令和6年度第2回沖縄県がん診療連携協議会幹事会
議事次第

日　時：令和６年７月８日（月）　１４：００～

場　所：琉球大学医学部　管理棟３階　大会議室

議事要旨・委員一覧	資　料	備　考
１．令和６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3日開催)	資料１	P4
２．令和６年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(5月10日開催)	資料２	P6
３．令和６年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事録(5月10日開催)	資料３	P10
４．協議会・幹事会・部会委員について	資料４	P67
５．令和６年度の協議会・幹事会の開催の日時について	資料５	P74
審議事項		
１．医療者調査の解析結果について	資料６	P75
２．「第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会版）」の進捗について	資料７	P103
３．今年度の「沖縄県がん登録事業報告」に対する要望書	追加審議事項	P128
４．院内がん登録をしている18 施設がDPC-QI に参加することについて	追加審議事項	P131
５．専門的な資格をもった医療者が少ないことについての協議会への報告について	追加審議事項	P135
６．その他		
報告事項		
１．患者会よりの報告		
（１）与儀委員報告	資料８-（１）	P151
（２）田盛委員報告	資料８-（２）	P152
（３）島袋委員報告	資料８-（３）	P153
（４）又吉委員報告	資料８-（４）	P154
２．各拠点病院等が取り組んでいるがん対策について （１）「第４次沖縄県がん対策推進計画(当協議会案)」のロジックモデルでの位置づけ	資料９-（１）	P168
（２）各病院の状況		
①琉球大学病院	資料9-(2)-①	P183
②北部地区医師会病院	資料9-(2)-②	P185
③県立中部病院	資料9-(2)-③	P187
④那覇市立病院	資料9-(2)-④	P189
⑤県立宮古病院	資料9-(2)-⑤	P191
⑥県立八重山病院	資料9-(2)-⑥	P193
３．大腸がん死激減プロジェクトの進捗状況について	資料１０	P195
４．沖縄県がん患者等支援事業の活動報告について	報告なし	
５．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について	資料１１	P198
６．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議		
（１）第60回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会　予防接種基本方針部会	資料１２-（１）	P217
（２）第20回全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会	資料１２-（２）	P283
（３）７月４日開催　第４２回がん検診のあり方に関する検討会	資料１２-（３）	P324
（４）第８回がんとの共生のあり方に関する検討会	資料１２-（４）	P593
（５）第６回 新たな地域医療構想等に関する検討会	資料１２-（５）	P675
７．その他		
部会報告事項		
１．医療部会	資料１３	P811
２．緩和ケア・在宅医療部会	資料１４	P813
３．小児・AYA部会	資料１５	P819
４．離島・へき地部会	報告なし	
５．情報提供・相談支援部会	資料１６	P822
６．ベンチマーク部会	資料１７	P830

令和６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６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 3 日開催)

２．令和６年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(5 月 10 日開催)

３．令和６年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事録(5 月 10 日開催)

４．協議会・幹事会・部会委員について

５．令和６年度の協議会・幹事会の開催の日時について

６．医療者調査の解析結果について

７．「第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会版)」の進捗について

(追加審議)　今年度の「沖縄県がん登録事業報告」に対する要望書

(追加審議)　院内がん登録をしている 18 施設が DPC-QI に参加することについて

(追加審議)　専門的な資格をもった医療者が少ないことについての協議会への報告について

８．患者会よりの報告
（1)与儀委員報告
（2)田盛委員報告
（3)島袋委員報告
（4)又吉委員報告

９．各拠点病院等が取り組んでいるがん対策について
（1)「第４次沖縄県がん対策推進計画(当協議会案)」のロジックモデルでの位置づけ
（2)各病院の状況
①琉球大学病院
②北部地区医師会病院
③県立中部病院
④那覇市立病院
⑤県立宮古病院
⑥県立八重山病院

１０．大腸がん死激減プロジェクトの進捗状況について

１１．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

１２．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議
（1)第 60 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会　予防接種基本方針部会
（2)第 20 回全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会
（3)第４２回がん検診のあり方に関する検討会　当日資料予定
（4)第８回がんとの共生のあり方に関する検討会
（5)第６回 新たな地域医療構想等に関する検討会

１３．医療部会

１４．緩和ケア・在宅医療部会

１５．小児・AYA 部会

１６．情報提供・相談支援部会

１７．ベンチマーク部会

令和６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６年４月３日（月）１５：００～１６：０５
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）	天願 俊穂
３号委員（沖縄県立宮古病院）	西原 政好
３号委員（沖縄県立八重山病院）	松村 敏信
３号委員（北部地区医師会病院）	柴山 順子
４号委員（沖縄県保健医療介護部）	喜舎場 健太
（欠席者）	
２号委員（那覇市立病院）	宮里 浩
４号委員（琉球大学上原キャンパス事務部総務課長）	知念 芳和
（陪席者）	
沖縄県健康長寿課	新垣　真太郎
琉球大学病院医療福祉支援センター	有賀　拓郎
がんセンター	石川　千穂

議事要旨・委員一覧

会議に先立ち、増田議長から幹事会委員の紹介があった。

１．令和５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15日開催）について
２．令和５年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨（2 月 2 日開催）について
３．令和５年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事録（2月2日開催）について
４．協議会・幹事会・部会委員について
５．令和６年度の協議会・幹事会の開催の日時について
増田議長から資料5に基づき、令和６年度の協議会・幹事会の開催の日時について確認があった。

審議事項

１．医療者調査の中間解析結果について
増田議長から資料６に基づき、第２回医療者調査の回答について報告があった。また、アンケートを作成している海邦総研が、協議会までに解析結果を作成する予定である旨の説明があった。

２．「第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会案）」の進捗について
増田議長から資料７に基づき、第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会案）の進捗について説明があった。資料にある各項目を各専門部会でディスカッションして、次回の幹事会までにレポートを提出する旨の説明があった。

（主な質疑応答）
Q.松村委員：喫煙の割合について、沖縄県の中高生の喫煙率が0%となっているがどこのデータなのか。
A.増田議長：まだ確認が取れていないので確認します。
Q.松村委員：がん予防の罹患率と死亡率について、大腸がんが無いのはあえて外しているのか。
A.増田議長：検診分野には大腸がんを含めているが、予防分野のため大腸がんは外している。
Q.西原委員：分野アウトカムにあるデータの数値について、今後目標値を設定し、それに向かっていくという理解で問題ないか。
A.増田議長：その理解で問題ないです。

報告事項

１．「第8次沖縄県医療計画」について

喜舎場委員から資料8に基づき、第8次沖縄県医療計画について説明があった。

２．「第4次沖縄県がん対策推進計画」について

喜舎場委員から資料9に基づき、第4次沖縄県がん対策推進計画について説明があった。

３．「沖縄県若年がん患者等支援事業」について

４．患者会よりの報告

（1）　田盛委員報告

（2）　島袋委員報告

５．各拠点病院が取り組もうとしているがん対策について

（1）　琉球大学病院

（2）　北部地区医師会病院

（3）　県立中部病院

（4）　那覇市立病院

（5）　県立宮古病院

（6）　県立八重山病院

増田議長から資料12-(1)に基づき、琉球大学病院が取り組んでいるがん対策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）

６．アピアランス支援モデル事業について

７．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について

８．沖縄県がん患者等支援事業の活動報告について

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

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２４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

（２）第２６回厚生科学審議会がん登録部会

（３）第４１回がん検診のあり方に関する検討会

（４）第１５回がん診療提供体制のあり方に関する検討会

（５）第２４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

以上

令和６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６年５月１０日（金）　１４：００～１６：５０
場　　所　　管理棟３階大会議室
構 成 員　　３６名（出席者３１名）

（出席者）

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

（欠席者）

３号委員	（県立宮古病院長）	川満　博昭
７号委員	（沖縄県看護協会長）	平良　孝美
１１号委員	（琉大がんセンター運営委員会委員長）	鈴木　幹
１２号委員	（琉大医療福祉支援センター長）	平田　哲生
１６号委員	（県立中部病院血液腫瘍内科部長）	朝倉　義崇

（陪席者）

緩和ケア・在宅医療部会	笹良　剛史
小児・AYA部会	浜田　聡
情報提供・相談支援部会	友利　晃子
沖縄県保健医療部健康長寿課	伊野波課長、河野班長、山里紘美

（以下、傍聴申込）
ダイコー沖縄、小野薬品　他

大屋議長から新委員について紹介があり、各新委員から挨拶があった。

資料確認等

１．令和６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3日開催）
２．令和５年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨（2月2日開催）
３．令和５年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事録（2月2日開催）
４．協議会・幹事会・部会委員について
５．令和６年度の協議会・幹事会の開催の日時について
増田委員から資料及び議事要旨等について確認があった。

有識者報告事項

１．埴岡委員報告
埴岡委員から資料6に基づき、第4期都道府県がん対策推進計画におけるロジックモデルの活用状況ついて報告があった。

（主な質疑応答）
Q.大屋議長：良いとこ取りのロジックモデルとは、標準的なという意味での良いとこ取りなのか、各都道府県が応用しやすいという意味なのか、何が良いロジックモデルなのかコメントお願いします。
A.埴岡委員：基本的には評価法に基づいている。その中で整合性評価という観点から確認することがロジックモデルの質を確認することになる。

２．天野委員報告
天野委員から資料7に基づき、遺伝性乳癌卵巣癌症候群（HBOC）診療の現状に関するアンケート調査について報告があった。

審議事項

１．医療者調査の中間解析結果について
２．「第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会案）」の進捗について
増田委員から資料 8 及び資料 9 に基づき、医療者調査の中間解析結果及び第 4 次沖縄県がん対策推進計画（当協議会案）の進捗、ロジックモデルについて説明があった。

（主な質疑応答）
Q.大屋議長：ロジックモデルにある罹患率と死亡率等、数値は決して良くはないが、患者の満足度は高いのはどう理解したら良いか。
A.増田委員：何故かはよく分からないが、県民性等があるのかもしれない。解釈が難しいところである。
A.天野委員：P88の各項目の実現率一覧において、数値が低く出ている項目については、今後がん対策を進めるうえで、これを高める努力を一定程度するべきではないか。
Q.又吉委員：医療者調査は今後どのように公表されるのか。
A.増田委員：今回の調査は中間報告である。3か月後の協議会で資料を提出するため、ベンチマーク部会等の評価会議で諮ったうえで、正式な報告書としてまとめる予定である。
Q.玉城先生：がんの5年生存率は改善していく必要がある。医療機関間格差、治療の均てん化が1つの大きな課題だと考えている。これがQIの評価というところで、ロジックモデルにどのように組み込んでいけるのかが1点である。もう1点は県民性や経済面の問題により治療難しいこともある。これを協議会でどこまで評価できるのか。少なくとも治療の均てん化は進めていかなければならない。

A.増田委員:QIに関しては、現在DPCを行っている病院や院内がん登録を行っている病院であれば参加することが出来る。しかし、沖縄県では参加施設が少ないという問題がある。

報告事項

１．「第8次沖縄県医療計画」について

糸数委員から資料10に基づき、第8次沖縄県医療計画について報告があった。

２．「第4次沖縄県がん対策推進計画」について

糸数委員から資料11に基づき、第4次沖縄県がん対策推進計画について報告があった。

３．「沖縄県若年がん患者等支援事業」について

糸数委員から資料12に基づき、沖縄県若年がん患者等支援事業について報告があった。

天野委員から、がんが相当程度進行してから介護保険を申請する患者さん、ご家族が結構おり、介護保険が間に合わないことがあるため、当該支援事業についても、申請があったら速やかに給付できるようご高配いただきたいとの意見があった。

島袋委員から、現在治療を受けているAYA世代の患者に、この事業をどう周知しているのかとの質問があった。沖縄県健康長寿課の河野班長より、3月に各市町村に当該事業の説明を行い、現在各市町村でこの事業を採択するか検討しているところであるとの回答があった。また、市町村が実施することを決定したら、そこの住民に向けて説明する予定であるとの回答があった。

４.患者会よりの報告

(1) 田盛委員報告

田盛委員から資料13-1に基づき、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があった。

(2) 島袋委員報告

島袋委員から資料13-2に基づき、若年性がん患者会 Be style の活動について報告があった。

(3) 又吉委員報告

又吉委員から資料13-3に基づき、がん患者団体の会員及びがん経験者個人としての活動について報告があった。

５．各拠点病院が取り組んでいるがん対策について

資料14に基づき、増田委員、柴山委員、戸板委員、宮里委員、西原委員、松村委員から各拠点病院が取り組んでいるがん対策について報告があった。

６．アピアランス支援モデル事業について

増田委員から資料15に基づき、アピアランス支援モデル事業について報告があった。

７．大腸がん死激減プロジェクトの進捗状況について

増田委員から資料16に基づき、大腸がん相談室医師向けポスターについて報告があった。

８．沖縄県がん患者等支援事業の活動報告について

増田委員から資料17に基づき、沖縄県がん患者等支援事業について報告があった。

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

増田委員から資料18に基づき、沖縄県地域統括相談支援センターの活動について報告があった。

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２４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
(2) 第２６回厚生科学審議会がん登録部会
(3) 第４１回がん検診のあり方に関する検討会
(4) 第１５回がん診療提供体制のあり方に関する検討会
(5) 第２４回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会

増田委員から資料19に基づき、各部会・検討会について報告があった。

部会報告事項

１．医療部会

増田委員から資料20に基づき、医療部会の活動・取組状況について報告があった。

２．緩和ケア・在宅医療部会

笹良部会長から資料21に基づき、緩和ケア・在宅医療部会の活動・取組状況について報告があった。

３．小児・AYA部会

浜田部会長から資料22に基づき、小児・AYA部会の活動・取組状況について報告があった。

４．離島・へき地部会

増田委員から資料23に基づき、離島・へき地部会の活動・取組状況について報告があった。

５．情報提供・相談支援部会

友利部会長から資料24に基づき、情報提供・相談支援部会の活動・取組状況について報告があった。

６．ベンチマーク部会

増田部会長から資料25に基づき、ベンチマーク部会の活動・取組状況について報告があった。

以上

令和６年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事録

日　　時　　令和６年５月１０日（金）１４：００～

場　　所　　琉球大学医学部　管理棟３階　大会議室

議事要旨・委員一覧

１．令和６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3日開催）

２．令和５年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨（2月2日開催）

３．令和５年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事録（2月2日開催）

４．協議会・幹事会・部会新委員について

５．令和６年度の協議会・幹事会の開催の日時について

○大屋祐輔議長（琉球大学病院　病院長）

八重山病院の名嘉律子先生、よろしくお願いします。

○名嘉律子委員（沖縄県立八重山病院　副院長）

八重山病院の副院長に就任しました名嘉律子です。相談員の研修のほうを今から一生懸命勉強しております。よろしくお願いします。

○大屋祐輔議長

よろしくお願いします。それでは患者関係の立場からということでお越しいただいております又吉賢弘様、よろしくお願いします。

○又吉賢弘委員（患者関係の立場の者）

患者会ということですけれども、今、所属はありませんで、個人の立場で参加することになりました。今後も委員として頑張っていきたいと考えておりますので、よろしくお願いいたします。

○大屋祐輔議長

よろしくお願いします。それでは次、島袋希美様、若年性がん患者会のBe Styleの関係の立場からということでお願いいたします。

○島袋希美委員（若年性がん患者会Be Style）

こんにちは。若年性がん患者会Be Styleから来ました島袋希美です。よろしくお願いします。

○大屋祐輔議長

よろしくお願いします。それでは、次は琉球新報社から松永勝利様、よろしくお願いします。

○松永勝利委員（琉球新報社　北部支社支社長）

琉球新報社で仕事をしております、北部支社長の松永勝利といいます。私は新聞社に入って35年になるんですが、そのうち30年は編集局で取材などをしておりました。医療も３年ばかり担当していたことがありまして、県の医師会の人とかにいろんなことを教えていただきました。今回も協議会でいろんなことを学ばせていただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

○大屋祐輔議長

よろしくお願いいたします。そのほかはいいですね。

あと、幹事会、そして各種協議会の部会の委員も何名か交代をいただいてございますけれども、これは時間の関係上、ご挨拶は割愛させていただいて、ご確認のほうをよろしくお願いいたします。

これから審議に入りますが、今日は一般傍聴の方が６名、患者さん、患者家族、そして製薬会社の方がおられますので、いつもではあるんですけれども、わかりやすく、皆さん、ご発言のほうをよろしくお願いいたします。

これより審議に入りますので、資料の説明を増田委員よりお願いいたします。

○増田昌人委員（琉球大学病院がんセンター　センター長）

琉球大学病院がんセンターの増田と申します。では、資料の説明をさせていただきます。

皆さまのお使いのiPadがメインの資料となっております。それ以外に、当日配布資料として３つございます。１つ目がＡ４のとても細かい字で書いてあるものが本日の議事次第となっております。もう１枚、Ａ４の紙で、右上に「協議会資料一覧」となっているもの

があります。同様のものがiPadの中に入っていますが、別個に紙があったほうがより見やすいかなと思いまして印刷してお配りしております。それとは別にＡ３の十数ページ、またホッチキスで留めてあるものが資料９の当日資料なんですが、これは協議事項の１番と２番、両方に共通する資料で使うことになっておりますのでよろしくお願いいたします。

もし不備がありましたらお手を挙げていただければ係の者が参りますのでよろしくお願いいたします。

○大屋祐輔議長

続いて議事録等の確認ということで増田委員から、各種幹事会等々の会議が行われておりますので報告をいただきます。よろしくお願いします。

○増田昌人委員

報告をさせていただきます。議事次第にありますように、議事要旨・委員一覧の１番から１、２、３と５までお話をさせていただきます。

iPad資料をお開けいただきまして、一番上の行のところにしおりがありますので、資料１の４ページをご覧ください。これが本協議会に先立って行われました幹事会の議事要旨となっております。今回からの委員の方もいますので少し簡単に説明させていただきますが、本協議会は大人数ですので、その前に一旦、議題整理等々も含めまして以下の全部で８人の委員によります会議体をつくっておりますので、そこで審議をした上で今日の議題及び報告事項となっております。あとは時間の関係上、省かせていただきます。

６ページが前回の会議、令和５年度第４回協議会の議事要旨となっております。１枚めくっていただきますと、報告事項、有識者報告事項がありまして、審議事項としましては１番として第２回医療者調査について、２番目が次年度の協議会活動の重点事項について協議をいたしました。また、報告事項に関しましてはご覧のとおりになります。

10ページ目からは資料３といたしまして前回の協議会の議事録がありまして、約四十数ページにわたりましてありますので、今日は時間の関係上、割愛させていただきます。

資料５、66ページになりますが、今年度の本協議会の開催日程と幹事会の開催日程をここに示しております。協議会につきましては第１回が本日となっておりますが、第２回が８月２日金曜日、第３回が11月８日金曜日、第４回が２月７日金曜日となっております。２回目、３回目は同じ、この大会議室で開催する予定ですが、第４回は来年２月７日にな

っておりますので、本院が普天間へ移転しますので、会場に関しましてはまた直前にご連絡をさせていただきます。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。ただいまのご報告にご質問等はございますでしょうか。よろしいですか。ありがとうございます。

それでは次に進みたいと思います。次は有識者からの報告、説明事項に入りたいと思います。最初は埴岡委員からよろしくお願いいたします。

有識者報告

１．埴岡委員報告

○埴岡健一委員（国際医療福祉大学大学院　教授）

埴岡です。では、ご説明させていただきます。資料をお開きください。資料６、67ページになります。横置き資料ですので、画面を90度回転させていただいたほうがいいと思います。

都道府県第４期がん対策推進計画におけるロジックモデルの活用状況について報告させていただきます。

次のページです。この４月から都道府県の第４期がん対策推進計画が実施されております。都道府県のウェブサイトにも３月末ぐらいから順次掲載されており、おおよそ見ることができます。計画の質の好事例、都道府県格差が注目されるので見ておく必要があろうかと思います。ロジックモデルの導入状況を見ることで計画全体を反映する部分がありますので、割と簡便に計画の内容・状況を把握できるのではないかと思います。リンク集を作成しましたので、共有をいたしますので皆さん、ご確認いただければと思います。

次のページの調査方法ですけれども、ウェブによる簡単な検索でございます。北海道から沖縄まで「第４期がん対策推進計画」などのキーワードで探してみました。見つからない場合は会議体などの場所からの検索も行いました。また一部、がん計画にはなく、医療計画のがん分野の中にコンテンツがある部分もありましたので、それも行って参照しております。なお、１人でやった短時間での作業ですので見落としなどもあり得るかもしれませんので、何かご発表に使われたりする場合はもう一度、ご自分での確認をお願いいたします。

次のページが結果の要約でございますけれども、47都道府県中、ロジックモデルの掲載があると思われたのは25、それからロジックモデルはあるけれども、医療計画に載っていて、がん計画にはないけれども、あるというのが３県ありました。それからロジックモデルのよく使われるフォーマットではないのですが、見方によってはその論理構成の図みたいなものがあるものが２つほど認められました。ここまでまとめると30ぐらいになります。また、私が見た限りでは見当たらない。ないと確定はできないんですが、見当たらなかったのが15、まだ未掲載、探しても該当物が見当たらない、見つからない方が２県あったという状況です。そういう意味では、ざっくりいうと47中３分の２ぐらいがロジックモデルを掲載している状況になっているわけです。

次のページにご自分で確認していただくための表を付けておりますので、リンクから見ていただければ、このＵＲＬに各県から飛んでいけるもの、あるいはダウンロード済みのもののファイルも置いてありますので、時間節約にお使いください。

72ページ、次のページがリンク集とフォルダへのリンクになっております。

次のページはまとめですけれども、掲載状況としまして、ロジックモデル掲載県とロジックモデル不掲載県に分かれた。大体、比率は２対１くらいになります。ただ、注目しなければいけないのが、ロジックモデルが掲載されているといっても、その内容は随分、差がある印象があったことです。

ロジックモデル掲載県においてもロジックモデルの質に差があり、どんな差かといいますと、ロジックモデルと本体が対応していないという都府県もありました。ロジックモデルは載っている、本文を見たら無関係とは言わないまでもほとんど関係がないということで、これは計画がロジックモデルで作成されているとは言い難いということですね。

それから、図はロジックモデルになっているんですけども、右から順番にたどっていくとつながりがあるとはあまり思えないというような整合性が低いものもありました。それからロジックモデルの図には、形式にはなっているんですが、あまりに簡便で実用的ではなかろうというものもあったわけです。

好事例としまして、ロジックモデルと計画部分が対応していて、ロジックモデルの整合性が高く、整合性が追える詳細度があるという３点を兼ね備えているのはごくわずかであったという印象です。

次のページ、今後なされるべき作業としては、国と47都道府県のロジックモデル及び計画文からいいとこ取りをして、モデルとなるロジックモデルをつくる必要があるのではな

いかと。その一定の物差しができましたら、それと比較して都道府県の計画及びロジックモデルと比較することで改善余地ですね。ここが抜けている、ここを足したほうがいいというのがわかってくるというところです。

沖縄県は前から進んでいるので、こんな作業は要らないんじゃないかという方もいらっしゃるかもしれませんが、沖縄の連携協議会のロジックモデルも改善余地があるかもしれません。私が見たところでは、やはり愛媛県や奈良県などは非常にかっちりとつくられているところがありますので、そういうところと比較対照して今後の改善余地がないかどうか確認するのも無駄な作業ではないのかなというところでした。

ということで、ロジックモデルが形上、進んできましたけれども、ロジックモデルの中身を改善すべきであるという都道府県がたくさん見つかったところです。沖縄におきましてはかなり完成度が高いと思いますが、一定のブラッシュアップを経た上で、いよいよ運用をしっかり高めていく局面になっていることが改めて考えられたところです。概況報告でございました。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。各都道府県がん計画の第４期のほうができているんですけれども、ロジックモデルの活用状況についてはいろいろ都道府県によって違うというところ、予想どおりではあるんですけれども、それを全部見ていただいていろいろ分類していただきながら評価をいただいているということなので大変な作業であったなと思うんですが、ご質問、ご意見等が何かございましたら、いかがでしょうか。

私のほうから１点、ご質問させていただきます。似たようなご質問をこれまでさせていただいたこともあるんですが、いいとこ取りロジックモデルという形のものがこの中からできてきたとすると、これが標準的なという他の対策とかでは、例えば循環器関係の対策では「標準的な」みたいな表現で取られていたロジックモデルのつくり込みがあったと思うんですが、これはある程度、標準的なものという意味でのいいとこ取りなのか、あと都道府県が応用しやすいという意味でのいいとこ取りなのかというところ。何かどういうものがいいロジックモデルなのかというのを想像するときに、そこについてコメントをいただければなと思います。

○埴岡健一委員

確かにいいとこ取りだと単なるごちゃごちゃ混ぜただけなのか、誰が判定するのか、その判定基準はということになりますけれども、基本的にはその評価法という、プログラム評価理論に基づいて、その中で整合性評価という観点から確認するのがロジックモデルの質を確認することになります。

整合性評価とは何かといいますと、ある意味、常識的な判断になるんですけども、最終アウトカム。例えば「がんの死亡率を減らす」という目的を置いた場合に、ここにいる35人で議論して「それは目的じゃないんじゃないか」とか「それが目的でいいんじゃないか」とかこういう判定があります。

次に、例えばそのためにどうするかというと、罹患を減らして、早期発見をして、いろいろ提供体制ができて、共生分野がしっかりできていてという、こういうふうに分解して、これを中間目標にしていいんじゃないかということですね。「そんなものは要らないんじゃないか」とか「それは要るぞ」という議論になるかというと、大抵、必要だし、「妥当だね」という話になるわけですね。

このように一個一個の要素をロジックモデルの右側から妥当性を判定していくということになります。それを１人でやるか、例えば35人でやるかということになりますけれども、それはそういう意味でいうと誰かが試案を出して、これでいいんじゃないかということで。その中ですごくいろんな意見がつくか、もう結構書かれていて、意見がもうまとまり落ち着きがあるか、そういう判定になります。

では、ご質問のあった、いいとこ取りでございますけれども、具体的には国と沖縄県の連携協議会のものをベースにしながら、他に46区のほかのものを突き合わせますと、そこから余るものと不足しているものがわかりますよね。それをざっと見て、重要なものが抜けているかどうかという作業をやって、そういうことで一定の収れんをさせていくことができると思います。

都道府県は地域差がございますけれども、目的というものはどの県でも共通になりますので、ほぼ標準的に使えるものができてくるかなと。それは国が主導して出してくれればいいんですけども、それが遅れる場合は各地域から試案を出していく中で、切磋琢磨する中で残っていて、ゾーンができてくるという、やや複雑なプロセスになりますが、そういう形でつくっていかれればいいのではないかと想像しております。長い説明で恐縮です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。他県のいいところをもらおうなという感じに、自分のところに加えるという形で、自分のところのロジックモデルをもっといいものにしていくという過程が今後、想定されるだろうと思います。

いかがでしょうか。そのほかにご質問、自分でつくっていないとロジックモデルはぱっと頭の中に入らないかもしれませんが、今、各種のいろんな議論の中で「ロジックモデルにのっとって議論してください」とか「報告してください」と。今日も各病院からの報告は「ロジックモデルを意識して報告してください」というふうにしていますので、徐々にそちらのほうにこの会議も軸足を置きつつ、仕組みにしておりますので、少しずつご理解をいただければなと考えております。よろしいでしょうか。

それでは次に移りたいと思います。天野委員からのご報告をよろしくお願いします。

２．天野委員報告

○天野慎介委員（一般社団法人グループ・ネクサス・ジャパン　理事長）

資料は通しの番号で75ページになります。私からは遺伝性乳がん卵巣がん症候群（ＨＢＯＣ）の診療の現状に関するアンケート調査についてご紹介したいと思います。

昨年の６月に国のゲノム医療推進法が成立しまして、ゲノム医療推進法の中ではゲノム医療を総合的かつ計画的に推進するために、ゲノム医療政策に関する基本的な計画、いわゆる基本計画を策定するというふうにされていまして、現在、厚生労働省にゲノム医療推進法に基づく基本計画の検討に係るワーキンググループが設置されていまして、そちらのほうで基本計画が検討されています。その検討の過程で、がん研有明病院の深田構成員から今回のアンケート結果の紹介がございまして、これは非常に参考になる面が多いかと思いましたので、今日、紹介させていただく次第でございます。

こちらのアンケート調査ですが､対象は全国のがん診療連携拠点病院408施設になっていまして、調査期間はちょっと古くて2022年の９月から11月になります。アンケートの回答率は408施設中191施設で、回答率は46.8％ということで、アンケートの結果につきましては日本がん看護学会及び日本乳癌学会学術総会において、合同企画として公開されているものになります。

まず、今回、そのアンケートに答えた施設の中で、いわゆる拠点病院の中で日本遺伝性乳癌卵巣癌総合診療制度機構、ＪＯＨＢＯＣと略しますが、ＪＯＨＢＯＣの基幹・連携病院となっている施設は全国的に見ても非常にまだまだ少ない、５割以下ということで、特

に九州地方はこのグラフで見てもわかるように、割合としては少ない状況になっております。

右側の円グラフがアンケート結果になりますが、まず左上のＢＲＡＣAnalysisの出検につきましては、今回、アンケートに回答をいただいた施設のうち83％が自施設で実施できているという状況があります。一方で遺伝カウンセリングの実施については自施設で実施できているのは60％、ＢＲＡＣの病的バリアント保持症例について、血縁者に対して確認検査を実施している施設は55％、また、ＭＲＩを用いた乳房のサーベイランスを実施している施設は52％となっておりまして、ここのアンケート結果から示唆されることとしまして、ＨＢＯＣの診療を自施設で全て完結することができていないがん診療連携拠点病院が一定程度、存在することが明らかになったとされています。

特にＨＢＯＣの場合、未発症者についてはリスク低減手術を実施することもあり得るかと思いますが、これについても47％で実施していないとされていて、もちろん全ての施設、全てのこれらの一連の流れを自施設でやらなければならないというわけではないですし、連携をすることも大切だと思うのですが、ただ一方で、もし仮に連携するのであれば、どのようなことになっているのかということで、例えば検査はされたけれども、その後の遺伝カウンセリングを含むフォローアップが十分されていない患者さんがいらっしゃるということになってしまいますと、これは検査をやるだけということになってしまって、患者さんにとっては不利益になるということは当然あり得るわけですし、また、今回、がん診療連携拠点病院を対象にアンケート調査が行われていますが、沖縄県では、例えば乳がんの診療に関しては必ずしも拠点病院のみで行われているわけではないという現状がありますので、そういった拠点病院以外の施設で例えばＢＲＡＣAnalysisの出検が行われて、遺伝性腫瘍であると診断された患者さんが仮にその施設で全てのフォローを自施設で完結できない場合、どういったフローでこういった患者さんをフォローしていくのかということについて、沖縄県独自のあり方というものを検討する必要があるかと思います。

もともとがん診療連携拠点病院の制度自体は、日本人に多いがんについて標準的な治療がどこにいても行われるようにすることを目的としてきたわけで、いわゆる均てん化を目指してきたわけです。例えば希少がんや小児がんについては集約化という方向性がある中で、では、ＨＢＯＣについては均てん化を目指すのか、あるいは集約化を目指すのかということについてはそれぞれの地域の実情に則した議論が必要だと思いますので、今日、この場で問題提起も含めてご紹介させていただいた次第でございます。私からは以上でござ

います。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。全国の状況、貴重な報告をいただいたと思います。いかがでしょうか。ご質問、ご意見がありましたらよろしくお願いいたします。

沖縄県内の現状といたしましては、今、ご報告いただいたとおりなんですけれども、現在、いろいろ県内の乳腺外科の専門医の先生方とも積極的に交流、相談をして、大学病院のほうで今、このＨＢＯＣを対応できるような形で、人事も含めて準備しているところでございますので、近々、その形が報告できたらいいなと。非常に順調に手続きは進めておりますので、ご期待に沿うように頑張っていきたいと思います。

結構今、取り組んでいらっしゃる玉城先生、自院でもいろいろされていらっしゃるような。何か沖縄県の現状をご報告いただければ。

○玉城研太朗委員代理

ありがとうございます。今、着いて申し訳ございません。

今、大屋病院長からもお話があったとおりですが、都道府県がん拠点病院で乳腺の診療科はやはり必須になっていくと考えています。その中で琉球大学で乳腺センターの立ち上げというところで、大屋先生にご相談をさせていただき、進んでいるということを伺いました。

もちろん集約化も含めてなんですが、その先にはわれわれのがんの医療機関の均てん化というところで、もう１つは離島あるいは遠隔地も含めて地域の乳がんの患者さんと、皆さん、このＨＢＯＣの検査を受けられるような体制をしっかりつくっていきたいなと思っております。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。沖縄に適したモデルということで、拠点でやるべきことは拠点でし、それ以外はやはり地域でしっかりと均てん化を含めてやっていくという方向性でご相談をさせていただいているところです。どうぞよろしくお願いいたします。

○天野慎介委員

今後、もし仮に集約化というか、何か特定の拠点施設にＨＢＯＣの患者さんを一定程度、集約化していくという流れになるのであれば、ぜひその流れが患者さんに見える形で進めていただきたいと思っておりまして、そこから始めてしまって、例えば遺伝カウンセリングを含めてフォローを受けられない患者さんがいないように、ぜひお願いできればと願っております。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。いかがでしょうか。よろしければ、次にいきたいと思います。その前に何か、報告事項に関して委員の皆さまからありましたらよろしくお願いします。

もしなければ、審議事項、審議事項といっても、皆さんのご意見をお伺いすることが中心ではございますけれども、審議事項に移りたいと思います。これに関しましては増田委員から医療者調査の中間解析結果ということでご報告をいただきます。よろしくお願いいたします。

審議事項

１．医療者調査の中間解析結果について

２．「第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会案)」の進捗について

○増田昌人委員

では、第１号議案の医療者調査の中間解析結果についてお話をさせていただきます。今の天野委員の資料の次のページになります。通しページでいうと76ページ、資料８になります。

昨年度、ずっと皆さまからご意見を頂戴して、最終的に医療者調査を行いました。この調査の結果報告は、中間の結果ですので最終的な結果は次回の第２回の本協議会においてお話をさせていただきます。ただ、取りあえずの結果ということで今日、報告をさせていただきます。その結果、また皆さまからいろいろご意見を頂戴できればと考えております。

３枚進んでいただきますと79ページが目次になっております。次のページも目次になっております。

また３枚ほど進んでいただきますと調査の概要の一覧が83ページにありますので、そこをご覧ください。もう皆さん、多くの方がご存じなんですが、もう一度、お話ししますと、

調査報告書等は、８年前に関しては第１回は紙で行ったんですが、今回はＱＲコードを使って、基本的にはスマートフォンでＱＲコードから入っていただいて、同じチラシにある暗証番号を入れてアクセスして回答していただくことになりました。

また、調査対象者に関しましては、拠点病院６施設プラス沖縄県が選定をしているがん診療を行う施設20施設の合計26施設の医師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカーの方々全員にお願いをしたということになります。（３）が調査実施医療施設は北から、県立北部病院から26の八重山病院まで、ご覧になっている26施設でおおよその値なんですが、恐らく95％以上のカバー率になっているのではないかと思っております。

調査期間は３月15日から３月31日。有効回収数なんですが、回答総数が1,267で、2023年にがん患者に携わっていない方が316ありましたので、残り951の方々に参加していただいたということになります。

めくっていただきますと、次に回答者のプロファイルが出ておりまして、職種は医師が219、看護師が621、薬剤師が63、医療ソーシャルワーカーが48で、性別は以下のとおりで、年代も以下のとおりになっておりますが、60代、70代の方は少なかったということになります。右の列のところなんですが、右の一番上は５つの医療圏ごとの人数になっておりますが、南部が多いんですが、北部と宮古医療圏がそれぞれ49と45と少し少なかったということはあります。あとは、今回は個別の病院ごとのデータがちょっと出せないんですが、３つに分けておりまして、３つの都道府県または地域拠点病院で373、診療病院３つで213、それ以外の医療機関20施設で355という形でした。

もう２枚進んでいただきますと、調査結果をこれからお話しします。本調査の分析に関しましては、主に県庁等のアンケート調査を一番多く引き受けている海邦総研という県内のシンクタンクのほうにお願いをしました。これはＱＲコードを使っての投票システムの開発も含めてお願いをしております。

今日のこの結果は海邦総研という、医療に関係のないシンクタンクの結果ではありますが、この後、予定としましてはベンチマーク部会、及び東京大学の公衆衛生学教室がつくっているＮＰＯの方々、そこもシンクタンクと見なせるかと思いますが、そちらと合同で個別に、最終報告書はそちらでまとめる予定ではありますが、今回は外注したシンクタンクのほうのやり方に沿ってお話をしたいと思います。

具体的には、選択肢は全部で大きく２つありました。１つはパーセントを示して、そのどれに当たるかに丸をつけてもらうもの、もう１つは「そう思う」「おおむねそう思う」「ど

ちらとも言えない」「あまりそう思わない」「そう思わない」という、よくアンケートで使われる言葉の５択で丸をつけていただくものの大きく２つに分けて、皆、質問をしております。そちらのパーセンテージを選んでいただくものに関しましては実現率という形でまとめたということと、あと言葉で聞いたときは平均スコアということでまとめています。

具体的には、実現率というのはどういう計算でしたかといいますと、ここの四角い表の中を皆さん、ご覧ください。実際にはパーセントで聞く場合は50から25％刻みで「そう思います」が「何パーセント、できていると思いますか」ということを聞いているわけですが、０～24、25～49、50～74、75～99、100というふうに５つに分けておりますが、その中で今回は０～24％のところに丸をつけた場合の代表値。これは選択肢の制限値という形を取っているんですが、取りあえず12％という数字を置きます。25～29は37ということで、このような形で置いて、その回答者数を掛け合わせて、それ全体を回答者総数で割って、平均のようなものなんですが、それを実現率と見なしております。

一方、下のほうに言葉で聞いた５択の場合は「そう思う」を100、「おおむねそう思う」を50、「どちらとも言えない」を０、「あまりそう思わない」を－50、「そう思わない」を－100というふうにスコアを設定しまして、それぞれ平均スコア、平均を取りまして、それを平均スコアという言葉をつけて解析を進めております。

次のページに行っていただければと。この括弧に入っている２番から26番までの25の質問に関しては、回答欄がパーセントで聞いたものになります。ここは一応、実現値という形で出しております。この青いグラフの上のほうを見ていただきますと、一番左が０％で一番右が100％になっておりますので､右に行けば行くほど実現率が高いという形になっております。

ざっと見ていただきますと、例えば12番が一番多分、この中でパーセントが高くて､「副作用を含めた薬物療法に関する十分な情報提供」は79.9％という実現率がありまして、その上下がかなり低くて、11番が「患者さまをピアサポート、患者会に関する十分な情報提供」は22.0％、また13が「がんゲノム医療に関する十分な情報提供」も23.3％と低いことがわかるかと思います。このような形で出しております。

この実現率という言葉、及びこの計算方法に関しましては少し特殊な呼び方ですが、ざっくりと全体を簡単に俯瞰するには結構わかりやすいのではないかと思っております。

ちょっと説明をしてしまいます。もう１ページめくっていただきますと、各項目の平均スコア一覧。さっきお話ししましたように、選択肢が言葉の場合、一番「そう思う」を100

として、「全くそう思わない」を－100として計算した場合、これは多分、かなり差が出るようになると思うんですが、５つありまして、１番目の「レジメン登録の遅延による投薬の遅れ」が64.4というスコア。27の「県内におけるがん医療の集約化と機能分化」が－2.5ということになっておりまして、うまくいっていないということをかなりの方が選択したことがわかるかと思います。

また28と29が対照的かなと思いまして、28は「医師への意見の言いやすさ(医師以外が回答)」は13.9スコアでしたんですが、逆に医師が回答した場合に「ほかのスタッフの意見を尊重している」ことに関しましては63.9スコアということになっておりまして、ちょっと乖離が見られるのかなということです。また、「職場のキャリア・育成環境に」関しては30.7スコアということになっております。

次からは年代別や二次医療圏別等で進んでおりますが、あくまでもこれは中間解析なので、できましたら、88ページと89ページの２ページを見比べながら皆さまからご質問やご意見等を頂戴したいと思います。

また、それとは別に、本日、当日資料でお配りしているＡ３の紙があります。これとほぼ同じものがコンピューターの中に入っているんですが、字が細かいのでＡ３のほうがわかりやすいかと思って今日、別個に印刷をしてきました。

十数枚あるんですが、１枚目が「がんの予防」、２枚目も「がんの予防」で、もう１枚めくると「がん検診」と出てきます。４枚目からは医療の部分になっておりまして、今回の医療者調査はこの医療の部分の評価指標の１つでして、全て中間アウトカムの指標となっております。具体的には４枚目、一番左上に「がん医療提供体制」。下のページで、ちょっとページ数が小さいんですが、004というページ、４枚目のロジックモデルを見ていただければと思います。皆さん、見られたものが、Ａ３の入っていないもので見られているかと思いますが、基本的には同じ、これまでずっと見ていただいていたがん計画協議会案のロジックモデルと同じです。

一番右の列で分野アウトカムとなっておりまして、「がん医療提供体制」の分野アウトカムは「がん診療の質の向上と均てん化が行われ、患者に提供できている」ということで、指標が全部で４つあります。がん種別の５年生存率と患者体験調査が３つ。このクリーム色になっているところの指標はこの中で代表的な指標、より重視すべき指標ということで色付けをしております。

真ん中の列が中間アウトカムになっておりまして、もう１回、左に目を移していただき

ますと、この「がん医療体制」の領域は①の医療提供全般、②病理診断、③がんゲノム医療、④手術療法ということで全部で８つの領域に細かく分けておりまして、この中の「がん医療提供体制」の①医療提供全般の中の中間アウトカムは、「患者ががん診療を行う医療施設で医療機関の機能分担を通じた質の高い安心な医療の効率的な提供が受けられている」というのが中間アウトカムでして、これを評価する指標としては全部で７つ入れております。１つは患者体験調査から２つ、あとは手術における治療開始のカバー率、あとはNDB-SCRのデータですね。これはレセプトデータを年齢と人口等で百分率にしたものになります。

その下、赤で書いてある２つが今回の医療者調査に当たるものでして、この医療提供全般の中間アウトカムを評価するものの１つとして医療者調査の問13「治療方針の説明の際に医師以外の職種も参加している割合はどの程度ですか」ということで68.7％の実現率。そしてもう１つが問38「沖縄県内において、がん医療の適切な集約化と機能分化が十分にできていると思いますか」なんですが、これは－2.5スコアとなっております。

同じように、今、お話しした医療者調査は、下の段でいうとゲノム医療のところの中間アウトカム、「患者ががん遺伝子パネルを受け、その結果に基づいて治療が採択できている」という中間アウトカムに対しての指標４つのうちの１つ。医療者調査が問21で「がんゲノム医療に関する十分な情報提供をした割合はどの程度ですか」で23.3％。

その下、手術療法のところは「必要な患者が最適な手術をタイムリーで質が高く安全に受けられている」という中間アウトカムに対して指標は３つつくっておりまして、一番下のところ、医療者調査の問23、赤文字ですが「手術を受けた患者のうち、質の高い最適な手術を提供できた患者の割合はどの程度ですか」ということで78.2％となります。

このような形でロジックモデルにそれぞれ当てはまったものです。あと、ぺらぺらとめくっていただきますと、赤字の部分が今回、調査した結果の医療者調査をこのロジックモデルの指標欄に当てはめたということになりますので、ご確認いただければと思います。時間の関係でこのロジックモデルは全て解説しませんが、医療者調査はここに当たるものだということになります。もう一度、元のiPadの画面に戻っていただきまして、88ページと89ページをご覧になりまして、もしご意見やご質問等があればと思っております。私からは以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。２つの資料についてご説明いただいたところです。医療者調査は、対象者は「予想したよりもちょっと少なかったので残念だった」という声は聞いているところですけれども、内容的にはある程度、予想された結果かなということで、今、ご提示いただいたところです。あくまでも沖縄の医療者がこう感じているというところの内容で、患者さんがこう感じているというわけではありませんので、そこも含めて、そういう観点から見ていただいて、ご質問やご意見、あと解釈、コメント等をいただけたらなと思います。いかがでしょうか。

場合によっては、その後にご説明をいただいたロジックモデルを利用した推進計画、協議会案に対する指標を入れていますので、それに対してのご意見、コメントでも結構でございます。ご自由に。時間はある程度確保しておりますので、遠慮せずにいろいろご意見をいただければと思います。

○増田昌人委員

ちょっと蛇足ながら、私が言うのも釈迦に説法なんですが、これはあくまでも医療者調査、アンケート調査ですので、絶対評価ではないということと、あと、またこれも多分、毎年ないしは何年かおきにやっていって、データが蓄積されますと相対評価のようなものができるかなと思うんですね。例えばさっきのお話でいうとゲノム医療の説明が今年は23.3％ですけど、来年が28％だとちょっと上向いているとか、そういう相対評価はできるようになるのかなということがあるかと思います。

あとは通常の医療で、恐らく100％を目指さなくてはいけないものは幾つかあると思います。きちんと副作用を説明するとか、告知のときに主治医以外の、担当医以外の職種の人間が同席。主に看護師さんやソーシャルワーカーが何人かだと思いますが、同席するとか、そういうことは多分100％を目指さなくちゃいけないところもあるかと思いますし、なかなか100％が難しい部分もあるかと思いますので、絶対評価ではないということ。この時点ではワンポイントの評価となってしまっているので、そういうところが１つあるかと思うということと、あと、例えば絶対評価ではなくても、通常の医療として100を目指さなくちゃいけない部分もあるかとは思いますので、一応、ご参考までに申し上げました。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。これは他の県でもやっていただいているのがあるので、

将来的にはそれとの比較もできるということですよね。

○増田昌人委員

８年前にやった第１回医療者調査に関しては沖縄県が日本で最初に行いました。その後、秋田が２回行っております。それは質問がほぼ一緒ですので比較ができるかと思うんですけど、今回はやっていないので参考にはならないかなと。

○大屋祐輔議長

わかりました。ありがとうございます。

○増田昌人委員

あと、国のほうが、少し医療者調査をやろうかという話は出ております。

○大屋祐輔議長

この共通科目があれば比較できるだろうと。

○増田昌人委員

はい。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。ご質問はいかがでしょうか。

私から質問していいですか。例えばロジックモデルの最初のページの001にある罹患率と死亡率のところは、沖縄県は必ずしもいいほうではない。胃がんはもともと少ないのでこんなものかなと思うんですけども、ほかは必ずしも低い数字じゃない。ですけれど、患者さんの満足度は高いほうじゃないですか。これはどういうふうに理解すればよろしいのか。比較していないから満足していると理解してよろしいのか。

○増田昌人委員

今、先生がおっしゃったことは４枚目ですか。

○大屋祐輔議長

「医療体制」の一番右の分野アウトカム。

○増田昌人委員

そうですね。このＡ３の紙でいうと４枚目になりまして、「がん医療提供体制」の横の分野アウトカムのところ、ここに指標が４つありまして、がん種別５年生存率と患者体験調査が３つあります。ここのところを見ますと、全国平均及び最良県に比べますと沖縄県のがんの生存率がかなり悪いことがわかるかと思います。ただ、それに対して患者体験調査、がん診断、治療全体の総合的評価は8.4で、全国値が8.0、愛媛県が8.5。あとは「専門的な医療を受けられたと思う患者の割合」が87.2％、全国が79ですから、ちょっと高めであることと、「これまで受けた治療に納得している患者の割合」が、全国が77.4％、沖縄県が85.4％で、いずれも全国平均よりも高い評価をいただいているということなんですが、これにつきましては私もよくわかりません。県民性が出ているのかなと、解釈が難しいところかなと思いますが。

逆にいうと、これを評価・解析をする、これは今、２回目の患者体験調査で、私がメインでさせていただいたんですけど、最終的な分析報告書は半分手分けしてやったんですが、絶対評価ではないんです。逆にいうと不満に思っている人が、例えば納得していない方が14％ほどいるとか、専門的な医療を受けられたと思っていない方が13％程度いるということに関してはこれを０に近く持っていく必要があるとか、これは全国値の話でディスカッションだったんですけど、そういう見方も必要なのかなと思います。ただ、ご質問のことに関しては、ちょっと私も理由がわからない。以上です。

○大屋祐輔議長

埴岡先生、コメント。

○埴岡健一委員

今の議論されていることはとても大事で、この調査はとても貴重なんですけれども、点で見るんじゃなくて、ロジックモデルのつながりで見ていくということで、この４ページのところの事例はとてもいい参考事例だと思います。

今ほど来あったように見ていくとしたら、私の見立てはこんな感じですね。まず右端、

生存率が低い、良くない。だけど、右端の患者満足度は高い。じゃ、良かったのか、悪かったのかというと、５年生存率が低いのはかなりファクト。患者満足度が高いというのも、これはどうなんだろうと考える。

すると、そのときは左側を参考にする。すると、中間アウトカムの患者体験調査で「十分な説明を受けられたか」ということがそれのさかのぼりに当たりますとすると、説明は受けていないけど、生存者は悪いけど、満足しているというのは、やはり医療に対して、ある意味、神格視するというか、受け入れるマインドがあるので、説明は受けていないけれど、ありがたいと思って、その生存率といったようなデータも見ていないので、満足度が高くなっているということが想定されるので、あまり安心しないほうがいいよねと。

かつ、十分な説明を受けられた印象がないという印象を背景の１つとして、NDB-SCRを見ると、これはあくまで診療報酬請求をされた分だけなので、きっちり説明を示しているかどうかわからないけれども、ちなみにここも低いというので、ひょっとしたら、本当に説明が少なめな恐れもややあるよねとなり、じゃあ、そのやや低かった説明が受けられているという感じがしない患者さんに関連している、ここで今回の患者体験調査が生きて、その下の医療者調査の設問13で「治療方針の説明の際に、医師以外の職種も参加している割合はどの程度ですか」と。68.7であると。ここが生きていて。

「ここは一点計測だし、全国比較もできないし、経年変化もできないからわかりません」じゃなくて、これは本来100やられるものであるからして、少なくとも改善余地が３割あるんだよと。ということであれば、この塊として何らかの考察をするのであれば、そこを高めて、説明を受けた感を高めた上での満足度にしていくべきじゃないかと。それが長期的には生存率の向上にもつながるんじゃないかという、そういう考察をしていくというのがロジックモデルの上で、セットで指標を見て、合わせ技で皆さんの知見を持って考えていくと。それを来年度の計画に結び付けていくということだと思うので、良い作業をされていると思います。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。ちょっと一例で出したんですけど。何かご質問、天野さん、どうぞ。

○天野慎介委員

ほかのコメントでも大丈夫でしょうか。

88ページで各項目の実現率一覧を示していただいているかと思います。せっかくご説明があって主観的なものなので参考値ということかもしれませんが、この項目の中で高いもの、低いものがそれぞれ出ていて、私ももちろん医療の素人でありますが、それぞれの項目で何となくこれは低いんじゃないかなと思われるものはやはり低く出ているんですね。

例えば特に低く出ているものについて、あら探しのように言ってもあんまり良くないのですが、あえて指摘していくと、例えば11番の「患者さんをピアサポート、患者会活動に十分な情報提供」とか「ゲノム医療」とか、あとは20番の「高齢者がん患者への機能評価」ですね。こういったものはやはり低く出ているのは明らかだと思います。

11番の「患者に関する十分な情報提供」に関していうと、そもそも論でいうと、がん対策基本法で実は患者会の情報提供というのは法律で定められていまして、第22条で「患者団体が行う情報提供等を支援するために、国及び地方公共団体は情報提供、その他の必要な施策を講ずるものとする」ということで法定されている実は項目です。なので、医療機関でそこまでできないということかもしれませんし、もしかしたらこれは地方自治体の役割かもしれませんが、ただ、法律で患者団体の活動の情報提供をしっかり行うんだということは定められているということがありますし、また13番の「ゲノム医療」についても、先ほど申し上げたように、やはり今後、遺伝性腫瘍に関する遺伝カウンセリング等を含めて、ゲノム医療に関わる医療従事者の育成が非常に重要になってくるかと思います。

また、20番の「高齢者の機能評価」についても、これもご承知のとおり、拠点病院の整備指針では、高齢者のがんに関しては意思決定能力を含む機能評価を行い、ガイドラインに沿って対応しているということが、これはもう必須要件として入っているわけです。

拠点病院にはあまりにも多くの必須要件が課されていて、全部対応は難しいということ、負担が非常に大きいということがもちろんあるかと思うのですが、ただ、そうはいっても、一応、整備指針や、あるいは法律等で定められている項目が低く出ているという以上は、あまりこれを看過するのはよろしくないと思うので、今後、低く出ている項目については、がん対策を進める上で、これを高める努力は一定程度なされてもよいのではないかと感じました。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。ご指摘のとおりかなと思います。病院の内部でいろい

ろお話ししているときも、法令事項とそうじゃない事項について、そこまで認識が、「法令だから、すぐやらないといけない」となっていない部分とかが…。「駄目だよね、そんなのは」という議論をすることはありますので、それは逐一、やはり一つ一つについて、皆さんで理解しながら進めていく必要があるかなと思っております。

そのほかはいかがでしょうか。どうぞ。

○又吉賢弘委員

これまでのお二方のお話に関連する点が、患者の医療者調査では成績がいいけれども、ただ、患者会に対する説明は足りないと感じていると医療者側が考えていて、患者と患者会というのはいわば家族の間柄に当たるわけですよね。本人は満足していると思っているけれども、患者会に対してはそれほど説明が、情報提供が行き届いていないとなった場合に、患者会からの、言葉は悪いけど、突き上げというのがあればというのもありますし、それから医療者自身が、患者は良いと受け取っているのに、患者会に対しては説明が足りていないと考えるのはどうも矛盾なような気がするんですが、その辺は医療者側はどういうふうにお考えなんでしょうか。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。ここら辺について、何かこうじゃないかという解釈、今のご質問に対して回答できる方がおられたらお願いしたいと思っていますけど。

１つは、ここは医療者の調査というところがあって、医療者というのは、これをやらないといけないと思うレベルが高いことを目指しているのに、できていなかったら、できていないというのが非常に強く出るので、「多少は説明はしているんだけど、こんな説明じゃ駄目だよ」と常日頃思っていれば、こういうのはものすごく悪い点数をつけちゃうんですよね。そこも多少出ているのかなと。

だから、先ほど私も、やはり予想したとおりだなと言ったのは、本当はもっともっと患者のサポート、患者サロンをもう少し使うようにやらないといけないのになと思っている割には自分はできていないという反省がここに書いてあるというようなことじゃないかなという気はしますので、多少、そこのずれはあるかもしれません。ただ、やはり不十分であるのは間違いないので、しっかりやっていくようにということで。

はい、どうぞ。

○又吉賢弘委員

私のお話を皆さんと、この医療者調査というものができたら、回答者側にどのように返されるのか。そして今後、どういう行動を目指しての動きがあるのか。この辺が見えてこないですが、そこはどうなんでしょうか。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。これに関しては、公表するようになっていますので。ちょっと増田委員のほうからご報告を。

○増田昌人委員

まず今回はあくまで中間報告だと思っていただければと思います。３カ月後の本協議会での資料提供を目指して、先ほども申し上げましたが、協議会の下にあるベンチマーク部会及び外部の人間を入れて評価会議等をした上で冊子体にまとめて、それを正式な報告書としてまとめたいと思います。それができましたら７月中までにはまとめて、８月の本協議会でお配り、ないしは公開できるようにしたいと思います。それが１点。

あとは、協議会の議長の許可も必要かと思いますが、メディアのほうにも報告をしたいということ。

さらに３つ目が、参加していただいた病院の理事長、院長先生方には報告書をお送りすると同時に、可能なところ、なるべく多くの施設に伺って報告会のようなものをしていったらどうかということをベンチマーク部会では検討しております。26施設ありますので、全てできるかどうかはわかりませんが、少なくても大口のところには伺って、ないしは伺って説明会をしてフィードバックをかけていきたいなとベンチマーク部会としては検討しております。私からは以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。あと１点、回答されなかったんですけれども、これを生かして、どのように不十分な数字をもっと上げていくかということに関しましては、これの一つ一つはロジックモデルの中に取り入れられていますので、「この項目の中の指標がいまいちですよね」というところはやはりそこに注力して指標を上げるように、皆さんに努力しても

らうようにということで、アンケートに対する回答というよりはこのロジックモデルの中の中間アウトカムの指標を上げるためにとか分野アウトカムを良くするようにという形で、全体像の中でこの資料を使いながら全体計画を推し進めていくことになっていくかなと思っています。

ですから、対策は１つだけではなくて幾つか出てくるとは思うんですが、みんなで、思い付きであああすればいい、こうすればいいという形というよりはしっかり計画の中に入れ込んでやっていきたいと思いますので、以前に比べると実現しやすくなっているかなと思っています。

○増田昌人委員

もう１つ追加で。今、議長のほうから申し上げたことに補足いたしますと、それぞれ前回、前々回のこの協議会で各専門部会の所掌分野を決めていますので、各専門部会で持ち帰って、そこで評価をした上でさらに、少なくとも僕はいつもは拠点病院の病院長宛てには「こういうところが足りないのでぜひ改善してほしい」という形を取らせていただきますし、あと、今日の報告事項の５番で出てくる各病院が重点的に取り組む項目につきましては、今回は年度初めなので「取りあえずこういうことをやっていきます」ということで、各病院長の先生からご発表いただくと思うんですが、そこに対して、多分、それが修正というか、今日の結果等を踏まえて徐々に変わっていくんだろうと考えておりますので、そういう形でこの医療者調査を使っていくということを計画しております。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。調査も今、ご指摘のように、しっかりと対策に生かしていって初めて意味が出てきますので、それは進めていきたいと思っております。

そのほかはいかがでしょうか。もう少し時間がありますけれども、玉城先生、どうぞ。

○玉城研太朗委員代理

ありがとうございます。先ほど大屋先生からもありましたが、どうしてもがんの５年生存率のところはやはり改善をする必要があるのかなと思います。その中で、もちろんロジックモデルをベースとして改善点が見えてきて、そこに対して改善をしていくんですが、ノーエビデンスのお話ですが、実臨床で見ておりますとやはり医療機関間格差、つまり治

療の均てん化というところが１つ大きな課題だと考えています。これがＱＩの評価というところで、ロジックモデルにどういうふうにこれを組み込むのかというのが１点です。

それから、先ほど大屋先生からもありましたが、県民性を評価するのはすごく難しいかなと思います。ただ、実臨床で見ておりますと、例えば私がずっといた東北地方とは県民性が全然違いますよね。そこら辺を肌感覚としては何となく治療がやりづらいなという点も往々にしてあります。加えて経済状況ですよね。どうしてもない袖は振れないということで治療の継続を断念される方は少なからずいます。

これをこの協議会の中でどこまで評価ができるんだというのはちょっと難しいところもあるかもしれないんですが、１つ目の先ほどお話ししたＱＩのところですよね。治療の均てん化はやはりやっていく必要があるのかなと思っております。

私どもの乳腺診療科でも医療機関間格差は相当あるように感じます。例えばこの中にあるゲノム医療もそうですよね。ゲノムの話は必ず私たちがしないといけないと思います。それは早い段階でこういう治療選択があるということで患者さんに紹介する必要があるんですが、この辺もこのロジックモデルの中でどういうふうに評価していくのかなということで、この辺も先生方にご意見を賜りたいなと思います。よろしくお願いします。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。それぞれの病院の治療成績云々のところはある程度まとめられていると思うんですけど、それがこの中にどう生かされてくるのかというのは今どうなっていますでしょうか。これは増田委員のほうから。

○増田昌人委員

まずＱＩからいきますと、ＱＩに関しましては現在、ＤＰＣをやっている病院で、院内がん登録をやっている病院であれば、どの病院でも参加することができます。ただ、沖縄県の場合、参加施設が少ないという問題が１つあって、旧がん登録部会と今のベンチマーク部会から、その両方をやっている病院が全部で18病院あるんですが、18病院に対して「やりましょうよ」というお誘いは年に２回ほどかけているんですが、なかなかご参加をいただけないのが１点。

それに参加していただくと、取りあえずのデータに関しては、ほぼ１時間ぐらい、事務の方がＤＰＣのＥＦファイルを抽出していただければ、今は中央のほうで分析はオートマ

チックにやっていただけるので、まずそれを目指していかなくちゃいけません。

今、お話しした４ページ目でいうところのDPC-QIは一部の病院の平均という形で出していますが、本来であれば、院内がん登録をしている病院があるのですから、18病院のデータになるとより県内の実態がわかるでしょうし、あと、個々の病院でいうと全国の中での自分の病院の位置づけがわかりますので、全体には公表されていないんですが、自分の病院がどこにいるかはわかりますので、それとともにフィードバック効果になりますから、それは今後も強力に推し進めていきたいと考えております。

もう１点、ゲノムですかね。

○玉城研太朗委員代理

県民性とか経済状況というのは、これも難しいですよね。

○増田昌人委員

このロジックモデルの中ではちょっと、改善するかという話はあるので。

○玉城研太朗委員代理

難しいですよね。

○大屋祐輔議長

情報提供はしっかり行いつつ、いいほうに解釈すると県民性を改善する必要はないような気はするんですけどね。そこはなかなか難しいですけども。

○増田昌人委員

あともう１点、ゲノムに関しましては、先生がおっしゃるとおりに、いや、がん患者さんには全員言わなくちゃいけない、100％を目指さなくちゃいけない項目なんですが、実態は、今日の医療者調査でいうと23.3％なので、とても低いという思いはあります。

あとは、個別は、医療者調査のこの左側の…。その脇に目をやっていただきますと、③ゲノム医療というところで、指標が「がんゲノム情報管理センターに登録された患者数」、あとは「琉球大学病院において、遺伝子性腫瘍に関する遺伝カウンセリングを実施した患者数」と「専門家の数」ですね。ここで個別の施策に関しましては見ていく予定でして、

ちょっとこれに入ってはいませんが、これはできますので、これを多分、人口比で割ると、沖縄県が日本全体の中の何割ぐらいしか達していないのかというのがわかってきて、今、ざっくりいいますと、少なくとも日本の平均までは達していないということが明らかですので、それは個別に、今のところ、実は大きな病院の中でもかなり積極的に出していただいている病院とそうでない病院が割かしクリアに分かれてしまっているので、それは出していただかないところにアプローチはかけているんですけど、多分、足りないんだと思いますので、もうちょっと私どものところでもっとアプローチしたいなと思っています。以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。どうぞ、埴岡委員。

○埴岡健一委員

今、話題になっていたところですが、県民性の話。県民性は何を意味するかわからないので、あまり語弊のない例で挙げるとすると、例えば「痛いときに痛いと言う」ということであれば「痛いときに痛いと言いましょうキャンペーン」をやれば良くて、それが施策で、中間アウトカムは「率直に話せましたか」というアンケートで取れるので、どのような活動でもやるべきと思ったことに関しては、目的を決め、やることができて、ロジックモデルの中に入れることができるということになります。

それから、経済的なところで指標断念というのは、確か患者体験調査の調査項目でアウトカム指標としてありますので、このロジックモデルは今、ちょっとすぐ見つからなかったので、ひょっとしたら入れ忘れちゃったのかもしれなくて。

○大屋祐輔議長

入れていないのかもしれない。あるけど、ここに入れていないだけかもしれない。

○埴岡健一委員

そうですね。なので、そうしたら入れ直しておいて、そして、それをモニタリングしながら、それが減っていくような施策も入れれば盛り込めるということでＱＩも入っているので、全部入ることはできるだろうと思いました。これがロジックモデルの改善作業とい

うことですね。

○大屋祐輔議長

化学療法の完遂率が結構低いので、確か低かったと思うんです。ですので、玉城先生も言われたような、やはり経済的な状況だとか家族とか支援というところが不十分で完遂できていないというのもこの予後不良の、死亡率が高い１つの原因ではないかなという推測はされていたんですけど、いかがでしょうか。

○増田昌人委員

今の件でいうと、このロジックモデルの11ページに「共生」がありまして、大きな分野で言うところの「共生」。この下には相談支援や情報提供や就労支援等があるんですが、この「共生」の右上の分野アウトカムには「全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている」なんですが、そこの患者体験調査の３つ目、「治療費用の負担が原因で、治療を変更または断念したことのある人」が４％と出ていて、実は全国値より低いんですね。一番高いのは群馬県の11.7％です。これも聞き方にはよりますし、答え方にもよるとは思うんですが、これはフォローして見ていっております。

つい最近、３回目の患者体験調査の中間、粗々な結果が出ましたので、これをまた入れて経年変化を見ていきたいと考えております。以上です。

○大屋祐輔議長

天野さん、何かご意見を含めてお願いいたします。

○天野慎介委員

いわゆる健康格差の問題というのは、国のがん対策推進協議会でも一定程度、議論はされていて、例えば先ほどの玉城先生がご指摘のように、沖縄県全体でどうするのかという視点で見てしまうとなかなか難しい部分はあると思うんですが、例えばがん登録データ等を活用して、東京都の23区の中でもがんの生存率が高い地域と低い地域と実は経済的な状況というのは一定程度、関連しているだとか、あるいは大阪府でもやはり北部と南部で差が出ているとか、そういったデータ自体も出てきているので、もしそういったデータを活用して研究して、沖縄県内でもし格差があるのであれば、その格差の是正は県のがん対策

として十分にやる価値があるのではないかと思います。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。沖縄県と一緒に、後でがん計画について糸数部長からお話をいただきますが、その方向性も意識しながら進めていきましょう。

もう１点は、４ページの「医療提供体制」になるんですけれども、手術療法のところで専門医の数を見てはいるんですけれども、これを見ると、腫瘍専門医の一部分を除けば、大体全国平均に比べて低い。極端なところは半分しかいないというところもあって、実をいうと、そういうがんは治療成績が良くなかったりするところがあるので、こういうふうな医療者をしっかり確保するということで。

これは厚生労働省の人たちにも見せたいんですが、「沖縄県は医師多数県なので、これ以上、医者は要らない」と言っている人たちが世の中にたくさんいるので、これを見ると足りていないということがわかるんですが、なかなかそれが通じないということではあるんですけれども、医政局の人にぜひ見せたいなと思います。

いかがですか。ですから、これはそういう問題もあるんですよね。

○増田昌人委員

ちょっと字が小さいので、一応、解説しますと、今、理事長がお話ししたところは４ページの左の列の個別施策の一番下のほうに、とても細かい数字がいっぱい羅列しているところでして、一番上から①消化器外科専門医で、下が⑫口腔外科専門医ということで、これはどういうふうに計算しているかといいますと、沖縄県と全国値と最良値を見ていて、これは学会のホームページに、県ごとではないんですが、おおむね施設ごとで専門医の名前が出ていることがあるので、それを数え上げまして、それで全国値と最良県を各都道府県ごとに計算して出したものです。

ただ、全体的な人数はあまりディスカッションにならないけど、その下の３行目のところが、沖縄県で見ますと82人（2024年）で55.8人と。この数字が対人口100万人に直したものなので、ここで比較していただけますと実態がわかるかと思います。消化器外科専門医の100万人当たりでは、沖縄県は55.8人で全国値が74.1人、一番多い京都府は103人ということで、全国値の７割ぐらい、最良県の５割ぐらいになるんですかね。そういう形なので、ここを下にずっと目をやっていただきますと、①から呼吸器外科、乳腺外科、小児外科、

肝胆膵、脳神経外科、認定骨・軟部腫瘍医までは沖縄県が全国平均に比べて低いことがわかるかと思います。

また、この件に関しましては、絶対数はもちろん増やしていかなくちゃいけない部分はあると思うんですが、もう１つの観点は多分、集約化と分散化をどう進めるのかで、がん種によってはがんがん集約化したほうがいいと思いますし、あと人数の多いところに関しましては少し分散化のような形と役割分担をするという視点も必要で、少ないメンバーをどのように、有効活用と言ったらちょっと失礼かもしれませんけど、その先生方には。県としてはそういう形をみんなで、特にこの協議会等でまたディスカッションしていただけると事務局としてはありがたいと思います。以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。離島もございますので、そこにも一定数、配置がこういう専門の必要になってくると考えると、当然ながら、全然十分じゃないということがここから見えてくるんですが。

ただ、少人数で非常にハードな仕事をする外科医が減っているのは大きな問題がここでもありますので、あんまり…。そうじゃない診療科のことを悪口言っているみたいになるのでちょっと難しいところではあるんですが。

いかがでしょうか。いろいろなアプローチがございますので、アプローチというか、改善のためには。いろんな視点、幅広い視点で進めていきたいというふうに。そういう意味を含めて、このロジックモデルというのは広範囲にいろんなことが議論できるということで、今後、上手に使っていきたいなと思っています。

それでは大体時間が経過しましたので、ここで10分間、休憩をいただきまして、次は15時半から再開したいと思います。ご休憩のほうをよろしくお願いいたします。

（休　憩）

○大屋祐輔議長

15時30分となりましたので、会議を再開したいと思います。

それでは報告事項に入りたいと思います。報告事項１～３については沖縄県から糸数委員に来ていただいていますのでご報告をいただきたいと思います。資料10、11、12番までよろしくお願いいたします。

報告事項

１．「第８次沖縄県医療計画」について

２．「第４次沖縄県がん対策推進計画」について

３．「沖縄県若年がん患者等支援事業」について

○糸数公委員（沖縄県保健医療介護部　保健医療介護部長）

皆さま、こんにちは。沖縄県保健医療介護部長の糸数と申します。年に１回しか参加できていないんですけれども、年度の初めということで今日は県の立場として参加をさせていただいております。

ちなみに昨年度までは保健医療部だったんですけども、高齢者の在宅医療連携等の重要性を鑑みて、本年度から介護部門を、保健医療プラス介護もということで、高齢者施設と、あるいは高齢者に関することについても所轄することとなっております。

では、県からは資料239ページになると思いますけれども、資料10ですね。「沖縄県医療計画について」というところから３点ありますので説明したいと思います。ご覧ください。

まず第８次沖縄県医療計画となっております。医療計画は６年おきに見直しをするということで、昨年１年間かけて第７次計画の評価を行いながら、第８次計画を策定したところです。これは医療法に基づく計画となっておりまして、２番に書いていますけれども、専門的な知見に基づいて医療計画を策定するため、次のページにあります12分野ごとに専門の先生方あるいは団体などで構成する専門部会を設置しまして、各分野で３回程度、部会を行っております。これは全てロジックモデルを使いながら、前回からそうですけれども、先生方にデータをお示しして、改善のための策について議論をし、分野によっては引き続き来年もしっかり協議しようという形で継続となっている部分もありますけれども、年に１回はそういうふうにして計画を見直していくことになっております。医療審議会のほうに諮問して答申をいただき、了承を得たというふうになっています。

３番目に第７次計画との大きな変更点がありますが、一番大きいのは項目として新興感染症発生・まん延時における医療への対応というものが増えました。コロナがかなりまん延をしたときに、国の方針として、コロナは指定された病床で診るということをずっと行っておりますので、次に新しい感染症が起きたときにも、今回、診てもらっていただいた病院を中心に協定を結んで、次にまた大流行しても計算できるような形で行って、各病院と協定を今、結んでいるところでございます。

（２）のほうで、個別計画としてありました循環器病対策推進計画、それから外来医療

計画についても一体的な策定を行っております。

次の240ページからが構成となっておりまして、まず第３章のところになりますけれども、医療圏と基準病床というところがあります。詳細は割愛しますけれども、各医療圏ごとに基準病床を設けまして、その基準病床を超えている地域については新たに病床が設定できないということで、医療計画の縛りの１つになっております。

こちらには書いていませんけれども、沖縄県は高齢化が進み、人口が増加して需要が増えていく見込みの下で、今回、中部医療圏と南部医療圏については基準病床がさらに、今の既存の病床を上回る事態となっておりまして、新たに病院の設置をして、医療体制を強化するという内容となっておりまして、今後はその病床を増やす手続き等について県のほうで進めていこうとしております。

それから、疾病対策の中で、（１）がんでありますけれども、次の271ページの一番上のほうでありますが、がんということで目指す方向性、主な施策ということで、（１）（２）のことが書いてあります。医療計画ではございますけれども、予防対策、それから検診の受診促進、それから患者が望むがん医療の提供、標準治療の推進等ということで、内容の構成となっているところでございます。

それから、次のページが別の名前になりますけれども、がんに限った第４次がん対策推進計画という形になっています。これは第３次の数値について、指標などについて比較をして、その評価をしながら対策に強弱をつけているような形で、第４次沖縄県がん対策推進計画（2024年～2029年版）ということで、また６年間、いくようにしています。

計画の策定に当たっては、がん対策計画推進検討会において３回の意見聴取を行いまして、第１回の沖縄県がん対策推進協議会へ諮問、それからパブリックコメントの実施をして、第２回の協議会で開催したものを大屋議長から知事のほうに答申をしていただいたという状況で、審議が終了したところでございます。ホームページには掲載されております。

先ほどお示ししました医療計画のがん分野とほぼ構成、検討したメンバーは一緒なんですけれども、こちらのページでいう第４章のところ、「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」にはこのがん対策計画のみであって、医療計画には含まれていないんですけれども、内容についてはほぼ同一のものとしております。

こちらのがん診療連携協議会、先ほどのロジックモデルからも、沖縄県のほうに計画のご提案ということで資料をいただき、議論をして、その計画策定の参考とさせていただきまして、こちらの非常に細かいところはなかなか県の計画として書く部分は難しいところ

もあったんですけれども、考え方とか、あるいは指標の位置については採用をさせていただき、今後も連携して推進をしていくと考えているところでございます。詳細は本ができまして、またその都度、説明をさせていただけると思います。

それから個別の資料の紹介といたしまして、243ページからは沖縄県が今年度から取り組みます若年がん患者等の支援事業の概要となっております。これは２つの事業から成り立っておりまして、１つがアピアランスケア支援事業、２番目が若年がん患者在宅療養生活支援事業となっています。

243ページはアピアランス、外見に関する支援事業となっております。医学的、整容的、心理社会的資源を用いて、外見変化への対応を行うという形でございます。

事業内容が左下のほうにありますが、市町村を実施主体にいたしまして、市町村ががん患者に対して購入助成を実施したところにまた県のほうが補助をするという間接補助的なところで行っていまして、したがって、その受付は、患者さんは市町村のほうに行くという形となっているところです。

対象経費がありますが、ウィッグ及び装着に必要な頭皮保護用のネット、補整下着等の胸部補正具ということで、県が２分の１、市町村が２分の１で、患者さんの負担はないという状況でございます。

この事業は、前回からもずっと情報提供させていただきまして、議論となっていたところが、右側の事業フローのところにがん患者さんがいて、その右側にがん相談支援センターにまず相談をするというふうなところが、最初はこれを必須のような形で行っておりましたけれども、別に主治医の先生がいらっしゃる患者さんにとってはわざわざ違う病院の支援センターに行くことについて、なかなか簡単じゃないというご意見がございました。これは県議会でもかなり多くの質問があって議論を行って、こちらのほうも内部でいろいろ検討をしていたところです。これは今、相談支援センターに事前相談を、これは患者さんが希望されない場合にはその旨を市町村に行ったときに申請書に書いていただければ、必ずしもそこに出向いて、あるいはメールをすることがなくても補助の対象とする運用としたいと事務局のほうでは考えて、負担にならないような形で配慮させていただいております。

次は244ページ、こちらは40歳未満のがん患者さん、末期のがん患者さんで公的な介護保険の利用の対象とならない方に対して、その支援の隙間といいますか、なかなか制度的に難しいところがありましたので、３行目にあります「上記世代のはざまにある18歳～39歳

の末期がん患者については公的支援がない」というふうなところで、自宅で療養する際に経済的に支援を行うという事業を新規事業として同じく立ち上げたところでございます。これも市町村を窓口として、沖縄県のほうと２分の１ずつ補助をするということを今年から始めていきたいと考えてございます。

両方の事業を併せて、最初の年の予算が400万程度ということで、今後、これを進めながらどんどん充実をさせていき、市町村とも協力しながら患者支援に資するような形で取り組んでいきたいと思っております。

以上が沖縄県の計画並びに個別事業の紹介ということでございます。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。一番中心プランが第８次医療計画、そして第４次沖縄県がん対策推進計画。いずれもロジックモデルを使って策定されたものですし、徐々に内容的にもわかりやすくこなれてきて、対策、評価というのもある程度、進んできているところでございますけれども、また新規に必要な事項については沖縄県のほうで幾つかの対策事業を行っておりますけれども、今回はまた新しく若年がん患者さんの支援事業ということで２つの内容についてご説明をいただいたところです。いかがでしょうか。天野さん。

○天野慎介委員

天野です。ご説明をありがとうございました。新たにつくっていただいた事業は本当に助かると思っていまして、特に若年がん患者在宅療養生活支援事業ですね。こちらは特に介護保険を使えない若年がん患者さんでがんが進行されて在宅で療養されている患者さんは現状、支援がなく非常にミゼラブルな状況にある患者さんが多くいらっしゃるので、そういった患者さんに助けの手を差し伸べるという点で非常に素晴らしい施策だったと思いますし、ほかの自治体でもよくこの施策をやっているんですけども、同じ県内でも市区町村によってやっている市区町村、やらない市区町村があって、その格差があって問題になっているところもあるので、こうやって県でしっかりフォローしていただけるのは大変素晴らしいことだと思います。

１点だけお願いがありまして、介護保険でもそうなんですけども、がんの患者さんはご承知のとおり、最近、特に治療が進歩しているので、相当進行されてもお元気に、普通に日常生活を送られている患者さんが多くて、これはもちろん素晴らしいことなんですけど

も、一方でがんが相当程度進行されて、いわゆる本当の終末期、一気に悪くなって、そこで介護保険を申請する患者さん、ご家族がやはり結構いらっしゃって、そうすると介護保険が間に合わない患者さんが残念ながらいて、介護保険の申請の迅速化をするように国から通知は出ていますが、なかなか全ての患者さんにその恩恵が行き届いていないことがあるので、この支援事業に関しても、申請があったら、いろいろ手続きはあるかと思うんですが、速やかに給付できるように、ぜひ県のほうでもご高配いただければと願っております。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。糸数先生。

○糸数公委員

ありがとうございます。介護保険の対象者における迅速な手続きの必要性について、今年から担当部長になりましたので、市町村にしっかりとまた伝えていきたいと思います。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。市町村は非常に小さいとなかなか満足いくものができていないところもあるという話は聞きますけれども、県のほうでもしっかり見ていただいて、均てん化がきちんとできていくように、なかなか難しいのは承知していますが、どうぞよろしくお願いいたします。

いかがでしょうか。玉城先生。

○玉城研太朗委員代理

ありがとうございます。アピアランス支援に関しましては本当にありがとうございました。このがん相談支援センターのところは実はかなり伺っておりました。ただ、４月から運用が始まっており、若干、現場としても少し混乱をしていた状況がございましたが、那覇市に問い合わせたりしても「ちょっとわかりません」というようなご回答をいただいたりもしました。

ただ、先生がおっしゃるとおりで、今後、支援センターのご希望がなければというところであれば、もちろんがん拠点病院の支援センターをご活用いただくのは重要なところだ

と思いますが、今まさしくがん治療が始まる方々にできるだけ負担がないような形でいろんな支援が届けられる施策を本当にありがとうございました。以上でございます。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。そのほかはいかがでしょうか。どうぞ。

○島袋希美委員

質問なんですけれども、予算は400万円ということなんですが、ＡＹＡ世代のがん患者さんはもともと患者数が少ないと思うんですが、ぱっと見、400万は少ないのかなと感じたんですが、現場では実際にどのような感じでしょうか。お伺いしてもよろしいですか。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。この金額がどうやってできたのかということもあるかもしれませんけれども、よろしくお願いします。

○糸数公委員

ありがとうございます。金額の積算についてはほかの県で先にやっているところのものを参考に行ってまいりました。他の事業を併せてという形で今、組み立てているところでございますので、一つ一つの事業でこれから申請が上がってきて、まだ少ないとかそういうことがあればしっかり整備して、もし足りなくなるようであれば、そのときにまた追加をするようなことがあれば、県の予算システムの中では可能ですので行っていきたいと思います。

間に市町村が入っているので、さっき市町村ごとの格差がありましたけれども、市町村に患者さんが来たときに速やかな手続きができるようにという、県から市町村への丁寧な説明も併せて行っていきたいと思っています。

○島袋希美委員

まだ始めたばかりということなんですけれども、現在、治療を受けているＡＹＡ世代の患者さんには、こちらの事業が伝わるような仕組みは整っているのですか。

○大屋祐輔議長

どうぞ、担当のほうから。

○河野班長（沖縄県保健医療介護部健康長寿課）

健康長寿課の河野と申します。この事業についてこの４月から開始をするということで、市町村に３月末に事業の説明をして、その後、市町村がこの事業を採択するかどうかというところで、今、県内の市町村の状況を伺っているところで、市町村は実施するとなるとまたその市町村の住民への説明という形で、これからという形になるかと思います。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。１のほうは、がん相談支援センターは必要に応じて利用するということなんですが、２番目の若年者の療養生活の支援事業のほうは、これは支援センターの関係というのは多少あるんですか。そこから何か通すということはないんでしょうけど、アドバイスがどうとかこうとかというのは。

大体、若年患者さんの場合は、乳がんを除けば拠点病院にかかっているような気がするんですが、そうすると拠点病院にはがん相談支援センターがあるので、そこで情報をもらえるかなと思いますが、そういう流れは、今のところは想定はされていない？

○河野班長

ＡＹＡ世代、小児の子どもだったりとかすると、やはり拠点病院での治療が主になると思うので、がん相談支援センターにかかることは想定はしております。

○大屋祐輔議長

わかりました。相談支援センターにまた頑張ってもらうように発破をかけて、「ちゃんと情報提供してください」と話しましょうね。ありがとうございます。

○河野班長

よろしくお願いします。

○大屋祐輔議長

そのほかはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

次は患者会からのご報告に移りたいと思います。最初は患者会の田盛委員から、やいまゆんたく会のご報告のほうをよろしくお願いします。

４．患者会よりの報告

（１）田盛委員報告

○田盛亜紀子委員（やいまゆんたく会（八重山のがん患者を支援する会）　会長）

マスクを外させていただきます。委員の皆さん、245ページをご覧ください。八重山のがん患者を支援する会の会長を務めます田盛と申します。やいまゆんたく会の活動について取りまとめてご報告申し上げます。

令和６年２月10日の２月定例会において、防災カフェの開催を行いました。患者会の会員を対象としての勉強会だったものですから参加者が10名と少数ではありましたが、日本防災士会沖縄県支部の顧問を務めます新城格氏をお招きしまして、プロの立場からのご指導をいただけました。

フリートーキングに際しての導入としまして、能登半島地震の概要と能登半島地震から見えてきたもの、メディアや専門家が指摘している幾つかの問題を紹介してもらった上でフリートーキングを行い、日頃から地震や津波が発生したときの心構え等をわかりやすく学ぶことができ、改めて緊急時における防災の大切さを学ぶ勉強会となりました。くしくも４月３日に沖縄県で発生しました津波警報の避難時に役立てることができたことは幸いであったと思っております。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。災害時の患者を含め、市民の取り組みというか、どうやっていくか。特に医療関係ではいろいろ困難も予想されるんですが、確かどこかに「ＢＣＰ計画をちゃんと立てる」というのがロジックモデルの中にありましたので、この点についても対応をしっかりやっていくということだと思います。

後ろのほうだったような気がする。増田委員のほうから。

○増田昌人委員

ちょっと今…。

○大屋祐輔議長

そうですね。少なくともしっかりとがん計画の中にはそれも含まれていますので、地域のいろいろな、環境も違いますので、情報をいただきながら、よりきっちりした形にしていければなと思っています。ありがとうございました。そのほかにご質問、ご意見がございますでしょうか。

ないようでしたら、２番目、患者会の島袋委員のほうから若年患者さんのBe Styleの報告をいただきたいと思います。よろしくお願いします。

（２）島袋委員報告

○島袋希美委員

ありがとうございます。若年性がん患者会Be Styleでは、サバイバーである現役の看護師さんが主体となって20代～40代の患者さんやサバイバーの方で交流を行っています。私自身は看護師ではないんですけれども、昨年度よりお手伝いさせていただいております。

令和５年度に行った活動といたしましては、カフェを利用した患者会、リレーフォーライフへの参加、患者会の名刺作成、公式インスタグラムの開設、ＡＹＡ研オープンチャットへの参加、沖縄がん患者会意見交換会への参加などを行いました。

ＡＹＡ世代のがんは世代的にライフステージの変化が激しい時期といえるため、学業、仕事、結婚、出産、子育てなど、悩みや問題を抱えながらの闘病になることがあります。Be Styleでは、性別やがん種を問わず、20代から40代のサバイバーの皆さんと気軽に参加できる交流の場をつくっております。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。このがん計画の中でもＡＹＡ世代のがんに関してはさまざまな観点から支援する形がとられていますけれども、ここに出していただいたように、ピアで皆さんがいろいろ話し合っていくとか、また要望を挙げていただいていろいろな取り組みの中に生かしていくことが必要だと。引き続き活動をよろしくお願いいたします。

いかがでしょうか。ご質問、コメント等がありましたらよろしくお願いいたします。よろしいですか。

次は患者会の又吉様からご報告いただきたいと思います。教育サポートセンターのお話

かなと思います。よろしくお願いします。

（３）又吉委員報告

○又吉賢弘委員

「がん患者団体の会員及びがん経験者個人としての活動報告」というタイトルでございます。

私は現在、沖縄がん教育サポートセンターに所属して、がん教育における、がん経験者による外部講師として活動を始めたところです。コロナ前の2020年までは、沖縄県がん患者会連合会に所属して、本協議会の医療部会にも参加したことがございます。

今年の３月15日に、本協議会の前委員、上原弘美さんから「後任として紹介したい」との相談メールがあり、「現在は患者会に所属していないので資格がありません」とお断りしましたが、「個人の立場であっても推薦することに差し支えはない」との回答をいただきましたので、承認が得られるのであれば委員をお引き受けしたいと決意しております。

2019年以降の患者会の会員としての立場と、がん経験者個人としての活動の経緯について、次のとおりご報告いたします。

１番は、３つの委員を務めましたということです。

２番、がん教育の外部講師としての活動。①2020年５月にがん教育外部講師のためのｅラーニングを受講し、全国がん患者団体連合会外部講師リストに掲載されました。②2021年10月19日、がん教育総合支援事業における高等学校モデル校の検証授業として、中部商業高校の１年３組の生徒の皆さんに講演を行いました。③2023年10月６日、沖縄がん教育サポートセンターの活動として、那覇国際高校２年５組の生徒の皆さんに講演を行いました。④上記、②と③において、担当の先生との事前の調整や事後の生徒の振り返りの文書を通して、がん経験者による外部講師としての活動の必要性を認識し、今後の継続を決意しました。

３番、沖縄がん教育サポートセンターの会員としての活動。①2022年11月26日、27日の両日、がん教育外部講師のためのオンライン研修会を受講。②2024年３月20日、がん教育外部講師フォローアップ研修会を受講。③その研修会において那覇国際高等学校での自身の講演内容と、その後の生徒の振り返りの文章を匿名で公開。この生徒の文章に関しては、36名の直筆の文章を本人の特定ができないように全て入力し直した上で、サポートセンター内での共有について学校側の了解を得ています。その生徒の文章を紹介して、外部講師

活動の今後の継続について、改めて表明をしました。

４番ですが、これに対して実現が難しいということが見えてきましたので、替わりに上の２番の講演の内容に追加でお話しいたします。文書の４番は割愛したいと思います。

実際、この場で発言の機会をいただければ、私の考えについてお話ししたいと思います。

目的はがん検診の現実について述べたいと考えています。先ほどＤＰＣという単語が出てきましたけれども、これらは関連もあると思っています。機会があれば発言をしていきたいと考えております。以上です。ありがとうございました。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。さまざまな視点でここに参加していただいてご意見をいただくことは非常に重要だと思っていますし、特にがん教育のことについて触れていただきました。がん教育及びがんに関する知識の普及啓発は今回のがんの対策の中でも非常に重要なポイントで、「全ての高等学校でがん教育を１時間以上行うこと」が目標になっておりますので、いずれかの学年で１コマは必ずするんだということを打ち出しておりますので、ここら辺はしっかりと県の教育委員会にも取り組んでいただきたいと思いますし、外部講師を養成するというところも目標に挙がっていますので、本当に活動をいただいたように、一つ一つががん対策につながっているかなとお聞きいたしました。

いかがでしょうか。何かコメント等ありましたらお願いいたします。玉城先生。

○玉城研太朗委員代理

ありがとうございます。私もこのＮＰＯ法人がん教育サポートセンターの副代表をしております。ぜひお金をつけてくださいというのが今日のお願いです。かなり持ち出しが多くて、結構な、２桁万円ぐらいになってきていて厳しい状況です。これだと継続ができなさそうですので。いろんな補助金をあちこちからもらってはいるんですが、それでも手出しが多過ぎるので、ぜひ県行政にもお願いしたいと。

○大屋祐輔議長

一応、ロジックモデルに入っていますので、県行政にもお手伝いいただくとともに、あと、どうですかね。クラウドファンディング的なものも入れていただける方は多いかなというのが。

○玉城研太朗委員代理

そうなんですね。ただ、やはり目指すところは委託をいただきたいと思います。ある程度限界があると思いますので､あらゆる形で寄付も募って今､運営をしているところです。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。皆さん、いろいろな方法で頑張っておられるところなので、引き続きどうぞよろしくお願いいたします。可能な限りの支援を県には各方面にお願いしているので、なかなか苦しいところはあるかと思いますが、どうぞよろしくお願いします。

患者会からのご報告は以上ということになります。

次は資料14－(1)「第４次沖縄県がん対策推進計画のロジックモデルの位置づけ」ということで、増田先生、お願いいたします。

５．各拠点病院等が取り組んでいるがん対策について

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

（２）各病院の状況

①琉球大学病院

○増田昌人委員

その発表の前に、先ほどＢＣＰがどこに入っているかということだったんです。私もすぐ見つけられなくて申し訳ありません。Ａ３の当日配付資料の４ページ、がん医療提供体制の⑥の個別施策の1-6ですね。「全県および各二次医療圏におけるＢＣＰについて整備する」ということで、指標としては「ＢＣＰを整備している『施設』の割合」ということで、26施設でそれぞれ整備していただくのが取りあえず最初であるかなと考えておりますが、一応、これは拠点病院６病院が義務になっておりますので、本年度中に何とか６病院でそれぞれ整備できればと思っております。これに関しては以上です。

今の報告事項の５番なんですが、ページが飛びまして、資料14－(2)、271ページから先に見ていただきますと、昨年度、一昨年度、各病院が取り組んでいるがん対策につきまして別の書式でお出ししていましたが、今回は協議会案としてのがん計画、協議会案の項目立てに従って各病院から提出をしております。先ほども申し上げましたように、今回の取り組んでいるがん対策は昨年度のご報告と、あと今年度、どういう方向で計画しているか

についてなので、これに関しましては各病院のほうで今、どういう方向で計画しているということの報告になります。

琉球大学病院では、ご覧になっているような形で、具体的には、例えばがん医療提供体制だと、実際にすることと検証することがちょっと混ざっているんですが、2024年度でいうと、①必要な患者に適切なタイミングで適切なＡＣＰが行われているかを検証する。②医師に十分な啓発を行い、パネル検査を受ける患者を増加させるという形で、一応、計画は立てております。

１枚戻って具体的なことでいいますと、これは皆さんにお配りしたロジックモデルと同じものが入っているんですが、違いは個別施策の赤文字となっているところが、今回、各病院で出していただいている、今年度、これをやっていこうという計画になっておりまして、これはそれぞれ個別施策の赤文字になっているところを各病院で、あと、個別の病院名は青字で入っておりますので、私が今、お話しした271の１つ前、270ページの「基盤」でいうと、「がん教育及びがんに関する知識の普及啓発」の「医療保険者は～正しい理解を得ることができるように普及啓発活動を行う」ことにつきまして、八重山病院がご計画されていると。その下の「がん登録の利活用の推進」の「全国がん登録等の精度を高め、活用可能性を上げる」は、今年度は八重山病院と那覇市立病院でとなっておりますので、このロジックモデルはすごく大きいというか、何ページにもわたりますので、具体的には各病院でこういう形でロジックモデルに準じて、今回は計画を練っていただいているということをご報告いたします。

ただ、先ほどの協議事項、審議事項の中で申し上げましたように、これは取りあえず今の段階なので、今日は医療者調査の結果のお話をしましたので、それにつきまして、今後、ベンチマーク部会等で議論の上、各病院のほうに、今年はこういうことをしていただけるといいようなことのご提案を、この協議会でまた審議して提案できればいいかと考えております。

以上で５－(1)と(2)の琉球大学病院のところはそれで報告として終わりになります。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。ということは、このロジックモデルでの位置づけの(1)と(2)の琉球大学病院のところをご説明いただいたということですよね。

何でもかんでも拠点病院が全てやるわけではないんですけれども、昨年度か一昨年度ぐ

らいから、拠点病院がこの会議と会議の間に取り組んだことをご紹介いただいて、実際にがん対策にある程度、関わり、貢献し、ここを改善したということをご報告いただいているんですが、このロジックモデルに基づいて大体はされているんですけれども、これに落とし込んだほうがよりわかりやすいということで、今年度からこれを活用しながらご説明いただくという形を取るようにいたしております。

それで今、琉球大学病院が終わりましたけれども、これは全部終わってからご質問を取るようにいたしたいと思いますので、次は北部地区医師会病院から取り組んでいるがん対策ということでご説明をいただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

②北部地区医師会病院

○柴山順子委員（北部地区医師会病院　副院長兼看護部長）

北部地区医師会病院の副院長の柴山と申します。院長が中途で退室してしまいましたので、私のほうからの報告とさせていただきます。

当院においては、昨年度、取り組んでいたことの継続も多いんですけれども、がんの予防、がん検診に関しましては、健康管理センターがありますので、住民健診や職場検診の強化、それからナイト検診、日曜検診等を活用して、平日に受診できないような方々も検診を受けられるような体制を強化し、あとは二次検診等になるような方々のがんの患者さんをきちんとフォローするようにしております。

がん医療提供体制に関しましては、昨年度から引き続きＡＣＰ、アドバンス・ケア・プランニングのほうをやはり強化していかないといけないということで､院内の周知･実践。それから、がん遺伝子パネルの検査の必要な患者さんに対しての精査・治療等に関すること。それから、災害時のがん医療提供に関するＢＣＰの検討という形で対応をしていく予定にしています。

緩和・支持療法に関しましては、北部のほうでは訪問診療がなかなかできるクリニックも少ないですので、昨年度から院内の医師のほうで緩和ケア医が回っていくような形を開始しておりますが、それとともに地域で看取りができるように、今年度は介護施設の職員等への研修会を企画して、看取りがどうしても怖くて救急に運ばれるということもありますので、そういうことを少し減らしていきたいなと、患者さんが生活されたところで看取りができるような体制をつくっていきたいなということにしています。

少し端折らせていただきます。あとは、今、出ています希少がんや難治性がん、ＡＹＡ

世代のがん患者さんに関しましては当院のほうでは対応が難しいので、対応可能な連携している琉大病院への紹介、もしくは中部病院等への紹介をしていく方向と、北部は若干、離島がありますので、そこで渡航費用の助成制度等のサポートを、助言をして十分できていないかと思いますので、そこを強化していきたいと思っています。

あとは共生に関しては引き続きアピアランスケアや、がん相談支援センターの地域への広報・周知等の拡大をして、相談をうまく進めていくような体制の強化をすることと、あとは基盤整備のところで地域向けの研修会、あとは専門の認定看護師であったり、専門の薬剤師が１名おりますけれども、もう少し増やしていって、がん医療の定着・強化につなげていきたいと思っています。簡単ですが、以上になります。

○大屋祐輔議長

詳細にどうもありがとうございました。しっかり取り組まれていて、どうしても多岐にわたりますので大変だろうと思いますが、よろしくお願いします。

次は中部病院、戸板先生からご報告ですか。よろしくお願いします。

③県立中部病院

○戸板孝文委員（沖縄県立中部病院　放射線治療科部長）

中部病院放射線治療科の戸板から報告をさせていただきます。

まずがんの予防に関しましては、禁煙外来が現在休止中でありまして、再開の準備中という状況であります。

２のがん検診に関しましては、こちらに書かれているとおり、大腸がん激減プロジェクトでの方針が示された場合にはそれに従って進めるという方針を立てさせていただいております。

３番目のがん医療提供体制につきましては、昨年の８月にがんゲノム医療連携病院の指定を当院は受けまして、慶應大学病院と連携をいたしまして、がんの遺伝子パネル検査を開始しております。今年度に入りまして、５月から当院でも他の病院さんからの受け入れを開始している状況であります。相談の手順につきましてはホームページのほうに掲載されておりますので、ぜひ参照していただければと思います。

先ほどから話題が出ておりますけども、DPC-QIに関しても当院は続けておりまして、これをＰＤＣＡサイクルを用いて活用するという方針を本年では考えていると。

あと、新しい医療体制として、次年度からロボット手術の導入に向けての準備を進めております。同時に放射線治療装置も来年度から新しい装置での稼働を予定しております。それに伴いまして、今年の９月から約半年間、当院での放射線治療は休止をいたします。それに伴って、放射線治療を必要とする患者さんに影響が最低限になるように、現在、他の放射線治療実施施設の先生方、事務系の方々と調整を進めているところであります。

４の緩和・支持療法に関しましては、緩和ケア研修会を昨年に引き続きまして今年度もグループ指定の八重山病院さん､宮古病院さんと共催で実施することを予定しております。

276ページ、個別のがん対策としては、まず離島・へき地の対策といたしまして、グループ指定の石垣・宮古地区の県立宮古病院さん、八重山病院さんのほうに引き続き連携ということで、医師の派遣を継続しているところであります。

あとは、希少がん、難治がんの患者さんの診療におきましては、国立がん研究センターの希少がんセンターへのセカンドオピニオン、遺伝子パネル検査の有効活用で、県内での中心的な役割を果たしていくべく努力をしているという状況であります。

共生と基盤に関しましてはこちらに記載をされているとおりですのでご参照をいただければと思います。中部病院からの報告は以上になります。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました｡着実にいろいろなことを進められていると思いました。いかがでしょうか｡

次に那覇市立病院からですね。よろしくお願いします。

④那覇市立病院

○宮里浩委員（那覇市立病院　副院長）

市立病院の副院長の宮里です。私のほうから報告させていただきます。

当院も拠点病院としてやらないといけないことを引き続きやるということと、あと、臨床的に課題のところを取り組んでいくことにしています。

予防､検診に関しては､引き続き前年度からの取り組みを強化していくということです。

医療提供体制に関しては、先ほど中部病院のほうも出ていましたが、ロボットに関して立ち上げの準備をしていましたけれども、ロボットが導入できまして来月から開始を予定しています。いわゆる臨床試験に関して、以前から参加はしているんですけれども、そこ

に関しても少し積極的にやっていこうということで、体制を強化していこうということ。

それから薬剤に関しては、最近、新薬がかなり出てきているので、そこに関して以前も問題になったことがあるんですけれども、ドラッグラグを最小限にするということで、薬剤部を中心にしてアピールをしていくことを取り組んでいます。

緩和・支持療法に関しては、緩和ケア外来が院内に関してはある程度、カバーできているんですけれども､院外の患者さんに関してのケアをもう少しやっていこうということで、そこを強化していくことを今年のテーマにしています。それから、実際のがん患者さんのいろんなケアをするに当たって、やはり病院だけでは難しくてかかりつけ医の力もそうなんですが、那覇市地域では在宅もかなりパワーのある先生方がいらっしゃるので、その在宅の先生方との協力もやっていこうと思っています。

それから、先ほどから出ているＡＹＡ世代の患者さん支援に関しては、引き続き体制を強化ですね。アピアランスに関しても先ほど出ていましたが、いわゆる新しい補助制度についても、院内の周知に関してはある程度、連携室や相談センターを通じてやっているんですけれども、先ほどからお聞きしていると、院外の患者さんに関して、特にアピアランスだけではなくて、若年世代のケアに関しての院外への広報がもしかしたらうちとしてやっていかないといけないのかなと先ほど感じました。

基盤に関しては引き続き前年度からの取り組みを続けていくところになります。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。病院の建て替えで大変なところだと思いますが、引き続きよろしくお願いいたします。

次は県立宮古病院、よろしくお願いします。

⑤県立宮古病院

○西原政好委員（沖縄県立宮古病院　外科部長）

宮古病院外科の西原と申します｡当院のがんの対策については記載のとおりなんですが、その概要を簡単に述べさせていただきます。当院では、がん対策に対しては、離島なのでやはり取り組むべき重点項目を今年は３つ決定いたしました。

１つ目はがんの予防対策です。医療に関しては子宮頸がん発症予防のためのワクチン接

種を積極的に進めていきたいと考えておりまして、近隣のクリニックと連携を取って今現在、行っておりまして、ワクチン保有数などを集計している最中です。これが年々増加していければ子宮頸がんの予防になると考えております。宮古の島民は依然、喫煙率が高くて分煙対策もなされていない飲食店なども結構、散見されていまして、これが行政やマスメディアなどを通じて、禁煙、接種の必要性を根気強く訴えていきたいと考えております。

２つ目はがんの早期発見の対策です。これが今、決められているがんの検診実施率を上げることが一番の最善の方法だと思います。これに関しては、講演会、テレビ、マスメディアを通じて、早期発見・早期治療の必要性を訴えて粛々と進めている最中です。

３つ目は、がん患者に対するサポート体制を確立したいと考えております。今年度より宮古病院でがんと診断された患者さまに、原則、告知の段階から、医師だけではなくて誰か緩和チームのスタッフが立ち会って、入院治療、治療後、外来治療などに対して、きめ細かいサポート体制を確立していきたいと思います。患者に対する説明が不十分とのご報告がありましたが、これはその改善点になろうかと考えております。

最後になりましたが、やはり沖縄県は離島なので、がん医療に携わる人材の獲得はやはり喫緊の課題だと考えておりまして、今年度に鳥取大学と外科専門研修プログラムを組むことになりました。これを組むことによって消化器外科医、消化器内科医を定期的に派遣できるような体制をわれわれは確立していきたいと思いますし、なおかつ鳥取大学を通じて、彼らの最新の知見等も取り入れながらわれわれも勉強していきたいと考えております。

それに関しては、７月に鳥取大学外科の藤原教授を招いてがんに対するロボット手術の講演会を開催予定にしておりますので、これはZoom配信も行いますので、もしご興味のある方がおられましたら参加いただければと思います。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。しっかり計画を立てられて進めているということでございました。

次に八重山病院、よろしくお願いします。

⑥県立八重山病院

○松村敏信委員（沖縄県立八重山病院　外科医師）

八重山病院の外科の松村が報告させていただきます。資料は281ページになります。

がんの予防は、八重山のほうは喫煙率が高くて肺がんの率も高いんですが、予後も悪くて、それに対する治療法等々の講演会等を開催しております。

検診に関しては、一応、事業としては、病院の名前は挙がっておりませんけれども、受診した二次検診の患者さんには精査を行っております。

医療提供体制は、応援を得まして中部病院、東大や順天堂の先生方をお呼びして応援医療体制を行っております。

また、当院に特徴的なirAE委員会をつくりまして、特に免疫チェックポイントや治療においては副作用が出ますので、それの委員会を立ち上げて対策を練っております。

緩和ケアの部分におきましては､痛みのスクリーニングをいつでもやっておりますので、それを今年もと考えています。

個別の施策では、希少がん、難治がんに関しましては、やはり連携する病院に、琉大、中部病院に紹介させていただいております。うちの病院に特徴的なのは共生の部分で、学校の授業の一環として､高校でアピアランスケアの帽子の作成などの授業を１コマ､去年、行いました。今年もそれをまたできればと考えております。

それと、アピアランスの、先ほど県からご報告がありました助成事業ですが、当議会のほうも今、審議をされておりますけど、審議が通りまして議会で可決されれば、すぐ実行したい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。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。今６つの病院から報告いただいた。まとめて何かご質問やご意見等がありましたらお願いします。よろしいですか。

次に移りたいと思います。次は報告事項６～10ですが、増田委員からまとめて簡単に報告をよろしくお願いいたします。

６．アピアランス支援モデル事業について

７．大腸がん死激減プロジェクトの進捗状況について

８．沖縄県がん患者等支援事業の活動報告について

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

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24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

（２）第26回厚生科学審議会がん登録部会

（３）第41回がん検診のあり方に関する検討会

（４）第15回がん診療提供体制のあり方に関する検討会

（５）第24回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会

○増田昌人委員

では、ご報告させていただきます。まず６番のアピアランス支援モデル事業なんですが、先ほどの八重山病院のご報告の資料15、284ページを見ていただきますと「厚生労働省委託事業　令和５年度アピアランス支援モデル事業」とありまして、２枚めくっていただきますと「アピアランスケアについて」があります。昨年度、全国で10の病院が指定されまして、アピアランスケアのモデル事業が始まりました。

アピアランスケアに関しましては、今日も少し何回か話題になっておりますが、定義がありまして、これが昨年度の定義で、今年度は新たにがんとの共生の会議で出た定義におきましては、ここの定義は「広義では、医学的・整容的・心理社会的資源を用いて、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」だったんですが、今年度からはこの「外見の変化の補完」がなくなりました。これは補完しなくても苦痛を軽減できることから削除されるということで、研究班のほうでの話ということで、今後はより外見への介入と同時に、心理的介入と社会的な介入を重視していく方向にあるということで、私たちもそういう形で国がんの人たちと勉強を重ねたということになります。

２枚めくっていただきますと、琉大病院がモデル事業として行った一覧が２ページにわたって書いてありますので、それぞれご参照いただければと思います。

ちなみにこのモデル事業は、当初は単年度の予定だったんですが、今年度も引き続きまして10の病院が選定されておりまして、６月にその全体の研修会があるんですが、沖縄県は比較的評価していただきまして、私たちがまたこの新たな研修会で講師を務めるような形で、地域連携に関しましては沖縄県のやっていることをモデル事業としていきたいと、それもありまして、今回、講師を務めることになっていることをご報告いたします。

次は７番の「大腸がん死激減プロジェクトの進捗状況について」ということでお話をいたします。大変申し訳ありませんが、あまり進展しておりませんで、資料16、383ページで、これは医師会と共同して作った医師向けのポスターで、こういう形で簡単にコンサルテーションをかけてくれということを伝えているところでして、各医療機関にお願いして貼っ

ていただいたり、医局で紹介していただいたりしているので、これにつきまして経緯を見たいと思うことと、いろいろ新型コロナも落ち着いたりしたこともありますので、コロナ前までは予防と検診のグループと医療のグループでそれぞれ活動していたんですが、新型コロナになってから予防・検診のグループが活動を停止していましたので、今年度は予防・検診のグループを復活させてまた活動していきたいと思いますので、ここにいる先生方にお願いすることになると思いますので、その節はよろしくお願いいたします。特に予防・検診のグループは糸数先生の協力を得て進めていただいた経緯がありますので、ぜひまたよろしくお願いしますし、また医師会のほうもバックアップをよろしくお願いしたいなと思います。なので、巻き返しを図りたいと考えております。

８番が「県がん患者等支援事業の活動報告」なんですが、資料17、384ページが出てまいります。県からの委託事業でがん患者支援事業をやっておりますが、がん情報及び地域がん医療の説明会をすることと、「おきなわがんサポートハンドブック」を作って印刷をして配布をすること。あと、普及啓発活動等をしておりますので、それぞれご報告につきましては中の資料をご覧いただければと思います。

414ページ、資料18になります。これが沖縄県からの委託事業で、沖縄県地域統括相談支援センターで活動しているものになっておりまして、主にピアサポート活動を中心に行っておりますので、時間の関係上、今日は細かい説明は省きますが、ホームページがリニューアルされましたので、ぜひ皆さん、見ていただくと同時に、今年度は事前予約ができる形のホームページに改定をする予定でおります。

次が10番、各厚労省の関連会議になります。当初からこの協議会において必須事項の１つとして、国等の関連する会議をこの協議会で報告し、全ての拠点病院で共有することが義務要件の１つですので、17年前からしているものではありますが、今回は５つの会議につきまして簡単にお話をしたいと思います。

まず最初が資料19－(1)、465ページなんですが、第24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の報告であります。簡単にいいますと、こちらで新しくＨＰＶワクチンに関しましては、ご存じのとおり、４月１日から勧奨が復活したということになります。それに関していろいろな状況が書いてありますので、それぞれご参照していただければと思います。

次ががん登録部会になります。これも審議会の１つの分科会になりますが、がん登録部会に関しましては、ここでは全国がん登録データベースの状況と、その情報の提供マニュ

アルの改訂につきまして…。すみません。今、577ページ、資料19－(2)の一番最初の議事次第をお話ししておりますが、全国がん登録情報の利用・提供に係る審査ということをしております。

ここの一番の課題は、実はがん登録推進法の改訂なんですが、今、いろんなところで滞っているのが実情でして、多分、今年度中には何とかなるのかもしれません。ただ、なかなかいろんなところで動きがありまして、がん登録推進法の改正に結び付いていないのが実情です。また、それがある程度になりましたらご報告をしたいと思います。要するに皆さんが使いやすい形で、個人情報保護法のことはありますが、それを超えて、なるべく医療者ないしは患者会も含めて使いやすいようにする方向で議論としては進んでいるんですが、なかなか一筋縄ではいかないということになります。

次が(3)の第41回がん検診のあり方に関する検討会ですが、790ページ、この議事次第を見ていただきますとわかりますが、５つの検診がありますが、その中で子宮頸がんに関しましては、今の検診に加えましてＨＰＶ検査の単独法の導入につきまして検討が行われました。結果として、多分、今年度からその検診が導入されることになったかと思います。

次に４番としまして、がん診療提供体制のあり方に関する検討会、804ページ、資料19－(4)になります。これに関しましては指定の結果のことがありますが、皆さんにとって一番直接のところに関しましては、この議事次第の(3)、「がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件等について」なんですが、今後は拠点病院も含めて幾つかの拠点病院の指定要件の改訂。今まで多分２年後、ものによっては２年、３年、４年ぐらいで改訂になっておりまして、がん拠点病院に関しましては４年ごとに改訂していたんですが、、正式決定ではありませんが、６年後の改訂になりそうな感じではあります。そういったことが議論されております。

次に５番目、これが最後ですが、拠点病院等の指定に関する検討会となっておりまして、拠点病院等の指定が行われておりますのでそれぞれご覧いただければと思います。やはり少しずつ厳しくなっておりますので、以前よりはだいぶ厳密な形になっておりまして、特に沖縄県ではないんですが、１つの二次医療圏に２つ、３つ、４つ、５つと指定がされている地域に関しましてはかなり厳しい方法で臨むことが、６年ぐらい前からそういう話があったと思うんですが、今もそれが踏襲されているということで、個別に関しましてはそれをご覧いただければと思います。私からは以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。国の全体的ながん対策の方向性をご説明いただいたところです。いかがでしょうか。特別にご質問がなければ、次へ移りたいと思います。

それでは部会報告になります。最初は医療部会報告を増田委員からお願いいたします。

部会報告事項

１．医療部会

○増田昌人委員

医療部会の報告です。資料926ページをご覧ください。医療部会は琉球大学病院の野村先生が部会長だったんですが、今回転勤になりまして、さらに３月の医療部会でも次年度に新たに部会長と副部会長を選任することになりましたので、代わりに委員の１人である私が代理で説明をいたします。

なお、一番最初なので申し上げますが、これまで医療部会はおおよそ年４回ないしはもうちょっと空いていたんですが、今後はこの協議会に合わせまして、基本的にはこの協議会が５月に開かれておりますが、その１カ月前に幹事会が開かれております。なので、部会はその１カ月前に開こうと。今回のことでいうと、３月に専門部会、４月に幹事会、５月に協議会という形で、原則として３カ月ごとですから、次の部会は６月に開いて、７月に幹事会、８月に本協議会という形で、今まで以上に協議会での連動を意識して開催することになっております。

医療部会では、926ページにありますように、本協議会がつくった計画案についての所掌分担の活動と次年度の活動計画についてディスカッションを重ねまして、そこに手術療法と放射線療法、薬物療法について重点的に何をやっていくかを検討しておりますので、今回の医療者調査の結果も踏まえて、また少し議論を深めて、最終的にはそれを踏まえた上で各協議会のほうに、今後は協議会としてどういうことを重点的にお願いしたいかにつきまして提案をしていく予定でおります。医療部会につきましては以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございました。ご質問等はありますでしょうか。

ないようでしたら、次に緩和ケア・在宅医療部会ということで、笹良部会長からお願いいたします。

２．緩和ケア・在宅医療部会

○笹良剛史　緩和ケア・在宅医療部会長

緩和ケア・在宅医療部会の笹良です。資料21、930ページから933ページ、この在宅緩和ケアと在宅医療部会はワーキングをつくっておりまして、緩和ケアの研修を行う研修部会と、それから在宅ワーキングということで、特にがん、非がんを含めたエンドオブライフに関する在宅の連携をするための部会がそれぞれの地域の先生方や多職種の皆さんに構成していただいてお話し合いをしております。

その中で、ロジックモデルは253ページなんですが、ロジックモデルを作成しながら緩和ケアの推進というか、在宅の連携の推進について話し合いを進めているところです。特にずっと続けていることとしては、苦痛や苦悩のスクリーニング及びモニタリングを、特に病院のがん治療の現場で普及させること。その現況を各拠点病院と共有しております。

ただ、緩和ケア研修会に出られている病院は、沖縄県ではがん拠点病院だけでなくて、教育病院、研修病院の先生方にも病院に参加していただいて、研修をほぼ全体の研修病院が開かれるような形で推進しておりますが、その緩和ケア研修会のスケジュールや、あるいは内容のフィードバックなどを共有するということで、その共有、底上げをやっております。

また、在宅の部分に関して、緩和ケアの在宅医療と、また病院医療の連携をするということで、看取りのためのセットをつくっていこうということ。また、コロナ以降、デジタル化でつながることはできたんですが、直接顔を合わせた人のつながりがちょっと薄まっていたこともありまして、直接、在宅の先生と病院医療の先生たち、あるいは緩和ケアチームの顔が見える関係づくりをするケア・カフェを今度は５月22日に開催する予定にしておりますけれども、そういったこともやって、いろんな各拠点病院のみではできないことをサポートしていこうとやっております。

がん、非がんを含めた意思決定支援の研修会などの情報を共有したり、あるいはエンドオブライフにかかわらず、医療者のセルフケア、予防の研修会の情報を共有したいということで、今、話し合いを進めているところであります。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。次は小児・ＡＹＡ部会、浜田部会長からお願いします。

３．小児・ＡＹＡ部会

○浜田聡　小児・ＡＹＡ部会長

小児・ＡＹＡ部会です。資料22となります。ロジックモデルが出来上がりましたので、成人患者はいろいろ成績等を全国と比較されているんですが、希少がんである小児がんはこれから各部署でデータを集めていきたいと思います。

あと、小児がん患者の体験調査のデータ等も組み込んで、今後は成績向上に向けて臨床試験への参加のリストを上げていくことを進めていく予定です。

妊孕性においては銘苅委員が研修会や周知もされており、どんどん業績、数字も上がってきております。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。ご質問等はございますでしょうか。

ないようでしたら、次は離島・へき地部会、増田委員からお願いします。

４．離島・へき地部会

○増田昌人委員

離島・へき地部会に関しましても、新年度の第１回目で部会長、副部会長を決めるということなので、私が代理で説明をいたします。

資料23、944ページからなんですが、主には事業計画について重点事項をどうするかということにつきましてディスカッションを深めていきまして、６月からはそれに対して指標を測定しながら、より進捗状況を確認していく予定でいます。

加えるならば、離島の場合はどうしても県の病院事業局の人事にかなり引きずられるところもありますが、それに対しても、できたら離島・へき地の立場から提案もしていきたいというディスカッションがありました。私からは以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。離島関係だと「オンラインを使ったようなさまざまな取り組みというのを推進してくださいね」みたいなことが第８次医療計画には書いてあるので…。

○増田昌人委員

審議していきたいと思います。

○大屋祐輔議長

よろしくお願いいたします。

次は情報提供・相談支援部会、友利部会長からお願いいたします。

５．情報提供・相談支援部会

○友利晃子　情報提供・相談支援部会長

情報提供・相談支援部会の琉球大学病院の友利と申します。資料の24、947ページ、令和６年２月に部会を開催しました。議事要旨をご参照ください。協議、報告事項から一部抜粋してご報告します。

今年度､令和６年度の部会計画について協議して､いろいろ意見は出たんですけれども、主なものとしては非拠点病院との相談員のネットワークづくりもつくって強化していかなければならないのではないかというところとか、あとは非拠点病院の相談員さんを含めた人材育成のための研修の企画、患者会の皆さんやケアサポートの担当が共同したイベントの企画などがもっと盛り上がっていくようなものになるのではないかという案が出ました。６月に今年度第１回の部会がありますので、また委員に最終確認の予定です。

また、県のアピアランスケアに関する支援事業として、院内外の医療従事者に対する研修と、また患者さんへの相談が今年度も継続的に行われることが確認されました。

新しいものとしては、ウィッグや乳房の補正具の購入費用の助成が今年の４月から体制が整った市町村から順次スタートしていくことも確認されました。那覇市さんはもう始まっているかなと思います。

報告事項では、各病院の患者さまやがん相談件数についての報告をしています。患者サロンは、各病院とも多職種の協力を得ながら対面での開催を行っています。参加者もお互いの気持ちを共有したり、看護師さんや薬剤師さん、栄養士さんといった専門の職員とざっくばらんに意見交換をする場面もあったりして有意義な時間となっていることが報告されていました。

相談の件数については各病院とも大きな変化はありませんでしたが、比較的、ホスピス

よりも在宅ターミナルケアに関する相談が多かった印象です。また、去年の４月から９月の半年ですが、担当医からの紹介で治療開始前までにがん相談支援センターを訪れた方の割合を、各病院に今アンケートを採るようにしていて、それが大体１割から２割にとどまっているという報告がありましたので、各病院の非常にマッチした周知体制について工夫するとともに、範囲や他府県の好事例についても今後は情報共有していくこととなりました。簡単ですが、報告は以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。先ほど話題になりました十分な情報提供・相談のところもこういう部会を通じてある程度は広めていっているところです。むしろこういう会などの輪の中に入っていないような病院に対するアプローチも今後は必要かなと今日のデータからもわかったのではないかと思います。

次はベンチマーク部会、増田部会長からお願いします。

６．ベンチマーク部会

○増田昌人　ベンチマーク部会長

955ページの資料25になります。ベンチマーク部会は、昨年度はがん計画の協議会案の仕上げと医療者調査の立案等がありましたので、１年間で16回の会議を開きました。それぞれにつきまして最終確認等やら実際の実行をしたわけです。

それとは別に、今後はベンチマーク部会が主体となって指標を測定していくので、その段取りの話と、それを使ってどのような形でほかの５つの部会及び幹事会等に提案をしていくかにつきましていろいろ話し合っているところです。

幸いベンチマーク部会のメンバーは国のロジックモデルを実質的につくったメンバーとか、第４次の国の計画の中間評価をするメンバーとか、患者体験調査を主体となってやっていくメンバー、あとは今、企画しているのは医療者調査をどうするかという話なども、それに関わっているメンバーが入っておりますので、国の動向をにらみながら沖縄県のデータをなるべく総体的に評価できるような形を考えているところです。また、時間があるときにはもうちょっと具体的な提案ができるようにしたいと思っています。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。今日、ご紹介したロジックモデルの中に当てはめられた数字、それ以外にもがん登録のデータをどのように皆さんがわかりやすく提示していくか。さまざまなところで今、ご活躍いただいているところではありますが、ぜひEvidence-Based Medicineだったり、Evidence-Basedのpolicy makingですよね。ぜひ沖縄県にも役立てていただきたいと考えております。どうぞよろしくお願いします。ご質問はいかがでしょうか。

もしないようでしたら、これで第１回の沖縄県がん診療連携協議会を終了いたしたいと思います。iPadは要回収となっておりますので、委員の方はテーブルに置いたまま、傍聴の方は受付に戻していただきますよう、どうぞよろしくお願いします。それではどうもお疲れさまでございました。

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

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

令和6年度 沖縄県がん診療連携協議会幹事会委員一覧

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

沖縄県がん診療連携協議会委員名簿（案）

2024/6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	副院長	地域がん診療連携拠点病院
伊江　将史	沖縄県立中部病院	外科部長	地域がん診療連携拠点病院
照屋　淳	北部地区医師会病院	副院長・外科部長	地域がん診療病院
松村　敏信	沖縄県立八重山病院	外科	地域がん診療病院
新里　雅人	沖縄県立宮古病院	医療部長	**地域がん診療病院**
外間　早紀子	沖縄県保健医療介護部健康長寿課	主査	沖縄県
有賀　拓郎	琉球大学病院	診療情報管理センター副センター長	都道府県がん診療連携拠点病院
安次嶺　宏哉	沖縄協同病院	腫瘍内科	沖縄協同病院
増田　昌人	琉球大学病院	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

医療部会　地域連携ワーキング

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

医療部会　薬物療法ワーキング

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

緩和ケア・在宅医療部会

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

緩和ケア・在宅医療部会　研修ワーキング

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

緩和ケア・在宅医療部会　在宅ワーキング

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

小児・AYA部会

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

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

小児・AYA部会　妊孕性温存療法ワーキング

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

離島・へき地部会

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

情報提供・相談支援部会

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

ベンチマーク部会

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

ベンチマーク部会　がん登録ワーキング

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

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

●令和６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

■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６年５月 10 日（金）14:00～17:00	大会議室	
第２回	令和６年８月２日（金）　14:00～17:00	大会議室	
第３回	令和６年 11 月８日（金）14:00～17:00	大会議室	
第４回	令和７年２月７日（金）　14:00～17:00	新病院への移転に伴い、会場調整中	

■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６年４月８日（月）14:00～17:00~~ →令和６年４月３日(水)15:00～16：00	~~大会議室~~ WEB 開催	
第２回	令和６年７月８日（月）　14:00～17:00	大会議室	
第３回	令和６年 10 月７日（月）14:00～17:00	小会議室	
第４回	令和７年１月 20 日（月）14:00～17:00	新病院への移転に伴い、会場調整中	

沖縄県医療者調査　　（7 月 22 日版概況）

１．調査設計

a）調査対象者

・がん診療連携拠点病院 3 施設、地域がん診療病院 3 施設、および、がん医療を行う診療施設 20 施設に勤務しがん診療に携わる医療者

対象の想定内訳：

医師	2130 人
看護師	7054 人
薬剤師	423 人
医療ソーシャルワーカー	100 人

依頼対象施設と種別(26 施設)

北部	北部地区医師会病院	地域がん診療病院
	北部病院	
	たいら内科クリニック	
中部	中部病院	地域がん診療連携拠点病院
	中頭病院	
	中部徳洲会病院	
	ハートライフ病院	
	沖縄病院	
南部	琉球大学病院	都道府県がん診療連携拠点病院
	那覇市立病院	地域がん診療連携拠点病院
	アドベンチストメディカルセンター	
	与那原中央病院	
	浦添総合病院	
	マンマ家クリニック	
	宮良クリニック	
	那覇西クリニックまかび	
	那覇西クリニック	
	沖縄赤十字病院	
	大浜第一病院	
	沖縄協同病院	
	南部医療センター・こども医療センター	
	豊見城中央病院	
	友愛医療センター	
	南部徳洲会病院	
宮古	宮古病院	地域がん診療病院
八重山	八重山病院	地域がん診療病院

b） 回答方法

調査期間　　：2024 年 3 月 15 日～3 月 31 日（実際には 4 月 10 日まで回答あり）

専用の Web フォームを医療施設を通じて案内し、回答を得る。

調査に同意し、かつ、がん診療に従事していると回答した者が分析対象

２．回答者の概要

回答総数は 1274 票、うち 2023 年にがん患者に携わっていない者、同意のない者の計 316 票は除し、回答者数 958 名。

（海邦総研の報告書では 951 名となっているが、遅れて 7 名追加）

以下のデータは回答者の自己申告による

＜勤務状況＞

医療圏	施設種別	医師	看護師	薬剤師	MSW	計
北部	がん診療連携拠点病院	0	1	0	0	1
	地域がん診療病院	5	20	6	6	37
	その他	4	2	3	2	11
中部	がん診療連携拠点病院	12	54	0	2	68
	地域がん診療病院	2	4	0	1	7
	その他	44	88	10	2	144
南部	がん診療連携拠点病院	76	197	18	10	301
	地域がん診療病院	0	3	0	3	6
	その他	50	117	17	18	202
宮古	がん診療連携拠点病院	2	1	0	0	3
	地域がん診療病院	14	20	6	2	42
八重山	がん診療連携拠点病院	0	3	1	0	4
	地域がん診療病院	10	115	3	3	131
	その他	1	0	0	0	1
計		220	625	64	49	958

灰色のセルは当該医療圏に存在しない施設種別。

16 名（1.7%）施設種別の自己申告には当該地域に存在しないはずの施設種別が出ている。施設種別については、一定の不正確な面があると考えられる。

尚、施設名を回答において取得していないため、医療圏の正確さや、実際の施設種別の正確さは不明である。

＜回答者属性＞

男性　319 名（33.3%）、女性　627 名（65.5%）、無回答 12（1.3%）

	人数	%
20 代	208	21.7
30 代	252	26.3
40 代	261	27.2
50 代	179	18.7
60 代	55	5.7
70 歳以上	3	0.3
Total	958	100

医師の専門分野(220 名中)

手術	120 名	(54.6%)
薬物療法	92 名	(41.8%)
放射線	8 名	(3.6%)

3. 回答の集計方法

a)全体の回答分布の集計法

・各回答への「わからない」「不明」は除外⇒各項目への回答総数は変化する。
・各回答の頻度を一覧化するとともに、海邦総研の考案した「実現率」「平均スコア」を併記する(「以下、２つを総称して海邦スコア」と呼ぶ。)

＜海邦スコアの算出法と限界＞

算出法の詳細は、海邦総研のレポートを参照。簡単にまとめると：
①実現率：
頻度を回答してもらう質問を集計する際に、回答選択肢が X~Y%とならば、その中央の値（(X+Y) /2）でその回答選択肢の頻度を代表したうえで、それらを平均して、「実現率」を出すというもの。
②平均スコア：
質問文にどの程度同意するか、の 5 段階(まったくそう思わない～そう思う)にそれぞれに対して、最も否定的な選択肢は―50、次の選択肢は―25、中立には 0 、より肯定的には 25、最も肯定的な選択肢に 50 を割り付け、回答の分布に従って、平均点を算出するというもの。

実現率の結果についての留意点：

実現率は、回答選択肢の設定により、とりうる値が変化することに注意
回答選択肢の数値の範囲は問によって２つのパターンがあるため、パターンを超えて、比較ができない。特に、パターン B は、そもそも頻度が低いと予想される事項について、低頻度の選択肢を詳細に聞くために作られている。

パターン A -回答選択肢が 0-24%、25-49%、50-74%、75-99%、100%
この時には、海邦スコアは
全ての回答が最下位(0－24%)ならば、12%となり、最上位(100%)の時には 100%となる。
つまり、12%～100%の値をとりうる。(Q10-15, Q20,Q22-Q26,Q29-Q37)
パターン B – 回答選択肢が、0% 、1-5%、6-10%、11-20%、21-50%、51-100%
この時には、海邦スコアは、
全ての回答が最下位(0%)の時には 0%、最上位（51－100%）の時には、75.5%となる。
つまり、0%～75.5%の値をとりうる。(Q16-19, Q21, Q27, Q28,)

尚、平均スコアは上記のとおり別の値を割り当てている。
パターン C―そう思う～そう思わないの 5 段階の場合には、上記の通り、－50、－25、0,25,50 を割り付ける。(Q9、Q38-41) ここでは、ポジティブな方が正に算出される。

４．回答集計とコメント

(a)　全体回答の分布

以下には全員の全体回答分布から見られることをまとめる。

これらの比較ができないように、各項目のグラフにおいては、

パターン A は緑、パターン B は赤、パターン C はオレンジ（マイナスは赤）で色分けした。

選択肢パターン：パターンA	「実現率」	最多回答
10 痛みのモニタリング結果の主治医（チーム）への速やかな伝達	75.2%	75-99%
11 痛みのモニタリング結果を受け主治医（チーム）が継続ケア実施	71.4%	75-99%
12 痛みについて主治医（チーム）から緩和ケアチームへの迅速な紹介	59.5%	50-74%
13 治療方針説明時の医師以外の職種の参加	68.6%	75-99%
14 治療スケジュール見通しの十分な情報提供	69.7%	75-99%
15 医療費の十分な情報提供	47.7%	0-24,25-49%同数
20 薬物療法開始前の、副作用時期を含む十分な説明	79.8%	75-99%
22（医師・看護師のみ）妊孕性温存療法が必要な患者への説明割合	49.1%	0-24%
23 質の高い手術療法の提供割合	78.2%	75-99%
24 多職種連携で適応議論の上、質の高い放射線療法の提供割合	65.4%	75-99%
25 質の高い薬物療法の提供割合	74.8%	75-99%
26 希望した患者のうち実際の在宅療養実行割合	62.6%	75-99%
29 （県立中部、琉大以外）希少がん患者の県立中部、琉大or県外病院への紹介割合	42.8%	0-24%
31 （全施設）難治がん患者のうち、一覧掲載施設or県外病院紹介	37.6%	0-24%
33 （拠点以外）AYA世代の患者の拠点病院or県外病院紹介	35.0%	0-24%
35 （北部医師会、県立北部、たいら、宮古、八重山が対象）離島僻地在住の患者についてスムーズな紹介が可能だった割合	70.2%	75-99%
36 離島僻地在住の患者について医療格差が明らかに感じられた割合	53.0%	50-74%
37 （全医療従事者に）離島僻地在住の患者について通院回数を少なくする配慮した患者割合	67.6%	75-99%

選択肢パターン：パターンB	「実現率」	最頻値
16 就労継続に関する十分な情報提供	35.1%	51-100%
17 アピアランスケアに関する十分な情報提供	37.9%	51-100%
18 がん相談支援センターに関する十分な情報提供	31.9%	51-100%
19 患者サロン、ピアサポート、患者会に関する十分な情報提供	22.2%	0%
21 がんゲノム医療に関する十分な情報提供	23.4%	0%
27 リハビリテーション実施した割合	57.5%	51-100%
28 高齢がん患者への治療開始前の高齢者機能評価	26.0%	0%

選択肢パターン：パターンC	「平均スコア」	最頻値
9 医師のみ）レジメン登録の遅延による投薬の遅れたことがあった	64.5	なかった
38 県内におけるがん医療の集約化と機能分化ができている	-2.5	どちらともいえない
39 医師以外）医師へ意見が自由に言えるか	13.9	おおむねいえる
40 医師のみ）他スタッフの意見に耳を傾けているか	63.9	おおむね傾けている
41 職場がキャリア育成を支援してくれている	30.6	おおむね支援してくれている

全体からわかること

・遅れて提出した 7 名を加えたが数字は海邦総研のものとほとんど変化しなかった。

（痛みのモニタリング）

いずれへの回答も高いものであったが､職種横断的に全体を見ると､主治医への伝達(Q10)、主治医自身の対応（Q11）は高い割合で実施されているとされるものの、主治医で不十分な患者への健和ケアチームへの迅速な紹介（Q11）比較して不十分と考えられている。

（患者への情報提供・説明）

パターン A で選択肢が提供された中では、医療費と妊孕性温存療法について低いとみられている点には留意すべきである。

そもそも低いと想定されたパターン B の項目をパターン A と比較できないが、就労継続（Q16)、アピアランス（Q17）に関する情報提供よりも、がん相談支援センターについての情報（Q18）がわずかながら低いのは周知の必要性を示すものと言える。

ピアサポート（Q19）とがんゲノム医療（Q20）に関する情報提供の低さについても対策を考える必要がある。

（質の高い医療）

いずれも最多回答は 100%を除く高い選択肢が選ばれているが、全体としては、放射線療法と在宅療法次項割合が相対的に低くなっている。

（リハビリテーション、高齢者機能評価）

リハビリテーションは、低いことが予想されてパターン B となっているものの、最多回答は 51-100%となっていた。一方で、高齢者機能評価の最多回答は、0%であり、明白に普及が無いことを示しているといえる。

（特殊な患者の紹介、離島僻地からの紹介）

希少がん、難治がん、AYA 世代ともに紹介の割合は低い。様々な理由が考えられる。

自由記載のでは、対象患者がいない、患者希望なし、自院で対応可能、自分が紹介する立場にないというコメントが繰り返しみられた以外に、受け入れ体制不十分、難治がんについては定義が不明だからわからない、というコメントがあった。

一方で、離島僻地在住の患者については、スムーズな紹介が可能だった患者の割合は高く（Q35）また、通院回数を少なくする配慮はかなり行われていると考えられる。(Q37）一方、医療格差が感じられたという回答は、少なからず存在した（Q36）

（意見の言いやすさ：コミュニケーション）

Q39 で医師以外の職種に「医師に自由に意見が言えるか」医師に、「他のスタッフの話に耳を傾けているか」を問うており、どちらも最多回答は「おおむね」であるものの、他の分布はかたよりがあり、平均スコアを出すと、前者が 13.9（「どちらともいえない」と「おおむね」の間)、後者が 63.9（「おおむね」と「かたむけている」の間）になる。おそらく最多回

答からは、おおむね、が多いのだろうが、一部に否定的な意見（感想）があると考えられる。

（その他：レジメン登録、機能分化、キャリア支援）

レジメン登録による投薬遅延は最多回答は「なかった」となっている。また、キャリア支援についてはも「おおむね」が最多回答であった。一方で、県内のがん医療の集約化と機能分化ができているか、については、「そう思わない」の回答が多数をしめ、平均スコアがマイナスになっている。

（注意）

十分な情報提供ができた患者の割合を問う質問は、回答者によっては分母と分子の想定が異なる可能性もある。分母は、病院の患者全体、自分の担当患者の可能性があるし、提供も、誰かが情報提供している割合を考える場合もあれば、自分が情報提供した割合を思う可能性がある。例えば、Q16 の就労継続の十分な情報提供は、薬剤師が 1-5%との回答が最も多いのは、薬剤師がいきなり就労継続について話をすることは無いだろうし、MSW も最多回答は 21-50%であるものの、0%というものが 20%いる。これも、就労の課題が話題にならない場合が考えられるだろう。

質の高い治療（手術、放射線、薬物）を提供できた患者の割合は、手術、放射線について、薬剤師が 0-24%と回答した者が最も多い。（MSW は高い回答も多いが）

いずれにせよ、薬剤師、MSW は少数であることから、医療圏別の解析については除外する。（で、いいですか？）

1.職種別

Q10　2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果で痛みがあるとした患者のうち、その結果が主治医（チーム）に速やかに伝えられた患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100.0%	Total	海邦スコア
医師	4.3	5.6	21.6	**51.2**	17.3	100.0	77.8
看護師	3.6	9.1	29.0	**44.4**	13.9	100.0	74.3
薬剤師	0.0	20.0	13.3	**46.7**	20.0	100.0	76.3
MSW	0.0	25.0	25.0	**37.5**	12.5	100.0	69.9
Total	3.7	8.6	26.6	**46.2**	15.0	100.0	**75.2**

Q11　2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果が主治医（チーム）に伝えられた患者のうち、主治医（チーム）が速やかに必要な緩和ケアを行った患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100.0%	Total	
医師	2.9	4.7	21.6	**53.8**	17.0	100.0	79.3
看護師	7.5	14.7	27.9	**39.2**	10.7	100.0	68.4
薬剤師	12.5	25.0	18.8	**31.3**	12.5	100.0	62.1
MSW	0.0	12.5	**50.0**	25.0	12.5	100.0	69.9
Total	6.2	12.1	26.2	**43.0**	12.6	100.0	**71.4**

Q12　2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果が主治医（チーム）に伝えられた患者において、主治医（チーム）では対応が十分に行えない患者のうち、主治医（チーム）から速やかに緩和ケアチームに紹介が行われた患者の割合はどの程度ですか

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100.0%	Total	
医師	16.2	16.2	22.3	**32.4**	12.8	100.0	62.8
看護師	16.0	20.5	**31.3**	23.4	8.8	100.0	58.1
薬剤師	14.3	21.4	14.3	**35.7**	14.3	100.0	63.9
MSW	11.1	**44.4**	22.2	11.1	11.1	100.0	52.3
Total	15.9	19.7	**28.2**	26.1	10.2	100.0	**59.5**

Q13　治療方針（告知等）の説明の際に、医師以外の職種も参加している割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100.0%	Total	
医師	14.7	16.7	21.7	**28.8**	18.2	100.0	64.6
看護師	8.0	11.2	27.3	**36.8**	16.8	100.0	70.8
薬剤師	26.3	21.1	10.5	**31.6**	10.5	100.0	55.5
MSW	6.5	16.1	29.0	**32.3**	16.1	100.0	68.9
Total	10.3	13.2	25.4	**34.1**	17.0	100.0	68.6

Q14　治療スケジュールの見通しについて、治療方針の決定までに、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100.0%	Total	
医師	1.7	10.4	22.5	**48.4**	17.0	100.0	77.1
看護師	5.5	16.1	**37.0**	35.5	6.1	100.0	66.4
薬剤師	15.4	15.4	30.8	**38.5**	0.0	100.0	60.1
MSW	4.2	16.7	**50.0**	29.2	0.0	100.0	63.0
Total	4.4	14.2	32.6	**39.5**	9.3	100.0	69.7

Q15　医療費について、治療方針の決定までに、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100.0%	Total	
医師	**38.4**	22.0	18.2	16.4	5.0	100.0	43.3
看護師	17.6	**32.1**	29.0	17.2	4.2	100.0	51.1
薬剤師	**50.0**	0.0	30.0	20.0	0.0	100.0	42.0
MSW	37.0	11.1	**40.7**	11.1	0.0	100.0	43.5
Total	**26.6**	**26.6**	26.0	16.6	4.2	100.0	47.7

1.職種別

Q16　就労の継続について、治療開始前に、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

	0%	1-5%	6-10%	11-20%	21-50%	51-100%	Total	
医師	7.7	5.1	12.2	10.3	25.0	**39.7**	100	41.6
看護師	7.5	9.4	12.7	16.0	**29.1**	25.4	100	33.2
薬剤師	14.3	**42.9**	0.0	28.6	0.0	14.3	100	16.5
MSW	20.0	24.0	4.0	20.0	**32.0**	0.0	100	15.5
Total	8.5	9.2	11.7	14.2	27.2	**29.2**	100	**35.1**

Q17　アピアランスケアについて、治療開始前に、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。

	0%	1-5%	6-10%	11-20%	21-50%	51-100%	Total	
医師	13.6	9.1	8.3	8.3	25.0	**35.6**	100	38.0
看護師	4.7	8.1	12.3	11.0	30.9	**33.1**	100	38.9
薬剤師	0.0	6.3	18.8	12.5	25.0	**37.5**	100	40.8
MSW	25.0	6.3	6.3	25.0	**31.3**	6.3	100	20.4
Total	8.3	8.3	11.0	10.8	28.8	**33.0**	100	**37.9**

Q18　がん診療連携拠点病院等に設置されている「がん相談支援センター」について、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。

	0%	1-5%	6-10%	11-20%	21-50%	51-100%	Total	
医師	**28.1**	10.8	6.5	11.5	15.1	**28.1**	100	29.2
看護師	11.3	8.6	11.7	9.9	**28.8**	**29.7**	100	35.4
薬剤師	16.7	16.7	8.3	8.3	**25.0**	**25.0**	100	30.2
MSW	**30.8**	11.5	11.5	19.2	19.2	7.7	100	16.9
Total	18.6	9.8	9.8	11.0	23.3	**27.6**	100	**31.9**

Q19　患者サロン（ゆんたく会）、ピアサポート、患者会について、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。

	0%	1-5%	6-10%	11-20%	21-50%	51-100%	Total	
医師	**41.6**	12.7	12.7	11.3	12.0	9.9	100	14.8
看護師	18.1	13.5	11.9	11.2	**25.4**	20.0	100	27.2
薬剤師	33.3	0.0	11.1	0.0	**44.4**	11.1	100	25.1
MSW	**36.0**	20.0	12.0	16.0	12.0	4.0	100	11.3
Total	**27.1**	13.3	12.2	11.2	20.6	15.6	100	**22.2**
					20.6			

Q20　薬物療法の開始前に、副作用の出る時期の説明も含めて、十分な説明を行った患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100.0%	Total	
医師	5.5	3.3	11.6	**45.3**	34.3	100.0	82.8
看護師	3.6	6.8	20.0	**45.1**	24.6	100.0	79.1
薬剤師	6.3	2.1	14.6	**52.1**	25.0	100.0	80.9
MSW	17.7	5.9	29.4	**35.3**	11.8	100.0	65.0
Total	4.7	5.5	17.6	**45.5**	26.8	100.0	79.8

Q21　がんゲノム医療に関する十分な情報提供をした割合はどの程度ですか。

	0%	1-5%	6-10%	11-20%	21-50%	51-100%		
医師	**27.2**	11.7	9.3	9.3	19.1	23.5	100	27.0
看護師	**24.8**	19.3	9.9	15.5	14.3	16.2	100	21.0
薬剤師	**53.9**	7.7	7.7	15.4	0.0	15.4	100	14.8
MSW	**41.7**	16.7	8.3	8.3	16.7	8.3	100	14.7
Total	**27.6**	15.2	9.5	12.4	16.1	19.3	100	23.4

Q22　医師と看護師の方にお尋ねします。
妊孕性温存療法が必要な患者のうち、実際に妊孕性温存療法の説明を行った患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100.0%	Total	
医師	**42.8**	6.1	9.9	16.0	25.2	100.0	52.7
看護師	**39.0**	18.0	13.4	22.7	7.0	100.0	46.3
Total	**40.6**	12.9	11.9	19.8	14.9	100.0	**49.1**

Q23　手術を受けた患者のうち、質の高い最適な手術を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100.0%	Total	
医師	2.8	2.8	11.4	**62.4**	20.6	100.0	83.3
看護師	2.1	6.6	29.1	**50.2**	12.0	100.0	76.4
薬剤師	**42.9**	0.0	0.0	**42.9**	14.3	100.0	56.7
MSW	11.1	22.2	22.2	**33.3**	11.1	100.0	63.4
Total	3.3	5.5	22.2	**54.2**	14.9	100.0	**78.2**

Q24　放射線治療を受けた患者のうち、その適応の判断を多職種で議論された上で、提供できた患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100.0%	Total	
医師	18.4	12.1	14.9	**36.2**	18.4	100.0	65.8
看護師	8.9	15.4	27.2	**40.6**	7.9	100.0	66.9
薬剤師	**71.4**	0.0	14.3	14.3	0.0	100.0	29.9
MSW	18.2	27.3	18.2	**36.4**	0.0	100.0	55.2
Total	14.1	14.1	21.9	**38.2**	11.6	100.0	**65.4**

Q25　薬物療法を受けた患者のうち、質の高い薬物療法を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100.0%	Total	
医師	3.6	4.2	17.9	**60.1**	14.3	100.0	79.6
看護師	2.9	8.2	34.8	**47.0**	7.2	100.0	73.0
薬剤師	2.9	11.8	38.2	**44.1**	2.9	100.0	69.7
MSW	11.1	11.1	**55.6**	22.2	0.0	100.0	59.2
Total	3.3	7.1	29.6	**50.8**	9.2	100.0	**74.8**

Q26　在宅医療を希望された患者のうち、実際に在宅医療に移行した患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100.0%	Total	
医師	9.8	16.5	23.8	**39.0**	11.0	100.0	66.9
看護師	10.4	21.5	**33.1**	30.4	4.6	100.0	60.8
薬剤師	12.5	**50.0**	37.5	0.0	0.0	100.0	43.3
MSW	12.9	12.9	25.8	**45.2**	3.2	100.0	64.8
Total	10.4	19.9	29.9	**33.5**	6.4	100.0	**62.6**

Q27　リハビリテーションを行った患者の割合はどの程度ですか。

	0%	1-5%	6-10%	11-20%	21-50%	51-100%		
医師	2.9	2.3	2.3	2.9	27.4	**62.3**	100	57.5
看護師	2.8	3.7	4.0	4.0	20.5	**65.1**	100	57.5
薬剤師	0.0	16.7	0.0	33.3	0.0	**50.0**	100	43.4
MSW	4.0	4.0	0.0	0.0	12.0	**80.0**	100	64.8
Total	2.8	3.4	3.2	3.8	22.2	**64.7**	100	**57.6**

1.職種別

Q28　高齢者のがん患者に対して、治療前に「※高齢者機能評価」を行った割合はどの程度ですか。
※高齢者機能評価：高齢者の身体的、社会的機能を総合的に評価する手法です。CGA7、G8、VES-13、fTRST、MINI-COG、Vitality index 等

	0%	1-5%	6-10%	11-20%	21-50%	51-100%		
医師	**42.9**	6.4	9.3	8.6	11.4	21.4	100	22.5
看護師	**28.3**	9.4	6.5	7.3	22.5	26.1	100	29.6
薬剤師	**50.0**	0.0	33.3	0.0	0.0	16.7	100	15.3
MSW	**25.0**	**25.0**	0.0	0.0	12.5	37.5	100	33.5
Total	**35.6**	8.2	8.2	7.5	16.4	24.0	100	**26.0**

Q29　希少がん患者のうち、診断又は治療目的で、県立中部病院、琉球大学病院または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。
※県立中部病院と琉球大学病院に勤務されている方は最後の「この質問の対象外」をお選びください。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100.0%	Total	
医師	**55.8**	8.1	8.1	9.3	18.6	100.0	41.5
看護師	**39.4**	16.8	19.0	15.8	9.5	100.0	45.9
薬剤師	**75.0**	25.0	0.0	0.0	0.0	100.0	18.3
MSW	**66.7**	0.0	0.0	11.1	22.2	100.0	39.9
Total	**48.7**	12.4	13.0	12.4	13.5	100.0	42.8

Q31　難治がん患者のうち、診断又は治療目的で、沖縄県における「掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設一覧」（リンク参照）または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。（自施設が施設一覧に記載されている場合も含む）
がん診療を行う県内医療施設一覧：
https://www.pref.okinawa.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/006/327/gansinsyoiryosisetur5.pdf

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100.0%	Total	
医師	**62.9**	8.9	4.8	12.9	10.5	100.0	35.5
看護師	**48.3**	13.5	16.9	14.6	6.7	100.0	40.7
薬剤師	**75.0**	0.0	25.0	0.0	0.0	100.0	24.5
MSW	**50.0**	16.7	0.0	16.7	16.7	100.0	43.3
Total	**57.0**	10.8	9.9	13.5	9.0	100.0	37.6

Q33　県立中部病院、那覇市立病院、琉球大学病院以外の方にのみお尋ねします。
AYA世代のがん患者のうち、診断又は治療目的で、県内のがん診療連携拠点病院（県立中部病院、那覇市立病院または琉球大学病院）または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100.0%	Total	
医師	**62.2**	9.5	9.5	9.5	9.5	100.0	34.5
看護師	**53.6**	18.8	11.6	8.7	7.3	100.0	35.4
薬剤師	**66.7**	0.0	0.0	33.3	0.0	100.0	37.0
MSW	**75.0**	0.0	0.0	0.0	25.0	100.0	34.0
Total	**58.7**	13.3	10.0	9.3	8.7	100.0	**35.0**

1.職種別

Q35　北部地区医師会病院、県立北部病院、たいら内科クリニック、宮古病院、八重山病院の医療者の方にのみお聞きします。
離島やへき地に住むがん患者において、自施設から本島の専門医療機関に送った方が良いと評価した患者のうち、スムーズに送ることができた患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100.0%	Total	
医師	6.5	6.5	16.1	**51.6**	19.4	100.0	77.4
看護師	7.9	19.1	27.0	**36.5**	9.5	100.0	66.0
MSW	0.0	0.0	**33.3**	**33.3**	**33.3**	100.0	83.0
Total	7.2	14.4	23.7	**41.2**	13.4	100.0	**70.2**

Q36　北部地区医師会病院、県立北部病院、たいら内科クリニック、宮古病院、八重山病院の医療者の方にのみお聞きします。
離島やへき地に住むがん患者に対する医療において、中部医療圏や南部医療圏との医療格差が明らかに感じられた患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100.0%	Total	
医師	**37.9**	3.5	27.6	6.9	24.1	100.0	53.1
看護師	18.8	18.8	**37.5**	12.5	12.5	100.0	55.8
薬剤師	**57.1**	28.6	14.3	0.0	0.0	100.0	26.3
MSW	0.0	**60.0**	20.0	0.0	20.0	100.0	54.6
Total	25.7	17.1	**32.4**	9.5	15.2	100.0	**53.0**

Q37　離島の医療施設勤務者を含む全ての医療従事者にお尋ねします。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100.0%	Total	
医師	5.6	9.9	23.2	**39.4**	21.8	100.0	74.9
看護師	13.9	17.1	29.1	**31.7**	8.2	100.0	61.8
薬剤師	30.0	20.0	10.0	**40.0**	0.0	100.0	52.0
MSW	10.0	0.0	30.0	**40.0**	20.0	100.0	74.6
Total	10.7	13.5	26.0	**35.7**	14.1	100.0	**67.6**

1.職種別

Q38　沖縄県内において、がん医療の適切な集約化と機能分化が十分にできていると思いますか。

	思う／言える		どちらとも		思わない／言えない	
医師	1.8	20.5	**32.7**	31.4	13.6	100.0
看護師	1.4	24.5	**52.6**	18.4	3.0	100.0
薬剤師	1.6	28.1	**51.6**	17.2	1.6	100.0
MSW	0.0	28.6	**49.0**	22.5	0.0	100.0
Total	1.5	24.1	**47.7**	21.6	5.2	100.0

Q39　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。

	思う／言える		どちらとも		思わない／言えない	
看護師	5.4	36.3	**37.6**	18.1	2.6	100.0
薬剤師	9.4	**45.3**	32.8	12.5	0.0	100.0
MSW	2.0	**59.2**	22.5	14.3	2.0	100.0
Total	5.6	**38.6**	36.1	17.4	2.3	100.0

Q40　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。

	思う／言える		どちらとも		思わない／言えない	
医師	37.3	**54.1**	7.7	0.9		100.0

Q41　今の職場は、あなたが必要な知識を備えた専門的人材になれる環境やキャリア形成（専門資格を取得するなど）を、支援してくれていますか。

	思う／言える		どちらとも		思わない／言えない	
医師	12.3	**52.3**	23.2	9.1	3.2	100.0
看護師	11.4	**46.1**	34.9	6.2	1.4	100.0
薬剤師	12.5	**57.8**	21.9	4.7	3.1	100.0
MSW	8.2	**63.3**	18.4	8.2	2.0	100.0
Total	11.5	**49.1**	30.5	6.9	2.0	100.0

Q9 医師のみ。2023年に、レジメン登録が遅かったために、患者へのタイムリーな投薬が遅れたことがありましたか。

	思う／言える		どちらとも		思わない／言えない	
医師	1.0	10.0	37.0	48.0	124.0	220.0
	0.5	4.5	16.8	21.8	56.4	100.0

Q9 医師のみ。2023年に、レジメン登録が遅かったために、患者へのタイムリーな投薬が遅れたことがありましたか。

	そう思う	おおむね	どちらとも	あまり	そう思わない	Total	↓最多回答	スコア
北部	0	1	1	1	6	9		
	0.0	11.1	11.1	11.1	66.7	100.0	そう思わない	66.7
中部	1	2	12	11	32	58		
	1.7	3.5	20.7	19.0	55.2	100.0	そう思わない	61.2
南部	0	5	23	26	72	126		
	0.0	4.0	18.3	20.6	57.1	100.0	そう思わない	65.5
宮古	0	2	0	6	8	16		
	0.0	12.5	0.0	37.5	50.0	100.0	そう思わない	62.5
八重山	0	0	1	4	6	11		
	0.0	0.0	9.1	36.4	54.6	100.0	そう思わない	72.7
Total	1	10	37	48	124	220		
	0.5	4.6	16.8	21.8	56.4	100.0	そう思わない	64.5
			P=	0.561				

Q10　2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果で痛みがあるとした患者のうち、その結果が主治医（チーム）に速やかに伝えられた患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total		
北部	1	2	3	9	2	17		
	5.9	11.8	17.7	52.9	11.8	100.0	75-99%	73.8
中部	6	15	46	68	23	158		
	3.8	9.5	29.1	43.0	14.6	100.0	75-99%	74.0
南部	9	24	73	160	47	313		
	2.88	7.67	23.32	51.12	15.02	100	75-99%	77.1
宮古	1	0	8	5	4	18		
	5.6	0.0	44.4	27.8	22.2	100.0	50-74%	74.6
八重山	5	6	26	26	10	73		
	6.85	8.22	35.62	35.62	13.7	100	50-74%	70.6
Total	22	47	156	268	86	579		
	3.8	8.12	26.94	46.29	14.85	100	75-99%	75.3
			P=	0.353				

Q11　2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果が主治医（チーム）に伝えられた患者のうち、主治医（チーム）が速やかに必要な緩和ケアを行った患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total		
北部	1	3	4	7	1	16		
	6.25	18.75	25	43.75	6.25	100	75-99%	67.5
中部	11	23	36	65	19	154		
	7.14	14.94	23.38	42.21	12.34	100	75-99%	69.9
南部	18	30	84	140	41	313		
	5.75	9.58	26.84	44.73	13.1	100	75-99%	72.9
宮古	0	2	6	9	2	19		
	0	10.53	31.58	47.37	10.53	100	75-99%	75.2
八重山	5	9	19	28	9	70		
	7.14	12.86	27.14	40	12.86	100	75-99%	70.1
Total	35	67	149	249	72	572		
	6.12	11.71	26.05	43.53	12.59	100	75-99%	71.7
			P=	0.977				

Q12　2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果が主治医（チーム）に伝えられた患者において、主治医（チーム）では対応が十分に行えない患者のうち、主治医（チーム）から速やかに緩和ケアチームに紹介が行われた患者の割合はどの程度ですか

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total		
北部	1	4	6	1	2	14		
	7.14	28.57	42.86	7.14	14.29	100	50-74%	58.5
中部	23	24	41	30	12	130		
	17.69	18.46	31.54	23.08	9.23	100	50-74%	57.8
南部	46	51	79	71	25	272		
	16.91	18.75	29.04	26.1	9.19	100	50-74%	58.9
宮古	3	4	5	5	2	19		
	15.79	21.05	26.32	26.32	10.53	100	50-74%	59.4
八重山	7	13	12	23	9	64		
	10.94	20.31	18.75	35.94	14.06	100	75-99%	65.8
Total	80	96	143	130	50	499		
	16.03	19.24	28.66	26.05	10.02	100	50-74%	59.5
			P=	0.687				

Q13　治療方針（告知等）の説明の際に、医師以外の職種も参加している割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total		
北部	3	6	7	6	2	24		
	12.5	25	29.17	25	8.33	100	50-74%	58.9
中部	23	20	46	43	30	162		
	14.2	12.35	28.4	26.54	18.52	100	50-74%	65.5
南部	28	44	85	143	70	370		
	7.57	11.89	22.97	38.65	18.92	100	75-99%	72.1
宮古	3	5	5	8	2	23		
	13.04	21.74	21.74	34.78	8.7	100	75-99%	62.0
八重山	9	10	27	28	10	84		
	10.71	11.9	32.14	33.33	11.9	100	75-99%	66.5
Total	66	85	170	228	114	663		
	9.95	12.82	25.64	34.39	17.19	100	75-99%	68.9
			P=	0.117				

Q14　治療スケジュールの見通しについて、治療方針の決定までに、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total		
北部	0	1	10	5	2	18		
	0	5.56	55.56	27.78	11.11	100	50-74%	71.8
中部	6	28	43	49	17	143		
	4.2	19.58	30.07	34.27	11.89	100	75-99%	68.1
南部	11	30	87	130	28	286		
	3.85	10.49	30.42	45.45	9.79	100	75-99%	72.5
宮古	0	2	4	4	3	13		
	0	15.38	30.77	30.77	23.08	100	50-74%	74.6
八重山	4	11	19	17	1	52		
	7.69	21.15	36.54	32.69	1.92	100	50-74%	61.8
Total	21	72	163	205	51	512		
	4.1	14.06	31.84	40.04	9.96	100	75-99%	70.2
			P=	0.048				

Q15　医療費について、治療方針の決定までに、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total

北部	6	3	5	1	0	15		
	40	20	33.33	6.67	0	100	0-24%	38.7
中部	29	39	33	14	6	121		
	23.97	32.23	27.27	11.57	4.96	100	25-49%	46.7
南部	57	63	52	47	13	232		
	24.57	27.16	22.41	20.26	5.6	100	25-49%	50.1
宮古	5	5	1	3	0	14		
	35.71	35.71	7.14	21.43	0	100	0-24%	40.6
八重山	10	9	14	6	0	39		
	25.64	23.08	35.9	15.38	0	100	50-74%	47.3
Total	107	119	105	71	19	421		
	25.42	28.27	24.94	16.86	4.51	100	25-49%	48.2
			P=	0.373				

Q16　就労の継続について、治療開始前に、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

	0%	1-5%	6-10%	11-20%	21-50%	51-100%	Total		
北部	2	0	1	4	7	4	18		
	11.11	0	5.56	22.22	38.89	22.22	100	21-50%	34.5
中部	10	9	15	12	28	30	104		
	9.62	8.65	14.42	11.54	26.92	28.85	100	51-100%	34.5
南部	11	14	22	28	61	66	202		
	5.45	6.93	10.89	13.86	30.2	32.67	100	51-100%	38.6
宮古	0	3	4	1	1	5	14		
	0	21.43	28.57	7.14	7.14	35.71	100	51-100%	33.5
八重山	5	2	4	5	4	11	31		
	16.13	6.45	12.9	16.13	12.9	35.48	100	51-100%	35.1
Total	28	28	46	50	101	116	369		
	7.59	7.59	12.47	13.55	27.37	31.44	100	51-100%	36.8
			P=	0.219					

Q17　アピアランスケアについて、治療開始前に、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。

	0%	1-5%	6-10%	11-20%	21-50%	51-100%	Total		
北部	1	1	1	5	4	2	14		
	7.14	7.14	7.14	35.71	28.57	14.29	100	11-20%	27.3
中部	6	10	11	11	31	27	96		
	6.25	10.42	11.46	11.46	32.29	28.12	100	21-50%	35.7
南部	16	15	23	18	59	81	212		
	7.55	7.08	10.85	8.49	27.83	38.21	100	51-100%	41.1
宮古	2	2	1	1	4	3	13		
	15.38	15.38	7.69	7.69	30.77	23.08	100	21-50%	30.6
八重山	4	3	4	2	8	12	33		
	12.12	9.09	12.12	6.06	24.24	36.36	100	51-100%	38.2
Total	29	31	40	37	106	125	368		
	7.88	8.42	10.87	10.05	28.8	33.97	100	51-100%	38.6
			P=	0.488					

Q18　がん診療連携拠点病院等に設置されている「がん相談支援センター」について、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。

	0%	1-5%	6-10%	11-20%	21-50%	51-100%	Total		
北部	3	0	1	3	4	7	18		
	16.67	0	5.56	16.67	22.22	38.89	100	51-100%	40.3
中部	24	9	9	11	14	21	88		
	27.27	10.23	10.23	12.5	15.91	23.86	100	0%	26.7
南部	27	19	23	22	57	54	202		
	13.37	9.41	11.39	10.89	28.22	26.73	100	21-50%	33.1
宮古	2	3	1	0	5	3	14		
	14.29	21.43	7.14	0	35.71	21.43	100	21-50%	30.1
八重山	8	3	1	2	5	20	39		
	20.51	7.69	2.56	5.13	12.82	51.28	100	51-100%	44.5
Total	64	34	35	38	85	105	361		
	17.73	9.42	9.7	10.53	23.55	29.09	100	51-100%	33.0
			P=	0.032					

Q19　患者サロン（ゆんたく会）、ピアサポート、患者会について、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。

	0%	1-5%	6-10%	11-20%	21-50%	51-100%	Total		
北部	4	2	1	1	4	3	15		
	26.67	13.33	6.67	6.67	26.67	20	100	0%	26.5
中部	35	16	10	9	14	21	105		
	33.33	15.24	9.52	8.57	13.33	20	100	0%	22.4
南部	46	24	34	27	57	34	222		
	20.72	10.81	15.32	12.16	25.68	15.32	100	21-50%	24.1
宮古	5	4	0	1	1	2	13		
	38.46	30.77	0	7.69	7.69	15.38	100	0%	16.5
八重山	16	7	4	7	7	6	47		
	34.04	14.89	8.51	14.89	14.89	12.77	100	0%	18.4
Total	106	53	49	45	83	66	402		
	26.37	13.18	12.19	11.19	20.65	16.42	100	0%	22.8
			P=	0.149					

Q20　薬物療法の開始前に、副作用の出る時期の説明も含めて、十分な説明を行った患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total		
北部	1	2	3	7	5	18		
	5.56	11.11	16.67	38.89	27.78	100	75-99%	76.7
中部	6	9	30	70	44	159		
	3.77	5.66	18.87	44.03	27.67	100	75-99%	80.2
南部	11	17	52	149	99	328		
	3.35	5.18	15.85	45.43	30.18	100	75-99%	81.9
宮古	1	0	6	8	3	18		
	5.56	0	33.33	44.44	16.67	100	75-99%	76.7
八重山	6	6	13	35	13	73		
	8.22	8.22	17.81	47.95	17.81	100	75-99%	74.6
Total	25	34	104	269	164	596		
	4.19	5.7	17.45	45.13	27.52	100	75-99%	80.2
			P=	0.581				

Q21　がんゲノム医療に関する十分な情報提供をした割合はどの程度ですか。

	0%	1-5%	6-10%	11-20%	21-50%	51-100%	Total		
北部	5	2	0	3	3	0	13		
	38.46	15.38	0	23.08	23.08	0	100	0%	12.2
中部	20	12	12	10	18	20	92		
	21.74	13.04	13.04	10.87	19.57	21.74	100	0%	26.5
南部	40	27	16	23	29	37	172		
	23.26	15.7	9.3	13.37	16.86	21.51	100	0%	25.5
宮古	4	4	1	1	2	1	13		
	30.77	30.77	7.69	7.69	15.38	7.69	100	0%	14.0
八重山	15	5	2	3	2	6	33		
	45.45	15.15	6.06	9.09	6.06	18.18	100	0%	18.2
Total	84	50	31	40	54	64	323		
	26.01	15.48	9.6	12.38	16.72	19.81	100	0%	24.0
			P=	0.392					

Q22　医師と看護師の方にお尋ねします。
妊孕性温存療法が必要な患者のうち、実際に妊孕性温存療法の説明を行った患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total		
北部	8	2	0	1	0	11		
	72.73	18.18	0	9.09	0	100	0-24%	23.4
中部	22	11	9	23	13	78		
	28.21	14.1	11.54	29.49	16.67	100	75-99%	58.1
南部	70	22	24	33	29	178		
	39.33	12.36	13.48	18.54	16.29	100	0-24%	50.1
宮古	4	1	2	0	3	10		
	40	10	20	0	30	100	0-24%	50.9
八重山	19	3	1	3	0	26		
	73.08	11.54	3.85	11.54	0	100	0-24%	25.5
Total	123	39	36	60	45	303		
	40.59	12.87	11.88	19.8	14.85	100	0-24%	49.1
			P=	0.012				

Q23　手術を受けた患者のうち、質の高い最適な手術を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total		
北部	0	0	5	4	1	10		
	0	0	50	40	10	100	50-74%	75.8
中部	3	5	21	67	12	108		
	2.78	4.63	19.44	62.04	11.11	100	75-99%	79.2
南部	3	11	41	113	42	210		
	1.43	5.24	19.52	53.81	20	100	75-99%	81.0
宮古	1	1	3	9	2	16		
	6.25	6.25	18.75	56.25	12.5	100	75-99%	76.1
八重山	2	3	16	16	1	38		
	5.26	7.89	42.11	42.11	2.63	100	50-74%	68.9
Total	9	20	86	209	58	382		
	2.36	5.24	22.51	54.71	15.18	100	75-99%	79.0
			P=	0.041				

Q24　放射線治療を受けた患者のうち、その適応の判断を多職種で議論された上で、提供できた患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total		
北部	0	3	0	0	0	3		
	0	100	0	0	0	100	25-49%	37.0
中部	9	12	24	44	15	104		
	8.65	11.54	23.08	42.31	14.42	100	75-99%	70.8
南部	29	26	43	77	27	202		
	14.36	12.87	21.29	38.12	13.37	100	75-99%	66.2
宮古	3	2	2	4	0	11		
	27.27	18.18	18.18	36.36	0	100	75-99%	52.9
八重山	3	5	7	8	0	23		
	13.04	21.74	30.43	34.78	0	100	75-99%	58.7
Total	44	48	76	133	42	343		
	12.83	13.99	22.16	38.78	12.24	100	75-99%	66.4
			P=	0.019				

Q25　薬物療法を受けた患者のうち、質の高い薬物療法を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total		
北部	0	0	8	3	2	13		
	0	0	61.54	23.08	15.38	100	50-74%	73.6
中部	8	9	31	63	16	127		
	6.3	7.09	24.41	49.61	12.6	100	75-99%	74.3
南部	3	18	66	132	24	243		
	1.23	7.41	27.16	54.32	9.88	100	75-99%	76.9
宮古	0	1	3	8	2	14		
	0	7.14	21.43	57.14	14.29	100	75-99%	79.9
八重山	3	2	19	26	0	50		
	6	4	38	52	0	100	75-99%	71.0
Total	14	30	127	232	44	447		
	3.13	6.71	28.41	51.9	9.84	100	75-99%	75.5
			P=	0.036				

Q26　在宅医療を希望された患者のうち、実際に在宅医療に移行した患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total		
北部	1	5	3	1	0	10		
	10	50	30	10	0	100	25-49%	47.0
中部	15	25	42	47	8	137		
	10.95	18.25	30.66	34.31	5.84	100	75-99%	62.8
南部	28	55	76	91	17	267		
	10.49	20.6	28.46	34.08	6.37	100	75-99%	62.5
宮古	1	0	9	2	5	17		
	5.88	0	52.94	11.76	29.41	100	50-74%	73.2
八重山	5	12	17	22	3	59		
	8.47	20.34	28.81	37.29	5.08	100	75-99%	63.9
Total	50	97	147	163	33	490		
	10.2	19.8	30	33.27	6.73	100	75-99%	62.8
			P=	0.015				

Q27　リハビリテーションを行った患者の割合はどの程度ですか。

	0%	1-5%	6-10%	11-20%	21-50%	51-100%	Total		
北部	0	0	0	1	1	9	11		
	0	0	0	9.09	9.09	81.82	100	51-100%	66.4
中部	2	4	8	4	26	98	142		
	1.41	2.82	5.63	2.82	18.31	69.01	100	51-100%	59.6
南部	6	11	7	12	67	173	276		
	2.17	3.99	2.54	4.35	24.28	62.68	100	51-100%	56.9
宮古	1	0	0	0	5	7	13		
	7.69	0	0	0	38.46	53.85	100	51-100%	54.3
八重山	5	1	2	1	16	35	60		
	8.33	1.67	3.33	1.67	26.67	58.33	100	51-100%	54.1
Total	14	16	17	18	115	322	502		
	2.79	3.19	3.39	3.59	22.91	64.14	100	51-100%	57.5
			P=	0.275					

Q28　高齢者のがん患者に対して、治療前に「※高齢者機能評価」を行った割合はどの程度ですか。

	0%	1-5%	6-10%	11-20%	21-50%	51-100%	Total		
北部	6	0	0	0	2	0	8		
	75	0	0	0	25	0	100	0%	8.9
中部	16	5	9	7	14	30	81		
	19.75	6.17	11.11	8.64	17.28	37.04	100	51-100%	36.5
南部	56	16	10	13	24	30	149		
	37.58	10.74	6.71	8.72	16.11	20.13	100	0%	23.1
宮古	9	0	0	1	2	0	12		
	75	0	0	8.33	16.67	0	100	0%	7.2
八重山	12	1	3	1	5	6	28		
	42.86	3.57	10.71	3.57	17.86	21.43	100	0%	24.0
Total	99	22	22	22	47	66	278		
	35.61	7.91	7.91	7.91	16.91	23.74	100	0%	26.0
			P=	0.016					

Q29　希少がん患者のうち、診断又は治療目的で、県立中部病院、琉球大学病院または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。

※県立中部病院と琉球大学病院に勤務されている方は最後の「この質問の対象外」をお選びください。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total		
北部	4	1	2	1	1	9		
	44.44	11.11	22.22	11.11	11.11	100	0-24%	44.0
中部	33	7	7	5	8	60		
	55	11.67	11.67	8.33	13.33	100	0-24%	38.7
南部	35	11	9	4	9	68		
	51.47	16.18	13.24	5.88	13.24	100	0-24%	38.7
宮古	1	0	1	3	3	8		
	12.5	0	12.5	37.5	37.5	100	75-99%	79.4
八重山	12	4	6	10	4	36		
	33.33	11.11	16.67	27.78	11.11	100	0-24%	53.7
Total	85	23	25	23	25	181		
	46.96	12.71	13.81	12.71	13.81	100	0-24%	43.8
			P=	0.079				

Q31　難治がん患者のうち、診断又は治療目的で、沖縄県における「掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設一覧」（リンク参照）または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。（自施設が施設一覧に記載されている場合も含む）
がん診療を行う県内医療施設一覧：
https://www.pref.okinawa.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/006/327/gansinsyoiryosisetur5.pdf

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total		
北部	7	2	0	0	1	10		
	70	20	0	0	10	100	0-24%	25.8
中部	32	7	9	10	3	61		
	52.46	11.48	14.75	16.39	4.92	100	0-24%	38.9
南部	68	9	9	12	9	107		
	63.55	8.41	8.41	11.21	8.41	100	0-24%	34.1
宮古	2	1	1	2	3	9		
	22.22	11.11	11.11	22.22	33.33	100	100%	66.3
八重山	12	4	2	5	3	26		
	46.15	15.38	7.69	19.23	11.54	100	0-24%	44.3
Total	121	23	21	29	19	213		
	56.81	10.8	9.86	13.62	8.92	100	0-24%	37.7
			P=	0.263				

Q33　県立中部病院、那覇市立病院、琉球大学病院以外の方にのみお尋ねします。
AYA世代のがん患者のうち、診断又は治療目的で、県内のがん診療連携拠点病院（県立中部病院、那覇市立病院または琉球大学病院）または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total		
北部	3	5	1	0	0	9		
	33.33	55.56	11.11	0	0	100	25-49%	31.4
中部	25	7	5	3	4	44		
	56.82	15.91	11.36	6.82	9.09	100	0-24%	34.8
南部	41	4	4	2	2	53		
	77.36	7.55	7.55	3.77	3.77	100	0-24%	23.8
宮古	5	0	1	3	1	10		
	50	0	10	30	10	100	0-24%	48.3
八重山	9	4	4	5	5	27		
	33.33	14.81	14.81	18.52	18.52	100	0-24%	53.3
Total	83	20	15	13	12	143		
	58.04	13.99	10.49	9.09	8.39	100	0-24%	34.9
			P=	0.001				

Q35　北部地区医師会病院、県立北部病院、たいら内科クリニック、宮古病院、八重山病院の医療者の方にのみお聞きします。
離島やへき地に住むがん患者において、自施設から本島の専門医療機関に送った方が良いと評価した患者のうち、スムーズに送ることができた患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total		
北部	1	2	4	7	1	15		
	6.67	13.33	26.67	46.67	6.67	100	75-99%	69.5
八重山	5	11	14	23	8	61		
	8.2	18.03	22.95	37.7	13.11	100	75-99%	67.8
宮古	1	1	4	9	3	18		
	5.56	5.56	22.22	50	16.67	100	75-99%	76.7
Total	7	14	22	39	12	94		
	7.45	14.89	23.4	41.49	12.77	100		69.8
			P=	0.935				

Q36　北部地区医師会病院、県立北部病院、たいら内科クリニック、宮古病院、八重山病院の医療者の方にのみお聞きします。
離島やへき地に住むがん患者に対する医療において、中部医療圏や南部医療圏との医療格差が明らかに感じられた患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total		
北部	4	3	7	1	1	16		
	25	18.75	43.75	6.25	6.25	100	50-74%	48.8
八重山	12	9	23	7	9	60		
	20	15	38.33	11.67	15	100	50-74%	56.9
宮古	7	1	2	2	5	17		
	41.18	5.88	11.76	11.76	29.41	100	0-24%	54.1
Total	23	13	32	10	15	93		
	24.73	13.98	34.41	10.75	16.13	100		55.0
			P=	0.268				

Q37　離島の医療施設勤務者を含む全ての医療従事者にお尋ねします。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total		
北部	0	3	5	2	1	11		
	0	27.27	45.45	18.18	9.09	100	50-74%	63.2
中部	11	10	19	27	10	77		
	14.29	12.99	24.68	35.06	12.99	100	75-99%	65.3
南部	14	21	37	61	25	158		
	8.86	13.29	23.42	38.61	15.82	100	75-99%	69.9
宮古	1	1	2	7	3	14		
	7.14	7.14	14.29	50	21.43	100	75-99%	77.3
八重山	4	6	16	9	5	40		
	10	15	40	22.5	12.5	100	50-74%	63.6
Total	30	41	79	106	44	300		
	10	13.67	26.33	35.33	14.67	100	75-99%	68.0
			P=	0.468				

Q38　沖縄県内において、がん医療の適切な集約化と機能分化が十分にできていると思いますか。

	そう思う	おおむね	どちらとも	あまり	そう思わない	Total		
北部	1	6	15	9	1	32		
	3.12	18.75	46.88	28.12	3.12	100	どちらとも	-4.7
中部	1	50	91	50	12	204		
	0.49	24.51	44.61	24.51	5.88	100	どちらとも	-5.4
南部	8	109	200	95	31	443		
	1.81	24.6	45.15	21.44	7	100	どちらとも	-3.6
宮古	0	6	20	10	1	37		
	0	16.22	54.05	27.03	2.7	100	どちらとも	-8.1
八重山	3	27	75	20	4	129		
	2.33	20.93	58.14	15.5	3.1	100	どちらとも	1.9
Total	13	198	401	184	49	845		
	1.54	23.43	47.46	21.78	5.8	100	どちらとも	-3.4
			P=	0.371				

Q39　医師以外の医療スタッフの方にお聞きします。

	言える	おおむね	どちらとも	あまり	言えない	Total		
北部	1	10	9	3	0	23		
	4.35	43.48	39.13	13.04	0	100	おおむね	19.6
中部	7	54	56	26	3	146		
	4.79	36.99	38.36	17.81	2.05	100	どちらとも	12.3
南部	19	123	108	59	8	317		
	5.99	38.8	34.07	18.61	2.52	100	おおむね	13.6
宮古	1	5	12	3	0	21		
	4.76	23.81	57.14	14.29	0	100	どちらとも	9.5
八重山	6	35	50	22	5	118		
	5.08	29.66	42.37	18.64	4.24	100	どちらとも	6.4
Total	34	227	235	113	16	625		
	5.44	36.32	37.6	18.08	2.56	100	どちらとも	12
			P=	0.829				

Q40　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。

	傾けている	おおむね	どちらとも	あまり	傾けていない			
北部	3	6	0	0	0	9		
	33.33	66.67	0	0	0	100	おおむね	66.7
中部	24	29	4	1	0	58		
	41.38	50	6.9	1.72	0	100	おおむね	65.5
南部	49	65	11	1	0	126		
	38.89	51.59	8.73	0.79	0	100	おおむね	64.3
宮古	3	12	1	0	0	16		
	18.75	75	6.25	0	0	100	おおむね	56.3
八重山	3	7	1	0	0	11		
	27.27	63.64	9.09	0	0	100	おおむね	59.1
Total	82	119	17	2	0	220		
	37.27	54.09	7.73	0.91	0	100	おおむね	63.9
			P=	0.917				

Q41　今の職場は、あなたが必要な知識を備えた専門的人材になれる環境やキャリア形成（専門資格を取得するなど）を、支援してくれていますか。

	支援してい	おおむね	どちらとも	あまり	支援していな	Total		
北部	3	20	5	4	0	32		
	9.38	62.5	15.62	12.5	0	100	おおむね	34.4
中部	28	105	54	15	2	204		
	13.73	51.47	26.47	7.35	0.98	100	おおむね	34.8
南部	58	227	124	26	8	443		
	13.09	51.24	27.99	5.87	1.81	100	おおむね	34.0
宮古	0	16	19	1	1	37		
	0	43.24	51.35	2.7	2.7	100	どちらとも	17.6
八重山	9	35	67	13	5	129		
	6.98	27.13	51.94	10.08	3.88	100	どちらとも	11.6
Total	98	403	269	59	16	845		
	11.6	47.69	31.83	6.98	1.89	100	おおむね	30.1
			P=	<0.01				

Q9 医師のみ。2023年に、レジメン登録が遅かったために、患者へのタイムリーな投薬が遅れたことがありましたか。

	そう思う	おおむね	どちらと	あまりそ	そう思わない	Total	↓最多回答	
拠点以外	1	2	17	19	55	94		66.5
	1.06	2.13	18.09	20.21	58.51	100	そう思わない	
拠点病院	0	5	18	17	48	88		61.4
	0	5.68	20.45	19.32	54.55	100	そう思わない	
Total	1	7	35	36	103	182		64.0
	0.55	3.85	19.23	19.78	56.59	100		
			P	0.608				

Q10　2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果で痛みがあるとした患者のうち、その結果が主治医（チーム）に速やかに伝えられた患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total		
拠点以外	10	13	50	122	37	232		77.7
	4.31	5.6	21.55	52.59	15.95	100	75-99%	
拠点病院	5	25	65	104	32	231		74.7
	2.16	10.82	28.14	45.02	13.85	100	75-99%	
Total	15	38	115	226	69	463		76.2
	3.24	8.21	24.84	48.81	14.9	100		
			P	0.056				

Q11　2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果が主治医（チーム）に伝えられた患者のうち、主治医（チーム）が速やかに必要な緩和ケアを行った患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total		
拠点以外	22	22	47	104	35	230		71.9
	9.57	9.57	20.43	45.22	15.22	100	75-99%	
拠点病院	7	30	70	98	25	230		72.0
	3.04	13.04	30.43	42.61	10.87	100	75-99%	
Total	29	52	117	202	60	460		72.0
	6.3	11.3	25.43	43.91	13.04	100		
			P	0.004				

Q12　2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果が主治医（チーム）に伝えられた患者において、主治医（チーム）では対応が十分に行えない患者のうち、主治医（チーム）から速やかに緩和ケアチームに紹介が行われた患者の割合はどの程度ですか

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total		
拠点以外	43	33	54	46	21	197		56.8
	21.83	16.75	27.41	23.35	10.66	100	50-74%	
拠点病院	26	42	64	53	15	200		59.7
	13	21	32	26.5	7.5	100	50-74%	
Total	69	75	118	99	36	397		58.3
	17.38	18.89	29.72	24.94	9.07	100		
			P	0.108				

Q13　治療方針（告知等）の説明の際に、医師以外の職種も参加している割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total		
拠点以外	24	33	67	71	54	249		69.2
	9.64	13.25	26.91	28.51	21.69	100	75-99%	
拠点病院	26	30	61	115	44	276		71.0
	9.42	10.87	22.1	41.67	15.94	100	75-99%	
Total	50	63	128	186	98	525		70.2
	9.52	12	24.38	35.43	18.67	100		
			P	0.032				

Q14　治療スケジュールの見通しについて、治療方針の決定までに、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total		
拠点以外	10	33	52	85	32	212		71.5
	4.72	15.57	24.53	40.09	15.09	100	75-99%	
拠点病院	7	24	75	93	12	211		70.7
	3.32	11.37	35.55	44.08	5.69	100	75-99%	
Total	17	57	127	178	44	423		71.1
	4.02	13.48	30.02	42.08	10.4	100		
			P	0.004				

Q15　医療費について、治療方針の決定までに、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。								
	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total		
拠点以外	44	49	37	36	17	183		51.7
	24.04	26.78	20.22	19.67	9.29	100	25-49%	
拠点病院	42	51	46	23	2	164		45.4
	25.61	31.1	28.05	14.02	1.22	100	25-49%	
Total	86	100	83	59	19	347		48.7
	24.78	28.82	23.92	17	5.48	100		
			P	0.005				

Q16　就労の継続について、治療開始前に、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。								
	0%	1-5%	6-10%	11-20%	21-50%	51-100%		
拠点以外	14	10	22	19	37	55	157	38.0
	8.92	6.37	14.01	12.1	23.57	35.03	100	51-100%
拠点病院	7	12	15	20	50	40	144	36.5
	4.86	8.33	10.42	13.89	34.72	27.78	100	21-50%
Total	21	22	37	39	87	95	301	37.3
	6.98	7.31	12.29	12.96	28.9	31.56	100	
			P	0.178				

Q17　アピアランスケアについて、治療開始前に、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。								
	0%	1-5%	6-10%	11-20%	21-50%	51-100%		
拠点以外	13	9	16	16	39	54	147	39.9
	8.84	6.12	10.88	10.88	26.53	36.73	100	51-100%
拠点病院	9	15	18	12	49	53	156	39.2
	5.77	9.62	11.54	7.69	31.41	33.97	100	51-100%
Total	22	24	34	28	88	107	303	39.5
	7.26	7.92	11.22	9.24	29.04	35.31	100	
			P	0.579				

Q18　がん診療連携拠点病院等に設置されている「がん相談支援センター」について、 十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。								
	0%	1-5%	6-10%	11-20%	21-50%	51-100%		
拠点以外	41	17	14	11	24	21	128	21.6
	32.03	13.28	10.94	8.59	18.75	16.41	100	0%
拠点病院	10	11	16	22	46	52	157	38.6
	6.37	7.01	10.19	14.01	29.3	33.12	100	51-100%
Total	51	28	30	33	70	73	285	31.0
	17.89	9.82	10.53	11.58	24.56	25.61	100	
			P	0				

Q19　患者サロン（ゆんたく会）、ピアサポート、患者会について、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。								
	0%	1-5%	6-10%	11-20%	21-50%	51-100%		
拠点以外	49	19	17	13	30	25	153	21.9
	32.03	12.42	11.11	8.5	19.61	16.34	100	0%
拠点病院	32	21	26	21	40	28	168	24.6
	19.05	12.5	15.48	12.5	23.81	16.67	100	21-50%
Total	81	40	43	34	70	53	321	23.3
	25.23	12.46	13.4	10.59	21.81	16.51	100	
			P	0.138				

Q20　薬物療法の開始前に、副作用の出る時期の説明も含めて、十分な説明を行った患者の割合はどの程度ですか。								
	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total		
拠点以外	12	15	34	94	76	231		80.5
	5.19	6.49	14.72	40.69	32.9	100	75-99%	
拠点病院	5	11	46	123	64	249		82.0
	2.01	4.42	18.47	49.4	25.7	100	75-99%	
Total	17	26	80	217	140	480		81.3
	3.54	5.42	16.67	45.21	29.17	100		
			P	0.049				

Q21　がんゲノム医療に関する十分な情報提供をした割合はどの程度ですか。								
	0%	1-5%	6-10%	11-20%	21-50%	51-100%		
拠点以外	35	23	14	11	20	32	135	25.8

	25.93	17.04	10.37	8.15	14.81	23.7	100	0%	
拠点病院	25	16	13	21	26	24	125		25.7
	20	12.8	10.4	16.8	20.8	19.2	100	21-50%	
Total	60	39	27	32	46	56	260		25.7
	23.08	15	10.38	12.31	17.69	21.54	100		
			P	0.177					

Q22　医師と看護師の方にお尋ねします。
妊孕性温存療法が必要な患者のうち、実際に妊孕性温存療法の説明を行った患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total		
拠点以外	49	15	11	21	15	111		46.4
	44.14	13.51	9.91	18.92	13.51	100	0-24%	
拠点病院	43	17	19	35	26	140		56.9
	30.71	12.14	13.57	25	18.57	100	0-24%	
Total	92	32	30	56	41	251		52.3
	36.65	12.75	11.95	22.31	16.33	100		
			P	0.212				

Q23　手術を受けた患者のうち、質の高い最適な手術を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total		
拠点以外	6	8	28	82	34	158		80.0
	3.8	5.06	17.72	51.9	21.52	100	75-99%	
拠点病院	0	8	34	96	19	157		80.6
	0	5.1	21.66	61.15	12.1	100	75-99%	
Total	6	16	62	178	53	315		80.3
	1.9	5.08	19.68	56.51	16.83	100		
			P	0.018				

Q24　放射線治療を受けた患者のうち、その適応の判断を多職種で議論された上で、提供できた患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total		
拠点以外	26	23	31	50	25	155		64.1
	16.77	14.84	20	32.26	16.13	100	75-99%	
拠点病院	12	15	36	69	16	148		71.2
	8.11	10.14	24.32	46.62	10.81	100	75-99%	
Total	38	38	67	119	41	303		67.6
	12.54	12.54	22.11	39.27	13.53	100		
			P	0.017				

Q25　薬物療法を受けた患者のうち、質の高い薬物療法を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total		
拠点以外	7	16	46	95	23	187		75.4
	3.74	8.56	24.6	50.8	12.3	100	75-99%	
拠点病院	4	10	51	98	16	179		76.6
	2.23	5.59	28.49	54.75	8.94	100	75-99%	
Total	11	26	97	193	39	366		76.0
	3.01	7.1	26.5	52.73	10.66	100		
			P	0.464				

Q26　在宅医療を希望された患者のうち、実際に在宅医療に移行した患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total		
拠点以外	23	39	62	61	11	196		61.1
	11.73	19.9	31.63	31.12	5.61	100	50-74%	
拠点病院	19	41	56	75	13	204		63.9
	9.31	20.1	27.45	36.76	6.37	100	75-99%	
Total	42	80	118	136	24	400		62.5
	10.5	20	29.5	34	6	100		
			P	0.702				

Q27　リハビリテーションを行った患者の割合はどの程度ですか。

	0%	1-5%	6-10%	11-20%	21-50%	51-100%	Total		
拠点以外	6	12	7	10	41	129	205		55.8
	2.93	5.85	3.41	4.88	20	62.93	100	51-100%	
拠点病院	2	3	8	6	52	139	210		59.6
	0.95	1.43	3.81	2.86	24.76	66.19	100	51-100%	
Total	8	15	15	16	93	268	415		57.7
	1.93	3.61	3.61	3.86	22.41	64.58	100		
			P	0.073					

Q28　高齢者のがん患者に対して、治療前に「※高齢者機能評価」を行った割合はどの程度ですか。
※高齢者機能評価：高齢者の身体的、社会的機能を総合的に評価する手法です。CGA7、G8、VES-13、fTRST、MINI-COG、Vitality index 等

	0%	1-5%	6-10%	11-20%	21-50%	51-100%	Total		
拠点以外	41	13	8	8	19	30	119		26.6
	34.45	10.92	6.72	6.72	15.97	25.21	100	0%	
拠点病院	31	8	11	11	19	28	108		28.4
	28.7	7.41	10.19	10.19	17.59	25.93	100	0%	
Total	72	21	19	19	38	58	227		27.5
	31.72	9.25	8.37	8.37	16.74	25.55	100		
			P	0.689					

Q29　希少がん患者のうち、診断又は治療目的で、県立中部病院、琉球大学病院または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。
※県立中部病院と琉球大学病院に勤務されている方は最後の「この質問の対象外」をお選びください。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total			
拠点以外	59	15	9	4	16	103			36.6
	57.28	14.56	8.74	3.88	15.53	100	0-24%		
拠点病院	8	2	7	4	1	22			47.8
	36.36	9.09	31.82	18.18	4.55	100	0-24%		
Total	67	17	16	8	17	125			38.6
	53.6	13.6	12.8	6.4	13.6	100			
			P	0.002					

Q31　難治がん患者のうち、診断又は治療目的で、沖縄県における「掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設一覧」（リンク参照）または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。（自施設が施設一覧に記載されている場合も含む）
がん診療を行う県内医療施設一覧：
https://www.pref.okinawa.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/006/327/gansinsyoiryosisetur5.pdf

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total			
拠点以外	65	9	9	10	5	98			31.0
	66.33	9.18	9.18	10.2	5.1	100	0-24%		
拠点病院	35	7	9	10	6	67			40.4
	52.24	10.45	13.43	14.93	8.96	100	0-24%		
Total	100	16	18	20	11	165			34.8
	60.61	9.7	10.91	12.12	6.67	100			
			P	0.456					

Q33　県立中部病院、那覇市立病院、琉球大学病院以外の方にのみお尋ねします。
AYA世代のがん患者のうち、診断又は治療目的で、県内のがん診療連携拠点病院（県立中部病院、那覇市立病院または琉球大学病院）または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total			
拠点以外	66	10	9	5	5	95			27.9
	69.47	10.53	9.47	5.26	5.26	100	0-24%		
Total	66	10	9	5	5	95			27.9
	69.47	10.53	9.47	5.26	5.26	100	0-24%		

Q35　北部地区医師会病院、県立北部病院、たいら内科クリニック、宮古病院、八重山病院の医療者の方にのみお聞きします。
離島やへき地に住むがん患者において、自施設から本島の専門医療機関に送った方が良いと評価した患者のうち、スムーズに送ることができた患者の割合はどの程度ですか。

Q36　北部地区医師会病院、県立北部病院、たいら内科クリニック、宮古病院、八重山病院の医療者の方にのみお聞きします。
離島やへき地に住むがん患者に対する医療において、中部医療圏や南部医療圏との医療格差が明らかに感じられた患者の割合はどの程度ですか。

Q37　離島の医療施設勤務者を含む全ての医療従事者にお尋ねします。
離島やへき地に住むがん患者のうち、なるべく少ない回数で通院が終わるように配慮した患者の割合はどの程度ですか。

	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	Total		
拠点以外	19	12	19	51	21	122		68.7
	15.57	9.84	15.57	41.8	17.21	100	75-99%	
拠点病院	6	18	37	37	13	111		68.0
	5.41	16.22	33.33	33.33	11.71	100	50-74%	
Total	25	30	56	88	34	233		68.4
	10.73	12.88	24.03	37.77	14.59	100		
			P	0.002				

Q38　沖縄県内において、がん医療の適切な集約化と機能分化が十分にできていると思いますか。

	そう思う	おおむね	どちらと	あまり	そう思わない	Total		
拠点以外	5	61	127	83	23	299		-9.7
	1.67	20.4	42.47	27.76	7.69	100	どちらと	
拠点病院	4	95	161	60	19	339		0.7
	1.18	28.02	47.49	17.7	5.6	100	どちらと	
Total	9	156	288	143	42	638		-4.2
	1.41	24.45	45.14	22.41	6.58	100		
			P	0.011				

Q39　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。

	言える	おおむね	どちらと	あまり	言えない	Total		
拠点以外	15	75	74	34	7	205		13.9
	7.32	36.59	36.1	16.59	3.41	100	おおむね	
拠点病院	10	99	88	50	4	251		12.2
	3.98	39.44	35.06	19.92	1.59	100	おおむね	
Total	25	174	162	84	11	456		12.9
	5.48	38.16	35.53	18.42	2.41	100		
			P	0.309				

