令和4年度第2回沖縄県がん診療連携協議会幹事会
議事次第

日　時：令和４年７月４日（月）　１４：００～

場　所：琉球大学上原キャンパス（医学部・病院）がじゅまる会館3階セミナー室

議事要旨等	資　料	備　考
１．令和４年度第１回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨(4月11日開催)	資料１	P4
２．令和４年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(5月13日開催)	資料２	P7
３．令和４年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事録(5月13日開催)	資料３	P12
４．協議会・幹事会・部会委員について	資料４	P58
５．令和４年度の協議会・幹事会の開催の日時について	資料５	P64
審議事項		
１．「島外の医療施設における治療等の必要性に係る意見書」の定額化について□	資料６	P65
２．今年度の協議会の活動方針について	資料７	P67
３．第３次沖縄県がん対策推進計画の評価のための医療者調査について	資料８	P68
４．その他		
報告事項		
１．指定要件の変更について	資料９	P75
２．北部、宮古及び八重山医療圏における各種がんに対する治療の現状のWeb上の公開について	資料１０	P102
３．患者会よりの報告		
（１）田盛委員報告	資料１１-(１)	P119
（２）島袋委員報告	資料１１-(２)	P121
４．がん教育について	報告なし	
５．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について	資料１２欠番	(＊報告なしに変更)
６．がんゲノム医療について	資料１３	P124
７．沖縄県がん地域連携クリティカルパス適用状況について	資料１４	P138
８．沖縄県がん患者等支援事業の活動報告	資料１５	P139
９．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	P160
１０．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議		
（１）第７９回がん対策推進協議会	資料１７-(１)	P174
（２）第８０回がん対策推進協議会	資料１７-(２)	P364
（３）第８回がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ	資料１７-(３)	P531
（４）第９回がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ	資料１７-(４)	P650
（５）第５回がんの緩和ケアに係る部会	資料１７-(５)	P678
（６）第６回がんとの共生のあり方に関する検討会	資料１７-(６)	P725
（７）第２回 小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ	資料１７-(７)	P805
（８）第３５回がん検診のあり方に関する検討会	資料１７-(８)	P864
（９）第１５回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会	資料１７-(９)	P940
１１．その他		
部会報告事項		
１．医療部会	資料１８	P1013
２．緩和ケア・在宅医療部会	資料１９	P1018
３．小児・AYA部会	資料２０	P1031
４．離島・へき地部会	資料２１	P1035
５．情報提供・相談支援部会	資料２２	P1038
６．ベンチマーク部会	報告なし	

令和４年度第２回沖縄県がん診療連携協議会幹事会　資料一覧

１．令和４年度第１回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨(4 月 11 日開催)

２．令和４年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(5 月 13 日開催)

３．令和４年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事録(5 月 13 日開催)

４．協議会・幹事会・部会委員について

５．令和４年度の協議会・幹事会の開催の日時について

６．「島外の医療施設における治療等の必要性に係る意見書」の定額化について

７．今年度の協議会の活動方針について

８．第３次沖縄県がん対策推進計画の評価のための医療者調査について

９．指定要件の変更について

１０．北部、宮古及び八重山医療圏における各種がんに対する治療の現状の Web 上の公開について

１１．患者会よりの報告
（１）田盛委員報告
（2）島袋委員報告

１３．がんゲノム医療について

１４．沖縄県がん地域連携クリティカルパス適用状況について

１５．沖縄県がん患者等支援事業の活動報告

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

１７．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議
（1）第７９回がん対策推進協議会
（2）第８０回がん対策推進協議会
（3）第８回がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ
（4）第９回がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ
（5）第５回がんの緩和ケアに係る部会
（6）第６回がんとの共生のあり方に関する検討会
（7）第２回 小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ
（8）第３５回がん検診のあり方に関する検討会
（9）第１５回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会

１８．医療部会

１９．緩和ケア・在宅医療部会

２０. 小児・AYA 部会

２１. 離島・へき地部会

２２. 情報提供・相談支援部会

資料１

令和４年度 第１回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨

日　　時　令和４年４月１１日（月）１４：００～１５：５０
場　　所　ＷＥＢ会議
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）	戸板 孝文（朝倉委員の代理出席）
３号委員（沖縄県立宮古病院）	松村 敏信
３号委員（沖縄県立八重山病院）	菊池　馨
３号委員（北部地区医師会病院）	柴山 順子
４号委員（琉球大学上原キャンパス事務部総務課長）	仲本 律雄

（欠席者）

２号委員（那覇市立病院）	宮里 浩
４号委員（沖縄県保健医療部）	新城 光雄

（陪席者）

沖縄県保健医療部健康長寿課がん対策班	新垣　真太郎
琉球大学病院診療情報管理センター	有賀　拓郎
がんセンター	石川　千穂
上原キャンパス事務部総務課総務第二係	玉城　光

議事要旨・委員一覧

会議に先立ち、増田議長から幹事会委員及び陪席者の紹介があった。

１．令和３年度第４回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨（1月17日開催）について
２．令和３年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨（2 月 4 日開催）について
３．令和３年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事録（2月4日開催）について

増田議長から資料１から資料３に基づき、令和３年度第４回幹事会議事要旨（令和４年１月 17 日開催）、令和３年度第４回協議会議事要旨及び議事録（令和４年２月４日開催）について報告があった。

４．令和４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４に基づき、令和４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。

報告事項

１．協議会・幹事会委員一覧について

増田議長から資料５に基づき、協議会・幹事会委員の確認があった。

赤字で記載されている委員は新委員、青字で記載されている委員は現在調整中のため、5月の連携協議会までには確定する予定である旨の説明があった。

審議事項

１．今年度の協議会の活動方針について

増田議長から資料６（当日資料）に基づき、今年度の協議会の活動方針について説明があった。

続いて、増田議長から拠点病院の指定要件について、4 年毎の大改訂があり、今年 8 月に改訂された指定要件がでるので来年度からはそれに基づいて審査が行われるとの報告があった。指定要件に関するワーキングや勉強会で決まっている大基本方針として、今後拠点病院は自院のことだけでなく、政策医療の担い手としての拠点病院である旨明記することが決まっている。そのために協議会の活動内容を大幅に変える予定である。今後は国や県の計画を中心に、拠点病院がリードしていくことになるとの報告があった。

２．北部、宮古及び八重山医療圏における各種がんに対する治療の現状の Web 上の公開について

増田議長から資料 7 に基づき、「うちなーがんネットがんじゅう」に掲載する離島・へき地における疾患別対応状況について説明があった。

松村委員から資料 7 の P56 について、子宮の横に卵巣がんを加えてはどうかとの意見があり、そのとおり修正することとなった。

また、戸坂委員からも同資料の血液に、リンパ腫や白血病の記載を加えると患者さんも分かりやすいのではないかとの意見があり、こちらについても掲載内容を修正することとなった。

３．第３次沖縄県がん対策推進計画の評価のための医療者調査について

増田議長から資料 8 に基づき、医療者調査実施の提案について説明があった。
調査時期、対象、人数について意見確認があり、戸板委員からがん診療に携わっている医療者が回答するよう記載してはどうかとの意見があった。そのことについて増田議長から、アンケートにどのように記載するか検討するとの回答があった。

続いてアンケートの質問項目について、前回 2015 年に行ったアンケート及び 2020 年に秋田県で行われたアンケートの説明があった。

前回のアンケートに関して、戸板委員から、がん診療連携体制の役割を十分に担っているかという質問について答えるのが難しいので、注釈にどのようなことが指定要件となっているかなど記載してはどうかとの意見があった。

他にアンケートに追加したい質問項目があるか確認があった。今回は特に意見が無かったが、また後日、資料の内容を確認いただき、意見等あればメール等にて連絡することとした。

報告事項

２．昨年度の本協議会の実績について
３．患者会からの要望書に関する対応について
４．第３次沖縄県がん対策推進計画(2018～2023)の中間評価について
５．患者会よりの報告

増田議長より、各自確認頂きたい旨、発言があった。

６．がん教育について

増田議長から資料１４に基づき、がん教育について報告があった。
小学校、中学校、高等学校の新学習指導要領にがんについての記載がある旨説明があった。

７．がんゲノム医療について

増田議長から資料１５に基づき、がんゲノム医療について報告があった。
がんゲノム医療外来への紹介が遅いことが指摘されている旨説明があった。

８．沖縄県がん地域連携クリティカルパス適用状況について
９．沖縄県がん患者等支援事業の活動報告

１０．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

増田議長より、各自確認頂きたい旨、発言があった。

１１．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議

（１）第７６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２８回薬事・食品衛生審議会薬事分科会医療薬品等安全対策部会安全対策調査会

（２）第４７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

（３）第１８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ワクチン評価に関する小委員会

（４）第１９回厚生科学審議会がん登録部会

（５）第７８回がん対策推進協議会

（６）第３４回がん検診のあり方に関する検討会

（７）第３回 小児・ＡＹＡ世代のがん患者等に対する妊孕性温存療法に関する検討会

（８）第２０回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会

（９）第２１回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討

増田議長から資料１９に基づき、がん関連審議会及び各種会議について報告があった。

１２．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について

増田議長から資料２０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。

１３．その他

松村委員から、これから沖縄県の二次医療圏の範囲の変更はあり得るのか、また那覇市及び南部を二次医療圏として独立させる考えはないのかとの意見があった。

増田議長から、二次医療圏の範囲の変更は制度上可能であり、幹事会から沖縄県に要望することも可能である旨の説明があった。また、がん対策においては二次医療圏という概念はなく、がん医療圏という別の概念があるが、ほとんどの都道府県でがん医療圏を二次医療圏としている旨の説明があった。

<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．情報共有・相談支援部会

６．ベンチマーク部会

増田議長より、各自確認頂きたい旨、発言があった。

以上

資料２

令和４年度 第１回 沖縄県がん診療連携協議会議事要旨

日　　時　　令和４年５月１３日（金）　１４：００～１６：３５
場　　所　　ＷＥＢ会議／議長　琉球大学医学部 臨床研究棟１階　大学院セミナー室
構 成 員　　３６名（出席者２５）

（出席者）

３号委員	（県立宮古病院長）	岸本　信三
	（県立八重山病院長）	篠﨑　裕子
５号委員	（沖縄県歯科医師会長）	米須　敦子
７号委員	（沖縄県看護協会長）	平良　孝美
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）	青木　陽一
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
１６号委員	（県立中部病院副病院長）	前田　純子
	（県立中部病院血液腫瘍内科部長）	朝倉　義崇（代理出席：森　隆弘）
	（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	（県立宮古病院外科部長）	松村　敏信
	（県立宮古病院副院長）	新崎　博美
	（県立八重山病院消化器内科部長）	菊池　馨
	（県立八重山病院副院長）	石田　浩子
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
	（サバイバーナースの会「ピアナース」代表）	上原　弘美
	（パンキャンジャパン沖縄アフィリエート）	島袋　百代
１９号委員	（国際医療福祉大学大学院教授）	埴岡　健一
	（一般社団法人ｸﾞﾙｰﾌﾟ・ﾈｸｻｽ理事長）	天野　慎介
	（琉球新報編集局次長・報道本部長）	島　　洋子
２０号委員	（琉大病院病理部長）	和田　直樹
	（那覇市立病院放射線科部長）	足立　源樹

（欠席者）

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
	（那覇市立病院長）	外間　浩
３号委員	（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）	安里　哲好
６号委員	（沖縄県薬剤師会長）	前濱　朋子
９号委員	（沖縄県保健医療部長）	糸数　公
１２号委員	（琉大医療福祉支援センター長）	平田　哲生
１５号委員	（琉大事務部長）	加藤　善一
１７号委員	（北部地区医師会病院副院長）	柴山　順子
	（北部地区医師会病院看護部長）	我如古　春美

（陪席者）

沖縄県教育庁保健体育課長	城間　敏生
沖縄県保健医療部健康長寿課がん対策班	新垣　真太郎
琉球大学病院診療情報管理センター	有賀　拓郎

（以下、Zoom傍聴申込）
株式会社ダイコー沖縄病院、ハートライフ病院、ほか

資料確認等

１．令和４年度第１回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨（4月11日開催）
２．令和３年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨（2月4日開催）
３．令和３年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事録（2月4日開催）
４．令和４年度の協議会・幹事会の開催の日時について

増田委員（10 号委員）から資料について確認があった。

また、青木委員長代行から、資料４の協議会名簿に基づき、委員についてアナウンスがあり、委員からそれぞれ挨拶があった。

報告事項

１．協議会・幹事会・部会新委員について

増田議長から資料５に基づき、沖縄県がん診療連携協議会組織図及び協議会・幹事会・部会委員の確認があった。

有識者報告事項

１．埴岡委員報告

埴岡委員（19号委員）から資料6に基づき、「沖縄県がん対策関連データのアップデート」について報告があった。

市町村別、都道府県別でのがん死亡率の推移、医療圏別超過死亡数、遺族調査結果、がん部位別化学療法実施状況、遺伝子マーカー等検査実施状況、免疫チェックポイント阻害薬使用状況について説明があった。沖縄県連携協議会として、重要データを恒常的・定点観測的に収集し、確認や必要なディスカッションをするのが望ましいとの報告があった。

（主な確認事項）

Q.島袋委員：沖縄県において死亡率が上昇しているがん種もあるが、県として改善に向けて検討していることはあるか。

A.新垣氏　：確認して個別に回答する。

※別途回答より

第3次沖縄県がん対策推進計画において「科学的根拠に基づく、がん予防・がん検診の充実」「患者本位のがん医療の実現」「尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築」の3つを全体目標とし、県及び関係機関は沖縄県のがんの罹患率・死亡率減少に向けて取り組んでいる。

生活習慣の改善や感染に対して適切な治療を実施することによってがんを予防し、がんの罹患率を減少させ、定期的にがん検診を受診していただくことでがんを早期に発見し、がんの死亡減少を図っている。

また、がん医療を推進するため集学的治療や緩和ケア等の提供に取り組み、医療提供体制の推進を図るなど、がん医療の均てん化、集約化を進めている。

さらに、がん患者が住み慣れた地域社会で生活できるよう環境を整備している。

県では、生活習慣病等健診管理協議会を設置し、がん検診の充実強化、精度管理の向上に向けた取組を実施している。

そのほか、「地域統括相談支援センター」を設置（琉球大学病院に委託）し、ピアサポーターによる相談業務やピアサポーター養成研修の開催、患者会等との意見交換などを実施している。また、拠点病院等は整備指針に基づき「がん相談支援センター」を設置し、相談業務を実施している。

Q.島委員　：沖縄県の中でも市町村によってがん死亡率に違いがあるが、各市町村はそのことを把握しているのか。また、そのことについて検討する場が沖縄県にあるのか。

A.新垣氏　：確認して個別に回答する。

※別途回答より

第3次沖縄県がん対策推進計画の評価・進捗管理のため、人口動態統計や全国がん登録情報を用いて県のがんの罹患、死亡について集計している。

また、市町村ごとのがん罹患数や主要がんの発見経緯別進展度について、本県のがん登録事業報告書に掲載し、各市町村に配布している。がん検診などの各市町村の取組の参考にしていただくことを目的としている。

なお、市町村ごとの死亡数(率)については人口動態調査(厚生労働省)より参照可能だが、県として集計等はしていない。

A.増田委員:個別の疾患を検討する場は、県には無かったと思う。大腸がん死激減プロジェクトは毎月一回会合を開いている。

Q.田盛委員:石垣市の女性の肺がん死亡率が高いのはなぜか。

A.増田委員:次回の協議会までに調査をして回答する。

２．天野委員報告

天野委員(19号委員)から、資料7に基づき報告があった。

日本医学会・日本医学連合会と日本医師会が「遺伝情報・ゲノム情報による不当な差別や社会的不利益の防止」についての共同声明を出しており、それを受ける形で一般社団法人ゲノム医療当事者団体連合会と一般社団法人全国がん患者団体連合会も連名で「遺伝情報・ゲノム情報による差別や社会的不利益の防止のための法規制を求める共同声明」を出している。国も全ゲノム解析等実行計画に向けた検討を進めている。

その他．院内がん登録データからみた新型コロナウイルス感染症流行下におけるがん診療の状況について

増田委員(10号委員)から当日配布資料に基づき報告があった。

今回は院内がん登録を用いて資料を作成している。全国では2020年の緊急事態宣言が発出されていた5月は、がん検診発見例、検診以外の発見例ともに減少している。沖縄県では、緊急事態宣言が発出されていた5月及び8月にがん検診発見例、検診以外の発見例ともに減少している。自覚症状などの発見例も減少しているため、一定の受診控えが生じていた可能性が考えられる。

<u>審議事項</u>

１．今年度の協議会の活動方針について

増田委員（10 号委員）から資料 9 に基づき説明があった。今後の協議会については、委員の方から意見を聴収し、それを受けて 7 月に行われる幹事会で検討していきたい。

天野委員より、特定のがん種や、特定の地域に対してより重点的な対策をするべきではないかとの意見があった。

埴岡委員より、今後の活動方針について、がんのデータや各委員が日々疑問に感じていることを議題に上げ、問題解決型のディスカッションができればいいのではないかとの意見があった。

２．北部、宮古及び八重山医療圏における各種がんに対する治療の現状の Web 上の公開について

増田委員（10 号委員）から資料 10 に基づき説明があった。現在は令和 3 年度の情報が掲載されているが、5 月中には今年度の情報に更新する予定である。

天野委員より、各病院の対応について△の表示があるが、△だと患者が受診していいかどうか迷う可能性があるため、△の内容について追記説明が必要ではないか、また、症例についても何年の症例なのか記載した方が分かりやすいのではとの意見があった。

増田委員から、各病院に△の詳しい事情を自由記載欄に記載いただき、その内容を反映したいとの回答があった。また、症例については全て 2020 年の症例である旨の回答があった。

上原委員より、ネット検索する際、どのワードで検索すれば、当 Web ページにたどり着けるのかとの質問があった。

増田委員より、その点については、今後検討していきたいとの回答があった。

３．第３次沖縄県がん対策推進計画の評価のための医療者調査について

増田委員（10 号委員）から資料 11 に基づき説明があった。7 年前に沖縄県で行った調査と、2 年前に秋田県で行った調査をベースに質問項目を作成していきたい。次回８月の協議会では最終版の調査票を確認する予定である。

上原委員より、前回の調査結果について、がん対策推進計画の中間評価の他に調査結果について協議する場があったのか、また、回答する医療者の自由記載欄があった方がいいのではないかとの意見があった。

増田委員より、各部会でデータを共有して検討はしたが、まだ不十分なところがあるので、今後改善していけるようにしていきたいとの回答があった。

<u>報告事項</u>

２．昨年度の本協議会の実績について

増田委員（10号委員）から資料12に基づき報告があった。

３.第３次沖縄県がん対策推進計画(2018～2023)の中間評価について

沖縄県健康長寿課新垣氏から、第３次沖縄県がん対策推進計画(2018～2023)の中間評価について、進捗状況等の報告があった。

４.患者会よりの報告

島袋委員（１８号委員）から資料13に基づき、「オンライン患者会開催」と「膵臓がん早期発見に向けて」の報告があった。

５.がん教育について

沖縄県教育庁保健体育課長城間氏から、資料14に基づき、学校におけるがん教育の取組について報告があった。

６.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（10号委員）から資料15に基づき、「大腸がん相談室開設のお知らせ」について報告があった。

（以下については、紙面報告となった）

７.がんゲノム医療について

８.沖縄県がん地域連携クリティカルパス適用状況について

９.沖縄県がん患者等支援事業の活動報告

１０.沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

１１.厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議

(1)第７６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２８回薬事・食品衛生審議会薬事分科会医療薬品等安全対策部会安全対策調査会
(2)第４７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
(3)第１８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ワクチン評価に関する小委員会
(4)第１９回厚生科学審議会がん登録部会
(5)第７８回がん対策推進協議会
(6)第３４回がん検視のあり方に関する検討会
(7)第３回小児・AYA世代のがん患者等に対する妊孕性温存療法に関する検討会
(8)第２０回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会議
(9)第２１回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会議

１２.その他（特になし）

（以下については、紙面報告となった）

部会報告事項

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

以上

資料３

令和４年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事録

日　　時　　令和４年５月13日（金）１４：００～

場　　所　　ＷＥＢ開催

（冒頭音声途切れ）

○上原弘美委員（サイバーナースの会「ぴあナース」　代表）

・・・サイバーナースの会「ぴあナース」の上原と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

○青木陽一議長代行（琉球大学病院　副病院長）

お願いいたします。

続きましてパンキャンジャパン沖縄支部長、島袋委員、いらっしゃいますか。

○島袋百代委員（パンキャンジャパン沖縄アフィリエート　支部長）

膵臓がん患者・家族支援団体のＮＰＯ法人パンキャンジャパン沖縄支部の島袋です。今年度もどうぞよろしくお願いいたします。

○青木陽一議長代行

よろしくお願いいたします。

続きまして一般社団法人グループ・ネクサス・ジャパン理事長の天野委員、よろしくお願いいたします。

○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）

グループ・ネクサス・ジャパンの天野と申します。全国がん患者団体連合会の理事長も拝命しております。よろしくお願いします。

○青木陽一議長代行

よろしくお願いします。

続きまして国際医療福祉大学大学院教授の埴岡委員、よろしくお願いいたします。

○埴岡健一委員（国際医療福祉大学大学院　教授）

国際医療福祉大学の埴岡です。東京から参加しております。よろしくお願いします。

○青木陽一議長代行

よろしくお願いいたします。

続きまして琉球新報社編集局次長・報道本部長の島委員、いらっしゃいますか。

○島洋子委員（琉球新報社　編集局次長・報道本部長）

島です。お世話になります。よろしくお願いします。

○青木陽一議長代行

よろしくお願いいたします。

それから琉大病院病理部病理部長の和田委員、よろしくお願いいたします。

○和田直樹委員（琉球大学病院病理部　病理部長）

琉球大学病理の和田と申します。今年度から参加させていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

○青木陽一議長代行

よろしくお願いいたします。

それから那覇市立病院放射線科部長の足立委員、よろしくお願いいたします。

まだ入られていないようです。わかりました。ありがとうございました。

それでは、これから審議に入りますが、まず資料の説明を増田委員からお願いいたします。

○増田昌人委員（琉球大学病院がんセンター　センター長）

では、資料の確認をさせていただきます。本日は皆さんに事前にお配りした本日の資料一式がメインとなっております。資料番号は入っていないのですが、「院内がん登録データからみた新型コロナウイルス感染症流行下におけるがん診療の状況」という資料が新たに１つ追加で皆さんにメールの添付文書としてお配りしていますので、今日使う資料は主に

この２つとなりますのでよろしくお願いいたします。それぞれご確認をよろしくお願いいたします。以上です。

○青木陽一議長代行

ありがとうございます。では資料の確認をよろしくお願いいたします。何か不足がありましたらお申し出ください。

それでは、資料１～３の議事要旨の確認に入りたいと思います。資料４の令和４年度の協議会・幹事会の開催日程について、資料５の委員一覧については増田委員より報告をお願いいたします。

議事要旨・委員一覧

１.令和４年度第１回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨(4月11日開催)

２.令和３年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(2月4日開催)

３.令和３年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事録(2月4日開催)

４.令和４年度の協議会・幹事会の開催の日時について

報告事項

１.協議会・幹事会・部会新委員について

○増田昌人委員

では、議事要旨等の確認をさせていただきます。まずはお手元の議事要旨をご覧になりながら聞いていただければと思います。議事要旨が２つと議事録がありますが、前回の本協議会の議事要旨のみを確認させていただきます。資料２の７ページになります。前回の２月４日に開催しておりまして、有識者報告として埴岡委員と天野委員からそれぞれご報告がありました。また、審議事項としましては、当協議会専門部会の各ワーキングに関する申し合わせについて新たに規約をつくりました。

２番目が、今日も継続審議になっておりますが、北部、宮古及び八重山医療圏における各種がんに対する治療の現状のＷｅｂ上の公開について審議をいたして、おおむねゴーサインをいただいております。今日はその出来上がったものについて、またご審議をいただければと思っております。

３番目が、第３次沖縄県がん対策推進計画の評価のための医療者調査ということで、ま

ずは県のほうから医療者調査を７年前に引き続き第２回をやってほしいということを協議会のほうでお願いしたのですが、少し難しいということがありましたので、では協議会のほうで行いましょうということで、協議会のほうで音頭をとって進めることまで決まりました。今日はそれについて継続審議ということで細かい内容について、また皆様からご意見を頂戴するところであります。

報告事項につきましては、いつものような形で報告をしております。それぞれ前回の４月11日に開かれた第１回の協議会に先立って開かれた幹事会及び前回の本協議会、そして議事録自体もついておりますので、それぞれ皆さんでご確認の上、もし間違い等がございましたら事務局にご連絡をいただければと思います。

次に資料４で、今年度の開催日程につきましてそれぞれご報告をいたします。本年度の協議会と幹事会の開催日程であります。第１回が本日開催されているわけですが、次回第２回は８月５日(金)の14時から17時の間、第３回が11月18日(金)の14時から17時の間、第４回が来年２月３日(金)の14時から17時の予定にしております。原則的には５月、８月、11月、２月の第１金曜日を予定しておりますが、今回の第１回目はゴールデンウィークにより、第３回は消化器系の学会のために日程がずれておりますのでそれぞれご確認をしていただければと思います。幹事会は以下の４回を予定しております。それぞれご確認をお願いして、もしご都合が悪い方がいらっしゃいましたら個別に事務局にご連絡をいただければと思います。もし欠席のご連絡が多い場合は、また改めて日程を組み直そうと思いますが、原則としてこの日程でいきたいと思います。よろしくお願いいたします。

次に、報告事項１番の各委員につきましては、本日初めてご参加の委員の方もいらっしゃいますので、念のために本協議会の組織図を提示しております。本協議会は沖縄県と６つの拠点病院等が主体となって構成しておりまして、そのほかに沖縄県の各医療機関のステークホルダーである県医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会等の会長の先生にも入っていただいており、また有識者委員３人、患者委員４人をお迎えしております。

本協議会につきましては、厚労省のがん診療連携拠点病院の都道府県拠点病院の義務要件として全ての47都道府県に設置されているものであります。沖縄県の場合はその下に議題調整も含めて幹事会、そしてその下に６つの専門部会を設置しております。さらにその専門部会の下には、全部で７つの専門的なワーキングを結成しておりますので、このような形で協議会全体が構成されております。それぞれご確認をいただければと思います。

各名簿は、先ほど出席者の委員の皆様には自己紹介していただきましたが、赤字で書い

てあるのは今回変更となったところでございます。また、幹事会、そして専門部会等の名簿を掲載しておりますので、もし間違い等がございましたら、また事務局にご連絡をいただければと思います。私からは以上になります。

○青木陽一議長代行

ありがとうございました。資料１から資料５まで説明と報告をいただきました。何か御質問はよろしいでしょうか。

それでは有識者からの報告、説明に入りたいと思います。議事次第では埴岡委員より先に報告をいただくことになっておりますが、この後の審議内容との関連がありまして順番を変更させていただきまして、先に天野委員のご報告からお願いしたいと思います。天野委員、よろしくお願いいたします。

有識者報告

２.天野委員報告

○天野慎介委員

本日は機会をいただきましてありがとうございます。私から簡単に報告させていただきます。

私の報告事項は、いわゆる遺伝情報やゲノム情報による不当な差別や社会的不利益の防止に関する様々な動きについてご説明申し上げます。画面させていただいている資料は、本年４月６日に日本医学会並びに日本医師会の連名でこちらの共同声明が発出されました。内容としましては､ゲノム医療が非常に進歩していて､それ自体はがんをはじめとする様々な疾患に対して様々な恩恵をもたらしているところでございますが、一方で、特に生殖細胞変位等、いわゆる遺伝性腫瘍もありますし、ゲノム情報が仮に不適切に扱われた場合には患者のみならず、その血縁者に対して保険や雇用、結婚、教育など、医療以外の様々な場面で不当な差別や社会的不利益がもたらされる可能性があると指摘されているところでございます。

一方で、我が国のこうした問題に対する社会環境の整備としては、個人情報保護法による対応のみにとどまっている現状がございまして、例えば米国では遺伝情報差別禁止法、いわゆるＧＩＮＡ法があるわけでございますが、国内ではまだ法制度が現状としてはありません。こういった現状を受けて、日本医学会並びに日本医師会での共同声明では、以下

の２点を要望しているところでございます。

１点目は、国は遺伝情報・ゲノム情報による不当な差別や社会的不利益を防止するための法的整備を早急に行うことを特に求めている。法律での対応を求めているということでございます。並びに関係省庁は様々な施策を実施するということが言われています。

２点目は、特に遺伝情報やゲノム情報を取り扱う可能性がある保険会社等の事業者に対して自主規制を早急につくるように促すべきだということも指摘されているところでございます。

これを受ける形となりますが、同じ日にちに私が理事長を務める一般社団法人全国がん患者団体連合会と一般社団法人ゲノム医療当事者団体連合会の連名で共同声明を出させていただきました。趣旨としましては、日本医学会並びに日本医師会が出している共同声明と同様なものでございまして、医学会並びに医師会の共同声明を支持するとともに、私たちとしましても、いわゆる遺伝情報やゲノム情報による不当な差別や社会的不利益を防止するための法規制を早急に行うよう求めていることがございます。

これを受ける形でＮＨＫでも報道がこのようにあった形でございますが、国でも実際に検討が進んでいます。例えばこちらは本年３月に開催された厚生労働省の第８回全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会の資料になります。厚生労働省ではこの専門委員会を通じて全ゲノム解析と実行計画をかつてつくっていたわけですが、このたび第２版を作成してほぼ出来上がっている状態になっているところでございます。

この実行計画の中では、全ゲノム解析の様々な施策について細目が記載されているわけでございますが、その中で特に最後の部分です。いわゆるＥＬＳＩについて、全ゲノム解析等の結果を患者に還元するに当たってはということで、様々なＥＬＳＩへの適切な対応と様々な体制整備が求められていることが検討の視点としてありまして､対応策としては､この全ゲノム解析を実施する実施組織が国の機関として新たに来年度以降つくられるわけでございますが、そこの中にＥＬＳＩ部門を設置するのみならず、ゲノム情報に関連した不利益の防止や、諸外国の法律の現状等を研究・調査し、必要な検討を行うことが定められているということでございます。

また、本日は資料が間に合わなかったのですが、今年度の政府の骨太方針においても同様の内容、すなわちゲノム情報に伴う社会的な不利益をこうむることがないように適切な法整備等を講ずることが定められているということでございます。

なお、私が今お話しした内容は、参考資料として早稲田大学の横野准教授が国会で、全

国がん患者団体連合会が議員の方々を対象に開催した院内集会でのご講演の内容となりますが、ゲノム情報に基づく差別に関する法整備のあり方について、国内の現状や諸外国の現状等についてご説明をしていただいていますので、関心のある方はご参照いただければと思います。私からは以上でございます。

○青木陽一議長代行

ありがとうございました。天野委員のほうからゲノム情報・ゲノム医療に関しての共同声明等々について報告をいただきました。何かご質問はいかがでしょうか。

究極の個人情報の取扱いということで、これはかなりいろんなところで慎重に協議する必要があると思いますが、よろしいでしょうか。

よろしければ次にいきたいと思います。続きまして埴岡委員よりご報告をお願いいたします。

１.埴岡委員報告

○埴岡健一委員

それでは私のほうから少し発表させていただきます。

これまでもデータをときどきご紹介しておりましたけれども、その追加アップデートとなります。オープンデータから沖縄県のがんの状況を理解することができる部分があるのではないかということです。また、この中で議論すべきことや考察すべきことがあれば皆さんにフォローしていただきたいと思っております。また、こうしたデータや必要なものを定期的にまとめて俎上に載せて検討する場づくりにもつなげていただきたいと思っております。

今日ご紹介するのは10点ですけれども、かいつまんでご紹介したいと思います。１つ目は、市町村別の標準化死亡比になります。がんの部位別・男女別に赤いものがかかって思わしくない。緑は心配が比較的少ないところです。赤く囲んだところの左側が大腸がんの男性です。縦に一番上が県全体、そして市町村が並んでいるわけですけれども、濃い赤い部分が数値が120を超えるようなところが散見されます。大腸がんはよく話題になるんですけれども、肺がんの女性のところでまた赤いスポットがあり、120を超えているようなところがあることを改めて認識をするところでございます。

同じデータを散布図で表現したものですが、やはり大腸がんの男性のところを見ますと、

全体はほとんど100､全国値より上にいっている中でも上のほうにずっと伸びているところがあるということ。肺がんの女性に関しては、全体にわりと下のほうにあるんですけれども、上のほうに伸びていってすごく上のところもある。こういうところも非常に見逃しやすいところであり、着目していく必要があるかなと。

棒グラフにしますと、大腸がんの男性で一番上は宮古島市でかなりの数字になっています。大腸がんは110を超えるところが幾つかあります。肺がんは県全体としては心配がないように思うのですが､地域によっては120を超えているところがあるということでございます。

次に、沖縄は間もなく50年ということですけれども、超長期的な疾病等を見るということで40年の数値を見てみました。全体的には青線で示した全国値になるので沖縄は下のほうにいっているような感じがするのですが、女性が意外と、かつて断トツにベスト県だったわけですけれども、普通の県に急速に近づいているので、ひょっとしたら全国値を追い越して悪いほうの県のなってしまうのではないかという懸念があります。どのような部位がこれに起因しているのかということも興味があるところです。

大腸がんはかねてから問題が指摘されていますけれども、やはりベスト県からワースト県に向かっていることがわかります。これは大腸がんを因数分解したものです。先ほど話題になりました肺がんの女性はむしろかつて悪かったものが全国並みになっているのですが、地域的にはまだすごく悪いところが残っていることが理解できます。

子宮がんは全国の値が下がってきて下げ止まって微増に転じるかなというところなんですが、沖縄はその中でワーストの値がぐっと減ったのですが、もう既に大きく増え始めていることがわかります。乳がんも沖縄はベスト県だったのですが、全国値を超えて悪くなる傾向が見られます。胃がんも全国で減ってきておりますが、沖縄県は断トツベスト県から普通の県になりつつあり､ひょっとしたら全国値を超えてくるのかなと､この数値から、このグラフの形だけから見るのもあまり科学的ではないかもしれませんが、トレンドとして懸念されるところです。

次に､40年ではなく25年です｡先ほどは40年の値を５年刻みに見ていたんですけれども、少しクローズアップで25年の値を１年刻みで見ます。また、沖縄県の連携協議会ができたところに線を引きました。そのビフォー&アフターで数値がどうなっているかも我々メンバーとしては関心を持っているところです。

乳がんは線の左側が全国よりベターな県だったわけですが、右側にいくと全国より値が

悪い県になってきております。大腸がんは、かつては全国前後のレベルだったのがワーストに右側がぐっと高まっていること。大腸がんを分解した直腸がん、結腸がん、特に結腸がんが高い印象を受けます。胃がんはベストから中位に近づいてきている。

次に、都道府県の間の格差を見る。がんとしましては全体全国の死亡率が減ることが好ましく、かつ都道府県の間の差が縮まることが好ましく、かつ自分の県はその中で低いところにいてほしいということなんですが、はたして県間格差が縮まっているのかということで、1975年を起点に０より上にいくと標準偏差が増えているということで、ほかのばらつきが広まっていると見てもいいのではないかと思う数字です。部位によって違う。全部が下がっているわけではなくて、部位によっては上がっているものがあるということです。男女で示しました。

次に、沖縄県ですから個々の県に関心がありますが、これは1975年から2015年までです。大腸がんの値は、全体の値としては死亡率が上がって、やや下がっている。でもこの幅は、県の差は広がったままであるということ。それからその中で沖縄がベスト県からほぼワースト県になってきていることが見て取れます。この表現は全体の動向がわりとわかりやすいかなと思った次第です。

子宮がんは、全体に下がってきて横ばいになってやや微増かなというところです。沖縄はかねてよりずっとワースト的な位置づけにあるので心配です。差は少し縮まってきていますけれども、このあたりも縮まる傾向はとどまっている気がいたします。

乳がんに関しては日本全体としても上がっている。大きく減る兆しがない。また検査も大きいままで推移している。その中で沖縄はベスト県な位置だったものが今や中位になってきているので、今後がやや懸念されるところです。

同じものを40年単位ではなく、25年単位で１年刻みで見たものですが、全国は下がり差が縮まりというものがあれば、このような形に見えてきます。肝がんは全体が下がると同時に県間の幅がぐっと縮まっているということで、死亡が下がり、検査が縮まっているところです。ただこの要因は、疾病経験をする方がある意味、ピークを超えているからということで、医療なりがん対策の努力がどうかということはわからないと思いますけれども、全体の傾向としてはこうです。その中で沖縄県の位置は低位から中位に位置づけられるということです。

子宮がんを１年刻みで見ますと、やはり死亡率の低減が見られないということと、県の幅が広いということと、ハイライトしているところが沖縄県ですけれども、沖縄県はかな

り外れ値的に高い位置にとどまっていることがわかります。

乳がんに関しては、先ほどの散布図と県間偏差の動向も組み合わせたものになっています。上のほうは真ん中より上のほうにいっていると差が縮まらずに広まっている感じです。具体的には下の形で県のバランスが見ていただけると思いますが、改善していないばらつきも大きく、沖縄県はやや中位からワースト方向に増えているところもある状況です。直腸がんの表示になります。

超過死亡に関しては、沖縄県は南部・中部の医療圏が全国で見ても超過死亡が多いところに位置づけられますよということでした。

次に、遺族調査がなされてデータが県別に公表されていることはかなり画期的なことだと思うんですけれども、それは皆さんがご存知か確認されているかという点です。上が全国値で下が沖縄県値で、赤線を引いたものが全国値より悪い、青線がベターということです。全国値はN数はそれなりにありますが、県単位ではそんなにN数がなくて、全国と県を比べることに関して、やや慎重に考える必要があると思いますけれども、数値が良くないもの、あるいはそんなに悪くないものでもまだまだ改善余地があるということで、振り返り、ディスカッションの材料としては重要なものではないかと考えました。

次に化学療法の実施状況です。いわゆるナショナルデータベースが出て、それの標準化レセプト出現比を見る中で、さらにがんの部位別の化学療法を実施数というものの加工されたものが出るようになっていますので、地域の状況を確認するための材料でありますので、それを見て確認しないのはもったいないというか、確認を定点観測的にすべきではないかと思われます。

私にはこの数値の意味するところを読み込む力がありませんけれども、いわゆる標準治療で使われるもの、あるいは新しく使用ができるようになったもので市販のラグがないか、標準治療が推進されているか、あるいはレジメン登録がちゃんと浸透してマネジメントされているか、そういうことが専門家ではしっかり読み取れるはずなので、ぜひそれを定点的に読み取っていただいて、患者関係者を含めて大丈夫か、あるいは懸念があるかを説明していただくことができるのではないかと思って持ってまいりました。大腸がん及び乳がんのものだけをお持ちしております。

ゲノム後の検査ができているという前段階として遺伝子マーカーの検査をしてから使う薬もかなり少し前から普及してきていると思いますけれども、それに関しても薬の使用量もさることながら、その前段の検査に関しても使用頻度が出るようになっています。これ

も私には読み解けないと思いますけれども、抗がん剤の専門家の先生などが見ていただいて、地域の医療の質を確認していただくことができるのではないかと思って持ってまいりました。

その中で特定の薬を見ても細かにナショナルデータベース、あるいはＳＣＲデータが出てきていますので、市販のラグなどが出ないか確認していただいて、質のマネジメント及び県民患者への説明を束ねていただければと思っているところです。

ということで、この協議会として様々な治療データを恒常的に定点観測的に集めて確認をしていただいたり、必要なディスカッションをしていただくといいのかなと思ってご紹介をいたしました。長くなりました。失礼いたしました。以上です。

○青木陽一議長代行

ありがとうございました。たくさんのデータをお示しいただきました。何か気がついたことがある方、コメントがある方はいらっしゃいますか。大腸がんを診療されている先生はいらっしゃいますか。

宮里先生、いらっしゃいますか。何かコメントはありますか。

○宮里浩委員（那覇市立病院　副院長）

大腸がんは増田先生も加わってもらっていますが、いろいろなことを前からやっているのですが、それを粛々と進めていくことと、そういう成果を評価するのにこういう指標を出していただけると非常にありがたいと思っています。

それから気づかないところに関してもこういう資料があると新たな発見があるかもしれないということで、それを少し細かく見せていただいて、役立つことになるかと思います。ありがとうございました。

○青木陽一議長代行

わかりました。

それから女性の肺がんのほうが地域によって若干問題がありそうだと、岸本先生、どうぞ。

○岸本信三委員（沖縄県立宮古病院　病院長）

宮古病院の岸本です。

沖縄県内の大腸がんの数値が高いと、また宮古島市が高いというデータがありますけれども、それは重々承知しているのですが、地域のがんの治療ができる施設がある程度限られていることと、やはり市民に対する周知も足りないのかなと反省しております。今後、コロナが少し収まりましたら、この話を市民に向けて伝えて検診をより受けていただきたいなと考えております。以上です。

○青木陽一議長代行

わかりました。

ほかに何かコメントのある委員の方はいらっしゃいますか。

○島袋百代委員

パンキャンジャパンの島袋と申します。データのご紹介をありがとうございました。

がん種によって死亡率がかなり増加してきているようですが、県として死亡率の改善に向けて何か検討や対策をされていることはあるのでしょうか。教えていただければと思います。

○青木陽一議長代行

県のほうから新垣委員、いかがでしょうか。何かコメントはありますでしょうか。

○新垣真太郎（沖縄県保健医療部健康長寿課がん対策班）

県の新垣です。今日は代理ではなく、陪席という形なので特に意見やお話は控えさせていただきます。ご質問をもう一度伺って、可能であれば担当に確認して個別で回答したいと思います。

○島袋百代委員

先ほどの資料でがん種によって沖縄県のがんの死亡率がかなり上昇してきていると思うんですけれども、県として死亡率の改善に向けて何かご検討されていることはあるのでしょうか。教えていただければと思います。

○新垣真太郎（沖縄県保健医療部健康長寿課がん対策班）

確認してまた回答したいと思います。

○島袋百代委員

よろしくお願いいたします。

○青木陽一議長代行

よろしくお願いいたします。

ほかに何かご意見、ご質問はありますでしょうか。

埴岡先生、これは40年前のデータとありますけれども、これはある程度精度が高いと思ってよろしいんですか。

○埴岡健一委員

そうですね。年齢調整死亡率は厚生労働省がずっと定点観測で出しているものですので、基本的に地域の対策のマネジメントで使われているものですので、比較的公的データであり、信頼度が一定あると思いたいというデータです。

○青木陽一議長代行

昔の県のデータの拾い方は病院のレセプトをチェックして拾っている動きがあって、婦人科系のがんのデータを見ると、信憑性が薄いデータもあったような気がするんですよ。

○埴岡健一委員

これは人口動態統計の死亡個票から由来している。

○青木陽一議長代行

わかりました。

ほかに何かよろしいでしょうか。どうぞ。

○森隆弘委員

質問なんですけど、子宮がんと一括りに、これは子宮頸がんと体がん、内膜がんは別に

区別しなくてもよろしいのですか。発がんのメカニズムが違うと思うので。

○埴岡健一委員

おっしゃるとおりだと思います。今日ご紹介した統計はそれが分解されていないのですが、前回や前々回に示したデータは体がんと頸がんと分かれておりました。確か全国がん登録由来の罹患、あるいは近年の死亡を見ても、どちらかではなくていずれもよろしくない数値、特に頸がんが悪く、体がんも良くなかったのではないかとうっすら記憶しておりますが、前回資料を確認していただければと思います。

○森隆弘委員

ありがとうございます。

○青木陽一議長代行

子宮がんに関して、以前は子宮頸がんと体がんは一緒に子宮がんという形でデータが出ていたので日本産婦人科学会のほうからも分けてデータを出してくださいと、ずっと長いことお願いしていて、ようやく分けてデータが出始めたところで、学会は以前から体がんと頸がんを分けて出しているのですが、今は子宮頸がんも増えています。それから子宮体がんはそれ以上に増えています。2008年ぐらいから頸がんと体がんの罹患率が逆転して、体がんがどんどん増えている状況だと思います。

それで今回、子宮がんに関して死亡率が沖縄県はずっと高いというのですが、特に分けて実際のデータを見てみると、子宮頸がんのほうが圧倒的に高いと思います。体がんは全国とほぼ同じではないかと思っているのですが､子宮頸がんの死亡率がずっと高い理由が、まず罹患率が高いのと、進行がんが圧倒的に多い。全国の統計を見ますと、子宮頸部限局のⅠ期にピークがあるのですが、10年、15年前の沖縄県のデータを見ると、Ⅰ期にピークがなくて、Ⅱ期、Ⅲ期にピークがあって、ですからかなり進行したところに大きな山がありました。Ⅳ期にも高い山があって、それが影響してずっと死亡率が高いんだろうと思っています。

５年前ぐらいのデータになるとⅢ期の山が少し沈んできています。それで2020年の統計を見ると、Ⅲ期に関しては全国とほぼ同じになってきているので、ただまだⅣ期が若干高いのですぐに死亡率が下がってくるかどうかは問題なのですが、Ⅲ期がぐっと減ってきて

いるので、この後、死亡率は全国の真ん中のほうにだんだん上がってくるのではないかと期待しています。

だから前回も埴岡先生のデータで僕もかなりびっくりしたのですが、それでいろいろ調べさせてもらってそのような状況がわかってきていますので、特に子宮頸がんに関してはほとんど琉大病院で治療している患者さんがほとんどで、その辺はまた詳しく見ていきたいと思っています。また全国の詳しいデータがあったらお教えいただければと思っています。よろしくお願いいたします。

ほかに何かご質問はありますか。どうぞ。

○島洋子委員

琉球新報の島です。

今の埴岡先生のご発表で、小さな沖縄の島の中でも市町村で相当違いがあることがわかったのですが、例えば石垣で女性の肺がんが多いデータについて、これは各市町村、それから県は把握していらっしゃるんでしょうか。

それからそれについてどう対処するのか、話し合う場が今、沖縄県内にあるかということを教えていただきたいと思います。

○青木陽一議長代行

沖縄県の新垣さん、陪席の方にご意見をお伺いするのも申し訳ないのですが。

○新垣真太郎（沖縄県保健医療部健康長寿課がん対策班）

本日は陪席なので、ご意見は少し控えさせていただきたいのですが、確認して個別で回答できればと思います。

○青木陽一議長代行

大腸がんに関しては先生も担当されて。

○増田昌人委員

個別の疾患を考える県の委員会は沖縄県にはなかったと思います。この協議会の組織のひとつとして大腸がん死激減プロジェクトということで、毎月１回、会合を重ねておりま

す。ただ問題は予防と検診と医療の部分と３本柱、特に死亡率を下げるためには検診がとても大事だと思いますが、新型コロナの状況があって、メンバーには行政や保健所の方も入っているのですが、予防と検診についてのアプローチができていない状況であります。今日、報告事項でもお話ししますが、大腸がんプロジェクトでは主に医療者のコンサルテーションシステムを立ち上げて、特に１人医長等でいて治療の方針を決めるのがなかなか難しいとか、右に行くのか左に行くのか、不安だという人たちに対してそういうシステムを立ち上げて運用を開始しているところでありますが、ただ医療が支えられるところはそこまで大きくないと思いますので、検診をきっちりやって早期発見が必要だと思います。

恐らく県には、検診の部分を司っているところ、ないしは報告する検討会があると存じ上げていますが、肺がんの中でも南城市、うるま市も１割以上、石垣市にいたっては25%以上多いことに関して個別に対応する議論の場はないように思いますので、今後は限られた人と限られた予算でありますので、この市町村に対して重点的に検診を強化する発想が必要ではないかと思います。もともと少ないところに重点的にしてもいけないので、できていないところ、死亡率の高いところ、ないしは早期診断が低いところに重点的に置く必要があると思います。

○青木陽一議長代行

わかりました。県がやっているものとしては、増田先生からありましたが、生活習慣病に関しての健診は、僕が入っているところは女性の乳がんと子宮頸がん検診の精度管理の部分は県の会議が毎年あって、精度管理をどんどん上げようという会議はあるのですが、浸潤がんの治療に関してこうしましょうという県の会議は多分ないかと思います。行政も必要ですが、学会単位で最初に検討して、それを県に上げるとか、そういうものがあってもいいのではないかと思いますが、現場でないとなかなか把握できないところも多いかと思うのでそういった動きも、県内の学会を通して医師会の中にもそれぞれの分科会みたいなものがありますので、そういうところで話題に挙げてもらって話を進めていくのもひとつではないかと思います。

琉球新報の方はよろしいですか。

○島洋子委員

はい。県民に対する周知の部分は我々の仕事かもしれませんが、ただ死亡率を低くする

という意味では、せっかくの調査結果を生かすべきではないかと思いました。ありがとうございます。

○青木陽一議長代行

とても貴重なデータを示していただきましたので、これはそれぞれの学会にもフィードバックして検討してもらうととてもいいのではないかと思いました。ありがとうございます。

ほかに何か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）

石垣市患者会の田盛ですが、肺がんの患者が石垣市は断トツにデータが高いのですが、私たちの患者会の中でも肺がんを患っているメンバー、会員さんの率が高いんですね。地元の県立八重山病院で治療することが難しいこともありまして島外や県外に出て治療をなさるんです。石垣市の女性の肺がんの率が高い原因がわかりましたら教えていただきたいのですが、そういうデータはございませんでしょうか。

○青木陽一議長代行

死亡率だけではなくて罹患率も非常に高いんですよ。

○田盛亜紀子委員

そうでしょうか。罹患率も高いんでしょうか。死亡率のデータですよね。

これまで私が関わって８年ほどになるのですが、亡くなった方がほとんど肺がんの患者だった方なんですね。どうしてこんなに肺がんが多いのかしらと思ったりもします。

○増田昌人委員

大変申し訳ありません。今のところはすぐ出せるデータがありませんので、次回に少し調査して回答したいと思います。基本的には罹患率が高いのかどうかが１点と、もう１つは、進んだステージで見つかる方が多いのか、逆にいうと早期発見があまりできていないのか、その２点に注目してデータを取りたいと思います。

もう１点は予防の観点では、石垣市内の女性の喫煙率が全国と比べてどうなのかも確認

していきたいと思いますが、喫煙率について石垣という集団としてデータを出せるかどうかは難しいかもしれませんが、少なくとも早期発見率等に関しては全国がん登録のデータと、そこが難しければ院内がん登録のデータを組み合わせて次回にご報告していきたいと思います。以上です。

○田盛亜紀子委員

よろしくお願いいたします。ありがとうございました。

○青木陽一議長代行

次回までによろしくお願いいたします。

会場に篠﨑院長がいらっしゃいますが、何かコメントはありますか。

○篠﨑裕子委員（沖縄県立八重山病院　病院長）

八重山病院の篠﨑です。

多分、肺がんの罹患率が多いという形は私もなかったと思います。肺がんが多いのは検診の遅れや見つかった時点でかなりステージが上がっていることが死亡率に影響しているのではないかと思います。

それと当医院は、現在は肺の専門医の先生がいらっしゃるのですが、以前はいなかった時期もあったりして、専門医の先生が来て肺がんが見つかりやすくなったことが影響しているのかなと思います。もう少し調べないと具体的にどういうものが影響しているかはこの場では言えないかなと思います。

○青木陽一議長代行

わかりました。肺がんの治療自体は八重山病院でもされているんですよね。

○篠﨑裕子委員

はい。肺がんの治療に関しても現在、当院でできるような形ではあります。以前は肺がんの手術は残念ながら島外へ紹介していたのですが、コロナでなかなか島外に出られないので地元で受けたい方たちを何人かお受けさせていただいて治療も進んでいます。それに関しては、現在は当院でできるような体制はとっております。

○青木陽一議長代行

ありがとうございます。肺がんは治療がどんどん進んでいるので、そういう機会が受けられないのは大変な問題になる可能性があると思います。いろんな新しい薬がどんどん使われて劇的に予後が良くなってきていますので、増田先生からもデータをいただいて、いい方向に進められるとよいかと思います。

ほかはよろしいでしょうか。また宿題もいただきましたので次回までに検討させていただきたいと思います。

それから増田先生から新型コロナウイルスの影響について今日配付の資料で説明をいただきたいと思います。

院内がん登録データからみた新型コロナウイルス感染症流行下におけるがん診療の状況

○増田昌人委員

幹事会でも話題になりましたが、新型コロナウイルスに関して何か影響がないのかどうか、本協議会の委員の方々から質問を受けました。言葉が適当かどうかわかりませんが、少し乱暴な言い方になるかもしれませんが、少しデータをまとめましたのでご報告いたします。ただし、本来は全国がん登録を用いた解析が必要なわけでして、現状では全国がん登録のデータは2018年症例しかまだ公表されていません。2020年２月から流行が始まっておりますので、今現在使えるデータとしては、2020年は院内がん登録データのみがあるということなので、そこを考えていただければと思います。

具体的に何が違うのかというと、例えば院内がん登録の場合、Ａ病院で初診で診ると、Ａ病院でもちろん登録はされます。その方がＢ病院に紹介してそこで手術した場合は、行った先のＢ病院でも１件としてカウントされます。ですので、１人の患者さんが１つのがんにかかったときにＡ病院、Ｂ病院、Ｃ病院の場合にはそれぞれ１件ずつカウントされます。３件が同一人物であることを全国がん登録の場合は名寄せといいまして、それを１つにまとめる作業をしておりますが、院内がん登録はその性質上、そういう作業をしておりませんので、見た目より若干増えて登録されることがありますので正確性からいくと少し問題があります。

具体的には沖縄県では１万人程度の新規がん患者さんが全国がん登録によりますと発生しますが､院内がん登録では2020年データでは１万1,690人ということでちょっとオーバー

しております。ただ特別な計算を出しますと、実際に沖縄県における院内がん登録では88%程度はカバーできている。全国がん登録では全国の73%をカバーしていると言われておりますので、ある一定の傾向はこれでわかるのではないかと思っております。ただ１つ１つのデータの正確性に関しては少し問題があることはご考慮していただければと思います。

具体的には、既に全国のデータに関しては昨年暮れに国立がん研究センターから発表になっております。今日はその報告書と沖縄県独自の集計結果を用いて両方で比較しております。全国では863施設の中で３分の２に当たる549施設ではがん登録が2019年に対して減っております。全登録数でも、この場合も前年度は2019年のことを指しますが、2020年、流行した初年度では5.5%、全体の登録数も減っていることになります。

沖縄県の場合は細かい図表で申し訳ありませんが、2019年に比べますと、2020年は3.6%減りました。減った病院、増えた病院が混在しています。具体的にはこの薄いグレーのグラフが沖縄県全体の総数になります。2018年が１万935、2019年が１万2,122、2020年が１万1,690になるのですが、１つ１つのグラフは個別の施設になります。全体の登録数は3.6%減少しております。

登録している18施設のうち、９施設が登録数を減らし、特に最前線の県立中部病院、県立南部医療センターは２割減っております。沖縄赤十字病院、北部地区医師会病院も１割以上減らしていて、琉大病院が9.2%、また逆に南部徳洲会病院は例年に比べて25%増えています。これは多分スタッフがだいぶ充実したという特殊なことが考えられます。

全国でがん種ごとに見ますと若干減っているところがあります。いわゆる５大がんと言われている胃、大腸、肝臓、肺、前立腺を出しているのですが、男性で胃、大腸が減少し、女性で乳房、胃が減少しております。沖縄県では増えたがんもあれば減ったがんもあるということで、全てのがんは一律に減っているわけではありません。例えば皮膚がんは前年度に比べて13%増えております。逆にいうと大腸がんは数パーセント減っていることがあって、もともと症例数が少ないのでかなり変動が大きいです。

これが３年分の変遷ですが、一番左の一番薄い水色が2018年、真ん中が2019年、右の青色が2020年ですが、増えたもの、減ったものが混在しています。女性でもあまり大きな傾向はありませんでした。

診断月別でどう変化したかということで、これは全国のデータですが、2020年は４月７日に７都府県に緊急事態宣言が発出しておりまして、４月16日に全都道府県に拡大し、５月25日に解除になっておりますが、ちょうどその頃に左が検診の発見例、右が検診以外の

発見例ですが、棒グラフがそれぞれ個別の５年分、2016年から2020年の診断例を示していまして、2020年は黄色で出しています。赤の折れ線グラフが前年の４年間の平均に対して2020年がどれぐらい増えたか減ったかを示しているものとなっていまして、一番落ち込んだのは５月でして、５月はがん検診発見例、全国では６割を切っております。その後、徐々に回復していった形です。

ですから、最初に緊急事態宣言した４月がここで、５月が急速に落ちていくので、ちょうど流行が始まったあたりでがん検診からの発見例が大幅に減ったことになります。右ががん検診以外の発見例となっておりますが、よく見ていただきますと、１月、２月は前年度より多いのですが、４月から落ち込み始めまして、５月が一番底になっております。このときで90％減っておりますので､がん検診以外の発見例も減っているということですが、いわゆる症状があっても病院に行かなかった、検査控え、受診控えみたいなものがもしかしたらあったのかもしれないということです。

沖縄県で同じようなことで比べますと、全国みたいに５月が一番下というわけではなくて、４月20日に緊急事態宣言が出て５月14日に解除されますが、８月１日にも緊急事態宣言が出て９月５日に解除されています。がん検診発見例では、４月は110％なのですが、５月が70％とすとんと下がっております。これが１つ目の緊急事態宣言。２つ目の緊急事態宣言は８月から９月にかけてですが、このときもまた減っておりますので、２つ減っている。

同じようにがん検診以外の発見例も５月、８月に減っています。沖縄県の場合は全体では15％程度の減りようで、検診からの発見例が10％減っている。また検診以外でも３％程度減っています。

別のがん種で見ても同じ傾向が見られまして、特に何々がんだから違うことはなかったようです。全体としても同じような形でした。

次に、ステージが進行して見つかっている患者さんが多くなっているかいないのかということでみると、これは胃がんを出しておりますが、がん種ごとにかなりばらつきがありまして一定の傾向はありませんでした。これが胃がんです。白が全国の値で、黄色が沖縄県の値ですが、Ⅰ期、Ⅱ期は増えていますが、Ⅳ期は逆に５％ほど減っている。

逆に大腸がんではⅠ、Ⅱ期も同じぐらいですが、Ⅳ期は３割ほど増えている。がん種によってかなり差があることがわかります。すい臓がんでは逆にⅣ期は８％ほど減っているので、がん種によって結構ばらつきが多いことがわかりました。

まとめますと、沖縄県と全国で同じような結果だったということです。全国では登録数が5.5%減少して、沖縄県は3.6%減少しています。全国では男性で胃・大腸、女性で乳房・胃が減りましたが、沖縄の男性は肝臓・肺・前立腺、女性は子宮・肺・胃が減少しています。

５月に大きく減少したことは変わらず、沖縄県は８月にも減少が認められたことはそれぞれの影響の違いです。いずれもがん検診の登録数は、沖縄県が約１割、全国だと15%減っている。がん検診以外でも３～４%程度の減少があったので、場合によっては一定の受診控えが生じていた可能性があると思います。進行度には一定の傾向は認めませんでした。これは初年度ということもあって、２年目、要するに受診控えが本当にあれば、2021年度のデータはもしかしたら進行度に差が出てくるのかもしれませんが、こういう値でした。

以上、報告しますが、これはあくまでも院内がん登録の値を申して、いわゆる速報性に重きを成したことですので、１つ１つのデータが個別にきちんとしているわけではありませんので、そこのところは皆さんで斟酌していただければと思います。ただ傾向はつかめると思いますので、ぜひ皆さんの診療や行政の対応にお使いになっていただければと思います。私からは以上です。

○青木陽一議長代行

ありがとうございました。コロナの影響ががん診療に出たかどうか、この辺を報告していただきました。何かご質問のある方はいらっしゃいますか。よろしいですか。

これは2020年のデータで、21年がもう少し影響が出るかもしれません。

○増田昌人委員

そうですね。ただ現在は2021年のデータを収集中でして、もう少し収集するのですが、最終的に国がまとめるのが11月ぐらいになりますので時間がかかると思います。ただ１～２年程度、全国がん登録よりはデータが早くお出しできるので、取りあえずの結果をまとめました。

○青木陽一議長代行

わかりました。ありがとうございます。

何かご質問はよろしいでしょうか。ありがとうございました。

その他、報告事項はありますでしょうか。よろしいですか。

なければ審議事項に移ります。１番目、今年度の協議会の活動方針について、資料９に沿って増田先生からお願いします。

審議事項

１.今年度の協議会の活動方針について

〇増田昌人委員

先ほど埴岡委員から沖縄県の現状についてお話をいただきましたし、最初には全ゲノム解析という今後のがん診療の方向性を示す発表を天野委員からいただいたわけです。本年度はこの協議会としましてどういったことを重点的に行っていけばいいのかに関して、特に事務局から腹案はございませんので皆様から自由にご意見を頂戴して、それを受けて第２回の７月に行われる幹事会で検討していきたいと考えておりますので、皆様からご自由にご意見を頂戴できればと考えております。事務局からは以上です。

〇青木陽一議長代行

ありがとうございました。今後の運営の基本方針について、委員の方からの忌憚のないご意見をお待ちしておりますので、何かコメントのある方はいらっしゃいますか。

天野委員、どうぞ。

〇天野慎介委員

資料９を拝見しての意見を申し上げます。資料９で挙げていることとしては、いわゆるＰＤＣＡサイクルを回しながらマネジメントを強化することを書いていただいて、これは非常に大切なことだと思いますし、沖縄県がん診療連携協議会、部会の活動も非常に活発という特色がありますので、それも従来どおり進めていただければと思っております。

ただ一方で、先ほどの埴岡委員の説明の際のディスカッションを聞いて改めて感じたところでございますが、増田委員からも、例えば特定のがん種であるとか、特定の地域に対してより重点的な対策をすべきではないかというご指摘があったかと理解していますので、資料９に示されているように、沖縄県がん診療連携協議会は様々な立場の委員の方々がいらっしゃるので、多くの領域で部会ごとに活動を展開していくことは非常なことですが、一方で、何らかの形で改めて重点的な施策をやっていかないとなかなかはっきりとした成

果が出るのは難しいのではないかと思っております。

例えば従来から実施されている大腸がんプロジェクト、本日もご報告をいただきますけれども、それについてはさらなる強化を図ったり、先ほど膵がんの患者会の方からも発言がありましたが、難治がんや希少がん等に重点的に特化したり、何らかの形で重点的な施策を今年度は行ってもいいのではないかと感じた次第で意見を申し上げました。以上です。

○青木陽一議長代行

ありがとうございます。この辺も事務局で検討していただいて基本方針に出していきたいと思います。

ほかに何かご意見のある方はいらっしゃいますか。

○有賀拓郎（琉球大学診療情報管理センター　放射線専門医）

陪席で参加させていただいています琉球大学の診療情報管理センターの有賀と申します。肺がんに関して少しコメントだけよろしいでしょうか。

これはかなり邪推なようで、新聞社の方にそのまま書いていただきたくはないのですが、肺がんで主にⅣ期とⅢ期の化学放射線療法後に逐次で免疫療法をやった方がかなり予後延長している状態です。ただ宮古・八重山の方がⅢ期肺がんでＣＣＲＴを受けてというシチュエーションが、これはあくまで推測でしかないですが、本島エリアに比べると少し少ないのではないかと、ＣＣＲＴを受けられないと保険適用に免疫療法がのってこないので、最初からⅣ期ライクな選択肢しか残されていないパターンが一定数いらっしゃると思います。

それだけが特殊な原因ではないかと思いますが、もちろん検診や実際の罹患率だったり等の複合要因だと思うんですけれども、放射線治療医としてはそういう視点をもって毎日診療に携わっているものですから、ただ放射線がないから駄目だみたいなところを書いてしまうと非常に表層的で本質を突いていないと思っておりますので、一因の可能性があるぐらいでとどめていただければと思います。コメントでした。

○増田昌人委員

この点に関しては離島に行っていらっしゃる先生、今日は中部病院の朝倉先生、吉田先生、離島でがんの薬物療法のコンサルテーションや実際に外来をされている先生が今日ご

参加いただいていればいいのですが、ご参加いただいていなければ病院長の玉城先生、何かお聞きになっていらっしゃいますか。

今は幸いなことに以前と違って宮古・八重山病院及び北部地区医師会病院に月１回、放射線の治療医が行くと同時に、がん薬物療法専門医が向こうに伺っていろいろアドバイス等、外来等をしていただいていると伺っているのですが、何かそこに関して情報等があれば､有賀先生のお話､ないしはいろいろな状況がわかればと思いますがいかがでしょうか。

○玉城和光委員（沖縄県立中部病院　病院長）

それに関しては今の時点で情報は得ていないので、聞いておきたいと思います。当院から吉田、朝倉、戸板、３人が定期的に行っていますので、その点に関して情報を得ていないので、また得ておきますので、その後で情報を提供させていただきたいと思います。

○青木陽一議長代行

ありがとうございます。よろしくお願いいたします。

有賀先生、肺がんのＣＣＲＴに関しては離島のほうからの紹介はそんなに多くないんですか。

○有賀拓郎（琉球大学診療情報管理センター　放射線専門医）

大学に直接はあまりないんですが、現時点で僕が勤務している沖縄病院には一定数受けています。そこで入院治療をやっている方は一定数いますし、あとは戸板先生と伊良波先生がそれぞれ宮古・八重山に行っていて、わりと症例は受けていただいて、徳洲会グループの横のつながりで宮古・八重山の徳洲会から南部徳洲会にご紹介があるのはわかっているので、全部が全部受けられていない状況ではないと思います。

ただこのルートが確立しているのがこの２～３年の話なので、もしかしたら統計情報にこれの成績が乗ってこない状況で、埴岡先生のデータが解析されていて、だから５年や10年を見ると、もしかしたらもう既にピークアウトしている状態を我々は見始めているのかもしれないですが、これもあくまで推測にしかすぎないので、そういう状況です。実際に受けられていないわけではないのは間違いと思います。

○青木陽一議長代行

わかりました。またそれぞれ調査に行っていただいて報告していただければと思います。ありがとうございます。

○埴岡健一委員

今後の協議会の進め方について、今日見られた報告のいいところを伸ばしていくことかなと思いましたので、１つはデータを見て、それからデータではなくても、日々、先生方は診療現場で疑問に感じていることもあるでしょうし、患者関係の方もたくさん疑問をお持ちだと思いますので、データから出る疑問を出してきて、それに対する問題の課題解決型のディスカッションを先ほど天野さんがおっしゃったようにみんなで議論をすると。

部会も関連するものがあったらそれに特化して部会としても活動を注力していくと、そういう形にするとすごくいい形になるんだなと今日垣間見えた気がいたしました。ありがとうございます。

○青木陽一議長代行

貴重なコメントをありがとうございます。ぜひそういった形で進めていければと思います。

ほかに何かご意見はよろしいですか。

では、３時35分まで休憩したいと思います。またよろしくお願いいたします。

（休　憩）

○青木陽一議長代行

それでは、引き続き審議事項に進めたいと思います。第２号議案、資料10に沿って北部、宮古及び八重山医療圏における各種がんに対する治療の現状のＷｅｂ上の公開について、増田先生、よろしくお願いいたします。

２.北部、宮古及び八重山医療圏における各種がんに対する治療の現状のＷｅｂ上の公開について

○増田昌人委員

前回の協議会の承認を受けまして今年４月に離島・へき地における疾患別対策状況を沖縄県がん診療連携協議会のホームページであるうちな～がんネットがんじゅうに載せましたのでご報告すると同時にご意見を頂戴できればと考えております。

具体的にはうちな～がんネットがんじゅうのトップページにバナーを置きまして、そこをクリックしていただくとこのページに飛びます。このページでは脳腫瘍をクリックしていくとそのページにいきますし、頭頚部をクリックしていくとそのページにいきます。細かくいうともう少し多いわけですが、現在は15のがん種について提示をしています。

具体的には頭頚部は口腔、咽頭等のがんなのですが、北部地区医師会病院、宮古病院、八重山病院においてどういう対応ができているのかということを書いております。北部地区医師会病院では常勤の耳鼻咽喉科医師が０名で、常勤の歯科口腔外科医師も０名ですので、手術、放射線、薬物療法がバツとなっております。

宮古病院では耳鼻咽喉科医師１名で、歯科口腔外科医師が２名おりまして、手術で対応できるのですが、薬物療法は対応できていない。八重山病院では耳鼻咽喉科医師１名で専門医が１名、歯科口腔外科医師が２名で専門医１名ということで、手術はがんの状況によっては対応できますと、放射線はバツで、薬物療法は丸ということになりました。

また、それぞれ症例数も書いておりまして、北部地区医師会病院は１例で、宮古病院は６件、八重山病院は８件、これは下に凡例が載せてありますが、常勤医師がいる場合は常勤医師のみ記載し、常勤医師がいない場合は、もし非常勤医師がいる場合はそれも記載しております。症例は2020年の診断、または治療した患者数で、院内がん登録の集計報告書から持ってくる。

記号としましては、丸は対応可能、三角が一部対応、バツが診断のみで治療対応不可となっております。このような形で次のページですと甲状腺がありますし、それぞれのがん種ごとに書いてある形になります。

例えばよくあるがんでは肺だとこういう形になります。このデータは昨年度末、つまり今年３月末日の状況を示していますので、先日の離島・へき地部会でも審議したとおり、多分来週中に各３つの病院に全てのがん種についてのアンケートと確認をさらにする予定でおりまして、今月中には今年度の状況を加味したものをまた出し直す予定となっております。私からは以上です。

○青木陽一議長代行

ありがとうございました。第２号議案について説明をいただきましたが、何かご意見のある方はいらっしゃいますか。

○天野慎介委員

大変な労力を割いておまとめいただいたことをありがとうございます。非常にいいものが出来上がっていると思います。

１点意見があります。例えば血液がん、リンパ腫、白血病、骨髄腫の項目、血液がんのところを開けていただければと思いますが、北部と宮古と八重山で全部薬物療法は三角になっているんですね。症例を見ますと、実際に治療を受けている患者さんがいらっしゃるわけなんですが、これを見た患者さんや一般の方は、三角は受けていいのか、受けていけないのか、どっちなのかという話になるのではないかと感じるところもありまして、前回も同じような意見を申し上げたと思うのですが、三角にしていただくのはいいですが、どのような三角なのか、もし可能であればもう少し追記が必要ではないかと思います。

例えば非常勤であるから化学療法を行える日が限られていたり、三角を見てしまうと、逆に治療を受けた患者さんは中途半端な病院で治療を受けたのかなと勘違いされるのではないかと思った次第です。

細かいですが、何年の症例なのか、それぞれ2021年症例と書いていただくとよりわかりやすいかなと思いました。細かい指摘ですが、以上となります。

○青木陽一議長代行

ありがとうございます。三角は一部対応になっていますがどのような意味合いですか。

○増田昌人委員

まさに一部対応でして、全ては対応できませんが、症例によっては対応できるということで、血液に区切っていいますと、急性白血病に関しては難しいと、どうしても血小板輸血等が必要になりますのでそれは難しいのですが、そうではない、例えば悪性リンパ腫や多発性骨髄腫の場合は対応できると、この場合はそういう形になります。確かにがん種ごとに少しずつ事情が異なっていますので、そこまで細かく書いたほうが親切なのかもしれません。

３つの病院の先生方は大変だと思いますが、自由記載欄をつくって少し細かい事情を個別に書いていただいて、それを私たちがコピーしてここに貼り付けるようにしたほうが一番いいのかなと思いますので、天野委員のご意見はごもっともだと思いますので、そういうふうに少しバージョンアップをしていきたいと思っております。

○青木陽一議長代行

よろしくお願いいたします。症例はほとんど2020年のものですか。

○増田昌人委員

症例は全て最新の2020年の診断、または治療した院内がん登録の症例数になっておりまして、凡例にもそういうふうに記載させていただいております。

○青木陽一議長代行

症例が今回記載されている症例ということでいいんですね。

○増田昌人委員

はい。

○青木陽一議長代行

わかりました。

田盛さん、何かご意見はありますでしょうか。

○田盛亜紀子委員

昨日の離島・へき地部会でもいろいろとお話が出ていましたので、今回は特にございません。

○増田昌人委員

ここでおっしゃったことをいろいろ、今回共有していただけるとありがたいです。

○田盛亜紀子委員

大丈夫です。またよろしくお願いいたします。特に今回はございません。

○青木陽一議長代行

離島・へき地部会での話は特に報告等をされなくてもよろしいですか。

○田盛亜紀子委員

大丈夫です。

○青木陽一議長代行

ありがとうございます。ほかに何かご意見のある方はいらっしゃいますか。

○上原弘美委員

ピアナースの上原です。

患者さんやご家族の方が、ご自身が住んでいる場所で治療ができるかどうかをＷｅｂで検索するときに、検索ワード、これから公開を予定するということでよろしいですか。

○増田昌人委員

既に先月から公開しているものです。

○上原弘美委員

失礼しました。私が手元で「がん　沖縄　離島」という検索ワードを入れると、以前に離島バージョンで作った冊子がありましたよね。あそこのページに飛んでしまうところがあって、このページにたどり着くためにどういった検索ワードを入れたほうがより検索しやすいのか、もしあれば、情報がこちらに届かないのであればせっかく作ったものが必要な方たちに届きにくいのかなと思いましたので、この辺は何か対策はありますでしょうか。

○増田昌人委員

事務局はその点に関しては全く考慮していませんでしたので、これから事務局の中でもみまして、上原委員がおっしゃったように検索で引っかかるようにしていきたいと思います。ただ普通に「沖縄　がん　離島」と入れると療養場所ガイドが出てしまうと、かなり強力な、最上位にくると思いますので、今現在、療養場所ガイドのワーキングを作って、今年度中に改訂をして、この情報を載せる予定ではいるのですが、それを実際に出版されるのは来年の１月ぐらいになると思いますので、それまではこれしかありませんので、お話があったように検索ワードでちゃんとここにたどり着けるように、ここで相談も含めて

ヒットしやすいように変えていきたいと思いますので、またできましたら皆さんにメールでご意見を頂戴できればと思いますので、事務局は事務局で考えますが、また皆さんからいろいろアドバイスをいただければありがたいです。以上です。

○上原弘美委員

ぜひよろしくお願いします。ありがとうございます。

○青木陽一議長代行

ご意見をありがとうございます。これは各病院からはここに飛んでいかないんですか。

○増田昌人委員

まだリンクは張っていません。がんじゅうのトップページにバナーを置いてあるところまでです。リンクが張れるようにしたいと思います。

○青木陽一議長代行

わかりました。ほかに何かご意見はよろしいですか。ありがとうございます。これをさらに検討をいただいて使いやすいものにしていただけるとよろしいかと思います。

第３号議案、資料11、第３次沖縄県がん対策推進計画の評価のための医療者調査について、増田委員、よろしくお願いいたします。

３.第３次沖縄県がん対策推進計画の評価のための医療者調査について

○増田昌人委員

前回、この協議会で総論としてお認めいただいたのですが、具体的な話をしていきたいと思います。具体的には医療者調査ですが、調査時期に関しては今年度の上半期を検討しております。対象となる施設は拠点病院６施設と沖縄県庁のホームページにあるがん診療を行う医療施設17施設を合わせてトータル23施設に対する医師と看護師、それと前回にご意見をいただいたので、薬剤師と医療ソーシャルワーカーを加えることになりました。

詳細人数は、医師と看護師については、おおよそ在籍日数、人数は把握できますが、それの比例順でいきたいと考えています。ですので、多めに在籍する病院には多めにお願いする形になるかと思います。

中には乳がんのクリニック等も入っていますので、医師が１人しかいない施設は当然、１になりますが、大きな施設は数字寄りの規模になるかと思います。看護師も同じことになります。ただ薬剤師、医療ソーシャルワーカーに関してはある程度病院ごとに一律でいく予定で検討しております。

質問項目につきましては、前回、７年前に沖縄県で行った調査項目をメインとして、一昨年度に秋田県で行われていますので、それが沖縄県の医療者調査をベースにして作ったものとほとんど一緒ですが、それと７年前の沖縄県と２年前の秋田県と比較ができるようにそこと項目を合わせようかと思います。それにプラス最大で５つ程度、恐らく１つ、２つ、３つぐらいで新しい調査項目を加えようかと事務局及び幹事会としては検討しております。

今後は、ここは前回、沖縄県がしていただきたいということがあったのですが、難しいということで、本協議会を主催として各医療機関にお願いすること、今後はここで大枠を決めていただいた後は、ベンチマーク部会等で検討させていただいて始めたいと考えております。次回８月の協議会には最終形をお出しすることを検討しております。

具体的な話になりますが、どんな質問かということで、一応、皆さんにお配りしているものですが、少し説明を加えますと、問１．あなたの職種をお答えください。問２．あなたの性別をお答えください。問３．あなたの年齢をお答えください。問４．あなたの施設の医療圏域をお答えください。問５からは質問が始まりますが、異職種間で自由に意見ができる雰囲気ですか。

問６．医師は必要な情報を医療スタッフ（orあなた）と共有していると思いますか。問７．あなたは、必要に応じて自分の職種以外の役割を補いつつ仕事をするように努めていると思いますか。問８．あなたの担当するがん患者で、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何％ぐらいですか。問９．がん医療を行っていく上でほかの医療機関との連携に困難感があると思いますか。問10．専門医療機関に対してがん患者を紹介したときに受け入れてもらえますか。

問11．他院へがん患者を紹介した際にその後の経過について紹介先医療機関から情報提供がありますか。問12．他院からがん患者が紹介されてきた際にその後の診療を継続するのに患者にとって十分な情報が紹介元医療機関から提供されていますか。問13．より専門的な医療機関へがん患者を紹介するときにどの医療機関に紹介するかを決めるための情報が足りないと感じることはありますか。問14．がん患者を定期的なフォローアップのため

に紹介するときにどの医療機関に紹介するかを決めるための情報が足りないと感じることはありますか。問15．がん診療連携拠点病院、がん診療病院、がん診療連携推進病院についてお尋ねします。これは秋田の話ですが、①都道府県がん診療連携拠点病院である、沖縄では琉大病院が指定要件に示された役割を十分に担っていると思いますか。それぞれの病院について同じ質問をすると。ちゃんと役割を果たしているかどうかのチェックをすることになります。

問16．沖縄県でがん医療を提供するときに専門医の不足を感じることはどの程度ありますか。問17．沖縄県でがん医療を提供するときに医師以外の専門的な医療従事者（がん化学療法からの認定看護師など）の不足を感じることがどの程度ありますか。問18．あなたはがん患者の話に耳を傾け、患者が置かれている状況を踏まえて対応していると思いますか。問19．あなたの施設は緩和ケアのレベルが３年前と比較して向上したと思いますか。問20．あなたの施設ではがん患者に対する意思決定支援が実際にされていますか。

問21．あなたの担当するがん患者で精神的痛みを含む痛みの評価は何％ぐらいの患者に実施していますか。問22．あなたの担当するがん患者で、在宅医療を希望された患者のうち、在宅医療に移行した症例は何％ぐらいですか。問23．医師ががん患者とその家族に、治療の説明など必要な説明と情報を提供していますか。問24．医師以外の医療スタッフの方にお聞きします。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。問25．医師の方にお聞きします。他の医療スタッフの話に耳を傾けていますか。

こんな形で秋田は25ですが、沖縄県の場合も同様な形でやっておりますので、読み上げましたが、時間の関係上、以上なのですが、例えば医療連携ができているかと、拠点病院の現況調査ではイエス・ノーなので、全ての病院がイエスに丸をつけます。例えば告知のときに看護師等が立ち会うことを組織として決議していますか。イエス・ノーなので、全ての病院がイエスですが、実際には個別に見ると結構ついていない。常についているのが多分15％、20％の世界です。そういったことがわかる。医療連携に関してはなかなか指標がないのですが、こういったことの実感としてどの程度かを聞くことによって補足ができるかと思います。

具体的にはガイドと人材育成のところですが、実際にどこに値するかといいますと、分野別の施策でロジックモデルの医療提供体制の中で、もともと最終的には適切な医療連携に基づき医療を受けている。正しい状況と医療連携の下、患者が適切な医療機関を受診しているというところで、いろんな指標があるわけですが、特に医療機関の情報共有を図り、

その情報に基づいた医療機関相互の紹介を行う体制ができているというところの評価が医療者調査をやることによってわかっていくのではないかという感じがありますので、客観評価のデータと患者体験調査によるデータと医療者調査の３点でいろいろ評価をしていけるのではないかと考えております。皆様のご意見を頂戴できればと思います。私からは以上です。

○青木陽一議長代行

ありがとうございます。第３次沖縄県がん対策推進計画の評価のために調査を実施ということで、こんな感じのものですという説明をいただきましたが、何かご意見がありましたらぜひお聞かせください。

○上原弘美委員

ピアナースの上原です。

２点質問がございます。まず１点目は、先ほど増田委員からご報告がありましたように、2015年に沖縄県内の医療者の皆様にアンケート調査をされて、この調査の結果は、報告書を見ますと20施設の中での回答率が75％と比較的高いかなという印象があります。その中で、がん計画の中間評価で活用されたものだと思いますが、それ以外にせっかくたくさんの声が拾い上げられているので、それに対して何か協議する場があったのかどうか。

もう１点は、母数がすごく多いので大変だと思いますが、回答された方々が自由に記載できるような自由記載欄みたいなものがどこかで設けられるとすごくいいかなと思います。こちらからも現場の声は拾い上げることはできるかと思いますが、現場の方々の生の声はすごく大事かなということと、そこからの問題点が見えてきて課題があるとなって、より具体的な施策につながると思いますので、このアンケート調査の中で無理であれば、別の形で自由記載ができるような、もっと具体的な生な声が拾い上げられるような調査をしていただけたらと思っております。

○青木陽一議長代行

ありがとうございます。増田委員、いかがですか。

○増田昌人委員

前回の医療者調査に関しては、県から琉球大学に託された委託事業という形で第２次の沖縄県のがん計画の中間評価をいたしました。その一環としてやっていたわけです。県に報告書をまとめて提出したことが一番です。それ以外に例えば相談支援部会や各部会でデータを共有して検討はしたのですが、具体的に医療者調査でどこまで劇的に変わったかというと、そういった意味では不十分だったのではないかと思っております。

今回はこのデータを基にもう少し具体的にこの３点を改善したとか、ということを協議会でも共有できるようにしたいと思いますし､今回は特に医療部会が発足していますので、医療そのものをディスカッションする場があったと思いますので、前回は地域ネットワーク部会で特に地域連携について共有して、幾つか話はしましたが、いろいろな改善につながらず、地域連携パスをひたすら強化するほうに向かったと記憶しておりますので、もう少し総合的に医療部会で検討したいと思っております。

確かに上原委員のおっしゃるように、評価のための評価ではなくて、改善のため、ないしは新しい政策を打つための評価物にしたいと思っておりますので、そこのところは間違いがないようにしていきたいと考えております。以上です。

○青木陽一議長代行

ありがとうございます。回答率も非常に高いということで、自由記載などがあるととってもいい意見が得られるかもしれないと思いますのでぜひ検討していただいて、貴重なご意見をありがとうございます。

ほかに何かありますでしょうか。よろしいですか。

もう少し検討していただいて、またお示しいただくことにしたいと思います。

審議事項はこの３点ですが、その他に何か審議事項がある方はいらっしゃいますか。よろしいですか。

それでは、報告事項に入りたいと思います。報告事項２.昨年度の本協議会の実績について、増田委員からよろしくお願いします。

報告事項

２.昨年度の本協議会の実績について

○増田昌人委員

資料12、199ページをご覧ください。昨年度の本協議会の実績について５点を書かせてい

ただきました。１．第３次沖縄県がん対策推進計画(2018～2023)（以下、県計画）について、協議会として進捗状況を評価した。具体的には以下の県計画の分野では、７分野について協議会において評価をしました。

２．患者委員からの要望書をきっかけに希少がんの診療について協議会として審議を行い、以下のことを決定及び公開を行っております。(1)希少がんは、原則として都道府県がん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）である琉球大学病院で診療を行う。(2)県内の各医療機関は、原則として全例琉球大学病院へ紹介する。(3)この決定事項を、「うちなーがんネットがんじゅう（本協議会のホームページ)」と「おきなわがんサポートハンドブック」の本文中に開設ページを新設し周知を行った。

これに関しては、沖縄のがん計画における８分野目でそれぞれのがんの特性に応じた対策のロジックモデルがあるのですが、希少がん及び難治性がんが適正な医療を受けられているのが最終アウトカムで、中間アウトカムとしては希少がんや難治がんの患者が適切な医療機関に集約され、適切な医療を受けられる体制が整っていることが中間アウトカム、それに対して個別の施策としては、全ての医療機関は希少がん患者を県拠点病院へ紹介するように向けていますので、ここに値することの決議になります。希少がんに関しては琉大病院に集めてなかなか画期的な決議とその後の施策だったのではないかと思われます。

３．患者委員からの要望書をきっかけに、ＩＣＴを用いたがんサロンについて協議会で審議を行い、原則、やっていくことが決議されました。その結果、琉球大学病院では、毎月第３火曜日に「ＷＥＢゆんたく会」が定期開催されるようになりました。これに関してはその段階でほかの５病院でも開設をということがありましたので、ぜひ５病院から来ている委員の皆様、ぜひ定期開催できるようにご検討をしていただければと思います。

もう１点は、ロジックモデル上、ここの個別の沖縄県の施策ないしはこの協議会の施策には明記されていないのですが、患者やその家族が医療者から十分な情報を得られているが中間アウトカムでして、多少そことは違うのですが、アクセシビリティが考慮された情報ナビゲーションや音声資料や展示資料、ここまでは書いてあるのですが、Ｗｅｂを使ったものは書いていないのですが､恐らくここに入ってくるのではないかと考えております。

また、これに関しては、まだ実現できていないのですが、琉大病院においては今月、Ｗｅｂを用いたセカンドオピニオンの予行演習を模擬会場を使ってやる予定でおりまして、一応、今の予定では６月から早い時期にＷｅｂを使ったセカンドオピニオンを確立していきたいと考えておりますので、今日は病院長が参加できておりませんが、肝入りで一丸に

なって取り組んでいきますので、でも６月には何とか開設できるのではないかと思っております。また、これは離島の患者さんにもメリットはあるかと思いますので、開設の暁にはぜひご利用していただければと思います。

４．北部、宮古及び八重山医療圏における各種がんに対する治療の現状を調査し、「うちなーがんネットがんじゅう（本協議会のホームページ)」で公開しております。

５．第３次沖縄県がん対策推進計画の評価のために協議会として独自に医療者調査を令和４年度に行うことを決定したことになっておりますので、以上、ご報告いたします。

○青木陽一議長代行

ありがとうございました。実績について報告をいただきましたが、何かご質問、ご意見はいかがでしょうか。よろしいですか。

希少がんの診療に関しては実際にどういう感じですか。

○増田昌人委員

各医療機関に希少がんについては琉大病院からお願いを出している最中でして、まだ具体的には。全体としてのデータが上がってきているわけではありません。今の段階で院内がん登録でお示しできるのは、既に比較的幾つかのがんに関しては集約できて、例えば小児がんはほとんど希少がんですが、小児がんに関しては琉大病院とこども医療センターにほぼ90%集約できていますので、今後はほかのがん種でもできるのではないかと思っております。

○青木陽一議長代行

ありがとうございます。ほかはよろしいでしょうか。

続きまして報告事項３.第３次沖縄県がん対策推進計画(2018～2023)の中間評価について、県の新垣さん、お願いします。

３.第３次沖縄県がん対策推進計画(2018～2023)の中間評価について

○新垣真太郎（沖縄県保健医療部健康長寿課がん対策班)

健康長寿課の新垣です。よろしくお願いいたします。

第３次沖縄県がん対策推進計画(2018～2023)の中間評価について、特に資料はございま

せん。口頭でご報告させていただきます。

県医療計画がん分野と県がん対策推進計画は、沖縄県がん対策推進協議会及び沖縄県がん対策推進計画検討会において議論していただき、策定しておりますので、中間評価においても同じ体制で行われております。昨年度末に検討会に対する各構成員のご意見とその対応方針について取りまとめて各構成員宛てにご報告をしたところです。

また、沖縄県がん対策推進計画検討会については今後の状況を見ながら開催をする予定となっております。以上です。

○青木陽一議長代行

ありがとうございます。何かご質問はよろしいでしょうか。

続きまして患者会よりの報告について、島袋委員、よろしくお願いいたします。

４.患者会よりの報告

○島袋百代委員

ＮＰＯ法人パンキャンジャパン沖縄支部支部長の島袋です。よろしくお願いします。

本日は２点ほど報告させていただきます。１つは、３月26日にオンラインで患者会の開催をいたしました。患者・家族の方、県内３名、県外２名のご参加がありました。今回は某病院より放射線科の医師１名と看護師１名が参加して大変盛り上がった会になりました。放射線の先生からのお話は非常によくて患者さんの満足度も高かったように思います。看護師１名の方のサポートで入院中の患者様がオンラインでスムーズに入っていただいて、非常に助かったということで感謝の言葉もいただいております。

今回のことで、患者会には医療者や病院のサポートや協力も必要だと改めて感じております。参加者の感想の中にも医療従事者が患者会の中に入ってきていただいて非常に頼りになったとのご意見も聞かれております。

課題としては、オンラインのサポートに力を入れていかなければいけないかなと思っております。県外からは参加者が結構あるのですが、県内の新規の参加者がオンラインということでほぼない状態が続いていますので、どうにかここを改善するようにしていきたいと考えております。コロナが続く間は頑張ってサポートしていきたいと考えております。

２点目は、膵臓がん早期発見に向けて今年度は活動予定を入れております。前回の協議会において沖縄県の膵臓がんの早期発見率がワースト１であるとの報告を受けました。そ

のことをパンキャンの各支部長と本部の記事で紹介しまして、今年度は東京本部及び支部の５か所で尾道方式のＪＡ尾道総合病院副院長の花田先生を招聘して膵臓がん早期発見シリーズを開催する予定となっております。４月30日の東京でのセミナーは終わっておりますが、９月18日の沖縄の膵臓がん早期発見と地域の課題ということで３名の先生方にご登壇をいただく予定となっております。既にもう140名の沖縄県の申込みがあったとの報告を受けており、また３割の方々が医療従事者と聞いております。

沖縄支部でも沖縄県の膵臓がん早期発見の啓蒙活動を行うことで県民自身自らエコー検査を希望するようになること、そして医療機関において膵臓がん早期発見に向けてのエコー検査の増加になることなどを目指していきたいと考えております。

そこで要望として地域の医療機関（かかりつけ医）などにご協力をいただいて、スムーズに中核病院への精密検査・フォローを受けられる仕組みづくりや、また尾道市で実施されているように、膵臓がんのリスクのある方に対しては特定検診でも安価でエコーが受け入れられるような仕組みが欲しいと願っております。

次のページは東京本部でのセミナーのチラシになりますが、がん診療連携拠点病院と行政、プライマリーケアの病院、クリニック等の３つの連携によって膵臓がんの早期発見に向けてのシステムが尾道方式として成り立っていますので、こういうシステムの構築も沖縄にも取り入れていただきたいと願っています。県や医師会として今後、何かご検討していただけたらと考えておりますのでよろしくお願いいたします。以上です。

○青木陽一議長代行

ありがとうございます。オンライン患者会の開催と膵臓がんの早期発見に向けてということで報告をいただきましたが、何かご意見、ご質問はありますか。

オンライン患者会は患者さんがなかなかシステムに入りにくいところもあるんですか。

○島袋百代委員

そうですね。ＺＯＯＭの使い方がわからなかったり、ご高齢の方も多くて、入ってこられる方は40代、50代の方までです。60代以上の方はほぼいらっしゃらない感じです。そこをどうフォローしていくかを考えております。

○青木陽一議長代行

なかなか魅力的な方法だと思いますのでぜひ工夫されて、それから膵臓がんの早期発見に向けて、診療されている先生や委員の方は何かコメントはありますでしょうか。

○上原弘美委員

島袋さんに質問ですが、とても興味深い取り組みだと思って聞いておりましたが、実際に尾道方式をされて早期発見につながったり、そういう報告がもしあればお聞かせいただければと思います。

○島袋百代委員

尾道方式を導入された後はやはり早期発見率につながって、尾道市はステージゼロで見つかる方も多いと聞いているのですが、最近は少し下がっているので若干横ばいの状態が続いているようです。課題があるとは思いますが、そのあたりもまた知りたいなと私も思っているところです。

○青木陽一議長代行

ありがとうございます。実際に沖縄で試みなど、何かご意見のある方はいらっしゃいますか。患者会からはこうした方式をというご提案はあるのですが。

○増田昌人委員

消化器内科、消化器外科の先生、何かコメントをいただけるとありがたいです。

○島袋百代委員

今現在の沖縄の課題でも構わないので何かしら知りたいです。

○増田昌人委員

松村先生はいらっしゃいますか。

○松村敏信委員（沖縄県立宮古病院　外科部長）

宮古病院の松村です。

花田先生には隔年に当院の研修会において早期発見の研修会を２年に１回行っていただ

いております。その問題点は、まず開業医さんにお願いして腹部超音波検査で引っ掛けることが大事ですが、そこをどうやって拡大するかは当院の技師さんたちが開業医に講習会等を行っていくことが肝要かと思っております。そういうことを行うことで受診率も上がると思います。

もう１つは、沖縄県特異の体型の問題がありまして、腹部超音波検査でわかる人とわからない人、全くわからない人が多くて、そこはＭＲＩなどもう少し進んだ検査が必要な、尾道方式は超音波検査で引っ掛けて精査に持っていく方法ですので、その点の問題点はあると思います。ただ簡単にできる超音波検査で引っ掛ける点では多数の方に調べて見つけていくのは大事なことだと思っております。以上です。

○青木陽一議長代行

ありがとうございます。膵臓がんのエコー診断はなかなか難しいのですか。

○松村敏信委員

はい。やはり慣れていないと膵臓の場所などが難しいと思います。

○青木陽一議長代行

わかりました。早期発見についてほかにご意見のある方はいらっしゃいますか。

○増田昌人委員

八重山病院の菊池先生、いかがですか。

○菊池馨委員（沖縄県立八重山病院　消化器内科部長）

離島では機会がないので参加するのは非常に有意義だと思っています。最近はオンラインでやることが多くて今も手間取りましたけれども、オンラインでやると参加者が少なくなるというか、多くの方に参加を呼びかけるのは難しくてなかなか集まっていただけない問題もありますので、そこをクリアして島民の間でも情報をしっかり集められるようになって、また私たちも呼びかけて多くの方に参加してもらえるように、医療関係者、あるいは関係者の方に参加してもらえるようにしていきたいと思っています。コロナ前でも離島ではそれなりにいろいろやっていたと思いますが、どうしてもこの２～３年はかなりでき

なくなってしまいましたので何とかしたいと思います。以上です。

○青木陽一議長代行

ありがとうございます。ほかに何かご意見、コメントのある方はいらっしゃいますか。

尾道方式をされているところがあるということですので、ぜひいろんなところで検討をしていただいて、こういうことができるようになればいいかと思いますのでぜひご検討をよろしくお願いしたいと思います。

続きまして５.がん教育について、城間課長、よろしくお願いします。

５.がん教育について

○城間敏生（沖縄県教育庁保健体育課　課長）

県教育庁保健体育課長の城間です。よろしくお願いします。沖縄県の学校におけるがん教育の取り組みについてご報告させていただきます。

沖縄県教育委員会では令和元年度から３年度まで文部科学省の委託事業、がん教育総合支援事業によってがん教育を推進してまいりました。今年度からはこれまでの３年間の事業成果と課題を踏まえ、関係団体と協力して県独自で学校におけるがん教育を推進していくこととしております。引き続き皆様からのご指導等をよろしくお願いいたします。

資料14、204ページをご覧いただきながらご説明していきたいと思います。資料は令和４年度の沖縄県の学校におけるがん教育の推進計画であります。１　がん教育の目標は、(1)がんについて正しく理解することができるようにする。(2)健康と命の大切さについて主体的に考えることができるようにする。こととなっております。

２は、学習指導要領等に示されたがん教育の内容になります。新学習指導要領とは、学校の教育カリキュラムの基準でありますが、令和２年度は小学校、令和３年度は中学校、そして今年度から高等学校が年次進行で順次改訂を迎えまして新学習指導要領に移行してまいります。がん教育が保健体育科の科目、保健の教育の中に位置づけられたことから、小学校の中ではがんについて触れるようにする。中学校ではがんという病気について理解できるようにするなど、がん教育の目標が達成できるよう各学校が取り組んでおります。さらに今年度からは高等学校においても本格的にがん教育がスタートすることになっております。

205ページ、３　令和３年度文部科学省委託事業がん教育総合支援事業より示された課題

と今年度の取り組みの方向性について述べられているところです。(1)カリキュラム・マネジメントによるがん教育の推進について、学校教育活動全体を通した保健教育の取り組みについて管理職研修等で周知していく計画であります。

(2)外部講師の活用については、がん教育の外部講師の養成については、アの３行目の後半に、「外部団体、県教育委員会、県保健医療部、県医師会等関連団体が協力・連携し、実施方法や外部講師の授業後のフォローアップ体制を構築していくことが課題である。」と示されております。がん教育外部講師の養成については、今年度よりしばらくの間は琉球大学医学部保健学科成人・がん看護学教授 照屋典子先生に引き受けていただくことになっております。また、がん研修会講師につきましては、これまでもご協力をいただいておりました全がん連の天野理事長やＮＰＯ法人愛媛がんサポートおれんじの会の松本理事長等のご協力をお願いし、内諾が得られているところです。昨年度同様にオンライン形式による研修会を今年度11月に予定しており、照屋教授を中心に計画を進めさせていただいているところです。

また、がん教育の外部講師をなされた方の授業後のフォローアップにつきましては、令和３年度、外部講師として教壇に立っていただいた方からフォローアップ体制について前向きな意見等が寄せられておりまして、現在、話し合いを重ね、少しずつ体制づくりに向けて取り組んでいただいているところです。

(3)研修会等の充実と普及・推進については、令和２年度、令和３年度においては、コロナ禍のためにがん教育モデル校を中心に作成した教材を活用した授業等によって県内に広く普及・啓発する機会がもてなかったことから、今年度は沖縄県総合教育センターと連携し、小学校教諭や中学校、高等学校の保健体育科の教諭等を対象とした研修会も計画しているところです。

205ページの４ 今年度の取り組みの(1)、(2)の記載事項がご報告させていただいた内容となっております。

206ページの(3)は沖縄県版がん教育教材の県総合教育センターへの掲載についてとなっております。(4)については、先ほどご説明させていただいたがん教育外部講師養成研修会の内容になっております。後ほどご確認いただければと思います。今後も本県の学校におけるがん教育の推進についてご協力をお願いいたしまして、今年度の取り組み等についてのご報告とさせていただきます。以上です。

○青木陽一議長代行

ありがとうございます。沖縄県の学校におけるがん教育の取り組みを報告していただきました。何かご質問はよろしいでしょうか。

外部講師の授業後のフォローアップはどのような内容になるのですか。

○城間敏生（沖縄県教育庁保健体育課　課長）

本課の担当がおりますので、担当の奥間のほうから回答させていただきます。

○奥間（沖縄県教育庁保健体育課）

こんにちは。奥間でございます。

フォローアップ体制と申しますのは、がん教育を外部講師として教壇に立たれた後にフィードバックをする機会があまりございませんので、フィードバックをして、また次に外部講師として立たれるときに役に立てるような体制づくりを、参加していただいた方からそういうことをやってみたいという積極的なご意見等がありまして、体制づくりができればということで少しずつお話を進めているところでございます。以上です。

○青木陽一議長代行

ありがとうございます。ほかにご質問はよろしいでしょうか。

続きまして報告事項６.大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について､増田委員からお願いします。

６.大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について

○増田昌人委員

資料15、207ページをご覧ください。大腸がん死激減プロジェクト連絡会議、佐村先生が代表でやっていただいていますが、毎月１回集まりまして、Ｗｅｂを使って検討会を行っております。今は大腸がん相談室を開設しました。具体的には大腸がん症例で治療の方向性についてここに相談していただければ、おおむね24時間以内、少なくとも48時間以内に回答する形で運用が始まっています。現在は８例をコンサルテーションしておりまして、拡大をしているところです。これはもともとある沖縄県医師会の津梁ネットワークを用いてやっているものなので、県医師会とこの会と二人三脚でやっております。このような形

で、患者さんの同意を得て津梁ネットワーク内で相談室に申し込みをしていただいて、相談室に登録している専門家、消化器外科だけではなく、放射線治療医や消化器内科医、腫瘍内科医等が入りましてコメントを出していますので、これが動き始めて、ある程度軌道に乗ってきたところですが、まだ全体としての症例数が増えていない状況なので、それが課題でして、今は啓発活動をしているところです。以上です。

○青木陽一議長代行

ありがとうございます。とても大事なプロジェクトということで、何かご質問はよろしいでしょうか。

事例紹介はいろんな病院から紹介があるのですか。

○増田昌人委員

そうですね。どれもなかなか難しい症例で、１人で決断するには難しいということなので、いろいろな専門家が集まってディスカッションできるメリットはあるかと思います。

○青木陽一議長代行

これが広がっていけばいいですね。

ほかに何かよろしいでしょうか。ありがとうございます。

報告事項７～11、それから部会報告については紙面報告とさせていただきます。

７.がんゲノム医療について

８.沖縄県がん地域連携クリティカルパス適用状況について

９.沖縄県がん患者等支援事業の活動報告

10.沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

11.厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議

(1)第76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28回薬事・食品衛生審議会薬事分科会医療薬品等安全対策部会安全対策調査会

(2)第47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

(3)第18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ワクチン評価

に関する小委員会

⑷第19回厚生科学審議会がん登録部会

⑸第78回がん対策推進協議会

⑹第34回がん検診のあり方に関する検討会

⑺第３回小児・ＡＹＡ世代のがん患者等に対する妊孕性温存療法に関する検討会

⑻第20回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会

⑼第21回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会

部会報告事項

１.医療部会

２.緩和ケア・在宅医療部会

３.小児・ＡＹＡ部会

４.離島・へき地部会

５.情報提供・相談支援部会

６.ベンチマーク部会

○青木陽一議長代行

これで用意した内容は終了しますが、委員の方で何かコメント等はありますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、令和４年度第１回沖縄県がん診療連携協議会をこれで終了したいと思います。どうもありがとうございました。お疲れさまでした。

資料４

沖縄県がん診療連携協議会委員 令和4度名簿 （任期:令和4年4月1日～令和6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	岸本　信三	変更	きしもと　しんぞう	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	篠﨑　裕子	継続	しのざき　ゆうこ	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	安里　哲好	継続	あさと　てつよし	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	変更	いとかず　とおる	沖縄県保健医療部	保健医療部長	沖縄県保健医療部長
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	青木　陽一	継続	あおき　よういち	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	変更	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	前田　純子	継続	まえだ　じゅんこ	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	変更	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	松村　敏信	継続	まつむら　としのぶ	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	新崎　博美	変更	あらさき　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	菊池　馨	継続	きくち　かおる	沖縄県立八重山病院	消化器内科部長	地域がん診療病院から2名
26	17	石田　浩子	変更	いしだ　ひろこ	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	地域がん診療病院から2名
28	17	我如古　春美	継続	がねこ　はるみ	北部地区医師会病院	看護部長	地域がん診療病院から2名
29	18	与儀　淑恵	変更	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	変更	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	上原　弘美	継続	うえはら　ひろみ	サバイバーナースの会「ぴあナース」	代表	患者関係の立場の者
32	18	島袋　百代	継続	しまぶくろ　ももよ	パンキャンジャパン沖縄アフィリエート	支部長	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	島　洋子	継続	しま　ようこ	琉球新報社編集局	次長・報道本部長	有識者
36	20	和田　直樹	変更	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	足立　源樹	継続	あだち　げんき	那覇市立病院	放射線科部長	琉大の病院長が必要と認める者

令和4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	朝倉　義崇	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	松村　敏信	県立宮古病院	外科部長	地域がん診療病院から1名
3	17	菊池　馨	県立八重山病院	内科部長	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	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	新城　光雄	沖縄県保健医療部	保健衛生統括監	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	仲本　律雄	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）

2022/6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	外科統括課部長	地域がん診療連携拠点病院
朝倉　義崇	沖縄県立中部病院	腫瘍・血液内科部長	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
松茂良　力	沖縄県立八重山病院	副院長	地域がん診療病院
川満　博昭	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	沖縄県保健医療部健康長寿課	主査	沖縄県
調整中			患者関係者
増田　昌人	琉球大学病院	がんセンター長	事務局
野村　寛徳	琉球大学病院	第一外科助教	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
安次嶺　宏哉	沖縄協同病院	腫瘍内科	沖縄協同病院
	（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
川満　博昭	沖縄県立宮古病院	外科副部長	**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
與世平一起	沖縄県立八重山病院	薬剤師	地域がん診療病院
大益　渉子	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
新井　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
足立　源樹	那覇市立病院	放射線科部長	地域がん診療連携拠点病院
三浦　耕子	沖縄県立中部病院	婦人科副部長	地域がん診療連携拠点病院
屋良　尚美	沖縄県立中部病院	外来師長	地域がん診療連携拠点病院
朝川　恵利	沖縄県立宮古病院	地域連携室 看護師	**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
小波津　真紀子	沖縄県保健医療部健康長寿課	主査	沖縄県
名嘉眞　久美	沖縄県がん患者会連合会	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
足立　源樹	那覇市立病院	放射線科部長	地域がん診療連携拠点病院
三浦　耕子	沖縄県立中部病院	婦人科副部長	地域がん診療連携拠点病院
朝川　恵利	沖縄県立宮古病院	がん専門看護師	**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
西原　実	ハートライフ病院	副院長	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	西崎病院	総合診療科　在宅・緩和ケア	
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
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　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	沖縄県立中部病院	呼吸器内科医師	地域がん診療連携拠点病院
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
金城　美奈子	沖縄県立宮古病院	地域連携室がん相談員副師長	**地域がん診療病院**
屋比久　倫子	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
成田　奈緒子	北部地区医師会病院	連携課師長	地域がん診療病院
嶺井　朝美	北部地区医師会病院	緩和ケア認定看護師	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	友愛会南部病院
喜納　美津男	きなクリニック	院長	きなクリニック
宮城　愛子	沖縄セントラル病院	訪問看護認定看護師	訪問看護ステーションはえばる
德盛　裕元	すまいるサポート株式会社	代表取締役	すまいるサポート株式会社
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	
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	小児科助教	都道府県がん診療連携拠点病院
森島　聡子	琉球大学病院	第二内科准教授	都道府県がん診療連携拠点病院
銘苅　桂子	琉球大学病院	周産母子センター講師	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
當山　美奈子	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
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
大城　一郁	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	血液・腫瘍内科	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
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
佐久川　夏実	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	チャイルド・ライフ・スペシャリスト	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
崎間　恒哉	県立学校教育課	課長	沖縄県教育庁
城間　敏生	沖縄県教育庁保健体育課	課長	沖縄県教育庁
新屋敷　誠	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	幹事	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））

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
調整中	沖縄県立中部病院		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
白石　康子	友愛医療センター	産婦人科医	
銘苅　桂子	琉球大学病院	周産母子センター講師	都道府県がん診療連携拠点病院
調整中	琉球大学病院	整形外科	都道府県がん診療連携拠点病院
調整中	琉球大学病院	第一外科	都道府県がん診療連携拠点病院
調整中	琉球大学病院	脳神経外科	都道府県がん診療連携拠点病院
調整中	琉球大学病院	第二内科	都道府県がん診療連携拠点病院
調整中	琉球大学病院	小児科	都道府県がん診療連携拠点病院
調整中	琉球大学病院	産婦人科	都道府県がん診療連携拠点病院
調整中	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	産婦人科	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
調整中	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	小児科	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
調整中	中頭病院	乳腺科	
調整中	沖縄協同病院	腫瘍内科	
調整中	沖縄県		
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　小児がん相談支援マニュアルワーキング

氏名	所属	役職	備考
佐久川　夏実	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	チャイルド・ライフ・スペシャリスト	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
冨里　果林	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	医療ソーシャルワーカー	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
眞榮田　珠里	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	看護師	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
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	地域がん診療連携拠点病院
下地　舞	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
金城　敦子	がんの子どもを守る会　沖縄支部	幹事	患者会
宮平　有希子	がんの子どもを守る会　沖縄支部		患者会
佐久川　沙織	琉球大学病院	看護師	都道府県がん診療連携拠点病院
友利　晃子	琉球大学病院	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
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
朝倉　義崇	沖縄県立中部病院	腫瘍・血液内科部長	地域がん診療連携拠点病院
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
松村　敏信	沖縄県立宮古病院	外科部長	**地域がん診療病院**
新崎　博美	沖縄県立宮古病院	副院長	地域がん診療病院
菊池　馨	沖縄県立八重山病院	内科部長	地域がん診療病院
石田　浩子	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
我如古　春美	北部地区医師会病院	看護部長	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）
砂川　洋子	ゆうかぎの会（離島圏におけるがん患者支援を考える会）		
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）
黒島　冨士子	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	
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	
金城　美奈子	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
小波津　真紀子	沖縄県保健医療部健康長寿課	主査	沖縄県
島袋　百代	パンキャンジャパン沖縄アフェリエート	支部長	患者関係者
中山　富美	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
樋口　美智子	沖縄国際大学	総合文化学部人間福祉学科准教授	
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
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
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
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
松村　敏信	沖縄県立宮古病院	外科部長	**地域がん診療病院**
尾﨑　信弘	沖縄県立八重山病院	外科部長	地域がん診療病院
柴山　順子	北部地区医師会病院	副院長	地域がん診療病院
調整中	沖縄県保健医療部健康長寿課		沖縄県
調整中			患者関係者
調整中			患者関係者
井岡　亜希子	まるレディースクリニック		
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
西平　点	沖縄県立中部病院　経営課	主幹	地域がん診療連携拠点病院
仲嶺　八紀	沖縄県立中部病院　経営課		地域がん診療連携拠点病院
仲尾次　恭子	那覇市立病院		地域がん診療連携拠点病院
戸倉　さおり	沖縄県立宮古病院　診療情報管理室	診療情報管理士	**地域がん診療病院**
金城　有哉	沖縄県立八重山病院　医事課		地域がん診療病院
宮里　貴子	北部地区医師会病院　医事課		地域がん診療病院
安里　邦子	中部徳洲会病院　診療情報管理室	診療情報管理士	中部徳洲会病院
比知屋　春奈	国立病院機構沖縄病院　診療情報管理室	診療情報管理士	国立病院機構沖縄病院
古謝　由紀子	沖縄県衛生環境研究所　全国がん登録担当	全国がん登録	沖縄衛生環境研究所
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））

資料５

●令和 4 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）

回　数	日　時	場　所	備　考
第１回	令和 4 年 5 月 13 日（金）14:00～17:00	大学院セミナー室	
第２回	令和 4 年 8 月 5 日（金）14:00～17:00	大会議室	
第３回	令和 4 年 11 月 18 日（金）14:00～17:00	~~大学院セミナー室~~ 大会議室	
第４回	令和 5 年 2 月 3 日（金）14:00～17:00	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 4 年 4 月 11 日（月）14:00～17:00	小会議室	
第２回	令和 4 年 7 月 4 日（月）14:00～17:00	~~大学院セミナー室~~ がじゅまる会館 ３階セミナー室	
第３回	令和 4 年 10 月 3 日（月）14:00～17:00	大学院セミナー室	
第４回	令和 5 年 1 月 16 日（月）14:00～17:00	大会議室	

資料６

令和４年６月 17 日

沖縄県がん診療連携協議会
議長　大屋　祐輔　殿

（八重山のがん患者を支援する会）
やいまゆんたく会
会長　田盛亜紀子
（公印省略）

「島外の医療施設における治療等の必要性に係る意見書」の定額化についての要望書

日頃より、沖縄県のがん対策の推進と強化にご尽力を賜り深く感謝申し上げます。

さて、沖縄県離島患者等支援事業を目的に、離島から島外医療施設への通院を必要とするがんや難病等の患者に航空運賃の一部を助成する制度があり、居住地の市町村によって、助成額に違いはありますが、当該助成を受けるためには申請書に添付する「島外の医療施設における治療等の必要性に係る意見書」が必要となります。ところが、医療施設によってこの意見書の証明料金に違いがあり、離島の患者が通院する主な医療施設を調査した結果、無料～2200 円と差異がありました。がん患者にとって家族のいる地域での治療が望ましいが、現実的には専門医不在等により島外・県外の病院へ多くの患者が行かれる現状にあるため、精神的・経済的な負担も大きいものがあります。病院関係者におかれましても係る諸事情をご理解下さり、沖縄県による離島患者等支援を目的に助成がされていることに鑑み、係る医師の発行する意見書の証明料金は県内統一の無料、又は 1000 円程度にして頂けるよう患者会を代表して要望申し上げたくご提案致します。

以上

各施設別　渡航費の件数と意見書料金

＊施設は、おきなわがんサポートハンドブック（がん診療を行う県内医療施設一覧表）より

＊令和３年度分

施設名	料金/円	件数
琉球大学病院	2,200	45
県立中部病院	2,200	1
那覇市立病院	無料	6
県立八重山病院	1,100	93
中部徳洲会病院	1,320	0
ハートライフ病院	1,100	7
国立沖縄病院	1,650	5
浦添総合病院	無料	4
宮良クリニック	無料	22
マンマ家クリニック	無料	3
沖縄赤十字病院	1,100	3
那覇西クリニック	1,100	31
那覇西・ まかび	1,100	2
友愛医療センター	1,100	5
南部医療センター・こども医療センター	1,100	5
他　石垣市内の３医療機関	1,100	19

＊石垣市健康福祉センターにおける令和3年度分のがん治療渡航費申請件数は278件です。但し、意見書の件数が少数の医療機関は除いてあります。

資料７

2022 年 7 月 1 日

沖縄県がん診療連携協議会幹事長
増田　昌人
（琉球大学病院がんセンター）

今年度の協議会の活動方針について

＜事前のご意見＞

１　大腸がん対策について、特に宜野湾市、西原町、名護市について重点的に取り組む

２　大腸がんプロジェクトの評価を行う

３　各医療圏のがんの罹患・死亡及び各拠点病院等の診療状況等を解析する

４　グループ指定されている病院間の診療連携、難治がん・希少がんの受療行動などの評価分析を行う

５　分析結果等に基づいて、大腸がんプロジェクトに準じて、がん種や、地域の課題別にプロジェクトを立ち上げて、対応する

６　膵臓がんの早期発見の組織づくりを行い、早期発見ができるようにする

７　がんの家族外来、遺族外来を開設する

８　疼痛の特別な対応、例えば神経ブロックができる病院の情報提供をする、さらに医療機関の連携によりどの病院でもそれらの緩和ケアが受けられるようにする

以上のご意見も踏まえて、今年度重点的に取り組む分野や項目を、幹事会として検討し、協議会に提案したいと考えております。

資料８

2022 年 7 月 1 日

沖縄県がん診療連携協議会幹事長
増田　昌人
（琉球大学病院がんセンター）

第３次沖縄県がん対策推進計画の評価のための医療者調査について

経緯

2022年2月　平成3年度第4回協議会において、「第3次沖縄県がん対策推進計画の評価のための医療者調査」を行うことが決議された。

その後沖縄県が主体となって行うことを求めたが、その予定はないとの回答があった。同年5月　平成４年度第1回協議会において、医療者調査は、協議会が主催して行うこととなった。また、前回行った医療者調査と比較ができるような調査を行うこととなった。

今後の予定等

１　実施主体は協議会。実施事務局は琉球大学病院がんセンターとする。

２　調査内容については、最終的に協議会で決定する。その前に、幹事会である程度の方向性の決定を行う。細かい点については、ベンチマーク部会で協議して決める

３　ベンチマーク部会は、７月中に開催する。

○沖縄県、秋田県医療者アンケート一覧

設問番号	【沖縄県】	【秋田県】
1	あなたの職種をお答えください。 1.医師 2.看護師 3.薬剤師 ４.ソーシャルワーカー ５.その他	問１同左
2	あなたの性別をお答えください。 1.男性 2.女性	問２同左
3	あなたの年齢をお答えください。 1.20歳～29歳 2.30歳～39歳 3.40歳～49歳 4.50歳～59歳 5.60歳～64歳 6.65歳以上	問３同左
4	あなたの施設の医療圏域をお答えください。 1.北部医療圏 2.中部医療圏 3.南部医療圏 4.八重山医療圏 5.宮古医療圏	あなたの施設の医療圏域をお答えください。 1.大館・鹿角医療圏 2.北秋田医療圏 3.能代・山本医療圏 4.秋田周辺医療圏 5.由利本荘・にかほ医療圏 6.大仙・仙北医療圏 7.横手医療圏 8.湯沢・雄勝医療圏
5	異職種間で自由に意見できる雰囲気ですか？ 1.そう思う 2.ややそう思う 3.あまりそう思わない 4.そう思わない	問５同左
6	医師は必要な情報を医療スタッフ(orあなた)と共有していると思いますか？ 1.そう思う 2.ややそう思う 3.あまりそう思わない 4.そう思わない	問６同左

7	あなたは、必要に応じて自分の職種以外の役割を、補いつつ仕事をするようつとめていると思いますか？ 1.そう思う 2.ややそう思う 3.あまりそう思わない 4.そう思わない	問７同左
8	あなたの担当するがん患者で、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何％ぐらいですか。 1.100％ 2.75％以上100％未満 3.50％以上75％未満 4.25％以上50％未満 5.25％未満	問８同左
9	がん医療を行っていくうえで、他の医療機関との連携に困惑感があると思いますか？ 1.よくある 2.ときどきある 3.あまりない 4.まったくない	問９同左
10	専門医療機関に対してがん患者を紹介したときに受け入れてもらえますか？ 1.受け入れてくれる(断られることはめったにない) 2.たいてい受け入れてくれる(たまに断られる) 3.どちらかというと断られるほうが多い 4.ほとんど断られる	問10同左
11	他院へがん患者を紹介した際に、その後の経過について 紹介先医療機関から情報提供がありますか？ 1.いつも十分ある 2.たいていは十分ある 3.たいてい不足している 4.いつも不足している 5.気にしていない	問11同左
12	他院からがん患者が紹介されてきた際に、その後の診療を継続するのに患者にとって十分な情報が紹介元医療機関から提供されていますか？ 1.いつも十分ある 2.たいていは十分ある 3.たいてい不足している 4.いつも不足している 5.気にしていない	問12同左

13	より専門的な医療機関へがん患者を紹介するときに、どの医療機関に紹介するかを決めるための情報が足りないと感じることはありますか？ 1.かなりある 2.ややある 3.あまりない 4.まったくない	問13同左
14	がん患者を定期的なフォローアップのために紹介うるときに、どの医療機関に紹介するか決めるための情報が足りないと感じることはありますか？ 1.かなりある 2.ややある 3.あまりない 4.まったくない	問14同左
15	がん診療連携拠点病院、がん診療病院、がん診療連携支援病院についてお尋ねします。	問15同左
①	都道府県がん診療連携拠点病院である琉球大学医学部附属病院は、がん診療連携拠点病院の指定要件に示された役割を十分に担っていると思いますか？ 1.そう思う 2.ややそう思う 3.あまりそう思わない 4.そう思わない	都道府県がん診療連携拠点病院である秋田大学医学部附属病院
②	地域がん診療連携拠点病院である那覇市立病院は、がん診療連携拠点病院の指定要件に示された役割を十分に担っていると思いますか？ 1.そう思う 2.ややそう思う 3.あまりそう思わない 4.そう思わない	地域がん診療連携拠点病院 ②大館市立総合病院 ③秋田厚生医療センター ④秋田赤十字病院
③	地域がん診療連携拠点病院である沖縄県立中部病院は、がん診療連携拠点病院の指定要件に示された役割を十分に担っていると思いますか？ 1.そう思う 2.ややそう思う 3.あまりそう思わない 4.そう思わない	
④	地域がん診療病院である沖縄県立宮古病院は、がん診療病院の指定要件に示された役割を担っていると思いますか？ 1.そう思う 2.ややそう思う 3.あまりそう思わない 4.そう思わない	地域がん診療病院 ⑤大曲厚生医療センター ⑥平鹿総合病院 ⑦能代厚生医療センター ⑧由利組合総合病院 ⑨雄勝中央病院 ⑩北秋田市民病院

⑤	北部地区医師会病院は、がん診療連携支援病院の役割を十分に担っていると思いますか？ 1.そう思う 2.ややそう思う 3.あまりそう思わない 4.そう思うわない	がん診療連携推進病院 ⑪市立秋田総合病院 ⑫中通総合病院
⑥	沖縄県立八重山病院は、がん診療連携支援病院の役割を十分に担っていると思いますか？ 1.そう思う 2.ややそう思う 3.あまりそう思わない 4.そう思わない	
⑦/⑬	都道府県がん診療連携拠点病院である琉球大学医学部附属病院は、県内のがん診療の連携体制の整備構築の役割を十分に担っていると思いますか？ 1.そう思う 2.ややそう思う 3.あまりそう思わない 4.そう思わない	都道府県がん診療連携拠点病院である秋田大学医学部附属病院 他同左
16	沖縄県でがん医療を提供するとき、専門医の不足を感じることはどの程度ありますか？ 1.かなりある 2.ややある 3.あまりない 4.まったくない	問16同左
17	沖縄県でがん医療を提供するとき、医師以外の専門的な医療従事者(がん化学療法看護認定看護師、緩和ケア認定看護師、がん薬物療法認定薬剤師、など)の不足を感じることはどの程度ありますか？ 1.かなりある 2.ややある 3.あまりない 4.まったくない	問17同左
18	あなたは、がん患者の話に耳を傾け、患者が置かれている状況を踏まえ対応していると思いますか？ 1.いつも対応している 2.たいてい対応している 3.対応していないほうが多い 4.ほとんど対応していない	問18同左
19	あなたの施設では、緩和ケアのレベルが3年前と比較して向上したと思いますか？ 1.そう思う 2.ややそう思う 3.あまりそう思わない	問19同左

20	あなたの施設では、がん患者に対する意思決定支援が実践されていますか？ 1.十分実践されている 2.ある程度実践されている 3.あまり実践されていない 4.まったく実践されていない	問20同左
21	あなたの担当するがん患者で、精神的痛みを含む痛みの評価を何％ぐらいの患者に実践していますか？ 1.100％ 2.75％以上100％未満 3.50％以上75％未満 4.25％以上50％未満 5.25％未満	問21同左
22	離島に居住しているがん患者が、適切んば医療を受けていると思いますか？ 1.そう思う 2.ややそう思う 3.あまりそう思わない 4.そう思わない	問22同左
23	現在離島でがん医療に従事している方、または過去に離島でがん医療に従事した方にお聞きします。離島に居住しているがん患者のうち、より専門的な医療機関へ紹介したい場合、大きな支障なく紹介できた症例は何％ぐらいですか？ 1.100％ 2.75％以上100％未満 3.50％以上75％未満 4.25％以上50％未満 5.25％未満	設問無し
24	現在本島でがん医療に従事している方、または過去に本島でがん医療に従事した方にお聞きします。離島に居住しているがん患者のフォローアップのために、地元の医療機関へ紹介したい場合、大きな支障なく紹介できた症例は何％ぐらいですか？ 1.100％ 2.75％以上100％未満 3.50％以上75％未満 4.25％以上50％未満 5.25％未満	設問無し
25	あなたの担当するがん患者で、在宅医療を希望された患者のうち、在宅医療に移行した症例は何％ぐらいですか？ 1. 100％ 2. 75％以上100％未満 3. 50％以上75％未満 4. 25％以上50％未満 5. 25％未満	問25同左

26	医師ががん患者とその家族に、治療の説明など必要な説明と情報を提供していますか？ 1.いつもしている 2.たいていしている 3.していないほうが多い 4.ほとんどしていない	問26同左
27	医師以外の医療スタッフの方にお聞きします。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？ 1.言える 2.ときどき言える 3.あまり言えない 4.言えない	問27同左
28	医師の方にお聞きします。他の医療スタッフの話に耳を傾けていますか？ 1.そう思う 2.ややそう思う 3.あまりそう思わない 4.そう思わない	問28同左

資料９

第９回がん診療連携拠点病院等の 指定要件に関するワーキンググループ	資料
令和４年６月 20 日	1

がん診療連携拠点病院等の指定要件（案）

厚生労働省健康局
がん・疾病対策課

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（案）

別添

略語

当該指針において以下の略語を用いる。

略語	正式名
地域拠点病院	地域がん診療連携拠点病院
都道府県拠点病院	都道府県がん診療連携拠点病院
特定領域拠点病院	特定領域がん診療連携拠点病院
国立がん研究センター	国立研究開発法人国立がん研究センター
指定の検討会	がん診療連携病院等の指定に関する検討会
拠点病院等	地域拠点病院、都道府県拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院
がん診療連携拠点病院	地域拠点病院、都道府県拠点病院
都道府県協議会	都道府県がん診療連携協議会
国協議会	都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会
拠点病院等（特例型）	各拠点病院等の特例型

Ⅰ　がん診療連携拠点病院等の指定について

1　拠点病院等は、都道府県知事が２を踏まえて推薦する医療機関について、指定の検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が適当と認めるものを指定するものとする。拠点病院等の新規指定や指定更新の際に、国立がん研究センターは当該施設に関する意見書を、厚生労働省に提出することができる。また、地域拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の新規指定や指定更新の際に、同一都道府県の都道府県拠点病院は当該病院に関する意見書を、都道府県を通じて厚生労働省に提出することができる。

2　都道府県は、専門的ながん医療の提供等を行う医療機関の整備を図るとともに、当該都道府県におけるがん診療の連携協力体制の整備を図るほか、がん患者に対する相談支援及び情報提供を行うため、都道府県拠点病院を１カ所、都道府県が医療計画にて定めるがんの医療圏毎にがん診療連携拠点病院を１カ所、それぞれ整備するものとする。また、がん診療連携拠点病院の無いがんの医療圏に当該都道府県のがん診療連携拠点病院との連携を前提にグループとして指定（以下「グループ指定」という。）した、地域がん診療病院を１カ所整備できるものとする。また、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拠点病院を整備できるものとする。ただし、都道府県拠点病院及び地域拠点病院にあっては、当該都道府県におけるがん診療の質の向上及びがん診療の連携協力体制の整備がより一層図られることが明確である場合には、指定の検討会の意見を踏まえ、複数整備することも可能とする。

3　都道府県の全ての拠点病院等は、協働して都道府県協議会を設置し、都道府県拠点病院は中心的な役割を担うとともに、他の拠点病院等は都道府県協議会の運営に主体的に参画すること。また、拠点病院等の他、地域におけるがん医療を担う者、行政、患者団体等の関係団体にも積極的な関与を求めること。

〈都道府県協議会の主な役割〉

（１）　国のがん対策基本法及びがん対策推進基本計画、都道府県のがん計画等における患者本位のがん医療を実現する等の観点から、当該都道府県における対策を強力に推進する役割を担うこと。

（２）　都道府県全体のがん医療等の質の向上のため、次に掲げる事項を行い、都道府県内のどこに住んでいても適切な診断や治療にスムーズにアクセスできる体制を確保すること。

①　地域の実状に応じて、以下のア～ケを参考に医療機関間の連携が必要な医療等について、都道府県内の各拠点病院等及び他のがん診療を担う医療機関における役割分担を整理・明確化し、その内容を関係者間で共有するとともに広く周知すること。

ア　一部の限定的な医療機関でのみ実施される薬物療法

イ　集約化することにより予後の改善が見込める手術療法

ウ　強度変調放射線療法や密封小線源療法、専用治療病室を要する核医学治療等の放射線治療、高度で特殊な画像下治療（ＩＶＲ）

エ　緩和ケアセンター、緩和ケア病棟、ホスピス、神経ブロック、緊急緩和放射線治療等の緩和医療

オ　分野別に希少がん・難治がんの対応を行う体制

カ　小児がんの長期フォローアップの実施

キ　ＡＹＡ世代（※１）のがんの支援体制

ク　妊孕性温存療法の実施（別途実施されている「小児・ＡＹＡ世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」におけるがん・生殖医療ネットワークと協働して実施。）

ケ　がんゲノム医療

②　地域がん診療病院とがん診療連携拠点病院とのグループ指定の組み合わせを調整・決定すること。

③　都道府県内の拠点病院等の院内がん登録のデータや診療実績等を共有、分析、評価、公表等を行うこと。その上で、各都道府県とも連携し、医療の質の向上を行うための具体的な計画を立案・実行すること。

併せて、院内がん登録実務者の支援を含めて都道府県内のがん関連情報収集や利活用等に関する質の向上に取り組むこと。

④ 地域における相談支援や緩和ケアの提供体制・連携体制について協議を行い、拠点病院等の間で情報共有や役割分担を含む連携体制を整備すること。

⑤　当該都道府県における特定機能病院である拠点病院等と連携し、地域におけるがん診療に従事する医療従事者の育成及び適正配置に向けた調整を行うこと。

⑥　Ⅱの４の（３）に基づき当該都道府県における拠点病院等が実施するがん医療に携わる医師等を対象とした緩和ケアに関する研修その他各種研修に関する計画を作成すること。

⑦　当該都道府県内の医療機関における診療、緩和ケア外来、相談支援センター、セカンドオピニオン（※２）、患者サロン（※３）、患者支援団体、在宅医療等へのアクセスについて情報を集約し医療機関間で共有するとともに、冊子やホームページ等でわかりやすく広報すること。

⑧　国協議会との体系的な連携体制を構築すること。

⑨　国立がん研究センターによる研修に関する情報や国協議会での協議事項が確実に都道府県内で共有・実践される体制を整備すること。

⑩　感染症のまん延や災害等の状況においても必要ながん医療を提供する体制を確保するため、当該都道府県や各がん医療圏におけるＢＣＰ（※４）について議論を行うこと。

４　国立がん研究センターは、我が国のがん対策の中核的機関として、以下の体制を整備することにより我が国全体のがん医療を牽引し、国立がん研究センターの中央病院及び東病院について、指定の検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が適当と認める場合に、国のがん診療連携拠点病院として指定するものとする。

（１）　拠点病院等への診療に関する支援及びがん医療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の診療従事者の育成や情報発信等の役割を担う。

（２）　拠点病院等へ必要に応じて実地調査を行うなど、情報提供を求め、我が国におけるがん診療等に関する情報を収集、分析、評価し、改善方策を検討した上で国に提言する。実地調査を行う際には、必要に応じて当該都道府県内の他の拠点病院等の意見の活用を考慮すること。

（３）　定期的に都道府県拠点病院と国立がん研究センター中央病院及び東病院が参加する国協議会を開催し、以下に関する情報収集、共有、評価、広報を行う。

①　各都道府県における都道府県拠点病院を中心とした医療の質の改善の取組及びその実績

② 全国の拠点病院等の診療機能や診療体制、診療実績、地域連携に関する実績や活動状況
③ 全国の希少がんに対する診療、連携体制及び診療実績
④ 全国の臨床試験の実施状況を含む研究の実施体制
⑤ 全国のＡＹＡ世代のがんに対する診療体制及び診療実績
⑥ 粒子線治療などの全国で役割分担すべき治療法の実施体制

（４） その他、Ⅱに規定する指定要件を充足すること。

5 拠点病院等はがん対策基本法、がん対策推進基本計画、都道府県のがん計画等に基づき、各地域におけるがん医療の質の向上を推進し、我が国におけるがん診療をけん引する役割を担うこと。

6 厚生労働大臣は、拠点病院等のうち、指定期間中に指定要件を欠くなどの事態が発生した医療機関については、拠点病院等（特例型）として、指定の類型を定めることができるものとする。

7 厚生労働大臣は、各拠点病院等における指定要件の充足状況に関して疑義が生じた場合など、必要と判断したときは、都道府県、拠点病院等及び関係する者に対し、文書での確認や実地調査等の実態調査を行うことを求めることができるものとする。

8 厚生労働大臣は、７に規定する調査の結果、拠点病院等が指定要件を欠くに至ったと認めるときは、指定の検討会の意見を踏まえ、当該病院に対し、勧告、指定の取り消し、指定類型の見直し等の対応を行うことができるものとする。

Ⅱ 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

1 都道府県協議会における役割

各都道府県の他の拠点病院等と協働して都道府県協議会を設置し、その運営に主体的に参画すること。その際、各医療圏におけるがん医療の質を向上させるため、当該医療圏を代表して協議会の運営にあたるとともに、協議会の方針に沿って各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こと。

2 診療体制

（１）診療機能

① 集学的治療等の提供体制及び標準的治療等の提供

ア 我が国に多いがん（※５）を中心にその他各医療機関が専門とするがんについて、手術、放射線治療及び薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療、リハビリテーション及び緩和ケア（以下「集学的治療等」と

いう。）を提供する体制を有するとともに、各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療（以下「標準的治療」という。）等がん患者の状態に応じた適切な治療を提供すること。ただし、我が国に多いがんの中でも症例の集約化により治療成績の向上が期待されるもの等、当該拠点病院において集学的治療等を提供しない場合には、適切な医療に確実につなげることができる体制を構築すること。

イ　医師からの診断結果や病状の説明時及び治療方針の決定時等には、以下の体制を整備すること。

ⅰ　患者とその家族の希望を踏まえ、看護師や公認心理師等が同席すること。

ⅱ　治療プロセス全体に関して、患者とともに考えながら方針を決定すること。

ⅲ　標準治療として複数の診療科が関与する選択肢がある場合に、その知見のある診療科の受診ができる体制を確保すること。

ウ　がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、以下のカンファレンスをそれぞれ必要に応じて定期的に開催すること。特に、ⅲのカンファレンスを月１回以上開催すること。また、検討した内容については、診療録に記録の上、関係者間で共有すること。

ⅰ　個別もしくは少数の診療科の医師を主体とした日常的なカンファレンス

ⅱ　個別もしくは少数の診療科の医師に加え、看護師、薬剤師、必要に応じて公認心理師や緩和ケアチームを代表する者等を加えた症例への対応方針を検討するカンファレンス

ⅲ　手術、放射線診断、放射線治療、薬物療法、病理診断及び緩和ケア等に携わる専門的な知識及び技能を有する医師に加え、多職種も含めた、がん患者の診断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

なお、多職種については、歯科医師や薬剤師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、相談支援員等を含むものとする。

エ　院内の緩和ケアチーム、口腔ケアチーム、栄養サポートチーム、感染防止対策チーム等の専門チームへ医師だけではなく、看護師や薬剤師など他の診療従事者からも依頼ができる体制を整備すること。

オ　保険適応外の免疫療法等について、治験や先進医療を含めた臨床研究の枠組み以外の形で実施していないこと。

②　手術療法、放射線療法、薬物療法の提供体制の特記事項

集学的治療等を適切に提供できる体制を整備する上で、特に以下に対応

すること。

ア　術中迅速病理診断が可能な体制を確保すること。なお、当該体制は遠隔病理診断でも可とする。

イ　術後管理体制の一環として、手術部位感染に関するサーベイランスを実施すること。その際、厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業（ＪＡＮＩＳ）への登録が望ましい。

ウ　強度変調放射線治療と外来での核医学治療を提供することが望ましい。

エ　密封小線源治療について、地域の医療機関と連携し、役割分担すること。

オ　専用治療病室を要する核医学治療や粒子線治療等の高度な放射線治療について、患者に情報提供を行うとともに、必要に応じて適切な医療機関へ紹介する体制を整備すること。

カ　関連する学会のガイドライン等も参考に、第三者機関による出力線量測定を行い、放射線治療の品質管理を行うこと。

キ　画像下治療（ＩＶＲ）を提供することが望ましい。

ク　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する等して対応すること。

ケ　薬物療法のレジメン（※６）審査委員会を設置すること。

③　緩和ケアの提供体制

ア　がん診療に携わる全ての診療従事者により、全てのがん患者に対し入院、外来を問わず頻回に苦痛の把握に努め、必要な緩和ケアの提供を行うこと。また、これを支援するために、組織上明確に位置付けられた緩和ケアチームを整備すること。

イ　経時的にがん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的な問題等の把握及びそれらに対する適切な対応を、診断時から一貫して行っていること。また、診断や治療方針の変更時には、ライフステージ、就学・就労、経済状況、家族との関係性等、がん患者とその家族にとって重要な問題について、患者の希望を踏まえて配慮や支援ができるよう努めること。

ウ　ア、イを実施するため、がん診療に携わる全ての診療従事者の対応能力を向上させることが必要であり、緩和ケアチームにより以下を提供するよう体制を整備すること。

ｉ　定期的に病棟ラウンド及びカンファレンスを行い、依頼を受けていないがん患者も含めて苦痛の把握に努めるとともに、適切な症状緩和について協議し、必要に応じて主体的に助言や指導等を行っていること。

ⅱ　（２）の②のウに規定する看護師は、苦痛の把握の支援や専門的緩和ケアの提供に関する調整等、外来・病棟の看護業務を支援・強化すること。また、主治医及び看護師、公認心理師等と協働し、適切な支援を実施すること。

エ　外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備すること。なお、自施設のがん患者に限らず、他施設でがん診療を受けている、または受けていた患者についても受け入れを行っていること。また、緩和ケア外来等への患者紹介について、地域の医療機関に対して広報等を行っていること。

オ　医療用麻薬等の鎮痛薬の初回使用時や用量の増減時には、医師からの説明とともに薬剤師や看護師等による服薬指導を実施し、その際には自記式の服薬記録を整備活用することにより、外来・病棟を問わず医療用麻薬等を自己管理できるよう指導すること。

カ　院内の医療従事者と緩和ケアチームとの連携を以下により確保すること。

ⅰ　緩和ケアチームへがん患者の診療を依頼する手順等、評価された苦痛に対する対応を明確化し、院内の全ての診療従事者に周知するとともに、患者とその家族に緩和ケアに関する診療方針を提示すること。

ⅱ　がん治療を行う病棟や外来部門には、緩和ケアの提供体制について緩和ケアチームへ情報を集約し、また緩和ケアチームと各部署をつなぐ役割を担うリンクナース（※７）などを配置することが望ましい。

キ　患者や家族に対し、必要に応じて、アドバンス・ケア・プランニング（※８）を含めた意思決定支援を提供できる体制を整備していること。

ク　アからキにより、緩和ケアの提供がなされる旨を、院内の見やすい場所での掲示や入院時の資料配布、ホームページ上の公開等により、がん患者及び家族に対しわかりやすく情報提供を行うこと。

ケ　かかりつけ医の協力・連携を得て、主治医及び看護師が緩和ケアチームと共に、退院後の居宅における緩和ケアに関する療養上必要な説明及び指導を行うこと。

コ　疼痛緩和のための専門的な治療の提供体制等について、以下の通り確保すること。

ⅰ　難治性疼痛に対する神経ブロック等について、自施設における麻酔科医等との連携等の対応方針を定めていること。また、自施設で実施が困難なために、外部の医療機関と連携して実施する場合には、その詳細な連携体制を確認しておくこと。さらに、ホームページ等で、神経ブロック等の自施設における実施状況や連携医療機関名等、その実施体制について分かりやすく公表していること。

ⅱ　緩和的放射線治療を患者に提供できる体制を整備すること。また

自施設の医療従事者に対し、緩和的放射線治療の院内での連携体制について周知していることに加え、連携する医療機関に対し、患者の受入れ等について、周知していること。さらに、ホームページ等で、自施設におけるこれらの実施体制等について分かりやすく公表していること。

サ　全てのがん患者に対して苦痛の把握と適切な対応がなされるよう緩和ケアに係る診療や相談支援、患者からのＰＲＯ（患者報告アウトカム）（※９）、医療用麻薬の処方量など、院内の緩和ケアに係る情報を把握し、検討・改善する場を設置していること。それを踏まえて自施設において組織的な改善策を講じる等、緩和ケアの提供体制の改善に努めること。

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こと。その際、緩和ケアの提供に関しては、当該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。希少がんに関して、専門家による集学的医療の提供等による標準的な治療が提供されるよう、拠点病院間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。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。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　当該医療圏内のがん診療に関する情報を集約し、当該圏域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、ピア・サポート（※10）の質の向上に対する支援等に努めること。

⑤　セカンドオピニオンの提示体制

ア　当該施設で対応可能ながんについて、手術療法、放射線治療、薬物療法又は緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師によるセカンドオピニオンを提示する体制を整備し、患者にわかりやすく公表すること。

イ　がん患者とその家族に対して診療に関する説明を行う際には、他施設におけるセカンドオピニオンを活用することの心理的な障壁を取り除くことができるよう説明すること。

⑥　それぞれの特性に応じた診療等の提供体制

ア　希少がん・難治がんの患者の診断、治療に関しては、積極的に都道府県協議会における役割分担の整理を活用し、対応可能な施設への紹介やコンサルテーションで対応すること。

イ　小児がん患者で長期フォローアップ中の患者については、小児がん拠点病院や連携する医療機関と情報を共有する体制を整備すること。

ウ　各地域のがん・生殖医療ネットワークに加入し、「小児・ＡＹＡ世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」へ参画するとともに、対象となりうる患者には必ず治療開始前に提示すること。患者の希望を確認するとともに、がん治療を行う診療科が中心となって、院内または地域の生殖医療に関する診療科とともに、妊孕性温存療法及びがん治療後の生殖補助医療に関する情報提供及び意思決定支援を行う体制を整備すること。自施設において、がん・生殖医療に関する意思決定支援を行うことができる診療従事者の配置・育成に努めること。

エ　就学、就労、妊孕性（※11）の温存、アピアランスケア（※12）等に関する状況や本人の希望についても確認し、自施設もしくは連携施設のがん相談支援センターで対応できる体制を整備すること。また、それらの相談に応じる多職種からなるＡＹＡ世代支援チームを設置することが望ましい。

オ　高齢者のがんに関して、併存症の治療との両立が図れるよう、関係する診療科と連携する体制を確保すること。また、意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応をしていること。

カ　医療機関としてのＢＣＰを策定することが望ましい（＊）。

（２）診療従事者

①　専門的な知識及び技能を有する医師の配置

ア　当該施設で対応可能ながんについて専門的な知識及び技能を有する手術療法に携わる常勤（※13）の医師を１人以上配置すること。

イ　専任（※14）の放射線診断に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。

ウ　専従（※15）の放射線治療に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。

エ　専従の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。

オ　緩和ケアチームに、専任の身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については、専従であることが望ましい。

　緩和ケアチームに、精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については、専任であることが望ましい。

カ　専従の病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。

キ　リハビリテーションに関する専門的な知識および技能を有する医師を配置することが望ましい。

ク　2022年３月31日まで認めていた当該医療圏の医師数が概ね300人を下回る場合における専門的な知識及び技能を有する医師の配置に関する特例は原則としてこれを認めない。ただし、地域における医療体制に大きな影響がある場合については、都道府県全体の医療体制の方針等を踏まえて、指定の検討会において個別に判断する。

②　専門的な知識及び技能を有する医師以外の診療従事者の配置

ア　専従の放射線治療に携わる常勤の診療放射線技師を１人以上配置すること。なお、当該技師を含め、放射線治療に携わる専門的な知識及び技能を有する診療放射線技師を２人以上配置することが望ましい。

　専従の放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の技術者等を

１人以上配置すること。

放射線治療室に、専従の専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を１人以上配置すること。

イ　専任の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の薬剤師を１人以上配置すること。

外来化学療法室に、専従の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を１人以上配置すること。

ウ　緩和ケアチームに、専従の緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を１人以上配置すること。

エ　緩和ケアチームに、薬剤師及び社会福祉士等の相談支援に携わる者をそれぞれ１人以上配置すること。なお、他部署との兼任を可とする。

オ　緩和ケアチームに協力する公認心理師等の医療心理に携わる者を１人以上配置することが望ましい。

カ　専任の細胞診断に係る業務に携わる専門的な知識及び技能を有する者を１人以上配置すること。

キ　リハビリテーションに関する専門的な知識および技能を有する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等を配置することが望ましい。

（３）その他の環境整備等

①　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することが望ましい。

②　集学的治療等の内容や治療前後の生活における注意点等に関して、冊子や視聴覚教材等を用いてがん患者及びその家族が自主的に確認できる環境を整備すること。また、その冊子や視聴覚教材等はインターネット環境でも確認できることが望ましい。

③　がん治療に伴う外見の変化について、がん患者及びその家族に対する説明やアピアランスケアに関する情報提供・相談に応じられる体制を整備していること。

④　がん患者の自殺リスクに対し、院内で共通したフローを使用し、対応方法や関係機関との連携について明確にしておくこと。また関係職種に情報共有を行う体制を構築していること。自施設に精神科、心療内科等がない場合は、地域の医療機関と連携体制を確保していること。

３　診療実績

（１）　①または②を概ね満たすこと。なお、同一医療圏に複数の地域拠点病院を指定する場合は、①の項目を全て満たすこと。

①　以下の項目をそれぞれ満たすこと。

ア　院内がん登録数（入院、外来は問わない自施設初回治療分）年間

500件以上

イ　悪性腫瘍の手術件数　年間400件以上

ウ　がんに係る薬物療法のべ患者数　年間1,000人以上

エ　放射線治療のべ患者数　年間200人以上

オ　緩和ケアチームの新規介入患者数　年間50人以上

②　当該医療圏に居住するがん患者のうち、２割程度について診療実績があること。

４　人材育成等

（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、当該拠点病院等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、地域の医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）　自施設の医療従事者等を中心に、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。また、自施設のがん診療に携わる全ての医療従事者が受講していることが望ましい。

（７）　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。

5　相談支援及び情報の収集提供

（1）がん相談支援センター

相談支援を行う機能を有する部門（以下「相談支援センター」という。なお、病院固有の名称との併記を認めた上で、必ず「がん相談支援センター」と表記すること。）を設置し、①から⑦の体制を確保した上で、がん患者や家族等が持つ医療や療養等の課題に関して、病院を挙げて全人的な相談支援を行うこと。必要に応じてオンラインでの相談を受け付けるなど、情報通信技術等も活用すること。また、相談者の視聴覚に障害がある等の場合は、コミュニケーション上の配慮をすること。

①　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）～（3）を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者をそれぞれ1人ずつ配置すること。相談支援に携わる者は、対応の質の向上のために、がん相談支援センター相談員研修等により定期的に知識の更新に努めること。

②　院内及び地域の診療従事者の協力を得て、院内外のがん患者及びその家族並びに地域の住民及び医療機関等からの相談等に対応する体制を整備すること。また、相談支援に関し十分な経験を有するがん患者団体との連携協力体制の構築に積極的に取り組むこと。

③　相談支援センターについて周知するため、以下の体制を整備すること。

ア　外来初診時から医療従事者より、がん患者及びその家族に対し、相談支援センターについて説明する等、診断初期の段階から相談支援センターの周知が図られる体制を整備すること。

イ　治療に備えた事前の面談や準備のフローに組み込む等、診療の経過の中で患者が必要とするときに確実に利用できるよう繰り返し案内を行うこと。

ウ　院内の見やすい場所に相談支援センターについて分かりやすく掲示すること。

エ　地域の住民や医療・在宅・介護福祉等の関係機関に対し、相談支援センターに関する広報を行うこと。また、自施設に通院していない者からの相談にも対応すること。

オ　相談支援センターを初めて訪れた者の数を把握し、認知度の継続的な改善に努めること。

④　相談支援センターの業務内容について、相談者からフィードバックを得る体制を整備すること。また、フィードバックの内容を自施設の相談支援の質の向上のために活用するとともに、都道府県協議会で報告し、他施設とも情報共有すること。

⑤　患者からの相談に対し、必要に応じて速やかに院内の医療従事者が対応できるよう、病院長もしくはそれに準じる者が統括するなど、相談支援センターと院内の医療従事者が協働する体制を整備すること。

⑥　相談支援センターの支援員は、Ⅳの２の（３）に規定する当該都道府県にある都道府県拠点病院が実施する相談支援に携わる者を対象とした研修を受講すること。

⑦　がん患者及びその家族が心の悩みや体験等を語り合うための患者サロン等の場を設けること。その際には、一定の研修を受けたピアサポーターを活用する、もしくは十分な経験を持つ患者団体等と連携して実施するよう努めること。なお、インターネット環境でも開催できることが望ましい。

（２）院内がん登録

①　がん登録等の推進に関する法律（平成25年法律第111号）第44条第１項の規定に基づき定められた、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。以下「院内がん登録の実施に係る指針」という。）に即して院内がん登録を実施すること。

②　専従で、院内がん登録の実務を担う者として、国立がん研究センターが提供する研修で中級認定者の認定を受けている者を１人以上配置すること。

③　毎年、最新の登録情報や、予後を含めた情報を国立がん研究センターに提供すること。

（３）情報提供・普及啓発

①　自施設で対応できるがんについて、提供可能な診療内容を病院ホームページ等でわかりやすく広報すること。また、希少がん、小児がん、ＡＹＡ世代のがん患者への治療・支援（妊孕性温存療法を含む）やがんゲノム医療についても、自施設で提供できる場合や連携して実施する場合はその旨を広報すること。

②　当該医療圏内のがん診療に関する情報について、病院ホームページ等でわかりやすく広報すること。特に、我が国に多いがんの中で、自施設で対応しない診療内容についての連携先や集学的治療等が終了した後のフォローアップについて地域で連携する医療機関等の情報提供を行うこと。

③　地域を対象として、緩和ケアやがん教育、患者向け・一般向けのガイドラインの活用法等に関する普及啓発に努めること。

④　参加中の治験についてその対象であるがんの種類及び薬剤名等を広報すること。

⑤　患者に対して治験も含めた臨床研究、先進医療、患者申出療養等に関

する適切な情報提供を行うとともに、必要に応じて適切な医療機関に紹介すること。

⑥　がん教育について、当該医療圏における学校や職域より依頼があった際には、外部講師として医療従事者を派遣し、がんに関する正しい知識の普及啓発に努めること。なお、がん教育を実施するに当たっては、当事者である場合や、身近にがん患者を持つ場合があることに留意し、特に児童・生徒を中心に、対象者へ十分な配慮を行うこと。

6　臨床研究及び調査研究

（１）　政策的公衆衛生的に必要性の高い調査研究に協力すること。なお、研究に対応する窓口の連絡先を国立がん研究センターに登録すること。

（２）　臨床研究を行う場合は、臨床研究コーディネーター（ＣＲＣ）を配置し、臨床研究法（平成29年法律第16号）に則った体制を整備すること。また、実施内容の広報その他適切な体制の確保に努めること。

7　ＰＤＣＡサイクルの確保

自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講じること。

8　医療に係る安全管理

医療法（昭和23年法律第205号）等に基づく医療安全にかかる適切な体制を確保すること。また、日本医療機能評価機構の審査等の第三者による評価を受けていること。（２年の猶予を設ける）

9　グループ指定

地域がん診療病院とグループ指定を受ける場合には、以下の体制を整備すること等によりグループ指定を受ける地域がん診療病院と協働して当該地域におけるがん診療等の提供体制を確保すること。

（１）連携協力により手術療法、放射線療法、薬物療法を提供する体制

（２）標準的な薬物療法を提供するためのレジメンの審査等における支援

（３）確実な連携体制を確保するための定期的な合同カンファレンスの開催

（４）連携協力により相談支援や緩和ケアを充実させる体制

（５）診療機能確保のための支援等に関する人材交流の計画策定及び実行

（６）病院ホームページ、パンフレット等による連携先の地域がん診療病院名やその連携内容、連携実績等についてのわかりやすい広報

Ⅲ　特定機能病院を地域がん診療連携拠点病院として指定する場合の指定要件につ

いて

医療法第４条の２に基づく特定機能病院を地域拠点病院として指定する場合には、Ⅱの地域拠点病院の指定要件に加え、他の拠点病院等に対する医師の派遣や人材育成による診療支援に積極的に取り組み、その観点から都道府県協議会にも積極的に参画すること。

Ⅳ　都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件について

都道府県拠点病院は、当該都道府県におけるがん対策を推進するために、がん医療の質の向上及びがん医療の均てん化・集約化、がん診療連携協力体制の構築等に関し中心的な役割を担うこととし、Ⅱの地域拠点病院の指定要件に加え、次の要件を満たすこと。

１　都道府県における診療機能強化に向けた要件

（１）　当該都道府県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・薬剤師・看護師等を対象とした研修を実施すること。

（２）　当該都道府県の拠点病院等及び地域におけるがん医療を担う者に対し、情報提供、症例相談及び診療支援を行うこと。

（３）　都道府県協議会の事務局として、主体的に協議会運営を行うこと。

２　都道府県における相談支援機能強化に向けた要件

（１）　相談支援業務として、都道府県内の医療機関で実施されるがんに関する臨床試験について情報提供に努めること。

（２）　相談支援に携わる者のうち、少なくとも１人は国立がん研究センターによる相談員指導者研修を修了していること。

（３）　当該都道府県の拠点病院等の相談支援に携わる者に対する継続的かつ系統的な研修を行うこと。

３　都道府県拠点病院の診療等機能強化に向けた要件

（１）　当該都道府県における緩和ケア提供体制の中心として、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等を有機的に統合する緩和ケアセンターを整備し、当該緩和ケアセンターを組織上明確に位置づけること。緩和ケアセンターは、緩和ケアチームが主体となり以下の活動を行い、専門的緩和ケアを提供する院内拠点組織とする。

①　がん看護に関する専門的な知識及び技能を有する看護師等による定期的ながん患者カウンセリングを行うこと。

②　看護カンファレンスを週１回程度開催し、患者とその家族の苦痛に関する情報を外来や病棟看護師等と共有すること。

③　緊急緩和ケア病床を確保し、かかりつけ患者や連携協力リストを作成した在宅療養支援診療所等からの紹介患者を対象として、緊急入院体制を整

備すること。

④　地域の病院や在宅療養支援診療所、ホスピス・緩和ケア病棟等の診療従事者と協働して、緩和ケアにおける連携協力に関するカンファレンスを月１回程度定期的に開催すること。

⑤　相談支援センターとの連携を図り、外来初診時から治療開始までを目処に、がん患者及びその家族が必ず一度は相談支援センターを訪問（必ずしも具体的な相談を伴わない、場所等の確認も含む）することができる体制を整備するよう努めること。また、がん患者とその家族に対して、緩和ケアに関する高次の相談支援を提供する体制を確保すること。

⑥　緩和ケアセンターの構成員が参加するカンファレンスを週１回以上の頻度で開催し、緩和ケアセンターの運営に関する情報共有や検討を行うこと。

⑦　緩和ケアセンターは、都道府県と協力する等により、都道府県内の各拠点病院等が、緩和ケア提供体制の質的な向上や、地域単位の緩和ケアに関する取組について検討できるように、支援を行っていること。

⑧　緩和ケアセンターには、Ⅱの２の（２）の①のオに規定する緩和ケアチームの医師に加えて、以下の専門的な知識及び技能を有する医師を配置すること。

ア　緩和ケアセンターの機能を統括する医師を緩和ケアセンター長として１人配置すること。なお、当該医師については、常勤であり、かつ、院内において管理的立場の医師であること。

イ　緊急緩和ケア病床を担当する専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。なお、Ⅱの２の（２）の①のオに規定する緩和ケアチームの医師との兼任を可とする。当該医師については、夜間休日等も必要時には主治医や当直担当医と連絡を取ることができる体制を整備すること。

⑨　緩和ケアセンターには、Ⅱの２の（２）の②のウ～オに規定する緩和ケアチームの構成員に加えて、以下の専門的な知識及び技能を有する医師以外の診療従事者を配置すること。

ア　緩和ケアセンターの機能を管理・調整する、専従のジェネラルマネージャーを配置すること。ジェネラルマネージャーは、常勤であり、かつ院内において管理的立場にある専門的な知識及び技能を有する看護師であること。

イ　アに規定するジェネラルマネージャーとは別に、がん看護に関する専門的な知識及び技能を有する専従かつ常勤の看護師を２人以上配置すること。また、当該看護師はⅡの２の（２）の②のウに規定する看護師との兼任を可とする。

ウ　緩和ケアセンターの業務に協力する薬剤師を配置すること。なお、当

該薬剤師はがん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する者であることが望ましい。また、当該薬剤師はⅡの２の（２）の②のエに規定する薬剤師との兼任を可とする。

エ　専任の緩和ケアセンターにおける相談支援業務に携わる者を１人以上配置すること。また、当該者については相談支援センターの相談支援に携わる者との兼任および、相談支援センター内にて当該業務に従事することを可とする。

オ　ジェネラルマネージャーを中心に、歯科医師や医療心理に携わる者、理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士等の診療従事者が連携すること。

Ⅴ　特定領域がん診療連携拠点病院の指定要件について

１　特定のがんについて、集学的治療等を提供する体制を有するとともに、標準的治療等がん患者の状態に応じた適切な治療を提供すること。また、当該がんについて当該都道府県内で最も多くの患者を診療していること。

２　Ⅱに規定する地域がん診療連携拠点病院の指定要件を満たすこと。ただし、がんの種類に応じて必要な治療法が異なる可能性があるため、指定にあたってはⅡの要件のうち満たしていない項目がある場合には、個別に指定の可否を検討する。

３　緊急対応が必要な患者や合併症を持ち高度な管理が必要な患者に対してがん診療連携拠点病院等と連携し適切ながん医療の提供を行うこと。

４　特定領域における高い診療技術や知識を共有する観点から、がん診療連携拠点病院等との人材交流、合同のカンファレンス、診療業務や相談支援業務における情報共有等を行うよう努めること。

Ⅵ　地域がん診療病院の指定要件について

１　都道府県協議会における役割

各都道府県の他の拠点病院等と協働して都道府県協議会を設置し、その運営に主体的に参画すること。その際、各医療圏におけるがん医療の質を向上させるため、当該医療圏を代表して協議会の運営にあたるとともに、協議会の方針に沿って各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こと。

２　診療体制

（１）診療機能

① 集学的治療等の提供体制及び標準的治療等の提供

ア　我が国に多いがんを中心として、グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と連携して集学的治療等を提供する体制を有するとともに、標準的治療等がん患者の状態に応じた適切な治療を提供すること。

イ　確実な連携体制を確保するため、グループ指定を受けるがん診療連携

拠点病院と定期的な合同のカンファレンスを開催すること。

ウ　医師からの診断結果、病状の説明時や治療方針の決定時には、以下の体制を整備すること。

ⅰ　患者とその家族の希望を踏まえ、看護師や公認心理師等が同席すること。

ⅱ　治療プロセス全体に関して、患者とともに考えながら方針を決定すること。

ⅲ　標準治療として複数の診療科が関与する選択肢がある場合に、その知見のある診療科の受診ができる体制を確保すること。

エ　診療機能確保のための支援等に関し、グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との人材交流計画を策定・実行すること。特に、集学的治療等を提供することが困難な場合における専門的な知識及び技能を有する医師等の定期的な派遣、専門外来の設置等に努めること。

オ　がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう以下のカンファレンスをそれぞれ必要に応じて定期的に開催すること。特に、ⅲのカンファレンスを定期的に開催すること。また、検討した内容については、診療録に記録の上、関係者間で共有すること。

ⅰ　個別もしくは少数の診療科の医師を主体とした日常的なカンファレンス

ⅱ　個別もしくは少数の診療科の医師に加え、看護師、薬剤師、必要に応じて公認心理師や緩和ケアチームを代表する者などを加えた症例への対応方針を検討するカンファレンス

ⅲ　手術、放射線診断、放射線治療、薬物療法、病理診断及び緩和ケア等に携わる専門的な知識及び技能を有する医師に加え、多職種も含めた、がん患者の診断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

なお、多職種については、歯科医師や薬剤師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、相談支援員等を含むものとする。

カ　院内の緩和ケアチーム、口腔ケアチーム、栄養サポートチーム、感染防止対策チーム等の専門チームへ、医師だけでなく看護師や薬剤師等、他の診療従事者からも依頼ができる体制を整備すること。

キ　保険適応外の免疫療法等について、治験や先進医療を含めた臨床研究の枠組み以外の形で実施していないこと。

②　手術療法、放射線療法、薬物療法の提供体制の特記事項

集学的治療等を適切に提供できる体制を整備する上で、適宜グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との連携により特に以下に対応すること。

ア　我が国に多いがんに対する手術のうち、提供が困難であるものについてはグループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との連携により提供できる体制を整備すること。

イ　グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と連携することにより術中迅速病理診断を提供できる体制を整備すること。なお、当該体制は遠隔病理診断でも可とする。

ウ　術後管理体制の一環として、手術部位感染に関するサーベイランスを実施すること。その際、厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業（ＪＡＮＩＳ）への登録が望ましい。

エ　設備や人材配置の点から放射線治療の提供が困難である場合には、グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と連携することにより放射線治療を提供できる体制を整備すること。

オ　関連する学会のガイドライン等も参考に、第三者機関による出力線量測定を行い、放射線治療の品質管理を行うこと。

カ　外来化学療法を実施しているがん患者が急変時等の緊急時に入院できる体制を確保すること。

キ　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する等して対応すること。

ク　グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との連携により、薬物療法のレジメンを審査するとともに、標準的な薬物療法を提供できる体制を整備すること。

③　緩和ケア提供体制

Ⅱの２の（１）の③に定める要件を満たすこと。

④　地域連携の協力体制

Ⅱの２の（１）の④に定める要件を満たすこと。

⑤　セカンドオピニオンの提示体制

Ⅱの２の（１）の⑤に定める要件を満たすこと。

⑥　それぞれの特性に応じた診療等の提供体制

Ⅱの２の（１）の⑥に定める要件を満たすこと。

（２）診療従事者

①　専門的な知識及び技能を有する医師の配置

ア　対応可能ながんについて専門的な知識及び技能を有する手術療法に携わる医師を１人以上配置すること。

イ　放射線治療を実施する場合には、専従の放射線治療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を１人以上配置すること。

ウ　専任の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。

エ　緩和ケアチームに、専任の身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については専従であることが望ましい。

緩和ケアチームに、精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については、専任であることが望ましい。また、常勤であることが望ましい。

オ　専任の病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を１人以上配置することが望ましい。

② 専門的な知識及び技能を有する医師以外の診療従事者の配置

ア　放射線治療を実施する場合には、専従の放射線治療に関する専門的な知識及び技能を有する常勤の診療放射線技師を１人以上配置すること。また、放射線治療を実施する場合には、専任の放射線治療に関する専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を１人以上配置することが望ましい。

イ　外来化学療法室に専任の薬物療法に携わる、がん看護又はがん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を１人以上配置すること。なお、当該看護師は専従であることが望ましい。

専任の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の薬剤師を１人以上配置することが望ましい。

ウ　緩和ケアチームに、専従の緩和ケアに携わる、がん看護又は緩和ケアに関する専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を１人以上配置すること。

緩和ケアチームに協力する薬剤師及び医療心理に携わる者をそれぞれ１人以上配置することが望ましい。

エ　細胞診断に係る業務に携わる専門的な知識及び技能を有する者を１人以上配置すること。

（３）その他の環境整備等

必要に応じグループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と連携する等により、Ⅱ の２の（３）に定める要件を満たすこと。

３　診療実績

当該医療圏のがん患者を一定程度診療していること。

４　人材育成等

必要に応じグループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と連携する等により、Ⅱの４に定める要件を満たすこと。

5　相談支援及び情報の収集提供

（１）がん相談支援センター

相談支援センターを設置し、①の体制を確保した上で、グループ指定のがん診療連携拠点病院との連携と役割分担によりⅡの５の（１）に規定する相談支援業務を行うこと。必要に応じてオンラインでの相談を受け付けるなど、情報通信技術等も活用すること。

①　国立がん研究センターがん対策研究所によるがん相談支援センター相談員研修を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者を１人ずつ配置すること。当該者のうち、１名は相談員基礎研修（１）、（２）を、もう１名は基礎研修（１）～（３）を修了していること。相談支援に携わる者は、対応の質の向上のために、がん相談支援センター相談員研修等により定期的に知識の更新に努めること。

（２）院内がん登録

①　院内がん登録の実施に係る指針に即して院内がん登録を実施すること。

②　国立がん研究センターが実施する研修で認定を受けている、専従の院内がん登録の実務を担う者を１人以上配置すること。認定については、中級認定者とされている認定を受けることが望ましい。

③　毎年、最新の登録情報や、予後を含めた情報を国立がん研究センターに提供すること。

（３）情報提供・普及啓発

Ⅱの５の（３）に定める要件を満たすこと。

6　臨床研究及び調査研究

（１）　政策的公衆衛生的に必要性の高い調査研究への協力に努めること。なお、研究に対応する窓口の連絡先を国立がん研究センターに登録すること。

（２）　臨床研究を行う場合は、臨床研究コーディネーター（ＣＲＣ）を配置し、臨床研究法（平成29年法律第16号）に則った体制を整備すること。また、実施内容の広報その他適切な体制の確保に努めること。

7　医療に係る安全管理

医療法等に基づく医療安全に係る適切な体制を確保すること。また、日本医療機能評価機構の審査などの第三者による評価を受けていることが望ましい。

Ⅶ　既指定病院の取扱い、指定・指定の更新の推薦手続等、指針の見直し及び施行期日について

＊＊省略＊＊

● 本指針の施行日の時点で、旧指針に基づき地域拠点病院（高度型）の指定を受けている医療機関にあっては、旧指針の指定の有効期間を令和５年３月末日までとし、令和５年４月１日以降地域拠点病院（高度型）としての指定の更新は行わない。

● 指定の有効期間内における手続きについて

（１） 指定の有効期間内において指定要件を満たすことのできない状況が発生した拠点病院等は、文書にて迅速に都道府県を通じてその旨について厚生労働大臣に届け出ること。地域がん診療病院においてグループ指定の組み合わせが変更される場合においても同様に厚生労働大臣に届け出ること。

（２） 指定の有効期間内において指定要件を満たすことのできない状況が発生した国立がん研究センターの中央病院及び東病院は、文書にて迅速にその旨について厚生労働大臣に届け出ること。

（３） 指定の有効期間内において、拠点病院等が、指定要件を満たしていないこと等が確認された場合、厚生労働大臣は、指定の検討会の意見を踏まえ、当該拠点病院等に対し、以下の対応を行うことができる。その際、当該拠点病院等は、都道府県を通じて意見書を提出することができる。

① 勧告

指定要件を満たしておらず、かつ当該医療機関に速やかに改善を求めることが妥当である場合、１年未満の期間を定めて勧告を行うことができる。

② 指定の取り消し

医療安全上の重大な疑義、意図的な虚偽申告等が認められる場合、指定の取り消しを行うことができる。

③ 指定類型の見直し

指定要件を満たしていないことが確認された場合、１年の期間を定めて拠点病院等（特例型）の指定を行うことができる。

（４） 勧告を受けた拠点病院等が、勧告時に定められた期間内に指定要件を充足することができなかった場合、厚生労働大臣は、指定の検討会の意見を踏まえ、当該拠点病院等に対し、指定の取り消しを行うことができる。その際、当該拠点病院等は、都道府県を通じて意見書を提出することができる。

（５） 拠点病院等（特例型）の指定を受けた拠点病院等が１年以内に全ての指定要件を充足することができなかった場合、厚生労働大臣は、指定の検討会の意見を踏まえ、当該拠点病院等に対し、指定の更新を行わないことができる。その際、当該拠点病院等は、都道府県を通じて意見書を提出することができる。

（６）　拠点病院等（特例型）の指定の類型の定めは、指定の有効期間内において、指定要件の充足条件が改善された場合等に、指定の検討会の意見を踏まえ、見直すことができるものとする。

（７）　拠点病院等が移転する場合や、診療機能を分離する場合、他施設と統合する場合、名称が変更される場合は、文書にて迅速にその旨について厚生労働大臣に届け出ること。

＊＊省略＊＊

参考(編集中)

がん診療連携拠点病院の整備に関する指針
（定義の抜粋）

１　ＡＹＡ世代

Adolescent and Young Adult（思春期・若年成人）の頭文字をとったもので、主に、思春期（15歳～）から30歳代までの世代を指す。

２　セカンドオピニオン

診断及び治療法について、主治医以外の第三者の医師が提示する医療上の意見をいう。

３　患者サロン

医療機関や地域の集会場などで開かれる、患者や家族などが、がんのことを気軽に語り合う交流の場をいう。

４　ＢＣＰ

大地震等の自然災害、感染症のまん延、テロ等の事件、大事故、サプライチェーン（供給網）の途絶、突発的な経営環境の変化など不測の事態が発生しても、重要な事業を中断させない、または中断しても可能な限り短い期間で復旧させるための方針、体制、手順等を示した計画のこと。事業継続計画。

５　我が国に多いがん

肺がん、消化器がん（大腸、胃、膵臓、肝臓、胆嚢・胆管、食道等）、乳がん、婦人科がん（子宮、卵巣等）、泌尿器がん（前立腺、腎・尿路、膀胱等）、血液がん（悪性リンパ腫等）をいう。

６　レジメン

薬物療法における薬剤の種類や量、期間、手順などを時系列で示した計画のこと。

７　リンクナース

医療施設において、各種専門チームや委員会と病棟看護師等をつなぐ役割を持つ看護師をいう。

８　アドバンス・ケア・プランニング

人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事

前に繰り返し話し合うプロセスのこと。

9　ＰＲＯ（患者報告アウトカム）

被験者の症状やＱＯＬに関して，自分自身で判定し，その結果に医者をはじめ他のものが一切介在しないという評価方法のこと。

10　ピア・サポート

患者・経験者やその家族がピア（仲間）として体験を共有し、共に考えることで、患者や家族等を支援すること。

11　妊孕性

妊娠するために必要な臓器と機能のこと。

12　アピアランスケア

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のこと。

13　常勤・非常勤

原則として病院で定めた勤務時間の全てを勤務する者をいう。病院で定めた医師の１週間の勤務時間が、32時間未満の場合は、32時間以上勤務している者を常勤とし、その他は非常勤とする。

14　専任

当該診療の実施を専ら担当していることをいう。この場合において、「専ら担当している」とは、担当者となっていればよいものとし、その他診療を兼任していても差し支えないものとする。ただし、その就業時間の少なくとも５割以上、当該診療に従事している必要があるものとする。

15　専従

当該診療の実施日において、当該診療に専ら従事していることをいう。この場合において、「専ら従事している」とは、その就業時間の少なくとも８割以上、当該診療に従事していることをいう。

16　～望ましい（＊）

次期の指定要件の改定において、必須化することを念頭に置いた要件。

離島・へき地における疾患別対応状況

画像をクリックすると対応表が表示されます。

※2022年３月現在

(最終更新：2022/3/28)



部会について

医療部会
離島・へき地部会
部会委員一覧
事業計画と実績報告・評価
離島・へき地における疾患別対応状況
脳腫瘍
頭頸部(口腔/咽頭/喉頭/鼻腔・副鼻腔/唾液腺)
甲状腺
食道
肺
乳房
胃 / GIST
大腸
肝
胆道(胆のう、胆管)
膵臓
腎・尿管・膀胱・前立腺
子宮(子宮頸がん、子宮体がん)/卵巣
皮膚
リンパ腫/白血病/骨髄腫
疾患別対応状況一覧
全ての対応表をみる
がん診療を行う医療施設(沖縄県HP)
小児・AYA部会
緩和ケア・在宅医療部会
情報提供・相談支援部会
ベンチマーク部会
旧部会（アーカイブ）
部会運営に関する申し合わせ









脳腫瘍

北部地区医師会	対応	手術	放射線	薬物療法
		×	×	×
	詳細	常　勤｜脳神経外科医０名(うち脳神経外科専門医０名) 症　例｜脳・中枢神経系：0件(診断または治療した患者数)		
県立宮古病院	対応	手術	放射線	薬物療法
		△	×	△
	詳細	常　勤｜脳神経外科医２名(うち脳神経外科専門医１名) 症　例｜脳・中枢神経系：３件(診断または治療した患者数)		
県立八重山病院	対応	手術	放射線	薬物療法
		△	×	○
	詳細	常　勤｜脳神経外科医1名(うち脳神経外科専門医1名) 症　例｜脳・中枢神経系：1件(診断または治療した患者数)		

凡例	常勤医師がいる場合：常勤医師のみ記載 常勤医師がいない場合：常勤医師、非常勤医師ともに記載 症　例｜2020年診断または治療した患者数 出典：琉球大学病院がんセンター「沖縄県院内がん登録集計報告書」	**【記号】** ○：対応可能 △：一部対応 ×：診断のみで治療対応不可

部会について
医療部会
離島・へき地部会
部会委員一覧
事業計画と実績報告・評価
離島・へき地における疾患別対応状況
脳腫瘍
頭頸部(口腔/咽頭/喉頭/鼻腔・副鼻腔/唾液腺)
甲状腺
食道
肺
乳房
胃 / GIST
大腸
肝
胆道(胆のう、胆管)
膵臓
腎・尿管・膀胱・前立腺
子宮(子宮頸がん、子宮体がん)/卵巣
皮膚
リンパ腫/白血病/骨髄腫
疾患別対応状況一覧
全ての対応表をみる
がん診療を行う医療施設(沖縄県HP)
小児・AYA部会
緩和ケア・在宅医療部会
情報提供・相談支援部会

頭頸部(口腔/咽頭/喉頭/鼻腔・副鼻腔/唾液腺)

北部地区医師会	対応	手術	放射線	薬物療法
		×	×	×
	詳細	常　勤｜耳鼻咽喉科医師0名(うち耳鼻咽喉科専門医0名) 常　勤｜歯科口腔外科医師0名(うち歯科口腔外科専門医0名) 症　例｜口腔・咽頭：1件(診断または治療した患者数)		
県立宮古病院	対応	手術	放射線	薬物療法
		○	×	×
	詳細	常　勤｜耳鼻咽喉科医師１名(うち耳鼻咽喉科専門医０名) 常　勤｜歯科口腔外科医師２名(うち歯科口腔外科専門医１名) 症　例｜口腔・咽頭：６件(診断または治療した患者数)		
県立八重山病院	対応	手術	放射線	薬物療法
		△	×	○
	詳細	常　勤｜耳鼻咽喉科医師1名(うち耳鼻咽喉科専門医1名) 常　勤｜歯科口腔外科医師2名(うち歯科口腔外科専門医1名) 症　例｜口腔・咽頭：８件(診断または治療した患者数)		

凡例	常勤医師がいる場合：常勤医師のみ記載 常勤医師がいない場合：常勤医師、非常勤医師ともに記載 症　例｜2020年診断または治療した患者数 出典：琉球大学病院がんセンター「沖縄県院内がん登録集計報告書」	**【記号】** ○：対応可能 △：一部対応 ×：診断のみで治療対応不可

部会について

医療部会
離島・へき地部会

部会委員一覧
事業計画と実績報告・評価
離島・へき地における疾患別対応状況

脳腫瘍
頭頸部(口腔/咽頭/喉頭/鼻腔・副鼻腔/唾液腺)
甲状腺
食道
肺
乳房
胃 / GIST
大腸
肝
胆道(胆のう、胆管)
膵臓
腎・尿管・膀胱・前立腺
子宮(子宮頸がん、子宮体がん)/卵巣
皮膚
リンパ腫/白血病/骨髄腫
疾患別対応状況一覧
全ての対応表をみる
がん診療を行う医療施設(沖縄県HP)

小児・AYA部会
緩和ケア・在宅医療部会
情報提供・相談支援部会

甲状腺

北部地区医師会	対応	手術	放射線	薬物療法
		○	×	○
	詳細	常　勤｜外科医６名(うち内分泌外科専門医0名) 症　例｜甲状腺：5件(診断または治療した患者数)		
県立宮古病院	対応	手術	放射線	薬物療法
		○	×	△
	詳細	常　勤｜外科医４名(うち内分泌外科専門医０名) 症　例｜甲状腺：1件(診断または治療した患者数)		
県立八重山病院	対応	手術	放射線	薬物療法
		×	×	×
	詳細	常　勤｜外科医5名(うち内分泌外科専門医0名) 症　例｜甲状腺：1件(診断または治療した患者数)		

凡例	常勤医師がいる場合：常勤医師のみ記載 常勤医師がいない場合：常勤医師、非常勤医師ともに記載 症　例｜2020年診断または治療した患者数 出典：琉球大学病院がんセンター「沖縄県院内がん登録集計報告書」	**【記号】** ○：対応可能 △：一部対応 ×：診断のみで治療対応不可

部会について

医療部会
離島・へき地部会

部会委員一覧
事業計画と実績報告・評価
離島・へき地における疾患別対応状況

脳腫瘍
頭頸部(口腔/咽頭/喉頭/鼻腔・副鼻腔/唾液腺)
甲状腺
食道
肺
乳房
胃 / GIST
大腸
肝
胆道(胆のう、胆管)
膵臓
腎・尿管・膀胱・前立腺
子宮(子宮頸がん、子宮体がん)/卵巣
皮膚
リンパ腫/白血病/骨髄腫
疾患別対応状況一覧
全ての対応表をみる
がん診療を行う医療施設(沖縄県HP)

小児・AYA部会
緩和ケア・在宅医療部会
情報提供・相談支援部会

食道

北部地区医師会	対応	手術	放射線	薬物療法
		△	×	○
	詳細	常　勤｜消化器内科医7名(うち消化器病専門医2名) 常　勤｜消化器外科医6名(うち消化器外科専門医2名) 症　例｜食道：7件(診断または治療した患者数)		
県立宮古病院	対応	手術	放射線	薬物療法
		△	×	○
	詳細	常　勤｜消化器内科医３名(うち消化器病専門医１名) 常　勤｜消化器外科医5名(うち消化器外科専門医１名) 症　例｜食道：２件(診断または治療した患者数)		
県立八重山病院	対応	手術	放射線	薬物療法
		△	×	○
	詳細	常　勤｜消化器内科医2名(うち消化器病専門医2名) 常　勤｜消化器外科医5名(うち消化器外科専門医2名) 症　例｜食道：8件(診断または治療した患者数)		

凡例	常勤医師がいる場合：常勤医師のみ記載 常勤医師がいない場合：常勤医師、非常勤医師ともに記載 症　例｜2020年診断または治療した患者数 出典：琉球大学病院がんセンター「沖縄県院内がん登録集計報告書」	**【記号】** ○：対応可能 △：一部対応 ×：診断のみで治療対応不可

部会について

医療部会
離島・へき地部会

部会委員一覧
事業計画と実績報告・評価
離島・へき地における疾患別対応状況

脳腫瘍
頭頸部(口腔/咽頭/喉頭/鼻腔・副鼻腔/唾液腺)
甲状腺
食道
肺
乳房
胃 / GIST
大腸
肝
胆道(胆のう、胆管)
膵臓
腎・尿管・膀胱・前立腺
子宮(子宮頸がん、子宮体がん)/卵巣
皮膚
リンパ腫/白血病/骨髄腫
疾患別対応状況一覧
全ての対応表をみる
がん診療を行う医療施設(沖縄県HP)

小児・AYA部会
緩和ケア・在宅医療部会
情報提供・相談支援部会

肺

北部地区医師会	対応	手術	放射線	薬物療法
		×	×	○
	詳細	常　勤｜呼吸器内科医３名(うち呼吸器専門医3名) 常　勤｜呼吸器外科医０名(うち呼吸器外科専門医０名) 症　例｜肺：41件(診断または治療した患者数)		
県立宮古病院	対応	手術	放射線	薬物療法
		△	×	○
	詳細	常　勤｜呼吸器内科医１名(うち呼吸器専門医０名) 常　勤｜呼吸器外科医０名(うち呼吸器外科専門医０名) 非常勤｜呼吸器外科医１名(うち呼吸器外科専門医１名) 症　例｜肺：37件(診断または治療した患者数)		
県立八重山病院	対応	手術	放射線	薬物療法
		×	×	○
	詳細	常　勤｜呼吸器内科医2名(うち呼吸器専門医2名) 常　勤｜呼吸器外科医0名(うち呼吸器外科医0名) 非常勤 |呼吸器外科医1名(うち呼吸器外科専門医1名) 症　例｜肺：31件(診断または治療した患者数)		

凡例	常勤医師がいる場合：常勤医師のみ記載 常勤医師がいない場合：常勤医師、非常勤医師ともに記載 症　例｜2020年診断または治療した患者数 出典：琉球大学病院がんセンター「沖縄県院内がん登録集計報告書」	**【記号】** ○：対応可能 △：一部対応 ×：診断のみで治療対応不可

部会について

医療部会
離島・へき地部会

部会委員一覧
事業計画と実績報告・評価
離島・へき地における疾患別対応状況

脳腫瘍
頭頸部(口腔/咽頭/喉頭/鼻腔・副鼻腔/唾液腺)
甲状腺
食道
肺
乳房
胃 / GIST
大腸
肝
胆道(胆のう、胆管)
膵臓
腎・尿管・膀胱・前立腺
子宮(子宮頸がん、子宮体がん)/卵巣
皮膚
リンパ腫/白血病/骨髄腫
疾患別対応状況一覧
全ての対応表をみる
がん診療を行う医療施設(沖縄県HP)

小児・AYA部会
緩和ケア・在宅医療部会
情報提供・相談支援部会

乳房

北部地区医師会	対応	手術	放射線	薬物療法
		○	×	○
	詳細	常　勤｜外科医6名(うち乳腺専門医0名) 症　例｜乳房：26件(診断または治療した患者数)		
県立宮古病院	対応	手術	放射線	薬物療法
		○	×	○
	詳細	常　勤｜外科医５名(うち乳腺専門医０名) 非常勤｜外科医１名(うち乳腺専門医1名)　(2回/月) 症　例｜乳房：44件(診断または治療した患者数)		
県立八重山病院	対応	手術	放射線	薬物療法
		×	×	○
	詳細	常　勤｜外科医5名(うち乳腺専門医0名) 非常勤　｜外科医1名(うち乳腺専門医1名)　(1回/月) 症　例｜乳房：15件(診断または治療した患者数)		

凡例	常勤医師がいる場合：常勤医師のみ記載 常勤医師がいない場合：常勤医師、非常勤医師ともに記載 症　例｜2020年診断または治療した患者数 出典：琉球大学病院がんセンター「沖縄県院内がん登録集計報告書」	**【記号】** ○：対応可能 △：一部対応 ×：診断のみで治療対応不可

部会について

医療部会
離島・へき地部会

部会委員一覧
事業計画と実績報告・評価
離島・へき地における疾患別対応状況

脳腫瘍
頭頸部(口腔/咽頭/喉頭/鼻腔・副鼻腔/唾液腺)
甲状腺
食道
肺
乳房
胃 / GIST
大腸
肝
胆道(胆のう、胆管)
膵臓
腎・尿管・膀胱・前立腺
子宮(子宮頸がん、子宮体がん)/卵巣
皮膚
リンパ腫/白血病/骨髄腫
疾患別対応状況一覧
全ての対応表をみる
がん診療を行う医療施設(沖縄県HP)

小児・AYA部会
緩和ケア・在宅医療部会
情報提供・相談支援部会

胃 / GIST

北部地区医師会	対応	手術	放射線	薬物療法
		○	×	○
	詳細	常　勤｜消化器内科医７名(うち消化器病専門医2名) 常　勤｜消化器外科医６名(うち消化器外科専門医2名) 症　例｜胃：34件(診断または治療した患者数)、GIST：0件		
県立宮古病院	対応	手術	放射線	薬物療法
		○	×	○
	詳細	常　勤｜消化器内科医３名(うち消化器病専門医１名) 常　勤｜消化器外科医5名(うち消化器外科専門医１名) 症　例｜胃：21件(診断または治療した患者数)、GIST：0件		
県立八重山病院	対応	手術	放射線	薬物療法
		○	×	○
	詳細	常　勤｜消化器内科医2名(うち消化器病専門医2名) 常　勤｜消化器外科医5名(うち消化器外科専門医2名) 症　例｜胃：24件(診断または治療した患者数)、GIST：0件		

凡例	常勤医師がいる場合：常勤医師のみ記載 常勤医師がいない場合：常勤医師、非常勤医師ともに記載 症　例｜2020年診断または治療した患者数 出典：琉球大学病院がんセンター「沖縄県院内がん登録集計報告書」	【記号】 ○：対応可能 △：一部対応 ×：診断のみで治療対応不可

部会について

医療部会
離島・へき地部会

部会委員一覧
事業計画と実績報告・評価
離島・へき地における疾患別対応状況

脳腫瘍
頭頸部(口腔/咽頭/喉頭/鼻腔・副鼻腔/唾液腺)
甲状腺
食道
肺
乳房
胃 / GIST
大腸
肝
胆道(胆のう、胆管)
膵臓
腎・尿管・膀胱・前立腺
子宮(子宮頸がん、子宮体がん)/卵巣
皮膚
リンパ腫/白血病/骨髄腫
疾患別対応状況一覧
全ての対応表をみる
がん診療を行う医療施設(沖縄県HP)

小児・AYA部会
緩和ケア・在宅医療部会
情報提供・相談支援部会

大腸

北部地区医師会	対応	手術	放射線	薬物療法
		○	×	○
	詳細	常　勤｜消化器内科医7名(うち消化器病専門医2名) 常　勤｜消化器外科医６名(うち消化器外科専門医2名) 症　例｜結腸：57件、直腸：28件(診断または治療した患者数)		
県立宮古病院	対応	手術	放射線	薬物療法
		○	×	○
	詳細	常　勤｜消化器内科医３名(うち消化器病専門医１名) 常　勤｜消化器外科医5名(うち消化器外科専門医１名) 症　例｜結腸：60件、直腸：22件(診断または治療した患者数)		
県立八重山病院	対応	手術	放射線	薬物療法
		○	×	○
	詳細	常　勤｜消化器内科医2名(うち消化器病専門医2名) 常　勤｜消化器外科医5名(うち消化器外科専門医2名) 症　例｜結腸：31件、直腸：27件(診断または治療した患者数)		

凡例	常勤医師がいる場合：常勤医師のみ記載 常勤医師がいない場合：常勤医師、非常勤医師ともに記載 症　例｜2020年診断または治療した患者数 出典：琉球大学病院がんセンター「沖縄県院内がん登録集計報告書」	【記号】 ○：対応可能 △：一部対応 ×：診断のみで治療対応不可

部会について

医療部会
離島・へき地部会
部会委員一覧
事業計画と実績報告・評価
離島・へき地における疾患別対応状況
脳腫瘍
頭頸部(口腔/咽頭/喉頭/鼻腔・副鼻腔/唾液腺)
甲状腺
食道
肺
乳房
胃 / GIST
大腸
肝
胆道(胆のう、胆管)
膵臓
腎・尿管・膀胱・前立腺
子宮(子宮頸がん、子宮体がん)/卵巣
皮膚
リンパ腫/白血病/骨髄腫
疾患別対応状況一覧
全ての対応表をみる
がん診療を行う医療施設(沖縄県HP)
小児・AYA部会
緩和ケア・在宅医療部会
情報提供・相談支援部会

肝

北部地区医師会	対応	手術	放射線	薬物療法
		○	×	○
	詳細	常　勤｜消化器内科医７名(うち消化器病専門医2名) 常　勤｜消化器外科医６名(うち消化器外科専門医2名) 症　例｜肝臓：16件(診断または治療した患者数)		
県立宮古病院	対応	手術	放射線	薬物療法
		○	×	○
	詳細	常　勤｜消化器内科医３名(うち消化器病専門医１名) 常　勤｜消化器外科医5名(うち消化器外科専門医１名) 症　例｜肝臓：8件(診断または治療した患者数)		
県立八重山病院	対応	手術	放射線	薬物療法
		○	×	○
	詳細	常　勤｜消化器内科医2名(うち消化器病専門医2名) 常　勤｜消化器外科医5名(うち消化器外科専門医2名) 症　例｜肝臓：9件(診断または治療した患者数)		

凡例	常勤医師がいる場合：常勤医師のみ記載 常勤医師がいない場合：常勤医師、非常勤医師ともに記載 症　例｜2020年診断または治療した患者数 出典：琉球大学病院がんセンター「沖縄県院内がん登録集計報告書」	**【記号】** ○：対応可能 △：一部対応 ×：診断のみで治療対応不可

部会について

医療部会
離島・へき地部会

部会委員一覧
事業計画と実績報告・評価
離島・へき地における疾患別対応状況

脳腫瘍
頭頸部(口腔/咽頭/喉頭/鼻腔・副鼻腔/唾液腺)
甲状腺
食道
肺
乳房
胃 / GIST
大腸
肝
胆道(胆のう、胆管)
膵臓
腎・尿管・膀胱・前立腺
子宮(子宮頸がん、子宮体がん)/卵巣
皮膚
リンパ腫/白血病/骨髄腫
疾患別対応状況一覧
全ての対応表をみる
がん診療を行う医療施設(沖縄県HP)

小児・AYA部会
緩和ケア・在宅医療部会
情報提供・相談支援部会

胆道(胆のう、胆管)

北部地区医師会	対応	手術	放射線	薬物療法
		○	×	○
	詳細	常　勤｜消化器内科医７名(うち消化器病専門医2名) 常　勤｜消化器外科医６名(うち消化器外科専門医2名) 症　例｜胆のう・胆管：9件(診断または治療した患者数)		
県立宮古病院	対応	手術	放射線	薬物療法
		○	×	○
	詳細	常　勤｜消化器内科医３名(うち消化器病専門医１名) 常　勤｜消化器外科医5名(うち消化器外科専門医１名) 症　例｜胆のう・胆管：12件(診断または治療した患者数)		
県立八重山病院	対応	手術	放射線	薬物療法
		○	×	○
	詳細	常　勤｜消化器内科医2名(うち消化器病専門医2名) 常　勤｜消化器外科医5名(うち消化器外科専門医2名) 症　例｜胆のう・胆管：10件(診断または治療した患者数)		

凡例	常勤医師がいる場合：常勤医師のみ記載 常勤医師がいない場合：常勤医師、非常勤医師ともに記載 症　例｜2020年診断または治療した患者数 出典：琉球大学病院がんセンター「沖縄県院内がん登録集計報告書」	【記号】 ○：対応可能 △：一部対応 ×：診断のみで治療対応不可

部会について
医療部会
離島・へき地部会
部会委員一覧
事業計画と実績報告・評価
離島・へき地における疾患別対応状況
脳腫瘍
頭頸部(口腔/咽頭/喉頭/鼻腔・副鼻腔/唾液腺)
甲状腺
食道
肺
乳房
胃 / GIST
大腸
肝
胆道(胆のう、胆管)
膵臓
腎・尿管・膀胱・前立腺
子宮(子宮頸がん、子宮体がん)/卵巣
皮膚
リンパ腫/白血病/骨髄腫
疾患別対応状況一覧
全ての対応表をみる
がん診療を行う医療施設(沖縄県HP)
小児・AYA部会
緩和ケア・在宅医療部会
情報提供・相談支援部会

膵臓

北部地区医師会	対応	手術	放射線	薬物療法
		○	×	○
	詳細	常　勤｜消化器内科医７名(うち消化器病専門医2名) 常　勤｜消化器外科医６名(うち消化器外科専門医2名) 症　例｜膵臓：21件(診断または治療した患者数)		
県立宮古病院	対応	手術	放射線	薬物療法
		○	×	○
	詳細	常　勤｜消化器内科医３名(うち消化器病専門医１名) 常　勤｜消化器外科医5名(うち消化器外科専門医１名) 症　例｜膵臓：15件(診断または治療した患者数)		
県立八重山病院	対応	手術	放射線	薬物療法
		○	×	○
	詳細	常　勤｜消化器内科医2名(うち消化器病専門医2名) 常　勤｜消化器外科医5名(うち消化器外科専門医2名) 症　例｜膵臓：11件(診断または治療した患者数)		

凡例	常勤医師がいる場合：常勤医師のみ記載 常勤医師がいない場合：常勤医師、非常勤医師ともに記載 症　例｜2020年診断または治療した患者数 出典：琉球大学病院がんセンター「沖縄県院内がん登録集計報告書」	**【記号】** ○：対応可能 △：一部対応 ×：診断のみで治療対応不可

部会について

医療部会
離島・へき地部会

部会委員一覧
事業計画と実績報告・評価
離島・へき地における疾患別対応状況

脳腫瘍
頭頸部(口腔/咽頭/喉頭/鼻腔・副鼻腔/唾液腺)
甲状腺
食道
肺
乳房
胃 / GIST
大腸
肝
胆道(胆のう、胆管)
膵臓
腎・尿管・膀胱・前立腺
子宮(子宮頸がん、子宮体がん)/卵巣
皮膚
リンパ腫/白血病/骨髄腫
疾患別対応状況一覧
全ての対応表をみる
がん診療を行う医療施設(沖縄県HP)

小児・AYA部会
緩和ケア・在宅医療部会
情報提供・相談支援部会

腎・尿管・膀胱・前立腺

北部地区医師会	対応	手術	放射線	薬物療法
		×	×	×
	詳細	常　勤｜泌尿器科医０名(うち泌尿器科専門医０名) 症　例｜前立腺：2件、腎・他の尿路：2件(診断または治療した患者数)		
県立宮古病院	対応	手術	放射線	薬物療法
		○	×	○
	詳細	常　勤｜泌尿器科医2名(うち泌尿器科専門医１名) 症　例｜前立腺：28件、膀胱：10件、腎・他の尿路：11件(診断または治療した患者数)		
県立八重山病院	対応	手術	放射線	薬物療法
		○	×	○
	詳細	常　勤｜泌尿器科医1名(うち泌尿器科専門医1名) 症　例｜前立腺：35件、膀胱：13件、腎・他の尿路：12件(診断または治療した患者数)		

凡例	常勤医師がいる場合：常勤医師のみ記載 常勤医師がいない場合：常勤医師、非常勤医師ともに記載 症　例｜2020年診断または治療した患者数 出典：琉球大学病院がんセンター「沖縄県院内がん登録集計報告書」	**【記号】** ○：対応可能 △：一部対応 ×：診断のみで治療対応不可

部会について

医療部会
離島・へき地部会

部会委員一覧
事業計画と実績報告・評価
離島・へき地における疾患別対応状況

脳腫瘍
頭頸部(口腔/咽頭/喉頭/鼻腔・副鼻腔/唾液腺)
甲状腺
食道
肺
乳房
胃 / GIST
大腸
肝
胆道(胆のう、胆管)
膵臓
腎・尿管・膀胱・前立腺
子宮(子宮頸がん、子宮体がん)/卵巣
皮膚
リンパ腫/白血病/骨髄腫
疾患別対応状況一覧
全ての対応表をみる
がん診療を行う医療施設(沖縄県HP)

小児・AYA部会
緩和ケア・在宅医療部会
情報提供・相談支援部会

子宮(子宮頸がん、子宮体がん)/卵巣

北部地区医師会	対応	手術	放射線	薬物療法
		×	×	×
	詳細	常　勤｜産婦人科医０名(うち産婦人科専門医０名) 症　例｜子宮頸部：０件、子宮体部：2件、卵巣：０件(診断または治療した患者数)		
県立宮古病院	対応	手術	放射線	薬物療法
		×	×	○
	詳細	常　勤｜産婦人科医３名(うち産婦人科専門医１名) 症　例｜子宮頸部：16件、子宮体部：4件、卵巣：０件(診断または治療した患者数)		
県立八重山病院	対応	手術	放射線	薬物療法
		○	×	○
	詳細	常　勤｜産婦人科医5名(うち産婦人科専門医4名) 症　例｜子宮頸部：10件、子宮体部：2件、卵巣：５件(診断または治療した患者数)		

凡例	常勤医師がいる場合：常勤医師のみ記載 常勤医師がいない場合：常勤医師、非常勤医師ともに記載 症　例｜2020年診断または治療した患者数 出典：琉球大学病院がんセンター「沖縄県院内がん登録集計報告書」	**【記号】** ○：対応可能 △：一部対応 ×：診断のみで治療対応不可

部会について

医療部会
離島・へき地部会

部会委員一覧
事業計画と実績報告・評価
離島・へき地における疾患別対応状況

脳腫瘍
頭頸部(口腔/咽頭/喉頭/鼻腔・副鼻腔/唾液腺)
甲状腺
食道
肺
乳房
胃 / GIST
大腸
肝
胆道(胆のう、胆管)
膵臓
腎・尿管・膀胱・前立腺
子宮(子宮頸がん、子宮体がん)/卵巣
皮膚
リンパ腫/白血病/骨髄腫
疾患別対応状況一覧
全ての対応表をみる
がん診療を行う医療施設(沖縄県HP)

小児・AYA部会
緩和ケア・在宅医療部会
情報提供・相談支援部会

皮膚

北部地区医師会	対応	手術	放射線	薬物療法
		○	×	△
	詳細	常　勤｜皮膚科医１名(うち皮膚科専門医１名) 症　例｜皮膚：11件(診断または治療した患者数)		
県立宮古病院	対応	手術	放射線	薬物療法
		△	×	△
	詳細	常　勤｜皮膚科医１名(うち皮膚科専門医１名) 症　例｜皮膚：14件(診断または治療した患者数)		
県立八重山病院	対応	手術	放射線	薬物療法
		△	×	△
	詳細	常　勤｜皮膚科医1名(うち皮膚科専門医1名) 症　例｜皮膚：29件(診断または治療した患者数)		

凡例	常勤医師がいる場合：常勤医師のみ記載 常勤医師がいない場合：常勤医師、非常勤医師ともに記載 症　例｜2020年診断または治療した患者数 出典：琉球大学病院がんセンター「沖縄県院内がん登録集計報告書」	**【記号】** ○：対応可能 △：一部対応 ×：診断のみで治療対応不可

部会について

医療部会
離島・へき地部会

部会委員一覧
事業計画と実績報告・評価
離島・へき地における疾患別対応状況

脳腫瘍
頭頸部(口腔/咽頭/喉頭/鼻腔・副鼻腔/唾液腺)
甲状腺
食道
肺
乳房
胃 / GIST
大腸
肝
胆道(胆のう、胆管)
膵臓
腎・尿管・膀胱・前立腺
子宮(子宮頸がん、子宮体がん)/卵巣
皮膚
リンパ腫/白血病/骨髄腫
疾患別対応状況一覧
全ての対応表をみる
がん診療を行う医療施設(沖縄県HP)

小児・AYA部会
緩和ケア・在宅医療部会
情報提供・相談支援部会

リンパ腫/白血病/骨髄腫

北部地区医師会	対応	手術	放射線	薬物療法
		適応なし	×	△
	詳細	常　勤｜血液内科医０名(うち血液専門医０名) ・名護市内にて血液専門医が開業しており、そちらで薬物療法は対応可能。 症　例｜悪性リンパ腫：5件、多発性骨髄腫：0件、白血病：1件、 他の造血器腫瘍：0件(診断または治療した患者数)		
県立宮古病院	対応	手術	放射線	薬物療法
		適応なし	×	△
	詳細	常　勤｜血液内科医０名(うち血液専門医０名) 非常勤｜血液内科医２名(うち血液専門医２名) (1回/月) 症　例｜悪性リンパ腫：８件、多発性骨髄腫：１件、白血病：３件、 他の造血器腫瘍：０件(診断または治療した患者数)		
県立八重山病院	対応	手術	放射線	薬物療法
		適応なし	×	△
	詳細	常　勤｜血液内科医1名(うち血液専門医0名) 非常勤｜血液内科医2名(うち血液専門医2名)(各１回/月) 症　例｜悪性リンパ腫：８件、多発性骨髄腫：4件、白血病：11件、 他の造血器腫瘍：４件(診断または治療した患者数)		

凡例	常勤医師がいる場合：常勤医師のみ記載 常勤医師がいない場合：常勤医師、非常勤医師ともに記載 症　例｜2020年診断または治療した患者数 出典：琉球大学病院がんセンター「沖縄県院内がん登録集計報告書」	**【記号】** 〇：対応可能 △：一部対応 ×：診断のみで治療対応不可

部会について

医療部会
離島・へき地部会

部会委員一覧
事業計画と実績報告・評価
離島・へき地における疾患別対応状況

脳腫瘍
頭頸部(口腔/咽頭/喉頭/鼻腔・副鼻腔/唾液腺)
甲状腺
食道
肺
乳房
胃 / GIST
大腸
肝
胆道(胆のう、胆管)
膵臓
腎・尿管・膀胱・前立腺
子宮(子宮頸がん、子宮体がん)/卵巣
皮膚
リンパ腫/白血病/骨髄腫
疾患別対応状況一覧
全ての対応表をみる
がん診療を行う医療施設(沖縄県HP)

小児・AYA部会
緩和ケア・在宅医療部会
情報提供・相談支援部会

離島・へき地における疾患別対応状況・課題

	診断	手術			薬物療法		
		北部地区医師会病院	県立宮古病院	県立八重山病院	北部地区医師会病院	県立宮古病院	県立八重山病院
脳腫瘍	○	×	△	△	×	△	○
頭頸部	○	×	○	△	×	×	○
甲状腺	○	○	○	×	○	△	×
食道	○	△	△	△	○	○	○
肺	○	×	△	×	○	○	○
乳房	○	○	○	×	○	○	○
胃	○	○	○	○	○	○	○
大腸	○	○	○	○	○	○	○
肝	○	○	○	○	○	○	○
胆道	○	○	○	○	○	○	○
膵臓	○	○	○	○	○	○	○
腎・尿路・前立腺	○	×	○	○	×	○	○
子宮(子宮頸がん、子宮体がん)	○	×	×	○	×	○	○
皮膚	○	○	△	△	△	△	△
血液	○	適応なし			△	△	△

○：対応可 / △：一部対応 / ×：診断のみで治療対応不可　　※　2022/3/30

※放射線治療に関しては以下のようなかたちで治療の適応等を検討しています。

①北部地区医師会病院：琉球大学病院より放射線治療専門医が月1回キャンサーボードに参加している。

②県立八重山病院：県立中部病院、県立南部医療センターより放射線治療専門医が月1回来院し診療している。

③県立宮古病院：県立南部医療センターより放射線治療専門医が月1回来院し診療している。

資料１１-(１)

令和４年６月 27 日

沖縄県がん診療連携協議会
議長　大屋　祐輔　殿

（八重山のがん患者を支援する会）
やいまゆんたく会
会長　田盛亜紀子
（公印省略）

やいまゆんたく会（八重山のがん患者を支援する会）の活動について（報告）

やいまゆんたく会では令和元年度までは月１回第３土曜日に定例会を開催してきました。2012 年３月患者会設立以来、月替わりメニューで年間の会活動を行って来ましたが、令和２年度以降はコロナ禍の影響で今日まで休止状態が続いておりました。平成 30 年から令和３年度の活動内容と、今年度の活動予定についてご報告致します。

記

【平成 30 年度　(2018)】

1. 定期総会開催
2. 「八重山病院における緩和ケアについて」医師と緩和ケア認定看護師の講演会及び勉強会
3. 離島がんフォーラム in 宮古島の参加
4. がんピアキャラバンの開催（県地域統括相談支援センター主催）
5. デイサービスセンターの慰問　敬老月間の慰問で患者会会員によるハーモニカ演奏会と歌謡ショー
6. がんピアサポーターフォーロアップ研修会参加（県地域統括相談支援センター主催）
7. 離島がんフォーラム in 石垣島の開催 （沖縄県がん患者会連合会との共催）
8. 会員新年会をホテルで開催
9. 春のお楽しみランチ会とグラウンドゴルフ大会（会員）

【令和元年度　(2019)】

1. 総会開催
2. がんピアサポーターフォローアップ研修会（県地域統括相談支援センタ

一主催・宮古島市にて）
3.いのちの授業について学習会
4.八重山医療圏のがん医療を考える会の参加（琉大がんセンター主催）
5.渡航費・宿泊費の助成制度勉強会
6.がん教育研修会（学校におけるがん教育の実際）
7.デイサービスセンターの訪問　敬老月間の慰問で会員によるハーモニカ演奏会と歌謡ショー
8.離島がんフォーラム in 八重山の開催（沖縄県がん患者会連合会との共催）
9.やいまゆんたく会テーマソング制作　「倖せはそこに」披露
10.がん関連図書についての学習会
11.会員新年会をホテルで開催

【令和２年度　(2020)】
新型コロナウイルスの影響の為、活動休止

【令和３年度　(2021)】
新型コロナウイルスの影響の為、活動休止

【令和４年度　(2022)】
・定期総会は中止

コロナ禍の状況を見ながらスタートする予定ですが、2年間の会活動休止による会員数の減少と会員の士気低下があり、今後の会活動の大きな課題となっております。
とりあえず、会員同士の交流を深めて行くことを目的に令和4年度は趣味の教室を取りいれていき、7月の定例会からスタートする予定です。寄贈して頂いた着物の帯や帯〆等で帯バッグや小物を制作します。リメイクで仕上がった商品を「愛BAG」と名付け、展示即売会で会員さんや来客に販売します。得た売上金をこども食堂や福祉施設への寄付及び、患者会の活動費に充てながら会員の絆を深め、コロナ禍前の活発な会に持って行きたいと考えております。毎月の定例会は開催していきます。

以上

資料１１-(２)

2022 年 6 月 30 日

令和 4 年度　第 2 回沖縄県がん診療連携協議会

NPO 法人パンキャンジャパン沖縄支部　報告資料

１．オンライン患者会開催

日時：2022 年 5 月 21 日（土）13 時～14 時 30 分

場所：オンライン開催

内容：茶話会

参加者：患者家族 1 名（県内）

ボランティアスタッフ：5 名

内容：1 名の参加者であったが、診断後からのかかわり方や今後の治療方針などについて、丁寧に対話をすることができた

課題：広報不足

以前からの課題であるオンライン開催に対する苦手意識をどのように解決していくかを検討

２．第 3 回膵臓がん市民公開講座開催

日時：2022 年 7 月 16 日（土）13 時～14 時 30 分

場所：ハイブリット開催（会議室ＰＲＯM那覇古島）

内容：「がん患者、サバイバーの痛みの集学的治療」

講師：社会医療法人友愛会　豊見城中央病院

麻酔科診療部長　全人的痛みセンター長　笹良剛史　先生

３．膵臓がん早期発見セミナーシリーズ 2022　進捗状況

日時：2022 年 9 月 18 日（日）13 時～15 時予定

場所：ハイブリット開催予定（沖縄県立博物館・美術館おきみゅー）

内容：沖縄の膵がん早期発見と地域の課題

（ＪＡ尾道総合病院　副院長　花田敬士先生が沖縄にてご登壇予定です）

参考資料１：オンラインサロンの様子



参考資料２： 第３回膵臓がん市民公開講座チラシ



参考資料３：膵臓がん早期発見シリーズ 2022 チラシ（仮）



資料１３

2021 年 12 月 13 日

琉球大学病院「がんゲノム医療外来」への紹介方法について（ Ver.5.2 ）

１　「がんゲノム医療外来」

毎週水曜日（２０２０年７月１日（水）開設）

２　開設場所

琉球大学病院内科外来（外来棟２階）

３　担当医

琉球大学病院がんセンター　増田昌人（がん薬物療法専門医・指導医）

４　対象患者

「がん遺伝子パネル検査」のみを目的として紹介された患者

具体的には、資料１の患者チェックリストをすべて満たしている患者

＊従来の精査、診断、治療目的のがん患者の紹介は対象外です。

＊いわゆる「コンパニオン診断」のための紹介は対象外です。

＊例外　前立腺がんは当院腎泌尿器外科と直接やりとりして下さい。

５　外来の内容

（１）１回目の外来は、「がん遺伝子パネル検査」に関する説明と同意を行います。水曜日の午後の完全予約制です。その際には、患者さん（必須）とそのご家族（または信頼できるご友人等）の合計 3～5 名が同席していただきます。おおよそ１時間を想定しています。

（２）２回目の外来は、琉球大学病院遺伝カウンセリング外来（毎週金曜日）にて、プレ遺伝カウンセリングを受けていただきます。その際には、患者さん（必須）とそのご家族（または信頼できるご友人等）の合計 3～5 名が同席していただきます。おおよそ 30 分を想定しています。

（３）３回目の外来は、「がん遺伝子パネル検査」の結果の説明を行います。水曜日の午後の完全予約制です。その際には、患者さん（必須）とそのご家族（または信頼できるご友人等）の合計 3～5 名が同席していただきます。おおよそ１時間を想定しています。

※当院における COVID-19 感染対策のため、当面の間（今年度中）は外来受診は３名までとしています。ご協力お願いします。

６　紹介の具体的な手続き

通常の紹介患者と同様に、各医療機関の医療連携室等から、琉球大学病院医療福祉支援センター（シエント）を通じて予約を取って下さい（資料２）

７　紹介時に準備していただくもの

資料１を参照

８　この文書についての連絡先

琉球大学病院　がんセンター

ＴＥＬ：098-895-1369

ＦＡＸ：098-895-1497

琉球大学病院「がんゲノム医療外来」紹介のための
事前チェックリスト（Ver. 5.2）

□ 以下のいずれかを満たしている
（１）標準治療がない固形がん患者（希少がん、原発不明がんなど）
（２）局所進行もしくは転移が認められ、標準治療が終了となった固形がん患者
（３）局所進行もしくは転移が認められ、標準治療の終了が見込まれる固形がん患者
□ 他院を含め、過去に「がん遺伝子パネル検査」を受けたことがない
□ 経口摂取が可能である
□ Eastern Cooperative Oncology Group(ECOG)が定めている Performance Status(PS)が 0～1 である
□ 生命予後が 3 か月以上あると推定される
□ 「がん遺伝子パネル検査」実施 3 か月後に、造血能や臓器機能が維持され、がん薬物療法が可能である
□ 治療を行う医療機関への外来通院が可能である
＊治療する場合は、本土の医療機関となる可能性が高いと思われます
□ 3 回にわたる外来受診時に、その都度、患者さん（必須）とそのご家族（または信頼できるご友人等）の合計 3～5 名が同席することが可能である（現在は COVID-19 感染対策のため、3 名としています）
□ 紹介した患者のエキスパートパネルの際は、施設責任者または主治医が陪席することができる。
（エキスパートパネルは毎週月曜日 16:00～琉球大学病院 3 階地域医療部カンファレンスルームで開催）
□ 当院がんセンターより連絡した検査結果の説明のための琉球大学病院の外来予約日程を、貴院から患者さんへ連絡することができる。
□ 検査結果の説明後の患者さんの治療内容や転帰情報を、琉球大学病院がんセンターへ報告することができる。

□ 以下の書類がすべて揃っている
１.事前チェックリスト
２.診療情報提供書（貴院の書式で結構です）
（１）①正式・正確な臨床診断名、 ②病理学的診断名、③臨床病期(cStage)、④病理学的病期(pStage)を正確に記載、（２）診断根拠を明確に記載、（３）経過は箇条書きで記載
３.病理診断書のコピー（重複がんの時はそのがんに対する病理診断のコピーも添付）
＊これまでの病理学的検査結果報告書のすべてのコピーを添付して下さい。
４.エキスパートパネル開催前　臨床情報（資料 3）（直接入力のみ）
５.エキスパートパネル開催前　検体情報（資料４）（直接入力のみ）
６.エキスパートパネル開催前　薬物療法詳細一覧と有害事象一覧（資料５）（直接入力のみ）

□ FoundationOne®Liquid CDx の場合は以上となります。

□ FoundationOne® CDx（病理検体を用いての検査）の場合
以下の書類及び物品を琉球大学病院 医療福祉支援センターまで郵送している
１．検査用の検体に対する病理診断書のコピー
＊①検体採取日、②検体採取方法、③採取臓器が明記されているかを事前に確認
＊明記されていなければ、主治医が別紙に①～③を明記した文書を添付する
２．検査用の検体（病理検体のみ）
（１）HE 染色スライド　2 枚　※HE 染色スライドにはそれぞれ病院名を記入して下さい。
（２）未染色スライド　25 枚
＊スライドには検体番号を必ずご記入お願いします。
＊提出したスライドは返却できません。
＊切り出し前の標本（ブロック）は取り扱っていません。必ず上記（1）（2）をご用意ください。

チェックした日　＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日
チェックした病院代表医師名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自署）

申込日　　平成　　年　　月　　日

琉球大学医学部附属病院

医療福祉支援センター　シエント　　送信先（ＦＡＸ）　０９８－８９５－１４９８

紹介患者・予約　申込書（FAX 送信票）

以下の項目についてご記入の上、診療情報提供書と併せて送信して下さい。

紹介元	医療機関名	診療科
	担当医師	ＴＥＬ
	申込担当者名	ＦＡＸ

診療依頼	診療科（専門外来）	診療科［　　科（専門外来　　科）］
	担当医師	□指定なし　□医師指定（　　医師）
	受診希望日	□１週間以内 □１週間以降でも可〔特に希望のある日:　　月　　日　〕 ※外来表を参照して下さい。 ※医師や受診希望日については、ご希望に添えない場合がございます。
	紹介目的疾患名（必ずご記入ください）	

紹　介　患　者　基　本　デ　ー　タ

（保険証又はカルテのコピーを FAX していただける場合は、※印のみ記入して下さい。）

フリガナ		性別	被保険者氏名	続柄
患者氏名		男・女		
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日生　（　　歳）			
住所 電話番号	〒 TEL　（　　－　　－　　）			

保険情報	保険者番号		公費負担者番号	
	記号		公費負担医療の受給者番号	
	番号		公費負担者番号	
	開始日	昭・平　年　月　日	公費負担医療の受給者番号	
	終了日	平成　年　月　日		
	国民保険の場合の個人負担割合	割	老人保険の場合の個人負担割合	割
※　当院受診歴		□なし　□不明　□あり（診察券番号　　－　　－　　）		

■ＦＡＸ受付時間　平日９：００～１５：００（土日・祝日・年末年始は除く）

□専用ＦＡＸ　**０９８－８９５－１４９８**

□専用ＴＥＬ　０９８－８９５－１３７１

琉球大学医学部附属病院　医療福祉支援センター　シエント

直接入力用

エキスパートパネル開催前　臨床情報　（ Ver.5.2 ）

１．エキスパートパネル(EP)の開催時に、以下の形式の臨床情報が必要となります。
　　正確な記載をお願いします。
２．特に血縁者におけるがん発生の状況は確実に問診を行い、正確な記述をお願いします。
３．家族歴については、４枚目以降も、この書式をコピーしてお使いください。

項目	内容
病理診断名	＊最新のがん取り扱い規約に則り、正確な診断名を記入してください。 例）浸潤性乳管癌
診断日	(西暦) 2001/01/01 ＊正確な診断日をご記入ください。
喫煙歴	□なし　□あり　□不明 喫煙年数　年 1 日の本数　本
アルコール多飲歴	□なし　□あり　□不明
ECOG PS	□0　□1　□2　□3　□4　□不明
重複がん	□なし □あり　部位： ＊最新のがん取り扱い規約に則り、正確な診断名を記入してください。 ＊診断根拠となった病理報告書のコピーを添付してください。 □活動性　□非活動性　□不明 □不明
多発がん	□なし □あり (活動性：　□有　□無　□不明) □不明

家族歴（血縁者におけるがんの発生について）

□なし　□あり　□不明

家族歴詳細①：続柄　選択してください。　罹患年齢　選択してください。　がん種　選択してください。

家族歴詳細②：続柄　選択してください。　罹患年齢　選択してください。　がん種　選択してください。

家族歴詳細③：続柄　選択してください。　罹患年齢　選択してください。　がん種　選択してください。

家族歴詳細④：続柄　選択してください。　罹患年齢　選択してください。　がん種　選択してください。

家族歴詳細⑤：続柄　選択してください。　罹患年齢　選択してください。　がん種　選択してください。

家族歴詳細⑥：続柄　選択してください。　罹患年齢　選択してください。　がん種　選択してください。

家族歴詳細⑦：続柄　選択してください。　罹患年齢　選択してください。　がん種　選択してください。

登録時転移	□なし □あり □不明 □脊髄 □脳 □眼 □口腔 □咽頭 □喉頭 □鼻・副鼻腔 □唾液腺 □甲状腺 □肺 □胸膜 □胸腺 □乳腺 □食道 □胃 □十二指腸乳頭部 □十二指腸 □小腸 □虫垂 □大腸 □肛門 □肝 □胆道 □膵 □腎 □腎盂 □副腎 □膀胱 □尿管 □前立腺 □精巣 □陰茎 □子宮体部 □子宮頚部 □卵巣/卵管 □膣 □皮膚 □骨 □筋肉 □軟部組織 □腹膜 □髄膜 □骨髄 □リンパ節/リンパ管 □末梢神経 □血液 □原発不明 □その他
肺がん症例	EGFR ：○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明 or 未検査
	EGFR-type: ○G719 ○exon-19 決失 ○S768I ○T790M ○exon-20 挿入 ○L858R ○L861Q ○その他 ○不明
	EGFR-検査方法: ○cobasV2 ○therascreen ○その他 ○不明
	EGFR-TKI 耐性後 EGFR-T790M：○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明 or 未検査
	ALK 融合：○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明 or 未検査
	ALK 検査方法：○ IHC のみ ○FISH のみ ○IHC+FISH ○RT-PCR のみ ○RT-PCR+FISH ○その他 ○不明
	ROS-1: ○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明 or 未検査
	BRAF(V600)：○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明 or 未検査
	PD-L1(IHC)：○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明 or 未検査
	PD-L1(IHC)：検査方法 ○Nivolumab/Dako28-8(BMS/小野) ○Pembrolizumab/Dako22C3(Merck) ○その他 ○不明 陽性率：　%
	アスベスト暴露歴：○なし ○あり ○不明
乳がん症例	HER2(IHC)：○陰性 ○陰性(1+) ○境界域(2+) ○陽性(3+) ○判定不能 ○不明 or 未検査
	HER2(FISH)：○陰性 ○equivocal ○陽性 ○判定不能 ○不明 or 未検査
	ER：○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明 or 未検査
	PgR：○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明 or 未検査
	gBRCA1：○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明 or 未検査
	gBRCA2：○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明 or 未検査

食道がん、 胃がん、 小腸がん、 大腸がん症例	KRAS：○陰性　○陽性　○判定不能　○不明 or 未検査
	KRAS-type：○codon12　○codon13　○codon59　○codon61 ○codon117　○codon146　○不明
	KRAS 検査方法：○PCR-rSSO 法　○その他　○不明
	NRAS：○陰性　○陽性　○判定不能　○不明 or 未検査
	NRAS-type：○codon12　○codon13　○codon59　○codon61 ○codon117　○codon146　○不明
	NRAS 検査方法：○PCR-rSSO 法　○その他　○不明
	HER2：○陰性　○陰性(1+)　○境界域(2+)　○陽性(3+) ○判定不能　○不明 or 未検査
	EGFR(IHC)：○陰性　○陽性　○判定不能　○不明 or 未検査
	BRAF(V600)：○陰性　○陽性　○判定不能　○不明 or 未検査
肝がん症例	HBsAg：○陰性　○陽性　○判定不能　○不明 or 未検査
	HBs 抗体：○陰性　○陽性　○判定不能　○不明 or 未検査
	HBV-DNA(コピー数　　)
	HCV 抗体：○低　○中　○高　○不明 or 未検査
	HCV-RNA（コピー数　　）
皮膚がん症例	BRAF(V600)：○陰性　○陽性　○判定不能　○不明 or 未検査

＊コンパニオン診断の項目および結果の記載方法についてはC-CAT 側により頻回の改訂があるため、その都度順次改訂していく予定です。

資料４

エキスパートパネル開催前　検体情報（ Ver.5.2 ）

直接入力用

・検査に提出する検体

項目	内容
検査区分	□保険　□保険外
検査種別	□　FoundationOne®CDx □　FoundationOne®Liquid CDx
検体種別	□FFPE　□新鮮凍結　　□末梢血 □その他　検体の保存方法の詳細
検体採取日（腫瘍組織）	
検体採取方法	□生検 □手術 □その他　腫瘍組織を採取した方法の詳細 □不明
検体採取部位	□原発巣　□転移巣　　□不明
具体的な採取部位	□脊髄　□脳　□眼　□口腔　□咽頭　□喉頭　□鼻・副鼻腔 □唾液腺　□甲状腺　□肺　□胸膜　　□胸腺　□乳腺　□食道 □胃　□十二指腸乳頭部　□十二指腸　□小腸　□虫垂　□大腸　□肛門 □肝　□胆道　□膵　□腎　□腎盂　□副腎　□膀胱　□尿管　□前立腺 □精巣　□陰茎　□子宮体部　□子宮頚部　□卵巣/卵管 □膣　□皮膚　□骨　□筋肉　□軟部組織　□腹膜　□髄膜 □骨髄　□リンパ節/リンパ管　□末梢神経　□血液　□原発不明　□その他

資料５

直接入力用

エキスパートパネル開催前　薬物療法詳細一覧と有害事象一覧　（Ver.5.2）（　／　）

１．エキスパートパネル(EP)の開催時に薬物療法の情報が必要となります。
　　これまでに投与したレジメンすべてについて、正確な記載をお願いします。
２．右上に〇／△（総枚数）の形式で記入してください。
３．２枚目以降も、この書式をコピーしてお使いください。
４．薬剤名は必ず実際に使用した一般名の記入をお願いします。
５．患者に生じた“非血液毒性のうち”薬物療法の投与スケジュールや減量・中止など臨床上の経過に対して影響を及ぼした重篤な有害事象（目安として Grade3 以上）を有害事象として定義しておりますので、血液毒性に関してはご入力不要です。

薬物療法（ＥＰ前）

薬物療法実施の有無　○なし　○あり

レジメン内容１

※治験の場合は治療方針で「企業治験」または「医師主導治験」を選択して下さい。

治療方針　○企業治験　○医師主導治験　○先進医療　○患者申出治療
○保険診療　○その他

治療ライン　○１次治療　○2 次治療　○３次治療　○４次治療
○５次治療以降　○不明

実施目的　○術前補助療法　○術後補助療法　○根治　○緩和　○その他

実施施設　○自施設　○他施設

レジメン名

薬剤１　**※下記の欄に正確な商品名を記載して下さい。**

薬剤名（一般名）

薬剤名（商品名）

薬剤２

薬剤名（一般名）

薬剤名（商品名）

薬剤３

薬剤名（一般名）

薬剤名（商品名）

レジメン内容変更情報

投与開始日　（日付・曖昧指定可）

投与終了日　（日付・曖昧指定可）

□継続中

終了理由　○計画通り修了　○無効中止　○副作用等で中止
○本人希望により中止　○その他理由で中止　○不明

最良総合効果　○CR　○PR　○SD　○PD　○NE

資料 5-1

有害事象（ＥＰ前）

Grade３以上の有害事象の有無　○Grade3 以上なし ○Grade3 以上あり ○不明

※Grade３以上の血液毒性は必須ではありません。

有害事象１

発現日　　（日付・曖昧指定可）

CTCAEv5.0

名称日本語　　（日付・曖昧指定可）

名称英語　　（日付・曖昧指定可）

コード　　（日付・曖昧指定可）

最悪 Grade　○Grade3 ○Grade4 ○Grade5 ○不明

エキスパートパネル開催後　薬物療法と有害事象（ Ver.5.2 ）

直接入力用

エキスパートパネル(EP)の開催後に、以下の形式の薬物療法が必要となります。
正確な記載をお願いします。

薬物療法（ＥＰ後）

レジメン内容１

エキスパートパネル開催日

EP の結果治療薬の選択肢が提示された　○はい　○いいえ

提示された治療薬を投与した　○投与した　○投与しなかった　○不明

（他院で投薬した場合を含む）

※**投与しなかった**を選択した場合は次頁の提示された治療薬を投与しなかった理由のみ入力をおねがいします。

※治験の場合は治療方針で「企業治験」または「医師主導治験」を選択して下さい。

治療方針　○企業治験　○医師主導治験　○先進医療　○患者申出治療
○保険診療　○その他

治療ライン　○１次治療　○2 次治療　○３次治療　○４次治療
○５次治療以降　○不明

実施施設　○自施設　○他施設

レジメン名

身長　（ｃｍ）

体重　（ｋｇ）

薬剤１

薬剤名（一般名）

薬剤名（商品名）

(初回)投与量

単位　○mg/body　○mg/m2　○mg/kg　○lu/body
○経口　○静注　○点滴静注射　○皮下　○筋注　○動注　○その他

薬剤２

レジメン内容変更情報

投与開始日　（日付・曖昧指定可）

投与終了日　（日付・曖昧指定可）
○継続中

終了理由　○計画通り修了　○無効中止　○副作用等で中止
○本人希望により中止　○死亡中止　○その他理由で中止　○不明

最良総合効果　○CR　○PR　○SD　○PD　○NE

有害事象（ＥＰ後）

増悪確認日　　（日付・曖昧指定可）

Grade３以上有害事象の有無　○Grade3 以上なし　○Grade3 以上あり　○不明

※Grade３以上の血液毒性は必須ではありません。

有害事象１

発現日　　（日付・曖昧指定可）

CTCAEv5.0

名称日本語　　（日付・曖昧指定可）

名称英語　　（日付・曖昧指定可）

コード　　（日付・曖昧指定可）

最悪 Grade　○Grade3　○Grade4　○Grade5　○不明

提示された治療薬を投与しなかった理由

○提示された治療薬以外の化学療法を行った

○患者が治験等を希望したが、適格・除外基準や登録期間外のため参加できなかった

○患者の経済的事情により化学療法ができなかった

○患者の前身の状態不良により化学療法ができなかった

○患者が化学療法を希望しなかった

○死亡

○その他・不明

資料７

直接入力用

エキスパートパネル開催後　転帰情報　（ Ver.5.2 ）

エキスパートパネル(EP)の開催後に、以下の形式の転帰情報が必要となります。
　正確な記載をお願いします。

転帰情報

転帰	○生存　○死亡　○不明もしくは追跡不可
最終生存確認日	（日付・曖昧指定可）
死亡日	（日付）
死因	○原病死　○他部位のがん死　○他病死　○不明

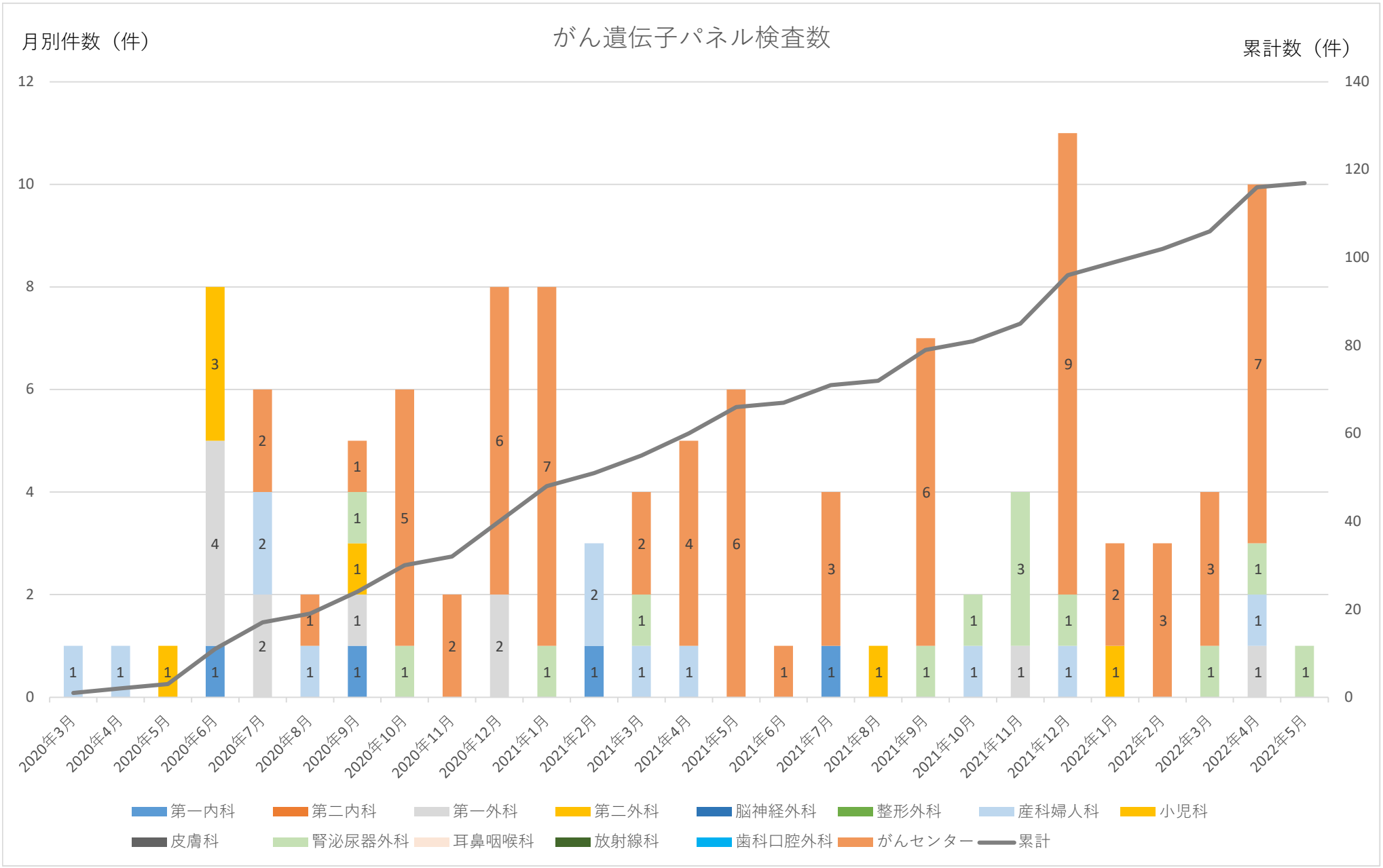
がん遺伝子パネル検査数

	２０１９年	２０２０年	２０２１年	２０２２年
第一内科	0	3	3	0
第二内科	0	0	0	0
第一外科	0	9	1	1
第二外科	0	0	0	0
脳神経外科	0	0	0	0
整形外科	0	0	0	0
産科婦人科	1	7	3	1
小児科	0	5	2	0
皮膚科	0	0	0	0
腎泌尿器外科	0	4	8	2
耳鼻咽喉科	0	0	0	0
放射線科	0	0	0	0
歯科口腔外科	0	0	0	0
がんセンター	0	26	37	7
合計	1	54	54	11

コンパニオン診断

産科婦人科　４名　（2022年3/30：２件、5/6：１件、5/19：１件、）

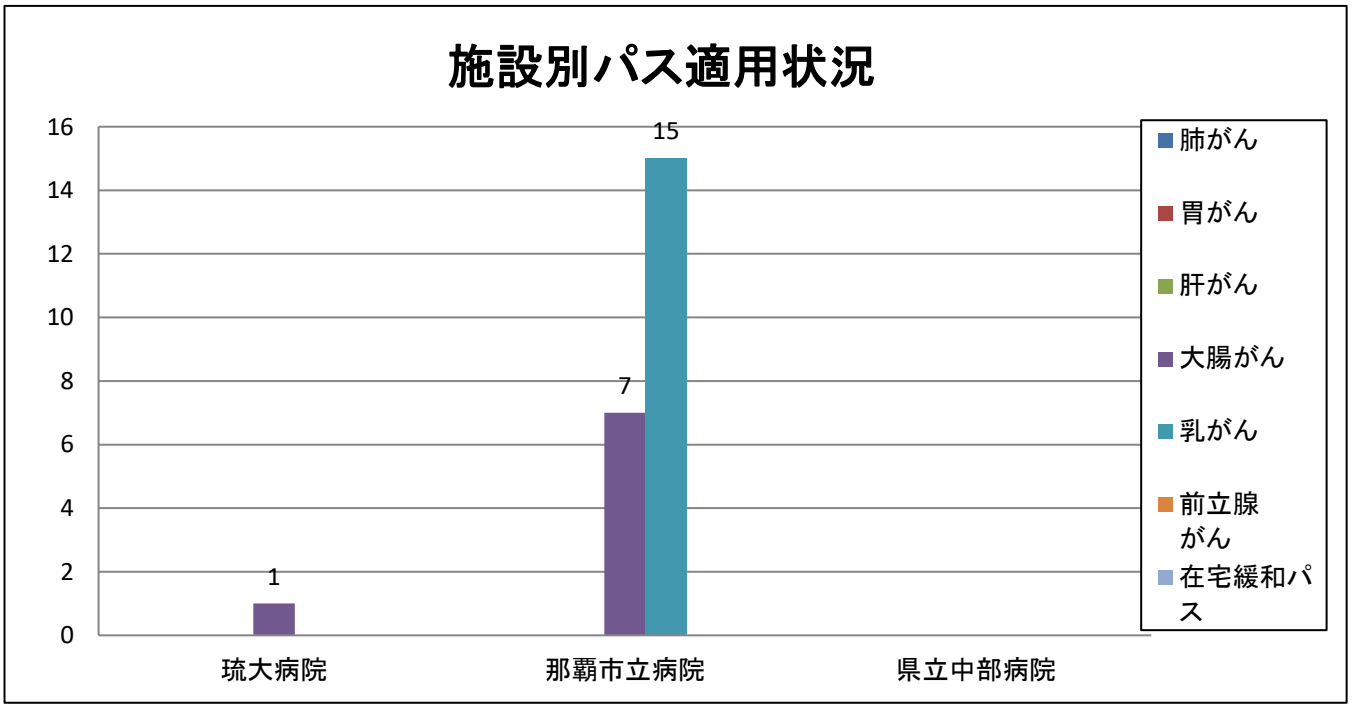
皮膚科　　１名　（2022年4/18）

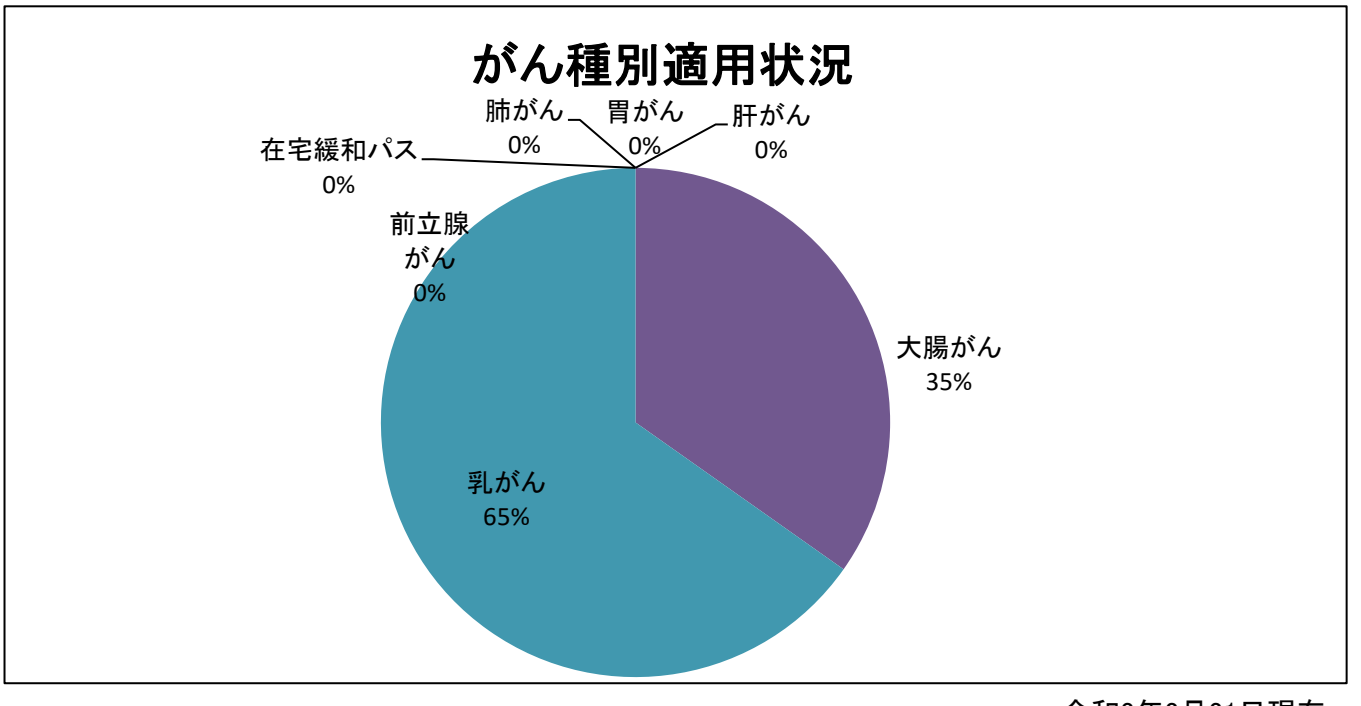

がん遺伝子パネル検査数
月別件数（件）
累計数（件）
0
2
4
6
8
10
12
0
20
40
60
80
100
120
140
2020年3月
2020年4月
2020年5月
2020年6月
2020年7月
2020年8月
2020年9月
2020年10月
2020年11月
2020年12月
2021年1月
2021年2月
2021年3月
2021年4月
2021年5月
2021年6月
2021年7月
2021年8月
2021年9月
2021年10月
2021年11月
2021年12月
2022年1月
2022年2月
2022年3月
2022年4月
2022年5月
第一内科
第二内科
第一外科
第二外科
脳神経外科
整形外科
産科婦人科
小児科
皮膚科
腎泌尿器外科
耳鼻咽喉科
放射線科
歯科口腔外科
がんセンター
累計

資料１４

令和4年度沖縄県がん地域連携クリティカルパス適用状況について
（令和4年4月1日～6月末まで）

施設名	肺がん	胃がん	肝がん	大腸がん	乳がん	前立腺がん	在宅緩和パス	合計
琉大病院				1				1
那覇市立病院				7	15			22
県立中部病院								0
合計	0	0	0	8	15	0	0	23

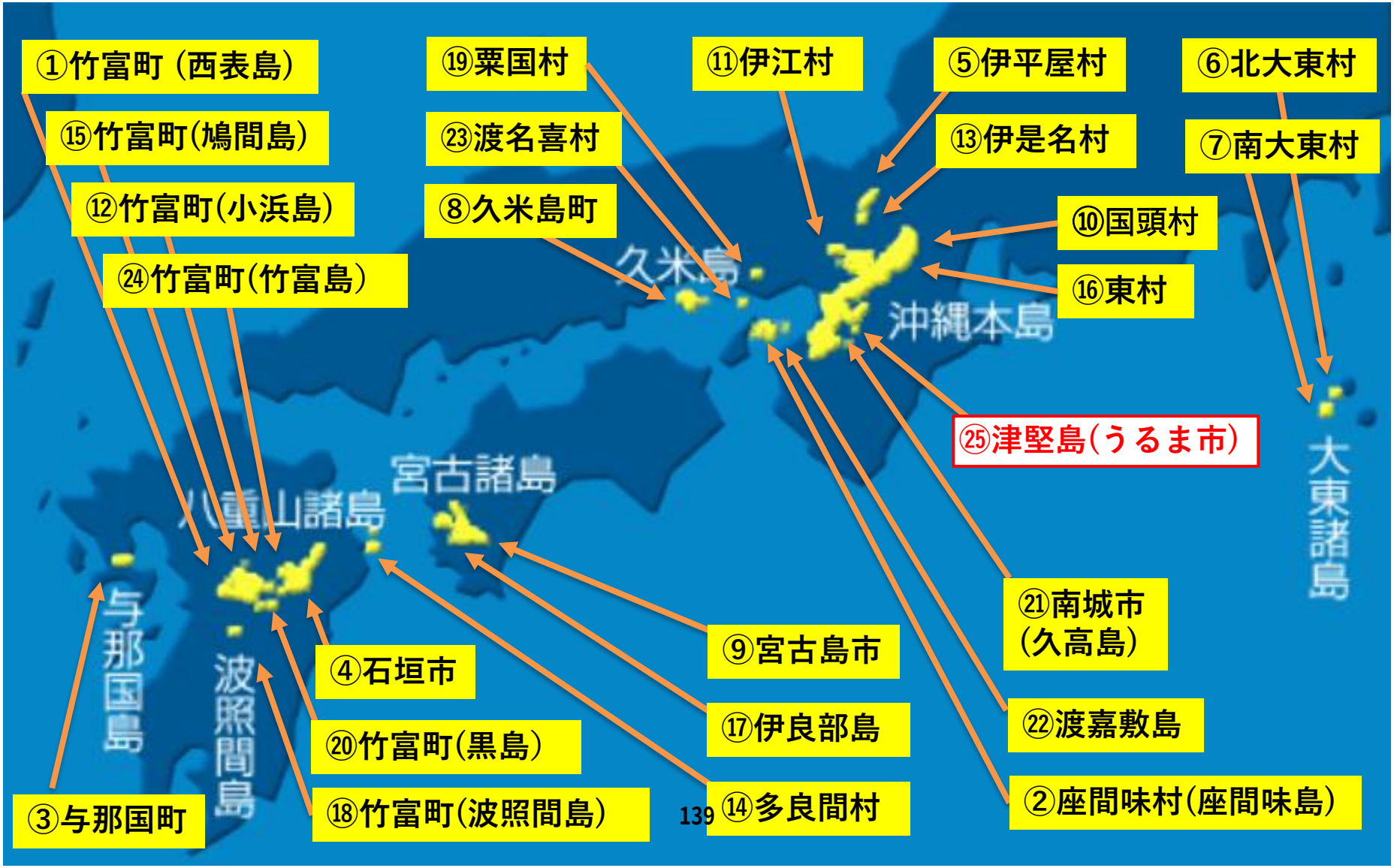




令和3年3月31日現在

普及啓発活動をパッケージで行った離島・へき地市町村

資料１５



【がん情報提供講演会　開催一覧】

年度		離島訪問一覧	開催日時	備考
2015年度（H27年度）	①	西表島（竹富町）	H28.3.18	がん療養場所ガイドブック活用説明会
	②	座間味島（座間味村）	H28.3.22	がん療養場所ガイドブック活用説明会
2016年度（H28年度）	③	与那国島（与那国町）	H28.7.15	がん療養場所ガイドブック活用説明会 in 与那国島
	④−1	久米島（久米島町）	H28.9.16	もしも島でがんになったら
	⑤	伊平屋島（伊平屋村）	H28.9.30	もしも島でがんになったら
	⑥	北大東島（北大東村）	H28.12.9	もしも島でがんになったら
	⑦	南大東島（南大東村）	H28.12.10	もしも島でがんになったら
	⑧−1	石垣島（石垣市）	H29.1.21	もしも島でがんになったら 図書館でまるごと一日「がん」のこと
2017年度（H29年度）	⑨−1	宮古島（宮古島市）	H29.9.9	がん専門医に学ぶ 医師とのコミュニケーション
		那覇市	H29.11.19	がんで後悔しないためのヘルスリテラシーってなんだ？
	⑨−2	宮古島（宮古島市）	H30.1.13	もしも宮古島でがんになったら
2018年度（H30年度）	⑩	国頭村	H30.7.27	もしも国頭村でがんになったら
	⑪	伊江村	H30.9.13	もしも伊江島でがんになったら
	⑫	小浜島（竹富町）	H30.10.5	もしも小浜島でがんになったら
	⑧−2	石垣市	H30.10.6	がん相談できる島づくりがんピアキャラバン
	⑬	伊是名村	H30.11.2	もしも伊是名村でがんになったら
	⑭	多良間村	H30.11.30	もしも多良間村でがんになったら
	⑮	鳩間島（竹富町）	H31.2.22	もしも鳩間島でがんになったら
2019年度（R1年度）	⑯	東村	R1.5.17	もしも東村でがんになったら
	⑰	伊良部島（宮古島市）	R1.6.7	もしも伊良部島でがんになったら
	⑱	波照間島（竹富町）	R1.7.12	もしも波照間島でがんになったら
	⑲	粟国村	R1.9.26	もしも粟国村でがんになったら
	⑳	黒島（竹富町）	R1.10.17	もしも黒島でがんになったら
	㉑	久高島（南城市）	R2.2.20	もしも久高島でがんになったら
2020年度（R2年度）	㉒	渡嘉敷村	R2.9.24	もしも渡嘉敷島でがんになったら
	㉓	渡名喜村	R2.11.10	もしも渡名喜島でがんになったら
	㉔	竹富島（竹富町）	R2.11.26	もしも竹富島でがんになったら
2021年度（R3）	㉕	津堅島（うるま市）	R3.11.5	もしも津堅島でがんになったら

2022年版／令和3年度 沖縄県委託事業

地域の療養情報

おきなわ がんサポート ハンドブック



Web版でも
ご覧になれます。
ダウンロードは
コチラから



沖縄県のがん患者さんとそのご家族に向けて、がんに関する正確な情報をわかりやすくお伝えするガイドブックです。**納得して治療を受けていただくために治療開始前に知っておきたい**情報や、相談窓口、県内の医療体制、地域の支えあいの場など、がんと向き合う方々をサポートする一冊です。

治療と療養の過程（ライフコース）を図で示すことにより、がん治療の流れを理解しやすく説明しています。



おきなわがんサポートハンドブックは**無料**で配布しています。このポスターのある公共施設や、がん診療を行う病院、診療所、がん相談支援センターなどに置いています。ぜひお手に取ってご覧ください。

「面談にのぞむときの質問集」「わたしのメモ」付き

がんと言われたとき、すぐに役立つヒント&リスト
巻頭綴じ込み内容

- 病名と病期を知る
- がん相談支援センターを利用する
- 担当医と話す
- セカンドオピニオンを活用する
- 痛みやつらさを和らげる
- すぐに仕事を辞めない
- 情報を集める
- 治療費の負担を減らす
- 妊娠の可能性を知る
- 大事にしたいことを考える

お問い合わせ
琉球大学病院がんセンター 〒903-0215 沖縄県中頭郡西原町字上原207
TEL.098-895-1531 FAX.098-895-1497
E-mail : mail@ryukyucc.jp
URL : https://www.okican.jp

地域の療養情報

おきなわがんサポートハンドブック

サイト内検索



がんと告げられたあなたへ

がんと言われたとき、
すぐに役立つヒント＆リスト

第１部
納得して治療を受ける

第２部
よりよい療養生活をおくるために

第３部
お金のことについて

問い合わせ先一覧

体験談

ノート欄

人の命を尊重する「命どぅ宝」の精神に基づき
人を大切にすることによって
沖縄に暮らすすべての人々が
人と人とが助け合う「ゆいまーる」の心で
がんになっても助け合い
安心して暮らせますように……。

琉球大学病院 がんセンター
〒903-0215　沖縄県西原町字上原 207
TEL:098-895-1531 / FAX:098-895-1497

© 2022 Cancer Centre, University of the Ryukyus Hospital.
© 2022 Okinawa Prefectural Government.
All rights reserved.



