーにより当面プロジェクトを推進していきたいとの考えが示された。

平賀会長より発言があった。

国立がん研究センターが主導するQI (Quality Indicator) 研究への参加について、各施設に協力を依頼したい旨の提案があった。

ついては、QI研究の概要について説明を行う必要があるとして、東京大学公衆衛生学教室東教授に対し、簡潔な説明を依頼する旨の発言があった。

東教授（東京大学医学部大学院医学系研究公衆衛生/健康医療政策学・教授）より資料6-②-1に基づき説明があった。

東教授は、国立がん研究センター在籍時よりQIの活用に取り組んできた経緯があり、本研究は医療の質向上を目的とするものであるとの説明があった。

QIとは、医療の質を客観的に測定するための指標であり、患者アウトカムを最大化する医療が実践されているかを評価する考え方に基づくものである。具体的には、ガイドライン推奨に沿った診療がどの程度実施されているかを指標化し、その達成率を測定する仕組みであるとの説明があった。

本研究では、専門家により策定された複数の指標について、各施設における実施率を算出している。例えば、肺腺がんにおける特定遺伝子検査の実施率などが挙げられ、全国集計値としてパーセンテージで可視化されているとのことであった。

データは院内がん登録等の既存データと診療情報を連結して解析され、各施設はログインにより、自施設の結果と全国平均値を比較できる仕組みとなっている。また、全国分布の中で自施設がどの位置にあるかをグラフで確認できるとの説明があった。

なお、数値の高低のみで単純に評価できるものではないが、現状把握および改善検討の第一歩として有用であるとの見解が示された。

さらに、ガイドライン推奨が実施されていない症例について、その理由を検討することが質改善につながる可能性があるとの説明があった。既存データを活用することで、各施設の診療実態の比較や統計的検討が可能となり、今後の改善活動に資するとのことであった。最後に、まずはデータを集積・算出し、結果を共有・検討することが重要であるとのまとめがあった。

以上の説明があった。

平賀会長より発言があった。

資料6に基づき、肺がんプロジェクトにおける基盤整備の一環として、患者の質向上を目的にQI (Quality Indicator) 研究を活用したい旨の説明があった。

本日出席している多くの拠点病院は既にQI研究に参加しており、道内22の拠点病院のうち2施設を除き参加済みであるとの報告があった。一方で、指定病院および指定病院以外の医療機関では未参加施設も多いことから、当該研究への参加を呼びかけたいとの提案があった。

さらに、各施設長から国立がん研究センター宛に、北海道内施設分のデータを北海道がんセンターへ提供する旨の依頼状を提出してもらうことで、匿名化されたデータが集約可能となる仕組みについて説明があった。集約されたデータは、東京大学東教授の研究室と連携して解析を行い、その結果を肺がんプロジェクトへ還元することが可能であるとのことであった。

既に東京都および愛媛県（四国がんセンター集約）において同様の取り組みが行われているとの紹介があった。

北海道においても、道内のいずれか1施設にデータを集約し、肺がんプロジェクトからの解析依頼に基づき解析を実施する体制を構築したいとの説明があった。

<質疑応答・意見>

横内委員（北海道がんセンター・臨床研究部長）

現行の肺がんQI項目について、今後アップデートが予定されているのかとの確認があった。特に、小細胞肺がんに関する治療内容や、胸膜中皮腫に関する薬物療法など、現在の臨床実態と乖離が見られる可能性のある項目について、最新の標準治療を反映した指標へ改訂される見込みがあるのかとの趣旨の質問があった。

これに対し、東教授（東京大学医学部大学院医学系研究公衆衛生/健康医療政策学・教授）より回答があった。

現行の肺がんQI項目について、臨床実態との乖離が生じている可能性がある点は認識しており、昨年より肺がん学会に対し指標改訂について相談しているとの説明があった。現在、学会内での手続きが進行中であり、今後、新たな治療法や標準治療の動向を踏まえ、項目の見直しを検討していく方針であるとの回答があった。

これに対し、横内委員（北海道がんセンター・臨床研究部長）より発言があった。

肺がん学会ガイドライン委員会と連携して改訂を進めていくという理解でよいとの確認

があり、項目改訂の方向性について了解する旨の発言があった。また、質問者自身もガイドライン委員として必要に応じて関与していく旨の発言があった。
以上のやり取りがあった。