Q40　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。

	傾けてる	おおむね	どちらと	あまり	傾けてない			
拠点以外	46	42	6	0	0	94		71.3
	48.94	44.68	6.38	0	0	100	傾けてる	
拠点病院	26	51	9	2	0	88		57.4
	29.55	57.95	10.23	2.27	0	100	おおむね	
Total	72	93	15	2	0	182		64.6
	39.56	51.1	8.24	1.1	0	100		
			P	0.032				

Q41　今の職場は、あなたが必要な知識を備えた専門的人材になれる環境やキャリア形成（専門資格を取得するなど）を、支援してくれていますか。

	支援して	おおむね	どちらと	あまり	支援してない	Total		
拠点以外	40	151	87	18	3	299		34.6
	13.38	50.5	29.1	6.02	1	100	おおむね	
拠点病院	44	177	89	22	7	339		33.8
	12.98	52.21	26.25	6.49	2.06	100	おおむね	
Total	84	328	176	40	10	638		34.2
	13.17	51.41	27.59	6.27	1.57	100		
			P	0.777				

がんの予防

C 個別施策

①生活習慣(喫煙)

番号			喫煙者の行動に影響する人達から、喫煙者に対して、タバコと禁煙に関する正しい知識を伝える	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	指標	禁煙希望割合		男性	なし (2022) 31.4% (2021)	24.6% (2019)	なし	沖縄県値:県民健康・栄養調査 全国値:国民健康・栄養調査報告
				女性	なし (2022) 57.1% (2021)	30.9% (2019)	なし	
	指標	喫煙の健康影響について正しい知識を持つ人の割合						保留
	指標	地域を対象として普及啓発に努めている拠点病院等の割合						7月末までに施設アンケート実施予定

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

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

②生活習慣(飲酒)

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

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

③感染症対策(HPV)

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

番号			HPVワクチンの予防接種後に生じた症状への対応を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-2	指標	予防接種健康被害救済制度の申請者数に対する協力医療機関への受診割合						

④感染症対策(肝炎)

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

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

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

⑤感染症対策(HTLV-1)

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

番号			保健所においてHTLV-1抗体検査と相談指導を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
5-2	指標	HTLV-1の保健所の検査数		那覇市保健所以外	4件 (2023) 0件 (2022, 2021) 1件 (2020) 8件 (2019)			沖縄県保健医療介護部感染症対策課からのデータ提供
				那覇市保健所	24件 (2023)			那覇市保健所保健総務課感染症グループからのデータ提供

B 中間アウトカム

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

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

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

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

番号			HTLV-1 感染者数の減少ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
5-1	指標	HTLV-1 感染率						沖縄県感染症対策課に問合せ中

A 分野アウトカム

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

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

がん検診

C 個別施策

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について

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

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

②がん検診の精度管理等について

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1	行政担当者、保健所職員、検診機関の職員等は、国等が企画する研修会を受講する						
	指標	全国がん検診従事者研修(基礎)(実務)および全国がん検診指導者研修を修了した市町村の担当者等のそれぞれの割合	従事者研修(基礎)(実務)	36.6% (2022)			7月末までに41市町村アンケート実施予定
			指導者研修				

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-2	県は受診率向上と精度管理のために研修会等を開催し、市町村等は担当者を受講させる						
	指標	研修を終了した市町村の担当者等の数					7月末までに41市町村アンケート実施予定

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-3	県は、がん登録情報等を活用したがん検診の精度管理について、市町村へ技術的支援等を行う						
	指標	がん登録情報を活用した精度管理実施市町村数の割合					7月末までに41市町村アンケート実施予定

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-4	県は、精密検査受診率の低い市町村の実態把握を行い、それらに関する指導・助言等を行う						
	指標	県が指導・助言等を行った市町村数		41市町村 100%			沖縄県健康長寿課からのデータ提供

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

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-6	職域を含めた、がん検診の実施者による分かりやすい情報提供を推進する						
	指標	がん検診の正しい情報提供を実施した市町村	胃(エックス線)	78.9% (2022) 83.8% (2021)	81.1% (2022) 78.6% (2021)	青森県他100.0% (2022) 青森県他100.0% (2021)	国立がん研究センター「市区町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」受診勧奨時に「3-1検診機関
			胃(内視鏡)	100% (2022) 66.7% (2021)	75.7% (2022) 67.1% (2021)	秋田県他100.0% (2022) 宮城県他100.0% (2021)	
			大腸	77.5 (2022) 82.5% (2021)	80.1% (2022) 77.4% (2021)	青森県他100.0% (2022) 青森県他100.0% (2021)	

B 中間アウトカム

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

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

A 分野アウトカム

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

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

参考データ

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

	指標	提供を実施した市町村の割合	肺	77.5 (2022) 82.5% (2021)	78.3% (2022) 76.0% (2021)	青森県他100.0% (2022) 青森県他100.0% (2021)	用チェックリスト1.受診者への説明」が全項目記載された資料を全員に個別配布している市町村の割合 ※集団検診
			女性乳房	76.5 (2022) 87.1% (2021)	80.8% (2022) 78.5% (2021)	宮城県他100.0% (2022) 山形県他100.0% (2021)	
			子宮頸部	74.3% (2022) 82.4% (2021)	81.4% (2022) 78.8% (2021)	秋田県他100.0% (2022) 山形県他100.0% (2021)	

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

③受診率対策について

3-1	受診率向上に向けて、がん検診受診率をより正確かつ精緻に、また、個人単位で把握することができるように検討する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	検討を行っている市町村の割合					7月末までに41市町村アンケート実施予定

3-2	市町村及び県が連携して、より科学的かつ効率的な受診勧奨策(コール・リコールなど)を推進し検診受診率を増加する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	受診勧奨実施市町村の割合	胃	67.5% (2022)	84.1% (2022)	群馬県他100.0% (2022)	国立がんセンター「市町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」①がん検診実施状況
			大腸	65.9% (2022)	85.5% (2022)	富山県他100.0% (2022)	
			肺	60.9% (2022)	82.3% (2022)	群馬県他100.0% (2022)	
			女性乳房	63.4% (2022)	85.0% (2022)	群馬県他100.0% (2022)	
			子宮頸部	65.8% (2022)	85.2% (2022)	富山県他100.0% (2022)	
	指標	検診受診率の目標値60%以上を達成している市町村の割合					7月末までに41市町村アンケート実施予定

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

3-4	市町村は、啓発のための研修会等を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	普及啓発キャンペーン実施市町村数					7月末までに41市町村アンケート実施予定

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

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

がん医療提供体制

C 個別施策

①医療提供全般

1-1	沖縄県は、必要に応じたがん医療の集約化と機能分化と連携を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	第8次医療計画に基づいて協議を行い決定したがん種の数（増加が良い）	12 （2018） 7 （2013）			
	指標	第8次医療計画に基づいて協議を行い決定した「施設」の総数（減少が良い）				確認中

1-2	「施設」同士および「施設」とそれ以外の医療機関等の連携を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					保留

1-3	すべての医療機関において、患者に対するICを適切に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					保留

1-4	「施設」では、患者に対するセカンドオピニオンの提示などを適切に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」におけるセカンドオピニオンの数				7月末までに施設アンケート実施予定

1-5	すべての医療機関において、患者に対するACPを適切に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	ACPに関する院内のマニュアル等を策定している「施設」の割合				7月末までに施設アンケート実施予定

1-6	全県および各二次医療圏におけるBCPについて整備する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	BCPを整備している「施設」の割合				7月末までに施設アンケート実施予定

②病理診断

2-1	「施設」では、質の高い病理診断を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	常勤の病理専門医が1名以上配置されている「施設」の割合				7月末までに施設アンケート実施予定

③がんゲノム医療

3-1	必要な患者に対し、適切なタイミングで、がん遺伝子パネル検査等及びその結果を踏まえた治療を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がんゲノム情報管理センターに登録された患者数		82			がん遺伝子パネル検査オーダー進行表
	指標	琉球大学病院において遺伝性腫瘍に関する遺伝カウンセリングを実施した患者数		80			
	指標	以下の専門家の数 ①臨床遺伝専門医 ②認定遺伝カウンセラー ③がんゲノム医療コーディネーター	①臨床遺伝専門医	12人 （2024） 8.2人 対人口100万人	1，850人 （2024） 14.9人 対人口100万人	東京都436人 （2024） 30.9人 対人口100万人	臨床遺伝専門医制度委員会
			②認定遺伝カウンセラー	1人 （2024） 0.7人 対人口100万人	387人 （2024） 3.1人 対人口100万人	東京都91人 （2024） 6.5人 対人口100万人	認定遺伝カウンセラー制度委員会
			③がんゲノム医療コーディネーター	4.3人 （2022） 対人口100万人	18.74人 （2022） 対人口100万人	島根県45.02人 （2022） 対人口100万人	厚生労働省　第83回がん対策推進協議会　資料2-7「人材育成」20項

④手術療法

4-1	必要な資格を持った専門家が計画的に養成を行い、「施設」に必要に応じて配置する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	以下の専門医の数 ①消化器外科専門医 ②呼吸器外科専門医 ③乳腺外科専門医 ④小児外科専門医 ⑤肝胆膵外科高度技能専門医 ⑥脳神経外科専門医 ⑦認定骨・軟部腫瘍医 ⑧婦人科腫瘍専門医 ⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医 ⑩泌尿器科専門医 ⑪頭頸部がん専門医 ⑫口腔外科専門医	①消化器外科専門医	82人 （2024） 55.8人 対人口100万人	9,208人 （2024） 74.1人 対人口100万人	京都府261人 （2024） 103.0人 対人口100万人	日本消化器外科学会
			②呼吸器外科専門医	17人 （2024） 11.6人 対人口100万人	1,640人 （2024） 13.2人 対人口100万人	徳島県16人 （2024） 23.1人 対人口100万人	日本呼吸器外科学会
			③乳腺外科専門医	18人 （2024） 12.2人 対人口100万人	2,034人 （2024） 16.4人 対人口100万人	京都府69人 （2024） 27.2人 対人口100万人	日本乳癌学会
			④小児外科専門医	5人 （2024） 3.4人 対人口100万人	753人 （2024） 6.1人 対人口100万人	京都府33人 （2024） 13.0人 対人口100万人	日本小児外科学会
			⑤肝胆膵外科高度技能専門医	4人 （2021） 2.7人 対人口100万人	587人 （2021） 4.7人 対人口100万人	和歌山県9人 （2021） 10.1人 対人口100万人	日本肝胆膵外科学会
			⑥脳神経外科専門医	74人 （2023） 50.4人 対人口100万人	7，899人 （2023） 63.6人 対人口100万人	高知県67人 （2023） 100.8人 対人口100万人	日本脳神経外科学会
			⑦認定骨・軟部腫瘍医	1人 （2024） 0.7人 対人口100万人	185人 （2024） 1.5人 対人口100万人	徳島県3人 （2024） 4.3人 対人口100万人	日本整形外科学会
			⑧婦人科腫瘍専門医	14人 （2023） 9.5人 対人口100万人	1，224人 （2024） 9.8人 対人口100万人	東京都218人 （2024） 15.5人 対人口100万人	日本婦人科腫瘍学会
			⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	2人 （2024） 1.4人 対人口100万人	91人 （2024） 0.7人 対人口100万人	福井県2人 （2024） 2.7人 対人口100万人	日本皮膚科学会
			⑩泌尿器科専門医	67人 （2024） 45.6人 対人口100万人	7，138人 （2024） 57.4人 対人口100万人	高知県63人 （2024） 94.8人 対人口100万人	日本泌尿器科学会
			⑪頭頸部がん専門医	7人 （2020） 4.8人 対人口100万人	493人 （2020） 4.0人 対人口100万人	鳥取県5人 （2020） 9.3人 対人口100万人	日本頭頸部外科学会
			⑫口腔外科専門医	26人 （2024） 17.7人 対人口100万人	2，240人 （2024） 18.0人 対人口100万人	鳥取県19人 （2024） 35.4人 対人口100万人	日本口腔外科学会
	指標	上記の専門医が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合					7月末までに施設アンケート実施予定

4-2	「施設」では、標準治療を質が高く安全に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業（JANIS）へ登録している「施設」の割合				7月末までに施設アンケート実施予定

4-3	高い技術を要する手術療法について、集約化を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	食道、肝胆膵の手術を「施設」で行った患者の割合				7月末までに施設アンケート実施予定

B 中間アウトカム

1-1	患者が、「がん診療を行う医療施設」（「施設」）で、医療機関の機能分担を通じた質の高い安心な医療の効率的な提供が受けられている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 担当した医師ががんについて十分な知識や経験を持っていたと思う患者の割合		なし	89.8% （2023）	なし	患者体験調査
	指標	患者体験調査 治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合		71.4% （2018） 86.6% （2014）	88.5% （2023） 75.2% （2018） 89.6% （2014）	長野県83.1% （2018） 愛媛県95.2% （2014）	患者体験調査
	指標	「施設」における治療開始のカバー率					保留
	指標	NDB-SCR/NDB がん患者指導管理料「イ」	入院	134.2 （2021）	100.0 （2021）	大分県356.8 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差
			外来	98.7 （2021）	100.0 （2021）	鳥取県255.3 （2021）	
			入院+外来	105.3 （2021）	100.0 （2021）	鳥取県245.5 （2021）	
	指標	NDB-SCR/NDB 診療情報提供料（II）	入院	100.1 （2021）	100.0 （2021）	東京都193.0 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差
			外来	69.1 （2021）	100.0 （2021）	三重県323.0 （2021）	
			入院+外来	71.0 （2021）	100.0 （2021）	三重県308.5 （2021）	
	指標	医療者調査　問13 治療方針（告知等）の説明の際に、医師以外の職種も参加している割合はどの程度ですか。		68.7% （2023） 75%以上参加の割合33.1% （2018）	なし	【参考値】秋田県 回答100%➡ 10.2%（2023） 回答100%➡ 13.1% （2020）	沖縄県値：医療者調査 参考値：秋田大学医学部附属病院　アンケート「医療者のみなさまへ」の集計結果
	指標	医療者調査　問38 沖縄県内において、がん医療の適切な集約化と機能分化が十分にできていると思いますか。		マイナス2.5スコア （2023）	なし	なし	医療者調査

2-1	患者が、速やかな病理診断を受けられている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 初診時から確定診断までの1ヶ月未満の人の割合		72.7% （2018）	70.0% （2023） 70.2% （2018）	山口県80.3% （2018）	患者体験調査

3-1	患者が、がん遺伝子パネル検査を受け、その結果に基づいて治療が選択できている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん遺伝子パネル検査を実施した患者のうち、エキスパートパネルで推奨された薬剤が投与された割合		2			がん遺伝子パネル検査オーダー進行表
	指標	DPC-QI　lg1 IV期肺腺癌に対するがん薬物療法前のEGFR遺伝子変異検査		83.3%	88.1%	100.0% （複数）	QIフィードバックシステム
	指標	DPC-QI　st3 切除不能IV期胃がんへの化学療法前HER2検査		0.0%	64.1%	100.0% （複数）	
	指標	医療者調査　問21 がんゲノム医療に関する十分な情報提供をした割合はどの程度ですか。		23.3% （2023）	なし	なし	医療者調査

4-1	必要な患者が、最適な手術を、タイムリーで質が高く安全に受けられている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	DPC-QI　15 StageⅡ・Ⅲの大腸癌に対するD3リンパ節郭清		96.2%	81.1%	100%	QIフィードバックシステム
	指標	DPC-QI　14 進行胃癌に対する定型手術		100.0%	92.5%	100%	
	指標	医療者調査　問23 手術を受けた患者のうち、質の高い最適な手術を提供できた患者の割合はどの程度ですか。		78.2% （2023）	なし	なし	医療者調査

A 分野アウトカム

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

⑤放射線療法

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

5-2	放射線療法が可能な全ての医療機関において、IMRTを含む標準治療を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 IMRT加算をとっている放射線治療施設の割合					7月末までに施設アンケート実施予定

5-3	「施設」では、粒子線治療や核医学治療、ホウ素中性子捕捉療法等について、適切に患者を紹介する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 「施設」から紹介されて、粒子線治療や核医学治療、ホウ素中性子捕捉療法等を受けた患者の数					7月末までに施設アンケート実施予定

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

⑥薬物療法

6-1	必要な資格を持った専門家を計画的に養成し、「施設」に必要に応じて配置する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん薬物療法専門医が何らかの形で週に1回以上または月に1回以上関わっている「施設」の割合					7月末までに施設アンケート実施予定
	指標	以下の専門家の数 ①がん薬物療法専門医 ②がん指導薬剤師、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師および外来がん治療認定薬剤師 ③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師および乳がん看護認定看護師	①がん薬物療法専門医	6人 (2024) 4.1人 対人口100万人	1,682人 (2024) 13.5人 対人口100万人	岡山県50人 (2024) 27.1人 対人口100万人	日本臨床腫瘍学会
			②がん指導薬剤師	0人 (2024) 0.0人 対人口100万人	385人 (2024) 3.1人 対人口100万人	石川県13人 (2024) 11.7人 対人口100万人	日本医療薬学会
			②がん専門薬剤師	4人 (2024) 2.7人 対人口100万人	827人 (2024) 6.7人 対人口100万人	石川県21人 (2024) 19.0人 対人口100万人	日本医療薬学会
			②がん薬物療法認定薬剤師	12人 (2023) 8.2人 対人口100万人	1,019人 (2023) 8.2人 対人口100万人	島根県13人 (2023) 20.1人 対人口100万人	日本病院薬剤師会
			②外来がん治療認定薬剤師	6人 (2023) 4.1人 対人口100万人	956人 (2023) 7.7人 対人口100万人	福岡県58人 (2023) 11.4人 対人口100万人	日本臨床腫瘍薬学会
			③がん看護専門看護師	13人 (2024) 8.8人 対人口100万人	931人 (2024) 7.5人 対人口100万人	高知県17人 (2024) 25.6人 対人口100万人	日本看護協会
			③がん薬物療法看護認定看護師	2人 (2024) 1.4人 対人口100万人	135人 (2024) 1.1人 対人口100万人	富山県5人 (2024) 5.0人 対人口100万人	日本看護協会
			③乳がん看護認定看護師	2人 (2024) 1.4人 対人口100万人	298人 (2024) 2.4人 対人口100万人	鳥取県4人 (2024) 7.5人 対人口100万人	日本看護協会
	指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合					7月末までに施設アンケート実施予定

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

6-3	拠点病院等では、並存疾患のある患者に対する薬物療法を安全に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 免疫関連有害事象を含む有害事象に対して、他診療科や他病院と連携等して対応している「施設」の割合					7月末までに施設アンケート実施予定

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

⑦チーム医療の推進

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

7-2	「施設」では、院内や地域の歯科医師、歯科衛生士等と連携し、医科歯科連携によるがん患者の口腔の管理を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 がん患者の口腔健康管理のため院内又は地域の歯科医師と連携して対応している「施設」の割合					7月末までに施設アンケート実施予定

7-3	「施設」では、栄養サポートチーム等の専門チームと連携し、栄養指導や管理を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 「栄養サポートチーム加算」を算定している「施設」の割合					7月末までに施設アンケート実施予定

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

⑧医療実装

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

8-2	「拠点病院等」では、治験も含めた医薬品等の臨床研究、先進医療、患者申出療養等に関する適切な情報提供を行い、患者を紹介する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	臨床試験に参加していない地域の患者さんやご家族向けの問い合わせ窓口を設置している拠点病院数					7月末までに施設アンケート実施予定
	指標	「拠点病院等」において実施されている(参加が可能な)臨床研究の数					7月末までに施設アンケート実施予定

8-1	患者が、新規に認可された医薬品、医療機器及び医療技術を受けられており、希望する患者が治験等に参加できている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	治験も含めた医薬品等の臨床研究、先進医療、患者申出療養等に参加した患者の数					7月末までに施設アンケート実施予定
	指標	医療者調査 問9 医師の方にお尋ねします。2023年に、レジメン登録が遅かったために、患者へのタイムリーな投薬が遅れたことがありましたか。		64.4%(なかったとの回答) 2023	なし	なし	医療者調査

緩和・支持療法

番号	C 個別施策					
①緩和ケア						
1-1	「施設」では、外来初診時および入院時に、看護師による「痛みのスクリーニング」を行い、その後は必要な医療を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	外来初診時および入院時に、看護師による「痛みのスクリーニング」が行われたがん患者の割合				保留
	指標	前述の「痛みのスクリーニング」の結果を、看護師が、主治医(主治医チーム)に報告が行われたがん患者の割合				保留
	指標	「痛みのスクリーニング」の結果報告を受けて、主治医(主治医チーム)が速やかに必要な緩和ケアが行われたがん患者の割合				保留
	指標	「痛みのスクリーニング」の結果を受けての緩和ケアが主治医(主治医チーム)では充分行えない場合に、主治医(主治医チーム)から速やかに緩和ケアチームに紹介が行われたがん患者の割合				保留
1-2	外来患者は毎回の受診時に、入院患者は毎日、看護師による「痛みのモニタリング」を行い、その後は必要な医療を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	外来患者は毎回の受診時に、入院患者は毎日、看護師による「痛みのモニタリング」が行われたがん患者の割合				保留
	指標	前述の「痛みのモニタリング」の結果を、看護師が、主治医(主治医チーム)に報告が行われたがん患者の割合				保留
	指標	「痛みのモニタリング」の結果報告を受けて、主治医(主治医チーム)が速やかに必要な緩和ケアが行われたがん患者の割合				保留
	指標	「痛みのモニタリング」の結果を受けての緩和ケアが主治医(主治医チーム)では充分行えない場合に、主治医(主治医チーム)から速やかに緩和ケアチームに紹介が行われたがん患者の割合				保留
	指標	リンクナース制度を運用している「施設」の割合				7月末までに施設アンケート実施予定
1-3	「施設」では、専門的な緩和ケアを提供できる人材とチームを整備する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」の緩和ケアチーム新規診療症例数				7月末までに施設アンケート実施予定
	指標	緩和ケア外来の新規診療症例数				7月末までに施設アンケート実施予定
	指標	緩和ケア外来への、地域の医療機関からの紹介件数				7月末までに施設アンケート実施予定
	指標	以下の専門家の数 ①緩和医療学会専門医及び認定医 ②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医 ③ペインクリニック専門医 ④放射線治療専門医 ⑤IVR専門医(放射線カテーテル治療専門医) ⑥緩和薬物療法認定薬剤師 ⑦緩和ケア認定看護師 ⑧公認心理師及び臨床心理士	①緩和医療学会専門医	3人 (2024) 2.0人 対人口100万人	356人 (2024) 2.9人 対人口100万人	鳥取県4人 (2024) 7.5人 対人口100万人	日本緩和医療学会
			①緩和医療学会認定医	11人 (2024) 7.5人 対人口100万人	1,146人 (2024) 9.2人 対人口100万人	鳥取県9人 (2024) 16.8人 対人口100万人	日本緩和医療学会
			②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	3人 (2024) 2.0人 対人口100万人	183人 (2024) 1.5人 対人口100万人	京都府9人 (2024) 3.6人 対人口100万人	日本サイコオンコロジー学会
			③ペインクリニック専門医	15人 (2024) 10.2人 対人口100万人	1,598人 (2024) 12.9人 対人口100万人	栃木県53人 (2024) 28.0人 対人口100万人	日本ペインクリニック学会
			④放射線治療専門医	15人 (2024) 10.2人 対人口100万人	1,437人 (2024) 11.6人 対人口100万人	京都府57人 (2024) 22.5人 対人口100万人	日本放射線腫瘍学会
			⑤IVR専門医(放射線カテーテル治療専門医)	13人 (2023) 8.8人 対人口100万人	1,264人 (2023) 10.2人 対人口100万人	奈良県119人 (2023) 92.0人 対人口100万人	日本インターベンショナルラジオロジー学会事務局からデータ提供
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	4人 (2024) 2.7人 対人口100万人	872人 (2024) 7.0人 対人口100万人	島根県11人 (2024) 17.0人 対人口100万人	日本緩和医療薬学会
			⑦緩和ケア認定看護師	33人 (2024) 22.5人 対人口100万人	1,951人 (2024) 15.7人 対人口100万人	山梨県50人 (2024) 63.0人 対人口100万人	日本看護協会
			⑧公認心理師	1,015人 (2024) 690.7人 対人口100万人	71,987人 (2024) 579.2人 対人口100万人	京都府2,301人 (2024) 908.1人 対人口100万人	日本心理研修センター
			⑧臨床心理士	336人 (2023) 228.6人 対人口100万人	36,865人 (2023) 296.6人 対人口100万人	京都府1,448人 (2023) 571.5人 対人口100万人	日本臨床心理士資格認定協会
	指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合					7月末までに施設アンケート実施予定
②在宅医療							
2-1	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合を増加させる	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					保留
2-2	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度を向上させる	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					保留
2-3	在宅医療を提供できる必要な資格を持った専門家を計画的に養成し、必要に応じて配置する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	地域緩和ケア連携調整員研修受講者数		なし	なし	7月末までに施設アンケート実施予定
	指標	以下の専門家の数 ①在宅専門医 ②訪問看護師 ③介護支援専門員 ④在宅医療インテグレーター	①在宅専門医	10人 (2024) 6.8人 対人口100万人	461人 (2024) 3.7人 対人口100万人	奈良県12人 (2024) 9.3人 対人口100万人	日本在宅医療連合学会
			②訪問看護師	3人 (2024) 2.0人 対人口100万人	549人 (2024) 4.4人 対人口100万人	愛知県83人 (2024) 11.1人 対人口100万人	日本看護協会
			③介護支援専門員	7,024人 (2023) 4,779.4人 対人口100万人	751,059人 (2023) 6043.2人 対人口100万人	徳島県7,111人 (2023) 10,259.9人 対人口100万人	日本看護協会
			④在宅医療インテグレーター	13人 (2024) 8.8人 対人口100万人	382人 (2024) 3.1人 対人口100万人	沖縄県13人 (2024) 8.8人 対人口100万人	日本在宅医療連合学会からのデータ提供
	指標	以下の施設の数 ①在宅療養支援診療所 ②強化機能型在宅療養支援診療所 ③在宅療養支援病院 ④訪問看護ステーション ⑤専門医療機関連携薬局 ⑥介護サービス事業所 ⑦訪問リハビリテーション事業所	①在宅療養支援診療所	98施設 (2022) 66.7施設 対人口100万人	15,090施設 (2022) 121.4施設 対人口100万人	長崎県282施設 (2022) 223.1施設 対人口100万人	厚生労働省 在宅医療にかかる地域別データ集
			②強化機能型在宅療養支援診療所	33施設 (2022) 22.5施設 対人口100万人	3,796施設 (2022) 30.5施設 対人口100万人	和歌山県44施設 (2022) 49.5施設 対人口100万人	
			③在宅療養支援病院	20施設 (2022) 13.6施設 対人口100万人	1,672施設 (2022) 13.5施設 対人口100万人	徳島県42施設 (2022) 60.6施設 対人口100万人	
			④訪問看護ステーション	201施設 (2022) 136.8施設 対人口100万人	14,829施設 (2022) 119.3施設 対人口100万人	和歌山県178施設 (2022) 200.1施設 対人口100万人	
			⑤専門医療機関連携薬局	1施設 (2024) 0.7施設 対人口100万人	191施設 (2024) 1.5施設 対人口100万人	長崎県5施設 (2024) 4.0施設 対人口100万人	厚生労働省 専門医療機関連携薬局 認定薬局の件数
			⑥介護サービス事業所				確認中
			⑦訪問リハビリテーション事業所	42施設 (2023) 28.6施設 対人口100万人	4,913施設 (2023) 39.5施設 対人口100万人	徳島県96施設 (2023) 138.5施設 対人口100万人	厚生労働省 介護サービス情報の公表システムデータのオープンデータ

番号	B 中間アウトカム					
1-1	がん患者及びその家族の苦痛の軽減ができ、QOLが向上できている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査・遺族調査 医療者はつらい症状にすみやかに対応していたと感じる割合	80.1% (2018)	90.1% (2023) 74.1% (2018)	愛媛県86.3% (2018)	患者体験調査
	指標	患者体験調査・遺族調査 医療スタッフが耳を傾け理解しようとしてくれていたと思う患者の割合	78.6% (2018)	90.1% (2023) 71.7% (2018)	愛媛県79.8% (2018)	患者体験調査
	指標	医療者調査 問10 2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果で痛むがあるとした患者のうち、その結果が主治医(チーム)に速やかに伝えられた患者の割合はどの程度ですか。	75.2% (2023)	なし	なし	医療者調査
	指標	医療者調査 問11 2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果が主治医(チーム)に伝えられた患者のうち、主治医(チーム)が速やかに必要な緩和ケアを行った患者の割合はどの程度ですか。	71.4% (2023)	なし	なし	医療者調査
	指標	医療者調査 問12 2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果が主治医(チーム)に伝えられた患者において、主治医(チーム)では対応が十分に行えない患者のうち、主治医(チーム)から速やかに緩和ケアチームに紹介が行われた患者の割合はどの程度ですか。	59.4% (2023)	なし	なし	医療者調査
1-2	緩和ケアの質の向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者報告アウトカム(PRO)の症状改善率				保留
	指標					
	指標	NDB-SCR/NDB 緩和ケア診療加算の算定回数	39.3 (2021)	100.0 (2021)	福井県211.7 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(A-226-02-01)
	指標	NDB-SCR/NDB L101神経ブロック(神経破壊剤又は高周波凝固法使用)				確認中
	指標	NDB-SCR/NDB 緩和的放射線照射の実施数: M001-3(直線加速器による放射線治療)の2				確認中
2-1	希望する患者の在宅医療への移行が充分にできている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	遺族調査 在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	なし	78.8% (2018)	なし	国立がん研究センター「患者さまが受けられた医療に関するご遺族の方への調査」
	指標	遺族調査 介護をしたことで、全体的に負担感が大きかった割合	53.1% (2019)	40.9% (2019)	福岡県31.0% (2019)	国立がん研究センター「患者さまが受けられた医療に関するご遺族の方への調査」
	指標	NDB-SCR/NDB 在宅ターミナルケア加算	84.4	100.00	312.1 (徳島県)	確認中
	指標	NDB-SCR/NDB 看取り加算	90.3 (2021)	100.0 (2021)	神奈川県193.8 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(C-001-00-06)
	指標	NDB-SCR/NDB 介護支援等連携指導料(がん患者に限定)	99.0 (2021)	100.0 (2021)	秋田県258.1 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(B-005-01-02)
	指標	NDB-SCR/NDB 退院時共同指導料1(がん患者に限定)	236.3 (2021)	100.0 (2021)	岐阜県319.5 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(B-004-00-01)
	指標	医療者調査 問26 在宅医療を希望された患者のうち、実際に在宅医療に移行した患者の割合はどの程度ですか。	62.7% (2023)	なし	なし	医療者調査

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

2-4	看取りができる介護施設の拡大を図る	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	看取りができる介護施設の数				7月末までに施設アンケート実施予定

③リハビリテーション

3-1	すべてのがん患者に対して、リハビリが必要かどうかの評価をする体制が整え、その結果を踏まえたリハビリを施行する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん患者リハビリテーション料に関する施設基準を満たした「施設」の割合				7月末までに施設アンケート実施予定

3-1	[施設]では、必要な全ての患者に、適切なリハビリテーションができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	拠点病院等に通院・入院中のがん患者でリハビリテーションを受けた患者の割合				7月末までに施設アンケート実施予定
	指標	NDB-SCR/NDB がん患者リハビリテーション料	116.6 (2021)	100.0 (2021)	福井県191.4 (2021)	内閣府　医療提供状況の地域差(H-007-02-00)
	指標	医療者調査　問27 リハビリテーションを行った患者の割合はどの程度ですか。	57.6% (2023)	なし	なし	医療者調査

④支持療法

4-1	患者が、治療に伴う副作用・合併症・後遺症への見通しを持ち、身体的苦痛や外見の変化等があった際に容易に相談できる環境を整備する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	リンパ浮腫研修の受講者数				7月末までに施設アンケート実施予定
	指標	リンパ浮腫外来が設置されている「施設」の割合				7月末までに施設アンケート実施予定
	指標	ストーマ外来が設置されている「施設」の割合				7月末までに施設アンケート実施予定

4-2	[施設]では、各種ガイドラインに基づく支持療法を、組織的に行う体制を整備する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	制吐薬適正使用ガイドラインに基づく院内マニュアルを作成し、レジメンの登録が行われている「施設」の割合				7月末までに施設アンケート実施予定

4-1	[施設]では、各種ガイドラインに基づく十分な支持療法が行われている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 治療による副作用の見通しを持てた患者の割合	70.5% (2018)	75.6% (2023) 63.0% (2018)	大分県70.8% (2018)	患者体験調査
	指標	拠点病院において支持療法に関する標準診療を実施された患者の割合				保留
	指標	NDB-SCR/NDB リンパ浮腫複合的治療料 (重症)	なし (2021)	100.0 (2021)	岩手県459.0 (2021)	内閣府　医療提供状況の地域差(H-007-04-01)
		(1以外)	なし (2021)	100.0 (2021)	東京都299.6 (2021)	内閣府　医療提供状況の地域差(H-007-04-02)
	指標	NDB-SCR/NDB リンパ浮腫指導管理料	69.4 (2021)	100.0 (2021)	鹿児島県138.6 (2021)	内閣府　医療提供状況の地域差(B-001-07-00)
	指標	医療者調査　問20 薬物療法の開始前に、副作用の出る時期の説明も含めて、十分な説明を行った患者の割合はどの程度ですか。	79.9% (2023)	なし	なし	医療者調査

⑤妊孕性温存療法

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

5-1	妊孕性温存療法及びがん治療後の生殖補助医療が十分に行われている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん・生殖医療にて出生した子供の数	1例			
	指標	患者体験調査 治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合	51.6% (2018) 65.7% (2014)	63.9% (2023) 31.1% (2018) 38.1% (2014)	秋田県100.0% (2018) 和歌山県92.8% (2014)	患者体験調査
	指標	医療者調査　問22 医師と看護師の方にお尋ねします。妊孕性温存療法が必要な患者のうち、実際に妊孕性温存療法の説明を行った患者の割合はどの程度ですか。	49.2% (2023)	なし	なし	医療者調査

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

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

個別のがん対策

C 個別施策

①希少がん

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

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

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

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-4	希少がん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療を、タイムリーで質が高く、安全に実施する						
	指標	希少がんにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数					7月末までに施設アンケート実施予定
	指標	臨床試験等を受けた希少がん患者の数					7月末までに施設アンケート実施予定

②難治性がん

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

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

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-3	難治性がん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療が、タイムリーで質が高く、安全に実施する						
	指標	難治がんにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数					7月末までに施設アンケート実施予定
	指標	臨床試験等を受けた難治がん患者の数					7月末までに施設アンケート実施予定

③小児がん

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-1	小児がん患者及びその家族に対して、十分な情報を提供する						
	指標	なし					保留

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-2	小児がん患者及びその家族に対して、十分な相談支援を提供する						
	指標	国立がん研究センターによる「がん相談支援センター相談員基礎研修」(1)(2)を受講後、国立成育医療研究センターが実施する「小児がん相談員専門研修」を修了した者の数		琉大：1名　　こども医療センター：確認中			7月末までに施設アンケート実施予定
	指標	がん相談支援センターに相談した小児がん患者の数		7件			

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-3	小児がん患者を、速やかに琉球大学病院または県立こども医療センターに紹介する						
	指標	琉球大学病院または県立こども医療センターで治療を受けた小児がん患者の割合		78.70%			

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-4	小児がん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療が、タイムリーで質が高く、安全に実施する						
	指標	琉球大学病院または県立こども医療センターにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数		琉球大学病院　15件 こども医療センター　確認中			
	指標	臨床試験等を受けた小児がん患者の数		琉球大学病院　5名 こども医療センター　確認中			
	指標	以下の専門家の数 ①小児血液・がん専門医 ②小児外科専門医および小児がん認定外科医 ③血液専門医 ④小児看護専門看護師、がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師、緩和ケア認定看護師	①小児血液・がん専門医	3人 （2024） 2.0人 対人口100万人	383人 （2024） 3.1人 対人口100万人	京都府23人 （2024） 9.1人 対人口100万人	一般社団法人日本小児血液・がん学会
			②小児外科専門医	5人 （2024） 3.4人 対人口100万人	753人 （2024） 6.1人 対人口100万人	京都府33人 （2024） 13.0人 対人口100万人	一般社団法人日本小児外科学会
			③小児がん認定外科医	1人 （2024） 0.7人 対人口100万人	128人 （2024） 1.0人 対人口100万人	奈良県4人 （2024） 3.1人 対人口100万人	一般社団法人日本小児血液・がん学会
			④血液専門医	28人 （2024） 19.1人 対人口100万人	4,580人 （2024） 36.9人 対人口100万人	京都府189人 （2024） 74.6人 対人口100万人	一般社団法人日本血液学会
			⑤小児看護専門看護師	3人 （2024） 2.0人 対人口100万人	254人 （2024） 2.0人 対人口100万人	高知県8人 （2024） 12.0人 対人口100万人	日本看護協会
			⑥がん看護専門看護師	11人 （2024） 7.5人 対人口100万人	906人 （2024） 7.3人 対人口100万人	高知県15人 （2024） 22.6人 対人口100万人	日本看護協会
			⑦がん薬物療法看護認定看護師	0人 （2024） 0.0人 対人口100万人	88人 （2024） 0.7人 対人口100万人	山形県5人 （2024） 4.9人 対人口100万人	日本看護協会
			⑧緩和ケア認定看護師	33人 （2024） 22.5人 対人口100万人	1,951人 （2024） 15.7人 対人口100万人	山梨県50人 （2024） 63.0人 対人口100万人	日本看護協会
	指標	上記の専門家が、琉球大学病院または県立こども医療センターに常勤で配置されているか否か。	①小児血液・がん専門医	琉球大学病院　○(1人) こども医療センター　○(1人)			
			②小児外科専門医	琉球大学病院　○(2人) こども医療センター　○(2人)			
			③小児がん認定外科医	琉球大学病院　○(1人) こども医療センター　×			
			④血液専門医	琉球大学病院　○(3人) こども医療センター　○(2人)			
			⑤小児看護専門看護師	琉球大学病院　× こども医療センター　○(3人)			
			⑥がん看護専門看護師	琉球大学病院　○(4人) こども医療センター　○(1人)			
			⑦がん薬物療法看護認定看護師	琉球大学病院　○(1人) こども医療センター　○(1人)			
			⑧緩和ケア認定看護師	琉球大学病院　○(2人) こども医療センター　○(2人)			

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

B 中間アウトカム

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

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

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

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

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-1	小児がん患者の生存率の改善ができている						
	指標	小児がん患者の初診から琉球大学病院または県立こども医療センターを紹介受診した日数					7月末までに施設アンケート実施予定

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

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

A 分野アウトカム

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

※現在、協議中の厚労科研の議論をまって、掲載予定。

参考データ

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

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	がんの種類、年代、住んでいる地域に拘わらず、全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている						
	指標	難治性がん(代表例:膵がん)の5年生存率	食道				
			肝(肝細胞がん・肝内胆管がん)				
			胆(胆のうがん・胆管がん)				
			膵臓				
			肺				
			多発性骨髄腫				
			白血病				
			成人T細胞白血病リンパ腫				

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

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	がんの種類、年代、住んでいる地域に拘わらず、がん診療の質の向上ができている						
	指標	小児がん患者の5年生存率	胚細胞腫瘍・性腺腫瘍				
			神経芽腫				
			白血病				
			リンパ腫				

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	がんの種類、年代、住んでいる地域に拘わらず、がん診療の質の向上ができている						
	指標	AYA世代のがんの5年生存率	大腸				
			女性乳房				
			子宮頸部				
			卵巣				
			甲状腺				

番号			指標項目			沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	がんの種類、年代、住んでいる地域に拘わらず、がん診療の質の向上ができている								
	指標	難治性がん(代表例:膵がん)の5年生存率	全部位	県平均		60.7%	66.2%	東京都 71.5%	
				北部					
				中部					
				南部					
				宮古					
				八重山					
			胃	県平均		59.0%	70.2%	京都府 78.1%	
				北部					
				中部					
				南部					
				宮古					
				八重山					
			大腸	県平均		63.3%	70.9%	東京都 75.8%	
				北部					
				中部					
				南部					
				宮古					
				八重山					
			肝細胞	県平均		37.1%	45.1%	大分県 52.8%	
				北部					
				中部					
				南部					
				宮古					
				八重山					
			肝内胆管	県平均		13.5%	21.1%	広島県 34.7%	
				北部					
				中部					
				南部					
				宮古					
				八重山					
	指標	がん種別5年生存率		県平均		47.4%			院内がん登録2014-2015年5年生存率集計
				北部					
				中部					

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

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

④AYA世代のがん

4-1	AYA世代のがん患者及びその家族に対して、十分な情報を提供する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標						保留

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

4-3	AYA世代のがん患者を、速やかにがん診療連携拠点病院(以下、拠点病院)に紹介する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	拠点病院等で治療を受けたAYA世代のがん患者の割合					7月末までに施設アンケート実施予定

4-4	AYA世代のがん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療を、タイムリーで質が高く、安全に実施する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	拠点病院等において参加が可能な臨床試験や治験の数					7月末までに施設アンケート実施予定
	指標	臨床試験や治験等を受けたAYA世代のがん患者の数					7月末までに施設アンケート実施予定

4-5	AYA世代のがん患者に対して、晩期合併症の検索も含めて、長期フォローアップを行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	長期フォローアップ外来を設置している施設数		3 （2023）			沖縄県保健医療介護部健康長寿課がん対策班からの情報提供
	指標	小児・AYA世代のがんの長期フォローアップに関する研修会参加人数		琉大、こども医療センター：確認中			7月末までに施設アンケート実施予定
	指標	長期フォローアップ外来で長期にフォローアップをしているAYA世代のがん患者		琉大、こども医療センター：確認中			7月末までに施設アンケート実施予定

4-6	AYA世代のがん患者に対して、治療と並行した学業や就労の継続、治療終了後の進学や就職に対しての支援を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターにおける、AYA世代のがん患者の発育及び療養上の相談への対応・支援のうち、教育に関する相談件数		相談件数はあるが、年齢別でない為、AYA世代のみの集計はなし			
	指標	がん相談支援センターにおける、AYA世代のがん患者に対する就労に関する相談件数					

4-7	子供がいるAYA世代のがん患者に対して、その子供に対する支援を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	親ががんになった子ども、そしてその患者さん、ご家族を支援する団体に紹介したAYA世代のがん患者の数					7月末までに施設アンケート実施予定

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

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

⑤高齢者のがん

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

5-2	療養場所の選択も含めて、すべての高齢者のがん患者に、適切な意思決定支援と適切なアドバンスケアプランニングを行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	ACPに関する院内のマニュアル等を策定している「施設」の割合					7月末までに施設アンケート実施予定

5-3	高齢者機能評価および依存疾患の評価の結果と、患者の意向を十分に配慮したうえで、種々のガイドラインに準拠した最適な治療が安全に実施する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	意思決定能力を含む機能高齢者評価に関する院内のマニュアル等を策定している「施設」の割合					7月末までに施設アンケート実施予定

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

5-5	看取りができる介護施設の拡大を図る		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	看取りができる介護施設の数					7月末までに施設アンケート実施予定

⑥離島・へき地

6-1	正しい情報を基に、患者が自ら選択した医療機関で受診する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	療養場所ガイドの全戸配布を行った市町村の割合					確認中

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

6-3	診療病院におけるがん関連の人材配置等を過不足なく行う			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	以下の専門家が、診療病院に常勤で配置されているか否か ①呼吸器外科専門医 ②乳腺外科専門医 ③がん指導薬剤師、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤のいずれか ③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師、乳がん看護認定看護師のいずれか ④がん相談支援センター相談員基礎研修(1)(2)を修了した看護師、社会福祉士、精神保健福祉士のいずれか ⑤がん登録実務初級認定を受けた診療情報管理士	①呼吸器外科専門医				7月末までに施設アンケート実施予定
			②乳腺外科専門医				
			③がん指導薬剤師、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤のいずれか				
			③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師、乳がん看護認定看護師のいずれか				
			④がん相談支援センター相談員基礎研修(1)(2)を修了した看護師、社会福祉士、精神保健福祉士のいずれか				
			⑤がん登録実務初級認定を受けた診療情報管理士				
	指標	以下の専門家が、診療病院において、毎週または月に2回以上、外来診療を行っているか否か ①放射線治療専門医 ②がん薬物療法専門医 ③血液専門医	①放射線治療専門医				7月末までに施設アンケート実施予定
			②がん薬物療法専門医				
			③血液専門医				

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

	離島・へき地のがん患者の生存率の改善ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
		全部位	県平均	60.7%	66.2%	東京都 71.5%	
			北部				
			中部				
			南部				
			宮古				
			八重山				
		胃	県平均	59.0%	70.2%	京都府 78.1%	
			北部				
			中部				
			南部				
			宮古				
			八重山				
		大腸	県平均	63.3%	70.9%	東京都 75.8%	
			北部				
			中部				
			南部				
		胆のう	南部		27.2%	沖縄県 47.4%	
			宮古				
			八重山				
		膵	県平均	12.6%	12.7%	山梨県 23.1%	
			北部				
			中部				
			南部				
			宮古				
			八重山				
		小細胞肺	県平均	3.9%	11.5%	福井県 19.4%	
			北部				
			中部				
			南部				
			宮古				
			八重山				
		非小細胞肺	県平均	34.7%	47.5%	宮崎県 57.9%	
			北部				
			中部				
			南部				
			宮古				
			八重山				
		女性乳房	県平均	89.3%	91.6%	三重県 94.6%	
			北部				
			中部				
			南部				
			宮古				
			八重山				
		前立腺	県平均	92.5%	95.1%	香川県 99.4%	
			北部				
			中部				
			南部				
			宮古				
			八重山				
	指標	患者体験調査 現在自分らしい日常生活を送れていると感じる希少がん患者の割合		なし	75.5% （2023） 69.2% （2018）	なし	患者体験調査
	指標	患者体験調査 現在自分らしい日常生活を送れていると感じる若年がん患者の割合		なし	75.7% （2023） 66.8% （2018）	なし	患者体験調査
	指標	小児がん体験調査 小児がん患者のがんの診断・治療全般の総合評価（平均点又は評価が高い人の割合）		【参考】 成人8.4 （2018）	小児8.4 （2019） 【参考】 AYA7.8 成人8.0 （2018）	なし	小児患者体験調査 【参考】患者体験調査

6-4	離島・へき地において提供できない医療がある場合に、本島への渡航費用等の助成など、経済的な支援を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	沖縄県離島患者等通院費支援事業に参加している市町村の割合		94% (2023) ※がん患者対象外の市町村あり	なし	なし	沖縄県保健医療介護部医療政策課医療対策班からの情報提供
	指標	沖縄県離島患者等通院費支援事業を利用したがん患者の割合		48% 述べ4,328人中 がん患者2,117人 (2023)	なし	なし	

6-1	指標	がん種別5年生存率（再掲）		宮古				院内がん登録2014-2015年5年生存率集計
				八重山				
			肝細胞	県平均	37.1%	45.1%	大分県 52.8%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			肝内胆管	県平均	13.5%	21.1%	広島県 34.7%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			胆のう	県平均	47.4%	27.2%	沖縄県 47.4%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			膵	県平均	12.6%	12.7%	山梨県 23.1%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			小細胞肺	県平均	3.9%	11.5%	福井県 19.4%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			非小細胞肺	県平均	34.7%	47.5%	宮崎県 57.9%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			女性乳房	県平均	89.3%	91.6%	三重県 94.6%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			前立腺	県平均	92.5%	95.1%	香川県 99.4%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				

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

共生

番号	C 個別施策					
①相談支援						
1-1	拠点病院等以外の「施設」では、「拠点病院等」のがん相談支援センターに準じた組織を構築し、がん患者とその家族等への相談業務を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 がん相談支援センターに準じた組織を構築した拠点病院等以外の「施設」の割合					7月末までに施設アンケート実施予定
1-2	「拠点病院等」では、治療方針の決定の前までに、がん相談支援センターに立ち寄らなければならないシステムをそれぞれ構築する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 治療方針の決定の前までに、がん相談支援センターで立ち寄った患者の割合		琉大のみ 214件 (2023)			
1-3	「拠点病院等」では、相談者からのフィードバックを受ける仕組みづくりを行い、「がん相談対応のモニタリング」等に準じて「がん相談対応評価表」等を用いて定期的に自己評価を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 ①認定がん相談支援センターの数		0施設 (2024) 0.0人 対人口100万人	32施設 (2024) 0.3人 対人口100万人	福井県2施設 (2024) 2.7人 対人口100万人	国立がん研究センター認定がん相談支援センター認定施設一覧
	指標 ②認定がん専門相談員数		3人 (2024) 2.0人 対人口100万人	390人 (2024) 3.1人 対人口100万人	鳥取県5人 (2024) 9.3人 対人口100万人	国立がん研究センター認定がん専門相談員認定者リスト
	指標 ③相談員指導者研修修了者数		9人 (2023) 6.1人 対人口100万人	771人 (2023) 6.2人 対人口100万人	山梨県17人 (2023) 21.4人 対人口100万人	国立がん研究センター相談員指導者研修全修了者リストリスト
	指標 ④相談員基礎研修(3)修了者数			なし	なし	7月末までに施設アンケート実施予定
1-4	県拠点病院は、地域拠点病院等と協力して、ピアサポーターの養成を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 ピアサポート研修会及びフォローアップ研修会を修了した人数	養成講座	114人 (2023)			
		フォローアップ研修会	231人 (2023)			
	指標 ピアサポーターとして活動している人数		27人 (2023)			
1-5	「施設」ではピアサポートを行うとともに、ピアサポーターを活用した患者サロンを、患者に活用される方法で運営する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 各拠点病院等のピアサポート件数		35件 (2023)			
	指標 患者サロンの開催回数		44回 (2023)			
②情報提供						
2-1	県は、関係団体と協力し、障害等の関係でコミュニケーションに配慮が必要な県民および日本語によるコミュニケーションが難しい人の情報へのアクセスを確保するため、音声資料や点字資料、英語等による説明書等を作成し、「施設」に配布し、情報が行き届くようにする	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 「施設」に配布した①音声資料、②点字資料、③外国語資料の種類	①音声資料				7月末までに施設アンケート実施予定
		②点字資料				7月末までに施設アンケート実施予定
		③外国語資料の種類				7月末までに施設アンケート実施予定
2-2	県は、県庁のホームページのがんに関する説明を定期的に改訂し、「施設」に関する啓発を図るなど広報に務める	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 「施設」の検索数		健康長寿課がん対策班からの回答「検索数を把握していない」			
2-3	「施設」では、自院のホームページや印刷物等で、対応が可能ながん種などを情報提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 以下が、ホームページまたは印刷物で情報提供されている「施設」の割合 ①具体的な専門医の情報②組織されている専門チームの情報③診断できるがん種の情報④治療できるがん種の情報	①具体的な専門医の情報				保留
		②組織されている専門チームの情報				
		③診断できるがん種の情報				
		④治療できるがん種の情報				
2-4	「施設」では、自院のホームページや印刷物等で、院内がん登録のベンチマークの分析結果および医療の質の評価の分析結果等を情報提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 以下が、ホームページまたは印刷物で情報提供されている「施設」の割合 ①院内がん登録のベンチマーク結果の情報②医療の質の評価のベンチマーク結果の情報	①院内がん登録のベンチマーク結果の情報				保留
		②医療の質の評価のベンチマーク結果の情報				保留
2-5	「施設」では、自院のホームページや印刷物等で、自治体や患者会等が主催する講演会等を積極的に広報する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 「施設」で、ホームページで広報した自治体や患者会等が主催する講演会等の件数					7月末までに施設アンケート実施予定

番号	B 中間アウトカム					
1-1	がん患者やその家族等が、質の高い相談支援が受けることができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者体験調査 医療スタッフと十分な対話ができた人		70.6% (2018)	67.8% (2018)	愛媛県79.4% (2018)	患者体験調査
	指標 患者体験調査 がん相談支援センターを知っている人		74.0% (2018) なし (2014)	55.1% (2023) 66.9% (2018) 52.1% (2014)	滋賀県88.6% (2018) なし (2014)	患者体験調査
	指標 医療者調査 問18 がん診療連携拠点病院等に設置されている「がん相談支援センター」について、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。		31.7% (2023)	なし	なし	医療者調査
1-2	患者やその家族が、ピアサポートを受けることができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者体験調査 ピアサポートを利用したことがある人が役に立ったがん患者の割合		なし	70.4% (2023) 87.6% (2018)	なし	患者体験調査
	指標 患者体験調査 ピアサポートを知っている人		43.0% (2018)	15.4% (2023) 27.5% (2018)	沖縄県43.0% (2018)	患者体験調査
	指標 医療者調査 問19 患者サロン(ゆんたく会)、ピアサポート、患者会について、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。		22.0% (2023)	なし	なし	医療者調査
2-1	患者やその家族が、医療者から十分な情報を得ることができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者体験調査 治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた人		71.4% (2018) 86.6% (2014)	88.5% (2023) 75.2% (2018) 89.6% (2014)	長野県83.1% (2018) 愛媛県95.2% (2014)	患者体験調査
	指標 患者体験調査 治療スケジュールの見通しに関する情報を十分得ることができた人		83.3% (2018) 81.9% (2014)	91.3% (2023) 75.1% (2018) 89.1% (2014)	大分県86.4% (2018) 愛媛県94.3% (2014)	患者体験調査
	指標 医療者調査 問14 治療スケジュールの見通しについて、治療方針の決定までに、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。		69.6% (2023)	なし	なし	医療者調査
	指標 医療者調査 問15 医療費について、治療方針の決定までに、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。		47.8% (2023)	なし	なし	医療者調査

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

③デジタル化

3-1	「施設」は、がん患者が院内で利用可能なインターネット環境を整備する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者とその家族が利用可能なインターネット環境を整備ししている「施設」の割合					7月末までに施設アンケート実施予定

3-2	「施設」は、がん患者に対するセカンドオピニオンを含むオンライン診療を提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 オンラインでの相談を受け付けることができる体制を確保している「施設」の割合					7月末までに施設アンケート実施予定
	指標 セカンドオピニオンをオンラインで施行できる体制を確保している「施設」の割合					

3-3	拠点病院は、離島へき地のがん患者の診断・治療に際して、医療従事者とオンライン会議が実施できている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 拠点病院等と離島へき地の医療機関とのキャンサーボードの実施数					7月末までに施設アンケート実施予定

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

④就労支援（医療機関側）

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

4-2	「施設」の担当医は、患者が治療に入る前に、がん相談センターまたはそれに準ずる組織において、就労に関する相談をするように紹介する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 がん相談支援センターにおける就労に関する相談件数		46件（2023）			

4-3	「施設」では、地元のハローワーク等と協力しての就労相談を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 拠点病院等における就労の専門家による相談会の回数					7月末までに施設アンケート実施予定
	指標 ハローワークと連携した就職支援を行った患者の数					7月末までに施設アンケート実施予定

4-1	がん患者とその家族が、仕事と治療の両立についての必要な支援を受けることができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者体験調査 治療開始前に就労の継続について医療スタッフから話があった人		27.2%（2018）	44.0%（2023） 38.6%（2018）	神奈川県53.6%（2018）	患者体験調査
	指標 NDB-SCR/NDB 療養・就労両立支援指導料		78.8（2021）	100.0（2021）	愛媛県402（2021）	内閣府 医療提供状況の地域差(B-001-09)
	指標 医療者調査 問16 就労の継続について、治療開始前に、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。		34.9%（2023）	なし	なし	医療者調査

⑤就労支援（職場側）

5-1	事業主として、両立支援コーディネーターを配置して、がん患者の就労相談を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 両立支援コーディネーターを配置している事業主の割合					7月末までに施設アンケート実施予定

5-2	事業主として、地元のハローワーク等と協力しての就労相談を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 長期療養者就職支援事業を活用した就職者数					7月末までに施設アンケート実施予定

5-3	事業主として、地元の産業保健総合支援センター等と協力しての就労相談を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 産業保健総合支援センターで扱った件数					7月末までに施設アンケート実施予定

5-1	がん患者とその家族が、仕事と治療の両立についての必要な支援を受けることができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者体験調査 職場や仕事上の関係者から治療と仕事を両方続けられるような勤務上の配慮があったと思う人		74.4%（2018） 55.9%（2014）	74.5%（2023） 65.1%（2018） 68.3%（2014）	秋田県86.1%（2018） 島根県82.5%（2014）	患者体験調査
	指標 患者体験調査 治療と仕事を両立するために社内制度を利用した人		26.1%（2018）	70.6%（2023） 35.6%（2018）	島根県51.9%（2018）	患者体験調査

⑥アピアランスケア

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

6-2	「施設」は、外来化学療法室にアピアランスケアの研修を受けた職員を配置して、早期から積極的にがん相談支援センターと協力し対応を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 アピアランス支援研修修了者が配置されている外来化学療法室の割合					7月末までに施設アンケート実施予定

6-3	県は、県拠点病院にアピアランスケアセンターを設置し、患者向けの講習会の開催やケア帽子（またはウィッグ）に対する経済的援助を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者向け講習会の開催回数					7月末までに施設アンケート実施予定

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

⑦自殺対策

7-1	外来と入院患者向けの自殺防止マニュアルをそれぞれ整備し、研修を行い、がん患者の診断後の自殺対策ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 自殺防止に関する院内マニュアル等を①外来患者用、②入院患者用に整備している「施設」のそれぞれの割合					7月末までに施設アンケート実施予定

7-2	希死念慮が認められた場合に、早急に精神科医に紹介する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 希死念慮が認められた場合に、早急に精神科医に紹介した件数					7月末までに施設アンケート実施予定

7-3	「施設」では、精神科医が週1回以上勤務するようにする	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 精神科医が週1回以上勤務している「施設」の割合					7月末までに施設アンケート実施予定

7-1	がん患者の自殺を減らすことができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 がん患者の自殺数		健康長寿課がん対策班からの回答「把握していない」			7月末までに施設アンケート実施予定
	指標 NDB-SCR/NDB がん患者指導管理料ロ	入院	157.1（2021）	100.0（2021）	大分県271.0（2021）	内閣府 医療提供状況の地域差
		外来	126.4（2021）	100.0（2021）	栃木県250.9（2021）	
		入院+外来	132.8（2021）	100.0（2021）	栃木県234.0（2021）	

⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

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

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

基盤

番号	C 個別施策					
①研究の推進						
1-1	行政と琉球大学等の研究機関が、定期的に会議等で施策や研究の現状や課題を共有し、議論することで、関係諸機関の連携体制を強化する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					保留
1-2	「施設」における臨床研究と治験を推進する。	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					保留
②人材育成の強化						
2-1	必要な知識を身に着けた専門的人材が増加し、適正な配置を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	常勤の病理専門医が1名以上配置されている「施設」の割合				7月末までに施設アンケート実施予定
	指標	以下の専門家の数 ①臨床遺伝専門医 ②認定遺伝カウンセラー ③がんゲノム医療コーディネーター	①臨床遺伝専門医	12人 (2024) 8.2人 対人口100万人	1,850人 (2024) 14.9人 対人口100万人	東京都436人 (2024) 30.9人 対人口100万人	臨床遺伝専門医制度委員会
			②認定遺伝カウンセラー	1人 (2024) 0.7人 対人口100万人	387人 (2024) 3.1人 対人口100万人	東京都91人 (2024) 6.5人 対人口100万人	認定遺伝カウンセラー制度委員会
			③がんゲノム医療コーディネーター	4.3人 (2022) 対人口100万人	18.74人 (2022) 対人口100万人	島根県45.02人 (2022) 対人口100万人	厚生労働省 第83回がん対策推進協議会 資料2-7「人材育成」
	指標	以下の専門医の数 ①消化器外科専門医 ②呼吸器外科専門医 ③乳腺外科専門医 ④小児外科専門医 ⑤肝胆膵外科高度技能専門医 ⑥脳神経外科専門医 ⑦認定骨・軟部腫瘍医 ⑧婦人科腫瘍専門医 ⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医 ⑩泌尿器科専門医 ⑪頭頸部がん専門医 ⑫口腔外科専門医	①消化器外科専門医	82人 (2024) 55.8人 対人口100万人	9,208人 (2024) 74.1人 対人口100万人	京都府261人 (2024) 103.0人 対人口100万人	日本消化器外科学会
			②呼吸器外科専門医	17人 (2024) 11.6人 対人口100万人	1,640人 (2024) 13.2人 対人口100万人	徳島県16人 (2024) 23.1人 対人口100万人	日本呼吸器外科学会
			③乳腺外科専門医	18人 (2024) 12.2人 対人口100万人	2,034人 (2024) 16.4人 対人口100万人	京都府69人 (2024) 27.2人 対人口100万人	日本乳癌学会
			④小児外科専門医	5人 (2024) 3.4人 対人口100万人	753人 (2024) 6.1人 対人口100万人	京都府33人 (2024) 13.0人 対人口100万人	日本小児外科学会
			⑤肝胆膵外科高度技能専門医	4人 (2021) 2.7人 対人口100万人	587人 (2021) 4.7人 対人口100万人	和歌山県9人 (2021) 10.1人 対人口100万人	日本肝胆膵外科学会
			⑥脳神経外科専門医	74人 (2023) 50.4人 対人口100万人	7,899人 (2023) 63.6人 対人口100万人	高知県67人 (2023) 100.8人 対人口100万人	日本脳神経外科学会
			⑦認定骨・軟部腫瘍医	1人 (2024) 0.7人 対人口100万人	185人 (2024) 1.5人 対人口100万人	徳島県3人 (2024) 4.3人 対人口100万人	日本整形外科学会
			⑧婦人科腫瘍専門医	14人 (2023) 9.5人 対人口100万人	1,224人 (2024) 9.8人 対人口100万人	東京都218人 (2024) 15.5人 対人口100万人	日本婦人科腫瘍学会
			⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	2人 (2024) 1.4人 対人口100万人	91人 (2024) 0.7人 対人口100万人	福井県2人 (2024) 2.7人 対人口100万人	日本皮膚科学会
			⑩泌尿器科専門医	67人 (2024) 45.6人 対人口100万人	7,138人 (2024) 57.4人 対人口100万人	高知県63人 (2024) 94.8人 対人口100万人	日本泌尿器科学会
			⑪頭頸部がん専門医	7人 (2020) 4.8人 対人口100万人	493人 (2020) 4.0人 対人口100万人	鳥取県5人 (2020) 9.3人 対人口100万人	日本頭頸部外科学会
			⑫口腔外科専門医	26人 (2024) 17.7人 対人口100万人	2,240人 (2024) 18.0人 対人口100万人	鳥取県19人 (2024) 35.4人 対人口100万人	日本口腔外科学会
	指標	上記の専門医が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合					7月末までに施設アンケート実施予定
	指標	放射線治療専門医が何らかの形で週に1回以上または月に1回以上関わっている「施設」の割合					7月末までに施設アンケート実施予定
	指標	以下の専門家の数 ①放射線治療専門医 ②放射線治療専門放射線技師 ③医学物理士 ④がん放射線療法看護認定看護師	①放射線治療専門医	15人 (2024) 10.2人 対人口100万人	1,437人 (2024) 11.6人 対人口100万人	京都府57人 (2024) 22.5人 対人口100万人	日本放射線腫瘍学会
			②放射線治療専門放射線技師	11人 (2023) 7.5人 対人口100万人	1,847人 (2023) 14.9人 対人口100万人	大分県62人 (2023) 56.7人 対人口100万人	日本放射線治療専門放射線技師認定機構
			③医学物理士	9人 (2023) 6.1人 対人口100万人	1,461人 (2023) 11.8人 対人口100万人	福井県18人 (2023) 24.2人 対人口100万人	医学物理士認定機構
			④がん放射線療法看護認定看護師	6人 (2024) 4.1人 対人口100万人	311人 (2024) 2.5人 対人口100万人	山形県7人 (2024) 6.8人 対人口100万人	日本看護協会
	指標	以下の専門家が、常勤で配置されている放射線治療施設のそれぞれの割合 ①放射線治療専門医2名以上 ②放射線治療専門放射線技師2名以上 ③医学物理士 ④がん放射線療法看護認定看護師	①放射線治療専門医2名以上				7月末までに施設アンケート実施予定
			②放射線治療専門放射線技師2名以上				
			③医学物理士				
			④がん放射線療法看護認定看護師				
	指標	がん薬物療法専門医が何らかの形で週に1回以上または月に1回以上関わっている「施設」の割合					7月末までに施設アンケート実施予定
	指標	以下の専門家の数 ①がん薬物療法専門医 ②がん指導薬剤師、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師および外来がん治療認定薬剤師 ③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師および乳がん看護認定看護師	①がん薬物療法専門医	6人 (2024) 4.1人 対人口100万人	1,682人 (2024) 13.5人 対人口100万人	岡山県50人 (2024) 27.1人 対人口100万人	日本臨床腫瘍学会
			②がん指導薬剤師	0人 (2024) 0.0人 対人口100万人	385人 (2024) 3.1人 対人口100万人	石川県13人 (2024) 11.7人 対人口100万人	日本医療薬学会
			②がん専門薬剤師	4人 (2024) 2.7人 対人口100万人	827人 (2024) 6.7人 対人口100万人	石川県21人 (2024) 19.0人 対人口100万人	日本医療薬学会
			②がん薬物療法認定薬剤師	12人 (2023) 8.2人 対人口100万人	1,019人 (2023) 8.2人 対人口100万人	島根県13人 (2023) 20.1人 対人口100万人	日本病院薬剤師会
			②外来がん治療認定薬剤師	6人 (2023) 4.1人 対人口100万人	956人 (2023) 7.7人 対人口100万人	福岡県58人 (2023) 11.4人 対人口100万人	日本臨床腫瘍薬学会
			③がん看護専門看護師	13人 (2024) 8.8人 対人口100万人	931人 (2024) 7.5人 対人口100万人	高知県17人 (2024) 25.6人 対人口100万人	日本看護協会

番号	B 中間アウトカム					
1-1	社会医学研究や臨床研究等を推進することにより、沖縄県の特性、疾病及び医療の現状等が明らかになるなど、がん対策の基礎資料が整備されている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					保留
2-1	必要な知識を身に着けた専門的人材が増加し、適正な配置ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	医療者調査 問41 今の職場は、あなたが必要な知識を備えた専門的人材になれる環境やキャリア形成(専門資格を取得するなど)を支援してくれていますか。	30.7% (2023)	なし	なし	医療者調査

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

		③がん薬物療法看護認定看護師	2人 （2024） 1.4人 対人口100万人	135人 （2024） 1.1人 対人口100万人	富山県5人 （2024） 5.0人 対人口100万人	日本看護協会
		③乳がん看護認定看護師	2人 （2024） 1.4人 対人口100万人	298人 （2024） 2.4人 対人口100万人	鳥取県4人 （2024） 7.5人 対人口100万人	日本看護協会
指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合					7月末までに施設アンケート実施予定
指標	以下の専門家の数 ①緩和医療学会専門医及び認定医 ②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医 ③ペインクリニック専門医 ④放射線治療専門医 ⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医） ⑥緩和薬物療法認定薬剤師 ⑦緩和ケア認定看護師 ⑧公認心理師及び臨床心理士	①緩和医療学会専門医	3人 （2024） 2.0人 対人口100万人	356人 （2024） 2.9人 対人口100万人	鳥取県4人 （2024） 7.5人 対人口100万人	日本緩和医療学会
		①緩和医療学会認定医	11人 （2024） 7.5人 対人口100万人	1,146人 （2024） 9.2人 対人口100万人	鳥取県9人 （2024） 16.8人 対人口100万人	日本緩和医療学会
		②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	3人 （2024） 2.0人 対人口100万人	183人 （2024） 1.5人 対人口100万人	京都府9人 （2024） 3.6人 対人口100万人	日本サイコオンコロジー学会
		③ペインクリニック専門医	15人 （2024） 10.2人 対人口100万人	1,598人 （2024） 12.9人 対人口100万人	栃木県53人 （2024） 28.0人 対人口100万人	日本ペインクリニック学会
		④放射線治療専門医	15人 （2024） 10.2人 対人口100万人	1,437人 （2024） 11.6人 対人口100万人	京都府57人 （2024） 22.5人 対人口100万人	日本放射線腫瘍学会
		⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	13人 （2023） 8.8人 対人口100万人	1,264人 （2023） 10.2人 対人口100万人	奈良県119人 （2023） 92.0人 対人口100万人	日本インターベンショナルラジオロジー学会事務局からデータ提供
		⑥緩和薬物療法認定薬剤師	4人 （2024） 2.7人 対人口100万人	872人 （2024） 7.0人 対人口100万人	島根県11人 （2024） 17.0人 対人口100万人	日本緩和医療薬学会
		⑦緩和ケア認定看護師	33人 （2024） 22.5人 対人口100万人	1,951人 （2024） 15.7人 対人口100万人	山梨県50人 （2024） 63.0人 対人口100万人	日本看護協会
		⑧公認心理師	1,015人 （2024） 690.7人 対人口100万人	71,987人 （2024） 579.2人 対人口100万人	京都府2,301人 （2024） 908.1人 対人口100万人	日本心理研修センター
		⑧臨床心理士	336人 （2023） 228.6人 対人口100万人	36,865人 （2023） 296.6人 対人口100万人	京都府1,448人 （2023） 571.5人 対人口100万人	日本臨床心理士資格認定協会
指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合					7月末までに施設アンケート実施予定
指標	以下の専門家の数 ①在宅専門医 ②訪問看護師 ③介護支援専門員 ④在宅医療インテグレーター	①在宅専門医	10人 （2024） 6.8人 対人口100万人	461人 （2024） 3.7人 対人口100万人	奈良県12人 （2024） 9.3人 対人口100万人	日本在宅医療連合学会
		②訪問看護師	3人 （2024） 2.0人 対人口100万人	549人 （2024） 4.4人 対人口100万人	愛知県83人 （2024） 11.1人 対人口100万人	日本看護協会
		③介護支援専門員	7,024人 （2023） 4,779.4人 対人口100万人	751,059人 （2023） 6043.2人 対人口100万人	徳島県7,111人 （2023） 10,259.9人 対人口100万人	厚生労働省　介護支援専門員実務研修受講試験の実施状況等
		④在宅医療インテグレーター	13人 （2024） 8.8人 対人口100万人	382人 （2024） 3.1人 対人口100万人	沖縄県13人 （2024） 8.8人 対人口100万人	日本在宅医療連合学会からのデータ提供

③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発

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

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

3-4	県及び市町村は、広報誌にがんに関する情報を定期的に掲載する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	年に2回以上広報誌にがん情報を載せた県及び市町村の割合	33 （2023）			7月末までに41市町村アンケート実施予定

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

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

④がん登録の利活用の推進

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

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

⑤患者・市民参画の推進

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

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

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

5-2	「施設」では、自院のホームページや印刷物等で、自治体や患者会等が主催する講演会等を積極的に広報する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」で、ホームページで広報した自治体や患者会等が主催する講演会等の件数				7月末までに施設アンケート実施予定

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

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

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

第４次沖縄県がん対策推進計画（2024-2029）	https://www.pref.okinawa.jp/iryokenko/sh
患者体験調査　第１回　平成26（2014）年度	https://www.ncc.go.jp/jp/icc/health-serv/
患者体験調査　第２回　平成30（2018）年度	https://www.ncc.go.jp/jp/icc/health-serv/
患者体験調査　第３回　令和5（2023）年度	https://www.ncc.go.jp/jp/icc/health-serv/
小児患者体験調査	https://www.ncc.go.jp/jp/icc/health-serv/
遺族調査　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	https://www.ncc.go.jp/jp/icc/qual-assur-p
医療者調査　第１回　平成27（2015）年度	https://www.okican.jp/userfiles/files/abou
医療者調査　第２回　令和5（2023）年度	https://www.okican.jp/userfiles/files/kyou
秋田大学医学部附属病院　アンケート「医療者のみなさまへ」の集計結果　2020年7月～2020年8月	https://www.hos.akita-u.ac.jp/onco/files/r
秋田大学医学部附属病院　アンケート「医療者のみなさまへ」の集計結果　2023年8月～2023年9月	https://www.hos.akita-u.ac.jp/onco/files/r
県民健康・栄養調査　令和4（2022）年度	未実施。県として調査は定期的に行う、とし
県民健康・栄養調査　令和3（2021）年度	http://www.kenko-okinawa21.jp/090-docs/
国民健康・栄養調査　令和4（2022）年度	調査計画では令和５年12月の公表とお知らせ
国民健康・栄養調査　令和3（2021）年度	新型コロナウイルス感染症の影響により調査
国民健康・栄養調査　令和2（2020）年度	新型コロナウイルス感染症の影響により調査
国民健康・栄養調査　令和元（2019）年度　※都道府県別データなし	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuit
厚生労働省　肝疾患に関する専門医療機関一覧(令和5年12月１日現在)	https://www.mhlw.go.jp/content/00118667
厚生労働省　介護サービス情報の公表システムデータのオープンデータ（提供時期：毎年6月末時点、1	https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-kouhyou
厚生労働省　介護支援専門員実務研修受講試験の実施状況等	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuit
厚生労働省　在宅医療にかかる地域別データ集	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuit
厚生労働省　子ども家庭局母子保健課「令和３年度母子保健事業の実施状況等について」	https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_301
厚生労働省　専門医療機関連携薬局　認定薬局の件数	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuit
厚生労働省　第83回がん対策推進協議会　資料2-7「人材育成」	https://www.mhlw.go.jp/content/1090100
厚生労働省　「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」（63項参照）	https://www.mhlw.go.jp/content/1090100
文部科学省　令和3年度におけるがん教育の実施状況調査の結果の公表について	https://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/ho
一般財団法人日本在宅医療連合学会　認定専門医一覧	https://www.jahcm.org/

一般財団法人日本心理研修センター　公認心理士の都道府県別登録者数	https://www.jccpp.or.jp/toroku.cgi
一般社団法人日本消化器外科学会	https://www.jsgs.or.jp/modules/specialist/
一般社団法人日本小児外科学会　小児外科専門医のいる病院 ① ②	http://www.jsps.or.jp/hospital-2020/etc1-2
一般社団法人日本小児血液・がん学会　小児がん認定外科医	https://www.jspho.org/specialist/surgeon_
一般社団法人日本小児血液・がん学会　小児血液・がん専門医	https://www.jspho.org/activity/certificatior
一般社団法人日本乳癌学会　乳腺専門医・指導医一覧	https://www.jbcs.gr.jp/modules/elearning/
一般社団法人日本脳神経外科学会　地域別専門医リスト	https://www.jnss.or.jp/jns_web/jsp_pub/m
一般社団法人医学物理士認定機構　在籍医学物理士の都道府県別数	https://www.jbmp.org/information/data/
一般社団法人日本インターベンショナルラジオロジー学会　専門医認定者一覧	https://www.jsir.or.jp/about/member_doc_
一般社団法人日本サイコオンコロジー学会　登録医リスト	https://jpos-society.org/psycho-oncologist
一般社団法人日本病院薬剤師会　がん薬物療法認定薬剤師の認定者の公表について	https://www.jshp.or.jp/certified/gan.html
一般社団法人日本ペインクリニック学会　専門医一覧	https://www.jspc.gr.jp/shisetsu/senmonim
一般社団法人日本医療薬学会　がん指導薬剤師認定者名簿	https://www.jsphcs.jp/nintei/1-5.html
一般社団法人日本医療薬学会　がん専門薬剤師認定者名簿	https://www.jsphcs.jp/nintei/2-5.html
一般社団法人日本緩和医療薬学会　緩和薬物療法認定薬剤師名簿	http://jpps.umin.jp/certificate/namebook/
一般社団法人日本肝胆膵外科学会　専門医／指導医／施設検索	https://www.jshbps.jp/modules/public/ind
一般社団法人日本血液学会　認定血液専門医	http://www.jshem.or.jp/modules/senmoni/
一般社団法人日本泌尿器科学会　日本泌尿器科学会認定専門医一覧	https://www.urol.or.jp/specialist/list/#:~:t
一般社団法人日本放射線治療専門放射線技師認定機構　放射線治療専門放射線技師 認定者	https://www.radiation-therapy.jp/certificat
一般社団法人日本臨床腫瘍薬学会　外来がん治療 認定薬剤師(APACC) 一覧	https://jaspo-oncology.org/apacc-ninteilist
公益社団法人日本皮膚科学会　皮膚科専門医MAP	https://www.dermatol.or.jp/modules/spMa
公益社団法人日本婦人科腫瘍学会　婦人科腫瘍専門医地域別一覧	https://jsgo.or.jp/specialist/
公益社団法人日本口腔外科学会　口腔外科専門医名簿	https://www.jsoms.or.jp/public/senmon/s
公益社団法人日本整形外科学会　日本整形外科学会認定骨・軟部腫瘍医名簿	https://www.joa.or.jp/public/speciality_sea
公益社団法人日本放射線腫瘍学会　射線治療専門医リスト	https://www.jastro.or.jp/medicalpersonnel/
公益社団法人日本臨床腫瘍学会　がん薬物療法専門医名簿	https://www.jsmo.or.jp/authorize/lists.htm

公益社団法人日本臨床心理士資格認定協会　都道府県別・臨床心理士数と指定大学院・専門職大学院数 http://fjcbcp.or.jp/jigyounaiyou/jigyou-1/
公益社団法人日本看護協会　資格認定制度　分野別都道府県別登録者検索 https://nintei.nurse.or.jp/certification/Gene
特定非営利活動法人日本緩和医療学会　専門医名簿、認定医名簿 https://www.jspm.ne.jp/specialistCertificat
特定非営利活動法人日本頭頸部外科学会　頭頸部がん専門医・指導医一覧 https://www.jshns.org/modules/list_specia
日本呼吸器外科学会　呼吸器外科専門医合同委員会　呼吸器外科専門医名簿 http://chest.umin.jp/spl/spl_list.html
認定遺伝カウンセラー制度委員会　認定遺伝カウンセラー名簿 https://plaza.umin.ac.jp/~GC/About.html
分担研究報告書「2021 年中高生の喫煙、飲酒等生活習慣に関する全国調査」（1項参照） https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/file
臨床遺伝専門医制度委員会　全国臨床遺伝専門医・指導医・指導責任医一覧 https://service.kktcs.co.jp/smms2/c/jbmg/
全国がん登録　罹患数・率報告　上皮内がん除く:罹患数,部位割合(%),粗罹患率,年齢調整罹患率,累積罹 https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?
国立がん研究センター　認定がん相談支援センター認定施設一覧 https://www.ncc.go.jp/jp/icc/cancer-info/j
国立がん研究センター　認定がん専門相談員認定者リスト https://www.ncc.go.jp/jp/icc/cancer-info/j
国立がん研究センター　相談員指導者研修全修了者リストリスト https://ganjoho.jp/med_pro/training/consu
国立がん研究センター　がん情報サービス「全国がん登録罹患数・率報告」 https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?
国立がん研究センター　がん情報サービス「がん統計」（人口動態統計）　都道府県別がん死亡データ https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/data
国立がん研究センター　がん情報サービス「がん登録・統計」国民生活基礎調査による都道府県別喫煙 https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/data
国立がん研究センター　QI研究事務局　QIフィードバックシステム https://jhcr-cs.ganjoho.jp/qifeedback/Logi
国立がん研究センター　がん情報サービス「がん登録・統計」地域保健・健康増進事業報告（厚生労働 https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/
国立がん研究センター　がん情報サービス「院内がん登録生存率集計」 https://ganjoho.jp/public/qa_links/report/l
国立がん研究センター　がん情報サービス 全国がん検診実施状況データブック https://ganjoho.jp/public/qa_links/report/s
内閣府　医療提供状況の地域差 https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaig
厚生労働省　子ども家庭局母子保健課　妊婦健康診査の公費負担の状況に係る調査結果について https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/00001
厚生労働省　特定感染症検査等事業　各自治体における肝炎ウイルス検査の実績 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuit
厚生労働省　第32回肝炎対策推進協議会　資料３「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」 https://www.mhlw.go.jp/content/10901000
厚生労働省　地域保健・健康増進事業報告 https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?
厚生労働省　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) https://www.mhlw.go.jp/content/10601000
厚生労働省　定期の予防接種実施者数 https://www.mhlw.go.jp/topics/bcg/other/

都道府県アルコール健康障害対策推進計画における「節度ある適度な飲酒」ASK 調べ2023年9月	https://www.mhlw.go.jp/content/1220525(
沖縄県　沖縄県内指定介護サービス事業所一覧	https://www.pref.okinawa.lg.jp/kyoiku/kai
国立がんセンター　市町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査	https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/
がん対策推進企業アクション　推進パートナー企業・団体一覧	https://www.gankenshin50.mhlw.go.jp/par

ippeikansensho/1005229/1006328.html
project/040/050.html
project/040/index.html
project/R5index.html
project/050/index.html
rograms/project/040/digitalbook/index.html#page=1
t/association_related/2016/2016_01/15.pdf
gikai/reiwa6nenndo/1kai/8.pdf
ecommendation2020-1.pdf
esults2023-m.pdf
ているが、今後の調査時期は現時点で未定
/2023021300025/
していたところですが、集計に時間を要しております。
中止
中止
e/bunya/kenkou_iryou/kenkou/eiyou/r1-houkoku_00002.html
7.pdf
_opendata.html
e/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/hoken/jissi.html
e/bunya/0000061944.html
43.html
e/bunya/kenkou_iryou/iyakuhin/yakkyoku_yakuzai/index.html
)/001000339.pdf
)/001055202.pdf
ken/mext_01944.html

/
?
about.html
n_application.html
'index.php?content_id=6
nap.jsp

place/
/doctor/

ıap.html

ex.php?content_id=5
/
ext=%E6%B3%8C%E5%B0%BF%E5%99%A8%E7%A7%91%E5%B0%82%E9%96%80%E5%8C%BB%E3%81%A8%E3%81%AF,%E8%AA%8D%E5%
ed.shtml
:
ıp/

enmoni/
arch/bone.html
/aboutdoctor/cat/post-18.html
l

eral/GCPP01LS/GCPP01LS.aspx
tion/list/index.html
alist/index.php

s/report_pdf/202109019A-buntan1_0_1.pdf
/ws/license/List_jbmg.htm?id=all&t=http://www.jbmg.jp/list/senmon.html
?page=1&layout=datalist&toukei=00450173&tstat=000001133323&cycle=7&tclass1=000001133363&tclass2=000001133368&tclass3=00000
project/certification/nintei_c/list.html
project/certification/nintei_in/list.html
ultation/leadership/list.html
?page=1&layout=datalist&toukei=00450173&tstat=000001133323&cycle=7&tclass1=000001133363&tclass2=000001133368&tclass3=00000
/dl/index.html#anchor1
/dl/index.html#smoking
n.aspx
/screening/dl_screening.html#03
hosp_c/hosp_c_reg_surv/index.html
scr_databook.html
gi/special/reform/mieruka/tiikisa.html
.76691_00004.html
e/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/kanen/kangan/hepatitis_kensa.html
)/001218012.pdf
?page=1&toukei=00450025&tstat=000001030884
)/001126459.pdf
5.html

)/001151475.pdf
gofukushi/1007256/1018694/1007316.html#itirann1
/screening/dl_screening.html
tner/index.html

AE%9A%E3%81%95%E3%82%8C%E3%81%9F%E5%8C%BB%E5%B8%AB%E3%81%A7%E3%81%99%E3%80%82

1133369&tclass4val=0

1133369&tclass4val=0

追加審議３

２０２４年７月８日

沖縄県がん診療連携協議会
協議会委員　各位

離島・へき地部会長　赤松道成
医療部会長　有賀拓郎

沖縄県が毎年発行している「沖縄県がん登録事業報告」は、がん対策に大きな影響を及ぼす基礎データの拠り所として重要である。これまでに、いくつか改良がなされてきたが、以前不十分なところが多い。

沖縄県におけるがん対策が進むためには、これまで行ってきたことやこれから行うことのきめ細かい評価が必要であるとともに、市町村の住民が自分事としてとらえることも、また必要である。そのためにも、市町村ごとの罹患数だけでなく、市町村ごとに比較ができる罹患率や死亡率等のデータを公開していくことが必要であると思われる。

そこで沖縄県がん診療連携協議会として、正式に沖縄県に対して、具体的な改善策を提言してはどうかと、部会として提案する。

具体的には、次ページの要望書を、保健医療部長に提案してはどうかと考える。

協議会での審議をお願いしたい。

令和６年８月２日

沖縄県保健医療介護部
糸数 公部長 机下

沖縄県がん診療連携協議会議長
大屋　祐輔

今年度の「沖縄県がん登録事業報告」についての要望書

拝啓

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

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

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

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

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

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

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

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

敬具

今年度の「沖縄県がん登録事業報告」に以下の３つのことを要望する。

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

① 粗罹患率
② 年齢調整罹患率
③ 標準化罹患比(SIR)
④ 死亡数
⑤ 粗死亡率
⑥ 年齢調整死亡率
⑦ 標準化死亡比(SMR)
⑧ ５年相対生存率
⑨ 進展度割合
⑩ 早期がん割合・数
⑪ がん進展度一覧表
⑫ 進行がん罹患率

その際に、罹患数等が少ないために、データの不安定さや個人情報保護等の問題が生じる場合は、2年～5年束の合計データを公開する。

２　上記の二次医療圏別、市町村別の進展度等の公開対象疾患に、がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（令和４年８月１日）で新たに定義された『我が国に多いがん』である「大腸がん、肺がん、胃がん、乳がん、前立腺がん及び肝・胆・膵のがん」のうち、前立腺がん及び肝・胆・膵のがんを加える。

その際に、罹患数等が少ないために、データの不安定さや個人情報保護等の問題が生じる場合は、2年～5年束の合計データで計算して公開する。

３　部位別で公開しているがん種に、「骨・軟部腫瘍」を加える

参考：統計で見る大阪府のがん（https://stat.osaka-gan-joho.net/）

追加審議４

２０２４年7月８日

沖縄県がん診療連携協議会
協議会委員　各位

医療部会長　有賀拓郎

厚生労働省委託事業として都道府県がん診療連携病院連絡協議会がん登録部会が毎年行っている『Quality Indicator 研究』は、がん医療の質の評価を計測する数少ない全国レベルの事業である。

現在、沖縄県では院内がん登録を行っている 18 施設のうち 11 施設がこの事業に参加している。自施設の結果や他施設との比較をフィードバックすることにより、その質の向上を図る可能性があり、非常に有用な事業であると考えられる。

昨年度決定した「第４次沖縄県がん対策推進計画（沖縄県がん診療連携協議会版）」でも、医療提供体制分野の中間アウトカムの指標として、この事業で算出されている項目のうち 11 項目が採用され、重要な指標となっている。

そのため、沖縄県全体の評価をすることを目標に、本事業に参加していない 7 施設のうち、DPC 参加施設である５施設に対して、本事業に参加することを希望する。

また、本事業では、未実施の際にその理由を診療録から情報を採取して未実施理由の記載を行い、より実地臨床に即した評価を行うことも行っている。現在、沖縄県では 3 施設が参加しているだけであるが、こちらも全施設が参加することを希望する。

そこで沖縄県がん診療連携協議会として、上記事業の未参加施設に対して、参加を呼び掛けることの審議をお願いしたい。

参考資料

1　『Quality Indicator 研究』について

平成 25 年から都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会がん登録部会の活動の一環として、院内がん登録と DPC 調査データを、リンク可能な形で匿名化して収集、統合的に分析することで多数の施設から作業負担を軽減しつつ測定活動を行っていくことを可能にしました（がん登録部会 QI 調査）。標準未実施の理由についてもその重要性に鑑み、DPC データでの算定後に検証を行う方式としています。

現在、がん診療連携拠点病院が 386 施設（拠点病院の 86%）、それ以外の施設が 205 施設の合計 592 施設が参加。

実際の分析は国立がん研究センターが行います。具体的な分析結果は、下記のような形で返されます。自院の各 QI の値が分かり、全国の参加 592 施設のなかでの順位等が分かります。

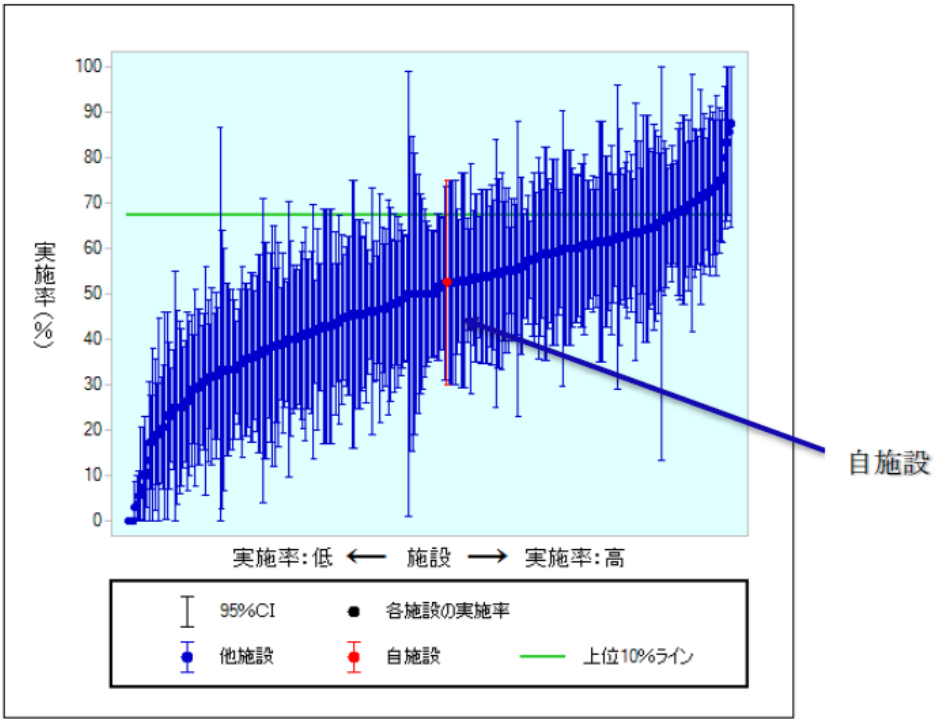
QI-c32　大腸癌への術後化学療法

分子　：　術後8週間以内に標準的補助化学療法が施行された患者数

分母　：　組織学的Stage IIIと診断された大腸癌患者数

コメント　：

グループ全体　：　（対象患者数）9371　（実施率）49%　**自施設：**　（対象患者数）19　（実施率）52.6%



２　院内がん登録をしている 18 施設の参加の状況

参加施設施設（8 施設）○

カルテレビューまで行っている施設（3 施設）◎

○北部地区医師会病院

◎沖縄県立中部病院

◎琉球大学病院

○那覇市立病院

○沖縄県立宮古病院

沖縄県立八重山病院（今年度参加予定）

○中頭病院

○中部徳洲会病院

◎ハートライフ病院

国立沖縄病院(DPC 未参加施設)

浦添総合病院

大浜第一病院

○沖縄協同病院

○沖縄赤十字病院

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター

南部徳洲会病院

豊見城中央病院(DPC 未参加施設)

○友愛医療センター

＊　下線部の施設（7 施設）に、『Quality Indicator 研究』事業への参加を呼び掛け、かつ未実施の際にその理由を診療録から情報を採取することも同時にお願いする

＊　○の施設（8 施設）に、未実施の際にその理由を診療録から情報を採取することをお願いする

令和６年８月２日

〇〇病院 院長
〇〇〇〇先生 机下

沖縄県がん診療連携協議会議長
大屋　祐輔

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

拝啓

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

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

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

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

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

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

ぜひ、ご参加をよろしくお願い申し上げます。

＊参加続き等の詳細は、別紙説明書をご覧ください。

敬具

追加審議５

２０２４年７月８日

沖縄県がん診療連携協議会
協議会委員　各位

医療部会長　有賀拓郎
離島・へき地部会長　赤松道成

第４次沖縄県がん対策推進計画（沖縄県がん診療連携協議会版）では、専門資格を有する医療者の適正配置とその育成を重点項目の一つと位置付け、多くの指標を定めている。

ベンチマーク部会で測定したこれらの指標を評価すると、沖縄県は一部の専門知識を持った医師や看護師等が極めて少ないことが判明した。

そこで、先ずはこの事実を、沖縄県で「がん診療行う医療機関一覧」で選定された 26 の医療機関の長に報告し、それぞれの医療機関内で協議をしてもらうきっかけづくりをしてはどうかと思う。

さらに、３つの研修群（県立病院群、RyuMIC 群、群星沖縄研修群）の責任者等にも報告をして、現状を認識していただくとともに、関係する医療機関の長や育成の責任者等とも協議していただくきっかけ作りにもなると思われる。

具体的には、次ページの報告を、「がん診療行う医療機関一覧」（26 施設）の長と人材育成の責任者および３つの研修群（県立病院群、RyuMIC 群、群星沖縄研修群）の事務局および責任者に送付し、それぞれに施設で検討することを提案してはどうかと考える。

協議会での審議をお願いしたい。

令和６年８月２日

〇〇病院 院長
〇〇〇〇先生 机下

沖縄県がん診療連携協議会議長
大屋　祐輔

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

拝啓

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

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

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

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

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

敬具

沖縄県　専門医　全国順位一覧

全国順位	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	全国比	出典
47	がん薬物療法専門医	6人 （2024） 4.1人 対人口100万人	1,682人 （2024） 13.5人 対人口100万人	岡山県50人 （2024） 27.1人 対人口100万人	30.4%	日本臨床腫瘍学会
44	脳神経外科専門医	74人 （2023） 50.4人 対人口100万人	7,899人 （2023） 63.6人 対人口100万人	高知県67人 （2023） 100.8人 対人口100万人	79.2%	日本脳神経外科学会
44	消化器外科専門医	82人 （2024） 55.8人 対人口100万人	9,208人 （2024） 74.1人 対人口100万人	京都府261人 （2024） 103.0人 対人口100万人	75.3%	日本消化器外科学会
43	肝胆膵外科高度技能専門医	4人 （2021） 2.7人 対人口100万人	587人 （2021） 4.7人 対人口100万人	和歌山県9人 （2021） 10.1人 対人口100万人	57.4%	日本肝胆膵外科学会
41	小児外科専門医	5人 （2024） 3.4人 対人口100万人	753人 （2024） 6.1人 対人口100万人	京都府33人 （2024） 13.0人 対人口100万人	55.7%	日本小児外科学会
41	泌尿器科専門医	67人 （2024） 45.6人 対人口100万人	7,138人 （2024） 57.4人 対人口100万人	高知県63人 （2024） 94.8人 対人口100万人	79.4%	日本泌尿器科学会
40	認定骨・軟部腫瘍医	1人 （2024） 0.7人 対人口100万人	185人 （2024） 1.5人 対人口100万人	徳島県3人 （2024） 4.3人 対人口100万人	46.7%	日本整形外科学会
34	乳腺外科専門医	18人 （2024） 12.2人 対人口100万人	2,034人 （2024） 16.4人 対人口100万人	京都府69人 （2024） 27.2人 対人口100万人	74.4%	日本乳癌学会
32	放射線治療専門医	15人 （2024） 10.2人 対人口100万人	1,437人 （2024） 11.6人 対人口100万人	京都府57人 （2024） 22.5人 対人口100万人	87.9%	日本放射線腫瘍学会
30	呼吸器外科専門医	17人 （2024） 11.6人 対人口100万人	1,640人 （2024） 13.2人 対人口100万人	徳島県16人 （2024） 23.1人 対人口100万人	87.9%	日本呼吸器外科学会
23	口腔外科専門医	26人 （2024） 17.7人 対人口100万人	2,240人 （2024） 18.0人 対人口100万人	鳥取県19人 （2024） 35.4人 対人口100万人	98.3%	日本口腔外科学会
13	婦人科腫瘍専門医	14人 （2023） 9.5人 対人口100万人	1,224人 （2024） 9.8人 対人口100万人	東京都218人 （2024） 15.5人 対人口100万人	96.9%	日本婦人科腫瘍学会
13	頭頸部がん専門医	7人 （2020） 4.8人 対人口100万人	493人 （2020） 4.0人 対人口100万人	鳥取県5人 （2020） 9.3人 対人口100万人	120%	日本頭頸部外科学会
12	皮膚悪性腫瘍指導専門医	2人 （2024） 1.4人 対人口100万人	91人 （2024） 0.7人 対人口100万人	福井県2人 （2024） 2.7人 対人口100万人	200%	日本皮膚科学会

沖縄県　薬剤師・看護師・技師・その他　全国順位一覧

全国順位	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	全国比	出典
47	がん指導薬剤師	0人 （2024） 0.0人 対人口100万人	385人 （2024） 3.1人 対人口100万人	石川県13人 （2024） 11.7人 対人口100万人	0%	日本医療薬学会
45	放射線治療専門放射線技師	11人 （2023） 7.5人 対人口100万人	1,847人 （2023） 14.9人 対人口100万人	大分県62人 （2023） 56.7人 対人口100万人	50.3%	日本放射線治療専門 放射線技師認定機構
42	医学物理士	9人 （2023） 6.1人 対人口100万人	1,461人 （2023） 11.8人 対人口100万人	福井県18人 （2023） 24.2人 対人口100万人	51.7%	医学物理士認定機構
42	がん専門薬剤師	4人 （2024） 2.7人 対人口100万人	827人 （2024） 6.7人 対人口100万人	石川県21人 （2024） 19.0人 対人口100万人	40.3%	日本医療薬学会
42	乳がん看護認定看護師	2人 （2024） 1.4人 対人口100万人	298人 （2024） 2.4人 対人口100万人	鳥取県4人 （2024） 7.5人 対人口100万人	58.3%	日本看護協会
38	外来がん治療認定薬剤師	6人 （2023） 4.1人 対人口100万人	956人 （2023） 7.7人 対人口100万人	福岡県58人 （2023） 11.4人 対人口100万人	53.2%	日本臨床腫瘍薬学会
25	がん薬物療法認定薬剤師	12人 （2023） 8.2人 対人口100万人	1,019人 （2023） 8.2人 対人口100万人	島根県13人 （2023） 20.1人 対人口100万人	100%	日本病院薬剤師会
20	がん薬物療法看護認定看護師	2人 （2024） 1.4人 対人口100万人	135人 （2024） 1.1人 対人口100万人	富山県5人 （2024） 5.0人 対人口100万人	127%	日本看護協会
19	がん看護専門看護師	13人 （2024） 8.8人 対人口100万人	931人 （2024） 7.5人 対人口100万人	高知県17人 （2024） 25.6人 対人口100万人	117%	日本看護協会
9	がん放射線療法看護認定看護師	6人 （2024） 4.1人 対人口100万人	311人 （2024） 2.5人 対人口100万人	山形県7人 （2024） 6.8人 対人口100万人	164%	日本看護協会

外科１階　　２階　　３階（消化器外科専門医）

外科専門医

順位	都道府県名	人数	人口100万人当たり	指定施設
1	京都府	644	254.2	24
2	岡山県	446	241.9	15
3	福岡県	1,171	229.4	85
4	東京都	3,209	227.5	115
5	鳥取県	120	223.9	9
6	高知県	148	222.7	6
7	鹿児島県	338	218.6	21
8	大分県	239	218.5	16
9	大阪府	1,892	215.7	89
10	愛媛県	269	208.8	17
11	広島県	561	205.1	27
12	徳島県	142	204.9	7
13	宮城県	462	204.4	22
14	和歌山県	177	199.0	12
15	香川県	183	198.1	9
16	秋田県	178	195.7	10
17	島根県	126	194.6	7
18	奈良県	251	194.0	14
19	熊本県	328	192.3	16
20	福井県	141	189.7	8
21	富山県	189	188.2	14
22	栃木県	356	188.1	16
23	兵庫県	1,005	187.4	52
24	長崎県	236	186.7	12
25	佐賀県	147	185.3	7
	全国	22,950	184.7	1,197
26	石川県	203	183.2	15
27	宮崎県	190	182.8	9
28	山口県	235	181.7	16
29	北海道	904	177.7	59
30	山梨県	141	177.5	7
31	長野県	348	173.9	29
32	千葉県	1,067	170.1	53
33	群馬県	315	166.0	19
34	福島県	288	163.5	18
35	沖縄県	234	159.2	16
36	静岡県	560	157.8	27
37	滋賀県	221	157.3	16
38	青森県	185	156.7	10
39	愛知県	1,167	156.0	53
40	神奈川県	1,419	153.8	70
41	三重県	264	153.1	18
42	山形県	154	150.6	12
43	岩手県	172	148.4	14
44	茨城県	416	147.3	21
45	岐阜県	265	137.5	21
46	埼玉県	989	134.9	47
47	新潟県	255	120.2	17

▽日本外科学会　外科専門医名簿　2024年5月現在
https://www.jssoc.or.jp/aboutus/list/Specialist/mem_doc_n
▽指定・関連施設INDEX　2024年4月1日現在
https://jp.jssoc.or.jp/modules/specialist/index.php?content
【指定施設】16施設
琉球大学病院、友愛医療センター、南部徳洲会病院、与那原中央病院、浦添総合病院、沖縄病院、ハートライフ病院、那覇市立病院、県立南部医療センター・こども医療センター、沖縄赤十字病院、中頭病院、中部病院、中部徳洲会病院、北部地区医師会病院、大浜第一病院、沖縄協同病院
【関連施設】9施設
おもろまちメディカルセンター、那覇西クリニック、沖縄メディカル病院、牧港中央病院、同仁病院、宜野湾記念病院、北部病院、宮古病院、石垣島徳洲会病院

消化器外科専門医

順位	都道府県名	人数	人口100万人当たり	修練施設
1	京都府	261	103.0	31
2	鳥取県	55	102.6	8
3	奈良県	129	99.7	13
4	福岡県	494	96.8	48
5	徳島県	67	96.7	8
6	熊本県	162	95.0	16
7	富山県	93	92.6	13
8	石川県	99	89.4	19
9	宮城県	201	88.9	24
10	大分県	97	88.7	11
11	大阪府	763	87.0	83
12	和歌山県	76	85.4	9
13	岡山県	157	85.1	13
14	東京都	1,199	85.0	107
15	広島県	229	83.7	27
16	栃木県	156	82.4	15
17	愛媛県	106	82.3	13
18	福井県	61	82.1	9
19	山口県	105	81.2	17
20	三重県	138	80.0	24
21	滋賀県	111	79.0	15
22	島根県	50	77.2	8
23	兵庫県	404	75.3	59
24	佐賀県	59	74.4	7
25	北海道	378	74.3	59
	全国	9,208	74.1	1,170
26	秋田県	67	73.7	13
27	長崎県	92	72.8	11
28	香川県	64	69.3	11
29	高知県	46	69.2	8
30	岐阜県	131	68.0	26
31	鹿児島県	105	67.9	15
32	山梨県	53	66.7	6
33	新潟県	141	66.5	22
34	福島県	117	66.4	17
35	群馬県	126	66.4	17
36	長野県	131	65.5	26
37	千葉県	406	64.7	49
38	愛知県	483	64.6	65
39	静岡県	228	64.3	33
40	青森県	74	62.7	12
41	宮崎県	64	61.6	9
42	岩手県	70	60.4	12
43	神奈川県	552	59.8	66
44	沖縄県	82	55.8	13
45	山形県	57	55.7	15
46	茨城県	132	46.8	23
47	埼玉県	337	46.0	45

▽日本消化器外科学会専門医2024年2月26日名簿閲覧
https://www.jsgs.or.jp/modules/specialist/
▽指定修練施設　2024年1月現在
https://www.jsgs.or.jp/modules/shisetsu/
【修練施設】13施設
琉球大学病院、浦添総合病院、中部病院、北部地区医師会、沖縄赤十字病院、ハートライフ病院、友愛医療センター、那覇市立病院、中頭病院、沖縄共同病院、八重山病院、中部徳洲会病院

肝胆膵外科高度技能専門医

順位	都道府県名	人数	人口100万人当たり	修練施設A	修練施設B
1	和歌山県	9	10.1	2	0
2	徳島県	7	10.1	1	1
3	広島県	26	9.5	8	4
4	富山県	9	9.0	2	1
5	宮城県	20	8.8	3	4
6	香川県	8	8.7	1	1
7	大分県	9	8.2	2	1
8	京都府	18	7.1	3	3
9	三重県	11	6.4	1	0
10	栃木県	12	6.3	3	1
11	東京都	86	6.1	20	16
12	福岡県	28	5.5	7	11
13	大阪府	48	5.5	9	14
14	愛媛県	7	5.4	3	1
15	石川県	6	5.4	2	1
16	福井県	4	5.4	0	4
17	兵庫県	28	5.2	8	5
18	新潟県	11	5.2	1	6
19	鹿児島県	8	5.2	1	1
20	岡山県	9	4.9	3	5
21	宮崎県	5	4.8	1	1
	全国	587	4.7	137	163
22	熊本県	8	4.7	2	1
23	福島県	8	4.5	1	2
24	秋田県	4	4.4	0	2
25	北海道	22	4.3	5	6
26	岩手県	5	4.3	2	1
27	滋賀県	6	4.3	2	1
28	佐賀県	3	3.8	1	1
29	鳥取県	2	3.7	1	1
30	群馬県	7	3.7	0	2
31	千葉県	23	3.7	3	17
32	静岡県	13	3.7	2	6
33	愛知県	26	3.5	6	9
34	青森県	4	3.4	1	2
35	長崎県	4	3.2	3	0
36	山口県	4	3.1	1	1
37	奈良県	4	3.1	2	2
38	島根県	2	3.1	1	0
39	高知県	2	3.0	1	1
40	埼玉県	22	3.0	7	8
41	山形県	3	2.9	0	2
42	神奈川県	27	2.9	9	6
43	沖縄県	4	2.7	0	2
44	岐阜県	5	2.6	1	3
45	山梨県	2	2.5	1	1
46	茨城県	5	1.8	2	3
47	長野県	3	1.5	2	2

日本肝胆膵外科学会
▽専門医／指導医／施設検索　2021年11月15日現在
https://www.jshbps.jp/modules/public/index.php?content_id=5
【修練施設A】なし
【修練施設B】浦添総合病院、琉球大学病院

日本消化器外科学会専門医制度指定修練施設に認定されており、かつ高度技能指導医あるいは高度技能専門医が1名以上常勤している病院のうち、1年間に高難度肝胆膵外科手術を50例以上行っている施設を修練施設(A)、30例以上行っている施設を修練施設(B)としています。
（一般社団法人 日本肝胆膵外科学会HP“高度技能専門医とは"より引用）

呼吸器外科専門医

2階

順位	都道府県名	人数	人口100万人当たり	基幹施設
1	徳島県	16	23.1	1
2	鳥取県	12	22.4	1
3	岡山県	41	22.2	3
4	高知県	13	19.6	3
5	香川県	18	19.5	2
6	京都府	49	19.3	4
7	福岡県	96	18.8	12
8	長野県	34	17.0	2
9	秋田県	15	16.5	1
10	栃木県	31	16.4	2
11	滋賀県	23	16.4	3
12	東京都	227	16.1	27
13	長崎県	20	15.8	3
14	山口県	20	15.5	2
15	島根県	10	15.4	1
16	佐賀県	12	15.1	1
17	広島県	41	15.0	4
18	富山県	15	14.9	1
19	大阪府	131	14.9	16
20	福島県	26	14.8	1
21	愛媛県	19	14.7	3
22	大分県	16	14.6	1
23	和歌山県	13	14.6	2
24	兵庫県	77	14.4	9
25	宮城県	32	14.2	5
	全国	1,640	13.2	194
26	静岡県	45	12.7	6
27	石川県	14	12.6	2
28	千葉県	73	11.6	4
29	群馬県	22	11.6	2
30	沖縄県	17	11.6	2
31	茨城県	32	11.3	3
32	山梨県	9	11.3	2
33	熊本県	19	11.1	1
34	福井県	8	10.8	1
35	愛知県	80	10.7	13
36	北海道	53	10.4	6
37	鹿児島県	16	10.3	1
38	奈良県	13	10.0	2
39	三重県	17	9.9	2
40	山形県	10	9.8	3
41	宮崎県	10	9.6	1
42	神奈川県	83	9.0	15
43	岩手県	10	8.6	2
44	青森県	10	8.5	2
45	岐阜県	16	8.3	3
46	埼玉県	60	8.2	8
47	新潟県	16	7.5	3

▽呼吸器外科専門医合同委員会専門医名簿2024年6月現在
http://chest.umin.jp/spl/spl_list.html
▽専門研修基幹施設　2024/7/2更新
http://chest.umin.jp/instsh/inst_apl_shin.html
【基幹施設】2施設
沖縄病院、中頭病院
【連携施設】8施設
沖縄赤十字病院、沖縄協同病院、浦添総合病院、友愛医療センター、那覇市立病院、琉球大学病院、中部病院、中部徳洲会病院

小児外科専門医

2階

順位	都道府県名	人数	人口100万人当たり	認定施設
1	京都府	33	13.0	2
2	鹿児島県	19	12.3	2
3	福岡県	60	11.8	3
4	石川県	11	9.9	2
5	岡山県	17	9.2	2
6	香川県	8	8.7	2
7	東京都	120	8.5	13
8	茨城県	22	7.8	3
9	秋田県	7	7.7	1
10	宮城県	17	7.5	3
11	栃木県	14	7.4	2
12	奈良県	9	7.0	1
13	和歌山県	6	6.7	1
14	千葉県	41	6.5	4
15	大阪府	57	6.5	7
16	兵庫県	34	6.3	6
17	広島県	17	6.2	3
	全国	753	6.1	90
18	新潟県	12	5.7	2
19	鳥取県	3	5.6	0
20	静岡県	19	5.4	1
21	熊本県	9	5.3	2
22	岩手県	6	5.2	1
23	佐賀県	4	5.0	0
24	長野県	10	5.0	1
25	山形県	5	4.9	0
26	宮崎県	5	4.8	1
27	愛知県	35	4.7	3
28	島根県	3	4.6	0
29	大分県	5	4.6	0
30	福島県	8	4.5	2
31	高知県	3	4.5	0
32	埼玉県	33	4.5	5
33	群馬県	8	4.2	1
34	長崎県	5	4.0	1
35	愛媛県	5	3.9	0
36	山梨県	3	3.8	1
37	岐阜県	7	3.6	0
38	神奈川県	33	3.6	4
39	滋賀県	5	3.6	0
40	三重県	6	3.5	1
41	沖縄県	5	3.4	1
42	富山県	3	3.0	1
43	徳島県	2	2.9	1
44	青森県	3	2.5	1
45	北海道	12	2.4	3
46	山口県	3	2.3	0
47	福井県	1	1.3	0

▽日本小児外科学会　小児外科専門医のいる病院(2024年
http://www.jsps.or.jp/hospital-2020
▽小児外科研修施設(2024年1月現在)
http://www.jsps.or.jp/wp-content/uploads/2024/01/shi
【認定施設】1施設
南部医療センター・こども医療センター（小児外科）
【教育関連施設A】1施設
琉球大学大学院消化器・腫瘍外科学講座
【教育関連施設B】 2 施設設
ハートライフ病院、那覇市立病院（小児外科）

乳腺外科専門医

2階

順位	都道府県名	人数	人口100万人当たり	認定施設
1	京都府	69	27.2	13
2	和歌山県	23	25.9	7
3	岡山県	44	23.9	9
4	東京都	330	23.4	63
5	大阪府	202	23.0	55
6	徳島県	15	21.6	5
7	福岡県	99	19.4	28
8	群馬県	34	17.9	6
9	愛媛県	23	17.9	5
10	兵庫県	95	17.7	23
11	広島県	48	17.6	13
12	福井県	13	17.5	5
13	島根県	11	17.0	5
14	鳥取県	9	16.8	4
15	長崎県	21	16.6	6
16	長野県	33	16.5	8
	全国	2,034	16.4	538
17	香川県	15	16.2	5
18	奈良県	21	16.2	6
19	愛知県	116	15.5	28
20	福島県	27	15.3	7
21	宮城県	34	15.0	10
22	千葉県	92	14.7	20
23	岐阜県	28	14.5	10
24	北海道	73	14.3	27
25	栃木県	27	14.3	6
26	山梨県	11	13.9	2
27	高知県	9	13.5	5
28	石川県	15	13.5	4
29	大分県	14	12.8	7
30	神奈川県	118	12.8	35
31	佐賀県	10	12.6	6
32	熊本県	21	12.3	4
33	鹿児島県	19	12.3	3
34	沖縄県	18	12.2	5
35	静岡県	43	12.1	12
36	秋田県	11	12.1	7
37	茨城県	34	12.0	8
38	富山県	12	11.9	7
39	山形県	12	11.7	5
40	三重県	20	11.6	5
41	山口県	15	11.6	6
42	宮崎県	12	11.5	3
43	滋賀県	16	11.4	8
44	埼玉県	82	11.2	17
45	岩手県	11	9.5	3
46	新潟県	20	9.4	8
47	青森県	9	7.6	4

▽日本乳癌学会　乳腺専門医・指導医一覧　2024年6月現
https://www.jbcs.gr.jp/modules/elearning/index.php?c
▽認定関連施設一覧（2024年度）
https://www.jbcs.gr.jp/modules/elearning/index.php?c
【認定施設】5施設
那覇西クリニック、宮良クリニック、那覇市立病院、中頭病院、浦添総合病院
【関連施設】8施設
沖縄赤十字病院、友愛医療センター、中部病院、中部徳洲会病院、沖縄協同病院、マンマ家クリニック、琉球大学病院、北部地区医師会病院

泌尿器科１階

泌尿器科専門医

順位	都道府県名	人数	人口100万人当たり	拠点教育施設
1	高知県	63	94.8	7
2	京都府	210	82.9	29
3	徳島県	57	82.2	10
4	香川県	74	80.1	14
5	奈良県	103	79.6	13
6	愛媛県	97	75.3	13
7	大分県	80	73.2	12
8	佐賀県	55	69.3	6
9	秋田県	63	69.3	10
10	大阪府	602	68.6	72
11	山形県	70	68.4	8
12	宮崎県	70	67.4	11
13	福井県	50	67.3	6
14	熊本県	114	66.8	12
15	山口県	86	66.5	15
16	山梨県	52	65.5	5
17	鹿児島県	101	65.3	9
18	鳥取県	35	65.3	6
19	石川県	72	65.0	11
20	青森県	75	63.5	9
21	群馬県	120	63.2	13
22	長崎県	79	62.5	8
23	東京都	880	62.4	94
24	北海道	317	62.3	51
25	福岡県	315	61.7	37
26	和歌山県	53	59.6	8
27	岩手県	69	59.5	8
28	兵庫県	312	58.2	34
29	岡山県	106	57.5	12
	全国	7,138	57.4	918
30	滋賀県	78	55.5	13
31	宮城県	122	54.0	14
32	千葉県	331	52.8	42
33	神奈川県	485	52.6	57
34	島根県	34	52.5	8
35	福島県	91	51.7	11
36	静岡県	183	51.6	23
37	広島県	140	51.2	20
38	栃木県	96	50.7	10
39	富山県	49	48.8	11
40	長野県	97	48.5	17
41	沖縄県	67	45.6	8
42	三重県	78	45.2	13
43	愛知県	335	44.8	45
44	岐阜県	85	44.1	14
45	埼玉県	300	40.9	37
46	茨城県	113	40.0	18
47	新潟県	74	34.9	14

▽日本泌尿器科学会認定専門医一覧（2024年1月30日現在
https://www.urol.or.jp/specialist/list/#:~:text=%E6%B3

▽専門医教育施設紹介（2023年11月8日現在）
https://www.urol.or.jp/specialist/inst/

【拠点教育施設】8施設
南部徳洲会病院、中部病院、中頭病院、友愛医療センター、中部徳洲会病院、同仁病院、那覇市立病院、琉球大学病院

【教育施設】5施設
浦添総合病院、沖縄協同病院、南部医療センター・こども医療センター、沖縄赤十字病院、ハートライフ病院

脳神経外科１階

脳神経外科専門医

順位	都道府県名	人数	人口100万人当たり	基幹施設
1	高知県	67	100.8	1
2	徳島県	62	89.5	1
3	香川県	81	87.7	1
4	愛媛県	104	80.7	1
5	北海道	408	80.2	4
6	大分県	85	77.7	1
7	鹿児島県	119	77.0	1
8	東京都	1080	76.6	15
9	京都府	189	74.6	2
10	奈良県	96	74.2	1
11	大阪府	632	72.0	7
12	秋田県	65	71.5	1
13	石川県	78	70.4	2
14	山口県	91	70.3	1
15	和歌山県	62	69.7	1
16	広島県	189	69.1	1
17	岩手県	79	68.1	1
18	福井県	50	67.3	1
19	佐賀県	53	66.8	1
20	福岡県	341	66.8	5
21	山梨県	53	66.7	1
22	富山県	66	65.7	1
23	兵庫県	344	64.1	3
24	岡山県	118	64.0	3
	全国	7,899	63.6	100
25	静岡県	225	63.4	3
26	長野県	123	61.5	1
27	岐阜県	117	60.7	1
28	熊本県	102	59.8	1
29	三重県	102	59.2	1
30	鳥取県	31	57.8	1
31	長崎県	73	57.8	1
32	茨城県	163	57.7	2
33	山形県	59	57.7	1
34	新潟県	117	55.2	1
35	神奈川県	503	54.5	5
36	福島県	96	54.5	2
37	愛知県	407	54.4	4
38	群馬県	103	54.3	1
39	宮崎県	55	52.9	1
40	千葉県	330	52.6	5
41	栃木県	98	51.8	3
42	滋賀県	72	51.2	1
43	宮城県	114	50.4	1
44	沖縄県	74	50.4	1
45	島根県	32	49.4	1
46	埼玉県	337	46.0	4
47	青森県	54	45.7	1

▽日本脳神経外科学会地域別専門医リスト2023年9月現
https://www.jnss.or.jp/jns_web/jsp_pub/map.jsp

▽2024年研修プログラム参加施設2024/6/11更新
https://jns-official.jp/residents/training_program

【基幹施設】１施設
琉球大学医学部

【連携施設】7施設
沖縄協同病院、嶺井第一病院、南部医療ｾﾝﾀｰ・こども医療ｾﾝﾀｰ、中部徳洲会病院、浦添総合病院、那覇市立病院、友愛医療センター

内科２階

がん薬物療法専門医

順位	都道府県名	人数	人口100万人当たり	基幹施設
1	岡山県	50	27.1	1
2	島根県	15	23.2	1
3	徳島県	16	23.1	1
4	石川県	25	22.6	1
5	京都府	56	22.1	2
6	愛媛県	28	21.7	2
7	東京都	293	20.8	5
8	大阪府	167	19.0	4
9	福岡県	86	16.8	3
10	広島県	46	16.8	1
11	宮城県	38	16.8	2
12	福井県	12	16.1	1
13	長野県	30	15.0	1
14	富山県	15	14.9	1
15	鳥取県	8	14.9	1
16	長崎県	18	14.2	1
17	愛知県	106	14.2	3
18	北海道	72	14.1	3
19	香川県	13	14.1	1
20	岐阜県	27	14.0	1
	全国	1,682	13.5	69
21	千葉県	83	13.2	2
22	奈良県	16	12.4	1
23	新潟県	26	12.3	1
24	兵庫県	64	11.9	3
25	大分県	13	11.9	1
26	熊本県	19	11.1	1
27	鹿児島県	16	10.3	1
28	佐賀県	8	10.1	1
29	山梨県	8	10.1	1
30	神奈川県	88	9.5	3
31	三重県	16	9.3	1
32	山形県	9	8.8	1
33	滋賀県	12	8.5	1
34	山口県	11	8.5	1
35	高知県	5	7.5	1
36	埼玉県	52	7.1	2
37	岩手県	8	6.9	1
38	栃木県	13	6.9	1
39	群馬県	13	6.8	1
40	福島県	12	6.8	1
41	青森県	8	6.8	1
42	和歌山県	6	6.7	1
43	秋田県	6	6.6	0
44	静岡県	22	6.2	2
45	宮崎県	6	5.8	1
46	茨城県	15	5.3	1
47	沖縄県	6	4.1	1

▽日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医名簿2024年6月
https://www.jsmo.or.jp/authorize/lists.html

▽認定研修施設名簿　2024年4月1日現在
https://www.jsmo.or.jp/authorize/doc/sisetsu.pdf

【基幹施設】琉球大学病院

【連携施設】中部病院

放射線科

1階　　**2階**　　**2階**

放射線科専門医			放射線診断専門医			放射線治療専門医			専門医研修施設		
順位	都道府県名	人口100万人当たり	順位	都道府県名	人口100万人当たり	順位	都道府県名	人数 / 人口100万人当たり	総合修練機関	修練機関	特殊修練機関
	全国	0.0		全国	0.0	1	京都府	57 / 22.5	5	19	0
1	北海道	0.0	1	北海道	0.0	2	福井県	14 / 18.8	3	3	0
2	青森県	0.0	2	青森県	0.0	3	群馬県	35 / 18.4	3	7	0
3	秋田県	0.0	3	秋田県	0.0	4	佐賀県	13 / 16.4	2	5	0
4	岩手県	0.0	4	岩手県	0.0	5	奈良県	21 / 16.2	3	7	0
5			5			6	大阪府	133 / 15.2	19	42	1
6	日本医学放射線学会に問いあわせたところ、非公開とのこと（2024/7/12）		6	日本医学放射線学会に問いあわせたところ、非公開とのこと（2024/7/12）		7	岡山県	26 / 14.1	5	8	0
7			7			8	香川県	13 / 14.1	3	6	0
8			8			9	島根県	9 / 13.9	2	6	0
9			9			10	山梨県	11 / 13.9	1	2	0
10			10			11	宮城県	31 / 13.7	3	8	1
11	福井県	0.0	11	福井県	0.0	12	福島県	24 / 13.6	2	9	0
12	長野県	0.0	12	長野県	0.0	13	東京都	187 / 13.3	26	55	0
13	群馬県	0.0	13	群馬県	0.0	14	愛媛県	17 / 13.2	4	8	0
14	栃木県	0.0	14	栃木県	0.0	15	鳥取県	7 / 13.1	1	6	0
15	茨城県	0.0	15	茨城県	0.0	16	北海道	65 / 12.8	4	30	0
16	千葉県	0.0	16	千葉県	0.0	17	山形県	13 / 12.7	1	9	0
17	埼玉県	0.0	17	埼玉県	0.0	18	長崎県	16 / 12.7	2	9	0
18	東京都	0.0	18	東京都	0.0	19	和歌山県	11 / 12.4	2	5	0
19	神奈川県	0.0	19	神奈川県	0.0	20	兵庫県	66 / 12.3	11	31	1
20	山梨県	0.0	20	山梨県	0.0	21	鹿児島県	18 / 11.6	1	10	0
21	静岡県	0.0	21	静岡県	0.0		全国	1,437 / 11.6	208	587	4
22	愛知県	0.0	22	愛知県	0.0	22	徳島県	8 / 11.5	2	5	0
23	岐阜県	0.0	23	岐阜県	0.0	23	青森県	13 / 11.0	1	5	0
24	三重県	0.0	24	三重県	0.0	24	秋田県	10 / 11.0	1	8	0
25	滋賀県	0.0	25	滋賀県	0.0	25	広島県	30 / 11.0	7	12	1
26	京都府	0.0	26	京都府	0.0	26	富山県	11 / 11.0	2	8	0
27	大阪府	0.0	27	大阪府	0.0	27	山口県	14 / 10.8	1	11	0
28	奈良県	0.0	28	奈良県	0.0	28	栃木県	20 / 10.6	3	9	0
29	和歌山県	0.0	29	和歌山県	0.0	29	高知県	7 / 10.5	2	6	0
30	兵庫県	0.0	30	兵庫県	0.0	30	福岡県	53 / 10.4	10	33	0
31	鳥取県	0.0	31	鳥取県	0.0	31	岩手県	12 / 10.4	2	2	0
32	島根県	0.0	32	島根県	0.0	32	沖縄県	15 / 10.2	1	11	0
33	岡山県	0.0	33	岡山県	0.0	33	愛知県	76 / 10.2	11	27	0
34	広島県	0.0	34	広島県	0.0	34	神奈川県	93 / 10.1	13	31	0
35	山口県	0.0	35	山口県	0.0	35	千葉県	62 / 9.9	11	15	0
36	香川県	0.0	36	香川県	0.0	36	静岡県	35 / 9.9	6	13	0
37	徳島県	0.0	37	徳島県	0.0	37	茨城県	27 / 9.6	3	9	0
38	高知県	0.0	38	高知県	0.0	38	新潟県	20 / 9.4	4	6	0
39	愛媛県	0.0	39	愛媛県	0.0	39	三重県	16 / 9.3	2	10	0
40	福岡県	0.0	40	福岡県	0.0	40	石川県	10 / 9.0	3	6	0
41	大分県	0.0	41	大分県	0.0	41	熊本県	15 / 8.8	4	14	0
42	宮崎県	0.0	42	宮崎県	0.0	42	滋賀県	12 / 8.5	2	9	0
43	熊本県	0.0	43	熊本県	0.0	43	長野県	17 / 8.5	1	11	0
44	鹿児島県	0.0	44	鹿児島県	0.0	44	岐阜県	16 / 8.3	1	12	0
45	佐賀県	0.0	45	佐賀県	0.0	45	埼玉県	47 / 6.4	9	14	0
46	長崎県	0.0	46	長崎県	0.0	46	大分県	7 / 6.4	2	10	0
47	沖縄県	0.0	47	沖縄県	0.0	47	宮崎県	4 / 3.8	1	5	0
日本医学放射線学会			日本医学放射線学会 ▽専門医一覧 2020年12月現在 https://www.radiology.jp/specialist/list_s ※都道府県別集計なし			日本放射線腫瘍学会 ▽放射線治療専門医リスト 2024年4月1日現在 https://www.jastro.or.jp/medicalpersonnel/aboutdoctor/cat/					

産婦人科

1階

2階

産婦人科専門医				
順位	都道府県名	人数	人口100万人当たり	基幹施設
1	東京都	2,462	174.5	21
2	徳島県	101	145.7	1
3	鳥取県	71	132.4	1
4	大阪府	1,151	131.2	12
5	鹿児島県	192	124.2	2
6	京都府	308	121.6	3
7	宮城県	274	121.2	2
8	長崎県	152	120.3	2
9	沖縄県	171	116.4	3
10	福岡県	594	116.3	5
11	山梨県	90	113.3	2
12	和歌山県	100	112.4	2
13	宮崎県	112	107.8	1
14	福井県	80	107.6	2
	全国	13,374	107.6	155
15	岡山県	197	106.8	4
16	奈良県	138	106.7	2
17	愛知県	792	105.9	9
18	島根県	67	103.5	1
19	兵庫県	553	103.1	7
20	大分県	111	101.5	2
21	神奈川県	922	99.9	8
22	秋田県	90	99.0	1
23	滋賀県	139	98.9	2
24	富山県	99	98.6	2
25	群馬県	187	98.5	2
26	石川県	109	98.4	3
27	栃木県	185	97.8	3
28	愛媛県	125	97.0	2
29	熊本県	164	96.1	2
30	高知県	62	93.3	2
31	佐賀県	74	93.3	1
32	岩手県	107	92.3	2
33	山形県	94	91.9	2
34	静岡県	325	91.6	3
35	岐阜県	175	90.8	2
36	広島県	248	90.7	2
37	長野県	178	89.0	2
38	香川県	80	86.6	2
39	北海道	433	85.1	4
40	三重県	146	84.7	2
41	新潟県	177	83.5	2
42	山口県	105	81.2	2
43	福島県	143	81.2	2
44	茨城県	228	80.8	2
45	千葉県	492	78.4	6
46	青森県	83	70.3	2
47	埼玉県	488	66.6	6

婦人科腫瘍専門医				
順位	都道府県名	人数	人口100万人当たり	修練施設A
1	東京都	218	15.5	32
2	京都府	36	14.2	5
3	福岡県	72	14.1	13
4	岡山県	26	14.1	5
5	大阪府	121	13.8	20
6	奈良県	17	13.1	4
7	熊本県	20	11.7	2
8	滋賀県	16	11.4	1
9	鳥取県	6	11.2	1
10	大分県	12	11.0	1
11	北海道	54	10.6	11
12	愛媛県	13	10.1	2
	全国	1224	9.8	224
13	沖縄県	14	9.5	2
14	岩手県	11	9.5	2
15	神奈川県	87	9.4	15
16	千葉県	57	9.1	14
17	石川県	10	9.0	3
18	長野県	18	9.0	2
19	茨城県	25	8.9	5
20	山梨県	7	8.8	2
21	三重県	15	8.7	3
22	栃木県	16	8.5	4
23	宮城県	19	8.4	5
24	広島県	22	8.0	5
25	愛知県	58	7.8	15
26	山口県	10	7.7	2
27	島根県	5	7.7	2
28	宮崎県	8	7.7	1
29	秋田県	7	7.7	2
30	香川県	7	7.6	3
31	兵庫県	39	7.3	5
32	岐阜県	14	7.3	1
33	鹿児島県	11	7.1	3
34	新潟県	15	7.1	2
35	富山県	7	7.0	2
36	埼玉県	51	7.0	8
37	静岡県	24	6.8	5
38	和歌山県	6	6.7	2
39	福井県	5	6.7	2
40	群馬県	11	5.8	3
41	青森県	6	5.1	2
42	佐賀県	4	5.0	1
43	山形県	5	4.9	1
44	福島県	8	4.5	2
45	徳島県	3	4.3	0
46	長崎県	5	4.0	1
47	高知県	1	1.5	0

▽日本産科婦人科学会専門医検索（2024年7月9日閲覧）
https://jsog.members-web.com/hp/specialized/
▽研修プログラム検索（2024年7月11日閲覧）
https://jsog.members-web.com/hp/facility_program
【基幹施設】3施設
中部病院（募集6名）、友愛医療センター（募集5名）、琉球大学（募集6名）
【連携施設】12施設
北部病院、八重山病院、南部徳洲会病院、空の森クリニック、宮古病院、南部医療センター・こども医療センター、那覇市立病院、ハートライフ病院、大浜第一病院、沖縄協同病院、中頭病院、沖縄赤十字病院

▽日本婦人科腫瘍学会専門医一覧2024年5月1日更新
https://jsgo.or.jp/specialist/specialist_facilities.html
▽指定修練施設　2024年5月1日現在
https://jsgo.or.jp/specialist/specialist_facilities.html
【修練施設A】 2 施設
琉球大学病院、中部病院
【修練施設B】なし

耳鼻咽喉科

１階

耳鼻咽喉科専門医				
順位	都道府県名	人数	人口100万人当たり	基幹施設
1	東京都	1,467	104.0	17
2	京都府	253	99.8	2
3	徳島県	64	92.3	1
4	奈良県	119	92.0	1
5	福井県	67	90.1	1
6	鳥取県	46	85.8	1
7	愛媛県	110	85.4	1
8	大阪府	740	84.4	5
9	香川県	77	83.4	1
10	岡山県	151	81.9	3
11	山梨県	64	80.6	1
12	石川県	88	79.4	2
13	和歌山県	69	77.6	1
14	兵庫県	413	77.0	3
15	滋賀県	108	76.9	3
16	富山県	76	75.7	1
17	高知県	48	72.2	1
18	宮城県	160	70.8	1
19	山形県	72	70.4	1
20	広島県	191	69.8	2
21	愛知県	519	69.4	4
22	佐賀県	55	69.3	1
	全国	8,608	69.3	100
23	福岡県	340	66.6	4
24	北海道	336	66.0	3
25	長崎県	83	65.7	1
26	岐阜県	126	65.4	1
27	山口県	83	64.2	1
28	静岡県	220	62.0	2
29	神奈川県	568	61.6	4
30	栃木県	112	59.2	3
31	鹿児島県	90	58.2	1
32	熊本県	99	58.0	1
33	新潟県	122	57.5	1
34	島根県	37	57.1	1
35	青森県	66	55.9	1
36	宮崎県	58	55.8	1
37	秋田県	50	55.0	1
38	三重県	94	54.5	1
39	沖縄県	76	51.7	1
40	福島県	91	51.7	1
41	大分県	53	48.5	1
42	群馬県	89	46.9	1
43	岩手県	54	46.6	1
44	長野県	93	46.5	1
45	千葉県	288	45.9	6
46	埼玉県	319	43.5	6
47	茨城県	104	36.8	1

▽日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会専門医名簿2024年5月現
https://www.jibika.or.jp/modules/search_specialist/
▽2024年度耳鼻咽喉科専門研修プログラム一覧
https://www.jibika.or.jp/modules/certification/index.ph

【基幹施設】１施設
琉球大学病院
【準認定施設】7施設
中部病院、中頭病院、浦添総合病院、友愛医療センター、ハートライフ病院、北部病院、南部医療センター・こども医療センター

２階

頭頸部がん専門医				
順位	都道府県名	人数	人口100万人当たり	認定施設
1	鳥取県	5	9.3	1
2	奈良県	11	8.5	2
3	愛媛県	10	7.8	2
4	京都府	19	7.5	4
5	徳島県	5	7.2	1
6	石川県	7	6.3	2
7	高知県	4	6.0	1
8	山形県	6	5.9	1
9	滋賀県	8	5.7	2
10	長崎県	7	5.5	3
11	東京都	70	5.0	20
12	福岡県	25	4.9	7
13	沖縄県	7	4.8	1
14	北海道	24	4.7	5
15	新潟県	10	4.7	2
16	和歌山県	4	4.5	2
17	宮城県	10	4.4	4
18	広島県	12	4.4	2
19	岡山県	8	4.3	3
20	福島県	7	4.0	1
	全国	493	4.0	127
21	大阪府	34	3.9	9
22	佐賀県	3	3.8	1
23	山梨県	3	3.8	1
24	兵庫県	20	3.7	4
25	千葉県	23	3.7	5
26	静岡県	13	3.7	3
27	愛知県	26	3.5	5
28	香川県	3	3.2	1
29	鹿児島県	5	3.2	3
30	栃木県	6	3.2	3
31	岐阜県	6	3.1	1
32	山口県	4	3.1	1
33	神奈川県	28	3.0	5
34	富山県	3	3.0	1
35	三重県	5	2.9	2
36	埼玉県	20	2.7	4
37	福井県	2	2.7	1
38	群馬県	5	2.6	2
39	岩手県	3	2.6	1
40	青森県	3	2.5	1
41	熊本県	4	2.3	1
42	秋田県	2	2.2	1
43	茨城県	6	2.1	2
44	宮崎県	2	1.9	0
45	大分県	2	1.8	1
46	島根県	1	1.5	1
47	長野県	2	1.0	1

▽日本頭頸部外科学会専門医指導医一覧（2024年4月3日
https://www.jshns.org/modules/list_specialist/index.p
▽頭頸部がん専門医・指導医所属施設一覧（2024年4月3
https://www.jshns.org/modules/list_facility/index.php

【認定施設】１施設
琉球大学病院耳鼻咽喉科
【準認定施設】１施設
中部病院耳鼻咽喉・頭頸部外科

皮膚科

１階　　皮膚科２階

皮膚科専門医

順位	都道府県名	人数	人口100万人当たり	主研修施設
1	東京都	1,381	97.9	21
2	富山県	72	71.7	2
3	石川県	79	71.3	3
4	京都府	180	71.0	2
5	奈良県	85	65.7	2
6	高知県	43	64.7	1
7	大阪府	555	63.3	7
8	岡山県	114	61.8	2
9	熊本県	104	61.0	1
10	山口県	78	60.3	1
11	徳島県	41	59.2	1
12	福岡県	300	58.8	4
13	山梨県	46	57.9	1
14	長崎県	73	57.8	1
15	和歌山県	51	57.3	1
	全国	7,115	57.2	101
16	兵庫県	304	56.7	2
17	神奈川県	522	56.6	5
18	香川県	51	55.2	1
19	広島県	148	54.1	1
20	愛知県	403	53.9	5
21	北海道	274	53.8	3
22	福井県	39	52.5	1
23	佐賀県	41	51.7	1
24	大分県	56	51.2	1
25	群馬県	95	50.1	1
26	宮城県	113	50.0	1
27	鹿児島県	77	49.8	1
28	青森県	58	49.1	1
29	愛媛県	63	48.9	1
30	島根県	31	47.9	1
31	栃木県	89	47.0	2
32	三重県	81	47.0	1
33	山形県	48	46.9	1
34	宮崎県	47	45.2	1
35	秋田県	41	45.1	1
36	新潟県	94	44.3	1
37	岐阜県	85	44.1	2
38	沖縄県	64	43.5	1
39	静岡県	154	43.4	1
40	岩手県	50	43.1	1
41	鳥取県	23	42.9	1
42	長野県	85	42.5	1
43	千葉県	265	42.2	3
44	埼玉県	298	40.7	5
45	茨城県	110	39.0	1
46	滋賀県	53	37.7	1
47	福島県	51	28.9	1

▽日本皮膚科学会皮膚科専門医MAP（2024年7月12日閲
https://www.dermatol.or.jp/modules/spMap/
▽日本皮膚科学会認定主研修施設2022年11月18日現在
https://www.dermatol.or.jp/modules/specialist/index
【主研修施設】
琉球大学病院
【一般研修施設】
沖縄赤十字病院、豊見城中央病院、那覇市立病院、沖縄愛楽園、南部医療センタ・こども医療センター

皮膚悪性腫瘍指導専門医

順位	都道府県名	人数	人口100万人当たり	特定機能病院	全国がん(成人病)センター協議会加盟施設	がん診療連携拠点病院	日本がん治療認定医機構研修施設
1	福井県	2	2.7	1	1	5	5
2	佐賀県	2	2.5	1	1	4	6
3	富山県	2	2.0	1	1	5	9
4	宮崎県	2	1.9	1	0	3	10
5	鳥取県	1	1.9	1	0	3	10
6	大分県	2	1.8	1	1	6	12
7	石川県	2	1.8	2	1	5	13
8	宮城県	4	1.8	1	1	8	18
9	岩手県	2	1.7	1	1	10	11
10	岡山県	3	1.6	2	0	10	16
11	島根県	1	1.5	1	0	5	7
12	沖縄県	2	1.4	1	0	6	13
13	京都府	3	1.2	2	0	13	27
14	熊本県	2	1.2	1	0	7	20
15	静岡県	4	1.1	2	1	13	24
16	広島県	3	1.1	1	1	12	26
17	香川県	1	1.1	1	0	5	9
18	東京都	13	0.9	16	2	29	97
19	青森県	1	0.8	1	1	5	10
20	長崎県	1	0.8	1	0	6	11
21	愛媛県	1	0.8	1	1	8	12
22	奈良県	1	0.8	1	0	6	12
23	兵庫県	4	0.7	2	1	18	47
	全国	91	0.7	88	32	459	1055
24	滋賀県	1	0.7	1	1	7	14
25	大阪府	6	0.7	7	2	18	85
26	埼玉県	5	0.7	2	1	14	46
27	愛知県	5	0.7	5	2	19	50
28	鹿児島県	1	0.6	1	0	13	20
29	千葉県	4	0.6	2	1	15	39
30	福岡県	3	0.6	4	1	24	45
31	福島県	1	0.6	1	0	7	14
32	群馬県	1	0.5	1	1	9	19
33	岐阜県	1	0.5	1	0	9	20
34	新潟県	1	0.5	1	1	9	16
35	茨城県	1	0.4	1	1	10	23
36	北海道	1	0.2	3	1	22	55
37	神奈川県	1	0.1	4	1	23	58
38	秋田県	0	0.0	1	0	10	12
39	山形県	0	0.0	1	1	6	10
40	長野県	0	0.0	1	0	12	26
41	栃木県	0	0.0	2	1	8	15
42	山梨県	0	0.0	1	0	4	8
43	三重県	0	0.0	1	0	5	14
44	和歌山県	0	0.0	1	0	6	9
45	山口県	0	0.0	1	1	8	18
46	徳島県	0	0.0	1	0	5	8
47	高知県	0	0.0	1	0	4	6

▽日本皮膚科学会　皮膚科専門医MAP　（2024年4月閲覧）
https://www.dermatol.or.jp/modules/spMap/
▽日本皮膚科学会ホームページ　各種規則
https://www.dermatol.or.jp/modules/about/index.php?content_id=11
認定研修施設については、日本皮膚科学会認定皮膚悪性腫瘍指導専門医制度規則施行細則にて、
以下の通り定められている。
1. 特定機能病院
2. 全国がん（成人病）センター協議会加盟施設
3. がん診療連携拠点病院
4. その他，日本がん治療認定医機構が，研修施設として認定した施設

整形外科２階

認定骨・軟部腫瘍医

順位	都道府県名	人数	人口100万人当たり	日本整形外科学会認定整形外科専門医認定施設	日本がん治療認定医機構認定研修施設
1	徳島県	3	4.3	14	8
2	石川県	4	3.6	28	13
3	福島県	5	2.8	29	14
4	福井県	2	2.7	18	5
5	栃木県	5	2.6	28	15
6	福岡県	13	2.5	99	45
7	山梨県	2	2.5	19	8
8	長野県	5	2.5	38	26
9	新潟県	5	2.4	33	16
10	愛媛県	3	2.3	32	12
11	山口県	3	2.3	21	18
12	奈良県	3	2.3	32	12
13	和歌山県	2	2.2	25	9
14	香川県	2	2.2	24	9
15	滋賀県	3	2.1	23	14
16	愛知県	15	2.0	77	50
17	富山県	2	2.0	24	9
18	静岡県	7	2.0	51	24
19	山形県	2	2.0	20	10
20	東京都	27	1.9	165	97
21	鳥取県	1	1.9	15	10
22	大分県	2	1.8	34	12
23	岩手県	2	1.7	18	11
24	長崎県	2	1.6	27	11
25	島根県	1	1.5	14	7
26	高知県	1	1.5	18	6
27	埼玉県	11	1.5	82	46
	全国	185	1.5	2,008	1,055
28	大阪府	13	1.5	164	85
29	鹿児島県	2	1.3	31	20
30	佐賀県	1	1.3	22	6
31	兵庫県	6	1.1	90	47
32	千葉県	7	1.1	71	39
33	秋田県	1	1.1	22	12
34	岡山県	2	1.1	32	16
35	岐阜県	2	1.0	31	20
36	宮城県	2	0.9	27	18
37	青森県	1	0.8	23	10
38	北海道	4	0.8	90	55
39	広島県	2	0.7	45	26
40	沖縄県	1	0.7	22	13
41	熊本県	1	0.6	30	20
42	三重県	1	0.6	29	14
43	群馬県	1	0.5	31	19
44	神奈川県	4	0.4	117	58
45	京都府	1	0.4	54	27
46	茨城県	0	0.0	41	23
47	宮崎県	0	0.0	28	10

▽日本整形外科学会　認定骨・軟部腫瘍医名簿　（2024年4月30日名簿閲覧）
https://www.joa.or.jp/public/speciality_search/bone.html

日本整形外科学会認定骨・軟部腫瘍医は、整形外科専門医試験に合格して「整形外科専門医」の資格を取得した上で、さらに、日本がん治療認定医機構の「がん治療認定医」の資格も取得しています。継続するための要件も厳しく、骨・軟部腫瘍の診療実績および学会や研修会への一定時間以上の出席が義務付けられています。（公益社団法人日本整形外科学会HP"日整会認定骨・軟部腫瘍医"より引用）

公益社団法人日本整形外科学会認定骨・軟部腫瘍医規則（認定医の資格）第3条　2
認定医審査を受けようとする者は、次の各号に掲げる要件をすべて満たさなければならない。
（１）日本専門医機構認定整形外科専門医又は日本整形外科学会認定整形外科専門医であること。（２）一般社団法人日本がん治療認定医機構の定めるがん治療認定医の資格を有していること。（３）悪性骨・軟部腫瘍10 例を含む50 例以上の骨・軟部腫瘍（骨腫瘍類似疾患及び転移性腫瘍等を含む。）の診療経験を有すること。

歯科１階

口腔外科専門医

順位	都道府県名	人数	人口100万人当たり	研修施設
1	鳥取県	19	35.4	3
2	奈良県	40	30.9	5
3	岐阜県	54	28.0	10
4	島根県	18	27.8	4
5	新潟県	57	26.9	5
6	富山県	26	25.9	3
7	北海道	127	25.0	17
8	和歌山県	21	23.6	4
9	愛知県	173	23.1	30
10	鹿児島県	35	22.6	4
11	長崎県	28	22.2	2
12	大阪府	188	21.4	27
13	佐賀県	17	21.4	1
14	熊本県	35	20.5	4
15	福岡県	101	19.8	11
16	兵庫県	106	19.8	16
17	東京都	278	19.7	34
18	高知県	13	19.6	2
19	香川県	18	19.5	2
20	大分県	21	19.2	5
21	栃木県	36	19.0	5
22	広島県	50	18.3	6
	全国	2,240	18.0	318
23	沖縄県	26	17.7	4
24	徳島県	12	17.3	2
25	石川県	19	17.2	5
26	千葉県	107	17.1	11
27	福島県	29	16.5	6
28	京都府	41	16.2	4
29	神奈川県	148	16.0	18
30	山形県	16	15.6	3
31	岩手県	18	15.5	2
32	宮城県	34	15.0	3
33	滋賀県	21	14.9	2
34	山口県	19	14.7	4
35	秋田県	13	14.3	1
36	岡山県	26	14.1	4
37	三重県	24	13.9	5
38	群馬県	26	13.7	3
39	青森県	16	13.6	2
40	静岡県	47	13.2	11
41	茨城県	36	12.8	5
42	愛媛県	14	10.9	3
43	宮崎県	11	10.6	3
44	埼玉県	69	9.4	9
45	山梨県	7	8.8	1
46	福井県	0	0.0	2
46	長野県	0	0.0	5

▽日本口腔外科学会都道府県別名簿(2024年5月13日現在
https://www.jsoms.or.jp/medical/specialist/senmoni/
▽認定施設一覧　（2024年2月1日現在）
https://www.jsoms.or.jp/medical/specialist/list01/
【研修施設】４施設
琉球大学病院、中部病院、那覇市立病院、中部徳洲会病院
【准研修施設】7施設
南部医療センター・こども医療センター、沖縄赤十字病院、宮古病院、北部病院、浦添総合病院、八重山病院、南部徳洲会病院

専門薬剤師及び修練施設数　都道府県別データ

がん指導薬剤師					がん専門薬剤師				
順位	都道府県名	人数	人口100万人当たり	基幹施設	順位	都道府県名	人数	人口100万人当たり	基幹施設
1	石川県	13	11.7	5	1	石川県	21	19.0	5
2	岐阜県	17	8.8	6	2	岐阜県	33	17.1	6
3	山形県	8	7.8	4	3	山形県	13	12.7	4
4	愛知県	41	5.5	27	4	福井県	9	12.1	2
5	鹿児島県	8	5.2	8	5	愛知県	84	11.2	27
6	長野県	10	5.0	7	6	鳥取県	6	11.2	1
7	大阪府	41	4.7	28	7	長野県	21	10.5	7
8	東京都	64	4.5	27	8	広島県	28	10.2	9
9	徳島県	3	4.3	3	9	徳島県	7	10.1	3
10	広島県	11	4.0	9	10	愛媛県	13	10.1	3
11	富山県	4	4.0	5	11	富山県	10	10.0	5
12	京都府	10	3.9	7	12	岡山県	18	9.8	7
13	岡山県	7	3.8	7	13	大阪府	84	9.6	28
14	佐賀県	3	3.8	1	14	東京都	133	9.4	27
15	福岡県	19	3.7	13	15	島根県	6	9.3	2
16	滋賀県	5	3.6	3	16	滋賀県	13	9.3	3
17	熊本県	6	3.5	6	17	京都府	23	9.1	7
18	愛媛県	4	3.1	3	18	和歌山県	7	7.9	2
	全国	385	3.1	279	19	鹿児島県	11	7.1	8
19	島根県	2	3.1	2	20	福岡県	36	7.1	13
20	兵庫県	16	3.0	11		全国	827	6.7	279
21	静岡県	10	2.8	5	21	佐賀県	5	6.3	1
22	福井県	2	2.7	2	22	兵庫県	32	6.0	11
23	岩手県	3	2.6	2	23	静岡県	21	5.9	5
24	北海道	13	2.6	17	24	北海道	29	5.7	17
25	長崎県	3	2.4	3	25	新潟県	12	5.7	6
26	新潟県	5	2.4	6	26	三重県	9	5.2	4
27	三重県	4	2.3	4	27	宮城県	11	4.9	4
28	和歌山県	2	2.2	2	28	長崎県	5	4.0	3
29	秋田県	2	2.2	2	29	山口県	5	3.9	2
30	香川県	2	2.2	2	30	群馬県	7	3.7	2
31	群馬県	4	2.1	2	31	大分県	4	3.7	3
32	千葉県	12	1.9	8	32	千葉県	22	3.5	8
33	鳥取県	1	1.9	1	33	神奈川県	32	3.5	10
34	大分県	2	1.8	3	34	岩手県	4	3.5	2
35	奈良県	2	1.5	3	35	青森県	4	3.4	1
36	高知県	1	1.5	2	36	秋田県	3	3.3	2
37	神奈川県	11	1.2	10	37	香川県	3	3.2	2
38	福島県	2	1.1	1	38	高知県	2	3.0	2
39	茨城県	3	1.1	4	39	熊本県	5	2.9	6
40	栃木県	2	1.1	2	40	宮崎県	3	2.9	1
41	宮崎県	1	1.0	1	41	茨城県	8	2.8	4
42	青森県	1	0.8	1	42	沖縄県	4	2.7	2
43	山口県	1	0.8	2	43	栃木県	5	2.6	2
44	宮城県	1	0.4	4	44	奈良県	3	2.3	3
45	埼玉県	3	0.4	5	45	福島県	4	2.3	1
46	山梨県	0	0.0	1	46	埼玉県	9	1.2	5
47	沖縄県	0	0.0	2	47	山梨県	0	0.0	1

▽日本医療薬学会 がん専門薬剤師認定者名簿（2024年4月9日現在）

https://www.jsphcs.jp/nintei/2-4.html

▽日本医療薬学会 がん指導薬剤師認定者名簿（2024年4月9日現在）

https://www.jsphcs.jp/nintei/2-5.html

▽日本医療薬学会がん専門薬剤師研修施設名簿（2024年4月29日現在）

https://www.jsphcs.jp/nintei/2-6.html

【基幹施設】 2 施設

沖縄病院、琉球大学病院

外来がん治療認定薬剤師

順位	都道府県名	人数	人口100万人当たり
1	福岡県	58	11.4
2	和歌山県	10	11.2
3	東京都	157	11.1
4	岡山県	19	10.3
5	佐賀県	8	10.1
6	広島県	27	9.9
7	大阪府	84	9.6
8	熊本県	15	8.8
9	埼玉県	64	8.7
10	滋賀県	12	8.5
11	奈良県	11	8.5
12	神奈川県	77	8.3
13	岐阜県	16	8.3
14	石川県	9	8.1
15	兵庫県	43	8.0
16	京都府	20	7.9
17	鹿児島県	12	7.8
18	宮崎県	8	7.7
	全国	956	7.7
19	千葉県	48	7.7
20	鳥取県	4	7.5
21	宮城県	16	7.1
22	北海道	33	6.5
23	大分県	7	6.4
24	茨城県	18	6.4
25	群馬県	12	6.3
26	静岡県	21	5.9
27	愛知県	44	5.9
28	徳島県	4	5.8
29	長崎県	7	5.5
30	愛媛県	7	5.4
31	栃木県	10	5.3
32	新潟県	11	5.2
33	福島県	9	5.1
34	三重県	8	4.6
35	高知県	3	4.5
36	香川県	4	4.3
37	青森県	5	4.2
38	沖縄県	6	4.1
39	山梨県	3	3.8
40	長野県	7	3.5
41	岩手県	4	3.5
42	山口県	4	3.1
43	富山県	3	3.0
44	山形県	3	2.9
45	福井県	2	2.7
46	秋田県	2	2.2
47	島根県	1	1.5

基幹施設

外来がん治療認定薬剤師の認定者を輩出するための教育プログラムがあり、学びたい分野を選んでオンデマンド形式で受講する。
受講対象者は中級者・認定取得希望者・認定更新予定者で、開催時期は6月、7月、8月。
https://jaspo-oncology.org/seminarschedule

▽日本臨床腫瘍薬学会外来がん治療認定薬剤師一覧（2023年11月20日現在）
https://jaspo-oncology.org/apacc-ninteilist
▽外来がん治療認定薬剤師の認定者を輩出するための教育プログラム
https://jaspo-oncology.org/seminarschedule

がん薬物療法認定薬剤師

順位	都道府県名	人数	人口100万人当たり	研修施設
1	島根県	13	20.1	1
2	秋田県	18	19.8	2
3	岩手県	21	18.1	2
4	山形県	15	14.7	3
5	鹿児島県	21	13.6	7
6	長野県	26	13.0	3
7	大分県	14	12.8	2
8	滋賀県	16	11.4	1
9	佐賀県	9	11.3	2
10	山口県	14	10.8	2
11	栃木県	20	10.6	1
12	長崎県	13	10.3	1
13	京都府	26	10.3	1
14	福岡県	52	10.2	4
15	北海道	51	10.0	6
16	群馬県	19	10.0	2
17	茨城県	28	9.9	5
18	宮城県	22	9.7	3
19	福島県	16	9.1	1
20	三重県	15	8.7	1
21	岡山県	16	8.7	3
22	宮崎県	9	8.7	1
23	奈良県	11	8.5	0
24	大阪府	74	8.4	13
	全国	1,019	8.2	116
25	沖縄県	12	8.2	1
26	東京都	114	8.1	9
27	広島県	22	8.0	1
28	神奈川県	74	8.0	4
29	和歌山県	7	7.9	2
30	熊本県	13	7.6	2
31	香川県	7	7.6	1
32	千葉県	46	7.3	3
33	愛媛県	9	7.0	2
34	高知県	4	6.0	2
35	富山県	6	6.0	2
36	兵庫県	32	6.0	2
37	静岡県	21	5.9	2
38	徳島県	4	5.8	2
39	埼玉県	39	5.3	1
40	山梨県	4	5.0	0
41	愛知県	37	4.9	7
42	岐阜県	9	4.7	4
43	新潟県	9	4.2	0
44	青森県	5	4.2	1
45	鳥取県	2	3.7	1
46	福井県	2	2.7	0
47	石川県	2	1.8	0

▽日本病院薬剤師会　がん薬物療法認定薬剤師の認定者の公表について
（2023年10月1日現在）
https://www.jshp.or.jp/certified/gan.html
▽がん薬物療法認定薬剤師研修事業　研修施設一覧
（令和5年6月現在）
https://www.jshp.or.jp/content/2023/0615-3-1.pdf
【研修施設】１施設
琉球大学病院　※条件付き受け入れ　人数１名まで

専門看護師及び修練施設数　都道府県別データ

がん看護専門看護師

順位	都道府県名	人数	人口100万人当たり	実務研修施設
1	高知県	17	25.6	8
2	徳島県	12	17.3	9
3	富山県	14	13.9	9
4	福井県	10	13.5	6
5	群馬県	25	13.2	15
6	三重県	21	12.2	15
7	北海道	58	11.4	35
8	京都府	28	11.1	14
9	秋田県	10	11.0	8
10	大分県	12	11.0	7
11	岡山県	20	10.8	14
12	島根県	7	10.8	4
13	新潟県	21	9.9	13
14	岩手県	11	9.5	9
15	東京都	131	9.3	76
16	奈良県	12	9.3	8
17	兵庫県	49	9.1	33
18	和歌山県	8	9.0	7
19	沖縄県	13	8.8	7
20	香川県	8	8.7	5
21	栃木県	16	8.5	9
22	岐阜県	16	8.3	11
23	神奈川県	76	8.2	50
24	広島県	21	7.7	15
	全国	931	7.5	611
25	鳥取県	4	7.5	2
26	石川県	8	7.2	6
27	滋賀県	10	7.1	6
28	福岡県	35	6.9	22
29	山形県	7	6.8	6
30	静岡県	24	6.8	8
31	大阪府	58	6.6	49
32	宮城県	14	6.2	8
33	宮崎県	6	5.8	8
34	愛知県	41	5.5	28
35	山梨県	4	5.0	4
36	千葉県	30	4.8	15
37	長崎県	6	4.7	7
38	愛媛県	6	4.7	6
39	山口県	6	4.6	4
40	長野県	8	4.0	10
41	佐賀県	3	3.8	2
42	福島県	6	3.4	4
43	熊本県	5	2.9	3
44	茨城県	8	2.8	5
45	埼玉県	20	2.7	14
46	鹿児島県	4	2.6	4
47	青森県	2	1.7	3

▽日本看護協会　分野別都道府県別登録者検索
(2024年4月30日検索)
https://nintei.nurse.or.jp/certification/General/(

▽実務研修施設一覧
https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/2024-c

【実務研修施設】７施設
那覇市立病院、グリーンハウス訪問看護、
オリブ山病院、琉球大学病院、名桜大学、
南部医療センター・こども医療センター
県立看護大学

乳がん看護認定看護師

順位	都道府県名	人数	人口100万人当たり	実務研修施設 A課程	実務研修施設 B課程
1	鳥取県	4	7.5	5	0
2	富山県	7	7.0	7	4
3	島根県	4	6.2	4	0
4	福井県	4	5.4	4	0
5	山形県	4	3.9	4	1
6	愛媛県	5	3.9	4	0
7	大分県	4	3.7	4	0
8	岩手県	4	3.5	4	2
9	和歌山県	3	3.4	2	0
10	秋田県	3	3.3	3	1
11	香川県	3	3.2	2	0
12	千葉県	20	3.2	18	1
13	栃木県	6	3.2	6	1
14	宮城県	7	3.1	5	0
15	高知県	2	3.0	2	1
16	徳島県	2	2.9	2	0
17	茨城県	8	2.8	7	1
18	静岡県	10	2.8	8	2
19	岡山県	5	2.7	4	0
20	石川県	3	2.7	3	1
21	愛知県	20	2.7	16	1
22	兵庫県	14	2.6	14	1
23	鹿児島県	4	2.6	3	0
24	北海道	13	2.6	14	1
25	佐賀県	2	2.5	2	0
	全国	298	2.4	295	35
26	長崎県	3	2.4	3	0
27	熊本県	4	2.3	4	0
28	大阪府	20	2.3	20	3
29	滋賀県	3	2.1	3	0
30	東京都	30	2.1	32	2
31	群馬県	4	2.1	6	0
32	岐阜県	4	2.1	4	0
33	長野県	4	2.0	4	0
34	京都府	5	2.0	5	0
35	福岡県	10	2.0	12	0
36	宮崎県	2	1.9	3	0
37	新潟県	4	1.9	3	0
38	神奈川県	17	1.8	20	7
39	広島県	5	1.8	4	0
40	埼玉県	13	1.8	12	1
41	奈良県	2	1.5	2	2
42	沖縄県	2	1.4	2	0
43	三重県	2	1.2	2	0
44	福島県	2	1.1	3	2
45	青森県	1	0.8	2	0
46	山梨県	0	0.0	0	0
46	山口県	0	0.0	2	0

▽日本看護協会　分野別都道府県別登録者検索 (2024年4月30日検索)
https://nintei.nurse.or.jp/certification/General/GCPP01I

▽実務研修施設一覧
https://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/vision/int

【A課程】２施設
ハートライフ病院、那覇西クリニック
【B課程】なし

がん薬物療法看護認定看護師

順位	都道府県名	人数	人口100万人当たり	実務研修施設
1	富山県	5	5.0	5
2	山形県	5	4.9	6
3	秋田県	3	3.3	3
4	奈良県	4	3.1	6
5	高知県	2	3.0	2
6	兵庫県	16	3.0	16
7	徳島県	2	2.9	3
8	滋賀県	3	2.1	3
9	宮崎県	2	1.9	1
10	北海道	9	1.8	14
11	福島県	3	1.7	5
12	大阪府	14	1.6	21
13	京都府	4	1.6	7
14	岐阜県	3	1.6	3
15	山口県	2	1.5	4
16	島根県	1	1.5	2
17	広島県	4	1.5	5
18	茨城県	4	1.4	5
19	静岡県	5	1.4	5
20	沖縄県	2	1.4	2
21	山梨県	1	1.3	1
22	福岡県	6	1.2	8
23	三重県	2	1.2	2
24	和歌山県	1	1.1	2
	全国	135	1.1	186
25	岡山県	2	1.1	3
26	石川県	1	0.9	1
27	岩手県	1	0.9	1
28	愛知県	6	0.8	6
29	愛媛県	1	0.8	3
30	鹿児島県	1	0.6	3
31	熊本県	1	0.6	2
32	埼玉県	4	0.5	4
33	神奈川県	5	0.5	7
34	栃木県	1	0.5	1
35	群馬県	1	0.5	1
36	東京都	6	0.4	13
37	千葉県	2	0.3	2
38	青森県	0	0.0	1
38	宮城県	0	0.0	1
38	新潟県	0	0.0	1
38	福井県	0	0.0	1
38	長野県	0	0.0	0
38	鳥取県	0	0.0	2
38	香川県	0	0.0	0
38	大分県	0	0.0	1
38	佐賀県	0	0.0	1
38	長崎県	0	0.0	0

▽日本看護協会　分野別都道府県別登録者検索
(2024年4月30日検索)
https://nintei.nurse.or.jp/certification/General/G
▽実務研修施設一覧
https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/2024-B
【実務研修施設】 2 施設
沖縄病院、中部病院

がん放射線療法看護認定看護師

順位	都道府県名	人数	人口100万人当たり	実務研修施設 A課程	実務研修施設 B課程
1	山形県	7	6.8	6	1
2	島根県	4	6.2	4	0
3	鳥取県	3	5.6	3	0
4	長崎県	7	5.5	7	0
5	山梨県	4	5.0	3	0
6	大分県	5	4.6	5	0
7	石川県	5	4.5	4	0
8	福岡県	22	4.3	17	1
9	沖縄県	6	4.1	5	1
10	鹿児島県	6	3.9	6	0
11	奈良県	5	3.9	4	0
12	佐賀県	3	3.8	2	0
13	滋賀県	5	3.6	3	1
14	茨城県	10	3.5	8	0
15	北海道	18	3.5	15	1
16	和歌山県	3	3.4	3	0
17	広島県	9	3.3	8	0
18	香川県	3	3.2	3	0
19	岐阜県	6	3.1	6	2
20	山口県	4	3.1	4	1
21	長野県	6	3.0	4	1
22	熊本県	5	2.9	6	0
23	徳島県	2	2.9	2	1
24	静岡県	10	2.8	8	5
25	岡山県	5	2.7	4	0
26	福井県	2	2.7	2	0
27	岩手県	3	2.6	3	0
28	愛知県	19	2.5	17	3
28	全国	311	2.5	296	29
29	千葉県	15	2.4	11	0
30	京都府	6	2.4	6	0
31	大阪府	20	2.3	27	2
32	兵庫県	12	2.2	14	3
33	秋田県	2	2.2	2	0
34	栃木県	4	2.1	4	1
35	富山県	2	2.0	2	0
36	宮城県	4	1.8	3	0
37	三重県	3	1.7	3	1
38	福島県	3	1.7	3	0
39	青森県	2	1.7	2	0
40	東京都	23	1.6	28	2
41	群馬県	3	1.6	3	1
42	愛媛県	2	1.6	2	0
43	高知県	1	1.5	1	0
44	新潟県	3	1.4	3	0
45	埼玉県	9	1.2	8	0
46	神奈川県	9	1.0	11	1
47	宮崎県	1	1.0	1	0

▽日本看護協会　分野別都道府県別登録者検索 (2024年4月30日検索)
https://nintei.nurse.or.jp/certification/General/GCPP01L
▽実務研修施設一覧
https://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/vision/int
【A課程】 6 施設
那覇市立病院、中頭病院、琉球大学病院、中部病院、南部徳洲会病院
【B課程】 1 施設
沖縄病院

専門技師及び修練施設数　都道府県別データ

放射線治療専門放射線技師

順位	都道府県名	人数	人口100万人当たり	診療放射線技師教育施設
1	大分県	62	56.7	2
2	秋田県	27	29.7	0
3	佐賀県	21	26.5	0
4	富山県	25	24.9	0
5	岩手県	27	23.3	0
6	鳥取県	12	22.4	0
7	香川県	19	20.6	1
8	熊本県	35	20.5	1
9	徳島県	14	20.2	1
10	奈良県	26	20.1	0
11	広島県	54	19.7	1
12	山形県	20	19.6	0
13	北海道	98	19.3	4
14	岡山県	35	19.0	2
15	福島県	33	18.7	1
16	青森県	22	18.6	1
17	愛媛県	24	18.6	0
18	鹿児島県	28	18.1	1
19	石川県	20	18.1	1
20	大阪府	158	18.0	6
21	福岡県	90	17.6	5
22	静岡県	62	17.5	1
23	群馬県	32	16.9	2
24	福井県	12	16.1	0
25	滋賀県	22	15.7	0
26	山口県	20	15.5	0
27	京都府	39	15.4	1
28	三重県	26	15.1	1
29	長崎県	19	15.0	0
	全国	1,847	14.9	56
30	愛知県	111	14.8	3
31	和歌山県	13	14.6	0
32	宮城県	32	14.2	1
33	島根県	9	13.9	0
34	高知県	9	13.5	0
35	栃木県	25	13.2	1
36	東京都	186	13.2	10
37	兵庫県	70	13.0	2
38	宮崎県	13	12.5	0
39	長野県	25	12.5	0
40	岐阜県	22	11.4	1
41	茨城県	32	11.3	2
42	千葉県	65	10.4	0
43	新潟県	21	9.9	2
44	神奈川県	80	8.7	1
45	沖縄県	11	7.5	0
46	山梨県	5	6.3	0
47	埼玉県	36	4.9	1

▽日本放射線治療専門放射線技師認定機構
放射線治療専門放射線技師 認定者（2023年10月1日付認定/更新まで）
https://www.radiation-therapy.jp/certificated.shtml
▽全国診療放射線技師教育施設協議会 会員校一覧
https://hosyasen-kyougikai.org/school_list/

医学物理士

順位	都道府県名	人数	人口100万人当たり	教育コース
1	福井県	18	24.2	0
2	奈良県	25	19.3	0
3	石川県	20	18.1	0
4	群馬県	33	17.4	3
5	青森県	19	16.1	0
6	京都府	39	15.4	2
7	北海道	78	15.3	6
8	福島県	27	15.3	0
9	茨城県	42	14.9	4
10	愛知県	109	14.6	2
11	福岡県	69	13.5	1
12	長崎県	17	13.5	0
13	大阪府	118	13.5	4
14	三重県	23	13.3	0
15	栃木県	25	13.2	0
16	鳥取県	7	13.1	0
17	岡山県	24	13.0	0
18	東京都	181	12.8	10
19	千葉県	76	12.1	0
20	静岡県	42	11.8	0
	全国	1,461	11.8	43
21	佐賀県	9	11.3	0
22	広島県	31	11.3	2
23	新潟県	24	11.3	3
24	富山県	11	11.0	0
25	香川県	10	10.8	0
26	島根県	7	10.8	0
27	兵庫県	56	10.4	1
28	岐阜県	20	10.4	0
29	宮城県	23	10.2	2
30	山梨県	8	10.1	0
31	長野県	20	10.0	0
32	熊本県	17	10.0	0
33	神奈川県	88	9.5	2
34	滋賀県	13	9.3	0
35	和歌山県	8	9.0	0
36	徳島県	6	8.7	1
37	岩手県	9	7.8	0
38	山口県	10	7.7	0
39	大分県	8	7.3	0
40	愛媛県	9	7.0	0
41	山形県	7	6.8	0
42	沖縄県	9	6.1	0
43	高知県	4	6.0	0
44	埼玉県	44	6.0	0
45	宮崎県	6	5.8	0
46	鹿児島県	8	5.2	0
47	秋田県	4	4.4	0

▽医学物理士認定機構　医学物理士認定者一覧（2024年5月1日現在）
https://www.jbmp.org/certification/list/
▽在籍医学物理士の都道府県別数（2023年11月18日）
https://www.jbmp.org/information/data/
▽認定医学物理教育コース
https://www.jbmp.org/course_educational/decision/

2024 年 6 月 25 日

令和 6 年度沖縄県がん診療連携協議会

NPO 乳がん患者の会　ぴんく・ぱんさぁ活動報告

次の 3 件についてご報告いたします

5 月 18 日(土)開催の With you～OKINAWA2024 のプログラム終了後にぴんく・ぱんさぁ主催の患者懇親会を開催



宮古、石垣から参加したメンバーが活動報告

【石垣】

昨年ピンクリボンアドバイザー認定試験に合格し、

ピアサポーター養成講座を修了したメンバーが発表

・若いメンバーで患者会を立ち上げ、お話会などの活動を始めたこと

【宮古】

コロナがあけ、毎月の定例会を再開

4 月 13 日(土)の定例会には、ぴんく・ぱんさぁ（与儀・奥間）

2 名も参加

・今年はピンクリボンアドバイザーの教材を使い、

ピンクリボンアドバイザー試験に向け、勉強会を行っていくなど



発表後、石垣のメンバーがマミドーマー、宮古のメンバーが

クイチャーを披露

ピンクリボンアドバイザーサテライト試験 IN 宮古の実施について

昨年の石垣に続き、宮古でも 2025 年 1 月 12 日(日)に実施にむけ、

準備を進めている 8 月、11 月に受験希望者のための勉強会と市民公開講座を開催

宮古の試験前日 1 月 11 日（土）には、那覇でもピンクリボンアドバイザー試験を実施する予定

ピンクリボンアドバイザー　アニュアルミーティング 2024 に参加

6 月 23 日(日)

がん研究会有明病院　吉田富三記念講堂

（石垣でのピンクリボンアドバイザーサテライト試験の取り組みについての活動を発表）

資料８－（２）

令和６年８月２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）

記

やいまゆんたく会の活動について（報告）

第１回沖縄県がん診療連携協議会の患者会報告を下記のとおり行います。

内　容　やいまゆんたく会　令和６年度定期総会開催について

日　時　令和６年５月 11 日（土）14:00～16:00

場　所　石垣市健康福祉センター1 階研修室

議　題　令和５年度決算報告、６年度予算及び各種議案等の審議、会の抱える課題等について話し合った

以上

Be style 令和６年度　活動報告

◆３月に患者会の開催

◆本年度の活動方針のミーティング

◆７月開催の患者会の準備中(６月現在)

◆７月患者会開催予定

◆２０２４リレーフォーライフ参加予定

◆２０２５年１～３月の間に患者会開催予定

２０２４年、３月の患者会の後に、ぴあナースの看護師と共に本年度の活動方針を話し合いました。患者会の会費をなるべく低く、もしくは無料で開催できないかと模索中です。
若年性のがん患者さんは、入院保険やがん保険に加入していない割合も比較的多いのではと思っております。これまでの患者会は、カフェの個室をお借りして行っていましたが、金銭面が厳しい方にも、気軽に参加できるよう、患者会のスタイルを変えていこうと、７月の患者会からはレンタルスペースを利用します。
お金の事を気にせず、辛い治療や不安の中でも、少し息抜きが出来るような、そういう時間や機会を作りたいと思います。

また、今年始まりました AYA 世代のがん患者にむけた、在宅療養生活支援事業、そしてアピアランスケアの支援につきましては、患者会のインスタグラムや公式 LINE にて、情報をお知らせしておりますが、お住いの地域によっては準備が整っていない所もあるので、まずはがん相談支援センターへ相談されることをお勧めしています。

そして、次回のリレーフォーライフは、沖縄国際大学にて行われるということで、子供や学生さんも参加できるようなチャリティープログラムを考案中です。
患者会や、アピアランスケア支援事業、AYA 世代がん患者さんへの支援事業も合わせてアピールしたいと思っています。

必要なのは

ハイリスクアプローチ

沖縄県の「働き盛り」は、
がん検診の受診率が
低いため、
がんの発見が遅れ、

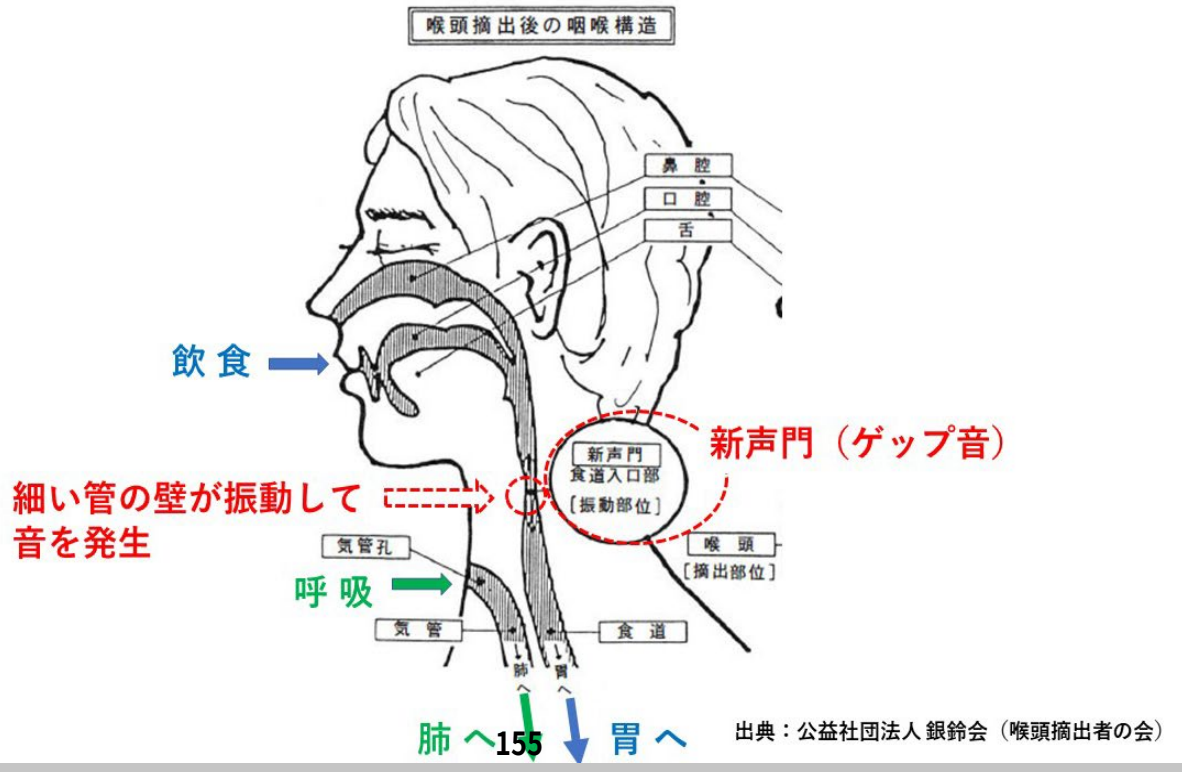
がんによる死亡者を増やす
原因になっていないだろか？

①

「下咽頭がんの手術」から9年が経過しました。

又吉　賢弘　73歳

②



出典：公益社団法人 銀鈴会（喉頭摘出者の会）

③

世界長寿地域宣言

沖縄県は、戦後、焦土の中から立ち上がり、５０年を経た今日、社会経済のめざましい発展をとげるとともに、世界に誇れる長寿地域になった。

この長寿地域の達成が県民の努力と保健医療関係者の熱意の賜であり、その根底には恵まれた温暖な気候、先人の英知の結晶である伝統的食生活や文化があることと思う。

沖縄県が世界長寿地域であることをここに宣言する。

1995年8月18日

沖縄県知事　大田昌秀

出典：沖縄県医師会

④



世界長寿地域宣言の碑が泣いている

生活習慣病予防の総括必要

活習慣病のまん延による平均寿命の順位低下は人的、財政的、文化的損失を招き、社会の活力低下、貧困の増加を来す。このような社会で育つ子どもたちも健康状態は劣化し、生活習慣病予備軍となっている。

ところで、英国のデイビッド・バーカー博士の「生活習慣病胎児期発症説」に端を発する研究で、現代の疫病たる生活習慣病は妊娠期・子ども期・青年期からの予防対策が必須とされる。県は官民挙げて、多くの対策を取ってきたが、長寿県復活は遠のくばかりだ。

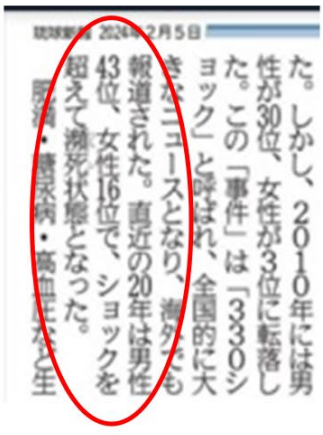
これまでは働き盛り世代への対策が中心で、子どもや青年層への取り組みを重視しなかったことが主な理由だと思う。今後、大きな戦略転換が必要なことは明らかである。太平洋戦争の敗戦にさかのぼり、昭和・平成時代にまん延した生活習慣病に対して、今こそ「令和の反転攻勢」をするチャンスである。

今年の正月、帰省した息子の家族と共に20年ぶりに県総合運動公園を訪ねた。公園内に掲示された地図には多くの建物の名前を見るが、「世界長寿地域宣言の碑」の表示はなく、場所を探すのに苦労した。かなり歩き回って、広い公園の片隅に、ようやく碑を見つけた。目の前には色鮮やかな大型遊戯施設や案

3

156

2020年には
330ショックを超えて
「瀕死状態」



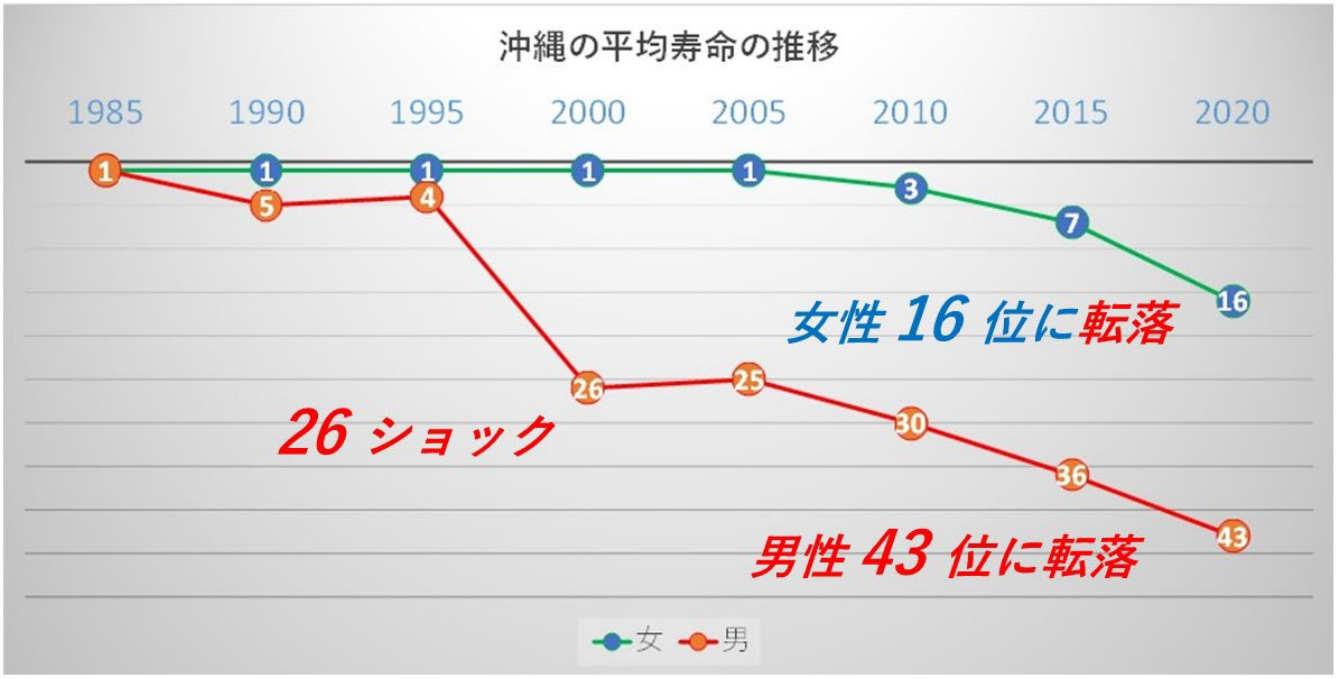
琉球新報 2024年2月5日

た。しかし、2010年には男性が30位、女性が3位に転落した。この「事件」は「330ショック」と呼ばれ、全国的に大きなニュースとなり、海外でも報道された。直近の20年は男性43位、女性16位で、ショックを超えて瀕死状態となった。

肥満・糖尿病・高血圧など生

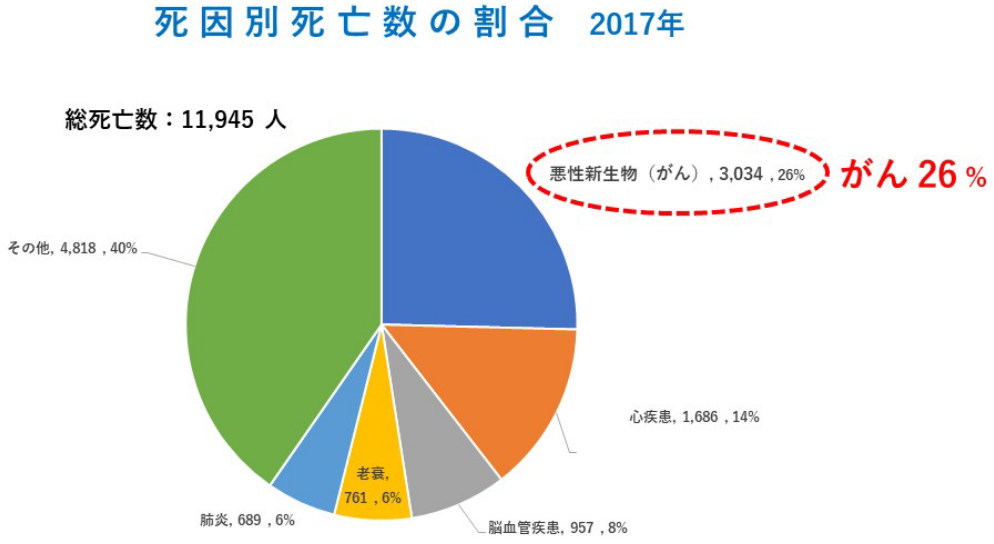
出典：琉球新報 論壇

⑤



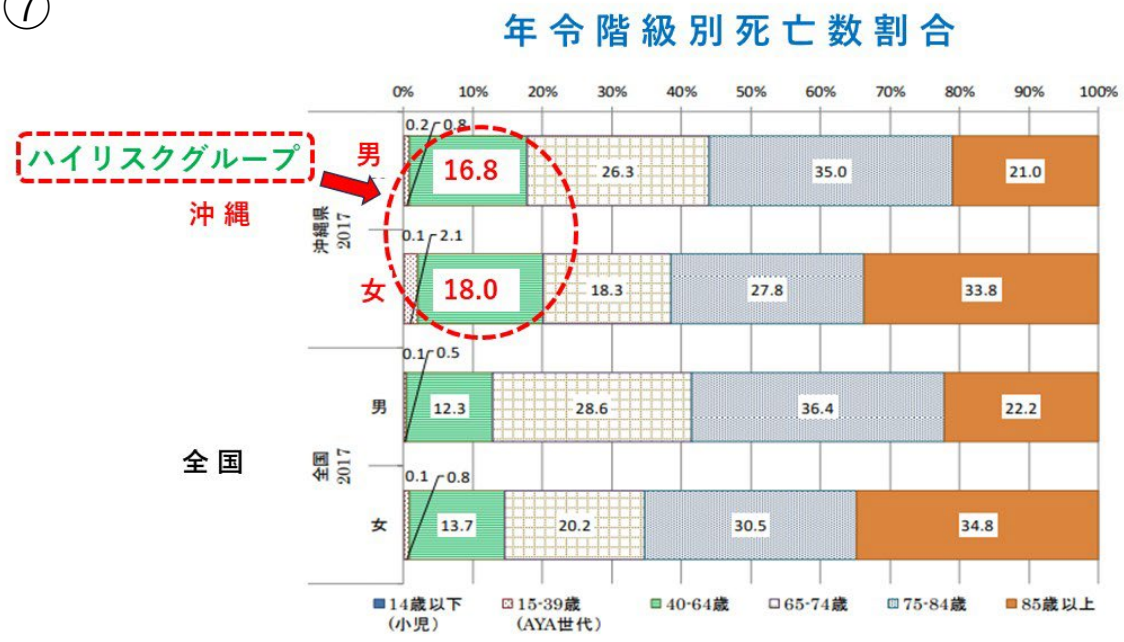
出展: 厚労省 令和２年・都道府県別生命表の概況

⑥



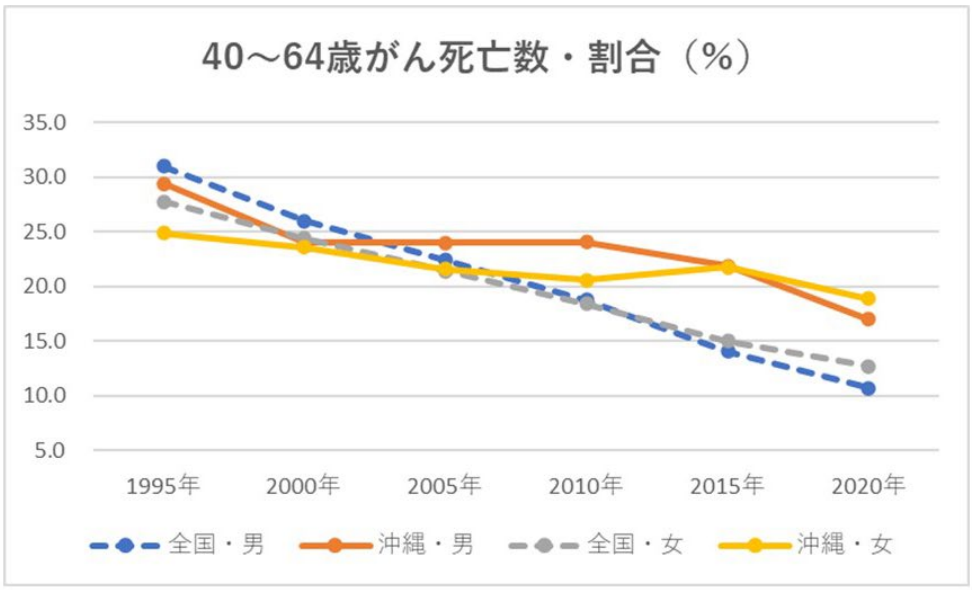
データ元：沖縄県人口動態統計（確定数）
平成 29 年の概況

⑦



出典：沖縄県がん登録事業報告
（平成 29 年(2017 年)の罹患集計）

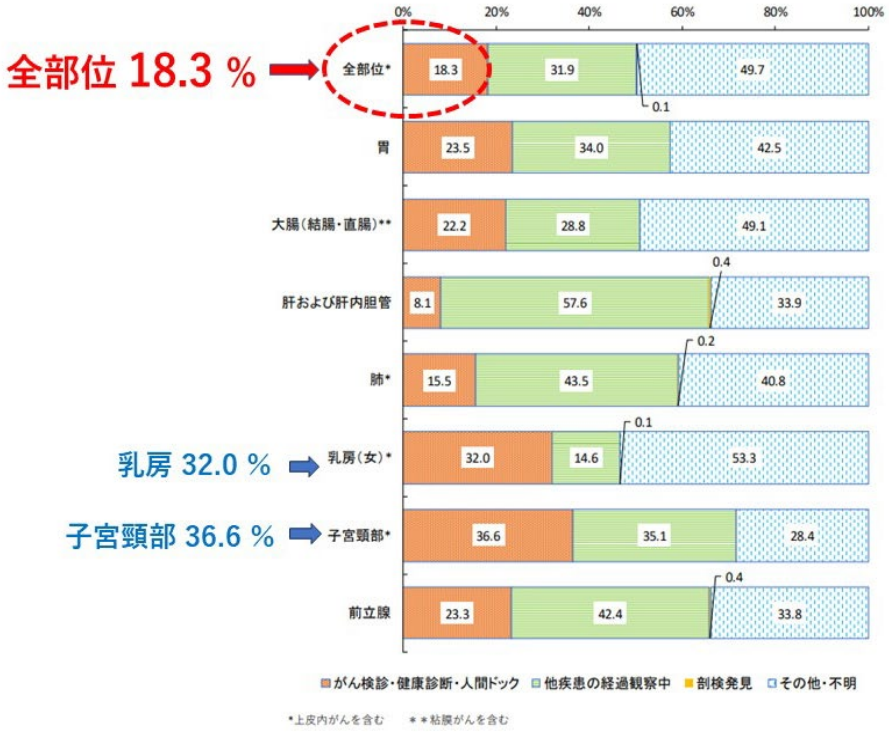
⑧



出典：人工動態調査 人口動態統計

⑨

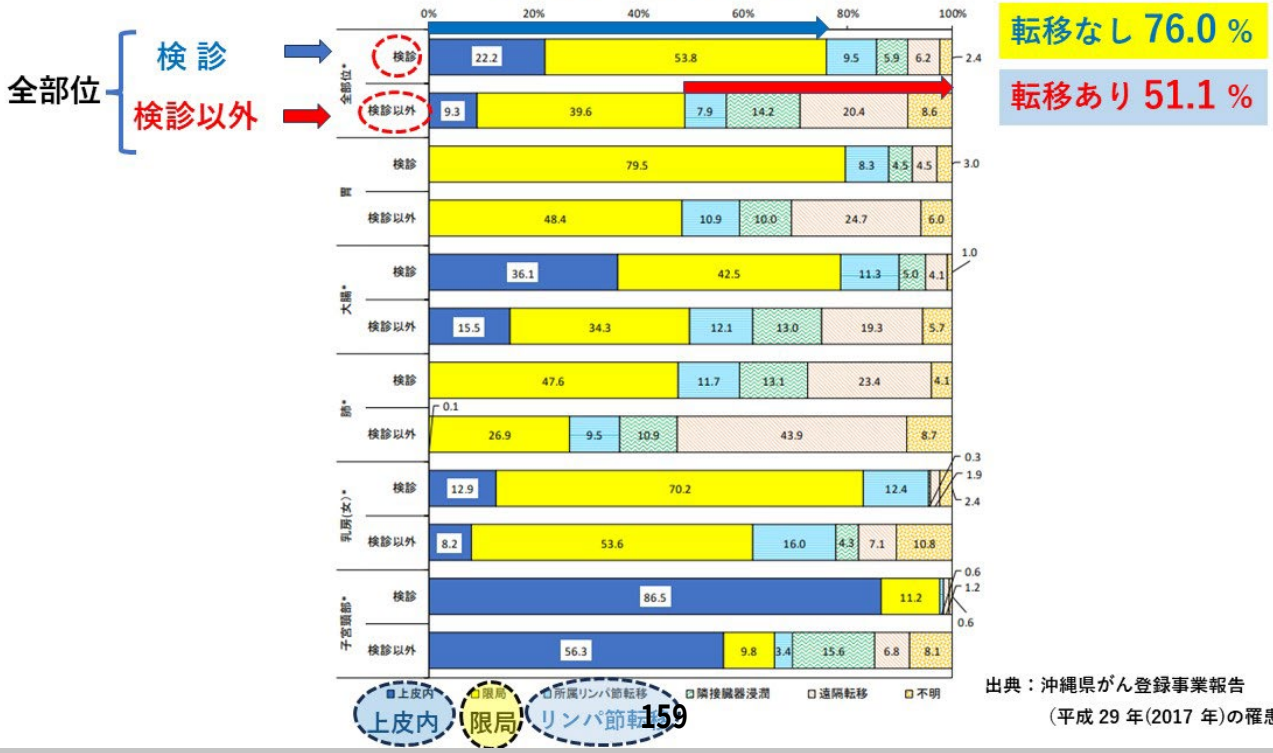
部位別発見経緯



出典：沖縄県がん登録事業報告
（平成 29 年(2017 年)の罹患集計）

⑩

発見経緯別進展度



出典：沖縄県がん登録事業報告
（平成 29 年(2017 年)の罹患集計）

⑪

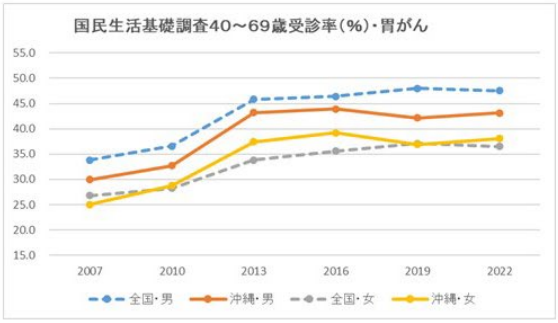
沖縄県がん対策推進計画（第3次）中間評価

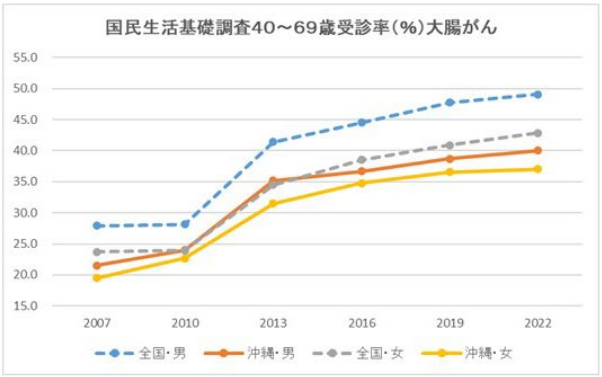
令和4年10月
沖縄県保健医療部健康長寿課

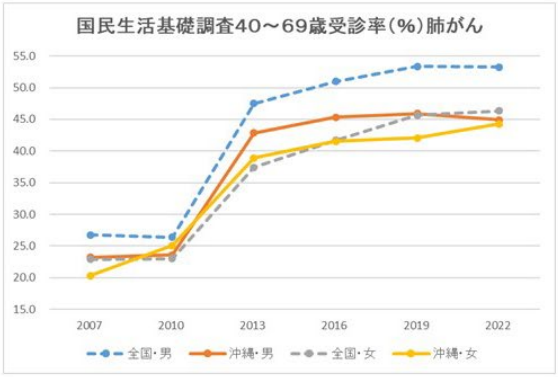
(b) 指標の進捗状況

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

（出典：国民生活基礎調査）

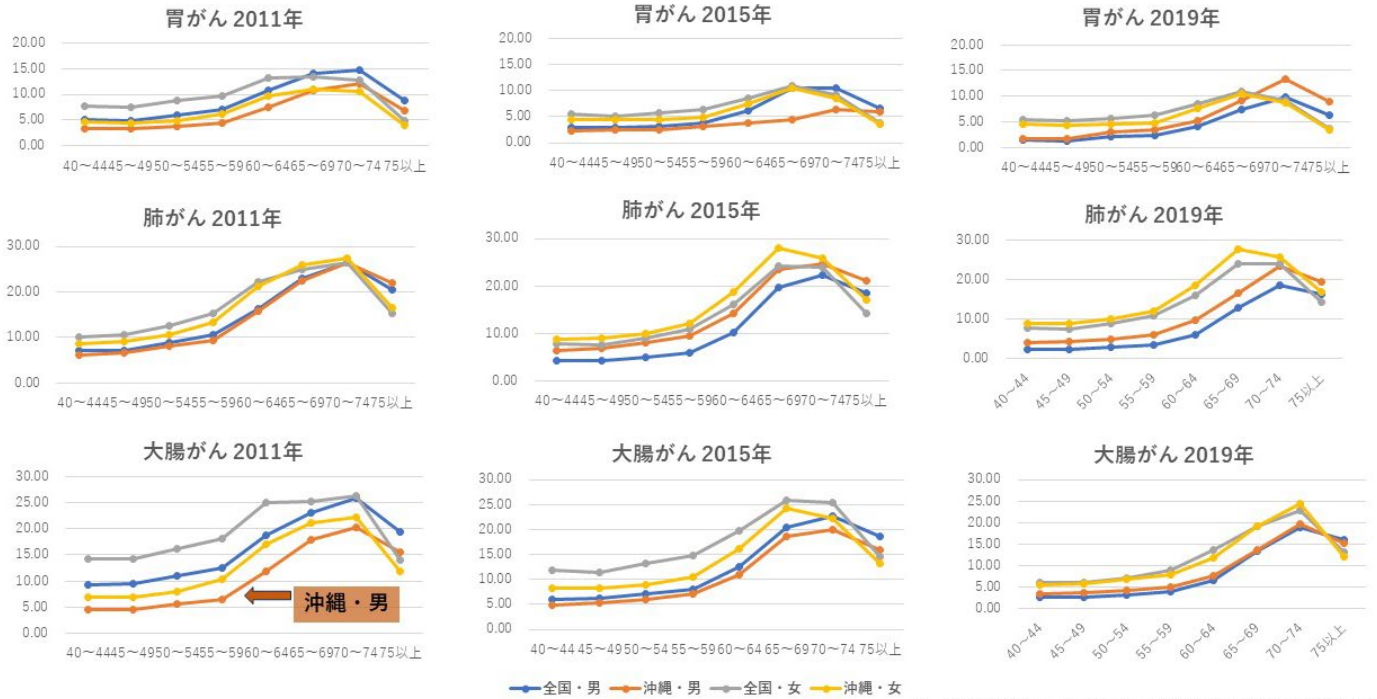






⑫

性別・年令階級別がん検診受診率



データ元：e-stat地域保健・健康増進事業報告（健康増進編）市区町村表

⑬

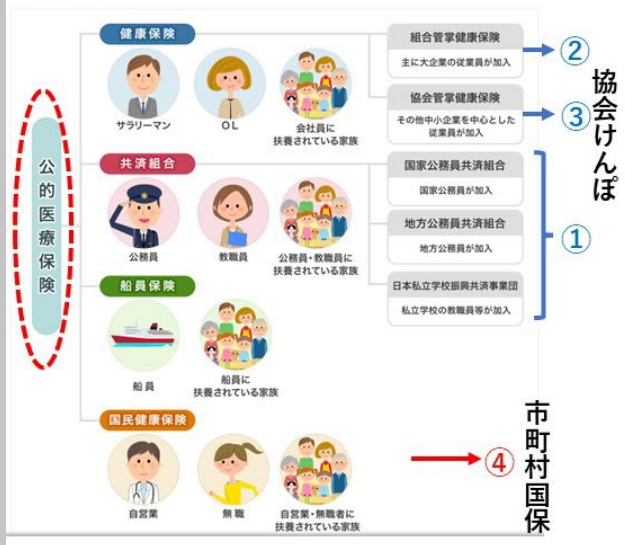
職域におけるがん検診に関するマニュアル
平成 30 年 3 月　厚生労働省

職域におけるがん検診は、**法的根拠がなく、**保険者や事業者が、**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、検診の実施方法は様々であるのが実態である。