沖縄県がん診療連携協議会運営サイト
全てのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得することが目標です。
うちな～がんネット がんじゅう
リンク集
プライバシーポリシー
お問い合わせ
サイトマップ
サイト内検索
医療関係者の方へ
患者さん・ご家族・県民の方へ
緩和ケア研修会
沖縄県がん診療連携協議会
部会について

患者必携・地域の療養情報「おきなわがんサポートハンドブック」

患者必携とは？

がんと診断されて間もない患者さんの思いに寄り添い、支える事の助けとなることを目指して、「信頼できる情報で、わかりやすく、役にたつもの」をまとめたものです。

1. 自分らしい病気との向き合い方を教えていくために読む「がんになったら手にとるガイド」
2. 治療や療養生活について、聞いたり調べたりして理解したことを書き留めて整理する「わたしの療養手帳」
3. お住まいの地域の相談窓口などの情報をまとめた「地域の療養情報」

患者必携の主な対象は、がんと診断が伝えられた直後（比較的最近）の患者さんです。

患者さん・ご家族・県民の方へ
イベント情報
タウンミーティング
がん治療について
患者必携・地域の療養情報「おきなわがんサポートハンドブック」
おきなわがんサポートハンドブック（2021年版）

がんサポートブック



おきなわ小児がん 相談支援マニュアル 第1版



事業所と働く人のためのがん治療と仕事その両立支援のポイント



地域の療養情報「おきなわがんサポートハンドブック」



患者必携 がんになったら 手にとるガイド

■ 1．がんになったら手にとるガイド



（普及新版）

「がんになったら手にとるガイド」PDFはこちらからご確認いただけます。
（PDFをご覧になりたい方は画像をクリックしてください）

詳しくはこちら→　国立がん研究センター　がん情報サービス　ホームページ

■ 2．わたしの療養手帳



（普及新版）

「わたしの療養手帳」PDFはこちらからご確認いただけます。
（PDFをご覧になりたい方は画像をクリックしてください）

詳しくはこちら→　国立がん研究センター　がん情報サービス　ホームページ

■ 3．地域の療養情報　「おきなわがんサポートハンドブック」

2020年版よりおきなわがんサポートハンドブックのウェブサイトを開設してます。
画像をクリック下さい。

【ウェブサイト版】



案内サイトもリンクしてます。

PDFをご覧になりたい方は画像をクリックしてください。

【PDF版】



おきなわがんサポートハンドブック(2017年版)
おきなわがんサポートハンドブック(2016年版)
おきなわがんサポートハンドブック(2015年版)
おきなわがんサポートハンドブック(2014年版)
おきなわがんサポートハンドブック(2013年版)
おきなわがんサポートハンドブック(2012年版)
おきなわがんサポートハンドブック(2011年版)
がん患者会
患者サロン
沖縄県地域統括相談支援センター
医療機関の情報について
がん情報ブースのご紹介
おきなわがん診療ネット　みるん・しるん
がん相談窓口
がん患者さんがお子様をもつことを応援する医療　「妊孕性温存療法」と「がん治療後の生殖医療について」
患者サロン
セカンドオピニオンについて
グループ指定について
患者サロン



沖縄県がん診療連携拠点病院



沖縄県セカンドオピニオン実施医療機関リスト



過去の版もみれます。



地域の療養情報　沖縄県(試作版)



PDFをご覧になりたい方は画像をクリックしてください

■ 患者必携の役割

1. がんの治療経過がわかる
2. 大まかに自分のがんの状況と今後の見通しの参考になる
3. 医療者、介護や支援などの初期の理解の手助けになる
4. 療養や今後の生活に関して調べること、知るべきことを認識する助けになる
5. 患者・家族と医療者、支援者が共に同じ冊子体を使って情報共有、情報交換することによって、患者さんにとって役立つ情報が蓄積され、行動に結びつけられる。

がん医療に関する一般市民向け講演会の開催をお考えの方へ



がん医療に関する医療者向け講演会の開催をお考えの方へ



沖縄県在宅緩和ケアマップ



タウンミーティング



がん情報ブース



リンク集

アンケートにご協力ください
地域の療養情報
「おきなわがんサポートハンドブック」
についてのアンケートにご協力ください

がん体験者による、がん患者さんや
そのご家族のためのピアサポート
沖縄県地域統括
相談支援センター
琉球大学医学部付属病院内



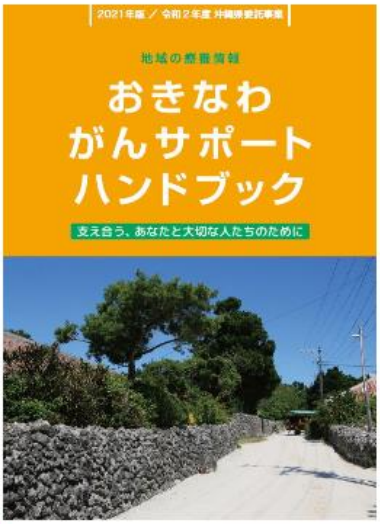
沖縄県がん患者会連合会

おきなわがんサポートハンドブック（2021年版）

地域の療養情報　「おきなわがんサポートハンドブック」(2021年版)　2021年発行

ＰＤＦはこちらからご確認いただけます。

（一括してPDFをご覧になりたい方は下記画像をクリックしてください）





患者さん・ご家族・県民の方へ
イベント情報
タウンミーティング
がん治療について
患者必携・地域の療養情報「おきなわがんサポートハンドブック」
おきなわがんサポートハンドブック（2021年版）
おきなわがんサポートハンドブック（2020年版）
おきなわがんサポートハンドブック(2019年版)
おきなわがんサポートハンドブック(2018年版)
おきなわがんサポートハンドブック(2017年版)
おきなわがんサポートハンドブック(2016年版)
おきなわがんサポートハンドブック(2015年版)
おきなわがんサポートハンドブック(2014年版)
おきなわがんサポートハンドブック(2013年版)
おきなわがんサポートハンドブック(2012年版)
おきなわがんサポートハンドブック(2011年版)

巻頭綴じ込み がんと告げられたあなたへ （ＰＤＦ 全6面 ）
信頼できるインターネット情報
診断から治療までのながれ
がんと言われたとき、すぐに役立つヒント&リスト

＜本編＞

表紙 （ＰＤＦ）
がんや療養生活について詳しく知るには・本扉 （ＰＤＦ P0-P1 ）
もくじ （ＰＤＦ P2-P6 ）

第１部 納得して治療を受ける （第1部 扉 ＰＤＦ P7 ） （ＰＤＦ P8-P9 ）
１．がんについて相談する （第1部 第1章 ＰＤＦ P10-P13 ）
（１）がん相談支援センター
（２）沖縄県医療安全相談センター
【私を支えてくれたもの】

がん患者会
患者サロン
沖縄県地域統括相談支援センター
医療機関の情報について
がん情報ブースのご紹介
おきなわがん診療ネット みるん・しるん
がん相談窓口
がん患者さんがお子様をもつことを応援する医療 「妊孕性温存療法」と「がん治療後の生殖医療について」

2．治療について知る（第1部 第2章 ＰＤＦ P14-P19 ）
（1）がん治療と療養の過程（ライフコース）
（2）標準治療と科学的根拠（エビデンス）
（3）臨床試験
（4）補完代替療法
（5）ゲノム医療
（6）口腔ケアとがん治療
（7）妊娠の可能性を残す（生殖機能の温存）

3．情報を集める （第1部 第3章 ＰＤＦ P20-P25 ）
（1）病名、性質、病期
（2）主治医の説明を聞く
（3）セカンドオピニオン
（4）セカンドオピニオン実施施設
（5）書籍とインターネットで情報をさがす

4．県内の医療体制 （第1部 第4章 ＰＤＦ P26-P32 ）
（1）がん診療連携拠点病院および地域がん診療病院
（2）がん診療を行っている専門医療機関
（3）希少がんと小児がんの診療病院
（4）がん診療を行っている沖縄県内の医療機関
（5）離島とがん ～通院治療の選択～
【緩和ケア～痛みを和らげる治療について～】

第２部 よりよい療養生活をおくるために （第2部 扉 ＰＤＦ P33 ）（ＰＤＦ P34-P35 ）
1．痛みやつらさを和らげる （第2部 第1章 ＰＤＦ P36-P37 ）
（1）緩和ケア
（2）アドバンス・ケア・プランニング（ACP）

2．同じ病気の人の話を聞いてみる （第2部 第2章 ＰＤＦ P38-P45 ）
（1）がんピアサポーター（がん経験者による相談）
（2）患者会
（3）患者支援団体
（4）患者サロン

3．自分らしく毎日を過ごす （第2部 第3章 ＰＤＦ P46-P49 ）
（1）外見ケア
（2）さまざまな身体的症状への対応
（3）がんとセクシャリティ
【がん治療と向き合う】

4．子どもの療養を支える （第2部 第4章 ＰＤＦ P50-P54 ）
（1）入院中の教育支援、復帰支援
（2）ファミリーハウス
（3）入院中のきょうだい支援
【周りが必ずついている】
（4）晩期合併症と長期フォローアップ
（5）養育支援訪問事業
（6）一時預かり事業、病児・病後児保育事業

5．AYA世代のがんを考える（第2部 第5章 ＰＤＦ P55 ）
（1）AYA世代のがん

患者サロン
セカンドオピニオンについて
グループ指定について
患者サロン


沖縄県がん診療連携拠点病院


沖縄県セカンドオピニオン実施医療機関リスト


がん医療に関する一般市民向け講演会の開催をお考えの方へ


がん医療に関する医療者向け講演会の開催をお考えの方へ


沖縄県在宅緩和ケアマップ


タウンミーティング


がん情報ブース

6．自宅で療養生活を続けたい （第2部 第6章 ＰＤＦ P56-P61 ）
（1）在宅療養
（2）訪問診療
（3）訪問看護
（4）介護保険
（5）福祉用具・介護用品の貸与
（6）高齢者の相談窓口（地域包括支援センター）
（7）介護タクシー
【骨髄移植を経て】

7．最期まで自分らしく生きる （第2部 第7章 ＰＤＦ P62-P64 ）
（1）終末期における緩和ケア（ターミナルケア）
（2）グリーフケア

第３部 お金のことについて （第3部 扉 ＰＤＦ P65 ） （ＰＤＦ P66-P67 ）
1．医療費の負担を減らしたい （第3部 第1章 ＰＤＦ P68-P76 ）
（1）高額療養費制度
（2）高額療養費限度額適用認定証
（3）標準負担額減額認定証
（4）高額療養費貸付制度
（5）高額医療・高額介護合算制度
（6）確定申告による医療費等の控除
（7）その他の制度

2．治療を受けながら働く （第3部 第2章 ＰＤＦ P77-P81 ）
【治療と仕事の両立支援】
（1）労働問題全般についての相談
（2）治療と仕事の両立支援
（3）生活から就職までの総合相談
（4）医療機関での就労相談
（5）女性の就業相談、仕事と子育ての両立などの相談
（6）働くがん患者の支援団体、冊子

3．仕事を辞めて治療に専念する （第3部 第3章 ＰＤＦ P82-P83 ）
（1）退職に伴う健康保険の変更
（2）失業手当（基本手当）の受給期間の延長

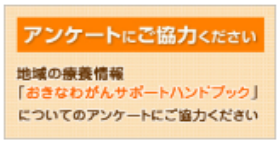
4．家庭の状況に合う支援を受ける （第3部 第4章 ＰＤＦ P84-P86 ）
（1）傷病手当金
（2）ひとり親家庭等医療費助成制度
（3）一部負担金の減免制度
（4）生活保護
（5）生活福祉資金貸付制度

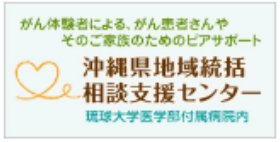
5．離島に住む人向けの制度を知る（第3部 第5章 ＰＤＦ P87 ）
（1）がん治療の渡航費助成
（2）離島・へき地のがん患者等の宿泊支援

6．障害についての支援を受ける （第3部 第6章 ＰＤＦ P88-P89 ）
（1）障害年金
（2）障害手当金（厚生年金）
（3）身体障害者手帳

7．子ども向けの制度を知る （第3部 第7章 ＰＤＦ P90-92 ）
（1）小児慢性特定疾病医療費助成制度
（2）特別児童扶養手当
（3）障害児福祉手当
（4）その他の制度
【自分の病気を子どもに伝える】

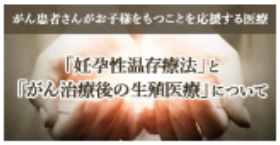












問い合わせ一覧 （扉 ＰＤＦ P93） （ＰＤＦ P94-P99 ）
■医療機関一覧
■役所・役場一覧
■年金事務所一覧／各医療保険窓口■税務署一覧／福祉事務所一覧

ノート欄
●面談にのぞむときの質問集 （ＰＤＦ P100-P101 ）
●私のメモ（担当医からの説明の記録） （ＰＤＦ 102 ）

あとがき 編集委員 編集協力 （ＰＤＦ P103 ）
奥付 がんの冊子（ＰＤＦ P104-P105 ）

うちな～がんネット がんじゅう

沖縄県がん診療連携協議会
〒903-0215　沖縄県中頭郡西原町字上原207番地

Copyright © 沖縄県がん診療連携協議会 All Rights Reserved

おきなわがんサポートハンドブック2022年版　配布リスト

	医療機関名	箇所数	1箇所あたり配布数	配布数	備考
A	琉球大学病院	1		**6,532**	各病院の不足分は琉大より配布
B	沖縄県立中部病院	1		**1,300**	
C	那覇市立病院	1		**1,300**	
①	地域がん診療病院	3	別紙内訳	**700**	
②	がん診療を行う医療施設 掲載	17	別紙内訳	**6,230**	
②	がん診療を行う医療施設 掲載なし	7	別紙内訳	**400**	2021年版掲載(要件充足)
③	がん診療を行う医療施設（ホスピス）	4	別紙内訳	**400**	
④	がん登録指定診療所　※	79	別紙内訳	**158**	県R4.1がん登録指定診療所
⑤	離島へき地診療所	24	20	**480**	別紙内訳
⑥	配布希望医療機関　他　※	14	別紙内訳	**310**	
計		**151**		**17,810**	

	施設名	箇所数	1箇所あたり配布数	配布数	備考
1	患者会・患者支援団体　※	14	別紙内訳	**370**	
2	患者連合会	1	50	**50**	
3	市町村	41	別紙内訳	**2,150**	
4	保健所	6	別紙内訳	**300**	別紙内訳
5	沖縄県医師会・地区医師会	8	10	**80**	別紙内訳
6	沖縄県看護協会	1	50	**50**	
7	沖縄県歯科医師会	1	10	**10**	
8	沖縄県薬剤師会	1	10	**10**	
9	沖縄労働局	1	30	**30**	
10	那覇公共職業安定所	1	100	**100**	
11	グッジョブセンターおきなわ	1	100	**100**	相談が増え配布希望
12	グッジョブセンターおきなわ 中部サテライト	1	50	**50**	
13	福祉事務所	6	20	**120**	別紙内訳
14	沖縄県産業保健総合支援センター	1	300	**300**	
15	沖縄県立図書館	1	450	**450**	県内各図書館への配布分含む
16	沖縄県立森川特別支援学校	1	20	**20**	
17	沖縄県保健医療部　健康長寿課	1	3000	**3,000**	県分2400、郵便局分(3)600
計		**87**		**7,190**	
発送先合計		**238**	合計	**25,000**	

※　赤字は印刷業者より直接納品、それ以外は宅配業者にて納品　145

※　青地　④がん登録指定診療所⑥希望医療機関はがんセンターより発送　93

	① 地域がん診療病院 （3施設）	配布数
1	北部地区医師会病院	200
2	沖縄県立宮古病院	250
3	沖縄県立八重山病院	250
	合計	700

	②-1 がん診療を行う医療施設 掲載 （17施設）	配布数
1	沖縄県立北部病院	200
2	たいら内科クリニック	30
3	KIN放射線治療・健診クリニック	50
4	中頭病院	700
5	中部徳洲会病院	300
6	ハートライフ病院	400
7	国立病院機構 沖縄病院	200
8	浦添総合病院	1,000
9	宮良クリニック	400
10	マンマ家クリニック	100
11	沖縄赤十字病院	400
12	沖縄協同病院	350
13	那覇西クリニック	500
14	那覇西クリニックまかび	200
15	与那原中央病院	100
16	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	600
17	友愛医療センター	700
	合計	6,230

	②-2 がん診療を行う医療施設 掲載無し （7施設）	配布数
18	同仁病院	50
19	おもろまちメディカルセンター	50
20	大浜第一病院	50
21	沖縄第一病院	50
22	南部徳洲会病院	100
23	宮古島徳洲会病院	50
24	石垣島徳洲会病院	50
	合計	400

	③ がん診療を行う医療機関 ホスピス （4施設）	配布数
1	与勝病院	100
2	アドベンチストメディカルセンター	100
3	オリブ山病院	50
4	豊見城中央病院	150
	合計	400

	④　がん登録指定診療所	配布数
1	いちょう内科あしとみ	2
2	又吉内科クリニック	2
3	医療法人優慎会　しみず胃腸内科２１	2
4	医療法人さくら会　アワセ第一医院	2
5	まちだクリニック	2
6	石川産婦人科	2
7	医療法人　島袋内科・胃腸科	2
8	新川クリニック	2
9	医療法人形成会　当山美容形成外科	2
10	ヒルズガーデンクリニック	2
11	医療法人芙蓉会　高里内科胃腸科	2
12	高橋クリニック	2
13	いわした内科クリニック	2
14	医療法人八重会　たまきクリニック	2
15	きなクリニック	2
16	医療法人幸正会　マンマ家クリニック（別紙記載）	0
17	曙クリニック	2
18	医療法人玉福　空と海とクリニック	2
19	医療法人愛和会　愛和ファミリークリニック	2
20	たから産婦人科	2
21	みやぎ内科	2
22	なごみ泌尿器科クリニック	2
23	中村内科胃腸科	2
24	医療法人　下地診療所	2
25	眞生会　池村内科医院	2
26	今帰仁診療所	2
27	おおうらクリニック	2
28	宮良クリニック（別紙記載）	0
29	社会医療法人敬愛会　ちばなクリニック	2
30	にいむら内科胃腸科クリニック	2
31	医療法人安心会　愛聖クリニック	2
32	医療法人　神谷医院	2
33	はざま胃腸内科クリニック	2
34	医療法人白水会　明陽クリニック	2
35	医療法人一宜会　大北内科胃腸科クリニック	2
36	一般財団法人沖縄県健康づくり財団附属診療所	2
37	那覇西クリニック（別紙記載）	0
38	那覇西クリニックまかび（別紙記載）	0
39	首里協同クリニック	2
40	宮良内科胃腸科医院	2
41	平田胃腸科・内科	2
42	仲地胃腸内科クリニック	2
43	医療法人亜十夢会　茶園耳鼻科	2
44	医療法人陽心会　メディカルプラザ大道中央	2

	④　がん登録指定診療所	配布数
45	おやかわクリニック	2
46	医療法人　きんクリニック	2
47	医療法人たぶの木 うむやすみゃあす・ん診療所	2
48	末吉内科外科胃腸科医院	2
49	医療法人和み会　城間医院	2
50	Joy レディースクリニックくもじ	2
51	古堅ウィメンズクリニック	2
52	医療法人ももの会　仲地レディースクリニック	2
53	前田胃腸科医院	2
54	くばがわメディカルクリニック	2
55	がきやクリニック	2
56	医療法人　新田クリニック	2
57	ゆいクリニック	2
58	なかむら内科おなかクリニック	2
59	医療法人信山会　南城つはこクリニック	2
60	たいら内科クリニック（別紙記載）	0
61	KIN放射線治療・検診クリニック（別紙記載）	0
62	~~医療法人紘誠会　名護記念クリニック閉院~~	0
63	いらはクリニック※例年部数希望（別途配布）	0
64	医療法人太陽会　かりまた内科医院	2
65	海風クリニック	2
66	浦添セレブクリニック胃腸科・内科	2
67	医療法人瑞愛翔　みのり内科クリニック	2
68	兼島医院	2
69	医療法人康陽会　仲宗根クリニック	2
70	なかよし内科クリニック	2
71	医療法人一麦会　伊禮医院	2
72	那覇内視鏡クリニック	2
73	医療法人となん会　桃山クリニック	2
74	光クリニック	2
75	医療法人友英会　友寄クリニック	2
76	医療法人奈々和会　赤嶺レディースクリニック	2
77	医療法人　おおはらクリニック	2
78	医療法人アカシア会　比嘉内科胃腸科医院	2
79	かいせいクリニック	2
80	みんなのクリニック	2
81	下地脳神経外科	2
82	前田胃腸科医院	2
83	空の森クリニック	2
84	あかし内科クリニック	2
85	サンパーク胃腸内科クリニック	2
86	嘉数医院	2
87	おおやま泌尿器科クリニック	2

（87-8）79件　158部

	⑤　離島へき地診療所	配布数
1	国頭村立診療所	**20**
2	国頭村立東部へき地診療所	**20**
3	大宜味村立診療所	**20**
4	東村立診療所	**20**
5	伊江村立診療所	**20**
6	沖縄県立北部病院附属　伊是名村診療所	**20**
7	沖縄県立北部病院附属　伊平屋診療所	**20**
8	沖縄県立中部病院附属　津堅診療所	**20**
9	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター附属　久高診療所	**20**
10	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター附属　粟国診療所	**20**
11	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター附属　渡名喜診療所	**20**
12	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター附属　北大東診療所	**20**
13	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター附属　南大東診療所	**20**
14	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター附属　座間味診療所	**20**
15	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター附属　阿嘉診療所	**20**
16	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター附属　渡嘉敷診療所	**20**
17	沖縄県立宮古病院附属　多良間診療所	**20**
18	沖縄県立八重山病院附属　小浜診療所	**20**
19	沖縄県立八重山病院附属　波照間診療所	**20**
20	沖縄県立八重山病院附属　大原診療所	**20**
21	沖縄県立八重山病院附属　西表西部診療所	**20**
22	与那国町診療所	**20**
23	竹富町立竹富診療所	**20**
24	竹富町立黒島診療所	**20**
合計		**480**

	⑥　その他のがん診療を行う医療機関（配布希望）	配布数
1	公立久米島病院	**50**
2	琉生病院	**20**
3	沖縄セントラル病院	**20**
4	小禄病院	**20**
5	西崎病院	**20**
6	いらはクリニック	**10**
7	ぐしけん眼科	**30**
8	統合医療センタークリニックぎのわん　医事課	**20**
9	徳山クリニック　診療支援課	**20**
10	宜野湾整形外科医院	**20**
11	中村内科クリニック	**20**
12	屋宜原病院	**10**
13	かりゆし病院	**30**
14	仲本病院	**20**
合計		**310**

	1　患者会・患者支援団体	配布数
1	がんの子どもを守る会　沖縄支部	30
2	胃がん友の会（胃無胃会）	30
3	日本喉摘出者連合会九州支部　沖縄県 友声会	30
4	中部ゆんたく会	30
5	沖縄県婦人科がん患者会　美ら清ら café	30
6	日本オストミー協会 沖縄県支部	30
7	まんま宮古	30
8	NPO乳がん患者の会　ぴんく・ぱんさぁ	30
9	パンキャンキャパン沖縄支部（膵臓がん患者会）	20
10	多発性骨髄腫おきなわ患者の会	10
11	やいまゆんたく会	30
12	グループ・ネクサス・ジャパン沖縄支部	10
13	ゆうかぎの会	30
14	サバイバーナースの会「ぴあナース」	30
	計	370

	2　患者連合会	配布数
1	沖縄県がん患者会連合会	50
	計	50

3　市町村配布内訳

※　市：100部、町･読谷村：50部、村：25部

	地域	市町村名	部数	備考
1	北部	名護市	100	
2		国頭村	25	
3		大宜味村	25	
4		東村	25	
5		今帰仁村	25	
6		本部町	50	
7		伊江村	25	
8		伊平屋村	25	
9		伊是名村	25	
10	中部	宜野湾市	100	
11		沖縄市	100	
12		うるま市	100	
13		読谷村	50	
14		嘉手納町	50	
15		北谷町	50	
16		北中城村	25	
17		中城村	25	
18		恩納村	25	
19		宜野座村	25	
20		金武町	50	
21	南部	那覇市	100	那覇保健所へも50部送付
22		浦添市	100	
23		糸満市	100	
24		豊見城市	100	
25		南城市	100	
26		西原町	50	
27		与那原町	50	
28		南風原町	50	
29		渡嘉敷村	25	
30		座間味村	25	
31		粟国村	25	
32		渡名喜村	25	
33		南大東村	25	
34		北大東村	25	
35		久米島町	50	
36		八重瀬町	50	
37	宮古	宮古島市	100	
38		多良間村	25	
39	八重山	石垣市	100	
40		竹富町	50	
41		与那国町	50	
		計	2150	市町村配布総数

	4　保健所	配布数
1	北部保健所	**50**
2	中部保健所	**50**
3	南部保健所	**50**
4	宮古保健所	**50**
5	八重山保健所	**50**
6	那覇市保健所	**50**
合計		**300**

	5　医師会	配布数
1	沖縄県医師会	**10**
2	北部地区医師会	**10**
3	中部地区医師会	**10**
4	浦添市医師会	**10**
5	那覇市医師会	**10**
6	南部地区医師会	**10**
7	宮古地区医師会	**10**
8	八重地区医師会	**10**
合計		**80**

	１３　福祉事務所	配布数
1	沖縄県社会福祉協議会	**20**
2	北部福祉事務所	**20**
3	中部福祉事務所	**20**
4	南部福祉事務所	**20**
5	宮古福祉事務所	**20**
6	八重山福祉事務所	**20**
合計		**120**

療養場所ガイド配布に伴う表敬訪問

目的　：療養場所ガイド全世帯配布に伴う 東村 表敬訪問
日時　：令和 4 年 6 月 7 日（火）16：00～17:00
場所　：東村役場
内容　：療養場所ガイド(北部編)を東村全世帯分配布していただけるよう面談を行った。6 月末に東村役場の方に配布予定。
参加者：東村 村長　當山全伸様
　　東村役場 福祉保健課課長　平田尚樹様
　　琉球大学病院がんセンター センター長 増田昌人
　　琉球大学病院がんセンター 事務補佐員 比嘉優花



東村役場

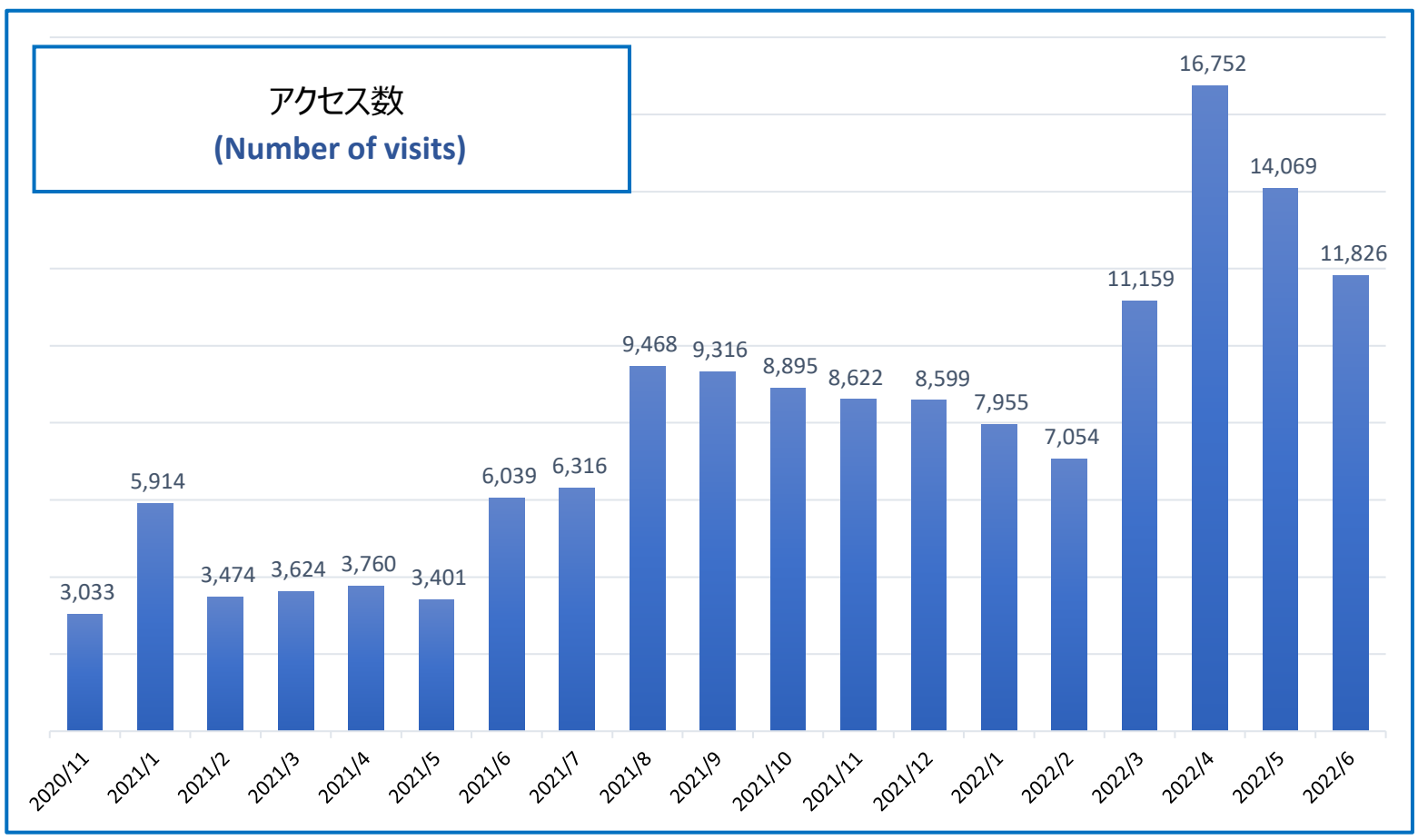
面談の様子　右から：平田課長(福祉保健課)、當山村長、増田センター長



おきなわがんサポートハンドブック・サイト版アクセス数

※https://okinawagansapo.jp/plesk-stat/webstat-ssl/より抽出

月別	アクセス数 (Number of visits	備考
2020/11	3,033	アクセス数カウント開始
2020/12	4,383	
2021/1	5,914	
2021/2	3,474	
2021/3	3,624	
2021/4	3,760	
2021/5	3,401	
2021/6	6,039	
2021/7	6,316	
2021/8	9,468	
2021/9	9,316	
2021/10	8,895	
2021/11	8,622	
2021/12	8,599	
2022/1	7,955	
2022/2	7,054	
2022/3	11,159	
2022/4	16,752	
2022/5	14,069	
2022/6	11,826	2022.6.24時点



資料１６

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

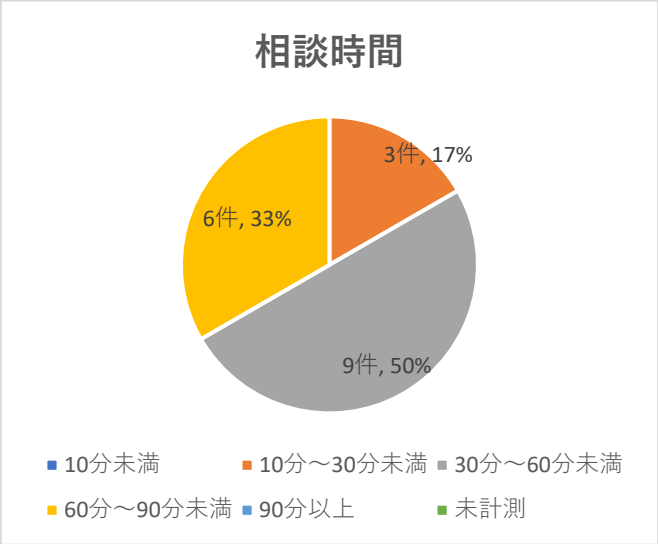
実施期間：令和４年４月１日～令和４年６月30日

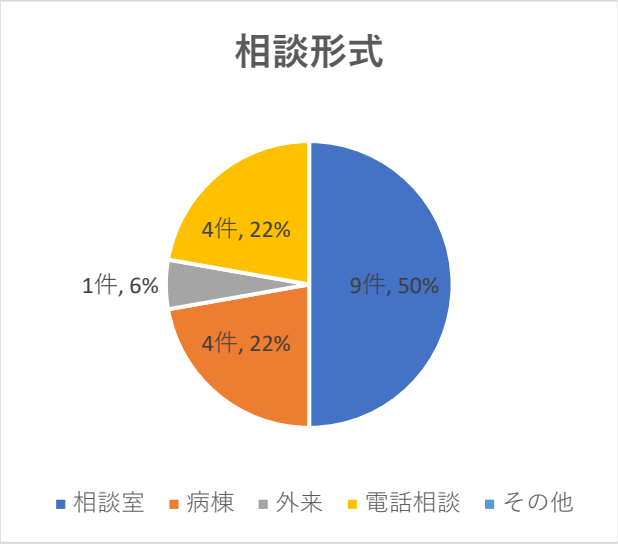
沖縄県地域統括相談支援センター

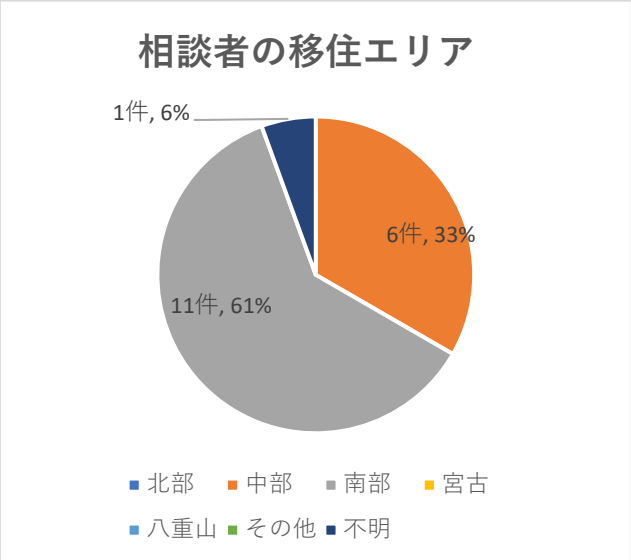
がん相談業務（院内におけるピアサポート）集計結果

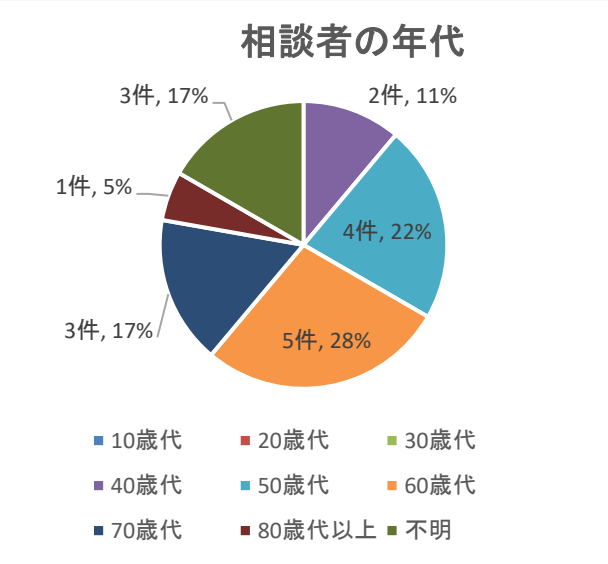
■ 調査対象期間　令和4年4月1日～令和4年6月30日
■ 調査件数　　18件

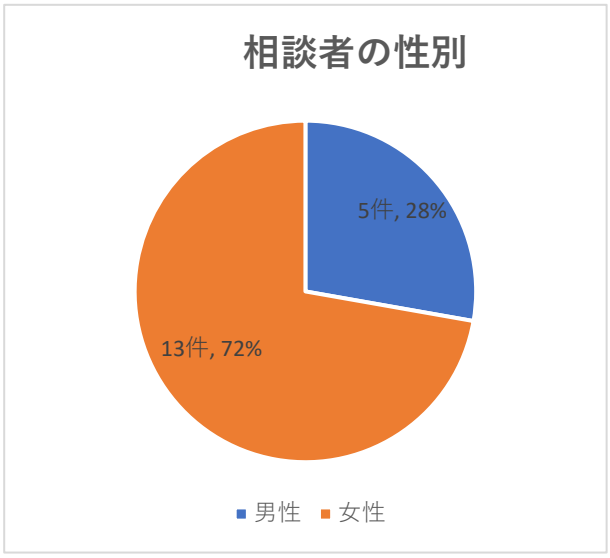
相談月	件　数
4月	9
5月	6
6月	3
合　計	18

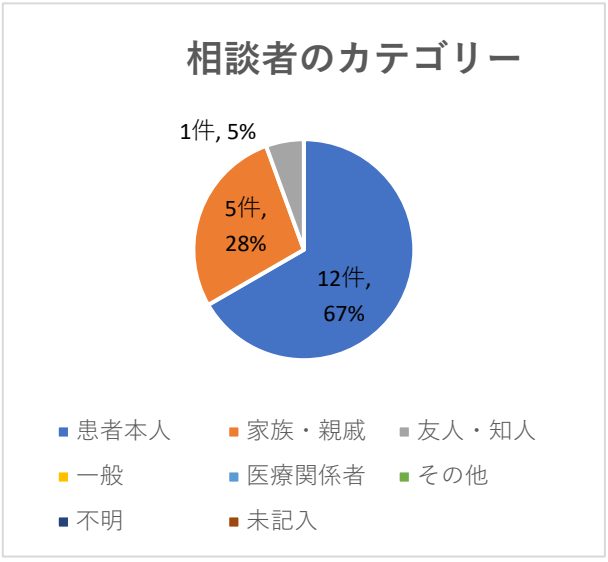


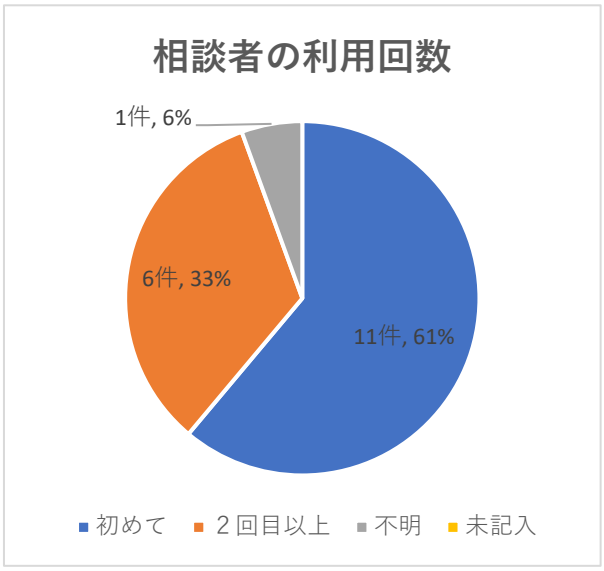


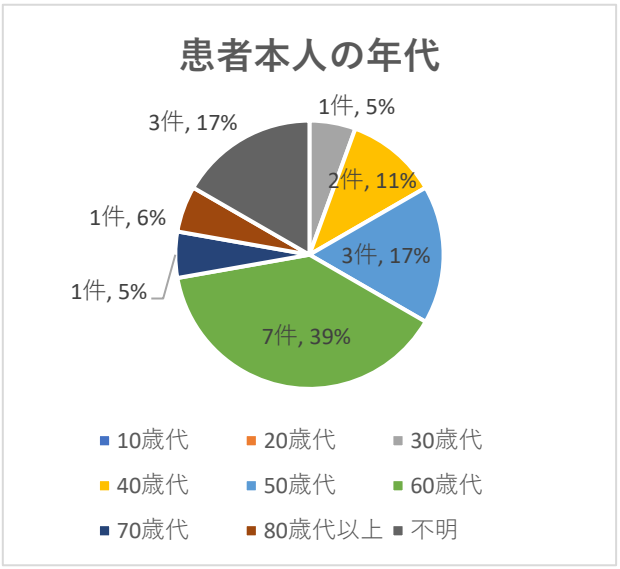


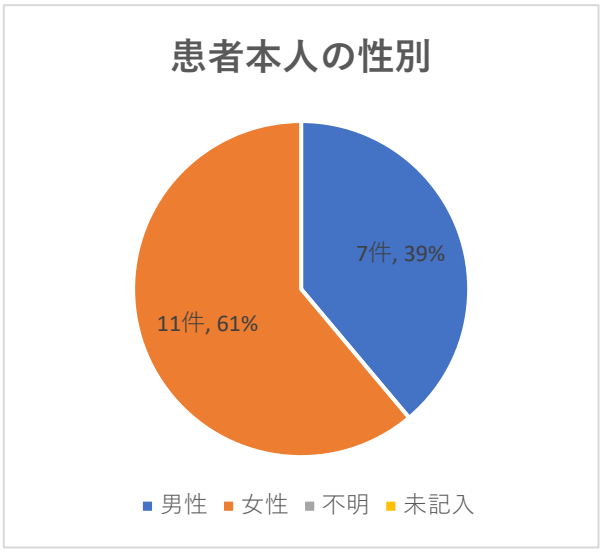


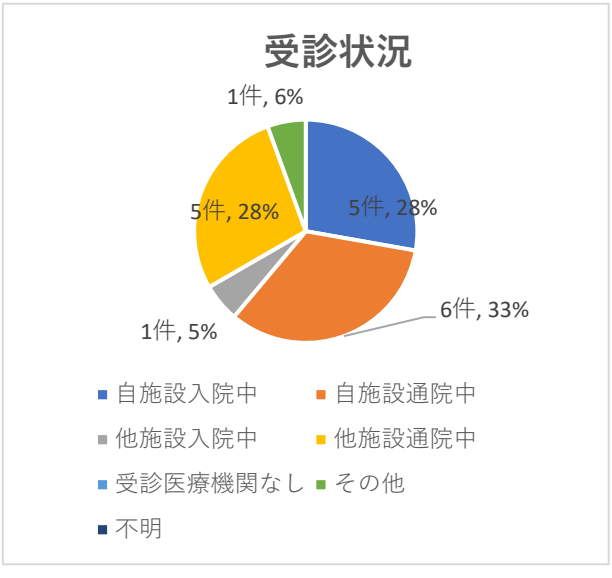

相談者の性別
5件, 28%
13件, 72%
男性
女性

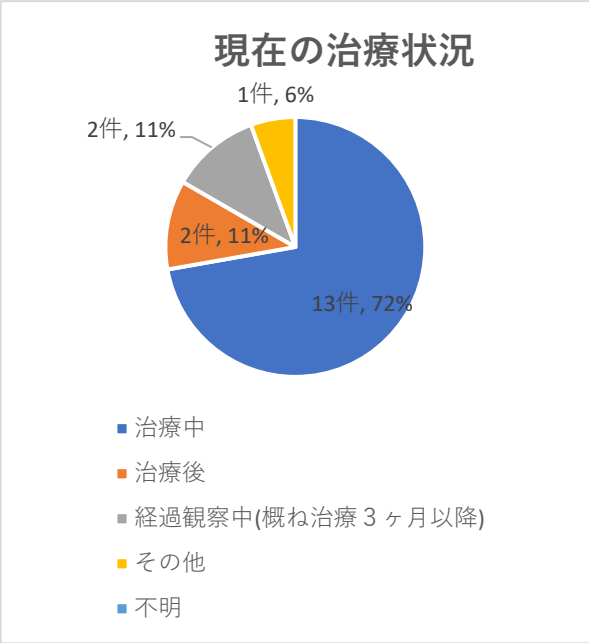

相談者のカテゴリー
1件, 5%
5件, 28%
12件, 67%
患者本人
家族・親戚
友人・知人
一般
医療関係者
その他
不明
未記入

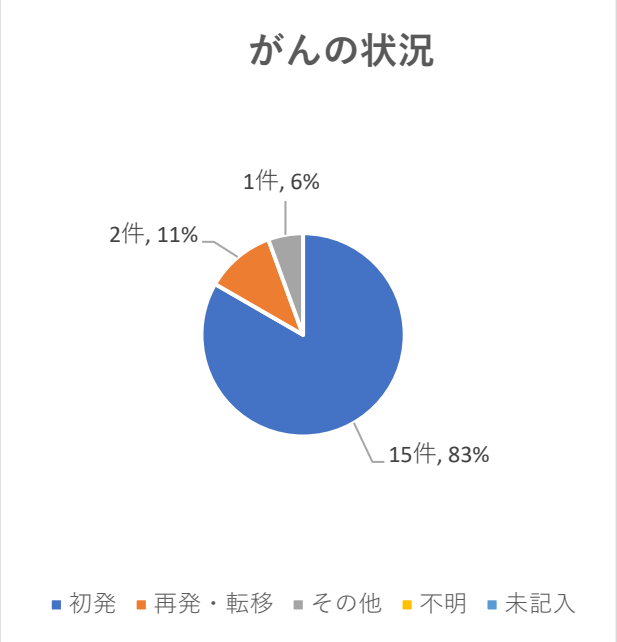

相談者の利用回数
1件, 6%
6件, 33%
11件, 61%
初めて
2回目以上
不明
未記入

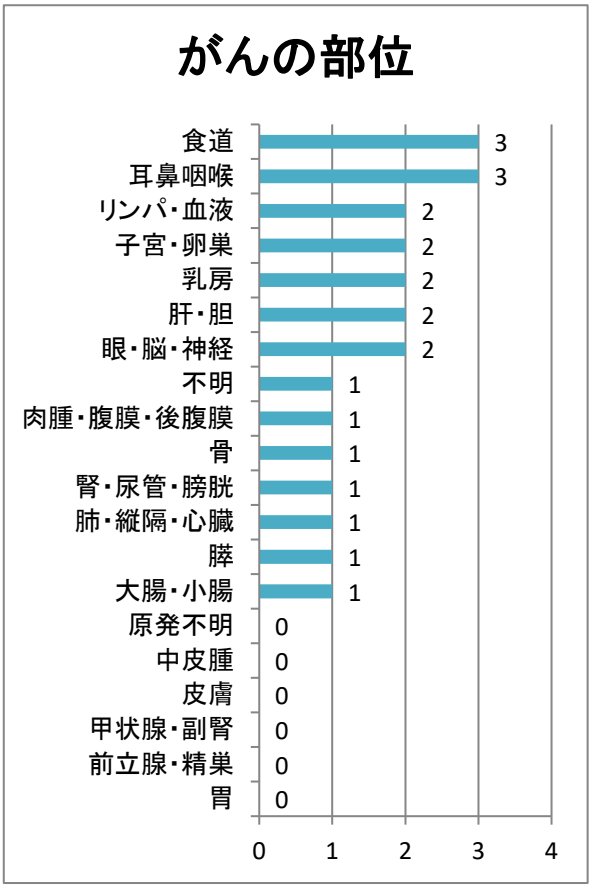

患者本人の年代
1件, 5%
3件, 17%
2件, 11%
1件, 6%
3件, 17%
1件, 5%
7件, 39%
10歳代
20歳代
30歳代
40歳代
50歳代
60歳代
70歳代
80歳代以上
不明


患者本人の性別
7件, 39%
11件, 61%
男性
女性
不明
未記入

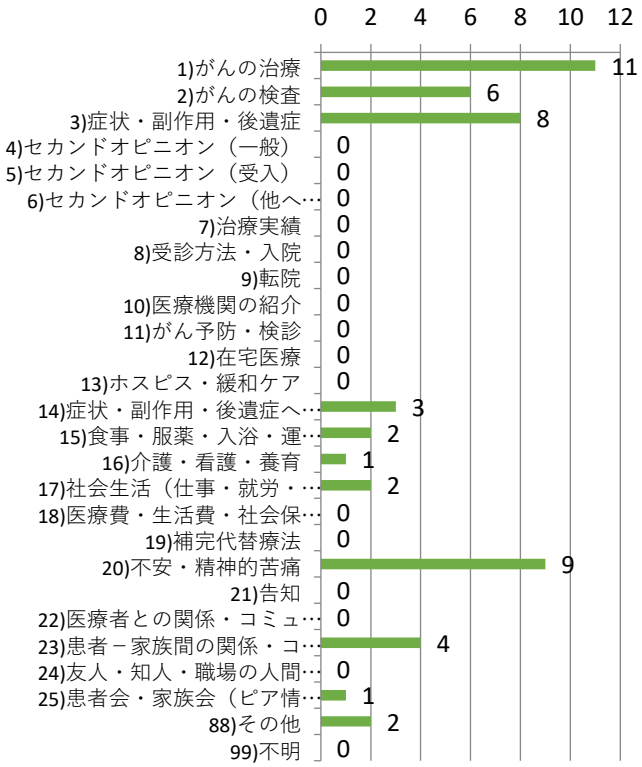

受診状況
1件, 6%
5件, 28%
5件, 28%
6件, 33%
1件, 5%
自施設入院中
自施設通院中
他施設入院中
他施設通院中
受診医療機関なし
その他
不明


現在の治療状況
1件, 6%
2件, 11%
2件, 11%
13件, 72%
治療中
治療後
経過観察中(概ね治療３ヶ月以降)
その他
不明

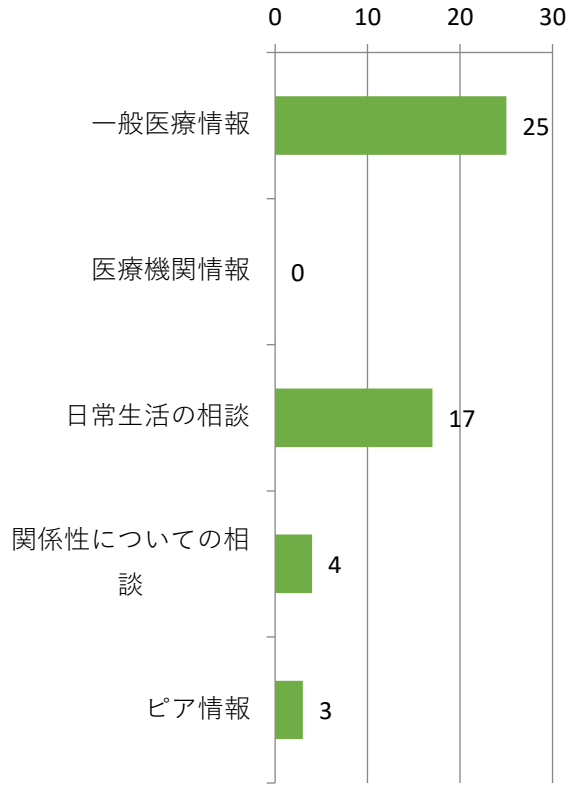

がんの状況
1件, 6%
2件, 11%
15件, 83%
初発
再発・転移
その他
不明
未記入


がんの部位
食道 3
耳鼻咽喉 3
リンパ・血液 2
子宮・卵巣 2
乳房 2
肝・胆 2
眼・脳・神経 2
不明 1
肉腫・腹膜・後腹膜 1
骨 1
腎・尿管・膀胱 1
肺・縦隔・心臓 1
膵 1
大腸・小腸 1
原発不明 0
中皮腫 0
皮膚 0
甲状腺・副腎 0
前立腺・精巣 0
胃 0
0 1 2 3 4

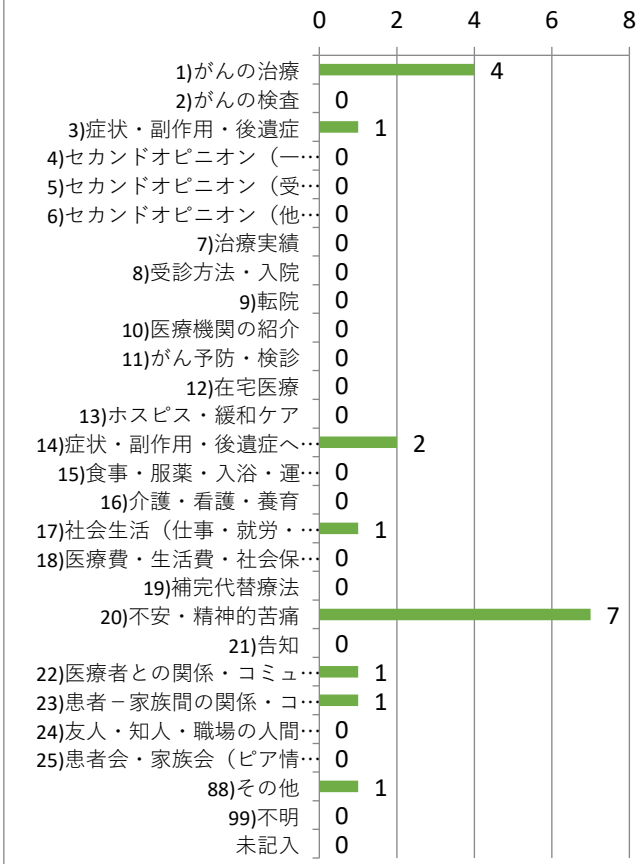
相談内容（実施したものすべて）



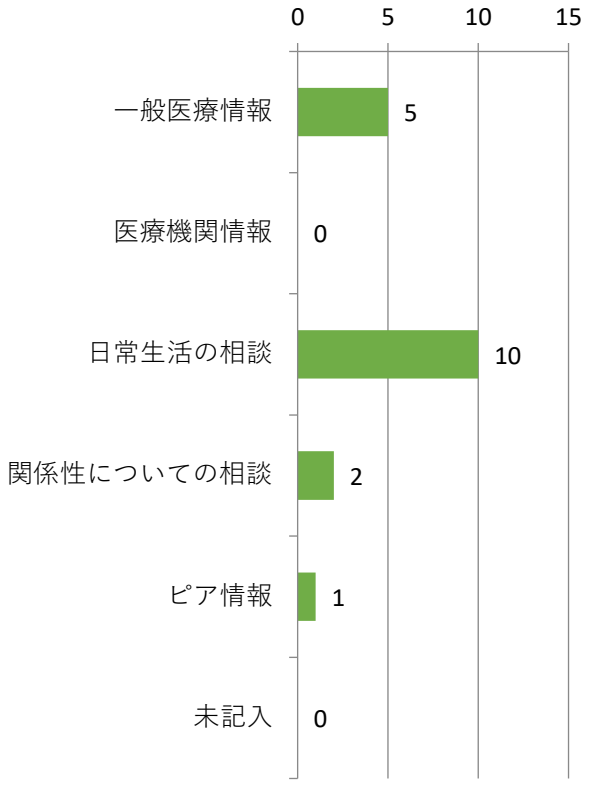
相談内容（実施したものすべて・大項目別）

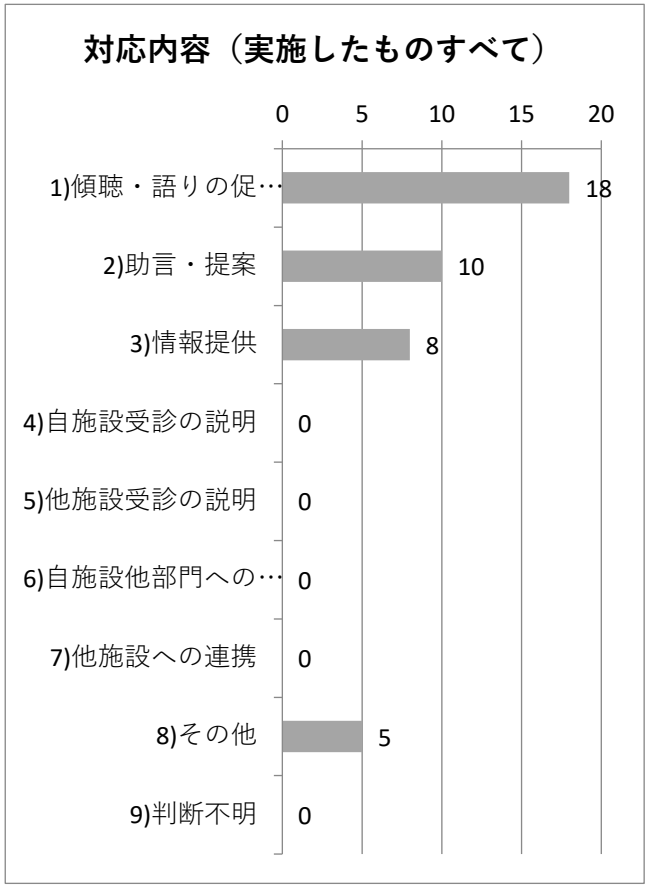


相談内容（最も比重の高いもの）

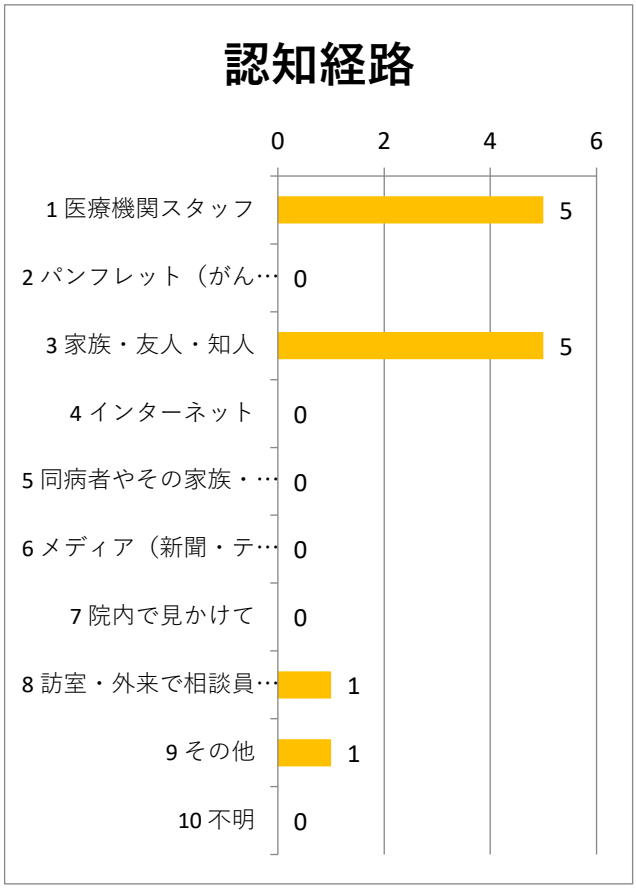


相談内容（最も比重の高いもの・大項目別）




対応内容（実施したものすべて）
0
5
10
15
20
1)傾聴・語りの促…
18
2)助言・提案
10
3)情報提供
8
4)自施設受診の説明
0
5)他施設受診の説明
0
6)自施設他部門への…
0
7)他施設への連携
0
8)その他
5
9)判断不明
0


対応内容（最も比重の高いもの）
0
5
10
15
20
1)傾聴・語りの促…
18
2)助言・提案
0
3)情報提供
0
4)自施設受診の説明
0
5)他施設受診の説明
0
6)自施設他部門へ…
0
7)他施設への連携
0
8)その他
0
9)判断不明
0
未記入
0


認知経路
0
2
4
6
1 医療機関スタッフ
5
2 パンフレット（がん…
0
3 家族・友人・知人
5
4 インターネット
0
5 同病者やその家族・…
0
6 メディア（新聞・テ…
0
7 院内で見かけて
0
8 訪室・外来で相談員…
1
9 その他
1
10 不明
0

① がんピアサポーター派遣事業

第１回　沖縄県内各拠点病院院内患者サロン参加報告書

名　称	ゆんたく会（がんピアサロン）
参加目的	沖縄県地域統括相談支援センターで養成したがんピアサポーターを各拠点病院の院内患者サロンへ派遣し活動の場の創出を図る。
日　程	日　時　　令和４年４月５日（火）14：00～16：00 場　所　　琉球大学病院　大学院セミナー室
派遣者	がんピアサポーター　１名
引率者	沖縄県地域統括相談支援センター（事務補佐員欠席）
主　催	琉球大学病院　がん相談支援センター
当日の様子	・琉球大学病院　薬剤師　国場　訓先生による講演会『がんとお薬』。 ・うがい薬はなるべく市販は使用せず相談してほしい。 ・それぞれの薬で副作用が違う。 **【質疑応答】** ・抗がん剤治療前に口内炎をチェックする意味は何か。 →口内炎がひどい方は抗がん剤を投与して悪化するとご飯が食べれなく食欲が落ち体力がなくなり治療が長引く、口内炎があることで抗がん剤治療を中止することはない。 ・副作用が怖くて薬物療法が出来ない場合は？ →必ず副作用が出るわけではないし、今は対策のお薬が進化しているので副作用の対策をしながらやっていく。 ・サプリメントを飲んでいる方が多いがどうなのでしょうか →お薬と飲み合わせの悪いサプリメントがあるので手術前のサプリメントは血液をさらさらにしたりするので中止させている。 ☆参加者１人１人が真剣にお薬について質問を行っていた。 **【自己紹介およびフリートーク】** ・とても落ち着いた雰囲気で患者さん同士で話し合いを行っていた。 （患者様５名、薬剤師１名、ピアサポーター1 名、看護師２名、院内スタッフ２名）





令和４年度第１回ゆんたく会活動日誌より引用

①がんピアサポーター派遣事業

第２回　沖縄県内各拠点病院院内患者サロン参加報告書

名　称	ゆんたく会（がんピアサロン）
参加目的	沖縄県地域統括相談支援センターで養成したがんピアサポーターを各拠点病院の院内患者サロンへ派遣し活動の場の創出を図る。
日　程	日　時　　令和４年５月10日（火）14：00～16：00 場　所　　琉球大学病院　大学院セミナー室
派遣者	がんピアサポーター　１名
引率者	沖縄県地域統括相談支援センター事務補佐　１名
主　催	琉球大学病院　がん相談支援センター
当日の様子	・14：00より開催予定だが、ピアサポーターは参加者が見えるまで待機。 ・参加者０のまま14：15よりNPO乳がん患者の会ぴんく・ぱんさぁの与儀淑恵氏による「体験談スピーチ」の講演を行った。 ・休憩を挟まず質疑応答へ移行。与儀氏の体験談に基づく感想を各々述べた。 ・現在は９人に１人乳がんにかかる。乳がん検診の３割は周りから進められて受診している。 ・ピアサポーターより今現在も行われている定期健診での観察項目や心情についても質問があった。治療が終わったから完治ではなく、日々の定期健診をクリアしていき乗り越えているとお話があった。 ・患者会は今年度で15周年を迎えるとのこと。冊子の紹介もあり。 これからは、保健センターなど地域での相談の場を設けたいと新たな目標を掲げる。次の世代に繋げていけるよう後継者問題が課題として問われている。 ・おすすめの一冊としてフランス絵本の「ママはかいぞく」の紹介もあり。 ・連日のコロナウイルス感染者増加の影響か、外出自粛しているのではないかと思われる。今回のサロンは、参加者なしとのことで15：20に早々に切り上げた。 ＊参加者（０名）・臨床検査技師１名・緩和ケア看護師１名・ 病院スタッフ３名・琉大相談員１名・琉大事務補佐１名





① がんピアサポーター派遣事業

第３回　沖縄県内各拠点病院院内患者サロン参加報告書

名　称	ゆんたく会（がんピアサロン）
参加目的	沖縄県地域統括相談支援センターで養成したがんピアサポーターを各拠点病院の院内患者サロンへ派遣し活動の場の創出を図る。
日　程	日　時　　令和４年６月７日（火）14：00～16：00 場　所　　琉球大学病院　大学院セミナー室
派遣者	がんピアサポーター　１名
引率者	沖縄県地域統括相談支援センター（事務補佐員欠席）
主　催	琉球大学病院　がん相談支援センター
当日の様子	・緩和ケア看護師　狩俣　勇斗さんによる講演会 「医師や看護師と話す前に準備しよう」～コミュ二ケーションのコツについて～ ・医師とどれくらいコミュニケーションがとれているか →医師とあまりとれていない、自分の要望・希望を明確にすること、自分の気持に向き合う、忘れないためメモをとる。 ・医師へ伝わりやすくする方法 →眠れないくらいの痛み、息苦しくて歩けないなど、生活の上でできないことを関連させて伝えると伝わりやすい。以前と今と比較して伝えた方がいい。 ・入院中、主治医が忙しそうで、声をかけづらい →遠慮せずに聞いた方がいい。外来看護師に勇気を出して相談したいと言ってくれると心が揺れ動いている患者さんなどは、外来看護師から緩和ケア看護師へ紹介してもらっている。緩和ケア看護師は患者さんの意見などを診察前に、医師へ伝えたりしている。 **【フリートーク】** ○院内で、ピアサポーターのチラシを見つけて、ピアサポーターさんと電話で相談した。話しやすく、気持ちが楽になってすごく良かった。嬉しくもなり、頑張らないといけないなと思い、すごく助けられた。又、しびれなのか倦怠感なのか分からない状態で相談員とも話し、もらった冊子を先生に見せて、薬を処方してもらった。相談員がいてとても助かっている。 ＊参加者（３名）・緩和ケア看護師２名・病院スタッフ２名・ピアサポーター1名



令和４年度第３回ゆんたく会活動日誌より引用

②がんピアサポーター派遣事業

第１回　　オンラインサロン報告書

名　称	第1回　オンラインゆんたく会
目　的	がん患者等関係者並びにがん対策関係者へ沖縄県地域統括相談支援センターで養成したがんピアサポーターを派遣し活動の場の創出を図る。
日　程	日　時　　令和４年４月 25（火）14：30～15：30 場　所　　各自施設(患者)／ 琉球大学病院大学院セミナー室（講師・ピアサポーター）
派遣者	がんピアサポーター　１名
引率者	沖縄県地域統括相談支援センター　事務補佐員　１名
主　催	琉球大学病院　がんセンター内　沖縄県地域統括相談支援センター
当日の様子	・14：30 より前年度のオンラインゆんたく会に参加頂いている患者さまが今回も引き続き参加とのことでおだやかな雰囲気で会が開始。 ・共通認識を図るための画面共有の場面で進行（事務補佐）のパソコンが落ちてしまう。代わりに院内スタッフが進行を受け継ぎ、各々自己紹介を終えフリートークへ移る。 ・対面での参加を控えており、かつ直接会場に足を運ばなくてもいいというのが都合がいいとのことでオンラインの良さを感じた。前回のピアサロンでのヨーガも好評で、上達しているか確認するためにもまた開催して欲しいとの希望の声があがる。 ・ピアサポーターよりコロナ過で買い物へ行くのが難しい場合、ネットスーパーや移動販売利用の提案もあった。 ・患者様１名の参加とのことで１人が質問や受け答えをすることになり、負担にならないか心配だったが、にこやかに近況報告をしており会話も弾む。 ・15：30 に次回の案内を周知し閉会となる。 ・気づきとして、今回ピアサポーターと事務補佐員の２人で同じアカウントを使いそれぞれゆんたく会に参加したがために PC が落ちてしまったので、次回は別のアカウントで参加するよう準備が必要。ホストが落ちてしまっても慌てることなく継続して院内スタッフが進行を引継いで対応できた点は良かったのではないだろうか。また、参加者が１名と少人数だったので次回は告知をもっと早めに始めることと目に留まるようなチラシ構成へ編集しなおし変化をつけようと思う。また、他の病院ではオンラインサロンが開催できていない状況なので、他の病院に通われている患者様やご家族様も参加できるようさらなる声かけも行っていきたい。先月のオンラインゆんたく会は中止となり、今月も５月連休の兼ね合いで第４火曜日での開催となったことが参加人数の確保が出来なかった要因ではないかと考える。次回の開催に期待したい。 ＊参加者（患者様１名・ピアサポーター1 名、院内スタッフ２名、事務補佐員１名）

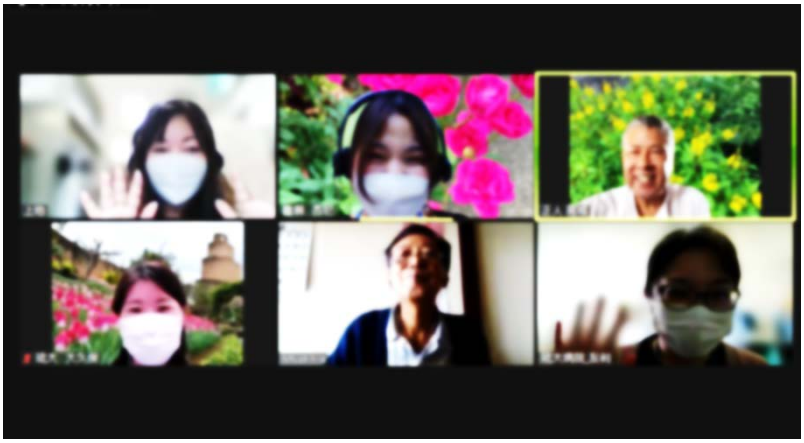




②がんピアサポーター派遣事業

第２回　　オンラインサロン報告書

名　称	第2回　オンラインゆんたく会
目　的	がん患者等関係者並びにがん対策関係者へ沖縄県地域統括相談支援センターで養成したがんピアサポーターを派遣し活動の場の創出を図る。
日　程	日　時　　令和４年６月21日（火）14：30～15：30 場　所　　各自施設(患者) / 琉球大学病院がんセンター内（講師・ピアサポーター）
派遣者	がんピアサポーター　１名
引率者	沖縄県地域統括相談支援センター　事務補佐員　１名
主　催	琉球大学病院　がんセンター内　沖縄県地域統括相談支援センター
当日の様子	・14：30 より第２回オンラインゆんたく会を開催。 ・背景を各々変更し、明るい雰囲気で会が始まる。背景を変えることで気持ちも変わるように感じた。 ・オンラインゆんたく会でのお約束事を読み上げ共通認識を図り、互いに自己紹介を終えフリートークに移る。 ・「心配ごとや不安なこと」が議題に上がる。 ① 先生とお話できるのが５分しかないとのことでコミュニケーションが上手く取れない。 →ピアサポーターより、前回対面での第 3 回琉大ゆんたく会でのお話を共有する形でアドバイスがあった。お医者さんに話したいことをメモ書きし、遠慮せずお話するといい。もう１人の患者様より、毎日日誌を付け、聞きたいことを記入してお渡ししているとの情報提供があった。 ② リンパ浮腫とのことで浮腫みを改善するために、医療用弾性ストッキングをしているが、他に対策ないだろうか。看護師によるマッサージは、手術後にしか行っていないと言われた。 →訪問看護でリンパマッサージもサービスとしてはあるので、主治医の先生に相談やや通院されているがん相談支援センターに直接を院内スタッフをご案内。 ・今回は参加者２名とのことでお互いに質問しあったり、みなさん聞き上手になりスムーズにゆんたくできたのではないだろうか。15：30 に次回の案内をし閉会となる。 ＊参加者（患者様２名・ピアサポーター1 名、院内スタッフ２名、事務補佐員１名）



第８回　がんピアサポーターフォローアップ研修会

チラシ

開催日時：令和４年７月２３日（土）

令和4年度　沖縄県委託事業

参加無料

がんピアサポーター フォローアップ研修会

コロナ禍で
どのようにピアサポートしたらいい？
さらなるスキルアップを図りたい！

みなさまのやる気をサポートいたします！

令和 4 年 7 月 23 日（土）

9：30 受付　10：00 開始

対象：**がんピアサポーター養成講座修了生**

会場：**沖縄県医師会館 3階 ホール**

※ 新型コロナウイルス感染症の感染状況によっては オンラインへ切替となります

定員：**先着49名**

申込方法：FAX、電子メール、
郵送にて令和 4年 7月 8日（金）必着

●離島の方を対象に旅費助成を行います
詳細はお問い合わせください

新型コロナウイルス 感染拡大防止対策

・会場でのお食事は禁止されております。近隣の食堂をご利用ください。

・発熱（37.5℃以上）の症状のある方、風邪症状のある方はご遠慮ください。

・入室前に検温のご協力をお願いします。

・当日は、マスクの着用での参加をお願いします。

野田 真由美 氏
NPO法人支え合う会「α」
副理事長

小川 朝生 先生
国立がん 研究センター
東病院精神腫瘍科長
先端医療開発センター精神腫瘍学
開発分野長





主催：沖縄県地域統括相談支援センター

講師紹介

小川（おがわ）　朝生（あさお）　先生

専門領域
　精神医学、精神腫瘍学

専門医・認定医資格など
　日本精神神経学会
　　精神科専門医・指導医
日本医師会認定産業医

略歴
1999年　大阪大学医学部医学科　卒業
2004年　大阪大学大学院医学系研究科　修了
　国立病院機構大阪医療センター　神経科　医院
2007年　国立がんセンター東病院　精神腫瘍科　医員
2009年　国立がんセンター東病院　臨床開発センター
　精神腫瘍学開発部　心理社会科学室長
2012年　国立がん研究センター東病院　臨床開発センター
　精神腫瘍科長（併任）
2013年　国立がん研究センター東病院　臨床開発センター
　精神腫瘍学開発分野長　東病院　精神腫瘍科長（併任）
2015年　国立がん研究センター東病院　精神腫瘍科長
　先端医療開発センター　精神腫瘍学開発分野長（併任）

野田（のだ）　真由美（まゆみ）　氏

NPO法人支え合う会「α　ｱﾙﾌｧ」副理事長

千葉県がんピアサポート事業に立ち上がりから関わり、ピアサポーターの養成から活動の場の創設、活動支援を行ってきた。

平成23・24年度　厚生労働省委託事業「がん総合相談に携わる者への研修プログラム策定」
作業部会委員・評価委員

平成30年度　厚生労働省委託事業「日本サイコオンコロジー学会ピア養成研修ワーキンググループ」
委員として、ピア研修プログラム改訂作業に当たっている。

第1部　研修会　10：00～16：00

講師の講習を受け、患者会やサロンで活動する中で見えてくる困ったこと、不安など、ご自身の対応を振り返りながらグループで話し合い、解決の糸口を見出します。

第2部　交流会　16：00～17：00

近況報告と今年度に向けての意見交換会を行います。

10:00	開会
	講演①小川　朝生　先生
	講演②野田　真由美　氏
	（休憩）
	ロールプレイによる実践的トレーニング
16：00	**がんピアサポーター交流会**
17：00	閉会

会場マップ





沖縄県医師会館
〒901-1105
南風原町字新川218-9

＜アクセス＞
沖縄都市モノレール首里駅前バス停から
1番（首里牧志線）、または14番（牧志開南循環線）に乗り、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター前または新川営業所にて下車

【お問い合わせ】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）
〒903-0215　西原町字上原207番地
琉球大学病院　がんセンター内　3階フロア
TEL:098-942-3407（直通）　FAX：098-895-1497
info@gansoudan-okinawa.jp

資料１７-(１)

第79回がん対策推進協議会議事次第

日　時：令和4年4月28日（木）14：00～17：00
WEB開催

議　事　次　第

１　開　会

２　議　題

（1）　第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書案について

（2）　報告事項

①　がん対策の主な施策について

②　国立がん研究センターがん対策研究所について

【資　料】

資料1　　第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書（案）

資料2　　第3期がん対策推進基本計画中間評価の概要（案）

資料3　　がん対策の主な施策について

資料4　　国立がん研究センターがん対策研究所が果たすべき役割（中釜委員提出資料）

参考資料1　がん対策推進協議会委員名簿

参考資料2　がん対策推進基本計画（平成 30 年3月）

参考資料3　がん対策基本計画　中間評価報告書（平成 27 年6月）

第 79 回がん対策推進協議会	資料 1
令和４年４月 28 日	

がん対策推進基本計画
中間評価報告書（案）

令和４年●月

厚生労働省

がん対策推進協議会

目次

第1章　がん対策推進基本計画（平成 30 年3月閣議決定）の主旨・・・・・・・・・・・・・・4

第2章　中間評価の主旨・・6

第3章　中間評価・・7
Ⅰ　要旨・・7
Ⅱ　全体目標についての進捗状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9
　1．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9
　2．患者本位のがん医療の実現・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・10
　3．尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・12
Ⅲ　分野別施策の個別目標についての進捗状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・14
　1．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・14
　　（1）がんの1次予防・・14
　　（2）がんの早期発見、がん検診（2次予防）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・18
　2．患者本位のがん医療の実現・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・23
　　（1）がんゲノム医療・・・23
　　（2）がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法の充実・・・・・・・・・・・・24
　　（3）チーム医療の推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・30
　　（4）がんのリハビリテーション・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・31
　　（5）支持療法の推進・・32
　　（6）希少がん、難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策）・・・・35
　　（7）小児がん、AYA世代のがん、高齢者のがん対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・36
　　（8）病理診断・・38
　　（9）がん登録・・39
　　（10）医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組・・・・・・・・・・・・・・・・40
　3．尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・41
　　（1）がんと診断された時からの緩和ケアの推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・41
　　（2）相談支援、情報提供・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・44
　　（3）社会連携に基づくがん対策・がん患者支援・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・46
　　（4）がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）・・・・・47
　　（5）ライフステージに応じたがん対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・50
　4．これらを支える基盤の整備・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・52
　　（1）がん研究・・52
　　（2）人材育成・・53
　　（3）がん教育、がんに関する知識の普及啓発・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・54

Ⅳ　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についての進捗状況・・57

第4章　おわりに・・60
「がん対策推進協議会」委員名簿・・61
「がん対策推進協議会」開催状況・・62

第1章　がん対策推進基本計画（平成 30 年3月閣議決定）の主旨
～がん対策推進基本計画（平成 30 年3月閣議決定）の「はじめに」を一部改変～

我が国において、がんは、昭和 56（1981）年より死因の第１位であり、令和２（2020）年には、年間約 38 万人が亡くなり、生涯のうちに、約２人に１人が罹患（りかん）すると推計されている。こうしたことから、依然として、がんは、国民の生命と健康にとって重大な問題である。

我が国においては、昭和 59（1984）年に策定された「対がん 10 カ年総合戦略」、平成６（1994）年に策定された「がん克服新 10 か年戦略」、平成 16（2004）年に策定された「第３次対がん 10 か年総合戦略」に基づき、がん対策に取り組んできた。また、平成 26（2014）年からは、「がん研究 10 か年戦略」に基づき、がん研究を推進している。

平成 18（2006）年６月には、がん対策の一層の充実を図るため、がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号。以下「法」という。）が成立し、平成 19（2007）年４月に施行された。また、同年６月には、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）が策定された。

第１期（平成 19（2007）年度～平成 23（2011）年度）の基本計画では、がん診療連携拠点病院の整備、緩和ケア提供体制の強化及び地域がん登録の充実が図られた。第２期（平成 24（2012）年度～平成 28（2016）年度）の基本計画では、小児がん、がん教育及びがん患者の就労を含めた社会的な問題等についても取り組むこととされ、死亡率の低下や５年相対生存率が向上するなど、一定の成果が得られた。また、がん対策において取組が遅れている分野について、取組の一層の強化を図るため、平成 27（2015）年 12 月には、「がん対策加速化プラン」が策定された。

しかしながら、平成 19（2007）年度からの 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」については、達成することができなかった。その原因としては、喫煙率やがん検診受診率の目標値が達成できなかったこと等が指摘されている。今後、がんの年齢調整死亡率（75 歳未満）を着実に低下させていくためには、がんに罹（かか）る国民を減らすことが重要であり、予防のための施策を一層充実させていくことが必要である。また、がんに罹った場合にも、

早期発見・早期治療につながるがん検診は重要であり、その受診率を向上させていくことが必要である。

また、新たな課題として、がん種、世代、就労等の患者それぞれの状況に応じたがん医療や支援がなされていないこと、がんの罹患をきっかけとした離職者の割合が改善していないことが指摘されており、希少がん、難治性がん、小児がん、ＡＹＡ（Adolescent and Young Adult）世代（思春期世代と若年成人世代）のがんへの対策が必要であること、ゲノム医療等の新たな治療法等を推進していく必要があること、就労を含めた社会的な問題への対応が必要であること等が明らかとなった。

さらに、平成 28（2016）年の法の一部改正の結果、法の理念に、「がん患者が尊厳を保持しつつ安心して暮らすことのできる社会の構築を目指し、がん患者が、その置かれている状況に応じ、適切ながん医療のみならず、福祉的支援、教育的支援その他の必要な支援を受けることができるようにするとともに、がん患者に関する国民の理解が深められ、がん患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境の整備が図られること」が追加され、国や地方公共団体は、医療・福祉資源を有効に活用し、国民の視点に立ったがん対策を実施することが求められている。

第３期の基本計画は、このような認識の下、法第 10 条第７項の規定に基づき、第２期の基本計画の見直しを行うことで、がん対策の推進に関する基本的な計画を明らかにするものであり、その実行期間については、平成 29（2017）年度から平成 34（2022）年度までの６年程度を一つの目安として定められた。また、**「<u>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。</u>」**ことを目標としている。

第３期基本計画に基づき、国と地方公共団体、がん患者を含めた国民、医療従事者、医療保険者、事業主、学会、患者団体等の関係団体、マスメディア等（以下「関係者等」という。）が一体となって、上記に掲げたような諸課題の解決に向けて、取組を進めていくことが必要であり、国は、計画期間全体にわたり、基本計画の進捗状況を把握し、管理するため、3年を目途に、中間評価を行うとされた。

第2章　中間評価の主旨

第3期基本計画に定める目標等を確実に達成するため、当該基本計画の進捗状況を把握することが重要であることから、中間評価を行う。

中間評価にあたっては、「がん対策推進協議会」にて設定した評価指標を参考に、個々の取り組むべき施策が個別目標の達成に向けてどれだけの効果をもたらしているか、また、施策全体として効果を発揮しているかという観点から評価を行い、その評価結果を踏まえ、課題を抽出し、必要に応じて施策に反映することを検討する。

第3章　中間評価

Ⅰ　要旨

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。

がん診療連携拠点病院等を中心に、がん医療の均てん化のため、診療提供体制の整備が進められてきており、一定の進捗が認められるが、地域間及び医療機関間で進捗状況に差がある。また、あらゆる分野で、がんに係る正しい情報の提供及びがん患者を含めた国民への普及啓発の推進が求められており、より効果的な手法等について検討が必要である。

全体目標について

1）　科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

○　「がんの罹患者を減少させる」としており 2016 年から 2017 年では減少しているが、2015 年以前と比較すると、「がん登録等の推進に関する法律」（平成 25 年法律第 111 号。以下「がん登録法」という。）によって病院等に届出義務が課され届出対象が拡大されたこと等により、全国がん登録初年度である 2016 年の罹患数が過大評価されている可能性があり、引き続き推移の確認が必要である。

○　「がんの死亡者の減少を実現する」としていたところ、75 歳未満のがんの年齢調整死亡率については着実に減少してきている。ただし、がん種別の年齢調整死亡率においてがん種ごとに異なる傾向が見られることを踏まえると、感染症対策や治療方法の進歩が一部のがん種の減少傾向に影響した可能性があり、引き続き、死亡率減少に寄与する取組を地道に積み上げていく必要がある。また、がん検診受診率は上昇傾向であるものの、多くの領域で目標を達成できていなかった。諸外国におけるデータとも比較しながら、引き続き年齢調整死亡率の減少及びがん検診受診率の向上のための対策を検討する必要がある。

2）　患者本位のがん医療の実現

○　「がん医療の質の向上、それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化及び効率化かつ持続可能ながん医療を実現する」としていたところ、がんの５年生存率は多くのがん種で上昇傾向を認め、年齢調整死亡率は減少傾向にあり、その他の指標も概ね評価できる結果となっている。

○　がん診療連携拠点病院等を中心とする診療提供体制の整備について、全体としての底上げはなされているが、地域間及び医療機関間の進捗状況に差異が存在している場合もあり、持続可能ながん医療を実現するため、一層の均てん化に向けて、引き続き、がん診療提供体制のあり方について検討が必要である。

○　中間評価指標にない5大がん以外のがん種も含め、対象を明確化し、改善の手法についても工夫を凝らしていくとともに、更なる充実に向けて地道な取組を着実に積み上げていく必要がある。

3）尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

○「がん患者が、いつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する」としていたところ、自分らしい日常生活をおくることができていると感じるがん患者の割合や、家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合については増加し、一定の評価はできるものの、十分なレベルには達しておらず、より一層の相談支援及び情報提供に係る取組が必要である。

○「住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境を整備する」としていたところ、がん診断から治療開始前に病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合は増加しているものの、十分なレベルには達しておらず、その背景等を把握しつつ更なる取組が求められる。

Ⅱ　全体目標についての進捗状況

1．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

（目標の詳細）

がんを予防する方法を普及啓発するとともに、研究を推進し、その結果に基づいた施策を実施することにより、がんの罹患者を減少させる。国民が利用しやすい検診体制を構築し、がんの早期発見・早期治療を促すことで、効率的かつ持続可能ながん対策を進め、がんの死亡者の減少を実現する。

（進捗状況及び指標測定結果）

75 歳未満のがんの年齢調整死亡率については、確認できる 1995 年の 108.4（人口 10 万人対）からほぼ一貫して減少し続けている。20 年前や 10 年前の値[1]と比べるとそれぞれ、およそ 3 割、2 割ずつと、着実に減少してきており、全体として高く評価できる。

ただし、がん種別の年齢調整死亡率は、減少しているがん種と横ばいとなっているがん種があり、がん種ごとに異なった傾向がみられることから、全体の年齢調整死亡率の減少は、感染症を原因とするがんにおける衛生状態の改善や治療方法の劇的な変化などの一部の要因に下支えされている可能性がある。

			2018 年		2017 年	
			75 歳未満	全年齢	75 歳未満	全年齢
1001	がんの年齢調整死亡率		71.6 男：88.6 女：56.0	114.0 男：152.1 女：84.5	73.6 男：92.5 女：56.4	116.5 男：157.5 女：85.0
1002	がん種別の年齢調整死亡率の変化	胃がん	7.7	12.9	8.2	13.5
		大腸がん	10.0	15.5	10.2	15.8
		肺がん	12.8	21.6	13.1	22.1
		子宮頸がん	―	2.7	―	2.7
		乳がん	10.7	12.2	10.7	12.2
		肝がん	4.2	7.4	4.6	8.0

年齢調整罹患率の数値は減少しているが、がん登録法に基づく全国がん登録の開始直後のデータであり、2016 年の罹患数には、2015 年以前の診断例の一部が含まれているなど、患者数が過大評価されている可能性があり、正確な評価のためにはさらに今後数年の推移を確認することが必要である。[2]

[1] 人口 10 万人対で、1995 年が 108.4、1998 年が 105.6、2008 年が 87.2。

[2] 2016 年のデータについては届出対象が拡大したことや地域がん登録と全国がん登録での照合が不十分であった等の理由により実際よりも多く見積もられている可能性がある。

			2017 年	2016 年
1003	がんの年齢調整罹患率		389	402
1004	がん種別の 年齢調整罹患率の変化	胃がん	45.3	48.2
		大腸がん	58.5	61.4
		肺がん	43.3	44.4
		子宮頸がん	14.1	14.5
		乳がん	97.6	102.3
		肝がん	13.3	14.7

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

年齢調整死亡率については減少傾向にあるが、これを引き続き低減させていくため、がん検診による早期診断を含む予防や治療の改善について、取組の対象を明確化し、改善の手法についても工夫を凝らし、国民が利用しやすいがん検診の体制について検討を進めていく必要がある。また、予防等の評価をするため、諸外国のデータとも比較しながら、中間評価指標にないがん種の年齢調整罹患率についても引き続き注視していく必要がある。

2. 患者本位のがん医療の実現

（目標の詳細）

ビッグデータや人工知能（Artificial Intelligence。以下「AI」という。）を活用したがんゲノム医療等を推進し、個人に最適化された患者本位のがん医療を実現する。また、がん医療の質の向上及びそれぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化により、効率的かつ持続可能ながん医療を実現する。

（進捗状況及び指標測定結果）

5年生存率は、多くのがん種で少しずつではあるものの上昇傾向となり、年齢調整死亡率は、継続的に減少傾向であった。医療が進歩していることを実感している患者の割合、納得のいく治療を受けられたがん患者の割合は増加傾向であった。2018 年度におけるがんの診断・治療全体の総合的評価や医療従事者が耳を傾けてくれたと感じた患者の割合については7割～8割となっており、一定の評価はできるものの改善の余地がありうるものであった。

2001	がんの 5年生存率		2012-2013 年診断例	2010-2011 年診断例
		胃がん	62.0%	61.5%
		大腸がん	63.3%	63.5%
		肺がん	小細胞肺がん 10.4% 非小細胞肺がん 41.1%	36.3% 小細胞肺がん 10.6% 非小細胞肺がん 38.8%
		乳がん	87.7%	87.9%
		肝臓がん	肝細胞がん 38.7% 肝内胆管がん 16.8%	35.1%

2002	がんの年齢調整死亡率 （75 歳未満）	2018 年 71.6	2017 年 73.6
2003[3]	医療が進歩していることを実感している患者の割合	2018 年度 成人：75.6% （比較値[4]：84.8%） 2019 年度 小児 71.7%	2014 年度 成人：80.1%
2004	納得のいく治療を受けられたがん患者の割合	2018 年度 成人:81.4% （比較値：90.7%）	2014 年度 成人：84.5%
2005	がんの診断・治療全体の総合的評価	2018 年度 成人:7.9 点　小児：8.4 点	
2006	医療従事者が耳を傾けてくれたと感じた患者の割合	2018 年度 成人: 71.9%　小児：81.6%	

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

患者本位のがん医療の実現について、一定の評価はできるものの、中間評価指標にないがん種、特に小児がん、AYA世代[5]のがん、高齢者のがん、希少がん、難治性がんについては、がん診療連携拠点病院等との連携を含む医療提供体制の更なる充実と均てん化を目指し、改善すべき領域を明確化し、その対策に取り組む必要がある。

[3] 項目番号 2003-2006 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

[4] 前回調査と比較するために、実測値に比較補正係数をかけた値。

[5] Adolescent and Young Adult（思春期世代と若年成人世代）の頭文字をとったもので、主に思春期（15 歳以上）から 30 歳代までの世代。（出典：国立研究開発法人　国立がん研究センター　がん情報サービス）

3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

（目標の詳細）

がん患者が住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境を整備する。関係者等が、医療・福祉・介護・産業保健・就労支援分野等と連携し、効率的な医療・福祉サービスの提供や、就労支援等を行う仕組みを構築することで、がん患者が、いつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する。

（進捗状況及び指標測定結果）

これまでに、がん診療連携拠点病院等に設置しているがん相談支援センターや地域統括相談支援センター、民間団体による相談窓口、国立研究開発法人国立がん研究センターのがん対策研究所が運営する「がん情報サービス」等の様々な支援を充実させてきた。また、「がんとの共生のあり方に関する検討会」を発足し、緩和ケアや相談支援・情報提供に関する質の向上、多様なニーズへの対応の向上にむけて、対策を検討しながら取組を進めている。

自分らしい日常生活を送ることができていると感じるがん患者の割合や、治療開始前に病気のことや療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合は、それぞれ増加し、一定の評価はできるものの、改善の余地がある。また、家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合は、増加しているものの更なる充実が望まれるものであった。

3001[6]	自分らしい日常生活が送ることができていると感じるがん患者の割合	2018 年度 70.5%（比較値[7]：80.8%）	2014 年度 77.7%
3002	がん診断～治療開始前に 病気や療養生活について 相談できたと感じるがん患者の割合	2018 年度 76.3%	2014 年度 67.4%
3003	家族の悩みや負担を 相談できる支援が十分である と感じているがん患者・家族の割合	2018 年度 成人：48.7% （比較値：57.6%） 2019 年度 小児：39.7%	2014 年度 成人：37.1%

[6] 項目番号 3001-3003 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

[7] 前回調査と比較するために、実測値に比較補正係数をかけた値。

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がんの診断時から、必要な支援を受け、患者が自分らしく日常生活を送ることができるよう、病気や療養生活に関する相談支援や、患者と家族の悩みや負担に関する相談支援の体制整備に向けて、ピアサポート[8]体制の充実、相談支援センターやがん情報サービス等の更なる周知等の取組が必要である。

[8] がん患者・経験者やその家族が、同じような経験を持つ者と体験を共有し、問題解決のために共に考える取組のこと。

Ⅲ　分野別施策の個別目標についての進捗状況

1．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

（1）がんの1次予防

（個別目標）

喫煙率については、「健康日本 21（第二次）」と同様、令和4（2022）年度までに、禁煙希望者が禁煙することにより、成人喫煙率を 12%とすること、妊娠中の喫煙をなくすこと及び 20 歳未満の者の喫煙をなくすことを目標とする。

令和2（2020）年東京オリンピック・パラリンピックに向けて受動喫煙対策を徹底し、第3期基本計画の計画期間中において、望まない受動喫煙のない社会をできるだけ早期に実現することを目標とする。

その他の生活習慣改善については、令和4（2022）年度までに、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者について、男性13.0%（13.9%）・女性6.4%（8.1%）とすること、運動習慣のある者について、20～64歳：男性36.0%（24.6%）・女性33.0%（19.8%）、65歳以上：男性58.0%（52.5%）・女性48.0%（38.0%）とすること等を実現することとする。

※（ ）内は、平成 27（2015）年のデータ。

①生活習慣について

（進捗状況及び指標測定結果）

これまでに、スマート・ライフ・プロジェクトや5月 31 日の世界禁煙デーに合わせた「禁煙週間」を含めた、各自治体と連携した普及啓発の実施、「禁煙支援マニュアル」の改訂や周知、がん診療連携拠点病院等の「たばこクイットライン」事業による禁煙相談等の取組を実施している。また、母子健康手帳を通じた普及啓発等による妊娠中の喫煙率0%を目指した取組や、健康増進法の改正に基づく受動喫煙防止の取組を実施している。

現在習慣的に喫煙している者の割合については改善が不十分であり、目標達成には更に 5.8%の減少が必要であった。未成年者の喫煙率は減少傾向であり、「健康日本 21（第二次）」の中間評価においても、目標値の達成が見込まれるとの評価を受けている。妊娠中の喫煙率、望まない受動喫煙の機会を有する者の割合については減少傾向であり、一定の評価ができるものとなった。

生活習慣病のリスクを高める量を飲酒しているハイリスク飲酒については、ウェブサイトを通じた普及啓発や地方自治体等の担当者向けの講習会、アルコール使用障害が疑われる者を専門医療機関の受診につなげることを推奨する等、「アルコール健康障害対策推進基本計画」に基づくアルコール健康障害対策を総合的に推進してい

る。ハイリスク飲酒者[9]の割合は、2010 年からの推移で見ると、男性では横ばい、女性では増加しており改善が必要である。

「健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）」の周知を行うほか、「プラス・テン」（毎日プラス 10 分身体を動かそう）をテーマに掲げた周知等の取組、健康増進施設の活用等を含む運動しやすい環境づくりの整備に取り組んでいる。運動習慣のある者の割合は、減少傾向であり改善が必要である。

特定健診・特定保健指導による肥満の改善指導のほか、文部科学省、厚生労働省、農林水産省が連携して策定している「食生活指針」の項目に「適度な運動とバランスのよい食事で適正体重の維持を。」を追加し、運動と食事の重要性について普及啓発を行っている。適正体重を維持している者の割合は、20 歳～60 歳代男性の肥満、40 歳～60 歳代女性の肥満、20 歳代女性のやせについて、更なる改善が必要である。

食塩摂取量、野菜・果物の摂取量についても更なる改善が必要で、スマート・ライフ・プロジェクトや食生活指針、食事バランスガイド等による普及啓発を行っている。

1011	成人喫煙率	2018 年 17.8%	2017 年 17.7%
1012	未成年者喫煙率	2017 年 中学1年生 男子　0.5%　女子　0.5% 高校3年生 男子　3.1%　女子　1.3%	2014 年 中学1年生 男子　1.2%　女子　0.8% 高校3年生 男子　5.6%　女子　2.5%
1013	妊娠中の喫煙率	2017 年 2.7%	2013 年 3.8%
1014	禁煙希望者の割合	2018 年 32.4%	2017 年 28.9%
1015	望まない受動喫煙 の機会を有する者の割合	2018 年 飲食店　36.9% 行政機関　7.0% 医療機関　5.4% 職場　28.0%	2017 年 飲食店　42.4% 行政機関　8.1% 医療機関　7.4% 職場　30.1%
1016	ハイリスク飲酒者の割合	2018 年度 男性：15.0% 女性：8.7%	2017 年度 男性：14.7% 女性：8.6%

[9]国民健康・栄養調査における生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者。

		2018 年度	2017 年度
1017	運動習慣のある者の割合	（20～64 歳） 男性：21.6%　女性：16.6% （65 歳以上） 男性：42.9%　女性：36.5%	（20～64 歳） 男性：26.3%　女性：20.0% （65 歳以上） 男性：46.2%　女性：39.0%
1018	適正体重を維持している者の割合	〈肥満者〉 20～60 歳代男性：33.6% 40～60 歳代女性：22.0% 〈やせ〉 20 歳代女性：19.8%	〈肥満者〉 20～60 歳代男性：32.8% 40～60 歳代女性：22.2% 〈やせ〉 20 歳代女性：21.7%
1019	食塩摂取量	10.1g	9.9g
1020	野菜・果物の摂取量	野菜　281.4g	野菜　288.2g
1021	野菜・果物の摂取不足の者の割合	果物　60.5%	果物　58.6%

②感染症対策について

（進捗状況及び指標測定結果）

HPVワクチンについては、積極的な勧奨を差し控えることとした取扱いを終了し、個別の接種勧奨を 2022 年４月から実施している。また、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は、公平な接種機会を確保する観点から、2022 年度から3年間、従来の定期接種の対象年齢を超えて接種を行う「キャッチアップ接種」を実施している。

肝炎対策については、肝炎の治療促進のための環境整備、肝炎ウイルス検査の促進、肝炎に係る診療及び相談体制の整備、国民に対する肝炎に係る正しい知識の普及啓発並びに肝炎に係る研究の推進の５本の柱からなる肝炎総合対策を進めている。

HBs 抗原・HCV 抗体陽性率はわずかに低下しており、出生年が後になるほど HBs 抗原・HCV 抗体陽性率が低い傾向が認められた。肝炎ウイルス検査の認識受検率・受検率いずれにおいても増加傾向であった。B型肝炎の予防接種については、2016 年 10 月から予防接種法に基づく定期の予防接種に位置づけられ、接種率が9割を越えている。これらについては、概ね評価できる内容となった。

成人T細胞白血病と関連するヒトT細胞白血病ウイルス１型（以下「HTLV―1」という。）については、2010 年に取りまとめられたHTLV―1総合対策に基づき対策を進めている。対策の推進に当たっては、患者団体、学識経験者その他の関係者から意見を求めるため、HTLV―1対策推進協議会を年１、２回程度開催している。また、H

TLV―1関連研究については、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（Japan Agency for Medical Research and development。以下「AMED」という。）の研究班等において、HTLV-1 の実態把握と感染メカニズム解析や HTLV-1 の検査法の改善等に対しての研究を行っている。

参1	B 型・C 型 肝炎ウイルス感染率	2012-2016 年初回供血者 HBs 抗原陽性　0.18% HCV 抗体陽性　0.13%	2007-2011 年初回供血者 HBs 抗原陽性　0.20% HCV 抗体陽性　0.16%
参2	B 型・C 型 肝炎ウイルス検査受検率[10]	2017 年 HBV 認識受検　20.1% HBV 受検率　71.0% HCV 認識受検　18.7% HCV 受検率　61.6%	2011 年 HBV 認識受検　17.6% HBV 受検率　57.4% HCV 認識受検　17.6% HCV 受検率　48.0%
参3	B 型肝炎 定期予防接種実施数	2018 年 第 1 回　889,585（94.4%） 第 2 回　891,987（94.7%） 第 3 回　869,588（92.3%）	2017 年 第 1 回　944,509（98.1%） 第 2 回　938,825（97.5%） 第 3 回　960,948（99.8%）
参4	ヒト T 細胞白血病ウイルス 1型感染率[11]	2014-2015 年 0.12%	2006-2007 年 0.32%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

たばこ対策については、2022 年度までに成人喫煙率 12%とすることを目標としていたが、中間評価の時点で目標を達成できておらず、より一層のたばこ対策を推進していく必要がある。

また、ハイリスク飲酒や運動習慣についても、目標値に対して進捗状況が不十分であるため、引き続きの取組が求められる。食塩摂取量については、2009 年から 2019 年までの 10 年間でみると男性は減少し、女性は 2015 年までは減少していたものの同年以降は変化が見られないため、引き続き取組を推進していく必要がある。野菜や果物の摂取量については、更なる改善が必要であり、引き続きの取組が求められる。

2022 年４月より、HPVワクチンの個別の接種勧奨が実施されていること等を踏まえ、引き続き、子宮頸がん検診の受診勧奨を進めるとともに、子宮頸がんの年齢調

[10] 認識受検とは、肝炎検査を受検したことがあり、かつ受診者自身が肝炎ウイルス検査を受診していることを自覚して受ける検査。

[11] HTLV-1 について、2006 年・2007 年はIF法による判定、2014 年・2015 年はWB法による判定を行った。

整罹患率の推移を注視し、それを踏まえて適切な対応を行っていく必要がある。

（2）がんの早期発見、がん検診（2次予防）

（個別目標）

国は、男女とも対策型検診で行われている全てのがん種において、がん検診の受診率の目標値を50%とする。

国は、精密検査受診率の目標値を 90%とする。

国は、「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」を１年以内に策定し、職域での普及を図る。

①受診率向上対策について

（進捗状況及び指標測定結果）

がん検診の受診率向上に向けて、これまでに、対象者一人一人への受診勧奨・受診再勧奨や、子宮頸がん検診・乳がん検診の受診クーポン券の配布等に取り組んできた。2019 年４月には、「ナッジ理論[12]」に基づいた好事例等を紹介した「受診率向上施策ハンドブック（第２版）」を公表し、受診率向上に向けた取組を行っている。

がん検診の受診率は、いずれの検診においても増加傾向であったものの、ほとんどの領域で目標の 50%は達成していない。また、比較できるデータがないため正確な評価は困難であるが、新型コロナウイルス感染症の影響により、検診の受診者が1～2割程度減少しているとの報告もあり、新型コロナウイルス感染症が目標達成に向けて後退する要素となっていることも踏まえ、更なる受診率向上の取組が必要である。

個別受診勧奨（コール）・個別受診再勧奨（リコール）の推進にも取り組んでおり、個別の受診勧奨は約8割、再勧奨については約5割の自治体で実施され、いずれの実施割合も増加傾向であった。

[12] 対象者に選択の余地を残しながらも、より良い方向に誘導する手法。

			2019 年		2016 年	
			男性	女性	男性	女性
1031	がん検診受診率[13]	胃がん	48.0%	37.1%	46.4%	35.6%
		肺がん	53.4%	45.6%	51.0%	41.7%
		大腸がん	47.8%	40.9%	44.5%	38.5%
		子宮頸がん	―	43.7%	―	42.4%
		乳がん	―	47.4%	―	44.9%

			2018 年		2017 年	
			個別受診勧奨	個別受診勧奨を実施した自治体のうち、検診未受診者に対する個別再勧奨（全員又は一部）を実施した自治体	個別受診勧奨	個別受診勧奨を実施した自治体のうち、検診未受診者に対する個別再勧奨（全員又は一部）を実施した自治体
参5	コール・リコールを実施している市区町村の割合	胃がん	83.3%	46.1%	81.2%	44.7%
		肺がん	82.3%	44.7%	79.8%	42.7%
		大腸がん	85.2%	52.5%	84.0%	50.4%
		子宮頸がん	86.7%	60.2%	81.9%	57.3%
		乳がん	85.4%	58.5%	82.5%	57.3%

②がん検診の精度管理等について

（進捗状況及び指標測定結果）

精密検査未受診者への郵送や電話などによる個別受診再勧奨の取組が、自治体において行われているが、精密検査受診率については、多くのがん種で十分とは言えず、改善が必要である。また、新型コロナウイルス感染症の流行が、精密検査受診率にどのような影響を与えたかについては評価ができていない。

精密検査未把握率や精密検査未受診率については、未だ一定程度の割合が認められ、更なる減少に向けた取組が必要である。

[13] 胃がん、肺がん、乳がん、大腸がんは 40 歳～69 歳。子宮頸がんは 20 歳～69 歳。健診等（健康診断、健康診査及び人間ドック）の中で受診したものを含む。乳がん・子宮頸がんは過去2年に受診したもの。2016 年の数値は、熊本県を除いたもの。

がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針に基づくがん検診を実施している市区町村の割合は、胃がんが特に低いが、これは指針に基づく対象年齢・受診間隔を 2016 年度に変更したところ、当分の間は従前の取り扱いでも差し支えないとしているためであり、評価が困難である。また、乳がん検診の 40 歳未満での実施、乳がん検診や子宮頸がん検診の逐年実施を行っている市町村が多いと考えられる。

指針に基づかないがん検診の実施率は、85.4%と高い状況が続いている。これらの検診のうち、最も多いものは、前立腺がん検診（PSA 検査）となっており、その他、子宮体がん検診や肝臓がんの検診（エコー）などである。

がん検診の「事業評価のためチェックリスト」等により実施状況を把握することとしており、自治体において、チェックリストの全項目のうち、60～80%の項目を実施するなど、実施率は向上している。

職域におけるがん検診については、「職域におけるがん検診に関するワーキンググループ」の報告書として、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を 2018 年3月に公表し、科学的根拠に基づくがん検診の普及啓発に取り組んでいるところであり、取組について評価できる。

			2016 年度	2015 年度
1032	精密検査受診率 精検機関より精検結果の報告があったもの。もしくは、受診者が詳細（精検日・受診機関・精検法・精検結果の 4 つ全て）を申告したもの。	胃がん（X線）	80.7%	81.7%
		胃がん（内視鏡）[14]	83.6%	―
		肺がん	83.0%	83.5%
		大腸がん	70.6%	70.1%
		子宮頸がん	75.4%	74.4%
		乳がん	87.8%	92.9%
参6	精密検査未把握率 精検受診の有無がわからないもの。および（精検受診したとしても）精検結果が正確にわからないもの全て（すなわち、上記の精検受診、未受診以外のもの全て）。	胃がん（X線）	11.5%	7.4%
		胃がん（内視鏡）	13.6%	―
		肺がん	10.6%	10.0%
		大腸がん	16.6%	17.2%
		子宮頸がん	17.6%	18.3%
		乳がん	8.9%	9.1%

[14] 胃がん（内視鏡）は、2016 年から指針に導入。

			2016 年度	2015 年度
参7	精密検査未受診率 要精検者が精検機関に行かなかったことが判明しているもの（精検として不適切な検査とは、1）大腸がん検診における便潜血検査の再検、および2）肺がん検診における喀痰細胞診要精検者に対する喀痰細胞診の再検を指す）。	胃がん（X線）	7.7%	10.9%
		胃がん（内視鏡）	2.6%	―
		肺がん	6.4%	6.5%
		大腸がん	12.8%	12.7%
		子宮頸がん	6.9%	7.3%
		乳がん	3.3%	3.5%

			2018 年度	2017 年度
1033	指針に基づくがん検診を実施している市区町村の割合[15]	胃がん	対象年齢　4.8% 受診間隔　5.3%	対象年齢　4.2% 受診間隔　4.6%
		肺がん	対象年齢　80.1% 受診間隔　98.8%	対象年齢　79.4% 受診間隔　98.7%
		大腸がん	対象年齢　76.4% 受診間隔　99.6%	対象年齢　75.7% 受診間隔　99.7%
		子宮頸がん	対象年齢　97.1% 受診間隔　35.1%	対象年齢　96.4% 受診間隔　34.1%
		乳がん	対象年齢　61.3% 受診間隔　40.3%	対象年齢　60.2% 受診間隔　39.8%
参8	指針に基づかないがん検診を実施している市区町村の割合		85.4%	87.2%

15 胃がん検診については、2016 年度より、指針に基づく年齢・間隔をそれまでの 40 歳以上・逐年から 50 歳以上・隔年へと変更したため、当該調査は変更後の定義を用いて実施している。一方で、指針においては、当分の間は従前の取り扱いでも差し支えないとしていることから、他のがん種に比べて実施率が低くなっている。肺がん、乳がん、大腸がんは 40 歳～74 歳。子宮頸がんは 20 歳～74 歳。胃がんは、エックス線は 40 歳～74 歳、内視鏡は 50～74 歳。数値については、四捨五入により 100%とならない場合がある。

				2018 年度	2017 年度
1034	「事業評価のためのチェックリスト」を実施している市区町村の割合	胃がん	集団	X 線　79.1% 内視鏡　66.5%	76.0%
			個別	X 線　67.4% 内視鏡　66.3%	63.6%
		大腸がん	集団	78.6%	75.6%
			個別	68.0%	64.0%
		肺がん	集団	78.5%	75.5%
			個別	66.3%	61.6%
		乳がん	集団	79.1%	75.7%
			個別	69.8%	65.8%
		子宮頸がん	集団	78.9%	75.5%
			個別	69.9%	66.2%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がん検診の受診率は、男女とも全てのがん種で上昇傾向にあるが、男性の肺がん検診を除いて、目標値の 50%を達成できていない。さらに新型コロナウイルス感染症の影響により後退していることも想定され、それががん医療にどのような影響を与えたか、長期的に年齢調整罹患率や年齢調整死亡率、がん検診受診率等の推移を注視していく必要がある。

引き続き、「がん検診のあり方に関する検討会」での議論も踏まえ、がん検診に関する情報提供、受診率向上の取組や国民が利用しやすい検診体制を整備していく必要がある。

職域におけるがん検診については、その位置づけが不明確であり、実施状況や精密検査の受診状況を把握する仕組みがないため、その手法について引き続き検討が必要である。

また、がん検診の精度管理について、がん検診受診後の精密検査受診に繋げる取組を推進しつつ、指針に基づくがん検診の実施や、チェックリストの実施について、市区町村への働きかけをより一層推進していく必要がある。

2. 患者本位のがん医療の充実

（1）がんゲノム医療

（個別目標）

国は、ゲノム情報等を活用し、個々のがん患者に最適な医療を提供するため、「ゲ

ノム情報を用いた医療等の実用化推進タスクフォース」や「がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会」の報告書を踏まえ、本基本計画に基づき、段階的に体制整備を進める。また、「がんゲノム医療推進コンソーシアム」を形成すること、2年以内に拠点病院等の見直しに着手することなど、がんゲノム医療を提供するための体制整備の取組を進める。

（進捗状況及び指標測定結果）

2018 年8月に、がんゲノム医療の第三者的立場での科学的評価と、それに基づくがんゲノム医療の方向性の策定等の役割を担う「がんゲノム医療推進コンソーシアム運営会議」が発足し、第 1 回の会議が開催された。その後、2019 年6月に、がんに関する遺伝子パネル検査2品目が保険収載されて以降、がんゲノム医療が本格的に開始された。全ての都道府県でがんゲノム医療中核拠点病院等が整備され、がんゲノム医療中核拠点病院等の数は、2020 年度には 206 施設となった。がんゲノム医療に従事する者の数も増加した。その結果、2021 年3月までに、年間およそ1万例、総計およそ1万5千例の患者がパネル検査を受検した。また、これらに伴い、がんゲノム医療中核拠点病院等において遺伝カウンセリングを実施した患者数についても増加傾向となった。これら一連の対応については、概ね評価できるものであった。

ゲノム情報及び臨床情報等の集約・管理・利活用を目的として、2018 年6月にがんゲノム情報管理センターが開設され、関連情報の収集、利活用に向けた取組等を開始している。全てのがん患者のうち、ゲノム情報を活用したがん医療について必要な情報を取得できたと感じている割合は、2018 年度は 17.0%であり、更なる取組が必要である。

また、2019 年 12 月に「全ゲノム解析等実行計画（第1版）」が作成され、全ゲノム解析についても日常診療への導入を目指す研究開発を加速させている。

2011	がんゲノム医療中核拠点病院等の数	2020 年度　206 中核拠点病院：12 拠点病院：33 連携病院：161	2019 年度　167 中核拠点病院：11 拠点病院：34 連携病院：122
2012	がんゲノム医療中核拠点病院等が 整備されている都道府県数	2020 年度 47	2018 年度 47
2013	遺伝医学に関する専門的な知識及び 技能を有する医師数	2020 年度 938	2019 年度 801
2014	遺伝医学に関する専門的な 遺伝カウンセリング技術を有する者の数	2020 年度 542	2019 年度 437

2015	遺伝カウンセリング等を行う部門につないだりする者の数	2020 年度 1,049	2019 年度 871
2016	薬物療法に専門的な知識及び技能を有する医師の数	2020 年度 725	2019 年度 687
2017	遺伝子パネル検査を受けた患者数	2020 年 7,467	2019 年 927
2018	遺伝カウンセリングを実施した患者数	2020 年度 11,562	2019 年度 7,373
2019	がんゲノム情報管理センターに登録された患者数	2020 年度 10,547	2019 年度 4,332
2020	ゲノム情報を活用したがん医療についてがん患者が必要な情報を取得できた割合	2018 年度 17.0%	なし

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がんゲノム医療の診療提供体制の整備について一定の評価はできる。がんゲノム医療を一層推進していくために、遺伝子パネル検査結果に基づいて提示された治療薬を投与された患者数等、アウトカム評価の手法の検討や、関係する医療従事者の必要数を踏まえた人材育成、ゲノム医療に関する情報提供及び普及啓発について、引き続き、一層の取組が必要である。また、「全ゲノム解析等実行計画（第1版）」の着実な推進も必要である。

（2）がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法の充実

（個別目標）

国は、新たながん医療提供体制について、2年以内に検討する。必要に応じて拠点病院等の整備指針の見直しを行い、拠点病院等の機能を更に充実させる。

国は、がん医療の質の担保と効率的・効果的な推進に資するため、手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法に関するそれぞれの専門的な学会が、それらの治療法に関する最新の情報について互いに共有した上で、周知啓発を行うよう要請する。

①がん医療提供体制について（医療提供体制の均てん化・集約化、医療安全、制度の持続可能性等）

（進捗状況及び指標測定結果）

がん医療提供体制について、2018 年7月にがん診療連携拠点病院等の整備に関する指針を改定し、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、緩和ケア等の提供、がん相談支援センターの整備、院内がん登録及びキャンサーボードの実施等を推進しており、全体としての医療の質の向上や均てん化に向けた取組を進めている。

標準的治療の実施割合については、QI研究[16]が行われており、一定の割合で適切な治療がなされているとは考えられるものの、これらの評価については、患者の背景や標準的治療の推奨の程度、最終的な結果としての5年生存率等を踏まえて、評価をする必要があり、更なる知見の集積が必要である。

がんの5年生存率は、多くのがん種で少しずつではあるものの上昇傾向となっており、7～8割の患者が医療の進歩を実感している。また、9割を越える患者が納得のいく治療を受けられたとしており、がんの診断・治療全体の総合的評価について、2018 年度は、10 点満点中、成人で 7.9 点、小児で 8.4 点であった。これらの内容については、概ね評価できるものの改善の余地があるものであった。

がん相談支援センターでは、セカンドオピニオンの提示が可能な医師の配置や医療機関の紹介ができるような体制整備を行っているところであり、がん治療前に、セカンドオピニオンに関する話を受けたがん患者の割合は、2018 年度で 34.9%であった。この数値については、どの程度であれば適切な割合なのかという点についても議論が必要ではあるが、更なる増加が望まれるものである。

また、EBM[17]普及推進事業Mindsに登録されているがんに関連した診療ガイドラインの数、患者用診療ガイドラインの数は、それぞれ増加している。学会やアカデミアの努力によりエビデンスを活用しやすい環境の整備が進められている状況については評価できるが、患者用診療ガイドラインについては、更なる取組の推進が求められる。

[16] 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　Quality Indicator 研究
[17] Evidence Based Medicine の頭文字で、根拠に基づく医療

2021	標準的治療の実施割合		2017 年	2016 年
		Stage Ⅲと診断された大腸癌患者のうち、術後8週間以内に標準的化学療法が施行された割合	54.8%	54.1%
		胃癌に対して根治手術を受け組織学的に取り扱い規約 Stage Ⅱ、Ⅲ(pT1,pT3N0 を除く)の進行癌と診断され6週以内に退院した患者のうち S-1 または CapeOX による術後化学療法が施行された割合	66.9%	68.1%
		Stage I～II の非小細胞肺癌と診断された患者のうち、外科治療又は定位放射線治療が実施された割合	88.8%	88.1%
		Stage Ⅱ、ⅢA の非小細胞肺癌と診断された患者のうち、プラチナ製剤を含む術後化学療法が行われた割合	40.2%	41.9%
		乳房温存術を受けた 70 歳以下の患者のうち、術後全乳房照射が行われた割合	74.9%	76.6%
		乳房切除術が行われ再発ハイリスクの患者のうち、術後照射が行われた割合	38.0%	40.1%
		催吐高リスクの抗がん剤が処方された患者のうち、同時に予防的制吐剤が使用された割合	90.9%	86.0%
		外来で麻薬が開始された患者のうち、同時あるいはそれ以前1か月以内に緩下剤の処方がされた割合	59.7%	61.0%

2022	がんの 5年生存率 (2001 の再掲)		2012-2013 年診断例	2010-2011 年診断例
		胃がん	62.0%	61.5%
		大腸がん	63.3%	63.5%
		肺がん	小細胞肺がん 10.4% 非小細胞肺がん 41.1%	36.3% 小細胞肺がん 10.6% 非小細胞肺がん 38.8%
		乳がん	87.7%	87.9%
		肝臓がん	肝細胞癌 38.7% 肝内胆管癌 16.8%	35.1%

2023[18]	医療が進歩していることを実感している患者の割合（2003 の再掲）	2018 年度 成人：75.6%（比較値[19]：84.8%） 2019 年度 小児 71.7%	2014 年度 80.1%
2024	納得のいく治療を受けられたがん患者の割合（2004 の再掲）	2018 年度 成人：81.4%（比較値：90.7%）	2014 年度 成人：84.5%
2025	がん治療前にセカンドオピニオンに関する話を受けたがん患者の割合	2018 年度 成人：34.9%	2014 年度 成人：40.3%
2026	がんの診断・治療全体の総合的評価（2005 の再掲）	2018 年度 成人：7.9 点 2019 年度 小児：8.4 点	―
2027	診療ガイドラインの数	2021 年度 385	2020 年度 268
2028	患者用診療ガイドラインの数	2021 年度 35	2020 年度 28

②各治療法について

（ア）手術療法について

（進捗状況及び指標測定結果）

身体への負担の少ない手術療法や侵襲性の少ない治療等の普及に関わる取組を推進しており、ロボット支援下手術も含むがんの鏡視下手術が広く実施されていることについて一定の評価はできるが、鏡視下手術の割合がどの程度であれば適切かの判断に当たっては、さらに知見を集積する必要がある。

がんに対する質の高い手術療法を安全に提供するため、拠点病院等を中心に適切な実施体制や専門的な知識及び技能を有する医師の配置を推進してきたところであり、拠点病院における5大がん患者の術後 30 日以内の死亡率は、低いレベルに保たれている。

[18] 項目番号 2023-2026 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

[19] 前回調査と比較するために、実測値に比較補正係数をかけた値。

			2016 年	2015 年
2031	がんの鏡視下手術（保険診療に係るもの）の割合	胃がん	48.9%[334 施設] 参考値[20]:47.1%[433 施設]	―
		大腸がん	67.8% [334 施設] 参考値:65.3% [433 施設]	
		肺がん	86.4%[310 施設] 参考値:81.9%[393 施設]	
		前立腺がん	83.1%[299 施設] 参考値:82.1%[379 施設]	
2032	拠点病院における5大がん患者の術後 30 日以内の死亡率	胃がん	0.26%	0.26%
		大腸がん	0.35%	0.31%
		肺がん	0.33%	0.29%
		乳がん	0.02%	0.02%
		肝がん	0.6%	0.38%
		5大がん	0.25%	0.22%

（イ）放射線療法について

（進捗状況及び指標測定結果）

がん診療連携拠点病院等のうち、外来放射線照射、直線加速器による定位放射線治療、IMRT[21]をそれぞれ行っている割合、放射線治療専門医が常勤で配置されている拠点病院等の割合は増加傾向であり、評価できるものであった。

また、緩和ケア研修の中でも緩和的放射線療法が教育項目として組み込まれているが、その修了者数は増加しており評価できる。

2033	外来放射線照射診療料をとっている拠点病院等の割合	2019 年度 70.6%	2018 年度 65.9%
2034	直線加速器による定位放射線治療加算をとっている拠点病院等の割合	2019 年度 72.5%	2018 年度 67.0%

[20] 2031 の参考値は院内がん登録データのみ

[21] 強度変調放射線治療

2035	IMRT加算をとっている拠点病院等の割合 （※IMRT：強度変調放射線治療）	2019 年度 57.8%	2018 年度 52.2%
2036	放射線治療専門医が 常勤で配置されている拠点病院等の割合	2019 年度 78.7%	2018 年度 76.4%
2037	自施設で核医学治療を 実施している拠点病院等の割合	2019 年度 57.8%	2018 年度 56.5%
2038	緩和ケア研修修了者数 （医師・医師以外）	2020 年度 145,727 人	2019 年度 139,467 人

（ウ）薬物療法について

（進捗状況及び指標測定結果）

がん診療連携拠点病院等において、転移・再発5大がん患者の化学療法を内科医が担当している拠点病院等の割合、がん専門薬剤師またはがん薬物療法認定薬剤師が配置されている拠点病院等の割合、1拠点病院等あたりのがん薬物療法専門医数はいずれも横ばいであった。患者の病態に応じた適切な薬物療法を提供するため、専門的な医師や薬剤師、看護師、がん相談支援センターの相談員等の人材育成、適正配置に努め、それらの専門職等が連携し、患者に適切な説明を行うための体制整備が、また、学会等の取組による、専門人材の増加も進めているところであるが、更なる充実に向けた取組の工夫が必要である。

2039	転移・再発5大がん患者の化学療法を内科医が担当している拠点病院等の割合[22]	2019 年度 28.9%	2018 年度 30.0%
2040	がん専門薬剤師またはがん薬物療法認定薬剤師が配置されている拠点病院等の割合	2019 年度 86.7%	2018 年度 86.5%
2041	1拠点病院等あたりの がん薬物療法専門医数	2019 年度 1.90 人	2018 年度 1.90 人

（エ）科学的根拠を有する免疫療法について

（進捗状況及び指標測定結果）

近年「免疫チェックポイント阻害剤」等の免疫療法が治療選択肢の一つとなっているが、免疫療法については保険適用外で科学的根拠が十分でないものも多い。拠点病院等の整備指針において、「保険適応外の免疫療法を提供する場合は、原則として治験を含めた臨床研究、先進医療の枠組みで行うこと。」と定めており、拠点病院等に対して科学的根拠の乏しい免疫療法が適切な評価を行うことなく提供されること

[22] 5大がんの転移・再発症例の全身化学療法のうち、8割以上を内科医が主となり担当しているがん診療連携拠点病院等の割合。

のないよう求めている。正しい知識の普及啓発のため、がん情報サービス等において、がん免疫療法に関する情報提供を行っているところであるが、「がんの免疫療法の中には、十分な科学的根拠がなく、注意を要するものがあると思う」という認識を持つ国民の割合は低く、更なる取組が求められる。

2042	臨床研究または先進医療の枠組みで 免疫療法を実施している拠点病院の割合	2019 年度 35.8%	2018 年度 42.6%
2043	科学的根拠を有する免疫療法について 国民が必要な情報を取得できている割合	2019 年 9.5%[23]	

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がんの医療提供体制及び各治療法については一定の取組の成果が見られるが、地域間及び医療機関間において取組状況に差が見られる。適切な評価のためには更なる知見の集積や、より適切な中間評価指標の設定が必要な項目も認められた。また、セカンドオピニオンに関する情報提供、患者用診療ガイドラインの整備、科学的根拠を有する免疫療法についての適切な普及啓発、など、患者への適切な情報提供や普及啓発に関して、より一層の取組が必要である。

（3）チーム医療の推進について

（個別目標）

国は、がん患者が入院しているときや、外来通院しながら在宅で療養生活を送っているときなど、それぞれの状況において必要なサポートを受けられるようなチーム医療の体制を強化する。

（進捗状況及び指標測定結果）

がん診療連携拠点病院等における医療従事者間の連携をさらに強化するために、緩和ケアチームを含む様々な専門チームに依頼する等により、一人ひとりの患者に必要な治療やケアについて、それぞれの専門的な立場から議論がなされた上で、患者が必要とする連携体制が取られるよう環境の整備が進められている。

全てのがん診療連携拠点病院等において、専門チームが整備されており、殆どの施設で多数の専門チームが整備されていることは評価できる。一方で、がん診療連携拠点病院等以外の医療機関においては更なる改善が求められる。

がん診療を統括する診療部（腫瘍センター等）はがん診療連携拠点病院等のおよ

[23] 複数選択の中の「がんの免疫療法の中には、十分な科学的根拠がなく、注意を要するものがあると思う」と回答した者の割合。

そ半数に設置されており、1拠点病院あたりのキャンサーボード[24]開催数は、年間約200回と総合的ながん診療の推進が進んできており、評価できる。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は、成人で48.8%、小児で78.0%と小児で高くなっており、成人に対しても更なる取組が求められる。

2051	専門チームを整備し、がん患者に関してコンサルテーションを行っている拠点病院の割合	2019年度 100%	2018年度 100%
2052	緩和ケアチームを設置している 一般病院の割合[25]	2017年度 14.8%	2014年度 13.3%
2053	拠点病院以外の病院で緩和ケアチームの新規介入患者数が、年間50件以上の病院数	2018年度 215病院	
2054	がん診療を統括する診療部(腫瘍センター等)が設置されている拠点病院の割合	2019年度 51.4%	2018年度 47.8%
2055[26]	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	2018年度　成人:48.8% 2019年度　小児:78.0%	
2056	1拠点病院あたりのキャンサーボード開催数	2018年度 192.5回	2017年度 206.6回

(がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

がん診療連携拠点病院等では、チーム医療の体制整備が進められているが、拠点病院等以外の医療機関における取組の充実や、医療機関同士の連携が求められる。特に拠点病院等以外の医療機関に対しては、人員や体制の確保など課題も多く、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」や「がんの緩和ケアに係る部会」等での議論を踏まえ、引き続き、拠点病院等における取組との連携も含め、どのような取組を進めていくべきか検討が必要である。

(4)がんのリハビリテーション

(個別目標)

国は、がんのリハビリテーションに携わる有識者の意見を聴きながら、拠点病院等

[24] 手術、放射線診断、放射線治療、薬物療法、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、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をいう。

[25] 一般病院とは精神科病院以外の病院をさす。

[26] 項目番号2055の患者体験調査の対象となる患者は19歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は18歳以下で回答者はその家族等。

におけるリハビリテーションのあり方について、3年以内に検討し、その結果について、拠点病院等での普及に努める。

（進捗状況及び指標測定結果）

リハビリテーション専門医が配置されているがん診療連携拠点病院等の割合、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、がんリハビリテーション研修プログラムを修了している医療従事者の人数は、それぞれ増加しており評価できる。

がんのリハビリテーションが適切に提供されるよう、がんリハビリテーション研修が実施され、国内各地で研修を受講できる体制が構築されている。また厚生労働科学研究において、グループワークを中心とした集合学習とe-ラーニングシステムを組み合わせた効果的な研修プログラムの策定に関する研究が行われており、引き続き、その効果について検証が行われている。

他方で、がんのリハビリテーションについては、がん診療連携拠点病院等の整備指針に明記されておらず、施設ごとのリハビリテーション提供体制に差異がある状況である。整備指針の改定に向けて議論をする方針であったが、予定に遅れがあり、2022年の改定に向けて検討していく方針となっている。

2061	リハビリテーション専門医が配置されている拠点病院の割合	2019年度 46.6%	2018年度 43.9%
2062	拠点病院に通院・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	2016年度 30.7%	2012年度 19.7%
2063	がんリハビリテーション研修プログラムを修了した医療従事者の人数	2019年度 43,324	2018年度 38,141

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がん診療連携拠点病院等を中心とした取組の成果が見られているが、リハビリテーションは患者の残された機能を最大限に活かす観点や、社会復帰の観点から重要なテーマであり、拠点病院等以外の医療機関や在宅医療等においても推進していくことが求められていることから、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」等での議論を踏まえ、引き続き検討及び対策の充実が必要である。

（5）支持療法の推進

（個別目標）

国は、がん治療による副作用・合併症・後遺症により、患者とその家族のQOLが低下しないよう、患者視点の評価も重視した支持療法に関する診療ガイドラインを作

成し、医療機関での実施につなげる。

（進捗状況及び指標測定結果）

がん診療連携拠点病院等では高リスク催吐化学療法時の予防的制吐剤の処方や、外来麻薬鎮痛開始時の緩下剤の処方など、一定の支持療法が実施されており、評価できる。さらに、厚生労働科学研究において、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症を軽減し、患者の QOL を向上させるため、支持療法に関する実態の把握、均てん化を目指した研究等が行われているほか、薬物療法による合併症に関するガイドラインの改訂、がん患者の精神心理的な支援に関する診療ガイドラインの作成等が進められている。

患者支援も重視した支持療法に関するガイドラインの作成が進められており、ガイドライン数が増加していることについて一定の評価はできるものの、更なる充実が必要である。

治療による副作用の見通しを持てた患者の割合、身体的つらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談ができると思う患者の割合、外見の変化に関する相談ができた患者の割合は、いずれも初めて調査が実施され、一定の取組がなされていることが明らかになったが、今回の調査結果のみをもって評価することは難しく、相談できなかった理由の把握等、更なる知見の集積が必要である。いずれにせよ、より適切な情報提供や相談支援ができるよう、取組を充実させる必要がある。

リンパ浮腫外来、ストーマ外来が設置されているがん診療連携拠点病院等の割合は、いずれも増加傾向で評価はできるが、対象となるがん診療を実施している全ての拠点病院等での実施が求められる。リンパ浮腫については、がんリハビリテーション研修の一環として行われる「新・リンパ浮腫研修」により、人材育成が進められている。

			2016 年	2015 年
2071	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	高リスク催吐化学療法時 予防的制吐剤処方率	75.0%	75.5%
		高リスク催吐化学療法時 予防的制吐剤処方率 （リンパ腫を除外[27]）	86.0%	85.9%
		外来麻薬鎮痛開始時 緩下剤処方率	61.0%	61.7%

[27] リンパ腫については、催吐高リスクに該当する化学療法が行われ得るものの、レジメンによっては多量のステロイドを併用することがあり、催吐高リスクの化学療法で推奨されている「アプレピタント、５－HT3 受容体拮抗型制吐剤、デキサメサゾン」の3剤併用による予防的制吐剤の投与が必要かは議論があるところである。そのため、リンパ腫も含めて計算すると過小評価となる可能性があり、リンパ腫を除外した割合についても記載している。

			2018 年度	
			拠点	非拠点
2072	支持療法に関する標準診療を実施している医師の割合[28]	①がん疼痛に対するオピオイドの処方を適切に実施している医師の割合	69.1%	70.7%
		②神経障害性疼痛に関する標準的診療を実施している医師の割合	59.4%	59.1%
		③呼吸困難に関する標準的診療を実施している医師の割合	65.4%	66.7%
		④せん妄に関する標準的診療を実施している医師の割合	47.6%	48.8%

2073	支持療法に関するガイドラインの数	2021 年度 20	2020 年度 13
2074[29]	治療による副作用の見通しを持てた患者の割合	2018 年度　成人：61.9% 2019 年度　小児：69.2%	
2075	身体的なつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談ができると思う患者の割合	2018 年度　成人：46.5%	
2076	外見の変化に関する相談ができた患者の割合	2018 年度　成人：28.3% 2019 年度　小児：51.8%	
2077	リンパ浮腫外来が設置されている拠点病院等の割合	2019 年度 51.6%	2018 年度 49.9%
2078	ストーマ外来が設置されている拠点病院等の割合	2019 年度 89.2%	2018 年度 86.3%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

支持療法について、一定の実態把握がなされたものの、適正な評価のためには更なる知見の集積が必要である。一方で、治療による副作用の見通しが持て、身体的苦痛や外見の変化等があった際に医療スタッフに容易に相談できるような体制や、リンパ浮腫やストーマ管理などの専門的なケアが受けられる、外来も含めた体制の確

[28] がん疼痛、神経障害性疼痛、呼吸困難、せん妄に関し、それぞれの標準的な支持療法を行っているかどうかについて、「そう思う」または「とてもそう思う」と回答した医師の割合を拠点病院と非拠点病院について算出。

[29] 項目番号 2074-2076 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

保・充実に向けて、更なる取組が必要である。

（6）希少がん、難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策）

（個別目標）

国は、希少がん患者が適切な医療を受けられる環境を整備するため、中核的な役割を担う機関を整備し、希少がん対策を統括する体制を2年以内に整備する。

国は、希少がん及び難治性がんに対するより有効性の高い診断・治療法の研究開発を効率的に推進するため、国際的な研究ネットワークの下で行うなど、がん研究を推進するための取組を開始する。患者に有効性の高い診断法・早期発見法・治療法を速やかに提供するための体制づくりを進める。

（進捗状況及び指標測定結果）

国立がん研究センターにおいて、希少がんの各地域における診療実績を公開しているが、2018 年度の公開がん種数は2種類と少なく、更なる充実が強く求められる。

また、がん情報サービスでは、希少がんを含めたがんの解説などの情報提供を行っており、希少がんセンターでは、希少がんに関する情報発信や、患者やその家族だけでなく、医療従事者も相談することのできる希少がんホットラインなどを整備している。

「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」において、国立がん研究センターを希少がん中央機関として位置づけ、希少がん医療を統括することとし、希少がん患者の集約化や専門施設の整備、希少がんに対応できる病院と地域の拠点病院等や小児がん拠点病院との連携を推進し、専門医の少ない地方の患者を適切な医療につなげる対策を講じている。一方で、希少がん患者の初診から診断までの時間が1ヶ月以内であった割合はやや減少し、診断から治療開始までの時間が1ヶ月以内であった割合は増加したものの、2週間未満であった割合は減少しており、円滑な連携のための更なる取組が求められている。

希少がんについて、専門的な医療を受けられたと感じているがん患者の割合は80.0%と評価できるものであった。患者に有効性の高い診断法・早期発見法・治療法を速やかに提供するための体制整備を進めている。

厚生労働科学研究において、国立がん研究センターに加えて、国内数か所に広域拠点となる地域希少がんセンターを整備し、これらのセンターを中核として、希少がん患者ができるかぎり住み慣れた場所の近くで、納得のいく信頼できる診療や医療相談を受けられる体制・ネットワークを構築するためのモデルを作成することを目指している。

2081	希少がん情報公開専門施設における公開がん種数	2018 年度 2種類

2082	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			2018 年度	2014 年度
		初診から診断	2週間未満	38.1%	42.1%
			2週間以上 1ヶ月未満	28.3%	28.4%
		診断から治療開始	2週間未満	31.2%	34.4%
			2週間以上 1ヶ月未満	41.1%	31.1%

2083	希少がんについて、専門的な医療を受けられた と感じているがん患者の割合	80.0%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

希少がん対策について、取組の成果が見られる部分もあるが、患者への情報提供や医療機関の連携について、より一層の推進が必要である。また、より適切に評価できる中間評価指標についても、次期基本計画において検討が必要である。

また、難治性がん対策について、第3期基本計画においてはがん研究を推進することで取組を進めてきたが、中間評価指標の設定がなかったため、次期基本計画において、どのような評価指標を用いることが可能かについて、検討を行う。

（7）小児がん、AYA世代のがん、高齢者のがん対策

（個別目標）

国は、小児がん、AYA世代のがんを速やかに専門施設で診療できる体制の整備を目指して、「小児がん医療・支援のあり方に関する検討会」及び「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」で検討を行い、3年以内に、小児がん拠点病院とがん診療連携拠点病院等の整備指針の見直しを行う。

国は、高齢者のがん診療に関する診療ガイドラインを策定した上で、診療ガイドラインを拠点病院等に普及することを検討する。

（進捗状況及び指標測定結果）

小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるよう、全国に15か所の小児がん拠点病院及び2か所の小児がん中央機関を整備し、診療の一部集約化と小児がん拠点病院を中心としたネットワークによる診療体制の構築が進められている。整備指針の見直しについては、新型コロナウイルス感染症への対応等により進捗が遅れているが、2022年中に実施するべく、ワーキンググループが発足している。

小児がん患者、AYA世代で発症したがん患者の3年生存率は、それぞれ85%を越えており、一定の評価ができるが、今後はより長期間の指標で評価をする必要がある。

小児がん拠点病院は、「AYA世代への対応の強化」にも重点を置き、AYA世代がん患者について、がん診療連携拠点病院等への紹介も含めた適切な医療を提供できる体制を構築することとしている。一方で、がん診療連携拠点病院等では、AYA世代がん患者について治療、就学、就労、生殖機能等に関する状況や希望について確認し、必要に応じて、対応できる医療機関やがん相談支援センターに紹介することとして、小児がん拠点病院とがん診療連携拠点病院等とが互いに連携をとりながらAYA世代がん患者への対応を行えるような体制の構築が進められている。

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・家族の割合は、成人（40歳未満）、小児のそれぞれで5割を越え、一定の周知はされていると評価できるものの更なる改善が求められるものであった。2021年度から、「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」が開始され、有効性等のエビデンスの集積も進めつつ、若いがん患者等が希望を持って病気と闘い、将来子どもを持つことの希望を繋ぐ取組の全国展開が図られており、評価できるものとなっている。

高齢者のがん対策については、厚生労働科学研究において、高齢者がん診療に対するがん種共通のガイドラインの策定を行っている。

		2015 年	2014 年
2091	小児がん患者の3年生存率	86.7%	87.7%
2092	AYA世代で発症したがん患者の3年生存率	87.8%	87.2%

2093[30]	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	成人（40 歳未満）	2018 年度 52.0%	2014 年度 48.2%
		小児	2019 年　53.8%	

[30] 項目番号 2093 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

小児がん、AYA世代のがん、高齢者のがん対策は、第３期基本計画の「がんとの共生」分野のライフステージに応じたがん対策の項目にも記載されている。次期基本計画においては、「がん医療」分野と「がんとの共生」分野のそれぞれで取り組むべき事項をより明確化していくとともに、それぞれの分野における取組の棲み分けを再検討することも求められる。

小児がん及びAYA世代のがん対策については、含まれる分野が幅広く、必ずしも均一な対策が適切とは言えない可能性もあり、次期基本計画においては、それらの特徴を考慮した対策を、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」等における検討内容も踏まえ、検討する必要がある。また、晩期合併症等に対し長期のフォローアップが求められることを考慮した中間評価指標を検討していく必要がある。

2021年度より、、「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」が開始されたところではあるが、必要な方に支援が届くことが重要であり、普及啓発にも取り組む必要がある。

また、高齢者のがんについては、様々な部分で高齢化の影響を考慮する必要があり、第３期基本計画において評価指標設定のための研究を開始したところではあるが、未だ十分な評価ができていない。次期基本計画においては、当該研究結果も踏まえ、高齢者のがん対策について基本計画の中でどのように位置づけ、どのような対策及びその評価指標の設定が可能であるか、引き続き検討が必要である。

（８）病理診断

（個別目標）

国は、より安全で迅速な質の高い病理診断や細胞診断を提供するための環境を整備する。

（進捗状況及び指標測定結果）

がん診療連携拠点病院等の整備指針においては、がん診療連携拠点病院の病理診断の体制について「専従の病理診断に携わる常勤の医師を１人以上配置すること」と定め、拠点病院への病理医の配置を推進しているところ、常勤の病理専門医が１名以上配置されている拠点病院等の割合は微増していた。

「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会」において、正しく迅速な病理診断が必須とされたことを踏まえ、希少がん病理診断力の向上、国民の希少がん医療への貢献を目的に、日本病理学会と連携し、希少がん診断のための病理医育成事業が2018年度より行われている。

2101	常勤の病理専門医が1名以上 配置されている拠点病院等の割合	2019年度 83.5%	2018年度 82.2%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」での議論を踏まえ、引き続き質の高い病理診断や細胞診断を提供するための体制整備を進めていく必要がある。

（9）がん登録

（個別目標）

国は、がん登録によって得られた情報を利活用することによって、正確な情報に基づくがん対策の立案、各地域の実情に応じた施策の実施、がんのリスクやがん予防等についての研究の推進及び患者やその家族等に対する適切な情報提供を進める。

（進捗状況及び指標測定結果）

平成 28 年のがん登録法の施行後から届出件数は増加している。全国がん登録の精度管理については、MI 比は横ばいであるものの、%DCO は低下しており、登録情報の内容がより充実してきていると考えられる。また、安全管理に留意しつつも、がん登録情報の効果的な利活用についても検討しており、例えば、がん登録情報を活用して、市区町村におけるがん検診の感度・特異度の算出や、予後調査ができるような体制を構築することについて検討が進められている。

2111	全国がん登録の精度指標としての MI 比[31]・%DCO[32]		2017 年	2016 年
		全国（男女）MI 比	0.38	0.37
		%DCO	2.06%	3.23%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

精度管理については一定の成果が見られ、引き続き、がん登録情報を用いた研究や患者への情報提供等、さらに利活用が推進されるよう取組を進めて行く必要がある。

[31] 一定期間におけるがん死亡数の、がん罹患数に対する比。Mortality/Incidence Ratio の略。

[32] がん登録において、死亡情報のみで登録された患者のこと。Death Certificate Only （DCO）の略。

（10）医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

（個別目標）

国は、拠点病院等や小児がん拠点病院の医師が、患者や家族に対して臨床研究、先進医療、医師主導治験、患者申出療養制度等についての適切な説明を行い、必要とする患者を専門的な施設につなぐ仕組みを構築する。また、がん患者に対し、治験や臨床試験に関する情報を提供する体制を整備する。

（進捗状況及び指標測定結果）

臨床試験・治験に関する窓口がある拠点病院等の割合は8割近くにのぼり、抗がん剤に関する治験については、2020 年度で 320 件と多くの治験が実施されている点は評価できる。拠点病院等において、臨床試験を行う場合は、患者に対して適切な情報提供を行うこと及び必要に応じて適切な医療機関に患者を紹介することを求めており、がん患者に対し、治験や臨床試験に関する情報を提供する体制の充実に向け、取組が進められた。また情報提供において、厚生労働科学研究では公益社団法人や企業等との協力によるパイロット事業の検討を行っている。

「がん研究 10 か年戦略」に基づき、革新的な治療法等を創出するための研究開発を推進しており、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（以下、「AMED」）を通じて、アンメットメディカルニーズに応える新規薬剤開発についても研究が進められているが、全体の評価については、民間の研究開発の状況等も踏まえて実施する必要がある。

また、がんゲノム医療に関連し、がんゲノム情報管理センターに集約しているゲノム情報及び臨床情報等を利活用するとともに、「全ゲノム解析等実行計画（第1版）」によって収集される全ゲノム情報等の利活用についても併せて推進し、革新的な新規薬剤を開発するための環境整備に向けた取組が行われている。

2121	臨床試験・治験に関する窓口がある拠点病院の割合	2019 年度 78.0%	2018 年度 76.4%
2122	抗がん剤に関する治験の数	2020 年度 320 件 企業治験 287 件 医師主導治験 33 件	2019 年度 282 件 企業治験 237 件 医師主導治験 45 件

2123	アンメットメディカルニーズに応える新規薬剤開発		2020 年度	2019 年度
		①医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議において要望され抗がん WG における検討品目とされた数	6件	4件

		②抗がん WG にて検討され、医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議において開発要請した数	3件	3件
		③抗がん WG にて検討され、医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議において開発要請した品目のうち、承認された数	2件	1件

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がん研究については、「がん研究 10 か年戦略」に基づき、順調に進められている。「がん研究 10 か年戦略」中間評価の結果も踏まえつつ、患者のニーズに応じたがん研究が推進されるよう、次期戦略や次期基本計画の策定において、引き続き検討が必要である。また、がん患者に対し、治験や臨床試験に関する情報を提供する体制の整備についても、引き続き推進が必要である。

3．尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

（1）がんと診断された時からの緩和ケアの推進

（個別目標）

がんによる身体的な痛みは、患者の日常生活に重大な支障を来し、QOLを大きく損ねる。このため、がん診療に携わる医療機関において、医療従事者は、徹底した疼痛ケアを行い、患者の日常生活動作に支障が出ないようにする。

国及びがん診療に携わる医療機関は、関係学会等と協力して、医師はもちろんのこと、がん診療に携わる全ての医療従事者が、精神心理的・社会的苦痛にも対応できるよう、基本的な緩和ケアを実施できる体制を構築する。

都道府県がん診療連携拠点病院においては、「緩和ケアセンター」の機能をより一層充実させる。地域がん診療連携拠点病院における「緩和ケアセンター」のあり方について、設置の要否も含め、3年以内に検討する。

拠点病院等以外の病院や緩和ケア病棟における緩和ケアの実態及び患者のニーズを調査し、その結果を踏まえ、緩和ケアの提供体制について検討を進める。

①緩和ケアの提供について

（進捗状況及び指標測定結果）

緩和ケアの提供に係る患者のニーズを把握するために、患者体験調査や遺族調査を実施したことは評価できる。これら調査により、心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合、身体的・精神心理的な苦痛を抱えている患者の割合、苦痛により日常生活に支障を来している患者の割合は、それぞれ約3～4割と一定の割合を占めており、更なる緩和ケアの充実が求められてい

る。

亡くなる前1か月間の療養生活について、痛みが少なくなかった割合、からだの苦痛が少なくなかった割合、おだやかな気持ちで過ごせなかった割合は、それぞれ約4～5割と、こちらも更なる改善が求められた。

都道府県がん診療連携拠点病院における「緩和ケアセンター」の機能を充実させるため、2018 年7月の整備指針改定において、ジェネラルマネージャーに関する要件の強化等を行った。 また、地域がん診療連携拠点病院における「緩和ケアセンター」のあり方については「がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」において設置の要否について検討されたが、その人員の要件等については十分な検討を行う必要があることから、慎重な議論が必要であるとされた。

2021 年から「がんとの共生のあり方に関する検討会」のもとに「がんの緩和ケアに係る部会」を発足し、緩和ケアに関する課題に対して、改めて課題を整理し、必要な取組について議論を開始している。

3011[33]	心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合	2018 年度　32.8%	
3012	身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	2018 年度 44.6%	2014 年度 42.6%
3013	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	2018 年度 38.0%	2014 年度 38.5%
3014	身体的・精神心理的な苦痛により日常生活に支障を来しているがん患者の割合	2018 年度　30.8%	
3015	療養生活の最終段階において、 身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	2018 年度 40.4%（痛み） 47.2%（からだの苦痛）	
3016	療養生活の最終段階において、精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	2018 年度　42.3%	

②緩和ケア研修会について

（進捗状況及び指標測定結果）

緩和ケア研修の修了者数は累計でおよそ 14 万人に達し、着実に増加している。引

[33] 項目番号 3011-3014 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

き続き研修を充実するために、2018 年度より e-ラーニングを導入し、また、患者の家族、遺族等に対するグリーフケアの提供についての研修プログラムを追加する等の見直しを行った。さらに、対象疾患をがん以外の疾患、受講者を医師以外の医療従事者、開催病院を拠点病院等以外に拡大した。

3017	緩和ケア研修修了者数（医師・医師以外） （2038 の再掲）	2020 年度 145,727 人	2019 年度 139,467 人

③普及啓発について

（進捗状況及び指標測定結果）

「がんと診断されたときからの緩和ケア」を推進するために、日本緩和医療学会に事業委託し、国民に対する緩和ケアの普及啓発活動を行っている。この中で「オレンジバルーンプロジェクト」として、市民公開講座や動画配信等を通じて、緩和ケアに関する基本的な知識や、医療用麻薬に関する正しい知識の普及啓発等を進めている。「緩和ケアを開始すべき時期」について、「がんと診断されたときから」と回答した者の割合や、医療用麻薬について、「正しく使用すれば安全だと思う」と回答した者の割合はおよそ半数に留まり、今後、さらに国民に正しい知識を持って頂けるよう普及啓発に取り組む必要がある。

		2019 年度	2016 年度
3018	国民の緩和ケアに関する認識[34]	52.2%	56.1%
3019	国民の医療用麻薬に関する認識[35]	48.3%	52.7%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

緩和ケアの提供について、地域の実情や今後のがん診療提供体制のあり方を踏まえ、提供体制やそれらを担う人材のあり方を検討する必要がある。その上で、緩和ケアの質の向上に向けて、専門的な緩和ケアを提供する人材の育成についても検討する必要がある。身体的・精神心理的・社会的苦痛等の緩和、苦痛を感じている患者への相談支援の体制や、緩和ケアに係る国民への普及啓発について、更なる取組の充実が求められており、「がんとの共生のあり方に関する検討会」や「がんの緩和ケアに係る部会」等での議論を踏まえ、今後の取組について、引き続き検討が必要である。

34 「緩和ケアを開始すべき時期」について、「がんと診断されたときから」と回答した者の割合。

35 「医療用麻薬に対する認識」について、「正しく使用すれば安全だと思う」と回答した者の割合。

（2）相談支援及び情報提供

（個別目標）

国は、多様化・複雑化する相談支援のニーズに対応できるよう、関係学会との連携や相談支援従事者の研修のあり方等について、3年以内に検討し、より効率的・効果的な相談支援体制を構築する。

国は、ピア・サポートの実態調査、効果検証を行った上で、3年以内に研修内容を見直し、ピア・サポートの普及に取り組む。

国は、国民が必要な時に、自分に合った正しい医療情報を入手し、適切に治療や生活等に関する選択ができるよう、科学的根拠に基づく情報を迅速に提供するための体制を整備する。

①相談支援について

（進捗状況及び指標測定結果）

がん患者が、必要に応じて確実に支援を受けられるよう、がん診療連携拠点病院等の整備指針において、初診時等にがん相談支援センターについて説明することや、広報を行うことを定め、取組を促している。

そのような中で、患者の3人中2人ががん相談支援センターについて知っているものの、利用したことがある人は、成人で 14.4%、小児で 34.9%に留まっている。実際に利用した者のうち、「役立った」と回答した人は、8割を越えていることを踏まえると、利用していない者に、本当にニーズがなかったのかを十分に見極める必要がある。その観点から、少なくとも成人については、利用者の更なる増加が求められる。

ピアサポーターについて知っているがん患者の割合、利用したことがある人の割合は低く、課題である。また、ピアサポート[36]活動の質の充実も必要である。「がん総合相談に携わる者に対する研修事業」において、患者団体及び関係学会と連携し、研修プログラム・テキストの改訂、都道府県に対する研修の企画やフォローアップに関する支援、がん患者・拠点病院等・都道府県向けの研修等を行っている。

治療開始前に病気や療養生活に関して相談することができたと感じる患者の割合、家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じている患者・家族の割合は、成人では増加しており、一定の評価はできるが、更なる充実が必要である。

3021	がん診断～治療開始前に病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合[37]（3002 の再掲）	2018 年度 76.3%	2014 年度 67.4%

[36] がん患者・経験者やその家族が、同じような経験を持つ者と体験を共有し、問題解決のために共に考える取組のこと。

[37] 項目番号 3021-3024 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上。項目番号 3022・3023 の小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下。回答者はその家族等。

3022	家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合（3003 の再掲）	2018 年度成人：48.7% （補正値[38]：57.6%） 2019 年度小児：39.7%	2014 年度 成人：37.1%
3023	がん相談支援センター/相談支援センターについて知っているがん患者・家族の割合	2018 年度成人：66.4% 2019 年度小児：66.4%	2014 年度 成人：56.0%
3024	ピアサポーターについて知っているがん患者の割合	2018 年度　27.3%	

②情報提供について

（進捗状況及び指標測定結果）

がんに関する情報は、膨大で、科学的根拠に基づいているとは言えない情報が含まれていることがあり、国民にとって分かりやすく正しい情報を届けることが重要である。そのため、がん情報サービスにおいて、標準治療や治験、療養等に関する情報提供を行うとともに、がん診療連携拠点病院等の整備指針において、自施設で標準的治療を提供できるがん種についてホームページ等で広報することや、がんゲノム医療やAYA世代にあるがん患者への治療・支援などについて、患者への情報提供を求めている。また、がん教育についても、がん診療連携拠点病院等に対して、学校などに医療従事者を外部講師として派遣し、がんに関する正しい知識の普及啓発に努めるよう求めるなど、関係各所と連携して普及啓発に取り組んでいる。

がん情報サービスにアクセスし、探していた情報にたどり着くことができた人の割合は、概ね7割でほぼ横ばいとなっており、一定の評価はできるが、さらに高みを目指すべきである。

コミュニケーションに配慮が必要な人に対しての、情報へのアクセスを確保するため、国立がん研究センターがん対策研究所は関係団体と協力し、点字資料や音声資料等を作成しており、順次更新作業を行っている。また、視覚や聴覚等の障がいをもつ人に対して、情報資料を継続的に提供できるよう、研究を推進している。

		2019 年度	2018 年度
3025	がん情報サービスにアクセスし、探していた情報にたどり着くことができた者の割合	71.6%	71.1%
3026	がん情報サービスにおける点字資料、音声資料数、資料の更新数	更新なし	8コンテンツ（音声）を更新

[38] 前回調査と比較するために、実測値に比較補正係数をかけた値。

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

患者への相談支援や情報提供についての体制整備が進められてきているが、患者のニーズや課題等を把握した上でその更なる活用が求められている。また、ピアサポーターについては、認知度が低く、改善が必要である。ピアサポートを含む相談支援や情報提供体制の活用状況の改善について、どのような対策が効果的であるか、「がんとの共生のあり方に関する検討会」での議論も踏まえ、引き続き検討が必要である。

（3）社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

（個別目標）

国は、がん患者がその療養する場所にかかわらず、質の高いがん医療を受けられるよう、2年以内に、地域連携体制について検討し、必要に応じて拠点病院等の整備指針の見直しを行い、拠点病院等の機能を更に充実させる。

拠点病院等は、医療と介護との連携を図りつつ、地域における緩和ケアの状況を把握し、地域における緩和ケアの提供体制について検討する場を3年以内に設けるなど、地域における他の医療機関との連携を図る。都道府県は、その開催状況を把握することに努める。

①拠点病院等と地域との連携について

（進捗状況及び指標測定結果）

地域連携体制や、がん診療連携拠点病院等の地域における緩和ケアの提供体制について検討を行い、拠点病院等の整備指針に「当該医療圏において、地域の医療機関や在宅診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援のあり方について情報を共有し、役割分担や支援等について議論する場を年1回以上設けること。」を新たに定めており、1拠点病院あたりの平均開催数（年間）は、5.5 回となっており、評価できるものとなっている。

一方で、がん治療前に、担当医からセカンドオピニオンについて話を受けたがん患者の割合は、減少している。「話はなかった」と回答した人（65.1%）のうち、9.1%が自分や家族からセカンドオピニオンについて尋ねており、患者や家族のニーズに対応できていないものと考えられる。

3031	1拠点病院あたりの地域連携推進のための多施設合同会議の開催数	2019 年度 5.5 回	2018 年度 5.0 回
3032	がん治療前に、セカンドオピニオンに関する話を受けたがん患者の割合（2025 の再掲）	2018 年度 34.9%	2014 年度 40.3%

②在宅緩和ケアについて

（進捗状況及び指標測定結果）

がん患者とその家族が、望んだ場所で、適切な医療や支援を利用しながら過ごすことができるよう、取組を進めている。拠点病院等において都道府県と連携し、二次医療圏内の在宅療養支援診療所リストの作成や、在宅療養支援診療所の医師に対する緩和ケアに関する知識・技術の研修を実施するとともに、地域緩和ケアネットワーク構築事業で、関係施設間の連携・調整を行う「地域緩和ケア連携調整員」を育成している（平成 28（2016）年度～令和元（2019）年度修了：延べ 307 チーム、959 名）。

在宅で亡くなったがん患者の満足度は、緩和ケア病棟で亡くなった方の満足度（82.4%）に次いで割合が高かった。望んだ場所で過ごせたがん患者の割合は他の疾患と比較すると最も高かったが、半数程度に留まり、一定の評価はできるものの更なる改善に向けた取組が求められる。

3033	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	2018 年度　78.8%
3034	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合	2018 年度　47.7%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

「がんとの共生のあり方に関する検討会」や「がんの緩和ケアに係る部会」での議論も踏まえ、セカンドオピニオンに関する情報提供や、患者の望む場所で過ごすことができるような在宅を含めた地域における緩和ケア提供体制の検討、在宅緩和ケアの一層の周知が必要である。

（4）がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）

（個別目標）

国は、3年以内に、「治療と仕事両立プラン（仮称）」を開発するとともに、そのプランを活用した、がん相談支援センターの相談員をはじめとする就労支援の関係者間の連携についてモデルを構築し、「治療と仕事両立プラン（仮称）」を用いた生活、介護及び育児の状況など、個々の事情に応じた就労支援を行うための体制整備を進める。

国は、3年以内に、医療機関向けに企業との連携のためのマニュアルを作成し、その普及を開始する。

国は、がん患者・経験者、その家族の生活の質を向上させるため、がん患者や家族に関する研究を行うことによって、その課題を明らかにする。また、既存の施策の強化や普及啓発など、更なる施策の必要性について検討する。

①就労支援について

（ア）医療機関等における就労支援について

（進捗状況及び指標測定結果）

がん患者等が治療と仕事を両立できるよう、両立支援コーディネーター[39]の育成・配置や、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」「企業・医療機関連携マニュアル」等を作成し、普及啓発を進めている点は評価できる。

また、診断時から、個々の事情に応じた就労支援を行うための「治療と仕事両立プラン」[40]を開発し、モデル事業を経て「がん患者の就労に関する総合支援事業」を拡充し、同プランを活用した就労支援を実施している点についても評価できる。

診断時、収入のある仕事をしていた人のうち、治療開始前に就労の継続について、病院の医療スタッフから説明が「あった」と回答した人は4割程度に留まり、がん治療の開始前までに退職した人が多い点については、課題である。

がん相談支援センターにおける就労に関する相談件数は、年間 25,000 件の目標値を超えており、評価できる。

3041[41]	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	2018 年度　39.5%	
3042	がんと診断後も仕事を継続していたがん患者の割合	2018 年度　82.3%	
3043	退職したがん患者のうち、 がん治療の開始前までに退職した者の割合	2018 年度　56.8%	
3044	ハローワークと連携した就職支援を行っている 拠点病院等の数	2019 年度 216 病院	2018 年度 158 病院
3045	がん相談支援センターにおける 就労に関する相談件数[42]（※）	2019 年度 29,070 件	2018 年度 22,497 件

（イ）職場や地域における就労支援について

（進捗状況及び指標測定結果）

社内制度の導入を進めるために、「治療と仕事の両立支援助成金」の活用を促している。また、ポータルサイトによる情報発信や、シンポジウムの開催等を行うとともに、都道府県労働局を事務局とした「地域両立支援推進チーム」を設置し、企業文化

[39] 独立行政法人労働者健康安全機構において研修を実施し、2021 年3月末時点で 7,531 人を養成。（目標：2020 年度までに 2,000 人養成）

[40] 2017 年度厚生労働科学研究「働くがん患者の就労継続および職場復帰に資する研究」の研究班で作成。

[41] 項目番号 3041-3043、3046-3047 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上。

[42] 2019 年度報告の対象は 436 病院で、1病院あたり平均 66.7 件、2018 年度報告の対象は 437 病院で、1病院あたり平均 51.5 件となっている。

の抜本改革、両立支援の普及推進を図っている。2019 年には全ての都道府県産業保健総合支援センターに両立支援コーディネーターを配置し、産業医が不在の中小企業等に対し、制度導入や教育等について具体的な支援を実施している。

治療と仕事を両立するための社内制度等を利用した人の割合は 36.1%、勤務上の配慮がなされていると回答した人の割合は増加しており、一定の評価ができるものの更なる改善の余地がありうるものと考えられる。

3046	治療と仕事を両立するための社内制度等を利用した患者の割合	2018 年度　36.1%	
3047	治療と仕事を両立するための勤務上の配慮がなされているがん患者の割合	2018 年度 65.0% （比較値[43]：70.8%）	2014 年度 68.3%

②就労以外の社会的な問題について

（進捗状況及び指標測定結果）

治療による脱毛や爪の変化等について身近な医療従事者に相談し、苦痛を軽減できるよう、ガイドラインの改訂や医療従事者プログラムの実装化に向けた研究を進めている。また、2018 年 12 月には、運転免許証の申請時の写真について、医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布等で覆うこと（帽子やウィッグを使用すること）が認められるよう、道路交通法施行規則の一部改正を行った。同様に、2020 年4月、障害者手帳の交付申請時の写真について、身体障害者福祉法施行規則、療育手帳制度要綱及び精神障害者保健福祉手帳制度実施要領の一部改正を行った。

がん治療に伴う外見の変化に関する相談ができた患者の割合は、初めて調査が実施され、成人で 28.3%、小児で 51.8%であり、一定の取組がなされていることが明らかになったが、今回の調査結果のみをもって評価することは難しく、相談できなかった理由の把握等、更なる知見の集積が必要である。（再掲）

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・家族の割合は、成人（40歳未満）、小児のそれぞれで5割を越え、一定の周知はなされていると評価できるものの更なる徹底が求められるものであった。2021年度から、「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」が開始され、有効性等のエビデンスの集積も進めつつ、若いがん患者等が希望を持って病気と闘い、将来子どもを持つことの希望を繋ぐ取組の全国展開が図られており、評価できるものとなっている。（再掲）

[43] 前回調査と比較するために、実測値に比較補正係数をかけた値。

がん患者の自殺については、2016 年1～6月にがんと診断された患者 546,148 人のうち、がん診断後6ヶ月以内に 145 人が自殺で亡くなっていた（がん患者 10 万観察人年あたり 58.21 人、6ヶ月以内に死亡した全がん患者の 0.17%）。これは同じ時期の一般人口と比較すると 2.7 倍の自殺者がいることを示しており、このリスクは診断後の期間が短いほど高く（1ヶ月以内では 4.1 倍、3ヶ月以内では 3.3 倍）、大きな課題の一つと認識された。

3048[44]	外見の変化に関する相談ができたがん患者の割合（2076 の再掲）	2018 年度　成人：28.3% 2019 年度　小児：51.8%		
3049	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（2093 の再掲）	成人 （40 歳未満）	2018 年度 52.0%	2014 年度 48.2%
		小児	2019 年　53.8%	
3050	がん患者の自殺数	2016 年度　145 人[45]		

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

サバイバーシップ支援について、治療開始前における就労支援に係る情報提供については、がん患者だけでなく、その家族に対しても引き続き充実させていく取組が必要である。また、大企業だけでなく中小企業に勤務している患者に対する治療と仕事を両立するための制度等の利用など、医療機関だけでなく、企業や雇用・労働関係機関における取組についても一層の推進が必要である。

がん患者の経済的な課題の把握や利用可能な施策の更なる周知が求められる。また、アピアランスケア[46]や生殖機能への影響に関する説明、がん患者の自殺など、社会的な問題について、「がんとの共生のあり方に関する検討会」での議論も踏まえ、引き続き検討が必要である。

（5）ライフステージに応じたがん対策

（個別目標）

国は、小児・AYA世代のがんの経験者が治療後の年齢に応じて、継ぎ目なく診療

[44] 項目番号 3048・3049 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上。項目番号 3048・3049 の小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下。回答者はその家族等。

[45] 2016 年1～6月にがんと診断されたがん患者 546,148 人のうち、がん診断後6ヶ月以内に自殺で亡くなった方の人数。

[46]広義では「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」と定義 （出典：国立がん研究センター中央病院アピアランス支援センターHP より）。

や長期フォローアップを受けられる体制の整備を進める。そのため、3年以内に、「小児がん医療・支援のあり方に関する検討会」及び「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」で検討を行い、小児がん拠点病院とがん診療連携拠点病院等の整備指針の見直しを行う。

また、高齢のがん患者の意思決定の支援に関する診療ガイドラインを策定し、拠点病院等に普及させることを検討する。

（進捗状況及び指標測定結果）

小児・AYA世代のがん患者については、小児がん拠点病院とがん診療連携拠点病院等の連携が重要であるとの視点に立ち、2018 年7月に「小児がん拠点病院等の整備に関する指針」を改定し、小児がん拠点病院に求められる要件を明確化した。現時点で全国に 15 か所指定している小児がん拠点病院では、院内学級体制及び家族等が利用できる宿泊施設（長期滞在施設）またはこれに準じる施設が整備されていることを指定要件に定めており、すべての小児がん拠点病院に設置されている点は評価できる。

治療開始前に、教育支援等について医療従事者から説明があったと回答した人の割合は 68.1%、治療中に、学校や教育関係者から治療と教育を両方続けられるような支援があったと回答した人の割合は 76.6%と、一定の評価はできるものの全ての患者に対応できるよう更なる充実が求められる。

また、高等学校段階の取組が遅れていることが指摘されていることから、文部科学省では、2019 年度及び 2020 年度において「高等学校段階における入院生徒に対する教育保障体制整備事業」を実施した。また、2021 年度からは「高等学校段階の病気療養中等の生徒に対する ICT を活用した効果的な遠隔教育の調査研究事業」を実施している。厚生労働科学研究において、がん患者の高校教育の支援の好事例の収集や実態・ニーズ調査を実施し、高校教育の提供方法の開発と実用化にむけた研究を進めている。

さらに、厚生労働科学研究において、高齢のがん患者に対する多職種による意思決定支援プログラムの研究・開発を行っている。

3051	小児がん拠点病院のうち院内学級体制・宿泊施設を整備している施設の割合[47]	2019 年度 100%	2018 年度 100%

[47] 新型コロナウイルス感染拡大による現場の状況を鑑み、2019 年実績の報告は一部の医療機関を除き中止したため、小児がん拠点病院のみのデータとなっている。

3052[48]	治療開始前に、教育支援等について、医療従事者から説明を受けたがん患者・家族の割合	2019 年度　68.1%	
3053	治療中に、学校・教育関係者から、治療と教育の両立に関する支援を受けた家族の割合	2019 年度　76.6%	
3054	家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合（3003 の再掲）	2018 年度 成人：48.7% （比較値[49]：57.6%） 2019 年度 小児：39.7%	2014 年度 成人：37.1%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

小児・AYA世代については、拠点病院等以外の医療機関や自宅等における教育支援の充実や、小中学生だけでなく、高校生に対する教育支援についても治療と教育の両立の更なる推進が必要である。また、教育支援も含めた、医療機関におけるオンライン環境の整備について検討する必要がある。

高齢者に係る「がんとの共生」分野のがん対策については、第3期基本計画において、中間評価指標の設定がなかったため、十分な評価ができなかった。厚生労働科学研究の結果も踏まえ、次期基本計画においては、多様な高齢のがん患者の療養生活を支えるための対策や、評価指標の設定、医療と介護の連携の更なる強化について、引き続き、検討を行っていく必要がある。

4. これらを支える基盤の整備

（1）がん研究

（個別目標）

国は、2年以内に、「がん研究10か年戦略」のあり方について検討を行い、新たな課題や重点的に進めるべき研究を盛り込む。その際、必要に応じて、現在AMEDで行われている事業の研究領域を見直し、科学技術の進展や臨床ニーズに見合った研究を推進する。

[48] 項目番号 3052-3054 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

[49] 前回調査と比較するために、実測値に比較補正係数をかけた値。

（進捗状況及び指標測定結果）

2018 年に「がん研究 10 か年戦略」の中間評価を行い改定を行った点、「健康・医療戦略」等におけるがん領域における研究開発に関する目標を達成している点などについては評価ができる。中間評価の指標としては、主にAMEDにおける研究開発の状況を踏まえたものになっているが、全体の評価については、民間の研究開発の状況等も踏まえて実施する必要がある

		2019 年度	2018 年度
4011	日本発の治療薬の創出に向けて 導出された治験の数	1件 累積 15 件	1件 累積 14 件
4012	日本発の診断薬の創出に向けて 導出された治験の数	1件 累積2件	1件 累積1件
4013	日本発の医療機器の創出に向けて 導出された治験の数	2件 累積2件	0件 累積0件
4014	日本臨床研究実施計画・研究概要公開システム （JRCT）に登録された研究数[50]	70 課題 （14 課題）	61 課題 （19 課題）

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

「がん研究 10 か年戦略」に基づき、順調な進捗であるが、各研究分野について、患者及びがん経験者の参画をより一層推進し、患者及びがん経験者目線で、必要とされている研究領域の研究や臨床現場でニーズの高い領域の研究を推進していく必要がある。

（2）人材育成

（個別目標）

国は、2年以内に、今後のがん医療や支援に必要な人材と、幅広い育成のあり方について検討し、そのために必要な具体的なスケジュールを策定する。

（進捗状況及び指標測定結果）

緩和ケア研修修了者数、がんゲノム医療コーディネーター研修会参加人数、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は、それぞれ増加しており一定の評価はできるものの更なる充実が望まれる。

文部科学省では 2017 年より5年間、多様な新ニーズに対応する「がん専門医療人材（がんプロフェッショナル）」養成プランを行い、がん専門医療人材の養成として、特

[50] 括弧内は、当該年度における新規採択した課題数。

にゲノム医療や希少がん及び小児がんに対応できる高度がん医療人材の育成や、ライフステージに応じたがん対策を推進する人材の育成に取り組む大学への支援を実施しており、がん医療人材養成の拠点大学における優れた取組の他大学等への普及を推進している。その結果、がん緩和ケアに特化した講座を設置している医学部医学科を置く大学の数は増加しており評価できる。

4021	緩和ケア研修修了者数 （医師・医師以外） （2038 の再掲）	2020 年度 145,727 人	2019 年度 139,467 人
4022	がんゲノム医療コーディネーター研修会参加人数[51]	2020 年度 674 人 （累計 1226 人）	2019 年度 216 人[52]
4023	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	2019 年度 214 人 （累計 527 人）	2018 年度 204 人
4024	緩和ケアに特化した講座を設置している大学の数	2020 年度 24 大学	2016 年度 18 大学

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

各専門職種に関して研修事業等を進めているところであるが、地域間及び医療機関間における差がある。がんゲノム医療コーディネーター等の順調に増加している職種も含め、量的な推進だけでなく、今後のがん医療のあり方も踏まえた取組を、引き続き、文部科学省とも連携しつつ、推進していく必要がある。

（3）がん教育、がんに関する知識の普及啓発

（個別目標）

国は、全国での実施状況を把握した上で、地域の実情に応じて、外部講師の活用体制を整備し、がん教育の充実に努める。

国民が、がん予防や早期発見の重要性を認識し、自分や身近な人ががんに罹患しても、そのことを正しく理解し向き合うことができるよう、国は、がんに関する知識の普及啓発を更に進める。

[51] 厚生労働省委託事業「がんゲノム医療従事者研修事業」の修了者を算出。

[52] 2019 年度は2回開催予定であったが、新型コロナウィルス感染症の影響により 1 回とした。

（進捗状況及び指標測定結果）

新学習指導要領に基づくがん教育及び地域の実情に応じた取組を支援するとともに、各自治体等での取組の成果を横展開することにより、がん教育の促進に努めている。また、がん教育実施上の留意事項や効果的な進め方についての講義、先進事例の発表や協議等を盛り込んだ実践的な研修会等が実施されており、「2020 年度がん教育研修会・シンポジウム」では計 1,293 名の参加申込があった。さらに、外部講師によるがん教育の一層の充実を図るために、がん教育推進のための教材、外部講師を活用したがん教育ガイドライン、指導参考資料の改訂を行い、周知啓発を行うとともに、外部講師の活用体制を整備するための各都道府県の取組への支援が行われている。

学校でのがん教育について、がん教育への外部講師の活用は進みつつあるものの、がん教育をより効果的なものにするためにも一層その活用を促す必要がある。ただし、現場の負担等を考慮すると、同等の効果が得られるような教材の充実などによる対応も検討すべきであると考えられる。

職場におけるがんに関する知識の普及啓発として、「がん対策推進企業等連携事業（がん対策推進企業アクション）」を実施している。本事業に賛同する企業・団体（推進パートナー）の参加を促進してきた結果、参加企業数は、事業開始から着実に増加してきており、2020 年度で 3,553 社・団体となった。参加企業数については一定の評価はできるものの、それぞれが実際にどの程度の活動を行っているかが重要である。

4031	外部講師を活用して がん教育を実施した学校の割合[53]	2018 年度 8.1%	2017 年度 7.2%
4032[54]	がん相談支援センター/相談支援センターを知っている患者・家族の数 （3023 の再掲）	2018 年度 成人：66.4% 2019 年度 小児：66.4%	2014 年度 成人：56.0%
4033	がん対策推進企業アクションの 参加企業数	2020 年度 3,553	2018 年度 2,908

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

学校教育及び社会教育におけるがん教育やがんに関する知識の普及啓発については、更なる推進が必要とされているところ。特に、学校教育において、文部

[53] 外部講師を活用してがん教育を実施した学校／調査校の総数。

[54] 項目番号 4032・4033 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上。項目番号 4032 の小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下。回答者はその家族等。

科学省と連携し、外部講師の更なる活用を含め、地域の実情に応じたがん教育の効果的な取組について引き続き検討していく必要がある。

Ⅳ　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

がん対策を実効あるものとして、総合的に展開していくためには、国、地方公共団体、関係者等が、適切な役割分担の下、相互の連携を図りつつ、一体となって努力することが重要である。

国及び地方公共団体は、関係者等の意見の把握に努め、がん対策に反映させていくことが重要である。

国及び地方公共団体は、がん教育、がんに関する知識の普及啓発等により、がん患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境の整備への理解を図るとともに、相談支援や情報提供を行うことにより、国民とともに、地域における「がんとの共生社会」を目指して、共に取り組んでいくことが重要である。

2. 都道府県による計画の策定

都道府県においては、本基本計画を基本としながら、本基本計画と、平成30（2018）年度からの新たな医療計画等との調和を図ることが望ましい。また、がん患者に対するがん医療の提供の状況等も踏まえ、地域の特性に応じた自主的かつ主体的な施策も盛り込みつつ、なるべく早期に、「都道府県がん対策推進計画」（以下「都道府県計画」という。）の見直しを行うことが望ましい。

なお、都道府県計画の見直しの際には、都道府県の協議会等にがん患者等が参画するなど、都道府県は、関係者等の意見の聴取に努める。また、がん対策の課題を抽出し、その解決に向けた目標を設定すること、必要な施策を検討し、実施すること、施策の進捗状況を把握し、評価すること等を実施しながら、必要があるときには、都道府県計画を変更するよう努める。国は、都道府県のがん対策の状況を定期的に把握し、積極的に都道府県に対して好事例の情報提供を行うなど、都道府県との情報共有に努める。

都道府県計画の作成に当たり、国は、都道府県計画の作成手法等について、必要な助言を行う。都道府県は、がん検診のみならず、普及啓発や地域における患者支援等の市町村の取組についても都道府県計画に盛り込むことが望ましい。

3. がん患者を含めた国民の努力

がん患者を含めた国民は、法第6条のとおり、がんに関する正しい知識を持ち、がんの予防に必要な注意を払い、必要に応じ、がん検診を受けるよう努めることとされており、今後のがん医療の向上に資するよう、以下の点についても努力していくことが望まれる。

- がん医療は、がん患者、家族、医療従事者の人間関係を基盤として成り立っていることから、医療従事者のみならず、がん患者やその家族も、医療従事者と信頼関係を築くことができるよう努めること。

- がん患者が適切な医療を受けるためには、セカンドオピニオンに関する情報の提示、がんに関する十分な説明、相談支援等が重要であるが、がん患者やその家族も、医療従事者からの説明を受けながら、病態や治療内容等について、理解するよう努めること。
- がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策を実現させるため、がん患者を含めた国民も、国、地方公共団体、関係者等と協力して、都道府県におけるがん対策の議論に参画するなど、がん医療や、がん患者とその家族に対する支援を充実させることの重要性を認識し、行動するよう努めること。
- 国や地方公共団体が国民の理解を得るために行う普及啓発は重要であるが、治験を含む臨床試験を円滑に進めていくためには、がん患者の協力が不可欠であることから、がん患者を含めた国民も、がんに関する臨床試験の意義を理解するよう努めること。

4. 患者団体等との協力

国及び地方公共団体は、民間団体が行うがん患者の支援に関する活動、がん患者の団体が行う情報交換等の活動等を支援するため、情報提供その他の必要な施策を講ずるよう努める。

5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化

基本計画による取組を総合的かつ計画的に推進し、全体目標を達成するためには、がん対策を推進する体制を適切に評価していくこと、各取組の着実な実施に向けて必要な財政措置を行っていくこと等が重要である。

一方、近年の厳しい財政事情の下では、限られた予算を最大限有効に活用することによって、がん対策の成果を上げていくという視点が必要となる。

このため、より効率的に予算の活用を図る観点から、選択と集中の徹底、各施策の重複排除及び関係省庁間の連携強化を図るとともに、官民で役割と費用負担の分担を図る。

また、将来にわたって必要かつ適切ながん医療を提供するため、効率的かつ持続可能ながん対策を実現する。

6. 目標の達成状況の把握

国は、全体目標とそれを達成するために必要な分野別施策の個別目標等について、ロードマップを作成し、公表する。

国は、基本計画に定める目標及びロードマップについては、適宜、その達成状況についての調査を行い、その結果を公表する。また、がん対策の評価に資する医療やサービスの質も含め、分かりやすい指標の策定について、引き続き必要な検討を行

い、施策の進捗管理と必要な見直しを行う。

なお、国は、計画期間全体にわたり、基本計画の進捗状況を把握し、管理するため、3年を目途に、中間評価を行う。その際、個々の取り組むべき施策が個別目標の達成に向けて、どれだけの効果をもたらしているか、施策全体として効果を発揮しているかという観点から、科学的・総合的な評価を行い、その評価結果を踏まえ、課題を抽出し、必要に応じて施策に反映するものとする。また、協議会は、がん対策の進捗状況を踏まえ、施策の推進に資する上で必要な提言を行うとともに、必要に応じて、検討会等の積極的な活用を行うこととする。

また、都道府県は、都道府県計画に基づくがん対策の進捗管理に関するPDCAサイクルを回し、施策に反映するよう努める。

（進捗状況及び指標測定結果）

全ての都道府県で都道府県計画の策定が行われており、その協議の場において患者委員の参画を認めている点は評価できる。一方で、全委員に対する患者委員の割合は、13.7%と国の「がん対策推進協議会」の割合（5/20＝25%）よりも低くなっている点については、改善の余地がありうる可能性がある。

4001	都道府県がん対策推進計画の策定過程における がん患者を代表する者の参加割合[55]	2020 年度 13.7%	2019 年度 13.6%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

都道府県計画の策定過程におけるがん患者を代表する者の参加については、国のがん対策推進協議会への参加割合を参考にし、各都道府県とも連携し、偏りのない性別や世代、様々ながん種のがん患者等の意見の把握及び施策への反映を推進していく体制を確保する必要がある。

[55] 計算方法は、患者代表委員の人数／都道府県がん対策推進協議会委員総数。
（分子・分母ともに4月1日時点の各都道府県の合計）

第4章　おわりに

（議論を踏まえて追記予定）

（1）　中間評価を踏まえて、第 4 期基本計画を策定することが望ましい。

（2）　第3期基本計画では、高齢者のがん対策、難治性がん対策など、中間評価指標が設定できなかった施策があり、また、施策が行われる前の数値が評価されていない項目が多かった。そのため、第4期基本計画では、それらの中間評価指標を検討するとともに、新たに指標を設定する場合には、施策が行われる前の数値を明確にしておくことが望ましい。

（3）　第3期基本計画では、一部の中間評価指標は、指標の数値の推移が直近の１～２年間のものしか分からず、評価が困難であった。第4期基本計画においては、各中間評価指標について、十分に評価できる期間を設定することが望ましい。

（4）　第3期基本計画では、「小児がん、AYA世代のがん及び高齢者のがん対策」や「就労以外の社会的な問題について」のように、大きく異なる分野が１項目にまとめられていたため、第4期基本計画においては、各分野の関連性を考慮した構成とすることが望ましい。

（5）　第3期基本計画では、計画策定時に評価指標は決定しておらず、目標への達成状況について評価が困難な施策があったため、第4期基本計画策定時には、目標の設定と併せて、それらをモニタリングする指標についても検討することが望ましい。

「がん対策推進協議会」委員名簿（令和4年●月時点）

	氏名	所属・役職
	飯野　奈津子	ジャーナリスト
	池田　真実	小児がん経験者の会 Fellow Tomorrow メンバー
	石岡　千加史	東北大学大学院医学系研究科臨床腫瘍学分野教授 東北大学病院腫瘍内科長 公益社団法人日本臨床腫瘍学会理事長
	大賀　正一	九州大学大学院医学研究院成長発達医学分野教授 日本小児・血液がん学会理事長
	大西　啓之	特定非営利活動法人キュアサルコーマ理事長 一般社団法人日本希少がん患者会ネットワーク副理事長
	小原　眞知子	日本社会事業大学社会福祉学部教授 公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会　副会長
	木澤　義之	筑波大学附属病院病院教授 特定非営利活動法人日本緩和医療学会理事長
	茂松　直之	慶應義塾大学医学部放射線科学教室教授 公益社団法人日本放射線腫瘍学会理事長
	谷口　栄作	島根県健康福祉部医療統括監
	鶴岡　優子	つるかめ診療所所長 日本在宅医療連合学会理事
	土岐　祐一郎	大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学教授 日本癌治療学会理事長
○	中釜　斉	国立研究開発法人国立がん研究センター理事長
	根岸　茂登美	藤沢タクシー株式会社代表取締役
	長谷川　一男	特定非営利活動法人肺がん患者の会ワンステップ理事長 日本肺がん患者連絡会理事長
	羽鳥　裕	公益社団法人日本医師会常任理事
	久村　和穂	学校法人金沢医科大学医学部公衆衛生学非常勤講師 石川県がん安心生活サポートハウス　ソーシャルワーカー 一般社団法人日本サイコオンコロジー学会代議員
	松田　一夫	公益財団法人福井県健康管理協会副理事長 一般社団法人日本消化器がん検診学会監事
	三上　葉子	東京女子医科大学病院脳神経外科家族の会「にじいろ電車」代表
	森内　みね子	公益社団法人日本看護協会　常任理事
◎	山口　建	静岡県立静岡がんセンター総長

◎･･･会長　○･･･会長代理　　（50音順、敬称略）

がん対策推進協議会開催状況

（今後の開催状況に応じて追記予定）

【第69回】
日　時：平成30年6月27日（水）16:00～18:00
場　所：全国都市会館　3階　第2会議室
議題：
（1）会長の選任等について
（2）我が国のこれまでのがん対策について
（3）第3期がん対策推進基本計画の今後の進め方について
（4）その他

【第70回】
日　時：平成30年8月30日（木）13:00～15:00
場　所：全国都市会館　3階　第2会議室
議題：
（1）がん診療連携拠点病院等の整備について
（2）治療と仕事の両立支援に関する報告
・働き方改革関連法について
（3）がん予防分野に関する報告
・健康増進法の一部を改正する法律について
・がん検診の実情について
（4）中間評価について①
・がん予防分野の指標について
・中間評価に用いる調査について
（ア）患者体験調査
（イ）緩和ケアに関する医療従事者調査・施設調査
（5）その他

【第71回】
日　時：平成30年11月21日（水）13:00～15:00
場　所：厚生労働省　18階　専用第22会議室
議題：
（1）中間評価指標①
・がん予防分野の指標について
（2）中間評価指標②－1
・がん医療分野の指標について
（3）その他

【第72回】
日　時：平成31年1月31日（木）16:00～18:00
場　所：厚生労働省　12階　専用第15会議室
議題：
（1）中間評価に用いる調査について
・患者体験調査（小児版）について
（2）中間評価指標について
・②－2がん医療分野の指標について
・③がんとの共生分野の指標について
（3）その他

【第73回】
日　時：令和元年6月28日（金）14:00～16:00
場　所：TKP 赤坂駅カンファレンスセンター　ホール14B（14階）
議題：
（1）がん診療連携拠点病院等の整備について
（2）がん研究 10 か年戦略報告書（中間評価）について
（3）中間評価指標について
・④基盤整備
・中間評価指標のとりまとめ
（4）その他

【第74回】
日　時：　令和2年10月16日（金）　13：00～15：00
場　所：　TKP 新橋カンファレンスセンター　ホール14E（14階）
議題：
（1）会長の選任等について
（2）第3期がん対策推進基本計画と中間評価の実施について
（3）がん予防分野の中間評価について
（4）その他

【第75回】
日　時：　令和3年3月11日（木）　15：00～17：00
WEB開催
議題：
（1）報告事項
① 小児・ AYA世代のがん患者等に対する妊孕性温存療法に関する検討会について
② 新型コロナウイルス感染症下におけるがん検診受診状況の変化について
③ 新型コロナウイルス感染症下におけるがん診療実施状況の変化について
④ 患者体験調査・小児患者体験調査の結果について
⑤ 遺族調査の結果（がん患者の療養生活の最終段階における実態把握事業）について
（2）第 74 回がん対策推進協議会でのご意見に対する対応について
（3）「がんとの共生」「これらを支える基盤の整備」分野の中間評価について
（4）その他

【第76回】
日　時：　令和3年10月7日（木）　14：00～17：00
WEB開催
議題：
（1）第 75 回がん対策推進協議会での主なご意見に対する対応について
（2）「がんとの共生」「これらを支える基盤の整備」分野の中間評価について
（3）「医療の充実」分野の中間評価について

【第77回】
日　時：令和3年12月3日（金）13:00～16:00
WEB開催
議題:
（1）第 76 回がん対策推進協議会での主なご意見に対する対応について
（2）第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書案について

【第78回】
日　時：令和4年3月16日（水）13:00～16:00
WEB開催
議題:
（1） 報告事項
① 中間評価指標に関連する各種データについて
② がん対策推進協議会と基本計画に基づく主な検討会等について
（2） 第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書案について

第79回がん対策推進協議会	資料２
令和４年４月28日	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

第３期がん対策推進基本計画中間評価の概要（案）

厚生労働省

健康局　がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

第３期がん対策推進基本計画（平成30年３月９日閣議決定）（概要）

第1　全体目標

「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。」
①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実　②患者本位のがん医療の実現　③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

第2　分野別施策

1．がん予防

（1）がんの1次予防
（2）がんの早期発見、がん検診
　　（2次予防）

2．がん医療の充実

（1）がんゲノム医療
（2）がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法
（3）チーム医療
（4）がんのリハビリテーション
（5）支持療法
（6）希少がん、難治性がん
　　（それぞれのがんの特性に応じた対策）
（7）小児がん、AYA（※）世代のがん、高齢者のがん
　　（※）Adolescent and Young Adult：思春期と若年成人
（8）病理診断
（9）がん登録
（10）医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

3．がんとの共生

（1）がんと診断された時からの緩和ケア
（2）相談支援、情報提供
（3）社会連携に基づくがん対策・がん患者支援
（4）がん患者等の就労を含めた社会的な問題
（5）ライフステージに応じたがん対策

4．これらを支える基盤の整備

（1）がん研究
（2）人材育成
（3）がん教育、普及啓発

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．都道府県による計画の策定
3．がん患者を含めた国民の努力
4．患者団体等との協力
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

全体目標

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。

がん診療連携拠点病院等を中心に、がん医療の均てん化のため、診療提供体制の整備が進められてきており、一定の進捗が認められるが、地域間及び医療機関間で進捗状況に差がある。また、あらゆる分野で、がんに係る正しい情報の提供及びがん患者を含めた国民への普及啓発の推進が求められており、より効果的な手法等について検討が必要である。

①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

- 年齢調整罹患率は減少しているが、過去の罹患数が過大評価されている可能性があり、引き続き推移の確認が必要である。
- 75歳未満のがんの年齢調整死亡率については着実に減少してきている。ただし、がん種別の年齢調整死亡率についてはがん種ごとに異なる傾向が見られ、がん検診受診率は上昇傾向であるものの、多くの領域で目標を達成できておらず、対策を検討する必要がある。

②患者本位のがん医療の充実

- がんの５年生存率は多くのがん種で上昇傾向を認め、年齢調整死亡率は減少傾向にあり、概ね評価できる。
- がん診療提供体制の整備について、全体として底上げはなされているが、地域間及び医療機関間の進捗状況に差異が存在している場合もあり、一層の均てん化に向けて、引き続き検討が必要である。
- 中間評価指標にないがん種も含め、更なる充実が必要である。

③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

- 相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合については増加し、一定の評価はできるものの、十分なレベルには達しておらず、その背景等を把握しつつ、より一層の相談支援及び情報提供に係る取組が求められる。

「①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」分野

（１）がんの１次予防

- たばこ、飲酒、運動習慣、食習慣等の生活習慣については、目標を達成できていない項目もあり、一層の対策が必要である。
- HPVワクチンの個別の接種勧奨が順次実施されていくこと等を踏まえ、引き続き、子宮頸がん検診の受診勧奨を進めるとともに、子宮頸がんの年齢調整罹患率や年齢調整死亡率等の推移を注視し、それらを踏まえて適切な対応を行っていく必要がある。

（２）がんの早期発見、がん検診（２次予防）

- がん検診の受診率は男女とも全てのがん種で上昇傾向にあるが、男性の肺がん検診を除いて、目標値の50%を達成できていない。さらに新型コロナウイルス感染症の影響により後退していることも想定され、がん医療にどのような影響を与えたか長期的に注視し、受診率向上に取り組む必要がある。
- 職域におけるがん検診の実態を把握する仕組みについて、引き続き検討が必要である。
- 指針に基づくがん検診の実施やチェックリストの実施について、市区町村への働きかけをより一層推進していく必要がある。

「②患者本位のがん医療の充実」分野（１／２）

（１）がんゲノム医療

- がんゲノム医療の診療提供体制の整備について一定の評価はできる。また、「全ゲノム解析等実行計画（第１版）」の着実な推進も必要である。

（２）がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法の充実

- 一定の成果が見られるが、地域間及び医療機関間において取組状況に差が見られる。
- 患者への適切な情報提供や普及啓発に関して、より一層の取組が必要である。

（３）チーム医療の推進について

- がん診療連携拠点病院等では、チーム医療の体制整備が進められている。がん診療連携拠点病院等以外の医療機関における取組の充実や、医療機関同士の連携が求められる。

（４）がんのリハビリテーション

- がん診療連携拠点病院等を中心とした取組の成果が見られている。がん診療連携拠点病院等以外の医療機関や在宅医療等においても推進していくことが求められる。

（５）支持療法の推進

- 一定の実態把握がなされたものの、適正な評価のためには更なる知見の集積が必要である。医療スタッフに容易に相談できるような体制や、専門的なケアが受けられる外来も含めた体制の確保・充実が必要である。

「②患者本位のがん医療の充実」分野（２／２）

（６）希少がん、難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策）

- 希少がん対策について、取組の成果が見られる部分もあるが、患者への情報提供や医療機関の連携について、より一層の推進が必要である。
- 難治性がん対策について、がん研究を推進することで進めてきたが、評価指標がなく、次期基本計画において、どのような評価指標を用いるか検討を行う。

（７）小児がん、ＡＹＡ（※）世代のがん、高齢者のがん対策 (※)Adolescent and Young Adult：思春期と若年成人

- 小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策については、それらの特徴を考慮した対策を検討する必要がある。また、2021年より開始された「小児・ＡＹＡ世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」について、普及啓発に取り組む必要がある。
- 高齢者のがんについては、未だ十分な評価ができていない。次期基本計画において、どのように位置づけていくか、引き続き検討が必要である。

（８）病理診断

- 引き続き、質の高い病理診断や細胞診断を提供するための体制整備を進めていく必要がある。

（９）がん登録

- 精度管理については一定の成果が見られており、さらに利活用が推進されるよう取組を進めて行く必要がある。

（10）医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

- 「がん研究10か年戦略」に基づき、順調に進められている。がん患者に対し、治験や臨床試験に関する情報を提供する体制の整備についても推進が必要である。

「③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築」分野

（１）がんと診断された時からの緩和ケアの推進

- 緩和ケアの提供体制やそれらを担う人材育成のあり方を、地域の実情や今後のがん診療提供体制のあり方を踏まえ検討する必要がある。
- 相談支援の体制や、国民への普及啓発について、更なる取組の充実が求められる。

（２）相談支援及び情報提供

- 患者への相談支援や情報提供について、患者のニーズや課題等を把握した上で更なる活用が求められている。
- ピアサポーターについては認知度が低く、ピアサポートを含む相談支援や情報提供体制の活用状況の改善が求められ、どのような対策が効果的であるか、引き続き検討が必要である。

（３）社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

- セカンドオピニオンに関する情報提供や、患者の望む場所で過ごすことができるような地域における緩和ケア提供体制の検討、在宅緩和ケアの一層の周知が必要である。

（４）がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）

- 治療開始前における就労支援に係る情報提供については、がん患者だけでなく、その家族に対しても引き続き充実させていく取組が必要である。
- がん患者の経済的な課題の把握や利用可能な施策の更なる周知が求められる。
- アピアランスケア等の社会的な問題について、一定の取組の成果が見られているが、更なる知見の集積を行い、検討が必要である。

（５）ライフステージに応じたがん対策

- 小児・ＡＹＡ世代については、小児がん拠点病院を中心に連携体制や院内学級等の施設整備が進められてきた点は評価できる。
- 教育支援も含めた医療機関におけるオンライン環境の整備についての検討が必要である。
- 高齢者については、中間評価指標の設定がなかったため、十分な評価ができなかった。高齢のがん患者を支えるための対策や、医療と介護の連携の更なる強化について、引き続き、検討が必要である。

「④これらを支える基盤の整備」分野

（１）がん研究

- 「がん研究10か年戦略」に基づき、順調な進捗であるが、患者及びがん経験者の参画をより一層推進し、患者及びがん経験者目線で、必要とされている研究を推進していく必要がある。

（２）人材育成

- 各専門職種に関して研修事業等を進められ一定の評価はできるが、地域間及び医療機関間における差がある。量的な推進だけでなく、今後のがん医療のあり方も踏まえた取組を、文部科学省とも連携しつつ、推進していく必要がある。

（３）がん教育、がんに関する知識の普及啓発

- がん教育やがんに関する知識の普及啓発については、更なる推進が必要とされている。特に、学校教育において、文部科学省と連携し、地域の実情に応じた効果的な取組について引き続き検討していく必要がある。

第79回がん対策推進協議会	資料３
令和４年４月28日	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

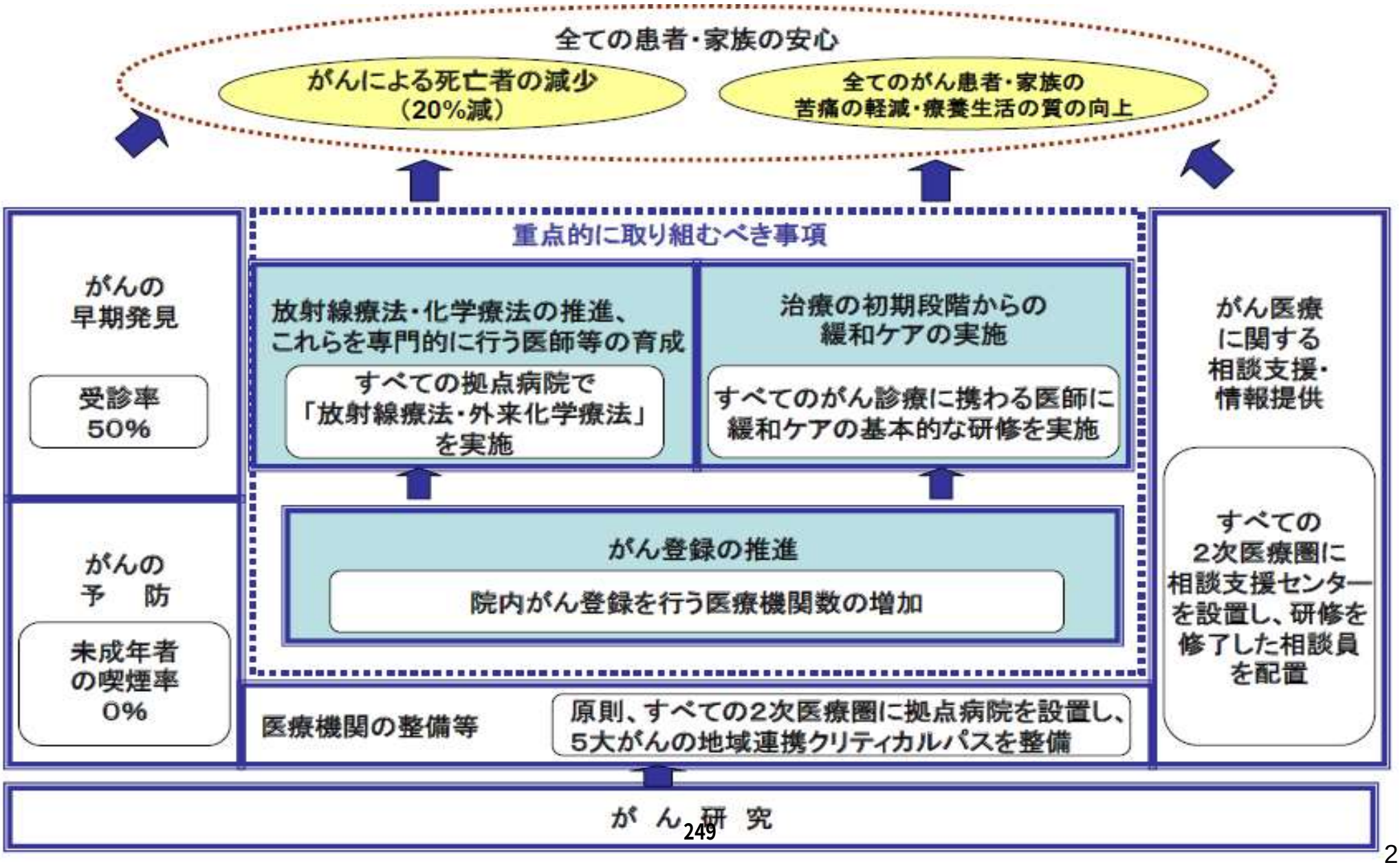
がん対策の主な施策について

厚生労働省

健康局　がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

がん対策推進基本計画（平成１９年６月閣議決定）



第２期がん対策推進基本計画

（平成24年６月）

（※）は第２期から盛り込まれた項目

重点的に取り組むべき課題

（１） 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成

（２） がんと診断された時からの緩和ケアの推進

（３） がん登録の推進

（４） 働く世代や小児へのがん対策の充実（※）

全体目標【平成19年度からの10年目標】

（１） がんによる死亡者の減少
（75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少）

（２） すべ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

（３） がんになっても安心して暮らせる社会の構築（※）

分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

1. がん医療
①放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とチーム医療の推進
②がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成
③がんと診断された時からの緩和ケアの推進
④地域の医療・介護サービス提供体制の構築
⑤医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組（※）
⑥その他（希少がん、病理診断、リハビリテーション）

2. がんに関する相談支援と情報提供
患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、患者とその家族にとってより活用しやすい相談支援体制を実現する。

3. がん登録
法的位置づけの検討も含め、効率的な予後調査体制の構築や院内がん登録を実施する医療機関数の増加を通じて、がん登録の精度を向上させる。

4. がんの予防
平成34年度までに、成人喫煙率を12%、未成年の喫煙率を0%、受動喫煙については、行政機関及び医療機関は0%、家庭は3%、飲食店は15%、職場は平成32年までに受動喫煙の無い職場を実現する。

5. がんの早期発見
がん検診の受診率を5年以内に50%（胃、肺、大腸は当面40%）を達成する。

6. がん研究
がん対策に資する研究をより一層推進する。2年以内に、関係省庁が連携して、がん研究の今後の方向性と、各分野の具体的な研究事項等を明示する新たな総合的がん研究戦略を策定する。

7. 小児がん（※）
5年以内に、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの中核的な機関の整備を開始する。

8. がんの教育・普及啓発（※）
子どもに対するがん教育のあり方を検討し、健康教育の中でがん教育を推進する。

9. がん患者の就労を含めた社会的な問題（※）
就労に関するニーズや課題を明らかにした上で、職場における理解の促進、相談支援体制の充実を通じて、がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目指す。

第３期がん対策推進基本計画（平成30年３月９日閣議決定）（概要）

第1　全体目標

「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。」
①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実　②患者本位のがん医療の実現　③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

第2　分野別施策

1．がん予防

（1）がんの1次予防
（2）がんの早期発見、がん検診
　　（2次予防）

2．がん医療の充実

（1）がんゲノム医療
（2）がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法
（3）チーム医療
（4）がんのリハビリテーション
（5）支持療法
（6）希少がん、難治性がん
　　（それぞれのがんの特性に応じた対策）
（7）小児がん、AYA（※）世代のがん、高齢者のがん
　　（※）Adolescent and Young Adult：思春期と若年成人
（8）病理診断
（9）がん登録
（10）医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

3．がんとの共生

（1）がんと診断された時からの緩和ケア
（2）相談支援、情報提供
（3）社会連携に基づくがん対策・がん患者支援
（4）がん患者等の就労を含めた社会的な問題
（5）ライフステージに応じたがん対策

4．これらを支える基盤の整備

（1）がん研究
（2）人材育成
（3）がん教育、普及啓発

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．都道府県による計画の策定
3．がん患者を含めた国民の努力
4．患者団体等との協力
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

令和4年度がん対策予算の概要

令 和 ４ 年 度 予 算 額　　354億円（令和3年度予算額 365億円）
令和3年度一次補正予算額　　45億円

基本的な考え方

平成30年3月に閣議決定した第3期がん対策推進基本計画に基づき、「がん予防」「がん医療の充実」「がんとの 共生」の3つを柱とした施策を実施することで、がん対策の一層の推進を図る。

1．がん予防　144億円（140億円）

・新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業　１４．６億円
・がん検診のアクセシビリティ向上策等の実証事業　０．７億円
・がん対策推進企業等連携事業　０．８億円
・がん検診従事者研修事業（胃内視鏡検査研修）　０．１億円
※上記のほか、たばこ対策、肝炎対策関係等の経費約１２８億円が含まれる。

2．がん医療の充実　168億円（183億円）

・がん診療連携拠点病院機能強化事業　３０．０億円
・小児がん拠点病院機能強化事業（がん診療連携拠点病院機能強化事業費）　３．２億円
・小児がん中央機関機能強化事業（がん診療連携拠点病院機能強化事業費）　０．６億円
・地域がん診療病院等機能強化事業（がん診療連携拠点病院機能強化事業費）　１．５億円
・希少がん中央機関機能強化事業（がん診療連携拠点病院機能強化事業費）　０．７億円
・がんゲノム情報管理センター事業　１０．１億円
・がんゲノム医療中核拠点病院等機能強化事業（がん診療連携拠点病院機能強化事業費）　１０．２億円
・がんのゲノム医療従事者研修事業　０．３億円
・がんの全ゲノム解析に関する人材育成推進事業　０．４億円
・がん登録推進事業（国立がん研究センター委託費）　５．４億円
・都道府県健康対策推進事業（がん登録、がん医療提供体制の促進等）　６．３億円
・希少がん診断のための病理医育成事業　０．４億円
・小児・ＡＹＡ世代のがんの長期フォローアップ体制整備事業　０．３億円
・革新的がん医療実用化研究事業等（※厚生科学課計上）　９３．８億円

（参考）【令和3年度第一次補正予算額】
・全ゲノム解析等の確実な推進　２４．３億円
・がんゲノム情報管理センター事業　１５．２億円
・がん登録オンラインシステムの更新（国立がん研究センター委託費）　４．３億円

3．がんとの共生　41億円（42億円）

・小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業　１１．３億円
・がん患者の就労に関する総合支援事業（がん診療連携拠点病院機能強化事業費）　２．４億円
・緩和ケア推進事業（がん診療連携拠点病院機能強化事業費）　２．３億円
・がん等における新たな緩和ケア研修等事業　０．６億円
・がん総合相談に携わる者に対する研修事業　０．２億円

（再掲）
・がん診療連携拠点病院機能強化事業費（全体）　５０．６億円
・都道府県健康対策推進事業費（全体）　６．５億円
・国立がん研究センター委託費（全体）　６．５億円

※がん・疾病対策課計上の主な事業を記載。
※複数の柱に重複する事業については、主な柱に一括して計上。
※計数は、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計と合致しないものがある。

1

「がん予防」分野

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業

R4年度予算額：15億円
（R3年度予算額：15億円）

がん検診受診率向上に効果の大きい個別の受診勧奨・再勧奨を実施するとともに、子宮頸がん検診・乳がん検診の初年度対象者にクーポン券を配布する。また、精密検査未受診者に対する受診再勧奨にも取り組む。

事業の概要

１．個別の受診勧奨・再勧奨

子宮頸がん、乳がん、胃がん、肺がん、大腸がん検診について、郵送や電話などによる個別の受診勧奨・　再勧奨を行う（注）とともに、かかりつけ医を通じた個別の受診勧奨・再勧奨にも取り組む。

注）個別受診勧奨・再勧奨の対象
- 子宮頸がん検診：20～69歳の女性
- 乳がん検診：40～69歳の女性
- 胃がん検診：50～69歳の男女（胃部エックス線検査は40歳以上も可）
- 肺がん検診：40～69歳の男女
- 大腸がん検診：40～69歳の男女



２．子宮頸がん検診・乳がん検診のクーポン券などの配布

子宮頸がん検診・乳がん検診の初年度の受診対象者（子宮頸がん検診：20歳、乳がん検診：40歳）に対して、クーポン券と検診手帳を配付する。

３．精密検査未受診者に対する受診再勧奨

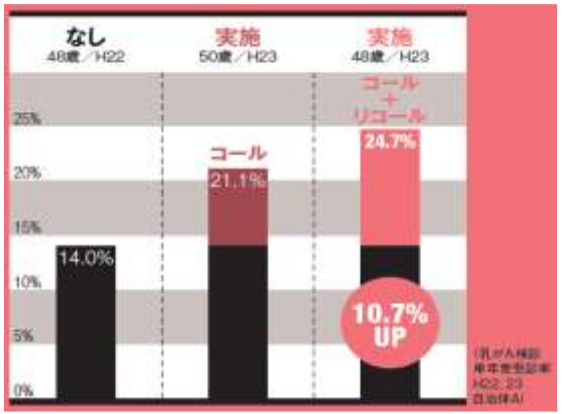
子宮頸がん、乳がん、胃がん、肺がん、大腸がん検診の精密検査未受診者に対して、郵送や電話などによる個別の受診再勧奨を行う。

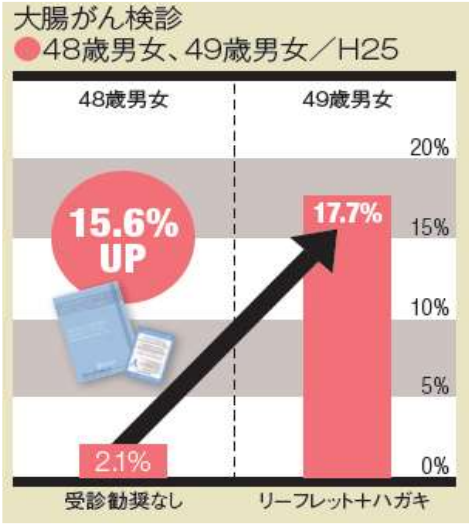
実施主体：市区町村　　補助率：1/2

⇩

がんの早期発見・がんによる死亡者の減少

（受診勧奨の効果の事例）





※がん検診受診率向上施策ハンドブック（厚生労働省）より

がん検診のアクセシビリティ向上策等の実証事業

令和4年度予算額：68百万円
（令和3年度予算額：72百万円）

● ねらい：がん検診におけるアクセシビリティ向上等による受診率向上

がん検診について、第３期がん対策推進基本計画で目標としている受診率50％は、肺がん(男)以外は達成していない。がんの死亡率減少を目指す中で、がんの早期発見・早期治療を促すため、がん検診の更なる受診率の向上に向け施策を重点化させる観点から、どのような手法で取り組むことがより受診率の向上等に効果的であるかについて検証する。効果検証に当たっては、がん検診受診率及び精密検査受診率を測定指標とする。

● 実証の手法

現在、各自治体で実施されているがん検診の実態や既存研究による受診率向上策の効果検証結果等を整理した上で、効果検証を行う。市町村で、がん検診受診状況を把握するための名簿等を整備した上で、受診率向上策（ナッジ理論を活用した受診勧奨等）を講じた群と、当該向上策を講じなかった群を設定し、前者と後者の実施率の差異を検証・分析する。（「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に定められている検診に限る）また、受診率向上施策に対する受診率上昇等の医療経済効果の算出を行う。

【具体的な実証手法】
・ナッジ理論やソーシャル・マーケティングの手法等を用いた効果的な勧奨方法の活用
・特定健診とがん検診の同時実施（乳がん・子宮頸がん検診も含む）
・市町村等の境界を越えて受診できるがん検診　　等

【対象者】
・市町村等

● 実証のスケジュール（案）

2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
＜11月～＞ ・市町村に対する実施状況調査 ・受診率向上パッケージ作成（効率の良い方法の収集） ・実証フィールドの選定 ・来年度介入準備 ・医療経済効果の検討 ・審査・評価委員会における指導助言	<4月～> ・実証フィールド（10～20程度の市町村等）に対し、介入実証を実施（ナッジ理論を用いた資材の送付及び受診体制の確保、特定健診との同時実施、受診しやすい受診体制に対する実証） ・医療経済効果の検討 ・審査・評価委員会における指導助言	＜４月～＞ ・実証フィールド（10～20程度の市町村等）に対し、介入実証を実施 ・医療経済効果の検討 ・審査・評価委員会における指導助言 ＜２月＞ ・事業報告書提出 ・審査・評価委員会における指導助言 ・第4期がん対策推進基本計画の検討	・第４期がん対策推進基本計画施行 ・「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」等の見直しを検討

「がん医療の充実」分野

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

がん診療連携拠点病院機能強化事業について

令和4年度予算額：3,591,861千円
（令和3年度予算額： 3,644,364千円）

「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（平成30年7月31日健発第0731第1号健康局長通知の別紙）に基づき厚生労働大臣が指定した都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院及び特定領域がん診療連携拠点病院において、医療従事者の養成、相談支援、地域連携等を実施し、質の高いがん医療の提供体制を確立することを目的とする。

事業名	事業内容
がん医療従事者研修事業	主にがんの化学療法や放射線治療の専門的な医師やがん医療を支えるメディカルスタッフを養成する。
がん診療連携拠点病院ネットワーク事業	がん診療連携拠点病院間の密接な連携を図るため、都道府県がん診療連携協議会の設置、テレビ会議システムの運用等を行う。
がん相談支援事業	院内外のがん患者及びその家族に対して、療養上の相談や医療機関の紹介等を実施するとともに、地域の医療機関からの相談等に対応する。
普及啓発・情報提供事業	がん患者及びその家族の不安や疑問に適切に対応するため、がんに関する各種情報の収集・提供等を行う。
病理医養成等事業	専門病理医の養成及び病理診断業務の軽減を図るための病理診断補助員の確保等を実施する。
在宅緩和ケア地域連携事業	二次医療圏の在宅療養を支援する診療所の協力リストの作成、がん緩和ケアに関する知識と技術の研修等を行う。
緩和ケア推進事業	緩和ケアセンターを整備し、緩和ケアチームや緩和ケア外来の運営、2次医療圏内の在宅医療機関等との連携、緊急緩和ケア病床の確保を行う。
がん患者の就労に関する総合支援事業	① がん相談支援センターへ就労に関する知識を有する専門家を配置し、ハローワーク等と連携するとともに、適切な情報提供と相談支援を行う。 ② がん相談支援センターに両立支援コーディネーターの研修を受講した相談支援員を専任で配置し、「治療と仕事両立プラン」を活用した就労支援を行う。

小児がん拠点病院機能強化事業について

令和4年度予算額：315,000千円
（令和3年度予算額：315,000千円）

「小児がん拠点病院等の整備に関する指針」（平成30年7月31日健発第0731第２号健康局長通知の別紙）に基づき厚生労働大臣が指定した小児がん拠点病院において、医療従事者の養成、相談支援、プレイルームの運営等を実施し、質の高い小児がん医療の提供体制を確立することを目的とする。

事業名	事業内容
小児がん医療従事者研修事業	小児がんに携わる専門的な医師やがん医療、支援、研究等を支える医療従事者を養成するための効果的かつ効率的な研修を行う。
小児がん拠点病院ネットワーク事業	ブロック毎の小児がん拠点病院による地域ブロック協議会を開催し、診療連携と人材育成の観点から、小児がん医療提供体制の更なる充実を図る。
がん相談支援事業	院内外のがん患者及びその家族に対して、療養上の相談や医療機関の紹介等を実施するとともに、地域の医療機関からの相談等に対応する。
プレイルーム運営等事業	小児がん患者の療育環境を確保し、かつ、小児がん患者・家族等が小児がん治療等にかかる意見交換ができるプレイルームを確保し、その運営を行う。また、小児がん患者の療養のために必要な家族等が利用する滞在施設の運営を行う。

がんゲノム医療中核拠点病院等機能強化事業

令和4年度予算額（令和3年度予算額）：
10．2億円（10．2億円）

1．背景

○ がん対策推進基本計画（平成30年3月閣議決定）のがんゲノム医療分野では、「ゲノム情報等を活用し、個々のがん患者に最適な医療を提供するため、「ゲノム情報を用いた医療等の実用化推進タスクフォース」や「がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会」の報告書を踏まえ、本基本計画に基づき、段階的に体制整備を進める。」ことを個別目標として掲げている。

○ また、「がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関（「がんゲノム医療中核拠点病院（仮称）」）の整備及び拠点病院等や小児がん拠点病院を活用したがんゲノム医療提供体制の構築を進める。これによって、ゲノム医療を必要とするがん患者が、全国どこにいても、がんゲノム医療を受けられる体制を段階的に構築する。」こととしている。

2．がんゲノム医療中核拠点病院（令和4年度予算額360百万円）

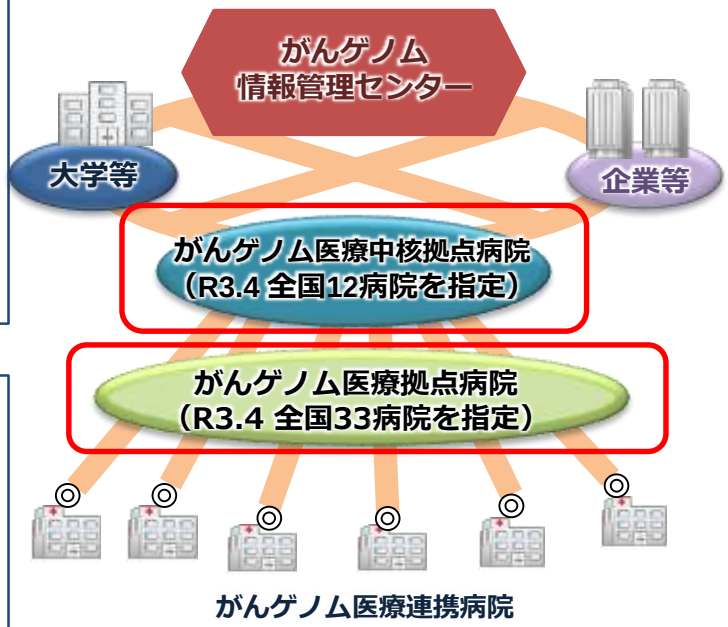
○ 平成30年2月に、ゲノム医療を必要とするがん患者が、全国どこにいても、がんゲノム医療を受けられる体制を構築するため、がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関として、「がんゲノム医療中核拠点病院」を指定。

○ がんゲノム医療中核拠点病院は、ゲノム医療を受けるがん患者に対する専門的な遺伝カウンセリング、新たな治療法等の開発等に向けた臨床研究等を適切に行うための体制整備、がん患者のゲノム関連情報（パネル検査結果、臨床情報、治験情報等）の収集・管理を行うとともに、がんゲノム医療従事者に対して必要な研修の開催、がんゲノム医療連携拠点病院等に対する診療支援や連携体制強化のための合同会議等を行う。

3．がんゲノム医療拠点病院（令和4年度予算額660百万円）

○ 平成30年３月に先進医療として承認された2種類のパネル検査は、令和元年6月から保険収載が開始されており、受検査者の増加を見据え、令和元年９月に、「自施設でパネル検査の医学的解釈（専門家会議におけるレポートの確定）が完結できる医療機関（がんゲノム医療拠点病院）」を指定。

○ ゲノム医療を受けるがん患者に対する専門的な遺伝カウンセリング、新たな治療法等の開発等に向けた臨床研究等を適切に行うための体制整備、がん患者のゲノム関連情報（パネル検査結果、臨床情報、治験情報等）の収集・管理等を行う。

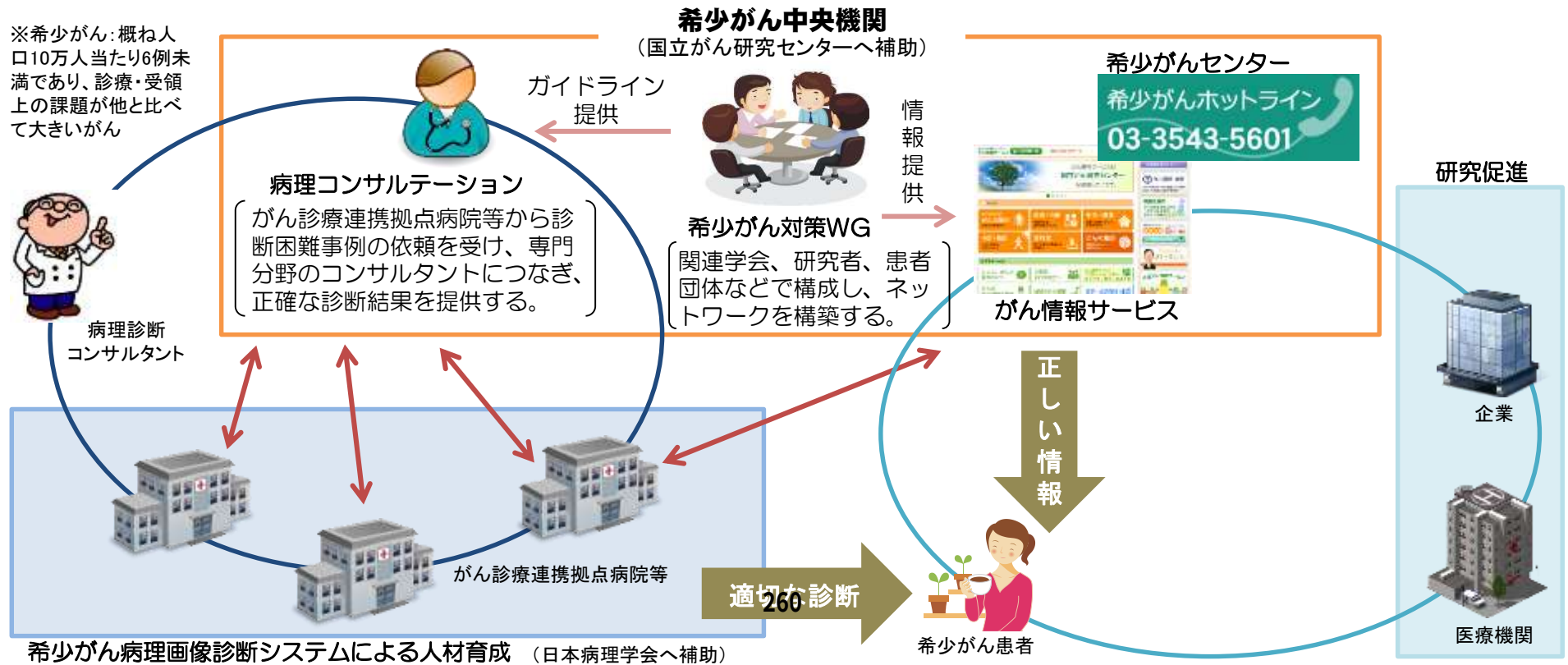


患者に届く希少がん医療・支援の体制構築

希少がん中央機関機能強化事業　　：令和4年度予算額73(76)百万円
希少がん診断のための病理医育成事業：令和4年度予算額36(27)百万円
（　）内は令和3年度予算額

課題	十分な経験を有する病理医が少ないため、病理診断が正確かつ迅速に行われない場合がある。	希少がんは症例数が少なく、標準治療の確立やガイドラインの策定が困難である。	希少がんの正しい知識を得にくく、希少がんを専門とする医師や医療機関の所在も明らかでない。	国立がん研究センターの希少がんホットラインで相談支援をしているが、十分に周知されていない。	希少がん対策の司令塔が明確になっていないため、対策が効果的に進まない。
対策	病理コンサルテーション体制を整備する。希少がん病理画像を収集し、診断支援システムを構築するとともに収集された画像で人材育成を実施する。	希少がん対策ワーキンググループにおいてネットワークを構築し、情報収集やガイドライン作成を行う。	国立がん研究センターのがん情報サービスにおいて、希少がんに関する情報をまとめ、提供する。	希少がんホットラインを「希少がん中央機関」の一部と位置づけ、拠点病院とのネットワークを整備する。	希少がん対策の司令塔機能を担う「希少がん中央機関」の整備する。

※希少がん：概ね人口10万人当たり6例未満であり、診療・受領上の課題が他と比べて大きいがん



小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業

令和4年度予算額11億円
（令和3年度予算額11億円）

概要

将来子どもを産み育てることを望む小児・AYA世代のがん患者等が希望をもってがん治療等に取り組めるように、将来子どもを出産することができる可能性を温存するための妊孕性温存療法に要する費用の一部を助成し、その経済的負担の軽減を図るとともに、患者からの臨床データ等を収集し、妊孕性温存療法の有効性・安全性のエビデンス創出や長期にわたる検体保存のガイドライン作成などの妊孕性温存療法の研究を促進することを目的とする。

実施主体	都道府県
対象者	以下の条件をすべて満たす者 ・対象となる治療の凍結保存時に43歳未満の者 ・妊孕性低下リスクのある治療を受けた者 ・生殖医療を専門とする医師及び原疾患担当医師により、妊孕性温存療法に伴う影響について評価を行い、生命予後に与える影響が許容されると認められる者 ・妊孕性温存療法を受けること及び本補助金に基づく研究への臨床情報等の提供をすることについて同意をした者
対象医療・助成額	下記の治療に要した医療保険適用外費用の一部を助成する。（2回まで、金額は上限） 1. 胚（受精卵）凍結に係る治療：35万円/回 2. 未受精卵子凍結に係る治療：20万円/回 3. 卵巣組織凍結に係る治療：40万円/回 4. 精子凍結に係る治療：2.5万円/回 5. 精巣内精子採取術による精子凍結に係る治療：35万円/回
実施する医療機関	日本産科婦人科学会又は日本泌尿器科学会が認定した医療機関（ただし、医療機関を認定するまでの期間については、日本産科婦人科学会の医学的適応による未受精卵子、胚（受精卵）及び卵巣組織の凍結・保存に関する登録施設）であって、都道府県が指定する医療機関
補助率	1／2

※上記以外に一般社団法人日本がん・生殖医療学会が実施する、臨床情報等のデータを保存登録するシステムの管理・運用や国民や患者に対して普及啓発・情報提供をするためのホームページ作成等に必要な経費に対して補助を行っている。

3

「がんとの共生」分野

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

がん患者の就労に関する総合支援事業
（がん診療連携拠点病院機能強化事業内）

令和4年度予算額：235百万円
（令和3年度予算額：247百万円）

趣　旨

○平成27年度の厚生労働省研究班による調査では、がんと診断され、退職した患者のうち、診断がなされてから最初の治療が開始されるまでに退職した者が４割を超えている。また、その退職理由としては、「職場に迷惑をかけると思った」「がんになったら気力・体力的に働けないだろうと予測したから」等といった、がん治療への漠然とした不安が上位に挙がっているため、がん患者が診断時から正しい情報提供や相談支援を受けることが重要となっている。

○平成25年度より、拠点病院等のがん相談支援センターに、就労に関する専門家（社労士等）を週１日で配置した。また、がん患者が安心して仕事の継続や復職に臨めるように、平成30年度～令和元年度に「がん患者等の仕事と治療の両立支援モデル事業」を実施し、一定の効果がみられた。

○このような状況を踏まえ、令和２年度より、就労に関する専門家の配置に追加して、主治医と会社の連携の橋渡し役となり、患者に寄り添って積極的な介入を行う両立支援コーディネーターを週４日で配置することにより、がん患者に対する切れ目のないフォローを実現するとともに、個々のがん患者ごとの治療、生活、勤務状況等を総合的にまとめた「治療と仕事両立プラン」の作成等の両立支援を実施している。

多様な相談ニーズ

就労（就業継続、復職等）

○早期のニーズ把握と介入による望まない離職の予防
○勤務時間の短縮等、治療や生活に応じた勤務形態の調整
○治療、仕事、生活への漠然とした不安の軽減
→患者の相談支援及び主治医や企業・産業医との調整の支援が必要

○事業者による不当解雇等の不利益に対する支援
○休職や社会保障に関する支援　等

※「がん患者等の仕事と治療の両立支援モデル事業」の効果の例
（平成30年度～令和元年度の２ヶ年で実施）

・医療従事者への啓発：コンサルテーションや介入依頼の増加
・お役立ちノート（両立プラン）の活用：職場との対話に「役立った」
・患者向けツール作成、セミナーの開催：就労への準備性の向上



がん診療連携拠点病院における支援体制

がん患者の就労に関する総合支援事業（平成25年度～）

（１）拠点病院等に就労の専門家（社労士等）を配置し、相談等に対応する。【平成25年度～】

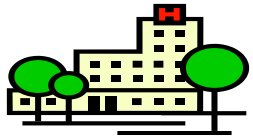
（２）拠点病院等に両立支援コーディネーターの研修を受講した相談支援員を配置し、がん患者の診断時からニーズの把握と、継続的に適切な両立支援を行う。【令和２年度～】

※（１）もしくは（２）のいずれかの事業を実施する。



緩和ケア推進事業（緩和ケアセンターの整備）

令和4年度予算額：225百万円
（令和3年度予算額：231百万円）



がん診療連携拠点病院　等

緩和ケアセンター

- 緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等を有機的に統合
- 専門的緩和ケアを提供する院内拠点組織の整備

緩和ケアチームを軸とした多職種による人員の適正配置

構成
- センター長
- ジェネラルマネージャー
- 身体症状担当医師
- 精神症状担当医師
- 緩和ケア関連認定看護師
- 緩和薬物療法認定薬剤師
- 相談支援に携わる者
- 歯科医師
- 医療心理に携わる者
- 理学療法士
- 管理栄養士
- 歯科衛生士　等

緩和ケア提供における院内機能の強化

機能
- ○緩和ケアチームや緩和ケア外来の運営
- ○緊急緩和ケア病床における症状緩和
- ○がん看護カウンセリング（がん看護外来）
- ○外来や病棟看護師等との看護カンファレンス
- ○診療従事者に対する院内研修会等の運営
- ○緩和ケアセンターの運営に関するカンファレンスの定期開催

管理・運営

外来

緩和ケア外来

・外来において（医師による全人的な緩和ケアを含めた）専門的な緩和ケアの提供

入院

緩和ケアチーム
緩和ケア病棟

・専門的緩和ケアに関するチーム医療の提供（病棟ラウンド、カンファレンス）
・外来看護業務を支援・強化（がん患者カウンセリング）
・がん診療に関するカンファレンスおよび病棟回診に参加

緊急緩和ケア病床

・症状増悪等の対応のための緊急入院体制の整備
・難治性症状への対応　　等



管理・運営

連携

地域

地域緩和ケア連携拠点機能の強化



・地域の医療機関の診療従事者と協働した緩和ケアにおける連携協力に関するカンファレンスの定期開催
・連携協力している医療機関等を対象にした患者の診療情報に係る相談等、いつでも連絡を取れる体制
・患者・家族に対する緩和ケアに関する高次の専門相談支援　　等

在宅緩和ケア

・緊急緩和ケア病床を確保し、かかりつけ医や連携協力リストを作成した在支診等からの緊急受け入れ体制の整備



がん等における新たな緩和ケア研修等事業

令和4年度予算額：64百万円
（令和3年度予算額：75百万円）

事業の概要

- がん対策基本法第17条に、「がん患者の状況に応じて緩和ケアが診断の時から適切に提供されるようにすること」、「医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保すること」等のために必要な施策を講ずることと規定され、また、「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」等では、がん患者以外の患者にも緩和ケアが必要であるとの指摘があった。
- このようなことから、がんその他の特定の疾病において、適切に緩和ケアが提供されるように、**「e-learning」と「集合研修」の双方により構成された緩和ケア研修会を開催し、がん等の緩和ケアの底上げ・充実を図るとともに、がんの緩和ケアに関する普及啓発を行う。**

緩和ケア研修

- すべての医療従事者が身につけるべき基本的な緩和ケア研修の開催
- 緩和ケア研修会における受講者の管理
- 座学部分におけるe-learningを用いた研修会の運営支援





指導者の育成

集合研修において講師及び企画・運営を務めることができる能力を有する指導者の育成



普及啓発

緩和ケアに関する正しい知識やその必要性等に関する普及啓発





（特定非営利活動法人 日本緩和医療学会への委託費）

がん総合相談に携わる者に対する研修事業

令和4年度予算額24百万円
（令和3年度予算額26百万円）

1．これまでの取組と現状

※ピアサポート：がん患者・経験者やその家族がピア（仲間）として体験を共有し、共に考えることで、患者や家族などを支援すること。

平成23～25年度に「がん総合相談に携わる者に対する研修プログラム策定事業」を実施し、ピアサポーターの育成や患者サロン運営のための研修プログラムとテキストを作成。令和元年度から、都道府県からのピアサポーターの養成研修や活用方法等に関する相談対応を実施。

（ピアサポーター研修）



（がんサロン研修）



2．ピアサポートに関する指摘

「がん対策に関する行政評価・監視結果に基づく勧告」（平成28年9月・総務省）

ピアサポート自体は、基本的にがん患者及びその家族の自主性や主体性を尊重すべきものであるが、それを重んじる余り、ピアサポート活動の普及が阻害されている側面もあるものと考えられる。

厚生労働省は、がん患者及びその家族に対する相談支援等を推進する観点から、患者団体や関係学会の意見を踏まえつつ、ピアサポート研修の開催指針の策定や研修プログラムの改訂を検討するなどにより、ピアサポートを更に普及させるための措置を講ずること。

「がん診療提供体制のあり方に関する検討会における議論の整理」（平成28年10月）

患者活動を更に推進するために、ピアサポートに関する研修を実施する等、がん患者・経験者との協働を進め、ピアサポートや患者サロン等の取組を更に充実するよう努める必要がある。

3．事業概要

患者団体及び関係学会と連携し、研修プログラムを改訂するとともに、がん患者・経験者、がん診療連携拠点病院の医療従事者、都道府県担当者に対して、ピアサポートや患者サロンに関する研修を実施する。

（参考）
がん総合相談に携わる者に対する研修事業ＨＰ：http://www.peer-spt.org/
研修会案内ＨＰ：http://www.peer-spt.org/annai/



266

（一般社団法人 日本サイコオンコロジー学会へ委託）

小児・ＡＹＡ世代の長期フォローアップ体制整備事業

令和4年度予算額：26百万円
（令和3年度予算額：27百万円）

現状と課題

- 小児・AYA（Adolescent and Young Adult）世代（思春期世代と若年成人世代）のがんについては、晩期合併症（※）に対処するために適切なタイミングでの告知やアドバイスが重要であること、小児がん患者・小児がん経験者は療養生活を通じた心の問題や就労・自立などの社会的問題を抱えていることから、多職種協働のトータルケアによる長期間のフォローアップが必要になる。
- 現在、全国15か所の小児がん拠点病院に長期フォローアップ外来が設けられているが、その体制は多様であり、対象患者、フォローの頻度、人員、支援内容等にバラツキが見られる。
- このため、「がん対策推進基本計画」（平成30年3月閣議決定）における個別目標として、国は、小児・AYA世代のがんの経験者が治療後の年齢に応じて、継ぎ目なく診療や長期フォローアップを受けられる体制の整備を進めることが掲げられている。

※晩期合併症・・・小児がんは、患者が発育途中であることなどから、成長や時間の経過に伴って、がんそのものからの影響や、薬物療法、放射線治療など治療の影響によって生じる合併症がみられる。これを「晩期合併症（晩期障害）」という。晩期合併症は、小児がん特有の現象である。

成長・発達への影響	身長の伸び、骨格・筋・軟部組織、知能・認知力、心理的・社会的成熟、性的成熟
生殖機能への影響	妊娠可能か、子孫への影響
臓器機能への影響	心機能、呼吸機能、腎機能、内分泌機能、消化管機能、視力・聴力
二次がん（抗がん剤や放射線治療により別のがんが二次的に発生すること）	良性腫瘍、悪性腫瘍

出典：小児がん情報サービス（国立がん研究センター）



○ 小児がん拠点病院等で長期フォローアップを担当する多職種協働チームを育成するための研修プログラムや教材等を作成し、研修を実施する。

（一般社団法人 日本小児血液・がん学会への委託費）

4

「これらを支える基盤の整備」分野

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

革新的がん医療実用化研究事業

令和4年度予算額（令和3年度予算額）：
88億円（90億円）

事業概要（背景・目的）

本研究事業では、文部科学省・経済産業省と連携し、基礎的・基盤的研究成果を確実に医療現場に届けるため、主に応用領域後半から臨床領域にかけて予防・早期発見、診断・治療等、がん医療の実用化をめざした研究を「健康・医療戦略」及び「がん研究10か年戦略」に基づいて強力に推進し、健康長寿社会を実現するとともに、経済成長への寄与と世界への貢献を達成することをめざす。

新PJ（モダリティ）区分	要求額（千円）
医薬品	2,276,602
医療機器・ヘルスケア	196,102
再生・細胞医療・遺伝子治療	1,374,529
ゲノム・データ基盤	3,845,685
疾患基礎研究	1,079,042
計	8,771,960

令和4年度概算要求のポイント

第3期がん対策推進基本計画およびがん研究10カ年戦略に基づき、がんゲノム医療、免疫療法、小児・AYA世代のがん、高齢者のがん、難治性がん、希少がん等に関する研究や治療法の開発、がんの治療に伴う副作用・合併症・後遺症に対する予防とケア（支持療法）といった患者のQOL向上に資する研究等を重点的に支援する。

がん患者のより良い医療の推進のため、特に、がんゲノム医療、免疫療法の確立、リキッドバイオプシー、AI等の新たな科学技術の利活用、基盤整備に向けシーズ探索の研究の支援、および、がんの克服を目指した全ゲノム解析等を活用するがんの創薬、個別化医療、難病の早期診断等に向けた研究を着実に推進し治療法や医療機器開発を推進する。

これまでの成果概要等

がんの生物学的本態解明に迫る研究開発や、患者のがんゲノム情報等の臨床データに基づいた研究開発、個別化治療に資する診断薬・治療薬の開発、免疫療法や遺伝子治療等をはじめとする新しい治療法の開発等を実現してきた。（令和3年3月時点）