真部委員（北海道大学病院・小児科長/教授）

QI（Quality Indicator）については、各施設にとっての改善点の把握や、都道府県全体としての状況把握に資するものと認識しているが、実施頻度について質問があった。

これに対し東教授（東京大学医学部大学院医学系研究公衆衛生/健康医療政策学・教授）より回答があった。

QI（Quality Indicator）は毎年1回、データの収集を行っている旨の回答があった。

増田委員（琉球大学病院・診療教授/がんセンター長）より発言があった。

QIは肺がんに限られるものではなく、各診療科の診療実態を可視化できる点に意義があるとの意見があった。各施設において診療成績の良好な点や改善の余地がある点が明らかになることで、質向上の取り組みへの動機付けにもつながるのではないかとの見解が示された。

当該委員の所属施設では、がん登録委員会において各診療科の責任者を集め、QI結果を共有・検討しているとの紹介があった。

以上の発言があった。

平賀会長（北海道がんセンター・院長）より発言があった。

まず、QI研究の活用に加え、北海道がんセンターへデータを集約する方法を含め、本方針で肺がんプロジェクトを進めていくことについて了承を求める発言があった。あわせて、各施設長宛に協力依頼文書を送付する予定である旨の説明があった。

平賀会長より、議事次第（4）③「札幌医療圏で肺がん診療を行っている施設の施設別病期別生存収集について具体的方法について」の説明があった。

まず、QI研究の活用に加え、北海道がんセンターへデータを集約する方法を含め、本方針で肺がんプロジェクトを進めていくことについて了承を求める発言があった。あわせて、各施設長宛に協力依頼文書を送付する予定である旨の説明があった。

続いて、より詳細な取り組みとして、肺がんプロジェクト推進のためには各施設におけるステージ別生存率の把握が重要であるとの認識が示された。

がん登録推進法第20条に基づき、院内がん登録症例については、各施設が都道府県へ申請することで知事から生存情報の提供を受けることが可能であるとの説明があった。本手続きについては、既にベンチマーク部会において研修会を実施しているとのことで

あった。

さらに、各施設で取得した生存情報を匿名化した上で北海道がんセンターへ提供すれば、第三者提供が可能となり、東教授の研究室と連携して生存率解析を行い、その結果を肺がんプロジェクト内で活用できるとの説明があった。

資料に示されたスキームのうち、左側はがん登録推進法に基づく法的枠組みであり、右側は疫学研究として研究計画書を策定の上実施する流れであるとの整理がなされた。

本件については、各施設長の理解および協力が必要となることから、本協議会において諮るものであるとの説明があった。

その後、質疑応答が行われた。

<質疑応答・意見>

森下委員（市立函館病院・院長）

本プロジェクトの趣旨自体に反対するものではないと前置きした上で、収集した各種データについて、将来的に論文化する予定があるのかについて質問があった。

これに対して、平賀会長（北海道がんセンター・院長）より回答があった。

まず、1点目のQI研究については、研究というよりも事業として位置付けており、現時点で論文化する意図はないとの説明があった。

一方、2点目の疫学研究に関しては、成果のアウトプットの在り方について事前に整理しておく必要があるとの認識が示された。必ずしも論文化に限るものではないが、何らかの形で成果を取りまとめ、公表することは検討すべきであるとの見解が示された。

なお、本件はあくまで肺がんプロジェクトの枠組みの中での取扱いとなるが、現時点では積極的な公表までは想定していないとの補足があった。

磯部氏（KKR 札幌医療センター・病院長/肺がんプロジェクトリーダー）より発言があった。

論文化については現時点では全く考えていない旨の発言があった。

平賀会長（北海道がんセンター・院長）より発言があった。

本プロジェクトにおける最大のアウトプットは、論文化等ではなく、北海道における肺がん診療成績の向上であるとの認識が示された。現時点では札幌医療圏を対象としているが、将来的には全道展開も視野に入れており、まずは札幌医療圏における肺がんの生存率向上を目標とする旨の説明があった。