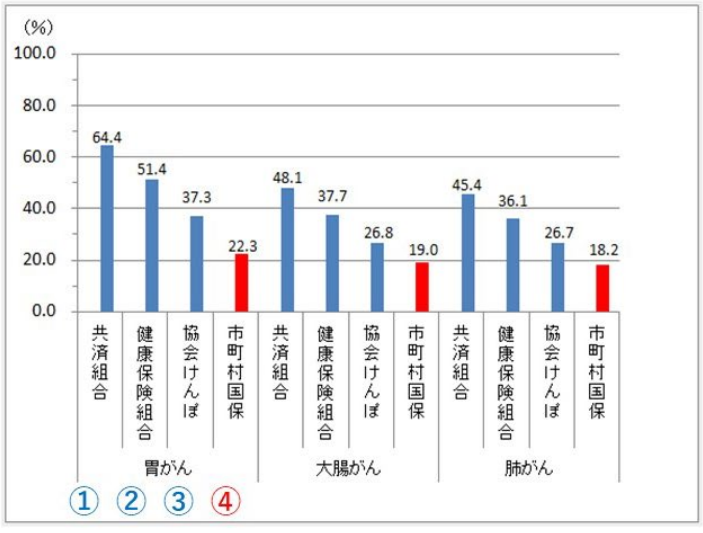
⑭

国民皆保険制度
国民全員が加入する公的医療保険制度

公的医療保険の分類



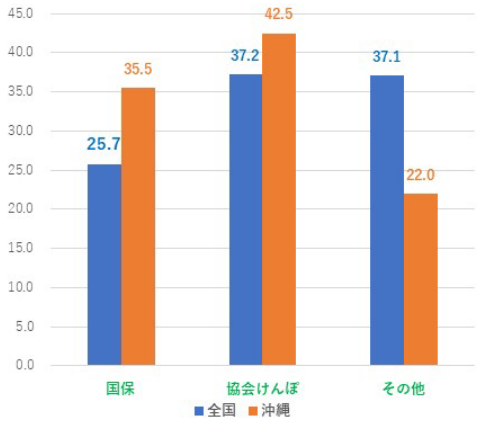
がん検診の受診率向上に向けて



出典：がん検診の受診率向上に向けて！（大阪国際がんセンター）

⑮

医療保険種別加入者率



がん検診未受診理由



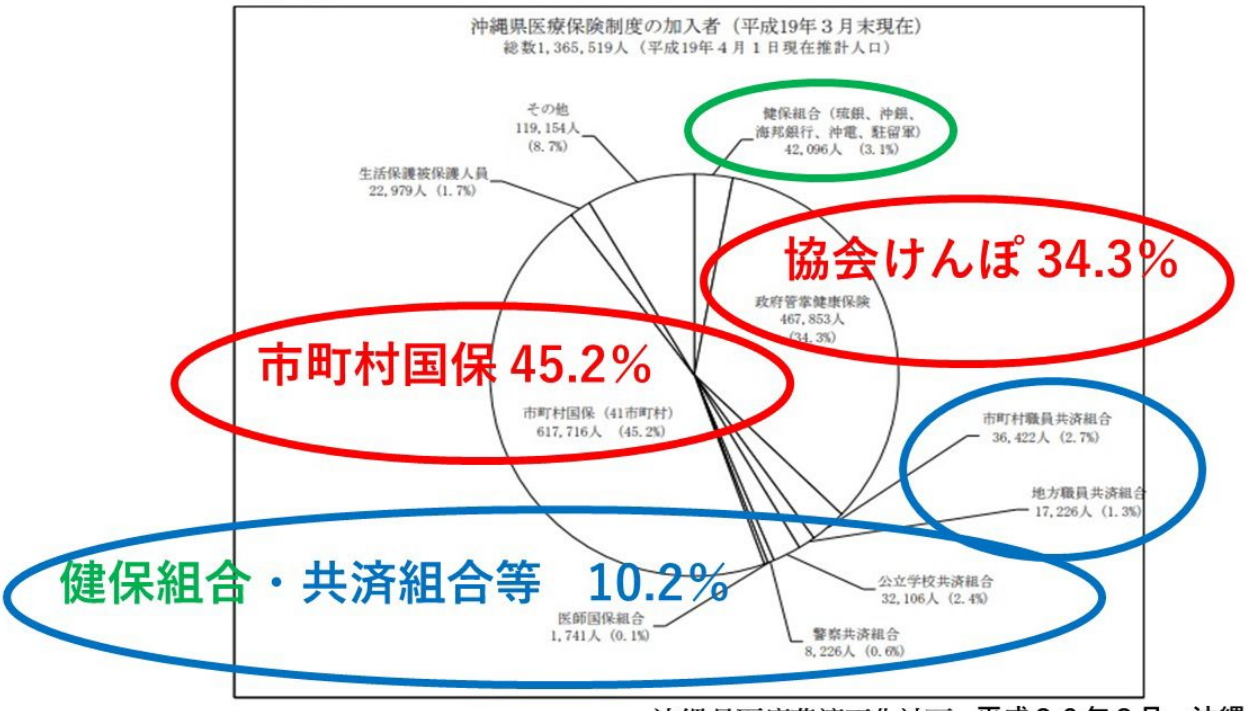
※　怖いのは、がん細胞がどんどん大きくなているのに、気が付かない事

出典：がん対策に関する世論調査・平成28年（内閣府）

⑯

医療保険の加入者の状況

図－５



沖縄県医療費適正化計画　平成２０年３月　沖縄県

⑰

第67巻第5号「厚生の指標」2020年5月

投稿

がん患者における医療保険の種別・本人家族別にみた検診発見がんと早期がんの割合

大阪府がん診療連携協議会がん登録・情報提供部会

目的　がん検診受診率は市町村国民健康保険（市町村国保）加入者よりも被用者医療保険加入者のほうが高く，被用者保険の中では被保険者本人は家族よりも高い。しかし，がん患者における検診発見や早期がんの割合について，保険の種類や本人・家族による差異は知られていない。就労世代のがん患者の検診発見がんと早期がんの割合を保険種別と本人・家族別に明らかにする。

方法　データソースは大阪府がん登録と府内のがん診療拠点病院36施設のDPCデータの連結データである。大阪府がん診療連携協議会のがん登録・情報提供部会に2017年にDPCデータを提供した病院で2010～15年に胃，大腸，肺，乳房（女性）のがん（上皮内を含む）と診断され，がん診断年月に保険診療を受けた40～59歳の患者と，子宮頸部（女性）のがん（上皮内を含む）と診断された20～59歳の患者を対象とした。がん診断時のDPCデータから患者の加入する保険を市町村国保と，被用者保険である健康保険組合（健保），協会けんぽ（協会），共済組合（共済）と，その他（国保組合，生活保護等）に分類し，さらに被用者保険加入者を本人と家族に分類した。がん登録に報告された発見経緯の「検診・健康診断・人間ドックで発見」を検診発見がん，進展度の「上皮内」と「限局」を早期がんと扱った。保険種別・本人家族別の検診発見がんと早期がんの割合の算出をがんの部位ごとに行った。

⑱

令和２年度 第３回沖縄県がん診療連携協議会 医療部会 議事要旨

【協議事項】

１．医療部会のロジックモデルについて

増田副部会長より、資料４に基づき医療部会のロジックモデルについて説明があった。

DPC データと院内がん登録のデータをリンケージ　し、さらにカルテレビューまで行うと実状に近いデータを取ることができ、クオリティインディケーター（診療の質指標）を測定できると説明があった。

⑲

図表14　都道府県別従業者規模別常用雇用者数の割合

（%）

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

従業員数100人未満　沖縄　57.7%　全国　41.1%

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

29

⑳

令和3年度　第1回全国健康保険協会沖縄支部評議会（令和3年7月19日）

5者協定の事業展開（保険者を越えた取り組み）

長期目標：2040年に男女とも平均寿命日本一

健康経営宣言事業所数の拡大、定期健診有所見率の改善、65歳未満死亡率の改善

効果が確認できた取り組みを全県へ拡大

沖縄県の働き盛り世代（20歳～64歳　80万8千人）

拡大

拡大

協会けんぽ（20歳～64歳　38万9千人）

うちなー健康経営宣言
（先行実施）
（20歳～64歳）
被保険者23,655人被扶養者6,712人
合計　30,367人

うちなー健康経営宣言
（協会けんぽ以外）

うちなー健康経営宣言
（協会けんぽ以外）

5者協定に基づく取り組み　2,3,4…

5者協定に基づく取り組み　1　：　65歳未満健康・死亡率改善プロジェクト（血圧）

基本的取り組み　：　特定健診、特定保健指導、重症化予防事業、健康宣言事業

目標に向かって有機的に連携

沖縄県　沖縄労働局　沖縄県医師会　協会けんぽ　沖縄産業保健総合支援センター

※「がん」の二文字が欲しい！

㉑


毎年健診を受診する
メタボ判定されたら特定保健指導を受ける
最後まで中断することなく生活習慣の改善に取り組む
47支部対抗戦
健康づくりでつかめ報奨金!
報奨金
保険料率の引き下げ
要治療・要精密検査の項目があったらすみやかに医療機関を受診する
お薬はジェネリックを選択する
ご存知ですか？ インセンティブ制度
参加者 協会けんぽ都道府県支部ごとの加入者および事業主の皆さま
ルール
①健診受診率など、健康づくり、医療費適正化に関する5つの取り組みを支部ごとに評価
②成績の良い上位15支部は、インセンティブ（報奨金）で健康保険料率引き下げ
③取り組み結果（成績）は、2年後の健康保険料率に反映される
（例）2022年度の結果が2024年度の健康保険料率に反映
具体的な取り組みは裏面へ！
全国健康保険協会 沖縄支部
協会けんぽ


健康保険料率に反映される 5つの取り組み
下記の5つの評価指標にかかる皆さまの取り組みが健康保険料率に反映されますので、取り組みの推進にご協力をお願いします。
※順位・実施率は2022年度沖縄支部の実績
評価指標① 特定健診等の実施率
年に1回、協会けんぽの健診補助を利用しましょう
＼協会けんぽが健診費用の一部を負担します／
35歳以上の被保険者（ご本人） 生活習慣病予防健診
【一般健診】最高18,865円
自己負担額最高 5,282円
メタボリックシンドローム、5大がん（肺・胃・大腸・子宮・乳房）までカバー。
19位（前回29位↑） 60.1%
40歳以上の被扶養者（ご家族） 特定健診
【健診費用】約7,000円 無料
※沖縄県内の健診機関または集団健診で受診する場合。
評価指標② 特定保健指導の実施率
メタボ判定されたら、無料サポートを利用して生活習慣を改善しましょう
36位（前回32位↓） 24.5%
評価指標③ 特定保健指導対象者の減少率
再度「特定保健指導」の対象者にならないよう健康的な生活を心がけましょう
25位（前回34位↑） 34.2%
評価指標④ 医療機関への受診勧奨対象者の受診率
健診結果に「要治療」「要精密検査」があったら、すぐに医療機関を受診しましょう
29位（前回35位↑） 35.8%
評価指標⑤ ジェネリック医薬品の使用割合
おくすりを受け取る際は、積極的にジェネリック医薬品を選択しましょう
10位（前回1位↓） 89.3%
全国健康保険協会 沖縄支部
協会けんぽ
098-951-2211
〒900-0512 沖縄県那覇市旭町114-4おきでん那覇ビル6階
https://www.kyoukaikenpo.or.jp/shibu/okinawa/

㉒


健康保険料率に反映される 5つの取り組み
下記の5つの評価指標にかかる皆さまの取り組みが健康保険料率に反映されますので、取り組みの推進にご協力をお願いします。
※順位・実施率は2022年度沖縄支部の実績
評価指標① 特定健診等の実施率
年に1回、協会けんぽの健診補助を利用しましょう
＼協会けんぽが健診費用の一部を負担します／
35歳以上の被保険者（ご本人） 生活習慣病予防健診
【一般健診】最高18,865円
自己負担額最高 5,282円
メタボリックシンドローム、5大がん（肺・胃・大腸・子宮・乳房）までカバー。
19位（前回29位↑） 60.1%
40歳以上の被扶養者（ご家族） 特定健診
【健診費用】約7,000円 無料
※沖縄県内の健診機関または集団健診で受診する場合。

2024 年 7 月 8 日

がん診療連携協議会報告原稿（協議会報告・縦スライド.pptx 使用）

又吉　賢弘

又吉です。宜しくお願いします。
私は、高校２年生のクラスで、がん教育の外部講師としてお話する機会がありました。
今回は、その講話内容の紹介と共に、本協議会の皆さんへお願いしたい事があり、10 分の時間を頂きましたので、「がん経験者の立場」でお話いたします。テーマは「ハイリスクアプローチ」です。

１頁を開いてください。
①、②：講話の前半は、自分のがん治療について話します。

２頁を開いてください。
③：次に、「世界長寿地域宣言」の紹介をして、「沖縄のがん」の状況について、様々な統計データを使ってお話します。がん検診の適齢期に達した時、率先して受診するよう呼びかけるのが目的です。

④：琉球新報の今年２月５日の論壇から紹介します。この件に関して、医療界からの発言は初めてではないでしょうか？「長寿県は今や瀕死状態」と現状を憂慮する発言です。

３頁を開いてください。
⑤：この先どこまで落ちるでしょうか？なんでそうなったのでしょうか？

⑥：沖縄県の死因のトップは「がん」による死亡です。

４頁を開いてください。
⑦：年代別の死亡数・割合です。40～64 歳の働き盛りは全国値の３割増しの状況で、「ハイリスク」と言えるのではないでしょうか？

⑧：下のスライドは、「40～64 歳代」の死亡数・割合の時系列です。破線の全国値が着実に減少しているのに対して、沖縄は足踏み状態と言えそうです。

５頁を開いてください。
⑨：がんの発見経緯を全部位でみると、がん検診・健康診断・人間ドックによる発見は２割以下です。

⑩：検診以外で、発見された「がん」の５割以上に転移が見られます。

６頁を開いてください。
⑪：沖縄県がん対策推進計画の令和４年の報告では、40％前後の受診率を示していますが、これは検診実績ではなく、「国民生活基礎調査」のアンケート結果です。過去６回の調査結果の受診率をみると全国値が漸増しているのに比べ、沖縄県の 2013 年以降は足踏み状態です。

⑫：下のスライドは、市町村で実施している「がん検診」の受診率で、いずれも 25％に満たない状況、更に 65 歳以上と未満の受診率の差は明らかです。

７頁を開いてください。
⑬：平成 30 年に「職域におけるがん検診に関するマニュアル」が発表されました。「職域におけるがん検診は、法的根拠がなく、保険者や事業者が、福利厚生の一環として任意に実施している」と述べています。このマニュアルや「健康経営」の呼びかけなど「外堀を埋める」のではなく、「法的根拠」を確立した方が良いのではと思うのは私だけでしょうか？

⑭：「大阪国際がんセンター」が下のスライドの右側のグラフを報告しました。赤い棒は市町村国保の受診率ですが、先程の地域検診のデータと類似し、他を含めた全体の平均値が国民生活基礎調査のデータと近似します。左側は数年後に就職するかもしれない高校生に「国民皆保険制度」について説明したものです。

８頁を開いてください。
⑮：上の右側のグラフは、「がん対策に関する世論調査」の平成 28 年と令和５年のデータを比較したものです。「受ける時間がないから受けない」の答えは１位から２位へ、「費用がかかるから受けない」の答えは、４位から１位へ変化していますが、未受診の理由は経済的な問題が主な理由だと分かります。

⑯：下のスライドは、平成 20 年と古いデータですが、沖縄は市町村国保と協会けんぽでほぼ８割を占めています。私は 30 年以上人間ドックを受診していますが、受診者に高齢者を見る事は少ないです。人間ドックの受診者は各種医療保険の働き盛りが分散して受診していると考えられます。

９頁を開いてください。
⑰：「大阪府がん診療連携協議会」は、「がん患者における医療保険の種別と検診発見がんと早期がんの割合」について、DPC データを活用して報告しています。

⑱：下のスライドは、「沖縄県がん診療連携協議会」の報告です。「DPC データと院内がん登録のデータをリンケージ」と明記しています。この場において、がん経験者として、皆さんにお願いがございます。大阪府の協議会の報告と同様の作業を実施して、沖縄県の「働き盛り世代」をがん対策における「ハイリスクグループ」として捉え、その状況を明らかにして、「長寿県沖縄の復活」へ向けた足がかりを築いていただきたい。

10 頁を開いてください。
⑲上の表は、従業員数を比較したものです。100 人未満の事業所に勤める雇用者の全雇用者数に占める割合は、全国が約４割に対して、沖縄は６割近い。従業員数の少ない事業所は、経済的な体力が弱く、受診率が低くなる可能性を予測します。更に、「がん対策に関する世論調査」の「がん検診を受けない理由」の１位と２位は、受診者の経済的な問題でした。沖縄の殆どの事業所は「協会けんぽ」の被保険者であり、従業員規模に応じてがん検診の受診率が更に偏る可能性があります。

⑳：下のスライドは、「うちなー健康経営宣言」についての協会けんぽ沖縄の報告です。沖縄県や県医師会の名前も存在しています。従業員規模に応じたがん検診の受診率を明らかにするためにこの活動の協力が必要です。

11 頁を開いてください。
㉑㉒：「協会けんぽ沖縄」の「インセンティブ制度」の紹介です。緑色の楕円の内側に「５大がん」の文字が見えます。このような活動と連携して、がん対策のハイリスクアプローチを実行力のある手段として確立する為には、関係各機関への働きかけが必要です。
本協議会の使命ではないでしょうか？

以上です。ご清聴ありがとうございました。

がんの予防

C 個別施策

①生活習慣(喫煙)

番号			喫煙者の行動に影響する人達から、喫煙者に対して、タバコと禁煙に関する正しい知識を伝える 八重山病院 北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	指標	禁煙希望割合		男性	なし (2022) 31.4% (2021)	24.6% (2019)	なし	沖縄県値:県民健康・栄養調査 全国値:国民健康・栄養調査報告
				女性	なし (2022) 57.1% (2021)	30.9% (2019)	なし	
	指標	喫煙の健康影響について正しい知識を持つ人の割合						
	指標	地域を対象として普及啓発に努めている拠点病院等の割合						

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

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

②生活習慣(飲酒)

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

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

③感染症対策(HPV)

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

番号			HPVワクチンの予防接種後に生じた症状への対応を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-2	指標	予防接種健康被害救済制度の申請者数に対する協力医療機関への受診割合						沖縄県感染症対策課に問合せ中

④感染症対策(肝炎)

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

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

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

⑤感染症対策(HTLV-1)

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

番号			保健所においてHTLV-1抗体検査と相談指導を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
5-2	指標	HTLV-1の保健所の検査数						

B 中間アウトカム

番号			喫煙率と受動喫煙が減少できている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	指標	20歳以上の者の喫煙率		男性	29.5% (2019)	28.8% (2019)	京都府 24.3% (2019)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」国民生活基礎調査による都道府県別喫煙率データ(2001～2019年) 【参考】県民健康・栄養調査(2021年) 男24.2%、女5.0%
				女性	8.8% (2019)	8.8% (2019)	島根県 4.2% (2019)	
	指標	中学生・高校生の喫煙者の割合		中学生		0.2% (2021)		沖縄県値:Takakura,et al.schoolHealth2023;19:14-25. 全国値:分担研究報告書2021年中高生の喫煙、飲酒等生活習慣に関する全国調査
				高校生	男子2.5% 女子0.8% (2023)	0.7% (2021)		
	指標	妊婦の喫煙率			2.1% (2022)	2.1% (2022)	富山県 0.8% (2022)	こども家庭庁育成局「母子保健事業に係る実施状況等調査 別紙2乳幼児健康診査 問診回答状況(都道府県別)
	指標	望まない受動喫煙(家庭・職場・飲食店)の機会を有する者の割合		家庭	なし (2022) 5.2% (2021)	6.9% (2019)	なし	沖縄県値:県民健康・栄養調査 全国値:国民健康・栄養調査
				職場	なし (2022) 20.6% (2021)	26.1% (2019)	なし	
				飲食店	なし (2022) 23.2% (2021)	29.6% (2019)	なし	
	指標	NDB-SCR/NDB ニコチン依存症管理料		(初回)外来	161.2 (2021)	100.0 (2021)	鳥取県 184.7 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差
				(2回目から4回目まで)外来	166.2 (2021)	100.0 (2021)	鳥取県 173.4 (2021)	
				(5回目)外来	170.0 (2021)	100.0 (2021)	島根県 185.6 (2021)	

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

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

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

番号			HTLV-1 感染者数の減少ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
5-1	指標	HTLV-1 感染率						

A 分野アウトカム

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

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

C 個別施策

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について

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

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

②がん検診の精度管理等について

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1	指標	行政担当者、保健所職員、検診機関の職員等は、国等が企画する研修会を受講する					
		全国がん検診従事者研修(基礎)(実務)および全国がん検診指導者研修を修了した市町村の担当者等のそれぞれの割合	従事者研修(基礎)(実務)	36.6% (2023)			
			指導者研修				

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-2	指標	県は受診率向上と精度管理のために研修会等を開催し、市町村等は担当者を受講させる					
		研修を終了した市町村の担当者等の数					

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-3	指標	県は、がん登録情報等を活用したがん検診の精度管理について、市町村へ技術的支援等を行う					
		がん登録情報を活用した精度管理実施市町村数の割合					

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-4	指標	県は、精密検査受診率の低い市町村の実態把握を行い、それらに関する指導・助言等を行う					
		県が指導・助言等を行った市町村数					

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-5	指標	市町村は、指針に基づいたがん検診の実施及び精度管理の向上を行う 宮古病院					
		国の示す「市町村事業におけるがん検診の事業評価の手法について」に基づいた事業評価をしている市町村及び検診実施機関の割合					
		精度管理の実態や指標を定期的に評価・公開している市町村及び検診実施機関の割合					
		要精検率の許容値を達成している市町村の割合					
		精検受診率の目標値90%以上を達成している市町村の割合					
		未把握率の目標値5%以下を達成している市町村の割合					
		精検未受診率の目標値5%以下を達成している市町村の割合					
		感度と特異度の把握をしている市町村及び検診実施機関の割合					

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-6	指標	職域を含めた、がん検診の実施者による分かりやすい情報提供を推進する					
		がん検診の正しい情報提供を実施した市町村の割合					

B 中間アウトカム

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

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

A 分野アウトカム

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

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-2	指標	有効ながん検診を有するがんの進行がんの減少ができている					
		検診がん種別(胃、大腸、肺、乳房(女)、子宮頸)進行がん罹患率	胃	男32.7 女10.3 (2020)	男54.9 女19.9 (2020)	男 沖縄県32.7 女 沖縄県10.3 (2020)	国立がん研究センターがん情報サービス「全国がん登録罹患数・率報告」上皮内がん除く
			大腸	男77.5 女44.8 (2020)	男68.2 女42.1 (2020)	男 大分県57.8 女 熊本県35.06 (2020)	
			肺	男50.1 女14.4 (2020)	男58.8 女24.0 (2020)	男 長野県46.6 女 沖縄県14.4 (2020)	
			女性乳房	女104.7 (2020)	女94.9 (2020)	女 島根県76.2 (2020)	
			子宮頸部	女13.6 (2020)	女13.1 (2020)	女 富山県 8.6 (2020)	

参考データ

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-3	指標	検診がん種別早期がん割合	胃	53.7 (2020)	57.4 (2020)	宮城県68.0 (2020)	全国がん登録罹患数・率(限局)
			大腸	43.5 (2020)	46.7 (2020)	岡山県52.9 (2020)	
			肺	27.9 (2020)	34.9 (2020)	島根県41.1 (2020)	
			女性乳房	66.4 (2020)	60.2 (2020)	香川県68.7 (2020)	
			子宮頸部	36.2 (2020)	39.5 (2020)	長崎県52.9 (2020)	

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

③受診率対策について

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-1	受診率向上に向けて、がん検診受診率をより正確かつ精緻に、また、個人単位で把握することができるように検討する						
	指標	検討を行っている市町村の割合					

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-2	市町村及び県が連携して、より科学的かつ効率的な受診勧奨策（コール・リコールなど）を推進し検診受診率を増加する 北部地区医師会病院						
	指標	受診勧奨実施市町村の割合	胃	67.5% （2022）	84.1% （2022）	群馬県他100.0% （2022）	国立がんセンター「市町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」①がん検診実施状況
			大腸	65.9% （2022）	85.5% （2022）	富山県他100.0% （2022）	
			肺	60.9% （2022）	82.3% （2022）	群馬県他100.0% （2022）	
			女性乳房	63.4% （2022）	85.0% （2022）	群馬県他100.0% （2022）	
			子宮頸部	65.8% （2022）	85.2% （2022）	富山県他100.0% （2022）	
	指標	検診受診率の目標値60%以上を達成している市町村の割合					

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-3	市町村及び県は、受診者の立場に立ったがん検診を受診する上での利便性の向上を行う 北部地区医師会病院						
	指標	利便性の向上を行っている市町村の割合					

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-4	市町村は、啓発のための研修会等を行う						
	指標	普及啓発キャンペーン実施市町村数					

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

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

がん医療提供体制

C 個別施策

①医療提供全般

1-1	沖縄県は、必要に応じたがん医療の集約化と機能分化と連携を行う 宮古病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	第8次医療計画に基づいて協議を行い決定したがん種の数(増加が良い)	12 (2018) 7 (2013)			
	指標	第8次医療計画に基づいて協議を行い決定した「施設」の総数(減少が良い)				確認中

1-2	「施設」同士および「施設」とそれ以外の医療機関等の連携を行う 八重山病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

1-3	すべての医療機関において、患者に対するICを適切に実施する 宮古病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

1-4	「施設」では、患者に対するセカンドオピニオンの提示などを適切に実施する 宮古病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」におけるセカンドオピニオンの数				

1-5	すべての医療機関において、患者に対するACPを適切に実施する 北部地区医師会病院 琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	ACPに関する院内のマニュアル等を策定している「施設」の割合				

1-6	全県および各二次医療圏におけるBCPについて整備する 北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	BCPを整備している「施設」の割合				

②病理診断

2-1	「施設」では、質の高い病理診断を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	常勤の病理専門医が1名以上配置されている「施設」の割合				

③がんゲノム医療

3-1	必要な患者に対し、適切なタイミングで、がん遺伝子パネル検査等及びその結果を踏まえた治療を行う 宮古病院 八重山病院 琉球大学病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がんゲノム情報管理センターに登録された患者数		82			がん遺伝子パネル検査オーダー進行表
	指標	琉球大学病院において遺伝性腫瘍に関する遺伝カウンセリングを実施した患者数		80			
	指標	以下の専門家の数 ①臨床遺伝専門医 ②認定遺伝カウンセラー ③がんゲノム医療コーディネーター	①臨床遺伝専門医	12人 (2024) 8.2人 対人口100万人	1,850人 (2024) 14.9人 対人口100万人	東京都436人 (2024) 30.9人 対人口100万人	臨床遺伝専門医制度委員会
			②認定遺伝カウンセラー	1人 (2024) 0.7人 対人口100万人	387人 (2024) 3.1人 対人口100万人	東京都91人 (2024) 6.5人 対人口100万人	認定遺伝カウンセラー制度委員会
			③がんゲノム医療コーディネーター	4.3人 (2022) 対人口100万人	18.74人 (2022) 対人口100万人	島根県45.02人 (2022) 対人口100万人	厚生労働省 第83回がん対策推進協議会 資料2-7「人材育成」20項

④手術療法

4-1	必要な資格を持った専門家が計画的に養成を行い、「施設」に必要に応じて配置する 宮古病院 八重山病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	以下の専門医の数 ①消化器外科専門医 ②呼吸器外科専門医 ③乳腺外科専門医 ④小児外科専門医 ⑤肝胆膵外科高度技能専門医 ⑥脳神経外科専門医 ⑦認定骨・軟部腫瘍医 ⑧婦人科腫瘍専門医 ⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医 ⑩泌尿器科専門医 ⑪頭頸部がん専門医 ⑫口腔外科専門医	①消化器外科専門医	82人 (2024) 55.8人 対人口100万人	9,208人 (2024) 74.1人 対人口100万人	京都府261人 (2024) 103.0人 対人口100万人	日本消化器外科学会
			②呼吸器外科専門医	17人 (2024) 11.6人 対人口100万人	1,640人 (2024) 13.2人 対人口100万人	徳島県16人 (2024) 23.1人 対人口100万人	日本呼吸器外科学会
			③乳腺外科専門医	18人 (2024) 12.2人 対人口100万人	2,034人 (2024) 16.4人 対人口100万人	京都府69人 (2024) 27.2人 対人口100万人	日本乳癌学会
			④小児外科専門医	5人 (2024) 3.4人 対人口100万人	753人 (2024) 6.1人 対人口100万人	京都府33人 (2024) 13.0人 対人口100万人	日本小児外科学会
			⑤肝胆膵外科高度技能専門医	4人 (2021) 2.7人 対人口100万人	587人 (2021) 4.7人 対人口100万人	和歌山県9人 (2021) 10.1人 対人口100万人	日本肝胆膵外科学会
			⑥脳神経外科専門医	74人 (2023) 50.4人 対人口100万人	7,899人 (2023) 63.6人 対人口100万人	高知県67人 (2023) 100.8人 対人口100万人	日本脳神経外科学会
			⑦認定骨・軟部腫瘍医	1人 (2024) 0.7人 対人口100万人	185人 (2024) 1.5人 対人口100万人	徳島県3人 (2024) 4.3人 対人口100万人	日本整形外科学会
			⑧婦人科腫瘍専門医	14人 (2023) 9.5人 対人口100万人	1,224人 (2024) 9.8人 対人口100万人	東京都218人 (2024) 15.5人 対人口100万人	日本婦人科腫瘍学会
			⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	2人 (2024) 1.4人 対人口100万人	91人 (2024) 0.7人 対人口100万人	福井県2人 (2024) 2.7人 対人口100万人	日本皮膚科学会
			⑩泌尿器科専門医	67人 (2024) 45.6人 対人口100万人	7,138人 (2024) 57.4人 対人口100万人	高知県63人 (2024) 94.8人 対人口100万人	日本泌尿器科学会
			⑪頭頸部がん専門医	7人 (2020) 4.8人 対人口100万人	493人 (2020) 4.0人 対人口100万人	鳥取県5人 (2020) 9.3人 対人口100万人	日本頭頸部外科学会
			⑫口腔外科専門医	26人 (2024) 17.7人 対人口100万人	2,240人 (2024) 18.0人 対人口100万人	鳥取県19人 (2024) 35.4人 対人口100万人	日本口腔外科学会
	指標	上記の専門医が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合					

4-2	「施設」では、標準治療を質が高く安全に実施する 那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業(JANIS)へ登録している「施設」の割合				

4-3	高い技術を要する手術療法について、集約化を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	食道、肝胆膵の手術を「施設」で行った患者の割合				

⑤放射線療法

必要な資格を持った専門家を計画的に養成し、「施設」に必要に応じて配置する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典

B 中間アウトカム

1-1	患者が、「がん診療を行う医療施設」(「施設」)で、医療機関の機能分担を通じた質の高い安心な医療の効率的な提供が受けられている 琉球大学病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 担当した医師ががんについて十分な知識や経験を持っていたと思う患者の割合		なし	89.8% (2023)	なし	患者体験調査
	指標	患者体験調査 治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合		71.4% (2018) 86.6% (2014)	88.5% (2023) 75.2% (2018) 89.6% (2014)	長野県83.1% (2018) 愛媛県95.2% (2014)	患者体験調査
	指標	「施設」における治療開始のカバー率					
	指標	NDB-SCR/NDB がん患者指導管理料「イ」	入院	134.2 (2021)	100.0 (2021)	大分県356.8 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差
			外来	98.7 (2021)	100.0 (2021)	鳥取県255.3 (2021)	
			入院+外来	105.3 (2021)	100.0 (2021)	鳥取県245.5 (2021)	
	指標	NDB-SCR/NDB 診療情報提供料(II)	入院	100.1 (2021)	100.0 (2021)	東京都193.0 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差
			外来	69.1 (2021)	100.0 (2021)	三重県323.0 (2021)	
			入院+外来	71.0 (2021)	100.0 (2021)	三重県308.5 (2021)	
	指標	医療者調査 問13 治療方針(告知等)の説明の際に、医師以外の職種も参加している割合はどの程度ですか。		68.7% (2023) 75%以上参加の割合 33.1% (2018)	なし	【参考値】秋田県 回答100%➡ 10.2%(2023) 回答100%➡ 13.1% (2020)	沖縄県値:医療者調査 参考値:秋田大学医学部附属病院 アンケート「医療者のみなさまへ」の集計結果
	指標	医療者調査 問38 沖縄県内において、がん医療の適切な集約化と機能分化が十分にできていると思いますか。		マイナス2.5スコア (2023)	なし	なし	医療者調査

2-1	患者が、速やかな病理診断を受けられている 中部病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 初診時から確定診断までの1ヶ月未満の人の割合		72.7% (2018)	70.0% (2023) 70.2% (2018)	山口県80.3% (2018)	患者体験調査

3-1	患者が、がん遺伝子パネル検査を受け、その結果に基づいて治療が選択できている 中部病院 琉球大学病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん遺伝子パネル検査を実施した患者のうち、エキスパートパネルで推奨された薬剤が投与された割合		2			がん遺伝子パネル検査オーダー進行表
	指標	DPC-QI lg1 Ⅳ期肺腺癌に対するがん薬物療法前のEGFR遺伝子変異検査		83.3%	88.1%	100.0% (複数)	QIフィードバックシステム
	指標	DPC-QI st3 切除不能Ⅳ期胃がんへの化学療法前HER2検査		0.0%	64.1%	100.0% (複数)	
	指標	医療者調査 問21 がんゲノム医療に関する十分な情報提供をした割合はどの程度ですか。		23.3% (2023)	なし	なし	医療者調査

4-1	必要な患者が、最適な手術を、タイムリーで質が高く安全に受けられている 中部病院 琉球大学病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	DPC-QI 15 StageⅡ・Ⅲの大腸癌に対するD3リンパ節郭清		96.2%	81.1%	100%	QIフィードバックシステム
	指標	DPC-QI 14 進行胃癌に対する定型手術		100.0%	92.5%	100%	
	指標	医療者調査 問23 手術を受けた患者のうち、質の高い最適な手術を提供できた患者の割合はどの程度ですか。		78.2% (2023)	なし	なし	医療者調査

	必要な患者が、最適な放射線治療をタイムリーで質が高く安全に受けられている 中部病院 琉球大学病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典

A 分野アウトカム

1-1	がん診療の質の向上と均てん化が行われ、患者に提供できている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん種別5年生存率	全部位	60.7%	66.2%	広島県 68.7%	院内がん登録 2014-2015 年5年生存率集計
			胃	59.0%	62.3%	新潟県 77.4%	
			大腸	63.3%	70.9%	新潟県 74.4%	
			肝細胞がん	37.10%	45.10%	広島県 50.7%	
			肝内胆管がん	13.50%	21.10%	広島県 34.7%	
			胆のうがん	47.40%	27.20%	沖縄県 47.4%	
			膵	12.60%	12.70%	山梨県 23.1%	
			小細胞肺がん	3.9%	11.5%	福井県 19.4%	
			非小細胞肺がん	34.7%	47.5%	大分県 56.0%	
			女性乳房	89.30%	91.60%	三重県 94.6%	
			前立腺	92.50%	95.10%	石川県 97.7%	
	指標	患者体験調査 がんの診断・治療全体の総合的評価		8.4点 (2018)	8.2点 (2023) 8.0点 (2018)	愛媛県8.5点 (2018)	患者体験調査
	指標	患者体験調査 専門的な医療を受けられたと思う患者の割合		87.2% (2018)	79.0% (2018)	東京都88.3% (2018)	患者体験調査
	指標	患者体験調査 これまで受けた治療に納得している患者の割合		85.4% (2018) 80.2% (2014)	77.4% (2018) 88.1% (2014)	愛媛県89.5% (2018) 福島県93.8% (2014)	患者体験調査

5-1	指標	放射線治療専門医が何らかの形で週に1回以上または月に1回以上関わっている「施設」の割合					
	指標	以下の専門家の数 ①放射線治療専門医 ②放射線治療専門放射線技師 ③医学物理士 ④がん放射線療法看護認定看護師	①放射線治療専門医	15人 (2024) 10.2人 対人口100万人	1,437人 (2024) 11.6人 対人口100万人	京都府57人 (2024) 22.5人 対人口100万人	日本放射線腫瘍学会
			②放射線治療専門放射線技師	11人 (2023) 7.5人 対人口100万人	1,847人 (2023) 14.9人 対人口100万人	大分県62人 (2023) 56.7人 対人口100万人	日本放射線治療専門放射線技師認定機構
			③医学物理士	9人 (2023) 6.1人 対人口100万人	1,461人 (2023) 11.8人 対人口100万人	福井県18人 (2023) 24.2人 対人口100万人	医学物理士認定機構
			④がん放射線療法看護認定看護師	6人 (2024) 4.1人 対人口100万人	311人 (2024) 2.5人 対人口100万人	山形県7人 (2024) 6.8人 対人口100万人	日本看護協会
	指標	以下の専門家が、常勤で配置されている放射線治療施設のそれぞれの割合 ①放射線治療専門医2名以上 ②放射線治療専門放射線技師2名以上 ③医学物理士 ④がん放射線療法看護認定看護師	①放射線治療専門医2名以上				
			②放射線治療専門放射線技師2名以上				
			③医学物理士				
			④がん放射線療法看護認定看護師				

5-1	指標	DPC-QI_b35 乳房温存術後の放射線療法	100.0%	73.7%	100.0% (複数)	QIフィードバックシステム
	指標	DPC-QI_lg13 70歳以下Ⅲ期非小細胞肺癌に対する同時化学放射線療法	25.0%	62.1%	100.0% (複数)	
	指標	DPC-QI_lg17 Ⅰ期非小細胞肺癌の非手術例に対する定位放射線治療	66.7%	47.4%	100.0% (複数)	
	指標	医療者調査_問24 放射線治療を受けた患者のうち、その適応の判断を多職種で議論された上で、提供できた患者の割合はどの程度ですか。	65.3% (2023)	なし	なし	医療者調査

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

5-3	「施設」では、粒子線治療や核医学治療、ホウ素中性子捕捉療法等について、適切に患者を紹介する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」から紹介されて、粒子線治療や核医学治療、ホウ素中性子捕捉療法等を受けた患者の数				

⑥薬物療法

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

6-1	必要な患者が、最新の知見に基づく最適な薬物療法を、タイムリーで質が高く安全に受けられている 中部病院　琉球大学病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	DPC-QI_lg14 ⅡB・ⅢA期非小細胞肺癌に対する術後化学療法(74歳以下)術後9週間以内の補助化学療法開始		0.0%	56.1%	100.0% (複数)	
	指標	DPC-QI_st14 胃癌術後6週間以内の補助化学療法開始		100.0%	51.4%	100.0% (複数)	QIフィードバックシステム
	指標	DPC-QI_32 StageⅢ大腸癌に対する術後補助化学療法		83.3%	82.7%	100.0% (複数)	
	指標	医療者調査_問25 薬物療法を受けた患者のうち、質の高い薬物療法を提供できた患者の割合はどの程度ですか。		74.7% (2023)	なし	なし	医療者調査

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

6-3	拠点病院等では、並存疾患のある患者に対する薬物療法を安全に実施する　八重山病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	免疫関連有害事象を含む有害事象に対して、他診療科や他病院と連携等して対応している「施設」の割合				

⑦チーム医療の推進

7-1	「施設」では、医療者、特に医師とそれ以外の医療者の間でのコミュニケーションが取れた医療行う 北部地区医師会病院　那覇市立病院　琉球大学病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標						
	指標						

7-2	「施設」では、院内や地域の歯科医師、歯科衛生士等と連携し、医科歯科連携によるがん患者の口腔の管理を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん患者の口腔健康管理のため院内又は地域の歯科医師と連携して対応している「施設」の割合				

7-3	「施設」では、栄養サポートチーム等の専門チームと連携し、栄養指導や管理を行う　北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「栄養サポートチーム加算」を算定している「施設」の割合				

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

⑧医療実装

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

8-2	「拠点病院等」では、治験も含めた医薬品等の臨床研究、先進医療、患者申出療養等に関する適切な情報提供を行い、患者を紹介する 那覇市立病院　琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	臨床試験に参加していない地域の患者さんやご家族向けの問い合わせ窓口を設置している拠点病院数				
	指標	「拠点病院等」において実施されている(参加が可能な)臨床研究の数				

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

緩和・支持療法

番号	C 個別施策					
①緩和ケア						
1-1	「施設」では、外来初診時および入院時に、看護師による「痛みのスクリーニング」を行い、その後は必要な医療を行う 宮古病院 中部病院 八重山病院 北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	外来初診時および入院時に、看護師による「痛みのスクリーニング」が行われたがん患者の割合				
	指標	前述の「痛みのスクリーニング」の結果を、看護師が、主治医（主治医チーム）に報告が行われたがん患者の割合				
	指標	「痛みのスクリーニング」の結果報告を受けて、主治医（主治医チーム）が速やかに必要な緩和ケアが行われたがん患者の割合				
	指標	「痛みのスクリーニング」の結果を受けての緩和ケアが主治医（主治医チーム）では充分行えない場合に、主治医（主治医チーム）から速やかに緩和ケアチームに紹介が行われたがん患者の割合				
1-2	外来患者は毎回の受診時に、入院患者は毎日、看護師による「痛みのモニタリング」を行い、その後は必要な医療を行う 北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	外来患者は毎回の受診時に、入院患者は毎日、看護師による「痛みのモニタリング」が行われたがん患者の割合				
	指標	前述の「痛みのモニタリング」の結果を、看護師が、主治医（主治医チーム）に報告が行われたがん患者の割合				
	指標	「痛みのモニタリング」の結果報告を受けて、主治医（主治医チーム）が速やかに必要な緩和ケアが行われたがん患者の割合				
	指標	「痛みのモニタリング」の結果を受けての緩和ケアが主治医（主治医チーム）では充分行えない場合に、主治医（主治医チーム）から速やかに緩和ケアチームに紹介が行われたがん患者の割合				
	指標	リンクナース制度を運用している「施設」の割合				
1-3	「施設」では、専門的な緩和ケアを提供できる人材とチームを整備する 中部病院 北部地区医師会病院 那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」の緩和ケアチーム新規診療症例数				
	指標	緩和ケア外来の新規診療症例数				
	指標	緩和ケア外来への、地域の医療機関からの紹介件数				
	指標	以下の専門家の数 ①緩和医療学会専門医及び認定医 ②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医 ③ペインクリニック専門医 ④放射線治療専門医 ⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医） ⑥緩和薬物療法認定薬剤師 ⑦緩和ケア認定看護師 ⑧公認心理師及び臨床心理士	①緩和医療学会専門医	3人 （2024） 2.0人 対人口100万人	356人 （2024） 2.9人 対人口100万人	鳥取県4人 （2024） 7.5人 対人口100万人	日本緩和医療学会
			①緩和医療学会認定医	11人 （2024） 7.5人 対人口100万人	1,146人 （2024） 9.2人 対人口100万人	鳥取県9人 （2024） 16.8人 対人口100万人	日本緩和医療学会
			②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	3人 （2024） 2.0人 対人口100万人	183人 （2024） 1.5人 対人口100万人	京都府9人 （2024） 3.6人 対人口100万人	日本サイコオンコロジー学会
			③ペインクリニック専門医	15人 （2024） 10.2人 対人口100万人	1,598人 （2024） 12.9人 対人口100万人	栃木県53人 （2024） 28.0人 対人口100万人	日本ペインクリニック学会
			④放射線治療専門医	15人 （2024） 10.2人 対人口100万人	1,437人 （2024） 11.6人 対人口100万人	京都府57人 （2024） 22.5人 対人口100万人	日本放射線腫瘍学会
			⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	13人 （2023） 8.8人 対人口100万人	1,264人 （2023） 10.2人 対人口100万人	奈良県119人 （2023） 92.0人 対人口100万人	日本インターベンショナルラジオロジー学会事務局からデータ提供
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	4人 （2024） 2.7人 対人口100万人	872人 （2024） 7.0人 対人口100万人	島根県11人 （2024） 17.0人 対人口100万人	日本緩和医療薬学会
			⑦緩和ケア認定看護師	33人 （2024） 22.5人 対人口100万人	1,951人 （2024） 15.7人 対人口100万人	山梨県50人 （2024） 63.0人 対人口100万人	日本看護協会
			⑧公認心理師	1,015人 （2024） 690.7人 対人口100万人	71,987人 （2024） 579.2人 対人口100万人	京都府2,301人 （2024） 908.1人 対人口100万人	日本心理研修センター
			⑧臨床心理士	336人 （2023） 228.6人 対人口100万人	36,865人 （2023） 296.6人 対人口100万人	京都府1,448人 （2023） 571.5人 対人口100万人	日本臨床心理士資格認定協会
	指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合					
②在宅医療							
2-1	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合を増加させる 宮古病院 中部病院 八重山病院 北部地区医師会病院 那覇市立病院 琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					
2-2	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度を向上させる 宮古病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					
2-3	在宅医療を提供できる必要な資格を持った専門家を計画的に養成し、必要に応じて配置する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	地域緩和ケア連携調整員研修受講者数		なし	なし	
	指標	以下の専門家の数 ①在宅専門医 ②訪問看護師 ③介護支援専門員 ④在宅医療インテグレーター	①在宅専門医	10人 （2024） 6.8人 対人口100万人	461人 （2024） 3.7人 対人口100万人	奈良県12人 （2024） 9.3人 対人口100万人	日本在宅医療連合学会
			②訪問看護師	3人 （2024） 2.0人 対人口100万人	549人 （2024） 4.4人 対人口100万人	愛知県83人 （2024） 11.1人 対人口100万人	日本看護協会
			③介護支援専門員	7,024人 （2023） 4,779.4人 対人口100万人	751,059人 （2023） 6043.2人 対人口100万人	徳島県7,111人 （2023） 10,259.9人 対人口100万人	日本看護協会
			④在宅医療インテグレーター	13人 （2024） 8.8人 対人口100万人	382人 （2024） 3.1人 対人口100万人	沖縄県13人 （2024） 8.8人 対人口100万人	日本在宅医療連合学会からのデータ提供
	指標	以下の施設の数 ①在宅療養支援診療所 ②強化機能型在宅療養支援診療所 ③在宅療養支援病院 ④訪問看護ステーション ⑤専門医療機関連携薬局 ⑥介護付きホーム専業所	①在宅療養支援診療所	98施設 （2022） 66.7施設 対人口100万人	15,090施設 （2022） 121.4施設 対人口100万人	長崎県282施設 （2022） 223.1施設 対人口100万人	厚生労働省 在宅医療にかかる地域別データ集
			②強化機能型在宅療養支援診療所	33施設 （2022） 22.5施設 対人口100万人	3,796施設 （2022） 30.5施設 対人口100万人	和歌山県44施設 （2022） 49.5施設 対人口100万人	
			③在宅療養支援病院	20施設 （2022） 13.6施設 対人口100万人	1,672施設 （2022） 13.5施設 対人口100万人	徳島県42施設 （2022） 60.6施設 対人口100万人	
			④訪問看護ステーション	201施設 （2022） 136.8施設 対人口100万人	14,829施設 （2022） 119.3施設 対人口100万人	和歌山県178施設 （2022） 200.1施設 対人口100万人	

番号	B 中間アウトカム					
1-1	がん患者及びその家族の苦痛の軽減ができ、QOLが向上できている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査・遺族調査 医療者はつらい症状にすみやかに対応していたと感じる割合	80.1% （2018）	90.1% （2023） 74.1% （2018）	愛媛県86.3% （2018）	患者体験調査
	指標	患者体験調査・遺族調査 医療スタッフが耳を傾け理解しようとしてくれていたと思う患者の割合	78.6% （2018）	90.1% （2023） 71.7% （2018）	愛媛県79.8% （2018）	患者体験調査
	指標	医療者調査 問10 2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果で痛むがあるとした患者のうち、その結果が主治医（チーム）に速やかに伝えられた患者の割合はどの程度ですか。	75.2% （2023）	なし	なし	医療者調査
	指標	医療者調査 問11 2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果が主治医（チーム）に伝えられた患者のうち、主治医（チーム）が速やかに必要な緩和ケアを行った患者の割合はどの程度ですか。	71.4% （2023）	なし	なし	医療者調査
	指標	医療者調査 問12 2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果が主治医（チーム）に伝えられた患者において、主治医（チーム）では対応が十分に行えない患者のうち、主治医（チーム）から速やかに緩和ケアチームに紹介が行われた患者の割合はどの程度ですか。	59.4% （2023）	なし	なし	医療者調査
1-2	緩和ケアの質の向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者報告アウトカム（PRO）の症状改善率				
	指標					
	指標	NDB-SCR/NDB 緩和ケア診療加算の算定回数	39.3 （2021）	100.0 （2021）	福井県211.7 （2021）	内閣府 医療提供状況の地域差（A-226-02-01）
	指標	NDB-SCR/NDB L101神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）				
	指標	NDB-SCR/NDB 緩和的放射線照射の実施数: M001-3（直線加速器による放射線治療）の2				
2-1	希望する患者の在宅医療への移行が充分にできている 那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	遺族調査 在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	なし	78.8% （2018）	なし	国立がん研究センター「患者さまが受けられた医療に関するご遺族の方への調査」
	指標	遺族調査 介護をしたことで、全体的に負担感が大きかった割合	53.1% （2019）	40.9% （2019）	福岡県31.0% （2019）	国立がん研究センター「患者さまが受けられた医療に関するご遺族の方への調査」
	指標	NDB-SCR/NDB 在宅ターミナルケア加算	84.4	100.00	312.1 （徳島県）	
	指標	NDB-SCR/NDB 看取り加算	90.3 （2021）	100.0 （2021）	神奈川県193.8 （2021）	内閣府 医療提供状況の地域差（C-001-00-06）
	指標	NDB-SCR/NDB 介護支援等連携指導料（がん患者に限定）	99.0 （2021）	100.0 （2021）	秋田県258.1 （2021）	内閣府 医療提供状況の地域差（B-005-01-02）
	指標	NDB-SCR/NDB 退院時共同指導料1（がん患者に限定）	236.3 （2021）	100.0 （2021）	岐阜県319.5 （2021）	内閣府 医療提供状況の地域差（B-004-00-01）
	指標	医療者調査 問26 在宅医療を希望された患者のうち、実際に在宅医療に移行した患者の割合はどの程度ですか。	62.7% （2023）	なし	なし	医療者調査

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

		⑤介護サービス事業所 ⑦訪問リハビリテーション事業所	⑤専門医療機関連携薬局	1施設 （2024） 0.7施設 対人口100万人	191施設 （2024） 1.5施設 対人口100万人	長崎県5施設 （2024） 4.0施設 対人口100万人	厚生労働省　専門医療機関連携薬局　認定薬局の件数
			⑥介護サービス事業所				
			⑦訪問リハビリテーション事業所	42施設 （2023） 28.6施設 対人口100万人	4,913施設 （2023） 39.5施設 対人口100万人	徳島県96施設 （2023） 138.5施設 対人口100万人	厚生労働省　介護サービス情報の公表システムデータのオープンデータ

2-4	看取りができる介護施設の拡大を図る　八重山病院　北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標　看取りができる介護施設の数					

③リハビリテーション

3-1	すべてのがん患者に対して、リハビリが必要かどうかの評価をする体制が整え、その結果を踏まえたリハビリを施行する　宮古病院　中部病院　北部地区医師会病院　琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標　がん患者リハビリテーション料に関する施設基準を満たした「施設」の割合					

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

④支持療法

4-1	患者が、治療に伴う副作用・合併症・後遺症への見通しを持ち、身体的苦痛や外見の変化等があった際に容易に相談できる環境を整備する 中部病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標　リンパ浮腫研修の受講者数					
	指標　リンパ浮腫外来が設置されている「施設」の割合					
	指標　ストーマ外来が設置されている「施設」の割合					

4-2	［施設」では、各種ガイドラインに基づく支持療法を、組織的に行う体制を整備する 中部病院　琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標　制吐薬適正使用ガイドラインに基づく院内マニュアルを作成し、レジメンの登録が行われている「施設」の割合					

4-1	［施設」では、各種ガイドラインに基づく十分な支持療法が行われている　那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標　患者体験調査 治療による副作用の見通しを持てた患者の割合		70.5% （2018）	75.6% （2023） 63.0% （2018）	大分県70.8% （2018）	患者体験調査
	指標　拠点病院において支持療法に関する標準診療を実施された患者の割合					
	指標　NDB-SCR/NDB リンパ浮腫複合的治療料	（重症）	なし （2021）	100.0 （2021）	岩手県459.0 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差(H-007-04-01)
		（1以外）	なし （2021）	100.0 （2021）	東京都299.6 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差(H-007-04-02)
	指標　NDB-SCR/NDB リンパ浮腫指導管理料		69.4 （2021）	100.0 （2021）	鹿児島県138.6 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差(B-001-07-00)
	指標　医療者調査　問20 薬物療法の開始前に、副作用の出る時期の説明も含めて、十分な説明を行った患者の割合はどの程度ですか。		79.9% （2023）	なし	なし	医療者調査

⑤妊孕性温存療法

5-1	がん患者・家族が、生殖機能への影響についての情報提供を十分に行う 中部病院　八重山病院　那覇市立病院　琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標　相談支援センターにおける「妊孕性・生殖機能」に関する相談件数		6件 （2022） 6件 （2023）			

5-1	妊孕性温存療法及びがん治療後の生殖補助医療が十分に行われている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標　がん・生殖医療にて出生した子供の数		1例			
	指標　患者体験調査 治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合		51.6% （2018） 65.7% （2014）	63.9% （2023） 31.1% （2018） 38.1% （2014）	秋田県100.0% （2018） 和歌山県92.8% （2014）	患者体験調査
	指標　医療者調査　問22 医師と看護師の方にお尋ねします。妊孕性温存療法が必要な患者のうち、実際に妊孕性温存療法の説明を行った患者の割合はどの程度ですか。		49.2% （2023）	なし	なし	医療者調査

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

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

個別のがん対策

C 個別施策

①希少がん

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

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

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

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-4	希少がん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療を、タイムリーで質が高く、安全に実施する 琉球大学病院						
	指標	希少がんにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数					
	指標	臨床試験等を受けた希少がん患者の数					

②難治性がん

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

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

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-3	難治性がん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療が、タイムリーで質が高く、安全に実施する 琉球大学病院						
	指標	難治がんにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数					
	指標	臨床試験等を受けた難治がん患者の数					

③小児がん

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-1	小児がん患者及びその家族に対して、十分な情報を提供する						
	指標	なし					

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

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-3	小児がん患者を、速やかに琉球大学病院または県立こども医療センターに紹介する 宮古病院 八重山病院						
	指標	琉球大学病院または県立こども医療センターで治療を受けた小児がん患者の割合		78.70%			

番号				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-4	小児がん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療が、タイムリーで質が高く、安全に実施する 琉球大学病院							
	指標	琉球大学病院または県立こども医療センターにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数			琉大：15件　こども医療センター：確認中			
	指標	臨床試験等を受けた小児がん患者の数			琉大：5名 こども医療センター：確認中			
	指標	以下の専門家の数 ①小児血液・がん専門医 ②小児外科専門医および小児がん認定外科医 ③血液専門医 ④小児看護専門看護師、がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師、緩和ケア認定看護師	①小児血液・がん専門医	3人（2024）2.0人 対人口100万人	383人（2024）3.1人 対人口100万人	京都府23人（2024）9.1人 対人口100万人	一般社団法人日本小児血液・がん学会
			②小児外科専門医	5人（2024）3.4人 対人口100万人	753人（2024）6.1人 対人口100万人	京都府33人（2024）13.0人 対人口100万人	一般社団法人日本小児外科学会
			③小児がん認定外科医	1人（2024）0.7人 対人口100万人	128人（2024）1.0人 対人口100万人	奈良県4人（2024）3.1人 対人口100万人	一般社団法人日本小児血液・がん学会
			④血液専門医	28人（2024）19.1人 対人口100万人	4,580人（2024）36.9人 対人口100万人	京都府189人（2024）74.6人 対人口100万人	一般社団法人日本血液学会
			⑤小児看護専門看護師	3人（2024）2.0人 対人口100万人	254人（2024）2.0人 対人口100万人	高知県8人（2024）12.0人 対人口100万人	日本看護協会
			⑥がん看護専門看護師	11人（2024）7.5人 対人口100万人	906人（2024）7.3人 対人口100万人	高知県15人（2024）22.6人 対人口100万人	日本看護協会
			⑦がん薬物療法看護認定看護師	0人（2024）0.0人 対人口100万人	88人（2024）0.7人 対人口100万人	山形県5人（2024）4.9人 対人口100万人	日本看護協会
			⑧緩和ケア認定看護師	33人（2024）22.5人 対人口100万人	1,951人（2024）15.7人 対人口100万人	山梨県50人（2024）63.0人 対人口100万人	日本看護協会
	指標	上記の専門家が、琉球大学病院または県立こども医療センターに常勤で配置されているか否か。		12.0人			

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

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

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

B 中間アウトカム

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

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

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1	難治性がん患者の生存率の改善ができている						
	指標	難治性がん（代表例：膵がん）の5年生存率（再掲）	肝臓（肝細胞がん＋肝内胆管がん）				
			胆（胆のうがん・胆管がん）				
			膵臓				
			肺				
			脳腫瘍				

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

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-1	小児がん患者の生存率の改善ができている						
	指標	小児がん患者の初診から琉球大学病院または県立こども医療センターを紹介受診した日数					

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

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

A 分野アウトカム

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	がんの種類、年代、住んでいる地域に拘わらず、がん診療の質の向上ができている						
	指標	希少がんの5年生存率	喉頭	73.9%	78.4%	滋賀県 89.3%	院内がん登録2014-2015年5年生存率集計
			卵巣	61.9%	64.5%	佐賀県 76.5%	
			膀胱	54.1%	62.6%	山口県 73. 6%	
			甲状腺				
			多発性骨髄腫				

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-2	がんの種類、年代、住んでいる地域に拘わらず、全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている						
	指標	難治性がん（代表例：膵がん）の5年生存率	肝臓（肝細胞がん＋肝内胆管がん）				
			胆（胆のうがん・胆管がん）				
			膵臓				
			肺				
			脳腫瘍				
	指標	小児がん患者の5年生存率	胚細胞腫瘍・性腺腫瘍				
			神経芽腫				
			脳腫瘍				
			白血病				
			リンパ腫				
	指標	AYA世代のがんの5年生存率	胚細胞腫瘍・性腺腫瘍				
			甲状腺がん				
			骨腫瘍				
			脳腫瘍				
			白血病				
			リンパ腫				
	指標	以下の二次医療圏の5年生存率 ①北部医療圏 ②宮古医療圏 ③八重山医療圏	①北部医療圏				
			②宮古医療圏				
			③八重山医療圏				
	指標	患者体験調査 現在自分らしい日常生活を送れていると感じる希少がん患者の割合		なし	75.5%（2023）69.2%（2018）	なし	患者体験調査
	指標	患者体験調査 現在自分らしい日常生活を送れていると感じる若年がん患者の割合		なし	75.7%（2023）66.8%（2018）	なし	患者体験調査
	指標	小児がん体験調査 小児がん患者のがんの診断・治療全般の総合評価（平均点又は評価が高い人の割合）		【参考】成人8.4（2018）	小児8.4（2019）【参考】AYA7.8 成人8.0（2018）	なし	小児患者体験調査【参考】患者体験調査

④AYA世代のがん

4-1	AYA世代のがん患者及びその家族に対して、十分な情報を提供する 中部病院　八重山病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

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

4-3	AYA世代のがん患者を、速やかにがん診療連携拠点病院(以下、拠点病院)に紹介する　八重山病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	拠点病院等で治療を受けたAYA世代のがん患者の割合				

4-4	AYA世代のがん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療を、タイムリーで質が高く、安全に実施する 琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	拠点病院等において参加が可能な臨床試験や治験の数				
	指標	臨床試験や治験等を受けたAYA世代のがん患者の数				

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

4-6	AYA世代のがん患者に対して、治療と並行した学業や就労の継続、治療終了後の進学や就職に対しての支援を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターにおける、AYA世代のがん患者の発育及び療養上の相談への対応・支援のうち、教育に関する相談件数	相談件数はあるが、年齢別でない為、AYA世代のみの集計はなし			
	指標	がん相談支援センターにおける、AYA世代のがん患者に対する就労に関する相談件数				

4-7	子供がいるAYA世代のがん患者に対して、その子供に対する支援を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	親ががんになった子ども、そしてその患者さん、ご家族を支援する団体に紹介したAYA世代のがん患者の数				

⑤高齢者のがん

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

5-2	療養場所の選択も含めて、すべての高齢者のがん患者に、適切な意思決定支援と適切なアドバンスケアプランニングを行う　八重山病院　北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	ACPに関する院内のマニュアル等を策定している「施設」の割合				

5-3	高齢者機能評価および依存疾患の評価の結果と、患者の意向を十分に配慮したうえで、種々のガイドラインに準拠した最適な治療が安全に実施する　中部病院　那覇市立病院　琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	意思決定能力を含む機能高齢者評価に関する院内のマニュアル等を策定している「施設」の割合				

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

5-5	看取りができる介護施設の拡大を図る	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	看取りができる介護施設の数				

⑥離島・へき地

6-1	正しい情報を基に、患者が自ら選択した医療機関で受診する　八重山病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	療養場所ガイドの全戸配布を行った市町村の割合				

6-2	地域がん診療病院では、拠点病院と連携し、標準治療を行う　中部病院　北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

6-3	診療病院におけるがん関連の人材配置等を過不足なく行う　北部地区医師会病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	以下の専門家が、診療病院に常勤で配置されているか否か ①呼吸器外科専門医 ②乳腺外科専門医 ③がん指導薬剤師、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤のいずれか ③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師、乳がん看護認定看護師のいずれか ④がん相談支援センター相談員基礎研修(1)(2)を修了した看護師、社会福祉士、精神保健福祉士のいずれか ⑤がん登録実務初級認定を受けた診療情報管理士	①呼吸器外科専門医				
			②乳腺外科専門医				
			③がん指導薬剤師、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤のいずれか				
			③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師、乳がん看護認定看護師のいずれか				
			④がん相談支援センター相談員基礎研修(1)(2)を修了した看護師、社会福祉士、精神保健福祉士のいずれか				
			⑤がん登録実務初級認定を受けた診療情報管理士				
	指標	以下の専門家が、診療病院において、毎週または月に2回以上、外来診療を行っているか否か ①放射線治療専門医 ②がん薬物療法専門医 ③血液専門医	①放射線治療専門医				
			②がん薬物療法専門医				
			③血液専門医				

6-4	離島・へき地において提供できない医療がある場合に、本島への渡航費用等の助成など、経済的な支援を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	沖縄県離島患者等通院費支援事業に参加している市町村の割合	94% （2023） ※がん患者対象外の市町村あり	なし	なし	沖縄県保健医療介護部医療政策課医療対策班からの情報提供
	指標	沖縄県離島患者等通院費支援事業を利用したがん患者の割合	48% 述べ4,328人中 がん患者2,117人 （2023）	なし	なし	

4-1	AYA世代のがん患者の生存率の改善ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	AYA世代のがんの5年生存率（再掲）	胚細胞腫瘍・性腺腫瘍				
			甲状腺がん				
			白血病				
			リンパ腫				
			脳腫瘍				
			骨腫瘍				

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

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

6-1	離島・へき地ののがん患者の生存率の改善ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	以下の二次医療圏の5年生存率(再掲) ①北部医療圏 ②宮古医療圏 ③八重山医療圏	①北部医療圏				
			②宮古医療圏				
			③八重山医療圏				

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

共生

番号	C 個別施策

①相談支援

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	拠点病院等以外の「施設」では、「拠点病院等」のがん相談支援センターに準じた組織を構築し、がん患者とその家族等への相談業務を行う 中部病院						
	指標	がん相談支援センターに準じた組織を構築した拠点病院等以外の「施設」の割合					

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

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

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-4	県拠点病院は、地域拠点病院等と協力して、ピアサポーターの養成を行う						
	指標	ピアサポート研修会及びフォローアップ研修会を修了した人数	養成講座	114人 (2023)			
			フォローアップ研修会	231人 (2023)			
	指標	ピアサポーターとして活動している人数		27人 (2023)			

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-5	「施設」ではピアサポートを行うとともに、ピアサポーターを活用した患者サロンを、患者に活用される方法で運営する 中部病院						
	指標	各拠点病院等のピアサポート件数		35件 (2023)			
	指標	患者サロンの開催回数		44回 (2023)			

②情報提供

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

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

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

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-4	「施設」では、自院のホームページや印刷物等で、院内がん登録のベンチマークの分析結果および医療の質の評価の分析結果等を情報提供する						
	指標	以下が、ホームページまたは印刷物で情報提供されている「施設」の割合 ①院内がん登録のベンチマーク結果の情報②医療の質の評価のベンチマーク結果の情報	①院内がん登録のベンチマーク結果の情報				
			②医療の質の評価のベンチマーク結果の情報				

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-5	「施設」では、自院のホームページや印刷物等で、自治体や患者会等が主催する講演会等を積極的に広報する						
	指標	「施設」で、ホームページで広報した自治体や患者会等が主催する講演会等の件数					

③デジタル化

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-1	「施設」は、がん患者が院内で利用可能なインターネット環境を整備する 八重山病院						
	指標	患者とその家族が利用可能なインターネット環境を整備ししている「施設」の割合					

	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
「施設」は、がん患者に対するセカンドオピニオンを含むオンライン診療を提供する 八重山病院					

番号	B 中間アウトカム

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

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

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1	患者やその家族が、医療者から十分な情報を得ることができている						
	指標	患者体験調査 治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた人		71.4% (2018) 86.6% (2014)	88.5% (2023) 75.2% (2018) 89.6% (2014)	長野県83.1% (2018) 愛媛県95.2% (2014)	患者体験調査
	指標	患者体験調査 治療スケジュールの見通しに関する情報を十分得ることができた人		83.3% (2018) 81.9% (2014)	91.3% (2023) 75.1% (2018) 89.1% (2014)	大分県86.4% (2018) 愛媛県94.3% (2014)	患者体験調査
	指標	医療者調査 問14 治療スケジュールの見通しについて、治療方針の決定までに、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。		69.6% (2023)	なし	なし	医療者調査
	指標	医療者調査 問15 医療費について、治療方針の決定までに、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。		47.8% (2023)	なし	なし	医療者調査

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

番号	A 分野アウトカム

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

3-2	指標	オンラインでの相談を受け付けることができる体制を確保している「施設」の割合				
	指標	セカンドオピニオンをオンラインで施行できる体制を確保している「施設」の割合				

3-3	拠点病院は、離島へき地のがん患者の診断・治療に際して、医療従事者とオンライン会議が実施できている　宮古病院 中部病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	拠点病院等と離島へき地の医療機関とのキャンサーボードの実施数				

④就労支援（医療機関側）

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

4-2	「施設」の担当医は、患者が治療に入る前に、がん相談センターまたはそれに準ずる組織において、就労に関する相談をするように紹介する　宮古病院　北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターにおける就労に関する相談件数	46件 （2023）			

4-3	「施設」では、地元のハローワーク等と協力しての就労相談を行う　中部病院　北部地区医師会病院　琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	拠点病院等における就労の専門家による相談会の回数				
	指標	ハローワークと連携した就職支援を行った患者の数				

⑤就労支援（職場側）

5-1	事業主として、両立支援コーディネーターを配置して、がん患者の就労相談を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	両立支援コーディネーターを配置している事業主の割合				

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

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

⑥アピアランスケア

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

6-2	「施設」は、外来化学療法室にアピアランスケアの研修を受けた職員を配置して、早期から積極的にがん相談支援センターと協力し対応を行う　宮古病院　北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	アピアランス支援研修修了者が配置されている外来化学療法室の割合				

6-3	県は、県拠点病院にアピアランスケアセンターを設置し、患者向けの講習会の開催やケア帽子（またはウィッグ）に対する経済的援助を行う　宮古病院　八重山病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者向け講習会の開催回数				

⑦自殺対策

7-1	外来と入院患者向けの自殺防止マニュアルをそれぞれ整備し、研修を行い、がん患者の診断後の自殺対策ができている　北部地区医師会病院　琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	自殺防止に関する院内マニュアル等を①外来患者用、②入院患者用に整備している「施設」のそれぞれの割合				

7-2	希死念慮が認められた場合に、早急に精神科医に紹介する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	希死念慮が認められた場合に、早急に精神科医に紹介した件数				

7-3	「施設」では、精神科医が週1回以上勤務するようにする	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	精神科医が週1回以上勤務している「施設」の割合				

⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

8-1	県は、関係諸団体と協力して、がんやがん患者・経験者への理解を深めるためのイベント等を開催し、偏見がなく、がん患者が疎外感を抱かないようにする　八重山病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	イベントの開催回数	健康長寿課がん対策班からの回答「県単独の実施はなし」			
	指標	がん患者団体イベントへの県が共催または後援した回数	2回 （2023）			健康長寿課がん対策班からのデータ提供

4-1	がん患者とその家族が、仕事と治療の両立についての必要な支援を受けることができている　那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典	
	指標	患者体験調査 治療開始前に就労の継続について医療スタッフから話があった人	27.2% （2018）	44.0% （2023） 38.6% （2018）	神奈川県53.6% （2018）	患者体験調査	
	指標	NDB-SCR/NDB 療養・就労両立支援指導料	78.8 （2021）	100.0 （2021）	愛媛県402 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（B-001-09）	
	指標	医療者調査　問16 就労の継続について、治療開始前に、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。	34.9% （2023）	なし	なし	医療者調査	

5-1	がん患者とその家族が、仕事と治療の両立についての必要な支援を受けることができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典	
	指標	患者体験調査 職場や仕事上の関係者から治療と仕事を両方続けられるような勤務上の配慮があったと思う人	74.4% （2018） 55.9% （2014）	74.5% （2023） 65.1% （2018） 68.3% （2014）	秋田県86.1% （2018） 島根県82.5% （2014）	患者体験調査	
	指標	患者体験調査 治療と仕事を両立するために社内制度を利用した人	26.1% （2018）	70.6% （2023） 35.6% （2018）	島根県51.9% （2018）	患者体験調査	

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

7-1	がん患者の自殺を減らすことができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典	
	指標	がん患者の自殺数	健康長寿課がん対策班からの回答「把握していない」				
	指標	NDB-SCR/NDB がん患者指導管理料ロ	入院	157.1 （2021）	100.0 （2021）	大分県271.0 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差
			外来	126.4 （2021）	100.0 （2021）	栃木県250.9 （2021）	
			入院+外来	132.8 （2021）	100.0 （2021）	栃木県234.0 （2021）	

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

基盤

番号	C 個別施策					
①研究の推進						
1-1	行政と琉球大学等の研究機関が、定期的に会議等で施策や研究の現状や課題を共有し、議論することで、関係諸機関の連携体制を強化する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					
1-2	「施設」における臨床研究と治験を推進する。那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					
②人材育成の強化						
2-1	必要な知識を身に着けた専門的人材が増加し、適正な配置を行う 八重山病院 北部地区医師会病院 那覇市立病院 琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	常勤の病理専門医が1名以上配置されている「施設」の割合				
	指標	以下の専門家の数 ①臨床遺伝専門医 ②認定遺伝カウンセラー ③がんゲノム医療コーディネーター	①臨床遺伝専門医	12人 (2024) 8.2人 対人口100万人	1,850人 (2024) 14.9人 対人口100万人	東京都436人 (2024) 30.9人 対人口100万人	臨床遺伝専門医制度委員会
			②認定遺伝カウンセラー	1人 (2024) 0.7人 対人口100万人	387人 (2024) 3.1人 対人口100万人	東京都91人 (2024) 6.5人 対人口100万人	認定遺伝カウンセラー制度委員会
			③がんゲノム医療コーディネーター	4.3人 (2022) 対人口100万人	18.74人 (2022) 対人口100万人	島根県45.02人 (2022) 対人口100万人	厚生労働省 第83回がん対策推進協議会 資料2-7「人材育成」
	指標	以下の専門医の数 ①消化器外科専門医 ②呼吸器外科専門医 ③乳腺外科専門医 ④小児外科専門医 ⑤肝胆膵外科高度技能専門医 ⑥脳神経外科専門医 ⑦認定骨・軟部腫瘍医 ⑧婦人科腫瘍専門医 ⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医 ⑩泌尿器科専門医 ⑪頭頸部がん専門医 ⑫口腔外科専門医	①消化器外科専門医	82人 (2024) 55.8人 対人口100万人	9,208人 (2024) 74.1人 対人口100万人	京都府261人 (2024) 103.0人 対人口100万人	日本消化器外科学会
			②呼吸器外科専門医	17人 (2024) 11.6人 対人口100万人	1,640人 (2024) 13.2人 対人口100万人	徳島県16人 (2024) 23.1人 対人口100万人	日本呼吸器外科学会
			③乳腺外科専門医	18人 (2024) 12.2人 対人口100万人	2,034人 (2024) 16.4人 対人口100万人	京都府69人 (2024) 27.2人 対人口100万人	日本乳癌学会
			④小児外科専門医	5人 (2024) 3.4人 対人口100万人	753人 (2024) 6.1人 対人口100万人	京都府33人 (2024) 13.0人 対人口100万人	日本小児外科学会
			⑤肝胆膵外科高度技能専門医	4人 (2021) 2.7人 対人口100万人	587人 (2021) 4.7人 対人口100万人	和歌山県9人 (2021) 10.1人 対人口100万人	日本肝胆膵外科学会
			⑥脳神経外科専門医	74人 (2023) 50.4人 対人口100万人	7,899人 (2023) 63.6人 対人口100万人	高知県67人 (2023) 100.8人 対人口100万人	日本脳神経外科学会
			⑦認定骨・軟部腫瘍医	1人 (2024) 0.7人 対人口100万人	185人 (2024) 1.5人 対人口100万人	徳島県3人 (2024) 4.3人 対人口100万人	日本整形外科学会
			⑧婦人科腫瘍専門医	14人 (2023) 9.5人 対人口100万人	1,224人 (2024) 9.8人 対人口100万人	東京都218人 (2024) 15.5人 対人口100万人	日本婦人科腫瘍学会
			⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	2人 (2024) 1.4人 対人口100万人	91人 (2024) 0.7人 対人口100万人	福井県2人 (2024) 2.7人 対人口100万人	日本皮膚科学会
			⑩泌尿器科専門医	67人 (2024) 45.6人 対人口100万人	7,138人 (2024) 57.4人 対人口100万人	高知県63人 (2024) 94.8人 対人口100万人	日本泌尿器科学会
			⑪頭頸部がん専門医	7人 (2020) 4.8人 対人口100万人	493人 (2020) 4.0人 対人口100万人	鳥取県5人 (2020) 9.3人 対人口100万人	日本頭頸部外科学会
			⑫口腔外科専門医	26人 (2024) 17.7人 対人口100万人	2,240人 (2024) 18.0人 対人口100万人	鳥取県19人 (2024) 35.4人 対人口100万人	日本口腔外科学会
	指標	上記の専門医が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合					
	指標	放射線治療専門医が何らかの形で週に1回以上または月に1回以上関わっている「施設」の割合					
	指標	以下の専門家の数 ①放射線治療専門医 ②放射線治療専門放射線技師 ③医学物理士 ④がん放射線療法看護認定看護師	①放射線治療専門医	15人 (2024) 10.2人 対人口100万人	1,437人 (2024) 11.6人 対人口100万人	京都府57人 (2024) 22.5人 対人口100万人	日本放射線腫瘍学会
			②放射線治療専門放射線技師	11人 (2023) 7.5人 対人口100万人	1,847人 (2023) 14.9人 対人口100万人	大分県62人 (2023) 56.7人 対人口100万人	日本放射線治療専門放射線技師認定機構
			③医学物理士	9人 (2023) 6.1人 対人口100万人	1,461人 (2023) 11.8人 対人口100万人	福井県18人 (2023) 24.2人 対人口100万人	医学物理士認定機構
			④がん放射線療法看護認定看護師	6人 (2024) 4.1人 対人口100万人	311人 (2024) 2.5人 対人口100万人	山形県7人 (2024) 6.8人 対人口100万人	日本看護協会
	指標	以下の専門家が、常勤で配置されている放射線治療施設のそれぞれの割合 ①放射線治療専門医2名以上 ②放射線治療専門放射線技師2名以上 ③医学物理士 ④がん放射線療法看護認定看護師	①放射線治療専門医2名以上				
			②放射線治療専門放射線技師2名以上				
			③医学物理士				
			④がん放射線療法看護認定看護師				
	指標	がん薬物療法専門医が何らかの形で週に1回以上または月に1回以上関わっている「施設」の割合					
	指標	以下の専門家の数 ①がん薬物療法専門医 ②がん指導薬剤師、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師および外来がん治療認定薬剤師 ③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師および乳がん看護認定看護師	①がん薬物療法専門医	6人 (2024) 4.1人 対人口100万人	1,682人 (2024) 13.5人 対人口100万人	岡山県50人 (2024) 27.1人 対人口100万人	日本臨床腫瘍学会
			②がん指導薬剤師	0人 (2024) 0.0人 対人口100万人	385人 (2024) 3.1人 対人口100万人	石川県13人 (2024) 11.7人 対人口100万人	日本医療薬学会
			②がん専門薬剤師	4人 (2024) 2.7人 対人口100万人	827人 (2024) 6.7人 対人口100万人	石川県21人 (2024) 19.0人 対人口100万人	日本医療薬学会
			②がん薬物療法認定薬剤師	12人 (2023) 8.2人 対人口100万人	1,019人 (2023) 8.2人 対人口100万人	島根県13人 (2023) 20.1人 対人口100万人	日本病院薬剤師会
			②外来がん治療認定薬剤師	6人 (2023) 4.1人 対人口100万人	956人 (2023) 7.7人 対人口100万人	福岡県58人 (2023) 11.4人 対人口100万人	日本臨床腫瘍薬学会
			③がん看護専門看護師	13人 (2024) 8.8人 対人口100万人	931人 (2024) 7.5人 対人口100万人	高知県17人 (2024) 25.6人 対人口100万人	日本看護協会
			③がん薬物療法看護認定看護師	2人 (2024) 1.4人 対人口100万人	135人 (2024) 1.1人 対人口100万人	富山県5人 (2024) 5.0人 対人口100万人	日本看護協会

番号	B 中間アウトカム					
1-1	社会医学研究や臨床研究等を推進することにより、沖縄県の特性、疾病及び医療の現状等が明らかになるなど、がん対策の基礎資料が整備されている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					
2-1	必要な知識を身に着けた専門的人材が増加し、適正な配置ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	医療者調査 問41 今の職場は、あなたが必要な知識を備えた専門的人材になれる環境やキャリア形成(専門資格を取得するなど)を支援してくれていますか。	30.7% (2023)	なし	なし	医療者調査

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

		③乳がん看護認定看護師	2人 （2024） 1.4人 対人口100万人	298人 （2024） 2.4人 対人口100万人	鳥取県4人 （2024） 7.5人 対人口100万人	日本看護協会
指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合					
指標	以下の専門家の数 ①緩和医療学会専門医及び認定医 ②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医 ③ペインクリニック専門医 ④放射線治療専門医 ⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医） ⑥緩和薬物療法認定薬剤師 ⑦緩和ケア認定看護師 ⑧公認心理師及び臨床心理士	①緩和医療学会専門医	3人 （2024） 2.0人 対人口100万人	356人 （2024） 2.9人 対人口100万人	鳥取県4人 （2024） 7.5人 対人口100万人	日本緩和医療学会
		①緩和医療学会認定医	11人 （2024） 7.5人 対人口100万人	1,146人 （2024） 9.2人 対人口100万人	鳥取県9人 （2024） 16.8人 対人口100万人	日本緩和医療学会
		②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	3人 （2024） 2.0人 対人口100万人	183人 （2024） 1.5人 対人口100万人	京都府9人 （2024） 3.6人 対人口100万人	日本サイコオンコロジー学会
		③ペインクリニック専門医	15人 （2024） 10.2人 対人口100万人	1,598人 （2024） 12.9人 対人口100万人	栃木県53人 （2024） 28.0人 対人口100万人	日本ペインクリニック学会
		④放射線治療専門医	15人 （2024） 10.2人 対人口100万人	1,437人 （2024） 11.6人 対人口100万人	京都府57人 （2024） 22.5人 対人口100万人	日本放射線腫瘍学会
		⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	13人 （2023） 8.8人 対人口100万人	1,264人 （2023） 10.2人 対人口100万人	奈良県119人 （2023） 92.0人 対人口100万人	日本インターベンショナルラジオロジー学会事務局からデータ提供
		⑥緩和薬物療法認定薬剤師	4人 （2024） 2.7人 対人口100万人	872人 （2024） 7.0人 対人口100万人	島根県11人 （2024） 17.0人 対人口100万人	日本緩和医療薬学会
		⑦緩和ケア認定看護師	33人 （2024） 22.5人 対人口100万人	1,951人 （2024） 15.7人 対人口100万人	山梨県50人 （2024） 63.0人 対人口100万人	日本看護協会
		⑧公認心理師	1,015人 （2024） 690.7人 対人口100万人	71,987人 （2024） 579.2人 対人口100万人	京都府2,301人 （2024） 908.1人 対人口100万人	日本心理研修センター
		⑧臨床心理士	336人 （2023） 228.6人 対人口100万人	36,865人 （2023） 296.6人 対人口100万人	京都府1,448人 （2023） 571.5人 対人口100万人	日本臨床心理士資格認定協会
指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合					
指標	以下の専門家の数 ①在宅専門医 ②訪問看護師 ③介護支援専門員 ④在宅医療インテグレーター	①在宅専門医	10人 （2024） 6.8人 対人口100万人	461人 （2024） 3.7人 対人口100万人	奈良県12人 （2024） 9.3人 対人口100万人	日本在宅医療連合学会
		②訪問看護師	3人 （2024） 2.0人 対人口100万人	549人 （2024） 4.4人 対人口100万人	愛知県83人 （2024） 11.1人 対人口100万人	日本看護協会
		③介護支援専門員	7,024人 （2023） 4,779.4人 対人口100万人	751,059人 （2023） 6043.2人 対人口100万人	徳島県7,111人 （2023） 10,259.9人 対人口100万人	厚生労働省　介護支援専門員実務研修受講試験の実施状況等
		④在宅医療インテグレーター	13人 （2024） 8.8人 対人口100万人	382人 （2024） 3.1人 対人口100万人	沖縄県13人 （2024） 8.8人 対人口100万人	日本在宅医療連合学会からのデータ提供

③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発

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

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

3-4	県及び市町村は、広報誌にがんに関する情報を定期的に掲載する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標　年に2回以上広報誌にがん情報を載せた県及び市町村の割合		33 （2023）			

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

3-7	医療保険者は、被保険者・被扶養者が、がんに関する正しい理解を得ることができるように普及啓発活動を行う　八重山病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標　医療保険者が主催した産業医、社労士等の専門家による研修会に参加した被保険者・被扶養者の割合					

④がん登録の利活用の推進

4-1	全国がん登録/院内がん登録の精度を高め、活用可能性を上げる　中部病院　八重山病院　那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標　MI比		0.37 ※罹患数と死亡数との比			沖縄県値：令和4年度沖縄県がん登録事業報告（令和元年DCO% （2019年）の罹患集計）
	指標　%DCO		1.20% ※死亡情報のみで登録された患者の割合			

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

⑤患者・市民参画の推進

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

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

5-2	「施設」では、自院のホームページや印刷物等で、自治体や患者会等が主催する講演会等を積極的に広報する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標　「施設」で、ホームページで広報した自治体や患者会等が主催する講演会等の件数					

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

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

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

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

第４次沖縄県がん対策推進計画（2024-2029）	https://www.pref.okinawa.jp/iryokenko/shippeikansensho/1005229/1006328.html
患者体験調査　第１回　平成26（2014）年度	https://www.ncc.go.jp/jp/icc/health-serv/project/040/050.html
患者体験調査　第２回　平成30（2018）年度	https://www.ncc.go.jp/jp/icc/health-serv/project/040/index.html
患者体験調査　第３回　令和5（2023）年度	https://www.ncc.go.jp/jp/icc/health-serv/project/R5index.html
遺族調査　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	https://www.ncc.go.jp/jp/icc/qual-assur-programs/project/040/digitalbook/index.html#page=1
医療者調査　第１回　平成27（2015）年度	https://www.okican.jp/userfiles/files/about/association_related/2016/2016_01/15.pdf
医療者調査　第２回　令和5（2023）年度	https://www.okican.jp/userfiles/files/kyougikai/reiwa6nennndo/1kai/8.pdf
秋田大学医学部附属病院　アンケート「医療者のみなさまへ」の集計結果　2020年7月～2020年8月	https://www.hos.akita-u.ac.jp/onco/files/recommendation2020-1.pdf
秋田大学医学部附属病院　アンケート「医療者のみなさまへ」の集計結果　2023年8月～2023年9月	https://www.hos.akita-u.ac.jp/onco/files/results2023-m.pdf
県民健康・栄養調査　令和4（2022）年度	未実施。県として調査は定期的に行う、としているが、今後の調査時期は現時点で未定
県民健康・栄養調査　令和3（2021）年度	http://www.kenko-okinawa21.jp/090-docs/2023021300025/
国民健康・栄養調査　令和4（2022）年度	調査計画では令和５年12月の公表とお知らせしていたところですが、集計に時間を要しております。
国民健康・栄養調査　令和3（2021）年度	新型コロナウイルス感染症の影響により調査中止
国民健康・栄養調査　令和2（2020）年度	新型コロナウイルス感染症の影響により調査中止
国民健康・栄養調査　令和元（2019）年度　※都道府県別データなし	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/eiyou/r1-houkoku_00002.html
厚生労働省　肝疾患に関する専門医療機関一覧(令和5年12月１日現在)	https://www.mhlw.go.jp/content/001186677.pdf
厚生労働省　介護サービス情報の公表システムデータのオープンデータ（提供時期：毎年6月末時点、	https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-kouhyou_opendata.html
厚生労働省　介護支援専門員実務研修受講試験の実施状況等	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/hoken/jissi.html
厚生労働省　在宅医療にかかる地域別データ集	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html
厚生労働省　子ども家庭局母子保健課「令和３年度母子保健事業の実施状況等について」	https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_30143.html
厚生労働省　専門医療機関連携薬局　認定薬局の件数	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iyakuhin/yakkyoku_yakuzai/index.html
厚生労働省　第83回がん対策推進協議会　資料2-7「人材育成」	https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/001000339.pdf
厚生労働省　「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」（63項参照）	https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/001055202.pdf
文部科学省　令和3年度におけるがん教育の実施状況調査の結果の公表について	https://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/mext_01944.html
一般財団法人日本在宅医療連合学会　認定専門医一覧	https://www.jahcm.org/
一般財団法人日本心理研修センター　公認心理士の都道府県別登録者数	https://www.jccpp.or.jp/toroku.cgi
一般社団法人日本消化器外科学会	https://www.jsgs.or.jp/modules/specialist/
一般社団法人日本小児外科学会　小児外科専門医のいる病院 ① ②	http://www.jsps.or.jp/hospital-2020/etc1-2
一般社団法人日本小児血液・がん学会　小児がん認定外科医	https://www.jspho.org/specialist/surgeon_about.html
一般社団法人日本小児血液・がん学会　小児血液・がん専門医	https://www.jspho.org/activity/certification_application.html
一般社団法人日本乳癌学会　乳腺専門医・指導医一覧	https://www.jbcs.gr.jp/modules/elearning/index.php?content_id=6
一般社団法人日本脳神経外科学会　地域別専門医リスト	https://www.jnss.or.jp/jns_web/jsp_pub/map.jsp
一般社団法人医学物理士認定機構　在籍医学物理士の都道府県別数	https://www.jbmp.org/information/data/
一般社団法人日本インターベンショナルラジオロジー学会　専門医認定者一覧	https://www.jsir.or.jp/about/member_doc_place/
一般社団法人日本サイコオンコロジー学会　登録医リスト	https://jpos-society.org/psycho-oncologist/doctor/
一般社団法人日本病院薬剤師会　がん薬物療法認定薬剤師の認定者の公表について	https://www.jshp.or.jp/certified/gan.html
一般社団法人日本ペインクリニック学会　専門医一覧	https://www.jspc.gr.jp/shisetsu/senmonimap.html
一般社団法人日本医療薬学会　がん指導薬剤師認定者名簿	https://www.jsphcs.jp/nintei/1-5.html
一般社団法人日本医療薬学会　がん専門薬剤師認定者名簿	https://www.jsphcs.jp/nintei/2-5.html
一般社団法人日本緩和医療薬学会　緩和薬物療法認定薬剤師名簿	http://jpps.umin.jp/certificate/namebook/
一般社団法人日本肝胆膵外科学会　専門医／指導医／施設検索	https://www.jshbps.jp/modules/public/index.php?content_id=5
一般社団法人日本血液学会　認定血液専門医	http://www.jshem.or.jp/modules/senmoni/
一般社団法人日本泌尿器科学会　日本泌尿器科学会認定専門医一覧	https://www.urol.or.jp/specialist/list/#:~:text=%E6%B3%8C%E5%B0%BF%E5%99%A8%E7%A7%91%E5%B0%82%E9%96%80%E5%8C%BB%E3%81%A8%E3%81%AF,%E8%AA%8D%E5%AE%9A%E3%81%95%E3%82%8C%E3%81%9F%E5%8C%BB%E5%B8%AB%E3%81%A7%E3%81%99%E3%80%82
一般社団法人日本放射線治療専門放射線技師認定機構　放射線治療専門放射線技師 認定者	https://www.radiation-therapy.jp/certificated.shtml
一般社団法人日本臨床腫瘍薬学会　外来がん治療 認定薬剤師(APACC) 一覧	https://jaspo-oncology.org/apacc-ninteilist
公益社団法人日本皮膚科学会　皮膚科専門医MAP	https://www.dermatol.or.jp/modules/spMap/
公益社団法人日本婦人科腫瘍学会　婦人科腫瘍専門医地域別一覧	https://jsgo.or.jp/specialist/
公益社団法人日本口腔外科学会　口腔外科専門医名簿	https://www.jsoms.or.jp/public/senmon/senmoni/
公益社団法人日本整形外科学会　日本整形外科学会認定骨・軟部腫瘍医名簿	https://www.joa.or.jp/public/speciality_search/bone.html
公益社団法人日本放射線腫瘍学会　射線治療専門医リスト	https://www.jastro.or.jp/medicalpersonnel/aboutdoctor/cat/post-18.html
公益社団法人日本臨床腫瘍学会　がん薬物療法専門医名簿	https://www.jsmo.or.jp/authorize/lists.html
公益社団法人日本臨床心理士資格認定協会　都道府県別・臨床心理士数と指定大学院・専門職大学院	http://fjcbcp.or.jp/jigyounaiyou/jigyou-1/
公益社団法人日本看護協会　資格認定制度　分野別都道府県別登録者検索	https://nintei.nurse.or.jp/certification/General/GCPP01LS/GCPP01LS.aspx
特定非営利活動法人日本緩和医療学会　専門医名簿、認定医名簿	https://www.jspm.ne.jp/specialistCertification/list/index.html
特定非営利活動法人日本頭頸部外科学会　頭頸部がん専門医・指導医一覧	https://www.jshns.org/modules/list_specialist/index.php
日本呼吸器外科学会　呼吸器外科専門医合同委員会　呼吸器外科専門医名簿	http://chest.umin.jp/spl/spl_list.html
認定遺伝カウンセラー制度委員会　認定遺伝カウンセラー名簿	https://plaza.umin.ac.jp/~GC/About.html
分担研究報告書「2021 年中高生の喫煙、飲酒等生活習慣に関する全国調査」（1項参照）	https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202109019A-buntan1_0_1.pdf
臨床遺伝専門医制度委員会　全国臨床遺伝専門医・指導医・指導責任医一覧	https://service.kktcs.co.jp/smms2/c/jbmg/ws/license/List_jbmg.htm?id=all&t=http://www.jbmg.jp/list/senmon.html
全国がん登録　罹患数・率報告　上皮内がん除く:罹患数,部位割合(%),粗罹患率,年齢調整罹患率,累積	https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450173&tstat=000001133323&cycle=7&tclass1=000001133363&tclass2=000001133368&tclass3=000001133369&tclass4val=0
国立がん研究センター　認定がん相談支援センター認定施設一覧	https://www.ncc.go.jp/jp/icc/cancer-info/project/certification/nintei_c/list.html
国立がん研究センター　認定がん専門相談員認定者リスト	https://www.ncc.go.jp/jp/icc/cancer-info/project/certification/nintei_in/list.html
国立がん研究センター　相談員指導者研修全修了者リストリスト	https://ganjoho.jp/med_pro/training/consultation/leadership/list.html
国立がん研究センター　がん情報サービス「全国がん登録罹患数・率報告」	https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450173&tstat=000001133323&cycle=7&tclass1=000001133363&tclass2=000001133368&tclass3=000001133369&tclass4val=0
国立がん研究センター　がん情報サービス「がん統計」（人口動態統計）　都道府県別がん死亡デー	https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/data/dl/index.html#anchor1
国立がん研究センター　がん情報サービス「がん登録・統計」国民生活基礎調査による都道府県別喫	https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/data/dl/index.html#smoking
国立がん研究センター　QI研究事務局　QIフィードバックシステム	https://jhcr-cs.ganjoho.jp/qifeedback/Login.aspx
内閣府　医療提供状況の地域差	https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/tiikisa.html
厚生労働省　子ども家庭局母子保健課　妊婦健康診査の公費負担の状況に係る調査結果について	https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000176691_00004.html
厚生労働省　特定感染症検査等事業　各自治体における肝炎ウイルス検査の実績	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/kanen/kangan/hepatitis_kensa.html
厚生労働省　第32回肝炎対策推進協議会　資料３「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」	https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/001218012.pdf
厚生労働省　地域保健・健康増進事業報告	https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450025&tstat=000001030884

都道府県アルコール健康障害対策推進計画における「節度ある適度な飲酒」ASK 調べ2023年9月	https://www.mhlw.go.jp/content/12205250/001151475.pdf
厚生労働省　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）	https://www.mhlw.go.jp/content/10601000/001126459.pdf
厚生労働省　定期の予防接種実施者数	https://www.mhlw.go.jp/topics/bcg/other/5.html
沖縄県　沖縄県内指定介護サービス事業所一覧	https://www.pref.okinawa.lg.jp/kyoiku/kaigofukushi/1007256/1018694/1007316.html#itirann1
国立がんセンター　市町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査	https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/screening/dl_screening.html
小児患者体験調査	https://www.ncc.go.jp/jp/icc/health-serv/project/050/index.html
国立がん研究センター　がん情報サービス「がん登録・統計」地域保健・健康増進事業報告（厚生労	https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/screening/dl_screening.html#03
国立がん研究センター　がん情報サービス「院内がん登録生存率集計」	https://ganjoho.jp/public/qa_links/report/hosp_c/hosp_c_reg_surv/index.html
がん対策推進企業アクション　推進パートナー企業・団体一覧	https://www.gankenshin50.mhlw.go.jp/partner/index.html

各拠点病院が取り組んでいるがん対策(2024年度)

１．がんの予防

①生活習慣(喫煙) ②生活習慣(飲酒) ③感染症対策(HPV) ④感染症対策(肝炎) ⑤感染症対策(HTLV－1)

2024年度：大腸がん死激減プロジェクトで何らかの方針が示された場合はそれに従う

２．がん検診

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について ②がん検診の精度管理等について ③受診率対策について

2024年度：大腸がん死激減プロジェクトで何らかの方針が示された場合はそれに従う

３．がん医療提供体制

①医療提供全般 ②病理診断 ③がんゲノム医療 ④手術療法 ⑤放射線療法 ⑥薬物療法 ⑦チーム医療の推進 ⑧医療実装

2024年度：
①必要な患者に適切なタイミングで適切なACPが行われているかを検証する
②医師に十分な啓発を行い、パネル検査を受ける患者を増加させる
③DPC-QIの結果を組織的にフィードバックする
④臨床倫理的、社会的な問題を解決するためのカンファランスで検討する症例を増加させる
⑤病院として、ドラッグラグ、デバイスラグを最小限の期間にする
⑥院内で受けられる治験および臨床試験を増加させる

４．緩和・支持療法

①緩和ケア ②在宅療法 ③リハビリテーション ④支持療法 ⑤妊孕性温存療法

2024年度：
①必要な患者に在宅医療に関する説明が必要十分にされているかを検証する
②必要な患者にリハビリテーションが必要十分に行われているかを検証する
③必要な患者に適切なタイミングで適切な妊孕性に関わる説明と、実際に妊孕性温存療法が行われているかを検証する
④必要な患者に適切なタイミングで適切ながん治療後の生殖医療に関わる説明と、実際にがん治療後の生殖医療が行われているかを検証する

５．個別のがん対策

①希少がん ②難治性がん ③小児がん ④AYA世代のがん ⑤高齢者のがん ⑥離島・へき地

2023年度：
①院内マニュアルの「高齢者機能評価の手引き」を改訂し、テンプレートを電子カルテに導入し、高齢者機能評価が導入しやすいようにした
2024年度：
①院内で受けられる治験および臨床試験を増加させる
②小児がんの長期フォローアップ外来を拡充させる
③高齢者機能評価が確実に行われるように啓発を行う

６．共生

①相談支援 ②情報提供 ③デジタル化 ④就労支援(医療機関側) ⑤就労支援(職場側) ⑥アピアランスケア
⑦自殺対策 ⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

2024年度：
①外来初診時から治療開始までを目途に、がん患者及びその家族が必ず一度はがん相談支援センターを訪問することが 100%になるように、体制を改善する
②ピアサポーターが、院内で常時ピアサポートをできるようにする
③社会労務士や就職ナビゲータが昨年度以上に介入できる件数を増やす
④アピアランスケアに関する院内の手引きを制定し、啓発を行う

7．基盤

①研究の推進　②人材育成の強化　③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発　④がん登録の利活用の推進
⑤患者・市民参画の推進

2024年度：
①各講座が、北部医療圏、宮古医療圏、八重山医療圏の医療機関に医師を派遣しているかを調査する
②がん対策の進捗状況がリアルタイムでわかるようなシステムを改善し、運用する

各拠点病院が取り組んでいるがん対策（2024年度）

１．がんの予防

①生活習慣(喫煙)　②生活習慣(飲酒)　③感染症対策(HPV)　④感染症対策(肝炎)　⑤感染症対策(HTLV－1)

①健康管理センターにて医師が検診面談時に生活習慣病予防に関して禁煙や飲酒指導を実施
②特定保健指導対象者へ、禁煙・飲酒に関する指導や健康サポートを実施

２．がん検診

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について　②がん検診の精度管理等について　③受診率対策について

①健康管理センターより、住民健診・企業検診・人間ドックなどの受診勧奨、
　⇒健康管理センターや病院外来の廊下に受診勧奨のポスターを掲示
②健診後、必要な方への二次検診への誘導の強化
　⇒受診当日、前年度要精査の結果が出た方へ受診確認及び未受診者への受診勧奨を実施
③健康管理センターの待合に、リーフレットをおいている
④日曜検診、ナイト検診の実施

３．がん医療提供体制

①医療提供全般　②病理診断　③がんゲノム医療　④手術療法　⑤放射線療法　⑥薬物療法　⑦チーム医療の推進　⑧医療実装

①ACPに関する院内マニュアルの見直しと院内周知・実践
②必要な患者に対し、がん遺伝子パネル検査及びその結果を踏まえた治療を行う
③災害時において、がん医療提供に関するBCPの検討
④院内多職種チームとの連携強化（NST、術後疼痛ケアチーム、緩和ケアチーム等）

４．緩和・支持療法

①緩和ケア　②在宅療法　③リハビリテーション　④支持療法　⑤妊孕性温存療法

①がん性疼痛のアセスメントと評価：苦痛のスクリーニングから緩和ケアチームの介入を強化
　⇒R5.４月より緩和ケア介入依頼スクリーニングシート作成、運用。緩和ケアチーム介入する患者に対し、STAS-Jの評価をCNで実施
②令和4年より緩和ケア担当医による訪問診療を開始、在宅療養への移行をスムーズにする
　⇒退院前・後訪問（看護・リハビリ）で自宅の療養環境を確認、CNを含めた退院カンファレンスの実施
　⇒在宅療養、在宅看取りに向けて関係者とのカンファレンス・連携の強化
③告知時の看護師等の同席
　⇒外来主任に緩和ケアCN配置、外来スタッフ・医師へ2人のCNの名前とPHS番号を周知し、告知時には連絡をもらうようにした。
④地域でも見取りができるよう、介護施設職員への研修会を企画する
⑤患者が治療に伴う副作用・合併症・後遺症など、苦痛や外見上の変化が生じた際に相談できる環境を整備する
⑥必要な患者に対し、妊孕性温存療法の説明と琉球大学病院への紹介を行う

５．個別のがん対策

①希少がん　②難治性がん　③小児がん　④AYA世代のがん　⑤高齢者のがん　⑥離島・へき地

2024年度：

①在宅や施設入所中の高齢がん患者の意思決定支援
　⇒高齢がん患者の退院支援及び環境整備、家族指導と家族支援の強化
②入院中のがん患者の意思決定支援の強化
③離島のがん患者が入院した場合、退院後の治療継続における調整、多職種カンファレンスにて問題点の抽出と
　連携の強化
④サポート体制が希薄な方（独居・認知症・家族と疎遠な方など）に対する地域との協力体制強化
⑤希少がん患者、難治性がん、AYA世代のがん患者については、対応可能な拠点病院へ紹介する
⑥離島において本島での治療が必要な患者さんへの渡航費用の助成制度の活用などの情報提供を行う

６．共生

①相談支援　②情報提供　③デジタル化　④就労支援(医療機関側)　⑤就労支援(職場側)　⑥アピアランスケア
⑦自殺対策　⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

①コロナ渦で縮小しているがん相談支援センターの地域への広報・周知を拡大
　⇒告知時にはがんサポートハンドブックを配布し、相談支援センターの説明を実施
　⇒患者ゆんたく会の再開（ポスター掲示で広報）
　⇒地域の訪問看護ステーション等へアンケートを取り、勉強会を開催
②がん相談支援基礎研修（1）1名（2）1名（3）3名：修了者の増員
③患者とその家族が利用可能なインターネット環境の整備
④治療と仕事の両立支援の院内外への広報・周知
　⇒就労支援について、産業支援センターの紹介、橋渡し
⑤アピアランスケアの充実　⇒　必要な方への指導強化
⑥がん患者の自殺対策の強化：フローの見直しや院内研修の実施
　⇒告知時の同席と自殺リスク因子の確認、マニュアルの整備

７．基盤

①研究の推進　②人材育成の強化　③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発　④がん登録の利活用の推進
⑤患者・市民参画の推進

①がん登録初級研修（現1名）中級研修（現2名）修了者の増員⇒初級1名修了、1名受講中
②実務者間の情報共有の強化
③地域住民や介護施設等へ向けたがん教育の企画・実施
　⇒地域向け緩和ケア研修会の実施
　⇒地域の薬剤師向けの緩和ケア研修会の実施（薬薬連携の強化）
④がん化学療法看護認定看護師教育課程の受講希望者の育成
⑤がん専門薬剤師の確保（育成）

各拠点病院が取り組んでいるがん対策(２０２４年度)

１．がんの予防

①生活習慣(喫煙)　②生活習慣(飲酒)　③感染症対策(HPV)　④感染症対策(肝炎)　⑤感染症対策(HTLV－1)

2024年度

①禁煙外来の再開⇒当分見通しがつかず

２．がん検診

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について　②がん検診の精度管理等について　③受診率対策について

2024年度

①大腸がん激減プロジェクトで何らかの方針が示された場合はそれに従う

３．がん医療提供体制

①医療提供全般　②病理診断　③がんゲノム医療　④手術療法　⑤放射線療法　⑥薬物療法　⑦チーム医療の推進　⑧医療実装

2024年度

①がん遺伝子パネル検査の院外からの受け入れを開始する。　5月から受け入れを開始した。

②DPC-QIの結果をPDCAサイクルを用いて活用する。

③次年度からのロボット手術導入の準備を行う

④放射線治療機器更新のために放射線治療が下半期は休止となるため周辺施設との連携を図り放射線治療が適切な施設で滞りなく行えるように支援する。　休止期間中の放射線療法を琉大病院、中頭病院、沖縄病院を中心に依頼し具体的な運用を相談中。

⑤遺伝に関するセンターの開設を準備中。遺伝カウンセラーを今年度から雇用している。

４．緩和・支持療法

①緩和ケア　②在宅療法　③リハビリテーション　④支持療法　⑤妊孕性温存療法

2024年度

①がんリハビリテーション研修に理学療法士を派遣し、県内のがんリハビリテーションの質の向上を目指す。9月に参加予定。

②グループ指定の八重山病院と宮古病院と共催で1回ずつ年2回の緩和ケア研修会を開催する。10月と11月に開催予定。

５．個別のがん対策

①希少がん　②難治性がん　③小児がん　④AYA世代のがん　⑤高齢者のがん　⑥離島・へき地

2024年度

①希少がんや難治がん患者の診療において、国立がん研究センターの希少がんセンター等へのセカンドオピニオンやがん遺伝子パネル検査を有効に活用し、県内で中心的な役割を果たしていく。

②石垣・宮古地区とはグループ指定のがん診療病院との連携を継続し、北部地区の県立北部病院への医師派遣の拡充を通して離島・へき地のがん診療をサポートする。5月に八重山病院と宮古病院でがん遺伝子パネル検

査の当院での運用についての説明会を開催した。
③妊孕性温存療法に関する情報提供を推進する。

6．共生

①相談支援　②情報提供　③デジタル化　④就労支援(医療機関側)　⑤就労支援(職場側)　⑥アピアランスケア
⑦自殺対策　⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

2024年
①がん相談支援室の人員を増やし、依頼方法を簡略化する事でより多くのがん患者にがん相談支援室が関わる体制を構築する。

7．基盤

①研究の推進　②人材育成の強化　③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発　④がん登録の利活用の推進
⑤患者・市民参画の推進

2024年度
①コメディカルの専門資格取得を奨励する。
②医療従事者を対象とした講演会を増やす　6月に中部徳洲会の疼痛緩和科の専門家を招いて講演会を行った。

各拠点病院が取り組んでいるがん対策(２０２４年度)

１．がんの予防

①生活習慣(喫煙)　②生活習慣(飲酒)　③感染症対策(HPV)　④感染症対策(肝炎)　⑤感染症対策(HTLV－1)

【2023年度】
・医師会や地域医療機関と連携した住民への啓発活動
【2024年度】
・前年度取り組みを継続

２．がん検診

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について　②がん検診の精度管理等について　③受診率対策について

【2023年度】
・行政と連携した健診センターからのコール・リコール
・地域医療機関に向けた早期発見・早期診断のための研修会の開催
【2024年度】
・前年度取り組みを継続

３．がん医療提供体制

①医療提供全般　②病理診断　③がんゲノム医療　④手術療法　⑤放射線療法　⑥薬物療法　⑦チーム医療の推進　⑧医療実装

【2023年度】
・ロボット支援下手術導入WGを立ち上げ、導入準備中
【2024年度】
・4/19 ロボット支援下手術導入　→ 前立腺がん、大腸がんのロボット支援手術実施
・臨床倫理カンファレンスの定期開催　→ 月1回定期開催
・臨床試験への参加
・ドラックラグを最小限にする

４．緩和・支持療法

①緩和ケア　②在宅療法　③リハビリテーション　④支持療法　⑤妊孕性温存療法

【2023年度】
・緩和ケア外来の広報活動（院内・院外紹介の増加）
・がん看護外来開設
【2024年度】
・緩和ケア外来の広報活動の継続
・在宅医療期間との連携強化
・妊孕性温存療法の情報提供・連携の強化
・制吐薬適正使用ガイドライン改訂に則り、院内採用レジメンにおける制吐療法の適正化をはかる
　→ 電子カルテ変更に伴い、各診療科と協議し変更作業中

５．個別のがん対策

①希少がん　②難治性がん　③小児がん　④AYA世代のがん　⑤高齢者のがん　⑥離島・へき地

【2023年度】
・AYA世代がん患者支援チームの体制整備

【2024年度】
・AYA世代がん患者支援の体制強化

・希少がん、難治性がん、原発不明がんについて、拠点病院への集約と連携
・高齢者総合機能評価の周知と拡充 → 院内体制の整備

6．共生

①相談支援　②情報提供　③デジタル化　④就労支援(医療機関側)　⑤就労支援(職場側)　⑥アピアランスケア
⑦自殺対策　⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

【2023年度】
・がん相談支援センターのアクセス環境の整備：直通電話の設置とオンライン相談の受付開始
・ピアサポーターとの連携：患者サロンへの参加、出張相談での対応
・オンラインでのセカンドオピニオン外来の整備
【2024年度】
・就労・両立支援のための関係機関との連携強化、職場との連携・情報共有
・アピアランスケア支援の充実に向けた連携体制の整備と強化
→ アピアランスケア支援事業における相談支援（院内・院外）、各自治体との連携取組中

7．基盤

①研究の推進　②人材育成の強化　③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発　④がん登録の利活用の推進
⑤患者・市民参画の推進

【2023年度】
・継続的な人材育成：各部門・部署における専門資格取得に向けた支援
・がんフォーラムの開催（一般市民対象、事業場・雇用主対象）
・がん医療に関する研修会の開催（院内職員、院外医療職者対象）
・がん登録体制の維持とデーターの活用
【2024年度】
・前年度の取り組みを継続、充実をはかる
→ ① がんフォーラム（企業・事業所対象、一般市民対象）
② リンパ浮腫講習会
③ がん薬物療法に関する研修会（医療者対象）

各拠点病院が取り組んでいるがん対策(2024年度)

１．がんの予防

①生活習慣(喫煙)　②生活習慣(飲酒)　③感染症対策(HPV)　④感染症対策(肝炎)　⑤感染症対策(HTLV－1)

2024:①宮古島の喫煙率の集計を行い、減らすための啓蒙活動を行う。禁煙外来をおこなっている医院を調査し、積極的に紹介を行う。入院患者には禁煙指導を積極的に行っている。
②飲酒量の調査を行い、適度な飲酒を勧める。
③婦人科にて9価HPVワクチンの接種率を調査し、今後も子宮頸がんの罹患率を下げるために積極的にワクチン接種を推奨する。近医にワクチン接種の啓蒙活動を依頼し、ワクチン接種数の報告をお願いしている。
④妊婦に対するHTLV-1抗体検査と保健指導を行う。

２．がん検診

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について　②がん検診の精度管理等について　③受診率対策について

2024:①指針に基づいたがん検診のみを行う（胃癌、大腸癌、肺がん、乳がん、子宮頸がん）。検診受診率を把握し、受診率を上げていく活動を行う。
③受診率対策について、大腸癌の検診受診率を上げるために、講演会、新聞、宮古TVを通じて検診の必要性などを発信している。今年も宮古島医師会の協力を得ながら、宮古島の病院、クリニックの大腸癌検査数の調査を行う予定である。

３．がん医療提供体制

①医療提供全般　②病理診断　③がんゲノム医療　④手術療法　⑤放射線療法　⑥薬物療法　⑦チーム医療の推進　⑧医療実装

2024:①宮古病院はグループ指定病院である県立中部病院と密に連携を行い標準治療を実践している。②常勤の病理専門医名配置されて居ないため、質の高い病理診断のために常勤病理医の獲得を目指す。③必要な患者に対して中部病院の医師に相談を行い、遺伝子パネル検査を行い、治療に応用している。中部病院の医師の講義なども適宜行っている。④外科専門医２名、消化器外科専門医1名、内視鏡外科学会技術認定医1名、在籍しており標準外科手術を実践している。ロボット手術の適応患者は当該施設へ紹介している。⑤月に1回放射線治療医の外来を開設し、本島での放射線治療の橋渡しを行っている。⑥月に1回腫瘍内科医による症例カンファレンスを開催し、適切な薬物療法を実践しており、今後はZOOMによるカンファレンスを行う予定である。⑦医師、薬剤師、栄養士による重症患者に対する感染、栄養対策を行っている。

４．緩和・支持療法

①緩和ケア　②在宅療法　③リハビリテーション　④支持療法　⑤妊孕性温存療法

2024:①がん患者の説明の際には原則緩和ケアチーム（看護師など）の1名を同席させ、がん患者の身体、精神状態のケアを行っていく。②積極的に在宅医療へ移行させ、がん患者が自宅で療養可能になる体制を構築する。在宅医療医師とも顔の見える連携を行う。③リハビリ専門医が1名配置されており質の高いリハビリ療法を実践している。④がん患者が何時でも相談し、支援できる体制を緩和チームが中心となり構築している。

5．個別のがん対策

①希少がん　②難治性がん　③小児がん　④AYA世代のがん　⑤高齢者のがん　⑥離島・へき地

2024:①、②、③、④は琉大病院や中部病院へ速やかに紹介している。⑤高齢者機能評価を今後は導入し、患者の病状に応じて速やかに対処する方針である。⑥がん治療に対する治療法を速やかに、分かりやすく提示し、当院で治療を受けられる患者は治療を行う。セカンドオピニオンなどを希望される場合はZOOMでの相談や直接当該施設に速やかに紹介する。島外への検査や治療などの医療補助などの説明も行う。

6．共生

①相談支援　②情報提供　③デジタル化　④就労支援(医療機関側)　⑤就労支援(職場側)　⑥アピアランスケア　⑦自殺対策　⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

2024:①、②緩和チームが介入して相談や情報提供を行っている。③ZOOMによるセカンドオピニオンのシステムを外来に構築する。④、⑤適宜主治医、緩和チームが相談を行っている。⑥緩和チームが介入して説明を行っている⑦主治医、緩和チームが連携し自殺企図のあるような患者は精神科医を介入させその予防に努めている。⑧患者の会などで相談できるような体制を構築している。

7．基盤

①研究の推進　②人材育成の強化　③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発　④がん登録の利活用の推進　⑤患者・市民参画の推進

2024:②外科においては本土の病院と外科専門研修プログラムを共有し、専攻医の獲得に努めている。同時に、最近の外科医療をこれらの病院からアップデートし、離島において標準外科治療を実践するように努めている。今年度は鳥取大学、南東北病院と連携を組む準備を行っている。③、⑤宮古島がん死撲滅ミーティングを開催し、がん教育を市民に行っている。昨年は３回開催し今年も同程度開催予定である。令和6年7月12日第4回宮古島がん死撲滅ミーティング「がんに対する低侵襲ロボット手術と医療安全への鳥取大学の取り組み」を鳥取大学消化器・小児外科教授藤原義之先生を招いて行う。

各拠点病院が取り組んでいるがん対策(２０２４年度)

１．がんの予防

①生活習慣(喫煙)　②生活習慣(飲酒)　③感染症対策(HPV)　④感染症対策(肝炎)　⑤感染症対策(HTLV－1)

①喫煙と肺がんに関する勉強会を開催する（個別施策①1-1）

２．がん検診

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について　②がん検診の精度管理等について　③受診率対策について

①検診事業は実施していない。二次検診について、患者に対する積極的な働きかけは行っていないが、指針に基づいた二次検診の受入体制を検討する。子宮がん検診について、那覇市医師会 生活習慣病検診センターの精密検査医療機関名簿に登録を希望した。（個別施策①1-1）

３．がん医療提供体制

①医療提供全般　②病理診断　③がんゲノム医療　④手術療法　⑤放射線療法　⑥薬物療法　⑦チーム医療の推進　⑧医療実装

①中部病院から月に１～２回診察に訪れる内科医（腫瘍内科、血液・腫瘍科、放射線科）と連携する（個別施策①1-2）
③中部病院から月に１回来院するがん遺伝子パネル検査外来担当医と協力し、パネル検査結果を踏まえた治療を行う（個別施策③3-1）
④乳がん専門医を招聘し、月１回程度の専門外来を設ける（個別施策④4-1）
⑥呼吸器内科、薬剤師及びがん化学療法認定看護師でirAE委員会を月に１回開催している（個別施策⑥6-3）

４．緩和・支持療法

①緩和ケア　②在宅療法　③リハビリテーション　④支持療法　⑤妊孕性温存療法

①問診票に痛みの項目を設け、スクリーニングを行う（個別施策①1-1）
②在宅療養を希望する患者に対して支援方法の情報を提供する（個別施策②2-1）
②訪問看護ステーションとの交流および研修会を定期的に実施する（個別施策②2-4）
⑤妊孕性温存療法の案内を行う（個別施策⑤5-1）

５．個別のがん対策

①希少がん　②難治性がん　③小児がん　④AYA世代のがん　⑤高齢者のがん　⑥離島・へき地

③当院CLSとも連携し、琉球大学病院または県立南部医療センター・こども医療センターに紹介する（個別施策③3-3）
④妊孕性温存療法の案内を含め、琉球大学病院に紹介する（個別施策④4-1、④4-3）
⑤療養場所の選択も含めて、すべての高齢者のがん患者に適切な意思決定支援及びACPを行う（個別施策⑤5-2）
⑥最新版の「療養場所ガイド」が刊行された場合は配布する（個別施策⑥6-1）

６．共生

①相談支援　②情報提供　③デジタル化　④就労支援(医療機関側)　⑤就労支援(職場側)　⑥アピアランスケア
⑦自殺対策　⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

③病室にインターネット環境を整備する（個別施策③3-1）
③４月に金沢大学附属病院とオンラインでセカンドオピニオンを実施した（個別施策③3-2）
⑥琉球大学病院との共催で、患者向けアピアランスケア教室を開催する（個別施策⑥6-3）
⑥石垣市及び琉球大学病院と連携して、アピアランスケアの助成事業（6月市議会で補正予算案可決、８月事業開始予定）を進める（個別施策⑥6-3）
⑧ぬちぐくーるやいま会（がん患者会）の定期的な開催を実施している（個別施策⑧8-1）
⑧ピアサポート活動に対する支援を行う（個別施策⑧8-1）

７．基盤

①研究の推進　②人材育成の強化　③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発　④がん登録の利活用の推進
⑤患者・市民参画の推進

②乳腺外科、呼吸器外科の応援配置を継続する（個別施策②2-1）
②緩和ケア認定看護師を２名配置する（個別施策②2-1）
③八重山高校にタオル帽子の作成を依頼のうえ、「がんについての勉強会」を実施する
③９月に名桜大学から講師を招いて、院内外の医療者向け緩和ケア勉強会を開催する
③沖縄産業保健総合支援センター、石垣島の社労士及び当院の地域連携室のスタッフで勉強会を開催する（個別施策③3-7）
④がん登録の初級認定者職員の中級認定者取得を目指す（個別施策④4-1）

令和６年度 第１回大腸がん死激減プロジェクト連絡会議 議事要旨

日　　時：令和６年６月１８日（火）19:00～20:30
場　　所：Zoom を利用した Web 会議
出　　席：９名
有賀拓郎（琉球大学病院）、糸数公（沖縄県保健医療部）、金城達也（琉球大学大学院）、佐村博範（浦添総合病院）、玉城研太朗（医療法人那覇西会）、仲宗根正（那覇市保健所）、宮里浩（那覇市立病院）、山本孝夫（沖縄県立八重山病院）、増田昌人（琉球大学病院がんセンター）
欠　　席：５名
浅野志麻（沖縄県立宮古病院）、金城徹（琉球大学病院）、豊見山良作（那覇市立病院）、宮城政剛（新川クリニック）、仲地厚（友愛医療センター）、
陪　　席：１名
西佐和子（琉球大学病院がんセンター）

【報告事項】
１．令和５年度 第３回大腸がん死激減プロジェクト連絡会議議事要旨について
増田委員より、資料１に基づき大腸がん死激減プロジェクト連絡会議議事要旨について説明があった。

２．今年度の委員について
増田委員より、資料２に基づき、県立八重山病院の山本先生が委員として参加される旨の報告があった。

【協議事項】
１．予防について
増田委員より、資料３に基づき、がん予防の施策について、沖縄県、全国値、最良値の指標を比較しながら説明があった。続いて各委員から、沖縄県、医師会、那覇市保健所で行われる取り組みについて報告があった。
・糸数委員より、沖縄県健康増進計画「健康おきなわ 21」は、2013 年から 2014 年に改定され、様々なプロジェクトを行ってきた。計画では、健康づくりの重点目標９か条からポイントを絞り、検診受診、適正飲酒、肥満対策の重要性が強調された。しかし、評価は厳しく、３月の改訂では市町村との連携強化や健康経営の推進が重要視されているとの報告があった。
・玉城委員より、県医師会では、働き盛り世代の健康状態改善に取り組んでおり、今後は、がん対策を強化する方針が示されている。県委託の「がん検診充実強化促進事業」

においても大腸がん検診に重点を置いて取り組んでいきたいとの報告があった。
・仲宗根委員より、那覇市保健所では、具体的な取り組みとして、歯の写真撮影や歯周病検診の促進などを計画しており、プロモーション方法についても検討中であるとの報告があった。県民の健康リテラシー向上のため、まずは歯の健康リテラシーを獲得し、それを突破口に他の健康についても取り組んでいくような試みができればと考えているとのことだった。

２．検診について

増田委員より、資料３に基づき、がん検診の施策について、沖縄県、全国値、最良値の指標を比較しながら説明があった。続いて、３つの論点があるとして、特に重要なのは科学的根拠に基づくがん検診の実施であるとのことだった。国がんでは「全国がん検診従事者研修」を基礎、実務、指導者の三段階に分けてウェブで提供しており、マニュアルには、やるべき手順が丁寧に記載されているが、現実にはその通りに実行できていない場合が多い。市町村によっては、研修に参加していない担当者が多く、指導者の知識が不足しているケースも見られる。具体的な精度管理の実行が重要であり、次に検診受診率の向上が重要であると述べられ、委員に意見を求めた。

未把握率および精検受診率の改善

・玉城委員は、那覇市医師会が未把握率改善に成功したモデルを他市町村にも広めて、特に大腸がんにフォーカスをあてて県医師会としても取り組みたいとのことだった。
・糸数委員は、県全体のがん検診精度管理を見直す必要があり、がん検診のプロセス指標をチェックし、改善策を議論している。精検受診率と未把握率の改善を目指すために、行政としても認識を高めたいとのことだった。
・金城達也委員より、浦添市と西原町の先行事例の紹介があった。有賀委員より、沖縄県民に合ったナッジを設計できると改善できるのではないかとの提案があった。浦添市と西原町の先行事例の解析がキーポイントになるのではないかとのことだった。増田委員より、がんセンターの事務的な協力も得ながら、具体的なステップを検討できるとの提案があった。

がん検診の精度管理

・仲宗根委員は、市町村と医療機関の検診担当者に対する研修の重要性を強調し、定期的に研修を受けることの必要性を述べた。
・宮里委員より、検診担当者のモチベーションの元になる評価の仕組みについて意見があった。続いて、那覇市周辺での消化器内科医の減少が懸念されることを受けて、糸数委員より、沖縄県がん検診精密検査協力医療機関名簿の紹介があった。

３．医療について
　時間の都合上、次回に持ち越しとなった。

４．大腸がん治療方針に関するコンサルとシステムの構築について
　時間の都合上、次回に持ち越しとなった。

５．次回の開催日程について
　今後は毎月１時間以内という形で開催することとなった。

＜参考 URL＞
令和 6 年度 沖縄県がん検診精密検査協力医療機関名簿
https://www.pref.okinawa.jp/iryokenko/shippeikansensho/1005229/1018587/1006337.html

がん相談業務
（院内におけるピア・サポート）

相談記録シート集計報告

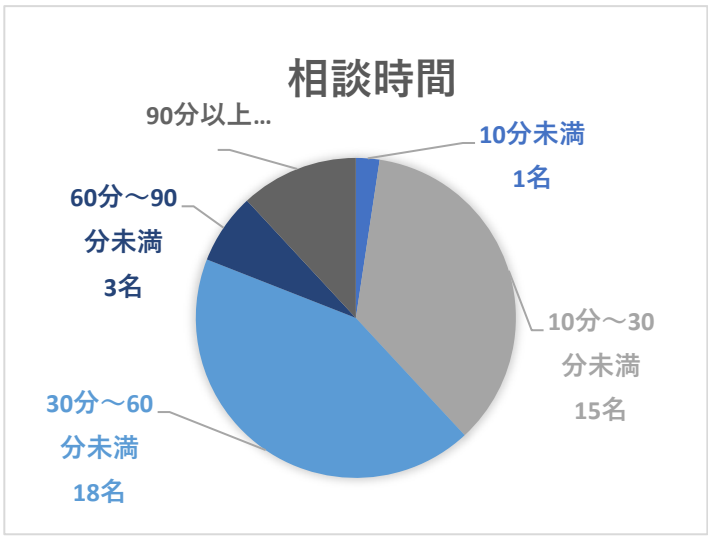
実施期間：令和6年4月1日～令和6年6月28日

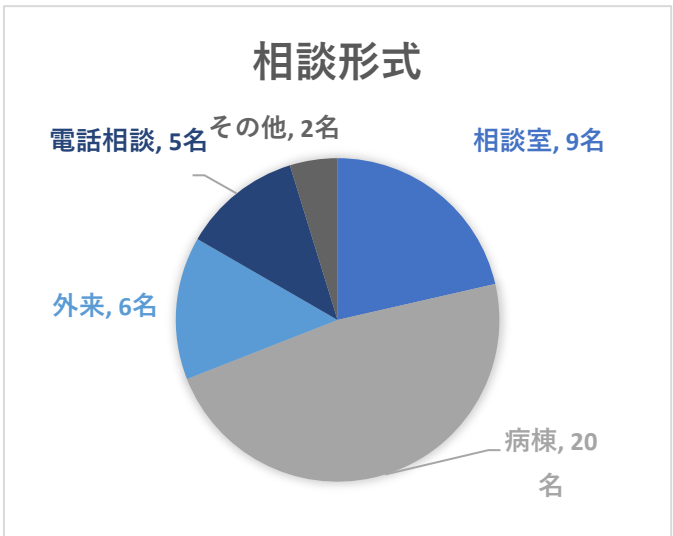
沖縄県地域統括相談支援センター

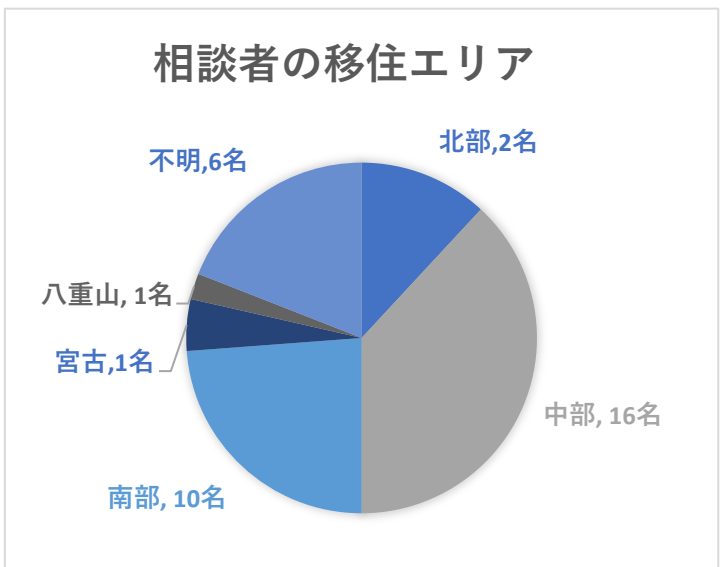
がん相談業務（院内におけるピアサポート）集計結果

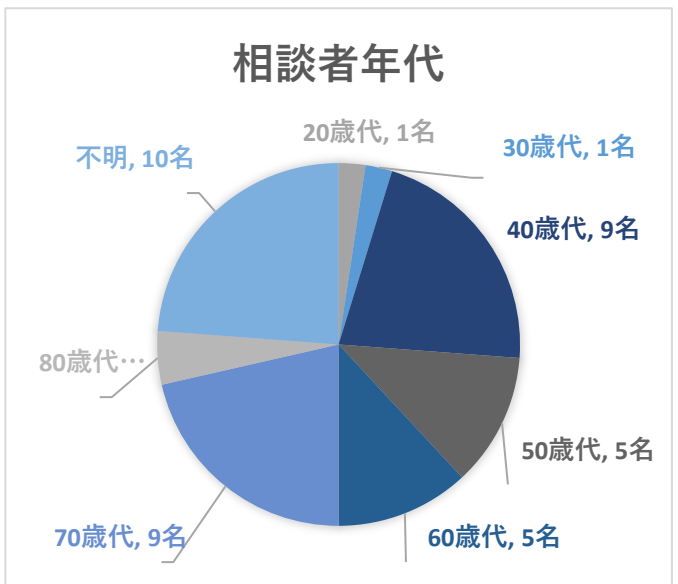
■ 調査対象期間　　令和6年4月1日～令和6年6月28日
■ 調査件数　　42件

相談月	件　数
1月	15
2月	10
3月	17
合　計	42

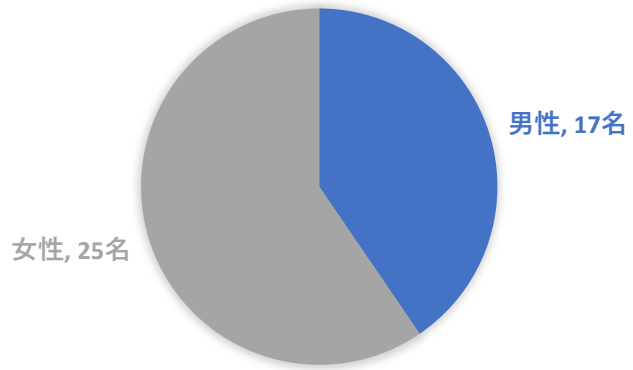




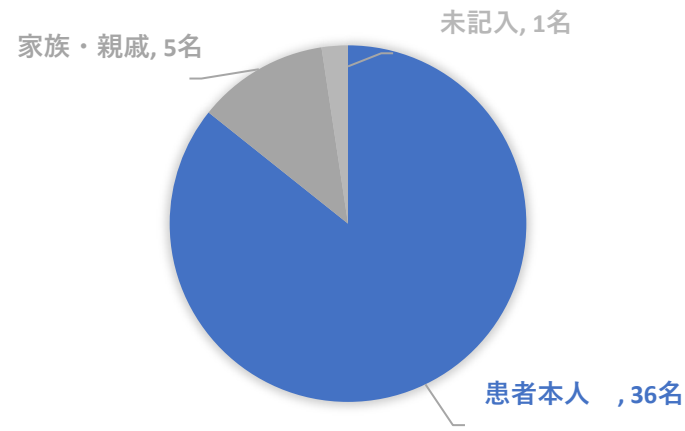




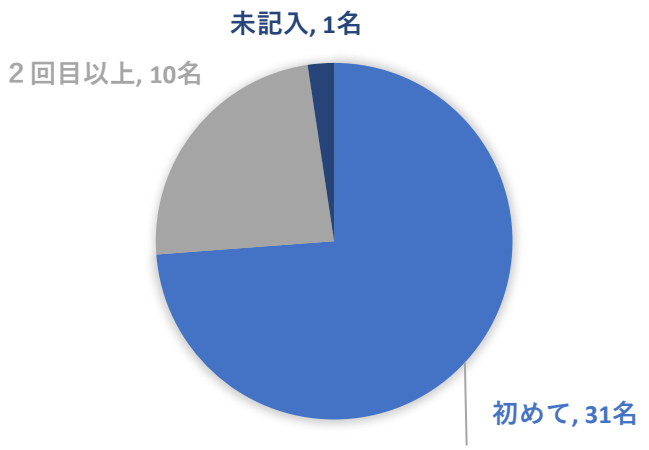
相談者の性別



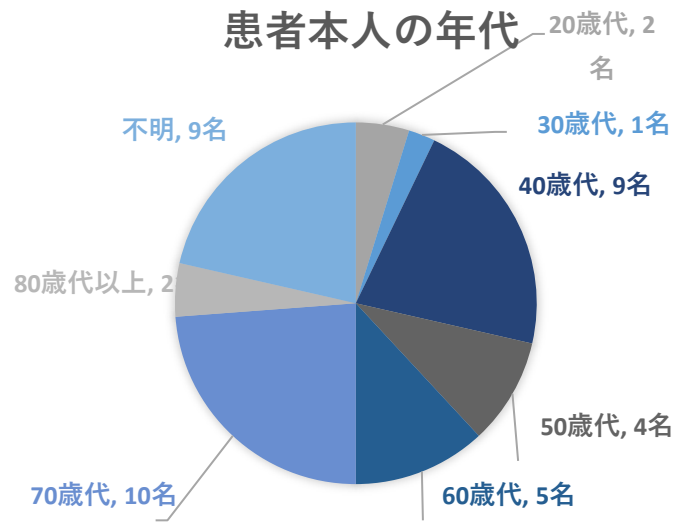
相談者のカテゴリー



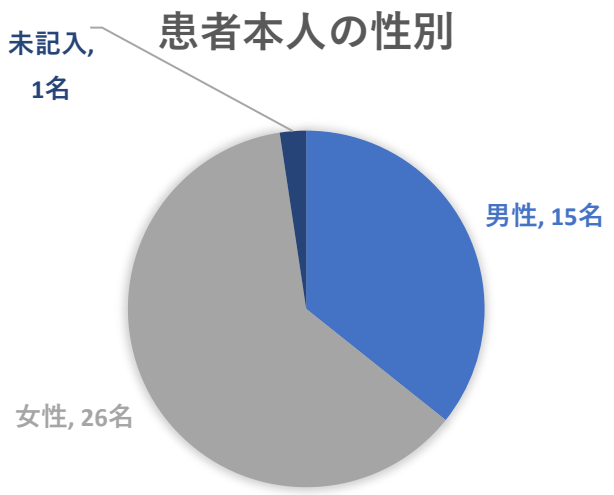
相談者の利用回数



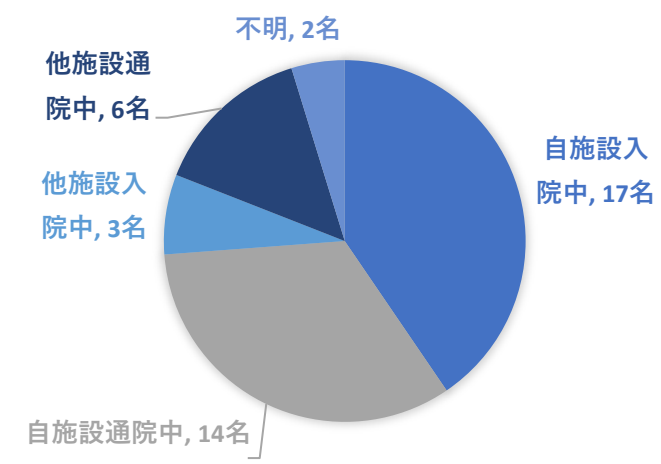
患者本人の年代

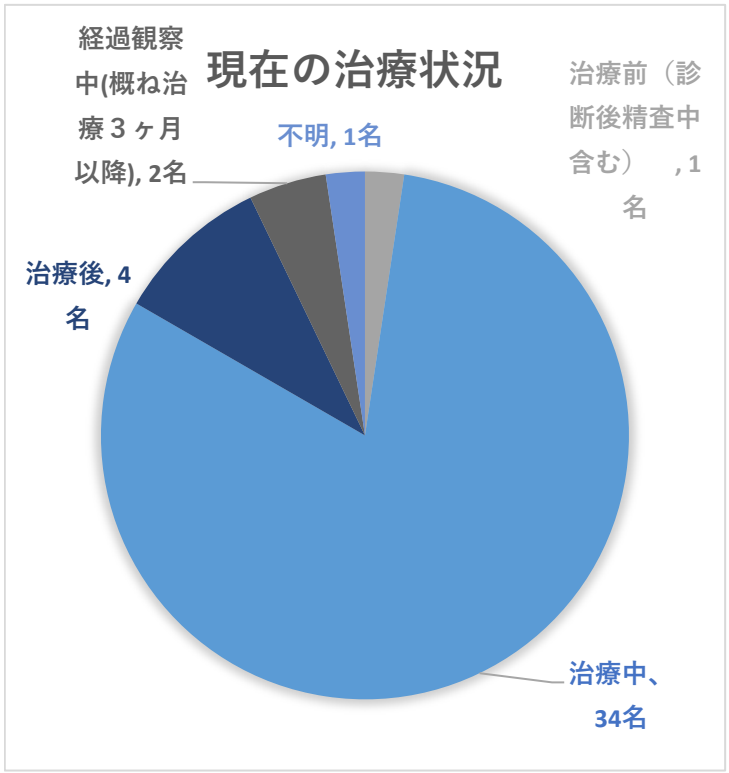


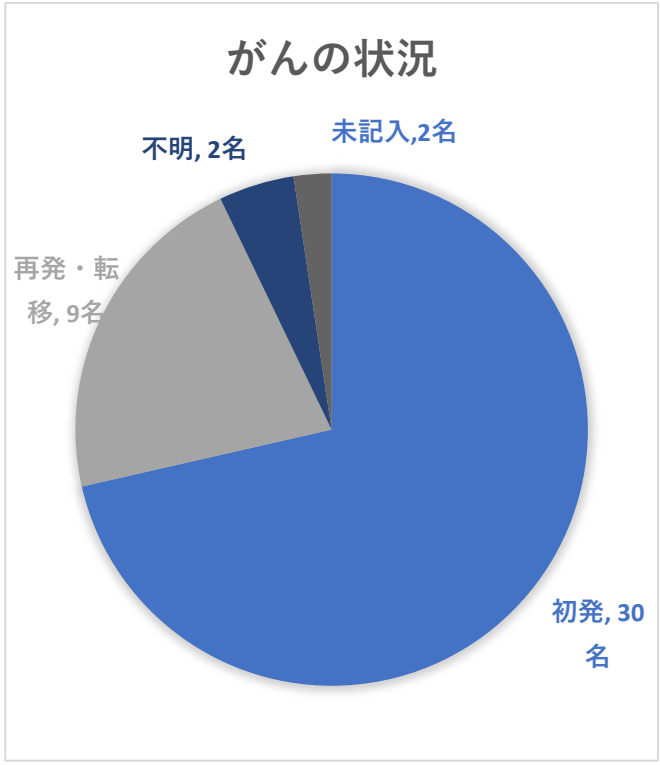
患者本人の性別



受診状況

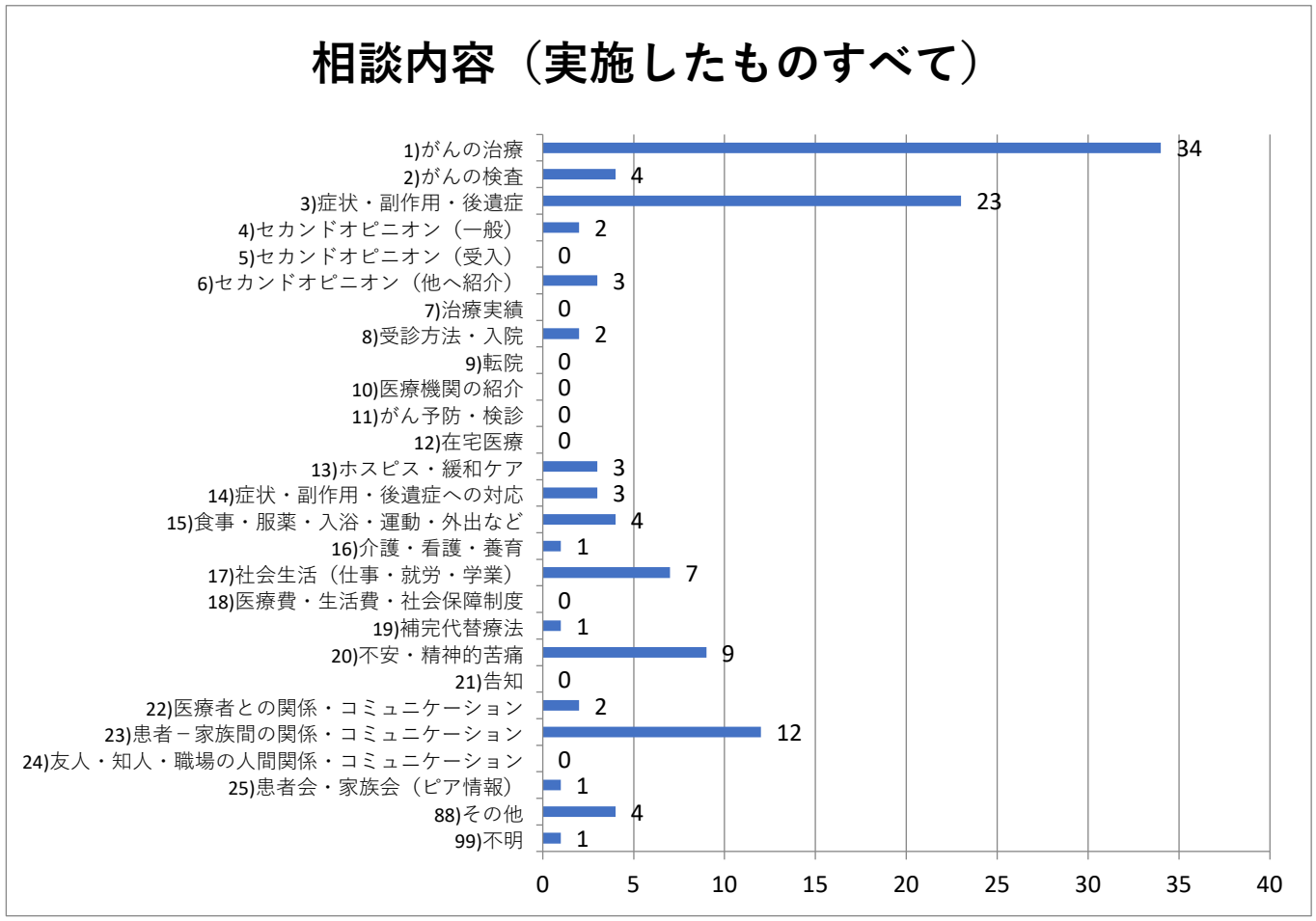


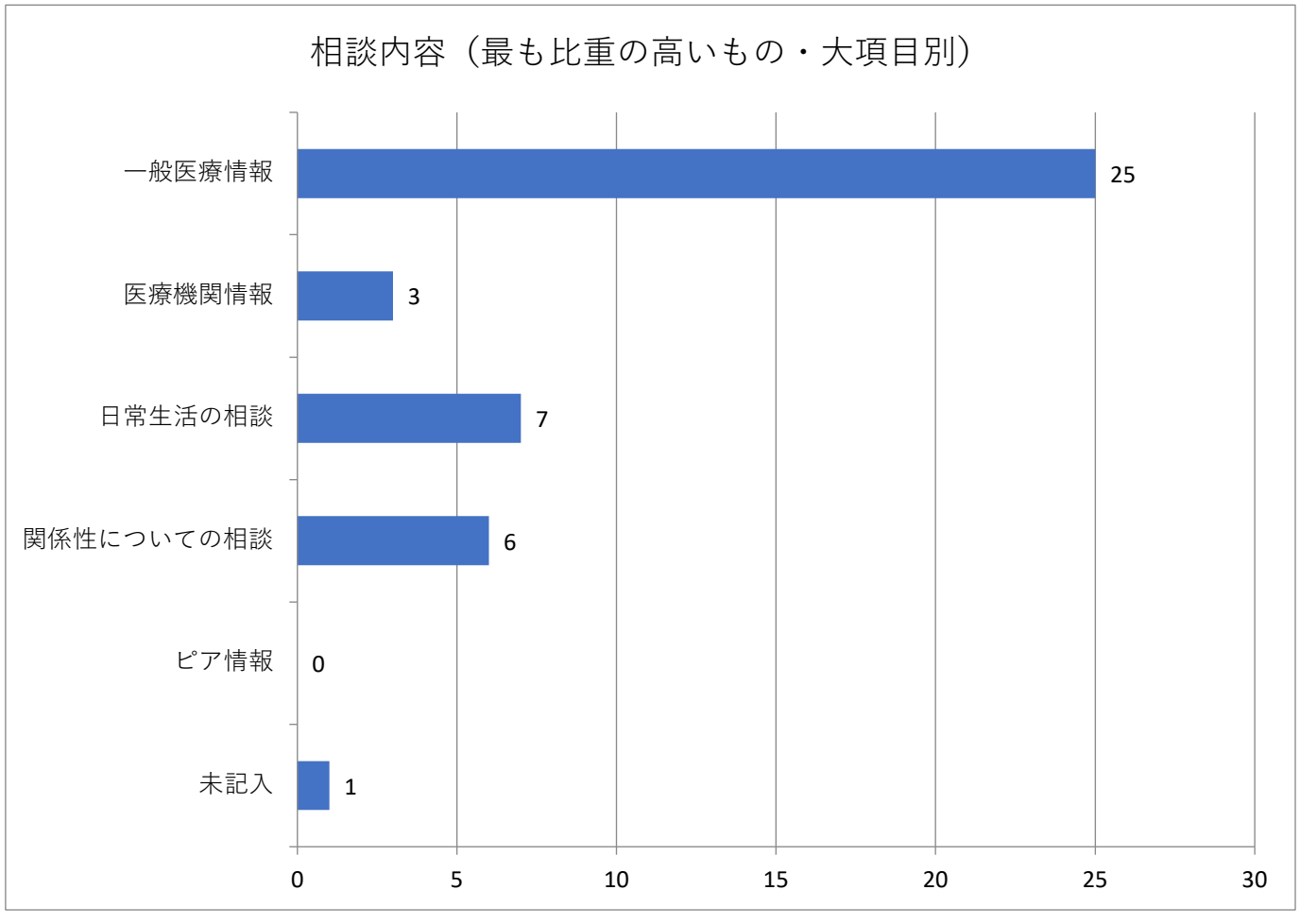

現在の治療状況
経過観察中(概ね治療３ヶ月以降), 2名
不明, 1名
治療前（診断後精査中含む）, 1名
治療後, 4名
治療中、34名


がんの状況
不明, 2名
未記入,2名
再発・転移, 9名
初発, 30名

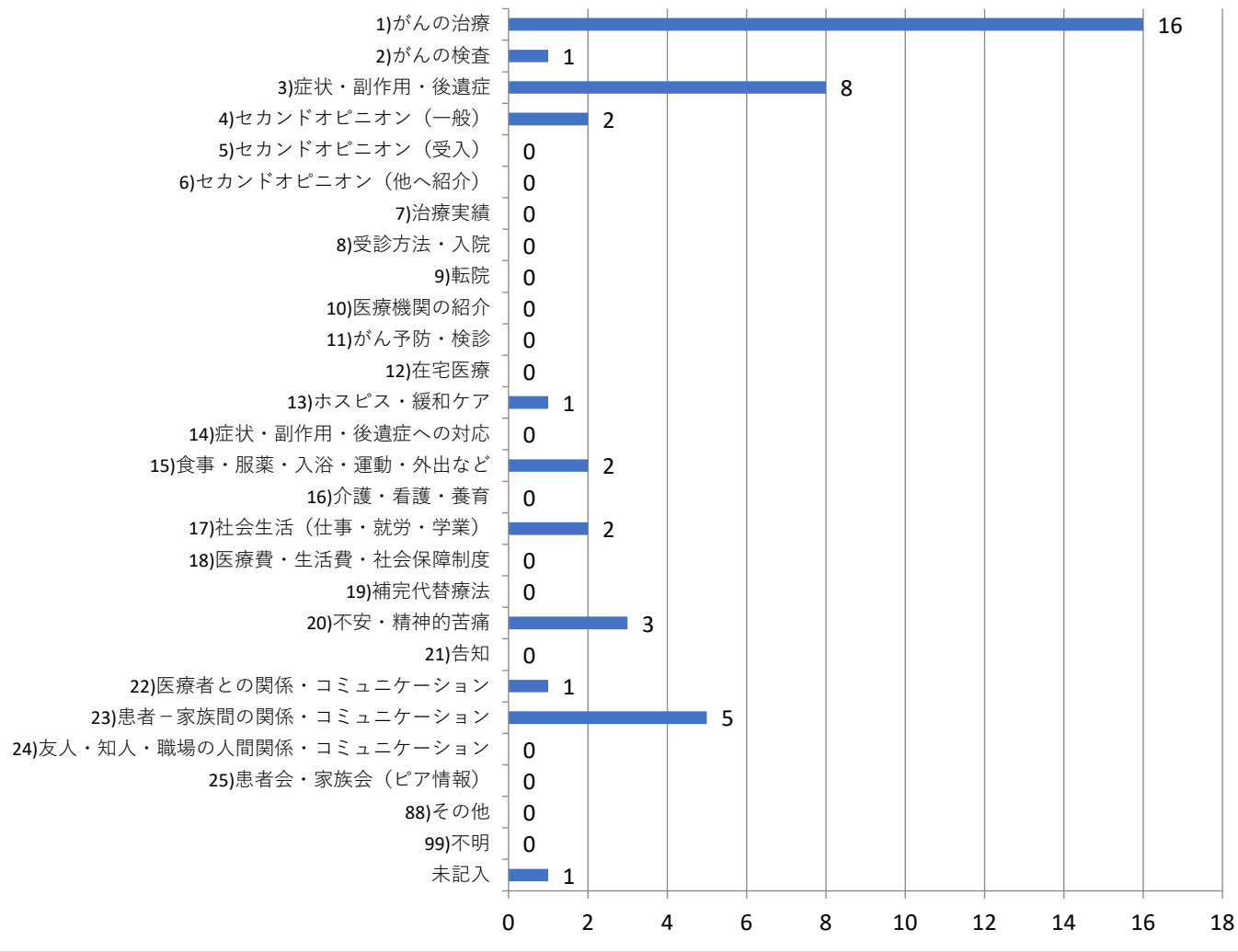
がんの部位
眼・脳・神経 1
耳鼻咽喉 7
食道 2
胃 2
大腸・小腸 3
肝・胆 5
膵 3
肺・縦隔・心臓 6
乳房 7
子宮・卵巣 5
前立腺・精巣 1
腎・尿管・膀胱 2
甲状腺・副腎 0
リンパ・血液 3
骨 4
皮膚 1
中皮腫 0
肉腫・腹膜・後腹膜 1
原発不明 0
不明 2
0 2 4 6 8

相談内容（実施したものすべて・大項目別）
一般医療情報 25
医療機関情報 3
日常生活の相談 7
関係性についての相談 6
ピア情報 0
未記入 1
0 5 10 15 20 25 30

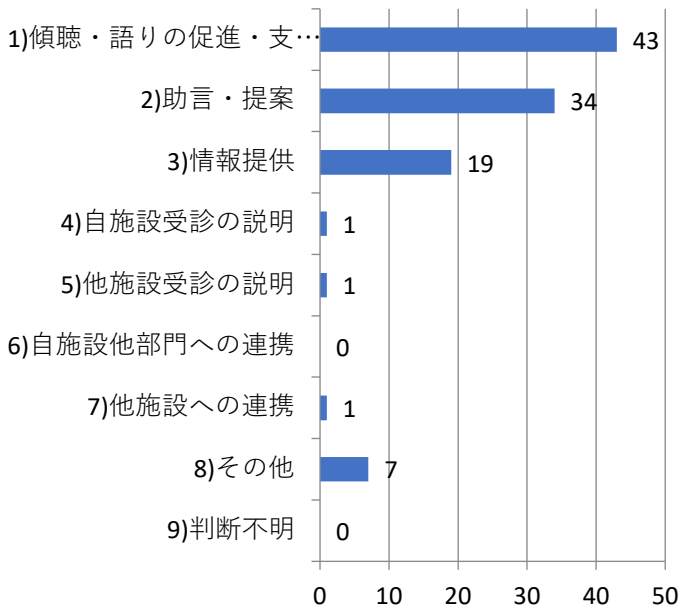

相談内容（実施したものすべて）
1)がんの治療 34
2)がんの検査 4
3)症状・副作用・後遺症 23
4)セカンドオピニオン（一般） 2
5)セカンドオピニオン（受入） 0
6)セカンドオピニオン（他へ紹介） 3
7)治療実績 0
8)受診方法・入院 2
9)転院 0
10)医療機関の紹介 0
11)がん予防・検診 0
12)在宅医療 0
13)ホスピス・緩和ケア 3
14)症状・副作用・後遺症への対応 3
15)食事・服薬・入浴・運動・外出など 4
16)介護・看護・養育 1
17)社会生活（仕事・就労・学業） 7
18)医療費・生活費・社会保障制度 0
19)補完代替療法 1
20)不安・精神的苦痛 9
21)告知 0
22)医療者との関係・コミュニケーション 2
23)患者－家族間の関係・コミュニケーション 12
24)友人・知人・職場の人間関係・コミュニケーション 0
25)患者会・家族会（ピア情報） 1
88)その他 4
99)不明 1
0 5 10 15 20 25 30 35 40


相談内容（最も比重の高いもの・大項目別）
一般医療情報 25
医療機関情報 3
日常生活の相談 7
関係性についての相談 6
ピア情報 0
未記入 1
0 5 10 15 20 25 30

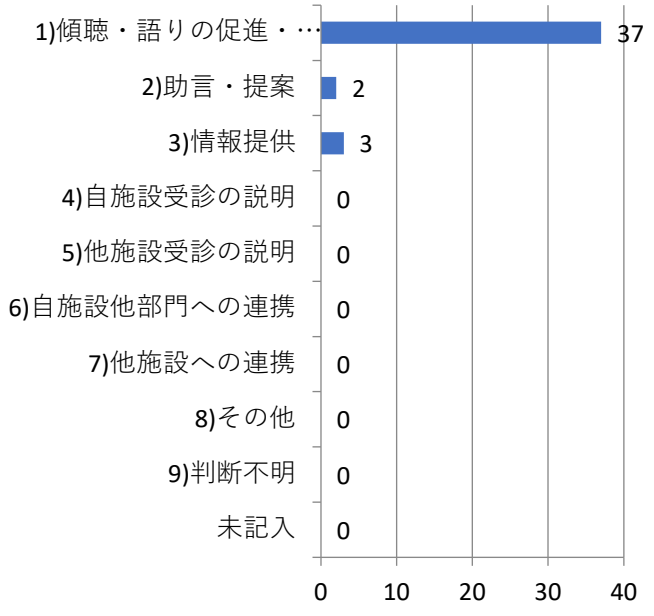
相談内容（最も比重の高いもの）

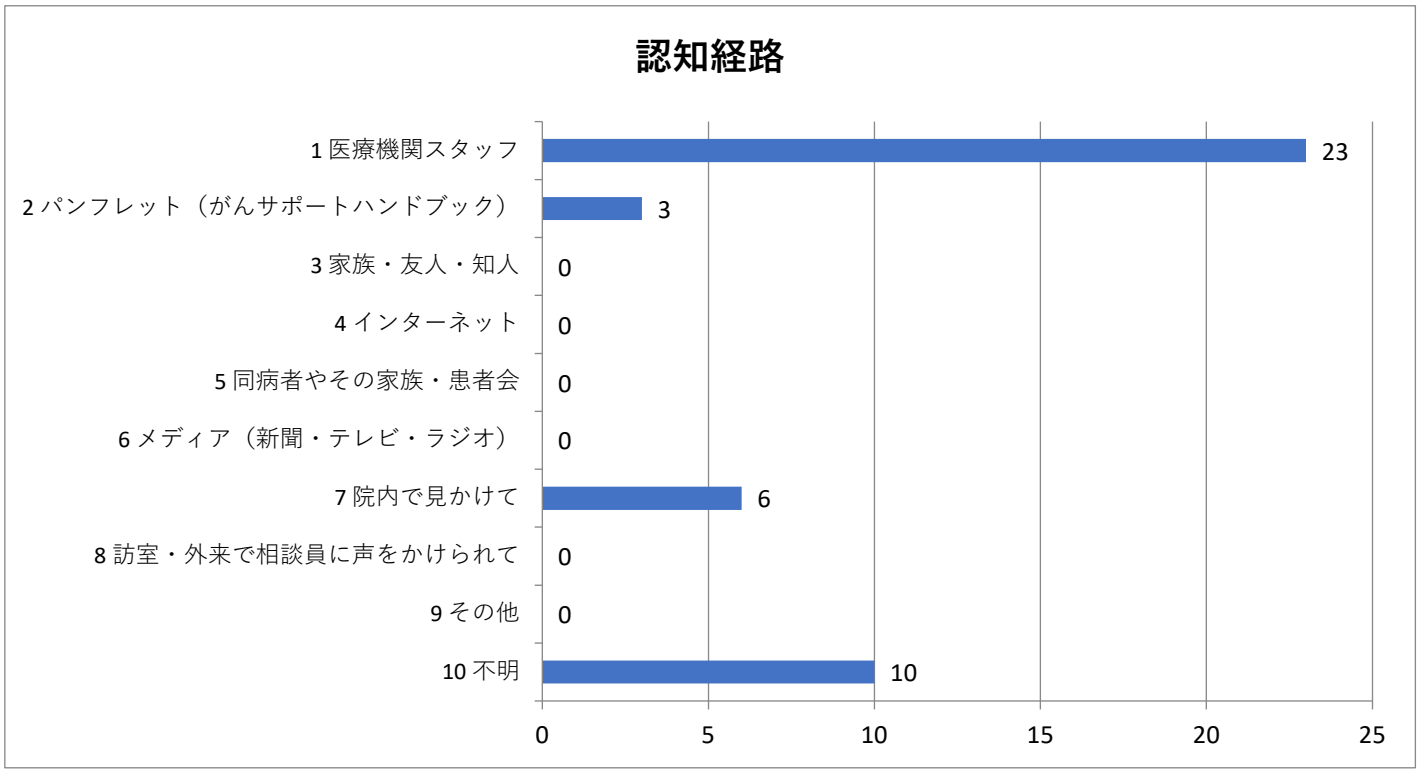


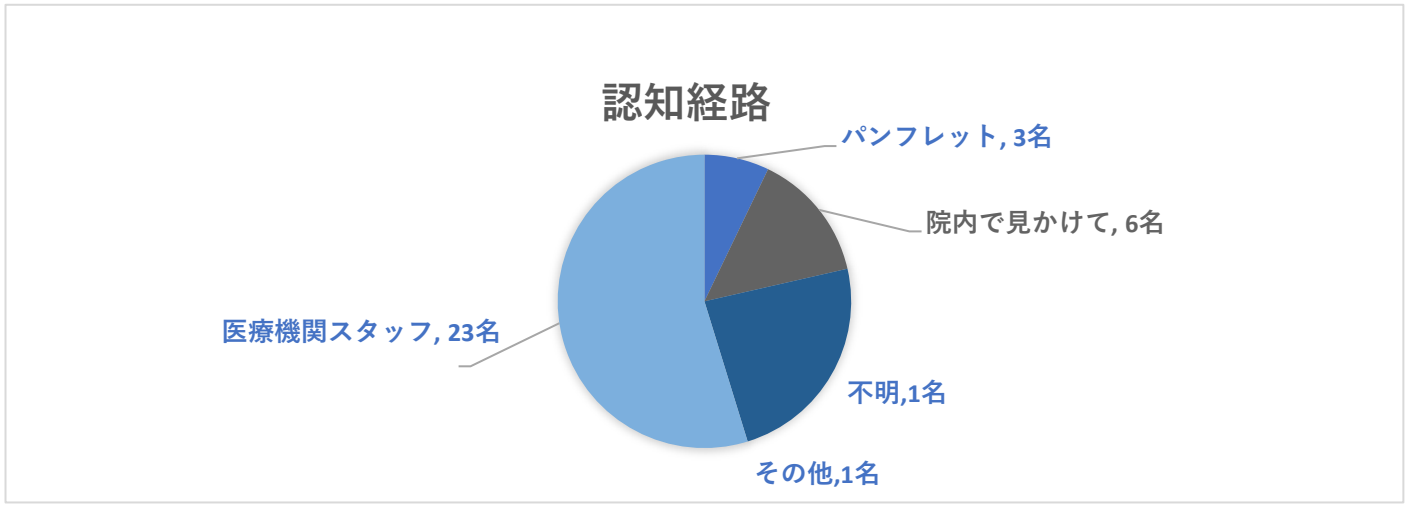
対応内容（実施したものすべて）



対応内容（最も比重の高いもの）




認知経路
1 医療機関スタッフ
2 パンフレット（がんサポートハンドブック）
3 家族・友人・知人
4 インターネット
5 同病者やその家族・患者会
6 メディア（新聞・テレビ・ラジオ）
7 院内で見かけて
8 訪室・外来で相談員に声をかけられて
9 その他
10 不明
23
3
0
0
0
0
6
0
0
10
0
5
10
15
20
25


認知経路
パンフレット, 3名
院内で見かけて, 6名
医療機関スタッフ, 23名
不明,1名
その他,1名

令和６年度　沖縄県委託事業

出張ピア・サポート

開催報告

実施日：(1)令和６年４月 26 日（木）14：00～16：30
(2)令和６年５月８日（水）14：00～16：00
(3)令和６年６月３日（水）14：00～16：00

【名　称】

出張ピア・サポート

沖縄県内のがん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院に出向き、がん患者支援を行うものである。主たる内容はがん ピア・サポーター（がん経験者）によるがん個別相談とする。

【目　的】

1．がん患者や家族の不安軽減

当事者同士ががんに対する不安や悩み・気持ちを分かち合い、必要とする情報を交換し合うことで病気に対する不安軽減につなげる。

2．がん ピア・サポートの周知

当センターの普及活動とし、がん　ピア・サポート相談室の利用へつなげる。

3．がん　ピア・サポーターの活用

当センター主催のがん ピア・サポーター養成講座修了生である登録ピア・サポーターの活動の場所として提供する。

【概　要】

1．日　時　(1)令和 6 年 4 月 26 日（木）14：00～16：30
(2)令和 6 年 5 月 8 日（水）14：00～16：00
(3)令和 6 年 6 月 3 日（水）14：00～16：00
開始時間 14：00、14：30、15：00、15：30
全 4 回（各 30 分）
がん相談（当センター相談員または登録サポーターにて対応）
スタッフ（事務員 1 名）

2．場　所　(1)北部地区医師会病院
(2)県立中部病院
(3)県立宮古病院

3．対　象　がん患者、そのご家族、ご遺族など

4．主　催　沖縄県地域統括相談支援センター（令和 6 年度　沖縄県委託事業）

5. 共　催　　琉球大学病院がんセンター

6. 参加費　　参加・相談無料

7. 予　約　　予約優先・当日受付

【イベント当日の流れ】

13:00～13:40　会場設営
13:40～14:00　打ち合わせ
14:00～16:00　受付・相談会（各 30 分ずつ×4 回）
16:00～16:15　振り返り
16:15～17:00　片付け・退館

＊がん相談会の当日受付から運営まで当センター関係者にて行った。

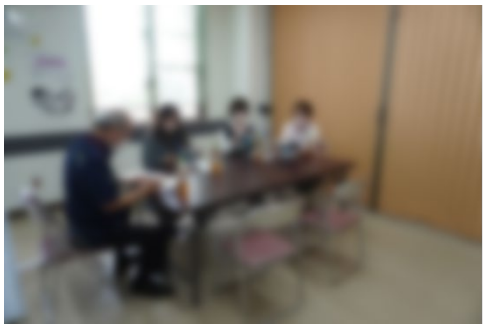
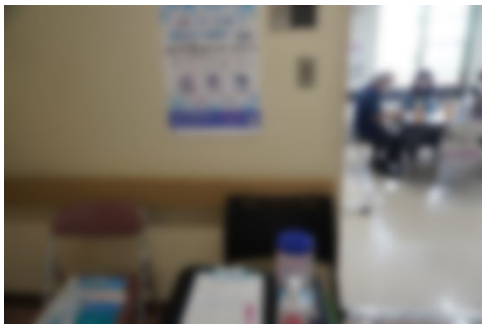
【北部地区医師会病院】

参加人数：2 組

統括相談員　3 名／登録ピア・サポーター　1 名／事務員　1 名

【振り返り】

・院内での広報をしていただき、直接予約システムからお申し込みが 1 組、もう 1 組は院内での声掛けで参加いただいた。
・県内のがん診療を行っている病院、患者会や役場等に広報を行ったが、実際には院内での声掛けが相談に繋がった。
・前回は別館での開催だったが、今回本館の会議室で開催。病棟からの患者さんも移動がスムーズで、開催場所に迷うことがないように感じた。
・チラシに掲載した同がん種の患者さんが話しを聞きにきており、がん種の公開は、参加してみたいと思っていただけたのではないか。
・登録サポーターも久しぶりのピア・サポート活動であったが、しっかりと傾聴し、自身の体験を語ることができていた。統括相談員とも北部での状況や患者会の活動などお互いに情報交換もできた。
・患者さんも 1 組あたり 1 時間たっぷりとお話ができ、治療のことから世間話もあり多岐にわたって色々なお話が出来ていた。
・30 分延長となったが、会議室も快く借用いただいた。
・患者サロンも開催していないとのことで、ぜひこのような機会を活用いただき、日頃の思いや悩みを打ち明け 1 組でも多くの患者さんに寄り添えたらと思う。

▲北部地区医師会病院

【県立中部病院／参加人数】

参加人数：1 組

統括相談員　2 名／事務員　1 名

【振り返り】

・今回も前回同様の場所にて開催。

・前回は 1 か所の入口のみの案内だったが、今回は本館からの 2 か所から行けるようにチラシと矢印を表示。外来にチラシを掲載し、当日参加が 1 組となった。

・院内の相談員からも声掛けを頑張っていただいたが、時間帯が合わないのか参加者は 1 組に留まる。

・相談者さんが悩んでいる事柄についてピア・サポーター含め付き添いの師長も一緒に考え寄り添うことができたのではないか。

・院内患者サロンでは多くの患者さん、そしてリピーターさんが多くいるような印象なので、個別がん相談会も知っていただけたら参加者が増えるのではないかと考ええる。

・広報の仕方をもう少し工夫し、患者さん 1 人ひとりに対応できるようにしたい。チラシ掲載の工夫も必要かもしれない。

・今回は統括相談員のみの対応となったが、早めの日程調整を行い登録サポーターの活動の場として機会を提供したい。登録サポーターの活動の場とするためにも広報に力を入れ、患者さんが参加しやすい雰囲気づくりをしたい。



▲県立中部病院

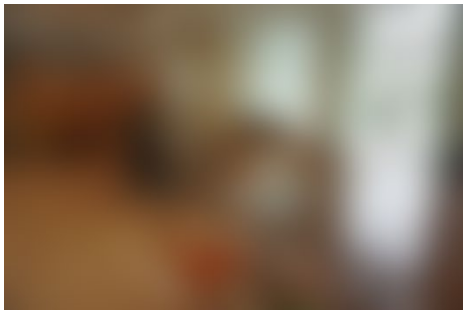
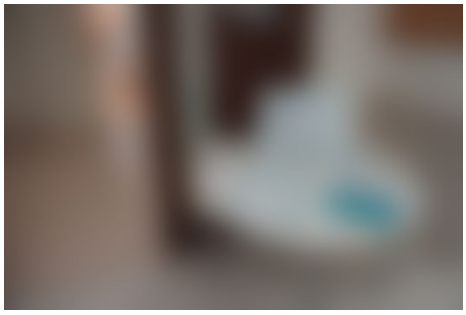
【県立宮古病院／参加人数】

参加人数：2 組

統括相談員　1 名／事務員　1 名

【振り返り】

・今回離島で初めて開催した県立宮古病院開催。
・院内でチラシを掲載させていただき、院内相談員の声掛けで 2 組参加があった。
・離島では住人の距離が近く、がん治療を行っていることを隠す傾向にあるそうで、患者サロンなど開催しても参加者がいないとのこと。
・今回もだが、本土出身の方が患者サロンなど利用する傾向にあるという。
・ピア・サポーターに不安や悩みを打ち明け、話を聞いてもらうことで、相談者さんも帰りには笑顔もあり良かった。
・当センター主催のオンラインゆんたく会も離島患者さんの交流の場として利用してもらえるよう広報した。
・宮古島の患者会のオストミー協会宮古支部の代表も挨拶に寄っていただいた。どのように活動しているか見学いただき、離島での患者会活動の現状について話しができた。
・がん患者やご家族の行き場のない気持ちや悩みを打ち明けられる場所として、離島ではより需要が高いように思う。
・どのように広報をしたら患者やご家族が参加しやすいイベントとなるか、宮古病院の相談員と相談しながら次年度も引き続き連携を取りながらイベント開催に向けて調整したい。

▲県立宮古病院

令和6年度　沖縄県委託事業

沖縄県地域統括相談支援センター
事業評価会議

開催報告

実施日：第１回　令和６年５月 10 日（金）

令和 6 年度　第 1 回　沖縄県地域統括相談支援センター 事業評価会議

日　時　　令和 6 年 5 月 10 日（金） 9：10～10：10
場　所　　がんセンター
出席者　　天野 慎介さん（一般社団法人グループ・ネクサス・ジャパン 理事長）
　　増田 昌人（沖縄県地域統括相談支援センター がんセンター長）
　　喜瀬　杏妃（沖縄県地域統括相談支援センター　事務補佐員）

【報告】

1.　令和 5 年度　第 4 回　事業評価会議　議事要旨　（資料 1）

【議 題】

1.　がん ピア・サロンについて　（資料 2）
2.　がん ピア・サポーターフォローアップ研修会について　（資料 3）
3.　相談予約システム導入について　（資料なし）
4.　がん患者会連絡方法について　（資料なし）
5.　その他

【報告】

1.　センター事業計画　（資料 4）
2.　相談件数統計　（資料 5）
3.　がん患者会意見交換会　報告書　（資料 6）
4.　がん ピア・サポーター養成講座　報告書　（資料 7）
5.　その他

【報告・協議事項】

1. 令和 5 年度　第 4 回　事業評価会議　議事要旨
事務補佐員喜瀬より前回の議事要旨を報告した。

2. がん　ピア・サロンについて
前年度の進捗会議にて県から要望があった、アピアランスケアをテーマとしたがんピア・サロンについて議題とし、前年度のアピアランスケアをテーマとしたリレー・フォー・ライフでのがんピア・サロンのプログラムを基に協議した。対象者をがん患者さんとそのご家族をするのであれば、病院で開催してみてはとご意見をいただく。琉大病院や那覇市立病院などを検討することとする。

3. がん　ピア・サポーターフォローアップ研修会について

前年度同様にピア・サポーターフォローアップ研修会については支え合う会「α」野田さんの指示に従って開催することになる。千葉県での登録サポーターの取り扱いを参考に受講者対象についても検討することとする。早めに内容を固めてピア・サポーター養成ワーキングのグループ長の秋月先生をお招きできるように日程調整を行う。

4. 相談予約システムについて
ネット相談予約システム導入を検討している旨を報告。導入後どのように進めたらいいかなど改めて相談することにした。

5. がん患者会連絡方法について
前回のがん患者会意見交換会後提案が上がった、LINE 等でのグループ作成について難航していることを報告。LINE が難しければメーリングリスト方式にすることを検討。ぴあナース上原さんに連絡方法について相談してみることにする。上原さんが発足したがん患者会連絡会に運用はお願いしたい旨センター長よりお話していただけることになった。

6. その他
他報告事項は書面にて報告とした。

令和６年度　沖縄県委託事業

相談員ミーティング

開催報告

実施日：第１回　令和６年４月３日（水）

令和6年度　第1回　沖縄県地域統括相談支援センター　相談員ミーティング

日　時　　令和６年４月３日（水）　16：00～17：00
形　式　　オンライン
出席者　　増田　昌人（琉球大学病院　がんセンター長）
　　西村　克敏（沖縄県地域統括相談支援センター　相談員）
　　上地　久美子（沖縄県地域統括相談支援センター　相談員）
　　金城　敦子（沖縄県地域統括相談支援センター　相談員）
　　喜瀬　杏妃（沖縄県地域統括相談支援センター　事務補佐員）

【報告】
1. 令和５年度　第２回　相談員ミーティング　議事要旨　（資料１）
2. 令和５年度　年間事業計画　（資料２）
3. その他

【議 題】
1. 令和６年度 年間事業計画について　（資料３）
2. 今後の活動表（案）について　（資料４）
3. がん　ピア・サポーターフォローアップ研修会について　（資料５）
4. その他

【報　告】
1. 令和5年度　第2回　相談員ミーティングの議事要旨
前回の議事要旨を紙面報告した。

2. 令和5年度　年間事業計画
前年度ご協力いただいた事業内容等確認の上、ピア・サポーターへ報告を行った。

3. その他
令和6年度はピアサポーターみなさんで活動したいことなど意見を出し合って計画し進めていきたいと話があったが、全員が揃うということが難しく実現できていない現状を話あう。今年度の一度計画した予定を決める前にみなさんでどのような方向で進めたいか都度話し合うことで進めることになる。

【議題】
4. 令和6年度　センター事業計画
今年度の計画内容を確認。前年度に無かったもので、今年度追加となったものを検討した。今年度は出張ピア・サポートを離島へ出向くこと。また、がんピア・サロンとのことで「アピアランスケア」をテーマとしたイベント開催が追加となった。相談員ミーティングについても、候補日を挙げてもらい2ヶ月毎開催に向けて調整する運びとなる。

5. 今後の活動表（案）について
前回の相談員ミーティング後に、石川県訪問見学に参加した事務員喜瀬とピア・サポーター仲田さんより、より詳細を追記した活動表を提示した。今年度のピア・サポート活動沖縄県ではどのように進めていくか話あう。全員で共有していないので、共有後より具体化して活動することとなる。

6. がん　ピア・サポーターフォローアップ研修会について
前年度のフォローアップ研修会を資料として、今年度のフォローアップ研修会について意見を聞く。ピア・サポーター中山さんより臨床倫理士の金城先生にお話して欲しいと希望があったが、ピア・サポーターとしての講演ができるのかどうか検討が必要。事務員喜瀬より、登録サポーターの活動の場ということで模擬患者サロンのようなグループセッションについてはどうかと意見があがる。1回ロールプレイと1回患者サロン形式で進めていく提案を野田さんに相談することとする。講師の先生は野田さんと研修ワーキングのグループ長の秋月先生に依頼することになる。

7. その他
これまではがん　ピア・サポーターフォローアップ研修会後の交流会を話あった。ワールドカフェをしたいとのことで最低でも1時間半必要とのことで、別日で設ける運びとなる。交流会はリレー・フォー・ライフで行うことをピア・サポーター西村さんより提案いただく。日程場所が分かれば、部屋の確保をすることをする。

小児家族のピア・サポート体制を強化の目的に、子どもたちの写真展をやってみたいピア・サポーター金城さんより意見いただく。病棟での様子や、作品の展示などピア・サポーターとして小児家族のサポート出来たらいい。一緒にものを作りながら、お話をすることでスッキリする経験があるとのことで、お部屋を借用できるか看護部へ相談してみることにする。

第 60 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会
予防接種基本方針部会

令和６年５月 22 日（水）
１０：００～１２：００
専 用 第 ２１ 会 議 室

議 事 次 第

１　開会

２　議題

（１）HPV ワクチンについて

（２）その他

３　閉会

資料１　　HPV ワクチンの接種について

資料２　　HPV ワクチン地域ブロック拠点病院事業の取組について

参考資料１－１　HPV ワクチンに関する調査１及び２（接種対象者/保護者向け調査）調査結果

参考資料１－２　HPV ワクチンに関する調査３（自治体向け調査）調査結果

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

【委員】

	池田　俊也	国際医療福祉大学　医学部　公衆衛生学　教授
	磯部　哲	慶應義塾大学大学院法務研究科　教授
	伊東　亜矢子	三宅坂総合法律事務所　弁護士
	伊藤　澄信	順天堂大学革新的医療技術開発研究センター　特任教授
	清元　秀泰	兵庫県姫路市　市長
	坂元　昇	神奈川県川崎市健康福祉局　医務監
	笹本　洋一	公益社団法人日本医師会　常任理事
	白井　千香	大阪府枚方市保健所　所長
	鈴木　基	国立感染症研究所感染症疫学センター　センター長
○	中野　貴司	川崎医科大学小児科学　教授
	宮入　烈	浜松医科大学小児科学講座　教授
◎	脇田　隆字	国立感染症研究所　所長

◎：分科会長　○：分科会長代理

【参考人】

牛田　享宏	愛知医科大学医学部疼痛医学講座　教授

第60回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会 予　防　接　種　基　本　方　針　部　会	資料 1 (会議後修正)
2024(令和６)年５月22日	

HPVワクチンの接種について

※会議後修正
P11、P50、P51について、「小学６年から25歳になる年までを合算した。」と記載しておりましたが、誤りであるため、定期接種については「小学６年から16歳になる年度までを合算」、キャッチアップ接種については「17歳になる年度から25歳になる年度までを合算」に修正しています。

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

本日ご議論いただきたい内容

テーマ	内容
【１】経緯、接種の現状及びワクチンに係る知見	（１）HPVワクチンに係る経緯
	（２）HPVワクチンの接種実績等
	（３）HPVワクチンの接種に係る調査の結果
	（４）ワクチンに係る知見
【２】取組の状況	（１）国における周知広報の状況
	（２）自治体における事例
	（３）自治体における診療体制等の状況
【３】ワクチン評価小委員会における議論の状況	（１）男性に対するHPVワクチンの接種に関する議論の状況

論点

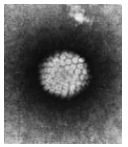
【１】経緯及び接種の現状
（１）HPVワクチンに係る経緯
（２）HPVワクチンの接種実績等
（３）HPVワクチンの接種に係る調査の結果
（４）ワクチンに係る知見
【２】取組の状況
（１）国における周知広報の状況
（２）自治体における事例
（３）自治体における診療体制等の状況
【３】ワクチン評価小委における議論の状況
（１）男性に対するHPVワクチンの接種に関する議論の状況

HPVワクチンに関するこれまでの経緯

【子宮頸がんについて 】

○ 日本で年間約1.1万人が罹患、約2,900人が死亡。また、25～40歳までの女性でがん死亡の第2位。

○ ほとんどの子宮頸がんはＨＰＶ（ヒトパピローマウイルス）への感染が原因。



ヒトパピローマウイルス

【 ＨＰＶワクチンについて 】

○ ＨＰＶワクチンは、ＨＰＶへの感染を防ぐことで、子宮頸がんの罹患を予防。

○ ２価、４価ＨＰＶワクチンは、子宮頸がんの原因の50～70%を占める２つのタイプ（HPV16型と18型）のウイルスの感染を防ぐ。

○ ９価HPVワクチンは、子宮頸がんの原因の80～90%を占める7つのタイプ（HPV16,18,31,33,45,52,58型）のウイルスの感染を防ぐ。

○ 小学校６年～高校１年相当の女子に対し定期接種が行われている（標準的な接種期間：中学校１年(13歳になる学年)の女子）。

※ 子宮頸がんの予防に当たっては、併せてがん検診が重要。

【海外の状況 】○ 世界保健機関（WHO）が接種を推奨。

○ 米、英、独、仏等の先進各国において公的接種として位置づけられている。

平成22年11月26日～ 平成25年３月31日	平成22、23年度補正予算により、子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業（基金）を実施
平成25年４月１日	予防接種法の一部を改正する法律が施行され、ＨＰＶワクチンの定期接種を開始
⇒ 以降、疼痛又は運動障害を中心とした多様な症状が報告され、マスコミ等で多く報道された	
平成25年６月14日	厚生労働省の審議会※で、**「ワクチンとの因果関係を否定できない持続的な疼痛の発生頻度等がより明らかになり、国民に適切な情報提供ができるまでの間、定期接種を積極的に勧奨すべきではない」**とされ、**積極的勧奨差し控え**（厚生労働省健康局長通知） ※ 厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会と薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会の合同開催
⇒ 以降、①HPVワクチンのリスク（安全性）とベネフィット（有効性）を整理 ②HPVワクチン接種後に生じた症状に苦しんでいる方に寄り添った支援をどう進めていくのか ③HPVワクチンの安全性・有効性等に関する情報提供をどう進めていくのか　審議会において検討	
令和４年４月１日	審議会の結論をふまえ、**積極的勧奨の再開及び接種の機会を逃した方に対するキャッチアップ接種を開始**
令和５年４月１日	**9価HPVワクチンを定期接種に用いるワクチンとして位置づけ**

厚生科学審議会副反応検討部会・安全対策調査会合同会議（令和３年10月１日、11月12日開催）
HPVワクチンの積極的勧奨の取扱いに関する議論と結論

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
2022年 (令和4) 1月27日
資料1

１．HPVワクチンの安全性・有効性に関する最新のエビデンスについて

○　安全性・有効性に関する近年の主要なエビデンスが示され、現在のエビデンスによれば、ワクチンの安全性についての特段の懸念は認められない。今後も、合同会議において新たなエビデンスを収集しつつ、安全性の評価を行っていく。

２．HPVワクチン接種後に生じた症状に苦しんでいる方に寄り添った支援について

○　協力医療機関において必要な診療を提供するための体制が維持されている一方で、近年、ワクチン接種後に生じた症状で受診する患者がいない医療機関も多い。これまでも実施してきた協力医療機関向けの研修会について、ニーズ等を踏まえ内容の充実を行っていく。また、協力医療機関同士の相談体制の構築、協力医療機関と都道府県等が必要な情報を共有できるような連携の強化を行っていく。併せて、協力医療機関の診療実態を把握するための調査を継続的に実施していく。

○　地域の医療機関がワクチン接種後に生じた症状への適切な対応や協力医療機関等への紹介を円滑に実施できるよう、また、学校医に他の医療機関や都道府県等と必要な連携を取っていただけるよう、地域の医療機関に必要な情報の周知を行っていく。

○　地域における相談支援体制について衛生部局と教育部局との連携が重要であり、関係機関との一層の連携を図っていく。

３．HPVワクチンに関する情報提供について

○　接種対象者等が情報に接する機会を確保し、接種について検討・判断できるよう、自治体からの情報提供資材（リーフレット等）の個別送付が広がった結果、国民の理解が進み、接種者数が増えてきている。

○　最新のエビデンス等を踏まえてリーフレットを改訂する。

積極的勧奨を差し控えている状態を終了させることが妥当との結論

厚生労働省として、来年度からの積極的な勧奨の再開を決定
（令和３年11月26日に健康局長通知＊を発出）

＊通知の概要
- 個別勧奨を、基本的に令和４年４月から順次実施すること。（準備が整った場合には今年度中に実施可）
- 積極的勧奨差し控えの間に接種の機会を逃した方への接種機会の提供について、審議会で検討すること。

HPVワクチンのキャッチアップ接種の対象者、期間、周知・勧奨の取扱いについて

第２８回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会
2021(令和3)年12月23日
資料4(改)

対象者	H9年度生まれ～H17年度生まれの**９学年**
期間	**３年間（令和４年４月～令和７年３月）**
周知・勧奨	対象者が接種について検討・判断できるよう、**ワクチンの有効性・安全性について丁寧な情報提供を実施。情報提供資材等を個別送付するなど対象者への確実な周知**に努める。

対象者 ⇒ ９学年

	H9生	H10生	H11生	H12生	H13生	H14生	H15生	H16生	H17生	H18生	H19生	H20生	H21生
推定接種率※	78.8%	78.7%	68.9%	14.3%	1.6%	0.4%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%			
H22	13歳	12歳	11歳	10歳	9歳	8歳	7歳	6歳	5歳	4歳	3歳	2歳	1歳
H23	14歳	13歳	12歳	11歳	10歳	9歳	8歳	7歳					
H24	15歳	14歳	13歳	12歳	11歳	10歳	9歳	8歳					
H25	16歳	15歳	14歳	**13歳**	12歳	11歳	10歳	9歳					
H26	17歳	16歳	15歳	14歳	**13歳**	12歳	11歳	10歳					
H27	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳	**13歳**	12歳	11歳	10歳	9歳	8歳	7歳	6歳
H28	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳	**13歳**	12歳	11歳	10歳	9歳	8歳	7歳
H29	20歳	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳	**13歳**	12歳	11歳	10歳	9歳	8歳
H30	21歳	20歳	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳	**13歳**	12歳	11歳	10歳	9歳
R1	22歳	21歳	20歳	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳	**13歳**	12歳	11歳	歳
R2	23歳	22歳	21歳	20歳	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳	**13歳**	12歳	11歳
R3	24歳	23歳	22歳	21歳	20歳	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳	歳	12歳
R4	25歳	24歳	23歳	22歳	21歳	20歳	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳	**13歳**
R5	26歳	25歳	24歳	23歳	22歳	21歳	20歳	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳
R6	27歳	26歳	25歳	24歳	23歳	22歳	21歳	20歳	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳

緊急促進事業

定期接種

積極的勧奨差し控え

キャッチアップ接種

期間 ⇒３年間

○歳 緊急促進事業の接種対象者。12歳は例外として対象とされた場合

○歳 定期接種の接種対象者。13歳は標準的接種期間にある者

※ 年齢については、**各年度生まれ**の者が**当該年度内**に達する年齢を記載（例:13歳→中１）

※接種機会の確保の観点から、キャッチアップ接種の期間中に定期接種の対象から新たに外れる世代についても、順次キャッチアップ接種の対象者とする

検討の軸②キャッチアップ接種の期間に関する考え方、主なご意見、事務局案について

第２８回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会
2021(令和3)年12月23日
資料4(改)

考え方（11月15日分科会資料より）

○　接種機会を確保する観点から、一定期間、キャッチアップ接種を実施することが重要。

○　また、キャッチアップ接種の期間を過度に短く設定した場合、短期間に接種が集中することにより、医療機関・自治体の業務や、接種を希望してから実際に接種できるまでの待ち時間等に影響を与える可能性がある。

○　一方で、キャッチアップ接種の期間を過度に長く設定した場合、早期に接種を行う必要がないという誤ったメッセージにつながる可能性がある。この場合、特に年齢が高い世代においては、接種のタイミングが遅れることによりワクチンの有効性がより低くなる可能性がある。

11月15日分科会における主なご意見

○　自治体の準備や医療機関における接種体制等から逆算して、期間を設定することが重要ではないか。

○　自治体の準備や接種対象者の接種機会の確保の観点から、１年間では短すぎるのではないか、３年間程度が妥当なのではないか。

事務局案

接種対象者の接種機会の確保の観点や、自治体の準備、医療機関における接種体制等の観点を踏まえ、**キャッチアップ接種の期間は３年間**とすることとしてはどうか。

HPVワクチンの接種状況の推移①

市区町村が実施した定期予防接種（HPVワクチン）の接種者数の推移は以下の通り。
令和３年度以降の全体の接種者数は、平成25年度のワクチン導入時点の接種者数を超え、増加する傾向にある。

年度		H25	H26	H27	H28	H29	H30	R１	R２	R３	R4（※）
１回目	接種者数	98,656	3,895	2,711	1,834	3,347	6,810	17,297	83,735	198,474	540,681
２回目	接種者数	66,568	4,172	2,669	1,805	2,666	5,746	13,571	61,266	182,463	476,322
３回目	接種者数	87,233	6,238	2,805	1,782	1,847	4,184	9,701	37,556	139,014	336,762

出典：地域保健・健康増進事業報告（地域保健編）市区町村編「定期の予防接種被接種者数」

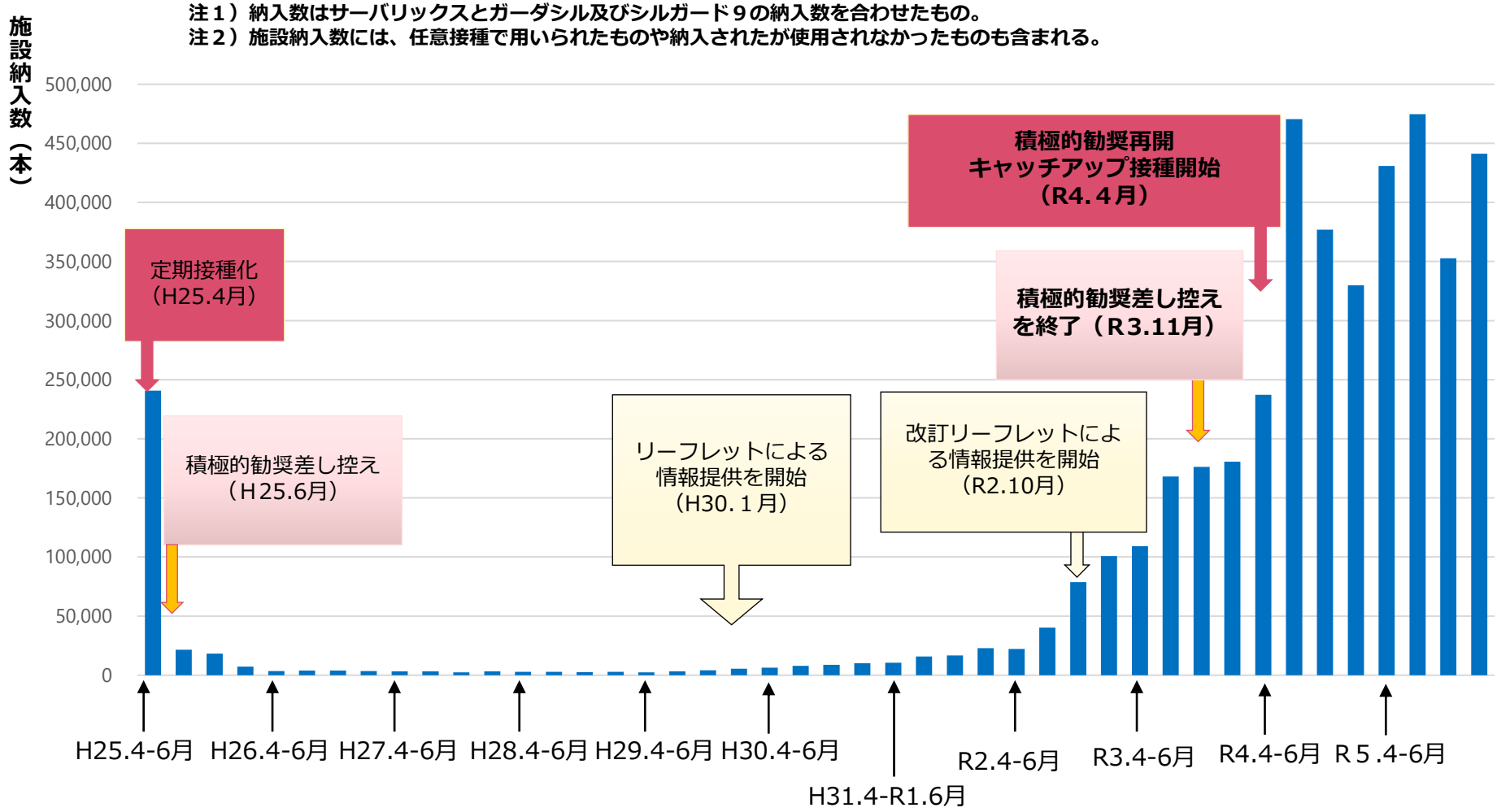
※：令和４年４月１日から、積極的勧奨再開及びキャッチアップ接種を開始しており、
令和４年度の実施者数にはキャッチアップ接種により接種した者の数を含んでいる。

HPVワクチンの接種状況の推移②

第101回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会、
令和６年度第１回薬事審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会
2024(令和６)年４月15日
資料3(改)

定期接種化（平成25年４月）から令和６年３月までの医療施設へのワクチン納入数の推移

注１）納入数はサーバリックスとガーダシル及びシルガード９の納入数を合わせたもの。
注２）施設納入数には、任意接種で用いられたものや納入されたが使用されなかったものも含まれる。



228

HPVワクチンの年齢別累積初回接種率

第100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５年度第15回薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会、資料3-2 （一部改変）

2022年度接種実績を踏まえた生まれ年度ごとの累積初回接種率（%）を推計して算出すると以下の通り。

2002年度生まれの累積初回接種率

・定期接種の累積初回接種率
　＝ 2014年度の初回接種率＋2015年度の初回接種率＋2016年度の初回接種率
　　＋2017年度の初回接種率＋2018年度の初回接種率

・キャッチアップ接種も含んだ累積初回接種率
　＝ 2014年度の初回接種率＋2015年度の初回接種率＋2016年度の初回接種率
　　＋2017年度の初回接種率＋2018年度の初回接種率 ＋ 2022年度の初回接種率

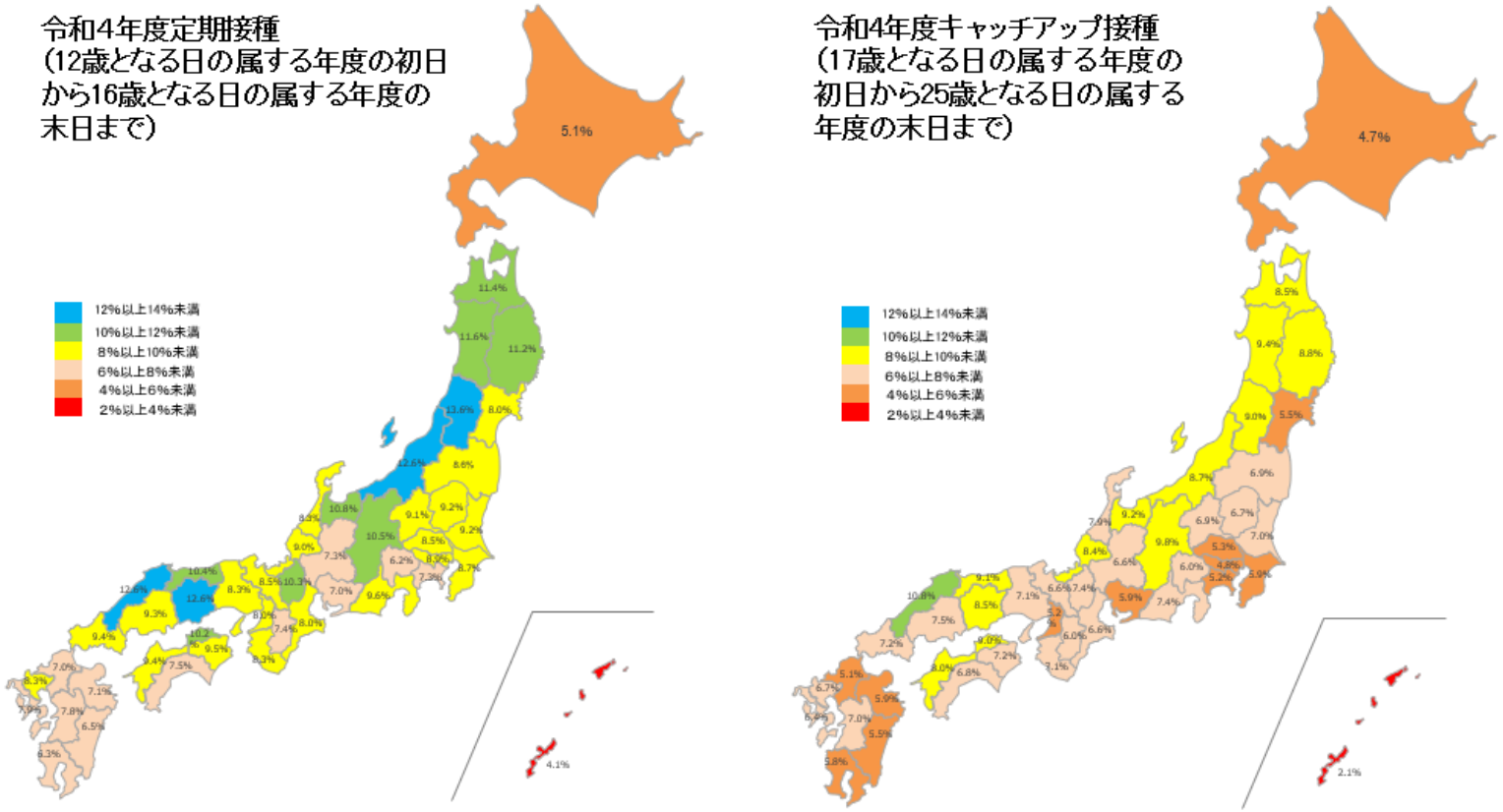
緊急促進事業
定期接種対象
標準的接種期間
キャッチアップ

生まれ年度	2022年度内に達する年齢	～2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	累積接種率
1994	28	53.4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	53.4
1995	27	74.4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	74.4
1996	26	78.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	78.2
1997	25	78,5	1.0	0	0	0	0	0	0	0	0	2.3	81.8
1998	24	77.7	0.7	0.05	0	0	0	0	0	0	0	2.2	80.8
1999	23	65.9	2.3	0.1	0.04	0	0	0	0	0	0	3.4	71.8
2000	22	1.2	12.3	0.2	0.2	0.1	0	0	0	0	0	6	20.0
2001	21	0	0.9	0.3	0.1	0.1	0.2	0	0	0	0	7.5	9.1
2002	20	0	0	0.04	0.2	0.03	0.1	0.5	0	0	0	8.5	9.3
2003	19	0	0	0	0.03	0.1	0.1	0.3	1.2	0	0	9.0	10.8
2004	18	0	0	0	0	0.02	0.1	0.1	0.7	9.2	0	8.0	18.2
2005	17	0	0	0	0	0	0.03	0.3	0.4	2.8	20.3	7.9	31.6
2006	16	0	0	0	0	0	0	0.1	0.7	1.2	7.0	16.2	25.2
2007	15	0	0	0	0	0	0	0	0.2	2.0	4.5	10	16.7
2008	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0.6	4.6	7.7	12.9
2009	13	0	0	0	0	0	0	0	0		1.8	6.3	8.1
2010	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2.8	2.8

「HPV ワクチンの接種状況に関する検討」大阪大学大学院医学系研究科 産科学婦人科学 上田 豊先生の発表資料より作成

令和４年度都道府県別の初回接種の実施状況

令和４年度に実施された初回接種の実施回数を当該年度の女子の人口で除して求めた接種率は、都道府県ごとにばらつきがある。



【留意事項】

・分子は、令和４年度地域保健・健康増進事業報告都道府県別・年齢別　接種回数（表番号67）

・分母は、総務省統計局が公表している令和４年度人口推計・年齢・男女別の総人口推計を基に、小学６年人口＝11歳人口×1/2＋12歳人口×1/2のように学年ごとの人口を算出した上で、定期接種については小学６年から16歳になる年度まで、キャッチアップ接種については17歳になる年度から25歳になる年度までを合算した。

・本資料における「接種率」は、令和４年度中に実施された接種状況のみを表しており、政令で定める接種可能年齢を通じた累積の接種率ではないため、本資料における「接種率」に基づいて最終的な接種の進捗を評価することはできない。

論点

【１】経緯及び接種の現状

（１）HPVワクチンに係る経緯

（２）HPVワクチンの接種実績等

（３）HPVワクチンの接種に係る調査の結果

（４）ワクチンに係る知見

【２】取組の状況

（１）国における周知広報の状況

（２）自治体における事例

（３）自治体における診療体制等の状況

【３】ワクチン評価小委における議論の状況

（１）男性に対するHPVワクチンの接種に関する議論の状況

HPVワクチンに関する調査　実施の背景および目的

調査実施の背景

- 令和４年度からHPVワクチン定期接種の積極的勧奨を再開し、各自治体から予診票の個別送付等が実施されている。また、積極的勧奨差し控え期間中に接種の機会を逃した方に対しては、令和６年度末まで、接種の機会を提供している（キャッチアップ接種）。
- 接種対象者本人やその保護者の理解のもとHPVワクチンの接種を検討・判断できるよう広報活動を展開していくにあたり、接種対象者本人やその保護者における、HPVワクチンおよび子宮頸がんに対する理解やワクチン接種に対する考え方等について、現状を把握する必要がある。
- さらに、予防接種の実施主体である自治体とも連携して情報提供するにあたり、各自治体の状況や、担当者が抱えている問題意識等について把握することが重要である。

調査実施の目的

- 現状を把握し、今後の広報活動について検討するため、以下の３調査を実施。
  - 調査１「HPVワクチンに関するアンケート調査」（接種対象者及び保護者向け調査）
  - 調査２「HPVワクチンに関するインタビュー調査」（接種対象者及び保護者向け調査）
  - 調査３「HPVワクチンに係る情報提供の実施状況に関する調査」（自治体向け調査）

HPVワクチンに関する調査　３調査の概要

接種対象者/保護者向け調査

■調査１「HPVワクチンに関するアンケート調査」

【目的】接種対象者と保護者における、HPVワクチンや子宮頸がんに対する認知・認識、および接種に対する考え方等を把握する。
【方法】オンラインアンケート調査
【対象】調査会社に登録している一般国民のうち以下に該当する方　計8,800人
・1997年度～2011年度生まれの女性*1　6,000人　*1：2023年度に小学校6年～26歳になった女性
・2005年度～2011年度生まれの娘*2がいる母親　2,800人　*2：2023年度に小学校6年～高校3年相当になった娘
【調査期間】2024年2月29日～3月4日
【調査項目】HPVワクチンおよび子宮頸がんに対する認知・認識、HPVワクチンの接種について参考にしている情報源、など

■調査２「HPVワクチンに関するインタビュー調査」

【目的】納得・安心して接種を判断できるような情報提供のあり方について検討するための示唆を得る。
【方法】オンラインインタビュー調査（60分～90分 × 16件）
【対象】調査会社に登録している一般国民のうち以下に該当する方　計24人
・2005年度～2011年度生まれの女性*3とその母親（親子ペアインタビュー× 8件）　*3：2023年度に小学校6年～高校3年相当になった女性
・1997年度～2004年度生まれの女性*4（個別インタビュー× 8件）　*4：2023年度に19歳～26歳になった女性
【調査期間】2024年2月22日～2月27日
【調査項目】HPVワクチンについて知ったきっかけ、HPVワクチンに関する情報収集方法、望ましいHPVワクチンの情報の受け取り方、など

自治体向け調査

■調査３「HPVワクチンに係る情報提供の実施状況に関する調査」

【目的】HPVワクチンについて、自治体における情報提供の実施状況、および自治体担当者が抱えている問題意識について把握する。
【方法】オンラインアンケート調査
【対象】全1,741市区町村（回収率100%）
【調査期間】2023年12月18日～12月27日（2023年12月末時点の状況を回答）
【調査項目】個別案内の送付計画および実績、再勧奨について、リーフレットの活用状況、情報提供の取組、担当者が感じている課題

HPVワクチンに関する調査　調査結果の概要（調査１：アンケート調査）①

■子宮頸がんやHPVワクチンについての認知・認識

- **子宮頸がんについての認知・認識**
  - [子宮頸がんという病気]について：接種対象者本人の94.4%、母親の99.5%が、「知っている」「少し知っている」または「聞いたことがある」と回答した。
  - [子宮頸がんは深刻な病気だと思う]：対象者本人の80.1%、母親の87.5%が「非常にそう思う」または「そう思う」と回答した。
  - [HPVは、性交渉の経験のある女性であれば、誰でも一生に一度は感染する可能性がある]：「非常にそう思う」または「そう思う」と回答したのは、対象者本人の58.9%、母親の62.6%であった。
- **HPVワクチンについての認知**
  - [HPVワクチン]について：対象者本人の36.1%、母親の14.4%が「知らない（聞いたことがない）」と回答した。
  - [HPVワクチンの接種方法・必要な手続き]：対象者本人の52.3%、母親の25.1%が「知らない（聞いたことがない）」と回答した。
  - [政府が、HPVワクチンの接種を積極的にお勧めしていること（積極的勧奨）]：対象者本人の44.0%、母親の15.6%が「知らない（聞いたことがない）」と回答した。
- **キャッチアップ接種についての認知**
  - [政府が、1997～2006年度生まれの女性に対しても、HPVワクチンを公費で接種できる機会を提供していること]：対象者本人(高校2年相当～1997年度生まれの女性)の48.5%、母親(高校2～3年相当の娘の母親)の19.0%が「知らない(聞いたことがない)」と回答した。
- **HPVワクチンに対する認識**
  - [HPVワクチンは、子宮頸がんを予防するのに有効である]：「非常にそう思う」または「そう思う」と回答したのは、対象者本人の59.8%、母親の59.8%であった。
  - [公費で接種できるHPVワクチンで、子宮頸がんの原因となるHPVの90%までが予防できる]：「非常にそう思う」または「そう思う」と回答したのは、対象者本人の41.4%、母親の47.1%であった。
  - [HPVワクチンは重要である]：「非常にそう思う」または「そう思う」と回答したのは、対象者本人の58.1%、母親の54.5%であった。
  - [HPVワクチンは安全である]：「非常にそう思う」または「そう思う」と回答したのは、対象者本人の27.5%、母親の24.9%であった。また、対象者本人の55.8%、母親の55.1% は「どちらともいえない」と回答した。
  - [HPVワクチンは有効である]：対象者本人の52.0%、母親の53.5%が「非常にそう思う」または「そう思う」と回答したが、対象者本人の41.4%、母親の40.9%は「どちらともいえない」と回答した。
  - [HPVワクチンのリスクについて十分な情報がなく、接種する/させるかどうか決められない]：対象者本人の51.2%、母親の53.9%が「非常にそう思う」または「そう思う」と回答した。
  - [接種することで以前報道で見たような健康被害が起きるのではないかと思っている]：対象者本人の48.5%、母親の56.0%が「非常にそう思う」または「そう思う」と回答した。

HPVワクチンに関する調査　調査結果の概要（調査１：アンケート調査）②

■HPVワクチンの接種について

- **HPVワクチンの接種経験**
  - [あなたは/あなたの娘はHPVワクチンを接種したことがありますか]の質問に対し、接種したことがある（「決められた回数の接種が完了している」「現在、接種を受けている途中」「過去に接種したことがあるが、途中でやめた」）と回答したのは、全体の35.5%であった。
  - 接種した理由として回答が多かったのは、「HPVワクチンは有効だと思っているから」（接種対象者本人36.9%、母親65.7%）、「子宮頸がんは危険だと思ったから」（対象者本人35.4%、母親56.8%）。これらに次いで多かったのは、対象者本人では「母親にHPVワクチンの接種を勧められたから」（34.0%）、母親では「HPVワクチンを公費（無料）で接種できたから」（30.9%）。続いて、「HPVワクチンの接種の案内が送られてきたから」（対象者本人20.4%、母親26.6%）であった。
- **HPVワクチン接種に対する考え方**
  - 前問で「決められた回数の接種が完了している」以外の回答をした人に、[今後、HPVワクチンを接種したい/させたいと思いますか]と尋ねたところ、対象者本人の43.7%、母親の35.1%が「わからない」と回答した。接種対象者の25.4%、母親の29.3%は「強く接種したい/させたい」または「接種したい/させたい」と回答し、対象者本人の31.0%、母親の35.6%は「あまり接種したくない/させたくない」または「強く接種したくない/させたくない」と回答した。
  - 「あまり接種したくない/させたくない」「強く接種したくない/させたくない」と回答した人のうち、その理由として回答が多かったのは、「接種の決断を下すのに十分な情報を得られていないから」（対象者本人29.8%、母親45.0%）、「HPVワクチンは安全ではないと思うから」（対象者本人23.0%、母親41.3%）、「友人・知人（の娘）たちも、HPVワクチンを接種していないから」（対象者本人15.7%、母親15.6%）であった。

■接種案内との接触

- [自治体から送られてきた、HPVワクチン接種の案内を見たことがありますか]の質問に対し、「はい」と回答したのは、対象者本人が57.8%、母親は81.3%であった。

HPVワクチンに関する調査　調査結果の概要（調査１：アンケート調査）③

■**情報源について**

- **一般的な健康についての情報源**
  - 回答が多かったのは、対象者本人・母親ともに「日本国内のTV」(対象者本人50.6%、母親68.0%）、「インターネット(ニュース系ウェブサイト) 」（対象者本人35.9%、母親52.4%）。
  - これらに次いで、対象者本人で多かった回答は、「家族からの情報」（28.8%）、「学校での授業や講演」（23.0%）、「SNS（X・旧Twitter）」（22.3%）であった。
  - 母親で多かった回答は、「友人・知人からの情報」（28.3%）、「インターネット(Google・Yahoo!などの検索エンジン)」（26.4%）、「医師からの情報」（20.3%）であった。
- **HPVワクチンについて見聞きした情報源**
  - 最も回答が多かったのは、対象者本人・母親ともに「日本国内のTV」(対象者本人29.5%、母親56.4%）。
  - 次いで、対象者本人で多かった回答は、「どこからも情報を得ていない」（28.6%）、「家族からの情報」（21.5%）、「学校での授業や講演」（13.9%）、「インターネット(ニュース系ウェブサイト) 」（12.4%）、「友人・知人からの情報」（9.2%）であった。
  - 母親で多かった回答は、「インターネット(ニュース系ウェブサイト) 」（27.5%）、「自治体の広報紙／誌」（20.5%）、「友人・知人からの情報」（18.5%）、「医師からの情報」（14.4%）、「インターネット(Google・Yahoo!などの検索エンジン)」（11.9%）であった。
- **HPVワクチンの情報を得る場合に信頼できると思う情報源**
  - 最も回答が多かったのは、対象者本人・母親ともに「日本国内のTV」(対象者本人27.6%、母親26.3%）。
  - 次いで、対象者本人で多かった回答は、「特にない」（15.5%）、「医師からの情報」（15.3%）、「家族からの情報」（7.9%）であった。
  - 母親で多かった回答は、「医師からの情報」（21.8%）、「特にない」（13.4%）、「新聞」（5.6%）であった。

HPVワクチンに関する調査　調査結果の概要（調査２：インタビュー調査）①

■HPVワクチンについて知ったきっかけとその印象

- 世代によって、認知のきっかけやHPVワクチンに対する印象が異なっている。
  - **小6～高3相当の女性**：学校の授業や講演がきっかけで認知しており、ニュートラルな情報として受け取っていることが多い。
  - **小6～高3相当の女性の母親**：HPVワクチンの定期接種が始まったニュース、または接種後の症状に関するニュースがきっかけで知った人が多い。接種後の症状についてのイメージが強く、ネガティブな印象が残っている人がほとんど。
  - **大学生相当以上の女性**：HPVワクチンの定期接種が始まった頃に自治体から届いた案内を見て認知している。その後、接種後の症状に関する報道について親から聞いたり、積極的勧奨の差し控えについて知ったりしたことで、ネガティブな印象を持った人が多い。

■HPVワクチンを接種した理由

- 母親や医療従事者、友人など、周囲の人との会話が影響していた。なお、母親や大学生相当以上の女性においては、接種について考え始めたきっかけの大多数は 「自治体から接種の案内が届いたこと」であった。
  - **小6～高3相当の女性**：母親の勧めのほか、周囲に接種した友人が増えたことやその友人たちとの会話、学校の授業で医療従事者から直接話を聞いたことなど、周囲の環境や会話による影響が大きい。
  - **小6～高3相当の女性の母親**：自身や周囲の人ががんになって予防の必要性を感じたり、周囲のママ友達との会話などが影響している。その他には、娘からの申し出がきっかけで接種させることを決めた、という人もみられた。
  - **大学生相当以上の女性**：定期接種の開始直後に接種した人は「（案内が届いたから）受けるのが当たり前」という考え方で接種していたが、キャッチアップ接種として受けた人は、接種の案内を読んだりインターネット検索等で収集した情報をもとに接種を判断している。さらに、公費で接種できる期限への意識や、親や医療従事者との会話も、接種を決断する後押しになっていた。

■HPVワクチンの接種を迷っている理由

- 低年齢層を中心に、母親の反対意見を受け入れて接種をためらっている。母親においては、接種後の症状に関する報道等のイメージが強く残っており、それによる不安な気持ちと、子宮頸がん予防の必要性との間で葛藤している傾向がみられた。
  - **小6～高3相当の女性**：「接種するもしないも母親の意見次第」と考えている人もいる一方、身近に子宮頸がんで亡くなった人がいて本人は接種したい考えを持っているが、母親の反対意見を受け入れて接種をためらっている人もみられた。
  - **小6～高3相当の女性の母親**：接種後の症状に関する報道等による不安な気持ちが強い一方、子宮頸がん予防の必要性も感じており、その間で葛藤している。その他、娘が注射を嫌がっているが、公費で受けられるうちに接種させたいと考えている人もみられた。
  - **大学生相当以上の女性**：定期接種の対象年齢だった時に、接種後の症状に関する報道について親から聞いたり自分でも見たりして接種を見送っており、その頃に持ったネガティブなイメージが接種を迷っている理由につながっている。それに加えて、多忙で接種に行く時間が取れずにタイミングを逃してしまったという人もみられた。

HPVワクチンに関する調査　調査結果の概要（調査２：インタビュー調査）②

■普段の情報接触

- 接種対象者本人・母親いずれもインターネットが中心。特にSNSやネットニュース、キーワード検索などが活用されている。
  - **SNS**：中学生～大学生のほとんどが利用している。Instagram、TikTok、YouTube、X（旧Twitter）など、一人で複数の媒体を利用している。キーワード検索をすることもあるが、流れてくる情報を受動的に収集する傾向が強い。
  - **テレビ**：親が見ていれば見るという子どももいる一方、大学生相当以上の女性については、テレビを見なかったり所持していない人も多い。
  - **新聞・雑誌**：現在は読んでいない、という人がほとんどであった。

■HPVワクチンに関する情報収集方法

- 対象者層によって情報収集方法は異なるが、自発的に調べる人は限定的であった。
  - **小6～高3相当の女性**：自発的に調べる人は少ない。特に低年齢層では、母親からの情報がすべてという人も多かった。
  - **小6～高3相当の女性の母親**：公的機関からの案内を読んで、それ以上は調べない人が多い。
  - **大学生相当以上の女性**：周囲の接種した人との会話や、インターネット検索で情報を得る人が多かった。特に、規定回数の接種を完了した人においては、公的機関の情報や医師からの情報も調べるなどの傾向がみられた。

■HPVワクチンについて知りたかったこと

- 規定回数の接種を完了した人からは「どれくらい痛いのかは事前に知りたかった」という意見が複数挙げられた。一方、接種を迷っている人からは「どれくらいの人が接種しているのか」「接種したあとの経過」「接種によりどれくらい子宮頸がんのリスクを減らせるか」などが挙げられた。
- 母親からは「どの学年でどれくらいの人が接種しているか」「接種について周りの人はどう考えているか」 のほか、「娘が対象年齢になる前に知っていれば心の準備ができていたかもしれない」 「子宮頸がんやワクチンの専門知識がないので、学校などで医師から説明してほしい」といった意見が挙げられた。

■望ましいHPVワクチンの情報の受け取り方

- 対象者層を問わず「紙で受け取りたい」と考える人が大多数であった。主な理由として「紙だと時間がある時に読むことができる」「自宅に届けられたら大事なものだと思って読む」などが挙げられた。
- また、インターネットは自発的に検索する必要があることから「自分から調べようとは思わない。情報が一つにまとまったリーフレット形式で提供されたほうがいい」といった意見も多くみられた。
- 接種の案内については、母親からは「自治体から送られてきたら必ず見て保管もする」「最初の案内は捨てたが、何回も来るのでそれだけ大事なことなのかと思って読んだ」という声があった一方、対象者本人では「またHPVか、と思ってポイッと捨ててしまった」という人もいた。

HPVワクチンに関する調査　調査結果の概要（調査３：自治体向け調査）

■個別の情報提供について

＜個別案内の送付計画および実績＞

- 定期接種については、中学校1年に対し、8割以上の自治体が送付を計画。小学校6年への送付を計画していた自治体は半数未満であった。また、令和5年12月末時点で9割以上の自治体が送付を完了していた。発送開始は令和5年4月上旬が最も多く、完了は同月下旬が最も多かった。
- キャッチアップ接種については、高校2年相当の方に対し、約7割の自治体が送付を計画していた。その他の学年については6割未満であった。また、令和5年12月末時点で案内を送付した自治体は全体の7割弱。発送開始は令和5年4月上旬が最も多く、完了は同月下旬が最も多かった。
- 定期接種・キャッチアップ接種いずれも、接種券/個別案内に同封した資料としては厚生労働省のリーフレットが最も多かった。

＜再勧奨について＞

- 令和5年度・4年度いずれも、未接種者への再勧奨を行っていないと回答した自治体が全体の8割前後を占めた。

■リーフレットの活用状況

- 厚労省が作成したリーフレットを、自治体HPで掲載している市区町村は全体の半数程度であった。
- いずれのリーフレットも載せていない、と回答した市区町村が一定数あった。

■自治体独自の情報提供の取組

- 個別勧奨またはHP掲載以外の情報提供について、取り組んでいると回答した市区町村は、全体の3割程度。
- そのうち、取組として最も多かったのは自治体広報紙/誌での発信。次いで、市区町村の公式媒体（SNS、情報アプリ等）での発信、学校でのリーフレット配布と続いた。
- その他、検診または健診での情報提供、地域の病院や産婦人科医との連携、地元放送局でのTVCM等での発信などが挙げられた。

■担当者が感じている課題

- 保護者世代を中心とする副反応・健康被害に対する不安感や、接種者数の伸び悩み、対象者への効果的な情報の届け方等、様々な課題が挙げられた。

HPVワクチンに関する調査
調査結果から示唆される課題と、必要と考えられる対応（案）

	示唆される課題	必要と考えられる対応（案）
接種対象者／保護者	■**接種対象者や保護者における認知向上の必要性** **（HPVワクチンや制度に対する認知向上の必要性）** • 接種対象者本人の約4割が、HPVワクチンについて「知らない」と回答した。 • 「キャッチアップ接種」という制度については、対象者本人の約半数が「知らない」と回答した。 **（保護者への情報提供の必要性）** • 対象者本人では2割以上の人が、健康に関する情報・HPVワクチンに関する情報をそれぞれ家族から得ていると回答した。 • 接種したことがある人の3割以上が「母親に接種を勧められたから」接種したと回答した。 ■**接種につながる情報提供の必要性** • 規定回数の接種を完了した人においては、受動的な情報収集に加え、公的機関の情報や医師からの情報も調べていた傾向がみられている。 • また、公費で接種できる期限への意識や、保護者や医療従事者との会話、講演会で医療従事者から直接話を聞いたこと等が、予防の必要性の意識や納得感につながり、接種を決断する後押しになっていた。	■ キャッチアップ接種の対象者を中心に、HPVワクチンを含む子宮頸がん予防の重要性について認知を上げるため、国において、SNS等を通じた有効性、安全性を含めた積極的な情報発信を行っていく。 ■ 公費で接種できる期限を含め、国において、接種プログラムに関する情報提供を行っていく。なお、キャッチアップ接種については、2025年3月末の終了等を踏まえた広報資材を厚労省HP等で提供している。 ■ 信頼性の高い情報提供を広く行っていくため、国において、ブロック拠点病院事業を通して実施してきた、医療機関や医療従事者からの情報提供（教育現場との連携を含む）をさらに促していくとともに、自治体においてもこうした取組を積極的に活用してはどうか。
自治体	■**自治体からのさらなる情報提供の必要性** • 保護者や大学生相当以上の女性において、HPVワクチンの接種を考え始めたきっかけの大多数は「自治体から接種の案内が届いたこと」であった。 • 特に保護者からは、公的機関からの案内に対する信頼度が高い。 • 未接種者への再勧奨を行っていない自治体が一定数あったほか、リーフレットの活用状況にもばらつきがみられた。 • 個別勧奨またはHP掲載以外の情報提供について、取り組んでいると回答した市区町村は限定的であった。 • 接種対象者世代への効果的な情報の届け方に苦慮している等の課題が挙げられている。	■ 未接種者への再勧奨を含めた情報提供の取組を促していくことに加え、国で作成した広報資材や、自治体における取組の好事例を他の自治体にも広く提供し、自治体における効果的な周知広報に活用いただく。

論点

【１】経緯及び接種の現状

（１）HPVワクチンに係る経緯

（２）HPVワクチンの接種実績等

（３）HPVワクチンの接種に係る調査の結果

（４）ワクチンに係る知見

【２】取組の状況

（１）国における周知広報の状況

（２）自治体における事例

（３）自治体における診療体制等の状況

【３】ワクチン評価小委における議論の状況

（１）男性に対するHPVワクチンの接種に関する議論の状況

子宮頸がんとCIN3に対する２価HPVワクチンの有効性（英国）

○ 英国では、2008年の２価HPVワクチンの導入から10年以上が経過している。２価ワクチンの有効性を調査するため、大規模ながん登録データを使用し、ワクチン接種群（12-13歳の定期接種群、14-16歳及び16-18歳の２つのキャッチアップ接種群の３群：合計1370万人年）と参照群（ワクチン導入前の４つの非接種群）で子宮頸がん及びCIN3病変の発生率の比較を行った。

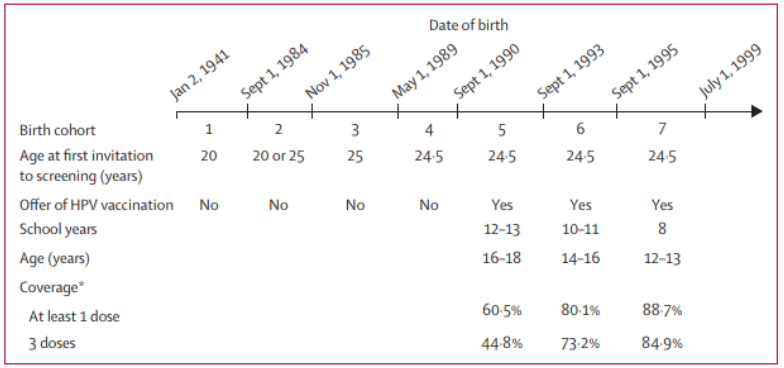
○ 接種時の年齢毎の子宮頸がん発生率の減少率は、16-18歳接種群で34%（95%CI: 25-41%）、14-16歳接種群で62%（95%CI: 52−71%）、12-13歳接種群で87%（95%CI: 72-94%）であった。CIN3発生率の減少率は、16-18歳接種群で39%（95%CI: 36-41%）、14-16歳接種群で75%（95%CI: 72−77%）、12-13歳接種群で97%（95%CI: 96-98%）であった。

○ 英国では、 2019 年6月末の時点で、ワクチンの接種によって、448例の子宮頸がん及び17,235例のCIN3の発生が減少したと推定された。

○ **HPVワクチン接種プログラムの導入は、英国の子宮頸がん発生の減少に大きく寄与した。**

※CIN：子宮頸部異形成　軽度（CIN1）、中等度（CIN2）、高度（CIN3）に分類

出生コホートの分類（１～７群）の概要



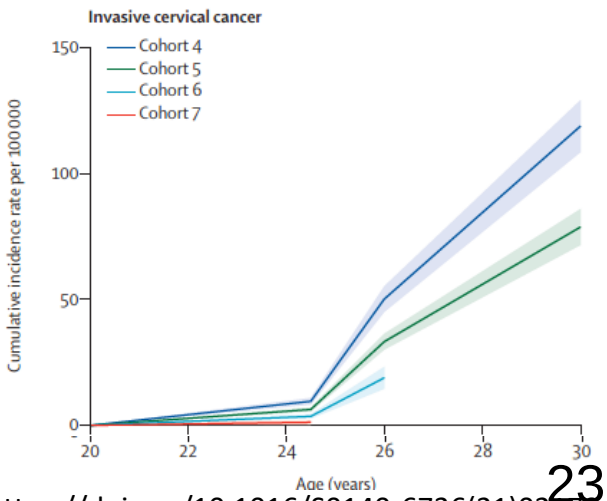
Birth cohort	1	2	3	4	5	6	7
Age at first invitation to screening (years)	20	20 or 25	25	24·5	24·5	24·5	24·5
Offer of HPV vaccination	No	No	No	No	Yes	Yes	Yes
School years					12–13	10–11	8
Age (years)					16–18	14–16	12–13
Coverage*							
At least 1 dose					60·5%	80·1%	88·7%
3 doses					44·8%	73·2%	84·9%

*Vaccine coverages include (when data are available) mop-up vaccinations (ie, when females are vaccinated in a later year than the one in which they were first offered vaccination).

各出生コホートにおける子宮頸がんの発生率比

Unvaccinated cohorts	子宮頸がん	CIN3
Cohort 1: invited from age 20·0 years and no vaccine	0·99 (0·89–1·10)	0·97 (0·94–1·01)
Cohort 2: invited from age 20·0 years or 25 years and no vaccine	1·08 (0·96–1·22)	1·03 (0·99–1·06)
Cohort 3: invited from age 25·0 years and no vaccine	1·04 (0·93–1·15)	1·01 (0·98–1·05)
Cohort 4: invited from age 24·5 years and no vaccine (reference category)	1·00	1·00
Vaccinated cohorts		
Cohort 5: invited from age 24·5 years and offered vaccine in school years 12–13	0·66 (0·59–0·75)	0·61 (0·59–0·64)
Cohort 6: invited from age 24·5 years and offered vaccine in school years 10–11	0·38 (0·29–0·48)	0·25 (0·23–0·28)
Cohort 7: not invited before age 24·5 years and offered vaccine in school year 8	0·13 (0·06–0·28)	0·03 (0·02–0·04)

子宮頸がんの累積発生率



出典：Milena Falcaro, et al. Lancet November 3, 2021 https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02178-4.

10歳から30歳までの女性のHPVワクチン接種と浸潤性子宮頸がん発症のリスクについての検討（スウェーデン）

第69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18回薬事・食品衛生審議会薬事分科会医薬品等安全対策部会安全対策調査会（合同開催）
2021(令和３)年10月１日
資料１－２

○　４価HPVワクチンの接種による浸潤性の子宮頸がん発症予防の有効性を調べるために、スウェーデンの10歳から30歳の女性（約167万人）に関する2006年から2017年のデータを用いて調査を行った。

○　子宮頸がんの累積発生率は接種群（約52.8万人）で10万人あたり47例であったのに対し、非接種群（約114.5万人）では10万人あたり94例であった。

○　非接種群と比較して、接種群の年齢調整による子宮頸がんの罹患率比は0.51（95%CI: 0.32-0.82）、他の因子も調整した罹患率比は0.37（95%CI: 0.21-0.57）であった。

○　**16歳以下で接種した群において、非接種群と比較した接種群の罹患率比（多因子調整後）は0.12（95%CI: 0.00-0.34）、19歳以下で接種した群では0.36（95%CI: 0.18-0.61）であった。**

Table 2. HPV Vaccination and Invasive Cervical Cancer.

HPV Vaccination Status	No. of Cases of Cervical Cancer	Crude Incidence Rate per 100,000 Person-Yr (95% CI)	Age-Adjusted Incidence Rate Ratio (95% CI)	Adjusted Incidence Rate Ratio (95% CI)*
Unvaccinated	538	5.27 (4.84–5.73)	Reference	Reference
Vaccinated	19	0.73 (0.47–1.14)	0.51 (0.32–0.82)	0.37 (0.21–0.57)
Status according to age cutoff of 17 yr				
Vaccinated before age 17 yr	2	0.10 (0.02–0.39)	0.19 (0.05–0.75)	0.12 (0.00–0.34)
Vaccinated at age 17–30 yr	17	3.02 (1.88–4.86)	0.64 (0.39–1.04)	0.47 (0.27–0.75)
Status according to age cutoff of 20 yr				
Vaccinated before age 20 yr	12	0.49 (0.28–5.73)	0.52 (0.29–0.94)	0.36 (0.18–0.61)
Vaccinated at age 20–30 yr	7	5.16 (2.46–10.83)	0.50 (0.24–1.06)	0.38 (0.12–0.72)

* The adjusted incidence rate ratios were adjusted for age as a spline term with 3 degrees of freedom, county of residence, calendar year, mother's country of birth, highest parental education level, highest annual household income level, previous diagnosis in mother of CIN3+, and previous diagnosis in mother of cancers other than cervical cancer. The 95% confidence intervals were bias-corrected percentile confidence intervals that were estimated with the use of bootstrapping with a resampling frequency of 2000 times.

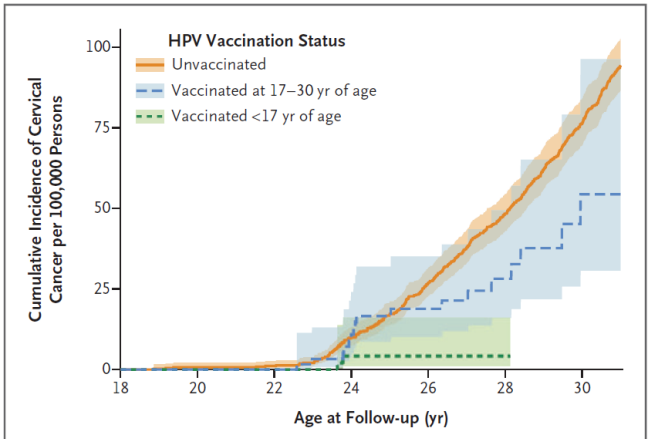


Figure 2. Cumulative Incidence of Invasive Cervical Cancer According to HPV Vaccination Status.

Age at follow-up is truncated in the graph because no cases of cervical cancer were observed in girls younger than 18 years of age.

出典：Jiayao Lei, Alexander Ploner, et al. N Engl J Med 2020, 383; 14: 1340-1348.

子宮頸がんに対するHPVワクチンの効果についてのコホート研究（デンマーク）

第69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18回薬事・食品衛生審議会薬事分科会医薬品等安全対策部会安全対策調査会（合同開催）
2021(令和３)年10月１日
資料１－２

○　HPVワクチンの子宮頸がんに対する有効性を調査するため、デンマークにおいて、2006年12月から2019年12月までの間に在住した17歳から30歳までの女性を対象として、ワクチンの接種及び子宮頸がんの発症について、国のレジストリに登録された情報を抽出し、ワクチン接種の有無における子宮頸がんの罹患率比を算出したコホート研究。

○　対象となった867,689名の女性のうち、314,852名（36.3%）が17歳になる前に初回のHPVワクチンを接種しており、観察期間中、17-19歳での初回接種は20,063名（2.3%）、20-30歳での初回接種は167,607名（19.3%）であった。

○　接種群における子宮頸がんの罹患率比は接種時の年齢が16歳以下で0.14（95%CI: 0.04-0.53）、17-19歳で0.32（95%CI: 0.08-1.28）であった。一方で、20歳以上では1.19（95%CI: 0.80-1.79）であった。

○　**19歳以下のHPVワクチン接種では子宮頸がんの予防に対する高い効果が認められたが、16歳以下の接種でより高い有効性が認められ、若年での接種の重要性が示された。**

HPVV接種の有無で比較した子宮頸がんの罹患率比

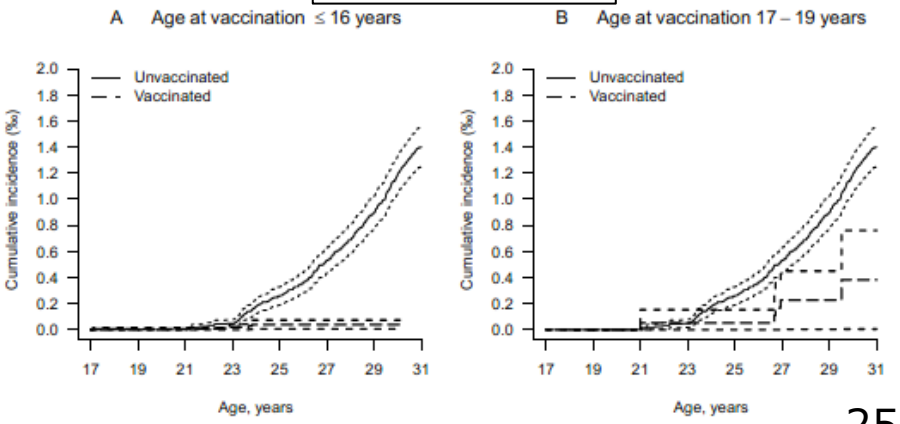
Vaccination status	Person-years	Events	Age-adjusted IRR (95% CI)	Adjusted[a] IRR (95% CI)	Adjusted[b] IRR (95% CI)
Unvaccinated	2,884,778	325	1	1	1
Vaccinated, age ≤16 y	1,643,967	6	0.13 (0.04–0.40)	0.13 (0.04–0.41)	0.14 (0.04–0.53)
Vaccinated, age 17–19 y	174,679	5	0.29 (0.08–1.01)	0.31 (0.09–1.07)	0.32 (0.08–1.28)
Vaccinated, age 20–30 y	841,231	168	1.15 (0.88–1.50)	1.14 (0.87–1.49)	1.19 (0.80–1.79)

[a] Adjusted for attained age and maximum educational level of own, mother or father

[b] Adjusted for attained age, maximum educational level of own, mother or father, calendar year and ethnicity

244

子宮頸がんの累積発生率



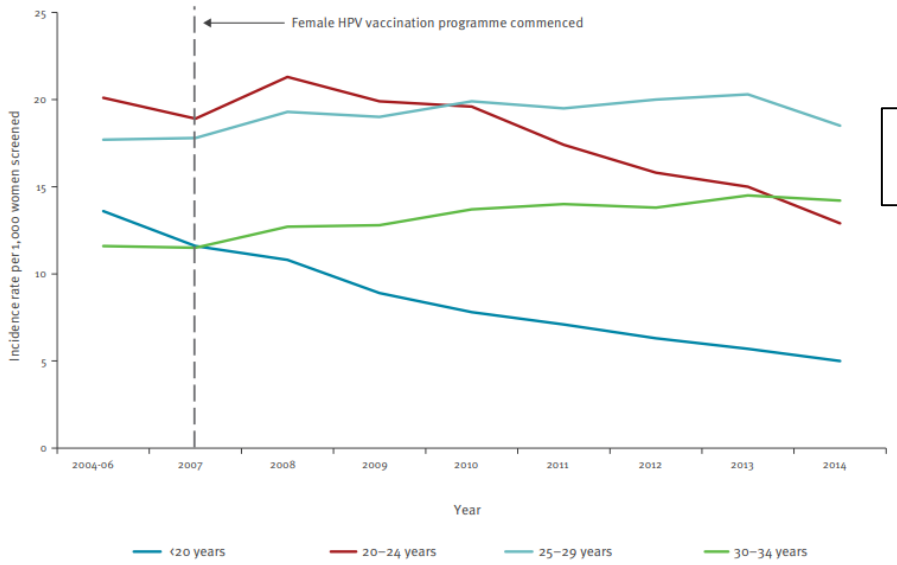
出典：Susanne K. Kjaer, Christian Dehlendorff, et al. Journal of the National Cancer Institute 2021.

HPVワクチン導入10年後における、ワクチンの効果に関するレビュー（オーストラリア）

- ○ 2007年にHPVワクチン接種を導入したオーストラリアにおいて、ワクチン接種導入10年後における、男女のHPV感染率、女性の性器疣贅や子宮頸部病変の発生状況の変化を評価するため、文献レビューを実施した。
- ○ 4価ワクチン関連のHPV感染率は、女性で28.7％から2.3％に、男性で18％から7％に減少した。
- ○ 女性の性器疣贅の発生率は、ワクチン導入後明らかに減少していた。
- ○ 女性の子宮頸部高度病変検出率は、若年齢層ほど低減効果が大きく、20歳未満では2007年から2014年で半減していた（11.6→5.0／1,000）。20～29歳でも2011年から2014年にかけて低下傾向が認められた。
- ○ **HPVワクチン接種導入により、子宮頸部病変を含むHPV関連疾患を低減させる効果が示された。**

FIGURE

Trends in high-grade cervical abnormalities in women by age group before and after commencement of the female HPV vaccination programme, Australia, 2004–2014



HPV: human papillomavirus.

Source: Australian Institute of Health and Welfare, 2016. Cervical sc[illegible]g in Australia 2013 to 2014 [25].

豪国健康福祉当局で公表されている、子宮頸部高度病変の経時的推移

出典：Cyra Patel, et al. Euro Surveill. Oct;23(41), 2018 doi: 10.2807/1560-7917.ES.2018.23.41.1700737.

HPVワクチンの子宮頸部異形成再発予防効果に関する システマティックレビューとメタアナリシス

- ○ 子宮頸部異形成（CIN）に対して局所手術を受けた患者において、HPVワクチンのCIN再発リスク低減効果を評価するためにシステマティックレビューを行い、22論文についてメタアナリシスを行った。
- ○ HPVワクチン接種群では、非接種群と比較して、CIN2以上の病変の再発率が低かった。（RR: 0.43, 95%CI: 0.30-0.60）HPV16/18関連のCIN2以上に限定すれば、ワクチン接種群での再発率はさらに低かった。（RR: 0.26, 95%CI: 0.16-0.43）
- ○ **HPVワクチン接種は、HPV感染と関連した子宮頸部異形成の再発リスクを低減させる可能性が示唆された。**

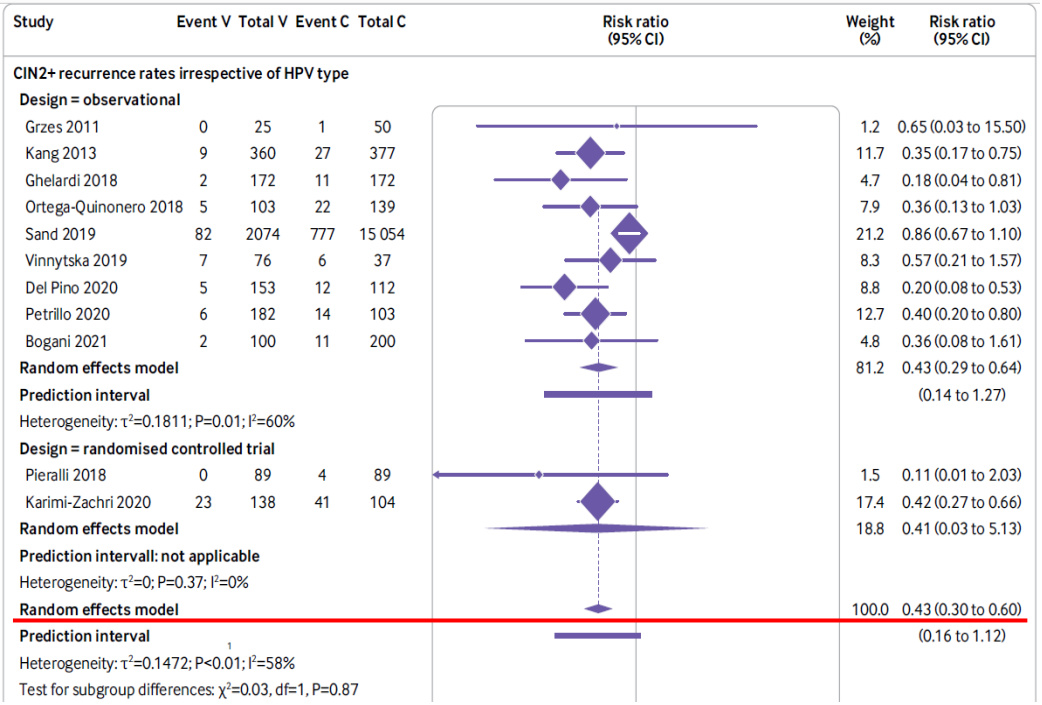


Fig 2 | Forest plots assessing risk of recurrence of cervical intraepithelial neoplasia grade 2 or higher (CIN2+) between human papillomavirus (HPV) vaccinated (V) and non-vaccinated control (C) groups after local conservative treatment for cervical intraepithelial neoplasia, irrespective of HPV type (top) and related to HPV subtypes HPV16 and HPV18 (bottom) (randomised controlled trials and observational studies)

246

出典：Konstantinos AK, et al. BMJ June 14, 2022 doi: 10.1136/bmj-2022-070135

HPVワクチンに係る副反応検討部会における検討状況（積極的勧奨再開の前後）

積極的勧奨再開後の2022（令和４）年４月以降も、継続的に副反応検討部会（※）において医療機関等からの副反応疑い報告の状況等を踏まえて評価を継続し、現時点では重大な懸念は認められないと判断されている。

※薬事審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会との合同開催

積極的勧奨再開前の2022（令和４）年３月以前の報告状況

	接種可能のべ人数	製造販売業者からの報告		医療機関からの報告			
		報告数	報告頻度(%)	報告数	報告頻度(%)	うち重篤	報告頻度(%)
サーバリックス（２価）	7,030,055	951	0.0135	1,607	0.0229	555	0.0079
ガーダシル（４価）	2,894,844	257	0.0089	616	0.0213	220	0.0076
シルガード（９価）	73,648	22	0.0299	4	0.0054	1	0.0014
合計	9,998,547	1,230		2,227		776	

※各製剤の販売開始から2022（令和4）年3月31日時点での数値
※いずれの値も、各審議会において公表された資料をもとに算出

積極的勧奨再開後の2022（令和４）年４月以後の報告状況

	接種可能のべ人数	製造販売業者からの報告		医療機関からの報告			
		報告数	報告頻度(%)	報告数	報告頻度(%)	うち重篤	報告頻度(%)
サーバリックス（２価）	36,369	9	0.0247	1	0.0027	0	0
ガーダシル（４価）	1,602,384	169	0.0105	124	0.0077	37	0.0023
シルガード（９価）	1,193,069	144	0.0121	89	0.0075	35	0.0029
合計	2,831,822	322		214		72	

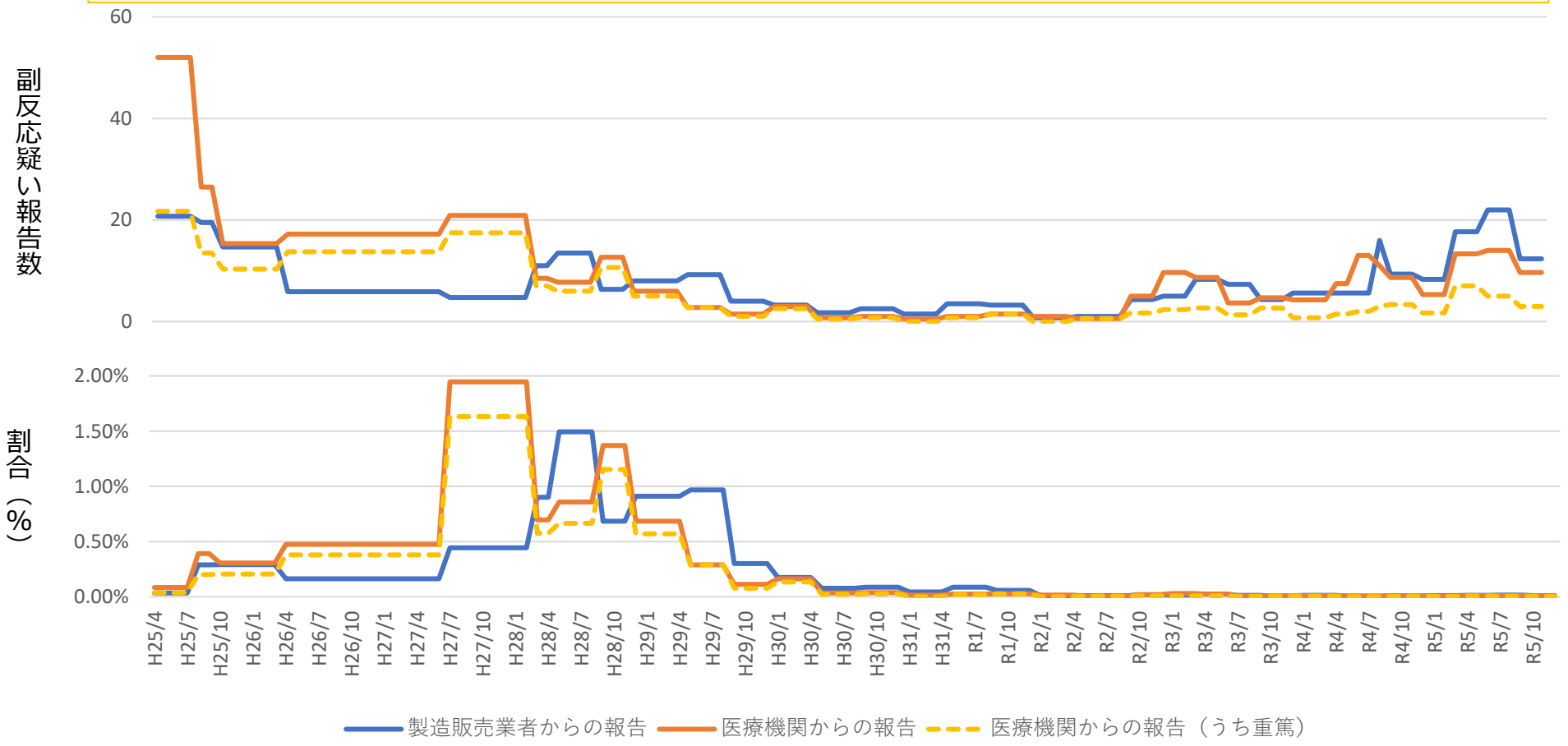
247

※2022（令和4）年4月1日から2023（令和5）年12月31日時点での数値
※いずれの値も、各審議会において公表された資料をもとに算出

HPVワクチンの副反応疑い報告報告の推移

第101回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会、
令和６年度第１回薬事審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会
2024(令和６)年４月15日
資料3(改)

定期接種化（平成25年４月）から令和５年12月までの副反応疑い報告の推移



（注）製造販売業者からの報告には、医療機関から報告された症例と重複している症例が含まれている可能性があり、重複症例は、医療機関報告として計上している。

厚生労働省予防接種課調べ

HPVワクチン接種後に症状を呈した患者のサーベイランス調査

ＨＰＶワクチンの積極的勧奨が再開となった2022年４月以降、ワクチン接種後の体調不良を主訴として協力医療機関を受診した患者を調査したところ、積極的勧奨再開前の2022年3月時点と比べて、ワクチン接種数の増加にあわせて新規患者数の増加は認めたが、全体を通して、新規・継続受診者数のいずれにも顕著な変化は認められていなかった。

・速報値（2024年1月9日時点）　・調査対象施設：71施設

（人）	回答施設数	ワクチン納入数（*1）	合計受診患者数（新規＋継続）	新規受診患者数	継続受診患者数（*2）	ワクチン接種から			
						1週間以内に発症した患者（*3）	1週間以降、1ヶ月以内に発症した患者数（*3）	1ヶ月以降に発症した患者（*3）	発症時期不明
2022年3月分	**63**	**99,003**	**47**	**5**	**42**	**1**	**2**	**1**	**1**
2022年度									
4月分	62	65,466	33	6	27	3	1	2	0
5月分	67	72,324	35	6	29	2	0	3	1
6月分	66	121,807	43	9	34	1	3	5	0
7月分	65	140,073	46	14	32	8	2	3	1
8月分	66	193,107	47	15	32	9	2	3	1
9月分	69	159,885	55	16	39	7	2	6	1
10月分	65	155,356	49	17	32	7	7	3	0
11月分	70	125,470	60	17	43	7	6	4	0
12月分	68	113,542	52	9	43	5	2	2	0
1月分	62	99,641	43	12	20	6	2	4	0
2月分	65	109,865	43	6	37	3	1	1	0
3月分	60	216,905	51	10	41	9	0	1	0
2023年度									
4月分	63	197,007	24	4	20	2	1	1	0
5月分	65	90,551	30	5	25	5	0	0	0
6月分	59	143,330	47	16	31	8	3	1	4
7月分	62	143,566	33	8	25	6	2	0	0
8月分	61	210,165	53	13	40	7	3	3	0
9月分	57	120,944	55	20	35	12	7	1	0
10月分	60	124,802	43	6	37	2	2	2	0
11月分	59	120,015	50	17	33	13	3	1	0

※1　9価ワクチンを含む　　※2　1ヶ月内の複数回受診は1人とカウント　　※3　新規患者のみ対象

249

令和５年度厚生労働行政推進調査事業費補助金　新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業
研究代表者：岡部信彦「HPVワクチンの安全性に関する研究」より作成

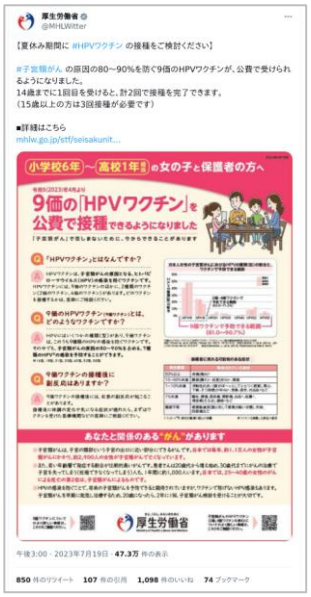
論点

【１】経緯及び接種の現状
　　（１）HPVワクチンに係る経緯
　　（２）HPVワクチンの接種実績等
　　（３）HPVワクチンの接種に係る調査の結果
　　（４）ワクチンに係る知見
【２】取組の状況
　　（１）国における周知広報の状況
　　（２）自治体における事例
　　（３）自治体における診療体制等の状況
【３】ワクチン評価小委における議論の状況
　　（１）男性に対するHPVワクチンの接種に関する議論の状況

接種対象者や保護者に向けた広報について

厚生労働省SNS（X、Facebook）を通じた情報発信のほか、中高生向け新聞への広告掲載、キャッチアップ接種対象者に向けたインターネット広告の発信等を実施。また、政府広報とも連携し、動画などを作成した。

【厚生労働省SNSでの発信】



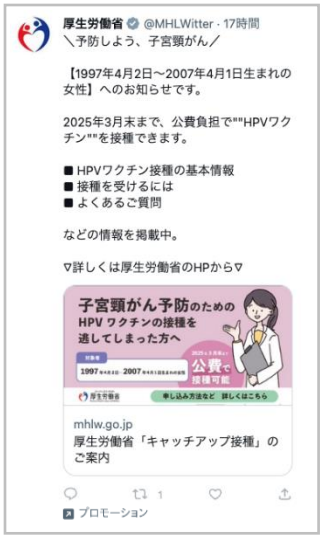


【中高生向け新聞への広告掲載】



【インターネット広告の配信】







【政府広報との連携】

- 政府広報オンライン　記事の作成、掲載
- SmartNewsアプリでのバナー配信
- 政府広報Instagramでの動画投稿
- 政府インターネットテレビ　動画掲載

厚生労働省ホームページでの情報提供

接種対象者や保護者、自治体、医療従事者等へ、厚生労働省ホームページやQ&Aを通じて情報提供を行っており、内容は随時更新している。



ヒトパピローマウイルス感染症～子宮頸がん（子宮けいがん）とHPVワクチン～

一般の方向け基本情報

病気について

ヒトパピローマウイルス感染症とは

【小学校６年～高校１年相当の女の子と保護者の方へ】

<まずはこちら>

小学校６年～高校１年相当 女の子と保護者の方へ大切なお知らせ（概要版）

<もっと詳しく情報を知りたい方へ>

小学校６年～高校１年相当 女の子と保護者の方へ大切なお知らせ（詳細版）

リーフレット（概要版）［PDF形式：3,438KB］

リーフレット（詳細版）［PDF形式：4,049KB］

※HPVワクチンは、平成25（2013）年６月から、積極的な勧奨を一時的に差し控えていましたが、令和３（2021）年11月に、専門家の評価により「HPVワクチンの積極的勧奨を差し控えている状態を終了させることが妥当」とされ、令和４（2022）年４月から、他の定期接種と同様に、個別の勧奨を行っています。

【平成９年度生まれ～平成19年度生まれ（※）までの女性へ】

HPV「キャッチアップ接種」2025年３月まで

平成９年度～平成19年度生まれ（※）まで（誕生日が1997年４月２日～2008年４月１日）の女性の中に、通常のHPVワクチンの定期接種の対象年齢の間に接種を逃した方がいらっしゃいます。
まだ接種を受けていない方に、あらためて、HPVワクチンの接種の機会をご提供しています。
詳しくは、「ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチンの接種を逃した方へ」のページをご覧ください。

（※）令和６年４月からは、平成19年度生まれ（誕生日が2007年４月２日～2008年４月１日）の女性もキャッチアップ接種の対象になります。

すべてのリーフレットは、「情報提供資材」のページからご覧いただけます。



ワクチン接種の効果

HPVの中には子宮頸がんをおこしやすい種類（型）のものがあり、HPVワクチンは、このうち一部の感染を防ぐことができます。
現在、日本国内で使用できるワクチンは、防ぐことができるHPVの種類によって、**２価ワクチン（サーバリックス）**、**４価ワクチン（ガーダシル）**、**９価ワクチン（シルガード９）**の３種類（※）あります。

（※）令和５（2023）年４月から、シルガード９も定期接種の対象として、公費で受けられるようになりました。シルガード９についての詳細は、「９価HPVワクチン（シルガード９）について」をご覧ください。

サーバリックスおよびガーダシルは、子宮頸がんをおこしやすい種類であるHPV16型と18型の感染を防ぐことができます。そのことにより、子宮頸がんの原因の50～70%を防ぎます。
シルガード９は、HPV16型と18型に加え、31型、33型、45型、52型、58型の感染も防ぐため、子宮頸がんの原因の80～90%を防ぎます。

<日本人女性の子宮頸がんにおけるHPVの種類（型）の割合と、ワクチンで予防できる範囲>

HPVワクチンを導入することにより、子宮頸がんの前がん病変を予防する効果が示されています。また、接種が進んでいる一部の国では、子宮頸がんそのものを予防する効果があることもわかってきています。

標準的なワクチン接種スケジュール

一定の間隔をあけて、同じワクチンを合計２回または３回接種します。接種するワクチンや年齢によって、接種のタイミングや回数が異なります。どのワクチンを接種するかは、接種する医療機関に相談してください。
３種類いずれも、１年以内に規定回数の接種を終えることが望ましいとされています。

シルガード９
1回目の接種を15歳になるまでに受ける場合
1回目の接種を15歳になってから受ける場合
ガーダシル
サーバリックス

定期の予防接種は、各市町村が主体となって実施しています。お住まいの市町村における接種方法（いつ・どこで・どのように受けられるかなど）については、市町村の予防接種担当課にお問い合わせください。

HPVワクチンの接種を受けた方へ

HPVワクチンの接種を受けた後は、体調に変化がないか十分に注意してください。
詳しくは、「HPVワクチンを受けたお子様と保護者の方へ」をご覧ください。



よくあるご質問

Q＆A
HPVワクチンに関するQ＆A

９価HPVワクチンについて
９価HPVワクチン（シルガード９）について

キャッチアップ接種について
HPVワクチンの接種を逃した方へ～キャッチアップ接種のご案内～

HPVワクチンに関する相談先一覧

HPVワクチンに関してのご相談は以下をご参照ください。

■接種後に、健康に異常があるとき
まずは、接種を受けた医師・かかりつけの医師にご相談ください。
各都道府県において、「ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に生じた症状の診療に係る協力医療機関」を選定しています。
協力医療機関の受診については、接種を受けた医師またはかかりつけの医師にご相談ください。

■不安や疑問があるとき、困ったことがあるとき
各都道府県において、衛生部局と被害部局の１箇所ずつ「ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に症状が生じた方に対する相談窓口」を設置しています。

■HPVワクチンを含む予防接種、インフルエンザ、性感染症、その他感染症全般についての相談
「感染症・予防接種相談窓口」では、HPVワクチンを含む、予防接種、インフルエンザ、性感染症、その他感染症全般についての相談にお答えします。
※令和６年４月１日から電話番号が変わりました。
電話番号：03-5656-8246
受付時間：平日９時～17時（土曜、日曜、祝日、年末年始は除く）

※行政に関するご意見・ご質問は受け付けておりません。
※本相談窓口は、厚生労働省が業務委託している外部の民間事業者により運営されています。

■予防接種による健康被害救済に関する相談
お住まいの市区町村の予防接種担当部門にご相談ください。
HPVワクチンを含むワクチン全体の健康被害救済制度については、「予防接種健康被害救済制度」のページをご覧ください。

医療機関、自治体向けの情報

医療従事者の方へ

■HPVワクチンに関して情報をまとめたリーフレットがあります。
詳しくは、「医療従事者の方向けのリーフレット」やその参考資料をご覧ください。

■HPVワクチン接種後に生じた症状について、患者により自分な地域で適切な診療を提供するため、各都道府県において、「ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に生じた症状の診療に係る協力医療機関」を選定しています。

■各都道府県において、被接種者が接種後に生じた症状で困ったときの相談窓口（ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に症状が生じた方に対する相談窓口）を設置しています。

通知・事務連絡

自治体向け説明会
自治体向け説明会（令和４年３月11日）
自治体向け説明会（資料３）（令和４年11月22日）
自治体向け説明会（資料３）（令和４年12月16日）
自治体向け説明会（資料３）（令和５年３月９日）
自治体向け説明会（令和５年８月１日）
自治体向け説明会（資料２ P15～P42）（令和６年２月７日）

その他

情報提供資材

HPVワクチンに関するすべてのリーフレットをご覧いただけます。

広報

広報について

HPVワクチンに関する広報資材などをまとめています。
※情報提供資材（リーフレット）については、「情報提供資材」のページをご覧ください。

URL：https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou28/index.html

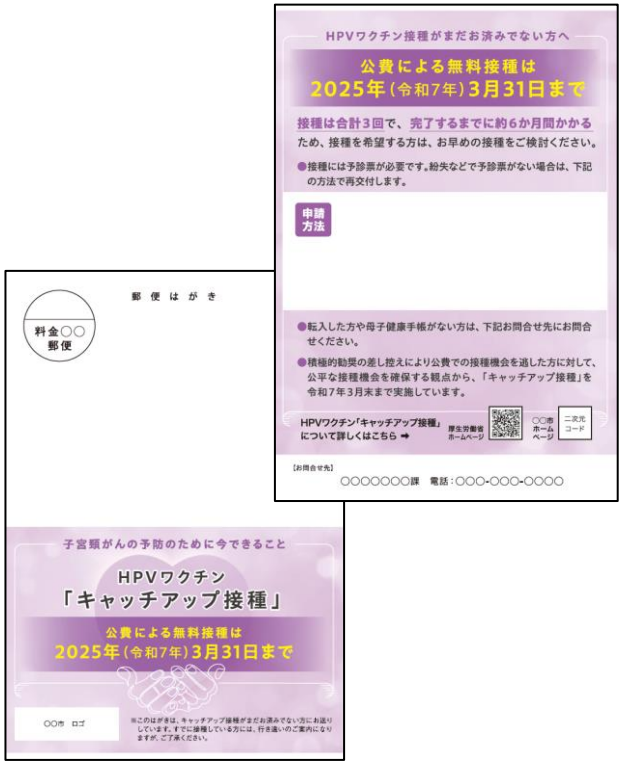
キャッチアップ接種について自治体等で活用いただける広報・情報提供資材

接種対象者や保護者等へ向けた適切な情報提供を継続するとともに、令和６年度末にキャッチアップ接種が終了するため、その周知や再勧奨の際に自治体等で活用いただける資材を作成している。

【リーフレットの改訂】



【再勧奨用はがきテンプレートの作成】



【チラシの作成】
（ポスターとしても使用可）



【キャッチアップ接種のロゴ】



リーフレットURL：https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000918718.pdf

その他広報資材（ロゴ、チラシなど）URL：
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/kouhou.html

253

教育現場への周知（文科省通知）

厚生労働省から文部科学省に依頼し、ブロック拠点病院事業への協力依頼に関する事務連絡を都道府県担当課等宛に発出した。

事　務　連　絡
令和５年９月８日

各都道府県・指定都市教育委員会学校保健担当課
各都道府県私立学校主管部課
各国公立大学法人担当課
附属学校を置く各国公立大学法人附属学校事務主管課
独立行政法人国立高等専門学校機構担当課
大学を設置する各地方公共団体担当課　御中
高等専門学校を設置する各都道府県・指定都市教育委員会担当課
各文部科学大臣所轄学校法人担当課
構造改革特別区域法第12条第１項の認定を
受けた各地方公共団体の学校設置会社担当課
大学を設置する各学校設置会社担当課

文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課

令和５年度「ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に関する相談支援・医療体制強化のための地域ブロック拠点病院整備事業」に基づく啓発活動への協力について

厚生労働省においては、令和４年度より、ＨＰＶ（ヒトパピローマウイルス感染症）ワクチンの積極的勧奨を再開するとともに、ＨＰＶワクチンの定期接種に関する相談支援体制・医療体制等を更に強化する観点から、「ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に関する相談支援・医療体制強化のための地域ブロック拠点病院整備事業」を実施しており、今年度の事業の実施に当たっては、ＨＰＶワクチンに関する正しい知識等の普及啓発に取り組むこととしているところです。
このたび、別添のとおり、厚生労働省から本事業に基づく啓発活動への協力について依頼がありましたのでお知らせします。
ついては、教職員がＨＰＶワクチンに関する正しい知識や情報を得ることができるよう、必要に応じて、教職員に対し情報提供資材の配布や講習会の周知など、本事業に基づく啓発活動に御協力いただきますようお願いします。

都道府県・指定都市教育委員会におかれては域内の市区町村教育委員会に対して、都道府県私立学校主管部課におかれては所轄の学校法人に対して、構造改革特別区域法（平成14年法律第189号）第12条第１項の認定を受けた地方公共団体の学校設置会社担当課におかれては所轄の学校設置会社に対して周知されるようお願いします。

＜本件連絡先＞
文部科学省初等中等教育局
健康教育・食育課　保健指導係
ＴＥＬ：03-5253-4111（内線 2918）

別添

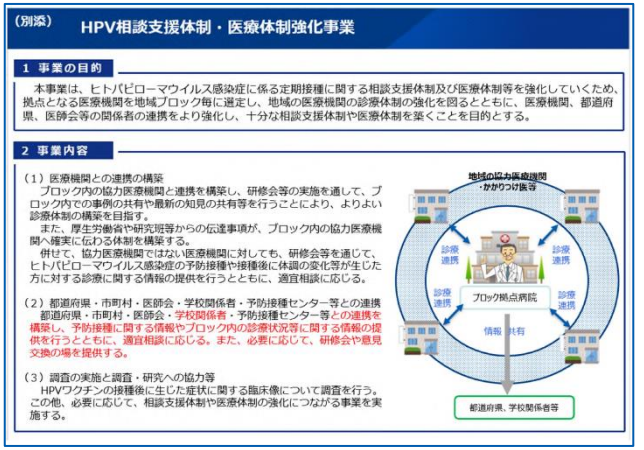
令和５年９月６日
感発 0906 第６号

文部科学省初等中等教育局長 殿

厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部長
（　公　印　省　略　）

令和５年度「ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に関する相談支援・医療体制強化のための地域ブロック拠点病院整備事業」の実施に当たっての協力について（依頼）

予防接種行政につきまして、平素より格別の御高配を賜り厚く御礼申し上げます。
HPV（ヒトパピローマウイルス感染症）ワクチンについては、令和４年度より積極的勧奨を再開したところです。厚生労働省においては、HPV ワクチンの定期接種に関する相談支援体制・医療体制等を更に強化する観点から、令和４年度より「ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に関する相談支援・医療体制強化のための地域ブロック拠点病院整備事業」（以下「拠点病院整備事業」という。）を実施しています。
今年度の拠点病院整備事業の実施に当たっては、予防接種法（昭和23年法律第68号）第23条において、国が予防接種に関する啓発及び知識の普及を図るものとされていることも踏まえ、HPV ワクチンに関する正しい知識等の普及啓発に取り組むこととしています。具体的には、地域ブロック（全国10か所）ごとに設置した拠点病院や、各都道府県の協力医療機関等において、HPV ワクチンに係る情報提供資材の作成・配布、市民・医療従事者・学校関係者等を対象とした講習会の開催等を予定しています。
つきましては、貴職におかれましても、この趣旨を御了知の上、啓発活動に特段の御高配を賜るとともに、教育委員会等の関係団体に対して、拠点病院整備事業に基づく啓発活動への協力について周知いただくよう御協力方お願いいたします。



保険者（職域における接種対象者）への周知

キャッチアップ接種の対象年齢が平成９年度生まれ～平成19年度生まれの女性であることから、基礎教育を終了しているような職域における接種対象者に届くよう、厚生労働省保険局保険課から保険者宛にリーフレット等の周知依頼をしている。

事　務　連　絡
令和６年２月15日

全国健康保険協会
健康保険組合
国家公務員共済組合
地方公務員共済組合
日本私立学校振興・共済事業団
国民健康保険組合
全国土木建築国民健康保険組合
　御中

厚生労働省保険局保険課

ＨＰＶワクチンのキャッチアップ接種に係る周知等について

公的医療保険制度について、平素より格段の御協力、御尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

ＨＰＶワクチンのキャッチアップ接種に係る周知等について、厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部予防接種課より、別添のとおり事務連絡が発出されておりますので、御了知いただくとともに、別紙のリーフレットやチラシを活用し、加入者へ周知いただくようお願い申し上げます。

255

○ キャッチアップ接種（対象者向け）



○ ９価ワクチン



○ キャッチアップ接種（一般向け）



○ ワクチン接種と検診



自治体における代表的な事例

接種対象者への個別通知、一般の方が目にする場所等への広告掲載に加えて、平日の日中には接種できない等の接種対象者の特性を踏まえ、医療機関の診療時間の延長、医療機関以外の接種の場の確保等、柔軟な接種機会の提供に取組んでいた。

個別通知

- 中学１年（標準的な接種期間に該当する者）、キャッチアップ接種対象者等に予診票を個別送付
- 小学６年の女子でワクチンを接種していない者とその保護者にリーフレットと予診票を同封したお知らせを送付
- 個別送付時期を例年より早める、送付回数を例年より多くする

インターネット（SNS含む）を用いた周知

- 自治体独自に普及啓発動画、リーフレットを作成しSNS等で発信

より柔軟な接種機会の提供

- ワクチン接種実施医療機関の診療時間の延長
- 大学、ショッピングモールにおける接種を実施・検討
- 住民票がある自治体との契約に基づいて、住民票がない場合でも接種後の償還払いに対応

その他

- 公共交通機関を活用し、車体広告、車内へのポスター掲示
- 接種対象者（主に高校生）から周知方法やリーフレットの内容について意見交換の場を設ける
- 都道府県主催の会議を開催

宮崎市：接種率向上のため、啓発・接種機会提供の取組を強化

接種機会提供の取組みを強化（夜間接種、大学キャンパス内での臨時接種会場設置）。各中学校での出前講座の実施。
市と県産婦人科医会、県立看護大がコラボして解説動画を作成している。

周知広報の取組

各中学校での出前講座

・各公立・私立中学校で産婦人科医による出前講座を実施。生徒だけでなく、参観日等とセットで実施し保護者にも働きかけ。



解説動画の作成

・県医師会、産婦人科医会、県立看護大学がコラボして、ワクチンに関する解説動画を作成し、市公式YouTubeチャンネルで公開





その他

・テレビCMやWeb広告の配信。

勧奨リーフレットの美容室、商業施設、金融機関等への配布。

二十歳の集い（成人式）での啓発等。

子宮頸がんワクチン接種拡大事業

より柔軟な接種機会の提供

・医療機関と連携し、平日夜間（17時～最大20時）等の接種、かかりつけ医を持っていない、移動手段がないことが多い大学生向けにキャンパス内（市内２大学）での接種機会を提供





・住民票がある自治体との契約に基づいて、住民票がない場合でも接種後の償還払いに対応



青森県：県が司令塔となり、市町村の取組を促すとともに取組状況を共有

HPVワクチン接種の推進を図るため、県が司令塔の役割を果たすとともに、県内自治体の好事例の紹介や、市町村の接種率を公表することで、県を挙げた取組を推進している。

普及啓発動画（30秒）の作成



・テレビCM（3社）

・インターネット広報（Yahoo! 、 LINE 、 Google 、 YouTube 、 X 、 TikTok 、 Instagram）

公共交通機関を活用



バス車体やフリーペーパー、ポスター掲示

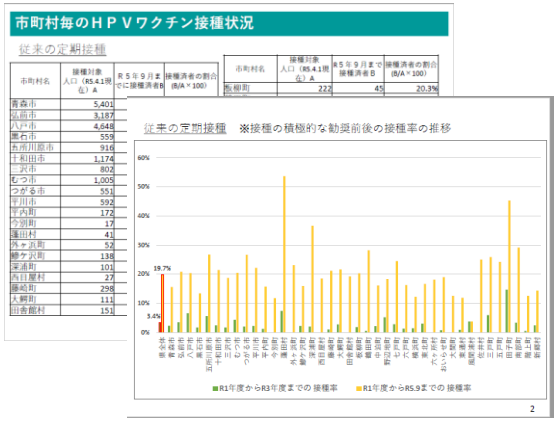
・バスの車体広告

・バス車内へのポスター掲示

・鉄道会社駅構内及び電車車内へのポスター掲示

・地元フリーペーパーComeへの広告掲載

市町村ごとの取組、接種率の公表



各市町村における周知の取組

【市町村の取組】

・二種混合集団予防接種（小６）の事後指導の際に接種勧奨

・小、中学校の思春期健康教室における周知

・大学へのリーフレット送付

・転入者に対して個別に案内　　等

群馬県：高校生の意見の取組への反映や、より接種を受けやすい環境を確保

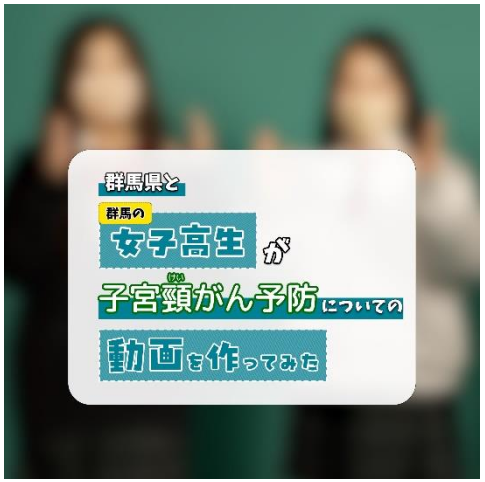
接種対象者である高校生からの政策提言を受け、SNSでの発信など若者世代の目にとまりやすい周知を展開するとともに、平日の昼間以外にも接種できるような接種機会の確保に向けた環境整備をしている。

接種対象者（高校生）からの政策提言

・県独自の「高校生リバースメンター」事業（高校生が知事の相談役になる）として、高校生が子宮頸がん対策について提言し、一部を事業化、中高生世代を対象にHPVワクチンを周知

提案１：子宮頸がん予防普及啓発動画

・TikTok動画の作成



提案２：メッセージステッカー付き生理用品の配布

・生理用品での普及啓発



より柔軟な接種機会の提供

・住民票がある自治体との契約に基づいて、住民票がない場合でも接種後の償還払いに対応

・医療機関に協力をよびかけ、夕方や土日にも接種可能とするため、診療時間を延長

・ショッピングモールにおける接種の検討

259

正しい情報の普及啓発

・ロゴ・キャッチコピーの作成

・相談体制の充実（LINE、メール）

・正しい情報発信のための動画制作

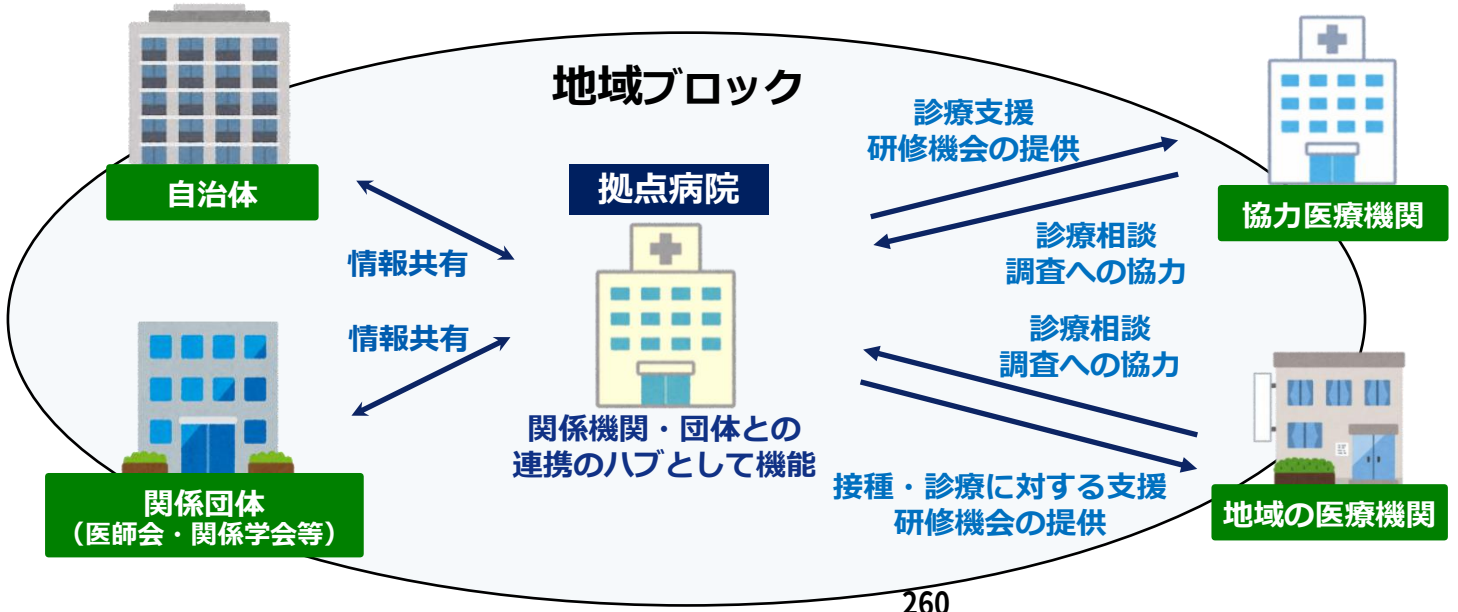
HPV感染症の予防接種に関する相談支援・医療体制強化のための地域ブロック拠点病院整備事業（概要）

目的：ヒトパピローマウイルス（HPV）感染症の予防接種を進めるにあたって、協力医療機関の中から、地域ブロック別に拠点病院を設け、HPV感染症の予防接種に関する相談支援・医療体制の強化を図る。

事業内容

日本全国を10ブロックに分け、地域ブロック別に拠点病院（１～２医療機関）を選定する。拠点病院は、医療機関・自治体・関係団体等との連携のハブとして、下記のような役割を担う。

- 協力医療機関や地域の医療機関との連携を構築し、研修会等の実施を通して、協力医療機関の診療支援・地域の医療機関に対する情報提供を行い、よりよい診療体制の構築に寄与する。
- 都道府県・市町村・医師会・学校関係者・予防接種センター等との連携を構築し、情報共有を行う。



地域ブロック内での事例や知見の共有等を通して、協力医療機関の相談支援・医療体制を強化する。

HPV感染症の予防接種や接種後の症状に対する診療等の情報提供を行い、地域の医療機関の相談支援・医療体制を強化する。

260

注）協力医療機関とは、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に生じた症状の診療に係る協力医療機関を指す。

論点

【１】経緯及び接種の現状
　　（１）HPVワクチンに係る経緯
　　（２）HPVワクチンの接種実績等
　　（３）HPVワクチンの接種に係る調査の結果
　　（４）ワクチンに係る知見
【２】取組の状況
　　（１）国における周知広報の状況
　　（２）自治体における事例
　　（３）自治体における診療体制等の状況
【３】ワクチン評価小委における議論の状況
**　　（１）男性に対するHPVワクチンの接種に関する議論の状況**

HPVワクチンの男性接種に係る検討

第24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
2024(令和6)年３月14日
資料
２－３
（改）

議論の経緯

令和2年12月　第7回薬事・食品衛生審議会医薬品第二部会において、前駆病変を含む肛門癌（男女）及び尖圭コンジローマ（男性）の予防に対する適応拡大が承認された。

令和4年8月　ワクチン評価に関する小委員会において議論開始。国立感染症研究所にファクトシート作成を依頼。

令和6年3月　ワクチン評価に関する小委員会において、４価ワクチンを３回接種するという前提でこれを定期接種化する場合の有効性、安全性は一定程度確認されたものの、費用対効果については課題があるとされた。

薬事承認の状況

ワクチンの種類	効能又は効果	「用法及び用量」における接種対象者・接種回数	薬事承認
組換え沈降2価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（2価）	ヒトパピローマウイルス（HPV）16型及び18型感染に起因する子宮頸癌（扁平上皮癌、腺癌）及びその前駆病変（子宮頸部上皮内腫瘍（CIN）2 及び3 ）の予防	10歳以上の女性 3回	平成21年
組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（4価）	ヒトパピローマウイルス6、11、16及び18型の感染に起因する以下の疾患の予防 ・子宮頸癌（扁平上皮癌及び腺癌）及びその前駆病変（子宮頸部上皮内腫瘍（CIN）1、2及び3並びに上皮内腺癌（AIS）） ・外陰上皮内腫瘍（VIN）1、2及び3並びに腟上皮内腫瘍（VaIN）1、2及び3 ・肛門癌（扁平上皮癌）及びその前駆病変（肛門上皮内腫瘍（AIN）1、2及び3） ・尖圭コンジローマ	9歳以上の者 3回	平成23年 （男性への接種は、令和2年）
組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（9価）	ヒトパピローマウイルス6、11、16、18、31、33、45、52 及び58型の感染に起因する以下の疾患の予防 ・子宮頸癌(扁平上皮癌及び腺癌)及びその前駆病変(子宮頸 部上皮内腫瘍(CIN)1、2及び3並びに上皮内腺癌(AIS) ・外陰上皮内腫瘍(VIN)1、2及び3並びに腟上皮内腫瘍 (VaIN)1、2及び3 ・尖圭コンジローマ	9歳以上の女性 2回もしくは3回	令和2年 （2回の接種は、令和５年）

HPVワクチンの男性接種の費用対効果

第２４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
2024(令和6)年３月14日
資料
２－２
より作成

分析方法の概要

- 先行研究(文献1,2)をベースに
  i) 男性のHPV関連各種疾患への直接的効果をMarkov modelにより推計した。
  ii) 女性への間接的効果（子宮頸がんの予防効果）を女性接種に関する評価モデルを通して推計した。

分析シナリオ

A) 男性に対する尖圭コンジローマ・肛門がんの予防効果を対象とした場合
B) A）に加えて、中咽頭部周辺のがん・陰茎がんの予防効果を対象とした場合
C) B）に加えて、女性への間接的効果を組み入れた場合

基本分析・感度分析の結果

	組み入れ疾患	ICER（万円/QALY） （基本分析） 発症予防期間：20年	ICER（万円/QALY） （感度分析） 発症予防期間：30年
（A）	尖圭コンジローマ・肛門がん	23,459.7	8,216.8
（B）	尖圭コンジローマ・肛門がん・中咽頭がん・陰茎がん	9,334.9	4,165.3
（C）	（B）に女性への間接的効果も追加	584.6～2,898.9	402～1,748.6

263

※　第24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（2024（令和６）年３月14日開催）
池田委員発表資料（HPVワクチンの男性接種の費用対効果）から、事務局において作成。

HPVワクチンの接種に関する論点について①

まとめ

【経緯及び接種の現状】

- HPVワクチンの接種については、令和４年度より積極的勧奨の再開を行うとともに、接種機会を逃した方のためのキャッチアップ接種を、効果的に実施する観点から、３年（令和４～６年度まで）の期間を定めて、実施している。
- 接種実績については、令和３年度以降の全体の接種者数は、平成25年度のワクチン導入時点の接種者数を超え、増加する傾向にある。ただし、研究者の報告に基づく累積初回接種率の推移が示すとおり、接種率は、定期接種、キャッチアップ接種ともに、定期接種導入直前の水準には戻っていない。また、都道府県別に見ると、接種状況には差が見られる。
- 被接種者・保護者及び自治体に対して令和５年度に実施した調査では、以下の内容等が示唆された。
  - 「HPVワクチンやキャッチアップ接種について知らない」と回答した被接種者が少なくないこと
  - 公的機関や医療関係者からの情報に対し、一定の信頼が置かれていること
  - 自治体からの案内が接種を考え始めるきっかけになっていること
  - 公費で接種できる期限への意識や、保護者や医療従事者との会話等が接種の後押しになっていた
  - 多くの自治体が再勧奨を行っているものの、実施していない自治体があること

【HPVワクチンに関する知見】

- ワクチンの有効性については、英国、スウェーデン、デンマーク及びオーストラリアにおいて、子宮頸がんの罹患リスクを低下させたという報告がみられ、特に若い世代での効果が高い傾向が認められている。
- また、子宮頸部異形成に対して局所手術を受けた患者において、HPVワクチンを接種すると、再発リスクを低減させる可能性があるとするシステマティックレビュー・メタアナリシスの結果も報告されている。
- ワクチンの安全性については、積極的勧奨再開後の2022（令和４）年４月以降も、継続的に副反応検討部会において医療機関等からの副反応疑い報告の状況等を踏まえて評価を継続し、現時点では重大な懸念は認められないと判断されている。

（次ページにまとめが続く）

HPVワクチンの接種に関する論点について②

まとめ（続き）

【取組の状況】

- 国における周知広報として、以下のような取組を実施。
  - ホームページ上でリーフレットやQA等を公表
  - 厚生労働省SNS（X、Facebook）を通じた情報発信
  - 中高生向け新聞への広告掲載
  - キャッチアップ対象者に向けたインターネット広告の発信
  - 政府広報とも連携し、動画などを作成
  - キャッチアップの周知や再勧奨の際、自治体で活用可能な資材の作成
  - 文部科学省と連携し、ブロック拠点病院事業への協力依頼に関する事務連絡の発出
  - キャッチアップの対象年齢の世代の働く女性に届くよう、保険者宛にリーフレット等の周知依頼
- 自治体においても、個別通知の他に、若者目線で企画立案された周知広報策や、自治体間の契約に基づき住民票がない場合でも接種後の償還払いに対応するなど、柔軟な接種機会の提供を行うなど、特徴的な取組がある。
- 接種後の症状等の診療体制については、各都道府県の協力医療機関の他、ブロック拠点病院事業により中核となる医療機関を整備している。ブロック拠点病院の調査では、接種後の症状に関する受診状況として、令和４年度の積極的勧奨後も受診の大幅な増加は見られなかったとされている。
- ブロック拠点病院においては、各地域において教育機関での講演を行うなど、周知に関する取り組みもある。

【ワクチン評価小委員会における議論の状況】

- ワクチンの評価に当たっては、これまで、薬事承認されたワクチンについて、有効性、安全性及び費用対効果の観点で議論することとしてきたところ、ワクチンの有効性については、原則として薬事承認の範囲内の疾患に対する効果を念頭に、検討してきた。
  今般、HPVワクチンの男性に対する接種は、薬事承認された男性の疾患（肛門がん、尖圭コンジローマ）の他、薬事承認外の男性の疾患（頭頸部がん）や女性の子宮頸がんの予防効果を含めて、ワクチン評価小委においてファクトシート等に基づき評価を行った。
- その結果、有効性や安全性は一定程度認められるものの、費用対効果には課題があるとの結果であり、薬事承認の状況を含め、様々なデータが新たに得られるなど、前提条件が変われば、更に議論を行う必要があるとされた。

HPVワクチンの接種に関する論点について③

論点案

論点１　HPVワクチンのキャッチアップ接種及び本来の定期接種の周知広報について

- キャッチアップ接種については、円滑な接種を確保しつつ、より高い年齢でワクチンの有効性がより低くなることや、「より早期に接種する必要がない」という誤ったメッセージにつながりうることなどを勘案し、予防接種施行令上、令和４年度から３年間実施することとしており、今年度末で終了となる。
- 今年度がキャッチアップ接種の最終年度であることを踏まえ、より効果的な周知広報のために、国で作成した周知用資材の他、自治体における好事例については、改めて接種の主体である市町村等の自治体に対して情報提供し、自治体における効果的な周知広報活動に活用いただくこととしてはどうか。
- ワクチンの３回の接種を完了するためには最長６か月程度要することも踏まえ、夏までの間に重点的な周知広報を行うよう、自治体や関係省庁等とも連携し、取り組んではどうか。
- その際、本来の定期接種の対象者に対する周知についても、改めて確実な周知広報等の取組を実施することとしてはどうか。

論点２　HPVワクチンの男性への接種について

- 小委においては、以下のような意見があった。
  - ✓ 定期接種化を検討する際、基本計画の中でも安全性、有効性、そして費用対効果を重視して評価すると明記されており、今回、費用対効果の点で課題が残る結果であることは重く受け止めるべき。一方で、男女平等性や相乗的効果などの観点や、薬事承認に基づかない接種回数の変更が可能かどうかの観点などによっては評価が変わりうる。
  - ✓ gender neutral vaccinationとVPD（vaccine preventable diseases）の考え方も踏まえて総合的に判断すべき。
- こうした指摘を踏まえ、HPVワクチンの男性に対する接種について、女性への波及効果等を勘案して評価を進めていくことについてどう考えるか。

参考資料

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

HPVワクチンに係る法令上の規定

予防接種法

（市町村長が行う予防接種）

第五条　市町村長は、Ａ類疾病及びＢ類疾病のうち政令で定めるものについて、当該市町村の区域内に居住する者であって政令で定めるものに対し、保健所長（特別区及び地域保健法（昭和二十二年法律第百一号）第五条第一項の規定に基づく政令で定める市（第十条において「保健所を設置する市」という。）にあっては、都道府県知事）の指示を受け期日又は期間を指定して、予防接種を行わなければならない。

２・３　（略）

予防接種法施行令

（市町村長が予防接種を行う疾病及びその対象者）

第三条　法第五条第一項の政令で定める疾病は、次の表の上欄に掲げる疾病とし、同項（予防接種法の一部を改正する法律（平成十三年法律第百十六号）附則第三条第一項（予防接種法の一部を改正する法律（平成二十五年法律第八号）附則第七条の規定により読み替えられる場合を含む。）の規定により読み替えられる場合を含む。）の政令で定める者は、同表の上欄に掲げる疾病ごとにそれぞれ同表の下欄に掲げる者（当該疾病にかかっている者又はかかったことのある者（インフルエンザ又は新型コロナウイルス感染症にあっては、当該疾病にかかったことのある者を除く。）その他厚生労働省令で定める者を除く。）とする。

疾病	予防接種の対象者
（略）	（略）
ヒトパピローマウイルス感染症	十二歳となる日の属する年度の初日から十六歳となる日の属する年度の末日までの間にある女子
（略）	（略）

２　（略）

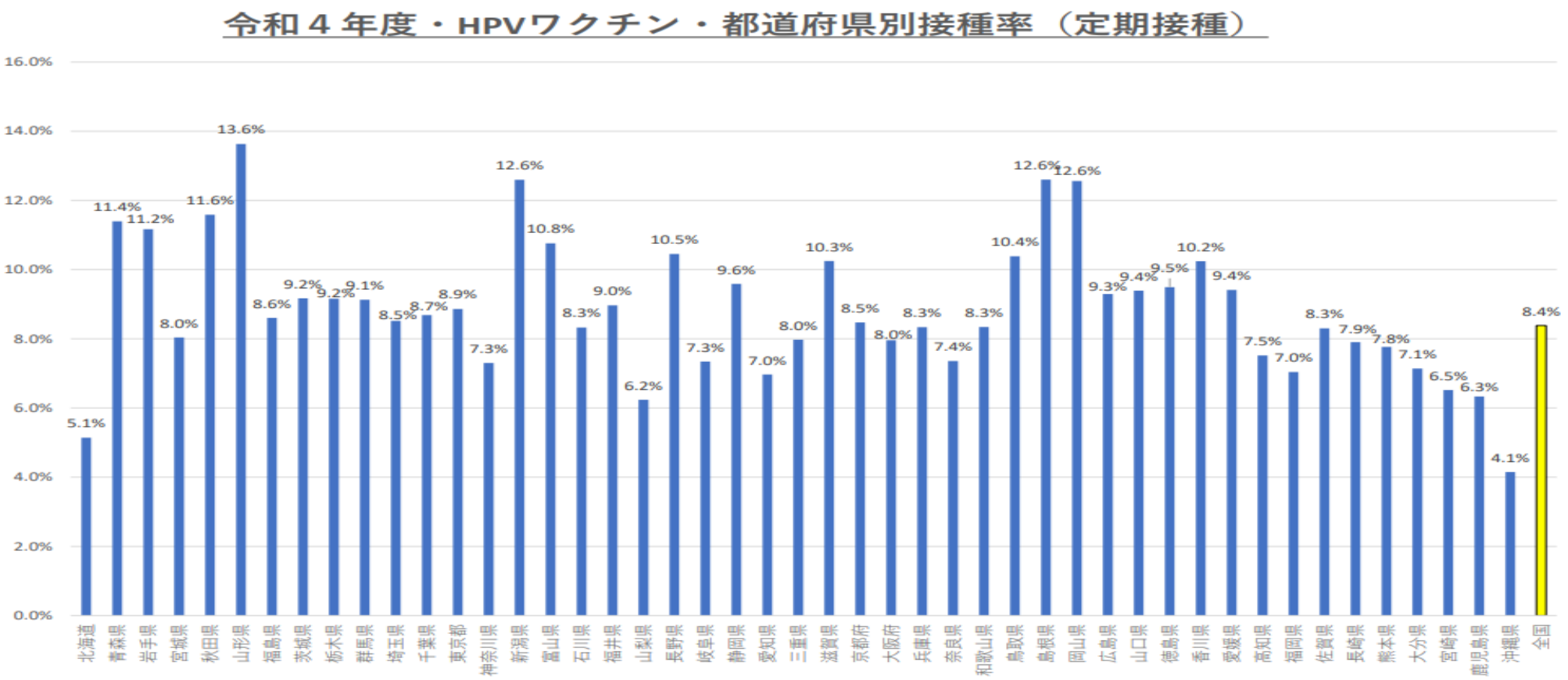
附則

（市町村長が行う予防接種の対象者の特例）

５　令和四年四月一日から令和七年三月三十一日までの間、第三条第一項の表ヒトパピローマウイルス感染症の項中「十二歳となる日の属する年度の初日から十六歳となる日の属する年度の末日までの間にある女子」とあるのは、「／一　十二歳となる日の属する年度の初日から十六歳となる日の属する年度の末日までの間にある女子／二　平成九年四月二日から平成二十年四月一日までの間に生まれた女子（前号に掲げる女子を除く。）／」とする。

令和4年度都道府県別の接種率（定期接種）

令和４年度に実施された初回接種の実施回数を当該年度の女子の人口で除して求めた接種率は、都道府県ごとにばらつきがある。



【留意事項】

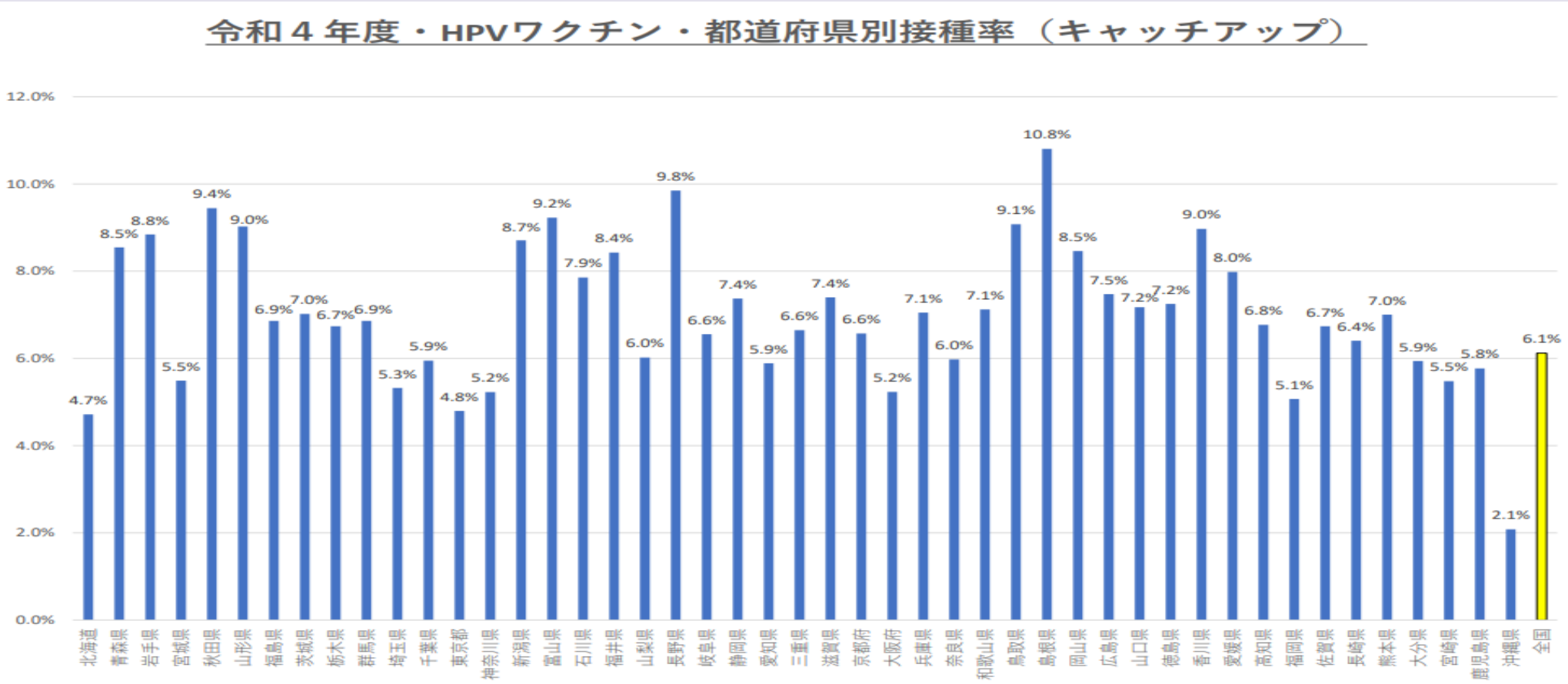
・分子は、令和４年度地域保健・健康増進事業報告都道府県別・年齢別　接種回数（表番号67）

・分母は、総務省統計局が公表している令和４年度人口推計・年齢・男女別の総人口推計を基に、小学６年人口＝11歳人口×1/2＋12歳人口×1/2のように学年ごとの人口を算出した上で、小学６年から16歳になる年度までを合算した。

・本資料における「接種率」は、令和４年度中に実施された接種状況のみを表しており、政令で定める接種可能年齢を通じた累積の接種率ではないため、本資料における「接種率」に基づいて最終的な接種の進捗を評価することはできない。

令和4年度都道府県別の接種率（キャッチアップ接種）

令和４年度に実施された初回接種の実施回数を当該年度の女子の人口で除して求めた接種率は、都道府県ごとにばらつきがある。



【留意事項】

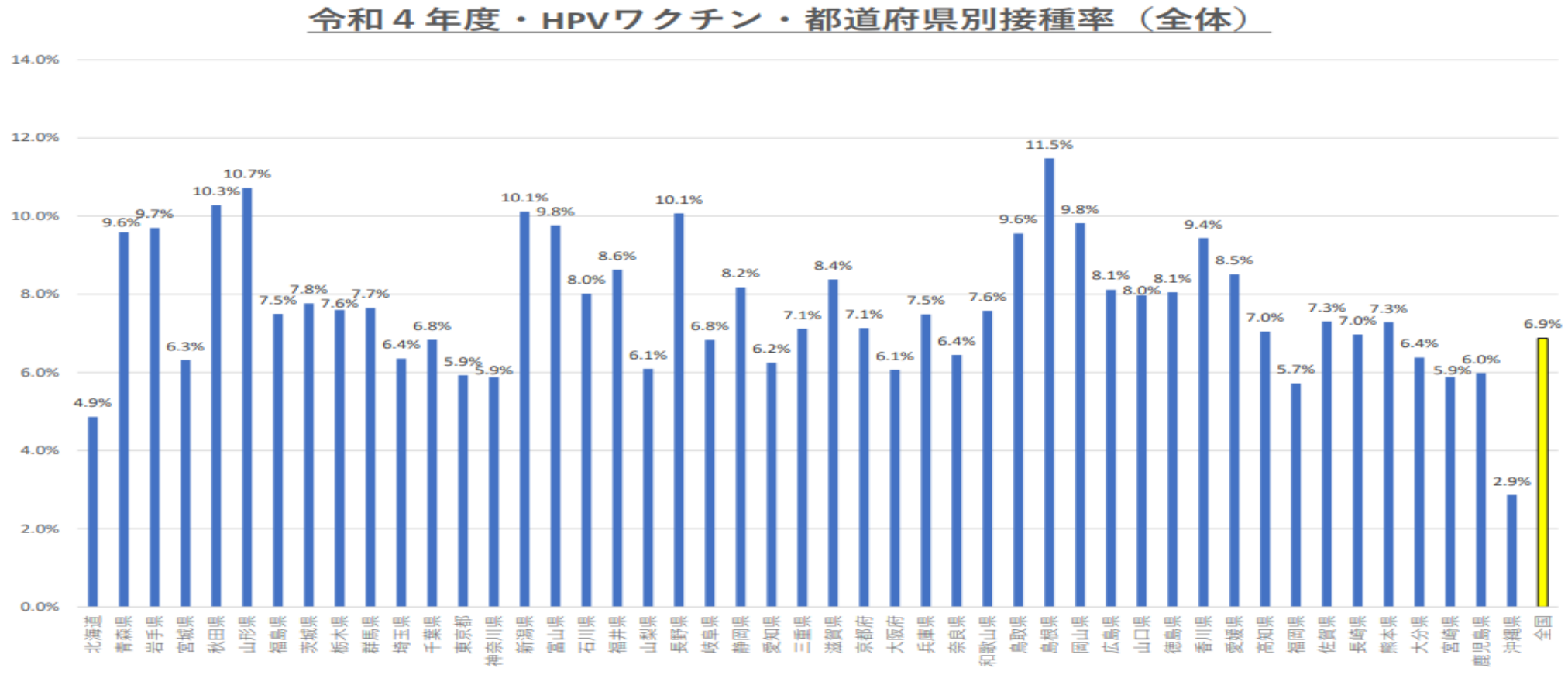
・分子は、令和４年度地域保健・健康増進事業報告都道府県別・年齢別　接種回数（表番号67）

・分母は、総務省統計局が公表している令和４年度人口推計・年齢・男女別の総人口推計を基に、小学６年人口＝11歳人口×1/2＋12歳人口×1/2のように学年ごとの人口を算出した上で、17歳になる年度から25歳になる年度までを合算した。

・本資料における「接種率」は、令和４年度中に実施された接種状況のみを表しており、政令で定める接種可能年齢を通じた累積の接種率ではないため、本資料における「接種率」に基づいて最終的な接種の進捗を評価することはできない。

令和4年度都道府県別の接種率（定期接種・キャッチアップ接種合計）

令和４年度に実施された初回接種の実施回数を当該年度の女子の人口で除して求めた接種率は、都道府県ごとにばらつきがある。



【留意事項】

・分子は、令和４年度地域保健・健康増進事業報告都道府県別・年齢別　接種回数（表番号67）

・分母は、総務省統計局が公表している令和４年度人口推計・年齢・男女別の総人口推計を基に、小学６年人口＝11歳人口×1/2＋12歳人口×1/2のように学年ごとの人口を算出した上で、小学６年から25歳になる年までを合算した。

・本資料における「接種率」は、令和４年度中に実施された接種状況のみを表しており、政令で定める接種可能年齢を通じた累積の接種率ではないため、本資料における「接種率」に基づいて最終的な接種の進捗を評価することはできない。

26歳までの女性におけるCIN2+, CIN3+に対する４価HPVワクチンの有効性（米国、症例対照研究）

第69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18回薬事・食品衛生審議会薬事分科会医薬品等安全対策部会安全対策調査会（合同開催）
2021(令和３)年10月１日
資料 1－2

○　米国では、13歳から26歳までに初回接種が行われたHPVワクチン接種がキャッチアップ接種と定義づけられている。初回接種年齢、接種回数によるCIN2+とCIN3+の病変のリスクを評価するため、カリフォルニア州における大規模なデータベースを利用して症例対照研究が行われた。

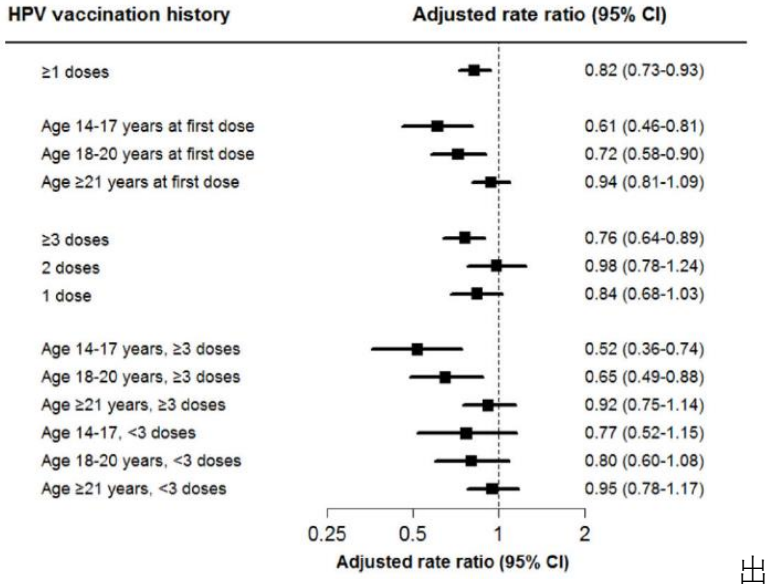
○　４価ワクチン導入の2006年に26歳以下であった女性が対象となり、 4,357例のCIN2+症例群と、年齢等を考慮してマッチングされた217,773例の対照群についての解析が行われた。

○　１回以上の接種でCIN2+（RR; 0.82, 95%CI: 0.73-0.93）、CIN3+（RR; 0.77, 95%CI: 0.64-0.94）の双方に予防効果を認めた。

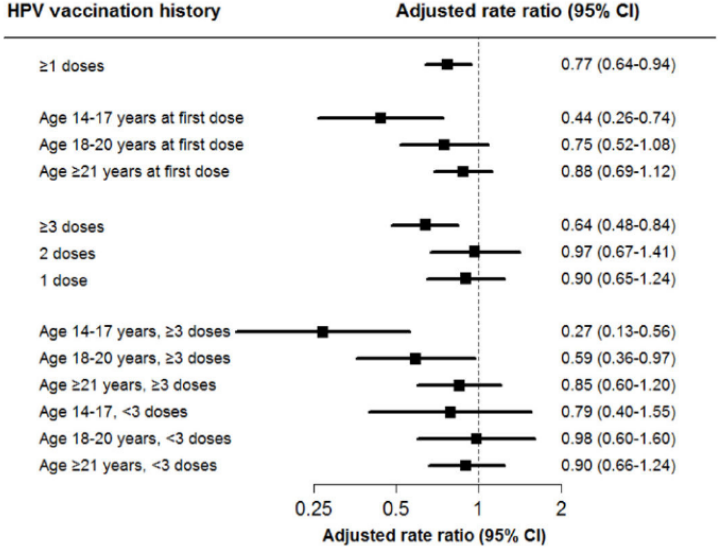
○　**３回の接種群において初回接種が14-17歳（調整後RR; CIN2+で0.52, 95%CI: 0.36-0.74, CIN3+で0.27, 95%CI: 0.13-0.56）で高い有効性、初回接種が18-20歳（調整後RR; CIN2+で0.65, 95%CI: 0.49-0.88, CIN3+で 0.59, 95%CI: 0.36-0.97）でも有効性を認めた一方、21歳以上で初回接種した群では有意な効果は見られなかった。**

※CIN：子宮頸部異形成　軽度（CIN1）、中等度（CIN2）、高度（CIN3）に分類

CIN2+



CIN3+



272

出典：Michael J. Silverberg et al. Lancet Child Adolesc Health. 2018; 2(10): 707-714.

日本のHPVワクチン接種事業開始以降の高度子宮頸部病変におけるHPV 16/18型の陽性率

第69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18回薬事・食品衛生審議会薬事分科会医薬品等安全対策部会安全対策調査会（合同開催）
2021(令和３)年10月１日
資料 1－2

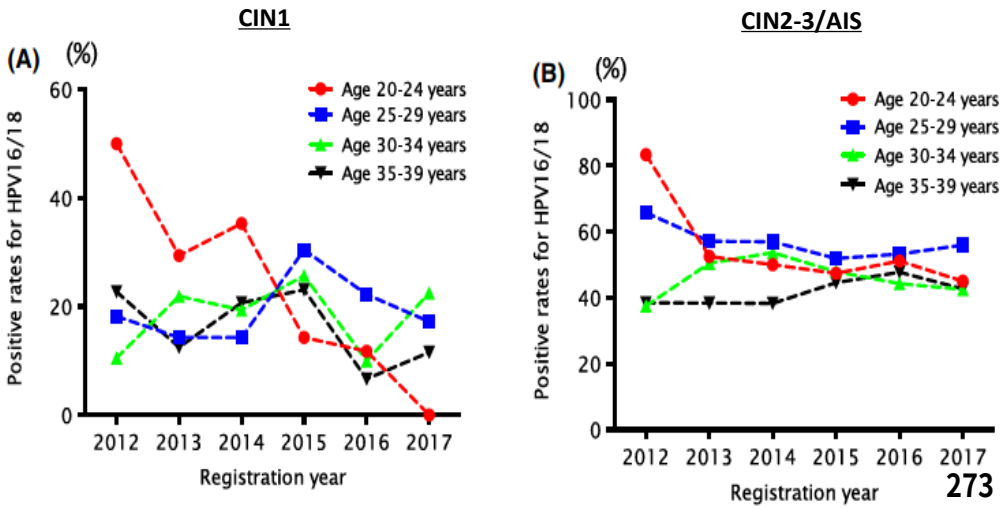
○　日本のHPVワクチン接種事業開始以降の子宮頸部病変におけるHPV型の変化を調査するために、2012年から2017年まで、21の医療施設で新たに子宮頸部病変（CIN1-3, AIS, ICC（※））と診断された16歳から39歳の女性7,709名を対象として、長期の追跡調査を行った。

○　CIN1及びCIN2-3/AISにおけるHPVウイルス型について、25歳未満においてはワクチン型HPV（16/18型）の経時的な減少傾向を認めた（P < 0.0001）が、26歳以上では同様の傾向は認められなかった。

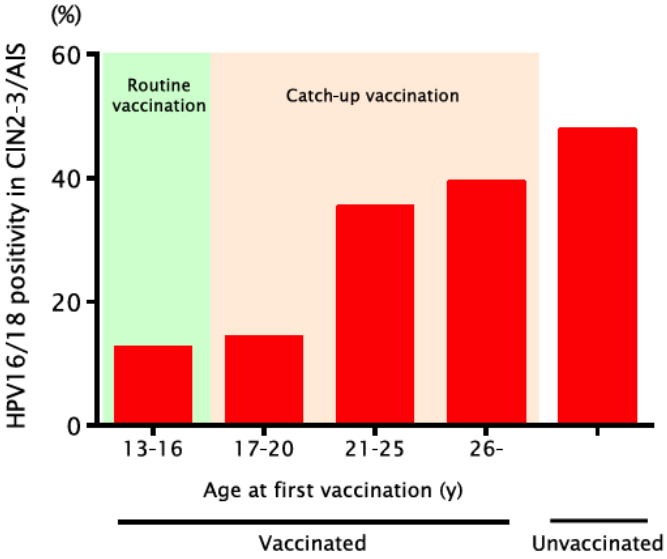
○　**20歳以下での初回接種群ではCIN2-3/AIS陽性例におけるHPV16/18型の陽性率が有意に低下していた（p=0.02）。一方で、21歳以上での初回接種群では、有意差は認めなかった（p=0.18）。**

※　CIN：子宮頸部異形成　軽度（CIN1）、中等度（CIN2）、高度（CIN3）に分類
AIS：上皮内腺癌、ICC：浸潤性子宮頸がん

各病変におけるHPV 16/18型の保有率の経年変化



各年齢層における、CIN2-3/AIS患者のHPV16/18型保有率



出典：Koji Matsumoto et al. Cancer Science. 2019;110:3811–3820.

第60回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会 予　防　接　種　基　本　方　針　部　会	資料2
2024(令和６)年５月22日	

HPVワクチン地域ブロック拠点病院

事業の取組について

愛知医科大学　疼痛医学講座

愛知医科大学病院　疼痛緩和外科・いたみセンター

牛田享宏

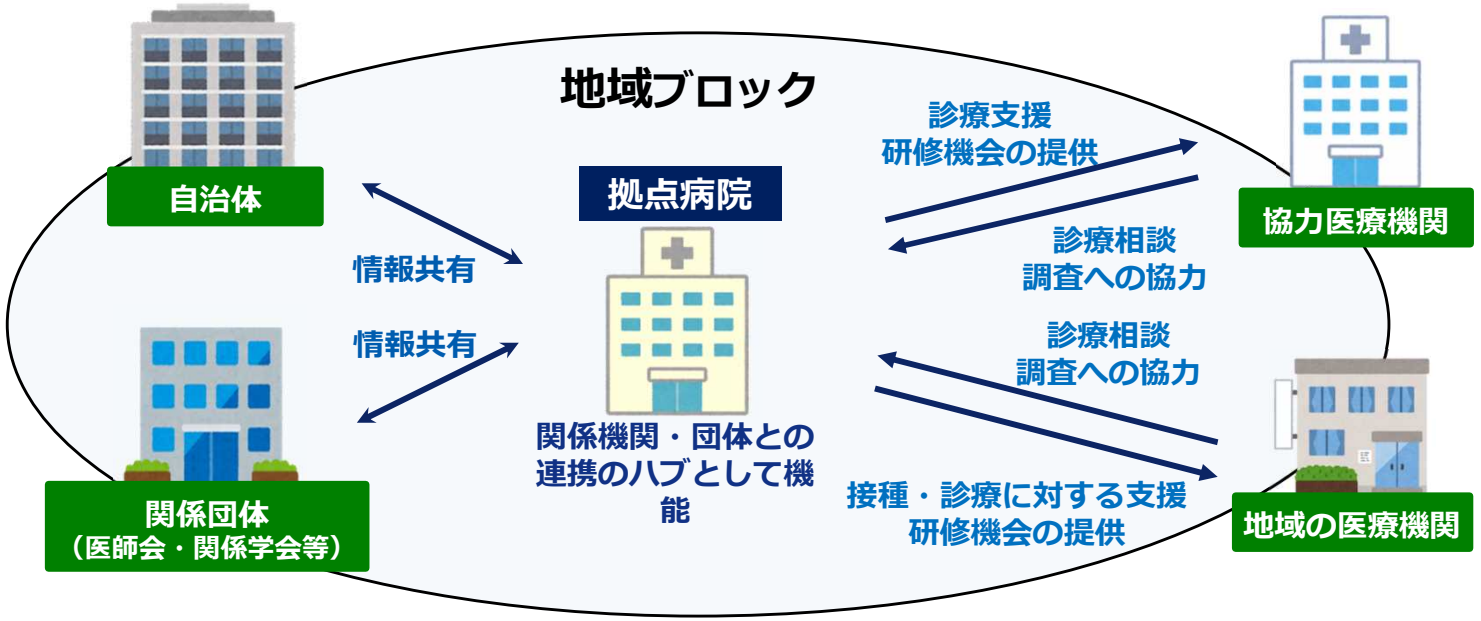
HPV感染症の予防接種に関する相談支援・医療体制強化のための地域ブロック拠点病院整備事業（概要）

目的：ヒトパピローマウイルス（HPV）感染症の予防接種を進めるにあたって、協力医療機関の中から、地域ブロック別に拠点病院を設け、HPV感染症の予防接種に関する相談支援・医療体制の強化を図る。

事業内容

日本全国を10ブロックに分け、地域ブロック別に拠点病院（１～２医療機関）を選定する。拠点病院は、医療機関・自治体・関係団体等との連携のハブとして、下記のような役割を担う。

- 協力医療機関や地域の医療機関との連携を構築し、研修会等の実施を通して、協力医療機関の診療支援・地域の医療機関に対する情報提供を行い、よりよい診療体制の構築に寄与する。
- 都道府県・市町村・医師会・学校関係者・予防接種センター等との連携を構築し、情報共有を行う。



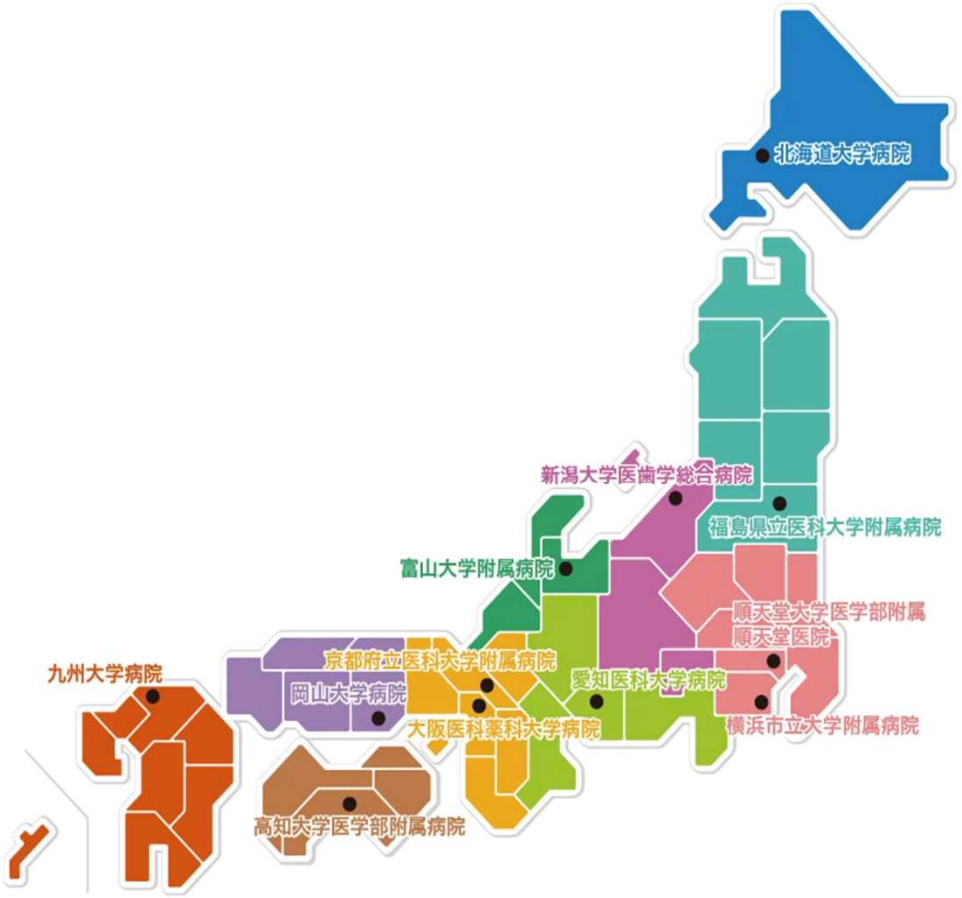
地域ブロック内での事例や知見の共有等を通して、協力医療機関の相談支援・医療体制を強化する。

HPV感染症の予防接種や接種後の症状に対する診療等の情報提供を行い、地域の医療機関の相談支援・医療体制を強化する。

注）協力医療機関は、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に生じた症状の診療に係る協力医療機関を指す。

令和5年度　地域ブロック拠点病院

全国を10ブロックに分け、計12病院を地域ブロック拠点病院に選定。



全国協力病院一覧

ブロック	実施機関
北海道	北海道大学病院
東北	福島県立医科大学附属病院
関東	順天堂大学医学部附属順天堂病院
関東	横浜市立大学附属市民総合医療センター
甲信越	新潟大学医歯学総合病院
北陸	富山大学附属病院
東海	愛知医科大学病院
近畿	京都府立医科大学附属病院
近畿	大阪医科薬科大学病院
中国	岡山大学病院
四国	高知大学医学部附属病院
九州・沖縄	九州大学病院

※令和5年度の拠点病院一覧です。

活動内容

拠点病院は、医療機関・自治体・関係団体等との連携のハブとなり、下記の活動を行っている。

- **連携体制の構築と情報提供**
  - 医療機関・医療従事者との連携
  - 教育関係者との連携
  - 情報提供活動（動画・リーフレット等の作成）
- **厚生労働科学研究班との連携**
  - ワクチン接種後の症状に対する研究に対する協力
- **協力相談支援・医療体制の強化**
  - HPVワクチン診療マニュアル作成の支援
  - 協力医療機関向け研修会（厚生労働省主催）の実施支援

連携体制の構築と情報提供活動

＜医療機関・医療従事者との連携＞

- 定期の連絡会を開催し、ブロック拠点病院と協力医療機関で、顔の見える関係性を作ることでよりよい連携体制をつくる。
- 医療者間で接種後症状による受診状況や、症例経過を共有し、診療に役立てる。
- 研修会を開催し、接種前からの対応や接種留意点、接種後副反応の考え方等の知見を共有する。

Web情報共有掲示板の活用



＜教育関係者との連携＞

- 接種対象者の多くが、学校教育を受けている世代であるため、教育現場との連携が重要である。
- 自治体の教育委員担当と調整し、研修会や資料配布等の啓発活動を行う。
- 厚労省を通じて、文科省から本事業への協力依頼に関する事務連絡を教育委員会宛に発出するとともに、学校関係者向けの情報提供資材を作成。

情報提供資材
（動画・リーフレット等）の作成





＜情報提供活動＞

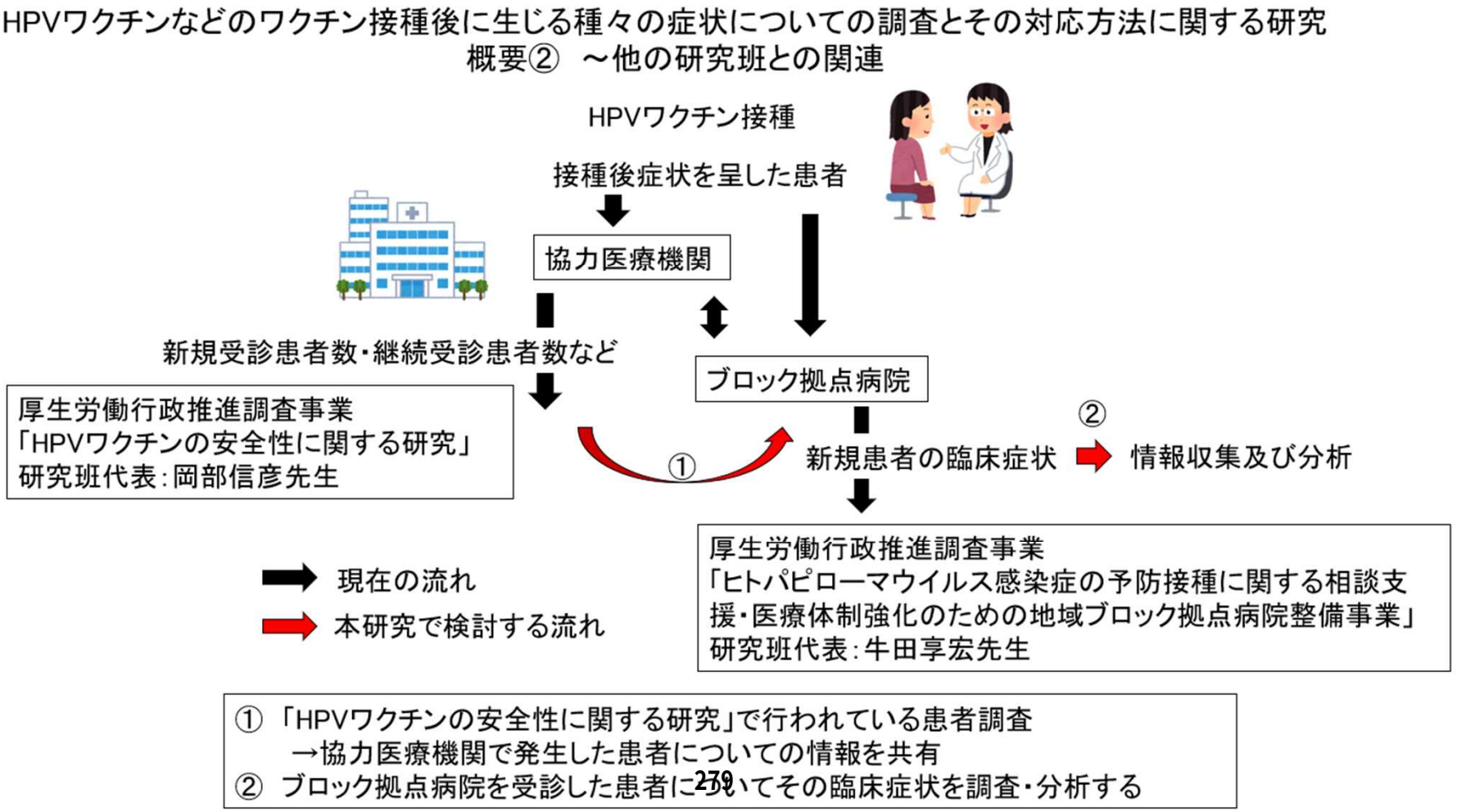
- 接種対象者および保護者等にもわかりやすい一般向け情報提供
- 接種対象者の多くをかかえる教育現場への情報提供
- 接種にあたる医療者サイドのサポート連携

研究班との連携

令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業）

- HPVワクチンなどのワクチン接種後に生じる種々の症状についての調査とその対応方法に関する研究（研究代表者：西原真理）
- HPVワクチンの安全性に関する研究（研究代表者：岡部信彦）

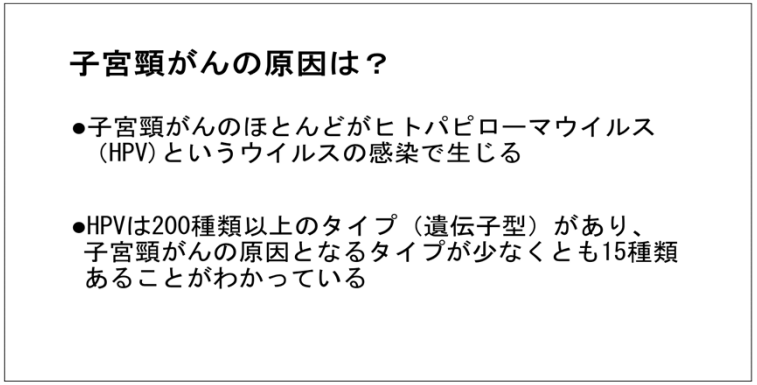
＜西原班との連携＞

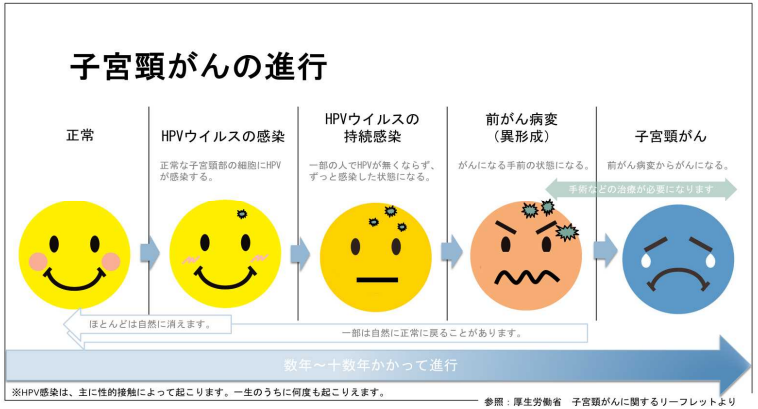


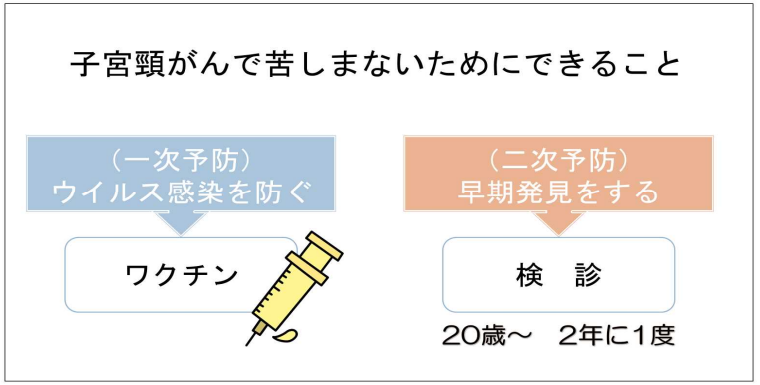
教育現場における啓発活動

- 高等学校のがん教育授業の中における子宮頸がんおよびHPVに関する講義
- 養護教諭を対象とした研修会





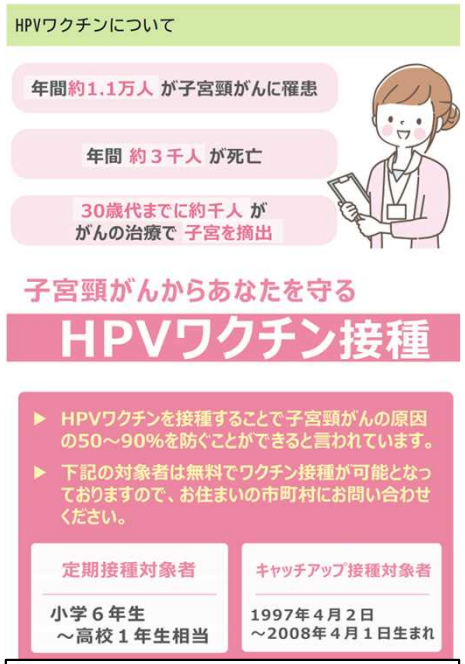




今年度で終了するキャッチアップ接種への取組



大学生向けのリーフレット
（女子栄養大学：埼玉県）



地方自治体によるWebでの
啓発（高知県）



学生・教職員へのキャッチアップ接種の接種後副反応調査（岡山大学）



HPVワクチン普及啓発シンポジウム（愛知県）

まとめ

- 事業開始後、HPVワクチン接種にかかわる診療科間の連携が構築できた。
- 拠点病院が中心となり協力医療機関・自治体との顔の見える関係が構築され、意見交換や情報共有が容易になった。

  症例対応での連携や事例をともに学ぶことで相談支援・

  医療体制が強化された
- 自治体との連携強化と厚労省・文科省の後押しにより、教育現場との連携が開始され、一部研修なども出来るようになった。
- 特に今年度で終了するキャッチアップ接種の期限（9月のエントリー期限）を踏まえ、自治体・医師会と連携を強化して啓発活動を促進している。

本事業の活動にご尽力いただいている先生方（敬称略）

宮城悦子、渡利英道、柳生一自、矢吹省司、井関雅子、北原雅樹、木村慎二、川口善治、天谷文昌、鈴木富雄、小川千加子、鉄永倫子[282] 山岸由佳、山浦健

厚生科学審議会 科学技術部会
全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会（第 20 回）
議事次第

日　時：令和６年３月 18 日（月）
14:00～17:00
場　所：（WEB 開催）

１　開　会
２　議　題
（１）全ゲノム解析等に係る検討状況等について
（２）全ゲノム解析等に係る事業実施準備室の検討状況等について
（３）その他

【資料】
資料１－１　全ゲノム解析等に係る検討状況等について
資料１－２　全ゲノム解析等実行計画に係る出口戦略についてのこれまでの議論の整理（案）
資料１－３　全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会　運営細則（案）
資料２　全ゲノム解析等に係る事業実施準備室からの報告
①全ゲノム解析等に係る事業実施準備室の検討状況
資料３　全ゲノム解析等に係るAMED研究班からの報告

参考資料１ 全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会　運営細則
参考資料２ 委員名簿・参考人名簿
参考資料３「全ゲノム解析等実行計画 2022」
参考資料４ Action Plan for Whole Genome Analysis 2022
参考資料５「全ゲノム解析等実行計画」に係る事業実施組織に求められる機能等について（修正版）
参考資料６「全ゲノム解析等実行計画」に係るコンソーシアムに求められる機能等について（修正版）
参考資料７ 難病領域の全ゲノム解析等説明文書（案）

第20回全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会	資料 1-1
令和6年3月18日	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

全ゲノム解析等に係る検討状況等について

令和6年3月18日

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

全ゲノム解析等実行計画の推進（政府方針など）

■経済財政運営と改革の基本方針2023（令和５年６月16日閣議決定）

創薬力強化に向けて、革新的な医薬品、医療機器、再生医療等製品の開発強化、研究開発型のビジネスモデルへの転換促進等を行うため、保険収載時を始めとするイノベーションの適切な評価などの更なる薬価上の措置、**全ゲノム解析等に係る計画（※）の推進を通じた情報基盤（※※）の整備や患者への還元等の解析結果の利活用に係る体制整備**、大学発を含むスタートアップへの伴走支援、臨床開発・薬事規制調和に向けたアジア拠点の強化、国際共同治験に参加するための日本人データの要否の整理、小児用・希少疾病用等の未承認薬の解消に向けた薬事上の措置と承認審査体制の強化等を推進する。これらにより、ドラッグラグ・ドラッグロスの問題に対応する。

(※)　**「全ゲノム解析等実行計画2022」**（令和４年９月30日厚生労働省）。
(※※)　**マルチオミックス（網羅的な生体分子についての情報）解析の結果**と**臨床情報**を含む。

■新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画（令和５年６月16日閣議決定）

がん・難病の**全ゲノム解析（DNAが持つ全ての遺伝情報の解析）**について、引き続き、10万ゲノム規模に向けて解析し、その結果の**患者への還元**と**情報基盤の整備**を着実に進めるとともに、**事業実施組織について、2025年度の発足に向け、本年度内を目途に法人形態を決定する。**この事業実施組織や、ゲノムのバイオバンクが中心となって、医学・薬学にとどまらず、バイオ、数理科学等の異分野まで含めた、関係する医療機関、研究機関、スタートアップ等の企業と連携し、**全ゲノム解析**や**マルチオミックス解析**（特定の症例に対し、DNA解析、RNA解析、タンパク質解析等の複数の手法で統合的・網羅的に解析する方法）の結果や臨床情報等を利活用し、創薬の成功率の向上を図る。

■デフレ完全脱却のための総合経済対策（令和５年11月２日閣議決定）

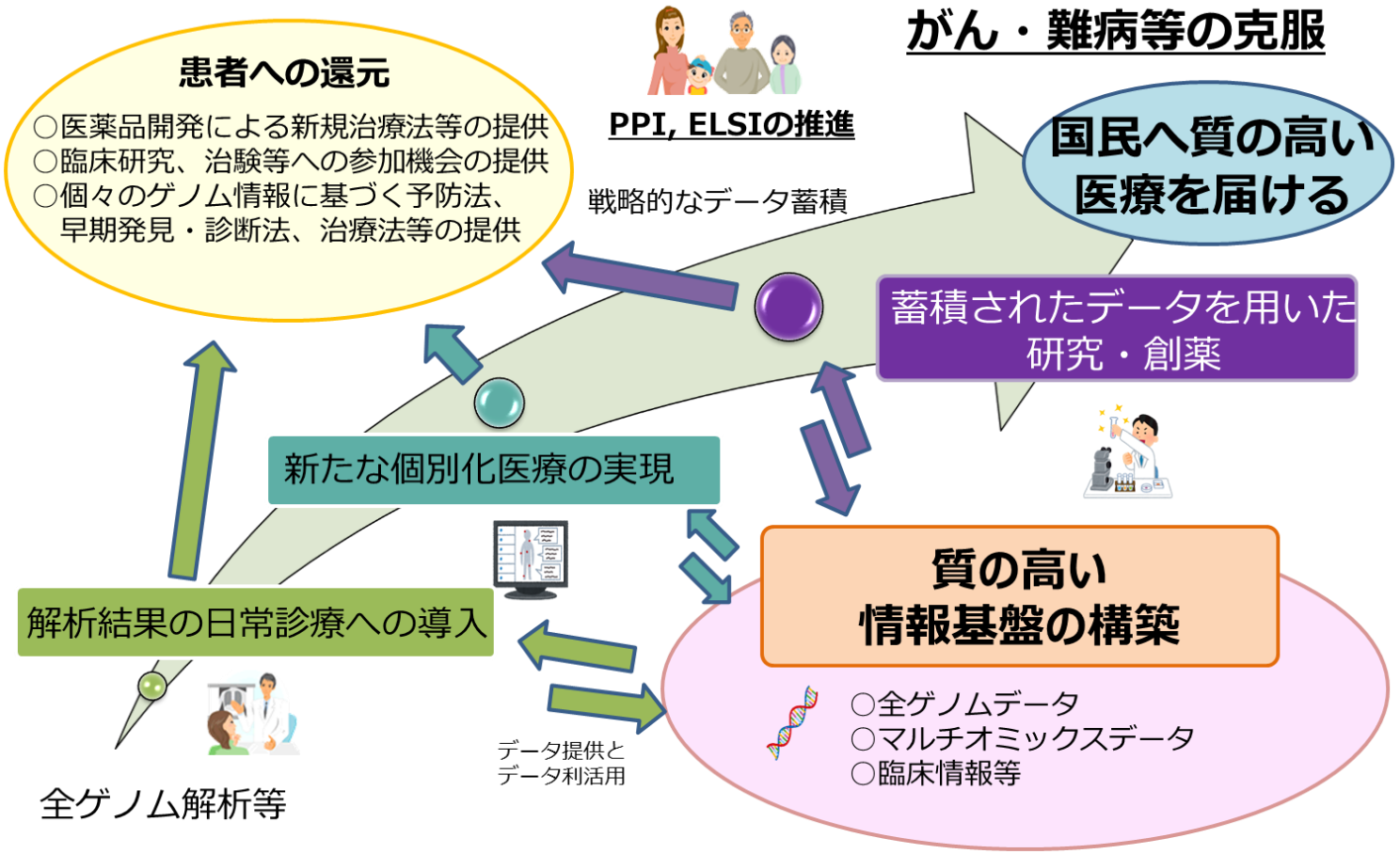
新規治療法や革新的新薬を促進するため、**がんや難病患者の遺伝情報等（全ゲノムデータ）を搭載した質の高い情報基盤を構築**し、その**利活用を促す。**

「全ゲノム解析等実行計画2022」

（令和４年9月30日策定）

全ゲノム解析等の推進によって目指す医療の姿

国民へ質の高い医療を届けるために、戦略的なデータの蓄積を進め、それらを用いた研究・創薬などを促進することで、将来的な「がん・難病等の克服」を目指すことが、全ゲノム解析等の推進によって目指す医療の姿である。
また、解析結果の日常診療への早期導入や、新たな個別化医療の実現についても更に推進する。



※ 患者・市民参画（Patient and Public Involvement, PPI）、倫理的・法的・社会的課題（Ethical, Legal and Social Issues, ELSI）
※ 本実行計画における「がん」とは、難治性がん、稀少がん、小児286遺伝性がん等の全ゲノム解析等による一定の効果が見込まれるが民間だけでは研究・創薬等が困難ながん種を想定。

「全ゲノム解析等実行計画2022」概要

目的
○これまでの先行解析においては、解析結果をより早期に日常診療へ導入し、新たな個別化医療等の推進を進めてきた。
○今後の本格解析においては、国民へ質の高い医療を届け、将来的な「がん・難病等の克服」を目指す。そのためには、戦略的なデータの蓄積を進め、それらを用いた研究・創薬等を促進することが重要であることから、本実行計画においては、全ゲノム解析等の解析結果を研究・創薬等に活用することを推進する。

	令和元年度～３年度	令和４年度	令和５年度	令和６年度	令和７年度～
解析フェーズ	先行解析（既存検体）	本格解析（新規患者の検体）			
実行計画	第１版	実行計画2022			
	○本格解析の方針決定と体制整備	○戦略的なデータの蓄積 ○解析結果の日常診療への早期導入 ○新たな個別化医療の実現 ⇒ 国民へ質の高い医療を届ける			
解析実績・予定	約19,200症例 ・がん領域(※1)：約13,700症例（新規患者 600症例を含む） ・難病領域(※2)：約5,500症例	○10万ゲノム規模を目指した解析のほか、マルチ・オミックス（網羅的な生体分子についての情報）解析を予定。			
患者還元	○患者還元体制の構築	○患者が、地域によらず、全ゲノム解析等の解析結果に基づく質の高い医療を受けられるようにする。			
情報基盤	○技術的課題の検証 ○統一パイプライン構築	○がん・難病に係る創薬推進等のため、臨床情報と全ゲノム解析の結果等の情報を連携させ搭載する情報基盤を構築し、その利活用に係る環境を整備する。			
事業実施組織	○本格解析に向けて事業実施組織に係る事項について検討	○令和４年度中に事業実施準備室を国立高度専門医療研究センター医療研究連携推進本部（JH:Japan Health Research Promotion Bureau）内に設置し、組織、構成等を検討する。 ○厚生労働省が主体となって、令和７年度からの事業実施組織の発足のため、令和５年度をめどに最も相応しい事業実施組織の組織形態を決定する。			
ELSI・PPI	○本格解析に向けてELSI・PPIに係る事項について検討	○事業実施組織にELSI部門を設置し、専門性を備えた人員を配置して、事業全体としてELSIに適切に配慮しつつ計画を実施するために必要な取り組みについて、検討、対応を行う。 ○事業実施組織に患者・市民参画部門を設置することに加え、本計画に参画する研究機関・医療機関においても患者・市民の視点を取り入れるための体制を設ける。			

287

※1 難治性のがん、希少がん（小児がん含む）、遺伝性がん(小児がん含む)等
※2 単一遺伝子性疾患、多因子疾患、診断困難な疾患

これまでの全ゲノム解析等のデータ格納症例数

（令和６年3月1日時点）

がん・難病 データ格納症例数　累計

25,299（がん　12,684,　難病　12,615）

20,479 (がん：12,446,　難病：8,033 ）11月20日時点

がん領域

期間	データ格納症例数	累積症例数
令和3年度	2,438	2,438
令和4年度	8,925	11,363
令和5年度	1,321	12,684

難病領域

期間	データ格納症例数	累積症例数
令和2~3年度	4,521	4,521
令和4年度	3,512	8,033
令和5年度	4,582 ※	12,615※

288

※　検体受付済み症例数であり、順次データ格納予定

「全ゲノム解析等実行計画」の目指す未来
～ビッグデータのコアとなる全ゲノム解析～

国民へ質の高い医療を届け、将来的な「がん・難病等の克服」を目指す

日本国発の新規研究開発

出口を見据えた戦略的研究開発

患者還元

基礎研究

応用研究

新規治療法

診断・創薬

病態解明ゲノム免疫等

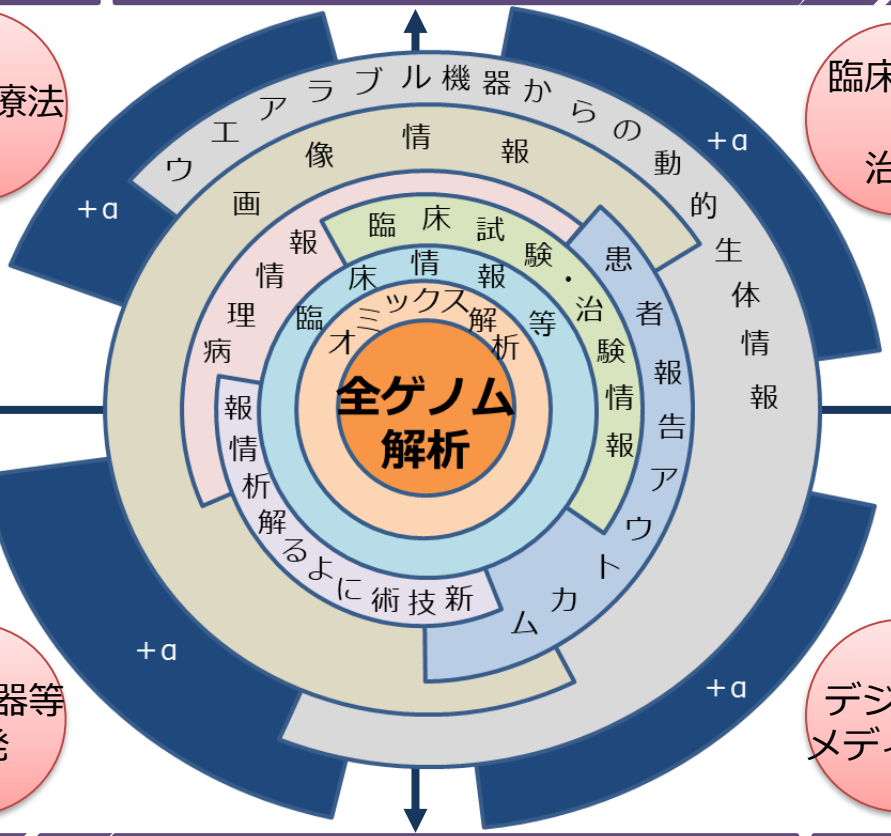
医療機器等開発

臨床試験・治験

先制医療予防医学

ヘルスケア

デジタルメディシン

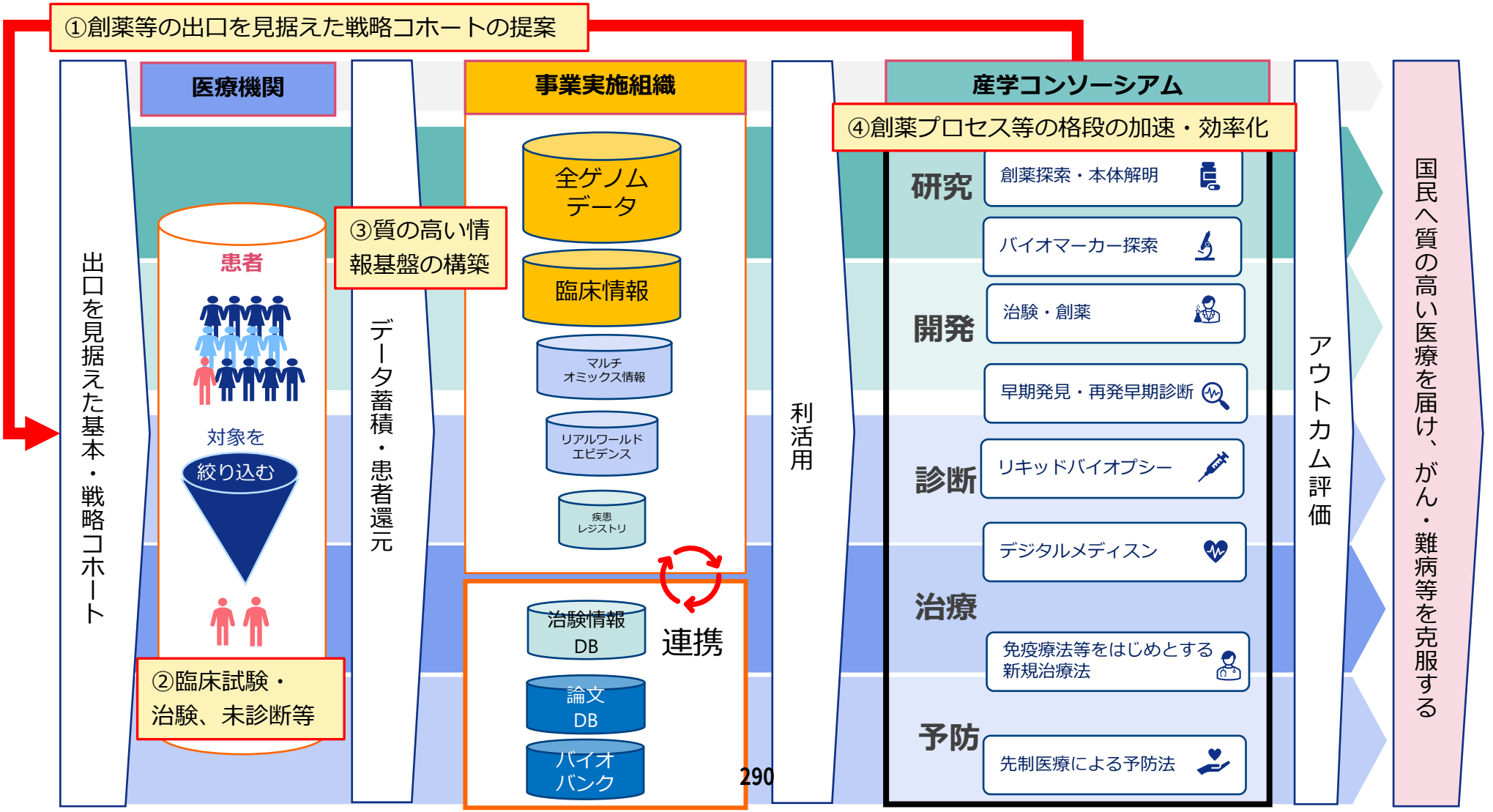


情報基盤・AI

関係省庁連携　情報基盤利活用促進による国際的研究開発　PPI・ELSIの推進　国際連携

創薬を見据えた出口戦略に基づく質の高い情報基盤の構築と利活用

国民へ質の高い医療を届け、将来的な「がん・難病等の克服」のため、創薬等を見据えた出口戦略に基づく新規の臨床試験・治験等による経時的で質の高い臨床情報と全ゲノム情報に加えて、マルチオミックスデータや、リアルワールドエビデンスが集積された情報基盤を構築し、事業実施組織と産学コンソーシアムが連携して、その情報基盤の利活用による創薬プロセス等の格段の加速･効率化を進める。



「全ゲノム解析等実行計画2022」に基づく出口イメージ

「全ゲノム解析等実行計画2022」に係る基本戦略に基づき、2023年度内に出口戦略を策定の上、開始し、全ゲノム解析等の成果が得られた領域から実用化し、がんや難病等の克服を目指す。

全ゲノム解析等実行計画の基本戦略

本事業では、基本戦略を以下のように定め、全ゲノム解析等の成果が得られた領域から実用化し、がんや難病等の克服を目指す。

1）研究・創薬などに活用するための基本戦略

○全ゲノム解析等の成果を広く患者に還元するためには、蓄積されたゲノムデータ等を用いた研究・創薬等が活性化されることが重要であることから、産学コンソーシアムと連携した取組を推進し、我が国発のイノベーション創出を行うことによる産業育成を目指すとともに、新たな治療法を患者に届ける。

○国内外の研究機関及び企業の研究者が、集約した全ゲノム解析等の情報をオープンかつフェアに利用することができる体制を整備する。

2）早期に日常診療へ導入するための基本戦略

○全ゲノム解析等の解析結果が、適切な治療方法の選択や疾病の診断を目的とする技術として新たに一定のエビデンスが得られたものについては、将来的な保険適用を目指す。

3）新たな個別化医療等を実現するための基本戦略

○新規の臨床試験・治験等を実施し、先進的かつ効率的な診断・治療等による更なる個別化医療等を実現する。

予防

・一次予防
- リスク要因の同定、先制治療による予防

・二次予防
- 早期発見、再発早期発見等

・三次予防
- 再発リスク予測に基づく再発予防等

診断

・難病領域
- 早期診断、診断基準の確立・改善

・がん領域
- 稀な遺伝子変化が原因となることが多い小児がん、希少がん、遺伝性のがんの診断

・他領域

治療

・小児がん、希少がん及び難治性がん等に対する免疫療法等の創薬・新規治療法開発

・個別化医療の推進
- ゲノムプロファイリング
- 治療効果・再発リスク予測
- リアルワールドデータの活用

○ 医療実装を見据えた先進医療・臨床試験・治験　○ 橋渡し研究　○ PPI & ELSI　○ 教育・人材育成　○ AI　○ セキュリティ

全ゲノム解析等の医療実装に向けた方向性

全ゲノム解析等の医療実装に向けた方向性として、必要なステップと課題を以下に示す。

Step1	Step2	Step3
対象患者等の決定	全ゲノム検査の臨床的有用性の検証	全ゲノム検査の医療実装

○ 検討項目
- 対象疾病
- 検査目的
- その他

○ 先進医療、治験等の立案・実施
- 全ゲノムプロファイリング検査
- 全ゲノム検査（目的別）：早期診断、治療効果予測、再発リスク予測など
- 個別化がん免疫療法
- その他

全ゲノム検査の分析的性能評価（バリデーション）

○ 評価すべき事項
- 分析精度、分析感度、分析特異度、報告範囲、その他、分析性能に関わる因子

全ゲノム検査の質保証における課題の解決

- 検体検査の質保証においては、バリデーション・内部精度管理・外部精度管理が必要
- その他

全ゲノム検査における実務上の課題の解決

- 全ゲノム検体取扱等の標準化
- 結果返却に要する期間の短縮
- 全ゲノムエキスパートパネルの標準化
- ２次的所見への対応
- 企業とアカデミアの連携
- その他

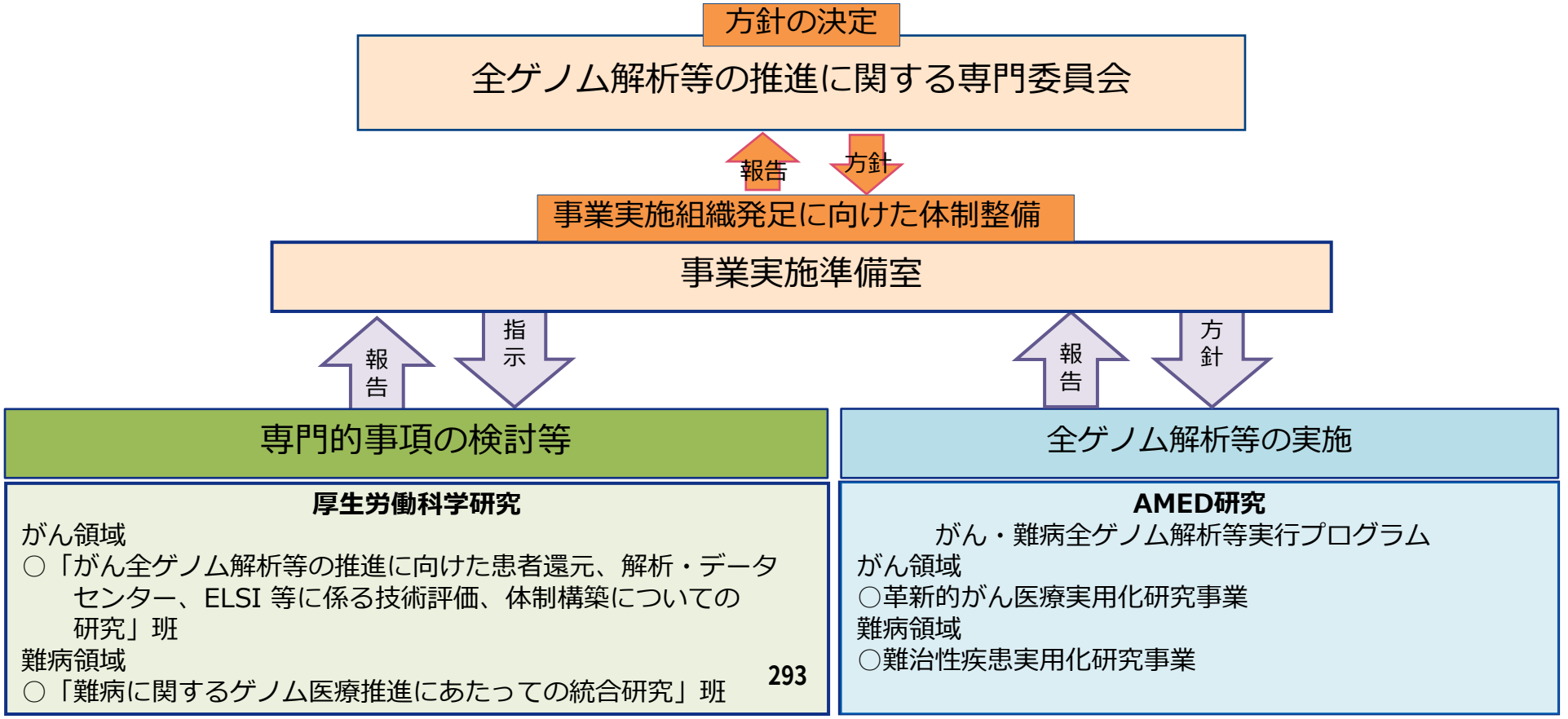
全ゲノム解析等の実施体制（令和５年度）

○「全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会」は、厚生科学審議会科学技術部会の下に設置された、全ゲノム解析等の推進に関する最高意思決定機関である。専門委員会において、「全ゲノム解析等実行計画」の着実な推進に向けた協議を行うとともに、進捗等について確認し、必要な意思決定を行う。

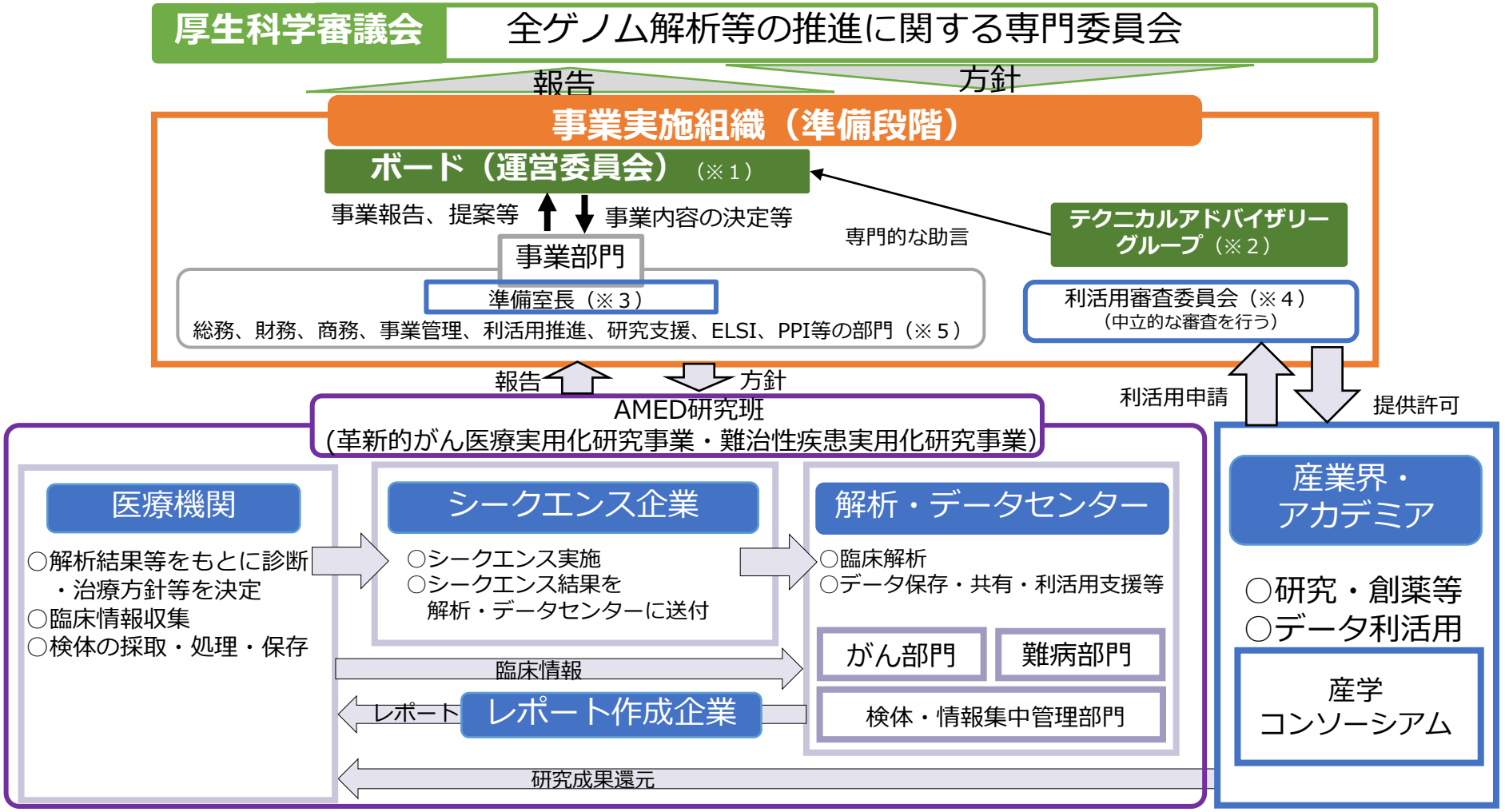
○「厚生労働科学研究班」は、全ゲノム解析等の実務に詳しい専門家が、専門委員会における協議に供するため、患者還元、解析・データセンター、ELSI等についての具体的な運用方法等の専門的事項について調査検討を行い、基本方針案を策定する。

○「全ゲノム解析等に係るAMED研究班」は、解析状況等を専門委員会に報告し、AMEDによる適切な進捗管理のもと、同委員会の方針に従い、事業実施準備室と連携し、研究を行う。

○事業実施準備室は、事業実施組織発足に向けた具体的な体制整備を行う。あわせて、創薬や診断技術の研究開発を促進し、患者にいち早く成果を届けるため、産学連携のデータ利活用の推進を図るためのコンソーシアムの発足支援を行う。



全ゲノム解析等実行計画に係る実施体制（令和５年度）



※１ ボードは、産業界やアカデミアを含む幅広い分野からなる外部有識者及び準備室長で構成される（座長は外部有識者）。ボードは、法人形態にかかわらず専門委員会の方針に基づき、専門的事項について適宜、テクニカルアドバイザリーグループの助言を受けながら、全ての事業内容を決定・変更等する最高意思決定の権限を有する。

※２ テクニカルアドバイザリーグループは、患者還元やELSIなどのテーマ毎に複数の委員を任命する。テクニカルアドバイザリーグループが整うまでは、厚生労働科学研究班の専門WGに助言を求める。

※３ 準備室長は、ボードにCEO（最高経営責任者）として参画し、事業の実施状況の報告や、事業内容の改善・変更等についても提案し、実行する。また、各チームリーダーを選定し、ボードの承認の下、任命する役割を担う。

※4 利活用審査委員会は、中立的な立場の外部有識者で構成し、利活用申請の具体的内容を審査し利活用の可否を決定する。事務局は準備室にて行う。

※5 事業部門が行う業務の一部を総合コンサルテーションに委託。総合コンサルテーションが実務面で準備室を支援する。※６ 事業実施準備室は厚生労働科学研究として実施する。

事業実施準備室　ボード（運営委員会）メンバー

（五十音順）

氏名	分野	所属　（役職）
位田 隆一	ELSI	一般社団法人国立大学協会　（専務理事）
上田 龍三	臨床医 (がん)	名古屋大学大学院医学系研究科（特任教授）
大久保 和孝	財務	株式会社大久保アソシエイツ　（代表取締役社長）
栗原 美津枝(※)	経済界	価値総合研究所/経済同友会（取締役会長/副代表幹事）
小林 憲明	民間企業 (非製薬業界)	一般財団法人バイオインダストリー協会（参与）
五條堀 孝	データサイエンティスト	サウジアラビア･アブドラ王立科学技術大学（Distinguished Professor）
椎名　茂	経営	マーヴェリック株式会社　（代表取締役社長）
中釜 斉(※)	準備室長	国立がん研究センター　（理事長）
中村 祐輔(※)	ゲノム専門家	国立研究開発法人医薬基盤･健康･栄養研究所（理事長）
眞島 喜幸	患者･市民 (がん)	NPO法人PanCAN Japan（理事長） 一般社団法人全国がん患者団体連合会　（理事）
松島 綱治(※)	コンソーシアム	東京理科大学大学院生命科学研究所　免疫生物学専攻分野 炎症･免疫学（教授）
水澤 英洋(※)	臨床医 (難病)	国立精神･神経医療研究センター（理事長特任補佐）
森 幸子(※)	患者･市民 (難病)	一般社団法人日本難病･疾病団体協議会（理事） 一般社団法人全国膠原病友の会（代表理事）
安川 健司(※)	民間企業 (製薬業界)	アステラス製薬/日本製薬工業協会（代表取締役会長/副会長）
吉岡 正豊	弁護士	TMI総合法律事務所（弁護士･医師）

（※）は「全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会」の委員もしくは参考人と併任

令和５年度のスケジュール

5月25日　第15回専門委員会

内容：事業実施準備室ボード承認、リーダー報告等

7月26日　第16回専門委員会

内容：AMED研究　令和2～4年度までの振り返り（最終報告）

8月29日　AMED研究サイトビジット

10月3日　第17回専門委員会

11月13日～17日　第18回専門委員会

（持ち回り開催）

12月4日　第19回専門委員会

内容：事業実施準備室　令和５年度の中間報告

3月18日　第20回専門委員会

内容：事業実施準備室・AMED研究班　令和５年度の最終報告

令和６年度以後の方針案等

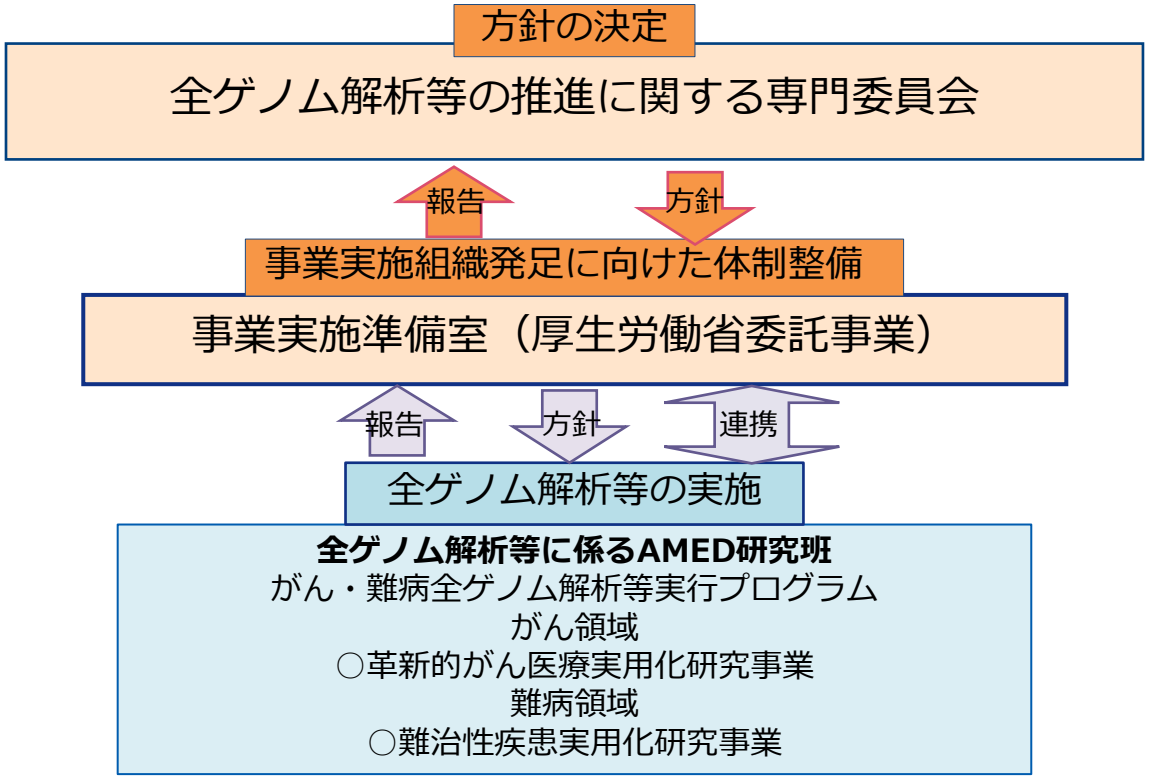
出口戦略の検討

全ゲノム解析等の実施体制（令和６年度）（案）

○「全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会」は、厚生科学審議会科学技術部会の下に設置された、全ゲノム解析等の推進に関する最高意思決定機関である。専門委員会においては、大所高所からの「全ゲノム解析等実行計画」の着実な推進に向けた協議を行うとともに、進捗等について確認し、必要な意思決定を行う。

○事業実施準備室は、令和７年度中の事業実施組織発足に向けた具体的な体制整備を加速させる。あわせて、創薬や診断技術の研究開発を促進し、患者にいち早く成果を届けるため、産学コンソーシアムの運営を行い、構築した情報基盤の試行的利活用を推進する。令和６年度より、全ゲノム解析等実行計画に係る事業実施準備室の運営に関する業務については、厚生労働省の委託事業で行う。

○「全ゲノム解析等に係るAMED研究班」は、AMEDによる適切な進捗管理のもと、専門委員会の方針に従い、事業実施準備室と連携し、事業化に向けた研究を行う。解析結果等については年度毎に専門委員会に報告する。



297

令和６年度ＡＭＥＤ研究体制の概要（がん領域）

○Ａ班（患者還元・出口戦略班）：

① 基本コホート（横断）チーム

基本コホートの全登録症例について、全ゲノム解析等の結果収集されるゲノムデータおよび臨床情報等の分析を行い、全ゲノム解析等の臨床的有用性を検証する。また、各機関からの依頼にもとづき、確認検査の提供を行う。その他、事業実施準備室と連携し、全ゲノム解析等の実用化も見据え、標準レポートフォーマットの改良等、患者還元における課題の抽出及び対応策の検討を行う。

② 患者還元・戦略コホートチーム

代表医療機関を中心に患者還元を行う。全例を基本コホートに登録するとともに、全体の50%以上の症例を目標に、出口戦略に基づいた臨床研究等(※) に登録する。レポートについては、令和4年度に作成された標準レポートフォーマットの使用を前提に、外部機関の活用を基本とする。

代表機関毎に、１～２程度の臨床研究（戦略コホート）を実施する。なお、日本を代表する臨床研究グループと連携した研究実施体制が構築されることが望ましい。

○Ｂ班（コンソーシアム班）：

準備室と連携し、コンソーシアムの構築に協力すると共に、蓄積された全ゲノムデータ等を用いた研究を行い、新たに指摘された変異等の知見について、その臨床的意義等を協議し、得られたコンセンサスをA班、C班及び事業実施準備室に提供し、患者還元に役立てる。

○Ｃ班（解析・データセンター班）：

先端的なゲノム解析やがんゲノム医療の高度化に資する画像解析AI開発及び基盤開発等を実施する。また、事業実施準備室と連携しゲノムデータ・臨床情報の収集を行うとともに、統一パイプラインの改善及び解析を実施し、事業実施準備室解析・DC運営チームの準備状況をふまえ、解析・データセンター班の運用等を事業実施準備室に引き継ぐ。

※ 各班は、実施状況について「全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会」に報告し、当該委員会の方針に沿って解析等を行う。
※ 各班は、臨床情報等の収集、レポート作成に係る要件の整理等について、A～C班による合同の班会議の開催等を通じ協力する。
※ A班 患者還元・戦略コホートチームについて、今後、造血器腫瘍等の領域への対象拡大を検討する。

令和６年度AMED研究班の体制（がん領域）

研究班		研究代表者	研究代表機関	分担医療機関
A班： 患者還元・出口戦略班	基本コホート（横断）チーム	山本昇	国立がん研究センター 中央病院	
	患者還元・ 戦略コホートチーム	角南久仁子	国立がん研究センター 中央病院	国立がん研究センター東病院 成育医療研究センター 東京大学医学部附属病院 岡山大学病院 北海道大学病院
		浦上研一	静岡がんセンター	近畿大学病院 名古屋大学医学部附属病院（予定）
		上野貴之	がん研究会有明病院	慶応義塾大学病院 大阪大学医学部附属病院 東北大学病院 愛知県がんセンター
B班： コンソーシアム班	消化器がん	柴田龍弘	東京大学	
	血液がん	南谷泰仁	東京大学	
	小児がん	加藤元博	東京大学	
	希少がん	松田浩一	東京大学	
	婦人科がん	森誠一	がん研究会	
	呼吸器がん他	河野隆志	国立がん研究センター	
	がん種横断	中川英刀	理化学研究所	
C班： 解析・データセンター班		井元清哉	東京大学	①検体・集中管理システムチーム ②ゲノム解析・クラウド基盤・監視チーム ③臨床情報自動収集システムチーム ④データ共有・利活用支援システムチーム

（※）令和６年度AMED研究班において、最大3,000症例の全ゲノム解析等を実施予定。
全例を基本コホートに登録するとともに、全体の50%以上の症例を目標に、出口戦略に基づいた臨床研究等（戦略コホート）に登録する。

令和６年度
「難病のゲノム医療実現に向けた全ゲノム解析の実施基盤の構築と実践」班
（AMED國土班）体制

難病（単一遺伝子疾患、多因子性難病、未診断疾患）の全ゲノム解析等を実施し、情報基盤を構築する。

研究代表者
國土 典宏
(国立国際医療研究センター(NCGM))

研究副代表
水澤 英洋
(国立精神神経医療研究センター(NCNP))

ゲノム基盤
徳永 勝士
(国立国際医療研究センター(NCGM))

臨床情報
山野 嘉久
（聖マリアンナ医科大学）

朝野 仁裕
(大阪大学)

岩田 岳
（東京医療センター）

小川 誠司
（京都大学）

荻 朋男
（名古屋大学）

角田 洋一
（東北大学）

小崎 健次郎
(慶應義塾大学)

小室 一成
（東京大学）

祖父江 元
(愛知医科大学)

田村 雄一
（国際医療福祉大学）

辻 省次
（東京大学）

戸田 達史
(東京大学)

中村 稔
（長崎医療センター）

西野　一三
(NCNP)

野津 寛大
（神戸大学）

松田 文彦
(京都大学)

松原 洋一
(国立成育医療研究センター)

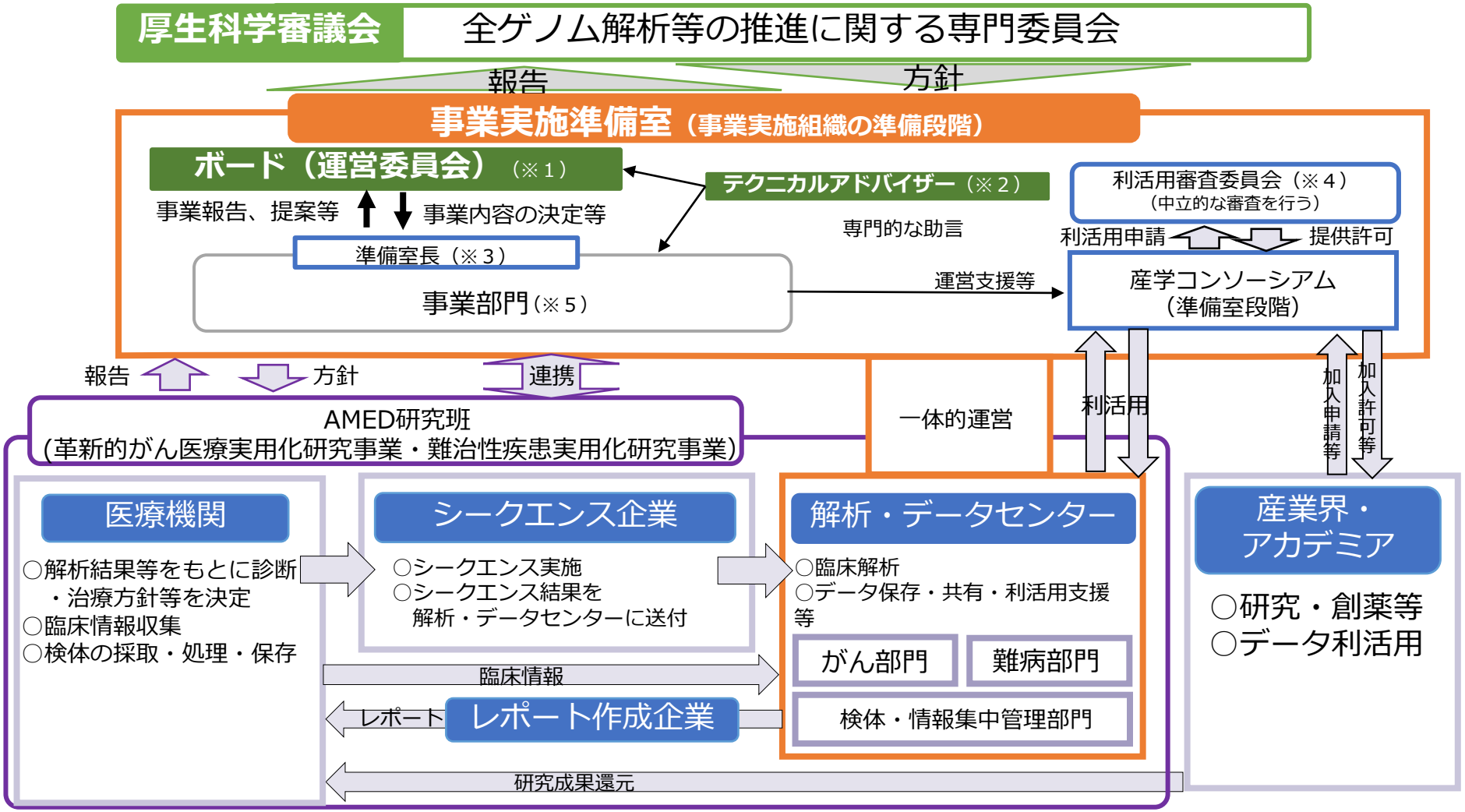
松本 直通
(横浜市立大学)

宮下 洋平
（国立循環器病研究センター）

（50音順、敬称略）

300

全ゲノム解析等実行計画に係る実施体制（令和６年度）（案）



※１ ボードは、産業界やアカデミアを含む幅広い分野からなる外部有識者及び準備室長で構成される（座長は外部有識者）。ボードは、法人形態にかかわらず専門委員会の方針に基づき、専門的事項について適宜、テクニカルアドバイザーの助言を受けながら、全ての事業内容を決定・変更等する最高意思決定の権限を有する。

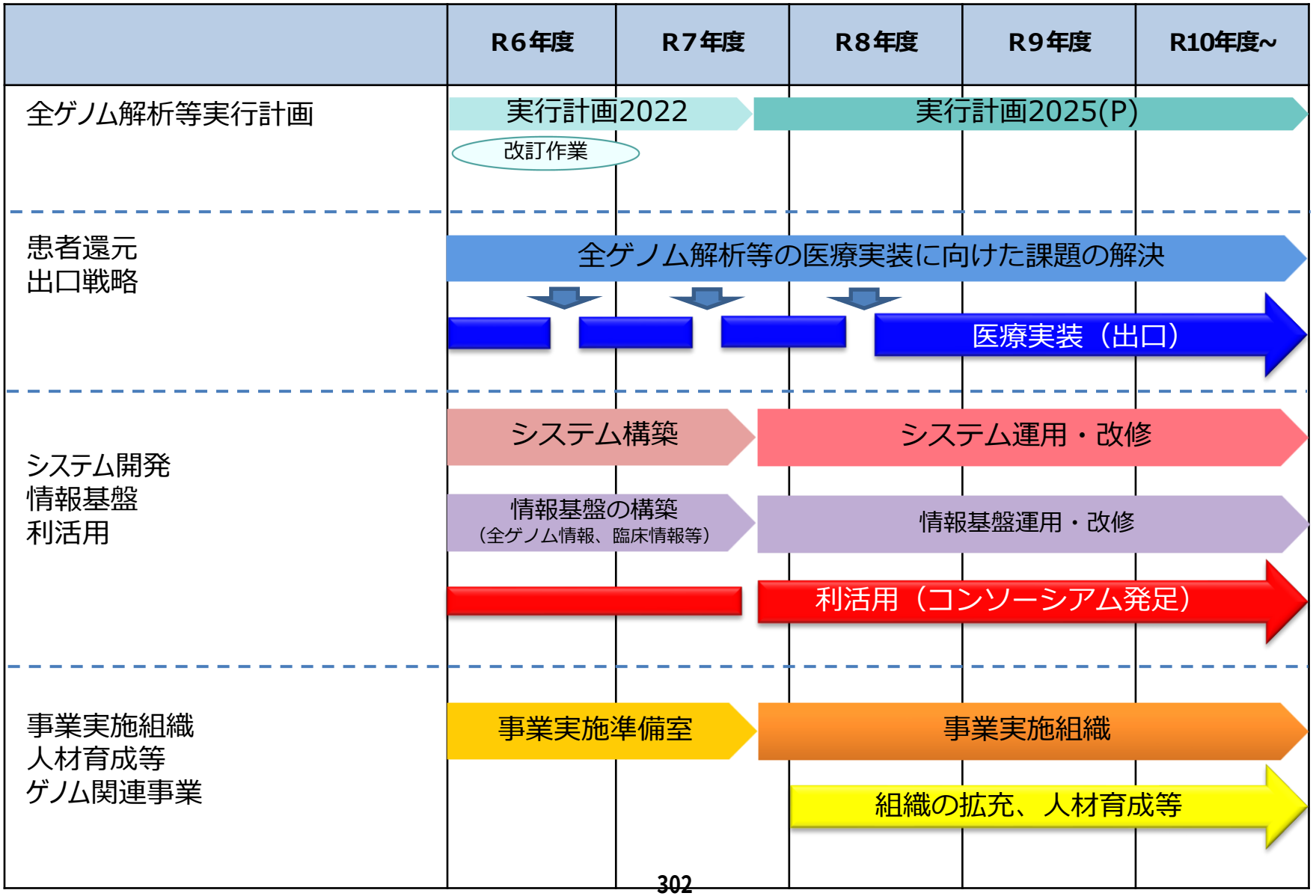
※２ テクニカルアドバイザーは、患者還元やELSIなどのテーマ毎に委員を任命する。