①医薬品プロジェクト

【アウトプット】
- ・非臨床POCの取得件数　実績 9件
- ・臨床POCの取得件数　2件

【アウトカム】
- ・シーズの企業への導出件数　2件
- ・研究成果を活用した臨床試験・治験への移行　2件

②医療機器プロジェクト

【アウトプット】
- ・クラスⅢ・Ⅳ医療機器の開発を計画する課題採択　1件

【アウトカム】
- ・クラスⅢ・Ⅳ医療機器の薬剤承認　0件

③再生・細胞医療・遺伝子治療プロジェクト

【アウトプット】
- ・治験に移行した研究課題数　4件（うち、遺伝子治療 2件）

【アウトカム】
- ・企業へ導出される段階に至った研究課題数　3件（うち遺伝子治療　0件）
- ・研究成果を活用した臨床試験・治験への移行　4件
- ・薬事承認件数（新薬、適応拡大）　0件

④ゲノム・データ基盤プロジェクト

【アウトプット】
- ・臨床POCの取得件数　3件
- ・研究成果の科学誌への論文掲載状況（インパクトファクター5以上）22件
- ・研究成果の科学誌（インパクトファクター5未満等の他の科学誌）への論文掲載状況　63件

⑤疾患基礎研究プロジェクト

【アウトカム】
- ・シーズの他の統合プロジェクトや企業等への導出　1件

がん対策推進総合研究事業

令和4年度予算額　596,042 千円 （令和3年度予算額　596,042 千円）

事業概要（背景・目的）

がん研究については「がん対策推進基本計画」に基づく新たながん研究戦略として文部科学省、厚生労働省、経済産業省の3大臣確認のもと、平成26年3月に「がん研究10 か年戦略」が策定された。本戦略を踏まえ、がんの根治・予防・共生の観点に立ち、患者・社会と協働するがん研究を念頭において推進することとし、本研究事業では、がん対策に関するさまざまな政策的課題を解決するため、「がん研究10 か年戦略」で掲げられた「充実したサバイバーシップを実現する社会の構築をめざした研究領域」と「がん対策の効果的な推進と評価に関する研究領域」の2領域について、介入評価研究も含めた調査研究等を中心に推進する。また、平成30年に策定された第3期基本計画では、「がん予防」「がん医療の充実」「がんとの共生」を3つの柱としており、これらのがん対策における横断的な対応が必要とされる基盤として、がん研究を推進する。

令和4年度のポイント

- 現在、整備を進めているがんゲノム医療提供体制に関する政策的な課題を解決するための研究を実施する。また、がん検診の費用対効果の検証に関する研究等、より適切ながん検診を提供するための研究を推進し、小児・AYA世代がん患者に対する生殖機能温存に関わる心理支援体制の均てん化と安全な長期検体保管体制の確立を志向した研究を実施する。希少がんのがん対策については、希少がんの医療提供体制の質向上及び人材育成に資する研究を実施する。
- 新規に、第3期がん対策推進基本計画に基づき、わが国の子宮頸がん検診におけるHPV検査の実現に資する研究 、職域におけるがん検診の精度向上に資する研究、がん研究における患者・市民参画の標準教育プログラムの開発に資する研究、がん患者の苦痛に対する迅速かつ十分な緩和ケアの提供と均てん化に資する研究等を推進する。

これまでの成果概要等

・高濃度乳房についてのアンケート調査を行い、その結果をもとにQA集を作成した。
・がん治療成績や妊娠予後を明らかにして、公的助成金制度を実施するためのエビデンスを評価した。また、全国の約半数の自治体が妊孕性温存に係る費用に関する助成金制度を構築していることから、さらにがん・生殖医療を取り巻く環境の変化から現状における1年間の妊孕性温存療法の対象となる推定患者数と総額費用の試算を行った。
・患者の年齢や病状に応じた意思決定支援を促進する医療従事者に対する質問促進リストを作成した。また、根治不能進行・再発大腸がん患者を対象に行った探索的無作為化比較試験の結果、抗がん剤治療中の早い段階から、医療従事者が質問促進リストを用いて医師への質問行動を促進支援することで、医師の望ましいコミュニケーション行動（質問促進リストで予め整理し患者が望んだ情報を提供する、共感を示すなど）が増加した。
・がん患者の社会復帰や社会協働という観点を踏まえ、がんのリハビリテーション研修の学習目標を設定、研修プログラム見直し、e-learningシステムを開発し、研修マニュアルも作成した。
・アピアランスケアの質の担保と均てん化を図るため、e-learningシステムによる初の医療者向けアピアランスケア教育プログラムを作成した。

第79回がん対策推進協議会	資料４
令和４年４月28日	

国立がん研究センター
がん対策研究所
National Cancer Center
Institute for Cancer Control

国立がん研究センター
がん対策研究所が果たすべき役割

国立がん研究センター理事長
中釜　斉

国立がん研究センターにおける社会医学分野の組織の変遷

対がん10ヵ年総合戦略

がん克服新10か年戦略

第3次対がん10か年総合戦略

がん対策基本法 ----------▸ がん対策基本法改正

がん対策推進基本計画 ----------▸ がん対策推進基本計画（第3期）

がん登録推進法

1984 1994 2004 2006 2007 2013 2016 2018 2021

がん予防・検診研究センター

科学的根拠に基づく
がんの予防・検診

社会と健康研究センター

＋がん患者・サバイバーへの
支援、支持療法

がん対策情報センター

科学的根拠に基づく情報提供
モニタリング・がん登録、サバイバーシップ支援

がん対策
研究所

これまでの主な活動

- エビデンス構築（旧　社会と健康研究センター）
- ガイドライン・予防法作成　（旧　社会と健康研究センター）
- 委託事業　（旧　がん対策情報センター）
  - ✓ がん登録
  - ✓ 患者体験調査
  - ✓ がん患者の療養生活の最終段階における実態把握事業
- 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会事務局（旧　がん対策情報センター）
- 情報提供（現況報告含む）（旧　がん対策情報センター）
- 検討会やワーキンググループ（各研究者）

組織統合により目指すもの

・健康長寿を実現するための疾患横断的なアプローチ

・ゲノム情報を用いた個別化予防の推進

・健康長寿国のフロントランナーとしての国際研究力・国際貢献

・国民のがん対策・情報ニーズの高度化・多様化への対応

・患者・市民参画による、より実効性のある研究立案・政策提言

・政府のＥＢＰＭ（Evidence-Based Policy Making，証拠に基づく政策立案）への積極的な関与

ＮＣＣの社会医学系の専門家（疫学、行動科学、サバイバーシップ、医療経済評価、情報発信、国際保健等）の力を結集し、エビデンスの創出から政策実装までを一貫して実施できる組織体制が構築された

これまでの活動による
社会医学からのエビデンス

疫学研究基盤・連携による がん対策向上のためのエビデンスの創出

2021年公表

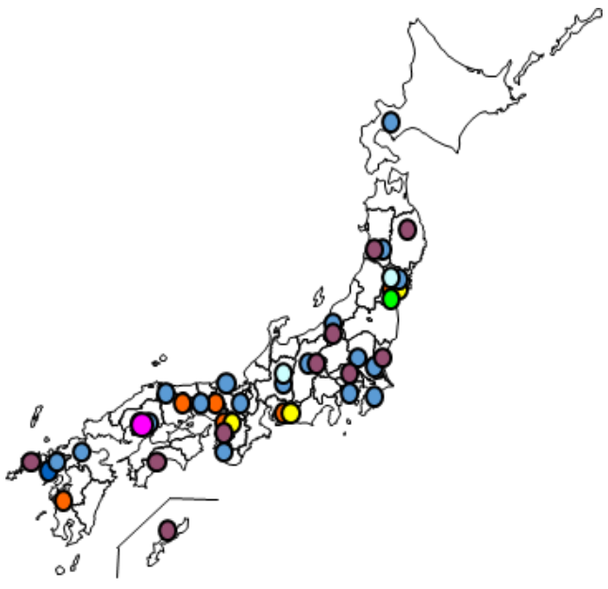
がん対策が必要な項目決定・ガイドライン作成につながる基礎資料となりうる

日本国内のコホート研究統合解析基盤　Japan Cohort Consortium　(2006-)

日本において戦後から1995年頃までに誕生したコホート研究の統合解析基盤

10コホート約52万人に基づくリスクの定量評価を担う。不足エビデンスを中心に統合解析を勢力的に行う。

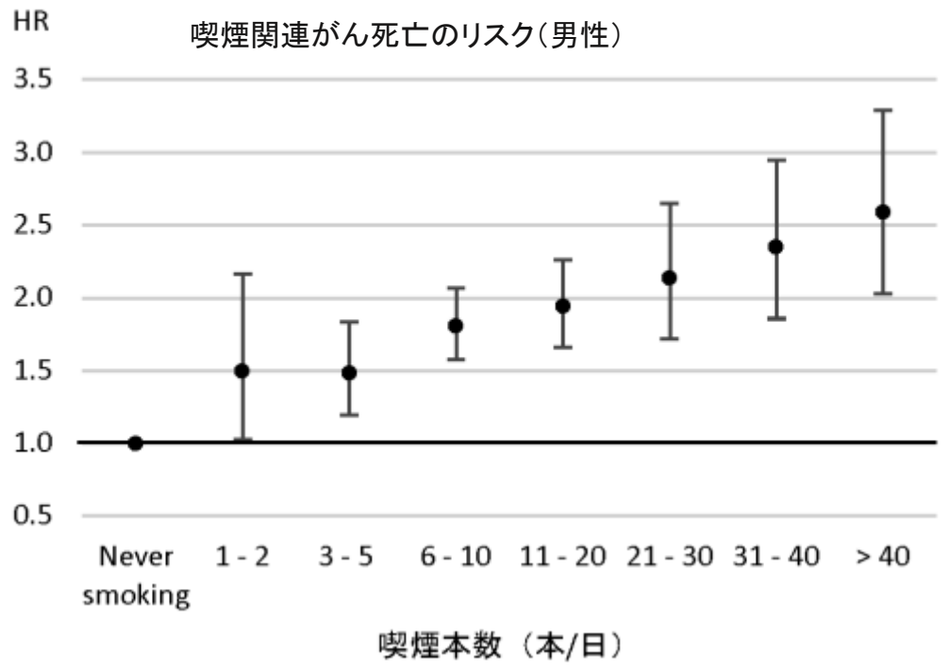
コホート	研究開始年	対象者数
JPHC-I	1990	61,595
JPHC-II	1993-1994	78,825
JACC	1988-1990	110,585
MIYAGI	1990	47,605
Ohsaki	1994	54,996
3-pref MIYAGI	1984	31,345
3-pref AICHI	1985	33,529
3-pref OHSAKA	1983-85	35,755
TAKAYAMA	1992	31, 552
Life Span Study	1978, 1991	33,792
		計519,579



日本人における低用量喫煙と喫煙関連がん死亡のリスク

１日あたり1～2本の低用量喫煙であっても非喫煙者と比べると死亡リスクは高い。

→加熱式たばこ使用により、紙巻たばこの喫煙本数が減るかもしれないが、低用量喫煙者と同様に死亡リスクが高い可能性を示唆



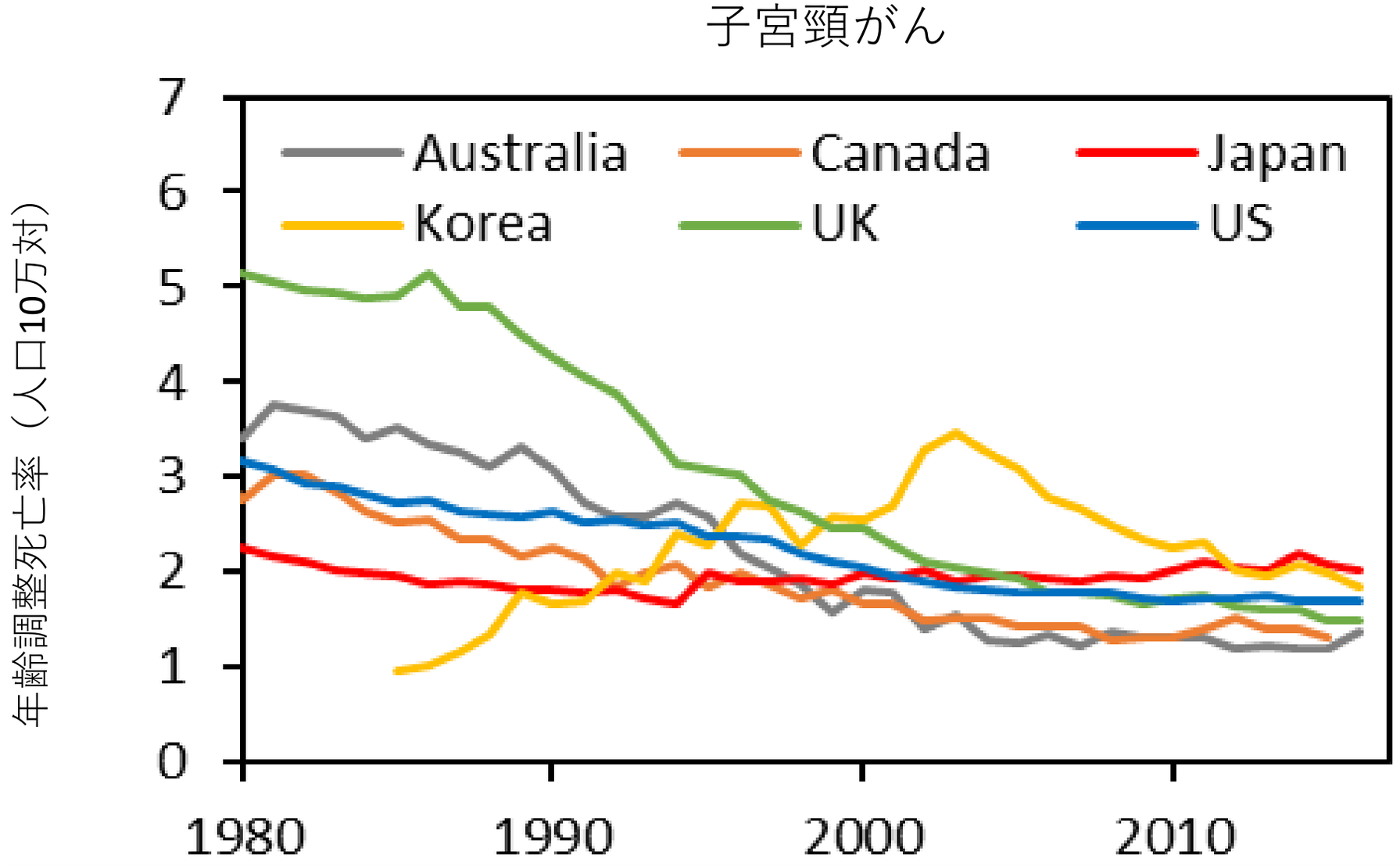
276

M Inoue-choi, et al., Int J Epidemiol 2021 in press

がん登録
子宮頸がん年齢調整死亡率　国際比較

2021年公表

国際比較をすることで日本のがん対策に遅れを生じさせないための基礎資料となる



・子宮頸がん死亡率は諸外国では減少傾向であるが、日本では増加が続いている

・その結果、日本の子宮頸がん死亡率は欧米諸国だけでなく韓国よりも高くなった

Katanoda K, Ito Y, Sobue T. Jpn J Clin Oncol. 2021;51(11):1680-1686
年齢調整における基準人口は昭和60年日本人モデル人口

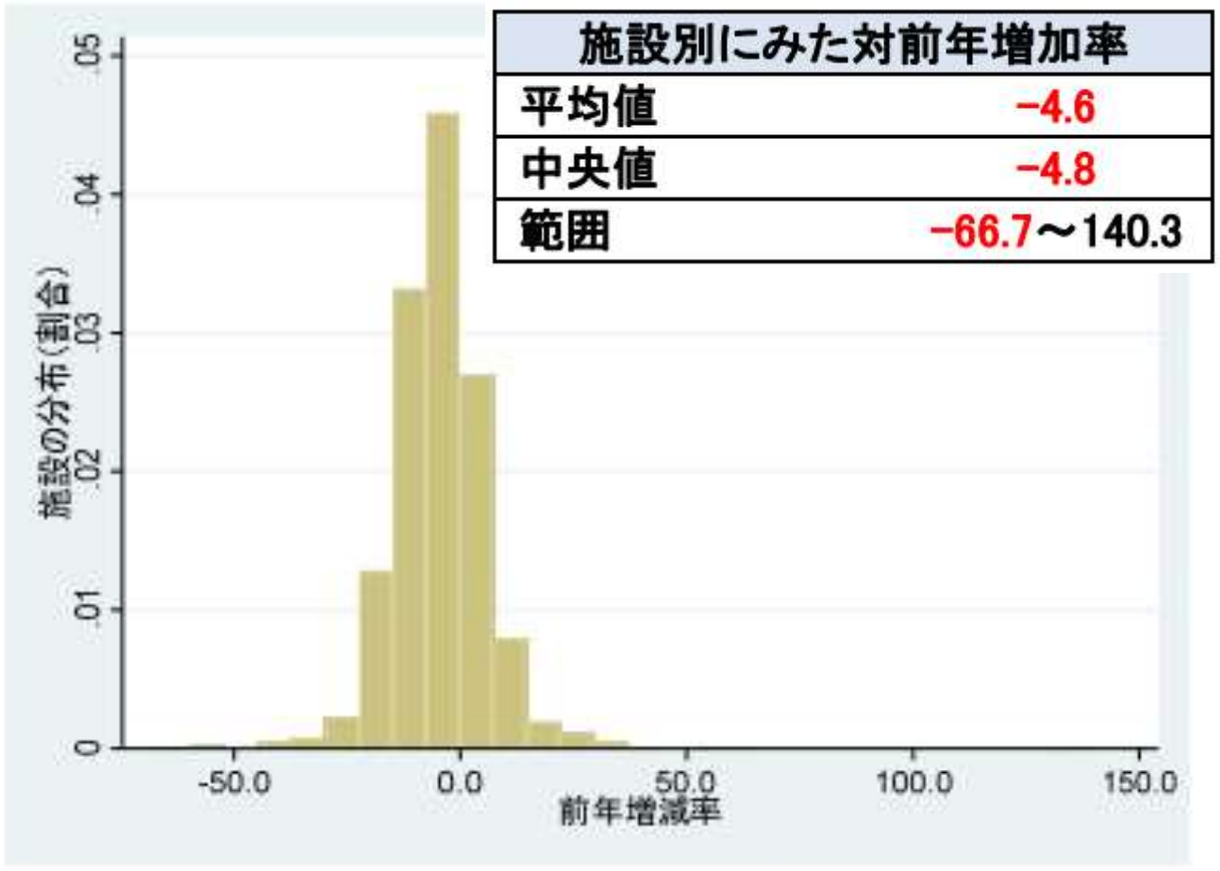
2021年公表

院内がん登録
新型コロナウイルス感染のがん診療への影響、サバイバー生存率

比較的早くがんの動向を把握することで、がん対策への基礎資料となるとともに、
サバイバー生存率の集計情報は、患者の生きる希望となる

➢ 新型コロナウイルス感染のがん診療への影響評価

→感染流行前の年より、がん発見が平均4.6%減

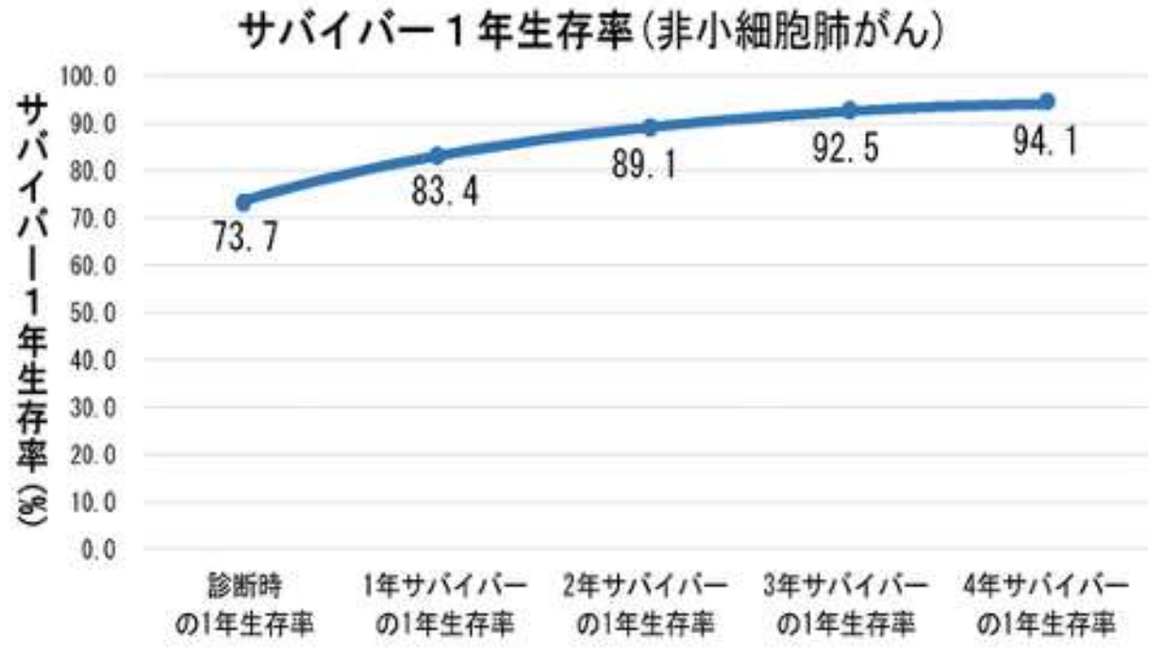


施設別にみた対前年増加率	
平均値	-4.6
中央値	-4.8
範囲	-66.7～140.3

2021年11月 26日　国立がん研究センタープレスリリース
https://www.ncc.go.jp/jp/information/pr_release/2021/1126/index.html

➢ サバイバー生存率

→非小細胞肺がんでは、長期生存するほどその先の生存率は上昇



2021年12月 24日　国立がん研究センタープレスリリース
https://www.ncc.go.jp/jp/information/pr_release/2021/1224/index.html

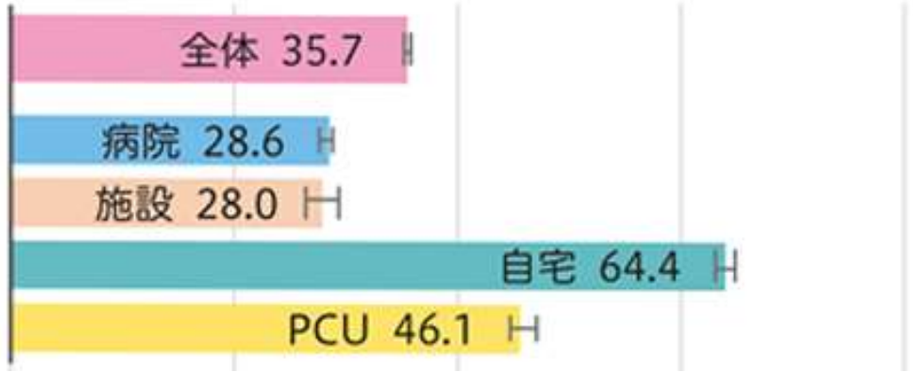
人生の最終段階で患者が受けた医療の質や療養生活の質の実態調査

2022年公表

患者・遺族の声を届け、終末期医療改善に資する資料となる

最期の療養場所

がん患者の遺族において、患者と主治医の間で最期の療養場所や医療について**話し合いがあったと回答した割合は35.7%**だった。**今後、話し合いが十分にできていないことで生じる影響を明らかにし、具体的な対策を検討する必要がある**



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

からだの苦痛

がん患者の遺族において、患者が死亡前に、**からだの苦痛が少なく過ごせたと感じていた割合は41.5%**であることから、基本的な対応だけでは十分に症状を緩和することが難しい場合が一定数存在する可能性がある。**痛みを含む苦痛症状は、がん患者の療養生活の質に影響する重要な要因であるため、改善を図る必要がある。**



死亡前1か月間、からだの苦痛が少なく過ごせた

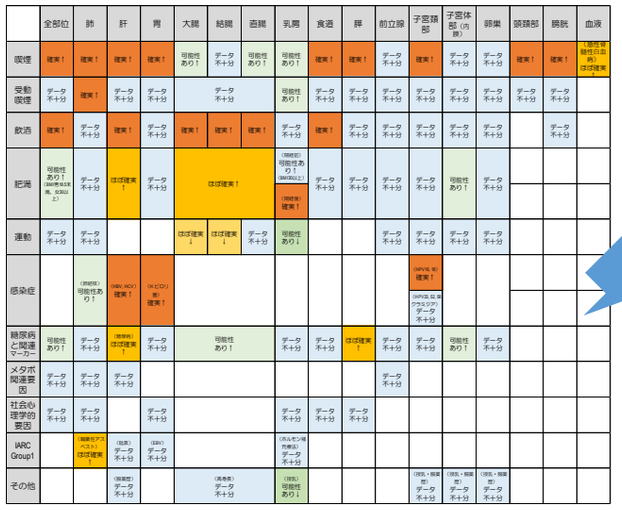
279

2022年3月25日　国立がん研究センタープレスリリース
https://www.ncc.go.jp/jp/information/pr_release/2022/0325/index.html

科学的根拠にもとづいた アジアでのがん予防の共通がん対策の提言

2021年より組織横断的プロジェクト開始

アジア各国と協力してアジア共通のがん対策を策定する取り組みを開始



アジアにおけるがん予防の科学的根拠の整理「Regional Code Against Cancer」プロジェクト

International Agency for Research on Cancer
World Health Organization

科学的根拠に基づいたがん対策の項目建てと数値目標設定

世界のがん検診の実態調査及び標準化・精度管理 Cancer Screening in Five Continents （CanScreen5）プロジェクト

International Agency for Research on Cancer
World Health Organization

がん検診の標準化と制度整備支援

アジア国立がんセンター協議会（ANCCA） アジア共通がん対策（National Cancer Control Program, NCCP）策定プロジェクト

Asian National Cancer Centres Alliance ANCCA Asians United Against Cancers

Objectives

- ANCCA加盟および非加盟19カ国のがん対策計画およびがん対策プログラムを把握
- 包括的がん対策を改善するために、各国のがん医療政策分析
- 記述疫学データから各国のがん罹患・死亡・生存率を把握し、年次推移や地域格差から優先順位の設定

Methods

- オンライン評価ツール
- 日本のがん対策推進基本計画に倣い、**シミュレーション**に基づいたアジア共通数値目標を設定

Expected Outcome

- アジア主導のアジア共通目標の提案
- ANCCAとの連携による、アジア地域におけるNCCPの改善・整合性の提案
- “Cancer Agenda in Asia 2030” 原稿／書籍／冊子／原稿としてIARCより公表

がん対策のさらなる向上のために

- 社会医学専門家が結集し、エビデンス創出から社会実装・情報を届けるところまで一貫して行う組織が設立した。
- 第4期がん対策推進基本計画には、国際的視点に立った科学的根拠に基づく立案、適切な目標設定と進捗管理等の取組が求められる。
- がん対策研究所全体として、科学的根拠に基づくがん対策立案（Evidence-Based Policy Making）への支援により、がん対策のさらなる向上に貢献していく。

参考資料

がん対策研究所設立（2021年9月1日）
プレスリリース資料（一部抜粋）

https://www.ncc.go.jp/jp/information/pr_release/2021/0901/index.html

がん対策研究所

国立がん研究センター
がん対策研究所
National Cancer Center
Institute for Cancer Control

がん対策研究所の理念・使命

【理念】

すべての人が、健康と尊厳をもって暮らせる社会を実現する

【使命】

社会と協働して、エビデンスを創り、がん対策につなげ、すべての人に届ける

創る　⇒　世界を変える新たな科学的知見を創る

つなげる　⇒　社会のニーズに応え、科学的知見を結集し、がん対策につなげる

届ける　⇒　すべての人に確かな情報を届け、がん対策の実装とその支援を行う

がん対策研究所の行動方針

○日本及び世界のがん対策に積極的に関与します

○社会のニーズを的確に捉え、迅速かつ適切な情報発信・政策提言につなげます

○各研究者の専門性を活かして連携することにより、活動成果を最大化します

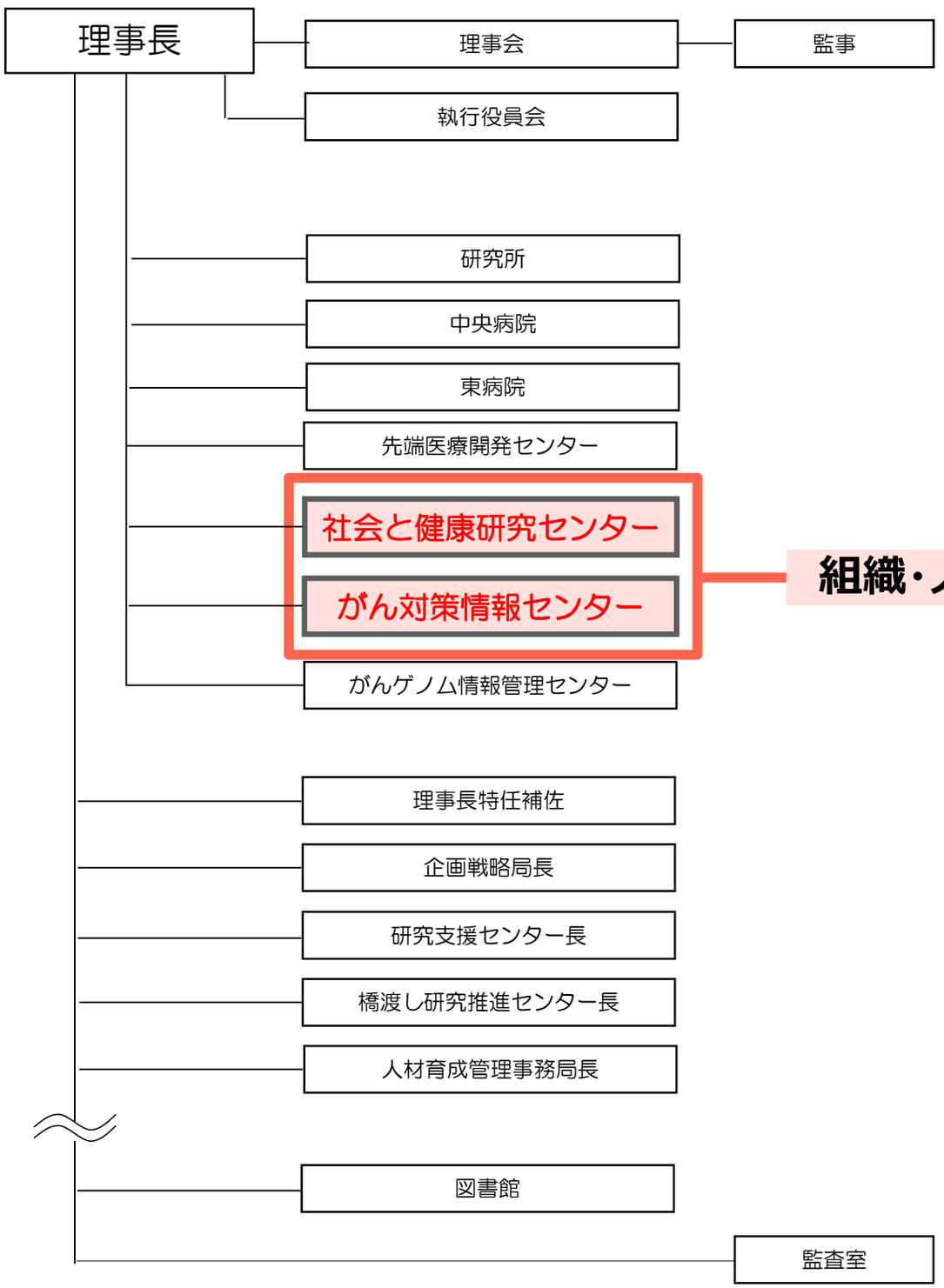
○自らの活動に対して、新陳代謝を意識し、新たな課題に機動的に取り組みます

○高い専門性と俯瞰的な視野を兼ね備えた公衆衛生人材を育成します

組織見直しのポイント

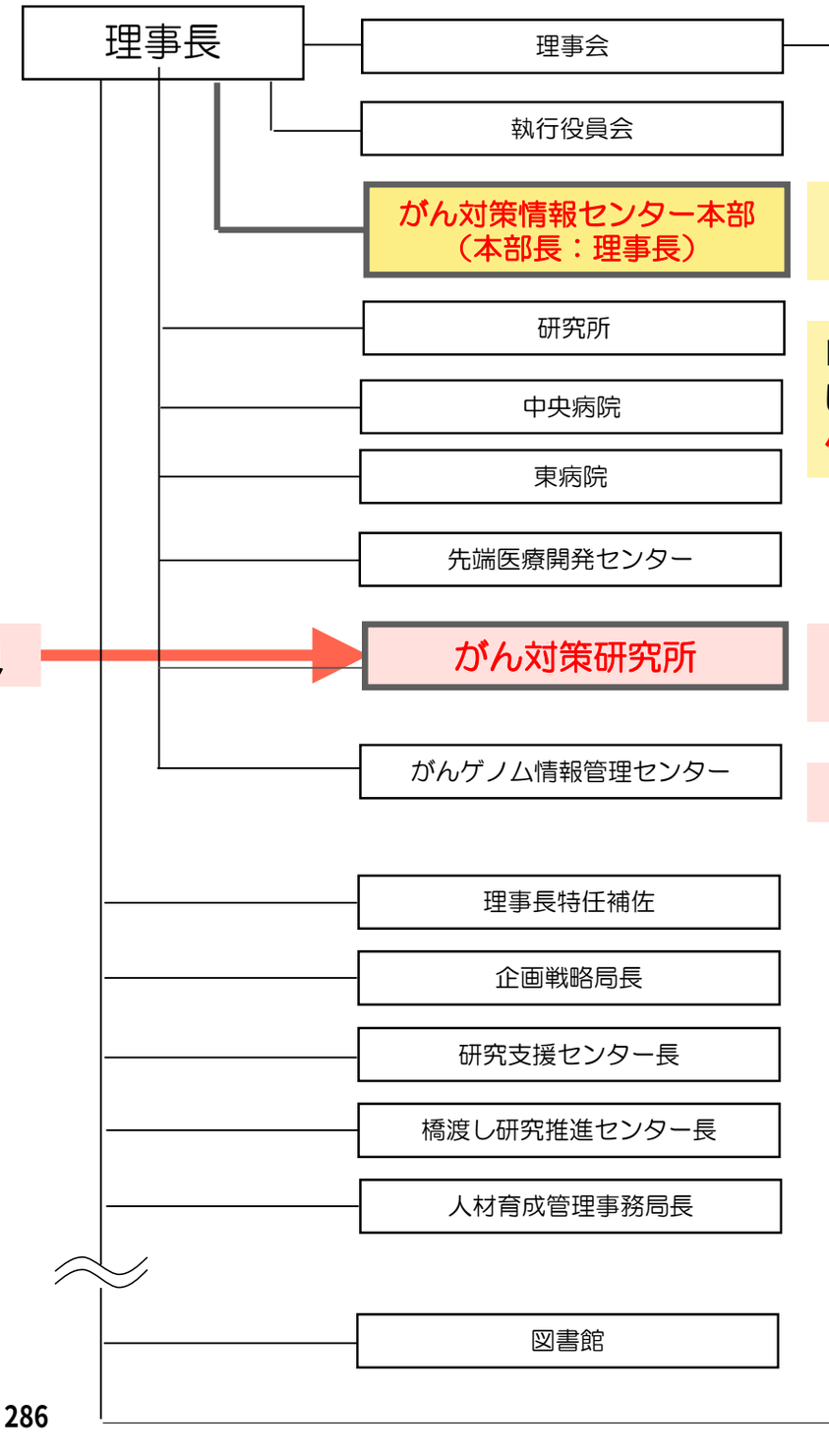
2021年９月１日時点

（旧）



組織・人員

（新）



情報発信機能を統括する本部を新設

NCCの情報発信機能を結集し、**国民の情報ニーズの高度化・多様化に対応**

両センターの組織・人員を完全統合

社会医学分野の力を結集

がん情報サービスの運営

がん対策研究所がん情報提供部

①がん情報編集委員会　企画

②エビデンスの収集・精査

⇩

③原稿案の作成・著作権確認

④がん情報編集委員会　原稿確認

⇩

⑤専門家・患者などによる査読

⇩

⑥がん情報編集委員会　最終確認

関連学会　患者会　医療関係者

情報コンテンツ案の提供 ⇦

⇨ **掲載後の報告**

がん対策情報センター本部

国民の情報ニーズの高度化・多様化に対応するため、NCCの情報発信機能を結集

①NCC各部門が発信する最新の情報コンテンツの把握。

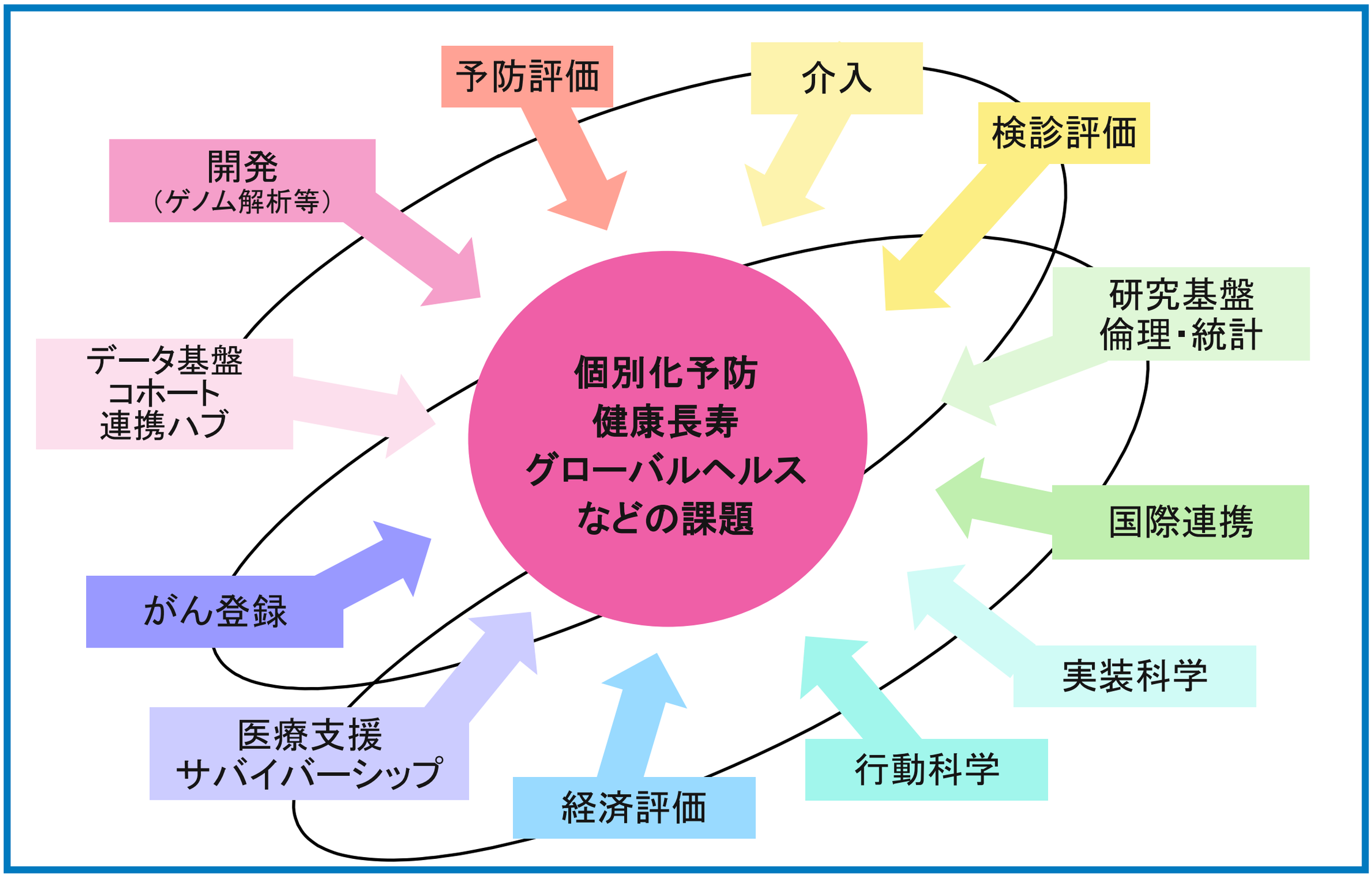
②NCCとして作成すべき新規情報コンテンツの検討。

本 部 長：　理事長
メンバー：　各部門※の情報発信の責任者

※研究所、先端医療開発センター、中央病院、東病院、がん対策研究所、がんゲノム情報管理センター、企画戦略局　など

事 務 局：　がん対策研究所 がん情報提供部

組織横断的プロジェクト（概念図）



社会医学分野の力を結集し課題解決

組織横断的プロジェクトの企画・運営・評価

政策課題
患者・市民の声
・
・
・



社会のニーズを的確に捉える

プロジェクトの追加・変更・廃止



組織横断的プロジェクトの立ち上げ



Plan
提案・企画

Do
実施

Check
評価





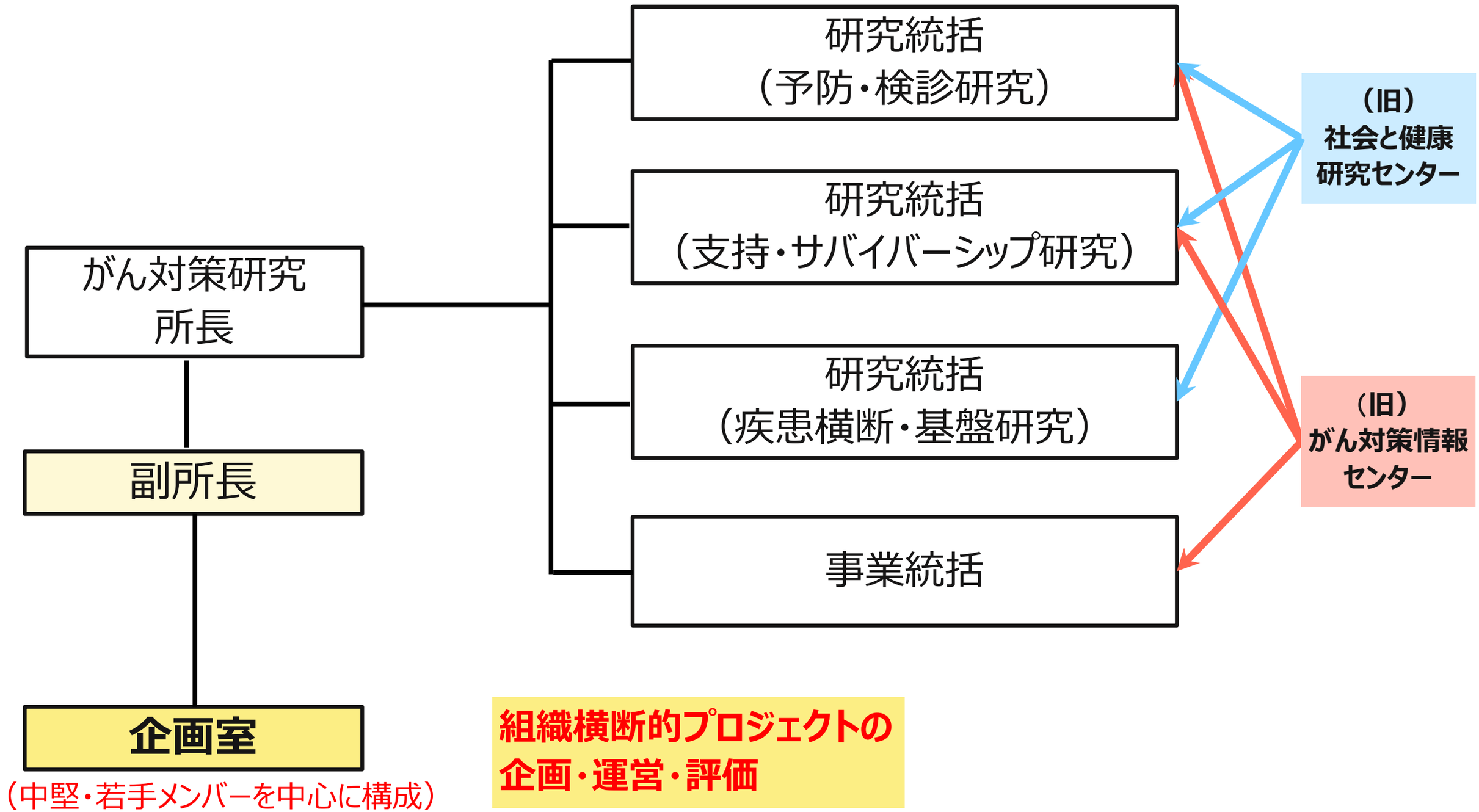
Action
改善

成果の発信、社会還元、政策への提言





組織横断的プロジェクトを担う企画室の設置



がん対策推進協議会委員名簿

第79回がん対策推進協議会	参考資料1
令和４年４月28日	

	氏名	所属・役職
	イイノ　ナツコ 飯野　奈津子	ジャーナリスト
	イケダ　マミ 池田　真実	小児がん経験者の会 Fellow Tomorrow メンバー
	イシオカ　チカシ 石岡　千加史	東北大学大学院医学系研究科臨床腫瘍学分野教授 東北大学病院腫瘍内科長 公益社団法人日本臨床腫瘍学会理事長
	オオガ　ショウイチ 大賀　正一	九州大学大学院医学研究院成長発達医学分野教授 日本小児・血液がん学会理事長
	オオニシ　ヒロユキ 大西　啓之	特定非営利活動法人キュアサルコーマ理事長 一般社団法人日本希少がん患者会ネットワーク副理事長
	オハラ　マチコ 小原　眞知子	日本社会事業大学社会福祉学部教授 公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会　副会長
	キザワ　ヨシユキ 木澤　義之	筑波大学附属病院病院教授 特定非営利活動法人日本緩和医療学会理事長
	シゲマツ　ナオユキ 茂松　直之	慶應義塾大学医学部放射線科学教室教授 公益社団法人日本放射線腫瘍学会理事長
	タニグチ　エイサク 谷口　栄作	島根県健康福祉部医療統括監
	ツルオカ　ユウコ 鶴岡　優子	つるかめ診療所所長 日本在宅医療連合学会理事
	ドキ　ユウイチロウ 土岐　祐一郎	大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学教授 日本癌治療学会理事長
○	ナカガマ　ヒトシ 中釜　斉	国立研究開発法人国立がん研究センター理事長
	ネギシ　モトミ 根岸　茂登美	藤沢タクシー株式会社代表取締役
	ハセガワ　カズオ 長谷川　一男	特定非営利活動法人肺がん患者の会ワンステップ理事長 日本肺がん患者連絡会理事長
	ハトリ　ユタカ 羽鳥　裕	公益社団法人日本医師会常任理事
	ヒサムラ　カズホ 久村　和穂	学校法人金沢医科大学医学部公衆衛生学非常勤講師 石川県がん安心生活サポートハウス　ソーシャルワーカー 一般社団法人日本サイコオンコロジー学会代議員
	マツダ　カズオ 松田　一夫	公益財団法人福井県健康管理協会副理事長 一般社団法人日本消化器がん検診学会監事
	ミカミ　ヨウコ 三上　葉子	東京女子医科大学病院脳神経外科家族の会「にじいろ電車」代表
	モリウチ　ミネコ 森内　みね子	公益社団法人日本看護協会　常任理事
◎	ヤマグチ　ケン 山口　建	静岡県立静岡がんセンター総長

第３期がん対策推進基本計画中間評価の概要
全体目標

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。

がん診療連携拠点病院等を中心に、がん医療の均てん化のため、診療提供体制の整備が進められてきており、一定の進捗が認められるが、地域間及び医療機関間で進捗状況に差がある。また、あらゆる分野で、がんに係る正しい情報の提供及びがん患者を含めた国民への普及啓発の推進が求められており、より効果的な手法等について検討が必要である。

①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

- がんの年齢調整罹患率は、2016年から減少しているが、引き続き推移の確認が必要である。
- 75歳未満のがんの年齢調整死亡率については着実に減少してきている。ただし、がん種別の年齢調整死亡率においてがん種ごとに異なる傾向が見られることを踏まえ、引き続き、死亡率減少に寄与する取組が必要である。
- がん検診受診率は上昇傾向であるものの、多くの領域で目標を達成できていない。諸外国とも比較しながら、引き続きがん検診受診率の向上のための対策を検討する必要がある。

②患者本位のがん医療の充実

- がんの５年生存率は多くのがん種で上昇傾向、年齢調整死亡率は減少傾向にあり、その他の指標も概ね評価できる。
- 診療提供体制の整備について、全体の底上げはなされているが、地域間及び医療機関間の進捗状況に差があり、均てん化とともに集約化に向けて、引き続き、検討が必要である。
- 中間評価指標にないがん種も含め、更なる充実に向けた取組が必要である。

③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

- 相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合については増加し、一定の評価はできるものの、十分なレベルには達しておらず、その背景等を把握しつつ、より一層の相談支援及び情報提供に係る取組が求められる。

「①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」分野

（１）がんの１次予防

- たばこ、飲酒、運動習慣、食習慣等の生活習慣については、目標を達成できていない項目もあり、一層の対策が必要である。
- 生活習慣改善に向けた普及啓発については、がん診療連携拠点病院等を中心に、特にがん経験者に対して、一層取り組む必要がある。
- HPVワクチンの接種状況を注視するとともに、子宮頸がん検診の受診勧奨を進め、子宮頸がんの年齢調整罹患率の推移を踏まえた適切な対応を行っていく必要がある。

（２）がんの早期発見、がん検診（２次予防）

- がん検診の受診率は男女とも全てのがん種で上昇傾向にあるが、男性の肺がん検診を除いて、目標値の50%を達成できていない。
- 新型コロナウイルス感染症が、がん医療にどのような影響を与えたか長期的に年齢調整罹患率や年齢調整死亡率、がん検診受診率等の推移を注視していく必要がある。
- 職域におけるがん検診の実態を把握する仕組みについて、引き続き検討が必要である。
- 指針に基づくがん検診の実施やチェックリストの実施について、市区町村への働きかけをより一層推進していく必要がある。

第３期がん対策推進基本計画中間評価の概要
「②患者本位のがん医療の充実」分野（１／２）

（１）がんゲノム医療

- がんゲノム医療の診療提供体制の整備について一定の評価はできる。また、「全ゲノム解析等実行計画（第１版）」の着実な推進も必要である。

（２）がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法の充実

- がんの医療提供体制及び各治療法については、一定の取組の成果が見られるが、地域間及び医療機関間において取組状況に差が見られる。
- 患者への適切な情報提供や普及啓発に関して、より一層の取組が必要である。

（３）チーム医療の推進について

- がん診療連携拠点病院等では、チーム医療の体制整備が進められている。がん診療連携拠点病院等以外の医療機関における取組の充実や、医療機関同士の連携が求められる。

（４）がんのリハビリテーション

- がん診療連携拠点病院等を中心とした取組の成果が見られている。がん診療連携拠点病院等以外の医療機関や在宅医療等においても推進していくことが求められる。

（５）支持療法の推進

- 一定の実態把握がなされたものの、適正な評価のためには更なる知見の集積が必要である。
- 容易に相談できるような体制や、専門的なケアが受けられる外来も含めた体制の確保・充実が必要である。

第３期がん対策推進基本計画中間評価の概要
「②患者本位のがん医療の充実」分野（２／２）

（６）希少がん、難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策）

- 希少がん対策について、取組の成果が見られる部分もあるが、患者への情報提供や医療機関及び専門医との連携について、より一層の推進が必要である。
- 難治性がん対策については、次期基本計画において、どのような評価指標を用いるか検討を行う。また、患者への情報提供や医療機関及び専門医との連携について、一層の推進が必要である。

（７）小児がん、ＡＹＡ（※）世代のがん、高齢者のがん対策

（※）Adolescent and Young Adult：思春期と若年成人

- 小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策については、それらの特徴を考慮した対策を検討する必要がある。また、2021年より開始された「小児・ＡＹＡ世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」について、普及啓発に取り組む必要がある。
- 高齢者のがんについては、次期基本計画において、どのように位置づけ、どのような対策や評価指標の設定が可能であるか、引き続き検討が必要である。

（８）病理診断

- 引き続き、質の高い病理診断や細胞診断を提供するための体制整備を進めていく必要がある。

（９）がん登録

- 精度管理については一定の成果が見られており、さらに利活用が推進されるよう取組を進めて行く必要がある。

（10）医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

- 「がん研究10か年戦略」に基づき、順調に進められている。がん患者に対し、治験や臨床試験に関する情報を提供する体制の整備についても推進が必要である。

第３期がん対策推進基本計画中間評価の概要
「③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築」分野

（１）がんと診断された時からの緩和ケアの推進

- 緩和ケアの提供について、地域の実情等を踏まえ、提供体制やそれらを担う人材のあり方を検討する必要がある。
- 苦痛を感じている患者の相談支援や、国民への普及啓発について、更なる取組の充実が求められる。

（２）相談支援及び情報提供

- 「情報の均てん化」に向けて、患者のニーズや課題等を把握した上で、情報提供及び普及啓発について更なる活用が求められている。
- ピア・サポートを含む相談支援や情報提供体制の改善が求められ、どのような対策が効果的であるか、引き続き検討が必要である。

（３）社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

- セカンドオピニオンに関する情報提供や、患者の望む場所で過ごすことができる地域における緩和ケア提供体制の検討、在宅緩和ケアの一層の周知が必要である。

（４）がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）

- 治療開始前における就労支援に係る情報提供については、がん患者だけでなく、その家族及び企業等の支援者に対しても引き続き充実させていく取組が必要である。
- がん患者の経済的な課題の把握や利用可能な施策の更なる周知が求められる。
- アピアランスケア等の社会的な問題について、一定の取組の成果が見られているが、更なる知見の集積を行い、検討が必要である。

（５）ライフステージに応じたがん対策

- 小児・ＡＹＡ世代については、小児がん拠点病院を中心に連携体制や院内学級等の施設整備が進められてきた点は評価できる。
- 教育支援も含めた医療機関におけるオンライン環境の整備について検討が必要である。
- 多様な高齢のがん患者の療養生活を支えるための対策や、医療と介護の連携の更なる強化について、引き続き、検討が必要である。

「④これらを支える基盤の整備」分野

（１）がん研究

- 「がん研究10か年戦略」に基づき、順調な進捗であるが、患者及びがん経験者の参画をより一層推進し、患者及びがん経験者目線で必要とされている領域や、臨床現場でニーズの高い領域の研究を推進していく必要がある。

（２）人材育成

- がん医療の人材育成については、評価できる。
- 一方で、高度化するがん医療現場を担う人材の不足への対処が必要であり、患者・家族ケアを実践する医療従事者の育成も重要である。
- 必要な職種・人員、育成のあり方、具体的なスケジュールなどについて、文部科学省とも連携しつつ、推進していく必要がある。

（３）がん教育、がんに関する知識の普及啓発

- がん教育やがんに関する知識の普及啓発については、更なる推進が必要である。特に、学校教育において、文部科学省と連携し、地域の実情に応じた効果的な取組について引き続き検討していく必要がある。

がん対策推進基本計画
中間評価報告書

令和４年６月

厚生労働省

がん対策推進協議会

目次

第1章　第3期がん対策推進基本計画（平成 30 年3月閣議決定）の主旨・・・・・・・・・・1

第2章　中間評価の主旨・・3

第3章　中間評価・・・4
Ⅰ　要旨・・4
Ⅱ　全体目標についての進捗状況・・6
　1．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6
　2．患者本位のがん医療の実現・・・8
　3．尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9
Ⅲ　分野別施策の個別目標についての進捗状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・11
　1．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・11
　　（1）がんの1次予防・・11
　　（2）がんの早期発見、がん検診（2次予防）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・15
　2．患者本位のがん医療の実現・・21
　　（1）がんゲノム医療・・・21
　　（2）がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法の充実・・・・・・・・・・・・22
　　（3）チーム医療の推進・・・28
　　（4）がんのリハビリテーション・・29
　　（5）支持療法の推進・・・30
　　（6）希少がん、難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策）・・・・33
　　（7）小児がん、AYA世代のがん、高齢者のがん対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・34
　　（8）病理診断・・・36
　　（9）がん登録・・・37
　　（10）医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組・・・・・・・・・・・・・・・・・38
　3．尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・39
　　（1）がんと診断された時からの緩和ケアの推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・39
　　（2）相談支援、情報提供・・・42
　　（3）社会連携に基づくがん対策・がん患者支援・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・44
　　（4）がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）・・・・・・46
　　（5）ライフステージに応じたがん対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・49
　4．これらを支える基盤の整備・・51
　　（1）がん研究・・・51
　　（2）人材育成・・・52
　　（3）がん教育、がんに関する知識の普及啓発・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・53

Ⅳ　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についての進捗状況・・・55

第4章　おわりに・・58
「がん対策推進協議会」委員名簿・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・59
「がん対策推進協議会」開催状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・60

第1章　第3期がん対策推進基本計画（平成 30 年3月閣議決定）の主旨

我が国において、がんは、昭和 56（1981）年より死因の第１位であり、令和２（2020）年には、年間約 38 万人が亡くなり、生涯のうちに、約２人に１人が罹患すると推計されている。こうしたことから、依然として、がんは、国民の生命と健康にとって重大な問題である。

我が国においては、昭和 59（1984）年に策定された「対がん 10 カ年総合戦略」、平成６（1994）年に策定された「がん克服新 10 か年戦略」、平成 16（2004）年に策定された「第３次対がん 10 か年総合戦略」に基づき、がん対策に取り組んできた。また、平成 26（2014）年からは、「がん研究 10 か年戦略」に基づき、がん研究を推進している。

平成 18（2006）年６月には、がん対策の一層の充実を図るため、がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号。以下「法」という。）が成立し、平成 19（2007）年４月に施行された。また、同年６月には、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）が策定された。

第１期（平成 19（2007）年度～平成 23（2011）年度）の基本計画では、がん診療連携拠点病院の整備、緩和ケア提供体制の強化及び地域がん登録の充実が図られた。第２期（平成 24（2012）年度～平成 28（2016）年度）の基本計画では、小児がん、がん教育及びがん患者の就労を含めた社会的な問題等についても取り組むこととされ、死亡率の低下や５年相対生存率が向上するなど、一定の成果が得られた。また、がん対策において取組が遅れている分野について、取組の一層の強化を図るため、平成 27（2015）年 12 月には、「がん対策加速化プラン」が策定された。

しかしながら、平成 19（2007）年度からの 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」については、達成することができなかった。その原因としては、喫煙率やがん検診受診率の目標値が達成できなかったこと等が指摘されている。今後、がんの年齢調整死亡率（75 歳未満）を着実に低下させていくためには、がんに罹る国民を減らすことが重要であり、予防のための施策を一層充実させていくことが必要である。また、がんに罹った場合にも、早期発見・早期治療につながるがん検診は重要であり、その受診率を向上させていくことが必要である。

また、新たな課題として、がん種、世代、就労等の患者それぞれの状況に応じたがん医療や支援がなされていないこと、がんの罹患をきっかけとした離職者の割合が改善していないことが指摘されており、希少がん、難治性がん、小児がん、AYA（Adolescent and Young Adult）世代（思春期世代と若年成人世代）のがんへの対策が必要であること、ゲノム医療等の新たな治療法等を推進していく必要があること、就労を含めた社会的な問題への対応が必要であること等が明らかとなった。

さらに、平成 28（2016）年の法の一部改正の結果、法の理念に、「がん患者が尊厳を保持しつつ安心して暮らすことのできる社会の構築を目指し、がん患者が、その置かれている状況に応じ、適切ながん医療のみならず、福祉的支援、教育的支援その他の必要な支援を受けることができるようにするとともに、がん患者に関する国民の理解が深められ、がん患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境の整備が図られること」が追加され、国や地方公共団体は、医療・福祉資源を有効に活用し、国民の視点に立ったがん対策を実施することが求められている。

第３期の基本計画は、このような認識の下、法第 10 条第７項の規定に基づき、第２期の基本計画の見直しを行うことで、がん対策の推進に関する基本的な計画を明らかにするものであり、その実行期間については、平成 29（2017）年度から令和４（2022）年度までの６年程度を一つの目安として定められた。また、**「<u>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。</u>」**ことを目標としている。

第３期の基本計画に基づき、国と地方公共団体、がん患者を含めた国民、医療従事者、医療保険者、事業主、学会、患者団体等の関係団体、マスメディア等（以下「関係者等」という。）が一体となって、上記に掲げたような諸課題の解決に向けて、取組を進めていくことが必要であり、国は、計画期間全体にわたり、基本計画の進捗状況を把握し、管理するため、3年を目途に、中間評価を行うとされた。

第2章　中間評価の主旨

第3期の基本計画に定める目標等を確実に達成するため、当該基本計画の進捗状況を把握することが重要であることから、中間評価を行う。

中間評価にあたっては、「がん対策推進協議会」において設定した評価指標を参考に、個々の取り組むべき施策が個別目標の達成に向けてどれだけの効果をもたらしているか、また、施策全体として効果を発揮しているかという観点から評価を行い、その評価結果を踏まえ、課題を抽出し、必要に応じて施策に反映することを検討する。

第3章　中間評価

Ⅰ　要旨

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。

がん診療連携拠点病院等を中心に、がん医療の均てん化のため、診療提供体制の整備が進められてきており、一定の進捗が認められるが、地域間及び医療機関間で進捗状況に差がある。また、あらゆる分野で、がんに係る正しい情報の提供及びがん患者を含めた国民への普及啓発の推進が求められており、より効果的な手法等について検討が必要である。

全体目標について

1） 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

○ 「がんの罹患者を減少させる」としていたところ、がんの年齢調整罹患率は、2016 年から減少しているが、2015 年以前と比較すると、「がん登録等の推進に関する法律」（平成 25 年法律第 111 号。以下「がん登録法」という。）によって病院等に届出義務が課され、届出対象が拡大されたこと等により、全国がん登録初年度である 2016 年の罹患数が過大評価されている可能性があり、引き続き推移の確認が必要である。

○ 「がんの死亡者の減少を実現する」としていたところ、75 歳未満のがんの年齢調整死亡率については着実に減少してきている。ただし、がん種別の年齢調整死亡率においてがん種ごとに異なる傾向が見られることを踏まえると、感染症対策や治療法の進歩が一部のがん種の減少傾向に影響した可能性があり、引き続き、死亡率減少に寄与する取組を地道に積み上げていく必要がある。また、がん検診受診率は上昇傾向であるものの、多くの領域で目標を達成できていない。諸外国におけるデータとも比較しながら、引き続き年齢調整死亡率の減少及びがん検診受診率の向上のための対策を検討する必要がある。

2） 患者本位のがん医療の実現

○ 「がん医療の質の向上、それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化及び効率化かつ持続可能ながん医療を実現する」としていたところ、がんの5年生存率は多くのがん種で上昇傾向を認め、年齢調整死亡率は減少傾向にあり、その他の指標も概ね評価できる結果となっている。

○ がん診療連携拠点病院等を中心とする診療提供体制の整備について、全体としての底上げはなされているが、地域間及び医療機関間の進捗状況に差があり、持続可能ながん医療を実現するためには、均てん化とともに集約化に向けて、引き続き、がん診療提供体制のあり方について検討が必要である。

○　中間評価指標にない5大がん以外のがん種も含め、対象を明確化し、改善の手法についても工夫を凝らしていくとともに、更なる充実に向けて地道な取組を着実に積み上げていく必要がある。

3）尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

○「がん患者が、いつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する」としていたところ、自分らしい日常生活を送ることができていると感じるがん患者の割合や、家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合については増加し、一定の評価はできるものの、十分なレベルには達しておらず、より一層の相談支援及び情報提供に係る取組が必要である。

○「住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境を整備する」としていたところ、がん診断から治療開始前に病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合は増加しているものの、十分なレベルには達しておらず、その背景等を把握しつつ更なる取組が求められる。

Ⅱ　全体目標についての進捗状況

1．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

（目標の詳細）

がんを予防する方法を普及啓発するとともに、研究を推進し、その結果に基づいた施策を実施することにより、がんの罹患者を減少させる。国民が利用しやすい検診体制を構築し、がんの早期発見・早期治療を促すことで、効率的かつ持続可能ながん対策を進め、がんの死亡者の減少を実現する。

（進捗状況及び指標測定結果）

75 歳未満のがんの年齢調整死亡率については、確認できる 1995 年の 108.4（人口 10 万人対）からほぼ一貫して減少し続けている。20 年前や 10 年前の値[1]と比べると、それぞれ、およそ3割、2割ずつと、着実に減少してきており、全体として高く評価できる。

ただし、がん種別の年齢調整死亡率は、減少しているがん種と横ばいとなっているがん種があり、がん種ごとに異なった傾向がみられることから、全体の年齢調整死亡率の減少は、感染症対策によるがんにおける衛生状態の改善や治療法の劇的な変化などの一部の要因に下支えされている可能性がある。

1001	がんの年齢調整死亡率							
	2020 年		2019 年		2018 年		2017 年	
	75 歳未満	全年齢	75 歳未満	全年齢	75 歳未満	全年齢	75 歳未満	全年齢
合計	69.6	110.9	70.0	112.4	71.6	114.0	73.6	116.5
男性	85.6	147.6	86.0	149.5	88.6	152.1	92.5	157.5
女性	54.9	82.6	55.2	83.7	56.0	84.5	56.4	85.0

[1] 人口 10 万人対で、1995 年が 108.4、1998 年が 105.6、2008 年が 87.2。

1002	がん種別の年齢調整死亡率の変化							
	2020 年		2019 年		2018 年		2017 年	
	75 歳未満	全年齢	75 歳未満	全年齢	75 歳未満	全年齢	75 歳未満	全年齢
胃がん	7.0	11.8	7.2	12.2	7.7	12.9	8.2	13.5
大腸がん	9.8	15.2	9.8	15.4	10.0	15.5	10.2	15.8
肺がん	12.5	21.2	12.5	21.5	12.8	21.6	13.1	22.1
子宮頸がん	―	2.7	―	2.9	―	2.7	―	2.7
乳がん	10.2	11.7	10.6	12.2	10.7	12.2	10.7	12.2
肝がん	3.9	6.8	4.0	7.1	4.2	7.4	4.6	8.0

年齢調整罹患率の数値は減少しているが、がん登録法に基づく全国がん登録の開始直後のデータであり、2016 年の罹患数には、2015 年以前の診断例の一部が含まれているなど、患者数が過大評価されている可能性があり、正確な評価のためにはさらに今後の推移を確認することが必要である。[2]

		2019 年	2018 年	2017 年	2016 年
1003	がんの年齢調整罹患率	387	385	389	402

1004	がん種別の年齢調整罹患率の変化		2019 年	2018 年	2017 年	2016 年
		胃がん	41.6	43.1	45.3	48.2
		大腸がん	58.2	57.4	58.5	61.4
		肺がん	42.4	41.8	43.3	44.4
		子宮頸がん	13.9	14.1	14.1	14.5
		乳がん	100.5	98.5	97.6	102.3
		肝がん	12.0	12.6	13.3	14.7

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

年齢調整死亡率については減少傾向にあるが、これを引き続き低減させていくため、がん検診による早期診断を含む予防や治療の改善について、取組の対象を明確化し、改善の手法についても工夫を凝らし、国民が利用しやすいがん検診の体制について検討を進めていく必要がある。また、予防等の評価をするため、諸外国のデータとも比較しながら、中間評価指標にないがん種の年齢調整罹患率についても引き続き注視していく必要がある。

[2] 2016 年のデータについては、届出対象が拡大したことや地域がん登録と全国がん登録での照合が不十分であった等の理由により実際よりも多く計上されていた可能性がある。

2. 患者本位のがん医療の実現

（目標の詳細）

ビッグデータや人工知能（Artificial Intelligence）を活用したがんゲノム医療等を推進し、個人に最適化された患者本位のがん医療を実現する。また、がん医療の質の向上及びそれぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化により、効率的かつ持続可能ながん医療を実現する。

（進捗状況及び指標測定結果）

５年生存率は、多くのがん種で少しずつではあるものの上昇傾向となり、年齢調整死亡率は、継続的に減少傾向であった。医療が進歩していることを実感している患者の割合、納得のいく治療を受けられたがん患者の割合は増加傾向であった。2018 年度におけるがんの診断・治療全体の総合的評価や医療従事者が耳を傾けてくれたと感じた患者の割合については7割～８割となっており、一定の評価はできるものの改善の余地があるものであった。

2001	がんの5年生存率		
	2013-2014 年診断例	2012-2013 年診断例	2010-2011 年診断例
胃がん	62.1%	62.0%	61.5%
大腸がん	63.3%	63.3%	63.5%
肺がん	―	―	36.3%
小細胞肺がん	10.2%	10.4%	10.6%
非小細胞肺がん	41.9%	41.1%	38.8%
乳がん	87.6%	87.7%	87.9%
肝臓がん	―	―	35.1%
肝細胞癌	39.2%	38.7%	―
肝内胆管癌	18.3%	16.8%	―

2002	がんの年齢調整死亡率（75 歳未満）（1001 の再掲）	2020 年	2019 年	2018 年	2017 年
		69.6	70.0	71.6	73.6

2003[3]	医療が進歩していることを実感している患者の割合	2018 年度 成人：75.6%　（比較値[4]：84.8%） 2019 年度 小児：71.7%	2014 年度 成人：80.1%
2004	納得のいく治療を受けられたがん患者の割合	2018 年度 成人:81.4%　（比較値：90.7%）	2014 年度 成人：84.5%
2005	がんの診断・治療全体の総合的評価	2018 年度 成人: 7.9 点　　小児: 8.4 点	
2006	医療従事者が耳を傾けてくれたと感じた患者の割合	2018 年度 成人: 71.9%　　小児: 81.6%	

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

患者本位のがん医療の実現について、一定の評価はできるものの、中間評価指標にないがん種や小児がん、AYA世代[5]のがん、高齢者のがん、希少がん、難治性がんについては、がん診療連携拠点病院等との連携を含む診療提供体制の更なる充実と均てん化を目指し、改善すべき領域を明確化し、その対策に取り組む必要がある。

3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

（目標の詳細）

がん患者が住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境を整備する。関係者等が、医療・福祉・介護・産業保健・就労支援分野等と連携し、効率的な医療・福祉サービスの提供や、就労支援等を行う仕組みを構築することで、がん患者が、いつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する。

（進捗状況及び指標測定結果）

これまでに、がん診療連携拠点病院等に設置しているがん相談支援センターや地域統括相談支援センター、民間団体による相談窓口、国立研究開発法人国立がん研究センターのがん対策研究所が運営する「がん情報サービス」等の様々な支援を

[3] 項目番号 2003-2006 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

[4] 前回調査と比較するために、実測値に比較補正係数をかけた値。

[5] Adolescent and Young Adult（思春期世代と若年成人世代）の頭文字をとったもので、主に思春期（15 歳以上）から 30 歳代までの世代。（出典：国立研究開発法人　国立がん研究センター　がん情報サービス）

充実させてきた。また、「がんとの共生のあり方に関する検討会」を発足し、緩和ケアや相談支援・情報提供に関する質の向上、多様なニーズへの対応の向上にむけて、対策を検討しながら取組を進めている。

自分らしい日常生活を送ることができていると感じるがん患者の割合や、治療開始前に病気のことや療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合は、それぞれ増加し、一定の評価はできるものの、改善の余地がある。また、家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合は、増加しているものの更なる充実が望まれるものであった。

3001[6]	自分らしい日常生活が送ることができていると感じるがん患者の割合	2018 年度 70.5%（比較値[7]：80.8%）	2014 年度 77.7%
3002	がん診断～治療開始前に 病気や療養生活について 相談できたと感じるがん患者の割合	2018 年度 76.3%	2014 年度 67.4%
3003	家族の悩みや負担を 相談できる支援が十分である と感じているがん患者・家族の割合	2018 年度 成人：48.7% （比較値：57.6%） 2019 年度 小児：39.7%	2014 年度 成人：37.1%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がんの診断時から、必要な支援を受け、患者が自分らしく日常生活を送ることができるよう、病気や療養生活に関する相談支援や、患者と家族の悩みや負担に関する相談支援の体制整備に向けて、ピア・サポート[8]体制の充実、相談支援センターやがん情報サービス等の更なる周知等の取組が必要である。

[6] 項目番号 3001-3003 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

[7] 前回調査と比較するために、実測値に比較補正係数をかけた値。

[8] がん患者・経験者やその家族が、同じような経験を持つ者と体験を共有し、問題解決のために共に考える取組のこと。

Ⅲ　分野別施策の個別目標についての進捗状況

1．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

（1）がんの1次予防

（個別目標）

喫煙率については、「健康日本 21（第二次）」と同様、令和4（2022）年度までに、禁煙希望者が禁煙することにより、成人喫煙率を 12%とすること、妊娠中の喫煙をなくすこと及び 20 歳未満の者の喫煙をなくすことを目標とする。

令和2（2020）年東京オリンピック・パラリンピックに向けて受動喫煙対策を徹底し、第3期の基本計画の計画期間中において、望まない受動喫煙のない社会をできるだけ早期に実現することを目標とする。

その他の生活習慣改善については、令和4（2022）年度までに、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者について、男性13.0%（13.9%）・女性6.4%（8.1%）とすること、運動習慣のある者について、20～64歳：男性36.0%（24.6%）・女性33.0%（19.8%）、65歳以上：男性58.0%（52.5%）・女性48.0%（38.0%）とすること等を実現することとする。

※（ ）内は、平成 27（2015）年のデータ。

①生活習慣について

（進捗状況及び指標測定結果）

これまでに、スマート・ライフ・プロジェクトや5月 31 日の世界禁煙デーに合わせた「禁煙週間」を含めた、各自治体と連携した普及啓発の実施、「禁煙支援マニュアル」の改訂や周知、がん診療連携拠点病院等の「たばこクイットライン」事業による禁煙相談等の取組を実施している。また、母子健康手帳を通じた普及啓発等による妊娠中の喫煙率0%を目指した取組や、健康増進法の改正に基づく受動喫煙防止の取組を実施している。

現在習慣的に喫煙している者の割合については改善が不十分であり、目標達成には更に 4.7%の減少が必要であった。未成年者の喫煙率は減少傾向であり、「健康日本 21（第二次）」の中間評価においても、目標値の達成が見込まれるとの評価を受けている。妊娠中の喫煙率、望まない受動喫煙の機会を有する者の割合については減少傾向であり、一定の評価ができるものとなった。

生活習慣病のリスクを高める量を飲酒しているハイリスク飲酒については、ウェブサイトを通じた普及啓発や地方自治体等の担当者向けの講習会、アルコール使用障害が疑われる者を専門医療機関の受診につなげることを推奨する等、「アルコール健康障害対策推進基本計画」に基づくアルコール健康障害対策を総合的に推進してい

る。ハイリスク飲酒者[9]の割合は、2010 年からの推移で見ると、男性では横ばい、女性では増加しており改善が必要である。

「健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）」の周知を行うほか、「プラス・テン」（毎日プラス 10 分身体を動かそう）をテーマに掲げた周知等の取組、健康増進施設の活用等を含む運動しやすい環境づくりの整備に取り組んでいる。運動習慣のある者[10]の割合は、減少傾向であり改善が必要である。

特定健診・特定保健指導による肥満の改善指導のほか、文部科学省、厚生労働省、農林水産省が連携して策定している「食生活指針」の項目に「適度な運動とバランスのよい食事で適正体重の維持を。」を追加し、運動と食事の重要性について普及啓発を行っている。適正体重を維持している者[11]の割合は、20 歳～60 歳代男性の肥満、40 歳～60 歳代女性の肥満、20 歳代女性のやせについて、更なる改善が必要である。

食塩摂取量、野菜・果物の摂取量についても更なる改善が必要で、スマート・ライフ・プロジェクトや食生活指針、食事バランスガイド等による普及啓発を行っている。

1011	成人喫煙率	2019 年 16.7%	2018 年 17.8%	2017 年 17.7%

			2017 年	2014 年
1012	未成年者喫煙率	中学1年生　男子	0.5%	1.2%
		中学1年生　女子	0.5%	0.8%
		高校3年生　男子	3.1%	5.6%
		高校3年生　女子	1.3%	2.5%

1013	妊娠中の喫煙率	2020 年 2.0%	2017 年 2.7%	2013 年 3.8%

1014	禁煙希望者の割合	2019 年度 26.1%	2018 年度 32.4%	2017 年度 28.9%

[9] 国民健康・栄養調査における生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者。

[10] 国民健康・栄養調査において、1回 30 分以上の運動を週2回以上実施し、1年以上継続していると回答した者。

[11] 適正体重を維持している者の増加とは肥満（BMI25 以上）、やせ（BMI18.5 未満）の減少をさす

			2019 年度	2018 年度	2017 年度
1015	望まない 受動喫煙の機会を 有する者の割合	飲食店	29.6%	36.9%	42.4%
		行政機関	4.1%	7.0%	8.1%
		医療機関	2.9%	5.4%	7.4%
		職場	26.1%	28.0%	30.1%
1016	ハイリスク飲酒者 の割合	男性	14.9%	15.0%	14.7%
		女性	9.1%	8.7%	8.6%
1017	運動習慣の ある者の割合	20～64 歳　男性	23.5%	21.6%	26.3%
		20～64 歳　女性	16.9%	16.6%	20.0%
		65 歳以上　男性	41.9%	42.9%	46.2%
		65 歳以上　女性	33.9%	36.5%	39.0%
1018	適正体重を 維持している者 の割合	肥満者 20～60 歳代男性	35.1%	33.6%	32.8%
		肥満者 40～60 歳代女性	22.5%	22.0%	22.2%
		やせ 20 歳代女性	20.7%	19.8%	21.7%
1019	食塩摂取量		10.1g	10.1g	9.9g
1020	野菜の摂取量		280.5g	281.4g	288.2g
1021	果物の摂取不足の者の割合		61.6%	60.5%	58.6%

②感染症対策について

（進捗状況及び指標測定結果）

HPVワクチンについては、積極的な勧奨を差し控えることとした取扱いを終了し、個別の接種勧奨を 2022 年4月から実施している。また、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は、公平な接種機会を確保する観点から、2022 年度から3年間、従来の定期接種の対象年齢を超えて接種を行う「キャッチアップ接種」を実施している。

肝炎対策については、肝炎の治療促進のための環境整備、肝炎ウイルス検査の促進、肝炎に係る診療及び相談体制の整備、国民に対する肝炎に係る正しい知識の普及啓発並びに肝炎に係る研究の推進の5本の柱からなる肝炎総合対策を進めている。

HBs 抗原・HCV 抗体陽性率はわずかに低下しており、出生年が後になるほど HBs 抗原・HCV 抗体陽性率が低い傾向が認められた。肝炎ウイルス検査の認識受検率・

受検率は、いずれも増加傾向であった。B型肝炎の予防接種については、2016 年 10 月から予防接種法（昭和 23 年法律第 68 号）に基づく定期の予防接種に位置づけられ、接種率が9割を越えている。これらについては、概ね評価できる内容となった。

成人T細胞白血病と関連するヒトT細胞白血病ウイルス１型（以下「HTLV―1」という。）については、2010 年に取りまとめられたHTLV―1総合対策に基づき対策を進めている。対策の推進に当たっては、患者団体、学識経験者その他の関係者から意見を求めるため、「HTLV―1対策推進協議会」を年１、２回程度開催している。また、HTLV―1関連研究については、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（Japan Agency for Medical Research and Development。以下「AMED」という。）の研究班等において、HTLV-1 の実態把握と感染メカニズム解析やHTLV―1の検査法の改善等に対しての研究を行っている。

			2012-2016 年 初回供血者	2007-2011 年 初回供血者
参1	B 型・C 型 肝炎ウイルス感染率	HBs 抗原陽性	0.18%	0.20%
		HCV 抗体陽性	0.13%	0.16%

			2020 年	2017 年	2011 年
参2	B 型・C 型肝炎ウイルス 検査受検率[12]	HBV 認識受検	17.1%	20.1%	17.6%
		HBV 受検率	71.1%	71.0%	57.4%
		HCV 認識受検	15.4%	18.7%	17.6%
		HCV 受検率	59.8%	61.6%	48.0%

			2019 年	2018 年	2017 年
参3	B 型肝炎定期予防接種 実施数	第 1 回	870,662 （97.4%）	889,585 （94.4%）	944,509 （98.1%）
		第 2 回	872,752 （97.6%）	891,987 （94.7%）	938,825 （97.5%）
		第 3 回	854,998 （95.6%）	869,588 （92.3%）	960,948 （99.8%）

[12] 認識受検とは、肝炎検査を受検したことがあり、かつ受診者自身が肝炎ウイルス検査を受診していることを自覚して受ける検査。

参4	ヒトＴ細胞白血病ウイルス1型感染率[13]	2014-2015 年 0.12%	2006-2007 年 0.32%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

たばこ対策については、2022 年度までに成人喫煙率を 12%とすることを目標としていたが、中間評価の時点で目標を達成できておらず、より一層のたばこ対策を推進していく必要がある。

また、ハイリスク飲酒や運動習慣についても、目標値に対して進捗状況が不十分であるため、引き続きの取組が求められる。食塩摂取量については、2009 年から 2019 年までの 10 年間でみると男性は減少し、女性は 2015 年までは減少していたものの同年以降は変化が見られないため、引き続き取組を推進していく必要がある。野菜や果物の摂取量については、更なる改善が必要であり、引き続きの取組が求められる。

生活習慣改善に向けた普及啓発については、がん診療連携拠点病院等を中心に、特にがん経験者に対して、一層取り組む必要がある。

2022 年４月より、HPVワクチンの個別の接種勧奨が実施されていること等を踏まえ、引き続き、接種状況を注視するとともに、子宮頸がん検診の受診勧奨を進め、子宮頸がんの年齢調整罹患率の推移を踏まえた適切な対応を行っていく必要がある。

（2）がんの早期発見、がん検診（2次予防）

（個別目標）

国は、男女とも対策型検診で行われている全てのがん種において、がん検診の受診率の目標値を50%とする。

国は、精密検査受診率の目標値を 90%とする。

国は、「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」を１年以内に策定し、職域での普及を図る。

①受診率向上対策について

（進捗状況及び指標測定結果）

がん検診の受診率向上に向けて、これまでに、対象者一人一人への受診勧奨・受診再勧奨や、子宮頸がん検診・乳がん検診の受診クーポン券の配布等に取り組んできた。2019 年４月には、「ナッジ理論[14]」に基づいた好事例等を紹介した「受診率向上施策ハンドブック（第２版）」を公表し、受診率向上に向けた取組を行っている。

[13]HTLV―1について、2006 年・2007 年はIF法による判定、2014 年・2015 年はWB法による判定を行った。

[14] 対象者に選択の余地を残しながらも、より良い方向に誘導する手法。

がん検診の受診率は、いずれの検診においても増加傾向であったものの、ほとんどの領域で目標の 50%は達成していない。また、比較できるデータがないため正確な評価は困難であるが、新型コロナウイルス感染症の影響により、検診の受診者が1～2割程度減少しているとの報告もあり、新型コロナウイルス感染症が目標達成に向けて後退する要素となっていることも踏まえ、更なる受診率向上の取組が必要である。

個別受診勧奨（コール）・個別受診再勧奨（リコール）の推進にも取り組んでおり、個別の受診勧奨は約8割、再勧奨については約4～5割の自治体で実施されていた。

			2019 年		2016 年	
			男性	女性	男性	女性
1031	がん検診受診率[15]	胃がん	48.0%	37.1%	46.4%	35.6%
		肺がん	53.4%	45.6%	51.0%	41.7%
		大腸がん	47.8%	40.9%	44.5%	38.5%
		子宮頸がん	―	43.7%	―	42.4%
		乳がん	―	47.4%	―	44.9%

[15] 胃がん、肺がん、乳がん、大腸がんは 40 歳～69 歳。子宮頸がんは 20 歳～69 歳。健診等（健康診断、健康診査及び人間ドック）の中で受診したものを含む。乳がん・子宮頸がんは過去2年に受診したもの。2016 年の数値は、熊本県を除いたもの。

参5	コール・リコールを実施している市区町村の割合		
	2020 年	2018 年	2017 年
個別受診勧奨			
胃がん	80.4%	83.3%	81.2%
肺がん	78.8%	82.3%	79.8%
大腸がん	81.6%	85.2%	84.0%
子宮頸がん	81.9%	86.7%	81.9%
乳がん	81.6%	85.4%	82.5%
個別受診勧奨を実施した自治体のうち、検診未受診者に対する個別再勧奨（全員又は一部）を実施した自治体			
胃がん	37.4%	46.1%	44.7%
肺がん	36.6%	44.7%	42.7%
大腸がん	42.5%	52.5%	50.4%
子宮頸がん	50.7%	60.2%	57.3%
乳がん	52.5%	58.5%	57.3%

②がん検診の精度管理等について

（進捗状況及び指標測定結果）

精密検査未受診者への郵送や電話などによる個別受診再勧奨の取組が、自治体において行われているが、精密検査受診率については、多くのがん種で十分とは言えず、改善が必要である。また、新型コロナウイルス感染症の流行が、精密検査受診率にどのような影響を与えたかについては評価ができていない。

精密検査未把握率や精密検査未受診率については、未だ一定程度の割合が認められ、更なる減少に向けた取組が必要である。

「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（以下「指針」という。）に基づくがん検診を実施している市区町村の割合は、胃がんが特に低いが、これは指針に基づく対象年齢・受診間隔を 2016 年度に変更したところ、当分の間は従前の取り扱いでも差し支えないとしているためであり、評価が困難である。また、乳がん検診の 40 歳未満での実施、乳がん検診や子宮頸がん検診の逐年実施を行っている市区町村が多いと考えられる。

指針に基づかないがん検診の実施率は、80%以上と高い状況が続いている。これらの検診のうち、最も多いものは、前立腺がん検診（PSA 検査）となっており、その他、子宮体がん検診や肝臓がんの検診（エコー）などがある。

がん検診の「事業評価のためチェックリスト」等により実施状況を把握することとしており、自治体において、チェックリストの全項目のうち、60～80%の項目を実施する

など、実施率は向上している。

職域におけるがん検診については、「職域におけるがん検診に関するワーキンググループ」の報告書として、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を 2018 年3月に公表し、科学的根拠に基づくがん検診の普及啓発に取り組んでいるところであり、取組について評価できる。

			2019 年度	2018 年度	2016 年度	2015 年度
1032	精密検査受診率[16]	胃がん	84.1%	85.4%	―	―
		胃がん（X線）	―	―	80.7%	81.7%
		胃がん（内視鏡）[17]	―	―	83.6%	―
		肺がん	83.0%	83.1%	83.0%	83.5%
		大腸がん	69.8%	70.3%	70.6%	70.1%
		子宮頸がん	74.6%	75.0%	75.4%	74.4%
		乳がん	89.2%	89.2%	87.8%	92.9%
参6	精密検査未把握率[18]	胃がん	10.0%	8.9%	―	―
		胃がん（X線）	―	―	11.5%	7.4%
		胃がん（内視鏡）	―	―	13.6%	―
		肺がん	10.6%	11.0%	10.6%	10.0%
		大腸がん	17.8%	17.0%	16.6%	17.2%
		子宮頸がん	19.3%	18.6%	17.6%	18.3%
		乳がん	7.7%	7.9%	8.9%	9.1%

[16] 精検機関より精検結果の報告があったもの。もしくは、受診者が詳細（精検日・受診機関・精検法・精検結果の 4 つ全て）を申告したもの。

[17] 胃がん（内視鏡）は、2016 年から指針に導入。

[18] 精検受診の有無がわからないもの及び（精検受診したとしても）精検結果が正確にわからないもの全て（すなわち、注釈 16 の精検受診及び注釈 19 の精検未受診以外のもの全て）。

参7	精密検査未受診率[19]			
	2019 年度	2018 年度	2016 年度	2015 年度
胃がん	5.9%	5.7%	―	―
胃がん（X線）	―	―	7.7%	10.9%
胃がん（内視鏡）	―	―	2.6%	―
肺がん	6.5%	5.9%	6.4%	6.5%
大腸がん	12.4%	12.7%	12.8%	12.7%
子宮頸がん	6.1%	6.4%	6.9%	7.3%
乳がん	3.1%	3.0%	3.3%	3.5%

				2020 年度	2018 年度	2017 年度
1033	指針に基づく がん検診を実施している 市区町村の割合[20]	胃がん	対象年齢	6.0%	4.8%	4.2%
			受診間隔	5.2%	5.3%	4.6%
		肺がん	対象年齢	80.3%	80.1%	79.4%
			受診間隔	99.6%	98.8%	98.7%
		大腸がん	対象年齢	77.9%	76.4%	75.7%
			受診間隔	99.9%	99.6%	99.7%
		子宮頸がん	対象年齢	96.9%	97.1%	96.4%
			受診間隔	35.1%	35.1%	34.1%
		乳がん	対象年齢	83.3%	61.3%	60.2%
			受診間隔	42.3%	40.3%	39.8%
参8	指針に基づかないがん検診を実施している 市区町村の割合			81.3%	85.4%	87.2%

[19] 要精検者が精検機関に行かなかったことが判明しているもの（精検として不適切な、1）大腸がん検診における便潜血検査の再検、および2）肺がん検診における喀痰細胞診要精検者に対する喀痰細胞診の再検も含む）。

[20] 胃がん検診については、2016 年度より、指針に基づく年齢・間隔をそれまでの 40 歳以上・逐年から 50 歳以上・隔年へと変更したため、当該調査は変更後の定義を用いて実施している。一方で、指針においては、当分の間は従前の取り扱いでも差し支えないとしていることから、他のがん種に比べて指針に基づく検診の実施率が低くなっている。肺がん、乳がん、大腸がんは 40 歳～74 歳。子宮頸がんは 20 歳～74 歳。胃がんは、エックス線は 40 歳～74 歳、内視鏡は 50～74 歳。数値については、四捨五入により 100%とならない場合がある。

1034	「事業評価のためのチェックリスト」を実施している市区町村の割合			
		2020 年度	2018 年度	2017 年度
胃がん	集団	X 線　81.1% 内視鏡　73.6%	X 線　79.1% 内視鏡　66.5%	76.0%
	個別	X 線　70.1% 内視鏡　73.7%	X 線　67.4% 内視鏡　66.3%	63.6%
大腸がん	集団	80.8%	78.6%	75.6%
	個別	71.6%	68.0%	64.0%
肺がん	集団	80.7%	78.5%	75.5%
	個別	69.9%	66.3%	
乳がん	集団	81.5%	79.1%	75.7%
	個別	73.4%	69.8%	65.8%
子宮頸がん	集団	81.3%	78.9%	75.5%
	個別	73.5%	69.9%	66.2%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がん検診の受診率は、男女とも全てのがん種で上昇傾向にあるが、男性の肺がん検診を除いて、目標値の 50%を達成できていない。さらに新型コロナウイルス感染症の影響により後退していることも想定され、それががん医療にどのような影響を与えたか、長期的に年齢調整罹患率や年齢調整死亡率、がん検診受診率等の推移を注視していく必要がある。引き続き、「がん検診のあり方に関する検討会」での議論も踏まえ、がん検診に関する情報提供、受診率向上の取組を推進する必要がある。また、未受診者の実態を把握し、国民が利用しやすい検診体制を整備していく必要がある。

職域におけるがん検診については、その位置づけが不明確であり、実施状況や精密検査の受診状況を把握する仕組みがないため、その手法について引き続き検討が必要である。

また、がん検診の精度管理について、指針に基づかないがん検診の実施率は、全国で改善が見られていない。がん検診受診後の精密検査受診につなげる取組を推進しつつ、指針に基づくがん検診の実施や、チェックリストの実施について、市区町村への働きかけをより一層推進していく必要がある。

2. 患者本位のがん医療の実現

（1）がんゲノム医療

（個別目標）

国は、ゲノム情報等を活用し、個々のがん患者に最適な医療を提供するため、「ゲノム情報を用いた医療等の実用化推進タスクフォース」や「がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会」の報告書を踏まえ、本基本計画に基づき、段階的に体制整備を進める。また、「がんゲノム医療推進コンソーシアム」を形成すること、2年以内に拠点病院等の見直しに着手することなど、がんゲノム医療を提供するための体制整備の取組を進める。

（進捗状況及び指標測定結果）

2018 年8月に、がんゲノム医療の第三者的立場での科学的評価と、それに基づくがんゲノム医療の方向性の策定等の役割を担う「がんゲノム医療推進コンソーシアム運営会議」が発足した。その後、2019 年6月に、がんに関する遺伝子パネル検査2品目が保険収載され、がんゲノム医療が本格的に開始された。全ての都道府県でがんゲノム医療中核拠点病院等が整備され、がんゲノム医療中核拠点病院等の数は、2020 年度には 206 施設となった。がんゲノム医療に従事する者の数も増加した。その結果、2021 年3月までに、年間およそ1万例、総計およそ1万5千例の患者がパネル検査を受検した。また、これらに伴い、がんゲノム医療中核拠点病院等において遺伝カウンセリングを実施した患者数についても増加した。これら一連の対応については、概ね評価できるものであった。

ゲノム情報及び臨床情報等の集約・管理・利活用を目的として、2018 年6月にがんゲノム情報管理センターが開設され、関連情報の収集、利活用に向けた取組等を開始している。全てのがん患者のうち、ゲノム情報を活用したがん医療について必要な情報を取得できたと感じている割合は、2018 年度は 17.0%であり、更なる取組が必要である。

また、2019 年 12 月に「全ゲノム解析等実行計画（第1版）」が作成され、全ゲノム解析についても日常診療への導入を目指す研究開発を加速させている。

		2022 年度	2020 年度	2019 年度
2011	がんゲノム医療 中核拠点病院等の数	233 中核拠点病院：12 拠点病院：33 連携病院：188	206 中核拠点病院：12 拠点病院：33 連携病院：161	167 中核拠点病院：11 拠点病院：34 連携病院：122

		2021 年度	2020 年度	2018 年度
2012	がんゲノム医療中核拠点病院等が整備されている都道府県数	47	47	47
2013	遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師数	1,064	938	801
2014	遺伝医学に関する専門的な遺伝カウンセリング技術を有する者の数	624	542	437
2015	遺伝カウンセリング等を行う部門につないだりする者の数	1,251	1,049	871
2016	薬物療法に専門的な知識及び技能を有する医師の数	743	725	687
2017	遺伝子パネル検査を受けた患者数	12,262	7,467	927
2018	遺伝カウンセリングを実施した患者数	18,854	11,562	7,373
2019	がんゲノム情報管理センターに登録された患者数	16,090	10,549	4,336

2020	ゲノム情報を活用したがん医療についてがん患者が必要な情報を取得できた割合	2018 年度 17.0%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がんゲノム医療の診療提供体制の整備について一定の評価はできる。がんゲノム医療を一層推進していくために、遺伝子パネル検査結果に基づいて提示された治療薬を投与された患者数等、アウトカム評価の手法の検討や、関係する医療従事者の必要数を踏まえた人材育成、ゲノム医療に関する情報提供及び普及啓発について、引き続き、一層の取組が必要である。また、「全ゲノム解析等実行計画（第1版）」の着実な推進も必要である。

（2）がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法の充実

（個別目標）

国は、新たながん医療提供体制について、2年以内に検討する。必要に応じて拠点病院等の整備指針の見直しを行い、拠点病院等の機能を更に充実させる。

国は、がん医療の質の担保と効率的・効果的な推進に資するため、手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法に関するそれぞれの専門的な学会が、それらの治療法に関する最新の情報について互いに共有した上で、周知啓発を行うよう要請する。

①がん医療提供体制について（医療提供体制の均てん化・集約化、医療安全、制度の持続可能性等）

（進捗状況及び指標測定結果）

がん医療提供体制について、2018 年7月に「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。）を改定し、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、緩和ケア等の提供、がん相談支援センターの整備、院内がん登録及びキャンサーボードの実施等を推進しており、全体としての医療の質の向上や均てん化に向けた取組を進めている。

標準的治療の実施割合については、QI研究[21]が行われており、一定の割合で適切な治療がなされているとは考えられるものの、これらの評価については、患者の背景や標準的治療の推奨の程度、最終的な結果としての5年生存率等を踏まえて評価をする必要があり、更なる知見の集積が必要である。

がんの5年生存率は、多くのがん種で少しずつではあるものの上昇傾向となっており、7～8割の患者が医療の進歩を実感している。また、9割を越える患者が納得のいく治療を受けられたとしており、がんの診断・治療全体の総合的評価について、2018 年度は、10 点満点中、成人で 7.9 点、小児で 8.4 点であった。これらの内容については、概ね評価できるものの改善の余地があるものであった。

がん相談支援センターでは、セカンドオピニオンの提示が可能な医師の配置や医療機関の紹介ができるような体制整備を行っているところであり、がん治療前に、セカンドオピニオンに関する話を受けたがん患者の割合は、2018 年度で 34.9%であった。この数値については、どの程度であれば適切な割合なのかという点についても議論が必要ではあるが、更なる増加が望まれるものである。

また、EBM[22]普及推進事業Mindsに登録されているがんに関連した診療ガイドラインの数、患者用診療ガイドラインの数は、それぞれ増加している。学会やアカデミアの努力によりエビデンスを活用しやすい環境の整備が進められている状況については評価できるが、患者用診療ガイドラインについては、更なる取組の推進が求められる。

[21] 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 Quality Indicator 研究。

[22] Evidence Based Medicine の頭文字で、根拠に基づく医療。

2021	標準的治療の実施割合	
	2017 年	2016 年
StageⅢと診断された大腸癌患者のうち、術後8週間以内に標準的化学療法が施行された割合	54.8%	54.1%
胃癌に対して根治手術を受け組織学的に取り扱い規約 StageⅡ、Ⅲ(pT1,pT3N0 を除く)の進行癌と診断され6週以内に退院した患者のうち S-1 または CapeOX による術後化学療法が施行された割合	66.9%	68.1%
Stage Ⅰ～Ⅱ の非小細胞肺癌と診断された患者のうち、外科治療又は定位放射線治療が実施された割合	88.8%	88.1%
StageⅡ、ⅢA の非小細胞肺癌と診断された患者のうち、プラチナ製剤を含む術後化学療法が行われた割合	40.2%	41.9%
乳房温存術を受けた 70 歳以下の患者のうち、術後全乳房照射が行われた割合	74.9%	76.6%
乳房切除術が行われた再発ハイリスクの患者のうち、術後照射が行われた割合	38.0%	40.1%
催吐高リスクの抗がん剤が処方された患者のうち、同時に予防的制吐剤が使用された割合	90.9%	86.0%
外来で麻薬が開始された患者のうち、同時あるいはそれ以前1か月以内に緩下剤の処方がされた割合	59.7%	61.0%

2022	がんの5年生存率 (2001 の再掲)		
	2013-2014 年診断例	2012-2013 年診断例	2010-2011 年診断例
胃がん	62.1%	62.0%	61.5%
大腸がん	63.3%	63.3%	63.5%
肺がん	―	―	36.3%
小細胞肺がん	10.2%	10.4%	10.6%
非小細胞肺がん	41.9%	41.1%	38.8%
乳がん	87.6%	87.7%	87.9%
肝臓がん	―	―	35.1%
肝細胞癌	39.2%	38.7%	―
肝内胆管癌	18.3%	16.8%	―

2023[23]	医療が進歩していることを 実感している患者の割合 （2003 の再掲）	2018 年度 成人：75.6%（比較値[24]：84.8%） 2019 年度 小児 71.7%	2014 年度 80.1%
2024	納得のいく治療を受けられた がん患者の割合 （2004 の再掲）	2018 年度 成人：81.4%（比較値：90.7%）	2014 年度 成人：84.5%
2025	がん治療前に セカンドオピニオンに関する話を 受けたがん患者の割合	2018 年度 成人：34.9%	2014 年度 成人：40.3%
2026	がんの診断・治療全体の 総合的評価 （2005 の再掲）	2018 年度　成人：7.9 点 2019 年度　小児：8.4 点	
2027	診療ガイドラインの数	2021 年度 385	2020 年度 268
2028	患者用診療ガイドラインの数	2021 年度 35	2020 年度 28

②各治療法について

（ア）手術療法について

（進捗状況及び指標測定結果）

身体への負担の少ない手術療法や侵襲性の少ない治療等の普及に関わる取組を推進しており、ロボット支援下手術も含むがんの鏡視下手術が広く実施されていることについて一定の評価はできるが、鏡視下手術の割合がどの程度であれば適切かの判断に当たっては、更に知見を集積する必要がある。

がんに対する質の高い手術療法を安全に提供するため、拠点病院等を中心に適切な実施体制や専門的な知識及び技能を有する医師の配置を推進してきたところであり、拠点病院等における5大がん患者の術後 30 日以内の死亡率は、低いレベルに保たれている。

[23] 項目番号 2023-2026 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

[24] 前回調査と比較するために、実測値に比較補正係数をかけた値。

			2016 年	2015 年
2031	がんの鏡視下手術 （保険診療に係るもの） の割合	胃がん	48.9%[334 施設] 参考値[25]:47.1%[433 施設]	―
		大腸がん	67.8% [334 施設] 参考値:65.3% [433 施設]	
		肺がん	86.4%[310 施設] 参考値:81.9%[393 施設]	
		前立腺がん	83.1%[299 施設] 参考値:82.1%[379 施設]	
2032	拠点病院等における 5大がん患者の 術後 30 日以内の死亡率	胃がん	0.26%	0.26%
		大腸がん	0.35%	0.31%
		肺がん	0.33%	0.29%
		乳がん	0.02%	0.02%
		肝がん	0.6%	0.38%
		5大がん	0.25%	0.22%

（イ）放射線療法について

（進捗状況及び指標測定結果）

がん診療連携拠点病院等のうち、外来放射線照射、直線加速器による定位放射線治療、IMRT[26]をそれぞれ行っている割合、放射線治療専門医が常勤で配置されている拠点病院等の割合は増加傾向であり、評価できるものであった。

また、緩和ケア研修の中でも緩和的放射線療法が教育項目として組み込まれているが、その修了者数は増加しており評価できる。

2033	外来放射線照射診療料を とっている拠点病院等の割合	2019 年度 70.6%	2018 年度 65.9%	
2034	直線加速器による定位放射線治療加算を とっている拠点病院等の割合	2019 年度 72.5%	2018 年度 67.0%	
2035	IMRT加算をとっている拠点病院等の割合	2019 年度 57.8%	2018 年度 52.2%	
2036	放射線治療専門医が 常勤で配置されている拠点病院等の割合	2021 年度 81.9%	2019 年度 78.7%	2018 年度 76.4%

[25] 2031 の参考値は院内がん登録データのみ。

[26] 強度変調放射線治療。

2037	自施設で核医学治療を 実施している拠点病院等の割合	2021 年度 69.8%	2019 年度 57.8%	2018 年度 56.5%
2038	緩和ケア研修修了者数 （医師・医師以外）	2021 年度 157,715 人	2020 年度 145,727 人	2019 年度 139,467 人

（ウ）薬物療法について

（進捗状況及び指標測定結果）

がん診療連携拠点病院等において、転移・再発5大がん患者の化学療法を内科医が担当している拠点病院等の割合、がん専門薬剤師またはがん薬物療法認定薬剤師が配置されている拠点病院等の割合、1拠点病院等あたりのがん薬物療法専門医数はいずれも横ばいであった。患者の病態に応じた適切な薬物療法を提供するため、専門的な医師や薬剤師、看護師、がん相談支援センターの相談員等の人材育成、適正配置、それらの専門職等が連携し、患者に適切な説明を行うための体制整備に努めているほか、また、学会等の取組による、専門人材の増加も進めているところであるが、更なる充実に向けた取組の工夫が必要である。

2039	転移・再発5大がん患者の化学療法を内科医 が担当している拠点病院等の割合[27]	2019 年度 28.9%		2018 年度 30.0%
2040	がん専門薬剤師またはがん薬物療法認定薬 剤師が配置されている拠点病院等の割合	2021 年度 83.9%	2019 年度 86.7%	2018 年度 86.5%
2041	1拠点病院等あたりの がん薬物療法専門医数	2021 年度 2.08 人	2019 年度 1.90 人	2018 年度 1.90 人

（エ）科学的根拠を有する免疫療法について

（進捗状況及び指標測定結果）

近年「免疫チェックポイント阻害剤」等の免疫療法が治療の選択肢の一つとなっているが、免疫療法については保険適用外で科学的根拠が十分でないものも多い。整備指針において、「保険適応外の免疫療法を提供する場合は、原則として治験を含めた臨床研究、先進医療の枠組みで行うこと。」と定めており、拠点病院等に対して科学的根拠の乏しい免疫療法が適切な評価を行うことなく提供されることのないよう求めている。正しい知識の普及啓発のため、がん情報サービス等において、がん免疫療法に関する情報提供を行っているところであるが、「がんの免疫療法の中には、十分な科学的根拠がなく、注意を要するものがあると思う」という認識を持つ国民の割合は低く、更なる取組が求められる。

[27] 5大がんの転移・再発症例の全身化学療法のうち、8割以上を内科医が主となり担当しているがん診療連携拠点病院等の割合。

2042	臨床研究または先進医療の枠組みで 免疫療法を実施している拠点病院等の割合	2021 年度 35.5%	2019 年度 35.8%	2018 年度 42.6%
2043	科学的根拠を有する免疫療法について 国民が必要な情報を取得できている割合	2019 年 9.5%[28]		

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がんの医療提供体制及び各治療法については、一定の取組の成果が見られるが、地域間及び医療機関間において取組状況に差が見られる。適切な評価のためには、更なる知見の集積やより適切な中間評価指標の設定が必要な項目も認められた。また、セカンドオピニオンに関する情報提供、患者用診療ガイドラインの整備、科学的根拠を有する免疫療法についての適切な普及啓発など、患者への適切な情報提供や普及啓発に関して、より一層の取組が必要である。

（3）チーム医療の推進

（個別目標）

国は、がん患者が入院しているときや、外来通院しながら在宅で療養生活を送っているときなど、それぞれの状況において必要なサポートを受けられるようなチーム医療の体制を強化する。

（進捗状況及び指標測定結果）

がん診療連携拠点病院等における医療従事者間の連携を更に強化するために、緩和ケアチームを含む様々な専門チームに依頼する等により、一人ひとりの患者に必要な治療やケアについて、それぞれの専門的な立場から議論がなされた上で、患者が必要とする連携体制が取られるよう環境の整備が進められている。

全てのがん診療連携拠点病院等において、専門チームが整備されており、殆どの施設で多数の専門チームが整備されていることは評価できる。一方で、がん診療連携拠点病院等以外の医療機関においては更なる改善が求められる。

がん診療を統括する診療部（腫瘍センター等）はがん診療連携拠点病院等のおよそ半数に設置されており、1拠点病院あたりのキャンサーボード[29]開催数は、年間約200 回と総合的ながん診療の推進が進んできており、評価できる。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は、成人で 48.8%、小児で 78.0%と小児で高く

[28] 複数選択の中の「がんの免疫療法の中には、十分な科学的根拠がなく、注意を要するものがあると思う」と回答した者の割合。

[29] 手術、放射線診断、放射線治療、薬物療法、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、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をいう。

なっており、成人に対しても更なる取組が求められる。

2051	専門チームを整備し、がん患者に関してコンサルテーションを行っている拠点病院等の割合	2021 年度 100%	2019 年度 100%	2018 年度 100%
2052	緩和ケアチームを設置している一般病院[30]の割合	2020 年 15.6%	2017 年度 14.8%	2014 年度 13.3%
2053	拠点病院等以外の病院で緩和ケアチームの新規介入患者数が年間 50 件以上の病院数	2018 年度 215 病院		
2054	がん診療を統括する診療部(腫瘍センター等)が設置されている拠点病院等の割合	2021 年度 51.0%	2019 年度 51.4%	2018 年度 47.8%
2055[31]	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	2018 年度　成人:48.8% 2019 年度　小児:78.0%		
2056	1拠点病院等あたりのキャンサーボード開催数	2018 年度 192.5 回	2017 年度 206.6 回	

(がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

がん診療連携拠点病院等では、チーム医療の体制整備が進められているが、拠点病院等以外の医療機関における取組の充実や、医療機関同士の連携が求められる。特に拠点病院等以外の医療機関に対しては、人員や体制の確保など課題も多く、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」や「がんの緩和ケアに係る部会」等での議論を踏まえ、引き続き、拠点病院等における取組との連携も含め、どのような取組を進めていくべきか検討が必要である。

(4)がんのリハビリテーション

(個別目標)

国は、がんのリハビリテーションに携わる有識者の意見を聴きながら、拠点病院等におけるリハビリテーションのあり方について、3年以内に検討し、その結果について、拠点病院等での普及に努める。

[30] 精神科病院以外の病院をいう。

[31] 項目番号 2055 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

（進捗状況及び指標測定結果）

リハビリテーション専門医が配置されているがん診療連携拠点病院等の割合、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、がんリハビリテーション研修プログラムを修了している医療従事者の人数は、それぞれ増加しており評価できる。

がんのリハビリテーションが適切に提供されるよう、がんリハビリテーション研修が実施され、国内各地で研修を受講できる体制が構築されている。また厚生労働科学研究において、グループワークを中心とした集合学習とe-ラーニングシステムを組み合わせた効果的な研修プログラムの策定に関する研究が行われており、引き続き、その効果について検証が行われている。

他方で、がんのリハビリテーションについては、整備指針に明記されておらず、施設ごとのリハビリテーション提供体制に差がある。整備指針の改定に向けて議論をする方針であったが、予定に遅れがあり、2022年の改定に向けて検討していく方針となっている。

2061	リハビリテーション専門医が配置されている拠点病院等の割合	2021年度 51.0%	2019年度 46.6%	2018年度 43.9%
2062	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	2016年度 30.7%		2012年度 19.7%
2063	がんリハビリテーション研修プログラムを修了した医療従事者の人数	2020年度 43,841人	2019年度 42,813人	2018年度 37630人

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がん診療連携拠点病院等を中心とした取組の成果が見られるが、リハビリテーションは患者の残された機能を最大限に活かす観点や、社会復帰の観点から重要なテーマである。拠点病院等以外の医療機関や在宅医療等においても推進していくことが求められていることから、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」等での議論を踏まえ、引き続き検討及び対策の充実が必要である。

（5）支持療法の推進

（個別目標）

国は、がん治療による副作用・合併症・後遺症により、患者とその家族のＱＯＬが低下しないよう、患者視点の評価も重視した支持療法に関する診療ガイドラインを作成し、医療機関での実施につなげる。

（進捗状況及び指標測定結果）

がん診療連携拠点病院等では、高リスク催吐化学療法時の予防的制吐剤の処方や外来麻薬鎮痛開始時の緩下剤の処方など、一定の支持療法が実施されており、評価できる。さらに、厚生労働科学研究において、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症を軽減し、患者の QOL を向上させるため、支持療法に関する実態の把握、均てん化を目指した研究等が行われているほか、薬物療法による合併症に関するガイドラインの改訂、がん患者の精神心理的な支援に関する診療ガイドラインの作成等が進められている。

患者支援も重視した支持療法に関するガイドラインの作成が進められており、ガイドライン数が増加していることについて一定の評価はできるものの、更なる充実が必要である。

治療による副作用の見通しを持てた患者の割合、身体的なつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談ができると思う患者の割合、外見の変化に関する相談ができた患者の割合は、いずれも初めて調査が実施され、一定の取組がなされていることが明らかになったが、今回の調査結果のみをもって評価することは難しく、相談できなかった理由の把握等、更なる知見の集積が必要である。いずれにせよ、より適切な情報提供や相談支援ができるよう、取組を充実させる必要がある。

リンパ浮腫外来、ストーマ外来が設置されているがん診療連携拠点病院等の割合は、いずれも増加傾向で評価はできるが、対象となるがん診療を実施している全ての拠点病院等での実施が求められる。リンパ浮腫については、がんリハビリテーション研修の一環として行われる「新・リンパ浮腫研修」により、人材育成が進められている。

2071	拠点病院等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	
	2016 年	2015 年
高リスク催吐化学療法時予防的制吐剤処方率	75.0%	75.5%
高リスク催吐化学療法時予防的制吐剤処方率（リンパ腫を除外[32]）	86.0%	85.9%
外来麻薬鎮痛開始時緩下剤処方率	61.0%	61.7%

[32] リンパ腫については、催吐高リスクに該当する化学療法が行われ得るものの、レジメンによっては多量のステロイドを併用することがあり、催吐高リスクの化学療法で推奨されている「アプレピタント、５－HT3 受容体拮抗型制吐剤、デキサメサゾン」の3剤併用による予防的制吐剤の投与が必要かは議論があるところである。そのため、リンパ腫も含めて計算すると過小評価となる可能性があり、リンパ腫を除外した割合についても記載している。

2072	支持療法に関する標準診療を実施している医師の割合[33]	
	2018 年度	
	拠点病院等	拠点病院等以外の病院
①がん疼痛に対するオピオイドの処方を適切に実施している医師の割合	69.1%	70.7%
②神経障害性疼痛に関する標準的診療を実施している医師の割合	59.4%	59.1%
③呼吸困難に関する標準的診療を実施している医師の割合	65.4%	66.7%
④せん妄に関する標準的診療を実施している医師の割合	47.6%	48.8%

2073	支持療法に関するガイドラインの数	2021 年度 20	2020 年度 13	
2074[34]	治療による副作用の見通しを持てた患者の割合	2018 年度　成人：61.9% 2019 年度　小児：69.2%		
2075	身体的なつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談ができると思う患者の割合	2018 年度　成人：46.5%		
2076	外見の変化に関する相談ができた患者の割合	2018 年度　成人：28.3% 2019 年度　小児：51.8%		
2077	リンパ浮腫外来が設置されている拠点病院等の割合	2021 年度 56.1%	2019 年度 51.6%	2018 年度 49.9%
2078	ストーマ外来が設置されている拠点病院等の割合	2021 年度 90.3%	2019 年度 89.2%	2018 年度 86.3%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

支持療法について、一定の実態把握がなされたものの、適正な評価のためには更なる知見の集積が必要である。一方で、治療による副作用の見通しが持て、身体的苦痛や外見の変化等があった際に医療スタッフに容易に相談できるような体制や、リンパ浮腫やストーマ管理などの専門的なケアが受けられる、外来も含めた体制の確

[33] がん疼痛、神経障害性疼痛、呼吸困難、せん妄に関し、それぞれの標準的な支持療法を行っているかどうかについて、「そう思う」または「とてもそう思う」と回答した医師の割合を拠点病院と非拠点病院について算出。

[34] 項目番号 2074-2076 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

保・充実に向けて、更なる取組が必要である。

（6）希少がん、難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策）

（個別目標）

国は、希少がん患者が適切な医療を受けられる環境を整備するため、中核的な役割を担う機関を整備し、希少がん対策を統括する体制を2年以内に整備する。

国は、希少がん及び難治性がんに対するより有効性の高い診断・治療法の研究開発を効率的に推進するため、国際的な研究ネットワークの下で行うなど、がん研究を推進するための取組を開始する。患者に有効性の高い診断法・早期発見法・治療法を速やかに提供するための体制づくりを進める。

（進捗状況及び指標測定結果）

国立がん研究センターにおいて、希少がんの各地域における診療実績を公開しているが、2018 年度の公開がん種数は2種類と少なく、更なる充実が強く求められる。

また、がん情報サービスでは、希少がんを含めたがんの解説などの情報提供を行っており、希少がんセンターでは、希少がんに関する情報発信や、患者やその家族だけでなく、医療従事者も相談することのできる希少がんホットラインなどを整備している。

「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」において、国立がん研究センターを希少がん中央機関として位置づけ、希少がん医療を統括することとし、希少がん患者の集約化や専門施設の整備、希少がんに対応できる病院と地域の拠点病院等や小児がん拠点病院との連携を推進し、専門医の少ない地方の患者を適切な医療につなげる対策を講じている。一方で、希少がん患者の初診から診断までの時間が1ヶ月以内であった割合はやや減少し、また、診断から治療開始までの時間が1ヶ月以内であった割合は増加したものの、2週間未満であった割合は減少しており、円滑な連携のための更なる取組が求められている。

希少がんについて、専門的な医療を受けられたと感じているがん患者の割合は80.0%と評価できるものであった。患者に有効性の高い診断法・早期発見法・治療法を速やかに提供するための体制整備を進めている。

厚生労働科学研究において、国立がん研究センターに加えて、国内数か所に広域拠点となる地域希少がんセンターを整備し、これらのセンターを中核として、希少がん患者ができるかぎり住み慣れた場所の近くで、納得のいく信頼できる診療や医療相談を受けられる体制・ネットワークを構築するためのモデルを作成することを目指している。

2081	希少がん情報公開専門施設における公開がん種数	2021 年度 3種類	2018 年度 2種類

				2018 年度	2014 年度
2082	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	2週間未満	38.1%	42.1%
			2週間以上 1ヶ月未満	28.3%	28.4%
		診断から治療開始	2週間未満	31.2%	34.4%
			2週間以上 1ヶ月未満	41.1%	31.1%

2083	希少がんについて、専門的な医療を受けられた と感じているがん患者の割合	80.0%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

希少がん対策について、取組の成果が見られる部分もあるが、患者への情報提供や医療機関及び専門医との連携について、より一層の推進が必要である。また、希少がんの定義[35]はゲノム医療等の成果によって変更が加えられる可能性が指摘されており、こうした状況も踏まえた対策の在り方やより適切に評価できる中間評価指標についても、次期基本計画において検討が必要である。

また、難治性がん対策について、第3期の基本計画においてはがん研究を推進することで取組を進めてきたが、中間評価指標の設定がなかったため、次期基本計画において、どのような評価指標を用いることが可能か、検討を行う。また、患者への情報提供や医療機関及び専門医との連携について、一層の推進が必要である。

（7）小児がん、AYA世代のがん、高齢者のがん対策

（個別目標）

国は、小児がん、AYA世代のがんを速やかに専門施設で診療できる体制の整備を目指して、「小児がん医療・支援のあり方に関する検討会」及び「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」で検討を行い、3年以内に、小児がん拠点病院とがん診療連携拠点病院等の整備指針の見直しを行う。

国は、高齢者のがん診療に関する診療ガイドラインを策定した上で、診療ガイドラインを拠点病院等に普及することを検討する。

[35] 罹患率が人口 10 万人当たり6例未満、数が少ないため診療・受療上の課題が他のがん種に比べて大きいものを政策的な対応を要する希少がんとして扱っている。（出典：希少がん医療・支援のあり方に関する検討会報告書）

（進捗状況及び指標測定結果）

小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるよう、全国に15か所の小児がん拠点病院及び2か所の小児がん中央機関を整備し、診療の一部集約化と小児がん拠点病院を中心としたネットワークによる診療体制の構築が進められている。整備指針の見直しについては、新型コロナウイルス感染症への対応等により進捗が遅れているが、2022年中に実施するべく、ワーキンググループが発足している。

小児がん患者、AYA世代で発症したがん患者の3年生存率は、それぞれ85%を越えており、一定の評価ができるが、今後はより長期間の指標で評価をする必要がある。

小児がん拠点病院は、「AYA世代への対応の強化」にも重点を置き、AYA世代がん患者について、がん診療連携拠点病院等への紹介も含めた適切な医療を提供できる体制を構築することとしている。一方で、がん診療連携拠点病院等では、AYA世代がん患者について治療、就学、就労、生殖機能等に関する状況や希望について確認し、必要に応じて、対応できる医療機関やがん相談支援センターに紹介することとして、小児がん拠点病院とがん診療連携拠点病院等とが互いに連携をとりながらAYA世代がん患者への対応を行えるような体制の構築が進められている。

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・家族の割合は、成人（40歳未満）、小児のそれぞれで5割を越え、一定の周知はされていると評価できるものの、更なる改善が求められるものであった。2021年度から、「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」が開始され、有効性等のエビデンスの集積も進めつつ、若いがん患者等が希望を持って病気と闘い、将来子どもを持つことの希望をつなぐ取組の全国展開が図られており、評価できるものとなっている。

高齢者のがん対策については、厚生労働科学研究において、高齢者がん診療に対するがん種共通のガイドラインの策定を行っている。

		2015 年	2014 年
2091	小児がん患者の3年生存率	86.7%	87.7%
2092	AYA世代で発症したがん患者の3年生存率	87.8%	87.2%

2093[36]	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	成人（40 歳未満）	2018 年度 52.0%	2014 年度 48.2%
		小児	2019 年　53.8%	

[36] 項目番号 2093 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

小児がん、AYA世代のがん、高齢者のがん対策は、第3期の基本計画の「がんとの共生」分野のライフステージに応じたがん対策の項目にも記載されている。次期基本計画においては、「がん医療」分野と「がんとの共生」分野のそれぞれで取り組むべき事項をより明確化していくとともに、それぞれの分野における取組の棲み分けを再検討することも求められる。

小児がん及びAYA世代のがん対策については、含まれる分野が幅広く、必ずしも均一な対策が適切とは言えない可能性もあり、次期基本計画においては、それらの特徴を考慮した対策を、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」や「がんとの共生のあり方に関する検討会」等における検討内容も踏まえ、検討する必要がある。また、がんの遺伝的素因や晩期合併症等に対し長期のフォローアップが求められることを考慮した中間評価指標を検討していく必要がある。

2021年度より、「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」が開始されたところではあるが、必要な方に支援が届くことが重要であり、普及啓発にも取り組む必要がある。

また、高齢者のがんについては、様々な部分で高齢化の影響を考慮する必要があり、第3期の基本計画において評価指標設定のための研究を開始したところではあるが、未だ十分な評価ができていない。次期基本計画においては、当該研究結果も踏まえ、高齢者のがん対策について基本計画の中でどのように位置づけ、どのような対策及びその評価指標の設定が可能であるか、引き続き検討が必要である。

（8）病理診断

（個別目標）

国は、より安全で迅速な質の高い病理診断や細胞診断を提供するための環境を整備する。

（進捗状況及び指標測定結果）

整備指針においては、がん診療連携拠点病院の病理診断の体制について「専従の病理診断に携わる常勤の医師を1人以上配置すること」と定め、拠点病院への病理医の配置を推進しているところ、常勤の病理専門医が1名以上配置されている拠点病院等の割合は微増していた。

「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会」において、正しく迅速な病理診断が必須とされたことを踏まえ、希少がん病理診断力の向上、国民の希少がん医療への貢献を目的に、日本病理学会と連携し、希少がん診断のための病理医育成事業が2018年度より行われている。

2101	常勤の病理専門医が1名以上 配置されている拠点病院等の割合[37]	2021年度 84.3%	2019年度 83.5%	2018年度 82.2%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」での議論を踏まえ、引き続き質の高い病理診断や細胞診断を提供するための体制整備を進めていく必要がある。

（9）がん登録

（個別目標）

国は、がん登録によって得られた情報を利活用することによって、正確な情報に基づくがん対策の立案、各地域の実情に応じた施策の実施、がんのリスクやがん予防等についての研究の推進及び患者やその家族等に対する適切な情報提供を進める。

（進捗状況及び指標測定結果）

2016 年のがん登録法の施行後から届出件数は増加している。全国がん登録の精度管理については、MI 比は横ばいであるものの、%DCO は低下しており、登録情報の内容がより充実してきていると考えられる。また、安全管理に留意しつつも、がん登録情報の効果的な利活用についても検討しており、例えば、がん登録情報を活用して、市区町村におけるがん検診の感度・特異度の算出や、予後調査ができるような体制を構築することについて検討が進められている。

2111	全国がん登録の精度指標 としての MI 比[38]・%DCO[39]		2019 年	2017 年	2016 年
		全国（男女）MI 比	0.38	0.38	0.37
		%DCO	1.92%	2.06%	3.23%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

精度管理については一定の成果が見られ、引き続き、がん登録情報を用いた研究や患者への情報提供等、さらに利活用が推進されるよう取組を進めていく必要がある。

---

[37] がん診療連携拠点病院においては常勤の病理医を1人以上配置することを求めているが、医師・歯科医師・薬剤師調査に基づく当該医療圏の医師数（病院の従事者）が概ね 300 人を下回る医療圏においては、2022 年3月 31 日までの間、専従の病理医が常勤であることを拠点病院の必須要件としていなかった。また、本指標に含まれる地域がん診療病院においては、常勤の病理医の配置を必須としていない。

[38] 一定期間におけるがん死亡数の、がん罹患数に対する比。Mortality/Incidence Ratio の略。

[39] がん登録において、死亡情報のみで登録された患者のこと。Death Certificate Only の略。

（10）医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

（個別目標）

国は、拠点病院等や小児がん拠点病院の医師が、患者や家族に対して臨床研究、先進医療、医師主導治験、患者申出療養制度等についての適切な説明を行い、必要とする患者を専門的な施設につなぐ仕組みを構築する。また、がん患者に対し、治験や臨床試験に関する情報を提供する体制を整備する。

（進捗状況及び指標測定結果）

臨床試験・治験に関する窓口がある拠点病院等の割合は8割近くにのぼり、抗がん剤に関する治験については、2020 年度で 320 件と多くの治験が実施されている点は評価できる。拠点病院等において、臨床試験を行う場合は、患者に対して適切な情報提供を行うこと及び必要に応じて適切な医療機関に患者を紹介することを求めており、がん患者に対し、治験や臨床試験に関する情報を提供する体制の充実に向け、取組が進められた。また情報提供において、厚生労働科学研究では公益社団法人や企業等との協力によるパイロット事業の検討を行っている。

「がん研究 10 か年戦略」に基づき、革新的な治療法等を創出するための研究開発を推進しており、AMEDを通じて、アンメットメディカルニーズに応える新規薬剤開発についても研究が進められているが、全体の評価については、民間の研究開発の状況等も踏まえて実施する必要がある。

また、がんゲノム医療に関連し、がんゲノム情報管理センターに集約しているゲノム情報及び臨床情報等を利活用するとともに、「全ゲノム解析等実行計画（第1版）」によって収集される全ゲノム情報等の利活用についても併せて推進し、革新的な新規薬剤を開発するための環境整備に向けた取組が行われている。

2121	臨床試験・治験に関する窓口がある拠点病院の割合	2021 年度 78.1%	2019 年度 78.0%	2018 年度 76.4%
2122	抗がん剤に関する治験の数	2020 年度 320 件 企業治験 287 件 医師主導治験 33 件	2019 年度 282 件 企業治験 237 件 医師主導治験 45 件	

2123	アンメットメディカルニーズに応える新規薬剤開発	
	2020年度	2019年度
①医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議において要望され抗がんWGにおける検討品目とされた数	6件	4件
②抗がんWGにて検討され、医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議において開発要請した数	3件	3件
③抗がんWGにて検討され、医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議において開発要請した品目のうち、承認された数	2件	1件

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がん研究については、「がん研究 10 か年戦略」に基づき、順調に進められている。「がん研究 10 か年戦略」中間評価の結果も踏まえつつ、患者のニーズに応じたがん研究が推進されるよう、次期戦略や次期基本計画の策定において、引き続き検討が必要である。また、がん患者に対し、治験や臨床試験に関する情報を提供する体制の整備についても、引き続き推進が必要である。

3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

（1）がんと診断された時からの緩和ケアの推進

（個別目標）

がんによる身体的な痛みは、患者の日常生活に重大な支障を来し、QOLを大きく損ねる。このため、がん診療に携わる医療機関において、医療従事者は、徹底した疼痛ケアを行い、患者の日常生活動作に支障が出ないようにする。

国及びがん診療に携わる医療機関は、関係学会等と協力して、医師はもちろんのこと、がん診療に携わる全ての医療従事者が、精神心理的・社会的苦痛にも対応できるよう、基本的な緩和ケアを実施できる体制を構築する。

都道府県がん診療連携拠点病院においては、「緩和ケアセンター」の機能をより一層充実させる。地域がん診療連携拠点病院における「緩和ケアセンター」のあり方について、設置の要否も含め、3年以内に検討する。

拠点病院等以外の病院や緩和ケア病棟における緩和ケアの実態及び患者のニーズを調査し、その結果を踏まえ、緩和ケアの提供体制について検討を進める。

①緩和ケアの提供について

（進捗状況及び指標測定結果）

緩和ケアの提供に係る患者のニーズを把握するために、患者体験調査や遺族調査を実施したことは評価できる。これら調査により、心のつらさがあるときに、すぐに

医療スタッフに相談できると感じている患者の割合、身体的・精神心理的な苦痛を抱えている患者の割合、苦痛により日常生活に支障を来している患者の割合は、それぞれ約3～4割と一定の割合を占めており、更なる緩和ケアの充実が求められている。

亡くなる前1か月間の療養生活について、痛みが少なくなかった割合、からだの苦痛が少なくなかった割合、おだやかな気持ちで過ごせなかった割合は、それぞれ約4～5割と、こちらも更なる改善が求められた。

都道府県がん診療連携拠点病院における「緩和ケアセンター」の機能を充実させるため、2018 年7月の整備指針改定において、ジェネラルマネージャーに関する要件の強化等を行った。 また、地域がん診療連携拠点病院における「緩和ケアセンター」のあり方については「がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」において設置の要否について検討されたが、その人員の要件等については十分な検討を行う必要があることから、慎重な議論が必要であるとされた。

2021 年から「がんとの共生のあり方に関する検討会」のもとに「がんの緩和ケアに係る部会」を発足し、緩和ケアに関する課題に対して、改めて課題を整理し、必要な取組について議論を開始している。

3011[40]	心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合	2018 年度　32.8%	
3012	身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	2018 年度 44.6%	2014 年度 42.6%
3013	精神心理的な苦痛を抱える がん患者の割合	2018 年度 38.0%	2014 年度 38.5%
3014	身体的・精神心理的な苦痛により日常生活に支障を来しているがん患者の割合	2018 年度　30.8%	
3015	療養生活の最終段階において、 身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	2018 年度 40.4%（痛み） 47.2%（からだの苦痛）	
3016	療養生活の最終段階において、 精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	2018 年度　42.3%	

[40] 項目番号 3011-3014 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

②緩和ケア研修会について

（進捗状況及び指標測定結果）

緩和ケア研修の修了者数は累計でおよそ 14 万人に達し、着実に増加している。引き続き研修を充実するために、2018 年度より e-ラーニングを導入し、また、患者の家族、遺族等に対するグリーフケアの提供についての研修プログラムを追加する等の見直しを行った。さらに、対象疾患をがん以外の疾患、受講者を医師以外の医療従事者、開催病院を拠点病院等以外に拡大した。

3017	緩和ケア研修修了者数（医師・医師以外） （2038 の再掲）	2021 年度 157,715 人	2020 年度 145,727 人	2019 年度 139,467 人

③普及啓発について

（進捗状況及び指標測定結果）

「がんと診断されたときからの緩和ケア」を推進するために、日本緩和医療学会に事業委託し、国民に対する緩和ケアの普及啓発活動を行っている。この中で「オレンジバルーンプロジェクト」として、市民公開講座や動画配信等を通じて、緩和ケアに関する基本的な知識や、医療用麻薬に関する正しい知識の普及啓発等を進めている。「緩和ケアを開始すべき時期」について、「がんと診断されたときから」と回答した者の割合や、医療用麻薬について、「正しく使用すれば安全だと思う」と回答した者の割合はおよそ半数に留まり、今後、さらに国民に正しい知識を持って頂けるよう普及啓発に取り組む必要がある。

		2019 年度	2016 年度
3018	国民の緩和ケアに関する認識[41]	52.2%	56.1%
3019	国民の医療用麻薬に関する認識[42]	48.3%	52.7%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

緩和ケアの提供について、地域の実情や今後のがん診療提供体制のあり方を踏まえ、提供体制やそれらを担う人材のあり方を検討する必要がある。その上で、緩和ケアの質の向上に向けて、専門的な緩和ケアを提供する人材の育成についても検討する必要がある。身体的・精神心理的・社会的苦痛等の緩和、苦痛を感じている患者への相談支援の体制や、緩和ケアに係る国民への普及啓発について、更なる取組の充実が求められており、「がんとの共生のあり方に関する検討会」や「がんの緩和

[41] 「緩和ケアを開始すべき時期」について、「がんと診断されたときから」と回答した者の割合。

[42] 「医療用麻薬に対する認識」について、「正しく使用すれば安全だと思う」と回答した者の割合。

ケアに係る部会」等での議論を踏まえ、今後の取組について、引き続き検討が必要である。

（2）相談支援及び情報提供

（個別目標）

国は、多様化・複雑化する相談支援のニーズに対応できるよう、関係学会との連携や相談支援従事者の研修のあり方等について、3年以内に検討し、より効率的・効果的な相談支援体制を構築する。

国は、ピア・サポートの実態調査、効果検証を行った上で、3年以内に研修内容を見直し、ピア・サポートの普及に取り組む。

国は、国民が必要な時に、自分に合った正しい医療情報を入手し、適切に治療や生活等に関する選択ができるよう、科学的根拠に基づく情報を迅速に提供するための体制を整備する。

①相談支援について

（進捗状況及び指標測定結果）

がん患者が、必要に応じて確実に支援を受けられるよう、整備指針において、初診時等にがん相談支援センターについて説明することや、広報を行うことを定め、取組を促している。

そのような中で、患者の3人中2人ががん相談支援センターについて知っているものの、利用したことがある人は、成人で 14.4%、小児で 34.9%に留まっている。実際に利用した者のうち、「役立った」と回答した人は、8割を越えていることを踏まえると、利用していない者に、本当にニーズがなかったのかを十分に見極める必要がある。その観点から、少なくとも成人については、利用者の更なる増加が求められる。

ピア・サポーターについて知っているがん患者の割合、利用したことがある人の割合は低く、課題である。また、ピア・サポート[43]活動の質の充実も必要である。「がん総合相談に携わる者に対する研修事業」において、患者団体及び関係学会と連携し、研修プログラム・テキストの改訂、都道府県に対する研修の企画やフォローアップに関する支援、がん患者・拠点病院等・都道府県向けの研修等を行っている。

治療開始前に病気や療養生活に関して相談することができたと感じる患者の割合、家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じている患者・家族の割合は、成人では増加しており、一定の評価はできるが、更なる充実が必要である。

[43] がん患者・経験者やその家族が、同じような経験を持つ者と体験を共有し、問題解決のために共に考える取組のこと。

3021[44]	がん診断～治療開始前に 病気や療養生活について 相談できたと感じるがん患者の割合 （3002 の再掲）	2018 年度 76.3%	2014 年度 67.4%
3022	家族の悩みや負担を 相談できる支援が十分である と感じているがん患者・家族の割合 （3003 の再掲）	2018 年度 成人：48.7% （補正値[45]：57.6%） 2019 年度 小児：39.7%	2014 年度 成人：37.1%
3023	がん相談支援センター/相談支援センター について知っているがん患者・家族の割合	2018 年度 成人：66.4% 2019 年度 小児：66.4%	2014 年度 成人：56.0%
3024	ピア・サポーターについて 知っているがん患者の割合	2018 年度　27.3%	

②情報提供について

（進捗状況及び指標測定結果）

がん患者と家族、医療従事者及びがんとの共生を目指す社会にとって、がんに係る正しい情報を整備し、それを分かりやすい手法で届けることが重要である。

がんに関する情報は、膨大で、科学的根拠に基づいているとは言えない情報が含まれていることがある。そのため、国立がん研究センターがん対策研究所「がん情報サービス」においては、標準治療や治験、療養等に関する情報提供を行っているが、「がん情報サービス」にアクセスし、探していた情報にたどり着くことができた人の割合は、概ね7割でほぼ横ばいとなっており、一定の評価はできるものの、さらに高みを目指すべきである。また、整備指針において、自施設で標準的治療を提供できるがん種についてホームページ等で広報することや、がんゲノム医療やAYA世代にあるがん患者への治療・支援などについて、患者へ情報提供を行うことを求めているが、その状況について改善の余地がある。

がん教育についても、がん診療連携拠点病院等に対して、学校などに医療従事者を外部講師として派遣し、がんに関する正しい知識の普及啓発に努めるよう求めるなど、関係各所と連携して普及啓発に取り組んでいる。

コミュニケーションに配慮が必要な人に対しての、情報へのアクセスを確保するた

[44] 項目番号 3021-3024 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

[45] 前回調査と比較するために、実測値に比較補正係数をかけた値。

め、国立がん研究センターがん対策研究所は関係団体と協力し、点字資料や音声資料等を作成しており、順次更新作業を行っている。また、視覚や聴覚等の障がいをもつ人に対して、情報資料を継続的に提供できるよう、研究を推進している。

		2021 年度	2019 年度	2018 年度
3025	がん情報サービスにアクセスし、探していた情報にたどり着くことができた者の割合	71.0%	71.6%	71.1%
3026	がん情報サービスにおける点字資料、音声資料数、資料の更新数	93 コンテンツを更新	更新なし	8コンテンツ（音声）を更新

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がん診療連携拠点病院等を中心として、患者と家族への相談支援や情報提供についての体制整備が進められてきているが、あらゆる分野で、がんに係る正しい情報の提供及びがん患者を含めた国民への普及啓発の推進が求められている。「情報の均てん化」に向けて、患者と家族のニーズや課題等を把握した上で更なる活用を進めるとともに、相談支援ネットワーク体制の構築や、より効果的な手法等について検討が必要である。また、ピア・サポーターについては、認知度が低く、改善が必要である。ピア・サポートを含む相談支援や情報提供体制の活用状況の改善について、どのような対策が効果的であるか、「がんとの共生のあり方に関する検討会」での議論も踏まえ、引き続き検討が必要である。

（3）社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

（個別目標）

国は、がん患者がその療養する場所にかかわらず、質の高いがん医療を受けられるよう、2年以内に、地域連携体制について検討し、必要に応じて拠点病院等の整備指針の見直しを行い、拠点病院等の機能を更に充実させる。

拠点病院等は、医療と介護との連携を図りつつ、地域における緩和ケアの状況を把握し、地域における緩和ケアの提供体制について検討する場を3年以内に設けるなど、地域における他の医療機関との連携を図る。都道府県は、その開催状況を把握することに努める。

①拠点病院等と地域との連携について

（進捗状況及び指標測定結果）

地域連携体制や、がん診療連携拠点病院等の地域における緩和ケアの提供体制

について検討を行い、整備指針に「当該医療圏において、地域の医療機関や在宅診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援のあり方について情報を共有し、役割分担や支援等について議論する場を年1回以上設けること。」を新たに定めており、1拠点病院あたりの平均開催数（年間）は、5.5 回となっており、評価できるものとなっている。

一方で、がん治療前に、担当医からセカンドオピニオンについて話を受けたがん患者の割合は、減少している。「話はなかった」と回答した人（65.1%）のうち、9.1%が自分や家族からセカンドオピニオンについて尋ねており、患者や家族のニーズに対応できていないものと考えられる。

3031	1拠点病院あたりの地域連携推進のための多施設合同会議の開催数	2019 年度 5.5 回	2018 年度 5.0 回
3032	がん治療前に、セカンドオピニオンに関する話を受けたがん患者の割合（2025 の再掲）	2018 年度 34.9%	2014 年度 40.3%

②在宅緩和ケアについて

（進捗状況及び指標測定結果）

がん患者とその家族が、望んだ場所で、適切な医療や支援を利用しながら過ごすことができるよう、取組を進めている。拠点病院等において都道府県と連携し、二次医療圏内の在宅療養支援診療所リストの作成や、在宅療養支援診療所の医師に対する緩和ケアに関する知識・技術の研修を実施するとともに、地域緩和ケアネットワーク構築事業で、関係施設間の連携・調整を行う「地域緩和ケア連携調整員」を育成している（平成 28（2016）年度～令和元（2019）年度修了：延べ 307 チーム、959 名）。

在宅で亡くなったがん患者の満足度は、緩和ケア病棟で亡くなった方の満足度（82.4%）に次いで割合が高かった。望んだ場所で過ごせたがん患者の割合は他の疾患と比較すると最も高かったが、半数程度に留まり、一定の評価はできるものの更なる改善に向けた取組が求められる。

3033	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	2018 年度　78.8%
3034	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合	2018 年度　47.7%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

「がんとの共生のあり方に関する検討会」や「がんの緩和ケアに係る部会」での議論も踏まえ、セカンドオピニオンに関する情報提供や、患者の望む場所で過ごすことができるような在宅を含めた地域における緩和ケア提供体制の検討、在宅緩和ケアの一層の周知が必要である。

（4）がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）

（個別目標）

国は、3年以内に、「治療と仕事両立プラン（仮称）」を開発するとともに、そのプランを活用した、がん相談支援センターの相談員をはじめとする就労支援の関係者間の連携についてモデルを構築し、「治療と仕事両立プラン（仮称）」を用いた生活、介護及び育児の状況など、個々の事情に応じた就労支援を行うための体制整備を進める。

国は、3年以内に、医療機関向けに企業との連携のためのマニュアルを作成し、その普及を開始する。

国は、がん患者・経験者、その家族の生活の質を向上させるため、がん患者や家族に関する研究を行うことによって、その課題を明らかにする。また、既存の施策の強化や普及啓発など、更なる施策の必要性について検討する。

①就労支援について

（ア）医療機関等における就労支援について

（進捗状況及び指標測定結果）

がん患者等が治療と仕事を両立できるよう、両立支援コーディネーター[46]の育成・配置や、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」「企業・医療機関連携マニュアル」等を作成し、普及啓発を進めている点は評価できる。

また、診断時から個々の事情に応じた就労支援を行うための「治療と仕事両立プラン」[47]を開発し、モデル事業を経て「がん患者の就労に関する総合支援事業」を拡充し、同プランを活用した就労支援を実施している点についても評価できる。

診断時、収入のある仕事をしていた人のうち、治療開始前に就労の継続について、病院の医療スタッフから説明が「あった」と回答した人は4割程度に留まり、がん治療の開始前までに退職した人が多い点については、課題である。

がん相談支援センターにおける就労に関する相談件数は、年間 25,000 件の目標値を超えており、評価できる。

		2018 年度
3041[48]	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	39.5%
3042	がんと診断後も仕事を継続していたがん患者の割合	82.3%
3043	退職したがん患者のうち、がん治療の開始前までに退職した者の割合	56.8%

[46] 独立行政法人労働者健康安全機構において研修を実施し、2021 年3月末時点で 7,531 人を養成。（目標：2020 年度までに 2,000 人養成）

[47] 2017 年度厚生労働科学研究「働くがん患者の就労継続および職場復帰に資する研究」の研究班で作成。

[48] 項目番号 3041-3043、3046-3047 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上。

		2021 年度	2019 年度	2018 年度
3044	ハローワークと連携した 就職支援を行っている拠点病院等の数	257 病院	216 病院	158 病院
3045	がん相談支援センターにおける 就労に関する相談件数[49]	29,528 件	29,070 件	22,497 件

（イ）職場や地域における就労支援について

（進捗状況及び指標測定結果）

社内制度の導入を進めるために、「治療と仕事の両立支援助成金」の活用を促している。また、ポータルサイトによる情報発信や、シンポジウムの開催等を行うとともに、都道府県労働局を事務局とした「地域両立支援推進チーム」を設置し、企業文化の抜本改革、両立支援の普及推進を図っている。2019 年には全ての都道府県産業保健総合支援センターに両立支援コーディネーターを配置し、産業医が不在の中小企業等に対し、制度導入や教育等について具体的な支援を実施している。

治療と仕事を両立するための社内制度等を利用した人の割合は 36.1%、勤務上の配慮がなされていると回答した人の割合は増加しており、一定の評価ができるものの更なる改善の余地があるものと考えられる。

3046	治療と仕事を両立するための社内制度 等を利用した患者の割合	2018 年度　36.1%	
3047	治療と仕事を両立するための勤務上の 配慮がなされているがん患者の割合	2018 年度　65.0% （比較値[50]：70.8%）	2014 年度 68.3%

②就労以外の社会的な問題について

（進捗状況及び指標測定結果）

治療による脱毛や爪の変化等について身近な医療従事者に相談し、苦痛を軽減できるよう、ガイドラインの改訂や医療従事者プログラムの実装化に向けた研究を進めている。また、2018 年 12 月には、運転免許証の申請時の写真について、医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布等で覆うこと（帽子やウィッグを使用すること）が認められるよう、道路交通法施行規則の一部改正を行った。同様に、2020 年4月、障害者手帳の交付申請時の写真について、身体障害者福祉法施行規則、療育手帳制度要綱及び精神障害者保健福祉手帳制度実施要領の一部改正を

[49] 2019 年度報告の対象は 436 病院で、1病院あたり平均 66.7 件、2018 年度報告の対象は 437 病院で、1病院あたり平均 51.5 件となっている。

[50] 前回調査と比較するために、実測値に比較補正係数をかけた値。

行った。

がん治療に伴う外見の変化に関する相談ができた患者の割合は、初めて調査が実施され、成人で 28.3%、小児で 51.8%であり、一定の取組がなされていることが明らかになったが、今回の調査結果のみをもって評価することは難しく、相談できなかった理由の把握等、更なる知見の集積が必要である。

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・家族の割合は、成人（40歳未満）、小児のそれぞれで5割を越え、一定の周知はなされていると評価できるものの、更なる徹底が求められるものであった。2021年度から、「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」が開始され、有効性等のエビデンスの集積も進めつつ、若いがん患者等が希望を持って病気と闘い、将来子どもを持つことの希望をつなぐ取組の全国展開が図られており、評価できるものとなっている。（再掲）

がん患者の自殺については、2016 年1～6月にがんと診断された患者 546,148 人のうち、がん診断後6ヶ月以内に 144 人が自殺で亡くなっていた（がん患者 10 万観察人年あたり 58.21 人、6ヶ月以内に死亡した全がん患者の 0.17%）。これは同じ時期の一般人口と比較すると 2.7 倍の自殺者がいることを示しており、このリスクは診断後の期間が短いほど高く（1ヶ月以内では 4.1 倍、3ヶ月以内では 3.3 倍）、大きな課題の一つと認識された。

<table>
<tr><td>3048[51]</td><td>外見の変化に関する相談ができたがん患者の割合（2076 の再掲）</td><td colspan="3">2018 年度　成人：28.3%
2019 年度　小児：51.8%</td></tr>
<tr><td rowspan="2">3049</td><td rowspan="2">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（2093 の再掲）</td><td>成人
（40 歳未満）</td><td>2018 年度
52.0%</td><td>2014 年度
48.2%</td></tr>
<tr><td>小児</td><td colspan="2">2019 年　53.8%</td></tr>
<tr><td>3050</td><td>がん患者の自殺数</td><td colspan="3">2016 年度（1～6月）[52]　144 人
2016 年度（1～12 月）[53]　449 人
2017 年度（1～12 月）[54]　439 人</td></tr>
</table>

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

サバイバーシップ支援について、治療開始前における就労支援に係る情報提供を

[51] 項目番号 3048・3049 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

[52] 2016 年1～6月にがんと診断されたがん患者 542,556 人のうち、がん診断後6か月以内に自殺された方の人数。

[53] 2016 年 1～12 月にがんと診断されたがん患者 1,082,318 人のうち、がん診断後 12 か月以内に自殺された方の人数。

[54] 2017 年 1～12 月にがんと診断されたがん患者 1,048,576 人のうち、がん診断後 12 か月以内に自殺された方の人数。

はじめとして、がん患者だけでなく、その家族及び企業等の支援者に対しても引き続き支援を充実させていく取組が必要である。また、大企業だけでなく中小企業に勤務している患者に対する治療と仕事を両立するための制度等の利用など、医療機関だけでなく、企業や雇用・労働関係機関における取組についても一層の推進が求められる。

がん患者の経済的な課題の把握や利用可能な施策の更なる周知が求められる。また、アピアランスケア[55]や生殖機能への影響に関する説明、がん患者の自殺など、社会的な問題について、「がんとの共生のあり方に関する検討会」での議論も踏まえ、引き続き検討が必要である。

（5）ライフステージに応じたがん対策

（個別目標）

国は、小児・AYA世代のがんの経験者が治療後の年齢に応じて、継ぎ目なく診療や長期フォローアップを受けられる体制の整備を進める。そのため、3年以内に、「小児がん医療・支援のあり方に関する検討会」及び「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」で検討を行い、「小児がん拠点病院等の整備に関する指針」と整備指針の見直しを行う。

また、高齢のがん患者の意思決定の支援に関する診療ガイドラインを策定し、拠点病院等に普及させることを検討する。

（進捗状況及び指標測定結果）

小児・AYA世代のがん患者については、小児がん拠点病院とがん診療連携拠点病院等の連携が重要であるとの視点に立ち、2018 年7月に「小児がん拠点病院等の整備に関する指針」を改定し、小児がん拠点病院に求められる要件を明確化した。現時点で全国に 15 か所指定している小児がん拠点病院では、院内学級体制及び家族等が利用できる宿泊施設（長期滞在施設）またはこれに準じる施設が整備されていることを指定要件に定めており、すべての小児がん拠点病院に設置されている点は評価できる。

治療開始前に、教育支援等について医療従事者から説明があったと回答した人の割合は 68.1%、治療中に、学校や教育関係者から治療と教育を両方続けられるような支援があったと回答した人の割合は 76.6%と、一定の評価はできるものの全ての患者に対応できるよう更なる充実が求められる。

また、高等学校段階の取組が遅れていることが指摘されていることから、文部科学

[55] 広義では「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」と定義 （出典：国立がん研究センター中央病院アピアランス支援センターHP より）。

省では、2019 年度及び 2020 年度において「高等学校段階における入院生徒に対する教育保障体制整備事業」を実施した。また、2021 年度からは「高等学校段階の病気療養中等の生徒に対する ICT を活用した効果的な遠隔教育の調査研究事業」を実施している。厚生労働科学研究において、がん患者の高校教育の支援の好事例の収集や実態・ニーズ調査を実施し、高校教育の提供方法の開発と実用化に向けた研究を進めている。

さらに、厚生労働科学研究において、高齢のがん患者に対する多職種による意思決定支援プログラムの研究・開発を行っている。

<table>
<tr><td>3051</td><td>小児がん拠点病院のうち
院内学級体制・宿泊施設を整備している
施設の割合[56]</td><td>2021 年度
100%</td><td>2019 年度
100%</td><td>2018 年度
100%</td></tr>
<tr><td>3052[57]</td><td>治療開始前に教育支援等について、
医療従事者から説明を受けた
がん患者・家族の割合</td><td colspan="3">2019 年度　68.1%</td></tr>
<tr><td>3053</td><td>治療中に、学校・教育関係者から、
治療と教育の両立に関する支援を
受けた家族の割合</td><td colspan="3">2019 年度　76.6%</td></tr>
<tr><td>3054</td><td>家族の悩みや負担を相談できる支援が
十分であると感じている
がん患者・家族の割合
（3003 の再掲）</td><td colspan="2">2018 年度
成人：48.7%
（比較値[58]：57.6%）
2019 年度
小児：39.7%</td><td>2014 年度
成人：37.1%</td></tr>
</table>

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

小児・AYA世代については、拠点病院等以外の医療機関や自宅等における教育支援の充実や、小中学生だけでなく、高校生に対する教育支援についても治療と教育の両立の更なる推進が必要である。また、教育支援も含めた、医療機関におけるオンライン環境の整備について検討する必要がある。

高齢者に係る「がんとの共生」分野のがん対策については、第３期の基本計画において、中間評価指標の設定がなかったため、十分な評価ができなかった。厚生労

[56] 新型コロナウイルス感染拡大による現場の状況を鑑み、2019 年実績の報告は一部の医療機関を除き中止したため、小児がん拠点病院のみのデータとなっている。

[57] 項目番号 3052-3054 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

[58] 前回調査と比較するために、実測値に比較補正係数をかけた値。

働科学研究の結果も踏まえ、次期基本計画においては、多様な高齢のがん患者の療養生活を支えるための対策や、評価指標の設定、医療と介護の連携の更なる強化について、引き続き、検討を行っていく必要がある。

4. これらを支える基盤の整備

（1）がん研究

（個別目標）

国は、2年以内に、「がん研究10か年戦略」のあり方について検討を行い、新たな課題や重点的に進めるべき研究を盛り込む。その際、必要に応じて、現在AMEDで行われている事業の研究領域を見直し、科学技術の進展や臨床ニーズに見合った研究を推進する。

（進捗状況及び指標測定結果）

2018 年に「がん研究 10 か年戦略」の中間評価を行い改定を行った点、「健康・医療戦略」等におけるがん領域における研究開発に関する目標を達成している点などについては評価ができる。中間評価の指標としては、主にAMEDにおける研究開発の状況を踏まえたものになっているが、全体の評価については、民間の研究開発の状況等も踏まえて実施する必要がある。

また、2019 年 12 月に「全ゲノム解析等実行計画（第1版）」が作成され、全ゲノム解析についても日常診療への導入を目指す研究開発を加速させている。

		2019 年度	2018 年度
4011	日本発の治療薬の創出に向けて導出された治験の数	1件 累積 15 件	1件 累積 14 件
4012	日本発の診断薬の創出に向けて導出された治験の数	1件 累積2件	1件 累積1件
4013	日本発の医療機器の創出に向けて導出された治験の数	2件 累積2件	0件 累積0件
4014	日本臨床研究実施計画・研究概要公開システム（JRCT）に登録された研究数[59]	70 課題 （14 課題）	61 課題 （19 課題）

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

「がん研究 10 か年戦略」に基づき、順調な進捗であるが、各研究分野について、患者及びがん経験者の参画をより一層推進し、患者及びがん経験者目線で必要とされている領域の研究や、臨床現場でニーズの高い領域の研究を推進していく必要がある。

[59] 括弧内は、当該年度において新規採択した課題数。

（2）人材育成

（個別目標）

国は、2年以内に、今後のがん医療や支援に必要な人材と、幅広い育成のあり方について検討し、そのために必要な具体的なスケジュールを策定する。

（進捗状況及び指標測定結果）

緩和ケア研修修了者数、がんゲノム医療コーディネーター研修会参加人数、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は、それぞれ増加しており一定の評価はできる。

文部科学省では 2017 年より5年間、多様な新ニーズに対応する「がん専門医療人材（がんプロフェッショナル）」養成プランを行い、がん専門医療人材の養成として、特にゲノム医療や希少がん及び小児がんに対応できる高度がん医療人材の育成や、ライフステージに応じたがん対策を推進する人材の育成に取り組む大学への支援を実施し、がん医療人材養成の拠点大学における優れた取組の他大学等への普及を推進している。その結果、がん緩和ケアに特化した講座を設置している医学部医学科を置く大学の数は増加している。

その一方で、がんの標準医療の現場を担う人員が不足しており、病院間、地域間格差の要因の一つとなっている。今後、臨床面では、がん診療に従事する専門職や、がん患者の症状緩和やがんサバイバーのケアにあたる人材、QOL 向上及び終末期医療を担う人材などの育成が必要とされている。同時に、進化するがん医療の各分野において、創薬を担う人材や関連学際領域に対応できる人材、医療ビッグデータの解析専門家など、新たに必要とされるスペシャリストの育成が重要な課題となっている。

4021	緩和ケア研修修了者数 （医師・医師以外）（2038 の再掲）	2021 年度 157,715 人	2020 年度 145,727 人	2019 年度 139,467 人
4022	がんゲノム医療コーディネーター研修会参加人数[60]	2021 年度 976 人 （累計 2,202 人）	2020 年度 674 人 （累計 1,226 人）	2019 年度 216 人[61]
4023	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	2021 年度 257 人 （累計 946 人）	2019 年度 214 人 （累計 527 人）	2018 年度 204 人

[60] 厚生労働省委託事業「がんゲノム医療従事者研修事業」の修了者を算出。

[61] 2019 年度は2回開催予定であったが、新型コロナウイルス感染症の影響により 1 回とした。

4024	緩和ケアに特化した講座を設置している大学の数	2021 年度 28 大学	2020 年度 24 大学	2016 年度 18 大学

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がん医療の人材育成については、医学教育、各種教育・研修課程、拠点病院等における On the Job Training などが進んでおり、評価できる。

一方で、高度化するがん医療現場を担う人材の不足が解消しておらず、対処が必要である。また、「がんとの共生」の実現に向けて患者・家族ケアを実践する医療従事者の育成も重要である。さらに、創薬、ビッグデータの活用等、高度化したがん医療・研究を支える学際的専門職の育成も今後の課題である。

今後のがん医療・研究のあり方を踏まえ、必要な職種・人員、育成のあり方、具体的なスケジュールなどについて、文部科学省のがん専門医療人材養成事業などとも連携しつつ、医療関係職能団体、各種学会、拠点病院等の協力を得て推進していく必要がある。

（3）がん教育、がんに関する知識の普及啓発

（個別目標）

国は、全国での実施状況を把握した上で、地域の実情に応じて、外部講師の活用体制を整備し、がん教育の充実に努める。

国民が、がん予防や早期発見の重要性を認識し、自分や身近な人ががんに罹患しても、そのことを正しく理解し向き合うことができるよう、国は、がんに関する知識の普及啓発を更に進める。

（進捗状況及び指標測定結果）

新学習指導要領に基づくがん教育及び地域の実情に応じた取組を支援するとともに、各自治体等での取組の成果を横展開することにより、がん教育の促進に努めている。また、がん教育実施上の留意事項や効果的な進め方についての講義、先進事例の発表や協議等を盛り込んだ実践的な研修会等が実施されており、「2020 年度がん教育研修会・シンポジウム」では計 1,293 名の参加申込があった。さらに、外部講師によるがん教育の一層の充実を図るために、がん教育推進のための教材、外部講師を活用したがん教育ガイドライン、指導参考資料の改訂を行い、周知啓発を行うとともに、外部講師の活用体制を整備するための各都道府県の取組への支援が行われている。

学校でのがん教育について、がん教育への外部講師の活用は進みつつあるものの、がん教育をより効果的なものにするためにも一層その活用を促す必要がある。た

だし、現場の負担等を考慮すると、同等の効果が得られるような教材の充実などによる対応も検討すべきであると考えられる。

職場におけるがんに関する知識の普及啓発として、「がん対策推進企業等連携事業（がん対策推進企業アクション）」を実施している。本事業に賛同する企業・団体（推進パートナー）の参加を促進してきた結果、参加企業数は、事業開始から着実に増加してきており、2020 年度で 3,553 社・団体となった。参加企業数については一定の評価はできるものの、それぞれが実際にどの程度の活動を行っているかが重要である。

4031	外部講師を活用して がん教育を実施した学校の割合[62]	2018 年度 8.1%	2017 年度 7.2%
4032[63]	がん相談支援センター/相談支援センターを 知っている患者・家族の数 （3023 の再掲）	2018 年度 成人：66.4% 2019 年度 小児：66.4%	2014 年度 成人：56.0%
4033	がん対策推進企業アクションの 参加企業数	2020 年度 3,553	2018 年度 2,908

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

学校教育及び社会教育におけるがん教育やがんに関する知識の普及啓発については、更なる推進が必要とされている。特に、学校教育において、文部科学省と連携し、外部講師の更なる活用を含め、地域の実情に応じたがん教育の効果的な取組について引き続き検討していく必要がある。

[62] 外部講師を活用してがん教育を実施した学校／調査校の総数。

[63] 項目番号 4032・4033 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

Ⅳ　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についての進捗状況

（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

がん対策を実効あるものとして、総合的に展開していくためには、国、地方公共団体、関係者等が、適切な役割分担の下、相互の連携を図りつつ、一体となって努力することが重要である。

国及び地方公共団体は、関係者等の意見の把握に努め、がん対策に反映させていくことが重要である。

国及び地方公共団体は、がん教育、がんに関する知識の普及啓発等により、がん患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境の整備への理解を図るとともに、相談支援や情報提供を行うことにより、国民とともに、地域における「がんとの共生社会」を目指して、共に取り組んでいくことが重要である。

2．都道府県による計画の策定

都道府県においては、本基本計画を基本としながら、本基本計画と、平成30（2018）年度からの新たな医療計画等との調和を図ることが望ましい。また、がん患者に対するがん医療の提供の状況等も踏まえ、地域の特性に応じた自主的かつ主体的な施策も盛り込みつつ、なるべく早期に、「都道府県がん対策推進計画」（以下「都道府県計画」という。）の見直しを行うことが望ましい。

なお、都道府県計画の見直しの際には、都道府県の協議会等にがん患者等が参画するなど、都道府県は、関係者等の意見の聴取に努める。また、がん対策の課題を抽出し、その解決に向けた目標を設定すること、必要な施策を検討し、実施すること、施策の進捗状況を把握し、評価すること等を実施しながら、必要があるときには、都道府県計画を変更するよう努める。国は、都道府県のがん対策の状況を定期的に把握し、積極的に都道府県に対して好事例の情報提供を行うなど、都道府県との情報共有に努める。

都道府県計画の作成に当たり、国は、都道府県計画の作成手法等について、必要な助言を行う。都道府県は、がん検診のみならず、普及啓発や地域における患者支援等の市町村の取組についても都道府県計画に盛り込むことが望ましい。

3．がん患者を含めた国民の努力

がん患者を含めた国民は、法第6条のとおり、がんに関する正しい知識を持ち、がんの予防に必要な注意を払い、必要に応じ、がん検診を受けるよう努めることとされており、今後のがん医療の向上に資するよう、以下の点についても努力していくことが望まれる。

- がん医療は、がん患者、家族、医療従事者の人間関係を基盤として成り立っていることから、医療従事者のみならず、がん患者やその家族も、医療従事者と信頼関係を築くことができるよう努めること。
- がん患者が適切な医療を受けるためには、セカンドオピニオンに関する情報の提示、がんに関する十分な説明、相談支援等が重要であるが、がん患者やその家族も、医療従事者からの説明を受けながら、病態や治療内容等について、理解するよう努めること。
- がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策を実現させるため、がん患者を含めた国民も、国、地方公共団体、関係者等と協力して、都道府県におけるがん対策の議論に参画するなど、がん医療や、がん患者とその家族に対する支援を充実させることの重要性を認識し、行動するよう努めること。
- 国や地方公共団体が国民の理解を得るために行う普及啓発は重要であるが、治験を含む臨床試験を円滑に進めていくためには、がん患者の協力が不可欠であることから、がん患者を含めた国民も、がんに関する臨床試験の意義を理解するよう努めること。

4. 患者団体等との協力

国及び地方公共団体は、民間団体が行うがん患者の支援に関する活動、がん患者の団体が行う情報交換等の活動等を支援するため、情報提供その他の必要な施策を講ずるよう努める。

5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化

基本計画による取組を総合的かつ計画的に推進し、全体目標を達成するためには、がん対策を推進する体制を適切に評価していくこと、各取組の着実な実施に向けて必要な財政措置を行っていくこと等が重要である。

一方、近年の厳しい財政事情の下では、限られた予算を最大限有効に活用することによって、がん対策の成果を上げていくという視点が必要となる。

このため、より効率的に予算の活用を図る観点から、選択と集中の徹底、各施策の重複排除及び関係省庁間の連携強化を図るとともに、官民で役割と費用負担の分担を図る。

また、将来にわたって必要かつ適切ながん医療を提供するため、効率的かつ持続可能ながん対策を実現する。

6. 目標の達成状況の把握

国は、全体目標とそれを達成するために必要な分野別施策の個別目標等について、ロードマップを作成し、公表する。

国は、基本計画に定める目標及びロードマップについては、適宜、その達成状況に

ついての調査を行い、その結果を公表する。また、がん対策の評価に資する医療やサービスの質も含め、分かりやすい指標の策定について、引き続き必要な検討を行い、施策の進捗管理と必要な見直しを行う。

なお、国は、計画期間全体にわたり、基本計画の進捗状況を把握し、管理するため、3年を目途に、中間評価を行う。その際、個々の取り組むべき施策が個別目標の達成に向けて、どれだけの効果をもたらしているか、施策全体として効果を発揮しているかという観点から、科学的・総合的な評価を行い、その評価結果を踏まえ、課題を抽出し、必要に応じて施策に反映するものとする。また、協議会は、がん対策の進捗状況を踏まえ、施策の推進に資する上で必要な提言を行うとともに、必要に応じて、検討会等の積極的な活用を行うこととする。

また、都道府県は、都道府県計画に基づくがん対策の進捗管理に関するPDCAサイクルを回し、施策に反映するよう努める。

（進捗状況及び指標測定結果）

全ての都道府県で都道府県計画の策定が行われており、その協議の場において患者委員の参画を認めている点は評価できる。一方で、全委員に対する患者委員の割合は、13.7%と国の「がん対策推進協議会」の割合（5/20＝25%）よりも低くなっている点については、改善の余地がある可能性がある。

4001	都道府県がん対策推進計画の策定過程におけるがん患者を代表する者の参加割合[64]	2020 年度 13.7%	2019 年度 13.6%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

都道府県計画の策定過程におけるがん患者を代表する者の参加については、国のがん対策推進協議会の参加割合を参考にし、各都道府県とも連携し、偏りのない性別や世代、様々ながん種のがん患者等の意見の把握及び施策への反映を推進していく体制を確保する必要がある。

[64] 計算方法は、患者代表委員の人数／都道府県がん対策推進協議会委員総数。
（分子・分母ともに4月1日時点の各都道府県の合計）

第4章　おわりに

（1）　中間評価を踏まえて、第4期の基本計画を策定することが望ましい。

（2）　第3期の基本計画では、高齢者のがん対策、難治性がん対策等、中間評価指標が設定できなかった施策があり、また、施策が行われる前の数値が明確になっていない項目が多かった。そのため、第4期の基本計画では、それらの中間評価指標を検討するとともに、新たに指標を設定する場合には、施策が行われる前の数値を明確にしておくことが望ましい。

（3）　第3期の基本計画では、一部の中間評価指標は、指標の数値の推移が直近の1～2年間のものしか分からず、評価が困難であった。第4期基本計画においては、各中間評価指標について、十分に評価できる期間を設定することが望ましい。

（4）　第3期の基本計画では、第2の2．（7）の「小児がん、AYA世代のがん及び高齢者のがん対策」や、同（4）②の「就労以外の社会的な問題について」のように、大きく異なる分野が1つの項目にまとめられていたが、第4期の基本計画においては、各分野の関連性を考慮した構成とすることが望ましい。

（5）　第3期の基本計画では、計画策定時に評価指標は決定しておらず、目標への達成状況について評価が困難な施策があったため、第4期の基本計画策定時には、目標の設定と併せて、それらをモニタリングする指標についても検討することが望ましい。

「がん対策推進協議会」委員名簿（令和4年6月時点）

	氏名	所属・役職
	飯野　奈津子	ジャーナリスト
	池田　真実	小児がん経験者の会 Fellow Tomorrow メンバー
	石岡　千加史	東北大学大学院医学系研究科臨床腫瘍学分野教授 東北大学病院腫瘍内科長 公益社団法人日本臨床腫瘍学会理事長
	大賀　正一	九州大学大学院医学研究院成長発達医学分野教授 日本小児・血液がん学会理事長
	大西　啓之	特定非営利活動法人キュアサルコーマ理事長 一般社団法人日本希少がん患者会ネットワーク副理事長
	小原　眞知子	日本社会事業大学社会福祉学部教授 公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会　副会長
	木澤　義之	筑波大学附属病院病院教授 特定非営利活動法人日本緩和医療学会理事長
	茂松　直之	慶應義塾大学医学部放射線科学教室教授 公益社団法人日本放射線腫瘍学会理事長
	谷口　栄作	島根県健康福祉部医療統括監
	鶴岡　優子	つるかめ診療所所長 日本在宅医療連合学会理事
	土岐　祐一郎	大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学教授 日本癌治療学会理事長
○	中釜　斉	国立研究開発法人国立がん研究センター理事長
	根岸　茂登美	藤沢タクシー株式会社代表取締役
	長谷川　一男	特定非営利活動法人肺がん患者の会ワンステップ理事長 日本肺がん患者連絡会理事長
	羽鳥　裕	公益社団法人日本医師会常任理事
	久村　和穂	学校法人金沢医科大学医学部公衆衛生学非常勤講師 石川県がん安心生活サポートハウス　ソーシャルワーカー 一般社団法人日本サイコオンコロジー学会代議員
	松田　一夫	公益財団法人福井県健康管理協会副理事長 一般社団法人日本消化器がん検診学会監事
	三上　葉子	東京女子医科大学病院脳神経外科家族の会「にじいろ電車」代表
	森内　みね子	公益社団法人日本看護協会　常任理事
◎	山口　建	静岡県立静岡がんセンター総長

◎･･･会長　○･･･会長代理　　（50音順、敬称略）

「がん対策推進協議会」開催状況

【第69回】
日　時：平成30年6月27日（水）16:00～18:00
場　所：全国都市会館　3階　第2会議室
議題：
（1）会長の選任等について
（2）我が国のこれまでのがん対策について
（3）第3期がん対策推進基本計画の今後の進め方について
（4）その他

【第70回】
日　時：平成30年8月30日（木）13:00～15:00
場　所：全国都市会館　3階　第2会議室
議題：
（1）がん診療連携拠点病院等の整備について
（2）治療と仕事の両立支援に関する報告
・働き方改革関連法について
（3）がん予防分野に関する報告
・健康増進法の一部を改正する法律について
・がん検診の実情について
（4）中間評価について①
・がん予防分野の指標について
・中間評価に用いる調査について
（ア）患者体験調査
（イ）緩和ケアに関する医療従事者調査・施設調査
（5）その他

【第71回】
日　時：平成30年11月21日（水）13:00～15:00
場　所：厚生労働省　18階　専用第22会議室
議題：
（1）中間評価指標①
・がん予防分野の指標について
（2）中間評価指標②－1
・がん医療分野の指標について
（3）その他

【第72回】
日　時：平成31年1月31日（木）16:00～18:00
場　所：厚生労働省　12階　専用第15会議室
議題：
（1）中間評価に用いる調査について
・患者体験調査（小児版）について
（2）中間評価指標について
・②－2がん医療分野の指標について
・③がんとの共生分野の指標について
（3）その他

【第73回】
日　時：令和元年6月28日（金）14:00～16:00
場　所：TKP 赤坂駅カンファレンスセンター　ホール14B（14階）
議題：
（1）がん診療連携拠点病院等の整備について
（2）がん研究 10 か年戦略報告書（中間評価）について
（3）中間評価指標について
・④基盤整備
・中間評価指標のとりまとめ
（4）その他

【第74回】
日　時：　令和2年10月16日（金）　13：00～15：00
場　所：　TKP 新橋カンファレンスセンター　ホール14E（14階）
議題：
（1）会長の選任等について
（2）第3期がん対策推進基本計画と中間評価の実施について
（3）がん予防分野の中間評価について
（4）その他

【第75回】
日　時：　令和3年3月11日（木）　15：00～17：00
WEB開催
議題：
（1）報告事項
① 小児・ AYA世代のがん患者等に対する妊孕性温存療法に関する検討会について
② 新型コロナウイルス感染症下におけるがん検診受診状況の変化について
③ 新型コロナウイルス感染症下におけるがん診療実施状況の変化について
④ 患者体験調査・小児患者体験調査の結果について
⑤ 遺族調査の結果（がん患者の療養生活の最終段階における実態把握事業）について
（2）第 74 回がん対策推進協議会でのご意見に対する対応について
（3）「がんとの共生」「これらを支える基盤の整備」分野の中間評価について
（4）その他

【第76回】
日　時：　令和3年10月7日（木）　14：00～17：00
WEB開催
議題：
（1）第 75 回がん対策推進協議会での主なご意見に対する対応について
（2）「がんとの共生」「これらを支える基盤の整備」分野の中間評価について
（3）「医療の充実」分野の中間評価について

【第77回】
日　時：　令和3年12月3日（金）　13：00～16：00
WEB開催
議題：
（1）第 76 回がん対策推進協議会での主なご意見に対する対応について
（2）第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書案について

【第78回】
日　時：　令和4年3月16日（水）　13：00～16：00
WEB開催
議題：
（1）　報告事項
①　中間評価指標に関連する各種データについて
②　がん対策推進協議会と基本計画に基づく主な検討会等について
（2）　第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書案について

【第79回】
日　時：　令和4年4月28日（木）14：00～17：00
WEB開催
議題：
（1）　第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書案について
（2）　報告事項
①　がん対策の主な施策について
②　国立がん研究センターがん対策研究所について

資料１７-(２)

第80回がん対策推進協議会議事次第

日　時：令和4年6月30日（木）17：00～19：00
WEB開催

議　事　次　第

１　開　会

２　議　題

（1）　報告事項

①第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書について

②厚生労働科学研究班からの報告

（2）　報告事項を受けて意見交換

【資　料】

資料1　　がん対策推進基本計画　中間評価報告書（令和4年6月）

資料2　　第3期がん対策基本計画中間評価の概要

資料3　　伊藤参考人提出資料

参考資料1　がん対策推進協議会委員名簿

参考資料2　がん対策推進基本計画（平成 30 年3月）

第 80 回がん対策推進協議会	資料 1
令和４年６月 30 日	

がん対策推進基本計画
中間評価報告書

令和４年６月

厚生労働省

がん対策推進協議会

目次

第1章　第3期がん対策推進基本計画（平成 30 年3月閣議決定）の主旨・・・・・・・・・・1

第2章　中間評価の主旨・・3

第3章　中間評価・・4
Ⅰ　要旨・・4
Ⅱ　全体目標についての進捗状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6
1．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6
2．患者本位のがん医療の実現・・8
3．尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9
Ⅲ　分野別施策の個別目標についての進捗状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・11
1．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・11
（1）がんの1次予防・・・11
（2）がんの早期発見、がん検診（2次予防）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・15
2．患者本位のがん医療の実現・・21
（1）がんゲノム医療・・・21
（2）がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法の充実・・・・・・・・・・・・・22
（3）チーム医療の推進・・・28
（4）がんのリハビリテーション・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・29
（5）支持療法の推進・・・30
（6）希少がん、難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策）・・・・33
（7）小児がん、AYA世代のがん、高齢者のがん対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・34
（8）病理診断・・36
（9）がん登録・・37
（10）医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組・・・・・・・・・・・・・・・・・38
3．尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・39
（1）がんと診断された時からの緩和ケアの推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・39
（2）相談支援、情報提供・・・42
（3）社会連携に基づくがん対策・がん患者支援・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・44
（4）がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）・・・・・・46
（5）ライフステージに応じたがん対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・49
4．これらを支える基盤の整備・・51
（1）がん研究・・51
（2）人材育成・・52
（3）がん教育、がんに関する知識の普及啓発・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・53

Ⅳ　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についての進捗状況・・55

第4章　おわりに・・・58
「がん対策推進協議会」委員名簿・・・59
「がん対策推進協議会」開催状況・・・60

第1章　第3期がん対策推進基本計画（平成 30 年3月閣議決定）の主旨

我が国において、がんは、昭和 56（1981）年より死因の第１位であり、令和２（2020）年には、年間約 38 万人が亡くなり、生涯のうちに、約２人に１人が罹患すると推計されている。こうしたことから、依然として、がんは、国民の生命と健康にとって重大な問題である。

我が国においては、昭和 59（1984）年に策定された「対がん 10 カ年総合戦略」、平成６（1994）年に策定された「がん克服新 10 か年戦略」、平成 16（2004）年に策定された「第３次対がん 10 か年総合戦略」に基づき、がん対策に取り組んできた。また、平成 26（2014）年からは、「がん研究 10 か年戦略」に基づき、がん研究を推進している。

平成 18（2006）年６月には、がん対策の一層の充実を図るため、がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号。以下「法」という。）が成立し、平成 19（2007）年４月に施行された。また、同年６月には、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）が策定された。

第１期（平成 19（2007）年度～平成 23（2011）年度）の基本計画では、がん診療連携拠点病院の整備、緩和ケア提供体制の強化及び地域がん登録の充実が図られた。第２期（平成 24（2012）年度～平成 28（2016）年度）の基本計画では、小児がん、がん教育及びがん患者の就労を含めた社会的な問題等についても取り組むこととされ、死亡率の低下や５年相対生存率が向上するなど、一定の成果が得られた。また、がん対策において取組が遅れている分野について、取組の一層の強化を図るため、平成 27（2015）年 12 月には、「がん対策加速化プラン」が策定された。

しかしながら、平成 19（2007）年度からの 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」については、達成することができなかった。その原因としては、喫煙率やがん検診受診率の目標値が達成できなかったこと等が指摘されている。今後、がんの年齢調整死亡率（75 歳未満）を着実に低下させていくためには、がんに罹る国民を減らすことが重要であり、予防のための施策を一層充実させていくことが必要である。また、がんに罹った場合にも、早期発見・早期治療につながるがん検診は重要であり、その受診率を向上させていくことが必要である。

また、新たな課題として、がん種、世代、就労等の患者それぞれの状況に応じたがん医療や支援がなされていないこと、がんの罹患をきっかけとした離職者の割合が改善していないことが指摘されており、希少がん、難治性がん、小児がん、AYA（Adolescent and Young Adult）世代（思春期世代と若年成人世代）のがんへの対策が必要であること、ゲノム医療等の新たな治療法等を推進していく必要があること、就労を含めた社会的な問題への対応が必要であること等が明らかとなった。

さらに、平成 28（2016）年の法の一部改正の結果、法の理念に、「がん患者が尊厳を保持しつつ安心して暮らすことのできる社会の構築を目指し、がん患者が、その置かれている状況に応じ、適切ながん医療のみならず、福祉的支援、教育的支援その他の必要な支援を受けることができるようにするとともに、がん患者に関する国民の理解が深められ、がん患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境の整備が図られること」が追加され、国や地方公共団体は、医療・福祉資源を有効に活用し、国民の視点に立ったがん対策を実施することが求められている。

第３期の基本計画は、このような認識の下、法第 10 条第７項の規定に基づき、第２期の基本計画の見直しを行うことで、がん対策の推進に関する基本的な計画を明らかにするものであり、その実行期間については、平成 29（2017）年度から令和４（2022）年度までの６年程度を一つの目安として定められた。また、**「<u>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。</u>」**ことを目標としている。

第３期の基本計画に基づき、国と地方公共団体、がん患者を含めた国民、医療従事者、医療保険者、事業主、学会、患者団体等の関係団体、マスメディア等（以下「関係者等」という。）が一体となって、上記に掲げたような諸課題の解決に向けて、取組を進めていくことが必要であり、国は、計画期間全体にわたり、基本計画の進捗状況を把握し、管理するため、3年を目途に、中間評価を行うとされた。

第2章　中間評価の主旨

第3期の基本計画に定める目標等を確実に達成するため、当該基本計画の進捗状況を把握することが重要であることから、中間評価を行う。

中間評価にあたっては、「がん対策推進協議会」において設定した評価指標を参考に、個々の取り組むべき施策が個別目標の達成に向けてどれだけの効果をもたらしているか、また、施策全体として効果を発揮しているかという観点から評価を行い、その評価結果を踏まえ、課題を抽出し、必要に応じて施策に反映することを検討する。

第3章　中間評価

Ⅰ　要旨

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。

がん診療連携拠点病院等を中心に、がん医療の均てん化のため、診療提供体制の整備が進められてきており、一定の進捗が認められるが、地域間及び医療機関間で進捗状況に差がある。また、あらゆる分野で、がんに係る正しい情報の提供及びがん患者を含めた国民への普及啓発の推進が求められており、より効果的な手法等について検討が必要である。

全体目標について

1） 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

○ 「がんの罹患者を減少させる」としていたところ、がんの年齢調整罹患率は、2016 年から減少しているが、2015 年以前と比較すると、「がん登録等の推進に関する法律」（平成 25 年法律第 111 号。以下「がん登録法」という。）によって病院等に届出義務が課され、届出対象が拡大されたこと等により、全国がん登録初年度である 2016 年の罹患数が過大評価されている可能性があり、引き続き推移の確認が必要である。

○ 「がんの死亡者の減少を実現する」としていたところ、75 歳未満のがんの年齢調整死亡率については着実に減少してきている。ただし、がん種別の年齢調整死亡率においてがん種ごとに異なる傾向が見られることを踏まえると、感染症対策や治療法の進歩が一部のがん種の減少傾向に影響した可能性があり、引き続き、死亡率減少に寄与する取組を地道に積み上げていく必要がある。また、がん検診受診率は上昇傾向であるものの、多くの領域で目標を達成できていない。諸外国におけるデータとも比較しながら、引き続き年齢調整死亡率の減少及びがん検診受診率の向上のための対策を検討する必要がある。

2） 患者本位のがん医療の実現

○ 「がん医療の質の向上、それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化及び効率化かつ持続可能ながん医療を実現する」としていたところ、がんの5年生存率は多くのがん種で上昇傾向を認め、年齢調整死亡率は減少傾向にあり、その他の指標も概ね評価できる結果となっている。

○ がん診療連携拠点病院等を中心とする診療提供体制の整備について、全体としての底上げはなされているが、地域間及び医療機関間の進捗状況に差があり、持続可能ながん医療を実現するためには、均てん化とともに集約化に向けて、引き続き、がん診療提供体制のあり方について検討が必要である。

○　中間評価指標にない5大がん以外のがん種も含め、対象を明確化し、改善の手法についても工夫を凝らしていくとともに、更なる充実に向けて地道な取組を着実に積み上げていく必要がある。

3）尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

○「がん患者が、いつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する」としていたところ、自分らしい日常生活を送ることができていると感じるがん患者の割合や、家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合については増加し、一定の評価はできるものの、十分なレベルには達しておらず、より一層の相談支援及び情報提供に係る取組が必要である。

○「住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境を整備する」としていたところ、がん診断から治療開始前に病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合は増加しているものの、十分なレベルには達しておらず、その背景等を把握しつつ更なる取組が求められる。

Ⅱ　全体目標についての進捗状況

1．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

（目標の詳細）

がんを予防する方法を普及啓発するとともに、研究を推進し、その結果に基づいた施策を実施することにより、がんの罹患者を減少させる。国民が利用しやすい検診体制を構築し、がんの早期発見・早期治療を促すことで、効率的かつ持続可能ながん対策を進め、がんの死亡者の減少を実現する。

（進捗状況及び指標測定結果）

75 歳未満のがんの年齢調整死亡率については、確認できる 1995 年の 108.4（人口 10 万人対）からほぼ一貫して減少し続けている。20 年前や 10 年前の値[1]と比べると、それぞれ、およそ3割、2割ずつと、着実に減少してきており、全体として高く評価できる。

ただし、がん種別の年齢調整死亡率は、減少しているがん種と横ばいとなっているがん種があり、がん種ごとに異なった傾向がみられることから、全体の年齢調整死亡率の減少は、感染症対策によるがんにおける衛生状態の改善や治療法の劇的な変化などの一部の要因に下支えされている可能性がある。

1001	がんの年齢調整死亡率							
	2020 年		2019 年		2018 年		2017 年	
	75 歳未満	全年齢	75 歳未満	全年齢	75 歳未満	全年齢	75 歳未満	全年齢
合計	69.6	110.9	70.0	112.4	71.6	114.0	73.6	116.5
男性	85.6	147.6	86.0	149.5	88.6	152.1	92.5	157.5
女性	54.9	82.6	55.2	83.7	56.0	84.5	56.4	85.0

[1] 人口 10 万人対で、1995 年が 108.4、1998 年が 105.6、2008 年が 87.2。

1002	がん種別の年齢調整死亡率の変化							
	2020 年		2019 年		2018 年		2017 年	
	75 歳未満	全年齢	75 歳未満	全年齢	75 歳未満	全年齢	75 歳未満	全年齢
胃がん	7.0	11.8	7.2	12.2	7.7	12.9	8.2	13.5
大腸がん	9.8	15.2	9.8	15.4	10.0	15.5	10.2	15.8
肺がん	12.5	21.2	12.5	21.5	12.8	21.6	13.1	22.1
子宮頸がん	―	2.7	―	2.9	―	2.7	―	2.7
乳がん	10.2	11.7	10.6	12.2	10.7	12.2	10.7	12.2
肝がん	3.9	6.8	4.0	7.1	4.2	7.4	4.6	8.0

年齢調整罹患率の数値は減少しているが、がん登録法に基づく全国がん登録の開始直後のデータであり、2016 年の罹患数には、2015 年以前の診断例の一部が含まれているなど、患者数が過大評価されている可能性があり、正確な評価のためにはさらに今後の推移を確認することが必要である。[2]

		2019 年	2018 年	2017 年	2016 年
1003	がんの年齢調整罹患率	387	385	389	402

1004	がん種別の年齢調整罹患率の変化		2019 年	2018 年	2017 年	2016 年
		胃がん	41.6	43.1	45.3	48.2
		大腸がん	58.2	57.4	58.5	61.4
		肺がん	42.4	41.8	43.3	44.4
		子宮頸がん	13.9	14.1	14.1	14.5
		乳がん	100.5	98.5	97.6	102.3
		肝がん	12.0	12.6	13.3	14.7

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

年齢調整死亡率については減少傾向にあるが、これを引き続き低減させていくため、がん検診による早期診断を含む予防や治療の改善について、取組の対象を明確化し、改善の手法についても工夫を凝らし、国民が利用しやすいがん検診の体制について検討を進めていく必要がある。また、予防等の評価をするため、諸外国のデータとも比較しながら、中間評価指標にないがん種の年齢調整罹患率についても引き続き注視していく必要がある。

[2] 2016 年のデータについては、届出対象が拡大したことや地域がん登録と全国がん登録での照合が不十分であった等の理由により実際よりも多く計上されていた可能性がある。

2. 患者本位のがん医療の実現

（目標の詳細）

ビッグデータや人工知能（Artificial Intelligence）を活用したがんゲノム医療等を推進し、個人に最適化された患者本位のがん医療を実現する。また、がん医療の質の向上及びそれぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化により、効率的かつ持続可能ながん医療を実現する。

（進捗状況及び指標測定結果）

５年生存率は、多くのがん種で少しずつではあるものの上昇傾向となり、年齢調整死亡率は、継続的に減少傾向であった。医療が進歩していることを実感している患者の割合、納得のいく治療を受けられたがん患者の割合は増加傾向であった。2018 年度におけるがんの診断・治療全体の総合的評価や医療従事者が耳を傾けてくれたと感じた患者の割合については7割～８割となっており、一定の評価はできるものの改善の余地があるものであった。

2001	がんの5年生存率		
	2013-2014 年診断例	2012-2013 年診断例	2010-2011 年診断例
胃がん	62.1%	62.0%	61.5%
大腸がん	63.3%	63.3%	63.5%
肺がん	―	―	36.3%
小細胞肺がん	10.2%	10.4%	10.6%
非小細胞肺がん	41.9%	41.1%	38.8%
乳がん	87.6%	87.7%	87.9%
肝臓がん	―	―	35.1%
肝細胞癌	39.2%	38.7%	―
肝内胆管癌	18.3%	16.8%	―

2002	がんの年齢調整死亡率（75 歳未満）（1001 の再掲）	2020 年	2019 年	2018 年	2017 年
		69.6	70.0	71.6	73.6

2003[3]	医療が進歩していることを実感している患者の割合	2018 年度 成人：75.6%　（比較値[4]：84.8%） 2019 年度 小児：71.7%	2014 年度 成人：80.1%
2004	納得のいく治療を受けられたがん患者の割合	2018 年度 成人:81.4%　（比較値：90.7%）	2014 年度 成人：84.5%
2005	がんの診断・治療全体の総合的評価	2018 年度 成人: 7.9 点　　小児: 8.4 点	
2006	医療従事者が耳を傾けてくれたと感じた患者の割合	2018 年度 成人: 71.9%　　小児: 81.6%	

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

患者本位のがん医療の実現について、一定の評価はできるものの、中間評価指標にないがん種や小児がん、AYA世代[5]のがん、高齢者のがん、希少がん、難治性がんについては、がん診療連携拠点病院等との連携を含む診療提供体制の更なる充実と均てん化を目指し、改善すべき領域を明確化し、その対策に取り組む必要がある。

3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

（目標の詳細）

がん患者が住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境を整備する。関係者等が、医療・福祉・介護・産業保健・就労支援分野等と連携し、効率的な医療・福祉サービスの提供や、就労支援等を行う仕組みを構築することで、がん患者が、いつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する。

（進捗状況及び指標測定結果）

これまでに、がん診療連携拠点病院等に設置しているがん相談支援センターや地域統括相談支援センター、民間団体による相談窓口、国立研究開発法人国立がん研究センターのがん対策研究所が運営する「がん情報サービス」等の様々な支援を

[3] 項目番号 2003-2006 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

[4] 前回調査と比較するために、実測値に比較補正係数をかけた値。

[5] Adolescent and Young Adult（思春期世代と若年成人世代）の頭文字をとったもので、主に思春期（15 歳以上）から 30 歳代までの世代。（出典：国立研究開発法人　国立がん研究センター　がん情報サービス）

充実させてきた。また、「がんとの共生のあり方に関する検討会」を発足し、緩和ケアや相談支援・情報提供に関する質の向上、多様なニーズへの対応の向上にむけて、対策を検討しながら取組を進めている。

自分らしい日常生活を送ることができていると感じるがん患者の割合や、治療開始前に病気のことや療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合は、それぞれ増加し、一定の評価はできるものの、改善の余地がある。また、家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合は、増加しているものの更なる充実が望まれるものであった。

3001[6]	自分らしい日常生活が送ることができていると感じるがん患者の割合	2018 年度 70.5%（比較値[7]：80.8%）	2014 年度 77.7%
3002	がん診断～治療開始前に 病気や療養生活について 相談できたと感じるがん患者の割合	2018 年度 76.3%	2014 年度 67.4%
3003	家族の悩みや負担を 相談できる支援が十分である と感じているがん患者・家族の割合	2018 年度 成人：48.7% （比較値：57.6%） 2019 年度 小児：39.7%	2014 年度 成人：37.1%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がんの診断時から、必要な支援を受け、患者が自分らしく日常生活を送ることができるよう、病気や療養生活に関する相談支援や、患者と家族の悩みや負担に関する相談支援の体制整備に向けて、ピア・サポート[8]体制の充実、相談支援センターやがん情報サービス等の更なる周知等の取組が必要である。

[6] 項目番号 3001-3003 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

[7] 前回調査と比較するために、実測値に比較補正係数をかけた値。

[8] がん患者・経験者やその家族が、同じような経験を持つ者と体験を共有し、問題解決のために共に考える取組のこと。

Ⅲ　分野別施策の個別目標についての進捗状況

1．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

（1）がんの1次予防

（個別目標）

喫煙率については、「健康日本 21（第二次）」と同様、令和4（2022）年度までに、禁煙希望者が禁煙することにより、成人喫煙率を 12%とすること、妊娠中の喫煙をなくすこと及び 20 歳未満の者の喫煙をなくすことを目標とする。

令和2（2020）年東京オリンピック・パラリンピックに向けて受動喫煙対策を徹底し、第3期の基本計画の計画期間中において、望まない受動喫煙のない社会をできるだけ早期に実現することを目標とする。

その他の生活習慣改善については、令和4（2022）年度までに、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者について、男性13.0%（13.9%）・女性6.4%（8.1%）とすること、運動習慣のある者について、20～64歳：男性36.0%（24.6%）・女性33.0%（19.8%）、65歳以上：男性58.0%（52.5%）・女性48.0%（38.0%）とすること等を実現することとする。

※（ ）内は、平成 27（2015）年のデータ。

①生活習慣について

（進捗状況及び指標測定結果）

これまでに、スマート・ライフ・プロジェクトや5月 31 日の世界禁煙デーに合わせた「禁煙週間」を含めた、各自治体と連携した普及啓発の実施、「禁煙支援マニュアル」の改訂や周知、がん診療連携拠点病院等の「たばこクイットライン」事業による禁煙相談等の取組を実施している。また、母子健康手帳を通じた普及啓発等による妊娠中の喫煙率0%を目指した取組や、健康増進法の改正に基づく受動喫煙防止の取組を実施している。

現在習慣的に喫煙している者の割合については改善が不十分であり、目標達成には更に 4.7%の減少が必要であった。未成年者の喫煙率は減少傾向であり、「健康日本 21（第二次）」の中間評価においても、目標値の達成が見込まれるとの評価を受けている。妊娠中の喫煙率、望まない受動喫煙の機会を有する者の割合については減少傾向であり、一定の評価ができるものとなった。

生活習慣病のリスクを高める量を飲酒しているハイリスク飲酒については、ウェブサイトを通じた普及啓発や地方自治体等の担当者向けの講習会、アルコール使用障害が疑われる者を専門医療機関の受診につなげることを推奨する等、「アルコール健康障害対策推進基本計画」に基づくアルコール健康障害対策を総合的に推進してい

る。ハイリスク飲酒者[9]の割合は、2010 年からの推移で見ると、男性では横ばい、女性では増加しており改善が必要である。

「健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）」の周知を行うほか、「プラス・テン」（毎日プラス 10 分身体を動かそう）をテーマに掲げた周知等の取組、健康増進施設の活用等を含む運動しやすい環境づくりの整備に取り組んでいる。運動習慣のある者[10]の割合は、減少傾向であり改善が必要である。

特定健診・特定保健指導による肥満の改善指導のほか、文部科学省、厚生労働省、農林水産省が連携して策定している「食生活指針」の項目に「適度な運動とバランスのよい食事で適正体重の維持を。」を追加し、運動と食事の重要性について普及啓発を行っている。適正体重を維持している者[11]の割合は、20 歳～60 歳代男性の肥満、40 歳～60 歳代女性の肥満、20 歳代女性のやせについて、更なる改善が必要である。

食塩摂取量、野菜・果物の摂取量についても更なる改善が必要で、スマート・ライフ・プロジェクトや食生活指針、食事バランスガイド等による普及啓発を行っている。

1011	成人喫煙率	2019 年 16.7%	2018 年 17.8%	2017 年 17.7%

			2017 年	2014 年
1012	未成年者喫煙率	中学1年生　男子	0.5%	1.2%
		中学1年生　女子	0.5%	0.8%
		高校3年生　男子	3.1%	5.6%
		高校3年生　女子	1.3%	2.5%

1013	妊娠中の喫煙率	2020 年 2.0%	2017 年 2.7%	2013 年 3.8%

1014	禁煙希望者の割合	2019 年度 26.1%	2018 年度 32.4%	2017 年度 28.9%

[9] 国民健康・栄養調査における生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者。

[10] 国民健康・栄養調査において、1回 30 分以上の運動を週2回以上実施し、1年以上継続していると回答した者。

[11] 適正体重を維持している者の増加とは肥満（BMI25 以上）、やせ（BMI18.5 未満）の減少をさす

			2019 年度	2018 年度	2017 年度
1015	望まない 受動喫煙の機会を 有する者の割合	飲食店	29.6%	36.9%	42.4%
		行政機関	4.1%	7.0%	8.1%
		医療機関	2.9%	5.4%	7.4%
		職場	26.1%	28.0%	30.1%
1016	ハイリスク飲酒者 の割合	男性	14.9%	15.0%	14.7%
		女性	9.1%	8.7%	8.6%
1017	運動習慣の ある者の割合	20～64 歳　男性	23.5%	21.6%	26.3%
		20～64 歳　女性	16.9%	16.6%	20.0%
		65 歳以上　男性	41.9%	42.9%	46.2%
		65 歳以上　女性	33.9%	36.5%	39.0%
1018	適正体重を 維持している者 の割合	肥満者 20～60 歳代男性	35.1%	33.6%	32.8%
		肥満者 40～60 歳代女性	22.5%	22.0%	22.2%
		やせ 20 歳代女性	20.7%	19.8%	21.7%
1019	食塩摂取量		10.1g	10.1g	9.9g
1020	野菜の摂取量		280.5g	281.4g	288.2g
1021	果物の摂取不足の者の割合		61.6%	60.5%	58.6%

②感染症対策について

（進捗状況及び指標測定結果）

HPVワクチンについては、積極的な勧奨を差し控えることとした取扱いを終了し、個別の接種勧奨を 2022 年4月から実施している。また、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は、公平な接種機会を確保する観点から、2022 年度から3年間、従来の定期接種の対象年齢を超えて接種を行う「キャッチアップ接種」を実施している。

肝炎対策については、肝炎の治療促進のための環境整備、肝炎ウイルス検査の促進、肝炎に係る診療及び相談体制の整備、国民に対する肝炎に係る正しい知識の普及啓発並びに肝炎に係る研究の推進の5本の柱からなる肝炎総合対策を進めている。

HBs 抗原・HCV 抗体陽性率はわずかに低下しており、出生年が後になるほど HBs 抗原・HCV 抗体陽性率が低い傾向が認められた。肝炎ウイルス検査の認識受検率・

受検率は、いずれも増加傾向であった。B型肝炎の予防接種については、2016 年 10 月から予防接種法（昭和 23 年法律第 68 号）に基づく定期の予防接種に位置づけられ、接種率が9割を越えている。これらについては、概ね評価できる内容となった。

成人T細胞白血病と関連するヒトT細胞白血病ウイルス１型（以下「HTLV―１」という。）については、2010 年に取りまとめられたHTLV―１総合対策に基づき対策を進めている。対策の推進に当たっては、患者団体、学識経験者その他の関係者から意見を求めるため、「HTLV―１対策推進協議会」を年１、２回程度開催している。また、HTLV―１関連研究については、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（Japan Agency for Medical Research and Development。以下「AMED」という。）の研究班等において、HTLV-1 の実態把握と感染メカニズム解析やHTLV―１の検査法の改善等に対しての研究を行っている。

			2012-2016 年 初回供血者	2007-2011 年 初回供血者
参1	B 型・C 型 肝炎ウイルス感染率	HBs 抗原陽性	0.18%	0.20%
		HCV 抗体陽性	0.13%	0.16%

			2020 年	2017 年	2011 年
参2	B 型・C 型肝炎ウイルス 検査受検率[12]	HBV 認識受検	17.1%	20.1%	17.6%
		HBV 受検率	71.1%	71.0%	57.4%
		HCV 認識受検	15.4%	18.7%	17.6%
		HCV 受検率	59.8%	61.6%	48.0%

			2019 年	2018 年	2017 年
参3	B 型肝炎定期予防接種 実施数	第 1 回	870,662 （97.4%）	889,585 （94.4%）	944,509 （98.1%）
		第 2 回	872,752 （97.6%）	891,987 （94.7%）	938,825 （97.5%）
		第 3 回	854,998 （95.6%）	869,588 （92.3%）	960,948 （99.8%）

[12] 認識受検とは、肝炎検査を受検したことがあり、かつ受診者自身が肝炎ウイルス検査を受診していることを自覚して受ける検査。

参4	ヒトＴ細胞白血病ウイルス1型感染率[13]	2014-2015 年 0.12%	2006-2007 年 0.32%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

たばこ対策については、2022 年度までに成人喫煙率を 12%とすることを目標としていたが、中間評価の時点で目標を達成できておらず、より一層のたばこ対策を推進していく必要がある。

また、ハイリスク飲酒や運動習慣についても、目標値に対して進捗状況が不十分であるため、引き続きの取組が求められる。食塩摂取量については、2009 年から 2019 年までの 10 年間でみると男性は減少し、女性は 2015 年までは減少していたものの同年以降は変化が見られないため、引き続き取組を推進していく必要がある。野菜や果物の摂取量については、更なる改善が必要であり、引き続きの取組が求められる。

生活習慣改善に向けた普及啓発については、がん診療連携拠点病院等を中心に、特にがん経験者に対して、一層取り組む必要がある。

2022 年４月より、HPVワクチンの個別の接種勧奨が実施されていること等を踏まえ、引き続き、接種状況を注視するとともに、子宮頸がん検診の受診勧奨を進め、子宮頸がんの年齢調整罹患率の推移を踏まえた適切な対応を行っていく必要がある。

（２）がんの早期発見、がん検診（２次予防）

（個別目標）

国は、男女とも対策型検診で行われている全てのがん種において、がん検診の受診率の目標値を50%とする。

国は、精密検査受診率の目標値を 90%とする。

国は、「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」を１年以内に策定し、職域での普及を図る。

①受診率向上対策について

（進捗状況及び指標測定結果）

がん検診の受診率向上に向けて、これまでに、対象者一人一人への受診勧奨・受診再勧奨や、子宮頸がん検診・乳がん検診の受診クーポン券の配布等に取り組んできた。2019 年４月には、「ナッジ理論[14]」に基づいた好事例等を紹介した「受診率向上施策ハンドブック（第２版）」を公表し、受診率向上に向けた取組を行っている。

[13]HTLV―1について、2006 年・2007 年はIF法による判定、2014 年・2015 年はWB法による判定を行った。

[14] 対象者に選択の余地を残しながらも、より良い方向に誘導する手法。

がん検診の受診率は、いずれの検診においても増加傾向であったものの、ほとんどの領域で目標の 50%は達成していない。また、比較できるデータがないため正確な評価は困難であるが、新型コロナウイルス感染症の影響により、検診の受診者が1～2割程度減少しているとの報告もあり、新型コロナウイルス感染症が目標達成に向けて後退する要素となっていることも踏まえ、更なる受診率向上の取組が必要である。

個別受診勧奨（コール）・個別受診再勧奨（リコール）の推進にも取り組んでおり、個別の受診勧奨は約8割、再勧奨については約4～5割の自治体で実施されていた。

			2019 年		2016 年	
			男性	女性	男性	女性
1031	がん検診受診率[15]	胃がん	48.0%	37.1%	46.4%	35.6%
		肺がん	53.4%	45.6%	51.0%	41.7%
		大腸がん	47.8%	40.9%	44.5%	38.5%
		子宮頸がん	―	43.7%	―	42.4%
		乳がん	―	47.4%	―	44.9%

[15] 胃がん、肺がん、乳がん、大腸がんは 40 歳～69 歳。子宮頸がんは 20 歳～69 歳。健診等（健康診断、健康診査及び人間ドック）の中で受診したものを含む。乳がん・子宮頸がんは過去2年に受診したもの。2016 年の数値は、熊本県を除いたもの。

参5	コール・リコールを実施している市区町村の割合		
	2020 年	2018 年	2017 年
個別受診勧奨			
胃がん	80.4%	83.3%	81.2%
肺がん	78.8%	82.3%	79.8%
大腸がん	81.6%	85.2%	84.0%
子宮頸がん	81.9%	86.7%	81.9%
乳がん	81.6%	85.4%	82.5%
個別受診勧奨を実施した自治体のうち、検診未受診者に対する個別再勧奨（全員又は一部）を実施した自治体			
胃がん	37.4%	46.1%	44.7%
肺がん	36.6%	44.7%	42.7%
大腸がん	42.5%	52.5%	50.4%
子宮頸がん	50.7%	60.2%	57.3%
乳がん	52.5%	58.5%	57.3%

②がん検診の精度管理等について

（進捗状況及び指標測定結果）

精密検査未受診者への郵送や電話などによる個別受診再勧奨の取組が、自治体において行われているが、精密検査受診率については、多くのがん種で十分とは言えず、改善が必要である。また、新型コロナウイルス感染症の流行が、精密検査受診率にどのような影響を与えたかについては評価ができていない。

精密検査未把握率や精密検査未受診率については、未だ一定程度の割合が認められ、更なる減少に向けた取組が必要である。

「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（以下「指針」という。）に基づくがん検診を実施している市区町村の割合は、胃がんが特に低いが、これは指針に基づく対象年齢・受診間隔を 2016 年度に変更したところ、当分の間は従前の取り扱いでも差し支えないとしているためであり、評価が困難である。また、乳がん検診の 40 歳未満での実施、乳がん検診や子宮頸がん検診の逐年実施を行っている市区町村が多いと考えられる。

指針に基づかないがん検診の実施率は、80%以上と高い状況が続いている。これらの検診のうち、最も多いものは、前立腺がん検診（PSA 検査）となっており、その他、子宮体がん検診や肝臓がんの検診（エコー）などがある。

がん検診の「事業評価のためチェックリスト」等により実施状況を把握することとしており、自治体において、チェックリストの全項目のうち、60～80%の項目を実施する

など、実施率は向上している。

職域におけるがん検診については、「職域におけるがん検診に関するワーキンググループ」の報告書として、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を 2018 年3月に公表し、科学的根拠に基づくがん検診の普及啓発に取り組んでいるところであり、取組について評価できる。

			2019 年度	2018 年度	2016 年度	2015 年度
1032	精密検査受診率[16]	胃がん	84.1%	85.4%	―	―
		胃がん（X線）	―	―	80.7%	81.7%
		胃がん（内視鏡）[17]	―	―	83.6%	―
		肺がん	83.0%	83.1%	83.0%	83.5%
		大腸がん	69.8%	70.3%	70.6%	70.1%
		子宮頸がん	74.6%	75.0%	75.4%	74.4%
		乳がん	89.2%	89.2%	87.8%	92.9%
参6	精密検査未把握率[18]	胃がん	10.0%	8.9%	―	―
		胃がん（X線）	―	―	11.5%	7.4%
		胃がん（内視鏡）	―	―	13.6%	―
		肺がん	10.6%	11.0%	10.6%	10.0%
		大腸がん	17.8%	17.0%	16.6%	17.2%
		子宮頸がん	19.3%	18.6%	17.6%	18.3%
		乳がん	7.7%	7.9%	8.9%	9.1%

[16] 精検機関より精検結果の報告があったもの。もしくは、受診者が詳細（精検日・受診機関・精検法・精検結果の 4 つ全て）を申告したもの。

[17] 胃がん（内視鏡）は、2016 年から指針に導入。

[18] 精検受診の有無がわからないもの及び（精検受診したとしても）精検結果が正確にわからないもの全て（すなわち、注釈 16 の精検受診及び注釈 19 の精検未受診以外のもの全て）。

参7	精密検査未受診率[19]			
	2019 年度	2018 年度	2016 年度	2015 年度
胃がん	5.9%	5.7%	―	―
胃がん（X線）	―	―	7.7%	10.9%
胃がん（内視鏡）	―	―	2.6%	―
肺がん	6.5%	5.9%	6.4%	6.5%
大腸がん	12.4%	12.7%	12.8%	12.7%
子宮頸がん	6.1%	6.4%	6.9%	7.3%
乳がん	3.1%	3.0%	3.3%	3.5%

				2020 年度	2018 年度	2017 年度
1033	指針に基づく がん検診を実施している 市区町村の割合[20]	胃がん	対象年齢	6.0%	4.8%	4.2%
			受診間隔	5.2%	5.3%	4.6%
		肺がん	対象年齢	80.3%	80.1%	79.4%
			受診間隔	99.6%	98.8%	98.7%
		大腸がん	対象年齢	77.9%	76.4%	75.7%
			受診間隔	99.9%	99.6%	99.7%
		子宮頸がん	対象年齢	96.9%	97.1%	96.4%
			受診間隔	35.1%	35.1%	34.1%
		乳がん	対象年齢	83.3%	61.3%	60.2%
			受診間隔	42.3%	40.3%	39.8%
参8	指針に基づかないがん検診を実施している 市区町村の割合			81.3%	85.4%	87.2%

[19] 要精検者が精検機関に行かなかったことが判明しているもの（精検として不適切な、1）大腸がん検診における便潜血検査の再検、および2）肺がん検診における喀痰細胞診要精検者に対する喀痰細胞診の再検も含む）。

[20] 胃がん検診については、2016 年度より、指針に基づく年齢・間隔をそれまでの 40 歳以上・逐年から 50 歳以上・隔年へと変更したため、当該調査は変更後の定義を用いて実施している。一方で、指針においては、当分の間は従前の取り扱いでも差し支えないとしていることから、他のがん種に比べて指針に基づく検診の実施率が低くなっている。肺がん、乳がん、大腸がんは 40 歳～74 歳。子宮頸がんは 20 歳～74 歳。胃がんは、エックス線は 40 歳～74 歳、内視鏡は 50～74 歳。数値については、四捨五入により 100%とならない場合がある。

1034	「事業評価のためのチェックリスト」を実施している市区町村の割合			
		2020 年度	2018 年度	2017 年度
胃がん	集団	X 線　81.1% 内視鏡　73.6%	X 線　79.1% 内視鏡　66.5%	76.0%
	個別	X 線　70.1% 内視鏡　73.7%	X 線　67.4% 内視鏡　66.3%	63.6%
大腸がん	集団	80.8%	78.6%	75.6%
	個別	71.6%	68.0%	64.0%
肺がん	集団	80.7%	78.5%	75.5%
	個別	69.9%	66.3%	
乳がん	集団	81.5%	79.1%	75.7%
	個別	73.4%	69.8%	65.8%
子宮頸がん	集団	81.3%	78.9%	75.5%
	個別	73.5%	69.9%	66.2%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がん検診の受診率は、男女とも全てのがん種で上昇傾向にあるが、男性の肺がん検診を除いて、目標値の 50%を達成できていない。さらに新型コロナウイルス感染症の影響により後退していることも想定され、それががん医療にどのような影響を与えたか、長期的に年齢調整罹患率や年齢調整死亡率、がん検診受診率等の推移を注視していく必要がある。引き続き、「がん検診のあり方に関する検討会」での議論も踏まえ、がん検診に関する情報提供、受診率向上の取組を推進する必要がある。また、未受診者の実態を把握し、国民が利用しやすい検診体制を整備していく必要がある。

職域におけるがん検診については、その位置づけが不明確であり、実施状況や精密検査の受診状況を把握する仕組みがないため、その手法について引き続き検討が必要である。

また、がん検診の精度管理について、指針に基づかないがん検診の実施率は、全国で改善が見られていない。がん検診受診後の精密検査受診につなげる取組を推進しつつ、指針に基づくがん検診の実施や、チェックリストの実施について、市区町村への働きかけをより一層推進していく必要がある。

2. 患者本位のがん医療の実現

（1）がんゲノム医療

（個別目標）

国は、ゲノム情報等を活用し、個々のがん患者に最適な医療を提供するため、「ゲノム情報を用いた医療等の実用化推進タスクフォース」や「がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会」の報告書を踏まえ、本基本計画に基づき、段階的に体制整備を進める。また、「がんゲノム医療推進コンソーシアム」を形成すること、２年以内に拠点病院等の見直しに着手することなど、がんゲノム医療を提供するための体制整備の取組を進める。

（進捗状況及び指標測定結果）

2018 年８月に、がんゲノム医療の第三者的立場での科学的評価と、それに基づくがんゲノム医療の方向性の策定等の役割を担う「がんゲノム医療推進コンソーシアム運営会議」が発足した。その後、2019 年６月に、がんに関する遺伝子パネル検査２品目が保険収載され、がんゲノム医療が本格的に開始された。全ての都道府県でがんゲノム医療中核拠点病院等が整備され、がんゲノム医療中核拠点病院等の数は、2020 年度には 206 施設となった。がんゲノム医療に従事する者の数も増加した。その結果、2021 年３月までに、年間およそ１万例、総計およそ１万５千例の患者がパネル検査を受検した。また、これらに伴い、がんゲノム医療中核拠点病院等において遺伝カウンセリングを実施した患者数についても増加した。これら一連の対応については、概ね評価できるものであった。

ゲノム情報及び臨床情報等の集約・管理・利活用を目的として、2018 年６月にがんゲノム情報管理センターが開設され、関連情報の収集、利活用に向けた取組等を開始している。全てのがん患者のうち、ゲノム情報を活用したがん医療について必要な情報を取得できたと感じている割合は、2018 年度は 17.0%であり、更なる取組が必要である。

また、2019 年 12 月に「全ゲノム解析等実行計画（第１版）」が作成され、全ゲノム解析についても日常診療への導入を目指す研究開発を加速させている。

		2022 年度	2020 年度	2019 年度
2011	がんゲノム医療 中核拠点病院等の数	233 中核拠点病院：12 拠点病院：33 連携病院：188	206 中核拠点病院：12 拠点病院：33 連携病院：161	167 中核拠点病院：11 拠点病院：34 連携病院：122

		2021 年度	2020 年度	2018 年度
2012	がんゲノム医療中核拠点病院等が整備されている都道府県数	47	47	47
2013	遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師数	1,064	938	801
2014	遺伝医学に関する専門的な遺伝カウンセリング技術を有する者の数	624	542	437
2015	遺伝カウンセリング等を行う部門につないだりする者の数	1,251	1,049	871
2016	薬物療法に専門的な知識及び技能を有する医師の数	743	725	687
2017	遺伝子パネル検査を受けた患者数	12,262	7,467	927
2018	遺伝カウンセリングを実施した患者数	18,854	11,562	7,373
2019	がんゲノム情報管理センターに登録された患者数	16,090	10,549	4,336

2020	ゲノム情報を活用したがん医療についてがん患者が必要な情報を取得できた割合	2018 年度 17.0%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がんゲノム医療の診療提供体制の整備について一定の評価はできる。がんゲノム医療を一層推進していくために、遺伝子パネル検査結果に基づいて提示された治療薬を投与された患者数等、アウトカム評価の手法の検討や、関係する医療従事者の必要数を踏まえた人材育成、ゲノム医療に関する情報提供及び普及啓発について、引き続き、一層の取組が必要である。また、「全ゲノム解析等実行計画（第1版）」の着実な推進も必要である。

（2）がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法の充実

（個別目標）

国は、新たながん医療提供体制について、2年以内に検討する。必要に応じて拠点病院等の整備指針の見直しを行い、拠点病院等の機能を更に充実させる。

国は、がん医療の質の担保と効率的・効果的な推進に資するため、手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法に関するそれぞれの専門的な学会が、それらの治療法に関する最新の情報について互いに共有した上で、周知啓発を行うよう要請する。

①がん医療提供体制について（医療提供体制の均てん化・集約化、医療安全、制度の持続可能性等）

（進捗状況及び指標測定結果）

がん医療提供体制について、2018 年7月に「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。）を改定し、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、緩和ケア等の提供、がん相談支援センターの整備、院内がん登録及びキャンサーボードの実施等を推進しており、全体としての医療の質の向上や均てん化に向けた取組を進めている。

標準的治療の実施割合については、QI研究[21]が行われており、一定の割合で適切な治療がなされているとは考えられるものの、これらの評価については、患者の背景や標準的治療の推奨の程度、最終的な結果としての5年生存率等を踏まえて評価をする必要があり、更なる知見の集積が必要である。

がんの5年生存率は、多くのがん種で少しずつではあるものの上昇傾向となっており、7～8割の患者が医療の進歩を実感している。また、9割を越える患者が納得のいく治療を受けられたとしており、がんの診断・治療全体の総合的評価について、2018 年度は、10 点満点中、成人で 7.9 点、小児で 8.4 点であった。これらの内容については、概ね評価できるものの改善の余地があるものであった。

がん相談支援センターでは、セカンドオピニオンの提示が可能な医師の配置や医療機関の紹介ができるような体制整備を行っているところであり、がん治療前に、セカンドオピニオンに関する話を受けたがん患者の割合は、2018 年度で 34.9%であった。この数値については、どの程度であれば適切な割合なのかという点についても議論が必要ではあるが、更なる増加が望まれるものである。

また、EBM[22]普及推進事業Mindsに登録されているがんに関連した診療ガイドラインの数、患者用診療ガイドラインの数は、それぞれ増加している。学会やアカデミアの努力によりエビデンスを活用しやすい環境の整備が進められている状況については評価できるが、患者用診療ガイドラインについては、更なる取組の推進が求められる。

[21] 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 Quality Indicator 研究。

[22] Evidence Based Medicine の頭文字で、根拠に基づく医療。

2021	標準的治療の実施割合	
	2017 年	2016 年
StageⅢと診断された大腸癌患者のうち、術後8週間以内に標準的化学療法が施行された割合	54.8%	54.1%
胃癌に対して根治手術を受け組織学的に取り扱い規約 StageⅡ、Ⅲ(pT1,pT3N0 を除く)の進行癌と診断され6週以内に退院した患者のうち S-1 または CapeOX による術後化学療法が施行された割合	66.9%	68.1%
Stage Ⅰ～Ⅱ の非小細胞肺癌と診断された患者のうち、外科治療又は定位放射線治療が実施された割合	88.8%	88.1%
StageⅡ、ⅢA の非小細胞肺癌と診断された患者のうち、プラチナ製剤を含む術後化学療法が行われた割合	40.2%	41.9%
乳房温存術を受けた 70 歳以下の患者のうち、術後全乳房照射が行われた割合	74.9%	76.6%
乳房切除術が行われた再発ハイリスクの患者のうち、術後照射が行われた割合	38.0%	40.1%
催吐高リスクの抗がん剤が処方された患者のうち、同時に予防的制吐剤が使用された割合	90.9%	86.0%
外来で麻薬が開始された患者のうち、同時あるいはそれ以前1か月以内に緩下剤の処方がされた割合	59.7%	61.0%

2022	がんの5年生存率 (2001 の再掲)		
	2013-2014 年診断例	2012-2013 年診断例	2010-2011 年診断例
胃がん	62.1%	62.0%	61.5%
大腸がん	63.3%	63.3%	63.5%
肺がん	―	―	36.3%
小細胞肺がん	10.2%	10.4%	10.6%
非小細胞肺がん	41.9%	41.1%	38.8%
乳がん	87.6%	87.7%	87.9%
肝臓がん	―	―	35.1%
肝細胞癌	39.2%	38.7%	―
肝内胆管癌	18.3%	16.8%	―

2023[23]	医療が進歩していることを 実感している患者の割合 （2003 の再掲）	2018 年度 成人：75.6%（比較値[24]：84.8%） 2019 年度 小児 71.7%	2014 年度 80.1%
2024	納得のいく治療を受けられた がん患者の割合 （2004 の再掲）	2018 年度 成人：81.4%（比較値：90.7%）	2014 年度 成人：84.5%
2025	がん治療前に セカンドオピニオンに関する話を 受けたがん患者の割合	2018 年度 成人：34.9%	2014 年度 成人：40.3%
2026	がんの診断・治療全体の 総合的評価 （2005 の再掲）	2018 年度　成人：7.9 点 2019 年度　小児：8.4 点	
2027	診療ガイドラインの数	2021 年度 385	2020 年度 268
2028	患者用診療ガイドラインの数	2021 年度 35	2020 年度 28

②各治療法について

（ア）手術療法について

（進捗状況及び指標測定結果）

身体への負担の少ない手術療法や侵襲性の少ない治療等の普及に関わる取組を推進しており、ロボット支援下手術も含むがんの鏡視下手術が広く実施されていることについて一定の評価はできるが、鏡視下手術の割合がどの程度であれば適切かの判断に当たっては、更に知見を集積する必要がある。

がんに対する質の高い手術療法を安全に提供するため、拠点病院等を中心に適切な実施体制や専門的な知識及び技能を有する医師の配置を推進してきたところであり、拠点病院等における5大がん患者の術後 30 日以内の死亡率は、低いレベルに保たれている。

[23] 項目番号 2023-2026 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

[24] 前回調査と比較するために、実測値に比較補正係数をかけた値。

			2016 年	2015 年
2031	がんの鏡視下手術 （保険診療に係るもの） の割合	胃がん	48.9%[334 施設] 参考値[25]:47.1%[433 施設]	―
		大腸がん	67.8% [334 施設] 参考値:65.3% [433 施設]	
		肺がん	86.4%[310 施設] 参考値:81.9%[393 施設]	
		前立腺がん	83.1%[299 施設] 参考値:82.1%[379 施設]	
2032	拠点病院等における 5大がん患者の 術後 30 日以内の死亡率	胃がん	0.26%	0.26%
		大腸がん	0.35%	0.31%
		肺がん	0.33%	0.29%
		乳がん	0.02%	0.02%
		肝がん	0.6%	0.38%
		5大がん	0.25%	0.22%

（イ）放射線療法について

（進捗状況及び指標測定結果）

がん診療連携拠点病院等のうち、外来放射線照射、直線加速器による定位放射線治療、IMRT[26]をそれぞれ行っている割合、放射線治療専門医が常勤で配置されている拠点病院等の割合は増加傾向であり、評価できるものであった。

また、緩和ケア研修の中でも緩和的放射線療法が教育項目として組み込まれているが、その修了者数は増加しており評価できる。

2033	外来放射線照射診療料を とっている拠点病院等の割合	2019 年度 70.6%	2018 年度 65.9%	
2034	直線加速器による定位放射線治療加算を とっている拠点病院等の割合	2019 年度 72.5%	2018 年度 67.0%	
2035	IMRT加算をとっている拠点病院等の割合	2019 年度 57.8%	2018 年度 52.2%	
2036	放射線治療専門医が 常勤で配置されている拠点病院等の割合	2021 年度 81.9%	2019 年度 78.7%	2018 年度 76.4%

[25] 2031 の参考値は院内がん登録データのみ。

[26] 強度変調放射線治療。

2037	自施設で核医学治療を 実施している拠点病院等の割合	2021 年度 69.8%	2019 年度 57.8%	2018 年度 56.5%
2038	緩和ケア研修修了者数 （医師・医師以外）	2021 年度 157,715 人	2020 年度 145,727 人	2019 年度 139,467 人

（ウ）薬物療法について

（進捗状況及び指標測定結果）

がん診療連携拠点病院等において、転移・再発5大がん患者の化学療法を内科医が担当している拠点病院等の割合、がん専門薬剤師またはがん薬物療法認定薬剤師が配置されている拠点病院等の割合、1拠点病院等あたりのがん薬物療法専門医数はいずれも横ばいであった。患者の病態に応じた適切な薬物療法を提供するため、専門的な医師や薬剤師、看護師、がん相談支援センターの相談員等の人材育成、適正配置、それらの専門職等が連携し、患者に適切な説明を行うための体制整備に努めているほか、また、学会等の取組による、専門人材の増加も進めているところであるが、更なる充実に向けた取組の工夫が必要である。

2039	転移・再発5大がん患者の化学療法を内科医 が担当している拠点病院等の割合[27]	2019 年度 28.9%		2018 年度 30.0%
2040	がん専門薬剤師またはがん薬物療法認定薬 剤師が配置されている拠点病院等の割合	2021 年度 83.9%	2019 年度 86.7%	2018 年度 86.5%
2041	1拠点病院等あたりの がん薬物療法専門医数	2021 年度 2.08 人	2019 年度 1.90 人	2018 年度 1.90 人

（エ）科学的根拠を有する免疫療法について

（進捗状況及び指標測定結果）

近年「免疫チェックポイント阻害剤」等の免疫療法が治療の選択肢の一つとなっているが、免疫療法については保険適用外で科学的根拠が十分でないものも多い。整備指針において、「保険適応外の免疫療法を提供する場合は、原則として治験を含めた臨床研究、先進医療の枠組みで行うこと。」と定めており、拠点病院等に対して科学的根拠の乏しい免疫療法が適切な評価を行うことなく提供されることのないよう求めている。正しい知識の普及啓発のため、がん情報サービス等において、がん免疫療法に関する情報提供を行っているところであるが、「がんの免疫療法の中には、十分な科学的根拠がなく、注意を要するものがあると思う」という認識を持つ国民の割合は低く、更なる取組が求められる。

[27] 5大がんの転移・再発症例の全身化学療法のうち、8割以上を内科医が主となり担当しているがん診療連携拠点病院等の割合。

2042	臨床研究または先進医療の枠組みで 免疫療法を実施している拠点病院等の割合	2021 年度 35.5%	2019 年度 35.8%	2018 年度 42.6%
2043	科学的根拠を有する免疫療法について 国民が必要な情報を取得できている割合	2019 年 9.5%[28]		

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がんの医療提供体制及び各治療法については、一定の取組の成果が見られるが、地域間及び医療機関間において取組状況に差が見られる。適切な評価のためには、更なる知見の集積やより適切な中間評価指標の設定が必要な項目も認められた。また、セカンドオピニオンに関する情報提供、患者用診療ガイドラインの整備、科学的根拠を有する免疫療法についての適切な普及啓発など、患者への適切な情報提供や普及啓発に関して、より一層の取組が必要である。

（3）チーム医療の推進

（個別目標）

国は、がん患者が入院しているときや、外来通院しながら在宅で療養生活を送っているときなど、それぞれの状況において必要なサポートを受けられるようなチーム医療の体制を強化する。

（進捗状況及び指標測定結果）

がん診療連携拠点病院等における医療従事者間の連携を更に強化するために、緩和ケアチームを含む様々な専門チームに依頼する等により、一人ひとりの患者に必要な治療やケアについて、それぞれの専門的な立場から議論がなされた上で、患者が必要とする連携体制が取られるよう環境の整備が進められている。

全てのがん診療連携拠点病院等において、専門チームが整備されており、殆どの施設で多数の専門チームが整備されていることは評価できる。一方で、がん診療連携拠点病院等以外の医療機関においては更なる改善が求められる。

がん診療を統括する診療部（腫瘍センター等）はがん診療連携拠点病院等のおよそ半数に設置されており、1拠点病院あたりのキャンサーボード[29]開催数は、年間約200 回と総合的ながん診療の推進が進んできており、評価できる。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は、成人で 48.8%、小児で 78.0%と小児で高く

[28] 複数選択の中の「がんの免疫療法の中には、十分な科学的根拠がなく、注意を要するものがあると思う」と回答した者の割合。

[29] 手術、放射線診断、放射線治療、薬物療法、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、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をいう。

なっており、成人に対しても更なる取組が求められる。

2051	専門チームを整備し、がん患者に関してコンサルテーションを行っている拠点病院等の割合	2021 年度 100%	2019 年度 100%	2018 年度 100%
2052	緩和ケアチームを設置している一般病院[30]の割合	2020 年 15.6%	2017 年度 14.8%	2014 年度 13.3%
2053	拠点病院等以外の病院で緩和ケアチームの新規介入患者数が年間 50 件以上の病院数	2018 年度 215 病院		
2054	がん診療を統括する診療部(腫瘍センター等)が設置されている拠点病院等の割合	2021 年度 51.0%	2019 年度 51.4%	2018 年度 47.8%
2055[31]	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	2018 年度　成人:48.8% 2019 年度　小児:78.0%		
2056	1拠点病院等あたりのキャンサーボード開催数	2018 年度 192.5 回	2017 年度 206.6 回	

(がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

がん診療連携拠点病院等では、チーム医療の体制整備が進められているが、拠点病院等以外の医療機関における取組の充実や、医療機関同士の連携が求められる。特に拠点病院等以外の医療機関に対しては、人員や体制の確保など課題も多く、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」や「がんの緩和ケアに係る部会」等での議論を踏まえ、引き続き、拠点病院等における取組との連携も含め、どのような取組を進めていくべきか検討が必要である。

(4)がんのリハビリテーション

(個別目標)

国は、がんのリハビリテーションに携わる有識者の意見を聴きながら、拠点病院等におけるリハビリテーションのあり方について、3年以内に検討し、その結果について、拠点病院等での普及に努める。

[30] 精神科病院以外の病院をいう。

[31] 項目番号 2055 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

（進捗状況及び指標測定結果）

リハビリテーション専門医が配置されているがん診療連携拠点病院等の割合、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、がんリハビリテーション研修プログラムを修了している医療従事者の人数は、それぞれ増加しており評価できる。

がんのリハビリテーションが適切に提供されるよう、がんリハビリテーション研修が実施され、国内各地で研修を受講できる体制が構築されている。また厚生労働科学研究において、グループワークを中心とした集合学習とe-ラーニングシステムを組み合わせた効果的な研修プログラムの策定に関する研究が行われており、引き続き、その効果について検証が行われている。

他方で、がんのリハビリテーションについては、整備指針に明記されておらず、施設ごとのリハビリテーション提供体制に差がある。整備指針の改定に向けて議論をする方針であったが、予定に遅れがあり、2022年の改定に向けて検討していく方針となっている。

2061	リハビリテーション専門医が配置されている拠点病院等の割合	2021年度 51.0%	2019年度 46.6%	2018年度 43.9%
2062	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	2016年度 30.7%		2012年度 19.7%
2063	がんリハビリテーション研修プログラムを修了した医療従事者の人数	2020年度 43,841人	2019年度 42,813人	2018年度 37630人

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がん診療連携拠点病院等を中心とした取組の成果が見られるが、リハビリテーションは患者の残された機能を最大限に活かす観点や、社会復帰の観点から重要なテーマである。拠点病院等以外の医療機関や在宅医療等においても推進していくことが求められていることから、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」等での議論を踏まえ、引き続き検討及び対策の充実が必要である。

（5）支持療法の推進

（個別目標）

国は、がん治療による副作用・合併症・後遺症により、患者とその家族のQOLが低下しないよう、患者視点の評価も重視した支持療法に関する診療ガイドラインを作成し、医療機関での実施につなげる。

（進捗状況及び指標測定結果）

がん診療連携拠点病院等では、高リスク催吐化学療法時の予防的制吐剤の処方や外来麻薬鎮痛開始時の緩下剤の処方など、一定の支持療法が実施されており、評価できる。さらに、厚生労働科学研究において、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症を軽減し、患者の QOL を向上させるため、支持療法に関する実態の把握、均てん化を目指した研究等が行われているほか、薬物療法による合併症に関するガイドラインの改訂、がん患者の精神心理的な支援に関する診療ガイドラインの作成等が進められている。

患者支援も重視した支持療法に関するガイドラインの作成が進められており、ガイドライン数が増加していることについて一定の評価はできるものの、更なる充実が必要である。

治療による副作用の見通しを持てた患者の割合、身体的なつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談ができると思う患者の割合、外見の変化に関する相談ができた患者の割合は、いずれも初めて調査が実施され、一定の取組がなされていることが明らかになったが、今回の調査結果のみをもって評価することは難しく、相談できなかった理由の把握等、更なる知見の集積が必要である。いずれにせよ、より適切な情報提供や相談支援ができるよう、取組を充実させる必要がある。

リンパ浮腫外来、ストーマ外来が設置されているがん診療連携拠点病院等の割合は、いずれも増加傾向で評価はできるが、対象となるがん診療を実施している全ての拠点病院等での実施が求められる。リンパ浮腫については、がんリハビリテーション研修の一環として行われる「新・リンパ浮腫研修」により、人材育成が進められている。

2071	拠点病院等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	
	2016 年	2015 年
高リスク催吐化学療法時予防的制吐剤処方率	75.0%	75.5%
高リスク催吐化学療法時予防的制吐剤処方率（リンパ腫を除外[32]）	86.0%	85.9%
外来麻薬鎮痛開始時緩下剤処方率	61.0%	61.7%

[32] リンパ腫については、催吐高リスクに該当する化学療法が行われ得るものの、レジメンによっては多量のステロイドを併用することがあり、催吐高リスクの化学療法で推奨されている「アプレピタント、５－HT3 受容体拮抗型制吐剤、デキサメサゾン」の3剤併用による予防的制吐剤の投与が必要かは議論があるところである。そのため、リンパ腫も含めて計算すると過小評価となる可能性があり、リンパ腫を除外した割合についても記載している。

2072	支持療法に関する標準診療を実施している医師の割合[33]		
		2018 年度	
		拠点病院等	拠点病院等以外の病院
①がん疼痛に対するオピオイドの処方を適切に実施している医師の割合		69.1%	70.7%
②神経障害性疼痛に関する標準的診療を実施している医師の割合		59.4%	59.1%
③呼吸困難に関する標準的診療を実施している医師の割合		65.4%	66.7%
④せん妄に関する標準的診療を実施している医師の割合		47.6%	48.8%

2073	支持療法に関するガイドラインの数	2021 年度 20	2020 年度 13	
2074[34]	治療による副作用の見通しを持てた患者の割合	2018 年度　成人：61.9% 2019 年度　小児：69.2%		
2075	身体的なつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談ができると思う患者の割合	2018 年度　成人：46.5%		
2076	外見の変化に関する相談ができた患者の割合	2018 年度　成人：28.3% 2019 年度　小児：51.8%		
2077	リンパ浮腫外来が設置されている拠点病院等の割合	2021 年度 56.1%	2019 年度 51.6%	2018 年度 49.9%
2078	ストーマ外来が設置されている拠点病院等の割合	2021 年度 90.3%	2019 年度 89.2%	2018 年度 86.3%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

支持療法について、一定の実態把握がなされたものの、適正な評価のためには更なる知見の集積が必要である。一方で、治療による副作用の見通しが持て、身体的苦痛や外見の変化等があった際に医療スタッフに容易に相談できるような体制や、リンパ浮腫やストーマ管理などの専門的なケアが受けられる、外来も含めた体制の確

[33] がん疼痛、神経障害性疼痛、呼吸困難、せん妄に関し、それぞれの標準的な支持療法を行っているかどうかについて、「そう思う」または「とてもそう思う」と回答した医師の割合を拠点病院と非拠点病院について算出。

[34] 項目番号 2074-2076 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

保・充実に向けて、更なる取組が必要である。

（6）希少がん、難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策）

（個別目標）

国は、希少がん患者が適切な医療を受けられる環境を整備するため、中核的な役割を担う機関を整備し、希少がん対策を統括する体制を2年以内に整備する。

国は、希少がん及び難治性がんに対するより有効性の高い診断・治療法の研究開発を効率的に推進するため、国際的な研究ネットワークの下で行うなど、がん研究を推進するための取組を開始する。患者に有効性の高い診断法・早期発見法・治療法を速やかに提供するための体制づくりを進める。

（進捗状況及び指標測定結果）

国立がん研究センターにおいて、希少がんの各地域における診療実績を公開しているが、2018 年度の公開がん種数は2種類と少なく、更なる充実が強く求められる。

また、がん情報サービスでは、希少がんを含めたがんの解説などの情報提供を行っており、希少がんセンターでは、希少がんに関する情報発信や、患者やその家族だけでなく、医療従事者も相談することのできる希少がんホットラインなどを整備している。

「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」において、国立がん研究センターを希少がん中央機関として位置づけ、希少がん医療を統括することとし、希少がん患者の集約化や専門施設の整備、希少がんに対応できる病院と地域の拠点病院等や小児がん拠点病院との連携を推進し、専門医の少ない地方の患者を適切な医療につなげる対策を講じている。一方で、希少がん患者の初診から診断までの時間が1ヶ月以内であった割合はやや減少し、また、診断から治療開始までの時間が1ヶ月以内であった割合は増加したものの、2週間未満であった割合は減少しており、円滑な連携のための更なる取組が求められている。

希少がんについて、専門的な医療を受けられたと感じているがん患者の割合は80.0%と評価できるものであった。患者に有効性の高い診断法・早期発見法・治療法を速やかに提供するための体制整備を進めている。

厚生労働科学研究において、国立がん研究センターに加えて、国内数か所に広域拠点となる地域希少がんセンターを整備し、これらのセンターを中核として、希少がん患者ができるかぎり住み慣れた場所の近くで、納得のいく信頼できる診療や医療相談を受けられる体制・ネットワークを構築するためのモデルを作成することを目指している。

2081	希少がん情報公開専門施設における公開がん種数	2021 年度 3種類	2018 年度 2種類

				2018 年度	2014 年度
2082	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	2週間未満	38.1%	42.1%
			2週間以上 1ヶ月未満	28.3%	28.4%
		診断から治療開始	2週間未満	31.2%	34.4%
			2週間以上 1ヶ月未満	41.1%	31.1%

2083	希少がんについて、専門的な医療を受けられた と感じているがん患者の割合	80.0%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

希少がん対策について、取組の成果が見られる部分もあるが、患者への情報提供や医療機関及び専門医との連携について、より一層の推進が必要である。また、希少がんの定義[35]はゲノム医療等の成果によって変更が加えられる可能性が指摘されており、こうした状況も踏まえた対策の在り方やより適切に評価できる中間評価指標についても、次期基本計画において検討が必要である。

また、難治性がん対策について、第3期の基本計画においてはがん研究を推進することで取組を進めてきたが、中間評価指標の設定がなかったため、次期基本計画において、どのような評価指標を用いることが可能か、検討を行う。また、患者への情報提供や医療機関及び専門医との連携について、一層の推進が必要である。

（7）小児がん、AYA世代のがん、高齢者のがん対策

（個別目標）

国は、小児がん、AYA世代のがんを速やかに専門施設で診療できる体制の整備を目指して、「小児がん医療・支援のあり方に関する検討会」及び「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」で検討を行い、3年以内に、小児がん拠点病院とがん診療連携拠点病院等の整備指針の見直しを行う。

国は、高齢者のがん診療に関する診療ガイドラインを策定した上で、診療ガイドラインを拠点病院等に普及することを検討する。

[35] 罹患率が人口 10 万人当たり6例未満、数が少ないため診療・受療上の課題が他のがん種に比べて大きいものを政策的な対応を要する希少がんとして扱っている。（出典：希少がん医療・支援のあり方に関する検討会報告書）

（進捗状況及び指標測定結果）

小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるよう、全国に15か所の小児がん拠点病院及び2か所の小児がん中央機関を整備し、診療の一部集約化と小児がん拠点病院を中心としたネットワークによる診療体制の構築が進められている。整備指針の見直しについては、新型コロナウイルス感染症への対応等により進捗が遅れているが、2022年中に実施するべく、ワーキンググループが発足している。

小児がん患者、AYA世代で発症したがん患者の3年生存率は、それぞれ85%を越えており、一定の評価ができるが、今後はより長期間の指標で評価をする必要がある。

小児がん拠点病院は、「AYA世代への対応の強化」にも重点を置き、AYA世代がん患者について、がん診療連携拠点病院等への紹介も含めた適切な医療を提供できる体制を構築することとしている。一方で、がん診療連携拠点病院等では、AYA世代がん患者について治療、就学、就労、生殖機能等に関する状況や希望について確認し、必要に応じて、対応できる医療機関やがん相談支援センターに紹介することとして、小児がん拠点病院とがん診療連携拠点病院等とが互いに連携をとりながらAYA世代がん患者への対応を行えるような体制の構築が進められている。

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・家族の割合は、成人（40歳未満）、小児のそれぞれで5割を越え、一定の周知はされていると評価できるものの、更なる改善が求められるものであった。2021年度から、「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」が開始され、有効性等のエビデンスの集積も進めつつ、若いがん患者等が希望を持って病気と闘い、将来子どもを持つことの希望をつなぐ取組の全国展開が図られており、評価できるものとなっている。

高齢者のがん対策については、厚生労働科学研究において、高齢者がん診療に対するがん種共通のガイドラインの策定を行っている。

		2015 年	2014 年
2091	小児がん患者の3年生存率	86.7%	87.7%
2092	AYA世代で発症したがん患者の3年生存率	87.8%	87.2%

2093[36]	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	成人（40 歳未満）	2018 年度 52.0%	2014 年度 48.2%
		小児	2019 年　53.8%	

[36] 項目番号 2093 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

小児がん、AYA世代のがん、高齢者のがん対策は、第3期の基本計画の「がんとの共生」分野のライフステージに応じたがん対策の項目にも記載されている。次期基本計画においては、「がん医療」分野と「がんとの共生」分野のそれぞれで取り組むべき事項をより明確化していくとともに、それぞれの分野における取組の棲み分けを再検討することも求められる。

小児がん及びAYA世代のがん対策については、含まれる分野が幅広く、必ずしも均一な対策が適切とは言えない可能性もあり、次期基本計画においては、それらの特徴を考慮した対策を、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」や「がんとの共生のあり方に関する検討会」等における検討内容も踏まえ、検討する必要がある。また、がんの遺伝的素因や晩期合併症等に対し長期のフォローアップが求められることを考慮した中間評価指標を検討していく必要がある。

2021年度より、「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」が開始されたところではあるが、必要な方に支援が届くことが重要であり、普及啓発にも取り組む必要がある。

また、高齢者のがんについては、様々な部分で高齢化の影響を考慮する必要があり、第3期の基本計画において評価指標設定のための研究を開始したところではあるが、未だ十分な評価ができていない。次期基本計画においては、当該研究結果も踏まえ、高齢者のがん対策について基本計画の中でどのように位置づけ、どのような対策及びその評価指標の設定が可能であるか、引き続き検討が必要である。

（8）病理診断

（個別目標）

国は、より安全で迅速な質の高い病理診断や細胞診断を提供するための環境を整備する。

（進捗状況及び指標測定結果）

整備指針においては、がん診療連携拠点病院の病理診断の体制について「専従の病理診断に携わる常勤の医師を1人以上配置すること」と定め、拠点病院への病理医の配置を推進しているところ、常勤の病理専門医が1名以上配置されている拠点病院等の割合は微増していた。

「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会」において、正しく迅速な病理診断が必須とされたことを踏まえ、希少がん病理診断力の向上、国民の希少がん医療への貢献を目的に、日本病理学会と連携し、希少がん診断のための病理医育成事業が2018年度より行われている。

2101	常勤の病理専門医が1名以上配置されている拠点病院等の割合[37]	2021年度 84.3%	2019年度 83.5%	2018年度 82.2%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」での議論を踏まえ、引き続き質の高い病理診断や細胞診断を提供するための体制整備を進めていく必要がある。

（9）がん登録

（個別目標）

国は、がん登録によって得られた情報を利活用することによって、正確な情報に基づくがん対策の立案、各地域の実情に応じた施策の実施、がんのリスクやがん予防等についての研究の推進及び患者やその家族等に対する適切な情報提供を進める。

（進捗状況及び指標測定結果）

2016 年のがん登録法の施行後から届出件数は増加している。全国がん登録の精度管理については、MI 比は横ばいであるものの、%DCO は低下しており、登録情報の内容がより充実してきていると考えられる。また、安全管理に留意しつつも、がん登録情報の効果的な利活用についても検討しており、例えば、がん登録情報を活用して、市区町村におけるがん検診の感度・特異度の算出や、予後調査ができるような体制を構築することについて検討が進められている。