その後、他に意見を求めたが特段の反対意見はなく、本方針でプロジェクトを進めることについて了承が得られた。

平賀会長より、今後はプロジェクト内で具体的な検討を進めていく旨の発言があった。

7. 医療部会

続いて、平賀会長より「がん診療提供体制の均てん化および集約化」について説明を行う旨の発言があった。

本件は、前回協議会の幹事会および医療部会での議論を踏まえたものであった。医療部会において、北海道における放射線治療の集約化および均てん化について検討が必要との意見があった。

これを受け、北海道大学放射線医学教室の青山先生にご協力をお願いする運びとなった。

本日は、青山先生より、北海道における放射線治療の現状および今後の見通しについてご説明いただく。

青山委員（北海道大学病院 放射線治療科長・教授）より、資料7に基づいて説明があった。

本説明では、厚生労働省が公表している「2040年度を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化」に関する資料を踏まえ、北海道の立場からの課題整理がなされた。

まず、2040年に向けて放射線治療の症例数が約24%増加すると推計されていることが示された。

放射線治療装置1台あたりの年間適正患者数は250～300人とされている。国際基準も合わせて、説明があった。放射線治療医の人数や将来的な需要増を踏まえると、医療圏によっては装置増設や体制整備が必要となることが説明された。特に旭川圏では、周辺医療圏からの集約を想定すると、現状よりも装置数の増強が求められる可能性があるとの説明があった。

宗谷医療圏など、そもそも放射線治療設備を有さない地域では、需要増加が見込まれるにもかかわらず治療提供が困難な状況にあることが示された。緩和的放射線治療のニーズも一定数存在すると推計され、現状では患者・医療者双方が治療を断念している事例もあるとの報告があった。

北海道では、地理的要因により患者が長距離移動を余儀なくされることが多く、移動時間や交通事情を考慮した医療提供体制の検討が不可欠であるとの指摘がなされた。

全国的にみると、放射線治療装置の台数自体は国際的に中位水準にあるが、1施設あたりの装置数が少なく分散配置となっている点が課題であるとの説明があった。治療成績維持の観点からも一定の集約化は必要であるが、北海道においては集約化と均てん化のバランスを慎重に検討する必要があるとされた。

また、高精度放射線治療は国際的には標準治療であるが、北海道内での提供体制には地域差があることが示された。さらに、子宮頸がんに対するラルスについては、実施可能施設の減少が見込まれており、将来的に標準治療の提供が困難となる懸念が示された。放射線治療医の確保についても、定年退職者の増加や地域偏在の問題があり、特に地方では定年延長等により体制を維持している状況であることが説明された。今後は、道内

三大学が連携し、全道を視野に入れた人材確保・育成が重要であるとの考えが示された。

総じて、北海道ではなお「均てん化」の段階にあると考えられることが示された。放射線治療は高度先進医療のみならず、緩和医療を含む「最低限必要ながん治療」であり、地域によって受療機会に差が生じている現状は重要な課題であるとの認識が示された。以上の課題を共有し、今後の体制整備の方向性について検討を進めていく必要があるとされた。

<全体の質疑応答・意見>

森脇委員（帯広厚生病院・産婦人科診療部長）より、婦人科腫瘍を専門とする立場から発言があった。

子宮頸がん治療においては、治療期間を適切に短縮し、一定期間内に完遂することが重要であり、そのためには腔内照射の集約化が有効であるとの意見が述べられた。札幌や旭川などに機能を集約し、地域で治療計画を立てたうえで円滑に紹介できる体制を構築することが望ましいとされた。

また、婦人科と放射線治療科が十分に情報共有し、計画的な治療および紹介体制を整備することが治療成績の向上につながるとの認識が示された。子宮頸がんにおけるラルスの集約化と外照射体制の均てん化は、治療成績に直結する重要なモデルケースになり得るものであり、婦人科医としても体制整備に協力していきたいとの意向が示された。

これに対し、青山委員より、婦人科領域の治療は他領域に比べ議論の対象となる機会が少ない側面があるが、子宮頸がん治療の体制整備は課題であり、ここを解決することが他の課題解決にもつながる重要なテーマであるとの発言があった。