※３ 準備室長は、ボードにCEO（最高経営責任者）として参画し、事業の実施状況の報告や、事業内容の改善・変更等についても提案し、実行する。また、各チームリーダーを選定し、ボードの承認の下、任命する役割を担う。

※4 利活用審査委員会は、中立的な立場の外部有識者で構成し、利活用申請の具体的内容を審査し利活用の可否を決定する。事務局は準備室にて行う。

※5 総務（財務、人事、広報等）、患者還元支援、解析DC運営支援、利活用推進支援、ELSI/PPI等の部門。

事業実施組織発足後の中長期的なスケジュール（案）



302

「全ゲノム解析等実行計画2022」（令和４年９月30日 厚生労働省） 概要(再掲)

目的
○これまでの先行解析においては、解析結果をより早期に日常診療へ導入し、新たな個別化医療等の推進を進めてきた。
○今後の本格解析においては、国民へ質の高い医療を届け、将来的な「がん・難病等の克服」を目指す。そのためには、戦略的なデータの蓄積を進め、それらを用いた研究・創薬等を促進することが重要であることから、本実行計画においては、全ゲノム解析等の解析結果を研究・創薬等に活用することを推進する。

	令和元年度～３年度	令和４年度	令和５年度	令和６年度	令和７年度～
解析フェーズ	先行解析（既存検体）	本格解析（新規患者の検体）			
実行計画	第１版	実行計画2022			
	○本格解析の方針決定と体制整備	○戦略的なデータの蓄積 ○解析結果の日常診療への早期導入 ○新たな個別化医療の実現 ⇒ 国民へ質の高い医療を届ける			
解析実績・予定	約19,200症例 ・がん領域(※1)：約13,700症例（新規患者 600症例を含む） ・難病領域(※2)：約5,500症例	○10万ゲノム規模を目指した解析のほか、マルチ・オミックス（網羅的な生体分子についての情報）解析を予定。			
患者還元	○患者還元体制の構築	○患者が、地域によらず、全ゲノム解析等の解析結果に基づく質の高い医療を受けられるようにする。			
情報基盤	○技術的課題の検証 ○統一パイプライン構築	○がん・難病に係る創薬推進等のため、臨床情報と全ゲノム解析の結果等の情報を連携させ搭載する情報基盤を構築し、その利活用に係る環境を整備する。			
事業実施組織	○本格解析に向けて事業実施組織に係る事項について検討	○令和４年度中に事業実施準備室を国立高度専門医療研究センター医療研究連携推進本部（JH:Japan Health Research Promotion Bureau）内に設置し、組織、構成等を検討する。 ○厚生労働省が主体となって、令和７年度からの事業実施組織の発足のため、令和５年度をめどに最も相応しい事業実施組織の組織形態を決定する。			
ELSI・PPI	○本格解析に向けてELSI・PPIに係る事項について検討	○事業実施組織にELSI部門を設置し、専門性を備えた人員を配置して、事業全体としてELSIに適切に配慮しつつ計画を実施するために必要な取り組みについて、検討、対応を行う。 ○事業実施組織に患者・市民参画部門を設置することに加え、本計画に参画する研究機関・医療機関においても患者・市民の視点を取り入れるための体制を設ける。			

※1 難治性のがん、希少がん（小児がん含む）、遺伝性がん(小児がん含む)等
※2 単一遺伝子性疾患、多因子疾患、診断困難な疾患

「全ゲノム解析等実行計画」に係る事業実施組織に求められる機能等について

（令和５年２月　厚生労働省策定）

	検討の視点	対応方針案
１．公益性・公共性	○事業実施組織は、全ゲノム解析等の実施により集積されたデータを個別の患者の診断・治療に活用する又は創薬等の研究開発に利用するといった取組を推進する役割を担うものであり、当該取組は**中長期にわたり安定的かつ着実に実施される必要**がある。 ○事業実施組織の運営を**営利目的の市場原理に全面的に委ねることとすると、各種取組が必ずしも適切に実施されない可能性**がある。	○事業実施組織は、**何らかの法的根拠に基づいた公的な性格を有するものであるべき**である。
２．機微情報・個人情報管理	○事業実施組織は、機微情報・要配慮個人情報（ゲノム情報）を取り扱うため、事業全体の情報保護・管理やサイバー攻撃への対策を含めた**安全性等の対策を徹底すべき**。	○プライバシー保護及び情報セキュリティに関する対応方針を明確化し、その実施に必要な部門を事業実施組織に設置するとともに、これらにより情報管理を徹底していることについて国民への周知を図る。 ○事業実施組織において、法人だけでなく、そこに従事する職員についても、何らかの法的根拠に基づいた守秘義務が必要。
３．データ等の利活用の公平性	○事業実施組織においては、企業やアカデミアによる研究・創薬等を円滑に進めるため、**迅速かつ公平で安全性の担保されたデータ等共有システムの構築が必要**。	○企業やアカデミアがデータ等を迅速かつ公平で安全に利活用することが可能となるよう、データ共有システムをオンプレミスやクラウド上に構築すると共に、利活用のためのルールや手続き等を整備し、その利活用を支援する部門を事業実施組織に設置する。
４．ガバナンス	○事業実施組織は、上記１．２．３．の観点から、**強固なガバナンスに基づく公平性・信頼性**があり、患者や創薬メーカーなど**利用者視点**を取り入れた最新の知見に基づき**柔軟で迅速な運営判断が可能な自立性および透明性の高い組織**であるべき。	○事業実施組織は、その運営を自律的に行う一方で、厚生労働省による監督・命令、報告徴収、立入検査、役員の選任・解任等の手段を確保することにより、十分にガバナンスが発揮された、透明性の高い組織とする。 ○人事等を通じて、民間の経営視点等を活用しつつ、柔軟性、機動性、効率性、顧客志向等を高めた運営体制とする。
５．産業界・アカデミアの参画	○事業実施組織は、産業界・アカデミアがそれぞれ自主的に構築する産業フォーラム・アカデミアフォーラムと連携し研究・創薬等を推進する必要がある。	○産業界・アカデミアによるデータ利活用により研究・創薬等がさらに推進されるよう、新規研究・創薬等の提案や、産業フォーラムとアカデミアフォーラムとの連携、研究者間の連携等のマッチング支援等を行うための部門を事業実施組織に設置する。
６．PPI	○事業実施組織は、その事業の実施に当たり、対象患者への周知、説明だけでなく、広く国民や社会に対して継続的に情報発信を行うとともに、患者・市民の視点を取り入れる必要がある。	○国民向けの情報発信・周知活動を実施するとともに、患者・市民からの意見を事業に反映させるための部門を事業実施組織に設置する。
７．ELSI	○事業実施組織は、全ゲノム解析等の結果により、患者等が医療現場を含め、社会の様々な場面で不適切な取扱いを受けたり不利益を被ることがないよう、社会の理解と信頼を促進する必要がある。	○ELSIに係る専門性を備えた人員を配置し、事業全体としてELSIに適切に配慮しつつ計画を実施するための部門を事業実施組織に設置する。
８．人材育成	○事業実施組織においては、解析・データセンターの運用、稼働維持及び改善のために、生命情報学、医療情報、情報セキュリティ、臨床遺伝学、ハイパフォーマンスコンピューティング、クラウドコンピューティング等、多様な専門性を備えた人材の確保を柔軟に行える必要がある。また、そのための人員育成・確保の計画が必要である。 ○事業実施組織は、遺伝カウンセラー等の臨床情報等の活用に係る人材育成の支援を行う必要がある。	○民間企業や大学、大学院等と連携し、データ解析や情報基盤の設計・構築、データ管理、情報セキュリティ対策等に加え、各種最先端の情報科学に係る研究を支援する部門を事業実施組織に設置し、その実施に当たって必要な人材の専門性や規模について検討を行い、柔軟に人材育成・確保を行うための計画を策定する。 ○全ゲノム解析等の解析結果を患者に還元する医療機関と協力し、遺伝カウンセラー等の育成を支援するための部門を事業実施組織に設置する。

良質かつ適切なゲノム医療を国民が安心して受けられるようにするための施策の総合的かつ計画的な推進に関する法律（概要）

※令和５年６月16日に公布・施行

制定の趣旨

良質かつ適切なゲノム医療を国民が安心して受けられるようにするための施策（ゲノム医療施策）を総合的かつ計画的に推進するため、ゲノム医療施策に関する基本理念を定め、国等の責務を明らかにするとともに、基本計画の策定その他ゲノム医療施策の基本となる事項を定める。

内容

１．基本理念

○ ゲノム医療の研究開発及び提供に係る施策を相互の有機的な連携を図りつつ推進することにより、幅広い医療分野における世界最高水準のゲノム医療を実現し、その恵沢を広く国民が享受できるようにすること

○ ゲノム医療の研究開発及び提供には、子孫に受け継がれ得る遺伝子の操作を伴うものその他の人の尊厳の保持に重大な影響を与える可能性があるものが含まれることに鑑み、その研究開発及び提供の各段階において生命倫理への適切な配慮がなされるようにすること

○ 生まれながらに固有で子孫に受け継がれ得る個人のゲノム情報には、それによって当該個人はもとよりその家族についても将来の健康状態を予測し得る等の特性があることに鑑み、ゲノム医療の研究開発及び提供において得られた当該ゲノム情報の保護が十分に図られるようにするとともに、当該ゲノム情報による不当な差別が行われることのないようにすること

２．責務

○ 国は、基本理念にのっとり、ゲノム医療施策を総合的かつ計画的に策定し、実施する責務を有する。

○ 地方公共団体は、基本理念にのっとり、ゲノム医療施策に関し、国との連携を図りつつ、地域の状況に応じて施策を策定し、実施する責務を有する。

○ 医師等及び研究者等は、国及び地方公共団体が実施するゲノム医療施策及びこれに関する施策に協力するよう努める。

３．財政上の措置等

○ 政府は、ゲノム医療施策を実施するため必要な財政上の措置その他の措置を講ずる。

４．基本計画の策定

○ 政府は、ゲノム医療施策を総合的かつ計画的に推進するため、ゲノム医療施策に関する基本的な計画（基本計画）を策定する。

５．基本的施策

① **ゲノム医療の研究開発及び提供に係る体制の整備等**
- ゲノム医療の研究開発の推進
- ゲノム医療の提供の推進
- 情報の蓄積、管理及び活用に係る基盤の整備
- 検査の実施体制の整備等
- 相談支援に係る体制の整備

② **生命倫理への適切な配慮の確保**

③ **ゲノム情報の適正な取扱い及び差別等への適切な対応の確保**

④ **医療以外の目的による解析の質の確保等**
- 解析の質の確保、受検者への相談支援
- 生命倫理への適切な配慮、ゲノム情報の適正な取扱い、差別等への適切な対応の確保

⑤ **その他の施策**
- 教育及び啓発の推進等
- 人材の確保等
- 関係者の連携協力

６．地方公共団体の施策

○ 地方公共団体は、国の基本的施策を勘案し、地域の状況に応じて、ゲノム医療施策の推進を図るよう努める。

７．施行期日等

○ 公布日施行。政府は、施行後５年を目途として施行状況について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる。

ゲノム医療推進法に基づく基本計画の検討に係るワーキンググループ

１．開催趣旨

良質かつ適切なゲノム医療を国民が安心して受けられるようにするための施策の総合的かつ計画的な推進に関する法律（令和５年法律第57号。以下「ゲノム医療推進法」という。）第８条第１項に基づく基本計画を策定するに当たり、必要な事項について検討するため、ゲノム医療協議会の下に、「ゲノム医療推進法に基づく基本計画の検討に係るワーキンググループ」（以下「ＷＧ」という。）を開催する。

２．検討事項

ＷＧは、ゲノム医療推進法第８条第２項に掲げるゲノム医療施策についての基本的な方針、ゲノム医療施策に関し政府が総合的かつ計画的に実施すべき施策及びその他のゲノム医療施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検討する。

３．構成員

天野　慎介	全国がん患者団体連合会理事長	遠山　優治	日本生命保険相互会社調査部上席専門部長 兼 支払サービス部 上席専門部長兼 契約管理部 上席専門部長
五十嵐　隆	国立成育医療研究センター理事長	○中釜　斉	国立がん研究センター理事長
上野　さやか	TMI総合法律事務所 弁護士	深田　一平	がん研究会 有明病院ゲノム診療部 医長
大沢　かおり	東京共済病院乳がん相談支援センター医療SW	三木　義男	筑波大学プレシジョン・メディスン開発研究センター客員教授、医誠会国際総合病院特任副院長
小崎　健次郎	慶應義塾大学 医学部 臨床遺伝学センター教授	水澤　英洋	国立精神・神経医療研究センター理事長特任補佐・名誉理事長
佐保　昌一	日本労働組合総連合会 総合政策推進局長	森　幸子	日本難病・疾病団体協議会理事
神里　彩子	東京大学医科学研究所先端医療研究センター生命倫理研究分野准教授	山田　義介	ジェネシスヘルスケア株式会社取締役
菅野　純夫	千葉大学未来医療教育研究機構 特任教授	横野　恵	早稲田大学社会科学部准教授
角山　和久	日本経済団体連合会 イノベーション委員会ヘルステック戦略検討会委員、アステラス製薬株式会社 デジタル・アナリティクス＆テクノロジー デジタルリサーチソリューションズ ヘッド	吉田　雅幸	東京医科歯科大学生命倫理研究センター教授・センター長、遺伝子診療科科長

※五十音順、○座長

４．スケジュール

第１回　令和５年12月26日（火）
- ゲノム医療の推進に係るこれまでの取組状況
- 意見交換　等

第２回　令和６年２月14日（水）
- 有識者等との意見交換①　等

第３回　令和６年３月12日（火）
- 有識者等との意見交換②　等

（令和６年４月以降）
- 基本計画骨子、本文案について議論
- パブリックコメントの実施　等

Appendix

新規

がん・難病の全ゲノム解析等の推進

医政局 研究開発政策課（内線4041、4040、4039）
健康局 がん・疾病対策課、難病対策課（内線3825、2353）

令和６年度当初予算案
※（）内は前年度当初予算額

がん・難病の全ゲノム解析等の推進事業	16億円	（－）
革新的がん医療実用化研究事業	89億円の内数	（92億円の内数）
難治性疾患実用化研究事業	85億円の内数	（89億円の内数）

※令和５年度補正予算額　95億円

1 事業の目的

「全ゲノム解析等実行計画2022」（令和４年9月策定）を着実に推進し、国民へ質の高い医療を届けるため、がんや難病患者を対象とした全ゲノム解析及びマルチオミックス解析等を実施することで得られる全ゲノムデータ、マルチオミックスデータ、臨床情報等を搭載した質の高い情報基盤を構築し、民間企業やアカデミア等へその利活用を促すことにより、診断創薬や新規治療法等の開発を目指す。また、解析結果等の速やかな日常診療への導入や、新たな個別化医療の実現についても更に推進する。

2 事業の概要・スキーム・実施主体等

■がん・難病の全ゲノム解析等の推進事業

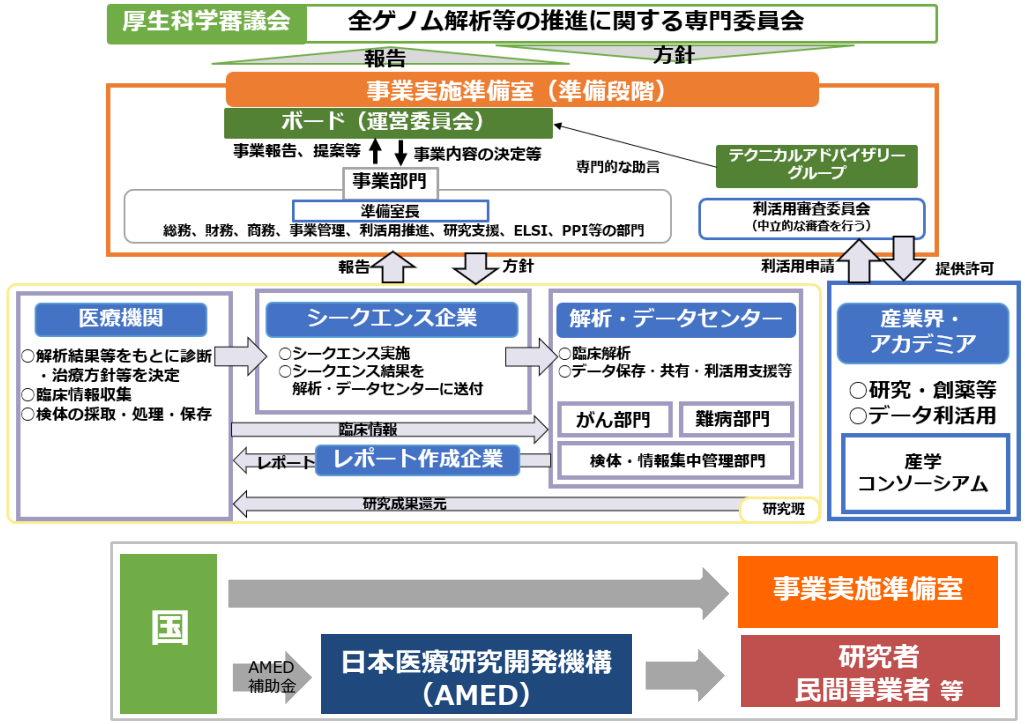
事業実施準備室を国立高度専門医療研究センター医療研究連携推進本部内に設置（令和５年3月24日）し、厚生労働省が主体となって、令和７年度からの事業実施組織の発足のため、組織、構成等の検討を開始。

■革新的がん医療実用化研究事業/難治性疾患実用化研究事業

「全ゲノム解析等に係るAMED研究班」は、解析状況等を専門委員会に報告し、AMEDによる適切な進捗管理のもと、 事業実施準備室と連携し、研究を行う。

◆これまでの事業実績

令和２年度から令和4年度までに行った、
全ゲノム解析は **約20,000症例**
がん領域 約**12,000**症例
難病領域 約 **8,000**症例



【○がん・難病の全ゲノム解析等の推進】

施策名：がん・難病の全ゲノム解析等の推進

令和５年度補正予算案　95億円

医政局 研究開発政策課（内線4041,4040）
健康・生活衛生局 がん・疾病対策課（内線3825）
難病対策課（内線2353）

①　施策の目的

「全ゲノム解析等実行計画2022」を着実に推進し、がんや難病患者を対象とした全ゲノム解析等を実施することで得られる全ゲノムデータ等を搭載した質の高い情報基盤を構築し、その利活用を促すことにより、新規治療法等の開発、解析結果等の速やかな日常診療への導入、新たな個別化医療の実現を目指す。

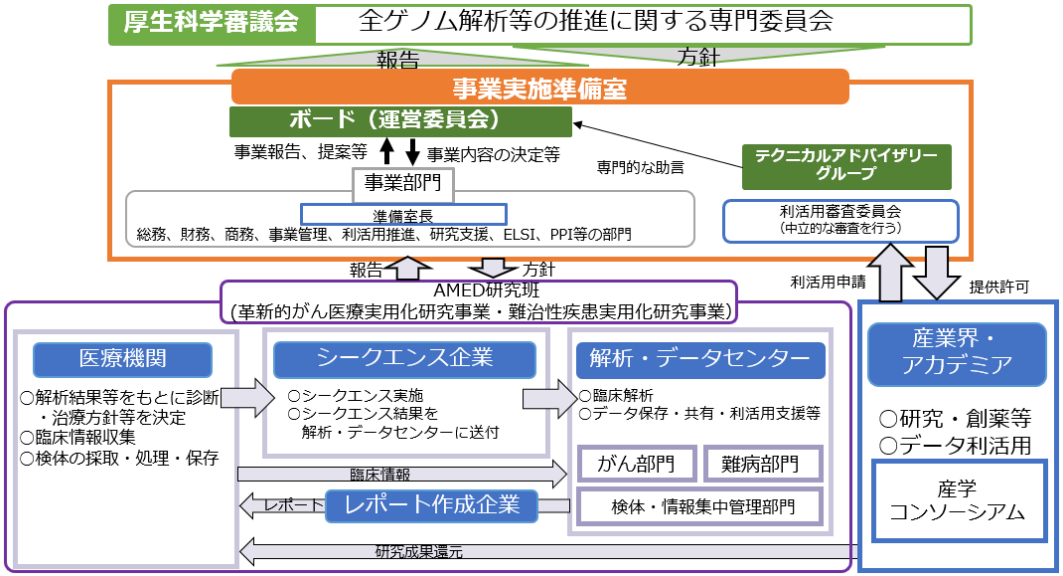
②　対策の柱との関係

Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	Ⅴ
		○		

③　施策の概要

令和７年度からの事業実施組織の発足に向け、「全ゲノム解析等実行計画2022」を更に推進するため、創薬力強化に資する情報基盤・利活用環境の速やかな構築、利活用の推進及び全ゲノム解析等の結果の患者への還元を加速する。

④　施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等



■がん・難病の全ゲノム解析等の推進事業
■革新的がん医療実用化研究事業/難治性疾患実用化研究事業



⑤ 成果イメージ（経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む）

がんや難病患者の診断、治療に役立つデータが速やかに患者に還元されることで、新たな個別化医療の実現に寄与する。また、産官学の関係者が幅広く分析・活用できる質の高い情報基盤の構築により、新たな診断技術や革新的新薬を開発する民間企業が成長できる環境が整備され、我が国発のイノベーションが促進される。

全ゲノム解析等実行計画に係る事業実施組織 事業概要

□事業概要

名称　全ゲノム解析等実行計画に係る事業【全ゲノム解析等実行計画に係る事業実施組織（仮称P）】

事業概要　**全ゲノム解析等の結果および成果の速やかな患者還元の支援、個別化医療の推進、および戦略的に蓄積されたデータの利活用を推進するための情報基盤の構築・運用を行い、研究・創薬を促進し、国民へ質の高い医療を届ける。**

□事業背景

近年、全ゲノム情報等を活用した研究等がグローバルに進展しており、患者起点・患者還元原則の下、患者および患者家族や市民の視点を取り入れながら、がん・難病に係る創薬推進等のため、臨床情報と全ゲノム解析の結果等の情報を連携させ搭載する情報基盤を構築し、その利活用に係る環境を早急に整備し、研究・創薬などへの活用、新たな個別化医療の導入を進めるとともに、より早期の患者還元を着実に進めて行く事が求められている。

□事業目的

国民へ質の高い医療を届け、将来的な「がん・難病等の克服」を目指す。

□基本戦略

○対象

【がん領域】難治性のがん、希少がん、AYA世代のがん、小児がん、遺伝性のがん等

【難病領域】単一遺伝子性疾患、多因子性疾患、診断困難な疾患に分類し、それぞれの疾患の特性に応じて成果が期待しやすい症例

○戦略

（1）研究・創薬などに活用するための基本戦略

・戦略的なデータの蓄積　・産業界、アカデミアとの連携と能動的な支援

（2）早期に日常診療へ導入するための基本戦略

・医療機関内の体制整備支援

・臨床研究等を通した速やかな薬剤提供システムの構築支援

（3）新たな個別化医療等を実現するための基本戦略

【がん領域】マルチオミックスデータを加えた予防法、早期発見、早期再発診断新規治療法等の研究開発

【難病領域】・難病の早期診断：全ゲノム解析等により疾病の絞り込みが可能になると考えられる患者に対して、全ゲノム解析等を受けられる体制整備。特に患者数が少ない希少疾患については、国際共同的な枠組みの整備。

・難病の本態解明：質の高い臨床情報と全ゲノム解析情報による難病の本態解明と、治療・診断方法の開発

310

□事業内容

1）全ゲノム解析等の結果および成果の速やかな患者還元支援

・医療機関の体制整備等の支援

・ICT/AI技術を用いた患者支援

2）個別化医療の推進支援

・臨床試験、治験等の支援

3）質の高い情報基盤の構築と運用

・戦略的なデータの収集と、セキュアな管理

・APIを用いた自動的な臨床情報収集

・アカデミア、産業界の連携等のマッチング支援等

・迅速かつ公平で安全性の担保されたデータ等共有システムの構築と、利活用支援

4）患者・市民参画推進、国民向けの情報発信・周知活動支援

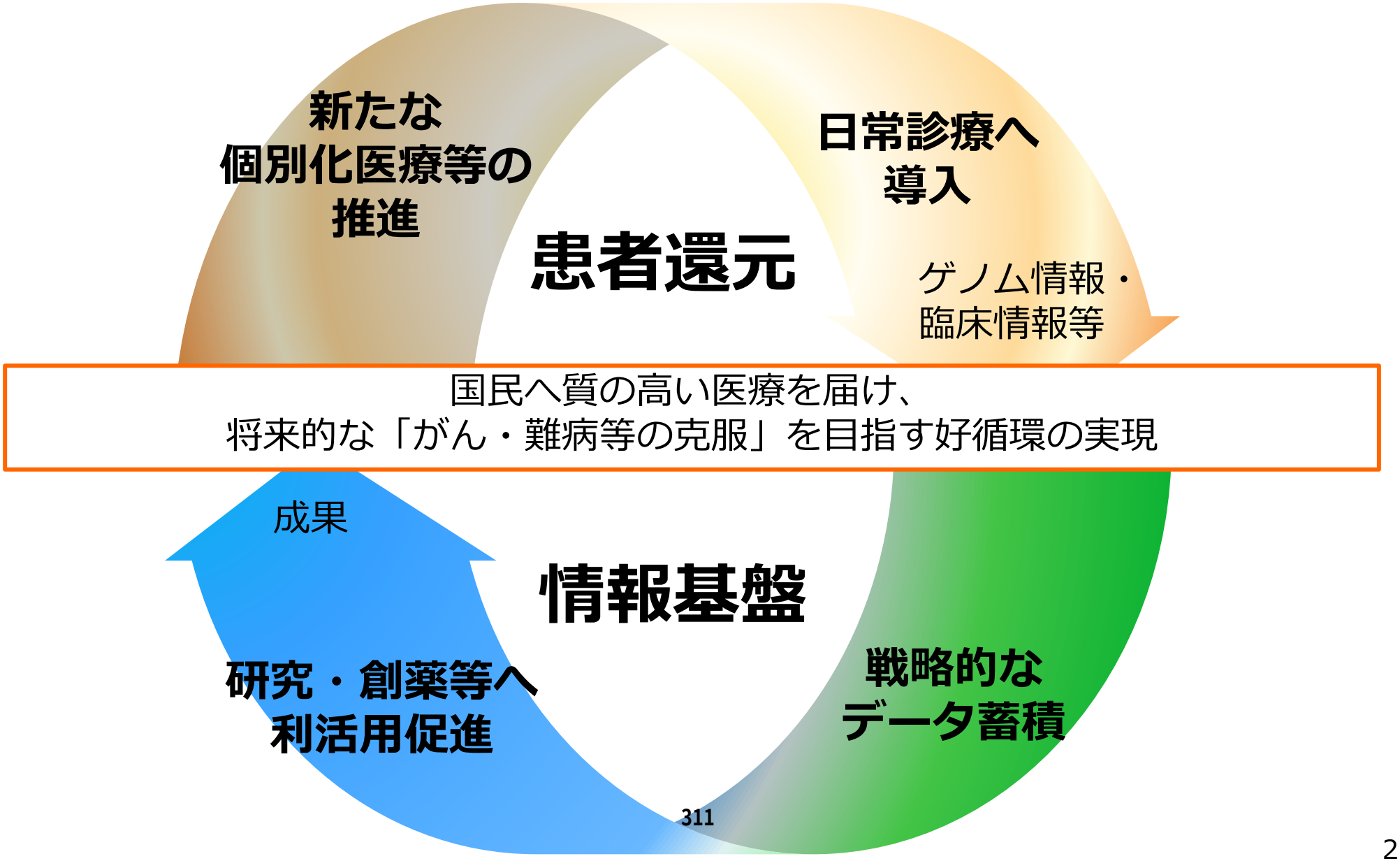
5）ELSI支援

6）人材育成支援

□ボードメンバー

ボードメンバーは、総括責任者(CEO)および、アカデミアや産業界を含む幅広い分野からなる外部有識者で構成される。CEOは事業内容に必要な専門知識と経験を有する者とする。

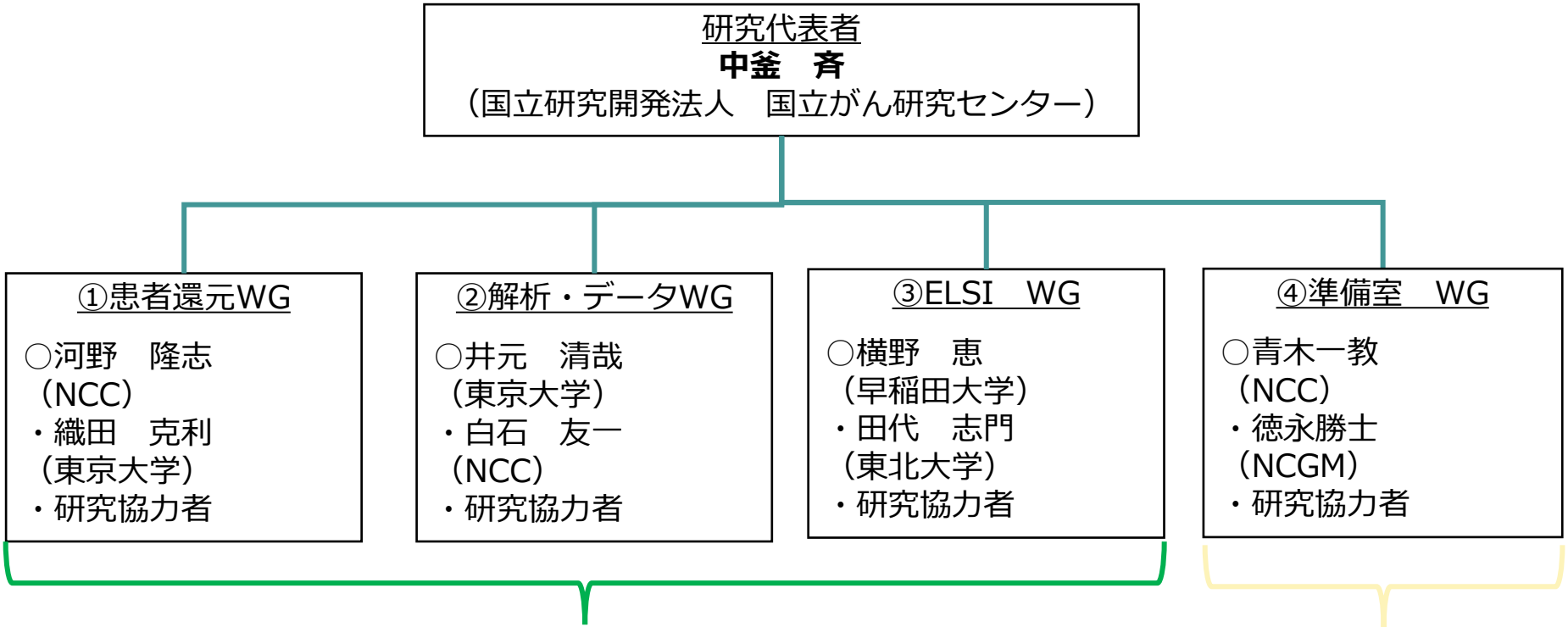
全ゲノム解析等実行計画に係る事業実施組織のビジョン



事業実施組織準備室に係る会議開催概要（案）

			ボード（運営委員会）	準備室定例会議	研究進捗会議	各チーム定例会議
役割			・事業実施準備室の事業内容の決定・変更等に関する最終的な意思決定	・プロジェクト進捗状況管理 ・(適宜)プロジェクト運営上の重要な論点に関する方針の決定	・AMED（がん及び難病）研究班の進捗把握及び管理	・各テーマの検討推進
開催日程			月1回程度の定期開催	週次	月次	週次
所要時間			内容に応じて調整	60分	60分	
開催条件			半数以上の参加で成立 (代理不可)	ー	ー	
参加者	ボード	準備室長	全員参加	準備室長	準備室長	各チームの判断で設定
		ボードメンバー				
	事務局		ー	全員参加	必要に応じて参加	
	検討チーム		必要に応じて調整	各チームリーダー、副チームリーダー、マネージャー	各チームリーダー、副チームリーダー、マネージャー	
	厚生労働科学研究/AMED研究		ー	必要に応じて調整	AMED研究班	
庶務担当			準備室	準備室	AMED	各チーム

「全ゲノム解析を基盤としたがんゲノム医療の実装に向けた患者還元、解析・データセンター、ELSI体制構築についての研究」班（厚労科研中釜班）体制（令和５年度）



※①、②、③のWGは、引き続き専門的事項についての検討を行う。検討内容については、事業実施準備室に共有する。

※④のWGは事業実施準備室と一体的に事業実施組織発足に向けた具体的な体制整備を進める。

「難病に関するゲノム医療推進にあたっての統合研究」班（厚労科研 水澤班）　体制

水澤班会議

構成員（8名）：○水澤英洋、竹内勤、武藤香織、山野嘉久、徳永勝士、林義治、小杉眞司、鎌谷洋一郎

協力医療機関 | 同意書 | 臨床情報 | ゲノム基盤 | 医薬品開発 | 人材育成等

検討事項	**①協力医療機関について（医療機関が具備すべき要件）**	**②同意書の検討、国民への普及啓発**	**③臨床情報の検討**	**④ゲノム基盤の運営・管理方法について**	**⑤医薬品開発の促進に向けたゲノムデータ基盤のあり方**	**⑥人材育成等**
構成員	竹内勤	武藤香織	山野嘉久	徳永勝士	林義治	小杉眞司 鎌谷洋一郎
具体的内容例	○診療部門 ○エキスパートパネル ○臨床情報の収集方法・検体の取扱方法	○産業利用・本格解析への移行を想定した同意書 ○各種法令・指針等の整理	○臨床情報項目及び収集方法（疾患共通及び疾患毎の症例報告書）	○ゲノム基盤の運営・管理方法 ○検体の保存・管理、シークエンス、データ保存・管理	○医薬品開発の促進につながるゲノムデータ基盤構築 ○各国の産業利用の状況	○専門的人材育成の現状把握、育成方法 ○国外希少疾患データベースと指定難病の相関関係、国際連携

第 20 回全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会	資料 1-2
令和 6 年 3 月 18 日	

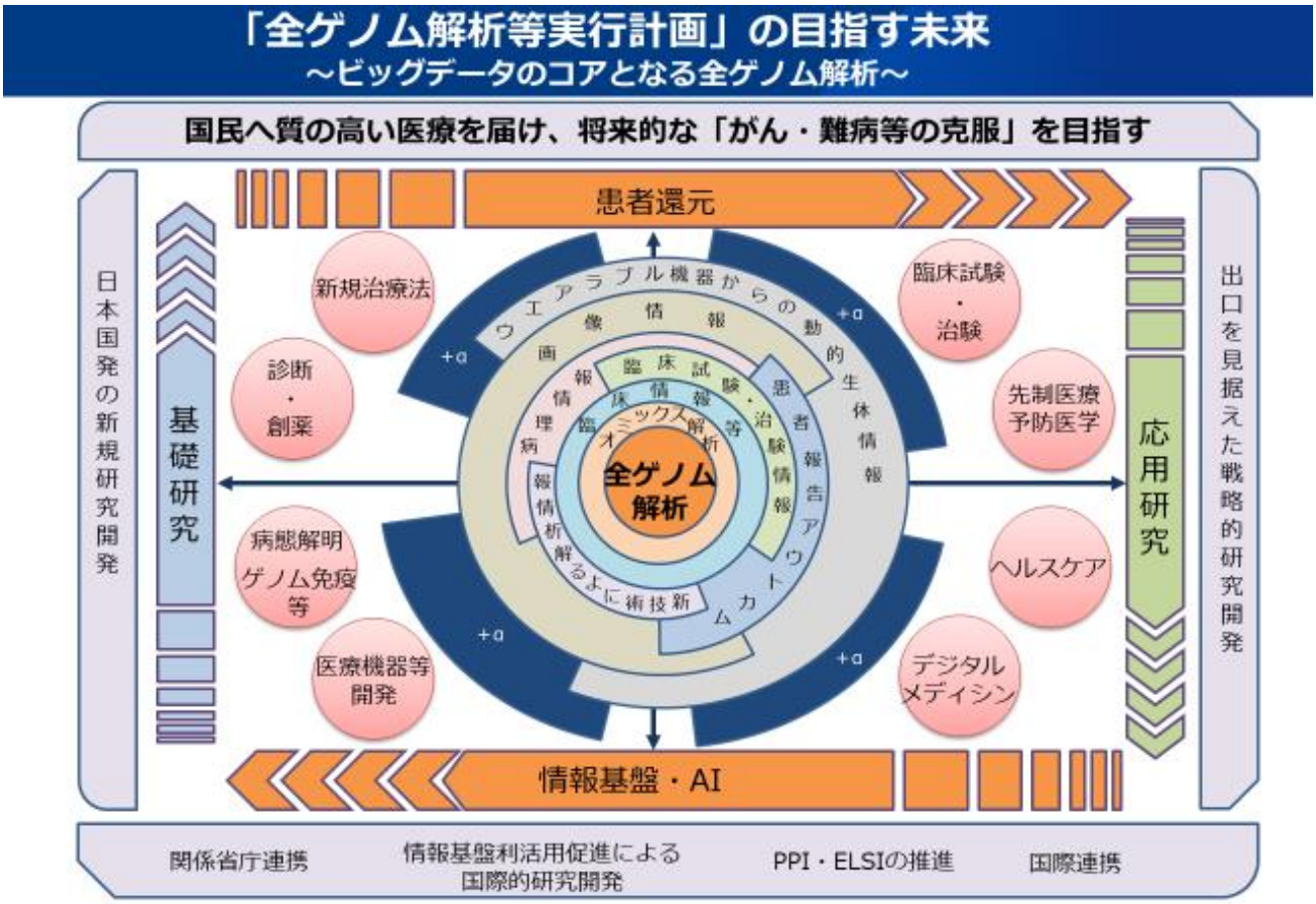
全ゲノム解析等実行計画に係る出口戦略についてのこれまでの議論の整理（案）

1．「全ゲノム解析等実行計画」の目指す未来

「全ゲノム解析等実行計画」の目指す未来は、全ゲノム解析がビッグデータのコアとなり、出口を見据えた戦略的研究開発としての応用研究、日本国発の新規研究開発としての基礎研究を両輪に、患者還元と情報基盤・AI の構築という好循環を創出し、国民へ質の高い医療を届け、将来的な「がん・難病等の克服」が達成された世界である。

具体的には、全ゲノム解析をコアとして、オミックス解析、臨床情報、臨床試験・治験情報、患者報告アウトカム（Patient Reported Outcome；PRO）、病理情報、画像情報、新技術による解析情報、ウエアラブル機器からの動的生体情報などを多層的に組み合わせて、出口戦略に沿った無限の情報を加え、全方向からの解析を行うことで、ゲノム情報に基づいた普遍的なデータ駆動型医療を実現する。

図１：「全ゲノム解析等実行計画」の目指す未来～ビッグデータのコアとなる全ゲノム解析～

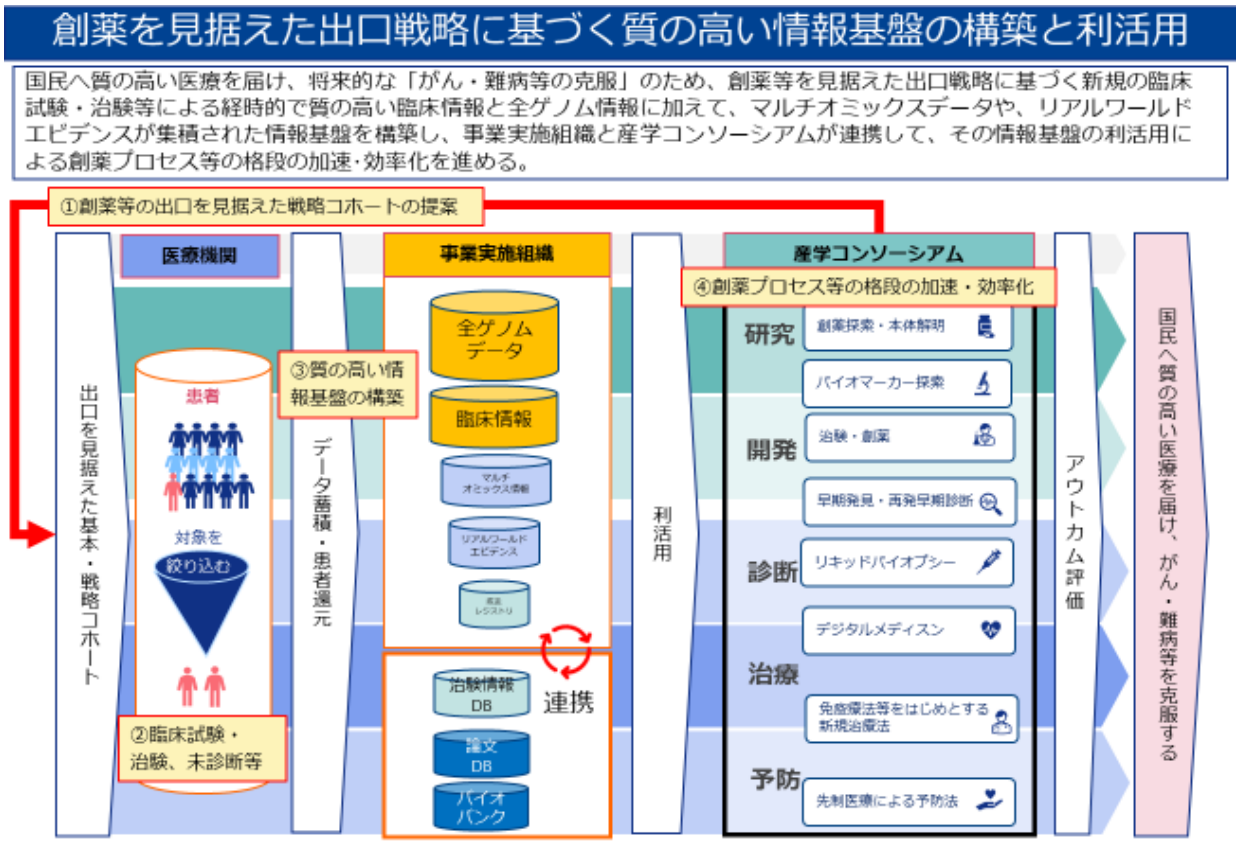


２．創薬を見据えた出口戦略に基づく質の高い情報基盤の構築と利活用

国民へ質の高い医療を届け、将来的な「がん・難病等の克服」のため、創薬等を見据えた出口戦略に基づく新規の臨床試験・治験等による経時的で質の高い臨床情報と全ゲノム情報に加えて、マルチオミックスデータや、リアルワールドエビデンスが集積された情報基盤を構築し、事業実施組織と産学コンソーシアムが連携して、その情報基盤の利活用による創薬プロセス等の格段の加速･効率化を進める。

具体的には、情報基盤の構築に際して、利活用の主体である産学コンソーシアムのメンバーが、研究・開発・診断・治療・予防などの各領域において、①創薬等の出口を見据えた戦略コホートを提案し、出口を見据えたコホートに対して、②臨床試験・治験や、未診断疾患等の病的バリアントの同定を行い、患者還元を行うと同時に、質の高い臨床情報等を集約し、③質の高い情報基盤を事業実施組織に構築し、産学コンソーシアムのメンバーが主体的に全ゲノム情報をコアとした多層的な情報解析を行うことで、④創薬プロセス等の格段の加速・効率化を図り、アウトカム評価を経て、国民へ質の高い医療を届け、がん・難病等を克服する。

図２：創薬を見据えた出口戦略に基づく質の高い情報基盤の構築と利活用



３．「全ゲノム解析等実行計画 2022」に基づく出口イメージ

「全ゲノム解析等実行計画 2022」に係る基本戦略に基づき、患者が、地域によらず、全ゲノム解析等の解析結果に基づく質の高い医療を受けられるようにすることを目指し、実行計画に係る出口戦略をとりまとめ、研究開発等を開始し、全ゲノム解析等の成果が得られた領域から実用化し、がんや難病等の克服を目指す。

（１）全ゲノム解析等実行計画 2022 の基本戦略(再掲：一部修正)

① 全ゲノム解析等の解析結果を研究・創薬等に活用するための基本戦略

全ゲノム解析等の成果を広く患者に還元するためには、蓄積された全ゲノム解析等のデータを用いた研究・創薬等が活性化される環境の整備が重要であることから、産業界やアカデミアと連携した取組を推進し、我が国発のイノベーション創出による産業育成を目指すとともに、新たな治療法を患者に届ける。

そのためには、国内外の研究機関及び企業の研究者が、集約した全ゲノム解析等の情報をオープンかつフェアに利用できる体制を整備する必要があることから、産学コンソーシアムを構築し、事業実施組織がそれらの連携支援を行う仕組みを構築する。

また、解析結果の日常診療への早期導入や、新たな個別化医療の実現のための基本戦略を以下の通りとする。

② 早期に日常診療へ導入するための基本戦略

全ゲノム解析等の解析結果のうち、既に有効性が確認されている診断・治療等に関するものは、臨床研究等を通じて速やかに既存の薬剤等を患者に提供できるようにする。

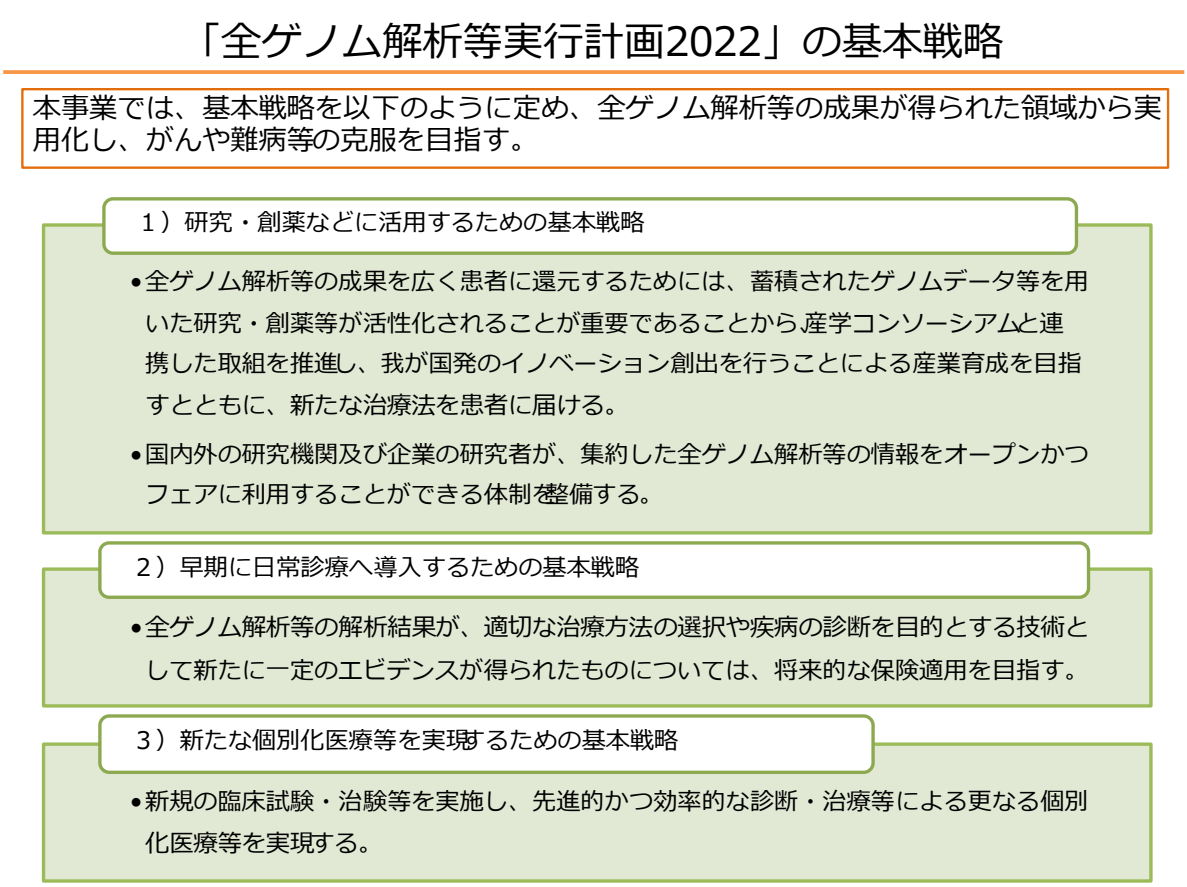
また、全ゲノム解析等の解析結果を患者に還元するにあたっては、一定の精度が担保された確認検査を行うこととし、そのための医療機関内の体制を整備する。ゲノム解析等の解析結果のうち、適切な治療方法の選択や疾病の診断を目的とする技術として新たに一定のエビデンスが得られたものについては、将来的な保険適用を目指す。

これらにより、患者に対して、より早期に適切な治療を提供することが可能となり、治療機会の拡充や、効率的な医療提供に資することが期待される。

③ 新たな個別化医療等を実現するための基本戦略

新規の臨床試験・治験等を実施し、また、リアルワールドエビデンスを集積し、全ゲノム解析やマルチオミックス解析等に基づく先進的かつ効率的な診断・治療等による更なる個別化医療等を実現する。また、臨床試験等支援ツールを用いた効率的な臨床試験・治験等を推進する。

図３：「 全ゲノム解析等実行計画 2022」の基本戦略



（２）基本戦略に基づく出口戦略

患者が、地域によらず、全ゲノム解析等の解析結果に基づく質の高い医療を受けられるようにすることを目指し、近年急速に技術革新が進んでいる ICT/AI 技術を取り入れて、基本戦略に基づく出口戦略を構築する。

具体的な出口イメージは以下の通り。

①　予防

・一次予防：リスク要因の特定、先制治療による予防。全ゲノム解析結果を用いた精緻な疾患発症予測等に基づく予防介入の実現。

＜具体例＞

○生殖細胞系列の疾患に関連する遺伝子変化を患者に還元することで、患者およびその血縁者の当該疾患および関連疾患の予防を含めた健康管理に活用する。

○「臨床ゲノム情報統合データベース」(MGeND(Medical Genomics Japan Variant Database))等を活用した、日本人の臨床データと遺伝子変異データとを結びつけるデータベースの構築。

・二次予防：全ゲノム解析等の結果を活用した疾患の早期発見、早期再発診断等。

＜具体例＞

○全ゲノム解析にリキッドバイオプシー等を併用することで、より精緻な層別化による精度の高い発症予測、早期診断、早期再発診断の実現。

・三次予防：全ゲノム解析等の結果を活用した、再発リスク予測に基づく再発予防等。

＜具体例＞

○全ゲノム解析等の結果に基づいた適切な管理（ケア、指導、フォロー等)、再発予防治療介入を行うことによる再発リスクの低下。

②　診断

・難病領域：全ゲノム解析結果を用いた疾患の早期診断、診断基準の確立・改善。

＜具体例＞

○ロングリード解析やマルチオミックスを駆使した機能解析による病態解明および疾患概念の確立

・がん領域：全ゲノム解析等の結果を用いた稀なゲノム異常を検出することによる小児がん、希少がん、遺伝性のがんの診断や予後予測の治療方針への反映。

・他領域：全ゲノム解析結果を用いた遺伝的素因の強い疾患の診断。

③　治療

・小児がん、希少がん及び難治性がん等に対する免疫療法等の創薬・新規治療法開発。

＜具体例＞

○ゲノム情報等のAI解析等によるネオアンチゲン予測と、対応する特異的免疫療　法と免疫チェックポイント阻害剤の併用療法等。

・難病疾患の全ゲノム解析結果を用いた創薬研究開発の推進。

＜具体例＞

○ゲノム情報等のAI解析等によるターゲット領域の予測

・個別化医療の推進。

＜具体例＞

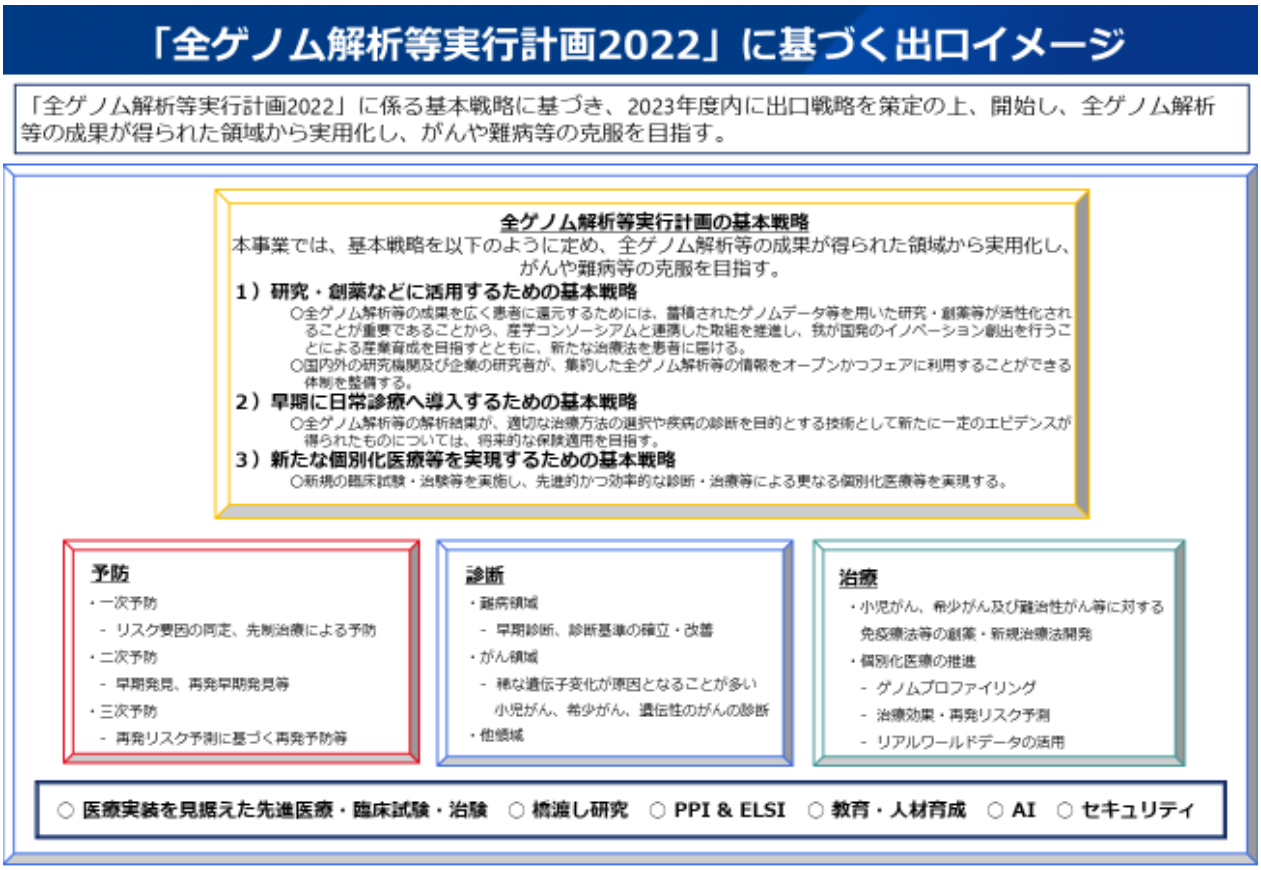
○全ゲノム解析結果に基づいた治療効果・再発リスク予測および適切な薬剤選択の実現。

○ゲノムプロファイリング

○リアルワールドデータの活用

○全ゲノム解析に基づいた微少残存病変（MRD：Minimal residual disease）を活　用した再発リスク予測に基づく個別化医療

図４：「 全ゲノム解析等実行計画 2022」に基づく出口イメージ



４．全ゲノム解析等の医療実装に向けた方向性

患者が、地域によらず、全ゲノム解析等の解析結果に基づく質の高い医療を受けられることを目指し、産学コンソーシアムと事業実施組織、厚生労働省が連携し出口戦略に基づいた医療実装を推進する。

（１）全ゲノム解析等の医療実装に必要なステップ

ステップ１：対象患者等の決定。出口イメージに基づいて、対象疾患、検査目的などを検討する。

ステップ２：全ゲノム検査の臨床的有用性の検証。出口イメージに基づいて、全ゲノムプロファイリング検査や、早期診断、治療効果予測、再発リスク予測などの目的別の全ゲノム検査、個別化がん免疫療法などを、先進医療や、治験等のプロトコールを作成し、実行する。併せて、全ゲノム検査の分析的性能評価として、分析精度、分析感度、分析特異度、報告の範囲、その他、分析性能に関わる因子について、妥当性を検証する。

ステップ３：全ゲノム検査の医療実装。ステップ２での結果を基に、医療実装する。

（２）全ゲノム解析等の医療実装に係る課題

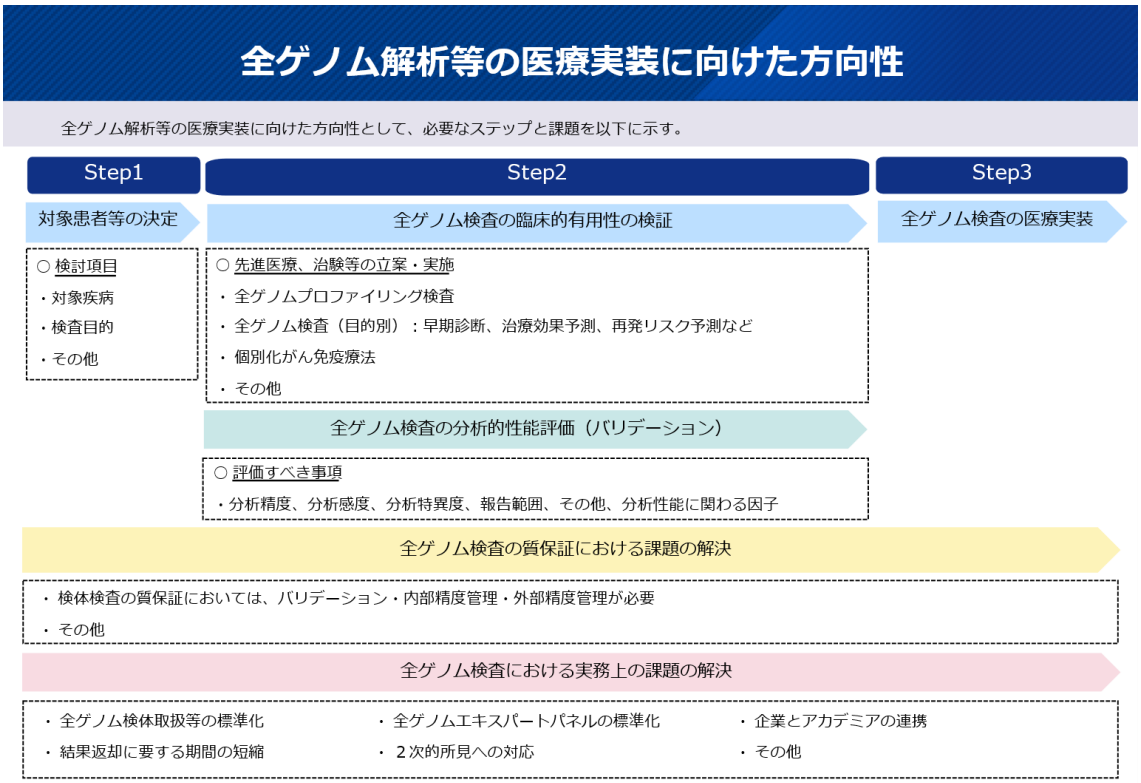
① 全ゲノム検査の質保証における課題

検体検査の質保証においては、妥当性の検証（バリデーション）・内部精度管理・　外部精度管理が必要である。

② 全ゲノム検査における実務上の課題

全ゲノム検査を医療実装するに当たっては、全ゲノム検体の取扱等の標準化、全ゲノム解析結果を議論する全ゲノムエキスパートパネルの標準化、企業とアカデミアの連携、全ゲノム解析結果の返却に要する期間の短縮、ジャームライン所見への対応などの実務上の課題を一つ一つ解決していく必要がある。

図５：全ゲノム解析等の医療実装に向けた方向性



第 42 回がん検診のあり方に関する検討会
議事次第

日　時：令和６年７月４日（木）10：00～12：00
場　所：オンライン開催

１　開　会

２　議　題
（１） 対策型検診の項目の導入に係るプロセスについて
（２） 職域におけるがん検診の現状と課題について
（３） 「がん検診事業のあり方について」の見直しについて

【資　料】
資料１　　対策型検診の項目の導入に係るプロセスについて
資料２－１　職域におけるがん検診の現状と課題について
資料２－２　野村証券におけるがん検診について（河野参考人提出資料）
資料３－１　「がん検診事業のあり方について」の見直しについて
資料３－２　がん検診事業のあり方について（案）
資料３－３　がん検診事業のあり方について　新旧対照表（案）

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　「がん検診のあり方に関する検討会」開催要綱

第42回がん検診のあり方に関する検討会	資料１
令和６年７月４日（木）	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

対策型検診の項目の導入に係るプロセスについて

厚生労働省
健康・生活衛生局がん・疾病対策課
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

過去の対策型検診までの導入過程

導入年	がん種	検診項目	
平成12年	乳がん	マンモグラフィ	50歳以上に対し２年に１回
平成16年	子宮頸がん	変更なし	対象年齢・受診間隔の変更 （30歳以上→20歳以上、１年に１回→２年に１回）
	乳がん	変更なし	対象年齢の変更（50歳以上→40歳以上）
平成28年	胃がん	胃内視鏡検査	50歳以上に対し２年に１回
	胃がん	胃部エックス線検査	対象年齢・受診間隔の変更　※「当面の間」の規定あり （40歳以上→50歳以上、１年に１回→２年に１回）
令和５年	子宮頸がん	HPV検査単独法	30歳以上に対し５年に１回　※実施体制が整った自治体で選択可能

	令和５年度　HPV検査単独法		平成28年度　胃内視鏡検査	
有効性評価に基づくがん検診ガイドライン	令和２年３月31日	有効性評価に基づく 子宮頸がん検診ガイドライン 2019年度版公表	平成27年３月31日	有効性評価に基づく 胃がん検診ガイドライン 2014年度版公表
検診検討会における検討	令和３年３月17日 令和４年５月25日	第32・35回検討会 研究班の進捗状況の報告	平成26年９月28日 ～ 平成27年７月30日	第９回～第15回検討会
	令和５年６月２日 ～ 令和５年12月28日	第38～40回検討会 導入に向けた議論		
	令和６年２月９日 （持ち回り）	第41回検討会 指針案、マニュアル案	平成27年９月29日	検診検討会中間報告書
公表	令和６年２月	「対策型検診におけるHPV検査単独法による子宮頸がん検診マニュアル」の公表	平成28年１月	「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル」の公表
	令和６年２月14日	指針改正	平成28年２月４日	指針改正

2

第４期がん対策推進基本計画

- 取り組むべき施策において、以下のとおり記載している。

（取り組むべき施策）

国は、我が国におけるがん検診の進捗及び課題を整理するため、諸外国における取組との経年的な比較調査を実施する仕組みについて検討する。

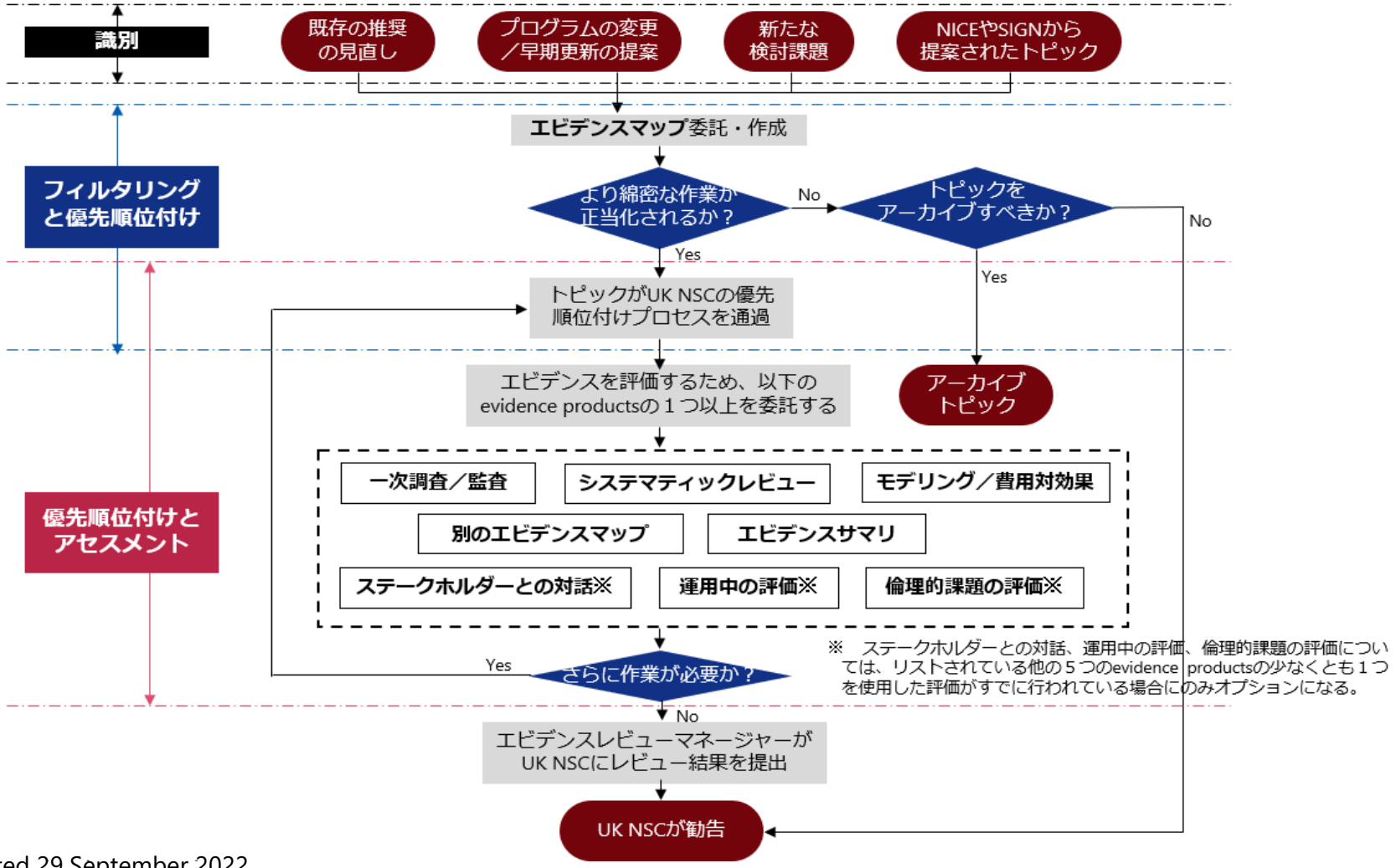
国は、より効率的・効果的ながん検診の実施を推進する観点から、指針に基づくがん検診の科学的根拠に基づいた効果検証を進めるとともに、対策型検診の項目の導入に係るプロセスの明確化等について検討する。

国は、指針に基づかないがん検診に係る効果検証の方法について検討するとともに、指針に基づかないがん検診の効果検証を希望する関係学会や企業等と、地方公共団体のマッチングを促進する仕組みについて検討する。

国は、我が国における組織型検診の構築に向け、科学的根拠に基づくがん検診の実施に向けた取組により精度管理を向上させつつ、課題を整理し、その対応を検討する。

例）UK National Screening Committee（UK NSC） evidence review process

- 英国UK NSCにおけるエビデンスレビュープロセスは以下のとおり。主に、識別、フィルタリング、優先順位付け、アセスメントの４つの要素から成り立っている。



Updated 29 September 2022
https://www.gov.uk/government/publications/uk-nsc-evidence-review-process/uk-nsc-evidence-review-process
※厚生労働省により仮訳したものであり、正確な記述については原文を参照のこと。

対策型検診の項目の導入に係るプロセスについて

現状・課題

○ 第４期がん対策推進基本計画において、プロセスの明確化等について検討することとしており、プロセスの整理が求められている。

○ 現状、対策型検診の項目の導入に係るプロセスについて明示されたものはなく、新たな検診項目の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（以下「指針」という。）への導入に当たっては、国立がん研究センターにおいて、当該項目に係る「有効性評価に基づくがん検診ガイドライン」（以下「ガイドライン」という。）が策定・変更されたことを受けて、導入を検討する形で現在運用している。

○ 諸外国の例をみると、例えば、英国では科学的根拠に基づくがん検診の項目の導入に係る検討プロセスについて明示している。

対応（案）

○ 英国における検討プロセス等を参考に、対策型検診の項目の導入に係る標準的なプロセスを整理してはどうか。

第42回がん検診のあり方に関する検討会 令和６年７月４日（木）	資料２－１

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

職域におけるがん検診の現状と課題について

厚生労働省
健康・生活衛生局がん・疾病対策課
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月28日閣議決定）概要

第１．全体目標と分野別目標　／　第２．分野別施策と個別目標

全体目標：「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」

「がん予防」分野の分野別目標
がんを知り、がんを予防すること、がん検診による早期発見・早期治療を促すことで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す

「がん医療」分野の分野別目標
適切な医療を受けられる体制を充実させることで、がん生存率の向上・がん死亡率の減少・全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

「がんとの共生」分野の分野別目標
がんになっても安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

１．がん予防
（１）がんの１次予防
①生活習慣について
②感染症対策について
（２）がんの２次予防（がん検診）
①受診率向上対策について
②がん検診の精度管理等について
③科学的根拠に基づくがん検診の実施について

２．がん医療
（１）がん医療提供体制等
①医療提供体制の均てん化・集約化について
②がんゲノム医療について
③手術療法・放射線療法・薬物療法について
④チーム医療の推進について
⑤がんのリハビリテーションについて
⑥支持療法の推進について
⑦がんと診断された時からの緩和ケアの推進について
⑧妊孕性温存療法について
（２）希少がん及び難治性がん対策
（３）小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策
（４）高齢者のがん対策
（５）新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装

３．がんとの共生
（１）相談支援及び情報提供
①相談支援について
②情報提供について
（２）社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援
（３）がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）
①就労支援について
②アピアランスケアについて
③がん診断後の自殺対策について
④その他の社会的な問題について
（４）ライフステージに応じた療養環境への支援
①小児・ＡＹＡ世代について
②高齢者について

４．これらを支える基盤
（１）全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進
（２）人材育成の強化
（３）がん教育及びがんに関する知識の普及啓発
（４）がん登録の利活用の推進
（５）患者・市民参画の推進
（６）デジタル化の推進

第３．がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

１．関係者等の連携協力の更なる強化
２．感染症発生・まん延時や災害時等を見据えた対策
３．都道府県による計画の策定
４．国民の努力
５．必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化
６．目標の達成状況の把握
７．基本計画の見直し

受診率向上対策について

- 「職域におけるがん検診に関するマニュアル」でも示されているとおり、がん検診を受けた者の約30～60%が職域におけるがん検診を受けているとされており、職域におけるがん検診は、国民に受診機会を提供するという意味でも、非常に重要な役割を担っている。

I. はじめに

国は、第３期のがん対策推進基本計画（以下「基本計画」という。）においては、「がん予防」を、「がん医療の充実」や「がんとの共生」と並んで、計画の３本柱の１つとして位置付けている。がん検診については、がんの早期発見・早期治療につなげるため、また、がんの死亡率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として、「がん検診の受診率の目標値を 50%とすること」及び「精密検査受診率の目標値を 90%とすること」を個別目標として掲げている。

平成 28 年国民生活基礎調査によれば、がん検診を受けた者の約 30～60%が職域におけるがん検診を受けているとされており、職域におけるがん検診は、国民に受診機会を提供するという意味でも、我が国のがん対策において、非常に重要な役割を担っている。

332

参照：職域におけるがん検診に関するマニュアル（平成30年３月）

職域におけるがんの普及啓発

がん対策推進基本計画における目標

国民ががん予防やがん検診による早期発見の重要性を認識するとともに、がんを正しく理解することを目指す。

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）

- 事 務 局：業務委託（令和６年度　株式会社ウインウイン）
  （http://www.gankenshin50.mhlw.go.jp）
- 推進パートナー企業：5,560社・団体（令和６年３月31日現在）
- 事業内容
  - 企業、団体へのパートナー参画への呼びかけ
  - コンテンツ作成、Web運営などによる情報発信
  - 事業者向け説明会等による意識啓発
  - 職域等におけるがん検診受診促進に関する現状及び課題の把握
  - 就労支援に関する現状及び課題の把握
  - シンポジウム開催による推進パートナーとの認識共有　等



社内における普及啓発活動

- 従業員への呼びかけ、がん検診やがん対策に対する意識を啓発する活動
- ポスターの掲示、小冊子、ニュースレター、事例集の配付

社内における活動・情報発信

- 社内における勉強会の開催
- 社内報やホームページでがん検診やがん対策に関する情報の提示
- 職域におけるがん検診実施状況やがん患者・経験者の就労状況の把握と報告

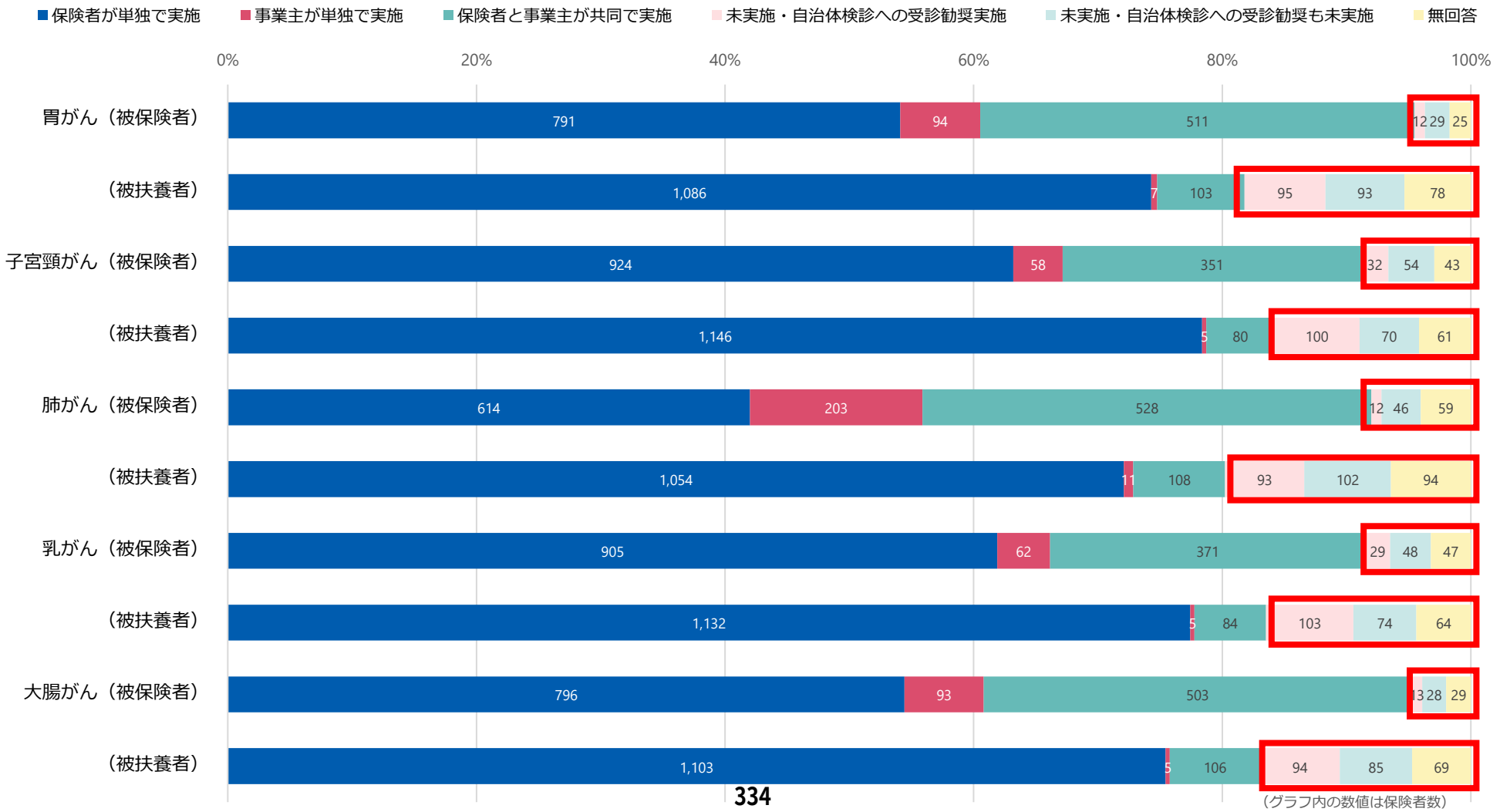
事業的な価値・社会的な価値の創出

- がん検診やがん対策の大切さを広く啓発
- 顧客へのがん検診、がん対策についての主体的な情報の提供

がん検診の実施状況（全被用者保険者）

全被用者保険者
(n=1,462)

- いずれのがん検診においても保険者単独あるいは事業主と共同で実施している保険者が多い
- 被扶養者に対するがん検診では、保険者単独のほか、自治体がん検診への受診勧奨を実施する保険者も一定存在する



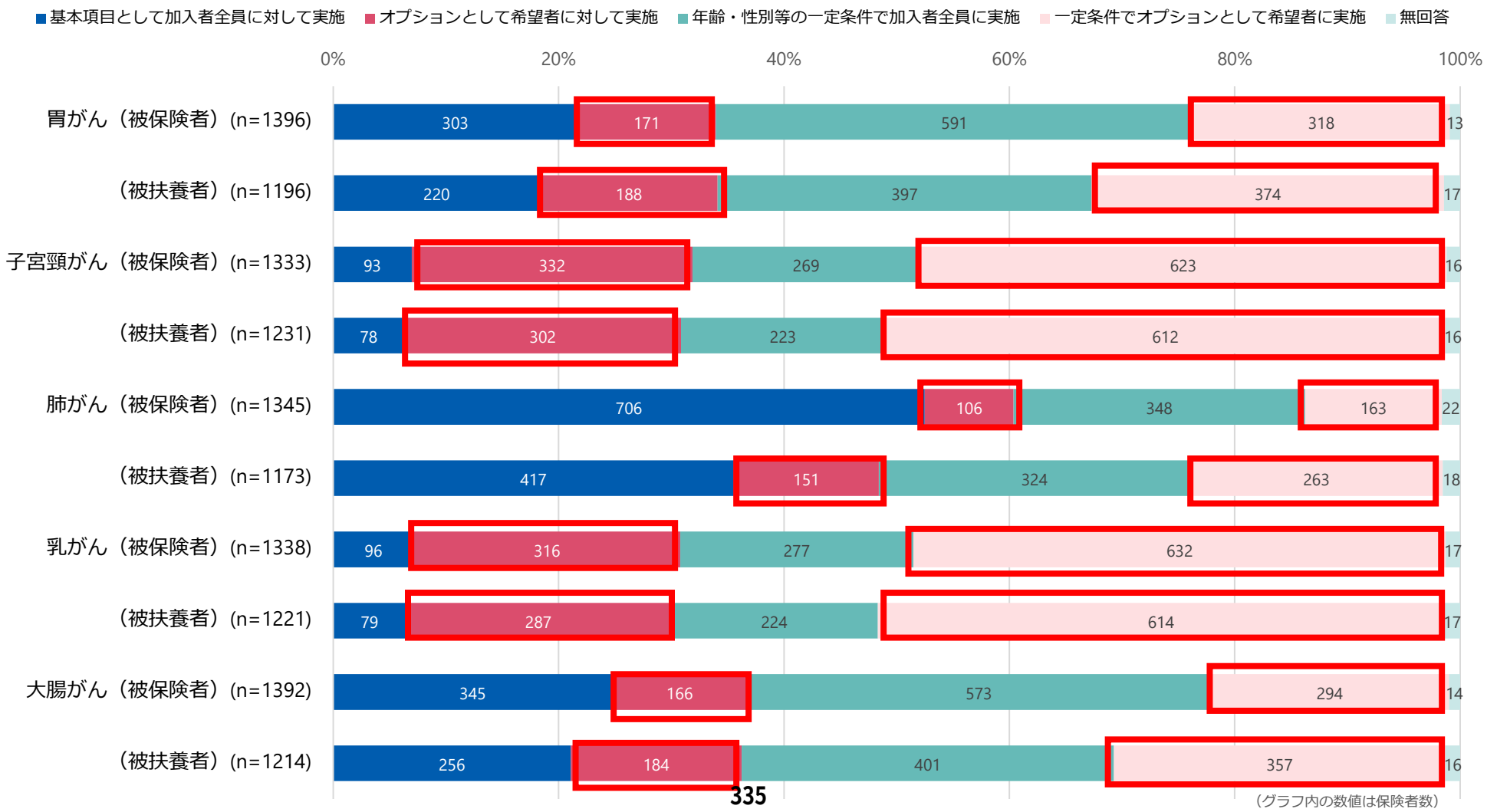
334

（グラフ内の数値は保険者数）

がん検診の実施範囲（全被用者保険者）

全被用者保険者

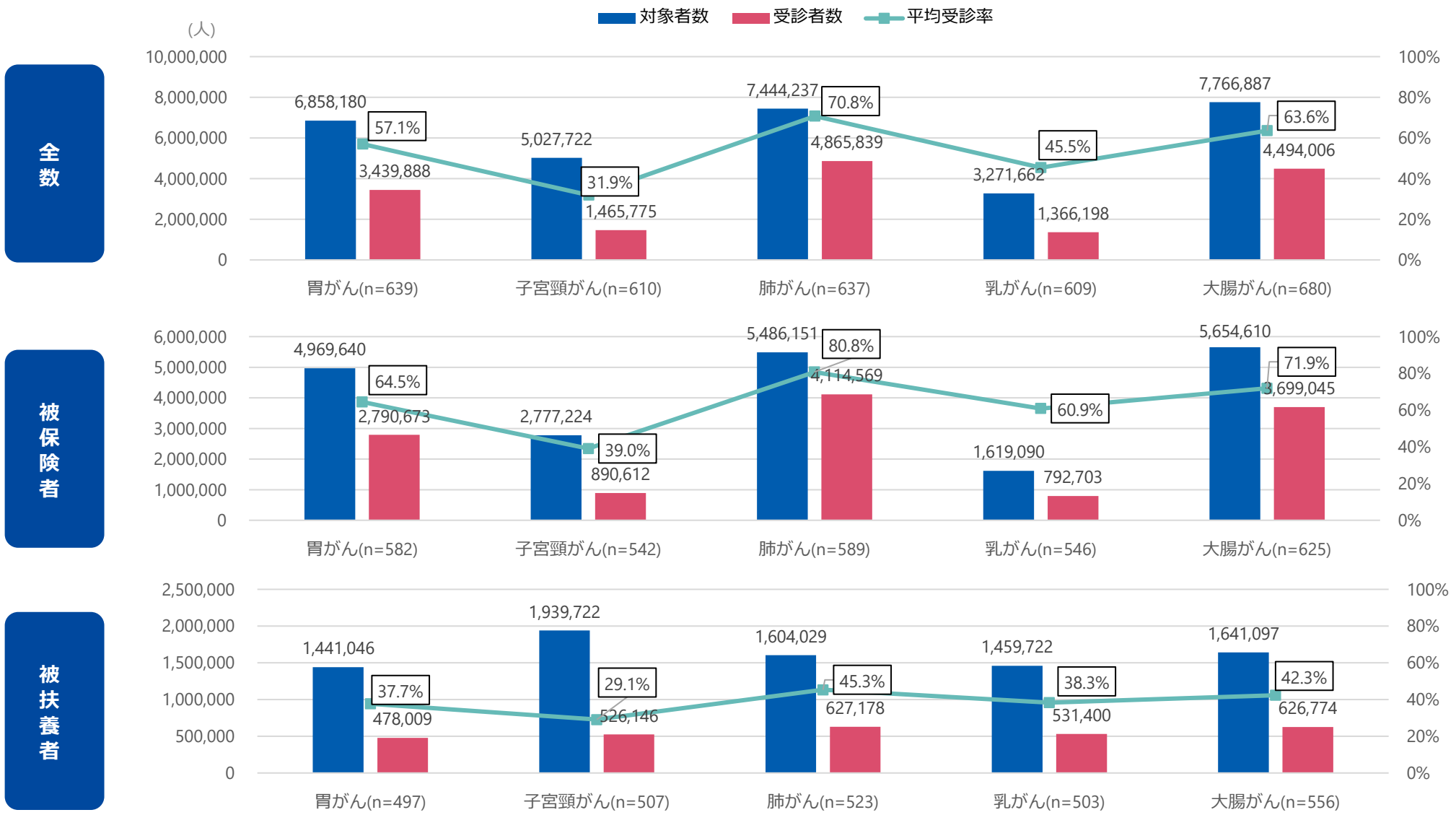
- がん検診ごとに傾向に違いがあり、特に肺がん検診については基本項目として加入者全員に実施されることが多い
- 胃がん・子宮頸がん・乳がん・大腸がんにおいては、希望者へのオプションあるいは一定条件下で提供されることが多い



※各がん検診の実施状況において、実施していると回答した保険者のみが回答対象（実施主体は問わない）

がん検診の対象者・受診者数

※健保組合・共済組合



- がん種別ごと・集計属性ごとに対象者数・受診者数いずれも回答している保険者のみを集計対象とする。
- がん種別ごとに定義と異なる方法で集計した（と備考欄で申告している）保険者は除外。また、がん種別ごと・集計属性ごとに対象者数がゼロの保険者は除外。

がん検診の精度管理等について

- 職域におけるがん検診に関するマニュアルにおいて、精検受診率等の精度管理指標に基づく評価を行うことが望ましいとしている。

IV. がん検診の精度管理

がん検診の実施に当たっては、科学的根拠に基づく検診を、適切な精度管理の下で実施することが重要である。このため、検診実施機関、保険者及び事業者は、職域におけるがん検診の実態の把握に努めることが望ましい。

保険者及び事業者が、がん検診の精度管理を行う際には、別添の「精度管理のためのチェックリスト」等により、がん検診受診率、要精検率、精検受診率、がん発見率等の「がん検診の精度管理指標」（表２）[7]に基づく評価を行うことが望ましい。

検診実施機関においては、既に「事業評価のためのチェックリスト（検診実施機関用）」[8]を用いて市町村（特別区を含む。以下同じ。）が実施するがん検診の精度管理を行うこととされているため、職域におけるがん検診においてもこれに準拠し、がん検診受診率、要精検率、精検受診率、がん発見率等の精度管理指標の評価を行うことが望ましい。

なお、要精検率、がん発見率、陽性反応的中度は、受診者の年齢分布に大きく依存するため、市町村が実施するがん検診に比べて比較的若年層の受診者が多い職域におけるがん検診では、これらの値が「がん検診の精度管理指標」（表２）と乖離する可能性がある。こうしたことから、厚生労働省としては、今後、がん検診のあり方に関する検討会等の議論も踏まえ、職域におけるがん検診の実態に即した、精度管理指標を示す予定である。

337

参照：職域におけるがん検診に関するマニュアル（平成30年３月）

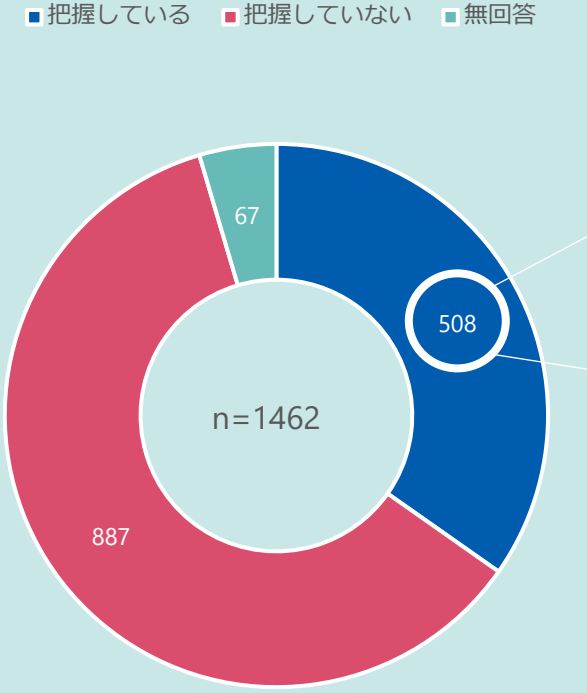
がん検診の要精密検査の対象者把握と受診勧奨の状況（全被用者保険者）

全被用者保険者

- 要精密検査対象者を把握している保険者はおよそ３割程度であり、そのうち７割以上が対象者に受診勧奨を実施
- 受診勧奨を行う保険者のうち８割以上はその後の受診状況を確認し、本人からの情報提供やレセプトによる確認が多い

要精密検査対象者の把握

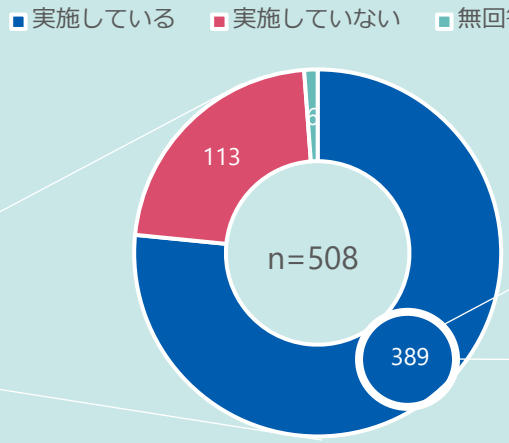
※いずれかのがん検診の種類でひとつでも実施している保険者のみが回答対象（実施主体は問わない）



（グラフ内の数値は保険者数）

要精密検査対象者への受診勧奨

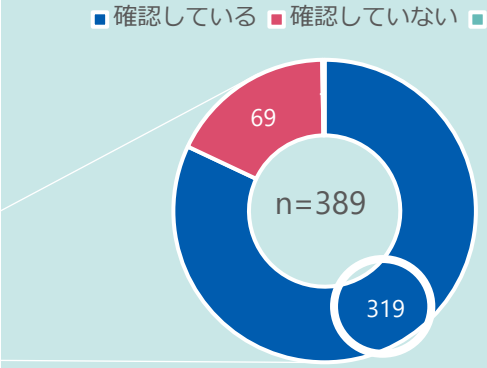
※要精密検査対象者を把握していると回答した保険者が回答対象



（グラフ内の数値は保険者数）

受診勧奨後の受診状況の確認

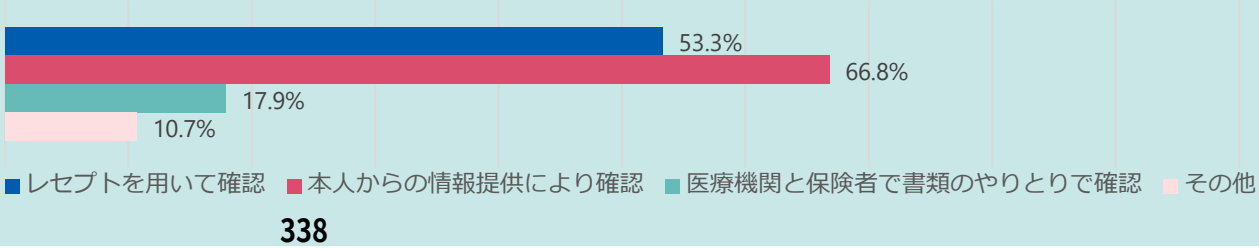
※要精密検査対象者への受診勧奨を実施していると回答した保険者が回答対象



（グラフ内の数値は保険者数）

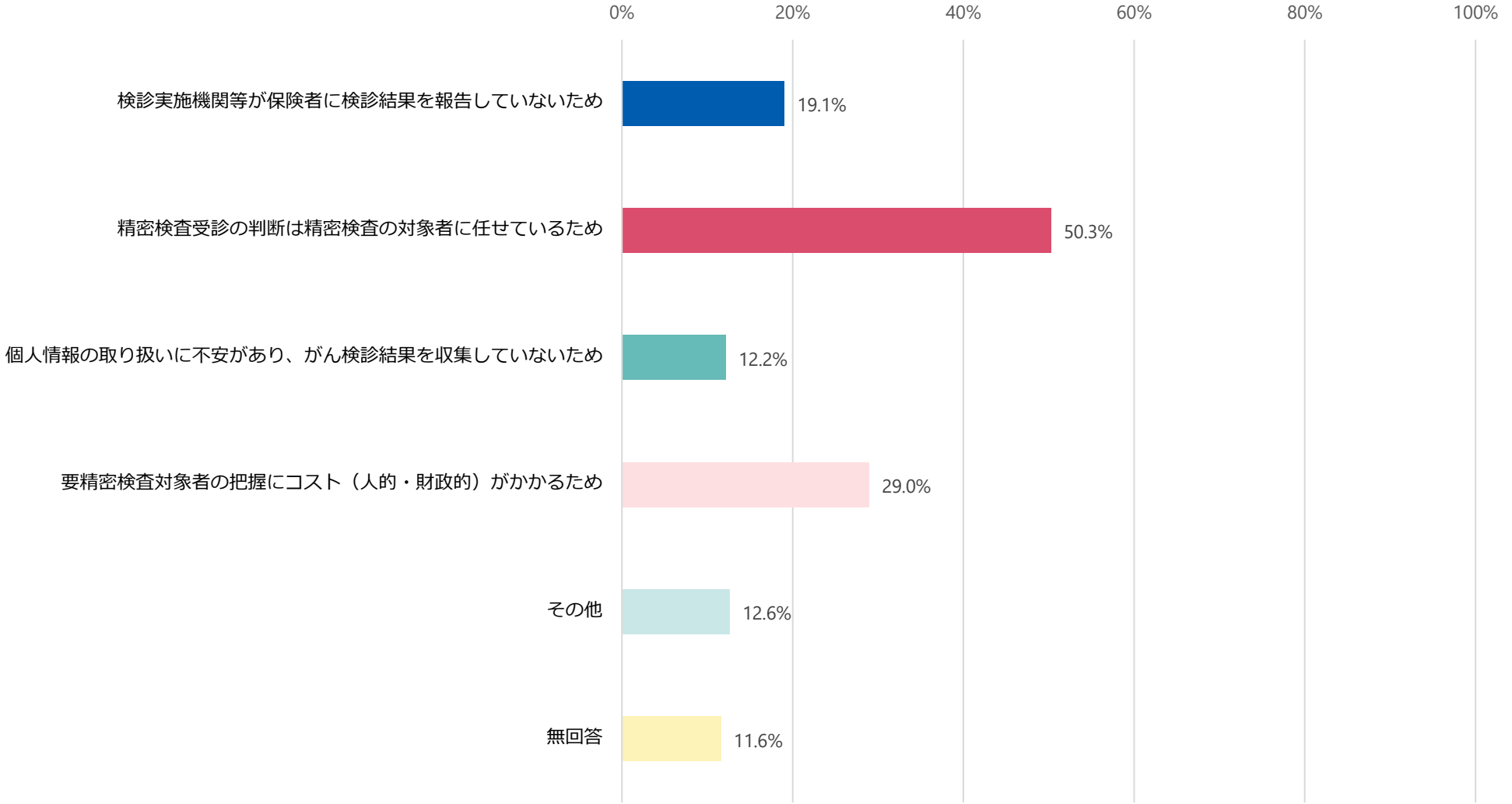
受診状況の確認方法

※受診勧奨後の受診状況を確認していると回答した者のみが回答対象
n=319　（複数回答可）



要精密検査となった者を把握していない理由（全被用者保険者）

全被用者保険者
(n=887)



※複数回答可

339

科学的根拠に基づくがん検診の実施について

- 職域におけるがん検診に関するマニュアルは、がん対策は科学的知見に基づくものとするがん対策基本法及びがん対策推進基本計画の基本理念に基づきがん検診の項目等を設定し、職域におけるがん検診において参考となることを目指すものである。

VII. おわりに

市町村が実施するがん検診が健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）に基づいて実施されているのに対し、職域におけるがん検診は、法的な位置づけがなく、保険者や事業者が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。

がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）及び、基本計画では、がん対策は科学的知見に基づくものとされている。本マニュアルは、その基本理念に基づき、がん検診の項目等を設定し、職域におけるがん検診において参考となることを目指すものである。なお、現在職域で特定の目的をもって行われている既存の任意型検診を妨げるものではない。

340

参照：職域におけるがん検診に関するマニュアル（平成30年３月）

ヒアリング結果
②　がん検診の科学的根拠や精度管理の好事例の横展開について

保険者側の課題意識

○ 保険者に対する「職域におけるがん検診に関するマニュアル」の普及・啓発

➢ 以下のような観点から、マニュアルが十分に活用されていないという意見があった。

✓ 科学的根拠に基づくがん検診について理解できないまま検診内容を決定している保険者も見られる。

✓ 内容について理解はしていても、マニュアル通りに実施できていない保険者も見られる。

✓ 特に、精度管理について実施が不十分と認識している。

対応案

○ 保険者と連携した企業向け研修の実施を検討してはどうか。

○ 自治体での好事例の横展開のため、例えば、保険者が主催する勉強会に自治体職員を講師として招聘できるよう調整してはどうか。

職域におけるがん検診における現状と課題

①受診率について

- 「職域におけるがん検診に関するマニュアル」（以下「マニュアル」という。）においても示されているとおり、職域におけるがん検診は、国民に受診機会を提供するという意味でも、非常に重要な役割を担っている。
- しかし、2023年度保険者データヘルス全数調査（以下「データヘルス全数調査」という。）によると、検診機会が提供されていない場合も一定数みられるとともに、希望者へのオプション項目として実施されている場合もみられる。
- また、がん種によって、受診率にばらつきが生じている。

②がん検診の精度管理等について

- マニュアルにおいて、精検受診率等の精度管理指標の評価を行うことが望ましいとしている。
- データヘルス全数調査によると、要精密検査対象者を把握している保険者はおよそ３割程度にとどまっている。
- データヘルス全数調査によると、要精密検査となった者を把握していない理由として、「精密検査受診の判断は精密検査の対象者に任せているため」「要精密検査対象者の把握にコスト（人的・財政的）がかかるため」「検診実施機関等が保険者に検診結果を報告していないため」という回答が多くあがっている。

③科学的根拠に基づくがん検診の実施について

- マニュアルは、「がん対策は科学的知見に基づくもの」とするがん対策基本法及びがん対策推進基本計画の基本理念に基づき、がん検診の項目等を設定し、職域におけるがん検診において参考となることを目指すものである。
- マニュアルの内容の理解がされていないまま検診内容を決定している保険者、理解していてもマニュアル通りに実施できていない保険者等がみられる。

職域におけるがん検診について、受診率や精度管理の向上等のために、先進的な企業の取組等も参考にしながら、今後どのような取組を展開していくことが考えられるか。

（参考）令和６年度　「経済財政運営と改革の基本方針」「明るい社会保障改革推進議員連盟 提言」

経済財政運営と改革の基本方針2024（令和６年６月21日）

第３章　中長期的に持続可能な経済社会の実現～「経済・財政新生計画」～

３．主要分野ごとの基本方針と重要課題

（１）全世代型社会保障の構築

（予防・重症化予防・健康づくりの推進）

健康寿命を延伸し、生涯活躍社会を実現するため、減塩等の推進における民間企業との連携、望まない受動喫煙対策を推進するとともに、がん検診の受診率の向上にも資するよう、第３期データヘルス計画に基づき保険者と事業主の連携（コラボヘルス）の深化を図り、また、予防・重症化予防・健康づくりに関する大規模実証研究事業の活用などにより保健事業やヘルスケアサービスの創出を推進し、得られたエビデンスの社会実装に向けたＡＭＥＤの機能強化を行う。元気な高齢者の増加と要介護認定率の低下に向け、総合事業の充実により、地域の多様な主体による柔軟なサービス提供を通じた効果的な介護予防に向けた取組を推進するとともに、エビデンスに基づく科学的介護を推進し、医療と介護の間で適切なケアサイクルの確立を図る。また、ウェアラブルデバイスに記録されるライフログデータ（睡眠・歩数等）を含むＰＨＲについて、医療や介護との連携も視野に活用を図るとともに、民間団体による健康づくりサービスの「質の見える化」を推進する。

明るい社会保障改革推進議員連盟 提言（令和６年６月３日）

３．保険者機能の抜本的強化

（３）科学的根拠に基づくがん予防等の更なる推進

日本人の２人に１人ががんになる現状に鑑み、働き盛り世代について、社員のがん検診の受診勧奨や、仕事と治療の両立支援等の取り組みを推進するため、企業におけるがん検診の実施状況を把握・分析し、「がん対策推進企業アクション」の参加企業を今年度中に２割増やすなど、職域での検診実施を更に推し進めていく。食や運動などの生活習慣の改善についての国立がん研究センター等での研究成果等を広く国民に周知する方策を検討し、科学的根拠に基づくがん予防について、国民にとってわかりやすい普及啓発を進める。

第 42 回がん検診のあり方に関する検討会	資料２－２
令和６年７月４日（木）	

NOMURA
Connecting Markets East & West

野村證券におけるがん検診について

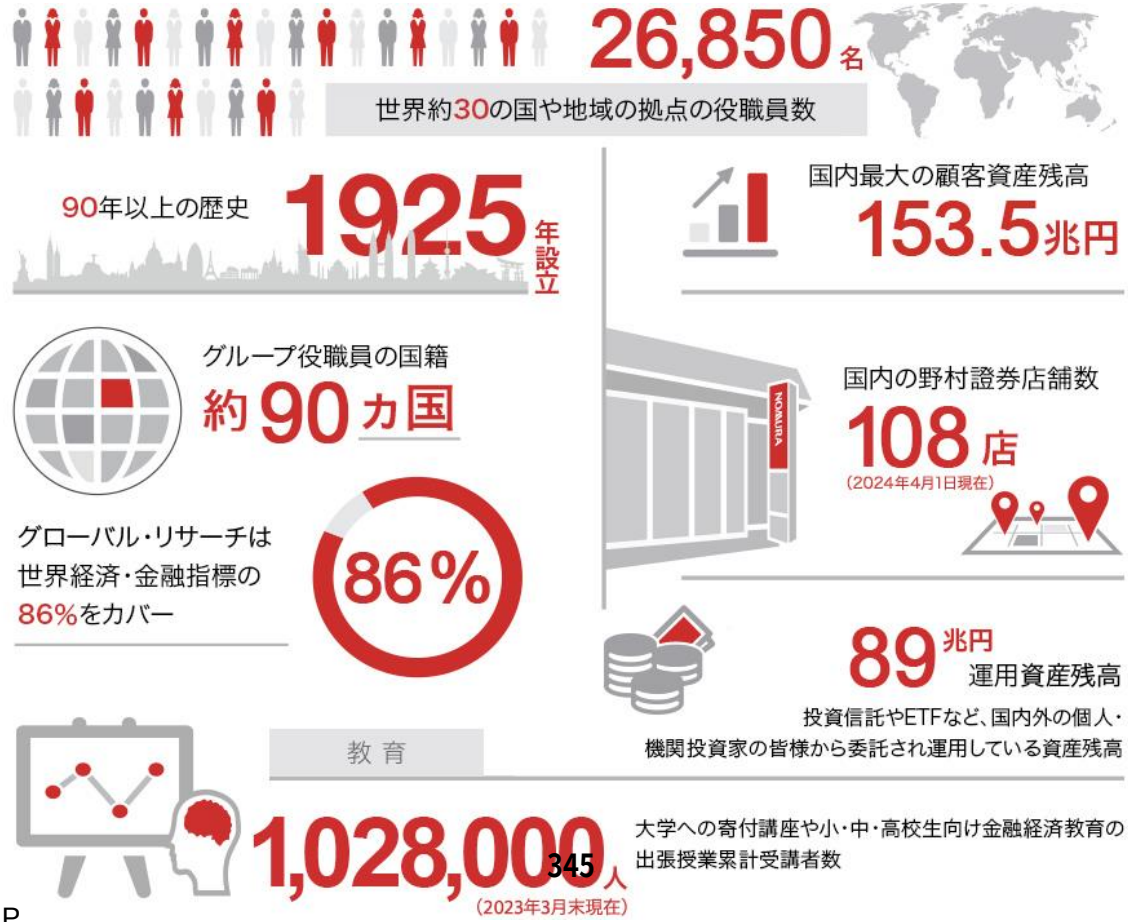


野村證券株式会社

2024年7月4日

STRICTLY PRIVATE AND CONFIDENTIAL
© Nomura

会社紹介



野村ホールディングス株式会社HP

創業者の精神





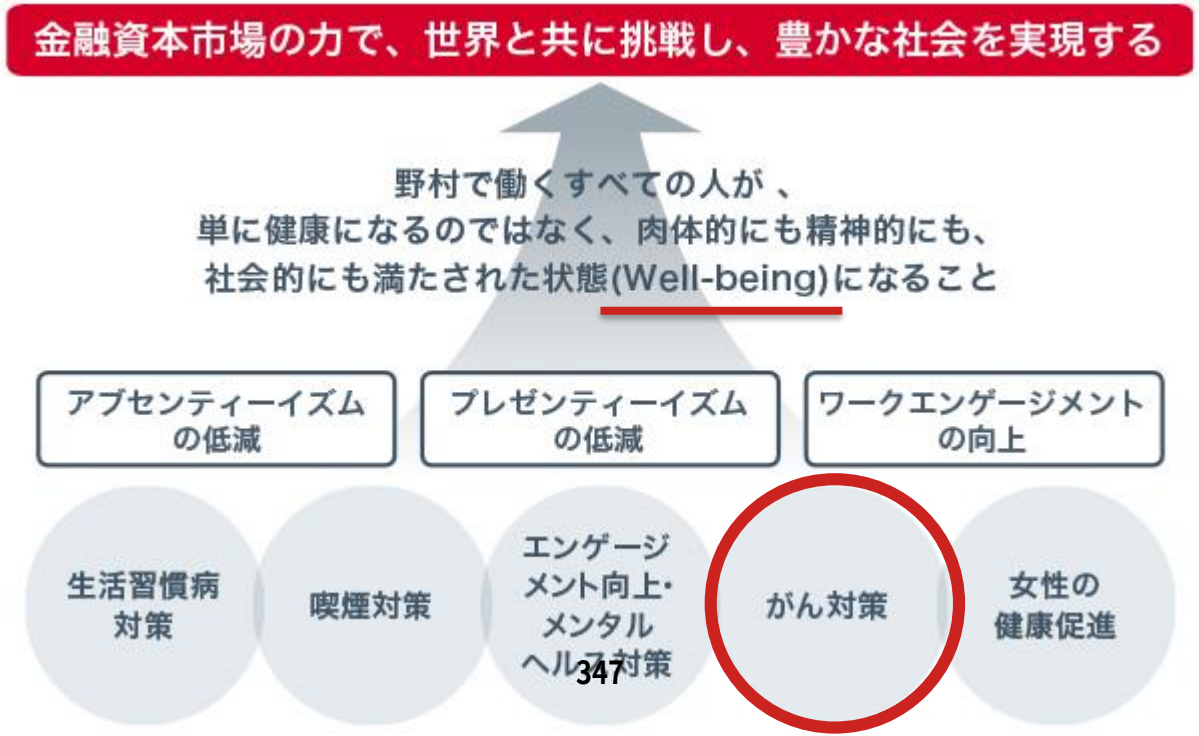
健康は吾人の最大の資本なり、練磨せる身心を備へずして、成績の優秀を求むるは木に椅て魚を獲るに等し、戒心せざるべからず（中略）

創業者野村徳七自叙伝「蔦葛」より

野村グループの健康経営

NOMURA

■ 健康経営の重点テーマの1つが「がん対策」



がん対策の基本的な考え

病気による社員の離職を防ぎ、社員一人ひとりが自らの持つ能力や個性を十分に発揮できる環境をめざす

①早期発見

- 手厚いがん検診制度
- がん検診を受診しやすい環境整備

②早期治療

- がん検診精密検査受診勧奨
- 二次検査休暇

348

③両立支援体制

- 相談窓口（両立支援サポーター）
- 欠勤・休職者の職場復帰支援

④風土醸成

- 両立支援ガイドブック
- 社員の体験談
- がん啓発イベント

がん検診と補助制度

NOMURA

■ 「職域におけるがん検診に関するマニュアル（平成30年3月厚労省）」を参考に、
健康保険組合と共同でがん検診を無料で実施

検診種類	検査項目	OP：希望者オプション	補助対象
胃がん検診	胃部エックス線		30歳以上
	胃部内視鏡 ※1	OP	
子宮頸がん検診	子宮頸部細胞診	OP	女性全年齢
肺がん検診	胸部エックス線		全年齢
	胸部CT	OP	35歳, 40歳, 45歳および50歳以上
	喀痰細胞診	OP	50歳以上 ※2
乳がん検診	マンモグラフィ	OP	女性30歳以上
	乳腺エコー	OP	
大腸がん検診	便潜血		30歳以上

349

※1 胃部エックス線と選択制 ※2 喫煙指数が600以上で推奨

①早期発見

受診しやすい仕組み作り

NOMURA

- 健診機関を選択する際に、受診可能項目やレディースデイなどの情報を提示
- 一人ひとりのニーズに合った健診機関を選ぶことで受診をしやすくしている



医療機関名	胃部内視鏡	胸部CT	喀痰細胞診	子宮検査	乳房検査		レディース対応
				子宮頸部細胞診	乳腺エコー	マンモグラフィ	
Aクリニック	●	●	●	●	●	◎	—
B健診センター	●	●	●	●	●	◎	—
・・・	●	—	●	●	●	◎	★
	●	●	●	●	●	—	—
	●	●	—	●	●	◎	—
	●	●	●	●	●	◎	—
	●	●	●	●	●	◎	—

350

受診しやすい仕組み作り

NOMURA

■ 受診対象者に合わせて無料のオプション項目をWeb画面に表示

健診コース選択

› 基本健診

健診コース	備考
☐ 【女性】人間ドック（胃部X線）	
☐ 【女性】人間ドック（胃部内視鏡：経口）	



› オプション検査項目（単独受診のみは不可です。）※健保補助対象外オプション検査は登録不要です

健診コース	備考
☐ 子宮頸部細胞診	検査着がない場合もございますので、スカートでの受診をお勧めします。
☐ 乳腺エコー	
☐ マンモグラフィー	351

①早期発見

社員や被扶養者が受診しやすい仕組み

NOMURA

社員

人間ドック受診時は「人間ドック休暇」を取得可能

- 特別休暇を用意することで、社員に人間ドックを受診する意識を向上させる
- 自身の健康について1日考える日にしてもらう

検査内容や結果について社内の医療職が相談に対応

- 「どの検査を受ければいいか」などの相談に保健師・看護師が対応

被扶養者

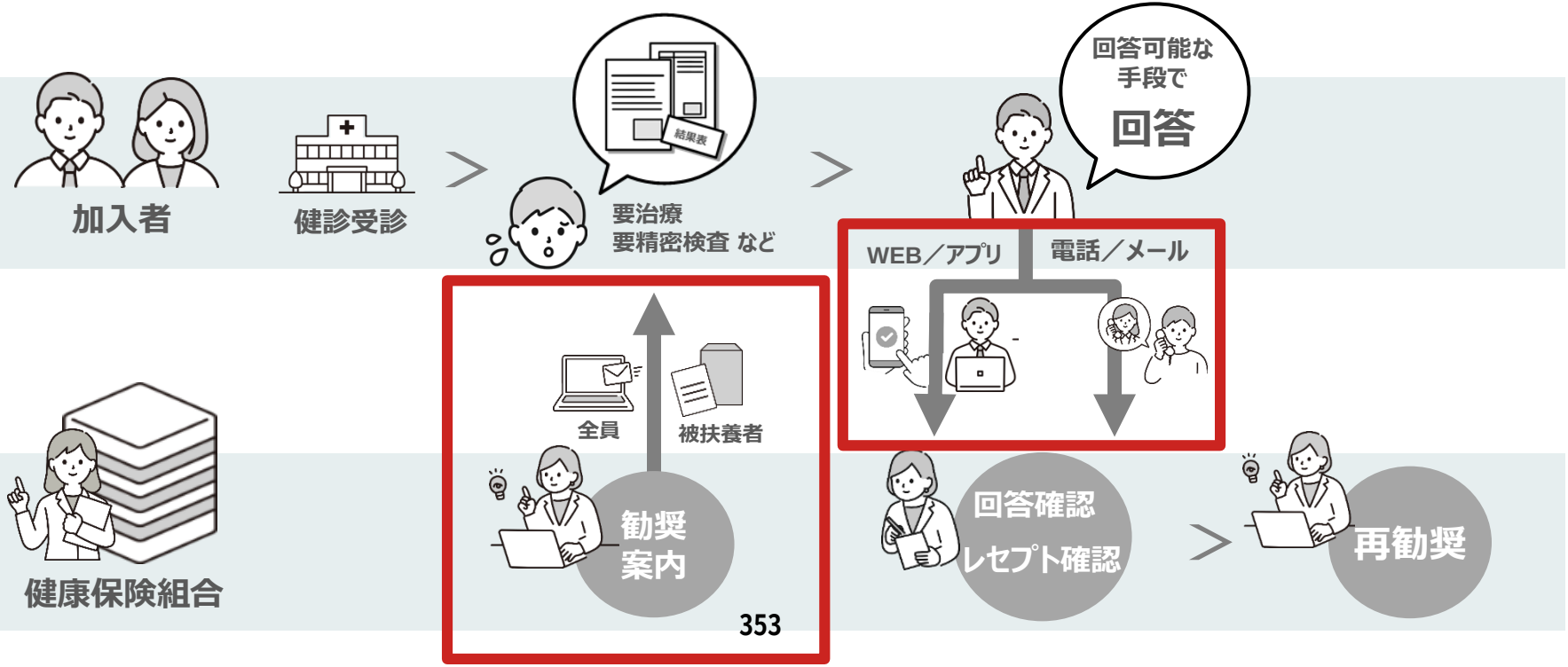
人間ドックを積極的に受診したくなる仕組み

- 被扶養者が早期（9月末まで）に受診した場合、被扶養者と社員両方に健康保険組合がポイントを付与（ポイントはAmazonギフト券等と交換可能）

精密検査受診勧奨の流れ

NOMURA

- 5がん検診で要精密検査となった対象者に、健康保険組合より受診勧奨を実施
- 対象者が受診状況を回答し、健康保険組合がレセプトを確認し適宜再勧奨



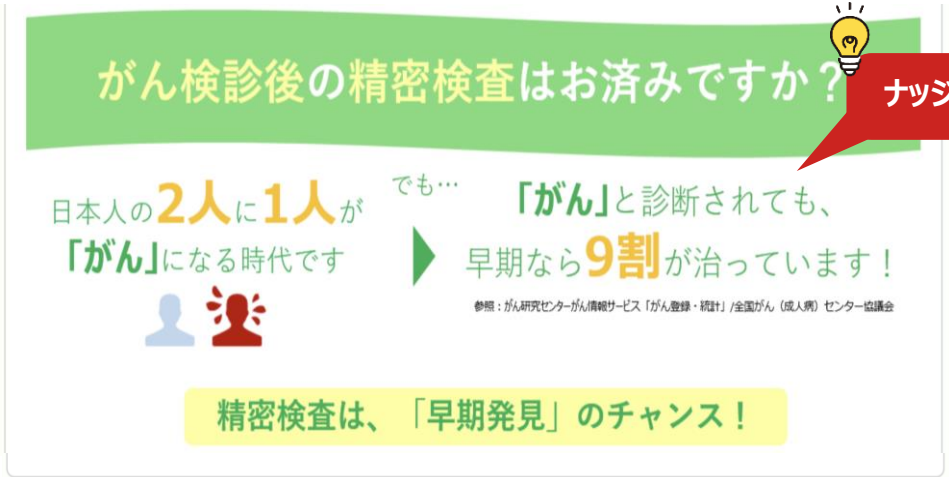
回答画面イメージ①

NOMURA

■ 回答には健康プラットフォーム「WellGo」のメール機能を利用し、Webまたはアプリで回答可能



回答画面イメージ②



ナッジ理論の活用

あなたが「要精密検査」と判定された検査は以下の通りです。
2023年度 がん検診後の 「精密検査」受診状況 について、ご回答ください。

ご回答期限 2024/03/08

胃部内視鏡

- ○ 受診済（精密検査実施）
- ○ 受診済（精密検査実施せず）
- ○ 受診予定
- ○ 受診しない

355

ナッジ理論の活用
予定日を入力してもらうことで受診を促す

- ◉ 受診予定
  - 受診予定日:
- ◉ 受診しない
  - ○ 検診前から該当した部位の治療中/定期フォロー中（がん）
  - ○ 検診前から該当した部位の治療中/定期フォロー中（がん以外）
  - ○ 該当部位は「がん以外」の所見/指摘だった
  - ○ 受診する時間がない
  - ○ 健康状態に自信があり必要性を感じない
  - ○ 経済的負担になる
  - ○ がんであるとわかるのが怖い
  - ○ 精密検査に伴う苦痛に不安/抵抗がある
  - ○ 検診結果を見ていない/忘れていた/気づかなかった
  - ○ その他（＋フリー入力欄）

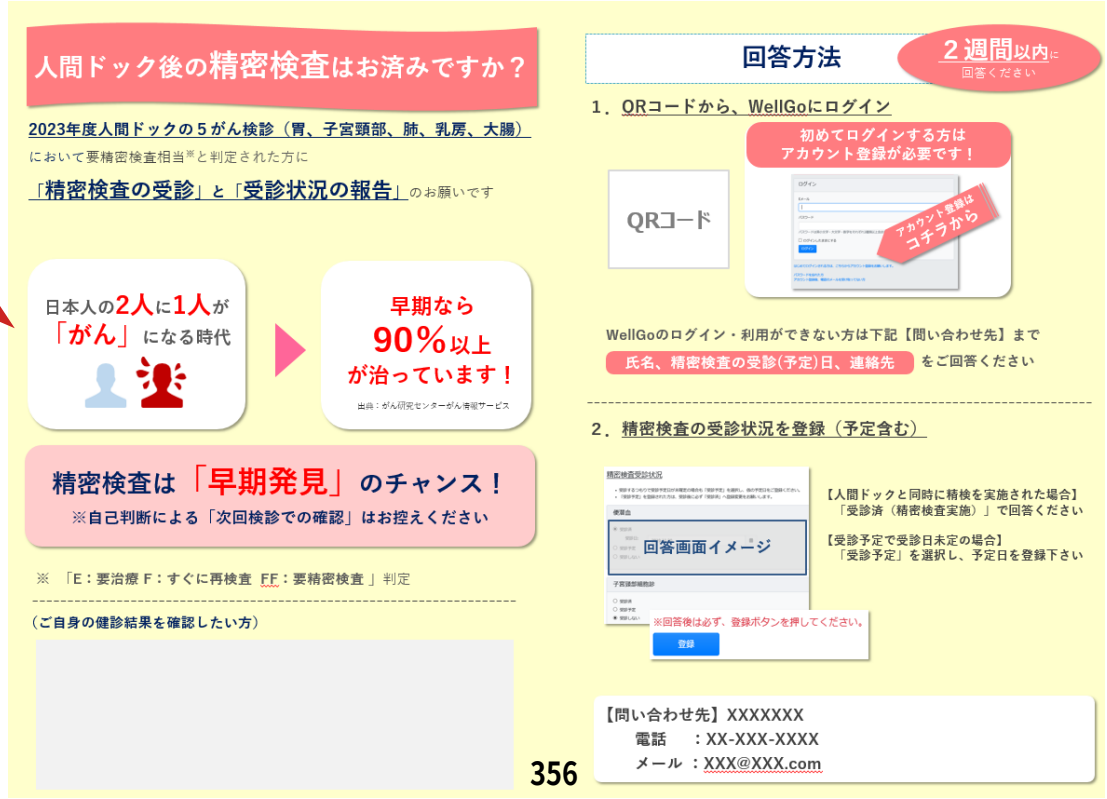
受診しない理由をヒアリング、次回以降の勧奨に活用する

被扶養者向けリーフレットイメージ

NOMURA

■ 被扶養者への勧奨は、メールと合わせてリーフレットを配布

ナッジ理論を活用した
受診への働きかけ



制度面の支援

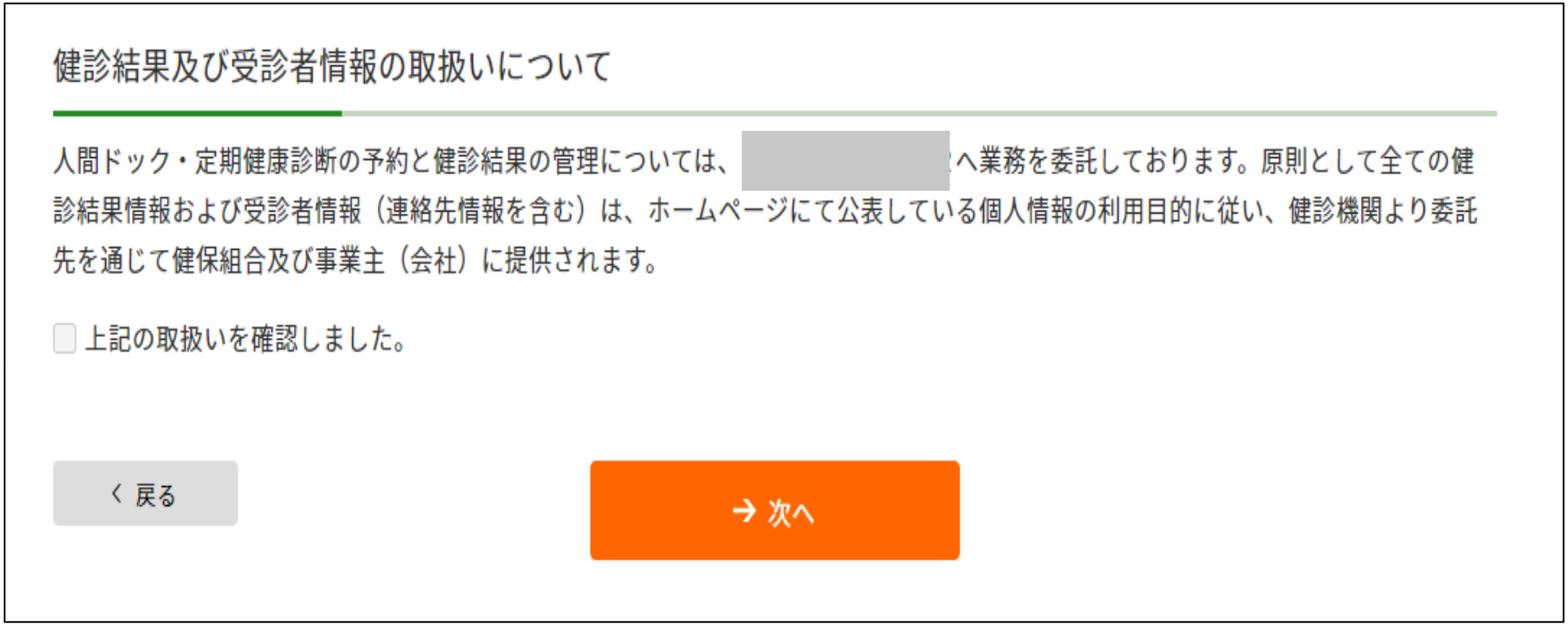
NOMURA

■ **社員向けの人事制度では、精密検査を受診しやすいよう柔軟な働き方を提供**

制度	詳細
二次検査休暇	健康診断・人間ドックの結果に基づき、再検査・精密検査のため医療機関を受診する際に、1日又は半日単位で年1回取得可能
傷病等休暇	傷病や不妊治療による通院の時に年次有給休暇とは別に最長50日付与
半日・時間単位の有休取得	年次有給休暇を半日又は1時間を単位として取得可能
フレックスタイム制勤務	午前5時から午後10時まで始業及び就業時間を自主的に決定できるフレキシブルタイムを含むフレックスタイム制勤務
調整出勤制度	始業時刻の繰り上げ、繰り下げ
在宅勤務制度	育児、介護、傷病等の事由により部室店長が認めた社員については、上限の8割を超えて在宅勤務をすることが可能

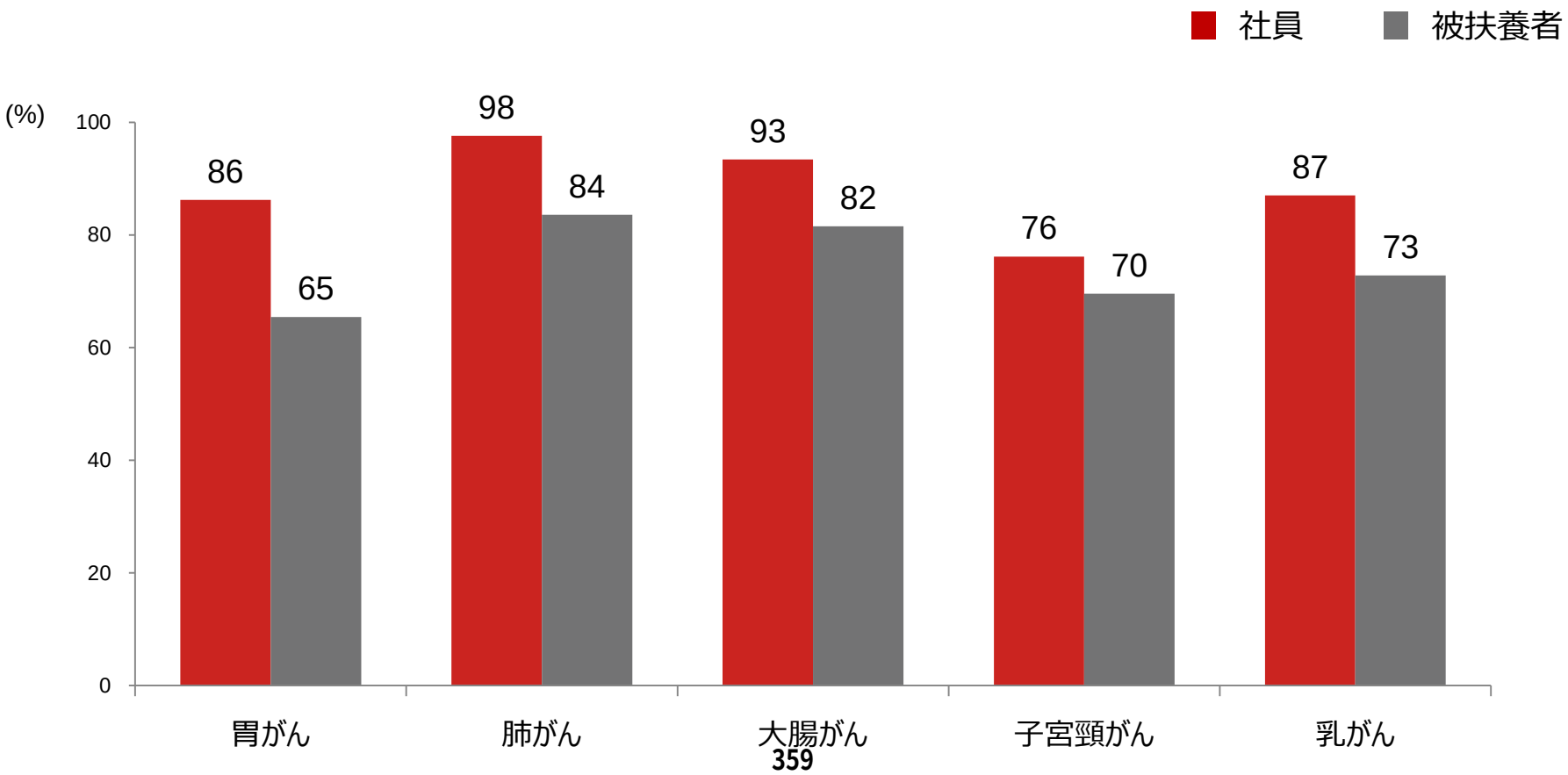
本人同意

■ **健康診断の予約時に本人同意を取得**



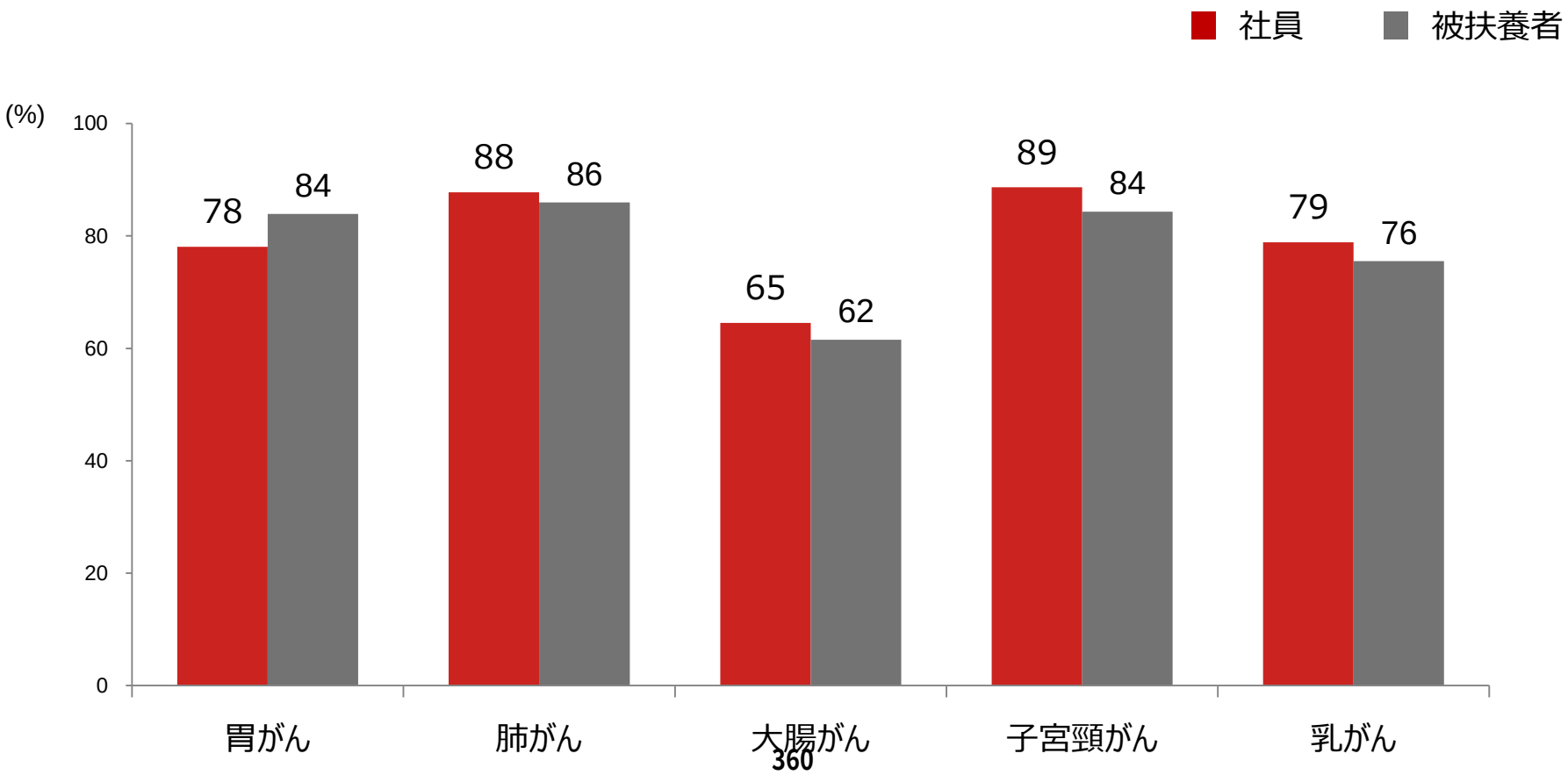
358

【ご参考】がん検診受診率



2022年度定期健康診断・人間ドック結果（子宮頸がんのみ20代を含む）

【ご参考】がん精密検査受診率



2022年度定期健康診断・人間ドック結果（子宮頸がんのみ20代を含む）,レセプト情報

第42回がん検診のあり方に関する検討会	資料３－１
令和６年７月４日（木）	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

「がん検診事業のあり方について」の見直しについて

厚生労働省
健康・生活衛生局がん・疾病対策課
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

「がん検診事業のあり方について」の見直しについて

現状

○ 市町村事業および職場におけるがん検診が適切に実施されることを目的として、平成20年に、「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 報告書」（以下「平成20年報告書」という。）が示された。

○ その後、厚生労働科学研究補助金「がん検診事業の評価に関する研究」（令和２・３年度）において、平成20年報告書に係る見直し事項や検討課題が整理されたことを踏まえ、令和５年６月に、「がん検診事業のあり方について」（以下「令和５年報告書」という。）が示されているところ。その中で以下のとおり、今後の見直しに関しても記載されている。

> 第５章 対策型検診事業評価の全体像と今後の課題
>
> ５．３． 今後の検討課題
>
> 今後がん検診に関するがん検診死亡率減少を実現するため、地域・職域に関わらずすべてのがん検診を効果的に行う体制についての継続的な議論、および必要に応じた本改定版の見直しが望まれる。

○ 第４期がん対策推進基本計画の策定や、令和６年２月の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（以下「指針」という。）の改正（子宮頸がん検診の検診項目に係る改正等）等を踏まえ、がん検診の精度管理・事業評価に関する最新の考え方を示すべく、令和５年報告書の内容について所要の改正を行う必要があるところ。

対応（案）

○ 第４期がん対策推進基本計画の内容や、直近の指針改正等を踏まえ、令和５年報告書の内容を別添のとおり改正し、令和６年度版「がん検診事業のあり方について」を発出することとしてはどうか。

○ また、今後の報告書（がん検診の精度管理・事業評価に関する考え方）の見直しの頻度等について、どのように考えるか。

第 42 回がん検診のあり方に関する検討会	資料３－２
令和６年７月４日（木）	

がん検診事業のあり方について（案）

令和6年●月

がん検診のあり方に関する検討会

目次

はじめに 4
第１章.　がん検診に関する基本的事項 5
　１．１.　がん検診の目的、健診・検診・診療の違い 5
　１．２.　がん検診の利益と不利益（表2） 5
　１．３.　検診実施の原則 6
　１．４.　がん対策としての国際的ながん検診のモデル （Organized screening)（※１、２、３、４） 8
第2章.　日本におけるがん検診 11
　２．１.　がん検診の歴史（表5） 11
　２．２.　がん検診に関連する法令等 12
　　（1） 市町村事業によるがん検診（住民検診） 12
　　（2） 職域検診 12
　　（3） その他の検診 12
　２．３.　日本の目指すべきがん検診の実施方法 13
　　（1） 日本におけるがん検診の現状 13
　　（2） 日本で Organized screening を目指すための取組（基本計画の目標） 13
第3章.　がん検診における精度管理の手法 22
　３．１.　住民検診の精度管理手法 22
　　（1） 目標と標準の設定（第 1 段階） 22
　　（2） 質と達成度のモニタリング（第 2 段階） 27
　　（3） 指標の分析・評価、改善に向けた取組（第 3 段階） 29
　　（4） 住民検診の精度管理上の留意点 30
　３．２.　職域検診の精度管理手法 33
　３．３.　精度管理における地域・職域連携 35
第4章　がん検診の受診率向上の手法 36
　４．１.　個別受診勧奨・再勧奨の徹底 36
　４．２.　その他の主な受診率向上対策 36
　　（1） がん検診の意義や必要性に対する理解度向上の取組 37
　　（2） 対象年齢層を設定した重点受診勧奨の実施 37
　　（3） 受診者の利便性向上に向けた取組 37
　　（4） 検診受診者、検診提供者へのインセンティブ 37
第5章　対策型検診事業評価の全体像と今後の課題 39
　５．１.　事業評価の全体像 39
　５．２.　現在行われている事業評価（住民検診） 40
　５．３.　今後の検討課題 41
「がん検診事業の評価に関する研究」班　　班員名簿 42
別添1　Wilson＆Jungner による検診に関する 10 原則の見直し 43
別添2－1　がん検診に関する根拠法令、通知通達の一覧（抜粋） 45

別添２－２　高齢者の医療の確保に関する法律・労働安全衛生法（抜粋）..... 48
別添３　がん対策推進基本計画（第１期、第２期、第３期、第４期）の要点..... 49
別添４　指針で定めるがん検診の内容..... 53
別添５　事業評価のためのチェックリスト（令和６年３月末時点）..... 55
別添６　プロセス指標の基準値一覧..... 133
別添７　がん検診に関する自治体からの照会及び回答..... 142
別添８「職域におけるがん検診に関するマニュアル(厚生労働省、平成 30 年 3 月)」(抜粋)..... 169
別添９－1「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に基づかない検診の実施状況（2022 年）
..... 172
別添９－２－１「事業評価のためのチェックリスト（市区町村用）」の遵守状況」..... 174
別添９－２－２　精検受診率（2020 年）..... 178
別添９－３　がん検診の受診率（都道府県別）（2022 年）..... 181
別添１０　今後のわが国におけるがん検診に関する検討課題及び主な意見..... 184

はじめに

がん対策推進基本計画（第 4 期）では、がん死亡率減少を目的として「科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」が分野別目標の一つに掲げられ、「科学的根拠のある検診の実施」、「精度管理体制の整備」、「受診率向上」が求められている。このうち精度管理体制の整備については、「がん検診に関する検討会（平成 15～平成 20 年）」、「がん検診事業の評価に関する委員会(平成 19～20 年）」で検討され、平成 20 年の「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方報告書（以下「報告書」という。）」で初めて方針が示された。これにより「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。）」が策定され、厚生労働省は「市町村事業によるがん検診（住民検診）」の実施主体である市区町村に対し、報告書に沿った精度管理を行うことを通知した（厚生労働省健康局長通知）。その後 10 年間で住民検診の体制整備は進み、精度管理水準は改善傾向にある。一方職域検診については、住民検診から 10 年遅れて「職域におけるがん検診に関するマニュアル（以下「職域マニュアル」という。）」が公表され、国全体としての精度管理の取組がようやく始まった状況にある。

がん検診における精度管理は、「指標の設定」、「指標のモニタリング・評価」、「評価のフィードバックと改善」を繰り返すことが重要であり、精度管理水準の改善に応じて指標を修正することにより、更に高い精度を目指した適切な管理が可能となる。平成 20 年以降、国、厚生労働省研究班、国立がん研究センター等は連携してこれらの体制構築を進め、全国の精度管理指標のモニタリング、指標の見直しを行ってきた。またこの間に指針は必要に応じて改正された。これらにより、報告書策定当時と現在の精度管理状況に乖離が生じたため、今後の更なる精度管理水準の向上のために報告書改定版をまとめることとなった。

改定版では、地域・職域によらず全てのがん検診が適切に行われることを目指し、関係者が必要とする情報を体系的に示しており、これを参考にすることにより、がん死亡率減少に資する適切ながん検診が行われることを期待する。

第1章. がん検診に関する基本的事項

1．1． がん検診の目的、健診・検診・診療の違い

がん検診は当該がんの死亡率減少を目的として（※1）、無症状の健康な集団から当該がんの疑いのある者とない者を選別し、前者を適切な治療に、後者を次回の検診に導く一連のプログラムである（※2、3）。

一般的に健康診査には「健診」と「検診」があるが、「健診」は「健康づくりの観点から経時的に状態を把握することが望ましい検査群」であり、「検診」は「特定の疾患自体を確認するための検査群」である（※4）。「健診」では疾患のリスク因子を発見して生活習慣の改善に導くことが重要であり、「検診」では疾患を発見して適切な治療に導くことが重要である。

「健診」及び「検診」の対象は無症状の健康な者であり、対象疾患である者の割合（有病率）が低いため、検査の緊急性は低い。そのため、元々健康な者に対し、検査による不利益を与えないことが最優先される。一方「診療」は、有症状者が対象であり有病率や緊急性が高いため、正確に診断することが最優先され、不利益はある程度許容される（表1）。

以上のように「健診」、「検診」、「診療」は対象や目的が異なり、それによって重視すべきポイントも大きく異なる。そのため、それらの原則や効果を得るための要件が異なり、注意が必要である。これらを混同したままに検診を行うことは、検診の死亡率減少効果（利益）を妨げ、健常者の不利益を増加することにつながる（1．2．参照）。以上の背景をふまえ、本報告書では、がん死亡率減少を目的とした、がん対策としての「がん検診」について記述する。

※1 大腸がん検診、子宮頸がん検診では、前がん病変の発見による当該がんの罹患率減少も目的とする。

※2 がん検診の対象は当該臓器のがんであり、がん以外の疾患や当該臓器以外のがんは対象にならない。

※3 がん検診は「検査」以外にも複数の工程を含むプログラムであり、「対象者の設定」、「受診勧奨」、「要精検者（当該がんの疑いのある者）の特定」、「検診結果の通知」、「精密検査への誘導」、「精密検査結果の把握」、「検診結果の分析・評価」などにより構成される。

※4 厚生労働省「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針（平成 16 年厚生労働省告示第 242 号）より引用・改変。

1．2． がん検診の利益と不利益（表2）

がん検診には利益と不利益がある。一般的に最大の利益は当該がんの死亡率減少である。しばしば発見率（受診者に対して発見されたがんの割合）が高いことが、がん検診の有効性の指標と誤解されるが、がん発見率が高い検査を実施しても死亡率が減少するとは限らない。つまり死亡率減少効果が確認されない限り、有効ながん検診とは評価できない。その他の利益として、がん検診でがんの疑いがないと判定された者が得られる安心が挙げられる。一方不利益としては、検診や精密検査（以下

「精検」という。）によって発生する偶発症、過剰診断による過剰治療や精神的負担の増加、偽陽性による精神的、身体的、経済的な負担、偽陰性による治療の遅れなどが挙げられる（※1、2）。

※1　偽陽性：がんがないにもかかわらず、がんの疑いがあると判定されること
　　偽陰性：がんがあるにもかかわらず、がんの疑いがないと判定されること
　　過剰診断：生命予後に影響しないがんを発見すること
※2　検診では偽陽性、偽陰性がともにゼロになることはなく、他の医療介入と同様に必ず不利益が起こる点に注意が必要である。

表1　健診・検診・診療の違い

	健診	検診	診療
	Health check up	Screening	Medical care
目的	疾患のリスクがある者をふるい分け、生活習慣の改善に導く 最終目標は疾病の発症及び重症化の予防	疾患の疑いがある者をふるい分け、適切な診断・治療に導く がん検診の最終目標は がんの死亡率減少	有症状者への適切な診断・治療
対象	無症状の健常者	無症状の健常者	症状のある者
有病率	低い	低い	高い
緊急性	低い	低い	高い
重視すべき点	不利益を最小限にすること	不利益を最小限にすること	正確に診断すること

表2　がん検診の利益と不利益

利益	不利益
がん死亡率減少 真陰性者の安心	検診・精検の偶発症 （バリウム誤嚥、放射線被ばく、内視鏡での出血・穿孔など） 過剰診断 （過剰治療、精神的負担） 偽陽性 （本来不要な精検による精神的、身体的、経済的負担） 偽陰性 （治療の遅延など）

1．3．　検診実施の原則

検診の対象となる健常者は、症状のある患者とはリスクが異なること、検診には不利益が必発であ

ることなどから、検診には診療とは異なる原則が必要となる。

1968 年に世界保健機関（WHO）が公表した Wilson＆Jungner による検診実施の原則は、対策として検診導入を決定する際の基本的な原則である（表３－１）。その後の医療技術の進歩により新しい検査法やプログラムが開発されるなかで、追加的な原則が求められるようになった。2007 年に Andermann らは、過去 40 年間に諸外国から公表された原則をレビューして統合し、WHO から新たな原則として公表した（表３－２）。この原則には「消費者保護、情報に基づいた選択、科学的根拠に基づいた医療、費用対効果、品質保証、意思決定者の説明責任」など、近年関心が高い項目が反映されている。Wilson＆Jungner による原則を再検討する試みは現在でも続いている（別添１）。

表3-1　Wilson＆Jungnerによる検診実施の原則

	スクリーニングを計画する際の原則
1	スクリーニングの対象疾患は健康上の重要な問題である。
2	スクリーニングの結果、診断された疾患を有する患者のために、〔有益性が〕認められた治療法が存在する。
3	スクリーニングの結果診断された疾患に対して診断及び治療が可能な医療機関が存在する。
4	スクリーニングの対象疾患は症状が発現する前の、または初期症状を呈する段階があり、その段階での診断が可能である。
5	スクリーニングのための適切な検査または診察方法がある。
6	スクリーニングに用いられる検査は集団に受け入れられるものである〔（対象者に嫌がられるような検査ではない）〕。
7	スクリーニングの対象疾患は、症状が発現する前の段階から発症した段階に至るまでを含む自然史が十分に理解されている。
8	どのような者を患者として治療するかについて一致した方針がある。
9	患者の見つけ出し（診断から治療までを含む）の費用は、医療に支出される費用の全額と比べても経済的にバランスがとれている。
10	患者の見つけ出しは継続的に実施されるプロセスであり、「一度きり」の事業ではない。

出典：Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease Geneva: WHO; 1968.

表3-2　Andermann らによる検診実施の原則 （研究班訳）

	過去 40 年間に提案された原則の統合
1	検診プログラムの必要性が認識されている
2	検診の目的がはじめに定義されている
3	対象集団が定義されている
4	検診プログラムの科学的根拠がある
5	検診プログラムでは教育、検査、診療、プログラム管理が統合されている
6	検診の潜在的リスクを最小化するためのメカニズムを備えた精度管理が行われる
7	プログラムでは情報に基づいた選択、機密性、自律性が確保される
8	プログラムでは対象集団の公平性と検診へのアクセスが促進される
9	プログラムの評価がはじめから計画されている
10	検診の全体的な利益が不利益を上回る

出典：Anne Andermann, et.al. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. Bull World Health Organ. 2008.

1．4．　がん対策としての国際的ながん検診のモデル （Organized screening)（※1、2、3、4）

2003 年に欧州連合理事会（The Council of the European Union）は、Wilson＆Jungnerによる原則や国際的な好事例をふまえて、がん対策としての適切ながん検診実施方法に関する勧告を行った。勧告では、検診をプログラムとして行い（検査項目、検診間隔、対象者の定義等を文書化し公開すること）、かつ対策型検診（Population-based）の方式（適格な対象集団を特定し、対象者を個別に勧奨する方式） で実施することとされた。現在この手法は「Organized screening」として EU や WHO から推奨されている。

Organized screening では、上記の定義のほかにも、高度なプログラム管理の必要性が要件として内包されており、実施チームが国あるいは地域レベルで設置され、プログラムの管理・評価を行う。さらに、マネジメントに必要な精度管理のガイドラインや仕組みも策定される。科学的根拠のある検診が、品質保証体制のもと高い質で提供されるため、高い受診率や精検受診率が維持される。つまり検診の全工程が組織化されることにより、検診の利益の最大化、不利益の最小化が期待できる（表4、※5）。今後日本においても「対策型検診」を Organized screening の水準に引き上げることが求められる（対策型検診の説明は第2章参照）。

表4　Organized screening と Opportunistic screening（任意型検診）の比較

	Organized screening	Opportunistic　screening（任意型検診）
検診の目的	対象集団におけるがんの死亡率・罹患率の減少	個人レベルにおけるがんの死亡率・罹患率の減少

検診方法	確定している （政府等の公的組織が選択する）	確定していない （受診者や検診提供者が個々に選択する）
検査の感度	・感度が高い検査が選択されるとは限らない。 ・検査やプログラムの感度について目標が設定され、達成度がモニタリングされる	・一般的に感度の高い検査が選択される。 ・検査やプログラムの感度はモニタリングされない
検査の特異度	高いことが重視される （偽陽性に伴う不必要な精検による偶発症を避けるため）	あまり重視されない
検診間隔	確定している （合理的なコストの範囲で、集団の利益を最大化するように選択される）	確定していない （個人の利益が最大化されるように選択される。一般的に検診間隔は短くなる）
利用可能な財源	制限がある （医療費全体の支出とのバランスが考慮される）	個人の財源や加入する保険によって異なる
検査技術の評価	利益が不利益を上回ることの確認が必須	必ずしも有効性の実証は必要ない
品質保証	目標が設定され、その達成度がモニタリングされる 最高の質で検診が提供され、定期的に目標が見直される	質の目標は設定されない。 （もしくは目標があっても、その達成度はモニタリングされない）
受診率の目標	目標が設定され、その達成度がモニタリングされる。受診率が低い場合は組織的な改善が行われる	目標は設定されない。 （もしくは目標があっても、その達成度はモニタリングされない）
受診勧奨の対象者	確定している （検診対象者全員）	確定していない （かかりつけ医がいる者など、医療従事者と会う機会がある者のみ勧奨される）
受診勧奨の戦略	ある （対象者全員が勧奨される）	一貫した戦略はない
勧奨の対象者とがんリスク	検診により最も高い利益を受ける可能性のある年齢層が勧奨される	がんのリスクが低い者が勧奨され、高い者が勧奨されない可能性がありうる
受診機会の公平性	公平性は担保される	公平性が担保されることが望ましいが、医療資源の状況によっては公平性を欠く場合がある
検診の利益	対象集団の利益が最大化される	個人の利益が最大化される
検診の不利益	対象集団の不利益が最小化される	不利益は必ずしも最小化されない

※1 Hakama M, et al. Evaluation of screening programmes for gynecological cancer. Br J Cancer. 1985; 52: 669–73.

※2 Council Recommendation of 2 December 2003 on Cancer Screening (2003/878/EC).OJ L 327: 34–38

※3 Cancer Control: Knowledge into Action: WHO Guide for Effective Programmes: Module 3: Early Detection. World Health Organization; 2007.

※4 Cancer Screening in the European Union, Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening, First report. European Commission, 2008.

※5 Miles A, et al. A perspective from countries using organized screening programs. Cancer. 2004;101: 1201–13.

第2章.　日本におけるがん検診

2．1．　がん検診の歴史（表5）

昭和 56 年以降、悪性新生物（がん）はわが国の死亡原因の第 1 位であり、疾病対策上の最重要課題である。がん検診は昭和 30 年代から一部の地域で開始され、昭和 58 年から老人保健法に基づく老人保健事業として全国で行われるようになった。その後平成 10 年から平成 19 年まで、がん検診は老人保健事業から一般財源化され、法律に基づかない市町村事業として整理されたが、平成 20 年以降は健康増進法に基づく健康増進事業（市区町村の努力義務）として実施されている。

平成 19 年にがん対策基本法が施行され（平成 28 年改正）、同法第 10 条に基づいて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。基本計画は 5-6 年ごとに内容の見直しが行われ、直近では令和 5 年に第 4 期基本計画が閣議決定された。同法でがん検診は重要な基本的施策の一つに位置づけられている。

表5　がん検診に関わる法令の歴史

年次	
昭和 58 年（1983 年）	老人保健法施行、老人保健事業に基づく胃がん・子宮がん検診※1の開始
昭和 62 年（1987 年）	肺がん、乳がん、子宮体部がん検診※2, 3の開始
平成 4 年（1992 年）	大腸がん検診の開始
平成 10 年（1998 年）	がん検診に係る経費の一般財源化
	指針の策定※4 （厚生省老人保健福祉局老人保健課長通知）
平成 19 年（2007 年）	がん対策基本法施行、基本計画（第 1 期）の閣議決定
平成 20 年（2008 年）	がん検診が健康増進法に基づく健康増進事業に位置づけられる
	指針の一部改正※5 （厚生労働省健康局長通知別添）
平成 24 年（2012 年）	基本計画（第 2 期）の閣議決定
平成 25 年（2013 年）	指針の一部改正※3 （厚生労働省健康局長通知別添）
平成 28 年（2016 年）	がん対策基本法の一部改正
平成 30 年（2018 年）	基本計画（第 3 期）の閣議決定
令和 3 年（2021 年）	指針の一部改正 （厚生労働省健康局長通知別添）
令和 5 年（2023 年）	基本計画（第 4 期）の閣議決定
令和 6 年（2024 年）	指針の一部改正 （厚生労働省健康局長通知別添）

※1　検診内容は「子宮頸部の細胞診」。

※2　子宮体部がん検診の対象者:「子宮がん検診受診者のうち医師が必要と認める者（原則として、最近 6 か月以内の不正性器出血を訴えたことのある者で、50 歳以上の者、閉経以後の者、未妊婦であって月経不規則の者のいずれかに該当する者）」。

※3　平成 25 年に指針の一部改正において「子宮頸がん検診」に統一された。現在子宮体部のがん検診は国の検診事業に含まれていない。

※4、5 平成 10～19 年のがん検診事業は法律に基づかないものであったが、この間国は事業の重要性や適切な実施方法に関する情報提供を行うため、指針を策定した。平成 20 年にがん検診事業は健康増進法に基づく事業に位置づけられた。指針については随時改正されており、表5では代表的な改正のみ示す。

2．2．　がん検診に関連する法令等

住民検診には根拠となる法がある一方で、職域検診には存在しない。住民検診と職域検診の統合を目指す場合は、これに伴う法整備が必要となる。

（1） 市町村事業によるがん検診（住民検診）

市区町村が行う住民検診は、健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）第 19 条の 2 に基づく健康増進事業に位置づけられる（※1）。同事業の実施要領として「健康増進実施要領」、検診項目や運用体制に関しては指針が示されている。また、検診が満たすべき要件や検診結果等の情報の継続に関する考え方として「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針」、検診の精度管理状況を適切に指導する方法として「健康診査管理指導事業実施のための指針」が示されている。各法令の詳細は別添2－1参照。

（2） 職域検診

職域における被用者等を対象としたがん検診は、保険者や事業主により福利厚生の一環として行われており明確な法的根拠はない（※2）。一方、近年の国民生活基礎調査によると、がん検診受診者の約半数は職域で受診しており、がん対策上職域検診の最適化は重要な課題である。これらの背景をふまえ第 3 期基本計画では職域検診のガイドライン作成・普及が目標に掲げられ、平成 30 年に職域マニュアルが公表された。同マニュアルでは職域検診で望ましい検診項目や精度管理手法等が示されている（第 3 章参照）。

（3） その他の検診

上記以外のがん検診として、個人が任意で受けるがん検診（人間ドックなど）があり、基本的な検査項目、判定・事後指導区分、運用体制等について一部の学会で標準化を目指す取組が行われているが、現時点で法的根拠に基づいた規定はない。

※1 市区町村による健康増進事業以外のがん検診として、母子保健法（昭和 40 年法律第 141 号）第

13 条に基づいた妊婦健康診査の中で、妊娠初期の子宮頸がん検診（細胞診）が行われている

※2 保険者は高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 20 条に基づいた特定健康診査を、事業主は労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）第 66 条に基づいた健康診断を行っているが、がん検診はこれらに含まれていない。各法令の詳細は別添2-2参照。

2．3． 日本の目指すべきがん検診の実施方法

（1） 日本におけるがん検診の現状

がん検診は、本来 1 国 1 プログラムで行われるべきものであり、わが国のように多様な検診提供体制のある国はまれである。この多様な検診提供体制は、さまざまな概念・考え方に基づいて行われ、これまでがん検診に対する理解を妨げてきたが、便宜上「対策型検診」と「任意型検診」に大別されている。対策型検診は対象集団の死亡率を下げることを目的とし、公的資金を投じた公共政策として行われる。主に住民検診（※1）が該当する。一方、任意型検診には主に人間ドックが該当する。

職域検診が対策型と任意型のどちらに分類されるかは明確にされていない。第 3 期基本計画では職域検診に関するガイドラインの作成・普及が個別目標に含まれ、また令和 2 年 3 月の厚生労働省「がん検診のあり方に関する検討会」中間報告書では、「職域におけるがん検診についても有効性・安全性の確認された科学的根拠に基づく検診が実施されることが望ましい」とされている。さらに職域検診は特定健診等との同時実施が多いことを踏まえると、職域検診は対策型検診として捉えることが妥当と考えられる。

※1 住民検診は「集団検診方式」と「個別検診方式」に大別される。集団検診は主に保健センター、検診車、地域の集会所において、検診日時や場所が指定され集団で行われる方式である。一方個別検診は、自治体から委託された医療機関において、利用券方式等により個人単位でいつでも受診できる方式である。

（2） 日本で Organized screening を目指すための取組（基本計画の目標）

日本でがん死亡率減少をより確実に達成するためには、対策型検診をより組織的に行い、対象人口全体に広げることが必要である。第 1～4 期の基本計画では一貫して、現在の対策型検診を Organized screening の水準に高めることが示されている。すなわち「科学的根拠に基づくがん検診」を「適切な精度管理」のもとで行い「高い受診率」を維持すること、また、これら 3 要件の実施状況を総合的に評価（事業評価）し進捗を確認することである。第 4 期基本計画では、具体的な目標として、受診率 60%、精検受診率 90%が掲げられている（別添3）。これらの実現に向けて、国は関係者の役割を明確にし（表6）、関係者は役割を着実に果たすことが必要である。以下（2－1）～（2－3）に 3 要件の概要を示す。また、「（2－2）適切な精度管理の実施」、「（2－3）受診率向上」の詳細は第3～4章で示す。

表6　日本で Organized screening を目指すための取組事項、および関係組織

取組事項			関係組織
科学的根拠に基づく がん検診の 実施	がん検診の有効性の検討		国立がん研究センター、AMED 研究班、 がん検診関連学会など
	ガイドライン作成		国立がん研究センター、がん検診関連学会 など
	対策型検診としての推奨決定		国（厚生労働省）
	推奨に基づくがん検診の提供		検診提供者（市区町村、保険者、事業主）
適切な精度管理 の実施	精度管理 指標・手法の 検討・決定	検診体制に関する ガイドラインの作成	がん検診関連学会など
		精度管理指標・手法 の検討	国立がん研究センター、厚生労働省研究班 など
		精度管理指標・手法 の決定	国（厚生労働省）
	精度管理の 実行	精度管理指標による モニタリング	【自己点検】 ・検診提供者（市区町村、保険者、事業主） ・検診受託施設（検診機関、医療機関） ・都道府県 【管轄地域のモニタリング】 ・都道府県、生活習慣病検診等管理指導協 議会 a)
		指標の分析・評価、 改善策の策定	・国、都道府県、生活習慣病検診等管理指導 協議会 a) ・その他の協力組織（地域・職域連携推進協 議会b)、保険者協議会c)、都道府県医師会、 地区医師会、保健所、国立がん研究センター などの専門機関など）
		改善策の実行	・全ての検診関係者
受診率向上	正確な受診率の把握		国、都道府県、 検診提供者（市区町村、保険者、事業主）
	効果的な受診率向上施策の策定		【国全体の施策】 ・国、厚生労働省研究班など 【管轄地域の施策】 ・都道府県、生活習慣病検診等管理指導協 議会 a)、その他の協力組織
	受診率向上施策の実施		検診提供者（市区町村、保険者、事業主）

a）生活習慣病検診等管理指導協議会

「健康診査管理指導事業実施のための指針」に基づいて都道府県が設置する組織。
がん、心臓病等の生活習慣病の動向を把握し、検診方法や精度管理について、市区町村、医療保険者、検診機関に専門的な指導を行うことを目的とする。がん検診の分野では、同協議会のもとに胃がん部会、子宮がん部会、肺がん部会、乳がん部会、大腸がん部会がある。各がん部会は都道府県の諮問により、管区内市区町村や検診機関の精度管理状況を分析し報告する。さらに同協議会は職域検診も可能な限り対象として、地域・職域連携推進協議会や保険者協議会等との連携のもと、その精度管理の実態や受診率等について把握し、事業の総合的な推進を図るよう努めるものとする。（別添２－１参照）

b）地域・職域連携推進協議会
「地域保健法第 4 条に基づく基本指針」及び「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針」に基づいて、都道府県及び二次医療圏単位で設置された組織。
地域・職域連携推進事業の企画・実施・評価等における関係機関の合意形成で中核的役割を果たす。協議会では、健康づくりを支援する社会環境の整備として自治体、事業者、保険者等の関係者が相互に情報交換を行い、保健事業に関する共通理解の下、それぞれが保有する保健医療資源を相互活用、保健事業の共同実施等により連携体制を構築する。
出典：地域・職域連携推進ガイドライン（令和元年 9 月）より抜粋・改変

c）保険者協議会
「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づいて、都道府県ごとに設置された組織。
特定健診・保健指導の実施率向上対策のほか、保険者横断的な医療費の調査分析や特定健診データの保険者間での提供の推進、保険者横断的な予防・健康づくり等の取組を行う。具体的には、①特定健診・保健指導の実施等に関する保険者等の関係者間の連絡調整、②保険者に対する必要な助言又は援助、③医療費等の調査・分析を行う。保険者協議会が地域職域・連携推進協議会に、特定健診・保健指導に関する実施体制や医療費等の分析結果等から得られた現状・課題を情報提供することにより、都道府県の健康課題が明確化され、当該課題に即した連携事業のテーマ設定を行い事業展開につなげることが可能となる。
出典：地域・職域連携推進ガイドライン（令和元年 9 月）より抜粋・改変

（２－１） 科学的根拠に基づいたがん検診の実施

① がん検診の有効性の検討、対策型検診としての推奨決定

国立がん研究センターは国内外の研究を系統的に検索し、検診の有効性や利益・不利益バランス等を科学的に評価する。そのうえで検診内容（検査項目、対象年齢、受診間隔）について、対策型検診としての推奨レベルを「有効性評価に基づくがん検診ガイドライン」にまとめる。

国は、同ガイドラインで推奨された検診内容の実行可能性を検討し、実行可能と判断された場合は対策型検診としての実施を決定する。

②推奨に基づくがん検診の提供

（住民検診）

国は指針の中で、対策型検診として推奨する検査項目、対象年齢、受診間隔等を周知する。検診実施主体である市区町村は指針に沿った検診を行う(※2、3、4)。現在国が推奨するがん検診の一覧は別添4参照。

※2 指針で推奨されていない検診は、検診による不利益が利益を上回る可能性があるため提供しないことが重要である。都道府県は、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、生活習慣病検診等管理指導協議会を活用して必要な働きかけを行うことが求められる。

※3 指針では「がん検診の対象者自身が、がん検診の利益・不利益を考慮したうえで受診を検討することが望ましい」とされ、検診提供者（市区町村、検診機関）は、「対象者にがん検診の利益・不利益の説明を行うこと」が求められている。

※4 指針で推奨されない検診が行われる背景要因の一つとして、検診の有効性指標や不利益への理解が不足していることが挙げられるため、国、都道府県、市区町村は、これらの理解向上にむけた普及啓発活動の実施が求められる。

（職域検診）

国は職域マニュアルの中で、職域検診として望ましい検診内容を示している。検診提供者である保険者や事業主は、職域マニュアルを参考にしてがん検診の検査項目や受診間隔等を決定するよう求められている(※5)。

※5 職域マニュアルで推奨されていない検診は、検診による不利益が利益を上回る可能性がある。そのために、検診提供者（保険者、事業主）は検診の利益・不利益を理解し、対象者に十分に説明することが必要である。

（2－2） 適切な精度管理の実施

① 検診精度管理の意義

がん検診には事前準備から検診終了後のデータ分析までの一連のプロセスがあり（図1）、がん検診における精度管理とは、各プロセスが適切に行われているかを検証することを指す。精度管理が適切に行われない場合、利益よりも不利益が増大する（表7）。

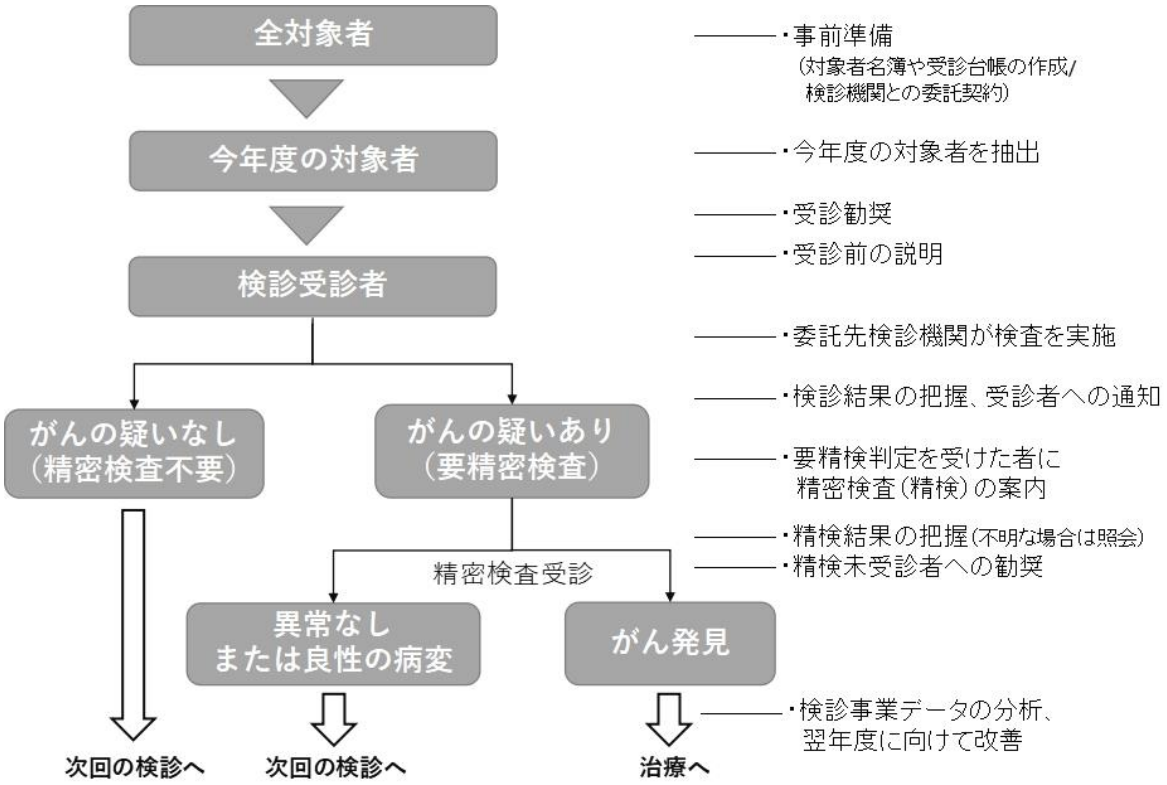


図1　がん検診の主な手順

表7　精度管理の欠如で想定される不利益の例

精度管理の欠如	想定される不利益
対象者名簿がない （年齢・受診間隔・前回の検診結果等を管理していない）	・今年受けるべき者が検診を受診しない （がんの死亡リスクが減少しない）
	・今年受ける必要の無い者が受診する （偽陽性判定、精検受診による心身のダメージ、医療資源の浪費）
検診対象に有症状者が混在する （受診前の説明や問診に不備）	・有症状者の治療の遅れ ・医療資源、検診予算の浪費
要精検判定を受けた者が精検を受診しない	・検診によりがんが発見できない ・要精検判定の妥当性、発見率等の評価が正しく実施できない
委託先検診機関の体制等を把握・確認していない	・検診の質低下 ・偽陽性、偽陰性、検査による偶発症のリスク上昇

② 精度管理の手法 【詳細は第3章参照】

がん検診における精度管理の考え方は、工場等で製品の質を高めるために用いられる品質管理と同様である。精度管理の本質は、「目標と標準の設定」、「質と達成度のモニタリング」、「指標

の分析・評価、改善に向けた取組」の 3 段階を繰り返すことにより、精度管理水準の底上げを持続的に図ることである（図2）。国は各段階について関係者の役割を明確にし、関係者は役割を確実に果たすことが求められる。

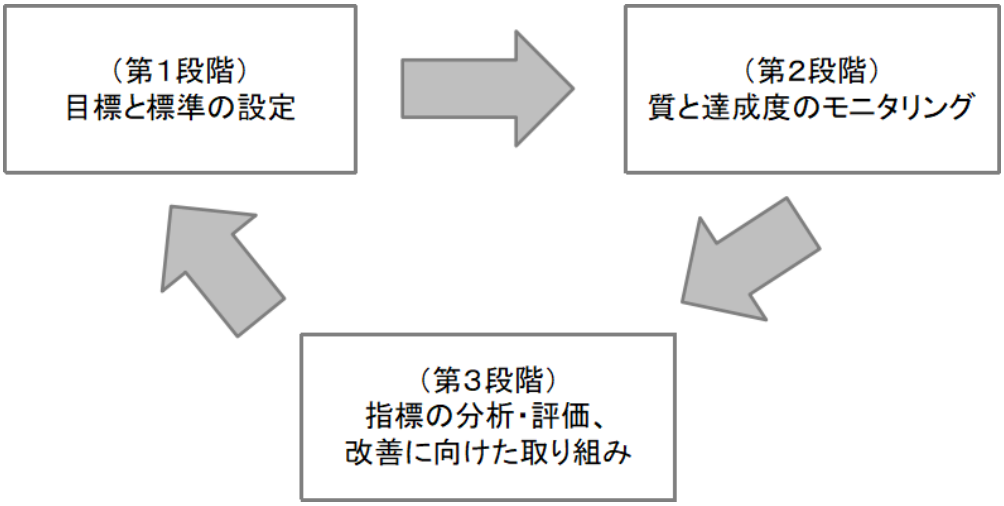


図2　精度管理手法の考え方

（2－3） 受診率の向上

第 4 期基本計画では、対策型検診の受診率 60%を目標にしている。受診率向上にあたり、受診者数（率）が正確に把握される仕組みは必須であり、そのうえで、受診者数を増やす取組が求められる。

① 正確な受診率の把握

○現在の受診率把握の方法と問題点（表8）

日本におけるがん検診には住民検診、職域検診、および人間ドックで行われる検診等があるが、このうち実測値の受診率が把握されているのは住民検診のみである。住民検診の受診率は「地域保健・健康増進事業報告（以下「事業報告」という。）」（※6）により、都道府県/市区町村別に毎年把握できる。住民検診における受診率を市区町村間で比較するには、比較可能な指標で受診率を算定することが必要である。住民検診では自治体間で対象者の定義が統一されておらず、受診率の算定法が異なっていることが問題であったが、平成 27 年から対象者（受診率算定の分母）の定義が「全住民」に統一された。

一方、全てのがん検診の推計受診率は「国民生活基礎調査」で 3 年毎に把握される。この受診率はアンケートにより算出されるため、回答者の解釈によるがん検診以外で受けた検査が混在している可能性や、一部推奨されていない検査法が含まれており、過大評価されやすく、比較する場合は注意が必要となる。

※6　地域保健・健康増進事業報告

地域保健事業や健康増進事業の結果を市区町村ごとに報告するもの。地域保健施策を効率的・効果的に推進するための基礎資料を得ることを目的として行われる。

表8 「国民生活基礎調査」と「事業報告」による受診率の算定方法、注意点

	国民生活基礎調査による受診率	事業報告による受診率
意味	住民検診、職域検診、人間ドック等を含む全ての検診の受診率（推計値）	住民検診のみの受診率（実測値）
受診率の算定方法	（分母）調査の回答者数	（分母）全住民（※8）
	（分子）検診を「受診した」と回答した者の数	（分子）住民検診の受診者数
公表間隔	3 年に一度	毎年度
活用目的	基本計画の個別目標の進捗指標（※7）	自治体別の受診率を比較し、受診率向上対策が不十分な地域に改善を促す
解釈上の注意点	受診率が過大評価されやすい ・回答者の解釈により、検診以外の検査が受診率に混在する可能性がある ・指針で推奨されていない検診が受診率に算定される	住民検診の対象者は平成 27 年以降に「全住民」に統一されたが、それ以前は各市区町村が独自に定義していた。そのため、平成 27 年前後の受診率の比較には注意が必要。

※7 第 2 期基本計画以降、受診率は他国との比較も踏まえ 69 歳を上限として算定されている

※8 市区町村間で住民検診の受診率を比較する際には、「全住民」の他に「国民健康保険加入者数」も分母（対象者）として利用される（表9）

〇住民検診の受診率－市区町村間で比較可能な受診率の算定方法

住民検診では自治体間の受診率を比較可能にするため、全住民が対象者として定義される。一方、全住民に占める職域検診受診者の割合は地域で異なり、全住民を受診率算定の分母にすると、職域検診受診者が多い地域では見かけ上受診率が低くなる可能性がある。そのため、自治体間の受診率を比較可能にするために、対象者を国民健康保険被保険者に絞って算定する手法が平成 30 年から追加された（表9、指標1）（※9）。

※9 指標1は市区町村間の受診率の比較性を担保するための手法であり、「国民健康保険被保険のみを検診対象にする」ことを意味しない。住民検診の対象は全住民であり、市区町村は、職域検診関係者と連携するなどして、国民健康保険被保険者以外の住民に対しても、同様に受診勧奨をすべきである。

表9　市区町村間で比較可能な受診率の指標

	指標1	指標2
受診率の算定方法	（分母）全住民のうち、国民健康保険被保険者数	（分母）全住民
	（分子）住民検診受診者のうち、国民健康保険被保険者数	（分子）住民検診の受診者数

出典：厚生労働省「がん検診受診率等に関するワーキンググループ報告書（平成 28 年 9 月）」

② 効果的な受診率向上施策 【詳細は第4章参照】

受診率向上施策について第 4 期基本計画では、「国は、受診率向上に向けて、これまでの取組から得られた知見を踏まえつつ、より科学的かつ効率的な受診勧奨策を、関係学会や企業等の協力を得て、都道府県及び市町村と連携して推進する」としている。受診率向上施策には様々な手法があるが、科学的根拠があり（表１０）、組織型検診でも用いられている個別受診勧奨（コール）・個別受診再勧奨（リコール）を着実に行うことが求められる。

表１０ 乳がん検診・子宮頸がん検診・大腸がん検診の受診率対策に関する科学的根拠（CDC）

対象者への介入（アプローチ）方法	乳がん検診	子宮頸がん検診	大腸がん検診
手紙や電話などによる勧奨・再勧奨（コール・リコール）	**推奨**	**推奨**	**推奨**
スモールメディア（パンフレットやニュースレターなど）	**推奨**	**推奨**	**推奨**
1 対 1 の教育（医療従事者が行う健康教育や啓発など）	**推奨**	**推奨**	**推奨**
費用以外の障害の軽減（例 休日夜間の受診、アクセス向上）	推奨	証拠不十分	推奨
自己負担費用の低減（検診費用の補助など）	推奨	証拠不十分	証拠不十分
グループ教育（講演など）	推奨	証拠不十分	証拠不十分
報奨のみ（少額の現金やクーポン）	証拠不十分	証拠不十分	証拠不十分
マスメディア	証拠不十分	証拠不十分	証拠不十分
複合的アプローチ	**推奨**	**推奨**	**推奨**

出典：The Community Guide（CDC）
＜https://www.thecommunityguide.org/content/task-force-findings-cancer-prevention-and-control＞（最終アクセス 2020 年 12 月 25 日）

第3章.　がん検診における精度管理の手法

がん検診における精度管理手法は、「目標と標準の設定（第 1 段階）」、「質と達成度のモニタリング（第 2 段階）」、「指標の分析・評価、改善に向けた取組（第 3 段階）」より構成され、これらを繰り返すことにより検診の質の底上げを目指す。各段階における関係者の役割と具体的な実施内容を以下に示す。

３．１．　住民検診の精度管理手法

（1）　目標と標準の設定（第 1 段階）

国は、検診の質を測る指標（精度管理指標）と到達目標を設定し、状況に応じて見直しを行う。精度管理指標には「技術・体制指標」、「プロセス指標」、「アウトカム指標」がある（表１１）。がん検診の目的はがんの死亡率減少であるため、検診のアウトカム指標にはがん死亡率を用いるべきである。ただし検診の成果が死亡率に反映されるには長い時間がかかるため、短期指標として「技術・体制指標」と「プロセス指標」を用いる。

表１１　精度管理指標の種類

	指標の内容
技術・体制的指標	検診実施機関の体制の確保（設備、医師・技師等）、 実施手順の確立等
プロセス指標	がん検診受診率、要精検率、精検受診率、陽性反応適中度、がん発見率、感度、特異度、がん有病割合等
アウトカム指標	がん死亡率

（1－1）　技術・体制指標

「技術・体制指標」とは、がん検診の質の担保に必要な最低限の技術・体制である。指針には「事業評価のためのチェックリスト（以下「チェックリスト」という。）」が示されており、国立がん研究センターがまとめている（別添5、※1）。チェックリストには都道府県用、市区町村用、検診機関用の 3 種類がある。このうち、「市区町村用チェックリスト」の別添に、「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」があり、市区町村と検診機関が委託契約時に交わす仕様書の必須要件が示されている（※2）。

都道府県、市区町村、検診機関はそれぞれのチェックリスト項目に従って体制を整備し、定期的に達成状況を自己点検する。チェックリスト項目の中には、都道府県/市区町村/検診機関がそれぞれ単独では達成できず、お互いの連携が必要な項目も含まれる。また地域によっては、地区医師会等の協

力がないと達成が難しい項目もある。対策型検診の全関係者は、必要に応じて連携しながら、全チェックリスト項目の達成を目指す必要がある。

※1　チェックリストは国の指針変更や関連学会の規約変更に応じて定期的な見直しが行われている。最新のチェックリストについては下記を参照のこと。
国立がん研究センターがん情報サービス「医療関係者向けサイト」、「予防・検診」
https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

※2　市町村が民間事業者にがん検診を委託する際には、原則として一般競争入札による契約によるが、仕様書に委託基準等を明確に示さずに行った場合には、検診の質にかかわらず最低価格で入札した検診機関が落札することになり、結果として検診の質が下がるおそれがある。そのため、仕様書には「検診機関用チェックリスト」の事項を参考に、設備、人員、運営等に係る基準等を盛り込むことが必要である。

（1－2） プロセス指標

がん検診の長期的なアウトカムはがん死亡率だが、有効性の確立したがん検診では、短期的には最終目標に至るまでの過程（プロセス）の改善を継続して測ることが望ましく、プロセス指標を用いた評価が求められる。がん検診の精度管理においては、まずプロセス指標を適切に算出することが重要である。さらに、プロセス指標の意味と活用方法を理解したうえで（表１２）、基準値と乖離する項目については、その原因と改善策を検討する（別添６）。プロセス指標値の異常には複合的な要因が関与していることが多いため、この検討を行う際は、市区町村を指導・助言する立場にある都道府県が、専門家の意見をもとに俯瞰的観点から主導することが望ましい。また、検診機関ごとにプロセス指標値を算定し、定期的な評価を行うことは、検診の質を高めるうえで重要である。

平成 20 年以降、プロセス指標は改善しており、報告書の基準値を多くの自治体が満たしたことから、さらなる質の向上を目指すため、プロセス指標の基準値の見直しを行った。設定の方針は、目指すべき感度・特異度に基づき、これらと性・年齢階級別のがん罹患率により要精検率、がん発見率を算出した。基準値の項目は、要精検率、精検受診率（基準値を 90%とする）、がん発見率、陽性反応適中度、CIN3 以上発見率（子宮頸がんのみ）、非初回受診者の 2 年連続受診者割合（乳がん、子宮頸がんのみ）、感度、特異度（要精検率と関連する指標として）とした。

基準値の対象年齢は、胃がん：50-74(69)歳、大腸がん、肺がん、乳がん：40-74(69)歳、子宮頸がん：20-74(69)歳、20-39 歳、40-74(69)歳とした。子宮頸がんは対象となる年齢の幅が広く、対象集団における平均的ながん罹患リスクを１つに設定することが難しいため、上記のように対象年齢を分類した。

全国の標準的な性・年齢階級に基づいた基準値を別添６の表7（上限 74 歳）、表 7-2（上限 69 歳）に示す。これとは別に、自治体や保険者によっては、性・年齢階級に偏りがあるため、それぞれの対象集団における性・年齢階級に応じて独自に基準値を算定し、がん検診事業の評価に役立てていただき

たい。

表12 プロセス指標の意味と活用方法

プロセス指標	各指標の意味 【算出方法】	各指標値の評価	値が適正でない場合の検討事項		
			プロセス指標値	予想される原因	検討内容
要精検率	検診において、精密検査の対象者が適切に絞られているか 【要精検者数／受診者数×100】	対象集団に応じて適切な範囲があり、極端な高値、あるいは低値の場合は更に検討が必要	高値	①受診者が有病率の高い集団に偏っている ②偽陽性が多い	①有症状者が検診を受けていないか（有症状者は診療を受けるよう指導する）、有病率の高い年齢層、有病率の高い初回受診者に偏っていないか ②各検診機関の要精検の判定基準は適切か
			低値	①受診者が有病率の低い集団に偏っている ②偽陰性が多い	①有病率の低い年齢層に偏っていないか（年齢層、受診歴等） ②各検診機関の要精検の判定基準、検査手技、読影等は適切か
精検受診率	要精検者が実際に精密検査を受診したか 【精検受診者数／要精検者数×100】	高いことが望ましい（精検受診率が100%近くなければ、がん発見率を適切に評価できない）	高値	― （100%に近いことが理想）	
			低値	①精検受診の有無について未把握が多い ②精検結果の未把握が多い（もし精検を受診しても、その結果が把握できない場合は「精検受診」にカウントされない） ③精検の受診勧奨が適切でない ④精検の提供体制が不十分（キャパシティ、アクセス）	①精検受診の有無を確実に把握できる体制が出来ているか ②精検結果を確実に把握できる体制が出来ているか（精検結果の報告・回収ルート） ③受診者に予め「要精検の場合は必ず精検を受けること」を伝え、かつ、全ての要精検者に精検の重要性を十分に伝えているか ④精検受診者の利便性
精検未受診率	要精検者が実際に精密検査を受診したか 【未受診者数／要精検者数×100】	低いことが望ましい	高値	①精検の受診勧奨が適切でない ②精検の提供体制が不十分（キャパシティ、アクセス）	①受診者に予め「要精検の場合は必ず精検を受けること」を伝え、かつ、全ての要精検者に精検の重要性を十分に伝えているか ②精検受診者の利便性
			低値	― （0%に近いことが理想） ただし精検未把握率が高い場合は、見かけ上未受診率も低くなることに注意	

精検未把握率	精検受診の有無や精検結果が、適切に把握されたか 【未把握者数／要精検者数×100】	低いことが望ましい	高値	①精検受診の有無について未把握が多い ②精検結果の未把握が多い（もし精検を受診しても、その結果が把握できない場合は「精検受診」にカウントされない）	①精検受診の有無を確実に把握できる体制が出来ているか ②精検結果を確実に把握できる体制が出来ているか（精検結果の報告・回収ルート）
			低値	―　（0%に近いことが理想）	
がん発見率	その検診において、適正な頻度でがんを発見できたか 【がんであった者／受診者数×100】	基本的に高いことが望ましいが、極端に高値、あるいは低値の場合は更に検討が必要	極端に高値	受診者が有病率の高い集団に偏っている	有症状者が検診を受けていないか（有症状者は診療を受けるよう指導する）、有病率の高い年齢層、有病率の高い初回受診者に偏っていないか
			低値	①受診者が有病率の低い集団に偏っている ②偽陰性が多い	①有病率の低い年齢層に偏っていないか（年齢層、受診歴等） ②各検診機関の要精検の判定基準、検査手技、読影等は適切か
陽性反応適中度	その検診において、効率よくがんが発見されたかを測る指標（検診の精度を測る指標） 【がんであった者／要精検者数×100】	基本的に高いことが望ましいが、極端に高値、あるいは低値の場合は更に検討が必要	極端に高値	受診者が有病率の高い集団に偏っている	有症状者が検診を受けていないか（有症状者は診療を受けるよう指導する）、有病率の高い年齢層、有病率の高い初回受診者に偏っていないか
			低値	①受診者が有病率の低い集団に偏っている ②偽陽性が多い	①有病率の低い年齢層に偏っていないか（年齢層、受診歴等） ②各検診機関の要精検の判定基準、検査手技、読影等は適切か（要精検率が高い場合、本来は精検が不要な者を要精検として判定している可能性がある）

【出典】 国立がん研究センター「自治体担当者のためのがん検診精度管理マニュアル(第 2 版)」より引用・改変

（2） 質と達成度のモニタリング（第 2 段階）

（2－1） 技術・体制指標のモニタリング（チェックリストの遵守状況調査）

①モニタリング方法

チェックリストに基づいた調査により、都道府県、市区町村、検診機関は毎年度遵守状況を自己点検する。都道府県は管区内の全市区町村と全検診機関の遵守状況を、市区町村は管区内の全検診機関の遵守状況を把握する（※3）。国は、各都道府県の遵守状況を把握する。

※3 市区町村が単独で検診機関の遵守状況を把握できない場合は、都道府県が把握した情報を市区町村に共有すればよい。

②モニタリングの注意点

モニタリング（調査）では、回答者の解釈のばらつきを防ぐため、各項目の回答基準を統一する。国と都道府県は、チェックリストに対する検診担当者の理解を上げる取組を行う。具体的には、国はチェックリストの意義や項目の解釈、達成方法等についてのマニュアルを作成し、都道府県が研修会により普及啓発する、などが考えられる。

（2－2） プロセス指標のモニタリング

①モニタリング方法

都道府県と市区町村は、事業報告）に基づいて、都道府県別/市区町村別のプロセス指標値を把握する。（※4）また、検診機関から報告される検診結果別人数に基づいて、検診機関別のプロセス指標値を把握する（※5）。国は各都道府県のプロセス指標値を把握する。

プロセス指標値は性別、年齢 5 歳階級別、過去の受診歴別に把握する。

※4 事業報告の流れ事業報告の流れを図3に示す。市区町村から国への報告、及び国からの公表は 2 回に分けて行われる。これは市区町村が精検の最終結果を把握するまでに時間がかかるため、国への報告時期を遅らせて、把握漏れがないようにするためである。

※5 市区町村が単独で検診機関のデータを把握できない場合は、都道府県が把握したデータを市区町村に共有すればよい。なお、都道府県から市区町村にデータ共有を行う際は、「個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）」（以下「個人情報保護法」という。）に基づき対応する。

②モニタリングの注意点

プロセス指標の精度を担保するため、検診結果別人数は定義を統一し標準化した手法で回収する必要がある。具体的には下記の取組が必要である

- 市区町村は精検未受診率、精検未把握率を下げる取組を行い、要精検者の最終結果を漏れなく把握する。
- 市区町村は、「地域保健・健康増進事業報告」作成要領で示された定義に沿って検診結果を収集する。
- 市区町村は検診開始前に地域の検診関係者（委託先検診機関、精検機関、地区医師会等）に作成要領の内容を周知し、作成要領に沿った結果報告を依頼する。国が作成要領を変更する場合、管轄部署に事前周知するため、自治体は変更点を把握してデータ収集体制を整備することが必要である。

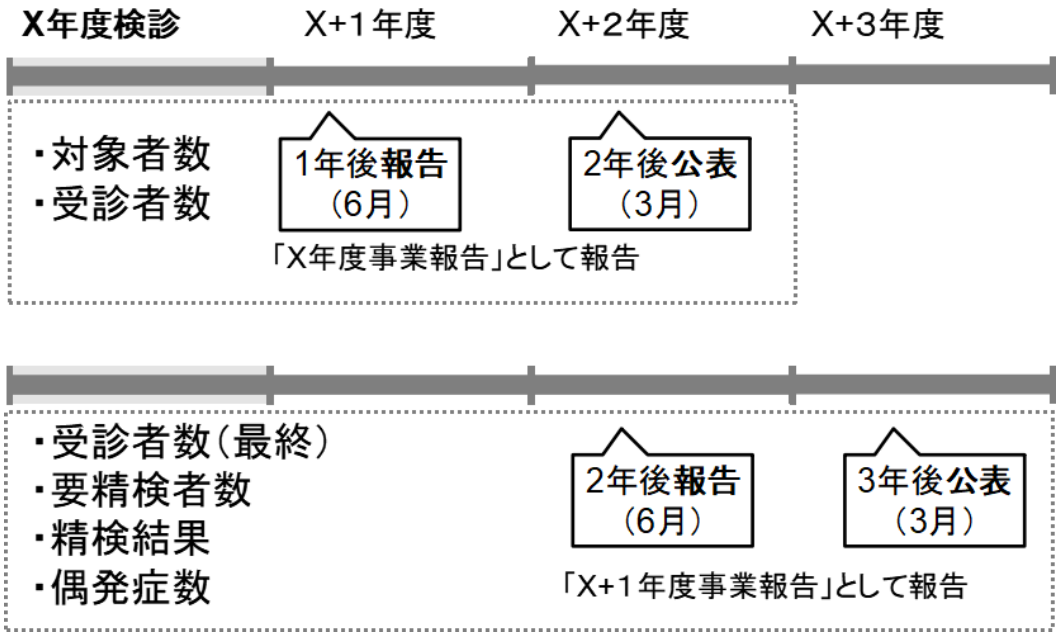


図3 「地域保健・健康増進事業報告」の報告時期および公表時期

（3） 指標の分析・評価、改善に向けた取組（第 3 段階）

（3－1） 評価のフィードバックと公表（図4）

都道府

県は管区内市区町村、検診機関の指標を分析・評価（※6）し、精度管理上の課題を特定し、具体的な改善策を策定する。また、評価と改善策を市区町村、検診機関にフィードバックし（※7、8）、改善を依頼するとともに、必要な技術的支援・指導を行う（※9）。さらに、フィードバック内容を住民に公表する（※10）。これらの取組は専門的見地から適切に行う必要があるため、都道府県は生活習慣病検診等管理指導協議会（がん部会）等に取組内容を諮問し、助言を得て実行する。

国は、各都道府県の指標を分析・評価し、精度管理上の課題を特定し、具体的な改善策を策定する。評価と改善策を各都道府県にフィードバックし、その内容を国民に公表する。また、国は都道府県が適切に精度管理評価や改善指導を行えるよう、具体的手法や好事例を示したマニュアル等を作成する。これらは、厚生労働省研究班、国立がん研究センター、がん検診関連学会等の助言を得て行う。

※6 指標の分析・評価として、全国や他都道府県との比較、県内市町村間/検診機関間のばらつきの確認などを行う。評価の低いもしくは指標に疑義のある場合（チェックリストの回答やプロセス指標値に疑問がある場合）に、聞き取り調査や現場訪問を行い、原因（ばらつきの原因が体制の違いによるものか、対象集団の特性の差異によるものかなど）を検討し、問題の所在を明らかにする。