2111	全国がん登録の精度指標としての MI 比[38]・%DCO[39]		2019 年	2017 年	2016 年
		全国（男女）MI 比	0.38	0.38	0.37
		%DCO	1.92%	2.06%	3.23%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

精度管理については一定の成果が見られ、引き続き、がん登録情報を用いた研究や患者への情報提供等、さらに利活用が推進されるよう取組を進めていく必要がある。

---

[37] がん診療連携拠点病院においては常勤の病理医を1人以上配置することを求めているが、医師・歯科医師・薬剤師調査に基づく当該医療圏の医師数（病院の従事者）が概ね 300 人を下回る医療圏においては、2022 年3月 31 日までの間、専従の病理医が常勤であることを拠点病院の必須要件としていなかった。また、本指標に含まれる地域がん診療病院においては、常勤の病理医の配置を必須としていない。

[38] 一定期間におけるがん死亡数の、がん罹患数に対する比。Mortality/Incidence Ratio の略。

[39] がん登録において、死亡情報のみで登録された患者のこと。Death Certificate Only の略。

（10）医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

（個別目標）

国は、拠点病院等や小児がん拠点病院の医師が、患者や家族に対して臨床研究、先進医療、医師主導治験、患者申出療養制度等についての適切な説明を行い、必要とする患者を専門的な施設につなぐ仕組みを構築する。また、がん患者に対し、治験や臨床試験に関する情報を提供する体制を整備する。

（進捗状況及び指標測定結果）

臨床試験・治験に関する窓口がある拠点病院等の割合は8割近くにのぼり、抗がん剤に関する治験については、2020 年度で 320 件と多くの治験が実施されている点は評価できる。拠点病院等において、臨床試験を行う場合は、患者に対して適切な情報提供を行うこと及び必要に応じて適切な医療機関に患者を紹介することを求めており、がん患者に対し、治験や臨床試験に関する情報を提供する体制の充実に向け、取組が進められた。また情報提供において、厚生労働科学研究では公益社団法人や企業等との協力によるパイロット事業の検討を行っている。

「がん研究 10 か年戦略」に基づき、革新的な治療法等を創出するための研究開発を推進しており、AMEDを通じて、アンメットメディカルニーズに応える新規薬剤開発についても研究が進められているが、全体の評価については、民間の研究開発の状況等も踏まえて実施する必要がある。

また、がんゲノム医療に関連し、がんゲノム情報管理センターに集約しているゲノム情報及び臨床情報等を利活用するとともに、「全ゲノム解析等実行計画（第1版）」によって収集される全ゲノム情報等の利活用についても併せて推進し、革新的な新規薬剤を開発するための環境整備に向けた取組が行われている。

2121	臨床試験・治験に関する窓口がある拠点病院の割合	2021 年度 78.1%	2019 年度 78.0%	2018 年度 76.4%
2122	抗がん剤に関する治験の数	2020 年度 320 件 企業治験 287 件 医師主導治験 33 件	2019 年度 282 件 企業治験 237 件 医師主導治験 45 件	

2123	アンメットメディカルニーズに応える新規薬剤開発	
	2020年度	2019年度
①医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議において要望され抗がんWGにおける検討品目とされた数	6件	4件
②抗がんWGにて検討され、医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議において開発要請した数	3件	3件
③抗がんWGにて検討され、医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議において開発要請した品目のうち、承認された数	2件	1件

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がん研究については、「がん研究 10 か年戦略」に基づき、順調に進められている。「がん研究 10 か年戦略」中間評価の結果も踏まえつつ、患者のニーズに応じたがん研究が推進されるよう、次期戦略や次期基本計画の策定において、引き続き検討が必要である。また、がん患者に対し、治験や臨床試験に関する情報を提供する体制の整備についても、引き続き推進が必要である。

3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

（1）がんと診断された時からの緩和ケアの推進

（個別目標）

がんによる身体的な痛みは、患者の日常生活に重大な支障を来し、QOLを大きく損ねる。このため、がん診療に携わる医療機関において、医療従事者は、徹底した疼痛ケアを行い、患者の日常生活動作に支障が出ないようにする。

国及びがん診療に携わる医療機関は、関係学会等と協力して、医師はもちろんのこと、がん診療に携わる全ての医療従事者が、精神心理的・社会的苦痛にも対応できるよう、基本的な緩和ケアを実施できる体制を構築する。

都道府県がん診療連携拠点病院においては、「緩和ケアセンター」の機能をより一層充実させる。地域がん診療連携拠点病院における「緩和ケアセンター」のあり方について、設置の要否も含め、3年以内に検討する。

拠点病院等以外の病院や緩和ケア病棟における緩和ケアの実態及び患者のニーズを調査し、その結果を踏まえ、緩和ケアの提供体制について検討を進める。

①緩和ケアの提供について

（進捗状況及び指標測定結果）

緩和ケアの提供に係る患者のニーズを把握するために、患者体験調査や遺族調査を実施したことは評価できる。これら調査により、心のつらさがあるときに、すぐに

医療スタッフに相談できると感じている患者の割合、身体的・精神心理的な苦痛を抱えている患者の割合、苦痛により日常生活に支障を来している患者の割合は、それぞれ約3～4割と一定の割合を占めており、更なる緩和ケアの充実が求められている。

亡くなる前1か月間の療養生活について、痛みが少なくなかった割合、からだの苦痛が少なくなかった割合、おだやかな気持ちで過ごせなかった割合は、それぞれ約4～5割と、こちらも更なる改善が求められた。

都道府県がん診療連携拠点病院における「緩和ケアセンター」の機能を充実させるため、2018 年7月の整備指針改定において、ジェネラルマネージャーに関する要件の強化等を行った。 また、地域がん診療連携拠点病院における「緩和ケアセンター」のあり方については「がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」において設置の要否について検討されたが、その人員の要件等については十分な検討を行う必要があることから、慎重な議論が必要であるとされた。

2021 年から「がんとの共生のあり方に関する検討会」のもとに「がんの緩和ケアに係る部会」を発足し、緩和ケアに関する課題に対して、改めて課題を整理し、必要な取組について議論を開始している。

3011[40]	心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合	2018 年度　32.8%	
3012	身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	2018 年度 44.6%	2014 年度 42.6%
3013	精神心理的な苦痛を抱える がん患者の割合	2018 年度 38.0%	2014 年度 38.5%
3014	身体的・精神心理的な苦痛により日常生活に支障を来しているがん患者の割合	2018 年度　30.8%	
3015	療養生活の最終段階において、 身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	2018 年度 40.4%（痛み） 47.2%（からだの苦痛）	
3016	療養生活の最終段階において、 精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	2018 年度　42.3%	

[40] 項目番号 3011-3014 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

②緩和ケア研修会について

（進捗状況及び指標測定結果）

緩和ケア研修の修了者数は累計でおよそ 14 万人に達し、着実に増加している。引き続き研修を充実するために、2018 年度より e-ラーニングを導入し、また、患者の家族、遺族等に対するグリーフケアの提供についての研修プログラムを追加する等の見直しを行った。さらに、対象疾患をがん以外の疾患、受講者を医師以外の医療従事者、開催病院を拠点病院等以外に拡大した。

3017	緩和ケア研修修了者数（医師・医師以外） （2038 の再掲）	2021 年度 157,715 人	2020 年度 145,727 人	2019 年度 139,467 人

③普及啓発について

（進捗状況及び指標測定結果）

「がんと診断されたときからの緩和ケア」を推進するために、日本緩和医療学会に事業委託し、国民に対する緩和ケアの普及啓発活動を行っている。この中で「オレンジバルーンプロジェクト」として、市民公開講座や動画配信等を通じて、緩和ケアに関する基本的な知識や、医療用麻薬に関する正しい知識の普及啓発等を進めている。「緩和ケアを開始すべき時期」について、「がんと診断されたときから」と回答した者の割合や、医療用麻薬について、「正しく使用すれば安全だと思う」と回答した者の割合はおよそ半数に留まり、今後、さらに国民に正しい知識を持って頂けるよう普及啓発に取り組む必要がある。

		2019 年度	2016 年度
3018	国民の緩和ケアに関する認識[41]	52.2%	56.1%
3019	国民の医療用麻薬に関する認識[42]	48.3%	52.7%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

緩和ケアの提供について、地域の実情や今後のがん診療提供体制のあり方を踏まえ、提供体制やそれらを担う人材のあり方を検討する必要がある。その上で、緩和ケアの質の向上に向けて、専門的な緩和ケアを提供する人材の育成についても検討する必要がある。身体的・精神心理的・社会的苦痛等の緩和、苦痛を感じている患者への相談支援の体制や、緩和ケアに係る国民への普及啓発について、更なる取組の充実が求められており、「がんとの共生のあり方に関する検討会」や「がんの緩和

[41] 「緩和ケアを開始すべき時期」について、「がんと診断されたときから」と回答した者の割合。

[42] 「医療用麻薬に対する認識」について、「正しく使用すれば安全だと思う」と回答した者の割合。

ケアに係る部会」等での議論を踏まえ、今後の取組について、引き続き検討が必要である。

（2）相談支援及び情報提供

（個別目標）

国は、多様化・複雑化する相談支援のニーズに対応できるよう、関係学会との連携や相談支援従事者の研修のあり方等について、3年以内に検討し、より効率的・効果的な相談支援体制を構築する。

国は、ピア・サポートの実態調査、効果検証を行った上で、3年以内に研修内容を見直し、ピア・サポートの普及に取り組む。

国は、国民が必要な時に、自分に合った正しい医療情報を入手し、適切に治療や生活等に関する選択ができるよう、科学的根拠に基づく情報を迅速に提供するための体制を整備する。

①相談支援について

（進捗状況及び指標測定結果）

がん患者が、必要に応じて確実に支援を受けられるよう、整備指針において、初診時等にがん相談支援センターについて説明することや、広報を行うことを定め、取組を促している。

そのような中で、患者の3人中2人ががん相談支援センターについて知っているものの、利用したことがある人は、成人で 14.4%、小児で 34.9%に留まっている。実際に利用した者のうち、「役立った」と回答した人は、8割を越えていることを踏まえると、利用していない者に、本当にニーズがなかったのかを十分に見極める必要がある。その観点から、少なくとも成人については、利用者の更なる増加が求められる。

ピア・サポーターについて知っているがん患者の割合、利用したことがある人の割合は低く、課題である。また、ピア・サポート[43]活動の質の充実も必要である。「がん総合相談に携わる者に対する研修事業」において、患者団体及び関係学会と連携し、研修プログラム・テキストの改訂、都道府県に対する研修の企画やフォローアップに関する支援、がん患者・拠点病院等・都道府県向けの研修等を行っている。

治療開始前に病気や療養生活に関して相談することができたと感じる患者の割合、家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じている患者・家族の割合は、成人では増加しており、一定の評価はできるが、更なる充実が必要である。

[43] がん患者・経験者やその家族が、同じような経験を持つ者と体験を共有し、問題解決のために共に考える取組のこと。

3021[44]	がん診断～治療開始前に 病気や療養生活について 相談できたと感じるがん患者の割合 （3002 の再掲）	2018 年度 76.3%	2014 年度 67.4%
3022	家族の悩みや負担を 相談できる支援が十分である と感じているがん患者・家族の割合 （3003 の再掲）	2018 年度 成人：48.7% （補正値[45]：57.6%） 2019 年度 小児：39.7%	2014 年度 成人：37.1%
3023	がん相談支援センター/相談支援センター について知っているがん患者・家族の割合	2018 年度 成人：66.4% 2019 年度 小児：66.4%	2014 年度 成人：56.0%
3024	ピア・サポーターについて 知っているがん患者の割合	2018 年度　27.3%	

②情報提供について

（進捗状況及び指標測定結果）

がん患者と家族、医療従事者及びがんとの共生を目指す社会にとって、がんに係る正しい情報を整備し、それを分かりやすい手法で届けることが重要である。

がんに関する情報は、膨大で、科学的根拠に基づいているとは言えない情報が含まれていることがある。そのため、国立がん研究センターがん対策研究所「がん情報サービス」においては、標準治療や治験、療養等に関する情報提供を行っているが、「がん情報サービス」にアクセスし、探していた情報にたどり着くことができた人の割合は、概ね7割でほぼ横ばいとなっており、一定の評価はできるものの、さらに高みを目指すべきである。また、整備指針において、自施設で標準的治療を提供できるがん種についてホームページ等で広報することや、がんゲノム医療やAYA世代にあるがん患者への治療・支援などについて、患者へ情報提供を行うことを求めているが、その状況について改善の余地がある。

がん教育についても、がん診療連携拠点病院等に対して、学校などに医療従事者を外部講師として派遣し、がんに関する正しい知識の普及啓発に努めるよう求めるなど、関係各所と連携して普及啓発に取り組んでいる。

コミュニケーションに配慮が必要な人に対しての、情報へのアクセスを確保するた

[44] 項目番号 3021-3024 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

[45] 前回調査と比較するために、実測値に比較補正係数をかけた値。

め、国立がん研究センターがん対策研究所は関係団体と協力し、点字資料や音声資料等を作成しており、順次更新作業を行っている。また、視覚や聴覚等の障がいをもつ人に対して、情報資料を継続的に提供できるよう、研究を推進している。

		2021 年度	2019 年度	2018 年度
3025	がん情報サービスにアクセスし、探していた情報にたどり着くことができた者の割合	71.0%	71.6%	71.1%
3026	がん情報サービスにおける点字資料、音声資料数、資料の更新数	93 コンテンツを更新	更新なし	8コンテンツ（音声）を更新

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がん診療連携拠点病院等を中心として、患者と家族への相談支援や情報提供についての体制整備が進められてきているが、あらゆる分野で、がんに係る正しい情報の提供及びがん患者を含めた国民への普及啓発の推進が求められている。「情報の均てん化」に向けて、患者と家族のニーズや課題等を把握した上で更なる活用を進めるとともに、相談支援ネットワーク体制の構築や、より効果的な手法等について検討が必要である。また、ピア・サポーターについては、認知度が低く、改善が必要である。ピア・サポートを含む相談支援や情報提供体制の活用状況の改善について、どのような対策が効果的であるか、「がんとの共生のあり方に関する検討会」での議論も踏まえ、引き続き検討が必要である。

（3）社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

（個別目標）

国は、がん患者がその療養する場所にかかわらず、質の高いがん医療を受けられるよう、2年以内に、地域連携体制について検討し、必要に応じて拠点病院等の整備指針の見直しを行い、拠点病院等の機能を更に充実させる。

拠点病院等は、医療と介護との連携を図りつつ、地域における緩和ケアの状況を把握し、地域における緩和ケアの提供体制について検討する場を3年以内に設けるなど、地域における他の医療機関との連携を図る。都道府県は、その開催状況を把握することに努める。

①拠点病院等と地域との連携について

（進捗状況及び指標測定結果）

地域連携体制や、がん診療連携拠点病院等の地域における緩和ケアの提供体制

について検討を行い、整備指針に「当該医療圏において、地域の医療機関や在宅診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援のあり方について情報を共有し、役割分担や支援等について議論する場を年1回以上設けること。」を新たに定めており、1拠点病院あたりの平均開催数（年間）は、5.5 回となっており、評価できるものとなっている。

一方で、がん治療前に、担当医からセカンドオピニオンについて話を受けたがん患者の割合は、減少している。「話はなかった」と回答した人（65.1%）のうち、9.1%が自分や家族からセカンドオピニオンについて尋ねており、患者や家族のニーズに対応できていないものと考えられる。

3031	1拠点病院あたりの地域連携推進のための多施設合同会議の開催数	2019 年度 5.5 回	2018 年度 5.0 回
3032	がん治療前に、セカンドオピニオンに関する話を受けたがん患者の割合（2025 の再掲）	2018 年度 34.9%	2014 年度 40.3%

②在宅緩和ケアについて

（進捗状況及び指標測定結果）

がん患者とその家族が、望んだ場所で、適切な医療や支援を利用しながら過ごすことができるよう、取組を進めている。拠点病院等において都道府県と連携し、二次医療圏内の在宅療養支援診療所リストの作成や、在宅療養支援診療所の医師に対する緩和ケアに関する知識・技術の研修を実施するとともに、地域緩和ケアネットワーク構築事業で、関係施設間の連携・調整を行う「地域緩和ケア連携調整員」を育成している（平成 28（2016）年度～令和元（2019）年度修了：延べ 307 チーム、959 名）。

在宅で亡くなったがん患者の満足度は、緩和ケア病棟で亡くなった方の満足度（82.4%）に次いで割合が高かった。望んだ場所で過ごせたがん患者の割合は他の疾患と比較すると最も高かったが、半数程度に留まり、一定の評価はできるものの更なる改善に向けた取組が求められる。

3033	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	2018 年度　78.8%
3034	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合	2018 年度　47.7%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

「がんとの共生のあり方に関する検討会」や「がんの緩和ケアに係る部会」での議論も踏まえ、セカンドオピニオンに関する情報提供や、患者の望む場所で過ごすことができるような在宅を含めた地域における緩和ケア提供体制の検討、在宅緩和ケアの一層の周知が必要である。

（4）がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）

（個別目標）

国は、3年以内に、「治療と仕事両立プラン（仮称）」を開発するとともに、そのプランを活用した、がん相談支援センターの相談員をはじめとする就労支援の関係者間の連携についてモデルを構築し、「治療と仕事両立プラン（仮称）」を用いた生活、介護及び育児の状況など、個々の事情に応じた就労支援を行うための体制整備を進める。

国は、3年以内に、医療機関向けに企業との連携のためのマニュアルを作成し、その普及を開始する。

国は、がん患者・経験者、その家族の生活の質を向上させるため、がん患者や家族に関する研究を行うことによって、その課題を明らかにする。また、既存の施策の強化や普及啓発など、更なる施策の必要性について検討する。

①就労支援について

（ア）医療機関等における就労支援について

（進捗状況及び指標測定結果）

がん患者等が治療と仕事を両立できるよう、両立支援コーディネーター[46]の育成・配置や、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」「企業・医療機関連携マニュアル」等を作成し、普及啓発を進めている点は評価できる。

また、診断時から個々の事情に応じた就労支援を行うための「治療と仕事両立プラン」[47]を開発し、モデル事業を経て「がん患者の就労に関する総合支援事業」を拡充し、同プランを活用した就労支援を実施している点についても評価できる。

診断時、収入のある仕事をしていた人のうち、治療開始前に就労の継続について、病院の医療スタッフから説明が「あった」と回答した人は4割程度に留まり、がん治療の開始前までに退職した人が多い点については、課題である。

がん相談支援センターにおける就労に関する相談件数は、年間 25,000 件の目標値を超えており、評価できる。

		2018 年度
3041[48]	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	39.5%
3042	がんと診断後も仕事を継続していたがん患者の割合	82.3%
3043	退職したがん患者のうち、がん治療の開始前までに退職した者の割合	56.8%

[46] 独立行政法人労働者健康安全機構において研修を実施し、2021 年3月末時点で 7,531 人を養成。（目標：2020 年度までに 2,000 人養成）

[47] 2017 年度厚生労働科学研究「働くがん患者の就労継続および職場復帰に資する研究」の研究班で作成。

[48] 項目番号 3041-3043、3046-3047 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上。

		2021 年度	2019 年度	2018 年度
3044	ハローワークと連携した 就職支援を行っている拠点病院等の数	257 病院	216 病院	158 病院
3045	がん相談支援センターにおける 就労に関する相談件数[49]	29,528 件	29,070 件	22,497 件

（イ）職場や地域における就労支援について

（進捗状況及び指標測定結果）

社内制度の導入を進めるために、「治療と仕事の両立支援助成金」の活用を促している。また、ポータルサイトによる情報発信や、シンポジウムの開催等を行うとともに、都道府県労働局を事務局とした「地域両立支援推進チーム」を設置し、企業文化の抜本改革、両立支援の普及推進を図っている。2019 年には全ての都道府県産業保健総合支援センターに両立支援コーディネーターを配置し、産業医が不在の中小企業等に対し、制度導入や教育等について具体的な支援を実施している。

治療と仕事を両立するための社内制度等を利用した人の割合は 36.1%、勤務上の配慮がなされていると回答した人の割合は増加しており、一定の評価ができるものの更なる改善の余地があるものと考えられる。

3046	治療と仕事を両立するための社内制度 等を利用した患者の割合	2018 年度　36.1%	
3047	治療と仕事を両立するための勤務上の 配慮がなされているがん患者の割合	2018 年度　65.0% （比較値[50]：70.8%）	2014 年度 68.3%

②就労以外の社会的な問題について

（進捗状況及び指標測定結果）

治療による脱毛や爪の変化等について身近な医療従事者に相談し、苦痛を軽減できるよう、ガイドラインの改訂や医療従事者プログラムの実装化に向けた研究を進めている。また、2018 年 12 月には、運転免許証の申請時の写真について、医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布等で覆うこと（帽子やウィッグを使用すること）が認められるよう、道路交通法施行規則の一部改正を行った。同様に、2020 年4月、障害者手帳の交付申請時の写真について、身体障害者福祉法施行規則、療育手帳制度要綱及び精神障害者保健福祉手帳制度実施要領の一部改正を

[49] 2019 年度報告の対象は 436 病院で、1病院あたり平均 66.7 件、2018 年度報告の対象は 437 病院で、1病院あたり平均 51.5 件となっている。

[50] 前回調査と比較するために、実測値に比較補正係数をかけた値。

行った。

がん治療に伴う外見の変化に関する相談ができた患者の割合は、初めて調査が実施され、成人で 28.3%、小児で 51.8%であり、一定の取組がなされていることが明らかになったが、今回の調査結果のみをもって評価することは難しく、相談できなかった理由の把握等、更なる知見の集積が必要である。

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・家族の割合は、成人（40歳未満）、小児のそれぞれで5割を越え、一定の周知はなされていると評価できるものの、更なる徹底が求められるものであった。2021年度から、「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」が開始され、有効性等のエビデンスの集積も進めつつ、若いがん患者等が希望を持って病気と闘い、将来子どもを持つことの希望をつなぐ取組の全国展開が図られており、評価できるものとなっている。（再掲）

がん患者の自殺については、2016 年1～6月にがんと診断された患者 546,148 人のうち、がん診断後6ヶ月以内に 144 人が自殺で亡くなっていた（がん患者 10 万観察人年あたり 58.21 人、6ヶ月以内に死亡した全がん患者の 0.17%）。これは同じ時期の一般人口と比較すると 2.7 倍の自殺者がいることを示しており、このリスクは診断後の期間が短いほど高く（1ヶ月以内では 4.1 倍、3ヶ月以内では 3.3 倍）、大きな課題の一つと認識された。

<table>
<tr><td>3048[51]</td><td>外見の変化に関する相談ができたがん患者の割合（2076 の再掲）</td><td colspan="3">2018 年度　成人：28.3%
2019 年度　小児：51.8%</td></tr>
<tr><td rowspan="2">3049</td><td rowspan="2">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（2093 の再掲）</td><td>成人
（40 歳未満）</td><td>2018 年度
52.0%</td><td>2014 年度
48.2%</td></tr>
<tr><td>小児</td><td colspan="2">2019 年　53.8%</td></tr>
<tr><td>3050</td><td>がん患者の自殺数</td><td colspan="3">2016 年度（1～6月）[52]　144 人
2016 年度（1～12 月）[53]　449 人
2017 年度（1～12 月）[54]　439 人</td></tr>
</table>

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

サバイバーシップ支援について、治療開始前における就労支援に係る情報提供を

[51] 項目番号 3048・3049 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

[52] 2016 年1～6月にがんと診断されたがん患者 542,556 人のうち、がん診断後6か月以内に自殺された方の人数。

[53] 2016 年 1～12 月にがんと診断されたがん患者 1,082,318 人のうち、がん診断後 12 か月以内に自殺された方の人数。

[54] 2017 年 1～12 月にがんと診断されたがん患者 1,048,576 人のうち、がん診断後 12 か月以内に自殺された方の人数。

はじめとして、がん患者だけでなく、その家族及び企業等の支援者に対しても引き続き支援を充実させていく取組が必要である。また、大企業だけでなく中小企業に勤務している患者に対する治療と仕事を両立するための制度等の利用など、医療機関だけでなく、企業や雇用・労働関係機関における取組についても一層の推進が求められる。

がん患者の経済的な課題の把握や利用可能な施策の更なる周知が求められる。また、アピアランスケア[55]や生殖機能への影響に関する説明、がん患者の自殺など、社会的な問題について、「がんとの共生のあり方に関する検討会」での議論も踏まえ、引き続き検討が必要である。

（5）ライフステージに応じたがん対策

（個別目標）

国は、小児・AYA世代のがんの経験者が治療後の年齢に応じて、継ぎ目なく診療や長期フォローアップを受けられる体制の整備を進める。そのため、3年以内に、「小児がん医療・支援のあり方に関する検討会」及び「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」で検討を行い、「小児がん拠点病院等の整備に関する指針」と整備指針の見直しを行う。

また、高齢のがん患者の意思決定の支援に関する診療ガイドラインを策定し、拠点病院等に普及させることを検討する。

（進捗状況及び指標測定結果）

小児・AYA世代のがん患者については、小児がん拠点病院とがん診療連携拠点病院等の連携が重要であるとの視点に立ち、2018 年7月に「小児がん拠点病院等の整備に関する指針」を改定し、小児がん拠点病院に求められる要件を明確化した。現時点で全国に 15 か所指定している小児がん拠点病院では、院内学級体制及び家族等が利用できる宿泊施設（長期滞在施設）またはこれに準じる施設が整備されていることを指定要件に定めており、すべての小児がん拠点病院に設置されている点は評価できる。

治療開始前に、教育支援等について医療従事者から説明があったと回答した人の割合は 68.1%、治療中に、学校や教育関係者から治療と教育を両方続けられるような支援があったと回答した人の割合は 76.6%と、一定の評価はできるものの全ての患者に対応できるよう更なる充実が求められる。

また、高等学校段階の取組が遅れていることが指摘されていることから、文部科学

[55] 広義では「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」と定義 （出典：国立がん研究センター中央病院アピアランス支援センターHP より）。

省では、2019 年度及び 2020 年度において「高等学校段階における入院生徒に対する教育保障体制整備事業」を実施した。また、2021 年度からは「高等学校段階の病気療養中等の生徒に対する ICT を活用した効果的な遠隔教育の調査研究事業」を実施している。厚生労働科学研究において、がん患者の高校教育の支援の好事例の収集や実態・ニーズ調査を実施し、高校教育の提供方法の開発と実用化に向けた研究を進めている。

さらに、厚生労働科学研究において、高齢のがん患者に対する多職種による意思決定支援プログラムの研究・開発を行っている。

<table>
<tr><td>3051</td><td>小児がん拠点病院のうち
院内学級体制・宿泊施設を整備している
施設の割合[56]</td><td>2021 年度
100%</td><td>2019 年度
100%</td><td>2018 年度
100%</td></tr>
<tr><td>3052[57]</td><td>治療開始前に教育支援等について、
医療従事者から説明を受けた
がん患者・家族の割合</td><td colspan="3">2019 年度　68.1%</td></tr>
<tr><td>3053</td><td>治療中に、学校・教育関係者から、
治療と教育の両立に関する支援を
受けた家族の割合</td><td colspan="3">2019 年度　76.6%</td></tr>
<tr><td>3054</td><td>家族の悩みや負担を相談できる支援が
十分であると感じている
がん患者・家族の割合
（3003 の再掲）</td><td colspan="2">2018 年度
成人：48.7%
（比較値[58]：57.6%）
2019 年度
小児：39.7%</td><td>2014 年度
成人：37.1%</td></tr>
</table>

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

小児・AYA世代については、拠点病院等以外の医療機関や自宅等における教育支援の充実や、小中学生だけでなく、高校生に対する教育支援についても治療と教育の両立の更なる推進が必要である。また、教育支援も含めた、医療機関におけるオンライン環境の整備について検討する必要がある。

高齢者に係る「がんとの共生」分野のがん対策については、第３期の基本計画において、中間評価指標の設定がなかったため、十分な評価ができなかった。厚生労

[56] 新型コロナウイルス感染拡大による現場の状況を鑑み、2019 年実績の報告は一部の医療機関を除き中止したため、小児がん拠点病院のみのデータとなっている。

[57] 項目番号 3052-3054 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

[58] 前回調査と比較するために、実測値に比較補正係数をかけた値。

働科学研究の結果も踏まえ、次期基本計画においては、多様な高齢のがん患者の療養生活を支えるための対策や、評価指標の設定、医療と介護の連携の更なる強化について、引き続き、検討を行っていく必要がある。

4. これらを支える基盤の整備

（1）がん研究

（個別目標）

国は、2年以内に、「がん研究10か年戦略」のあり方について検討を行い、新たな課題や重点的に進めるべき研究を盛り込む。その際、必要に応じて、現在AMEDで行われている事業の研究領域を見直し、科学技術の進展や臨床ニーズに見合った研究を推進する。

（進捗状況及び指標測定結果）

2018 年に「がん研究 10 か年戦略」の中間評価を行い改定を行った点、「健康・医療戦略」等におけるがん領域における研究開発に関する目標を達成している点などについては評価ができる。中間評価の指標としては、主にAMEDにおける研究開発の状況を踏まえたものになっているが、全体の評価については、民間の研究開発の状況等も踏まえて実施する必要がある。

また、2019 年 12 月に「全ゲノム解析等実行計画（第1版）」が作成され、全ゲノム解析についても日常診療への導入を目指す研究開発を加速させている。

		2019 年度	2018 年度
4011	日本発の治療薬の創出に向けて導出された治験の数	1件 累積 15 件	1件 累積 14 件
4012	日本発の診断薬の創出に向けて導出された治験の数	1件 累積2件	1件 累積1件
4013	日本発の医療機器の創出に向けて導出された治験の数	2件 累積2件	0件 累積0件
4014	日本臨床研究実施計画・研究概要公開システム（JRCT）に登録された研究数[59]	70 課題 （14 課題）	61 課題 （19 課題）

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

「がん研究 10 か年戦略」に基づき、順調な進捗であるが、各研究分野について、患者及びがん経験者の参画をより一層推進し、患者及びがん経験者目線で必要とされている領域の研究や、臨床現場でニーズの高い領域の研究を推進していく必要がある。

[59] 括弧内は、当該年度において新規採択した課題数。

（2）人材育成

（個別目標）

国は、2年以内に、今後のがん医療や支援に必要な人材と、幅広い育成のあり方について検討し、そのために必要な具体的なスケジュールを策定する。

（進捗状況及び指標測定結果）

緩和ケア研修修了者数、がんゲノム医療コーディネーター研修会参加人数、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は、それぞれ増加しており一定の評価はできる。

文部科学省では 2017 年より5年間、多様な新ニーズに対応する「がん専門医療人材（がんプロフェッショナル）」養成プランを行い、がん専門医療人材の養成として、特にゲノム医療や希少がん及び小児がんに対応できる高度がん医療人材の育成や、ライフステージに応じたがん対策を推進する人材の育成に取り組む大学への支援を実施し、がん医療人材養成の拠点大学における優れた取組の他大学等への普及を推進している。その結果、がん緩和ケアに特化した講座を設置している医学部医学科を置く大学の数は増加している。

その一方で、がんの標準医療の現場を担う人員が不足しており、病院間、地域間格差の要因の一つとなっている。今後、臨床面では、がん診療に従事する専門職や、がん患者の症状緩和やがんサバイバーのケアにあたる人材、QOL 向上及び終末期医療を担う人材などの育成が必要とされている。同時に、進化するがん医療の各分野において、創薬を担う人材や関連学際領域に対応できる人材、医療ビッグデータの解析専門家など、新たに必要とされるスペシャリストの育成が重要な課題となっている。

4021	緩和ケア研修修了者数 （医師・医師以外）（2038 の再掲）	2021 年度 157,715 人	2020 年度 145,727 人	2019 年度 139,467 人
4022	がんゲノム医療コーディネーター研修会参加人数[60]	2021 年度 976 人 （累計 2,202 人）	2020 年度 674 人 （累計 1,226 人）	2019 年度 216 人[61]
4023	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	2021 年度 257 人 （累計 946 人）	2019 年度 214 人 （累計 527 人）	2018 年度 204 人

[60] 厚生労働省委託事業「がんゲノム医療従事者研修事業」の修了者を算出。

[61] 2019 年度は2回開催予定であったが、新型コロナウイルス感染症の影響により 1 回とした。

4024	緩和ケアに特化した講座を設置している大学の数	2021 年度 28 大学	2020 年度 24 大学	2016 年度 18 大学

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がん医療の人材育成については、医学教育、各種教育・研修課程、拠点病院等における On the Job Training などが進んでおり、評価できる。

一方で、高度化するがん医療現場を担う人材の不足が解消しておらず、対処が必要である。また、「がんとの共生」の実現に向けて患者・家族ケアを実践する医療従事者の育成も重要である。さらに、創薬、ビッグデータの活用等、高度化したがん医療・研究を支える学際的専門職の育成も今後の課題である。

今後のがん医療・研究のあり方を踏まえ、必要な職種・人員、育成のあり方、具体的なスケジュールなどについて、文部科学省のがん専門医療人材養成事業などとも連携しつつ、医療関係職能団体、各種学会、拠点病院等の協力を得て推進していく必要がある。

（3）がん教育、がんに関する知識の普及啓発

（個別目標）

国は、全国での実施状況を把握した上で、地域の実情に応じて、外部講師の活用体制を整備し、がん教育の充実に努める。

国民が、がん予防や早期発見の重要性を認識し、自分や身近な人ががんに罹患しても、そのことを正しく理解し向き合うことができるよう、国は、がんに関する知識の普及啓発を更に進める。

（進捗状況及び指標測定結果）

新学習指導要領に基づくがん教育及び地域の実情に応じた取組を支援するとともに、各自治体等での取組の成果を横展開することにより、がん教育の促進に努めている。また、がん教育実施上の留意事項や効果的な進め方についての講義、先進事例の発表や協議等を盛り込んだ実践的な研修会等が実施されており、「2020 年度がん教育研修会・シンポジウム」では計 1,293 名の参加申込があった。さらに、外部講師によるがん教育の一層の充実を図るために、がん教育推進のための教材、外部講師を活用したがん教育ガイドライン、指導参考資料の改訂を行い、周知啓発を行うとともに、外部講師の活用体制を整備するための各都道府県の取組への支援が行われている。

学校でのがん教育について、がん教育への外部講師の活用は進みつつあるものの、がん教育をより効果的なものにするためにも一層その活用を促す必要がある。た

だし、現場の負担等を考慮すると、同等の効果が得られるような教材の充実などによる対応も検討すべきであると考えられる。

職場におけるがんに関する知識の普及啓発として、「がん対策推進企業等連携事業（がん対策推進企業アクション）」を実施している。本事業に賛同する企業・団体（推進パートナー）の参加を促進してきた結果、参加企業数は、事業開始から着実に増加してきており、2020 年度で 3,553 社・団体となった。参加企業数については一定の評価はできるものの、それぞれが実際にどの程度の活動を行っているかが重要である。

4031	外部講師を活用して がん教育を実施した学校の割合[62]	2018 年度 8.1%	2017 年度 7.2%
4032[63]	がん相談支援センター/相談支援センターを 知っている患者・家族の数 （3023 の再掲）	2018 年度 成人：66.4% 2019 年度 小児：66.4%	2014 年度 成人：56.0%
4033	がん対策推進企業アクションの 参加企業数	2020 年度 3,553	2018 年度 2,908

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

学校教育及び社会教育におけるがん教育やがんに関する知識の普及啓発については、更なる推進が必要とされている。特に、学校教育において、文部科学省と連携し、外部講師の更なる活用を含め、地域の実情に応じたがん教育の効果的な取組について引き続き検討していく必要がある。

[62] 外部講師を活用してがん教育を実施した学校／調査校の総数。

[63] 項目番号 4032・4033 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

Ⅳ　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についての進捗状況

（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

がん対策を実効あるものとして、総合的に展開していくためには、国、地方公共団体、関係者等が、適切な役割分担の下、相互の連携を図りつつ、一体となって努力することが重要である。

国及び地方公共団体は、関係者等の意見の把握に努め、がん対策に反映させていくことが重要である。

国及び地方公共団体は、がん教育、がんに関する知識の普及啓発等により、がん患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境の整備への理解を図るとともに、相談支援や情報提供を行うことにより、国民とともに、地域における「がんとの共生社会」を目指して、共に取り組んでいくことが重要である。

2．都道府県による計画の策定

都道府県においては、本基本計画を基本としながら、本基本計画と、平成30（2018）年度からの新たな医療計画等との調和を図ることが望ましい。また、がん患者に対するがん医療の提供の状況等も踏まえ、地域の特性に応じた自主的かつ主体的な施策も盛り込みつつ、なるべく早期に、「都道府県がん対策推進計画」（以下「都道府県計画」という。）の見直しを行うことが望ましい。

なお、都道府県計画の見直しの際には、都道府県の協議会等にがん患者等が参画するなど、都道府県は、関係者等の意見の聴取に努める。また、がん対策の課題を抽出し、その解決に向けた目標を設定すること、必要な施策を検討し、実施すること、施策の進捗状況を把握し、評価すること等を実施しながら、必要があるときには、都道府県計画を変更するよう努める。国は、都道府県のがん対策の状況を定期的に把握し、積極的に都道府県に対して好事例の情報提供を行うなど、都道府県との情報共有に努める。

都道府県計画の作成に当たり、国は、都道府県計画の作成手法等について、必要な助言を行う。都道府県は、がん検診のみならず、普及啓発や地域における患者支援等の市町村の取組についても都道府県計画に盛り込むことが望ましい。

3．がん患者を含めた国民の努力

がん患者を含めた国民は、法第6条のとおり、がんに関する正しい知識を持ち、がんの予防に必要な注意を払い、必要に応じ、がん検診を受けるよう努めることとされており、今後のがん医療の向上に資するよう、以下の点についても努力していくことが望まれる。

・ がん医療は、がん患者、家族、医療従事者の人間関係を基盤として成り立っていることから、医療従事者のみならず、がん患者やその家族も、医療従事者と信頼関係を築くことができるよう努めること。
・ がん患者が適切な医療を受けるためには、セカンドオピニオンに関する情報の提示、がんに関する十分な説明、相談支援等が重要であるが、がん患者やその家族も、医療従事者からの説明を受けながら、病態や治療内容等について、理解するよう努めること。
・ がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策を実現させるため、がん患者を含めた国民も、国、地方公共団体、関係者等と協力して、都道府県におけるがん対策の議論に参画するなど、がん医療や、がん患者とその家族に対する支援を充実させることの重要性を認識し、行動するよう努めること。
・ 国や地方公共団体が国民の理解を得るために行う普及啓発は重要であるが、治験を含む臨床試験を円滑に進めていくためには、がん患者の協力が不可欠であることから、がん患者を含めた国民も、がんに関する臨床試験の意義を理解するよう努めること。

4. 患者団体等との協力

国及び地方公共団体は、民間団体が行うがん患者の支援に関する活動、がん患者の団体が行う情報交換等の活動等を支援するため、情報提供その他の必要な施策を講ずるよう努める。

5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化

基本計画による取組を総合的かつ計画的に推進し、全体目標を達成するためには、がん対策を推進する体制を適切に評価していくこと、各取組の着実な実施に向けて必要な財政措置を行っていくこと等が重要である。

一方、近年の厳しい財政事情の下では、限られた予算を最大限有効に活用することによって、がん対策の成果を上げていくという視点が必要となる。

このため、より効率的に予算の活用を図る観点から、選択と集中の徹底、各施策の重複排除及び関係省庁間の連携強化を図るとともに、官民で役割と費用負担の分担を図る。

また、将来にわたって必要かつ適切ながん医療を提供するため、効率的かつ持続可能ながん対策を実現する。

6. 目標の達成状況の把握

国は、全体目標とそれを達成するために必要な分野別施策の個別目標等について、ロードマップを作成し、公表する。

国は、基本計画に定める目標及びロードマップについては、適宜、その達成状況に

ついての調査を行い、その結果を公表する。また、がん対策の評価に資する医療やサービスの質も含め、分かりやすい指標の策定について、引き続き必要な検討を行い、施策の進捗管理と必要な見直しを行う。

なお、国は、計画期間全体にわたり、基本計画の進捗状況を把握し、管理するため、3年を目途に、中間評価を行う。その際、個々の取り組むべき施策が個別目標の達成に向けて、どれだけの効果をもたらしているか、施策全体として効果を発揮しているかという観点から、科学的・総合的な評価を行い、その評価結果を踏まえ、課題を抽出し、必要に応じて施策に反映するものとする。また、協議会は、がん対策の進捗状況を踏まえ、施策の推進に資する上で必要な提言を行うとともに、必要に応じて、検討会等の積極的な活用を行うこととする。

また、都道府県は、都道府県計画に基づくがん対策の進捗管理に関するPDCAサイクルを回し、施策に反映するよう努める。

（進捗状況及び指標測定結果）

全ての都道府県で都道府県計画の策定が行われており、その協議の場において患者委員の参画を認めている点は評価できる。一方で、全委員に対する患者委員の割合は、13.7%と国の「がん対策推進協議会」の割合（5/20＝25%）よりも低くなっている点については、改善の余地がある可能性がある。

4001	都道府県がん対策推進計画の策定過程におけるがん患者を代表する者の参加割合[64]	2020 年度 13.7%	2019 年度 13.6%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

都道府県計画の策定過程におけるがん患者を代表する者の参加については、国のがん対策推進協議会の参加割合を参考にし、各都道府県とも連携し、偏りのない性別や世代、様々ながん種のがん患者等の意見の把握及び施策への反映を推進していく体制を確保する必要がある。

[64] 計算方法は、患者代表委員の人数／都道府県がん対策推進協議会委員総数。
（分子・分母ともに4月1日時点の各都道府県の合計）

第4章　おわりに

（1）　中間評価を踏まえて、第4期の基本計画を策定することが望ましい。

（2）　第3期の基本計画では、高齢者のがん対策、難治性がん対策等、中間評価指標が設定できなかった施策があり、また、施策が行われる前の数値が明確になっていない項目が多かった。そのため、第4期の基本計画では、それらの中間評価指標を検討するとともに、新たに指標を設定する場合には、施策が行われる前の数値を明確にしておくことが望ましい。

（3）　第3期の基本計画では、一部の中間評価指標は、指標の数値の推移が直近の1～2年間のものしか分からず、評価が困難であった。第4期基本計画においては、各中間評価指標について、十分に評価できる期間を設定することが望ましい。

（4）　第3期の基本計画では、第2の2．（7）の「小児がん、AYA世代のがん及び高齢者のがん対策」や、同（4）②の「就労以外の社会的な問題について」のように、大きく異なる分野が1つの項目にまとめられていたが、第4期の基本計画においては、各分野の関連性を考慮した構成とすることが望ましい。

（5）　第3期の基本計画では、計画策定時に評価指標は決定しておらず、目標への達成状況について評価が困難な施策があったため、第4期の基本計画策定時には、目標の設定と併せて、それらをモニタリングする指標についても検討することが望ましい。

「がん対策推進協議会」委員名簿（令和4年6月時点）

	氏名	所属・役職
	飯野　奈津子	ジャーナリスト
	池田　真実	小児がん経験者の会 Fellow Tomorrow メンバー
	石岡　千加史	東北大学大学院医学系研究科臨床腫瘍学分野教授 東北大学病院腫瘍内科長 公益社団法人日本臨床腫瘍学会理事長
	大賀　正一	九州大学大学院医学研究院成長発達医学分野教授 日本小児・血液がん学会理事長
	大西　啓之	特定非営利活動法人キュアサルコーマ理事長 一般社団法人日本希少がん患者会ネットワーク副理事長
	小原　眞知子	日本社会事業大学社会福祉学部教授 公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会　副会長
	木澤　義之	筑波大学附属病院病院教授 特定非営利活動法人日本緩和医療学会理事長
	茂松　直之	慶應義塾大学医学部放射線科学教室教授 公益社団法人日本放射線腫瘍学会理事長
	谷口　栄作	島根県健康福祉部医療統括監
	鶴岡　優子	つるかめ診療所所長 日本在宅医療連合学会理事
	土岐　祐一郎	大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学教授 日本癌治療学会理事長
○	中釜　斉	国立研究開発法人国立がん研究センター理事長
	根岸　茂登美	藤沢タクシー株式会社代表取締役
	長谷川　一男	特定非営利活動法人肺がん患者の会ワンステップ理事長 日本肺がん患者連絡会理事長
	羽鳥　裕	公益社団法人日本医師会常任理事
	久村　和穂	学校法人金沢医科大学医学部公衆衛生学非常勤講師 石川県がん安心生活サポートハウス　ソーシャルワーカー 一般社団法人日本サイコオンコロジー学会代議員
	松田　一夫	公益財団法人福井県健康管理協会副理事長 一般社団法人日本消化器がん検診学会監事
	三上　葉子	東京女子医科大学病院脳神経外科家族の会「にじいろ電車」代表
	森内　みね子	公益社団法人日本看護協会　常任理事
◎	山口　建	静岡県立静岡がんセンター総長

◎･･･会長　○･･･会長代理　　（50音順、敬称略）

「がん対策推進協議会」開催状況

【第69回】
日　時：平成30年6月27日（水）16：00～18：00
場　所：全国都市会館　3階　第2会議室
議題：
（1）会長の選任等について
（2）我が国のこれまでのがん対策について
（3）第3期がん対策推進基本計画の今後の進め方について
（4）その他

【第70回】
日　時：平成30年8月30日（木）13：00～15：00
場　所：全国都市会館　3階　第2会議室
議題：
（1）がん診療連携拠点病院等の整備について
（2）治療と仕事の両立支援に関する報告
・働き方改革関連法について
（3）がん予防分野に関する報告
・健康増進法の一部を改正する法律について
・がん検診の実情について
（4）中間評価について①
・がん予防分野の指標について
・中間評価に用いる調査について
（ア）患者体験調査
（イ）緩和ケアに関する医療従事者調査・施設調査
（5）その他

【第71回】
日　時：平成30年11月21日（水）13:00～15:00
場　所：厚生労働省　18階　専用第22会議室
議題：
（1）中間評価指標①
・がん予防分野の指標について
（2）中間評価指標②－1
・がん医療分野の指標について
（3）その他

【第72回】
日　時：平成31年1月31日（木）16:00～18:00
場　所：厚生労働省　12階　専用第15会議室
議題：
（1）中間評価に用いる調査について
・患者体験調査（小児版）について
（2）中間評価指標について
・②－2がん医療分野の指標について
・③がんとの共生分野の指標について
（3）その他

【第73回】
日　時：令和元年6月28日（金）14:00～16:00
場　所：TKP 赤坂駅カンファレンスセンター　ホール14B（14階）
議題：
（1）がん診療連携拠点病院等の整備について
（2）がん研究 10 か年戦略報告書（中間評価）について
（3）中間評価指標について
・④基盤整備
・中間評価指標のとりまとめ
（4）その他

【第74回】
日　時：　令和2年10月16日（金）　13：00～15：00
場　所：　TKP 新橋カンファレンスセンター　ホール14E（14階）
議題：
（1）会長の選任等について
（2）第3期がん対策推進基本計画と中間評価の実施について
（3）がん予防分野の中間評価について
（4）その他

【第75回】
日　時：　令和3年3月11日（木）　15：00～17：00
WEB開催
議題：
（1）報告事項
① 小児・ AYA世代のがん患者等に対する妊孕性温存療法に関する検討会について
② 新型コロナウイルス感染症下におけるがん検診受診状況の変化について
③ 新型コロナウイルス感染症下におけるがん診療実施状況の変化について
④ 患者体験調査・小児患者体験調査の結果について
⑤ 遺族調査の結果（がん患者の療養生活の最終段階における実態把握事業）について
（2）第 74 回がん対策推進協議会でのご意見に対する対応について
（3）「がんとの共生」「これらを支える基盤の整備」分野の中間評価について
（4）その他

【第76回】
日　時：　令和3年10月7日（木）　14：00～17：00
WEB開催
議題：
（1）第 75 回がん対策推進協議会での主なご意見に対する対応について
（2）「がんとの共生」「これらを支える基盤の整備」分野の中間評価について
（3）「医療の充実」分野の中間評価について

【第77回】
日　時：　令和3年12月3日（金）　13：00～16：00
WEB開催
議題：
（1）第 76 回がん対策推進協議会での主なご意見に対する対応について
（2）第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書案について

【第78回】
日　時：　令和4年3月16日（水）　13：00～16：00
WEB開催
議題：
（1）　報告事項
①　中間評価指標に関連する各種データについて
②　がん対策推進協議会と基本計画に基づく主な検討会等について
（2）　第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書案について

【第79回】
日　時：　令和4年4月28日（木）14：00～17：00
WEB開催
議題：
（1）　第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書案について
（2）　報告事項
①　がん対策の主な施策について
②　国立がん研究センターがん対策研究所について

第80回がん対策推進協議会	資料２
令和４年６月30日	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

第３期がん対策推進基本計画中間評価報告書の概要

厚生労働省

健康局　がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

全体目標

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。

がん診療連携拠点病院等を中心に、がん医療の均てん化のため、診療提供体制の整備が進められてきており、一定の進捗が認められるが、地域間及び医療機関間で進捗状況に差がある。また、あらゆる分野で、がんに係る正しい情報の提供及びがん患者を含めた国民への普及啓発の推進が求められており、より効果的な手法等について検討が必要である。

①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

- がんの年齢調整罹患率は、2016年から減少しているが、引き続き推移の確認が必要である。
- 75歳未満のがんの年齢調整死亡率については着実に減少してきている。ただし、がん種別の年齢調整死亡率においてがん種ごとに異なる傾向が見られることを踏まえ、引き続き、死亡率減少に寄与する取組が必要である。
- がん検診受診率は上昇傾向であるものの、多くの領域で目標を達成できていない。諸外国とも比較しながら、引き続きがん検診受診率の向上のための対策を検討する必要がある。

②患者本位のがん医療の充実

- がんの５年生存率は多くのがん種で上昇傾向、年齢調整死亡率は減少傾向にあり、その他の指標も概ね評価できる。
- 診療提供体制の整備について、全体の底上げはなされているが、地域間及び医療機関間の進捗状況に差があり、均てん化とともに集約化に向けて、引き続き、検討が必要である。
- 中間評価指標にないがん種も含め、更なる充実に向けた取組が必要である。

③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

- 相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合については増加し、一定の評価はできるものの、十分なレベルには達しておらず、その背景等を把握しつつ、より一層の相談支援及び情報提供に係る取組が求められる。

「①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」分野

（１）がんの１次予防

- たばこ、飲酒、運動習慣、食習慣等の生活習慣については、目標を達成できていない項目もあり、一層の対策が必要である。
- 生活習慣改善に向けた普及啓発については、がん診療連携拠点病院等を中心に、特にがん経験者に対して、一層取り組む必要がある。
- HPVワクチンの接種状況を注視するとともに、子宮頸がん検診の受診勧奨を進め、子宮頸がんの年齢調整罹患率の推移を踏まえた適切な対応を行っていく必要がある。

（２）がんの早期発見、がん検診（２次予防）

- がん検診の受診率は男女とも全てのがん種で上昇傾向にあるが、男性の肺がん検診を除いて、目標値の50%を達成できていない。
- 新型コロナウイルス感染症が、がん医療にどのような影響を与えたか長期的に年齢調整罹患率や年齢調整死亡率、がん検診受診率等の推移を注視していく必要がある。
- 職域におけるがん検診の実態を把握する仕組みについて、引き続き検討が必要である。
- 指針に基づくがん検診の実施やチェックリストの実施について、市区町村への働きかけをより一層推進していく必要がある。

第３期がん対策推進基本計画中間評価の概要
「②患者本位のがん医療の充実」分野（１／２）

（１）がんゲノム医療

- がんゲノム医療の診療提供体制の整備について一定の評価はできる。また、「全ゲノム解析等実行計画（第１版）」の着実な推進も必要である。

（２）がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法の充実

- がんの医療提供体制及び各治療法については、一定の取組の成果が見られるが、地域間及び医療機関間において取組状況に差が見られる。
- 患者への適切な情報提供や普及啓発に関して、より一層の取組が必要である。

（３）チーム医療の推進について

- がん診療連携拠点病院等では、チーム医療の体制整備が進められている。がん診療連携拠点病院等以外の医療機関における取組の充実や、医療機関同士の連携が求められる。

（４）がんのリハビリテーション

- がん診療連携拠点病院等を中心とした取組の成果が見られている。がん診療連携拠点病院等以外の医療機関や在宅医療等においても推進していくことが求められる。

（５）支持療法の推進

- 一定の実態把握がなされたものの、適正な評価のためには更なる知見の集積が必要である。
- 容易に相談できるような体制や、専門的なケアが受けられる外来も含めた体制の確保・充実が必要である。

第３期がん対策推進基本計画中間評価の概要
「②患者本位のがん医療の充実」分野（２／２）

（６）希少がん、難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策）

- 希少がん対策について、取組の成果が見られる部分もあるが、患者への情報提供や医療機関及び専門医との連携について、より一層の推進が必要である。
- 難治性がん対策については、次期基本計画において、どのような評価指標を用いるか検討を行う。また、患者への情報提供や医療機関及び専門医との連携について、一層の推進が必要である。

（７）小児がん、ＡＹＡ（※）世代のがん、高齢者のがん対策

（※）Adolescent and Young Adult：思春期と若年成人

- 小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策については、それらの特徴を考慮した対策を検討する必要がある。また、2021年より開始された「小児・ＡＹＡ世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」について、普及啓発に取り組む必要がある。
- 高齢者のがんについては、次期基本計画において、どのように位置づけ、どのような対策や評価指標の設定が可能であるか、引き続き検討が必要である。

（８）病理診断

- 引き続き、質の高い病理診断や細胞診断を提供するための体制整備を進めていく必要がある。

（９）がん登録

- 精度管理については一定の成果が見られており、さらに利活用が推進されるよう取組を進めて行く必要がある。

（10）医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

- 「がん研究10か年戦略」に基づき、順調に進められている。がん患者に対し、治験や臨床試験に関する情報を提供する体制の整備についても推進が必要である。

第３期がん対策推進基本計画中間評価の概要
「③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築」分野

（１）がんと診断された時からの緩和ケアの推進

- 緩和ケアの提供について、地域の実情等を踏まえ、提供体制やそれらを担う人材のあり方を検討する必要がある。
- 苦痛を感じている患者の相談支援や、国民への普及啓発について、更なる取組の充実が求められる。

（２）相談支援及び情報提供

- 「情報の均てん化」に向けて、患者のニーズや課題等を把握した上で、情報提供及び普及啓発について更なる活用が求められている。
- ピア・サポートを含む相談支援や情報提供体制の改善が求められ、どのような対策が効果的であるか、引き続き検討が必要である。

（３）社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

- セカンドオピニオンに関する情報提供や、患者の望む場所で過ごすことができる地域における緩和ケア提供体制の検討、在宅緩和ケアの一層の周知が必要である。

（４）がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）

- 治療開始前における就労支援に係る情報提供については、がん患者だけでなく、その家族及び企業等の支援者に対しても引き続き充実させていく取組が必要である。
- がん患者の経済的な課題の把握や利用可能な施策の更なる周知が求められる。
- アピアランスケア等の社会的な問題について、一定の取組の成果が見られているが、更なる知見の集積を行い、検討が必要である。

（５）ライフステージに応じたがん対策

- 小児・ＡＹＡ世代については、小児がん拠点病院を中心に連携体制や院内学級等の施設整備が進められてきた点は評価できる。
- 教育支援も含めた医療機関におけるオンライン環境の整備について検討が必要である。
- 多様な高齢のがん患者の療養生活を支えるための対策や、医療と介護の連携の更なる強化について、引き続き、検討が必要である。

「④これらを支える基盤の整備」分野

（１）がん研究

- 「がん研究10か年戦略」に基づき、順調な進捗であるが、患者及びがん経験者の参画をより一層推進し、患者及びがん経験者目線で必要とされている領域や、臨床現場でニーズの高い領域の研究を推進していく必要がある。

（２）人材育成

- がん医療の人材育成については、評価できる。
- 一方で、高度化するがん医療現場を担う人材の不足への対処が必要であり、患者・家族ケアを実践する医療従事者の育成も重要である。
- 必要な職種・人員、育成のあり方、具体的なスケジュールなどについて、文部科学省とも連携しつつ、推進していく必要がある。

（３）がん教育、がんに関する知識の普及啓発

- がん教育やがんに関する知識の普及啓発については、更なる推進が必要である。特に、学校教育において、文部科学省と連携し、地域の実情に応じた効果的な取組について引き続き検討していく必要がある。

第80回がん対策推進協議会	資料３
令和４年６月30日	

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）

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

健康格差とは

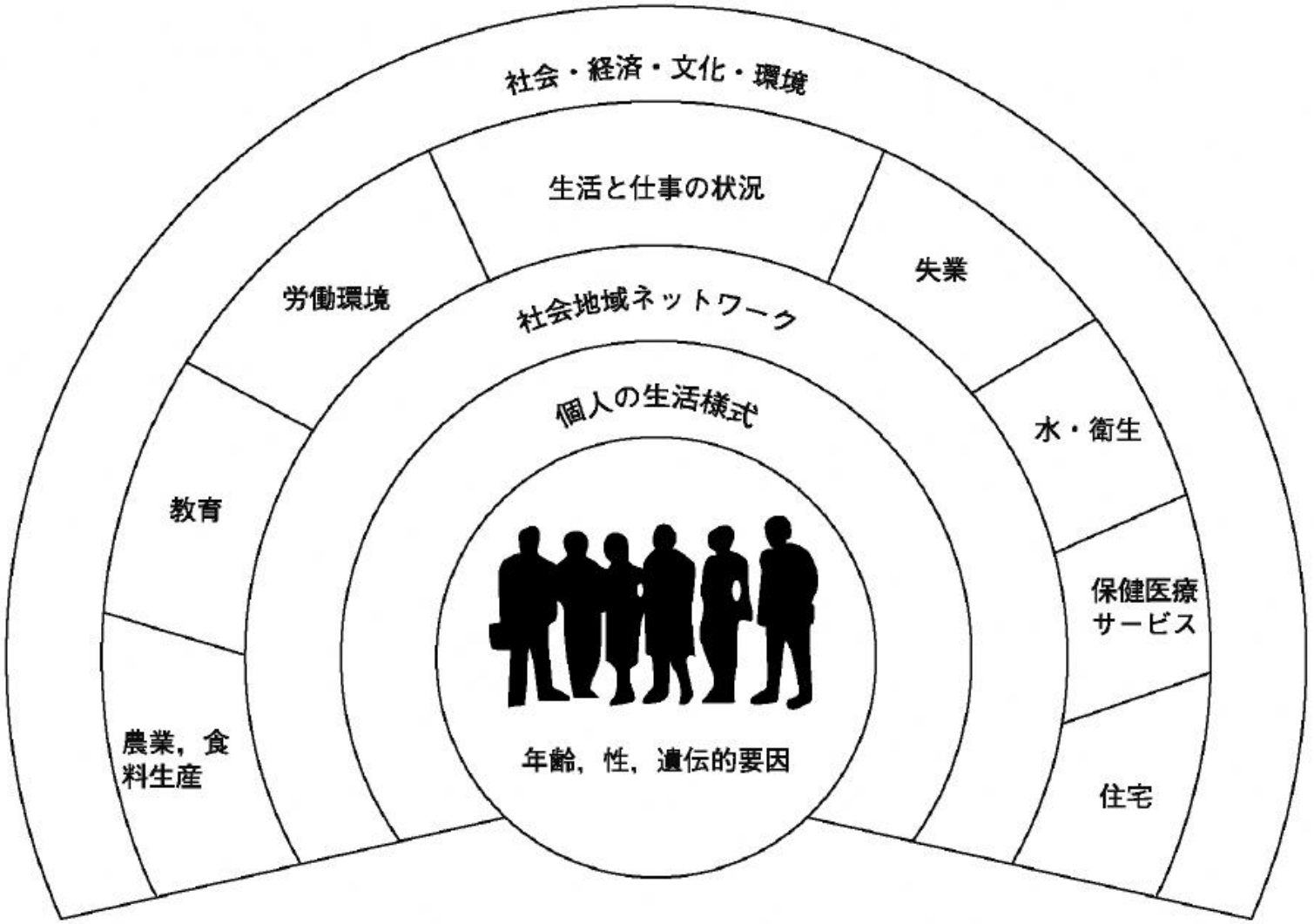
日本
- あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、健康格差（**地域や社会経済状況の違いによる集団間の健康状態の差**をいう）の縮小を実現する。（健康日本21）
https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_01.pdf

米国
- Healthy People 2030は健康格差（Health Disparity）を**社会的、経済的、環境的な不利と密接に関係する特定の健康状態における差**と定義する。健康格差は人種や民族、宗教、社会経済的地位、性別、年齢、精神衛生状況、認知・知覚・身体的障害、性的指向や性自認、地理的位置、その他歴史的に差別や排除につながる特性に基づいて健康に対して体系的に大きな支障をきたしてきた集団に対して、悪影響を与える。（Healthy People 2030）
https://health.gov/healthypeople/priority-areas/health-equity-healthy-people-2030

英国
イングランド
- 健康格差（Health inequalities）とは、**社会の中での社会的、環境的、経済的状態の不平等な分布により生じる集団、住民、個人間の健康状態における予防可能で不平等かつ不当な差**のことであり、それは、人々が病気になるリスクや、疾病を予防する能力、また、病気になった際に、行動を起こし、治療にアクセスする機会を規定するものである。（NHS）
https://www.england.nhs.uk/about/equality/equality-hub/resources/

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

健康の社会的決定要因（Social Determinants of Health: SDH）



藤野善久．近藤克則. 日本公衛誌 2011. 58(4)300-305より

原典： Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm.

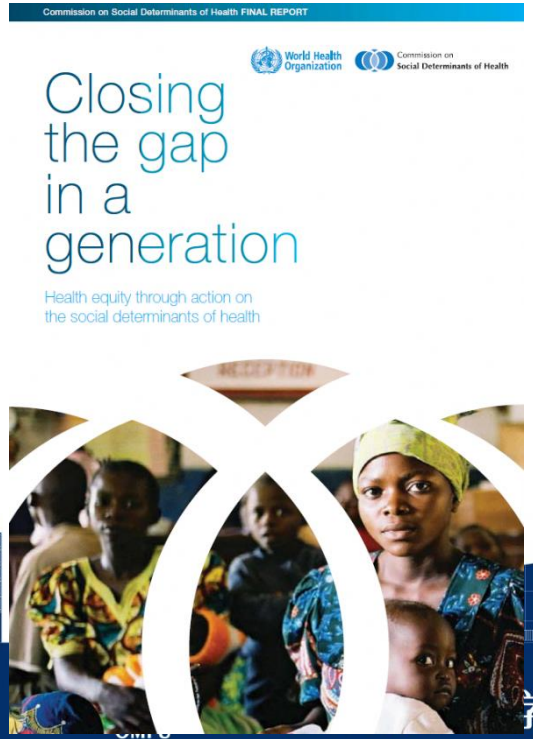
Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

目標としての健康格差の縮小

- SDGs（Sustainable Developing Goals）において、全ての目標に関し**「誰一人取り残さない（Leave no one behind）」**を掲げる
- SDGsとSDHは深い関係にあり、モニタリングが必要（Marmot. 2018. Epidemiology）



- 「（健康格差における）問題を測定し、アクションを評価し、知識基盤を拡大し、健康の社会的決定要因についてトレーニングされた人材を開発し、健康の社会的決定要因に関する国民の意識を向上させる。」（WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH) “Closing the gap in a generation” 2008. ）

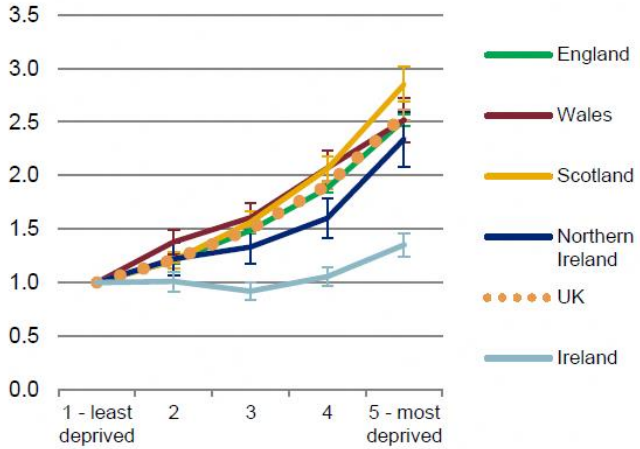


Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

諸外国の健康格差モニタリング事例

- 英国

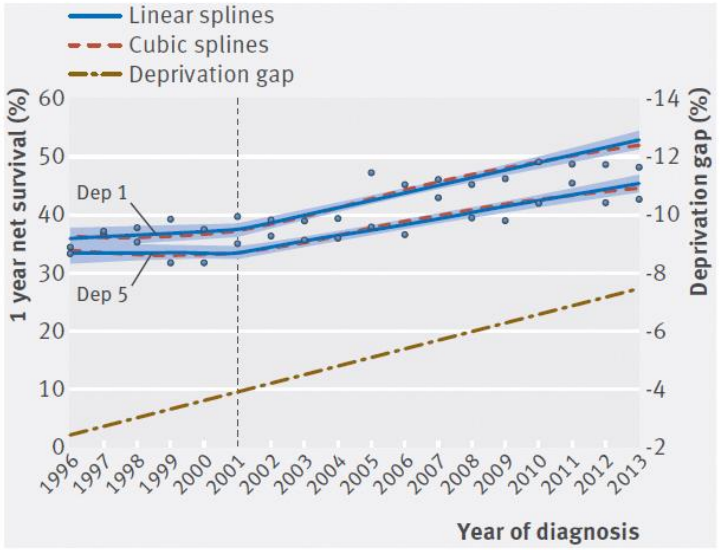
男性肺がん年齢調整罹患率における居住地の社会経済指標による比
（困窮度の最も低い地域を1とした場合）



低 ← 困窮度 → 高

Public Health England, National Cancer Registration and Analysis Service. Deprivation and cancer: in search of a common measure across England, Wales, Scotland, Northern Ireland and Ireland (2016)
(http://www.ncin.org.uk/publications/reports/)

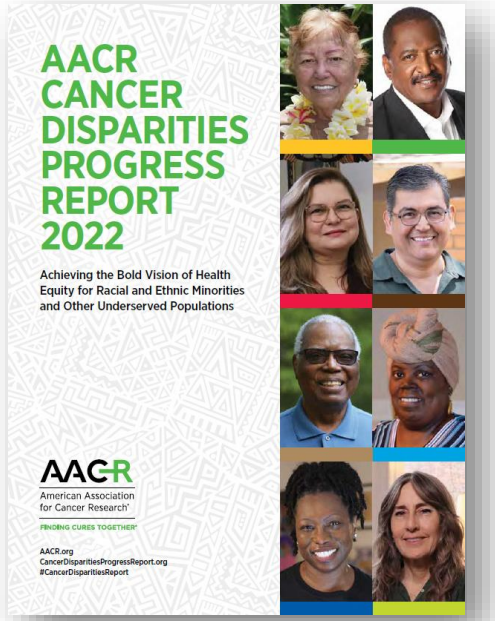
1年生存率の格差のトレンド



NHS Cancer Plan (2000)の後も格差は拡大傾向

Exarchakou A et al. *BMJ. 2018; 360: k764.*

- 米国：AACR
  - 2020年からプログレスレポートを発行
  - 人種別の各種アウトカム、プロセス指標を分野別にカバー



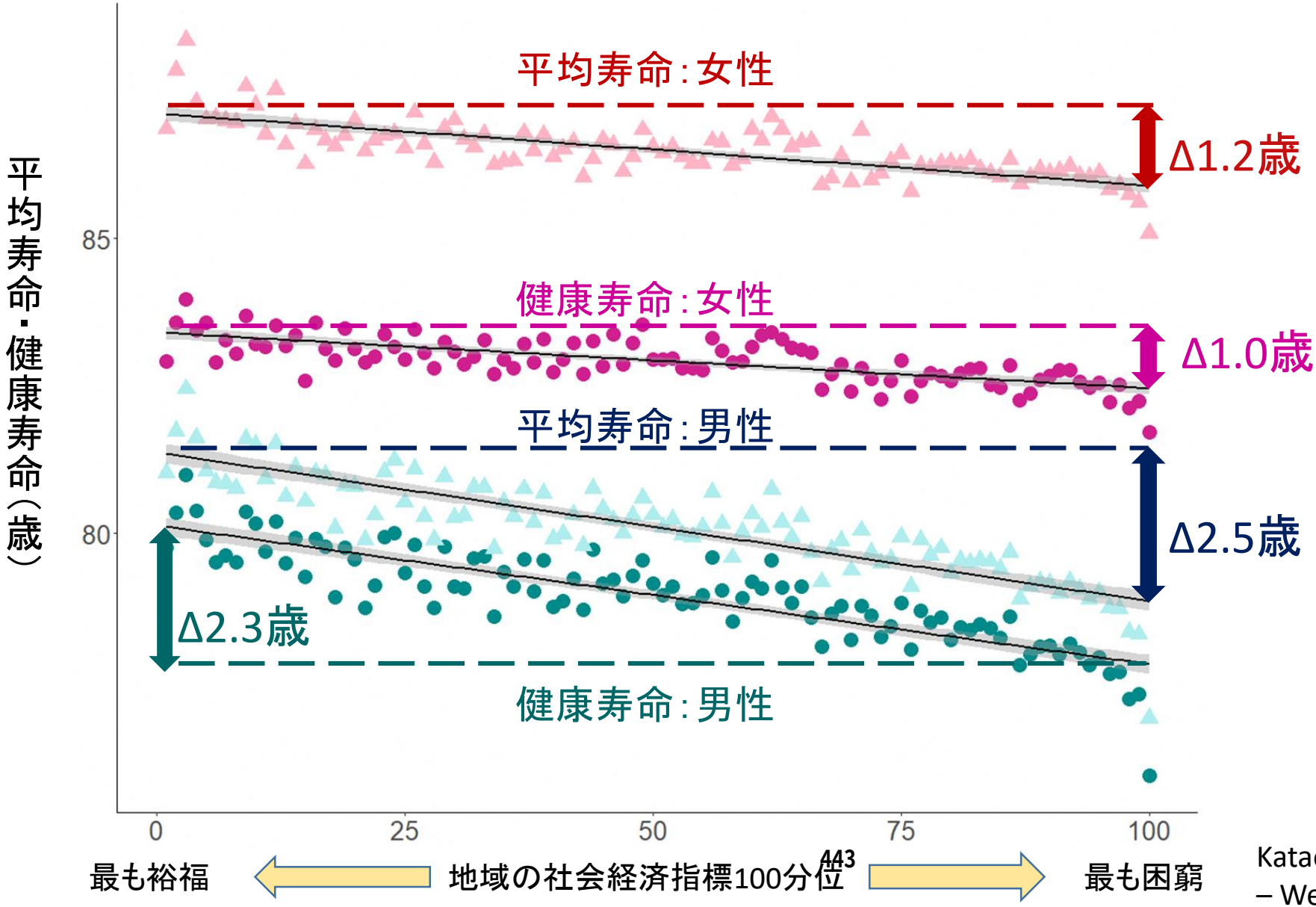
https://cancerprogressreport.aacr.org/disparities/

- **Compared to** the **White** population:

80% higher	**AI/AN** population has 80 percent **higher incidence** rate of **kidney cancer**
HIGHER incidence	**Asian** population has **higher incidence** of cancers caused by infectious agents
More than DOUBLE	**Black** population has **more than double the mortality** rate of **multiple myeloma**
More than DOUBLE	**Hispanic** population has **more than double the mortality** rate of **liver cancer**
3X mortality	**NHOPI** population has nearly **3 times the mortality** rate of **stomach cancer**.

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

地域の社会経済指標による寿命の格差（2010-2014年）



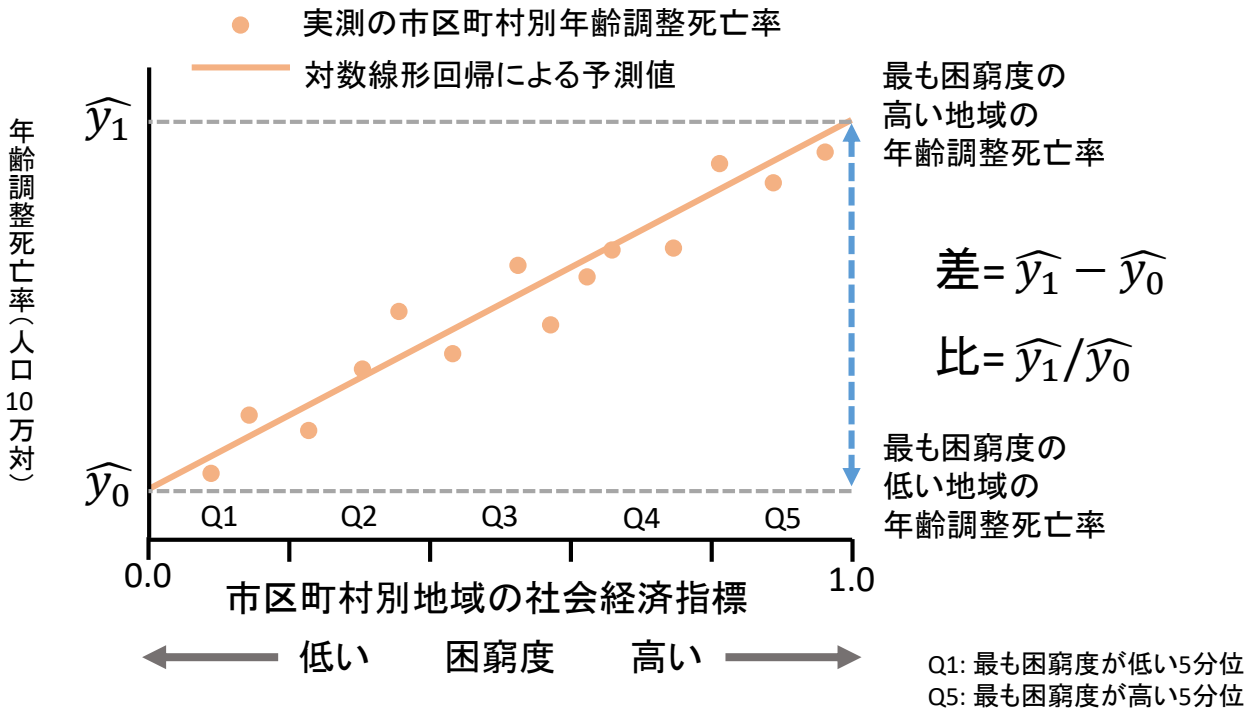
※健康寿命の算出
市区町村別の算出のため不健康な状態は「介護保険の要介護2以上」と定義した算出方法であり、健康日本21で使用されている健康寿命の算出方法とは異なる

地域の社会経済指標（市区町村別指標）が悪いほど平均寿命・健康寿命が短い

Kataoka A. et al. Lancet Regional Health – Western Pacific 14(2021) 100204

どの死因の格差が全体の死亡率格差に大きく寄与するか

【死亡率の格差の計測方法】



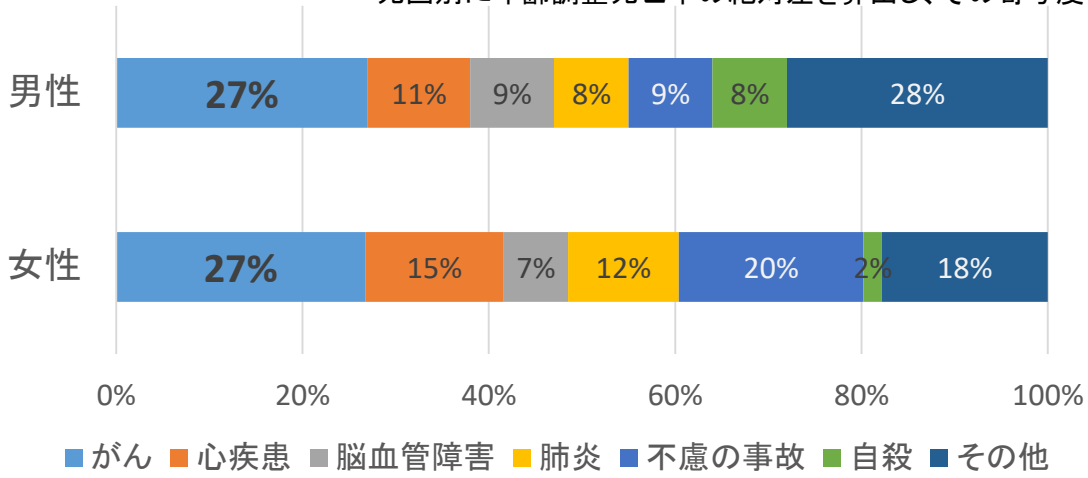
Q1: 最も困窮度が低い5分位
Q5: 最も困窮度が高い5分位

Nakaya T. and Ito Y. eds. The Atlas of Health Inequalities. Springer. 2019.

- 全死亡の年齢調整死亡率の格差
  - 男性：117人/人口10万
  - 女性： 30人/人口10万　　（2010-2014年死亡）

各死因別死亡率の格差が寄与する割合

死因別に年齢調整死亡率の絶対差を算出し、その寄与度を計算



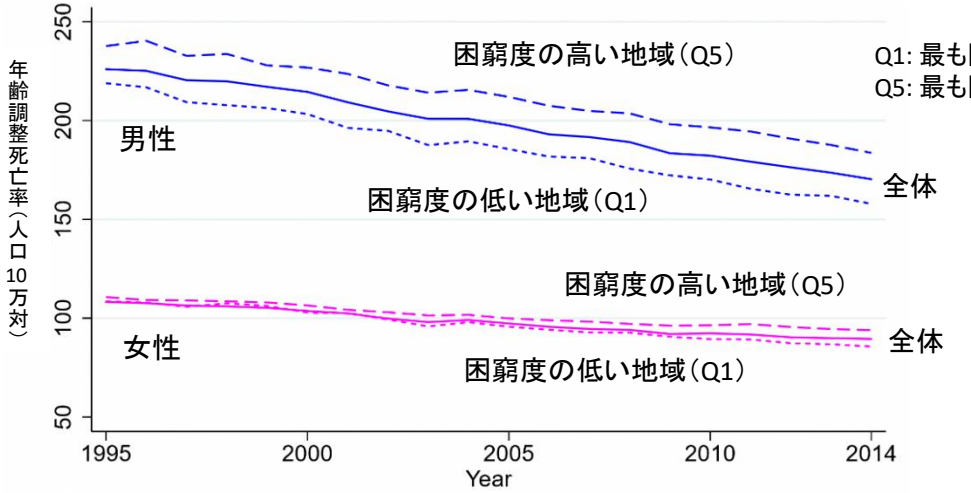
がん死亡の格差は全体の死亡率格差に大きく寄与している

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

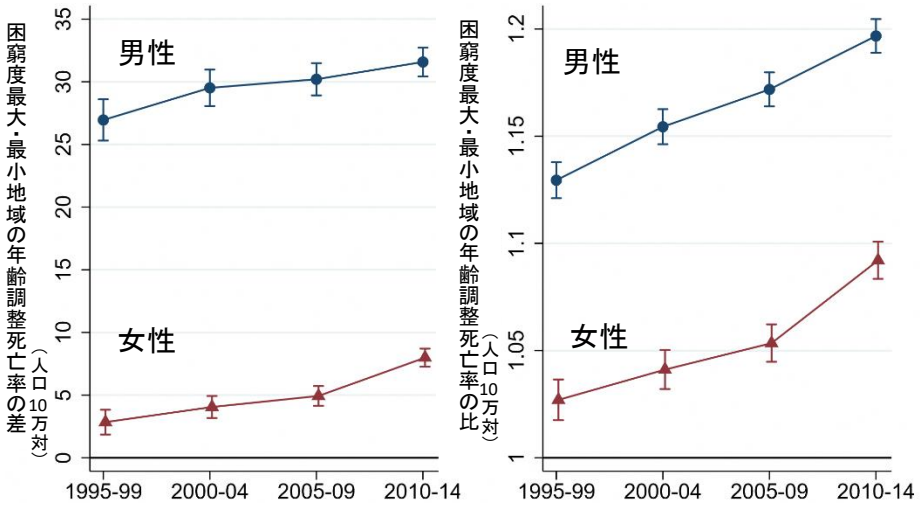
日本におけるがんの格差

死亡率

全がん年齢調整死亡率の格差の推移



Q1: 最も困窮度が低い5分位
Q5: 最も困窮度が高い5分位



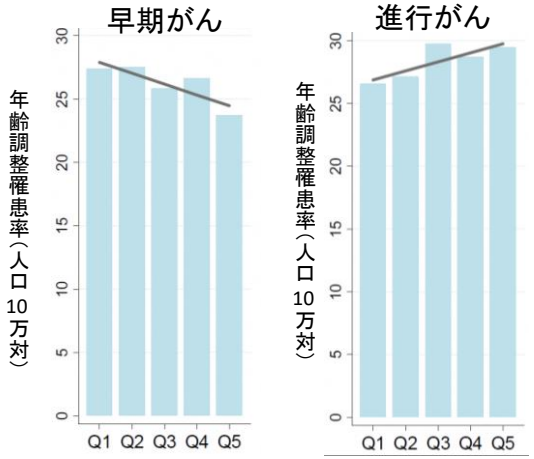
困窮度の高い地域と低い地域との全がん年齢調整死亡率の格差は絶対的にも相対的にも拡大傾向にある

Nakaya T. and Ito Y. eds. The Atlas of Health Inequalities. Springer. 2019.

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



低い←困窮度→高い　　低い←困窮度→高い

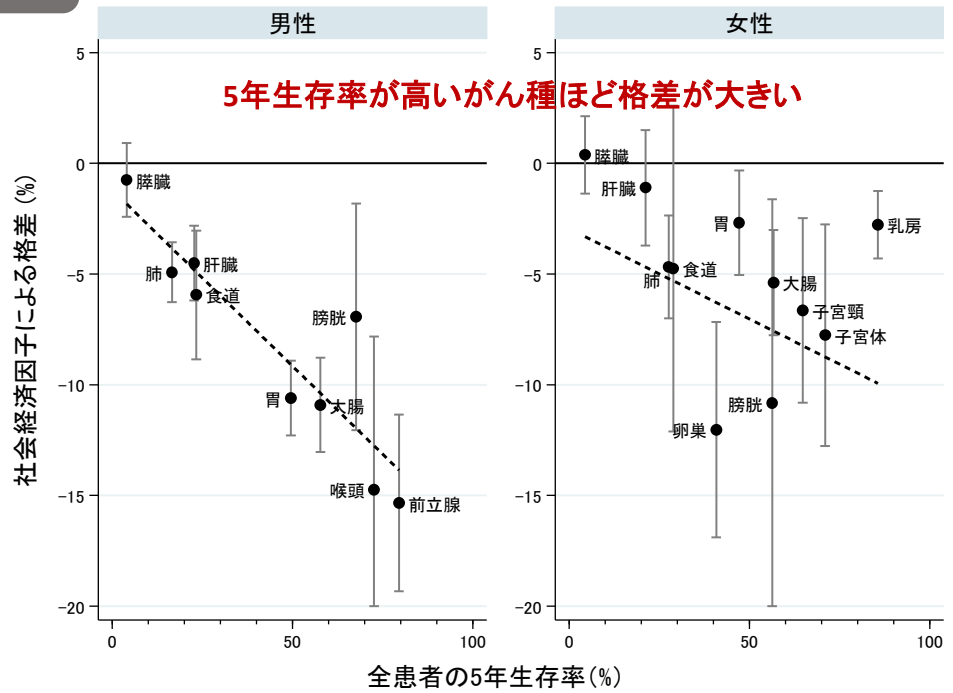
困窮度の高い地域では進行がんの罹患率が高い（早期がんが少ない）

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

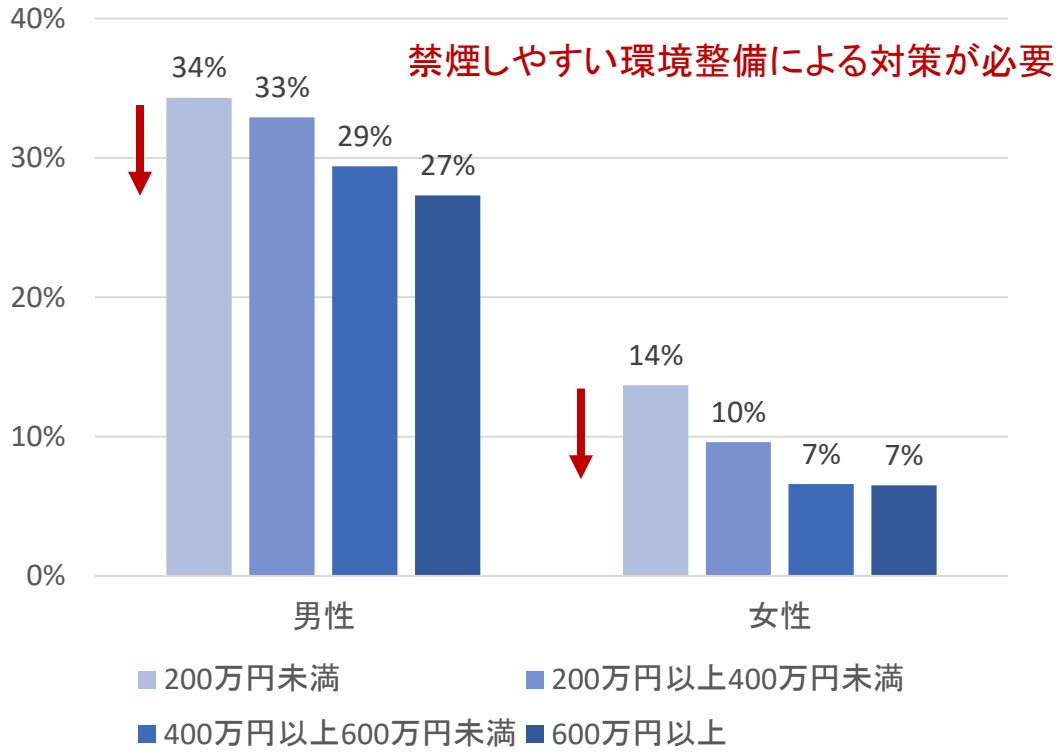


Ito Y. et al. Acta Oncologica 2014.

がん予防・検診分野における格差

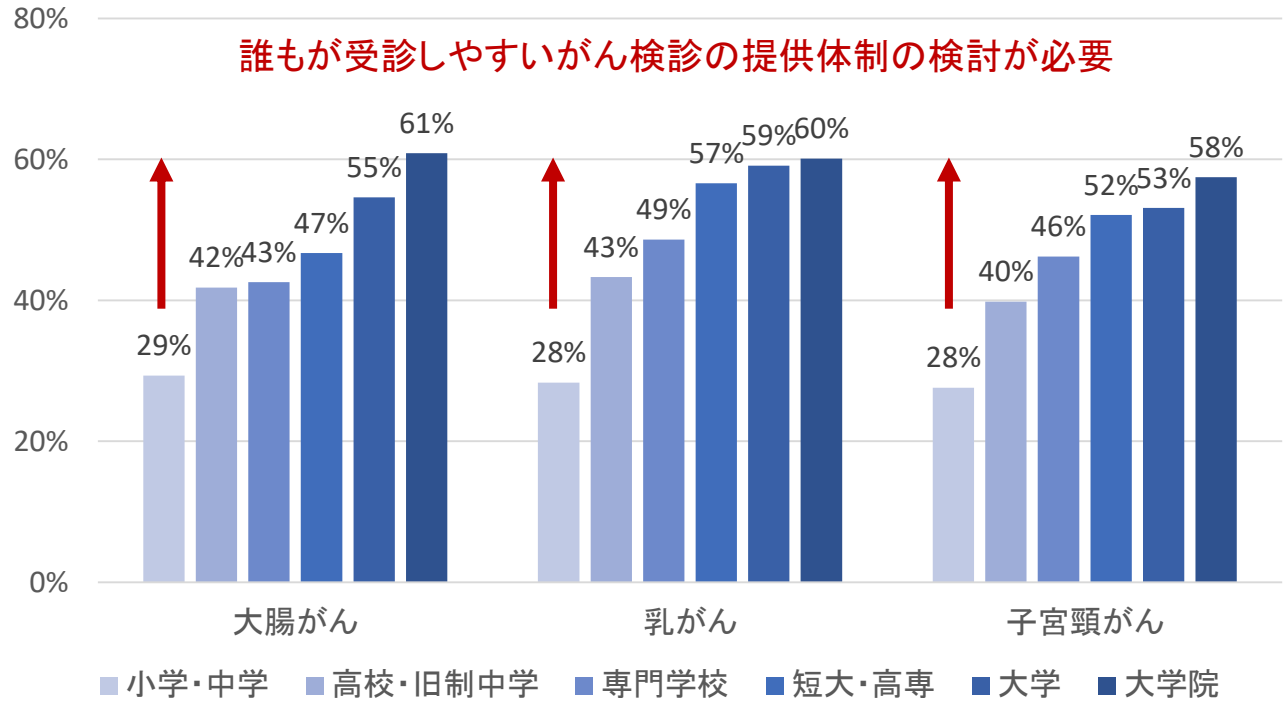
e-Statの公表集計値より

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.

がん医療・共生分野における格差

- 全国がん登録（2016年診断症例）
  - がん種別1年生存率に格差（地域の社会経済指標最も困窮度が低い地域Q1と高い地域Q5との差）
  - 例）白血病（男性）：13ポイント、卵巣：4ポイント、肺（女性）：4ポイント
- 患者体験調査（2018年）
  - 退職した割合（*65歳未満で診断時収入のある仕事をしていた個人事業主以外）
  - 経済的理由による治療中止・変更した割合

		退職した*		経済的理由による治療中止・変更	
		男性 (n=490)	女性 (n=1023)	男性 (n=3316)	女性 (n=3117)
全体		6.1%	12.4%	4.7%	4.2%
年齢	18-39歳	6.8%	8.6%	6.9%	12.1%
	40-64歳	6.1%	12.7%	8.0%	4.8%
診断時職業	正社員	4.0%	6.3%	8.5%	2.8%
	非正規雇用	16.3%	16.6%	5.7%	6.3%
	個人事業主	-	-	5.2%	4.1%
	無職	-	-	3.7%	4.1%

診断治療後の就労継続や経済的理由による治療中止・変更など、不利なサブグループの存在

患者の社会的な背景に基づく適切な支援の検討が必要



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

介入による格差縮小効果

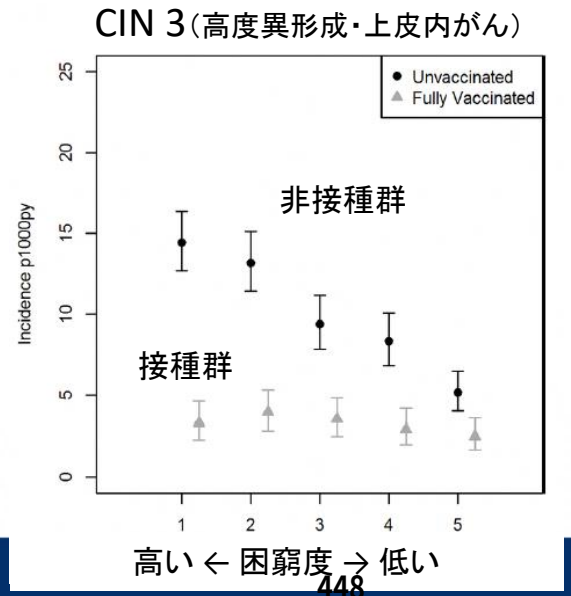
- 子宮頸がん

  HPVワクチンのない時代：格差拡大傾向

  - 米国：教育期間が長い群で死亡率減少
    （Simard EP, et al. Cancer. 2012;118(20):5110-6.）
  - フィンランド：職業に基づくSocial Classごとの子宮頸がん組織型別罹患率の推移
    →HPVと関連のある扁平上皮がんで格差拡大
    （Pukkala E, et al. Acta Oncol. 2010;49(2):180-4.）

  HPVワクチンの導入により格差縮小

  - スコットランド：
    ワクチン非接種群では格差が大きく、接種群では格差が小さい
    （Cameron RL. et al. *J Epidemiol Community Health* 2017, 71(10):954-960.）



- 米国デラウェア州 Screening for Life
  - 黒人でがん死亡率や進行がん罹患率が高く、生存率が低かった
  - たばこ会社が州に支払っている医療費返還訴訟の賠償金を活用して、無料のがん検診・治療キャンペーン
  - がん検診を受けてもらうために「navigator」を組織して、検診受診率が低い地域のスーパーにチラシやブース設置、宗教的リーダーに依頼したり、検診車派遣したりした
  - その結果、がん死亡率が州全体で下がり、特に黒人で顕著に減少

https://www.npr.org/sections/health-shots/2022/03/07/1084317639/delaware-is-shrinking-racial-gaps-in-cancer-death-its-secret-patient-navigators

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

まとめ

- 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

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

がん対策推進協議会委員名簿

第80回がん対策推進協議会	参考資料1
令和４年６月30日	

	氏名	所属・役職
	イイノ　ナツコ 飯野　奈津子	ジャーナリスト
	イケダ　マミ 池田　真実	小児がん経験者の会 Fellow Tomorrow メンバー
	イシオカ　チカシ 石岡　千加史	東北大学大学院医学系研究科臨床腫瘍学分野教授 東北大学病院腫瘍内科長 公益社団法人日本臨床腫瘍学会理事長
	オオガ　ショウイチ 大賀　正一	九州大学大学院医学研究院成長発達医学分野教授 日本小児・血液がん学会理事長
	オオニシ　ヒロユキ 大西　啓之	特定非営利活動法人キュアサルコーマ理事長 一般社団法人日本希少がん患者会ネットワーク副理事長
	オハラ　マチコ 小原　眞知子	日本社会事業大学社会福祉学部教授 公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会　副会長
	キザワ　ヨシユキ 木澤　義之	筑波大学附属病院病院教授 特定非営利活動法人日本緩和医療学会理事長
	シゲマツ　ナオユキ 茂松　直之	慶應義塾大学医学部放射線科学教室教授 公益社団法人日本放射線腫瘍学会理事長
	タニグチ　エイサク 谷口　栄作	島根県健康福祉部医療統括監
	ツルオカ　ユウコ 鶴岡　優子	つるかめ診療所所長 日本在宅医療連合学会理事
	ドキ　ユウイチロウ 土岐　祐一郎	大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学教授 日本癌治療学会理事長
○	ナカガマ　ヒトシ 中釜　斉	国立研究開発法人国立がん研究センター理事長
	ネギシ　モトミ 根岸　茂登美	藤沢タクシー株式会社代表取締役
	ハセガワ　カズオ 長谷川　一男	特定非営利活動法人肺がん患者の会ワンステップ理事長 日本肺がん患者連絡会理事長
	ハトリ　ユタカ 羽鳥　裕	元公益社団法人日本医師会常任理事
	ヒサムラ　カズホ 久村　和穂	学校法人金沢医科大学医学部公衆衛生学非常勤講師 石川県がん安心生活サポートハウス　ソーシャルワーカー 一般社団法人日本サイコオンコロジー学会代議員
	マツダ　カズオ 松田　一夫	公益財団法人福井県健康管理協会副理事長 一般社団法人日本消化器がん検診学会監事
	ミカミ　ヨウコ 三上　葉子	東京女子医科大学病院脳神経外科家族の会「にじいろ電車」代表
	モリウチ　ミネコ 森内　みね子	公益社団法人日本看護協会　常任理事
◎	ヤマグチ　ケン 山口　建	静岡県立静岡がんセンター総長

第 80 回がん対策推進協議会	参考資料 2
令和４年６月 30 日	

がん対策推進基本計画

平成３０年３月

目次

はじめに 1

第１　全体目標 3

１．　科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 3

２．　患者本位のがん医療の実現 3

３．　尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築 3

第２　分野別施策と個別目標 4

１．　科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 4

（１）　がんの１次予防 4

（２）　がんの早期発見及びがん検診（２次予防） 11

２．　患者本位のがん医療の実現 16

（１）　がんゲノム医療 16

（２）　がんの手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法の充実 20

（３）　チーム医療の推進 27

（４）　がんのリハビリテーション 28

（５）　支持療法の推進 29

（６）　希少がん及び難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策） 30

（７）　小児がん、ＡＹＡ世代のがん及び高齢者のがん対策 33

（８）　病理診断 36

（９）　がん登録 38

(10)　医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組 40

３．　尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築 43

（１）　がんと診断された時からの緩和ケアの推進 43

（２）　相談支援及び情報提供 50

（３）　社会連携に基づくがん対策・がん患者支援 54

（４）　がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）.....57
（５）　ライフステージに応じたがん対策.....65
４．　これらを支える基盤の整備.....68
（１）　がん研究.....68
（２）　人材育成.....71
（３）　がん教育・がんに関する知識の普及啓発.....73
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.....75
１．　関係者等の連携協力の更なる強化.....75
２．　都道府県による計画の策定.....75
３．　がん患者を含めた国民の努力.....75
４．　患者団体等との協力.....76
５．　必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化.....76
６．　目標の達成状況の把握.....77
７．　基本計画の見直し.....77

はじめに

我が国において、がんは、昭和 56（1981）年より死因の第１位であり、平成 27（2015）年には、年間約 37 万人が亡くなり、生涯のうちに、約２人に１人が罹患（りかん）すると推計されている。こうしたことから、依然として、がんは、国民の生命と健康にとって重大な問題である。

我が国においては、昭和 59（1984）年に策定された「対がん 10 カ年総合戦略」、平成６（1994）年に策定された「がん克服新 10 か年戦略」、平成 16（2004）年に策定された「第３次対がん 10 か年総合戦略」に基づき、がん対策に取り組んできた。また、平成 26（2014）年からは、「がん研究 10 か年戦略」に基づき、がん研究を推進している。

平成 18（2006）年６月には、がん対策の一層の充実を図るため、がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号。以下「法」という。）が成立し、平成 19（2007）年４月に施行された。また、同年６月には、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、第１期の「がん対策推進基本計画（以下「基本計画」という。）」が策定された。

第１期（平成 19（2007）年度～平成 23（2011）年度）の基本計画では、「がん診療連携拠点病院」の整備、緩和ケア提供体制の強化及び地域がん登録の充実が図られた。第２期（平成 24（2012）年度～平成 28（2016）年度）の基本計画では、小児がん、がん教育及びがん患者の就労を含めた社会的な問題等についても取り組むこととされ、死亡率の低下や５年相対生存率が向上するなど、一定の成果が得られた。また、がん対策において取組が遅れている分野について、取組の一層の強化を図るため、平成 27（2015）年 12 月には、「がん対策加速化プラン」が策定された。

しかしながら、平成 19（2007）年度からの 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」については、達成することができなかった。その原因としては、喫煙率やがん検診受診率の目標値が達成できなかったこと等が指摘されている。今後、がんの年齢調整死亡率（75 歳未満）を着実に低下させていくためには、がんに罹（かか）る国民を減らすことが重要であり、予防のための施策を一層充実させていくことが必要である。また、がんに罹った場合

にも、早期発見・早期治療につながるがん検診は重要であり、その受診率を向上させていくことが必要である。

また、新たな課題として、がん種、世代、就労等の患者それぞれの状況に応じたがん医療や支援がなされていないこと、がんの罹患をきっかけとした離職者の割合が改善していないことが指摘されており、希少がん、難治性がん、小児がん、ＡＹＡ（Adolescent and Young Adult）世代（思春期世代と若年成人世代）のがんへの対策が必要であること、ゲノム医療等の新たな治療法等を推進していく必要があること、就労を含めた社会的な問題への対応が必要であること等が明らかとなってきた。

さらに、平成 28（2016）年の法の一部改正の結果、法の理念に、「がん患者が尊厳を保持しつつ安心して暮らすことのできる社会の構築を目指し、がん患者が、その置かれている状況に応じ、適切ながん医療のみならず、福祉的支援、教育的支援その他の必要な支援を受けることができるようにするとともに、がん患者に関する国民の理解が深められ、がん患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境の整備が図られること」が追加され、国や地方公共団体は、医療・福祉資源を有効に活用し、国民の視点に立ったがん対策を実施することが求められている。

本基本計画は、このような認識の下、法第 10 条第７項の規定に基づき、第２期の基本計画の見直しを行うことで、がん対策の推進に関する基本的な計画を明らかにするものであり、その実行期間については、平成 29（2017）年度から平成 34（2022）年度までの６年程度を一つの目安として定める。また、本基本計画では、**「<u>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。</u>」**ことを目標とする。

今後は、本基本計画に基づき、国と地方公共団体、がん患者を含めた国民、医療従事者、医療保険者、事業主、学会、患者団体等の関係団体、マスメディア等（以下「関係者等」という。）が一体となって、上記に掲げたような諸課題の解決に向けて、取組を進めていくことが必要である。

第１　全体目標

がん患者を含めた国民が、がんの克服を目指し、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、様々ながんの病態に応じて、いつでもどこに居ても、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よう、「がん予防」、「がん医療の充実」及び「がんとの共生」を３つの柱とし、平成 29（2017）年度から平成 34（2022）年度までの６年程度の期間の全体目標として、以下の３つを設定する。

１．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実
～がんを知り、がんを予防する～

がんを予防する方法を普及啓発するとともに、研究を推進し、その結果に基づいた施策を実施することにより、がんの罹患者を減少させる。国民が利用しやすい検診体制を構築し、がんの早期発見・早期治療を促すことで、効率的かつ持続可能ながん対策を進め、がんの死亡者の減少を実現する。

２．患者本位のがん医療の実現
～適切な医療を受けられる体制を充実させる～

ビッグデータや人工知能（Artificial Intelligence。以下「ＡＩ」という。）を活用したがんゲノム医療等を推進し、個人に最適化された患者本位のがん医療を実現する。また、がん医療の質の向上、それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化及び効率的かつ持続可能ながん医療を実現する。

３．尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築
～がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する～

がん患者が住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境を整備する。関係者等が、医療・福祉・介護・産業保健・就労支援分野等と連携し、効率的な医療・福祉サービスの提供や、就労支援等を行う仕組みを構築することで、がん患者が、いつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する。

第２　分野別施策と個別目標

1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実
～がんを知り、がんを予防する～

がん予防は、世界保健機関によれば、「がんの約 40%は予防できるため、がん予防は、全てのがんの対策において、最も重要で費用対効果に優れた長期的施策となる[1]」とされており、より積極的にがん予防を進めていくことによって、避けられるがんを防ぐことが重要である。がんのリスク等に関する科学的根拠に基づき、がんのリスクの減少（１次予防）、国民が利用しやすい検診体制の構築、がんの早期発見・早期治療（２次予防）の促進を図るとともに、予防・検診に関する取組を進めることによって、効率的かつ持続可能ながん対策を進め、がんの罹患者や死亡者の減少を実現する。

（１） がんの１次予防

がんの１次予防は、がん対策の第一の砦であり、避けられるがんを防ぐことは、がんによる死亡者の減少につながる。予防可能ながんのリスク因子としては、喫煙（受動喫煙を含む。）、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩蔵食品の過剰摂取等の生活習慣、ウイルスや細菌の感染など、様々なものがある。近年、がん予防・健康寿命の延伸については、日本人のエビデンスの蓄積が進んでいるが、がん予防を進めるために、以下のような対応をとっていくことで、がんの罹患者や死亡者の減少に取り組む。

＜がんの予防法[2]＞
- 喫煙：たばこは吸わない。他人のたばこの煙を避ける。
- 飲酒：飲酒をする場合は、節度のある飲酒をする。
- 食事：食事は、偏らずバランス良くとる。
  - 塩蔵食品、食塩の摂取は、最小限にする。
  - 野菜や果物不足にならない。
  - 飲食物を熱い状態でとらない。

[1] 「Cancer Control: Knowledge into Action: WHO Guide for Effective Programmes: Module 2: Prevention. Geneva: World Health Organization; 2007.」より引用。
[2] 国立がん研究センターの「科学的根拠に基づく発がん性・がん予防効果の評価とがん予防ガイドライン提言に関する研究」を参照。

・　身体活動：日常生活を活動的に過ごす。
・　体形：成人期での体重を適正な範囲で管理する。
・　感染:肝炎ウイルスの検査を受け、感染している場合は専門医に相談する。
　　機会があれば、ヘリコバクター・ピロリの検査を受ける。

①　生活習慣について

（現状・課題）

生活習慣の中でも、喫煙は、肺がんをはじめとする種々のがんのリスク因子となっていることが知られている。また、喫煙は、がんに最も大きく寄与する因子でもあるため、がん予防の観点から、たばこ対策を進めていくことが重要である。我が国においては、これまで、「21 世紀における国民健康づくり運動」や健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）に基づく受動喫煙防止対策を行ってきた。平成 17（2005）年には、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」が発効されたことから、我が国も、同条約の締約国として、たばこ製品への注意文言の表示強化、広告規制の強化、禁煙治療の保険適用、公共の場は原則として全面禁煙であるべき旨を記載した通知の発出、たばこ税率の引上げ等の対策を行った。平成 24（2012）年からは、新たな「21 世紀における国民健康づくり運動」として、「健康日本 21（第二次）」を開始し、第２期基本計画と同様に、「成人の喫煙率の減少」や「未成年者の喫煙をなくす」こと等について目標を定め、取組を進めている。

こうした取組により、成人の喫煙率は、24.1%（平成 19（2007）年）から 18.2%（平成 27（2015）年）に減少した[3]。しかし、第２期基本計画において掲げている「平成 34（2022）年度までに、禁煙希望者が禁煙することにより成人喫煙率を 12%とすること」という目標からすると、現在の喫煙率は、依然として高い水準[4]にあり、喫煙率減少のための更なる取組が求められている。

平成 28（2016）年８月にまとめられた「喫煙の健康影響に関する検討会報告書[5]」の中で、我が国では、能動喫煙によって年間約 13 万人が死亡していること

[3] 平成 27（2015）年「国民健康・栄養調査」
[4] このほか参考として、平成 26（2014）年度実施分の特定健診データのうち標準的な質問票の回答（約 2,600 万人分）を分析したところ、特定健康診査受診者の喫煙率は 23.0%（男性 34.2%、女性 9.4%）。特に 40～44 歳の男性の喫煙率が 41.1%と高い。
[5] 厚生労働省健康局長の下に設置した「喫煙の健康影響に関する検討会」（座長：祖父江友孝）において、平成 28（2016）年８月にとりまとめたもの。

や、肺がんのリスクが男性では約４倍、女性では約３倍に上昇することが報告されている。また、同報告書では、受動喫煙によって、非喫煙者の肺がんのリスクが約３割上昇すること等が報告され、受動喫煙と肺がん等の疾患の因果関係を含め、改めて、受動喫煙の健康への影響が明らかになった。さらに、受動喫煙を原因として死亡する人が日本国内で年間１万５千人を超えるとの推計がなされており、がんの予防の観点からも、受動喫煙防止対策は重要である。

受動喫煙防止対策に関するこれまでの取組は、平成 15（2003）年に施行された健康増進法に基づき行われてきたが、平成 27（2015）年に実施された「国民健康・栄養調査」によると、飲食店で受動喫煙の機会を有する者の割合は 41.4%、行政機関は 6.0%、医療機関であっても 3.5%となっている。また、職場における受動喫煙防止対策については、平成 27（2015）年６月に施行された改正労働安全衛生法によって、受動喫煙防止対策が事業者の努力義務となったが、平成 27（2015）年に実施された「国民健康・栄養調査」によると、職場で受動喫煙の機会を有する者の割合は 30.9%となっており、更なる対策が必要となっている。

また、平成 27（2015）年 11 月には、「2020 年東京オリンピック競技大会・東京パラリンピック競技大会の準備及び運営に関する施策の推進を図るための基本方針」（以下「オリパラ基本方針」という。）が閣議決定され、「受動喫煙防止対策については、健康増進の観点に加え、近年のオリンピック・パラリンピック競技大会開催地における受動喫煙法規制の整備状況を踏まえつつ、競技会場及び公共の場における受動喫煙防止対策を強化する」とされている。これを踏まえ、現在、政府内において、平成 32（2020）年東京オリンピック・パラリンピック競技大会等を契機に、受動喫煙防止対策の徹底のための検討が進められている。

飲酒、身体活動、体形や食生活等の生活習慣については、「健康日本 21（第二次）」等で適切な生活習慣の普及・啓発等を行ってきたが、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者[6]の割合、運動習慣のある者[7]の割合及び野菜の摂取量については、大きな変化が見られず、対策は十分とはいえない。

（参考）

・生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合（平成 27 年のデータ。（　）内

[6] 「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」とは、１日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者。

[7] 「運動習慣のある者」とは、30 分・週２回以上の運動を１年以上継続している者。

は平成 24 年のデータ。）
男性 13.9（14.7）％　女性 8.1（7.6）％
・運動習慣のある者の割合（平成 27 年のデータ。（　）内は平成 24 年のデータ。）
男性 37.8（36.1）％　女性 27.3（28.2）％
・野菜の摂取量（平成 27 年のデータ。（　）内は平成 24 年のデータ。）
293.6（286.5）ｇ

（取り組むべき施策）

たばこ対策については、喫煙率の減少と受動喫煙防止を図る施策等をより一層充実させる。具体的には、様々な企業・団体と連携し、喫煙が与える健康への悪影響に関する意識向上のための普及啓発活動を一層推進するほか、特定保健指導等の様々な機会を通じて、禁煙希望者に対する禁煙支援を図る。加えて、禁煙支援を行う者が、実際の支援に活用できるよう、「禁煙支援マニュアル（第二版）」の周知を進めるとともに、内容の充実を図る。

また、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」や海外のたばこ対策の状況を踏まえつつ、関係省庁が連携して、必要な対策を講ずる。

受動喫煙の防止については、オリパラ基本方針も踏まえ、受動喫煙防止対策を徹底する。

さらに、家庭における受動喫煙の機会を減少させるための普及啓発活動や、妊産婦や未成年者の喫煙をなくすための普及啓発活動を進める。

喫煙以外の生活習慣については、「健康日本 21（第二次）」と同様に、

- 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合を低下させる。
- 身体活動量が少ない者の割合を低下させる。
- 適正体重を維持している者の割合を増加させる。
- 高塩分食品の摂取頻度を減少させる。野菜・果物摂取量の摂取不足の者の割合を減少させる。

等のがんの予防法について、学校におけるがん教育や、スマート・ライフ・プロジェクト[8]、食生活改善普及運動等を通じた普及啓発により、積極的に取り組む。

[8] 「スマート・ライフ・プロジェクト」とは、「健康寿命をのばそう！」をスローガンに、国民全体が人生の最後まで元気に健康で楽しく毎日が送れることを目標とした国民運動のこと。

② 感染症対策について

（現状・課題）

発がんに寄与する因子としては、ウイルスや細菌の感染は、男性では喫煙に次いで２番目に、女性では最も発がんに大きく寄与する因子となっている[9]。発がんに大きく寄与するウイルスや細菌としては、子宮頸がんの発がんと関連するヒトパピローマウイルス（以下「ＨＰＶ」という。）、肝がんと関連する肝炎ウイルス、ＡＴＬ（成人Ｔ細胞白血病）と関連するヒトＴ細胞白血病ウイルス１型（以下「ＨＴＬＶ－１」という。）、胃がんと関連するヘリコバクター・ピロリ等がある。

子宮頸がんの発生は、その多くがＨＰＶの感染が原因であり、子宮頸がんの予防のためには、ＨＰＶ感染への対策が必要である。子宮頸がんの年齢調整罹患率[10]は、平成 14（2002）年は、人口 10 万人あたり 9.1 であったものが、平成 24（2012）年には、11.6 と増加傾向にあり、国は、これまでＨＰＶワクチンの定期接種化等を行うなど、子宮頸がんの予防対策を行ってきた。

肝炎ウイルスについては、国は、Ｂ型肝炎ワクチンの定期接種化（平成 28(2016)年 10 月から実施）や、肝炎ウイルス検査体制の整備等を行ってきた。平成 23（2011）年度の調査[11]によると、検査を受けたことがある者は、国民の約半数にとどまっている。また、検査結果が陽性であっても、その後の受診につながっていない者もいる。

ＡＴＬは、ＨＴＬＶ－１の感染が原因であり、主な感染経路は、母乳を介した母子感染である。国による感染予防対策が行われており、ＨＴＬＶ－１感染者（キャリア）の推計値は、約 108 万人(平成 19(2007)年)から約 80 万人(平成 27(2015) 年）と減少傾向にある。

胃がんについては、胃がんの年齢調整死亡率[12]は、人口 10 万人あたり 40.1（昭

---

[9] 「Ann Oncol. 2012; 23: 1362-9.」より引用。

[10] 「年齢調整罹患率」とは、高齢化の影響等により年齢構成が異なる集団の間で罹患率を比較したり、同じ集団の罹患率の年次推移を見るため、集団全体の罹患率を基準となる集団の年齢構成（基準人口）に合わせた形で算出した罹患率。

[11] 平成 23（2011）年度「肝炎検査受検状況実態把握事業　事業成果報告書」
http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002gd4j-att/2r9852000002gd60.pdf

[12] 「年齢調整死亡率」とは、高齢化の影響等により年齢構成が異なる集団の間で死亡率を比較したり、同じ集団の死亡率の年次推移を見るため、集団全体の死亡率を基準となる集団の年齢構成（基準人口）に合わせた形で算出した死亡率。

和 50（1975）年）から 10.1（平成 27（2015）年）へと大幅に減少しているものの、依然として、がんによる死亡原因の第３位[13]となっており、引き続き対策が必要である。なお、ヘリコバクター・ピロリの除菌が胃がん発症予防に有効であるかどうかについては、まだ明らかではないものの、ヘリコバクター・ピロリの感染が胃がんのリスクであることは、科学的に証明されている[14]。

（取り組むべき施策）

ＨＰＶワクチンについては、接種のあり方について、国は、科学的知見を収集した上で総合的に判断していく。

肝炎ウイルスについては、国は、肝炎ウイルス検査体制の充実やウイルス陽性者の受診勧奨、普及啓発を通じて、肝炎の早期発見・早期治療につなげることにより、肝がんの発症予防に努める。また、Ｂ型肝炎については、予防接種法（昭和 23 年法律第 68 号）による定期の予防接種を着実に推進するとともに、ウイルス排除を可能とする治療薬・治療法の開発に向けた研究を、引き続き推進していく。

ＨＴＬＶ－１については、国は、感染予防対策を含めた総合対策等に引き続き取り組む。

胃がんについては、胃がんの罹患率が減少していること等を踏まえ、国は、引き続き、ヘリコバクター・ピロリの除菌の胃がん発症予防における有効性等について、国内外の知見を速やかに収集し、科学的根拠に基づいた対策について検討する。

【個別目標】

喫煙率については、「健康日本21（第二次）」と同様、平成34（2022）年度までに、禁煙希望者が禁煙することにより、成人喫煙率を12%とすること、妊娠中の喫煙をなくすこと及び20歳未満の者の喫煙をなくすことを目標とする。

2020年東京オリンピック・パラリンピックに向けて受動喫煙対策を徹底し、本基本計画の計画期間中において、望まない受動喫煙のない社会をできるだけ

[13] 国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」
[14] 「N Engl J Med. 2001; 345: 784-9.」より引用。

早期に実現することを目標とする。

その他の生活習慣改善については、平成34（2022）年度までに、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者について、男性13.0%（13.9%）・女性6.4%（8.1%）とすること、運動習慣のある者について、20～64歳：男性36.0%（24.6%）・女性33.0%（19.8%）、65歳以上：男性58.0%（52.5%）・女性48.0%（38.0%）とすること等を実現することとする。

※（　）内は、平成27年のデータ。

（２） がんの早期発見及びがん検診（２次予防）

がん検診は、一定の集団を対象として、がんに罹患している疑いのある者や、がんに罹患している者を早めに発見し、必要かつ適切な診療につなげることにより、がんの死亡者の減少を目指すものである。このため、国は、がん検診の有効性や精度管理についての検討会[15]を開催するなど、科学的根拠に基づくがん検診の実施を推進してきた。

現在、対策型がん検診としては、健康増進法に基づく市町村（特別区を含む。以下同じ。）の事業が行われており、職域におけるがん検診としては、保険者や事業主による検診が任意で行われている。科学的根拠に基づくがん検診の受診や精密検査の受診は、がんの早期発見・早期治療につながるため、がんの死亡者を更に減少させていくためには、がん検診の受診率向上及び精度管理の更なる充実が必要不可欠である。

① 受診率向上対策について

（現状・課題）

国は、これまで、平成 28（2016）年度までに、がん検診受診率を 50%以上にすることを目標に掲げ、がん検診無料クーポンや検診手帳の配布、市町村と企業との連携促進、受診率向上のキャンペーン等の取組を行ってきた。地方公共団体においても、普及啓発活動や様々な工夫によって、がん検診の受診率の向上を図るための取組が行われてきた。

しかしながら、現状のがん検診の受診率は 30～40%台[16]であり、いずれのがんも、第２期基本計画における受診率の目標値（50%。胃、肺、大腸については当面 40%）を達成できていない。欧州では、公共政策として、乳がん・子宮頸がんを中心に、組織型検診[17]といわれる検診の実施体制が整備されており、高い検診受診率を維持している国もあるが、我が国のがん検診の受診率は、依然として、諸外国に比べて低い状況にあり、引き続き、対策を講ずる必要がある。

---

15 平成 24（2012）年に厚生労働省健康局長の下に設置した「がん検診のあり方に関する検討会」（座長：大内憲明）

16 平成 28（2016）年「国民生活基礎調査」

17 「組織型検診」とは、がんの死亡率減少をより確実にするために、欧州で公共政策として行われている検診のこと。なお、「組織型検診」の基本条件として、①対象集団の明確化、②対象となる個人が特定されている、③高い受診率を確保できる体制、④精度管理体制の整備、⑤診断・治療体制の整備、⑥検診受診者のモニタリング、⑦評価体制の確立、が挙げられている（国立がん研究センターがん情報サービス「がん検診について」）。

がん検診を受けない理由としては、「がん対策に関する世論調査（内閣府）（平成 28（2016）年）」等において、「受ける時間がないから」、「健康状態に自信があり、必要性を感じないから」、「心配なときはいつでも医療機関を受診できるから」等が挙げられており、がん検診についての正しい認識を持ち、正しい行動を取ってもらうよう、より効果的な受診勧奨や普及啓発、受診者の立場に立った利便性への配慮等の対策が求められている。

（取り組むべき施策）

国、都道府県及び市町村は、これまでの施策の効果を検証した上で、受診対象者の明確化や、将来的には組織型検診のような検診の実施体制の整備など、効果的な受診率向上のための方策を検討し、実施する。市町村は、当面の対応として、検診の受診手続の簡素化、効果的な受診勧奨、職域で受診機会のない者に対する受診体制の整備、受診対象者の名簿を活用した個別受診勧奨・再勧奨、かかりつけ医や薬局の薬剤師を通じた受診勧奨など、可能な事項から順次取組を進める。

市町村や検診実施機関においては、受診者に分かりやすくがん検診を説明するなど、受診者が、がん検診の意義及び必要性を適切に理解できるように努める。

また、国は、がん検診と特定健診の同時実施、女性が受診しやすい環境整備など、受診者の立場に立った利便性の向上や財政上のインセンティブ策の活用に努める。

② がん検診の精度管理等について

（現状・課題）

がんによる死亡率を減少させるためには、がん検診において、適切な検査方法の実施も含めた徹底した精度管理が必要である。組織型検診といわれる検診の実施体制が整備されている国では、高い精度管理を維持し、がん死亡率減少に成功している例もある。一方、我が国においては、市町村が住民を対象として実施するがん検診について、精度を適切に管理している市町村の数は、徐々に増加しているものの、十分とは言えない状況にある。また、職域において、被保険者等を対象として行うがん検診については、精度管理ができる体制は整備されていない。市町村及び職域における全てのがん検診について、十分な精

度管理を行うことが必要である。

がんの早期発見・早期治療のためには、精密検査が必要と判定された受診者が、その後、実際に精密検査を受診することが必要であるが、本来 100%であるべき精密検査受診率（精密検査受診者数／要精密検査者数）は、およそ 65～85%[18]にとどまっている。

指針[19]に定められていないがん検診については、当該検診を受けることによる合併症や過剰診断等の不利益が利益を上回る可能性があるが、平成 28（2016）年度の市町村におけるがん検診の実施状況調査集計結果によれば、指針に定められていないがん種に対するがん検診を実施している市町村は、全体の 85.7%（1,488 市町村）となっている。

（取り組むべき施策）

都道府県は、指針に示される５つのがんについて、指針に基づかない方法でがん検診を行っている市町村の現状を把握し、必要な働きかけを行うこと、生活習慣病検診等管理指導協議会[20]の一層の活用を図ることなど、がん検診の実施方法の改善や精度管理の向上に向けた取組を検討する。また、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に取り組む。

国、都道府県及び市町村は、がん検診や精密検査の意義、対策型検診と任意型検診の違い、がん検診で必ずしもがんを見つけられるわけではないこと及びがんでなくてもがん検診の結果が陽性となる偽陽性等のがん検診の不利益についても理解を得られるように、普及啓発活動を進める。

国は、関係団体と協力し、指針に基づいた適切な検診の実施を促すとともに、国内外の知見を収集し、科学的根拠に基づいたがん検診の方法等について検討を進め、必要に応じて導入を目指す。

---

18 平成 27（2015）年度「地域保健・健康増進事業報告」

19 「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（平成 20 年３月 31 日付け健発第 0331058 号厚生労働省健康局長通知別添）

20 「生活習慣病検診等管理指導協議会」とは、がん、心臓病等の生活習慣病の動向を把握し、また、市町村、医療保険者及び検診実施機関に対し、検診の実施方法や精度管理の在り方等について専門的な見地から適切な指導を行うために、都道府県が設置・運営するもの。

③ 職域におけるがん検診について

（現状・課題）

職域におけるがん検診は、がん検診を受けた者の 30～60%程度（胃がん：57.9%、肺がん：62.7%、大腸がん：55.3%、子宮頸がん：32.3%、乳がん：35.8%）[16]が受けているものであるが、保険者や事業主が、福利厚生の一環として任意で実施しているものであり、検査項目や対象年齢等実施方法は様々である。

職域におけるがん検診については、対象者数、受診者数等のデータを定期的に把握する仕組みがないため、受診率の算定や精度管理を行うことが困難である。

（取り組むべき施策）

国は、職域におけるがん検診を支援するとともに、がん検診のあり方について検討する。また、科学的根拠に基づく検診が実施されるよう、職域におけるがん検診関係者の意見を踏まえつつ、「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」を策定し、保険者によるデータヘルス等の実施の際の参考とする。

保険者や事業主は、職域におけるがん検診の実態の把握に努める。また、「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」を参考に、科学的根拠に基づいたがん検診の実施に努める。

国は、職域におけるがん検診の重要性に鑑み、厚生労働省の「データヘルス改革推進本部」の議論を踏まえつつ、将来的に、職域におけるがん検診の対象者数、受診者数等のデータの把握や精度管理を可能とするため、保険者、事業主及び検診機関で統一されたデータフォーマットを使用し、必要なデータの収集等ができる仕組みを検討する。

【個別目標】

国は、男女とも対策型検診で行われている全てのがん種において、がん検診の受診率の目標値を 50%とする。

国は、精密検査受診率の目標値を 90%とする。

国は、「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」を１年以内に策定し、職域での普及を図る。

2. 患者本位のがん医療の実現
～適切な医療を受けられる体制を充実させる～

ビッグデータやＡＩを活用したがんゲノム医療等を推進し、個人に最適化された患者本位のがん医療を実現する。また、がん医療の質の向上及びそれぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化により、効率的かつ持続可能ながん医療を実現する。さらに、ゲノム情報や臨床情報を収集し分析することで、革新的医薬品等の開発を推進し、がんの克服を目指す。

（１） がんゲノム医療

（現状・課題）

近年、個人のゲノム情報に基づき、個人ごとの違いを考慮したゲノム医療[21]への期待が高まっており、国内外において様々な取組が行われている。

諸外国ではゲノム医療を推進するため、様々な国家プロジェクトが進行中である。英国では、平成 24（2012）年から、「Genomics England」を立ち上げ、7.5 万人（10 万ゲノム）のゲノム配列を解読し、がんや難病の治療に役立てる取組が行われている。米国では、平成 27（2015）年から、「Precision Medicine Initiative」を開始し、遺伝子、環境及びライフスタイルに関する個人ごとの違いを考慮した予防や治療法を確立する等の取組が推進されている。

我が国では、健康・医療戦略推進本部の下に設置されている「ゲノム医療実現推進協議会」の中間とりまとめ（平成 27（2015）年７月）において、ゲノム医療の実現が近い領域のひとつとして、がん領域が掲げられている。また、平成 28（2016）年 10 月にとりまとめられた「ゲノム情報を用いた医療等の実用化推進タスクフォース」の意見とりまとめにおいては、遺伝子関連検査の品質・精度の確保、ゲノム医療に従事する者の育成、ゲノム医療の提供体制の構築、社会環境の整備等を進めていくことが求められている。

現在、がんゲノム医療の実用化を推進する取組として、バイオバンク[22]や臨床情報等とゲノム情報を統合したデータベースの構築といった基盤整備や、次世

[21] 「ゲノム医療」とは、個人の「ゲノム情報」をはじめとした各種オミックス検査情報をもとにして、その人の体質や病状に適した「医療」を行うこと。
[22] 「バイオバンク」とは、提供されたヒトの細胞、遺伝子、組織等について、研究用資源として品質管理を実施して、不特定多数の研究者に提供する非営利的事業のこと。

代シークエンサー[23]を用いたゲノム解析に基づいた治験薬を含めた治療選択肢を提示する研究事業が進められている。また、拠点病院等[24]に、遺伝カウンセリングを行う者を配置するといった取組も行われている。さらに、平成 29（2017）年３月より、厚生労働省の「データヘルス改革推進本部」の下に設置された「がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会」において、最新のがんゲノム医療を提供する仕組みを構築するために必要な機能や役割について検討され、同年６月に報告書がとりまとめられた。

今後、拠点病院等や小児がん拠点病院において、がんゲノム医療を実現するためには、次世代シークエンサーを用いたゲノム解析の品質や精度を確保するための基準の策定、解析結果の解釈（臨床的意義づけ）や必要な情報を適切に患者に伝える体制の整備等を進めていく必要がある。また、遺伝カウンセリングを行う者等のがんゲノム医療の実現に必要な人材の育成やその配置を進めていく必要がある。

希少がん、小児がん及び難治性がんをはじめとして、全てのがんについて、ゲノム医療によって得られた情報を集約し、革新的治療薬の開発や個人に最適化された治療選択等に活用できる仕組みを構築する必要性が指摘されている。

ゲノム情報の取扱いについて、患者、その家族及び血縁者が安心できる環境を整備していくことも求められている。

（取り組むべき施策）

国は、ゲノム情報等を活用し、個々のがん患者に最適な医療を提供するため、「ゲノム医療実現推進協議会」、「ゲノム情報を用いた医療等の実用化推進タスクフォース」や「がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会」の議論も踏まえ、本基本計画に基づき、具体的な取組を進める。

国は、本基本計画に基づき、がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関（「がんゲノム医療中核拠点病院（仮称）」）の整備及び拠点病院等や小

[23] 「次世代シークエンサー」とは、核酸の配列を、同時並行で高速・大量に読み取る解析装置のこと。

[24] 本基本計画における「拠点病院」とは、都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、国立がん研究センター中央病院及び東病院の総称を指す。また、「拠点病院等」とは、「拠点病院」と地域がん診療病院の総称を指す。

児がん拠点病院を活用したがんゲノム医療提供体制の構築を進める。これによって、ゲノム医療を必要とするがん患者が、全国どこにいても、がんゲノム医療を受けられる体制を段階的に構築する。患者・家族の理解を促し、心情面でのサポートや治療法選択の意思決定支援を可能とする体制の整備も進める。

国は、質の高いゲノム医療を提供するため、質と効率性の確保されたゲノム解析機関や、ゲノム解析結果を解釈する際の基礎情報となる「がんゲノム知識データベース（仮称）」を構築するための基盤を、民間事業者の参画を得て整備する。

国は、がんゲノム医療の実現に向けて、遺伝子関連検査（遺伝子パネル検査等）の制度上の位置づけや、条件付き早期承認による医薬品の適応拡大等を含めた施策の推進等の薬事承認や保険適用等の適切な運用等を検討する。

国は、関係機関等と連携し、医療の現場で遺伝カウンセリングに関わる人材等のがんゲノム医療に必要な人材の育成を推進し、適切な配置がなされるよう、必要な支援を行う。また、ゲノム情報解析を専門的に行うバイオインフォマティシャン、人工知能の研究開発に携わる技術者等の医療従事者以外の人材育成についても検討を行う。

国は、拠点病院等や小児がん拠点病院での診療や治験を含めた臨床研究等で得られたゲノム情報及び臨床情報等を集約し、ゲノム情報に基づく適切な診療の提供や革新的な治療を開発するため、質の高いデータベースやバイオバンクの整備を行う。併せて、集約したゲノム情報等を管理・運用し、ゲノム情報等のビッグデータを効率的に活用するためのＡＩの開発を可能とする高度計算機器等の技術基盤を有した「がんゲノム情報管理センター（仮称）」を整備する。さらに、治験・臨床試験情報の集約、医師主導治験等の支援を行い、小児がん、希少がん及び難治性がんをはじめとした全てのがんに対する治療開発を加速させる。

国は、がんゲノム医療の推進とともに、がんゲノム情報の取扱いやがんゲノム医療に関する国民の理解を促進するため、教育や普及啓発に努めるとともに、安心してがんゲノム医療に参加できる環境の整備を進める。

国は、患者・国民を含めたゲノム医療の推進に係る関係者が、それぞれの立場で運営に参画する「がんゲノム医療推進コンソーシアム」を形成し、それぞれの機能や役割を継続的に確認しながら、意見の集約、事業者等の審査、国等

への意見具申等を行う体制を構築する。

【個別目標】

国は、ゲノム情報等を活用し、個々のがん患者に最適な医療を提供するため、「ゲノム情報を用いた医療等の実用化推進タスクフォース」や「がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会」の報告書を踏まえ、本基本計画に基づき、段階的に体制整備を進める。また、「がんゲノム医療推進コンソーシアム」を形成すること、２年以内に拠点病院等の見直しに着手することなど、がんゲノム医療を提供するための体制整備の取組を進める。

（２） がんの手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法の充実

がん医療の進歩は目覚ましく、平成 18（2006）年から平成 20（2008）年までに診断された全がんの５年相対生存率[25]は 62.1%と、３年前（58.6%）に比べて 3.5%上昇しており、年齢調整死亡率も、1990 年代後半から低下傾向にある。一方、膵がん、肺がん及び肝がんの５年相対生存率は、それぞれ、7.7%、31.9%及び 32.6%となっており、依然として５年相対生存率が低いがん種もある。

① がん医療提供体制について（医療提供体制の均てん化・集約化、医療安全、制度の持続可能性等）

（現状・課題）

これまで、我が国では、罹患者の多いがん（肺・胃・肝・大腸・乳腺）を中心に、手術療法、放射線療法、薬物療法等を効果的に組み合わせた集学的治療や緩和ケア（以下「集学的治療等」という。）の提供、がん患者の病態に応じた適切な治療・ケアの普及に努めてきた。また、拠点病院等を中心に、キャンサーボード[26]の実施、がん相談支援センターの設置、院内がん登録の実施等に取り組み、全ての国民が全国どこにいても質の高いがん医療が等しく受けられるよう、がん医療の均てん化を進めてきた。

しかしながら、標準的治療の実施や相談支援の提供など、拠点病院等に求められている取組の中には、施設間で格差があることも指摘されている。

また、近年、医療安全に関する問題が指摘されているが、拠点病院等においても事故が度々報告されるなど、医療安全に関する取組の強化が求められている。

医療技術の発達により、革新的ではあるが非常に高額な治療法が出現してい

---

[25] 「５年相対生存率」とは、あるがんと診断された場合に、治療でどのくらい生命を救えるかを示す指標。あるがんと診断された人のうち５年後に生存している人の割合が、日本人全体（正確には、性別、生まれた年及び年齢の分布を同じくする日本人集団）で５年後に生存している人の割合に比べてどのくらい低いかで表す（出典：国立がん研究センターがん情報サービス『がん登録・統計』）。

[26] 「キャンサーボード」とは、手術、放射線診断、放射線療法、薬物療法、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、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。

る。一部のがん種に対する新たな選択肢としてそうした治療法が期待されているが、近年の厳しい財政事情の下で、制度の持続可能性も考慮することが必要である。

（取り組むべき施策）

国は、がん医療提供体制について、これまで、拠点病院等を中心とした体制を整備してきた現状を踏まえ、引き続き、標準的な手術療法、放射線療法、薬物療法、緩和ケア等の提供、がん相談支援センターの整備、院内がん登録及びキャンサーボードの実施等の、均てん化が必要な取組に関して、拠点病院等を中心とした取組を進める。

国は、拠点病院等における質の格差を解消するため、診療実績数等を用いた他の医療機関との比較、第三者による医療機関の評価、医療機関間での定期的な実地調査等の方策について検討する。

国は、拠点病院等の整備指針の要件を満たしていない可能性のある拠点病院等に対する指導方針や、各要件の趣旨や具体的な実施方法等の明確化等について検討する。

国は、拠点病院等の要件の見直しに当たっては、ゲノム医療、医療安全、支持療法[27]など、新たに追加する事項を検討する。なお、ゲノム医療、一部の放射線療法、小児がん、希少がん、難治性がん等のがん種については、治療成績の向上等に資する研究開発の促進や診療の質の向上を図るため、患者のアクセス、病院の特徴や規模など、地域の状況に十分配慮した上で、がん医療における診療機能の集中、機能分担、医療機器の適正配置など、一定の集約化のあり方について検討する。

国は、国民皆保険の持続性を確保しつつ、医療技術の一層の向上を図り、将来にわたって必要かつ適切ながん医療を患者に提供するため、がん治療への国民負担の軽減と医療の質の向上に関する必要な取組を、患者の声を聴きながら実施する。

[27] 「支持療法」とは、がんそのものによる症状やがん治療に伴う副作用・合併症・後遺症による症状を軽減させるための予防、治療及びケアのこと。

② 各治療法について（手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法）

（ア） 手術療法について

（現状・課題）

我が国では、がんに対する質の高い手術療法を安全に提供するため、拠点病院等を中心に、適切な実施体制や専門的な知識及び技能を有する医師の配置を行ってきた。

また、外科医の教育プログラムの開発による技能の均てん化や、より侵襲度の低い術式や医療機器の開発等の新たな技術開発に取り組んできた。

一方、手術療法に関連する合併症の軽減など、更なる治療成績の向上を図るため、平成 23（2011）年より、一般社団法人日本外科学会等の外科系諸学会では、症例登録のデータベース（National Clinical Database[28]。以下「ＮＣＤ」という。）の構築を開始した。

また、一部の希少がんや難治性がん、小児がん、ＡＹＡ世代のがん及び高度進行がんについては、定型的な術式での治療が困難な場合があることから、対応可能な医療機関が偏在しており、今後は、医療提供体制を整備していくことが求められる。

（取り組むべき施策）

国は、外科分野の専門的な学会等の意見を踏まえながら、引き続き、拠点病院等を中心に、人材の育成や適正な配置を行うことを検討する。

国は、身体への負担の少ない手術療法や侵襲性の低い治療等を普及させる。また、安全かつ新たな治療法に資する医療機器の開発を推進する。

関係団体は、ＮＣＤを活用するなど、手術療法の質の担保と向上を図る。

国は、関係団体と協力し、定型的な術式での治療が困難な一部の希少がんや

[28] 「National Clinical Database」とは、外科手術情報等のデータベースのこと。なお、一般外科医が行う手術の 95％以上の情報（参加 4,000 施設以上。年間 120 数万件）が登録されており、施設等のベンチマークや、手術を受ける患者のリスク予測等への応用が可能となっている。

難治性がん等について、患者の一定の集約化を行うための仕組みを構築するとともに、当該仕組みの情報提供を行う。また、多領域の手術療法に対応できるような医師・医療チームを育成する。

（イ）　放射線療法について

（現状・課題）

放射線療法については、放射線療法に携わる専門的な知識と技能を有する医師をはじめとした医療従事者の配置や、リニアック等の機器の整備など、集学的治療を提供する体制の整備が行われてきた。粒子線治療等の新たな医療技術については、施設の整備に多大なコストを要することから、全国での配置は限られている。高度な放射線療法の提供については、機器の精度管理や照射計画に携わる専門職の必要性が指摘されている。

現在、粒子線治療は、限られたがん種について保険適用とされているが、今後の方向性としては、各がん種における有効性・安全性や費用対効果を十分に検証し、より効率的な利用を進めていく必要がある。

核医学治療（ＲＩ:Radioisotope 内用療法[29]等）の体制については、近年、有効ながん種が拡大されつつあるが、全国的な放射線治療病室の不足など、体制面が不十分との指摘がある。

放射線療法は、根治的な治療のみならず、痛み等の症状緩和にも効果があるものの、十分に活用されていないため、医療従事者に向けた知識の普及が必要との指摘がある。

（取り組むべき施策）

国は、標準的な放射線療法の提供体制について、引き続き、均てん化を進める。強度変調放射線治療や粒子線治療等の高度な放射線療法については、必要に応じて、都道府県を越えた連携体制や医学物理士[30]等の必要な人材のあり方について検討する。

---

[29] 「ＲＩ内用療法」とは、投与された放射性薬剤が全身のがん病巣に分布することで、体内から放射線を照射する全身治療法のこと。

[30] 「医学物理士」とは、一般財団法人医学物理士認定機構による認定資格で、平成 28 (2016) 年 5 月 31 日時点で 958 名。

関係団体は、公益社団法人日本放射線腫瘍学会等で行われている症例登録のデータベース（放射線治療症例全国登録）を活用し、科学的根拠に基づいた治療を推進する。

国は、関係団体等と連携しながら、核医学治療について、当該治療を実施するために必要な施設数、人材等を考慮した上で、核医学治療を推進するための体制整備について総合的に検討を進める。

国及び関係団体は、がんの骨転移、脳転移等による症状の緩和に有用な「緩和的放射線療法」をがん治療の選択肢の一つとして普及させるため、当該療法に関することを緩和ケア研修会等の教育項目に位置づけ、がん治療に携わる医師等に対する普及啓発を進める。

（ウ）　薬物療法について

（現状・課題）

薬物療法の提供については、拠点病院等を中心に、薬物療法部門の設置や外来薬物療法室の整備を進めるとともに、専門的な知識を有する医師、薬剤師、看護師等の配置を行い、適切な服薬管理や副作用対策等が実施されるよう努めてきた。

薬物療法が外来で実施されることが一般的となり、薬物療法を外来で受ける患者が増加していることから、拠点病院等の薬物療法部門では、薬物療法に関する十分な説明や、支持療法をはじめとした副作用対策、新規薬剤への対応等の負担が増大している。

（取り組むべき施策）

拠点病院等は、外来薬物療法をより安全に提供するために、外来薬物療法に関する多職種による院内横断的な検討の場を設けることとし、薬物療法に携わる院内の全ての医療従事者に対して、適切な薬剤の服薬管理や副作用対策等の外来薬物療法に関する情報共有や啓発等を行う。

国は、薬物療法を受ける外来患者の服薬管理や副作用対策等を支援するため、拠点病院等と、かかりつけ機能を有する地域の医療機関や薬局等との連携体制を強化するために必要な施策を講ずる。

国は、患者の病態に応じた適切な薬物療法を提供するため、専門的な医師や薬剤師、看護師、がん相談支援センターの相談員等の人材育成、適正配置に努める。また、それらの専門職等が連携し、患者に適切な説明を行うための体制整備に努める。

（エ）　科学的根拠を有する免疫療法について

（現状・課題）

科学的根拠を有する免疫療法の研究開発が進み、「免疫チェックポイント阻害剤[31]」等の免疫療法は、有力な治療選択肢の一つとなっている。

しかしながら、免疫療法と称しているものであっても、十分な科学的根拠を有する治療法とそうでない治療法があり、これらは明確に区別されるべきとの指摘がある。国民にとっては、このような区別が困難な場合があり、国民が免疫療法に関する適切な情報を得ることが困難となっているとの指摘がある。

免疫療法には、これまでの薬物療法とは異なった副作用等が報告されており、その管理には専門的な知識が求められている。

免疫療法については、近年、新たな作用機序を持つ抗体医薬品など、単価が高く市場が大きい医薬品が登場している。

（取り組むべき施策）

国は、薬事承認を受けた免疫療法が提供される際には、安全で適切な治療・副作用対策が行われるよう、関係団体等が策定する指針等に基づいた適切な免疫療法の実施を推進する。関係団体は、免疫療法の科学的根拠の形成に努める。

国は、免疫療法に関する適切な情報を患者や国民に届けるため、情報提供のあり方について、関係団体と連携して検討を行う。

国は、革新的であるが非常に高額な医薬品について、適切で、効果的な使用のあり方を検討し、周知を図る。

---

[31] 「免疫チェックポイント阻害剤」とは、がん細胞が免疫細胞を抑制することを阻害し、体内に元々ある免疫細胞ががん細胞に作用できるようにする薬剤のこと。

【個別目標】

国は、新たながん医療提供体制について、２年以内に検討する。必要に応じて拠点病院等の整備指針の見直しを行い、拠点病院等の機能を更に充実させる。

国は、がん医療の質の担保と効率的・効果的な推進に資するため、手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法に関するそれぞれの専門的な学会が、それらの治療法に関する最新の情報について互いに共有した上で、周知啓発を行うよう要請する。

（３） チーム医療の推進

（現状・課題）

患者とその家族が抱える様々な苦痛、悩み及び負担に応え、安全かつ安心で質の高いがん医療を提供するため、多職種によるチーム医療の推進が必要である。

これまで、拠点病院等を中心に、集学的治療等の提供体制の整備、キャンサーボードの実施、医科歯科連携、薬物療法における医療機関と薬局との連携、栄養サポートやリハビリテーションの推進など、多職種によるチーム医療を実施するための体制を整備してきた。

しかし、病院内の多職種連携については、医療機関ごとの運用の差や、がん治療を外来で受ける患者の増加による受療環境の変化によって、状況に応じた最適なチームを育成することや、発症から診断、入院治療、外来通院等のそれぞれのフェーズにおいて、個々の患者の状況に応じたチーム医療を提供することが求められている。

（取り組むべき施策）

国は、拠点病院等における医療従事者間の連携を更に強化するため、キャンサーボードへの多職種の参加を促す。また、専門チーム（緩和ケアチーム、口腔ケアチーム、栄養サポートチーム、感染防止対策チーム等）に依頼する等により、一人ひとりの患者に必要な治療やケアについて、それぞれの専門的な立場から議論がなされた上で、在宅での療養支援も含めて患者が必要とする連携体制がとられるよう環境を整備する。

【個別目標】

国は、がん患者が入院しているときや、外来通院しながら在宅で療養生活を送っているときなど、それぞれの状況において必要なサポートを受けられるようなチーム医療の体制を強化する。

（４） がんのリハビリテーション

（現状・課題）

がん治療の影響から、患者の嚥下（えんげ）や呼吸運動等の日常生活動作に障害が生じることがある。また、病状の進行に伴い、次第に日常生活動作に障害を来し、著しく生活の質が低下することが見られることから、がん領域でのリハビリテーションの重要性が指摘されている。

平成 19（2007）年から平成 25（2013)年にかけて行われた「がん患者に対するリハビリテーションに関する研修事業」において、がんに携わる医療従事者を対象とした研修プログラムの開発、研修会等が実施された。

「第２期基本計画中間評価（平成 27（2015）年）（以下「中間評価」という。)」の調査では、リハビリテーション科専門医が配置されている拠点病院等の割合は、37.4%と低く、十分な体制が整備されているとは言えない状況にある。

がん患者のリハビリテーションにおいては、機能回復や機能維持のみならず、社会復帰という観点も踏まえ、外来や地域の医療機関において、リハビリテーションが必要との指摘がある。

（取り組むべき施策）

国は、がん患者の社会復帰や社会協働という観点も踏まえ、リハビリテーションを含めた医療提供体制のあり方を検討する。

【個別目標】

国は、がんのリハビリテーションに携わる有識者の意見を聴きながら、拠点病院等におけるリハビリテーションのあり方について、３年以内に検討し、その結果について、拠点病院等での普及に努める。

（５） 支持療法の推進

（現状・課題）

がん患者の実態調査[32]によって、がんによる症状や治療に伴う副作用・後遺症に関する悩みのうち、しびれ（末梢神経障害）をはじめとした薬物療法に関連した悩みの割合が、この 10 年で顕著に増加している（平成 15（2003）年 ：19.2%→平成 25（2013）年：44.3%）ことが明らかになった。

がん種別に見ると、胃がん患者については、胃切除術後の食事や体重減少に、乳がん、子宮がん、卵巣がん、大腸がん等の患者については、リンパ浮腫による症状に苦悩している者が多く、手術に関連した後遺症も大きな問題となっている。

リンパ浮腫については、「リンパ浮腫研修（現在は、新・リンパ浮腫研修）」を推進し、拠点病院等を中心に、リンパ浮腫外来等でケアを実践してきた。

がん治療の副作用に悩む患者が増加しているが、支持療法の研究開発は十分でなく、このため、支持療法に関する診療ガイドラインも少なく、標準的治療が確立していない状況にある。

（取り組むべき施策）

国は、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症を軽減し、患者のＱＯＬを向上させるため、支持療法に関する実態を把握し、それを踏まえた研究の推進と、適切な診療の実施に向けた取組を行う。

【個別目標】

国は、がん治療による副作用・合併症・後遺症により、患者とその家族のＱＯＬが低下しないよう、患者視点の評価も重視した支持療法に関する診療ガイドラインを作成し、医療機関での実施につなげる。

[32] 静岡県立静岡がんセンターの「がんの社会学」に関する研究グループが実施（平成 25（2013）年）。詳細は https://www.scchr.jp/book/houkokusho.html を参照。

（６） 希少がん及び難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策）

希少がん及び難治性がんに関する研究については、平成 28（2016）年の法の一部改正において、法第 19 条第２項に「罹患している者の少ないがん及び治癒が特に困難であるがんに係る研究の促進について必要な配慮がなされるものとする」と明記されるなど、更なる対策が求められている。希少がんについては、その医療の提供について、患者の集約化や施設の専門化、各々の希少がんに対応できる病院と地域の拠点病院等や小児がん拠点病院による連携の強化等を行うとともに、それらを広く周知することが必要である。難治性がんについては、有効性の高い診断・治療法の研究開発、そのための人材育成の体制整備等が求められている。

① 希少がんについて

（現状・課題）

希少がんは、個々のがん種としては頻度が低いものの、希少がん全体としては、がん全体の一定の割合を占めており、第２期基本計画の策定時に対策が必要とされた。

平成 27（2015）年に開催された「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会」においては、希少がんを「概ね罹患率人口 10 万人当たり６例未満、数が少ないため診療・受療上の課題が他のがん種に比べて大きい」がん種と定義し、医療や支援のあり方に関する検討を行った[33]。

また、当該検討会での報告を踏まえ、国立研究開発法人国立がん研究センター（以下「国立がん研究センター」という。）に「希少がん対策ワーキンググループ」を設置し、当該ワーキンググループにおいて、四肢軟部肉腫や眼腫瘍といった一部の希少がん種から、質の高い治療を受けられる医療機関等に関する情報の収集や提供のための対策等について検討している。

希少がん診療の集約化は進めるべきであるが、患者のアクセスへの懸念、専門施設と地域の拠点病院等や小児がん拠点病院とのシームレスな連携の必要性、専門的知識を有する質の高い医療従事者を継続的に育成するシステムの必要性、

[33] 詳細な課題及び取り組むべき対策については「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会報告書」を参照。 http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000095430.html

各々の希少がんを専門としない医療従事者に対する啓発等の課題も指摘されている。

（取り組むべき施策）

国は、希少がんに関する情報を集約・発信する体制、全国のがん相談支援センターとの連携体制及び病理コンサルテーションシステム[34]等を通じた正確・迅速な病理診断を提供する体制を整備する。また、臨床的エビデンスの創出、診療ガイドラインの整備と普及、医療従事者の育成、基礎研究の支援、効率の良い臨床試験の実施等について、中核的な役割を担う医療機関を整備する。

国は、各々の希少がんに関し、状況に応じた適切な集約化と連携のあり方について、「希少がん対策ワーキンググループ」等の議論を踏まえ、検討を行う。中核的な役割を担う医療機関は、関係機関、学会及び患者団体と協力し、必要に応じて、民間の取組も含めて患者が必要とする情報を収集し公表する。国は、患者の集約や施設の専門化、各々の希少がんに対応できる病院と地域の拠点病院等や小児がん拠点病院との連携を推進し、専門医の少ない地方の患者を適切な医療につなげる対策を講ずる。

希少がんについては、特に有効性の高い診断・治療法の開発が求められていることから、ゲノム医療の推進、手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法の充実とともに、その開発段階から患者や家族の積極的参加が得られるよう、国は、学会、臨床研究団体、患者団体等との連携を一層強化し、基礎研究から臨床研究までの一貫した研究・治療法の開発を推進する。

② 難治性がんについて

（現状・課題）

平成 18（2006）年から平成 20（2008）年までに診断された全がんの５年相対生存率は 62.1%と、その３年前（58.6%）に比べて 3.5%上昇しているが、早期発見が困難であり、治療抵抗性が高く、転移・再発しやすい等の性質を持ち、５年相対生存率が改善されていない膵がんやスキルス胃がんのような、いわゆ

[34] 「病理コンサルテーションシステム」とは、病理診断が困難である症例の診断確定等について、全国の拠点病院等の病理医から、各種がんに精通する病理医に相談（コンサルテーション）するシステムのこと。国立がん研究センターや一般社団法人日本病理学会が実施している。

る難治性がんは、有効な診断・治療法が開発されていないことが課題となっている。

（取り組むべき施策）

国は、関係団体や学会等と協力し、難治性がんに関する臨床や研究における大学や所属機関を越えた人材育成の体制整備を促進する。

国は、難治性がんの研究を推進するに当たっては、その研究結果が、臨床現場におけるエビデンスに基づいた標準的治療の確立や医療の提供につながるようなネットワーク体制を整備する。

国は、難治性がんについて、有効性が高く革新的な診断法・治療法を創出するため、ゲノム医療やリキッドバイオプシー[35]等を用いた低侵襲性診断技術や早期診断技術、治療技術等の開発を推進する。

【個別目標】

国は、希少がん患者が適切な医療を受けられる環境を整備するため、中核的な役割を担う機関を整備し、希少がん対策を統括する体制を２年以内に整備する。

国は、希少がん及び難治性がんに対するより有効性の高い診断・治療法の研究開発を効率的に推進するため、国際的な研究ネットワークの下で行うなど、がん研究を推進するための取組を開始する。患者に有効性の高い診断法・早期発見法・治療法を速やかに提供するための体制づくりを進める。

[35] 「リキッドバイオプシー」とは、主にがんの領域で、針等を使って腫瘍組織の一部を直接採取する従来の生検（バイオプシー）に代えて、血液等の体液サンプルに含まれているがん細胞やがん細胞由来の DNA 等を使って診断する技術のこと。

（７） 小児がん、ＡＹＡ世代のがん及び高齢者のがん対策

がんは、小児及びＡＹＡ世代の病死の主な原因の１つであるが、多種多様ながん種を多く含むことや、成長発達の過程においても、乳幼児から小児期、活動性の高い思春期・若年成人世代といった特徴あるライフステージで発症することから、これらの世代のがんは、成人の希少がんとは異なる対策が求められる。特に、小児がんについては、臨床研究の推進により治癒率は向上しているものの、依然として難治症例も存在することから、十分な診療体制の構築とともに診断時から晩期合併症[36]への対応が必要である。

高齢者のがん対策については、特に、75 歳以上の高齢者が対象となるような臨床研究は限られているため、こうしたがん患者に提供すべき医療のあり方についての検討が求められている。

① 小児がんについて

（現状・課題）

小児がんについては、小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるような環境の整備を目指して、十分な経験と支援体制を有する医療機関を中心に、平成 25（2013）年２月に、全国に 15 か所の小児がん拠点病院及び２か所の小児がん中央機関を整備し、診療の一部集約化と小児がん拠点病院を中心としたネットワークによる診療体制の構築を進めてきた。

しかしながら、脳腫瘍のように標準的治療が確立しておらず診療を集約化すべきがん種と、標準的治療が確立しており一定程度の診療の均てん化が可能ながん種とを整理することが求められている。また、提供体制については、小児がん拠点病院と地域ブロックにおける他の医療機関とのネットワークや、患者・家族の希望に応じて在宅医療を実施できる支援体制の整備が求められている。

再発症例、初期治療反応不良例等の難治性の小児がん及びＡＹＡ世代のがんについては、新規治療・新薬開発、ゲノム医療の応用等の実施体制の整備が十分でなく、新規治療・薬剤の開発が切望されている。

---

[36] 「晩期合併症」とは、がんの治療後における治療に関連した合併症又は疾患そのものによる後遺症等を指し、身体的な合併症と心理社会的な問題がある。特に、成長期に治療を受けた場合、臓器障害や、身体的発育や生殖機能の問題、神経・認知的な発達への影響など、成人とは異なる問題が生じることがある。

（取り組むべき施策）

国は、小児がん等の更なる生存率の向上を目指して、より安全で迅速な質の高い病理診断、がんゲノム医療の活用等を含む診断・治療の研究を推進し、十分な治験・臨床研究を行うことのできる体制の整備を検討する。また、新薬の開発につながる研究を推進する。

国は、各地域ブロックにおける小児がん拠点病院の役割、小児がん診療の集約化及び均てん化の状況を把握した上で、均てん化が可能ながん種や、必ずしも高度の専門性を必要としない病態については、小児がん拠点病院以外の地域の連携病院においても診療が可能な体制を構築すること、及び必要があれば、在宅医療を実施できるような診療連携体制を構築することについて検討を行う。

② ＡＹＡ世代のがんについて

（現状・課題）

ＡＹＡ世代に発症するがんについては、その診療体制が定まっておらず、また、小児と成人領域の狭間で患者が適切な治療が受けられないおそれがある。他の世代に比べて患者数が少なく、疾患構成が多様であることから、医療従事者に、診療や相談支援の経験が蓄積されにくい。また、ＡＹＡ世代は、年代によって、就学、就労、生殖機能等の状況が異なり、患者視点での教育、就労、生殖機能の温存等に関する情報・相談体制等が十分ではない。心理社会的状況も様々であるため、個々のＡＹＡ世代のがん患者の状況に応じた多様なニーズに対応できるよう、情報提供、支援体制及び診療体制の整備等が求められている。

（取り組むべき施策）

国は、ＡＹＡ世代のがんについて、小児がん拠点病院で対応可能な疾患と成人領域の専門性が必要な病態とを明らかにし、その診療体制を検討する。

国は、ＡＹＡ世代の多様なニーズに応じた情報提供や、相談支援・就労支援を実施できる体制の整備について、対応できる医療機関等の一定の集約化に関する検討を行う。

国は、関係学会と協力し、治療に伴う生殖機能等への影響など、世代に応じた問題について、医療従事者が患者に対して治療前に正確な情報提供を行い、

必要に応じて、適切な生殖医療を専門とする施設に紹介できるための体制を構築する。

③ 高齢者のがんについて

（現状・課題）

我が国においては、人口の高齢化が急速に進んでおり、平成 37（2025）年には、65 歳以上の高齢者の数が 3,657 万人（全人口の 30.3%）に達すると推計されている。また、今後、がん患者に占める高齢者の割合が増えることから、高齢のがん患者へのケアの必要性が増すとの指摘がある。

高齢者のがんについては、全身の状態が不良であることや併存疾患があること等により、標準的治療の適応とならない場合や、主治医によって標準的治療を提供すべきでないと判断される場合等があり、こうした判断は、医師の裁量に任されているところであるが、現状の診療ガイドライン等において、明確な判断基準は示されていない。また、特に 75 歳以上の高齢者が対象となるような臨床研究は限られているため、こうしたがん患者に提供すべき医療のあり方についての検討が求められている。

（取り組むべき施策）

国は、ＱＯＬの観点を含めた高齢のがん患者に適した治療法や診療ガイドラインを確立するための研究を進める。現行の各がん種に関する診療ガイドラインに高齢者医療の観点を取り入れていくため、関係学会等への協力依頼を行い、高齢者のがん診療に関する診療ガイドラインを策定する。

【個別目標】

国は、小児がん、ＡＹＡ世代のがんを速やかに専門施設で診療できる体制の整備を目指して、「小児がん医療・支援のあり方に関する検討会」及び「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」で検討を行い、３年以内に、小児がん拠点病院とがん診療連携拠点病院等の整備指針の見直しを行う。

国は、高齢者のがん診療に関する診療ガイドラインを策定した上で、診療ガイドラインを拠点病院等に普及することを検討する。

（８） 病理診断

（現状・課題）

拠点病院等や小児がん拠点病院においては、病理診断医の配置を要件とし、また、必要に応じて遠隔病理診断を用いることにより、全ての拠点病院等や小児がん拠点病院で、術中迅速病理診断が可能な体制を確保することとしてきた。また、病理診断医の養成や病理関連業務を担う医療従事者の確保に向けた取組を支援してきたものの、依然として病理診断医等の不足が指摘されている。

特に、希少がん及び小児がんの病理診断については、希少がん及び小児がんそれぞれについての十分な診断経験を有し、かつ専門的な知識を持った病理診断医が少ないことから、病理診断が正確かつ迅速に行われず、治療開始の遅延や予後の悪化につながることが懸念されている。

こうした中、国は、国立がん研究センターの病理診断コンサルテーション・サービス、一般社団法人日本病理学会の病理コンサルテーションシステム及び小児がん中央機関による中央病理診断システム等を活用し、専門性の高い病理診断医による質の高い病理診断の体制構築に向けた取組を推進している。

また、国は、病理診断を補助するシステムとして、学会等によるビッグデータやＡＩを利活用した病理診断支援システムの研究開発の支援を行っている。

（取り組むべき施策）

国は、引き続き、病理診断医の育成等の支援を実施するとともに、認定病理検査技師[37]や細胞検査士[38]等の病理関連業務を担う臨床検査技師等の適正配置について検討する。

国は、より安全で迅速な質の高い病理診断や細胞診断を提供するため、関係団体や学会等と協力し、病理コンサルテーションなど、正確かつ適正な病理診

[37] 「認定病理検査技師」とは、一般社団法人日本臨床衛生検査技師会及び一般社団法人日本病理学会が認定する資格。平成 26（2014）年から病理組織検査において熟練した技術と知識を有することが認められた者を「認定病理検査技師」として認定している。平成 29（2017）年４月時点で 555 名。

[38] 「細胞検査士」とは、公益社団法人日本臨床細胞学会及び一般社団法人日本臨床検査医学会が認定する資格。昭和 44（1969）年から、細胞診スクリーニング及び技術に関する実務を、責任をもって確実に実施しうる技師を「細胞検査士」として認定している。平成 29（2017）年６月時点で 7470 名。

断を提供する体制を強化する。

　国は、ビッグデータやＡＩ等を利活用する病理診断支援システムの研究開発を推進する。

【個別目標】

　国は、より安全で迅速な質の高い病理診断や細胞診断を提供するための環境を整備する。

（９） がん登録

（現状・課題）

我が国のがん登録においては、都道府県の事業としての地域がん登録が実施されてきたが、都道府県間で登録の精度が異なることや、国全体のがんの罹患数の実数による把握ができないことが課題となっていた。

こうした中、がん情報を漏れなく収集するため、平成 28（2016）年１月より、がん登録等の推進に関する法律（平成 25 年法律第 111 号）に基づく全国がん登録が開始され、病院等で診断されたがんの種類や進行度等の情報が、病院等から都道府県を通じて国立がん研究センターへ提出され、一元的に管理されることとなった。

全国がん登録の情報の公表については、平成 30（2018）年末を目途に開始される予定であり、がん登録によって得られた情報の利活用により、正確な情報に基づくがん対策の実施及び各地域の実情に応じた施策の実施、がんのリスクやがん予防等についての研究の進展並びに患者やその家族等に対する適切な情報提供が期待される。

また、拠点病院等や小児がん拠点病院においては、全国がん登録に加えて、従前より、より詳細ながんの罹患・診療に関する情報を収集する院内がん登録が実施されており、院内がん登録は、全国のがん患者の約８割をカバーしていると推定される。

がん登録情報の利活用については、全国がん登録や院内がん登録によって得られるデータと他のデータとの連携により、より利活用しやすい情報が得られる可能性があるが、データの連携に当たっては個人情報の保護に配慮する必要がある。

また、がん登録によって得られる情報を、患者にとってより理解しやすい形に加工して提供する必要があるとの指摘がある。

（取り組むべき施策）

国は、地方公共団体が地域別のがん罹患状況や生存率等のがん登録データを用いて、予防、普及啓発、医療提供体制の構築等の施策を立案する上で参考となる資料を作成するとともに、地方公共団体における科学的根拠に基づいたが

ん対策やがん研究の推進のあり方について検討する。

上記の検討に当たっては、がん登録データの効果的な利活用を図る観点から、全国がん登録データと、院内がん登録データ、レセプト情報等、臓器や診療科別に収集されているがんのデータ等との連携について、個人情報の保護に配慮しながら検討する。

国及び国立がん研究センターは、研究の推進や国民への情報提供に資するよう、がん登録で収集する項目を必要に応じて見直す。

国及び国立がん研究センターは、国民のがんに対する理解の促進や、患者やその家族による医療機関の選択に資するよう、希少がんや小児がんの情報を含めたがんに関する情報の適切な提供方法について、個人情報に配慮しながら検討する。

【個別目標】

国は、がん登録によって得られた情報を利活用することによって、正確な情報に基づくがん対策の立案、各地域の実情に応じた施策の実施、がんのリスクやがん予防等についての研究の推進及び患者やその家族等に対する適切な情報提供を進める。

（10）　医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

（現状・課題）

がん医療の進歩に伴い、様々な治療法が開発される中、我が国では、「ドラッグ・ラグ」及び「デバイス・ラグ」が問題となっていた。こうした問題に対して、「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」及び「医療ニーズの高い医療機器等の早期導入に関する検討会」において、随時、課題の解消に向けた取組を検討しており、中間評価の調査では、平成 25（2013）年度の抗がん剤開発の申請ラグ[39]が 32.9 か月から 5.7 か月に、審査ラグ[40]が 1.6 か月から０か月に短縮した。さらに、希少疾病用医薬品・希少疾病用医療機器・希少疾病用再生医療等製品の指定による実用化の促進により、一刻も早く希少疾病に対する医療ニーズに応えるための取組を続けているほか、平成 28（2016）年１月には、「拡大治験（日本版コンパッショネートユース）制度」を開始した。

先進医療においては、「日本再興戦略 2014」に基づき、平成 26（2014）年 12 月に「最先端医療迅速評価制度」を創設し、先進医療として実施することの可否についての評価の迅速化・効率化に取り組んでいる。

また、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）に基づき、平成 27（2015）年より、日本発の革新的医薬品・医療機器の開発等に必要となる質の高い臨床研究を推進するため、国際水準の臨床研究や医師主導治験の中心的な役割を担う病院を「臨床研究中核病院」として承認している。

さらに、国内未承認の医薬品等を迅速に保険外併用療養として使用したいという患者の思いに応え、保険外併用療養費制度の中に、平成 28（2016）年４月に「患者申出療養制度」を創設し、先進的な医療について、安全性・有効性を確認しつつ、身近な医療機関で迅速に受けられるようにするための仕組みを構築している。

なお、世界に先駆けて我が国での開発が見込まれる医薬品や医療機器、体外診断用医薬品及び再生医療等製品について、平成 27（2015）年より、迅速に承認するための「先駆け審査指定制度」が開始されている。

---

[39] 「申請ラグ」とは、当該年度に国内で承認申請された新薬について、米国における申請時期との差の中央値のこと。

[40] 「審査ラグ」とは、当該年度（米国は暦年）における日米間の新薬の新規承認された総審査期間（中央値）の差のこと。

一方、希少がん、難治性がん及び小児・ＡＹＡ世代のがんについては、依然として、患者の必要とする医薬品の開発等が進んでいないとの指摘もある。

患者申出療養等の新たな「保険外併用療養費制度」や医師主導治験を活用するためには、それらを担う臨床研究中核病院等と拠点病院等や小児がん拠点病院との連携が必要であるが、こうした制度の周知や臨床研究中核病院等と拠点病院等や小児がん拠点病院との連携が十分ではないとの指摘がある。

こうした既存の制度を活用して、先進的な医療にアクセスできない中で困難な病気と闘う患者の思いに応えると同時に、保険外併用療養がいたずらに拡大することがないよう、留意が必要である。

個々の患者に適切な治療を提供するためには、治験・臨床試験を含めた治療選択肢を速やかに検討する必要があるが、これらの情報を提供する体制が十分ではないとの指摘がある。

（取り組むべき施策）

国は、臨床研究中核病院等と拠点病院等や小児がん拠点病院との連携を、情報共有等により一層強化する。また、がん患者に対し、治験や臨床試験に関する情報を提供する体制を整備する。

国は、希少がん、難治性がん、小児・ＡＹＡ世代のがん等の新たな治療が特に求められている分野の患者が、各種の制度を的確に活用できるよう、「拡大治験制度」、「最先端医療迅速評価制度」及び「患者申出療養制度」について、患者や医療従事者に対する周知を行う。

国は、革新的な診断法・治療法等を創出するための研究開発を推進するとともに、画期的な医薬品、医療機器、体外診断用医薬品及び再生医療等製品について「先駆け審査指定制度」等の仕組みを活用することによって、早期の承認を推進する。

国は、真に有効な医薬品を適切に見極めてイノベーションを評価し、研究開発投資の促進を図るために、革新的な新薬創出を促進するための仕組みの見直しを行う。

【個別目標】

国は、拠点病院等や小児がん拠点病院の医師が、患者や家族に対して臨床研究、先進医療、医師主導治験、患者申出療養制度等についての適切な説明を行い、必要とする患者を専門的な施設につなぐ仕組みを構築する。また、がん患者に対し、治験や臨床試験に関する情報を提供する体制を整備する。

3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築
～がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する～

がん患者が、がんと共生していくためには、患者本人ががんと共存していくこと及び患者と社会が協働・連携していくことが重要である。

平成 28（2016）年に改正された法の基本理念には、新たに「がん患者が尊厳を保持しつつ安心して暮らすことのできる社会の構築を目指し、がん患者が、その置かれている状況に応じ、適切ながん医療のみならず、福祉的支援、教育的支援その他の必要な支援を受けることができるようにするとともに、がん患者に関する国民の理解が深められ、がん患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境の整備が図られること」という条文が加えられ、また、その実現のために、がん対策は「国、地方公共団体、第５条に規定する医療保険者、医師、事業主、学校、がん対策に係る活動を行う民間の団体その他の関係者の相互の密接な連携の下に実施されること」とされた。

本基本計画においては、上記の事項を実践するため、「がんとの共生」を全体目標に掲げ、がん患者が住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境整備を目指すこととした。そのためには、関係者等が、医療・福祉・介護・産業保健・就労支援分野と連携し、効率的な医療・福祉サービスの提供や、就労支援等を行う仕組みを構築することが求められている。

（１） がんと診断された時からの緩和ケアの推進

緩和ケアについては、法第 15 条において、「がんその他の特定の疾病に罹患した者に係る身体的若しくは精神的な苦痛又は社会生活上の不安を緩和することによりその療養生活の質の維持向上を図ることを主たる目的とする治療、看護その他の行為をいう」と定義されている。また、法第 17 条において、がん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策として、「緩和ケアが診断の時から適切に提供されるようにすること」と明記されている。このように、緩和ケアとは、身体的・精神心理的・社会的苦痛等の「全人的な苦痛」への対応（全人的なケア）を診断時から行うことを通じて、患者とその家族のＱＯＬの向上を目標とするものである。

我が国のがん対策において、「緩和ケアの推進」については、第１期基本計画から、「重点的に取り組むべき課題」に掲げられてきた。この 10 年間で、全ての拠点病院等において、緩和ケアチームや緩和ケア外来等の専門部門を整備す

ること、全てのがん診療に携わる医師に対して、基本的な緩和ケアの知識と技術を習得させるための緩和ケア研修会を開催すること、「がん緩和ケアガイドブック」を改訂することなど、緩和ケアの充実を図ってきた。

国及び地方公共団体は、引き続き、患者とその家族の状況に応じて、がんと診断された時から身体的・精神心理的・社会的苦痛等に対する適切な緩和ケアを、患者の療養の場所を問わず提供できる体制を整備していく必要がある。その際、緩和ケアが、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症に対する支持療法と併せて提供されることで、苦痛が迅速かつ十分に緩和されるような体制とする必要がある。

① 緩和ケアの提供について

（現状・課題）

これまで、拠点病院等を中心に、緩和ケアチーム等の専門部門の整備を推進してきた。拠点病院等に、緩和ケアチームや緩和ケア外来が設置され、苦痛のスクリーニング[41]が実施されるようになったが、実際に、患者とその家族に提供された緩和ケアの質については、施設間で格差がある等の指摘がある。中間評価においても、「身体的苦痛や精神心理的苦痛の緩和が十分に行われていないがん患者が３～４割ほどいる」との指摘があり、がん診療の中で、患者とその家族が抱える様々な苦痛に対して、迅速かつ適切なケアが十分に提供されていない状況にある。

苦痛のスクリーニングによって、患者の苦痛が汲み上げられたとしても、主治医から緩和ケアチームへとつなぐ[42]体制が機能していないとの指摘がある。また、施設内での連携が十分にとられておらず、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、がん看護外来、薬剤部門、栄養部門等による施設全体の緩和ケアの診療機能が十分に発揮されていない状況にある。

緩和ケアは、全人的なケアが必要な領域であり、多職種による連携を促進す

---

41 「苦痛のスクリーニング」とは、診断や治療方針の変更の時に、身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛など、患者とその家族にとって重要な問題でありながらも取り上げられにくい問題について、医療従事者が診療の場面で定期的に確認し、話し合う機会を確保すること。

42 ここでいう「つなぐ」とは、医療従事者が専門的な緩和ケアについて、緩和ケアチームや緩和ケア外来等に相談し、その後も双方向性に協働すること。

る必要がある。そのため、互いの役割や専門性を理解し、共有することが可能な体制を整備する必要がある。

緩和ケアチーム等の質の向上が求められているが、緩和ケアの質を書面のみで評価することには限界があることが指摘されており、また、評価のための指標や質の良否を判断する基準が必ずしも確立されていない状況にある。

今後、拠点病院等以外においても緩和ケアを推進していくためには、拠点病院等以外の病院や緩和ケア病棟における緩和ケアの実態を把握する必要があるとの指摘がある。

（取り組むべき施策）

拠点病院等は、引き続き、がん診療に緩和ケアを組み入れた体制を整備・充実していくこととし、がん疼痛（とうつう）等の苦痛のスクリーニングを診断時から行い、苦痛を定期的に確認し、迅速に対処することとする。

国は、患者等とのコミュニケーションの充実など、患者とその家族が痛みやつらさを訴えやすくするための環境を整備する。また、医療従事者が患者とその家族の訴えを引き出せるための研究、教育及び研修を行う。

拠点病院等を中心としたがん診療に携わる医療機関は、院内の全ての医療従事者間の連携を診断時から確保する。また、緩和ケアチーム等の症状緩和の専門家に迅速につなぐ過程を明確にすること、患者とその家族に相談窓口を案内すること、医療従事者から積極的な働きかけを行うこと等の実効性のある取組を進める。

拠点病院等における連携を強化し、緩和ケアの機能を十分に発揮できるようにするため、院内のコーディネート機能や、緩和ケアの質を評価し改善する機能を持つ「緩和ケアセンター[43]」の機能をより一層強化する。また、「緩和ケアセンター」のない拠点病院等は、既存の管理部門を活用して、上記の機能を担う体制を整備するほか、院内体制を整備し、緩和ケアの質の評価・改善に努める。さらに、緩和ケアの質の評価に向けて、第三者を加えた評価体制の導入を

[43] 「緩和ケアセンター」とは、拠点病院等において、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等の専門的な緩和ケアを統括する院内拠点組織のこと。

検討する。

国は、専門的な緩和ケアの質を向上させるため、関係学会と連携して、緩和医療専門医[44]、精神腫瘍医[45]、がん看護関連の専門・認定看護師、がん専門薬剤師[46]、緩和薬物療法認定薬剤師[47]、がん病態栄養専門管理栄養士[48]、社会福祉士、臨床心理士等の適正配置や緩和ケアチームの育成のあり方を検討する。

国は、緩和ケアの質を評価するための指標や基準を確立する。また、実地調査や遺族調査等を定期的かつ継続的に実施し、評価結果に基づき、緩和ケアの質の向上策の立案に努める。

国は、実地調査等を通じて、拠点病院等以外の病院における緩和ケアの実態や患者のニーズを把握する。拠点病院等以外の病院においても、患者と家族のＱＯＬの向上を図るため、医師に対する緩和ケア研修会等を通じて、緩和ケアの提供体制を充実させる。

国は、緩和ケア病棟の質を向上させるため、実地調査等の実態把握を行う。その上で、緩和ケア病棟の機能分化等（緊急入院にも対応できる緩和ケア病棟と従来の療養中心のホスピス・緩和ケア病棟等）のあり方について検討する。

---

[44] 「緩和医療専門医」とは、患者と家族を全人的に把握し、理解できる能力と資質を有する医師として、特定非営利活動法人日本緩和医療学会が認定する資格。平成 29（2017）年４月時点で 178 名。

[45] 「精神腫瘍医」とは、がんが患者、家族、医療従事者の心に及ぼす影響を熟知し、臨床・実践活動でがんに伴って生じる精神心理的な苦痛の軽減に取り組む精神科医又は心療内科医のことをいう。

[46] 「がん専門薬剤師」とは、がん領域の薬物療法等に一定水準以上の実力を有し、医療現場において活躍しうる薬剤師として、一般社団法人日本医療薬学会が認定する資格。平成 29（2017）年１月時点で 529 名。

[47] 「緩和薬物療法認定薬剤師」とは、緩和薬物療法に貢献できる知識・技能・態度を有する薬剤師として、一般社団法人日本緩和医療薬学会が認定する資格。平成 29（2017）年４月時点で 595 名。

[48] 「がん病態栄養専門管理栄養士」とは、がんの栄養管理・栄養療法に関する高度な知識と技術を取得した管理栄養士として、一般社団法人日本病態栄養学会と公益社団法人日本栄養士会が認定する資格。平成 29（2017）年３月時点で 344 名。

② 緩和ケア研修会について

（現状・課題）

第２期基本計画では、がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得すること、特に、拠点病院において、がん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了することを目標としてきた。緩和ケア研修会の修了者数については、平成 29（2017）年７月末時点で、研修会の修了証書の累積交付枚数が 101,019 枚（累積開催回数 5,187 回）と増加している。しかし、拠点病院においては、がん患者の主治医や担当医となる医師の研修会受講率として９割以上を求めてきたところ、実際の受講率は、平成 29（2017）年６月末時点で、85.2%にとどまっており、より一層の受講促進が求められる。

研修会の内容や形式については、患者の視点や遺族調査等の結果を取り入れること、主治医と専門的な緩和ケア部門との連携方法をプログラムに入れること及び地域の医師も受講しやすいよう利便性を改善することが求められている。また、がん患者の家族、遺族等に対するグリーフケア[49]についても、研修会を通じて充実を図ることが求められている。

初期臨床研修の期間に、医師が基本的な緩和ケアの概念を学ぶこと[50]は重要である。基本的な緩和ケアの習得のために、初期臨床研修の２年間で、全ての研修医が研修会を受講することが必要との指摘がある。

（取り組むべき施策）

国及び拠点病院等は、拠点病院等以外の医療機関を対象として、研修会の受講状況を把握すること、積極的に受講勧奨を行うことを通じて、基本的な緩和ケアを実践できる人材の育成に取り組む。また、国は、チーム医療の観点から、看護師、薬剤師等の医療従事者が受講可能となるよう、研修会の内容・体制を検討する。

国は、拠点病院等以外の医療機関においても緩和ケアが実施されるよう、患者の視点を取り入れつつ、地域の実情に応じて、研修会の内容や実施方法を充実させる。また、主治医が自ら緩和ケアを実施する場合の方法、緩和ケアチー

[49] 「グリーフケア」とは、大切な人を失い、残された家族等の身近な者が悲しみを癒やす過程を支える取組のこと。また、「ビリーブメントケア」ともいう。

[50] 「臨床研修の到達目標（厚生労働省）」において、経験目標として「緩和ケア、終末期医療」について盛り込まれている。

ムへのつなぎ方、コミュニケーションスキル等、研修会の内容の充実を図る。研修会の評価指標については、修了者数や受講率のみならず、患者が専門的な緩和ケアを利用することができた割合等について調査を行った上で、達成すべき目標を明確にする。

国は、関係団体の協力の下に、拠点病院等における研修会の開催にかかる負担や受講者にかかる負担を軽減するため、座学部分は e-learning を導入すること、１日の集合研修に変更すること等、研修会の実施形式についての見直しを行う。また、がん患者の家族、遺族等に対するグリーフケアの提供に必要な研修プログラムを策定し、緩和ケア研修会等の内容に追加する。

国は、卒後２年目までの医師が基本的な緩和ケアを習得するための方法について検討する。また、拠点病院等において、卒後２年目までの全ての医師が、緩和ケア研修会を受講するよう、拠点病院等の整備指針を見直すなど、必要な施策を実施する。

③ 普及啓発について

（現状・課題）

「がん対策に関する世論調査（内閣府）（平成 28（2016）年）」において、「緩和ケアを開始すべき時期」については、「がんの治療が始まったときから（20.5%）」となっている。がんと診断された時からの緩和ケアの推進については、一定の成果を上げてはいるものの、同調査において、「がんが治る見込みがなくなったときから（16.2%）」となっていることを踏まえれば、より一層の取組が必要である。また、医療用麻薬に対する意識（複数回答）については、「最後の手段だと思う（31.5%）」及び「だんだん効かなくなると思う（29.1%）」という結果となっており、前回（平成 26（2014）年）と比べても改善していない。緩和ケアについては、未だに終末期のケアであるという誤解や医療用麻薬に対する誤解があることなど、その意義や必要性について、患者・医療従事者を含む国民に十分周知されていない状況にある。

（取り組むべき施策）

国及び地方公共団体は、患者とその家族が、痛みやつらさを感じることなく過ごすことが保障される社会を構築するため、関係団体と連携して、関係者等に対して、正しい知識の普及啓発を行う。

国は、国民に対し、医療用麻薬に関する適切な啓発を行うとともに、医療用麻薬等の適正使用を推進する。がん診療に携わる医療機関は、地域の医療従事者も含めた院内研修を定期的に実施する。医療用麻薬の使用法の確立を目指した研究を行う。また、在宅緩和ケアにおける適切な医療用麻薬の利用について、検討する。

【個別目標】

がんによる身体的な痛みは、患者の日常生活に重大な支障を来し、ＱＯＬを大きく損ねる。このため、がん診療に携わる医療機関において、医療従事者は、徹底した疼痛ケアを行い、患者の日常生活動作に支障が出ないようにする。

国及びがん診療に携わる医療機関は、関係学会等と協力して、医師はもちろんのこと、がん診療に携わる全ての医療従事者が、精神心理的・社会的苦痛にも対応できるよう、基本的な緩和ケアを実施できる体制を構築する。

都道府県がん診療連携拠点病院においては、「緩和ケアセンター」の機能をより一層充実させる。地域がん診療連携拠点病院における「緩和ケアセンター」のあり方について、設置の要否も含め、３年以内に検討する。

拠点病院等以外の病院や緩和ケア病棟における緩和ケアの実態及び患者のニーズを調査し、その結果を踏まえ、緩和ケアの提供体制について検討を進める。

（２） 相談支援及び情報提供

医療技術や情報端末が進歩し、患者の療養生活が多様化する中で、拠点病院等や小児がん拠点病院のがん相談支援センターが中心となって、患者とその家族のみならず、医療従事者が抱く治療上の疑問や、精神的・心理社会的な悩みに対応していくことが求められている。また、がんに関する情報があふれる中で、患者と家族が、その地域において確実に、必要な情報（治療を受けられる医療機関、がんの症状・治療・費用、民間団体や患者団体等の活動等）にアクセスできるような環境を整備していくことが求められている。

① 相談支援について

（現状・課題）

拠点病院等や小児がん拠点病院のがん相談支援センターは、自院の患者だけでなく、他院の患者や医療機関からの相談にも対応しており、相談件数は、年々増加している。また、二次医療圏や都道府県域を越えた相談支援のネットワークが構築されつつある。

国立がん研究センターは、様々ながんに関連する情報の収集、分析及び発信を行っており、その成果を基に、患者、その家族及び医療従事者からの相談支援や、相談員に対する研修等を行っている。このように、国立がん研究センターは、相談支援や情報提供等の中核的な役割を担っている。

地域においては、がんに関する様々な相談をワンストップで対応することを目的として、地域統括相談支援センター[51]や民間団体による相談支援の場等が設置されており、病院以外の場においても相談が可能となっている。

しかし、平成 26（2014）年度の患者体験調査[52]によれば、がん相談支援センターの利用率は 7.7%となっており、相談支援を必要とするがん患者ががん相談支援センターを十分利用するに至っていない。

相談内容が多様化しており、人材の適切な配置や相談支援に携わる者に対す

[51] 「地域統括相談支援センター」とは、平成 23（2011）年度から都道府県健康対策推進事業の一環として開始。全国に 14 か所ある（平成 29（2017）年３月時点）。
[52] 平成 26（2014）年度厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究「がん対策における進捗管理評価指標の策定と計測システムの確立に関する研究」

る更なる研修の必要性が指摘されている。

がん患者にとって、同じような経験を持つ者による相談支援や情報提供及び患者同士の体験共有ができる場の存在は重要であることから、都道府県等は、ピア・サポート[53]研修を行い、ピア・サポーターを養成している。しかしながら、平成 28（2016）年度に実施された「がん対策に関する行政評価・監視の結果報告書（総務省）」によれば、調査対象となった 36 の拠点病院のうち、ピア・サポーターの活動実績のある拠点病院の数は、26 施設にとどまっていた。

（取り組むべき施策）

患者が、治療の早期からがん相談支援センターの存在を認識し、必要に応じて確実に支援を受けられるようにするため、拠点病院等や小児がん拠点病院は、がん相談支援センターの目的と利用方法を院内に周知すること、主治医等の医療従事者が、診断早期に患者や家族へがん相談支援センターを説明することなど、院内のがん相談支援センターの利用を促進させるための方策を検討し、必要に応じて、拠点病院等や小児がん拠点病院の整備指針に盛り込む。

拠点病院等は、がん相談支援センターの院内・院外への広報、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会情報提供・相談支援部会[54]等を通じて、ネットワークの形成や、相談者からのフィードバックを得るための取組を引き続き実施する。また、ＰＤＣＡサイクル[55]により、相談支援の質の担保と格差の解消を図る。

国は、相談支援に携わる者の質を継続的に担保するための方策を検討し、必要に応じて拠点病院等の整備指針に盛り込む。

ピア・サポートについては、国が作成した研修プログラムの活用状況に係る実態調査を行う。ピア・サポートが普及しない原因を分析した上で、研修内容の見直しや、ピア・サポートの普及を図る。

---

53 「ピア・サポート」とは、患者・経験者やその家族がピア（仲間）として体験を共有し、共に考えることで、患者や家族等を支援すること。

54 「都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会情報提供・相談支援部会」とは、都道府県がん診療連携拠点病院の機能強化や、都道府県がん診療連携拠点病院と都道府県内の地域がん診療連携拠点病院や地域がん診療病院等との連携強化について協議するために設置された、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会の下に設けられた４部会のうちの１つ。

55 「PDCA サイクル」とは、事業活動における生産管理や品質管理等の管理業務を円滑に進める手法の１つ。Plan（計画）→ Do（実行）→ Check（評価）→ Act（改善）の４段階を繰り返すことによって、業務を継続的に改善する。

② 情報提供について

（現状・課題）

「がん対策に関する世論調査（内閣府）（平成 28（2016）年)」によれば、がんに関する情報を、インターネットを通じて得ている国民は 35%を超えており、特に、39 歳以下の年齢では約６割となっている。

しかしながら、がんに関する情報の中には、科学的根拠に基づいているとはいえない情報が含まれていることがあり、国民が正しい情報を得ることが困難な場合がある。

また、コミュニケーションに配慮が必要な者や、日本語を母国語としていない者に対して、音声資料や点字資料等の普及や周知が不十分であること等が指摘されている。

（取り組むべき施策）

国は、インターネット等を通じて行われる情報提供について、医療機関のウェブサイトの適正化を図るという観点から、医業等に係るウェブサイトの監視体制の強化に努める。

国、国立がん研究センター及び関係学会等は、引き続き協力して、がんに関する様々な情報を収集し、科学的根拠に基づく情報を国民に提供する。また、ウェブサイトの適正化の取組を踏まえて、注意喚起等を迅速に行う。

国及び国立がん研究センターは、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者や日本語を母国語としていない者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等を作成し、普及に努める。

【個別目標】

国は、多様化・複雑化する相談支援のニーズに対応できるよう、関係学会との連携や相談支援従事者の研修のあり方等について、３年以内に検討し、より効率的・効果的な相談支援体制を構築する。

国は、ピア・サポートの実態調査、効果検証を行った上で、３年以内に研修内容を見直し、ピア・サポートの普及に取り組む。

国は、国民が必要な時に、自分に合った正しい医療情報を入手し、適切に治療や生活等に関する選択ができるよう、科学的根拠に基づく情報を迅速に提供するための体制を整備する。

（３） 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

がん患者がいつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現するためには、がん対策のための社会連携を強化し、積極的な患者・家族支援を実践することが必要である。具体的には、国民ががんという病気を理解し、予防や検診を実践し、さらに、地域におけるがん医療提供体制の整備を進めることによって、地域における「がんとの共生社会」を実現させることが重要である。

① 拠点病院等と地域との連携について

（現状・課題）

拠点病院等においては、整備指針に基づき、在宅療養支援診療所・病院[56]、緩和ケア病棟等と協働するためのカンファレンスを開催するなど、切れ目のないがん医療を提供するための体制整備を進めてきた。

しかし、拠点病院等と地域の医療機関とが連携して取り組む相談支援、緩和ケア、セカンドオピニオン等については、地域間で取組に差があるとの指摘がある。

「地域連携クリティカルパス」は、拠点病院等が地域の医療機関と連携し、切れ目のないがん医療を提供するためのツールであるが、その運用は、それぞれの拠点病院等に任されており、運用の状況に差があるとの指摘がある。

拠点病院等と、在宅医療を提供する医療機関、薬局、訪問看護ステーション等との連携体制が十分に構築できていないことから、退院後も、継続的な疼痛緩和治療を在宅で受けることが出来るようにする必要があるとの指摘がある。

がん患者がニーズに応じて利活用できる機関としては、医療機関以外にも、地域統括相談支援センター、地域包括支援センター[57]等が設置されているが、こ

---

[56] 在宅療養支援診療所：14,562 診療所、在宅療養支援病院：1,074 病院（平成 27（2015）年７月１日時点）

[57] 「地域包括支援センター」とは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等の配置による３職種のチームアプローチによって、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことで、その保健医療の向上及び福祉の増進を包

れらの機関での連携についても、地域ごとに差があり、利用が進まない状況にある。

（取り組むべき施策）

国は、切れ目のない医療・ケアの提供とその質の向上を図るため、地域の実情に応じて、かかりつけ医が拠点病院等において医療に早期から関与する体制や、病院と在宅医療との連携及び患者のフォローアップ[58]のあり方について検討する。

国は、拠点病院等と地域の関係者等との連携を図るため、がん医療における専門・認定看護師、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、社会福祉士等の役割を明確にした上で、多職種連携を推進する。その際、施設間の調整役を担う者のあり方や、「地域連携クリティカルパス」のあり方の見直しについて検討する。

国は、地域で在宅医療を担う医療機関等において、拠点病院等の医療従事者が連携して診療を行うこと、地域の医療・介護従事者が拠点病院等で見学やカンファレンスに参加したりすること等の活動を可能とする連携・教育体制のあり方を検討する。

拠点病院等は、緩和ケアについて定期的に検討する場を設け、緊急時の受入れ体制、地域での困難事例への対応について協議すること等によって、地域における患者支援の充実を図る。また、国は、こうした取組を実効性あるものとするため、施設間の調整役を担う者の養成等について必要な支援を行う。

② 在宅緩和ケアについて

（現状・課題）

在宅で療養生活を送るがん患者にとって、症状の増悪等の緊急時において、入院可能な病床が確保されていることは安心につながる。しかしながら、拠点病院等をはじめとした医療機関において、症状が急変したがん患者や医療ニー

括的に支援することを目的とする施設のこと（介護保険法（平成９年法律第 123 号）第 115 条の 46 第１項）。全国に 4.685 か所ある（平成 27(2015)年４月末時点）。

[58] 「フォローアップ」とは、治療終了後のがん患者の定期的な外来診療や検査での経過の観察のこと。

ズの高い要介護者の受入れ体制は、十分整備されているとはいえない。このような状況において、切れ目のなく、質の高いがん医療を提供するためには、拠点病院等以外の医療機関や在宅医療を提供している施設においても、がん医療の質の向上を図っていく必要がある。

在宅緩和ケアにおける医療と介護との連携について、65 歳未満のがん患者が要介護認定の申請をする際には、「末期がん」を特定疾病として申請書に記載する必要があるが、実際には記入しづらいため、利用が進まないとの指摘がある。

（取り組むべき施策）

国及び地方公共団体は、在宅緩和ケアの提供や、相談支援・情報提供を行うために、引き続き、地域の医師会や薬剤師会等と協働して、在宅療養支援診療所・病院、薬局、訪問看護ステーション等の医療・介護従事者への緩和ケア研修等を引き続き実施する。

国は、要介護認定における「末期がん」の表記について、保険者が柔軟に対応できるような方策を検討する。

【個別目標】

国は、がん患者がその療養する場所にかかわらず、質の高いがん医療を受けられるよう、２年以内に、地域連携体制について検討し、必要に応じて拠点病院等の整備指針の見直しを行い、拠点病院等の機能を更に充実させる。

拠点病院等は、医療と介護との連携を図りつつ、地域における緩和ケアの状況を把握し、地域における緩和ケアの提供体制について検討する場を３年以内に設けるなど、地域における他の医療機関との連携を図る。都道府県は、その開催状況を把握することに努める。

（４） がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援[59]）

がん患者には、身体的、精神的な苦痛のみならず、社会的な苦痛があることから、第２期基本計画では、重点的に取り組むべき課題として、「働く世代や小児へのがん対策の充実」を掲げ、働く世代に対して、主に、就労支援に関する対策に取り組んできた。しかし、依然として、「がん対策に関する世論調査（内閣府）（平成 28（2016）年）」において、働く世代のがん患者が働き続けることを難しくさせている理由として、周囲の理解に関することが挙げられている[60]。

また、がん患者が、がんと共に生きていくためには、就労支援のみならず、治療に伴う外見（アピアランス）の変化、生殖機能の喪失及びがん患者の自殺といった社会的な課題への対策が求められている。

① 就労支援について

地域がん登録全国推計による年齢別がん罹患者数データによれば、平成 24（2012）年において、がん患者の約３人に１人は、20 歳から 64 歳までの就労可能年齢でがんに罹患している[61]。また、平成 14（2002）年において、20 歳から 64 歳までのがんの罹患者数は、約 19 万人であったが、平成 24（2012）年における 20 歳から 64 歳までの罹患者数は、約 26 万人に増加しており、就労可能年齢でがんに罹患している者の数は、増加している。

また、がん医療の進歩により、我が国の全がんの５年相対生存率は、56.9%（平成 12（2000）年～平成 14（2002）年）、58.6%（平成 15（2003）年～平成 17（2005）年）、62.1%（平成 18（2006）年～平成 20（2008）年）と年々上昇しており、がん患者・経験者が長期生存し、働きながらがん治療を受けられる可能性が高まっている。

このため、がんになっても自分らしく活き活きと働き、安心して暮らせる社

[59] 「サバイバーシップ支援」とは、がんになったその後を生きていく上で直面する課題を乗り越えていくためのサポートのこと。

[60] 「がんの治療や検査のために２週間に一度程度病院に通う必要がある場合、働き続けることを難しくさせている最も大きな理由は何だと思うか」という質問に対して「代わりに仕事をする人がいない、またはいても頼みにくいから」と答えた者の割合が 21.7%（平成 26（2014）年 11 月同調査：22.6%）、「職場が休むことを許してくれるかどうかわからないから」と答えた者の割合が 21.3%（平成 26（2014）年 11 月同調査：22.2%）となっている。

[61] 全がん罹患者数 86.5 万人のうち、20 歳から 64 歳の者は 26 万人（地域がん登録全国推計値（平成 24（2012）年）より）。

会の構築が重要となっており、がん患者の離職防止や再就職のための就労支援を充実させていくことが強く求められている。

（ア）　医療機関等における就労支援について

（現状・課題）

平成 25（2013）年に実施されたがん患者の実態調査[32]では、がんと診断された後の仕事の状況の変化について、依願退職又は解雇された者の割合（34.6%）が、平成 15（2003）年（34.7%）と比べて変化していない。引き続き、がん患者の離職防止を支援していくことが必要である。

拠点病院等では、専門的な就労相談に対応するため、がん相談支援センターを中心に、社会保険労務士等の就労に関する専門家の活用を促してきた。しかしながら、この取組を実施している拠点病院等は、平成 28（2016）年では約３分の１にとどまっており、充実した就労支援を提供するには至っていない。

平成 27（2015）年の厚生労働省研究班による調査[62]では、がんと診断され、退職した患者のうち、診断がなされてから最初の治療が開始されるまでに退職した者が４割を超えている。また、その退職理由としては、「職場に迷惑をかけたくなかった」、「がんになったら気力・体力的に働けないだろうと予測したから」及び「治療と仕事を両立する自信がなかったから」といった、がん治療への漠然とした不安が上位に挙がっている。このため、がん患者が診断時から正しい情報提供や相談支援を受けることが重要である。

また、医療機関や企業に相談する前に離職する者が少なからずいるにもかかわらず、がん相談支援センターの利用度（7.7%）は低い[52]。

平成 29（2017）年３月の「働き方改革実現会議[63]」において決定された「働き方改革実行計画」では、病気の治療と仕事の両立を社会的にサポートする仕組みを整えることや病を患った方々が生きがいを感じながら働ける社会を目指すことが打ち出された。

---

[62] 平成 27（2015）年度厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業「働くがん患者の職場復帰支援に関する研究」

[63] 「働き方改革実現会議」とは、働き方改革の実現を目的とする実行計画の策定等に係る審議に資するため、平成 28（2016）年９月から開催された内閣総理大臣を議長として政府に置かれた会議のこと。

がん患者の職場復帰や治療と仕事の両立については、企業は、支援を必要とするがん患者に対し、患者の治療状況等についての主治医の意見書等の必要な情報を踏まえた上で、就業上の措置等を講ずることが重要である。その場合においては、必要に応じて、「両立支援プラン／職場復職支援プラン」を作成することが望ましい。しかし、がん患者自身が自身の治療状況や生活環境、勤務情報等を整理することは難しい場合があるため、がん患者が自分の置かれている状況を整理した上で、復職について相談できるよう、患者に寄り添った相談支援を充実させていくことが求められている。

国は、就職支援としては、がん相談支援センターでの相談支援に加え、転職や再就職の相談に対応するため、公共職業安定所（以下「安定所」という。）に配置されている「就職支援ナビゲーター[64]」と拠点病院等と連携した就職支援事業等に取り組んでいる。当該事業における就職率について、事業開始年度である平成 25（2013）年度は 40.0%（実施安定所は５か所）、平成 26（2014）年度は 43.6%（12 か所）及び平成 27（2015）年度は 51.2%（16 か所）となっており、一定の成果をあげている。平成 28（2016）年度からは、全国 47 都道府県で事業を実施している。今後は、更なる事業の拡充が求められるほか、がん患者の再就職については、再就職後の治療と仕事の両立状況を把握した上で、よりよい支援を行う必要がある。

（取り組むべき施策）

国は、全国のどの拠点病院等においても、より充実した就労相談支援を受けられるようにするため、拠点病院等で就労支援に携わる者が、患者の状況を踏まえた適切な支援に必要な知識を身につけることができるよう、必要な研修を実施する。

国は、拠点病院等において、治療の早期から患者ががん相談支援センターを認識し、必要に応じて確実に支援を受けられるよう、拠点病院等におけるがん相談支援センターの位置づけ、主治医等の治療スタッフからの紹介の方法など、がん相談支援センターの利用を促す方策を検討し、必要に応じて、拠点病院等の整備指針に反映することを検討する。また、国は、社会保険労務士等の院外の就労支援に関する専門家との連携、相談の質の確保及びその評価の方策を検討する。

---

64 「就職支援ナビゲーター」とは、公共職業安定所に配置されているがん患者等の就職支援に対応する専門相談員のこと。

診断早期の離職を防止するため、拠点病院等をはじめとする医療機関の協力の下、ポスターやリーフレットを活用すること等によって、がん患者に対する治療と職業生活の両立支援について、周知を図る。

国は、患者が安心して復職できるよう、個々の患者ごとの治療と仕事の両立に向けたプランの作成支援、患者の相談支援及び主治医や企業・産業医と復職に向けた調整の支援を行う「両立支援コーディネーター」を、拠点病院等、関係団体及び独立行政法人労働者健康安全機構との連携の下に育成・配置し、主治医等、会社・産業医及び「両立支援コーディネーター」による、患者への「トライアングル型サポート体制[65]」を構築する。

「トライアングル型サポート」を行うためには、拠点病院等で相談支援に携わる者や「両立支援コーディネーター」が、がん患者の治療の状況のみならず、必要に応じて、がん患者一人ひとりの社会的な背景や生活の状況等を把握することが重要である。国は、がん患者自身や就労支援に携わる者が、がん患者のおかれた事情を総合的に把握するためのツールとして、患者の治療、生活、勤務情報等をまとめた「治療と仕事両立プラン（仮称）」を開発する。また、就労支援に携わる者は、患者個々の事情を把握した上で、患者と事業主との間で復職へ向けた調整を支援する。

また、国は、就職支援において、拠点病院等と安定所との連携を推進する事業について、各地域の実情を踏まえながら事業の拡充を図る。さらに、がん患者の再就職後の就労継続状況について調査を行い、再就職支援に活かしていく。

（イ）　職場や地域における就労支援について

（現状・課題）

「がん対策に関する世論調査（内閣府）（平成 28（2016）年）」では、がん患者が働き続けるために必要な取組として、「通院のために短時間勤務が活用できること」、「１時間単位の休暇や長期の休暇が取れるなど柔軟な休暇制度」等が上位に挙がっており、柔軟な勤務制度や休暇制度の導入が求められている。

---

[65] 「トライアングル型サポート体制」とは、病気の治療と仕事の両立を社会的にサポートする仕組みを整えるため、主治医等、会社・産業医及び患者に寄り添う「両立支援コーディネーター」によるトライアングル型で患者をサポートする体制のこと。平成 29（2017）年３月 28 日「働き方改革実現会議」で決定された「働き方改革実行計画」において、構築するよう定められた。

がん患者の実態調査[32]では、離職理由として「仕事を続ける自信がなくなった」、「会社や同僚、仕事関係の人々に迷惑をかけると思った」及び「治療や静養に必要な休みをとることが難しかった」が上位に挙がっており、企業内におけるがん患者への理解や協力も必要である。

「働き方改革実現会議」の議論においても、企業文化の抜本改革として、経営トップや管理職等の意識改革や、治療と仕事の両立を可能にする社内制度の整備の推進が求められている。

国は、平成 28（2016）年２月に「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン[66]」を作成し、また、企業ががん治療の特徴を踏まえた治療と仕事の両立支援を行えるよう、がんに関する知識やがんの治療に必要な配慮等をまとめた留意事項を作成し、公表した。今後も更なる周知・普及を図る必要がある。さらに、医療機関と企業だけでなく、都道府県、安定所、産業保健総合支援センター[67]等の有機的な連携をより一層推進することが求められている。

傷病手当金については、がん治療のために入退院を繰り返す場合や、がんが再発した場合に、患者が柔軟に利用できないとの指摘がある。

（取り組むべき施策）

国は、企業が、柔軟な休暇制度や勤務制度など、治療と仕事の両立が可能となる制度の導入を進めるよう、表彰制度等の検討を行うとともに、助成金等による支援を行う。

企業において、「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」に基づくがん患者の働きやすい環境整備を推進するため、産業保健総合支援センター等において、経営者等に対する啓発セミナーや産業医、産業保健スタッフ、人事労務担当者等に対する専門的研修を開催する。

---

66 「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」とは、事業場が、がん、脳卒中等の疾病を抱える方々に対して、適切な就業上の措置や治療に対する配慮を行い、治療と職業生活が両立できるようにするため、事業場における取組等をまとめたもの。

67 「産業保健総合支援センター」とは、各都道府県に設置されており、事業場で産業保健活動に携わる事業主、人事労務担当者、産業医、産業保健スタッフ等に対して、研修や専門的な相談への対応等を行う支援機関のこと。

国は、両立支援に係る相談対応や両立支援に取り組む事業場への訪問指導、がん患者と事業場の間の個別調整支援等を実施するとともに、支援が活用されるよう周知を図る。

企業は、社員研修等により、がんを知り、がん患者への理解を深め、がん患者が働きやすい社内風土づくりを行うよう努める。

がん患者・経験者に対する就労支援を推進するため、地域における就労支援の関係者等で構成するチームを設置し、連携した取組の推進を図る。

現在、職域における健康の保持や増進のための取組として、企業等における「健康経営」を表彰する取組が推進されており、平成 27（2015）年の「健康経営銘柄」の選定に続き、平成 29（2017）年２月には中小企業等を対象とした「健康経営優良法人」も認定されているが、その選定基準に、「病気の治療と仕事の両立の促進に向けた取り組み」を盛り込んだ。

国は、治療と仕事の両立等の観点から、傷病手当金の支給要件等について検討し、必要な措置を講ずる。

② 就労以外の社会的な問題について

（現状・課題）

がんに罹患して治療を受けている者は、現在 163 万人[68]である。がんの治療成績の向上に伴い、がん経験者は増加しており、就労支援のみならず、がん患者・経験者のＱＯＬ向上に向けた取組が求められる。

社会的な問題としては、がんに対する「偏見」があり、地域によっては、がんの罹患そのものが日常生活の大きな障壁となること、自身ががんであることを自由に話すことができず、がん患者が社会から隔離されてしまうことがあることや、離島、僻地における通院等に伴う経済的な課題、がん治療に伴う外見（アピアランス）の変化（爪、皮膚障害、脱毛等）、診療早期における生殖機能の温存、後遺症及び性生活（セクシャリティ）に関する相談支援並びに情報提供の体制が構築されていないこと等が指摘されているものの、十分な検討がなされていない。

[68] 平成 26（2014）年「患者調査」

また、我が国のがん患者の自殺は、診断後１年以内が多いという報告[69]があるが、拠点病院等であっても相談体制等の十分な対策がなされていない状況にある。がん診療に携わる医師や医療従事者を中心としたチームで、がん患者の自殺の問題に取り組むことが求められる。

さらに、我が国において、障害のあるがん患者に関する課題は明確になっていない。障害のあるがん患者に対してどのような対応が必要かということについて、行政、医療従事者での問題意識の共有が不十分であり、対応も病院ごとに異なる。また、罹患前から障害を持つ人だけでなく、がん治療によって障害を持つことになった人に関する課題についても、十分な検討がなされていない。がんに罹患した後も、治療により長期に生存することが可能になっているが、高額な治療が必要な患者については、その医療費が生活を圧迫し続けるという指摘もある。

（取り組むべき施策）

地方公共団体は、学校におけるがん教育だけでなく、がんに対する「偏見」の払拭や国民全体に対する健康についての啓発につながるよう、民間団体や患者団体等の協力を得ながら、がんに関する正しい知識を得る機会を設ける。

国は、がん患者の経済的な課題を明らかにし、利用可能な社会保障制度に関する周知の方法や、その他の課題の解決に向けた施策を検討する。

国は、がん患者の更なるＱＯＬ向上を目指し、医療従事者を対象としたアピアランス支援研修等の開催や、生殖機能の温存等について的確な時期に治療の選択ができるよう、関係学会等と連携した相談支援及び情報提供のあり方を検討する。

国は、家族性腫瘍に関する情報を集約化し、診断、治療及び相談体制の整備や人材育成等について検討する。

国は、拠点病院等におけるがん患者の自殺の実態調査を行った上で、効果的な介入のあり方について検討する。また、がん患者の自殺を防止するためには、がん相談支援センターを中心とした自殺防止のためのセーフティーネットが必要であり、専門的・精神心理的なケアにつなぐための体制の構築やその周知を

[69] 「Psychooncology 2014; 23: 1034-41.」より引用。

行う。

国は、障害のあるがん患者の実態やニーズ、課題を明らかにする。各専門分野を越えた連携を可能とするため、障害者福祉の専門支援機関（点字図書館、生活訓練施設、作業所等）と拠点病院等との連携を促進させる仕組みについて検討する。コミュニケーションに配慮が必要ながん患者や、がん治療に伴って障害をもった患者等について、ユニバーサルな視点[70]を取り入れることを検討する。

【個別目標】

国は、３年以内に、「治療と仕事両立プラン（仮称）」を開発するとともに、そのプランを活用した、がん相談支援センターの相談員をはじめとする就労支援の関係者間の連携についてモデルを構築し、「治療と仕事両立プラン（仮称）」を用いた生活、介護及び育児の状況など、個々の事情に応じた就労支援を行うための体制整備を進める。

国は、３年以内に、医療機関向けに企業との連携のためのマニュアルを作成し、その普及を開始する。

国は、がん患者・経験者、その家族の生活の質を向上させるため、がん患者や家族に関する研究を行うことによって、その課題を明らかにする。また、既存の施策の強化や普及啓発など、更なる施策の必要性について検討する。

[70] 「ユニバーサルな視点」とは、「バリアフリー」のように、既存の状況を前提として、利用できない環境を特別な方法で解決するという考え方ではなく、物事の設計の段階から、広く誰もが、という普遍的（ユニバーサル）な考え方に基づく視点のこと。

（５） ライフステージに応じたがん対策

がんによって、個々のライフステージごとに、異なった身体的問題、精神心理的問題及び社会的問題が生じることから、小児・ＡＹＡ世代や高齢者のがん対策など、他の世代も含めた「ライフステージに応じたがん対策」を講じていく必要がある。

小児・ＡＹＡ世代のがん患者に対する教育については、平成 28（2016）年の法の一部改正によって、法第 21 条に、「国及び地方公共団体は、小児がんの患者その他のがん患者が必要な教育と適切な治療とのいずれをも継続的かつ円滑に受けることができるよう、必要な環境の整備その他の必要な施策を講ずるものとする」と明記されるなど、更なる対策が求められている。

① 小児・ＡＹＡ世代について

（現状・課題）

小児・ＡＹＡ世代のがんは、他の世代に比べて患者数が少なく、疾患構成も多様であり、医療従事者に診療や相談支援の経験が蓄積されにくいこと、乳幼児から思春期・若年成人世代まで幅広いライフステージで発症し、晩期合併症のため、治療後も長期にわたりフォローアップを要すること及び年代によって就学、就労、生殖機能等の状況が異なり、心理社会的状況も様々であって個々の状況に応じた多様なニーズが存在することから、成人のがんとは異なる対策が求められている。

小児・ＡＹＡ世代のがん患者の中には、成長過程にあり、教育を受けている者がいることから、治療による身体的・精神的な苦痛を伴いながら学業を継続することを余儀なくされている者がいる。しかし、小児・ＡＹＡ世代のがん患者のサポート体制は、必ずしも十分なものではなく、特に、高校教育の段階においては、取組が遅れていることが指摘されている。このため、小児・ＡＹＡ世代のがん患者が治療を受けながら学業を継続できるよう、入院中・療養中の教育支援、退院後の学校・地域での受入れ体制の整備等の教育環境の更なる整備が求められている。

小児・ＡＹＡ世代のがん経験者は、晩期合併症等により、就職が困難な場合があるため、就労支援に当たっては、成人発症のがん患者とニーズや課題が異なることを踏まえる必要がある。利用可能な制度や相談機関が、がん患者・経験者と家族に周知されていない場合があること、周知されていても十分に活用

されていない場合があること等の指摘がある。

小児・ＡＹＡ世代の緩和ケアは、家族に依存しており、家族が離職する場合があるなど、家族の負担が非常に大きい。また、小児の在宅医療に対応できる医療関係者は限られており、緩和ケア病棟もほとんどないとの指摘がある。

（取り組むべき施策）

国は、医師・看護師等の医療従事者に対し、長期フォローアップ[71]に関する教育を充実させる。「小児がん治療後の長期フォローアップガイドライン」[72]等を活用しながら長期フォローアップの体制を整備する。晩期合併症対策を専門とする医療体制を構築するとともに、晩期合併症に関する研究を推進する。

国及び地方公共団体は、医療従事者と教育関係者との連携を強化するとともに、情報技術（ＩＣＴ）を活用した高等学校段階における遠隔教育など、療養中においても適切な教育を受けることのできる環境の整備や、復学・就学支援など、療養中の生徒等に対する特別支援教育をより一層充実させる。

国は、小児・ＡＹＡ世代のがん患者の長期フォローアップについて、晩期合併症への対応、保育・教育・就労・自立・心理的課題に関する支援を含め、ライフステージに応じて成人診療科と連携した切れ目のない相談等の支援の体制整備を推進する。

国は、小児・ＡＹＡ世代のがん経験者の就労における課題を踏まえ、医療従事者間の連携のみならず、安定所、地域若者サポートステーション[73]等を含む就労支援に関係する機関や患者団体との連携を強化する。

国は、緩和ケアに従事する医療従事者が、小児・ＡＹＡ世代のがん医療に携

---

71 「長期フォローアップ」とは、原疾患の治療がほぼ終了し、診療の重点が晩期合併症、後遺症や副作用対策が主となった時点からの対応のこと（出典：がん対策推進協議会小児がん専門委員会資料）。

72 日本小児白血病リンパ腫研究グループ（JPLSG）の長期フォローアップ委員会が作成した「小児がん治療後の長期フォローアップガイドライン」
http://jplsg.jp/menu11_contents/FU_guideline.pdf

73 「地域若者サポートステーション（通称：「サポステ」）」とは、働くことに悩み・課題を抱えている15歳～39歳までの若者に対し、キャリアコンサルタント等による専門的な相談支援、個々のニーズに即した職場体験、就職後の定着・ステップアップ相談等による職業的自立に向けた支援を行う就労支援機関のこと。

わる診療従事者と問題点や診療方針等を共有できるようにすること、入院中だけでなく外来や在宅においても連携できるようにすることを目的として、例えば、小児がん緩和ケア研修会を実施するなど、小児・ＡＹＡ世代のがん患者に対する緩和ケア提供体制の整備や在宅療養環境の整備等に必要な方策を検討する。

② 高齢者について

（現状・課題）

高齢者は、入院をきっかけに認知症と診断される場合や、既にある認知症の症状が悪化する場合があるため、がん医療における意思決定等について、一定の基準が必要と考えられるが、現状そのような基準は定められていない。

高齢者ががんに罹患した際には、医療と介護との連携の下で適切ながん医療を受けられることが重要であり、医療従事者のみならず、介護従事者についても、がんに関する十分な知識が必要とされている。

（取り組むべき施策）

国は、認知症等を合併したがん患者や、看取り期における高齢のがん患者の意思決定を支援するための方策について、検討を行う。

国は、高齢のがん患者を支援するため、医療機関・介護施設等の医師、医療従事者及び介護従事者が連携し、患者とその家族の意思決定に沿った形で患者の療養生活を支えるための方策を検討する。

【個別目標】

国は、小児・ＡＹＡ世代のがんの経験者が治療後の年齢に応じて、継ぎ目なく診療や長期フォローアップを受けられる体制の整備を進める。そのため、３年以内に、「小児がん医療・支援のあり方に関する検討会」及び「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」で検討を行い、小児がん拠点病院とがん診療連携拠点病院等の整備指針の見直しを行う。

また、高齢のがん患者の意思決定の支援に関する診療ガイドラインを策定し、拠点病院等に普及させることを検討する。

4. これらを支える基盤の整備

がん対策における横断的な対応が必要とされる基盤として、「がん研究」、「人材育成」及び「がん教育・がんに関する知識の普及啓発」を位置づけ、一層の対策を講ずる。

（１） がん研究

（現状・課題）

我が国のがん研究は、第２期基本計画と「健康・医療戦略」（平成 26（2014）年７月 22 日閣議決定）を踏まえ、平成 26（2014）年度に、厚生労働大臣、文部科学大臣、経済産業大臣の確認の下に策定された「がん研究 10 か年戦略」に基づき、計画的に進めている。

「がん研究 10 か年戦略」においては、「がんの本態解明に関する研究」、「アンメットメディカルニーズに応える新規薬剤開発に関する研究」、「充実したサバイバーシップを実現する社会の構築をめざした研究」等の具体的研究事項を定め、平成 27（2015）年４月に設立された国立研究開発法人日本医療研究開発機構（Japan Agency for Medical Research and Development。以下「ＡＭＥＤ」という。）と協力しながら、長期的視点を持って研究成果を産み出すこととしている。具体的には、医薬品、医療機器を開発するために、厚生労働省、文部科学省、経済産業省の３省連携プロジェクトとして、「ジャパン・キャンサーリサーチ・プロジェクト」を推進しており、基礎研究から実用化を目指した研究まで一貫した管理を行い、がん医療の実用化を加速している。

厚生労働省の「がん対策推進総合研究事業」においては、充実したサバイバーシップを実現する社会の構築や、がん対策の効果的な推進・普及のための研究を進めているものの、公衆衛生、政策形成等に関する公的な研究が不十分との指摘がある。なお、サバイバーシップに関する研究は、「がん研究 10 か年戦略」に、「充実したサバイバーシップを実現する社会の構築をめざした研究」として位置づけられているものの、現在のがん患者を取り巻く社会の状況に応じた更なる研究が求められている。

依然として、小児がん、希少がん及び難治性がんについては、標準的治療や診療ガイドラインがないがん種があること、必ずしも、科学的な根拠に基づかない治療が提供されていること、臨床研究における症例集積が困難であること

等に加え、医療従事者に対する臨床研究に関する情報提供が分かりやすくなされていないことが、新たな治療開発の障壁となっている。

また、がんの克服を目指し、目覚ましい発展を遂げているゲノム解析や人工知能を含めた情報通信技術等をがん医療に応用すること等による、革新的な診断法や治療法の開発が求められている。

治験、臨床試験に関する計画立案の段階から、研修を受けた患者が参画することによって、患者視点のアウトカムの提案や、患者のリクルートの適正化等をより高い精度で進めていくことの必要性が指摘されている。

（取り組むべき施策）

「がん研究 10 か年戦略」は、本基本計画を踏まえ、中間評価や内容を見直すこととしており、国は、現状のニーズや我が国に求められる研究について、有識者の意見を参考にしつつ見直す。

ＡＭＥＤは、基礎的な研究から実用化に向けた研究までを一体的に推進するため、有望な基礎研究の成果の厳選及び医薬品・医療機器の開発と企業導出を速やかに行うための取組を推進する。

「ジャパン・キャンサーリサーチ・プロジェクト」を中心として、関係省庁が協力し、小児がん、希少がん、難治性がん等の標準的治療の確立や診療ガイドラインの策定及びバイオマーカー[74]の開発に向けた取組をより一層推進する。

また、新たな治療法の開発が期待できるゲノム医療や免疫療法について、重点的に研究を推進する。

国は、ゲノム医療に関しては、「がんゲノム情報管理センター（仮称）」に集積された情報を分析すること等により、戦略的にがん研究を進める体制を整備する。

[74] 「バイオマーカー」とは、血液や尿等の体液や組織に含まれるタンパク質や遺伝子等の生体内の物質で、病気の変化や治療に対する反応に相関し、指標となるもの。バイオマーカーの量を測定することで、病気の存在、進行度及び治療の効果の指標の１つとすることができ、腫瘍マーカーもバイオマーカーの一種である（出典：国立がん研究センターがん情報サービス）。

国は、革新的な診断法や治療法を創出するため、リキッドバイオプシー等を用いた低侵襲性診断技術や早期診断技術の開発、新たな免疫療法に係る研究等について、戦略的に研究開発を推進する。

国は、健康に無関心な層に対して、がんの予防法を周知する方法を含め、効果的な健康増進に関する研究に取り組む。これらの研究の必要性を戦略上より一層明確に位置づけ、関係省庁、関係機関等が一体となって推進する。

国は、患者の声を取り入れながら、がん罹患後の社会生活に関する研究や、中長期的な後遺症に対する診療ガイドラインを作成するための研究など、サバイバーシップ研究を推進する。

国は、治験をはじめとした臨床研究の情報を医療従事者や国民にわかりやすく提供するとともに、関係団体等と連携し、治療開発を一層推進する。

ＡＭＥＤは、海外の研究体制と同様、我が国でも患者やがん経験者が研究のデザインや評価に参画できる体制を構築するため、平成 30（2018）年度より、患者及びがん経験者の参画によって、がん研究を推進するための取組を開始する。また、国は、研究の計画立案と評価に参画可能な患者を教育するためのプログラムの策定を開始する。

国は、近年著しく進歩しつつある革新的医療機器については、均てん化に資する更なるコストダウン等に向けた研究開発を推進する。

国は、拠点病院等や小児がん拠点病院と臨床研究中核病院等との連携を一層強化し、がん患者に対して、臨床研究を含めた治療選択肢を提供できる体制を整備する。

【個別目標】

国は、２年以内に、「がん研究 10 か年戦略」のあり方について検討を行い、新たな課題や重点的に進めるべき研究を盛り込む。その際、必要に応じて、現在ＡＭＥＤで行われている事業の研究領域を見直し、科学技術の進展や臨床ニーズに見合った研究を推進する。

（２） 人材育成

（現状・課題）

集学的治療等の提供については、引き続き、手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法を専門的に行う医療従事者を養成するとともに、こうした医療従事者と協力して、がん医療に関する基本的な知識や技能を有し、がん医療を支えることのできる薬剤師、看護師等の人材を養成していく必要がある。

これまで、厚生労働省では、拠点病院等を中心に、医療チームによる適切な集学的治療等を提供するため、「がん対策推進総合研究事業」における外科医の育成プログラム、病理医育成ネットワーク、緩和ケア研修、リハビリテーション研修等の人材育成のための支援を行ってきた。

文部科学省では、平成 24（2012）年度から平成 28（2016）年度まで、「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン[75]」を実施し、全国の大学に、がんに特化した臓器横断的な講座が整備され、手術療法、放射線療法及び薬物療法のほか、緩和ケア等のがん医療に専門的に携わる医師、歯科医師、看護師、薬剤師、診療放射線技師、医学物理士等の医療従事者の育成を行ってきた。

一方、近年、ゲノム医療等のがん医療が進歩し細分化が進んだことや、希少がん、難治性がん及び小児・ＡＹＡ世代のがん等の特性やライフステージに応じた対応が必要とされていることにより、専門的な人材の育成を更に進めていくことが求められているものの、どのような人材を重点的に育成すべきか、必ずしも方向性が定まっていない。

医学部のモデル・コア・カリキュラム[76]や医師国家試験の出題基準等においては、緩和ケアに関する項目があるが、卒前教育においては、緩和ケアにおけるチーム連携に係る教育を充実させる必要があるとの指摘がある。

---

[75]「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」とは、文部科学省において平成 24(2012)年度に大学改革推進等補助金より開始された事業。手術療法、放射線療法、化学療法その他のがん医療に携わるがん専門医療人を養成する大学の取組を支援することを目的とした事業。平成 25（2013）年度より研究拠点形成費等補助金にて行われている。

[76]「医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成 28 年度改訂版・文部科学省）」において、「緩和ケア」について盛り込まれている。

（取り組むべき施策）

国は、がん医療や支援の均てん化に向けた、幅広い人材の育成について、検討を行う。

国は、文部科学省におけるこれまでの取組において構築された人材育成機能を活用し、がん医療を専門とする医療従事者の養成を継続するとともに、ゲノム医療や希少がん及び難治性がんへの対応や、小児・ＡＹＡ世代や高齢者といったライフステージに応じたがんへの対応ができる医療従事者等の育成を推進する。

国は、今後、緩和ケアをがん以外の疾患に広げていくために、大学等の教育機関において、実習等を組み込んだ緩和ケアの実践的な教育プログラムの充実や、緩和医療に関する講座の設置も含め、医師の卒前教育を担う指導者を育成するための積極的な取組を推進する。また、看護教育及び薬学教育においても、基本的な緩和ケアの習得を推進する。

【個別目標】

国は、２年以内に、今後のがん医療や支援に必要な人材と、幅広い育成のあり方について検討し、そのために必要な具体的なスケジュールを策定する。

（３） がん教育・がんに関する知識の普及啓発

（現状・課題）

法第 23 条では、「国及び地方公共団体は、国民が、がんに関する知識及びがん患者に関する理解を深めることができるよう、学校教育及び社会教育におけるがんに関する教育の推進のために必要な施策を講ずるものとする」とされている。

健康については、子どもの頃から教育を受けることが重要であり、子どもが健康と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理するとともに、がんに対する正しい知識、がん患者への理解及び命の大切さに対する認識を深めることが大切である。これらをより一層効果的なものとするため、医師やがん患者・経験者等の外部講師を活用し、子どもに、がんの正しい知識やがん患者・経験者の声を伝えることが重要である。

国は、平成 26（2014）年度より「がんの教育総合支援事業」を行い、全国のモデル校において、がん教育を実施するとともに、がん教育の教材や外部講師の活用に関するガイドラインを作成し、がん教育を推進している。しかし、地域によっては、外部講師の活用が不十分であること、教員のがんに関する知識が必ずしも十分でないこと及び外部講師が学校において指導する際の留意点[77]等を十分認識できていないことについて指摘がある。

国民に対するがんに関する知識の普及啓発は、「がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修等事業」や、職場における「がん対策推進企業等連携事業」の中で推進してきた。しかし、民間団体が実施している普及啓発活動への支援が不十分であるとの指摘がある。また、拠点病院等や小児がん拠点病院のがん相談支援センターや、国立がん研究センターがん情報サービスにおいて、がんに関する情報提供を行っているが、それらが国民に十分に周知されていないとの指摘がある。

---

[77] がん教育の実施に当たっては、以下のような事例について授業を展開する上で配慮が求められるとされている。①小児がんの当事者、小児がんにかかったことのある児童生徒がいる場合、②家族にがん患者がいる児童生徒や、家族をがんで亡くした児童生徒がいる場合、③生活習慣が主な原因とならないがんもあり、特に、これらのがん患者が身近にいる場合、④がんに限らず、重病・難病等にかかったことのある児童生徒や、家族に該当患者がいたり家族を亡くしたりした児童生徒がいる場合（出典：外部講師を用いたがん教育ガイドライン；文部科学省）。

（取り組むべき施策）

国は、学校におけるがん教育について、全国での実施状況を把握する。教員には、がんについての理解を促すため、外部講師には、学校でがん教育を実施する上での留意点や指導方法を周知するため、教員や外部講師を対象とした研修会等を実施する。

都道府県及び市町村において、教育委員会及び衛生主管部局が連携して会議体を設置し、医師会や患者団体等の関係団体とも協力しながら、また、学校医やがん医療に携わる医師、がん患者・経験者等の外部講師を活用しながら、がん教育が実施されるよう、国は必要な支援を行う。

国や地方公共団体は、引き続き、検診や緩和ケア等の普及啓発活動を推進する。また、民間団体や患者団体によって実施されている普及啓発活動をより一層支援するとともに、がん相談支援センターやがん情報サービスに関する広報を行う。

事業主や医療保険者は、雇用者や被保険者・被扶養者が、がんに関する正しい知識を得ることができるよう努める。

【個別目標】

国は、全国での実施状況を把握した上で、地域の実情に応じて、外部講師の活用体制を整備し、がん教育の充実に努める。

国民が、がん予防や早期発見の重要性を認識し、自分や身近な人ががんに罹患しても、そのことを正しく理解し向き合うことができるよう、国は、がんに関する知識の普及啓発を更に進める。

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

がん対策を実効あるものとして、総合的に展開していくためには、国、地方公共団体、関係者等が、適切な役割分担の下、相互の連携を図りつつ、一体となって努力することが重要である。

国及び地方公共団体は、関係者等の意見の把握に努め、がん対策に反映させていくことが重要である。

国及び地方公共団体は、がん教育、がんに関する知識の普及啓発等により、がん患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境の整備への理解を図るとともに、相談支援や情報提供を行うことにより、国民とともに、地域における「がんとの共生社会」を目指して、共に取り組んでいくことが重要である。

２．都道府県による計画の策定

都道府県においては、本基本計画を基本としながら、本基本計画と、平成 30（2018）年度からの新たな医療計画等との調和を図ることが望ましい。また、がん患者に対するがん医療の提供の状況等も踏まえ、地域の特性に応じた自主的かつ主体的な施策も盛り込みつつ、なるべく早期に、「都道府県がん対策推進計画（以下「都道府県計画」という。）」の見直しを行うことが望ましい。

なお、都道府県計画の見直しの際には、都道府県の協議会等にがん患者等が参画するなど、都道府県は、関係者等の意見の聴取に努める。また、がん対策の課題を抽出し、その解決に向けた目標を設定すること、必要な施策を検討し、実施すること、施策の進捗状況を把握し、評価すること等を実施しながら、必要があるときには、都道府県計画を変更するよう努める。国は、都道府県のがん対策の状況を定期的に把握し、積極的に都道府県に対して好事例の情報提供を行うなど、都道府県との情報共有に努める。

都道府県計画の作成に当たり、国は、都道府県計画の作成手法等について、必要な助言を行う。都道府県は、がん検診のみならず、普及啓発や地域における患者支援等の市町村の取組についても都道府県計画に盛り込むことが望ましい。

３．がん患者を含めた国民の努力

がん患者を含めた国民は、法第６条のとおり、がんに関する正しい知識を持

ち、がんの予防に必要な注意を払い、必要に応じ、がん検診を受けるよう努めることとされており、今後のがん医療の向上に資するよう、以下の点についても努力していくことが望まれる。

- がん医療は、がん患者、家族、医療従事者の人間関係を基盤として成り立っていることから、医療従事者のみならず、がん患者やその家族も、医療従事者と信頼関係を築くことができるよう努めること。

- がん患者が適切な医療を受けるためには、セカンドオピニオンに関する情報の提示、がんに関する十分な説明、相談支援等が重要であるが、がん患者やその家族も、医療従事者からの説明を受けながら、病態や治療内容等について、理解するよう努めること。

- がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策を実現させるため、がん患者を含めた国民も、国、地方公共団体、関係者等と協力して、都道府県におけるがん対策の議論に参画するなど、がん医療や、がん患者とその家族に対する支援を充実させることの重要性を認識し、行動するよう努めること。

- 国や地方公共団体が国民の理解を得るために行う普及啓発は重要であるが、治験を含む臨床試験を円滑に進めていくためには、がん患者の協力が不可欠であることから、がん患者を含めた国民も、がんに関する臨床試験の意義を理解するよう努めること。

４．患者団体等との協力

国及び地方公共団体は、民間団体が行うがん患者の支援に関する活動、がん患者の団体が行う情報交換等の活動等を支援するため、情報提供その他の必要な施策を講ずるよう努める。

５．必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化

基本計画による取組を総合的かつ計画的に推進し、全体目標を達成するためには、がん対策を推進する体制を適切に評価していくこと、各取組の着実な実施に向けて必要な財政措置を行っていくこと等が重要である。

一方、近年の厳しい財政事情の下では、限られた予算を最大限有効に活用することによって、がん対策の成果を上げていくという視点が必要となる。

このため、より効率的に予算の活用を図る観点から、選択と集中の徹底、各施策の重複排除及び関係省庁間の連携強化を図るとともに、官民で役割と費用負担の分担を図る。

また、将来にわたって必要かつ適切ながん医療を提供するため、効率的かつ持続可能ながん対策を実現する。

６．目標の達成状況の把握

国は、全体目標とそれを達成するために必要な分野別施策の個別目標等について、ロードマップを作成し、公表する。

国は、基本計画に定める目標及びロードマップについては、適宜、その達成状況についての調査を行い、その結果を公表する。また、がん対策の評価に資する医療やサービスの質も含め、分かりやすい指標の策定について、引き続き必要な検討を行い、施策の進捗管理と必要な見直しを行う。

なお、国は、計画期間全体にわたり、基本計画の進捗状況を把握し、管理するため、３年を目途に、中間評価を行う。その際、個々の取り組むべき施策が個別目標の達成に向けて、どれだけの効果をもたらしているか、施策全体として効果を発揮しているかという観点から、科学的・総合的な評価を行い、その評価結果を踏まえ、課題を抽出し、必要に応じて施策に反映するものとする。また、協議会は、がん対策の進捗状況を踏まえ、施策の推進に資する上で必要な提言を行うとともに、必要に応じて、検討会等の積極的な活用を行うこととする。

また、都道府県は、都道府県計画に基づくがん対策の進捗管理に関するＰＤＣＡサイクルを回し、施策に反映するよう努める。

７．基本計画の見直し

法第 10 条第７項では、「政府は、がん医療に関する状況の変化を勘案し、及びがん対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも６年ごとに、基本計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更しなければならない」と定められている。このため、計画期間が終了する前であっても、必要があるときには、本基本計画を変更するものとする。

資料１７-(３)

第８回　がん診療連携拠点病院の指定要件に関する

ワーキンググループ

議事次第

日時：令和４年５月 30 日（月）　１３：００～１６：００
場所：Web 開催

１　開会
２　議題
（１）がん診療連携拠点病院等における指定要件の見直しについて
（２）今後の予定

【資料】
議事次第
資料１　がん診療連携拠点病院等における指定要件の見直しについて
参考資料１　「がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」開催要項
参考資料２　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 0731 第１号厚生労働省健康局長通知）
参考資料３　望ましい要件の充足状況まとめ
参考資料４　診療従事者の人員要件と配置状況
参考資料５　医療に関する広告が可能となった医師等の専門性に関する資格名等について

第８回がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ	資料1
令和４年５月30日	

がん診療連携拠点病院等の指定要件について（総論）

厚生労働省健康局
がん・疾病対策課

議題一覧

1. 指定要件の項目の見直しについて ･･･4
2. 都道府県がん診療連携協議会のあり方について ･･･5
3. 全ての拠点病院等が対応すべき項目と、役割分担の上で連携すべき項目 ･･･7
4. 都道府県がん診療連携拠点病院のあり方について ･･･12
5. 地域がん診療連携拠点病院（高度型）のあり方について ･･･14
6. 特定領域がん診療連携拠点病院のあり方について ･･･19
7. 拠点病院が主に体制を確保すべき対象とするがん種等について ･･･20
8. 小児がんの長期フォローアップ ･･･24
9. BCP（事業継続計画）的な視点に基づく診療体制の確保について ･･･25
10. 専門的な知識及び技能を有する診療従事者について ･･･29
11. 診療従事者人員要件について ･･･32
12.「望ましい」等の要件について ･･･37
13. 要件未充足への対応 ･･･39
14. 情報公開 ･･･45
15. 新たな要件への経過措置等について ･･･50
16. 都道府県の定めるがん医療圏の見直しについて ･･･51

がん診療連携拠点病院等（現行）

- **「国立がん研究センター」**は、指定の検討会の意見を踏まえ、がん診療連携拠点病院として厚生労働大臣が指定する。
- **「がん診療連携拠点病院（都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院）」「特定領域がん診療連携拠点病院」「地域がん診療病院」**は、都道府県知事が推薦し、指定の検討会の意見を踏まえて厚生労働大臣が指定する。
- 「地域がん診療連携拠点病院」は、**「高度型」「特例型」**として、指定の類型を定めることができる。

〈がん診療連携拠点病院等の全体像〉

◆都道府県がん診療連携協議会（都道府県協議会）
都道府県がん診療連携拠点病院は都道府県協議会を設置し、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。

都道府県がん診療連携拠点病院（51か所）
・都道府県における中心
・都道府県下の拠点病院等のとりまとめ（研修実施、情報提供等）

地域がん診療連携拠点病院（354か所）
- がん医療圏に原則１か所整備
- 専門的ながん医療の提供・連携体制の整備

地域がん診療連携拠点病院（高度型）：55か所
診療機能等が高く、同一のがん医療圏に１か所

地域がん診療連携拠点病院：293か所

地域がん診療連携拠点病院（特例型）：６か所
指定要件を欠くなどの事態が発生した場合

特定領域がん診療連携拠点病院（１か所）
- 特定のがんについて都道府県で最も多くの患者を診療

地域がん診療病院（45か所）
- がん診療連携拠点病院のないがんの医療圏に１か所整備
- グループ指定（隣接するがん診療連携拠点病院との連携）

534

国・厚生労働省

◆都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会（国協議会）
国立がん研究センターと都道府県がん診療連携拠点病院が連携し、情報収集、共有、評価、広報を行う。

国立がん研究センター（２か所）
- がん対策の中核的機関としてがん医療を牽引
- 都道府県下のがん診療連携拠点病院等に対し、診療支援、情報提供、人材育成等の役割を担う
- 我が国におけるがん診療等に関する情報を収集、分析、評価し、改善方策を検討した上で国に提言

※令和４年４月１日時点

1．指定要件の項目の見直しについて

見直しの論点

- 現行の整備指針では、多数の指定要件が定められており、医療機関にとって把握しにくく、負担となっているという意見がある。
- また、既に多くの医療機関において十分実施されている内容を含んでいるとの指摘がある。
- 一方で、妊孕性温存療法等、新たに拠点病院等の要件に加えることを検討するべき分野も存在している。
- 新たな要件に拠点病院等が取り組みやすくするために、指定要件を見直すことについて、どう考えるか。

方針（案）

- 新たな要件について必要な項目の追加は行いつつも全体として現行のものよりも簡素化することを目指す。
- すでに多くの医療機関で十分に実施されており、他施策の状況なども踏まえて、要件の削除を行っても診療の質が維持される可能性が高い要件は削除する。
- すでに多くの医療機関で十分に実施されているが、当該要件を設定することによりそれを維持する必要がある要件は簡素化した記載を残すこととする。

2. 都道府県がん診療連携協議会のあり方について

見直しの論点

- 新型コロナウイルス感染症の流行に対して、がん診療体制についても大きな影響を受けたが、地域における連携が十分に機能できていれば、その影響を最小化できたのではないかとの指摘もある。
- 都道府県がん診療連携協議会（以下協議会とする。）が、十分に機能していない地域もあるとの意見もあり、各地域におけるがん対策を適切に推進していくために、協議会の機能を強化するようにしてはどうか。

方針（案）

- 全てのがん診療連携拠点病院等には、協議会への積極的な参画を求めてはどうか。
- 協議会には、各都道府県の行政や患者団体などの関係団体にも積極的な関与を求めてはどうか。
- 都道府県がん診療連携拠点病院（以下都道府県拠点病院とする。）には、協議会における調整やとりまとめの機能を求めてはどうか。
- 協議会においては、がん対策基本法、がん対策推進基本計画、各都道府県のがん計画等の趣旨や内容を踏まえて、都道府県におけるがん対策を強力に推進する役割を求めてはどうか。
- また、適切な医療提供体制の整備に向けて、地域におけるがん診療に関連する人材育成や適正配置についても特定機能病院等を中心に議論を行うよう求めてはどうか。

都道府県協議会と拠点病院等の関係性（案）

都道府県協議会

・国のがん対策推進基本法及びがん対策推進基本計画、都道府県のがん計画等を強力に推進する役割を担う
・都道府県全体のがん医療の質の向上を担い、そのための議論・調整・広報等を行う
・特定機能病院等を中心とした高度ながん医療に関する人材育成、医師の適正配置における議論・調整を行う

地域がん診療病院
拠点病院と連携して各がん医療圏のがん医療の質の向上を担う

地域がん診療連携拠点病院
各がん医療圏のがん医療の質の向上を担う

都道府県がん診療連携拠点病院
協議会を取りまとめ、都道府県全体のがん医療の質の向上に関し中心的な役割を担う

特定機能病院
人材育成、医師派遣　等

グループ指定 | データ分析、評価、共有 | 連携協力体制の推進 | 人材育成 | 人員配置 | 広報 | ＢＣＰ体制構築 | etc･･･

537

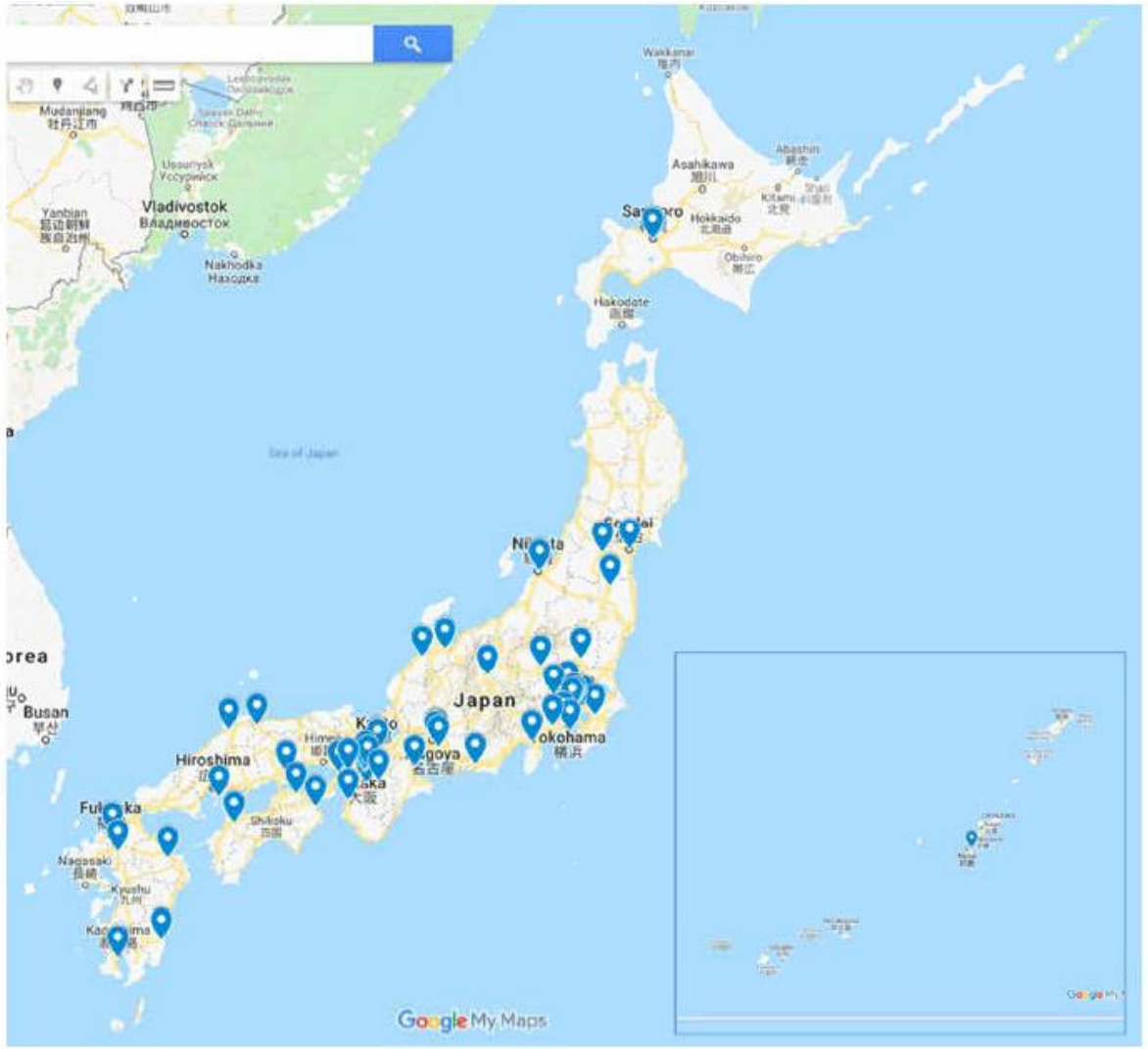
３．全ての拠点病院等が対応するべき項目と、役割分担の上で連携を推進すべき項目

見直しの論点

- がん医療の質の均てん化の観点から、全ての拠点病院等において提供することが求められる項目がある一方で、全ての拠点病院等では対応が難しく、役割分担の明確化を図る必要がある項目が存在するとの指摘がある。
- 全ての拠点病院等で対応を行わない項目についても、役割分担の明確化と連携の推進によって、全ての患者が適切な医療に比較的容易にアクセスすることができるようにしていく必要がある。

参考：役割分担の上で連携を推進すべき項目の例①

希少がん情報公開専門病院　-四肢軟部肉腫-



539

病院名
北海道がんセンター
札幌医科大学附属病院
東北大学病院
山形大学医学部附属病院
福島県立医科大学附属病院
栃木県立がんセンター
群馬大学医学部附属病院
埼玉県立がんセンター
埼玉医科大学国際医療センター
千葉県がんセンター
東京歯科大学市川総合病院
東京都立駒込病院
がん研有明病院
国立がん研究センター中央病院
慶應義塾大学病院
東京医科大学病院
順天堂大学医学部附属　順天堂医院
帝京大学医学部附属病院
神奈川県立がんセンター
横浜市立大学附属病院
東海大学医学部付属病院
新潟県立がんセンター新潟病院
新潟大学医歯学総合病院
富山大学附属病院
金沢大学附属病院
信州大学医学部附属病院
静岡県立静岡がんセンター
浜松医科大学医学部附属病院
愛知県がんセンター病院（旧 愛知県がんセンター中央病院）
名古屋大学医学部附属病院
名古屋市立大学病院
藤田医科大学病院（旧 藤田保健衛生大学病院）
三重大学医学部附属病院
京都府立医科大学附属病院
京都大学医学部附属病院
大阪国際がんセンター
大阪市立総合医療センター
大阪市立大学医学部附属病院
大阪医療センター
大阪大学医学部附属病院
近畿大学病院
松下記念病院
兵庫県立がんセンター
神戸大学医学部附属病院
奈良県立医科大学附属病院
和歌山県立医科大学附属病院
鳥取大学医学部附属病院
島根大学医学部附属病院
岡山大学病院
呉医療センター
徳島大学病院
香川大学医学部附属病院
四国がんセンター
愛媛大学医学部附属病院
九州大学病院
久留米大学病院
大分大学医学部附属病院
宮崎大学医学部附属病院
鹿児島大学病院
琉球大学医学部附属病院

国立がん研究センター　がん対策研究所
希少がん対策WG　第9回四肢軟部肉腫分科会（令和元年12月25日） 資料1より抜粋・一部改変

参考：役割分担の上で連携を推進すべき項目の例②

合計25か所
- 重粒子線　6か所
- 陽子線　18か所
- 両者　1か所

重粒子線・陽子線治療施設一覧　2022年4月時点

重粒子線	陽子線	都道府県	施設名称
	●	北海道	北海道大学病院陽子線治療センター
	●	北海道	札幌禎心会病院陽子線治療センター
	●	北海道	北海道大野記念病院　札幌高機能放射線治療センター
●		山形県	山形大学医学部東日本重粒子センター
	●	福島県	南東北がん陽子線治療センター
●		群馬県	群馬大学医学部附属病院 重粒子線医学研究センター
	●	茨城県	筑波大学附属病院 陽子線医学利用研究センター
	●	千葉県	国立がん研究センター東病院
●		千葉県	量子科学技術研究開発機構放射線医学総合研究所
●		神奈川県	神奈川県立がんセンター　重粒子線治療施設
	●	神奈川県	湘南鎌倉総合病院先端医療センター陽子線治療室
	●	長野県	相澤病院　陽子線治療センター
	●	静岡県	静岡県立静岡がんセンター
	●	愛知県	社会医療法人明陽会　成田記念陽子線センター
	●	愛知県	名古屋陽子線治療センター
	●	京都府	京都府立医科大学　永守記念最先端がん治療研究センター
●		大阪府	大阪重粒子線センター
	●	大阪府	大阪陽子線クリニック
	●	奈良県	高清会陽子線治療センター
	●	福井県	福井県立病院 陽子線がん治療センター
●	●	兵庫県	兵庫県立粒子線医療センター
	●	兵庫県	兵庫県立粒子線医療センター付属神戸陽子線センター
	●	岡山県	岡山大学・津山中央病院共同運用　がん陽子線治療センター
●		佐賀県	九州国際重粒子線がん治療センター
	●	鹿児島県	メディポリス国際陽子線治療センター

出典：http://www.antm.or.jp/05 treatment/04.html 公益財団法人 医用原子力技術研究振興財団より一部追加 合計25か所（重粒子線：6か所、陽子線：18か所、両者：1か所）

３．全ての拠点病院等が対応すべき項目と、役割分担の上で連携を推進すべき項目

方針（案）

- 協議会において、各都道府県内の拠点病院等の役割分担を議論・整理し、その結果を共有するとともに、情報公開することで患者に適切な医療を提供できる体制を確保することを求めてはどうか。
- 全ての都道府県に配置するよりも国全体で一定数を整備することが望ましい分野においては、国立がん研究センターが関係学会等と連携して情報を集約し、それらの治療方法等を実施する医療機関について、公開することとしてはどうか。
- また、どういった項目がそれらに該当するかについて、例示を行うこととしてはどうか。

全ての拠点病院等が対応すべき項目と、役割分担の上で連携を推進すべき項目（案）

国レベルで役割分担すべき項目（案）
- 粒子線治療等の特殊な放射線治療
- 希少がんへの診療および連携体制
- 小児・ゲノム拠点（別途WGで検討）

都道府県レベルで役割分担すべき項目（案）
- 緩和ケアセンター、緩和ケア病棟（ホスピス）、神経ブロックを含む総合的な疼痛緩和
- 強度変調放射線療法や核医学治療等の高度な放射線治療
- 分野別に希少がんの対応を行う体制
- 小児がんの長期フォローアップの実施
- AYAがんの支援体制
- 妊よう性温存療法の実施（別途ネットワークの構築を要件化している）

すべての拠点病院で整備すべき項目（案）
- 我が国に多いがんに対する集学的治療体制
- がん相談支援センター
- 役割分担すべき項目の対象となる者を、適切な医療機関につなげるための窓口、該当する患者への適切な情報提供
- 高齢者のがんに対する治療体制

4. 都道府県がん診療連携拠点病院のあり方について

見直しの論点

- 都道府県拠点病院の役割についてどのように考えるか。
- 特に、他の拠点病院よりも充実を求める内容について、その目的を明確化するべきではないか。都道府県拠点病院が、他の拠点病院の模範となり、将来的に全ての拠点病院に実装を目指す要件に絞ってもよいのではないかとの意見もある。
- また、都道府県における連携を推進するための牽引役として、協議会における役割の明確化も必要ではないか。

方針（案）

- 都道府県拠点病院には、協議会を通じて、当該都道府県におけるがん診療の連携体制を強力に推進するため、協議会における調整やとりまとめの機能を求めてはどうか。
- 診療機能の面では、（他の拠点病院と異なる機能を有しているというよりも）将来的に全ての拠点病院で必須とすることが望ましいが、すぐには整備し難い要件をモデル的に必須要件化することなど、拠点病院の将来像を示し、模範となる役割を求めてはどうか。

都道府県協議会と拠点病院等の関係性（案）

都道府県協議会

・国のがん対策推進基本法及びがん対策推進基本計画、都道府県のがん計画等を強力に推進する役割を担う
・都道府県全体のがん医療の質の向上を担い、そのための議論・調整・広報等を行う
・特定機能病院等を中心とした高度ながん医療に関する人材育成、医師の適正配置における議論・調整を行う

地域がん診療病院
拠点病院と連携して各がん医療圏のがん医療の質の向上を担う

地域がん診療連携拠点病院
各がん医療圏のがん医療の質の向上を担う

都道府県がん診療連携拠点病院
協議会を取りまとめ、都道府県全体のがん医療の質の向上に関し中心的な役割を担う

特定機能病院
人材育成、医師派遣　等

グループ指定 | データ分析、評価、共有 | 連携協力体制の推進 | 人材育成 | 人員配置 | 広報 | ＢＣＰ体制構築 | etc･･･

544

５．地域がん診療連携拠点病院（高度型）のあり方について

見直しの論点

- 整備指針において、地域がん診療連携拠点病院（高度型）（以下「地域拠点病院（高度型）」という。）の指定は同一医療圏に1か所と定められているところであるが、同一医療圏に複数であっても要件を満たす場合には指定を認めるべきだという指摘がある。
- 一方で、地域拠点病院（高度型）の指定要件は定義が不明確であり、地域によって推薦の積極性に差があり、結果として地域偏在が認められるのではないかという指摘もある。
- また、同一医療圏の中での差別化を図る目的のもと、導入されたが、結果として患者に与える印象と診療機能の実態が異なる、との意見もある。
- 地域拠点病院（高度型）を設けた時の目的や現時点における実態も踏まえた上で、その必要性や指定要件のあり方について、どう考えるか。

参考：地域がん診療連携拠点病院（高度型）の導入に至る議論

高度型の導入に至る主な議論（平成30年2月13日　第5回 がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ）

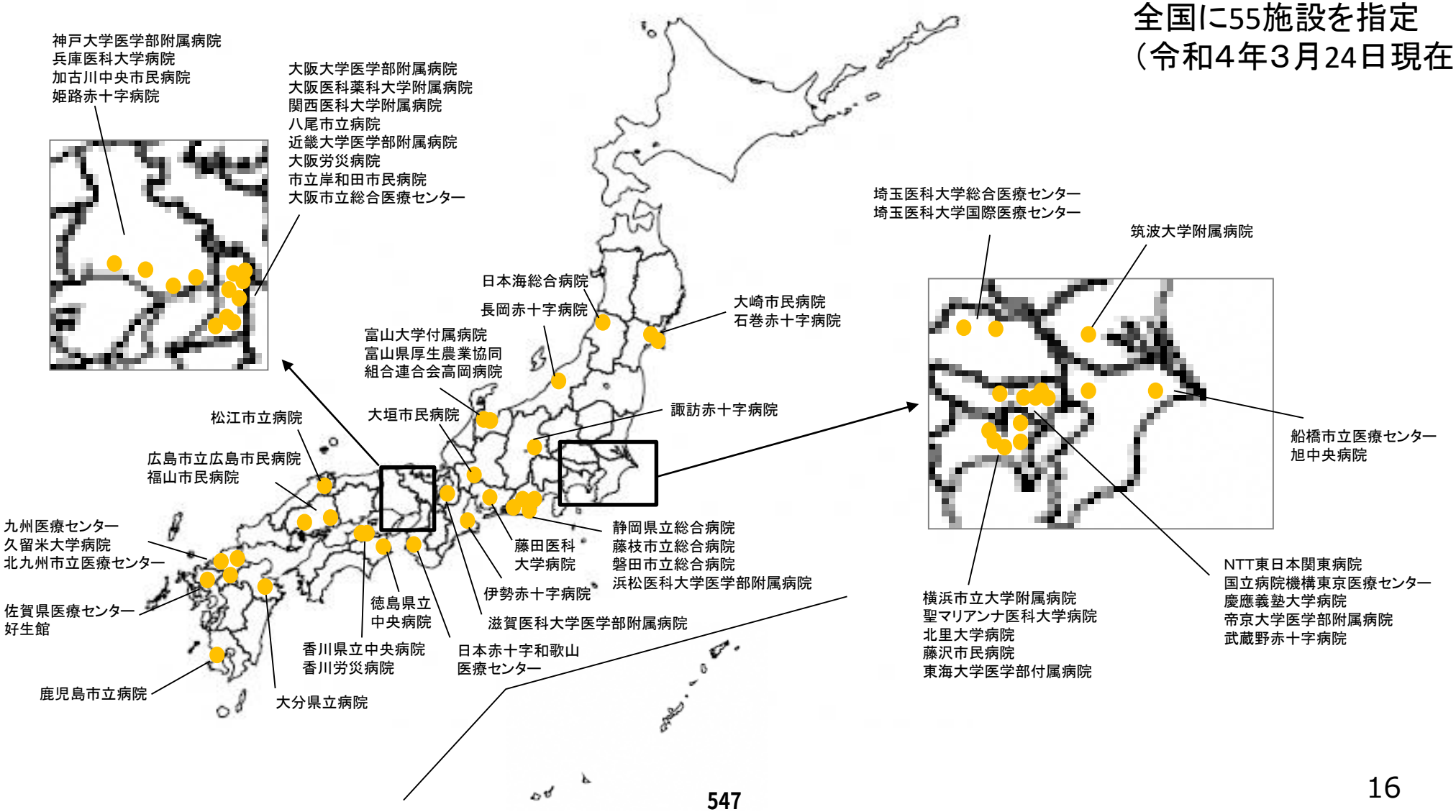
- 地域拠点病院について、指定要件を充足できていない病院がある場合や、一つの医療圏内に複数の拠点病院が指定されている場合がある。
- 「望ましい」要件について、積極的に満たしている病院もあれば、そうでない病院もある。「望ましい」要件の充足に積極的な病院を見える化し、要件充足のインセンティブを与えることがよい。
- 同一医療圏に複数の拠点病院がある場合に、患者が医療機関を選ぶ場合及びかかりつけの病院の医師から紹介する場合に判断の目安となるものがあったほうが望ましいだろう。

高度型の導入当初の主な目的は以下の2点だった。

1. 「望ましい」要件の充足に積極的な医療機関へのインセンティブとなること。
2. 患者や医療従事者にとっての施設選択の目安となること。

参考：地域がん診療連携拠点病院（高度型）の所在地

● 拠点病院（高度型）
全国に55施設を指定
（令和4年3月24日現在）



参考：地域がん診療連携拠点病院（高度型）と一般型との診療実績の比較

指定類型別　診療実績（令和2年1月～12月）の平均値※

診療実績

指定類型	施設数	院内がん登録数（基準：500件）	悪性腫瘍の手術件数（基準：400件）	薬物療法のべ患者数（基準：1000人）	放射線治療のべ患者数（基準：200人）	緩和ケア新規介入患者数（基準：50件）
国立がん研究センター	2	4,899.0	3,734.0	41,146.0	2,198.5	1,467.0
都道府県拠点	51	2,384.6	1,982.5	5,118.0	824.8	320.8
地域がん拠点病院（高度型）	55	1,968.7	1,523.6	3,260.8	616.5	322.5
地域がん拠点病院（一般型）	299	1,293.0	923.9	2,172.4	410.3	181.2
特定領域拠点病院	1	1,112.0	803.0	1,120.0	560.0	64.0
地域がん診療病院	45	402.9	246.6	985.5	114.2	76.7

一般型の院内がん登録数　TOP55施設

地域がん拠点病院（一般型）	55	2,299.5	1,749.6	3,617.3	620.5	264.5

※令和3年度現況報告書から集計

院内がん登録数・手術件数・薬物療法のべ患者数・放射線治療のべ患者数の各項目について、地域がん拠点病院（高度型）の55施設と、地域がん拠点病院（一般型）の上位55施設で平均値を比較したところ、一般型の方がわずかに上回っていた。（緩和ケア新規介入患者数の項目では高度型が上回っている）

５．地域がん診療連携拠点病院（高度型）のあり方について

方針（案）

- 望ましい要件について再整理（後述）のうえ、例えば都道府県拠点病院には必須要件として求め、将来的には全ての拠点病院への必須化を求めていくなどにより当該要件の普及に努めてはどうか。
- 協議会において望ましい要件の充足率等を整理して公表することで、望ましい要件を充足することへのインセンティブとしてはどうか。
- 協議会において、各都道府県内の拠点病院等の役割分担を議論・整理し、その結果を共有するとともに、情報公開することで患者に適切な医療を提供できる体制を確保することを求めてはどうか。（再掲）
- 地域拠点病院（高度型）は、これらの取組に発展的に解消させることとしてはどうか。

６．特定領域がん診療連携拠点病院のあり方について

見直しの論点

- 現行の整備指針においては、特定領域がん診療連携拠点病院は特定のがんについて集学的治療等を提供する体制を有すること、当該がんについて当該都道府県内で最も多くの患者を診療していること等が定められている。
- また、緊急対応が必要な患者や合併症を持ち高度な管理が必要な患者に対して、拠点病院等と連携し適切ながん医療の提供を行うことが定められている。
- 令和４年４月時点で、全国に1か所のみが指定されており、十分に普及しているとは言えないのではないかとの指摘がある。
- 特定領域がん診療連携拠点病院は、希少がん等、全ての拠点病院等で対応することが困難ながん種について指定するべきではないかという意見もある。
- 特定領域がん診療連携拠点病院のあり方について、どう考えるか。

方針（案）

- 特定領域がん診療連携拠点病院は、希少がん等の特定のがん種において、症例を集約的に診療している医療機関を指定することで、患者等の施設選択に資することが期待できるのではないか。
- がん種ごとに必要とされる診療体制は異なり、どのような要件を定めるべきかについて、次回の指針改定に向けてまずは調査・研究していくこととしてはどうか。

7. 拠点病院が主に体制を確保すべき対象とするがん種等について

見直しの論点

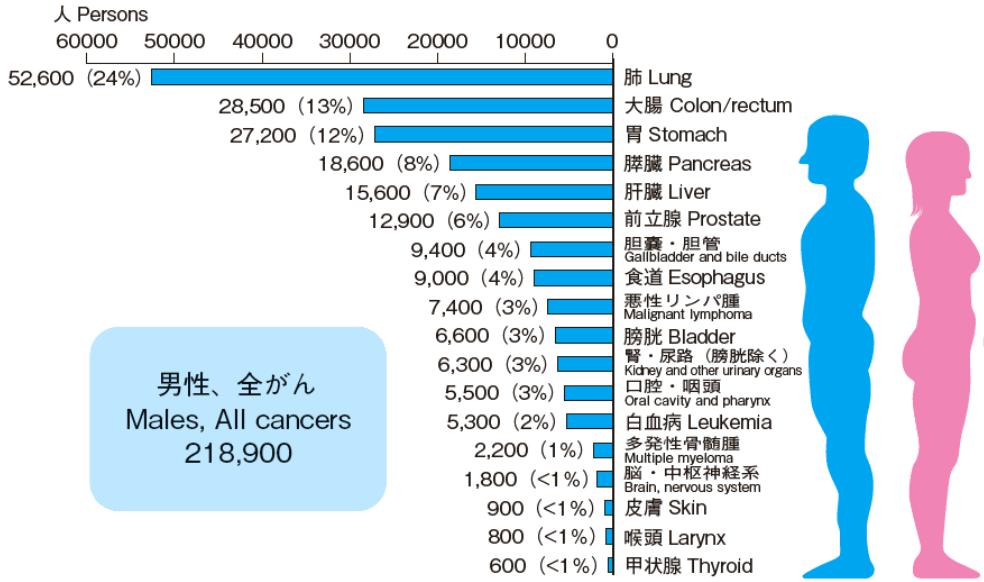
- 現行の整備指針では、我が国に多いがんとして肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がんを挙げており、がん診療連携拠点病院等はこれらのがんに対して集学的治療等を提供する体制を有することが求められている。
- 一方で、最新のデータでは膵がん及び前立腺がんの患者数は肝がんの患者数を上回っており、上記の5つのがん種のみが指定要件に含まれるのは不自然との指摘がある。
- また、希少がんに対する体制の充実も求められる。
- がん診療連携拠点病院等が医療提供体制を確保するべきがん種について、どう考えるか。また、それらに入らないがん種についての取扱をどのように考えるか。

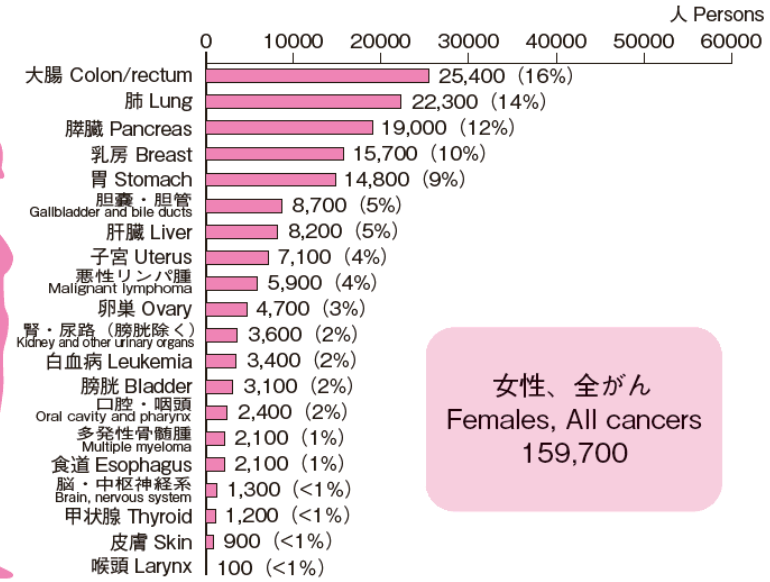
7. 拠点病院が主に体制を確保すべき対象とするがん種等について

令和元年度集計　現況報告書より	自施設での対応可否	肺がん	胃がん	肝がん	大腸がん	乳がん	膵がん	前立腺がん	子宮頸がん 子宮体がん	血液腫瘍 ※
都道府県がん診療連携拠点病院	**手術・薬物・放射線の全て対応可**	**51**	**51**	**51**	**51**	**51**	**51**	**51**	**51**	**49**
	２種類対応可能	0	0	0	0	0	0	0	0	1
51施設	１種類対応可能	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	対応不可	0	0	0	0	0	0	0	0	1
地域がん診療連携拠点病院(高度型)	**手術・薬物・放射線の全て対応可**	**46**	**45**	**47**	**46**	**47**	**47**	**46**	**47**	**40**
	２種類対応可能	1	2	0	1	0	0	1	0	5
47施設	１種類対応可能	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	対応不可	0	0	0	0	0	0	0	0	2
地域がん診療連携拠点病院	**手術・薬物・放射線の全て対応可**	**283**	**285**	**286**	**293**	**298**	**285**	**282**	**266**	**154**
	２種類対応可能	15	15	15	6	2	14	9	11	86
301施設	１種類対応可能	2	0	0	1	0	1	4	7	18
	対応不可	1	1	0	1	1	1	6	17	43
地域がん診療病院	**手術・薬物・放射線の全て対応可**	**16**	**20**	**18**	**19**	**19**	**18**	**17**	**13**	**2**
	２種類対応可能	20	25	24	26	23	24	18	14	11
45施設	１種類対応可能	6	0	2	0	2	2	3	3	14
	対応不可	3	0	1	0	1	1	7	15	18

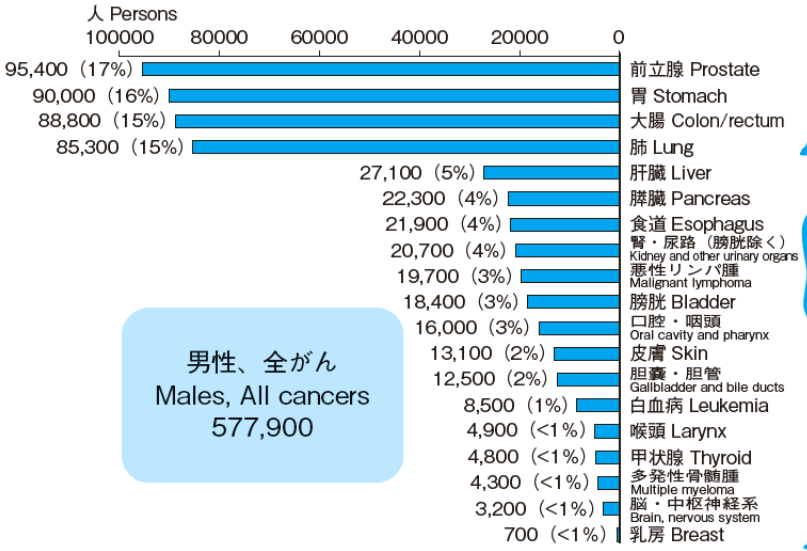
※血液腫瘍においては、治療法の選択肢は
移植治療、薬物療法、放射線療法の3種類

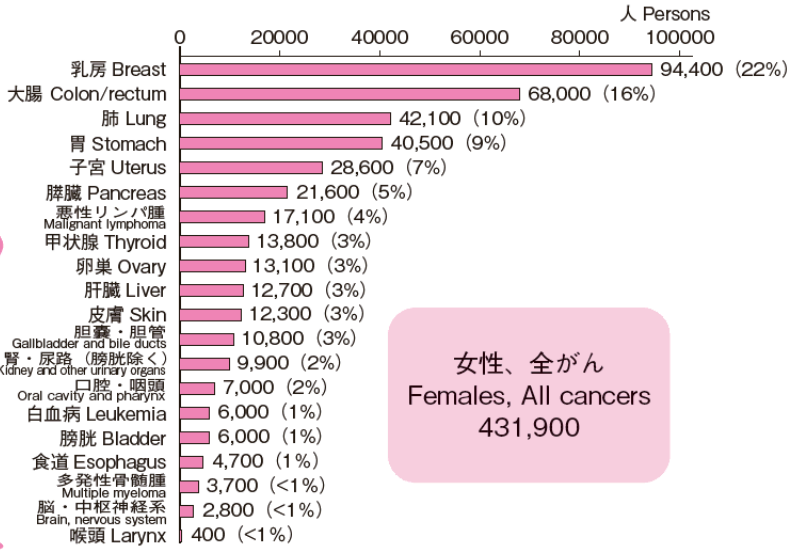
(1) 部位別予測がん死亡数（2021年）
Projected Number of Cancer Deaths by Site (2021)





(2) 部位別予測がん罹患数（2021年）
Projected Number of Cancer Incidence by Site (2021)





553

出典：がんの統計 2022

7. 拠点病院が主に体制を確保すべき対象とするがん種等について

方針（案）

- 全てのがん診療連携拠点病院等で対応できることが望ましいがん種と、他の医療機関と連携して対応することが望ましいがん種を改めて整理し、明確化してはどうか。
- その際、全てのがん診療連携拠点病院等で対応できることが望ましいがん種への対応については、新たな診療科を設けることのハードルについても配慮しつつ、徐々に必須化の方向性に向かうようにしてはどうか。
- 一方で、難易度の高い手術などは症例を集約した方が成績がよいというものもあることから、全ての拠点病院が等しく全ての治療をできるよう求める必要はないのではないか。
- 具体的には、各地域で一定数の患者がいる、以下のがん種を例示し、他院との連携も含めて診療できる体制を整備することを求めてはどうか。
- ただし、体制整備までに一定の時間を要することから、まずは患者の入り口となる外来の設置（例えば、月に1回以上の専門外来の実施を要件化するなど）を求める等から実施してはどうか。

<u>拠点病院等で診療体制を確保すべきがん種（案）</u>

肺がん
消化器がん（胃、大腸、膵臓、肝臓、胆嚢・胆管、食道）
乳がん
婦人科がん（子宮体部・頸部、卵巣）
泌尿器がん（前立腺、腎・尿路）
血液がん（悪性リンパ腫、白血病）

８．小児がんの長期フォローアップ

見直しの論点

- 小児がんの長期フォローアップについて、がん自体の再発・がん治療による身体的機能低下・アピアランスケアといった社会的支援等、多様な内容が考えられるが、それぞれの項目によって主に対応する医療機関を検討すべきとの指摘がある。
- 患者のライフステージに応じた切れ目のない診療、相談支援提供体制を整備する必要があるとの意見がある。
- 小児がんのサバイバーが長期フォローアップを目的として成人診療科を受診しても、フォロー終了とされ期待したケアを受けられない事態があるなど、患者側の視点からも受診すべき医療機関が明確でないとの指摘がある。
- 小児がんの長期フォローアップについて、成人の拠点病院等が果たすべき役割をどう考えるか。

方針（案）

- 医療機関間の連携、情報共有体制についての整備に加え、支援の内容ごとに対応状況と連携先についての情報公開や、相談窓口の設置を必須としてはどうか。
- 協議会で、各拠点病院における役割分担を明確化し、連携体制、対応状況、好事例の収集について検討するよう求めてはどうか。
- 小児がん拠点病院等の整備指針WGでの議論内容も踏まえた要件の設定としてはどうか。
- 小児がんの長期フォローアップをどのように行うことが適切であるかについて、研究を推進してはどうか。

９．BCP（事業継続計画）的な視点に基づく診療体制の確保について

見直しの論点

- 新型コロナウイルス感染症がまん延した状況下においても、必要ながん診療は一定程度確保されてきたが、医療機関によっては診療体制の維持が困難になったケースもある。また、他国には、がん診療等に多大なる影響があった国もあるとの情報もある。
- 感染症のまん延や災害等の状況においても、各地域において、地域の医療機関等との連携等により、必要ながん診療を提供できるようBCP的な視点に基づく診療体制の確保について検討する必要があり、それらを推進するような要件について、検討してはどうか。

参考：医療機関におけるBCP（事業継続計画）とは

BCP（事業継続計画）とは

（厚生労働省医政局　令和3年10月13日第1回救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ参考資料1　を参考 ）

- 医療機関は地震などの大規模災害が発生し、医療設備への被害、ライフラインの途絶した場合においても、被災患者や入院患者に対して継続して医療を提供し続ける必要がある。
- 事業継続計画（BCP）は、災害などの緊急時に低下する業務遂行能力（医療機関の場合は診療機能）について、事業をできる限り損失を少なく、早期の復旧をするための準備体制、方策をまとめたものであり、すべての医療機関はBCPを策定することが求められている。
- 厚生労働省では、よりいっそうのBCP策定の推進のため平成29年度よりBCP策定研修事業を行っている。

BCPでは何を定める必要があるか

（厚生労働省医政局　令和3年度　事業継続計画（BCP）策定研修事業 【BCP策定編】事業継続計画（BCP）策定手順と見直しのポイント①　を参考）

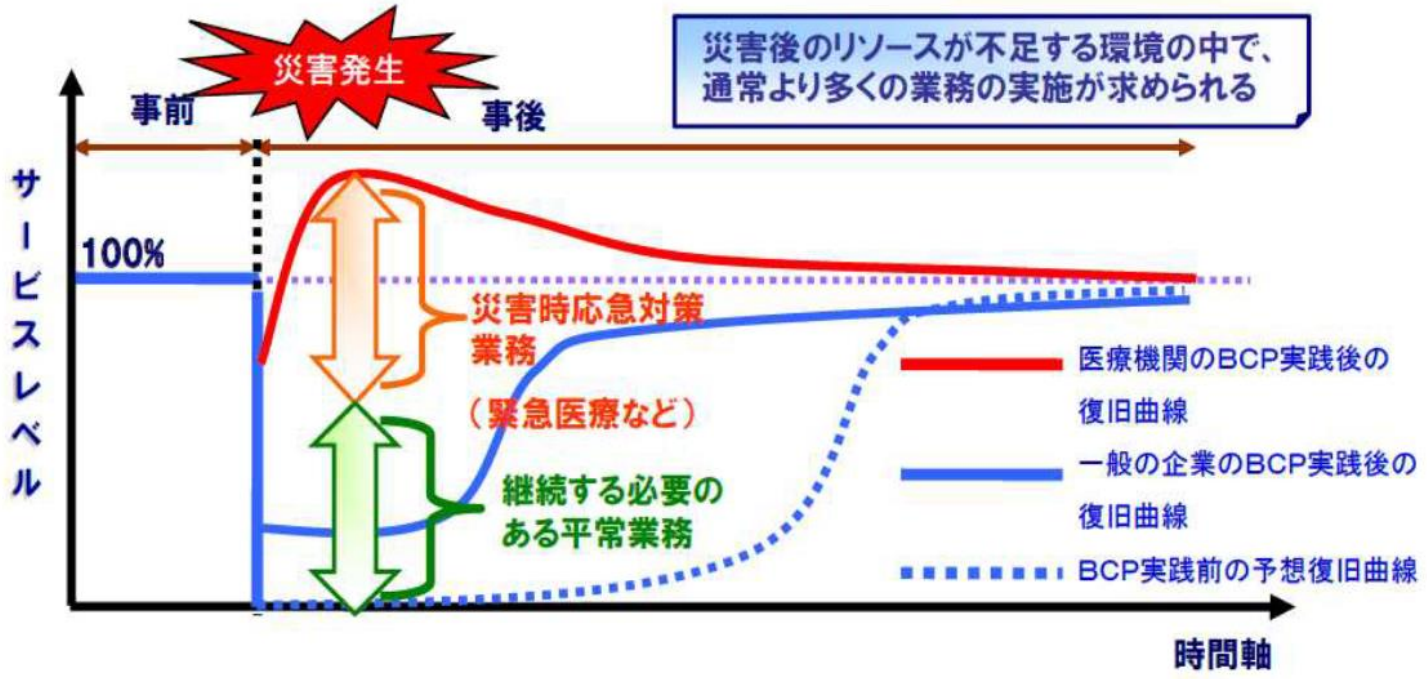
- 対象とする災害は何か、地域の被害はどれくらいの規模になるか、施設の被害はどれくらいの規模になるか等を詳しく調査する。
- 「地域防災計画の被害想定」「過去の震災時における医療機関の対応事例」から予測される、自院に来院する予測負傷者数と、自院の想定される参集職員数とのギャップを出し、「対策」の検討につなげる。
- 業務を洗い出した上で、発災後に予想される医療需要の推移、フェーズ等を踏まえて、非常時優先業務を選定する。

→災害の種類・規模、職員の出勤率、患者の生命・身体への影響の大小等を踏まえ、
優先して実施すべき業務を選定する必要がある。

参考：医療機関に期待されるレベルのBCP

厚生労働省医政局　令和３年度
事業継続計画（ＢＣＰ）策定研修事業
【ＢＣＰ策定編】事業継続計画（ＢＣＰ）策定手順と見直しのポイント①

医療機関に期待されるレベルのBCP



（出典）「高知県医療機関災害対策指針」（平成25年３月発行）p.51参照
http://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/131301/files/2013060700382/2013060700382_www_pref_kochi_lg_jp_uploaded_attachment_95503.pdf(アクセス日：2019-10-18)

医療機関は、一般企業以上に事業継続が難しい
「需給ギャップ」を埋めるため「迅速な調整」「非被災地からの支援」

Copyright © Ministry of Health, Labour and Welfare.,All Rights Reserved.