南須原委員（北海道大学大学院・病院長）

放射線治療の課題は、北海道における医療提供体制の在り方を考えるうえで一つのモデルケースになるとの発言があった。本日も旭川医科大学および札幌医科大学の関係者が出席しているが、三大学が個別に対応する時代ではなく、連携して北海道の医療を守るべきであるとの認識で一致しているとの説明があった。

また、行政の参画のもと、大学病院、関係医療機関、各診療科が連携し、一体となって体制整備に取り組むことが重要であるとの考えが示された。さらに、北海道の医療を守るという共通の目標のもと、今後も協力して取り組んでいきたいとして、引き続き理解と協力を求める発言があった。

これに対し、青山委員（北海道大学病院 放射線治療科長・教授）より関連発言があった。

北海道に赴任する前、新潟県に在籍していた際には、年に複数回、県庁担当部局の職員

や幹部と大学関係者との定期的な意見交換の場が設けられていたとの説明があった。一方で、北海道においては、大学と道庁との定期的な協議の機会が必ずしも十分とは言えず、互いの顔が見える関係が構築されていないとの印象を持っているとの発言があった。

今後は、道庁（保健福祉部等）と大学、各診療科の責任者が定期的に意見交換を行い、課題を共有しながら解決策を検討する仕組みを構築することが重要であるとの考えが示された。

これに対し、南須原委員（北海道大学大学院・病院長）より発言があった。

本日この後、地域医療連携に関する討論会が予定されており、協議の場自体は設けられているものの、現状では必ずしも十分な実効性があるとは言えないとの認識が示された。今後は、より実効性のある議論の場となるよう、自身も改善に向けて取り組んでいきたいとの意向が述べられた。

増田委員（琉球大学病院・診療教授／がんセンター長）より、2点の質問があった。

日本放射線腫瘍学会資料（33頁）において、放射線照射装置の導入コストおよび年間メンテナンス費用が大幅に増加しており、年間200例程度では減価償却が困難であると示されている点を踏まえ、①装置費のみを前提とした場合に年間何例程度で減価償却が可能と見込まれるのか、②人件費を含めた病院経営全体の観点では年間何例程度が必要と考えられるのかについて質問があった。特に中小規模病院では、装置更新時の経営的負担が大きく、「年間何例実施すれば経営的に成立するのか」が重要な論点であるとの指摘があった。

これに対し、青山委員より回答があった。

現在、国内で標準的に導入されている放射線治療装置は高機能機種が中心であり、年間400～500例程度の症例数がなければ採算確保は困難であるとの意見があるとの説明があった。一方で、稚内のような地域を想定し、より簡素な装置の導入可能性についてメーカーに確認したところ、「10年程度で採算ベースに乗る」との試算も示されているが、その妥当性については慎重な検討が必要であるとの見解が示された。

また、海外事例としてインドでは比較的簡易な仕様の装置が普及しているとの情報があり、導入機種の在り方について再検討の余地があるとの考えが示された。さらに、診療報酬の基礎点数が30年前の水準を基に設定されている点も、経営的課題の一因である可能性があり、制度的な検討が必要ではないかとの指摘があった。

これに対し、増田委員より、本件については医療部会等の場で継続的に議論していくこ

とが適切ではないかとの発言があった。

経済面の課題は大きく、導入時には一定の判断で進められても、10年～15年後の更新時に大きな負担が生じる点が指摘された。医療機器や医薬品も同様であり、一度導入されると、それを前提に医療提供体制や地域連携が構築されるため、更新を行わない場合の影響は非常に大きいとの認識が示された。導入のみならず、更新までを見据えた持続可能な体制整備について、関係者で共有・検討する必要があるとの意見が述べられた。

青山委員より、放射線治療の診療報酬については、国際比較の観点から別途検討を進めたいとの発言があった。現在、国の関係者とも情報共有や意見交換を開始しており、参考となる資料等が得られる可能性があるとの説明があった。

増田委員より、集約化を進める際には患者の経済的・時間的負担への配慮が重要であるとの発言があった。

時間的負担の解消は容易ではないものの、少なくとも経済的負担の軽減策については検討の余地があるとの考えが示された。参考事例として、沖縄県では有人離島から本島への医療受診時に、県および市町村が渡航費を助成する制度が整備されており、がん医療を契機として導入された後、対象分野が拡大しているとの説明があった。北海道においても、放射線治療等で長距離移動を要する患者が多いことから、渡航費助成の仕組みについて、連携協議会や道庁で検討することは一案ではないかとして、参考提案がなされた。