※7 フィードバックは資料配布や説明会の開催などにより行う。改善の取組を依頼するとともに、必要な技術的支援と指導等を実施する。

※8 市区町村が単独で検診機関の分析・評価・フィードバックを実施出来ない場合は、都道府県が行った分析・フィードバックを市区町村に共有すればよい。

※9 精度管理改善には当事者の市区町村や検診機関の自助努力のほか、地域のがん検診関係者の協力が必要である。都道府県は県医師会や地区医師会等の検診関係者にも必要な情報を共有し、協力を依頼する。また、広域的、専門的かつ技術的拠点である保健所は、市区町村の支援や検診機関の指導等に積極的に協力する。

※10 公表の目的は、改善の取組を促すことと、検診の質について住民が自ら判断できるようにすることであるため、都道府県名、市区町村名、検診機関名を付記して分かりやすく公表することが求められる。

（3－2） 改善策の実行

都道府県、市区町村、検診機関はフィードバック内容に従って改善策を実行する。

（3－3） 改善状況の確認

都道府県は管区内の改善度を確認し、改善が見られない場合の対応を検討する。特に、検診機関が、精度管理上の問題が認められるにもかかわらず改善措置をとらない場合は、検診を委託することが適切でない旨の情報提供を市町村に対し行う。国は専門機関の助言のもとで各都道府県の改善度を確認し、改善が見られない場合の対応を検討する。

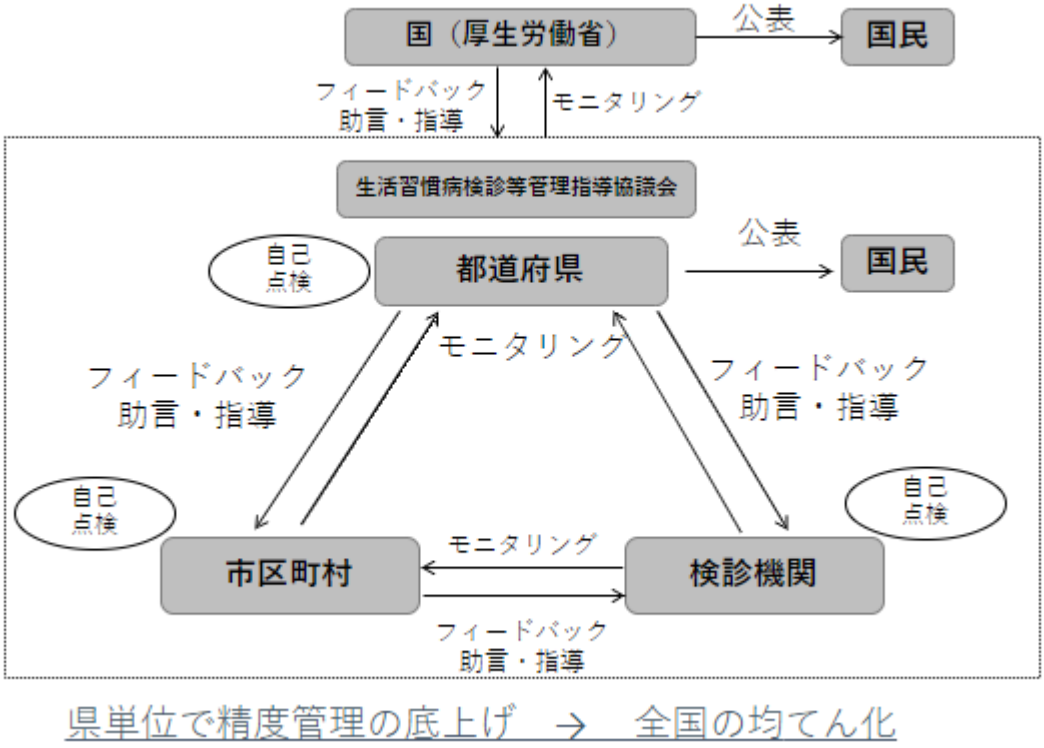


図4 住民検診における評価・フィードバック・公表の全体像

（4） 住民検診の精度管理上の留意点

（4－1） 集団検診と個別検診における精度管理の特徴

検診の提供体制には集団検診方式と個別検診方式がある（表13）。集団検診では契約施設が少なく検診体制が統一しやすいため、比較的精度管理が容易である。一方、個別検診では、関与する組織が多いため（図5）体制統一がしにくく、精度管理が難しい。

個別検診における検診機関の定義は、「実際に検診を受託する個々の医療機関（診療所やクリニックなども含む）」（※11）である。従って個別検診では各医療機関が精度管理の対象となり、各々において「検診機関用チェックリスト」に準じた体制整備が求められる。ただし、地域によっては、地区医師会を 1 検診機関として扱い、各医師会において加盟医療機関の体制統一を進めることで、より円滑に精

度管理が行える可能性がある。地区医師会がどの程度精度管理に協力できるかは地域差があるが、自治体は日頃から地区医師会等に対し、対策型検診の意義や精度管理の必要性を説明し、精度管理への協力体制を準備しておくことが求められる。

※11 HPV 検査単独法による子宮頸がん検診では、検体採取機関、HPV 検査（検診または追跡検査）の判定機関、細胞診（トリアージ検査）判定機関がある。

表13 集団検診と個別検診の特徴

	集団検診	個別検診
定義（※）	検診日時、検診場所を設定して、集団で行う検診方式のこと	医療機関等において利用券方式等により、個人単位でいつでも受けられる検診方式のこと
会場	保健センター、地域の集会所、検診車など	各医療機関
受診者の利便性	日時や場所が指定されることで、受診者の自由度は低め	個人の都合で日時や場所を決められるため、比較的受診しやすい
精度管理のしやすさ	契約施設が限定されており、検診体制の統一が比較的容易	医療機関数が多く契約形態も多岐に渡るため、体制統一が難しい。

※出典：「地域保健・健康増進事業報告」作成要領

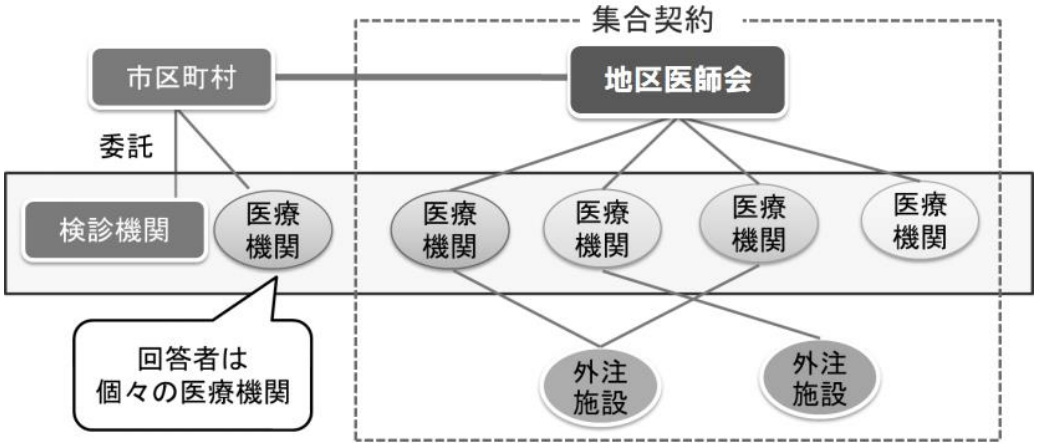


図5 個別検診の関係組織（模式図）

（4－2） 精検受診率向上対策

がん検診は、がんの疑いがある者を適切に診断・治療することにより当該がんの死亡率を下げるものであり、精検受診率は最も重要な精度管理指標の一つである。第 4 期基本計画では「精検受診率90%達成」が個別目標の一つに掲げられている。

精検受診率対策には、精検未受診率および精検未把握率を下げる対策があるが、取り組む内容が異なるため、市区町村は双方を定義（※12）に従って正確に分類し、優先度が高い方から対策を始める。

〇精検未受診率を下げる主な対策

精検受診勧奨を強化する（精検未受診者を正確に特定したうえで効率よく勧奨する。精検未受診率が高い集団の特性や未受診の理由を調査し、課題に応じた解決策を検討する）。また、受診可能な精検機関名のリストを配布するなど、要精検者の利便性向上に努める。さらに、要精検となったら必ず精検を受けることについて、検診実施前に住民に説明するなど、精検受診の必要性を周知徹底する。

〇精検未把握率を下げる主な対策

精検結果の回収率を上げる（精検結果の回収経路や回収方法を見直す）。精検結果回収に関わる機関（がん診療連携拠点病院、精検機関、地区医師会など）に精検結果回収への協力を依頼する。精検結果報告書の様式を簡略化し都道府県内で統一する。

※12 精検受診、未受診、未把握の定義

【精検受診】: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。

【精検未受診】: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（受診者本人の申告及び精検機関で受診の事実が確認されないもの）及び精検として不適切な検査（※13）が行われたもの。

【精検未把握】:精検受診の有無が分からないもの及び（精検受診したとしても）精検結果が正確に報告されないもの。

※13 不適切な精検

大腸がん検診では便潜血検査の再検、肺がん検診では喀痰細胞診要精検者に対する喀痰細胞診再検、子宮頸がん検診では ASC-US を除く要精検者に対する、細胞診のみの再検など。

（4－3） 精検結果の回収における個人情報の考え方

精検結果はがん検診の精度管理において必要不可欠な情報であることから、精検（治療）機関は市

区町村や検診機関の求めに応じて情報提供を行う。

地方公共団体等への精検結果の提供は個人情報保護法において、「公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき（第 18 条第3項第 3 号）」に該当し、必ずしも本人の同意を得る必要はないとされている。またその具体例として、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成 29 年、個人情報保護委員会・厚生労働省）」では、「がん検診の精度管理のための地方公共団体又は地方公共団体から委託を受けた検診機関に対する精密検査結果の情報提供」と明記されている。従って、精検機関が精検結果を市区町村もしくは、市区町村から委託された検診機関に返却することは法的に問題はない。

都道府県や市区町村はこれらを踏まえて、検診関係者（検診機関、精検機関、地区医師会など）に精検結果回収への協力を依頼するとともに、受診者に対しても、精検結果回収の重要性について十分に説明することが必要である。

（4－4） その他の留意点

がん検診精度管理に関する自治体からの照会及び回答を別添7に示す。

3．2． 職域検診の精度管理手法

職域におけるがん検診の精度管理に関して、現状ではその方法や役割は示されていないが、将来的には住民検診と同様のシステムを構築することが、職域におけるがん検診のマニュアルの中で求められている(別添8）。このマニュアルでは保険者・事業主が整備すべき体制の参考として「精度管理のためのチェックリスト」が示されており、委託先検診機関の選定基準として「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」が示されている。職域検診の実施主体である保険者と事業主が連携してチェックリストを遵守することにより、検診技術・体制の質の向上が期待できる。ただし現状では、保険者と事業主の精度管理上の役割分担や連携方法が示されておらず、チェックリストが殆ど活用されていない。今後は関係者との協議のうえ、具体的な運用方法（モニタリングおよび評価・改善・指導）を構築する必要がある。

職域におけるがん検診の精度管理を行ううえで、保険者や事業主はがん検診の結果など健康情報の取扱いのために、個人情報保護法や各種ガイドラインに留意する必要がある（別添8）。また事業主は労使の協議により、各種情報を取り扱う目的、方法、権限等について取扱い規定に定め、労働者に周知する必要がある（※1）。健康情報等の取扱いを担当する者は、人事に関して直接の権限を持つ監督的地位にあるものや産業保健業務従事者等になるが、法令により守秘義務を課されていない者が健康情報等を取り扱う場合には、あらかじめ、取扱規定などにおいて、健康情報等を扱う者の守秘義務について取り決めることが望まれる。また、事業主は健康情報の取扱いを外部に委託する場合もあるが、情報の取扱いの範囲を明確にしたうえで、委託先において取扱規定の趣旨を理解し、取扱規定に沿って健康情報等を適切に取り扱うことを含めた安全管理措置を講じるよう、委託契約を締結する必要がある。さらに、事業主においては、この安全管理措置が確実に実施されるよう、委託先に対する必要かつ適切な監督

を行う必要がある。

※1 「事業場における労働者の健康情報等の取扱規定を策定するための手引き （令和元年 3 月、厚生労働省）」

３．３．　精度管理における地域・職域連携

「生活習慣病検診等管理指導協議会」、「地域・職域連携推進協議会」、「保険者協議会」のような既存の組織を活用し、下記の地域・職域連携を進める方策が考えられる。

・「生活習慣病検診等管理指導協議会」は「地域・職域連携推進協議会」、「保険者協議会」の協力を得たうえで、職場等における検査項目や精度管理指標の把握を行う（※１）。
・ 都道府県や市町村は、検診機関毎の精度管理状況について、保険者や事業主に情報提供を行う。

※１ 「健康診査管理指導等事業実施のための指針」によると、「生活習慣病検診等管理指導協議会」は職域検診も可能な限り対象として、「地域・職域連携推進協議会」や「保険者協議会」等と連携しながら精度管理の実態や受診率を把握し、事業の総合的な推進を図ることが求められている。

第4章　がん検診の受診率向上の手法

受診率向上対策としてはまず受診者数（率）を正確に把握したうえで、受診者数を増やす取組が必要である。前者は第 2 章で詳述したため、本章では後者について示す。

受診率向上の明らかな科学的根拠がある施策として、個別受診勧奨（コール）・再勧奨（リコール）がある。

4．1．　個別受診勧奨・再勧奨の徹底

市区町村・保険者・事業主は、対象者全員の氏名を記載した名簿の作成、電話や手紙による対象者個人への受診勧奨、未受診者への再勧奨を徹底する。そのうえで受診勧奨の内容や効率的に行う工夫については、各地域の実情に合わせて検討する。例えば、厚生労働省が「受診率向上政策ハンドブック（第 3 版）」で紹介している、がん検診の受診率向上効果が実証された事例を参考にする。また職域マニュアルでは以下の地域・職域連携により、職域の受診機会がない者が住民検診を受けられる体制を整備することが求められている。

- 保険者や事業者は、受診者の同意を得る等したうえで、市町村と職域におけるがん検診の受診状況を共有する。市町村は、職域でがん検診を受ける機会のない者に対して、市町村が実施するがん検診の受診勧奨を行う。
- 保険者や事業者が、職域でがん検診を受ける機会のない者に対し、市町村におけるがん検診を受診するよう情報を提供し、受診機会を設ける

4．2．　その他の主な受診率向上対策

（1） がん検診の意義や必要性に対する理解度向上の取組

がん検診は診療と異なり無症状者が受けるべきものだが、「がん対策に関する世論調査（令和 5 年度、内閣府）」ではがん検診を受診しない理由として、「心配な時はいつでも医療機関を受診できる」、「費用がかかり経済的にも負担になる」、「受ける時間がない」、「健康状態に自信があり、必要性を感じない」が上位に挙げられている。これは国民の間で「がん検診」と「診療」が混同されている状況が示唆され、がん検診の意味について更なる情報提供が必要である（※1）。

※1　がん検診には不利益が存在するため、国民はがん検診の利益と不利益を理解したうえで、受診の有無を意思決定することが望ましい。そのためには、検診提供者がこれらの知識を正しく理解し、国民（検診対象者）に分かりやすく伝える必要がある。国は、検診提供者・検診対象者双方の理解促進を支援する資材開発や、双方の理解度の確認方法等について検討する。

（2） 対象年齢層を設定した重点受診勧奨の実施

高齢者は若年者と比べ、がん検診の不利益が利益を上回る可能性がある。諸外国ではがん検診を推奨する年齢に上限を設けており、日本の住民検診においても、指針において、対象者全員の受診機会が用意されたうえで、受診を特に推奨する者を 69 歳以下の者、HPV検査単独法による子宮頸がん検診については、60 歳以下の者としている。

（3） 受診者の利便性向上に向けた取組

受診者の利便性を上げる取組としては、休日・早朝・夜間における検診の実施、特定健診との同時実施、勤務時間内に検診を受診できる体制の整備（職域）等が挙げられる。

（4） 検診受診者、検診提供者へのインセンティブ

（4－1） 検診受診者へのインセンティブ

がん検診を受診しない理由として、内閣府の世論調査では、前述のとおり上から2番目の項目として「費用がかかり経済的にも負担になる」が挙げられている。住民検診費用の自己負担額については、全対象者の自己負担を免除している市区町村が約1割、年齢や所得に応じて一部対象者の自己負担を免除している市区町村が約 7 割、自己負担の免除がない市区町村が約 2 割である（※2）。自己負担の免除による受診率向上の影響については今後評価が必要である。

厚生労働省では、過去にがん検診を受診したことがない者に積極的に受診機会を提供するための施策として、平成 21 年度より、初年度の受診対象者に無料クーポン券を発行する事業を行っている（主に乳がん・子宮頸がん）。平成 25 年の厚生労働省検討会報告書では、「受診者へのインセンティブ（費用軽減）による受診率向上効果は明確に評価できなかったが、本事業により自治体側の名簿整備や勧奨システムの整備が促進された」と報告されている（※3）。

※2 厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査（令和5年度）」
※3 厚生労働省「がん検診のあり方に関する検討会中間報告書～がん検診の精度管理・事業評価及び受診率向上施策のあり方について～」（平成 25 年）

（4－2） 検診提供者へのインセンティブ

厚生労働省は、国民健康保険の保険者に対する財政的なインセンティブ制度として、平成 30 年度より保険者努力支援制度を実施している。この制度では、各保険者（市町村・都道府県）における予防・健康づくりや医療費適正化等の取組状況を評価し、それに応じて国から補助金が交付される。市区町村の評価指標にがん検診受診率が含まれる。

経済産業省は、企業の社会的評価のためのインセンティブ制度として、平成 26 年度より「健康経営

銘柄」を東京証券取引所と共同で実施している。この制度では、東京証券取引所の上場企業のうち、健康経営に優れた企業（従業員の健康管理に戦略的に取組んでいる企業）を選定・公表し、資本市場での評価が高まることを通じて、企業全体に「健康経営」の取組が拡大することを目指している。企業の評価指標にがん検診の受診機会の提供が含まれる。

第5章　対策型検診事業評価の全体像と今後の課題

５．１．　事業評価の全体像

対策型検診としての成果をあげるためには、「科学的根拠に基づくがん検診の実施」、「適切な精度管理の実施」、「受診率向上」の 3 要件を適切に実施することが必要であり、関係組織は求められる役割を確実に果たす必要がある（図6）。国は、3 要件が適切に行われているか定期的に把握し、検診事業の進捗を評価する。

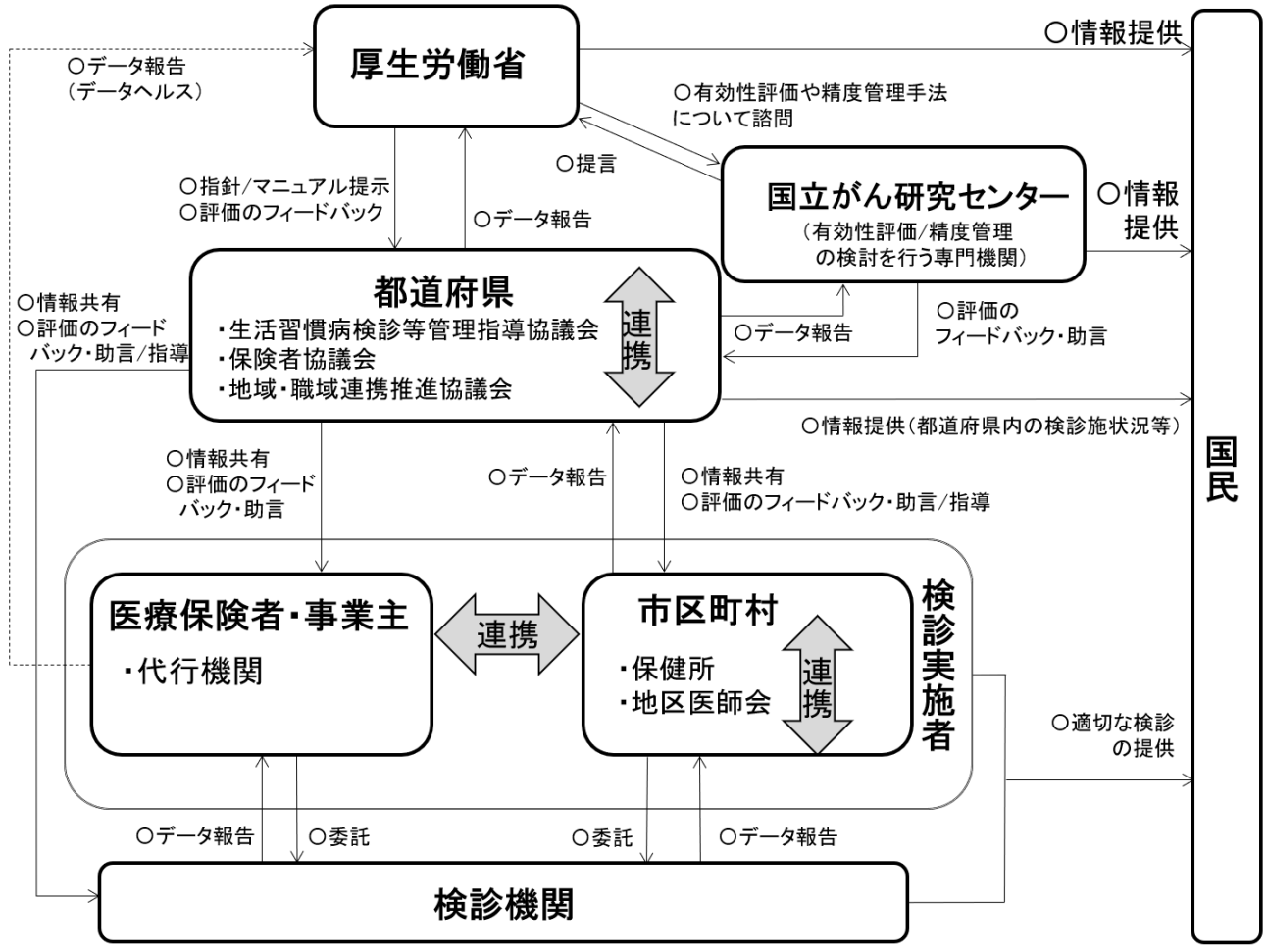


図6　対策型検診事業評価の全体像

５．２．　現在行われている事業評価（住民検診）

住民検診における３要件の進捗状況は、政府統計調査や国立がん研究センターの調査により毎年把握・公表されている（表１４）。直近の調査結果については別添９－１、９－２－１、９－２－２、９－３参照。今後職域検診についても同様に定期的なデータ把握・公表の体制構築が求められる。

表１４　住民検診の事業評価を目的とした調査一覧

対策型検診の要件	調査名	調査内容	回答者	調査結果公表の有無
科学的根拠に基づくがん検診の実施	がん検診の実施状況調査	検診項目、対象年齢、受診間隔等が指針の推奨どおりか。	市区町村	あり（国立がん研究センター※１） プロセス指標値は事業報告に基づいて国立がん研究センターが集計
		指針で推奨されていない検診を行っているか		
適切な精度管理の実施	チェックリストの使用に関する実態調査	市区町村用チェックリストの遵守状況	市区町村	
	都道府県及び生活習慣病検診等管理指導協議会の活動状況調査	都道府県用チェックリストの遵守状況	都道府県	
	事業報告	プロセス指標（要精検率、精検受診率、精検未受診率、精検未把握率、発見率）	市区町村、保健所など	
受診率向上	国民生活基礎調査	がん検診の受診率（全てのがん検診）	全国の世帯及び世帯員	
	事業報告	がん検診の受診率（住民検診のみ）	市区町村	あり（厚生労働省※２）
	チェックリストの使用に関する実態調査	個別受診勧奨・再勧奨の実施状況	市区町村	なし

※１　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/dl_screening.html

※２　e-stat（政府統計の総合窓口）
https://www.e-stat.go.jp/

５．３．　今後の検討課題

住民検診については、厚生労働省や国立がん研究センター等により、「科学的根拠に沿った検診の実施」、「適切な精度管理の実施」、「受診率向上」の取組みが定期的に把握・公表される仕組みが定着しつつあるが、持続的かつ効果的な改善策の検討が重要であり、好事例の展開および国や都道府県等による技術的支援等が課題となる。職域検診については、上記の取組みを実施可能にする基盤整備が必要である。

がん検診の仕組みを Organized screening の水準に引き上げるために、今後解決すべき法律や制度面の課題が多く残されている。本改定版では記載されていないが、今後のわが国におけるがん検診に関する検討課題を別添１０に示す。

今後がん死亡率減少を実現するため、地域・職域に関わらず全てのがん検診を効果的に行う体制についての継続的な議論、および必要に応じた本改定版の見直しが望まれる。

厚生労働行政推進調査事業費補助金（がん対策推進総合研究事業）

「がん検診事業の評価に関する研究」班　班員名簿

	青木　大輔	慶應義塾大学医学部　産婦人科学
	大内　憲明	国立大学法人東北大学大学院医学系研究科
	笠原　善郎	恩賜財団福井県済生会病院・乳腺外科
	加藤　勝章	公益財団法人宮城県対がん協会・がん検診センター
	雑賀　公美子	長野県厚生農業協同組合連合会佐久総合病院・総合医療情報センター医療情報分析室
	斎藤　博	青森県立中央病院
	佐川　元保	学校法人東北医科薬科大学・医学部光学診療部
	祖父江　友孝	国立大学法人大阪大学大学院医学系研究科・社会医学講座
○	高橋　宏和	国立がん研究センターがん対策研究所・検診研究部、がん医療支援部（併任）
	立道　昌幸	学校法人東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学
	中山　富雄	国立がん研究センターがん対策研究所・検診研究部
	羽鳥　裕	公益社団法人日本医師会
	町井　涼子	国立がん研究センターがん対策研究所・がん医療支援部
	松田　一夫	公益財団法人福井県健康管理協会・医局

（五十音順、○は研究代表者）

所属は令和 3 年 12 月現在

別添1　Wilson＆Jungner による検診に関する 10 原則の見直し

Mark J Dobrow et.al. Consolidated principles for screening based on a systematic review and consensus process.CMAJ. 2018

【概要】1968 年に Wilson & Jungner より検診に関する 10 原則が提唱されて以降 50 年が経過したが、現在でもこれらは通用するのか。この評価のために、本稿では Wilson＆Jungner、Andermannらの原則を含む関連論文を系統的にレビューし、Delphi 法により検討した。検索された論文は 41 報であり、367 の原則を抽出し、ドメイン別の 12 の原則に統合した。原則は、疾患/状態、検査/介入、プログラム/システムの原則としてさらに分類された。 Wilson & Jungner の 10 原則は 8 つに集約され、4 つが新たに採用された（下線）。原則は、2 ラウンドのコンセンサスプロセスで国際的な検診の専門家により評価された。Wilson & Jungner による原則は本質的であるが、プログラム/システムに関する問題やその後の対応などを完全に捉えていないため、本統合原則は、対策型検診を考える上で、包括的で現状に則した原則になり得る。

※Wilson & Jungner による検診に関する 10 原則になく、本稿で採用された原則を下線で示す。

	原則 （研究班訳）
疾患/ 状態	1. Epidemiology of the disease or condition ・疾患または状態の疫学を十分に理解し、これらが重要な健康問題である必要がある （発見率/有病率が高い/増加している、またはこれらにより罹患率/死亡率が増加している） 2. Natural history of disease or condition ・疾患または状態の自然史を十分に理解し、疾患または状態を明確に定義され、検出可能な前臨床段階が存在する 3. <u>Target population for screening</u> ・対象集団は明確に定義され（年齢など）、同定および接触可能である
検査/ 介入	4. Screening test performance characteristics ・検査精度特性は目的に適しており、感度、特異性、陽性反応的中度などが正確に算定され、信頼性および再現性がある ・検査は対象に受け入れられ、安全、安価、効率的に実行・管理できる 5. Interpretation of screening test results

	・検査の結果は、精密検査が必要な受診者を特定するために、明確で解釈可能である 6. Postscreening test options ・要精検者に対して推奨できる行動が示され、それにより死亡率が低下する ・受診者が検査の利益・不利益を理解し、許容できる ・偽陽性・偽陰性を最小限に抑える
プログラム/ システム	7. Screening program infrastructure ・プログラムの全工程にアクセスするための基盤が整備され（財源、人的資源、情報テクノロジー、施設、検査機器や技術）、そのための計画がある 8. Screening program coordination and integration ・プログラムのすべての工程を調整し、医療システムと統合することにより、受診者すべてが適切なケアを継続できる 9. Screening program acceptability and ethics ・プログラムのすべての工程は、受診者、専門家、社会に対して臨床的、社会的、倫理的に受け入れられる ・受診者は、自律的に、権利が保障された上で、情報に基づいた選択が可能である 10. Screening program benefits and harms ・受診者および社会における利益と不利益が明確に定義されており、プログラムの全体的な利益が不利益を上回ることを示す質の高い科学的証拠がある 11. Economic evaluation of screening program ・健康システムまたは社会的視点から、プログラムの経済的評価を実施する ・疾患や状態を管理するための、検診以外の費用と効果を明確に考慮しながら、プログラムの実施、運用、維持の全費用と効果を評価する 12. Screening program quality and performance management ・プログラムには、現状の精度管理や到達目標を確認するための情報や予算に基づいた、計画、モニタリング、評価、報告に関連する明確な目標がある

別添２－１　がん検診に関する根拠法令、通知通達の一覧（抜粋）

１．健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）

● 第九条

厚生労働大臣は、生涯にわたる国民の健康の増進に向けた自主的な努力を促進するため、健康診査の実施及びその結果の通知、（中略）その他の措置に関し、健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針（以下「健康診査等指針」という。）を定めるものとする。

● 第十九条の二

市町村は、第十七条第一項に規定する業務に係る事業以外の健康増進事業であって厚生労働省令で定めるものの実施に努めるものとする。

● 第十九条の三

都道府県は、前条の規定により市町村が行う事業の実施に関し、市町村相互間の連絡調整を行い、及び市町村の求めに応じ、その設置する保健所による技術的事項についての協力その他当該市町村に対する必要な援助を行うものとする。

２．健康増進事業実施要領（健発第 0331026 号平成 20 年３月 31 日厚生労働省健康局長通知別添）

（健康増進法第 17 条第 1 項及び第 19 条の 2 に基づく健康増進事業の要領）

（共通事項）

● 健康増進事業の実施に当たっては、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健診・保健指導及び後期高齢者医療広域連合が行う保健事業等との連携を十分に図り、受診者の利便性に配慮するものとする。

● 市町村においては、健康増進事業実施部門と国保部門との連携を十分に図ることが重要である。

● また、都道府県においては、保険者協議会や地域・職域連携推進協議会等を通じて医療保険者との連携を強化し、健康増進事業と特定健診・保健指導等との連携が円滑に進むよう支援することが重要である。

● 健康増進事業の実施に当たっては、医療保険各法その他の法令に基づき、当該健康増進事業に相当する保健事業のサービスを受けた場合又は受けることができる場合は、市町村における健康増進事業を行う必要はないものとする。

● 健康増進事業の実施に当たっては、健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針（平成 16 年厚生労働省告示第 242 号）に留意するものとする。

（健康増進法第 19 条の 2 に基づく健康増進事業）

● がん検診の具体的な種類及び実施方法等については、別途定めるところによる。

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）

- がん検診の種類は、次に掲げる検診（当該検診に基づく受診指導も含む）とする。① 胃がん検診、② 子宮がん検診、③ 肺がん検診、④ 乳がん検診、⑤ 大腸がん検診、⑥ 総合がん検診
- 都道府県に「健康診査管理指導等事業実施のための指針について」（中略）に基づき、生活習慣病検診等管理指導協議会が設置され、同協議会の下に、がんに関する部会が設置されていること。 各部会において、この指針及び「健康診査管理指導等事業実施のための指針」に基づくがん検診の評価、指導等が実施されていること。
- がん検診の実施に当たっては、科学的根拠に基づく検診を、受診率向上を含めた適切な精度管理の下で実施することが重要である。がん検診における事業評価については、平成20年3月に厚生労働省「がん検診事業の評価に関する委員会」がとりまとめた報告書「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」（以下「報告書」という。）において、その基本的な考え方を示しているところである。

4. 健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針（平成 16 年厚生労働省告示第 242 号）

- 健康増進事業実施者は、事前及び事後措置も含めた健診・検診プログラム全体としての評価を行うことが望ましい。また、評価を行う場合には、各々の健診及び検診事業に応じ、ストラクチャー評価（実施するための仕組みや実施体制の評価）、プロセス評価（目的の達成に向けた過程の評価）、アウトプット評価（目的達成のために行われる事業の結果の評価）及びアウトカム評価（目的の達成状況の評価）に分類の上、行うことが必要である。
- 健康増進事業実施者においては、健診結果等情報を継続させていくことが受診者の健康の自己管理に役立ち、疾病の発症及び重症化の予防の観点から重要であり、生涯にわたる健康の増進に重要な役割を果たすことを認識し、健康増進事業の実施に当たっては、個人情報の保護に関する法律（中略）等(中略)を遵守しつつ、生涯を通じた継続的な自己の健康管理の観点から、健診結果等情報を継続させるために必要な措置を講じることが望ましいこと。
- 健康診査等の結果の写しの提供が予定されている場合には、原則として、各健診及び検診において、その結果等を、別途定める標準的な電磁的記録の形式により提供するよう努めること、又は、健康診査の実施の全部又は一部を委託する場合には、原則として、委託先に対して、当該形式による健康診査の結果等の提出を要請するよう努めること。

5. 健康診査管理指導等事業実施のための指針（健総発第 0331012 号平成 20 年3月 31 日厚生労働省健康局総務課長通知別添）

- 都道府県は、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、生活習慣病検診等管理指導協議会を設置・運営するものである。

- 生活習慣病検診等管理指導協議会は、循環器疾患等部会、胃がん部会、子宮がん部会、肺がん部会、乳がん部会、大腸がん部会及び生活習慣病登録・評価等部会の 7 部会で構成するものとする。
- 市町村が行う保健事業を効果的、効率的に実施するため、職域保健サービス提供主体との連携強化を図る必要があり、このため都道府県は、平成 18 年 6 月 30 日健発第 0630003 号厚生労働省健康局長通知「地域保健医療等推進事業の実施について」の別添 5「地域・職域連携推進事業実施要綱」に基づき、都道府県地域・職域連携推進協議会（以下「協議会」という。）を設置・運営するものである。
- 生活習慣病検診等管理指導協議会の業務は、医療保険者及び市町村で実施される健康診査の評価に限らず、職域等で実施されている集団健診等も可能な限り対象として、地域・職域連携推進協議会や保険者協議会等との連携の下、その精度管理の実態や受診率等について把握し、事業の総合的な推進を図るよう努めるものとする。

6. がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）

- 第三条

国は（中略）がん対策を総合的に策定し、及び実施する責務を有する。

- 第四条

地方公共団体は（中略）がん対策に関し、国との連携を図りつつ、自主的かつ主体的に、その地域の特性に応じた施策を策定し、及び実施する責務を有する。

- 第五条

医療保険者（中略）は、国及び地方公共団体が講ずるがんの予防に関する啓発及び知識の普及、がん検診（その結果に基づく必要な対応を含む。）に関する普及啓発等の施策に協力するよう努めなければならない。

- 第八条

事業主は、がん患者の雇用の継続等に配慮するよう努めるとともに、国及び地方公共団体が講ずるがん対策に協力するよう努めるものとする。

- 第十条

政府は、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策の推進に関する基本的な計画（以下「がん対策推進基本計画」という。）を策定しなければならない。

- 第十二条

都道府県は、がん対策推進基本計画を基本とするとともに、当該都道府県におけるがん患者に対するがん医療の提供の状況等を踏まえ、当該都道府県におけるがん対策の推進に関する計画（以下「都道府県がん対策推進計画」という。）を策定しなければならない。

- 第十四条

国及び地方公共団体は、がんの早期発見に資するよう、がん検診の方法等の検討、がん検診の事業評価の実施、がん検診に携わる医療従事者に対する研修の機会の確保その他のがん検診の質の向上等を図るために必要な施策を講ずるとともに、がん検診の受診率の向上に資するよう、がん検診に関する普及啓発その他の必要な施策を講ずるものとする。

別添2－2　高齢者の医療の確保に関する法律・労働安全衛生法（抜粋）

7. 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）

● 第二十条

保険者は、特定健康診査等実施計画に基づき、厚生労働省令で定めるところにより、四十歳以上の加入者に対し、特定健康診査を行うものとする。ただし、加入者が特定健康診査に相当する健康診査を受け、その結果を証明する書面の提出を受けたとき、又は第二十六条第二項の規定により特定健康診査に関する記録の送付を受けたときは、この限りでない。

● 第二十一条

1　保険者は、加入者が、労働安全衛生法（中略）その他の法令に基づき行われる特定健康診査に相当する健康診断を受けた場合又は受けることができる場合は、厚生労働省令で定めるところにより、前条の特定健康診査の全部又は一部を行つたものとする。

2　労働安全衛生法第二条第三号に規定する事業者（中略）は、当該健康診断の実施を保険者に対し委託することができる。この場合において、委託をしようとする事業者等は、その健康診断の実施に必要な費用を保険者に支払わなければならない。

● 第百五十七条の二

保険者及び後期高齢者医療広域連合は、共同して、加入者の高齢期における健康の保持のために必要な事業の推進並びに高齢者医療制度の円滑な運営及び当該運営への協力のため、都道府県ごとに、保険者協議会を組織する。

2　前項の保険者協議会は、次に掲げる業務を行う。

一　特定健康診査等の実施、高齢者医療制度の運営その他の事項に関する保険者その他の関係者間の連絡調整

二　保険者に対する必要な助言又は援助

三　医療に要する費用その他の厚生労働省令で定める事項に関する情報についての調査及び分析

四　都道府県医療費適正化計画の実績の評価に関する調査及び分析

8. 労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）

● 第六十六条

事業者は、労働者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、医師による健康診断（中略）を行わなければならない。（※）

※労働安全衛生規則（昭和 47 年労働省令第 32 号）

・雇入時の健康診断（第四十三条）：項目の一つに「胸部エックス線検査」がある

・定期健康診断（第四十四条）：項目の一つに「胸部エックス線検査及び喀痰検査」がある

別添3　がん対策推進基本計画（第1期、第2期、第3期、第4期）の要点

	取り組むべき施策	個別目標
第1期計画 （平成 19 年6月）	○　受診率の抜本的な向上を図るため、国民に対しがん予防行動の必要性の理解及びがん検診についての普及啓発を図った上で総合的な対策を推進する。 ○　市町村、人間ドック、職域での受診を含め、実質的な受診率を把握できるような手法の検討を行うなど、正確な受診率を把握することに努める。 ○　科学的根拠に基づくがん検診の手法の評価を、定期的に行う体制を今後とも維持する。また、精度管理・事業評価についても十分検討する。これまでの研究成果を応用に結びつけるため、がんの早期発見の手法の改良や開発に関する研究についてより一層の推進を図る。 ○　がん検診の受診につながるインセンティブ等について検討を進めていく。 ○　市町村におけるがん検診と老人保健法における基本健康診査等については、市町村において同じ会場で実施されている場合もあるが、平成 20（2008）年度以降も、受診日、受診場所、費用負担などについては、受診者の利便性が損なわれないよう配慮することが望まれる。	○　5年以内に、50%以上（乳がん検診、大腸がん検診等）とする ○　すべての市町村において、精度管理・事業評価が実施されるとともに、科学的根拠に基づくがん検診が実施される ○　これらの目標については、精度管理・事業評価を実施している市町村数及び科学的根拠に基づくがん検診を実施している市町村数を参考指標として用いる
第2期計画 （平成 24 年6月）	○　市町村・職域で受診するがん検診、個人で受診するがん検診、医療や定期検診の中で受診するがん検診について、その実態の正確な分析を行う。 ○　がん検診の項目について国内外の知見を収集し、科学的根拠のあるがん検診の方法等について検討を行う。 ○　都道府県は市町村が科学的根拠に基づくがん検診を実施するよう、引き続き助言を行い、市町村はこれを実施するよう努める。さらに、職域のがん検診についても科学的根拠のあるがん検診の実施を促すよう普及啓発を行う。 ○　都道府県は、生活習慣病検診等管理指導協議会の一層の活用を図る等により、がん検診の実施方法や精度管理の向上に向けた取組を検討する。 ○　精度管理の一環として、検診実施機関では、受診者へ分かりやすくがん検診を説明するなど、受診者の不安を軽減するよう努める。 ○　受診率向上施策については、これまでの施策の効果を検証した上で、検診受診の手続きの簡便化、効果的な受診勧奨方法の開発、職域のがん検診との連携など、より効率的・効果的な施策を検討する。 ○　がん検診の意義、対策型検診と任意型検診との違いや、偽陰性や偽陽性などのがん検診の欠点についても理解を得られるよう普及啓発活動を進める。	○　5年以内に、全ての市町村が、精度管理・事業評価を実施するとともに、科学的根拠に基づくがん検診を実施することを目標とする。 ○　がん検診の受診率については、5年以内に 50%（胃、肺、大腸は当面 40%）を達成することを目標とする。受診率の算定に当たっては、海外諸国との比較等も踏まえ、40 歳から 69 歳（子宮頸がんは 20 歳から 69 歳）までを対象とする。 ○　がん検診の項目や方法については、国内外の知見を収集して検討し、科学的根拠のあるがん検診の実施を目標とする。

	取り組むべき施策	個別目標

第3期計画 （平成 30 年3月）	① 受診率向上対策について ○ 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。 ○ 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。	
第3期計画 （平成 30 年3月）	②がん検診の精度管理等について ○ 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。 ○ 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、偽陰性や偽陽性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。	○ 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。
第3期計画 （平成 30 年3月）	③職域におけるがん検診について ○ 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。	

	取り組むべき施策	個別目標
第4期計画	① 受診率向上対策について	

（令和5年3月）	○　国は、がん検診受診率をより正確かつ精緻に、また、個人単位で把握することができるよう検討する。 ○　国は、これまでの取組から得られた知見を踏まえつつ、より科学的かつ効率的な受診勧奨策を、関係学会や企業等の協力を得て、都道府県及び市町村と連携して推進する。また、全ての国民ががん検診を受診しやすい体制の整備に向け、女性・障害者・非正規雇用者等が受診しやすい環境整備など、受診者の立場に立ったがん検診を受診する上での利便性の向上に努める。 ○　市町村及び検診実施機関においては、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努める。また、国は、指針に基づくがん検診の意義及び必要性について、国民が正しく理解できるよう普及啓発を行う。 ○　国は、感染症発生・まん延時等にがん検診の提供体制を一時的に縮小した場合でも、状況に応じて速やかに提供体制及び受診行動を回復させることができるよう、平時における準備等の対応について検討する。 ○　国は、実施主体によらずがん検診を一体的に進めることができるよう、職域におけるがん検診について、実施状況の継続的な把握及び適切な実施に向けた課題の整理を行い、必要に応じて、その法的な位置付けも含め、がん検診全体の制度設計について検討する。	
第4期計画 （令和5年3月）	②がん検診の精度管理等について ○　国は、レセプトやがん登録情報を活用したがん検診の精度管理について、技術的支援等を行う。 ○　精密検査受診率について、国は、市町村における適切な精度管理の実施のため、精密検査受診率の低い市町村の実態把握を行う仕組みについて検討するとともに、都道府県による指導・助言等の取組を推進する。市町村は、都道府県による指導・助言等を踏まえ、引き続き、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。 ○　国は、職域におけるがん検診の実態把握に係る方法を検討した上で、職域におけるがん検診の精度管理を推進するための取組について、保険者に対する技術的支援や、産業保健総合支援センターを通じた事業場の産業保健スタッフに対する周知等を含め検討する。 ○　国及び都道府県は、精密検査受診率向上のため、「精密検査を受けられる医療機関リスト」の提供等、職域を含めた、がん検診の実施者による分かりやすい情報提供を推進する。	○　がん検診受診率を向上させ、指針に基づく全てのがん検診において、受診率60%を目指す。 ○　がん検診の精度管理を向上させるとともに、精密検査受診率 90%を目指す。
第4期計画 （令和5年3月）	③科学的根拠に基づくがん検診の実施について ○　国は、我が国におけるがん検診の進捗及び課題を整理するため、諸外国における取組との経年的な比較調査を実施する仕組みについて検討する。 ○　国は、より効率的・効果的ながん検診の実施を推進する観点から、指針に基づくがん検診の科学的根拠に基づいた効果検証を進めるとともに、対策型検診の項目の導入に係るプロセスの明確化等について検討する。 ○　国は、指針に基づかないがん検診に係る効果検証の方法について検討するとともに、指針に基づかないがん検診の効果検証を希望する関係学会や企業等と、地方公共団体のマッチングを促進する仕組みについて検討する。	

	○　国は、我が国における組織型検診の構築に向け、科学的根拠に基づくがん検診の実施に向けた取組により精度管理を向上させつつ、課題を整理し、その対応を検討する。	

出典：厚生労働省「がん対策推進基本計画」より抜粋・一部改変

別添4　指針で定めるがん検診の内容

種類	検　査　項　目	対象者	受診間隔
胃がん検診	問診に加え、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれか	50歳以上 ※当分の間、胃部エックス線検査については 40 歳以上に対し実施可	2年に1回 ※当分の間、胃部エックス線検査については年 1 回実施可
大腸がん検診	問診及び便潜血検査	40歳以上	年1回
肺がん検診	質問（問診）、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診	40歳以上 ※喀痰細胞診については原則として 50 歳以上の重喫煙者（喫煙指数 600 以上の者）のみ	年1回
乳がん検診	質問（問診）及び乳房エックス線検査（マンモグラフィ） ※視診、触診は推奨しない	40歳以上	2年に1回
子宮頸がん検診	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	20 歳代	2 年に 1 回
	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	30 歳以上	2 年に 1 回
	問診、視診及び HPV 検査単独法		5 年に 1 回

	※実施体制が整った自治体で選択可能		※罹患リスクが高い者については１年後に受診

出典：厚生労働省「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」

別添5　事業評価のためのチェックリスト（令和6年3月末時点）

チェックリストは国の指針や関連学会の規約の変更等に応じて定期的な見直しが行われている。
最新のチェックリストについては下記を参照のこと。
国立がん研究センターがん情報サービス「医療関係者向けサイト」、がん対策情報（がん検診）、「事業評価のためのチェックリスト」および「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」
https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

1．都道府県用チェックリスト

- 胃がん
- 大腸がん
- 肺がん
- 乳がん
- 子宮頸がん

2．市区町村用チェックリスト、および「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」

- 胃がん
- 大腸がん
- 肺がん
- 乳がん
- 子宮頸がん

3．検診機関用チェックリスト

- 胃がん
- 大腸がん
- 肺がん
- 乳がん
- 子宮頸がん

解説：

① このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を１医療機関とみなしても構わない。

② 都道府県が単独で実施できない項目については、関係機関（市区町村、検診機関、医師会等）と連携して行うこと。また都道府県はその実施状況を確認すること。

1. 生活習慣病検診等管理指導協議会の組織・運営

(1) 胃がん部会は、保健所、医師会及び日本消化器がん検診学会に所属する学識経験者、臨床検査技師、診療放射線技師等胃がん検診に係わる専門家によって構成されているか
(2) 胃がん部会は、市区町村が策定した検診実施計画/検診体制等について検診が円滑に実施されるよう、広域的見地から医師会、検診機関、精密検査機関等と調整を行っているか
(3) 年に1回以上、定期的に胃がん部会を開催しているか
(4) 年に1回以上、定期的に生活習慣病検診等従事者講習会を開催しているか

2. 受診者数・受診率の集計

(1) 対象者数（推計でも可）を把握しているか
(2) 受診者数・受診率を集計しているか
(2-a) 受診者数・受診率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(2-b) 受診者数・受診率を市区町村別に集計しているか
(2-c) 受診者数を検診機関別に集計しているか
(2-d) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

3. 要精検率の集計

(1) 要精検率を集計しているか[注2]
(1-a) 要精検率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか[注2]
(1-b) 要精検率を市区町村別に集計しているか[注2]
(1-c) 要精検率を検診機関別に集計しているか[注2]
(1-d) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1,2]

4. 精検受診率の集計

(1) 精検受診率を集計しているか
(1-a) 精検受診率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(1-b) 精検受診率を市区町村別に集計しているか
(1-c) 精検受診率を検診機関別に集計しているか
(1-d) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]
(2) 精検未受診率と未把握率を定義に従って区別して集計しているか[注3]

5. 精密検査結果の集計

(1) 胃がん発見率を集計しているか
(1-a) 胃がん発見率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(1-b) 胃がん発見率を市区町村別に集計しているか
(1-c) 胃がん発見率を検診機関別に集計しているか
(1-d) 胃がん発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]
(2) 早期の胃がん割合（胃がん発見数に対する早期がん数）を集計しているか
(2-a) 早期の胃がん割合を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(2-b) 早期の胃がん割合を市区町村別に集計しているか
(2-c) 早期の胃がん割合を検診機関別に集計しているか
(2-d) 早期の胃がん割合を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(2-e) 早期胃がんのうち、粘膜内がん数を区別して集計しているか

(3) 陽性反応適中度を集計しているか
(3-a) 陽性反応適中度を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(3-b) 陽性反応適中度を市区町村別に集計しているか
(3-c) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか
(3-d) 陽性反応適中度を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

6. 偶発症の把握

(1) 検診中/検診後の重篤な偶発症を把握しているか
※ 入院治療を要するものとする（例：消化管穿孔、腸閉塞、薬剤やバリウムに対する過敏症またはショック、輸血や止血処置を伴う消化管出血、検査中の転倒による骨折等）
(2) 検診中/検診後の偶発症による死亡を把握しているか
※ がんの見逃しによるものを除く
(3) 精密検査中/精密検査後の重篤な偶発症を把握しているか
※ 入院治療を要するものとする（例：消化管穿孔、前投薬に対する過敏症またはショック、鎮静剤等による重篤な呼吸抑制や意識障害、輸血や止血処置を伴う消化管出血等）
(4) 精密検査中/精密検査後の偶発症による死亡を把握しているか
※ がんの見逃しによるものを除く

7. 追加調査

(1) 発見胃がんの病期/進行度・組織型・治療法について把握しているか
(2) がん登録を活用して、感度・特異度の算出や、予後調査ができるような体制を作っているか

8. 精度管理評価に関する検討

(1) 精度管理評価を行っているか
(1-a) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか[注4]
(1-b) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか[注4]
(1-c) 市区町村毎のプロセス指標値を把握し、評価を行っているか[注4]
(1-d) 検診機関毎のプロセス指標値を把握し、評価を行っているか[注4]
(2) 評価の低い、もしくは指標に疑義※のある市区町村や検診機関に、聞き取り調査や現場訪問を行って、原因を検討しているか
※ チェックリストの回答やプロセス指標値に疑問がある場合など
(3) 上記の評価結果を踏まえて、精度管理上の課題と改善策を策定しているか
(4) 評価手法や評価結果の解釈、聞き取り調査の方針、改善策の内容等についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

9. 評価と改善策のフィードバック（指導・助言）

(1) 市区町村に精度管理評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(1-a) 「市区町村用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(1-b) 市区町村毎のプロセス指標の評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(1-c) 精度管理に課題のある市区町村に改善策をフィードバックしているか[注5]
(2) 検診機関に精度管理評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(2-a) 「検診機関用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(2-b) 検診機関毎のプロセス指標の評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(2-c) 精度管理に課題のある検診機関に改善策をフィードバックしているか[注5]
(3) フィードバックの手法や内容についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか
(4) 前年度までにフィードバックした改善策の実行状況について、市区町村/検診機関への聞き取り調査等により確認しているか

10. 評価と改善策の公表

(1) 精度管理評価をホームページ等で公表しているか[注6]
(1-a) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況と、その評価を公表しているか[注6]

(1-b) 市区町村毎のプロセス指標値とその評価を公表しているか[注6]
(1-c) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況と、その評価を公表しているか[注6]
(1-d) 検診機関毎のプロセス指標値とその評価を公表しているか[注6]
(1-e) 精度管理が要改善の市区町村について、フィードバックした改善策の内容を公表しているか[注6]
(1-f) 精度管理が要改善の検診機関について、フィードバックした改善策の内容を公表しているか[注6]
(1-g) 「都道府県用チェックリスト」の遵守状況（自己点検結果）を公表しているか
(1-h) 都道府県としてのプロセス指標値（自己点検結果）を公表しているか
(2) 公表の手法や内容についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

注1 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去3年間に胃部エックス線検査と胃内視鏡検査のいずれかの受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す。

注2 要精検の定義

胃部エックス線検査の結果、要精検とされた者。もしくは胃内視鏡検査で同時生検を実施した者、及び同時生検未実施でその後ダブルチェックで要再検査とされた者。問診結果のみでは要精検としない。

注3 精検受診、未受診、未把握の定義

①精検受診　：精密検査機関より精密検査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※。
②精検未受診：要精検者が精密検査機関に行かなかったことが判明しているもの（受診者本人の申告及び精密検査機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精密検査として不適切な検査（ペプシノゲン検査のみ、ヘリコバクター・ピロリ検査のみ等）が行われたもの。
③精検未把握：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査結果が正確に報告されないもの。

※ 精密検査が継続中で検査結果が確定していないものについては、「地域保健・健康増進事業報告」の「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「胃がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

なお、胃内視鏡検診では下記の整理とする。

①精検受診　：検診時生検を行った者については、生検の結果報告があったもの。検診時生検未実施でその後ダブルチェックで要再検査となった者については、精密検査機関より再検査結果の報告があったもの、もしくは再検査受診者が詳細（再検査の受診日・受診機関・検査方法・検査結果の４つ全て）を申告したもの※。
②精検未受診：検診時生検未実施で、その後ダブルチェックで要再検査となった者のうち、再検査を受けなかったことが判明しているもの、及び再検査として不適切な検査（ペプシノゲン検査のみ、ヘリコバクター・ピロリ検査のみ等）が行われたもの。
③精検未把握：検診時生検未実施で、その後ダブルチェックで要再検査となった者のうち、再検査受診の有無が分からないもの、及び（再検査を受診したとしても）再検査の結果が正確に報告されないもの。

※ 以下の場合、「地域保健・健康増進事業報告」の「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「胃がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。
・同時生検受診者のうち、病理組織診断の結果が不明なもの（未報告を含む）。
・同時生検後ダブルチェックで要再検査となった者のうち、再検査未受診、再検査受診の有無が不明、及び再検査の結果が正確に報告されないもの。

注4 全国や他都道府県との比較、市区町村間/検診機関間のばらつきの確認など。

注5 資料配布や説明会の開催など。

注6 検診の質について住民が自ら判断できるように分かりやすく公表する必要がある。そのためには市区町村名、検診機関名を付記して公表することが必須である。

解説：

③ このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を１医療機関とみなしても構わない。

④ 都道府県が単独で実施できない項目については、関係機関（市区町村、検診機関、医師会等）と連携して行うこと。また都道府県はその実施状況を把握すること。

1. 生活習慣病検診等管理指導協議会の組織・運営

(1) 大腸がん部会は、保健所、医師会、日本消化器がん検診学会に所属する学識経験者、臨床検査技師等大腸がん検診に係わる専門家によって構成されているか
(2) 大腸がん部会は、市区町村が策定した検診実施計画/検診体制等について検診が円滑に実施されるよう、広域的見地から医師会、検診機関、精密検査機関等と調整を行っているか
(3) 年に1回以上、定期的に大腸がん部会を開催しているか
(4) 年に1回以上、定期的に生活習慣病検診等従事者講習会を開催しているか

2. 受診者数・受診率の集計

(1) 対象者数（推計でも可）を把握しているか
(2) 受診者数・受診率を集計しているか
(2-e) 受診者数・受診率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(2-f) 受診者数・受診率を市区町村別に集計しているか
(2-g) 受診者数を検診機関別に集計しているか
(2-h) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

3. 要精検率の集計

(2) 要精検率を集計しているか[注2]
(1-e) 要精検率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか[注2]
(1-f) 要精検率を市区町村別に集計しているか[注2]
(1-g) 要精検率を検診機関別に集計しているか[注2]
(1-h) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1,2]

4. 精検受診率の集計

(3) 精検受診率を集計しているか
(1-e) 精検受診率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(1-f) 精検受診率を市区町村別に集計しているか
(1-g) 精検受診率を検診機関別に集計しているか
(1-h) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]
(4) 精検未受診率と未把握率を定義に従って区別して集計しているか[注3]

5. 精密検査結果の集計

(1) 大腸がん発見率を集計しているか
(1-a) 大腸がん発見率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(1-b) 大腸がん発見率を市区町村別に集計しているか
(1-c) 大腸がん発見率を検診機関別に集計しているか
(1-d) 大腸がん発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]
(2) 早期の大腸がん割合（大腸がん発見数に対する早期がん数）を集計しているか
(2-a) 早期の大腸がん割合を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(2-b) 早期の大腸がん割合を市区町村別に集計しているか
(2-c) 早期の大腸がん割合を検診機関別に集計しているか
(2-d) 早期の大腸がん割合を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(2-e) 早期大腸がんのうち、粘膜内がん数を区別して集計しているか

(4) 陽性反応適中度を集計しているか
(3-a) 陽性反応適中度を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(3-b) 陽性反応適中度を市区町村別に集計しているか
(3-c) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか
(3-d) 陽性反応適中度を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

6. 偶発症の把握

(5) 精密検査中/精密検査後の重篤な偶発症を把握しているか
※ 入院治療を要するものとする（例：輸血や手術を要する程度の腸管出血、腸管穿孔、前投薬起因性ショック、腹膜炎等）
(6) 精密検査中/精密検査後の偶発症による死亡を把握しているか
※ がんの見逃しによるものを除く

7. 追加調査

(3) 発見大腸がんの病期/進行度・組織型・治療法について把握しているか
(4) がん登録を活用して、感度・特異度の算出や、予後調査ができるような体制を作っているか

8. 精度管理評価に関する検討

(5) 精度管理評価を行っているか
(1-i) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか[注4]
(1-j) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか[注4]
(1-k) 市区町村毎のプロセス指標値を把握し、評価を行っているか[注4]
(1-l) 検診機関毎のプロセス指標値を把握し、評価を行っているか[注4]
(6) 評価の低い、もしくは指標に疑義※のある市区町村や検診機関に、聞き取り調査や現場訪問を行って、原因を検討しているか
※ チェックリストの回答やプロセス指標値に疑問がある場合など
(7) 上記の評価結果を踏まえて、精度管理上の課題と改善策を策定しているか
(8) 評価手法や評価結果の解釈、聞き取り調査の方針、改善策の内容等についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

9. 評価と改善策のフィードバック（指導・助言）

(5) 市区町村に精度管理評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(1-d) 「市区町村用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(1-e) 市区町村毎のプロセス指標の評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(1-f) 精度管理に課題のある市区町村に改善策をフィードバックしているか[注5]
(6) 検診機関に精度管理評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(2-d) 「検診機関用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(2-e) 検診機関毎のプロセス指標の評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(2-f) 精度管理に課題のある検診機関に改善策をフィードバックしているか[注5]
(7) フィードバックの手法や内容についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか
(8) 前年度までにフィードバックした改善策の実行状況について、市区町村/検診機関への聞き取り調査等により確認しているか

10. 評価と改善策の公表

(3) 精度管理評価をホームページ等で公表しているか[注6]
(1-e) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況と、その評価を公表しているか[注6]
(1-f) 市区町村毎のプロセス指標値とその評価を公表しているか[注6]
(1-g) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況と、その評価を公表しているか[注6]
(1-h) 検診機関毎のプロセス指標値とその評価を公表しているか[注6]
(1-m) 精度管理が要改善の市区町村について、フィードバックした改善策の内容を公表しているか[注6]
(1-n) 精度管理が要改善の検診機関について、フィードバックした改善策の内容を公表しているか[注6]

(1-o)「都道府県用チェックリスト」の遵守状況（自己点検結果）を公表しているか
(1-p) 都道府県としてのプロセス指標値（自己点検結果）を公表しているか
(4) 公表の手法や内容についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

注1 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去3年間に受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す。

注2 要精検の定義

便潜血検査の結果、要精検とされた者。問診結果のみでは要精検としない。

注3 精検受診、未受診、未把握の定義

①精検受診　：精密検査機関より精密検査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※。

②精検未受診：要精検者が精密検査機関に行かなかったことが判明しているもの（受診者本人の申告及び精密検査機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精密検査として不適切な検査（便潜血検査の再検のみ等）が行われたもの。

③精検未把握：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査結果が正確に報告されないもの。

※ 精密検査が継続中で検査結果が確定していないものについては、「地域保健・健康増進事業報告」の「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「大腸がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

注4 全国や他都道府県との比較、市区町村間/検診機関間のばらつきの確認など。

注5 資料配布や説明会の開催など。

注6 検診の質について住民が自ら判断できるように分かりやすく公表する必要がある。そのためには市区町村名、検診機関名を付記して公表することが必須である。

解説：

⑤ このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を１医療機関とみなしても構わない。

⑥ 都道府県が単独で実施できない項目については、関係機関（市区町村、検診機関、医師会等）と連携して行うこと。また都道府県はその実施状況を把握すること。

1. 生活習慣病検診等管理指導協議会の組織・運営

(1) 肺がん部会は、保健所、医師会及び肺がん検診に関連する学会に所属する学識経験者、臨床検査技師、診療放射線技師等肺がん検診に係わる専門家によって構成されているか

(2) 肺がん部会は、市区町村が策定した検診実施計画/検診体制等について検診が円滑に実施されるよう、広域的見地から医師会、検診機関、精密検査機関等と調整を行っているか

(3) 年に1回以上、定期的に肺がん部会を開催しているか

(4) 年に1回以上、定期的に生活習慣病検診等従事者講習会を開催しているか

2. 受診者数・受診率の集計

(1) 対象者数（推計でも可）を把握しているか

(2) 受診者数・受診率を集計しているか

(2-a) 受診者数・受診率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか

(2-b) 受診者数・受診率を市区町村別に集計しているか

(2-c) 受診者数を検診機関別に集計しているか

(2-d) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

3. 要精検率の集計

解説：いずれも胸部エックス線受診者/喀痰細胞診受診者/総受診者別に集計すること

(1) 要精検率を集計しているか[注2]

(1-a) 要精検率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか[注2]

(1-b) 要精検率を市区町村別に集計しているか[注2]

(1-c) 要精検率を検診機関別に集計しているか[注2]

(1-d) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1,2]

4. 精検受診率の集計

解説：いずれも胸部エックス線受診者/喀痰細胞診受診者/総受診者別に集計すること

(1) 精検受診率を集計しているか

(1-a) 精検受診率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか

(1-b) 精検受診率を市区町村別に集計しているか

(1-c) 精検受診率を検診機関別に集計しているか

(1-d) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(2) 精検未受診率と未把握率を定義に従って区別して集計しているか[注3]

5. 精密検査結果の集計

解説：いずれも胸部エックス線受診者/喀痰細胞診受診者/総受診者別に集計すること

(1) 肺がん発見率を集計しているか

(1-a) 肺がん発見率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか

(1-b) 肺がん発見率を市区町村別に集計しているか

(1-c) 肺がん発見率を検診機関別に集計しているか

(1-d) 肺がん発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(2) 臨床病期0～Ⅰ期の肺がん割合（肺がん発見数に対する臨床病期0～Ⅰ期の肺がん数）を集計しているか

(2-a) 臨床病期0～Ⅰ期の肺がん割合を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(2-b) 臨床病期0～Ⅰ期の肺がん割合を市区町村別に集計しているか
(2-c) 臨床病期0～Ⅰ期の肺がん割合を検診機関別に集計しているか
(2-d) 臨床病期0～Ⅰ期の肺がん割合を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(5) 陽性反応適中度を集計しているか
(3-a) 陽性反応適中度を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(3-b) 陽性反応適中度を市区町村別に集計しているか
(3-c) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか
(3-d) 陽性反応適中度を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

6. 偶発症の把握

(7) 検診中/検診後の重篤な偶発症を把握しているか
※ 入院治療を要するものとする
(8) 検診中/検診後の偶発症による死亡を把握しているか
※ がんの見逃しによるものを除く
(9) 精密検査中/精密検査後の重篤な偶発症を把握しているか
※ 入院治療を要するものとする（例：経皮的肺穿刺や気管支生検による多量出血、検査後の気胸等）
(10)精密検査中/精密検査後の偶発症による死亡を把握しているか
※ がんの見逃しによるものを除く

7. 追加調査

(5) 発見肺がんの病期/進行度・組織型・治療法について把握しているか
(6) がん登録を活用して、感度・特異度の算出や、予後調査ができるような体制を作っているか

8. 精度管理評価に関する検討

(9) 精度管理評価を行っているか
(1-q) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか[注4]
(1-r) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか[注4]
(1-s) 市区町村毎のプロセス指標値を把握し、評価を行っているか[注4]
(1-t) 検診機関毎のプロセス指標値を把握し、評価を行っているか[注4]
(10)評価の低い、もしくは指標に疑義※のある市区町村や検診機関に、聞き取り調査や現場訪問を行って、原因を検討しているか
※ チェックリストの回答やプロセス指標値に疑問がある場合など
(11)上記の評価結果を踏まえて、精度管理上の課題と改善策を策定しているか
(12)評価手法や評価結果の解釈、聞き取り調査の方針、改善策の内容等についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

9. 評価と改善策のフィードバック（指導・助言）

(9) 市区町村に精度管理評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(1-g) 「市区町村用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(1-h) 市区町村毎のプロセス指標の評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(1-i) 精度管理に課題のある市区町村に改善策をフィードバックしているか[注5]
(10)検診機関に精度管理評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(2-g) 「検診機関用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(2-h) 検診機関毎のプロセス指標の評価を個別にフィードバックしているか[注5]
(2-i) 精度管理に課題のある検診機関に改善策をフィードバックしているか[注5]
(11)フィードバックの手法や内容についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか
(12)前年度までにフィードバックした改善策の実行状況について、市区町村/検診機関への聞き取り調査等により確認しているか

10. 評価と改善策の公表

(5) 精度管理評価をホームページ等で公表しているか[注6]

(1-i) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況と、その評価を公表しているか[注6]
(1-j) 市区町村毎のプロセス指標値とその評価を公表しているか[注6]
(1-k) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況と、その評価を公表しているか[注6]
(1-l) 検診機関毎のプロセス指標値とその評価を公表しているか[注6]
(1-u) 精度管理が要改善の市区町村について、フィードバックした改善策の内容を公表しているか[注6]
(1-v) 精度管理が要改善の検診機関について、フィードバックした改善策の内容を公表しているか[注6]
(1-w) 「都道府県用チェックリスト」の遵守状況（自己点検結果）を公表しているか
(1-x) 都道府県としてのプロセス指標値（自己点検結果）を公表しているか
(6) 公表の手法や内容についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

注1 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は前年に受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す。

注2 要精検の定義

胸部エックス線検査の判定区分が「E」及び読影不能の者、及び喀痰細胞診の判定区分が「D」、「E」の者。問診結果のみでは要精検とはしない。

注3 精検受診、未受診、未把握の定義

①精検受診　：精密検査機関より精密検査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※。
②精検未受診：要精検者が精密検査機関に行かなかったことが判明しているもの（受診者本人の申告及び精密検査機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精密検査として不適切な検査（喀痰細胞診要精検者に対する喀痰細胞診の再検のみ等）が行われたもの。
③精検未把握：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査結果が正確に報告されないもの。

※ 精密検査が継続中で検査結果が確定していないものについては、「地域保健・健康増進事業報告」の「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「肺がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

注4 全国や他都道府県との比較、市区町村間/検診機関間のばらつきの確認など。

注5 資料配布や説明会の開催など。

注6 検診の質について住民が自ら判断できるように分かりやすく公表する必要がある。そのためには市区町村名、検診機関名を付記して公表することが必須である。

解説：

⑦ このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を１医療機関とみなしても構わない。

⑧ 都道府県が単独で実施できない項目については、関係機関（市区町村、検診機関、医師会等）と連携して行うこと。また都道府県はその実施状況を把握すること。

1. 生活習慣病検診等管理指導協議会の組織・運営

(1) 乳がん部会は、保健所、医師会及びがん検診関連学会に所属する学識経験者、臨床検査技師、診療放射線技師等乳がん検診に係わる専門家によって構成されているか
(2) 乳がん部会は、市区町村が策定した検診実施計画/検診体制等について検診が円滑に実施されるよう、広域的見地から医師会、検診機関、精密検査機関等と調整を行っているか
(3) 年に1回以上、定期的に乳がん部会を開催しているか
(4) 年に1回以上、定期的に生活習慣病検診等従事者講習会を開催しているか

2. 受診者数・受診率の集計

(1) 対象者数（推計でも可）を把握しているか
(2) 受診者数・受診率を集計しているか
(2-a) 受診者数・受診率を年齢5歳階級別に集計しているか
(2-b) 受診者数・受診率を市区町村別に集計しているか
(2-c) 受診者数を検診機関別に集計しているか
(2-d) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

3. 要精検率の集計

(1) 要精検率を集計しているか[注2]
(1-a) 要精検率を年齢5歳階級別に集計しているか[注2]
(1-b) 要精検率を市区町村別に集計しているか[注2]
(1-c) 要精検率を検診機関別に集計しているか[注2]
(1-d) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1,2]

4. 精検受診率の集計

(1) 精検受診率を集計しているか
(1-a) 精検受診率を年齢5歳階級別に集計しているか
(1-b) 精検受診率を市区町村別に集計しているか
(1-c) 精検受診率を検診機関別に集計しているか
(1-d) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]
(2) 精検未受診率と未把握率を定義に従って区別して集計しているか[注3]

5. 精密検査結果の集計

(1) 乳がん発見率を集計しているか
(1-a) 乳がん発見率を年齢5歳階級別に集計しているか
(1-b) 乳がん発見率を市区町村別に集計しているか
(1-c) 乳がん発見率を検診機関別に集計しているか
(1-d) 乳がん発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]
(2) 早期の乳がん割合（乳がん発見数に対する早期がん数）を集計しているか[注4]
(2-a) 早期の乳がん割合を年齢5歳階級別に集計しているか[注4]
(2-b) 早期の乳がん割合を市区町村別に集計しているか[注4]
(2-c) 早期の乳がん割合を検診機関別に集計しているか[注4]
(2-d) 早期の乳がん割合を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1,4]

(2-e) 早期乳がんのうち、非浸潤がん数を区別して集計しているか[注4]

(6) 陽性反応適中度を集計しているか
(3-e) 陽性反応適中度を年齢5歳階級別に集計しているか
(3-f) 陽性反応適中度を市区町村別に集計しているか
(3-g) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか
(3-h) 陽性反応適中度を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

6. 偶発症の把握

(11)検診中/検診後の重篤な偶発症を把握しているか
※ 入院治療を要するものとする（例：検査中の圧迫による骨折等）
(12)検診中/検診後の偶発症による死亡を把握しているか
※ がんの見逃しによるものを除く
(13)精密検査中/精密検査後の重篤な偶発症を把握しているか
※ 入院治療を要するものとする（例：穿刺吸引細胞診や針生検による大量出血、副損傷等）
(14)精密検査中/精密検査後の偶発症による死亡を把握しているか
※ がんの見逃しによるものを除く

7. 追加調査

① 発見乳がんの病期/進行度・組織型・治療法について把握しているか
② がん登録を活用して、感度・特異度の算出や、予後調査ができるような体制を作っているか

8. 精度管理評価に関する検討

(13)精度管理評価を行っているか
(1-y) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか[注5]
(1-z) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか[注5]
(1-aa) 市区町村毎のプロセス指標値を把握し、評価を行っているか[注5]
(1-bb) 検診機関毎のプロセス指標値を把握し、評価を行っているか[注5]
(14)評価の低い、もしくは指標に疑義※のある市区町村や検診機関に、聞き取り調査や現場訪問を行って、原因を検討しているか
※ チェックリストの回答やプロセス指標値に疑問がある場合など
(15)上記の評価結果を踏まえて、精度管理上の課題と改善策を策定しているか
(16)評価手法や評価結果の解釈、聞き取り調査の方針、改善策の内容等についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

9. 評価と改善策のフィードバック（指導・助言）

(13)市区町村に精度管理評価を個別にフィードバックしているか[注6]
(1-j) 「市区町村用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか[注6]
(1-k) 市区町村毎のプロセス指標の評価を個別にフィードバックしているか[注6]
(1-l) 精度管理に課題のある市区町村に改善策をフィードバックしているか[注6]
(14)検診機関に精度管理評価を個別にフィードバックしているか[注6]
(2-j) 「検診機関用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか[注6]
(2-k) 検診機関毎のプロセス指標の評価を個別にフィードバックしているか[注6]
(2-l) 精度管理に課題のある検診機関に改善策をフィードバックしているか[注6]
(15)フィードバックの手法や内容についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか
(16)前年度までにフィードバックした改善策の実行状況について、市区町村/検診機関への聞き取り調査等により確認しているか

10. 評価と改善策の公表

(7) 精度管理評価をホームページ等で公表しているか[注7]
(1-m)「市区町村用チェックリスト」の遵守状況と、その評価を公表しているか[注7]
(1-n) 市区町村毎のプロセス指標値とその評価を公表しているか[注7]
(1-o) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況と、その評価を公表しているか[注7]

(1-p) 検診機関毎のプロセス指標値とその評価を公表しているか[注7]
(1-q) 精度管理が要改善の市区町村について、フィードバックした改善策の内容を公表しているか[注7]
(1-r) 精度管理が要改善の検診機関について、フィードバックした改善策の内容を公表しているか[注7]
(1-s) 「都道府県用チェックリスト」の遵守状況（自己点検結果）を公表しているか
(1-t) 都道府県としてのプロセス指標値（自己点検結果）を公表しているか
(8) 公表の手法や内容についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

注1 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去3年間に受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す。

注2 要精検の定義

マンモグラフィ検査の結果がカテゴリ3以上、及び判定不能とされた者（ただし判定不能のうち、視触診等マンモグラフィ以外の検査により精密検査不要と判断された者は除く）。問診結果のみでは要精検としない。

注3 精検受診、未受診、未把握の定義

①精検受診　：精密検査機関より精密検査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※。
②精検未受診：要精検者が精密検査機関に行かなかったことが判明しているもの（受診者本人の申告及び精密検査機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精密検査として不適切な検査が行われたもの。
③精検未把握：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査結果が正確に報告されないもの。

※ 精密検査が継続中で検査結果が確定していないものについては、「地域保健・健康増進事業報告」の「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「乳がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

注4 早期の乳がんとは、腫瘤の大きさが触診上2センチ以下で転移を思わせるリンパ節を触れず遠隔転移を認めないもの、または非浸潤がんであったものを指す。

注5 全国や他都道府県との比較、市区町村間/検診機関間のばらつきの確認など。

注6 資料配布や説明会の開催など。

注7 検診の質について住民が自ら判断できるように分かりやすく公表する必要がある。そのためには市区町村名、検診機関名を付記して公表することが必須である。

令和6年3月

解説：

⑨ このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を 1 医療機関とみなしても構わない。
HPV 検査単独法による子宮頸がん検診では、検体採取機関、HPV 検査（検診または追跡検査）の判定機関、細胞診（トリアージ検査）判定機関がある。

⑩ 大項目 2 以降については、すべて検診手法別（細胞診または HPV 検査単独法）に実施状況を把握すること。

⑪ 都道府県が単独で実施できない項目については、関係機関（市区町村、検診機関、医師会等）と連携して行うこと。また都道府県はその実施状況を把握すること。

1. 生活習慣病検診等管理指導協議会の組織・運営

(1) 子宮がん部会は、保健所、医師会、がん検診関連学会に所属する学識経験者、臨床検査技師等子宮頸がん検診に係わる専門家によって構成されているか

(2) 子宮がん部会は、市区町村が策定した検診実施計画/検診体制等について検診が円滑に実施されるよう、広域的見地から医師会、検診機関、細胞診判定施設、精密検査機関等と調整を行っているか

(3) 年に1回以上、定期的に子宮がん部会を開催しているか

(4) 年に1回以上、定期的に生活習慣病検診等従事者講習会を開催しているか

2. 受診者数・受診率の集計

(1) 対象者数（推計でも可）を把握しているか

(2) 受診者数・受診率を集計しているか

(2-a) 受診者数・受診率を年齢5歳階級別に集計しているか

(2-b) 受診者数・受診率を市区町村別に集計しているか

(2-c) 受診者数を検診機関別に集計しているか

(2-d) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

3. 要精検率の集計

解説：HPV検査単独法においては、要トリアージ検査率[注2]、要追跡検査率[注2]、要確定精検率[注2]の3種類全てを指す

(1) 要精検率を集計しているか[注2]

(1-a) 要精検率を年齢5歳階級別に集計しているか[注2]

(1-b) 要精検率を市区町村別に集計しているか[注2]

(1-c) 要精検率を検診機関別に集計しているか[注2]

(1-d) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1,2]（HPV検査単独法では不要）

(1-e) 要トリアージ検査率[注2]、要追跡検査率[注2]、要確定精検率[注2]を検診または追跡検査の別に集計しているか（細胞診単独法では不要）

4. 精検受診率の集計

解説：HPV検査単独法においては、トリアージ検査受診率、追跡検査受診率、確定精検受診率の3種類全てを指す。

(1) 精検受診率を集計しているか

(1-a) 精検受診率を年齢5歳階級別に集計しているか

(1-b) 精検受診率を市区町村別に集計しているか

(1-c) 精検受診率を検診機関別に集計しているか

(1-d) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]（HPV検査単独法では不要）

(2) 精検未受診率と未把握率を定義に従って区別して集計しているか[注3]（HPV検査単独法においては、確定精検のみで実施）

5. 精密検査結果の集計

(1) CIN3以上発見率を集計しているか[注4]

(1-a) CIN3以上発見率を年齢5歳階級別に集計しているか[注4]

(1-b) CIN3以上発見率を市区町村別に集計しているか[注4]

(1-c) CIN3以上発見率を検診機関別に集計しているか[注4]

(1-d) CIN3以上発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1,4]（HPV検査単独法では不要）

(1-e) CIN3以上発見率を検診または追跡検査の別に集計しているか[注4]（細胞診単独法では不要）

(2) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を集計しているか（区分毎）[注5]

(2-a) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を年齢5歳階級別に集計しているか（区分毎）[注5]

(2-b) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を市区町村別に集計しているか（区分毎）[注5]

(2-c) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を検診機関別に集計しているか（区分毎）[注5]

(2-d) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を過去の検診受診歴別に集計しているか（区分毎）[注1,5]（HPV検査単独法では不要）

(2-e) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を検診または追跡検査の別に集計しているか（区分毎）[注5]（細胞診単独法では不要）

(3) 進行度がⅠA期の子宮頸がんの割合（子宮頸がん発見数に対する進行度がⅠA期のがんの数）を集計しているか

(3-a) 進行度がⅠA期の子宮頸がんの割合を年齢5歳階級別に集計しているか

(3-b) 進行度がⅠA期の子宮頸がんの割合を市区町村別に集計しているか

(3-c) 進行度がⅠA期の子宮頸がんの割合を検診機関別に集計しているか

(3-d) 進行度がⅠA期の子宮頸がんの割合を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]（HPV検査単独法では不要）

(3-e) 進行度がⅠA期の子宮頸がんの割合を検診または追跡検査の別に集計しているか（細胞診単独法では不要）

(7) CIN3以上の陽性反応適中度を集計しているか[注4]

(3-i) CIN3以上の陽性反応適中度を年齢5歳階級別に集計しているか[注4]

(3-j) CIN3以上の陽性反応適中度を市区町村別に集計しているか[注4]

(3-k) CIN3以上の陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか[注4]

(3-l) CIN3以上の陽性反応適中度を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1,4]（HPV検査単独法では不要）

(3-m) CIN3以上の陽性反応適中度を検診または追跡検査の別に集計しているか[注4]（細胞診単独法では不要）

6. 偶発症の把握

(15)検診中/検診後の重篤な偶発症を把握しているか

※ 入院治療を要するものとする（例：細胞採取後の子宮腟部からの多量出血等）

※ HPV検査単独法による子宮頸がん検診については追跡検査中の偶発症も含む

(16)検診中/検診後の偶発症による死亡を把握しているか

※ CIN3以上の見逃しによるものを除く[注4]

※ HPV検査単独法による子宮頸がん検診については追跡検査によるものを含む

(17)精密検査中/精密検査後の重篤な偶発症を把握しているか

※ 入院治療を要するものとする（例：組織診後の多量出血、検査後の骨盤内感染症等）

※ HPV検査単独法による子宮頸がん検診については確定精検中の偶発症を把握する

(18)精密検査中/精密検査後の偶発症による死亡を把握しているか

※ CIN3以上の見逃しによるものを除く[注4]

※ HPV検査単独法による子宮頸がん検診については確定精検中の偶発症を把握する

7. 追加調査

(7) 発見子宮頸がんの病期/進行度・組織型・治療法について把握しているか

(8) がん登録を活用して、感度・特異度の算出や、予後調査ができるような体制を作っているか

8. 精度管理評価に関する検討

(17)精度管理評価を行っているか

(1-cc) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか[注6]

(1-dd) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか[注6]

(1-ee) 市区町村毎のプロセス指標値を把握し、評価を行っているか[注6]

(1-ff) 検診機関毎のプロセス指標値を把握し、評価を行っているか[注6]

(18)評価の低い、もしくは指標に疑義※のある市区町村や検診機関に、聞き取り調査や現場訪問を行って、原因を検討しているか

※ チェックリストの回答やプロセス指標値に疑問がある場合など

(19)上記の評価結果を踏まえて、精度管理上の課題と改善策を策定しているか

(20)評価手法や評価結果の解釈、聞き取り調査の方針、改善策の内容等についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

9. 評価と改善策のフィードバック（指導・助言）

(17) 市区町村に精度管理評価を個別にフィードバックしているか[注7]

(1-m)「市区町村用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか[注7]

(1-n) 市区町村毎のプロセス指標の評価を個別にフィードバックしているか[注7]

(1-o) 精度管理に課題のある市区町村に改善策をフィードバックしているか[注7]

(18)検診機関に精度管理評価を個別にフィードバックしているか[注7]

(2-m)「検診機関用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか[注7]

(2-n) 検診機関毎のプロセス指標の評価を個別にフィードバックしているか[注7]

(2-o) 精度管理に課題のある検診機関に改善策をフィードバックしているか[注7]

(19)フィードバックの手法や内容についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

(20)前年度までにフィードバックした改善策の実行状況について、市区町村/検診機関への聞き取り調査等により確認しているか

10. 評価と改善策の公表

(9) 精度管理評価をホームページ等で公表しているか[注8]

(1-u)「市区町村用チェックリスト」の遵守状況と、その評価を公表しているか[注8]

(1-v) 市区町村毎のプロセス指標値とその評価を公表しているか[注8]

(1-w)「検診機関用チェックリスト」の遵守状況と、その評価を公表しているか[注8]

(1-x) 検診機関毎のプロセス指標値とその評価を公表しているか[注8]

(1-gg)精度管理が要改善の市区町村について、フィードバックした改善策の内容を公表しているか[注8]

(1-hh) 精度管理が要改善の検診機関について、フィードバックした改善策の内容を公表しているか[注8]

(1-ii)「都道府県用チェックリスト」の遵守状況（自己点検結果）を公表しているか

(1-jj) 都道府県としてのプロセス指標値（自己点検結果）を公表しているか

(10)公表の手法や内容についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

注1 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去5年間にHPV検査または過去3年間に細胞診検査受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す。

注2 ①要精検の定義（細胞診による子宮頸がん検診）

細胞診の結果がNILM（陰性）以外、及び判定不能とされた者。問診結果のみでは要精検としない。

②要トリアージ検査の定義（HPV検査単独法による子宮頸がん検診）

HPV検査の結果が陽性、または判定不能とされた者。問診結果のみでは要トリアージ検査としない。

③要追跡検査の定義（HPV検査単独法による子宮頸がん検診）
要トリアージ検査者でかつ、トリアージ検査（細胞診）の結果がNILM（陰性）とされた者。

④要確定精検の定義（HPV検査単独法による子宮頸がん検診）
要トリアージ検査者でかつ、トリアージ検査（細胞診）の結果がNILM（陰性）以外とされた者。

注3 精検受診、未受診、未把握の定義

１）細胞診による子宮頸がん検診の場合

①精検受診　：精密検査機関より精密検査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※。

②精検未受診：要精検者が精密検査機関に行かなかったことが判明しているもの（受診者本人の申告及び精密検査機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精密検査として不適切な検査（ASC-USを除く要精検者に対する、細胞診のみの再検等）が行われたもの。

③精検未把握：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査結果が正確に報告されないもの。

※ 精密検査が継続中で検査結果が確定していないものについては、「地域保健・健康増進事業報告」の「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「子宮頸がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

２）HPV検査単独法による子宮頸がん検診の場合

調整中（今後追記予定）

注4 CIN3以上とは、子宮頸部上皮内腫瘍3（CIN3）、上皮内腺がん（AIS）及び子宮頸部浸潤がんを指す。

注5 上皮内病変とは、上皮内腺がん（AIS）/CIN3/CIN2/CIN1のいずれかの区分に含まれるものを指す。上皮内病変の数の集計とは、上記の4つの区分に分けて、全て集計することを指す。

注6 全国や他都道府県との比較、市区町村間/検診機関間のばらつきの確認など。

注7 資料配布や説明会の開催など。

注8 検診の質について住民が自ら判断できるように分かりやすく公表する必要がある。そのためには市区町村名、検診機関名を付記して公表することが必須である。

解説：
① このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を 1 医療機関とみなしても構わない。
② 市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）と連携して行うこと。また市区町村はその実施状況を把握すること。

1. 検診対象者の情報管理
(1) 対象者全員の氏名を記載した名簿※を、住民台帳などに基づいて作成しているか
※ 過去の受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である
(2) 対象者全員に、個別に受診勧奨を行っているか
※ 自治体の広報紙などの配布は不適切である。受診票の送付でも個人名を列記しない世帯分の一括送付は不適切である
(3) 対象者数（推計でも可）を把握しているか

2. 受診者の情報管理
(1) 個人別の受診（記録）台帳またはデータベースを作成しているか
(2) 過去 5 年間の受診歴を記録しているか

3. 対象者への説明、及び要精検者への説明
(1) 受診勧奨時に、「検診機関用チェックリスト　1. 対象者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布しているか※
※ 市区町村が配布していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料（全項目が記載されている資料）を委託先の全ての検診機関が配布している場合も可とする
(2) 要精検者全員に対し、受診可能な精密検査機関名（医療機関名）の一覧を提示しているか※
※ ここで提示する精密検査機関には、可及的に精密検査結果の報告を義務付けること
※ 市区町村が提示していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料を、委託先の全ての検診機関が提示している場合も可とする

4. 受診者数・受診率の集計
(1) 受診者数・受診率を集計しているか
(1-a) 受診者数・受診率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか
(1-b) 受診者数を検診機関別に集計しているか
(1-c) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか[注 1]

5. 要精検率の集計
(1) 要精検率を集計しているか[注 2]
(1-a) 要精検率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか[注 2]
(1-b) 要精検率を検診機関別に集計しているか[注 2]
(1-c) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注 1,2]

6. 精密検査結果の把握、精密検査未受診者の特定と受診勧奨
(1) 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※を把握しているか
※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す。具体的には、内視鏡診断や生検結果、内視鏡的治療または外科手術所見と病理組織検査結果などのこと
(2) 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果が不明の者については、本人※もしくは精密検査機関への照会等により、結果を確認しているか

※ 本人に確認する場合は、精密検査受診日・受診機関・精密検査方法・精密検査結果の 4 つ全てが本人から申告される必要がある

(3) 個人毎の精密検査方法及び、精密検査（治療）結果を、市区町村、検診機関（医療機関）、精密検査機関が共有しているか

(4) 過去 5 年間の精密検査方法及び、精密検査（治療）結果を記録しているか

(5) 精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義[注3]に従って区別し、精密検査未受診者を特定しているか

(6) 精密検査未受診者に精密検査の受診勧奨を行っているか

7. 精検受診率、がん発見率、早期がん割合、陽性反応適中度の集計

(1) 精検受診率を集計しているか

(1-a) 精検受診率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか

(1-b) 精検受診率を検診機関別に集計しているか

(1-c) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(1-d) 精検未受診率と未把握率を定義[注3]に従って区別して集計しているか

(2) 胃がん発見率を集計しているか

(2-a) 胃がん発見率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか

(2-b) 胃がん発見率を検診機関別に集計しているか

(2-c) 胃がん発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(3) 早期の胃がん割合（胃がん発見数に対する早期がん数）を集計しているか

(3-a) 早期の胃がん割合を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか

(3-b) 早期の胃がん割合を検診機関別に集計しているか

(3-c) 早期の胃がん割合を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(3-d) 早期胃がんのうち、粘膜内がん数を区別して集計しているか

(4) 陽性反応適中度を集計しているか

(4-a) 陽性反応適中度を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか

(4-b) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか

(4-c) 陽性反応適中度を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

8. 地域保健・健康増進事業報告

(1) がん検診結果や精密検査結果の最終報告（地域保健・健康増進事業報告）を行っているか

(2) がん検診の結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先（検診機関（医療機関）、医師会など）に報告を求めているか

(2-a) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか※

※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか

(3) 精密検査結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先（検診機関（医療機関）、精密検査機関、医師会など）に報告を求めているか

(3-a) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか※

※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか

9. 精度管理評価と体制改善

(1) 委託先検診機関（医療機関）を、仕様書の内容に基づいて選定しているか※

※ もしくは仕様書の代わりに、自治体（都道府県/市区町村）の実施要綱等の遵守を選定条件としてもよい

(1-a) 仕様書（もしくは実施要綱）の内容は、「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」[注4]を満たしているか

(1-b) 検診終了後に、委託先検診機関（医療機関）で仕様書（もしくは実施要綱）の内容が遵守されたことを確認しているか

(2) 検診終了後に市区町村全体の精度管理評価と体制改善を行っているか

(2-a) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか（自己点検）

(2-b) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況及びプロセス指標値の評価をふまえて、市区町村全体の課題を抽出しているか

(2-c) 抽出した課題について改善策を検討しているか。もしくは、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等から改善策のフィードバックを受けているか

(2-d) 改善策の実行に努めているか

(3) 検診終了後に委託先検診機関（医療機関）の精度管理評価を行っているか※

※ 市区町村が単独で評価できない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）の評価を行っており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする

(3-a) 委託先検診機関（医療機関）毎に「検診機関用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか

(3-b) 委託先検診機関（医療機関）毎にプロセス指標値を把握し、評価を行っているか

(3-c) 「検診機関用チェックリスト」とプロセス指標値をふまえて、検診機関（医療機関）毎の課題を抽出しているか

(3-d) 課題のある検診機関（医療機関）について、改善策を検討しているか

(4) 検診終了後に委託先検診機関（医療機関）に精度管理評価と改善策を個別にフィードバックしているか※

※ 市区町村が単独でフィードバックできない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）にフィードバックしており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする

(4-a) 「検診機関用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか

(4-b) プロセス指標値の評価を個別にフィードバックしているか

(4-c) 課題のある検診機関（医療機関）に改善策を個別にフィードバックし、改善を依頼しているか

注7 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去3年間に胃部エックス線検査と胃内視鏡検査のいずれかの受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す。

注8 要精検の定義

胃部エックス線検査の結果、要精検とされた者。もしくは胃内視鏡検査で同時生検を実施した者、及び同時生検未実施でその後ダブルチェックで要再検査とされた者。問診結果のみでは要精検としない。

注9 精検受診、未受診、未把握の定義

①精検受診　：精密検査機関より精密検査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※。

②精検未受診：要精検者が精密検査機関に行かなかったことが判明しているもの（受診者本人の申告及び精密検査機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精密検査として不適切な検査（ペプシノゲン検査のみ、ヘリコバクター・ピロリ検査のみ等）が行われたもの。

③精検未把握：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査結果が正確に報告されないもの。

※ 精密検査が継続中で検査結果が確定していないものについては、「地域保健・健康増進事業報告」の「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「胃がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

なお、胃内視鏡検診では下記の整理とする。

①精検受診　：検診時生検を行った者については、生検の結果報告があったもの。検診時生検未実施でその後ダブルチェックで要再検査となった者については、精密検査機関より再検査結果の報告があったもの、もしくは再検査受診者が詳細（再検査の受診日・受診機関・検査方法・検査結果の４つ全て）を申告したもの※。

②精検未受診：検診時生検未実施で、その後ダブルチェックで要再検査となった者のうち、再検査を受けなかったことが判明しているもの、及び再検査として不適切な検査（ペプシノゲン検査のみ、ヘリコバクター・ピロリ検査のみ等）が行われたもの。

③精検未把握：検診時生検未実施で、その後ダブルチェックで要再検査となった者のうち、再検査受診の有無が分からないもの、及び（再検査を受診したとしても）再検査の結果が正確に報告されないもの。

※ 以下の場合、「地域保健・健康増進事業報告」の「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「胃がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

・同時生検受診者のうち、病理組織診断の結果が不明なもの（未報告を含む）。
・同時生検後ダブルチェックで要再検査となった者のうち、再検査未受診、再検査受診の有無が不明、及び再検査の結果が正確に報告されないもの。

注10　「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」報告書、別添8の改定版。最新版は下記を参照。

国立がん研究センターがん情報サービス、医療関係者向けサイト、がん対策情報（がん検診）、「事業評価のためのチェックリスト」および「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」、３．「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」の内容
https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

解説：
③ このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を 1 医療機関とみなしても構わない。
④ 市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）と連携して行うこと。また市区町村はその実施状況を把握すること。

1. 検診対象者の情報管理

(4) 対象者全員の氏名を記載した名簿※を、住民台帳などに基づいて作成しているか
※ 過去の受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である

(5) 対象者全員に、個別に受診勧奨を行っているか
※ 自治体の広報紙などの配布は不適切である。受診票の送付でも個人名を列記しない世帯分の一括送付は不適切である

(6) 対象者数（推計でも可）を把握しているか

2. 受診者の情報管理

(3) 個人別の受診（記録）台帳またはデータベースを作成しているか
(4) 過去 5 年間の受診歴を記録しているか

3. 対象者への説明、及び要精検者への説明

(3) 受診勧奨時（もしくは検診申込み者に対する便潜血検査キット配布時）に、「検診機関用チェックリスト 1. 対象者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布しているか※
※ 市区町村が配布していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料（全項目が記載されている資料）を委託先の全ての検診機関が配布している場合も可とする

(4) 要精検者全員に対し、受診可能な精密検査機関名（医療機関名）の一覧を提示しているか※
※ ここで提示する精密検査機関には、可及的に精密検査結果の報告を義務付けること

※ 市区町村が提示していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料を、委託先の全ての検診機関が提示している場合も可とする

4. 受診者数・受診率の集計

(2) 受診者数・受診率を集計しているか
(1-d) 受診者数・受診率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか
(1-e) 受診者数を検診機関別に集計しているか
(1-f) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか[注 1]

5. 要精検率の集計

(2) 要精検率を集計しているか[注 2]
(1-d) 要精検率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか[注 2]
(1-e) 要精検率を検診機関別に集計しているか[注 2]
(1-f) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注 1, 2]

6. 精密検査結果の把握、精密検査未受診者の特定と受診勧奨

(7) 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※を把握しているか
※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す。具体的には、内視鏡診断や生検結果、内視鏡治療または外科手術所見と病理組織検査結果などのこと

(8) 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果が不明の者については、本人※もしくは精密検査機関への照会等により、結果を確認しているか
※ 本人に確認する場合は、精密検査受診日・受診機関・精密検査方法・精密検査結果の 4 つ全てが本人から申告される必要がある

(9) 個人毎の精密検査方法及び、精密検査（治療）結果を、市区町村、検診機関（医療機関）、精密検査機関が共有しているか
(10)過去 5 年間の精密検査方法及び、精密検査（治療）結果を記録しているか
(11)精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義[注3]に従って区別し、精密検査未受診者を特定しているか
(12)精密検査未受診者に精密検査の受診勧奨を行っているか

7. 精検受診率、がん発見率、早期がん割合、陽性反応適中度の集計

(5) 精検受診率を集計しているか
(1-e) 精検受診率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか
(1-f) 精検受診率を検診機関別に集計しているか
(1-g) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]
(1-h) 精検未受診率と未把握率を定義[注3]に従って区別して集計しているか

(6) 大腸がん発見率を集計しているか
(2-d) 大腸がん発見率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか
(2-e) 大腸がん発見率を検診機関別に集計しているか
(2-f) 大腸がん発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(7) 早期の大腸がん割合（大腸がん発見数に対する早期がん数）を集計しているか
(3-e) 早期の大腸がん割合を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか
(3-f) 早期の大腸がん割合を検診機関別に集計しているか
(3-g) 早期の大腸がん割合を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]
(3-h) 早期大腸がんのうち、粘膜内がん数を区別して集計しているか

(8) 陽性反応適中度を集計しているか
(4-d) 陽性反応適中度を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか
(4-e) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか
(4-f) 陽性反応適中度を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

8. 地域保健・健康増進事業報告

(4) がん検診結果や精密検査結果の最終報告（地域保健・健康増進事業報告）を行っているか
(5) がん検診の結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先（検診機関（医療機関）、医師会など）に報告を求めているか
(2-b) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか※
※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか
(6) 精密検査結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先（検診機関（医療機関）、精密検査機関、医師会など）に報告を求めているか
(3-b) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか※
※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか

9. 精度管理評価と体制改善

(5) 委託先検診機関（医療機関）を、仕様書の内容に基づいて選定しているか※
※ もしくは仕様書の代わりに、自治体（都道府県/市区町村）の実施要綱等の遵守を選定条件としてもよい
(1-c) 仕様書（もしくは実施要綱）の内容は、「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」[注4]を満たしているか
(1-d) 検診終了後に、委託先検診機関（医療機関）で仕様書（もしくは実施要綱）の内容が遵守されたことを確認しているか
(6) 検診終了後に市区町村全体の精度管理評価と体制改善を行っているか
(2-e)「市区町村用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか（自己点検）
(2-f)「市区町村用チェックリスト」の遵守状況及びプロセス指標値の評価をふまえて、市区町村全体の課題を抽出しているか
(2-g) 抽出した課題について改善策を検討しているか。もしくは、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等から改善策のフィードバックを受けているか

(2-h) 改善策の実行に努めているか

(7) 検診終了後に委託先検診機関（医療機関）の精度管理評価を行っているか※

※ 市区町村が単独で評価できない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）の評価を行っており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする

(3-a) 委託先検診機関（医療機関）毎に「検診機関用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか

(3-b) 委託先検診機関（医療機関）毎にプロセス指標値を把握し、評価を行っているか

(3-c) 「検診機関用チェックリスト」とプロセス指標値をふまえて、検診機関（医療機関）毎の課題を抽出しているか

(3-d) 課題のある検診機関（医療機関）について、改善策を検討しているか

(8) 検診終了後に委託先検診機関（医療機関）に精度管理評価と改善策を個別にフィードバックしているか※

※ 市区町村が単独でフィードバックできない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）にフィードバックしており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする

(4-d) 「検診機関用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか

(4-e) プロセス指標値の評価を個別にフィードバックしているか

(4-f) 課題のある検診機関（医療機関）に改善策を個別にフィードバックし、改善を依頼しているか

注7 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去3年間に受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す。

注8 要精検の定義

便潜血検査の結果、要精検とされた者。問診結果のみでは要精検としない。

注9 精検受診、未受診、未把握の定義

①精検受診　：精密検査機関より精密検査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※。

②精検未受診：要精検者が精密検査機関に行かなかったことが判明しているもの（受診者本人の申告及び精密検査機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精密検査として不適切な検査（便潜血検査の再検のみ等）が行われたもの。

③精検未把握：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査結果が正確に報告されないもの。

※ 精密検査が継続中で検査結果が確定していないものについては、「地域保健・健康増進事業報告」の「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「大腸がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

注10　「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」報告書、別添8の改定版。最新版は下記を参照。

国立がん研究センターがん情報サービス、医療関係者向けサイト、がん対策情報（がん検診）、「事業評価のためのチェックリスト」および「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」、３．「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」の内容

https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

解説：
⑤ このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を 1 医療機関とみなしても構わない。
⑥ 市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）と連携して行うこと。また市区町村はその実施状況を把握すること。

1. 検診対象者の情報管理

(7) 対象者全員の氏名を記載した名簿※を、住民台帳などに基づいて作成しているか
※ 過去の受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である

(8) 対象者全員に、個別に受診勧奨を行っているか
※ 自治体の広報紙などの配布は不適切である。受診票の送付でも個人名を列記しない世帯分の一括送付は不適切である

(9) 対象者数（推計でも可）を把握しているか

2. 受診者の情報管理

(5) 個人別の受診（記録）台帳またはデータベースを作成しているか
(6) 過去 5 年間の受診歴を記録しているか

3. 対象者への説明、及び要精検者への説明

(5) 受診勧奨時に、「検診機関用チェックリスト　1. 対象者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布しているか※
※ 市区町村が配布していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料（全項目が記載されている資料）を委託先の全ての検診機関が配布している場合も可とする

(6) 要精検者全員に対し、受診可能な精密検査機関名（医療機関名）の一覧を提示しているか※
※ ここで提示する精密検査機関には、可及的に精密検査結果の報告を義務付けること

※ 市区町村が提示していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料を、委託先の全ての検診機関が提示している場合も可とする

4. 受診者数・受診率の集計

解説：高危険群とは喀痰細胞診対象者のこと。すなわち、質問（医師が自ら対面で行う場合は問診）の結果、50 歳以上で喫煙指数（1 日本数×年数）が 600 以上だった者（過去における喫煙者を含む）を指す

(3) 受診者数・受診率を集計しているか
(1-g) 受診者数・受診率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか
(1-h) 受診者数を検診機関別に集計しているか
(1-i) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]
(2) 「肺がん検診受診者中の高危険群割合」、「高危険群中の喀痰容器配布割合」、「喀痰容器配布中の回収率」、「肺がん検診受診者中の喀痰容器回収率」を集計しているか
(2-a) 「肺がん検診受診者中の高危険群割合」、「高危険群中の喀痰容器配布割合」、「喀痰容器配布中の回収率」、「肺がん検診受診者中の喀痰容器回収率」を、性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか
(2-b) 「肺がん検診受診者中の高危険群割合」、「高危険群中の喀痰容器配布割合」、「喀痰容器配布中の回収率」、「肺がん検診受診者中の喀痰容器回収率」を、検診機関別に集計しているか
(2-c) 「肺がん検診受診者中の高危険群割合」、「高危険群中の喀痰容器配布割合」、「喀痰容器配布中の回収率」、「肺がん検診受診者中の喀痰容器回収率」を、過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

5. 要精検率の集計

解説：いずれも胸部エックス線受診者/喀痰細胞診受診者/総受診者別に要精検率を集計すること

(3) 要精検率を集計しているか[注2]
(1-g) 要精検率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか[注2]
(1-h) 要精検率を検診機関別に集計しているか[注2]
(1-i) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1,2]

6. 精密検査結果の把握、精密検査未受診者の特定と受診勧奨

(13)精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※を把握しているか

※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す。具体的には、内視鏡診断や生検結果、内視鏡治療または外科手術所見と病理組織検査結果などのこと

(14)精密検査方法及び、精密検査（治療）結果が不明の者については、本人※もしくは精密検査機関への照会等により、結果を確認しているか

※ 本人に確認する場合は、精密検査受診日・受診機関・精密検査方法・精密検査結果の4つ全てが本人から申告される必要がある

(15)個人毎の精密検査方法及び、精密検査（治療）結果を、市区町村、検診機関（医療機関）、精密検査機関が共有しているか
(16)過去5年間の精密検査方法及び、精密検査（治療）結果を記録しているか
(17)精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義[注3]に従って区別し、精密検査未受診者を特定しているか
(18)精密検査未受診者に精密検査の受診勧奨を行っているか

7. 精検受診率、がん発見率、臨床病期0～Ⅰ期のがん割合、陽性反応適中度の集計

解説：いずれも胸部エックス線受診者/喀痰細胞診受診者/総受診者別に集計すること

(9) 精検受診率を集計しているか
(1-i) 精検受診率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(1-j) 精検受診率を検診機関別に集計しているか
(1-k) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]
(1-l) 精検未受診率と未把握率を定義[注3]に従って区別して集計しているか

(10)肺がん発見率を集計しているか
(2-g) 肺がん発見率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(2-h) 肺がん発見率を検診機関別に集計しているか
(2-i) 肺がん発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(11)臨床病期0～Ⅰ期の肺がん割合（肺がん発見数に対する臨床病期0～Ⅰ期の肺がん数）を集計しているか
(3-i) 臨床病期0～Ⅰ期の肺がん割合を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(3-j) 臨床病期0～Ⅰ期の肺がん割合を検診機関別に集計しているか
(3-k) 臨床病期0～Ⅰ期の肺がん割合を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(12)陽性反応適中度を集計しているか
(4-g) 陽性反応適中度を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(4-h) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか
(4-i) 陽性反応適中度を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

8. 地域保健・健康増進事業報告

(7) がん検診結果や精密検査結果の最終報告（地域保健・健康増進事業報告）を行っているか
(8) がん検診の結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先（検診機関（医療機関）、医師会など）に報告を求めているか
(2-c) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか※

※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか

(9) 精密検査結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先（検診機関（医療機関）、精密検査機関、医師会など）に報告を求めているか
(3-c) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか※

※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか

9. 精度管理評価と体制改善

(9) 委託先検診機関（医療機関）を、仕様書の内容に基づいて選定しているか※

※ もしくは仕様書の代わりに、自治体（都道府県/市区町村）の実施要綱等の遵守を選定条件としてもよい

(1-e) 仕様書（もしくは実施要綱）の内容は、「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」[注4]を満たしているか

(1-f) 検診終了後に、委託先検診機関（医療機関）で仕様書（もしくは実施要綱）の内容が遵守されたことを確認しているか

(10)検診終了後に市区町村全体の精度管理評価と体制改善を行っているか

(2-i) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか（自己点検）

(2-j) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況及びプロセス指標値の評価をふまえて、市区町村全体の課題を抽出しているか

(2-k) 抽出した課題について改善策を検討しているか。もしくは、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等から改善策のフィードバックを受けているか

(2-l) 改善策の実行に努めているか

(11)検診終了後に委託先検診機関（医療機関）の精度管理評価を行っているか※

※ 市区町村が単独で評価できない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）の評価を行っており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする

(3-e) 委託先検診機関（医療機関）毎に「検診機関用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか

(3-f) 委託先検診機関（医療機関）毎にプロセス指標値を把握し、評価を行っているか

(3-g) 「検診機関用チェックリスト」とプロセス指標値をふまえて、検診機関（医療機関）毎の課題を抽出しているか

(3-h) 課題のある検診機関（医療機関）について、改善策を検討しているか

(12)検診終了後に委託先検診機関（医療機関）に精度管理評価と改善策を個別にフィードバックしているか※

※ 市区町村が単独でフィードバックできない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）にフィードバックしており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする

(4-g) 「検診機関用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか

(4-h) プロセス指標値の評価を個別にフィードバックしているか

(4-i) 課題のある検診機関（医療機関）に改善策を個別にフィードバックし、改善を依頼しているか

注7 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は前年に受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す。

注8 要精検の定義

胸部エックス線検査の判定区分が「E」及び読影不能の者、及び喀痰細胞診の判定区分が「D」、「E」の者。問診結果のみでは要精検とはしない。

注9 精検受診、未受診、未把握の定義

①精検受診　：精密検査機関より精密検査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※。

②精検未受診：要精検者が精密検査機関に行かなかったことが判明しているもの（受診者本人の申告及び精密検査機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精密検査として不適切な検査（喀痰細胞診要精検者に対する喀痰細胞診の再検のみ等）が行われたもの。

③精検未把握：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査結果が正確に報告されないもの。

※ 精密検査が継続中で検査結果が確定していないものについては、「地域保健・健康増進事業報告」の「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「肺がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

注10　「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」報告書、別添8の改定版。最新版は下記を参照。

国立がん研究センターがん情報サービス、医療関係者向けサイト、がん対策情報（がん検診）、「事業評価のためのチェックリスト」および「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」、３．「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」の内容
https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

解説：
⑦ このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を 1 医療機関とみなしても構わない。
⑧ 市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）と連携して行うこと。また市区町村はその実施状況を把握すること。

1. 検診対象者の情報管理

(10)対象者全員の氏名を記載した名簿※を、住民台帳などに基づいて作成しているか
※ 過去の受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である

(11)対象者全員に、個別に受診勧奨を行っているか
※ 自治体の広報紙などの配布は不適切である。受診票の送付でも個人名を列記しない世帯分の一括送付は不適切である

(12)対象者数（推計でも可）を把握しているか

2. 受診者の情報管理

(7) 個人別の受診（記録）台帳またはデータベースを作成しているか
(8) 過去 5 年間の受診歴を記録しているか

3. 対象者への説明、及び要精検者への説明

(7) 受診勧奨時に、「検診機関用チェックリスト　1. 対象者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布しているか※
※ 市区町村が配布していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料（全項目が記載されている資料）を委託先の全ての検診機関が配布している場合も可とする

(8) 要精検者全員に対し、受診可能な精密検査機関名（医療機関名）の一覧を提示しているか※
※ ここで提示する精密検査機関には、可及的に精密検査結果の報告を義務付けること
※ 市区町村が提示していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料を、委託先の全ての検診機関が提示している場合も可とする

4. 受診者数・受診率の集計

(4) 受診者数・受診率を集計しているか
(1-j) 受診者数・受診率を年齢 5 歳階級別に集計しているか
(1-k) 受診者数を検診機関別に集計しているか
(1-l) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか[注 1]

5. 要精検率の集計

(4) 要精検率を集計しているか[注 2]
(1-j) 要精検率を年齢 5 歳階級別に集計しているか[注 2]
(1-k) 要精検率を検診機関別に集計しているか[注 2]
(1-l) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注 1,2]

6. 精密検査結果の把握、精密検査未受診者の特定と受診勧奨

(19)精密検査方法、精密検査結果及び最終病理結果・病期※を把握しているか
※ 「精密検査結果及び最終病理結果・病期」は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(20)精密検査方法、精密検査結果及び最終病理結果・病期が不明の者については、本人※もしくは精密検査機関への照会等により、結果を確認しているか
※ 本人に確認する場合は、精密検査受診日・受診機関・精密検査方法・精密検査結果の 4 つ全てが本人から申告される必要がある

(21)個人毎の精密検査方法、精密検査結果及び最終病理結果・病期を、市区町村、検診機関（医療機関）、精密検査機関が共有しているか
(22)過去 5 年間の精密検査方法、精密検査結果及び最終病理結果・病期を記録しているか
(23)精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義[注3]に従って区別し、精密検査未受診者を特定しているか
(24)精密検査未受診者に精密検査の受診勧奨を行っているか

7. 精検受診率、がん発見率、早期がん割合、陽性反応適中度の集計

(13)精検受診率を集計しているか
(1-m)精検受診率を年齢 5 歳階級別に集計しているか
(1-n) 精検受診率を検診機関別に集計しているか
(1-o) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]
(1-p) 精検未受診率と未把握率を定義[注3]に従って区別して集計しているか

(14)乳がん発見率を集計しているか
(2-j) 乳がん発見率を年齢 5 歳階級別に集計しているか
(2-k) 乳がん発見率を検診機関別に集計しているか
(2-l) 乳がん発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(15)早期の乳がん割合（乳がん発見数に対する早期がん数）を集計しているか[注4]
(3-l) 早期の乳がん割合を年齢 5 歳階級別に集計しているか[注4]
(3-m)早期の乳がん割合を検診機関別に集計しているか[注4]
(3-n) 早期の乳がん割合を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1,4]
(3-o) 早期乳がんのうち、非浸潤がん数を区別して集計しているか[注4]

(16)陽性反応適中度を集計しているか
(4-j) 陽性反応適中度を年齢 5 歳階級別に集計しているか
(4-k) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか
(4-l) 陽性反応適中度を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

8. 地域保健・健康増進事業報告

(10)がん検診結果や精密検査結果の最終報告（地域保健・健康増進事業報告）を行っているか
(11)がん検診の結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先（検診機関（医療機関）、医師会など）に報告を求めているか
(2-d) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか※
※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか
(12)精密検査結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先（検診機関（医療機関）、精密検査機関、医師会など）に報告を求めているか
(3-d) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか※
※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか

9. 精度管理評価と体制改善

(13)委託先検診機関（医療機関）を、仕様書の内容に基づいて選定しているか※
※ もしくは仕様書の代わりに、自治体（都道府県/市区町村）の実施要綱等の遵守を選定条件としてもよい
(1-g) 仕様書（もしくは実施要綱）の内容は、「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」[注5]を満たしているか
(1-h) 検診終了後に、委託先検診機関（医療機関）で仕様書（もしくは実施要綱）の内容が遵守されたことを確認しているか
(14)検診終了後に市区町村全体の精度管理評価と体制改善を行っているか
(2-m)「市区町村用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか（自己点検）
(2-n)「市区町村用チェックリスト」の遵守状況及びプロセス指標値の評価をふまえて、市区町村全体の課題を抽出しているか
(2-o) 抽出した課題について改善策を検討しているか。もしくは、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等から改善策のフィードバックを受けているか
(2-p) 改善策の実行に努めているか

(15)検診終了後に委託先検診機関（医療機関）の精度管理評価を行っているか※

※ 市区町村が単独で評価できない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）の評価を行っており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする

(3-i) 委託先検診機関（医療機関）毎に「検診機関用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか

(3-j) 委託先検診機関（医療機関）毎にプロセス指標値を把握し、評価を行っているか

(3-k) 「検診機関用チェックリスト」とプロセス指標値をふまえて、検診機関（医療機関）毎の課題を抽出しているか

(3-l) 課題のある検診機関（医療機関）について、改善策を検討しているか

(16)検診終了後に委託先検診機関（医療機関）に精度管理評価と改善策を個別にフィードバックしているか※

※ 市区町村が単独でフィードバックできない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）にフィードバックしており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする

(4-j) 「検診機関用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか

(4-k) プロセス指標値の評価を個別にフィードバックしているか

(4-l) 課題のある検診機関（医療機関）に改善策を個別にフィードバックし、改善を依頼しているか

注8 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去3年間に受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す。

注9 要精検の定義

マンモグラフィ検査の結果がカテゴリ3以上、及び判定不能とされた者（ただし判定不能のうち、視触診等マンモグラフィ以外の検査により精密検査不要と判断された者は除く）。問診結果のみでは要精検としない。

注10　精検受診、未受診、未把握の定義

①精検受診　：精密検査機関より精密検査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※。

②精検未受診：要精検者が精密検査機関に行かなかったことが判明しているもの（受診者本人の申告及び精密検査機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精密検査として不適切な検査が行われたもの。

③精検未把握：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査結果が正確に報告されないもの。

※ 精密検査が継続中で検査結果が確定していないものについては、「地域保健・健康増進事業報告」の「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「乳がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

注11　早期の乳がんとは、腫瘤の大きさが触診上2センチ以下で転移を思わせるリンパ節を触れず遠隔転移を認めないもの、または非浸潤がんであったものを指す。

注12　「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」報告書、別添8の改定版。最新版は下記を参照。

国立がん研究センターがん情報サービス、医療関係者向けサイト、がん対策情報（がん検診）、「事業評価のためのチェックリスト」および「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」、３．「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」の内容

https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

解説：

⑨ このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を 1 医療機関とみなしても構わない。

⑩ 市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）と連携して行うこと。また市区町村はその実施状況を把握すること。

1. 検診対象者の情報管理

(13)対象者全員の氏名を記載した名簿※を、住民台帳などに基づいて作成しているか

※ 過去の受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である

(14)対象者全員に、個別に受診勧奨を行っているか

※ 自治体の広報紙などの配布は不適切である。受診票の送付でも個人名を列記しない世帯分の一括送付は不適切である

(15)対象者数（推計でも可）を把握しているか

2. 受診者の情報管理

(9) 個人別の受診（記録）台帳またはデータベースを作成しているか

(10)過去 5 年間の受診歴を記録しているか

3. 対象者への説明、及び要精検者への説明

(9) 受診勧奨時に、「検診機関用チェックリスト　1. 対象者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布しているか※

※ 市区町村が配布していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料（全項目が記載されている資料）を委託先の全ての検診機関が配布している場合も可とする

(10)要精検者全員に対し、受診可能な精密検査機関名（医療機関名）の一覧を提示しているか※

※ ここで提示する精密検査機関には、可及的に精密検査結果の報告を義務付けること

※ 市区町村が提示していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料を、委託先の全ての検診機関が提示している場合も可とする

4. 受診者数・受診率の集計

(5) 受診者数・受診率を集計しているか

(1-m)受診者数・受診率を年齢 5 歳階級別に集計しているか

(1-n) 受診者数を検診機関別に集計しているか

(1-o) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか[注 1]

5. 要精検率の集計

(5) 要精検率を集計しているか[注 2]

(1-m)要精検率を年齢 5 歳階級別に集計しているか[注 2]

(1-n) 要精検率を検診機関別に集計しているか[注 2]

(1-o) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注 1,2]

6. 精密検査結果の把握、精密検査未受診者の特定と受診勧奨

(25)精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※を把握しているか

※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す。具体的には、精密検査の際に行った HPV 検査、子宮頸部の細胞診や組織診の結果、手術によって判明した組織診断や臨床進行期などのこと

(26)精密検査方法及び、精密検査（治療）結果が不明の者については、本人※もしくは精密検査機関への照会等により、結果を確認しているか

※ 本人に確認する場合は、精密検査受診日・受診機関・精密検査方法・精密検査結果の 4 つ全てが本人から申告される必要がある

(27)個人毎の精密検査方法及び、精密検査（治療）結果を、市区町村、検診機関（医療機関）、精密検査機関が共有しているか

(28)過去 5 年間の精密検査方法及び、精密検査（治療）結果を記録しているか

(29)精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義[注3]に従って区別し、精密検査未受診者を特定しているか

(30)精密検査未受診者に精密検査の受診勧奨を行っているか

7. 精検受診率、CIN3 以上発見率、上皮内病変（CIN・AIS など）、進行度がⅠA 期の子宮頸がんの割合、CIN3 以上の陽性反応適中度の集計

(17)精検受診率を集計しているか

(1-q) 精検受診率を年齢 5 歳階級別に集計しているか

(1-r) 精検受診率を検診機関別に集計しているか

(1-s) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(1-t) 精検未受診率と未把握率を定義[注3]に従って区別して集計しているか

(18)CIN3 以上発見率を集計しているか[注4]

(2-m)CIN3 以上発見率を年齢 5 歳階級別に集計しているか[注4]

(2-n) CIN3 以上発見率を検診機関別に集計しているか[注4]

(2-o) CIN3 以上発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1,4]

(19)上皮内病変（CIN・AIS）の数を集計しているか（区分毎）[注5]

(3-p) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を年齢 5 歳階級別に集計しているか（区分毎）[注5]

(3-q) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を検診機関別に集計しているか（区分毎）[注5]

(3-r) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を過去の検診受診歴別に集計しているか（区分毎）[注1,5]

(20)進行度がⅠA 期の子宮頸がんの割合（子宮頸がん発見数に対する進行度がⅠA 期のがんの数）を集計しているか

(4-a) 進行度がⅠA 期の子宮頸がんの割合を年齢 5 歳階級別に集計しているか

(4-b) 進行度がⅠA 期の子宮頸がんの割合を検診機関別に集計しているか

(4-c) 進行度がⅠA 期の子宮頸がんの割合を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(21)CIN3 以上の陽性反応適中度を集計しているか[注4]

(4-m)CIN3 以上の陽性反応適中度を年齢 5 歳階級別に集計しているか[注4]

(4-n) CIN3 以上の陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか[注4]

(4-o) CIN3 以上の陽性反応適中度を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1,4]

8. 地域保健・健康増進事業報告

(13)がん検診結果や精密検査結果の最終報告（地域保健・健康増進事業報告）を行っているか

(14)がん検診の結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先（検診機関（医療機関）、医師会など）に報告を求めているか

(2-e) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか※

※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか

(15)精密検査結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先（検診機関（医療機関）、精密検査機関、医師会など）に報告を求めているか

(3-e) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか※

※ 例えば、組織診の結果の記載が HSIL のみだった場合は、その後 CIN2、CIN3 に再区分されてないかを確認する体制を有しているか

※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか

9. 精度管理評価と体制改善

(17)委託先検診機関（医療機関）を、仕様書の内容に基づいて選定しているか※

※ もしくは仕様書の代わりに、自治体（都道府県/市区町村）の実施要綱等の遵守を選定条件としてもよい

(1-i) 仕様書（もしくは実施要綱）の内容は、「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」[注6]を満たしているか
(1-j) 検診終了後に、委託先検診機関（医療機関）で仕様書（もしくは実施要綱）の内容が遵守されたことを確認しているか
(18)検診終了後に市区町村全体の精度管理評価と体制改善を行っているか
(2-q) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか（自己点検）
(2-r) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況及びプロセス指標値の評価をふまえて、市区町村全体の課題を抽出しているか
(2-s) 抽出した課題について改善策を検討しているか。もしくは、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等から改善策のフィードバックを受けているか
(2-t) 改善策の実行に努めているか
(19)検診終了後に委託先検診機関（医療機関）の精度管理評価を行っているか※
※ 市区町村が単独で評価できない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）の評価を行っており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする
(3-m)委託先検診機関（医療機関）毎に「検診機関用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか
(3-n) 委託先検診機関（医療機関）毎にプロセス指標値を把握し、評価を行っているか
(3-o) 「検診機関用チェックリスト」とプロセス指標値をふまえて、検診機関（医療機関）毎の課題を抽出しているか
(3-p) 課題のある検診機関（医療機関）について、改善策を検討しているか
(20)検診終了後に委託先検診機関（医療機関）に精度管理評価と改善策を個別にフィードバックしているか※
※ 市区町村が単独でフィードバックできない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）にフィードバックしており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする
(4-m)「検診機関用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか
(4-n) プロセス指標値の評価を個別にフィードバックしているか
(4-o) 課題のある検診機関（医療機関）に改善策を個別にフィードバックし、改善を依頼しているか

注1 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去5年間にHPV検査または過去3年間に細胞診検査の受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す。

注2 要精検の定義

細胞診の結果がNILM（陰性）以外、及び判定不能とされた者。問診結果のみでは要精検としない。

注3 精検受診、未受診、未把握の定義

①精検受診　：精密検査機関より精密検査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※。
②精検未受診：要精検者が精密検査機関に行かなかったことが判明しているもの（受診者本人の申告及び精密検査機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精密検査として不適切な検査（ASC-USを除く要精検者に対する、細胞診のみの再検等）が行われたもの。
③精検未把握：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査結果が正確に報告されないもの。

※ 精密検査が継続中で検査結果が確定していないものについては、「地域保健・健康増進事業報告」の「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「子宮頸がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

注4 CIN3以上とは、子宮頸部上皮内腫瘍3（CIN3）、上皮内腺がん（AIS）及び子宮頸部浸潤がんを指す。

注5 上皮内病変とは、上皮内腺がん（AIS）/CIN3/CIN2/CIN1のいずれかの区分に含まれるものを指す。
上皮内病変の数の集計とは、上記の4つの区分に分けて、全て集計することを指す。

注6 「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」報告書、別添8の改定版。最新版は下記を参照。

国立がん研究センターがん情報サービス、医療関係者向けサイト、がん対策情報（がん検診）、「事業評価のためのチェックリスト」および「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」、３．「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」の内容
https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

令和 6 年 3 月

解説：

⑪ このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を 1 医療機関とみなしても構わない。
HPV 検査単独法による子宮頸がん検診では、検体採取機関、HPV 検査（検診または追跡検査）の判定機関、細胞診（トリアージ検査）判定機関がある。

⑫ 市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）と連携して行うこと。また市区町村はその実施状況を把握すること。

1. 検診及び追跡検査対象者の情報管理

(16)検診及び追跡検査対象者全員の氏名を記載した名簿※を、住民台帳などに基づいて作成しているか

※ 過去の受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である

※ 検診対象者と追跡検査の対象者を区別すること

(17)検診及び追跡検査対象者全員に、個別に受診勧奨を行っているか

※ 自治体の広報紙などの配布は不適切である。受診票の送付でも個人名を列記しない世帯分の一括送付は不適切である

※ 追跡検査の対象者には追跡検査の対象であることを伝えること

(18)検診及び追跡検査対象者数（推計でも可）を把握しているか

2. 検診及び追跡検査受診者の情報管理

(11)個人別の受診（記録）台帳またはデータベースを作成しているか

(12)過去 5 年間の検診及び追跡検査の受診歴を記録しているか

3. 検診及び追跡検査対象者、要確定精検者への説明

(11)検診及び追跡検査の受診勧奨時に、「検診機関用チェックリスト　1.検診及び追跡検査対象者への説明」が全項目記載された資料を、検診及び追跡検査対象者全員に個別配布しているか※

※ 市区町村が配布していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料（全項目が記載されている資料）を委託先の全ての検診機関が配布している場合も可とする

※ 追跡検査対象者に対しては、直近の検診結果が「要追跡検査」であったこと、検診結果が「トリアージ検査・追跡検査・確定精検不要」よりも CIN3 以上になる可能性が高いため、必ず追跡検査を受ける必要があることを強調すること

(12)要確定精検者全員に対し、受診可能な精密検査機関名（医療機関名）の一覧を提示しているか※

※ ここで提示する精密検査機関には、可及的に精密検査結果の報告を義務付けること

※ 市区町村が提示していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料を、委託先の全ての検診機関が提示している場合も可とする

4. 受診者数・受診率の集計

(6) 受診者数・受診率を集計しているか

(1-p) 受診者数・受診率を年齢 5 歳階級別に集計しているか

(1-q) 受診者数を検診機関別に集計しているか

(1-r) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか[注 1]

5. 要トリアージ検査率、要追跡検査率、要確定精検率の集計

(1) 要トリアージ検査率、要追跡検査率、要確定精検率を集計しているか[注 2]

(1-a) 要トリアージ検査率、要追跡検査率、要確定精検率を年齢 5 歳階級別に集計しているか[注 2]

(1-b) 要トリアージ検査率、要追跡検査率、要確定精検率を検診機関別に集計しているか[注 2]

(1-c) 要トリアージ検査率、要追跡検査率、要確定精検率を検診または追跡検査の別に集計しているか[注 2]

6. 確定精検結果の把握、確定精検未受診者の特定と受診勧奨

(31)確定精検の方法及び、確定精検（治療）結果※を把握しているか

※ 確定精検（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す。具体的には、確定精検の際に行ったHPV検査、子宮頸部の細胞診や組織診の結果、手術によって判明した組織診断や臨床進行期などのこと

(32)確定精検の方法及び、確定精検（治療）結果が不明の者については、本人※もしくは確定精検機関への照会等により、結果を確認しているか

※ 本人に確認する場合は、確定精検受診日・受診機関・確定精検方法・確定精検結果の4つ全てが本人から申告される必要がある

(33)個人毎の確定精検方法及び、確定精検（治療）結果を、市区町村、検診機関（医療機関）、確定精検機関が共有しているか

(34)過去5年間の確定精検方法及び、確定精検（治療）結果を記録しているか

(35)確定精検未受診と確定精検結果未把握を定義[注3]に従って区別し、確定精検未受診者を特定しているか

(36)確定精検未受診者に確定精検の受診勧奨を行っているか

7. トリアージ検査受診率、追跡検査受診率、確定精検受診率、CIN3以上発見率、上皮内病変（CIN・AISなど）、進行度がⅠA期の子宮頸がんの割合、CIN3以上の陽性反応適中度の集計

(22)トリアージ検査受診率を集計しているか

(1-u) トリアージ検査受診率を年齢5歳階級別に集計しているか

(1-v) トリアージ検査受診率を検診機関別に集計しているか

(23)追跡検査受診率を集計しているか

(2-a) 追跡検査受診率を年齢5歳階級別に集計しているか

(2-b) 追跡検査受診率を検診機関別に集計しているか

(3) 確定精検受診率を集計しているか

(3-a) 確定精検受診率を年齢5歳階級別に集計しているか

(3-b) 確定精検受診率を検診機関別に集計しているか

(3-c) 確定精検未受診率と未把握率を定義[注3]に従って区別して集計しているか

(4) CIN3以上発見率を集計しているか[注4]

(2-p) CIN3以上発見率を年齢5歳階級別に集計しているか[注4]

(2-q) CIN3以上発見率を検診機関別に集計しているか[注4]

(2-r) CIN3以上発見率を検診または追跡検査の別に集計しているか[注4]

(5) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を集計しているか（区分毎）[注5]

(3-s) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を年齢5歳階級別に集計しているか（区分毎）[注5]

(3-t) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を検診機関別に集計しているか（区分毎）[注5]

(3-u) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を検診または追跡検査の別に集計しているか（区分毎）[注5]

(6) 進行度がⅠA期の子宮頸がんの割合（子宮頸がん発見数に対する進行度がⅠA期のがんの数）を集計しているか

(4-d) 進行度がⅠA期の子宮頸がんの割合を年齢5歳階級別に集計しているか

(4-e) 進行度がⅠA期の子宮頸がんの割合を検診機関別に集計しているか

(4-f) 進行度がⅠA期の子宮頸がんの割合を検診または追跡検査の別に集計しているか

(7) CIN3以上の陽性反応適中度を集計しているか[注4]

(4-p) CIN3以上の陽性反応適中度を年齢5歳階級別に集計しているか[注4]

(4-q) CIN3以上の陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか[注4]

(4-r) CIN3以上の陽性反応適中度を検診または追跡検査の別に集計しているか[注4]

8. 地域保健・健康増進事業報告

(16)がん検診結果、追跡検査や確定精検結果の最終報告（地域保健・健康増進事業報告）を行っているか

(17)がん検診の結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先（検診機関（医療機関）、医師会など）に報告を求めているか

(2-f) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか※

※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか

(18)確定精検結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先（検診機関（医療機関）、確定精検機関、医師会など）に報告を求めているか

(3-f) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか※

※ 例えば、組織診の結果の記載が HSIL のみだった場合は、その後 CIN2、CIN3 に再区分されてないかを確認する体制を有しているか

※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか

9. 精度管理評価と体制改善

(21)委託先検診機関（医療機関）を、仕様書の内容に基づいて選定しているか※

※ もしくは仕様書の代わりに、自治体（都道府県/市区町村）の実施要綱等の遵守を選定条件としてもよい

(1-k) 仕様書（もしくは実施要綱）の内容は、「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」[注6]を満たしているか

(1-l) 検診終了後に、委託先検診機関（医療機関）で仕様書（もしくは実施要綱）の内容が遵守されたことを確認しているか

(22)検診終了後に市区町村全体の精度管理評価と体制改善を行っているか

(2-u)「市区町村用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか（自己点検）

(2-v)「市区町村用チェックリスト」の遵守状況及びプロセス指標値の評価をふまえて、市区町村全体の課題を抽出しているか

(2-w) 抽出した課題について改善策を検討しているか。もしくは、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等から改善策のフィードバックを受けているか

(2-x) 改善策の実行に努めているか

(23)検診終了後に委託先検診機関（医療機関）の精度管理評価を行っているか※

※ 市区町村が単独で評価できない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）の評価を行っており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする

(3-q) 委託先検診機関（医療機関）毎に「検診機関用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか

(3-r) 委託先検診機関（医療機関）毎にプロセス指標値を把握し、評価を行っているか

(3-s)「検診機関用チェックリスト」とプロセス指標値をふまえて、検診機関（医療機関）毎の課題を抽出しているか

(3-t) 課題のある検診機関（医療機関）について、改善策を検討しているか

(24)検診終了後に委託先検診機関（医療機関）に精度管理評価と改善策を個別にフィードバックしているか※

※ 市区町村が単独でフィードバックできない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）にフィードバックしており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする

(4-p)「検診機関用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか

(4-q) プロセス指標値の評価を個別にフィードバックしているか

(4-r) 課題のある検診機関（医療機関）に改善策を個別にフィードバックし、改善を依頼しているか

注7 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去 5 年間に HPV 検査または過去 3 年間に細胞診検査の受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す。

注8 要トリアージ検査、要追跡検査、要確定精検の定義

- 要トリアージ検査：HPV 検査の結果が陽性、または判定不能とされた者。問診結果のみでは要トリアージ検査としない。
- 要 追 跡 検 査　：要トリアージ検査者でかつ、トリアージ検査（細胞診）の結果が NILM（陰性）とされた者。
- 要 確 定 精 検　：要トリアージ検査者でかつ、トリアージ検査（細胞診）の結果が NILM（陰性）以外とされた者。

注9 調整中（今後追記予定）

注10CIN3 以上とは、子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、上皮内腺がん（AIS）及び子宮頸部浸潤がんを指す。

注11上皮内病変とは、上皮内腺がん（AIS）/CIN3/CIN2/CIN1 のいずれかの区分に含まれるものを指す。
上皮内病変の数の集計とは、上記の 4 つの区分に分けて、全て集計することを指す。

注12「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」報告書、別添 8 の改定版。最新版は下記を参照。
国立がん研究センターがん情報サービス、医療関係者向けサイト、がん対策情報（がん検診）、「事業評価のためのチェックリスト」および「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」、３．「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」の内容
https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

1. 検査の精度管理

■検診項目

□ 検診項目は、問診に加え、胃部エックス線検査または胃内視鏡検査のいずれか※とする。
※ 受診者に、胃部エックス線検査または胃内視鏡検査のどちらかを選択させること

■問診

□ 問診は現在の症状、既往歴、過去の検診の受診状況等を聴取する。

■胃部エックス線撮影

□ 撮影機器の種類を明らかにする。また撮影機器は日本消化器がん検診学会の定める仕様基準[注1]を満たすものを使用する。
□ 撮影枚数は最低 8 枚とする。
□ 撮影の体位及び方法を明らかにする。また、撮影の体位及び方法は日本消化器がん検診学会の方式[注1]によるものとする。
□ 造影剤の使用に当たっては、その濃度を適切に（180～220W/V%の高濃度バリウム、120～150ml とする）保つとともに、副作用等の事故に注意する。
□ 撮影技師は、日本消化器がん検診学会が認定する胃がん検診専門技師の資格を取得すること（撮影技師が不在で医師が撮影している場合は除く）。
□ （自治体や医師会等から報告を求められた場合には）撮影技師の全数と、日本消化器がん検診学会認定技師数を報告する（撮影技師が不在で医師が撮影している場合は除く）。

■胃部エックス線読影

解説：外部（地域の読影委員会等）に読影を委託している場合は、委託先の状況を確認する。

□ （自治体や医師会等から報告を求められた場合には）読影医全数と日本消化器がん検診学会認定医数もしくは総合認定医数を報告する。
□ 読影は二重読影とし、原則として判定医の一人は日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医とする。
□ 必要に応じて過去に撮影したエックス線写真と比較読影する。

■胃内視鏡検査及び胃内視鏡画像の読影

□ 胃内視鏡検査の実施に当たっては、日本消化器がん検診学会による胃内視鏡検診マニュアル[注2]を参考に行う。
□ 胃内視鏡検診運営委員会（仮称）、もしくはそれに相当する組織が設置する読影委員会※により、ダブルチェックを行う。
※ ダブルチェックとは、内視鏡検査医以外の読影委員会のメンバーが内視鏡画像のチェックを行うことである。ただし、専門医※※が複数勤務する医療機関で検診を行う場合には、施設内での相互チェックをダブルチェックの代替方法とすることができる[注2]
※※専門医の条件は下段参照
□ 読影委員会のメンバーは、日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医、日本消化器内視鏡学会専門医のいずれかの資格を取得する。

■記録の保存

□ 胃部エックス線画像、及び胃内視鏡画像は少なくとも 5 年間は保存する。
□ 問診記録・検診結果は少なくとも 5 年間は保存する。

■対象者への説明

解説：

① 下記の 6 項目を記載した資料を、検診機関に来場した対象者全員に個別に配布する（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）。
② 資料は検査を受ける前に配布する※。
※ 市区町村等が対象者への受診勧奨時に資料を配布する場合もある。その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の 6 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい

□ 要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることを説明する。
□ 精密検査の方法について説明する（胃部エックス線検査の精密検査としては胃内視鏡検査を行うこと、及び胃内視鏡検査の概要など。胃内視鏡検査の精密検査としては生検または胃内視鏡検査の再検査を行うこと、及び生検の概要など）。
□ 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明する※。
※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、自治体や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）
□ 検診の有効性（胃部エックス線検査及び胃内視鏡検査による胃がん検診は、死亡率減少効果があること）に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんがなくてもがん検診の結果が「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明する。
□ 検診間隔は 2 年に 1 回であり※、受診の継続が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明する。
※ ただし当分の間、胃部エックス線検査については、年 1 回受診しても差し支えない
□ 胃がんがわが国のがん死亡の上位に位置することを説明する。

2. システムとしての精度管理

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して実施する。

□ 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後 4 週間以内に行う。
□ がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告する。
※ 「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す
□ 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※（内視鏡診断や生検結果、内視鏡的治療または外科手術所見と病理組織検査結果など）について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努める。
※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す
□ 撮影や読影向上のための検討会や委員会※（自施設以外の胃がん専門家※※を交えた会）を設置する。もしくは、市区町村や医師会等が設置した検討会や委員会に参加する。
※ 胃内視鏡では、胃内視鏡検診運営委員会（仮称）、もしくはそれに相当する組織を指す
※※当該検診機関に雇用されていない胃がん検診専門家

3. 事業評価に関する検討

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して実施する。

□ 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握する※。
※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である
□ プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行う。
□ 都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努める。

注1　胃部エックス線撮影法及び撮影機器の基準は日本消化器がん検診学会発行、新・胃 X 線撮影法ガイドライン改訂版（2011）を参照。
注2　日本消化器がん検診学会発行、「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル」（2017 年発行）を参照。

1. 検査の精度管理

■便潜血検査

解説：検査を外注している場合は、外注先施設の状況を確認する。

□ 検査は、免疫便潜血検査 2 日法を行う。
□ 便潜血検査キットのキット名、測定方法（用手法もしくは自動分析装置法）、カットオフ値（定性法の場合は検出感度）を明らかにする。
□ 大腸がん検診マニュアル（2021 年度改訂版、日本消化器がん検診学会刊行）に記載された方法に準拠して行う※。

※ 測定原理により様々な検査キットがあり、判定は機械による自動判定の他に目視判定がある。検査キットの使用期限を守ると共に、日々、機器及び測定系の精度管理に務めなければならない

□ 検体回収後原則として 24 時間以内に測定する（検査提出数が想定以上に多かった場合を除く）。

■検体の取り扱い

解説：検査を外注している場合は、外注先施設の状況を確認する。

□ 採便方法についてチラシやリーフレット（採便キットの説明書など）を用いて受診者に説明する。
□ 採便後即日（2 日目）回収を原則とする（離島や遠隔地は例外とする）。
□ 採便後は検体を冷蔵庫あるいは冷所に保存するよう受診者に指導する。
□ 受診者から検体を回収してから自施設で検査を行うまでの間あるいは検査施設へ引き渡すまでの間、冷蔵保存する。
□ 検査施設では検体を受領後冷蔵保存する。

■記録の保存

□ 検診結果は少なくとも 5 年間は保存する。

■対象者への説明

解説：

③ 下記の 6 項目を記載した資料を、検診機関に来場した対象者全員（大腸がん検診では申込者全員）に個別に配布する（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）。
④ 資料は検査を受ける前に（検査キットの配布時）配布する※。

※ 市区町村等が対象者への受診勧奨時に資料を配布する場合もある。その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の 6 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい。なお、市区町村が検査キットと資料を同時に配布している場合も同様である

□ 便潜血検査陽性で要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があること（便潜血検査の再検は不適切であること）を説明する。
□ 精密検査の方法について説明する（検査の概要や、精密検査の第一選択は全大腸内視鏡検査であること、また全大腸内視鏡検査が困難な場合はＳ状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査の併用となること）。
□ 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明する※。

※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）

□ 検診の有効性（便潜血検査による大腸がん検診には死亡率減少効果があること）に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんがなくてもがん検診の結果が「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明する。
□ 検診間隔は 1 年に 1 回であり、受診の継続が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明する。
□ 大腸がんがわが国のがん死亡の上位に位置することを説明する。

2. システムとしての精度管理

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して実施する。

□ 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、検体回収後 2 週間以内に行う。

□ がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告する。

※ 「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

□ 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※（内視鏡診断や生検結果、内視鏡治療または外科手術所見と病理組織検査結果など）について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努める。

※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

3. 事業評価に関する検討

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して実施する。

□ 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握する※。

※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である

□ プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行う。

□ 都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努める。

1. 検査の精度管理

■検診項目

□ 検診項目は、質問（医師が自ら対面で行う場合は問診）、胸部エックス線検査、及び質問の結果、50 歳以上で喫煙指数（1 日本数×年数）が 600 以上だった者（過去における喫煙者を含む）への喀痰細胞診とする※。

※ 質問は必ずしも対面による聴取で実施する必要はなく、受診者に自記式の質問用紙を記載させることをもって代えることができる。また、加熱式タバコについては、「カートリッジの本数」を「喫煙本数」と読み替える

■質問（問診）

□ 質問（問診）では喫煙歴、妊娠の可能性の有無を必ず聴取し、かつ、過去の検診の受診状況等を聴取する。また最近 6 か月以内の血痰など自覚症状のある場合には、検診ではなくすみやかに専門機関を受診し、精査を行うように勧める。

■胸部エックス線撮影

□ 肺がん診断に適格な胸部エックス線撮影、すなわち、放射線科医、呼吸器内科医、呼吸器外科医のいずれかによる胸部エックス線の画質の評価と、それに基づく指導を行う[注1]。

□ 撮影機器の種類（直接・間接撮影、デジタル方式）、フィルムサイズ、モニタ読影の有無を明らかにし、日本肺癌学会が定める肺がん検診として適切な撮影機器・撮影方法で撮影する[注2]。またデジタル撮影の場合、日本肺癌学会が定める画像処理法を用いること[注2]。

□ 胸部エックス線検査に係る必要な機器及び設備を整備するとともに、機器の日常点検等の管理体制を整備する。

□ 集団検診を実施する検診機関は、1 日あたりの実施可能人数を明らかにする※。

※ 個別検診及び集団検診において病院や診療所が会場に指定されている場合は不要

解説：以下 4 項目の対象は、病院または診療所以外の場所において医師不在の状況下で胸部エックス線撮影を行う場合。個別検診では不要。また集団検診においても、医師立ち合いの下で撮影している場合、医師が撮影している場合、病院や診療所が会場に指定されている場合は不要。

□ 事前に胸部エックス線写真撮影を行う診療放射線技師に対して指示をする責任医師、及び緊急時や必要時に対応する医師などを明示した計画書を作成し、市区町村に提出する。

□ 緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備する。

□ 胸部エックス線写真撮影時や緊急時のマニュアルを整備する。

□ 検診に従事する診療放射線技師が必要な教育・研修を受ける機会を確保する。

■胸部エックス線読影

解説：外部（自施設以外の医師、地域の読影委員会等）に読影を委託している場合は、委託先の状況を確認する。

□ 自治体や医師会から求められた場合、読影医の実態（読影医の氏名、生年、所属機関名、専門とする診療科目、呼吸器内科・呼吸器外科・放射線科医師の場合には専門科医師としての経験年数、肺がん検診に従事した年数、「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会[注3]」の受講の有無等）を報告する。

□ 読影は二重読影を行い、下記の要件※を満たす医師が読影に従事する。

※ 読影医の要件

・第一読影医：検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会[注3]」に年１回以上参加していること

・第二読影医：下記の 1)、2)のいずれかを満たすこと

1）3 年間以上の肺がん検診読影経験があり、かつ検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会[注3]」に年１回以上参加している

2）5 年間以上の呼吸器内科医、呼吸器外科医、放射線科医のいずれかとしての経験があり、かつ検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会[注3]」に年１回以上参加している

□ 2 名の読影医のうちどちらかが「要比較読影」としたもの※は、過去に撮影した胸部エックス線写真と比較読影する。

※ 二重読影の結果、「肺がん検診の手引き」（日本肺癌学会肺がん検診委員会編）の「肺がん検診における胸部Ｘ線検査の判定基準と指導区分」の「ｄ」「e」に該当するもの

□ 比較読影の方法は、「読影委員会等を設置して読影する（あるいは読影委員会等に委託する）」、「二重読影を行った医師がそれぞれ読影する」、「二重読影を行った医師のうち指導的立場の医師が読影する」のいずれかにより行う。

□ 読影結果の判定は「肺がん検診の手引き」（日本肺癌学会肺がん検診委員会編）の「肺がん検診における胸部Ｘ線検査の判定基準と指導区分」によって行う。

※ 地域保健・健康増進事業報告の要精検者はＥ判定のみである

□ シャウカステン・読影用モニタなどの機器に関しては、日本肺癌学会が定めた基準等に従う[注2]。

■喀痰細胞診

解説：検査を外注している場合は、外注先施設の状況を確認する。

□ 細胞診の業務を委託する場合は、その委託機関（施設名）を明らかにする。

□ 採取した喀痰は、2 枚以上のスライドに塗沫し、湿固定の上、パパニコロウ染色を行う。

□ 固定標本の顕微鏡検査は、公益社団法人日本臨床細胞学会の認定を受けた細胞診専門医と細胞検査士が連携して行う[注4]。

□ 同一検体から作成された 2 枚以上のスライドは、2 名以上の技師によりスクリーニングする。

□ がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行う※。

※ がん発見例については必ず見直すこと。またがん発見例が無い場合でも、少なくとも見直す体制を有すること

■記録・標本の保存

□ 標本、胸部エックス線画像は少なくとも 5 年間は保存する。

□ 質問（問診）記録・検診結果（エックス線検査結果、喀痰細胞診検査結果）は少なくとも 5 年間は保存する。

■対象者への説明

解説：

⑤ 下記の 7 項目を記載した資料を、検診機関に来場した対象者全員に個別に配布する（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）。

⑥ 資料は検査を受ける前に配布する※。

※ 市区町村等が対象者への受診勧奨時に資料を配布する場合もある。その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の 7 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい

□ 要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があること（喀痰細胞診で要精密検査となった場合は、喀痰細胞診の再検は不適切であることなど）を説明する。

□ 精密検査の方法について説明する（精密検査は CT 検査や気管支鏡検査により行うこと、及びこれらの検査の概要など）。

□ 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明する※。

※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）。

□ 検診の有効性（胸部エックス線検査及び喫煙者への喀痰細胞診による肺がん検診は、死亡率減少効果があること）に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんがなくてもがん検診の結果が「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明する。

□ 検診間隔は１年に１回であり、受診の継続が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明する。
□ 肺がんがわが国のがん死亡の上位に位置することを説明する。
□ 禁煙及び防煙指導等、肺がんに関する正しい知識の啓発普及を行う。

2. システムとしての精度管理

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して実施する。

□ 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後 4 週間以内に行う。
□ がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告する。
※ 「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す
□ 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※(診断、治療方法、手術所見、病理組織検査結果など)について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努める。
※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す
□ 検診に従事する医師の胸部画像読影力向上のために「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会[注3]」を年に１回以上開催する。もしくは、他施設や都道府県単位、あるいは日本肺癌学会等が主催する胸部画像の読影に関するセミナー・講習会[注3]を年に１回以上受講させる。
□ 内部精度管理として、検診実施体制や検診結果の把握・集計・分析のための委員会（自施設以外の専門家※を交えた会)を年に１回以上開催する。もしくは、市区町村や医師会等が設置した同様の委員会に年に１回以上参加する。
※ 当該検診機関に雇用されていないがん検診の専門家や肺がん診療の専門家など

3. 事業評価に関する検討

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して実施する。

□ 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握する※。
※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である
□ プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行う。
□ 都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努める。

注3 肺がん診断に適格な胸部エックス線撮影：日本肺癌学会編集、肺癌取扱い規約　改訂第８版（肺がん検診の手引き 2020 年改訂版）より。
背腹一方向撮影を原則とする。適格な胸部エックス線写真とは、肺尖、肺野外側縁、横隔膜、肋骨横隔膜角などを含むように正しく位置づけされ、適度な濃度とコントラストおよび良好な鮮鋭度をもち、中心陰影に重なった気管、主気管支の透亮像ならびに心陰影及び横隔膜に重なった肺血管が観察できるもの。

注4 日本肺癌学会編集、肺癌取扱い規約　改訂第８版（肺がん検診の手引き 2020 年改訂版）より。
1: 間接撮影の場合は、100mm ミラーカメラと、定格出力 150kV 以上の撮影装置を用いて 120kV 以上の管電圧により撮影する。やむを得ず定格出力 125kV の撮影装置を用いる場合は、110kV 以上の管電圧による撮影を行い縦隔部の感度を肺野部に対して高めるため、希土類（グラデーション型）蛍光板を用いる。定格出力 125kV 未満の撮影装置は用いない。
2: 直接撮影（スクリーン・フィルム系）の場合は、被検者−管球間距離を 150cm 以上とし、定格出力 150kV 以上の撮影装置を用い、120kV 以上の管電圧及び希土類システム（希土類増感紙＋オルソタイ

プフィルム）による撮影がよい。やむを得ず 100～120kV の管電圧で撮影する場合も、被曝軽減のために希土類システム（希土類増感紙＋オルソタイプフィルム）を用いる。

3: 直接撮影（デジタル画像）の場合は、X 線検出器として、輝尽性蛍光体を塗布したイメージングプレート(IP)を用いた CR システム、平面検出器(FPD) もしくは固体半導体（CCD、CMOS など）を用いた DR システムのいずれかを使用する。管球検出器間距離（撮影距離）150cm 以上、X 線管電圧 120～140kV、撮影 mAs 値 4mAs 程度以下、入射表面線量 0.3mGy 以下、グリッド比 8：1 以上、の条件下で撮影されることが望ましい。

4: 撮影機器、画像処理、読影用モニタの条件については、下記のサイト（日本肺癌学会ホームページ、肺がん検診について）に掲載された最新情報を参照すること。
https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1

注5 下記講習会の具体的内容は、日本肺癌学会ホームページ（肺がん検診について）を参照すること。
https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1
「肺癌取扱い規約　第 8 版 肺がん検診の手引き改訂について」、「肺癌取扱い規約第 8 版「肺がん検診の手引き」改訂に関する Q&A」
・「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会」
・「他施設や都道府県単位、あるいは日本肺癌学会等が主催する胸部画像の読影に関するセミナー・講習会」

注6 喀痰の処理法・染色法：
公益社団法人日本臨床細胞診学会、細胞検査士会編集「細胞診標本作製マニュアル」参照。
http://www.intercyto.com/lecture/manual/resp_manual.pdf

細胞診判定：
肺癌取扱い規約、日本肺癌学会ホームページ（肺がん検診について）参照。
「肺癌検診における喀痰細胞診の判定区分別標準的細胞」
https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1

1. 検査の精度管理

■検診項目

□ 検診項目は、質問(医師が自ら行う場合は問診)及び乳房エックス線検査(マンモグラフィ)とする※。
※ 視触診は推奨しないが、仮に実施する場合は、マンモグラフィと併せて実施すること

■質問（問診）・乳房エックス線撮影（撮影機器、撮影技師）

□ 質問（問診）では現在の症状、月経及び妊娠等に関する事項を必ず聴取し、かつ既往歴、家族歴、過去の検診の受診状況、マンモグラフィの実施可否に係る事項等を聴取する※。
※ 質問は必ずしも対面による聴取で実施する必要はなく、受診者に自記式の質問用紙を記載させることをもって代えることができる

□ 乳房エックス線装置の種類を明らかにし、日本医学放射線学会の定める仕様基準[注1]を満たす。

□ マンモグラフィに係る必要な機器及び設備を整備するとともに、機器の日常点検等の管理体制を整備する。

□ 両側乳房について内外斜位方向撮影を行う。また 40 歳以上 50 歳未満の受診者に対しては、内外斜位方向・頭尾方向の 2 方向を撮影する。

□ 乳房エックス線撮影における線量及び写真またはモニタの画質について、日本乳がん検診精度管理中央機構（旧マンモグラフィ検診精度管理中央委員会）の行う施設画像評価を受け、A または B の評価を受ける※。
※ 評価 C または D、施設画像評価を受けていない場合は至急改善すること

□ 撮影を行う診療放射線技師、医師は、乳房エックス線撮影、読影及び精度管理に関する基本講習プログラムに準じた講習会[注2]を修了し、その評価試験で A または B の評価を受ける※。
※ 上記の評価試験で、C または D 評価、講習会未受講の場合は至急改善すること

解説：以下４項目の対象は、病院または診療所以外の場所において医師不在の状況下で乳房エックス線撮影を行う場合。医師立会いの下で撮影している場合、医師が撮影している場合、病院や診療所が会場に指定されている場合は不要。

□ 事前に乳房エックス線撮影を行う診療放射線技師に対して指示をする責任医師及び緊急時や必要時に対応する医師などを明示した計画書を作成し、市区町村に提出する。

□ 緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備する。

□ 乳房エックス線写真撮影時や緊急時のマニュアルを整備する。

□ 検診に従事する診療放射線技師が必要な教育・研修を受ける機会を確保する。

■乳房エックス線読影

解説：外部（地域の読影委員会等）に読影を委託している場合は、委託先の状況を確認する。

□ 読影は二重読影を行い、読影に従事する医師のうち少なくとも一人は乳房エックス線写真読影に関する適切な講習会[注2]を修了し、その評価試験で A または B の評価を受ける※。
※ 上記の評価試験で C または D 評価、講習会未受講の場合は至急改善すること

□ 二重読影の所見に応じて、過去に撮影した乳房エックス線写真と比較読影する。

■記録の保存

□ 乳房エックス線画像は少なくとも 5 年間は保存する。

□ 質問（問診）記録・検診結果は少なくとも 5 年間は保存する。

■対象者への説明

解説：

⑦ 下記の 6 項目を記載した資料を、検診機関に来場した対象者全員に個別に配布する（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）。

⑧ 資料は検査を受ける前に配布する※。

※ 市区町村等が対象者への受診勧奨時に資料を配布する場合もある。その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の 6 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい

□ 要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることを説明する。
□ 精密検査の方法について説明する（精密検査はマンモグラフィの追加撮影や超音波検査、穿刺吸引細胞診や針生検等により行うこと。及びこれらの検査の概要など）。
□ 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明する※。
※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）
□ 検診の有効性（マンモグラフィ検診には死亡率減少効果があること）に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんがなくてもがん検診の結果が「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明する。
□ 検診間隔は 2 年に 1 回であり、受診の継続が重要であること、ブレスト・アウェアネス（乳房を意識する生活習慣）の重要性、症状がある場合は速やかに医療機関を受診することの重要性を説明する。
□ 乳がんがわが国の女性におけるがん死亡の上位に位置することを説明する。

2. システムとしての精度管理

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して実施する。

□ 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後 4 週間以内に行う。
□ がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告する。
※ 「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す
□ 精密検査方法、精密検査結果及び最終病理結果・病期※について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努める。
※ 「精密検査結果及び最終病理結果・病期」は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す
□ 撮影や読影向上のための検討会や委員会（自施設以外の乳がん専門家※を交えた会）を設置する。もしくは、市区町村や医師会等が設置した検討会や委員会に参加する。
※ 当該検診機関に雇用されていない乳がん検診専門家

3. 事業評価に関する検討

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して実施する。

□ 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握する※。
※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である
□ プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行う。
□ 都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努める。

注7 乳がん検診に用いるエックス線装置の仕様基準：マンモグラフィによる乳がん検診の手引き第 7 版、マンモグラフィガイドライン第 4 版参照。

注8 乳房エックス線撮影、読影及び精度管理に関する基本講習プログラムに準じた講習会。
基本講習プログラムに準じた講習会とは、日本乳がん検診精度管理中央機構（旧マンモグラフィ検診精度管理中央委員会）の教育・研修委員会の行う講習会等を指す。なお、これまで実施された「マンモグラフィ検診の実施と精度向上に関する調査研究」班、「マンモグラフィによる乳がん検診の推進と精度

向上に関する調査研究」班、及び日本放射線技術学会乳房撮影ガイドライン・精度管理普及班による講習会等を含む。

1. 検査の精度管理

■検診項目

□ 検診項目は、問診、視診に加え、産婦人科医師による子宮頸部及び腟部表面からの検体採取による細胞診とする。

■問診

□ 問診は、月経の状況、妊娠中の場合は妊娠週数、分娩歴、性交経験の有無、不正性器出血等の症状の有無、過去の検診受診状況等を聴取する。
□ 問診の上、症状のある者には、適切な医療機関への受診勧奨を行う。

■視診

□ 視診は腟鏡を挿入し、子宮頸部の状況を観察する。

■子宮頸部細胞診検体採取（検診機関での精度管理）

□ 細胞診の方法（従来法/液状検体法、採取器具）を明らかにする。
□ 検体採取は、直視下に子宮頸部及び腟部表面の全面擦過により細胞を採取し[注1]、迅速に処理※する。
※ 採取した細胞は直ちにスライドグラスに塗抹して速やかに固定すること。または、直ちに液状化検体細胞診用の保存液ボトル内に撹拌懸濁し固定すること
□ 細胞診検査の業務（細胞診判定も含む）を外部に委託する場合は、その委託機関（施設名）を明らかにする。
□ 検体が不適正との判定を受けた場合は、当該検診機関で再度検体採取を行う※。
※ 不適正例があった場合は必ず再度検体採取を行うこと。また不適正例が無い場合でも、再度検体採取を行う体制を有すること
□ 検体が不適正との判定を受けた場合は、当該検診機関でその原因等を検討し、対策を講じる※。
※ 不適正例があった場合は必ず原因を検討し対策を講じること。また不適正例が無い場合でも、対策を講じる体制を有すること
□ 問診記録、検診結果は少なくとも 5 年間は保存する。

■子宮頸部細胞診判定（細胞診判定施設での精度管理）

解説：細胞診判定を外注している場合は、外注先施設の状況を確認する。

□ 細胞診判定施設は、公益社団法人日本臨床細胞学会の施設認定を受ける。もしくは、公益社団法人日本臨床細胞学会の認定を受けた細胞診専門医と細胞検査士が連携して検査を行う[注2]。
□ 細胞診陰性と判断された検体は、その 10%以上について再スクリーニングを行い[注2]、再スクリーニング施行率を報告する※。
※ 自治体、医師会等から再スクリーニング施行率の報告を求められた場合に報告できればよい。また公益社団法人日本臨床細胞診学会の認定施設においては、再スクリーニング施行率を学会に報告すること
□ 全ての子宮頸がん検診標本の状態について、ベセスダシステム[注3]の基準に基づいて適正・不適正のいずれかに分類し、ベセスダシステム[注3]の基準で細胞診結果を報告する※。
※ 必ず全ての標本について実施すること。一部でも実施しない場合は不適切である
□ 子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、子宮頸部上皮内腺がん（AIS）、子宮頸部浸潤がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行う※。
※ CIN3、AIS、子宮頸部浸潤がんの発見例については必ず見直すこと。またこれらの発見例が無い場合でも、少なくとも見直す体制を有すること
□ 標本は少なくとも 5 年間は保存する。

■対象者への説明

解説：

⑨ 下記の 7 項目を記載した資料を、検診機関に来場した対象者全員に個別に配布する（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）。

⑩ 資料は検査を受ける前に配布する※。

※ 市区町村等が対象者への受診勧奨時に資料を配布する場合もある。その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の 7 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい

□ 検診結果は「精密検査不要」「要精密検査」のいずれかの区分で報告されることを説明する。

□ 要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることを説明する。

□ 精密検査の方法について説明する（精密検査としては、検診結果に基づいてコルポスコープ下の組織診や細胞診、HPV 検査などを組み合わせたものを実施すること、及びこれらの検査の概要など）。

□ 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明する※。

※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）

□ 検診の有効性（細胞診による子宮頸がん検診は、子宮頸がんの死亡率・罹患率を減少させること）に加えて、がん検診で必ずがんや前がん病変を見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんや前がん病変がなくてもがん検診の結果が「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明する。

□ 検診間隔は 2 年に 1 回であり、受診の継続が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明する。

□ 子宮頸がんの罹患は、わが国の女性のがんの中で比較的多いこと及び、近年の罹患や死亡の動向などを説明する。

2. システムとしての精度管理

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して実施する。

□ 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後 4 週間以内に行う。

□ がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告する。

※「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

□ 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※（精密検査の際に行った HPV 検査、子宮頸部の細胞診や組織診の結果、手術によって判明した組織診断や臨床進行期など）について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努める。

※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

□ 診断・判定の精度向上のための症例検討会や委員会（自施設以外の子宮頸がん専門家あるいは細胞診専門医※を交えた会）等を設置する。もしくは、市区町村や医師会等が設置した症例検討会や委員会等に参加する。

※ 当該検診機関に雇用されていない子宮頸がん検診専門家あるいは細胞診専門医

3. 事業評価に関する検討

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して実施する。

□ 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、CIN3 以上発見率、CIN3 以上の陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握する※。

※ CIN3 以上とは、子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、上皮内腺がん（AIS）及び子宮頸部浸潤がんを指す

※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である

□ プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行う。

□ 都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努める。

注9 一般社団法人日本婦人科がん検診学会　子宮頸部細胞採取の手引き参照。

注10 公益社団法人日本臨床細胞学会　細胞診精度管理ガイドライン参照。

注11 ベセスダシステムによる分類：The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology second edition 及びベセスダシステム 2001 アトラス 参照。

1. 検査の精度管理

■検診項目

□ 検診項目は、問診、視診に加え、産婦人科医師による子宮頸部及び腟部表面からの検体採取による液状化検体を用いた HPV 検査とする。

■問診

□ 問診は、月経の状況、妊娠中の場合は妊娠週数、分娩歴、性交経験の有無、不正性器出血等の症状の有無、過去の検診受診状況等を聴取する。
□ 問診の上、症状のある者には、適切な医療機関への受診勧奨を行う。

■視診

□ 視診は腟鏡を挿入し、子宮頸部の状況を観察する。

■HPV 検査判定の精度管理

□ HPV 検査の方法（細胞採取器具、検体採取用バイアル※、HPV 検査試薬）を明らかにする。
※ 検体採取用バイアルおよび検査試薬は「対策型検診における HPV 検査単独法による子宮頸がん検診マニュアル」[注1]で指定されたものを用いること
□ 検体採取は、直視下に子宮頸部及び腟部表面の全面擦過により細胞を採取し[注2]、迅速に処理※する。
※ 直ちに液状化検体細胞診用の保存液ボトル内に撹拌懸濁し固定すること
□ HPV 検査の業務（HPV 検査判定も含む）を外部に委託する場合は、その委託機関（施設名）を明らかにする。
□ 検体が不適正との判定を受けた場合は、検体採取機関で再度検体採取を行う※。
※ 不適正例があった場合は必ず再度検体採取を行うこと。また不適正例が無い場合でも、再度検体採取を行う体制を有すること
□ 検体が不適正との判定を受けた場合は、当該検体採取機関でその原因等を検討し、対策を講じる※。
※ 不適正例があった場合は必ず原因を検討し対策を講じること。また不適正例が無い場合でも、対策を講じる体制を有すること
□ HPV 検査陽性の場合、残余検体を用いて直ちにトリアージ検査（細胞診）を実施する。
□ トリアージ検査の業務（細胞診判定を含む）を外部に委託する場合は、その委託機関（施設名）を明らかにする。
□ 問診記録、検診結果及び追跡検査結果（トリアージ検査結果を含む）は少なくとも 5 年間は保存する。

■細胞診（トリアージ検査）判定の精度管理

解説：細胞診判定を外注している場合は、外注先施設の状況を確認する。

□ 細胞診判定施設は、公益社団法人日本臨床細胞学会の施設認定を受ける。もしくは、公益社団法人日本臨床細胞学会の認定を受けた細胞診専門医と細胞検査士が連携して検査を行う[注3]。
□ 細胞診陰性と判断された検体は、その 10%以上について再スクリーニングを行い[注3]、再スクリーニング施行率を報告する※。
※ 自治体、医師会等から再スクリーニング施行率の報告を求められた場合に報告できればよい。また公益社団法人日本臨床細胞診学会の認定施設においては、再スクリーニング施行率を学会に報告すること
□ HPV 検査陽性であった全ての子宮頸がん検診標本の状態について、ベセスダシステム[注4]の基準に基づいて適正・不適正のいずれかに分類し、ベセスダシステム[注4]の基準で細胞診結果を報告する※。
※ 必ず全ての標本について実施すること。一部でも実施しない場合は不適切である
□ 子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、子宮頸部上皮内腺がん（AIS）、子宮頸部浸潤がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行う※。
※ CIN3、AIS、子宮頸部浸潤がんの発見例については必ず見直すこと。またこれらの発見例が無い場合でも、少なくとも見直す体制を有すること

□ 標本は少なくとも 5 年間は保存する。

■検診および追跡検査対象者への説明

解説：

⑪ 下記の 9 項目を記載した資料を、検診機関に来場した検診及び追跡検査対象者全員に個別に配布する（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）。

⑫ 資料は検査を受ける前に配布する※。

※ 市区町村等が対象者への受診勧奨時に資料を配布する場合もある。その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の 9 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい

※ 追跡検査対象者に対しては、直近の検診結果が「要追跡検査」であったこと、検診結果が「トリアージ検査・追跡検査・確定精検不要」よりも CIN3 以上になる可能性が高いため、必ず追跡検査を受ける必要があることを強調すること

□ 受診者が検診対象者なのか、追跡検査対象者なのかを明確に個人ごとに説明する。

□ 検診結果及び追跡検査結果は「トリアージ検査・追跡検査・確定精検不要」「要追跡検査」「要確定精検」のいずれかの区分で報告されることを説明する。

□ CIN3 以上である、もしくは CIN3 以上になる可能性は「要確定精検」、「要追跡検査」、「トリアージ検査・追跡検査・確定精検不要」の順に高いことを説明する※。

※ CIN3 以上とは、子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、上皮内腺がん（AIS）及び子宮頸部浸潤がんを指す

□ 「要追跡検査」または「要確定精検」となった場合には、必ず該当する検査を受ける必要があることを説明する。

□ 追跡検査の時期と方法（翌年度の自治体検診での HPV 検査）、確定精検の時期と方法（直ちに医療機関でのコルポスコープ下の組織診）について説明する。

□ 確定精検結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に確定精検を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明する※。

※ 確定精検結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）

□ 検診の有効性（HPV 検査単独法による子宮頸がん検診は、子宮頸部浸潤がんの罹患率を減少させること）に加えて、がん検診で必ずがんや前がん病変を見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんや前がん病変がなくても HPV 陽性となり（偽陽性）、「要確定精検」や「要追跡検査」となる場合もあることなど、がん検診の不利益について説明する。

□ 検診間隔は 5 年に 1 回であり、受診の継続が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明する。

□ 子宮頸がんの罹患は、わが国の女性のがんの中で比較的多いこと及び、近年の罹患や死亡の動向などを説明する。

2. システムとしての精度管理

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して実施する。

□ 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後 4 週間以内に行う。

□ がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告する。

※「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

□ 確定精検の方法及び、確定精検（治療）結果※（確定精検の際に行った HPV 検査、子宮頸部の細胞診や組織診の結果、手術によって判明した組織診断や臨床進行期など）について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努める。

※ 確定精検（治療）結果とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

□ 診断・判定の精度向上のための症例検討会や委員会（自施設以外の子宮頸がん専門家あるいは細胞診専門医※を交えた会）等を設置する。もしくは、市区町村や医師会等が設置した症例検討会や委員会等に参加する。

※ 当該検診機関に雇用されていない子宮頸がん検診専門家あるいは細胞診専門医

3. 事業評価に関する検討

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して実施する。

□ 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、CIN3 以上発見率、CIN3 以上の陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握する※。

※ CIN3 以上とは、子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、上皮内腺がん（AIS）及び子宮頸部浸潤がんを指す

※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である

□ プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行う。

□ 都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、子宮頸がん検診運営委員会（仮称）[注1]、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努める。

注12 対策型検診における HPV 検査単独法による子宮頸がん検診マニュアル参照。

注13 一般社団法人日本婦人科がん検診学会　子宮頸部細胞採取の手引き参照。

注14 公益社団法人日本臨床細胞学会　細胞診精度管理ガイドライン参照。

注15 ベセスダシステムによる分類：The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology second edition 及びベセスダシステム 2001 アトラス 参照。

解説：

① このチェックリストの対象は、委託元市区町村との契約形態にかかわらず、実際に検診を行う個々の検診機関（医療機関）である。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を 1 医療機関とみなしても構わない。
② 検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して行うこと。また検診機関はその実施状況を把握すること。
③ 二重読影と比較読影を外部（地域の読影委員会等）に委託している場合は、委託先の実施状況を把握すること。

1. 対象者への説明

解説：

① 下記の 6 項目を記載した資料を、検診機関に来場した対象者全員に個別に配布すること（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）
② 資料は検査を受ける前に配布する※

※ 市区町村等が対象者への受診勧奨時に資料を配布する場合もある。その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の 6 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい

(1) 要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることを説明しているか

(2) 精密検査の方法について説明しているか（胃部エックス線検査の精密検査としては胃内視鏡検査を行うこと、及び胃内視鏡検査の概要など。胃内視鏡検査の精密検査としては生検または胃内視鏡検査の再検査を行うこと、及び生検の概要など）

(3) 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明しているか※

※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）

(4) 検診の有効性（胃部エックス線検査及び胃内視鏡検査による胃がん検診は、死亡率減少効果があること）に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんがなくてもがん検診の結果が「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明しているか

(5) 検診間隔は 2 年に 1 回であり※、受診の継続が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明しているか

※ ただし当分の間、胃部エックス線検査については、年 1 回受診しても差し支えない

(6) 胃がんがわが国のがん死亡の上位に位置することを説明しているか

2. 問診、胃部エックス線撮影、胃内視鏡検査の精度管理

(1) 検診項目は、問診に加え、胃部エックス線検査または胃内視鏡検査のいずれか※としているか

※ 受診者に、胃部エックス線検査または胃内視鏡検査のいずれかを選択させること

(2) 問診は現在の症状、既往歴、家族歴、過去の検診の受診状況等を聴取しているか

(3) 問診記録は少なくとも 5 年間は保存しているか

(4) 胃部エックス線撮影の機器の種類を仕様書※で明らかにし、日本消化器がん検診学会の定める仕様基準[注1]を満たしているか

※ 仕様書とは委託元市区町村との契約時に提出する書類のこと（仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい）

(5) 胃部エックス線撮影の枚数は最低 8 枚とし、仕様書にも撮影枚数を明記しているか

(6) 胃部エックス線撮影の体位及び方法は日本消化器がん検診学会の方式[注1]によるものとし、仕様書に体位及び方法を明記しているか

(7) 胃部エックス線撮影において、造影剤の使用に当たっては、その濃度を適切に（180～220W/V%の高濃度バリウム、120～150ml とする）保つとともに、副作用等の事故に注意しているか

(8) 胃部エックス線撮影に携わる技師は、日本消化器がん検診学会が認定する胃がん検診専門技師の資格を取得しているか※

※ 撮影技師が不在で医師が撮影している場合は除く

(9) 自治体や医師会等から求められた場合、胃部エックス線撮影に携わる技師の全数と日本消化器がん検診学会認定技師数を報告しているか※

※ 撮影技師が不在で、医師が撮影している場合は報告不要である

(10) 胃内視鏡検査の機器や検査医等の条件は、日本消化器がん検診学会による胃内視鏡検診マニュアル[注2]を参考にし、仕様書に明記しているか

3. 胃部エックス線読影の精度管理

(1) 自治体や医師会等から求められた場合、読影医全数と日本消化器がん検診学会認定医数もしくは総合認定医数を報告しているか

(2) 読影は二重読影とし、原則として判定医の一人は日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医であるか

(3) 必要に応じて過去に撮影したエックス線写真と比較読影しているか

(4) 胃部エックス線画像は少なくとも 5 年間は保存しているか

(5) 胃部エックス線による検診結果は少なくとも 5 年間は保存しているか

4. 胃内視鏡画像の読影の精度管理

(1) 胃内視鏡画像の読影に当たっては、日本消化器がん検診学会による胃内視鏡検診マニュアル[注2]を参考に行っているか

(2) 胃内視鏡検診運営委員会（仮称）、もしくはそれに相当する組織が設置する読影委員会により、ダブルチェック※を行っているか

※ ダブルチェックとは、内視鏡検査医以外の読影委員会のメンバーが内視鏡画像のチェックを行うことである。ただし、専門医※※が複数勤務する医療機関で検診を行う場合には、施設内での相互チェックをダブルチェックの代替方法とすることができる[注2]

※※ 専門医の条件（資格）は下記(3)参照

(3) 読影委員会のメンバーは、日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医、日本消化器内視鏡学会専門医のいずれかの資格を取得しているか

(4) 胃内視鏡画像は少なくとも 5 年間は保存しているか

(5) 胃内視鏡検査による検診結果は少なくとも 5 年間は保存しているか

5. システムとしての精度管理

(1) 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後 4 週間以内になされているか

(2) がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告しているか

※ 「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(3) 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※（内視鏡診断や生検結果、内視鏡的治療または外科手術所見と病理組織検査結果など）について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努めているか

※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(4) 撮影や読影向上のための検討会や委員会※（自施設以外の胃がん専門家※※を交えた会）を設置しているか。もしくは、市区町村や医師会等が設置した検討会や委員会に参加しているか

※ 胃内視鏡では、胃内視鏡検診運営委員会（仮称）、もしくはそれに相当する組織を指す。

※※ 当該検診機関に雇用されていない胃がん検診専門家

⑸ 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握しているか※

※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である

⑹ プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行っているか

⑺ 都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努めているか

注1 胃部エックス線撮影法及び撮影機器の基準は、日本消化器がん検診学会発行「新・胃 X 線撮影法ガイドライン改訂版（2011）」を参照。

日本消化器がん検診学会発行「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル」（2017 年発行）参照。

解説：

① このチェックリストの対象は、委託元市区町村との契約形態にかかわらず、実際に検診を行う個々の検診機関（医療機関）である。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を 1 医療機関とみなしても構わない。
② 検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して行うこと。また検診機関はその実施状況を把握すること。
③ 検査を外注している場合は、外注先施設の実施状況を把握すること。

1. 対象者への説明

解説：

① 下記の 6 項目を記載した資料を、検診機関に来場した対象者全員（大腸がん検診では申込者全員）に個別に配布すること（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）
② 資料は検査を受ける前に（検査キットの配布時）配布する※

※ 市区町村等が対象者への受診勧奨時に資料を配布する場合もある。その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の 6 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい。なお、市区町村が検査キットと資料を同時に配布している場合も同様である

(1) 便潜血検査陽性で要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があること（便潜血検査の再検は不適切であること）を説明しているか

(2) 精密検査の方法について説明しているか（検査の概要や、精密検査の第一選択は全大腸内視鏡検査であること、また全大腸内視鏡検査が困難な場合はＳ状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査の併用となること）

(3) 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明しているか※

※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）

(4) 検診の有効性（便潜血検査による大腸がん検診には死亡率減少効果があること）に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんがなくてもがん検診の結果が「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明しているか

(5) 検診間隔は 1 年に 1 回であり、受診の継続が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明しているか

(6) 大腸がんがわが国のがん死亡の上位に位置することを説明しているか

2. 検査の精度管理

(1) 検査は、免疫便潜血検査 2 日法を行っているか

(2) 便潜血検査キットのキット名、測定方法（用手法もしくは自動分析装置法）、カットオフ値（定性法の場合は検出感度）を仕様書※にすべて明記しているか

※ 仕様書とは委託元市区町村との契約時に提出する書類のこと（仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい）

(3) 大腸がん検診マニュアル（2021 年度改訂版、日本消化器がん検診学会刊行）に記載された方法に準拠して行っているか※

※ 測定原理により様々な検査キットがあり、判定は機械による自動判定の他に目視判定がある
検査キットの使用期限を守ると共に、日々、機器及び測定系の精度管理に務めなければならない

3. 検体の取り扱い

(1) 採便方法についてチラシやリーフレット（採便キットの説明書など）を用いて受診者に説明しているか

(2) 採便後即日(2 日目)回収を原則としているか（離島や遠隔地は例外とする）

(3) 採便後は検体を冷蔵庫あるいは冷所に保存するよう受診者に指導しているか

(4) 受診者から検体を回収してから自施設で検査を行うまでの間あるいは検査施設へ引き渡すまでの間、冷蔵保存しているか

(5) 検査施設では検体を受領後冷蔵保存しているか

(6) 検体回収後原則として 24 時間以内に測定しているか（検査機器の不調、検査提出数が想定以上に多かった場合を除く）

(7) 検診結果は少なくとも 5 年間は保存しているか

4. システムとしての精度管理

(1) 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、検体回収後 2 週間以内になされているか

(2) がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告しているか。もしくは全て報告されていることを確認しているか

※「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(3) 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※（内視鏡診断や生検結果、内視鏡治療または外科手術所見と病理組織検査結果など）について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努めているか

※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(4) 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握しているか※

※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である

(5) プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行っているか

(6) 都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努めているか

解説：
① このチェックリストの対象は、委託元市区町村との契約形態にかかわらず、実際に検診を行う個々の検診機関（医療機関）である。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を 1 医療機関とみなしても構わない。
② 検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して行うこと。また検診機関はその実施状況を把握すること。
③ 胸部エックス線検査において、二重読影と比較読影を外部（自施設以外の医師、地域の読影委員会等）に委託している場合は、委託先の実施状況を把握すること。
④ 喀痰細胞診において、検査を外注している場合は、外注先施設の実施状況を把握すること。

1. 対象者への説明

解説：
① 下記の 7 項目を記載した資料を、検診機関に来場した対象者全員に個別に配布すること（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）
② 資料は検査を受ける前に配布する※

※ 市区町村等が対象者への受診勧奨時に資料を配布する場合もある。その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の 7 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい

(1) 要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があること（喀痰細胞診で要精密検査となった場合は、喀痰細胞診の再検は不適切であることなど）を説明しているか

(2) 精密検査の方法について説明しているか（精密検査は CT 検査や気管支鏡検査により行うこと、及びこれらの検査の概要など）

(3) 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明しているか※

※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）

(4) 検診の有効性（胸部エックス線検査及び喫煙者への喀痰細胞診による肺がん検診は、死亡率減少効果があること）に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんがなくてもがん検診の結果が「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明しているか

(5) 検診間隔は 1 年に 1 回であり、受診の継続が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明しているか

(6) 肺がんがわが国のがん死亡の上位に位置することを説明しているか

(7) 禁煙及び防煙指導等、肺がんに関する正しい知識の啓発普及を行っているか

2. 質問（問診）、及び撮影の精度管理

解説：（8）～（11）の対象は、病院または診療所以外の場所において、医師不在の状況下で胸部エックス線撮影を行う場合。個別検診では不要。また集団検診においても、医師立ち合いの下で撮影している場合、医師が撮影している場合、病院や診療所が会場に指定されている場合は不要

(1) 検診項目は、質問（医師が自ら対面で行う場合は問診）、胸部エックス線検査、及び質問の結果、50 歳以上で喫煙指数（1 日本数×年数）が 600 以上だった者（過去における喫煙者を含む）への喀痰細胞診としているか※

※ 質問は必ずしも対面による聴取で実施する必要はなく、受診者に自記式の質問用紙を記載させることをもって代えることができる。また、加熱式タバコについては、「カートリッジの本数」を「喫煙本数」と読み替える

(2) 質問（問診）では喫煙歴、妊娠の可能性の有無を必ず聴取し、かつ、過去の検診の受診状況等を聴取しているか。また最近 6 か月以内の血痰など自覚症状のある場合には、検診ではなくすみやかに専門機関を受診し、精査を行うように勧めているか

(3) 質問（問診）記録は少なくとも 5 年間は保存しているか

(4) 肺がん診断に適格な胸部エックス線撮影、すなわち、放射線科医、呼吸器内科医、呼吸器外科医のいずれかによる胸部エックス線の画質の評価と、それに基づく指導を行っているか[注1]

(5) 撮影機器の種類（直接・間接撮影、デジタル方式※、フィルムサイズ、モニタ読影の有無を仕様書※※に明記し、日本肺癌学会が定める、肺がん検診として適切な撮影機器・撮影方法で撮影しているか[注2]
※ デジタル撮影の場合、日本肺癌学会が定める画像処理法を用いること[注2]
※※ 仕様書とは委託元市区町村との契約時に提出する書類のこと（仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい）

(6) 胸部エックス線検査に係る必要な機器及び設備を整備するとともに、機器の日常点検等の管理体制を整備しているか

(7) 集団検診を実施する検診機関は、1 日あたりの実施可能人数を仕様書等に明記しているか※
※ 個別検診及び集団検診において病院や診療所が会場に指定されている場合は不要

(8) 事前に胸部エックス線写真撮影を行う診療放射線技師に対して指示をする責任医師、及び緊急時や必要時に対応する医師などを明示した計画書を作成し、市区町村に提出しているか

(9) 緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備しているか

(10) 胸部エックス線写真撮影時や緊急時のマニュアルを整備しているか

(11) 検診に従事する診療放射線技師が必要な教育・研修を受ける機会を確保しているか

3. 胸部エックス線読影の精度管理

(1) 自治体や医師会から求められた場合、読影医の実態（読影医の氏名、生年、所属機関名、専門とする診療科目、呼吸器内科・呼吸器外科・放射線科医師の場合には専門科医師としての経験年数、肺がん検診に従事した年数、「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会[注3]」の受講の有無等）を報告しているか

(2) 読影は二重読影を行い、読影に従事する医師は下記の要件※を満たしているか
※ 読影医の要件
・第一読影医：検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会[注3]」に年 1 回以上参加していること
・第二読影医：下記の 1)、2)のいずれかを満たすこと
1) 3 年間以上の肺がん検診読影経験があり、かつ検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会[注3]」に年 1 回以上参加している
2) 5 年間以上の呼吸器内科医、呼吸器外科医、放射線科医のいずれかとしての経験があり、かつ検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会[注3]」に年 1 回以上参加している

(3) 2 名の読影医のうちどちらかが「要比較読影」としたもの※は、過去に撮影した胸部エックス線写真と比較読影しているか
※ 二重読影の結果、「肺がん検診の手引き」（日本肺癌学会肺がん検診委員会編）の「肺がん検診における胸部Ｘ線検査の判定基準と指導区分」の「d」「e」に該当するもの

(4) 比較読影の方法は、「読影委員会等を設置して読影する（あるいは読影委員会等に委託する）」、「二重読影を行った医師がそれぞれ読影する」、「二重読影を行った医師のうち指導的立場の医師が読影する」のいずれかにより行っているか

(5) シャウカステン・読影用モニタなどの機器に関しては、日本肺癌学会が定めた基準等に従っているか[注2]

(6) 読影結果の判定は「肺がん検診の手引き」（日本肺癌学会肺がん検診委員会編）の「肺がん検診における胸部Ｘ線検査の判定基準と指導区分」によって行っているか
※ 地域保健・健康増進事業報告の要精検者はＥ判定のみである

(7) 胸部エックス線画像は少なくとも 5 年間は保存しているか

(8) 胸部エックス線検査による検診結果は少なくとも 5 年間は保存しているか

4. 喀痰細胞診の精度管理

(1) 細胞診の業務を委託する場合は、その委託機関（施設名）を仕様書等※に明記しているか
※ 仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい

(2) 採取した喀痰は、2 枚以上のスライドに塗沫し、湿固定の上、パパニコロウ染色を行っているか

(3) 固定標本の顕微鏡検査は、公益社団法人日本臨床細胞学会の認定を受けた細胞診専門医と細胞検査士が連携して行っているか[注4]

(4) 同一検体から作成された 2 枚以上のスライドは、2 名以上の技師によりスクリーニングしているか

(5) がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行っているか※
※ がん発見例については必ず見直すこと。また、がん発見例が無い場合でも、少なくとも見直す体制を有すること

(6) 標本は少なくとも 5 年間は保存しているか

(7) 喀痰細胞診検査結果は少なくとも 5 年間は保存しているか

5. システムとしての精度管理

(1) 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後 4 週間以内になされているか

(2) がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告しているか
※ 「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(3) 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※(診断、治療方法、手術所見、病理組織検査結果など)について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努めているか
※ 精密検査(治療)結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(4) 検診に従事する医師の胸部画像読影力向上のために「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会[注3]」を年に１回以上開催しているか。もしくは、他施設や都道府県単位、あるいは日本肺癌学会等が主催する胸部画像の読影に関するセミナー・講習会[注3]を年に１回以上受講させているか

(5) 内部精度管理として、検診実施体制や検診結果の把握・集計・分析のための委員会（自施設以外の専門家※を交えた会)を年に１回以上開催しているか。もしくは、市区町村や医師会等が設置した同様の委員会に年に１回以上参加しているか
※ 当該検診機関に雇用されていないがん検診の専門家や肺がん診療の専門家など

(6) 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握しているか※
※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である

(7) プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行っているか

(8) 都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努めているか

注1 肺がん診断に適格な胸部エックス線撮影：日本肺癌学会編集、肺癌取扱い規約　改訂第 8 版（肺がん検診の手引き 2020 年改訂版）より。
背腹一方向撮影を原則とする。適格な胸部エックス線写真とは、肺尖、肺野外側縁、横隔膜、肋骨横隔膜角などを含むように正しく位置づけされ、適度な濃度とコントラストおよび良好な鮮鋭度をもち、中心陰影に重なった気管、主気管支の透亮像ならびに心陰影及び横隔膜に重なった肺血管が観察できるもの。

注2 日本肺癌学会編集、肺癌取扱い規約　改訂第 8 版（肺がん検診の手引き 2020 年改訂版）より。
1: 間接撮影の場合は、100㎜ミラーカメラと、定格出力 150kV 以上の撮影装置を用いて 120kV 以上の管電圧により撮影する。やむを得ず定格出力 125kV の撮影装置を用いる場合は、110kV 以上の管電圧に

よる撮影を行い縦隔部の感度を肺野部に対して高めるため、希土類（グラデーション型）蛍光板を用いる。定格出力 125kV 未満の撮影装置は用いない。

2:直接撮影（スクリーン・フィルム系）の場合は、被検者－管球間距離を 150cm 以上とし、定格出力 150kV 以上の撮影装置を用い、120kV 以上の管電圧及び希土類システム（希土類増感紙＋オルソタイプフィルム）による撮影がよい。やむを得ず 100～120kV の管電圧で撮影する場合も、被曝軽減のために希土類システム（希土類増感紙＋オルソタイプフィルム）を用いる。

3: 直接撮影（デジタル画像）の場合は、X 線検出器として、輝尽性蛍光体を塗布したイメージングプレート(IP)を用いた CR システム、平面検出器(FPD) もしくは固体半導体（CCD、CMOS など）を用いた DR システムのいずれかを使用する。管球検出器間距離（撮影距離）150cm 以上、X 線管電圧 120～140ｋV、撮影 mAs 値 4mAs 程度以下、入射表面線量 0.3mGy 以下、グリッド比 8：1 以上、の条件下で撮影されることが望ましい。

4: 撮影機器、画像処理、読影用モニタの条件については、下記のサイト（日本肺癌学会ホームページ、肺がん検診について）に掲載された最新情報を参照すること。
https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1

注3 下記講習会の具体的内容は、日本肺癌学会ホームページ（肺がん検診について）を参照すること。
https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1
「肺癌取扱い規約　第 8 版 肺がん検診の手引き改訂について」、「肺癌取扱い規約第 8 版「肺がん検診の手引き」改訂に関する Q&A」
・「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会」
・「他施設や都道府県単位、あるいは日本肺癌学会等が主催する胸部画像の読影に関するセミナー・講習会」

注4 喀痰の処理法・染色法：
公益社団法人日本臨床細胞診学会、細胞検査士会編集「細胞診標本作製マニュアル」参照。
http://www.intercyto.com/lecture/manual/resp_manual.pdf

細胞診判定：
肺癌取扱い規約、日本肺癌学会ホームページ（肺がん検診について）参照。
「肺癌検診における喀痰細胞診の判定区分別標準的細胞」
https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1

解説：
① このチェックリストの対象は、委託元市区町村との契約形態にかかわらず、実際に検診を行う個々の検診機関（医療機関）である。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を 1 医療機関とみなしても構わない。
② 検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して行うこと。また検診機関はその実施状況を把握すること。
③ 二重読影と比較読影を外部(地域の読影委員会等)に委託している場合は、委託先の実施状況を把握すること。

1. 対象者への説明

解説
① 下記の 6 項目を記載した資料を、検診機関に来場した対象者全員に個別に配布すること（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）
② 資料は検査を受ける前に配布する※
※ 市区町村等が対象者への受診勧奨時に資料を配布する場合もある。その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の 6 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい

(1) 要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることを説明しているか

(2) 精密検査の方法について説明しているか（精密検査はマンモグラフィの追加撮影や超音波検査、穿刺吸引細胞診や針生検等により行うこと、及びこれらの検査の概要など）

(3) 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明しているか※
※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）

(4) 検診の有効性（マンモグラフィ検診には死亡率減少効果があること）に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんがなくてもがん検診の結果が「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明しているか

(5) 検診間隔は 2 年に 1 回であり、受診の継続が重要であること、ブレスト・アウェアネス（乳房を意識する生活習慣）の重要性、症状がある場合は速やかに医療機関を受診することの重要性について説明しているか

(6) 乳がんがわが国の女性におけるがん死亡の上位に位置することを説明しているか

2. 質問(問診）及び撮影の精度管理

解説：（9）～(12）の対象は、病院または診療所以外の場所において、医師不在の状況下で乳房エックス線撮影を行う場合。医師立会いの下で撮影している場合、医師が撮影している場合、病院や診療所が会場に指定されている場合は不要。

(1) 検診項目は、質問（医師が自ら行う場合は問診）及び乳房エックス線検査（マンモグラフィ）としているか※
※ 視触診は推奨しないが、仮に実施する場合は、マンモグラフィと併せて実施すること

(2) 質問（問診）記録は少なくとも 5 年間は保存しているか

(3) 質問（問診）では現在の症状、月経及び妊娠等に関する事項を必ず聴取し、かつ既往歴、家族歴、過去の検診の受診状況、マンモグラフィの実施可否に係る事項等を聴取しているか※
※ 質問は必ずしも対面による聴取で実施する必要はなく、受診者に自記式の質問用紙を記載させることをもって代えることができる

(4) 乳房エックス線装置の種類を仕様書※に明記し、日本医学放射線学会の定める仕様基準[注1]を満たしているか
※ 仕様書とは委託元市区町村との契約時に提出する書類のこと（仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい）

(5) マンモグラフィに係る必要な機器及び設備を整備するとともに、機器の日常点検等の管理体制を整備しているか

(6) 両側乳房について内外斜位方向撮影を行っているか。また 40 歳以上 50 歳未満の受診者に対しては、内外斜位方向・頭尾方向の 2 方向を撮影しているか

(7) 乳房エックス線撮影における線量及び写真またはモニタの画質について、日本乳がん検診精度管理中央機構（旧マンモグラフィ検診精度管理中央委員会）の行う施設画像評価を受け、A または B の評価を受けているか※

※ 評価 C または D、施設画像評価を受けていない場合は至急改善すること

(8) 撮影を行う診療放射線技師、医師は、乳房エックス線撮影、読影及び精度管理に関する基本講習プログラムに準じた講習会[注2]を修了し、その評価試験で A または B の評価を受けているか※