3

９．BCP（事業継続計画）的な視点に基づく診療体制の確保について

方針（案）

- 感染症のまん延や災害等の状況におけるBCPの策定及び定期的な見直しについて、次回の指針改定において必須要件とすることを念頭に、今回の指針見直しにおいては全ての拠点病院等にとって「望ましい」要件として追加してはどうか。
- 都道府県協議会において、個々の拠点病院等だけでなく、都道府県やがんの医療圏といった単位でのがん診療のBCPについて議論することを、「望ましい」要件としてはどうか。

１０．専門的な知識及び技能を有する診療従事者について

見直しの論点

- がん診療の質の均てん化のために、拠点病院等に専門的な知識及び技能を有する診療従事者を配置することは重要である。
- 現行の整備指針においては、一部の診療従事者に対して、「専門資格を有する者であることが望ましい」としている。
- 現在、専門資格としては、国家資格に加え、各種学会認定資格等も認められているが、多数存在する学会認定資格等について、個々の実情を網羅的に把握することは困難である。
- 一方で、これら専門資格の取得を求めることでそれぞれの職種における自己研鑽を推奨し、診療の質の維持向上に役立っているという意見もある。
- 拠点病院等の診療従事者に求められる知識及び技能について、どう考えるか。

参考：医療に関する広告が可能となった医師等の専門性に関する資格名（厚生労働大臣に届出がなされた団体の認定するもの）

現在、医師等の専門性については、以下の団体が認定する資格名について広告が可能となっております。日本専門医機構及び日本歯科専門医機構が認定する資格名については、医療広告ガイドラインに記載しています。

・医　師	資格名の数５６（団体の数５８）	（「がん」が名称に入る資格の例）
・歯科医師	資格名の数　５（団体の数　５）	がん薬物療法専門医
・薬剤師	資格名の数　１（団体の数　１）	
・看護師	資格名の数２７（団体の数　１）	がん専門薬剤師
（合　計	資格名の数８９（団体の数６５））	がん看護専門看護師

出典：医療に関する広告が可能となった医師等の専門性に関する資格名（厚生労働大臣に届出がなされた団体の認定するもの）等について（令和4年4月1日）より抜粋一部追記

１０．専門的な知識及び技能を有する診療従事者について

方針（案）

- 各診療従事者の専門資格の取得を含めた質の維持向上については、各拠点病院が責任を持って推進することを求め、具体的にがん診療に従事している広告可能な専門資格を有している者について公表を求めてはどうか。
- 国家資格が存在する職種以外は、指針上は「専門的な知識及び技能を有する者」の確保を求めることとしてはどうか。

11. 診療従事者人員要件について

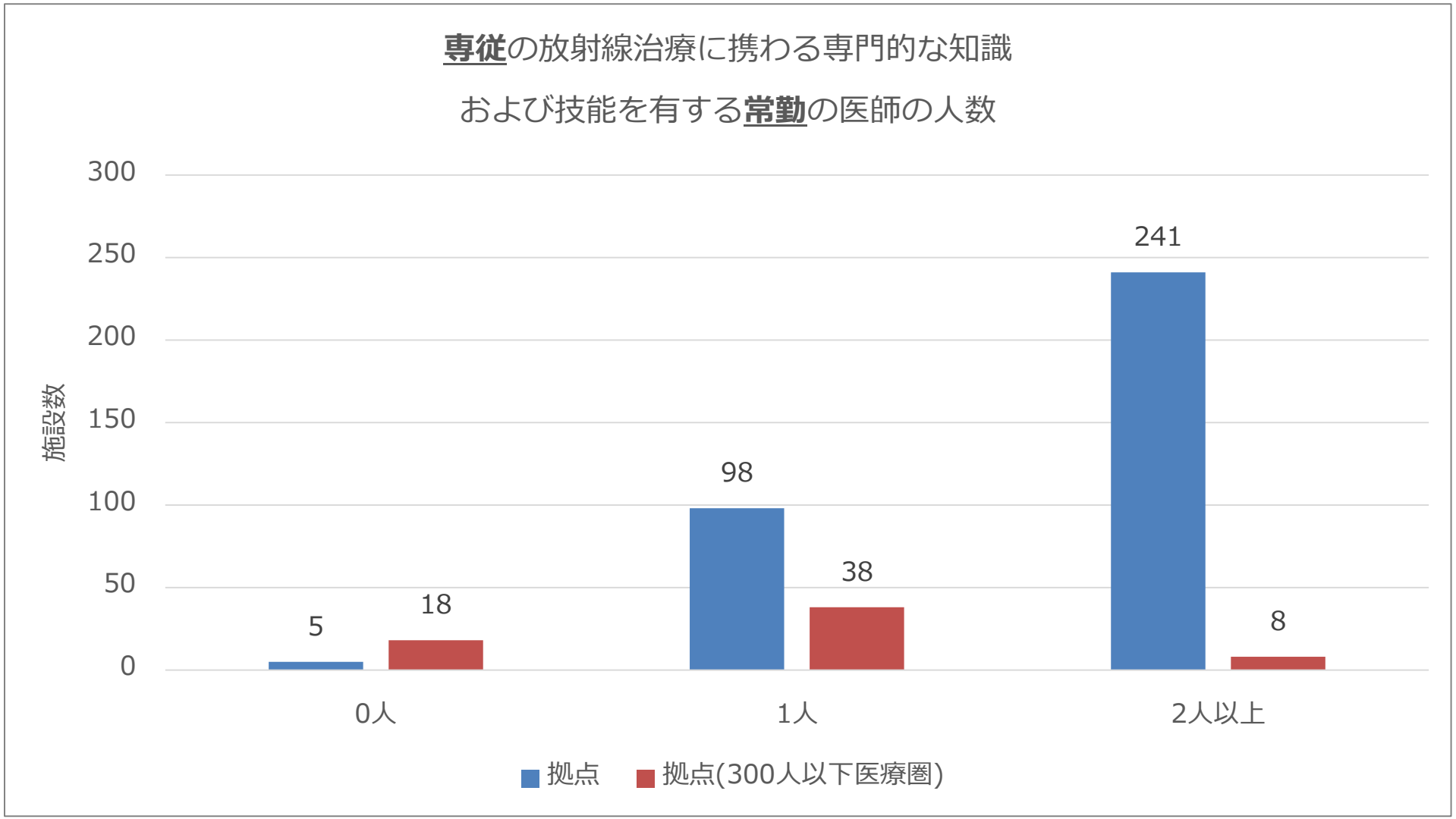
見直しの論点

- 診療従事者については、医療の質を担保することを目的とし、職種に応じて「常勤」「専従」「専任」の要件が定められている。
- 一部の医療圏においては、放射線医や病理医等の人材確保が難しく、拠点病院の指定の維持が難しい施設があるとの意見がある。
- 一方で、こうした人員要件が拠点病院における医療の質を担保しているという指摘もある。
- 「300人以下医療圏」において、診療従事者の緩和要件を2022年3月末までとして設けているところであるが、現時点において緩和要件を廃止すると相当数の拠点病院が要件を満たさなくなるところ、それらの要件についてどのようにすべきか。

方針（案）

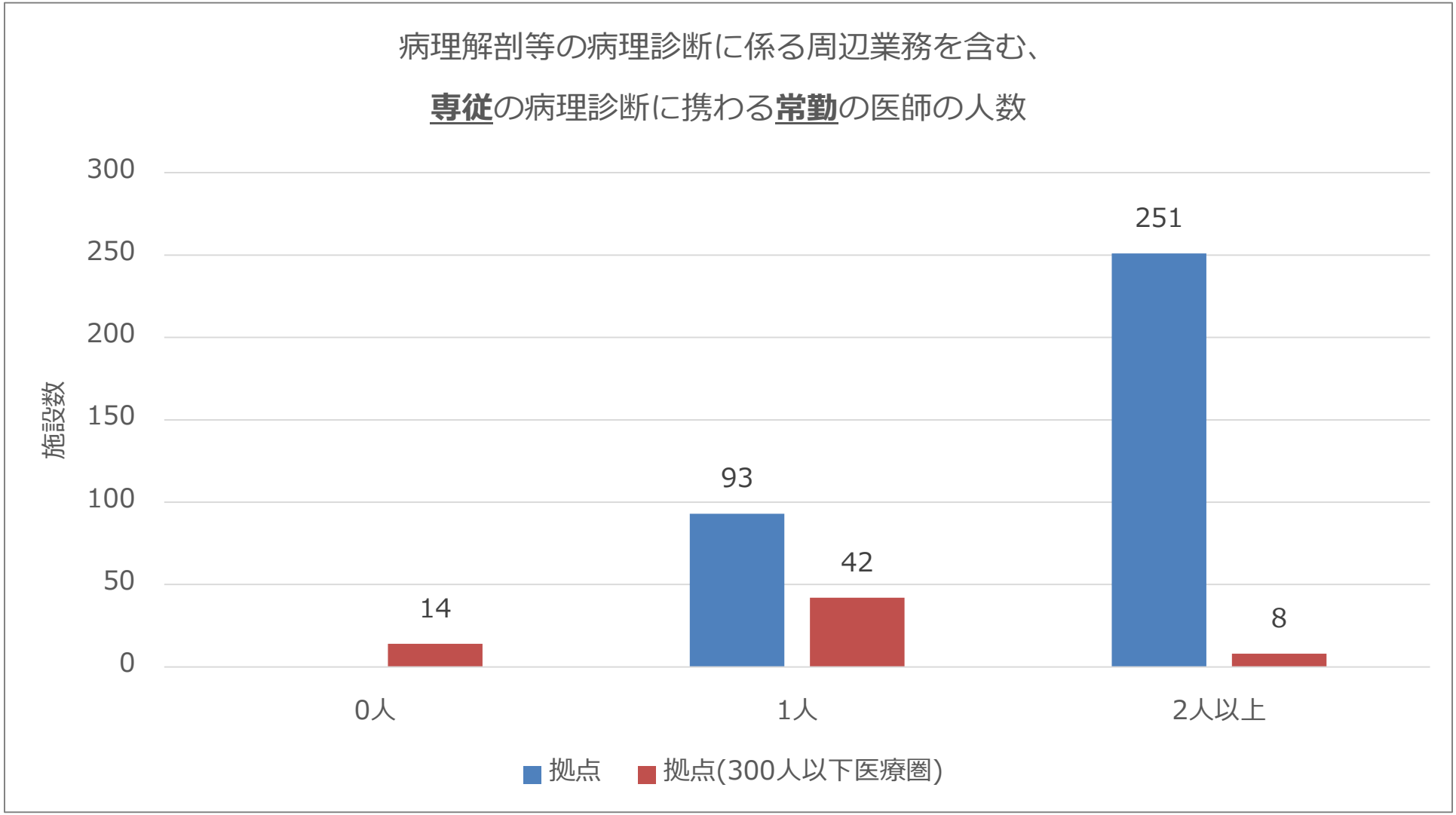
- 現時点においては、放射線医や病理医等が総数として不足しているのではなく、適正配置によって対応が可能と考えられるため、がん医療の質の維持の観点から、これらの医師を「常勤」として配置することを求めることとしてはどうか。
- 一方で、人材の確保に苦慮している拠点病院もあることから、関連学会等における人材育成や適正配置の取り組みを注視しつつ、どのような対応が可能か引き続き検討してはどうか。
- 「300人以下医療圏」においては、十分な期間を確保していたため、緩和要件を廃止に向け、要件を満たさない場合は地域がん診療病院等への移行を促す等の対応を行いつつ、地域における医療体制に大きな影響がある場合については、都道府県全体の医療体制の方針等を踏まえて必要最小限の緩和要件を設けることも可能としてはどうか。

参考：診療従事者の配置状況（一部抜粋）



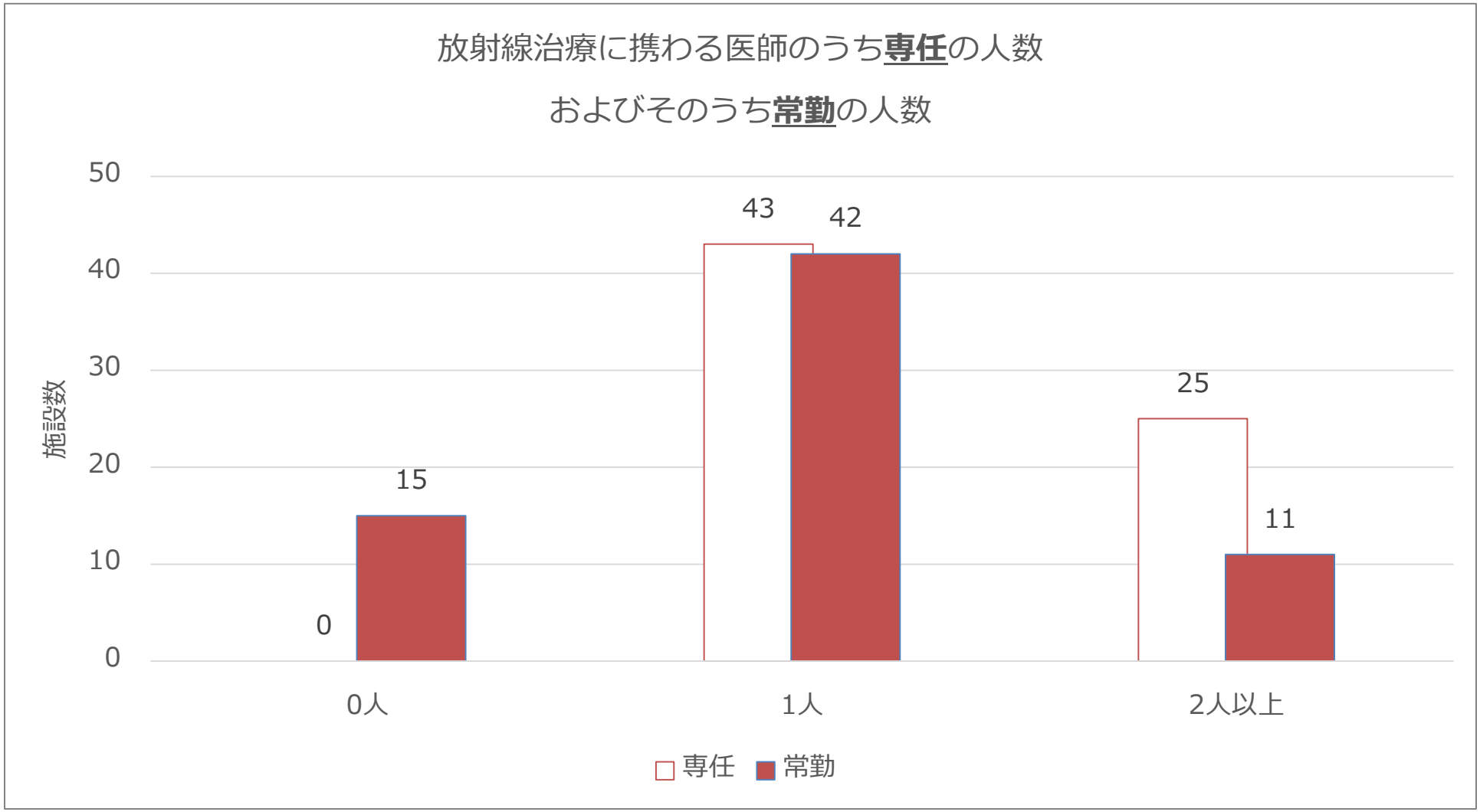
※令和3年9月1日時点の現況報告書から、がん診療連携拠点病院408施設にて集計を行ったもの。

参考：診療従事者の配置状況（一部抜粋）



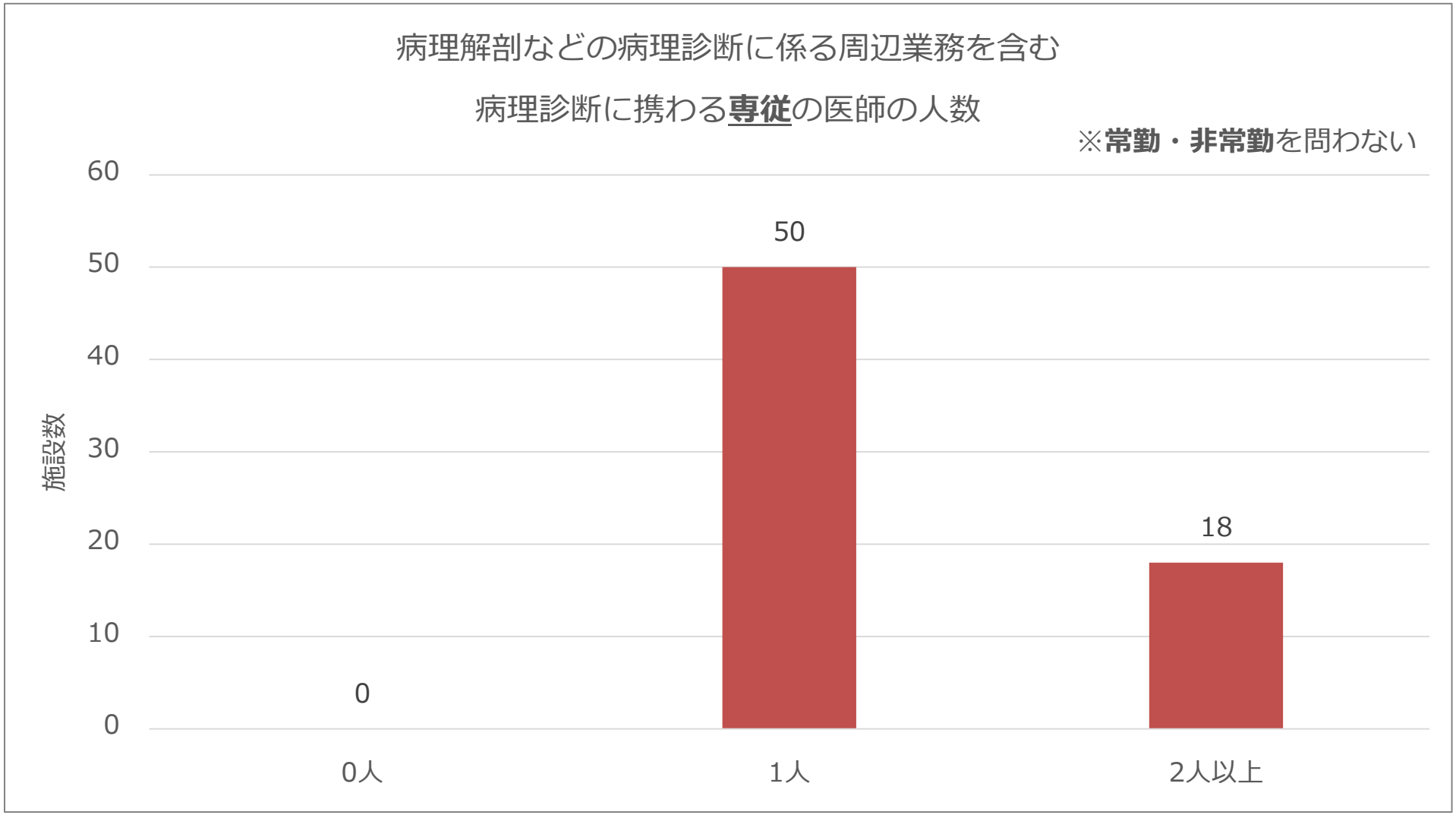
※令和3年9月1日時点の現況報告書から、がん診療連携拠点病院408施設にて集計を行ったもの。

参考：診療従事者の配置状況（一部抜粋）



※令和3年9月1日時点の現況報告書から、300人以下医療圏であると回答した64施設、300人以下医療圏ではないとの回答だが都道府県の報告書上は300人以下医療圏である７施設のうち報告のある４施設、合計68施設の拠点病院にて集計を行ったもの。

参考：診療従事者の配置状況（一部抜粋）



※令和3年9月1日時点の現況報告書から、300人以下医療圏であると回答した64施設、300人以下医療圏ではないとの回答だが都道府県の報告書上は300人以下医療圏である７施設のうち報告のある４施設、合計68施設の拠点病院にて集計を行ったもの。

12.「望ましい」等の要件について

見直しの論点

- 現行の整備指針では、指定要件において「望ましい」や「原則として」といった要件が入っているが、それらの要件について、満たしていてもそうでなくても差が無いため、充実に向けた推進力になっていないという意見がある。
- これらの要件の必要性や、効果についてどう考えるか。また、充足率（例えば「望ましい」と規定している項目のうち充足している項目の割合）などを、一定以上にすることを必須要件化することについて、どう考えるか。

方針（案）

- 「望ましい」や「原則として」といった記載について、表現を統一し、その上でそれぞれの定義を明示的に記載してはどうか。
- その際、現時点における各「望ましい」要件の充足状況も鑑み、例外規定の明確化や、都道府県拠点病院での必須要件化、次回以降の改定で必須要件化することの明確化について検討してはどうか。
- 「望ましい」要件については、充足に向けた推進力とするため充足状況を、協議会においてとりまとめのうえ、公開することを求めてはどうか。

参考:「望ましい」要件の充足状況

	現況報告	施設数	「望ましい」要件の充足率						
			<40%	≧40%, <60%	≧60%, <70%	≧70%, <80%	≧80%, <90%	≧90%, <100%	100%
都道府県がん診療連携拠点病院	令和元年度	51	0	0	0	6	28	17	0
	令和３年度	51	0	0	0	9	17	23	2
地域がん診療連携拠点病院(高度型)	令和元年度	47	0	0	0	4	14	25	4
	令和３年度	55	0	0	0	2	18	28	7
地域がん診療連携拠点病院	令和元年度	301	0	8	37	69	136	45	6
	令和３年度	299	0	4	36	58	135	58	8
特定領域がん診療連携拠点病院	令和元年度	1	0	0	0	0	1	0	0
	令和３年度	1	0	0	0	0	0	1	0
国立がん研究センター	令和元年度	2	0	0	0	0	0	2	0
中央病院及び東病院	令和３年度	2	0	0	0	0	0	1	1
地域がん診療病院	令和元年度	45	0	15	8	14	5	3	0
	令和３年度	45	0	14	12	13	6	0	0

13. 要件未充足への対応について

見直しの論点

- 現行の整備指針では、「がん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院が指定要件を欠くに至ったと認めるときは、指定の検討会の意見を踏まえ、当該病院に対し、勧告、指定の取り消し、地域拠点病院における指定類型の見直し等の対応を行うことができるものとする。」と定められているが、それぞれどういった場合にこれらの措置を講ずるかについては明記されていない。
- 統一的な対応のため、どういった場合に勧告、指定の取り消し、地域拠点病院における指定類型の見直しの対応を行うかを明記することについて、どう考えるか。
- また、それぞれの要件の充足状況について、確認する体制についてどう考えるか。

参考：令和4年3月4日第20回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会　資料1より抜粋

要件未充足がある場合の対応について

① 指定要件の**充足状況に疑義がある**と判断された場合に**文書等での確認を行い**、指定要件の充足状況を確認する。
② 調査の結果、指定要件の未充足が確認された場合、**勧告、指定類型見直し、指定取り消し**の指導方針を指定の検討会に提案する。
③ 指定の検討会からの答申を受け、当該拠点病院等への通知を行う。

現況報告書にて充足状況を確認

↓ 充足状況に疑義がある場合

文書等での確認による充足状況の確認

①施設改修
②放射線機器の入れ替え

↓ ①②のいずれにも該当しない
未充足であることを確認した場合

指定の検討会にて対応を検討

↓

勧告

↓

指定類型の見直し

・地域拠点病院の場合のみ

↓

指定取り消し

第11回がん診療提供体制のあり方に関する検討会（平成30年4月11日　資料5より抜粋・一部改変

参考：令和4年3月4日第20回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会　資料1より抜粋

要件未充足がある場合の選定方針について

下記のような選定方針としてはどうか。

1）要件充足を確認する基準日としては、令和3年9月1日とする。
ただし、昨年の指定検討会と同様に、検討会時点に要件を充足したことを確認できた病院については、要件を充足したものとみなして選定する。

2）検討会時点に要件を充足していない病院で、未充足内容が①施設改修によるもの②放射線機器の入れ替えによるものである場合には、昨年の選定方針と同様に、1年指定とする。
未充足内容が上記の①～②に該当しない場合には、
（ア）地域拠点病院の場合、指定類型を見直す。
ただし、地域がん診療連携拠点病院（特例型）については更新時（令和3年度内）において地域拠点病院（一般型）の指定要件を充足していない場合は、指定の更新は行わない。
（イ）都道府県拠点病院及び地域がん診療病院の場合、勧告を行う。

3）上記の選定方針により、指定類型を見直された病院及び勧告を受けた病院については、令和4年夏頃を目途に検討会において再度審議を行う。

13. 要件未充足への対応について

方針（案）
- どういった場合に勧告、指定の取り消し、地域拠点病院における指定類型の見直しの対応を行うかを明記してはどうか。
- 都道府県がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院について、指定類型見直しが可能となるよう特例型の類型を新設してはどうか。

要件未充足がある場合の対応（案）

〈要件未充足がある場合の対応フロー（案）〉

ＳＴＥＰ①：現況報告書等にて充足状況を確認

↓ 充足状況に疑義がある

ＳＴＥＰ②：文書等による充足状況の確認

↓ 文書等による確認で要件未充足等が明確に認められる

ＳＴＥＰ③：指定の検討会にて報告

要件未充足

単なる要件未充足ではなく、速やかに改善を求めることが妥当なもの

勧告：期間は１年以内で内容に応じ

指定類型の見直し(特例型)：１年

要件を充足した場合

一般型に復帰

１年経過後も要件未充足が継続している場合(※)、医療安全上の重大な疑義、意図的な虚偽申告等

指定取り消し

医療安全上の重大な疑義、意図的な虚偽申告等

指定取り消し

勧告時に指定した期間を経過したが改善されない

指定取り消し

対応	詳細
勧告	➢ 単なる要件未充足ではなく、速やかに改善を求める必要があることから特例型として１年の期間を置くべきでなく、一方で、即座に指定取り消しとすることが相応しくない場合。 ➢ 期間は１年以内で内容に応じ設定する。
指定類型の見直し(特例型)	➢ 要件未充足が認められた場合。 ➢ 期間は１年とする。
指定取り消し	➢ 勧告時に指定した期間を経過したが、改善されない場合。 ➢ 指定の検討会で指定類型を見直され、１年経過後も要件未充足が継続している場合。 ➢ 医療安全上の重大な疑義、意図的な虚偽申告等。

※Ａの要件を未充足で特例型の指定を受け、その後Ａは充足したが、今度はＢの要件が未充足で指定の検討会を迎えた場合は、未充足が継続したものと判断し、指定取り消しとする。

574

がん診療連携拠点病院等（案）

- **「都道府県がん診療連携拠点病院」「特定領域がん診療連携拠点病院 」「地域がん診療病院」**に特例型を新設する。
- **「地域がん診療連携拠点病院（高度型）」**は廃止する。

〈がん診療連携拠点病院等の全体像〉

都道府県協議会の体制を強化

◆都道府県がん診療連携協議会 (都道府県協議会)

都道府県がん診療連携拠点病院は都道府県協議会を設置し、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。

都道府県がん診療連携拠点病院
- ・都道府県における中心
- ・都道府県下の拠点病院等のとりまとめ（研修実施、情報提供等）

都道府県がん診療連携拠点病院（特例型）
指定要件を欠くなどの事態が発生した場合

地域がん診療連携拠点病院
- がん医療圏に原則１か所整備
- 専門的ながん医療の提供・連携体制の整備

地域がん診療連携拠点病院（特例型）
指定要件を欠くなどの事態が発生した場合

特定領域がん診療連携拠点病院
- 特定のがんについて都道府県で最も多くの患者を診療

特定領域がん診療連携拠点病院（特例型）
指定要件を欠くなどの事態が発生した場合

地域がん診療病院
- がん診療連携拠点病院のないがんの医療圏に１か所整備
- グループ指定（隣接するがん診療連携拠点病院との連携）

地域がん診療病院（特例型）
指定要件を欠くなどの事態が発生した場合

575

国・厚生労働省

◆都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会（国協議会）

国立がん研究センターと都道府県がん診療連携拠点病院が連携し、情報収集、共有、評価、広報を行う。

国立がん研究センター（２か所）
- がん対策の中核的機関としてがん医療を牽引
- 都道府県下のがん診療連携拠点病院等に対し、診療支援、情報提供、人材育成等の役割を担う
- 我が国におけるがん診療等に関する情報を収集、分析、評価し、改善方策を検討した上で国に提言

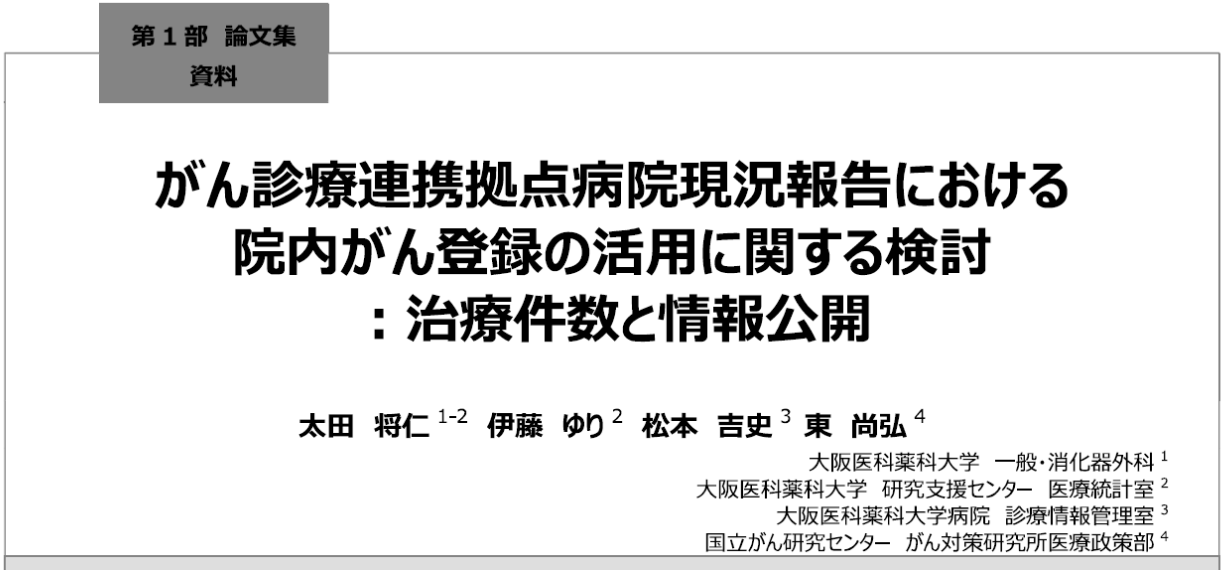
14. 情報公開

見直しの論点
- 整備指針において、「院内がん登録数や各治療法についてのがん種別件数について、ホームページ等での情報公開に努めること。」と定められているが、治療成績を含む情報公開について積極的に進めるべきとの指摘がある。
- がん診療連携拠点病院等としての情報公開について、どう考えるか。

参考：院内がん登録情報等の公表の現状

「がん診療連携拠点病院現況報告における院内がん登録の活用に関する検討：治療件数と情報公開」（太田将仁、伊藤ゆり、松本吉史、東尚弘）によると、

- がん診療連携拠点病院の指定要件で“院内がん登録数や各治療法についてがん種別件数について、ホームページ等での情報公開に努めている”という項目については全施設が「満たしている」と回答。
- しかしこの研究でウェブサイトでの公開が確認できたのは、院内がん登録数は334施設（83.1%）、がん種別治療件数の公表は169施設（42.0%）、全体手術件数の公表は228施設（56.7%）であった。



第１部　論文集
資料

がん診療連携拠点病院現況報告における院内がん登録の活用に関する検討：治療件数と情報公開

太田　将仁[1-2]　伊藤　ゆり[2]　松本　吉史[3]　東　尚弘[4]

大阪医科薬科大学　一般・消化器外科[1]
大阪医科薬科大学　研究支援センター　医療統計室[2]
大阪医科薬科大学病院　診療情報管理室[3]
国立がん研究センター　がん対策研究所医療政策部[4]

14. 情報公開

方針（案）

- 患者等が医療機関を選択する際の判断に資する目的で、国協議会、国立がん研究センター、都道府県協議会、拠点病院等のそれぞれにおいて、情報公開するべき内容を改めて検討・整理し、要件化してはどうか。
- 患者等に正確な情報がわかりやすく公開され、それらの情報が広く活用されることが重要であるため、継続的に改善がなされるようアクセス数などが明確化されるよう求めてはどうか。

現行の整備指針における情報公開の項目

◇国立がん研究センター・国協議会　〈国全体に係る情報〉

- 各都道府県拠点病院を中心としたＰＤＣＡサイクルの確保及びその実績
- 全国のがん診療連携拠点病院等の実績や活動状況
- 全国の希少がんに対する診療体制及び診療実績
- 全国の臨床試験の実施状況

◇都道府県協議会　〈各都道府県全体に係る情報〉

- 医療機関における診療、緩和ケア外来、相談支援センター、セカンドオピニオン、患者サロン、患者支援団体、在宅医療等へのアクセスを集約し広報
- 都道府県内のPDCAサイクル確保に関する情報の地域への広報

◇がん診療連携拠点病院　〈各がん医療圏及び自施設の情報〉

- 都道府県内のＰＤＣＡサイクルの確保について（都道府県拠点のみ）
- 自施設で対応可能ながんについて
- 院内がん登録数・がん種別件数
- 地域へのがんに関する普及啓発
- 連携先の地域がん診療病院について
- 学校や職域へのがん教育
- 臨床研究の概要・成果
- 参加中の治験について
- PDCAサイクルに関する地域への広報
- がん相談支援センターについて
- 緩和ケア提供体制
- 当該医療圏内のがん診療に関する情報提供

◇地域がん診療病院

〈各地域及び自施設の情報〉

- 提供可能ながん医療について
- グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院等について
- 地域へのがんに関する普及啓発
- 学校や職域へのがん教育
- PDCAサイクル確保に関する地域への広報

新整備指針における情報公開の項目（案）

※赤文字は新規、修正

◇国立がん研究センター・国協議会　〈国全体に係る情報〉

- 各都道府県拠点病院を中心とした診療の質改善の取り組み及びその実績
- 全国のがん診療連携拠点病院等の実績や活動状況
- 全国の希少がんに対する診療体制及び診療実績
- 全国の臨床試験の実施状況
- 全国のAYA世代のがんに対する診療体制及び診療実績
- 粒子線治療等の特殊な放射線治療の全国での実施体制

◇都道府県協議会　〈各都道府県全体に係る情報〉

- 医療機関における診療、緩和ケア外来、相談支援センター、セカンドオピニオン、患者サロン、患者支援団体、在宅医療等へのアクセスを集約し広報
- 都道府県内の診療の質改善の取り組みに関する情報の地域への広報
- 病院毎の院内がん登録数、がん種別件数、5年生存率の分析、評価
- 強度変調放射線療法や核医学治療等の高度な放射線治療を提供できる体制
- 都道府県レベルで役割分担すべき項目についての対応方針、具体的な体制

◇がん診療連携拠点病院　及び　地域がん診療病院　〈各がん医療圏及び自施設の情報〉

- 自施設で対応可能ながんについて
- 地域へのがんに関する普及啓発
- 連携先の地域がん診療病院について
- 学校や職域へのがん教育
- **参加中の治験について**
- **がん相談支援センターについて**
- **緩和ケア提供体制**
- 当該医療圏内のがん診療に関する情報提供
  （都道府県レベルで役割分担すべき項目における自院の位置づけを含む）

拠点病院と地域がん診療病院の違いは青字の３項目のみであるが、いずれも患者にとって必要な情報であり、拠点病院と地域がん診療病院の項目をまとめてはどうか。

１５．新たな要件への経過措置等について

見直しの論点
- 指針の見直しに伴い、要件を追加・厳格化する場合、病院側にも一定の準備期間が必要になると考えられる。
- 指針改定にあたっては、病院側に十分な準備期間を与えるという観点で、新指針のとりまとめ時期についても配慮するべきとの意見がある。
- 指針改定に伴い、新たな要件に必須化までの経過措置を設けることや、次回の指針見直しの議論の開始時期について、どう考えるか。

方針（案）
- 今回の指針見直しに伴い、新規追加や厳格化を行った要件については、必要に応じて、必須化までの経過措置を定めることを検討してはどうか。
- 次回の指針見直しについて、新指針の発出時期の目安を定め、指針に記載することとしてはどうか。

16. 都道府県の定めるがんの医療圏の見直しについて

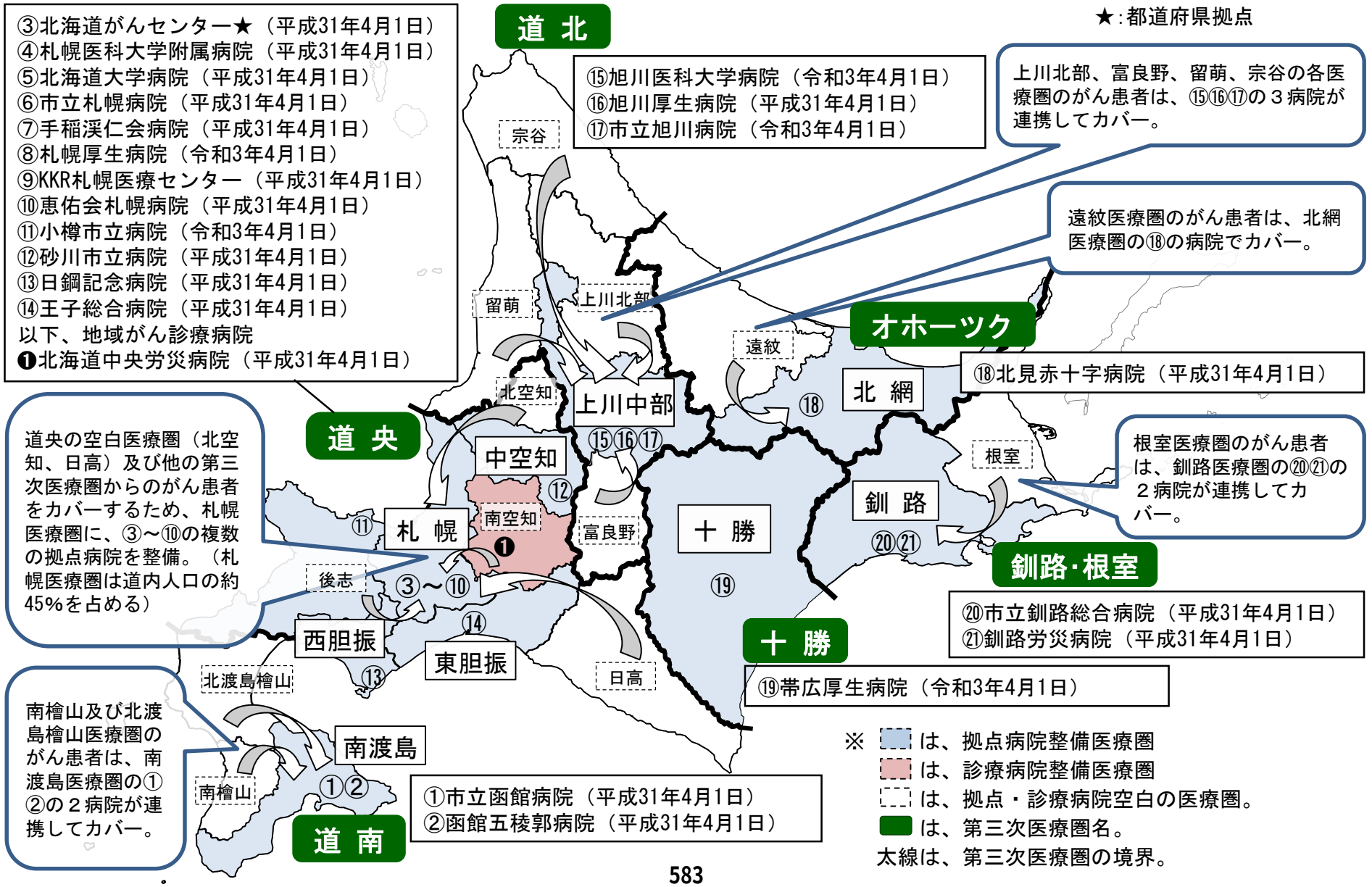
見直しの論点

- 現行の整備指針では、都道府県が医療計画にて定めるがんの医療圏に都道府県拠点病院もしくは地域拠点病院を指定することとしている。
- また、地域がん診療病院は、拠点病院の無いがんの医療圏に指定することとしている。
- 一方で、一部の自治体においては、拠点病院・地域がん診療病院のいずれも指定されていない「空白の医療圏」が生じている事例が見受けられる。
- これら「空白の医療圏」については、受療行動の実態として拠点を設けることが必ずしも適切とは言えない状況にある。今後のニーズも踏まえた適切ながんの医療圏の見直しを推奨するべきではないか。

参考：令和4年3月4日第20回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会　参考資料3より抜粋

北海道　令和３年９月１日現在の医療圏の状況と指定状況

資料２



583

16. 都道府県の定めるがんの医療圏の見直しについて

方針（案）
- 都道府県に対し、次期医療計画の改定にあたり、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。

「がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」開催要綱

１．　趣旨

我が国では、全ての国民が全国どこにいても質の高い医療が等しく受けられるよう、がん診療連携拠点病院等（以下「拠点病院等」という。）の整備が進められている。

第３期のがん対策推進基本計画（平成 30 年３月９日閣議決定）においては、標準的な手術療法、放射線療法、薬物療法等、均てん化が必要な取組に関しては、引き続き拠点病院等を中心とした取組を進める一方で、一部の放射線治療等については、地域の状況に十分配慮した上で、診療機能の集中、機能分担、医療機器の適正配置など、一定の集約化のあり方について検討するとされている。

がん医療提供体制をさらに充実させるため、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」の下に本ワーキンググループを開催し、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」の見直しについて検討し、その検討結果を同検討会に報告することとする。

２．　検討事項

（１）がん診療連携拠点病院等の指定要件の見直し

（２）その他必要な事項

３．　その他

（１）本ワーキンググループは厚生労働省健康局長が別紙の構成員の参集を求めて開催する。

（２）本ワーキンググループに座長を置く。座長は、ワーキンググループ構成員の中から、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」座長が指名する。

（３）本ワーキンググループには、必要に応じ、別紙構成員以外の有識者等の参集を依頼することができるものとする。

（４）本ワーキンググループは、原則として公開とする。

（５）本ワーキンググループの庶務は、健康局がん・疾病対策課が行う。

（６）この要綱に定めるもののほか、本ワーキンググループの開催に必要な事項は、座長が健康局長と協議の上、定める。

（７）本ワーキンググループで得られた成果は、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」に報告する。

別紙

「がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」
構成員名簿

大西　洋	国立大学法人山梨大学医学部　放射線医学講座　教授
久保　祐子	公益社団法人日本看護協会　看護開発部　部長
小寺　泰弘	国立大学法人東海国立大学機構名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学　教授
鈴木　直	学校法人聖マリアンナ医科大学　産婦人科学　教授
田村　恵子	国立大学法人京都大学大学院医学研究科　人間健康科学系専攻 先端中核看護科学講座緩和ケア看護学分野　教授
津端　由佳里	国立大学法人島根大学医学部附属病院　呼吸器･化学療法内科　診療教授
藤　也寸志	独立行政法人国立病院機構九州がんセンター　院長
早坂　由美子	公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会　理事
東　尚弘	国立研究開発法人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　センター長
増田　しのぶ	学校法人日本大学医学部　病態病理学系腫瘍病理学分野　教授
増田　昌人	国立大学法人琉球大学病院がんセンター　センター長/診療教授
松本　陽子	ＮＰＯ法人愛媛がんサポートおれんじの会　理事長

健　発　０７３１第　１　号
平　成　３０年　７　月　３１日

各都道府県知事　殿

厚生労働省健康局長
（　公　印　省　略　）

がん診療連携拠点病院等の整備について

我が国のがん対策については、がん対策基本法（平成18年法律第98号）及び同法の規定に基づく「がん対策推進基本計画」（平成30年３月９日閣議決定。以下「基本計画」という。）により、総合的かつ計画的に推進しているところである。

がん診療連携拠点病院については、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、その整備を進めてきたところであるが、がん医療の更なる充実のため、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」及び「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」を開催し、指定要件の見直し等について検討を進めてきた。

これらの検討会からの提言を踏まえ、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（以下「指針」という。）を別添のとおり定めたので通知する。

ついては、各都道府県におかれては、指針の内容を十分に御了知の上、がん患者がその居住する地域にかかわらず等しくそのがんの状態に応じた適切ながん医療を受けることができるよう、がん診療連携拠点病院等の推薦につき特段の御配慮をお願いする。

また、指針に規定する「新規指定推薦書」等については、別途通知するので御留意されたい。

なお、「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成26年１月10日付け健発0110第７号厚生労働省健康局長通知。以下「旧通知」という。）は、平成30年７月31日で廃止する。

別添

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針

Ⅰ　がん診療連携拠点病院等の指定について

1　がん診療連携拠点病院（都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院をいう。以下同じ。）、特定領域がん診療連携拠点病院（以下「特定領域拠点病院」という。）、地域がん診療病院は、都道府県知事が２を踏まえて推薦する医療機関について、第三者によって構成される検討会（以下「指定の検討会」という。）の意見を踏まえ、厚生労働大臣が適当と認めるものを指定するものとする。がん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の新規指定や指定更新の際に、国立研究開発法人国立がん研究センター（以下「国立がん研究センター」という。）は当該施設に関する意見書を、厚生労働省に提出することができる。また、地域がん診療連携拠点病院（以下「地域拠点病院」という。）、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の新規指定や指定更新の際に、同一都道府県の都道府県がん診療連携拠点病院（以下「都道府県拠点病院」という。）は当該病院に関する意見書を、都道府県を通じて厚生労働省に提出することができる。

2　都道府県は、専門的ながん医療の提供等を行う医療機関の整備を図るとともに、当該都道府県におけるがん診療の連携協力体制の整備を図るほか、がん患者に対する相談支援及び情報提供を行うため、都道府県拠点病院にあっては、都道府県に１カ所、地域拠点病院にあっては、都道府県が医療計画にて定めるがんの医療圏に１カ所（都道府県拠点病院が整備されている医療圏を除く。）、地域がん診療病院にあっては基本的に隣接するがんの医療圏のがん診療連携拠点病院との連携を前提にグループとして指定（以下「グループ指定」という。）することにより、がん診療連携拠点病院の無いがんの医療圏に１カ所整備するものとする。また、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拠点病院を整備するものとする。ただし、当該都道府県におけるがん診療の質の向上及びがん診療の連携協力体制の整備がより一層図られることが明確である場合には、この限りでないものとする。なお、この場合には、がん対策基本法（平成18年法律第98号）第12条第１項に規定する都道府県がん対策推進計画との整合性にも留意し、がんの医療圏と２次医療圏が一致していない都道府県については、指定の検討会において整備の方針を説明すること。また、地域がん診療病院とがん診療連携拠点病院のグループ指定については、複数のがん診療連携拠点病院とグループになることも可とし、都道府県又は都道府県がん診療連携協議会（以下「都道府県協議会」という。）がその地域性に応じて検討を行い、連携するがん診療連携拠点病院とグループ内での役割分担を明確にした上で、がん診療連携拠点病院と地域がん診療病院のグループ指定の組合せを決定すること。当該がん診療連携拠点病院は、患者の利便性及び連携・役割分担の実効性を考慮

し、隣接した医療圏にあることが望ましい。なお、地域がん診療病院が複数のがん診療連携拠点病院とのグループ指定を受ける際は、中心となって連携するがん診療連携拠点病院を明確にすること。

3　国立がん研究センターは、我が国のがん対策の中核的機関として、以下の体制を整備することにより我が国全体のがん医療の向上を牽引していくこととし、国立がん研究センターの中央病院及び東病院について、指定の検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が適当と認める場合に、がん診療連携拠点病院として指定するものとする。

（１）　他のがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院等への診療に関する支援及びがん医療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の診療従事者の育成や情報発信等の役割を担う。

（２）　他のがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院等へ必要に応じて実地調査を行うなど、情報提供を求め、我が国におけるがん診療等に関する情報を収集、分析、評価し、改善方策を検討した上で国に提言する。実地調査を行う際には、必要に応じて当該都道府県内の他のがん診療連携拠点病院等の意見の活用を考慮すること。

（３）　定期的に都道府県拠点病院と国立がん研究センター中央病院及び東病院が参加する都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会（以下「国協議会」という。）を開催し、以下に関する情報収集、共有、評価、広報を行う。

①　各都道府県における都道府県拠点病院を中心としたＰＤＣＡサイクルの確保及びその実績

②　全国のがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の診療機能や診療体制、診療実績、地域連携に関する実績や活動状況

③　全国の希少がんに対する診療体制及び診療実績

④　全国の臨床試験の実施状況

4　地域拠点病院（国立がん研究センターの中央病院および東病院を除く）の指定においては、都道府県知事がその診療機能等が高いものとして推薦する医療機関について、指定の検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が適当と認めるものを、特に、地域がん診療連携拠点病院（高度型）（以下「地域拠点病院（高度型）」という。）として、指定の類型を定めることができるものとする。ただし、地域拠点病院（高度型）の指定は、同一のがんの医療圏に一カ所とする。なお、地域拠点病院のうち、指定期間中に指定要件を欠くなどの事態が発生した医療機関については、特に、地域がん診療連携拠点病院（特例型）（以下「地域拠点病院（特例型）」という。）として、指定の類型を定めることができるものとする。

5　厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん

診療病院については、院内の見やすい場所に指定を受けている旨の掲示をする等、がん患者に対し必要な情報提供を行うこととする。

6　厚生労働大臣は、がん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院における指定要件の充足状況に関して疑義が生じた場合など、必要と判断したときは、都道府県に対し、文書での確認や実地調査等の実態調査を行うことを求めることができるものとする。

7　厚生労働大臣は、6に規定する実態調査の結果、がん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院が指定要件を欠くに至ったと認めるときは、指定の検討会の意見を踏まえ、当該病院に対し、勧告、指定の取り消し、地域拠点病院における指定類型の見直し等の対応を行うことができるものとする。

Ⅱ　地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

1　診療体制

（1）診療機能

①　集学的治療等の提供体制及び標準的治療等の提供

ア　我が国に多いがん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がんをいう。以下同じ。）及びその他各医療機関が専門とするがんについて、手術、放射線治療及び薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療及び緩和ケア（以下「集学的治療等」という。）を提供する体制を有するとともに、各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療（以下「標準的治療」という。）等がん患者の状態に応じた適切な治療を提供すること。

イ　集学的治療及び標準的治療等の質の評価のため、必要な情報を、国に届け出ること。

ウ　集学的治療及び標準的治療等を提供するに当たり、がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的な問題等のスクリーニングを、診断時から外来及び病棟にて行うことのできる体制を整備すること。なお、院内で一貫したスクリーニング手法を活用すること。また、必要に応じて看護師等によるカウンセリング（以下「がん患者カウンセリング」という。）を活用する等、安心して医療を受けられる体制を整備すること。

ⅰ　（1）の⑤のアに規定する緩和ケアチームと連携し、スクリーニングされたがん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛を迅速かつ適切に緩和する体制を整備すること。

エ　医師からの診断結果や病状の説明時には、以下の体制を整備すること。

ⅰ　看護師や医療心理に携わる者等の同席を基本とすること。ただ

し、患者とその家族等の希望に応じて同席者を調整すること。

ⅱ　初期治療内容に限らず、長期的視野に立った治療プロセス全体に関する十分なインフォームドコンセントの取得に努めること。

オ　我が国に多いがんについて、クリティカルパス（検査及び治療等を含めた詳細な診療計画表をいう。以下同じ。）を整備し、活用状況を把握すること。

カ　がん疼痛や呼吸困難などに対する症状緩和や医療用麻薬の適正使用を目的とした院内マニュアルを整備すると共に、これに準じた院内クリティカルパスを整備し活用状況を把握する等、実効性のある診療体制を整備すること。

キ　がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、キャンサーボード（手術、放射線診断、放射線治療、薬物療法、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、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をいう。以下同じ。）を設置し、その実施主体を明らかにした上で、月１回以上開催すること。なお、キャンサーボードを開催するに当たっては、以下の点に留意すること。

ⅰ　キャンサーボードには治療法（手術療法、薬物療法、放射線療法等）となり得る診療科の複数診療科の担当医師が参加すること。また、緩和ケア担当医師や病理医についても参加することが望ましい。

ⅱ　ウに規定するスクリーニングを行った上で、歯科医師や薬剤師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の専門的多職種の参加を必要に応じて求めること。

ⅲ　キャンサーボードで検討した内容については、記録の上、関係者間で共有すること。

ク　院内の緩和ケアチーム、口腔ケアチーム、栄養サポートチーム、感染防止対策チーム等の専門チームへ適切に依頼ができる体制を整備すること。

ケ　地域がん診療病院とグループ指定を受ける場合には、確実な連携体制を確保するためそのグループ指定先の地域がん診療病院と定期的な合同のカンファレンスを開催すること。

コ　思春期と若年成人（Adolescent and Young Adult；AYA）世代（以下「ＡＹＡ世代」という。）にあるがん患者については治療、就学、就労、生殖機能等に関する状況や希望について確認し、必要に応じて、対応できる医療機関やがん相談支援センターに紹介すること。

サ　生殖機能の温存に関しては、患者の希望を確認し、院内または地域の生殖医療に関する診療科についての情報を提供するとともに、当該診療科と治療に関する情報を共有する体制を整備すること。

シ　小児がん患者で長期フォローアップ中の患者については、小児がん拠点病院や連携する医療機関と情報を共有する体制を整備すること。

ス　保険適応外の免疫療法を提供する場合は、原則として治験を含めた臨床研究、先進医療の枠組みで行うこと。

セ　グループ指定を受ける地域がん診療病院の診療機能確保のための支援等に関する人材交流計画を策定し、その計画に基づき人材交流を行うこと。

②　手術療法の提供体制

ア　術中迅速病理診断が可能な体制を確保すること。なお、当該体制は遠隔病理診断でも可とする。

イ　術後管理体制の一環として、手術部位感染に関するサーベイランスを実施することが望ましい。

ウ　地域がん診療病院とグループ指定を受ける場合には、連携協力により手術療法を提供する体制を整備すること。

③　放射線治療の提供体制

ア　強度変調放射線治療に関して、地域の医療機関と連携すると共に、役割分担を図ること。

イ　核医学治療や粒子線治療等の高度な放射線治療について、患者に情報提供を行うとともに、必要に応じて適切な医療機関へ紹介する体制を整備すること。

ウ　第三者機関による出力線量測定を行い、放射線治療の品質管理を行うこと。なお、基準線量の±５％の範囲を維持することが望ましい。

エ　緩和的放射線治療について、患者に提供できる体制を整備すること。

オ　地域がん診療病院とグループ指定を受ける場合には、連携協力により放射線治療を提供する体制を整備すること。

④　薬物療法の提供体制

ア　（３）の①のイに規定する外来化学療法室において、専門資格を有する看護師を中心として、治療の有害事象を含めた苦痛のスクリーニングを行い、主治医と情報を共有し、適切な治療や支援を行うこと。なお、整備体制について、がん患者とその家族に十分に周知すること。

イ　急変時等の緊急時に（３）の①のイに規定する外来化学療法室において薬物療法を提供する当該がん患者が入院できる体制を確保すること。

ウ　薬物療法のレジメン（治療内容をいう。以下同じ。）を審査し、組織的に管理する委員会を設置すること。なお、当該委員会は、必要に応じて、キャンサーボードと連携協力すること。

エ　地域がん診療病院とグループ指定を受ける場合には、そのグループ指定先の地域がん診療病院が標準的な薬物療法を適切に提供できるよう、レジメンの審査等において地域がん診療病院を支援し、連携協力により薬物療法を提供する体制を整備すること。

⑤　緩和ケアの提供体制

ア　（２）の①のオに規定する医師及び（２）の②のウに規定する看護師等を構成員とする緩和ケアチームを整備し、当該緩和ケアチームを組織上明確に位置付けるとともに、がん患者に対し適切な緩和ケアを提供すること。

イ　緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、がん診療に携わる全ての診療従事者により、緩和ケアが提供される体制を整備すること。

ウ　緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、アに規定する緩和ケアチームにより、以下の緩和ケアが提供される体制を整備すること。

ⅰ　週１回以上の頻度で、定期的に病棟ラウンド及びカンファレンスを行い、適切な症状緩和にについて協議すること。なお、当該病棟ラウンド及びカンファレンスにについて主治医や病棟看護師等に情報を共有し、必要に応じて参加を求めること。

ⅱ　（２）の①のオに規定する身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師は、手術療法・薬物療法・放射線治療等、がん診療に関するカンファレンス及び病棟回診に参加し、適切な助言を行うとともに、必要に応じて共同して診療計画を立案すること。また、（２）の①のオに規定する精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師に関しても、がん診療に関するカンファレンス及び病棟回診に参加することが望ましい。

ⅲ　（２）の②のウに規定する看護師は、苦痛のスクリーニングの支援や専門的緩和ケアの提供に関する調整等、外来・病棟の看護業務を支援・強化すること。また、主治医及び看護師等と協働し、必要に応じてがん患者カウンセリングを実施すること。

ⅳ　緩和ケアに係る診療や相談支援の件数及び内容、医療用麻薬の処方量、苦痛のスクリーニング結果など、院内の緩和ケアに係る情報を把握・分析し、評価を行い、緩和ケアの提供体制の改善を図ること。

ⅴ　がん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛に対して、必要に応じて初

回処方を緩和ケアチームで実施する等、院内の診療従事者と連携し迅速かつ適切に緩和する体制を整備すること。

エ　外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備すること。なお、「外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制」とは、医師による全人的かつ専門的な緩和ケアを提供する定期的な外来を指すものであり、疼痛のみに対応する外来や、診療する曜日等が定まっていない外来は含まない。また、外来診療日については、外来診療表等に明示し、患者の外来受診や地域の医療機関の紹介を円滑に行うことができる体制を整備すること。

オ　医療用麻薬等の鎮痛薬の初回使用時や用量の増減時には、医師からの説明とともに薬剤師や看護師等による服薬指導を実施し、その際には自記式の服薬記録を整備活用することにより、外来・病棟を問わず医療用麻薬等を自己管理できるよう指導すること。

カ　院内の医療従事者とアに規定する緩和ケアチームとの連携を以下により確保すること。

ⅰ　アに規定する緩和ケアチームへがん患者の診療を依頼する手順には、医師だけではなく、看護師や薬剤師など他の診療従事者からも依頼できる体制を確保すること。

ⅱ　アに規定する緩和ケアチームへがん患者の診療を依頼する手順など、評価された苦痛に対する対応を明確化し、院内の全ての診療従事者に周知するとともに、患者とその家族に緩和ケアに関する診療方針を提示すること。

ⅲ　がん治療を行う病棟や外来部門には、緩和ケアの提供について診療従事者の指導にあたるとともに緩和ケアの提供体制についてアに規定する緩和ケアチームへ情報を集約するため、緩和ケアチームと各部署をつなぐリンクナース（医療施設において、各種専門チームや委員会と病棟看護師等をつなぐ役割を持つ看護師のことをいう。以下同じ。）を配置することが望ましい。

キ　患者や家族に対し、必要に応じて、アドバンス・ケア・プランニングを含めた意思決定支援を提供できる体制を整備すること。

ク　アからキにより、緩和ケアの提供がなされる旨を、院内の見やすい場所での掲示や入院時の資料配布等により、がん患者及び家族に対しわかりやすく情報提供を行うこと。

ケ　かかりつけ医の協力・連携を得て、主治医及び看護師がアに規定する緩和ケアチームと共に、退院後の居宅における緩和ケアに関する療養上必要な説明及び指導を行うこと。

コ　緩和ケアに関する要請及び相談に関する受付窓口を設けるなど、地域の医療機関及び在宅療養支援診療所等との連携協力体制を整備するこ

と。

⑥ 地域連携の推進体制

ア　地域の医療機関から紹介されたがん患者の受け入れを行うこと。また、がん患者の状態に応じ、地域の医療機関へがん患者の紹介を行うこと。その際、緩和ケアの提供に関しては、当該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。

イ　病理診断又は画像診断に関する依頼、手術、放射線治療、薬物療法又は緩和ケアの提供に関する相談など、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　当該医療圏内のがん診療に関する情報を集約し、当該圏域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することが望ましい。

オ　我が国に多いがんその他必要ながんについて、地域連携クリティカルパス（がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関等が作成する診療役割分担表、共同診療計画表及び患者用診療計画表から構成されるがん患者に対する診療の全体像を体系化した表をいう。以下同じ。）を整備すること。

カ　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、症状緩和に係る院内クリティカルパスに準じた地域連携クリティカルパスやマニュアルを整備するなど、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。

キ　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。

ク　当該医療圏において、地域の医療機関や在宅診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援のあり方について情報を共有し、役割分担や支援等について議論する場を年１回以上設けること。なお、その際には既存の会議体を利用する等の工夫を行うことが望ましい。

⑦　セカンドオピニオンの提示体制

ア　我が国に多いがんその他当該施設で対応可能ながんについて、手術療

法、放射線治療、薬物療法又は緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師によるセカンドオピニオン（診断及び治療法について、主治医以外の第三者の医師が提示する医療上の意見をいう。以下同じ。）を提示する体制を整備すること。また地域がん診療病院とグループ指定を受けている場合には、地域がん診療病院と連携しセカンドオピニオンを提示する体制を整備すること。

イ　がん患者とその家族に対して診療に関する説明を行う際には、他施設におけるセカンドオピニオンの活用についても説明を行う体制を整備すること。その際、セカンドオピニオンを求めることにより不利益を被ることがない旨を明確に説明する体制を整備すること。

（２）診療従事者

本指針において、専従とは、当該診療の実施日において、当該診療に専ら従事していることをいう。この場合において、「専ら従事している」とは、その就業時間の少なくとも８割以上、当該診療に従事していることをいう。また、専任とは、当該診療の実施を専ら担当していることをいう。この場合において、「専ら担当している」とは、担当者となっていればよいものとし、その他診療を兼任していても差し支えないものとする。ただし、その就業時間の少なくとも５割以上、当該診療に従事している必要があるものとする。

①　専門的な知識及び技能を有する医師の配置

ア　当該施設で対応可能ながんについて専門的な知識及び技能を有する手術療法に携わる常勤の医師を１人以上配置すること。

イ　専任の放射線診断に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。

ウ　専従の放射線治療に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。

エ　専従の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。

オ　（１）の⑤のアに規定する緩和ケアチームに、専任の身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については、専従であることが望ましい。また、当該医師は緩和ケアに関する専門資格を有する者であることが望ましい。

（１）の⑤のアに規定する緩和ケアチームに、精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については、専任であることが望ましい。

カ　専従の病理診断に携わる常勤の医師を１人以上配置すること。なお、当該病理診断には、病理解剖等の病理診断に係る周辺業務を含むもの

する。

キ　医師・歯科医師・薬剤師調査に基づく当該医療圏の医師数（病院の従事者）が概ね300人を下回る医療圏においては、2022年３月31日までの間、イ、ウ、カに規定する専門的な知識及び技能を有する医師の配置は必須要件とはしないが、以下の要件を満たすこと。

ⅰ　専任の放射線治療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。

ⅱ　専従の病理診断に携わる医師を１人以上配置すること。なお、当該病理診断には、病理解剖等の病理診断に係る周辺業務を含むものとする。

②　専門的な知識及び技能を有する医師以外の診療従事者の配置

ア　専従の放射線治療に携わる常勤の診療放射線技師を１人以上配置すること。なお、当該技師を含め、２人以上の放射線治療に携わる診療放射線技師を配置することが望ましい。また、当該技師は放射線治療に関する専門資格を有する者であることが望ましい。

専任の放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等に携わる常勤の技術者等を１人以上配置すること。なお、当該技術者は医学物理学に関する専門資格を有する者であることが望ましい。

放射線治療室に専任の常勤看護師を１人以上配置すること。なお、当該看護師は放射線治療に関する専門資格を有する者であることが望ましい。

イ　専任の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の薬剤師を１人以上配置すること。なお、当該薬剤師はがん薬物療法に関する専門資格を有する者であることが望ましい。

（３）の①のイに規定する外来化学療法室に、専従の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を１人以上配置すること。なお、当該看護師はがん看護又はがん薬物療法に関する専門資格を有する者であることが望ましい。

ウ　（１）の⑤のアに規定する緩和ケアチームに、専従の緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を１人以上配置すること。なお、当該看護師はがん看護又は緩和ケアに関する専門資格を有する者であること。

（１）の⑤のアに規定する緩和ケアチームに協力する薬剤師、医療心理に携わる者及び相談支援に携わる者をそれぞれ１人以上配置することが望ましい。なお、当該薬剤師は緩和薬物療法に関する専門資格を有す

る者であることが望ましい。また、当該医療心理士に携わる者は公認心理師又はそれに準ずる専門資格を有する者であることが望ましい。また、当該相談支援に携わる者については社会福祉士等であることが望ましい。

エ　専任の細胞診断に係る業務に携わる者を１人以上配置すること。なお、当該診療従事者は細胞診断に関する専門資格を有する者であることが望ましい。

③　その他

ア　がん患者の状態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、各診療科の医師における情報交換・連携を恒常的に推進する観点から、各診療科が参加する話し合いの場等を設置することが望ましい。

イ　地域がん診療連携拠点病院の長は、当該拠点病院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の専門性及び活動実績等を定期的に評価し、当該医師がその専門性を十分に発揮できる体制を整備すること。なお、当該評価に当たっては、手術・放射線治療・薬物療法の治療件数（放射線治療・薬物療法については、入院・外来ごとに評価することが望ましい。）、紹介されたがん患者数その他診療連携の実績、論文の発表実績、研修会・日常診療等を通じた指導実績、研修会・学会等への参加実績等を参考とすること。

（３）医療施設

①　専門的ながん医療を提供するための治療機器及び治療室等の設置

ア　放射線治療に関する機器を設置すること。ただし、当該機器は、リニアックなど、体外照射を行うための機器であること。

イ　外来化学療法室を設置すること。

ウ　原則として集中治療室を設置すること。

エ　白血病を専門とする分野に掲げる場合は、無菌病室を設置すること。

オ　術中迅速病理診断を含めた病理診断が実施可能である病理診断室を設置すること。

カ　病棟、外来、イに規定する外来化学療法室等に、集学的治療等の内容や治療前後の生活における注意点などに関して、冊子や視聴覚教材などを用いてがん患者及びその家族が自主的に確認できる環境を整備すること。

キ　がん患者及びその家族が心の悩みや体験等を語り合うための場を設けること。

②　敷地内禁煙等

敷地内禁煙の実施等のたばこ対策に積極的に取り組むこと。

2　診療実績

（1）　①または②を概ね満たすこと。なお、同一医療圏に複数の地域拠点病院を指定する場合は、①の項目を全て満たすこと。

①　以下の項目をそれぞれ満たすこと。

ア　院内がん登録数（入院、外来は問わない自施設初回治療分）年間500件以上

イ　悪性腫瘍の手術件数　年間400件以上

ウ　がんに係る薬物療法のべ患者数　年間1,000人以上

エ　放射線治療のべ患者数　年間200人以上

オ　緩和ケアチームの新規介入患者数　年間50人以上

②　当該医療圏に居住するがん患者のうち、２割程度について診療実績があること。

※　この場合の診療実績は、各施設の年間新入院がん患者数のうち当該二次医療圏に居住している者を分子とし、患者調査の「病院の推計退院患者数（患者住所地もしくは施設住所地），二次医療圏×傷病分類別」の当該２次医療圏の悪性新生物の数値を12倍したものを分母とする。分子の数値はがん診療連携拠点病院現況報告の数値を用い、分母の数値には原則として患者調査の最新公開情報を用いること。

3　研修の実施体制

（1）　「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が望ましい。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。

（2）　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。

（3）　（1）のほか、原則として、当該医療圏においてがん医療に携わる医師等を対象とした早期診断、副作用対応を含めた放射線治療・薬物療法の推進及び緩和ケア等に関する研修を実施すること。なお、当該研修については、実地での研修を行うなど、その内容を工夫するように努めること。

（４）　診療連携を行っている地域の医療機関等の診療従事者も参加する合同のカンファレンスを毎年定期的に開催すること。

（５）　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。

（６）　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して、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が望ましい。

４　情報の収集提供体制

（１）がん相談支援センター

相談支援を行う機能を有する部門（以下「相談支援センター」という。なお、病院固有の名称との併記を認めた上で、必ず「がん相談支援センター」と表記すること。）を設置し、①から⑧の体制を確保した上で、当該部門においてアからチまでに掲げる業務を行うこと。なお、院内の見やすい場所に相談支援センターによる相談支援を受けられる旨や、相談支援センターの場所、対応可能な時間帯についての掲示をする等、相談支援センターについて積極的に周知すること。

①　国立がん研究センターがん対策情報センター（以下「がん対策情報センター」という。）による「相談支援センター相談員研修・基礎研修」（１）～（３）を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者をそれぞれ１人ずつ配置すること。

②　院内及び地域の診療従事者の協力を得て、院内外のがん患者及びその家族並びに地域の住民及び医療機関等からの相談等に対応する体制を整備すること。また、相談支援に関し十分な経験を有するがん患者団体との連携協力体制の構築に積極的に取り組むこと。

③　相談支援について、都道府県協議会等の場での協議を行い、都道府県拠点病院、地域拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の間で情報共有や役割分担を含む協力体制の構築を行う体制を確保すること。

④　相談支援センターについて周知するため、以下の体制を整備すること。

ア　外来初診時等に主治医等から、がん患者及びその家族に対し、相談支援センターについて説明する等、診断初期の段階から相談支援センターの周知が図られる体制を整備すること。

イ　地域の医療機関に対し、相談支援センターに関する広報を行うこと。また、地域の医療機関からの相談依頼があった場合に受け入れ可能な体制を整備することが望ましい。

⑤　相談支援センターの業務内容について、相談者からフィードバックを得る体制を整備することが望ましい。

⑥　患者からの相談に対し、必要に応じて院内の医療従事者が対応できるよ

うに、相談支援センターと院内の医療従事者が協働すること。

⑦　相談支援センターの支援員は、Ⅳの２の（３）に規定する当該都道府県にある都道府県拠点病院が実施する相談支援に携わる者を対象とした研修を受講すること。

⑧　地域がん診療病院とグループ指定を受ける場合には、連携協力により相談支援を行う体制を整備すること。

＜相談支援センターの業務＞

以下に示す項目については自施設において提供できるようにすること。

ア　がんの病態や標準的治療法等、がんの治療に関する一般的な情報の提供

イ　がんの予防やがん検診等に関する一般的な情報の提供

ウ　自施設で対応可能ながん種や治療法等の診療機能及び、連携する地域の医療機関に関する情報の提供

エ　セカンドオピニオンの提示が可能な医師や医療機関の紹介

オ　がん患者の療養生活に関する相談

カ　就労に関する相談（産業保健総合支援センターや職業安定所等との効果的な連携による提供が望ましい。）

キ　地域の医療機関におけるがん医療の連携協力体制の事例に関する情報の収集、提供

ク　アスベストによる肺がん及び中皮腫に関する相談

ケ　ＨＴＬＶ－１関連疾患であるＡＴＬに関する相談

コ　医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援

サ　相談支援に携わる者に対する教育と支援サービス向上に向けた取組

シ　その他相談支援に関すること

以下に示す項目については自施設での提供が難しい場合には、適切な医療機関に紹介すること。

ス　がんゲノム医療に関する相談

セ　希少がんに関する相談

ソ　ＡＹＡ世代にあるがん患者に対する治療療養や就学、就労支援に関する相談

タ　がん治療に伴う生殖機能の影響や、生殖機能の温存に関する相談

チ　その他自施設では対応が困難である相談支援に関すること

※　業務内容については、相談支援センターと別部門で実施されることもあることから、その場合にはその旨を掲示し必要な情報提供を行うこと。

（２）院内がん登録

① がん登録等の推進に関する法律（平成25年法律第111号）第44条第１項の規定に基づき定められた、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）に即して院内がん登録を実施すること。

② 院内がん登録に係る実務に関する責任部署を明確にすること。当該病院の管理者又はこれに準ずる者を長とし、医師、看護師及び診療情報管理士等から構成され、当該病院における院内がん登録の運用上の課題の評価及び活用に係る規定の策定等を行う機関を設置すること。

③ 専従で、院内がん登録の実務を担う者として、国立がん研究センターが提供する研修で中級認定者の認定を受けている者を１人以上配置すること。また、配置された者は国立がん研究センターが示すがん登録に係るマニュアルに習熟すること。

④ 院内がん登録の登録様式については、国立がん研究センターが提示する院内がん登録に係る標準様式に準拠すること。

⑤ 適宜、登録対象者の生存の状況を確認すること。

⑥ 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ため、毎年、国立がん研究センターに情報提供すること。

⑦ 院内がん情報を取り扱うに当たっては、情報セキュリティーに関する基本的な方針を定めることが望ましい。

⑧ 院内がん登録を活用することにより、都道府県の実施するがん対策等に必要な情報を提供すること。

（３）情報提供・普及啓発

① 自施設で対応できるがんについて、提供可能な診療内容について病院ホームページ等でわかりやすく広報すること。また、がんゲノム医療やＡＹＡ世代にあるがん患者への治療・支援についても、自施設で提供できる場合はその旨を広報すること。

② 院内がん登録数や各治療法についてのがん種別件数について、ホームページ等での情報公開に努めること。

③ 地域を対象として、緩和ケアやがん教育をはじめとするがんに関する普及啓発に努めること。

④ 地域がん診療病院とグループ指定を受ける際には、連携先の地域がん診療病院名やその連携内容、連携実績等について病院ホームページ、パンフレット等でわかりやすく公表すること。

⑤ がん教育について、当該医療圏における学校や職域より依頼があった際には、外部講師として医療従事者を派遣し、がんに関する正しい知識の普及啓発に努めることが望ましい。なお、学校でのがん教育を実施するに当たっては、児童・生徒へ十分な配慮を行うこと。

5　臨床研究及び調査研究

（１）政策的公衆衛生的に必要性の高い調査研究に協力すること。

（２）臨床研究を行う場合は、次に掲げる事項を実施すること。

①　治験を除く臨床研究を行うに当たっては、臨床研究法（平成29年法律第16号）に則った体制を整備すること。

②　進行中の治験を除く臨床研究の概要及び過去の治験を除く臨床研究の成果を広報すること。

③　参加中の治験について、その対象であるがんの種類及び薬剤名等を広報することが望ましい。

④　臨床研究コーディネーター（ＣＲＣ）を配置することが望ましい。

⑤　患者に対して治験も含めた臨床研究、先進医療、患者申出療養等に関する適切な情報提供を行うとともに、必要に応じて適切な医療機関に紹介すること。

6　ＰＤＣＡサイクルの確保

（１）　自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講じること。なお、その際には、Quality Indicator(以下「ＱＩ」という。)の利用や、第三者による評価、拠点病院間の実地調査等を用いる等、工夫をすること。

（２）　これらの実施状況につき都道府県拠点病院を中心に都道府県内のがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院において、情報共有と相互評価を行うとともに、地域に対してわかりやすく広報すること。

7　医療に係る安全管理

（１）　組織上明確に位置づけられた医療に係る安全管理を行う部門（以下「医療安全管理部門」という。）を設置し、病院一体として医療安全対策を講じること。また、当該部門の長として常勤の医師を配置すること。

（２）　医療に係る安全管理を行う者（以下「医療安全管理者」という。）として（１）に規定する医師に加え、専任で常勤の薬剤師及び専従で常勤の看護師を配置すること。

（３）　医療安全管理者は、医療安全対策に係る研修を受講すること。

（４）　医療に係る安全管理の体制及び取り組み状況について、第三者による評価や拠点病院間での実地調査等を活用することが望ましい。

（５）　当該施設で未承認新規医薬品の使用や承認薬の適応外使用を行う場合や高難度新規医療技術を用いた医療を提供する場合については、以下の体制を整備すること。

①当該医療の適応の安全性や妥当性、倫理性について検討するための組

織（倫理審査委員会、薬事委員会等）を設置し、病院として事前に検討を行うこと。

②事前検討を行い、承認された医療を提供する際には、患者・家族に対し適切な説明を行い、書面での同意を得た上で提供すること。

③提供した医療について、事後評価を行うこと。

（６）　医療安全のための患者窓口を設置し、患者からの苦情や相談に応じられる体制を確保すること。

８　地域拠点病院（高度型）の指定要件について

（１）地域拠点病院（高度型）

地域拠点病院（高度型）については、Ⅱの１～７の要件を満たしていることに加え、以下の要件を満たしていること。

①　Ⅱの１～７において「望ましい」とされる要件を複数満たしていること。

②　同一医療圏に複数の地域拠点病院がある場合は、Ⅱの２の（１）の①に規定する診療実績が当該医療圏において最も優れていること。

③　強度変調放射線療法や核医学治療等の高度な放射線治療を提供できること。

④　Ⅳの３の（３）に規定する緩和ケアセンターに準じた緩和ケアの提供体制を整備していること。

⑤　相談支援センターに看護師や社会福祉士、精神保健福祉士等の医療従事者を配置し、相談支援業務の強化が行われていること。

⑥　医療に係る安全管理体制について第三者による評価を受けているか、外部委員を含めた構成員からなる医療安全に関する監査を目的とした監査委員会を整備していること。

Ⅲ　特定機能病院を地域がん診療連携拠点病院として指定する場合の指定要件について

医療法（昭和23年法律第205号）第４条の２に基づく特定機能病院を地域拠点病院として指定する場合には、Ⅱの地域拠点病院の指定要件に加え、次の要件を満たすこと。

１　組織上明確に位置付けられた複数種類のがんに対し放射線治療を行う機能を有する部門（以下「放射線治療部門」という。）を設置し、当該部門の長として、専従の放射線治療に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を配置すること。

２　組織上明確に位置付けられた複数種類のがんに対し薬物療法を行う機能を有する部門（以下「薬物療法部門」という。）を設置し、当該部門の長として、専任の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を配置すること。

なお、当該医師については、専従であることが望ましい。

3　当該都道府県におけるがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院等の医師等に対し、高度ながん医療に関する研修を実施することが望ましい。

4　他のがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院に対する医師の派遣による診療支援に積極的に取り組むこと。

Ⅳ　都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件について

都道府県拠点病院は、当該都道府県におけるがん診療の質の向上及びがん診療連携協力体制の構築、ＰＤＣＡサイクルの確保に関し中心的な役割を担い、Ⅱの地域拠点病院の指定要件に加え、次の要件を満たすこと。ただし、特定機能病院を都道府県拠点病院として指定する場合には、Ⅲの特定機能病院を地域拠点病院として指定する場合の指定要件に加え、次の要件（３の（１）、（２）を除く。）を満たすこと。

1　都道府県における診療機能強化に向けた要件

（1）　当該都道府県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・薬剤師・看護師等を対象とした研修を実施すること。

（2）　当該都道府県の地域拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院等に対し、情報提供、症例相談及び診療支援を行うこと。

（3）　当該都道府県の地域拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院に対し、診療機能や診療実績等の情報提供を求め、必要に応じ、実地調査を行うこと等により、当該都道府県内のがん診療等の状況に関する情報を収集、分析、評価し、改善を図ること。

（4）　都道府県協議会を設置し、当該協議会は、当該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とともに、診療の質向上につながる取組に関して検討し、実践するため、次に掲げる事項を行うこと。

①　地域がん診療病院とがん診療連携拠点病院とのグループ指定における、地域性に応じたグループ内での役割分担を明確にした上でのグループ指定の組み合わせを決定すること。

②　都道府県内のがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の診療実績等を共有すること。（地域連携クリティカルパスの活用実績や地域の医療機関との紹介・逆紹介の実績、相談支援の内容別実績、がん患者の療養生活の質の向上に向けた取組状況等を含む。）

③　当該都道府県におけるがん診療及び相談支援の提供における連携協力体制について検討すること。

④　当該都道府県におけるがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院が作成している地域連携クリティカルパスの一覧を作成・共有すること。

⑤　当該都道府県内の院内がん登録のデータの分析、評価等を行うこと。
⑥　当該都道府県におけるがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院への診療支援を行う医師の派遣に係る調整を行うこと。
⑦　Ⅱの３の（１）に基づき当該都道府県におけるがん診療連携拠点病院が実施するがん医療に携わる医師を対象とした緩和ケアに関する研修その他各種研修に関する計画を作成すること。
⑧　当該都道府県内の医療機関における診療、緩和ケア外来、相談支援センター、セカンドオピニオン、患者サロン、患者支援団体、在宅医療等へのアクセスについて情報を集約し医療機関間で共有するとともに、冊子やホームページ等でわかりやすく広報すること。
⑨　国協議会との体系的な連携体制を構築すること。
⑩　国立がん研究センターによる研修に関する情報や国協議会での決定事項が確実に都道府県内で共有される体制を整備すること。

２　都道府県における相談支援機能強化に向けた要件
（１）　相談支援業務として、都道府県内の医療機関で実施されるがんに関する臨床試験について情報提供を行うことが望ましい。
（２）　相談支援に携わる者のうち、少なくとも１人は国立がん研究センターによる相談員指導者研修を修了していること。
（３）　当該都道府県の地域拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の相談支援に携わる者に対する継続的かつ系統的な研修を行うこと。

３　都道府県拠点病院の診療機能強化に向けた要件
（１）　放射線治療部門を設置し、当該部門の長として、専従の放射線治療に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を配置すること。
（２）　薬物療法部門を設置し、当該部門の長として、専任の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を配置すること。なお、当該医師については、専従であることが望ましい。また、がんの薬物療法に関する専門資格を有している医師を配置すること。
（３）　緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等を有機的に統合する緩和ケアセンターを整備し、当該緩和ケアセンターを組織上明確に位置づけること。緩和ケアセンターは、緩和ケアチームが主体となり以下の活動を行い、専門的緩和ケアを提供する院内拠点組織とする。
①　がん看護に関する専門資格を有する看護師等による定期的ながん患者カウンセリングを行うこと。
②　看護カンファレンスを週１回程度開催し、患者とその家族の苦痛に関する情報を外来や病棟看護師等と共有すること。
③　緊急緩和ケア病床を確保し、かかりつけ患者や連携協力リストを作成し

た在宅療養支援診療所等からの紹介患者を対象として、緊急入院体制を整備すること。

④　地域の病院や在宅療養支援診療所、ホスピス・緩和ケア病棟等の診療従事者と協働して、緩和ケアにおける連携協力に関するカンファレンスを月１回程度定期的に開催すること。

⑤　連携協力している在宅療養支援診療所等を対象にした患者の診療情報に係る相談等、いつでも連絡を取れる体制を整備すること。

⑥　相談支援センターとの連携を図り、がん患者とその家族に対して、緩和ケアに関する高次の相談支援を提供する体制を確保すること。

⑦　がん診療に携わる診療従事者に対して定期的な緩和ケアに関する院内研修会等を開催し、修了者を把握する等、研修の運営体制を構築すること。

⑧　緩和ケアセンターの構成員が参加するカンファレンスを週１回以上の頻度で開催し、緩和ケアセンターの運営に関する情報共有や検討を行うこと。

⑨　緩和ケアセンターには、Ⅱの１の（２）の①のオに規定する緩和ケアチームの医師に加えて、以下の専門的な知識及び技能を有する医師を配置すること。

ア　緩和ケアセンターの機能を統括する医師を緩和ケアセンター長として１人配置すること。なお、当該医師については、常勤であり、かつ、院内において管理的立場の医師であること。

イ　緊急緩和ケア病床を担当する専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。なお、Ⅱの１の（２）の①のオに規定する緩和ケアチームの医師との兼任を可とする。当該医師については、夜間休日等も必要時には主治医や当直担当医と連絡を取ることができる体制を整備すること。

⑩　緩和ケアセンターには、Ⅱの１の（２）の②のウに規定する緩和ケアチームの構成員に加えて、以下の専門的な知識及び技能を有する医師以外の診療従事者を配置すること。

ア　緩和ケアセンターの機能を管理・調整する、専従のジェネラルマネージャーを配置すること。ジェネラルマネージャーは、常勤であり、かつ院内において管理的立場の看護師であること。また、当該看護師はがん看護に関する専門資格を有する者であることが望ましい。

イ　アに規定するジェネラルマネージャーとは別に、専従かつ常勤の看護師を２人以上配置すること。なお、当該看護師はがん看護に関する専門資格を有する者であること。また、当該看護師はⅡの１の（２）の②のウに規定する看護師との兼任を可とする。

ウ　緩和ケアセンターの業務に協力する薬剤師を配置すること。なお、当該薬剤師はがん薬物療法に関する専門資格を有する者であることが望ま

しい。

エ　緩和ケアセンターにおける相談支援業務に専任の相談支援に携わる者を１人以上配置すること。また、当該者については相談支援センターの相談支援に携わる者との兼任および、相談支援センター内にて当該業務に従事することを可とする。

オ　ジェネラルマネージャーを中心に、歯科医師や医療心理に携わる者、理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士などの診療従事者が連携することが望ましい。

4　院内がん登録の質的向上に向けた要件

（１）　都道府県内の院内がん登録に関する情報の収集及び院内がん登録実務者の育成等を行うことが望ましい。

5　ＰＤＣＡサイクルの確保

Ⅱの６の（２）に規定する、都道府県内のがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院におけるＰＤＣＡサイクルの確保について、当該都道府県内の取組について情報の取りまとめを行う等、中心となって情報共有と相互評価を行い、地域に対してわかりやすく広報すること。

6　医療に係る安全管理

（１）　医療安全管理部門を設置し、病院一体として医療安全対策を講じること。また、当該部門の長として常勤かつ専任の医師を配置すること。

（２）　医療安全管理者として（１）に規定する医師に加え、専任で常勤の薬剤師及び専従で常勤の看護師を配置すること。なお、当該薬剤師については専従であることが望ましい。

（３）　医療安全管理者は医療安全対策に係る研修を受講すること。

（４）　医療に係る安全管理の体制及び取り組み状況について、第三者による評価や拠点病院間での実地調査等を活用することが望ましい。

（５）　当該施設で未承認新規医薬品の使用や承認薬の適応外使用を行う場合や高難度新規医療技術を用いた医療を提供する場合については、以下の体制を整備すること。

①当該医療の適応の安全性や妥当性、倫理性について検討するための組織（倫理審査委員会、薬事委員会等）を設置し、病院として事前に検討を行うこと。

②事前検討を行い、承認された医療を提供する際には、患者・家族に対し適切な説明を行い、書面での同意を得た上で提供すること。

③提供した医療について、事後評価を行うこと。

（６）　医療安全のための患者窓口を設置し、患者からの苦情や相談に応じられ

る体制を確保すること。

Ⅴ　国立がん研究センターの中央病院及び東病院の指定要件について

国立がん研究センター中央病院及び東病院は、Ⅲの特定機能病院を地域がん診療連携拠点病院として指定する場合の指定要件を満たすこと。

Ⅵ　特定領域がん診療連携拠点病院の指定要件について

1　特定のがんについて、集学的治療等を提供する体制を有するとともに、標準的治療等がん患者の状態に応じた適切な治療を提供すること。また、当該がんについて当該都道府県内で最も多くの患者を診療していること。

2　Ⅱに規定する地域がん診療連携拠点病院の指定要件を満たすこと。ただし、がんの種類に応じて必要な治療法が異なる可能性があるため、指定にあたってはⅡの要件のうち満たしていない項目がある場合には、個別に指定の可否を検討する。

3　緊急対応が必要な患者や合併症を持ち高度な管理が必要な患者に対してがん診療連携拠点病院等と連携し適切ながん医療の提供を行うこと。

4　特定領域における高い診療技術や知識を共有する観点から、がん診療連携拠点病院等との人材交流、合同のカンファレンス、診療業務や相談支援業務における情報共有等を行うことが望ましい。

Ⅶ　地域がん診療病院の指定要件について

1　診療体制

（1）診療機能

① 集学的治療等の提供体制及び標準的治療等の提供

ア　我が国に多いがんを中心として、集学的治療等を提供する体制を有するとともに、標準的治療等がん患者の状態に応じた適切な治療を提供すること。ただし、集学的治療や標準的治療を提供できないがんについては、グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との連携と役割分担により対応できる体制を整備すること。

イ　確実な連携体制を確保するため、グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と定期的な合同のカンファレンスを開催すること。

ウ　集学的治療及び標準的治療等の質の評価のため、必要な情報を、国に届け出ること。

エ　集学的治療及び標準的治療等を提供するに当たり、がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的な問題等のスクリーニングを診断時から外来及び病棟にて行うこと。また、院内で一貫したスクリーニング手法を活用すること。また、必要に応じてがん患者カウンセリングを活用する等、安心して医療を受けられる体制を整備すること。

ⅰ　（１）の⑤のアに規定する緩和ケアチームと連携し、スクリーニングされたがん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛を迅速かつ適切に緩和する体制を整備すること。

オ　医師からの診断結果や病状の説明時には、以下の体制を整備すること。

ⅰ　看護師や医療心理に携わる者等の同席を基本とすること。ただし、患者とその家族等の希望に応じて同席者を調整すること。

ⅱ　説明時には、初期治療内容に限らず、長期的視野に立った治療プロセス全体に関する十分なインフォームドコンセントの取得に努めること。

カ　地域がん診療病院の診療機能確保のための支援等に関するがん診療連携拠点病院との人材交流計画を提出し、その計画に基づいた人材交流を行うこと。

キ　標準的治療等の均てん化のため、グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と連携することにより、対応可能ながんについてクリティカルパスを整備し活用状況を把握すること。

ク　がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、キャンサーボードを設置し、定期的に開催すること。なお、構成員については、必要に応じてグループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との連携により確保すること。なお、キャンサーボードを開催するに当たっては以下の点に留意すること。

ⅰ　キャンサーボードには治療法となり得る診療科（手術療法、薬物療法、放射線療法等）の複数診療科の担当医師が参加すること。また、緩和ケア担当医師や病理医についても参加することが望ましい。

ⅱ　エに規定するスクリーニングを行った上で、歯科医師や薬剤師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の専門的多職種の参加を必要に応じて求めること。

ⅲ　キャンサーボードで検討した内容については、記録の上、関係者間で共有すること。

ケ　院内の緩和ケアチーム、口腔ケアチーム、栄養サポートチーム、感染防止対策チーム等の専門チームへ適切に依頼ができる体制を整備すること。

コ　ＡＹＡ世代にある、がん患者については治療、就学、就労、生殖機能等に関する状況や希望について確認し、必要に応じて、対応できる医療機関やがん相談支援センターに紹介すること。

サ　生殖機能の温存に関しては、患者の希望を確認し、院内または地域の

生殖医療に関する診療科について情報を提供するとともに、当該診療科と治療に関する情報を共有する体制を整備すること。

シ　小児がん患者で長期フォローアップ中の患者については、小児がん拠点病院や連携する医療機関と情報を共有する体制を整備すること。

ス　保険適応外の免疫療法を提供する場合は、原則として治験、先進医療も含めた臨床研究の枠組みで行うこと。

② 手術療法の提供体制

ア　我が国に多いがんに対する手術のうち、提供が困難であるものについてはグループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との連携により提供できる体制を整備すること。

イ　グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と連携することにより術中迅速病理診断を提供できる体制を整備すること。なお、当該体制は遠隔病理診断でも可とする。

③ 放射線治療の提供体制

設備や人材配置の点から放射線治療の提供が困難である場合には、グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と連携することにより放射線治療を提供できる体制を整備すること。

④ 薬物療法の提供体制

ア　（３）の①のイに規定する外来化学療法室において薬物療法を提供する当該がん患者が急変時等の緊急時に入院できる体制を確保すること。

イ　グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との連携により、薬物療法のレジメンを審査するとともに、標準的な薬物療法を提供できる体制を整備すること。

⑤ 緩和ケアの提供体制

Ⅱの１の（１）の⑤に定める要件を満たすこと。

⑥地域連携の協力体制

グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との連携により、Ⅱの１の（１）の⑥に定める要件を満たすこと。

⑦ セカンドオピニオンの提示体制

ア　我が国に多いがんその他対応可能ながんについて、手術療法、放射線治療、薬物療法又は緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師によるセカンドオピニオンを提示できる体制を整備すること。またグ

ループ指定のがん診療連携拠点病院との連携による提示も可とする。

イ　患者とその家族に対して診療に関する説明を行う際には、他施設におけるセカンドオピニオンの活用についても説明を行う体制を整備すること。その際、セカンドオピニオンを求めることにより不利益を被ることがない旨を明確に説明する体制を整備すること。

（２）診療従事者

① 専門的な知識及び技能を有する医師の配置

ア　対応可能ながんについて専門的な知識及び技能を有する手術療法に携わる医師を１人以上配置すること。

イ　放射線治療を実施する場合には、専門的な知識及び技能を有する専従の放射線治療に携わる医師を１人以上配置すること。

ウ　専門的な知識及び技能を有する薬物療法に携わる専任かつ常勤の医師を１人以上配置すること。

エ　（１）の⑤に規定する緩和ケアチームに、専任かつ常勤の身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については専従であることが望ましい。

（１）の⑤に規定する緩和ケアチームに、精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については、専任であることが望ましい。また、常勤であることが望ましい。

オ　専任の病理診断に携わる医師を１人以上配置することが望ましい。

② 専門的な知識及び技能を有する医師以外の診療従事者の配置

ア　放射線治療を実施する場合には、専従かつ常勤の診療放射線技師を１人以上配置すること。なお、当該技師は放射線治療に関する専門資格を有する者であることが望ましい。また、放射線治療を実施する場合には、専任かつ常勤の看護師を１人以上配置することが望ましい。なお、当該看護師は放射線治療に関する専門資格を有する者であることが望ましい。

イ　外来化学療法室に専任の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を１人以上配置すること。なお、当該看護師は専従であることが望ましい。また、当該看護師はがん看護又はがん薬物療法に関する専門資格を有する者であることが望ましい。

専任の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の薬剤師を１人以上配置することが望ましい。

ウ　（１）の⑤に規定する緩和ケアチームに、専従の緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を１人以上配置すること。な

お、当該看護師はがん看護又は緩和ケアに関する専門資格を有する者であることが望ましい。

（１）の⑤に規定する緩和ケアチームに協力する薬剤師及び医療心理に携わる者をそれぞれ１人以上配置することが望ましい。

エ　細胞診断に係る業務に携わる者を１人以上配置すること。なお、当該診療従事者は細胞診断に関する専門資格を有する者であることが望ましい。

（３）医療施設

①　専門的ながん医療を提供するための治療機器及び治療室等の設置

ア　自施設で放射線治療を提供する場合には、放射線治療機器を設置すること。ただし、当該機器は、リニアックなど、体外照射を行うための機器であること。

イ　外来化学療法室を設置すること。

ウ　集中治療室を設置することが望ましい。

エ　白血病を専門とする分野に掲げる場合は、無菌病室を設置すること。

オ　術中迅速病理診断を含めた病理診断が実施可能である病理診断室を設置すること。

カ　病棟、外来、イに規定する外来化学療法室などに、集学的治療等の内容や治療前後の生活における注意点などに関して、冊子や視聴覚教材などを用いてがん患者及びその家族が自主的に確認できる環境を整備すること。

キ　がん患者及びその家族が心の悩みや体験等を語り合うための場を設けることが望ましい。

②　敷地内禁煙等

敷地内禁煙の実施等のたばこ対策に積極的に取り組むこと。

２　診療実績

当該医療圏のがん患者を一定程度診療していること。

３　研修の実施体制

「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、当該医療圏においてがん医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、自施設に所属する臨床研修医及び１年以上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、受講率を報告すること。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　相談支援・情報提供・院内がん登録

（１）がん相談支援センター

①　国立がん研究センターによる研修を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者を１人ずつ配置すること。当該者のうち、１名は相談員基礎研修（１）、（２）を、もう１名は基礎研修（１）～（３）を修了していること。

②　グループ指定のがん診療連携拠点病院との連携と役割分担によりⅡの４の（１）に規定する相談支援業務を行うこと。

（２）院内がん登録

①　がん登録等の推進に関する法律（平成25年法律第111号）第44条第１項の規定に基づき定められた、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）に即して院内がん登録を実施すること。

②　院内がん登録に係る実務に関する責任部署を明確にすること。当該病院の管理者又はこれに準ずる者を長とし、医師、看護師及び診療情報管理士等から構成され、当該病院における院内がん登録の運用上の課題の評価及び活用に係る規定の策定等を行う機関を設置すること。

③　国立がん研究センターが実施する研修で認定を受けている、専従の院内がん登録の実務を担う者を１人以上配置すること。認定については、中級認定者とされている認定を受けることが望ましい。また、配置された者は国立がん研究センターが示すがん登録に係るマニュアルに習熟すること。

④　院内がん登録の登録様式については、国立がん研究センターが提示する院内がん登録に係る標準様式に準拠すること。

⑤　適宜、登録対象者の生存の状況を確認すること。

⑥　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ため、毎年、国立がん研究センターに情報提供すること。

⑦　院内がん情報を取り扱うに当たっては、情報セキュリティーに関する基本的な方針を定めることが望ましい。

⑧　院内がん登録を活用することにより、都道府県の実施するがん対策等に必要な情報を提供すること。

（３）情報提供・普及啓発

①　提供可能ながん医療についてわかりやすく患者に広報すること。

②　グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院名やその連携内容、連携実

績等についてホームページ、パンフレット等でわかりやすく公表すること。

③　地域を対象として、緩和ケアやがん教育をはじめとするがんに関する普及啓発に努めること。

④　がん教育について、当該医療圏における学校や職域より依頼があった際には、外部講師として医療従事者を派遣し、がんに関する正しい知識の普及啓発に努めることが望ましい。なお、学校でのがん教育を実施するに当たっては、児童・生徒へ十分な配慮を行うこと。

5　ＰＤＣＡサイクルの確保

（1）　自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講じること。なお、その際にはＱＩの利用や、第三者による評価、拠点病院間の実地調査等を用いる等、工夫をすること。

（2）　これらの実施状況につき都道府県拠点病院を中心に都道府県内のがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院において、情報共有と相互評価を行うとともに、地域に対してわかりやすく広報すること。

6　医療に係る安全管理

（1）　医療安全管理部門を設置し、病院一体として医療安全対策を講じること。また、当該部門の長として常勤の医師を配置すること。

（2）　医療安全管理者として（1）に規定する医師に加え、常勤の薬剤師及び専従かつ常勤の看護師を配置すること。なお、当該薬剤師は専任であることが望ましい。

（3）　医療安全管理者は医療安全対策に係る研修を受講すること。

（4）　医療に係る安全管理の体制及び取り組み状況について、第三者による評価や拠点病院間での実地調査等を活用することが望ましい。

（5）　当該施設で未承認新規医薬品の使用や承認薬の適応外使用を行う場合や高難度新規医療技術を用いた医療を提供する場合については、以下の体制を整備すること。

①　当該医療の適応の安全性や妥当性、倫理性について検討するための組織（倫理審査委員会、薬事委員会等）を設置し、病院として事前に検討を行うこと。

②　事前検討を行い、承認された医療を提供する際には、患者・家族に対し適切な説明を行い、書面での同意を得た上で提供すること。

③　提供した医療について、事後評価を行うこと。

（6）　医療安全のための患者窓口を設置し、患者からの苦情や相談に応じられ

る体制を確保すること。

Ⅷ　既指定病院の取扱い、指定・指定の更新の推薦手続等、指針の見直し及び施行期日について

1　既にがん診療連携拠点病院の指定を受けている医療機関の取扱いについて

（１）　本指針の施行日の時点で、旧通知の別添「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（以下「旧指針」という。）に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けている医療機関（以下「既指定病院」という。）にあっては、平成31年３月末日までの間に限り、この指針で定めるがん診療連携拠点病院として指定を受けているものとみなす。また、旧指針に基づき平成30年８月まで、または平成31年４月以降も指定を受けている既指定病院にあっても、指定の有効期間は平成31年３月末日までとする。

（２）　都道府県は、既指定病院を平成31年４月１日以降も引き続きがん診療連携拠点病院として推薦する場合には、推薦意見書を添付の上、平成30年10月末日までに、別途定める「指定更新推薦書」を厚生労働大臣に提出すること。都道府県拠点病院がⅠの１に規定する意見書を提出する場合には、都道府県は「指定更新推薦書」と同時に厚生労働大臣に提出すること。

ただし、既指定病院のうち、平成30年の推薦時点で、Ⅱの１の（２）の①のイ、エ及びオに規定する医師、Ⅱの１の（２）の②のイに規定する看護師、Ⅱの２の（１）のオに規定する緩和ケアチームの診療実績、Ⅱの７の（３）、Ⅳの６の（３）及びⅧの６の（３）に規定する医療安全対策に係る研修の受講のいずれかの要件を満たしていないがん診療連携拠点病院については、平成31年４月からの１年間に限り指定の更新を行うものとする。また、Ⅱの１の（２）の①のウに規定する医師の要件を満たしていない地域拠点病院については平成31年４月からの２年間に限り指定の更新を行うものとする。ただし、これらの際にも以下の要件を満たしていることを求める。

①　専門的な知識及び技能を有する医師の配置

ア　専任の放射線診断に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。

イ　専従の放射線治療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。

ウ　専従の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤

であること。

エ　Ⅱの１の（１）の⑤のアに規定する緩和ケアチームに、専従の身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。

オ　Ⅱの１の（１）の⑤のアに規定する緩和ケアチームに、精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を１人以上配置すること。また、当該医師については、原則として常勤であること。なお、当該医師については、専任であることが望ましい。

② 専門的な知識及び技能を有する医師以外の診療従事者の配置

Ⅱの（３）の①のイに規定する外来化学療法室に、専任の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を１人以上配置すること。なお、当該看護師については、原則として専従であること。

③ 院内がん登録実務者

国立がん研究センターが実施する研修で認定を受けている、専従の院内がん登録の実務を担う者を１人以上配置すること。認定については、中級認定者とされている認定を受けることが望ましい。また、配置された者は国立がん研究センターが示すがん登録に係るマニュアルに習熟すること。

④ 医療安全対策に係る研修の受講

Ⅱの７、Ⅳの６及びⅦの６に規定する医療安全管理者のうち、少なくとも１名は医療安全対策に係る研修を受講していること。

なお、当該既指定病院は平成31年10月末日までに提出する別途定める「現況報告書」にて当該要件が満たされていることが確認できなければ、平成32年４月１日以降指定の更新は認められない場合があるため留意すること。

（３）　ⅠからⅦの規定は、既指定病院の指定の更新について準用する。

２　指定の推薦手続等について

（１）　都道府県は、Ⅰの１及び４に基づく指定の推薦に当たっては、指定要件を満たしていることを確認の上、推薦意見書を添付し、毎年10月末日までに、別途定める「新規指定推薦書」を厚生労働大臣に提出すること。都道府県拠点病院がⅠの１に規定する意見書を提出する場合には、都道府県は「新規指定推薦書」と併せて厚生労働大臣に提出すること。

また、地域拠点病院を都道府県拠点病院として指定の推薦をし直す場

合、都道府県拠点病院を地域拠点病院として指定の推薦をし直す場合、特定領域拠点病院と地域がん診療病院をがん診療連携拠点病院として指定の推薦をし直す場合、がん診療連携拠点病院を特定領域拠点病院又は地域がん診療病院として指定の推薦をし直す場合も、同様とすること。

（２）がん診療連携拠点病院（国立がん研究センターの中央病院及び東病院を除く。）、特定領域拠点病院、地域がん診療病院は、都道府県を経由し、毎年10月末日までに、別途定める「現況報告書」を厚生労働大臣に提出すること。

（３）　国立がん研究センターの中央病院及び東病院は、毎年10月末日までに別途定める「現況報告書」を厚生労働大臣に提出すること。

３　指定の更新の推薦手続等について

（１）　Ⅰの１、３及び４の指定は、４年ごとにその更新を受けなければ、その期間の経過によって、その効力を失う。

（２）　（１）の更新の推薦があった場合において、（１）の期間（以下「指定の有効期間」という。）の満了の日までにその推薦に対する指定の更新がされないときは、従前の指定は、指定の有効期間の満了後もその指定の更新がされるまでの間は、なおその効力を有する（指定の検討会の意見を踏まえ、指定の更新がされないときを除く。）。

（３）　（２）の場合において、指定の更新がされたときは、その指定の有効期間は、従前の指定の有効期間の満了の日の翌日から起算するものとする。

（４）　都道府県は、（１）の更新の推薦に当たっては、指定要件を満たしていることを確認の上、推薦意見書を添付し、指定の有効期間の満了する日の前年の10月末日までに、別途定める「指定更新推薦書」を厚生労働大臣に提出すること。

（５）　Ⅰの１から４及びⅡからⅦまでの規定は、（１）の指定の更新について準用する。なお、地域拠点病院（特例型）としての指定を受けている医療機関にあっては、更新時において地域拠点病院の指定要件を充足していない場合は、指定の更新は行わない。

４　指定の有効期間内における手続きについて

（１）　指定の有効期間において指定要件を満たすことのできない状況（地域拠点病院（高度型）の指定要件を満たすことのできない状況を含む）が発生したがん診療連携拠点病院（国立がん研究センターの中央病院および東病院を除く）、特定領域拠点病院、地域がん診療病院は、文書にて迅速に都道府県を通じてその旨について厚生労働大臣に届け出ること。地域がん診療病院においてグループ指定の組み合わせが変更される場合においても同様に厚生労働大臣に届け出ること。

（２）　指定の有効期間において指定要件を満たすことのできない状況が発生した国立がん研究センターの中央病院及び東病院は、文書にて迅速にその旨について厚生労働大臣に届け出ること。

（３）　指定の有効期間内において、がん診療連携拠点病院、特定領域拠点、地域がん診療病院（以下「拠点病院等」という。）が、指定要件を満たしていないことが確認された場合、厚生労働大臣は、指定の検討会の意見を踏まえ、当該拠点病院等に対し、以下の対応を行うことができる。その際、当該拠点病院等は、都道府県を通じて意見書を提出することができる。

①　勧告

②　指定の取り消し

③　地域拠点病院における指定類型の見直し

（４）　地域拠点病院における、地域拠点病院（高度型）及び地域拠点病院（特例型）等の指定の類型の定めは、指定の有効期間中において、指定要件の充足条件が改善された場合等に、指定の検討会の意見を踏まえ、地域拠点病院としての指定期間中に見直すことができるものとする。

（５）　拠点病院等が移転する場合や、診療機能を分離する場合、他施設と統合する場合、名称が変更される場合は、文書にて迅速にその旨について厚生労働大臣に届け出ること。

５　指針の見直しについて

健康局長は、がん対策基本法第10条第８項において準用する同条第３項の規定により基本計画が変更された場合その他の必要があると認める場合には、この指針を見直すことができるものとする。

６　施行期日

この指針は、平成30年７月31日から施行する。

参考

がん診療連携拠点病院の整備に関する指針
（定義の抜粋）

1　我が国に多いがん

肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がんをいう。

2　クリティカルパス

検査及び治療等を含めた詳細な診療計画表をいう。（クリニカルパスと同じ。）

3　キャンサーボード

手術、放射線診断、放射線治療、薬物療法、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、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をいう。

4　レジメン

治療内容をいう。

5　リンクナース

医療施設において、各種専門チームや委員会と病棟看護師等をつなぐ役割を持つ看護師をいう。

6　地域連携クリティカルパス

がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関等が作成する診療役割分担表、共同診療計画表及び患者用診療計画表から構成されるがん患者に対する診療の全体像を体系化した表をいう。（地域連携クリニカルパスと同じ。）

7　セカンドオピニオン

診断及び治療法について、主治医以外の第三者の医師が提示する医療上の意見をいう。

8　専任

当該診療の実施を専ら担当していることをいう。この場合において、「専ら担当している」とは、担当者となっていればよいものとし、その他診療を兼任していても差し支えないものとする。ただし、その就業時間の少なくとも５割以上、当該診療に従事している必要があるものとする。

9　専従

当該診療の実施日において、当該診療に専ら従事していることをいう。この場合において、「専ら従事している」とは、その就業時間の少なくとも８割以上、当該診療に従事していることをいう。

10　放射線治療部門

組織上明確に位置付けられた複数種類のがんに対し放射線治療を行う機能を有する部門をいう。

11　薬物療法部門

組織上明確に位置付けられた複数種類のがんに対し薬物療法を行う機能を有する部門をいう。

整備指針該当箇所						内容

							○令和元年度現況報告書　令和２年３月30日付け（第16回検討会）								○令和３年度現況報告書　令和４年３月24日付け（第20・21回検討会）										
							X1 対象施設数（全447施設中）	Y1 満たす施設数	都道府県がん診療連携拠点病院 51施設	地域がん診療連携拠点病院（高度型） 47施設	地域がん診療連携拠点病院 301施設	特定領域がん診療連携拠点病院 1施設	国立がん研究センター 2施設	地域がん診療病院 45施設	Z1 充足率 =Y1/X1	X3 対象施設数（全453施設中）	Y3 満たす施設数	都道府県がん診療連携拠点病院 51施設	地域がん診療連携拠点病院（高度型） 55施設	地域がん診療連携拠点病院 299施設	特定領域がん診療連携拠点病院 1施設	国立がん研究センター 2施設	地域がん診療病院 45施設	Z3 充足率 =Y3/X3	Y3-Y1 満たす施設数の増減	充足率（Z3）の順位 II 35項目	III 2項目	IV 8項目	VI 1項目	VII 29項目
Ⅱ	1	（1）	①	キ	i	キャンサーボードに緩和ケア担当医師や病理医も参加している。	**402**	**369**	50	47	269	1	2		**91.8%**	**408**	**381**	50	55	273	1	2		**93.4%**	12	12					
Ⅱ	1	（1）	②	イ		術後管理体制の一環として、手術部位感染に関するサーベイランスを実施している。	**402**	**376**	46	45	282	1	2		**93.5%**	**408**	**383**	48	53	279	1	2		**93.9%**	7	11					
Ⅱ	1	（1）	③	ウ		放射線の品質管理にあたり、基準線量の±５%の範囲を維持している。	**402**	**402**	51	47	301	1	2		**100.0%**	**408**	**406**	51	55	297	1	2		**99.5%**	4	2					
Ⅱ	1	（1）	⑤	ウ	ii	（2）の①のオに規定する精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師が、がん診療に関するカンファレンス及び病棟回診に参加している。	**402**	**341**	46	45	247	1	2		**84.8%**	**408**	**353**	44	53	253	1	2		**86.5%**	12	20					
Ⅱ	1	（1）	⑤	カ	iii	がん治療を行う病棟や外来部門に、緩和ケアの提供について診療従事者の指導にあたるとともに緩和ケアの提供体制について緩和ケアチームへ情報を集約するため、緩和ケアチームと各部署をつなぐリンクナースを配置している。	**402**	**367**	43	45	276	1	2		**91.3%**	**408**	**376**	47	53	273	1	2		**92.2%**	9	16					
Ⅱ	1	（1）	⑥	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いる。	**402**	**400**	50	47	300	1	2		**99.5%**	**408**	**405**	51	55	296	1	2		**99.3%**	5	3					
Ⅱ	1	（1）	⑥	ク		当該医療圏において、地域の医療機関や在宅診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援のあり方について情報を共有し、役割分担や支援等について議論する場を年1回以上設けること。なお、その際には既存の会議体を利用する等の工夫を行うことが望ましい。	**402**	**369**	46	44	276	1	2		**91.8%**	**408**	**384**	50	55	276	1	2		**94.1%**	15	10					
Ⅱ	1	（2）	①	オ		（1）の⑤のアに規定する緩和ケアチームに、専従常勤の身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師が配置されている。	**402**	**265**	43	42	177	1	2		**65.9%**	**408**	**267**	42	47	175	1	2		**65.4%**	2	32					
Ⅱ	1	（2）	①	オ		（1）の⑤のアに規定する緩和ケアチームに、専任常勤の身体症状の緩和に携わる、緩和ケアに関する専門資格を有する医師が配置されている。	**402**	**234**	41	32	158	1	2		**58.2%**	**408**	**268**	42	43	180	1	2		**65.7%**	34	31					
Ⅱ	1	（2）	①	オ		（1）の⑤のアに規定する緩和ケアチームに、専任常勤の精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師が配置されている。	**402**	**313**	39	43	228	1	2		**77.9%**	**408**	**321**	41	53	224	1	2		**78.7%**	8	27					
Ⅱ	1	（2）	②	ア		専従常勤の放射線治療に携わる診療放射線技師が2名以上配置されている。	**402**	**332**	49	46	234	1	2		**82.6%**	**408**	**347**	50	53	241	1	2		**85.0%**	15	22					
Ⅱ	1	（2）	②	ア		専従常勤の放射線治療に携わる放射線技師は放射線治療に関する専門資格を有する者である。	**402**	**375**	51	47	274	1	2		**93.3%**	**408**	**377**	50	54	270	1	2		**92.4%**	2	14					
Ⅱ	1	（2）	②	ア		専従常勤の放射線治療に携わる放射線技師は医学物理学に関する専門資格を有する者である。	**402**	**279**	44	42	190	1	2		**69.4%**	**408**	**307**	45	52	207	1	2		**75.2%**	28	28					
Ⅱ	1	（2）	②	ア		放射線治療室に配置されている専任常勤の看護師が放射線治療に関する専門資格を有する者である	**402**	**186**	32	31	121	1	1		**46.3%**	**408**	**200**	34	35	129	0	2		**49.0%**	14	34					
Ⅱ	1	（2）	②	イ		専任常勤の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する薬剤師ががん薬物療法に関する専門資格を有する者である	**402**	**365**	47	44	271	1	2		**90.8%**	**408**	**369**	49	52	265	1	2		**90.4%**	4	17					
Ⅱ	1	（2）	②	イ		（3）の①のイに規定する外来化学療法室に専従常勤の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する看護師が配置されており、当該看護師ががん看護又はがん薬物療法に関する専門資格を有する。	**402**	**362**	48	42	269	1	2		**90.0%**	**408**	**352**	46	48	255	1	2		**86.3%**	-10	21					
Ⅱ	1	（2）	②	ウ		（1）の⑤のアに規定する緩和ケアチームに協力する薬剤師が配置されている	**402**	**402**	51	47	301	1	2		**100.0%**	**408**	**407**	51	55	298	1	2		**99.8%**	5	1					
Ⅱ	1	（2）	②	ウ		（1）の⑤のアに規定する緩和ケアチームに協力する薬剤師が緩和薬物療法に関する専門資格を有する者である	**402**	**241**	32	35	172	1	1		**60.0%**	**408**	**259**	35	43	179	1	1		**63.5%**	18	33					
Ⅱ	1	（2）	②	ウ		（1）の⑤のアに規定する緩和ケアチームに協力する医療心理に携わる者が配置されている	**402**	**314**	35	44	233	0	2		**78.1%**	**408**	**323**	39	52	229	1	2		**79.2%**	9	25					
Ⅱ	1	（2）	②	ウ		（1）の⑤のアに規定する緩和ケアチームに協力する医療心理に携わる者が公認心理師又はそれに準ずる専門資格を有する者である	**402**	**243**	23	40	179	0	1		**60.4%**	**408**	**301**	33	51	214	1	2		**73.8%**	58	29					
Ⅱ	1	（2）	②	ウ		（1）の⑤のアに規定する緩和ケアチームに協力する相談支援に携わる者が配置されている	**402**	**385**	50	47	285	1	2		**95.8%**	**408**	**390**	49	54	284	1	2		**95.6%**	5	9					
Ⅱ	1	（2）	②	ウ		（1）の⑤のアに規定する緩和ケアチームに協力する相談支援に携わる者が社会福祉士等である（当該の相談支援に携わる者が社会福祉士である）	**402**	**354**	45	46	260	1	2		**88.1%**	**408**	**362**	44	54	261	1	2		**88.7%**	8	19					
Ⅱ	1	（2）	②	ウ		（1）の⑤のアに規定する緩和ケアチームに協力する相談支援に携わる者が社会福祉士等である（当該の相談支援に携わる者が精神保健福祉士である）	**402**	**160**	19	29	110	0	2		**39.8%**	**408**	**169**	21	39	107	0	2		**41.4%**	9	35					
Ⅱ	1	（2）	②	エ		専任の細胞診断に係る業務に携わる者が細胞診断に関する専門資格を有する者である	**402**	**393**	51	47	292	1	2		**97.8%**	**408**	**400**	51	55	291	1	2		**98.0%**	7	5					
Ⅱ	1	（2）	③	ア		がん患者の状態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、各診療科の医師における情報交換・連携を恒常的に推進する観点から、各診療科が参加する話し合いの場等を設置している。	**402**	**383**	49	47	284	1	2		**95.3%**	**408**	**393**	50	55	285	1	2		**96.3%**	10	8					
Ⅱ	3	（1）				緩和ケアに関する研修について、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している。	**402**	**393**	50	47	293	1	2		**97.8%**	**408**	**398**	50	54	291	1	2		**97.5%**	5	6					
Ⅱ	3	（6）				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して、がん患者の口腔健康管理等の研修の実施に協力している。	**402**	**336**	49	41	243	1	2		**83.6%**	**408**	**341**	48	51	239	1	2		**83.6%**	5	23					
Ⅱ	4	（1）	④	イ		（がん相談支援センターの体制）地域の医療機関からの相談支援があった場合に受け入れ可能な体制を整備すること	**402**	**398**	51	47	297	1	2		**99.0%**	**408**	**405**	51	55	296	1	2		**99.3%**	7	3					
Ⅱ	4	（1）	⑤			相談支援センターの業務内容について、相談者からフィードバックを得る体制を整備している。	**402**	**312**	40	40	230	0	2		**77.6%**	**408**	**328**	42	48	236	0	2		**80.4%**	16	24					
Ⅱ	4	（1）	⑧	カ		就労に関する相談において、産業保健総合支援センターや職業安定所等との効果的な連携により提供している	**402**	**334**	50	43	238	1	2		**83.1%**	**408**	**366**	50	52	261	1	2		**89.7%**	32	18					
Ⅱ	4	（2）	⑦			院内がん情報を取り扱うに当たっては、情報セキュリティーに関する基本的な方針を定めている	**402**	**372**	47	45	278	1	1		**92.5%**	**408**	**378**	47	52	277	1	1		**92.6%**	6	13					
Ⅱ	4	（3）	⑤			がん教育について、当該医療圏における学校や職域より依頼があった際には、外部講師として医療従事者を派遣し、がんに関する正しい知識の普及啓発に努めている。	**402**	**370**	48	46	273	1	2		**92.0%**	**408**	**377**	48	53	273	1	2		**92.4%**	7	14					
Ⅱ	5	（2）	③			治験に参加している場合にあっては、参加中の治験について、その対象であるがんの種類及び薬剤名等を広報している。	**402**	**252**	41	41	167	1	2		**62.7%**	**408**	**281**	46	44	188	1	2		**68.9%**	29	30					
Ⅱ	5	（2）	④			臨床研究コーディネーター（CRC）を配置している。	**402**	**323**	50	46	224	1	2		**80.3%**	**408**	**323**	51	52	217	1	2		**79.2%**	0	25					
Ⅱ	7	（4）				医療に係る安全管理の体制及び取り組み状況について、第三者による評価や拠点病院間での実地調査等を活用している	**402**	**392**	51	47	291	1	2		**97.5%**	**408**	**397**	51	54	289	1	2		**97.3%**	5	7					
Ⅲ	2					薬物療法部門長が専従かつ常勤の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師である	**82**	**66**	23	14	27	0	2		**80.5%**	**83**	**66**	23	13	28	0	2		**79.5%**	0		2				
Ⅲ	3					当該都道府県におけるがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院等の医師等に対し、高度ながん医療に関する研修を実施している。	**82**	**76**	29	17	28	0	2		**92.7%**	**83**	**75**	29	17	27	0	2		**90.4%**	-1		1				
Ⅳ	2	（1）				相談支援業務として、都道府県内の医療機関で実施されるがんに関する臨床試験について情報提供を行っている。	**51**	**42**	42	0	0	0	0		**82.4%**	**51**	**43**	43	0	0	0	0		**84.3%**	1			5			
Ⅳ	3	（2）				薬物療法部門長が専従かつ常勤の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師である	**20**	**18**	18	0	0	0	0		**90.0%**	**20**	**19**	19	0	0	0	0		**95.0%**	1			4			
Ⅳ	3	（3）	⑩	ア		緩和ケアセンターの機能を管理・調整する専従常勤であり院内において管理的立場にあるジェネラルマネージャーががん看護に関する専門資格を有している。	**98**	**62**	34	28	0	0	0		**63.3%**	**106**	**64**	30	34	0	0	0		**60.4%**	2			8			
Ⅳ	3	（3）	⑩	ウ		緩和ケアセンターの業務に協力する薬剤師ががん薬物療法に関する専門資格を有している	**98**	**76**	37	39	0	0	0		**77.6%**	**106**	**84**	39	45	0	0	0		**79.2%**	8			6			
Ⅳ	3	（3）	⑩	オ		ジェネラルマネージャーを中心に、歯科医師や医療心理に携わる者、理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士などの診療従事者が連携している。	**98**	**96**	50	46	0	0	0		**98.0%**	**106**	**103**	49	54	0	0	0		**97.2%**	7			2			
Ⅳ	4	（1）				都道府県内の院内がん登録に関する情報の収集および院内がん登録実務者の育成等を行っている。	**51**	**49**	49	0	0	0	0		**96.1%**	**51**	**49**	49	0	0	0	0		**96.1%**	0			3			
Ⅳ	6	（2）				医療安全管理者の薬剤師が専従である。	**51**	**36**	36	0	0	0	0		**70.6%**	**51**	**36**	36	0	0	0	0		**70.6%**	0			7			
Ⅳ	6	（4）				医療に係る安全管理の体制及び取り組み状況について、第三者による評価や拠点病院間での実地調査等を活用している	**51**	**50**	50	0	0	0	0		**98.0%**	**51**	**51**	51	0	0	0	0		**100.0%**	1			1			
Ⅵ	4					特定領域における高い診療技術や知識を共有する観点から、がん診療連携拠点病院等との人材交流、合同のカンファレンス、診療業務や相談支援業務における情報共有等を行っている。	**1**	**1**	0	0	0	1	0		**100.0%**	**1**	**1**	0	0	0	1	0		**100.0%**	0				1		
Ⅶ	1	（1）	①	ク	i	キャンサーボードには緩和ケア担当医師や病理医も参加している。	**45**	**33**						33	**73.3%**	**45**	**31**						31	**68.9%**	-2						16
Ⅶ	1	（1）	⑤	ウ	ii	（2）の①のオに規定する精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師に関しても、がん診療に関するカンファレンス及び病棟回診に参加している。	**45**	**28**						28	**62.2%**	**45**	**26**						26	**57.8%**	-2						18
Ⅶ	1	（1）	⑤	カ	iii	がん治療を行う病棟や外来部門に、緩和ケアの提供について診療従事者の指導にあたるとともに緩和ケアの提供体制について緩和ケアチームへ情報を集約するため、緩和ケアチームと各部署をつなぐリンクナースを配置している。	**45**	**40**						40	**88.9%**	**45**	**39**						39	**86.7%**	-1						9
Ⅶ	1	（1）	⑥	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いる。	**45**	**43**						43	**95.6%**	**45**	**44**						44	**97.8%**	1						1
Ⅶ	1	（1）	⑥	ク		当該医療圏において、地域の医療機関や在宅診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援のあり方について情報を共有し、役割分担や支援等について議論する場を年1回以上設けること。なお、その際には既存の会議体を利用する等の工夫を行うことが望ましい。	**45**	**40**						40	**88.9%**	**45**	**42**						42	**93.3%**	2						5
Ⅶ	1	（2）	①	エ		緩和ケアチームに専従常勤の身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師が配置されている	**45**	**15**						15	**33.3%**	**45**	**14**						14	**31.1%**	-1						27
Ⅶ	1	（2）	①	エ		緩和ケアチームに専任の精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師が配置されている	**45**	**28**						28	**62.2%**	**45**	**26**						26	**57.8%**	-2						18
Ⅶ	1	（2）	①	エ		緩和ケアチームに常勤の精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師が配置されている	**45**	**21**						21	**46.7%**	**45**	**18**						18	**40.0%**	-3						25
Ⅶ	1	（2）	①	オ		専任の病理診断に携わる医師が配置されている	**45**	**32**						32	**71.1%**	**45**	**25**						25	**55.6%**	-7						20
Ⅶ	1	（2）	②	ア		放射線治療を実施する場合に、専従常勤かつ放射線治療に関する専門資格を有する診療放射線技師が配置されている	**45**	**17**						17	**37.8%**	**45**	**17**						17	**37.8%**	0						26
Ⅶ	1	（2）	②	ア		放射線治療を実施する場合に、専任常勤の看護師が配置されている	**45**	**14**						14	**31.1%**	**45**	**13**						13	**28.9%**	-1						28
Ⅶ	1	（2）	②	ア		放射線治療を実施する場合に、専任常勤かつ放射線治療に関する専門資格を有する看護師が配置されている	**45**	**2**						2	**4.4%**	**45**	**0**						0	**0.0%**	-2						29
Ⅶ	1	（2）	②	イ		外来化学療法室に専任常勤の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する看護師が配置されている	**45**	**35**						35	**77.8%**	**45**	**33**						33	**73.3%**	-2						14
Ⅶ	1	（2）	②	イ		外来化学療法室に専任常勤の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有し、がん看護又はがん薬物療法に関する専門資格を有する看護師が配置されている	**45**	**30**						30	**66.7%**	**45**	**32**						32	**71.1%**	2						15
Ⅶ	1	（2）	②	イ		外来化学療法室に専任の薬物療法に携わる専門的な知識および技能を有する常勤の薬剤師が配置されている	**45**	**40**						40	**88.9%**	**45**	**40**						40	**88.9%**	0						8
Ⅶ	1	（2）	②	ウ		緩和ケアチームに、専従常勤の緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有し、がん看護又は緩和ケアに関する専門資格を有する看護師が配置されている。	**45**	**38**						38	**84.4%**	**45**	**39**						39	**86.7%**	1						9
Ⅶ	1	（2）	②	ウ		緩和ケアチームに協力する薬剤師が配置されている。	**45**	**44**						44	**97.8%**	**45**	**44**						44	**97.8%**	0						1
Ⅶ	1	（2）	②	ウ		緩和ケアチームに協力する医療心理に携わる者が配置されている。	**45**	**24**						24	**53.3%**	**45**	**22**						22	**48.9%**	-2						23
Ⅶ	1	（2）	②	エ		細胞診断に係る業務に携わる診療従事者が細胞診断に関する専門資格を有する者である	**45**	**39**						39	**86.7%**	**45**	**38**						38	**84.4%**	-1						11
Ⅶ	1	（3）	①	ウ		集中治療室を設置している。	**45**	**27**						27	**60.0%**	**45**	**22**						22	**48.9%**	-5						23
Ⅶ	1	（3）	①	キ		がん患者およびその家族が心の悩みや体験等を語り合うための場を設けている。	**45**	**43**						43	**95.6%**	**45**	**43**						43	**95.6%**	0						4
Ⅶ	4	（1）	②			（がん相談支援センターの体制）地域の医療機関からの相談支援があった場合に受け入れ可能な体制を整備すること	**45**	**44**						44	**97.8%**	**45**	**44**						44	**97.8%**	0						1
Ⅶ	4	（1）	②			相談支援センターの業務内容について、相談者からフィードバックを得る体制を整備している。	**45**	**30**						30	**66.7%**	**45**	**34**						34	**75.6%**	4						13
Ⅶ	4	（1）	②			就労に関する相談において、産業保健総合支援センターや職業安定所等との効果的な連携により提供している	**45**	**29**						29	**64.4%**	**45**	**28**						28	**62.2%**	-1						17
Ⅶ	4	（2）	③			専従の中級者認定を受けた院内がん登録の実務を担う者が配置されている	**45**	**21**						21	**46.7%**	**45**	**24**						24	**53.3%**	3						21
Ⅶ	4	（2）	⑦			院内がん情報を取り扱うに当たっては、情報セキュリティーに関する基本的な方針を定めている	**45**	**41**						41	**91.1%**	**45**	**42**						42	**93.3%**	1						5
Ⅶ	4	（3）	④			がん教育について、当該医療圏における学校や職域より依頼があった際には、外部講師として医療従事者を派遣し、がんに関する正しい知識の普及啓発に努めている。	**45**	**33**						33	**73.3%**	**45**	**38**						38	**84.4%**	5						11
Ⅶ	6	（2）				医療安全管理者として、専任常勤の薬剤師が配置されている	**45**	**24**						24	**53.3%**	**45**	**24**						24	**53.3%**	0						21
Ⅶ	6	（4）				医療に係る安全管理の体制及び取り組み状況について、第三者による評価や拠点病院間での実地調査等を活用している。	**45**	**40**						40	**88.9%**	**45**	**41**						41	**91.1%**	1						7

第８回がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ	参考資料４
令和４年５月30日	

診療従事者の人員要件と配置状況

厚生労働省健康局
がん・疾病対策課

参考：診療従事者の人員要件一覧（現行）

	人的配置			
	医師			
	当該施設で対応可能ながんについて専門的な知識および技能を有する手術療法に携わる医師	放射線診断に携わる専門的な知識および技能を有する医師	放射線治療に携わる専門的な知識および技能を有する医師	薬物療法に携わる専門的な知識および技能を有する医師
拠点病院	常勤	常勤かつ専任	常勤かつ専従	常勤かつ専従
拠点病院（300人以下の医療圏）	常勤	ー	専任（原則常勤）	常勤かつ専従
地域診療	配置	ー	放射線治療を実施する場合、専従	常勤かつ専任

※「ー」は要件として記載が無いもの。
※「配置」は、常勤・専任・専従との条件無く配置すればよいもの。

参考：診療従事者の人員要件一覧（現行）

	人的配置		
	医師		
	緩和ケアチームに配置される、身体症状の緩和に携わる専門的な知識および技能を有する医師	緩和ケアチームの、精神症状の緩和に携わる専門的な知識および技能を有する医師	病理解剖等の病理診断に係る周辺業務を含む、病理診断に携わる医師
拠点病院	常勤かつ専任 （専従、緩和ケアの専門資格を有することが望ましい）	常勤 （専任が望ましい）	常勤かつ専従
拠点病院 （300人以下の医療圏）	常勤かつ専任 （専従、緩和ケアの専門資格を有することが望ましい）	常勤 （専任が望ましい）	専従
地域診療	常勤かつ専任 （専従が望ましい）	配置 （常勤、専任が望ましい）	（専任で配置することが望ましい）

※「ー」は要件として記載が無いもの。
※「配置」は、常勤・専任・専従との条件無く配置すればよいもの。

参考:診療従事者の人員要件一覧(現行)

	人的配置			
	医師以外			
	放射線治療に携わる診療放射線技師	放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等に携わる技術者等	放射線治療室の看護師	薬物療法に携わる専門的な知識および技能を有する薬剤師
拠点病院	常勤かつ専従 (２人以上の配置、専門資格を有することが望ましい)	常勤かつ専任 (専門資格を有することが望ましい)	常勤かつ専任 (専門資格を有することが望ましい)	常勤かつ専任 (専門資格を有することが望ましい)
拠点病院 (300人以下の医療圏)	常勤かつ専従 (２人以上の配置、専門資格を有することが望ましい)	常勤かつ専任 (専門資格を有することが望ましい)	常勤かつ専任 (専門資格を有することが望ましい)	常勤かつ専任 (専門資格を有することが望ましい)
地域診療	常勤かつ専従 (専門資格を有することが望ましい)	ー	常勤かつ専任 (専門資格を有することが望ましい)	(常勤かつ専任の者を配置することが望ましい)

※「ー」は要件として記載が無いもの。
※「配置」は、常勤・専任・専従との条件無く配置すればよいもの。

参考:診療従事者の人員要件一覧(現行)

	人的配置			
	医師以外			
	外来化学療法室に配置する、薬物療法に携わる専門的な知識および技能を有する看護師	緩和ケアチームに配置する、緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する看護師	緩和ケアチームに協力する薬剤師	緩和ケアチームに協力する医療心理に携わる者
拠点病院	常勤かつ専従 (専門資格を有することが望ましい)	常勤かつ専従 (専門資格を有することが望ましい)	(配置、専門資格を有することが望ましい)	(配置、公認心理士又はそれに準ずる専門資格を有することが望ましい)
拠点病院 (300人以下の医療圏)	常勤かつ専従 (専門資格を有することが望ましい)	常勤かつ専従 (専門資格を有することが望ましい)	(配置、専門資格を有することが望ましい)	(配置、公認心理士又はそれに準ずる専門資格を有することが望ましい)
地域診療	常勤かつ専任 (専従、専門資格を有することが望ましい)	常勤かつ専従 (専門資格を有することが望ましい)	(配置することが望ましい)	(配置することが望ましい)

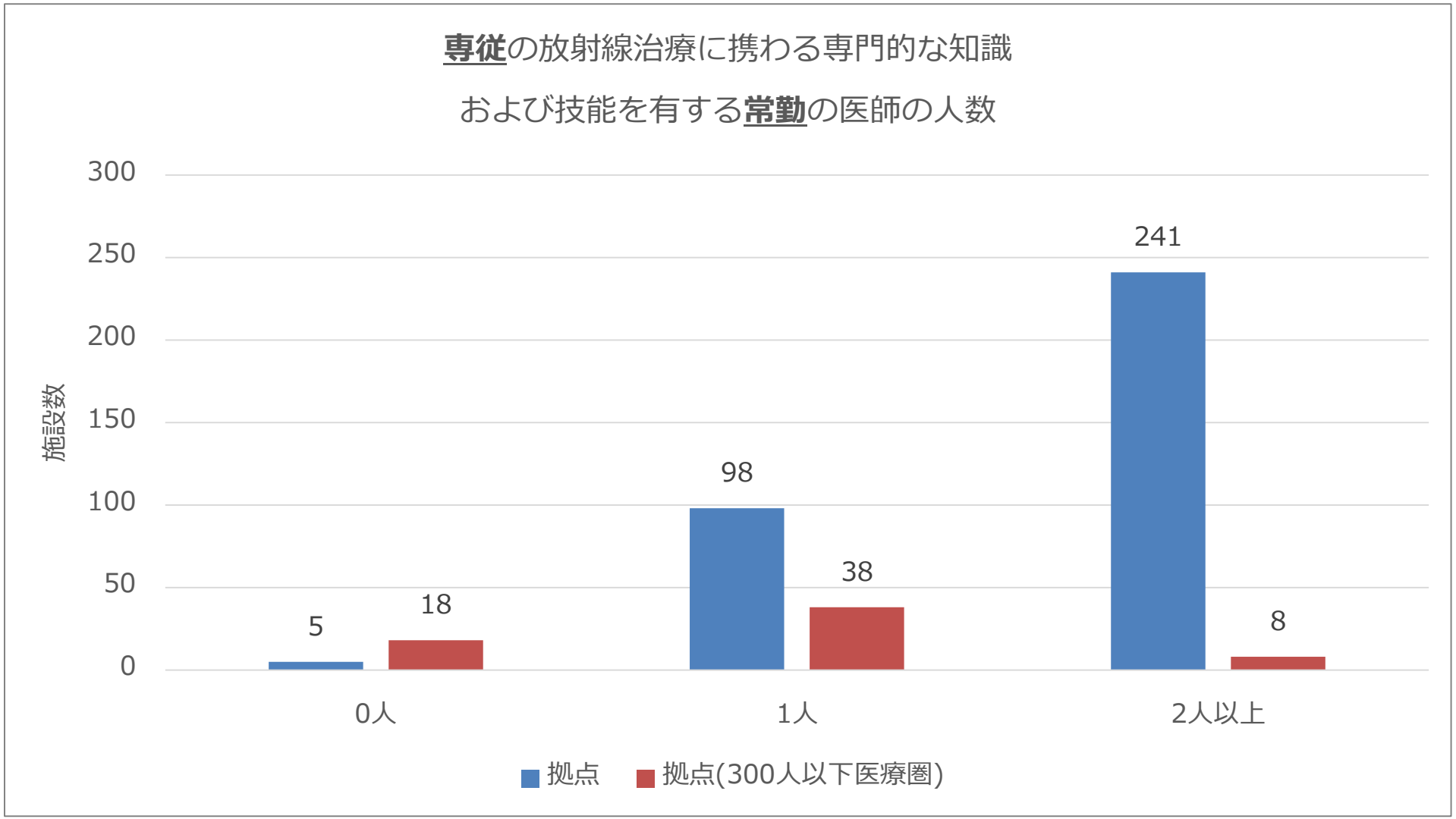
※「ー」は要件として記載が無いもの。
※「配置」は、常勤・専任・専従との条件無く配置すればよいもの。

参考:診療従事者の人員要件一覧(現行)

	人的配置	
	医師以外	
	緩和ケアチームに協力する相談支援に携わる者	細胞診断に係る業務に携わる者
拠点病院	(配置、社会福祉士等であることが望ましい)	配置 (専門資格を有することが望ましい)
拠点病院 (300人以下の医療圏)	(配置、社会福祉士等であることが望ましい)	配置 (専門資格を有することが望ましい)
地域診療	ー	配置 (専門資格を有することが望ましい)

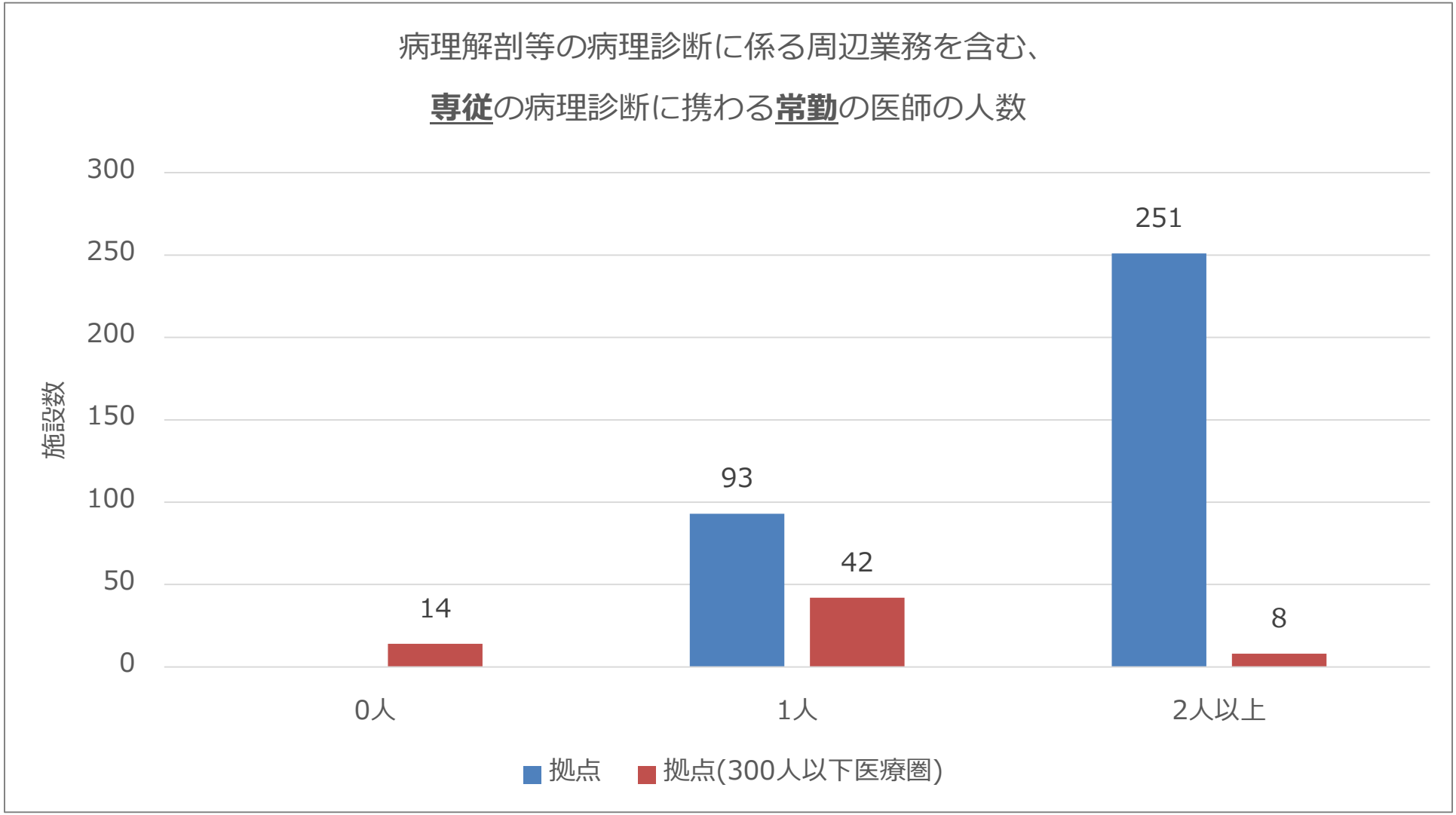
※「ー」は要件として記載が無いもの。
※「配置」は、常勤・専任・専従との条件無く配置すればよいもの。

参考：診療従事者の配置状況（一部抜粋）



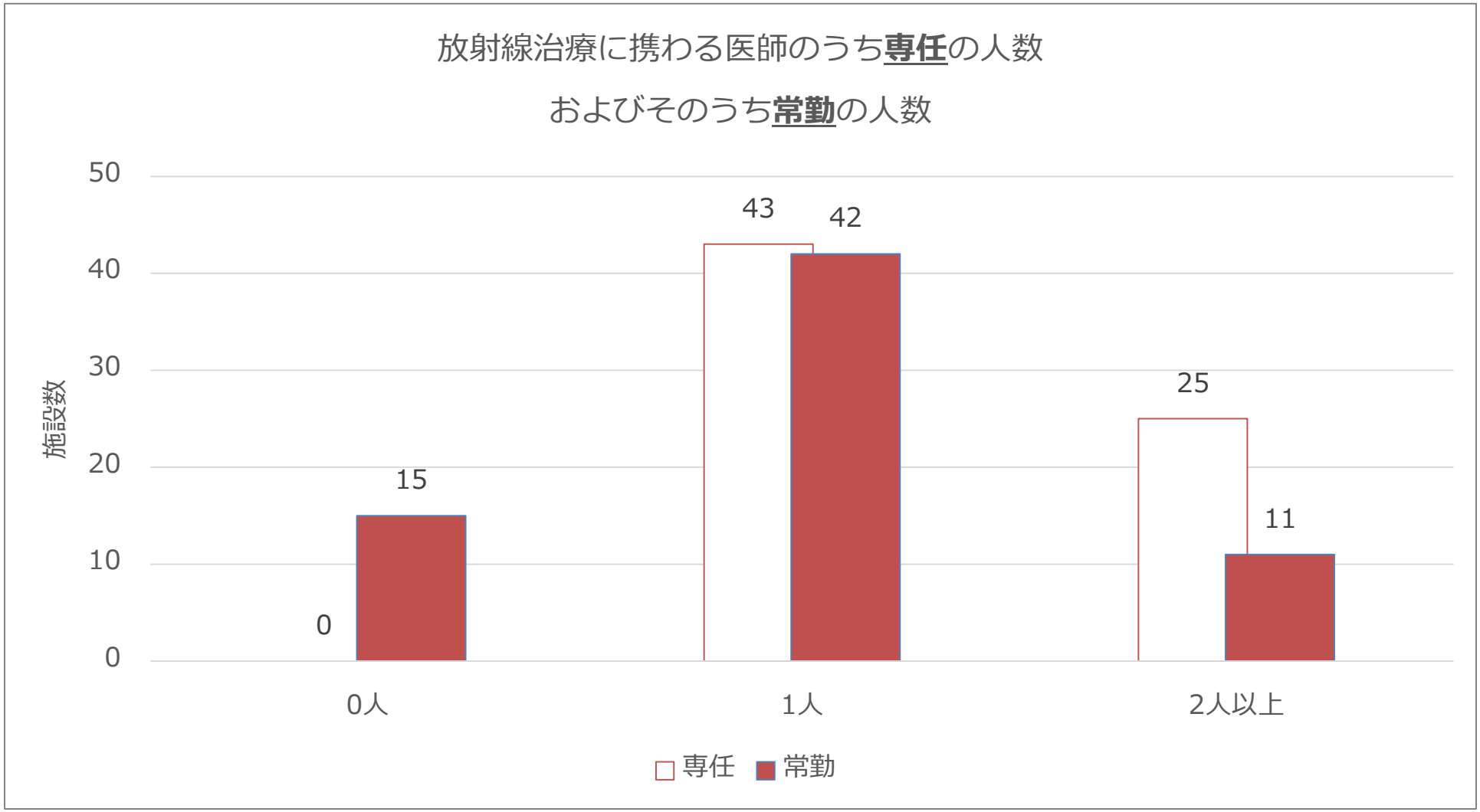
※令和3年9月1日時点の現況報告書から、がん診療連携拠点病院408施設にて集計を行ったもの。

参考：診療従事者の配置状況（一部抜粋）



※令和3年9月1日時点の現況報告書から、がん診療連携拠点病院408施設にて集計を行ったもの。

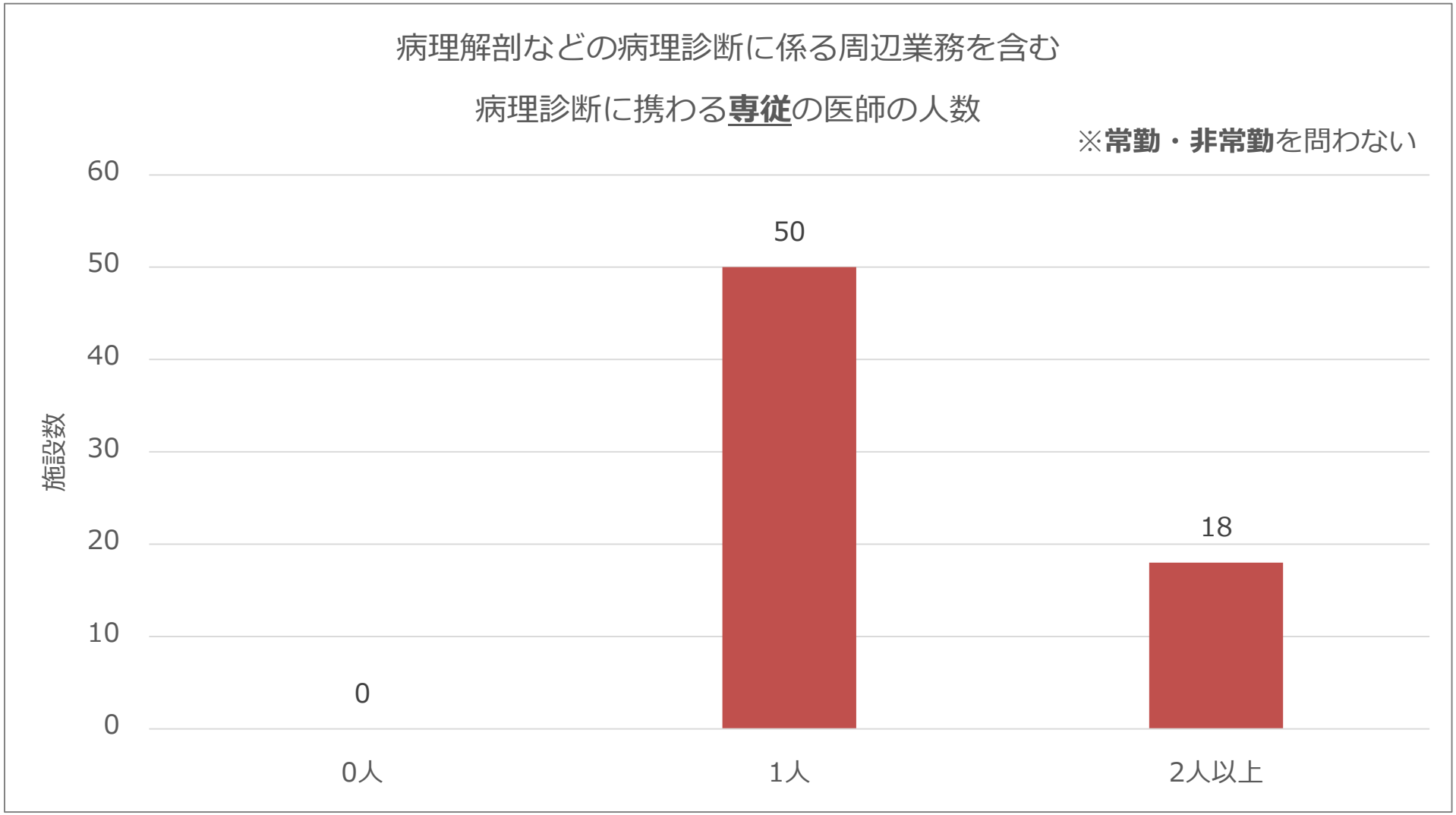
参考：診療従事者の配置状況（一部抜粋）



※令和3年9月1日時点の現況報告書から、300人以下医療圏であると回答した64施設、300人以下医療圏ではないとの回答だが都道府県の報告書上は300人以下医療圏である７施設のうち報告のある４施設、合計68施設の拠点病院にて集計を行ったもの。

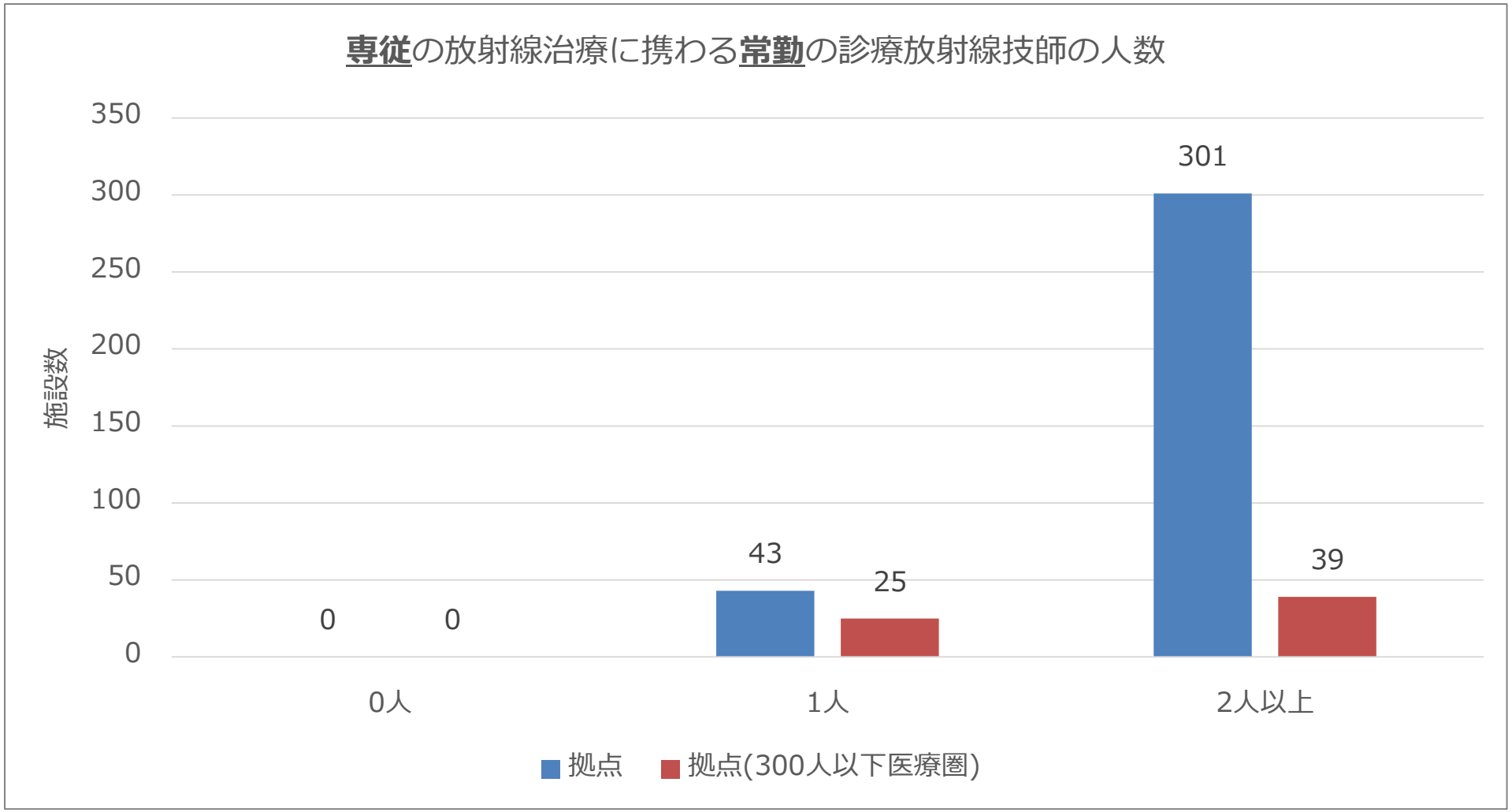
631

参考：診療従事者の配置状況（一部抜粋）



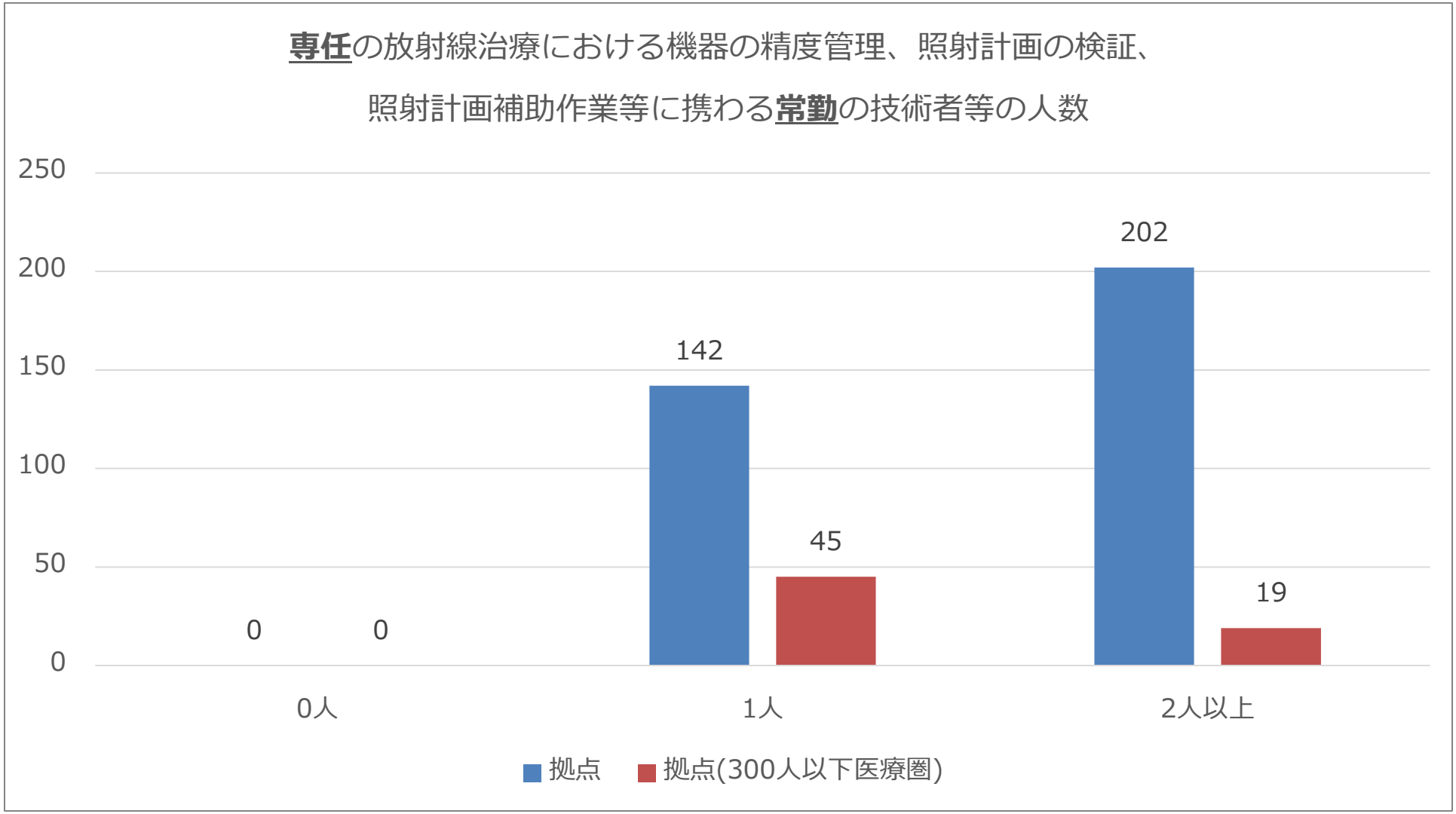
※令和3年9月1日時点の現況報告書から、300人以下医療圏であると回答した64施設、300人以下医療圏ではないとの回答だが都道府県の報告書上は300人以下医療圏である７施設のうち報告のある４施設、合計68施設の拠点病院にて集計を行ったもの。

参考：診療従事者の配置状況（一部抜粋）



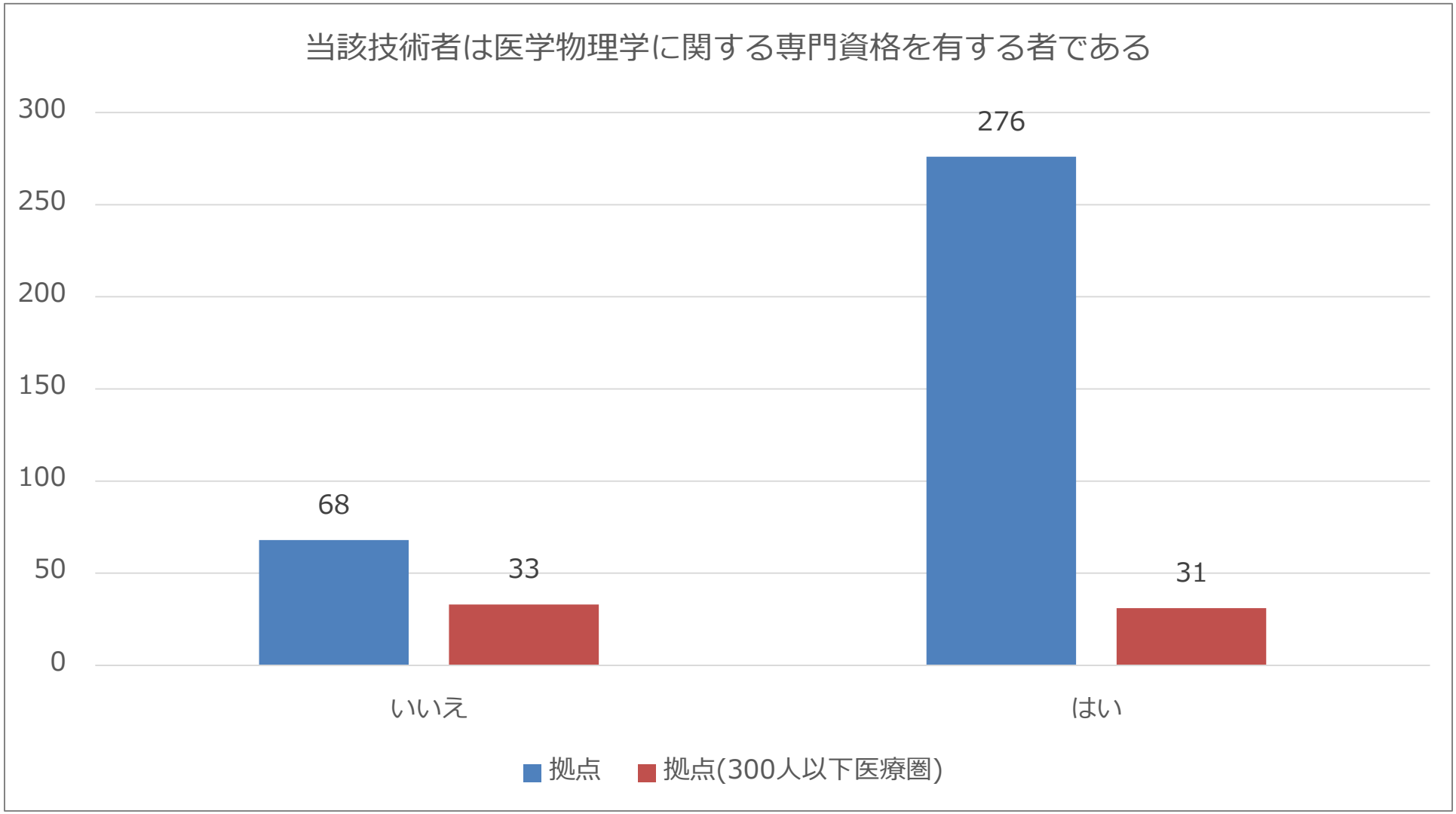
※令和3年9月1日時点の現況報告書から、がん診療連携拠点病院408施設にて集計を行ったもの。

参考：診療従事者の配置状況（一部抜粋）



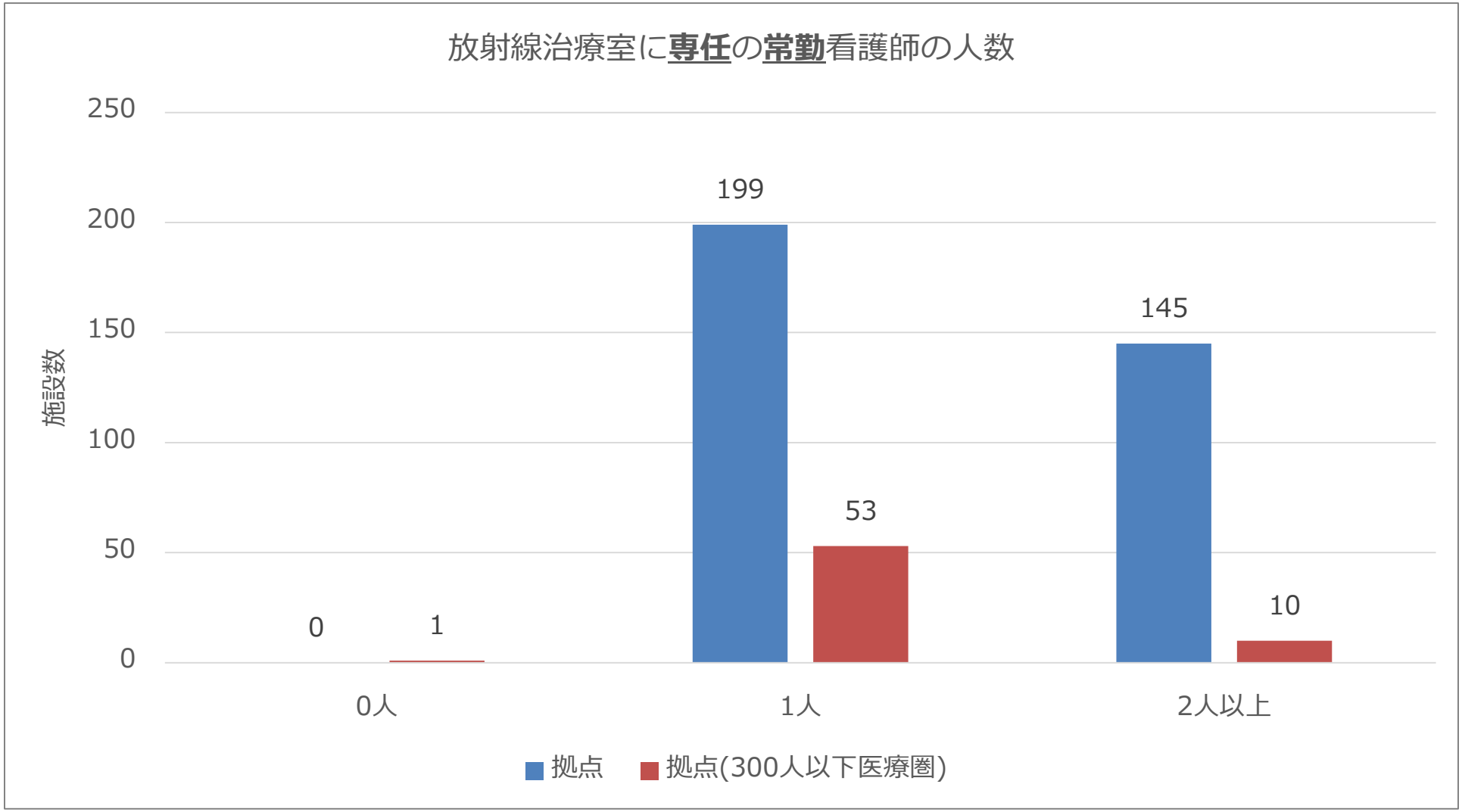
※令和3年9月1日時点の現況報告書から、がん診療連携拠点病院408施設にて集計を行ったもの。

参考：診療従事者の配置状況（一部抜粋）



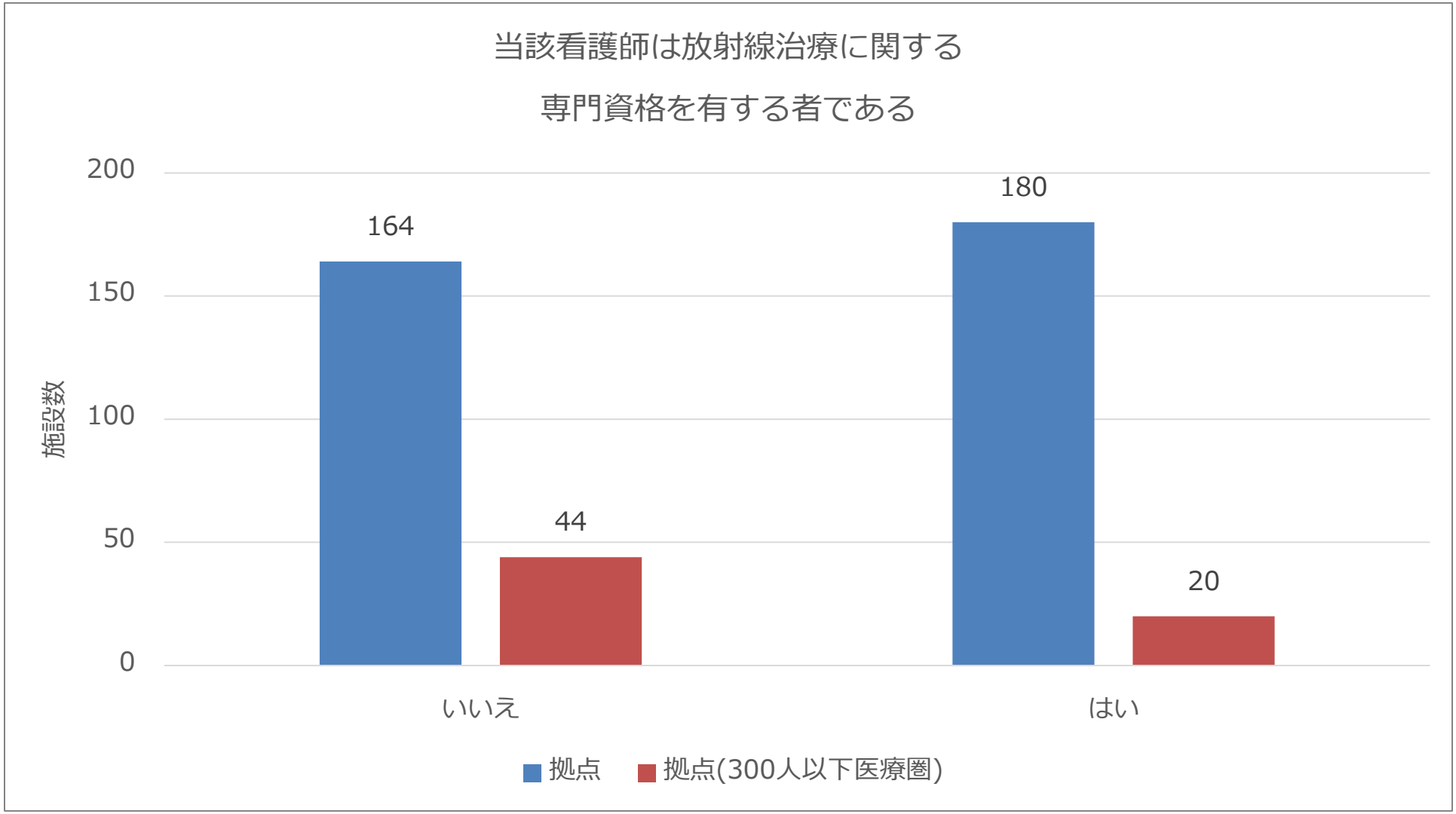
※令和3年9月1日時点の現況報告書から、がん診療連携拠点病院408施設にて集計を行ったもの。

参考：診療従事者の配置状況（一部抜粋）



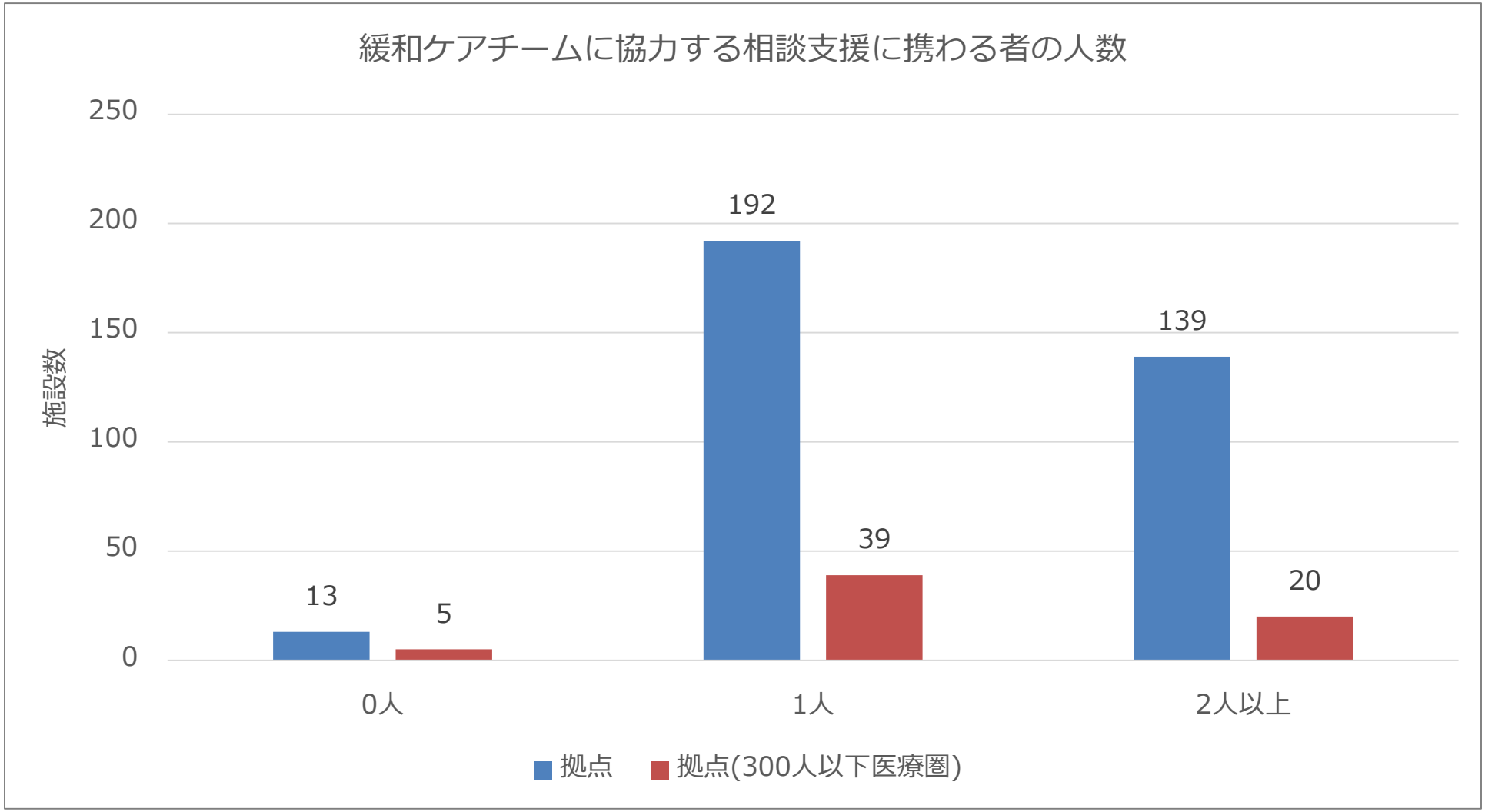
※令和3年9月1日時点の現況報告書から、がん診療連携拠点病院408施設にて集計を行ったもの。

参考：診療従事者の配置状況（一部抜粋）



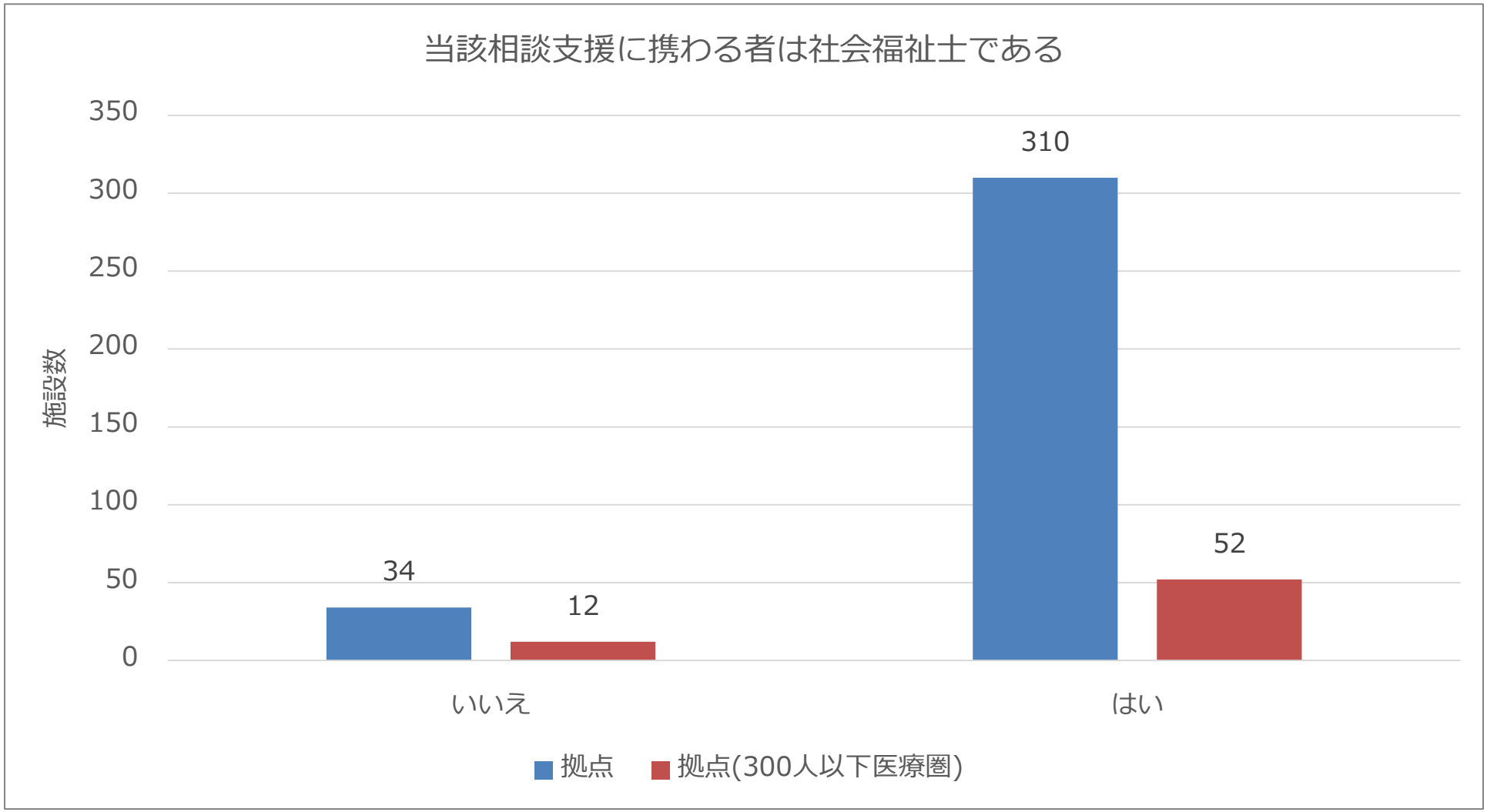
※令和3年9月1日時点の現況報告書から、がん診療連携拠点病院408施設にて集計を行ったもの。

参考：診療従事者の配置状況（一部抜粋）



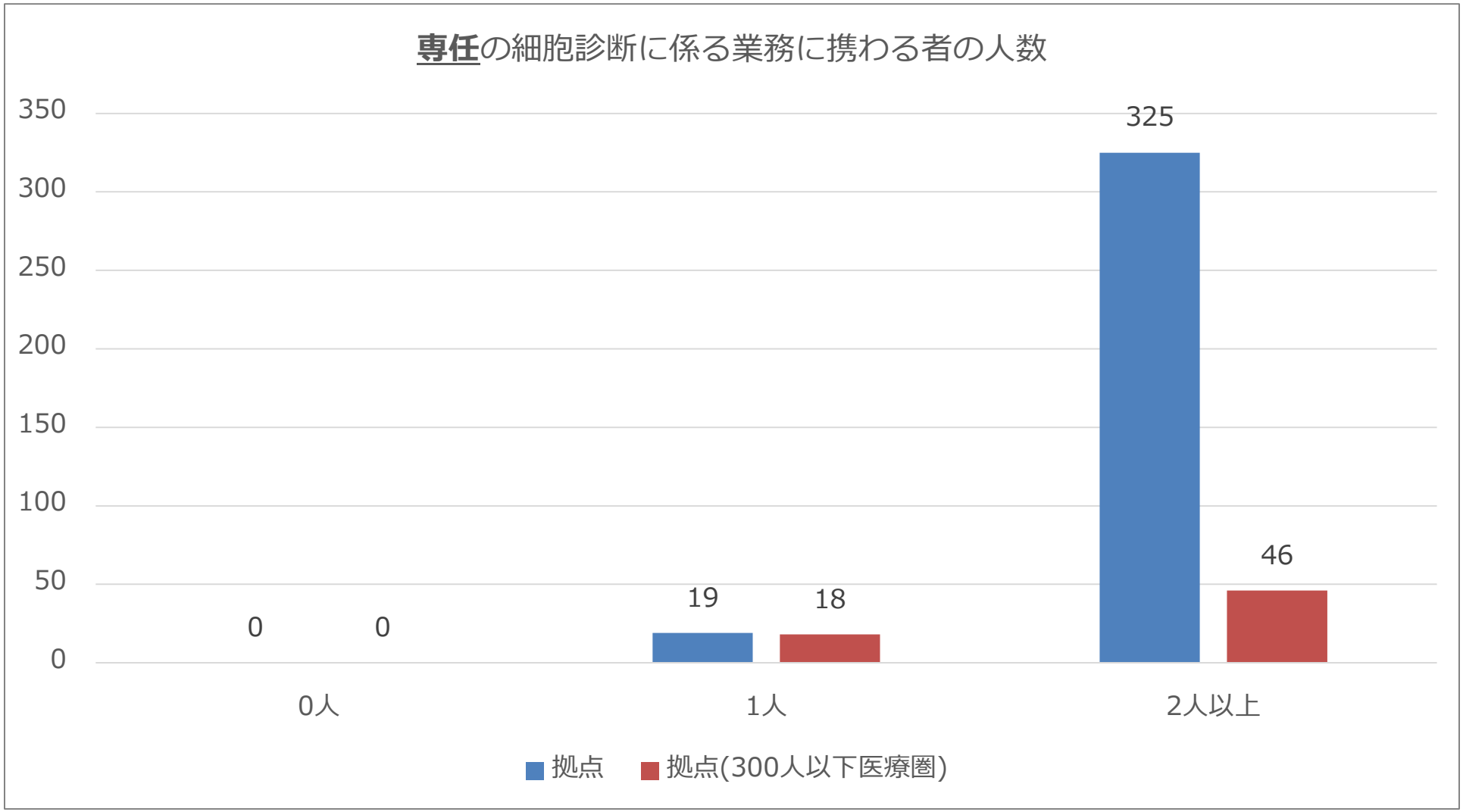
※令和3年9月1日時点の現況報告書から、がん診療連携拠点病院408施設にて集計を行ったもの。

参考：診療従事者の配置状況（一部抜粋）



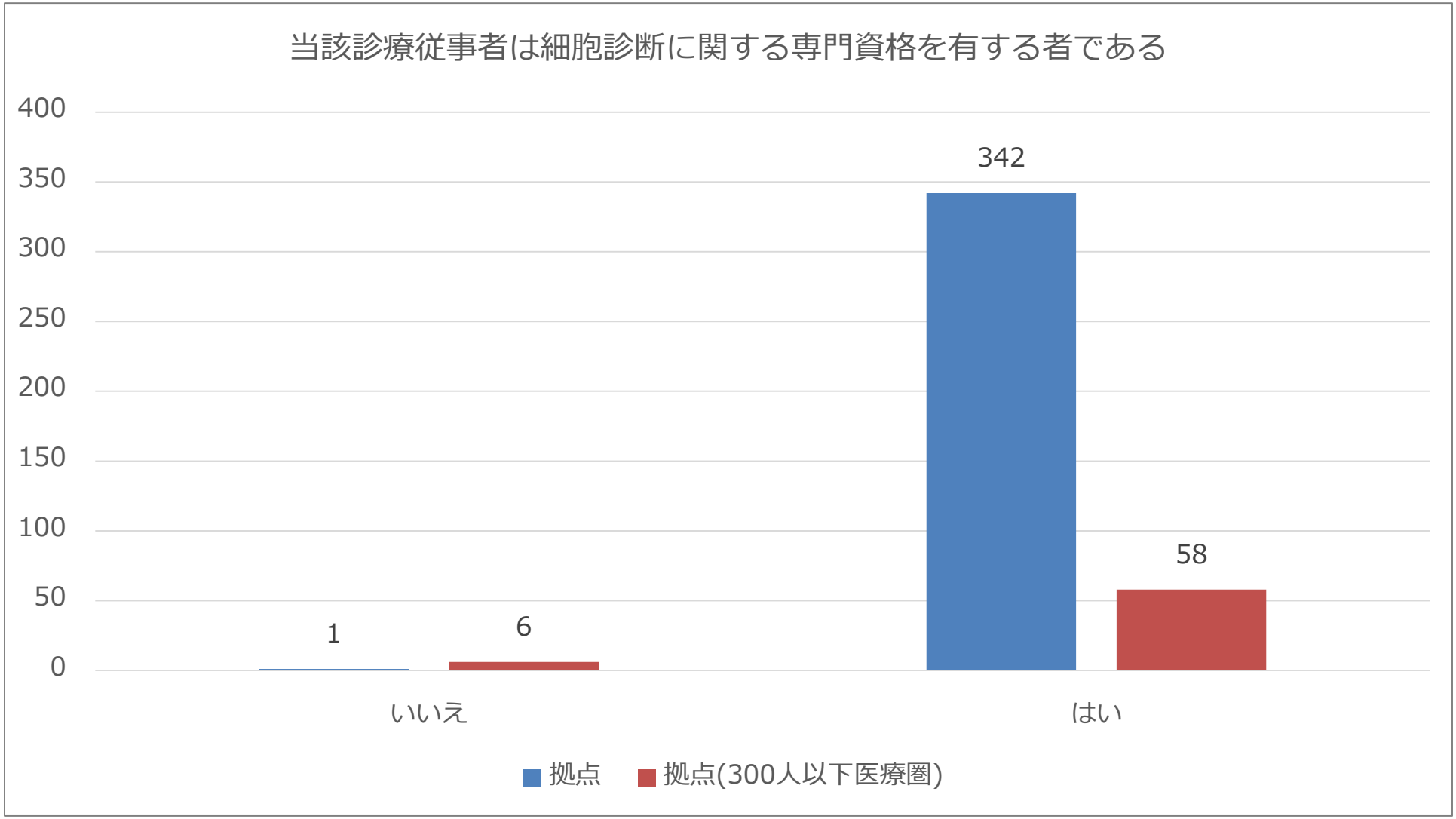
※令和3年9月1日時点の現況報告書から、がん診療連携拠点病院408施設にて集計を行ったもの。

参考：診療従事者の配置状況（一部抜粋）



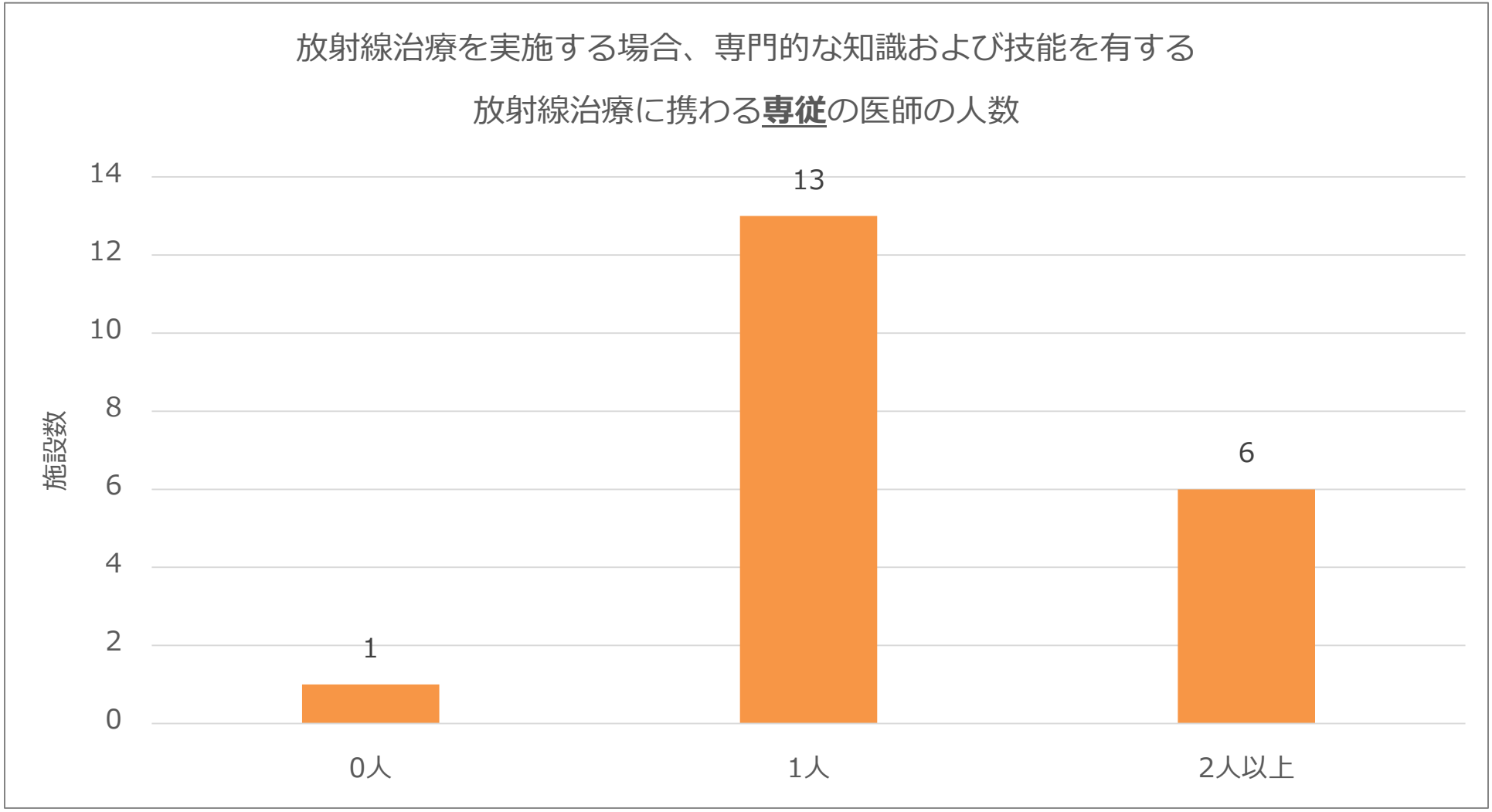
※令和3年9月1日時点の現況報告書から、がん診療連携拠点病院408施設にて集計を行ったもの。

参考：診療従事者の配置状況（一部抜粋）



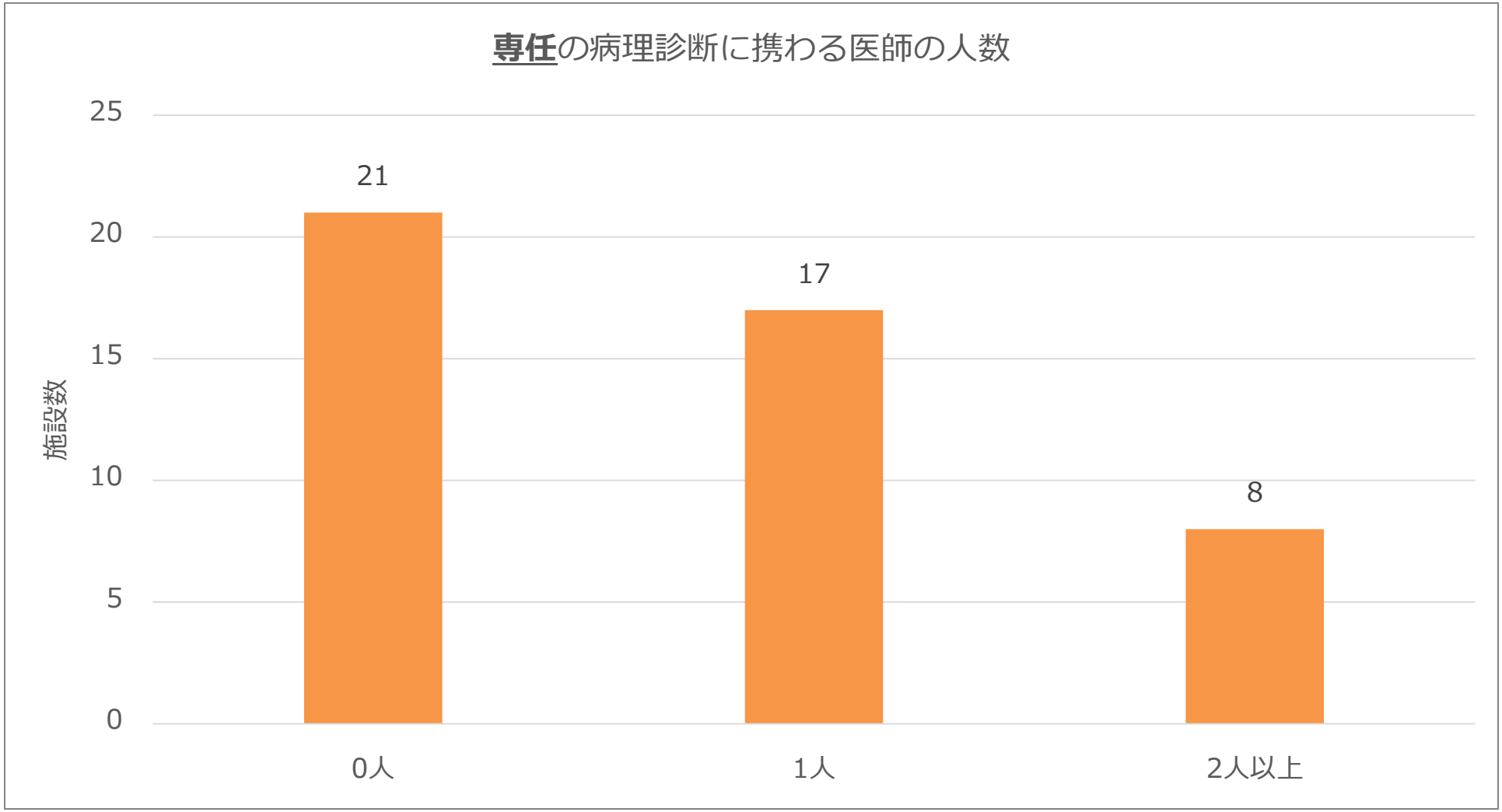
※令和3年9月1日時点の現況報告書から、がん診療連携拠点病院408施設にて集計を行ったもの。
（１医療機関が回答漏れ）

参考：診療従事者の配置状況（一部抜粋）



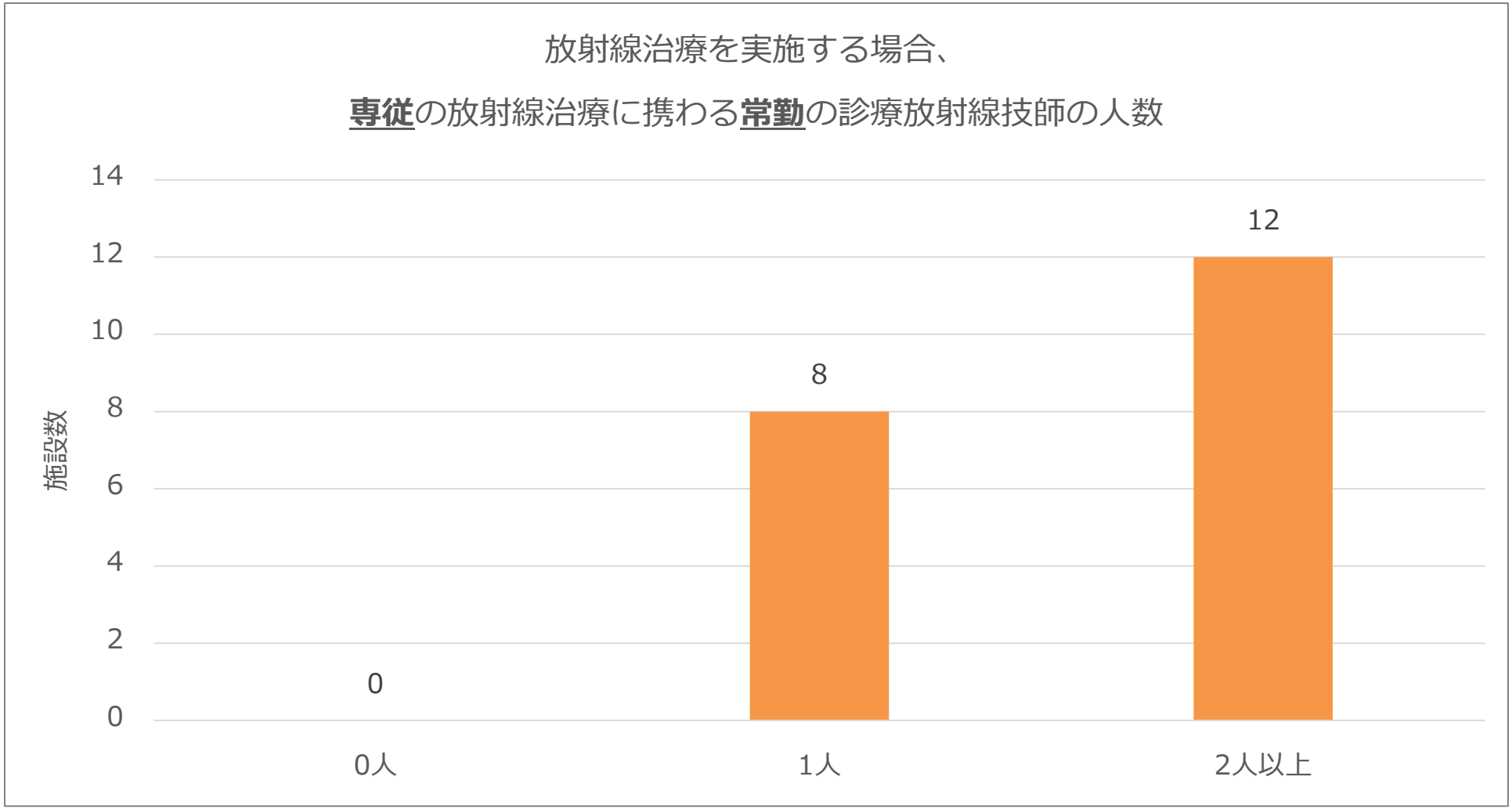
※令和3年9月1日時点の現況報告書から、地域がん診療病院46施設のうち放射線治療を実施する20施設にて集計を行ったもの。

参考：診療従事者の配置状況（一部抜粋）



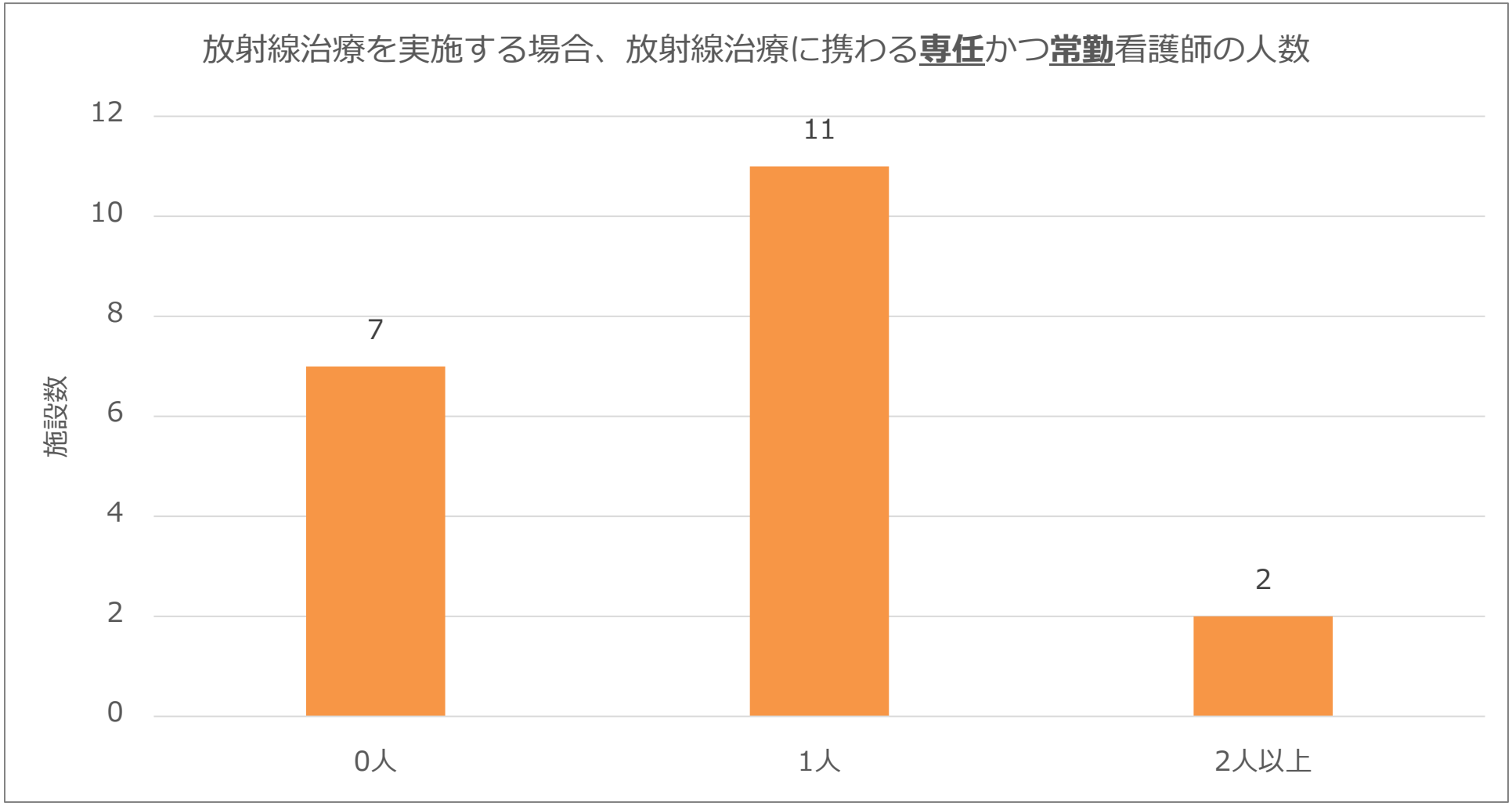
※令和3年9月1日時点の現況報告書から、地域がん診療病院46施設にて集計を行ったもの。

参考：診療従事者の配置状況（一部抜粋）



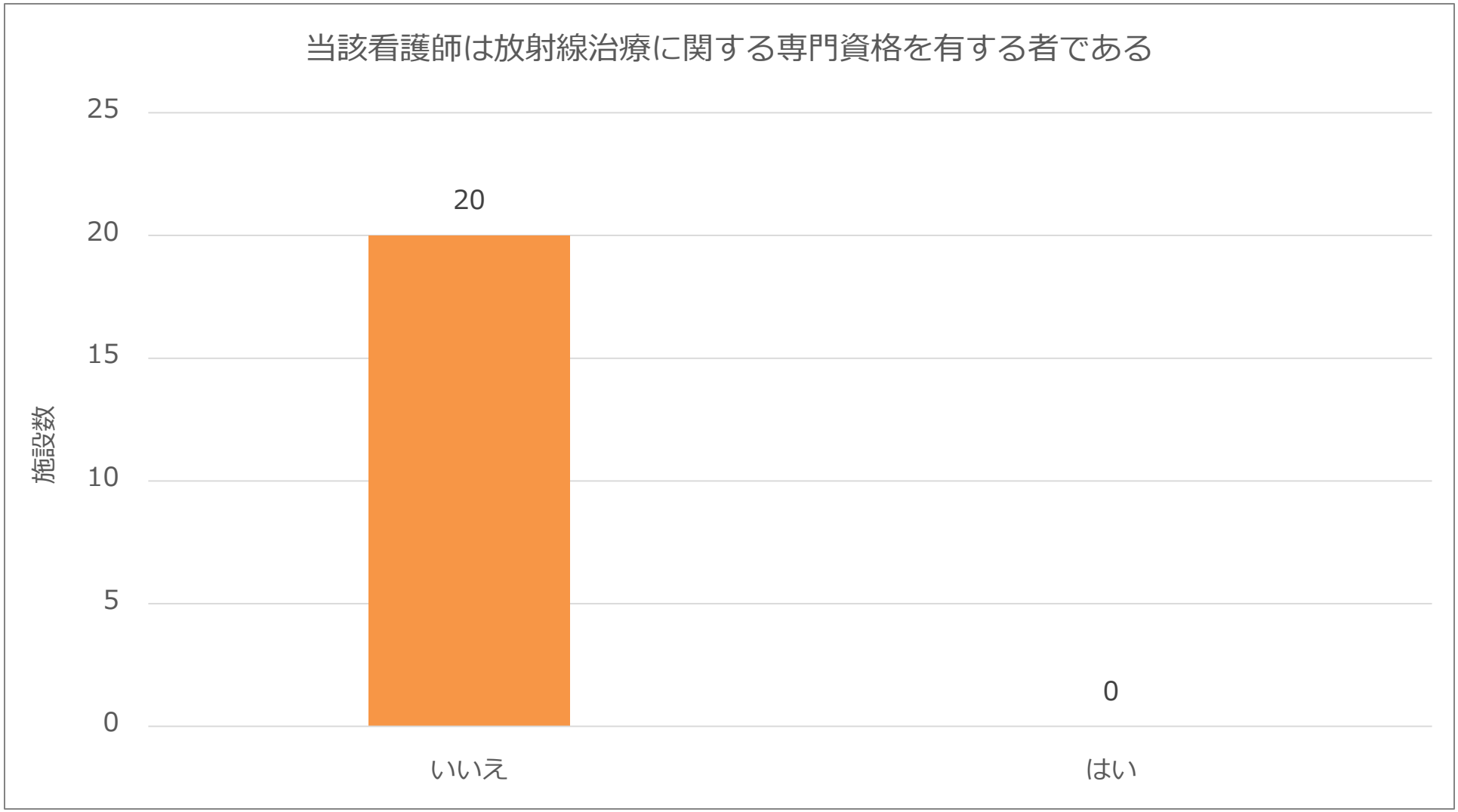
※令和3年9月1日時点の現況報告書から、地域がん診療病院46施設のうち放射線治療を実施する20施設にて集計を行ったもの。

参考：診療従事者の配置状況（一部抜粋）



※令和3年9月1日時点の現況報告書から、地域がん診療病院46施設のうち放射線治療を実施する20施設にて集計を行ったもの。

参考：診療従事者の配置状況（一部抜粋）



※令和3年9月1日時点の現況報告書から、地域がん診療病院46施設のうち放射線治療を実施する20施設にて集計を行ったもの。

令和４年４月１日

医療に関する広告が可能となった医師等の専門性に関する資格名（厚生労働大臣に届出がなされた団体の認定するもの）等について

平成１４年４月１日付けの医療機関の広告規制の緩和に伴い、医師又は歯科医師の専門性に関し、告示で定める基準を満たすものとして厚生労働大臣に届出がなされた団体の認定する資格名が広告できることとなりました。

また、平成１９年４月１日より薬剤師、看護師その他の専門性についても、同様に告示で定める基準を満たすものとして厚生労働大臣に届出がなされた団体の認定する資格名が広告できることとなりました。

令和３年１０月１日より、医師又は歯科専門医については、一般社団法人日本専門医機構又は一般社団法人日本歯科専門医機構が行う専門性に関する認定を受けた旨が広告することができる事項に追加されたとともに、厚生労働大臣に届出がなされた団体の認定資格名が広告することができる事項から除かれました。ただし、令和３年１０月１日以前に厚生労働大臣に届出がなされた団体の認定資格名については、一定の場合を除き、当分の間、なお従前の間広告することができる旨の経過措置が設定されています。

現在、医師等の専門性については、以下の団体が認定する資格名について広告が可能となっております。日本専門医機構及び日本歯科専門医機構が認定する資格名については、医療広告ガイドラインに記載しています。

・医　師　　資格名の数５６（団体の数５８）
・歯科医師　資格名の数　５（団体の数　５）
・薬剤師　　資格名の数　１（団体の数　１）
・看護師　　資格名の数２７（団体の数　１）
（合　計　　資格名の数８９（団体の数６５））