柴田委員（北海道がん患者連絡会）より、患者の立場からの発言があった。

交通費助成についてはこれまでも意見が出ていたものの、財政的理由等により十分な議論に至らなかった経緯があるとの説明があった。地域の医療機関を守る重要性は理解している一方で、患者としては症例数が多く、経験豊富な医療機関や医師のもとで治療を受けたいという思いが本音であり、そのため一定の費用負担が生じても遠方の医療機関を選択する場合があるとの発言があった。可能であれば、こうした経済的負担を軽減する仕組みについて、関係者とともに検討してほしいとの要望が述べられた。

これに対し、瀬下委員代理（北海道保健福祉部健康安全局 地域保健課がん対策等担当課長）が指名され発言があった。

貴重な意見への謝意が示され、地域で医療提供に尽力している関係者の状況がよく理解できたとの発言があった。交通費負担については課題であるが、制度化は、沖縄県の事例も踏まえつつ、国の補助状況も含めて、調査・検討を進める必要があるとの考えが示された。

最後に、平賀会長（北海道がんセンター・院長）より発言があった。

協議会として、都道府県や国に対し、協議会名義で要望書を提出することも可能であり、今後、委員と協力してその方向性を検討していきたいとの考えが示された。また、資料 8 に示された放射線治療のロジックモデルについては、中間アウトカム「新たな提供体制が整っている」に焦点を当てて取り組みを進めているとの説明があった。

今後、ベンチマーク部会で 2 次医療県別放射線治療必要患者数の 2040 年推定値の精度をあげ、放射線治療を集約化した場合の各二次医療圏別リニアック必要台数を次回協議会において総論として提示する方針であることが了解された。

8. 専門部会からの検討

平賀会長（北海道がんセンター・院長）より、議事次第（6）「専門部会からの検討」について、資料 9 に基づき説明があった。

ベンチマーク部会について、従来は院内がん登録を扱う実務者中心の部会であったが、実際に方針決定や施策の推進を行うにあたっては、実務者のみでは対応が困難であることから、組織改編を行うこととされた。

具体的には、実務者ワーキングを下部組織として設置し、その上位にベンチマーク部会を置く体制で活動を継続していく予定である。また、現状のベンチマーク部会員は人数が少ないため、今後、適切に委員を増員し、運営していく方針である。

本改編について、説明の通り進めていくことが了解された。

第二部

9. （1）「北海道院内がん登録集計報告書（2023 年）を読み解く」、「北海道がん診療連携協議会版ロジックモデル（暫定版）を読み解く」の講評

平賀会長より、「北海道院内がん登録集計報告書（2023 年）を読み解く」、「北海道がん診療連携協議会版ロジックモデル（暫定版）を読み解く」の講評について説明があった。

初めて作成した「北海道院内がん登録集計報告書」について、単に配布するだけでは活用されにくいことから、3 名の方に感想を述べていただくこととした。また、資料 3-2 のロジックモデルについても、配布だけでは理解が難しいため、読み解いた方から感想を伺う趣旨であり、審議の場ではない旨の説明があった。

埴岡委員（国際医療福祉大学大学院・教授）より「北海道院内がん登録集計報告書（2023）」の内容について資料 10 追加資料に基づいて解説があり、意見・感想が述べられた。

本資料は初見の方が多いかと思います。全体としては優秀な内容ですが、どこを重視す

べきか迷う部分もあると思います。私の方で簡単に三点、確認の視点を整理しました。

医療の質の観点

がん部位・ステージ・医療機関別に手技情報が整理されており（例：102 ページ）、院内がん登録の範囲内で活用可能です。

逸脱症例候補のスクリーニングにも活用できる。国立がん研究センターから提供された個票データも併せて活用することもできる。逸脱症例候補をスクリーニングする際に高齢者か遠隔地の患者かなどで区分することもできる。