※ 上記の評価試験で、C または D 評価、講習会未受講の場合は至急改善すること

(9) 事前に乳房エックス線撮影を行う診療放射線技師に対して指示をする責任医師及び緊急時や必要時に対応する医師などを明示した計画書を作成し、市区町村に提出しているか

(10) 緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備しているか

(11) 乳房エックス線写真撮影時や緊急時のマニュアルを整備しているか

(12) 検診に従事する診療放射線技師が必要な教育・研修を受ける機会を確保しているか

3. 乳房エックス線読影の精度管理

(1) 読影は二重読影を行い、読影に従事する医師のうち少なくとも一人は乳房エックス線写真読影に関する適切な講習会[注2]を修了し、その評価試験で A または B の評価を受けているか※

※ 上記の評価試験で C または D 評価、講習会未受講の場合は至急改善すること

(2) 二重読影の所見に応じて、過去に撮影した乳房エックス線写真と比較読影しているか

(3) 乳房エックス線画像は少なくとも 5 年間は保存しているか

(4) 検診結果は少なくとも 5 年間は保存しているか

4. システムとしての精度管理

(1) 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後 4 週間以内になされているか

(2) がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告しているか

※ がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(3) 精密検査方法、精密検査結果及び最終病理結果・病期※について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努めているか

※ 「精密検査結果及び最終病理結果・病期」は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(4) 撮影や読影向上のための検討会や委員会（自施設以外の乳がん専門家※を交えた会）を設置しているか。もしくは、市区町村や医師会等が設置した検討会や委員会に参加しているか

※ 当該検診機関に雇用されていない乳がん検診専門家

(5) 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握しているか※

※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である

(6) プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行っているか

(7) 都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努めているか

注1 乳がん検診に用いるエックス線装置の仕様基準：マンモグラフィによる乳がん検診の手引き第 7 版、マンモグラフィガイドライン第 4 版参照。

注2 乳房エックス線撮影、読影及び精度管理に関する基本講習プログラムに準じた講習会。

基本講習プログラムに準じた講習会とは、日本乳がん検診精度管理中央機構（旧マンモグラフィ検診精度管理中央委員会）の教育・研修委員会の行う講習会等を指す。
なお、これまで実施された「マンモグラフィ検診の実施と精度向上に関する調査研究」班、「マンモグラフィによる乳がん検診の推進と精度向上に関する調査研究」班、及び日本放射線技術学会乳房撮影ガイドライン・精度管理普及班による講習会等を含む。

解説：
① このチェックリストの対象は、委託元市区町村との契約形態にかかわらず、実際に検診を行う個々の検診機関（医療機関）である。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を 1 医療機関とみなしても構わない。
② 検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して行うこと。また検診機関はその実施状況を把握すること。
③ 細胞診判定を外注している場合は、外注先施設の実施状況を確認すること。

1. 対象者への説明

解説：
① 下記の 7 項目を記載した資料を、検診機関に来場した対象者全員に個別に配布すること（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）
② 資料は検査を受ける前に配布する※
※ 市区町村等が対象者への受診勧奨時に資料を配布する場合もある。その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の 7 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい

(1) 検診結果は「精密検査不要」「要精密検査」のいずれかの区分で報告されることを説明しているか

(2) 要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることを説明しているか

(3) 精密検査の方法について説明しているか（精密検査としては、検診結果に基づいてコルポスコープ下の組織診や細胞診、HPV 検査などを組み合わせたものを実施すること、及びこれらの検査の概要など）

(4) 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明しているか※
※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）

(5) 検診の有効性（細胞診による子宮頸がん検診は、子宮頸がんの死亡率・罹患率を減少させること）に加えて、がん検診で必ずがんや前がん病変を見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんや前がん病変がなくてもがん検診の結果が「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明しているか

(6) 検診間隔は 2 年に 1 回であり、受診の継続が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明しているか

(7) 子宮頸がんの罹患は、わが国の女性のがんの中で比較的多いこと及び、近年の罹患や死亡の動向などを説明しているか

2. 問診、細胞診の検体採取の精度管理

(1) 検診項目は、問診、視診に加え、産婦人科医師による子宮頸部および腟部表面からの検体採取による細胞診を行っているか

(2) 細胞診の方法（従来法/液状検体法、採取器具）を仕様書※に明記しているか
※ 仕様書とは委託元市区町村との契約時に提出する書類のこと（仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい）

(3) 検体採取は、直視下に子宮頸部及び腟部表面の全面擦過により細胞を採取し[注1]、迅速に処理※しているか
※ 採取した細胞は直ちにスライドグラスに塗抹して速やかに固定すること。または、直ちに液状化検体細胞診用の保存液ボトル内に撹拌懸濁し固定すること

(4) 細胞診検査の業務（細胞診判定も含む）を外部に委託する場合は、その委託機関（施設名）を仕様書に明記しているか

(5) 検体が不適正との判定を受けた場合は、当該検診機関で再度検体採取を行っているか※
※ 不適正例があった場合は必ず再度検体採取を行うこと。また不適正例が無い場合でも、再度検体採取を行う体制を有すること

(6) 検体が不適正との判定を受けた場合は、当該検診機関でその原因等を検討し、対策を講じているか※
※ 不適正例があった場合は必ず原因を検討し対策を講じること。また不適正例が無い場合でも、対策を講じる体制を有すること

(7) 検診結果は少なくとも 5 年間は保存しているか

(8) 問診は、月経の状況、妊娠中の場合は妊娠週数、分娩歴、性交経験の有無、不正性器出血等の症状の有無、過去の検診受診状況等を聴取しているか

(9) 問診の上、症状のある者には、適切な医療機関への受診勧奨を行っているか

(10) 問診記録は少なくとも 5 年間は保存しているか

(11) 視診は腟鏡を挿入し、子宮頸部の状況を観察しているか

3. 細胞診判定の精度管理

(1) 細胞診判定施設は、公益社団法人日本臨床細胞学会の施設認定を受けているか。もしくは、公益社団法人日本臨床細胞学会の認定を受けた細胞診専門医と細胞検査士が連携して検査を行っているか[注2]

(2) 細胞診陰性と判断された検体は、その 10%以上について再スクリーニングを行い[注2]、再スクリーニング施行率を報告しているか※
※ 自治体、医師会等から再スクリーニング施行率の報告を求められた場合に報告できればよい。また公益社団法人日本臨床細胞診学会の認定施設においては、再スクリーニング施行率を学会に報告すること

(3) 全ての子宮頸がん検診標本の状態について、ベセスダシステム[注3]の基準に基づいて適正・不適正のいずれかに分類し、ベセスダシステム[注3]の基準で細胞診結果を報告しているか※
※ 必ず全ての標本について実施すること。一部でも実施しない場合は不適切である

(4) 子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、子宮頸部上皮内腺がん（AIS）、子宮頸部浸潤がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行っているか※
※ CIN3、AIS、子宮頸部浸潤がんの発見例については必ず見直すこと。また、これらの発見例が無い場合でも、少なくとも見直す体制を有すること

(5) 標本は少なくとも 5 年間は保存しているか

4. システムとしての精度管理

(1) 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後 4 週間以内になされているか

(2) がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告しているか。もしくは全て報告されていることを確認しているか
※ がん検診の結果及びそれに関わる情報とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(3) 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※（精密検査の際に行った HPV 検査、子宮頸部の細胞診や組織診の結果、手術によって判明した組織診断や臨床進行期など）について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努めているか
※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(4) 診断・判定の精度向上のための症例検討会や委員会（自施設以外の子宮頸がん専門家あるいは細胞診専門医※を交えた会）等を設置しているか。もしくは、市区町村や医師会等が設置した症例検討会や委員会等に参加しているか
※ 当該検診機関に雇用されていない子宮頸がん検診専門家あるいは細胞診専門医

(5) 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、CIN3 以上発見率、CIN3 以上の陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握しているか※
※ CIN3 以上とは、子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、上皮内腺がん（AIS）及び子宮頸部浸潤がんを指す
※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である

(6) プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行っているか

(7) 都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努めているか

注1 一般社団法人日本婦人科がん検診学会　子宮頸部細胞採取の手引き参照。

注2 公益社団法人日本臨床細胞学会　細胞診精度管理ガイドライン参照。

注3 ベセスダシステムによる分類：The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology second edition 及びベセスダシステム 2001 アトラス 参照。

子宮頸がん検診(HPV 検査単独法)のためのチェックリスト(検診実施機関用) - 集団検診・個別検診

令和 6 年 3 月

解説：
④ このチェックリストの対象は、委託元市区町村との契約形態にかかわらず、実際に検診を行う個々の検診機関（医療機関）である。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を 1 医療機関とみなしても構わない。
HPV 検査単独法による子宮頸がん検診では、検体採取機関、HPV 検査（検診または追跡検査）の判定機関、細胞診（トリアージ検査）判定機関がある。
⑤ 検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して行うこと。また検診機関はその実施状況を把握すること。
⑥ 細胞診判定を外注している場合は、外注先施設の実施状況を確認すること。

1. 検診及び追跡検査対象者への説明

解説：
③ 下記の 9 項目を記載した資料を、検診機関に来場した検診及び追跡検査対象者全員に個別に配布すること（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）
④ 資料は検査を受ける前に配布する※

※ 市区町村等が対象者への受診勧奨時に資料を配布する場合もある。その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の 9 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい
※ 追跡検査対象者に対しては、直近の検診結果が「要追跡検査」であったこと、検診結果が「トリアージ検査・追跡検査・確定精検不要」よりも CIN3 以上になる可能性が高いため、必ず追跡検査を受ける必要があることを強調すること

(8) 受診者が検診対象者なのか、追跡検査対象者なのかを明確に個人ごとに説明しているか

(9) 検診結果及び追跡検査結果は「トリアージ検査・追跡検査・確定精検不要」「要追跡検査」「要確定精検」のいずれかの区分で報告されることを説明しているか

(10) CIN3 以上である、もしくは CIN3 以上※になる可能性は「要確定精検」、「要追跡検査」、「トリアージ検査・追跡検査・確定精検不要」の順に高いことを説明しているか
※ CIN3 以上とは、子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、上皮内腺がん（AIS）及び子宮頸部浸潤がんを指す

(11) 「要追跡検査」または「要確定精検」となった場合には、必ず該当する検査を受ける必要があることを説明しているか

(12) 追跡検査の時期と方法（翌年度の自治体検診での HPV 検査）、確定精検の時期と方法（直ちに医療機関でのコルポスコープ下の組織診）について説明しているか

(13) 確定精検結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に確定精検を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明しているか※
※ 確定精検結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）

(14) 検診の有効性（HPV 検査単独法による子宮頸がん検診は、子宮頸部浸潤がんの罹患率を減少させること）に加えて、がん検診で必ずがんや前がん病変を見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんや前がん病変がなくても HPV 陽性となり（偽陽性）、「要確定精検」や「要追跡検査」となる場合もあることなど、がん検診の不利益について説明しているか

(15) 検診間隔は 5 年に 1 回であり、受診の継続が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明しているか

(16) 子宮頸がんの罹患は、わが国の女性のがんの中で比較的多いこと及び、近年の罹患や死亡の動向などを説明しているか

2. 問診、検体採取および HPV 検査判定の精度管理

(12) 検診項目は、問診、視診に加え、産婦人科医師による子宮頸部および腟部表面からの検体採取による液状化検体を用いた HPV 検査を行っているか

(13)　HPV 検査の方法（細胞採取器具、検体採取用バイアル※1、HPV 検査試薬）を仕様書※2に明記しているか

※ 検体採取用バイアルおよび検査試薬は「対策型検診における HPV 検査単独法による子宮頸がん検診マニュアル」注1で指定されたものを用いること

※ 仕様書とは委託元市区町村との契約時に提出する書類のこと（仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい）

(14)　検体採取は、直視下に子宮頸部及び腟部表面の全面擦過により細胞を採取し注2、迅速に処理※しているか

※ 直ちに液状化検体細胞診用の保存液ボトル内に撹拌懸濁し固定すること

(15)　HPV 検査の業務（HPV 検査判定も含む）を外部に委託する場合は、その委託機関（施設名）を仕様書に明記しているか

(16)　検体が不適正との判定を受けた場合は、検体採取機関で再度検体採取を行っているか※

※ 不適正例があった場合は必ず再度検体採取を行うこと。また不適正例が無い場合でも、再度検体採取を行う体制を有すること

(17)　検体が不適正との判定を受けた場合は、当該検体採取機関でその原因等を検討し、対策を講じているか※

※ 不適正例があった場合は必ず原因を検討し対策を講じること。また不適正例が無い場合でも、対策を講じる体制を有すること

(18)　HPV 検査陽性の場合、残余検体を用いて直ちにトリアージ検査（細胞診）を実施しているか

(19)　トリアージ検査の業務（細胞診判定を含む）を外部に委託する場合は、その委託機関（施設名）を仕様書※に明記しているか

※ 仕様書とは委託元市区町村との契約時に提出する書類のこと（仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい）

(20)　検診結果及び追跡検査結果（トリアージ検査結果を含む）は少なくとも 5 年間は保存しているか

(21) 問診は、月経の状況、妊娠中の場合は妊娠週数、分娩歴、性交経験の有無、不正性器出血等の症状の有無、過去の検診受診状況等を聴取しているか

(22) 問診の上、症状のある者には、適切な医療機関への受診勧奨を行っているか

(23) 問診記録は少なくとも 5 年間は保存しているか

(24) 視診は腟鏡を挿入し、子宮頸部の状況を観察しているか

3. 細胞診（トリアージ検査）判定の精度管理

(6) 細胞診判定施設は、公益社団法人日本臨床細胞学会の施設認定を受けているか。もしくは、公益社団法人日本臨床細胞学会の認定を受けた細胞診専門医と細胞検査士が連携して検査を行っているか注3

(7) 細胞診陰性と判断された検体は、その 10%以上について再スクリーニングを行い注3、再スクリーニング施行率を報告しているか※

※ 自治体、医師会等から再スクリーニング施行率の報告を求められた場合に報告できればよい。また公益社団法人日本臨床細胞診学会の認定施設においては、再スクリーニング施行率を学会に報告すること

(8) HPV 検査陽性であった全ての子宮頸がん検診標本の状態について、ベセスダシステム注4の基準に基づいて適正・不適正のいずれかに分類し、ベセスダシステム注4の基準で細胞診結果を報告しているか※

※ 必ず全ての標本について実施すること。一部でも実施しない場合は不適切である

(9) 子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、子宮頸部上皮内腺がん（AIS）、子宮頸部浸潤がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行っているか※

※ CIN3、AIS、子宮頸部浸潤がんの発見例については必ず見直すこと。また、これらの発見例が無い場合でも、少なくとも見直す体制を有すること

(10)　標本は少なくとも 5 年間は保存しているか

4. システムとしての精度管理

(8) 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後 4 週間以内になされているか

(9) がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告しているか。もしくは全て報告されていることを確認しているか

※ がん検診の結果及びそれに関わる情報とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(10) 確定精検の方法及び、確定精検（治療）結果※（確定精検の際に行った HPV 検査、子宮頸部の細胞診や組織診の結果、手術によって判明した組織診断や臨床進行期など）について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努めているか

※ 確定精検（治療）結果とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(11) 診断・判定の精度向上のための症例検討会や委員会（自施設以外の子宮頸がん専門家あるいは細胞診専門医※を交えた会）等を設置しているか。もしくは、市区町村や医師会等が設置した症例検討会や委員会等に参加しているか

※ 当該検診機関に雇用されていない子宮頸がん検診専門家あるいは細胞診専門医

(12) 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、CIN3 以上発見率、CIN3 以上の陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握しているか※

※ CIN3 以上とは、子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、上皮内腺がん（AIS）及び子宮頸部浸潤がんを指す

※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である

(13) プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行っているか

(14) 都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、子宮頸がん検診運営委員会（仮称）[注1]、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努めているか

注1 対策型検診における HPV 検査単独法による子宮頸がん検診マニュアル参照。

注2 一般社団法人日本婦人科がん検診学会　子宮頸部細胞採取の手引き参照。

注3 公益社団法人日本臨床細胞学会　細胞診精度管理ガイドライン参照。

注4 ベセスダシステムによる分類：The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology second edition 及びベセスダシステム 2001 アトラス 参照。

別添6 プロセス指標の基準値一覧

厚生労働科学研究費補助金「がん検診の精度管理における指標の確立に関する研究」班（研究代表者：高橋宏和）、「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」班（研究代表者：祖父江友孝）において、プロセス指標の基準値（許容値、目標値）を設定した。

設定の方針は、目指すべき感度・特異度に基づき、これらと性・年齢階級別のがん罹患率により要精検率、がん発見率を算出した。基準値の項目は、要精検率、精検受診率（基準値を 90%とする）、がん発見率、陽性反応適中度、CIN3 以上発見率（子宮頸がんのみ）、非初回受診者の 2 年連続受診者割合（乳がん、子宮頸がんのみ）、感度、特異度（要精検率と関連する指標として）とした。

基準値の対象年齢は、胃がん：50-74(69)歳、大腸がん、肺がん、乳がん：40-74(69)歳、子宮頸がん：20-74(69)歳、20-39 歳、40-74(69)歳とした。子宮頸がんは対象となる年齢の幅が広く、対象集団における平均的ながん罹患リスクを１つに設定することが難しいため、上記のように対象年齢を分類した。

全国の標準的な性・年齢階級に基づいた基準値を表 7 （上限 74 歳）、表 7-2（上限 69 歳）に示す。これとは別に、自治体や保険者によっては、性・年齢階級に偏りがあるため、それぞれの対象集団における性・年齢階級に応じて独自に基準値を算定し、がん検診事業の評価に役立てていただきたい。

基準値の一覧を次頁以降に示す。

基準値一覧

表1. 特異度の基準値

	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
男性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	94.0%	93.0%	90.9%	89.9%	88.7%	86.6%	84.3%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	94.0%	93.0%	91.0%	89.9%	88.8%	86.7%	84.6%
大腸	-	-	-	-	93.9%	92.9%	91.7%	90.6%	89.5%	87.3%	84.9%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	98.0%	98.0%	98.0%	96.9%	95.9%	95.8%	94.7%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	98.0%	98.0%	98.0%	97.0%	95.9%	95.9%	94.8%
男性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	96.0%	95.0%	95.0%	92.9%	91.9%	90.8%	90.7%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	96.0%	95.0%	95.0%	93.0%	91.9%	90.9%	90.8%
大腸	-	-	-	-	95.0%	95.0%	93.9%	93.9%	92.9%	91.8%	90.8%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	99.0%	99.0%	99.0%	98.0%	97.9%	97.9%	96.8%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	99.0%	99.0%	99.0%	98.0%	98.0%	97.9%	96.9%
女性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	95.0%	94.0%	94.0%	92.9%	91.9%	90.8%	88.8%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	95.0%	94.0%	94.0%	93.0%	91.9%	90.9%	88.8%
大腸	-	-	-	-	93.9%	93.9%	93.8%	93.8%	92.7%	91.5%	89.4%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	99.0%	99.0%	98.0%	98.0%	96.9%	96.9%	95.8%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	99.0%	99.0%	98.0%	98.0%	97.0%	96.9%	95.9%
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	89.8%	88.5%	89.5%	91.3%	91.2%	91.0%	90.8%
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	89.8%	88.6%	89.6%	91.5%	91.4%	91.2%	91.1%
子宮頸	95.0%	94.9%	96.0%	95.6%	95.6%	96.6%	96.6%	97.7%	98.8%	98.6%	98.7%
女性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	97.0%	96.0%	96.0%	95.0%	95.0%	93.9%	92.9%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	97.0%	96.0%	96.0%	95.0%	95.0%	94.0%	92.9%
大腸	-	-	-	-	95.0%	95.0%	95.0%	94.9%	94.9%	94.9%	93.9%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	99.0%	99.0%	99.0%	99.0%	98.0%	97.9%	97.9%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	99.0%	99.0%	99.0%	99.0%	98.0%	98.0%	98.0%
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	92.9%	92.8%	93.7%	94.7%	95.7%	95.7%	95.7%
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	92.9%	92.8%	93.8%	94.8%	95.8%	95.7%	95.7%
子宮頸	95.0%	95.0%	96.0%	97.0%	97.0%	98.0%	98.0%	99.0%	99.0%	99.0%	99.0%

表2. がん発生率の推計値（受診者10万対）

	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
男性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	29	62	178	397	804	1273	2032
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	14	31	89	198	402	637	1016
大腸	-	-	-	-	120	254	557	869	1106	1624	2597
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	51	20	51	119	338	464	743
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	*	*	*	*	31	12	31	71	203	278	446
男性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	22	37	74	170	345	590	842
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	11	19	37	85	172	295	421
大腸	-	-	-	-	38	65	119	200	307	448	542
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	9	20	40	81	163	296	435
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	6	12	24	48	98	178	261
女性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	34	68	71	162	252	430	690
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	17	34	35	81	126	215	345
大腸	-	-	-	-	105	196	340	509	566	968	1307
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	15	55	81	92	151	231	464
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	9	33	49	55	91	139	279
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	535	1259	1177	1439	1426	1859	2147
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	374	881	824	1007	999	1301	1503
子宮頸（CIN3以上）	26	212	483	790	826	811	739	621	400	513	375
女性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	20	29	38	68	111	186	262
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	10	15	19	34	56	93	131
大腸	-	-	-	-	32	50	82	117	159	224	280
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	8	15	27	45	77	121	176
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	*	*	*	*	5	9	16	27	46	73	106
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	361	553	522	515	557	585	584
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	253	387	365	360	390	410	409
子宮頸（CIN3以上）	26	161	281	310	268	199	127	93	76	66	59

表3. 要精検率の基準値

	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
男性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	6.0%	7.0%	9.1%	10.1%	11.3%	13.4%	15.7%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	6.0%	7.0%	9.0%	10.1%	11.2%	13.3%	15.4%
大腸	-	-	-	-	6.1%	7.1%	8.3%	9.4%	10.5%	12.7%	15.1%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	2.0%	2.0%	2.0%	3.1%	4.1%	4.2%	5.3%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	2.0%	2.0%	2.0%	3.0%	4.1%	4.1%	5.2%
男性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	4.0%	5.0%	5.0%	7.1%	8.1%	9.2%	9.3%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	4.0%	5.0%	5.0%	7.0%	8.1%	9.1%	9.2%
大腸	-	-	-	-	5.0%	5.0%	6.1%	6.1%	7.1%	8.2%	9.2%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	1.0%	1.0%	1.0%	2.0%	2.1%	2.1%	3.2%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	1.0%	1.0%	1.0%	2.0%	2.0%	2.1%	3.1%
女性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	5.0%	6.0%	6.0%	7.1%	8.1%	9.2%	11.2%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	5.0%	6.0%	6.0%	7.0%	8.1%	9.1%	11.2%
大腸	-	-	-	-	6.1%	6.1%	6.2%	6.2%	7.3%	8.5%	10.6%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	1.0%	1.0%	2.0%	2.0%	3.1%	3.1%	4.2%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	1.0%	1.0%	2.0%	2.0%	3.0%	3.1%	4.1%
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	10.2%	11.5%	10.5%	8.7%	8.8%	9.0%	9.2%
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	10.2%	11.4%	10.4%	8.5%	8.6%	8.8%	8.9%
子宮頸*	5.0%	5.1%	4.0%	4.4%	4.4%	3.4%	3.4%	2.3%	1.2%	1.4%	1.3%
女性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	3.0%	4.0%	4.0%	5.0%	5.0%	6.1%	7.1%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	3.0%	4.0%	4.0%	5.0%	5.0%	6.0%	7.1%
大腸	-	-	-	-	5.0%	5.0%	5.0%	5.1%	5.1%	5.1%	6.1%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	2.0%	2.1%	2.1%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	2.0%	2.0%	2.0%
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	7.1%	7.2%	6.3%	5.3%	4.3%	4.3%	4.3%
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	7.1%	7.2%	6.2%	5.2%	4.2%	4.3%	4.3%
子宮頸*	5.0%	5.0%	4.0%	3.0%	3.0%	2.0%	2.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%

*ASC-US以上の割合

表4. がん発見率の基準値

	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
男性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	0.01%	0.03%	0.08%	0.18%	0.37%	0.58%	0.93%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	0.01%	0.02%	0.05%	0.11%	0.22%	0.34%	0.55%
大腸	-	-	-	-	0.06%	0.14%	0.30%	0.47%	0.60%	0.88%	1.40%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	0.02%	0.01%	0.02%	0.05%	0.15%	0.21%	0.33%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	0.01%	0.01%	0.01%	0.03%	0.10%	0.13%	0.21%
男性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	0.01%	0.02%	0.03%	0.08%	0.16%	0.27%	0.39%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	0.01%	0.01%	0.02%	0.05%	0.09%	0.16%	0.23%
大腸	-	-	-	-	0.02%	0.04%	0.06%	0.11%	0.17%	0.24%	0.29%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	0.00%	0.01%	0.02%	0.04%	0.07%	0.13%	0.20%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	0.00%	0.01%	0.01%	0.02%	0.05%	0.08%	0.12%
女性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	0.02%	0.03%	0.03%	0.07%	0.12%	0.20%	0.32%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	0.01%	0.02%	0.02%	0.04%	0.07%	0.12%	0.19%
大腸	-	-	-	-	0.06%	0.11%	0.18%	0.27%	0.31%	0.52%	0.71%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	0.01%	0.02%	0.04%	0.04%	0.07%	0.10%	0.21%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	0.00%	0.02%	0.02%	0.03%	0.04%	0.07%	0.13%
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	0.25%	0.58%	0.64%	0.78%	0.87%	1.14%	1.31%
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	0.19%	0.44%	0.49%	0.60%	0.67%	0.88%	1.01%
子宮頸（CIN3以上）	0.01%	0.12%	0.27%	0.43%	0.45%	0.45%	0.41%	0.34%	0.22%	0.28%	0.21%
女性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	0.01%	0.01%	0.02%	0.03%	0.05%	0.09%	0.12%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	0.01%	0.01%	0.01%	0.02%	0.03%	0.05%	0.07%
大腸	-	-	-	-	0.02%	0.03%	0.04%	0.06%	0.09%	0.12%	0.15%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	0.00%	0.01%	0.01%	0.02%	0.03%	0.05%	0.08%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	0.00%	0.00%	0.01%	0.01%	0.02%	0.03%	0.05%
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	0.17%	0.25%	0.28%	0.28%	0.34%	0.36%	0.36%
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	0.13%	0.20%	0.22%	0.21%	0.26%	0.28%	0.28%
子宮頸（CIN3以上）	0.01%	0.09%	0.15%	0.17%	0.15%	0.11%	0.07%	0.05%	0.04%	0.04%	0.03%

表5. 陽性反応適中度の基準値

	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
男性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	0.22%	0.41%	0.90%	1.80%	3.27%	4.35%	5.96%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	0.13%	0.24%	0.53%	1.06%	1.94%	2.59%	3.56%
大腸	-	-	-	-	1.07%	1.93%	3.64%	4.99%	5.69%	6.90%	9.30%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	1.14%	0.45%	1.14%	1.76%	3.67%	4.98%	6.31%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	0.73%	0.29%	0.73%	1.12%	2.37%	3.22%	4.10%
男性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	0.25%	0.34%	0.68%	1.10%	1.95%	2.94%	4.15%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	0.15%	0.20%	0.40%	0.65%	1.15%	1.74%	2.47%
大腸	-	-	-	-	0.41%	0.70%	1.06%	1.77%	2.32%	2.95%	3.16%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	0.40%	0.89%	1.77%	1.79%	3.54%	6.26%	6.15%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	0.29%	0.57%	1.13%	1.13%	2.29%	4.08%	3.99%
女性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	0.31%	0.52%	0.54%	1.05%	1.43%	2.15%	2.82%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	0.18%	0.31%	0.31%	0.62%	0.84%	1.28%	1.67%
大腸	-	-	-	-	0.94%	1.74%	2.98%	4.40%	4.20%	6.18%	6.67%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	0.67%	2.42%	1.79%	2.03%	2.22%	3.36%	4.98%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	0.43%	1.55%	1.16%	1.30%	1.43%	2.16%	3.23%
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	2.41%	5.05%	6.04%	8.96%	9.95%	12.64%	14.35%
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	1.86%	3.91%	4.70%	7.02%	7.84%	10.00%	11.39%
子宮頸（CIN3以上）	0.01%	0.12%	0.75%	2.82%	3.09%	6.57%	6.71%	12.78%	17.87%	28.69%	23.45%
女性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	0.31%	0.33%	0.43%	0.62%	1.01%	1.41%	1.69%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	0.18%	0.20%	0.26%	0.37%	0.60%	0.83%	1.00%
大腸	-	-	-	-	0.34%	0.54%	0.88%	1.25%	1.69%	2.37%	2.46%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	0.36%	0.67%	1.20%	1.99%	1.70%	2.65%	3.82%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	0.24%	0.43%	0.76%	1.27%	1.09%	1.71%	2.47%
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	2.32%	3.52%	4.51%	5.29%	7.89%	8.26%	8.24%
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	1.79%	2.72%	3.50%	4.11%	6.20%	6.49%	6.48%
子宮頸（CIN3以上）	0.01%	0.12%	0.44%	0.96%	1.02%	1.52%	1.41%	2.57%	2.26%	2.31%	2.15%

表6. 受診者の分布

		20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
胃												
男性	初回受診者	-	-	-	-	1.3%	0.8%	0.8%	0.7%	1.4%	2.2%	1.8%
	非初回受診者	-	-	-	-	1.5%	2.3%	2.3%	2.6%	4.1%	9.5%	14.0%
女性	初回受診者	-	-	-	-	2.6%	1.4%	1.4%	1.2%	1.8%	1.9%	1.7%
	非初回受診者	-	-	-	-	2.8%	4.3%	4.2%	4.8%	7.2%	11.2%	13.4%
大腸												
男性	初回受診者	-	-	-	-	0.9%	0.6%	0.6%	0.6%	1.1%	1.8%	1.7%
	非初回受診者	-	-	-	-	1.0%	1.7%	1.8%	2.1%	3.4%	8.5%	14.0%
女性	初回受診者	-	-	-	-	1.9%	1.1%	1.1%	1.1%	1.7%	2.0%	2.0%
	非初回受診者	-	-	-	-	2.3%	3.7%	3.9%	4.9%	7.8%	13.8%	19.0%
肺												
男性	初回受診者	-	-	-	-	1.0%	0.7%	0.7%	0.7%	1.3%	2.8%	3.2%
	非初回受診者	-	-	-	-	0.9%	1.4%	1.5%	1.7%	2.9%	7.8%	13.7%
女性	初回受診者	-	-	-	-	2.0%	1.5%	1.4%	1.5%	2.4%	3.5%	4.1%
	非初回受診者	-	-	-	-	1.7%	2.6%	2.8%	3.6%	6.3%	12.2%	18.0%
乳												
女性	初回受診者	-	-	-	-	8.4%	4.0%	3.4%	2.7%	3.2%	2.9%	2.7%
	非初回受診者	-	-	-	-	7.4%	10.0%	9.8%	9.3%	11.4%	13.3%	15.5%
子宮頸												
女性	初回受診者	3.0%	3.5%	4.3%	3.8%	3.9%	3.1%	2.5%	1.8%	2.0%	1.7%	1.6%
	非初回受診者	0.8%	2.3%	4.6%	6.2%	7.7%	8.4%	7.8%	7.0%	8.0%	9.1%	9.9%

表7. 基準値（上限74歳）

		胃（検診間隔2年）	胃（検診間隔1年）	大腸	肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	乳（連続受診者がいることを考慮）	子宮頸		
対象年齢		50-74歳	50-74歳	40-74歳	40-74歳	40-74歳	40-74歳	40-74歳	20-74歳	20-39歳	40-74歳
感度		**60%以上**	**60%以上**	**60%以上**	**50%以上**	**50%以上**	**40歳代：60%以上 60歳代：70%以上 60歳以上：80%以上**	**40歳代：60%以上 60歳代：70%以上 60歳以上：80%以上**	**CIN3以上：65%以上**		
精検受診率		**90%以上**	**90%以上**	**90%以上**	**90%以上**	**90%以上**	**90%以上**	**90%以上**		**90%以上**	
非初回受診者の2年連続受診者割合		-	-	-	-	-	**30%以下**	**30%以下**		**40%以下**	
要精検率	男女計 受診歴計	**7.7%以下**	**7.6%以下**	**6.8%以下**	**2.4%以下**	**2.3%以下**	**6.5%以下**	**6.4%以下**	**2.5%以下**	**4.2%以下**	**1.9%以下**
	初回	10.4%以下	10.3%以下	8.9%以下	3.2%以下	3.1%以下	9.9%以下	9.7%以下	3.7%以下	4.6%以下	2.9%以下
	非初回	7.1%以下	7.1%以下	6.4%以下	2.1%以下	2.0%以下	5.3%以下	5.3%以下	2.0%以下	3.8%以下	1.6%以下
	男性 受診歴計	9.4%以下	9.3%以下	8.6%以下	2.8%以下	2.8%以下	-	-	-	-	-
	初回	12.7%以下	12.6%以下	11.1%以下	3.9%以下	3.9%以下	-	-	-	-	-
	非初回	8.7%以下	8.6%以下	8.0%以下	2.5%以下	2.4%以下	-	-	-	-	-
	女性 受診歴計	6.6%以下	6.6%以下	5.8%以下	2.1%以下	2.0%以下	6.5%以下	6.4%以下	2.5%以下	4.2%以下	1.9%以下
	初回	12.7%以下	12.6%以下	7.5%以下	2.7%以下	2.7%以下	9.9%以下	9.7%以下	3.7%以下	4.6%以下	2.9%以下
	非初回	8.7%以下	8.6%以下	5.4%以下	1.8%以下	1.8%以下	5.3%以下	5.3%以下	2.0%以下	3.8%以下	1.6%以下
がん発見率*	男女計 受診歴計	**0.19%以上**	**0.11%以上**	**0.21%以上**	**0.10%以上**	**0.05%以上**	**0.40%以上**	**0.31%以上**	**0.15%以上**	**0.18%以上**	**0.14%以上**
	初回	0.33%以上	0.19%以上	0.49%以上	0.13%以上	0.07%以上	0.67%以上	0.52%以上	0.30%以上	0.22%以上	0.36%以上
	非初回	0.16%以上	0.10%以上	0.15%以上	0.08%以上	0.05%以上	0.30%以上	0.23%以上	0.08%以上	0.14%以上	0.07%以上
	男性 受診歴計	0.32%以上	0.19%以上	0.31%以上	0.15%以上	0.08%以上	-	-	-	-	-
	初回	0.53%以上	0.31%以上	0.73%以上	0.19%以上	0.10%以上	-	-	-	-	-
	非初回	0.27%以上	0.16%以上	0.22%以上	0.14%以上	0.07%以上	-	-	-	-	-
	女性 受診歴計	0.09%以上	0.05%以上	0.14%以上	0.06%以上	0.03%以上	0.40%以上	0.31%以上	0.15%以上	0.18%以上	0.14%以上
	初回	0.16%以上	0.09%以上	0.34%以上	0.09%以上	0.05%以上	0.67%以上	0.52%以上	0.30%以上	0.22%以上	0.36%以上
	非初回	0.08%以上	0.05%以上	0.11%以上	0.05%以上	0.03%以上	0.30%以上	0.23%以上	0.08%以上	0.14%以上	0.07%以上
がん陽性反応適中度*	男女計 受診歴計	**2.5%以上**	**1.5%以上**	**3.0%以上**	**4.1%以上**	**2.2%以上**	**6.1%以上**	**4.8%以上**	**5.9%以上**	**4.4%以上**	**7.3%以上**
	初回	3.1%以上	1.9%以上	5.5%以上	4.0%以上	2.2%以上	6.8%以上	5.3%以上	8.1%以上	4.9%以上	12.8%以上
	非初回	2.3%以上	1.4%以上	2.3%以上	4.1%以上	2.2%以上	5.7%以上	4.4%以上	4.1%以上	3.8%以上	4.3%以上
	男性 受診歴計	3.4%以上	2.0%以上	3.6%以上	5.2%以上	2.9%以上	-	-	-	-	-
	初回	4.2%以上	2.5%以上	6.6%以上	4.7%以上	2.6%以上	-	-	-	-	-
	非初回	3.2%以上	1.9%以上	2.7%以上	5.5%以上	3.0%以上	-	-	-	-	-
	女性 受診歴計	1.4%以上	0.8%以上	2.5%以上	3.0%以上	1.7%以上	6.1%以上	4.8%以上	5.9%以上	4.4%以上	7.3%以上
	初回	1.8%以上	1.1%以上	4.5%以上	3.4%以上	1.9%以上	6.8%以上	5.3%以上	8.1%以上	4.9%以上	12.8%以上
	非初回	1.3%以上	0.8%以上	1.9%以上	2.8%以上	1.5%以上	5.7%以上	4.4%以上	4.1%以上	3.8%以上	4.3%以上

*子宮頸がんはCIN3以上の発見率または陽性反応適中度

表7-2. 基準値（上限69歳）

		胃（検診間隔2年）	胃（検診間隔1年）	大腸	肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	乳（連続受診者がいることを考慮）	子宮頸		
対象年齢		50-69歳	50-69歳	40-69歳	40-69歳	40-69歳	40-69歳	40-69歳	20-69歳	20-39歳	40-69歳
感度		**60%以上**	**60%以上**	**60%以上**	**50%以上**	**50%以上**	**40歳代：60%以上 60歳代：70%以上 60歳以上：80%以上**	**40歳代：60%以上 60歳代：70%以上 60歳以上：80%以上**	**CIN3以上：65%以上**		
精検受診率		**90%以上**	**90%以上**	**90%以上**	**90%以上**	**90%以上**	**90%以上**	**90%以上**		**90%以上**	
非初回受診者の2年連続受診者割合		-	-	-	-	-	30%以下	30%以下		40%以下	
要精検率	男女計 受診歴計	**7.1%以下**	**7.0%以下**	**6.2%以下**	**2.0%以下**	**2.0%以下**	**6.8%以下**	**6.8%以下**	**2.7%以下**	**4.2%以下**	**2.0%以下**
	初回	9.5%以下	9.4%以下	8.0%以下	2.7%以下	2.6%以下	9.9%以下	9.8%以下	3.8%以下	4.6%以下	3.0%以下
	非初回	6.4%以下	6.4%以下	5.8%以下	1.7%以下	1.7%以下	5.6%以下	5.5%以下	2.2%以下	3.8%以下	1.7%以下
	男性 受診歴計	8.9%以下	8.8%以下	7.7%以下	2.3%以下	2.3%以下	-	-	-	-	-
	初回	11.7%以下	11.6%以下	9.8%以下	3.3%以下	3.3%以下	-	-	-	-	-
	非初回	8.2%以下	8.1%以下	7.1%以下	1.9%以下	1.8%以下	-	-	-	-	-
	女性 受診歴計	5.8%以下	5.7%以下	5.4%以下	1.8%以下	1.8%以下	6.8%以下	6.8%以下	2.7%以下	4.2%以下	2.0%以下
	初回	9.5%以下	9.4%以下	6.9%以下	2.2%以下	2.2%以下	9.9%以下	9.8%以下	3.8%以下	4.6%以下	3.0%以下
	非初回	6.4%以下	6.4%以下	5.1%以下	1.7%以下	1.7%以下	5.6%以下	5.5%以下	2.2%以下	3.8%以下	1.7%以下
がん発見率*	男女計 受診歴計	**0.13%以上**	**0.08%以上**	**0.16%以上**	**0.06%以上**	**0.03%以上**	**0.38%以上**	**0.29%以上**	**0.16%以上**	**0.18%以上**	**0.15%以上**
	初回	0.24%以上	0.14%以上	0.35%以上	0.08%以上	0.04%以上	0.60%以上	0.46%以上	0.30%以上	0.22%以上	0.38%以上
	非初回	0.11%以上	0.06%以上	0.11%以上	0.05%以上	0.03%以上	0.29%以上	0.22%以上	0.09%以上	0.14%以上	0.08%以上
	男性 受診歴計	0.23%以上	0.14%以上	0.25%以上	0.10%以上	0.05%以上	-	-	-	-	-
	初回	0.39%以上	0.23%以上	0.52%以上	0.12%以上	0.06%以上	-	-	-	-	-
	非初回	0.19%以上	0.11%以上	0.25%以上	0.08%以上	0.05%以上	-	-	-	-	-
	女性 受診歴計	0.07%以上	0.04%以上	0.12%以上	0.04%以上	0.02%以上	0.38%以上	0.29%以上	0.16%以上	0.18%以上	0.15%以上
	初回	0.11%以上	0.07%以上	0.26%以上	0.06%以上	0.03%以上	0.60%以上	0.46%以上	0.30%以上	0.22%以上	0.38%以上
	非初回	0.06%以上	0.03%以上	0.08%以上	0.03%以上	0.02%以上	0.29%以上	0.22%以上	0.09%以上	0.14%以上	0.08%以上
がん陽性反応適中度*	男女計 受診歴計	**1.9%以上**	**1.1%以上**	**2.6%以上**	**3.0%以上**	**1.6%以上**	**5.5%以上**	**4.3%以上**	**5.9%以上**	**4.4%以上**	**7.4%以上**
	初回	2.5%以上	1.5%以上	4.4%以上	3.0%以上	1.6%以上	6.0%以上	4.7%以上	8.0%以上	4.9%以上	12.6%以上
	非初回	1.7%以上	1.0%以上	1.9%以上	3.0%以上	1.6%以上	5.2%以上	4.1%以上	4.2%以上	3.8%以上	4.5%以上
	男性 受診歴計	2.6%以上	1.5%以上	3.2%以上	4.1%以上	2.3%以上	-	-	-	-	-
	初回	3.3%以上	2.0%以上	5.2%以上	3.6%以上	2.0%以上	-	-	-	-	-
	非初回	2.3%以上	1.4%以上	2.3%以上	4.5%以上	2.5%以上	-	-	-	-	-
	女性 受診歴計	1.2%以上	0.7%以上	2.1%以上	2.2%以上	1.2%以上	5.5%以上	4.3%以上	5.9%以上	4.4%以上	7.4%以上
	初回	1.5%以上	0.9%以上	3.7%以上	2.5%以上	1.4%以上	6.0%以上	4.7%以上	8.0%以上	4.9%以上	12.6%以上
	非初回	1.1%以上	0.6%以上	1.6%以上	2.1%以上	1.1%以上	5.2%以上	4.1%以上	4.2%以上	3.8%以上	4.5%以上

*子宮頸がんはCIN3以上の発見率または陽性反応適中度

別添7　がん検診に関する自治体からの照会及び回答

作成：国立がん研究センターがん対策研究所がん医療支援部検診実施管理支援室
監修：厚労省「がん検診の精度管理における指標の確立に関する研究」班

1.検診対象者について

Q1　　がん検診（住民検診）の対象年齢に上限はないのでしょうか。

A1　　現時点ではありません。しかしいずれは対象年齢の上限が必要であり、国の検討会で議論しているところです。

がん検診には利益（死亡率減少など）と不利益（例えば胃部エックス線検査ならバリウム誤嚥や被ばくなど）があります。高齢者の利益/不利益バランスは個人差が大きいので、現状では医師等と相談して受診の有無を決定することになります。なお、厚生労働省「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」では、積極的に受診勧奨を行う対象者の年齢上限として 69 歳を推奨しています（70 歳以上の方についても、受診機会を提供することが前提です）。
がん検診の利益と不利益については、下記のサイトを参照してください。
国立がん研究センターがん情報サービス、医療関係者向けサイト（がん検診）
https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/screening.html

Q2　　30 歳代から乳がんは増えてくるといわれますが、30 歳代の検診はなぜ国の指針で認められないのですか。

A2　　40 歳未満の乳がん検診は死亡率減少を示す科学的根拠が認められておらず、もし国策として行った場合、検診による不利益が利益を上回る可能性があるからです。なお、症状があればすぐに受診することを促す必要があります。

がん検診が必要かどうかは、「そのがんが多いかどうか」という視点だけでは決められません。国の指針で推奨された検診は、そのがん検診の実施により当該がんの死亡率を減少させること（利益）が科学的に認められ、かつ、利益が不利益を上回ると認められたものです（他にも、例えば精度管理ができるかどうか等の条件が考慮されます）。

Q3　　性交渉の経験がない方は子宮頸がん検診の対象外でしょうか。

A3　　現在の国の指針によれば、一律に検診対象外とすることは難しいです。現時点では、性交渉の経験の無い方の受診機会を制限するのではなく、子宮頸がんのリスクが低いことや検診手法などを予め説明し、受診同意を得られる方だけ受診していただくのが良いと考えます。

性交渉の経験のない女性はヒトパピローマウイルス（HPV）の感染率が低く、子宮頸がんの罹患リスクも低いため、検診をしてもがんや上皮内病変はほとんど発見されません。しかし、自治体による検診の運用面を考えると、性交渉の経験のない方を検診対象から除外することは現実

的ではありません。

Q4　子宮を全摘出した方は子宮頸がん検診の対象になりますか。

A4　子宮筋腫や子宮頸がんで子宮を全摘出した方は検診の対象外です（子宮頸がんの再発の有無を確認するために、医療機関でのフォローアップが必要です）。一方、子宮腟上部切断術といって子宮体部を摘出し子宮頸部を残す手術を行った場合（分娩時の大出血による緊急手術など）は、残存子宮頸部から子宮頸がんが発生する可能性があり、子宮頸がん検診の対象になります。

子宮頸がんで子宮を全摘出した後の再発の有無は細胞診だけでは判断できず、他の検査を併用することがしばしばあります。従って、がん検診としての細胞診のみで術後フォローアップを行うことは、検診の意義に合致しないばかりでなく、患者さんにも不利益が起きる恐れがあります。子宮体がんによる子宮全摘出術後の方も同様です。また、子宮筋腫など他の疾患で子宮を全摘出した方に対しても、残った腟の断端の擦過細胞診による腟がんの検診も、死亡率を減少させる効果が明らかでないことから検診対象になりません。

Q5　妊婦健診（健康診査）の項目として子宮頸がん検診を実施することは可能ですか。

A5　可能です。その場合は対策型検診として非妊時と同様の手順のもとに行ってください（対象年齢、受診間隔、検査方法、要精検者への精検受診勧奨の実施、精検結果の追跡実施などを遵守する）。なお、妊婦健診で行った子宮頸がん検診（細胞診）は、細胞診を実施している自治体においては地域保健・健康増進事業報告に計上することになっています。ただし、受診者数だけでなく、細胞診の判定別人数や精検受診の有無別人数の報告をお願いします。受診者数のみの報告は認められていません（厚労省確認済み）。

Q6　子宮体がん検診は国から推奨されていないのでしょうか。

A6　子宮体がん検診は推奨されていません。子宮体がんの細胞診は、死亡率減少効果が認められておらず、「検診」として行われている国はありません。

Q7　乳がんで片方の乳房を切除した方について、もう片方の残存している乳房は検診の対象になりますか。

A7　残った乳房に対する対策型検診のあり方についての公的文書はなく、現時点では各自治体で判断することになります。国立がん研究センターとしては、都道府県単位（生活習慣病検診等管理指導協議会）で方針を検討されるのが良いと考えます。

乳がんの術後一定期間は治療機関で保険診療にてフォローすべきですが、現時点では、術後何年までを保険診療でフォローするかは決まっていません。保険診療のフォローが終了した人については検診に戻すのが現実的と言えそうですが、現時点での統一見解はありません。乳がんの術後フォローはたいてい 10 年としている施設が多いようで、術後 10 年を過ぎれば検診で対応するのが現実的と言えそうです。ただし統一見解は示されていません。

Q8　肺がん検診において、なぜ高危険群（50 歳以上で喫煙指数が 600 以上）以外の方は喀痰細胞診

を受診できないのですか。

A8　**喀痰細胞診は喫煙者のみに発生する肺門部扁平上皮癌を早期に発見するために行うものだからです。**

非喫煙者に対する喀痰細胞診をしてもがんの発見にはつながらず、検診費用の浪費になるばかりでなく、不要な偽陽性者の増加による受診者の不利益につながります。

Q9　**20～30 歳などの若い頃にヘビースモーカーでその後長期間禁煙していた方も、喀痰細胞診の対象になりますか。**

A9　**過去の喫煙者も喀痰細胞診の対象になります。国の指針では以下のように記載されています（※）。**

※厚生労働省「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」での記載
喀痰細胞診の対象者は、質問の結果、原則として 50 歳以上で喫煙指数（1 日本数×年数）600 以上　であることが判明したもの（過去における喫煙者を含む）

Q10　**国の指針では血痰がある方は検診対象外となっていますが、一部の委託検診機関から「絶対対象としてはいけないのか」と聞かれました。「絶対」と言って良いのかどうか悩んでいます。**

A10　**検診対象にはなりません。**

リスクが高い有症状者は検診ではなく適切な保険診療を直ちに受けて、迅速な診断治療につなげるべきです。

Q11　**喫煙指数の計算に、加熱式タバコをカウントしても良いのでしょうか。**

A11　**加熱式タバコについては、「カートリッジの本数」を「喫煙本数」としてカウントしてください。**

Q12　**大腸がん検診（便潜血検査）で毎年陽性になる方について、ある医療機関では「精検で 2 回以上異常所見なしの場合、その後の検診（便潜血検査）で陽性になっても精密検査として内視鏡検査を実施しない」という対応をしているようです。そうなると、精密検査が未受診となりますので、このような方は以後住民検診の対象外にしても良いのでしょうか。**

A12　**現時点では内視鏡検査による精密検査で 2 回以上異常所見なしとなった方を一律に検診対象外とすることについて、コンセンサスが得られていません。**

精密検査による内視鏡検査で異常なしの場合、その後の大腸がんリスクが低いことは示されています。従って、本来はこうした履歴を踏まえて検診対象者を設定するべきですが、現時点ではまだコンセンサスが得られていません。ただし、受診者本人への情報提供は必要で、例えば、「何回も内視鏡検査を受けて異常なしの方は、その後の大腸がんリスクが低く、暫く検診をしなくて良い場合があります。次回検診を受けるかどうかは、精検担当医とご相談ください」などの説明が必要です。

Q13　**毎年要精検になるにもかかわらず、毎年精検を受診してくれない方がいます。そのような方については、次回の検診対象者から除外してもかまいませんか。**

A13　要精検者は精検の対象ですから、本来なら、次回の検診対象から精検未受診者を除くことが望ましいですが、現時点で一律に検診対象外とするには問題があります。

精検未受診者を次回の検診対象から除外するには、まず受診台帳がきちんと整備され、一人ひとりの検診/精検受診状況が管理できることが必要です。その上で、

・精検未受診の理由を個別に把握し、もしその方が特に高齢であるとか、体力的に精検を受けることが難しい場合は、次回のがん検診を受けないよう薦め、ご本人の了解を得た上で次回の検診対象外とする。

・精検を受けられない事情が特に無いにも係らず毎年精検を受けない方については、「精検を受けないと検診の成果が得られないこと」を丁寧に説明する。それでも未受診が続くようであれば、本人の了解を得た上で、受診勧奨の中止を検討する。

などが考えられます。

現時点で上記の体制が整わない場合は、（本来の検診の意義から外れますが）精検未受診者も次回の検診対象とせざるを得ないと考えます。

2.検診項目について

Q14　国の指針で推奨された検診に追加して、アミノインデックスがんリスクスクリーニング（ACIS）などの指針外検診を、自治体独自の判断で追加してもかまいませんか。

A14　指針外の検診を追加で行うと、住民の不利益（過剰診断による治療で心身にダメージを被るなど）につながる恐れがあります。指針で推奨された検診のみを行うようお願いします。

ある検査をがんのスクリーニングとして用いるには、検診を受けることによる利益として、健康な集団のがん死亡率を下げる科学的根拠が確立し、さらに不利益が利益に比べて小さいことが必要です。その上で国は、適切な検診方法として推奨しています。

なお、アミノインデックスは上記の科学的根拠が証明されていません。（まだきちんとした研究はなく、有効性が不明なばかりでなく、がんがどのくらい発見されるかも不明です）。

がん検診の利益と不利益については、下記のサイトを参照してください。

国立がん研究センターがん情報サービス、医療関係者向けサイト（がん検診）

https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/screening.html

Q15　胃がんリスク評価（ピロリ菌感染の有無と胃粘膜萎縮の程度から、胃がんのリスクをA～Dで評価する）を実施した後、ハイリスクの人に内視鏡検査を行っても良いですか。

A15　胃がんリスク評価は、現時点では科学的根拠がなく対策型検診として推奨されていません。住民検診では実施しないようお願いします。

胃がんリスク評価がA（ピロリ菌感染なし、胃の萎縮なし）の方が本当に低リスクかと言うと、現在の検査法では少し信頼度が低いです。また、除菌治療を受けた方や偶然に除菌された方の中にはリスク評価の判定が A と判定されてしまうケースもあります。さらには、リスク評価は検

診として用いるには特異度があまりに低く、リスクありとされても胃がんが見つからない偽陽性者が多数出てしまう恐れがあります。胃がんリスク評価を行った後に内視鏡検診を行う方法が本当に有効かどうか（胃がん死亡率を下げるかどうか）、その科学的根拠はまだありません。対策型検診では科学的根拠がないものは行うべきではありません。

Q16　ピロリ菌検査を任意型検診として行うことは可能ですか。

A16　市町村が公的資金を用いて行っているものは全て対策型検診に分類されます。住民検診でピロリ菌検査を行うことは不適切です。

ピロリ菌検査は、そもそもピロリ菌を調べること自体でがんを発見することはできませんし、対策型検診として推奨されていませんので、実施することは不適切です。ピロリ菌検査を実施して除菌治療を受けることで胃がんを予防できると言われていますが、無症候の胃炎患者に対する除菌治療の胃がん予防効果は 34%ほどであり [1)]、除菌をしても残り 2／3 は胃がんのリスクが残ることになります。除菌をしても胃がんリスクは残ることから、ピロリ菌検査については慎重に対応する必要があります。

1) Ford AC BMJ. 2014;348: g3174

Q17　胃内視鏡検査では早期がんも見つかりますが、胃部エックス線検査では早期がんは見つかりにくいのではないでしょうか。

A17　胃部エックス線検査でも発見がんのうち約 8 割弱は早期がんであり（日本消化器がん検診学会平成 27 年度全国集計調査）、内視鏡治療で切除可能ながんも発見されています。

胃部エックス線検査は検診としての有効性が科学的に証明された方法であり、決して胃部エックス線検査の精度が劣るということではありません。

3.検診間隔について

Q18　乳がん検診や子宮頸がん検診では指針で隔年受診が推奨されていますが、運用面が難しい（2 年毎に受診勧奨通知を出すことが難しい）との理由で、実際にはかなりの市町村が逐年検診をしています。県としてどのように指導すれば良いですか。

A18　まず、検診の不利益（放射線被ばくや出血など）を最小化するために隔年検診を遵守徹底するよう指導をするべきです。また精度管理として、（市区町村向けのチェックリストにもありますが）個人毎の受診歴を記録した適切な受診台帳を作り、受診台帳を基に、その年の対象者を毎年抽出することが重要です。

よくあるケースとして、検診対象を奇数年/偶数年生まれで設定しており、1 回を逃すと次の受診機会が 4 年後になってしまう、ということがありますが、こういった不適切なケースが発生しないよう、個人毎に受診歴を管理する必要があります。

4.検診体制について

4-1.「事業評価のためのチェックリスト」の項目について

①5 がん共通

Q19　検診機関用チェックリストの全項目が満たされていなければ、住民検診を委託できないのですか。

A19　検診機関用チェックリストは、検診機関が満たすべき最低限の基準です。全項目が満たされていなくても委託は可能ですが、検診の成果を出すためには、全項目達成に向けて体制を改善することが重要です。

検診機関の質が担保されないと、検診の利益（死亡率減少効果）が出ないばかりか、不利益が大きくなる恐れがあります。

Q20　国の補助事業（クーポン配布）のみで検診を実施している医療機関も、検診機関用チェックリストによる体制確認が必要ですか。

A20　必要です。

クーポン事業であるか否かにかかわらず、住民検診を受託している医療機関は全てチェックリストによる体制確認が必要です。

Q21　国の指針と検診機関用チェックリストの記述が一部一致していない箇所があります。仕様書を作成する際はどちらを参照したら良いでしょうか。

A21　チェックリストを参照してください。

指針は頻繁に改定できないため、学会ガイドラインや取り扱い規約等の変更をタイムリーに反映できない場合があります。一方、チェックリストは細かな修正が可能で、毎年見直していますので、最新情報が反映されています。最新のチェックリストは下記をご参照ください。

国立がん研究センターがん情報サービス、医療関係者向けサイト（がん検診）

https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

Q22　検診機関用チェックリストにある、問診記録や検査結果等の保管期限（5 年間）の根拠は何ですか。

A22　根拠は国の指針で、5 年間の保存が明記されています。

Q23　検診機関用チェックリストでは「精密検査の方法について説明しているか」という項目がありますが、自施設で精検を行っていない場合でも受診者への説明が必要ですか。

A23　精検を行わない施設においても説明が必要です。

要精検と判定された方は必ず精密検査を受けなくてはいけませんので、受診前に、精検方法を知っていただく必要があります。侵襲性の高い精密検査を受けられない方（特に高齢者など）は、医師等と相談しながら検診受診の有無をよく考えていただくことが大事です。

Q24　受診者個人の同意が無くても、精検機関から一次検診機関に精検結果を共有できるとのことですが、その根拠を教えてください。

A24　個人情報保護法第 23 条（例外事項）の三項に、「公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき」という項目が挙げられています。その具体例として、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成 29 年、個人情報保護委員会・厚生労働省）」では、「がん検診の精度管理のための地方公共団体又は地方公共団体から委託を受けた検診機関に対する精密検査結果の情報提供」と書かれています。

個人情報保護法では、がん検診などを含む公衆衛生上の施策の妨げにならないような配慮が条文に盛り込まれています。

なお、精検機関から精検結果を提供された自治体が、検診機関に精検結果を提供できるかについては、各自治体における保有個人情報（精検結果）の利用目的の特定の状況に関し、個人情報保護法第 61 条に基づき判断する必要があります。「個人情報の保護に関する法律についての事務対応ガイド（行政機関等向け）」も適宜参考にしてください。

Q25　検診機関は自施設のプロセス指標値を把握することになっていますが、自施設で把握できない場合はどうしたら良いですか。

A25　精検を実施しない施設でも、紹介先の精密検査施設に精検結果を照会するなどして、プロセス指標値を把握することが重要です。どうしても自施設でプロセス指標値を把握できない場合には、市町村からプロセス指標値を提供してもらう必要があります。

一方、市町村に対しても、検診機関にプロセス指標値をフィードバックすることが求められています。このように市町村と検診機関が連携して精度管理を行う必要があります。

Q26　（胃/肺/乳がん検診において）撮影や読影向上のための検討会を自施設で設置していない場合、市町村や医師会等の委員会に参加すれば良いことになっています。複数の市町村から委託されている検診機関は、各市町村の委員会に参加するべきでしょうか。あるいは少なくとも一つ（例えば検診機関の所在地に一番近い地域の委員会）に参加すれば良いでしょうか。

A26　少なくとも一つの委員会に参加していれば良いですが、もし複数の委員会があるのであれば、参加した方が撮影・読影技術の向上に役立ちます。

チェックリストはあくまで最低限の基準であり、より高い質を目指すための体制作りは重要です。

②胃がん

Q27　仕様書に胃部エックス線検査の機器の種類（間接、直接、DR 撮影、II 方式などの分類）を明記する理由を教えてください。

A27　自治体がプロセス指標値を分析する際に必要な情報だからです。

直接撮影は透過エックス線をそのまま撮影するので歪みが少ない画像が撮れますが、大きなフィルムが必要です。間接撮影では蛍光増倍管（イメージインテンシファイアー：I.I.）で透過光を集めて蛍光板に投射し、写った像を撮影するので 10cm 幅のロールフィルムで済みますが、画像の周辺に歪みを生じるなどの難点があります。また、フィルム･増感紙系では陰影の濃淡を細かに再現することができますが、その代わり現像してみないとどんな画像が撮れているか判らないという欠点があります。一方、デジタル撮影は陰影の濃淡をデジタル信号化するため微妙な違いが再現できないことがありますが、検査しながら撮影画像を確認できるのでその場で撮り直しができますし、撮影画像の取り扱いも簡便です。このようにエックス線撮影装置は、機器の種類によって特性が違いますので、プロセス指標（特に要精検率）のばらつきに影響する可能性があります。委託元市町村や都道府県（がん部会）等が、プロセス指標値のばらつきの原因を分析する際、これらの情報が必要になります。

Q28　胃内視鏡検診は関連学会の認定資格を持つ医師しか実施できないのでしょうか。問診は認定資格を持たない医師が行っても問題ないでしょうか。

A28　検査医については関連学会の認定資格を持っていることが望ましいですが、現時点でそれを必須条件とするのはまだ難しいので、地域の胃内視鏡検診運営委員会（仮称）が一定以上の経験、技量を有すると認定し、検診への参加を認めるのであれば、学会認定資格を有しない医師でも、検査医として検診に参加することが可能です。ダブルチェックによる画像評価や症例検討会、研修会等、医師の教育体制や精度管理体制を十分に整備することで、検診の質を担保するようにしてください。問診については特に認定医の資格は必要ありません。

Q29　胃内視鏡専門医が胃内視鏡検査を行った場合でも、ダブルチェックが必要ですか。また、画像が不鮮明などでダブルチェックが困難な場合でも、ダブルチェックは必要でしょうか。

A29　検査医が専門医かどうかに関わらず、検診では全ての内視鏡画像はダブルチェックが必要です。また、診断に耐えうる画像かどうかを確かめるためにもダブルチェックが必要です。診断できないような画像であるなら、その旨を記載して「再検査」としてください。

ダブルチェックの目的は、検査医間の技量の差を補い、検査医が見逃した所見を拾い上げて再検査を指示したり、生検診断の妥当性を評価したり、さらに、無駄な生検や無益な撮影の改善を指導することで検査精度の向上を図ることです。

特に、胃がん検診では受診者の大多数は「がん」ではありませんので、無駄な生検や再検査を避け、受診者に「がんがない」と正しく判断することが重要です。専門医が撮った写真でも第 3 者が再度目を通してがんの有無を確認しておくことは精度管理上極めて重要なことです。

Q30　胃内視鏡検診で行われた生検について、読影委員会が病理結果を取り寄せることは、個人情報保護の観点で問題ないでしょうか。

A30　問題ありません。生検は精密検査に該当し、生検結果の提出は精密検査結果の提供にあたるので、診療で得られた個人情報とは扱いが異なります。

③大腸がん

Q31　国の指針によると、大腸がん検診の結果の判定では「問診の結果を参考とする」ことになっています。しかし、大腸がん検診のチェックリストには、問診についての記述がありませんが、なぜでしょうか。

A31　大腸がん検診の要精検判定は便潜血検査の結果のみで行われるべきであり、問診を判定の根拠に用いるべきではありません。そのため、チェックリストには問診の項目がありません。

ただし、問診には、検診対象者を正しく選別する（検診受診前に有症状者かどうかを判断し、診療へ誘導する、検診を受けさせない）など、一定の役割はあります。要精検判定の参考としてではなく、有症状者を除くための手段としてであれば、問診を実施してもかまいません。

なお、「地域保健・健康増進事業報告作成要領」には要精検の定義が記載されており、「問診結果のみに基づき要精密検査となった場合は要精密検査者数に計上しない」と整理されています。

Q32　チェックリストの「検便採取後即日（2 日目）回収を原則とする」とはどういう意味でしょうか。

A32　原則採便当日と前日の便を回収することです。

高度な便秘や回収のタイミングが合わないなどの場合は 3 日以内でも許容されますが、原則は 2 日以内です。

Q33　同じ日（朝と夜）に 2 本採便される場合がありますが、これは精度管理上問題がありますか。1 本目と 2 本目との間は何時間以上あけるべきでしょうか。

A33　原則違う日に採取するべきですが、次善の策として、同一日でも別の排便であれば許容されます。1 本目と 2 本目の間隔は特に規定されていません。

2 日法の趣旨は、異なる検体から採取することで間欠的な出血を捉えるということです。何時間あければ感度が上がるというデータに基づいているわけではなく、複数の検体で、という点がポイントです。もし複数の検体を採取するなら通常は日が違う検体で、ということになりますが、次善の策として、同一日でも別の排便であればかまいません。

Q34　受診者への結果通知の期限が、大腸がん検診のみ 2 週間以内（他がんでは 4 週間以内）となっている理由を教えてください。

A34　**大腸がん検診は他がん種と異なり結果が早く分かる（二重読影などが不要）ためです。**欧州の精度管理に関するガイドラインでも、15 日以内に結果を報告することが推奨されています。

④肺がん

Q35　**読影医の要件（※）が指定されている理由を教えてください。**

A35　**肺癌の読影をしている医師が読影しないと、適切に胸部エックス線写真の判定ができない場合があるからです。**

普段肺癌の読影をしていない医師が読影した場合に、進行がんさえも見つからない恐れがあります。

※読影医の要件

・第一読影医：検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会（注）」に年 1 回以上参加していること

・第二読影医：下記の 1)、2)のいずれかを満たすこと

1) 3 年間以上の肺がん検診読影経験があり、かつ検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会（注）」に年 1 回以上参加している

2) 5 年間以上の呼吸器内科医、呼吸器外科医、放射線科医のいずれかとしての経験があり、かつ検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会（注）」に年 1 回以上参加している

（注）「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会」は下記参照

https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1

「肺癌取扱い規約　第 8 版 肺がん検診の手引き改訂について」、「肺癌取扱い規約第 8 版「肺がん検診の手引き」改訂に関する Q&A」

Q36　**胸部エックス線の画質について、「放射線科医、呼吸器内科医、呼吸器外科医のいずれかによる胸部エックス線の画質の評価」と「それに基づく指導」が求められていますが、誰に指導をするのでしょうか。**

A36　**放射線科医、呼吸器内科医、呼吸器外科医のいずれかが、それ以外の医師・技師が撮影した写真について、画質の評価と指導を行うことが求められます。**

特に、個別検診では放射線科/呼吸器科医以外の医師が撮影されることが多く、むしろ技師であればすぐに気付く現像液の劣化や、撮影のゆがみなどが見過ごされる恐れがあります。そのため、このような画質の評価に関する項目が設けられています。

⑤ 乳がん

Q37　**乳房エックス線画像については、日本乳がん検診精度管理中央機構の施設画像評価で A または**

B 評価を受けることが求められています。評価は 5 年ごとに更新されますが、一度 A または B 評価を受けていれば、更新手続きがされていなくてもかまわないでしょうか。

A37　いいえ。過去に A または B 評価を受けていても、更新審査が必要です。

⑥子宮頸がん

Q38　妊婦健診（健康診査）で子宮頸がん検診を行っている検診機関も、チェックリストによる体制確認が必要ですか。

A38　対策型検診としての検診を委託していることになるため、チェックリストで体制を確認してください。

Q39　チェックリストでは細胞診は「医師による検体採取」と規定されていますが、産婦人科医ではない医師やメディカルスタッフが採取しても良いのでしょうか。

A39　精度を担保する観点から、市町村が実施する子宮頸がん検診（細胞診）においては、産婦人科医師による検体採取を推奨しています。

検体採取に当たる看護師が相当の訓練を受けており、かつ産婦人科を専門とし、当該行為に精通する医師が当該看護師に指示する場合に検体採取が行うことを排除するものではありません。

なお、自己採取法による細胞診は、精度が著しく低いので実施しないでください。

4-2.「事業評価のためのチェックリスト」で規定されていない項目について

①5 がん共通

Q40　本市では人間ドックへの住民のニーズが高いのですが、人間ドックを委託契約している医療機関から精検結果が報告されません。どのように対応すれば良いでしょうか。

A40　国民健康保険事業として市町村が行っている人間ドックの中で、がん検診に該当するものは「地域保健・健康増進事業報告」に計上することになっています（厚労省確認済み）。つまり、公費を使って自治体が行う検診は全て対策型検診であり、指針やチェックリスト等に沿って精度管理を行う必要があります。

まずは医療機関に対して、「対策型検診の委託先機関はチェックリストの遵守が求められていること」を丁寧に説明してください。市からの説明で納得が得られない場合は都道府県担当者に相談し、県やがん部会から改善依頼をしてもらうようにしてください。それでも改善されない場合は、がん検診の委託先から外すことも検討してください。

精検結果の把握は検診精度管理の重要な要素で、精検未把握率は 0%にする必要があります。地域住民のニーズが高くても、その精度管理が不十分であればがん検診の成果は得られず、住民サービスにつながりません。

Q41　（胃がん・乳がん・肺がん）病院又は診療所で胃エックス線・マンモグラフィ・胸部エックス線撮影を行う場合、医師の直接の立会いは不要ですか。

A41　**病院・診療所において、医師の指示の下で行う場合は、いずれも立会いは不要です。**

関連ガイドライン（※）では医師の立会いについて明記されていません。この背景として、技師の技術認定や機器の基準が整備されており、安全性を担保する仕組みが整っていること、また、不測の事態が起きた際には施設内に医師がいるため迅速に対処できること、などが考えられます。

ただし、病院・診療所以外の場所（バス検診など）では対応が異なります。胃部エックス線撮影では医師の立会いが必要です。一方、胸部エックス線撮影とマンモグラフィでは一定の要件を満たせば医師の立会いは不要です（※※）。

※新・胃 X 線撮影法ガイドライン（2011 年）、マンモグラフィによる乳がん検診の手引き（第 6 版）、肺癌取扱い規約（第 8 版、肺がん検診の手引き）

※※厚生労働省「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」参照。医師不在時の検診実施要件については、「検診機関用チェックリスト」を参照。

Q42　**（肺がん・乳がん）**

二重読影や比較読影の方法について、現在チェックリストで示されていること（※）以外に、何か規定はありますか。例えば、読影は 2 名が独立して行うべきなのか、2 名の読影結果が異なる場合、最終判定はどのようにしたら良いかなど、何か統一方針があれば教えてください。

A42　**地域によって読影医の構成が異なり、様々な方法がとられています。現場の状況に合わせて判断してください。**

※　**チェックリストで示されていること（抜粋・改変）**

- **肺がん検診、二重読影**

・読影は二重読影を行い、読影に従事する医師は下記の要件を満たすこと

・第一読影医：検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会（注）」に年 1 回以上参加していること

・第二読影医：下記の 1)、2)のいずれかを満たすこと

1) 3 年間以上の肺がん検診読影経験があり、かつ検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会（注）」に年 1 回以上参加している

2) 5 年間以上の呼吸器内科医、呼吸器外科医、放射線科医のいずれかとしての経験があり、かつ検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会（注）」に年 1 回以上参加している

（注）「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会」は下記参照

https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1

「肺癌取扱い規約　第 8 版 肺がん検診の手引き改訂について」、「肺癌取扱い規約第 8 版「肺がん検診の手引き」改訂に関する Q&A」

- **肺がん検診、比較読影**

・2 名の読影医のうちどちらかが「要比較読影」としたもの(※）は過去に撮影した胸部エックス線写真と比較読影すること。
・比較読影の方法は、下記①～③のいずれかの方法によって行うこと。
①読影委員会を設けて読影する（あるいは読影委員会等に委託する）、②二重読影を行った医師がそれぞれ読影する、③二重読影を行った医師のうち指導的立場の医師が読影する。

（※）二重読影の結果、「肺がん検診の手引き」（日本肺癌学会肺がん検診委員会編）の「肺がん検診における胸部Ｘ線検査の判定基準と指導区分」の「d」「e」に該当するもの

● **乳がん検診、二重読影**
・読影に従事する医師のうち、少なくとも 1 名は、乳房エックス線写真読影に関する適切な講習会（日本乳がん検診精度管理中央機構が行う講習会）を終了し、その評価試験で A または B 評価を受けていること。

● **乳がん検診、比較読影**
・二重読影の所見に応じて、過去に撮影した乳房エックス線画像と比較読影すること。

Q43　精検結果報告書に偶発症の有無を記載する欄を設ける予定ですが、偶発症調査の目的やどのようなことを記載するべきか教えてください。

A43　記載項目は「地域保健・健康増進事業報告作成要領」の規定に従ってください。
偶発症は検診で起きる不利益の一つです。住民の不利益を最小化するため（精度管理）、自治体は毎年偶発症の発生数を把握し、国に報告することが求められています。

Q44　精検結果の報告について、精検受診者に文書料を請求している医療機関があるため、「がん検診は公費を投入した市町村の事業であり、精密検査結果の把握はその一環である。また、文書は市町村に戻るだけで受診者に交付される訳でもない。このため、精密検査結果報告書の文書料を受診者から徴収するのは望ましくない」との申し入れをしていますが一向に改善されません。国から何か文書等で通知があると助かります。

A44　文書料を請求しないことに関する文書等による通知はなく、現状では引き続き説明することになります。
今後も協力が得られないようであれば都道府県の担当者に相談し（精度管理は都道府県の役割でもあります）、がん部会長名で当該医療機関に改善依頼をするなど、医師会等の関係機関の協力も得ながら、説明を続けてください。

Q45　検診に従事していない医師や地域医師会等に、検診と診療の違いについて説明したいのですが、参考となる資料はありますか。

A45　下記の資料を参照してください。
スクリーニング（検診 / 健診）プログラム：ガイドブック　―効果の改善、利益の最大化お

よび不利益の最小化―（特に３～５ページ）
https://gankenshin.jp/products/screening-guidebook/

②胃がん

Q46　胃内視鏡検査で、事前の血液検査（感染症チェック）が必須でない理由を教えてください。

A46　日本消化器がん検診学会の「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル」では、消化器内視鏡の感染制御に関するマルチソサエティ実践ガイド（※）に準じ、検査毎に、用手および自動洗浄消毒装置での洗浄と高水準消毒液を用いた消毒が求められています。このマニュアルに沿って内視鏡機器を適切に消毒・洗浄することが検診実施要件の一つであり、マニュアルを遵守していれば内視鏡を介した感染を防ぐことができます。ただし、洗浄・消毒が不適切であれば、今後内視鏡件数の拡大に従って感染拡大を招く恐れがあり、マニュアルの遵守徹底が必要です。

※マルチソサエティ実践ガイドでは「検査ごとに適切な洗浄・高水準消毒が行われ、標準予防策が遵守されれば、内視鏡検査による患者間の交差感染防止を目的とした内視鏡検査前の感染症チェックは不要である」となっています。

Q47　胃内視鏡検診の検査中にポリープなどが見つかった場合、別日に再度来院するのは受診者の負担が大きいため、検診と同時に生検を実施したいとの意見があります。医療的な処置をした分を保険診療とすること（検診と医療行為の併用）は可能でしょうか。

A47　胃内視鏡検診と同時に実施する生検は、精密検査となり、生検および病理組織検査は保険診療として診療報酬を請求できることになっています（平成 15 年 7 月 30 日厚生労働省保険局医療課事務連絡）。保険請求にあたっては、胃内視鏡検査の生検（内視鏡下生検法、病理組織顕微鏡検査、病理学的検査判断料）以外は全額実施主体の負担になります。また、生検に係る自己負担分が生じることを受診者に伝えておく必要があります（2 臓器になる場合もあるので注意）。

生検は偶発症を生じる最大の原因であり、不要・不急の生検はできるだけ避け、必要最小限に留めることが必要です。生検の主な偶発症は出血であり、適切な対応がとれる体制を整備することも重要です。検査医にはダブルチェックや研修会を通じて「念のため」「良性病変の診断」を目的とした生検は行わないことを周知するようお願いします。

Q48　胃内視鏡検診において、自治体が委託料として負担すべき内容はどこまででしょうか（予診料や局所麻酔の薬剤等）。また、マニュアルで原則禁止とされている鎮痛薬・鎮静薬が使用された場合も、自治体が負担しないといけないのでしょうか。

A48　胃内視鏡検査として保険請求できるのは前処置薬（局所麻酔、消泡剤、鎮痙剤など）と胃・十二指腸内視鏡検査の費用までなので、これらは少なくとも自治体負担となります。
予診料については受託契約でその扱いを決めていただくことになります。保険診療で行う内視鏡検査では、インジゴカルミン色素散布やヨード染色法を行った場合は粘膜点墨法として保険

請求できますが、検診では必須の処置ではないので委託料に必ずしも含める必要はありません。全例検査間機械洗浄消毒が原則であれば、検査前の感染検査も不要ですので、検診委託料に含める必要はありません。

マニュアルで原則禁止となっている鎮痛剤や鎮静剤等の薬剤の使用は、あくまでも検査医の判断であり、自治体が費用負担をする必要はありません。同日生検分は検診費用とは別に保険請求できますので、これも委託料には含まれません。

総額でいくらと契約しますので、高い薬や検査を行うと、医療機関の負担が大きくなってしまいます。積み上げ方式では自治体の負担が増えるので注意してください。

③大腸がん

Q49　（国の指針では特に規定されていませんが）便潜血検査では定量法と定性法（＝目視判定）のどちらが望ましいのでしょうか。

A49　確かに定量法は、カットオフ値を変動させることにより、要精検率や精検受診率をコントロールできる利点はあります（施設が独自にカットオフ値を変更する場合があるので、正しくコントロールする必要があります）。また、定量法では機械による自動測定が行われ、目視判定は用いられないため、判定者による結果のばらつきが押さえられます。

ただし、定量法といっても、便に均一に血液が含まれているわけではないので、採取したサンプルから正しいヘモグロビン量が計測できるとは限りません。便潜血値は「半定量」な値であることに注意してください。なお、定性法は必ずしも否定されるものではありません。

Q50　定性法（＝目視判定）は判定者により結果のばらつきが大きいと思いますが、ばらつきを押さえるにはどのように対処したら良いですか。

A50　目視判定は必ずしも否定されるものではありません。しかし、たまにしか目視判定を行わない施設では、その判定が安定せず、結果の信頼性に疑問が生じる可能性がありますので、判定に関する講習会を開くなどで対処してください。

また、スクリーニング検査の評価にはある程度の数が必要で、陽性率だけでなくがん発見率まで検討するならば、数千～万単位の件数が求められます。一般に目視判定を行っている医療機関が、このレベルの検査数を実施するのは困難です。従って、便潜血検査の判定は、年間数万を超えるような検査機関で行う体制を整えるのが適切と考えます。もちろんこうした変更はすぐにはできませんので、少数の目視判定を行わざるを得ない施設に対しては、講習会等による指導・助言と要精検率のモニタリングが必要です。

④肺がん

Q51　学会の手引き（肺癌取扱い規約、肺がん検診の手引き）によると、喀痰細胞診の判定区分が A（材料不適、再検査）の場合、「再検査が困難な時には次回の定期検査受診を勧める」とあります。「再検査が困難な時」とは誰が判断するのですか。また、「次回定期検査」とはいつの検査

を指していますか。

A51　**A 判定の受診者には「再検査が必要」という指導を必ず行うべきで、その上で受診者が再検査を拒否した場合は、次年度の肺がん検診（次回の定期検査）を勧めるべきです。**

ただ子宮頸がん検診の細胞診とは異なり、喀痰細胞診の場合は本人のとり方によるため、必ずしも検診機関に問題があるとはいえません。システム的に再検査できる体制が無い場合は、当面再検査ができなくてもやむを得ないと判断するしかありません。あまりに材料不適が多い場合は（A 判定の割合が高い地域）、痰のとり方についての説明方法を確認してください（非喫煙者に喀痰細胞診を行っていないかも確認してください）。

⑤乳がん

Q52　**乳房エックス線検査では 40 歳以上 50 歳未満の方のみ 2 方向撮影と規定されていますが、50 歳以上も 2 方向撮影でかまいませんか。**

A52　**50 歳以上の方の撮影枚数については今後の検討課題です。**

2 方向撮影の方がより多くがんを発見できる可能性がありますが、撮影枚数を増やすことによる被ばくも増します。検診方法はその検診によって得られる利益（死亡率減少）と不利益を勘案して決められるもので、50 歳以上については今後の検討課題です。

Q53　**検診結果の判定区分では要精検で、その後の比較読影で精検不要と判定された場合、受診者本人には（比較読影前の結果に従って）要精検の通知を出すべきですか。**

A53　**検診結果の判定はガイドライン上（※）、「比較フィルムがある場合には比較読影をした上で判定をする」とされています。検診結果は、比較読影施行後に要精検か否かを判定してください。**

なお、地域保健・健康増進事業報告や本人への通知という意味では最終結果（要精検/精検不要）だけあれば良いのですが、精度管理という意味では、一次読影結果、二次読影結果、比較読影結果のすべての結果を正しく把握することで、さらなる精度管理体制の構築につながります。また、現時点では比較読影の基準は決まっていないので、各市町村がどのような基準で判断されたのかを、がん部会等で話し合っていく必要があると考えます。

※マンモグラフィガイドライン第 3 版増補版参照

⑥子宮頸がん

Q54　**検体不適正で再検査をする場合、受診者にどのような説明をすれば良いでしょうか。**

A54　**「再検査をしない限り結果が出ないので、検診を受診したことにならない」と説明してください。ただし、説明した上で、ご本人が受診しないと判断される場合は強要できませんが、本人の不利益のみならず、自治体全体の精度の低下につながります。**

なお、不適正の発生理由として最も多く考えられるのは医師による検体採取の問題ですので、不

適正検体の発生率が極端に高い施設は、検体採取の方法（採取器具、採取する医師の手技など）を見直すことで改善する可能性があります。

その他、不適正の発生理由に炎症細胞多数で判定困難など受診者側の問題も考えられます。この場合、そのまま再検査しても再び不適正となる可能性が十分あります。こういった症例は消炎治療を行なった上で検査を行なうなど医療介入が必要です。
また、再検査費用の負担については事前に取り決め（本人負担、自治体負担、検体採取機関など）、明らかにしておくことが望ましいです。

5.地域保健・健康増進事業報告について

①5 がん共通

Q55　検診項目は国の指針どおりであっても、検査体制が指針やチェックリストに準拠していなかった場合、地域保健・健康増進事業報告の受診者数に計上できないのでしょうか。例えば胃内視鏡検診は、胃内視鏡検診運営委員会や読影委員会などが整わないと計上できませんか。

A55　計上してください。

指針どおりの検査項目が行われていれば、仮に検診体制が指針やチェックリストを満たしていなくても計上してください。このような検診の精度管理体制が不十分な自治体は、他自治体と比較してプロセス指標値の評価が低くなるはずですので、計上した上で評価を行う必要がありますし、その後の体制改善について地域全体で話し合うきっかけになります。がん検診の成果を十分に発揮するため、また住民に不利益を与えないため、指針やチェックリストに沿った検診体制の整備をお願いします。

Q56　国の指針で規定されていない検査方法を、指針で規定されている検査方法と併用して実施し（子宮頸がん検診では細胞診・HPV 検査の併用、乳がん検診ではマンモグラフィ・超音波検査の併用など）を実施し、その結果が陽性になった場合を要精検に、陰性のものを異常なしに計上しても良いですか。

A56　計上できません。地域保健・健康増進事業報告では、指針で規定された検査方法のみでの判定結果を報告してください。要精検の定義は地域保健・健康増進事業報告の作成要領に書かれていますので、必ず確認してください。

Q57　がん疑いで経過観察中の方ががん検診を受診した場合に、要精検あるいは経過観察中として結果が返ってきた場合、地域保健・健康増進事業報告では要精検者に計上するのでしょうか。

A57　そもそも経過観察中の方は検診対象外ですが、もし受診してしまった場合は要精検に計上してください。

また、検診結果後の流れを正確に管理するため、検診結果の判定区分は「要精検/精検不要」の 2 択で返却する体制を整備してください（報告書統一など）。

Q58　（肺・乳・子宮頸がん）肺がん検診エックス線検査の判定 A（読影不能）、乳がん検診マンモグラフィ判定の N-1（説明追記）、N-2（説明追記）、子宮頸がん検診細胞診の判定不能を「要精検者」に計上する理由を教えてください。

A58　これらのケースを要精検として計上しなければ、見かけ上、検診陰性と同じ扱いになってしまい、正しい評価ができないからです。

なお、読影不能や判定不能はまず再検査をして、再検査の結果把握を行ってください。そして、

再検査の結果が不明であった場合および、再検査の結果再度読影/判定不能となった者を「要精検」に計上してください。

Q59　精検機関から精検結果の報告があった場合も、受診者本人に確認する場合と同様「精検日、精検機関、精検法、精検結果」の４つ全ての報告がないと「未把握」に計上するのでしょうか？

A59　精検機関からの報告がある場合は精検受診としてください。ただし精検機関に照会して詳細を確認してください。

②胃がん

Q60　胃内視鏡検診時に生検を実施していないが、胃ポリープや胃潰瘍瘢痕、胃粘膜下腫瘍などの疾患と報告され、ダブルチェックでも「胃がん無し」で再検査は不要と判定されました。検診時生検未受診者で再検査不要の場合、1 次検診で見つかった良性疾患は「胃がん以外の疾患」に計上しなくて良いのですか。

A60　「地域保健・健康増進事業報告作成要領」によると、胃内視鏡検診の「要精検者の定義」は、①内視鏡検診時に生検を受診した者、②内視鏡検診時には生検を受診しなかったが、ダブルチェックで要再検査となった者とされています。検診時に生検を受診していない場合や要再検査とならない場合は精検扱いになりませんので、受診者数だけに計上してください。
検診時に生検は実施していないが 1 次検診検査医が「がん疑い」と報告しても、ダブルチェックで「がんなし」なので再検査不要と判定されれば、ダブルチェックが最終判定ですので、要精検者と扱う必要はなく、受診者数だけに計上すれば結構です。要精検とならない者で見つかった疾患は「胃がん以外の疾患」に計上する必要はありません。

Q61　胃内視鏡検診において、がんの疑いがなく行われた生検は、要精検者に計上するのでしょうか。

A61　胃内視鏡検診において、病理診断を目的として胃内視鏡検査と同時に行われた生検は全て精検扱いとなります。がんの疑いがなく生検した場合や胃以外の臓器（咽頭・食道・十二指腸）で生検した場合でも精検受診者として計上してください。また、検診時に生検受診した者のうち、ダブルチェックで要再検査と判定された者の数は別途計上してください。
生検は偶発症の最大の要因であるため、無症状者を対象とした胃内視鏡検診では、胃がんの疑いがない場合の生検は避けなければなりません（Q47 も参照のこと）。こういった不適切な生検をしている地域は要精検率が極端に高くなります。市町村/検診機関別の要精検率が極端に高い場合は、がん部会等で生検の実施状況等を確認し、改善策を検討してください。

Q62　胃内視鏡検診時に生検を実施されている方がダブルチェックで要再検査となりましたが、再検査を未受診または未把握の場合、どのように計上すれば良いのでしょうか。

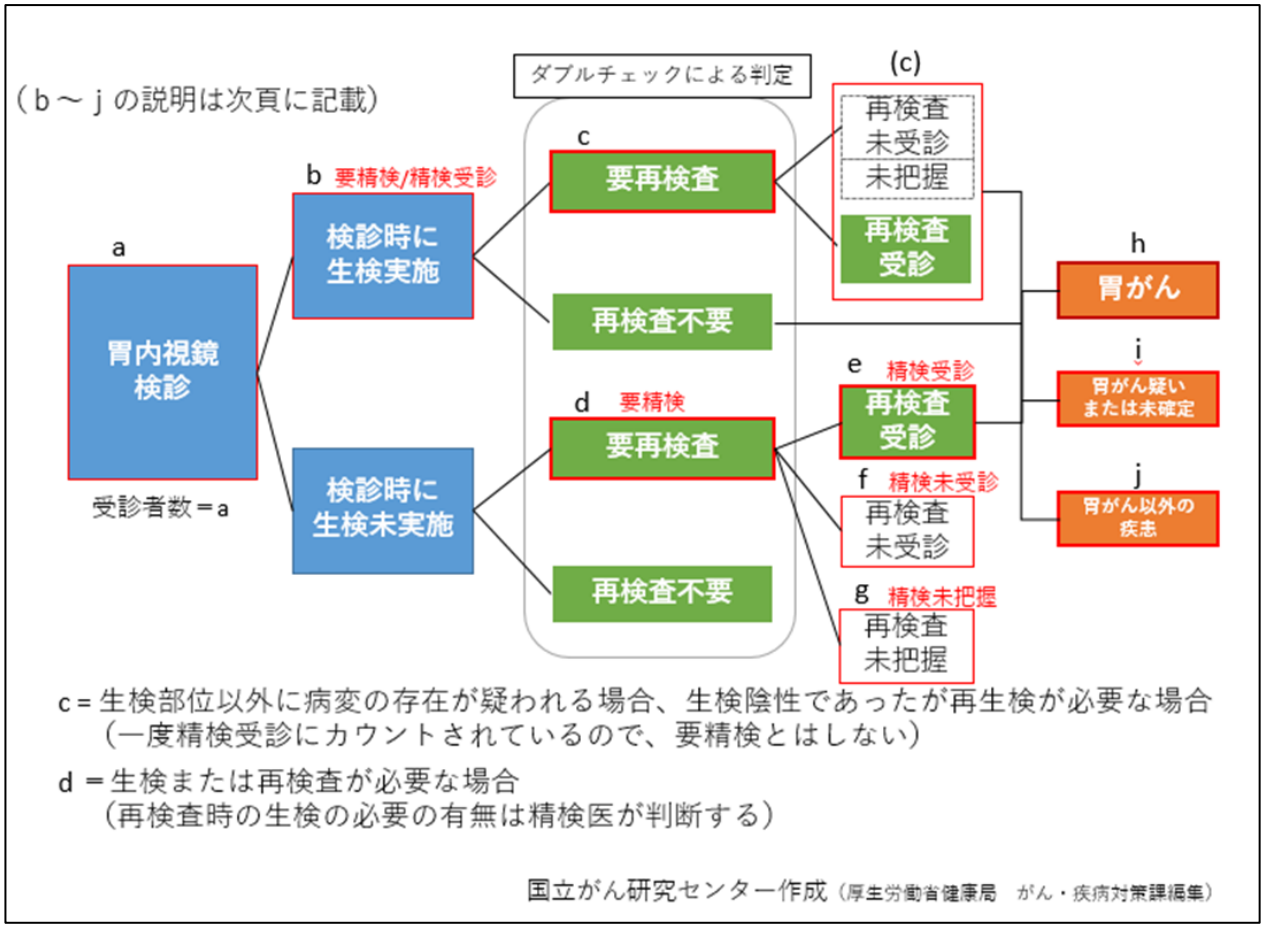
A62　胃内視鏡検診の生検受診者は、要再検査か否かにかかわらず精検受診者として計上してくださ

い。ただし、「検診時生検受診者数」とは別に「検診時生検受診者のうち要再検者数」を計上する必要があります。
検診時生検受診者で再検査未受診や未把握の場合は「胃がんの疑いがある者又は未確定」として計上してください（Q63 の図、i に該当）。 ただし、「胃がん以外の悪性疑い」（食道がんや咽頭がん疑いなど）で再検査の指示が出ていることが明らかな場合は「胃がん以外の疾患であった者」になります（Q63 の図、 j に該当）。
検診時生検受診者で再検査を受診していれば、再検査結果で「異常を認めず」「胃がんであった者」「胃がん以外の疾患であった者」に振り分けて計上してください。

Q63　胃内視鏡検診において検診時に生検を実施されていない方が、ダブルチェックで「胃がん疑い」で要再検査となりました。再検査を受診しましたが生検は実施されず、胃ポリープや胃潰瘍瘢痕などの診断で再検査結果が報告されてきました。要再検査でも生検未実施だった場合にはどのように計上すれば良いのでしょうか。

A63　ダブルチェックの要再検査は「胃がんを疑う」新たな所見があった場合に出される指示ですが、再検査時の内視鏡検査で指摘部位に胃がんを疑う病変が見つからなかった場合には生検はしません。再検査においても無用な生検を避けることは当然のことです。
再検査で生検をしていないから未確定と言うことではなく、ダブルチェックが偽陽性だったということになります。この場合は、再検査の内視鏡診断に応じて「異常を認めず」や「胃がん以外の疾患」に振り分けて計上してください。
また、もし再検査時に生検が実施された場合、生検結果で胃がんと確定されれば「胃がんであった者」となりますが、生検結果が胃がん以外であれば「胃がん以外の疾患」になります。ただし、生検結果が不明（未把握も含む）もしくは「胃がん疑い」で経過観察中の場合は「胃がんの疑いがある者又は未確定」となります。
なお、検診時生検未受診者で要再検査となった者が、再検査未受診や再検査未把握の場合は、それぞれの数を計上してください。

【胃内視鏡検査結果区分】



【内視鏡検査結果区分と事業報告の対照表】

要精密検査者数	要精検者			精密検査受診の有無別人数							
				精密検査受診者						検診時生検未受診のうち再検査未受診	検診時精検未受診のうち再検査未把握
					異常を認める						
	検診時生検受診者数	検診時生検受診のうち要再検査者数	検診時生検未受診のうち要再検査者数	異常認めず	胃がんであった者（転移性を含まない）	胃がんのうち早期がん	早期がんのうち粘膜内がん	胃がんの疑いのある者又は未確定	胃がん以外の疾患であった者（転移性の胃がんを含む）		
b+d	b	c	d	b+e-h-i-j	h			i	j	f	g

③大腸がん

Q64　　国の指針では、「精密検査の第一選択は全大腸内視鏡検査とする。全大腸内視鏡検査を行うこと

が困難な場合は、S 状結腸鏡と注腸エックス線検査の併用による精密検査を実施する」と書かれています。
では、S 状結腸内視鏡検査のみ実施した場合や、注腸エックス線検査のみ実施した場合は、地域保健・健康増進事業報告の「精検受診」に該当しますか。

A64　**どちらも国の指針の要件を満たしていないので「精検未受診」となります。**

Q65　**精密検査として大腸 CT 検査を行った場合、精検受診者として計上できますか。**

A65　**現時点では計上できません。**
地域保健・健康増進事業報告作成要領では、「精密検査として不適切な検査（便潜血検査の再検、CT 検査や腫瘍マーカー等）が行われたものについては未受診として計上すること」と記載されています。

Q66　**大腸がん検診で便潜血検査が陽性となった方について、本人の強い意向や、高齢により精検機関の医師と相談した上で「大腸がん検診における便潜血検査の再検」を実施された場合も精密検査は「未受診」として計上するのでしょうか。**

A66　**「未受診」としてください。**
初めから精検を受けられないと分っている方や精検を受ける意思がない方は、検診を受けるべきではありません。チェックリストに書かれているように、検診受診前に、要精検となったら必ず精検を受けることや精検方法を十分に説明してください。

Q67　**全大腸内視鏡検査で精検を実施した際、狭窄等により内視鏡が大腸全体に挿入できなかった場合（撮影できる範囲での検診機関からの結果の報告はあり）、どのように計上すれば良いですか。**

A67　**「精検は受けたが完了していない」ということですので、「精検受診」かつ「がん疑いまたは未確定」となります。**
ただし、この方が今後も内視鏡の完遂が難しく、もし検診（便潜血検査）を受診して要精検になっても精検を完了できない可能性が高い場合は、検診の対象外と考えるのが妥当です。

Q68　**腺腫以外のポリープも「腺腫のあった者」に計上するのでしょうか。**

A68　**腺腫以外のポリープも「腺腫のあった者」として計上してください。**

Q69　**腺腫の大きさ別の人数を計上することになっていますが、腺腫を切除してから計測すると、腺腫が縮むため体内での大きさと異なってしまいます。切除した後の最大径で計上すれば良いでしょうか。**

A69　**内視鏡検査時にスケールで大きさを測ることは現実的ではありませんので、内視鏡切除した場合は計測による大きさで、内視鏡切除していない場合は内視鏡所見による（目視での）大きさで計上してください。**

④肺がん

Q70　「胸部エックス線検査」のD判定が、地域保健・健康増進事業報告の「要精検」に計上できないのはなぜですか。

A70　胸部エックス線検査 D 判定の定義は「肺がん以外の疾患で治療を要する状態が考えられる」こと、E 判定の定義は「肺がんの疑いがあること」です。少しでも肺がんの疑いがあればＥ判定となります。

肺がん検診のターゲットはあくまで肺がんですから、肺がんの疑いがないＤ判定は、がん検診としての「要精検」にあてはまりません。

ただし、D 判定は「肺がん以外の疾患」が疑われ、急いで精密検査や治療をしないと本人にとって不利益が大きくなります。ご本人への通知は「要精検（がん以外の疾患が疑われるため精査が必要）」などとしてください。

一方、喀痰細胞診の場合には、Ｄもｅも「肺がん疑い」なので、両方とも「要精検」に計上します。

⑤乳がん

Q71　判定不能（N1・N2）の定義は「地域保健・健康増進事業報告作成要領」に書いてありますが（※）、より具体的な事例を教えてください。

A71　N1：主に体動で写真がぶれてしまい、いわゆるピンボケ写真になったような場合が相当します。

撮影条件不良は、真っ白なマンモグラムになってしまって読影できない場合などですが、現在の機械ではほとんど生じないと思います(フォトタイマーという自動露出調整装置がついているため）。ポジショニングは、十分ではないというマンモグラムはあるかもしれませんが、技師は資格者であるため、読影ができないほどポジショニングが悪い写真は少ないと考えます。

N2：主に漏斗胸や脊椎の高度の側弯などで乳房が十分に挟めない場合や、上肢の障害があり挙上不能で乳房が十分に挟めないような場合、立位が保持できなくて撮影困難な場合などが想定されます。

乳房の構成の評価は判定とは別です。

※地域保健・健康増進事業報告作成要領より
N1：体動、撮影条件不良やポジショニング不良などにより再検する必要のあるもの（要再撮影）
N2：乳房や胸郭の形状などによりマンモグラフィを再検しても有効でないと予想されるもの（判定は他の検査方法による）。

Q72　FAD(局所的非対称陰影)の場合、判定区分はカテゴリー３ですか。

A72　カテゴリー３とは決まってはいません。

FAD(局所的非対称陰影）を検出した場合、さらに濃度や内部構造、境界の性状などを評価してカテゴリー分類が行われます。過去に受診歴がある場合は比較読影も行い、総合的にカテゴリー

を判定してください。

⑥子宮頸がん

Q73　地域保健・健康増進事業報告では、検体不適正以外の再検査は想定されていませんが、実際には検体適正でも再検査となる場合があるようです（細胞に核肥大等気になる部分があり、要精検とまではいかないが、異常なしと言い切ることもできない）。この場合はどのように計上したら良いですか。

A73　あくまでも同事業報告のルールに従って、初回検体が不適正の場合のみ再検査をするようにしてください。

ご質問にあったような「検体適正で、判定に迷って再検査」は現在コンセンサスが得られていません。他の地域や国が変わっても通用する概念という観点からも「事業報告では、検体不適正以外は要精検」とするのが適当です。

どこかで線を引くのが検診であり、「精検不要」「要精検」のどちらかに振り分けないと精度管理ができません。なお、ベセスダシステムでは、炎症による核腫大など良性変化は陰性と判定することになっていますので、以後はベセスダシステムに則って判定するようにしてください。

Q74　細胞診異常（ASC-H）で要精検となった方が、コルポスコピーで異常所見があり、コルポスコープ下に生検を行ったところ、異常なしと診断されました。どのように計上したら良いですか。

A74　「異常認めず」に計上してください。

コルポスコピーと組織診を両方行った場合は、組織診の結果だけで判断してください。組織診が確実に実施され、異常なしと診断されれば、結果の報告区分は「異常なし」です。

Q75　子宮頸がん検診（細胞診）で意義不明な異型扁平上皮細胞（ASC-US）となったのち、精検としてヒトパピローマウイルス検査（HPV 検査）のみを受診した方については、地域保健・健康増進事業報告をどのように計上したら良いですか。

A75　最終的に HPV 検査しか精検を行わなかった方については、HPV 検査の結果に係らず「がん疑いまたは未確定」に計上してください。

子宮頸がん検診の精検受診に関する報告区分は、下記のフローチャートを参照してください。

なお、がん検診で ASC-US となった方に精検としての HPV 検査を行い、その後期間をあけて再検査（※1）をした場合の取り扱いについては Q76 を参照してください。

※1　例えば 1 年後に再度細胞診を行った場合、その細胞診は精検に該当します。ASC-US の方に対して、（検診として）細胞診を実施することはありません 。

Q76　（Q75 の続き）子宮頸がん検診（細胞診）の結果が ASC-US となり、精検として HPV 検査のみを行った後、期間をあけて再検査（※1）を行う場合があります。市町村は再検査の結果も必ず把握しなければいけないでしょうか。

A76　**子宮頸がんだけでなく他がんでも同様ですが、1 回の精検では確定しなかったので、その後に何回か検査をする場合があります。市町村は、「地域保健・健康増進事業報告」に間に合うタイミング（※2）で検査の最終結果を把握し（※3）、下記のフローチャートに従って地域保健・健康増進事業報告に計上する必要があります。**

※1　例えば 1 年後に再度細胞診を行った場合、その細胞診は精検に該当します。ASC-US の方に対して、（検診として）細胞診を実施することはありません。

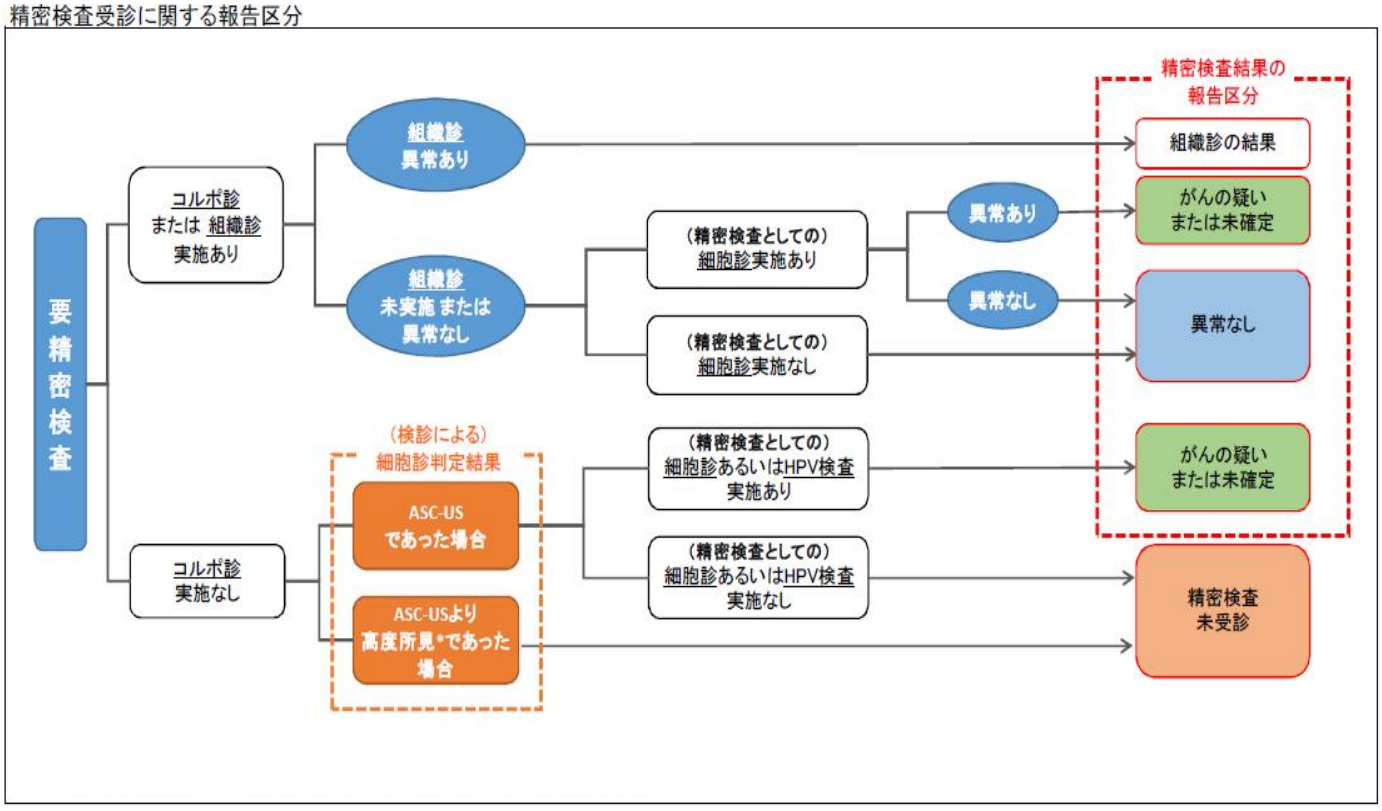
※2　市町村としては精検未受診者を早く特定して精検勧奨しないといけませんので、HPV 検査の結果が分かり次第、一度結果を報告してもらうべきです（その時点で、精検未受診でないことは確定する）。

HPV 検査結果が戻ってきた時点で、少なくともその後再検査をすることが分っている人については（例えば、精検結果報告書に○○ヵ月後に再検査予定と書かれているなど）、地域保健･健康増進事業報告の提出時期までに､医療機関に最終結果を照会してください。

※3　精検の最終結果がきちんと確認されないと、地域保健・健康増進事業報告で「がん疑いまたは未確定」が増えることになり、発見率や陽性反応適中度が正しく分析されない可能性があります。

精検結果の把握方法については「科学的根拠に基づくがん検診推進のページ」、がん検診マネジメント、がん検診結果の通知/把握用様式を参照のこと。
http://canscreen.ncc.go.jp/management/taisaku/samazama.html

精密検査受診に関する報告区分



＊ASC-H(高度病変を除外できない異型扁平上皮)、LSIL（軽度扁平上皮内病変）、HSIL（高度扁平上皮内病変）、AGC（異型腺細胞）、AIS（上皮内腺癌）、SCC（扁平上皮癌）、Adenocarcinoma（腺癌）、Other malignancy（その他の悪性腫瘍）のいずれか。

これらの判定の場合に、その後コルポ診が行われないもの（精密検査として細胞診だけが行われるなど）は精密検査未受診となります。

Q77　精検機関から返却された組織診結果の欄に、HSIL（高度扁平上皮内病変）や LSIL（軽度扁平上皮内病変）しか書かれておらず、CIN （cervical intraepithelial neoplasia：子宮頸部上皮内腫瘍）の分類が併記されていません。地域保健・健康増進事業報告にはどのように計上したら良いですか。

「LSIL」と書かれている場合は「CIN1（軽度異形成）であった者」に該当しますが、「HSIL」としか書かれていない場合は、「CIN2（中等度異形成）であった者」と「CIN3（高度異形成および上皮内癌）であった者」のどちらに計上したら良いか分かりません。

A77　組織診の判定結果に「HSIL」や「LSIL」しか書かれていない（CIN 区分の併記がない）場合は、精検を実施した医療機関に対し、①それらが細胞診ではなく組織診の結果であること、②（その後の組織診も含めて）CIN の分類を必ず確認してください。確認しても分らなかった場合のみ、地域保健・健康増進事業報告（※）の「CIN3 又は CIN2 のいずれかで区別できない者（HSIL）」に計上してください。CIN3 と CIN2 の区別がつかない人は基本的にゼロにするべきです。

※子宮頸がん検診の精検結果の報告区分（平成 31 年度以降の地域保健・健康増進事業報告）

・異常認めず
・子宮頸がんであった者（転移性を含まない）
・子宮頸がんであった者のうち、進行度が IA 期のがん
・AIS（上皮内腺癌）であった者
・CIN1（軽度異形成）であった者
・CIN2（中等度異形成）であった者
・CIN3（高度異形成および上皮内癌）であった者
・CIN3 又は CIN2 のいずれかで区別できない者（HSIL）
・子宮頸がんの疑いのある者又は未確定
・子宮頸がん、AIS 及び CIN 以外の疾患であった者（転移性の子宮頸がんも含む）

【補足】

子宮頸がんの組織診結果の区分は「子宮頸癌取り扱い規約」に基づいており、医師はこの規約の分類に基づいて結果を報告します。従来の分類は 3 区分（CIN1、CIN2、CIN3）でしたが、2017 年 7 月に取扱い規約が変わり、2 区分（LSIL、HSIL）になりました（新取扱い規約でも併記することが望ましいとされています）。ただし、新区分の LSIL、HSIL は細胞診（精検ではなく検診の検査方法）の結果報告区分にも用いられており、組織診結果でこれを使うと混乱が生じます。また、わが国では、子宮頸がんの前がん病変（CIN1～CIN3）の治療を旧区分（CIN1、CIN2、CIN3）で細かく実施していますので、新区分（LSIL、HSIL）で判定したとしても、旧区分（CIN1～CIN3）の判定結果も併記する必要があります。

別添８ 「職域におけるがん検診に関するマニュアル(厚生労働省、平成 30 年 3 月)」(抜粋)

○目的

本マニュアルは、がんが国民の生命及び健康にとって重大な問題となっている現状に鑑み、職域におけるがん検診の実施に関し参考となる事項を示し、がんの早期発見の推進を図ることにより、がんの死亡率を減少させること等を目的とする。

○がん検診の種類

がん検診の種類は、次に掲げる検診とする。

1. 胃がん検診

（1） 検査項目

問診に加え、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれかとする。胃部エックス線検査及び胃内視鏡検査を併せて提供しても差し支えないが、この場合、受診者は、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれかを選択するものとする。

（2） 対象年齢

50 歳以上の者。ただし、胃部エックス線検査については、当分の間、40 歳以上の者を対象としても差し支えない。

（3） 受診間隔

原則として、2年に1回。胃部エックス線検査を年1回実施しても差し支えない。

2. 子宮頸がん検診

（1） 検査項目

子宮頸がん検診の検診項目は、問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診とし、必要に応じて、コルポスコープ検査を行う。

（2） 対象年齢

20 歳以上の女性。

（3） 受診間隔

原則として、2年に1回。

3. 肺がん検診

（1） 検査項目

質問(医師が立ち会っており、かつ医師が自ら対面により行う場合において、「質問」とあるのは「問診」と読み替える。)、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診とする。喀痰細胞診は、質問の結果、原則として 50 歳以上で喫煙指数(1日本数×年数)が 600 以上であることが判明した者(過去における喫煙者を含む。)に対して行う。

（2） 対象年齢

40 歳以上の者。

（3） 受診間隔

原則として、1年に1回。

4. 乳がん検診

（1） 検査項目

乳がん検診の検診項目は、問診及び乳房エックス線検査（マンモグラフィをいう。以下同じ。）とする。 なお、視診及び触診（以下「視触診」という。）は推奨しないが、仮に実施する場合は、乳房エックス線検査と併せて実施すること。

（2） 対象年齢

40 歳以上の女性。

（3） 受診間隔

原則として、2年に1回。

5. 大腸がん検診

（1） 検査項目

問診及び便潜血検査とする。

（2） 対象年齢

40 歳以上の者。

（3） 受診間隔

原則として、1年に1回。

〇がん検診の精度管理

がん検診の実施に当たっては、科学的根拠に基づく検診を、適切な精度管理の下で実施することが重要である。このため、検診実施機関、保険者及び事業者は、職域におけるがん検診の実態の把握に努めることが望ましい。保険者及び事業者が、がん検診の精度管理を行う際には、別添の「精度管理のためのチェックリスト」等により、がん検診受診率、要精検率、精検受診率、がん発見率等の「がん検診の精度管理指標」に基づく評価を行うことが望ましい。

検診実施機関においては、既に「事業評価のためのチェックリスト（検診実施機関用）」を用いて市町村（特別区を含む。以下同じ。）が実施するがん検診の精度管理を行うこととされているため、職域におけるがん検診においてもこれに準拠し、がん検診受診率、要精検率、精検受診率、がん発見率等の精度管理指標の評価を行うことが望ましい。

〇健康情報の取扱いについて、保険者及び事業者が留意すべき事項

保険者や事業者が、受診者の個人情報を取り扱う際には、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第57 号。以下「法」という。）や、各種ガイドライン等 [1、2、3、4)]に留意する必要がある。例えば、疾病の予防及び早期発見のための健康診断その他の検査の結果は、法に規定する要配慮個人情報 [5)]に該当するため、保険者や事業者が、精度管理を行うためなどがん検診データを取得する際には、利用目的を特定した上であらかじめ受診

者本人の同意を得る必要がある。

1） 個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（通則編）（平成 28 年 11 月個人情報保護委員会。平成 29 年3月一部改正）
2）医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成 29 年4月 14 日付個情第 534 号個人情報保護委員会事務局長・医政発 0414 第6号厚生労働省医政局長・薬生発 0414 第 1 号厚生労働省医薬・生活衛生局長・老発 0414 第 1 号厚生労働省老健局長通知）
3） 健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成 29 年4月 14 日個人情報保護委員会、厚生労働省）
4） 雇用管理分野における個人情報のうち健康情報を取り扱うに当たっての留意事項（個情第 749 号/基発 0529 第3号平成 29 年5月 29 日個人情報保護委員会事務局長・厚生労働省労働基準局長通知）
5） 法第2条第3項及び、個人情報の保護に関する法律施行令第2条

〇その他

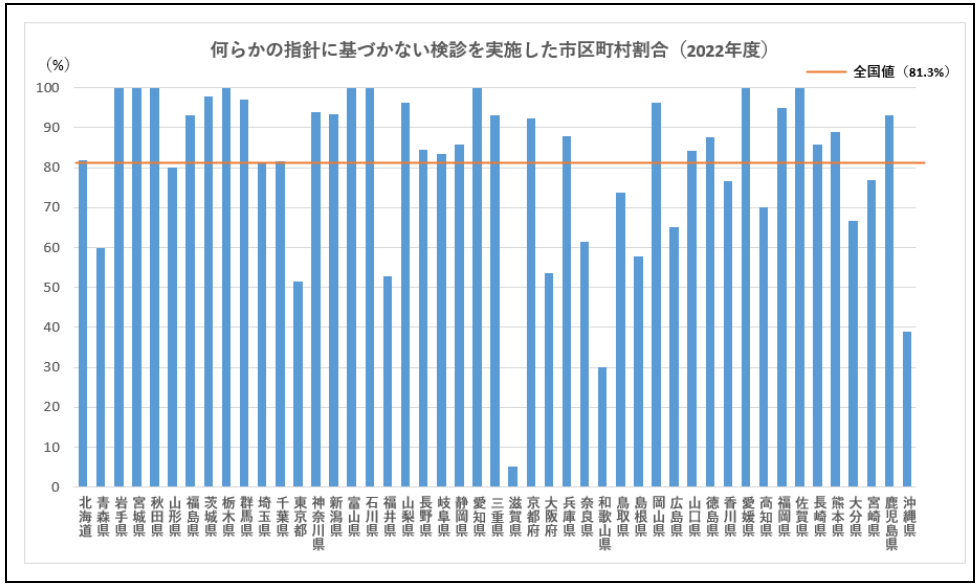
市町村が実施するがん検診と職域におけるがん検診との連携

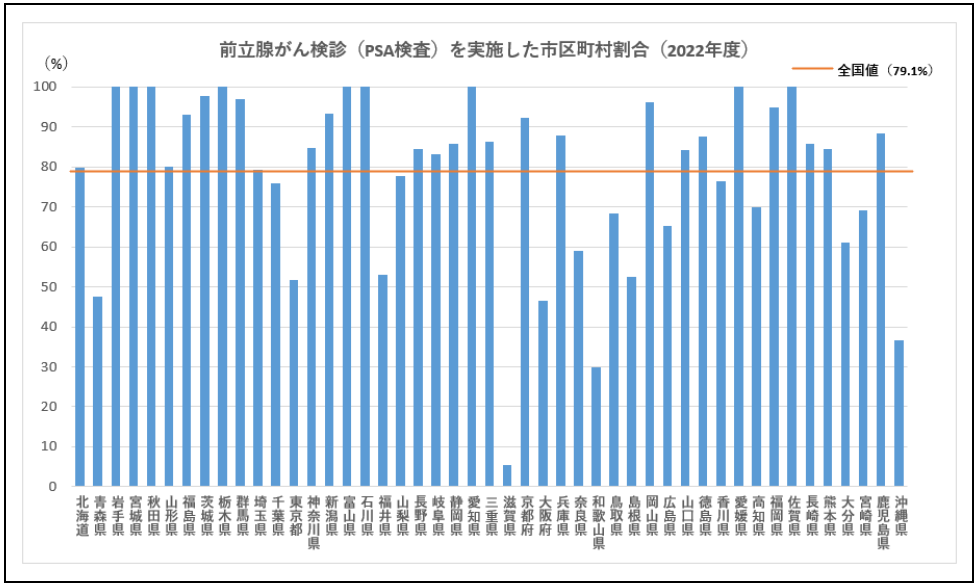
保険者や事業者は、国及び地方公共団体が講じるがん対策に協力するよう努めるものとする（がん対策基本第 5 条、第 8 条）とされており、保険者や事業者は、職域でがん検診を受ける機会のない者に対し、市町村と保険者、事業者が連携することで、市町村のがん検診受診につながることが期待される。

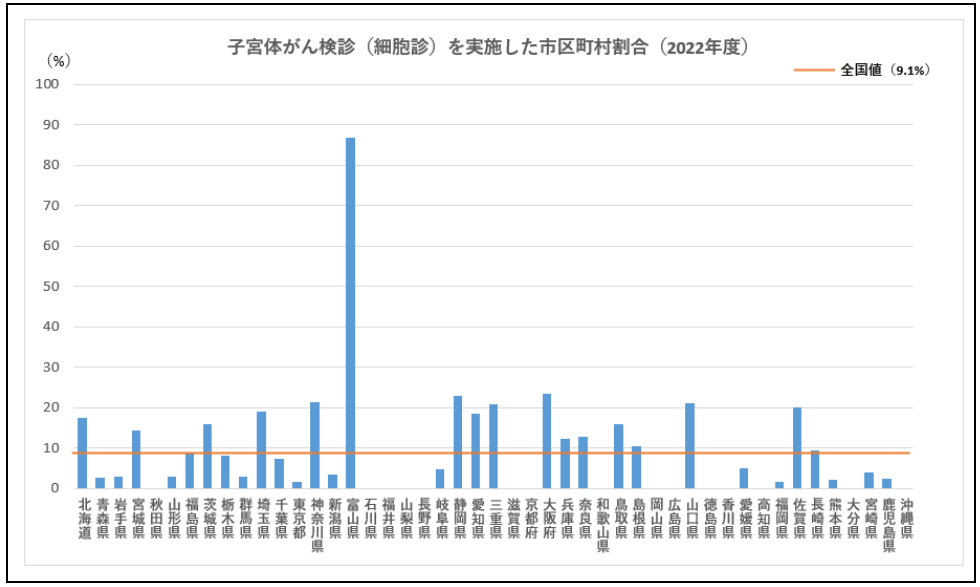
連携の具体例としては、以下が挙げられる。

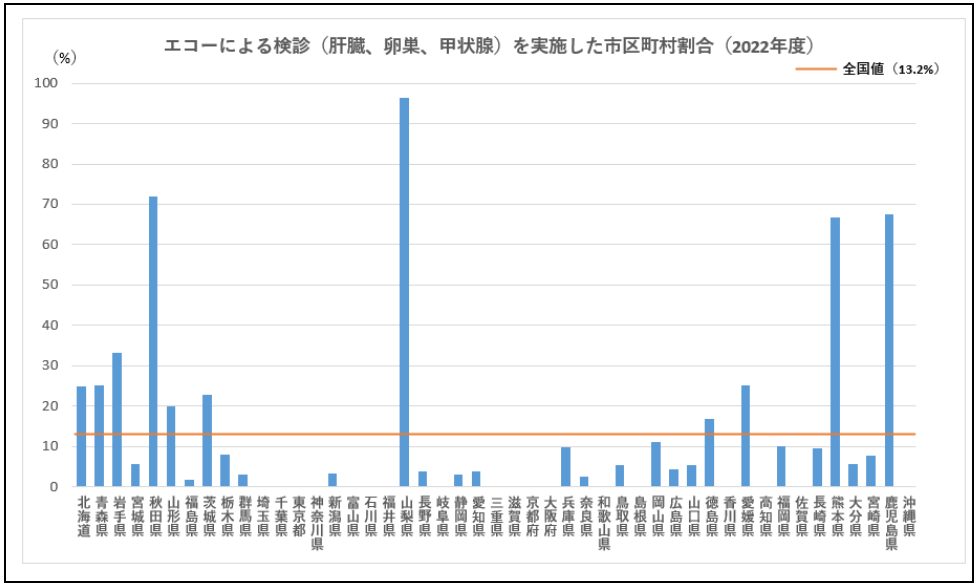
（1） 保険者が、市町村と連携・包括協定を締結している場合は、特定健康診査（高齢者の医療の確保に関する法律）と市町村が実施するがん検診（集団検診）との同時実施を行う。
（2） 保険者や事業者は、受診者の同意を得る等した上で、市町村と職域におけるがん検診の受診状況を共有する。市町村は、職域でがん検診を受ける機会のない者に対して、市町村が実施するがん検診の受診勧奨を行う。
（3） 保険者や事業者が、職域でがん検診を受ける機会のない者に対し、市町村におけるがん検診を受診するよう情報を提供し、受診機会を設ける。

別添９－１「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に基づかない検診の実施状況（2022 年）









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」

「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に基づかない検診の実施状況（2022 年）

都道府県名	何らかの指針に基づかない検診を実施した市区町村割合	指針に基づかない検診の種類		
		前立腺がん検診（PSA検査）を実施した市区町村割合	子宮体がん検診（細胞診）を実施した市区町村割合	エコーによる検診（肝臓、卵巣、甲状腺）を実施した市区町村割合
全国	81.3	79.1	9.1	13.2
北海道	81.9	79.7	17.5	24.9
青森県	60.0	47.5	2.5	25.0
岩手県	100.0	100.0	3.0	33.3
宮城県	100.0	100.0	14.3	5.7
秋田県	100.0	100.0	0.0	72.0
山形県	80.0	80.0	2.9	20.0
福島県	93.2	93.2	8.5	1.7
茨城県	97.7	97.7	15.9	22.7
栃木県	100.0	100.0	8.0	8.0
群馬県	97.1	97.1	2.9	2.9
埼玉県	81.0	79.4	19.0	0.0
千葉県	81.5	75.9	7.4	0.0
東京都	51.6	51.6	1.6	0.0
神奈川県	93.9	84.8	21.2	0.0
新潟県	93.3	93.3	3.3	3.3
富山県	100.0	100.0	86.7	0.0
石川県	100.0	100.0	0.0	0.0
福井県	52.9	52.9	0.0	0.0
山梨県	96.3	77.8	0.0	96.3
長野県	84.4	84.4	0.0	3.9
岐阜県	83.3	83.3	4.8	0.0
静岡県	85.7	85.7	22.9	2.9
愛知県	100.0	100.0	18.5	3.7
三重県	93.1	86.2	20.7	0.0
滋賀県	5.3	5.3	0.0	0.0
京都府	92.3	92.3	0.0	0.0
大阪府	53.5	46.5	23.3	0.0
兵庫県	87.8	87.8	12.2	9.8
奈良県	61.5	59.0	12.8	2.6
和歌山県	30.0	30.0	0.0	0.0
鳥取県	73.7	68.4	15.8	5.3
島根県	57.9	52.6	10.5	0.0
岡山県	96.3	96.3	0.0	11.1
広島県	65.2	65.2	0.0	4.3
山口県	84.2	84.2	21.1	5.3
徳島県	87.5	87.5	0.0	16.7
香川県	76.5	76.5	0.0	0.0
愛媛県	100.0	100.0	5.0	25.0
高知県	70.0	70.0	0.0	0.0
福岡県	95.0	95.0	1.7	10.0
佐賀県	100.0	100.0	20.0	0.0
長崎県	85.7	85.7	9.5	9.5
熊本県	88.9	84.4	2.2	66.7
大分県	66.7	61.1	0.0	5.6
宮崎県	76.9	69.2	3.8	7.7
鹿児島県	93.0	88.4	2.3	67.4
沖縄県	39.0	36.6	0.0	0.0

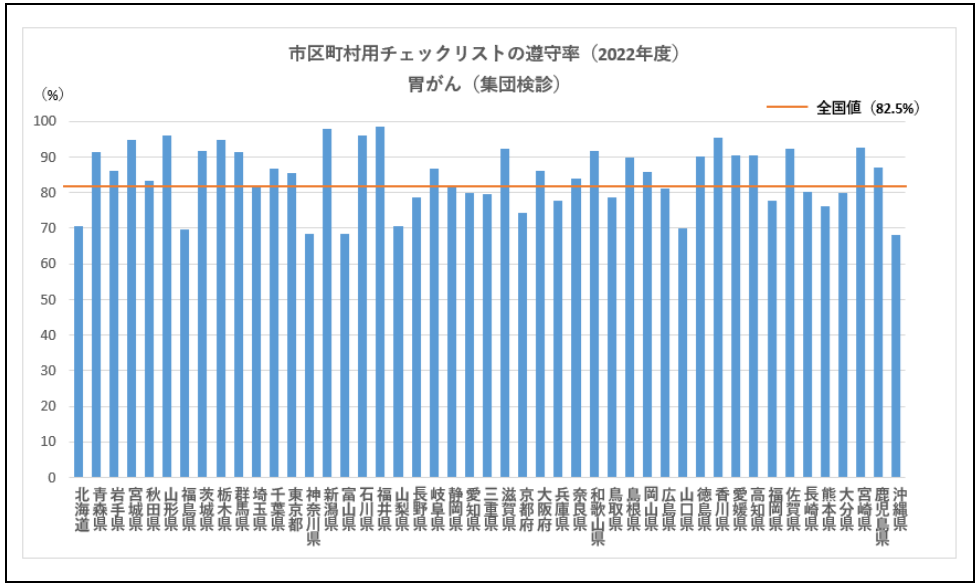
単位（%）

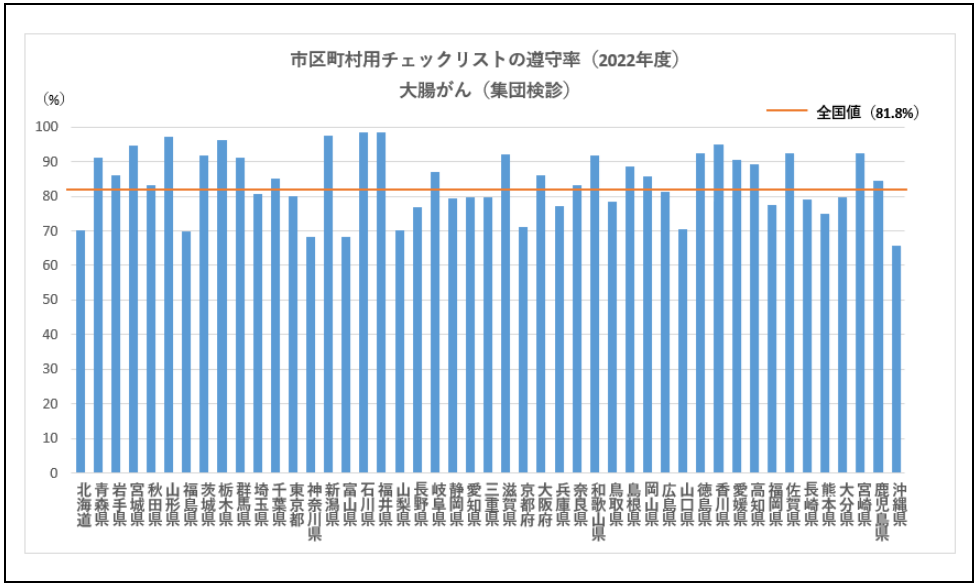
出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

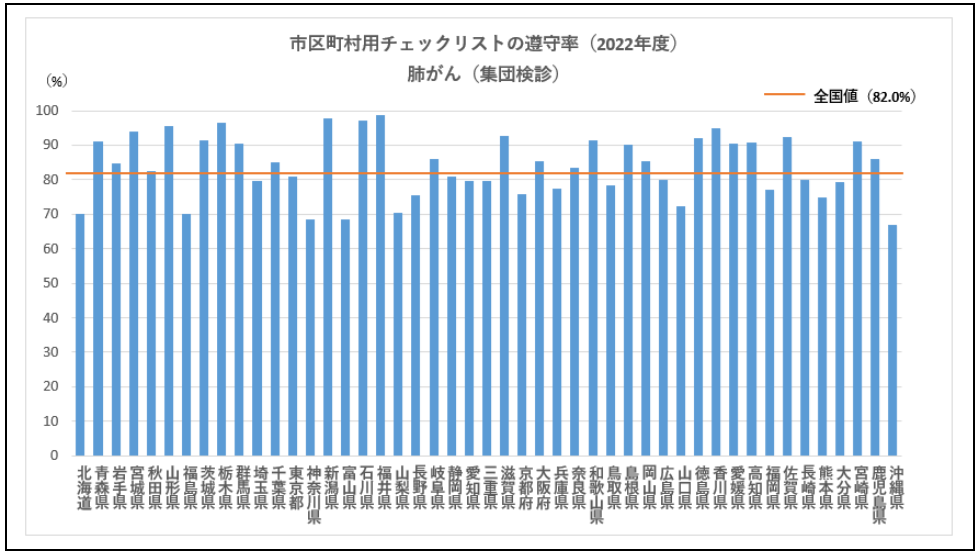
【集計対象市区町村】調査に回答があった市区町村

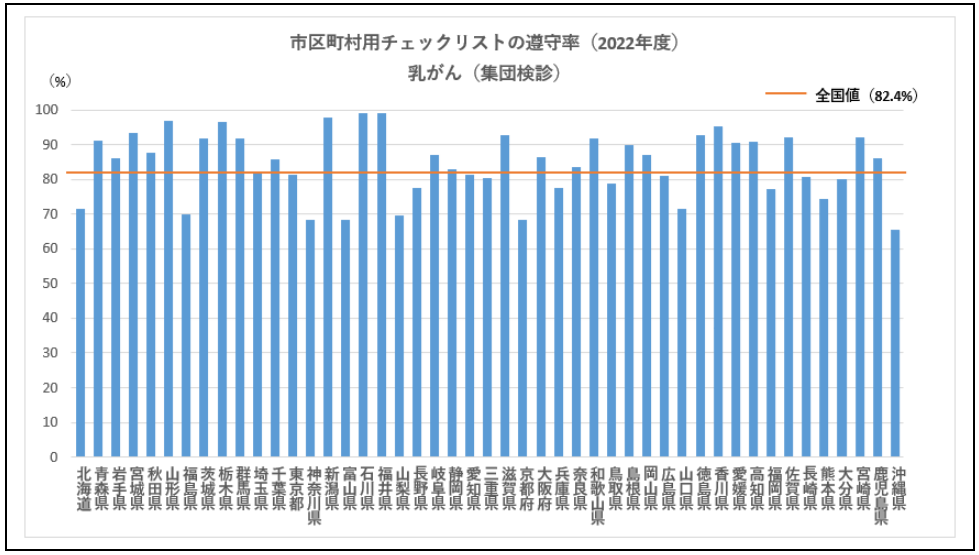
【実施割合算出方法】指針にない検診項目を実施したと回答した市区町村数/集計対象市区町村数×100

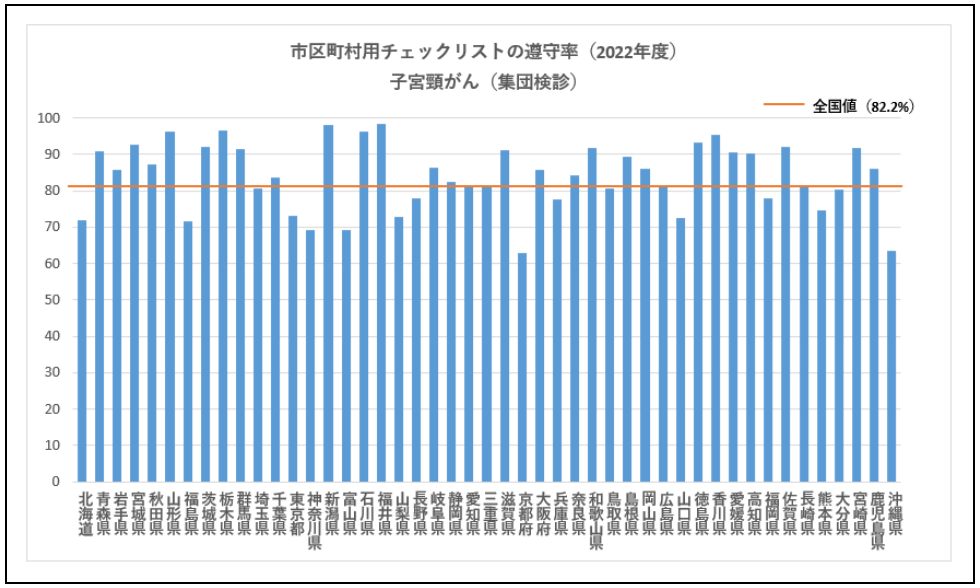
別添９－２－１ 「事業評価のためのチェックリスト（市区町村用）」の遵守状況」

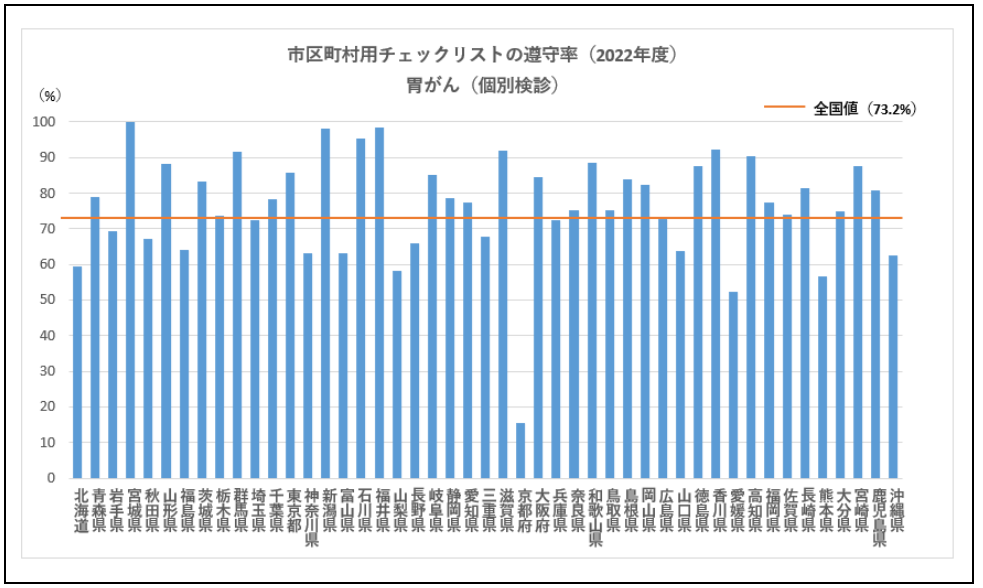


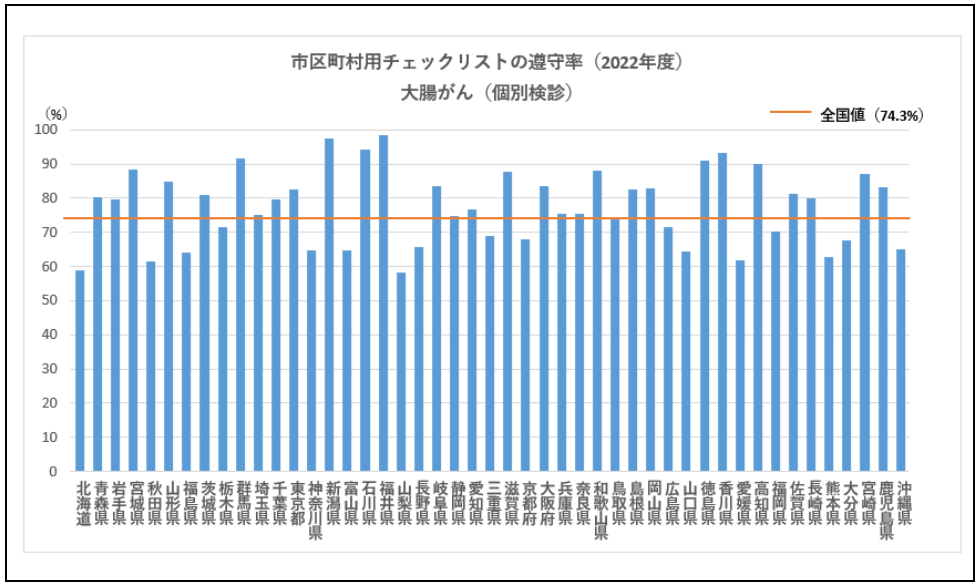


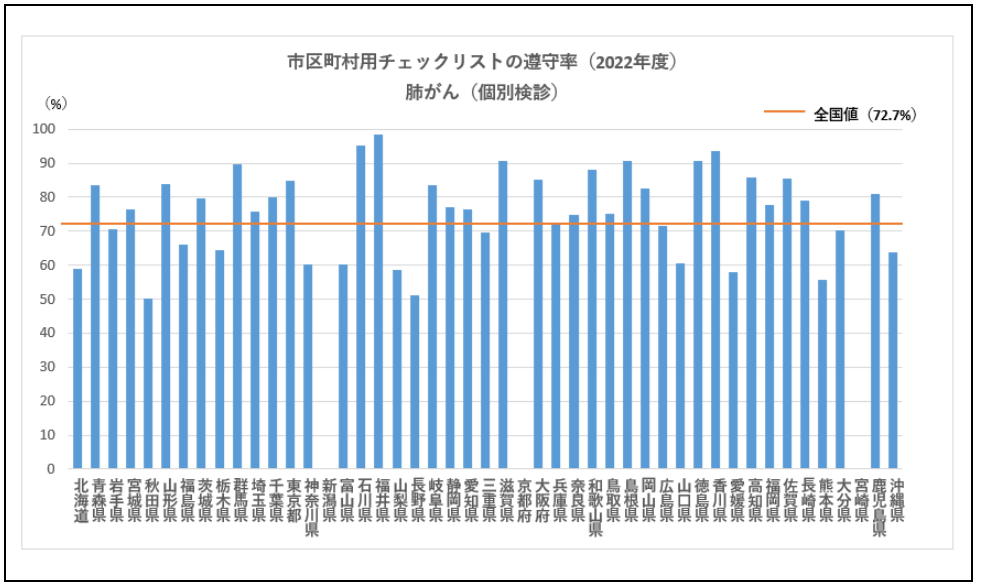


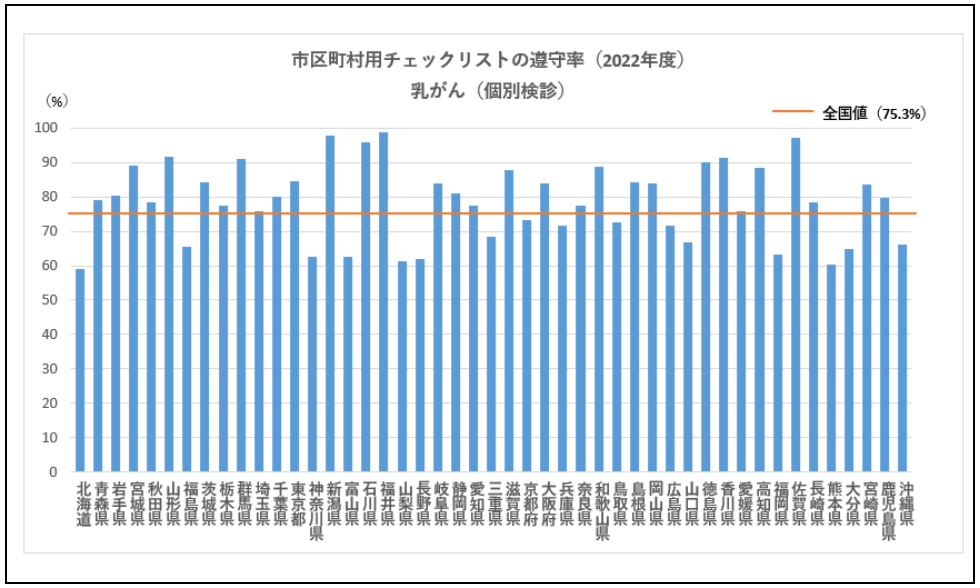


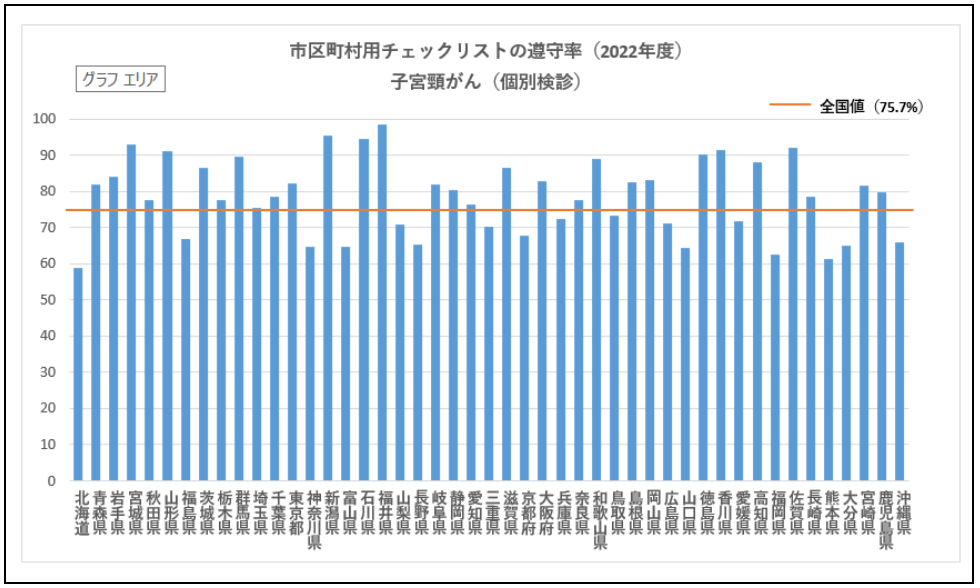

市区町村用チェックリストの遵守率（2022年度）
子宮頸がん（集団検診）
全国値（82.2%）
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県


市区町村用チェックリストの遵守率（2022年度）
胃がん（個別検診）
(%)
全国値（73.2%）
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県


市区町村用チェックリストの遵守率（2022年度）
大腸がん（個別検診）
(%)
全国値（74.3%）
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県


市区町村用チェックリストの遵守率（2022年度）
肺がん（個別検診）
(%)
全国値（72.7%）
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県





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」

「事業評価のためのチェックリスト（市区町村用）」の遵守状況（2022 年）

	集団検診					個別検診				
都道府県名	胃がん ※2	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮頸がん	胃がん ※2	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮頸がん
全国	82.5	81.8	82.0	82.4	82.2	73.2	74.3	72.7	75.3	75.7
北海道	70.5	70.3	70.2	71.4	71.9	59.5	58.8	58.8	59.2	58.9
青森県	91.3	91.1	91.0	91.1	90.8	78.8	80.2	83.4	79.2	82.0
岩手県	86.1	86.0	84.6	86.0	85.8	69.2	79.8	70.6	80.2	84.0
宮城県	94.9	94.6	93.9	93.4	92.6	100.0	88.5	76.5	89.2	92.9
秋田県	83.2	83.2	82.6	87.6	87.2	67.0	61.5	50.3	78.3	77.5
山形県	95.9	97.1	95.7	96.8	96.4	88.1	84.9	84.0	91.6	91.0
福島県	69.6	69.8	70.0	69.9	71.6	64.1	64.0	65.9	65.5	67.0
茨城県	91.7	91.7	91.5	91.9	92.2	83.2	81.0	79.7	84.3	86.4
栃木県	94.8	96.2	96.5	96.7	96.6	73.7	71.4	64.4	77.5	77.5
群馬県	91.3	91.2	90.5	91.7	91.5	91.7	91.7	89.7	91.0	89.5
埼玉県	81.6	80.6	79.6	82.1	80.5	72.3	75.1	75.6	75.8	75.6
千葉県	86.6	85.0	85.1	85.9	83.5	78.2	79.6	80.0	80.0	78.4
東京都	85.6	80.0	80.9	81.4	73.1	85.6	82.6	84.9	84.4	82.1
神奈川県	68.6	68.3	68.5	68.2	69.1	63.1	64.7	60.3	62.6	64.7
新潟県	97.9	97.5	97.8	97.8	98.0	98.1	97.6	-	97.8	95.6
富山県	68.6	68.3	68.5	68.2	69.1	63.1	64.7	60.3	62.6	64.7
石川県	96.2	98.6	97.0	99.2	96.4	95.2	94.1	95.1	96.0	94.5
福井県	98.6	98.4	98.6	99.0	98.5	98.5	98.5	98.5	98.8	98.5
山梨県	70.7	70.2	70.5	69.7	72.7	58.3	58.3	58.6	61.4	70.7
長野県	78.8	76.7	75.6	77.4	77.8	65.9	65.6	51.1	61.9	65.4
岐阜県	86.9	86.9	86.0	86.9	86.4	85.1	83.4	83.5	83.8	82.0
静岡県	81.8	79.5	80.8	82.8	82.4	78.6	74.7	77.0	80.9	80.4
愛知県	80.0	79.7	79.7	81.3	81.6	77.3	76.6	76.5	77.3	76.4
三重県	79.6	79.8	79.6	80.3	81.2	67.8	69.0	69.7	68.3	70.2
滋賀県	92.3	92.0	92.8	92.9	91.2	91.8	87.9	90.8	87.7	86.5
京都府	74.2	71.1	75.8	68.4	62.9	15.4	68.1	-	73.4	67.8
大阪府	86.1	86.1	85.3	86.4	85.8	84.6	83.6	85.1	84.0	82.9
兵庫県	77.7	77.3	77.5	77.5	77.6	72.3	75.3	72.4	71.6	72.3
奈良県	83.9	83.2	83.4	83.5	84.1	75.3	75.5	74.7	77.5	77.5
和歌山県	91.7	91.9	91.5	91.9	91.8	88.4	88.2	88.0	88.7	88.9
鳥取県	78.8	78.3	78.3	78.9	80.5	75.2	73.8	75.1	72.6	73.4
島根県	89.8	88.6	90.0	90.0	89.5	84.0	82.7	90.7	84.3	82.5
岡山県	85.8	85.7	85.3	87.2	86.0	82.3	82.9	82.7	83.9	83.3
広島県	81.3	81.2	80.1	81.0	81.5	72.8	71.4	71.4	71.5	71.1
山口県	70.1	70.6	72.2	71.6	72.4	63.6	64.4	60.4	66.7	64.4
徳島県	90.2	92.3	91.9	92.6	93.4	87.7	90.9	90.7	89.9	90.2
香川県	95.5	95.1	94.9	95.4	95.5	92.1	93.2	93.6	91.2	91.4
愛媛県	90.5	90.5	90.4	90.6	90.6	52.3	61.9	58.0	75.9	71.9
高知県	90.5	89.4	90.9	90.9	90.3	90.4	90.0	85.8	88.3	88.1
福岡県	77.6	77.6	77.1	77.3	77.8	77.5	70.4	77.8	63.3	62.4
佐賀県	92.2	92.3	92.4	92.1	92.2	74.0	81.4	85.6	97.3	92.2
長崎県	80.3	79.1	80.0	80.8	81.1	81.3	79.9	79.1	78.5	78.5
熊本県	76.2	75.0	74.9	74.3	74.5	56.6	62.7	55.8	60.3	61.4
大分県	79.8	79.6	79.3	80.0	80.3	75.0	67.6	70.3	64.9	65.1
宮崎県	92.5	92.5	91.0	92.2	91.9	87.5	87.1	-	83.6	81.6
鹿児島県	87.0	84.5	86.1	86.1	86.0	80.8	83.1	81.0	79.7	79.8
沖縄県	68.1	65.6	66.9	65.6	63.5	62.4	65.1	63.7	66.0	66.0

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」　　チェックリスト全項目の実施率（%）※1

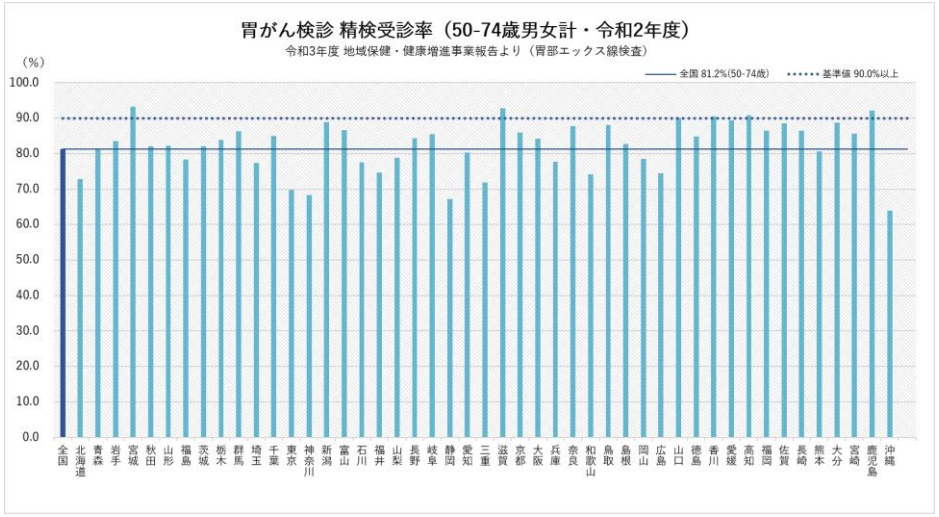
※1　全項目実施率の算出方法

【集計対象市区町村】検診を「実施した」と回答した市区町村

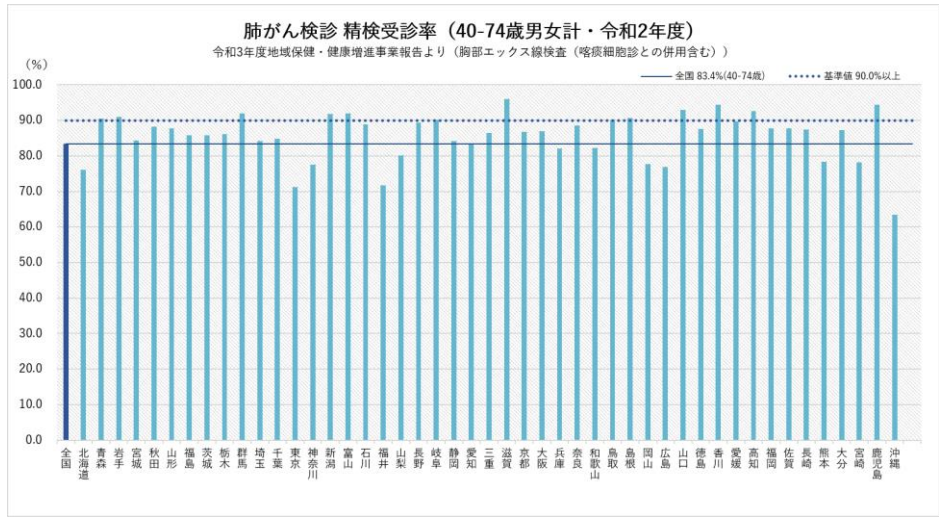
【実施割合算出方法】集計対象市区町村が「実施した」と回答した調査項目数/（集計対象市区町村数×調査項目数）×100

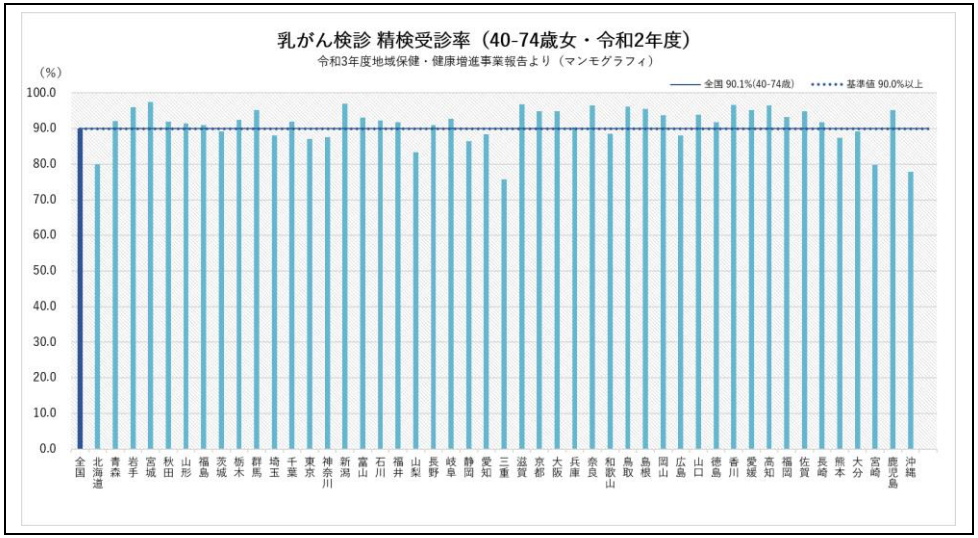
※2　胃部エックス線検査のみ

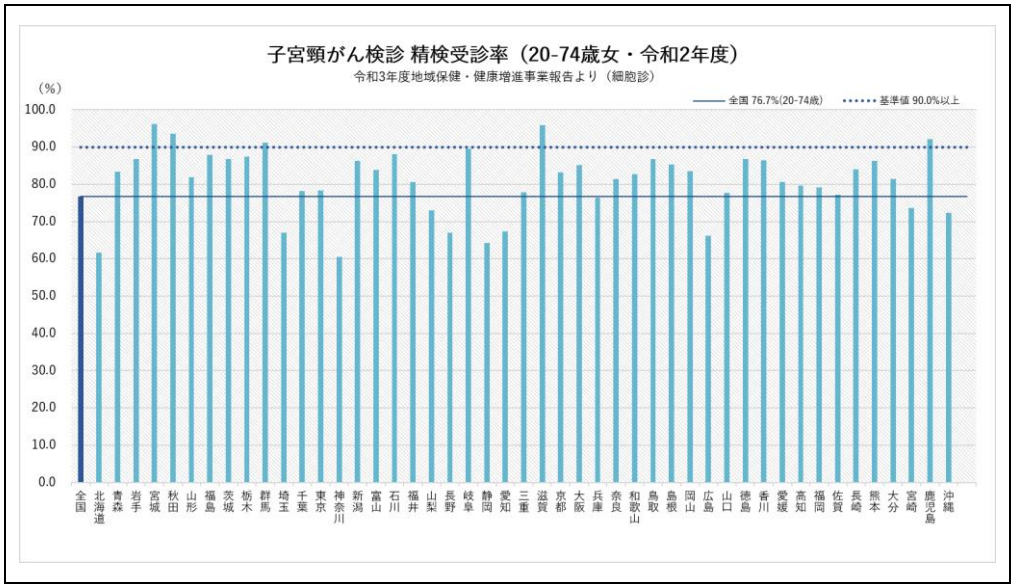
別添９－２－２　精検受診率（2020 年）











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」

精検受診率（2020 年）

都道府県名	胃がん（※1）	大腸がん（※2）	肺がん（※3）	乳がん（※4）	子宮頸がん（※5）
全国	81.2	71.4	83.4	90.1	76.7
北海道	72.8	62.3	76.2	79.9	61.7
青森県	81.1	74.6	90.6	92.1	83.3
岩手県	83.6	80.1	91.0	96.0	86.7
宮城県	93.2	85.3	84.4	97.5	96.2
秋田県	82.1	78.1	88.2	92.0	93.6
山形県	82.3	77.6	87.7	91.5	82.0
福島県	78.4	69.1	85.9	90.9	87.9
茨城県	82.1	76.8	85.8	89.2	86.8
栃木県	83.9	70.6	86.2	92.5	87.5
群馬県	86.4	78.9	92.0	95.3	91.2
埼玉県	77.4	72.8	84.2	88.1	67.0
千葉県	85.0	70.9	84.8	91.9	78.1
東京都	69.7	62.6	71.2	87.0	78.3
神奈川県	68.3	60.4	77.5	87.6	60.5
新潟県	88.9	81.9	91.8	97.0	86.4
富山県	86.7	79.8	92.0	93.2	83.9
石川県	77.5	76.9	88.9	92.4	88.2
福井県	74.7	71.4	71.8	91.8	80.7
山梨県	78.9	65.4	80.2	83.3	73.0
長野県	84.4	72.8	89.4	91.1	67.0
岐阜県	85.5	75.6	90.2	92.7	89.6
静岡県	67.1	69.4	84.2	86.4	64.3
愛知県	80.3	72.3	83.4	88.4	67.3
三重県	71.9	63.7	86.4	75.8	77.9
滋賀県	92.8	88.3	96.0	96.9	95.9
京都府	85.9	74.2	86.8	94.8	83.2
大阪府	84.2	73.2	87.0	94.9	85.1
兵庫県	77.7	69.0	82.0	90.3	76.5
奈良県	87.8	78.8	88.6	96.4	81.5
和歌山県	74.2	67.7	82.3	88.6	82.7
鳥取県	88.0	78.7	90.1	96.2	86.8
島根県	82.7	73.0	90.7	95.6	85.4
岡山県	78.5	75.0	77.7	93.7	83.6
広島県	74.5	70.4	76.9	88.0	66.2
山口県	90.0	77.3	93.0	94.0	77.8
徳島県	84.9	80.3	87.6	91.8	86.8
香川県	90.6	79.3	94.3	96.7	86.5
愛媛県	89.4	79.5	89.8	95.2	80.7
高知県	90.8	83.8	92.5	96.6	79.7
福岡県	86.5	75.6	87.8	93.3	79.2
佐賀県	88.6	77.2	87.8	94.9	77.2
長崎県	86.4	74.8	87.5	91.8	84.0
熊本県	80.6	74.8	78.4	87.5	86.3
大分県	88.7	77.3	87.2	89.3	81.4
宮崎県	85.7	74.4	78.2	79.9	73.6
鹿児島県	92.1	83.0	94.4	95.3	92.1
沖縄県	64.0	57.2	63.4	77.9	72.3

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」

※1 胃がん（胃部エックス線）、男女計、50～74 歳

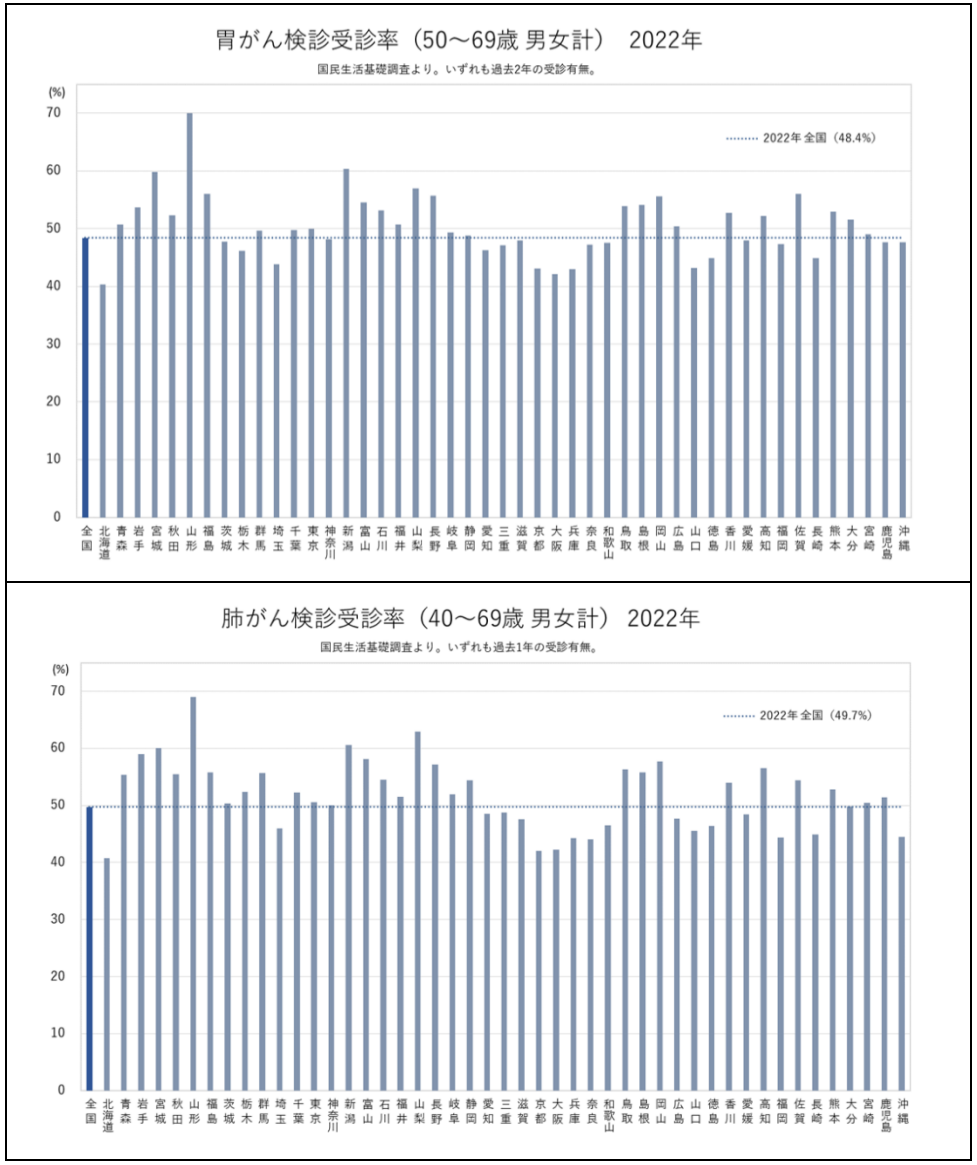
※2 大腸がん（便潜血検査）、男女計、40～74 歳

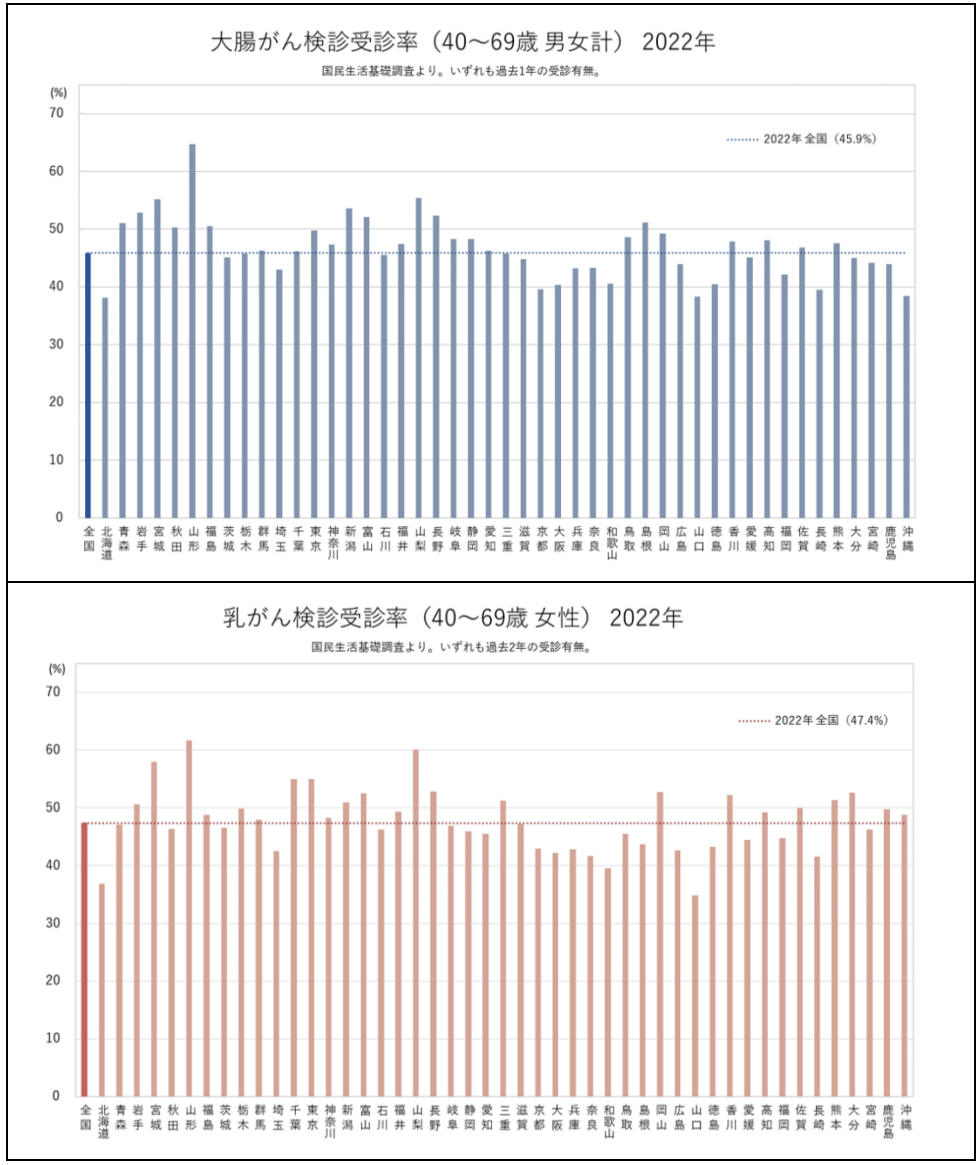
※3 肺がん（胸部エックス線のみ、胸部エックス線及び高危険群への喀痰細胞診併用）、男女計、40～74 歳

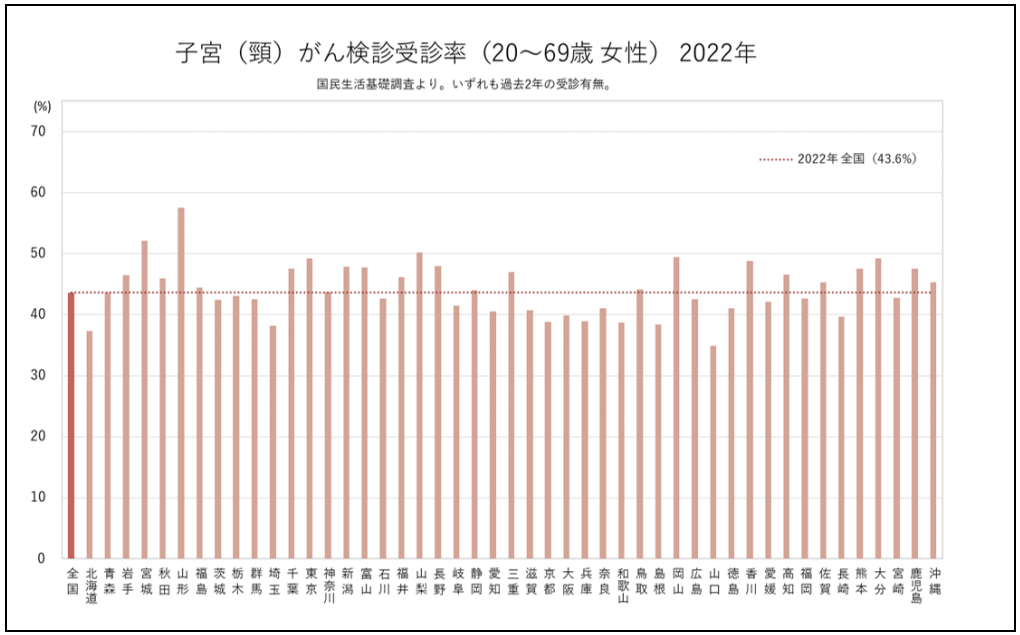
※4 乳がん（マンモグラフィ）、女性、40～74 歳

※5 子宮頸がん（細胞診）、女性、20～74 歳

別添９－３　がん検診の受診率（都道府県別）（2022 年）







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」

がん検診の受診率（2022 年）

国民生活基礎調査による受診率（%）					
都道府県名	胃がん（※1）	大腸がん（※2）	肺がん（※3）	乳がん（※4）	子宮頸がん（※5）
全国	48.4	45.9	49.7	47.4	43.6
北海道	40.3	38.1	40.7	36.9	37.3
青森県	50.7	51.1	55.3	47.1	43.6
岩手県	53.7	52.9	59.0	50.6	46.5
宮城県	59.8	55.2	60.0	58.0	52.1
秋田県	52.3	50.3	55.4	46.3	45.9
山形県	70.0	64.7	69.0	61.7	57.5
福島県	56.0	50.5	55.8	48.8	44.4
茨城県	47.7	45.1	50.3	46.6	42.4
栃木県	46.1	45.7	52.4	49.9	43.1
群馬県	49.6	46.3	55.7	47.9	42.5
埼玉県	43.8	43.0	45.9	42.5	38.2
千葉県	49.8	46.2	52.2	55.0	47.5
東京都	50.0	49.8	50.5	55.0	49.2
神奈川県	48.2	47.3	50.0	48.3	43.7
新潟県	60.3	53.6	60.6	50.9	47.8
富山県	54.5	52.1	58.1	52.5	47.7
石川県	53.1	45.5	54.5	46.2	42.6
福井県	50.7	47.5	51.5	49.3	46.1
山梨県	57.0	55.4	62.9	60.1	50.2
長野県	55.7	52.3	57.1	52.8	48.0
岐阜県	49.3	48.3	51.9	46.9	41.5
静岡県	48.8	48.3	54.4	45.9	44.0
愛知県	46.3	46.3	48.5	45.5	40.5
三重県	47.1	45.7	48.7	51.2	47.0
滋賀県	47.9	44.8	47.6	47.2	40.7
京都府	43.1	39.6	42.0	42.9	38.8
大阪府	42.1	40.3	42.2	42.2	39.9
兵庫県	43.0	43.2	44.2	42.8	38.9
奈良県	47.2	43.3	44.0	41.7	41.0
和歌山県	47.5	40.6	46.5	39.5	38.7
鳥取県	53.9	48.6	56.3	45.5	44.1
島根県	54.1	51.2	55.8	43.7	38.4
岡山県	55.6	49.2	57.7	52.7	49.4
広島県	50.4	44.0	47.7	42.6	42.5
山口県	43.2	38.3	45.5	34.8	34.9
徳島県	44.9	40.5	46.4	43.3	41.1
香川県	52.7	47.9	54.0	52.2	48.8
愛媛県	48.0	45.1	48.4	44.4	42.1
高知県	52.2	48.1	56.5	49.2	46.6
福岡県	47.3	42.1	44.4	44.7	42.6
佐賀県	56.0	46.8	54.4	50.0	45.3
長崎県	44.9	39.5	44.9	41.5	39.7
熊本県	52.9	47.6	52.8	51.4	47.5
大分県	51.6	45.0	49.8	52.6	49.2
宮崎県	49.0	44.2	50.4	46.2	42.7
鹿児島県	47.6	44.0	51.4	49.8	47.5
沖縄県	47.6	38.4	44.5	48.8	45.3

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」

※1　50-69 歳、隔年受診、胃部エックス線検査もしくは内視鏡検査など

※2　40-69 歳、逐年受診、便潜血検査など

※3　40-69 歳、逐年受診、胸部エックス線検査および喀痰検査など

※4　40-69 歳、隔年受診、マンモグラフィもしくは超音波検査など

※5　20-69 歳、隔年受診、子宮頸部細胞診など

別添10　今後のわが国におけるがん検診に関する検討課題及び主な意見

地域保健・健康増進事業報告および精度管理評価指標

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

住民検診における個別検診

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

職域におけるがん検診

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

がん検診情報の収集

- 地域保健・健康増進事業報告は、市町村によりシステム管理や報告内容にばらつきがあるため、都道府県レベルでシステムの統一化を検討するべき
- データ管理や集約の観点から、マイナンバーによる受診者追跡システムを構築すべき
- パーソナル・ヘルス・レコード（PHR）の利活用などにより職域と地域のデータの集約を視野に入れるべき

その他

- 検診を担当する医師などにおける、精度管理の理解度に差があるため、体系的な医師・医学教育が必要
- 国が推奨しない検診が行われていることについて、国は推奨外の検診を行わないよう効果的な取組み事例を広く収集し、全国に展開するべき

がん検診事業のあり方について　新旧対照表（案）

更新後	更新前
・はじめに がん対策推進基本計画（第 4 期）では、がん死亡率減少を目的として「科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」が分野別目標の一つに掲げられ、「科学的根拠のある検診の実施」、「精度管理体制の整備」、「受診率向上」が求められている。このうち精度管理体制の整備については、「がん検診に関する検討会（平成 15～平成 20 年）」、「がん検診事業の評価に関する委員会(平成 19～20 年）」で検討され、平成 20 年の「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方報告書（以下「報告書」という。）」で初めて方針が示された。これにより「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。）」が策定され、厚生労働省は「市町村事業によるがん検診（住民検診）」の実施主体である市区町村に対し、報告書に沿った精度管理を行うことを通知した（厚生労働省健康局長通知）。その後 10 年間で住民検診の体制整備は進み、精度管理水準は改善傾向にある。一方職域検診については、住民検診から 10 年遅れて「職域におけるがん検診に関するマニュアル（以下「職域マニュアル」という。）」が公表され、国全体としての精度管理の取組がようやく始まった状況にある。 がん検診における精度管理は、「指標の設定」、「指標のモニタリング・評価」、「評価のフィードバックと改善」を繰り返すことが重要であり、精度管理水準の改善に応じて指標を修正することにより、更に高い精度を目指した適切な管理が可能となる。平成 20 年以降、国、厚生労働省研究班、国立がん研究センター等は連携してこれらの体制構築を進め、全国の精度管理指標のモニタリング、指標の見直しを行ってきた。またこの間に指針は必要に応じて改正された。これらにより、報告書策定当時と現在の精度管理状況に乖離が生じたため、今後の更なる精度管理水準の向上のために報告書改定版をまとめることとなった。（略） **第1章.　がん検診に関する基本的事項** **１．１．　がん検診の目的、健診・検診・診療の違い** がん検診は当該がんの死亡率減少を目的として（※１）、無症状の健康な集団から当該がんの疑いのある者とない者を選別し、前者を適切な治療に、後者を次回の検診に導く一連のプログラムである（※２、３）。 一般的に健康診査には「健診」と「検診」があるが、「健診」は「健康づくりの観点から経時的に状態を把握することが望ましい検査群」であり、「検診」は	・はじめに がん対策推進基本計画（第 3 期）では、がん死亡率減少を目的として「科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」が全体目標の一つに掲げられ、「科学的根拠のある検診の実施」、「精度管理体制の整備」、「受診率向上」が求められている。このうち精度管理体制の整備については、「がん検診に関する検討会（平成 15～平成 20 年）」、「がん検診事業の評価に関する委員会(平成 19～20 年))で検討され、平成 20 年の「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方報告書（以下、報告書）」で初めて方針が示された。これより「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）」が策定され、厚生労働省は「市町村事業によるがん検診（住民検診）」の実施主体である市区町村に対し、同報告書に沿った精度管理を行うことを通知した（厚生労働省健康局長通知）。その後 10 年間で住民検診の体制整備は進み、精度管理水準は改善傾向にある。一方職域検診については、住民検診から 10 年遅れて「職域におけるがん検診に関するマニュアル」が公表され、国全体としての精度管理の取組がようやく始まった状況にある。 がん検診における精度管理は、「指標の設定」、「指標のモニタリング・評価」、「評価のフィードバックと改善」を繰り返すことが重要であり、精度管理水準の改善に応じて指標を修正することにより、更に高い精度を目指した適切な管理が可能となる。平成 20 年以降、国、厚生労働省研究班、国立がん研究センター等は連携してこれらの体制構築を進め、全国の精度管理指標のモニタリング、指標の見直しを行ってきた。またこの間に指針は必要に応じて改正された。これらより、報告書当時と現在の精度管理状況に乖離が生じたため、今後の更なる精度管理水準の向上のために報告書改定版をまとめることとなった。（略） **第1章.　がん検診に関する基本的事項** **１．１．　がん検診の目的、健診・検診・診療の違い** がん検診は当該がんの死亡率減少を目的として（※１）、無症状の健康な集団から当該がんの疑いのある者とない者を選別し、前者を適切な治療に、後者を次回の検診に導く一連のプログラムである（※２、３）。 一般的に健康診査には「健診」と「検診」があるが、「健診」は「健康づくりの観点から経時的に状態を把握することが望ましい検査群」であり、「検診」は

「特定の疾患自体を確認するための検査群」である（※4）。「健診」では疾患のリスク因子を発見して生活習慣の改善に導くことが重要であり、「検診」では疾患を発見して適切な治療に導くことが重要である。

「健診」及び「検診」の対象は無症状の健康な者であり、対象疾患である者の割合（有病率）が低いため、検査の緊急性は低い。そのため、元々健康な者に対し、検査による不利益を与えないことが最優先される。一方「診療」は、有症状者が対象であり有病率や緊急性が高いため、正確に診断することが最優先され、不利益はある程度許容される（表1）。

以上のように「健診」、「検診」、「診療」は対象や目的が異なり、それによって重視すべきポイントも大きく異なる。そのため、それらの原則や効果を得るための要件が異なり、注意が必要である。これらを混同したままに検診を行うことは、検診の死亡率減少効果（利益）を妨げ、健常者の不利益を増加することにつながる（1．2．参照）。以上の背景をふまえ、本報告書では、がん死亡率減少を目的とした、がん対策としての「がん検診」について記述する。

（略）

※4 厚生労働省「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針（平成 16 年厚生労働省告示第 242 号）より引用・改変。

1．2． がん検診の利益と不利益（表2）

がん検診には利益と不利益がある。一般的に最大の利益は当該がんの死亡率減少である。しばしば発見率（受診者に対して発見されたがんの割合）が高いことが、がん検診の有効性の指標と誤解されるが、がん発見率が高い検査を実施しても死亡率が減少するとは限らない。つまり死亡率減少効果が確認されない限り、有効ながん検診とは評価できない。その他の利益として、がん検診でがんの疑いがないと判定された者が得られる安心が挙げられる。一方不利益としては、検診や精密検査（以下「精検」という。）によって発生する偶発症、過剰診断による過剰治療や精神的負担の増加、偽陽性による精神的、身体的、経済的な負担、偽陰性による治療の遅れなどが挙げられる（※1、2）。（略）

表2 がん検診の利益と不利益

利益	不利益
がん死亡率減少	検診・精検の偶発症 （バリウム誤嚥、放射線被ばく、内視鏡での出血・穿孔など）

「特定の疾患自体を確認するための検査群」である（※4）。「健診」では疾患のリスク因子を発見して生活習慣の改善に導くことが重要であり、「検診」では疾患を発見して適切な治療に導くことが重要である。

「健診」・「検診」の対象は無症状の健康な者であり、対象疾患である者の割合（有病率）が低いため、検査の緊急性は低い。そのため、元々健康な者に対し、検査による不利益を与えないことが最優先される。一方「診療」は、有症状者が対象であり有病率や緊急性が高いため、正確に診断することが最優先され、不利益はある程度許容される（表1）。

以上のように「健診」、「検診」、「診療」は対象や目的が異なり、それによって重視すべきポイントも大きく異なる。そのため、それらの原則や効果を得るための要件が異なり、注意が必要である。これらを混同したままに検診を行うことは、検診の死亡率減少効果（利益）を妨げ、健常者の不利益を増加することにつながる（1．2参照）。以上の背景をふまえ、本報告書では、がん死亡率減少を目的とした、がん対策としての「がん検診」について記述する。

（略）

※4 厚生労働省「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針（令和 2 年 2 月一部改正）より引用・改変。

1．2． がん検診の利益と不利益（表2）

がん検診には利益と不利益がある。一般的に最大の利益は当該がんの死亡率減少である。しばしば発見率（受診者に対して発見されたがんの割合）が高いことが、がん検診の有効性の指標と誤解されるが、がん発見率が高い検査を実施しても死亡率が減少するとは限らない。つまり死亡率減少効果が確認されない限り、有効ながん検診とは評価できない。その他の利益として、がん検診でがんの疑いがないと判定された者が得られる安心が挙げられる。一方不利益としては、検診や精密検査によって発生する偶発症、過剰診断による過剰治療や精神的負担の増加、偽陽性による精神的、身体的、経済的な負担、偽陰性による治療の遅れなどが挙げられる（※1、2）。（略）

表2 がん検診の利益と不利益

利益	不利益
がん死亡率減少	検診・精密検査の偶発症 （バリウム誤嚥、放射線被ばく、内視鏡での出血・穿孔など）

真陰性者の安心	過剰診断 （過剰治療、精神的負担）
	偽陽性 （本来不要な精検による精神的、身体的、経済的負担）
	偽陰性 （治療の遅延など）

１．３．　検診実施の原則（略）

１．４．　がん対策としての国際的ながん検診のモデル（Organized screening）（※1、2、3、4）（略）

表4　Organized screening と Opportunistic screening（任意型検診）の比較

	Organized screening	Opportunistic screening（任意型検診）
（略）	（略）	（略）
検査の特異度	高いことが重視される（偽陽性に伴う不必要な精検による偶発症を避けるため）	あまり重視されない
（略）	（略）	（略）

第2章．　日本におけるがん検診

２．１．　がん検診の歴史（表5）

昭和 56 年以降、悪性新生物（がん）はわが国の死亡原因の第 1 位であり、疾病対策上の最重要課題である。がん検診は昭和 30 年代から一部の地域で開始され、昭和 58 年から老人保健法に基づく老人保健事業として全国で行われるようになった。その後平成 10 年から平成 19 年まで、がん検診は老人保健事業から一般財源化され、法律に基づかない市町村事業として整理されたが、平成 20 年以降は健康増進法に

真陰性者の安心	過剰診断 （過剰治療、精神的負担）
	偽陽性 （本来不要な精密検査による精神的、身体的、経済的負担）
	偽陰性 （治療の遅延など）

１．３．　検診実施の原則（略）

１．４．　がん対策としての国際的ながん検診のモデル（Organized screening）（※1-4）（略）

表4　Organized screening と Opportunistic screening（任意型検診）の比較

	Organized screening	Opportunistic screening（任意型検診）
（略）	（略）	（略）
検査の特異度	高いことが重視される（偽陽性に伴う不必要な精密検査による偶発症を避けるため）	あまり重視されない
（略）	（略）	（略）

第2章．　日本におけるがん検診

２．１．　がん検診の歴史（表5）

昭和 56 年以降、悪性新生物（がん）はわが国の死亡原因の第 1 位であり、疾病対策上の最重要課題である。がん検診は昭和 30 年代から一部の地域で開始され、昭和 58 年から老人保健法に基づく老人保健事業として全国で行われるようになった。その後平成 10 年から平成 19 年まで、がん検診は老人保健事業から一般財源化され、法律に基づかない市町村事業として整理されたが、平成 20 年以降は「健康増進法」

基づく健康増進事業（市区町村の努力義務）として実施されている。

平成 19 年にがん対策基本法が施行され（平成 28 年改正）、同法第 10 条に基づいて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。基本計画は 5-6 年ごとに内容の見直しが行われ、直近では令和 5 年に第 4 期基本計画が閣議決定された。同法でがん検診は重要な基本的施策の一つに位置づけられている。

表5 がん検診に関わる法令の歴史

年次	
（略）	（略）
平成 10 年（1998 年）	がん検診に係る経費の一般財源化
	指針の策定※4 （厚生省老人保健福祉局老人保健課長通知）
平成 19 年（2007 年）	がん対策基本法施行、基本計画（第 1 期）の閣議決定
平成 20 年（2008 年）	がん検診が健康増進法に基づく健康増進事業に位置づけられる
	指針の一部改正※5 （厚生労働省健康局長通知別添）
平成 24 年（2012 年）	基本計画（第 2 期）の閣議決定
平成 25 年（2013 年）	指針の一部改正※3 （厚生労働省健康局長通知別添）
平成 28 年（2016 年）	がん対策基本法の一部改正
平成 30 年（2018 年）	基本計画（第 3 期）の閣議決定
令和 3 年（2021 年）	指針の一部改正 （厚生労働省健康局長通知別添）
令和 5 年（2023 年）	基本計画（第 4 期）の閣議決定
令和 6 年（2024 年）	指針の一部改正 （厚生労働省健康局長通知別添）

に基づく健康増進事業（市区町村の努力義務）として実施されている。

平成 19 年に「がん対策基本法（以下、基本法）」が施行され（平成 28 年改正）、同法第 10 条に基づいて「がん対策推進基本計画（以下、基本計画）」が策定された。基本計画は 5-6 年ごとに内容の見直しが行われ、直近では平成 30 年に第 3 期基本計画が閣議決定された。同法でがん検診は重要な基本的施策の一つに位置づけられている。

表5 がん検診に関わる法令の歴史

年次	
（略）	（略）
平成 10 年（1998 年）	がん検診に係る経費の一般財源化
	「がん予防重点健康教育及びがん健診実施のための指針」の策定※4 （厚生省老人保健福祉局老人保健課長通知）
平成 19 年（2007 年）	がん対策基本法施行、「がん対策推進基本計画（第 1 期）」の閣議決定
平成 20 年（2008 年）	がん検診が健康増進法に基づく健康増進事業に位置づけられる
	「がん予防重点健康教育及びがん健診実施のための指針」の一部改正※5 （厚生労働省健康局長通知別添）
平成 24 年（2012 年）	「がん対策推進基本計画（第 2 期）」の閣議決定
平成 25 年（2013 年）	「がん予防重点健康教育及びがん健診実施のための指針」の一部改正※3 （厚生労働省健康局長通知別添）
平成 28 年（2016 年）	がん対策基本法の一部改正
平成 30 年（2018 年）	「がん対策推進基本計画（第 3 期）」の閣議決定
令和 3 年（2021 年）	「がん予防重点健康教育及びがん健診実施のための指針」の一部改正

（略） ※3　平成 25 年に指針の一部改正において「子宮頸がん検診」に統一された。現在子宮体部のがん検診は国の検診事業に含まれていない。 ※4、5 平成 10～19 年のがん検診事業は法律に基づかないものであったが、この間国は事業の重要性や適切な実施方法に関する情報提供を行うため、指針を策定した。平成 20 年にがん検診事業は健康増進法に基づく事業に位置づけられた。指針については随時改正されており、表5では代表的な改正のみ示す。	（略） ※3　平成 25 年の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（一部改正）」において「子宮頸がん検診」に統一された。現在子宮体部のがん検診は国の検診事業に含まれていない。 ※4、5 平成 10～19 年のがん検診事業は法律に基づかないものであったが、この間国は事業の重要性や適切な実施方法に関する情報提供を行うため、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」を策定した。平成 20 年にがん検診事業は健康増進法に基づく事業に位置づけられた。指針については随時改正されており、表5では代表的な改正のみ示す。
2．2．　がん検診に関連する法令等 住民検診には根拠となる法がある一方で、職域検診には存在しない。住民検診と職域検診の統合を目指す場合は、これに伴う法整備が必要となる。 **（1） 市町村事業によるがん検診（住民検診）** 市区町村が行う住民検診は、健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）第 19 条の 2 に基づく健康増進事業に位置づけられる（※1）。同事業の実施要領として「健康増進実施要領」、検診項目や運用体制に関しては指針が示されている。 （略） **（2） 職域検診** 職域における被用者等を対象としたがん検診は、保険者や事業主により福利厚生の一環として行われており明確な法的根拠はない（※2）。一方、近年の国民生活基礎調査によると、がん検診受診者の約半数は職域で受診しており、がん対策上職域検診の最適化は重要な課題である。これらの背景をふまえ第 3 期基本計画では職域検診のガイドライン作成・普及が目標に掲げられ、平成 30 年に職域マニュアルが公表された。同マニュアルでは職域検診で望ましい検診項目や精度管理手法等が示されている（第 3 章参照）。 **（3） その他の検診**	**2．2．　がん検診に関連する法令等** 住民検診には根拠となる法がある一方で、職域検診には存在しない。住民検診と職域検診の統合を目指す場合は、これに伴う法整備が必要となる。 **（1） 市町村事業によるがん検診（住民検診）** 市区町村が行う住民検診は、健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）第 19 条の 2 に基づく健康増進事業に位置づけられる（※1）。同事業の実施要領として「健康増進実施要領」、検診項目や運用体制に関する指針として「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」が示されている。 （略） **（2） 職域検診** 職域における被用者等を対象としたがん検診は、保険者や事業主により福利厚生の一環として行われており明確な法的根拠はない（※2）。一方、近年の国民生活基礎調査によると、がん検診受診者の約半数は職域で受診しており、がん対策上職域検診の最適化は重要な課題である。これらの背景をふまえ第 3 期基本計画では職域検診のガイドライン作成・普及が目標に掲げられ、平成 30 年に「職域におけるがん検診に関するマニュアル」が公表された。同マニュアルでは職域検診で望ましい検診項目や精度管理手法等が示されている（第 3 章参照）。 **（3） その他の検診**

上記以外のがん検診として、個人が任意で受けるがん検診（人間ドックなど）があり、基本的な検査項目、判定・事後指導区分、運用体制等について一部の学会で標準化を目指す取組が行われているが、現時点で法的根拠に基づいた規定はない。	上記以外のがん検診として、個人が任意で受けるがん検診（人間ドックなど）があり、基本的な検査項目、判定・事後指導区分、運用体制等について一部の学会で標準化を目指す取組が行われているが、現時点で法的根拠に基づいた規定はない。
※1 市区町村による健康増進事業以外のがん検診として、母子保健法（昭和 40 年法律第 141 号）第 13 条に基づいた妊婦健康診査の中で、妊娠初期の子宮頸がん検診（細胞診）が行われている ※2 保険者は高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 20 条に基づいた特定健康診査を、事業主は労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）第 66 条に基づいた健康診断を行っているが、がん検診はこれらに含まれていない。各法令の詳細は別添2-2参照。	※1 市区町村による健康増進事業以外のがん検診として、母子保健法（昭和 48 年法律第 141 号）第 13 条に基づいた妊婦健康診査の中で、妊娠初期の子宮頸がん検診（細胞診）が行われている ※2 保険者は「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づいた特定健康診査を、事業主は「労働安全衛生法」に基づいた健康診断を行っているが、がん検診はこれらに含まれていない。各法令の詳細は別添2-2参照。
2．3． 日本の目指すべきがん検診の実施方法	**2．3． 日本の目指すべきがん検診の実施方法**
（1） 日本におけるがん検診の現状	**（1） 日本におけるがん検診の現状**
がん検診は、本来 1 国 1 プログラムで行われるべきものであり、わが国のように多様な検診提供体制のある国はまれである。この多様な検診提供体制は、さまざまな概念・考え方に基づいて行われ、これまでがん検診に対する理解を妨げてきたが、便宜上「対策型検診」と「任意型検診」に大別されている。対策型検診は対象集団の死亡率を下げることを目的とし、公的資金を投じた公共政策として行われる。主に住民検診（※1）が該当する。一方、任意型検診には主に人間ドックが該当する。（略） ※1 （略）	がん検診は、本来 1 国 1 プログラムで行われるべきものであり、わが国のように多様な検診提供体制のある国はまれである。この多様な検診提供体制は、さまざまな概念・考え方に基づいて行われ、これまでがん検診に対する理解を妨げてきたが、便宜上「対策型検診」と「任意型検診」に大別されている。対策型検診は対象集団の死亡率を下げることを目的とし、公的資金を投じた公共政策として行われる。主に住民検診（※）が該当する。一方、任意型検診には主に人間ドックが該当する。（略） ※ （略）
（2） 日本で Organized screening を目指すための取組（基本計画の目標）	**（2） 日本で Organized screening を目指すための取組（がん対策推進基本計画の目標）**
日本でがん死亡率減少をより確実に達成するためには、対策型検診をより組織的に行い、対象人口全体に広げることが必要である。第 1～4 期の基本計画では一貫して、現在の対策型検診を Organized screening の水準に高めることが示されている。すなわち「科学的根拠に基づくがん検診」を「適切な精度管理」のもとで行い「高い受診率」を維持すること、また、これら 3 要	日本でがん死亡率減少をより確実に達成するためには、対策型検診をより組織的に行い、対象人口全体に広げることが必要である。第 1～3 期の基本計画では一貫して、現在の対策型検診を Organized screening の水準に高めることが示されている。すなわち「科学的根拠に基づくがん検診」を「適切な精度管理」のもとで行い「高い受診率」を維持すること、また、これら 3 要