【医師の専門性資格】

（団体名）		（資格名）
○公益社団法人	日本整形外科学会	整形外科専門医
○公益社団法人	日本皮膚科学会	皮膚科専門医
○公益社団法人	日本麻酔科学会	麻酔科専門医
○公益社団法人	日本医学放射線学会	放射線科専門医
○公益財団法人	日本眼科学会	眼科専門医
○公益社団法人	日本産科婦人科学会	産婦人科専門医
○一般社団法人	日本耳鼻咽喉科学会	耳鼻咽喉科専門医
○一般社団法人	日本泌尿器科学会	泌尿器科専門医
○一般社団法人	日本形成外科学会	形成外科専門医
○一般社団法人	日本病理学会	病理専門医
○一般社団法人	日本内科学会	総合内科専門医
○一般社団法人	日本外科学会	外科専門医
○一般社団法人	日本糖尿病学会	糖尿病専門医
○一般社団法人	日本肝臓学会	肝臓専門医
○一般社団法人	日本感染症学会	感染症専門医

○一般社団法人	日本救急医学会	救急科専門医
○一般社団法人	日本血液学会	血液専門医
○一般社団法人	日本循環器学会	循環器専門医
○一般社団法人	日本呼吸器学会	呼吸器専門医
○一般財団法人	日本消化器病学会	消化器病専門医
○一般社団法人	日本腎臓学会	腎臓専門医
○公益社団法人	日本小児科学会	小児科専門医
○一般社団法人	日本内分泌学会	内分泌代謝科専門医
○一般社団法人	日本消化器外科学会	消化器外科専門医
○公益社団法人	日本超音波医学会	超音波専門医
○公益社団法人	日本臨床細胞学会	細胞診専門医
○一般社団法人	日本透析医学会	透析専門医
○一般社団法人	日本脳神経外科学会	脳神経外科専門医
○公益社団法人	日本ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ医学会	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科専門医
○一般社団法人	日本老年医学会	老年病専門医
○一般社団法人	日本胸部外科学会	心臓血管外科専門医
○特定非営利活動法人	日本血管外科学会	心臓血管外科専門医
○特定非営利活動法人	日本心臓血管外科学会	心臓血管外科専門医
○特定非営利活動法人	日本胸部外科学会	呼吸器外科専門医
○特定非営利活動法人	日本呼吸器外科学会	呼吸器外科専門医
○一般社団法人	日本消化器内視鏡学会	消化器内視鏡専門医
○特定非営利活動法人	日本小児外科学会	小児外科専門医
○一般社団法人	日本神経学会	神経内科専門医
○一般社団法人	日本リウマチ学会	リウマチ専門医
○一般社団法人	日本乳癌学会	乳腺専門医
○一般社団法人	日本人類遺伝学会	臨床遺伝専門医
○一般社団法人	日本東洋医学会	漢方専門医
○特定非営利活動法人	日本レーザー医学会	レーザー専門医
○特定非営利活動法人	日本呼吸器内視鏡学会	気管支鏡専門医
○一般社団法人	日本アレルギー学会	アレルギー専門医
○一般社団法人	日本核医学会	核医学専門医
○特定非営利活動法人	日本気管食道科学会	気管食道科専門医
○一般社団法人	日本大腸肛門病学会	大腸肛門病専門医
○公益社団法人	日本婦人科腫瘍学会	婦人科腫瘍専門医
○一般社団法人	日本ペインクリニック学会	ペインクリニック専門医
○一般社団法人	日本熱傷学会	熱傷専門医
○特定非営利活動法人	日本脳神経血管内治療学会	脳血管内治療専門医
○公益社団法人	日本臨床腫瘍学会	がん薬物療法専門医
○一般社団法人	日本周産期・新生児医学会	周産期（新生児）専門医
○一般社団法人	日本生殖医学会	生殖医療専門医
○一般社団法人	日本小児神経学会	小児神経専門医
○特定非営利活動法人	日本心療内科学会	心療内科専門医
○一般社団法人	日本総合病院精神医学会	一般病院連携精神医学専門医
○公益社団法人	日本精神神経学会	精神科専門医

【歯科医師の専門性資格】

（団体名）		（資格名）
○公益社団法人	日本口腔外科学会	口腔外科専門医
○特定非営利活動法人	日本歯周病学会	歯周病専門医
○一般社団法人	日本歯科麻酔学会	歯科麻酔専門医
○公益社団法人	日本小児歯科学会	小児歯科専門医
○特定非営利活動法人	日本歯科放射線学会	歯科放射線専門医

【薬剤師の専門性資格】

（団体名）		（資格名）
○一般社団法人	日本医療薬学会	がん専門薬剤師

【看護師の専門性資格】

（団体名）		（資格名）
○公益社団法人	日本看護協会	がん看護専門看護師
○公益社団法人	日本看護協会	小児看護専門看護師
○公益社団法人	日本看護協会	精神看護専門看護師
○公益社団法人	日本看護協会	地域看護専門看護師
○公益社団法人	日本看護協会	母性看護専門看護師
○公益社団法人	日本看護協会	老人看護専門看護師
○公益社団法人	日本看護協会	がん化学療法看護認定看護師
○公益社団法人	日本看護協会	がん性疼痛看護認定看護師
○公益社団法人	日本看護協会	感染管理認定看護師
○公益社団法人	日本看護協会	救急看護認定看護師
○公益社団法人	日本看護協会	手術看護認定看護師
○公益社団法人	日本看護協会	小児救急看護認定看護師
○公益社団法人	日本看護協会	新生児集中ケア認定看護師
○公益社団法人	日本看護協会	摂食・嚥下障害看護認定看護師
○公益社団法人	日本看護協会	透析看護認定看護師
○公益社団法人	日本看護協会	糖尿病看護認定看護師
○公益社団法人	日本看護協会	乳がん看護認定看護師
○公益社団法人	日本看護協会	訪問看護認定看護師
○公益社団法人	日本看護協会	感染症看護専門看護師
○公益社団法人	日本看護協会	急性・重症患者看護専門看護師
○公益社団法人	日本看護協会	慢性疾患看護専門看護師
○公益社団法人	日本看護協会	緩和ケア認定看護師
○公益社団法人	日本看護協会	集中ケア認定看護師
○公益社団法人	日本看護協会	認知症看護認定看護師
○公益社団法人	日本看護協会	皮膚・排泄ケア認定看護師
○公益社団法人	日本看護協会	不妊症看護認定看護師
○公益社団法人	日本看護協会	がん放射線療法看護認定看護師

照会先　医政局総務課
03-5253-1111(代表)
井上、中矢（2522、4104）

資料１７-(４)

第９回　がん診療連携拠点病院の指定要件に関する

ワーキンググループ

議事次第

日時：令和４年６月 20 日（月）　１６：００～１９：００
場所：Web 開催

１　開会
２　議題
（１）がん診療連携拠点病院等における指定要件の見直しについて
（２）今後の予定

【資料】
議事次第
資料１　がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針
参考資料１　「がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」開催要項
参考資料２　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 0731 第１号厚生労働省健康局長通知）
参考資料３　「がんとの共生のあり方に関する検討会」からの「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」の見直しに対する提案
参考資料４　がん診療連携拠点病院等の指定要件について（総論）
（令和４年５月 20 日 第８回がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ　資料１）

第９回がん診療連携拠点病院等の 指定要件に関するワーキンググループ	資料
令和４年６月 20 日	1

がん診療連携拠点病院等の指定要件（案）

厚生労働省健康局
がん・疾病対策課

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（案）

別添

略語

当該指針において以下の略語を用いる。

略語	正式名
地域拠点病院	地域がん診療連携拠点病院
都道府県拠点病院	都道府県がん診療連携拠点病院
特定領域拠点病院	特定領域がん診療連携拠点病院
国立がん研究センター	国立研究開発法人国立がん研究センター
指定の検討会	がん診療連携病院等の指定に関する検討会
拠点病院等	地域拠点病院、都道府県拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院
がん診療連携拠点病院	地域拠点病院、都道府県拠点病院
都道府県協議会	都道府県がん診療連携協議会
国協議会	都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会
拠点病院等（特例型）	各拠点病院等の特例型

Ⅰ　がん診療連携拠点病院等の指定について

1　拠点病院等は、都道府県知事が２を踏まえて推薦する医療機関について、指定の検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が適当と認めるものを指定するものとする。拠点病院等の新規指定や指定更新の際に、国立がん研究センターは当該施設に関する意見書を、厚生労働省に提出することができる。また、地域拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の新規指定や指定更新の際に、同一都道府県の都道府県拠点病院は当該病院に関する意見書を、都道府県を通じて厚生労働省に提出することができる。

2　都道府県は、専門的ながん医療の提供等を行う医療機関の整備を図るとともに、当該都道府県におけるがん診療の連携協力体制の整備を図るほか、がん患者に対する相談支援及び情報提供を行うため、都道府県拠点病院を１カ所、都道府県が医療計画にて定めるがんの医療圏毎にがん診療連携拠点病院を１カ所、それぞれ整備するものとする。また、がん診療連携拠点病院の無いがんの医療圏に当該都道府県のがん診療連携拠点病院との連携を前提にグループとして指定（以下「グループ指定」という。）した、地域がん診療病院を１カ所整備できるものとする。また、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拠点病院を整備できるものとする。ただし、都道府県拠点病院及び地域拠点病院にあっては、当該都道府県におけるがん診療の質の向上及びがん診療の連携協力体制の整備がより一層図られることが明確である場合には、指定の検討会の意見を踏まえ、複数整備することも可能とする。

3　都道府県の全ての拠点病院等は、協働して都道府県協議会を設置し、都道府県拠点病院は中心的な役割を担うとともに、他の拠点病院等は都道府県協議会の運営に主体的に参画すること。また、拠点病院等の他、地域におけるがん医療を担う者、行政、患者団体等の関係団体にも積極的な関与を求めること。

〈都道府県協議会の主な役割〉

（１）　国のがん対策基本法及びがん対策推進基本計画、都道府県のがん計画等における患者本位のがん医療を実現する等の観点から、当該都道府県における対策を強力に推進する役割を担うこと。

（２）　都道府県全体のがん医療等の質の向上のため、次に掲げる事項を行い、都道府県内のどこに住んでいても適切な診断や治療にスムーズにアクセスできる体制を確保すること。

①　地域の実状に応じて、以下のア～ケを参考に医療機関間の連携が必要な医療等について、都道府県内の各拠点病院等及び他のがん診療を担う医療機関における役割分担を整理・明確化し、その内容を関係者間で共有するとともに広く周知すること。

ア　一部の限定的な医療機関でのみ実施される薬物療法

イ　集約化することにより予後の改善が見込める手術療法

ウ　強度変調放射線療法や密封小線源療法、専用治療病室を要する核医学治療等の放射線治療、高度で特殊な画像下治療（ＩＶＲ）

エ　緩和ケアセンター、緩和ケア病棟、ホスピス、神経ブロック、緊急緩和放射線治療等の緩和医療

オ　分野別に希少がん・難治がんの対応を行う体制

カ　小児がんの長期フォローアップの実施

キ　ＡＹＡ世代（※１）のがんの支援体制

ク　妊孕性温存療法の実施（別途実施されている「小児・ＡＹＡ世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」におけるがん・生殖医療ネットワークと協働して実施。）

ケ　がんゲノム医療

②　地域がん診療病院とがん診療連携拠点病院とのグループ指定の組み合わせを調整・決定すること。

③　都道府県内の拠点病院等の院内がん登録のデータや診療実績等を共有、分析、評価、公表等を行うこと。その上で、各都道府県とも連携し、医療の質の向上を行うための具体的な計画を立案・実行すること。

併せて、院内がん登録実務者の支援を含めて都道府県内のがん関連情報収集や利活用等に関する質の向上に取り組むこと。

④ 地域における相談支援や緩和ケアの提供体制・連携体制について協議を行い、拠点病院等の間で情報共有や役割分担を含む連携体制を整備すること。

⑤　当該都道府県における特定機能病院である拠点病院等と連携し、地域におけるがん診療に従事する医療従事者の育成及び適正配置に向けた調整を行うこと。

⑥　Ⅱの４の（３）に基づき当該都道府県における拠点病院等が実施するがん医療に携わる医師等を対象とした緩和ケアに関する研修その他各種研修に関する計画を作成すること。

⑦　当該都道府県内の医療機関における診療、緩和ケア外来、相談支援センター、セカンドオピニオン（※２）、患者サロン（※３）、患者支援団体、在宅医療等へのアクセスについて情報を集約し医療機関間で共有するとともに、冊子やホームページ等でわかりやすく広報すること。

⑧　国協議会との体系的な連携体制を構築すること。

⑨　国立がん研究センターによる研修に関する情報や国協議会での協議事項が確実に都道府県内で共有・実践される体制を整備すること。

⑩　感染症のまん延や災害等の状況においても必要ながん医療を提供する体制を確保するため、当該都道府県や各がん医療圏におけるＢＣＰ（※４）について議論を行うこと。

４　国立がん研究センターは、我が国のがん対策の中核的機関として、以下の体制を整備することにより我が国全体のがん医療を牽引し、国立がん研究センターの中央病院及び東病院について、指定の検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が適当と認める場合に、国のがん診療連携拠点病院として指定するものとする。

（１）　拠点病院等への診療に関する支援及びがん医療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の診療従事者の育成や情報発信等の役割を担う。

（２）　拠点病院等へ必要に応じて実地調査を行うなど、情報提供を求め、我が国におけるがん診療等に関する情報を収集、分析、評価し、改善方策を検討した上で国に提言する。実地調査を行う際には、必要に応じて当該都道府県内の他の拠点病院等の意見の活用を考慮すること。

（３）　定期的に都道府県拠点病院と国立がん研究センター中央病院及び東病院が参加する国協議会を開催し、以下に関する情報収集、共有、評価、広報を行う。

①　各都道府県における都道府県拠点病院を中心とした医療の質の改善の取組及びその実績

② 全国の拠点病院等の診療機能や診療体制、診療実績、地域連携に関する実績や活動状況
③ 全国の希少がんに対する診療、連携体制及び診療実績
④ 全国の臨床試験の実施状況を含む研究の実施体制
⑤ 全国のＡＹＡ世代のがんに対する診療体制及び診療実績
⑥ 粒子線治療などの全国で役割分担すべき治療法の実施体制

（４） その他、Ⅱに規定する指定要件を充足すること。

5 拠点病院等はがん対策基本法、がん対策推進基本計画、都道府県のがん計画等に基づき、各地域におけるがん医療の質の向上を推進し、我が国におけるがん診療をけん引する役割を担うこと。

6 厚生労働大臣は、拠点病院等のうち、指定期間中に指定要件を欠くなどの事態が発生した医療機関については、拠点病院等（特例型）として、指定の類型を定めることができるものとする。

7 厚生労働大臣は、各拠点病院等における指定要件の充足状況に関して疑義が生じた場合など、必要と判断したときは、都道府県、拠点病院等及び関係する者に対し、文書での確認や実地調査等の実態調査を行うことを求めることができるものとする。

8 厚生労働大臣は、７に規定する調査の結果、拠点病院等が指定要件を欠くに至ったと認めるときは、指定の検討会の意見を踏まえ、当該病院に対し、勧告、指定の取り消し、指定類型の見直し等の対応を行うことができるものとする。

Ⅱ 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

1 都道府県協議会における役割

各都道府県の他の拠点病院等と協働して都道府県協議会を設置し、その運営に主体的に参画すること。その際、各医療圏におけるがん医療の質を向上させるため、当該医療圏を代表して協議会の運営にあたるとともに、協議会の方針に沿って各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こと。

2 診療体制

（１）診療機能

① 集学的治療等の提供体制及び標準的治療等の提供

ア 我が国に多いがん（※５）を中心にその他各医療機関が専門とするがんについて、手術、放射線治療及び薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療、リハビリテーション及び緩和ケア（以下「集学的治療等」と

いう。）を提供する体制を有するとともに、各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療（以下「標準的治療」という。）等がん患者の状態に応じた適切な治療を提供すること。ただし、我が国に多いがんの中でも症例の集約化により治療成績の向上が期待されるもの等、当該拠点病院において集学的治療等を提供しない場合には、適切な医療に確実につなげることができる体制を構築すること。

イ　医師からの診断結果や病状の説明時及び治療方針の決定時等には、以下の体制を整備すること。

ⅰ　患者とその家族の希望を踏まえ、看護師や公認心理師等が同席すること。

ⅱ　治療プロセス全体に関して、患者とともに考えながら方針を決定すること。

ⅲ　標準治療として複数の診療科が関与する選択肢がある場合に、その知見のある診療科の受診ができる体制を確保すること。

ウ　がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、以下のカンファレンスをそれぞれ必要に応じて定期的に開催すること。特に、ⅲのカンファレンスを月１回以上開催すること。また、検討した内容については、診療録に記録の上、関係者間で共有すること。

ⅰ　個別もしくは少数の診療科の医師を主体とした日常的なカンファレンス

ⅱ　個別もしくは少数の診療科の医師に加え、看護師、薬剤師、必要に応じて公認心理師や緩和ケアチームを代表する者等を加えた症例への対応方針を検討するカンファレンス

ⅲ　手術、放射線診断、放射線治療、薬物療法、病理診断及び緩和ケア等に携わる専門的な知識及び技能を有する医師に加え、多職種も含めた、がん患者の診断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

なお、多職種については、歯科医師や薬剤師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、相談支援員等を含むものとする。

エ　院内の緩和ケアチーム、口腔ケアチーム、栄養サポートチーム、感染防止対策チーム等の専門チームへ医師だけではなく、看護師や薬剤師など他の診療従事者からも依頼ができる体制を整備すること。

オ　保険適応外の免疫療法等について、治験や先進医療を含めた臨床研究の枠組み以外の形で実施していないこと。

②　手術療法、放射線療法、薬物療法の提供体制の特記事項

集学的治療等を適切に提供できる体制を整備する上で、特に以下に対応

すること。

ア　術中迅速病理診断が可能な体制を確保すること。なお、当該体制は遠隔病理診断でも可とする。

イ　術後管理体制の一環として、手術部位感染に関するサーベイランスを実施すること。その際、厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業（ＪＡＮＩＳ）への登録が望ましい。

ウ　強度変調放射線治療と外来での核医学治療を提供することが望ましい。

エ　密封小線源治療について、地域の医療機関と連携し、役割分担すること。

オ　専用治療病室を要する核医学治療や粒子線治療等の高度な放射線治療について、患者に情報提供を行うとともに、必要に応じて適切な医療機関へ紹介する体制を整備すること。

カ　関連する学会のガイドライン等も参考に、第三者機関による出力線量測定を行い、放射線治療の品質管理を行うこと。

キ　画像下治療（ＩＶＲ）を提供することが望ましい。

ク　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する等して対応すること。

ケ　薬物療法のレジメン（※６）審査委員会を設置すること。

③　緩和ケアの提供体制

ア　がん診療に携わる全ての診療従事者により、全てのがん患者に対し入院、外来を問わず頻回に苦痛の把握に努め、必要な緩和ケアの提供を行うこと。また、これを支援するために、組織上明確に位置付けられた緩和ケアチームを整備すること。

イ　経時的にがん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的な問題等の把握及びそれらに対する適切な対応を、診断時から一貫して行っていること。また、診断や治療方針の変更時には、ライフステージ、就学・就労、経済状況、家族との関係性等、がん患者とその家族にとって重要な問題について、患者の希望を踏まえて配慮や支援ができるよう努めること。

ウ　ア、イを実施するため、がん診療に携わる全ての診療従事者の対応能力を向上させることが必要であり、緩和ケアチームにより以下を提供するよう体制を整備すること。

ｉ　定期的に病棟ラウンド及びカンファレンスを行い、依頼を受けていないがん患者も含めて苦痛の把握に努めるとともに、適切な症状緩和について協議し、必要に応じて主体的に助言や指導等を行っていること。

ⅱ　（２）の②のウに規定する看護師は、苦痛の把握の支援や専門的緩和ケアの提供に関する調整等、外来・病棟の看護業務を支援・強化すること。また、主治医及び看護師、公認心理師等と協働し、適切な支援を実施すること。

エ　外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備すること。なお、自施設のがん患者に限らず、他施設でがん診療を受けている、または受けていた患者についても受け入れを行っていること。また、緩和ケア外来等への患者紹介について、地域の医療機関に対して広報等を行っていること。

オ　医療用麻薬等の鎮痛薬の初回使用時や用量の増減時には、医師からの説明とともに薬剤師や看護師等による服薬指導を実施し、その際には自記式の服薬記録を整備活用することにより、外来・病棟を問わず医療用麻薬等を自己管理できるよう指導すること。

カ　院内の医療従事者と緩和ケアチームとの連携を以下により確保すること。

ⅰ　緩和ケアチームへがん患者の診療を依頼する手順等、評価された苦痛に対する対応を明確化し、院内の全ての診療従事者に周知するとともに、患者とその家族に緩和ケアに関する診療方針を提示すること。

ⅱ　がん治療を行う病棟や外来部門には、緩和ケアの提供体制について緩和ケアチームへ情報を集約し、また緩和ケアチームと各部署をつなぐ役割を担うリンクナース（※７）などを配置することが望ましい。

キ　患者や家族に対し、必要に応じて、アドバンス・ケア・プランニング（※８）を含めた意思決定支援を提供できる体制を整備していること。

ク　アからキにより、緩和ケアの提供がなされる旨を、院内の見やすい場所での掲示や入院時の資料配布、ホームページ上の公開等により、がん患者及び家族に対しわかりやすく情報提供を行うこと。

ケ　かかりつけ医の協力・連携を得て、主治医及び看護師が緩和ケアチームと共に、退院後の居宅における緩和ケアに関する療養上必要な説明及び指導を行うこと。

コ　疼痛緩和のための専門的な治療の提供体制等について、以下の通り確保すること。

ⅰ　難治性疼痛に対する神経ブロック等について、自施設における麻酔科医等との連携等の対応方針を定めていること。また、自施設で実施が困難なために、外部の医療機関と連携して実施する場合には、その詳細な連携体制を確認しておくこと。さらに、ホームページ等で、神経ブロック等の自施設における実施状況や連携医療機関名等、その実施体制について分かりやすく公表していること。

ⅱ　緩和的放射線治療を患者に提供できる体制を整備すること。また

自施設の医療従事者に対し、緩和的放射線治療の院内での連携体制について周知していることに加え、連携する医療機関に対し、患者の受入れ等について、周知していること。さらに、ホームページ等で、自施設におけるこれらの実施体制等について分かりやすく公表していること。

サ　全てのがん患者に対して苦痛の把握と適切な対応がなされるよう緩和ケアに係る診療や相談支援、患者からのＰＲＯ（患者報告アウトカム）（※９）、医療用麻薬の処方量など、院内の緩和ケアに係る情報を把握し、検討・改善する場を設置していること。それを踏まえて自施設において組織的な改善策を講じる等、緩和ケアの提供体制の改善に努めること。

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こと。その際、緩和ケアの提供に関しては、当該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。希少がんに関して、専門家による集学的医療の提供等による標準的な治療が提供されるよう、拠点病院間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。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。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　当該医療圏内のがん診療に関する情報を集約し、当該圏域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、ピア・サポート（※10）の質の向上に対する支援等に努めること。

⑤　セカンドオピニオンの提示体制

ア　当該施設で対応可能ながんについて、手術療法、放射線治療、薬物療法又は緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師によるセカンドオピニオンを提示する体制を整備し、患者にわかりやすく公表すること。

イ　がん患者とその家族に対して診療に関する説明を行う際には、他施設におけるセカンドオピニオンを活用することの心理的な障壁を取り除くことができるよう説明すること。

⑥　それぞれの特性に応じた診療等の提供体制

ア　希少がん・難治がんの患者の診断、治療に関しては、積極的に都道府県協議会における役割分担の整理を活用し、対応可能な施設への紹介やコンサルテーションで対応すること。

イ　小児がん患者で長期フォローアップ中の患者については、小児がん拠点病院や連携する医療機関と情報を共有する体制を整備すること。

ウ　各地域のがん・生殖医療ネットワークに加入し、「小児・ＡＹＡ世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」へ参画するとともに、対象となりうる患者には必ず治療開始前に提示すること。患者の希望を確認するとともに、がん治療を行う診療科が中心となって、院内または地域の生殖医療に関する診療科とともに、妊孕性温存療法及びがん治療後の生殖補助医療に関する情報提供及び意思決定支援を行う体制を整備すること。自施設において、がん・生殖医療に関する意思決定支援を行うことができる診療従事者の配置・育成に努めること。

エ　就学、就労、妊孕性（※11）の温存、アピアランスケア（※12）等に関する状況や本人の希望についても確認し、自施設もしくは連携施設のがん相談支援センターで対応できる体制を整備すること。また、それらの相談に応じる多職種からなるＡＹＡ世代支援チームを設置することが望ましい。

オ　高齢者のがんに関して、併存症の治療との両立が図れるよう、関係する診療科と連携する体制を確保すること。また、意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応をしていること。

カ　医療機関としてのＢＣＰを策定することが望ましい（＊）。

（２）診療従事者

①　専門的な知識及び技能を有する医師の配置

ア　当該施設で対応可能ながんについて専門的な知識及び技能を有する手術療法に携わる常勤（※13）の医師を１人以上配置すること。

イ　専任（※14）の放射線診断に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。

ウ　専従（※15）の放射線治療に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。

エ　専従の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。

オ　緩和ケアチームに、専任の身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については、専従であることが望ましい。

　緩和ケアチームに、精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については、専任であることが望ましい。

カ　専従の病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。

キ　リハビリテーションに関する専門的な知識および技能を有する医師を配置することが望ましい。

ク　2022年３月31日まで認めていた当該医療圏の医師数が概ね300人を下回る場合における専門的な知識及び技能を有する医師の配置に関する特例は原則としてこれを認めない。ただし、地域における医療体制に大きな影響がある場合については、都道府県全体の医療体制の方針等を踏まえて、指定の検討会において個別に判断する。

②　専門的な知識及び技能を有する医師以外の診療従事者の配置

ア　専従の放射線治療に携わる常勤の診療放射線技師を１人以上配置すること。なお、当該技師を含め、放射線治療に携わる専門的な知識及び技能を有する診療放射線技師を２人以上配置することが望ましい。

　専従の放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の技術者等を

１人以上配置すること。

放射線治療室に、専従の専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を１人以上配置すること。

イ　専任の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の薬剤師を１人以上配置すること。

外来化学療法室に、専従の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を１人以上配置すること。

ウ　緩和ケアチームに、専従の緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を１人以上配置すること。

エ　緩和ケアチームに、薬剤師及び社会福祉士等の相談支援に携わる者をそれぞれ１人以上配置すること。なお、他部署との兼任を可とする。

オ　緩和ケアチームに協力する公認心理師等の医療心理に携わる者を１人以上配置することが望ましい。

カ　専任の細胞診断に係る業務に携わる専門的な知識及び技能を有する者を１人以上配置すること。

キ　リハビリテーションに関する専門的な知識および技能を有する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等を配置することが望ましい。

（３）その他の環境整備等

①　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することが望ましい。

②　集学的治療等の内容や治療前後の生活における注意点等に関して、冊子や視聴覚教材等を用いてがん患者及びその家族が自主的に確認できる環境を整備すること。また、その冊子や視聴覚教材等はインターネット環境でも確認できることが望ましい。

③　がん治療に伴う外見の変化について、がん患者及びその家族に対する説明やアピアランスケアに関する情報提供・相談に応じられる体制を整備していること。

④　がん患者の自殺リスクに対し、院内で共通したフローを使用し、対応方法や関係機関との連携について明確にしておくこと。また関係職種に情報共有を行う体制を構築していること。自施設に精神科、心療内科等がない場合は、地域の医療機関と連携体制を確保していること。

３　診療実績

（１）　①または②を概ね満たすこと。なお、同一医療圏に複数の地域拠点病院を指定する場合は、①の項目を全て満たすこと。

①　以下の項目をそれぞれ満たすこと。

ア　院内がん登録数（入院、外来は問わない自施設初回治療分）年間

500件以上

イ　悪性腫瘍の手術件数　年間400件以上

ウ　がんに係る薬物療法のべ患者数　年間1,000人以上

エ　放射線治療のべ患者数　年間200人以上

オ　緩和ケアチームの新規介入患者数　年間50人以上

②　当該医療圏に居住するがん患者のうち、２割程度について診療実績があること。

4　人材育成等

（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、当該拠点病院等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、地域の医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）　自施設の医療従事者等を中心に、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。また、自施設のがん診療に携わる全ての医療従事者が受講していることが望ましい。

（7）　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。

5　相談支援及び情報の収集提供

（1）がん相談支援センター

相談支援を行う機能を有する部門（以下「相談支援センター」という。なお、病院固有の名称との併記を認めた上で、必ず「がん相談支援センター」と表記すること。）を設置し、①から⑦の体制を確保した上で、がん患者や家族等が持つ医療や療養等の課題に関して、病院を挙げて全人的な相談支援を行うこと。必要に応じてオンラインでの相談を受け付けるなど、情報通信技術等も活用すること。また、相談者の視聴覚に障害がある等の場合は、コミュニケーション上の配慮をすること。

①　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）～（3）を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者をそれぞれ1人ずつ配置すること。相談支援に携わる者は、対応の質の向上のために、がん相談支援センター相談員研修等により定期的に知識の更新に努めること。

②　院内及び地域の診療従事者の協力を得て、院内外のがん患者及びその家族並びに地域の住民及び医療機関等からの相談等に対応する体制を整備すること。また、相談支援に関し十分な経験を有するがん患者団体との連携協力体制の構築に積極的に取り組むこと。

③　相談支援センターについて周知するため、以下の体制を整備すること。

ア　外来初診時から医療従事者より、がん患者及びその家族に対し、相談支援センターについて説明する等、診断初期の段階から相談支援センターの周知が図られる体制を整備すること。

イ　治療に備えた事前の面談や準備のフローに組み込む等、診療の経過の中で患者が必要とするときに確実に利用できるよう繰り返し案内を行うこと。

ウ　院内の見やすい場所に相談支援センターについて分かりやすく掲示すること。

エ　地域の住民や医療・在宅・介護福祉等の関係機関に対し、相談支援センターに関する広報を行うこと。また、自施設に通院していない者からの相談にも対応すること。

オ　相談支援センターを初めて訪れた者の数を把握し、認知度の継続的な改善に努めること。

④　相談支援センターの業務内容について、相談者からフィードバックを得る体制を整備すること。また、フィードバックの内容を自施設の相談支援の質の向上のために活用するとともに、都道府県協議会で報告し、他施設とも情報共有すること。

⑤　患者からの相談に対し、必要に応じて速やかに院内の医療従事者が対応できるよう、病院長もしくはそれに準じる者が統括するなど、相談支援センターと院内の医療従事者が協働する体制を整備すること。

⑥　相談支援センターの支援員は、Ⅳの２の（３）に規定する当該都道府県にある都道府県拠点病院が実施する相談支援に携わる者を対象とした研修を受講すること。

⑦　がん患者及びその家族が心の悩みや体験等を語り合うための患者サロン等の場を設けること。その際には、一定の研修を受けたピアサポーターを活用する、もしくは十分な経験を持つ患者団体等と連携して実施するよう努めること。なお、インターネット環境でも開催できることが望ましい。

（２）院内がん登録

①　がん登録等の推進に関する法律（平成25年法律第111号）第44条第１項の規定に基づき定められた、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。以下「院内がん登録の実施に係る指針」という。）に即して院内がん登録を実施すること。

②　専従で、院内がん登録の実務を担う者として、国立がん研究センターが提供する研修で中級認定者の認定を受けている者を１人以上配置すること。

③　毎年、最新の登録情報や、予後を含めた情報を国立がん研究センターに提供すること。

（３）情報提供・普及啓発

①　自施設で対応できるがんについて、提供可能な診療内容を病院ホームページ等でわかりやすく広報すること。また、希少がん、小児がん、ＡＹＡ世代のがん患者への治療・支援（妊孕性温存療法を含む）やがんゲノム医療についても、自施設で提供できる場合や連携して実施する場合はその旨を広報すること。

②　当該医療圏内のがん診療に関する情報について、病院ホームページ等でわかりやすく広報すること。特に、我が国に多いがんの中で、自施設で対応しない診療内容についての連携先や集学的治療等が終了した後のフォローアップについて地域で連携する医療機関等の情報提供を行うこと。

③　地域を対象として、緩和ケアやがん教育、患者向け・一般向けのガイドラインの活用法等に関する普及啓発に努めること。

④　参加中の治験についてその対象であるがんの種類及び薬剤名等を広報すること。

⑤　患者に対して治験も含めた臨床研究、先進医療、患者申出療養等に関

する適切な情報提供を行うとともに、必要に応じて適切な医療機関に紹介すること。

⑥　がん教育について、当該医療圏における学校や職域より依頼があった際には、外部講師として医療従事者を派遣し、がんに関する正しい知識の普及啓発に努めること。なお、がん教育を実施するに当たっては、当事者である場合や、身近にがん患者を持つ場合があることに留意し、特に児童・生徒を中心に、対象者へ十分な配慮を行うこと。

6　臨床研究及び調査研究

（1）　政策的公衆衛生的に必要性の高い調査研究に協力すること。なお、研究に対応する窓口の連絡先を国立がん研究センターに登録すること。

（2）　臨床研究を行う場合は、臨床研究コーディネーター（ＣＲＣ）を配置し、臨床研究法（平成29年法律第16号）に則った体制を整備すること。また、実施内容の広報その他適切な体制の確保に努めること。

7　ＰＤＣＡサイクルの確保

自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講じること。

8　医療に係る安全管理

医療法（昭和23年法律第205号）等に基づく医療安全にかかる適切な体制を確保すること。また、日本医療機能評価機構の審査等の第三者による評価を受けていること。（２年の猶予を設ける）

9　グループ指定

地域がん診療病院とグループ指定を受ける場合には、以下の体制を整備すること等によりグループ指定を受ける地域がん診療病院と協働して当該地域におけるがん診療等の提供体制を確保すること。

（1）連携協力により手術療法、放射線療法、薬物療法を提供する体制

（2）標準的な薬物療法を提供するためのレジメンの審査等における支援

（3）確実な連携体制を確保するための定期的な合同カンファレンスの開催

（4）連携協力により相談支援や緩和ケアを充実させる体制

（5）診療機能確保のための支援等に関する人材交流の計画策定及び実行

（6）病院ホームページ、パンフレット等による連携先の地域がん診療病院名やその連携内容、連携実績等についてのわかりやすい広報

Ⅲ　特定機能病院を地域がん診療連携拠点病院として指定する場合の指定要件につ

いて

医療法第４条の２に基づく特定機能病院を地域拠点病院として指定する場合には、Ⅱの地域拠点病院の指定要件に加え、他の拠点病院等に対する医師の派遣や人材育成による診療支援に積極的に取り組み、その観点から都道府県協議会にも積極的に参画すること。

Ⅳ　都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件について

都道府県拠点病院は、当該都道府県におけるがん対策を推進するために、がん医療の質の向上及びがん医療の均てん化・集約化、がん診療連携協力体制の構築等に関し中心的な役割を担うこととし、Ⅱの地域拠点病院の指定要件に加え、次の要件を満たすこと。

１　都道府県における診療機能強化に向けた要件

（１）　当該都道府県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・薬剤師・看護師等を対象とした研修を実施すること。

（２）　当該都道府県の拠点病院等及び地域におけるがん医療を担う者に対し、情報提供、症例相談及び診療支援を行うこと。

（３）　都道府県協議会の事務局として、主体的に協議会運営を行うこと。

２　都道府県における相談支援機能強化に向けた要件

（１）　相談支援業務として、都道府県内の医療機関で実施されるがんに関する臨床試験について情報提供に努めること。

（２）　相談支援に携わる者のうち、少なくとも１人は国立がん研究センターによる相談員指導者研修を修了していること。

（３）　当該都道府県の拠点病院等の相談支援に携わる者に対する継続的かつ系統的な研修を行うこと。

３　都道府県拠点病院の診療等機能強化に向けた要件

（１）　当該都道府県における緩和ケア提供体制の中心として、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等を有機的に統合する緩和ケアセンターを整備し、当該緩和ケアセンターを組織上明確に位置づけること。緩和ケアセンターは、緩和ケアチームが主体となり以下の活動を行い、専門的緩和ケアを提供する院内拠点組織とする。

①　がん看護に関する専門的な知識及び技能を有する看護師等による定期的ながん患者カウンセリングを行うこと。

②　看護カンファレンスを週１回程度開催し、患者とその家族の苦痛に関する情報を外来や病棟看護師等と共有すること。

③　緊急緩和ケア病床を確保し、かかりつけ患者や連携協力リストを作成した在宅療養支援診療所等からの紹介患者を対象として、緊急入院体制を整

備すること。

④　地域の病院や在宅療養支援診療所、ホスピス・緩和ケア病棟等の診療従事者と協働して、緩和ケアにおける連携協力に関するカンファレンスを月１回程度定期的に開催すること。

⑤　相談支援センターとの連携を図り、外来初診時から治療開始までを目処に、がん患者及びその家族が必ず一度は相談支援センターを訪問（必ずしも具体的な相談を伴わない、場所等の確認も含む）することができる体制を整備するよう努めること。また、がん患者とその家族に対して、緩和ケアに関する高次の相談支援を提供する体制を確保すること。

⑥　緩和ケアセンターの構成員が参加するカンファレンスを週１回以上の頻度で開催し、緩和ケアセンターの運営に関する情報共有や検討を行うこと。

⑦　緩和ケアセンターは、都道府県と協力する等により、都道府県内の各拠点病院等が、緩和ケア提供体制の質的な向上や、地域単位の緩和ケアに関する取組について検討できるように、支援を行っていること。

⑧　緩和ケアセンターには、Ⅱの２の（２）の①のオに規定する緩和ケアチームの医師に加えて、以下の専門的な知識及び技能を有する医師を配置すること。

ア　緩和ケアセンターの機能を統括する医師を緩和ケアセンター長として１人配置すること。なお、当該医師については、常勤であり、かつ、院内において管理的立場の医師であること。

イ　緊急緩和ケア病床を担当する専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。なお、Ⅱの２の（２）の①のオに規定する緩和ケアチームの医師との兼任を可とする。当該医師については、夜間休日等も必要時には主治医や当直担当医と連絡を取ることができる体制を整備すること。

⑨　緩和ケアセンターには、Ⅱの２の（２）の②のウ～オに規定する緩和ケアチームの構成員に加えて、以下の専門的な知識及び技能を有する医師以外の診療従事者を配置すること。

ア　緩和ケアセンターの機能を管理・調整する、専従のジェネラルマネージャーを配置すること。ジェネラルマネージャーは、常勤であり、かつ院内において管理的立場にある専門的な知識及び技能を有する看護師であること。

イ　アに規定するジェネラルマネージャーとは別に、がん看護に関する専門的な知識及び技能を有する専従かつ常勤の看護師を２人以上配置すること。また、当該看護師はⅡの２の（２）の②のウに規定する看護師との兼任を可とする。

ウ　緩和ケアセンターの業務に協力する薬剤師を配置すること。なお、当

該薬剤師はがん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する者であることが望ましい。また、当該薬剤師はⅡの２の（２）の②のエに規定する薬剤師との兼任を可とする。

エ　専任の緩和ケアセンターにおける相談支援業務に携わる者を１人以上配置すること。また、当該者については相談支援センターの相談支援に携わる者との兼任および、相談支援センター内にて当該業務に従事することを可とする。

オ　ジェネラルマネージャーを中心に、歯科医師や医療心理に携わる者、理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士等の診療従事者が連携すること。

Ⅴ　特定領域がん診療連携拠点病院の指定要件について

１　特定のがんについて、集学的治療等を提供する体制を有するとともに、標準的治療等がん患者の状態に応じた適切な治療を提供すること。また、当該がんについて当該都道府県内で最も多くの患者を診療していること。

２　Ⅱに規定する地域がん診療連携拠点病院の指定要件を満たすこと。ただし、がんの種類に応じて必要な治療法が異なる可能性があるため、指定にあたってはⅡの要件のうち満たしていない項目がある場合には、個別に指定の可否を検討する。

３　緊急対応が必要な患者や合併症を持ち高度な管理が必要な患者に対してがん診療連携拠点病院等と連携し適切ながん医療の提供を行うこと。

４　特定領域における高い診療技術や知識を共有する観点から、がん診療連携拠点病院等との人材交流、合同のカンファレンス、診療業務や相談支援業務における情報共有等を行うよう努めること。

Ⅵ　地域がん診療病院の指定要件について

１　都道府県協議会における役割

各都道府県の他の拠点病院等と協働して都道府県協議会を設置し、その運営に主体的に参画すること。その際、各医療圏におけるがん医療の質を向上させるため、当該医療圏を代表して協議会の運営にあたるとともに、協議会の方針に沿って各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こと。

２　診療体制

（１）診療機能

① 集学的治療等の提供体制及び標準的治療等の提供

ア　我が国に多いがんを中心として、グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と連携して集学的治療等を提供する体制を有するとともに、標準的治療等がん患者の状態に応じた適切な治療を提供すること。

イ　確実な連携体制を確保するため、グループ指定を受けるがん診療連携

拠点病院と定期的な合同のカンファレンスを開催すること。

ウ　医師からの診断結果、病状の説明時や治療方針の決定時には、以下の体制を整備すること。

ⅰ　患者とその家族の希望を踏まえ、看護師や公認心理師等が同席すること。

ⅱ　治療プロセス全体に関して、患者とともに考えながら方針を決定すること。

ⅲ　標準治療として複数の診療科が関与する選択肢がある場合に、その知見のある診療科の受診ができる体制を確保すること。

エ　診療機能確保のための支援等に関し、グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との人材交流計画を策定・実行すること。特に、集学的治療等を提供することが困難な場合における専門的な知識及び技能を有する医師等の定期的な派遣、専門外来の設置等に努めること。

オ　がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう以下のカンファレンスをそれぞれ必要に応じて定期的に開催すること。特に、ⅲのカンファレンスを定期的に開催すること。また、検討した内容については、診療録に記録の上、関係者間で共有すること。

ⅰ　個別もしくは少数の診療科の医師を主体とした日常的なカンファレンス

ⅱ　個別もしくは少数の診療科の医師に加え、看護師、薬剤師、必要に応じて公認心理師や緩和ケアチームを代表する者などを加えた症例への対応方針を検討するカンファレンス

ⅲ　手術、放射線診断、放射線治療、薬物療法、病理診断及び緩和ケア等に携わる専門的な知識及び技能を有する医師に加え、多職種も含めた、がん患者の診断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

なお、多職種については、歯科医師や薬剤師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、相談支援員等を含むものとする。

カ　院内の緩和ケアチーム、口腔ケアチーム、栄養サポートチーム、感染防止対策チーム等の専門チームへ、医師だけでなく看護師や薬剤師等、他の診療従事者からも依頼ができる体制を整備すること。

キ　保険適応外の免疫療法等について、治験や先進医療を含めた臨床研究の枠組み以外の形で実施していないこと。

②　手術療法、放射線療法、薬物療法の提供体制の特記事項

集学的治療等を適切に提供できる体制を整備する上で、適宜グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との連携により特に以下に対応すること。

ア　我が国に多いがんに対する手術のうち、提供が困難であるものについてはグループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との連携により提供できる体制を整備すること。

イ　グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と連携することにより術中迅速病理診断を提供できる体制を整備すること。なお、当該体制は遠隔病理診断でも可とする。

ウ　術後管理体制の一環として、手術部位感染に関するサーベイランスを実施すること。その際、厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業（ＪＡＮＩＳ）への登録が望ましい。

エ　設備や人材配置の点から放射線治療の提供が困難である場合には、グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と連携することにより放射線治療を提供できる体制を整備すること。

オ　関連する学会のガイドライン等も参考に、第三者機関による出力線量測定を行い、放射線治療の品質管理を行うこと。

カ　外来化学療法を実施しているがん患者が急変時等の緊急時に入院できる体制を確保すること。

キ　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する等して対応すること。

ク　グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との連携により、薬物療法のレジメンを審査するとともに、標準的な薬物療法を提供できる体制を整備すること。

③　緩和ケア提供体制

Ⅱの２の（１）の③に定める要件を満たすこと。

④　地域連携の協力体制

Ⅱの２の（１）の④に定める要件を満たすこと。

⑤　セカンドオピニオンの提示体制

Ⅱの２の（１）の⑤に定める要件を満たすこと。

⑥　それぞれの特性に応じた診療等の提供体制

Ⅱの２の（１）の⑥に定める要件を満たすこと。

（２）診療従事者

①　専門的な知識及び技能を有する医師の配置

ア　対応可能ながんについて専門的な知識及び技能を有する手術療法に携わる医師を１人以上配置すること。

イ　放射線治療を実施する場合には、専従の放射線治療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を１人以上配置すること。

ウ　専任の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。

エ　緩和ケアチームに、専任の身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については専従であることが望ましい。

緩和ケアチームに、精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については、専任であることが望ましい。また、常勤であることが望ましい。

オ　専任の病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を１人以上配置することが望ましい。

② 専門的な知識及び技能を有する医師以外の診療従事者の配置

ア　放射線治療を実施する場合には、専従の放射線治療に関する専門的な知識及び技能を有する常勤の診療放射線技師を１人以上配置すること。また、放射線治療を実施する場合には、専任の放射線治療に関する専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を１人以上配置することが望ましい。

イ　外来化学療法室に専任の薬物療法に携わる、がん看護又はがん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を１人以上配置すること。なお、当該看護師は専従であることが望ましい。

専任の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の薬剤師を１人以上配置することが望ましい。

ウ　緩和ケアチームに、専従の緩和ケアに携わる、がん看護又は緩和ケアに関する専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を１人以上配置すること。

緩和ケアチームに協力する薬剤師及び医療心理に携わる者をそれぞれ１人以上配置することが望ましい。

エ　細胞診断に係る業務に携わる専門的な知識及び技能を有する者を１人以上配置すること。

（３）その他の環境整備等

必要に応じグループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と連携する等により、Ⅱ の２の（３）に定める要件を満たすこと。

３　診療実績

当該医療圏のがん患者を一定程度診療していること。

４　人材育成等

必要に応じグループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と連携する等により、Ⅱの４に定める要件を満たすこと。

5　相談支援及び情報の収集提供

（１）がん相談支援センター

相談支援センターを設置し、①の体制を確保した上で、グループ指定のがん診療連携拠点病院との連携と役割分担によりⅡの５の（１）に規定する相談支援業務を行うこと。必要に応じてオンラインでの相談を受け付けるなど、情報通信技術等も活用すること。

①　国立がん研究センターがん対策研究所によるがん相談支援センター相談員研修を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者を１人ずつ配置すること。当該者のうち、１名は相談員基礎研修（１）、（２）を、もう１名は基礎研修（１）～（３）を修了していること。相談支援に携わる者は、対応の質の向上のために、がん相談支援センター相談員研修等により定期的に知識の更新に努めること。

（２）院内がん登録

①　院内がん登録の実施に係る指針に即して院内がん登録を実施すること。

②　国立がん研究センターが実施する研修で認定を受けている、専従の院内がん登録の実務を担う者を１人以上配置すること。認定については、中級認定者とされている認定を受けることが望ましい。

③　毎年、最新の登録情報や、予後を含めた情報を国立がん研究センターに提供すること。

（３）情報提供・普及啓発

Ⅱの５の（３）に定める要件を満たすこと。

6　臨床研究及び調査研究

（１）　政策的公衆衛生的に必要性の高い調査研究への協力に努めること。なお、研究に対応する窓口の連絡先を国立がん研究センターに登録すること。

（２）　臨床研究を行う場合は、臨床研究コーディネーター（ＣＲＣ）を配置し、臨床研究法（平成29年法律第16号）に則った体制を整備すること。また、実施内容の広報その他適切な体制の確保に努めること。

7　医療に係る安全管理

医療法等に基づく医療安全に係る適切な体制を確保すること。また、日本医療機能評価機構の審査などの第三者による評価を受けていることが望ましい。

Ⅶ　既指定病院の取扱い、指定・指定の更新の推薦手続等、指針の見直し及び施行期日について

＊＊省略＊＊

● 本指針の施行日の時点で、旧指針に基づき地域拠点病院（高度型）の指定を受けている医療機関にあっては、旧指針の指定の有効期間を令和５年３月末日までとし、令和５年４月１日以降地域拠点病院（高度型）としての指定の更新は行わない。

● 指定の有効期間内における手続きについて

（１） 指定の有効期間内において指定要件を満たすことのできない状況が発生した拠点病院等は、文書にて迅速に都道府県を通じてその旨について厚生労働大臣に届け出ること。地域がん診療病院においてグループ指定の組み合わせが変更される場合においても同様に厚生労働大臣に届け出ること。

（２） 指定の有効期間内において指定要件を満たすことのできない状況が発生した国立がん研究センターの中央病院及び東病院は、文書にて迅速にその旨について厚生労働大臣に届け出ること。

（３） 指定の有効期間内において、拠点病院等が、指定要件を満たしていないこと等が確認された場合、厚生労働大臣は、指定の検討会の意見を踏まえ、当該拠点病院等に対し、以下の対応を行うことができる。その際、当該拠点病院等は、都道府県を通じて意見書を提出することができる。

① 勧告

指定要件を満たしておらず、かつ当該医療機関に速やかに改善を求めることが妥当である場合、１年未満の期間を定めて勧告を行うことができる。

② 指定の取り消し

医療安全上の重大な疑義、意図的な虚偽申告等が認められる場合、指定の取り消しを行うことができる。

③ 指定類型の見直し

指定要件を満たしていないことが確認された場合、１年の期間を定めて拠点病院等（特例型）の指定を行うことができる。

（４） 勧告を受けた拠点病院等が、勧告時に定められた期間内に指定要件を充足することができなかった場合、厚生労働大臣は、指定の検討会の意見を踏まえ、当該拠点病院等に対し、指定の取り消しを行うことができる。その際、当該拠点病院等は、都道府県を通じて意見書を提出することができる。

（５） 拠点病院等（特例型）の指定を受けた拠点病院等が１年以内に全ての指定要件を充足することができなかった場合、厚生労働大臣は、指定の検討会の意見を踏まえ、当該拠点病院等に対し、指定の更新を行わないことができる。その際、当該拠点病院等は、都道府県を通じて意見書を提出することができる。

（６）　拠点病院等（特例型）の指定の類型の定めは、指定の有効期間内において、指定要件の充足条件が改善された場合等に、指定の検討会の意見を踏まえ、見直すことができるものとする。

（７）　拠点病院等が移転する場合や、診療機能を分離する場合、他施設と統合する場合、名称が変更される場合は、文書にて迅速にその旨について厚生労働大臣に届け出ること。

＊＊省略＊＊

参考(編集中)

がん診療連携拠点病院の整備に関する指針
(定義の抜粋)

1　ＡＹＡ世代

Adolescent and Young Adult（思春期・若年成人）の頭文字をとったもので、主に、思春期（15歳～）から30歳代までの世代を指す。

2　セカンドオピニオン

診断及び治療法について、主治医以外の第三者の医師が提示する医療上の意見をいう。

3　患者サロン

医療機関や地域の集会場などで開かれる、患者や家族などが、がんのことを気軽に語り合う交流の場をいう。

4　ＢＣＰ

大地震等の自然災害、感染症のまん延、テロ等の事件、大事故、サプライチェーン（供給網）の途絶、突発的な経営環境の変化など不測の事態が発生しても、重要な事業を中断させない、または中断しても可能な限り短い期間で復旧させるための方針、体制、手順等を示した計画のこと。事業継続計画。

5　我が国に多いがん

肺がん、消化器がん（大腸、胃、膵臓、肝臓、胆嚢・胆管、食道等）、乳がん、婦人科がん（子宮、卵巣等）、泌尿器がん（前立腺、腎・尿路、膀胱等）、血液がん（悪性リンパ腫等）をいう。

6　レジメン

薬物療法における薬剤の種類や量、期間、手順などを時系列で示した計画のこと。

7　リンクナース

医療施設において、各種専門チームや委員会と病棟看護師等をつなぐ役割を持つ看護師をいう。

8　アドバンス・ケア・プランニング

人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事

前に繰り返し話し合うプロセスのこと。

9　ＰＲＯ（患者報告アウトカム）

被験者の症状やＱＯＬに関して，自分自身で判定し，その結果に医者をはじめ他のものが一切介在しないという評価方法のこと。

10　ピア・サポート

患者・経験者やその家族がピア（仲間）として体験を共有し、共に考えることで、患者や家族等を支援すること。

11　妊孕性

妊娠するために必要な臓器と機能のこと。

12　アピアランスケア

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のこと。

13　常勤・非常勤

原則として病院で定めた勤務時間の全てを勤務する者をいう。病院で定めた医師の１週間の勤務時間が、32時間未満の場合は、32時間以上勤務している者を常勤とし、その他は非常勤とする。

14　専任

当該診療の実施を専ら担当していることをいう。この場合において、「専ら担当している」とは、担当者となっていればよいものとし、その他診療を兼任していても差し支えないものとする。ただし、その就業時間の少なくとも５割以上、当該診療に従事している必要があるものとする。

15　専従

当該診療の実施日において、当該診療に専ら従事していることをいう。この場合において、「専ら従事している」とは、その就業時間の少なくとも８割以上、当該診療に従事していることをいう。

16　～望ましい（＊）

次期の指定要件の改定において、必須化することを念頭に置いた要件。

資料１７-(５)

第5回がんの緩和ケアに係る部会

日　時：令和4年4月 13 日（水） 16:00-18:00
場　所：（WEB 開催）

議　事　次　第

１ 開　　会

２ 議　　題

（1）「治療期の緩和ケア」について

（2）「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」の見直しについて

（3）その他

【資　　料】

議事次第
資料1　海外の専門的緩和ケアの患者登録システムと日本緩和医療学会の取り組み
（木澤構成員提出資料）
資料2　治療期の課題：専門的な緩和ケアについて
資料3　痛みへの対応について（中川座長・小川構成員提出資料）
資料4　「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」の見直しに対する
「がんの緩和ケアに係る部会」からの提案（案）
参考資料1　がんの緩和ケアに係る部会開催要綱
参考資料2　「がんの緩和ケアに係る部会」における議題の整理（案）
参考資料3　がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針
参考資料4　「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」
2019-2020 年調査結果概要
参考資料5　第2回および第3回「がんの緩和ケアに係る部会」における整備指針の見直しに関する対応方針等

海外の専門的緩和ケアの患者登録システムと日本緩和医療学会の取り組み

木澤　義之

専門的緩和ケア

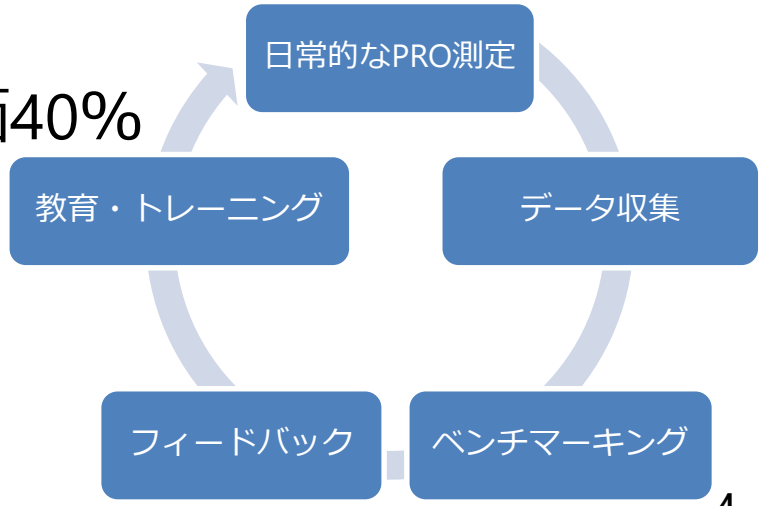
- 緩和ケア病棟　がん死亡の15%
- 緩和ケアチーム　がん死亡の30%
- 緩和ケア外来
- 在宅ホスピス

海外の専門緩和ケアの患者登録システム

- オーストラリア
  - PCOC（Palliative Care Outcome Collaboration）
  - 経時的な患者の症状などのデータを中央登録
- 米国
  - PCQC（Palliative Care Quality Collaboration）
  - 経時的な患者の症状や臨床情報などのデータを中央登録
- デンマーク
  - 専門緩和ケアに紹介された患者の症状や臨床情報を中央登録
- スウェーデン
  - 死亡後に死亡前１週間の治療・ケアを登録

オーストラリア　PCOC　概要

- 国の資金で運営
- 専門的緩和ケアサービスは自主的に参加
- 緩和ケアチーム、緩和ケア病棟、在宅緩和ケア
- 全死亡の25%、専門的緩和ケアの80%をカバー
  - がん60%、非がん40%
- 患者の症状などを毎日測定・入力し、定期的に中央にデータを転送
  - 患者評価60%、家族・医療者評価40%



オーストラリア　PCOCのデータ収集（一部）

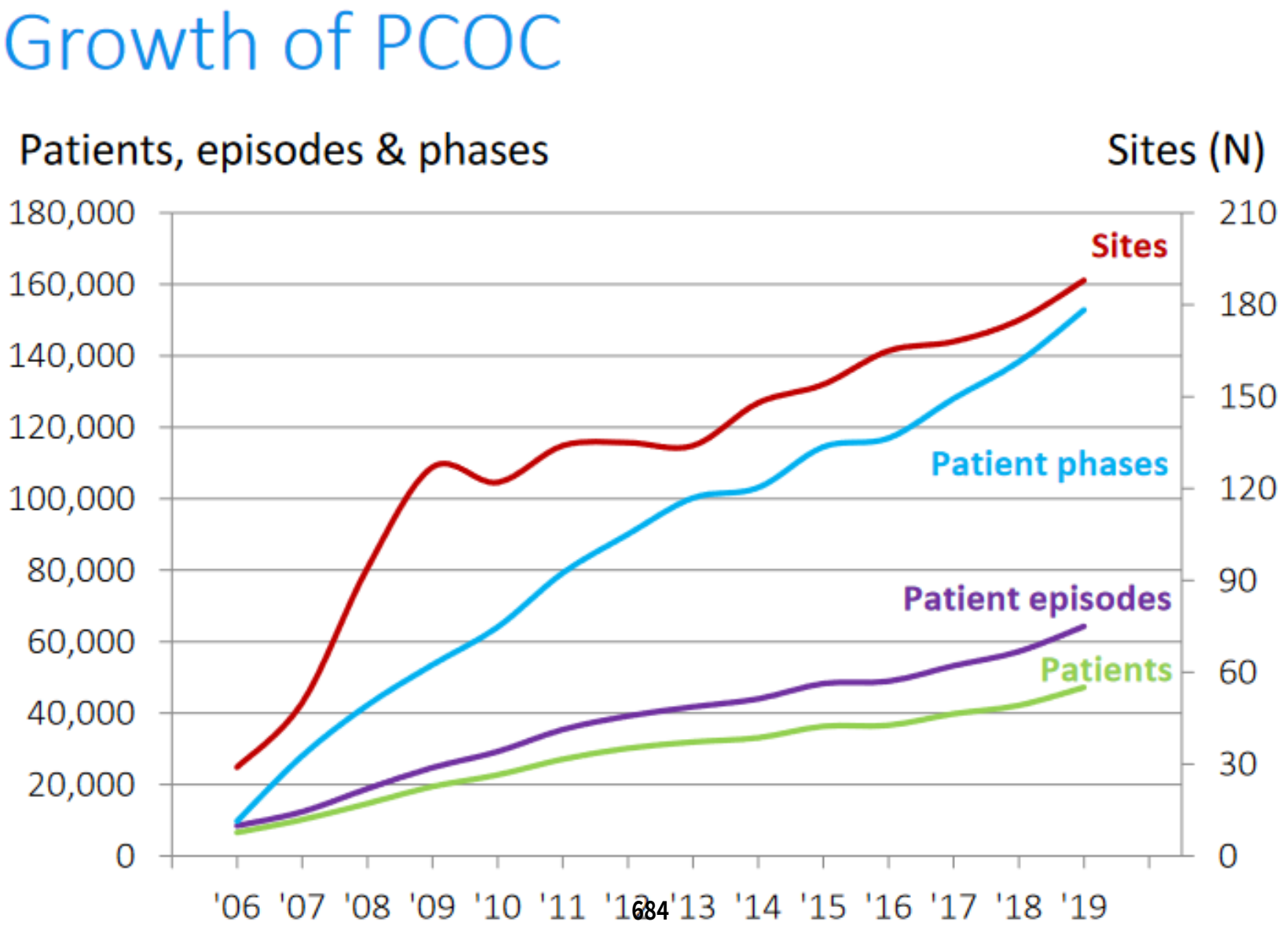
St. Example's Palliative Care Service	PCOC palliative care outcomes collaboration	UPI: 20000145 Surname: Doe First name: John DOB: 06/01/1934

PCOC Assessment

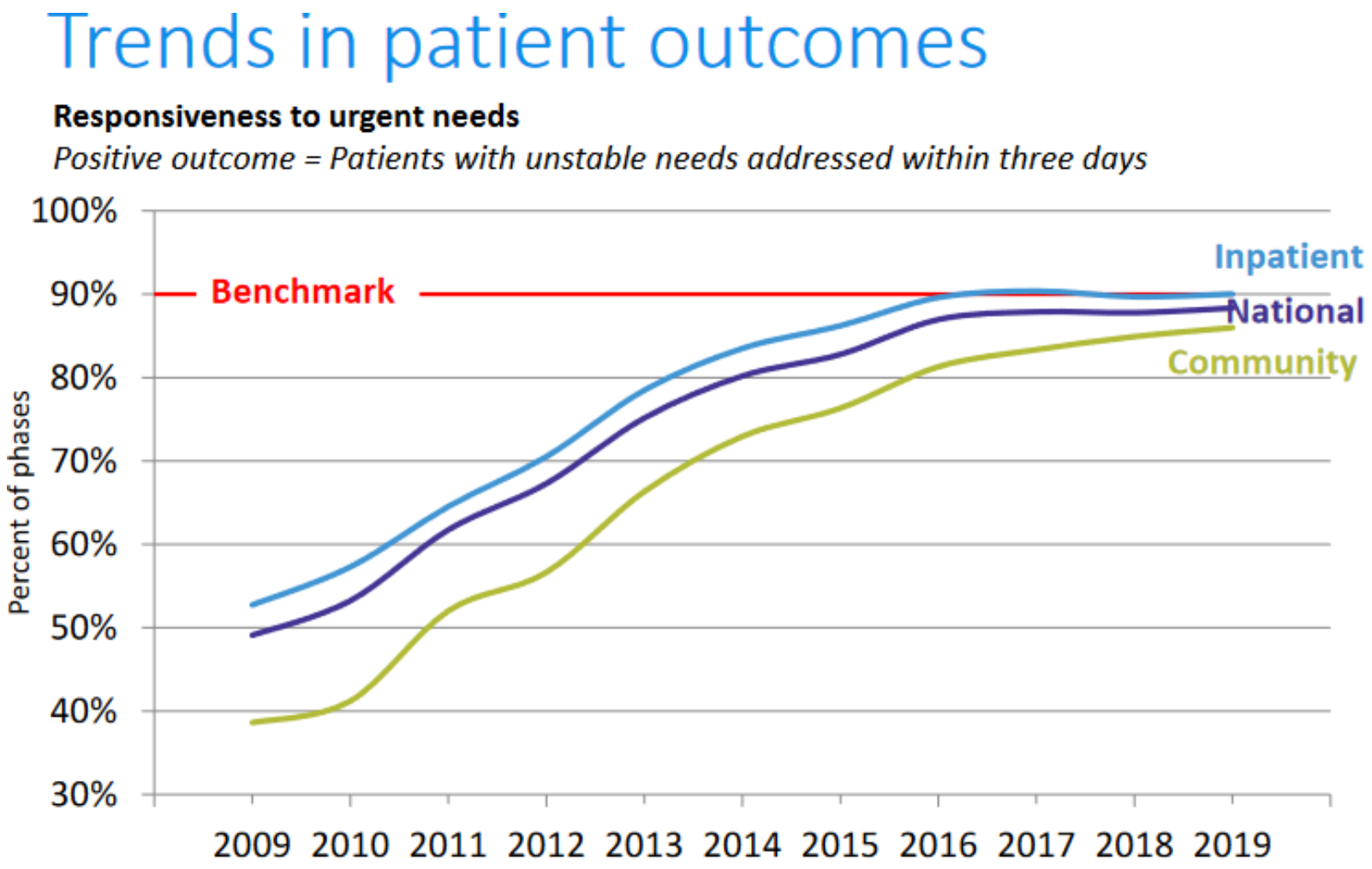
Instructions: Assess on admission, daily, at phase change and at discharge

Year 2013	**Date**	05/01	06/01	07/01	08/01	09/01	10/01	11/01	11/01	
	Time	11:34	12:01	10:59	11:02	11:00	11:15	11:03	16:55	
	Phase (1-5)	1	1	3	3	3	4	4	Died	
Patient Rated Score	**Symptom Assessment Scale (0-10)**									
	Difficulty sleeping	3	3	3	3	3	0	0		
	Appetite problems	2	2	2	2	2	0	0		
	Nausea	0	0	0	0	0	0	0		
	Bowel problems	2	2	2	2	2	0	0		
	Breathing problems	0	0	0	0	0	2	2		
	Fatigue	3	3	3	3	3	0	0		
	Pain	2	2	5	3	2	2	2		
	Patient = pt Proxy = pr	pt	pt	pt	pt	pt	pr	pr		
Reason for Phase End (1-7)				683			4		5	
Staff Initials:										

PCOCの発展


Growth of PCOC
Patients, episodes & phases
Sites (N)
180,000
160,000
140,000
120,000
100,000
80,000
60,000
40,000
20,000
0
210
180
150
120
90
60
30
0
Sites
Patient phases
Patient episodes
Patients
'06 '07 '08 '09 '10 '11 '12 '13 '14 '15 '16 '17 '18 '19

緊急のニーズに３日以内に対応した割合



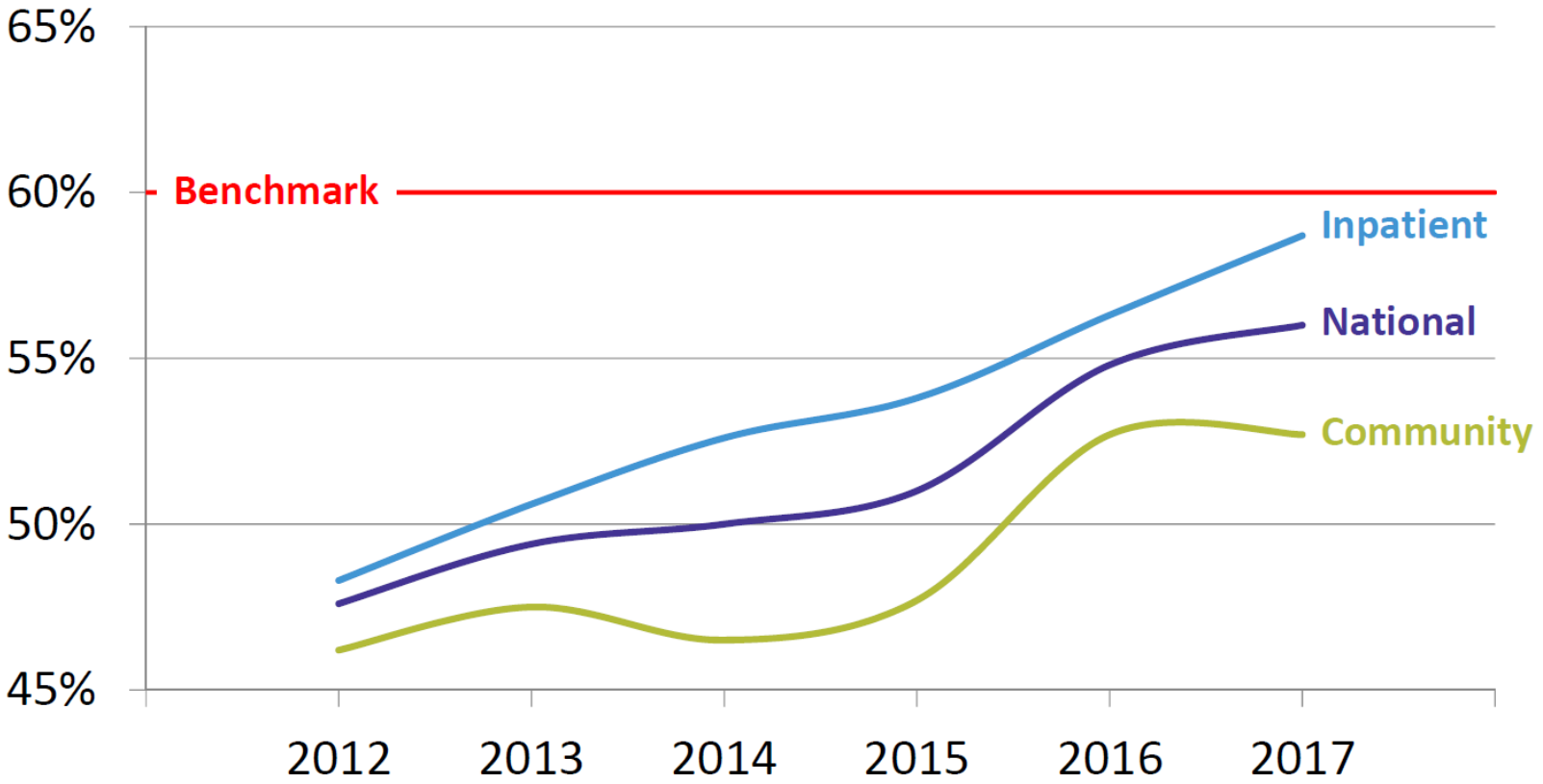
685

痛み（重度、中程度が軽度以下になった割合）

Trends in patient outcomes

Responsive pain management

Positive outcome = Patients with absent or mild pain at the end of a phase
(reduced from moderate to severe at the beginning of the phase)

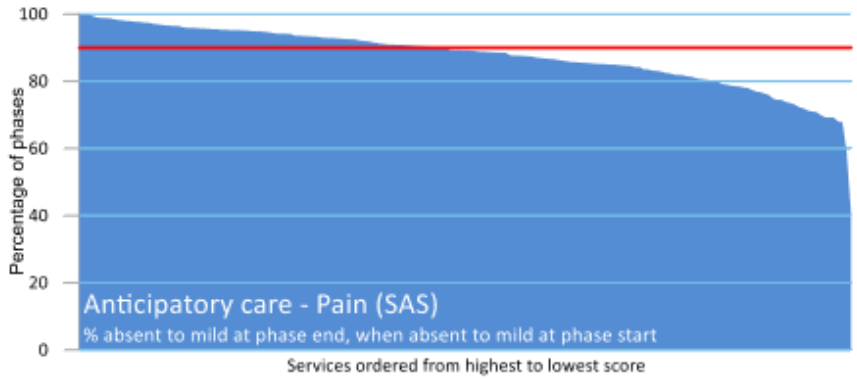


686

痛み：施設間比較

Pain (patient reported distress)

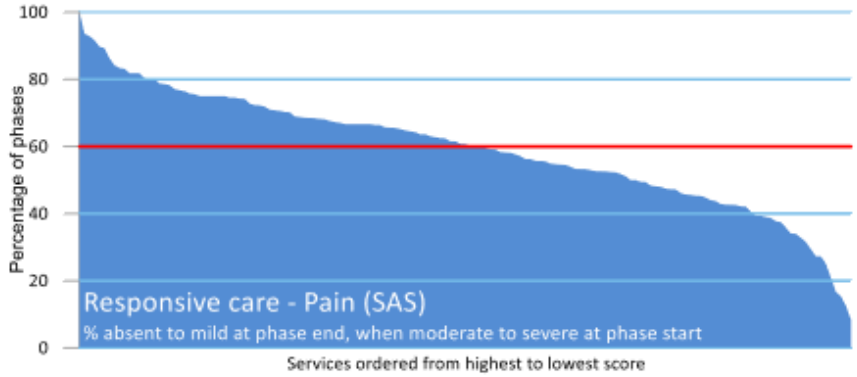
Figure 4 Pain, patients reporting absent to mild distress at phase end



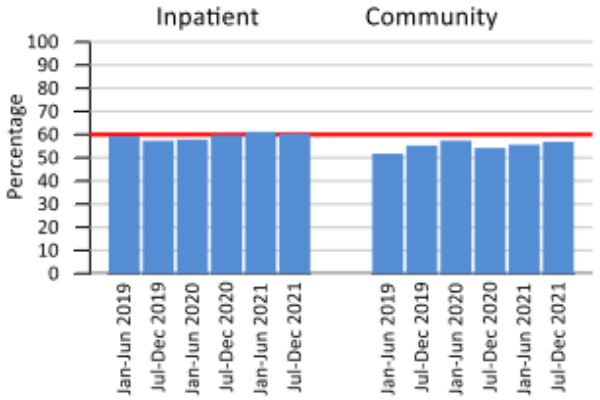
a. National benchmark profile for BM3.3



b. Outcomes over time BM3.3



c. National benchmark profile for BM3.4



d. Outcomes over time BM3.4



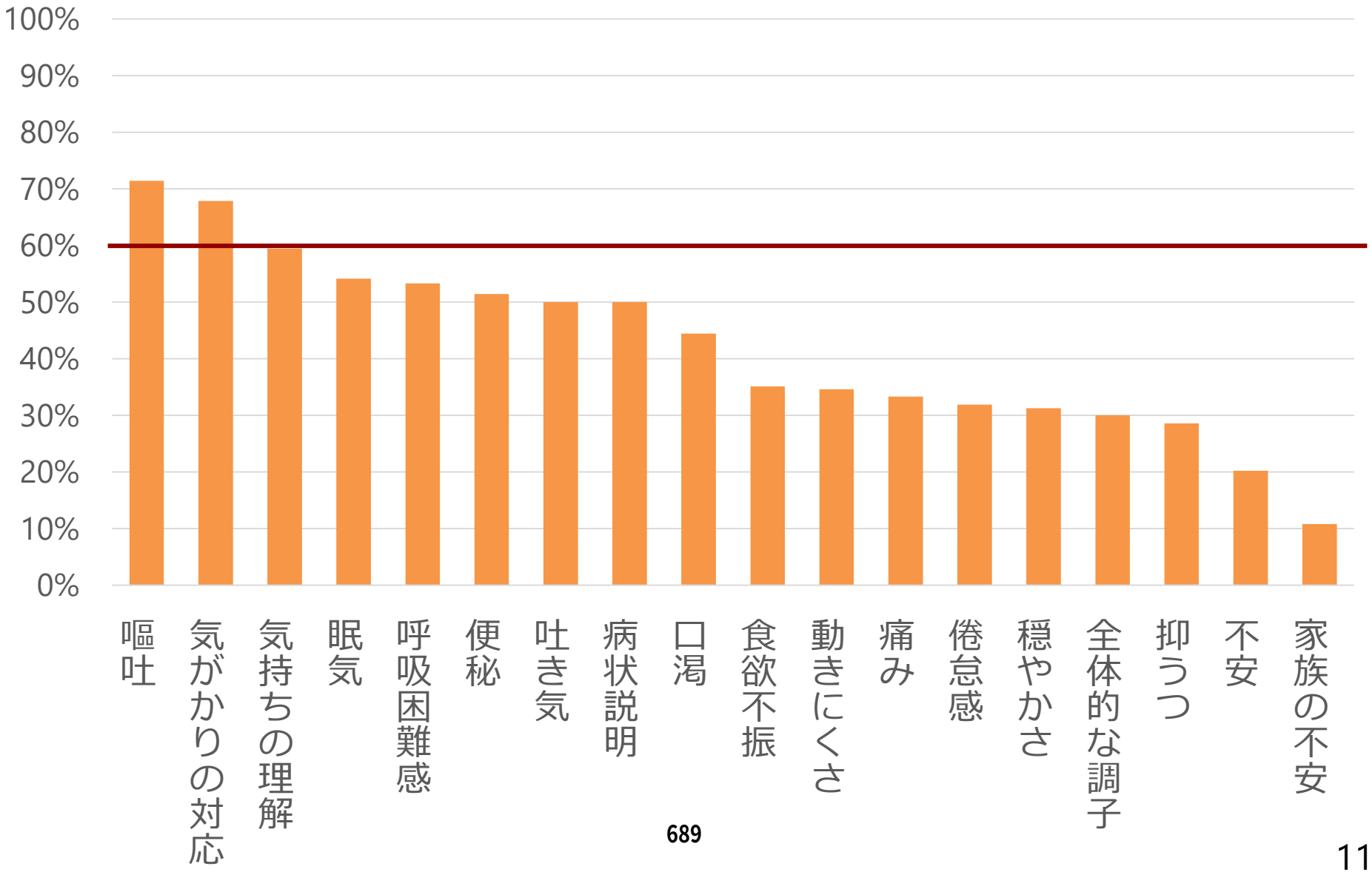
Note: Only services with 10 or more valid assessments are included in the above graphs.

687

日本緩和医療学会の取り組み

- 緩和ケアチーム登録
  - 緩和ケアチームの体制、紹介された患者の臨床情報を登録
  - 2020年度　552施設、10万人
  - 経時的な患者の症状データは登録されていない
- 緩和ケアチームが介入した患者の症状・臨床データの登録プロジェクト・パイロットスタディ
  - 2021年2月~8月
  - 8施設　318人
  - 1カ月間の全ての介入患者の症状を１週間ごとに緩和ケアチームメンバーがアンケート記入依頼・聞き取り
  - 医療者による評価、臨床情報と合わせて中央登録
  - 介入初日に患者評価が可能だった割合：60%

緩和ケアチーム介入時に重度・中等度の症状が１週間後に軽度以下に改善した割合



パイロット・サマリー

- 日本初の多施設による緩和ケアチームによる介入効果の患者評価のデータ
- 多くの症状で１週間以内の症状改善は60%以下
- メリット
  - 患者：自分の体調把握・自己効力感の向上
  - 医療者：包括的評価が可能、紹介理由以外の症状の発見、コミュニケーションの促進
- デメリット
  - 医療者の負担が大きい：多くの患者で聞き取りが必要
- 今後の展開と課題
  - 緩和ケアチーム登録の任意参加項目として全国展開
  - 項目の厳選、登録期間の短縮など医療者や患者の負担を軽減したシステムの構築

まとめ

- 世界的に専門的緩和ケアの質の評価は重要な課題になっている
- 成功例：オーストラリアのPCOC
  - 参加施設の増加
  - 質指標の達成率の経年的な改善
  - 国レベルの取り組みが必要。コストがかかる。
- 日本緩和医療学会でパイロット事業を実施
  - 国レベルで取り組むためには、項目の厳選など医療者と患者の負担を軽減した継続可能なシステム構築が必要

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

第５回　がんの緩和ケアに係る部会	資料２
令和４年４月13日	

治療期の課題：専門的な緩和ケアについて

厚生労働省健康局がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

がんの治療の段階ごとの課題について

- がんの治療の段階により、緩和ケアが提供される場や実施者が変化している実態がある中で、これらに応じて、緩和ケアの課題を検討するべきではないか。
- 「治療期」の身体的苦痛、精神的苦痛、及び社会的苦痛の緩和に係る課題について議論を行う。

治療の段階	診断時	治療期	終末期
主なケアの主体	検診 医療機関 かかりつけ医	拠点病院等 （入院・外来）	在宅等 地域の病院 緩和ケア病棟
主な課題	（１）診断時の課題 ・検査時の対応 ・告知時の対応 ・診断時からの緩和ケアについての認識 等	（２）治療期の課題 ・実地調査について ・拠点病院以外の取組について ・緩和ケアチームの質について ・対応が困難な痛みへの対応について ・緩和ケア外来の充実について　等	（３）終末期、緩和ケア病棟の課題 ・後方連携病院等における緩和ケアの実態と強化について ・拠点病院と後方連携病院の連携について ・在宅緩和ケアの質とその充実について ・がん患者の介護保険の利用について ・介護施設における緩和ケアについて　等
	（４）共通の課題 ・医療用麻薬の使用実態について ・がんとがん以外の施策が分かれていることについて ・小児やAYA世代を中心にライフステージに応じた緩和ケアの実態把握や対策の充実の必要性について ・がん相談支援センターの充実について　等 693		

「治療期の緩和ケア」の議題

1. 緩和ケアチームの技術、提供するケアの質を向上させ、均てん化を図るべきではないか。
2. 主治医等の対応と、麻酔科医・放射線治療医との連携について。
3. 緩和ケア外来、外来医療における緩和ケアをさらに充実させるべきではないか。

１．緩和ケアチームの技術、提供するケアの質を向上させ、
均てん化を図るべきではないか。

がん診療連携拠点病院等における緩和ケアチームの診療従事者に関する要件

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（平成30年７月31日改定）

第４回がんの緩和ケアに係る部会　資料１
（令和４年１月14日）

Ⅱ 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について
１ 診療体制
（２）診療従事者

① 専門的な知識及び技能を有する医師の配置
オ （１）の⑤のアに規定する緩和ケアチームに、専任の身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については、専従であることが望ましい。また、当該医師は緩和ケアに関する専門資格を有する者であることが望ましい。
（１）の⑤のアに規定する緩和ケアチームに、精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については、専任であることが望ましい。

- 身体症状の緩和に携わる医師　→　緩和ケアに関する専門資格を有するものであることが望ましい
- 精神症状の緩和に携わる医師　→　専門資格に関する規定はない

※専従とは、その就業時間の少なくとも８割以上、当該診療に従事していることをいう。
専任とは、担当者になっていればよいものとし、その他診療を兼任していても差支えない。
ただし、その就業時間の少なくとも５割以上、当該診療に従事している必要がある。

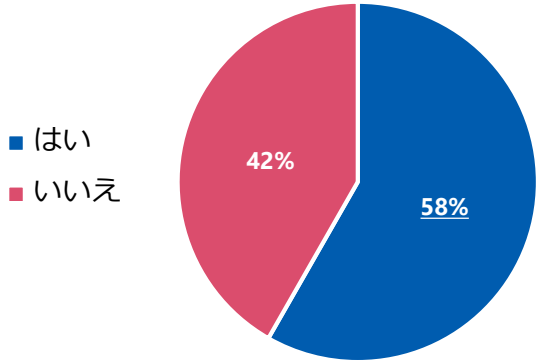
緩和ケアチームの医師の配置に関する状況

令和元年度の現況報告書データより集計（地域がん診療病院を除くがん診療連携拠点病院等　３９３施設）

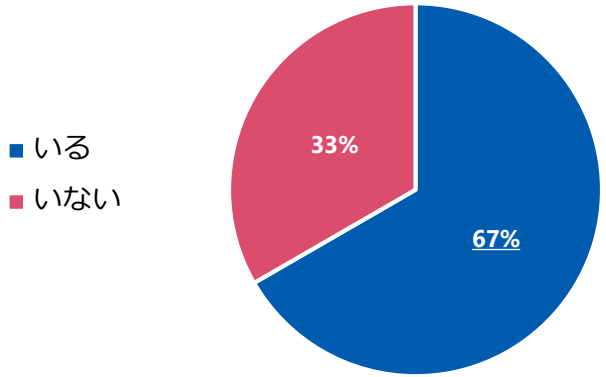
第４回がんの緩和ケアに係る部会　資料１
（令和４年１月14日）

身体症状の緩和に携わる医師のうち、専門資格を有する者は約６割であった。
専従の身体症状の緩和に携わる医師がいる割合は約７割、専任の精神症状の緩和に携わる医師がいる割合は約８割であった。

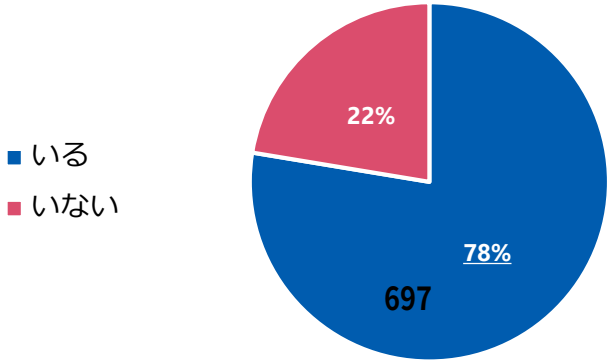
身体症状の緩和に携わる医師は
緩和ケアに関する専門資格を有する



専従の身体症状の緩和に携わる医師がいる



専任の精神症状の緩和に携わる医師がいる



がん診療連携拠点病院等における緩和ケアチームの診療従事者に関する要件

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（平成30年７月31日改定）

第４回がんの緩和ケアに係る部会　資料１
（令和４年１月14日）

Ⅱ 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について
１ 診療体制
（２）診療従事者

② 専門的な知識及び技能を有する医師以外の診療従事者の配置
ウ （１）の⑤のアに規定する緩和ケアチームに、専従の緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を１人以上配置すること。なお、当該看護師はがん看護又は緩和ケアに関する専門資格を有する者であること。
（１）の⑤のアに規定する緩和ケアチームに協力する薬剤師、医療心理に携わる者及び相談支援に携わる者をそれぞれ１人以上配置することが望ましい。なお、当該薬剤師は緩和薬物療法に関する専門資格を有する者であることが望ましい。また、当該医療心理に携わる者は公認心理師又はそれに準ずる専門資格を有する者であることが望ましい。また、当該相談支援に携わる者については社会福祉士等であることが望ましい。

- 緩和ケアに携わる看護師　→　がん看護又は緩和ケアに関する専門資格を有する者であること
- 緩和ケアチームに協力する薬剤師、医療心理に携わる者、相談支援に携わる者を配置することが望ましい

  薬剤師　→　緩和薬物療法に関する専門資格を有する者であることが望ましい

  医療心理に携わる者　→　公認心理師又はそれに準ずる専門資格を有する者であることが望ましい

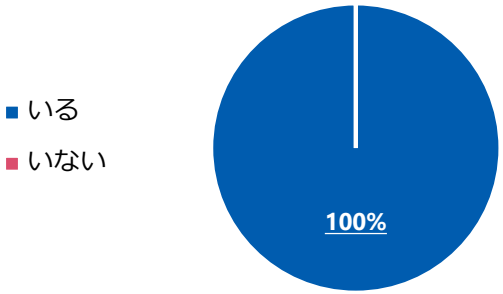
  相談支援に携わる者　→　社会福祉士等であることが望ましい

緩和ケアチームの医師以外の診療従事者の配置に関する状況

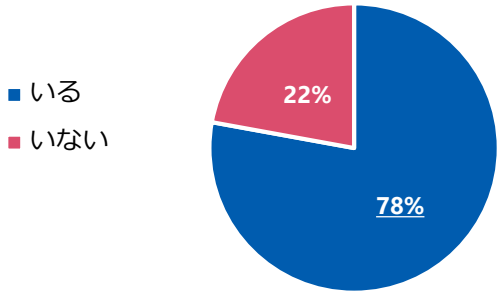
令和元年度の現況報告書データより集計（地域がん診療病院を除くがん診療連携拠点病院等　３９３施設）

第４回がんの緩和ケアに係る部会　資料１
（令和４年１月14日）

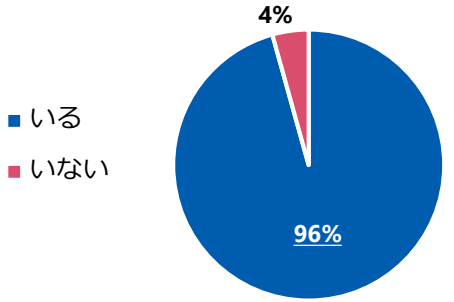
緩和ケアチームに協力する
薬剤師がいる



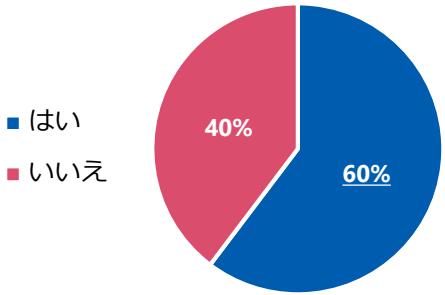
緩和ケアチームに協力する
医療心理に携わる者がいる



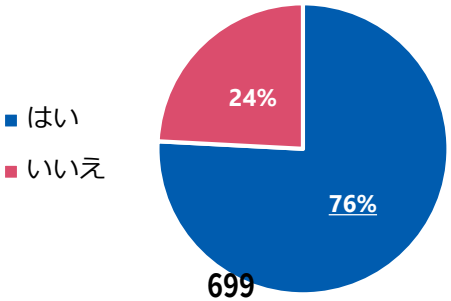
緩和ケアチームに協力する
相談支援に携わる者がいる



薬剤師は緩和薬物療法に関する
専門資格を有する者である

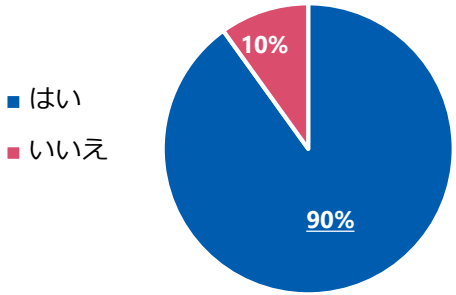


医療心理に携わる者は
公認心理師もしくは臨床心理士である



699

相談支援に携わる者は社会福祉士
もしくは精神保健福祉士である



がん診療連携拠点病院等における緩和ケアチームによるがん患者の診療体制

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（平成30年７月31日改定）

第４回がんの緩和ケアに係る部会　資料１
（令和４年１月14日）

Ⅱ 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について
１ 診療体制
（１）診療機能
⑤ 緩和ケアの提供体制
カ 院内の医療従事者とアに規定する緩和ケアチームとの連携を以下により確保すること。
ⅰ **アに規定する緩和ケアチームへがん患者の診療を依頼する**手順には、医師だけではなく、看護師や薬剤師など他の診療従事者からも依頼できる体制を確保すること。
ⅱ **アに規定する緩和ケアチームへがん患者の診療を依頼する**手順など、評価された苦痛に対する対応を明確化し、院内の全ての診療従事者に周知するとともに、患者とその家族に緩和ケアに関する診療方針を提示すること。
ⅲ がん治療を行う病棟や外来部門には、緩和ケアの提供について診療従事者の指導にあたるとともに緩和ケアの提供体制についてアに規定する緩和ケアチームへ情報を集約するため、緩和ケアチームと各部署をつなぐリンクナース（医療施設において、各種専門チームや委員会と病棟看護師等をつなぐ役割を持つ看護師のことをいう。以下同じ。）を配置することが望ましい。

- がん診療連携拠点病院の整備指針において、院内の医療従事者と緩和ケアチームとの連携に関して、緩和ケアチームへがん患者の診療を依頼する、という観点で記載がされている。
- 一方で、緩和ケアチームが、院内のがん患者の苦痛やそれに対する緩和ケアの提供についての状況を把握し、必要に応じて主体的に診療へ関わっていく方法については記載がない。

緩和ケアチームの技術、提供するケアの質を向上させ、均てん化を図るべきではないか

第４回がんの緩和ケアに係る部会　資料１
（令和４年１月14日）

＜検討の視点＞

- 令和元年度の現況報告書によると、緩和ケアチームの新規介入患者数は平成28年度の現況報告書と比較し改善が見られたが、一方で、年間新規介入患者数が50件未満の施設も依然として存在している。
- 現況報告書によるデータでは、依頼件数等の数的な評価しかできず、チームの質の評価は困難であることから、緩和ケアチームの技術や提供するケアの質を評価し、その向上を図るための方策を検討するべきではないか。
- 緩和ケアチームの医師について、身体症状および精神症状の緩和に携わる医師の専門資格は、ともに必須とされていない。また、緩和ケアチームに協力する薬剤師、医療心理に携わる者及び相談支援に携わる者について、その配置と専門資格の有無については必須とされていない。
- がん診療連携拠点病院の整備指針は、院内の医療従事者と緩和ケアチームとの連携に関して、緩和ケアチームへがん患者の診療を依頼する、という観点で記載がされている。

緩和ケアチームの技術、提供するケアの質を向上させ、均てん化を図るべきではないか。

前回の主なご意見

●緩和ケアチームの医師の要件について

- 身体症状の緩和に携わる医師について、専門資格を必須とするべきではないか。ただし、専門医の数ががん診療連携拠点病院をカバーできるだけ育成されていない。学会でも議論が進められているところであり、５年程度の経過措置が必要。
- 要件を厳しくすると満たせなくなる病院が出現する。拠点病院があることがその地域のレベルを上げる側面もあるので、人材確保等含め総合的に考えるべき。拠点病院を絞り込んで質を向上していく方法もあるが、面的に底上げをして均てん化するという発想も必要ではないか。
- 精神症状の緩和に携わる医師について、専門資格に関する規定が無いことは大きな課題である。精神症状に関する専門資格を規定に加えるか、困難であれば診療科を規定する等の対応を検討する必要がある。

緩和ケアチームの技術、提供するケアの質を向上させ、均てん化を図るべきではないか。

前回の主なご意見

- 緩和ケアチームの医師以外の診療従事者の要件について
- 緩和ケアチームに協力する薬剤師の要件について検討してはどうか。
- 緩和ケアチームに協力する相談支援に携わる者が配置されていない施設が４％ある。社会的苦痛に関して社会福祉士等に相談できる必要があり、全ての拠点病院で、緩和ケアチームに相談支援に携わる者が配置されるような施策を今後考えていければよい。

- 緩和ケアチームについて
- 状況によって、緩和ケアチームから積極的にアプローチすることが理想である。ただし、患者の数、緩和ケア医の数を考えると全員に目配せをすることは難しく、抜本的には緩和ケア医の数を増やすしかない。
- 緩和ケアチームの質を評価するには、コンサルテーションがあったケースがどうなったかをケースベースで追跡し、それぞれの病院の診療の質を評価する仕組みを作る必要がある。仕組み作りについて、次回検討して欲しい。

緩和ケアチームの技術、提供するケアの質を向上させ、均てん化を図るべきではないか。

対応方針案

＜緩和ケアチームの医師の要件について＞

- 身体症状の緩和に携わる医師として、将来的には専門資格を有する者が必ず含まれるようにすべきではないか。

※現時点では専門資格を有する医師の数が十分ではないことから、一定の経過措置が必要。

＜緩和ケアチームの技術、提供するケアの質について＞

- 緩和ケアチームの技術や提供するケアの質の評価、チームの構成との関係等について、厚生労働科学研究等で研究を行ってはどうか。

● がん診療連携拠点病院等の要件は「がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」で別途議論されるが、当部会における議論を踏まえ、以下のように提案してはどうか。

＜緩和ケアチームの医師の要件について＞

- 精神症状の緩和に携わる医師については、精神心理的な苦痛の緩和に関する専門資格を有する者であることが望ましい、としてはどうか。

＜緩和ケアチームの医師以外の診療従事者の要件について＞

- 緩和ケアチームに薬剤師及び相談支援に携わる者について、それぞれ１人以上配置していること、としてはどうか。

＜院内の医療従事者と、緩和ケアチームとの連携について＞

- 緩和ケアチームは、院内をラウンドする等により、依頼を受けていないがん患者も含めて苦痛の把握に努めるとともに、必要に応じて、主体的に助言や指導等を行っていること、としてはどうか。

２．主治医等の対応と、麻酔科医・放射線治療医との連携について。

疼痛への対応

放射線治療や神経ブロック等は、薬物治療のSTEPに関わらず考慮することとされている。

評価

- 以前からの痛みかを確認する
- 持続痛か突出痛かを区別する
- 神経障害性疼痛かを評価する

治療

痛みの種類に関わらず考えること
- 放射線治療・骨転移に対するビスホスホネート製剤・神経ブロック・装具

疼痛の種類に応じた、STEPごとの薬物治療

STEPに関わらず考えること
- 放射線治療・神経ブロック

治療目標

痛みの種類ごとに、効果判定を行う

治療目標未達成

※コンサルテーション

※ここでのコンサルテーションは、症状緩和等に関する専門家（緩和ケアチームや緩和ケアを専門とする医師、ペインクリニシャン、放射線治療医、がん治療医、精神科・心療内科医など）に相談することを指す

706

がん緩和ケアガイドブック（監修日本医師会, 平成28年度厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」）を基に作成、一部改変

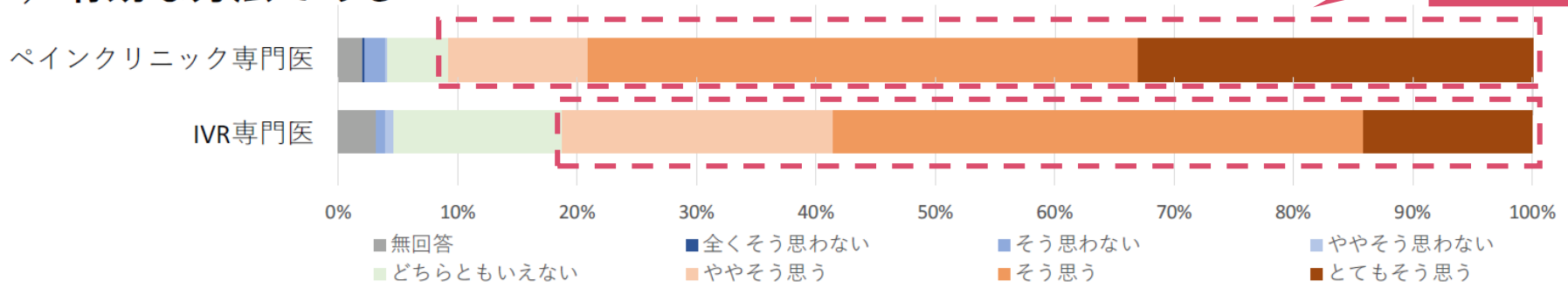
難治性がん疼痛に関する専門医対象全国調査

「がん患者の療養生活の最終段階における
体系的な苦痛緩和法の構築に関する研究」
（国立がん研究センター中央病院　里見絵理子）

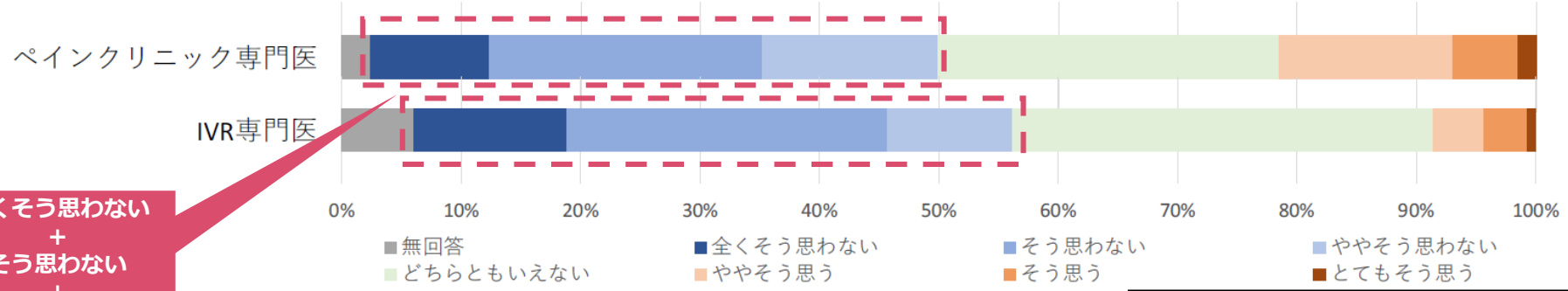
ペインクリニック専門医やIVR専門医の多くが、膵臓がんによる疼痛について、腹腔神経叢ブロックが有用であると考えている一方、
５割前後の専門医が、適応のあるがん患者が治療可能な時期に紹介されていないと考えている。

d．膵臓がんによる痛みに対する腹腔神経叢ブロック（内臓神経ブロック）について、以下についてどのように思いますか。

1）有効な方法である



2）この治療の適応がある患者が、治療可能な時期に紹介されている



707

第４回がんの緩和ケアに係る部会　資料１
（令和４年１月14日）

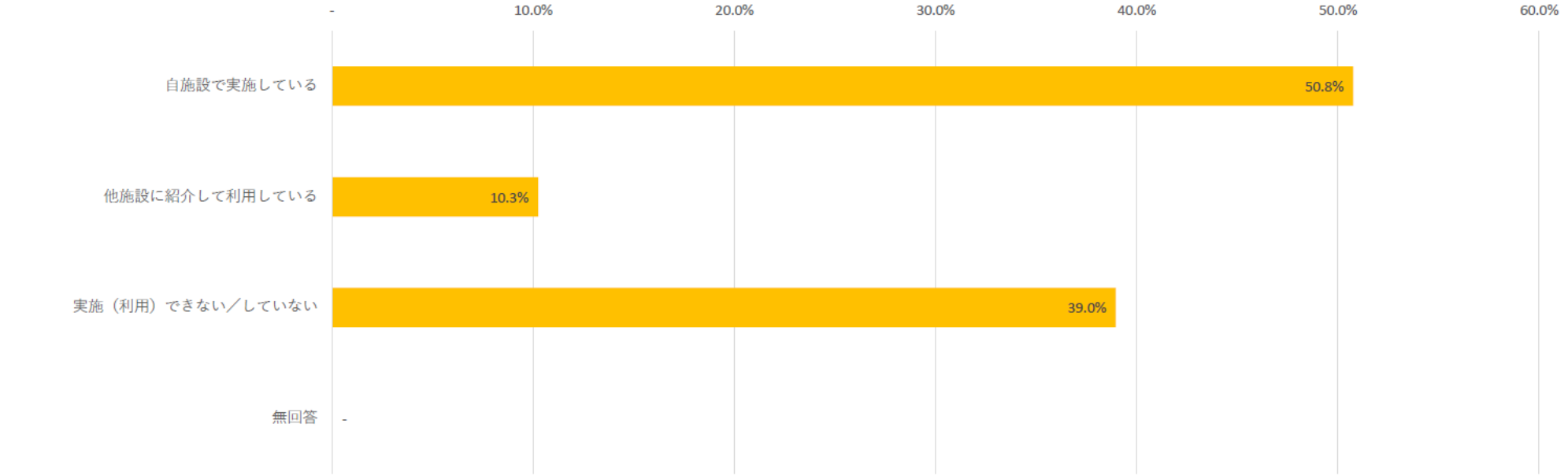
難治性がん疼痛に関する施設対象全国調査

「がん患者の療養生活の最終段階における
体系的な苦痛緩和法の構築に関する研究」
（国立がん研究センター中央病院　里見絵理子）

拠点病院における腹腔神経叢ブロックの実施・利用状況

拠点病院において、腹腔神経叢ブロックを自施設で実施している割合は約半数にとどまる。

自施設において膵がんによる痛みに対する腹腔神経叢ブロック（または内臓神経ブロック）を 実施または他施設に紹介して利用していますか。



708

第４回がんの緩和ケアに係る部会　資料１
（令和４年１月14日）

難治性がん疼痛に関する施設対象全国調査

「がん患者の療養生活の最終段階における
体系的な苦痛緩和法の構築に関する研究」
（国立がん研究センター中央病院　里見絵理子）

拠点病院において、腹腔神経叢ブロックを実施、または他施設に紹介して利用するうえでの障壁

拠点病院では主に実施できる医師についての障壁がある。

(%)

	拠点病院	
	中等度の問題がある	大きな問題がある
適応を判断できる医療者がいない	15.9	19.6
技術的に実施できる医師がいない／少ない	19.6	51.4
技術的に実施できる医師はいるが、勤務状況のために実施できない（他の業務が多忙など）	18.7	36.4
実施（利用）後のフォローアップができない	18.7	20.6
実施するための機器、設備、薬品がない／使用できない	9.3	24.3
自施設から紹介できる地域において、実施可能な施設がない	18.7	14.0
自施設から紹介できる地域において、実施可能な施設についての情報が得られず利用ができない	16.8	15.9
他施設または自施設内から、対象となる患者の紹介がない	19.6	15.9
合併症が生じた時に対応ができない	20.6	15.0
施設で実施することを承認されない	7.5	11.2
関連科の協力が得られない	15.9	13.1
実施するにあたり採算が取れない	8.4	2.8

709

第４回がんの緩和ケアに係る部会　資料１
（令和４年１月14日）

難治性がん疼痛に関する施設対象全国調査

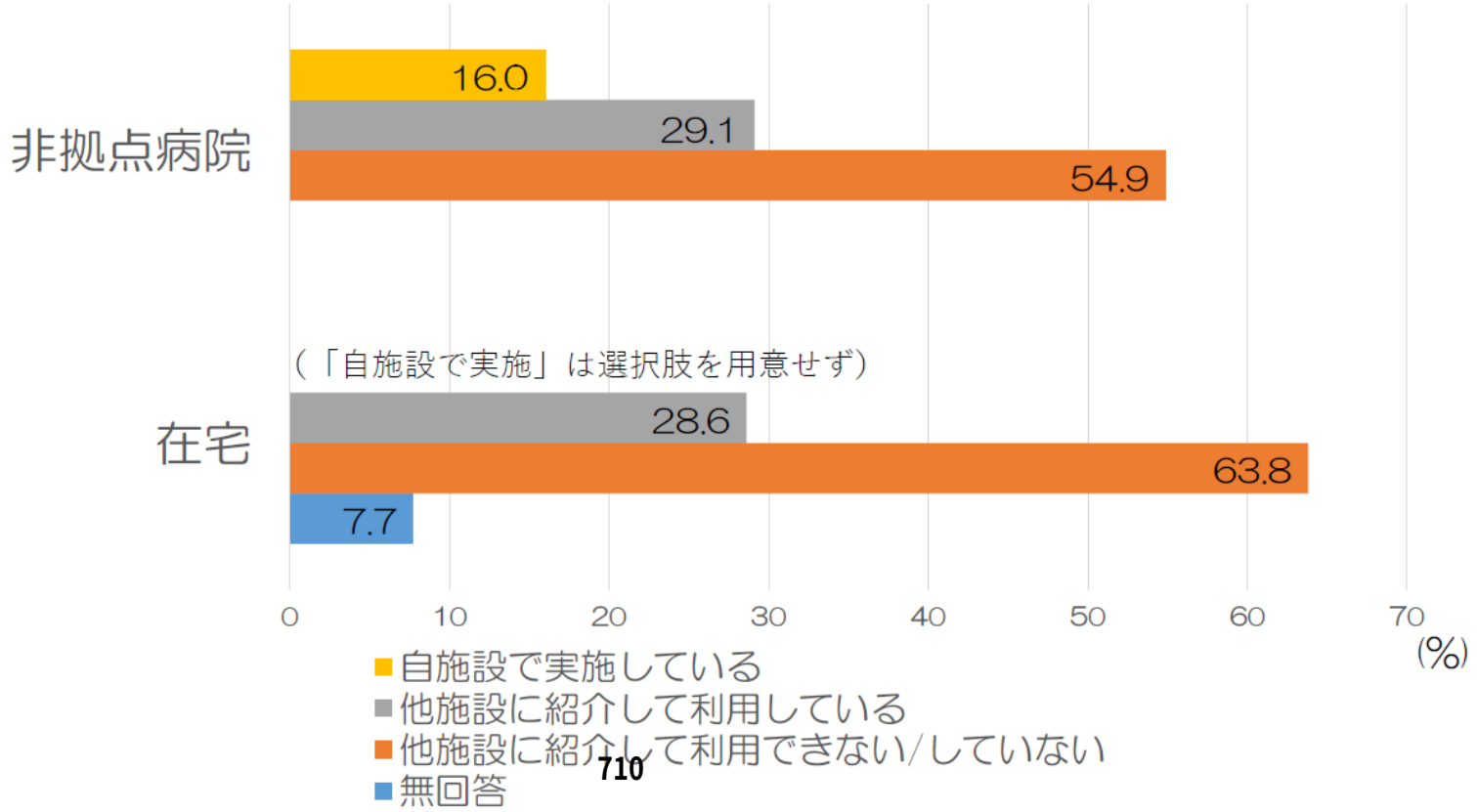
「がん患者の療養生活の最終段階における
体系的な苦痛緩和法の構築に関する研究」
（国立がん研究センター中央病院　里見絵理子）

非拠点病院・在宅における鎮痛を目的とした放射線治療の実施・利用状況

第４回がんの緩和ケアに係る部会　資料１
（令和４年１月14日）

非拠点病院・在宅において、鎮痛を目的とした放射線治療を自施設で実施、
もしくは他施設に紹介して利用している医療機関は限定的である。

自施設において鎮痛を目的とした放射線治療を実施 または 他施設に紹介して利用しているか



710

難治性がん疼痛に関する施設対象全国調査

「がん患者の療養生活の最終段階における
体系的な苦痛緩和法の構築に関する研究」
（国立がん研究センター中央病院　里見絵理子）

非拠点病院・在宅において、鎮痛を目的とした放射線治療を他施設に紹介して利用するうえでの障壁

非拠点病院・在宅において、鎮痛を目的とした放射線治療を他施設に紹介して実施するうえでの障壁として、適応が判断できないことに加え、それを相談できる窓口が分からないこと、実施可能な施設についての情報や紹介先とのつながりがないことなどが挙げられる。

(%)	非拠点病院		在宅	
	中等度の問題がある	大きな問題がある	中等度の問題がある	大きな問題がある
適応を判断できる医療者がいない	10.5	36.8	16.3	51.2
自施設から紹介できる地域の実施可能な施設についての情報が得られず利用できない	15.8	26.3	14.0	41.9
治療の適応についての相談ができる窓口が分からない	26.3	21.1	23.3	41.9
紹介先の医師と繋がりがない（顔が見えない）	15.8	36.8	16.3	46.5
治療の判断をするための勉強をする機会がない	10.5	31.6	20.9	51.2

711

第４回がんの緩和ケアに係る部会　資料１
（令和４年１月14日）

主治医等の対応と、麻酔科医・放射線治療医との連携について。

＜検討の視点＞

- 患者に苦痛があった理由について、医師が対応したものの、十分な苦痛の緩和が得られなかったケースが一定程度存在していると考えられる。
- 主治医や担当医は、把握した患者の苦痛について、薬物治療等の基本的緩和ケアを行うとともに、その段階に関わらず放射線治療や神経ブロック等について考慮するべきであり、治療目標の達成が困難な場合には、緩和ケアチームをはじめとする専門家へのコンサルテーションを積極的に行う必要がある。
- 難治性がん疼痛に関する、専門医を対象とした調査の結果、多くの医師が薬物療法以外の専門的な疼痛治療が、がんの疼痛を十分に緩和するための方策として有用であると考えている一方、専門的な疼痛治療に対して必要なときにアクセスできていない可能性が示唆された。
- 膵臓がんの疼痛に対する腹腔神経叢ブロックについて、実施出来ると回答したペインクリニック専門医は約５割、IVR専門医は約２割にとどまり、ペインクリニック専門医の約６割は、過去３年間の実施例は０であった。
- 難治性がん疼痛に関する、施設を対象とした調査から、自施設で腹腔神経叢ブロックを実施している拠点病院は約半数であり、主に実施できる医師に関する障壁があることが示唆された。
- 一方、非拠点病院や在宅医療においては、腹腔神経叢ブロックや緩和的放射線治療を自施設で実施、もしくは他施設に紹介して利用している医療機関は限定的であり、適応が判断できないことに加え、それを相談できる窓口が分からないこと、実施可能な施設に関する情報や繋がりがないことが障壁となっている可能性が示唆された。

第４回がんの緩和ケアに係る部会　資料１
（令和４年１月14日）

主治医等の対応と、麻酔科医・放射線治療医との連携について。

前回の主なご意見

- 緩和的放射線治療について十分熟知していない医師が多い。患者だけでなく、医師への啓発も必要ではないか。
- がん診療連携拠点病院の指定要件に、神経ブロックの実施状況など、麻酔科医との連携を入れることで、コンサルテーションする相手を明確化しておき、それが活用されているかを検証してはどうか。また、その連携の状況を各施設のホームページ等で、患者、市民が見られるようにしてはどうか。
- 神経破壊薬を用いる神経ブロックが実施可能な医師は各都道府県や地域でも限られる。そのような処置が可能な施設をセンター化し、拠点病院はどこかのセンターと連携できるようにする必要があるのではないか。
- 都道府県がん診療連携拠点病院が、その地域の緩和ケアがどのように提供されているのかを図式化するのは難しいことではなく、これをホームページ等で周知することはできるのではないか。
- 治療期の課題として今回は疼痛の話題だけであるが、不安や抑鬱、せん妄、倦怠感などの苦痛に対する対応も議論しておくべき。

主治医等の対応と、麻酔科医・放射線治療医との連携について。

対応方針案

- 神経ブロックや緩和的放射線治療について、本部会で検討された内容を関係者が理解できるような形で周知してはどうか。
- 難治性疼痛に対する神経ブロックについて、自施設で実施している場合にはその実施者が誰か、外部の医療機関と連携して実施する場合には、その連携先がどこであるか、を現況報告書で報告することを求めてはどうか。

- がん診療連携拠点病院等の要件は「がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」で別途議論されるが、当部会における議論を踏まえ、以下のように提案してはどうか。

＜麻酔科医との連携について＞

- がん診療連携拠点病院の整備指針において、「難治性疼痛に対する神経ブロック等について、自施設における連携等の対応方針を定めていること。また、自施設で実施が困難なために、外部の医療機関と連携して実施する場合には、その詳細な連携体制を確認しておくこと。また、ホームページ等で、その実施者や連携医療機関名等、神経ブロックの実施体制等について公表していること。」としてはどうか。

＜放射線治療医との連携について＞

- がん診療連携拠点病院の整備指針において、「自施設の医療従事者に対し、緩和的放射線治療の院内での連携体制について周知していることに加え、患者の紹介等について、連携する医療機関に対して周知していること。また、ホームページ等で、自施設における緩和的放射線治療の実施体制等について公表していること。」としてはどうか。

３．緩和ケア外来、外来医療における緩和ケアをさらに
充実させるべきではないか。

がん診療連携拠点病院等における外来緩和ケアの提供体制

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（平成30年７月31日）より抜粋

第４回がんの緩和ケアに係る部会　資料１
（令和４年１月14日）

１ 診療体制
（１）診療機能
⑤ 緩和ケアの提供体制
エ 外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備すること。 なお、「外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制」とは、医師による全人的かつ専門的な緩和ケアを提供する定期的な外来を指すものであり、疼痛のみに対応する外来や、診療する曜日等が定まっていない外来は含まない。また、外来診療日については、外来診療表等に明示し、患者の外来受診や地域の医療機関の紹介を円滑に行うことができる体制を整備すること。

がん診療連携拠点病院等においては、外来における専門的な緩和ケアを提供する体制の整備が求められている。

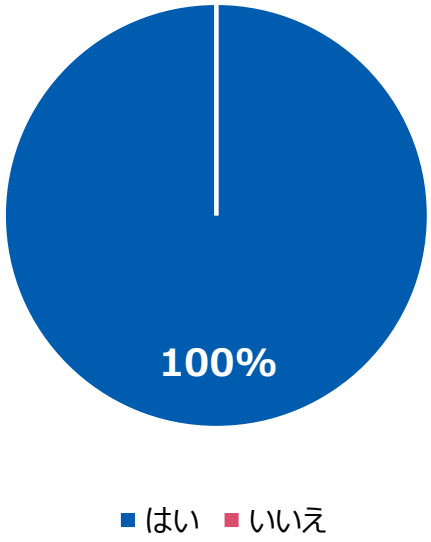
緩和ケア外来

緩和ケア外来の設定の有無、他施設でがん治療中もしくは治療していた患者の受入について
（令和元年度現況報告書データより集計）

第４回がんの緩和ケアに係る部会　資料１
（令和４年１月14日）

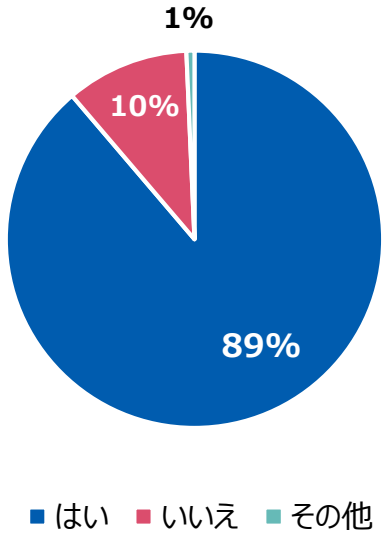
現況報告書によると、がん診療連携拠点病院等においては、全ての施設で緩和ケア外来の設定がされている。
また多くの施設が、他施設でがん診療を受けている、または受けていた患者の受入を行っている、と回答している。

緩和ケア外来が設定されている



717

他施設でがん診療を受けている、
または受けていた患者の受入



緩和ケア外来の年間新規診療症例数

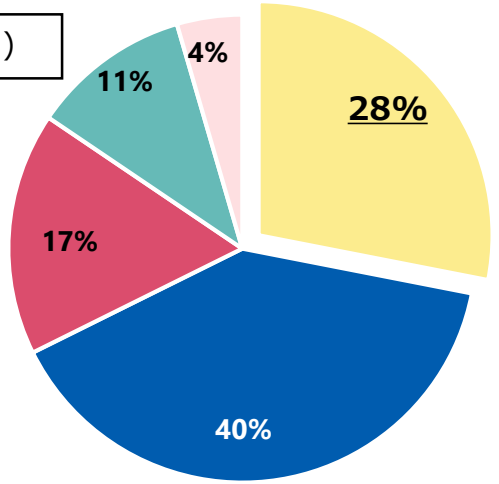
平成28年度、令和元年度の現況報告書データより集計して比較

第４回がんの緩和ケアに係る部会　資料１
（令和４年１月14日）

緩和ケア外来の年間新規診療症例数が10件未満であった施設の数は、平成28年度と令和元年度の現況報告書では大きく変わっていない。

平成28年度現況報告（集計期間：平成27年１月～12月）

- **10件未満**
- 10件以上50件未満
- 50件以上100件未満
- 100件以上250件未満
- 250件以上

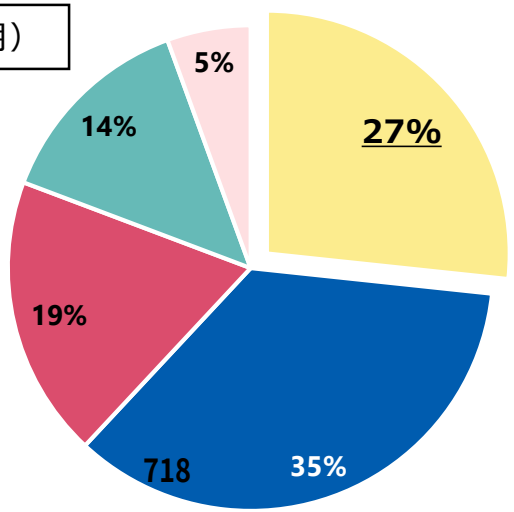


１０件未満：112施設
０件/年：30施設

がん診療連携拠点病院等※　399施設
（データが欠損している１施設と、
地域がん診療病院34施設を除外）

令和元年度現況報告（集計期間：平成30年１月～12月）

- **10件未満**
- 10件以上50件未満
- 50件以上100件未満
- 100件以上250件未満
- 250件以上



１０件未満：115施設
０件/年：24施設

がん診療連携拠点病院等　431施設
（データが欠損している５施設を除外）

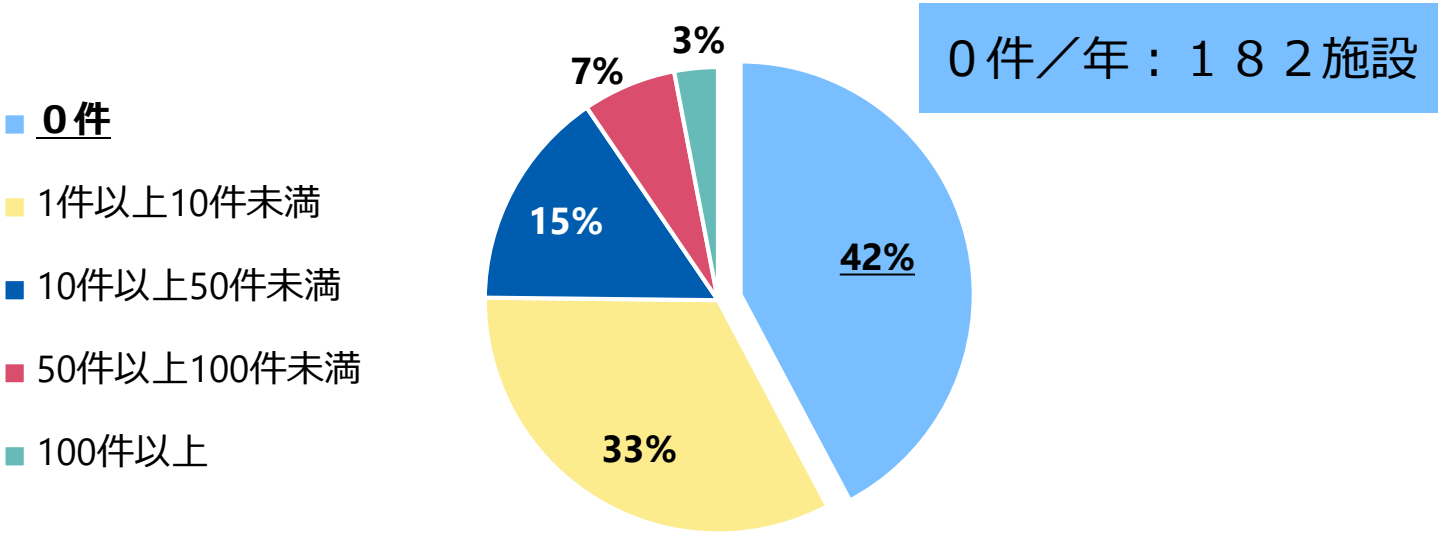
地域の医療機関からの年間新規紹介患者数

令和元年度現況報告書データより集計

第４回がんの緩和ケアに係る部会　資料１
（令和４年１月14日）

地域の医療機関からの年間新規紹介患者数は、４２%の施設で０件であった。

令和元年度現況報告（集計期間：平成30年１月～12月）



がん診療連携拠点病院等　４３１施設
（データ欠損等で５施設を除外）

719

緩和ケア外来、外来医療における緩和ケアをさらに充実させるべきではないか。

＜検討の視点＞

- がん診療連携拠点病院等の指定要件において、外来における専門的な緩和ケアを提供する体制の整備が求められている。
- 全ての施設が、現況報告書において、緩和ケア外来を設定していると回答しており、また、多くの施設が他の施設でがん診療を受けている、または受けていたがん患者を受け入れていると回答している。
- 一方で、年間の新規診療症例数や、地域からの紹介患者数は極めて少なく、外来での緩和ケアの提供が十分に進んでいない可能性がある。

＜対応方針の案＞

- がん診療連携拠点病院等の要件は「がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」で別途議論されるが、当部会における議論を踏まえ、以下のように提案してはどうか。

• 外来での緩和ケアの提供がさらに充実するよう、がん診療連携拠点病院の整備指針において、「自施設の患者に限らず、他施設でがん診療を受けている、または受けていた患者についても、緩和ケア外来で受入を行うこと。また、神経ブロックや緩和的放射線治療等の専門的な疼痛治療が必要な患者の受入を含め、緩和ケア外来への患者紹介について、地域の医療機関に対して広報等を行っていること。」としてはどうか。

720

がん診療に携わる全ての医療従事者の方にご理解いただきたい内容です

厚生労働省の関係検討会等で「がんと診断された時からの緩和ケア」を、
より医療現場で実践していただくための方策を検討し、この資料を作成しました。

痛みへの対応について

遺族調査の結果、療養生活の最終段階において約４割のがん患者さんが痛みを感じて過ごし、最期の段階では2割前後の方が、「ひどい痛み」を感じていることが分かりました。

がんの痛みを和らげることは、患者さんとご家族にとって、治療の負担を減らし、生活を守る上で重要な取り組みです。医療従事者は、痛みに対してオピオイド等の鎮痛薬を処方するだけではなく、病態や今後の見通しを検討し、緩和的放射線治療や神経ブロック等の専門的な治療も積極的に活用することが重要です。

痛みなどへの対応は『連携』がポイント

痛みを軽減するには、オピオイド等の処方だけでなく、
緩和的放射線治療や神経ブロック等の専門的な治療の活用
が求められています。

●痛みを軽減し、患者さんの療養生活の質を維持・向上させるために、神経ブロック等を活用する

▶積極的に活用するために麻酔科医・ペインクリニック医との連携を強化する

▶自施設だけでなく地域・近隣の専門家とも連携を強化する

●痛みの緩和やがんに関連した症状を軽減し、患者さんの療養生活の質を維持・向上させるために緩和的放射線治療を活用する

▶がんの治療中に積極的に活用するために医療機関内外での連携を強化する

▶骨転移や麻痺の診断・治療に関する情報共有の仕組みを整える

●放射線治療や神経ブロック等は、薬物治療のステップに関わらず考慮することとされている

▶詳細は２ページに紹介

●患者さん・ご家族に積極的な情報提供を行う

●医師等への理解を促し、認知度を向上させる

次のページもご覧下さい

痛みなどへの対応

放射線治療や神経ブロック等は、薬物治療のSTEPに関わらず考慮することとされている。

評価
- 以前からの痛みかを確認する
- 持続痛か突出痛かを区別する
- 神経障害性疼痛かを評価する

治療

痛みの種類に関わらず考えること
- 放射線治療・骨転移に対するビスホスホネート製剤・神経ブロック・装具

疼痛の種類に応じた、STEPごとの薬物治療

STEPに関わらず考えること
- 放射線治療・神経ブロック

治療目標

痛みの種類ごとに、効果判定を行う

治療目標未達成 → **※コンサルテーション**

※ここでのコンサルテーションは、症状緩和等に関する専門家（緩和ケアチームや緩和ケアを専門とする医師、ペインクリニシャン、放射線治療医、がん治療医、精神科・心療内科医など）に相談することを指す

がん緩和ケアガイドブック（監修日本医師会, 平成28年度厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」）を基に作成、一部改変

■緩和的放射線治療

①がん特有の痛みを緩和、②がんが引き起こす様々な症状を軽減し、患者のＱＯＬを維持・改善する。

適応
- 骨転移（有痛性骨転移、脊髄圧迫、病的骨折の予防）
- 骨転移以外の疼痛を有する再発・転移病巣
- 脳転移・腫瘍出血・腫瘍による気道・血管狭窄の狭窄や、食物通過障害など

治療
- 線量分割：8Gy/単回照射、20Gy/5回照射、30Gy/10回照射 →いずれの方法でも疼痛緩和効果は同等
- 転移性脊髄圧迫の場合、麻痺症状出現後48時間以内や、できれば歩けなくなる前の照射開始が望ましい

効果

有痛性骨転移に対する緩和的放射線治療成績
・疼痛緩和効果は60～90%程度、QOLの改善　・緩和的放射線治療4～8週後ほどで、疼痛緩和が最大となる
転移性脊髄圧迫に対する成績（歩行）　：照射前歩行可→ 80%、照射前不全麻痺→ 40%、照射前完全麻痺→ 7%

出典：日本放射線腫瘍学会HP

■神経ブロック

〇神経を一時的・恒久的に麻痺させることで、痛みの緩和、オピオイド等の使用減少で副作用を軽減

適応

肝臓、胆嚢、膵臓等の上腹部内臓悪性腫瘍による上腹部痛または背部痛
ほか、悪性腫瘍に伴う疼痛で神経ブロックが実施可能なもの

治療

代表的なものとして、膵がんに対する腹腔神経叢（内臓神経）ブロック
ほか、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック、脊髄くも膜下フェノールブロック、持続くも膜下ブロックなど

効果

痛みを緩和し、オピオイドの使用量を減少させることができる
QOL、ADLの改善

出典：日本ペインクリニック学会
・インターベンショナル痛み治療ガイドライン
・がん性痛に対するインターベンショナル治療ガイドライン
・ペインクリニック治療指針改定第6版

第５回 がんの緩和ケアに係る部会	資料４
令和４年４月 13 日	

「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」の見直しに対する「がんの緩和ケアに係る部会」からの提案（案）

第２回　診断時の課題：緩和ケアの提供体制について

- 初診時からのがん相談支援センターの活用推進について
- 全てのがん患者に対してがん相談支援センターの周知が行われるよう、告知を行う場面や、Patient Flow Management（PFM）に組み込む等、システム化が図られていること。

第３回　治療期の課題：緩和ケアの提供体制について

- 医療従事者によるがん患者の苦痛の把握について
- 全てのがん患者に対して苦痛の把握と適切な対応がなされるよう、自施設における仕組みを検討・改善する場を設置し、その詳細が定められていること。また、自施設において苦痛が十分に把握されているかについて、患者からＰＲＯ（患者報告アウトカム）を用いる等によりフィードバックを受け、それを踏まえて自施設において組織的な改善策を講じる等、ＰＤＣＡサイクルを確保していること。

第５回　治療期の課題：専門的な緩和ケアについて

- 緩和ケアチームの技術、提供するケアの質を向上、均てん化について

＜緩和ケアチームの医師の要件＞

- 精神症状の緩和に携わる医師については、精神心理的な苦痛の緩和に関する専門資格を有する者であることが望ましい。

＜緩和ケアチームの医師以外の診療従事者の要件＞

- 緩和ケアチームに薬剤師及び相談支援に携わる者について、それぞれ１人以上配置していること。

＜院内の医療従事者と、緩和ケアチームとの連携について＞

- 緩和ケアチームは、院内をラウンドする等により、依頼を受けていないがん患者も含めて苦痛の把握に努めるとともに、必要に応じて、主体的に助言や指導等を行っていること。

- 主治医の対応と、麻酔科医・放射線治療医との連携について

＜麻酔科医との連携＞

- 難治性疼痛に対する神経ブロック等について、自施設における連携等の対応方針を定めていること。また、自施設で実施が困難なために、外部の医療機関と連携して実施する場合には、その詳細な連携体制を確認しておくこと。また、ホームページ等で、神経ブロックの実施者や連携医療機関名等、その実施体制について公表していること。

＜放射線治療医との連携＞

- 自施設の医療従事者に対し、緩和的放射線治療の院内での連携体制について周知していることに加え、患者の紹介等について、連携する医療機関に対して周知していること。また、ホームページ等で、自施設における緩和的放射線治療の実施体制等について公表していること。

- 緩和ケア外来、外来医療における緩和ケアの充実について

- 自施設の患者に限らず、他施設でがん診療を受けている、または受けていた患者についても、緩和ケア外来で受入を行うこと。また、神経ブロックや緩和的放射線治療等の専門的な疼痛治療が必要な患者の受入を含め、緩和ケア外来への患者紹介について、地域の医療機関に対して広報等を行っていること。

その他：地域における緩和ケアの提供体制について

＜地域がん診療連携拠点病院の要件＞

- がん診療連携拠点病院等は、地域において緩和ケアを効果的に提供するための体制について、地域の医療機関や在宅診療所等と検討する場を設置していること。また、緩和ケアチームが地域の医療機関や在宅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。

＜都道府県がん診療連携拠点病院の要件＞

- 緩和ケアセンターは、都道府県と協力する等により、県内の各がん診療連携拠点病院等が、緩和ケア提供体制の質的な向上や、地域単位の緩和ケアに関する取り組みについて検討できるように、支援を行っていること。

資料１７-(６)

第6回がんとの共生のあり方に関する検討会

日　時: 令和 4 年 5 月 18 日(水)13:00-15:00

場　所: (WEB 開催)

議　事　次　第

１ 開　　会

２ 議　　題

（1)「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」の見直しについて

（2)「がんの緩和ケアに係る部会」からの報告について

（3)その他

【資　　料】

議事次第

資料1　前回の議論の整理

資料2　相談支援現場からみたがん患者・家族等の心配・悩み等の実態と対応策について
（高山智子構成員提出資料）

資料3 「がんの緩和ケアに係る部会」からの報告

資料4 「がんとの共生のあり方に関する検討会」における拠点病院整備指針の見直しに対する
対応方針について

資料5 「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」の見直しに対する
「がんとの共生のあり方に関する検討会」からの提案(案)

参考資料1　「がんとの共生のあり方に関する検討会」開催要綱

参考資料2　がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針

参考資料3　小児がん拠点病院等の整備に関する指針

参考資料4　がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針および次期基本計画策定に向けて:
緩和ケアおよび相談支援・情報提供の機能の充実に関する提案書

参考資料5　患者体験調査・小児患者体験調査の結果概要

参考資料6　「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」
2019-2020 年調査結果概要

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

第６回 がんとの共生のあり方に関する検討会	資料1
令和４年５月１８日	

前回の議論の整理

厚生労働省 健康局がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

第５回がんとの共生のあり方に関する検討会における主な議論

○　小児・AYA世代にあるがん患者とその家族への支援体制の整備について

１.がん患者とその家族が相談・情報にアクセスしやすい環境整備について

- 診断時に必要な情報を得られる仕組みや診療の場面から相談支援に関わる体制が必要である。
- 家族が仕事や働き方を変えた方が一定数おり、家族や親への支援体制が必要である。
- AYA世代は、仕事や子育てなど忙しく、ピアサポートがまだ育っていない。さらなる相談支援体制が必要である。

２.拠点病院等におけるニーズの把握と支援体制のための多職種連携、人材育成について

- ニーズの拾い上げをがん診療連携拠点病院等の指定要件にする必要がある。
- 社会保険労務士等との連携において、相談員がつなぐ先を持っていることが重要であり、レベルアップ等が必要である。

３.小児がん拠点病院とがん診療連携拠点病院等の連携体制について

- 移行期支援について、がん診療連携拠点病院等が受け皿となる体制や地域の診療所の先生方の協力を得て支えていき、地域連携で捉えていくことが必要である。
- 小児病院と大学病院が一緒に診療を行っている医療機関などが好事例や課題を明確化していく必要がある。

第５回がんとの共生のあり方に関する検討会における主な議論

○　義務教育終了後におけるがん患者の教育支援について

- 小児・AYA世代に対しスクリーニングを実施し、相談支援センター等につなぐ体制や、学校等と連携を図ることが重要である。
- 医療従事者が、AYA世代等の患者に対する教育支援の必要性について認識を持てるようにすることが重要である。

○　高齢がん患者の支援について

- 高齢者総合的機能評価を徹底することや、意思決定の研修をいくつもあるため効率よく事業を進めていく必要がある。
- 意思決定支援が必要かどうかスクリーニングを行い、支援が必要な際に対応できる体制が必要である。
- ガイドラインなどを生かして地域セミナーや一般向け、患者向けの勉強会などを行い、情報共有ができる場を作ってはどうか。
- 在宅診療においても、末期がんなどそれぞれ専門分野の医師が増えているが負担がかかっている。チームで行うなど地域で緩やかに診れる仕組みが必要ではないか。
- がん診療連携拠点病院の緩和ケア担当者がコンサルテーションを受けて、在宅や施設で亡くなる人たちを支える仕組みが必要である。

第６回 がんとの共生のあり方に関する検討会	資料２
令和４年５月１８日	

“相談支援現場からみた”がん患者・家族等の心配・悩み等の実態と対応策について

都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会　情報提供・相談支援部会でのアンケート調査と課題克服の一助としての取り組みの紹介

国立がん研究センターがん対策研究所
がん情報提供部　高山智子

“相談支援現場からみた”がん患者・家族等の心配・悩み等の実態と対応策について

目的：第4期がん対策推進基本計画および次期整備指針策定に向けた提案を行うために、がん診療連携拠点病院で情報提供・相談支援に携わる立場から盛り込むべき課題等の意見集約を行う。以下について、自由記載にて回答を依頼した。

1. **がん患者さんやご家族のがんに関する困りごとのうち、現在対応や解決がされていないこと**
2. **コロナ禍におけるがん相談支援センターでの相談対応の状況**

実施主体：都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会　情報提供・相談支援部会

対　　象：全国のがん診療連携拠点病院　がん相談支援センター（451施設）

期　　間：2021年9月～10月

回　　収：215施設（回収率：47.7%）

意見の整理方法と総数：自由回答より意味内容毎に分類を行い、**合計1498件の意見**を抽出した。
意見の整理は、部会WGメンバー8名を中心に、課題の整理、対応策の検討、提案書を作成した。
本報告は、提案書作成に先立ち、相談支援の現場で起きている、課題と感じられていることをまとめたものである。
https://ganjoho.jp/med_pro/liaison_council/bukai/teian/pdf/03.pdf

※なお、提案書は、部会内での承認後、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会（親会）より、厚生労働省へ提出された（2022年4月5日）。【参考資料として添付】　https://ganjoho.jp/med_pro/liaison_council/activity/20220405/index.html

出された意見（1498件）の概要

注）括弧内の数字は、回答数の件数（自由回答から関連して示された記述内容があった場合にカウントした概数）である。

1．日常的に生じている課題

1）社会保障制度上の課題（270）

2）医療体制自体の課題、医療の変化・ひずみにより生じている課題（233）

3）がん相談支援センターのアクセス・周知に関わる課題（87）

4）がん相談支援センターの業務上の困難や院内での機能・立場に関わる課題（171）

①院内でがん相談支援センターの意義・役割が十分に認知されていない
②提供できる情報資源に関する課題
③人材・人員不足、人材育成に関する課題
④がん相談支援センターの対応範囲が広がる中、施設として取り組むべき課題の体制が足りない

2.コロナ禍の影響で増加した相談や課題

1）面会制限等による患者･家族･医療者間の情報共有の困難から生じる相談の増加､対応に苦慮（177）

2）面会や県外移動の制限、病床削減等により、望ましい意思決定や治療療養環境の確保が困難（229）

3）コロナ感染症へのがん患者ならではの不安が大きく、それに伴い孤立や病状悪化が生じている（81）

4）コロナにより、経済状況が悪化したこと、制約が多いことによる治療や健康への影響（33）

5）病院のコロナ対応により、がん相談支援センターが築いてきた望ましい支援方法がとれない（217）

１）社会保障制度上の課題（270）

【実態としてあげられたこと】

- 高額で長期にわたる治療も増えているが、治療費負担への保障制度が乏しい。
- 治療により減収、離職した場合に生活費を保障する制度が乏しい。
- 40歳未満の患者の場合、介護保険制度も使えず、必要な介護支援が受けにくい。
- ウィッグ等、療養上必要な資材・サービス等についての支援制度が自治体によりばらつきがある。
- 治療と就労の両立、再就職支援等をするにあたっても、困難なケースは多く、社会経済の悪化でますます困難になっている。
- ひとり親の患者、精神疾患のある患者、身寄りのない患者など、サポートを受けにくい人は支援できる制度がほとんどない、却ってサービスが利用できない場合さえある（独居で認知症がある場合に在宅サービスが受けられないなど）。

【対応案】

- 支援制度の利用については、単身世帯、高齢者のみ世帯の急増など、現状の社会状況にあわせて、必要な支援サービスを利用しやすくするような運用が望まれる。
- 地方自治体による支援制度が異なることは地方自治の観点からもやむを得ないが、がん患者が必須とするような支援については全国で利用可能となることが望ましい。
- がん相談支援センターが対応する相談の中には、住居のない方のがん治療継続支援においては、**法務的知識を必要とする場合もある**など、さまざまな領域の専門職・専門機関との連携を促す枠組みが求められている。

732

２）医療体制自体の課題、医療の変化・ひずみにより生じている課題（233）

【実態としてあげられたこと】

- 医療資源が偏在しており、治療の選択肢が限られる地域がある（がん医療、緩和ケア、在宅医療、生殖医療など）。
- 医療情報の変化が早く十分に情報が提供されていない、誤った情報も氾濫しており正しい情報が探せない人が増えている。
- 医療者と患者、家族が充分に意思疎通がはかれていないことによる問題が現在も生じ続けている。
- 選択肢を提示された後、それを選択することへのサポートが必要な患者が診療場面では十分にケアされていない。
- 日本語でのコニュニケーションが難しい人が治療説明について十分に理解できるような情報提供ができていない。
- 治療による副作用や後遺症についての対応が十分にはできていない、現在の医療で対応できない場合もある。
- 病状や治療について受容できない場合の対応が困難である。
- 治療・医療には限界があること、緩和ケアやACP（アドバンス・ケア・プランニング）の必要性について市民が理解する必要がある。

【対応案】

- 患者中心の医療の実現には、患者の希望や状況を十分に確認し、意思疎通をはかるための人的資源の投入は不可避であることを医療機関の中で根付かせていく必要がある。
- 在宅医療など、地域を問わず必要とされる医療資源については、既存の医療機関（診療所等）との連携により提供される仕組みづくりがこれまで以上に求められる。
- また、生殖医療等、高度かつ一時的に必要とされる医療については、遠隔地への受診等も含めて選択肢として十分に提供できるよう、施設間の連携や情報共有が必要である。
- 地域のどこにどのような資源があるか、また遠隔地の医療資源も含めた情報共有は重要であり、**都道府県がん診療連携協議会、行政、地域の保健医療福祉従事者等が協働して情報集約と情報公開を進めていく必要**がある。
- 医療は進歩したとはいえ、限界があることについて、また、その状況を迎えたときにどうしたいのか、市民が本質的な理解を深めることも必要である。

733

３）がん相談支援センターのアクセス・周知に関わる課題（87）

【実態としてあげられたこと】

- 相談室の場所がわかりにくい、立ち寄りにくい場所にある。
- 利用のハードルが高い（平日日中のみしか利用できない、入りやすさの雰囲気）　。
- 本人が困っていると声を挙げなければ相談につながらない、医療者がニーズを十分に拾い上げられていない、がん相談支援センターとの連携が不十分な診療科・部署がある、がん相談支援センターの院内周知が不十分。
- どんな相談ができる場所なのかについての周知が不十分、AYA・妊孕性などの相談ができることが知られていない。
- 多重な困りごとのある人の継続的な支援ができない（主介護者が患者である場合、患者の家族が認知症や精神疾患あるが家族外のケアの必要性を受け入れられない場合等）。
- 地域住民、市民へのがん相談支援センターの周知が不足している 。

【対応案】

- **院内医療者への周知：**院内患者・家族への周知が進まない一因として、院内医療者ががん相談支援センターの役割・活動内容を十分認識していないこと（どのような時期や状況にある患者・家族の場合にがん相談支援センターにつなぐか、つなぐ際は誰がどのように紹介・案内するか等の取り決めが病院全体として行われていないこと）が挙げられる。中でも主治医が利用を促す効果は極めて高い。主治医ががん相談支援センターの利用を促すこと、その他、院内で構築すべき体制とその評価指標については、整備指針上でより具体的に記述していくことが必要である。
- **患者や家族への周知：**患者や家族には、患者や家族自身が必要な時に利用しようと実感できる情報（名前だけでなく、どのような相談ができるのか、相談によりどのような問題が解決できるのか）を含めた周知が必要である。
- **市民への周知：**院外患者・家族、市民、医療者向け周知については、行政との協働しながら工夫していくことが必要である。ただ、これまで一定程度取り組みが行われてきたものの認知度が十分でない現状があり、効果的な周知方法について、社会実験的な手法を含めた検討が必要ではないか。

４）がん相談支援センターの業務上の困難や院内での機能・立場に関わる課題（171）

【実態としてあげられたこと】

①院内でがん相談支援センターの意義・役割が十分に認知されていない

- 院内で十分な連携・協力体制が築けていない。
- がん相談支援センターの原則（匿名相談や相談記録へのアクセスの管理、中立の立場で相談に応じること等）について指定要件等に明記してほしい。

②提供できる情報資源に関する課題

- セカンドオピニオンや院内で実施している治験、地域内の妊孕性温存療法等々、院内外の情報収集が十分にできない、できる体制がない
- 制度情報、治療情報を含め、広範な情報を十分にアップデートできない。
- 地域での取り組みなどの情報収集が体系的にできない。ネットワーク構築など自らが情報資源をつくっていく側面もあるが、手が回らない。

③人材・人員不足、人材育成に関する課題

- もともと業務内容が多岐にわたるうえ、整備指針の改定のたびに対応すべき業務が拡大され、高度な専門知識を必要とする相談も増えているが、対応できる人材（職種、経験、研修受講等）が十分に配置されていない、その必要性が上層部に理解してもらえない。
- 異動や退職が防げず、計画的な育成も困難である。
- 相談の質の担保が求められており、相談を録音・評価する取り組みが必要になっているが、設備や時間の制約からなかなか取り組めない。

④がん相談支援センターの対応範囲が広がる中、施設として取り組むべき課題の体制が足りない

- AYA支援や仕事と治療の両立支援などが、組織的なしくみとなっていない。
- 医師とのコミュニケーションに問題がある場合等、他部署が関係する支援例について、具体的な結果のフィードバックを受けられず、対応の評価が困難である。
- がんに関する広範なニーズに対応するため、連携、対応すべき調整も多岐にわたる。相談員の頑張り・使命感に支えられて表面上は対応可能であるが、実際には多重兼務で、職場環境改善が必要である。

735

４）がん相談支援センターの業務上の困難や院内での機能・立場に関わる課題（171）

【対応案】

◎がん相談支援センターの意義・役割の可視化について

- 活動が正当に評価されるためにも、がん相談支援センターがもつ**基本的な姿勢や役割**（院内外問わず、無料で、誰もが、必要に応じて匿名でも相談できる窓口）を病院幹部をはじめ、他部門の医療者にも広く理解される必要がある。

◎情報の収集と継続的な学習機会の確保について

- 院内情報が迅速かつ継続的に収集できる仕組みを施設ごとに、地域情報については都道府県単位で継続的な情報収集・更新ができる体制が必要である。
- 「標準治療等一般的な医療情報の提供」に必要な情報（診療ガイドラインや解説書等）の整備を病院組織として行う必要がある。
- 病院が施設の責務として、相談員に必要な継続学習を促す体制が必要である。
- 利用者からのフィードバックによる質の担保に加えて、質保証の取り組み（実際の相談対応を録音し、自ら評価するなど）を促進させる必要がある。

◎がん相談支援センターに配置する人材の強化について

- 治療から生活、ゲノム医療等まで広範かつ専門的な対応をするためにも、相談現場に看護職、福祉職の両職種の配置、がん医療に携わる医師の配置（兼任可）、業務量に見合った人材配置基準が必要である。

◎がんに関わるすべての相談に対応する広範な役割を支える院内体制の構築について

- 各専門部門が協力して**病院全体**として情報提供・相談支援に取り組む体制の強化が必要である。
- がん相談支援センターで把握された課題を**病院全体で検討し、改善**していく取り組みも必要である。

2.コロナ禍の影響で増加した相談や課題

1）面会制限等による患者・家族・医療者間の情報共有の困難さから生じる相談の増加、対応に苦慮している（177）

【実態としてあげられたこと】
- 患者と家族が会えないために双方の不安が募る、お互いの思いが伝わりにくい、高齢患者の認知機能が低下する
- 家族が医療者から話を聞く機会がなくなり、医療者への不信感が生じる、　等

2）面会や県外移動の制限、病床削減等により、望ましい意思決定や治療療養環境が確保できない（229）

【実態としてあげられたこと】
- 面会が可能な療養先、在宅希望が増えたが、資源が不足している場合もある。
- 終末期ですら面会や付き添いを制限せざるを得ない。
- 県外の家族が帰省した際に、PCR検査の結果待ちが必要となり、在宅サービスの開始が遅れる。
- 他県への通院・転院や他県でのセカンドオピニオンや治験治療が受けにくくなり、治療の選択肢が限られる。
- 緩和ケア病棟がコロナ病床に転換され、療養の場の選択肢が減った。
- コロナ病床への転換で手術や入院までの待ち時間が長くなることに対して不安を感じる患者がいる。
- 帰省控え、在宅サービス・介護サービスの利用控えが生じ、支援が手薄な人が出ている。

3）コロナ感染症へのがん患者ならではの不安が大きく、それに伴い孤立や病状悪化が生じている（81）

【実態としてあげられたこと】
- 受診控えにより治療のタイミングを逃す人がいる、状態が悪化してから相談に来る人が増えた。
- 治療中にワクチン接種をしてよいか、したほうがよいか等の問い合わせが多い。
- 外出を控え、孤立している様子がある、相談したい人も相談できていない様子がある。

4）コロナにより、経済状況が悪化したこと、制約が多いことによる治療や健康への影響（33）

【実態としてあげられたこと】

- コロナ禍による失業、減収など、生活が困窮している、医療費が支払えない、治療を断念したい等の相談が増えた。
- 治療と仕事の両立がより困難になっている。
- 外出等ができないなどの生活上の制約、家族がずっと家にいることなどの生活変化で生じるストレスに対処ができず、メンタルヘルスに変調をきたしている人がいる。

5）病院のコロナ対応により、がん相談支援センターが築いてきた望ましい支援方法がとれない（217）

【実態としてあげられたこと】

- カンファレンス等ができないため、十分な情報入手やアセスメントができない、院外機関との連携が不十分な状態で支援をするケースがある。
- 対面相談が望ましいケースでも電話相談となり、十分な情報提供ができていないと感じる。
- 本人、家族を交えて共通理解を図りたい場面でも実施が困難。
- 患者会、患者サロン、ピアサポート活動が十分にできず、ニーズに応えられない。再開を望む患者、家族の声は多いが、オンライン対応をするにも院内リソースが整わない、参加者側の状況が整わないなど困難が多い。
- ウィッグやアピアランスケアの提供、情報コーナーを閉鎖するなど通常提供するサービスを中断している。
- 市民向けイベントが実施できず、がん相談支援センターの周知の手段が限られる。
- 万一の感染時の対応のため、名前と連絡先を聞くことになり、匿名での相談が受けられない。

【対応案】

- 患者は家族や医療者、また家族も患者や医療者との情報共有が困難になっている。患者会等の開催も困難で、患者や家族の孤立を防ぐ手立てが一層必要である。
- 患者の状態に応じた面会・来院制限の緩和や、積極的なオンライン手法の活用など、取り得る工夫や事例の共有が求められている。
- コロナ診療によるがん診療、緩和ケア病床の縮小・転用等の影響で、治療病院やセカンドオピニオン先、療養の場の選択などにおいても課題を抱えており、**病院や地域としての情報共有**が必要である。

課題克服の一助として
がんと診断されて間もない人への情報提供資材（冊子）

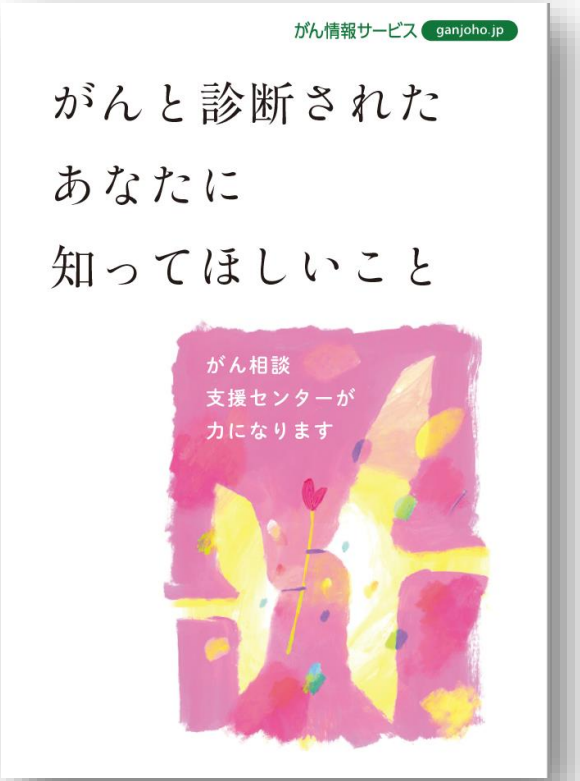
作成：がん情報サービス編集委員会＆都道府県癌診療連携拠点病院連絡協議会 情報提供・相談支援部会

患者にとってのメリット

- **必要な情報を得ることができる**
  - ➢冊子内のQRコードを利用すれば、さらに詳しい情報が得られる
  - ➢「がんと診断されたあなたに知ってほしいこと」

医師（医療者）にとってのメリット

- **伝えたいけれど十分に伝えられない情報を補完できる**
  - ➢ **標準治療**について、**セカンド・オピニオン（受けられること、しくみ）**
  - ➢ **妊孕性**（治療を始める前に伝える必要がある情報）
  - ➢ **就労支援**（「仕事をすぐに辞めないで」）　…等
- **多職種で連携しやすくなる**
  - ➢ **がん相談支援センターの紹介**：困った時には、だれかに相談してほしい！
    そんな場として利用できる「がん相談支援センター」をいち早く紹介でき、
    多職種で連携し、患者や家族に必要な情報提供やサポートができる



※2022年2月～がん情報サービス公開
5月～小冊子媒体提供

第６回　がんとの共生のあり方に関する検討会	資料３
令和４年５月18日	

「がんの緩和ケアに係る部会」からの報告

がんの緩和ケアに係る部会　座長

中川恵一

「がんの緩和ケアに係る部会」を設置した経緯

第１回 （2019年3月13日）	・緩和ケアの質の向上（実地調査①、緩和ケア外来） ・相談支援・情報提供の質の向上（相談員研修①、地域における相談支援①）
第２回 （2019年7月31日）	・緩和ケアの提供体制（緩和ケア研修、拠点病院等と地域との連携、苦痛のスクリーニング） ・地域における相談支援②
第３回 （2019年10月23日）	・仕事と治療の両立支援の更なる推進 ・アピアランスケアによる生活の質の向上
第４回 （2020年1月29日）	・緩和ケアに関する実地調査② ・自殺の実態調査と専門的ケアにつなぐ体制

「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」について別途議論の場を設けることが必要である
(第３回検討会にて構成員より提案)

↓

がんの緩和ケアに係る部会を設置し議論を進める（第４回本検討会で承認）
・苦痛のスクリーニング
・緩和ケアに関する実地調査　　等

第4回がんとの共生のあり方に関する検討会
（2020.1.29）資料２より抜粋・一部改変

がんの緩和ケアに係る部会

【趣旨】
「がん対策推進基本計画」において、「がんとの共生」が柱のひとつに掲げられており、尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築を目指している。その中でも、緩和ケアの充実等は、がんと診断されたときからの緩和ケアの普及と充実、また提供される緩和ケアの実施体制と質の向上などが課題とされ、それらについて検討する必要があることから、「がんとの共生のあり方に関する検討会」のもとに、「がんの緩和ケアに係る部会」（以下、「本部会」とする。）を開催し、必要な検討を行う。

構成員			令和４年４月時点
伊東俊雅	東京女子医科大学付属足立医療センター薬剤部 がん包括診療部緩和ケア室　薬剤部長	中川恵一	東京大学大学院医学系研究科　特任教授
江口英利	大阪大学大学院医学系研究科　消化器外科学　教授 日本癌治療学会　代議員	橋口さおり	聖マリアンナ医科大学緩和医療学　教授 日本麻酔科学会　代議員、関連領域検討委員会委員
小川朝生	国立がん研究センター　先端医療開発センター 精神腫瘍学開発分野　分野長	羽鳥裕	公益社団法人日本医師会 常任理事
木澤義之	筑波大学附属病院　病院教授 日本緩和医療学会　理事長	林和彦	聖マリアンナ医科大学　客員教授
岸田徹	NPO法人がんノート　代表理事	前川育	元NPO周南いのちを考える会　代表
高野利実	がん研究会有明病院　院長補佐 日本臨床腫瘍学会　理事	前田英武	高知大学医学部附属病院　地域医療連携室 副室長／ がん相談支援センター 副センター長
谷口栄作	島根県　健康福祉部　医療統括監	森住美幸	埼玉県立がんセンター 緩和ケアセンター ジェネラルマネージャー

がんの治療の段階ごとの課題について

- がんの治療の段階により、緩和ケアが提供される場や実施者が変化している実態がある中で、これらに応じて、緩和ケアの課題を検討する必要がある。

<table>
<tr><td>治療の段階</td><td>診断時</td><td colspan="2">治療期</td><td>終末期</td></tr>
<tr><td>主なケアの主体</td><td>検診
医療機関

かかりつけ
医</td><td colspan="2">拠点病院等
（入院・外来）</td><td>在宅等
地域の病院
緩和ケア病棟</td></tr>
<tr><td rowspan="2">主な課題</td><td>（１）診断時の課題
・検査時の対応
・告知時の対応
・診断時からの緩和ケアについての認識
等</td><td>（２）治療期の課題
・実地調査について
・拠点病院以外の取組について
・緩和ケアチームの質について
・対応が困難な痛みへの対応について
・緩和ケア外来の充実について　等</td><td colspan="2">（３）終末期、緩和ケア病棟の課題
・後方連携病院等における緩和ケアの実態と強化について
・拠点病院と後方連携病院の連携について
・在宅緩和ケアの質とその充実について
・がん患者の介護保険の利用について
・介護施設における緩和ケアについて　等</td></tr>
<tr><td colspan="4">（４）共通の課題
・医療用麻薬の使用実態について
・がんとがん以外の施策が分かれていることについて
・小児やAYA世代を中心にライフステージに応じた緩和ケアの実態把握や対策の充実の必要性について
・がん相談支援センターの充実について　等</td></tr>
</table>

743

「がんの緩和ケアに係る部会」における議題

第１回（2021年７月２日）
□　「診断時からの緩和ケア」に関する議題の抽出

第２回 （2021年９月３日）
□　診断時の緩和ケアの課題
- 「診断時からの緩和ケア」に求められる対応について
- 「がんへの適応」の一環として、告知や治療方針決定の場における対応が不十分ではないか
  - 告知時の面接における望ましい指導内容
- 検査の場、診断が決定するまでの間における疼痛緩和、不安の軽減に対する対応が不十分ではないか
- 初診時からがん相談支援センターをさらに活用できるようにするべきではないか
  - 特に診断時におけるがん相談支援センターの活用事例の共有
- 上記について普及啓発するための方策に関する検討

第３回（2021年11月５日）
□　治療期の課題（緩和ケアの提供体制について）
- 患者の苦痛を医療従事者が十分に把握できていないのではないか
  - 患者の苦痛の把握
  - 特に、主治医や担当看護師が担うべき痛みや苦痛への対応
- 治療を担う医療機関ごとに、緩和ケアの質を向上させる取組を検討するべきではないか
  - 拠点病院以外の病院（都道府県指定のがん診療病院等）の取組の実態について
  - 拠点病院の取組の実態を把握するための実地調査について

第４回（2022年１月14日）　および　第５回（2022年４月13日）
□　治療期の課題（専門的な緩和ケアについて）
- 緩和ケアチームの技術、提供するケアの質を向上させ、均てん化を図るべきではないか。
- 主治医等の対応と、麻酔科医・放射線治療医との連携について。
- 緩和ケア外来、外来医療における緩和ケアをさらに充実させるべきではないか。

「がんの緩和ケアに係る部会」における今後の議題（案）

- 終末期の課題（後方連携病院等での苦痛の緩和について）
  - 終末期を管理する後方連携病院等における緩和ケアを充実させる必要があるのではないか。
    - 終末期の主たる担い手である後方連携病院における緩和ケアの実態と、遺族調査の結果について
    - 拠点病院の後方連携病院等における、実行可能性を踏まえた緩和ケアの強化の検討（教育、実践）
  - 拠点病院から出た後のケアの質的な連続性を担保することが必要ではないか
    - 個々の患者の状況に応じた適切な緩和ケアの提供について
    - 拠点病院との連携

- 終末期の課題（在宅緩和ケアについて）
  - 在宅緩和ケアの質の担保を図るべきではないか
  - 在宅医療における緩和ケアの提供体制に充実を図るべきではないか
  - がん以外の看取りは地域包括ケアの枠組みで行われている一方、がんの終末期・看取りは二次医療圏単位で行われている現状について
  - がんの患者の介護保険の利用と、ケアマネジャーに対する教育について
  - 介護施設における緩和ケアについて

- 終末期の課題（緩和ケア病棟、その他）
  - 緩和ケア病棟における専門的緩和ケアの質を向上、担保するべきではないか
  - 地域における緩和ケアの質を向上させるための緩和ケア病棟の役割を明確化するべきではないか
  - COVID-19流行下においても緩和ケア病棟におけるケアの質を確保できるようにするべきではないか
  - 標準治療がなくなった患者に対する精神的苦痛やスピリチュアルペインの緩和についてどのような取組が実施できるか
  - 遺族に対する緩和ケア（グリーフケア）の取組も実施すべきではないか

※今後の議題については現時点で想定する議題であり、今後変更する可能性がある

「がんの緩和ケアに係る部会」における今後の議題（案）

- 共通の課題（緩和ケアの施策について）
  - 医療用麻薬が十分に活用されていないのではないか
    - 医療用麻薬の国内外の使用実態
    - 療養場所（拠点病院、後方病院、介護施設、在宅、緩和ケア病棟等）毎の医療麻薬の使用実態
  - がんとがん以外の施策が分かれており、同様の苦痛に対して同様の対応ができていないのではないか
  - 特に、小児やAYA世代を中心にライフステージに応じた緩和ケアの実態把握や対策の充実が必要ではないか

- 共通の課題（緩和ケアの提供について）
  - 緩和ケアにおいて、治療に関わる担当医、担当看護師以外の職種が関わる仕組みを構築するべきではないか。さらに、家族や知人、患者団体、聖職者など非医療従事者が関わる仕組みを構築するべきではないか
  - 各取組の実効性を高めるための方策（インセンティブを含める）について検討するべきではないか
  - がん相談支援センターの充実を図るべきではないか（活用を推進する体制の構築、リソースの確保）

※今後の議題については現時点で想定する議題であり、今後変更する可能性がある

「がんの緩和ケアに係る部会」における検討の結果

第２回：診断時の緩和ケアの課題

「診断時からの緩和ケア」に求められる対応について

- 「診断時からの緩和ケア」について、明確化された定義や本部会で検討された内容を関係者が理解できるような形で周知する。
- 治療の各段階において、身体的苦痛、精神的苦痛、および社会的苦痛の緩和のため、誰が如何なる役割を果たすことが求められるか、具体的に検討する。
- 特に、診断時からの緩和ケアでは、身体的苦痛等への対応のみならず、海外で「がんへの適応（coping with cancer）」として心理社会的支援として扱われる対応等が含められていることを強調し、理解の促進を図る。

告知時における対応について、緩和ケアの観点から十分な質が確保できていないのではないか

- 告知時の面接において、望ましい体制や内容について明らかにし、当該内容を踏まえ、使用する資材についての情報提供を行う。
- 告知時の面接において伝えるべき内容として、
  - 告知後の精神心理的なケアの必要性や、緩和ケアチームにおいて精神心理的なケアが可能であること
  - 現時点で病状について何が分かっており、何が分かっていないのか、また治療方針や治療成績など患者教育に資すること

  を含める。

「がんの緩和ケアに係る部会」における検討の結果

第２回：診断時の緩和ケアの課題

検査の場、診断が決定するまでの間における疼痛緩和、不安の軽減に対する対応が不十分ではないか

- 患者体験調査などで、がん診断時の緩和ケアにかかる実態把握を実施する。
- 関係機関や学会等とも連携し、がんの診断や検査を担う検診医療機関やかかりつけ医等に対して、 広く「診断時からの緩和ケア」における役割があることを具体的に示し、検査や診断時から十分な緩和ケアが提供されるよう普及啓発を行う。

初診時からがん相談支援センターをさらに活用できるようにするべきではないか。

- 全てのがん患者に対して、がん相談支援センターの周知が行われるようにシステム化を図るため、告知を行う場面や、Patient Flow Management（PFM）に組み込むべきである。
- 今後、がん相談支援センターの認知度や、がんの診断後の離職率等を、引き続き調査を行い、継続的に評価する。

これらの議論を踏まえ、医療従事者への周知のための資料として「診断時の緩和ケア」（別紙１）、および
告知の場面で説明すべき内容を踏まえた「説明文書」（別紙２）を作成し、
第３回の部会において承認を得た。

「がんの緩和ケアに係る部会」における検討の結果

第３回：治療期の課題　緩和ケアの提供体制について

患者の苦痛の把握、特に主治医や担当看護師が担うべき痛みや苦痛への対応

- PFM (Patient Flow Management) に苦痛の把握のための項目を組み込む、またPRO (Patient Reported Outcome)の利用、がん患者指導管理の積極的な活用など、全ての患者に対して組織的に苦痛の把握と対応がなされるよう、各病院で仕組みを検討することを求める。
- 医療従事者による評価が、過小評価となりがちであることを踏まえ、各病院には、苦痛が十分に把握されているかについて、患者からフィードバックしてもらい、それを踏まえて対応を改善していくよう求める。
- 苦痛の把握や患者からのフィードバックが、どのようになされているか等の実態について把握しつつ、適切にフィードバックを受けられる方法について厚生労働科学研究等により研究を行う。

がん診療連携拠点病院以外の取り組みの実態について

- 拠点病院以外において緩和ケアを推進するための検討を行うために、拠点病院以外における緩和ケアの提供体制等について、厚生労働科学研究等により実態把握を行う。

がん診療連携拠点病院の取組の実態を把握するための実地調査について

- より実効性のある実地調査の方法について厚生労働科学研究等により研究を実施する。この際、病院や都道府県の負担、ピアレビューとの棲み分け、チェックリストの見直し、評価者の選定方法、感染症流行時においても実施できる方法等についても考慮する。
- これを踏まえて改めて部会で検討を行う。

749

「がんの緩和ケアに係る部会」における検討の結果

第４回および第５回　治療期の課題：専門的な緩和ケアについて

緩和ケアチームの技術、提供するケアの質を向上させ、均てん化を図るべきではないか。

＜緩和ケアチームの技術、提供するケアの質について＞

- 緩和ケアチームの技術や提供するケアの質の評価、チームの構成との関係等について、厚生労働科学研究等で研究を行う。

がん診療連携拠点病院の指定要件に対する提案

＜緩和ケアチームの医師の要件について＞

- 身体症状の緩和に携わる医師として、将来的には専門資格を有する者が必ず含まれるようにすべきである。

  ※現時点では専門資格を有する医師の数が十分ではないことから、５年程度の経過措置が必要。
- 精神症状の緩和に携わる医師については、精神心理的な苦痛の緩和に関する専門資格を有する者であることが望ましい。

＜緩和ケアチームの医師以外の診療従事者の要件について＞

- 緩和ケアチームに薬剤師及び相談支援に携わる者について、それぞれ１人以上配置していること。

＜院内の医療従事者と、緩和ケアチームとの連携について＞

- 緩和ケアチームは、病棟ラウンドやカンファレンス等で情報の提供を受け、依頼を受けていないがん患者も含めて苦痛の把握に努めるとともに、必要に応じて、主体的に助言や指導等を行っていること。

「がんの緩和ケアに係る部会」における検討の結果

第４回および第５回　治療期の課題：専門的な緩和ケアについて

主治医等の対応と、麻酔科医・放射線治療医との連携について

- 神経ブロックや緩和的放射線治療について、本部会で検討された内容を関係者が理解できるような形で周知を行う。
- 緩和ケア研修会における神経ブロックや緩和的放射線治療の扱いについて、充実させるべきである。
- 難治性疼痛に対する神経ブロックについて、自施設で実施している場合にはその実施者が誰か、外部の医療機関と連携して実施する場合には、その連携先がどこであるかを、現況報告書で報告を求める。

がん診療連携拠点病院の指定要件に対する提案

＜麻酔科医との連携について＞

- 難治性疼痛に対する神経ブロック等について、自施設における連携等の対応方針を定めていること。また、自施設で実施が困難なために、外部の医療機関と連携して実施する場合には、その詳細な連携体制を確認しておくこと。また、ホームページ等で、神経ブロックの実施者や連携医療機関名等、その実施体制について分かりやすく公表していること。

＜放射線治療医との連携について＞

- 自施設の医療従事者に対し、緩和的放射線治療の院内での連携体制について周知していることに加え、患者の紹介等について、連携する医療機関に対して周知していること。また、ホームページ等で、自施設における緩和的放射線治療の実施体制等について分かりやすく公表していること。

第４回の部会での議論を踏まえ、緩和的放射線治療や神経ブロックの活用について医療従事者へ周知するための資料として、「痛みへの対応について」（別紙３）を作成し、第５回の部会において承認を得た。

「がんの緩和ケアに係る部会」における検討の結果

第４回および第５回　治療期の課題：専門的な緩和ケアについて

緩和ケア外来、外来における緩和ケアをさらに充実させるべきではないか。

がん診療連携拠点病院の指定要件に対する提案

- 自施設の患者に限らず、他施設でがん診療を受けている、または受けていた患者についても、緩和ケア外来で受入を行うこと。
  また、神経ブロックや緩和的放射線治療等の専門的な疼痛治療が必要な患者の受入を含め、緩和ケア外来への患者紹介について、地域の医療機関に対して広報等を行っていること。

その他：地域における緩和ケアの提供体制について

がん診療連携拠点病院の指定要件に対する提案

＜地域がん診療連携拠点病院の要件＞
- がん診療連携拠点病院等は、地域において緩和ケアを効果的に提供するための体制について、地域の医療機関や在宅診療所等と検討する場を設置していること。また、緩和ケアチームが地域の医療機関や在宅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。

＜都道府県がん診療連携拠点病院の要件＞
- 緩和ケアセンターは、都道府県と協力する等により、県内の各がん診療連携拠点病院等が、緩和ケア提供体制の質的な向上や、地域単位の緩和ケアに関する取り組みについて検討できるように、支援を行っていること。

別紙１

がん診療に携わる全ての医療従事者の方にご理解いただきたい内容です

厚生労働省の関係検討会等で「がんと診断された時からの緩和ケア」を、
より医療現場で実践していただくための方策を検討し、この資料を作成しました。

診断時の緩和ケア

「がん対策基本法」に基づき、日本では、がんの診断時から全ての患者さん・ご家族に対して、緩和ケアの提供を推進しています。

特にがんと診断を受ける「診断期」は、患者さんと家族にとって、今後の治療・生活に備える大事な時期です。医療従事者は、治療と生活の両面を支えるために、痛みやつらさといった身体的問題を和らげることに加え、精神心理的な問題、社会・経済的な問題についても確認し、積極的に情報を提供することを通して、患者さん・ご家族が課題を整理し、今後に備えられるよう支援することが重要です。

診断時の緩和ケアを実践するポイント

診断に関わる**全ての医療従事者**が、
がん等の診断を受ける**全ての患者さん・ご家族**に対して、
以下の点を実践します。

●患者さん・ご家族にとって、がんの罹患という初めての経験であるという前提にたち、不安など精神心理的な負担に配慮をする

▶病状を分かりやすく伝える
▶治療を受ける上での不安・心配なことについて医療従事者から尋ねる
▶痛みや懸念などを医療従事者に伝えてほしいと伝える

●患者さん・ご家族が今後の生活の見通しを立てられるように支援する

▶治療のオリエンテーションを行うなど、治療や生活のイメージがつけられるよう工夫する
▶社会的な関係（仕事や地域の交流など）を断たないよう伝える

●患者さん・ご家族が孤立しないよう、利用できる支援体制について積極的な情報提供を行う

▶相談窓口や相談支援センター、がんサロン、セカンドオピニオン制度などを説明する
▶医療従事者がメモ・メッセージ等を患者さん・ご家族に渡し、繰り返し確認できるようにする

●今後の治療に備え専門的な対応を要する課題がないかを確認し、支援に確実につなげる

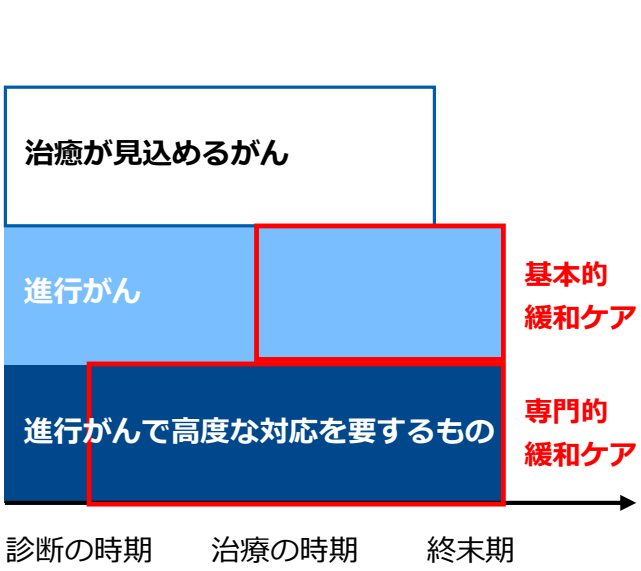
▶相談窓口や相談支援センターの場所や利用方法を説明したメモ・パンフレットを渡す

次のページもご覧下さい

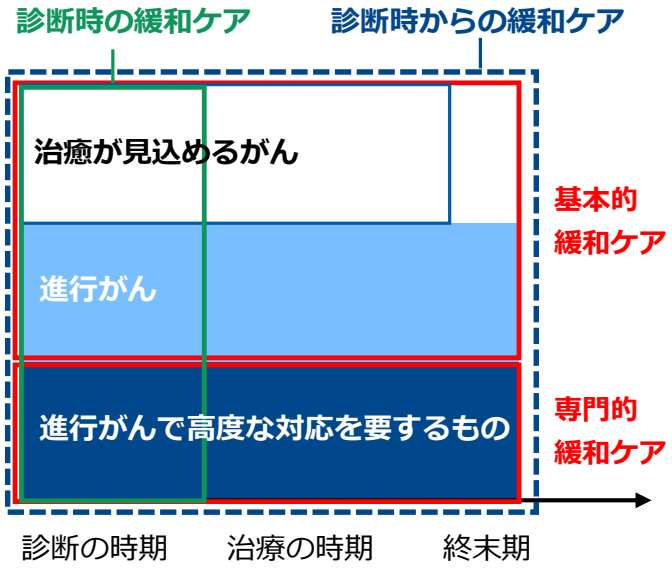
「診断時からの緩和ケア」の定義と時期

診断時からの緩和ケア

「がん対策基本法」、「がん対策推進基本計画」で規定されています。
がんと診断された時から全ての医療従事者が緩和ケアを提供し、全ての患者の身体的・精神的・社会的苦痛の緩和、QOL（Quality Of Life＝生活の質）の向上等を目指すものです。



現場の医療従事者がもつ「緩和ケア」のイメージ



診断時からの緩和ケア

※**基本的緩和ケア**：担当医や担当看護師など全ての医療従事者が習得し提供するケア
専門的緩和ケア：基本的緩和ケアでは対応が難しい場合に、専門的な知識や技術を持って提供するケア
緩和ケア医や緩和ケアチーム、麻酔科医、放射線治療医、精神腫瘍医などが提供する

（参考）早期からの緩和ケア

海外の考え方で、進行したがん患者に対して（従来より早く）専門家による緩和ケアを提供して、QOLの向上をめざすものです。

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

別紙２

病状、治療方針とあわせて、医療チームからお伝えしたいこと

これから、この病気と向き合っていかれるために、私たち医療スタッフは、あなたとご家族の力になりたいと考えています。

・ **診断された時からあなたを支える仕組みがあります。**このことは法律に「診断時からの緩和ケア」として明記されています。

□ 痛みがあるなど体調が優れないときは担当医・看護師・薬剤師など、医療スタッフにお伝えください。痛みやだるさなどにしっかりと対応し、生活のペースを守ることは、治療を無理なく進める上で大事なことです。困っていることや気になることは、遠慮なくお話しください。

□ がんの治療は時間をかけて行います。治療を続ける上で、仕事や家庭、普段の生活にも心を配ることが大切です。体調のことだけでなく、心配なこと、不安なことがあれば、何でもお声がけください。医療スタッフと相談をする場を設けることもできます。

・ **各病院の相談窓口**、がん診療連携拠点病院などに設置される相談支援センターで「**治療や生活に関連した相談や情報提供**」をしています。

□ 仕事を続けながら治療を受けるためのさまざまな支援制度があります。

□ 同じ経験をもつ患者さんの話を聞くことで、気持ちが軽くなります。また、治療や生活の負担を減らす工夫を知ることもできます。

□ **治療の方針に迷いや不安がある時には、セカンドオピニオン制度**＊を利用できます。
＊担当医以外の医師（他の病院も含め）に意見を求めることができる制度

※あなたが日々よりよく暮らせるために、病気に伴う痛みやつらさをやわらげることを「緩和ケア」と言います。日本では法律に基づき、診断の時から治療とあわせて緩和ケアを進めています。（がん診療連携拠点病院等の場合、以下続く）当院は、国が定めた基準に準拠した支援体制を整備しています。

上記内容を患者さん・ご家族に説明しました。

年　月　日

医師＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　看護師＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（参考）

説明文書「病状、治療方針とあわせて、医療チームからお伝えしたいこと」について

「がん対策基本法」に基づき、日本では、がんの診断時からすべての患者とその家族に対して、緩和ケアの提供を推進しています。

特にがんと診断された時点は、患者と家族にとって今後の治療・生活に備える上で重要な時期です。医療従事者は、治療と生活の両面を支えるために、痛みやつらさといった身体的問題を和らげることに加え、精神心理的な問題、社会・経済的な問題についても確認し、積極的に情報を提供することを通して、患者とその家族が課題を整理し、今後に備えられるよう支援することが重要です。

この説明文書は、厚生労働省において「がんの緩和ケアに係る部会」で議論し、がんと診断された患者とその家族に対し、疾患やそれに対する治療方針の説明と、がんの診断時に説明すべき内容を網羅的に説明するための文書として作成しました。

「診断時からの緩和ケア」として、がんの診断時から患者とその家族を支える仕組みがあること、相談窓口や相談支援センターなどで相談や情報提供が行われていること、ピアサポートやセカンドオピニオン等の制度があること等を説明しています。

臨床の現場では、より患者と家族が理解できるように、この文書を有効に活用してください。

別紙３

がん診療に携わる全ての医療従事者の方へ

厚生労働省の関係検討会等で「がんと診断された時からの緩和ケア」を、
より医療現場で実践していただくための方策を検討し、この資料を作成しました。

痛みへの対応について

遺族調査の結果、療養生活の最終段階において約４割のがん患者さんが痛みを感じて過ごし、最期の段階では2割前後の方が、「ひどい痛み」を感じていることが分かりました。

がんの痛みを和らげることは、患者さんとご家族にとって、治療の負担を減らし、生活を守る上で重要な取り組みです。医療従事者は、痛みに対してオピオイド等の鎮痛薬を処方するだけではなく、病態や今後の見通しを検討し、緩和的放射線治療や神経ブロック等の専門的な治療も積極的に活用することが重要です。

痛みなどへの対応は『連携』がポイント

痛みを軽減するには、オピオイド等の処方だけでなく、
緩和的放射線治療や神経ブロック等の専門的な治療の活用
が求められています。

●痛みを軽減し、患者さんの療養生活の質を維持・向上させるために、神経ブロック等を活用する

▶積極的に活用するために麻酔科医・ペインクリニック医との連携を強化する

▶自施設だけでなく地域・近隣の専門家とも連携を強化する

●痛みの緩和やがんに関連した症状を軽減し、患者さんの療養生活の質を維持・向上させるために緩和的放射線治療を活用する

▶がんの治療中に積極的に活用するために医療機関内外での連携を強化する

▶骨転移や麻痺の診断・治療に関する情報共有の仕組みを整える

●放射線治療や神経ブロック等は、薬物治療のステップに関わらず考慮することとされている

▶詳細は２ページに紹介

●患者さん・ご家族に積極的な情報提供を行う

●医師等への理解を促し、認知度を向上させる

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

次のページもご覧下さい

痛みなどへの対応

放射線治療や神経ブロック等は、薬物治療のSTEPに関わらず考慮することとされている。

評価
- 以前からの痛みかを確認する
- 持続痛か突出痛かを区別する
- 神経障害性疼痛かを評価する

治療

痛みの種類に関わらず考えること
- 放射線治療・骨転移に対するビスホスホネート製剤・神経ブロック・装具

疼痛の種類に応じた、STEPごとの薬物治療

STEPに関わらず考えること
- 放射線治療・神経ブロック

治療目標

痛みの種類ごとに、効果判定を行う

治療目標未達成 → **※コンサルテーション**

※ここでのコンサルテーションは、症状緩和等に関する専門家（緩和ケアチームや緩和ケアを専門とする医師、ペインクリニシャン、放射線治療医、がん治療医、精神科・心療内科医など）に相談することを指す

がん緩和ケアガイドブック（監修日本医師会, 平成28年度厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」）を基に作成、一部改変

■緩和的放射線治療

①がん特有の痛みを緩和、②がんが引き起こす様々な症状を軽減し、患者のＱＯＬを維持・改善する。

適応
- 骨転移（有痛性骨転移、脊髄圧迫、病的骨折の予防）
- 骨転移以外の疼痛を有する再発・転移病巣
- 脳転移・腫瘍出血・腫瘍による気道・血管狭窄の狭窄や、食物通過障害など

治療
- 線量分割：8Gy/単回照射、20Gy/5回照射、30Gy/10回照射 →いずれの方法でも疼痛緩和効果は同等
- 転移性脊髄圧迫の場合、麻痺症状出現後48時間以内や、できれば歩けなくなる前の照射開始が望ましい

効果

有痛性骨転移に対する緩和的放射線治療成績
- 疼痛緩和効果は60～90%程度、QOLの改善　・緩和的放射線治療4～8週後ほどで、疼痛緩和が最大となる

転移性脊髄圧迫に対する成績（歩行）　：照射前歩行可→ 80%、照射前不全麻痺→ 40%、照射前完全麻痺→ 7%

出典：日本放射線腫瘍学会HP

■神経ブロック

〇神経を一時的・恒久的に麻痺させることで、痛みの緩和、オピオイド等の使用減少で副作用を軽減

適応

肝臓、胆嚢、膵臓等の上腹部内臓悪性腫瘍による上腹部痛または背部痛
ほか、悪性腫瘍に伴う疼痛で神経ブロックが実施可能なもの

治療

代表的なものとして、膵がんに対する腹腔神経叢（内臓神経）ブロック
ほか、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック、脊髄くも膜下フェノールブロック、持続くも膜下ブロックなど

効果

痛みを緩和し、オピオイドの使用量を減少させることができる
QOL、ADLの改善

出典：日本ペインクリニック学会
・インターベンショナル痛み治療ガイドライン
・がん性痛に対するインターベンショナル治療ガイドライン
・ペインクリニック治療指針改定第6版

別紙４

「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」の見直しに対する「がんの緩和ケアに係る部会」からの提案

第２回　診断時の課題：緩和ケアの提供体制について

- 初診時からのがん相談支援センターの活用推進について
- 全てのがん患者に対してがん相談支援センターの周知が行われるよう、告知を行う場面や、Patient Flow Management（PFM）に組み込む等、システム化が図られていること。

第３回　治療期の課題：緩和ケアの提供体制について

- 医療従事者によるがん患者の苦痛の把握について
- 全てのがん患者に対して苦痛の把握と適切な対応がなされるよう、自施設における仕組みを検討・改善する場を設置し、その詳細が定められていること。また、自施設において苦痛が十分に把握されているかについて、患者からＰＲＯ（患者報告アウトカム）を用いる等によりフィードバックを受け、それを踏まえて自施設において組織的な改善策を講じる等、ＰＤＣＡサイクルを確保していること。

第５回　治療期の課題：専門的な緩和ケアについて

- 緩和ケアチームの技術、提供するケアの質を向上、均てん化について

＜緩和ケアチームの医師の要件＞

- 精神症状の緩和に携わる医師については、精神心理的な苦痛の緩和に関する専門資格を有する者であることが望ましい。

＜緩和ケアチームの医師以外の診療従事者の要件＞

- 緩和ケアチームに薬剤師及び相談支援に携わる者について、それぞれ１人以上配置していること。

＜院内の医療従事者と、緩和ケアチームとの連携について＞

- 緩和ケアチームは、病棟ラウンドやカンファレンス等で情報の提供を受け、依頼を受けていないがん患者も含めて苦痛の把握に努めるとともに、必要に応じて、主体的に助言や指導等を行っていること。

- 主治医の対応と、麻酔科医・放射線治療医との連携について

＜麻酔科医との連携＞

- 難治性疼痛に対する神経ブロック等について、自施設における連携等の対応方針を定めていること。また、自施設で実施が困難なために、外部の医療機関と連携して実施する場合には、その詳細な連携体制を確認しておくこと。また、ホームページ等で、神経ブロックの実施者や連携医療機関名等、その実施体制について分かりやすく公表していること。

＜放射線治療医との連携＞

- 自施設の医療従事者に対し、緩和的放射線治療の院内での連携体制について周知していることに加え、患者の紹介等について、連携する医療機関に対して周知していること。また、ホームページ等で、自施設における緩和的放射線治療の実施体制等について分かりやすく公表していること。

- 緩和ケア外来、外来医療における緩和ケアの充実について
- 自施設の患者に限らず、他施設でがん診療を受けている、または受けていた患者についても、緩和ケア外来で受入を行うこと。また、神経ブロックや緩和的放射線治療等の専門的な疼痛治療が必要な患者の受入を含め、緩和ケア外来への患者紹介について、地域の医療機関に対して広報等を行っていること。

その他：地域における緩和ケアの提供体制について

＜地域がん診療連携拠点病院の要件＞

- がん診療連携拠点病院等は、地域において緩和ケアを効果的に提供するための体制について、地域の医療機関や在宅診療所等と検討する場を設置していること。また、緩和ケアチームが地域の医療機関や在宅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。

＜都道府県がん診療連携拠点病院の要件＞

- 緩和ケアセンターは、都道府県と協力する等により、県内の各がん診療連携拠点病院等が、緩和ケア提供体制の質的な向上や、地域単位の緩和ケアに関する取り組みについて検討できるように、支援を行っていること。

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

第６回 がんとの共生のあり方に関する検討会	資料４
令和４年５月18日	

「がんとの共生のあり方に関する検討会」における拠点病院整備指針の見直しに対する対応方針について

厚生労働省 健康局がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

3. がんとの共生

緩和ケア

現状・課題

◆ 患者の苦痛に対して、迅速かつ適切なケアが十分提供されていない。
◆ 緩和ケア研修会の受講勧奨、受講の利便性の改善、内容の充実が求められている。

全国のがん患者の患者体験調査	（n=5234）
からだのつらさがあると答えた患者の割合	34.5%
気持ちのつらさがあると答えた患者の割合	28.3%



出典：平成27年患者体験調査

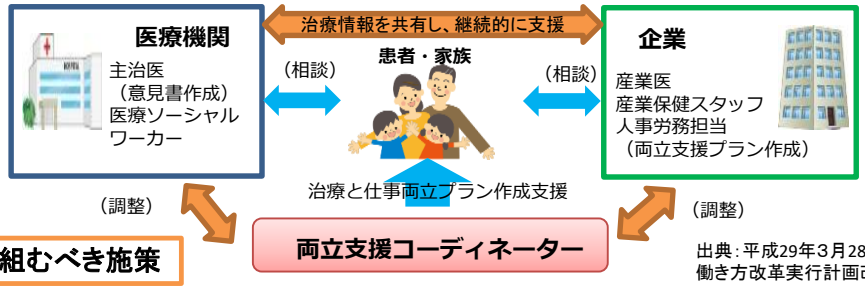
取り組むべき施策

◆ 苦痛のスクリーニングの診断時からの実施、緩和ケアの提供体制の充実
◆ 緩和ケア研修会の内容や実施方法の充実

がん患者の就労支援・社会課題への対策

現状・課題

◆ 離職防止や再就職等の就労支援に、充実した支援が求められている。
◆ アピアランスや生殖機能温存等の相談支援、情報提供する体制が構築されていない。



出典：平成29年３月28日
働き方改革実行計画改変

取り組むべき施策

◆ がん患者への「トライアングル型サポート体制」の構築
◆ アピアランス支援研修会の開催、生殖機能温存等に関する相談支援、情報提供のあり方の検討

相談支援・情報提供

現状・課題

◆ がん相談支援センターが十分に利用されていない。
◆ がんに関する情報が氾濫し、正しい情報取得が困難な場合がある。

取り組むべき施策

◆ 治療早期からのがん相談支援センターの利用促進、体制整備
◆ 科学的根拠に基づく情報提供、医業等のウェブサイト監視体制強化

社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

現状・課題

◆ 拠点病院等と地域の医療機関等との連携、在宅医療を提供する施設におけるがん医療の質の向上を図る必要がある。

取り組むべき施策

◆ 多職種連携の推進、地域の施設間の調整役を担う者の養成

ライフステージに応じたがん対策

現状・課題

◆ 小児・AYA世代において、多様なニーズが存在し、成人のがんとは異なる対策が必要とされている。
◆ 高齢者は、認知症を合併することが多いが、がん医療における意思決定等の基準は定められていない。

取り組むべき施策

◆ 小児・AYA世代のがん経験者の長期フォローアップ体制の整備
◆ 認知症等を合併したがん患者や、看取り期における高齢のがん患者の意思決定支援策の検討

「がんとの共生のあり方に関する検討会」における拠点病院整備指針の見直しに対する対応方針についての議題

○　本検討会において、これまで議論された意見から、拠点病院整備指針の見直しに関する内容を整理し、「がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」に提案してはどうか。

・第１回「多様なニーズを踏まえた相談支援及び情報提供の質の向上策」

・第２回「緩和ケア提供体制について」

・第３回「がん患者・経験者の仕事と治療の両立支援の更なる推進について」

「アピアランスケアによる生活の質向上に向けた取組について」

・第４回「自殺の実態調査と専門的ケアにつなぐ体制について」

・第５回「小児・AYA世代にあるがん患者とその家族への支援体制の整備について」

「高齢がん患者の支援について」

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

【第１回の議題】
・多様なニーズを踏まえた相談支援及び情報提供の質の向上策
①がん専門相談員の育成と相談支援の質の向上に向けた取組
②地域における相談支援

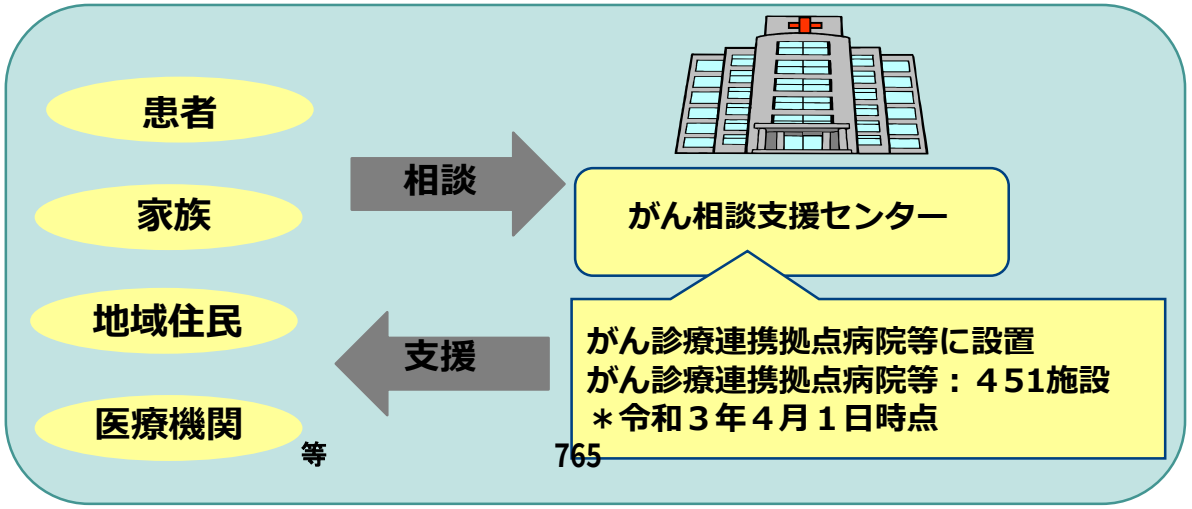
ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

がん相談支援センター（がん診療連携拠点病院等）

○　全国のがん診療連携拠点病院等に設置されているがんの相談窓口。
○　院内及び地域の医療従事者の協力を得て、院内外のがん患者や家族、地域の住民及び医療機関等からの相談に対応する。
国立がん研究センターがん対策情報センターによる「相談支援センター相談員研修・基礎研修」(1)～(3) を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者をそれぞれ1人ずつ配置している。
（地域がん診療病院については、１名は(1) (2) を、もう１名は(1)～(3) を修了している者を配置している。）

<がん相談支援センターの主な業務>

○　がんの病態や標準的治療法等、がん治療に関する一般的な情報の提供
○　セカンドオピニオンの提示が可能な医師や医療機関の紹介
○　がん患者の療養生活に関する相談
○　就労に関する相談（産業保健総合支援センターや職業安定所等との効果的な連携による提供が望ましい。）
○　医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援
○　AYA世代にあるがん患者に対する治療療養や就学、就労支援、生殖医療等に関する相談

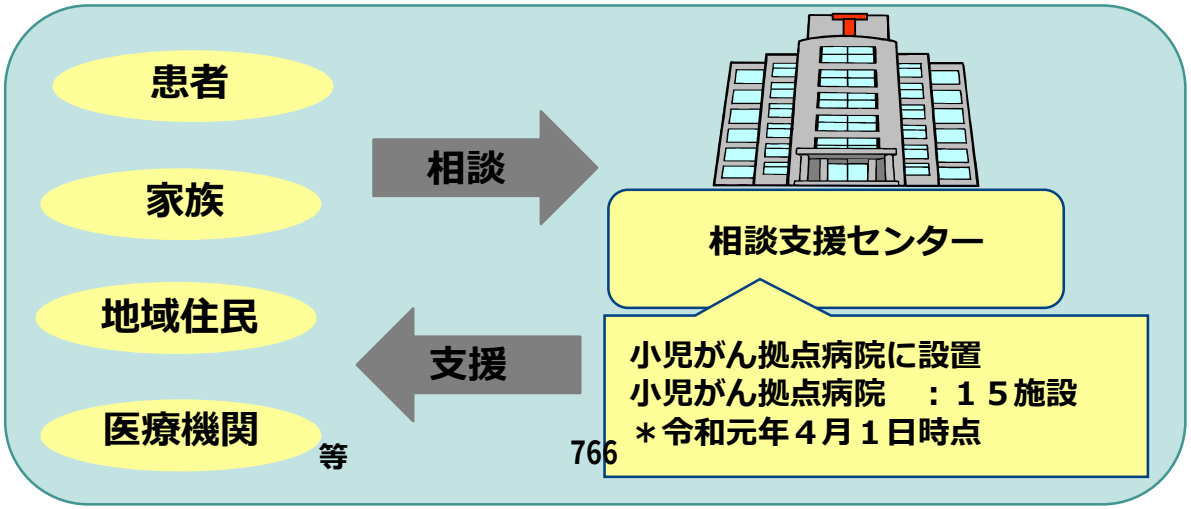


相談支援センター（小児がん拠点病院）

○ 全ての小児がん拠点病院に設置されている小児がんの相談窓口。
○ 院内及び地域の医療従事者の協力を得て、院内外の小児がん患者・AYA世代にある患者及びその家族並びに地域の住民及び医療機関等からの相談に対応する。
○ 国立がん研究センターがん対策情報センターによる「相談支援センター相談員研修・基礎研修」(1) を受講の後、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、小児がん患者及びその家族等の抱える問題に対応できる専任の相談支援に携わる者を１名以上配置している。

＜相談支援センターの主な業務＞

○ 小児がんの病態、標準的治療法等、小児がん治療に関する一般的な情報の提供
○ 小児がん患者の発育及び療養上の相談及び支援
○ 小児がん患者の教育上の相談及び支援
○ 医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援
○ AYA世代にあるがん患者に対する治療や就学、就労支援、生殖医療等に関する相談及び支援（自施設での対応が困難な場合は、がん診療連携拠点病院等の相談支援センター等と連携を図り、適切に対応する）



がん総合相談に携わる者に対する研修事業

1．これまでの取組と現状

※ピアサポート：がん患者・経験者やその家族がピア（仲間）として体験を共有し、共に考えることで、患者や家族などを支援すること。

平成23～25年度に「がん総合相談に携わる者に対する研修プログラム策定事業」を実施し、ピアサポーターの育成や患者サロン運営のための研修プログラムとテキストを作成。令和元年度から、都道府県からのピアサポーターの養成研修や活用方法等に関する相談対応を実施。

（ピアサポーター研修）



研修テキスト


模擬相談DVD


研修の手引き

（がんサロン研修）







2．ピアサポートに関する指摘

「がん対策に関する行政評価・監視結果に基づく勧告」（平成28年9月・総務省）

ピアサポート自体は、基本的にがん患者及びその家族の自主性や主体性を尊重すべきものであるが、それを重んじる余り、ピアサポート活動の普及が阻害されている側面もあるものと考えられる。

厚生労働省は、がん患者及びその家族に対する相談支援等を推進する観点から、患者団体や関係学会の意見を踏まえつつ、ピアサポート研修の開催指針の策定や研修プログラムの改訂を検討するなどにより、ピアサポートを更に普及させるための措置を講ずること。

「がん診療提供体制のあり方に関する検討会における議論の整理」（平成28年10月）

患者活動を更に推進するために、ピアポートに関する研修を実施する等、がん患者・経験者との協働を進め、ピアサポートや患者サロン等の取組を更に充実するよう努める必要がある。

3．事業概要

患者団体及び関係学会と連携し、研修プログラムを改訂するとともに、がん患者・経験者、がん診療連携拠点病院の医療従事者、都道府県担当者に対して、ピアサポートや患者サロンに関する研修を実施する。

（参考）
がん総合相談に携わる者に対する研修事業ＨＰ：http://www.peer-spt.org/
研修会案内ＨＰ：http://www.peer-spt.org/annai/



767

（一般社団法人 日本サイコオンコロジー学会へ委託）

多様なニーズを踏まえた相談支援及び情報提供の質の向上策

本検討会で議論された主なご意見

①がん専門相談員の育成と相談支援の質の向上に向けた取組

・相談内容は多様化し、がん相談員には、個別のニーズに対応するための面談技術や新しい情報・知識の習得等が求められており、継続的な研修体制が必要である。
・AYA世代など働く世代は日中仕事をしており、相談が難しい場合もある。相談できるツールや相談員の体制も検討が必要である。
・ゲノム等専門的な対応が必要な場合は、専門病院や機関につなぐことが必要である。
・遠隔医療に対応できる体制は、非常に重要かと思う。

②地域における相談支援

・ピアサポーターの養成やサロン運営のための研修プログラムとテキストが作成されたが、都道府県の取り組みに十分活用されておらず、研修内容のばらつきがあることやフォローアップ体制、活動の場の整備が十分ではない。クオリティーの担保やピアサポーター自身を守るということでも、研修を受けていることが重要ではないか。

相談支援及び情報提供

がん対策推進協議会における、「がんとの共生」分野の中間評価の議論

- 患者への相談支援や情報提供について、患者のニーズや課題等を把握した上で更なる活用が求められている。
- ピアサポーターについては認知度が低く、ピアサポートを含む相談支援や情報提供体制の活用状況の改善が求められ、どのような対策が効果的であるか、引き続き検討が必要である。

項目番号	中間評価指標	用いた調査	数値	参考数値
3021	がん診断～治療開始前に病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合（3002再掲）	2018年度患者体験調査 (問12)	76.3%	67.4% （2014年度調査）
3022	家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合（3003再掲）	2018年度患者体験調査 （問30-2） 2019年度小児患者体験調査 （問40-2）	成人：　48.7% ［57.6%］（※） 小児：　39.7%	成人：　［37.1%］ （2014年度調査）
3023	がん相談支援センター/相談支援センターについて知っているがん患者・家族の割合	2018年度患者体験調査 (問31) 2019年度小児患者体験調査 （問41）	成人：　66.4% 小児：　66.4%	成人：　56.0% （2014年度調査）
3024	ピアサポーターについて知っているがん患者の割合	2018年度患者体験調査 (問32)	27.3%	なし

（※）前回調査と比較するために、実測値に比較補正係数をかけた値。
（注）項目番号3021-3024の患者体験調査の対象となる患者は19歳以上。
項目番号3022・3023の小児患者体験調査の対象となる患者は18歳以下。回答者はその家族等。

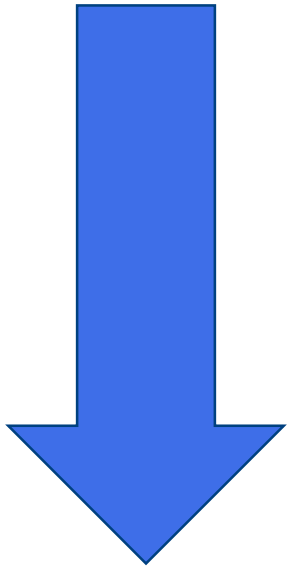
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

【第２回の議題】
・緩和ケア提供体制について
①拠点病院等と地域との連携
②苦痛のスクリーニング

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

がんと診断された時からの緩和ケアの推進

- ◆ 患者とその家族が、可能な限り質の高い治療・療養生活を送れるように、より迅速かつ適切な緩和ケアを提供し、診断時、治療中、在宅医療などさまざまな場面において切れ目なく 提供される体制の構築が必要。
- ◆ がん患者の状況に応じて、身体的な苦痛だけでなく、精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含めた全人的な緩和ケアの提供体制を整備することが必要。



がん診療に携わる医師に対する基本的緩和ケア研修

がん診療連携拠点病院における緩和ケアセンター、緩和ケアチーム、緩和ケア外来等の専門的緩和ケアの整備

在宅緩和ケア地域連携体制の構築

患者、医療従事者を含む国民への普及啓発

- ● すべてのがん診療に携わる医師が緩和ケアについての基本的な知識・技術を習得する。
- ● 緩和ケアチームや緩和ケア外来等、専門的緩和ケアを提供する体制を整備する。
- ● 患者・家族の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる体制を整備する。

がん等における新たな緩和ケア研修等事業

事業の概要

- がん対策基本法第17条に、「がん患者の状況に応じて緩和ケアが診断の時から適切に提供されるようにすること」、「医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保すること」等のために必要な施策を講ずることと規定され、また、「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」等では、がん患者以外の患者にも緩和ケアが必要であるとの指摘があった。
- このようなことから、がんその他の特定の疾病において、適切に緩和ケアが提供されるように、**「e-learning」と「集合研修」の双方により構成された緩和ケア研修会を開催し、がん等の緩和ケアの底上げ・充実を図るとともに、がんの緩和ケアに関する普及啓発を行う。**

緩和ケア研修

- すべての医療従事者が身につけるべき基本的な緩和ケア研修の開催
- 緩和ケア研修会における受講者の管理
- 座学部分におけるe-learningを用いた研修会の運営支援





指導者の育成

集合研修において講師及び企画・運営を務めることができる能力を有する指導者の育成



普及啓発

緩和ケアに関する正しい知識やその必要性等に関する普及啓発

772



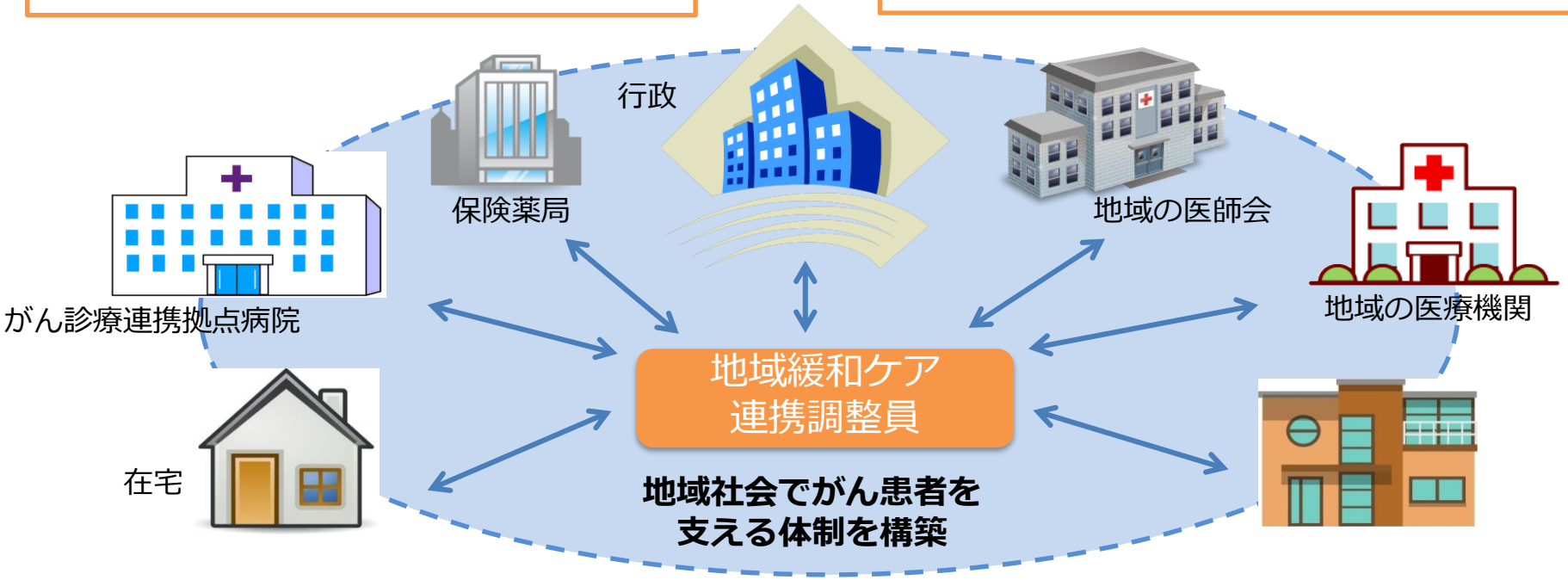


（特定非営利活動法人 日本緩和医療学会への委託費）

地域緩和ケア等ネットワーク構築事業

【課題】
地域で緩和ケアを提供するに当たって、地域の資源を連携させる地域拠点（コーディネーター）機能が十分ではない。

【対応】
拠点病院や診療所等の**関係施設間の連携・調整を行う「地域緩和ケア連携調整員」を育成**し、それぞれの地域リソースを最大限活用する。



地域緩和ケアの提供体制について（議論の整理）（緩和ケア推進検討会・平成27年8月）【抜粋】
○地域緩和ケアの提供体制の構築に向けて
拠点病院、緩和ケア棟診療所 、保険薬局、 訪問看護ステーション 等が協力して、それぞれの地域状況に応じた緩和ケア提供体制を構築する。
1. 拠点病院 の緩和ケアセンター 等が中心となり、 「地域緩和ケア連携調整員（仮称） 」 のような関係者間・施設を調整する人員の配置を伴う事務局機能を有する地域拠点を、地域の状況に応じて整備する。

苦痛のスクリーニング（施設全体としての取り組み）

地域がん診療連携拠点病院の指定要件（抜粋）
⑤緩和ケアの提供体制
i. がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来及び病棟にて行うこと。また、院内で一貫したスクリーニング手法を活用すること。
ii. 緩和ケアチームと連携し、スクリーニングされたがん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛を迅速かつ適切に緩和する体制を整備すること。

＜苦痛のスクリーニングに関する全国実態調査＞

【対象】 全がん診療連携拠点病院　422施設

【方法】 対象施設の緩和ケアチーム責任者に質問紙を郵送し回答　　【調査期間】 2015年８～９月

【結果】 回答率　89.8%（379/422）　　「総合的にはスクリーニングは有用」 68%

実施率：88%（外来・入院両方　67%、外来のみ ８%、入院のみ 13%）

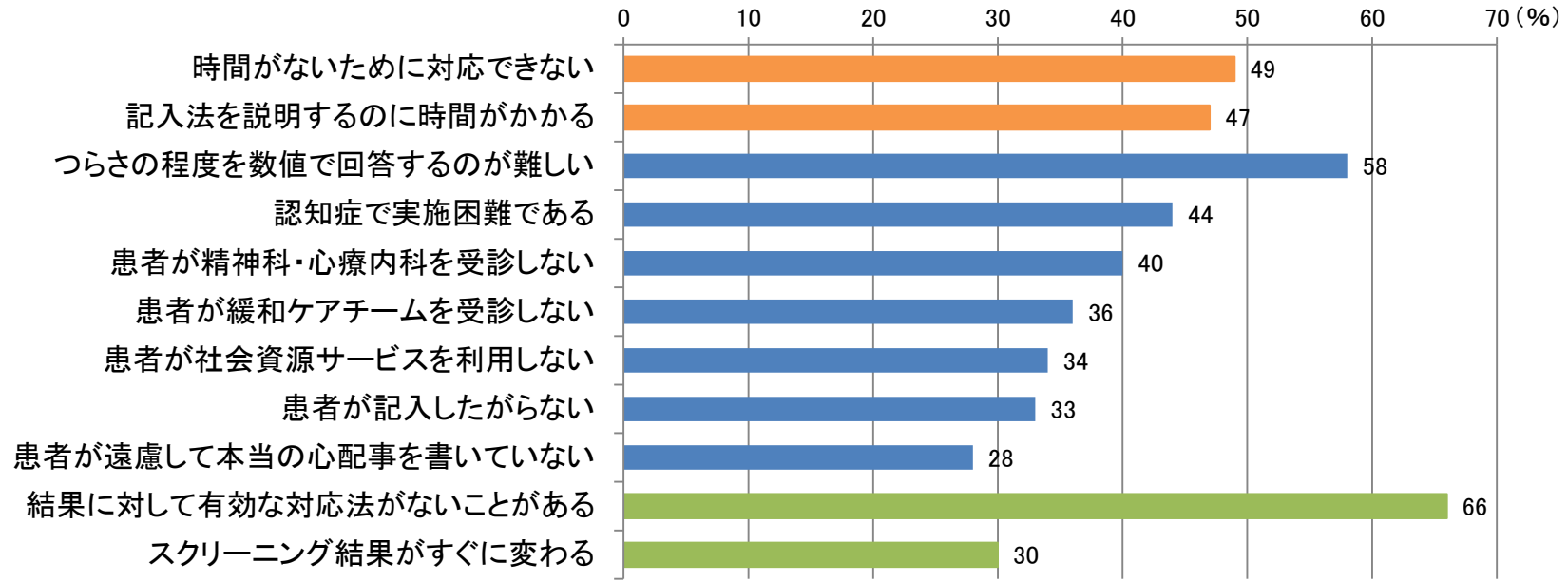
導入範囲：限られた部署（25%以下）：外来 43%・入院 30%、全ての部署（100%）：外来 10%・入院 26%

〇スクリーニングの結果、対処が必要な患者への対応について

- 対応できる部署に紹介できるルールとなっている　77%
- スクリーニングの結果や結果に基づく対応について、カルテなどに記載を残すルールとなっている　75%
- まず主治医・担当看護師が問題を評価し、その上で対応できる部署に紹介するルールとなっている　74%
- その後どうなったかをフォローアップするルールとなっている　40%
- コンピューター上でスクリーニング結果を管理し、統計学的に把握できる（集計できる）ようになっている　25%

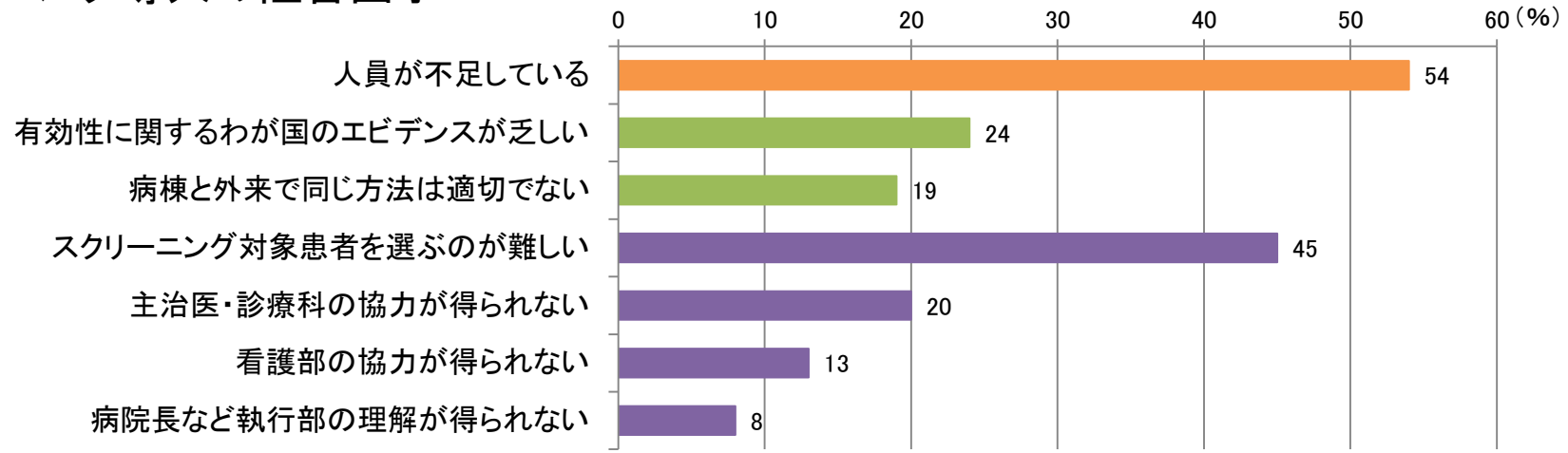
○苦痛のスクリーニング実施中に経験する困難

＊リカートスケール（1：まったくない、2：たまにある、3：時々ある、4：よくある、5：とてもよくある）のうち、3以上と回答した対象者の割合



○苦痛のスクリーニング導入の阻害因子

＊リカートスケール（1：そう思わない、2：少しそう思う、3：そう思う）のうち、3と回答した割合



厚労省ホームページ（がん対策情報　緩和ケア）緩和ケアスクリーニングに関する事例集より
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/gan/gan_kanwa.html

緩和ケアの提供体制について

本検討会で議論された主なご意見

①拠点病院等と地域との連携

・治療を継続しながら地域生活を送ったり、介護サービスを利用している患者もいる。医療介護連携において、地域で行われる会議等に参加し、体制整備について提案を行うなど、医療・介護のつながりの中で緩和ケアに関する方策を検討する必要がある。
・相談支援を行う担当者が地域ケア会議などに参加することで、相談機能を共有できる。がん相談支援センター等が地域にあゆみ寄れる活動を役割に盛り込んではどうか。

②苦痛のスクリーニング

・現場に負担感を増やさないスクリーニングが必要である。
・ニーズはその時々で変わってくるため、患者が医療従事者に意思を伝えられる活動も重要である。
・スクリーニングにより、患者さんの不安が紙面に表出されたのち、その結果を踏まえ、医療者が直接対面して対応するような取組が必要である。
・スクリーニングの中で、利用できるリソースについて紹介できる体制が必要ではないか。

社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

がん対策推進協議会における、「がんとの共生」分野の中間評価の議論

- 患者の望む場所で過ごすことができるような在宅を含めた地域における緩和ケア提供体制の検討、在宅緩和ケアの一層の周知が必要である。

項目番号	中間評価指標	用いた調査	数値	参考数値
3033	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	2018年度がん患者の療養生活の最終段階における実態把握事業	78.8%	なし
3034	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合	2018年度がん患者の療養生活の最終段階における実態把握事業	47.7%	なし

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

【第３回の議題】

- がん患者・経験者の仕事と治療の両立支援の更なる推進について

- アピアランスケアによる生活の質向上に向けた取組について

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

治療と仕事の両立支援の促進

○ 労働人口の３人に１人が、何らかの病気を抱えながら働いている。
○ 病気を理由に退職せざるを得ない方々や、仕事を続けていても職場の理解が乏しいなど、治療と仕事の両立が困難な場合も少なくない。
○ 事業場において、治療が必要な労働者が、業務によって疾病を増悪させることがないよう、適切な就業上の措置や治療に対する配慮が適切に行われるような支援が必要である。
○「働き方改革実行計画」では、① 企業における意識改革と受入れ体制の整備、② 主治医、企業・産業医、両立支援コーディネーターのトライアングル型のサポート体制の構築の２つを軸に、治療と仕事の両立を図ることとしている。
＊両立支援コーディネーター：労働者の依頼を受けて、労働者に寄り添いながら相談支援を実施し、労働者、主治医、企業・産業医の連携をサポートする者。
○ 具体的には、省内各局や各種関係機関と連携して以下の取組を推進している。

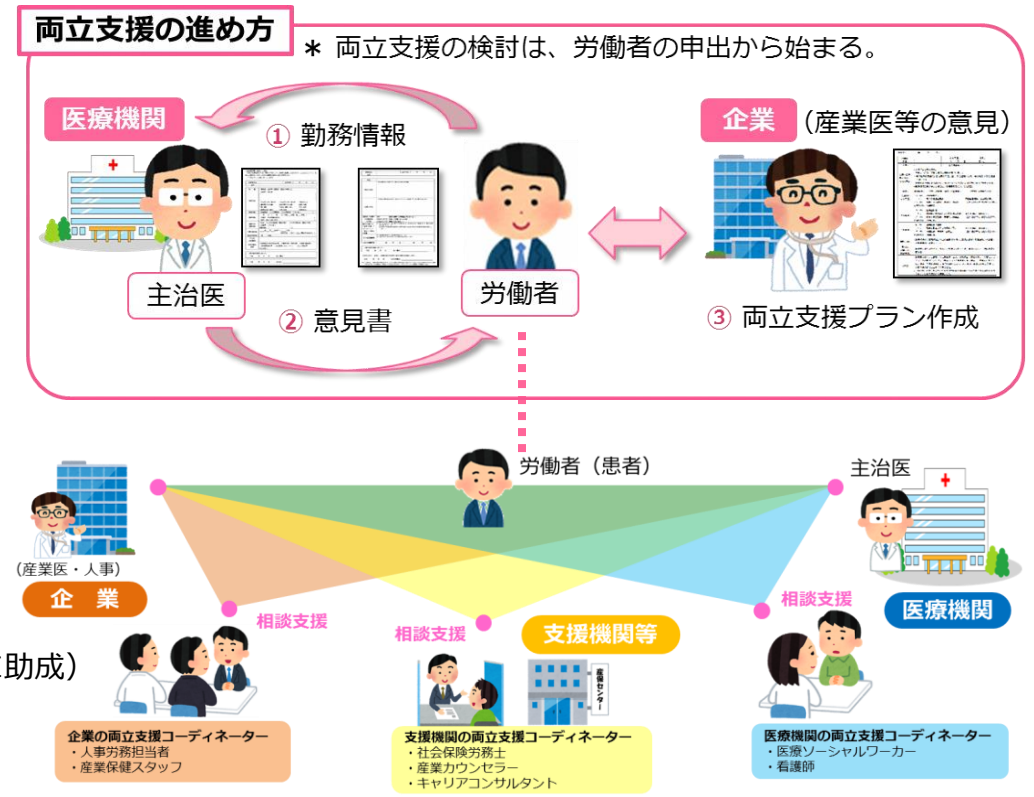
➢ **ガイドライン・マニュアルの作成・周知啓発**
- 「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」
  事業場において、反復・継続して治療が必要となる疾患に対して両立支援を行うための環境整備、個別の両立支援の進め方など、具体的な取組方法や留意事項等をまとめたガイドライン　※ 平成28年2月公表
- 「企業・医療機関連携マニュアル」
  企業と医療機関の連携を促進するため、疾患別に、治療方法や症状の特徴等、両立支援に当たっての留意事項等を示した、疾患別サポートマニュアル（がん、脳卒中、肝疾患、難病、心疾患、糖尿病）

➢ **地域両立支援推進チームの設置と運営**
各都道府県労働局を事務局として、自治体、医療機関、支援機関等との連携した取組を推進

➢ **広報活動**
シンポジウム・セミナーの開催、ポータルサイト「治療と仕事の両立支援ナビ」による情報発信等

➢ **労働者健康安全機構・都道府県産業保健総合センター等の支援**
- 両立支援コーディネーターの養成
- 治療と仕事の両立支援助成金（環境整備や両立支援を行った事業主に助成）
- 相談支援等

➢ **診療報酬の順次改定（療養・就労両立支援指導料）**
平成30年度新設 対象疾患：がん
令和２年度対象疾患追加：脳卒中・肝疾患・指定難病
令和４年度対象疾患追加：糖尿病・心疾患・若年性認知症



779

（資料出所）厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課作成資料

治療と仕事の両立支援の推進

働き方改革実行計画（平成29年3月28日決定）「７．病気の治療と仕事の両立」

（１）会社の意識改革と受入れ体制の整備

○経営トップ、管理職等の意識改革や両立を可能とする社内制度の整備を促す。
○会社向けの疾患別サポートマニュアルを新たに作成し、その普及を図る。
○企業トップ自らがリーダーシップを発揮し、働く人の心身の健康の保持増進を経営課題として明確に位置づける。

（２）トライアングル型支援などの推進

○病気の治療と仕事の両立を社会的にサポートする仕組みを整え、病を患った方々が、生きがいを感じながら働ける社会を目指す。
○主治医、会社・産業医と、患者に寄り添う両立支援コーディネーターのトライアングル型のサポート体制を構築する。

労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律（平成30年７月６日公布）

同法において、病気の治療と仕事の両立支援は、**労働者の多様な事情に応じた雇用の安定と職業生活等の目的を達成するために国が総合的に講じるべき施策**の一つとして、明確に位置付けられた（第4条第10項）。

労働施策総合推進法に基づき策定された労働施策基本方針（平成30年12月28日閣議決定）

がん、難病、脳血管疾患、肝炎等の疾病・負傷等の治療により、就業の継続等に支障がある労働者について、治療と仕事の両立を社会的にサポートする仕組みを整える。**企業における雇用環境改善の促進等の労働施策に加え、医療機関における支援体制の整備等の保健医療施策や福祉施策等との連携を含め、総合的かつ横断的な対策を実施する。**（「第２章　４ 育児・介護又は治療と仕事の両立支援」）

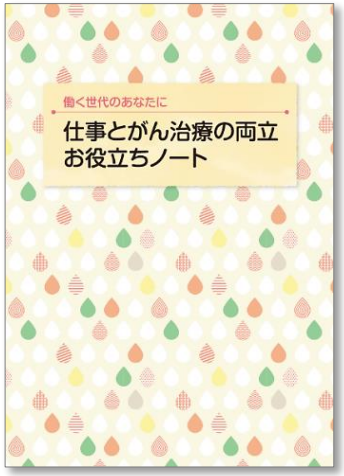
（資料出所）厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課作成資料

がん患者等の仕事と治療の両立支援モデル事業における取組

「仕事とがん治療の両立お役立ちノート」の活用

がん相談支援センターに、**両立支援コーディネーターの研修を受講した相談員**を専任で配置し、**治療と仕事両立プラン（お役立ちノート）**（※）を策定し、当該プランを活用した就労支援を行う。

<お役立ちノートの構成>
- **Scene1　現在の状況を整理してみましょう**
- **Scene2　治療開始にあたり取り組みたいこと**
- **Scene3　上司や同僚に伝える工夫**
- **Scene4　復職にむけて**
- **Scene5　働きながら治療を受けるとき**
- **Scene6　新たな働き方を模索するあなたに**
- **お役立ちページ（情報、相談先）**



（※）平成31年度厚生労働科学研究費補助金 がん対策推進総合研究事業
「がん患者の就労継続及び職場復帰に資する研究」班作成

平成30年度 実施機関（7か所）による取組の実績

就労支援件数（新規）：996件　　前年度実績：844件

- 広報、案内　：院内ポスターの掲示、書棚へ就労支援コーナー設置、離職予防パンフレットの作成・配布
- 院内体制整備　：院内運用フローの作成、就労支援スクリーニング、ガイドラインを参考にした意見書様式の策定、土曜の両立支援相談時間の開設
- 教育、啓発　：医療従事者向け研修会、患者教室、セミナーの開催

令和元年度 実施機関（17か所）

（※）前年度の実施機関

国立がん研究センター東病院（※）	千葉県
国立がん研究センター中央病院（※）	東京都
武蔵野赤十字病院	東京都
東京慈恵会医科大学附属病院	東京都
日本大学医学部附属板橋病院	東京都
北里大学病院（※）	神奈川県
横浜市立大学附属病院	神奈川県
福井県済生会病院（※）	福井県
長野市民病院（※）	長野県
岐阜大学医学部附属病院	岐阜県
名古屋第二赤十字病院	愛知県
大阪医科大学附属病院	大阪府
兵庫医科大学病院（※）	兵庫県
九州がんセンター	福岡県
戸畑共立病院	福岡県
産業医科大学病院 【脳卒中患者対象】	福岡県
佐賀県医療センター好生館	佐賀県

がん患者の就労に関する総合支援事業

趣　旨

○平成27年度の厚生労働省研究班による調査では、がんと診断され、退職した患者のうち、診断がなされてから最初の治療が開始されるまでに退職した者が４割を超えている。また、その退職理由としては、「職場に迷惑をかけると思った」「がんになったら気力・体力的に働けないだろうと予測したから」等といった、がん治療への漠然とした不安が上位に挙がっているため、がん患者が診断時から正しい情報提供や相談支援を受けることが重要となっている。

○平成25年度より、拠点病院等のがん相談支援センターに、就労に関する専門家（社労士等）を週１日で配置した。また、がん患者が安心して仕事の継続や復職に臨めるように、平成30年度～令和元年度に「がん患者等の仕事と治療の両立支援モデル事業」を実施し、一定の効果がみられた。

○このような状況を踏まえ、令和２年度より、就労に関する専門家の配置に追加して、主治医と会社の連携の橋渡し役となり、患者に寄り添って積極的な介入を行う両立支援コーディネーターを週４日で配置することにより、がん患者に対する切れ目のないフォローを実現するとともに、個々のがん患者ごとの治療、生活、勤務状況等を総合的にまとめた「治療と仕事両立プラン」の作成等の両立支援を実施している。

多様な相談ニーズ

就労（就業継続、復職等）

○早期のニーズ把握と介入による望まない離職の予防
○勤務時間の短縮等、治療や生活に応じた勤務形態の調整
○治療、仕事、生活への漠然とした不安の軽減
→患者の相談支援及び主治医や企業・産業医との調整の支援が必要

○事業者による不当解雇等の不利益に対する支援
○休職や社会保障に関する支援　等

※「がん患者等の仕事と治療の両立支援モデル事業」の効果の例
（平成30年度～令和元年度の２ヶ年で実施）

・医療従事者への啓発：コンサルテーションや介入依頼の増加
・お役立ちノート（両立プラン）の活用：職場との対話に「役立った」
・患者向けツール作成、セミナーの開催：就労への準備性の向上



がん診療連携拠点病院における支援体制

がん患者の就労に関する総合支援事業（平成25年度～）

（１）拠点病院等に就労の専門家（社労士等）を配置し、相談等に対応する。【平成25年度～】

（２）拠点病院等に両立支援コーディネーターの研修を受講した相談支援員を配置し、がん患者の診断時からニーズの把握と、継続的に適切な両立支援を行う。【令和２年度～】

※（１）もしくは（２）のいずれかの事業を実施する。



アピアランスケアについて

【定義】

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

※治療で外見が変化しても必ずアピアランスケアを行わなければならない、ということではない。
（国立がん研究センター中央病院アピアランス支援センターHPより）

【アピアランスケアの必要性】

がん医療の進歩により治療を継続しながら社会生活を送るがん患者が増加している。
治療に伴う外見変化に対して、医療現場におけるサポートの重要性が認識されている。

治療の種類	代表的な外見の変化
化学療法	脱毛（頭髪、まつげ、まゆげ）、手足症候群、皮膚色素沈着、爪の割れやはがれ、変色など
分子標的治療	手足症候群、ざ瘡様皮疹、皮膚乾燥（乾皮症）、爪囲炎など
放射線治療	放射線皮膚炎など
手術療法	手術痕、身体の部分的な欠損、むくみなど

【各研究班の取り組み】

	期間	研究課題	研究代表
がん対策推進総合研究事業	H29-R1	がん患者に対するアピアランスケアの均てん化と指導者教育プログラムの構築に向けた研究	野澤 桂子
	R2-	がん患者に対する質の高いアピアランスケアの実装に資する研究	藤間 勝子
ＡＭＥＤ	H26-28	がん治療に伴う皮膚変化の評価方法と標準的ケア確立に関する研究	野澤 桂子
	H29-30	分子標準治療薬によるざ瘡様皮膚炎に対する標準的ケア方法の確立に関する研究	野澤 桂子

がん患者や医療者に対するアピアランスケアの手引き

- **<u>がん患者さん向け</u>**のリーフレット

横浜市、横浜市内でアピアランスケアに取り組む医療者、国立がん研究センター中央病院が協力して制作

特に患者さんが悩むことの多い４か所（髪、爪、肌、眉毛・まつ毛）のケア方法について、医療者の立場からのアドバイスが載っている。





- **<u>がん診療に携わる医療者向け</u>**の診療の手引き

医学・看護学・薬学・香粧品学・心理学の専門家が共著者に含まれ、化学療法、分子標的療法、放射線治療、日常整容に関するエビデンスを収集。



「がん患者に対するアピアランスケアの手引き」2016年版
編　集：　国立がん研究センターがん研究開発費「がん患者の外見支援に関するガイドライン構築に向けた研究」班
※「がん治療におけるアピアランスケアガイドライン2021年版」が日本がんサポーティブケア学会から発行されている。

がん患者・経験者の仕事と治療の両立支援の更なる推進について
アピアランスケアによる生活の質向上に向けた取組について

本検討会で議論された主なご意見

●仕事と治療の両立支援について

・診断初期は、病気そのものに対する不安が大きく、仕事に関するニーズは潜在化しやすい。
また、治療の時期によって、支援ニーズや離職を考慮する時期も異なる。経時的スクリーニングや、情報提供する適切な時期の検討、社会的苦痛とニーズを引き出せるよう支援者の資質の向上が必要ではないか。
・拠点病院から産業保健センター等にアウトリーチを行い、つなぐ仕組みを作ることが必要ではないか。

●アピアランスケアについて

・がんの診断時から渡せるようなきちんとした冊子やグループプログラムなどで情報提供ができるとよいのではないか。
・相談の入口としてがん相談支援センターを活用し、対応できる相談内容として、アピアランスケアという言葉を入れてはどうか。
・看護師・薬剤師がアピアランスケアについて理解することは重要であり、勉強会の開催などを要件に入れていくべきではないか。

がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）

がん対策推進協議会における、「がんとの共生」分野の中間評価の議論

- 治療開始前における就労支援に係る情報提供については、がん患者だけでなく、その家族に対しても引き続き充実させていく取組が必要である。また、医療機関だけでなく、企業や雇用・労働関係機関における取組についても一層の推進が必要である。
- がん患者の経済的な課題の把握や利用可能な施策の更なる周知が求められる。

項目番号	中間評価指標	用いた調査	数値	参考数値
3041	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	2018年度患者体験調査（問28）	39.5%	なし
3042	がんと診断後も仕事を継続していたがん患者の割合	2018年度患者体験調査（問29-1）	82.3%	なし
3043	退職したがん患者のうち、がん治療の開始前までに退職した者の割合	2018年度患者体験調査（問29-3）	56.8%	なし
3044	ハローワークと連携した就職支援を行っている拠点病院等の数	2019年度長期療養者に対する就職支援事業	216病院	158病院（2018年度）
3045	がん相談支援センターにおける就労に関する相談件数	2019年度現況報告（※１）	29,070件 （※２）	22,497件 （※２）（2018年度報告）

項目番号	中間評価指標	用いた調査	数値	参考数値
3048	外見の変化に関する相談ができたがん患者の割合	2018年度患者体験調査（問22） 2019年度小児患者体験調査（問22）	成人： 28.3% 小児： 51.8%	なし

（※1）前年1～12月分の実績を集計している。
（※2）2019年度報告の対象は436病院で、1病院あたり平均66.7件、2018年度報告の対象は437病院で、1病院あたり平均51.5件となっている。
（注）項目番号3041-3043、3048の患者体験調査の対象となる患者は19歳以上。
項目番号3048の小児患者体験調査の対象となる患者は18歳以下。回答者はそのご家族等。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

【第４回の議題】
・自殺の実態調査と専門的ケアにつなぐ体制について

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

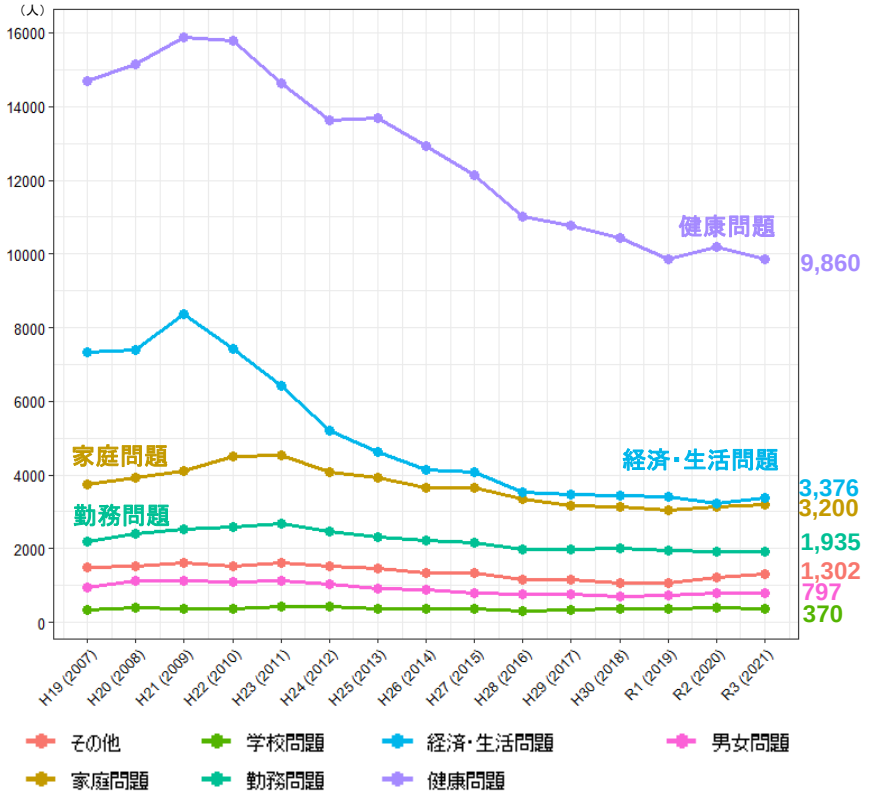
自殺の現状　原因・動機別

厚生労働省社会・援護局
自殺対策推進室より資料提供

● 原因・動機は、多くの場合、複合的に連鎖。
　個別にみると、健康問題、経済・生活問題、家庭問題、勤務問題の順に多くなっている。

● 健康問題は、年齢が上がるほど割合が大きくなる。
● 19歳以下では学校問題が最も多い。
● 健康問題を除くと、20代では勤務問題、30代～60代までは経済・生活問題、70代・80代以降では家庭問題が多い。

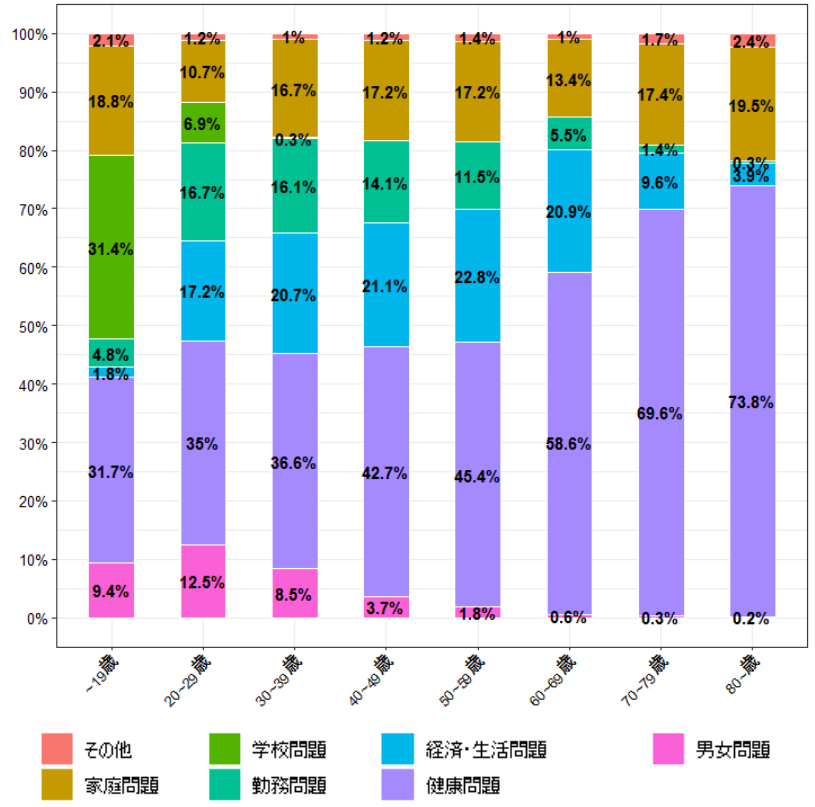
原因・動機別の自殺者数の推移



※遺書等の自殺を裏付ける資料により明らかに推定できる原因・動機を自殺者一人につき3つまで計上可能としている。

資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

原因・動機の構成比　（令和3年）



※遺書等の自殺を裏付ける資料により明らかに推定できる原因・動機を自殺者一人につき3つまで計上可能とした上で、構成比を算出している。

資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

自殺総合対策大綱（概要）

厚生労働省社会・援護局
自殺対策推進室より資料提供

第1 自殺総合対策の基本理念

誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指す

- 自殺対策は、社会における「生きることの阻害要因」を減らし、「生きることの促進要因」を増やすことを通じて、社会全体の自殺リスクを低下させる

阻害要因：過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立等
促進要因：自己肯定感、信頼できる人間関係、危機回避能力等

第2 自殺の現状と自殺総合対策における基本認識

- 自殺は、その多くが追い込まれた末の死である
- 年間自殺者数は減少傾向にあるが、非常事態はいまだ続いている
- 地域レベルの実践的な取組をPDCAサイクルを通じて推進する

第3 自殺総合対策の基本方針

1. 生きることの包括的な支援として推進する
2. 関連施策との有機的な連携を強化して総合的に取り組む
3. 対応の段階に応じてレベルごとの対策を効果的に連動させる
4. 実践と啓発を両輪として推進する
5. 国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業及び国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進する

第4 自殺総合対策における当面の重点施策

1. 地域レベルの実践的な取組への支援を強化する
2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す
3. 自殺総合対策の推進に資する調査研究等を推進する
4. 自殺対策に係る人材の確保、養成及び資質の向上を図る
5. 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する
6. 適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする
7. 社会全体の自殺リスクを低下させる
8. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ
9. 遺された人への支援を充実する
10. 民間団体との連携を強化する
11. 子ども・若者の自殺対策を更に推進する
12. 勤務問題による自殺対策を更に推進する

「がん患者について、必要に応じ、専門的、精神心理的なケアにつなぐことができるよう、がん相談支援センターを中心とした体制の構築と周知を行う。」

第5 自殺対策の数値目標

- 先進諸国の現在の水準まで減少させることを目指し、平成38年までに、自殺死亡率を平成27年と比べて30%以上減少
  （平成27年18.5 ⇒ 13.0以下）

（WHO:仏15.1(2013)、米13.4(2014)、独12.6(2014)、
加11.3(2012)、英7.5(2013)、伊7.2(2012)）

第6 推進体制等

1. 国における推進体制
2. 地域における計画的な自殺対策の推進
3. 施策の評価及び管理
4. 大綱の見直し

がん患者の自殺対策について

自殺総合対策

自殺対策基本法（平成18年10月制定）

自殺対策基本法（平成28年4月1日改正）

自殺総合対策大綱（平成29年7月閣議決定）
　－専門的、精神心理的なケアにつなぐことができるよう、がん相談支援センターを中心とした体制の構築と周知を行うことを記載

がん対策

がん対策基本法（平成18年6月成立）

がん対策基本法（平成28年12月9日改正）
　－がん患者が尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築を目指すことを掲載

第63回がん対策推進協議会（平成28年12月21日）
　－がん患者の自殺対策について議論

第3期がん対策推進基本計画（平成30年3月9日）
　－専門的、精神心理的なケアにつなぐことができるよう、がん相談支援センターを中心とした体制の構築と周知を行うことを記載

- 各研究班の取り組み

	期間	研究課題	研究代表
がん対策推進総合研究事業	H30-R2	WHOの自殺予防戦略に基づくがん患者自殺予防プログラムの開発	松岡　豊
	R3-	がん患者の自殺予防プログラムの開発に向けた研究	藤森麻衣子
革新的自殺研究推進プログラム	H29-30	がん医療における自殺ならびに専門的・精神心理的ケアの実態把握	内富庸介
	R1	がん患者の専門的・精神心理的なケアと支援方策に関する研究	内富庸介

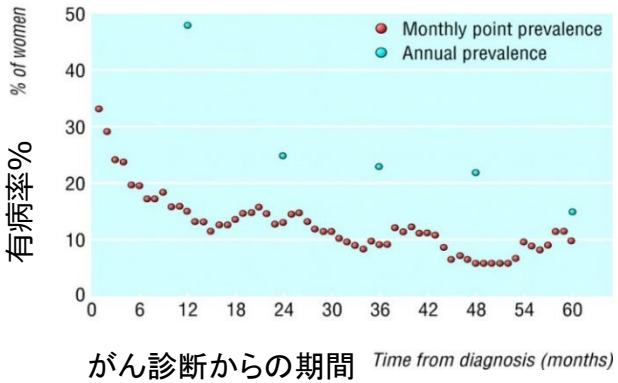
がん診断後のストレスと自殺

第63回がん対策推進協議会（H28.12.21）
資料7（内富参考人資料）より

がん診断後のストレス

早期乳がん患者222名のうつと不安を面接調査：一ヶ月有病率%）

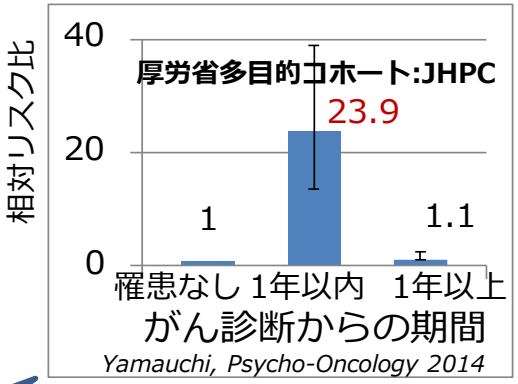
Burgess, C. et al. BMJ 2005



102,843人中11,187人ががん発症、34人が自殺.
そのうち13人(0.12%、RR=23.9)が1年以内に自殺.二年目以降21人が自殺(RR=1.1).
→がん患者100万人/年にあてはめると、がん罹患後1年以内の自殺者は**1,162人（全自殺者の約5%を占める）.**
罹患後2年目以降は？

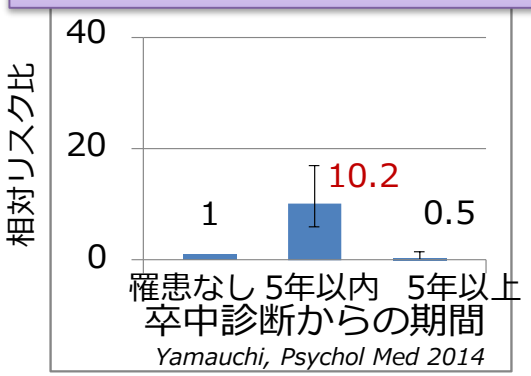
がん診断後自殺リスク24倍

40歳以上の男女約14万人を20年以上追跡



Yamauchi, Psycho-Oncology 2014

卒中後自殺リスク10倍



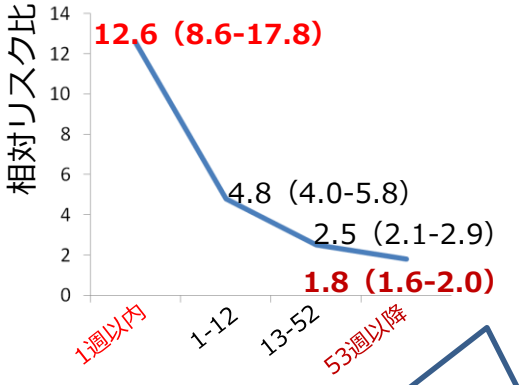
Yamauchi, Psychol Med 2014

791

がん診断後1週間13倍

***30*歳以上の一般住民*600*万人スウェーデン住民コホート（追跡期間*1991*年-*2006*年）**

Fang F et al, N Engl J Med 2012



6,073,240人中534,154人ががん発症、786人が自殺.そのうち、
最初の1週以内に29人(0.005%、RR=12.6)が自殺.
最初の12週の自殺は110人（RR＝4.8）.
最初の52週の自殺は260人（0.05%、RR＝3.1）
53週以降の自殺は526人（RR＝1.8）
*最初の12週の自殺を比較すると、
食道・肝・膵（RR＝16.0）＞肺（12.3）＞脳（7.8）＞大腸（4.7）＞乳（3.4）＞前立腺（3.2）＞皮膚（1.4）.