移動患者の利便性検討の観点

患者移動情報も付録に記載（例：36 ページ、225 ページ）されており、不利益が生じていないか確認する際の材料にすることができます。

北海道の遠隔地から札幌に来る患者がどのようにどのような治療を受けているか検討する基礎材料とし、今後の対応策を検討するための活用が可能です。

移動補助などの支援策との組み合わせも検討の対象です。

施設の最適配置の観点

各がんの症例分布（例：94 ページ）を参照し、理想的な症例数を考慮した地域での施設配置の最適化を検討する基礎資料とすることができます。

ただし、部位ごとに分布が異なるため、施設の最適配置を見出すには複雑な解析が必要となる場合があります。

前提として、院内がん登録のカバー率を上げる必要があるため、参加促進の効果が出ることを期待されます。

なお、施設別ステージ別の5年生存率の公表については、全国的に長年の議論を経てすでに公表されるようになっております。がん対策基本法やがん登録法の趣旨から考えても公表されるべきと考えられていると思います。社会やメディアの要請もあり、専門家による慎重な検討（例：猿木班）を経て開示方法が定められ、院内がん登録の5年生存率の施設別公表は従来から東委員らの努力もあり継続的に行われています。この冊子にそれが掲載されていないのは不自然と感じられる、との意見があった。

埴岡委員（国際医療福祉大学大学院・教授）より「北海道がん診療連携協議会版ロジックモデル（暫定版）」の内容について資料11 追加資料に基づいて解説があり、意見・感想が述べられた。

ロジックモデルと指標を活用していくことはとてもよいことと考える。文字が小さくて数字が読み取りにくいことから、資料を横置きで拡大してプリントアウトし、各項目を手書きでマーキングする形で作業を行った。作業時間は5時間程度かかった。ひとまず全国値との比較を基本とした。医療提供、共生、基盤分野の、分野アウトカム、中間アウトカム、施策ごとに表にまとめた。読み取りの結果、約100項目についてコメントや

改善案を付記した。特に中間アウトカムや各分野の指標において全国平均より低い項目が散見されたことから、数値改善のための具体的な対策を意識的に行う必要があることが確認された。また、ロジックモデル自体は暫定版であり、最初から完成版ではないため、読み取りを通じて改善すべき点も表に取りまとめたことで明らかになったと説明があった。

埴岡委員は、この読み取り結果を基に中間評価に活用し、必要な改善策をブラッシュアップして地域医療の向上につなげることができることを強調した。さらに、作業手順や読み取り方法の詳細も示し、今後同様の作業を行う際の参考となる基礎資料として活用できる旨を報告した。

柴田委員（北海道がん患者連絡会）「北海道院内がん登録集計報告書（2023）」の内容について解説があり、意見・感想が述べられた。

初めの4ページにあるナビゲーションコーナーについて、患者としてもどこを見ればよいか分かる点で非常に分かりやすいと評価した。一方で、48ページ以降の部位別・進行度別・病院別の症例数データについては、患者単独では理解が難しく、自身の受診する病院や地域の病院の状況を確認する際には、病院の相談支援センター等で説明してもらえる体制があると助かるとの意見を示した。

さらに、最後のページにある病院の特徴に関しては、患者が自分の病院や知っている病院を確認する上で参考になるとし、症例数などの情報も盛り込まれるとより有益であると述べた。加えて、患者の尊厳に配慮し、手術や抗がん剤の希望・非希望など個別の治療方針が分かる情報も役立つとの見解を示した。

また、希少がんに対応している病院が限られている現状を踏まえ、部位別の紹介においては該当病名のみでも掲載されるとよいとの提案があった。以上の意見は、患者の視点からの改善点として今後の参考にしてもらいたいとのことであった。

岩本委員（北海道新聞社編集局くらしの報道部（医療担当））より「北海道がん診療連携協議会版ロジックモデル（暫定版）」の内容について解説があり、意見・感想が述べられた。

北海道がん診療連携協議会版ロジックモデル（暫定版）について読み解きの結果と今後の期待が報告された。委員は、沖縄県協議会が作った『ロジックモデルと指標データのセット』を北海道のデータによって読み解いた結果、北海道においても有効に活用できることを確認するとともに、暫定版には改善の余地があることも明らかになったと述べた。具体的には、全国値と比較して北海道の現状を評価し、指標データの空白や重複、最新データとの整合性、最終アウトカムの明示、地域独自の指標の追加など、改良点を複数指摘した。