自殺の実態調査と専門的ケアにつなぐ体制について

本検討会で議論された主なご意見

●自殺対策について

・身体的状況（例：疼痛、しびれ、機能障害あり）、ライフステージ（例：AYA、高齢者）、職場、経済状況、家族との関係性、ご遺族等がハイリスクの要素になるのではないか。
・ゲートキーパーや医療従事者が自殺に関する知識、自覚をもち、夜間休日を含めタイミングを逸することなく介入できることが必要ではないか。
・医療従事者だけでなく、家族・親族、ピアサポーター等、周囲の人たちが参加するシステム構築が必要。
・短期、中期、晩期合併症などのモニタリングができる体制づくりが重要である。

がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）

がん対策推進協議会における、「がんとの共生」分野の中間評価の議論

項目番号	中間評価指標	用いた調査	数値	参考数値
3050	がん患者の自殺数	2016年度革新的がん自殺研究推進プログラム 「がん患者の専門的精神的心理的なケアと支援対策に関する研究」	145人 （※）	なし

（※）2016年1～6月にがんと診断されたがん患者 546,148人のうち、がん診断後6ヶ月以内に自殺で亡くなった方の人数。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

【第５回の議題】

・小児・AYA世代にあるがん患者とその家族への支援体制の整備について

・高齢がん患者の支援について

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

小児・AYA世代にあるがん患者とその家族への支援に関する取組の状況

取り組むべき施策	主な内容
①院内学級体制・宿泊施設の整備	• 小児がん拠点病院施設整備事業
②教育支援	• 高等学校段階における入院生徒に対する教育保障体制整備事業
③ライフステージに応じた相談支援	• 小児・ＡＹＡ世代の長期フォローアップ体制整備事業 • 小児及び成人の拠点病院における支援と連携 （相談員研修、拠点病院連絡協議会相談支援部会の合同開催等）
④就労支援	• がん患者等就職支援事業（平成25年度～モデル事業、平成28年度～全国展開） • がん患者の就労に関する総合支援事業（平成25年度～、令和2年度改変）
⑤緩和ケア	• 小児の緩和ケアチームの整備 • 緩和ケアチームのための小児緩和ケア教育研修　（日本緩和医療学会主催）

【厚生労働科学研究の取組】

期間	研究課題	研究代表
H30-R2	思春期・若年成人（AYA）世代がん患者の包括的ケア提供体制の構築に関する研究	清水 千佳子
R1-R2	小児がん患者に対する在宅医療の実態とあり方に関する研究	大隅 朋生
R1-	AYA世代がん患者に対する精神心理的支援プログラムおよび高校教育の提供方法の開発と実用化に関する研究	堀部 敬三
R2-	小児がん拠点病院等及び成人診療科との連携による長期フォ ローアップ体制の構築のための研究	松本 公一
R2-	小児・AYA世代がん患者に対する生殖機能温存に関わる心理支援体制の均てん化と安全な長期検体保管体制の確立を志向した研究－患者本位のがん医療の実現を目指して	鈴木 直
R2-	小児がんの子どもに対する充実した在宅医療体制整備のための研究	大隅 朋生

地域包括ケアシステムの構築について

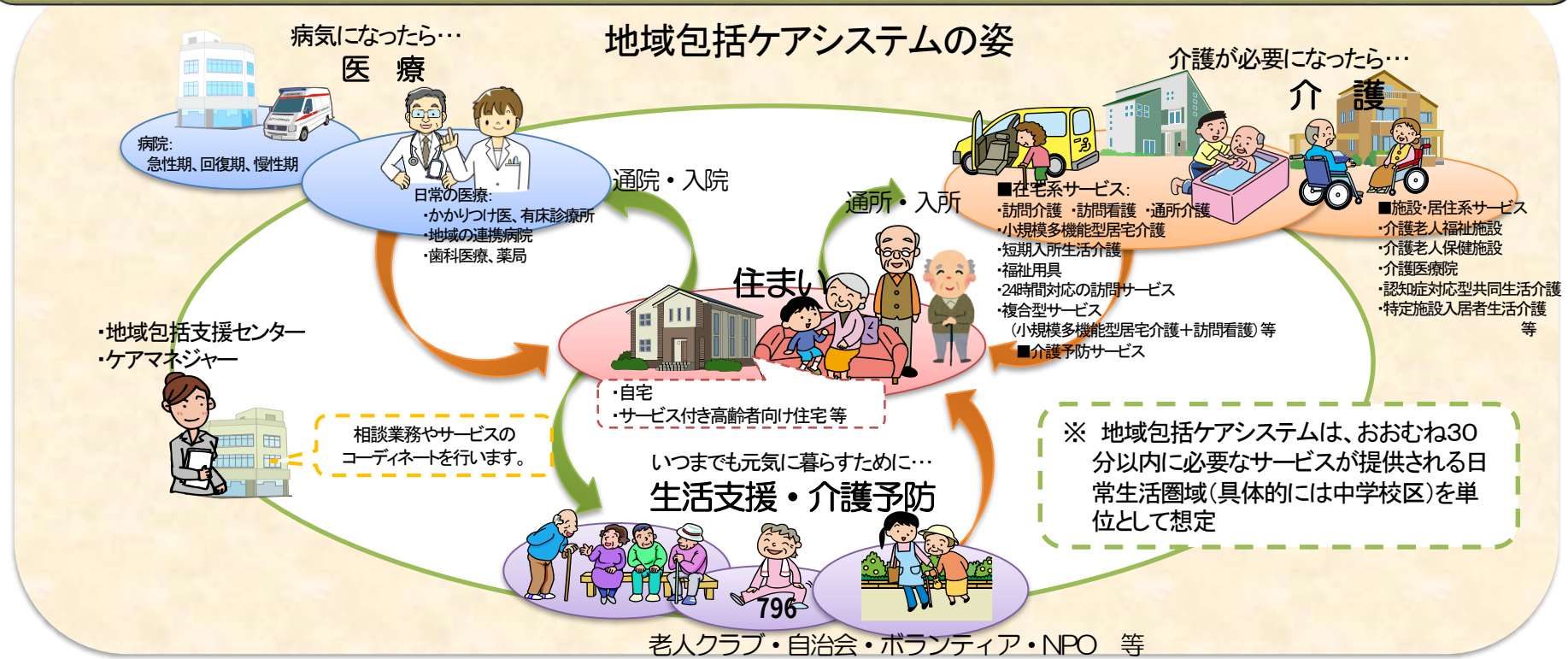
厚生労働省老健局
総務課より資料提供

○　団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を実現**。

○　今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。

○　人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**。

○　地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要。



わが国の意思決定支援の現状

- 障害者の権利に関する条約（第12条　障害者の権利、意思及び選好を尊重）
- 成年後見制度利用促進法
- 成年後見制度利用促進基本計画（2017年3月閣議決定）

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（改訂）

身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン

意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン

出典：厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
「高齢者のがん医療の質の向上に資する簡便で効果的な意思決定支援プログラムの開発に関する研究」班提供資料一部改編

「高齢者のがん医療の質の向上に資する簡便で効果的な意思決定支援プログラム開発に関する研究」

拠点病院における意思決定支援の現状調査

- 医師・看護師・相談員の質的調査

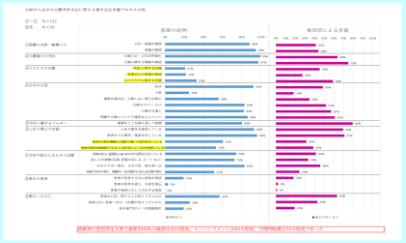
【支援上の3課題抽出】

1. アセスメント方法を知らない
2. 本人・家族とのコミュニケーション
3. 制度・資源が利用できない

意思決定支援のプロセス評価開発・施行

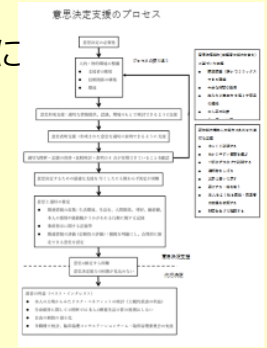
- がん患者指導管理(イ)の面接
- 本人の能力評価 20%
- 能力強化（エンハンスメント）60%
- 合理的配慮 75%

に留まる



意思決定支援の手引きの作成

- 国の4本の意思決定支援ガイドラインをもとにがん診療に合わせてフローを示す
- 実践上のスキルを提示



教育プログラムの開発

- 座学、グループワークで構成
- 2019.8月、12月に計3回試行

実践可能な支援用ツールの開発

- 意思決定支援のガイドラインに沿ったワークシート
- 患者と医療者が共同で埋めることで実践可能
- プロセスの可視化
- 療養生活・治療場面に沿ったバリエーションを用意

図表での可視化
エンパワーメントもプロセスに含める

動機づけ

検討すべき点を具体化



出典：厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）

「高齢者のがん医療の質の向上に資する簡便で効果的な意思決定支援プログラムの開発に関する研究」

小児・AYA世代にあるがん患者とその家族への支援体制の整備について
高齢がん患者の支援について

本検討会で議論された主なご意見

- 小児・AYA世代にあるがん患者とその家族への支援体制の整備について
  - ・診断時に必要な情報を得られる仕組みや診療の場面から相談支援に関わる体制が必要である。
  - ・小児・AYA世代に対しスクリーニングを実施できる体制を整備し、学校につなぐことの仕組みが必要である。
  - ・ニーズの拾い上げをがん診療連携拠点病院等の指定要件にする必要がある。
  - ・まずは診療を行う医師、看護師等の医療従事者が意識をもてるよう学ぶ機会を設ける必要がある。

- 高齢がん患者の支援について
  - ・高齢者総合的機能評価を徹底することが必要である。
  - ・意思決定支援の必要性についてスクリーニングを行い、支援が必要な際対応できる体制が必要である。
  - ・医療従事者、介護従事者が連携して、地域の課題や好事例の共有などができるネットワーク構築が必要である。
  - ・ガイドラインなどを生かして地域セミナーや一般向け、患者向けの勉強会などを行い、情報共有ができる場を作ってはどうか。
  - ・がん診療連携拠点病院の緩和ケア担当者がコンサルテーションを受けて、在宅や施設で亡くなる人たちを支える仕組みが必要である

ライフステージに応じたがん対策

がん対策推進協議会における、「がんとの共生」分野の中間評価の議論

- 小児・ＡＹＡ世代については、治療と教育の両立の更なる推進が必要である。教育支援も含めた医療機関におけるオンライン環境の整備についての検討が必要である。
- 高齢者については、中間評価指標の設定がなかったため、十分な評価ができなかった。次期基本計画においては、多様な高齢のがん患者の療養生活を支えるための対策や、評価指標の設定、医療と介護の連携の更なる強化について、引き続き、検討が必要である。

項目番号	中間評価指標	用いた調査	数値	参考数値
3051	小児がん拠点病院のうち院内学級体制・宿泊施設を整備している施設の割合（※１）	2019年度現況報告	100%（15/15）（2019年度）	100%（15/15）（2018年度報告）
3052	治療開始前に、教育支援等について、医療従事者から説明を受けたがん患者・家族の割合	2019年度小児患者体験調査（問37）	68.1%（2019年度）	なし
3053	治療中に、学校・教育関係者から、治療と教育の両立に関する支援を受けた家族の割合	2019年度小児患者体験調査（問39）	76.6%（2019年度）	なし
3054	家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合（3003再掲）	2018年度患者体験調査（問30-2） 2019年度小児患者体験調査（問40-2）	成人：　48.7%［57.6%］（※２）（2018年度） 小児：　39.7%（2019年度）	成人：［37.1%］（2014年度調査）

（※１）新型コロナウィルス感染拡大による現場の状況を鑑み、2019年実績の報告は一部の医療機関を除き中止したため、小児がん拠点病院のみのデータとなっている。
（※２）前回調査と比較するために、実測値に比較補正係数をかけた値。
（注）項目番号3054の患者体験調査の対象となる患者は19歳以上。
　　項目番号3052-3054の小児患者体験調査の対象となる患者は18歳以下。回答者はその家族等。

「がんとの共生のあり方に関する検討会」における拠点病院整備指針の見直しに関する提案について

対応方針案

○　がん診療連携拠点病院の要件は「がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」で別途議論されるが、本検討会における議論を踏まえ、以下のように提案してはどうか。

〈がん相談支援センターについて〉

- 「全てのがん患者に対してがん相談支援センターの周知が行われるよう、診断時や告知を行う場面に組み込むことや診療の経過の中で患者の状況に応じて複数回案内を行うなど、システムが構築されていること」としてはどうか。（第５回意見）
- 「がん相談支援センターに配置される専従及び専任の相談支援に携わる者については、定期的に知識更新を行い、対応の質の向上に努めていること」としてはどうか。（第１回、第３回意見）
- がん相談支援センターの業務に「がん治療に伴う外見（アピアランス）の変化に関する相談」を含めることとしてはどうか。（第３回意見）

〈ピアサポートについて〉

- 「都道府県や地域の患者会等と連携を図り、地域の実情に応じたピアサポート体制の構築に努めていること」としてはどうか。（第１回意見）

〈スクリーニングについて〉

- 「がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的な問題等のスクリーニングを診断時から一貫した手法を活用していること。簡易的なスクリーニングを経時的に実施し、診断や治療方針の変更の時には、ライフステージ、就労・就学、経済状況、家族との関係性等、患者とその家族にとって重要な問題について詳細に把握していること。また把握した内容については、主治医と情報共有し、必要に応じ関係職種と共に適切な治療や支援を行っていること」としてはどうか。（第２回、第３回、第４回、第５回意見）
- 「高齢がん患者等の場合、意思決定能力について確認を行い、各種ガイドラインに沿って対応していること」としてはどうか。（第５回意見）

「がんとの共生のあり方に関する検討会」における拠点病院整備指針の見直しに関する提案について

対応方針案

〈アピアランスケアについて〉

●「がん治療に伴う外見（アピアランス）の変化について、がん患者及び家族に対する説明やケアに関する情報提供・相談に応じられる体制を整備していること」としてはどうか。（第３回意見）

〈自殺対策について〉

●「自殺のリスクが高い患者に対し、院内で共通したフローを使用し、対応方法や関係機関との連携について明確にしておくこと。また関係職種に情報共有を行う体制を構築していること。自施設に精神科、心療内科等がない場合は、地域の医療機関と連携体制を確保していること」としてはどうか。（第４回意見）

〈その他〉

●情報提供・普及啓発

・「地域を対象として患者向け、一般向けのガイドラインの活用や緩和ケア、人生会議等のがんに関する普及啓発に努めていること」としてはどうか。（第２回、第５回意見）

●研修の実施体制

・「自施設の医療従事者等が、がん患者や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」としてはどうか。（第３回、第４回、第５回意見）

第６回 がんとの共生のあり方に関する検討会	資料５
令和４年５月 18 日	

「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」の見直しに対する
「がんとの共生のあり方に関する検討会」からの提案（案）

● がん相談支援センターについて
- 全てのがん患者に対してがん相談支援センターの周知が行われるよう、診断時や告知を行う場面に組み込むことや診療の経過の中で患者の状況に応じて複数回案内を行うなど、システムが構築されていること。
- がん相談支援センターに配置される専従及び専任の相談支援に携わる者については、定期的に知識更新を行い、対応の質の向上に努めていること。
- がん相談支援センターの業務「がん治療に伴う外見（アピアランス）の変化に関する相談」

●ピアサポートについて
- 都道府県や地域の患者会等と連携を図り、地域の実情に応じたピアサポート体制の構築に努めていること。

●スクリーニングについて
- がん患者の身体的苦痛や精神心理苦痛、社会的な問題等のスクリーニングを診断時から一貫した手法を活用していること。簡易的なスクリーニングを経時的に実施し、診断や治療方針の変更の時には、ライフステージ、就労・就学、経済状況、家族との関係性等、患者とその家族にとって重要な問題について詳細に把握していること。また把握した内容については、主治医と情報共有し、必要に応じ関係職種と共に適切な治療や支援を行っていること。
- 高齢がん患者等の場合、意思決定能力について確認を行い、各種ガイドラインに沿って対応していること。

●アピアランスケアについて
- がん治療に伴う外見（アピアランス）の変化について、がん患者及び家族に対する説明やケアに関する情報提供・相談に応じられる体制を整備していること。

●自殺対策について

- 自殺のリスクが高い患者に対し、院内で共通したフローを使用し、対応方法や関係機関との連携について明確にしておくこと。また関係職種に情報共有を行う体制を構築していること。自施設に精神科、心療内科等がない場合は、地域の医療機関と連携体制を確保していること。

●その他

＜情報提供・普及啓発＞

- 地域を対象として患者向け、一般向けのガイドラインの活用や緩和ケア、人生会議等のがんに関する普及啓発に努めていること。

＜研修の実施体制＞

- 自施設の医療従事者等が、がん患者や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。

資料１７-(7)

第２回　小児がん拠点病院等の指定要件に関する
ワーキンググループ
議事次第

日時：令和４年６月 27 日（月）10：00～13：00
場所：Web 開催

１　開会
２　議題
（１）小児がん拠点病院等における指定要件の見直しについて
（２）その他

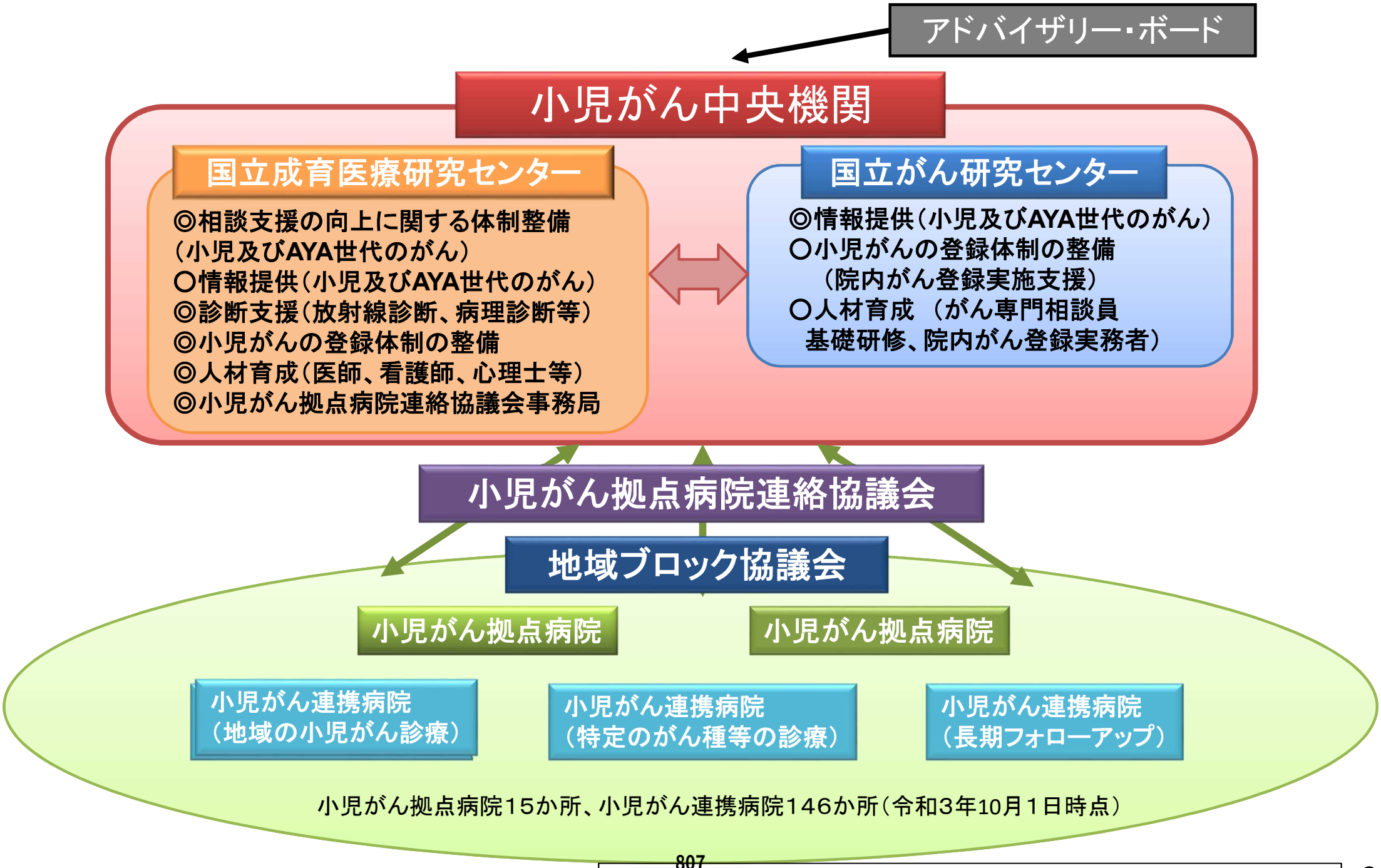
【資料】
資料１　小児がん拠点病院等の指定要件について
資料２　小児がん拠点病院等の整備指針（案）
参考資料１　「小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」開催要綱
参考資料２　小児がん拠点病院等の整備指針（現行）

第２回小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ	資料1
令和４年６月27日	

小児がん拠点病院等の指定要件について

厚生労働省健康局
がん・疾病対策課

小児がん中央機関と拠点病院・連携病院の概要



第12回 がん診療連提供体制のあり方に関する検討会（令和元年6月12日）資料2-1より抜粋・一部改変

小児がん中央機関・拠点病院　（平成31年4月指定）

小児がん中央機関
全国に2施設配置

小児がん拠点病院
全国に15施設配置



（※）国立成育医療研究センターは中央機関かつ拠点病院

808

小児がん拠点病院の要件概要　（平成30年７月31日見直し）

拠点病院の役割

地域における小児がん医療及び支援を提供する中心施設として、また、ＡＹＡ世代にあるがん患者＊に対しても適切に医療及び支援を提供する施設として、地域全体の小児・AYA世代のがん医療及び支援の質の向上に資すること、長期フォローアップの体制整備、小児がん連携病院の指定を含めた地域医療機関との連携、等の役割を担う。

＊AYA（Adolescent and Young Adult）世代（思春期世代と若年成人世代）にあるがん患者とは、AYA世代で発症したがん患者とAYA世代になった小児がん患者。

拠点病院の要件

①診療機能　（集学的治療の提供、キャンサーボードの開催、長期フォローアップ体制、AYA世代にあるがん患者への適切な対応、生殖機能の温存の支援体制、緩和ケアチームの整備、小児がん連携病院や地域医療機関との連携、セカンドオピニオンの実施等）

②診療従事者　（放射線治療医師・診療放射線技師・薬剤師・認定看護師等の配置等）

③医療施設　（放射線治療機器の設置、集中治療室の設置等）

④診療実績　（ 新規症例数年間30例以上、造血器腫瘍年間１０例程度以上、固形腫瘍年間１０例度以上）

⑤小児がん医療について、外部機関による技術能力についての施設認定を受けた医療施設

⑥「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」を受講した医師及び看護師等医療関係者を配置

⑦相談支援センターの設置

⑧院内がん登録の実施

⑨臨床研究　（臨床研究専門部署の設置※、CRCの配置※等）　※は必須要件ではない。

⑩療育環境の整備（保育士の配置、教育支援、プレイルームの整備、長期滞在施設の整備等）

⑪医療安全体制の構築

809

第8回　小児がん拠点病院の指定に関する検討会（平成31年２月７日）　資料2より抜粋

小児がん連携病院について

小児がん連携病院について

見直しの論点

〇類型について

- 3つの類型による診療機能の分担が患者からみても不明確であるとの指摘がある。
- 一方で、それぞれの病院がどのような機能を持っているかについての一定の整理や情報共有のためのラベリングは必要ではないかとの意見もある。

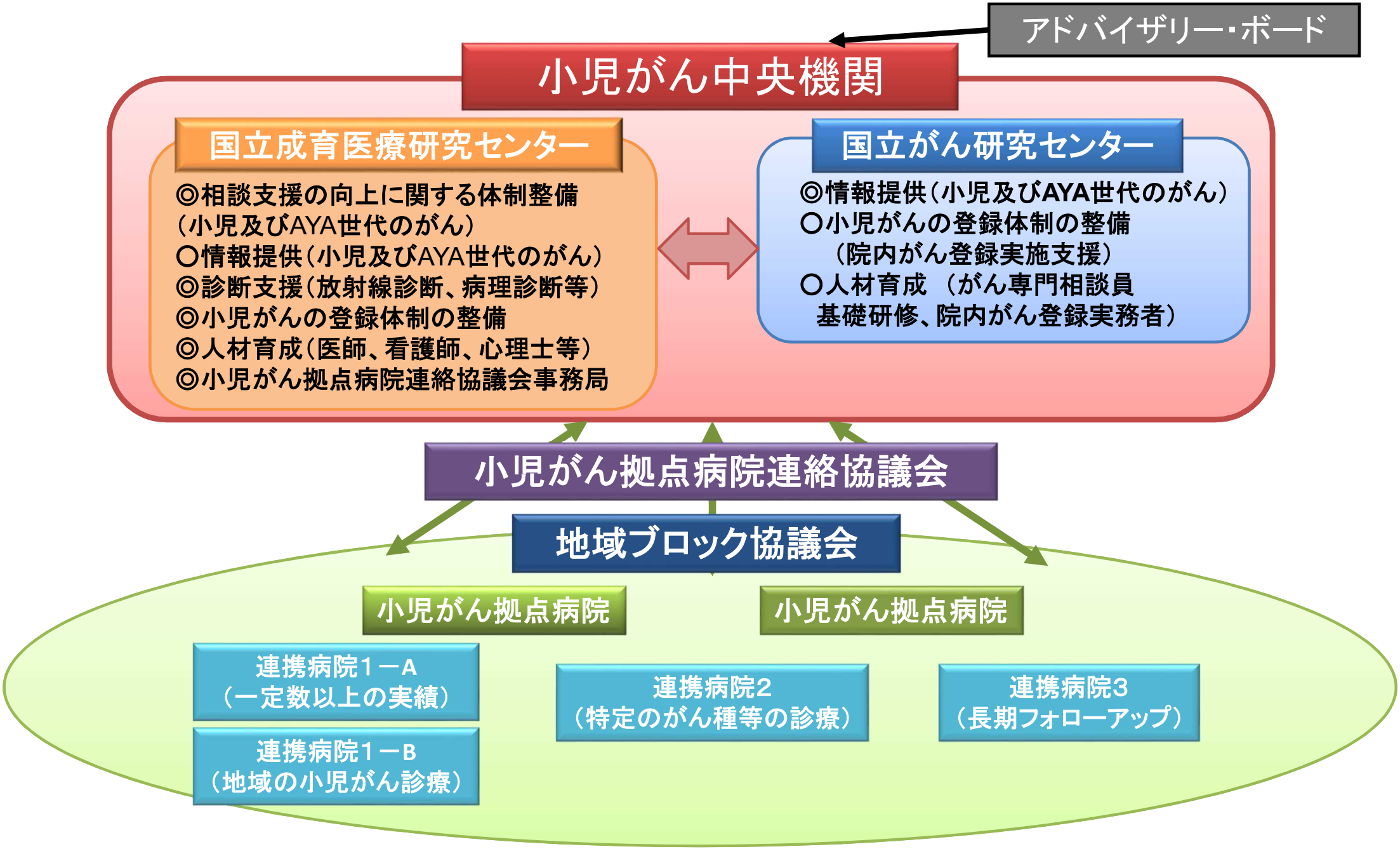
〇要件について

- 連携病院の指定を拠点病院が定めることにより、同じ類型の連携病院でも地域によって提供される診療の質が異なっている等、診療能力の格差が課題なのではないかとの意見がある。
- 一方で、地域の実情を踏まえると画一的な基準を設けることが必ずしも適切とは言えない可能性もあるのではないか。
- 小児拠点病院と連携病院が一体となって、どこに住んでいてもより質の高い医療を受けることができるために連携病院の指定要件についてどのように定めることがよいか。

方針（案）

- 類型1については診療能力に応じて2段階に分類してはどうか。
- 連携をするためには、少なくともどの医療機関がどのような役割を担うのかについて、拠点病院と連携病院相互の理解は必須である。
- 患者がそのネットワークに乗るためにも、どの医療機関を受診したらよいかを明確化することが必要である。

小児がん中央機関と拠点病院・連携病院の概要



小児がん連携病院の類型毎の施設数

令和3年現況報告書より

	合計	類型1	類型2	類型3
北海道	15	4	1	10
東北	9	7	1	9
関東甲信越	41	34	5	2
東海・北陸	17	16	3	8
近畿	33	18	3	12
中国・四国	16	15	1	0
九州・沖縄	14	14	0	5
合計	144 (重複あり)	107(重複あり)	14	46

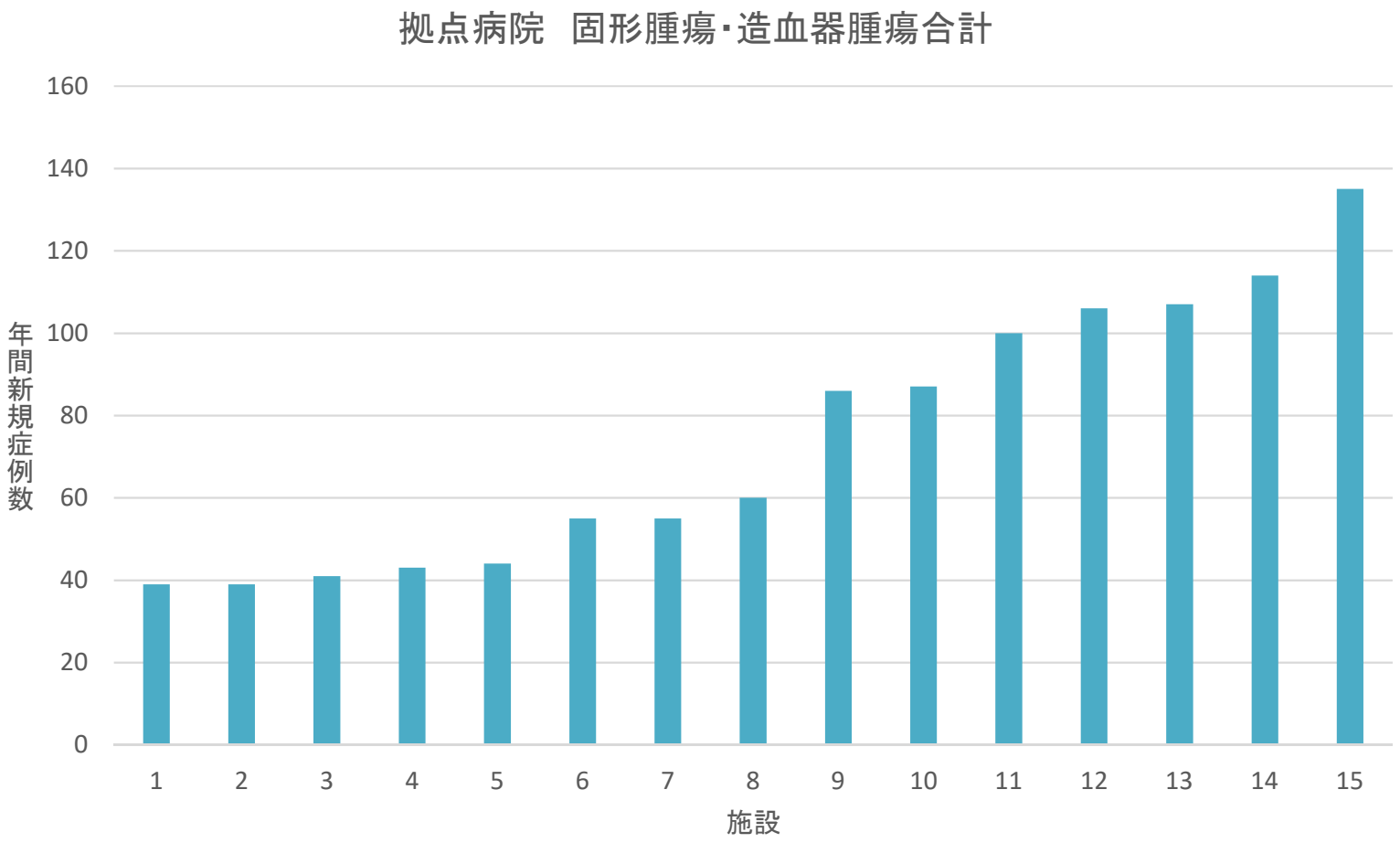
*類型1,2,3の兼任あり
*複数地域ブロックでの指定施設あり

	合計	1のみ	2のみ	3のみ	1＋2	1＋3	2＋3	1＋2＋3
北海道	15	4	1	10	0	0	0	0
東北	9	0	0	2	0	6	0	1
関東甲信越	41	34	5	2	0	0	0	0
東海・北陸	17	8	1	0	0	6	0	2
近畿	33	18	3	12	0	0	0	0
中国・四国	16	15	1	0	0	0	0	0
九州・沖縄	16	9	0	0	0	5	0	0
合計	144 (重複あり)	87	11	26	0	17	0	3

拠点病院　年間新規症例数
（固形腫瘍・造血器腫瘍合計）

■ 拠点:15施設

令和3年現況報告書より

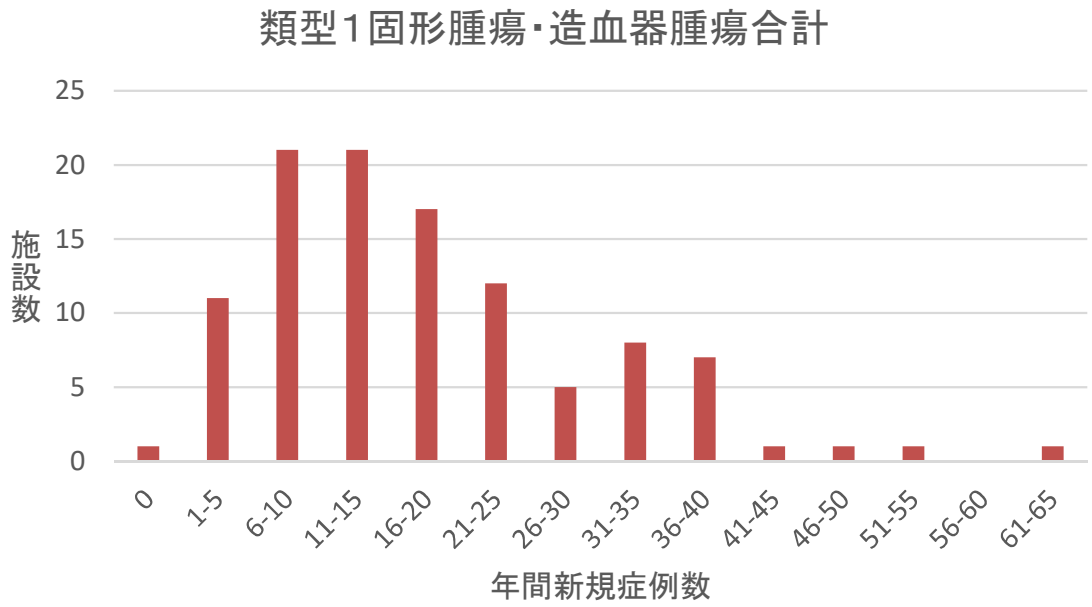


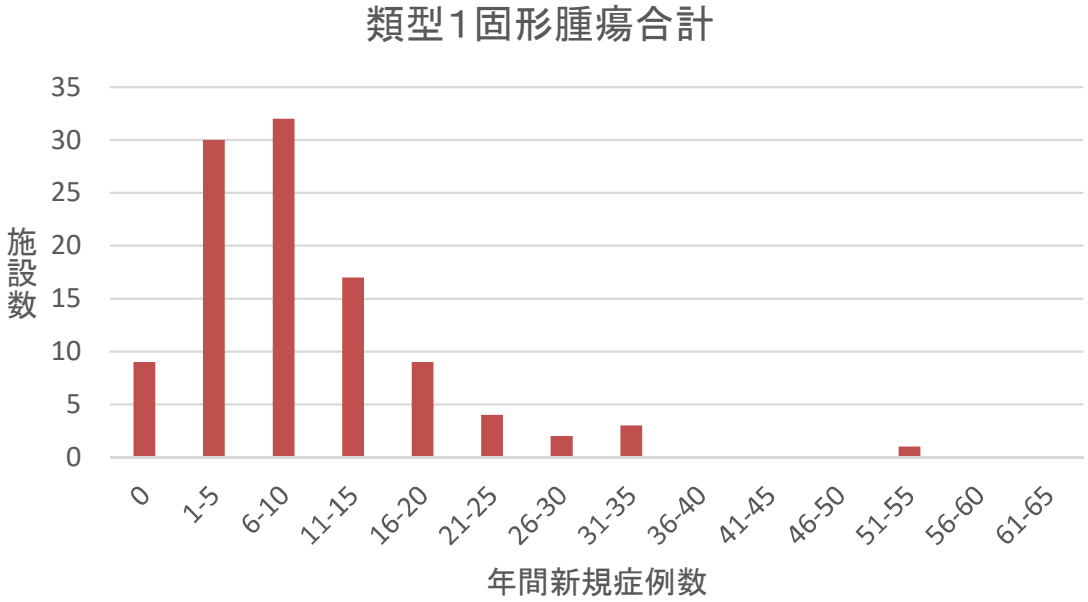
814

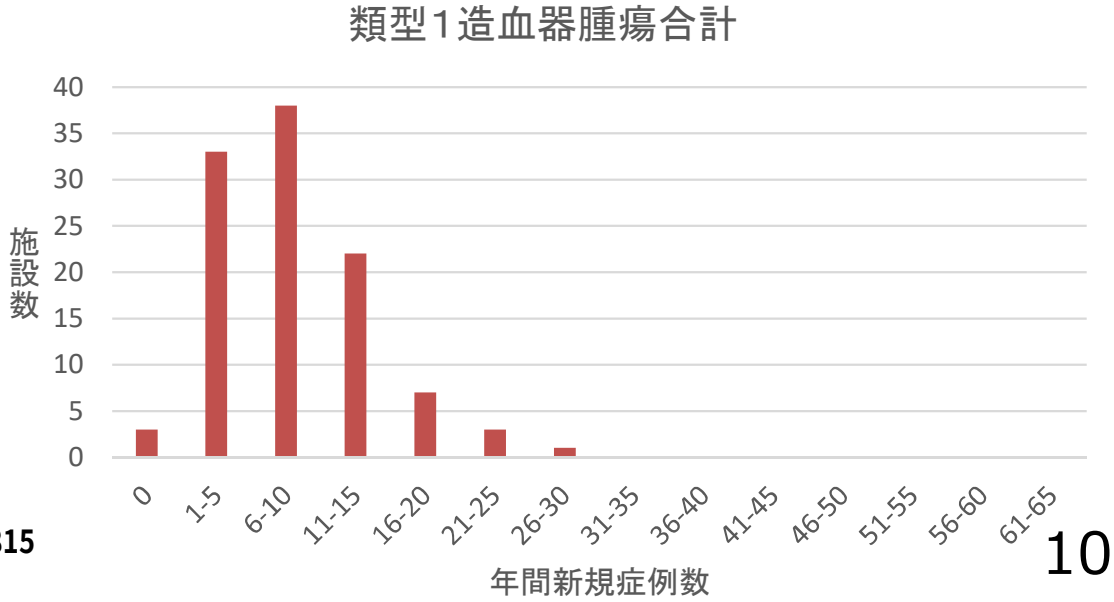
連携病院/類型１　年間新規症例数（固形腫瘍・造血器腫瘍合計）

■ 類型１：107施設

令和3年現況報告書より



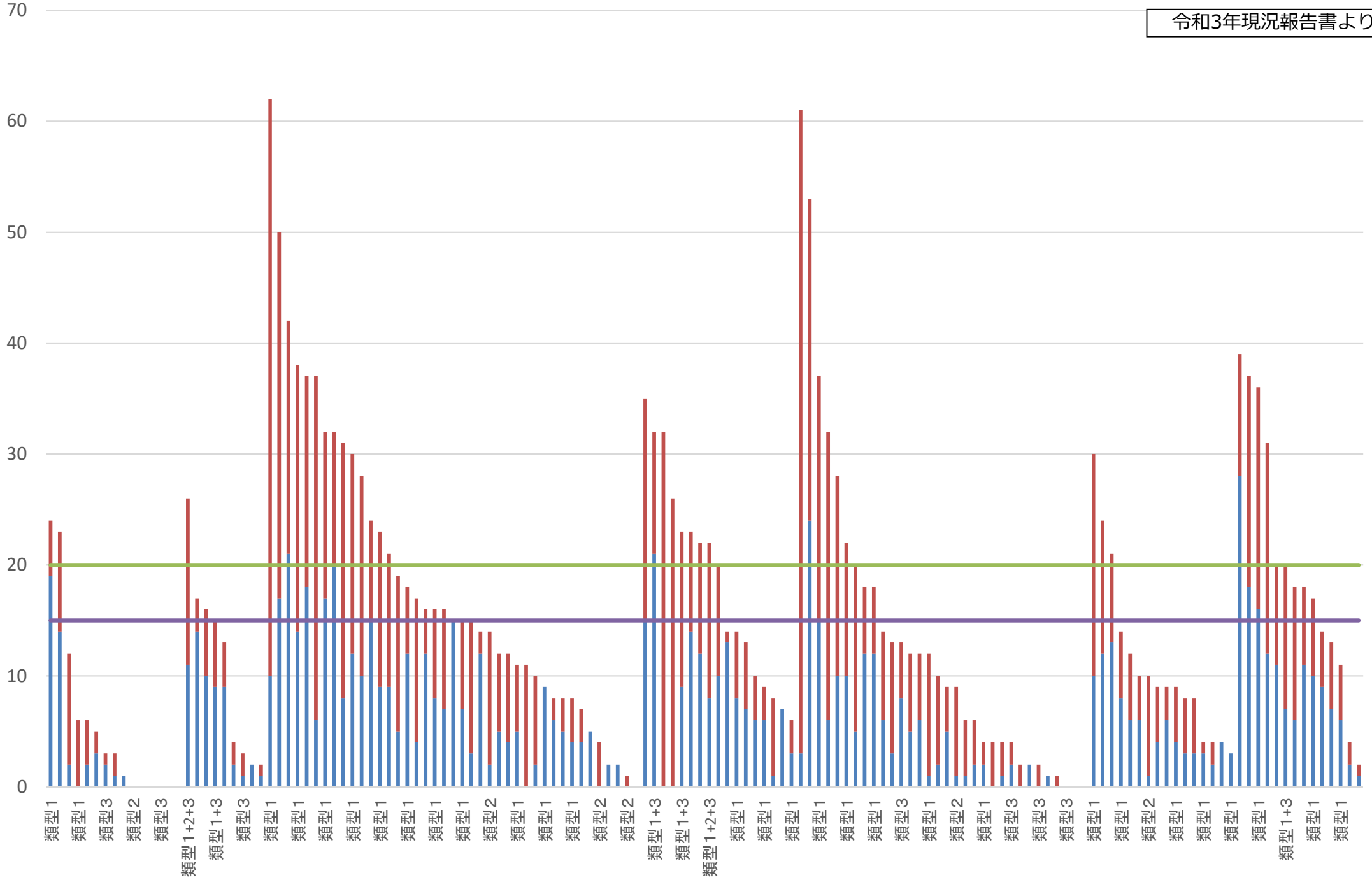




815

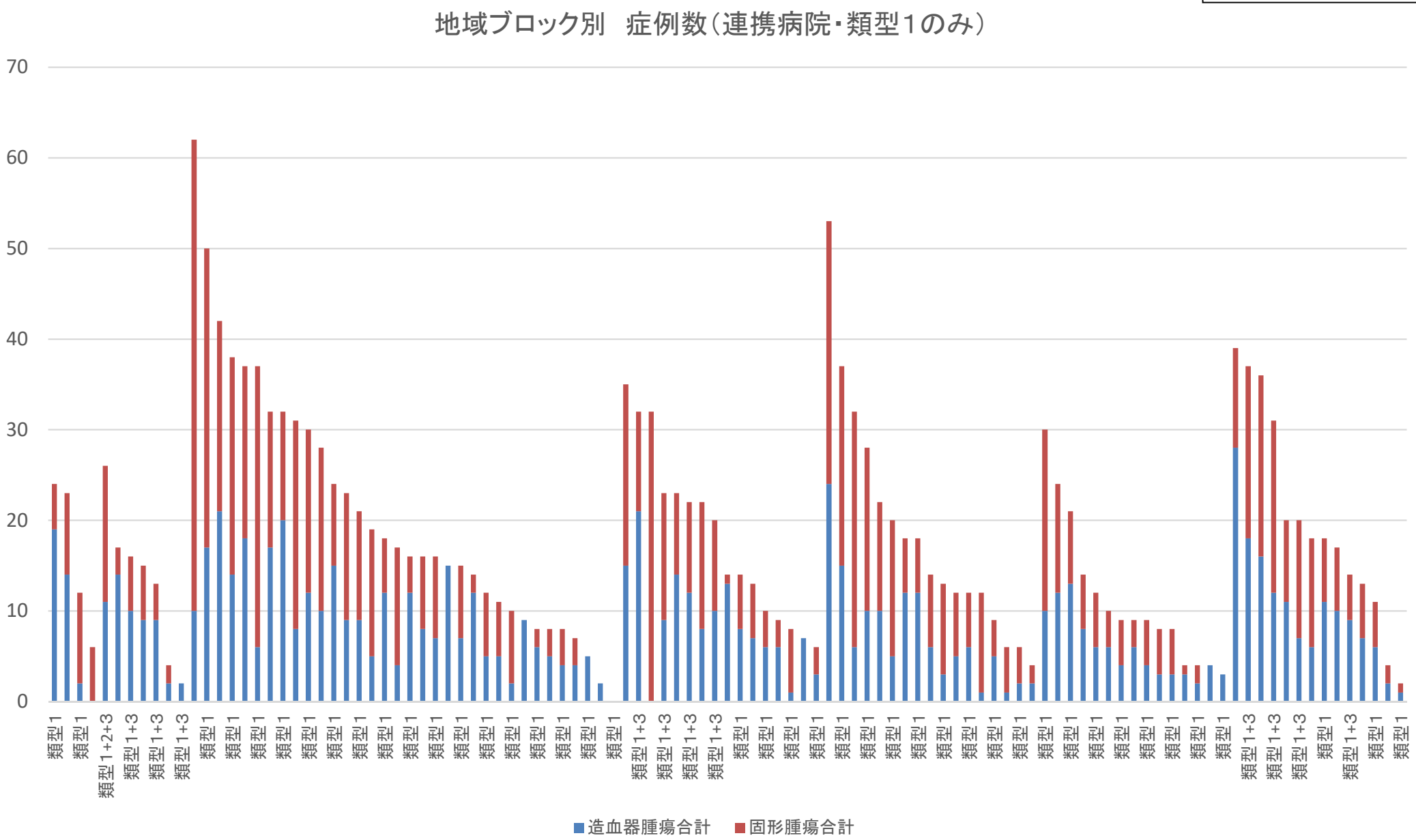
地域ブロック別　症例数（連携病院・全類型）

令和3年現況報告書より



816

令和3年現況報告書より



小児がん拠点病院等の全体像（案）

- **「小児がん中央機関」**は、指定の検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が指定する。
- **「小児がん拠点病院」**は、指定の検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が指定する。
- **「小児がん連携病院」**は、地域ブロック協議会の意見を踏まえ、小児がん拠点病院が指定する。

（「類型１－A」「類型１－B」「類型２」「類型３」の４類型あり、類型１，２，３は兼ねる事ができる。）

アドバイザリー・ボード（外部有識者等）

小児がん拠点病院連絡協議会

- 医療及び質の向上を目指した協議
- 各地域ブロックからの情報収集
- 地域ブロックを超えた連携体制の整備

◆小児がん中央機関

日本における小児がん医療・支援の牽引

国立成育医療センター

◎相談支援に関する体制整備（小児及びAYA世代のがん）
○情報提供（小児及びAYA世代のがん）
◎診断支援（放射線診断、病理診断等）
◎小児がんの登録体制の整備
◎人材育成の中心（医師、看護師、心理士等）
◎小児がん拠点病院連絡協議会事務局

国立がん研究センター

◎国民への情報提供（小児及びAYA世代のがん）
○小児がんの登録体制の整備（院内がん登録実施支援）
○人材育成の中心（相談員研修、院内がん登録実務者研修）
◎臨床研究支援

地域ブロック協議会

- 全国７地域
- 地域ブロック内の小児がん診療に係る連携体制の整備

◆小児がん拠点病院（15か所）

地域における小児がん医療・支援の中心
・難治、再発例を含む小児がんに対する集学的治療
・小児・ＡＹＡ世代のライフステージに応じた相談支援
・人材育成
・臨床研究の推進

◆小児がん連携病院

地域の小児がん医療の集約を担う施設

類型１
標準治療が確立しているがん種について、拠点病院と同等程度の医療

- **１－A**　一定以上の症例数等の要件を満たす施設
- **１－B**　地域の小児がん診療を行う施設

類型２
集約すべき特定のがん種の診療や、限られた施設でのみ実施可能な治療

類型３
長期フォローアップを担う施設

818

人員要件について

専門的な知識及び技能を有する診療従事者の配置について

見直しの論点
- 専門職種や緩和ケアチームについても小児に関する部門に関与できていない場合がある。
- 職種の記載ぶりについては具体名の有無も含め議論が必要である。
- 現在、専門資格としては、国家資格に加え、各種学会認定資格等も認められているが、多数存在する学会認定資格等について、個々の実情を網羅的に把握することは困難である。

方針（案）
- 専門職について、小児がんに関連する適切な部門に配置していることを要件としてはどうか。
- 国家資格が存在する職種以外は、指針上は「専門的な知識及び技能を有する者」と定めることとしてはどうか。
- 各診療従事者の専門資格の取得を含めた質の維持向上については、各拠点病院が責任を持って推進することを求め、具体的にがん診療に従事している専門資格を有している者について公表を求めてはどうか。

看護師や保育士等の専門職の他に配置を求める、医療環境にある子どもや家族への療養支援に関する専門的な知識及び技能を有する者について

見直しの論点

- 「チャイルド・ライフ・スペシャリスト等のような、療養を支援する担当者」という記載があるが、小児（がん）医療を適切に行う観点からは、今後、資格の有無に関わらず同様の専門性を持った人材が幅広く配置されるようにしていくことが必要。
- チャイルド・ライフ・スペシャリストは、日本国内に養成課程が存在せず、国内で資格を取得することができない。
- 国内で同様の人材育成の取組もあるが、そもそもどのような技能や素質が求められるのか、それらをどのような養成課程で担保するべきかについては見解が定まっていない。

方針（案）

- 国内で必要な人材を養成できる取組を推進するために、必要とされる技能や素質、そのために必要な養成課程（カリキュラム等）を明確化するための研究を行ってはどうか。
- 上記取組を推進する間は、指針上は、国内で資格を取得することができない資格名を明示せず、資格の有無を問わず、必要な人材を確保するべきではないか。
- 現在記載があるチャイルド・ライフ・スペシャリスト等含め、想定される資格については、別途詳細を明示してはどうか。

「専門的な知識及び技能を有する医師」の想定数

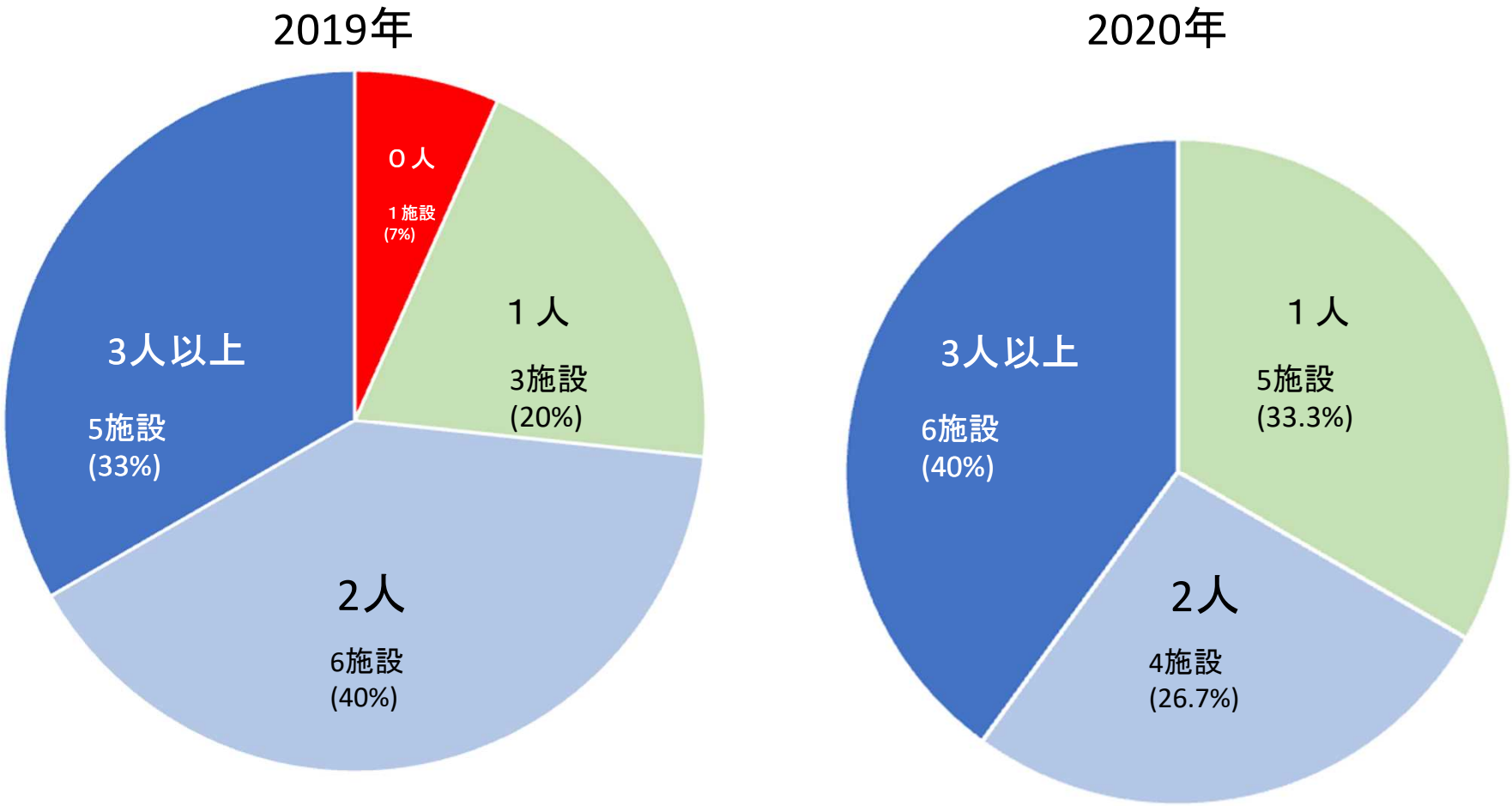
小児がん拠点病院	日本小児 血液・がん学会 専門医		日本 小児外科学会 専門医	
	人数	うち常勤	人数	うち常勤
A	3	3	6	6
B	5	4	4	4
C	2	2	6	6
D	9	7	7	7
E	4	4	3	3
F	2	1	10	8
G	6	5	6	6
H	6	4	2	2
I	3	3	4	4
J	2	2	3	3
K	4	4	7	7
L	2	2	5	5
M	3	3	2	2
N	3	3	8	8
O	4	4	4	4

822

令和3年現況報告書より

小児がん拠点病院における療養支援担当者数

（HPS/CLS/こども療養支援士）

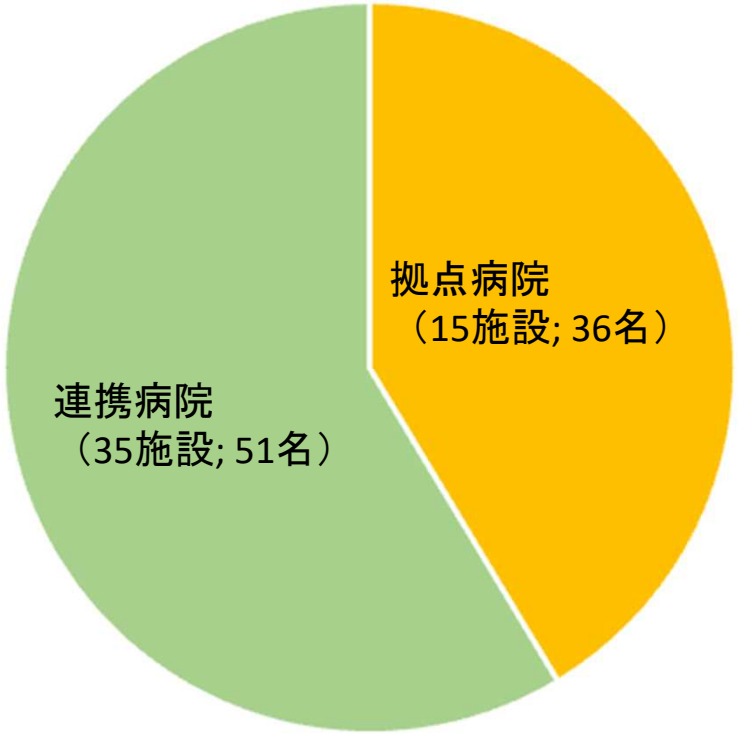


松本構成員提供

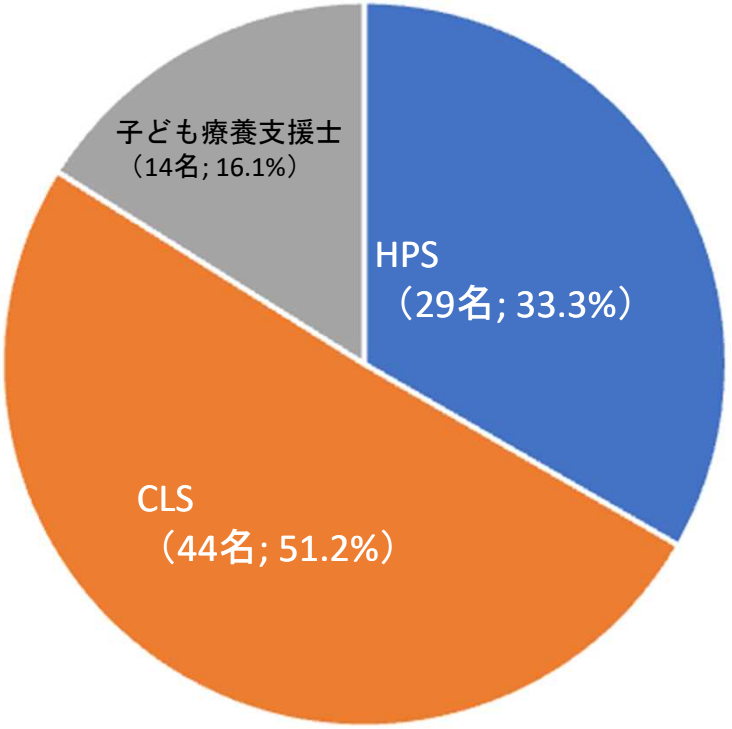
（厚労科研　次期がん対策推進基本計画に向けて小児がん拠点病院および連携病院の小児がん医療・支援の質を評価する新たな指標開発のための研究）

HPS/CLS/こども療養支援士の内訳

87名の勤務先別内訳



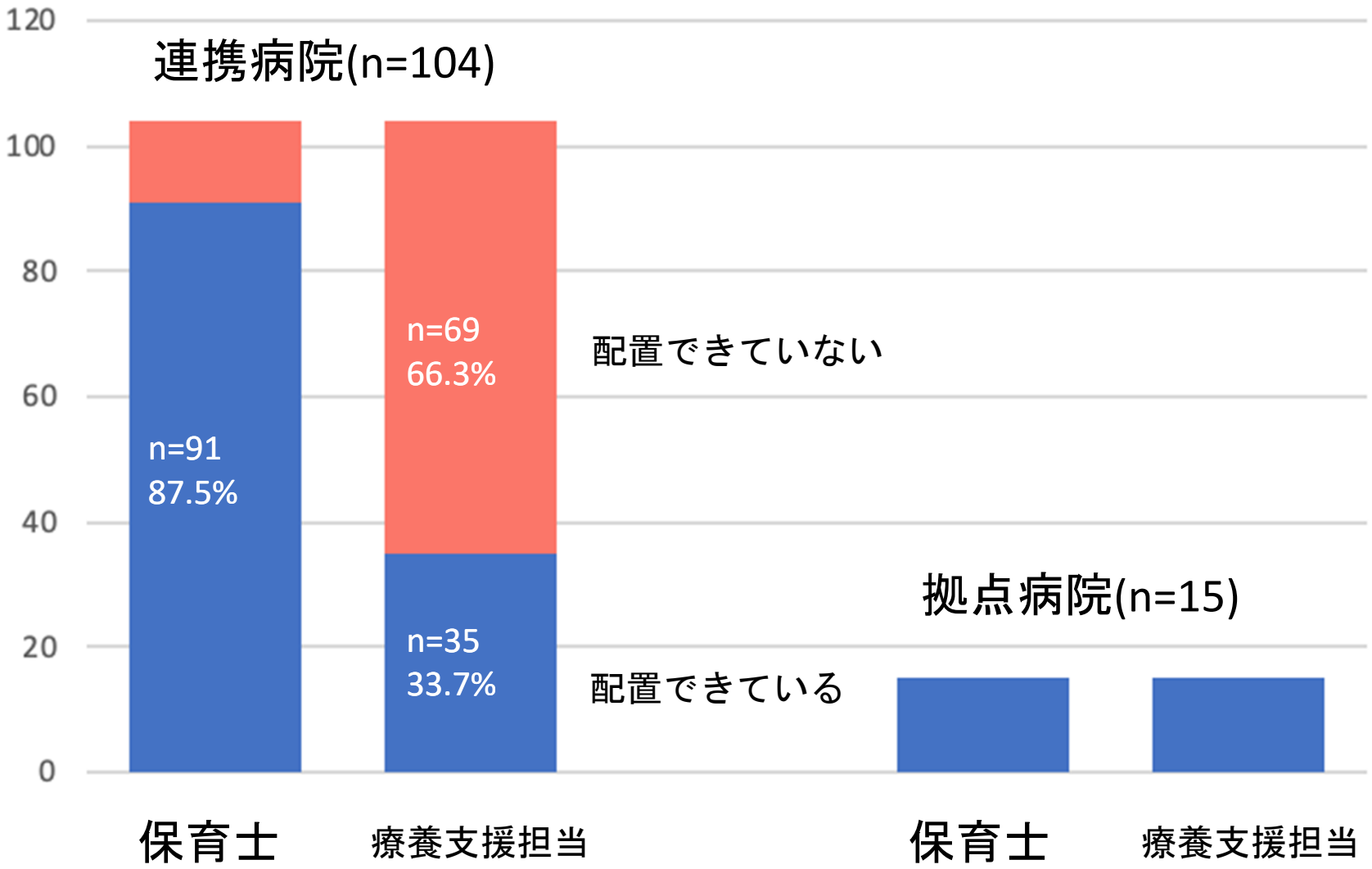
87名の職種内訳



連携病院104施設中35施設で配置

松本構成員提供
（厚労科研　次期がん対策推進基本計画に向けて小児がん拠点病院および連携病院の小児がん医療・支援の質を評価する新たな指標開発のための研究）

保育士・療養支援担当者の施設配置



松本構成員提供
（厚労科研　次期がん対策推進基本計画に向けて小児がん拠点病院および連携病院の小児がん医療・支援の質を評価する新たな指標開発のための研究）

今後のスケジュールについて

小児がん拠点病院等の指定要件に関するWGの進め方（案）

令和４年１月17日

第１回
小児がん拠点病院等の
指定要件に関するWG

複数回のWGの中で、
以下の内容等を検討。

- 診療体制
- 診療実績
- 研修の実施体制
- 情報の収集提供体制
- 臨床研究及び調査研究
- 連携・人材育成
- 医療に係る安全管理
- 患者の発育及び教育環境

令和４年６月27日

第２回
小児がん拠点病院等の
指定要件に関するWG開始

令和４年７月21日
（予定）

がん診療提供体制の
あり方に関する検討会

- 指定要件に関するWGでの検討内容を踏まえ、方針を決定

改定した整備指針を発出

令和５年２月頃
（予定）

小児がん拠点病院等の
指定に関する検討会
（※）改定後の整備指針での指定

827

第２回小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ	資料2
令和４年６月 27 日	

小児がん拠点病院等の指定要件（案）

厚生労働省健康局
がん・疾病対策課

別添

小児がん拠点病院等の整備に関する指針（案）

Ⅰ 小児がん拠点病院の指定について

１ 小児がん拠点病院（以下「拠点病院」という。）は、小児がん拠点病院の指定に関する検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が適当と認めるものを指定するものとする。

２ 小児がん患者の数が限られている中、質の高い医療及び支援を提供するためには、一定程度の医療資源の集約化が必要であることから、地域バランスも考慮し、拠点病院を全国に 15 か所程度整備するものとする。

３ 厚生労働大臣が指定する拠点病院は、以下の役割を担うものとする。

（１） 地域における小児がん診療のさらなるネットワーク化をすすめ、地域において適切な連携のもと小児がん医療・支援を提供するため、地域ブロック協議会を設置し、その運営の中心を担い、次に掲げる事項について協議し実行すること。

（２） 地域における小児がん医療及び支援を提供する中心施設として、また、ＡＹＡ世代にあるがん患者に対しても適切に医療及び支援を提供する施設として、Ⅲの１で規定する小児がん連携病院等や、がん診療連携拠点病院等とも連携し、地域全体の小児・ＡＹＡ世代のがん医療及び支援の質の向上に資すること。なお、ＡＹＡ世代にあるがん患者とは、ＡＹＡ世代で発症したがん患者とＡＹＡ世代になった小児がん患者を指す。

（３） 新規に発症した小児がんのみならず、再発したがんにも対応すること。また、治癒の難しいがんにも対応すること。

（４） 成長期にあるという小児の特性を踏まえた、成長期にあるという小児の特性を踏まえた、全人的な小児がん医療及びライフステージに応じた支援を提供すること。すなわち各職種が専門性を活かし協力して、患者のみならず、その家族やきょうだいに対しても、身体的なケア、精神的なケアを提供し、教育の機会の確保など社会的な問題にも対応すること。

（５） ＡＹＡ世代においては、年代によって、就学、就労等の状況や心理社会的状況が様々であることから、個々の状況に応じ、多様なニーズを踏まえた、全人的ながん医療及び支援を提供すること。全人的ながん医療及びライフステージに応じた支援を提供すること。

（６）専門家による集学的治療及び緩和ケアの提供、心身の全身管理の実施、患者とその家族に対する心理社会的な支援の提供、適切な療育・教育環境

の提供、 遊びを含む日常的な活動の確保、 セカンドオピニオンの体制の整備、患者及びその家族並びに医療従事者に対する相談支援体制の整備、医師等に対する研修の実施等を進めること。

（７） 当該地域ブロック協議会の意見を聴取した上で、Ⅲに定める小児がん連携病院の指定を行うこと。

（８） 小児がん連携病院等と役割分担及び連携を進め、生活する地域によらず患者のニーズに合った医療や支援を受けられるような環境を整備すること。

（９） 長期フォローアップに関して、がんに対する経過観察、がん治療等による合併症や二次がん、患者及びその家族の相談支援等の領域毎に、当該地域内で対応可能な医療施設を明確にし、がん診療連携拠点病院等や、地域の医療機関との連携体制を整備すること。

（10） 当該地域ブロックにおける相談支援の充実のために、地域ブロック協議会において相談支援に携わる者の連携する場（相談支援部会等）を設け、研修や情報収集等を含め小児がん連携病院等との連携体制を整備すること。

（11） 小児がんに関する臨床研究等を主体的に推進すること。

（12） 拠点病院の管理者は、（１）から（11）までの期待される役割を果たす責務を負っていることを十分に認識し、関係者に対して必要な支援を行うこと。

４ 都道府県は、当該都道府県の拠点病院や近隣都道府県の拠点病院と連携し、当該都道府県及び地域ブロックにおける小児がん診療の連携協力体制の整備に努めること。そのためにも地域ブロック協議会にも積極的に参加すること。なお、この場合には、がん対策基本法（平成１８年法律第９８号）第１２条第１項に規定する都道府県がん対策推進計画との整合性にも留意すること。

５ 厚生労働大臣が指定する拠点病院については、院内の見やすい場所に拠点病院である旨の掲示をする等、小児がん患者・ＡＹＡ世代にあるがん患者及びその家族等に対し必要な情報提供を行うこととする。

６ 厚生労働大臣は、拠点病院が指定要件を欠くに至ったと認めるときは、小児がん拠点病院の指定に関する検討会の意見を踏まえ、当該拠点病院に対して勧告や指定の取り消しができるものとする。

Ⅱ 拠点病院の指定要件について

1 診療体制

（1）診療機能

① 集学的治療の提供体制及び標準的治療等の提供

ア 小児がんについて、手術療法、放射線療法及び薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療及び緩和ケアを提供する体制を有するとともに、各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療（以下「標準的治療」という。）等小児がん患者の状態に応じた適切な治療を提供すること。

イ 小児がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、以下のカンファレンスをそれぞれ必要に応じて定期的に開催すること。特に、iiiのカンファレンスを月１回以上開催すること。また、検討した内容については、診療録に記録し、関係者間で共有すること。

ⅰ 個別もしくは少数の診療科の医師を主体とした日常的なカンファレンス

ⅱ 個別もしくは少数の診療科の医師に加え、看護師、薬剤師、必要に応じて公認心理師や緩和ケアチームを代表する者等を加えた症例への対応方針を検討するカンファレンス

ⅲ 手術、放射線診断、放射線治療、薬物療法、病理診断及び緩和ケア等に携わる専門的な知識及び技能を有する医師に加え、多職種も含めた、がん患者の診断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

なお、多職種については、歯科医師や薬剤師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士、相談支援員、放射線技師等を含むものとする。

ウ 院内の他診療科や、小児がん連携病院、がん診療連携拠点病院等、地域の医療機関と協力し、小児がん患者に対して、移行期医療や成人後の晩期合併症対応等も含めた長期フォローアップ体制を構築していること。また、自ら病歴を確保・保存することや疾病理解、健康管理などに関した患者教育、患者啓発に努めること。

エ ＡＹＡ世代にあるがん患者について、がん診療連携拠点病院等への紹介も含めた適切な医療を提供できる体制を構築していること。

オ 緊急時に小児がん患者が入院できる体制を確保すること。

カ 治療に伴う生殖機能への影響などについて、がん治療開始前に適切な情報提供を行うとともに、地域のがん・生殖医療ネットワークに参画し、患者等の希望も踏まえた生殖機能の温存の支援を行う体制を構築していること。

キ 保険適応外の免疫療法等について、科学的知見を集積する観点から行う治験、先進医療を含めた臨床研究の枠組み以外の形で実施していないこと。

② 薬物療法の提供体制

薬物療法のレジメン（治療内容をいう。）を審査し、組織的に管理する委員会を設置すること。

③ 緩和ケアの提供体制

ア 小児がん診療に携わる全ての診療従事者により、全ての小児がん患者に対し適切な緩和ケアが提供される体制を整備すること。また、これを支援するために、組織上明確に位置付けられた緩和ケアチームを整備すること。自施設で対応できない場合には地域のがん診療連携拠点病院等との連携体制を整備すること。

イ 外来において専門的な小児の緩和ケアを提供できる体制を整備することが望ましい。

ウ緩和ケアチーム並びに必要に応じて主治医及び看護師等が参加する症状緩和に関するカンファレンスを定期的に開催すること。

エ 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診察が受けられる旨の掲示をするなど、小児がん患者及びその家族等に対し必要な情報提供を行うこと。

オ 小児がん連携病院やかかりつけ医等の協力・連携を得て、主治医及び看護師が緩和ケアチームと共に、退院後の居宅における緩和ケアに関する療養上必要な説明及び指導を行うこと。

カ 小児の緩和ケアに関する要請及び相談に関する受付窓口を設けるなど、小児がん連携病院や地域の医療機関及び在宅療養支援診療所等との連携協力体制を整備すること。

④ 地域連携の推進体制

ア 小児がん連携病院や地域の医療機関等から紹介された小児がん患者の受け入れを行うこと。また、小児がん患者の状態に応じ、小児がん連携病院や地域の医療機関等へ小児がん患者の紹介を行うこと。

イ 小児がんの病理診断又は画像診断に関する依頼や手術療法、放射線療法又は薬物療法に関する相談など、小児がん連携病院や地域の医療機関等の医師と相互に診断及び治療に関する連携協力体制を整備すること。なお、がんゲノム医療中核拠点病院等と連携して、がんゲノムプロファ

イリング検査等に試料を提出するための体制も整備すること。

⑤ セカンドオピニオンの提示体制

ア　小児がんについて、手術療法、放射線療法又は薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師によるセカンドオピニオン（診断及び治療法について、主治医以外の第三者の医師が提示する医療上の意見をいう。以下同じ。）を提示する体制を有すること。また、小児がん連携病院がセカンドオピニオンを提示する体制を構築できるよう適切な指導を行うこと。

イ　小児がん患者とその家族に対して診療に関する説明を行う際には、他施設におけるセカンドオピニオンを心理的な障壁なく活用できるよう説明すること。

（２）診療従事者

① 専門的な知識及び技能を有する医師の配置

ア 専任の小児がんの薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を１人以上必要な数配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。また、専従であることが望ましい。

イ 専任の小児がん手術に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を１人以上必要な数配置すること。なお、当該医師については原則として常勤であること。また、専従であることが望ましい。

ウ　放射線療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を１人以上必要な数配置すること。

エ　緩和ケアチームに、身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師並びに精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師をそれぞれ１人以上配置すること。なお、当該各医師については、常勤であることが望ましい。

オ 専従の病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。

② 専門的な知識及び技能を有する医師以外の診療従事者の配置

以下の人員を、小児がんに関連する各専門分野を担当する部門へ配置すること。

ア 放射線療法に携わる診療放射線技師を１人以上配置すること。

放射線療法における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等に携わる技術者等を１人以上配置すること。

イ 薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の薬剤師を１人以上配置すること。

ウ緩和ケアチームに、緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を１人以上配置すること。また、緩和ケアチームに協力する薬剤師及び公認心理師等の医療心理に携わる者をそれぞれ１人以上配置することが望ましい。

エ 細胞診断に関する業務に携わる者を１人以上配置することが望ましい。

オ 小児看護やがん看護に関する専門的な知識及び技能を有する看護師を１人以上必要な数配置していること。さらに、当該看護師は、小児がん看護に関する専門的な知識や技能を習得していることが望ましい。

カ 小児科領域に関する専門的な知識及び技能を有する公認心理師、社会福祉士や精神保健福祉士、保育士を配置していること。加えて、心理社会的支援、成長発達支援、環境援助、治癒的な遊びの提供等の、医療環境にある子どもや家族への療養支援に関する専門的な知識及び技能を有する者を１人以上必要数配置していること。

（３）その他の環境整備等

① 専門的ながん医療を提供するための治療機器及び治療室等の設置

ア 放射線療法に関する機器を設置すること。ただし、当該機器は、リニアックなど、体外照射を行うための機器であること。

イ 小児患者に対応できる集中治療室を設置すること。

ウ 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することが望ましい。

（４）診療実績

① 小児がんについて年間新規症例数が 30 例以上であること。

② ①のうち固形腫瘍について年間新規症例数が 10 例程度以上あること。

③ ①のうち造血器腫瘍について年間新規症例数が 10 例程度以上あること。

（５）その他

① 小児がん医療について、外部機関による技術能力についての施設認定（以下「第三者認定」という。）を受けた医療施設であること。

② 小児がんに係る骨髄・さい帯血等の移植医療について、第三者認定を受けた医療施設であること。

③ 厚生労働省委託事業小児・ＡＹＡ世代のがんの長期フォローアップ体制整備事業による「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」を受講した医師及び看護師等医療関係者を長期フォローアップに携わる部門に配置していること。

2 人材育成等

（１） 自施設において、1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。

（２） 小児がん拠点病院の長は、当該拠点病院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） 自施設の医療従事者等を中心に、小児がん対策の目的や意義、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 。また、自施設のがん診療に携わる全ての医療従事者が受講していることが望ましい。

（４） 小児がん連携病院や地域の医療機関等の多職種の医療従事者も参加する小児がんの診療、相談支援、がん登録及び臨床試験等に関する研修会等を毎年定期的に開催し、人材育成等に努めること。

3 情報の収集提供体制

（１）相談支援センター

①から⑤に掲げる相談支援を行う機能を有する部門（以下「相談支援センター」という。なお、相談支援センター以外の名称を用いても差し支えないが、その場合には、がん医療に関する相談支援を行うことが分かる名称を用いることが望ましい。）を設置し、当該部門において、アからシまでに掲げる業務を行うこと。なお、院内の見やすい場所に相談支援センターによる相談支援を受けられる旨の掲示をするなど、相談支援センターについて積極的に広報すること。

なお、小児がん患者及びＡＹＡ世代にあるがん患者に対しては、小児・ＡＹＡ世代のがんに関する一般的な情報提供、療育・発達への支援等に加

えて、ライフステージに応じた長期的な視点から、他の医療機関や行政機関、教育機関等と連携し、就学・就労・生殖医療等への相談対応や患者活動への支援等の幅広い相談支援が必要となることに十分に留意すること。また、患者のみならず、患者のきょうだいを含めその家族に対する支援も行うこと。

① 国立がん研究センターがん対策研究所による「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」を修了した専任の相談支援に携わる者を１名以上配置すること。相談支援に携わる者は、対応の質の向上のために、「小児がん拠点病院相談員継続研修」等により定期的に知識の更新に努めること。なお、その職種としては、看護師等の医療職の他、社会福祉士ないし精神保健福祉士の資格を有する者を配置することが望ましい。

② 患者やその家族に対し、必要に応じて院内の医療従事者が対応できるように、①に規定する者と医療従事者が協働できる体制の整備を行うこと。

③ 院内及び地域の医療従事者の協力を得て、院内外の小児がん患者・ＡＹＡ世代にある患者及びその家族並びに地域の住民及び医療機関等からの相談等に対応する体制を整備すること。また、相談支援に関し十分な経験を有する小児がん患者団体等との連携協力体制の構築に積極的に取り組むことが望ましい。

④ 小児がん患者及びその家族が心の悩みや体験等を語り合うための患者サロン等の場を設けること。その際には、十分な経験を持つ患者団体等と連携して実施するよう努めること。 なお、オンライン環境でも開催できることが望ましい。

⑤ 相談支援センターについて、診療の経過の中で患者が必要とするときに確実に利用できるよう繰り返し案内を行うこと。なお、がん治療の終了後も長期的に利用可能な旨も併せて説明すること。

＜相談支援センターの業務＞

ア 小児がんの病態、標準的治療法等小児がん診療等に関する一般的な情報の提供

イ 領域別の小児がん診療機能、診療実績及び医療従事者の専門とする分野・経歴など、小児がん連携病院等及び医療従事者に関する情報の収集、提供

ウ セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介

エ 小児・ＡＹＡ世代のがん患者の発育、教育、就学、就労等の療養上の相談及び支援（なお、自施設での対応が困難な場合は、がん診療連携拠点病院等

の相談支援センター等と連携を図り、適切に対応すること）
オ がん・生殖医療に関する相談および支援
カ 長期フォローアップに関する相談及び支援
キ がんゲノム医療に関する相談及び支援
ク アピアランスケアに関する相談及び支援
ケ 患者のきょうだいを含めその家族に対する支援
コ 医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援
サ 必要に応じて、小児がん連携病院や地域の医療機関等に対して相談支援に関する支援を行うこと
シ その他相談支援に関すること

（２）院内がん登録
① がん登録等の推進に関する法律（平成 25 年法律第 111 号）第 44 条第１項の規定に基づき定められた、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）（以下「院内がん登録の指針」という。）に即して院内がん登録を実施すること。
② 院内がん登録の実務を担う者として、院内がん登録の指針に基づき国立研究開発法人国立がん研究センター（以下「国立がん研究センター」という。）が提供する研修での中級認定者相当の技能を有する者を１人以上配置すること。また、配置された者は国立がん研究センターが示すがん登録に係るマニュアルに習熟すること。
③ 毎年、最新の登録情報や、予後を含めた情報を国立がん研究センターに情報提供すること。
④ 院内がん登録を活用することにより、都道府県の実施するがん対策等に必要な情報を提供すること。

（３）診療実績、診療機能等の情報提供
小児がん及びＡＹＡ世代で発症するがんについて、自施設及び自らが指定した小児がん連携病院の診療実績、診療機能及び医療従事者の専門とする分野・経歴などを、わかりやすく情報提供すること。

４ 患者の発育及び教育等に関して必要な環境整備
（１） 保育士を配置していること。
（２） 病弱等の特別支援学校又は小中学校等の病弱・身体虚弱等の特別支援学級による教育支援（特別支援学校による訪問教育を含む。）が行われ

ていること。なお、義務教育段階だけではなく、高等学校段階においても必要な教育支援を行うこと。

（３） 退院時の復園及び復学支援が行われていること。

（４） 子どもの発達段階に応じた遊戯室等を設置していること。

（５） 家族等が利用できる長期滞在施設又はこれに準じる施設が整備されていること。

（６） 家族等の希望により、２４時間面会又は患者の付き添いができる体制を構築していること。なお、この体制の質の向上についても積極的に取り組むこと。

（７） 患者のきょうだいに対する保育の体制整備を行っていることが望ましい。

（８） 教育課程によらず、切れ目のない教育支援のためにＩＣＴの活用も含めた環境を整備すること。

（９） 小児がん患者の精神的なケアに関して、対応方法や関係機関との連携について明確にしておくこと。また関係職種に情報共有を行う体制を構築していること。自施設に精神科、心療内科等がない場合は、地域の医療機関と連携体制を確保していること。

５ 臨床研究等に関すること

他の拠点病院や小児がん連携病院とも連携し、オールジャパン体制で臨床研究等を推進すること。

（１） 治験を除く臨床研究を行うに当たっては、臨床研究法（平成 29 年法律第 16 号）に則った体制を整備すること。

（２） 進行中の治験を除く臨床研究の概要及び過去の治験を除く臨床研究の成果を広報すること。

（３）登録中の治験について、その対象であるがんの種類及び薬剤名等を広報すること。

（４） 臨床研究を支援する専門の部署を設置していることが望ましい。

（５） 臨床研究コーディネーター（ＣＲＣ）を配置することが望ましい。

（６） 小児がん中央機関等と連携して、治験に関して患者に対して情報提供に努め、国内の連携体制を構築すること。

６ 医療の質の継続的な評価改善

（１）自施設及び小児がん連携病院の診療機能や診療実績、医療の質の評価、

地域連携に関する実績や活動状況の他、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を関係者で共有した上で、適切な改善策を講じること。

（２） これらの実施状況につき、地域ブロック協議会において、情報共有と相互評価を行うとともに、地域に対してわかりやすく広報すること。

７ 医療安全体制

医療法に基づく医療安全にかかる適切な体制を確保すること。また、日本医療機能評価機構の審査等の第三者による評価を受けていること。

Ⅲ 小児がん連携病院の指定について

１ 小児がん連携病院の指定

拠点病院は、地域の「質の高い医療及び支援を提供するための一定程度の医療資源の集約化」を図るために、次に掲げる（１）から（３）のそれぞれの類型ごとに、小児がん連携病院を指定することができる。その際は下記（１）から（３）に定める要件を満たす施設の中から、地域の実状を踏まえ、地域ブロック協議会において議論を行い指定すること。

（１）地域の小児がん診療を行う連携病院

地域の小児がん診療を行う連携病院として、以下の要件を満たす病院を類型１とする。

① 類型１－Ａ

標準的治療が確立しており均てん化が可能ながん種について、拠点病院と同等程度の適切な医療を提供することが可能な医療機関であり、②類型１－Ｂに示す要件に加え、下記アからウを満たす施設を類型１－Ａとする。

ア 小児がんについて年間新規症例数が 20 例以上であること。

イ 地域ブロック協議会への積極的な参加を通じて各地域の小児がん医療が適切に提供されるよう努めること。

ウ 成人診療科との連携を進めるため、がん診療連携拠点病院の都道府県協議会などに積極的に参画すること。

② 類型１－Ｂ

標準的治療が確立しており均てん化が可能ながん種について、拠点病院と同等程度の適切な医療を提供することが可能な医療機関であり、下記アからサを満たす施設を類型１－Ｂとする。

ア 標準的治療が確立しており均てん化が可能ながん種について、拠点病院と同等程度の適切な医療を提供することが可能であること。

イ 小児がん医療について、第三者認定を受けた医療施設であること。
ウ Ⅱの１の（１）の④に準じた連携の協力体制を構築していること。
エ Ⅱの１の（２）に準じた人員配置を行うことが望ましい。
オ Ⅱの７に規定する項目を満たすこと。
カ 相談支援センターを設置し、Ⅱの３の（１）の①に規定する研修を受けた者を配置することが望ましい。自施設で対応できない場合には拠点病院等の相談支援センターと連携すること。
キ 患者の発育及び教育等に関してⅡの５に準じた環境を整備していることが望ましい。
ク 院内がん登録の指針に即して院内がん登録を実施すること。その実務を担う者として、国立がん研究センターが提供する研修で認定を受けている者を１人以上配置することが望ましい。
ケ 緊急対応が必要な患者や合併症を持ち高度な管理が必要な患者に対して、拠点病院やがん診療連携拠点病院等と連携し適切ながん医療の提供を行うこと。
コ 連携する拠点病院に診療実績等について現況報告及び医療の質を評価する指標等を提出すること。
サ 人材育成に関して、必要に応じグループ指定を受ける小児がん拠点病院との連携により、Ⅱの２に定める要件を満たすこと。

（２）特定のがん種等についての診療を行う連携病院

現時点で均てん化が難しく、診療を集約すべき特定のがん種（脳腫瘍や骨軟部腫瘍等）に対して、適切な医療を提供できる医療機関又は、限られた施設でのみ実施可能な粒子線治療等の標準的治療を提供する医療機関を類型２とする。

ア 以下のいずれかを満たすこと。
ⅰ 特定のがん種について、集学的治療等を提供する体制を有するとともに、標準的治療等がん患者の状態に応じた適切な治療を提供することが可能であること。また、当該がん種について、当該都道府県内における診療実績が、特に優れていること。
ⅱ 限られた施設でのみ実施可能な粒子線治療等の標準的治療を提供していること。
イ Ⅱの１の（１）の④に準じた連携の協力体制を構築していること。
ウ Ⅱの１の（２）に準じた人員配置を行うことが望ましい。
エ Ⅱの７に規定する医療安全に関する項目を満たすこと。
オ 院内がん登録の指針に即して院内がん登録を実施すること。その実務を

担う者として、国立がん研究センターが提供する研修で認定を受けている者を１人以上配置することが望ましい。

カ 相談支援の窓口を設置し、必要に応じて、拠点病院の相談支援センターに紹介すること。なお、Ⅱの３の①に規定する研修を受けた者を配置することが望ましい。

キ 緊急対応が必要な患者や合併症を持ち高度な管理が必要な患者に対して、拠点病院やがん診療連携拠点病院等と連携し適切ながん医療の提供を行うこと。

ク 連携する拠点病院に診療実績等について現況報告を提出すること。

ケ 人材育成に関して、必要に応じグループ指定を受ける小児がん拠点病院との連携により、Ⅱの２に定める要件を満たすこと。

（３）小児がん患者等の長期の診療体制の強化のための連携病院

地域で小児がん患者の晩期合併症や移行期医療に対応するために、長期フォローアップとともに、必要に応じた適切な医療を提供することが可能な医療機関を類型３とする。

ア 長期フォローアップ外来など、小児がん患者等の長期フォローアップが可能な体制を有すること。患者の状態に応じた適切な治療が必要な場合、自施設において適切な治療を提供することが可能であること、また、自施設での対応が難しい場合には、拠点病院等適切な病院に紹介する体制を整えていること。

イ 厚生労働省委託事業小児・ＡＹＡ世代のがんの長期フォローアップ体制整備事業による「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」を受講した医師を配置していること。

ウ Ⅱの１の（１）の④に準じた連携の協力体制を構築していること。

エ 相談支援の窓口を設置し、必要に応じて、拠点病院の相談支援センターに紹介すること。なお、Ⅱの３の①に規定する研修を受けた者を配置することが望ましい。

オ 緊急対応が必要な患者や合併症を持ち高度な管理が必要な患者に対して、拠点病院やがん診療連携拠点病院等と連携し適切ながん医療の提供を行うこと。

カ 連携する拠点病院に診療実績等について現況報告及び医療の質を評価する指標等を提出すること。

キ　院内がん登録の指針に即して院内がん登録を実施することが望ましい。

ク 人材育成に関して、必要に応じグループ指定を受ける小児がん拠点病院

との連携により、Ⅱの２に定める要件を満たすこと。

３ 小児がん連携病院の指定等の手続きについて

（１） 小児がん連携病院の候補となる医療機関は、各地域ブロック協議会で協議により定められた最低限満たすべき要件を満たしていることを確認の上、連携する拠点病院に申請すること。

（２）拠点病院が小児がん連携病院の指定又は指定の取り消しを行う際には、地域ブロック協議会の意見をあらかじめ聴取すること。

（３） 拠点病院は、小児がん連携病院の指定又は指定の取り消しを行った場合には、地域ブロック協議会を通じて、速やかに厚生労働大臣及び小児がん中央機関に報告すること。

Ⅳ 小児がん中央機関の指定について

１ 小児がんの中核的な機関を「小児がん中央機関」とし、厚生労働大臣が適当と認めるものを指定する。

２ 小児がん中央機関は、小児がん拠点病院連絡協議会を設置し、その運営の中心を担うこと。

３ 厚生労働大臣が指定する小児がん中央機関は拠点病院を牽引し、全国の小児がん診療の連携体制を整備し、医療・支援の質を向上させるため、小児がん拠点病院連絡協議会の議論を踏まえ以下の役割を担うものとする。

（１） 小児がん及びＡＹＡ世代で発症するがんに関する相談支援の向上に関する体制整備を行うこと。また、小児がん患者・経験者の発達段階に応じた長期的な支援のあり方について検討すること。

（２） 小児がん及びＡＹＡ世代で発症するがんに関する情報を収集し、広く国民に提供すること。

（３） 全国の小児がんに関する臨床試験の支援を行うこと。

（４） 小児がんの治験促進に向け、治験に関する情報提供を行い、国内の連携体制を整備すること

（５） 拠点病院、小児がん連携病院等に対する診断、治療などの診療支援を行うこと。

（６） 小児がん診療、相談支援や治験等に携わる者の育成に関する国内の体制整備を行うこと。

（７） 長期フォローアップにも活用できるよう、小児がんの登録の体制の整備を行うこと。

（８） （１）から（７）の業務にあたっては、患者、家族及び外部有識者等による検討を踏まえて行うこと。

４ 厚生労働大臣は、小児がん中央機関が上記２の役割を担う上で適切ではないと認めるときは、その指定を取り消すことができる。

Ⅴ 指定の申請手続き等、指針の見直し及び施行期日について

１ 既に拠点病院の指定を受けている医療機関の取扱いについて

「小児がん拠点病院等の整備について」（平成 30 年７月 31 日付け健発 0731 第２号厚生労働省健康局長通知）（令和元年８月６日一部改正）の別添「小児がん拠点病院の整備に関する指針」に基づき、拠点病院の指定をうけている医療機関にあっては、令和●年●月●日までの間に限り、この指針で定める拠点病院として指定を受けているものとみなす。

２ 指定の申請手続等について

（１） 医療機関は、Ⅰの１に基づく指定の申請に当たっては、指定要件を満たしていることを確認の上、令和●年●月●日までに、別途定める「新規指定申請書」を厚生労働大臣に提出すること。

（２） 拠点病院は、令和●年度以降、毎年●月末までに、自施設及び自らが指定した小児がん連携病院について、別途定める「現況報告書」を厚生労働大臣に提出すること。

３ 指定の有効期間について

（１） Ⅰの１の指定の有効期間は、原則４年間とし、その期間の経過によって、その効力を失う。なお、有効期間経過後の拠点病院の指定は、Ⅰの１の規定に基づき、改めて行うものとする。

（２） 上記（１）で定める指定の有効期間の満了日までに、有効期間経過後の拠点病院の指定が行われないときは、従前の指定は、指定の有効期間の満了後も、なおその効力を有する。ただし、その効力は、有効期間経過後の拠点病院の指定が行われるまでの間に限る。

４ 指針の見直しについて

健康局長は、がん対策基本法第 10 条第８項において準用する同条第３項の規定によりがん対策推進基本計画が変更された場合その他の必要があると認める場合には、この指針を見直すことができるものとする。

５　施行期日

この指針は、令和●年●月●日から施行する。

「小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」開催要綱

１．　趣旨

我が国では、第３期のがん対策推進基本計画（平成 30 年３月９日閣議決定）に基づき、小児・ＡＹＡ世代のがん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるような環境の整備を目指し、小児がん中央機関と小児がん拠点病院を指定する等、地域における小児がん拠点病院を中心とした小児がん診療のネットワーク化を進めてきた。

小児から成人まで一貫した議論を行い、小児がん拠点病院等とがん診療連携拠点病院等がより連携してＡＹＡ世代のがん患者を支援していけるよう、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」の下に本ワーキンググループを設置し、「小児がん拠点病院等の整備に関する指針」の見直しについて検討し、その検討結果を同検討会に報告することとする。

２．　検討事項

（１）小児がん拠点病院等の指定要件の見直し

（２）その他必要な事項

３．　その他

（１）本ワーキンググループは厚生労働省健康局長が別紙の構成員の参集を求めて開催する。

（２）本ワーキンググループに座長を置く。座長は、ワーキンググループ構成員の中から、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」座長が指名する。

（３）本ワーキンググループには、必要に応じ、別紙構成員以外の有識者等の参集を依頼することができるものとする。

（４）本ワーキンググループは、原則として公開とする。

（５）本ワーキンググループの庶務は、健康局がん・疾病対策課が行う。

（６）この要綱に定めるもののほか、本ワーキンググループの開催に必要な事項は、座長が健康局長と協議の上、定める。

（７）本ワーキンググループで得られた成果は、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」に報告する。

別紙

「小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」
構成員名簿

小川　千登世	国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院　小児腫瘍科長
小俣　智子	学校法人武蔵野大学人間科学部　社会福祉学科　教授
笹月　桃子	学校法人西南女学院大学保健福祉学部　教授 国立大学法人九州大学病院小児科　特任助教
滝田　順子	国立大学法人京都大学大学院医学研究科　発達小児科学　教授
竹之内　直子	小児がん看護学会　理事
舛本　大輔	全国小児がん経験者ネットワーク シェイクハンズ！ 副代表
松本　公一	国立研究開発法人国立成育医療研究センター　小児がんセンター センター長
柳澤　隆昭	学校法人東京慈恵会医科大学脳神経外科学講座　教授
米田　光宏	国立研究開発法人国立成育医療研究センター　小児外科系専門診療部 外科診療部長 小児がんセンター　副小児がんセンター長　腫瘍外科診療部長（併任） 国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院　小児外科長

第２回小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ	参考資料２
令和４年６月 27 日	

健発 0731 第２号
平成 30 年７月 31 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省健康局長
（ 公 印 省 略 ）

小児がん拠点病院等の整備について

我が国のがん対策については、がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）及び同法の規定に基づく「がん対策推進基本計画」（平成 30 年３月９日閣議決定。以下「基本計画」という。）により、総合的かつ計画的に推進しているところである。基本計画においては、全体目標として「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」ことが掲げられ、「がん予防」、「がん医療の充実」、「がんとの共生」の三本の柱が設定されており、小児及びＡＹＡ世代のがん対策についても、「がん医療の充実」、「がんとの共生」のひとつとして位置づけられている。

年間に 2000 人から 2500 人が発症する小児がんについては、小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるような環境の整備を目指して、平成 25 年２月に、全国に 15 か所の小児がん拠点病院、平成 26 年２月には 、２か所の中央機関を整備し、小児がん診療の一定程度の集約化と小児がん拠点病院を中心としたネットワークによる診療体制の構築を進めてきた。

しかしながら、がん種に応じた診療体制の整備や、小児がん拠点病院と地域ブロックにおける他の医療機関とのネットワークの整備等 にかかる課題が指摘されており、 また、ＡＹＡ世代で発症するがんについては、個々のがん患者の状況に応じて対応できるよう、 情報提供、支援体制及び診療体制の整備等の必要性が指摘されていることから、「 小児・ＡＹ Ａ世代のがん医療・支援のあり方に関する検討会」を開催し、指定要件の見直しについて検討を進めてきたところである。

今般、これらの 検討会からの提言を踏まえ、「小児がん拠点病院 等 の整備に関する指針」（以下「指針」という。） を別添のとおり定めたので通知する。

ついては、各都道府県におかれては、 小児がん拠点病院 等を整備することで、小児・ AYA 世代の 患者が全人的な質の高いがん医療及び支援を受けることができる体制を確保するという指針の趣旨をご了知の上、指針の要件を全て満たす医療機関による積極的な申請が行われるよう、貴管下医療機関への周知をお願いする。

また、指針に規定する「新規指定申請書「新規指定申請書」等については、別途通知」等については、別途通知するのでご留意されたい。

なお、「小児がん拠点病院等の整備について」（平成 24 年年９月７日付け健発 0907 第２号厚生労働省健康局長通知）は、平成 30 年７月 31 日で廃止する。

別添

小児がん拠点病院等の整備に関する指針

Ⅰ 小児がん拠点病院の指定について

１ 小児がん拠点病院（以下「拠点病院」という。）は、第三者によって構成される検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が適当と認めるものを指定するものとする。

２ 小児がん患者の数が限られている中、質の高い医療及び支援を提供するためには、一定程度の医療資源の集約化が必要であることから、地域バランスも考慮し、当面の間、拠点病院を全国に１０か所程度整備するものとする。

３ 厚生労働大臣が指定する拠点病院は、以下の役割を担うものとする。

（１）地域における小児がん医療及び支援を提供する中心施設として、また、ＡＹＡ世代にあるがん患者に対しても適切に医療及び支援を提供する施設として、Ⅲの２で規定する小児がん連携病院等とも連携し、地域全体の小児・ＡＹＡ世代のがん医療及び支援の質の向上に資すること。なお、ＡＹＡ世代にあるがん患者とは、ＡＹＡ世代で発症したがん患者とＡＹＡ世代になった小児がん患者を指す。

（２）新規に発症した小児がんのみならず、再発したがんにも対応すること。また、治癒の難しいがんにも対応すること。

（３） 成長期にあるという小児の特性を踏まえた、成長期にあるという小児の特性を踏まえた、全人的な小児がん医療及び支援を提供すること。すなわち各職種が専門性を活かし協力して、患者のみならず、その家族やきょうだいに対しても、身体的なケア、精神的なケアを提供し、教育の機会の確保など社会的な問題にも対応すること。

（４） ＡＹＡ世代においては、年代によって、就学、就労等の状況や心理社会的状況が様々であることから、個々の状況に応じ、多様なニーズを踏まえた、全人的ながん医療及び支援を提供すること。全人的ながん医療及び支援を提供すること。

（５） 専門家による集学的 治療 及び 緩和ケア の提供、心身の全身管理の実施、患者とその家族に対する心理社会的な支援の提供、適切な療育・教育環境の提供、 遊びを含む日常的な活動の確保、 セカンドオピニオンの体制の整備、患者及びその家族並びに医療従事者に対する相談支援体制の整備 、医師等に対する研修の実施等を進めること。

（６） 地域における小児がん診療のさらなるネットワーク化をすすめ、 地域

において適切な連携のもと 小児がん医療・支援を提供するため、 の１に規定する 「 〇 〇 小児がん医療提供体制協議会 （仮称 」（以下「地域ブロック協議会」という。） を設置し、その運営の中心を担い、当該 地域ブロック 協議会の意見を聴取した上で、小児がん連携病院の指定を行うこと。

（７） 小児がん連携病院等と役割分担及び連携を進め、患者が発育時期において可能な限り慣れ親しんだ地域に留まり、他の子どもたちと同じ生活・教育環境の中で医療や支援を受けられるような環境を整備すること。

（８） がん診療連携病院等との連携をすすめ、地域の中で患者及びその家族の不安、治療による合併症及び二次がんなどに対応できる長期フォローアップ体制を整備すること。

（９） 小児がんに関する臨床研究を主体的に推進すること。

(10) 医療機関の管理者は、（１）から（９）までの期待される役割を果たす責務を負っていることを十分に認識し、関係者に対して必要な支援を行うこと。

４ 都道府県は、当該都道府県の拠点病院及び近隣都道府県の拠点病院と、当該都道府県及び地域ブロックにおける小児がん診療の連携協力体制の整備に努めること。なお、この場合には、がん対策基本法（平成１８年法律第９８号）第１２条第１項に規定する都道府県がん対策推進計画との整合性にも留意すること。

５ 厚生労働大臣が指定する拠点病院については、院内の見やすい場所に拠点病院である旨の掲示をする等、小児がん患者・ＡＹＡ世代にあるがん患者及びその家族等に対し必要な情報提供を行うこととする。

６ 厚生労働大臣は、拠点病院が指定要件を欠くに至ったと認めるときは、第三者によって構成される検討会の意見を踏まえ、その指定を取り消すことができるものとする。

Ⅱ 拠点病院の指定要件について

１ 診療体制

（１）診療機能

① 集学的治療の提供体制及び標準的治療等の提供

ア 小児がんについて、手術療法、放射線療法及び薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療及び緩和ケアを提供する体制を有するとともに、各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療（以下「標準的治療」と

いう。）等小児がん患者の状態に応じた適切な治療を提供すること。

イ　小児がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、キャンサーボード（手術療法、放射線療法及び薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医療従事者等によるがん患者の症状、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をいう。以下同じ。）を設置し、定期的に開催すること。また、必要に応じて、歯科医師や薬剤師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士（特に医療ソーシャルワーカー）、公認心理師等の専門的多職種の参加を求めること。キャンサーボードで検討した内容については、記録し、関係者間で共有すること。

ウ　小児がん連携病院と協力し、小児がん患者に対して、移行期医療や成人後の晩期合併症対応等も含めた長期フォローアップ体制を構築していること。

エ　ＡＹＡ世代にあるがん患者について、がん診療連携拠点病院等への紹介も含めた適切な医療を提供できる体制を構築していること。

オ　緊急時に小児がん患者が入院できる体制を確保すること。

カ　治療に伴う生殖機能への影響など、がん治療開始前に適切な情報提供を行うとともに、患者等の希望も踏まえ、生殖機能の温存の支援を行う体制を構築していることが望ましい。

キ　保険適応外の免疫療法等の先進的な治療を実施する場合は、科学的知見を集積する観点から、原則として治験、先進医療を含めた臨床研究の枠組みで行うこと。

② 薬物療法の提供体制

薬物療法のレジメン（治療内容をいう。）を審査し、組織的に管理する委員会を設置すること。なお、当該委員会は、必要に応じて、キャンサーボードと連携協力すること。

③ 緩和ケアの提供体制

ア　（２）の①のウに規定する医師及び（２）の②のウに規定する看護師等を構成員とする小児の緩和ケアチームを整備し、当該緩和ケアチームを組織上明確に位置付けるとともに、小児がん患者に対し適切な緩和ケアを提供すること。

イ　外来において専門的な小児の緩和ケアを提供できる体制を整備することが望ましい。

ウ アに規定する緩和ケアチーム並びに必要に応じて主治医及び看護師等が参加する症状緩和に関するカンファレンスを定期的に開催すること。

エ 院内の見やすい場所にアに規定する緩和ケアチームによる診察が受けられる旨の掲示をするなど、小児がん患者及びその家族等に対し必要な情報提供を行うこと。

オ 小児がん連携病院やかかりつけ医等の協力・連携を得て、主治医及び看護師がアに規定する緩和ケアチームと共に、退院後の居宅における緩和ケアに関する療養上必要な説明及び指導を行うこと。

カ 小児の緩和ケアに関する要請及び相談に関する受付窓口を設けるなど、小児がん連携病院や地域の医療機関及び在宅療養支援診療所等との連携協力体制を整備すること。

④ 病病連携・病診連携の協力体制

ア 小児がん連携病院や地域の医療機関等から紹介された小児がん患者の受け入れを行うこと。また、小児がん患者の状態に応じ、小児がん連携病院や地域の医療機関等へ小児がん患者の紹介を行うこと。

イ 小児がんの病理診断又は画像診断に関する依頼や手術療法、放射線療法又は薬物療法に関する相談など、小児がん連携病院や地域の医療機関等の医師と相互に診断及び治療に関する連携協力体制を整備すること。

ウ 患者の状況等に応じて、地域連携クリティカルパス（拠点病院と小児がん連携病院や地域の医療機関等が作成する診療役割分担表、共同診療計画表及び患者用診療計画表から構成される小児がん患者に対する診療の全体像を体系化した表をいう。以下同じ。）を整備することが望ましい。

エ ウに規定する地域連携クリティカルパスを活用するなど、小児がん連携病院や地域の医療機関等と協力し、必要に応じて、退院時に当該小児がん患者に関する共同の診療計画の作成等を行うことが望ましい。

⑤ セカンドオピニオンの提示体制

小児がんについて、手術療法、放射線療法又は薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師によるセカンドオピニオン（診断及び治療法について、主治医以外の第三者の医師が提示する医療上の意見をいう。以下同じ。）を提示する体制を有すること。また、小児がん連携病院がセカンドオピニオンを提示する体制を構築できるよう適切な指導を行うこと。

（２）診療従事者

① 専門的な知識及び技能を有する医師の配置

ア 放射線療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を１人以上配置すること。

イ 専任（当該療法の実施を専ら担当していることをいう。この場合において、「専ら担当している」とは、担当者となっていればよいものとし、その他診療を兼任していても差し支えないものとする。ただし、その就業時間の少なくとも５割以上、当該療法に従事している必要があるものとする。以下同じ。）の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。また、専従（当該療法の実施日において、当該療法に専ら従事していることをいう。この場合において、「専ら従事している」とは、その就業時間の少なくとも８割以上、当該療法に従事していることをいう。以下同じ。）であることが望ましい。

ウ （１）の③のアに規定する緩和ケアチームに、身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師並びに精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師をそれぞれ１人以上配置すること。なお、当該各医師については、常勤であることが望ましい。

エ 専従の病理診断に携わる医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。

② 専門的な知識及び技能を有する医師以外の診療従事者の配置

ア 放射線療法に携わる診療放射線技師を１人以上配置すること。
放射線療法における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等に携わる技術者等を１人以上配置すること。

イ 薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の薬剤師を１人以上配置すること。

ウ （１）の③のアに規定する緩和ケアチームに、緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を１人以上配置すること。また、（１）の③のアに規定する緩和ケアチームに協力する薬剤師及び公認心理師をそれぞれ１人以上配置することが望ましい。

エ 細胞診断に関する業務に携わる者を１人以上配置することが望ましい。

オ 小児看護やがん看護に関する専門的な知識及び技能を有する専門看護師又は認定看護師を配置していることが望ましい。さらに、当該看護師は、小児がん看護に関する知識や技能を習得していることが望ましい。

カ 小児科領域に関する専門的知識を有する公認心理師又は臨床心理士、社会福祉士（特に医療ソーシャルワーカー）、医療環境にある子どもや

家族に心理社会的支援を提供する専門家であるチャイルド・ライフ・スペシャリスト等のような、療養を支援する担当者を配置していることが望ましい。

③ その他

ア 小児がん患者の状態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、各診療科の医師における情報交換・連携を恒常的に推進する観点から、各診療科が参加する話し合いの場等を設置することが望ましい。

イ 拠点病院の長は、当該拠点病院において小児がん診療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師の専門性及び活動実績等を定期的に評価し、当該医師がその専門性を十分に発揮できる体制を整備すること。なお、当該評価に当たっては、手術療法・放射線療法・薬物療法の治療件数（放射線療法・薬物療法については、入院・外来ごとに評価することが望ましい。）、紹介されたがん患者数その他診療連携の実績、論文の発表実績、研修会・日常診療等を通じた指導実績、研修会・学会等への参加実績等を参考とすること。

（３）医療施設

① 専門的ながん医療を提供するための治療機器及び治療室等の設置

ア 放射線療法に関する機器を設置すること。ただし、当該機器は、リニアックなど、体外照射を行うための機器であること。

イ 集中治療室を設置すること。

ウ 小児がん患者及びその家族が心の悩みや体験等を語り合うための場を設けること。

② 敷地内禁煙等

敷地内禁煙の実施等のたばこ対策に積極的に取り組むこと。

（４）診療実績

① 小児がんについて年間新規症例数が 30 例以上であること。なお、平成 30 年４月１日から９月 30 日までの新規症例数から、平成３０年度の年間新規症例数が 30 例以上となることが想定される場合は当該要件を満たしているものと見なす。

② 固形腫瘍について年間新規症例数が 10 例程度あること。

③ 造血器腫瘍について年間新規症例数が 10 例程度あること。

（５）その他

① 小児がん医療について、外部機関による技術能力についての施設認定（以下「第三者認定」という。）を受けた医療施設であること。

② 小児がんに係る骨髄・さい帯血等の移植医療について、第三者認定を受けた医療施設であること。

③ 一般社団法人小児血液・がん学会が主催する「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」を受講した医師及び看護師等医療関係者を配置していること。なお、当該医師及び看護師等医療関係者については、平成 32 年３月までに配置していれば良いものとする。

２ 研修の実施体制

小児がん連携病院や地域の医療機関等の多職種の医療従事者も参加する小児がんの診療、相談支援、がん登録及び臨床試験等に関する研修会等を毎年定期的に開催し、人材育成等に努めること。

３ 情報の収集提供体制

（１）相談支援センター

①から③に掲げる相談支援を行う機能を有する部門（以下「相談支援センター」という。なお、相談支援センター以外の名称を用いても差し支えないが、その場合には、がん医療に関する相談支援を行うことが分かる名称を用いることが望ましい。）を設置し、当該部門において、アからコまでに掲げる業務を行うこと。なお、院内の見やすい場所に相談支援センターによる相談支援を受けられる旨の掲示をするなど、相談支援センターについて積極的に広報すること。

なお、小児がん患者及びＡＹＡ世代にあるがん患者に対しては、小児・ＡＹＡ世代のがんに関する一般的な情報提供、療育・発達への支援等に加えて、ライフステージに応じた長期的な視点から、他の医療機関や行政機関、学校等と連携し、就学・就労・生殖医療等への相談対応や患者活動への支援等の幅広い相談支援が必要となることに十分に留意すること。また、患者のみならず、患者のきょうだいを含めその家族に対する支援も行うこと。

① 「小児がん中央機関による研修について」（平成 27 年３月 31 日付け厚生労働省健康局がん対策・健康増進課事務連絡）に定める小児がん中央機関が実施する所定の研修を修了した、小児がん患者及びその家族等の抱える問題に対応できる専任の相談支援に携わる者を１人以上配置すること。

② 患者やその家族に対し、必要に応じて院内の医療従事者が対応できるように、①に規定する者と医療従事者が協働できる体制の整備を行うこと。

③ 院内及び地域の医療従事者の協力を得て、院内外の小児がん患者・ＡＹＡ世代にある患者及びその家族並びに地域の住民及び医療機関等からの相談等に対応する体制を整備すること。また、相談支援に関し十分な経験を有する小児がん患者団体等との連携協力体制の構築に積極的に取り組むことが望ましい。

＜相談支援センターの業務＞

ア 小児がんの病態、標準的治療法等小児がん診療等に関する一般的な情報の提供

イ 領域別の小児がん診療機能、診療実績及び医療従事者の専門とする分野・経歴など、小児がん連携病院等及び医療従事者に関する情報の収集、提供

ウ セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介

エ 小児がん患者の発育及び療養上の相談及び支援

オ 小児がん患者の教育上の相談及び支援

カ 小児がん連携病院等及び医療従事者等における小児がん診療の連携協力体制の事例に関する情報の収集、提供

キ 医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援

ク ＡＹＡ世代にあるがん患者に対する治療や就学、就労支援等に関する相談及び支援（なお、自施設での対応が困難な場合は、がん診療連携拠点病院等の相談支援センター等と連携を図り、適切に対応すること）

ケ 必要に応じて、小児がん連携病院や地域の医療機関等に対して相談支援に関する支援を行うこと

コ その他相談支援に関すること

（２）院内がん登録

① がん登録等の推進に関する法律（平成 25 年法律第 111 号）第 44 条第１項の規定に基づき定められた、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）（以下「院内がん登録の指針」という。）に即して院内がん登録を実施すること。

② 院内がん登録に係る実務に関する責任部署を明確にすること。当該病院の管理者又はこれに準ずる者を長とし、医師、看護師及び診療情報管理士等から構成され、当該病院における院内がん登録の運用上の課題の評価及び活用に係る規定の策定等を行う機関を設置すること。

③ 院内がん登録の実務を担う者として、院内がん登録の指針に基づき国立研究開発法人国立がん研究センター（以下「国立がん研究センター」という。）が提供する研修で中級認定者の認定を受けている者を１人以上配置

すること。また、配置された者は国立がん研究センターが示すがん登録に係るマニュアルに習熟すること。

④ 院内がん登録の登録様式については、院内がん登録の指針に基づき国立がん研究センターが提示する院内がん登録に係る標準様式に準拠すること。

⑤ 適宜、登録対象者の生存の状況を確認すること。

⑥ 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ため、毎年、院内がん登録の指針に基づき国立がん研究センターに情報提供すること。

⑦ 院内がん情報を取り扱うに当たっては、情報セキュリティーに関する基本的な方針を定めることが望ましい。

⑧ 院内がん登録を活用することにより、都道府県の実施するがん対策等に必要な情報を提供すること。

（３）診療実績、診療機能等の情報提供

小児がん及びＡＹＡ世代で発症するがんについて、自施設及び自らが指定した小児がん連携病院の診療実績、診療機能及び医療従事者の専門とする分野・経歴などを、わかりやすく情報提供すること。

４ 臨床研究に関すること

他の拠点病院や小児がん連携病院とも連携し、オールジャパン体制で臨床研究を推進すること。

（１） 治験を除く臨床研究を行うに当たっては、臨床研究法（平成 29 年法律第 16 号）に則った体制を整備すること。

（２） 進行中の治験を除く臨床研究の概要及び過去の治験を除く臨床研究の成果を広報すること。

（３） 参加中の治験について、その対象であるがんの種類及び薬剤名等を広報することが望ましい。

（４） 臨床研究を支援する専門の部署を設置していることが望ましい。

（５） 臨床研究コーディネーター（ＣＲＣ）を配置することが望ましい。

５ 患者の発育及び教育等に関して必要な環境整備

（１） 保育士を配置していること。

（２） 病弱等の特別支援学校又は小中学校等の病弱・身体虚弱等の特別支援学級による教育支援（特別支援学校による訪問教育を含む。）が行われていること。なお、義務教育段階だけではなく、高等学校段階において

も必要な教育支援を行うよう留意すること。

（３） 退院時の復園及び復学支援が行われていること。

（４） 子どもの発達段階に応じた遊戯室等を設置していること。

（５） 家族等が利用できる長期滞在施設又はこれに準じる施設が整備されていること。

（６） 家族等の希望により、２４時間面会又は患者の付き添いができる体制を構築していること。

（７） 患者のきょうだいに対する保育の体制整備を行っていることが望ましい。

６ ＰＤＣＡサイクル

（１） 自施設及び小児がん連携病院の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を関係者で共有した上で、適切な改善策を講じること。

（２） これらの実施状況につき、地域ブロック協議会において、情報共有と相互評価を行うとともに、地域に対してわかりやすく広報すること。

７ 医療安全体制

（１） 組織上明確に位置づけられた医療に係る安全管理を行う部門を設置し、病院一体として医療安全対策を講じること。また、当該部門の長として常勤の医師を配置すること。

（２） 医療に係る安全管理を行う者（以下「医療安全管理者」という。）として（１）に規定する医師に加え、専任で常勤の薬剤師及び専従で常勤の看護師を配置すること。

（３） 医療安全管理者は、医療安全対策に係る研修を受講すること。

（４） 当該施設で未承認新規医薬品の使用や承認薬の適応外使用を行う場合や高難度新規医療技術を用いた医療を提供する場合については、以下の体制を整備すること。

① 当該医療の適応の安全性や妥当性、倫理性について検討するための組織（倫理審査委員会、薬事委員会等。なお当該組織は既設の組織であっても構わない。）において、病院として事前に検討を行うこと。

② 事前検討を行い、承認された医療を提供する際には、患者・家族に対し適切な説明を行い、書面での同意を得た上で提供すること。

③ 提供した医療について、事後評価を行うこと。

（５） 医療安全のための患者窓口を設置し、患者からの苦情や相談に応じられる体制を確保すること。

Ⅲ 地域ブロック協議会の設置と小児がん連携病院の指定について

１ 地域ブロック協議会の設置と運営について

拠点病院は、別途定める要件に基づき、地域ブロックごとに、「〇〇小児がん医療提供体制協議会（仮称）」を設置し、その運営を担うものとする。

２ 小児がん連携病院の指定

拠点病院は、地域の「質の高い医療及び支援を提供するための一定程度の医療資源の集約化」を図るために、次に掲げる（１）から（３）のそれぞれの類型ごとに、小児がん連携病院を指定することができる。指定に際しては、事前に地域ブロック協議会において議論を行い、意見を聴取することとする。なお、小児がん連携病院が最低限満たすべき要件については、下記に示す事項を参考に、地域の実状を踏まえ、各地域ブロック協議会で協議の上、定めるものとする。

（１）地域の小児がん診療を行う連携病院

拠点病院以外であっても、標準的治療が確立しており均てん化が可能ながん種について、拠点病院と同等程度の適切な医療を提供することが可能な医療機関。

ア 標準的治療が確立しており均てん化が可能ながん種について、拠点病院と同等程度の適切な医療を提供することが可能であること。

イ 小児がん医療について、第三者認定を受けた医療施設であること。

ウ Ⅱの１の（１）の④に準じた連携の協力体制を構築していること。

エ Ⅱの１の（２）に準じた人員配置を行うことが望ましい。

オ Ⅱの７の（１）、（３）、（４）、（５）に規定する項目を満たすこと。Ⅱの７の（２）に規定する医療安全管理者の配置に関しては、Ⅱの７の（１）に規定する医師に加え、常勤の薬剤師及び常勤の看護師を配置すること。

カ 相談支援の窓口を設置し、必要に応じて、拠点病院の相談支援センターに紹介すること。なお、Ⅱの３の①に規定する研修を受けた者を配置することが望ましい。

キ 院内がん登録の実務を担う者として、国立がん研究センターが提供する研修で認定を受けている者を１人以上配置することが望ましい。

ク 緊急対応が必要な患者や合併症を持ち高度な管理が必要な患者に対して、拠点病院やがん診療連携拠点病院等と連携し適切ながん医療の提供を行うこと。

ケ 連携する拠点病院に診療実績等について現況報告を提出すること。

（２）特定のがん種等についての診療を行う連携病院

現時点で均てん化が難しく、診療を集約すべき特定のがん種（脳腫瘍や骨軟部腫瘍等）に対して、適切な医療を提供できる医療機関又は、限られた施設でのみ実施可能な粒子線治療等の標準的治療を提供する医療機関。

ア 以下のいずれかを満たすこと。

ⅰ 特定のがん種について、集学的治療等を提供する体制を有するとともに、標準的治療等がん患者の状態に応じた適切な治療を提供することが可能であること。また、当該がん種について、当該都道府県内における診療実績が、特に優れていること。

ⅱ 限られた施設でのみ実施可能な粒子線治療等の標準的治療を提供していること。

イ Ⅱの１の（１）の④に準じた連携の協力体制を構築していること。

ウ Ⅱの１の（２）に準じた人員配置を行うことが望ましい。

エ Ⅱの７の（１）、（３）、（４）、（５）に規定する項目を満たすこと。Ⅱの（２）に規定する医療安全管理者の配置に関しては、Ⅱの（１）に規定する医師に加え、常勤の薬剤師及び常勤の看護師を配置すること。

オ 院内がん登録の実務を担う者として、国立がん研究センターが提供する研修で認定を受けている者を１人以上配置することが望ましい。

カ 相談支援の窓口を設置し、必要に応じて、拠点病院の相談支援センターに紹介すること。なお、Ⅱの３の①に規定する研修を受けた者を配置することが望ましい。

キ 緊急対応が必要な患者や合併症を持ち高度な管理が必要な患者に対して、拠点病院やがん診療連携拠点病院等と連携し適切ながん医療の提供を行うこと。

ク 連携する拠点病院に診療実績等について現況報告を提出すること。

（３）小児がん患者等の長期の診療体制の強化のための連携病院

地域で小児がん患者の晩期合併症や移行期医療に対応するために、長期フォローアップとともに、必要に応じた適切な医療を提供することが可能な医療機関。

ア 小児がん患者等の長期フォローアップが可能な体制を有するとともに、患者の状態に応じた適切な治療が必要な場合、自施設において適切な治療を提供することが可能であること、また、自施設での対応が難しい場合には、拠点病院等適切な病院に紹介する体制を整えていること。

イ 一般社団法人小児血液・がん学会が主催する「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」を受講した医師を配置しているこ

と。なお、上記については、平成 32 年３月までに、配置していれば良いものとする。

ウ Ⅱの１の（１）の④に準じた連携の協力体制を構築していること。

エ 相談支援の窓口を設置し、必要に応じて、拠点病院の相談支援センターに紹介すること。なお、Ⅱの３の①に規定する研修を受けた者を配置することが望ましい。

オ 緊急対応が必要な患者や合併症を持ち高度な管理が必要な患者に対して、拠点病院やがん診療連携拠点病院等と連携し適切ながん医療の提供を行うこと。

カ 連携する拠点病院に診療実績等について現況報告を提出すること。

３ 小児がん連携病院の指定等の手続きについて

（１） 小児がん連携病院の候補となる医療機関は、各地域ブロック協議会で協議により定められた最低限満たすべき要件を満たしていることを確認の上、連携する拠点病院に申請すること。

（２）拠点病院が小児がん連携病院の指定又は指定の取り消しを行う際には、地域ブロック協議会の意見をあらかじめ聴取すること。

（３） 拠点病院は、小児がん連携病院の指定又は指定の取り消しを行った場合には、地域ブロック協議会を通じて、速やかに厚生労働大臣及び小児がん中央機関に報告すること。

Ⅳ 小児がん中央機関の指定について

１ 小児がんの中核的な機関を「小児がん中央機関」とし、厚生労働大臣が適当と認めるものを指定する。

２ 厚生労働大臣が指定する小児がん中央機関は拠点病院を牽引し、全国の小児がん医療の質を向上させるため、以下の役割を担うものとする。

（１） 小児がん及びＡＹＡ世代で発症するがんに関する相談支援の向上に関する体制整備を行うこと。また、小児がん患者・経験者の発達段階に応じた長期的な支援のあり方について検討すること。

（２） 小児がん及びＡＹＡ世代で発症するがんに関する情報を収集し、広く国民に提供すること。

（３） 全国の小児がんに関する臨床試験の支援を行うこと。

（４） 拠点病院、小児がん連携病院等に対する診断、治療などの診療支援を行うこと。

（５） 小児がん診療に携わる者の育成に関する国内の体制整備を行うこと。

（６） 小児がんの登録の体制の整備を行うこと。
（７） （１）から（６）の業務にあたっては、患者、家族及び外部有識者等による検討を踏まえて行うこと。

３ 厚生労働大臣は、小児がん中央機関が上記２の役割を担う上で適切ではないと認めるときは、その指定を取り消すことができる。

Ⅵ 指定の申請手続き等、指針の見直し及び施行期日について

１ 既に拠点病院の指定を受けている医療機関の取扱いについて

「小児がん拠点病院等の整備について」（平成 24 年９月７日付け健発 0907 第２号厚生労働省健康局長通知）の別添「小児がん拠点病院の整備に関する指針」に基づき、拠点病院の指定をうけている医療機関にあっては、平成 31 年３月 31 日までの間に限り、この指針で定める拠点病院として指定を受けているものとみなす。

２ 指定の申請手続等について

（１） 医療機関は、Ⅰの１に基づく指定の申請に当たっては、指定要件を満たしていることを確認の上、平成 30 年 11 月 30 日までに、別途定める「新規指定申請書」を厚生労働大臣に提出すること。
（２） 拠点病院は、平成 31 年度以降、毎年 10 月末までに、自施設及び自らが指定した小児がん連携病院について、別途定める「現況報告書」を厚生労働大臣に提出すること。

３ 指定の有効期間について

（１） Ⅰの１の指定の有効期間は、原則４年間とし、その期間の経過によって、その効力を失う。なお、有効期間経過後の拠点病院の指定は、Ⅰの１の規定に基づき、改めて行うものとする。
（２） 上記（１）で定める指定の有効期間の満了日までに、有効期間経過後の拠点病院の指定が行われないときは、従前の指定は、指定の有効期間の満了後も、なおその効力を有する。ただし、その効力は、有効期間経過後の拠点病院の指定が行われるまでの間に限る。

４ 指針の見直しについて

健康局長は、がん対策基本法第 10 条第８項において準用する同条第３項の規定によりがん対策推進基本計画が変更された場合その他の必要があると認める場合には、この指針を見直すことができるものとする。

５ 施行期日

この指針は、平成 30 年７月 31 日から施行する。

資料１７-(８)

第 35 回がん検診のあり方に関する検討会

議事次第

日　時：令和４年５月 25 日（水）13：00～16：00
場　所：オンライン開催

１　開　会

２　議　題
（１）　第４期がん対策推進基本計画に向けた議論
（２）　子宮頸がん検診における HPV 検査導入の検討
（３）　がん検診のアクセシビリティ向上策等の実証事業の紹介

【資　料】
資料１　　第４期がん対策推進基本計画に向けた議論の整理
資料２　　子宮頸がん検診における HPV 検査導入の検討　（青木参考人提出資料）
資料３　　がん検診のアクセシビリティ向上策等の実証事業の紹介
（山本参考人提出資料）

参考資料１　「がん検診のあり方に関する検討会」構成員名簿
参考資料２　がん対策推進基本計画（第３期）（平成 30 年３月）
参考資料３　がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針
（健発第 0331058 号平成 20 年３月 31 日厚生労働省健康局長通知別添）
参考資料４　有効性評価に基づく子宮頸がん検診ガイドライン更新版（2020 年３月 31 日）

第35回がん検診のあり方に関する検討会	資料1
令和４年５月25日	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

第４期がん対策推進基本計画に向けた議論の整理

がん予防

厚生労働省

健康局　がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

１．がん検診受診率向上のための取組について

これまでの議論①がん検診受診率向上のための取組について

「がん検診のあり方に関する検討会」における議論の中間整理(令和元年度版)より

○ 市町村は、受診率向上のため、科学的根拠に基づいた受診率向上施策とされる個別受診勧奨（コール）・再勧奨（リコール）等の勧奨を着実に取り組むべきである。

○ 国は、受診率向上のため、個人の受診状況等に関するデータの効果的な利活用など、検診無関心層等の未受診者に対するより効果的なアプローチ方法等について検討を行うべきである。

○ 国は、女性のがん検診受診率の向上のために、世代ごとに適したアプローチやアピールの工夫の検討や、女性にとってがん検診を受けにくいと感じる様々なバリアやハードルを減らしていくための効果的な方策や環境整備について、検討を行うべきである。

○ 国は、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」の普及状況や活用に当たっての課題等の把握を行いつつ、引き続き、マニュアルの普及に取り組むべきである。

○ 職域における検診受診状況の把握や、精度管理、精検受診率の向上に関する取組については、引き続き、厚生労働科学研究の結果等を踏まえて対策を検討していく必要がある。また、将来的には、統一化されたデータ・フォーマットの作成や、データの集約について検討していくことも視野に入れる必要がある。

○ 職域におけるがん検診のあり方については、今後の指針の改訂内容や、研究等の成果を踏まえつつ、保険者や事業主、健診団体等、幅広く職域の関係者を交えた検討を行っていくことが必要と考えられる。

がん検診の受診率向上に関する現状と課題

第34回「がん検診のあり方に関する検討会」資料３に対する意見集約書を基に事務局作成

- ○ がん検診受診率は、いずれの検診においても増加傾向だったが、ほとんどのがん種で目標の50%を達成していない。
- ○ がん検診を受けない又は受けにくい理由の把握とそれに対する改善策が不十分である。がん検診の受診対象者が、がん検診の意義及び必要性を適切に理解できるよう、がん検診を分かりやすく説明する等の取組が十分ではない。特に、これまでがん検診を受診したことがない者に対する、自治体からの情報提供について十分ではない。
- ○ 男性と比較して低い女性のがん検診受診率向上のため、世代ごとに適した受診勧奨等の工夫の検討や、女性ががん検診を受診しやすい環境整備が十分ではない。検診の対象年齢である20～40代は子育て等による休職中のため職域での受診機会がない、受診しにくい検診実施時間や場所である等の原因把握が十分ではない。
- ○ 保険者及び事業主が精密検査結果を把握し精度管理を行うことは困難であり、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」の周知等で精度管理の充実を図ることは現実的ではない。
- ○ これまで職域で受診していたが、退職等によって市町村が実施するがん検診を受診することになる者について、本人同意の上で市町村に対して職域におけるがん検診の受診状況を共有することや、職域で受診機会がない者について、市町村が実施するがん検診に関する情報提供を行う等の自治体と職域との連携の取組が十分ではない。
- ○ 全国民を統一的にカバーする組織型検診が実現できていない。市町村や職域を超えて統一的に受診状況等のデータを把握する仕組みが準備されていない。868

がん検診受診率に係る第３期基本計画中間評価

- 第３期がん対策推進基本計画において、受診率の目標値が50%とされているが、多くのがん種で達成できていなかった。
- 個別受診勧奨・再勧奨については、個別受診勧奨は約８割、再勧奨については約５割の自治体で実施されていた。

個別目標	男女とも対策が検診で行われている全てのがん検診の受診率の目標値を50%とする。

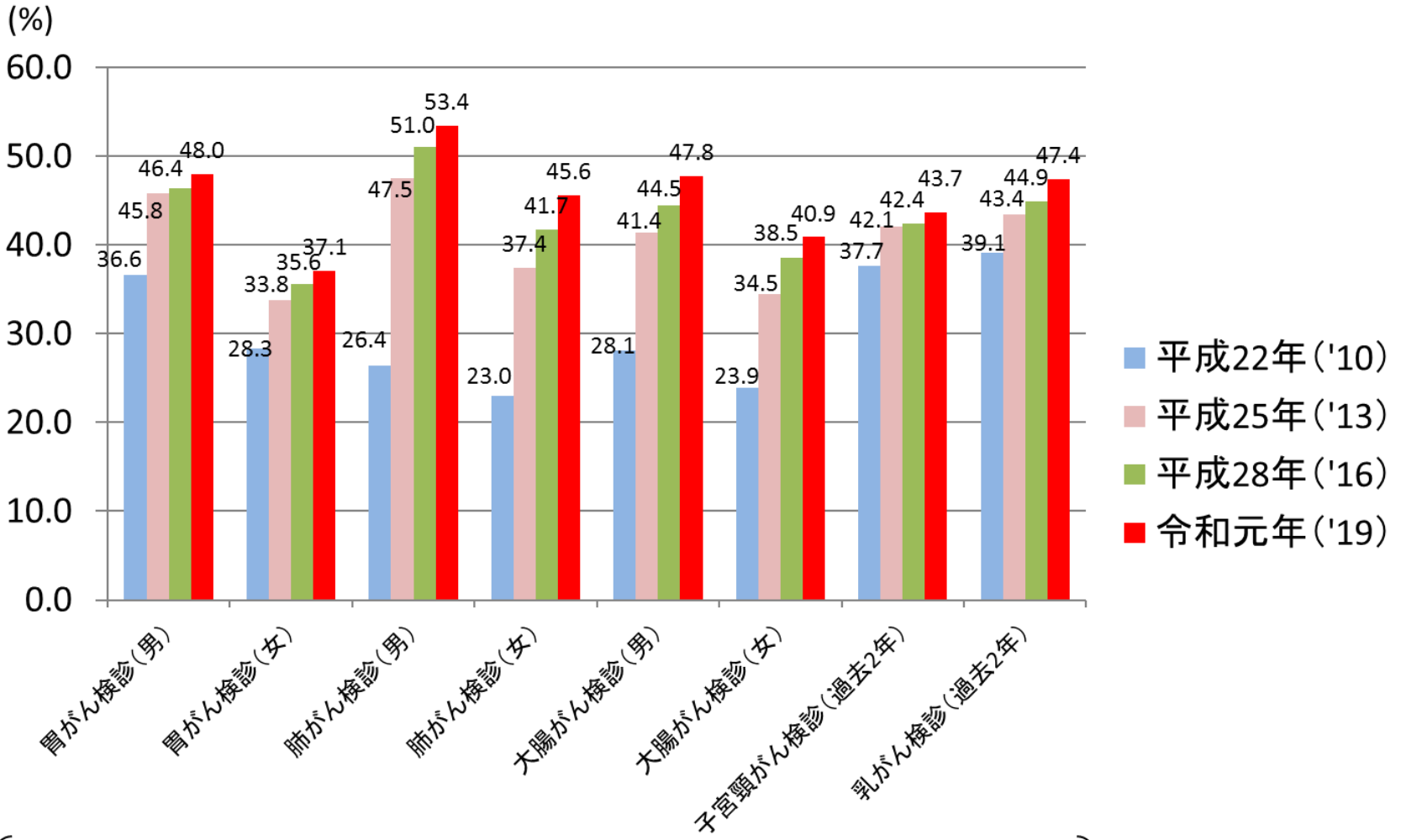
項目番号	中間評価指標	用いた調査	数値	参考数値
1031	がん検診受診率	令和元年国民生活基礎調査	令和元年 胃がん　（男）48.0%　（女）37.1% 肺がん　（男）53.4%　（女）45.6% 大腸がん　（男）47.8%　（女）40.9% 子宮頸がん　（女）43.7% 乳がん　（女）47.4%	平成28年 胃がん　（男）46.4%　（女）35.6% 肺がん　（男）51.0%　（女）41.7% 大腸がん　（男）44.5%　（女）38.5% 子宮頸がん（女）42.4% 乳がん　（女）44.9%
参５	個別受診勧奨・再勧奨を実施している市区町村の割合	令和元年度市区町村におけるがん検診の実施状況調査	平成30年 【個別受診勧奨】 胃がん　83.3% 肺がん　82.3% 大腸がん　85.2% 乳がん　86.7% 子宮頸がん　85.4% 【個別受診勧奨を実施した自治体のうち、検診未受診者に対する個別再勧奨（全員又は一部）を実施した自治体】 胃がん　46.1% 肺がん　44.7% 大腸がん　52.5% 乳がん　60.2% 子宮頸がん　58.5%	平成29年 【個別受診勧奨】 胃がん　81.2% 肺がん　79.8% 大腸がん　84.0% 乳がん　81.9% 子宮頸がん　82.5% 【個別受診勧奨を実施した自治体のうち、検診未受診者に対する個別再勧奨（全員又は一部）を実施した自治体】 胃がん　44.7% 肺がん　42.7% 大腸がん　50.4% 乳がん　57.3% 子宮頸がん　57.3%

備考　・胃がん、肺がん、乳がん、大腸がんは40歳～69歳。子宮頸がんは20歳～69歳。
・健診等（健康診断、健康診査及び人間ドック）の中で受診したものを含む。
・乳がん・子宮頸がんは過去２年に受診したもの。
・2016年（平成28）年の数値は、熊本県を除いたもの。

第74回がん対策推進協議会（令和２年10月16日）資料3-1より抜粋・一部改変

がん検診の受診率の推移

○増加傾向ではあるが、ほとんどの検診で目標の50%には到達していない。

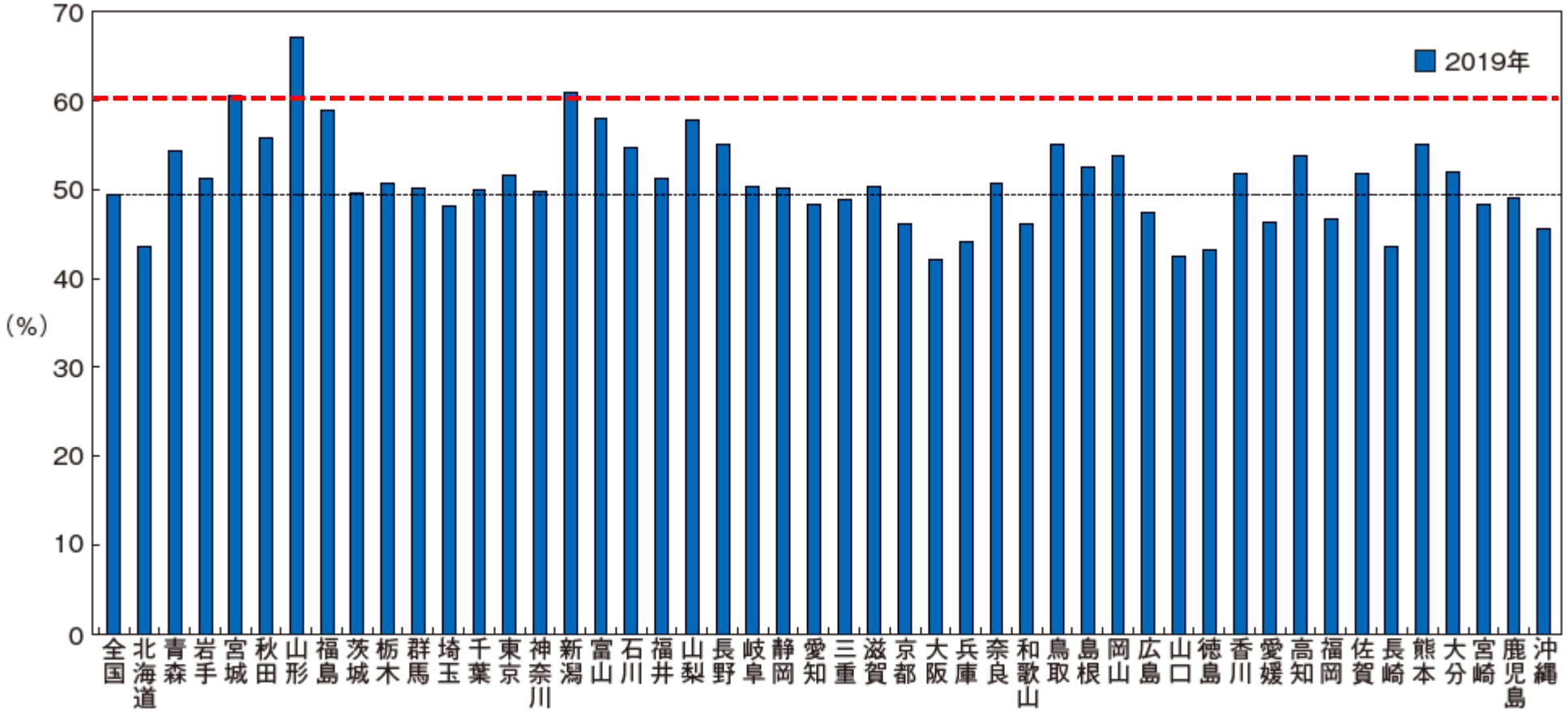


○ 胃がん、肺がん、乳がん、大腸がんは40歳～69歳、子宮がん(子宮頸がん)は20歳～69歳。
○ 健診等(健康診断、健康診査及び人間ドック)の中で受診したものも含む。
○ 平成28年調査は、熊本県を除いたデータである。

870

出典:2019年国民生活基礎調査

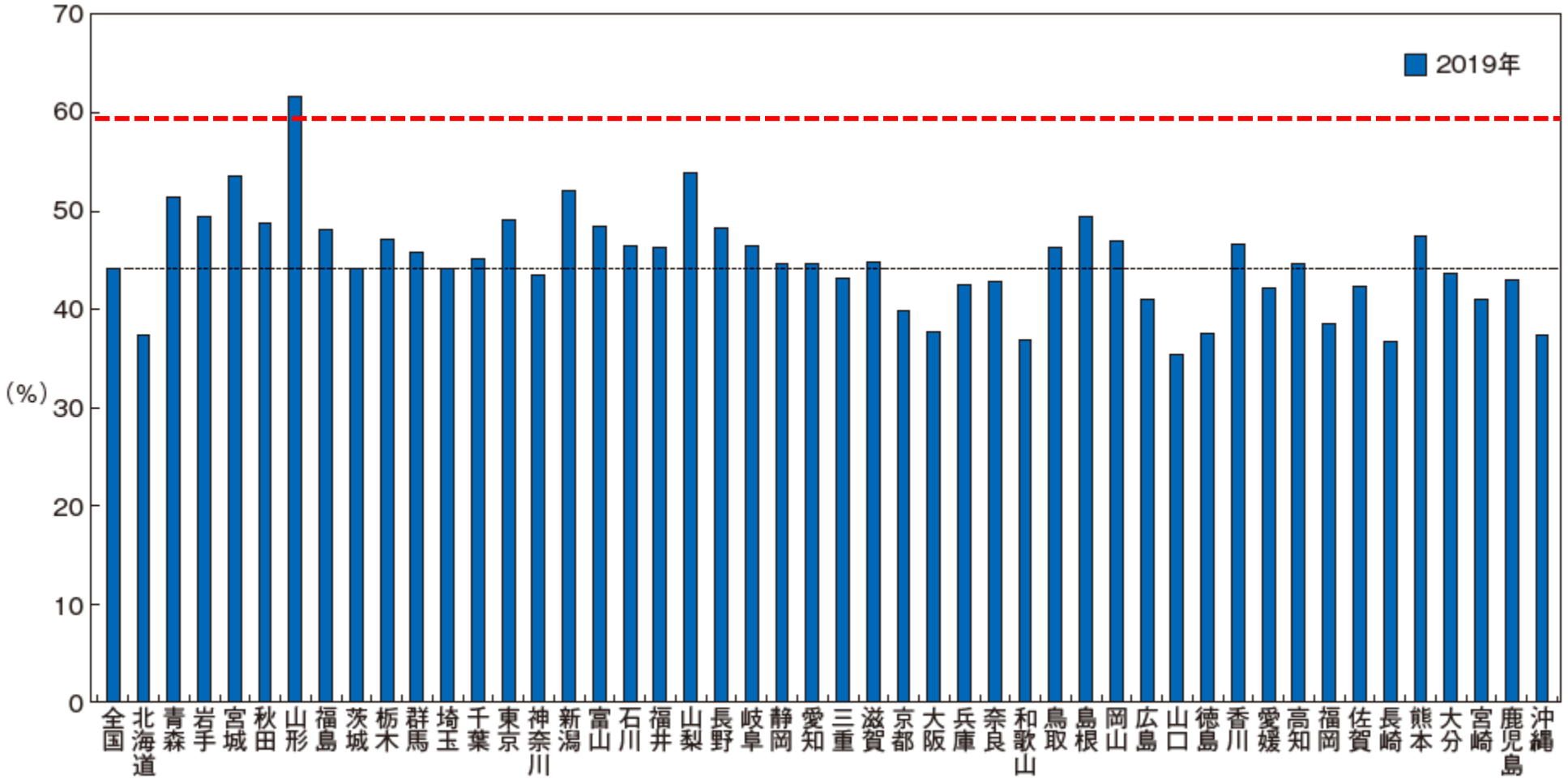
都道府県別　胃がん検診受診率（50～69歳　男女計）



出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」より抜粋
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/dl_screening/index.html

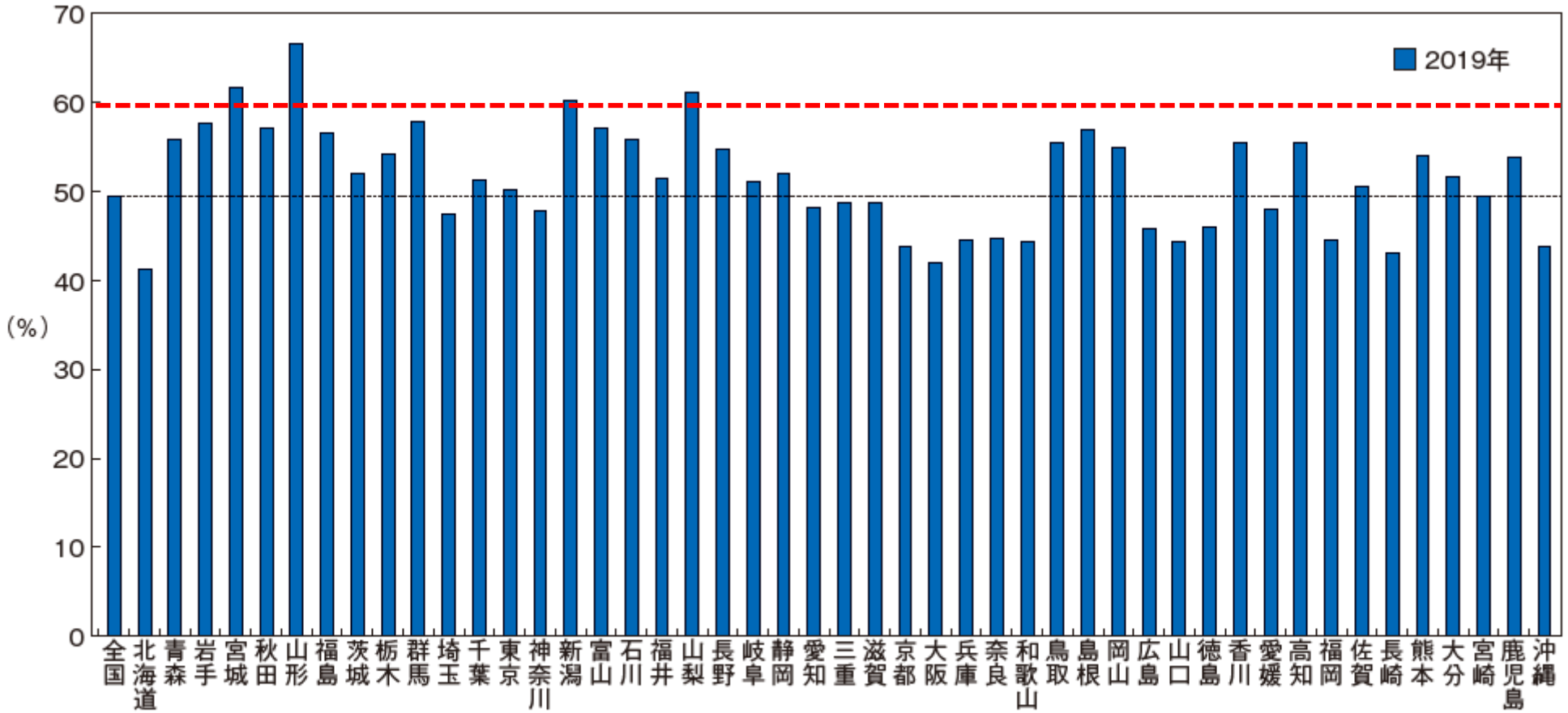
871

都道府県別　大腸がん検診受診率（40～69歳　男女計）



出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」より抜粋
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/dl_screening/index.html

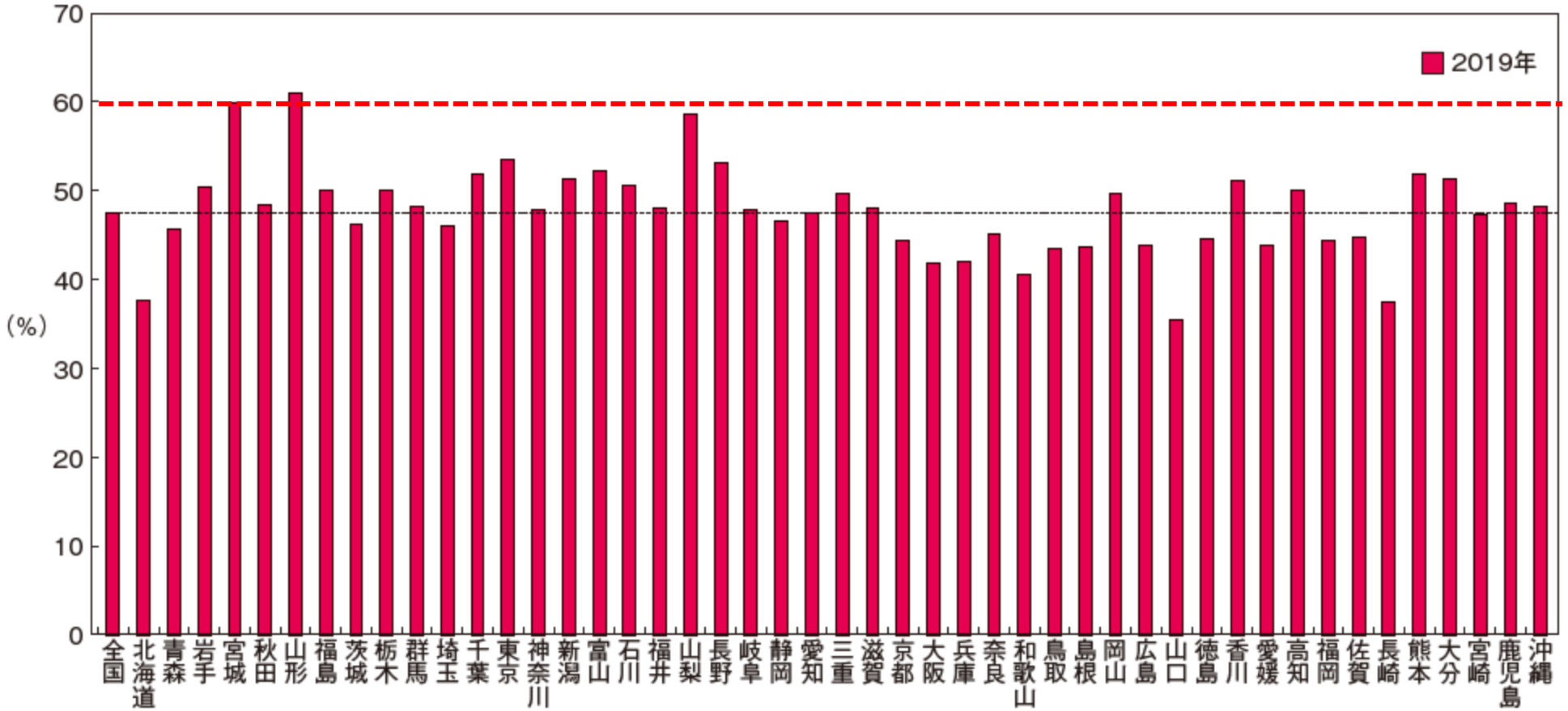
都道府県別　肺がん検診受診率（40～69歳　男女計）



出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」より抜粋
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/dl_screening/index.html

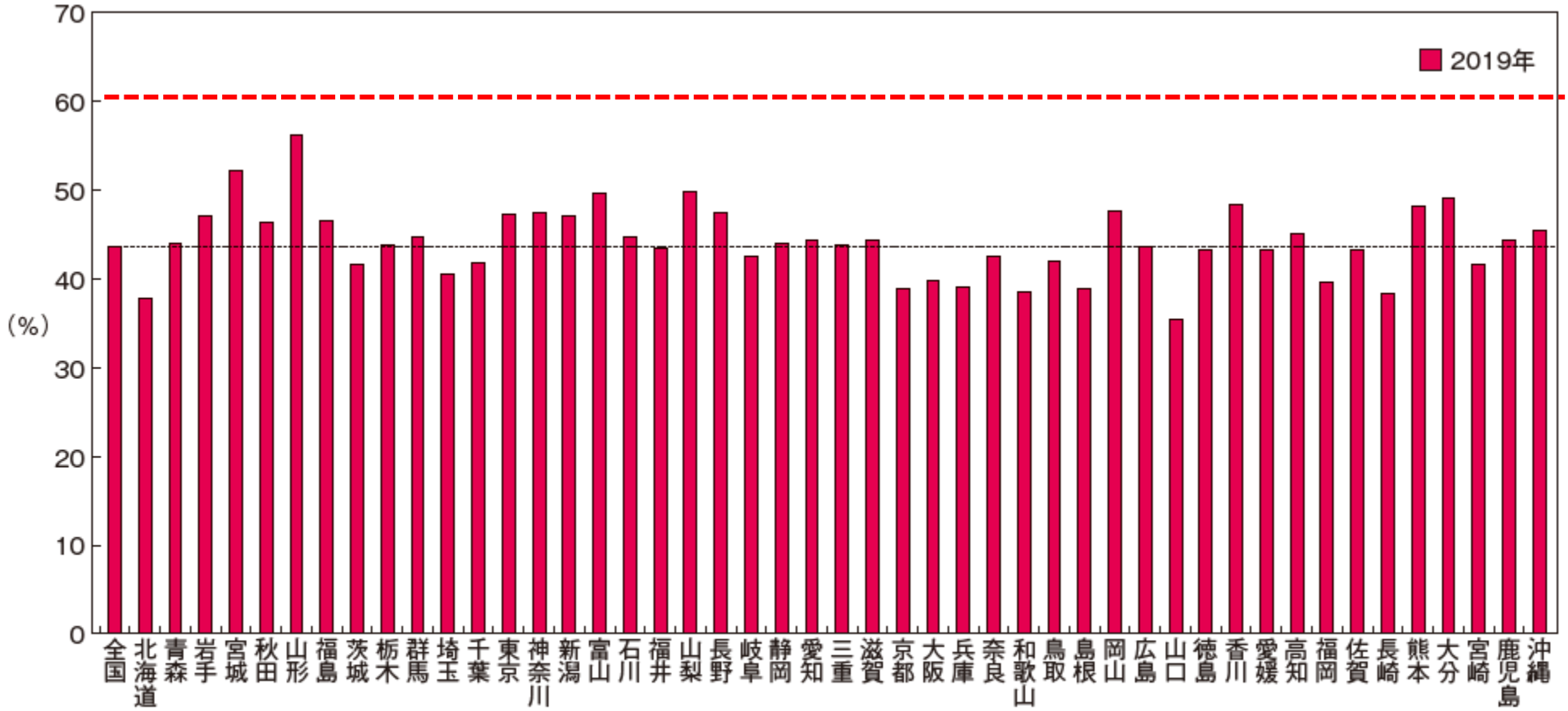
873

都道府県別　乳がん検診受診率（40～69歳　女性）



出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」より抜粋
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/dl_screening/index.html

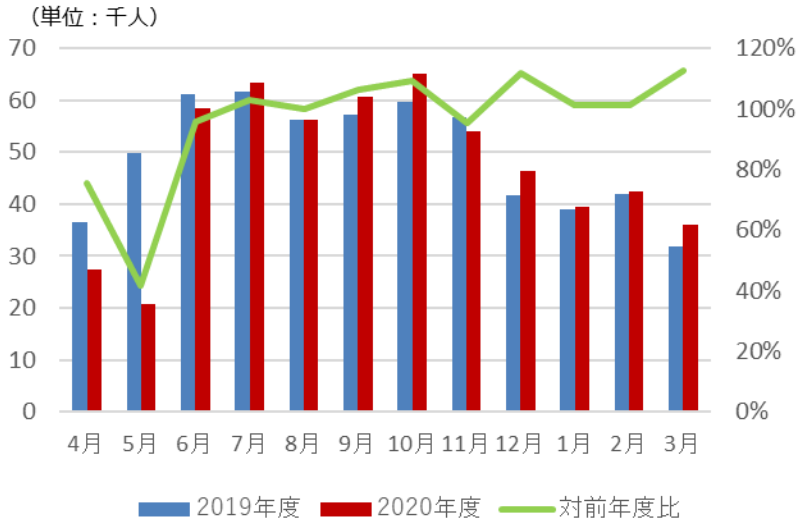
都道府県別　子宮頸がん検診受診率（20～69歳　女性）



出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」より抜粋
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/dl_screening/index.html

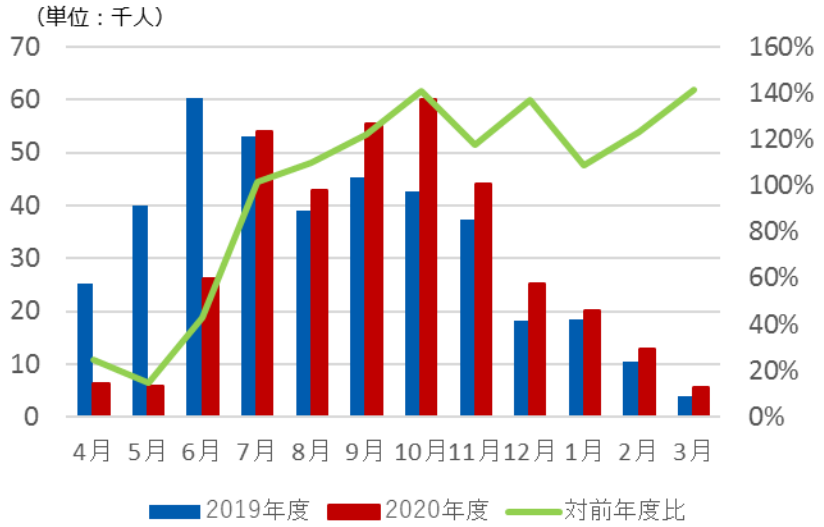
新型コロナウイルス感染症影響下におけるがん検診について

がん検診受診者数（聖隷福祉事業団）



（注）５つのがん検診（胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮頸がん検診）の受診者数（住民検診＋職域検診）

がん検診受診者数（宮城県対がん協会）



（注）４つのがん検診（胃がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がん検診）の受診者数（住民検診＋職域検診）

出典：第33回がん検診のあり方に関する検討会　資料４

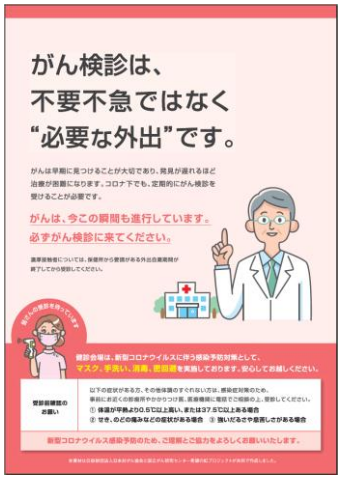
現段階で得られている研究班※1の提供データ※2では、2020年4月、５月のがん検診受診者数は前年同月と比べ大幅に減少し、2020年６月以降は前年同月とおおよそ同程度に受診者数は回復しているものの、年間合計では１～２割の減少となっている。

※1厚生労働行政推進調査費補助金がん対策推進総合研究事業
「新型コロナウイルス感染症によるがん診療及びがん検診などの受診状況の変化及び健康影響の解明にむけた研究」
※2提供データは、限定された地域の2021年３月までのデータであり、引き続き情報収集が必要である。

876

新型コロナウイルス感染症流行下におけるがん検診の普及啓発

○新型コロナウイルス感染症を踏まえた受診勧奨資材を自治体に周知するとともに、資材の積極的な活用を依頼した。



○新型コロナウイルス感染症の流行下でも、がん検診や医療機関への受診は「必要な外出」であることや、がんの早期発見・早期治療のためには遅れず受診することの重要性について、理解を深めていただくよう啓発する動画を厚生労働省ホームページに公開した。



<厚生労働省ホームページ>
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000059490.html

「がん検診は不要不急ではなく必要な外出です（ショートver.）」（約30秒）
https://www.youtube.com/watch?v=k0ntVbNPBAA

「がん検診は不要不急ではなく必要な外出です（ロングver.）」（約90秒）
https://www.youtube.com/watch?v=y2IzLKl43JE

○令和４年３月21～27日に政府広報（新聞突出し広告）にて「コロナ禍におけるがん検診や医療機関への受診促進のための普及啓発」を実施。

877

がん検診のアクセシビリティ向上策等の実証事業

● 概要・ねらい：がんの早期発見・早期治療のためのがん検診受診率向上施策の確立

がん検診について、第３期がん対策推進基本計画で目標としている受診率50%は、肺がん（男性）以外は達成していない。がんの死亡率減少を目指す中で、自治体や職域におけるがん検診や精密検査の受診勧奨の促進を支援するために、受診勧奨方法の開発及び受診率の向上等の効果検証を行う。また、自治体が取り組む、成果型の契約等の先進事例等に関する情報収集等も実施する。

● 実証の手法・スケジュール

受託団体	公益財団法人 日本対がん協会		
事業概要	○これまで開発してきたがん検診受診率向上方法の普及・実装とその効果検証 ○自治体等の好事例の収集 ○それらを「受診率向上パッケージ」として自治体や保険者に提供し、組み合わせ等による効果検証 ○パッケージの核となる方法は以下のとおり １）ナッジ理論やソーシャルマーケティングの手法等を用いた効果的ながん検診及び精密検査受診勧奨方法の活用 ２）特定健診とがん検診の同時実施等、受診者が受けやすい方法の活用 ３）自治体によるがん検診実施手順の好事例の共有 ４）コロナ下における受診勧奨方法		
介入・評価方法	○介入方法 介入群:「受診率向上パッケージ」を提供する群／対照群: 提供しない群 ○評価として、がん検診受診率及び精密検査受診率向上効果の比較を行う ※前年度比較、他年齢比較、同一年齢の他生月（奇数月・偶数月生まれ）比較等 ○なお、新型コロナウイルス感染症流行の影響により前年度比較では必ずしも妥当な評価ができないため、前年度比較のみならず、同一市町村内・同一都道府県内において対照群を設定する		
評価指標	がん検診受診率、精密検査受診率、医療経済効果等		
事業結果の活用（案）	○がん検診向上施策に関するマニュアル・ハンドブック等の作成を検討 ○その他、保険者・自治体等における、健康支援への活用を検討		
実証事業期間	2020～2022年度（３か年度）	規模感	各自治体等において1,600名以上（11市区町村２職域） （令和３年11月時点）
フィールド	保険者・自治体		

2020年度	2021年度	2022年度
＜研究体制の整備＞ • プロトコール作成 • 実施手順書(SOP)作成 ＜フィールドの確保＞ • フィールド確定 • 自治体・企業での受診率向上施策の実施 ＜資材の作成等＞ • チェックリスト案の作成 • 受診勧奨資材の作成 • 先進事例の収集	＜施策の実施＞ 前年度に策定したがん検診受診率向上施策を継続実施、評価指標により分析	＜施策の実施及び評価＞ • 前年度に引き続き施策実施 • 結果を踏まえ、政策反映に向けた検証・評価・検討

878

無料クーポンを活用して、県内どこでも受診できる体制を準備①　長野県

市町村間相互乗入れ制度（子宮頸がん検診・乳がん検診）について

お住まいの市町村以外の医療機関でもがん検診を受診できます

お住まいの市町村がこの制度に参加している場合は、以下「制度参加医療機関一覧」に掲載された県内の医療機関でがん検診を受診することができます。

（対象となる方）
「新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業」のがん検診受診クーポン券または市町村が独自に発行するがん検診受診クーポン券を市町村から送付された方

（ご注意）
受診の際は、必ずご予約の上、受診当日にはがん検診受診クーポン券を持参してください。

※緊急事態宣言の影響により、検診実施日（期間）が変更となっている場合があります。ご不明な場合はお住いの市町村へお問い合わせください。

制度参加市町村（令和３年度）

佐久地域	佐久市（※子宮頸がん検診のみ）、川上村、南相木村、北相木村、佐久穂町
上小地域	上田市、東御市、青木村
諏訪地域	下諏訪町
上伊那地域	駒ヶ根市、箕輪町、南箕輪村、中川村、宮田村
飯伊地域	飯田市、松川町、高森町、阿南町、阿智村、根羽村、下條村（※乳がん検診のみ）、売木村、喬木村、豊丘村、大鹿村、泰阜村（※子宮頸がん検診のみ）
木曽地域	上松町、南木曽町、木祖村、王滝村、大桑村、木曽町
松本地域	生坂村、山形村、朝日村、
大北地域	大町市、池田町、松川村、白馬村、小谷村
長野地域	須坂市、千曲市、坂城町、小川村、飯綱町
北信地域	飯山市、山ノ内町、木島平村、野沢温泉村、栄村

出典：長野県ホームページ
https://www.pref.nagano.lg.jp/hoken-shippei/gan/kenshin/jushin.html

無料クーポンを活用して、県内どこでも受診できる体制を準備②　福岡県

新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業の無料クーポン券について

新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業とは、市町村が実施するがん検診のうち子宮頸がん検診及び乳がん検診において、一定の年齢の方に検診手帳や検診費用が無料となる無料クーポン券を送付し、がん検診の受診を促進し、がんの早期発見につなげ、がんによる死亡者の減少を図ることを目的とした事業です。

- がん検診の受診方法には、個別検診と集団検診の２通りの方法があります。
  個別検診は、医療機関で受診する方法、集団検診は各保健センターや公民館等を会場として検診車で受診する方法です。
- 新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業の個別検診広域化について
  無料クーポン券を使用した子宮頸がんおよび乳がん検診（個別検診に限る）は、**居住する市町村を越えて福岡県内において広域的に受診することができます。**無料クーポン券の配布対象者や実施体制については、お住まいの市町村にお尋ねください。

出典：福岡県ホームページ
https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/gankenshinjohou.html

土日や早朝・夜間の検診、託児付き、女性専用日の設定　栃木県

がん検診を定期的に受けましょう

「自分は健康だから大丈夫」「何か症状が出たらすぐ病院にいくから大丈夫」と思っていませんか？

確かに、がんは、早く見つければ９割が治るようになりましたが、早期のがんは自覚症状のないことがほとんどで、気づいたら既に進行しているケースも多く、だんだん治りにくくなっていきます。

そのため、自覚症状のないうちにがんを見つけることがとても重要です。がん検診は、お住まいの市町や勤務先では、無料か少額で受けることができます。また、県内の市町では、仕事や家事などで忙しい方が少しでもがん検診を受けやすくなるよう、土日や早朝・夜間の検診におけるがん検診、託児付きのがん検診、女性専用日の設定など、様々な工夫もされています。

お住まいの市町や勤務先でがん検診を定期的に受けて、がんを早く見つけましょう。

出典：栃木県ホームページ
https://www.pref.tochigi.lg.jp/e04/welfare/gantaisaku/gannkennshin.html

土日や早朝・夜間の検診　山口県

平日の昼間にがん検診を受診することができない方は、ぜひご利用ください

休日・平日夜間がん検診



【実施期間】　令和３年９月から１２月まで

【対象となる検診】

- **乳がん検診**　乳房エックス線検査（マンモグラフィ）
- **子宮がん検診**　視診、子宮頸部の細胞診及び内診
- **大腸がん検診**　大腸内視鏡検査

市町検診として実施します
（市町が発行する「無料クーポン券」を利用いただけます）

【検診日程】　必ず事前に予約をお願いします

1　休日

医療圏	医療機関名	検診種目	実施日	時間	対象市町
柳井	厚生連周東総合病院	乳がん 子宮がん	11/21	08:30-12:30	柳井市・周防大島町・上関町・田布施町・平生町
周南	山下ウィメンズクリニック	子宮がん	09/20	09:00-12:00	下松市
	山本医院	子宮がん	09/12、11/07、11/14、12/05、12/12	09:00-12:00	下松市
	光市立光総合病院	乳がん	09/12、10/10、11/14、12/12	08:30-11:30	光市・下松市・上関町・田布施町・平生町
	(医)三生会みちがみ病院	子宮がん	09/19、10/03、11/03	09:00-12:00	光市・下松市・周南市・田布施町・平生町・上関町
	兼清外科	乳がん	09/19、10/17、11/21、12/19	08:00-12:00	光市・下松市・周南市・上関町・田布施町・平生町
	(医)至誠会梅田病院	子宮がん	09/05、10/10、10/31、11/21、12/26	13:30-16:00	光市・下松市・周南市・上関町・田布施町・平生町
	光市立大和総合病院	乳がん	10/17	09:00-12:30	光市・周南市・下松市・柳井市・田布施町・平生町・上関町・周防大島町
	(医)こうち医院	乳がん	09/12、10/17、11/14	09:00-12:00	周南市・下松市
	(医)高杉レディースクリニック	子宮がん	09/12、10/10、10/24、11/03、12/05	09:00-12:00	周南市・下松市
	(医)社団醇友会田中病院	子宮がん	09/23、10/03、10/17、11/23、12/12	09:00-12:00	周南市・下松市
	津永産婦人科	子宮がん	09/26、10/24、11/07、11/21、12/19	09:00-12:00	周南市・下松市
	徳山医師会病院	乳がん	09/26、10/24、11/07、12/19	09:00-12:00	周南市・下松市
山口・防府	レディースクリニックくまがい	子宮がん	10/31	09:00-12:00	山口市・美祢市
	(医)社団曙会佐々木外科病院	乳がん	10/17	09:00-13:00	山口市
	とりい脳と女性のクリニック	子宮がん	11/21、12/05	09:30-12:30	山口市・美祢市・萩市
	(医)いちょうの木クリニック	大腸がん	09/12、11/14、12/12	08:00-12:00	-
			10/10	09:00-18:00	
	(医)同愛会田村産婦人科医院	子宮がん	09/12、10/17、11/14、12/12	09:00-12:00	山口市・美祢市
	(医)社団尚腸会阿知須同仁病院	乳がん	10/17、11/14	09:00-12:00	山口市・宇部市・美祢市
	(医)清仁会林病院	乳がん	10/03、11/21	09:00-12:00	山口市
	(医)協愛会阿知須共立病院	乳がん	10/17	09:00-12:00	山口市・宇部市・美祢市
	手山産婦人科	子宮がん	09/05、10/03、11/07、12/05	09:00-12:00	防府市
宇部・小野田	(医)雅美会きわなみ内科クリニック	大腸がん	09/26、10/10、10/31、11/23、12/12	08:00-11:00	-
	(医)ささい　ささい放射線科	乳がん	09/19、10/03、10/24、11/21、12/19	08:30-12:30	宇部市・山口市
		子宮がん			宇部市・山口市

2　平日夜間

医療圏	医療機関名	検診種目	実施日	時間	対象市町
岩国	(医)錦病院	乳がん	09/16、10/14	18:00-20:00	岩国市・和木町
周南	山下ウィメンズクリニック	子宮がん	10/11、11/08、12/13	18:00-20:00	下松市
	山本医院	子宮がん	09/06、10/04、11/01、12/06	18:00-20:00	下松市
	(医)三生会みちがみ病院	子宮がん	09/02、10/05、11/02、12/02	18:00-20:00	光市・下松市・周南市・田布施町・平生町・上関町
	(医)こうち医院	乳がん	10/19、10/20、10/22	18:00-20:00	周南市・下松市
	(医)高杉レディースクリニック	子宮がん	09/17、10/29、11/08、12/10	18:00-20:00	周南市・下松市
	(医)社団醇友会田中病院	子宮がん	09/10、10/13、11/29、12/17	17:30-20:00	周南市・下松市
	津永産婦人科	子宮がん	09/13、10/04、11/15、12/20	18:00-20:00	周南市・下松市
	徳山医師会病院	乳がん	09/29、10/27、11/24、12/22	17:30-20:00	周南市・下松市
	周南市立新南陽市民病院	乳がん	09/06、10/04、10/18、11/01	17:30-20:00	周南市・下松市
山口・防府	(医)社団尚腸会阿知須同仁病院	乳がん	10/26	18:00-20:00	山口市・宇部市・美祢市
	(医)協愛会阿知須共立病院	乳がん	11/18	17:30-19:30	山口市・宇部市・美祢市
	手山産婦人科	子宮がん	09/08、10/06、11/02、12/08	18:00-20:00	防府市
宇部・小野田	(医)ささい　ささい放射線科	子宮がん 乳がん	09/27、10/22、11/15、12/08	18:00-20:00	宇部市・山口市
	(医)博愛会宇部記念病院	乳がん	09/01、10/06、11/10、12/01	17:00-19:30	宇部市・山陽小野田市
	宇部協立病院	乳がん	09/09、10/14、11/25、12/16	17:30-20:00	宇部市・山陽小野田市
下関	藤野産婦人科医院	子宮がん	09/01、10/01、11/02、12/01	18:00-20:00	下関市
	さいとうレディースクリニック	子宮がん	09/21、10/05、11/16、12/21	17:30-19:30	下関市
	済生会下関総合病院	子宮がん	10/08、10/12、10/20、10/27	18:00-20:00	下関市
	(医)社団下関さくらクリニック	乳がん	09/01、10/01、11/01、12/01	17:30-19:30	下関市
	(医)社団野口産婦人科医院	子宮がん	09/09、10/19、11/04、12/09	18:00-20:00	下関市

出典：山口県ホームページ
https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/uploaded/attachment/25809.pdf

職域におけるがん検診受診促進事業補助金事業を実施①　埼玉県

令和元年度～令和３年度実施事業

補助金の額（上限額）

- 補助金の対象となるのは、事業所が加入している健康保険組合の40歳代の被保険者
- 前年度の40歳代のがん検診受診者と比較して1人増えるごとに下表の額（ただし、予算限度内に限る）
- 1事業所につき上限10万円
- 各健康保険組合が実施するがん検診（協会けんぽ埼玉支部は生活習慣病予防健診）が対象です 。

補助対象となるがん検診の種類

がん検診の種類	受診者が増えた時の補助金額
胃がん、大腸がん、肺がんの3つのがん検診全てを受診	1人につき、2,000円
乳がん検診を受診	1人につき、2,000円
子宮頸がん検診を受診	1人につき、2,000円

補助対象となる40歳代の被保険者

受診者数の増加を比較する対象期間は、健康保険組合ごとに異なります。

特に年度をまたいで対象期間を設定する時は、ご注意ください。

（参考）対象期間が「令和2年10月1日～令和3年9月30日のケース」

(1)令和2年10月1日～令和3年3月31日受診分は、 昭和45年4月2日から昭和55年4月1日生

(2)令和3年4月1日～令和3年9月30日受診分は、昭和46年4月2日～昭和56年4月1日生まれ

補助対象となるがん検診の検査項目

がん検診の種類	検査項目
胃がん検診	胃部X線検査又は胃内視鏡検査 （リスク検査（ペプシノゲン検査及びヘリコバクター・ピロリ抗体検査）は除く）
大腸がん検診	便潜血検査（検便検査）
肺がん検診	胸部X線検査 (肺がん検診として実施している胸部X線検査を対象とする)
乳がん検診	マンモグラフィ検査（エコー検査は除く）
子宮頸がん検診	子宮頸部の細胞診（自己採取は除く）

※上記検査項目が含まれているパッケージの検診であれば、がん検診を受診したこととします。

出典：埼玉県ホームページ
https://www.pref.saitama.lg.jp/a0705/gantaisaku/zigyousya.html

職域におけるがん検診受診促進事業補助金事業を実施②　兵庫県

企業におけるがん検診受診促進事業

兵庫県では、がん検診の「受診しやすい環境づくり」に取り組む事業所を支援するため、企業の従業員やその被扶養者ががん検診（胃がん・肺がん・大腸がん・子宮頸がん・乳がん）を受診した場合、その費用の一部を補助します。

補助対象となる事業所(兵庫県内の事業所のみ)

- 健康づくりチャレンジ企業に登録されている企業のうち、従業員数（常時雇用労働者数）が、300名以下の事業所
- 兵庫県内の従業員数100人以下の事業所等

1対象となる経費

がん検診費：従業員およびその被扶養者が受診した場合の検診費用

- 胃がん検診：50歳以上の方
- 肺がん検診：40歳以上の方
- 大腸がん検診：40歳以上の方
- 乳がん検診：40歳以上の女性
- 子宮頸がん検診：20歳以上の女性

※令和3年4月1日時点の年齢

補助対象となる検査

- 胃がん検診：エックス線検査(レントゲン）又は胃内視鏡検査（胃カメラ）
- 肺がん検診：エックス線検査（（胸部）レントゲン）及び喀痰細胞診検査
- 大腸がん検診：便潜血検査
- 乳がん検診：エックス検査（マンモグラフィ）
- 子宮頸がん検診：子宮頚部の細胞診検査

※胃がん検診・乳がん検診・子宮頸がん検診は、2年に1回補助対象となります。（詳細は、実施要綱をご確認ください）

884

出典：兵庫県ホームページ
https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf16/joseiganhojo.html

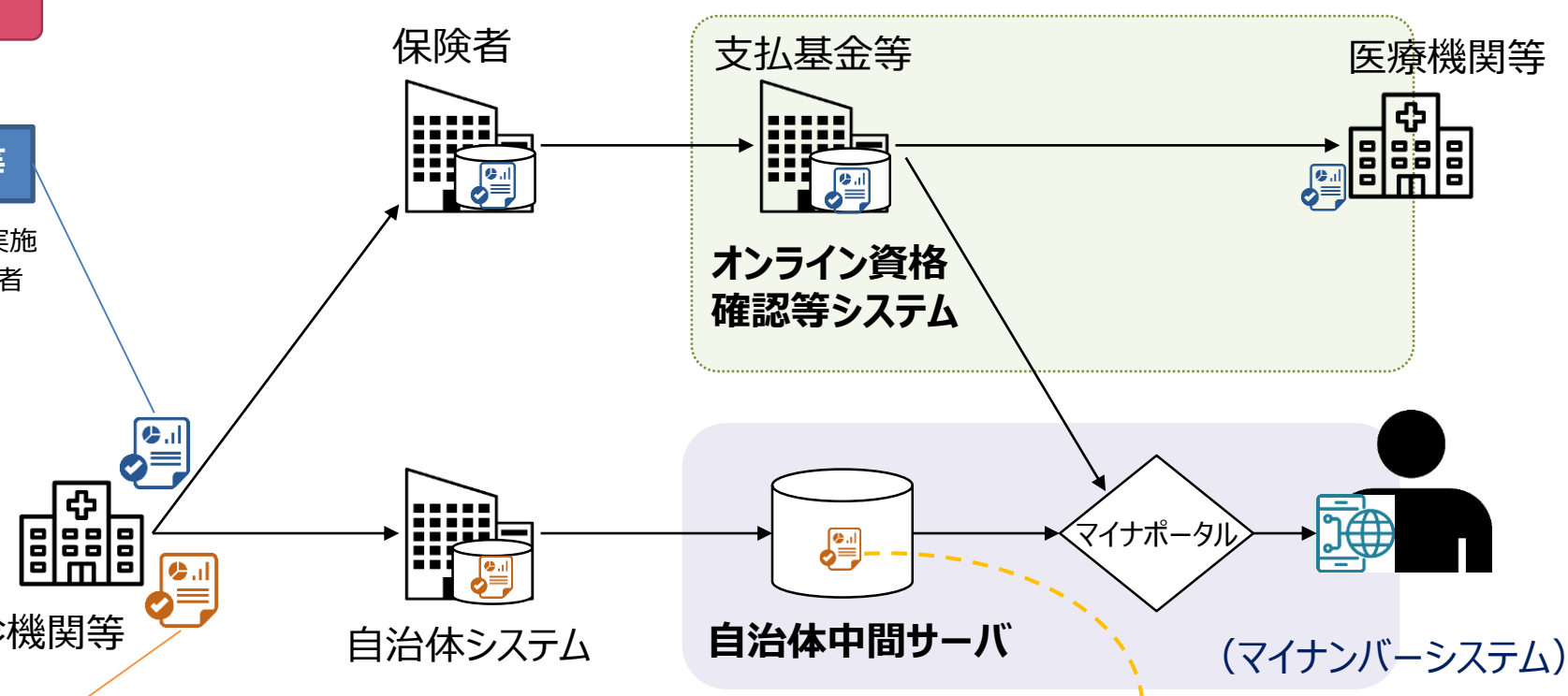
オンライン資格確認等システムと自治体中間サーバ

特定健診等については、本人同意があれば、
医療機関等で閲覧できる

現状

特定健診等

- 高確法に基づき実施
- 実施主体は保険者



自治体検診・予防接種歴・乳幼児健診

- 健康増進法等に基づき実施
- 実施主体は自治体

自治体検診については、令和４年６月より副本（※）が格納
予防接種歴・乳幼児健診については、すでに副本が格納済

（※）自治体システムに格納されたデータのコピー

がん検診の法的位置づけ等の経緯

がん検診の法的な位置づけは、その時々の社会の状況なども踏まえて見直されている。

年次	
昭和58年２月	老人保健法施行 胃がん・子宮がん検診の開始
昭和62年	がん検診に子宮体部がん・肺がん・乳がん検診を追加
平成４年	がん検診に大腸がん検診を追加
平成10年４月	老人保健法にもとづかない事業と整理 がん検診等に係る経費の一般財源化
平成20年４月	健康増進法上（第19条の２）の健康増進事業として がん検診を位置づけ

１．がん検診の受診率向上のための取組について

検討の視点

○ がん検診受診率を飛躍的に向上させるために、がん検診の教育・普及啓発や受診勧奨を地道に取り組むとともに、科学的な知見を踏まえ、より効果的な対策を実施していく必要がある。

○ がん検診受診率をより正確に、より精緻に把握することができるよう検討すべき。

○ がん検診を受診しやすい環境の整備も重要であり、幅広く関係者の意見を聴きながら、必要に応じて法的な位置づけを見直すことも含め、あらゆる手段について検討を行うべきではないか。

○ 新型コロナウイルス感染症の流行によりがん検診受診率の低下が見られたが、社会情勢等によるがん検診への影響が最小限となるような取組も検討すべき。

対応案

○ がん検診受診率の目標値を60%に引き上げてはどうか。

○ 「がん検診のアクセシビリティ向上策等の実証事業」や各自治体における取組などから得られた知見を横展開し、より科学的かつ効果的な受診勧奨策を推進するようにしてはどうか。

○ 職域におけるがん検診の受診率を継続的に把握できるよう検討を行ってはどうか。また、個々人の職域における受診の情報について、自治体においても把握できるよう検討を進めてはどうか。

○ 職域におけるがん検診の適切な実施に向け、事業者や保険者その他の関係者の意見を聴きながらまずはそれぞれが実施可能な取組や関連する課題の整理を行ってはどうか。

○ 危機時において一時的に縮小することがあっても、がん検診提供体制自体のリカバリーが速やかに行われることができるよう、リカバリーを促進するような施策に関する研究を実施してはどうか。

２．適切な精度管理の実施について

これまでの議論②適切な精度管理の実施について

「がん検診のあり方に関する検討会」における議論の中間整理(令和元年度版)より

○ 市町村及び検診実施機関は、実施すべき精度管理上の取組として、以下の取組を進めることが重要である。

➢ 市町村は、検診実施機関にがん検診事業を委託する際には、仕様書に記載されている内容の確認に努めること。

➢ 市町村は、仕様書に記載されている内容に基づいて実際にがん検診が実施されたかどうか、委託終了後の確認に努めること。

○ 国は、今後、都道府県が担うべき役割の整理についても検討を行う必要がある。例えば、市町村が実施するがん検診について、検診実施機関毎のプロセス指標算出や評価等に関する技術的助言に努める等、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会及びがんに関する部会の役割を明確化すること等が考えられる。

○ 市町村等ががん検診の事業評価を行うための参考となるべくして作成された「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」（平成20年３月、がん検診事業の評価に関する委員会報告書）については、作成から10年以上が経過していることから、国は、必要な見直しを検討するべきである。

がん検診の精度管理の現状と課題

第34回「がん検診のあり方に関する検討会」資料３に対する意見集約書を基に事務局作成

○ 精密検査受診率は、多くのがん種で目標を達成していない。また、精密検査受診未把握率や精密検査未受診率については、一定の水準で推移しており、改善されていない。がん検診の受診者に、精密検査受診の必要性を説明し、自治体に、精密検査実施機関等からの精密検査結果の把握を徹底する等、精密検査実施率の改善に向けた対策やチェックリスト実施率が十分でない。

○ 市町村におけるがん検診は健康増進法に基づいて行われるものであるが、指針に基づかないがん検診の実施率は、85.4%と高い状況が続いている。指針に基づかないがん検診を実施している市町村において、指針に基づいた５つのがん検診を適切に実施しているか把握できていない。さらに、市町村のがん検診の実施状況において、指針に基づく検診項目を十分に認識しているか把握が十分ではない。

精密検査受診率に係る第３期基本計画中間評価

■ 第３期基本計画において、精密検査受診率の目標値は90%とされている。がん種によって異なるが、大腸がんでは約７割である一方、乳がんでは概ね目標を達成している。

個別目標	精密検査受診率の目標値を90%とする。

項目番号	中間評価指標	用いた調査	数値	参考数値
1032	精密検査受診率 精検機関より精検結果の報告があったもの。もしくは、受診者が詳細（精検日・受診機関・精検法・精検結果の4つ全て）を申告したもの。	平成29年度地域保健・健康増進事業報告 （出典）国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」	平成28年度 胃がん（X線）80.7%　（内視鏡）83.6% 肺がん　83.0% 大腸がん　70.6% 子宮頸がん　75.4% 乳がん　87.8%	平成27年度 胃がん（X線）81.7% 肺がん　83.5% 大腸がん　70.1% 子宮頸がん　74.4% 乳がん　92.9%
参６	精密検査未把握率 精検受診の有無がわからないもの。および（精検受診したとしても）精検結果が正確にわからないもの全て（すなわち、上記の精検受診、未受診以外のもの全て）。	平成29年度地域保健・健康増進事業報告 （出典）国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」	平成28年度 胃がん（X線）11.5%　（内視鏡）13.6% 肺がん　10.6% 大腸がん　16.6% 子宮頸がん　17.6% 乳がん　8.9%	平成27年度 胃がん　7.4% 肺がん　10.0% 大腸がん　17.2% 子宮頸がん　18.3% 乳がん　9.1%
参７	精密検査未受診率 要精検者が精検機関に行かなかったことが判明しているもの。および精検として不適切な検査が行われたもの。（精検として不適切な検査とは、１）大腸がん検診における便潜血検査の再検、および２）肺がん検診における喀痰細胞診要精検者に対する喀痰細胞診の再検を指す）。	平成29年度地域保健・健康増進事業報告 （出典）国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」	平成28年度 胃がん（X線）7.7%　（内視鏡）2.6% 肺がん　6.4% 大腸がん　12.8% 子宮頸がん　6.9% 乳がん　3.3%	平成27年度 胃がん　10.9% 肺がん　6.5% 大腸がん　12.7% 子宮頸がん　7.3% 乳がん　3.5%

備考　・肺がん、乳がん、大腸がんは40歳～74歳。子宮頸がんは20歳～74歳。胃がんは、エックス線は40歳～74歳、内視鏡は50～74歳。
・胃がん（内視鏡）は、平成28年（2016）から指針に導入。
・数値については、四捨五入により100%とならない場合がある。

891

第74回がん対策推進協議会（令和２年10月16日）資料3-1より抜粋・一部改変

がん検診の指針に係る第３期基本計画中間評価

- 指針に基づかないがん検診の実施率は、85.4%と高い状況が続いている。
- 「事業評価のためのチェックリスト」については、自治体において、チェックリストの全項目のうち、60～80%の項目を実施しており、実施率は向上している。

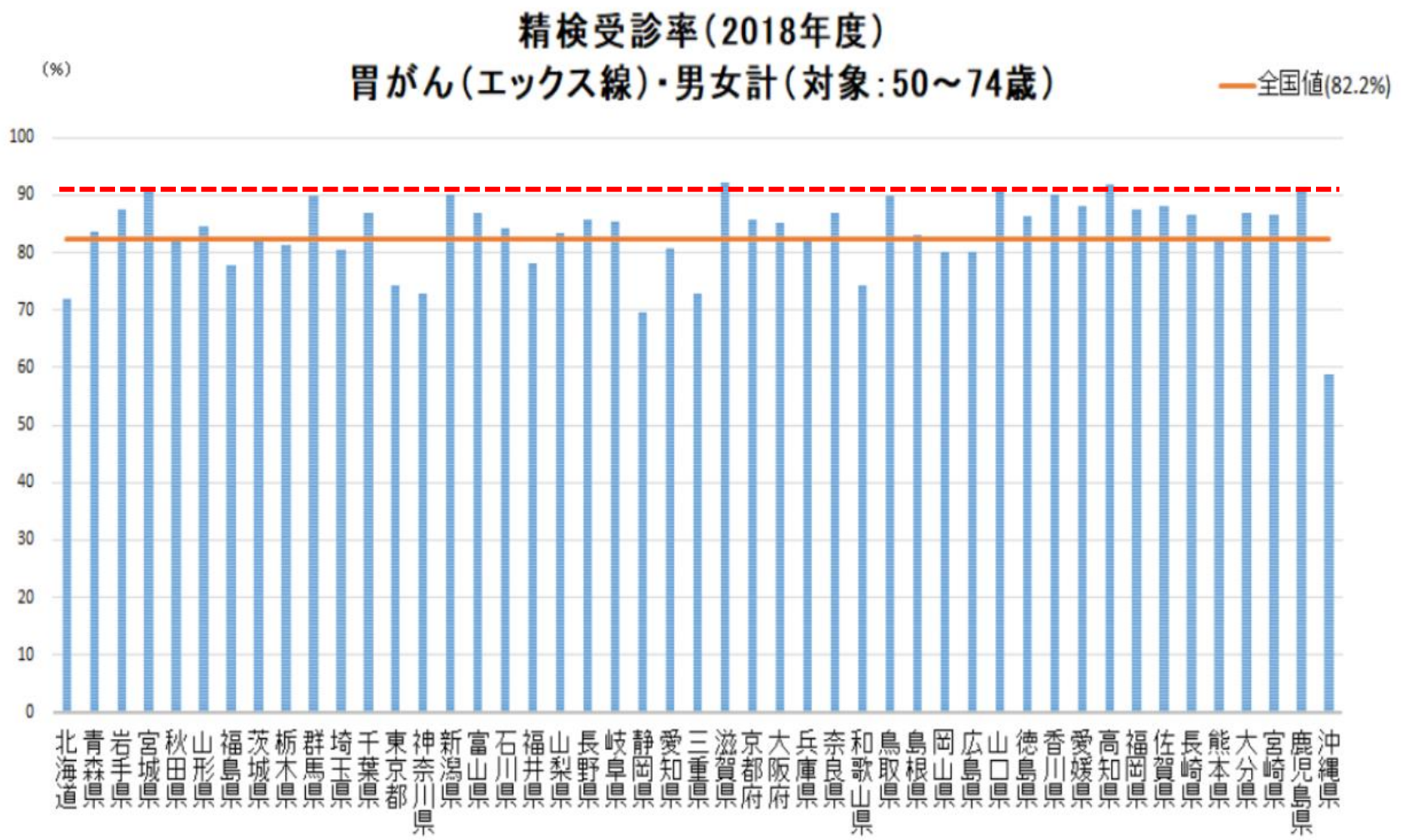
項目番号	中間評価指標	用いた調査	数値	参考数値
1033	指針に基づくがん検診を実施している市区町村の割合※１	令和元年度市区町村におけるがん検診の実施状況調査	平成30年度 胃がん　：対象年齢　4.8%　受診間隔　5.3% 肺がん　：対象年齢　80.1%　受診間隔　98.8% 大腸がん　：対象年齢　76.4%　受診間隔　99.6% 子宮頸がん：対象年齢　97.1%　受診間隔　35.1% 乳がん　：対象年齢　61.3%　受診間隔　40.3%	平成29年度 胃がん　：対象年齢　4.2%　受診間隔　4.6% 肺がん　：対象年齢　79.4%　受診間隔　98.7% 大腸がん　：対象年齢　75.7%　受診間隔　99.7% 子宮頸がん：対象年齢　96.4%　受診間隔　34.1% 乳がん　：対象年齢　60.2%　受診間隔　39.8%
参８	指針に基づかないがん検診を実施している市区町村の割合	令和元年度市区町村における　がん検診の実施状況調査	平成30年度 85.4%	平成29年度 87.2%
1034	「事業評価のためのチェックリスト」を実施している市区町村の割合	平成30年度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	平成30年度 【チェックリストの実施率※２】 胃がん（X線）　：集団　79.1%　個別　67.4% 胃がん（内視鏡）：集団　66.5%　個別　66.3% 大腸がん　：集団　78.6%　個別　68.0% 肺がん　：集団　78.5%　個別　66.3% 乳がん　：集団　79.1%　個別　69.8% 子宮頸がん　：集団　78.9%　個別　69.9%	平成29年度 【チェックリストの実施率※２】 胃がん　：集団　76.0%　個別　63.6% 大腸がん　：集団　75.6%　個別　64.0% 肺がん　：集団　75.5%　個別　61.6% 乳がん　：集団　75.7%　個別　65.8% 子宮頸がん：集団　75.5%　個別　66.2%

備考　・指針に基づいた対象年齢は、大腸がん・肺がん・乳がん検診：40歳以上、胃がん検診は50歳以上、子宮頸がん検診は20歳以上。
・指針に基づいた受診間隔は、肺がん・大腸がんは毎年、胃がん・乳がん・子宮頸がんは２年に１回。
（※１）胃がん検診については、指針に基づく年齢・間隔を平成28年度よりそれまでの40歳以上・逐年から50歳以上・隔年と変更してたため、当該調査についても同じ定義を用いて実施しているが、指針において、当分の間、40歳以上・逐年で実施しても差し支えないとしていることから、他のがん種に比べて実施率が低くなっている。
（※２）実施率算出方法：集計対象市区町村が「実施した」と回答した調査項目数/（集計対象市区町村数×調査項目数）×100

第74回がん対策推進協議会（令和２年10月16日）資料3-1より抜粋・一部改変

都道府県別　胃がん精検受診率(50～74歳)

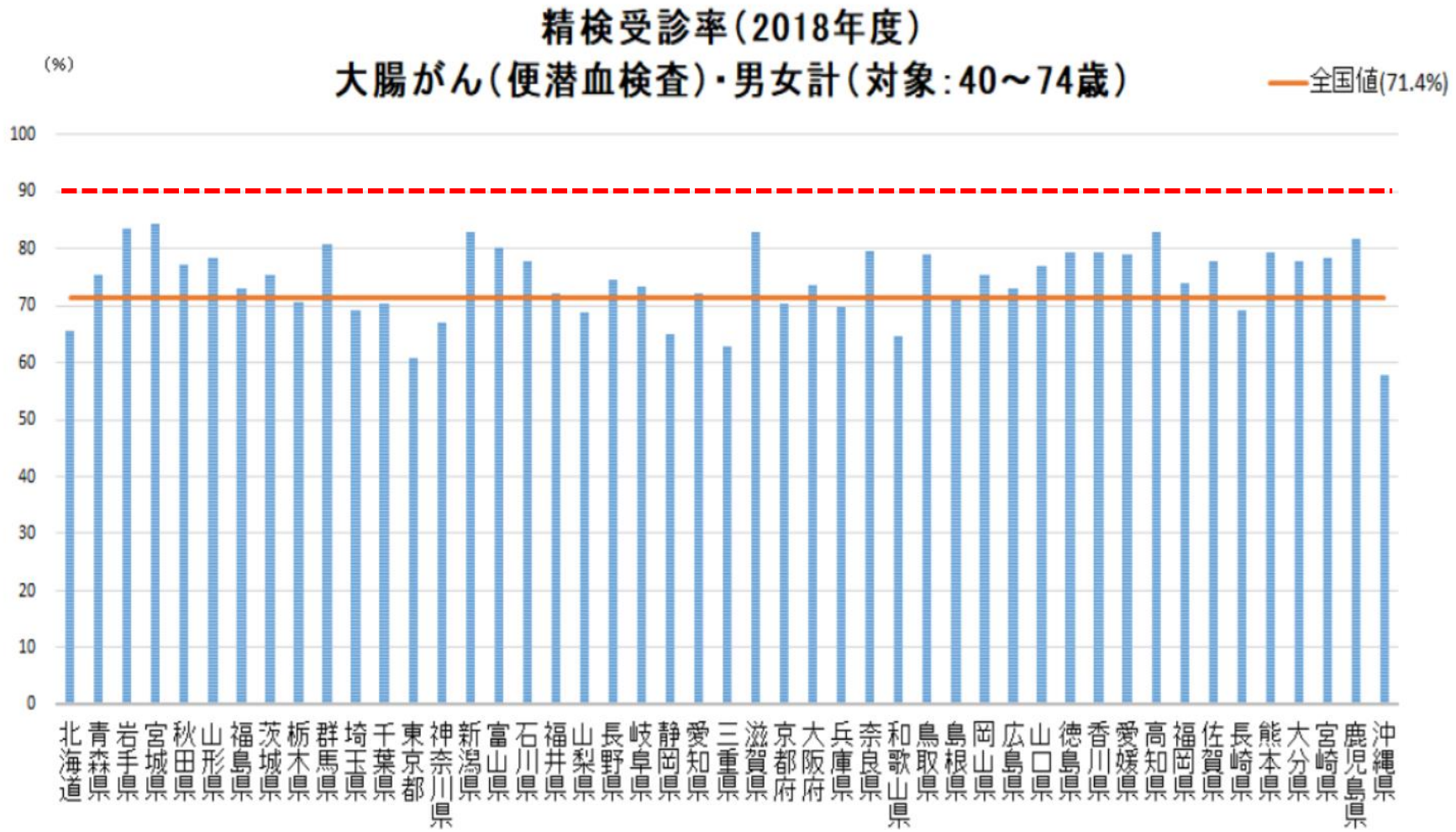
第34回がん検診のあり方に関する検討会　参考資料５



出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/screening/process-indicator.html

都道府県別　大腸がん精検受診率(40～74歳)

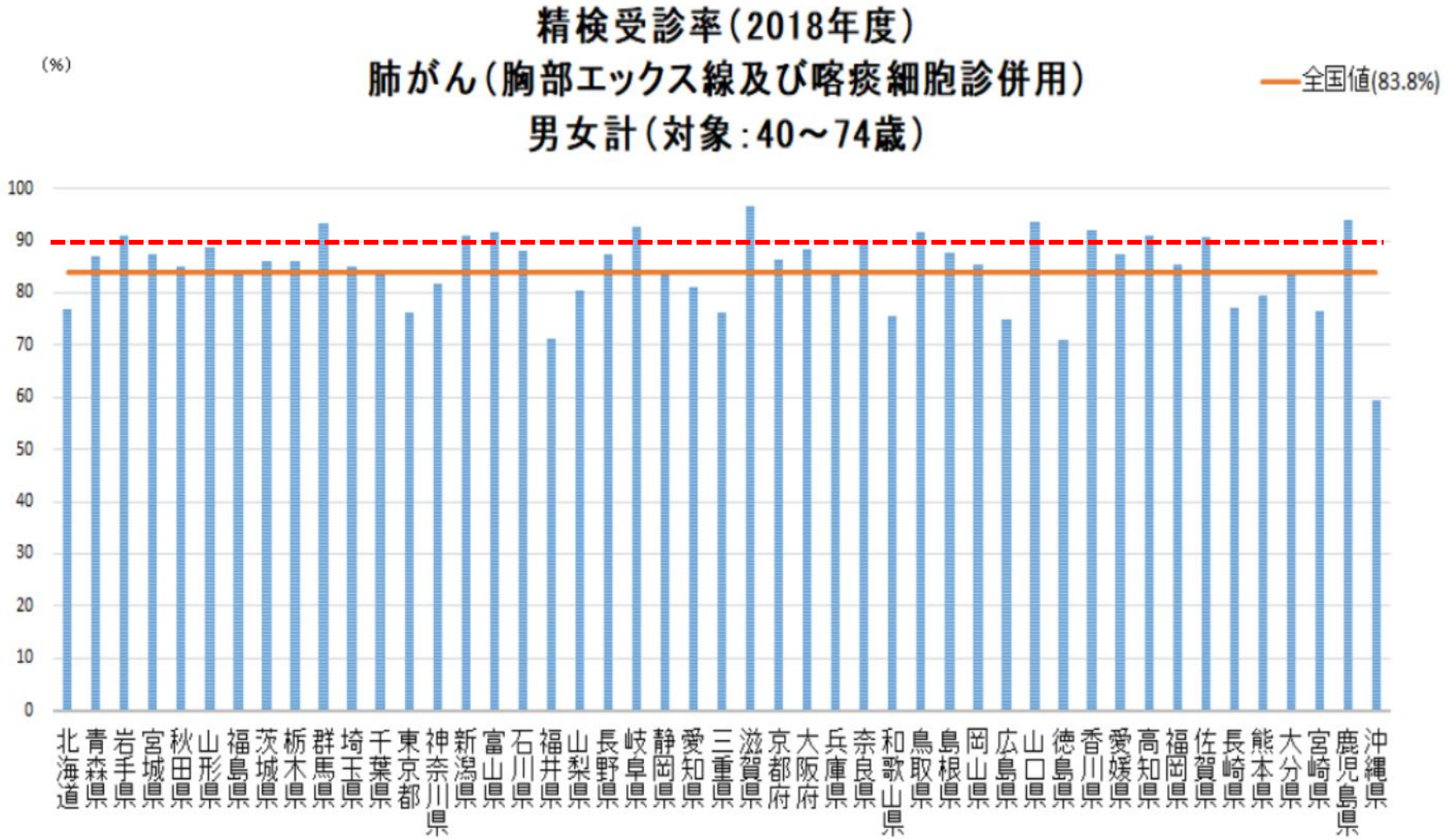
第34回がん検診のあり方に関する検討会　参考資料５



出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/screening/process-indicator.html

都道府県別　肺がん精検受診率(40～74歳)

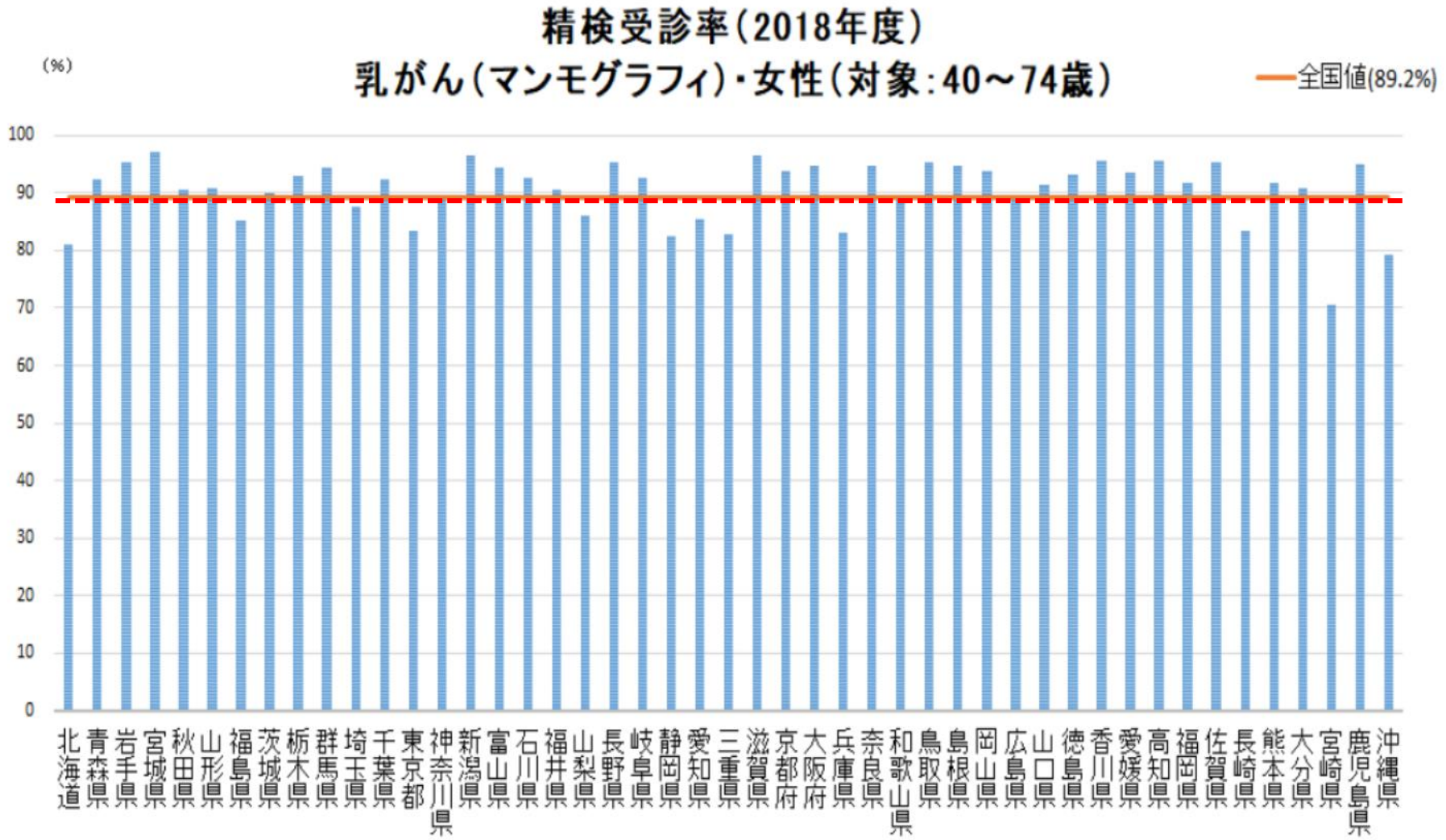
第34回がん検診のあり方に関する検討会　参考資料５



出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/screening/process-indicator.html

都道府県別　乳がん精検受診率(40～74歳)

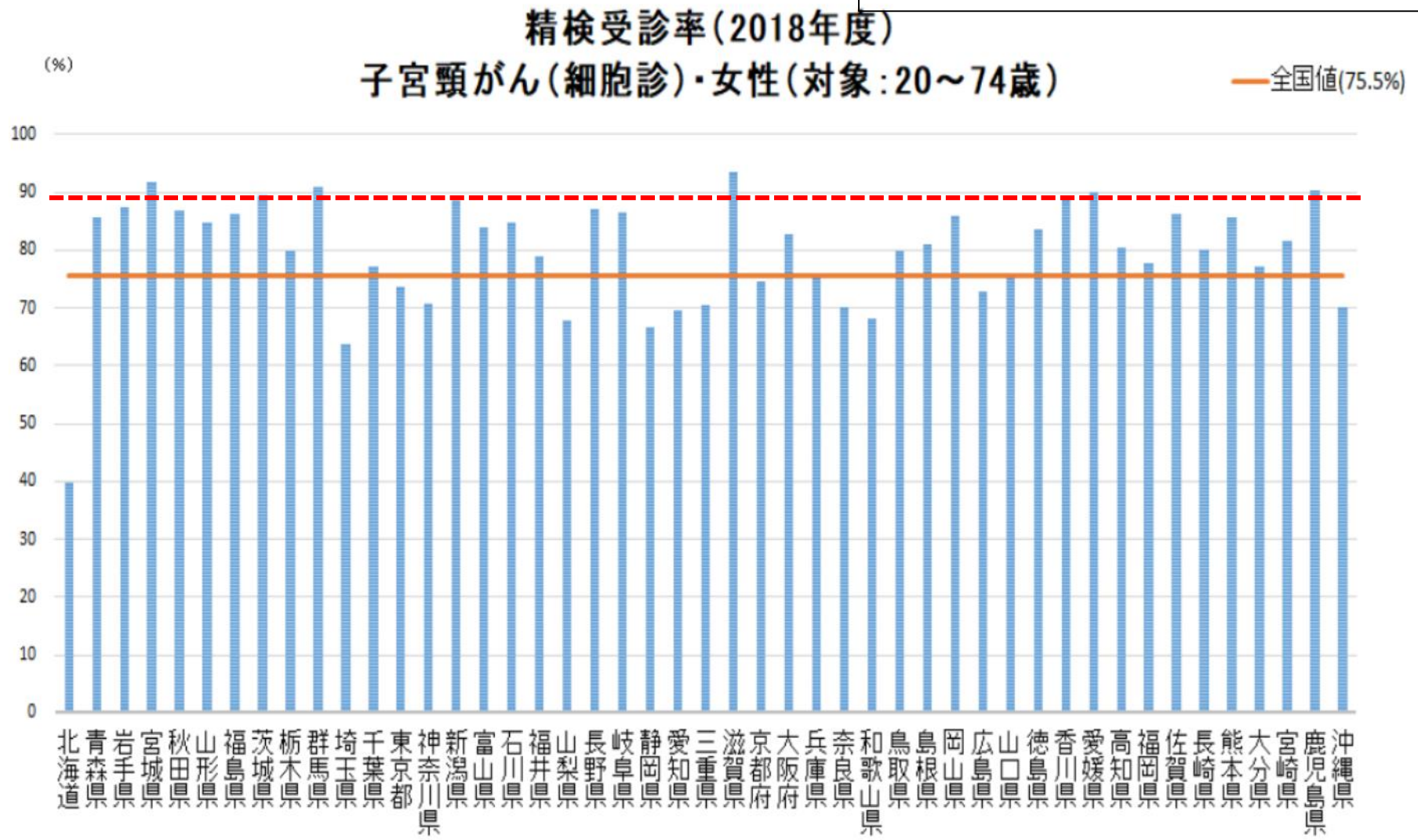
第34回がん検診のあり方に関する検討会　参考資料５



出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/screening/process-indicator.html

都道府県別　子宮頸がん精検受診率(20～74歳)

第34回がん検診のあり方に関する検討会　参考資料５



出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/screening/process-indicator.html

2．がん検診精密検査医療機関についての情報提供　三重県、奈良県

三重県がん検診精密検査医療機関登録制度について

○県民の皆様へ

三重県では、市町が実施しているがん検診（胃、肺、大腸、子宮、乳）について「がん検診精密検査医療機関登録制度」を設けています。これはがん検診を受診した結果、精密検査が必要とされた方が医療機関を選択しやすいよう、一定の基準を満たす医療機関を登録するものです。

＊「がん検診精密検査登録医療機関」は医療機関からの申請に基づき、一定の基準を満たす医療機関を県が登録するものであり、登録されている医療機関のみが精密検査実施機関ではありません。

・胃がん検診精密検査登録医療機関一覧（令和４年３月１４日）
・肺がん検診精密検査登録医療機関一覧（令和３年４月１日）
・大腸がん検診精密検査登録医療機関一覧（令和３年１１月２６日）
・子宮がん検診精密検査登録医療機関一覧（令和４年３月１４日）
・乳がん検診精密検査登録医療機関一覧（令和３年４月１日）

三重県がん検診精密検査医療機関申請手続きについて

医療機関の方々へ

三重県では、各種がん検診（胃、肺、大腸、子宮、乳がん検診）の精度管理を目的として「各種がん検診精密検査医療機関登録名簿」を作成し、精密検査対象者の方の参考となるよう公表しております。

つきましては、登録希望をされる医療機関は、下記登録基準を確認のうえ、指定を受けたい精密検査の様式に記入いただき、県保健所へ提出（下記申請先参照）してください。なお、お手数をおかけしますが、四日市市内の医療機関におかれましては、桑名保健所へ提出くださいますようお願いいたします。また、メールでの提出を希望される場合は、iryos@pref.mie.lg.jp あてに様式を提出してください。

提出いただいた内容を確認し、結果について後日通知いたします。

※随時受付中です。

出典：三重県ホームページ
https://www.pref.mie.lg.jp/KENKOT/HP/000118956.htm

奈良県の取組

各種がん検診精密検査医療機関一覧

市町村が実施するがん検診の精密検査医療機関を掲載しています。
登録基準については、「市町村がん検診精密検査医療機関登録申請について」をご確認ください。

胃がん精密検査医療機関一覧(pdf 280KB)
大腸がん精密検査医療機関一覧(pdf 240KB)
肺がん精密検査医療機関一覧(pdf 142KB)
乳がん精密検査医療機関一覧(pdf 137KB)
子宮がん精密検査医療機関一覧(pdf 127KB)

出典：奈良県ホームページ
https://www.pref.nara.jp/20147.htm

保険者が実施する大腸がん検診の精度管理指標

第34回がん検診のあり方に関する検討会　資料１－３

	A保険者（8年累計）	B保険者（8年累計）	C保険者（8年累計）	D保険者（8年累計）	E保険者（5年累計）
要精検率	6.05%	6.59%	6.14%	6.29%	8.15%
精検受診率	16.8～22.2%	19.9～25.4%	28.5～37.9%	19.1～23.6%	25.6～60.2%
陽性反応的中度	1.55%	1.18%	1.25%	1.12%	0.37%
がん有病割合	0.110%	0.104%	0.100%	0.099%	0.092%
がん発見率	0.090%	0.047%	0.050%	0.047%	0.030%
感度	85.3%	75.3%	77.4%	71.0%	71.7%
特異度	94.0%	93.5%	93.9%	93.8%	91.9%

- ５保険者で、がん有病割合はほぼ一定
- この条件下では、がん発見率は感度、要精検率は（１－特異度）と連動する（A保険者は感度もがん発見率も高い、E保険者は要精検率も（１-特異度）も高い、など）。
- 陽性反応的中度は、がん発見率と要精検率の割り算なので、独自の情報はない。
- 精検受診率（妥当性研究未実施のため参考値）は、地域保健事業報告（2018）70.3%に比べて極めて低い。
- 地域保健事業報告（2018）では要精検率5.68%、がん発見率0.16%

出典：厚生労働行政推進調査費補助金がん対策推進総合研究事業「職域がん検診における精度管理指標の測定・基準値設定と新指標測定法の開発・実用化に関する研究」（代表者：祖父江友孝）

令和３年度市区町村におけるその他のがん検診の実施状況調査

第34回がん検診のあり方に関する検討会　参考資料６

7. その他のがんの検診の実施状況

①－1　胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がん以外のがんの検診の実施状況

	市区町村数	（%）
実施した	1411	81.3%
前立腺がんの検診（PSA検査）	1356	78.1%
前立腺がんの検診（PSA検査以外）	8	0.5%
肝臓がんの検診（エコー）	160	9.2%
肝臓がんの検診（エコー以外※） ※肝炎ウイルス検査は含まない	5	0.3%
子宮体がんの検診（子宮体部の細胞診※） ※子宮頸がん検診の問診等で、体がんの有症状が確認できた場合に実施する子宮体部の検査は含まない（検診ではない）	195	11.2%
子宮体がんの検診（子宮体部の細胞診以外）	21	1.2%
卵巣がんの検診（エコー）	79	4.6%
卵巣がんの検診（エコー以外）	2	0.1%
甲状腺がんの検診（エコー）	17	1.0%
甲状腺がんの検診（エコー以外）	19	1.1%
口腔がんの検診	66	3.8%
喉頭がん、咽頭がんの検診	5	0.3%
全がんに対する検診（CT）	10	0.6%
全がんに対する検診（MRI）	3	0.2%
全がんに対する検診（PET）	30	1.7%
全がんに対する検診（各種腫瘍マーカー）	20	1.2%
上記以外のがん種（部位）の検診	17	1.0%
実施していない	325	18.7%
合計	1736	

①－2　実施してない理由（①－1 で「実施してない」を選択した自治体）

	市区町村数	（%）
新型コロナウイルス感染症の感染予防のため実施を見合わせた	40	12.3%
新型コロナウイルス感染症の影響によらず実施していない	285	87.7%
合計	325	

出典：令和３年度市区町村におけるがん検診の実施状況調査
全国集計（調査・集計は国立研究開発法人国立がん研究センターに委託して実施）

①－3　その他の検診の今後の実施状況

その他のがん検診	前立腺がんの検診		肝臓がんの検診		子宮体がんの検診		卵巣がんの検診		甲状腺がんの検診		口腔がんの検診	
	市区町村数	（%）	市区町村数	（%）	市区町村数	（%）	市区町村数	（%）	市区町村数	（%）	市区町村数	（%）
令和3年度に実施をやめた、またはやめる予定である	18	1.3%	1	0.6%	17	8.5%	0	0.0%	2	5.6%	0	0.0%
令和4年度以降実施をやめる予定である	20	1.5%	3	1.9%	1	0.5%	0	0.0%	1	2.8%	0	0.0%
やめる予定なし	1319	97.2%	157	97.5%	183	91.0%	80	100.0%	33	91.7%	66	100.0%
その他の各検診実施の市区町村数	1357		161		201		80		36		66	

その他のがん検診	喉頭がん、咽頭がんの検診		全がんに対する検診（CT）		全がんに対する検診（MRI）		全がんに対する検診（PET）		全がんに対する検診（各種腫瘍マーカー）		上記以外のがん種（部位）の検診	
	市区町村数	（%）	市区町村数	（%）	市区町村数	（%）	市区町村数	（%）	市区町村数	（%）	市区町村数	（%）
令和3年度に実施をやめた、またはやめる予定である	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	5.0%	1	5.9%
令和4年度以降実施をやめる予定である	1	20.0%	1	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
やめる予定なし	4	80.0%	9	90.0%	3	100.0%	30	100.0%	19	95.0%	16	94.1%
その他の各検診実施の市区町村数	5		10		3		30		20		17	

900

２．がん検診の精度管理

検討の視点

○ 全国的に見ると精密検査受診率は十分な改善傾向を認めていないが、目標を満たしている自治体もある。自治体による差が大きくなっており、今後の改善のヒントとなりうるのではないか。

○ 受診勧奨も重要ではあるが、精密検査を受診しやすい環境についても検討する必要がある。

○ 職域における精度管理についても実態を把握する方法やさらなる改善策について検討を行う必要がある。

○ 指針に基づいた５つのがん検診以外の検診の実施についてどのように考えるか。

対応案

○ 精密検査受診率の目標値は引き続き90%としてはどうか。

○ 特に職域においてがん検診の結果を通知する際に、精密検査を実施できる医療機関リストを同封できるよう各自治体においてリストを作成・公表することを推進してはどうか。

○ 職域におけるがん検診の精度管理を可能とするため、保険者がレセプトやがん登録情報などを活用して感度、特異度、精密検査の受診状況などを把握できるよう技術的支援を行うこととしてはどうか。

○ 自治体に対しては、指針に基づいた５つのがん検診を適切に実施する観点から、精度管理の目標達成を重点的に推進するよう強く推奨してはどうか。

○ 一方で、新たな検診手法の検討や実証も重要であることから、５つのがん検診以外の検診を実施する場合については、検診の有効性等について一定期間内に中間評価等を検証することを推奨してはどうか。

○ 都道府県は、管轄する市町村のがん検診の実施状況を踏まえ、市町村に対し必要な指導・助言等を行うこととしてはどうか。

３．科学的根拠に基づくがん検診の実施について

これまでの議論③科学的根拠に基づくがん検診の実施について

「がん検診のあり方に関する検討会」における議論の中間整理(令和元年度版)より

○ 指針に定めるがん検診の種類・検査方法の選定基準は、実施される検査方法が、ガイドラインにおいて、死亡率減少効果を認め、かつ不利益も比較的小さいと考えられる推奨グレードA又はBとして示されているものを基本とすることが適切である。なお、がん種ごとの有効性評価に関する科学的根拠については、ガイドラインを基本としつつ、検討会で包括的に議論を行っていくことが望ましい。

○ 国は、市町村が自らの地域で実施する検診を検討する際に、科学的根拠に基づいたがん検診を行うことができるよう、指針に定められていない検査方法についても、それぞれの検査についての推奨グレードに関する情報を市町村に提供していくべきである。

○ 国は、ガイドラインが定められていないがん種についても、必要に応じて科学的根拠の収集に取り組むとともに、その他の科学的根拠の収集が必要な課題についても、引き続き厚生労働科学研究等で対応していくことが必要である。

○ これらの取組を踏まえつつ、市町村は科学的根拠に基づいたがん検診の実施に努め、都道府県は必要な指導・助言等を行うよう努めるべきである。

○ 死亡率減少効果が明らかな検査方法が既に存在するがん種に関しては、新たな検査方法及びそのがん種に係る死亡率減少効果の代替指標のあり方について、諸外国の動向も踏まえ、検討を行うことが適切である。

○ 国は、国民の理解を得られるプログラムとするため、費用対効果等に関する分析・評価に関する取組を進めるべきである。

903

３．科学的根拠に基づくがん検診の実施について

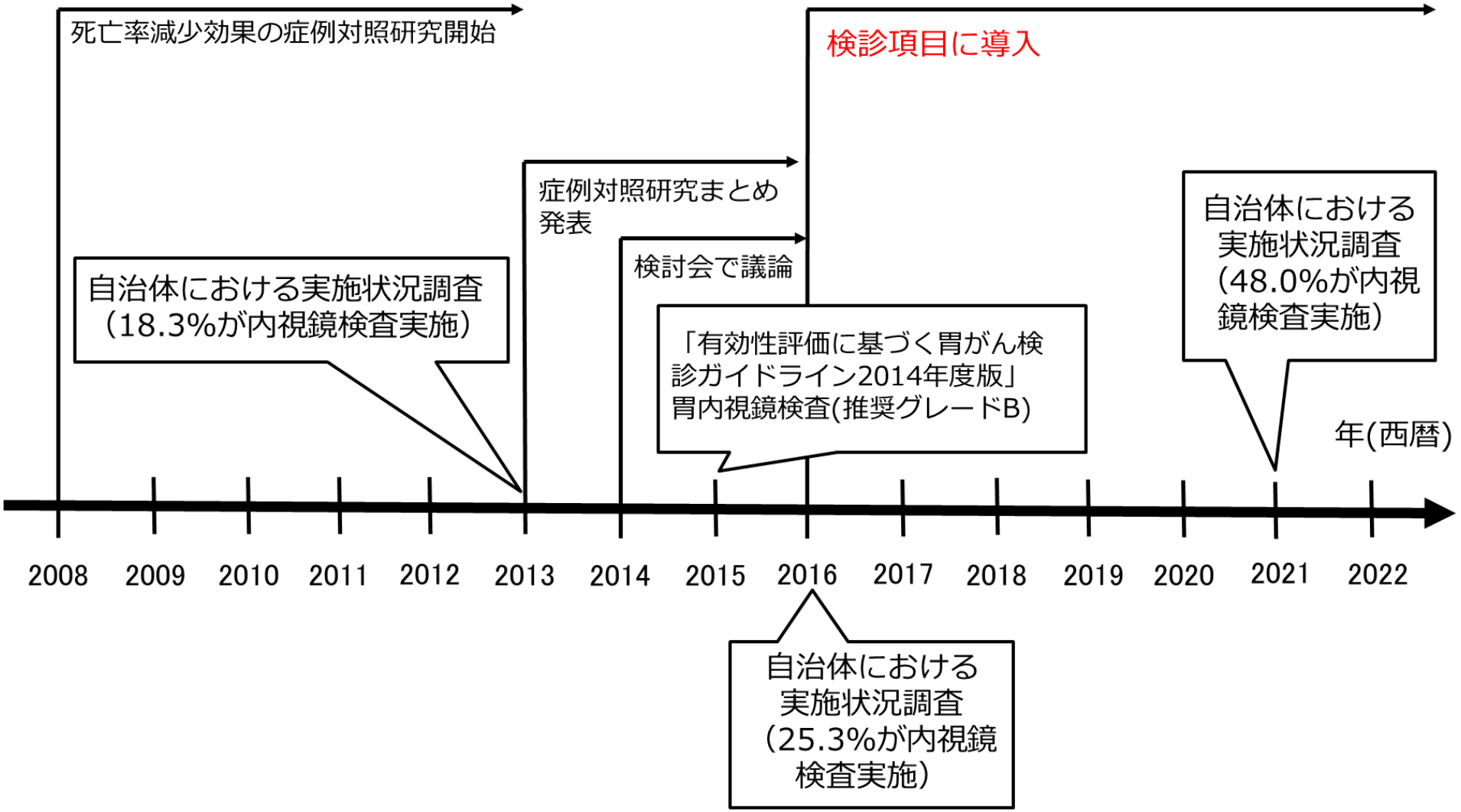
第34回「がん検診のあり方に関する検討会」資料３に対する意見集約書を基に事務局作成

○ 特に新たな検診項目を導入するに当たって、費用対効果等、がん検診の事業を客観的に分析・評価する指標の検討が十分ではない。

○ 厚生労働省内の関係部局との連携（保険局、労働衛生担当部局等）が十分ではない。

○ がん検診を含めたわが国のがん対策等が有効に実施されているかの評価が不十分であり、諸外国との比較が重要であるが、定期的な調査が不足している。

胃がん検診における内視鏡検査導入前の歩み

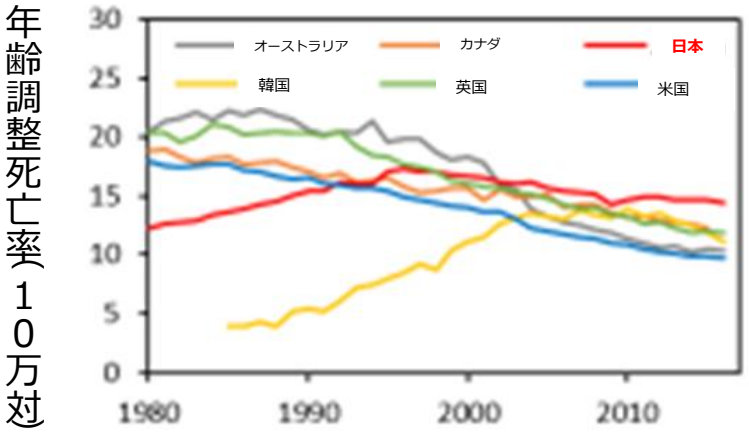


905

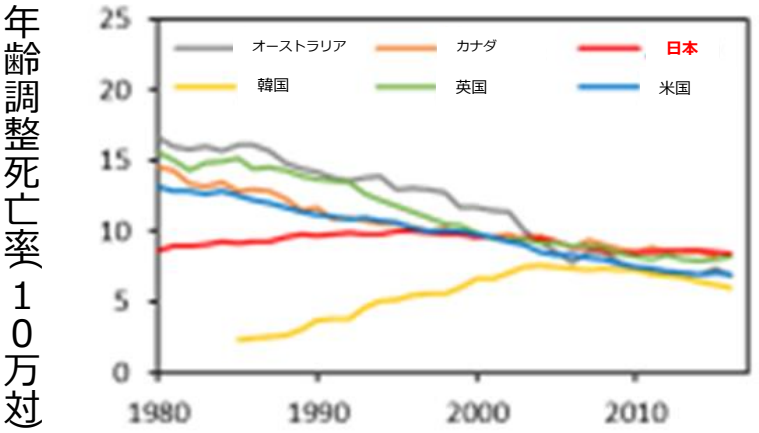
国際比較　大腸がん、乳がん、子宮頸がんの年齢調整死亡率

第78回がん対策推進協議会（令和４年3月16日）資料１より抜粋・一部改変

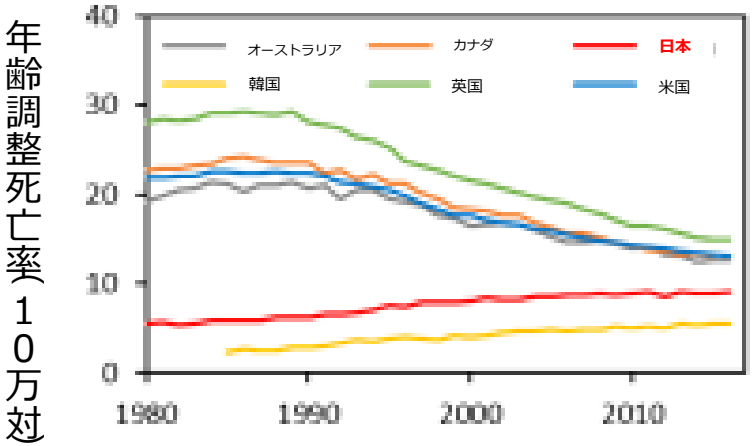
男性大腸がん



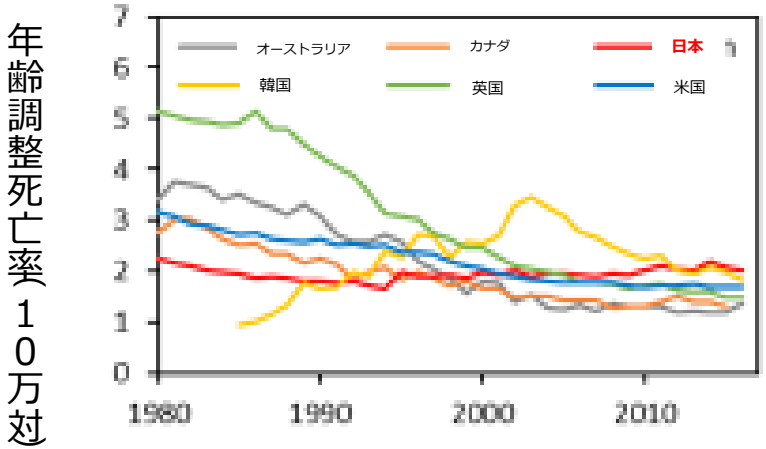
女性大腸がん



女性乳がん



子宮頸がん



出典：Katanoda K, Ito Y, Sobue T. Jpn J Clin Oncol. 2021;51(11):1680-1686.
いずれも年齢調整死亡率（昭和60年日本人モデル人口）

３．科学的根拠に基づくがん検診の実施について

検討の視点

○ がん検診の分野においても研究開発の進展は著しく、より正確に、低侵襲に、簡便に、安価に実施可能な方法が提案されているが、死亡率減少効果の確認や実施体制の確保に時間を要し過ぎており、科学技術開発の恩恵を十分に享受できない可能性がある。

○ 新たに対策型検診として実施する検診に組み入れるまでのプロセスが不透明かつ煩雑で、開発や検証の取組の意欲がそがれている可能性があるのではないか。

○ 統一されたプログラムのもと、適格な対象集団を特定し、対象者を個別に勧奨する組織型検診organized screeningの実現を目指している中で、指針に基づかないがん検診が、十分な検証なしに実施されている点は問題ではないか。

○ 現に実施中のがん検診についても、がんの疫学的動向も踏まえ、その効果を継続的に評価できるようにする必要があるのではないか。

対応案

○ がん対策としての適切ながん検診実施のために、現在行われている対策型検診の水準を上げ、適格な対象集団への受診勧奨とプログラムの管理・評価を行う組織型検診の構築に向けた議論を深める必要があるのではないか。

○ 新たに対策型検診として実施する検診に組み入れるまでのプロセスについて明確化し、検診項目の更なる適正化が比較的容易になるよう検討してはどうか。

○ 指針に基づいた５つのがん検診以外の検診について、検証が進むような手法を検討してはどうか。特に、指針に基づくがん検診が十分にできており、それ以外のがん検診を実施してみたいという自治体と、検診の効果を検証したい企業や研究者をマッチングするような仕組みについて検討してはどうか。

○ がん検診を含めたわが国のがん対策の有効性を評価するため、がんのリスク因子、年齢調整罹患率、年齢調整死亡率の諸外国との比較が可能となるよう、これらの年次推移を明らかにできるよう取り組んではどうか。

第35回がん検診のあり方に関する検討会	資料２
令和４年５月25日	

子宮頸がん検診におけるHPV検査導入の検討

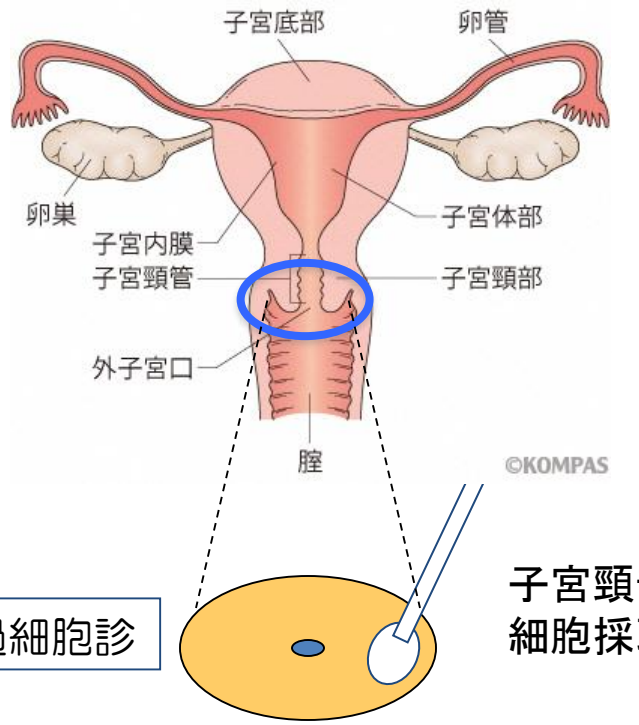
アルゴリズム，実施体制，導入についての課題

慶應義塾大学医学部 産婦人科学教室
青 木 大 輔

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
子宮頸がん検診におけるHPV検査導入に向けた実際の運用と課題の検討のための研究
研究代表者

908

擦過細胞診を用いた子宮頸がん検診



子宮頸部擦過細胞診

子宮頸部より
細胞採取

パパニコロウ
染色

スクリーニング／判定





陰性

陽性（要精検）

↓

精密検査

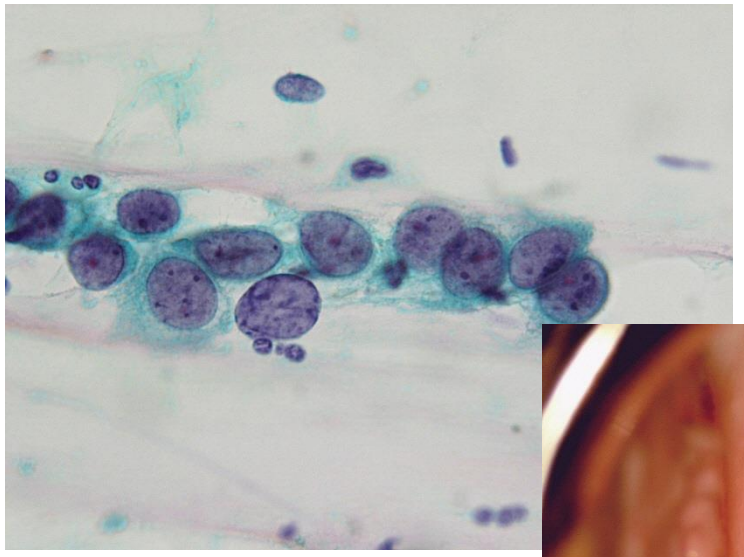
コルポスコープ診
組 織 診

健康増進事業による子宮頸がん検診 （2004年～）

対　　象：	２０歳以上
検診間隔：	２年
方　　法：	子宮頸部擦過細胞診

909

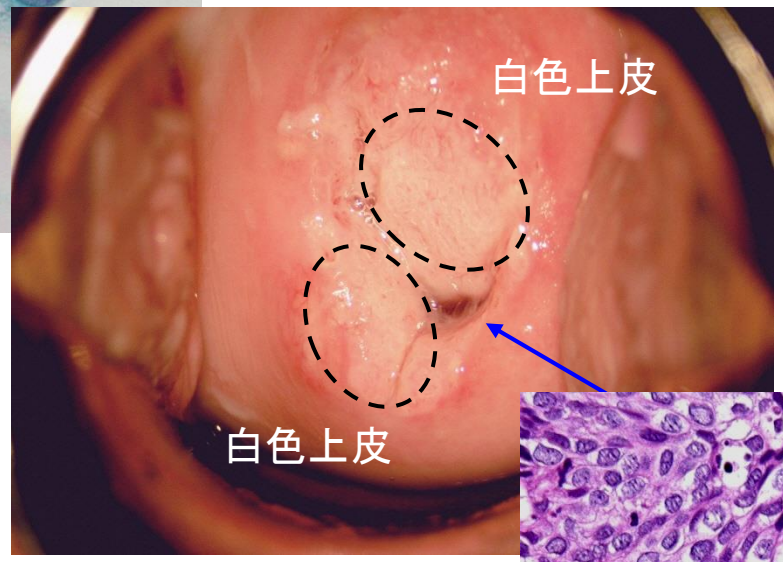
子宮腟部擦過細胞診



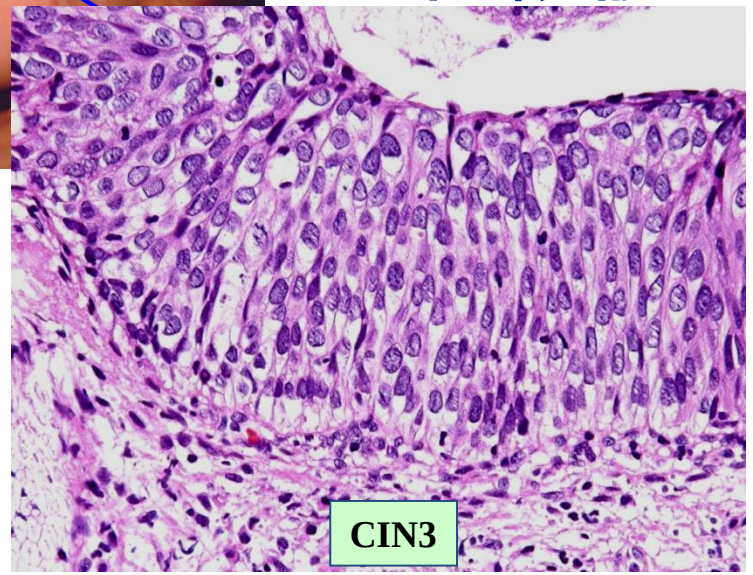
← 経過観察 — CIN1 / CIN2

↑

コルポスコピー



組 織 診

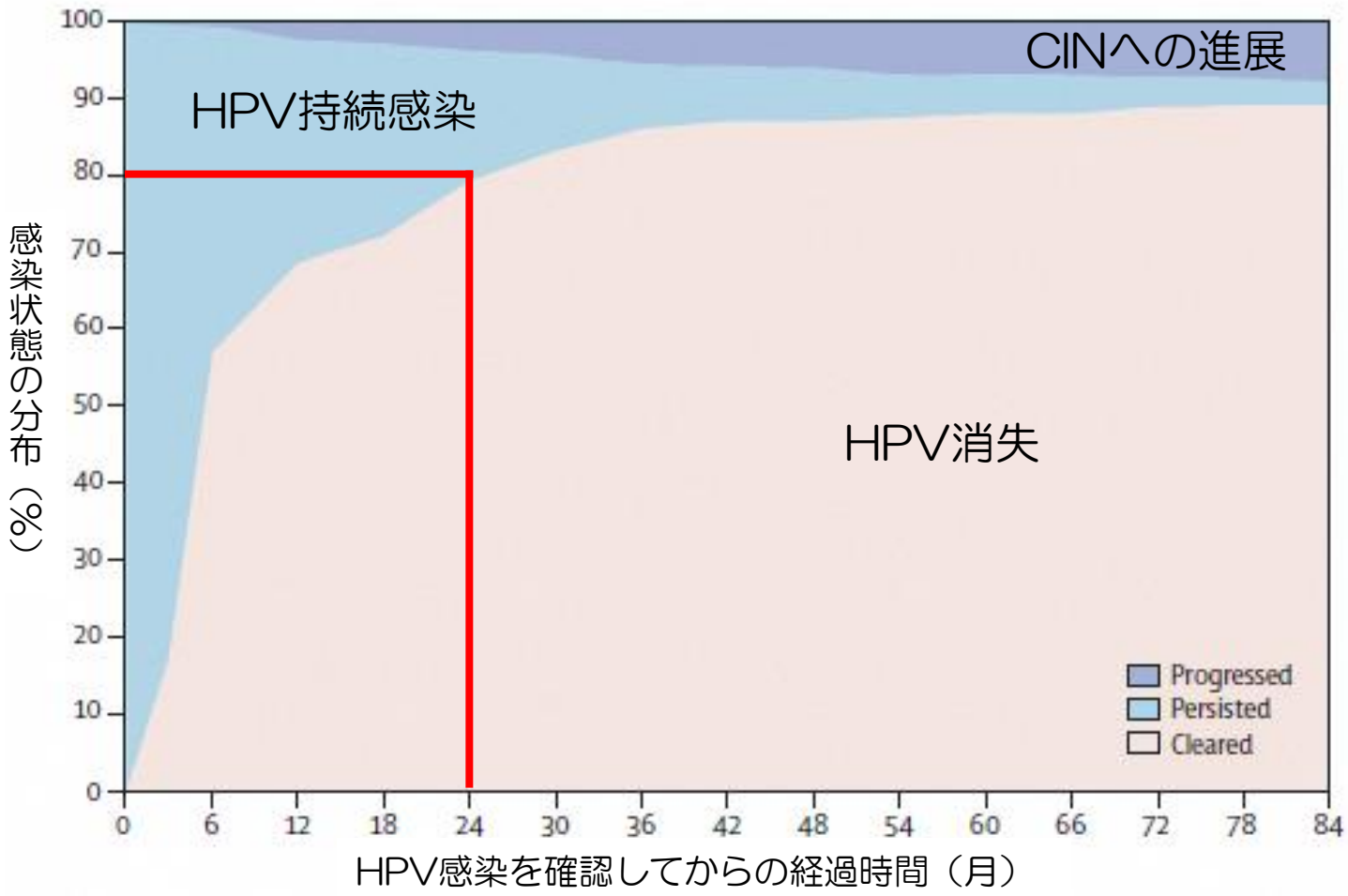


← CIN3 / 上皮内腺がん（AIS） / 浸潤がん ← 治療

CIN; cervical intraepithelial neoplasia
AIS; adenocarcinoma *in situ*

910

がん検診でみつかるHPV検査陽性は、ほとんどが一過性のHPV感染である



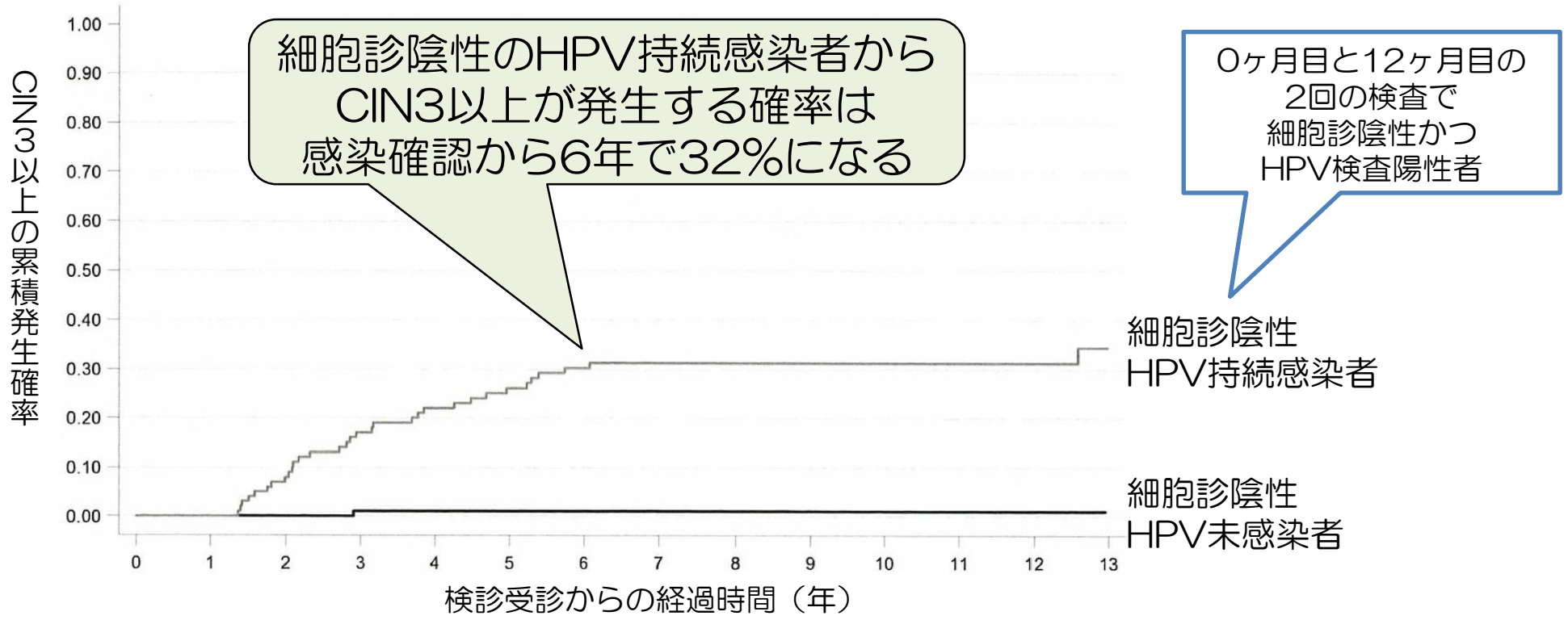
HPV感染は24か月で8割が消失 → 一過性の感染

911

Schiffman M., Lancet. 2007

HPV持続感染者からのCIN3以上の病変の発生率

Swedescreen（N=12,527） 32-38歳



912

Elfgren K., Am J Obstet Gynecol, 216, 264.e1, 2017

有効性評価に基づく子宮頸がん検診ガイドライン 2019年度版

国立がん研究センター 社会と健康研究センター

推奨の概要

検査法	内容	推奨度
細胞診単独法	20歳～69歳、2年に1回	A
HPV検査単独法	30歳～60歳、5年に1回	A
HPV検査＋細胞診併用法	30歳～60歳、5年に1回	C

有効性（浸潤がん罹患率減少効果）と不利益（偽陽性）を指標として検討：

- 細胞診と比較して、HPVを含む方法では１万人あたり浸潤癌罹患者数は２～３人減少する。
- 浸潤がん罹患率減少効果は、HPV検査単独法とHPV検査＋細胞診併用法で大差はない。
- 細胞診と比較して両者とも偽陽性者数は増加する。偽陽性者数を指標とした不利益は、細胞診、HPV検査単独法よりも細胞診＋HPV検査併用法で明らかに大きい。

HPV検査陽性者の大半（例：細胞診陰性/HPV陽性者）は、その時点では病変を有さず、そのごく一部が数年後に有病者となり得るため、これらのリスク保持者の長期間の追跡管理が検診の効果に大きく影響する。

HPV検査を用いた検診は、実現可能性のあるアルゴリズムの構築と検診の精度管理を含めて、適切な検診の運用ができる場合にのみ実施すべきである。

3つの検診手法の長所/短所

検診手法	長 所	短 所
細胞診単独法	• 浸潤がんの死亡率・罹患率減少効果についてエビデンスがある。 • 現在の検診事業のインフラをそのまま使用できる。 • 検査の特異度が高い • 要精検率は低い	• 細胞検査士の育成など人的資源を要する。 • 検診間隔：２年
HPV検査単独法	• 浸潤がんの罹患率減少効果についてエビデンスがある。 • 検査の感度が高い • 細胞診単独法に比較して検診間隔の延長が可能：５年程度	• 要精検率は高い • 偽陽性が多い • アルゴリズムがやや複雑になるため、運用が難しい • 追跡精検の検査項目/時期の設定、遵守のための準備が必要 • 新たな体制整備、人員確保が必要
HPV検査＋細胞診併用法	• 浸潤がんの罹患率減少効果についてエビデンスがある。 • 検査の感度がもっとも高い • 細胞診単独法に比較して検診間隔の延長が可能：５年程度	• 要精検率はもっとも高い • 偽陽性が最も多い • アルゴリズムの複雑さによりその運用が難しい • 追跡精検の検査項目/時期の設定、遵守のための準備が必要 • 新たな体制整備、人員確保が必要

914

がん検診のアルゴリズム

がん検診のアルゴリズムとは？

- がん検診では、有効性の証明された検診手法の選択も大切だが、検診結果ごとにどのような検査（精密検査）をいつ行うかなどを定めることが必要。

  → これを定めたもの：「アルゴリズム」

- それを遵守することで、がん検診の目的（死亡率減少／罹患率減少）を達成することができると考えられる。

- がん検診の受診者、提供者を含めて現状で実現性のあるアルゴリズムを定めることが必要。

915 日本産科婦人科学会HPより改変引用
https://www.jsog.or.jp/uploads/files/jsogpolicy/HPV_Part4.pdf

各種アルゴリズムの検討

【検討項目】
細胞診単独法、HPV検査単独法、HPV検査/細胞診併用法それぞれのアルゴリズムについて、要精検の定義、精密検査の内容、リスク保持者（HPV陽性/細胞診陰性）の追跡管理方法などを検討する。

【検討対象とするアルゴリズム】
以下のI～IVのカテゴリーのアルゴリズムを調査対象とする。

I. 「有効性評価に基づく子宮頸がん検診ガイドライン」の評価対象となったRCTで採用されたアルゴリズム

II. 国のプログラムとして導入されている検診のアルゴリズム

III. 上記以外のガイドライン等に掲載されているアルゴリズム

IV. わが国の検診の評価研究で用いられているアルゴリズム

各種アルゴリズムの検討結果

- 有効性評価に用いられた研究のアルゴリズムを対象に、記載の仕方の統一と構成する項目（トリアージ精検、確定精検、追跡精検）による整理した。

- これらにより、3つの精密検査の組み合わせに特徴付けられるアルゴリズムのパターンは
  細胞診単独法：3パターン
  HPV検査単独法：3パターン
  細胞診+HPV検査併用法：2パターン
  であった。



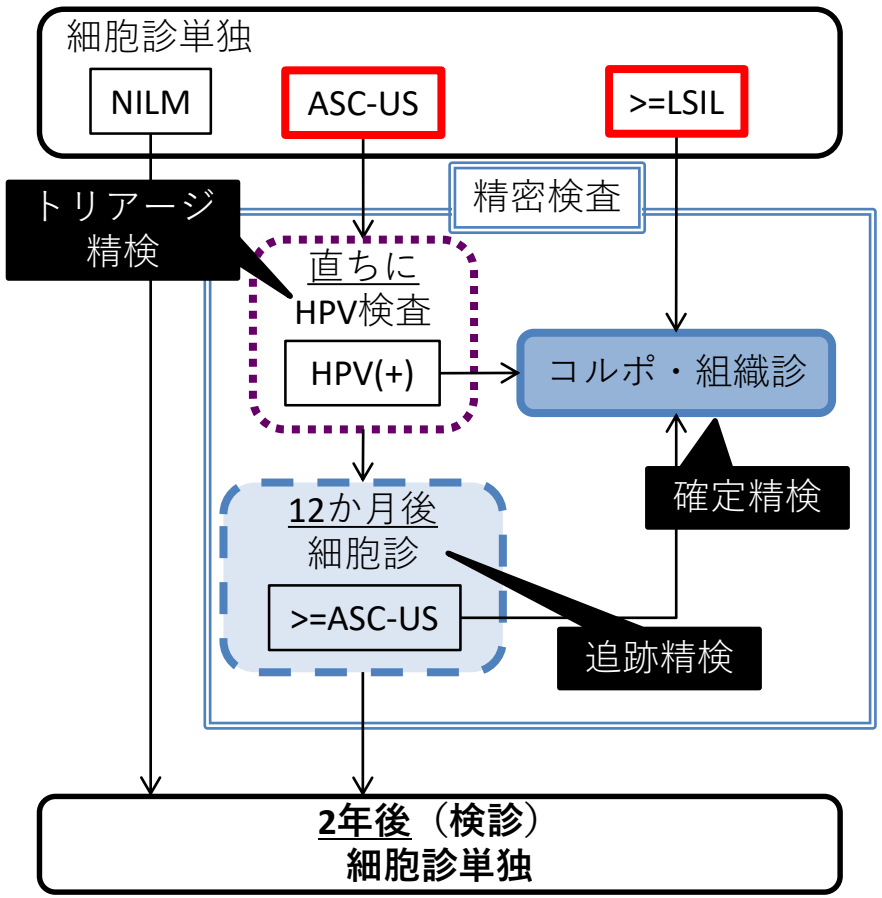
「有効性評価に基づく子宮頸がん検診ガイドライン」で示された検討結果より
HPV検査を用いた検診のうち、推奨度Aの「HPV検査単独法」によるアルゴリズムを提示
（国のプログラムとして採用されている検診では，細胞診＋HPV検査併用法はなかった）

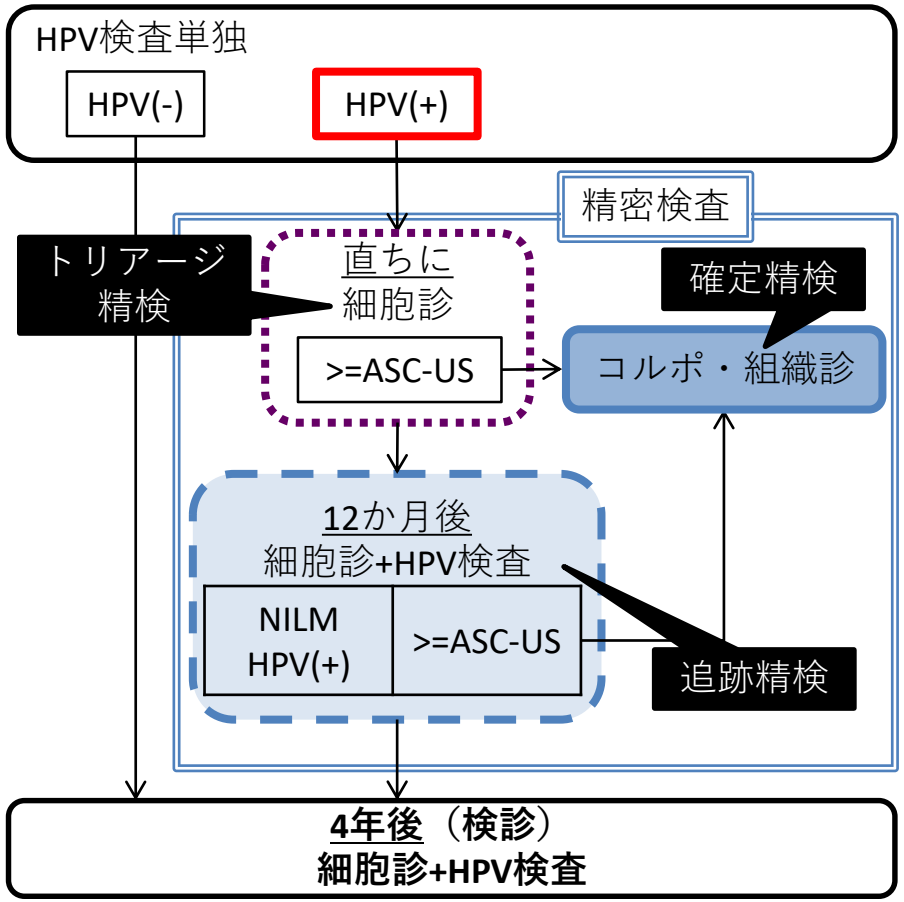
アルゴリズムを構成する項目(主に精密検査)の整理を試みる （例：FOCAL研究）

要精検者：baselineの検診で「陽性」とされたもの全て

精密検査：要精検者が「コルポ・生検」または「次の検診」となるまでに受診するすべての検査

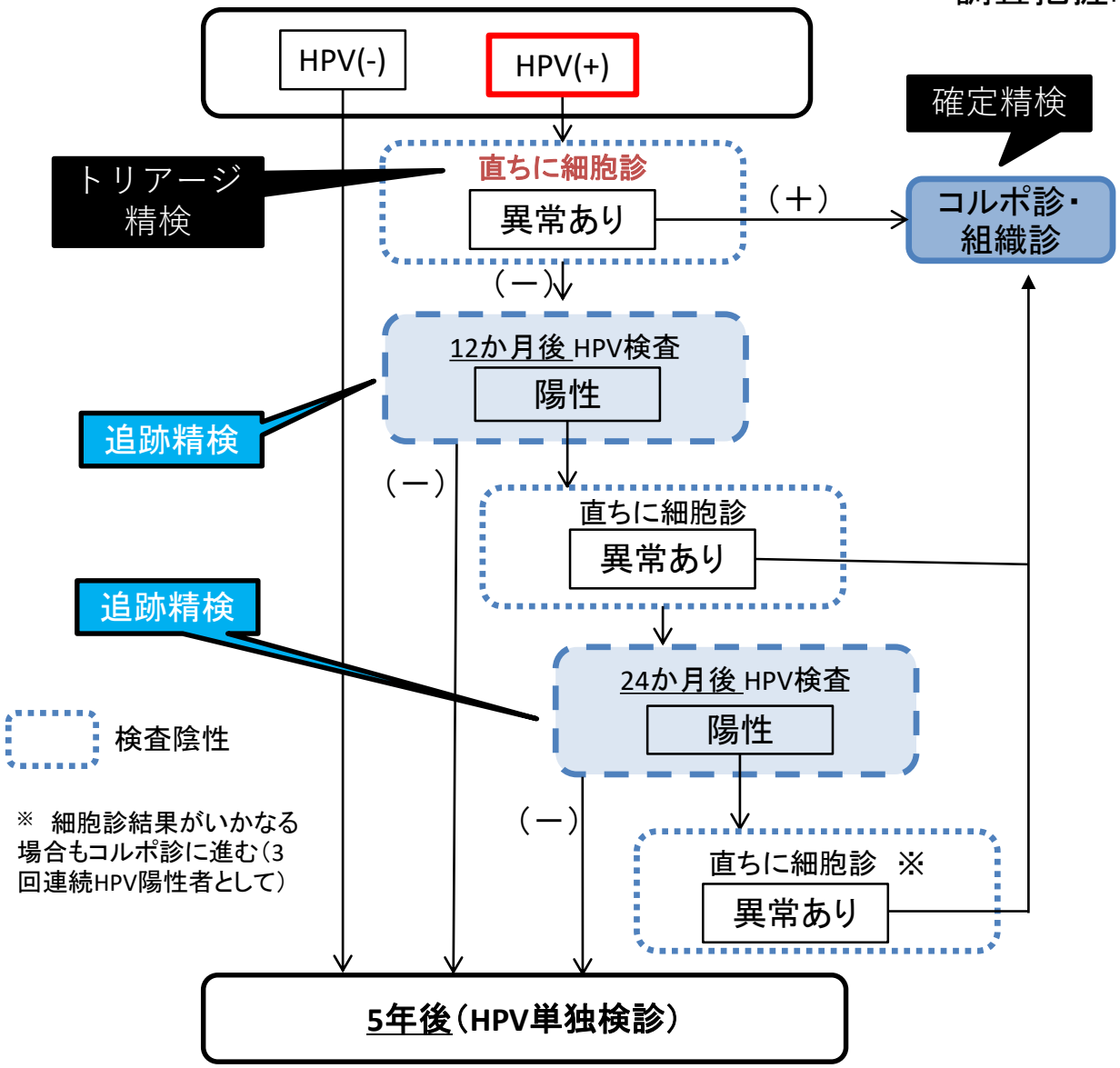
- 確定精検：コルポスコープ診や組織診による確定診断を得るための検査
- トリアージ精検：baselineの検診判定直後に疾患リスクの選別の目的で実施する確定精検以外の検査
- 追跡精検： baselineの検診判定後、確定精検を経ずに実施する確定精検、トリアージ精検以外の検査

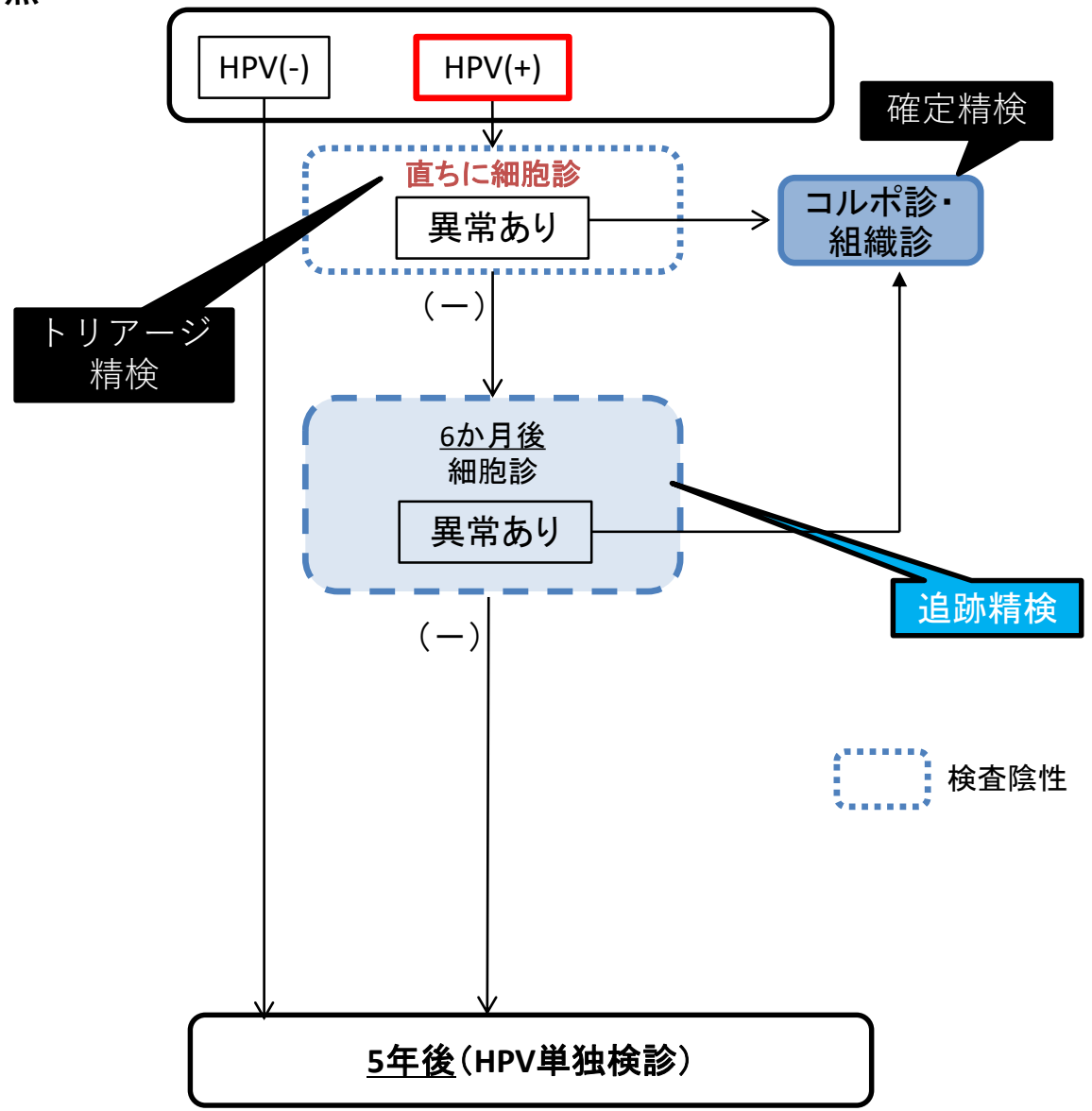




英国　海外の細胞診陰性/HPV陽性者に対する追跡精検の例　オランダ

調査把握時点





Guidance Cervical screening care pathway
https://www.gov.uk/government/publications/cervical-screening-care-pathway/cervical-screening-care-pathway　より作図

https://www.rivm.nl/documenten/framework-for-execution-of-cervical-cancer-population-screening
より作図

追跡精検としての細胞診とHPV 検査の長所/短所

追跡精検の方法	長 所	短 所
細胞診	• 現在のわが国の診療のインフラをそのまま使用できる • 判定結果に対する取扱いが明確（ASC-US以上はコルポ診・組織診）	• 診療（CINの管理など）で行われる細胞診との差異が現場で誤認されやすい • 受診者を含む検診関係者のアルゴリスムの理解が必要 • 初回検診と追跡精検の方法が異なるので、受診者を明確に区別する必要がある（精検受診勧奨に必要） • 精検手法としてHPV検査より感度が低く、特異度が高い
HPV検査	• HPVの持続感染によって病変が発生するというエビデンスを論拠としている • 検査結果に対する取扱いが、初回検診と同じ方法なので理解しやすい（陽性であれば細胞診、陰性であれば次回検診） • 精検手法として細胞診より感度が高く、特異度が低い	• 受診者を含む検診関係者のアルゴリスムの理解が必要 • HPV陽性／細胞診陰性が増加する • HPV陽性者の経過観察の方法についてコンセンサスが必要 • 受診者への説明が複雑 • 保険診療としては現状ではできない。

HPV 検査を用いた検診のアルゴリズム内での HPV(+)かつ細胞診陰性者の管理方法の検討が必要

HPV検診では、HPV検査が「病変」でなく「HPV感染」を検出する検査であるため、
HPV陽性者の多くは、トリアージ精検として行う細胞診検査では異常を認めない
その時点では病変を有さないリスク保持者（HPV＋/細胞診陰性）である。

したがって、このHPV＋/細胞診陰性者に対する精密検査には直ちにコルポ診・組織診はふさわしくなく、
長期的な経過観察による追跡精検の過程での病変の発見が大切。

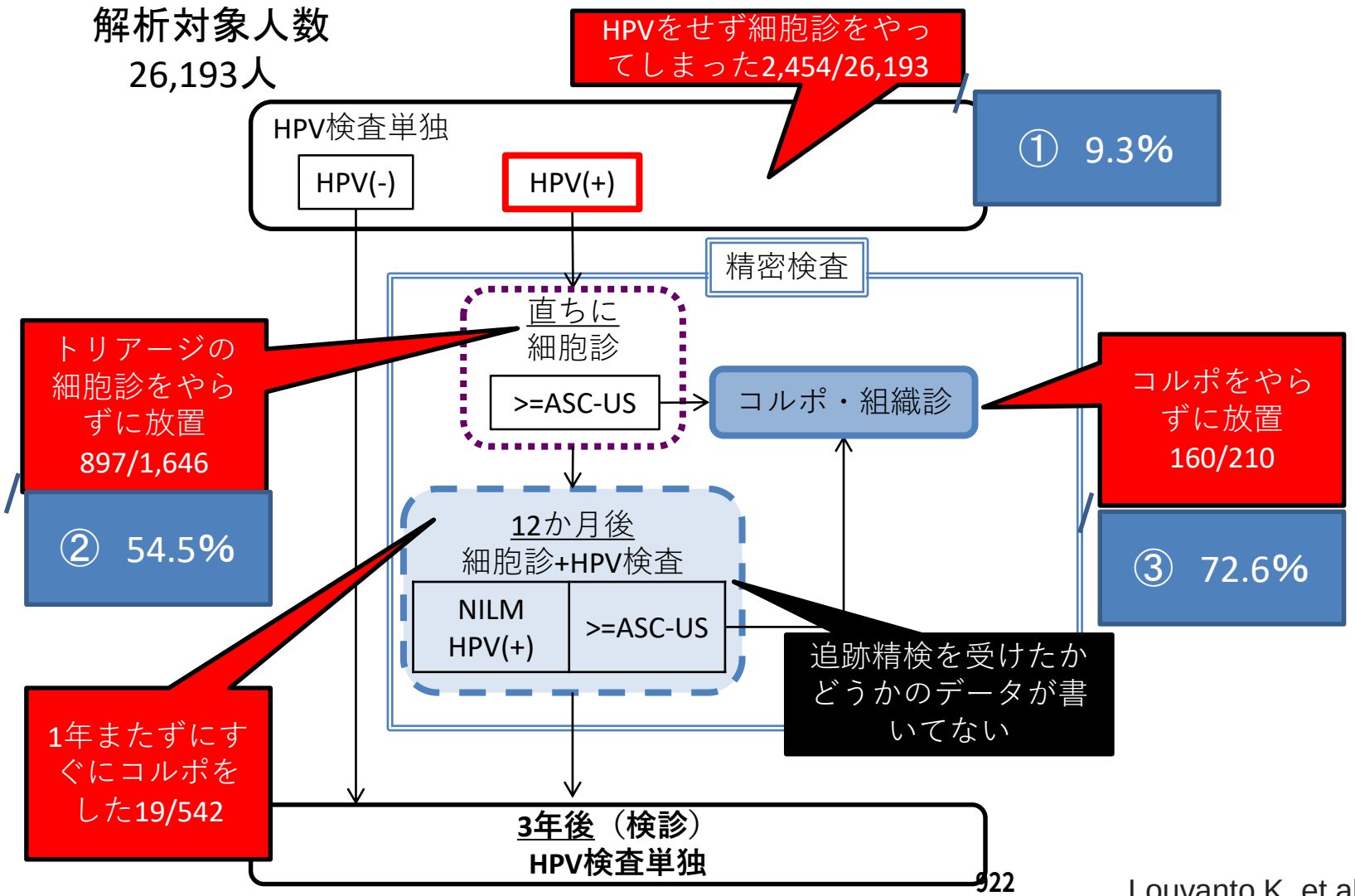
実際、わが国の研究におけるHPV検診でのHPV＋/細胞診陰性者の割合は、

5.4%（Kono K et al. J Gynecol Oncol. 2021）
10.2%（Kurokawa T et al. Cytopathology. 2018）
10.4%（Morisada T et al. Cancer Epidemiol. 2017）

などの報告がある。

この数字は、細胞診単独検診のASC-US以上を検診陽性としたわが国の現状（約2%）と
比べてかなり大きい。

VASCARの運用上の問題（HPV単独法）



アルゴリズムを遵守した運用の難しさを示している

HPV-Pap triage protocolを、医療従事者に教育し続ける必要がある

カナダ　モントリオール
2014年報告

Louvanto K, et al. Am J Obstet Gynecol. 2014. PMID: 24373948

アルゴリズムの運用に関連する課題

- HPV検査を含む検診は30歳以上が対象、20歳から30歳未満は細胞診 → 30歳未満と30歳以上によって、検診手法と次の検診の時期が変わってくるが、受診勧奨は可能か
- 検査結果によって次の精検の時期が異なる →結果把握に基づく精検受診勧奨は可能か
- HPV陽性者に対して細胞診（トリアージ精検）や次のHPV検査（追跡精検）を行う場合 → 現行では保険適応ではない

精度管理のしやすいアルゴリズムであるか否か
個々の受診者の経時的な結果の把握と管理が必要
データ収集管理体制の確立、それに関わる人員の確保

HPV検査導入までのスケジュールと役割分担（案）

エビデンス調査検討（～2023年度）	研究班	厚労省
使用可能なHPV検査キットの条件 検体の取り扱い等の基準	学会等と調整しながら決定	–
診断までのアルゴリズムの提案	○	–
検診結果の管理方法、運用体制 （誰がどこで何をするか）	○	保険適用等に関する整理
検診を実施・運用するための ガイダンス作成	研究班？ 学会？	あり方検討会？

導入準備段階（2023年度～）	研究班	厚労省
保険適用等に関する検討	–	○
検診結果登録システムの改正	案を出す	○
検診関連業務の人員や仕事内容の 整理と体制整備	何が必要かの整理 （実際の整備は検診機関、医療機関）	検診機関、医療機関への通知？
検診の精度管理のための モニタリングの準備	検診チェックリスト案、 事業報告項目案の作成	検診チェックリスト、 事業報告の準備
医療従事者および検診対象者への情報発信の準備	–	○

まとめ

(1)HPV 検査を用いた検診のアルゴリズム内の未確定の部分

諸外国の有効性評価に関する研究でHPV検査陽性者に対する対応はまちまち.

追跡精検として細胞診を用いるのか、HPV検査を用いるのか.

(2) HPV 検査を用いた検診を運用する際の主な課題

複雑化するアルゴリズムに関連する課題.（体制整備、データ収集管理体制の確立）

検診対象者の確定、精検対象者の結果の経時的把握、検診受診勧奨、精検受診勧奨、再勧奨、トリアージ精検、追跡精検は保険適応の範囲にするか？

2つの方法によるアルゴリズムの併存を管理できるか（30歳未満と30歳以上）

複雑なアルゴリズムに対応するため検診関係者への持続的教育、受診者への適切な説明

HPV検査キットの選定、細胞診について液状化検体法導入の可否

HPV検査の子宮頸がん検診への導入に向けて、（1）未確定部分と（2）課題などに対する検討と対策が必要

925

第35回がん検診のあり方に関する検討会	資料３
令和４年５月25日（水）	

がん検診のアクセシビリティ向上策等の実証事業の紹介

山本精一郎

静岡社会健康医学大学院大学

国立がん研究センターがん対策研究所

2022/5/25

事業目的

がん検診のアクセシビリティ向上策等の実証事業

令和4年度予算額：68百万円
（令和3年度予算額：72百万円）

● ねらい：がん検診におけるアクセシビリティ向上等による受診率向上

がん検診について、第３期がん対策推進基本計画で目標としている受診率50％は、肺がん(男)以外は達成していない。がんの死亡率減少を目指す中で、がんの早期発見・早期治療を促すため、がん検診の更なる受診率の向上に向け施策を重点化させる観点から、どのような手法で取り組むことがより受診率の向上等に効果的であるかについて検証する。効果検証に当たっては、がん検診受診率及び精密検査受診率を測定指標とする。

● 実証の手法

現在、各自治体で実施されているがん検診の実態や既存研究による受診率向上策の効果検証結果等を整理した上で、効果検証を行う。市町村で、がん検診受診状況を把握するための名簿等を整備した上で、受診率向上策（ナッジ理論を活用した受診勧奨等）を講じた群と、当該向上策を講じなかった群を設定し、前者と後者の実施率の差異を検証・分析する。（「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に定められている検診に限る）また、受診率向上施策に対する受診率上昇等の医療経済効果の算出を行う。

【具体的な実証手法】
・ナッジ理論やソーシャル・マーケティングの手法等を用いた効果的な勧奨方法の活用
・特定健診とがん検診の同時実施（乳がん・子宮頸がん検診も含む）
・市町村等の境界を越えて受診できるがん検診　　等

【対象者】
・市町村等

● 実証のスケジュール（案）

2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
＜11月～＞ ・市町村に対する実施状況調査 ・受診率向上パッケージ作成（効率の良い方法の収集） ・実証フィールドの選定 ・来年度介入準備 ・医療経済効果の検討 ・審査・評価委員会における指導助言	＜4月～＞ ・実証フィールド（10～20程度の市町村等）に対し、介入実証を実施（ナッジ理論を用いた資材の送付及び受診体制の確保、特定健診との同時実施、受診しやすい受診体制に対する実証） ・医療経済効果の検討 ・審査・評価委員会における指導助言	＜4月～＞ ・実証フィールド（10～20程度の市町村等）に対し、介入実証を実施 ・医療経済効果の検討 ・審査・評価委員会における指導助言 ＜2月＞ ・事業報告書提出 ・審査・評価委員会における指導助言 ・第4期がん対策推進基本計画の検討	・第４期がん対策推進基本計画施行 ・「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」等の見直しを検討

がん検診のアクセシビリティ向上策等の実証事業

事業目的：事業者らがこれまでに取り組んできたがん検診受診率向上のノウハウを集約してがん検診受診率および精密検査受診率向上の方法を開発し、自治体や保険者にて実証を行い、全国に普及する

実証事業者チーム

がん検診受診率向上パッケージの開発
①ナッジ理論やソーシャル・マーケティング手法等を用いた効果的な勧奨方法
②特定健診とがん検診の同時実施や市区町村等の境界を越えて受診できるがん検診など、受診者が受けやすい方法の活用
③自治体によるがん検診実施手順のベストプラクティスの共有
④これまでに構築したネットワークを利用し、開発した方法の普及
⑤新型コロナ対策

社会インパクト効果測定・医療経済評価

実証フィールド<R2、R3年度>

実証市町村 ×3
対照群データ提供 ×3
都道府県 ×3
県内への普及 ×3

企業健保における実証

より広い自治体への普及<R4>

実証市町村
対照群データ提供
都道府県
県内への普及

実証フィールドから同一都道府県内への普及<R4>

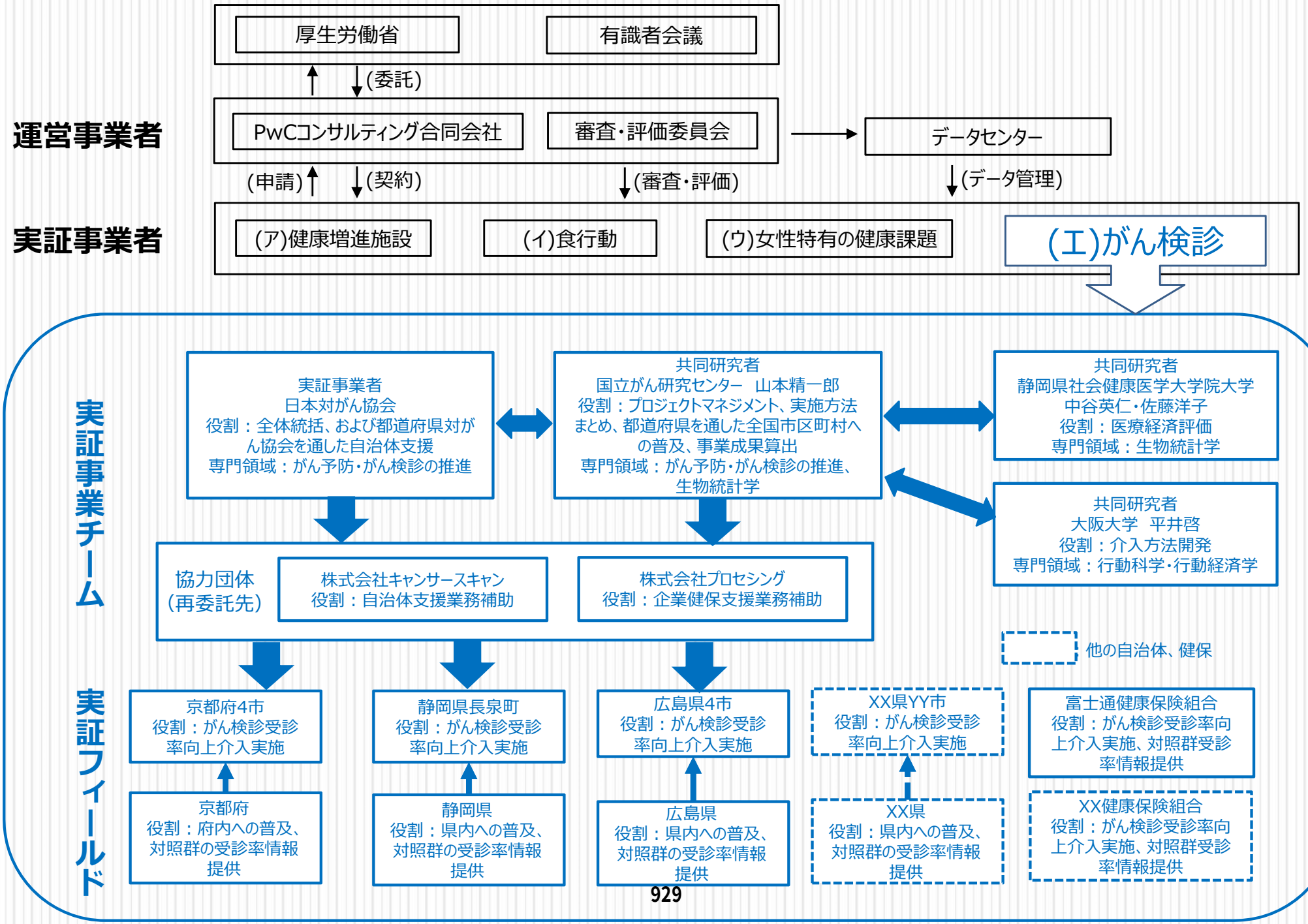
実証市町村 ×4

同一県内への普及<R5以降>

実証市町村

ゴール：市町村が都道府県と協力し、事業終了後も持続的にがん検診受診率向上に努められる体制を確立しがん対策推進基本計画の目標である受診率50%以上[928]を達成することにより、がん死亡率の減少を目指す

事業スキーム


厚生労働省
有識者会議
(委託)
運営事業者
PwCコンサルティング合同会社
審査・評価委員会
データセンター
(申請)
(契約)
(審査・評価)
(データ管理)
実証事業者
(ア)健康増進施設
(イ)食行動
(ウ)女性特有の健康課題
(エ)がん検診
実証事業チーム
実証フィールド
実証事業者
日本対がん協会
役割：全体統括、および都道府県対がん協会を通した自治体支援
専門領域：がん予防・がん検診の推進
共同研究者
国立がん研究センター　山本精一郎
役割：プロジェクトマネジメント、実施方法まとめ、都道府県を通した全国市区町村への普及、事業成果算出
専門領域：がん予防・がん検診の推進、生物統計学
共同研究者
静岡県社会健康医学大学院大学
中谷英仁・佐藤洋子
役割：医療経済評価
専門領域：生物統計学
共同研究者
大阪大学　平井啓
役割：介入方法開発
専門領域：行動科学・行動経済学
協力団体
(再委託先)
株式会社キャンサースキャン
役割：自治体支援業務補助
株式会社プロセシング
役割：企業健保支援業務補助
他の自治体、健保
京都府4市
役割：がん検診受診率向上介入実施
京都府
役割：府内への普及、対照群の受診率情報提供
静岡県長泉町
役割：がん検診受診率向上介入実施
静岡県
役割：県内への普及、対照群の受診率情報提供
広島県4市
役割：がん検診受診率向上介入実施
広島県
役割：県内への普及、対照群の受診率情報提供
XX県YY市
役割：がん検診受診率向上介入実施
XX県
役割：県内への普及、対照群の受診率情報提供
富士通健康保険組合
役割：がん検診受診率向上介入実施、対照群受診率情報提供
XX健康保険組合
役割：がん検診受診率向上介入実施、対照群受診率情報提供

令和２年度～令和３年度の取組一覧

【R2年度】
- ベストプラクティス・パッケージ、チェックリストの作成
- 精密検査受診勧奨資材の作成
- コロナ下での受診勧奨資材
- 自治体及び企業健保におけるがん検診受診率向上施策の実施
  - 検診ガイドの個別配布
  - 受診勧奨資材の利用（勧奨）
  - 受診勧奨資材の利用（再勧奨）
  - 複数がん検診同時受診の推奨
  - SNS等を利用した個人勧奨メッセージの利用
  - 精密検査受診勧奨資材の利用
  - コロナ下における受診勧奨資材の利用
  - ネットによる集団検診申し込みの利用
  - オプトアウト方式による受診の申し込み
- 研究計画書の作成
- がん検診の医療経済評価
- 自治体が取り組む、成果指標を用いた成果型の契約等の先進事例等に関する情報収集

【R3年度】（予定）
- ベストプラクティス・パッケージ、チェックリストの作成
  - 1.厚生労働省調査の分析
  - 2.好事例の紹介
  - 3.自治体アンケート調査
- 自治体及び企業健保におけるがん検診受診率向上施策の実施
  - 4.検診ガイドの個別配布
  - 5.受診勧奨資材の利用（勧奨）
  - 6.受診勧奨資材の利用（再勧奨）
  - 7.複数がん検診同時受診の推奨
  - 8.ネットによる集団検診申し込みの利用
  - 9.セット受診・オプトアウト方式による受診の申し込み
  - 10.日付指定によるリピート率向上
  - 11.SNS等を利用した個人勧奨メッセージの利用
  - 12.精密検査受診勧奨資材の利用
  - 13.コロナ下における受診勧奨資材の利用
  - 14.未申し込み者に対する受診勧奨
  - 15.社保から国保への切り替え時期の受診勧奨
- がん検診の医療経済評価

実証フィールド

令和2年度	令和3年度	令和4年度 (予定)
１市町村1健保組合	20市町村２健保組合	10市町村８健保組合

ベストプラクティス・パッケージ、チェックリストの作成の取組(1)
厚生労働省調査の解析

- 「令和元年度市区町村におけるがん検診の実施状況調査」と「平成30年度の市町村がん検診受診率」を突合し、大腸がん検診受診率に寄与する要因を検討
  （読込1737、使用1576、欠損161）
- 大腸がん受診率に関する主な調査結果
  - 特定健診との同時受診が全員可の自治体は全員不可の自治体に比べ6.2%高い
  - 全員に個別勧奨している自治体のほうが4.1%高い
  - 集団検診について、定員がない自治体は定員がある自治体に比べて2.4%高い。
  - 集団検診について、全員費用負担ない自治体は全員費用負担ありの自治体に比べ3.0%高い
  - 個別検診について、市区町村の窓口やコールセンターで予約できる自治体のほうが2.7%高い
  - 個別健診について、予約が必要な自治体のほうが3.9%高い

ベストプラクティス・パッケージ、チェックリストの作成の取組(2)
自治体アンケート調査項目(一部)

- 受診者における集団健・検診と個別健・検診の割合はどのくらいですか。
- どのような体制で特定健診を実施していますか。
- 人間ドック受診の助成をしていますか。
- 健・検診ガイド（健・検診に関するお知らせ）には、特定健診とがん検診の情報が1冊にまとめて掲載されていましたか。
- がん検診の検診ガイドはどのように配布されましたか。
- 個別検診を実施している場合、がん検診の検診ガイドには受診できる医療機関一覧は掲載されていましたか。
- 集団健・検診において、各対象者の受診日をあらかじめ自治体、健診機関、医療機関側で指定して通知していますか。
- 受診券の発行対象者は誰ですか。
- 受診の日程予約はどのような方法で受け付けていますか。
- 集団検診の電話での申込について、受付日時をご回答ください。
- がん検診の【個別検診】の日程予約のために、自治体で窓口（コールセンターなど）を設けていますか。
- 受診申込は年度内何月まで受け付けていますか。
- 特定健診とがん検診の集団健・検診を同日に受けられるようになっていますか。
- 受診券には、対象者が今年度受けられる健・検診のみが表示されていますか。
- 国民健康保険の新規加入者には、どのようなタイミングで受診券を配布していますか。
- 複数の健・検診の受診を勧めていますか。
- 健・検診ガイドの配布に加えて、更に個人宛に受診勧奨を行っていますか。特定健診、大腸がん検診、乳がん検診に関してお答えください。　※世帯宛の受診勧奨は除く
- 自治体内の薬局と連携して健・検診の受診勧奨を行っていますか。
- 個別受診勧奨通知に、Web予約フォームにアクセスできる二次元コードが記載されていますか。
- 健・検診ガイド、受診勧奨に加えて、更に個人宛に再勧奨をしていますか。特定健診、大腸がん検診、乳がん検診に関してお答えください。
- 大腸がん検査キットはどのタイミングで配布しましたか。
- 健・検診日前に受診対象者にどのようにリマインドをしていますか。

受診率のデータと突合し、受診率に影響を与えている項目を同定する予定

ベストプラクティス・パッケージ、チェックリストの作成の取組(3)
好事例の紹介 (複数受診)

・受診率の高い東京都A区では男性で平均2.4、女性で2.6種類のがん検診を受けており、高受診率に繋がっている（比較対照とした他自治体では男性で1.4、女性で1.6）

・乳がん・子宮頸がん受診者で比べると、A区では約75%が大腸がん検診も受けている（同一医療機関受診は60%弱）のに対し、他自治体では10%台（同一医療機関は数%）

※どちらの自治体もがん検診全受診者をもとに計算

受診率の高い自治体(東京都A区)

各がん検診・特定健診受診者のうち大腸がんも受診した割合

年度	乳	子宮頸部	胃（X線）	胃（内視鏡）	特定
2020	74.3	74.9	95.1	87.0	88.4
2019	73.2	75.2	94.4	87.8	88.1
2018	74.8	75.7	94.6	88.5	88.8
2017	73.9	74.6	94.7	89.3	89.3

各がん検診・特定健診受診者のうち大腸がん検診を同一医療機関で受診した割合

年度	乳	子宮頸部	胃（X線）	胃（内視鏡）	特定
2020	58.1	56.5	92.1	64.1	86.5
2019	56.7	58.3	89.1	72.5	86.4
2018	58.4	56.9	92.5	69.4	87.0
2017	56.7	55.1	92.6	66.5	88.2

他自治体の例

子宮頸がん

医療機関	受診者数	大腸がん 受診者数		うち同一場所で受診	
[redacted]	674	132	19.6%	12	1.8%
	651	87	13.4%	0	0.0%
	398	65	16.3%	0	0.0%
	334	40	12.0%	14	4.2%

乳がん

医療機関	受診者数	大腸がん 受診者数		うち同一場所で受診	
[redacted]	589	110	18.7%	9	1.5%
	413	71	17.2%	21	5.1%

受診率の高いA区にて、複数の医療機関にヒアリングを実施

「受付時に複数受診の勧奨をしている」「かかりつけ医なので、受診や受療の際にがん検診の勧奨をしている」「区の受診券がシールタイプになっているのでそれがいいのではないか」といった意見が聞かれた。

医療機関にて複数受診を勧奨するようにお願いする、提供していない検診についても受診勧奨できるようにちらしなどを置く、といったことが効果的な可能性が示唆された。

933

ネットによる集団検診申し込みの利用（京都府B市）
複数受診の勧奨（左）と新規受診者の開拓（右）

男性　2020年度

受診数	Web予約		Web予約以外	
1	8	42.1%	284	56.5%
2	11	57.9%	180	35.8%
3	0	0%	39	7.8%
計	19	–	503	–
平均	1.6		1.5	

女性

受診数	Web予約		Web予約以外	
1	33	45.8%	426	45.7%
2	22	30.6%	286	30.7%
3	10	13.9%	160	17.1%
4	7	9.7%	61	6.5%
5	0	0%	0	0%
計	72		933	
平均	1.9		1.8	

男性　2021年度

受診数	Web予約		Web予約以外	
1	26	47.3%	277	47.3%
2	28	50.9%	263	44.9%
3	1	1.8%	46	7.8%
計	55	–	586	–
平均	1.5		1.6	

女性

受診数	Web予約		Web予約以外	
1	53	40.1%	405	41.4%
2	45	34.1%	336	34.3%
3	17	12.9%	145	14.8%
4	15	11.4%	88	9.0%
5	2	1.5%	5	0.5%
計	132		979	
平均	2.0		1.9	

2020年、2021年ともweb予約とそれ以外でがん検診の受診個数は変わらなかった。
→2021年はレイアウトの見直しを実施したが文言追加のみでは、同時受診の効果はなし
→レイアウト自体の見直しが必要

2020年度

がん種		胃がん			大腸がん			肺がん		
受診状況		受診者	新規 人数	新規 割合	受診者	新規 人数 新規割合	新規 割合	受診者	新規 人数 新規割合	新規 割合
WEB申込み以外		147	33	22.4%	872	97	11.1%	820	88	10.7%
WEB申込み	人数	5	3	60.0%	57	17	29.8%	29	10	34.5%
	割合	3.3%	8.3%	–	6.1%	14.9%	–	3.4%	10.2%	–
合計		152	36	23.7%	929	114	12.3%	849	98	11.5%

がん種		乳がん			子宮頸がん		
受診状況		受診者	新規 人数 新規割合	新規 割合	受診者	新規 人数 新規割合	新規 割合
WEB申込み以外		419	59	14.1%	225	24	10.7%
WEB申込み	人数	46	8	17.4%	28	7	25.0%
	割合	9.9%	11.9%	–	11.1%	22.6%	–
合計		465	67	14.4%	253	31	12.3%

2021年度

がん種		胃がん			大腸がん			肺がん		
受診状況		受診者	新規 人数	新規 割合	受診者	新規 人数	新規 割合	受診者	新規 人数	新規 割合
Web申込み以外		143	29	20.3%	849	92	10.8%	1,333	231	17.3%
Web申込み	人数	9	5	55.6%	90	39	43.3%	116	42	36.2%
	割合	5.9%	14.7%	–	9.6%	29.8%	–	8.0%	15.4%	–
合計		152	34	22.4%	939	131	14.0%	1,449	273	18.8%

がん種		乳がん			子宮頸がん		
受診状況		受診者	新規 人数	新規 割合	受診者	新規 人数	新規 割合
Web申込み以外		280	26	9.3%	244	23	9.4%
Web申込み	人数	64	20	31.3%	56	16	28.6%
	割合	18.6%	43.5%	–	18.7%	41.0%	–
合計		344	46	13.4%	300	39	13.0%

2020年、2021年とも、５がん全てで新規受診者の割合はWeb申込者の方が高かった。
→Web申し込み者数がまだまだ少ないので、増加の試みが必要（認知度アップ）
→新規受診者をリピート受診に繋げることが必要（メールによる勧奨など）

オプトイン・タイプの申込法とセット受診勧奨による申込率の比較（京都府C市）

オプトイン・タイプ（従来法）
(国保R1~3、社保R1,R2)

令和2年度 住民健診

申込書

① 希望するすべての健診・検診に○を記入してください。

※ 乳がん・子宮頸がん検診は、前年度（令和元年度）受けられた方は受診できません。（2年に1回の受診）

項目	特定健診	胃がん	大腸がん	子宮頸がん		乳がん		肺がん（結核）	肝炎ウイルス ※受診歴のない方のみ対象
				集団	個別	集団	個別		
記入欄									
	無料	500円	100円	500円		500円		無料	200円

セット受診勧奨(社保R3)

受診者氏名	様
あなたにおすすめの受診コース	女性のがん検診フルコース ＋ 肝炎対策
検診内容	胃がん検診、大腸がん検診、肺がん・結核検診 子宮頸がん検診、乳がん検診、肝炎ウィルス検診
自己負担金額	1,800円 ※おすすめコースの金額です

① 受診される検診の変更を希望される場合

※上記のおすすめの内容で受診される方は記入不要です。

受けたくない検診の欄に×を記入してください。

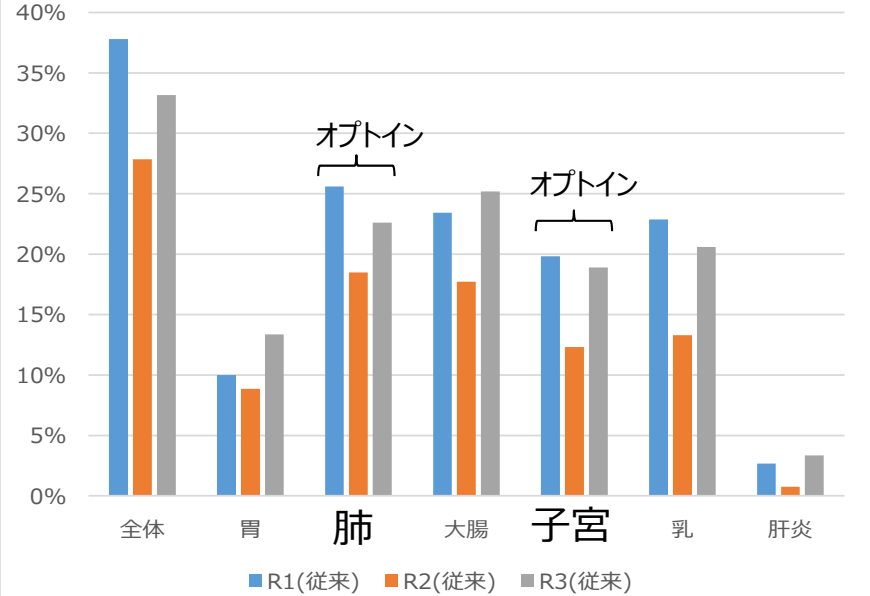
（薄い×を濃く上書きしてください。）

☐ 胃がん検診　☐ 大腸がん検診　☐ 肺がん・結核検診

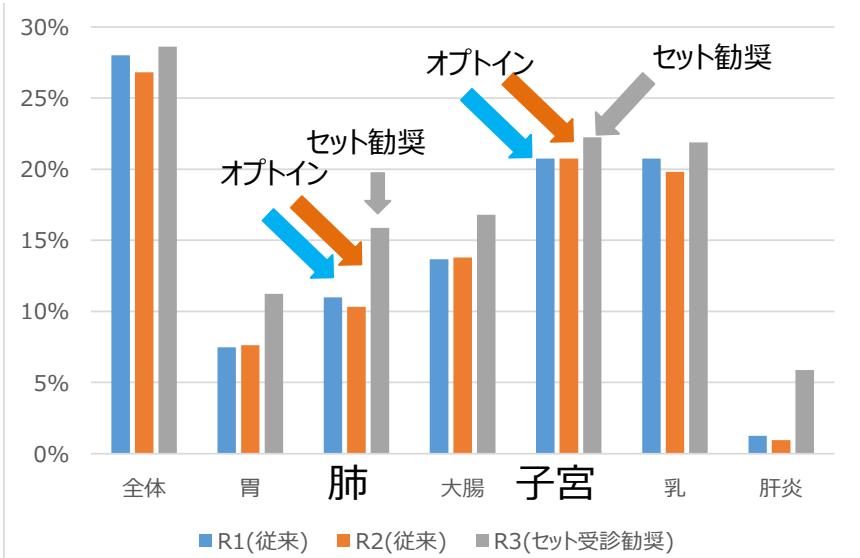
☐ 子宮頸がん検診　☐ 乳がん検診　☐ 肝炎ウィルス検診

オプト・アウト部分

オプトイン・タイプ継続による申込率の推移
（女性、国保40・50代）



オプト・イン・タイプ(R1,R2)からセット受診勧奨(R3)への変更による申込率の推移（女性、社保40・50代）



オプト・インを継続した左図ではR1>R3にもかかわらず、セット受診に変更することによってR1<R3(右図)、
オプト・アウト選択(子宮・乳>大腸、肺、胃)も行われている

精密検査受診に関する試み(東京都A区)
医療機関毎に精密検査受診率を集計

胃がん

医療機関名	要精検者	精検受診者	精検受診率
全体	1,189	663	55.8%
	353	245	69.4%
	137	77	56.2%
	91	24	26.4%
	54	30	55.6%
	53	30	56.6%
	47	0	0.0%
	46	6	13.0%
	36	31	86.1%
	36	19	52.8%
	36	29	80.6%
	26	14	53.8%
	23	16	69.6%
	19	9	47.4%
	17	7	41.2%
	16	9	56.3%
	15	11	73.3%
	13	0	0.0%
	12	6	50.0%
	11	7	63.6%
	10	4	40.0%

子宮頸がん

医療機関名	要精検者	精検受診者	精検受診率
全体	391	211	54.0%
	39	21	53.8%
	34	22	64.7%
	33	28	84.8%
	23	10	43.5%
	20	12	60.0%
	18	4	22.2%
	16	3	18.8%
	12	8	66.7%
	11	8	72.7%
	10	7	70.0%
	10	9	90.0%
	10	10	100.0%
	10	6	60.0%
	10	8	80.0%

大腸がん

医療機関名	要精検者	精検受診者	精検受診率
全体	2,040	927	45.4%
	268	129	48.1%
	180	135	75.0%
	138	61	44.2%
	130	58	44.6%
	110	47	42.7%
	94	12	12.8%
	81	40	49.4%
	70	41	58.6%
	56	28	50.0%
	51	37	72.5%
	45	14	31.1%
	44	14	31.8%
	44	18	40.9%
	32	18	56.3%
	24	15	62.5%
	23	8	34.8%
	23	0	0.0%
	19	3	15.8%
	19	2	10.5%
	18	9	50.0%
	17	8	47.1%
	17	4	23.5%
	15	9	60.0%
	15	13	86.7%
	15	8	53.3%
	15	3	20.0%
	14	11	78.6%
	14	10	71.4%
	14	9	64.3%

肺がん

医療機関名	要精検者	精検受診者	精検受診率
全体	1,038	604	58.2%
	178	120	67.4%
	121	94	77.7%
	61	50	82.0%
	48	38	79.2%
	41	0	0.0%
	39	0	0.0%
	38	25	65.8%
	36	19	52.8%
	34	15	44.1%
	27	19	70.4%
	22	10	45.5%
	19	8	42.1%
	18	15	83.3%
	17	11	64.7%
	15	8	53.3%
	14	0	0.0%
	13	11	84.6%
	12	11	91.7%
	12	5	41.7%
	11	9	81.8%
	11	0	0.0%
	10	7	70.0%

乳がん

医療機関名	要精検者	精検受診者	精検受診率
全体	987	756	76.6%
	156	143	91.7%
	154	97	63.0%
	105	103	98.1%
	71	52	73.2%
	63	47	74.6%
	60	48	80.0%
	57	35	61.4%
	43	16	37.2%
	39	36	92.3%
	35	33	94.3%
	27	21	77.8%
	26	23	88.5%
	25	20	80.0%
	20	19	95.0%
	17	5	29.4%
	16	14	87.5%
	16	8	50.0%
	16	13	81.3%
	15	13	86.7%
	14	4	28.6%

936

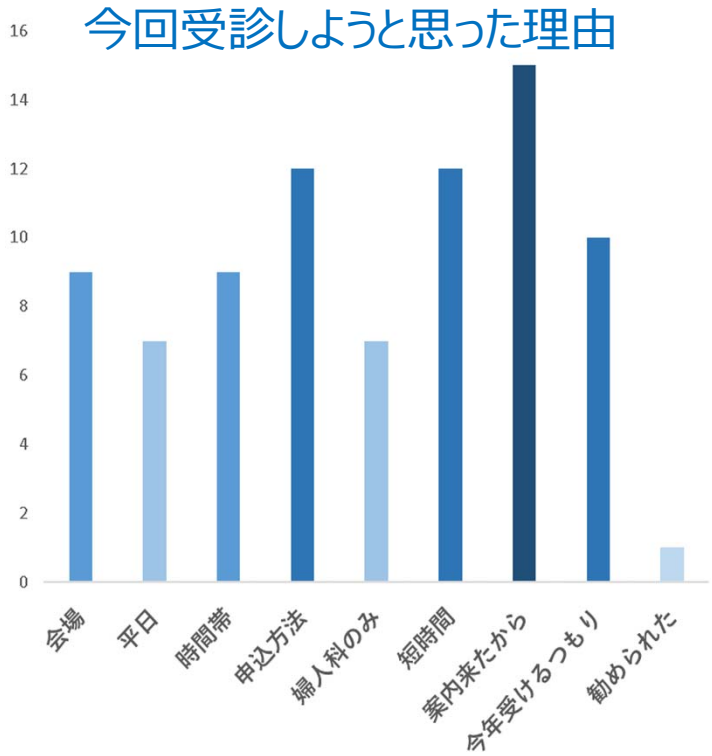
精検受診率が高い施設にヒアリングを実施
「結果を説明する際、要精検であれば、その場で精密検査の予約を取る」、「精密検査を受診できる施設を紹介する」など

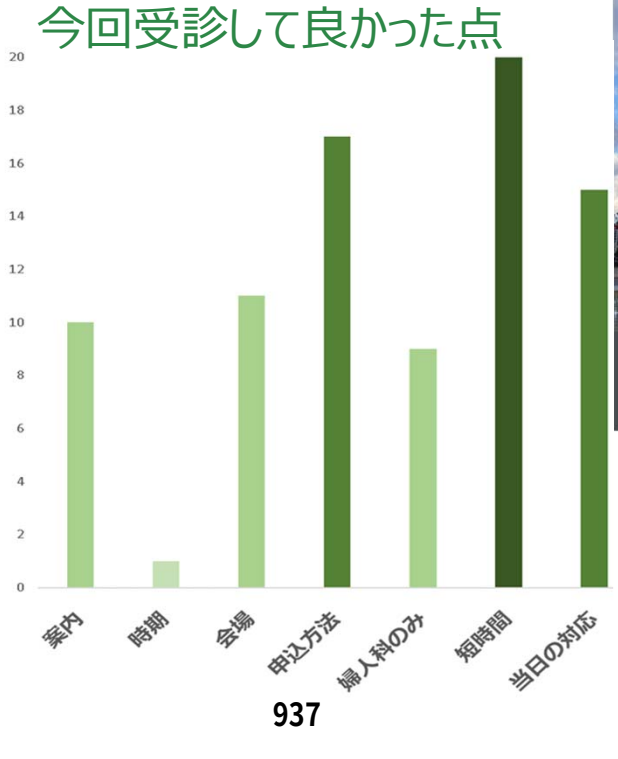
年度途中における検診機会の追加（京都府C市）

- 婦人科検診(子宮頸がん、乳がん)を1/12(水)に追加実施することを決定
- 案内の作成、電話申込とウェブ申込の準備
- 12/17(金)に案内送付
- 12/21(火)昼にはすべての枠で定員到達
- その後も問い合わせ多数
  - 約６割がWEB申込
  - 申込者87名、受診者77名





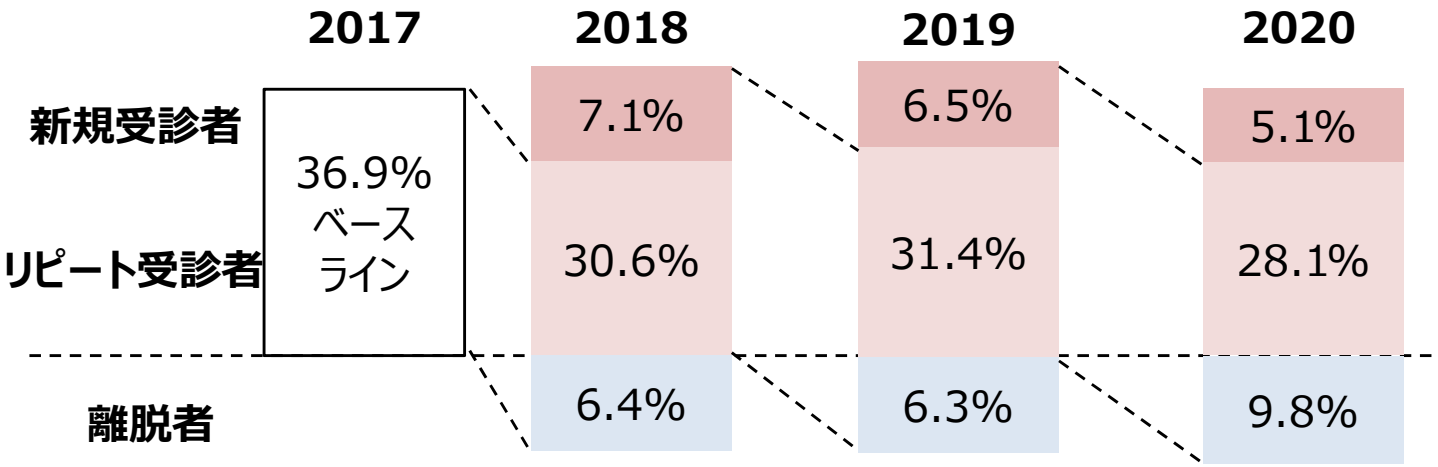




追加案内、短時間(2つで10分)、買い物近く、ウェブ申込、婦人科のみ、18時まで、完全予約、コロナ対応、などが高評価

リピート受診の割合 –東京都A区(大腸がん検診)–

2017-2020年の4年間連続で大腸がん検診の対象であった23,648人を分母に、2018-2020年度の3年間の新規受診(前年度未受診)、リピート受診(前年度も受診)、離脱(前年度は受診で当年度は未受診)の割合を調査



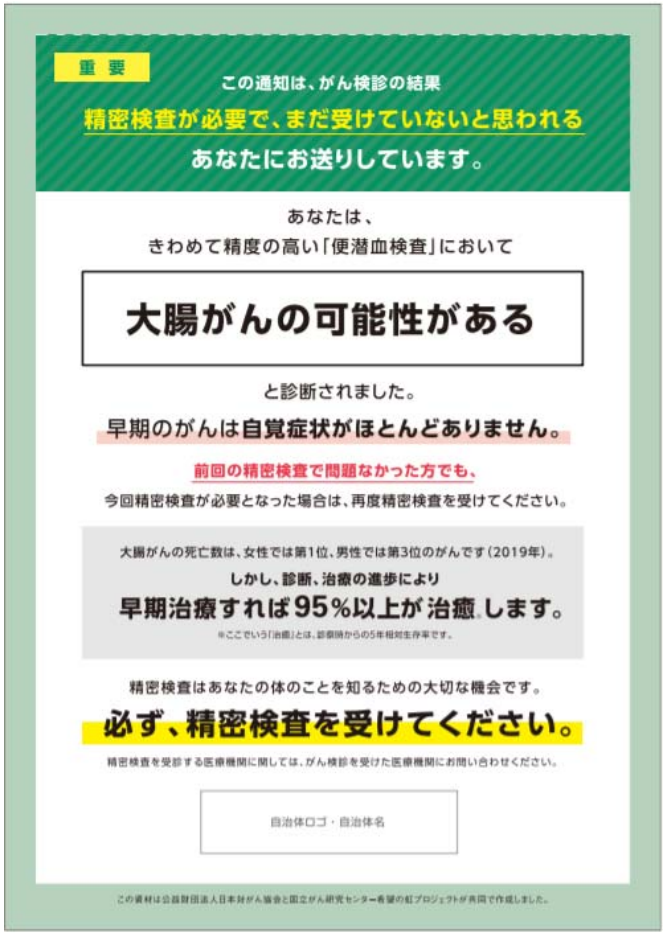
新規受診者、リピート受診者それぞれで、何パーセントが翌年に**離脱者**になるか？
（新規受診者の方が離脱する傾向にあるか？）

受診者種別	2018→2019	2019→2020
新規受診者	**43.8%**	**56.1%**
リピート受診者	**10.5%**	**19.6%**

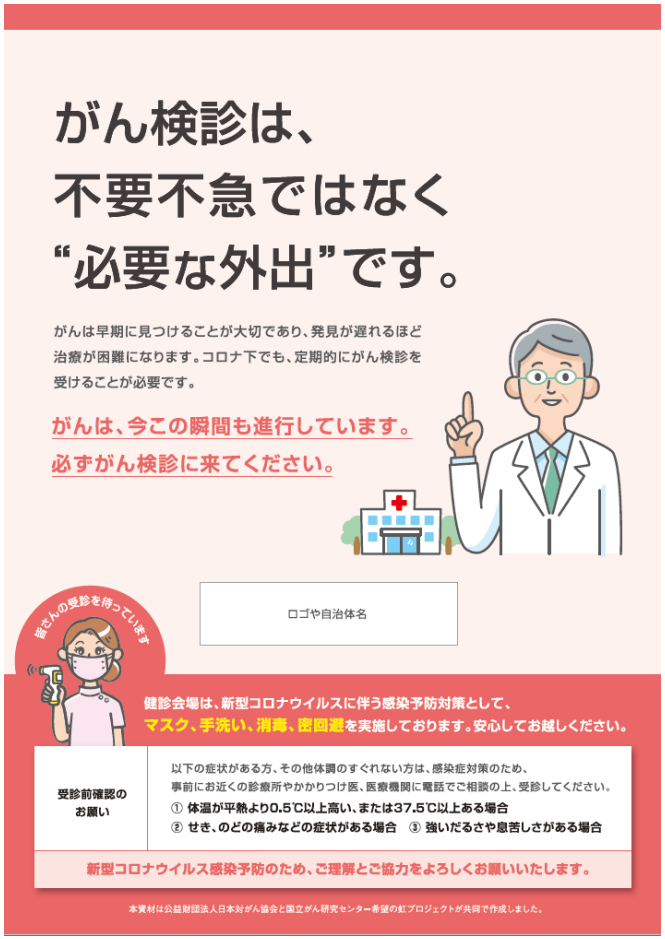
→離脱する割合は、新規受診者の方がかなり高かった

受診勧奨資材の開発

精密検査受診勧奨（5がん種用）



コロナ下での健・検診受診勧奨（がん検診、婦人科検診、健診用）





ソーシャル・マーケティングやナッジの手法を用いて受診勧奨資材を開発。対象者インタビューに基づき、
精密検査勧奨資材では、「がんの可能性がある」こと、コロナ下勧奨資材では「コロナ対応をしっかりしている」ことを明示。

939

資料１７-(９)

第 15 回　都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会　次第

日時：令和 4 年 6 月 30 日（木）13-15 時
於：オンライン開催
主催：　国立がん研究センターがん対策研究所

Ⅰ.開会挨拶		国立がん研究センター 理事長　中釜　斉
Ⅱ.来賓挨拶		厚生労働省健康局 がん・疾病対策課 岩佐　景一郎
Ⅲ.議事	1. がん診療連携拠点病院等の指定要件の見直しについて	厚生労働省健康局 がん・疾病対策課 山内　誠
	2.がん登録部会からの報告	国立がん研究センター 東　尚弘
	3.情報提供・相談支援部会からの報告	国立がん研究センター 高山　智子
	4. 緩和ケア部会からの報告	国立がん研究センター 若尾　文彦
	5. 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会のあり方について	国立がん研究センター 若尾　文彦
	6.事務連絡	
Ⅳ.閉会		

＜資料＞

資料１：がん診療連携拠点病院等の指定要件の見直しについて

資料２：がん登録部会からの報告

資料３：情報提供・相談支援部会よりの報告

資料４：第９回　緩和ケア部会　報告

資料５：第 15 回 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 アンケート結果

＜参考資料＞

参考資料１：がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針および次期基本計画策定に向けて：
緩和ケアおよび相談支援・情報提供の機能の充実に関する提案書

参考資料２：第 15 回 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 事前アンケート

参考資料３：都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会規約　新旧対照表

参考資料４：がん診療連携拠点病院等の指定要件（案）（第９回がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ　資料１）

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

資料１

がん診療連携拠点病院等の指定要件の見直しについて

厚生労働省健康局

がん・疾病対策課

ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

第３期がん対策推進基本計画（平成30年３月９日閣議決定）（概要）

第1　全体目標

「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。」
①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実　②患者本位のがん医療の実現　③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

第2　分野別施策

1．がん予防

（1）がんの1次予防
（2）がんの早期発見、がん検診
　　（2次予防）

2．がん医療の充実

（1）がんゲノム医療
（2）がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法
（3）チーム医療
（4）がんのリハビリテーション
（5）支持療法
（6）希少がん、難治性がん
　　（それぞれのがんの特性に応じた対策）
（7）小児がん、AYA（※）世代のがん、高齢者のがん
　　（※）Adolescent and Young Adult：思春期と若年成人
（8）病理診断
（9）がん登録
（10）医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

3．がんとの共生

（1）がんと診断された時からの緩和ケア
（2）相談支援、情報提供
（3）社会連携に基づくがん対策・がん患者支援
（4）がん患者等の就労を含めた社会的な問題
（5）ライフステージに応じたがん対策

4．これらを支える基盤の整備

（1）がん研究
（2）人材育成
（3）がん教育、普及啓発

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．都道府県による計画の策定
3．がん患者を含めた国民の努力
4．患者団体等との協力
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

がん診療連携拠点病院等のあゆみ

- 平成13年8月　**地域がん診療拠点病院の整備に関する指針**
- 平成14年3月　**地域がん診療拠点病院の指定開始（5施設）**
- 平成17年4月　がん医療水準均てん化に関する検討会報告書
  - 拠点病院指定要件をできる限り数値を含めて明確化すること、地域がん診療拠点病院を、診療・教育研修・研究・情報発信機能に応じて2段階に階層化すること、特定機能病院を指定の対象とすること等が提言された。
- 平成18年2月　**がん診療連携拠点病院の整備について（健康局長通知）**
- 平成18年6月　がん対策基本法　成立
- 平成19年4月　がん対策基本法　施行
- 平成19年6月　がん対策推進基本計画（第1期）の閣議決定
- 平成20年3月　**がん診療連携拠点病院の整備について（健康局長通知）**
- 平成24年6月　がん対策推進基本計画（第2期）の閣議決定
- 平成24年12月～　がん診療提供体制のあり方に関する検討会
- 平成26年1月　**がん診療連携拠点病院等の整備について（健康局長通知）**
- 平成30年6月　がん対策推進基本計画（第3期）の閣議決定
- 平成30年7月　**がん診療連携拠点病院等の整備について（健康局長通知）**　**※現行の整備指針**
  - 地域がん拠点病院のうち、同一医療圏のうち診療機能が最も優れているなど、診療機能が高いと判断される、地域がん診療連携拠点病院（高度型）を新設した。
  - 平成31年度以後の既指定の地域がん診療連携拠点病院で、指定要件の充足状況が不十分であると判断された場合に、特例型とし、経過措置的に指定類型を見直すこととした。

がん診療連携拠点病院等

- **「国立がん研究センター」**は、指定の検討会の意見を踏まえ、がん診療連携拠点病院として厚生労働大臣が指定する。
- **「がん診療連携拠点病院（都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院）」「特定領域がん診療連携拠点病院」「地域がん診療病院」**は、都道府県知事が推薦し、指定の検討会の意見を踏まえて厚生労働大臣が指定する。
- 「地域がん診療連携拠点病院」は、**「高度型」「特例型」**として、指定の類型を定めることができる。

〈がん診療連携拠点病院等の全体像〉

◆都道府県がん診療連携協議会（都道府県協議会）
都道府県がん診療連携拠点病院は都道府県協議会を設置し、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。

都道府県がん診療連携拠点病院（51か所）
・都道府県における中心
・都道府県下の拠点病院等のとりまとめ（研修実施、情報提供等）

地域がん診療連携拠点病院（354か所）
- がん医療圏に原則１か所整備
- 専門的ながん医療の提供・連携体制の整備

地域がん診療連携拠点病院（高度型）：55か所
診療機能等が高く、同一のがん医療圏に１か所

地域がん診療連携拠点病院：293か所

地域がん診療連携拠点病院（特例型）：６か所
指定要件を欠くなどの事態が発生した場合

特定領域がん診療連携拠点病院（１か所）
- 特定のがんについて都道府県で最も多くの患者を診療

地域がん診療病院（45か所）
- がん診療連携拠点病院のないがんの医療圏に１か所整備
- グループ指定（隣接するがん診療連携拠点病院との連携）

国・厚生労働省

◆都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会（国協議会）
国立がん研究センターと都道府県がん診療連携拠点病院が連携し、情報収集、共有、評価、広報を行う。

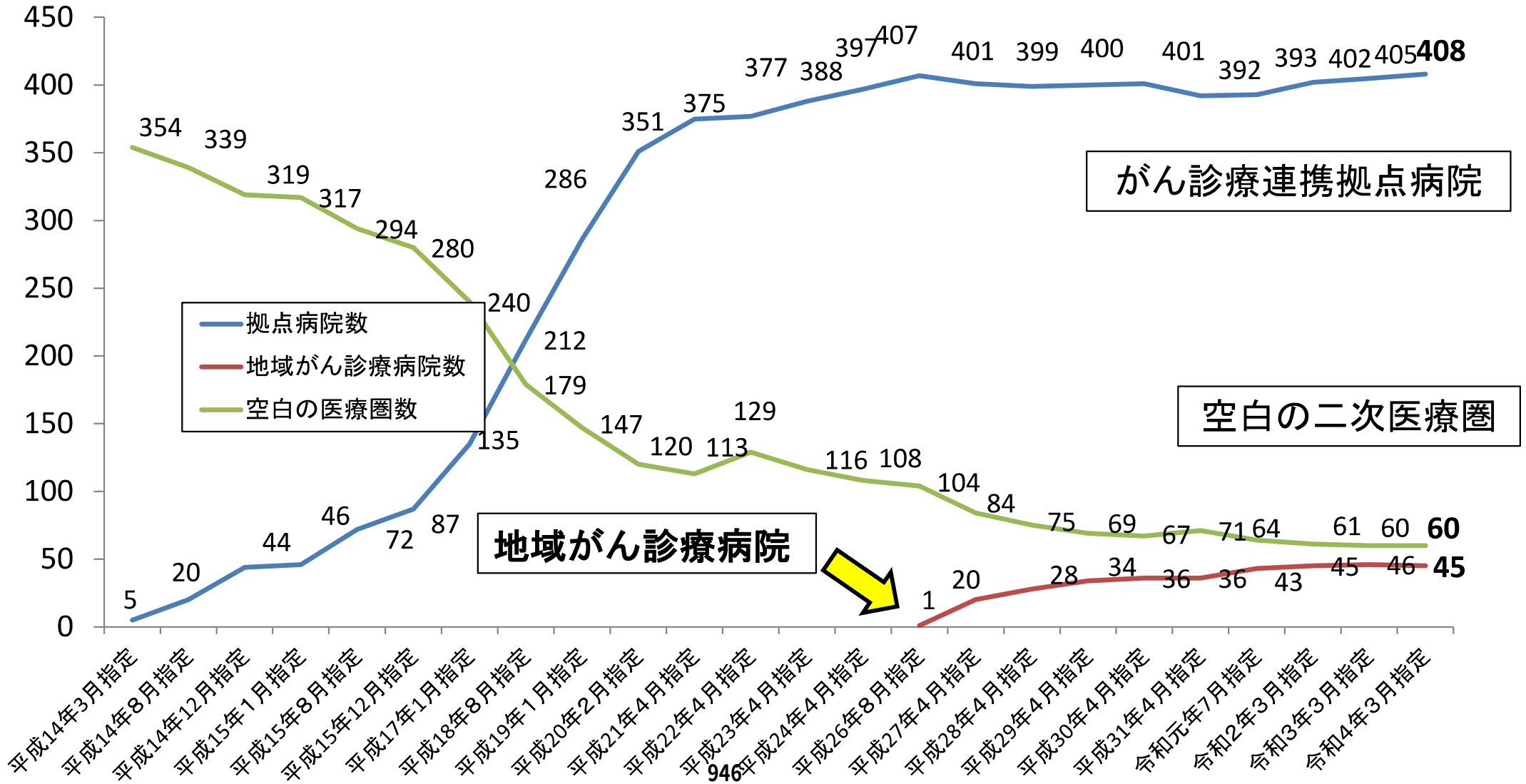
国立がん研究センター（２か所）
- がん対策の中核的機関としてがん医療を牽引
- 都道府県下のがん診療連携拠点病院等に対し、診療支援、情報提供、人材育成等の役割を担う
- 我が国におけるがん診療等に関する情報を収集、分析、評価し、改善方策を検討した上で国に提言

※令和４年４月１日時点

第8回　がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ（令和4年5月30日） 資料1より抜粋・一部改変

拠点病院数と拠点病院のない二次医療圏数の推移

○ 2014年８月より地域がん診療病院を設置。
○ 地域がん診療病院の設置により、拠点病院のない二次医療圏（空白の二次医療圏）が、108カ所（平成26年４月時点）から60カ所（令和４年３月時点）に減少した。



がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するWG

令和3年11月30日

第7回がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するWG

指針改定にあたっての論点抽出を行う。

令和4年5月30日

第8回がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するWG

総論に関する議論を行う。

令和4年6月20日

第9回がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するWG

各論に関する議論を行う。

令和4年夏

がん診療提供体制のあり方に関する検討会

- 指定要件に関するWGでの検討内容を踏まえ、方針を決定

改定した整備指針を発出

がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するWG　委員名簿

氏名	役職・所属
大西　洋	国立大学法人山梨大学医学部　放射線医学講座　教授
久保　祐子	公益社団法人日本看護協会　看護開発部　部長
小寺　泰弘	国立大学法人東海国立大学機構名古屋大学大学院医学系研究科　消化器外科学　教授
鈴木　直	学校法人聖マリアンナ医科大学　産婦人科学　教授
田村　恵子	国立大学法人京都大学大学院医学研究科　人間健康科学系専攻 先端中核看護科学講座緩和ケア看護学分野　教授
津端　由佳里	国立大学法人島根大学医学部附属病院　呼吸器・化学療法内科　診療教授
藤　也寸志	独立行政法人国立病院機構九州がんセンター　院長
早坂　由美子	公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会　理事
東　尚弘	国立研究開発法人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　センター長
増田　しのぶ	学校法人日本大学医学部　病態病理学系腫瘍病理学分野　教授
増田　昌人	国立大学法人琉球大学病院がんセンター　センター長/診療教授
松本　陽子	NPO法人愛媛がんサポートおれんじの会　理事長

1．指定要件の項目の見直しについて

見直しの論点

- 現行の整備指針では、多数の指定要件が定められており、医療機関にとって把握しにくく、負担となっているという意見がある。
- また、既に多くの医療機関において十分実施されている内容を含んでいるとの指摘がある。
- 一方で、妊孕性温存療法等、新たに拠点病院等の要件に加えることを検討するべき分野も存在している。
- 新たな要件に拠点病院等が取り組みやすくするために、指定要件を見直すことについて、どう考えるか。

方針（案）

- 新たな要件について必要な項目の追加は行いつつも全体として現行のものよりも簡素化することを目指す。
- すでに多くの医療機関で十分に実施されており、他施策の状況なども踏まえて、要件の削除を行っても診療の質が維持される可能性が高い要件は削除する。
- すでに多くの医療機関で十分に実施されているが、当該要件を設定することによりそれを維持する必要がある要件は簡素化した記載を残すこととする。

2. 都道府県がん診療連携協議会のあり方について

見直しの論点

- 新型コロナウイルス感染症の流行に対して、がん診療体制についても大きな影響を受けたが、地域における連携が十分に機能できていれば、その影響を最小化できたのではないかとの指摘もある。
- 都道府県がん診療連携協議会（以下協議会とする。）が、十分に機能していない地域もあるとの意見もあり、各地域におけるがん対策を適切に推進していくために、協議会の機能を強化するようにしてはどうか。

方針（案）

- 全てのがん診療連携拠点病院等には、協議会への積極的な参画を求めてはどうか。
- 協議会には、各都道府県の行政や患者団体などの関係団体にも積極的な関与を求めてはどうか。
- 都道府県がん診療連携拠点病院（以下都道府県拠点病院とする。）には、協議会における調整やとりまとめの機能を求めてはどうか。
- 協議会においては、がん対策基本法、がん対策推進基本計画、各都道府県のがん計画等の趣旨や内容を踏まえて、都道府県におけるがん対策を強力に推進する役割を求めてはどうか。
- また、適切な医療提供体制の整備に向けて、地域におけるがん診療に関連する人材育成や適正配置についても特定機能病院等を中心に議論を行うよう求めてはどうか。

３．全ての拠点病院等が対応するべき項目と、役割分担の上で連携を推進すべき項目

見直しの論点

- がん医療の質の均てん化の観点から、全ての拠点病院等において提供することが求められる項目がある一方で、全ての拠点病院等では対応が難しく、役割分担の明確化を図る必要がある項目が存在するとの指摘がある。
- 全ての拠点病院等で対応を行わない項目についても、役割分担の明確化と連携の推進によって、全ての患者が適切な医療に比較的容易にアクセスすることができるようにしていく必要がある。

方針（案）

- 協議会において、各都道府県内の拠点病院等の役割分担を議論・整理し、その結果を共有するとともに、情報公開することで患者に適切な医療を提供できる体制を確保することを求めてはどうか。
- 全ての都道府県に配置するよりも国全体で一定数を整備することが望ましい分野においては、国立がん研究センターが関係学会等と連携して情報を集約し、それらの治療方法等を実施する医療機関について、公開することとしてはどうか。
- また、どういった項目がそれらに該当するかについて、例示を行うこととしてはどうか。

全ての拠点病院等が対応すべき項目と、役割分担の上で連携を推進すべき項目（案）

国レベルで役割分担すべき項目（案）
- 粒子線治療等の特殊な放射線治療
- 希少がんへの診療および連携体制
- 小児・ゲノム拠点（別途WGで検討）

都道府県レベルで役割分担すべき項目（案）
- 緩和ケアセンター、緩和ケア病棟（ホスピス）、神経ブロックを含む総合的な疼痛緩和
- 強度変調放射線療法や核医学治療等の高度な放射線治療
- 分野別に希少がんの対応を行う体制
- 小児がんの長期フォローアップの実施
- AYAがんの支援体制
- 妊よう性温存療法の実施（別途ネットワークの構築を要件化している）

すべての拠点病院で整備すべき項目（案）
- 我が国に多いがんに対する集学的治療体制
- がん相談支援センター
- 役割分担すべき項目の対象となる者を、適切な医療機関につなげるための窓口、該当する患者への適切な情報提供
- 高齢者のがんに対する治療体制

4. 都道府県がん診療連携拠点病院のあり方について

見直しの論点

- 都道府県拠点病院の役割についてどのように考えるか。
- 特に、他の拠点病院よりも充実を求める内容について、その目的を明確化するべきではないか。都道府県拠点病院が、他の拠点病院の模範となり、将来的に全ての拠点病院に実装を目指す要件に絞ってもよいのではないかとの意見もある。
- また、都道府県における連携を推進するための牽引役として、協議会における役割の明確化も必要ではないか。

方針（案）

- 都道府県拠点病院には、協議会を通じて、当該都道府県におけるがん診療の連携体制を強力に推進するため、協議会における調整やとりまとめの機能を求めてはどうか。
- 診療機能の面では、（他の拠点病院と異なる機能を有しているというよりも）将来的に全ての拠点病院で必須とすることが望ましいが、すぐには整備し難い要件をモデル的に必須要件化することなど、拠点病院の将来像を示し、模範となる役割を求めてはどうか。

都道府県協議会と拠点病院等の関係性（案）

都道府県協議会

・国のがん対策基本法及びがん対策推進基本計画、都道府県のがん計画等を強力に推進する役割を担う
・都道府県全体のがん医療の質の向上を担い、そのための議論・調整・広報等を行う
・特定機能病院等を中心とした高度ながん医療に関する人材育成、医師の適正配置における議論・調整を行う

地域がん診療病院
拠点病院と連携して各がん医療圏のがん医療の質の向上を担う

地域がん診療連携拠点病院
各がん医療圏のがん医療の質の向上を担う

都道府県がん診療連携拠点病院
協議会を取りまとめ、都道府県全体のがん医療の質の向上に関し中心的な役割を担う



特定機能病院
人材育成、医師派遣　等

グループ指定 | データ分析、評価、共有 | 連携協力体制の推進 | 人材育成 | 人員配置 | 広報 | ＢＣＰ体制構築 | etc･･･

５．地域がん診療連携拠点病院（高度型）のあり方について

見直しの論点

- 整備指針において、地域がん診療連携拠点病院（高度型）（以下「地域拠点病院（高度型）」という。）の指定は同一医療圏に1か所と定められているところであるが、同一医療圏に複数であっても要件を満たす場合には指定を認めるべきだという指摘がある。
- 一方で、地域拠点病院（高度型）の指定要件は定義が不明確であり、地域によって推薦の積極性に差があり、結果として地域偏在が認められるのではないかという指摘もある。
- また、同一医療圏の中での差別化を図る目的のもと、導入されたが、結果として患者に与える印象と診療機能の実態が異なる、との意見もある。
- 地域拠点病院（高度型）を設けた時の目的や現時点における実態も踏まえた上で、その必要性や指定要件のあり方について、どう考えるか。

方針（案）

- 望ましい要件について再整理（後述）のうえ、例えば都道府県拠点病院には必須要件として求め、将来的には全ての拠点病院への必須化を求めていくなどにより当該要件の普及に努めてはどうか。
- 協議会において望ましい要件の充足率等を整理して公表することで、望ましい要件を充足することへのインセンティブとしてはどうか。
- 協議会において、各都道府県内の拠点病院等の役割分担を議論・整理し、その結果を共有するとともに、情報公開することで患者に適切な医療を提供できる体制を確保することを求めてはどうか。（再掲）
- 地域拠点病院（高度型）は、これらの取組に発展的に解消させることとしてはどうか。

7. 拠点病院が主に体制を確保すべき対象とするがん種等について

見直しの論点

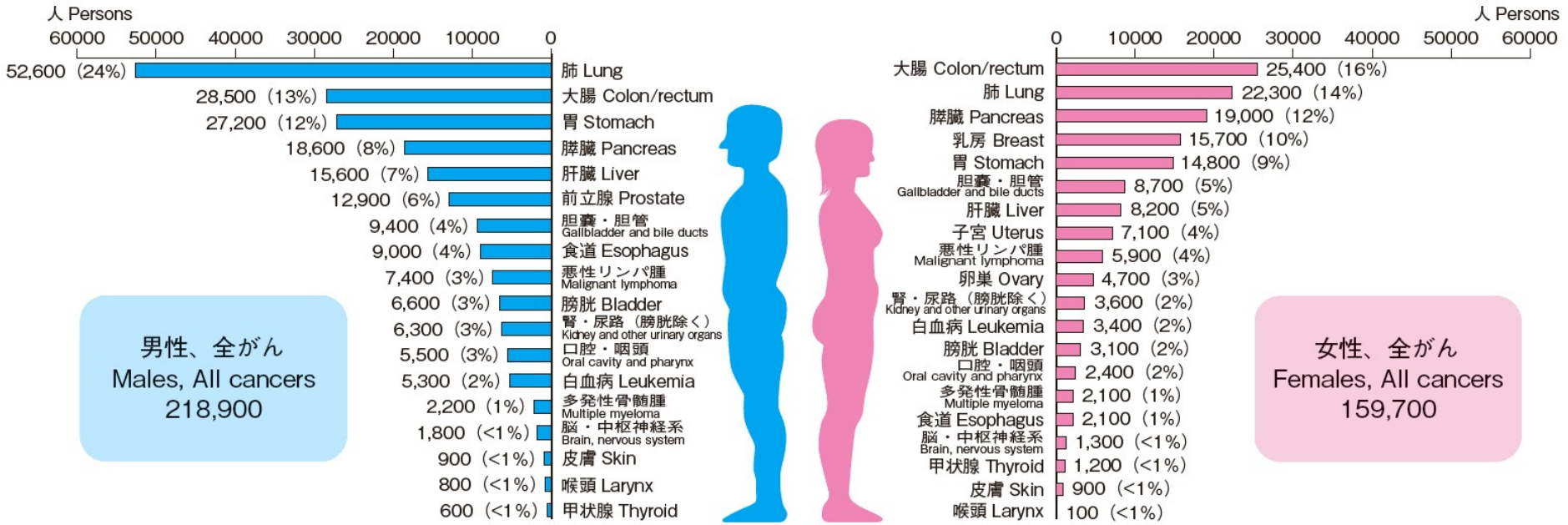
- 現行の整備指針では、我が国に多いがんとして肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がんを挙げており、がん診療連携拠点病院等はこれらのがんに対して集学的治療等を提供する体制を有することが求められている。
- 一方で、最新のデータでは膵がん及び前立腺がんの患者数は肝がんの患者数を上回っており、上記の5つのがん種のみが指定要件に含まれるのは不自然との指摘がある。
- また、希少がんに対する体制の充実も求められる。
- がん診療連携拠点病院等が医療提供体制を確保するべきがん種について、どう考えるか。また、それらに入らないがん種についての取扱をどのように考えるか。

7. 拠点病院が主に体制を確保すべき対象とするがん種等について

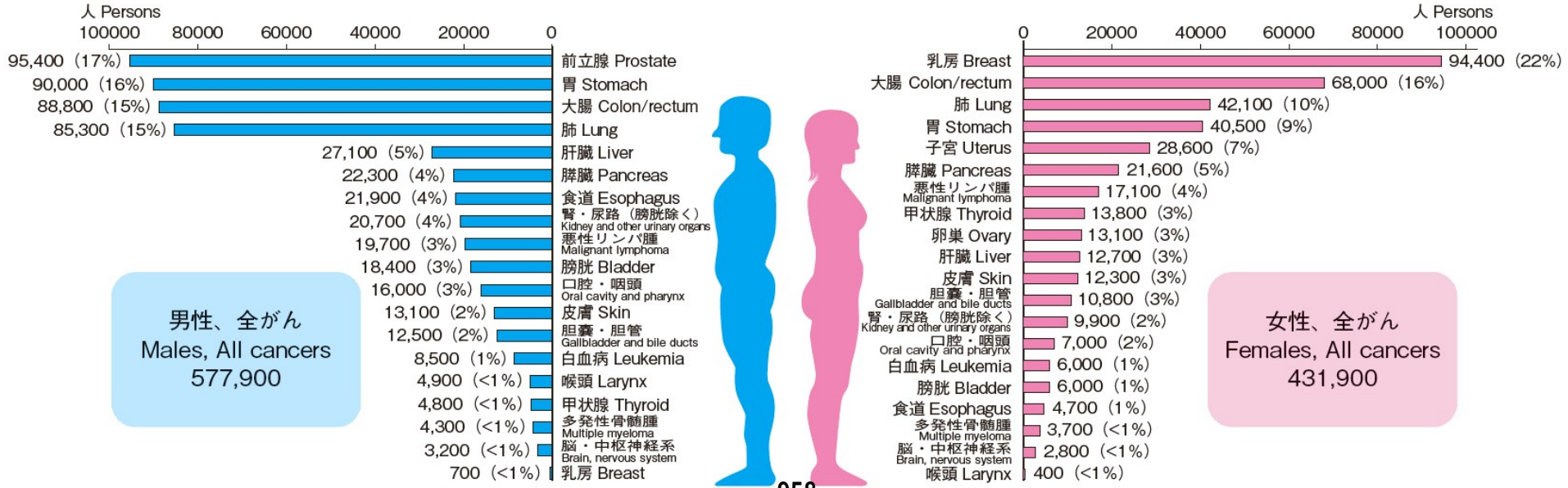
令和元年度集計　現況報告書より	自施設での対応可否	肺がん	胃がん	肝がん	大腸がん	乳がん	膵がん	前立腺がん	子宮頸がん 子宮体がん	血液腫瘍 ※
都道府県がん診療連携拠点病院	**手術・薬物・放射線の全て対応可**	**51**	**51**	**51**	**51**	**51**	**51**	**51**	**51**	**49**
	２種類対応可能	0	0	0	0	0	0	0	0	1
51施設	１種類対応可能	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	対応不可	0	0	0	0	0	0	0	0	1
地域がん診療連携拠点病院(高度型)	**手術・薬物・放射線の全て対応可**	**46**	**45**	**47**	**46**	**47**	**47**	**46**	**47**	**40**
	２種類対応可能	1	2	0	1	0	0	1	0	5
47施設	１種類対応可能	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	対応不可	0	0	0	0	0	0	0	0	2
地域がん診療連携拠点病院	**手術・薬物・放射線の全て対応可**	**283**	**285**	**286**	**293**	**298**	**285**	**282**	**266**	**154**
	２種類対応可能	15	15	15	6	2	14	9	11	86
301施設	１種類対応可能	2	0	0	1	0	1	4	7	18
	対応不可	1	1	0	1	1	1	6	17	43
地域がん診療病院	**手術・薬物・放射線の全て対応可**	**16**	**20**	**18**	**19**	**19**	**18**	**17**	**13**	**2**
	２種類対応可能	20	25	24	26	23	24	18	14	11
45施設	１種類対応可能	6	0	2	0	2	2	3	3	14
	対応不可	3	0	1	0	1	1	7	15	18

※血液腫瘍においては、治療法の選択肢は
移植治療、薬物療法、放射線療法の3種類

(1) 部位別予測がん死亡数（2021年）
Projected Number of Cancer Deaths by Site (2021)



(2) 部位別予測がん罹患数（2021年）
Projected Number of Cancer Incidence by Site (2021)



出典：がんの統計　2022

7．拠点病院が主に体制を確保すべき対象とするがん種等について

方針（案）

- 全てのがん診療連携拠点病院等で対応できることが望ましいがん種と、他の医療機関と連携して対応することが望ましいがん種を改めて整理し、明確化してはどうか。
- その際、全てのがん診療連携拠点病院等で対応できることが望ましいがん種への対応については、新たな診療科を設けることのハードルについても配慮しつつ、徐々に必須化の方向性に向かうようにしてはどうか。
- 一方で、難易度の高い手術などは症例を集約した方が成績がよいというものもあることから、全ての拠点病院が等しく全ての治療をできるよう求める必要はないのではないか。
- 具体的には、各地域で一定数の患者がいる、以下のがん種を例示し、他院との連携も含めて診療できる体制を整備することを求めてはどうか。
- ただし、体制整備までに一定の時間を要することから、まずは患者の入り口となる外来の設置（例えば、月に1回以上の専門外来の実施を要件化するなど）を求める等から実施してはどうか。

<u>拠点病院等で診療体制を確保すべきがん種（案）</u>

肺がん
消化器がん（胃、大腸、膵臓、肝臓、胆嚢・胆管、食道）
乳がん
婦人科がん（子宮体部・頸部、卵巣）
泌尿器がん（前立腺、腎・尿路）
血液がん（悪性リンパ腫、白血病）

8. 小児がんの長期フォローアップ

見直しの論点

- 小児がんの長期フォローアップについて、がん自体の再発・がん治療による身体的機能低下・アピアランスケアといった社会的支援等、多様な内容が考えられるが、それぞれの項目によって主に対応する医療機関を検討すべきとの指摘がある。
- 患者のライフステージに応じた切れ目のない診療、相談支援提供体制を整備する必要があるとの意見がある。
- 小児がんのサバイバーが長期フォローアップを目的として成人診療科を受診しても、フォロー終了とされ期待したケアを受けられない事態があるなど、患者側の視点からも受診すべき医療機関が明確でないとの指摘がある。
- 小児がんの長期フォローアップについて、成人の拠点病院等が果たすべき役割をどう考えるか。

方針（案）

- 医療機関間の連携、情報共有体制についての整備に加え、支援の内容ごとに対応状況と連携先についての情報公開や、相談窓口の設置を必須としてはどうか。
- 協議会で、各拠点病院における役割分担を明確化し、連携体制、対応状況、好事例の収集について検討するよう求めてはどうか。
- 小児がん拠点病院等の整備指針WGでの議論内容も踏まえた要件の設定としてはどうか。
- 小児がんの長期フォローアップをどのように行うことが適切であるかについて、研究を推進してはどうか。

９．BCP（事業継続計画）的な視点に基づく診療体制の確保について

見直しの論点

- 新型コロナウイルス感染症がまん延した状況下においても、必要ながん診療は一定程度確保されてきたが、医療機関によっては診療体制の維持が困難になったケースもある。また、他国には、がん診療等に多大なる影響があった国もあるとの情報もある。
- 感染症のまん延や災害等の状況においても、各地域において、地域の医療機関等との連携等により、必要ながん診療を提供できるようBCP的な視点に基づく診療体制の確保について検討する必要があり、それらを推進するような要件について、検討してはどうか。

方針（案）

- 感染症のまん延や災害等の状況におけるBCPの策定及び定期的な見直しについて、次回の指針改定において必須要件とすることを念頭に、今回の指針見直しにおいては全ての拠点病院等にとって「望ましい」要件として追加してはどうか。
- 都道府県協議会において、個々の拠点病院等だけでなく、都道府県やがんの医療圏といった単位でのがん診療のBCPについて議論することを、「望ましい」要件としてはどうか。

10. 専門的な知識及び技能を有する診療従事者について

見直しの論点

- がん診療の質の均てん化のために、拠点病院等に専門的な知識及び技能を有する診療従事者を配置することは重要である。
- 現行の整備指針においては、一部の診療従事者に対して、「専門資格を有する者であることが望ましい」としている。
- 現在、専門資格としては、国家資格に加え、各種学会認定資格等も認められているが、多数存在する学会認定資格等について、個々の実情を網羅的に把握することは困難である。
- 一方で、これら専門資格の取得を求めることでそれぞれの職種における自己研鑽を推奨し、診療の質の維持向上に役立っているという意見もある。
- 拠点病院等の診療従事者に求められる知識及び技能について、どう考えるか。

方針（案）

- 各診療従事者の専門資格の取得を含めた質の維持向上については、各拠点病院が責任を持って推進することを求め、具体的にがん診療に従事している広告可能な専門資格を有している者について公表を求めてはどうか。
- 国家資格が存在する職種以外は、指針上は「専門的な知識及び技能を有する者」の確保を求めることとしてはどうか。

11. 診療従事者人員要件について

見直しの論点

- 診療従事者については、医療の質を担保することを目的とし、職種に応じて「常勤」「専従」「専任」の要件が定められている。
- 一部の医療圏においては、放射線医や病理医等の人材確保が難しく、拠点病院の指定の維持が難しい施設があるとの意見がある。
- 一方で、こうした人員要件が拠点病院における医療の質を担保しているという指摘もある。
- 「300人以下医療圏」において、診療従事者の緩和要件を2022年3月末までとして設けているところであるが、現時点において緩和要件を廃止すると相当数の拠点病院が要件を満たさなくなるところ、それらの要件についてどのようにすべきか。

方針（案）

- 現時点においては、放射線医や病理医等が総数として不足しているのではなく、適正配置によって対応が可能と考えられるため、がん医療の質の維持の観点から、これらの医師を「常勤」として配置することを求めることとしてはどうか。
- 一方で、人材の確保に苦慮している拠点病院もあることから、関連学会等における人材育成や適正配置の取り組みを注視しつつ、どのような対応が可能か引き続き検討してはどうか。
- 「300人以下医療圏」においては、十分な期間を確保していたため、緩和要件を廃止に向け、要件を満たさない場合は地域がん診療病院等への移行を促す等の対応を行いつつ、地域における医療体制に大きな影響がある場合については、都道府県全体の医療体制の方針等を踏まえて必要最小限の緩和要件を設けることも可能としてはどうか。

12.「望ましい」等の要件について

見直しの論点

- 現行の整備指針では、指定要件において「望ましい」や「原則として」といった要件が入っているが、それらの要件について、満たしていてもそうでなくても差が無いため、充実に向けた推進力になっていないという意見がある。
- これらの要件の必要性や、効果についてどう考えるか。また、充足率（例えば「望ましい」と規定している項目のうち充足している項目の割合）などを、一定以上にすることを必須要件化することについて、どう考えるか。

方針（案）

- 「望ましい」や「原則として」といった記載について、表現を統一し、その上でそれぞれの定義を明示的に記載してはどうか。
- その際、現時点における各「望ましい」要件の充足状況も鑑み、例外規定の明確化や、都道府県拠点病院での必須要件化、次回以降の改定で必須要件化することの明確化について検討してはどうか。
- 「望ましい」要件については、充足に向けた推進力とするため充足状況を、協議会においてとりまとめのうえ、公開することを求めてはどうか。

13. 要件未充足への対応について

見直しの論点

- 現行の整備指針では、「がん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院が指定要件を欠くに至ったと認めるときは、指定の検討会の意見を踏まえ、当該病院に対し、勧告、指定の取り消し、地域拠点病院における指定類型の見直し等の対応を行うことができるものとする。」と定められているが、それぞれどういった場合にこれらの措置を講ずるかについては明記されていない。
- 統一的な対応のため、どういった場合に勧告、指定の取り消し、地域拠点病院における指定類型の見直しの対応を行うかを明記することについて、どう考えるか。
- また、それぞれの要件の充足状況について、確認する体制についてどう考えるか。

方針（案）

- どういった場合に勧告、指定の取り消し、地域拠点病院における指定類型の見直しの対応を行うかを明記してはどうか。
- 都道府県がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院について、指定類型見直しが可能となるよう特例型の類型を新設してはどうか。

要件未充足がある場合の対応（案）

〈要件未充足がある場合の対応フロー（案）〉

ＳＴＥＰ①：現況報告書等にて充足状況を確認

↓ 充足状況に疑義がある

ＳＴＥＰ②：文書等による充足状況の確認

↓ 文書等による確認で要件未充足等が明確に認められる

ＳＴＥＰ③：指定の検討会にて報告

要件未充足

単なる要件未充足ではなく、速やかに改善を求めることが妥当なもの

医療安全上の重大な疑義、意図的な虚偽申告等

指定取り消し

勧告：期間は１年以内で内容に応じ

勧告時に指定した期間を経過したが改善されない

指定取り消し

要件を充足した場合

一般型に復帰

指定類型の見直し(特例型)：１年

１年経過後も要件未充足が継続している場合(※)、医療安全上の重大な疑義、意図的な虚偽申告等

指定取り消し

対応	詳細
勧告	➢ 単なる要件未充足ではなく、速やかに改善を求める必要があることから特例型として１年の期間を置くべきでなく、一方で、即座に指定取り消しとすることが相応しくない場合。 ➢ 期間は１年以内で内容に応じ設定する。
指定類型の見直し(特例型)	➢ 要件未充足が認められた場合。 ➢ 期間は１年とする。
指定取り消し	➢ 勧告時に指定した期間を経過したが、改善されない場合。 ➢ 指定の検討会で指定類型を見直され、１年経過後も要件未充足が継続している場合。 ➢ 医療安全上の重大な疑義、意図的な虚偽申告等。

※Ａの要件を未充足で特例型の指定を受け、その後Ａは充足したが、今度はＢの要件が未充足で指定の検討会を迎えた場合は、未充足が継続したものと判断し、指定取り消しとする。

966

がん診療連携拠点病院等（案）

- **「都道府県がん診療連携拠点病院」「特定領域がん診療連携拠点病院 」「地域がん診療病院」**に特例型を新設する。
- **「地域がん診療連携拠点病院（高度型）」**は廃止する。

〈がん診療連携拠点病院等の全体像〉

都道府県協議会の体制を強化

◆都道府県がん診療連携協議会 (都道府県協議会)

都道府県がん診療連携拠点病院は都道府県協議会を設置し、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。

都道府県がん診療連携拠点病院
- 都道府県における中心
- 都道府県下の拠点病院等のとりまとめ（研修実施、情報提供等）

都道府県がん診療連携拠点病院（特例型）
指定要件を欠くなどの事態が発生した場合

地域がん診療連携拠点病院
- がん医療圏に原則１か所整備
- 専門的ながん医療の提供・連携体制の整備

地域がん診療連携拠点病院（特例型）
指定要件を欠くなどの事態が発生した場合

特定領域がん診療連携拠点病院
- 特定のがんについて都道府県で最も多くの患者を診療

特定領域がん診療連携拠点病院（特例型）
指定要件を欠くなどの事態が発生した場合

地域がん診療病院
- がん診療連携拠点病院のないがんの医療圏に１か所整備
- グループ指定（隣接するがん診療連携拠点病院との連携）

地域がん診療病院（特例型）
指定要件を欠くなどの事態が発生した場合

967

国・厚生労働省

◆都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会（国協議会）

国立がん研究センターと都道府県がん診療連携拠点病院が連携し、情報収集、共有、評価、広報を行う。

国立がん研究センター（２か所）
- がん対策の中核的機関としてがん医療を牽引
- 都道府県下のがん診療連携拠点病院等に対し、診療支援、情報提供、人材育成等の役割を担う
- 我が国におけるがん診療等に関する情報を収集、分析、評価し、改善方策を検討した上で国に提言

14. 情報公開

見直しの論点
- 整備指針において、「院内がん登録数や各治療法についてのがん種別件数について、ホームページ等での情報公開に努めること。」と定められているが、治療成績を含む情報公開について積極的に進めるべきとの指摘がある。
- がん診療連携拠点病院等としての情報公開について、どう考えるか。

方針（案）
- 患者等が医療機関を選択する際の判断に資する目的で、国協議会、国立がん研究センター、都道府県協議会、拠点病院等のそれぞれにおいて、情報公開するべき内容を改めて検討・整理し、要件化してはどうか。
- 患者等に正確な情報がわかりやすく公開され、それらの情報が広く活用されることが重要であるため、継続的に改善がなされるようアクセス数などが明確化されるよう求めてはどうか。

現行の整備指針における情報公開の項目

◇国立がん研究センター・国協議会　〈国全体に係る情報〉

- 各都道府県拠点病院を中心としたＰＤＣＡサイクルの確保及びその実績
- 全国のがん診療連携拠点病院等の実績や活動状況
- 全国の希少がんに対する診療体制及び診療実績
- 全国の臨床試験の実施状況

◇都道府県協議会　〈各都道府県全体に係る情報〉

- 医療機関における診療、緩和ケア外来、相談支援センター、セカンドオピニオン、患者サロン、患者支援団体、在宅医療等へのアクセスを集約し広報
- 都道府県内のPDCAサイクル確保に関する情報の地域への広報

◇がん診療連携拠点病院　〈各がん医療圏及び自施設の情報〉

- 都道府県内のＰＤＣＡサイクルの確保について（都道府県拠点のみ）
  自施設で対応可能ながんについて
- 院内がん登録数・がん種別件数
- 地域へのがんに関する普及啓発
- 連携先の地域がん診療病院について
- 学校や職域へのがん教育
- 臨床研究の概要・成果
- 参加中の治験について
- PDCAサイクルに関する地域への広報
- がん相談支援センターについて
- 緩和ケア提供体制
- 当該医療圏内のがん診療に関する情報提供

◇地域がん診療病院

〈各地域及び自施設の情報〉

- 提供可能ながん医療について
- グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院等について
- 地域へのがんに関する普及啓発
- 学校や職域へのがん教育
- PDCAサイクル確保に関する地域への広報

新整備指針における情報公開の項目（案）

※赤文字は新規、修正

◇国立がん研究センター・国協議会　〈国全体に係る情報〉

- 各都道府県拠点病院を中心とした診療の質改善の取り組み及びその実績
- 全国のがん診療連携拠点病院等の実績や活動状況
- 全国の希少がんに対する診療体制及び診療実績
- 全国の臨床試験の実施状況
- 全国のAYA世代のがんに対する診療体制及び診療実績
- 粒子線治療等の特殊な放射線治療の全国での実施体制

◇都道府県協議会　〈各都道府県全体に係る情報〉

- 医療機関における診療、緩和ケア外来、相談支援センター、セカンドオピニオン、患者サロン、患者支援団体、在宅医療等へのアクセスを集約し広報
- 都道府県内の診療の質改善の取り組みに関する情報の地域への広報
- 病院毎の院内がん登録数、がん種別件数、5年生存率の分析、評価
- 強度変調放射線療法や核医学治療等の高度な放射線治療を提供できる体制
- 都道府県レベルで役割分担すべき項目についての対応方針、具体的な体制

◇がん診療連携拠点病院　及び　地域がん診療病院　〈各がん医療圏及び自施設の情報〉

- 自施設で対応可能ながんについて
- 地域へのがんに関する普及啓発
- 連携先の地域がん診療病院について
- 学校や職域へのがん教育
- **参加中の治験について**
- **がん相談支援センターについて**
- **緩和ケア提供体制**
- 当該医療圏内のがん診療に関する情報提供
  （都道府県レベルで役割分担すべき項目における自院の位置づけを含む）

拠点病院と地域がん診療病院の違いは青字の３項目のみであるが、いずれも患者にとって必要な情報であり、拠点病院と地域がん診療病院の項目をまとめてはどうか。

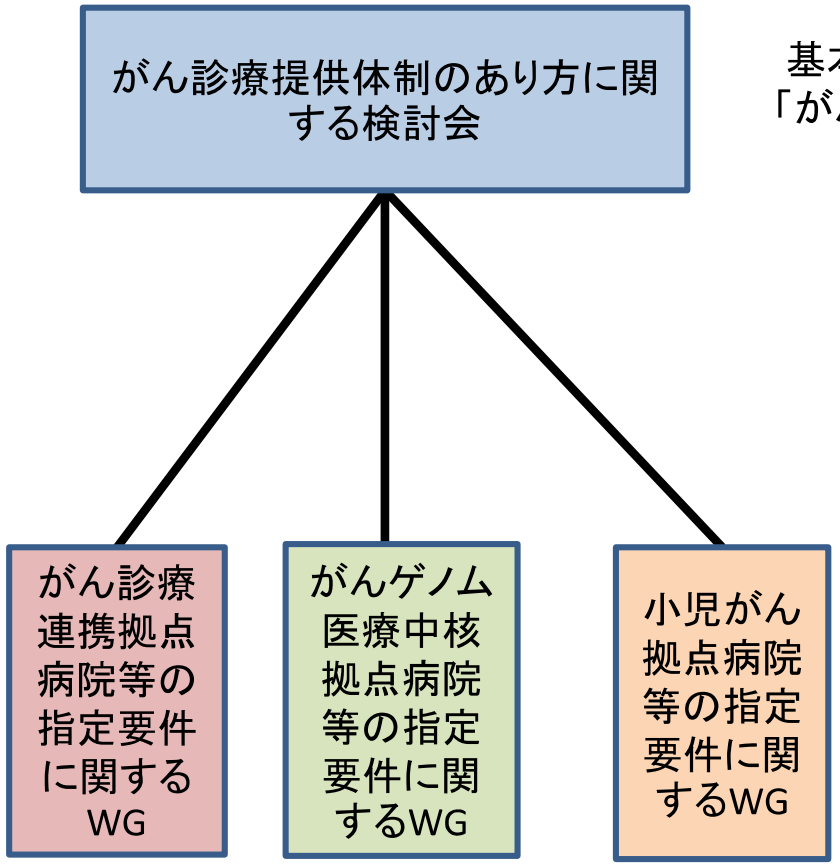
970

１５．新たな要件への経過措置等について

見直しの論点
- 指針の見直しに伴い、要件を追加・厳格化する場合、病院側にも一定の準備期間が必要になると考えられる。
- 指針改定にあたっては、病院側に十分な準備期間を与えるという観点で、新指針のとりまとめ時期についても配慮するべきとの意見がある。
- 指針改定に伴い、新たな要件に必須化までの経過措置を設けることや、次回の指針見直しの議論の開始時期について、どう考えるか。

方針（案）
- 今回の指針見直しに伴い、新規追加や厳格化を行った要件については、必要に応じて、必須化までの経過措置を定めることを検討してはどうか。
- 次回の指針見直しについて、新指針の発出時期の目安を定め、指針に記載することとしてはどうか。

今後の予定



基本計画の第2の柱である「がん医療分野」全般を議論

各整備指針について、改定方針を議論

1. 令和4年夏に開催予定のがん診療提供体制のあり方に関する検討会に座長から指針案をご提案いただく。
2. 検討会での審議において承認を得られた場合、厚生労働省健康局長通知として新たな整備指針が発出される。

資料２

がん登録部会からの報告

2022.6.30

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
東　尚弘

報告事項

１．各種日程の連絡
２．院内がん登録全国収集データ利用
３．院内がん登録の追加項目
４．中級実務者の認定更新のポイント制検討

１．日程のご連絡

院内がん登録収集
2011年症例10年予後調査支援：6/27-7/22
2021年症例(件数集計)
　　がん診療連携拠点病院等　　7/19-8/19 (予定)
　　都道府県推薦・任意施設　　8/8-9/9 (予定)
2010年症例10年予後、2015年症例5年予後
　　7/19-8/19（予定）
2016年3年予後は未定（検討中）

院内がん登録研修会

① がん登録実務初級認定者研修
② 院内がん登録実務中級認定者研修
　　申込：7月25日～8月10日
　　開催：9月1日～9月30日
③ 院内がん登録実務中級者研修（申込締切済み）
　　開催：6/13～7/11、8/15～9/12

QI研究データ収集

2020年症例のDPCデータ 2019年10月～2022年3月

申し込み　6/9～7/29　　データ締切　～８/31

別途、過去データの予後連結についての意思確認を参加施設に連絡予定

患者体験調査の予定

予定（案）：

- 2021年診断症例を対象
- 全拠点病院を対象、任意参加施設は抽出
- ウェブによる回答を組み合わせる

- 2022年度中に倫理審査＋対象者選択通知

２．院内がん登録全国収集データの活用体制

- 定型的な報告書などの業務は継続
- 定型業務以外の利用を、**データ利用審査委員会**の承認の上、提供する体制を整備
  - ①施設名の提供
  - ②集計の提供
  - ③個票提供

厚生科学審議会がん登録部会で手順・規則の承認後開始

３．院内がん登録の追加項目

- オプトアウト管理項目（可能な限り早めに導入）
  - データの調査研究利用に関する意思表示
  - 調査研究参加依頼の連絡に関する意思表示

- 重要な部位別因子の収集（教育・パイロットから整備）

例：【乳癌】ER、PgR、HER2、Ki-67 【胃癌】HER2

【大腸癌】 RAS、BRAF、MSI

【肺癌】EGFR、ALK、ROS1、BRAF、MET、PD-L1、NTRK　など検討中

４．中級認定更新におけるポイント制検討（案）

現在検討を開始。（詳細は未決定）

- ポイント制は、中級認定者を対象とする
- 中級認定資格取得/更新後、合計120pt.で更新試験の受験資格を得る
- ポイントを付与する研修とポイント数（例）
  - ① 国がん主催の認定者研修会…40pt./年
  - ② 国がんが定期的に提供する小テスト…20pt./年
  - ③ 各地で開催される研修会…5pt.（上限：30pt.）

資料３

第18回　都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会

情報提供・相談支援部会

よりの報告

国立がん研究センターがん対策研究所　がん情報提供部　髙山智子

2022年6月30日（木）13-15時

オンライン会議システムを利用

部会からの報告内容

1．整備指針、次期基本計画策定に向けての提案書：
“情報提供・相談支援部会”からあげたポイントについて

2．都道府県がん診療連携協議会における
情報集約や運営体制の事例共有

3．がんと診断されて間もない人への情報資材の活用
について

整備指針/次期基本計画に向けた 提案書のポイント

- 拠点病院に設置されたがん相談支援センターは、すべての患者、家族、地域住民が利用できるがんに関する**情報提供拠点**としての役割を担っている。
- がん患者や家族等の心配・悩みの軽減、安心して暮らせる社会の構築に貢献するため、**下記に示すような目標と、それらに対応した行動指針・指標を整備していくことが重要**であると考えられる。

＜**拠点病院における**相談支援と情報提供機能の充実を目指す目標＞

1. がん診療連携拠点病院としてすべてのスタッフが、患者や家族等の不安や困りごとに気づき、必要な情報提供や支援を行い、必要時には、がん相談支援センターにつなげられるようになることを目指す。
2. 患者や家族等のがんによる不安や困りごとに適切に対応できるよう相談支援の場を利用しやすくするとともに、適切な支援につながることを目指す。
3. 患者や家族などの相談者が安心して利用できるよう、公平で、中立な相談の場を確保し、患者や家族などの相談者が、科学的根拠に基づく信頼できる情報等をもとに、（その人なりの）意思決定ができる体制を整備する。
4. 質の高い相談支援を提供する体制を整備する。
5. がんになっても安心して暮らせるよう、地域の関係者らと協力して、社会にがんに関する適切な理解を促すことを目指す。

整備指針/次期基本計画に向けた 提案書のポイント

- これらの目標が達成されるためには、がん相談支援センターだけでなく、**より大きな組織（行政、都道府県がん診療連携協議会、拠点病院等）単位での対応も重要になる**ことから、相談支援や情報提供に関する提案を対象別*に記載した。
  ＊都道府県がん診療連携協議会/拠点病院/国の都道県拠点病院連絡協議会の役割
- 都道府県がん診療連携協議会の**情報集約機能**や**役割分担・連携構築の議論を主導する機能**、また**患者団体と拠点病院の間をつなぐコーディネート機能**等を強化することが必要である。
- 拠点病院では、**病院をあげて、患者家族支援体制を整備**することや**診断初期の患者に必要な情報を確実に伝える体制を整備**することが必要である。また、がん相談支援センターで提供される支援の質を担保するため、整備指針上での**人員配置要件や相談員の研修修了要件の見直し**が必要である。
- 基本計画に関わる事項として、拠点病院の整備をはじめとする**医療の範囲では対応が困難なもの**も多い。法務をはじめとする他分野との協働や社会教育分野等の連携も必要となるものも多く、**他分野との連携も想定において、相談支援や情報提供の充実**が図られる必要がある。

行政等との連携：
先行事例としてご報告頂きました。

■ 島根県がんピアサポーター相談会　運営・実施報告

- 島根大学医学部附属病院がん患者・家族サポートセンター（がん相談支援センター）がん専門相談員　　槇原　貴子

■ 愛媛県がん診療連携協議会がん相談支援専門部会の取り組み

- 愛媛県がん診療連携拠点病院連絡協議会　がん相談支援専門部会部会長（四国がんセンター）　　灘野　成人

■ 島根県がんピアサポーター相談会　運営・実施報告

がんピアサポーター相談会の開催に向けて：

拠点病院がん相談支援センターが担ったこと

・相談会開催の日程調整・場所の確保
・広報の協力（チラシ掲示・広報誌への掲載等・医療スタッフへの周知）
・相談会開催時のサポート
・相談会終了後の「振り返り」の同席

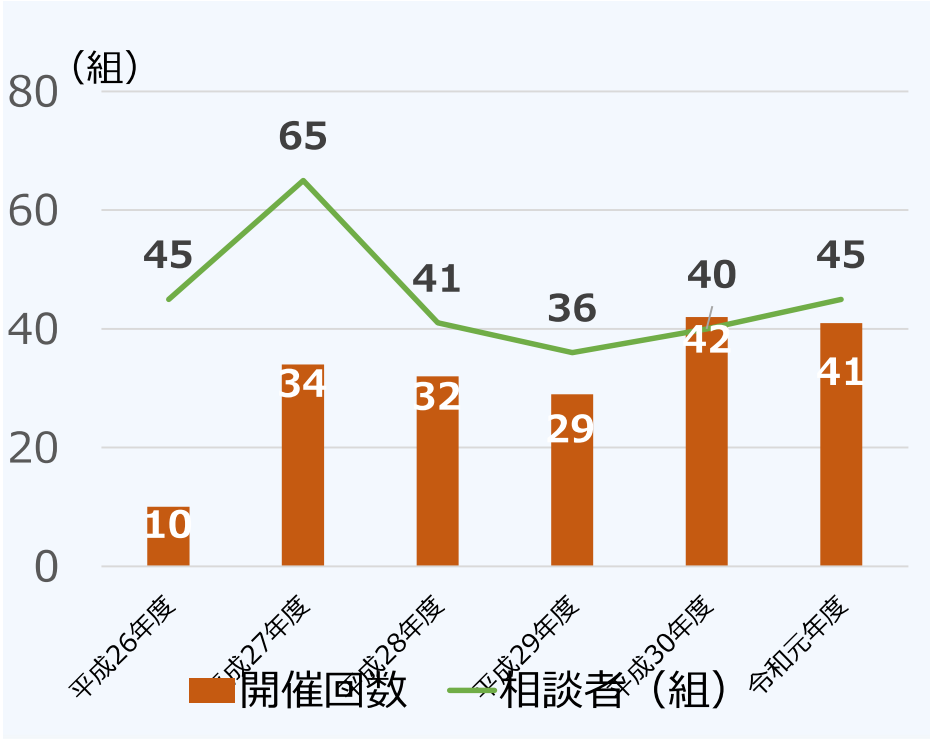
島根県より「島根県がん相談員等資質向上事業」として委託

がん患者・家族サポートセンターが担ったこと

・病院への開催依頼文書の作成
・ボランティア保険の準備
・ピアサポーターの相談窓口
・開催日に合わせたピアサポーターの調整
・交通費の支給事務　・チラシ作成
・拠点病院以外での開催時のサポート
・「実務担当者会」での話し合い

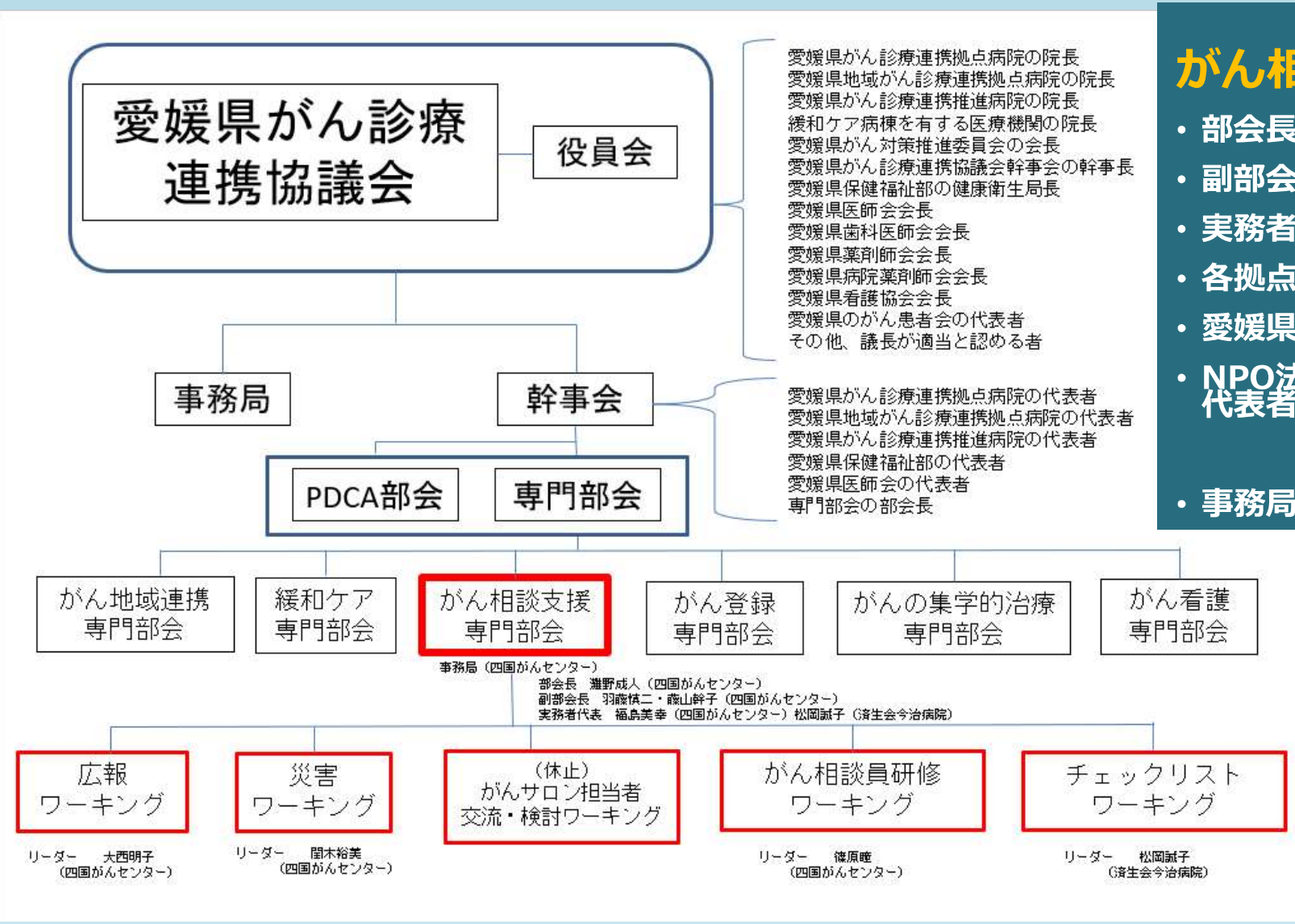
ピアサポーター・県・がん相談員実務担当者会共催での意見交換会の実施

島根県のピアサポーター相談会開催回数と相談者（組）の推移



第18回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 情報提供・相談支援部会(R4.5.26)槇原貴子先生資料より一部抜粋

■ 愛媛県がん診療連携協議会がん相談支援専門部会の取り組み



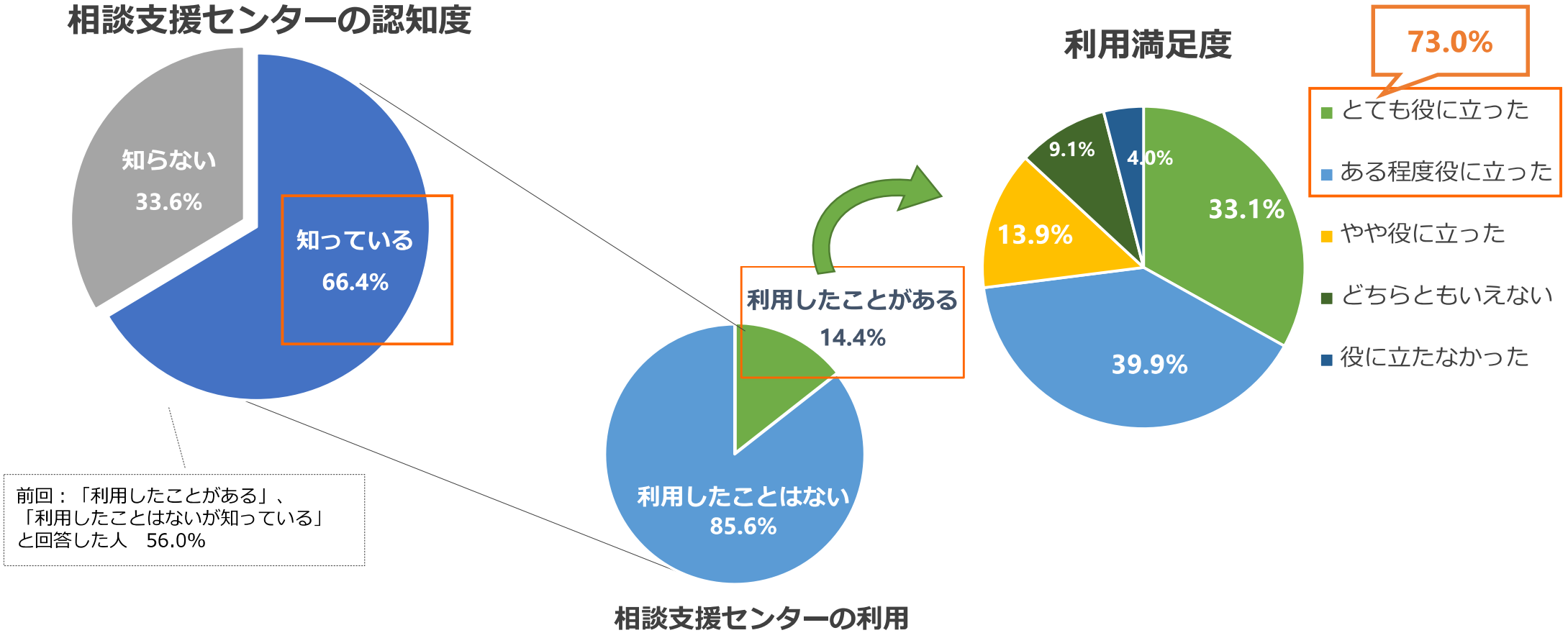
がん相談支援専門部会

- 部会長　医師1人
- 副部会長　医師2人
- 実務者代表　2人（MSW、看護師）
- 各拠点病院・推進病院から実務者　数名
- 愛媛県庁健康増進課　係長
- NPO法人愛媛がんサポートおれんじの会代表者

- 事務局　四国がんセンター

患者体験調査より：

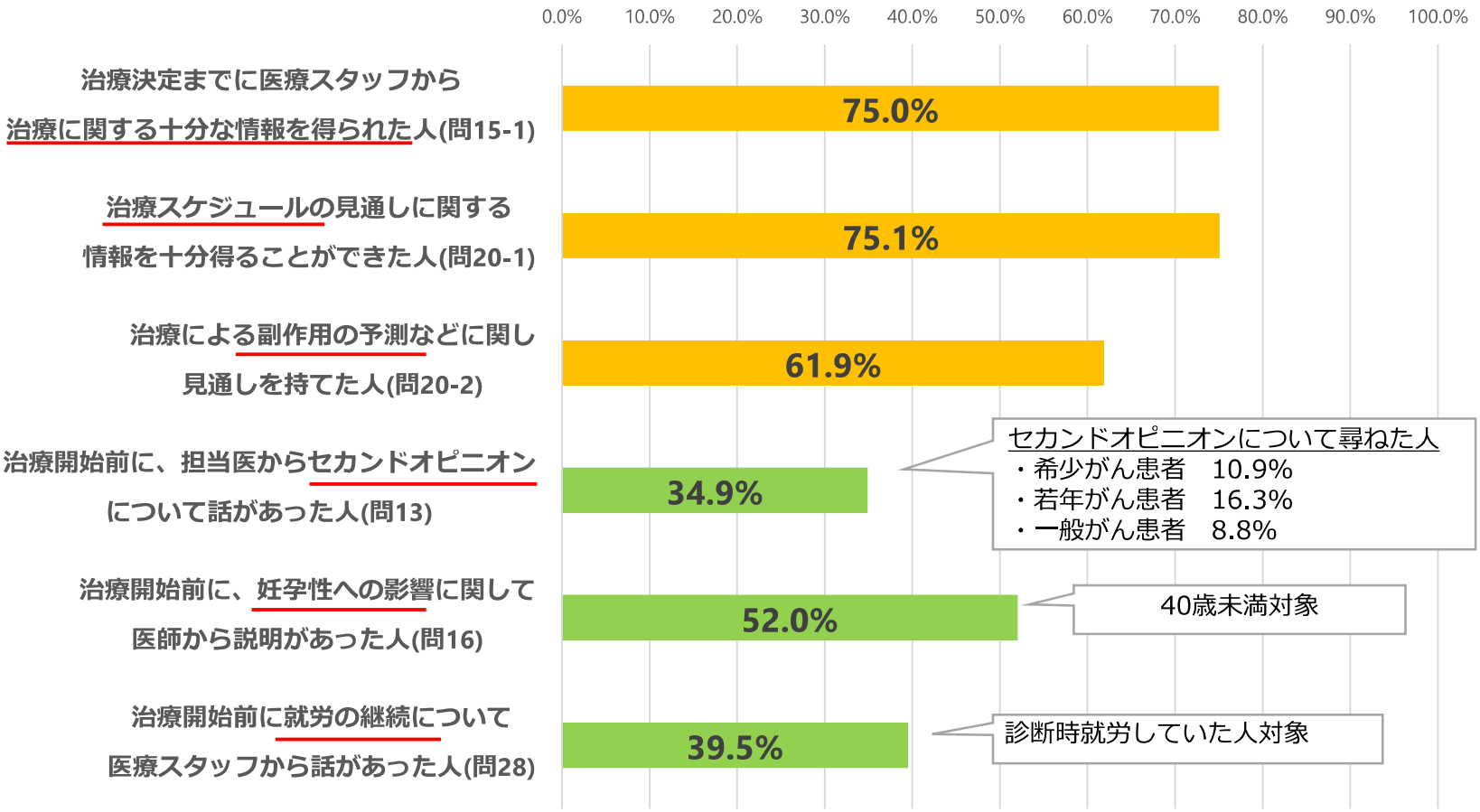
がん相談支援センターの認知度、利用者、満足度



第15回 情報提供・相談支援部会,「患者体験調査結果報告」市瀬雄一先生資料より
https://ganjoho.jp/med_pro/liaison_council/bukai/shiryo15.html

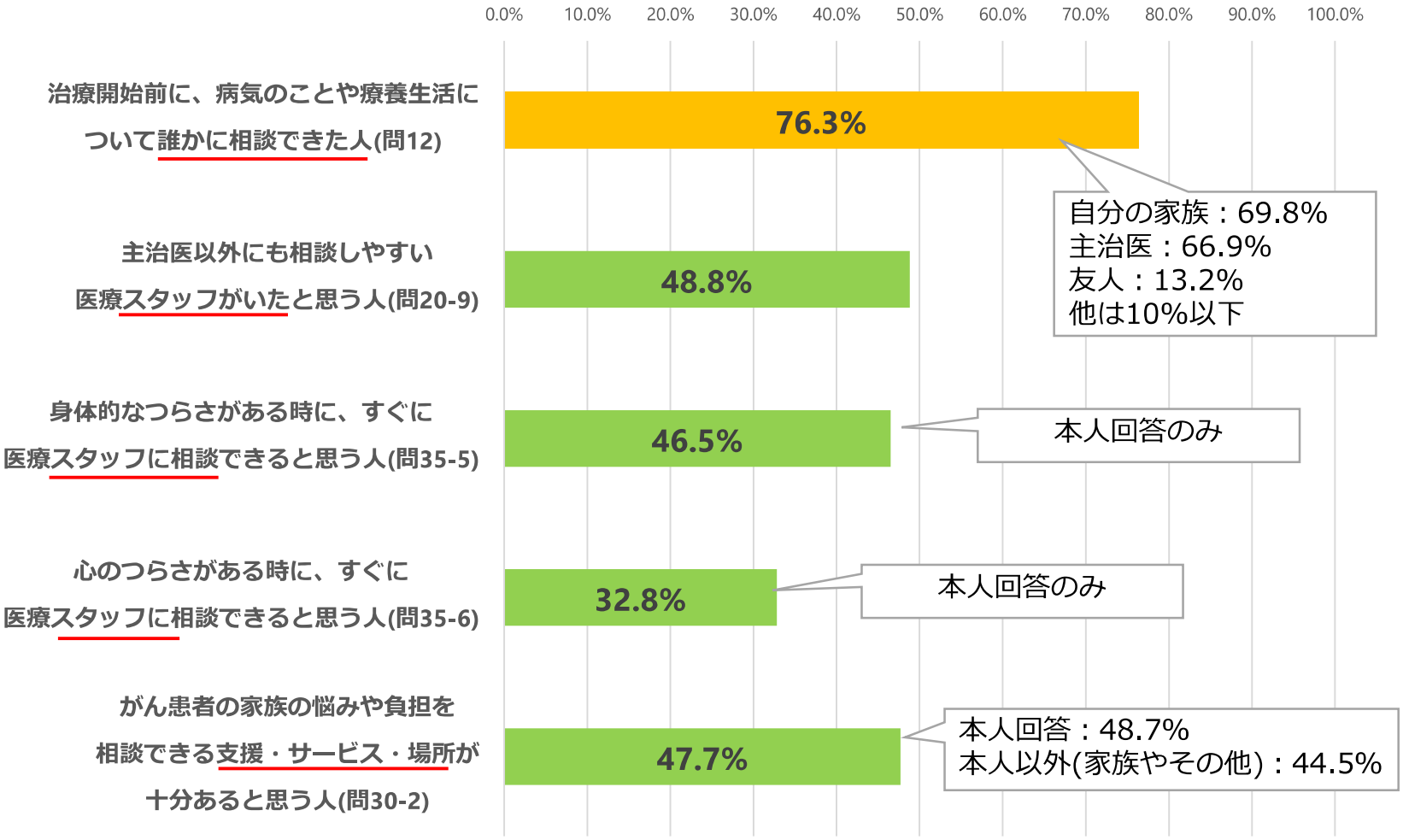
がん患者体験調査より：

「治療前の説明・見通し」



第15回 情報提供・相談支援部会,「患者体験調査結果報告」市瀬雄一先生資料より
https://ganjoho.jp/med_pro/liaison_council/bukai/shiryo15.html

がん患者体験調査より：「療養・症状の相談」

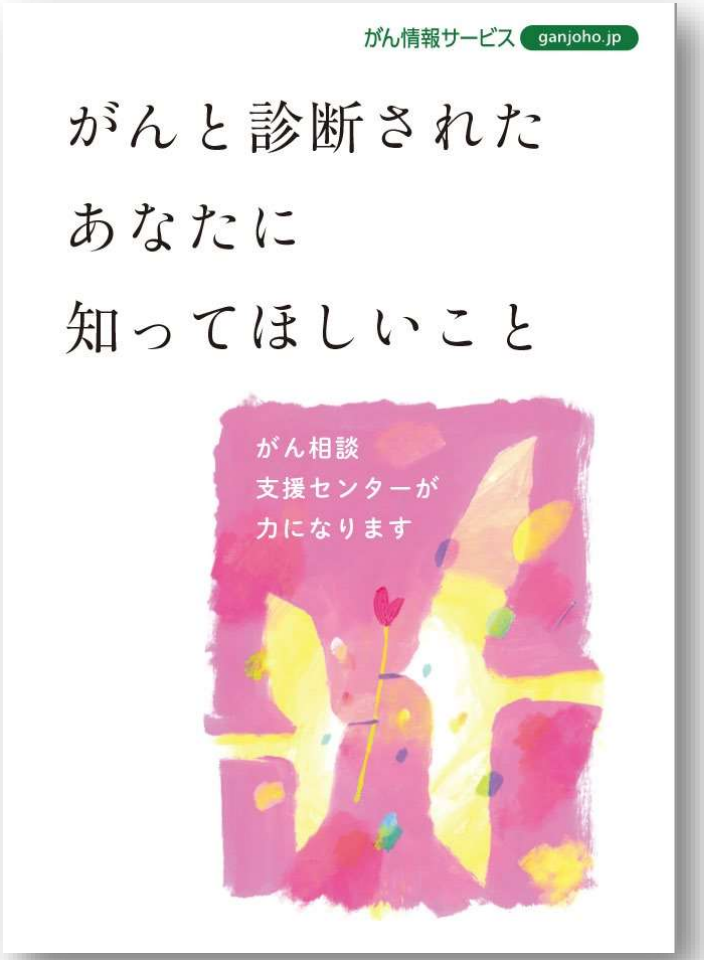


第15回 情報提供・相談支援部会,「患者体験調査結果報告」市瀬雄一先生資料より
https://ganjoho.jp/med_pro/liaison_council/bukai/shiryo15.html

がんと診断されて間もない人への情報提供資材（冊子）

作成経緯と活用方法のご案内

～医師をはじめ、すべての医療者にご活用いただくために～



作成・提供：

都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 情報提供・相談支援部会

国立がん研究センターがん情報編集委員会

冊子作成のコンセプト

とにかく「がん相談支援センター」を知ってもらう



- **寄り添うチームがいて何でも相談できる**

患者に冊子を最も手に取ってもらいたい時期



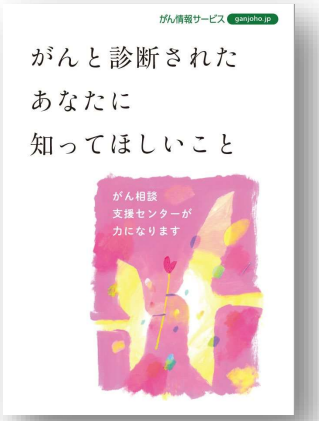
- がんの**告知直後～初回治療開始（初回入院するとき）頃**まで

患者が冊子を手に取る場面

- **医師（医療者）から冊子を手渡される**
- がん相談支援センターで冊子を手にとる
- 院内のリーフレットラックで冊子を手にとる
- 図書館などの公共機関のリーフレットラックで冊子を手にとる
- がん情報サービスWebサイトで目にする



冊子利用のメリット



医師（医療者）にとってのメリット

- **伝えたいけれど十分に伝えられない情報を補完できる**
  - **標準治療**について、**セカンド・オピニオン（受けられること、しくみ）**
  - **妊孕性**（治療を始める前に伝える必要がある情報）
  - **就労支援**（「仕事をすぐに辞めないで」）　…等
- **多職種で連携しやすくなる**
  - **がん相談支援センターの紹介**：困った時には、だれかに相談してほしい！
    そんな場として利用できる「がん相談支援センター」をいち早く紹介でき、
    多職種で連携し、患者や家族に必要な情報提供やサポートができる

患者にとってのメリット

- 必要な情報を得ることができる
  - 冊子内のQRコードを利用すれば、さらに詳しい情報が得られる
  - 「がんと診断されたあなたに知ってほしいこと」

医療者への信頼につながる！

院内や地域の拠点病院等の医師/医療スタッフへの周知用にぜひご活用ください

- 院内で活用できる資材を準備しています。
  - 説明用資材　パワーポイント
  - 動画（3分程度）等



※こちらのページは、「国指定がん診療連携拠点病院等サポート」用のため、ID、パスワードが必要です。
※ID,パスワードは、がん相談支援センターの皆さまには周知済みですので、院内でご確認いただければ幸いです。

https://ganjoho.jp/med_pro/consultation/kyoten/booklet.html

資料４

第9回　緩和ケア部会　報告

国立がん研究センターがん対策研究所
がん医療支援部

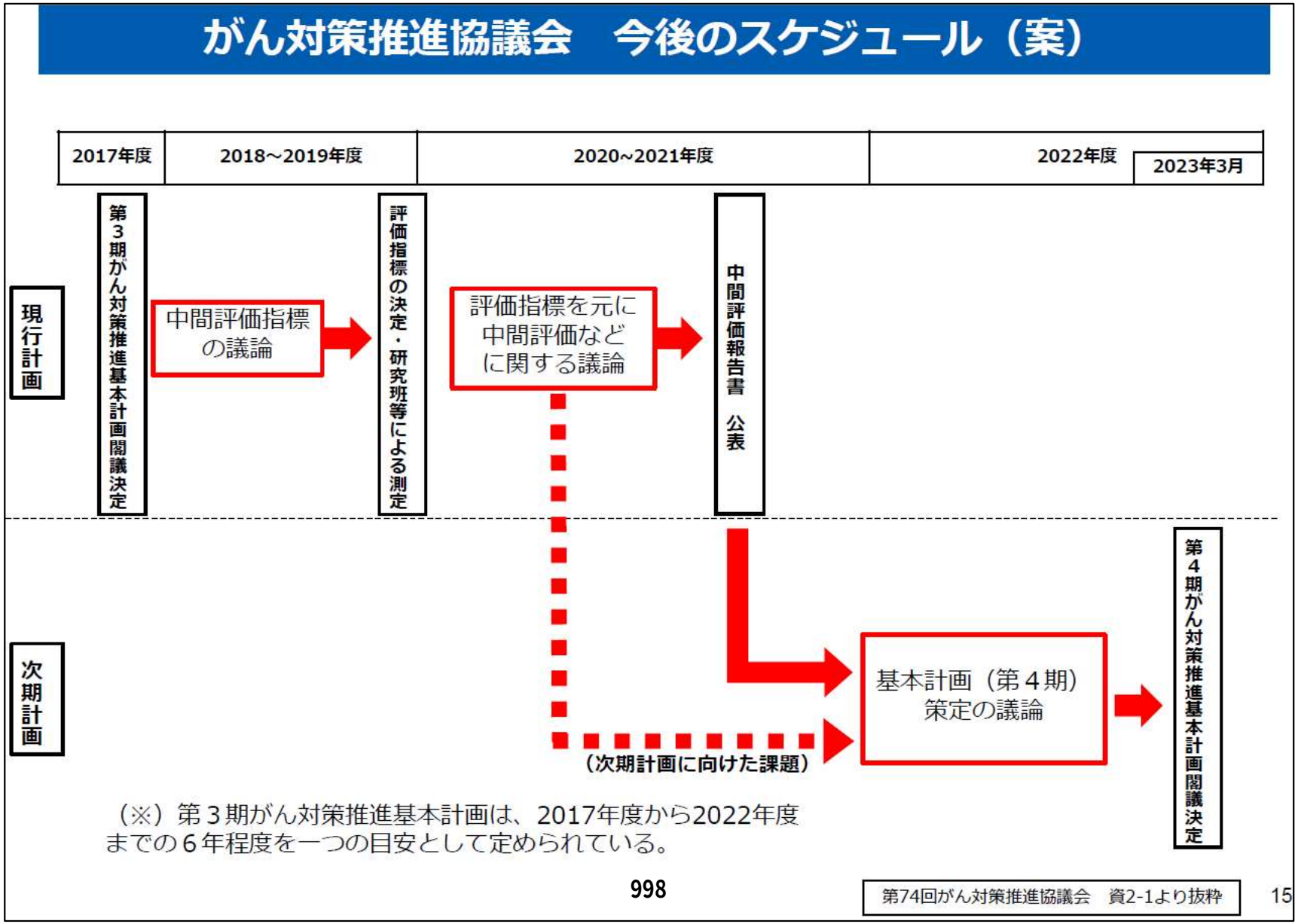
報告事項

第9回　緩和ケア部会（令和3年12月10日開催）

議事

1. 厚労省から情報提供
2. 情報共有
   - 地域包括ケアシステム策定への緩和ケア専門家の関与
   - 地域で取り組む緩和ケア診療体制
   - 地域の取り組み例（青森県）
   - 新型コロナウィルス感染症の影響に関するアンケート結果
   - 緩和ケア研修会オンライン化の開催方法
3. 意見交換
   - がん診療連携拠点病院等の整備指針　見直し提案

厚労省から情報提供


がん対策推進協議会　今後のスケジュール（案）
2017年度
2018~2019年度
2020~2021年度
2022年度
2023年3月
現行計画
第３期がん対策推進基本計画閣議決定
中間評価指標の議論
評価指標の決定・研究班等による測定
評価指標を元に中間評価などに関する議論
中間評価報告書　公表
次期計画
（次期計画に向けた課題）
基本計画（第４期）策定の議論
第４期がん対策推進基本計画閣議決定
（※）第３期がん対策推進基本計画は、2017年度から2022年度までの６年程度を一つの目安として定められている。
998
第74回がん対策推進協議会　資2-1より抜粋

厚労省から情報提供

「がんの緩和ケアに係る部会」におけるこれまでの議題

第１回（2021年７月２日）

- 診断時からの緩和ケアに関する議題について

第２回 （2021年９月３日）
（１）：診断時の課題

- 「診断時からの緩和ケア」に求められる対応について
- 「がんへの適応」の一環として、告知や治療方針決定の場における対応が不十分ではないか
  - 告知時の面接における望ましい指導内容
- 検査の場、診断が決定するまでの間における疼痛緩和、不安の軽減に対する対応が不十分ではないか
- 初診時からがん相談支援センターをさらに活用できるようにするべきではないか
  - 特に診断時におけるがん相談支援センターの活用事例の共有

第３回（2021年11月５日）
（２）－１：治療期の課題（緩和ケアの提供体制について）

- 患者の苦痛を医療従事者が十分に把握できていないのではないか
  - 患者の苦痛の把握
  - 特に、主治医や担当看護師が担うべき痛みや苦痛への対応
- 治療を担う医療機関ごとに、緩和ケアの質を向上させる取組を検討するべきではないか
  - 拠点病院以外の病院（都道府県指定のがん診療病院等）の取組の実態について
  - 拠点病院の取組の実態を把握するための実地調査について

地域包括ケアシステム策定への緩和ケア専門家の関与
神戸大学医学附属病院　木澤先生

具体的な対応（例）

- 都道府県の担当者に、次期の医療計画の策定のときに、高齢多死社会を踏まえて、全ての重い病を持つ患者に対する緩和ケアの計画を立ててもらえないかと提案する
- 令和3～4年度に、各都道府県における専門的緩和ケア、在宅緩和ケアの提供状況を把握する
  - 何名の患者が、どのような病気で、どこでなくなるか把握
- 都道府県ごとの統計データと後掲するデータ等を参考に、各都道府県の緩和ケア部会において、どのように専門的緩和ケアを令和6年（2024年）からの5年間どのような体制で行うかを提案してほしい
  - がん拠点病院、緩和ケアチーム、緩和ケア病棟が地域包括ケアとどのように連携するかを具体的にデザインする

地域の緩和ケア診療体制
国立がん研究センター東病院 小川先生

変化

- 在院日数の短縮化、COVID-19感染による面会制限等の影響により、拠点病院で終末期を診ることは減り、地域の病院への移行（地域包括ケア病棟や療養型病棟）の流れが強まる
- 終末期の緩和ケアの担い手は地域の中小規模病院（地域包括ケア病棟、療養型病棟）と在宅に移ってきている

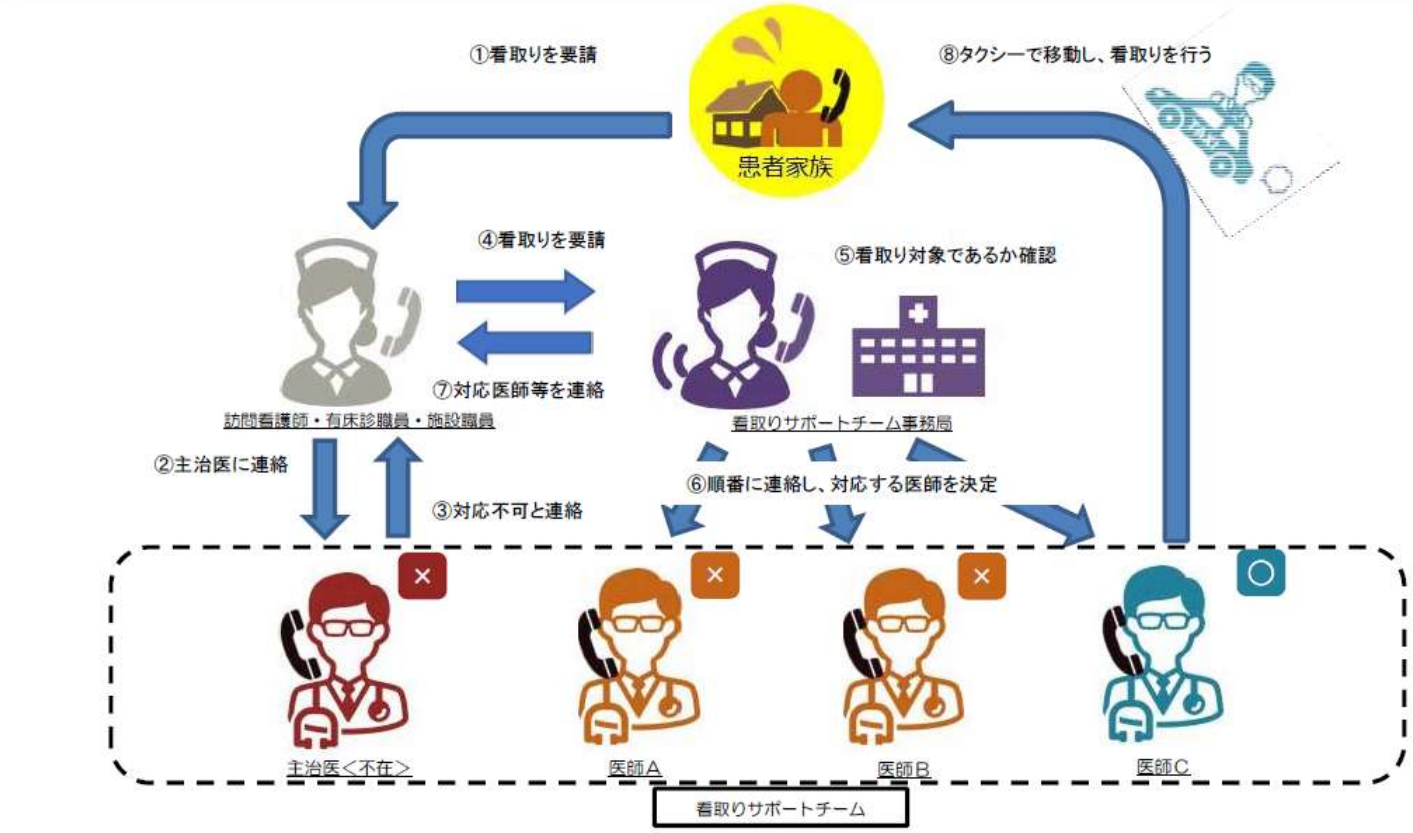
検討にあがる対応策

- 拠点病院から後方連携病院に移る際に、フォローアップを行い、ケアの断絶を防ぐ
- 緩和ケアチームが地域の後方連携病院の緩和ケアに関する相談対応を行う
- 後方連携病院を中心に緩和ケアの技術の向上を図る
  - 特に非がんを含めた高齢者の緩和ケア

青森県の地域包括緩和ケアシステムの推進
青森県立中央病院　山下先生

2017年　地域緩和ケア連携調整員アドバンスコース修了

在宅・有床診療所・介護施設の主治医等の不在時の看とりサポートチーム



青森県立中央病院は地域緩和ケア調整員の一員として
マニュアルづくりや、地域（訪問看護や介護施設）への説明を行い、青森市医師会を支援する役割を担う

1002

がん診療連携拠点病院等の整備指針　見直し提案作成プロセス

1　部会事務局　素案の作成　2021.11中旬
　拠点病院への指定要件に関するアンケート結果と
　関係者間の意見に基づき　素案の作成

2　素案に対する部会委員の意見聴取（Webアンケート）2021.11.25
　回答　24 /115 名

3　提案内容について部会で議論　2021.12.10
　アンケート結果に基づき素案の修正　⇒　部会で提案内容の議論

4　修正提案について部会委員に確認（メール）　2021.12.27
　部会での議論内容を反映　⇒　修正提案をメールで確認

5　提案書確定　2022.01上旬
　修正提案への異論　3/115 名　のみ、他大多数は賛成とみなす

がん診療連携拠点病院等の整備指針　見直し提案

都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会に提出 2022.02.28

1.　緩和ケアの地域連携の強化

提案1.　拠点病院は、患者が地域の医療機関や在宅での療養中に身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的な問題等が生じた場合、地域の医療介護福祉従事者の依頼に応じて緩和ケアの支援を行う

提案2.　拠点病院が、地域の患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的な問題等について支援を行う際には、主治医と緩和ケアチームが協働して対処する

提案3.　拠点病院は、都道府県をはじめ、地域の医療介護福祉施設と連携協力のもと、地域の看取りの状況や緩和ケアに関する医療介護福祉サービスリソースを把握し、地域の特性に適した方法で関係する医療介護福祉従事者や患者・家族・地域の住民へ情報を提供する

1004

がん診療連携拠点病院等の整備指針　見直し提案

2.　緩和ケアセンターや緩和ケアチームの体制強化

提案4.　拠点病院の緩和ケアセンターもしくは緩和ケアチームに、地域の医療介護福祉従事者や患者・家族との連絡調整、緩和ケアの提供体制の整備に係る書類等の作成などを担う専任の事務員を配置する（専従であることが望ましい）

提案理由：
拠点病院の緩和ケア提供体制のさらなる整備のためには、緩和ケアセンターや緩和ケアチームの事務処理機能の強化が必要である。

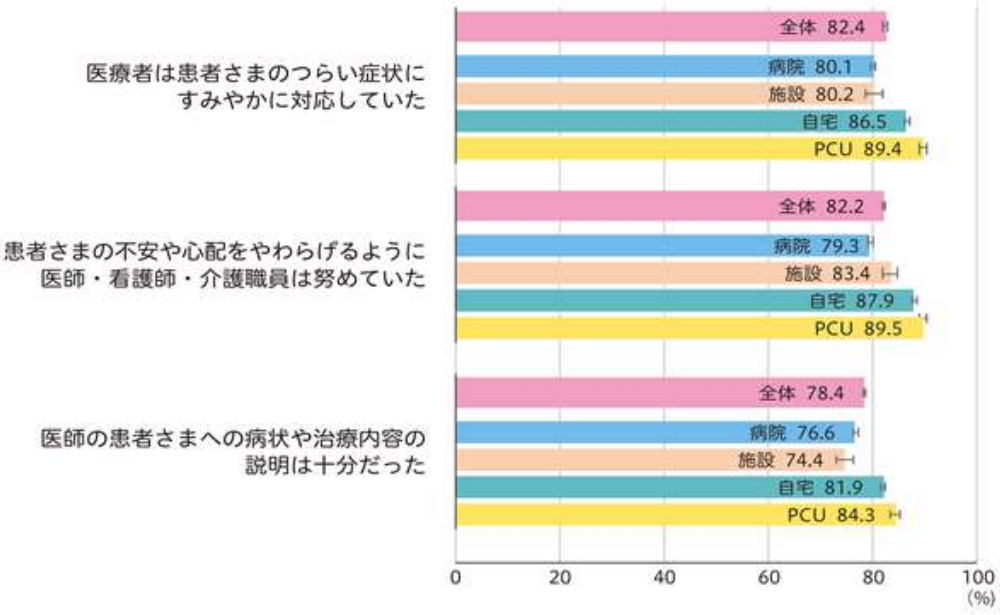
3.　行政関与の強化

提案5.　緩和ケアの地域連携を推進するため、都道府県は地域の緩和ケア普及推進を主導し、市区町村は地域包括ケアシステムにおいて緩和ケアが普及するよう拠点病院の関わりを推進する

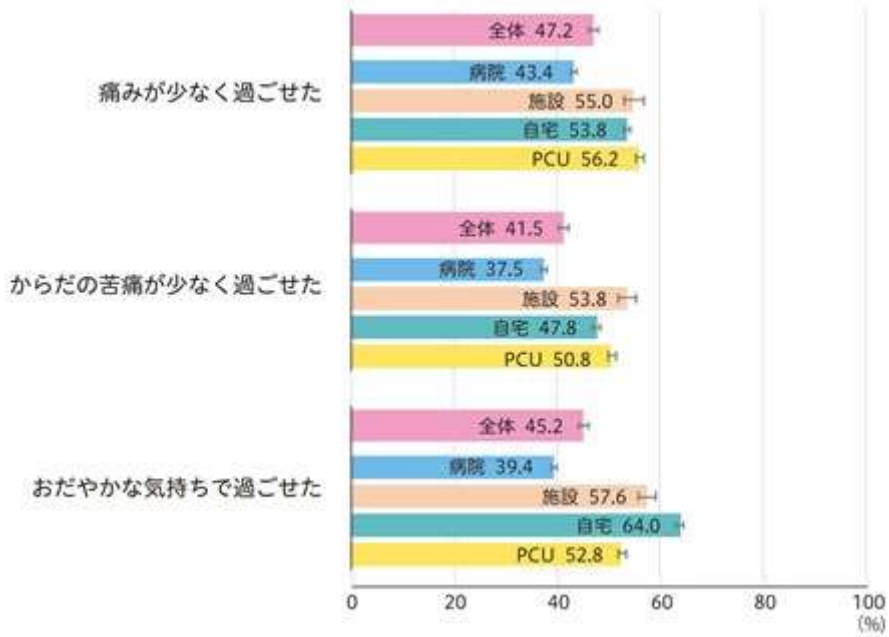
人生の最終段階の療養生活　実態調査
（国立がん研究センター 遺族調査）

5万人のがん患者遺族から見た全体像公表 2022.03.25

死亡場所の医療の質



死亡前1カ月間の療養生活の質



報告書　国立がん研究センターがん対策研究所
https://www.ncc.go.jp/jp/icc/qual-assur-programs/project/040/2019-2020/index.html

資料5

第15回 都道府県がん診療連携拠点病院 連絡協議会 アンケート結果

都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会事務局

アンケート概要

目的

- 各都道府県がん診療連携拠点病院協議会の活動に関する困りごとや問題点の把握
- 本協議会の役割やあり方に関するご意見の募集

調査期間　2022年6月6日～20日

調査方法　Webアンケート

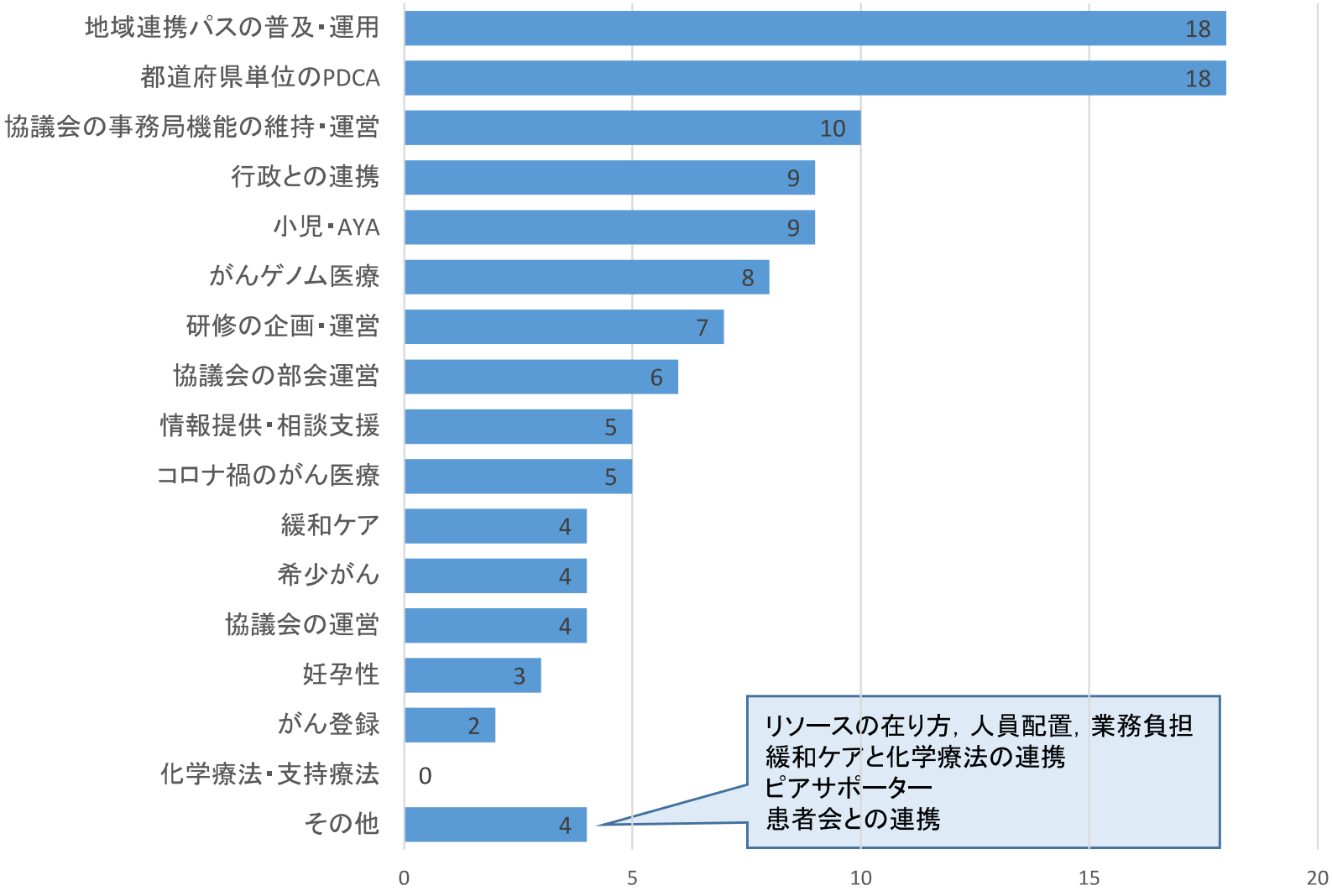
調査対象　都道府県がん診療連携拠点病院　51施設

　　国立がん研究センター 中央病院・東病院　2施設

回答施設数　43施設（2022.6.24現在）

各都道府県がん診療連携協議会の活動における困りごとや問題となっている主な事項

回答施設数 43（1施設につき3項目選択）



1009

本協議会の役割やあり方へのご意見 1

拠点病院の指定要件や方針等に係る検討

指定要件や義務を増やすのではなく、既存リソースでの運用方法や不足の補い方の話し合いの場となること

がん相談支援センター相談員の人員確保のため、がん拠点補助金の基準額に関する交付要綱の見直し検討

がん医療の均てん化と集約化に関しての基本方針を検討する

指定要件の基本方針に関する都道府県行政との役割分担の見直し

拠点病院の機能に係る検討

希少がん・難治がん・AYA世代がん・高齢者のがんに対する医療の在り方を検討する

小児がんの長期フォローアップに対する拠点病院等のあり方を検討する

拠点病院等が行っている医療の質の評価とその改善を計画的に行う

ゲノム医療を含む新たながん治療に対する患者家族教育等の充実

本協議会の役割やあり方へのご意見 2

各都道府県の協議会事務局機能に係る検討
行政と密接な連携をとるための各都道府県の協議会・部会の運用方法の検討
各都道府県協議会の事務局機能維持や運営の問題解決に向けた議論
一般・医療者への協議会からの情報提供の方法
分野横断的な取り組み
協議会各部会の橋渡し的な議論の支援
ICTを活用した機能の充実や情報共有による多分野横断的な取り組み
都道府県単位のPDCAの仕組みづくりや情報共有，PDCAに特化した部会での検討
教育・人材育成
がんゲノム医療に携わる人材育成や育成方法の統一
小児・AYA：高校生のがん患者に対する教育支援体制の制度化の検討

本協議会の役割やあり方へのご意見 3

情報共有・地域連携
各拠点病院で導入している地域医療情報連携ネットワークシステムの統一
地域連携パスの全国の運用状況の把握と情報の共有（喜ばれる具体例）
他県の課題や成功事例の情報の共有
コロナ禍の各都道府県単位の協力体制の構築に関する情報の提供
調査分析
コロナ禍のがん医療への影響や患者へのデメリットの実態把握
がん専門医療人の配置の経時的な配置状況を調査し、地域格差、医療機関間格差を明らかにする
本アンケートのような全国調査実施後の集計結果のフィードバック

資料１８

令和４年度　第１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４年５月23日（月）　16：00～17：00
場所：Zoomを利用したWeb開催
出席者：４名：宮里浩(那覇市立病院)、松茂良力(八重山病院)、川満博昭(宮古病院)、増田昌人(琉球大学病院がんセンター)
欠席：６名：外間早紀子(沖縄県保健医療部健康長寿課)、照屋淳(北部地区医師会病院)、朝倉義崇(中部病院)、安次嶺宏哉(沖縄協同病院)、野村寛徳(琉球大学病院第一外科)、有賀拓郎(琉球大学病院診療情報管理センター)
陪席者：１名：西銘亜希(琉球大学病院がんセンター)

【報告事項】
１．令和３年度 第３回沖縄県診療連携協議会 医療部会議事要旨について
　資料１に基づき令和３年度第３回議事要旨について説明があった。
２．その他
　特になし

【協議事項】
１．　今年度の部会長・副部会長の選定について
【増田委員】：本日は部会長と副部長の選定をお願いしたい。
【宮里委員】：出席者が少ないので選ぶのは難しい。この会議はウェブでの開催が中心になることから、部会長は琉球大学病院でご担当いただいたほうが、円滑に運営できるのではないか。
【増田委員】：部会長副部会長は次回の会議で選定させていただくこととする。

２．県内における免疫抑制・化学療法によるＨＢＶ再活性化への対策について
【増田委員】：協議事項の二つ目が、HBV再活性化への対策ということだが、県内への啓発文書の作成を依頼している安次嶺委員が欠席のため先送りとなるが、今並行して琉球大学病院においても院内規程を作成中なので、でき次第、安次嶺委員に資料としてお渡しし、次回の医療部会で提示したい。規定づくりといっても、学会のガイドラインに、少しエッセンスを加えた程度なのだが、院内の委員会で話をしたところ、確かに注意喚起は必要だということで、異論なく作成することとなった。宮里委員がご発案いただいたことだが、那覇市立病院はいかがか。
【宮里委員】：注射に関しては元々チェックしていたが、内服に関しても、薬剤部がチェックすることになっており、処方箋を出す際にアラートが出るようになっている。しかし院外処方においては、ダブルチェックに対してのアプローチができていないため、部会として薬剤師会に要望する形で、ご協力いただく必要がある。そちらへのアプローチも含めてここで決議いただき、安次嶺委員に依頼している啓発文書が作成でき次第、取り組みを始められると思う。

３．市町村ごとの死亡率について
【増田委員】：市町村ごとの死亡率について、資料５になるが、こちらは沖縄県がん診療連携協議会の有識者委員の埴岡先生が出されたデータで、医療部会においても協議いただきたいと考え提示した。具体的には、標準化死亡比（SMR）というのがあるが、これは日本全体の死亡率

を 100 としたときに、どれぐらいそれより増えているのかというもので、これ自体は 1，2%の多少の誤差はあるが、5%のずれはないので、一つの目安にはなる。行政や医療の方向性を見極めていく際に参考とすることが多い。日本平均より良い場合はグリーンが濃くなり、悪い場合はピンから赤へと色が濃くなっていく。大腸がんは悪いが、他のがんの場合は、日本平均よりも良く、グリーンになっているところが多い。もう一つは肺がんの女性が悪いことがわかる。これを別のグラフで見ると、大腸がんは、全国平均を 100 とすると宮古が 125 で、死亡率は 1.25 倍、浦添市、うるま市が 1.23 倍になる。これは以前からわかっていたことだが、今帰仁村と南城市以外の県内市町村では 100 を超えている。ただ人口の少ない離島僻地で、人口が 1 万を切ると変動があり、1,000 を切るとさらに大きく変動するのはご存知の通りである。肺がんでは、石垣の女性が以前から悪かったが、今回特に悪く、南城市とうるま市の肺がんも 1.1 倍で、1 割増しを超えており問題である。年齢調整死亡率については、40 年間の推移でいうと、もともと沖縄は良かったのだが、近年、全国平均値に詰まってきており、これは憂慮すべきことだろう。女性は特に良かったのだが、この 40 年間でだいぶ悪くなり、2015 年の死亡率でいうと、全国平均より少し良い程度でしかなくなっている。この状況をご理解いただき、今後、喫煙率や検診率などのデータも提示していくので、いずれあらためて協議いただきたい。

４．希少がん対策について

【増田委員】: 前回までの協議会で、希少がんと診断されたら、担当医師は琉球大学へご紹介いただくようお願いすることが決議された。希少がんは原則琉球大学の方に集めることになったということで確認いただきたい。希少がんは人口 10 万人あたり 6 例未満とされているが、臨床医の感覚で、普通見られないようながんは全て琉大の方に送っていただきたい。逆に主要ながんはしっかり見ていただきたいと思う。うちなーがんネットがんじゅうのホームページの下の方に、希少がんのバナーが出ており、そこをクリックしていただくと希少がんの治療先の案内ページに飛ぶようになっている。また沖縄がんサポートハンドブックのページにおいて、希少がんと小児がん診療病院ということで、希少がんとは発生の稀ながんで、沖縄県内では希少がんの診療経験が豊富な琉球大学病院での診療が推奨されるということで、明記されている。

５．難治がん対策について

【増田委員】: 資料 7 になるが、今後、膵臓がんなど肝胆膵のがんをどうするべきか、また県全体で協議する必要がある。川満委員のところでは肝胆膵の医療はどうなっているだろうか。

【川満委員】: 診断はできている。治療に当たっては、胆のうがんと膵がんでも取れるものは、当院の外科で取っている。ただ、かなりアドバンスの場合は、琉球大学病院に送っている。

【増田委員】: ここの領域では習熟した外科医のいらっしゃる県内で 1、2 ヶ所に患者を集めて手術を行っていただくべきではなかと以前から意見が出ているが、なかなか現実化してない。いずれは集約していきたい。ただ手術は集約してもよいが、その後の薬物療法は各施設で対応いただく必要がある。とはいってもまずは開業されている先生方に腹部エコーで発見いただくにあたって、ある程度精密なものにしていただく必要があるという話が前提としてあり、そこでスクリーニングをかけて広くすくい上げられるよう、行政と医師会で取り組んでいただいているところだが、今後、患者会の方々に説明する予定となっているが、ご意見を頂戴したい。

【川満委員】: 宮古の現状としては、多分消化器内科が大きく関わってくると思うが、現状として今医師が 2 人しかいないため、マンパワーで足りていない。

【増田委員】: 拾い出すのは地元の開業医だと思うが、腹部エコーができる開業の先生は何名いらっしゃるのか。
【川満委員】: 腹部エコーができるのは、 3 人程度ではないか。
【増田委員】: 多分そこが原動力となり、何かあったときに腹部エコーをして、もう少しトレーニングを重ねていただく中で見つけていただき、専門医のいる病院にご紹介いただく必要がある。しかし人口 6 万弱の島民を 3 人でスクリーニングにかけるというのは現実的ではない。
【川満委員】: 確かに難しいと思う。
【増田委員】: 難しければ、ハイリスクの方だけを選んで検査していただくことになる。例えば肉親に膵臓がんの人がいる人は、必ず 1 回は検査に行きましょうといった啓発を行う必要がある。検査で引っかかったら精密検査を促すというように、医者の方からも患者さんに声かけをして啓発していただきたいが、宮古に限らず啓発しても実際に行くかどうかの問題もある。
【川満委員】: 大腸も高いが、その辺からしても行えていないところがあり、厳しいと思う。
【増田委員】: 陽性反応が出て大腸がんの疑いがあるとお知らせが行くにも関わらず、精密検査をしない人は多く、それで来ないのに肉親で膵がんの人がいたら腹部エコーに来てくださいと促しても来ていただけるとは思えない。宮古だからというよりも、日本全部の問題だと思う。

６．小児がん治療後の長期フォローアップ外来について

小児がん治療後の長期フォローアップ外来については、各県に必ず 1、2 ヶ所の設置を義務づける話になっており、琉球大学病院では、百名先生が離任されるまで小児がんフォローアップ外来をされていた。今回、異動されたので、後任のかたに引き続き対応いただき、できればこども医療センターの方でも診ていただきたいと思っているところである。次回の 8 月の協議会や小児 AYA 部会で、この小児がんの長期フォローアップ外来について協議する予定だが、大枠としては琉大病院とこども医療センターに設置いただけると、幸いこども医療センター自体は隣に南部医療センターということで総合病院も隣接しているだけでなく、県内の小児がんの 99%を琉球大学病院とことも医療センターでしか見てないので、非常に効率的だと考えている。両施設でフォローアップをかけるのだが、問題は居住地が県全体にばらけるので、その際に宮古地区と八重山地区にいる小児がん患者、おそらく数人だと思うが、その人たちに本島まで来てもらうのか、それとも地元で診ていただくのかという話が出ることになるかと思う。ただ、このフォローアップ外来での受診は基本年に 1 回なので、来ていただけたらと思っている。
【川満委員】: 小児科の方にも話を聞いてみたいところだが、宮古だと交通費の面で通院先が沖縄本島となると問題になることが多いが、子どもであれば多分本島に行くと思う。
【増田委員】: ただ問題は 30、40 代になった方に来ていただく必要もあり、渡航費の面で年 1 回とはいえ来ていただけるのかということになる。マニュアルなどをお渡しして受診の道筋を整えるのが最も良いのだが、日本全体でのガイドライン自体が策定されていないというのが実情である。フォローアップ外来でやるべきことが大変で、長時間の検査を要すると同時に、知的レベルに加えて、特に内分泌のチェックが必要なので、泌尿器科と婦人科の方が慣れてないと外来対応が難しいことと、それをどのように説明するかという点でもデリケートなことなので、できれば対応できる人材が揃っている本島まで来ていただくことになると思う。できれば、川満委員には児科の医師にこれまでに何か問題になったことはなかったか聞いていただきたい。
【川満委員】: 情報を収集してみる。離島から本島に診療を受けに行く際は、専門的な治療が必要という理由があれば補助が出るので、それに該当すれば本島で受診できるのではないか。

【増田委員】:おそらく数人程度で圧迫することもないので、そのときはよろしくお願いしたい。

７．パネル検査の啓発について

【増田委員】: パネル検査の啓発についてだが、がんの発症は沖縄県で１万人程度なのだが、そもそもパネル検査にかかる患者さんの数が人口比およびがんの発症率、地域がん登録などをふまえても、今年間ですね 5、60 例でかなり低い状況である。もちろんお年寄りがそれをする必要ないと思うが、それでもかなり低い。県内で毎年 1 万人が発症しているなかで毎年五、六十人のパネル検査数というのはかなり低いと思う。本島内でもあまり来ないなかで、宮古、八重山から来ることがなおさら難しいことは承知しているが、総論としてはやはり少ないので、もう少し増えてもよいのではないかと思っている。資料９は琉球大学病院でのがん遺伝子パネル検査数になるが、こうして全く来てないわけではなく、大体右肩あがりで少しずつ症例が集積されている。月ごとに見ると違うところもあるが、大体月 5 例程度がん種に関わらず実施されている。まだデータとして正確な数字はまだ出ていないが、首都圏と地方でかなりの違いが出ているようで、地方の都道府県だと、おそらく全国平均の 2 分の 1 以下もしくは首都圏の 4 分の 1 の比率になっているようである。首都圏であれば近くにがんゲノムの拠点があって紹介しやすいということもあるのだが、それでもこの地域格差が問題となりそうである。検査数を増やしていくためにも、患者さんに説明だけはしていただけるとありがたい。しかし宮古から月 1 回福岡に通うことになり、それは大変なので、最初の段階で説明しても無理だろうということになるとは思うが、遺伝子パネル検査の説明だけはしていただけるとありがたい。

【宮里委員】: パネル検査に関しては、先生ご存知のように、様々な縛りがあり、ハードルが高いという印象が強いが、そこはアナウンスをしていくことで増えていくのではないか。課題としては、結果を確認する場として、エキスパートパネルということで、九州大学病院との固定された時間なのだが、意外とそちらでの負担感があるようだ。そのため少し工夫が必要ではないか。例えば琉球大学病院も Web でも九州大学病院と繋いでいると思うが、これを各病院も同じようにウェブで繋げられないか検討していただきたい。

【増田委員】: 一応、主治医にお越しいただく方が良いが、琉球大学病院にお越しいただくのは義務ではない。要望として承知した。

８．離島・へき地における疾患別対応状況・課題について

【増田委員】: 離島てき地部会で協議の上作成したトップページで資料１０になるが、こちらのページを開くと、がん種ごとに治療の可否について、北部地区医師会病院と宮古病院、八重山病院でそれぞれ、〇×△で出しているので、ご確認いただきたい。

９．協議会での重点項目について

参加者が少なかったため協議を見送った。

１０．その他

【川満委員】: 大腸がんの死亡率が宮古で最も高いとおっしゃっていたが、別の部会でそのことについて協議したことがあったのだが、私個人の印象としては、特に 50～60 代の独身男性が大腸がんで閉塞しアドバンスで来るという印象があって、その辺りはまさに生活習慣からというか、家庭環境から来ているのではないかと、日常診療しているなかで印象として思っている。

【増田委員】: 当然検診は１回も受けたことはないということになるか。
【川満委員】: 50～60 代の独身男性で検診を受けたことがある人はいないと思う。
【増田委員】: 離島もそうだが僻地の方でもイレウス（腸閉塞）とか吐血で初診となる例が結構多い。聞くと 3 年前に検査で引っかかっていたが、そのままにしていたという人がかなり多く、そのため手術はもちろん化学療法もできないということも多くそこは問題ではある。ステージ 4 だけでなくステージ 3 についても予後が悪いというのも問題である。沖縄県外科会で協議いただいたときの話なのだが、外科会の医師が所属する 10 施設で持ち寄ったデータだと、全国平均並みかそれよりも良かったのだが、全国がん登録で見ると明らかに低かったのである。そこは多分治療の問題だろうということで、おそらくフォローアップできてないからではないかというのが多くの委員の意見だった。例えばリンパ節廓清やアジュバントをしっかりと行ったのかといった問題が提起された。もしくは年度末の医師の異動、交代があるタイミングで治療の途中にもかかわらず患者がドロップアウトして来院しなくなった患者が、数年後にお腹がパンパンに張って来院するケースもあるという話も出た。肺がんも同じように悪いので、こちらについても今後協議が必要だと考えている。本日は委員の参加が少なくお詫び申し上げる。3 ヶ月ごとに医療部会を開催させていただくので、またご参加をお願いしたい。
【川満委員】: しっかりやっていきたい。
【増田委員】: ご意見があれば事務官の方で対応するので、メールなどでご連絡いただきたい。

１１．次年度の沖縄県がん診療連携協議会 医療部会の開催日程について
7 月開催予定で日程調整することとなった。

以上

資料１９

令和３年度　第５回緩和ケア・在宅医療部会 議事要旨

日　時：令和４年３月 23 日(水)　16：05　～17：50
場　所：琉球大学病院がんセンター(ZOOM 会議)

出席者７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)、中島信久（琉大病院)、安次富直美（琉大病院)、足立源樹（那覇市立病院)、三浦耕子（県立中部病院)、増田昌人（琉大病院）
欠席者６名：屋良尚美（県立中部病院)、中村清哉（琉大病院)、酒井達也（八重山病院)、朝川恵利（宮古病院)、岸本友美（沖縄県健康長寿課)、名嘉眞久美（がん患者会連合会）
陪席者３名：安座間由美子(県立中部病院)、有賀拓郎（琉大病院)、三井清美(琉大病院)

報告事項

1. 令和３年度　第４回緩和ケア・在宅医療部会　議事要旨
　資料１に基づき、令和３年度第３回緩和ケア・在宅医療部会議事要旨が承認された。
2. 令和３年度　緩和ケア・在宅医療部会、在宅 WG、研修 WG　委員名簿
　資料２に基づき、在宅医療部会の沖縄県健康長寿課の担当者が岸本友美委員へ変更になった旨報告があった。
3. 令和４年度　緩和ケア研修会開催日程一覧表について
　資料３に基づき、来年度の緩和ケア研修会の日程が確認された。
4. 令和３年度　第４回緩和ケア・在宅医療部会　在宅ワーキング議事要旨
　資料４に基づき、令和３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が承認された。
5. 令和３年度　第４回緩和ケア・在宅医療部会　研修ワーキング議事要旨
　資料５に基づき、令和３年度第３回緩和ケア・在宅医療部会研修ワーキング議事要旨が承認された。
6. 令和３年度　緩和ケア研修会の報告書について
　①中頭病院(第７回)
　　資料６に基づき、増田委員より報告があった。
　②ハートライフ病院(第８回)
　　資料７に基づき、増田委員より報告があった。
　③県立中部病院・県立宮古病院共催(第９回)
　　資料８に基づき、三浦委員より報告があった。参加者が 18 名申込だったが、コロナの陽性者や濃厚接触者と判明された方がいたため 14 名となった。また、講師の先生も濃厚接触者の濃厚接触者となってしまったため、院外より ZOOM で参加していただいたとのこと。研修会自体は特に問題なく行えたとの事だった。
　④友愛医療センター(第 11 回)
　　資料９に基づき、笹良委員より報告があった。開催日の変更が２度あり、さらに急遽 WEB で行うこととなったと。WEB に不慣れな事もあり、ファシリや講師の先生方はハウリングの問題もあったが院内にお越し頂いた。チャットを使用したため、通常の研修会よりも意見

が出やすかったと感じた。上原弘美さんにがん患者体験の講義をして頂いたが、インパクトがあったようで、その後のロールプレイにスムーズに移ることができたと。リアルでもデジタルでもロールプレイの前にがん患者体験の話を聞くのが良いのかと思うとの事だった。また、当日病棟でコロナ陽性者が出てしまった為、スタッフが一カ所に集まることができなかったが何とか終えることができたとの事だった。

⑤沖縄赤十字病院(第 10 回)

資料 10 に基づき、増田委員より報告があった。

7. その他

特になし

協議事項

1. 令和4年度　緩和ケア・在宅医療部会　部会長・副部会長の選任について

資料2に基づき、次年度の部会長・副部会長の選任について協議が行われた。部会長は次年度も笹良委員が継続し、副部会長の野里委員、屋良委員についても次年度も継続をお願いしたいが、不在のため後日メール等で確認をさせて頂きますとの事だった。

2. 令和4年度　緩和ケア・在宅医療部会　委員の選定について

資料2に基づき、次年度の部会　委員の選定について協議が行われた。追加や変更の希望はないため次年度も継続となった。

3. 来年度の事業計画について

増田委員より、前回中島委員から痛みのモニタリングが開始された経緯についての質問があったため、当日資料に基づき来年度の事業計画と併せての回答があった。痛みのモニタリングを行うきっかけとしては、2007年にがんセンターへ移動した際に、病棟で毎日痛みを確認する習慣がなかったこと、痛みの有無や痛みが取れているかの確認もしないことにびっくりした事が始まりだったとの事。その後、緩和ケア研修会が始まったが、改善されていると実感がなかったため、自身で勉強し、直接主治医が痛みを確認し、その場で解決（難しければ緩和ケアチームへ依頼）するのが一番インパクト評価的には高いと結論に至った。その事について、笹良先生や当時の部会の委員へ相談したり、厚労科研の的場班へ参加したことがモニタリングを始めた私の経緯となるが、他の方も別のご意見があれば補足をして頂きたい、との事だった。

中島委員より、こういったプログラムで行うことは良いと思うが、中間アウトカムや最終アウトカムが示されているのに、評価をしないまま行うのは違和感があると意見があった。評価を行えば、良かったことは全病院に取り入れたり、一部の部門でしかできていない病院ではどうやって広めていったらよいかが見えてくるはずとの事だった。最終アウトカムにたどり着くための中間アウトカムの評価をして修正すること等、今まで関わられた方に再考していただきたいと依頼があった。

笹良委員より、メソドロジーについて、スクリーニングの行い方が各施設で少しバラバラと思うが、どういったものを考えていらっしゃるか中島先生に教えて頂きたいと依頼があった。

中島委員より、具体的にどのくらいバラバラだったのか、出来上がったスコアのばらつきを明確に教えて頂かないと正確な返答はできないので、具体的にバラつきというのを箇条書きで教えて下さいと笹良委員へ質問があった。

笹良委員より、一つは対象となる診療科、もう一つはスクリーニングの前の分母となる患者さんの抽出方法がバラバラである事と回答があった。痛みの測り方やモニタリング、聞き方は統一していると思うが、分母(対象患者の抽出が化学療法室のみか、全がん患者さんなのか、この診療科だけかなど)が各病院でバラバラなので除痛率を出すと施設間格差が生じており、施設の中で継時的変化は分かるが、比較するようなものにはならないため除痛率を出す事に疑問を感じているとの事だった。ただ、モニタリングすることの習慣づけは今回の診療報酬改定について貢献度はあり、アウトカムとして出すとしたらそのメソドロジーをどういう風にするのか中島先生に教えて頂きたいと質問があった。

中島委員より、診療科が限られている事と、取りやすい人から取れて、取りにくい人からは取れない、慣れてない病棟担当者がいる病棟はあまりうまく行かなかった、など全てサンプリングバイアスで日常臨床では普通にあるはずとの事。全病院でやる前に一定のサンプル、いくつかの病院にとってやりやすい、スタッフの揃っている診療科で取りやすい患者さんから取ったというサンプリングのバイアスがある研究をしました、という横断調査が一つと、評価をして介入をした前後比較でサンプリングバイアスがかかったグループに対して介入を行った効果がある事を見るのがもう一つの方法と提案があった。2ndステップの取組みを考えるとしたら、対象を広げるのか、それとも、介入の前後比較で困っている人を抽出できると思うので、そちらに対して大きなエフォートを投資する介入をするかなど方向付けができるので皆さんで行ってみてはいかがでしょうかと提案があった。

有賀先生より、診療情報管理的な話からするとテクニカルなやり方がいくつかあると思うが、DWHやBIツールを診療情報管理センターで動かして、患者属性を入れてどういう患者さんに介入したら効果があったか、逆にスクリーニング頻度を下げて良い等、数字を出せそうな気がすると意見があった。同じ取り組みは同じ電子カルテを使っていないと難しいとは思うが、県内ではSSIの電子カルテがメジャーなので、できなくはないと思うとの事だった。除痛率を出しているときのデータを私と山本先生に見せてもらって付加できる患者データやアウトカムやメソドロジーを教えてもらい、現場の看護師さんたちに明日から記載して頂ける意欲を出して頂けるような結果が出せればと思った、との事だった。

中島委員より、中部病院は3つくらいの診療科からデータを取っていたと思うが、数が少なくても良いので出してみて、そこから介入しているグループを抽出する事は、琉大程のナンバーがなくてもやる意味はあると思うとの事だった。琉大は今あるデータを操作して頂ければ1週間の変化のスコアを見れるし、介入をいくつか区分けしておけば、やった、やらないの変化を見るのは難しくなく出来るのではと思う、と意見があった。

笹良委員より、琉大で雛形的にデータ解析を行ってもらい、他の病院も同じように解析できたらよいと提案があった。

増田委員より、診療管理室と相談して行っていきたいので有賀先生お願いしますと依頼があった。

5. 緩和ケア情報シート（英語版）の公開について

安次富委員より、資料18に基づき報告があった。前回報告時、校正してもらった方が良いという指摘があったため、中島委員から伺った校正会社へ依頼した。校正後、安次富委員のアメリカの友人の看護師さんへ確認してもらったとの事だった。中島委員より、①英語が読め

ない日本人の医療者に対しては大丈夫か、②タイトルについて、患者用は「For patients who wish to be …」だが家族用は「For families of the patient wish to…」となっており、「who」がない事について質問があった。安次富委員より、①日本語の緩和ケア情報シートを使用しているので看護師も対応できると思う、②校正後は「For families of the patient who wishes to …」となっていたが、アメリカの友人へ確認したところ「wish to」へ修正したとの事。中島委員より、文言変更については、校正者の意図もあると思うので再度校正会社へ確認し、ファイナライズした方が良いのではと提案があった。

増田委員より、安次富委員と事務局で相談します、と回答があった。

6.「沖縄県内のがんに関する医療情報」のがんじゅうネット掲載について

笹良委員より、各施設の緩和ケアチームや病棟のキーパーソンの方が4月になると異動になったり、変更になったりするため、地域の中でのがん情報や、県外から来る人も困らないよう、がんじゅうネットに緩和ケアに関する人材について掲載し、情報提供の場として活用したいと提案があった。何を聞いて何を載せるのかはまだ具体的に決めていないので、案があったらがんセンターの事務局へご意見をいただきたいと提議があった。

増田委員より、一般県民向けか、医療者向けか、それぞれ作成に時間が必要かと思うのでどちらを先に作成するか決めて頂きたいと依頼があった。

笹良委員より、誰がどこにいるのかなど医療スタッフ向けの物があると有難いと思っていると回答があった。

中島委員より、医療者向けの入口情報を作成することについて、ファイザーのアメリカ本社のコンペで通ったので始めようと思っていると情報提供があった。棲み分けしながら一般向けと医療者向けのものを始めて、最終的にリンクを貼ったら良いと思うとの事だった。2年計画で動かし始めるところで笹良先生のお知恵をお借りしたいと依頼があり、増田先生の方は今のマンパワーで進めて頂ければと思うと提案があった。

7. 次回令和4年度第1回緩和ケア・在宅医療部会の日程について

令和4年6月頃　15:00～17：00の間で1時間予定

8. その他

足立委員より、次回の「痛みのスクリーニングと結果のフィードバック及び主治医(チーム)の行動変容について」のデータは今までと同じく必要なのですかと質問があった。データを出す事について、元々拠点病院の指定要件にスクリーニングを行うという項目があり、「みなさんどうしていますか」が始まりだったと思うとの事だった。全県でやるのが良いが、当時の豊見城中央病院ではスクリーニングの実績があったので、4病院で始めていき、3つの拠点病院でスクリーニングが出来て、主治医にフィードバックが出来るようになることが最初は目的だったため、漫然と報告のみが続いていたと思うとの事だった。琉大がスクリーニングの雛形を作成するのは良いが、大学が行うことに中部病院と那覇市立病院はついて行けるのかが不明との事と、一度今行っている事の方向性をきちんと指定して頂きたいと依頼があった。

有賀委員より、研究と診療報酬がごちゃ混ぜになって議論されていて、診療報酬取るかは病院が決めることで、研究グループとしては沖縄県のがん診療をよりよいものにしていくと思うのであればもっと前向きに進めて意味を持たせてという話と思うと意見があった。

笹良委員より、議題になくても引き続きモニタリングはして頂くことになると思うが、もし

この議題から外すとモニタリングがなくなってしまうというのであれば載せていた方が良いと思うと意見があった。

足立委員より、がんを診る病院でスクリーニングしないというのはあり得ないのでこの報告を止めても少なくとも拠点病院では続くとの事。今日もそうだが、以前もデータの報告が割愛されたので、他に重要な議題があるのであれば発表しなくても良いのかなと思っていると意見があった。

笹良委員より、モニタリングはして頂くけど、ここでの解析の手順やメソドロジーを行った上で再構築するという事でどうでしょうかと提案があり、次回よりデータ提出は不要となった。

以上

第 5 回沖縄県がん診療連携協議会緩和ケア在宅医療部会　在宅ワーキング議事要旨

日　　時：令和 4 年 3 月 30 日（水）16：30　～　17：50

場　　所：ZOOM（WEB 会議）

出 席 者:8 名　喜納美津男（きなクリニック）、宮城愛子（訪問看護ステーションアレグリア）、東恩納貴子（那覇市立病院）、屋比久倫子（八重山病院）、嶺井朝美（北部地区医師会病院）、笹良剛史（豊見城中央病院）、徳盛裕元（すまいるサポート株式会社）、増田昌人（琉大病院）

欠 席 者：5 名　金城隆展（琉大病院）、成田奈緒子（北部地区医師会病院）、荷川取尚樹（花あかり合資会社）、長野宏昭（中部病院）、金城美奈子（宮古病院）

陪 席 者：2 名　有賀拓郎（琉大病院）、三井清美(琉大病院)

報告事項

1. 令和 3 年度　第 4 回緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキング議事要旨

   喜納委員より、資料 1 に基づき、令和 3 年度第 4 回緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキング議事要旨の報告があった。協議事項 1.来年度の年間活動計画の記載内容、「在宅の現場でのコロナ対応」について、現在、西崎病院の新屋先生が中心になり、県医師会とコロナ対策本部と一緒に体制作りを行っているとの事。また、医療機関だけでなく、介護施設についてもコロナでの欠勤情報なども取り上げるようになり、待期期間も短縮されるようになっていると追加報告があった。

2. 令和 3 年度　第 4 回緩和ケア・在宅医療部会研修ワーキング議事要旨

   喜納委員より、資料 2 に基づき、令和 3 年度第 4 回緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキング議事要旨の報告があった。

3. 令和 3 年度　第 4 回緩和ケア・在宅医療部会研修ワーキング議事要旨

   資料 3 に基づき、喜納委員より令和 3 年度第 4 回緩和ケア・在宅医療部会議事要旨の報告があった。

4. 令和 3 年度　緩和ケア在宅医療部会/在宅 WG/研修 WG 委員名簿一覧

   喜納委員より資料 3 に基づき、令和 3 年度　緩和ケア在宅医療部会/在宅 WG/研修 WG 委員名簿一覧の報告があった。

5. 沖縄県緩和ケア研修会 2022　開催予定について

   増田委員より、資料 5 に基づき報告があった。一覧の医療機関は開催実績がある病院を掲載しているので、全病院で今年開催されることを約束するものではないが、琉大、那覇市立病院、中部病院は拠点病院なので開催は必須となっているとの事だった。琉大は 7 月か 8 月での開催を検討していると報告があった。

6. その他

   特になし

協議事項

1. 来年度の年間活動計画について

増田委員より、資料はないが、来年度の活動計画について何をしたらよいか話して頂き、ご意見を頂戴したいと依頼があった。

喜納委員より、コロナ禍のため、在宅医療を実施しているところで直接集まって意見交換が出来る場がないことが問題と思っている。状況把握のためにまずアンケート調査などが出来ればいいと思っているとの事だった。

宮城委員より、那覇市医師会が独居老人の意思決定支援について勉強会を始めているが、参加者が多く、ACP に関するニーズがあるのを感じている。また、訪問看護ステーション同志の交流の機会も減り、訪問看護も全体の状況が分からないと感じているとの事だった。

徳森委員より、病院から在宅に戻った時に、コロナのため、病院からの情報提供が不足していたり、本人の状態が確認できなかったりで、介護保険環境の再調整を行うことが何度かあり、コロナ禍での情報共有の仕組みが必要だと感じていると意見があった。

喜納委員より、アンケートを実施するにあたり、診療所・訪問看護ステーションを対象として行いたいので、アンケートの質問事項について宮城委員、徳盛委員、増田委員で打ち合わせを行いたいと依頼があった。また、退院カンファレンスの実施状況について病院はどうなっているのか質問があった。

東恩納委員より、那覇市立病院は対面で行うこともあるが、ZOOM を使用する機会が増えてきていると回答があった。

2. 緩和ケアに関するクリティカルパスについて

増田委員より、琉大の緩和ケアセンター 副センター長の中島先生に以前確認したところ、作成するときは各施設で作成することになっており、LCP であれば出来るとお話されたとの事だった。また、拠点病院の指定要件改定の委員になっているが、緩和の在宅の部分について 4 月 20 日～5 月の GW 明けあたりに話し合いが行われる予定だが、クリティカルパスが変更になる可能性もあるため、分かり次第ご報告しますとの事だった。

3. 次年度ワーキング長・副ワーキング長の選出について

次年度のワーキング長は宮城愛子委員、副ワーキング長は喜納美津男委員と東恩納貴子委員に決定した。

4. 次年度ワーキング委員の選定について

嶺井委員より、成田委員が退職されると報告があった。

笹良委員より、西崎病院の新屋先生を追加されてはどうかと提案があり、他の委員から異議はなかったため、加入して頂くよう笹良委員から連絡を取って頂くこととなった。

徳盛委員より、沖縄県介護支援専門員の理事を紹介させてもらい、交代か、1 年間は一緒に委員をさせて頂きたいと申し出があった。また、ワーキングについて紹介のパンフレットを頂ければ理事の方に紹介できるのでお願いしたいですと依頼があった。

喜納委員より、那覇市のちゃーがんじゅう課からも参加頂こうと思っていたが、まずは新屋先生と介護支援専門員の方を優先にしたいとの事だった。間に合えば次回からお 2 人とも参加していただきたい、また、他の委員も継続でお願いしますと依頼があった。

5. 次回の在宅ワーキングの開催日程について

2022 年 6 月 29 日(水)　16：30～開催で決定した。

6. その他

増田委員より、次年度の活動計画についてアンケート以外にあれば提案頂きたいと依頼があった。

笹良委員より、在宅医療部会でも話したが、地域の緩和ケアに関わる人材情報や薬局の薬の管理、がん患者さんでも受け入れている施設などプロ向けの地域の情報について、がんじゅうネットへ掲載したいと思っているという事と、がん患者さんは琉大中心に全圏移動するので、がんの緩和ケアを担当する在宅の先生方や訪問看護ステーション、介護施設、ケアマネさんなどでの ZOOM 会議を開催したり、その会議の内容をがんじゅうへ掲載したらどうかと提案があった。

喜納委員より、在宅医療の部分について、比較的若手の先生がどの程度実践されているかどうか興味があるので、意見交換できたらいいなと思っていると。緩和の情報については沖縄県の「医療介護おたすけマップ https://okinawa-homehealthcare.com/」というものもあるので、そちらにリンクを貼るもの良いかと思ったが、こちらは一般の方向けのサイトとなり、麻薬を扱っている情報は公表しないで欲しいという薬局もあるので、その部分はクローズにしての情報提供になると思うと意見があり、アクセス制限をしながら見ることができるサイトがあればいいと思うとの事だった。

アンケートの内容としては、がんの療養について、コロナで困っている事はないか聞きたいと思っていると喜納委員より意見があった。その他に、病院から在宅、にあるいは在宅からホスピスへの流れがコロナ前と比較してスムーズか、ACP の問題はどうか、がんの患者がコロナに感染した場合の対応はどうなっているか、などの項目を検討している。がんに限らず、困っている事などを来週くらいまでに在宅ワーキング委員のメーリングリストへ連絡して頂き検討したいとの事だった。

笹良委員より、麻薬を飲んでいる人で安定している患者さんの施設への受入れ状況や、がんの病名がついている人が発熱した場合の対応、抗がん剤を使用している患者さんの扱いで困っている事はないか(受入可か)、嘱託医の先生はいるけど、専門家の意見を聞きたいという気持ちが患者さんにあるのか、など分かると良いという意見があった。

（以上）

令和４年度第１回緩和ケア・在宅医療部会 研修ワーキング 議事要旨

日　時：令和４年５月 29 日(水)16：00～17：15
場　所：ZOOM による Web 会議

出席者 14 名：足立源樹（那覇市立病院)、中村清哉（琉大病院)、安座間由美子（県立中部病院【三浦耕子代理】)、笹良剛史（豊見城中央病院)、野里栄治（北部地区医師会病院)、久志一朗(沖縄病院)、新里誠一郎（浦添総合病院)、神山佳之(南部医療センター・こども医療センター)、西原実(ハートライフ病院)、新屋洋平(西崎病院)、朝川恵利(県立宮古病院)、林正樹（中頭病院)、友利健彦（沖縄赤十字病院）増田昌人（琉大病院）
欠席者１名：酒井達也(県立八重山病院)
陪席者１名：三井清美(琉大病院)

報告事項

1.令和３年度　第４回 緩和ケア・在宅医療部会 研修ワーキング議事要旨について
　資料１に基づき、令和３年度第４回緩和ケア・在宅医療部会研修ワーキング議事要旨が承認された。

2. 令和３年度　第1～5回 緩和ケア・在宅医療部会 議事要旨について
　資料２に基づき、令和３年度第４回緩和ケア・在宅医療部会研修ワーキング議事要旨が承認された。

3.令和４年度　緩和ケア・在宅医療部会研修ワーキング委員名簿一覧について
　資料３に基づき、令和４年度　緩和ケア・在宅医療部会研修ワーキング委員名簿一覧が承認された。

4.令和3年度　沖縄県緩和ケア研修会の報告書について

(1) 中頭病院
　林委員より、第7回緩和ケア研修会について、18名の参加を予定していたが、研修医と看護師が不参加となり、16名となったと報告があった。大きな問題もなく終了したと報告があった。

(2) ハートライフ病院
　西原委員より、第8回緩和ケア研修会について報告があった。コロナ禍で感染者の多い時期であった為、院内の参加者に絞り開催したとの事。また、「e-learningの復習・質問」の時間が非常に短く設定してあったため、精神科的な内容は「コミュニケーション」のセッションで時間を増やし行い、ACPに関しては「ふりかえりと修了式」の時間に復習を行った。コロナの影響でファシリテーターに3名欠員があったが、受講者は全員参加でき、概ね前向きな感想が多かったとの事だった。来年の緩和ケア研修会は2月頃の予定と報告があった。

(3) 沖縄県立中部病院・沖縄県立宮古病院（共催）

安座間先生より、第9回緩和ケア研修会について報告があった。コロナの影響で研修医が2名欠席、安座間先生もWEBでのレクチャーとなったとの事だった。コロナの対策を行いながら開催し、その後、陽性者は出ていないと報告があった。

(4) 友愛医療センター

笹良委員より、第11回緩和ケア研修会について報告があった。当初現地開催の予定だったが、最終的にWEB開催となった。講師は病院内の別々の部屋から参加、グループワークのホワイトボードへの記入はファシリテーターで対応した。また、ホワイトボードはGoogleの「スライド」を使用した。良かった点は、「がん患者等への支援」の講義をロールプレイの前に行い、チャットで感想をお願いしたところ、熱い意見が沢山あり、モチベーションが上がったようで、その後のワークにいい影響を与えた印象だった。対面ではなかなか意見が出なかったりするので、スマホからチャットのような形で意見をお願いするのも方が良いかもしれないと感じたとの事だった。

(5) 沖縄赤十字病院

友利委員より、第10回緩和ケア研修会について報告があった。コロナの状況を鑑み、院内のみで実施した。同じ病院勤務で予防接種も行っている方達のためアクリル板は使用しなかったとの事。研修医が多かったが、経験のある看護師さんに数人入ってもらい、内容は難しいところもあったが、ベテランの意見を聞くことができ勉強になったのではないかと思うとの事。赤十字病院は2年に1度の開催にしようと思っているので、今年度は開催しないと思うと報告があった。

足立委員より、前年度の緩和ケア研修会は全て終了し、クラスターなどはなかったかと思うが、今年度も引き続き感染対策を行い、実施して下さいと依頼があった。

5. 2022年度国立がん研究センターが実施するがん診療に携わる医療従事者等に対する研修について

増田委員より、国立がん研究センターで開催される今年度の研修について説明があった。資料で使用している表は緩和ケアの研修部分を抜粋したものとなっているとの事。都道府県指導者養成研修（緩和ケアチーム研修企画）と同フォローアップ研修についてはおそらく琉大は参加しないと報告があった。地域緩和ケア連携調整員研修と同地域緩和ケア連携フォーラムについても現在のところ琉大は参加しないとの事だが、他の病院ではどうかと質問があった。また、研修の一覧については4月1日か2日頃に6つの拠点病院・診療病院に国がんから病院長あてに送付されているはずなので、締切が早いものもあると思うので是非確認して下さいとの事だった。

笹良委員より、拠点病院で参加する人がいなくても、他のがんを診療する病院から参加する事は可能かと質問があった。増田委員より、こちらから問い合わせてみますと回答があった。

足立委員より、既に参加が決まっている施設はありますかと質問があったが、特に回答はなかった。各病院で検討いただき、次回の研修ワーキングにて報告くださいと依頼があった。

6.その他

特になし

協議事項

1. 令和4年度　緩和ケア研修会の開催について

足立委員より、現在緩和ケア研修会の開催予定について説明があった。開催方法について、琉球大学病院はWEB、那覇市立病院と南部医療センター・こども医療センターは現地開催と中村委員、足立委員、神山委員よりそれぞれ報告があった。

笹良委員より、友愛医療センターは12月か1月の前半に実施する予定と報告があった。

他の病院で予定が決まったらがんセンターの方にご報告くださいと足立委員より依頼があった。

2. 令和4年度緩和ケア研修会の統一カリキュラムについて

足立委員より、緩和ケア研修会のプログラムについて説明があった。

笹良委員より、WEB用のプログラムだと「がん患者等の支援」が前半に来ているので、グループワークにスムーズに入ることができ良かったと意見があった。

足立委員より、プログラムの順番変更は可能なので各病院検討してみて下さいと依頼があった。

3. e-learning修了生（医師）の緩和ケア研修会未受講に関する取り扱いについて

e-learningのみの受講生について、対象者がいる病院について対策はしているかと足立委員より質問があり、今年は受講を希望していたり、受講するように促していると各病院から回答があった。

4. 緩和ケア研修会の修了割合について

(1)琉球大学病院

中村委員より、前回から受講率は上がっているが、初期研修医の受講が少ないのでいかに上げていくかが今後の課題かと思うと報告があった。

(2) 那覇市立病院

足立委員より、受講率が悪いので、もしかしたらがんを診療しない医師の数も入っている可能性がある。来週確認し変更があれば連絡しますと報告があった。

(3)県立中部病院

安座間先生より、がんを診ている診療科の数字は良いが、全体で言うと79%になってしまい、共催のためには受講率85%以上必要なので数字を上げなくてはいけないと報告があった。

(4)北部地区医師会病院

野里委員より、がんを診る対象科の先生の研修は終わっており、他の病院から異動されてきた研修医1名のみ未受講と報告があった。

(5)県立宮古病院

朝川委員より、昨年度よりは受講率は増えていると報告があった。研修医の3名全員

が未受講のため、受講するよう働きかけていくとの事だった。

(6)県立八重山病院

酒井委員不在のため報告なし。

増田委員より、対象の診療科の一覧があるので、厳密にチェックして頂き、各病院で行う緩和ケア研修会で賄いきれるのか確認して下さいとの事だった。

中村委員より、今年度琉大は定員49名で外部の枠もあると思うので申込をお願いしますと依頼があった。

5. 令和4年度患者の意向を尊重した意思決定のための研修会(E-FIELD)開催について

笹良委員より、まだ今年度の連絡は来ておらず、分かり次第連絡しますと報告があった。

6. 緩和ケアチーム実地研修の開催について

増田委員より、義務ではないがコロナの影響もあると思うので、今年度は行うかどうか研修ワーキングで決めて欲しいと議題提起があった。

足立委員より、他の都道府県はどうしているかと質問があり、増田委員より、新型コロナの前はがんセンターがあるような大きな病院では実施していたようだと回答があった。

安座間先生より、緩和ケアチームのある病院で他の病院のチームを受け入れて研修させるものかと質問があった。増田委員より、二次医療圏ごとに緩和ケアチームが他の病院の見学を行ったり、カンファレンスや回診へ参加する等の実地研修を行うという事ですと回答があった。

安座間先生よりコロナ禍の状況ではあるが、実習生を受け入れているので、個人的にはできない事はないと思うと意見があった。

義務ではないとの事であれば、各病院では動きにくいので琉大で音頭を取ってもらえると動きやすいと足立委員より意見があり、増田委員より、琉大で調整し連絡しますと回答があった。

7. 次回令和4年度第2回緩和ケア・在宅医療部会　研修ワーキングの日程について

2022年8月頃の予定でがんセンターにてスケジュール調整することとなった。

8. その他

(1)笹良委員より、2点情報共有があった。

① 心不全の緩和ケアの研修会 HEPT　http://hept.main.jp

日本心不全学会で HEPT というプログラムができていて受講できる様になっている。緩和ケアの理事もされている飯塚病院の先生などが中心となり作っているとの事。緩和ケア研修会を受講後、HEPT を受講された方が良いと思う。対象者は医師のみ、循環器のレジデントクラスの知識が必要との事。オンライン研修なので是非ご参加下さいと報告があった。

② 緩和ケアに関連するマインドフルネスとコンパッションに関する日本 GRACE 研究会の研修会　https://grace2022-2day.peatix.com

マインドフルネスとコンパッションを基にしたコミュニケーションのスキルの基盤になるトレーニングの研修との事。オンラインの開催で2日半、参加費は15,000

円、定員が 60 名となっているので、緩和ケアチームへ共有して頂きたいと依頼があった。

(2)増田委員より、拠点病院の指定要件の改定について報告があった。

今回は 4 年ぶりの大改訂の予定となっており、8 月 31 日までに完成品が出る予定との事。大改訂の内容は「都道府県拠点と地域拠点と診療拠点の定義をはっきりさせること」と、「協議会の事業拡大」を目的としているが、沖縄県の実態をベースに改定を行うので沖縄県への負荷は大きくないとの事。ただし、指定要件の義務要件を 1 つでも満たしていなければ 1 年の猶予はあるが、2 年目は即刻指定を外されることになりそうであると。また、今までは義務要件の 1 つが×で、2 年目に克服するものの、別の義務要件が×になった場合はさらに 1 年間猶予が発生していたが、これからはそれがなくなるとの事だった。沖縄県ではがん登録や相談支援の人数で指定要件が充足できない事があるので注意して頂きたいと報告があった。緩和の部分はまだなので、決まり次第連絡しますとの事だった。

以上

資料２０

令和４年度　第１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４年６月２日（木）　15：30～17：05
場　　所：ＷＥＢ会議
構 成 員：16 名

出 席 者：13 名
浜田聡(琉大病院小児科)、銘苅桂子(琉大病院産婦人科)、森島聡子(琉大病院第二内科)、當銘保則(琉大病院整形外科)、伊良波史朗(南部医療センター・こども医療センター)、大城一郁(南部医療センター・こども医療センター血液・腫瘍内科)、新屋敷誠(森川特別支援学校)、城間敏生(沖縄県教育庁保健体育課)、崎間恒哉(代理　赤嶺加奈江　沖縄県教育庁県立学校教育課)、當山美奈子(琉大病院看護部)、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)、増田昌人（琉大病院がんセンター）

欠　　席：３名
比嘉猛(南部医療センター・こども医療センター小児科)、佐久川夏実(南部医療センター・こども医療センターＣＬＳ)、朝倉義崇(中部病院血液・腫瘍内科)、

陪 席 者：１名
石川千穂(がんセンター事務)

【報告事項】

１．令和３年度 第４回小児・ＡＹＡ部会　議事要旨(2 月 24 日)
増田委員より、資料１に基づき説明があり、承認された。

２．小児・AYA 部会　委員一覧
増田委員より、資料２に基づき、説明があり承認された。

３．令和３年度 第１回「妊孕性温存療法」と「がん治療後の生殖医療」WG
議事要旨(2 月１７日)
銘苅委員より、資料３に基づき、説明があり承認された。

４．「妊孕性温存療法」と「がん治療後の生殖医療」WG　委員一覧
銘苅委員より、資料４に基づき説明された。委員追加案についても確認があった。

５．妊孕性温存療法研修会の開催報告
銘苅委員より､資料5に基づき各医療機関での出張研修会の状況について説明があった。今後の予定としては、浦添総合病院で７月に開催予定、他は南部医療センター・こども医療センターへ依頼中とのことだった。

６．妊孕性温存療法のポスター作製について

銘苅委員より、資料 6 に基づき報告があった。各施設にポスターが送付されていることが説明され、患者への情報提供が依頼された。

７．「妊孕性温存療法」に対する医療補助について

資料７に基づき、外間委員より令和 3～４年度現在の申請状況について報告があった。外間委員より、予算確保のため、琉大と友愛医療センターには、実際に温存療法を行った件数を確認したいとの依頼があり、琉大に関しては、銘苅委員より、県と(産婦人科)担当者とで直接確認を取り合ってもらっているとの、回答があった。

8. 令和４年度第１回　小児がん相談支援マニュアル WG　議事要旨【案】(５月 27 日)

増田委員より、資料８に基づき報告があった。議事要旨では、今後の改訂の進め方について話し合われたようだが、各施設での使用状況などの報告があり、当該マニュアルの必要性について改めて審議する必要が出てきた為、WG 委員へ意見収集するとの報告だった。

9. 小児がん相談支援マニュアル WG　委員一覧

増田委員より資料９に基づき報告された。

【協議事項】

1. 今年度の部会長・副部会長の選出及び部会委員の追加について

部会長には浜田委員が選出され、副部会長は、森島委員と銘苅委員が留任ということが承認された。

２．ロジックモデルと今年度の部会活動計画について

当日資料に基づき、今年度の活動計画について増田委員より提案があり、ロジックモデルの個別施策の中から主に教育分野に絞って、意見が求められた。今回頂いた意見を元に、病院側から学校に対してどうして欲しいのか、どのように連携を取り合うのかについて、次回以降協議する。メールでの意見も随時受け付ける。以下、各委員からの情報提供や意見等。

・学校でのがん教育についてはフォローアップしていけそうである。県立高校では今年度より、学習指導要領の中で義務化されており、どの学校でもがん教育についての授業が進められていく予定である。(城間委員)

・AYA 世代のがん治療等、長期にわたり入院している児童生徒へのフォローに関してはまだ課題があり、病院や県の教育機関等が連携しながら問題共有し、フォローアップしていくことが中長期的に必要ではないかと認識している。保護者や児童生徒からフォローを求められた場合は個々に対応しているが、県特別支援学校全体で、医療機関と連携した体制作りができれば理想的である。現状では、義務教育段階の児童生徒や県内の高等学校に在籍中の生徒へは県教育委員会(教育行政)と各学校の連携で支援も進められるが、未就学の AYA 世代の方々への学習支援等のフォローローアップについては、もっと広く県や市町村の福祉行政の力が必要だと考えられます。(新屋敷委員)

・メンタル専門の先生や県のスクールカウンセラーによる、在学生や保護者の不安感や相談へのサポートもある。個人情報であるので児童生徒本人や保護者の了解を得た上で、治療に活かせられるのであれば、病院側との連携も考えられると思う。（新屋敷委員）
・（設置義務があるわけではないが）卒業生の会がどの学校にもあり、卒業後も保護者の交流はある。（崎間委員　代理　赤嶺さん）
・（赤嶺さんの発言に対して補足）卒業生の保護者が中心となり各特別支援学校単位で、成人式やスポーツ行事等で交流する「青年教室」が定着している。（新屋敷委員）

〇がん教育に関する質疑応答が以下のようにあった。
【金城委員より質問】がん患者は治療後に学校に戻ってから、容姿のことでいじめにあったりする場合がある。がん教育の中には小児がんのそういう問題に関して触れる枠も設けられているか。
【城間委員より回答】小児に関して多くの割合を取るということは難しいが、これまではがん教育に特化した教育内容は設けられていなかったので、がんに関して知ることが出来る機会を得られることは一歩前進と考えられる。また、偏見等に関連する人権教育にも触れながら進めていくところもとても大事なポイントになっている。
【増田委員より補足】がんになる原因や予防、健診、治療方法を伝えると時間いっぱいになてしまうが、がん患者が周りに結構いること、偏見をもたないようにしましょうという話は伝えられる。もう一コマ設けて、患者と保健体育の先生とで授業を行う学校もあり、そういう場合は、もう少し踏み込んだ内容で伝えることができ、生徒たちの理解も良いようだ。

３．小児がん長期フォローアップ外来について
　増田委員より、各施設の小児がん長期フォローアップの状況について確認があり、各委員より下記の通り、提案や意見等があった。次回以降も継続して審議を行う。

〇資料 11 に示されたように､第 2､第 4 週の金曜に長期フォローアップ外来が設置されている。
・大人になった患者さんの人間ドックについては腫瘍内科医が担うのがよいのではないか。生育医療センターの長期フォローアップをロールモデルにもできるのではないか。(浜田委員)
・造血細胞移植の場合、手帳やマニュアルを充実させて地域連携へつないでいく流れになっている。高度医療が必要な場合を除いて、二次がん検診や、就労、精神的分野等の対応は地域で診ていく方が良いのではないか。(森島委員)
・琉大内では、晩期フォローアップも妊孕性温存に関しても、小児科・産婦人科・整形はかなり密に連携できている。(當銘委員)
・急性期についてはうまくいっている。女性ホルモン補充療法のみの場合等、必ずしも琉大でなくクリニックでもよいケースもあるのではないか。(銘苅委員)
・成人科へ何年かかけて移行していくシステムづくりは必要ではないか。(當山委員)
・子供のころから診てもらっている医師から離れて地域の開業医に移るときの不安感に対して、いきなり移行するのではなく、小児科のフォローを段階的に減らして引き継いでいくのはどうか。(大城委員)
・自身の経験上、また周囲の保護者から相談を受けていても、各市町村に散らばるよりは、各

専門医のいる南部医センター・こども医療センターと琉大の２か所で長期フォローアップを行うことが望ましいと考える。(金城委員)

６．次回開催日程について

８月頃を予定とし、事務局より候補日を挙げて、メールでアンケートを行い決定することとなった。

資料２１

令和４年度 第１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４年５月１０日(火)15:30～16:45
場　所：Zoom を利用した Web 会議
出席者：17 名
松村敏信(県立宮古病院)、菊池馨(県立八重山病院)、赤松道成(北部地区医師会病院)、新崎博美(県立宮古病院)、外間早紀子(沖縄県保健医療部健康長寿課)、我如古春美(北部地区医師会病院)、朝倉義崇(県立中部病院、森隆弘代理出席)、戸板孝文(県立中部病院)、吉田幸生(県立中部病院)、友利寛文(那覇市立病院)、真栄里隆代(ゆうかぎの会)、砂川洋子(ゆうかぎの会)、石田浩子(県立八重山病院)、田盛亜紀子(やいまゆんたく会)、黒島冨士子(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)
オブザーバー：1 名
安次嶺宏哉（沖縄協同病院）
陪席：2 名
並里亜衣、比嘉優花(琉大病院がんセンター)

【報告事項】

１．離島・へき地部会 委員一覧
松村部会長より資料 1 に基づき、令和 4 年度の離島・へき地部会委員について説明があった。

２．令和 3 年度 第 4 回離島・へき地部会 議事要旨について
松村部会長より資料 2 に基づき、令和 3 年度第 4 回離島・へき地部会の議事要旨について説明があり、変更点等あれば事務局へ連絡するよう説明があった。

３．放射線治療施設一覧 更新について
戸板委員より県立中部病院の担当が玉城医師から座波麻耶子医師へ変更があるとの報告があった。修正を行い、がんセンターよりがん治療を行う医療機関へ送付することとなった。

４．離島・へき地における疾患別対応状況 HP 更新について
松村部会長より資料 4 に基づき、疾患別対応状況一覧についての説明があった。
増田委員より今月 5 月中に確認作業を行い、5 月末に 2022 年度版を公開するとの説明があった。

戸板委員より県立八重山病院への医師の派遣状況について説明があり、「県立中部病院、県立南部医療センターより専門医が月１回来院し診療している」に修正することとなった。
やいまゆんたく会の田盛委員より○×△の表記が分かりづらいとの意見があった。記号の凡例の位置を現在の表示位置（表左上）から表の下部の説明部分へ変更することとなった。また、赤松委員より△の表記が患者さんにとって分かりづらい為、一言説明を加えてはどうかとの意見があった。事務局で説明を加え、修正出来次第、各施設へ確認を行うこととなった。
吉田委員より適応無しの項目について記号「―」か「適応無し」のどちらかに統一してはどうかとの意見があり、凡例部分の「―」の記号を削除することとなった。
戸板委員よりトップページの表記方法についてがん種で表記してはどうかとの意見があったが、患者委員より「がん」と表記されると抵抗があるとの意見があり、そのままの表記にすることとなった。
増田委員より、胃の部分にジスト(GIST)を追加との説明があった。松村部会長よりその他変更、修正等がある場合は事務局へ連絡するよう説明があった。

５．その他
特になし。

【協議事項】

１．委員の変更について
真栄里委員より北部地区からの患者会委員を選出してはどうかとの意見があった。
赤松委員より現在、北部で活動している患者会がないため、検討するとの回答があった。
その他委員の変更等があれば、事務局へ連絡するよう説明があった。

２．本年度の活動について
真栄里委員より各病院の課題をどう解決していくか、部会内で協議すべきとの意見が挙がった。
松村部会長より何か協議案があれば事務局へ連絡するよう説明があった。

３．療養場所ガイド改訂、出版について
増田委員より２０１６年に作成した療養場所ガイドを今年度改訂するとの説明があり、改訂・編集の為のワーキングを結成することとなった。
編集には各地域の患者委員に参加してもらい、宮古、八重山、北部地区の医師、腫瘍内科、放射線科の医師に最終確認をしてもらう流れとなり、出版後は一般市民を

対象に名護市、石垣市、宮古島市を除く全戸に配布を行うとの説明があった。

4．本年度の開催日程について

松村部会長より議事次第のとおり説明があり、提案の日程で承認された。

5．その他

特になし。

資料２２

令和４年度第１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４年５月19日（木）14：00～16：30
場　　所：Web（Zoom）会議のため、各施設にて
出 席 者：14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）、仲宗根恵美（那覇市立病院）、糸数真理子（那覇市立病院）、伊禮智則（那覇市立病院）、金城美奈子（県立宮古病院）、岩崎奈々子(県立八重山病院)、島袋百代（ﾊﾟﾝｷｬﾝｼﾞｬﾊﾟﾝ沖縄ｱﾌｨﾘｴｲﾄ）、冨里果林(南部医療センター・こども医療センター)、上原弘美(友愛医療センター)、小波津真紀子(沖縄県保健医療部)、増田昌人（琉球大学病院）、大久保礼子（琉球大学病院）、友利晃子（琉球大学病院）

欠 席 者：1名　樋口美智子（沖縄国際大学）

陪 席 者：2名　有賀拓郎（琉球大学病院）、石川千穂(琉球大学病院事務)

【報告事項】
１．令和３年度第４回情報提供・相談支援部会議事要旨(令和４年２月24日)
資料１に基づき、委員より、令和３年度第４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。

２．がん患者ゆんたく会（1～3月）
資料 2-1～2-3 に基づき、令和４年１月～3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、コロナの影響で１月、２月は開催できず３月のみ開催。参加は少人数であったが、これまでの治療の経過、それに伴う気持ちを十分に語り合うことができた。那覇市立病院は、5月26日の再開に向けて準備中、対面での開催を予定している。琉球大学病院は３月～5月感染対策を講じながら対面で開催。参加者の数は変動しがちではあるが、対面だと参加数は少し増える。直接交流できるため参加者からは非常に好評であると報告された。パンキャンジャパン沖縄支部は、3月26日にオンラインで開催。県内外、また放射線科の医師と看護師の参加があった。すい臓がんが重粒子線治療の保険適応になったことで様々な質問が寄せられたことに対し、医師から丁寧な説明があり良い会となった。オンライン開催は県外からの参加希望者は多いが、県内の新規患者様がなかなか入ってこられないため、今後検討が必要。友愛医療センターは、昨年10月からオンラインで試験的に開催している。参加される方は比較的若い方に限定されてしまう印象があり、ハードルの高さを感じている。上原委員より、対面開催時の感染対策について質問があり、大久保委員から琉大病

院での対応として県のガイドラインを参考に人数制限、座席配置や仕切り、除菌などの対応をしていると回答された。

3.がん相談件数（1～3月）

資料3-1～3-6に基づき、令和4年1月～3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

4月から担当が変わったため相談件数は少なめだが、外来の医師からの相談が増えてきており、対応できない場合も多少ある。

○県立中部病院

どの月も主な相談内容は不安・精神的苦痛と、ゲノム医療について多かった。2、3月に妊孕性・生殖機能の外来への紹介の対応があったため、相談件数が増えたとのこと。

○那覇市立病院

前回報告と比較してのあまり大きな変化はなく、ほとんどが院内患者。院外からは1人のみ。紹介経路の7割以上が院内の担当医やスタッフであった。症状や副作用、後遺症の相談が多くなっており、専門看護師が、がん診療連携室に正式に配属され、がん相談支援センターと密に連携を取って対応できるようになったことから、こういった相談が増えてきたと考えられる。患者会について、早くサロンを再開してほしいとの声があった。

○県立宮古病院

コロナの状況下で1月から緩和の認定看護師が外来業務の応援にあたるため、面談・告知同席時にはがん相談員が対応することとし、3月は相談支援センターでの件数が増加傾向。担当医や院内スタッフからの紹介が多く、どの月も症状や副作用、不安、精神的苦痛の相談が多かった。

○県立八重山病院

相談員2人体制だったが、4月からは1人体制のため、件数が減少している。外来から入院まで対応している。全体としては、ゲノムの紹介が少しずつ増えている印象。

○琉球大学病院

2月までは1人体制、3月から2人体制で運用を開始することができている。電話相談は3月から増加傾向。セカンドオピニオンや、いろいろ治療前に意見を聞きたいという相談・問い合わせが増えている。その他1-2割ある。他院に通院中の方からの相談について、内容によっては通院先の相談窓口と相談支援の連携を行っていきたい。

その他、各病院の相談体制について情報交換が行われた。

○友愛医療センター

がん相談支援センターの立ち上げを予定しており、相談員は外科外来に配属とな

っており、相談内容によっては主治医にフィードバック、外来担当の MSW に繋ぐケースもある。また、もともとがんサポート外来の看護師が内科の患者さんをメインに支援しており、今後そちらとの連携も図りつつ、6 月から院内に相談体制の公報をする予定。

○琉球大学病院

入退院支援部門・地域連携室部門・医療相談の機能を持つシエントと、がん相談を担うがん相談支援センターが別々にある。がん相談は相談員 2 人で対応しており、外来の患者さんをメインに関わっている。入院患者さんについては、シエントの退院支援看護師が対応している。外来から入院になった際はシエントへ引継ぎ、退院したらがん相談支援センターで引き継ぐ。様々な分野の専門看護師も多く、連絡すればすぐ対応する。相談支援センターの在籍ではないが、薬剤師へも採用薬の問い合わせなど適宜協力頂いている。また、定期的に相談支援センター連絡会議を開催しており、そこに参加しておられる先生方を中心に連携を取っている。

○那覇市立病院

医療支援部の中に、地域連携室、患者サポートセンター（入退院支援)、総合相談センター（医療福祉相談とがん相談支援センターが合わさった)、がん診療連携室の 4 つの部署がある。対応は相談員と、がん診療連携室に配属されている専門看護師と協働している。緩和ケア認定の看護師、WOC の看護師とも連携とりながら、相談業務にあたっている。

○県立中部病院

がん相談支援センター、地域連携室、入退院支援室、が 1 つのフロアにあり、互いに協力し合っている。がん相談支援センターには、専従がん相談員 1 人（副看護師長)、専任がん相談員 1 名（MSW)、兼任がん相談員 1 名（緩和ケア認定看護師）が在籍しています。依頼に応じて入院・外来問わず相談を受けている。専任相談員は、MSW のリーダー的な存在である。

○宮古病院

地域連携室に退院支援部門の相談員がおり、やや離れた場所に入院支援室、がん相談支援センターがある。がん相談支援センターは専従と専任が 1 人ずついるが、事務員が退職し専任が返書管理などの事務を担っているため、実質実働は専従 1 人となっている。告知同席は緩和の認定看護師が主に対応していたが、コロナ対応業務を担うことになったため、相談員が同席するようになった。患者からの連絡が、専従相談員と緩和ケア認定看護師のどちらに来ても良いように情報共有している。コロナ禍以前は大まかな区分けとして、告知同席は緩和の認定看護師（加算が取れるため)、済面や他の機関との連携であればがん相談員としていた。

○八重山病院

地域連携室の中に、退院支援と入院支援とがん相談室があり、退院支援の看護師が 4

名、がん相談支援センターの中に相談員が 1 人と緩和の認定看護師が 1 人、入院支援室に看護師が 3 人、MSW が 1 人配置されている。入院患者については、退院支援看護師と 2 週間に一回のミーティングを開き、今後の方針や療養先の希望など情報共有している。

○北部地区医師会病院

地域連携室に事務員 3 名、前方連携 2 名、後方連携が 6 名、退院支援看護師 ~~が~~4 名、緩和看護師 1 人。基本がん相談の担当は 1 人。緩和の看護師が外来患者との面談が多く、介護保険や社会福祉制度の調整が必要な時に相談員に声がかかる。入院患者については主に相談員が担当しているが、件数が多いため退院支援看護師と協力しながら支援している。

○南部医療センター・こども医療センター

成人の場合は、病棟ごとに MSW と退院調整の看護師が配置され対応している。外来では認定看護師が毎週木曜日成人の対応をしており、病棟の相談員と連携をとっている。小児科の場合はがん相談員が入院外来問わず対応。主治医・病棟の看護師、家族など連絡があれば適宜相談を受けている。

4．がん相談件数集計（令和 3 年度）

資料 4(別紙)の通り、各拠点の相談件数集計の統計表に基づき報告があった。がん相談の拠点病院制度が始まったころに比べると圧倒的に外来患者さんの数、関わりが多くなっている。今後も各施設で相談件数データをまとめて、別紙のようにまとめ、比較等に使えるようにしていく。

5.がん相談支援センターの広報

資料 5 に基づき、がん相談支援センターの広報に関する報告があった。計 4 回の依頼中、3 回掲載された。引き続き広報依頼を行う。

6.地域統括相談支援センター活動報告

委員調整中のため、資料 6 に基づき大久保委員より代理報告と、新任の統括支援センター担当事務の紹介があった。がんピアサポーター養成講座が 1 月 22 日にオンラインで開催され、8 名が受講した。相談を受ける上での心得、技術が学べるプログラムとなっている。オンラインゆんたく会と併用して、2 月と 3 月にオンラインでのがんピアサロンが開催され、ヨガを実施した。ピアサポートに関する意見交換会が 1 月 28 日に開催され、ピアサポートの認知度や、確保、オンラインでのサロン開催の課題等が共有された。ピアサポーター派遣事業は、琉球大学病院でのゆんたく会、県内各拠点病院の患者サロンへの参加となっている。

7．都道府県がん診療連携協議会　情報提供相談支援部会（令和４年４月５日）

資料７に基づき、大久保委員より代理報告があった。拠点病院の整備指針の変更が予定されており、厚生労働省への提案書を取りまとめて提出された内容が報告された。主に、緩和ケアと情報提供相談支援に関する機能の充実についての提案書、相談支援情報提供の機能の拡充・充実に関する提案書の２つ。一律に拠点病院が同じ機能ということではなく、県拠点・地域拠点の役割を分ける等、都道府県単位の役割として協議会がコーディネート機能を持つこと、多様化する相談に対して院内外連携を取りながら、病院としてしっかり体制として作る必要があるのではないか、ということが盛り込まれている。厚生労働省で整備指針の検討会が引き続き持たれ、夏頃に整備指針が公表される見通し。

【協議事項】

１．部会委員及び部会長の選定について

資料 8 に基づき、大久保委員より、これまでの委員選任の経緯説明があり、部会長・副部会長が任命された。

部会長　那覇市立病院　仲宗根恵美

副部会長　琉球大学病院 大久保礼子、　県立中部病院 玉城佐笑美

２．指定要件及び現況調査報告項目の確認について

資料９に基づき、指定要件及び現況調査報告項目の確認が行われた。

３.令和４年度部会計画

資料 10-1 の通り、令和４年度の活動計画が提案され承認された。

また、小児がん相談支援マニュアルについて、相談支援部会から小児・AYA 部会に主体が移ったことが報告された。

資料 10-2 の通り、仲宗根委員より令和４年度第１回沖縄県がん相談員実務者研修会の開催企画について報告された。残り２回については、琉球大学病院 10 月ころ、中部病院 2 月までの開催を目指すとことなった。国立がん研究センターの認定がん専門相談員研修のⅢ群登録申請について大久保委員より解説があり、部会主催の研修はこれまで通りⅢ群登録を行うことが了承された。プレポスト・ポストテストの実施は廃止し、アンケート内に学習到達度を測る質問項目を追加する方向で検討することとなった。

４．その他

次回開催は７月７日(木)、１４時から開催。