委員はまた、読み取り作業を通じて、指標の有効活用や地域診断の可能性を確認し、各

部会において専門家や行政、患者の視点を取り入れながら課題の抽出と優先順位付けを行い、改善に取り組むことの重要性を強調した。さらに、北海道協議会の所掌分野以外の『予防』や『検診』の両分野についても同様の作業を行うことや、北海道協議会が、北海道の現行のがん対策推進計画の中間評価からロジックモデルを活用し働きかけ、計画策定・実行・評価・改善の一連のプロセスに反映させることが望ましいと述べた。最後に、委員は、ロジックモデルは作成しただけで効果が生まれるものではなく、活用する人々次第であると指摘し、関心のある分野や担当領域について現状を診断し、足りない部分や改善点を事務局にフィードバックすることで、より有効なロジックモデルを構築し、北海道のがん対策や患者支援に活かしていくことを期待すると述べ、発言を締めくくった。

上林委員（北見赤十字病院・副院長/患者支援センター長）より「北海道院内がん登録集計報告書（2023）」の内容について解説があり、意見・感想が述べられた。

北網医療圏と遠紋医療圏を含む当院のがん診療状況について報告があった。まず、当院と道立病院、公立病院等が主になん診療を行っており、地域的に離れていることが確認された。院内がん登録のデータによると、当院の登録患者は1,700弱で、全体として圏域内の患者をほぼカバーしている状況である。血液領域では患者の約8割が北網医療圏から来院しており、遠方からの患者も一定数診療している。外来および入院患者についても、北網医療圏内での受診が中心であることが示された。

一方、消化器領域など一部の診療分野では、当院が圏域全体の患者を把握できていないこともあり、今後、院内がん登録への参加医療機関の拡大が最優先課題であると指摘された。また、放射線治療体制や機器整備については、医師配置や更新時期を踏まえ、必要台数の検討や患者受け入れ体制の整備が重要であると述べた。外来医療体制や手術件数の圏域別状況の把握も必要であり、データに基づく体制強化の重要性が強調された。さらに、当院のゲノム医療の重点化や中枢薬物情報提供体制の確立も課題として示され、今後の地域医療圏全体での役割分担と計画策定に活かす必要があるとされた。

上林委員（北見赤十字病院・副院長/患者支援センター長）より「北海道がん診療連携協議会版ロジックモデル（暫定版）」の内容について解説があり、意見・感想が述べられた。

今回のロジックモデルに基づき、圏域全体のデータ収集や指標設定を行い、評価・改善に活かす必要があると述べた。昨年度はベータ支援モデル事業に参加し、琉球大学の増田先生の指導のもとで院内体制の整備に取り組んだこと、また関連病院への説明や出向を通じて、院内外での取り組みを推進してきた実績が報告された。

発表者は、今後はアピアランスケアに限らず、圏域全体での取り組みを拡大する必要があると強調した。ロジックモデルを活用して医療機関全体の方向性を統一し、院内がん

登録の導入を通じて地域データを収集し、緩和ケアや手術、ゲノム医療などを体系的に整備することが重要であると述べた。圏域外で対応が必要な場合は、札幌や旭川などの専門施設と連携し、中期計画・年間計画に反映して運用していく必要性も指摘された。さらに、改正医療法や地域医療構想を踏まえ、急性期拠点病院として、医師派遣や人材育成を含めた体制整備の重要性が説明された。網走厚生病院との連携や、大学病院からの派遣医師による支援体制についても紹介され、圏域のがん診療体制を強化するための今後の方向性が示された。発表者は最後に、オホーツク地域での課題解決が北海道全体、ひいては日本のがん医療の改善につながるとの考えを述べ、発言を締めくくった。

平賀会長（北海道がんセンター・院長）より発言があった。

院内がん登録のカバー率向上の必要性について確認があり、これまでの資料やデータを各自の施設における活動や対策に反映させて活用していくことが共有された。

議事全体として、今回の協議事項はすべて終了したことが確認された。

10. 挨拶

北海道がん診療連携協議会会長 平賀博明よりあいさつ

次回の協議会は8月28日に開催されることが決定され、出席者に対して長時間の出席と協議への参加に感謝の言葉が述べられ、閉会となった。

以上、閉会