件の実施状況を総合的に評価（事業評価）し進捗を確認することである。第 4 期基本計画では、具体的な目標として、受診率 60%、精検受診率 90%が掲げられている（別添3）。（略） a）（略） b）（略） c）保険者協議会 「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づいて、都道府県ごとに設置された組織。 特定健診・保健指導の実施率向上対策のほか、保険者横断的な医療費の調査分析や特定健診データの保険者間での提供の推進、保険者横断的な予防・健康づくり等の取組を行う。具体的には、①特定健診・保健指導の実施等に関する保険者等の関係者間の連絡調整、②保険者に対する必要な助言又は援助、③医療費等の調査・分析を行う。保険者協議会が地域職域・連携推進協議会に、特定健診・保健指導に関する実施体制や医療費等の分析結果等から得られた現状・課題を情報提供することにより、都道府県の健康課題が明確化され、当該課題に即した連携事業のテーマ設定を行い事業展開につなげることが可能となる。 出典：地域・職域連携推進ガイドライン（令和元年 9 月）より抜粋・改変	件の実施状況を総合的に評価（事業評価）し進捗を確認することである。第 3 期基本計画では、当面の具体的な目標として、受診率 50%、精密検査（以下、精検）受診率 90%、および職域検診に関するガイドラインの策定・普及が掲げられている（別添3）。（略） a）（略） b）（略） c）保険者協議会 「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づいて、都道府県ごとに設置された組織。 特定健診・保健指導の実施率向上対策のほか、保険者横断的な医療費の調査分析や特定健診データの保険者間での提供の推進、保険者横断的な予防・健康づくり等の取組を行う。具体的には、①特定健診・保健指導の実施等に関する保険者等の関係者間の連絡調整、②保険者に対する必要な助言又は援助、③医療費等の調整・分析を行う。保険者協議会が地域職域・連携推進協議会に、特定健診・保健指導に関する実施体制や医療費等の分析結果等から得られた現状・課題を情報提供することにより、都道府県の健康課題が明確化され、当該課題に即した連携事業のテーマ設定を行い事業展開につなげることが可能となる。 出典：地域・職域連携推進ガイドライン（令和元年 9 月）より抜粋・改変
（2－1） 科学的根拠に基づいたがん検診の実施 **① がん検診の有効性の検討、対策型検診としての推奨決定** 国立がん研究センターは国内外の研究を系統的に検索し、検診の有効性や利益・不利益バランス等を科学的に評価する。そのうえで検診内容（検査項目、対象年齢、受診間隔）について、対策型検診としての推奨レベルを「有効性評価に基づくがん検診ガイドライン」にまとめる。 国は、同ガイドラインで推奨された検診内容の実行可能性を検討し、実行可能と判断された場合は対策型検診としての実施を決定する。 **②推奨に基づくがん検診の提供** （住民検診）	**（2－1） 科学的根拠に基づいたがん検診の実施** **① がん検診の有効性の検討、対策型検診としての推奨決定** 国立がん研究センターは国内外の研究を系統的に検索し、検診の有効性や利益・不利益バランス等を科学的に評価する。そのうえで検診内容（検査項目、対象年齢、受診間隔）について、対策型検診としての推奨レベルを「有効性評価に基づくがん検診ガイドライン（以下、ガイドライン）」にまとめる。 国は、ガイドラインで推奨された検診内容の実行可能性を検討し、実行可能と判断された場合は対策型検診としての実施を決定する。 **②推奨に基づくがん検診の提供** （住民検診）

国は指針の中で、対策型検診として推奨する検査項目、対象年齢、受診間隔等を周知する。検診実施主体である市区町村は指針に沿った検診を行う(※2、3、4)。現在国が推奨するがん検診の一覧は別添4参照。

※2 指針で推奨されていない検診は、検診による不利益が利益を上回る可能性があるため提供しないことが重要である。都道府県は、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、生活習慣病検診等管理指導協議会を活用して必要な働きかけを行うことが求められる。

※3 (略)

※4 指針で推奨されない検診が行われる背景要因の一つとして、検診の有効性指標や不利益への理解が不足していることが挙げられるため、国、都道府県、市区町村は、これらの理解向上にむけた普及啓発活動の実施が求められる。

(職域検診)

国は職域マニュアルの中で、職域検診として望ましい検診内容を示している。検診提供者である保険者や事業主は、職域マニュアルを参考にしてがん検診の検査項目や受診間隔等を決定するよう求められている(※5)。

※5 (略)

(2－2) 適切な精度管理の実施 (略)

表7 精度管理の欠如で想定される不利益の例

精度管理の欠如	想定される不利益
対象者名簿がない(年齢・受診間隔・前回の検診結果等を管理していない)	・今年受けるべき者が検診を受診しない(がんの死亡リスクが減少しない)
	・今年受ける必要の無い者が受診する(偽陽性判定、精検受診による心身のダメージ、医療資源の浪費)
(略)	(略)
要精検判定を受けた者が	・検診によりがんが発見できない

国は「がん予防重点健康教育およびがん検診実施のための指針(以下、指針)」の中で、対策型検診として推奨する検査項目、対象年齢、受診間隔等を周知する。検診実施主体である市区町村は指針に沿った検診を行う(※1、※2、※3)。現在国が推奨するがん検診の一覧は別添4参照。

※1 指針で推奨されていない検診は、検診による不利益が利益を上回る可能性があるため提供しないことが重要である。第 3 期基本計画において都道府県は、「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、生活習慣病検診等管理指導協議会を活用して必要な働きかけを行うこと」が求められている。

※2 (略)

※3 指針で推奨されない検診が行われる背景要因の一つとして、検診の有効性指標や不利益への理解が不足していることが挙げられるため、第 3 期基本計画において国、都道府県、市区町村は、これらの理解向上にむけた普及啓発活動の実施が求められている。

(職域検診)

国は「職域におけるがん検診に関するマニュアル(以下、職域マニュアル)」の中で、職域検診として望ましい検診内容を示している。検診提供者である保険者や事業主は、職域マニュアルを参考にしてがん検診の検査項目や受診間隔等を決定するよう求められている(※1)。

※1 (略)

(2－2) 適切な精度管理の実施 (略)

表7 精度管理の欠如で想定される不利益の例

精度管理の欠如	想定される不利益
対象者名簿がない(年齢・受診間隔・前回の検診結果等を管理していない)	・今年受けるべき者が検診を受診しない(がんの死亡リスクが減少しない)
	・今年受ける必要の無い者が受診する(偽陽性判定、精密検査受診による心身のダメージ、医療資源の浪費)
(略)	(略)
要精検判定を受けた者が	・検診によりがんが発見できない

精検を受診しない	・要精検判定の妥当性、発見率等の評価が正しく実施できない
（略）	（略）

（略）

（2－3） 受診率の向上

第 4 期基本計画では、対策型検診の受診率 60%を目標にしている。受診率向上にあたり、受診者数（率）が正確に把握される仕組みは必須であり、そのうえで、受診者数を増やす取組が求められる。

① 正確な受診率の把握

○現在の受診率把握の方法と問題点（表8）

日本におけるがん検診には住民検診、職域検診、および人間ドックで行われる検診等があるが、このうち実測値の受診率が把握されているのは住民検診のみである。住民検診の受診率は「地域保健・健康増進事業報告（以下「事業報告」という。）」（※6）により、都道府県/市区町村別に毎年把握できる。住民検診における受診率を市区町村間で比較するには、比較可能な指標で受診率を算定することが必要である。（略）

※6 地域保健・健康増進事業報告

地域保健事業や健康増進事業の結果を市区町村ごとに報告するもの。地域保健施策を効率的・効果的に推進するための基礎資料を得ることを目的として行われる。

表8 「国民生活基礎調査」と「事業報告」による受診率の算定方法、注意点

	国民生活基礎調査による受診率	事業報告による受診率
（略）	（略）	（略）
受診率の算定方法	（分母）調査の回答者数	（分母）全住民（※8）
	（分子）検診を「受診した」と回答した者の数	（分子）住民検診の受診者数

精密検査を受診しない	・要精検判定の妥当性、発見率等の評価が正しく実施できない
（略）	（略）

（略）

（2－3） 受診率の向上

第 3 期基本計画では、対策型検診の受診率 50%を目標にしている。受診率向上にあたり、受診者数（率）が正確に把握される仕組みは必須であり、そのうえで、受診者数を増やす取組が求められる。

① 正確な受診率の把握

○現在の受診率把握の方法と問題点（表8）

日本におけるがん検診には住民検診、職域検診、および人間ドックで行われる検診等があるが、このうち実測値の受診率が把握されているのは住民検診のみである。住民検診の受診率は「地域保健・健康増進事業報告」により、都道府県/市区町村別に毎年把握できる。住民検診における受診率を市区町村間で比較するには、比較可能な指標で受診率を算定することが必要である。（略）

表8 「国民生活基礎調査」と「地域保健・健康増進事業報告」による受診率の算定方法、注意点

	国民生活基礎調査による受診率	地域保健・健康増進事業報告による受診率
（略）	（略）	（略）
受診率の算定方法	（分母）調査の回答者数	（分母）全住民（※2）
	（分子）検診を「受診した」と回答した者の数	（分子）住民検診の受診者数

（略）	（略）	（略）
活用目的	基本計画の個別目標の進捗指標（※7）	自治体別の受診率を比較し、受診率向上対策が不十分な地域に改善を促す
（略）	（略）	（略）

※7 （略）
※8 （略）

〇住民検診の受診率－市区町村間で比較可能な受診率の算定方法（略）
（※9）
※9（略）

（略）

② 効果的な受診率向上施策 【詳細は第4章参照】

受診率向上施策について第 4 期基本計画では、「国は、受診率向上に向けて、これまでの取組から得られた知見を踏まえつつ、より科学的かつ効率的な受診勧奨策を、関係学会や企業等の協力を得て、都道府県及び市町村と連携して推進する」としている。（略）

第3章. がん検診における精度管理の手法 （略）

3．1． 住民検診の精度管理手法
（1） 目標と標準の設定（第 1 段階）（略）
（1－1） 技術・体制指標

「技術・体制指標」とは、がん検診の質の担保に必要な最低限の技術・体制である。指針には「事業評価のためのチェックリスト（以下「チェックリスト」という。）」が示されており、国立がん研究センターがまとめている（別添5、※1）。（略）

（1－2） プロセス指標
（略）

（略）	（略）	（略）
活用目的	がん対策推進基本計画の個別目標の進捗指標（※1）	自治体別の受診率を比較し、受診率向上対策が不十分な地域に改善を促す
（略）	（略）	（略）

※1 （略）
※2 （略）

〇住民検診の受診率－市区町村間で比較可能な受診率の算定方法 （略）
（※1）
※1（略）

（略）

② 効果的な受診率向上施策 【詳細は第4章参照】

受診率向上施策について第 3 期基本計画では、「これまでの施策の効果を検証したうえで、可能な事項から順次取組を進める」としている。（略）

第3章. がん検診における精度管理の手法 （略）

3．1． 住民検診の精度管理手法
（1） 目標と標準の設定（第 1 段階） （略）
（1－1） 技術・体制指標

「技術・体制指標」とは、がん検診の質の担保に必要な最低限の技術・体制である。指針には「事業評価のためのチェックリスト（以下、チェックリスト）」が示されており、国立がん研究センターがまとめている（別添5、※1）。（略）

（1－2） プロセス指標
（略）

全国の標準的な性・年齢階級に基づいた基準値を別添6の表7（上限 74 歳）、表 7-2（上限 69 歳）に示す。これとは別に、自治体や保険者によっては、性・年齢階級に偏りがあるため、それぞれの対象集団における性・年齢階級に応じて独自に基準値を算定し、がん検診事業の評価に役立てていただきたい。	全国の標準的な性・年齢階級に基づいた基準値を表7（上限 74 歳）、表 7-2（上限 69 歳）に示す。これとは別に、自治体や保険者によっては、性・年齢階級に偏りがあるため、それぞれの対象集団における性・年齢階級に応じて独自に基準値を算定し、がん検診事業の評価に役立てていただきたい。
（2） 質と達成度のモニタリング（第 2 段階） **（2－1） 技術・体制指標のモニタリング（チェックリストの遵守状況調査）**（略） **①モニタリング方法** チェックリストに基づいた調査により、都道府県、市区町村、検診機関は毎年度遵守状況を自己点検する。都道府県は管区内の全市区町村と全検診機関の遵守状況を、市区町村は管区内の全検診機関の遵守状況を把握する（※3）。国は、各都道府県の遵守状況を把握する。 ※3 （略） **②モニタリングの注意点** （略） **（2－2） プロセス指標のモニタリング** **① モニタリング方法** 都道府県と市区町村は、事業報告に基づいて、都道府県別/市区町村別のプロセス指標値を把握する。（※4）また、検診機関から報告される検診結果別人数に基づいて、検診機関別のプロセス指標値を把握する（※5）。国は各都道府県のプロセス指標値を把握する。 プロセス指標値は性別、年齢 5 歳階級別、過去の受診歴別に把握する。 ※4 事業報告の流れ 事業報告の流れを図3に示す。市区町村から国への報告、及び国からの公表は 2 回に分けて行われる。これは市区町村が精検の最終結果を把握するまでに時間がかかるため、国への報告時期を遅らせて、把握漏れがないようにするためである。	**（2） 質と達成度のモニタリング（第 2 段階）** **（2－1） 技術・体制指標のモニタリング（チェックリストの遵守状況調査）**（略） **①モニタリング方法** チェックリストに基づいた調査により、都道府県、市区町村、検診機関は毎年度遵守状況を自己点検する。都道府県は管区内の全市区町村と全検診機関の遵守状況を、市区町村は管区内の全検診機関の遵守状況を把握する（※1）。国は、各都道府県の遵守状況を把握する。 ※1 （略） **②モニタリングの注意点** （略） **（2－2） プロセス指標のモニタリング** **① モニタリング方法** 都道府県と市区町村は、「地域保健・健康増進事業報告（以下、事業報告）（※1）」に基づいて、都道府県別/市区町村別のプロセス指標値を把握する。また、検診機関から報告される検診結果別人数に基づいて、検診機関別のプロセス指標値を把握する（※2）。国は各都道府県のプロセス指標値を把握する。 プロセス指標値は性別、年齢 5 歳階級別、過去の受診歴別に把握する。 ※1 地域保健・健康増進事業報告 地域保健事業や健康増進事業の結果を市区町村ごとに報告するもの。地域保健施策を効率的・効果的に推進するための基礎資料を得ることを目的として行われる。 同事業報告の流れを図3に示す。市区町村から国への報告、及び国からの公表は 2 回に分けて行われる。これは市区町村が精密検査の最終結果を把握するまでに時間がかかるため、国への報告時期を遅らせて、把握漏れがないようにするためである。

※5 市区町村が単独で検診機関のデータを把握できない場合は、都道府県が把握したデータを市区町村に共有すればよい。なお、都道府県から市区町村にデータ共有を行う際は、「個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）」（以下「個人情報保護法」という。）に基づき対応する。	※2 市区町村が単独で検診機関のデータを把握できない場合は、都道府県が把握したデータを市区町村に共有すればよい。
② モニタリングの注意点 （略）	**② モニタリングの注意点** （略）
（3） 指標の分析・評価、改善に向けた取組（第 3 段階） **（3－1） 評価のフィードバックと公表（図4）** 都道府県は管区内市区町村、検診機関の指標を分析・評価（※6）し、精度管理上の課題を特定し、具体的な改善策を策定する。また、評価と改善策を市区町村、検診機関にフィードバックし（※7、8）、改善を依頼するとともに、必要な技術的支援・指導を行う（※9）。さらに、フィードバック内容を住民に公表する（※10）。これらの取組は専門的見地から適切に行う必要があるため、都道府県は生活習慣病検診等管理指導協議会（がん部会）等に取組内容を諮問し、助言を得て実行する。（略）	**（3） 指標の分析・評価、改善に向けた取組（第 3 段階）** **（3－1） 評価のフィードバックと公表（図4）** 都道府県は管区内市区町村、検診機関の指標を分析・評価（※1）し、精度管理上の課題を特定し、具体的な改善策を策定する。また、評価と改善策を市区町村、検診機関にフィードバックし（※2、3）、改善を依頼するとともに、必要な技術的支援・指導を行う（※4）。さらに、フィードバック内容を住民に公表する（※5）。これらの取組は専門的見地から適切に行う必要があるため、都道府県は生活習慣病検診等管理指導協議会（がん部会）等に取組内容を諮問し、助言を得て実行する。（略）
※6 （略） ※7 （略） ※8 （略） ※9 （略） ※10 （略）	※1 （略） ※2 （略） ※3 （略） ※4 （略） ※5 （略）
（3－2） 改善策の実行 （略） **（3－3） 改善状況の確認** （略）	**（3－2） 改善策の実行** （略） **（3－3） 改善状況の確認** （略）
（4） 住民検診の精度管理上の留意点 **（4－1） 集団検診と個別検診における精度管理の特徴** 検診の提供体制には集団検診方式と個別検診方式がある（表13）。集団検診では契約施設が少なく検診体制が統一しやすいため、比較的精度管理が容易である。一方、個別検診では、関与する組織が多いため（図5）体制統一がしにくく、精度管理が難しい。 個別検診における検診機関の定義は、「実際に検診を受託する個々の医	**（4） 住民検診の精度管理上の留意点** **（4－1） 集団検診と個別検診における精度管理の特徴** 検診の提供体制には集団検診方式と個別検診方式がある（表13）。集団検診では契約施設が少なく検診体制が統一しやすいため、比較的精度管理が容易である。一方、個別検診では、関与する組織が多いため（図5）体制統一がしにくく、精度管理が難しい。 個別検診における検診機関の定義は、「実際に検診を受託する個々の医

療機関（診療所やクリニックなども含む）」（※11）である。（略）	療機関（診療所やクリニックなども含む）」である。（略）
※11 HPV 検査単独法による子宮頸がん検診では、検体採取機関、HPV 検査（検診または追跡検査）の判定機関、細胞診（トリアージ検査）判定機関がある。	
（略）	（略）
（4－2） 精検受診率向上対策	**（4－2） 精密検査受診率向上対策**
がん検診は、がんの疑いがある者を適切に診断・治療することにより当該がんの死亡率を下げるものであり、精検受診率は最も重要な精度管理指標の一つである。第 4 期基本計画では「精検受診率 90%達成」が個別目標の一つに掲げられている。 精検受診率対策には、精検未受診率および精検未把握率を下げる対策があるが、取り組む内容が異なるため、市区町村は双方を定義（※12）に従って正確に分類し、優先度が高い方から対策を始める。（略）	がん検診は、がんの疑いがある者を適切に診断・治療することにより当該がんの死亡率を下げるものであり、精検受診率は最も重要な精度管理指標の一つである。第 3 期基本計画では「精検受診率 90%達成」が個別目標の一つに掲げられている。 精検受診率対策には、精検未受診率および精検未把握率を下げる対策があるが、取り組む内容が異なるため、市区町村は双方を定義（※1）に従って正確に分類し、優先度が高い方から対策を始める。（略）
※12 精検受診、未受診、未把握の定義 【精検受診】：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。 【精検未受診】：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（受診者本人の申告及び精検機関で受診の事実が確認されないもの）及び精検として不適切な検査（※13）が行われたもの。 【精検未把握】：精検受診の有無が分からないもの及び（精検受診したとしても）精検結果が正確に報告されないもの。	※1 精検受診、未受診、未把握の定義 【精検受診】：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。 【精検未受診】：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（受診者本人の申告及び精検機関で受診の事実が確認されないもの）及び精検として不適切な検査（※2）が行われたもの。 【精検未把握】：精検受診の有無が分からないもの及び（精検受診したとしても）精検結果が正確に報告されないもの。
※13 不適切な精検 （略）	※2 不適切な精密検査 （略）
（4－3） 精検結果の回収における個人情報の考え方	**（4－3） 精密検査結果の回収における個人情報の考え方**
精検結果はがん検診の精度管理において必要不可欠な情報であることから、精検（治療）機関は市区町村や検診機関の求めに応じて情報提供を行う。 地方公共団体等への精検結果の提供は個人情報保護法において、「公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき（第 18 条第3項第 3 号）」に	精検結果はがん検診の精度管理において必要不可欠な情報であることから、精検（治療）機関は市区町村や検診機関の求めに応じて情報提供を行う。 地方公共団体等への精検結果の提供は「個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）」において、「公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ること

該当し、必ずしも本人の同意を得る必要はないとされている。（略）	が困難であるとき（第 23 条第 1 項第 3 号）」に該当し、必ずしも本人の同意を得る必要はないとされている。（略）
（4－4） その他の留意点 （略）	**（4－4） その他の留意点** （略）
3．2． 職域検診の精度管理手法 （略） 職域におけるがん検診の精度管理を行ううえで、保険者や事業主はがん検診の結果など健康情報の取扱いのために、個人情報保護法や各種ガイドラインに留意する必要がある（別添8）。また事業主は労使の協議により、各種情報を取り扱う目的、方法、権限等について取扱い規定に定め、労働者に周知する必要がある（※1）。（略）	**3．2． 職域検診の精度管理手法** （略） 職域におけるがん検診の精度管理を行ううえで、保険者や事業主はがん検診の結果など健康情報の取扱いのために、「個人情報の保護に関する法律」や各種ガイドラインに留意する必要がある（別添8）。また事業主は労使の協議により、各種情報を取り扱う目的、方法、権限等について取扱い規定に定め、労働者に周知する必要がある（※1）。（略）
3．3． 精度管理における地域・職域連携 （略）	**3．3． 精度管理における地域・職域連携** （略）
第4章 がん検診の受診率向上の手法	**第4章 がん検診の受診率向上の手法**
受診率向上対策としてはまず受診者数（率）を正確に把握したうえで、受診者数を増やす取組が必要である。前者は第 2 章で詳述したため、本章では後者について示す。	受診率向上対策としてはまず受診者数（率）を正確に把握したうえで、受診者数を増やす取組が必要である。前者は第 2 章で詳述したため、本章では後者について示す。 第 3 期基本計画（別添3）では受診率向上で取り組むべき施策として以下を挙げている。 ・ これまでの施策の効果を検証したうえで、対象者の明確化や、将来的には組織型検診のような体制整備など、効果的な受診率の方策を検討する。 ・ 市区町村は当面の対応として、検診手続きの簡素化、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。 ・ 市区町村や検診機関は、受診者ががん検診の意義や必要性を適切に理解できるように努める。 ・ 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の整備など、受診者の利便性向上や財政上のインセンティブ策の活用に努める。

受診率向上の明らかな科学的根拠がある施策として、個別受診勧奨（コール）・再勧奨（リコール）がある。	以上のうち受診率向上の明らかな科学的根拠がある施策は個別受診勧奨（コール）・再勧奨（リコール）である。
４．１．　個別受診勧奨・再勧奨の徹底 市区町村・保険者・事業主は、対象者全員の氏名を記載した名簿の作成、電話や手紙による対象者個人への受診勧奨、未受診者への再勧奨を徹底する。そのうえで受診勧奨の内容や効率的に行う工夫については、各地域の実情に合わせて検討する。例えば、厚生労働省が「受診率向上政策ハンドブック（第 3 版）」で紹介している、がん検診の受診率向上効果が実証された事例を参考にする。また職域マニュアルでは以下の地域・職域連携により、職域の受診機会がない者が住民検診を受けられる体制を整備することが求められている。 （略）	**４．１．　個別受診勧奨・再勧奨の徹底** 市区町村・保険者・事業主は、対象者全員の氏名を記載した名簿の作成、電話や手紙による対象者個人への受診勧奨、未受診者への再勧奨を徹底する。そのうえで受診勧奨の内容や効率的に行う工夫については、各地域の実情に合わせて検討する。例えば、厚生労働省が「受診率向上政策ハンドブック（第 2 版）」で紹介している、「ナッジ（nudge）理論」を用いた勧奨方法の好事例を参考にする。また職域マニュアルでは以下の地域・職域連携により、職域の受診機会がない者が住民検診を受けられる体制を整備することが求められている。 （略）
４．２．　その他の主な受診率向上対策	**４．２．　その他の主な受診率向上対策**
（１）　がん検診の意義や必要性に対する理解度向上の取組 がん検診は診療と異なり無症状者が受けるべきものだが、「がん対策に関する世論調査（令和 5 年度、内閣府）」ではがん検診を受診しない理由として、「心配な時はいつでも医療機関を受診できる」、「費用がかかり経済的にも負担になる」、「受ける時間がない」、「健康状態に自信があり、必要性を感じない」が上位に挙げられている。これは国民の間で「がん検診」と「診療」が混同されている状況が示唆され、がん検診の意味について更なる情報提供が必要である（※1）。 ※1 （略）	**（１）　がん検診の意義や必要性に対する理解度向上の取組** がん検診は診療と異なり無症状者が受けるべきものだが、「がん対策・たばこ対策に関する世論調査（令和元年度、内閣府）」ではがん検診を受診しない理由として、「受ける時間がない」、「健康状態に自信があり、必要性を感じない」、「心配な時はいつでも医療機関を受診できる」が上位に挙げられている。これは国民の間で「がん検診」と「診療」が混同されている状況が示唆され、がん検診の意味について更なる情報提供が必要である（※1）。 ※1 （略）
（２）　対象年齢層を設定した重点受診勧奨の実施 高齢者は若年者と比べ、がん検診の不利益が利益を上回る可能性がある。諸外国ではがん検診を推奨する年齢に上限を設けており、日本の住民検診においても、指針において、対象者全員の受診機会が用意されたうえで、受診を特に推奨する者を 69 歳以下の者、HPV検査単独法による子宮頸がん検診については、60 歳以下の者としている。	**（２）　対象年齢層を設定した重点受診勧奨の実施** 高齢者は若年者と比べ、がん検診の不利益が利益を上回る可能性がある。諸外国ではがん検診を推奨する年齢に上限を設けており、日本の住民検診においても、対象者全員の受診機会が用意されたうえで、受診を特に推奨する者を 69 歳以下の者としている（※1）。 ※1　厚生労働省がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（令和 3 年 10 月一部改正）

（3） 受診者の利便性向上に向けた取組 （略）	**（3） 受診者の利便性向上に向けた取組** （略）
（4） 検診受診者、検診提供者へのインセンティブ （略）	**（4） 検診受診者、検診提供者へのインセンティブ** （略）
（4－1） 検診受診者へのインセンティブ	**（4－1） 検診受診者へのインセンティブ**
がん検診を受診しない理由として、内閣府の世論調査では、前述のとおり上から2番目の項目として「費用がかかり経済的にも負担になる」が挙げられている。住民検診費用の自己負担額については、全対象者の自己負担を免除している市区町村が約1割、年齢や所得に応じて一部対象者の自己負担を免除している市区町村が約 7 割、自己負担の免除がない市区町村が約 2 割である（※2）。自己負担の免除による受診率向上の影響については今後評価が必要である。 （略）（※3）。	がん検診を受診しない理由として、内閣府の世論調査では、前述の上位 3 項目に次いで「費用がかかり経済的にも負担になる」が挙げられている。住民検診費用の自己負担額については、全対象者の自己負担を免除している市区町村が約1割、年齢や所得に応じて一部対象者の自己負担を免除している市区町村が約 7 割、自己負担の免除がない市区町村が約 2 割である（※1）。自己負担の免除による受診率向上の影響については今後評価が必要である。 （略）（※2）。
※2 厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査（令和5年度）」 ※3 （略）	※1 厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査（令和元年度）」 ※2 （略）
（4－2） 検診提供者へのインセンティブ 厚生労働省は、国民健康保険の保険者に対する財政的なインセンティブ制度として、平成 30 年度より保険者努力支援制度を実施している。この制度では、各保険者（市町村・都道府県）における予防・健康づくりや医療費適正化等の取組状況を評価し、それに応じて国から補助金が交付される。市区町村の評価指標にがん検診受診率が含まれる。 （略）	**（4－2） 検診提供者へのインセンティブ** 厚生労働省は、国民健康保険の保険者に対する財政的なインセンティブ制度として、平成 30 年度より保険者努力支援制度を実施している。この制度では、各保険者（市町村・都道府県）における予防・健康づくりや医療費適正化等の取組状況を評価し、それに応じて国から補助金が交付される。市町村の評価指標にがん検診受診率が含まれる。 （略）
第5章 対策型検診事業評価の全体像と今後の課題 **5．1． 事業評価の全体像**（略）	**第5章 対策型検診事業評価の全体像と今後の課題** **5．1． 事業評価の全体像**（略）
5．2． 現在行われている事業評価（住民検診）（略）	**5．2． 現在行われている事業評価（住民検診）**（略）
表14 住民検診の事業評価を目的とした調査一覧	表14 住民検診の事業評価を目的とした調査一覧

対策型検診の要件	調査名	調査内容	回答者	調査結果公表の有無
科学的根拠に基づくがん検診の実施	がん検診の実施状況調査	（略）		あり （国立がん研究センター※1） プロセス指標値は事業報告に基づいて国立がん研究センターが集計
適切な精度管理の実施	チェックリストの使用に関する実態調査			
	都道府県及び生活習慣病検診等管理指導協議会の活動状況調査			
	事業報告			
受診率向上	国民生活基礎調査			
	事業報告			あり （厚生労働省※2）
	チェックリストの使用に関する実態調査			なし

（略）

5．3．　今後の検討課題

（略）

今後がん死亡率減少を実現するため、地域・職域に関わらず全てのがん検診を効果的に行う体制についての継続的な議論、および必要に応じた本改定版の見直しが望まれる。

対策型検診の要件	調査名	調査内容	回答者	調査結果公表の有無
科学的根拠に基づくがん検診の実施	がん検診の実施状況調査	（略）		あり （国立がん研究センター※1） プロセス指標値は地域保健・健康増進事業報告に基づいて国立がん研究センターが集計
適切な精度管理の実施	「事業評価のためのチェックリスト」の使用に関する実態調査			
	都道府県及び生活習慣病検診等管理指導協議会の活動状況調査			
	地域保健・健康増進事業報告			
受診率向上	国民生活基礎調査			
	地域保健・健康増進事業報告			あり （厚生労働省※2）
	「事業評価のためのチェックリスト」の使用に関する実態調査			なし

（略）

5．3．　今後の検討課題

（略）

今後がん検診に関するがん検診死亡率減少を実現するため、地域・職域に関わらず全てのがん検診を効果的に行う体制についての継続的な議論、および必要に応じた本改定版の見直しが望まれる。

別添1　Wilson＆Jungner による検診に関する 10 原則の見直し（略）	**別添1　Wilson＆Jungner による検診に関する 10 原則の見直し**（略）
別添2－1　がん検診に関する根拠法令、通知通達の一覧（抜粋）	**別添2－1　がん検診に関する根拠法令、通知通達の一覧（抜粋）**
1．健康増進法（平成 14 年法律第 103 号） （略）	**1．健康増進法（平成 14 年法律 103 号）** （略）
2．健康増進事業実施要領（健発第 0331026 号平成 20 年3月 31 日厚生労働省健康局長通知別添）　（略）	**2．健康増進事業実施要領（平成 20 年）** （略）
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）（略）	**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（平成 20 年）**（略）
4．健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針（平成 16 年厚生労働省告示第 242 号） ● （略） ● 健康増進事業実施者においては、健診結果等情報を継続させていくことが受診者の健康の自己管理に役立ち、疾病の発症及び重症化の予防の観点から重要であり、生涯にわたる健康の増進に重要な役割を果たすことを認識し、健康増進事業の実施に当たっては、個人情報の保護に関する法律（中略）等(中略)を遵守しつつ、生涯を通じた継続的な自己の健康管理の観点から、健診結果等情報を継続させるために必要な措置を講じることが望ましいこと。 ● （略）	**4．健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針（平成 16 年）** ● （略） ● 健康増進事業実施者においては、健診結果等情報を継続させていくことが受診者の健康の自己管理に役立ち、疾病の発症及び重症化の予防の観点から重要であり、生涯にわたる健康の増進に重要な役割を果たすことを認識し、健康増進事業の実施に当たっては、個人情報の保護に関する法律（中略）等を遵守しつつ、生涯を通じた継続的な自己の健康管理の観点から、健診結果等情報を継続させるために必要な措置を講じることが望ましいこと。 ● （略）
5．健康診査管理指導等事業実施のための指針（健総発第 0331012 号平成 20 年3月 31 日厚生労働省健康局総務課長通知別添） ● 都道府県は、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、生活習慣病検診等管理指導協議会を設置・運営するものである。 （略）	**5．健康診査管理指導等事業実施のための指針（平成 20 年）** ● 都道府県は、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、生活習慣病検診等管理指導協議会を設置・運営する。 （略）

6. がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）（略） **別添2－2　高齢者の医療の確保に関する法律・労働安全衛生法（抜粋）** **7. 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）**（略） ● 第百五十七条の二 保険者及び後期高齢者医療広域連合は、共同して、加入者の高齢期における健康の保持のために必要な事業の推進並びに高齢者医療制度の円滑な運営及び当該運営への協力のため、都道府県ごとに、保険者協議会を組織する。 2　前項の保険者協議会は、次に掲げる業務を行う。 一　特定健康診査等の実施、高齢者医療制度の運営その他の事項に関する保険者その他の関係者間の連絡調整 二　保険者に対する必要な助言又は援助 三　医療に要する費用その他の厚生労働省令で定める事項に関する情報についての調査及び分析 四　都道府県医療費適正化計画の実績の評価に関する調査及び分析 （略） **※労働安全衛生規則（昭和 47 年労働省令第 32 号）** ・雇入時の健康診断（第四十三条）：項目の一つに「胸部エックス線検査」がある ・定期健康診断（第四十四条）：項目の一つに「胸部エックス線検査及び喀痰検査」がある。 **別添3　がん対策推進基本計画（第1期、第2期、第3期、第4期）の要点**	**6. がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）（平成 28 年改正）**（略） **別添2－2　高齢者の医療の確保に関する法律・労働安全衛生法（抜粋）** **7. 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）**（略） ● 第百五十七条の二 保険者及び後期高齢者医療広域連合は、共同して、加入者の高齢期における健康の保持のために必要な事業の推進並びに高齢者医療制度の円滑な運営及び当該運営への協力のため、都道府県ごとに、保険者協議会を組織するよう努めなければならない。 2　前項の保険者協議会は、次に掲げる業務を行う。 一　特定健康診査等の実施、高齢者医療制度の運営その他の事項に関する保険者その他の関係者間の連絡調整 二　保険者に対する必要な助言又は援助 三　医療に要する費用その他の厚生労働省令で定める事項に関する情報についての調査及び分析 （略） **※労働安全衛生規則（昭和 47 年）** ・雇用時の健康診断（第四十三条）：項目の一つに「胸部エックス線検査がある ・定期健康診断（第四十四条）：項目の一つに「胸部エックス線検査及び喀痰検査」がある **別添3　がん対策推進基本計画（第1期、第2期、第3期）の要点**

	取り組むべき施策	個別目標
第1期計画（平成 19 年 6 月）	（略）	
第2期計画		

	取り組むべき施策	個別目標
第1期計画（平成 19 年 6 月）	（略）	
第2期計画		

（平成 24 年 6 月） 第３期計画 （平成 30 年3月）		
第4期計画 （令和５年3月）	① 受診率向上対策について ○ 国は、がん検診受診率をより正確かつ精緻に、また、個人単位で把握することができるよう検討する。 ○ 国は、これまでの取組から得られた知見を踏まえつつ、より科学的かつ効率的な受診勧奨策を、関係学会や企業等の協力を得て、都道府県及び市町村と連携して推進する。また、全ての国民ががん検診を受診しやすい体制の整備に向け、女性・障害者・非正規雇用者等が受診しやすい環境整備など、受診者の立場に立ったがん検診を受診する上での利便性の向上に努める。 ○ 市町村及び検診実施機関においては、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努める。また、国は、指針に基づくがん検診の意義及び必要性について、国民が正しく理解できるよう普及啓発を行う。 ○ 国は、感染症発生・まん延時等にがん検診の提供体制を一時的に縮小した場合でも、状況に応じて速やかに提供体制及び受診行動	○ がん検診受診率を向上させ、指針に基づく全てのがん検診において、受診率 60％を目指す。 ○ がん検診の精度管理を向上させるとともに、精密検査受診率 90％を目指す。

（平成 24 年 6 月） 第３期計画 （平成 30 年3月）	

	を回復させることができるよう、平時における準備等の対応について検討する。 ○ 国は、実施主体によらずがん検診を一体的に進めることができるよう、職域におけるがん検診について、実施状況の継続的な把握及び適切な実施に向けた課題の整理を行い、必要に応じて、その法的な位置付けも含め、がん検診全体の制度設計について検討する。			
第４期計画 （令和５年３月）	②がん検診の精度管理等について ○ 国は、レセプトやがん登録情報を活用したがん検診の精度管理について、技術的支援等を行う。 ○ 精密検査受診率について、国は、市町村における適切な精度管理の実施のため、精密検査受診率の低い市町村の実態把握を行う仕組みについて検討するとともに、都道府県による指導・助言等の取組を推進する。市町村は、都道府県による指導・助言等を踏まえ、引き続き、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。 ○ 国は、職域におけるがん検診の実態把握に係る方法を検討した上で、職域におけるがん検診の精度管理を推進するための取組について、保険者に対する技術的支援や、産業保健総合支援センターを通じた事業場の産業保健スタッフ			

	に対する周知等を含め検討する。 ○ 国及び都道府県は、精密検査受診率向上のため、「精密検査を受けられる医療機関リスト」の提供等、職域を含めた、がん検診の実施者による分かりやすい情報提供を推進する。			
第4期計画 （令和５年3月）	③科学的根拠に基づくがん検診の実施について ○ 国は、我が国におけるがん検診の進捗及び課題を整理するため、諸外国における取組との経年的な比較調査を実施する仕組みについて検討する。 ○ 国は、より効率的・効果的ながん検診の実施を推進する観点から、指針に基づくがん検診の科学的根拠に基づいた効果検証を進めるとともに、対策型検診の項目の導入に係るプロセスの明確化等について検討する。 ○ 国は、指針に基づかないがん検診に係る効果検証の方法について検討するとともに、指針に基づかないがん検診の効果検証を希望する関係学会や企業等と、地方公共団体のマッチングを促進する仕組みについて検討する。 ○ 国は、我が国における組織型検診の構築に向け、科学的根拠に基づくがん検診の実施に向けた取組により精度管理を向上させつつ、課題を整理し、その対応を検			

	討する。	

別添4　指針で定めるがん検診の内容

種類	検査項目	対象者	受診間隔
胃がん検診			
大腸がん検診			
肺がん検診	質問（問診）、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診	40歳以上 ※喀痰細胞診については原則として 50 歳以上の重喫煙者（喫煙指数 600 以上の者）のみ	年1回
乳がん検診	（略）		
子宮頸がん検診	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	20 歳代	2 年に 1 回
	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	30 歳以上	2 年に 1 回
	問診、視診及び HPV 検査単独法 ※実施体制が整った自治体で選択可能		5 年に 1 回 ※罹患リスクが高い者については 1 年後に受診

別添5　事業評価のためのチェックリスト（令和6年3月末時点）

（略）

別添7　がん検診に関する自治体からの照会及び回答

（略）

別添4　指針で定めるがん検診の内容

種類	検査項目	対象者	受診間隔
胃がん検診	（略）		
大腸がん検診			
肺がん検診	質問（問診）、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診	40歳以上	年1回
乳がん検診	（略）		
子宮頸がん検診	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	20 歳以上	2 年に 1 回

別添5　事業評価のためのチェックリスト（令和5年3月末時点）

（略）

別添7　がん検診に関する自治体からの照会及び回答

（略）

A1　現時点ではありません。しかしいずれは対象年齢の上限が必要で　あり、国の検討会で議論しているところです。 がん検診には利益（死亡率減少など）と不利益（例えば胃部エックス線検査ならバリウム誤嚥や被ばくなど）があります。高齢者の利益/不利益バランスは個人差が大きいので、現状では医師等と相談して受診の有無を決定することになります。なお、厚生労働省「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」では、積極的に受診勧奨を行う対象者の年齢上限として 69 歳を推奨しています（70 歳以上の方についても、受診機会を提供することが前提です）。	A1　現時点ではありません。しかしいずれは対象年齢の上限が必要であり、国の検討会で議論しているところです。 がん検診には利益（死亡率減少など）と不利益（例えば胃部エックス線検査ならバリウム誤嚥や被ばくなど）があります。高齢者の利益/不利益バランスは個人差が大きいので、現状では医師等と相談して受診の有無を決定することになります。なお、厚生労働省「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（令和 3 年 10 月 1 日一部改正）」では、積極的に受診勧奨を行う対象者の年齢上限として 69 歳を推奨しています（70 歳以上の方についても、受診機会を提供することが前提です）。
（略）	（略）
A5　可能です。その場合は対策型検診として非妊時と同様の手順のもとに行ってください（対象年齢、受診間隔、検査方法、要精検者への精検受診勧奨の実施、精検結果の追跡実施などを遵守する）。なお、妊婦健診で行った子宮頸がん検診（細胞診）は、細胞診を実施している自治体においては地域保健・健康増進事業報告に計上することになっています。ただし、受診者数だけでなく、細胞診の判定別人数や精検受診の有無別人数の報告をお願いします。受診者数のみの報告は認められていません（厚労省確認済み）。	A5　可能です。その場合は対策型検診として非妊時と同様の手順のもとに行ってください（対象年齢、受診間隔、検査方法、要精検者への精検受診勧奨の実施、精検結果の追跡実施などを遵守する）。なお、妊婦健診で行った子宮頸がん検診（指針と同一の検診項目のみ：細胞診）は、地域保健・健康増進事業報告に計上することになっています。ただし、受診者数だけでなく、細胞診の判定別人数や精検受診の有無別　人数の報告をお願いします。受診者数のみの報告は認められていません（厚労省確認済み）。
（略）	（略）
A9　過去の喫煙者も喀痰細胞診の対象になります。国の指針では以下のように記載されています（※）。 ※厚生労働省「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（令和 5 年 6 月 23 日一部改正）」での記載 喀痰細胞診の対象者は、質問の結果、原則として 50 歳以上で喫煙指数（1 日本数×年数）600 以上　であることが判明したもの（過去における喫煙者を含む）	A9　過去の喫煙者も喀痰細胞診の対象になります。国の指針では以下のように記載されています（※）。 ※厚生労働省「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（令和 5 年 6 月 23 日一部改正）」での記載 喀痰細胞診の対象者は、質問の結果、原則として 50 歳以上で喫煙指数（1 日本数×年数）600 以上　であることが判明したもの（過去における喫煙者を含む）
（略）	（略）
A18　まず、検診の不利益（放射線被ばくや出血など）を最小化するために隔年検診を遵守徹底するよう指導をするべきです。また精度管理として、（市区町村向けのチェックリストにもありますが）個人毎の受診歴を記録した適切な受診台帳を作り、受診台帳を基に、その年の対象者を毎年抽出することが重要です。	A18　まず、検診の不利益（放射線被爆や出血など）を最小化するために隔年検診を遵守徹底するよう指導をするべきです。また精度管理として、（市区町村向けのチェックリストにもありますが）個人毎の受診歴を記録した適切な受診台帳を作り、受診台帳を基に、その年の対象者を毎年抽出することが重要です。
（略）	（略）
A24　個人情報保護法第 23 条（例外事項）の三項に、「公衆衛生の向上	A24　個人情報保護法第 23 条（例外事項）の三項に、「公衆衛生の向上

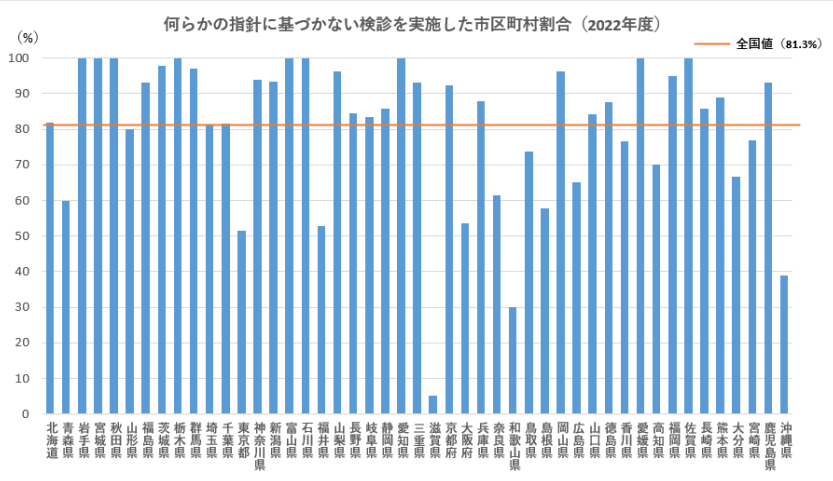
又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき」という項目が挙げられています。その具体例として、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成 29 年、個人情報保護委員会・厚生労働省）」では、「がん検診の精度管理のための地方公共団体又は地方公共団体から委託を受けた検診機関に対する精密検査結果の情報提供」と書かれています。 個人情報保護法では、がん検診などを含む公衆衛生上の施策の妨げにならないような配慮が条文に盛り込まれています。 なお、精検機関から精検結果を提供された自治体が、検診機関に精検結果を提供できるかについては、各自治体における保有個人情報（精検結果）の利用目的の特定の状況に関し、個人情報保護法第 61 条に基づき判断する必要があります。「個人情報の保護に関する法律についての事務対応ガイド（行政機関等向け）」も適宜参考にしてください。	又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき」という項目が挙げられています。その具体例として、「医療・介護関係業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（厚生労働省 2017）」では、「がん検診の精度管理のための地方公共団体又は地方公共団体から委託を受けた検診機関に対する精密検査結果の情報提供」と書かれています。 個人情報保護法では、がん検診などを含む公衆衛生上の施策の妨げにならないような配慮が条文に盛り込まれています。 なお、精検機関から精検結果を提供された自治体が、検診機関に精検結果を提供できるかについては、（自治体は個人情報保護法の対象外のため）各自治体の条例に基づいて判断する必要があります。
（略）	（略）
A25 精検を実施しない施設でも、紹介先の精密検査施設に精検結果を照会するなどして、プロセス指標値を把握することが重要です。どうしても自施設でプロセス指標値を把握できない場合には、市町村からプロセス指標値を提供してもらう必要があります。	A25 精検を実施しない施設でも、紹介先の精密検査施設に精検結果を照会するなどして、プロセス指標値を把握することが重要です。どうしても自施設でプロセス指標値を把握できない場合には、市町村から情報を提供してもらう必要があります。
（略）	（略）
A28 検査医については関連学会の認定資格を持っていることが望ましいですが、現時点でそれを必須条件とするのはまだ難しいので、地域の胃内視鏡検診運営委員会（仮称）が一定以上の経験、技量を有すると認定し、検診への参加を認めるのであれば、学会認定資格を有しない医師でも、検査医として検診に参加することが可能です。（略）	A28 検査医については関連学会の認定資格を持っていることが望ましいですが（※）、現時点でそれを必須条件とするのはまだ難しいので、地域の胃内視鏡検診運営委員会（仮称）が一定以上の経験、技量を有すると認定し、検診への参加を認めるのであれば、学会認定資格を有しない医師でも、検査医として検診に参加することが可能です。（略） ※「対策型検診のための胃内視鏡マニュアル(2017 年 3 月発行)」によると、「検査医の参加条件として、以下のいずれかを満たす医師であることが望ましい」と記載されています。 ①日本消化器がん検診学会認定医、日本消化器内視鏡学会専門医、日本消化器病学会専門医のいずれかを有する医師 ②診療、検診にかかわらず概ね年間 100 件以上の内視鏡検査を実施している医師

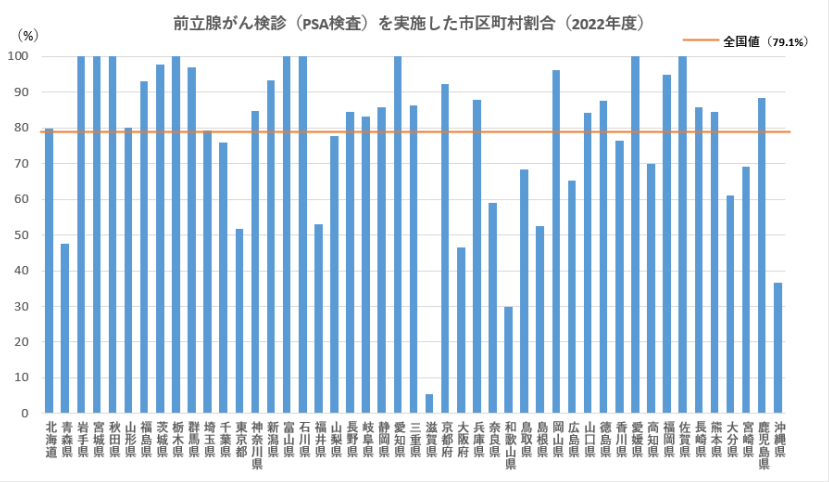
	③地域の胃内視鏡検診運営委員会（仮称）が定める条件に適応し、①または②の条件を満たす医師と同等の経験、技量を有すると認定された場合
（略）	（略）
Q29 胃内視鏡専門医が胃内視鏡検査を行った場合でも、ダブルチェックが必要ですか。また、画像が不鮮明などでダブルチェックが困難な場合でも、ダブルチェックは必要でしょうか。	Q29 胃内視鏡専門医が胃内視鏡検査を行った場合でも、ダブルチェック（※）が必要ですか。また、画像が不鮮明などでダブルチェックが困難な場合でも、ダブルチェックは必要でしょうか。
A29 （略）	A29 （略） ※検査医以外の読影委員会のメンバーによるチェックのこと。読影委員会のメンバーは、日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医、日本消化器内視鏡学会専門医のいずれかの資格を取得することが求められています。ただし専門医が複数いる医療機関では施設内での相互チェックをダブルチェックの代替方法とすることができます。
（略）	（略）
A30 問題ありません。生検は精密検査に該当し、生検結果の提出は精密検査結果の提供にあたるので、診療で得られた個人情報とは扱いが異なります。	A30 問題ありません。生検は精密検査に該当し、生検結果の提出は精密検査結果の提供にあたるので、診療で得られた個人情報とは扱いが異なります。 「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル（2017 年 3 月発行）」では、胃内視鏡検診の判定は「胃がんなし」「胃がん疑い」「胃がんあり」「胃がん以外の悪性病変」の 4 段階とし、内視鏡医との判定が異なる場合でも、読影委員会によるダブルチェックの判定結果を最終判定とするとなっています。読影委員会が悪性病変を確定するためには、病理診断結果の情報は不可欠です。 読影委員会は内視鏡検診運営委員会（仮称）もしくはそれに相当する組織が設置することになっており、検診業務を委託された検診機関と同じ位置づけだと考えられます。その整理であれば、病理結果の提供は個人情報保護法第 23 条の例外規定にあたります。 市町村が運営される「胃内視鏡検診運営委員会」で方針を検討し、その決定に従って情報提供の体制を整えてください。
Q37 乳房エックス線画像については、日本乳がん検診精度管理中央機構の施設画像評価で A または B 評価を受けることが求められています。評価は５年ごとに更新されますが、一度 A または B 評価を受けていれば、更新手続きがされていなくてもかまわないでしょ	Q37 乳房エックス線画像については、日本乳がん検診精度管理中央機構の施設画像評価で A または B 評価を受けることが求められています。評価は３年ごとに更新されますが、一度 A または B 評価を受けていれば、更新手続きがされていなくてもかまわないでしょ

うか。	うか。
（略）	（略）
A39 **精度を担保する観点から、市町村が実施する子宮頸がん検診（細胞診）においては、産婦人科医師による検体採取を推奨しています。** 検体採取に当たる看護師が相当の訓練を受けており、かつ産婦人科を専門とし、当該行為に精通する医師が当該看護師に指示する場合に検体採取が行うことを排除するものではありません。なお、自己採取法による細胞診は、精度が著しく低いので実施しないでください。	A39 **医師による検体採取のみ可とされています。** 看護師などのメディカルスタッフによる採取は、訓練の方法や訓練のレベルが殆ど議論されておらず、精度を担保する仕組みがまだできていないため適切ではありません。また自己採取法による細胞診は、精度が著しく低いので実施しないでください。
（略）	（略）
A41 （略） ※※厚生労働省「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」参照。医師不在時の検診実施要件については、「検診機関用チェックリスト」を参照。	A41 （略） ※※厚生労働省「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（令和 3 年 10 月 1 日一部改正）」参照。医師不在時の検診実施要件については、「検診機関用チェックリスト」を参照。
（略）	（略）
A45 **下記の資料を参照してください。** スクリーニング（検診 / 健診）プログラム：ガイドブック　―効果の改善、利益の最大化および不利益の最小化―（特に３～５ページ） https://gankenshin.jp/products/screening-guidebook/	A45 **下記の資料を参照してください。** 「かかりつけ医のためのがん検診ハンドブック（厚労省がん検診受診向上指導事業）」 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000059490.html 公益財団法人がん研究振興財団、冊子・パンフレット一覧、検診とがん～正しい検診を知る 5 分間～ https://www.fpcr.or.jp/pamphlet.html
（略）	（略）
A47 （略） **生検は偶発症を生じる最大の原因であり、不要・不急の生検はできるだけ避け、必要最小限に留めることが必要です。生検の主な偶発症は出血であり、適切な対応がとれる体制を整備することも重要です。検査医にはダブルチェックや研修会を通じて「念のため」「良性病変の診断」を目的とした生検は行わないことを周知するようお願いします。**	A47 （略） **生検は偶発症を生じる最大の原因であり、不要・不急の生検はできるだけ避け、必要最小限に留めることが必要です。生検の主な偶発症は出血であり、適切な対応がとれる体制を整備することも重要です。検査医にはダブルチェックや研修会を通じて「念のため」「良性病変の診断」を目的とした生検は行わないことを周知するようお願いします。**なお、「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル」には、原則として生検が必要無い病変として、①典型的な胃底腺ポリープ、②タコイボびらん（隆起型びらん）、③黄色腫、④血管拡張症（vascular ectasia）、⑤5mm 以下の過形成性ポ

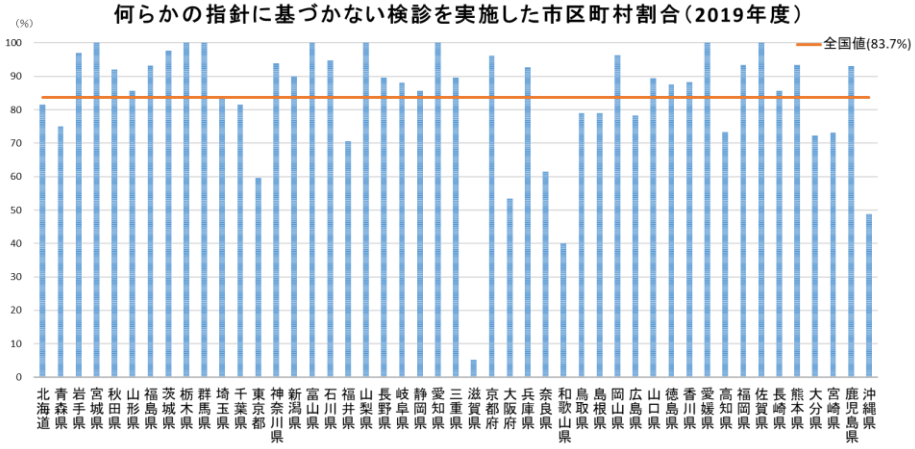
	リープ、⑥十二指腸潰瘍、などが挙げられており、静脈瘤や出血性胃潰瘍は禁忌であると記載されています。
（略）	（略）
A63　ダブルチェックの要再検査は「胃がんを疑う」新たな所見があった場合に出される指示ですが、再検査時の内視鏡検査で指摘部位に胃がんを疑う病変が見つからなかった場合には生検はしません。再検査においても無用な生検を避けることは当然のことです。	A63　ダブルチェックの要再検査は「悪性を疑う」新たな所見があった場合に出される指示ですが、再検査時の内視鏡検査で指摘部位に悪性を疑う病変が見つからなかった場合には生検はしません。再検査においても無用な生検を避けることは当然のことです。
（略）	（略）
Q75　子宮頸がん検診（細胞診）で意義不明な異型扁平上皮細胞（ASC-US）となったのち、精検としてヒトパピローマウイルス検査（HPV 検査）のみを受診した方については、地域保健・健康増進事業報告をどのように計上したら良いですか。	Q75　子宮頸がん検診で意義不明な異型扁平上皮細胞（ASC-US）となったのち、精検としてヒトパピローマウイルス検査（HPV 検査）のみを受診した方については、地域保健・健康増進事業報告をどのように計上したら良いですか。
（略）	（略）
Q76　（Q75 の続き）子宮頸がん検診（細胞診）の結果が ASC-US となり、精検として HPV 検査のみを行った後、期間をあけて再検査（※1）を行う場合があります。市町村は再検査の結果も必ず把握しなければいけないでしょうか。	Q76　（Q75 の続き）子宮頸がん検診の結果が ASC-US となり、精検として HPV 検査のみを行った後、期間をあけて再検査（※1）を行う場合があります。市町村は再検査の結果も必ず把握しなければいけないでしょうか。
別添８　「職域におけるがん検診に関するマニュアル(厚生労働省、平成 30 年３月)」(抜粋)　（略）	別添８　「職域におけるがん検診に関するマニュアル(厚生労働省、平成 30 年３月)」(抜粋)　（略）

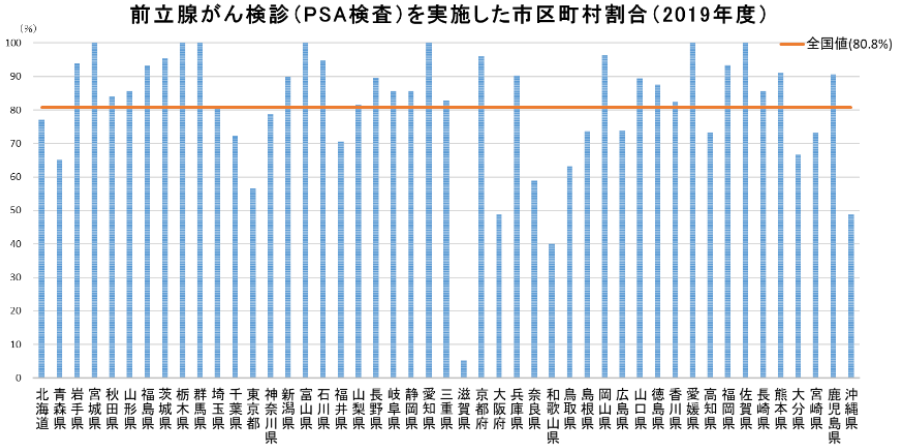
別添９－１「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に基づかない検診の実施状況（2022 年）

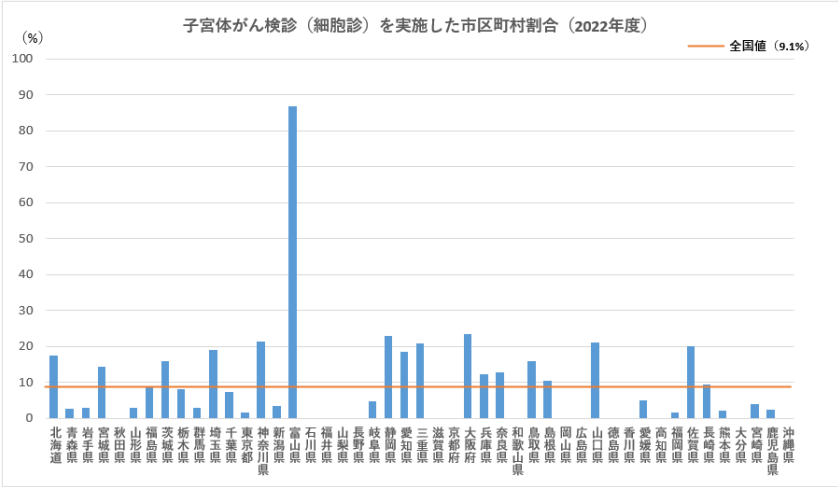


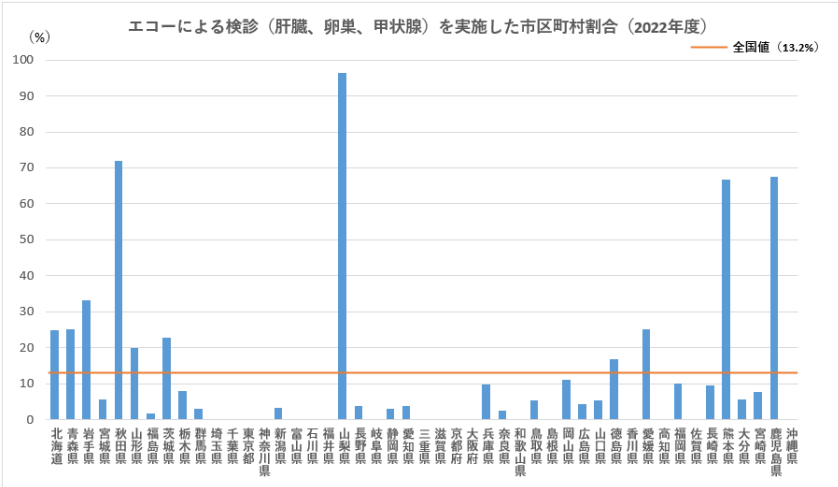


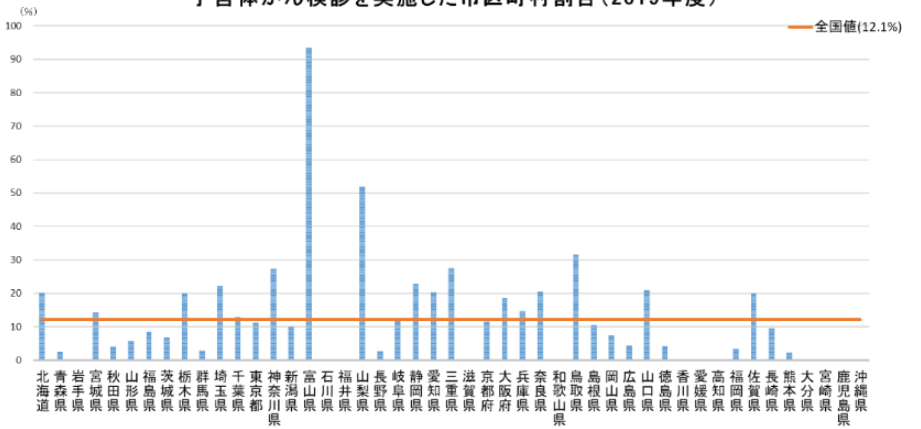
別添９－１「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に基づかない検診の実施状況（2019 年）

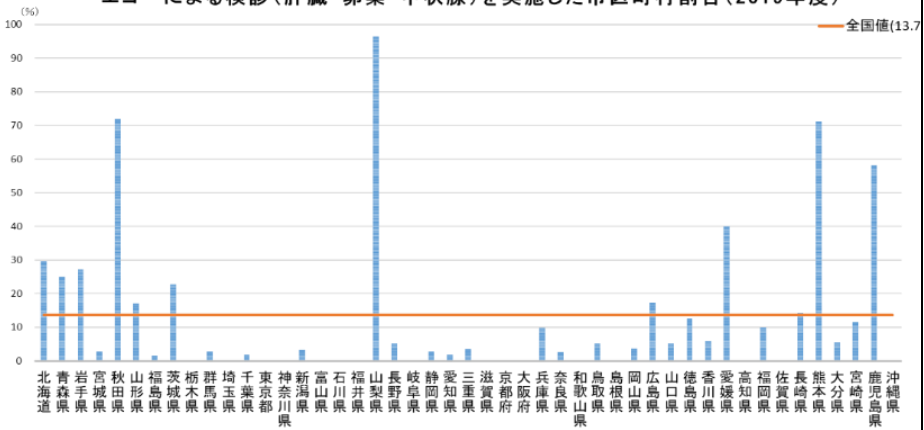





子宮体がん検診（細胞診）を実施した市区町村割合（2022年度）
（%）
全国値（9.1%）
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県


エコーによる検診（肝臓、卵巣、甲状腺）を実施した市区町村割合（2022年度）
（%）
全国値（13.2%）
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県


子宮体がん検診を実施した市区町村割合（2019年度）
（%）
全国値(12.1%)
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県


エコーによる検診（肝臓・卵巣・甲状腺）を実施した市区町村割合（2019年度）
（%）
全国値(13.7
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県

「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に基づかない検診の実施状況（2022 年）

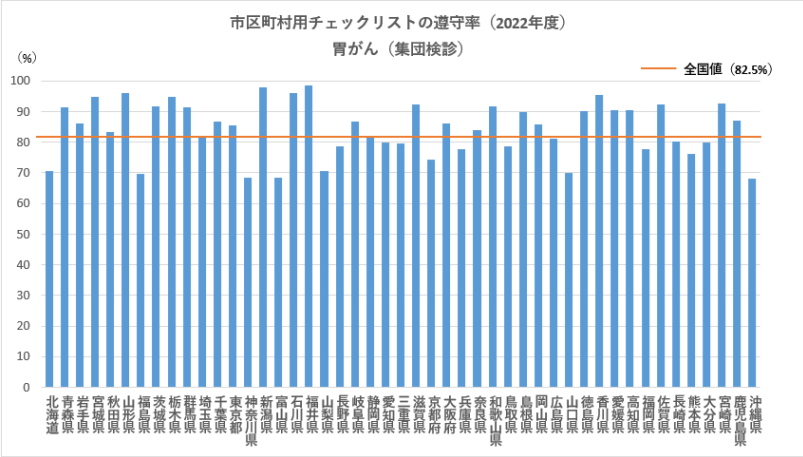
都道府県名	何らかの指針に基づかない検診を実施した市区町村割合	指針に基づかない検診の種類		
		前立腺がん検診（PSA検査）を実施した市区町村割合	子宮体がん検診（細胞診）を実施した市区町村割合	エコーによる検診（肝臓、卵巣、甲状腺）を実施した市区町村割合
全国	81.3	79.1	9.1	13.2
北海道	81.9	79.7	17.5	24.9
青森県	60.0	47.5	2.5	25.0
岩手県	100.0	100.0	3.0	33.3
宮城県	100.0	100.0	14.3	5.7
秋田県	100.0	100.0	0.0	72.0
山形県	80.0	80.0	2.9	20.0
福島県	93.2	93.2	8.5	1.7
茨城県	97.7	97.7	15.9	22.7
栃木県	100.0	100.0	8.0	8.0
群馬県	97.1	97.1	2.9	2.9
埼玉県	81.0	79.4	19.0	0.0
千葉県	81.5	75.9	7.4	0.0
東京都	51.6	51.6	1.6	0.0
神奈川県	93.9	84.8	21.2	0.0
新潟県	93.3	93.3	3.3	3.3
富山県	100.0	100.0	86.7	0.0
石川県	100.0	100.0	0.0	0.0
福井県	52.9	52.9	0.0	0.0
山梨県	96.3	77.8	0.0	96.3
長野県	84.4	84.4	0.0	3.9
岐阜県	83.3	83.3	4.8	0.0
静岡県	85.7	85.7	22.9	2.9
愛知県	100.0	100.0	18.5	3.7
三重県	93.1	86.2	20.7	0.0
滋賀県	5.3	5.3	0.0	0.0
京都府	92.3	92.3	0.0	0.0
大阪府	53.5	46.5	23.3	0.0
兵庫県	87.8	87.8	12.2	9.8
奈良県	61.5	59.0	12.8	2.6
和歌山県	30.0	30.0	0.0	0.0
鳥取県	73.7	68.4	15.8	5.3
島根県	57.9	52.6	10.5	0.0
岡山県	96.3	96.3	0.0	11.1
広島県	65.2	65.2	0.0	4.3
山口県	84.2	84.2	21.1	5.3
徳島県	87.5	87.5	0.0	16.7
香川県	76.5	76.5	0.0	0.0
愛媛県	100.0	100.0	5.0	25.0
高知県	70.0	70.0	0.0	0.0
福岡県	95.0	95.0	1.7	10.0
佐賀県	100.0	100.0	20.0	0.0
長崎県	85.7	85.7	9.5	9.5
熊本県	88.9	84.4	2.2	66.7
大分県	66.7	61.1	0.0	5.6
宮崎県	76.9	69.2	3.8	7.7
鹿児島県	93.0	88.4	2.3	67.4
沖縄県	39.0	36.6	0.0	0.0

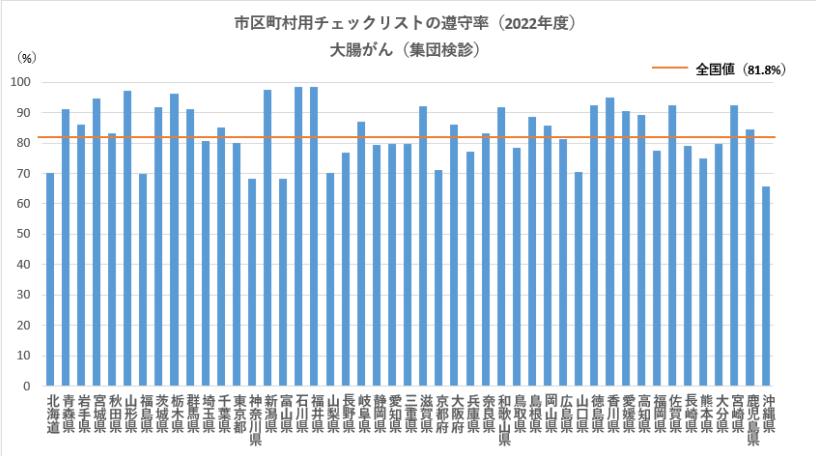
単位（%）

「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に基づかない検診の実施状況（2019 年）

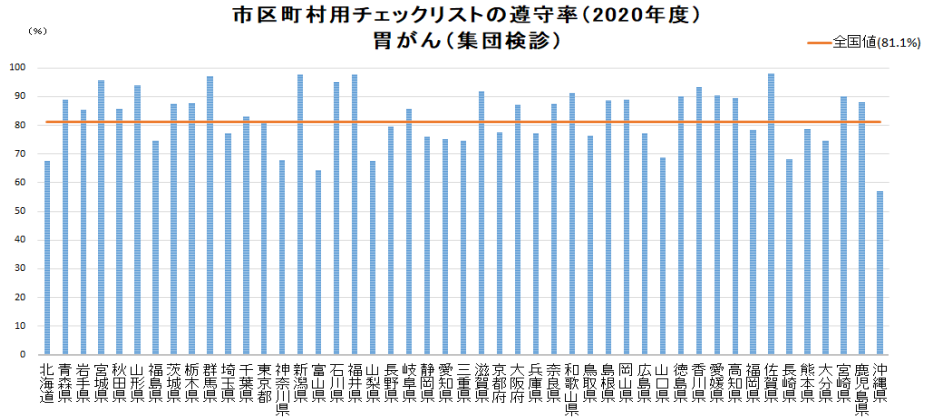
都道府県名	何らかの指針に基づかない検診を実施した市区町村割合（%）	指針に基づかない検診の種類		
		前立腺がん検診（PSA検査）を実施した市区町村割合（%）	子宮体がん検診を実施した市区町村割合（%）	エコーによる検診（肝臓・卵巣・甲状腺）を実施した市区町村割合（%）
全国	83.7	80.8	12.1	13.7
北海道	81.6	77.1	20.1	29.6
青森県	75.0	65.0	2.5	25.0
岩手県	97.0	93.9	0	27.3
宮城県	100	100	14.3	2.9
秋田県	92.0	84.0	4.0	72.0
山形県	85.7	85.7	5.7	17.1
福島県	93.2	93.2	8.5	1.7
茨城県	97.7	95.5	6.8	22.7
栃木県	100	100	20.0	0
群馬県	100	100	2.9	2.9
埼玉県	84.1	81.0	22.2	0
千葉県	81.5	72.2	13.0	1.9
東京都	59.7	56.5	11.3	0
神奈川県	93.9	78.8	27.3	0
新潟県	90.0	90.0	10.0	3.3
富山県	100	100	93.3	0
石川県	94.7	94.7	0	0
福井県	70.6	70.6	0	0
山梨県	100	81.5	51.9	96.3
長野県	89.6	89.6	2.6	5.2
岐阜県	88.1	85.7	11.9	0
静岡県	85.7	85.7	22.9	2.9
愛知県	100	100	20.4	1.9
三重県	89.7	82.8	27.6	3.4
滋賀県	5.3	5.3	0	0
京都府	96.2	96.2	11.5	0
大阪府	53.5	48.8	18.6	0
兵庫県	92.7	90.2	14.6	9.8
奈良県	61.5	59.0	20.5	2.6
和歌山県	40.0	40.0	0	0
鳥取県	78.9	63.2	31.6	5.3
島根県	78.9	73.7	10.5	0
岡山県	96.3	96.3	7.4	3.7
広島県	78.3	73.9	4.3	17.4
山口県	89.5	89.5	21.1	5.3
徳島県	87.5	87.5	4.2	12.5
香川県	88.2	82.4	0	5.9
愛媛県	100	100	0	40.0
高知県	73.3	73.3	0	0
福岡県	93.3	93.3	3.3	10.0
佐賀県	100	100	20.0	0
長崎県	85.7	85.7	9.5	14.3
熊本県	93.3	91.1	2.2	71.1
大分県	72.2	66.7	0	5.6
宮崎県	73.1	73.1	0	11.5
鹿児島県	93.0	90.7	0	58.1
沖縄県	48.8	48.8	0	0

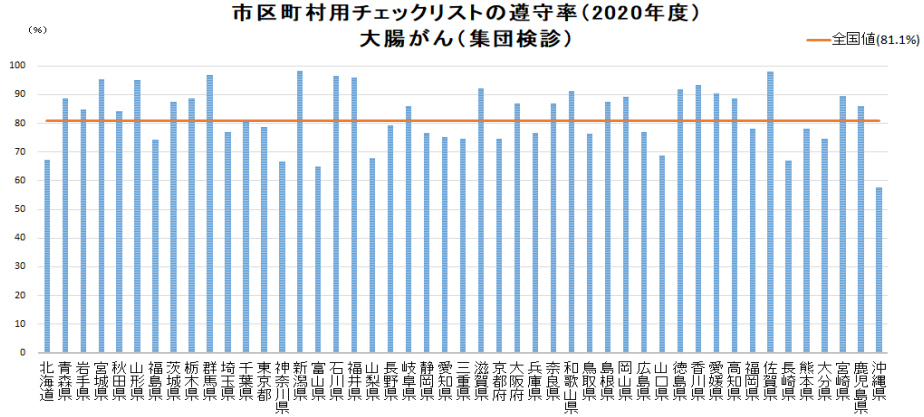
別添９－２－１ 「事業評価のためのチェックリスト（市区町村用）」の遵守状況」

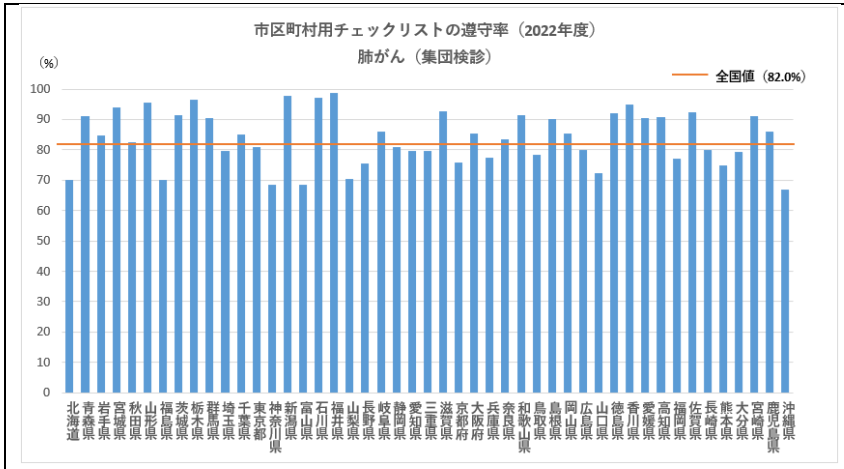


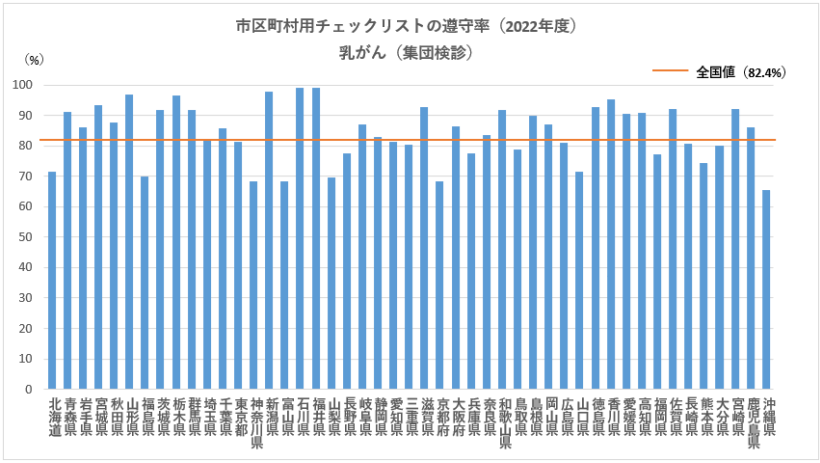


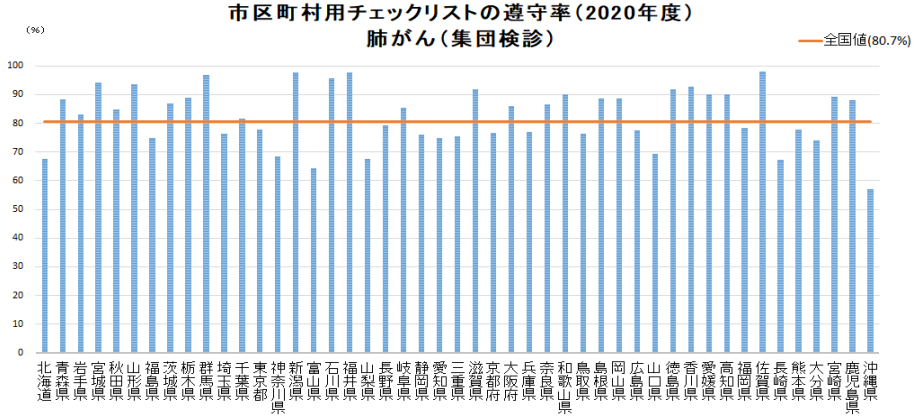
別添９－２－１ 「事業評価のためのチェックリスト（市区町村用）」の遵守状況」

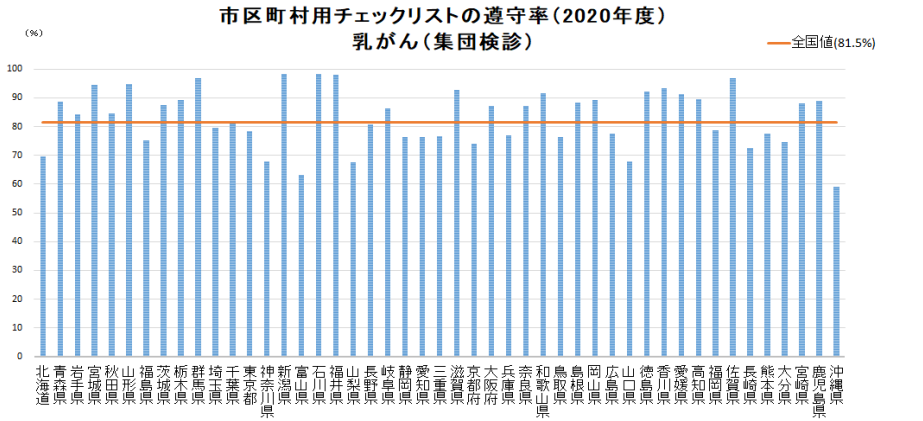


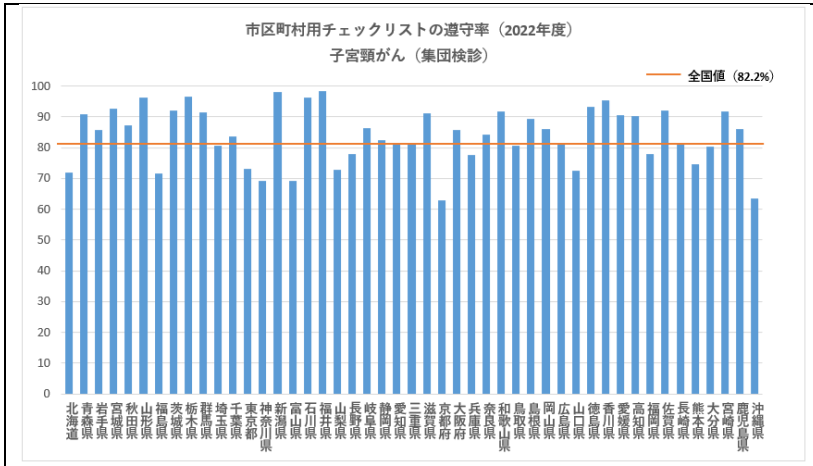


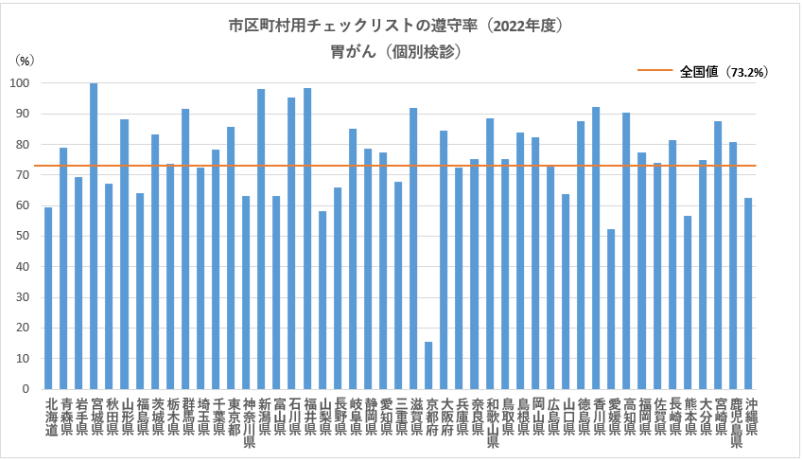

市区町村用チェックリストの遵守率（2022年度）
肺がん（集団検診）
(%)
全国値（82.0%）
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県

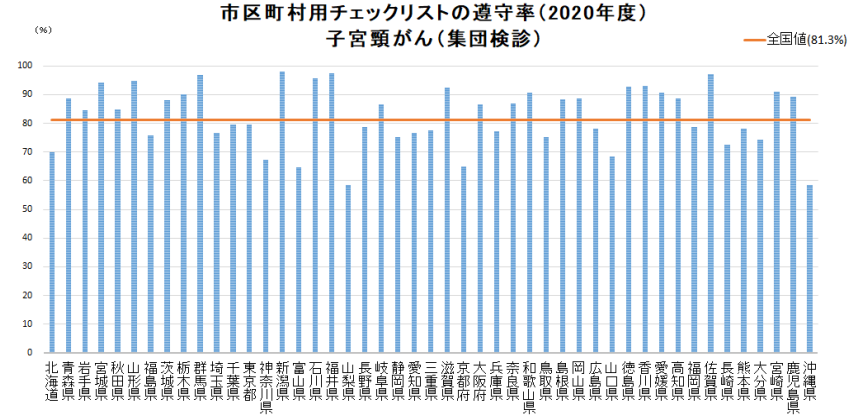

市区町村用チェックリストの遵守率（2022年度）
乳がん（集団検診）
(%)
全国値（82.4%）
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県

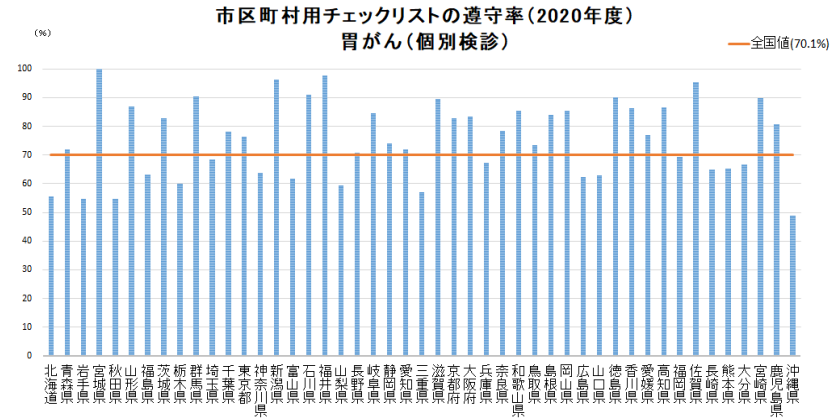

市区町村用チェックリストの遵守率（2020年度）
肺がん（集団検診）
(%)
全国値(80.7%)
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県

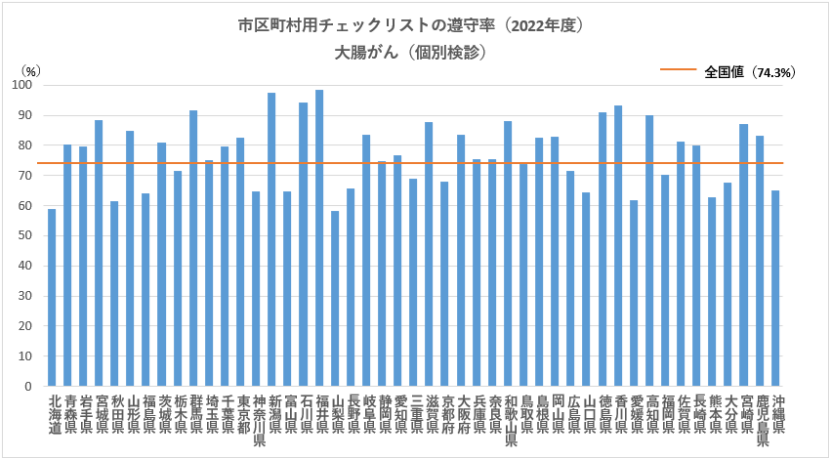

市区町村用チェックリストの遵守率（2020年度）
乳がん（集団検診）
(%)
全国値(81.5%)
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県

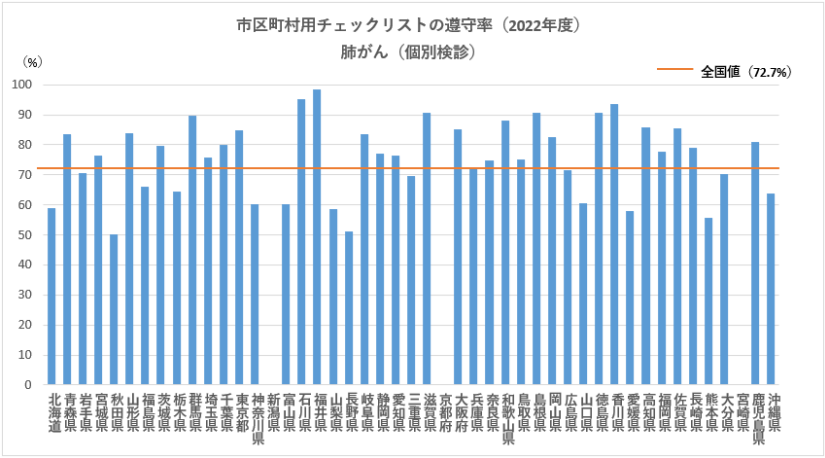

市区町村用チェックリストの遵守率（2022年度）
子宮頸がん（集団検診）
全国値（82.2%）

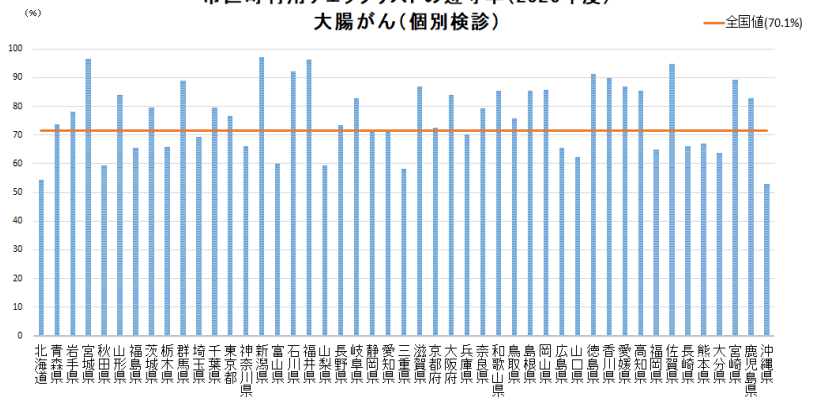

市区町村用チェックリストの遵守率（2022年度）
胃がん（個別検診）
全国値（73.2%）

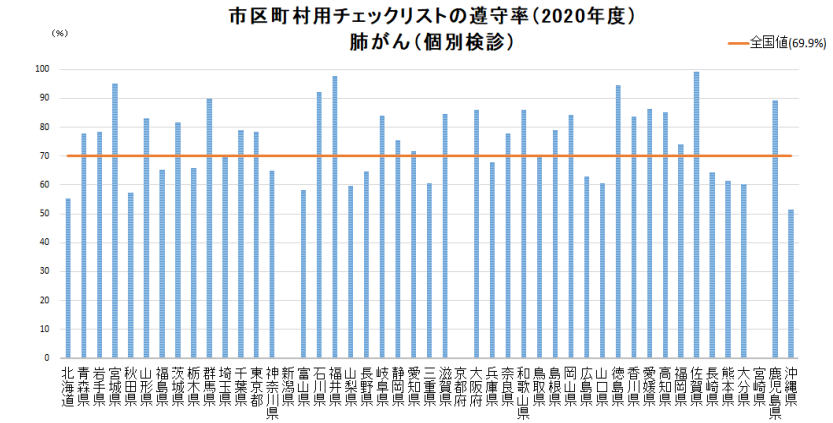

市区町村用チェックリストの遵守率（2020年度）
子宮頸がん（集団検診）
全国値(81.3%)

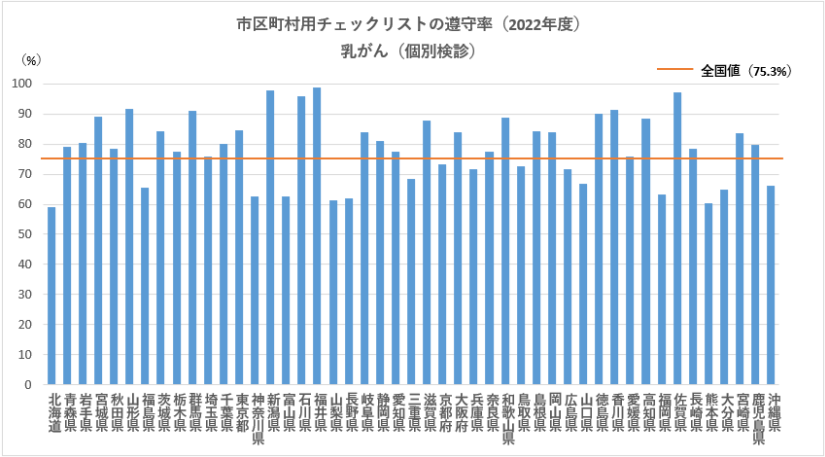

市区町村用チェックリストの遵守率（2020年度）
胃がん（個別検診）
全国値(70.1%)

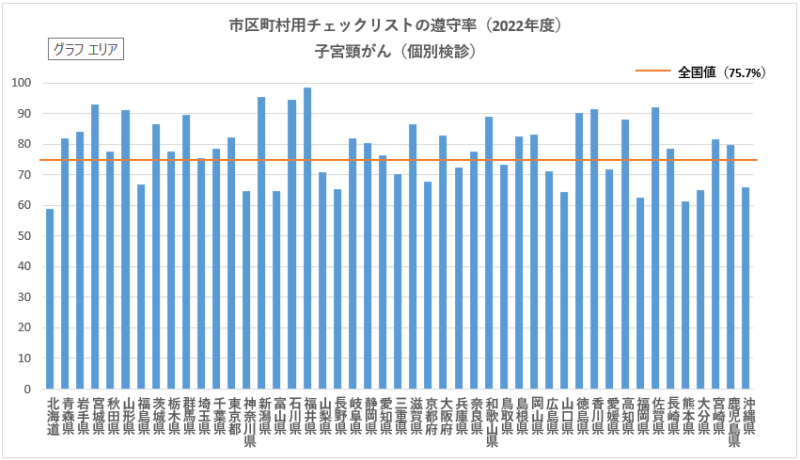

市区町村用チェックリストの遵守率（2022年度）
大腸がん（個別検診）
全国値（74.3%）
(%)

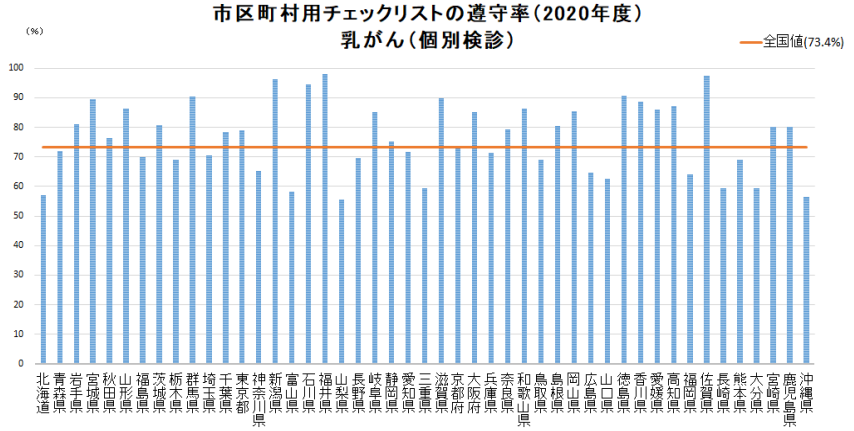

市区町村用チェックリストの遵守率（2022年度）
肺がん（個別検診）
全国値（72.7%）
(%)

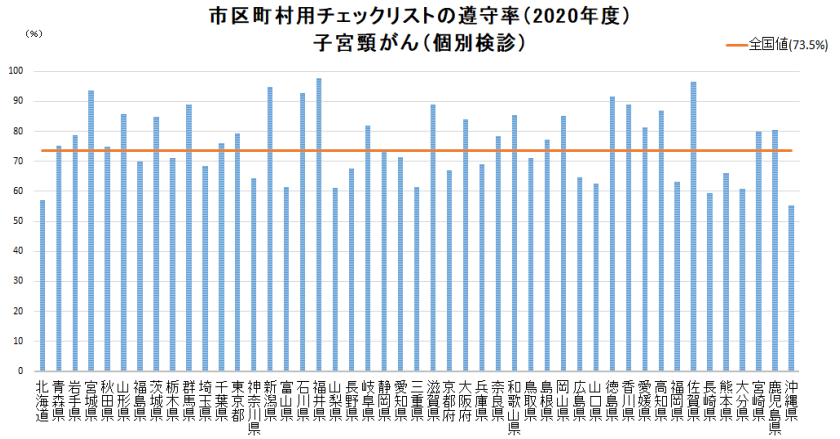

市区町村用チェックリストの遵守率（2020年度）
大腸がん（個別検診）
全国値(70.1%)
(%)


市区町村用チェックリストの遵守率（2020年度）
肺がん（個別検診）
全国値(69.9%)
(%)


市区町村用チェックリストの遵守率（2022年度）
乳がん（個別検診）
（%）
全国値（75.3%）
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県


市区町村用チェックリストの遵守率（2022年度）
グラフ エリア
子宮頸がん（個別検診）
全国値（75.7%）
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県


市区町村用チェックリストの遵守率（2020年度）
乳がん（個別検診）
（%）
全国値(73.4%)
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県


市区町村用チェックリストの遵守率（2020年度）
子宮頸がん（個別検診）
（%）
全国値(73.5%)
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県

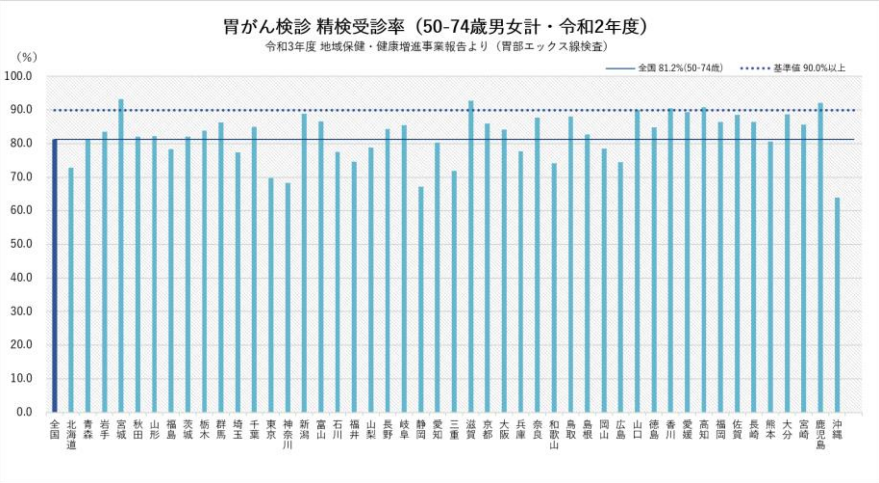
「事業評価のためのチェックリスト（市区町村用）」の遵守状況（2022 年）

都道府県名	集団検診					個別検診				
	胃がん ※2	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮頸がん	胃がん ※2	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮頸がん
全国	82.5	81.8	82.0	82.4	82.2	73.2	74.3	72.7	75.3	75.7
北海道	70.5	70.3	70.2	71.4	71.9	59.5	58.8	58.8	59.2	58.9
青森県	91.3	91.1	91.0	91.1	90.8	78.8	80.2	83.4	79.2	82.0
岩手県	86.1	86.0	84.6	86.0	85.8	69.2	79.8	70.6	80.2	84.0
宮城県	94.9	94.6	93.9	93.4	92.6	100.0	88.5	76.5	89.2	92.9
秋田県	83.2	83.2	82.6	87.6	87.2	67.0	61.5	50.3	78.3	77.5
山形県	95.9	97.1	95.7	96.8	96.4	88.1	84.9	84.0	91.6	91.0
福島県	69.6	69.8	70.0	69.9	71.6	64.1	64.0	65.9	65.5	67.0
茨城県	91.7	91.7	91.5	91.9	92.2	83.2	81.0	79.7	84.3	86.4
栃木県	94.8	96.2	96.5	96.7	96.6	73.7	71.4	64.4	77.5	77.5
群馬県	91.3	91.2	90.5	91.7	91.5	91.7	91.7	89.7	91.0	89.5
埼玉県	81.6	80.6	79.6	82.1	80.5	72.3	75.1	75.6	75.8	75.6
千葉県	86.6	85.0	85.1	85.9	83.5	78.2	79.6	80.0	80.0	78.4
東京都	85.6	80.0	80.9	81.4	73.1	85.6	82.6	84.9	84.4	82.1
神奈川県	68.6	68.3	68.5	68.2	69.1	63.1	64.7	60.3	62.6	64.7
新潟県	97.9	97.5	97.8	97.8	98.0	98.1	97.6	-	97.8	95.6
富山県	68.6	68.3	68.5	68.2	69.1	63.1	64.7	60.3	62.6	64.7
石川県	96.2	98.6	97.0	99.2	96.4	95.2	94.1	95.1	96.0	94.5
福井県	98.6	98.4	98.6	99.0	98.5	98.5	98.5	98.5	98.8	98.5
山梨県	70.7	70.2	70.5	69.7	72.7	58.3	58.3	58.6	61.4	70.7
長野県	78.8	76.7	75.6	77.4	77.8	65.9	65.6	51.1	61.9	65.4
岐阜県	86.9	86.9	86.0	86.9	86.4	85.1	83.4	83.5	83.8	82.0
静岡県	81.8	79.5	80.8	82.8	82.4	78.6	74.7	77.0	80.9	80.4
愛知県	80.0	79.7	79.7	81.3	81.6	77.3	76.6	76.5	77.3	76.4
三重県	79.6	79.8	79.6	80.3	81.2	67.8	69.0	69.7	68.3	70.2
滋賀県	92.3	92.0	92.8	92.9	91.2	91.8	87.9	90.8	87.7	86.5
京都府	74.2	71.1	75.8	68.4	62.9	15.4	68.1	-	73.4	67.8
大阪府	86.1	86.1	85.3	86.4	85.8	84.6	83.6	85.1	84.0	82.9
兵庫県	77.7	77.3	77.5	77.5	77.6	72.3	75.3	72.4	71.6	72.3
奈良県	83.9	83.2	83.4	83.5	84.1	75.3	75.5	74.7	77.5	77.5
和歌山県	91.7	91.9	91.5	91.9	91.8	88.4	88.2	88.0	88.7	88.9
鳥取県	78.8	78.3	78.3	78.9	80.5	75.2	73.8	75.1	72.6	73.4
島根県	89.8	88.6	90.0	90.0	89.5	84.0	82.7	90.7	84.3	82.5
岡山県	85.8	85.7	85.3	87.2	86.0	82.3	82.9	82.7	83.9	83.3
広島県	81.3	81.2	80.1	81.0	81.5	72.8	71.4	71.4	71.5	71.1
山口県	70.1	70.6	72.2	71.6	72.4	63.6	64.4	60.4	66.7	64.4
徳島県	90.2	92.3	91.9	92.6	93.4	87.7	90.9	90.7	89.9	90.2
香川県	95.5	95.1	94.9	95.4	95.5	92.1	93.2	93.6	91.2	91.4
愛媛県	90.5	90.5	90.4	90.6	90.6	52.3	61.9	58.0	75.9	71.9
高知県	90.5	89.4	90.9	90.9	90.3	90.4	90.0	85.8	88.3	88.1
福岡県	77.6	77.6	77.1	77.3	77.8	77.5	70.4	77.8	63.3	62.4
佐賀県	92.2	92.3	92.4	92.1	92.2	74.0	81.4	85.6	97.3	92.2
長崎県	80.3	79.1	80.0	80.8	81.1	81.3	79.9	79.1	78.5	78.5
熊本県	76.2	75.0	74.9	74.3	74.5	56.6	62.7	55.8	60.3	61.4
大分県	79.8	79.6	79.3	80.0	80.3	75.0	67.6	70.3	64.9	65.1
宮崎県	92.5	92.5	91.0	92.2	91.9	87.5	87.1	-	83.6	81.6
鹿児島県	87.0	84.5	86.1	86.1	86.0	80.8	83.1	81.0	79.7	79.8
沖縄県	68.1	65.6	66.9	65.6	63.5	62.4	65.1	63.7	66.0	66.0

「事業評価のためのチェックリスト（市区町村用）」の遵守状況（2020 年）

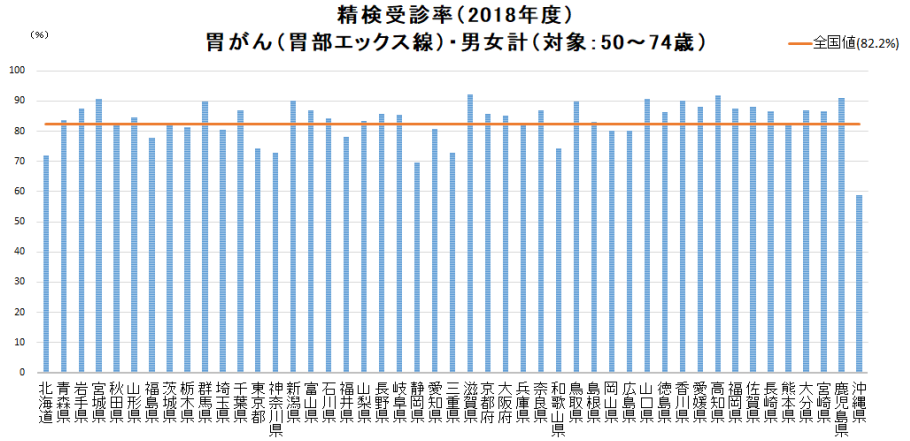
都道府県名	集団検診					個別検診				
	胃がん ※2	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮頸がん	胃がん ※2	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮頸がん
全国	81.1	80.8	80.7	81.5	81.3	70.1	71.6	69.9	73.4	73.5
北海道	67.7	67.4	67.5	69.7	69.8	55.7	54.4	55.2	57.0	57.1
青森県	88.9	88.5	88.4	88.5	88.5	71.9	73.6	77.7	71.9	75.1
岩手県	85.4	84.9	83.2	84.3	84.6	54.8	78.2	78.4	81.1	78.8
宮城県	95.5	95.2	94.2	94.5	94.2	100	96.6	95.1	89.4	93.7
秋田県	85.7	84.1	84.8	84.6	84.8	54.6	59.3	57.4	76.2	75.0
山形県	93.9	95.1	93.7	94.8	94.7	86.9	84.0	83.0	86.3	85.7
福島県	74.5	74.4	74.8	75.2	75.7	63.2	65.4	65.3	69.9	69.8
茨城県	87.3	87.4	87.0	87.5	88.1	82.7	79.5	81.7	80.7	84.7
栃木県	87.8	88.7	88.8	89.2	90.0	60.0	65.9	65.7	68.9	71.1
群馬県	97.1	96.9	96.8	96.7	96.7	90.4	88.9	89.7	90.3	88.9
埼玉県	77.1	76.9	76.2	79.5	76.5	68.4	69.3	69.6	70.4	68.4
千葉県	83.0	80.6	81.5	81.4	79.6	78.1	79.5	78.9	78.5	76.0
東京都	81.5	78.6	77.9	78.5	79.5	76.2	76.5	78.5	79.1	79.4
神奈川県	67.8	66.7	68.3	67.9	67.4	63.9	66.1	65.0	65.3	64.4
新潟県	97.7	98.3	97.8	98.3	98.0	96.2	97.1	NA	96.1	94.7
富山県	64.2	64.9	64.3	63.2	64.5	61.7	59.9	58.2	58.3	61.3
石川県	95.1	96.5	95.5	98.2	95.5	91.0	92.1	92.2	94.5	92.6
福井県	97.8	96.0	97.6	98.0	97.5	97.7	96.2	97.6	98.1	97.8
山梨県	67.6	67.8	67.7	67.5	58.4	59.5	59.4	59.8	55.7	61.1
長野県	79.6	79.2	79.3	80.6	78.8	70.9	73.3	64.7	69.7	67.5
岐阜県	85.7	86.0	85.4	86.4	86.5	84.6	82.8	83.8	85.0	81.9
静岡県	75.9	76.5	76.0	76.4	75.2	74.1	71.9	75.6	75.3	73.9
愛知県	75.1	75.2	74.8	76.2	76.6	72.0	72.0	71.6	71.6	71.3
三重県	74.6	74.5	75.6	76.6	77.6	57.1	58.2	60.4	59.5	61.3
滋賀県	91.8	92.1	91.9	92.8	92.5	89.4	86.8	84.6	89.9	88.9
京都府	77.4	74.6	76.6	74.1	65.0	82.7	72.6	NA	73.3	67.1
大阪府	87.1	86.8	86.1	87.1	86.7	83.3	83.9	85.9	85.1	83.9
兵庫県	77.2	76.6	76.9	77.0	77.2	67.2	70.3	67.8	71.3	69.0
奈良県	87.3	86.8	86.5	87.2	86.9	78.5	79.2	77.7	79.3	78.5
和歌山県	91.2	91.3	90.2	91.6	90.8	85.4	85.3	86.1	86.3	85.3
鳥取県	76.4	76.2	76.3	76.4	75.2	73.3	75.8	70.3	69.0	71.1
島根県	88.5	87.3	88.5	88.3	88.2	84.0	85.4	78.9	80.4	77.1
岡山県	88.9	89.3	88.5	89.2	88.6	85.5	85.6	84.3	85.3	85.2
広島県	77.1	77.0	77.4	77.5	78.0	62.3	65.6	63.0	64.7	64.5
山口県	68.8	68.6	69.3	67.9	68.4	62.8	62.3	60.4	62.7	62.5
徳島県	90.1	91.8	91.7	92.2	92.6	90.0	91.1	94.6	90.7	91.4
香川県	93.2	93.3	92.7	93.2	93.1	86.3	89.7	83.7	88.6	89.0
愛媛県	90.4	90.5	90.2	91.2	90.7	76.9	87.0	86.3	86.1	81.4
高知県	89.5	88.7	90.1	89.6	88.6	86.5	85.4	85.1	87.2	87.0
福岡県	78.3	78.2	78.4	78.6	78.7	69.2	64.8	73.9	64.1	63.3
佐賀県	98.1	98.1	98.0	96.9	97.2	95.2	94.9	99.0	97.5	96.5
長崎県	68.1	66.9	67.4	72.6	72.4	65.0	66.1	64.4	59.5	59.4
熊本県	78.6	78.2	77.8	77.4	78.1	65.1	67.1	61.3	69.0	66.2
大分県	74.7	74.6	74.1	74.7	74.4	66.8	63.9	60.2	59.3	60.9
宮崎県	90.0	89.6	89.2	87.9	91.0	89.8	89.2	NA	80.2	79.9
鹿児島県	88.1	86.1	88.0	88.9	89.1	80.8	82.8	89.2	80.1	80.5
沖縄県	56.9	57.6	57.1	59.1	58.5	48.7	52.9	51.5	56.4	55.2

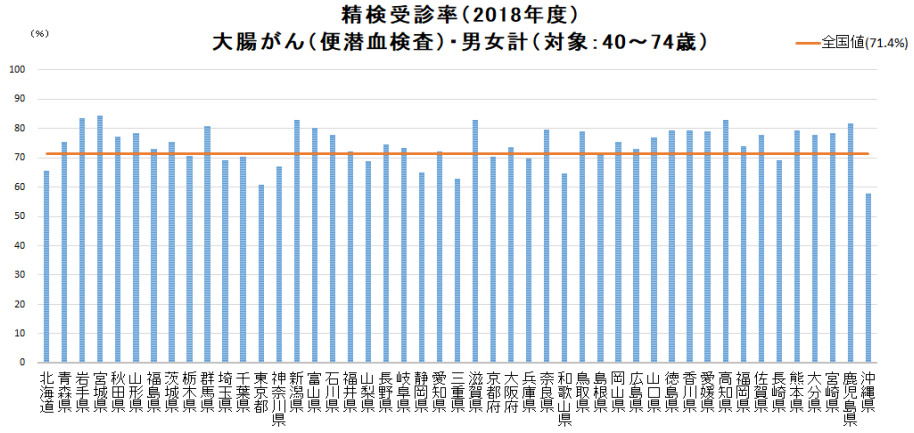
別添9－2－2　精検受診率（2020 年）

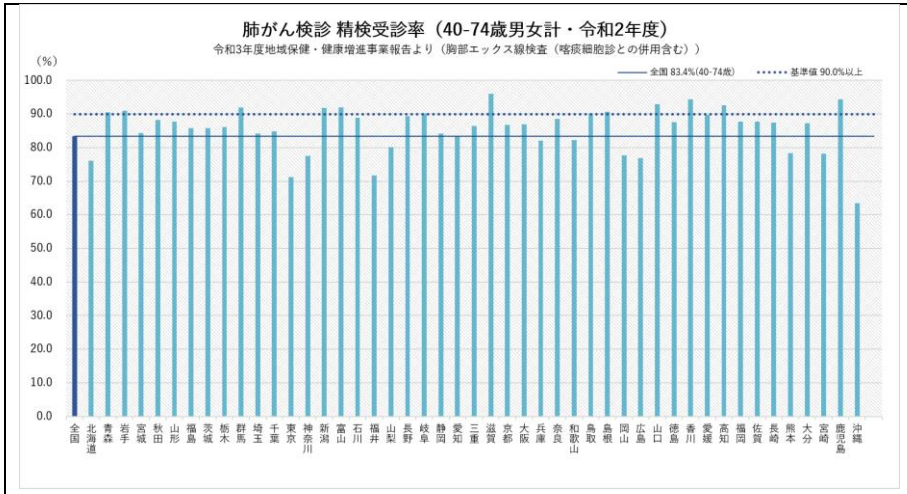


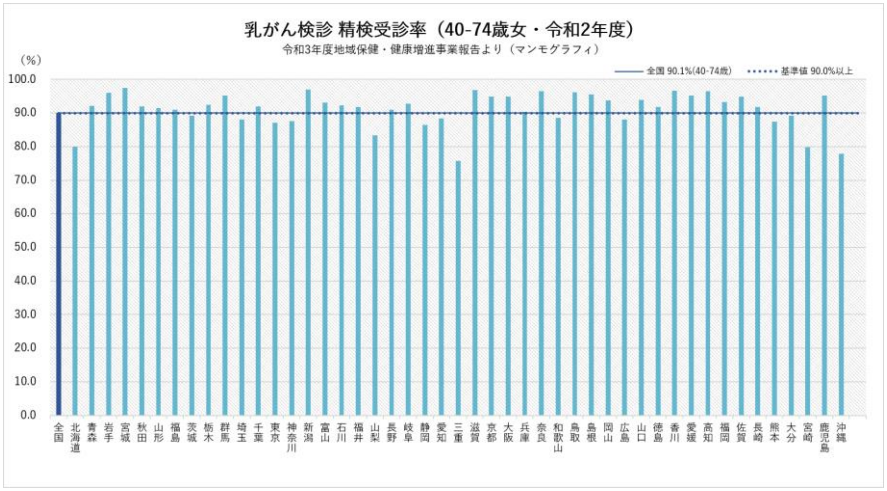


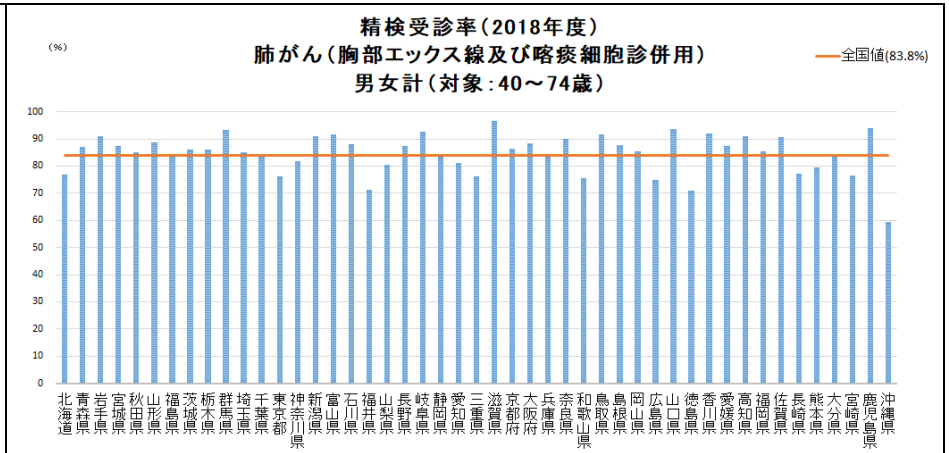
別添9－2－2　精検受診率（2018 年）

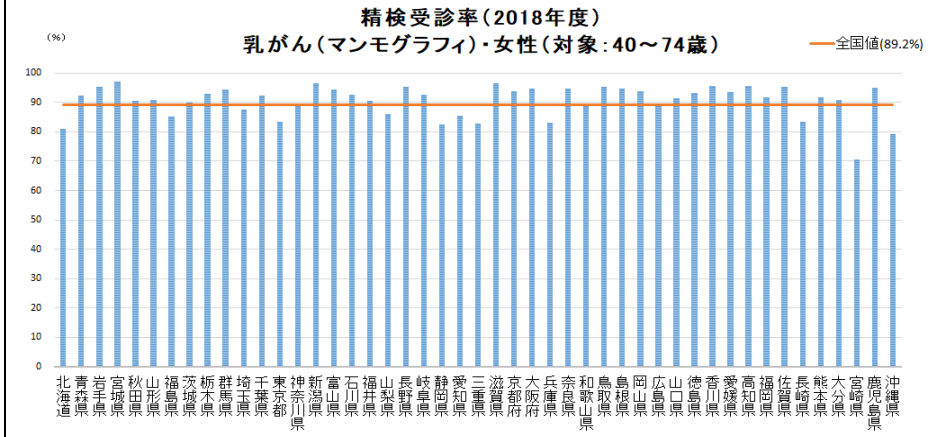


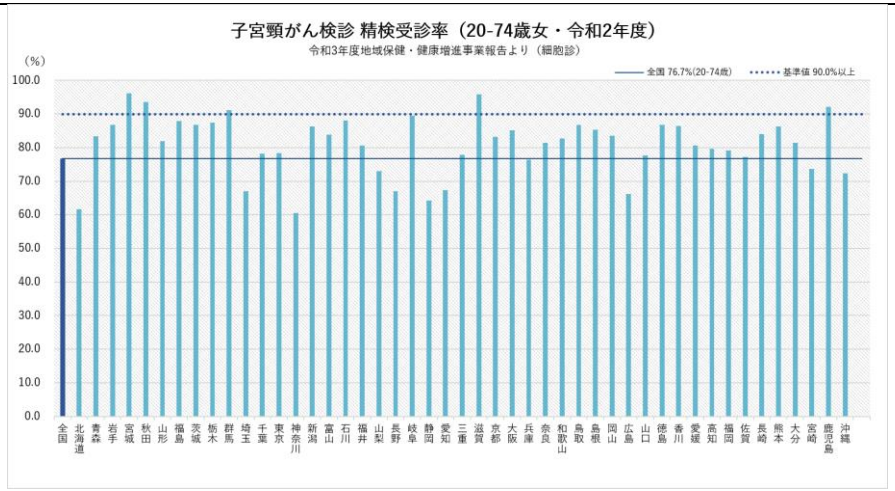


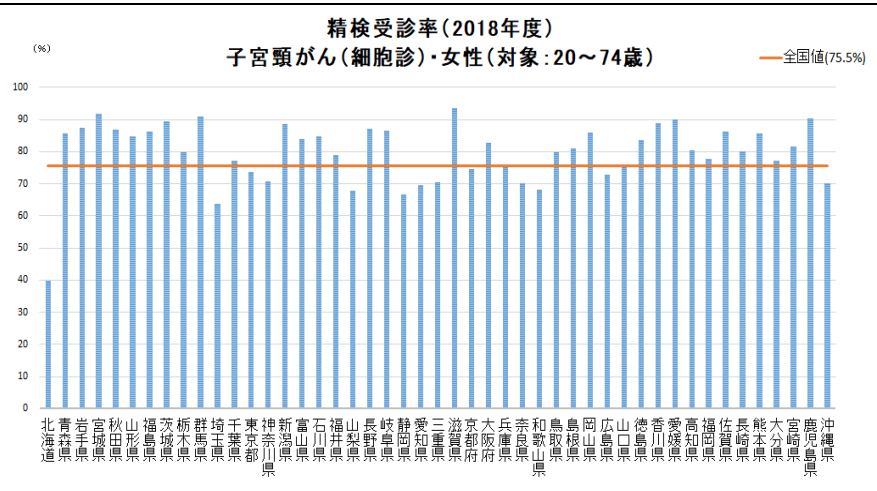

肺がん検診 精検受診率（40-74歳男女計・令和2年度）
令和3年度地域保健・健康増進事業報告より（胸部エックス線検査（喀痰細胞診との併用含む））
(%)
全国 83.4%(40-74歳)
基準値 90.0%以上


乳がん検診 精検受診率（40-74歳女・令和2年度）
令和3年度地域保健・健康増進事業報告より（マンモグラフィ）
(%)
全国 90.1%(40-74歳)
基準値 90.0%以上


精検受診率（2018年度）
肺がん（胸部エックス線及び喀痰細胞診併用）
男女計（対象：40～74歳）
(%)
全国値(83.8%)


精検受診率（2018年度）
乳がん（マンモグラフィ）・女性（対象：40～74歳）
(%)
全国値(89.2%)


子宮頸がん検診 精検受診率（20-74歳女・令和2年度）
令和3年度地域保健・健康増進事業報告より（細胞診）
（%）
全国 76.7%(20-74歳)
基準値 90.0%以上
100.0
90.0
80.0
70.0
60.0
50.0
40.0
30.0
20.0
10.0
0.0
全国 北海道 青森 岩手 宮城 秋田 山形 福島 茨城 栃木 群馬 埼玉 千葉 東京 神奈川 新潟 富山 石川 福井 山梨 長野 岐阜 静岡 愛知 三重 滋賀 京都 大阪 兵庫 奈良 和歌山 鳥取 島根 岡山 広島 山口 徳島 香川 愛媛 高知 福岡 佐賀 長崎 熊本 大分 宮崎 鹿児島 沖縄


精検受診率（2018年度）
子宮頸がん（細胞診）・女性（対象：20～74歳）
（%）
全国値(75.5%)
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
北海道 青森県 岩手県 宮城県 秋田県 山形県 福島県 茨城県 栃木県 群馬県 埼玉県 千葉県 東京都 神奈川県 新潟県 富山県 石川県 福井県 山梨県 長野県 岐阜県 静岡県 愛知県 三重県 滋賀県 京都府 大阪府 兵庫県 奈良県 和歌山県 鳥取県 島根県 岡山県 広島県 山口県 徳島県 香川県 愛媛県 高知県 福岡県 佐賀県 長崎県 熊本県 大分県 宮崎県 鹿児島県 沖縄県

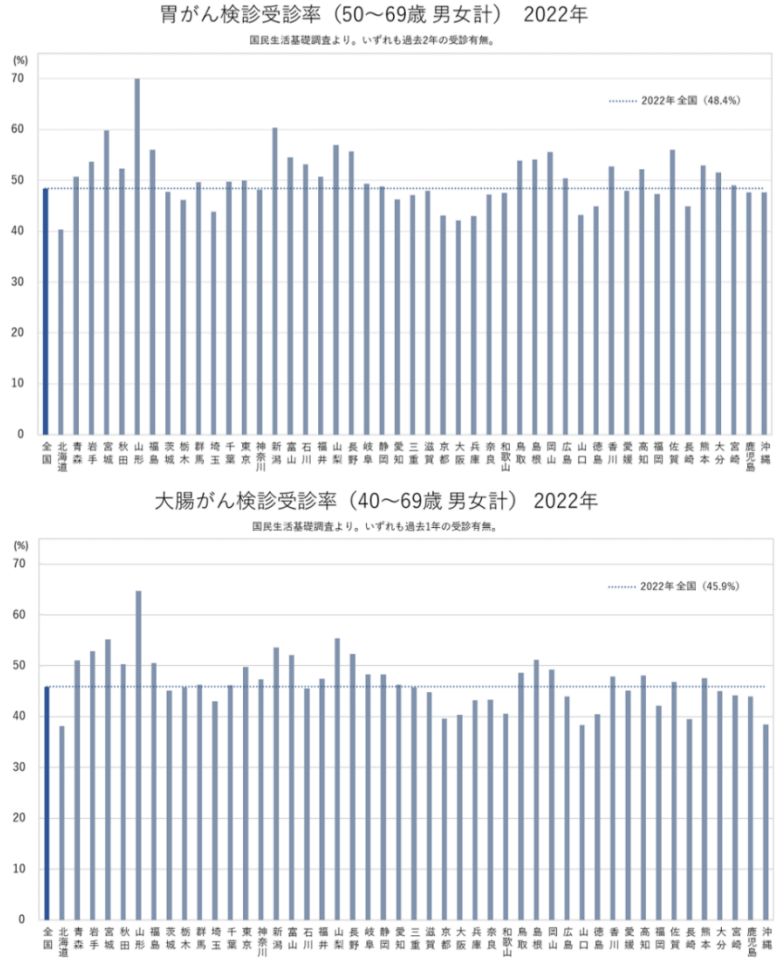
精検受診率（2020 年）

都道府県名	胃がん（※1）	大腸がん（※2）	肺がん（※3）	乳がん（※4）	子宮頸がん（※5）
全国	81.2	71.4	83.4	90.1	76.7
北海道	72.8	62.3	76.2	79.9	61.7
青森県	81.1	74.6	90.6	92.1	83.3
岩手県	83.6	80.1	91.0	96.0	86.7
宮城県	93.2	85.3	84.4	97.5	96.2
秋田県	82.1	78.1	88.2	92.0	93.6
山形県	82.3	77.6	87.7	91.5	82.0
福島県	78.4	69.1	85.9	90.9	87.9
茨城県	82.1	76.8	85.8	89.2	86.8
栃木県	83.9	70.6	86.2	92.5	87.5
群馬県	86.4	78.9	92.0	95.3	91.2
埼玉県	77.4	72.8	84.2	88.1	67.0
千葉県	85.0	70.9	84.8	91.9	78.1
東京都	69.7	62.6	71.2	87.0	78.3
神奈川県	68.3	60.4	77.5	87.6	60.5
新潟県	88.9	81.9	91.8	97.0	86.4
富山県	86.7	79.8	92.0	93.2	83.9
石川県	77.5	76.9	88.9	92.4	88.2
福井県	74.7	71.4	71.8	91.8	80.7
山梨県	78.9	65.4	80.2	83.3	73.0
長野県	84.4	72.8	89.4	91.1	67.0
岐阜県	85.5	75.6	90.2	92.7	89.6
静岡県	67.1	69.4	84.2	86.4	64.3
愛知県	80.3	72.3	83.4	88.4	67.3
三重県	71.9	63.7	86.4	75.8	77.9
滋賀県	92.8	88.3	96.0	96.9	95.9
京都府	85.9	74.2	86.8	94.8	83.2
大阪府	84.2	73.2	87.0	94.9	85.1
兵庫県	77.7	69.0	82.0	90.3	76.5
奈良県	87.8	78.8	88.6	96.4	81.5
和歌山県	74.2	67.7	82.3	88.6	82.7
鳥取県	88.0	78.7	90.1	96.2	86.8
島根県	82.7	73.0	90.7	95.6	85.4
岡山県	78.5	75.0	77.7	93.7	83.6
広島県	74.5	70.4	76.9	88.0	66.2
山口県	90.0	77.3	93.0	94.0	77.8
徳島県	84.9	80.3	87.6	91.8	86.8
香川県	90.6	79.3	94.3	96.7	86.5
愛媛県	89.4	79.5	89.8	95.2	80.7
高知県	90.8	83.8	92.5	96.6	79.7
福岡県	86.5	75.6	87.8	93.3	79.2
佐賀県	88.6	77.2	87.8	94.9	77.2
長崎県	86.4	74.8	87.5	91.8	84.0
熊本県	80.6	74.8	78.4	87.5	86.3
大分県	88.7	77.3	87.2	89.3	81.4
宮崎県	85.7	74.4	78.2	79.9	73.6
鹿児島県	92.1	83.0	94.4	95.3	92.1
沖縄県	64.0	57.2	63.4	77.9	72.3

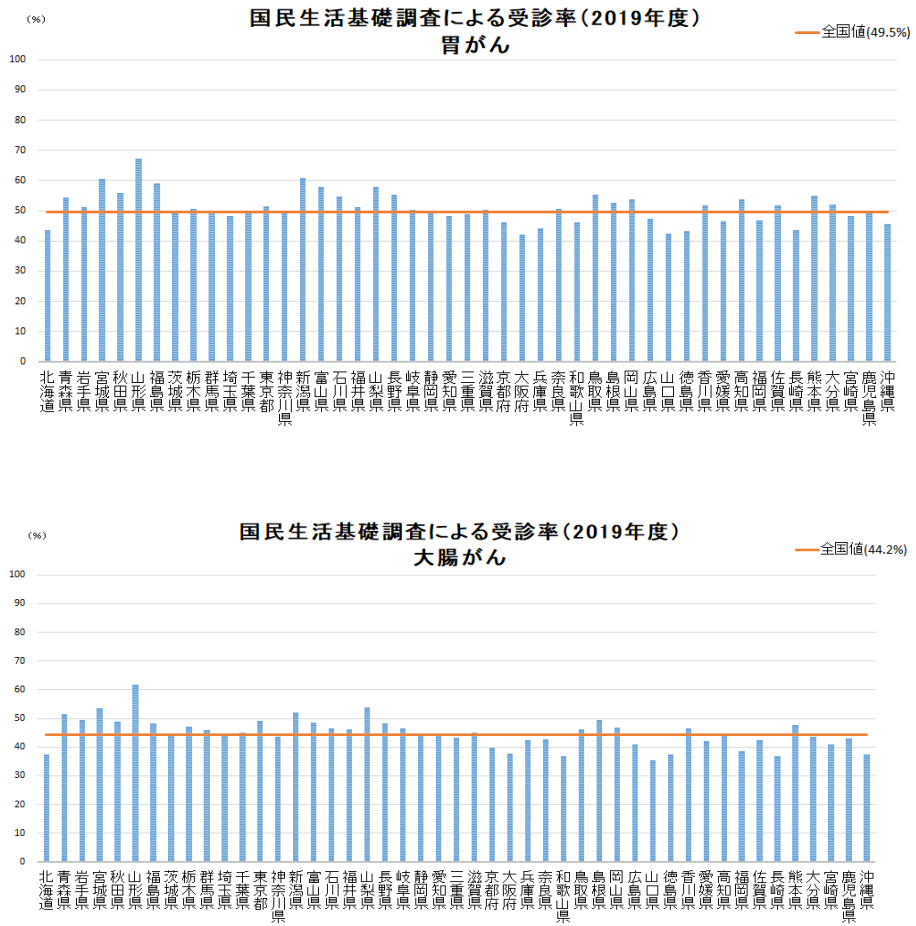
精検受診率（2018 年）

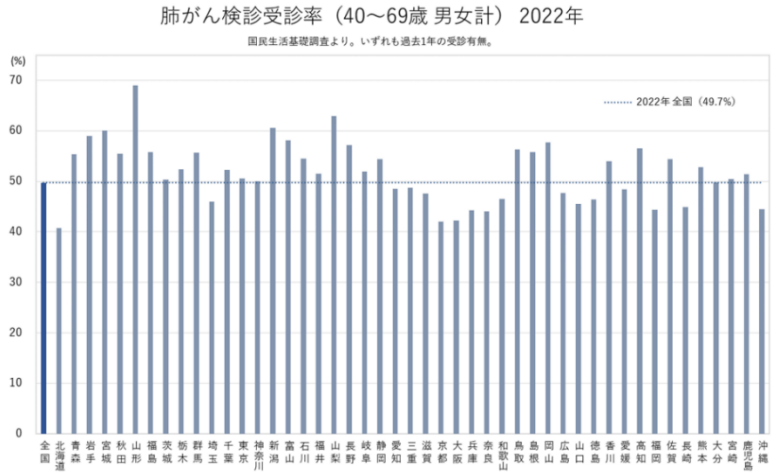
都道府県名	胃がん(※1)	大腸がん(※2)	肺がん(※3)	乳がん(※4)	子宮頸がん(※5)
全国	82.2	71.4	83.8	89.2	75.5
北海道	71.8	65.6	76.8	81.1	39.9
青森県	83.7	75.4	87.0	92.2	85.7
岩手県	87.5	83.6	91.1	95.3	87.5
宮城県	90.6	84.5	87.4	97.0	91.9
秋田県	81.9	77.2	85.0	90.6	86.9
山形県	84.5	78.3	88.8	90.9	84.6
福島県	77.7	73.1	84.1	85.2	86.1
茨城県	81.8	75.5	86.2	90.0	89.4
栃木県	81.3	70.5	85.9	92.8	79.7
群馬県	89.7	80.8	93.3	94.3	90.9
埼玉県	80.4	69.1	85.0	87.7	63.6
千葉県	86.9	70.2	83.6	92.2	77.3
東京都	74.4	60.7	76.0	83.3	73.8
神奈川県	72.8	67.0	81.8	89.2	70.9
新潟県	90.1	82.9	90.9	96.5	88.5
富山県	86.7	80.3	91.7	94.5	83.8
石川県	84.3	77.7	88.1	92.6	84.8
福井県	77.9	72.2	71.4	90.4	78.8
山梨県	83.4	68.9	80.5	86.1	67.8
長野県	85.7	74.4	87.3	95.2	87.2
岐阜県	85.3	73.5	92.5	92.6	86.4
静岡県	69.5	64.9	83.3	82.4	66.7
愛知県	80.7	72.2	81.1	85.3	69.5
三重県	72.9	62.7	76.3	82.7	70.6
滋賀県	92.2	82.9	96.6	96.5	93.5
京都府	85.6	70.4	86.3	93.7	74.4
大阪府	85.1	73.6	88.5	94.8	82.7
兵庫県	81.8	69.6	83.7	83.1	76.0
奈良県	86.7	79.5	90.0	94.8	70.2
和歌山県	74.3	64.8	75.6	88.7	68.1
鳥取県	89.7	78.9	91.7	95.4	79.8
島根県	83.0	71.9	87.7	94.6	80.9
岡山県	80.2	75.3	85.4	93.8	85.9
広島県	80.1	73.0	74.8	89.5	72.7
山口県	90.8	76.9	93.6	91.4	76.1
徳島県	86.4	79.4	71.0	93.2	83.6
香川県	90.2	79.3	92.0	95.5	88.8
愛媛県	88.1	78.9	87.4	93.4	90.0
高知県	91.7	82.8	91.1	95.5	80.5
福岡県	87.6	73.9	85.4	91.7	77.8
佐賀県	87.9	77.9	90.7	95.3	86.3
長崎県	86.4	69.0	77.2	83.4	80.0
熊本県	82.3	79.2	79.4	91.7	85.5
大分県	86.8	77.8	84.1	90.9	77.2
宮崎県	86.6	78.4	76.7	70.7	81.4
鹿児島県	90.9	81.5	93.9	94.9	90.4
沖縄県	58.8	57.7	59.4	79.3	70.1

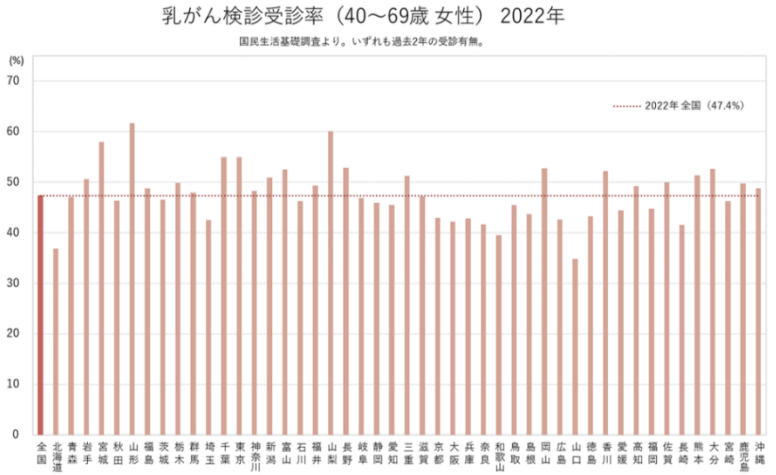
別添９－３　がん検診の受診率（都道府県別）（2022 年）

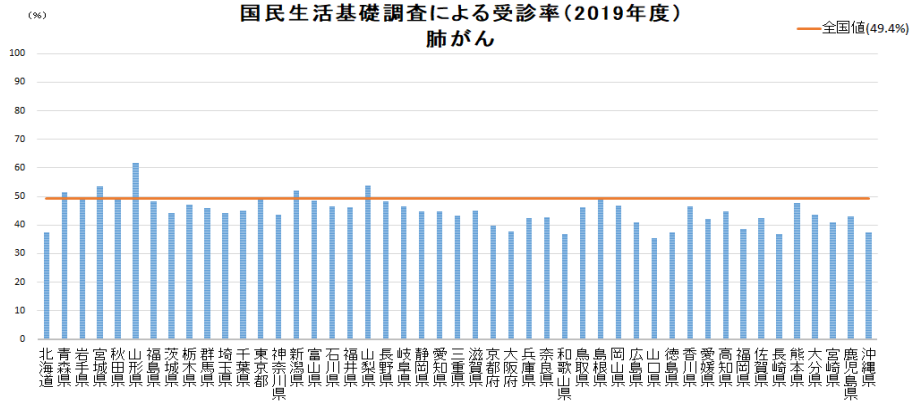


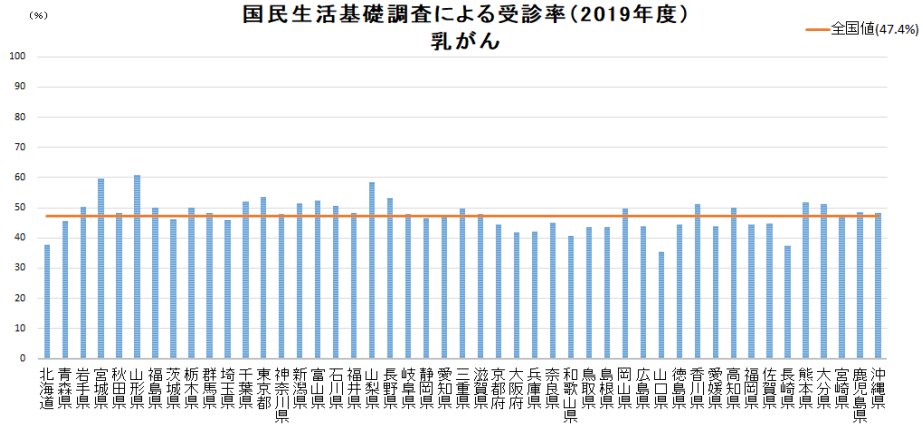
別添９－３　がん検診の受診率（都道府県別）（2019 年）

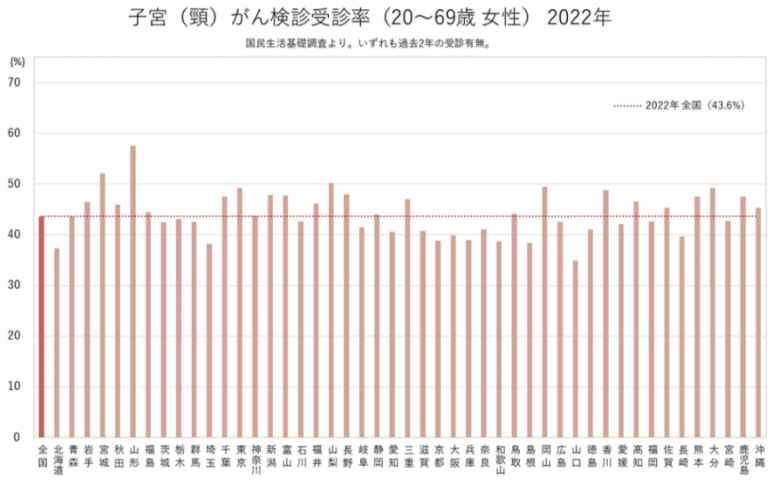


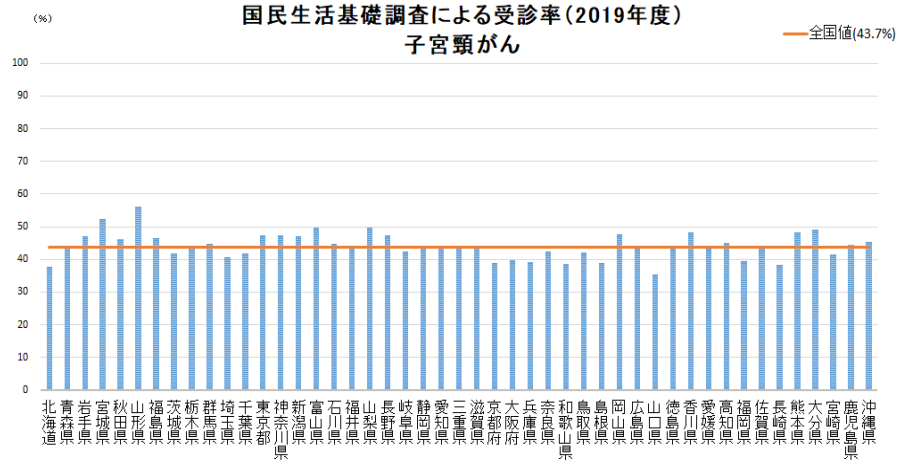

肺がん検診受診率（40～69歳 男女計） 2022年
国民生活基礎調査より。いずれも過去1年の受診有無。
(%)
2022年 全国（49.7%）


乳がん検診受診率（40～69歳 女性） 2022年
国民生活基礎調査より。いずれも過去2年の受診有無。
(%)
2022年 全国（47.4%）


国民生活基礎調査による受診率（2019年度）
肺がん
(%)
全国値(49.4%)


国民生活基礎調査による受診率（2019年度）
乳がん
(%)
全国値(47.4%)


子宮（頸）がん検診受診率（20～69歳 女性） 2022年
国民生活基礎調査より。いずれも過去2年の受診有無。
(%)
2022年 全国（43.6%）
全国
北海道
青森
岩手
宮城
秋田
山形
福島
茨城
栃木
群馬
埼玉
千葉
東京
神奈川
新潟
富山
石川
福井
山梨
長野
岐阜
静岡
愛知
三重
滋賀
京都
大阪
兵庫
奈良
和歌山
鳥取
島根
岡山
広島
山口
徳島
香川
愛媛
高知
福岡
佐賀
長崎
熊本
大分
宮崎
鹿児島
沖縄


国民生活基礎調査による受診率（2019年度）
子宮頸がん
(%)
全国値(43.7%)
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県

がん検診の受診率（2022 年）

国民生活基礎調査による受診率（%）					
都道府県名	胃がん（※1）	大腸がん（※2）	肺がん（※3）	乳がん（※4）	子宮頸がん（※5）
全国	48.4	45.9	49.7	47.4	43.6
北海道	40.3	38.1	40.7	36.9	37.3
青森県	50.7	51.1	55.3	47.1	43.6
岩手県	53.7	52.9	59.0	50.6	46.5
宮城県	59.8	55.2	60.0	58.0	52.1
秋田県	52.3	50.3	55.4	46.3	45.9
山形県	70.0	64.7	69.0	61.7	57.5
福島県	56.0	50.5	55.8	48.8	44.4
茨城県	47.7	45.1	50.3	46.6	42.4
栃木県	46.1	45.7	52.4	49.9	43.1
群馬県	49.6	46.3	55.7	47.9	42.5
埼玉県	43.8	43.0	45.9	42.5	38.2
千葉県	49.8	46.2	52.2	55.0	47.5
東京都	50.0	49.8	50.5	55.0	49.2
神奈川県	48.2	47.3	50.0	48.3	43.7
新潟県	60.3	53.6	60.6	50.9	47.8
富山県	54.5	52.1	58.1	52.5	47.7
石川県	53.1	45.5	54.5	46.2	42.6
福井県	50.7	47.5	51.5	49.3	46.1
山梨県	57.0	55.4	62.9	60.1	50.2
長野県	55.7	52.3	57.1	52.8	48.0
岐阜県	49.3	48.3	51.9	46.9	41.5
静岡県	48.8	48.3	54.4	45.9	44.0
愛知県	46.3	46.3	48.5	45.5	40.5
三重県	47.1	45.7	48.7	51.2	47.0
滋賀県	47.9	44.8	47.6	47.2	40.7
京都府	43.1	39.6	42.0	42.9	38.8
大阪府	42.1	40.3	42.2	42.2	39.9
兵庫県	43.0	43.2	44.2	42.8	38.9
奈良県	47.2	43.3	44.0	41.7	41.0
和歌山県	47.5	40.6	46.5	39.5	38.7
鳥取県	53.9	48.6	56.3	45.5	44.1
島根県	54.1	51.2	55.8	43.7	38.4
岡山県	55.6	49.2	57.7	52.7	49.4
広島県	50.4	44.0	47.7	42.6	42.5
山口県	43.2	38.3	45.5	34.8	34.9
徳島県	44.9	40.5	46.4	43.3	41.1
香川県	52.7	47.9	54.0	52.2	48.8
愛媛県	48.0	45.1	48.4	44.4	42.1
高知県	52.2	48.1	56.5	49.2	46.6
福岡県	47.3	42.1	44.4	44.7	42.6
佐賀県	56.0	46.8	54.4	50.0	45.3
長崎県	44.9	39.5	44.9	41.5	39.7
熊本県	52.9	47.6	52.8	51.4	47.5
大分県	51.6	45.0	49.8	52.6	49.2
宮崎県	49.0	44.2	50.4	46.2	42.7
鹿児島県	47.6	44.0	51.4	49.8	47.5
沖縄県	47.6	38.4	44.5	48.8	45.3

がん検診の受診率（2019 年）

国民生活基礎調査による受診率(%)					
都道府県名	胃がん(※1)	大腸がん(※2)	肺がん(※3)	乳がん(※4)	子宮頸がん(※5)
全国	49.5	44.2	49.4	47.4	43.7
北海道	43.6	37.4	41.2	37.7	37.8
青森県	54.4	51.4	55.9	45.6	44.1
岩手県	51.3	49.4	57.6	50.4	47.1
宮城県	60.6	53.6	61.7	59.8	52.2
秋田県	55.8	48.8	57.2	48.4	46.3
山形県	67.2	61.7	66.7	61.0	56.2
福島県	58.9	48.1	56.5	50.0	46.6
茨城県	49.6	44.1	52.0	46.2	41.7
栃木県	50.7	47.2	54.3	50.0	43.8
群馬県	50.1	45.8	57.9	48.3	44.7
埼玉県	48.1	44.1	47.4	46.0	40.6
千葉県	50.0	45.1	51.3	51.9	41.8
東京都	51.6	49.1	50.2	53.5	47.3
神奈川県	49.8	43.5	47.9	47.8	47.4
新潟県	60.9	52.1	60.3	51.4	47.2
富山県	58.0	48.5	57.1	52.3	49.7
石川県	54.8	46.4	55.9	50.6	44.8
福井県	51.2	46.3	51.4	48.1	43.5
山梨県	57.9	53.9	61.2	58.6	49.8
長野県	55.2	48.3	54.7	53.1	47.4
岐阜県	50.4	46.5	51.2	47.8	42.5
静岡県	50.2	44.7	52.1	46.6	44.0
愛知県	48.3	44.7	48.2	47.4	44.3
三重県	48.9	43.1	48.7	49.6	43.8
滋賀県	50.3	44.9	48.8	48.0	44.3
京都府	46.2	39.8	43.9	44.3	38.9
大阪府	42.1	37.8	42.0	41.9	39.8
兵庫県	44.1	42.5	44.6	42.1	39.1
奈良県	50.7	42.8	44.8	45.1	42.5
和歌山県	46.2	36.9	44.4	40.6	38.5
鳥取県	55.2	46.3	55.4	43.5	42.1
島根県	52.6	49.4	56.9	43.7	39.0
岡山県	53.9	46.9	55.0	49.6	47.7
広島県	47.5	41.0	45.9	43.9	43.6
山口県	42.5	35.4	44.4	35.4	35.4
徳島県	43.2	37.5	46.0	44.5	43.2
香川県	51.9	46.6	55.4	51.2	48.4
愛媛県	46.4	42.2	48.1	43.8	43.3
高知県	53.8	44.6	55.4	50.0	45.1
福岡県	46.7	38.5	44.5	44.3	39.6
佐賀県	51.8	42.3	50.5	44.7	43.3
長崎県	43.6	36.7	43.1	37.5	38.3
熊本県	55.1	47.5	54.0	51.9	48.3
大分県	52.0	43.6	51.7	51.3	49.2
宮崎県	48.4	41.0	49.5	47.3	41.6
鹿児島県	49.1	43.0	53.9	48.5	44.3
沖縄県	45.7	37.4	43.9	48.3	45.5

第8回がんとの共生のあり方に関する検討会

日　時: 令和6年4月 26 日(金)13:00-15:00

場　所:(　　ＷＥＢ　開　催　)

議　事　次　第

１ 開　会

２ 議　題

（1）　座長の選出について

（2）　がんの緩和ケアに係る部会からの報告

（3）　令和5年度患者体験調査結果の報告

（4）　アピアランスケアについて

（5）　厚生労働科学研究班からの報告(アピアランスケア)

（6）　その他

【資　料】

議事次第

資料1　がんの緩和ケアに係る部会からの報告(緩和ケア研修会の見直し)

資料2　第3回患者体験調査速報値報告(中澤参考人提出資料)

資料3　アピアランスケアについて

資料4　医療機関におけるアピアランスケア実装に向けた現状と課題(藤間参考人提出資料)

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　第4期がん対策推進基本計画について

参考資料3　緩和ケア研修会について(第7回がんの緩和ケアに係る部会:資料5)

参考資料4　日本緩和医療学会が取り組んでいる緩和ケア研修会等関連内容について
(下山参考人)(第7回がんの緩和ケアに係る部会:資料6)

第８回 がんとの共生のあり方に関する検討会	資料１
令和６年４月26日	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

がんの緩和ケアに係る部会からの報告（緩和ケア研修会の見直し）

厚生労働省

健康・生活衛生局がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

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、緩和ケアは「全ての医療従事者が診断時から行うとともに、地域の関係機関等とも連携して取り組まれるもの」であるとされており、こうした取組を推進する上での課題や取組等を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】

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
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 評議員
小川朝生	国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科長
木澤義之	筑波大学医学医療系緩和医療学 教授 日本緩和医療学会 理事長
岸田徹	NPO 法人がんノート 代表理事
黒瀬巌	公益社団法人日本医師会 常任理事
栗原美穂	国立がん研究センター東病院看護部 看護部長
坂本はと恵	国立がん研究センター東病院 サポーティブケアセンター 副サポーティブケアセンター長 公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会 理事
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
谷口栄作	島根県健康福祉部 医療統括監
○中川恵一	東京大学大学院医学系研究科総合放射線腫瘍学講座 特任教授
橋口さおり	聖マリアンナ医科大学緩和医療学 主任教授 日本ペインクリニック学会 理事 日本緩和医療学会 理事
林和彦	聖マリアンナ医科大学 客員教授
前川育	ピンクリボンぷらすODAWARA –女性のがんを考える会- 代表

（五十音順・敬称略　○は座長）
（令和６年１月１日現在）

【設置】令和３年７月

第７回　がんの緩和ケアに係る部会（令和５年９月29日開催）

（１）　第４期がん対策推進基本計画について
（２）　緩和ケア研修会について
（３）　その他

595

がん等における新たな緩和ケア研修等事業

令和６年度予算案：64百万円
（令和５年度予算額：64百万円）

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





596

（特定非営利活動法人 日本緩和医療学会への委託費）

「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会」の概要

1　背景

平成28年12月にがん対策基本法（平成18年法律第98号）が改正され、緩和ケアについて定義された。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」では、がん以外の患者に対する緩和ケアや医師・歯科医師以外の医療従事者を対象とすることが必要との指摘があったこと等から、がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会を実施する。

2　目的

基本的な緩和ケアについて正しく理解し、緩和ケアに関する知識、技術、態度を習得することで、緩和ケアが診断の時から、適切に提供されることを目的とする。

3　研修対象者

- がん等の診療に携わる全ての医師・歯科医師
  - がん診療連携拠点病院等で働く者
  - がん診療連携拠点病院と連携する在宅療養支援診療所・病院、緩和ケア病棟を有する病院で働く者
- 緩和ケアに従事するその他の医療従事者

4　研修会の構成

- 「e-learning」＋「集合研修」



5　がん診療連携拠点病院等の整備指針における位置づけ

- 「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成29年12月１日付け健発1201第２号厚生労働省健康局長通知の別添）に準拠し、当該がん医療圏においてがん診療に携わる医師を対象とした緩和ケアに関する研修を、都道府県と協議の上、開催すること。また、自施設の長、および自施設に所属する臨床研修医及び１年以上自施設に所属するがん診療に携わる医師・歯科医師が当該研修を修了する体制を整備し、受講率を現況報告において報告すること。また、医師・歯科医師と協働し、緩和ケアに従事するその他の診療従事者についても受講を促すこと。なお、研修修了者について、患者とその家族に対してわかりやすく情報提供すること。

「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会」の内容

緩和ケア研修会受講の流れ

e-learning受講

(修了後、2年以内)

集合研修受講（1日）

修了証発行

ⅰ）必修科目

患者の視点を取り入れた全人的な緩和ケア／苦痛のスクリーニングと、その結果に応じた症状緩和及び専門的な緩和ケアへのつなぎ方／がん疼痛の評価や具体的なマネジメント方法／呼吸困難・消化器症状・不安・抑うつ・せん妄等に対する緩和ケア／コミュニケーション／療養場所の選択、地域における連携、在宅における緩和ケア／アドバンス・ケア・プランニングや家族、遺族へのケア

ⅱ）選択科目（以下のうち2科目以上を選択すること）

①がん以外に対する緩和ケア

②疼痛・呼吸困難・消化器症状以外の身体的苦痛に対する緩和ケア

③不安・抑うつ・せん妄以外の精神心理的苦痛に対する緩和ケア

④緩和的放射線治療や神経ブロック等による症状緩和

⑤社会的苦痛に対する緩和ケア

・e-learningで学習した内容の復習及び質問等（45分以上）

・グループ演習（180分以上）
- 全人的苦痛に対する緩和ケア
- がん患者等の療養場所の選択、地域における連携、在宅における緩和ケアの実際

・ロールプレイングによる演習（90分以上）

・がん等の緩和ケアにおけるコミュニケーション・がん体験者やケア提供者等からの講演、又は集合研修の実施主体や実施主体と連携する施設等において取り組まれているがん患者等への支援（15分以上）

第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月28日閣議決定）（抜粋）

第２　分野別施策と個別目標　２．患者本位で持続可能ながん医療の提供　（１）がん医療提供体制等
⑦がんと診断された時からの緩和ケアの推進について　（イ）緩和ケア研修会について

現状・課題

国は、がん医療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを正しく理解し、知識、技術、態度を習得することで、緩和ケアが診断時から適切に提供されることを目指し、関係学会と連携し、緩和ケア研修会を実施してきた。平成30（2018）年度には、ｅラーニングを導入するとともに、対象疾患をがん以外に、研修の対象者を医師以外の医療従事者に拡大し、研修会の内容にがん患者の家族、遺族等に対するグリーフケアを盛り込む等の見直しを行った。

緩和ケア研修会の修了者数は、令和３（2021）年度には、累計でおよそ15万人に達し、着実に増加している。

取り組むべき施策

国は、がん医療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを実践し、その知識や技能を維持・向上できるよう、緩和ケア研修会の更なる推進に努めるとともに、関係団体等と連携し、医療用麻薬の適正使用や、専門的な緩和ケアへのつなぎ方等の観点も踏まえ、緩和ケア研修会の学習内容や、フォローアップ研修等について検討し、必要な見直しを行う。

第４期がん対策推進基本計画評価指標一覧 確定版より抜粋
（令和５年８月９日付け健が発 0809第１号厚生労働省健康局がん・疾病対策課長通知）

2．患者本位で持続可能ながん医療の提供

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						
	アウトプット指標	217101		拠点病院等の緩和ケアチーム新規診療症例数	-	現況報告書
		217102		特定疾患治療管理料　がん患者指導管理料イの算定数	-	NDB
		217103		緩和ケア外来の新規診療患者数	-	現況報告書
		217104		拠点病院等１施設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	-	現況報告書
		217105		神経ブロックの実施数:L101-神経ブロック(神経破壊剤又は高周波凝固法使用)-腹腔神経叢ブロック(神経破壊剤又は高周波凝固法使用)の件数	-	検討中（NDB）
		217106		緩和的放射線照射の実施数: M001-3(直線加速器による放射線治療)の2（1以外の場合）の件数	-	検討中（NDB）
		217107		緩和ケア外来への地域の医療機関からの年間新規紹介患者数	-	現況報告書
		217108	再掲	緩和ケア診療加算の算定回数	-	検討中（NDB）
緩和ケア研修会						
	アウトプット指標	217109		緩和ケア研修修了者数	3017	がん等における新たな緩和ケア研修等事業
	中間アウトカム指標	217201		医療者はつらい症状にすみやかに対応していたと感じる割合	-	患者体験調査・遺族調査
		217202		患者報告アウトカム（PRO）の症状改善率 ＊期中に指標を開発予定	-	検討中（日本緩和医療学会からのデータ提供）
		217203	再掲	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	2075	患者体験調査
		217204		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	3011	患者体験調査
		217205		がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合	3002	患者体験調査
		217206		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	患者体験調査
		217207		医療従事者が耳を傾けてくれたと感じた患者の割合	2006	患者体験調査
		217208		国民の緩和ケアに関する認識	3018	世論調査（仮）
		217209		国民の医療用麻薬に関する認識	3019	世論調査（仮）

4．これらを支える基盤の整備

人材育成の強化						
	アウトプット指標	420101		がん専門医療人材（がんプロフェッショナル）養成プラン「次世代のがんプロフェッショナル養成プラン」事業評価	-	文部科学省からのデータ提供
		420102		がんゲノム医療コーディネーター研修会参加人数	4022	がんのゲノム医療従事者研修事業（～R4）、現況報告書（ゲノム）
		420103	再掲	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	2063	ライフプランニングセンターからのデータ提供
		420104	再掲	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	4023	小児・AYA世代の長期フォローアップ体制整備事業
		420105	再掲	緩和ケア研修修了者数	4021	がん等における新たな緩和ケア研修等事業
		420106		緩和ケアに特化した講座を設置している大学の数	4024	文部科学省からのデータ提供
	中間アウトカム指標	420201		第４期がんプロで支援されたがん専門医療人材の人数	-	事業における取組状況調査

緩和ケア研修会の内容見直しについての主なご意見
（令和5年9月29日　第7回がんの緩和ケアに係る部会）

①　既存の研修内容の見直しに対するご意見

- 今後も、医師・歯科医師が習得すべき基本的緩和ケアの学習を中心に講義内容等を考えるのであれば、医師・歯科医師とその他の職種でコンテンツを分けることとしてはどうか。
- 現状、選択科目５つのうち２つを選択するという設定になっているが、医師・歯科医師は全科目履修する方がよいのではないか。
  - 医師・歯科医師は、緩和的放射線治療、神経ブロックの学習を必修化してはどうか。
  - がん以外の緩和ケアの学習内容を充実してはどうか。

  （現在は、選択科目）
- 医師・歯科医師に関しては、繰り返し学習することで知識の定着ができるのではないか。例えば、e-learningでのフォローアップ研修の機会を設けてはどうか。
- 集合研修での議論を深めるために、多職種が議論に参加しやすいよう配慮することが必要なのではないか。

②　新規研修内容の追加に対するご意見

以下のコンテンツを研修内容に追加してはどうか。

- がんの緩和ケアに係る部会で作成した資材(※)の活用
  ※「診断時の緩和ケア」・「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」・「痛みへの対応について」
- ライフステージに応じた緩和ケア
- 社会保障制度、地域包括ケアシステム等の制度・仕組みの理解
- 就労支援や、ピアサポートなどサバイバーシップについて

③　その他のご意見

- 第４期がん対策推進基本計画のロジックモデルの最終アウトカムの指標例である、「現在自分らしい日常生活を送れていると考えるがん患者の割合」は、「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」のアウトカム指標の結果を反映しているものであるため、この視点を忘れずに取り組むことが大事である。
- 当面の見直しとは別に、医学教育の内容や学びの環境が変化している現状を踏まえ、緩和ケア研修会の全体を見直す方向性の議論も必要ではないか。

緩和ケア研修会の見直し内容

- 部会のご意見等を踏まえ、以下のとおり、緩和ケア研修会の内容について見直しを行うこととしてはどうか。

見直しの基本的な考え方

- 本研修会の趣旨として、「がん等の診療に携わる**全ての医療従事者**が**基本的な**緩和ケアについて正しく理解」することが掲げられており、研修内容は基本的な緩和ケアに関する事項を中心に取り扱う。
- 本研修会の内容は当初、医師・歯科医師を想定とした内容で構成されていることを踏まえ、医師・歯科医師については、全ての内容を受講することとする。

見直し内容

- 「緩和的放射線治療や神経ブロック等による症状緩和」、および「がん以外に対する緩和ケア」については、医師・歯科医師はその医学的な知識を習得し、患者への適応について迅速に判断できることが望ましいため、これらの内容を含む現在の選択科目について、医師・歯科医師は5科目全てを必修とし、その他医療従事者はこれまでと同様に2科目以上を選択とする。
- 医師・歯科医師以外の医療従事者も、専門的な緩和ケアへのつなぎ方を習得することが望ましいため、「苦痛のスクリーニングと、その結果に応じた症状緩和及び専門的な緩和ケアへのつなぎ方」の項目で「緩和的放射線治療や神経ブロック等」について内容の充実を図る。
- 集合研修においては、多様な職種が集まることで、より深い議論とするため、集合研修のグループワークの実施に当たっては、多職種によるグループが編成されるよう配慮する。

その他の対応

- がんの緩和ケアに係る部会で作成した資材(※)について、集合研修等で紹介する。
  ※「診断時の緩和ケア」・「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」・「痛みへの対応について」
- 基本的な緩和ケアについて知識の確認・更新を目的に、緩和ケア研修会修了後もe-learning研修を再受講することが可能であることを周知する。（「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成20年４月１日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知）に基づく緩和ケア研修会修了者もIDを発行し、現行のe-learning研修を受講することが可能）
- 今後、修了証発行および研修会開催手続き等のオンライン化についても検討する。

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 新旧対照表（案）

※具体的な記載については、今後、変更する可能性がある。

改　正　前	改　正　後
5　緩和ケア研修会の開催指針	5　緩和ケア研修会の開催指針
（１）（略）	（１）（略）
（２）緩和ケア研修会のプログラムについて	（２）緩和ケア研修会のプログラムについて
①（略）	①（略）
②緩和ケア研修会の形式・要件	②緩和ケア研修会の形式・要件
（ｉ）（略）	（ｉ）（略）
（ii）集合研修については、次に掲げる形式・要件を満たすこと。	（ii）集合研修については、次に掲げる形式・要件を満たすこと。
ア（略）	ア（略）
イ グループ演習は４名以上10名以下、ロールプレイングによる演習は２名以上４名以下のグループに分かれ、討議及び発表が重視されるようにすること。また、グループ演習は１グループ当たり１名以上、ロールプレイによる演習は２グループ当たり１名以上の集合研修協力者がそのグループを担当すること。	イ グループ演習は４名以上10名以下、ロールプレイングによる演習は２名以上４名以下のグループに分かれ、討議及び発表が重視されるようにすること。なお、グループ編成するに当たっては、多様な職種が含まれるよう配慮すること。また、グループ演習は１グループ当たり１名以上、ロールプレイによる演習は２グループ当たり１名以上の集合研修協力者がそのグループを担当すること。
③緩和ケア研修会の内容	③緩和ケア研修会の内容
（ｉ）緩和ケア研修会は、次に掲げる内容を含むこと。なお、各項目において診断された時から終末期に至るまでの多様な患者・家族の状況を想定すること。	緩和ケア研修会は、次に掲げる内容を含むこと（医師・歯科医師については全て必修とし、医師・歯科医師以外は選択を含む）。なお、各項目において診断された時から終末期に至るまでの多様な患者・家族の状況を想定すること。
ア（略）	ア（略）
イ 苦痛のスクリーニングと、その結果に応じた症状緩和及び専門的な緩和ケアへのつなぎ方	イ 苦痛のスクリーニングと、その結果に応じた症状緩和及び専門的な緩和ケア（緩和的放射線や神経ブロック等）へのつなぎ方
ウ～コ（略）	ウ～コ（略）
（ii）また、次に掲げる内容を受講者の選択により、学ぶことができるものとすること。	（削除）
ア がん以外に対する緩和ケア	サ がん以外に対する緩和ケア
イ 疼痛、呼吸困難、消化器症状以外の身体的苦痛に対する緩和ケア	シ 疼痛、呼吸困難、消化器症状以外の身体的苦痛に対する緩和ケア
ウ 不安、抑うつ、せん妄以外の精神心理的苦痛に対する緩和ケア	ス 不安、抑うつ、せん妄以外の精神心理的苦痛に対する緩和ケア
エ 緩和的放射線治療や神経ブロック等による症状緩和	セ 緩和的放射線治療や神経ブロック等による症状緩和
オ 社会的苦痛に対する緩和ケア	ソ 社会的苦痛に対する緩和ケア

緩和ケア研修会の開催指針　別添１：緩和ケア研修会標準プログラム 新旧対照表（案）

※具体的な記載については、今後、変更する可能性がある。

改　正　前	改　正　後
緩和ケア研修会の内容及び構成については、以下に定めるとおりとする。 （１）e-learningについて e-learningを実施するに当たっては、次に掲げる内容を必ず含むこととする。なお、各項目において診断された時から人生の最終段階に至るまでの多様な患者・家族の状況を想定すること。必修科目に関しては、受講者全員が受けることとし、選択科目に関しては、受講者の学習ニーズに応じて選択可能とする。 （ｉ）必修科目 ①（略） ② 苦痛のスクリーニングと、その結果に応じた症状緩和及び専門的な緩和ケアへのつなぎ方 ③～⑩（略） （ii）選択科目（選択科目のうち、２項目以上を学習すること。） ① がん以外に対する緩和ケア ② 疼痛、呼吸困難、消化器症状以外の身体的苦痛に対する緩和ケア ③ 不安、抑うつ、せん妄以外の精神心理的苦痛に対する緩和ケア ④ 緩和的放射線治療や神経ブロック等による症状緩和 ⑤ 社会的苦痛に対する緩和ケア （２）集合研修について 集合研修は、e-learning修了後２年以内に受講することができる。集合研修を実施するに当たっては、次に掲げる内容を必ず含まなければならない。また、研修の順序については問わないが、２日以内に実施し、研修が効果的に行われるように配慮すること。 ①～④（略）	緩和ケア研修会の内容及び構成については、以下に定めるとおりとする。 （１）e-learningについて e-learningを実施するに当たっては、次に掲げる内容を必ず含むこととする。なお、各項目において診断された時から人生の最終段階に至るまでの多様な患者・家族の状況を想定すること。医師・歯科医師は全ての科目を受講することとし、その他医療従事者については、①～⑩は必修、⑪～⑮については、このうち2科目以上を受講すること。 【科目】 ①（略） ② 苦痛のスクリーニングと、その結果に応じた症状緩和及び専門的な緩和ケア（緩和的放射線や神経ブロック等）へのつなぎ方 ③～⑩（略） （削除） ⑪ がん以外に対する緩和ケア ⑫ 疼痛、呼吸困難、消化器症状以外の身体的苦痛に対する緩和ケア ⑬ 不安、抑うつ、せん妄以外の精神心理的苦痛に対する緩和ケア ⑭ 緩和的放射線治療や神経ブロック等による症状緩和 ⑮ 社会的苦痛に対する緩和ケア （２）集合研修について 集合研修は、e-learning修了後２年以内に受講することができる。集合研修を実施するに当たっては、次に掲げる内容を必ず含まなければならない。また、研修の順序については問わないが、２日以内に実施し、研修が効果的に行われ多職種が参加できるように配慮すること。 ①～④（略）

第８回 がんとの共生のあり方に関する検討会	資料２
令和６年４月26日	

第３回患者体験調査 速報値報告

国立がん研究センター　がん対策研究所
がん政策評価研究部　中澤　葉宇子

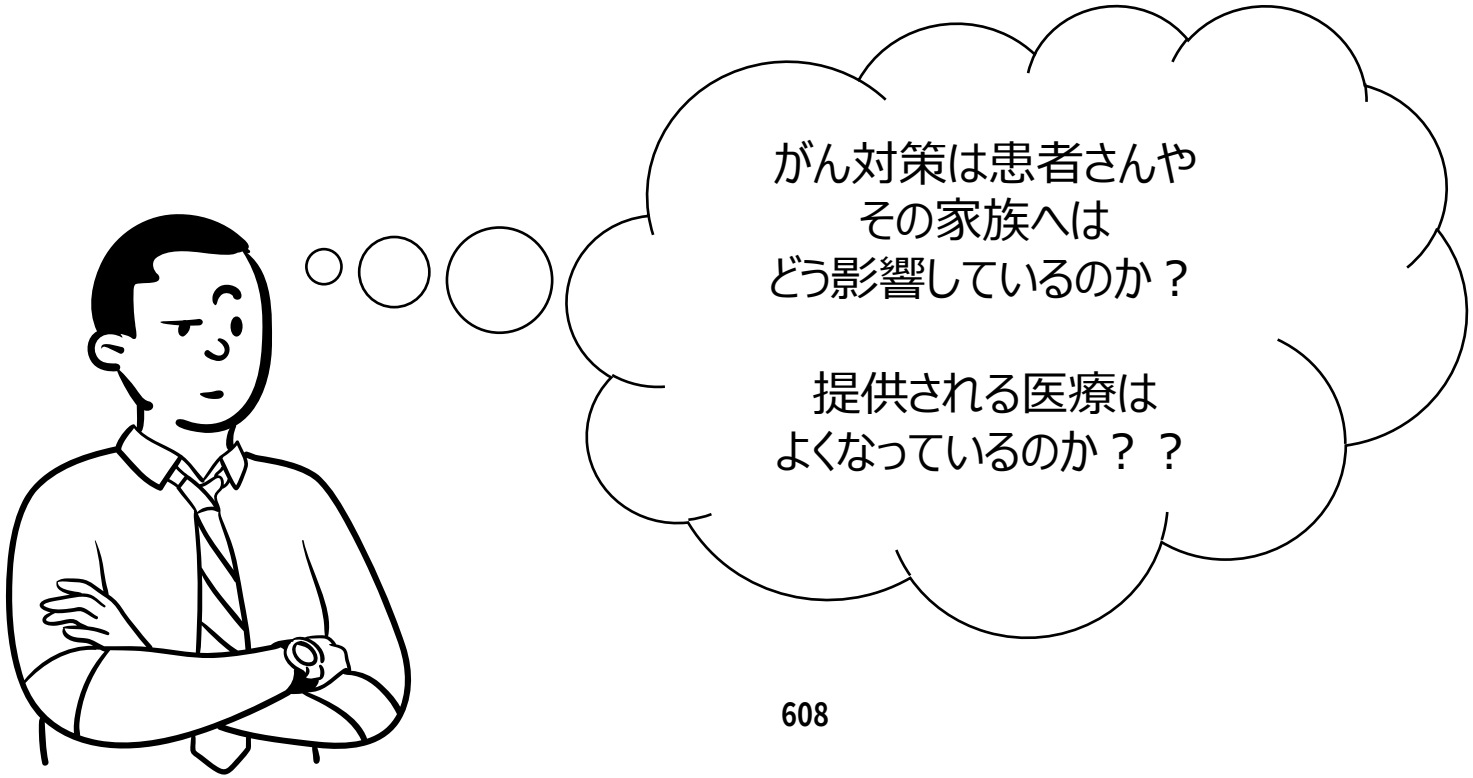
目次

- **患者体験調査の意義**
  - 患者体験調査とは
  - 実施根拠
  - これまでの調査
  - 活用事例
- **患者体験調査の概要**
  - 特徴
  - 調査方法
  - 質問内容／項目
  - 集計方法
- **結果報告**

患者体験調査の意義

患者体験調査とは

- 患者の体験を中心的存在として、
  がん患者とその家族の療養における体験を
  把握するための調査



第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月28日閣議決定）概要

第１．全体目標と分野別目標　／　第２．分野別施策と個別目標

全体目標：「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」

「がん予防」分野の分野別目標
がんを知り、がんを予防すること、がん検診による早期発見・早期治療を促すことで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す

「がん医療」分野の分野別目標
適切な医療を受けられる体制を充実させることで、がん生存率の向上・がん死亡率の減少・全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

「がんとの共生」分野の分野別目標
がんになっても安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

１．がん予防
（１）がんの１次予防
①生活習慣について
②感染症対策について
（２）がんの２次予防（がん検診）
①受診率向上対策について
②がん検診の精度管理等について
③科学的根拠に基づくがん検診の実施について

２．がん医療
（１）がん医療提供体制等
①医療提供体制の均てん化・集約化について
②がんゲノム医療について
③手術療法・放射線療法・薬物療法について
④チーム医療の推進について
⑤がんのリハビリテーションについて
⑥支持療法の推進について
⑦がんと診断された時からの緩和ケアの推進について
⑧妊孕性温存療法について
（２）希少がん及び難治性がん対策
（３）小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策
（４）高齢者のがん対策
（５）新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装

３．がんとの共生
（１）相談支援及び情報提供
①相談支援について
②情報提供について
（２）社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援
（３）がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）
①就労支援について
②アピアランスケアについて
③がん診断後の自殺対策について
④その他の社会的な問題について
（４）ライフステージに応じた療養環境への支援
①小児・ＡＹＡ世代について
②高齢者について

４．これらを支える基盤
（４）がん登録の利活用の推進
（５）患者・市民参画の推進
（６）デジタル化の推進

ために必要な事項
…予算の効率化・重点化
６．目標の達成状況の把握

各分野の取り組むべき施策が（中略）効果をもたらしているか（中略）科学的・総合的な評価を行い、必要に応じてその結果を施策に反映する

これまでの調査

H24　H26　H30　H31　R1　R5

第２期がん対策推進基本計画

第３期がん対策推進基本計画

第４期がん対策推進基本計画

第1回
患者体験調査



第2回
患者体験調査



小児
患者体験調査



第3回
患者体験調査

第1回：https://www.ncc.go.jp/jp/icc/health-serv/project/040/050.html
第2回：https://www.ncc.go.jp/jp/icc/health-serv/project/040/index.html
小　児：https://www.ncc.go.jp/jp/icc/health-serv/project/050/index.html

第４期計画における活用

「第４期がん対策推進基本計画ロジックモデル　確定版」：がん医療提供体制等＜医療提供体制の均てん化・集約化＞

医療提供全般

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
211101	【国及び都道府県】地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進（その際、国は、都道府県がん診療連携協議会等に対し、好事例の共有や他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う）	役割分担に関する議論が行われている都道府県の数	－	現況報告書
211102	拠点病院等を中心に、患者に対するがんの告知や、インフォームド・コンセントの取得、セカンドオピニオンの提示などが適切な提供に実施されるような体制整備を引き続き推進	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	患者体験調査
211103	【国及び都道府県】感染症発生・まん延時や災害時等の状況下においても、必要ながん医療を提供できるよう、診療機能の役割分担や、各施設が協力した人材育成や応援体制の構築等、地域の実情に応じた連携体制を整備する取組を平時から推進	BCPに関する議論が行われている都道府県の数	－	現況報告書
211104		（参考）BCPを整備している拠点病院等の割合	－	現況報告書
212105	拠点病院等、小児がん拠点病院等、がんゲノム医療中核拠点病院等が相互に連携可能となるよう検討	都道府県協議会に小児がん拠点病院等が参加している都道府県の数※	－	現況報告書

※ゲノム拠点は自動的に連携される。

#	中間アウトカム	中間アウトカム指標	3期	データソース
2112	医療機関の機能分担を通じた質の高い安心な医療の効率的な提供	担当した医師ががんについて十分な知識や経験を持っていたと思う患者の割合	－	患者体験調査

#	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	3期	データソース
20000	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査

「第４期がん対策推進基本計画ロジックモデル 確定版」」より抜粋

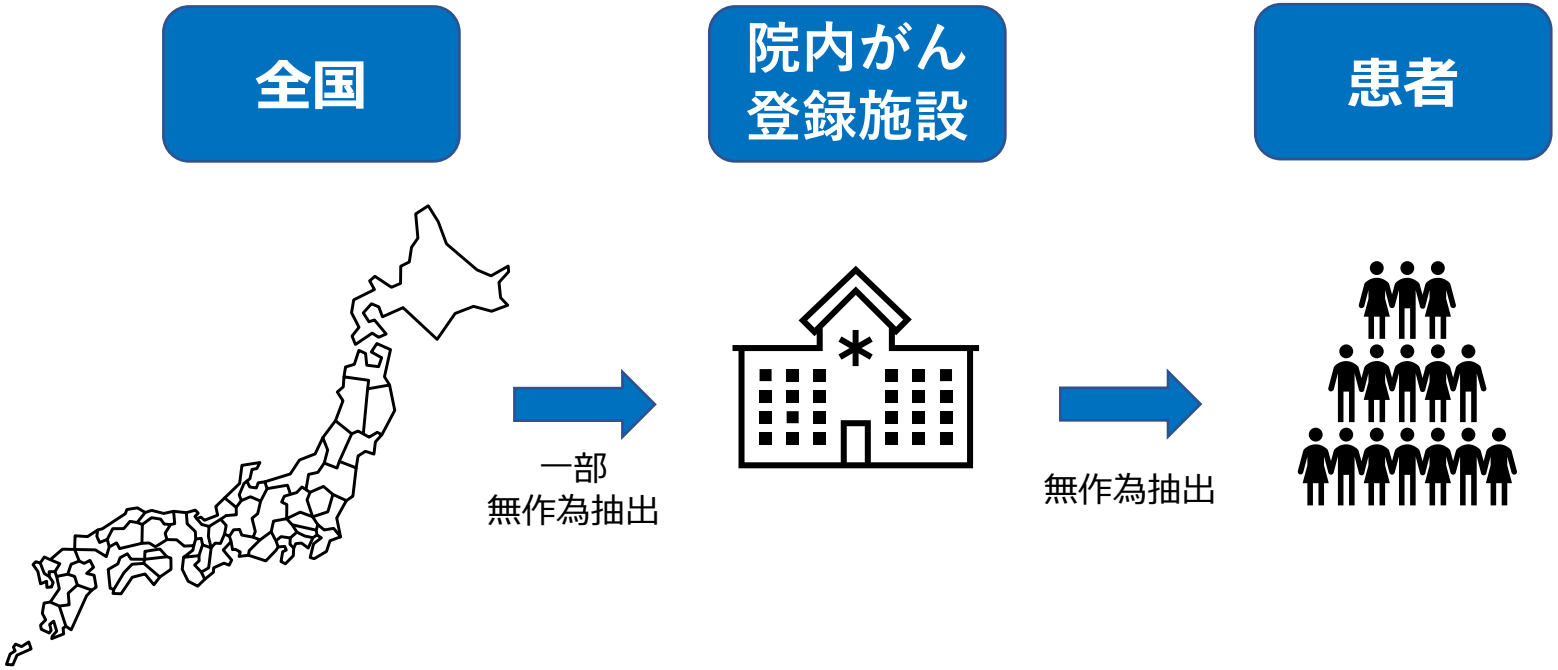
患者体験調査の概要

患者体験調査の特徴

- 直接患者さんの体験を質問
  - がん対策のアウトカムにできるだけ近い事柄

- 可能な限りがん患者全体を代表するよう工夫
  - 科学的な抽出手法（無作為抽出）
  - がん以外の患者さんとの比較

調査方法
⇒ 層化二段無作為抽出法



母集団：院内がん登録に
登録された患者

614

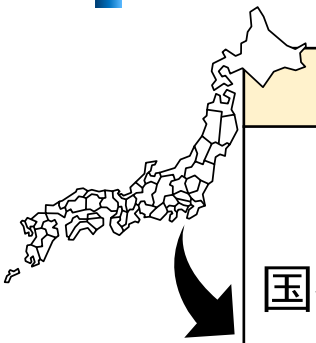
調査方法 －２段階の抽出

がん診療連携拠点病院等：
・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
・地域がん診療病院
（全類型の特例型も含む）

- １段目：施設の抽出
  - すべてのがん診療連携拠点病院等が対象
  - 上記以外の施設を全国から無作為に抽出

- ２段目：対象者の抽出
  - 各施設から対象者を無作為に抽出
  - 2021年にがんで治療開始された方
    ＋がん以外の疾患で治療された方

調査方法ー１段目



病院の種類		抽出数
国指定	都道府県拠点病院*1	全数
	地域拠点病院*2 （国がん／特定領域を含む）	全数
	地域がん診療病院*3	全数
国指定以外	上記以外で、院内がん登録に参加している施設*4	無作為抽出100施設

カバー率

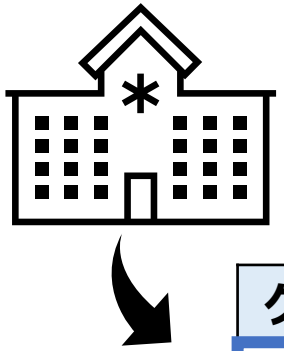
がん全体の約5割

がん全体の約7割

*1 都道府県拠点病院 ＝ 都道府県がん診療連携拠点病院
*2 地域拠点病院 ＝ 地域がん診療連携拠点病院
*3 地域がん診療病院 ＝ 地域がん診療病院
*4 それ以外の院内がん登録病院：
・都道府県から推薦された施設
・上記以外で任意で院内がん登録に参加している施設

カバー率：https://ganjoho.jp/public/qa_links/report/hosp_c/pdf/2018_report_add2.pdf

調査方法 －２段目



グループ	グループ定義
A	診断時、**18歳以上40歳未満**のがん患者
B	診断時、**40歳以上**のがん患者
C	第2回調査と同じ調査票を送付するがん患者
D	年収や学歴の質問を追加した調査票を送付するがん患者
E	がん以外の受診者

今回の速報値は、A Bグループの集計結果です

質問項目例

- 初めて受診～診断～治療開始の時間
- 治療開始までに十分な情報があったか
- 医師・スタッフから必要事項の説明があったか
- 経済的な負担の程度
- 治療の見通しが持てたか
- 就労継続への相談・サポートの有無
- 相談支援センター、ピアサポート
- 周囲との関係

など

集計方法

- 調査方法を元にサンプリングによる抽出確率と回収状況を反映したウェイト（重み）を作成した
- ウェイトを使用して、母集団の構成に調整した補正値を算出した
- 能登半島地震の影響により、当該地域の患者は調査対象から除外したため、母集団構成から除いた

集計方法

- 本報告では速報値として無回答を含む回答分布を提示する

- 第２回調査までの報告では、無回答を除外してがん対策の指標を算出していたため、最終報告では、無回答を除外して回答分布を算出する予定である

集計方法

- ABグループ全体と3群の層別化集計を行った

グループ	グループ定義
A	診断時、**18歳以上40歳未満**のがん患者
B	診断時、**40歳以上**のがん患者

希少がん患者	**ABグループから希少がんの定義＊1を用いて抽出した患者**
若年がん患者	**希少がんを除くAグループの患者**
一般がん患者	**希少がんを除くBグループの患者**

＊1：Rarecare分類による定義
http://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/06health_s/files/06health_s_work.pdf
（希少がんワークショップ報告書・巻末資料1より抜粋）

結果

調査対象数

- 対象施設：367施設
- 発送数：32,716名
- 回収数：14,797名　（回収率45.2%）

- 報告対象（11,169名）
  - 希少がん患者：4.6%
  - 若年がん患者：2.1%
  - 一般がん患者：93.4%

注：
小数点以下第２位で四捨五入のため、
１００%にならない

病院探しに対する困難感

問 14　「がん治療」を決めるまでの間に、診断や治療を受ける診療所や病院を探すことに困難はありましたか
（「がん治療」には治療しないという方針も含みます）（○は１つ）

		希少がん	若年がん	一般がん
		補正%	補正%	補正%
1	まったく困難ではなかった	64.4%	55.2%	70.1%
2	あまり困難ではなかった	20.2%	28.2%	19.2%
3	どちらともいえない	5.2%	8.1%	3.0%
4	少し困難だった	5.9%	6.3%	3.4%
5	とても困難だった	2.8%	1.5%	1.3%
	無回答	1.4%	0.8%	3.1%
	合計	100.0%	100.0%	100.0%

624

医療者とのコミュニケーション

問 23-3　医療スタッフはつらい症状にすみやかに対応してくれましたか（○は１つ）

		補正値	
		代表数	%
1	まったく対応してくれなかった	2071	0.4%
2	あまり対応してくれなかった	14265	2.4%
3	どちらともいえない	38884	6.6%
4	ある程度対応してくれた	171646	29.1%
5	十分に対応してくれた	330236	55.9%
	無回答	33692	5.7%
	合計	590794	100.0%

問 23-4　医療スタッフは、あなた（患者さん）の言葉に耳を傾け、理解しようとしてくれましたか（○は１つ）

		補正値	
		代表数	%
1	まったく理解しようとしてくれなかった	3049	0.5%
2	あまり理解しようとしてくれなかった	11581	2.0%
3	どちらともいえない	40469	6.8%
4	ある程度理解しようとしてくれた	183124	31.0%
5	十分理解しようとしてくれた	319589	54.1%
	無回答	32982	5.6%
	合計	590794	100.0%

医療者とのコミュニケーション

問 23-7　あなた（患者さん）のことに関して治療に関係する医療スタッフ間で情報が共有されていましたか（○は１つ）

		補正値	
		代表数	%
1	まったく共有されていなかった	6874	1.2%
2	あまり共有されていなかった	20477	3.5%
3	どちらともいえない	85654	14.5%
4	ある程度共有されていた	221938	37.6%
5	十分共有されていた	225460	38.2%
	無回答	30391	5.1%
	合計	590794	100.0%

626

医療者とのコミュニケーション

問 57　身体的なつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談できると思いますか（○は１つ）

		補正値	
		代表数	%
1	そう思わない	25053	5.1%
2	あまりそう思わない	56016	11.3%
3	どちらともいえない	87260	17.6%
4	ややそう思う	116864	23.6%
5	そう思う	196532	39.7%
	無回答	13263	2.7%
	合計	494989	100.0%

問 58　心のつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談できると思いますか（○は１つ）

		補正値	
		代表数	%
1	そう思わない	41115	8.3%
2	あまりそう思わない	82286	16.6%
3	どちらともいえない	128719	26.0%
4	ややそう思う	102810	20.8%
5	そう思う	126118	25.5%
	無回答	13941	2.8%
	合計	494989	100.0%

注：がん患者本人の回答のみ

627

がん相談支援センター／ピアサポートの認知度

問 45　がん相談支援センターを知っていますか（○は１つ）

		補正値	
		代表数	%
1	知っている	325821	53.6%
2	知らない	265627	43.7%
	無回答	16102	2.7%
	合計	607550	100.0%

問 49　ピアサポートを知っていますか（○は１つ）

		補正値	
		代表数	%
1	知っている	88898	14.6%
2	知らない	487445	80.2%
	無回答	31207	5.1%
	合計	607550	100.0%

628

相談支援

問 23-5　がん治療を担当した医師は相談しやすかったですか（○は１つ）

		補正値	
		代表数	%
1	まったく相談しやすくなかった	7780	1.3%
2	あまり相談しやすくなかった	21952	3.7%
3	どちらともいえない	36562	6.2%
4	ある程度相談しやすかった	182708	30.9%
5	とても相談しやすかった	318097	53.8%
	無回答	23696	4.0%
	合計	590794	100.0%

問 23-6　がん治療を担当した医師以外で相談しやすい医療スタッフはいましたか（○は１つ）

		補正値	
		代表数	%
1	そう思わない	43250	7.3%
2	あまりそう思わない	46640	7.9%
3	どちらともいえない	139780	23.7%
4	ややそう思う	131528	22.3%
5	そう思う	191371	32.4%
	無回答	38224	6.5%
	合計	590794	100.0%

相談支援

問 28　がんと診断されてから、病気のことや療養生活に関して誰かに相談することができましたか（○は１つ）

		補正値	
		代表数	%
1	相談を必要としなかった	192873	31.7%
2	相談が必要だったが、相談できなかった	39892	6.6%
3	相談できた	357542	58.8%
	無回答	17242	2.8%
	合計	607550	100.0%

問 36　その時働いていた職場や仕事上の関係者にがんと診断されたことを話しましたか（○は１つ）
（対象：問 32 で「はい」と回答した人のうち）

		補正値	
		代表数	%
1	話した	204437	79.2%
2	話さなかった	25309	9.8%
3	わからない	3022	1.2%
	無回答	25247	9.8%
	合計	258016	100.0%

注：問３６は、がん診断時に収入のある仕事をしていた人に限定して解析

就労

問32　患者さんは、がんと診断された時、収入のある仕事をしていましたか（○は１つ）

		希少がん 補正%	若年がん 補正%	一般がん 補正%
1	はい	51.8%	77.8%	41.2%
2	いいえ	46.3%	21.2%	54.9%
	無回答	1.9%	1.1%	3.8%
	合計	100.0%	100.0%	100.0%

問41　がんで初めて治療・療養した以降の仕事状況についてお答えください（対象：問 32 で「はい」と回答した人のうち）

問41(1)　がんと診断された時のお仕事について、がん治療のために以下のようなことがありましたか（○は１つ）

		希少がん 補正%	若年がん 補正%	一般がん 補正%
1	休職・休業はしたが、退職・廃業はしなかった	56.5%	62.3%	49.9%
2	退職・廃業した	17.2%	18.4%	18.5%
3	上記のようなことはなかった	22.3%	17.2%	26.5%
4	わからない	0.9%	1.2%	0.8%
	無回答	3.1%	0.9%	4.4%
	合計	100.0%	100.0%	100.0%

注：問41はがん診断時に収入のある仕事をしていた人に限定して解析[631]

就労継続

問 39　治療を始める前に就労の継続に関して、病院の医療スタッフから話がありましたか（○は１つ）
（対象：問 32 で「はい」と回答した人のうち）

		補正値	
		代表数	%
1	あった	99521	38.6%
2	なかった	126669	49.1%
	無回答	31826	12.3%
	合計	258016	100.0%

注：がん診断時に収入のある仕事をしていた人に限定して解析

経済的負担

問20　病院で医療を受けるために必要な金銭的負担が原因で、がん治療を変更・断念したことがありますか（○は1つ）

		希少がん	若年がん	一般がん
		補正%	補正%	補正%
1	ある	1.0%	2.1%	1.7%
2	ない	94.0%	92.2%	93.3%
	無回答	5.0%	5.6%	5.0%
	合計	100.0%	100.0%	100.0%

633

経済的負担

問22　病院で医療を受けるために必要な金銭的負担が原因で、次に挙げたようなことがありましたか（当てはまるものすべてに○）

		希少がん 補正%	若年がん 補正%	一般がん 補正%
1	日常生活における食費、衣料費を削った	8.2%	16.1%	5.6%
2	受診の間隔を延ばしたり、受診を一時的に見送ったりした	1.3%	1.9%	0.9%
3	主治医に処方薬や治療法を安価なものに変更してもらった	1.6%	2.6%	1.4%
4	治療頻度や治療内容（薬など）を主治医に相談せずに自分で減らした	0.8%	1.2%	0.4%
5	長期に貯蓄していた貯金を切り崩した	14.9%	26.7%	14.2%
6	収入を増やすため、家族が仕事を増やした、あるいは働くようになった	1.7%	4.2%	1.0%
7	金銭的負担のために患者本人が仕事を続けざるを得なかった、あるいは転職せざるを得なかった	3.2%	10.9%	2.9%
8	親戚や他人から金銭的援助を受けた（借金を含む）	4.1%	15.1%	2.0%
9	車、家、土地などを手放した、あるいは引っ越した	1.2%	1.9%	0.6%
10	家族の進学先を変更した（進学をやめた／転校した）	0.3%	0.3%	0.2%
11	その他	2.7%	2.9%	1.9%
12	上記のようなことは無かった	68.5%	50.1%	66.5%
13	わからない	0.5%	1.3%	1.2%
	無回答	9.2%	7.8%	11.6%

*複数回答設問

妊孕性に関する説明

問 16　最初のがん治療が開始される前に、医師から生殖機能（妊よう性）への影響について説明がありましたか（○は１つ）

		補正値	
		代表数	%
1	生殖機能（妊よう性）に影響がある、という説明を受けた	8115	56.1%
2	生殖機能（妊よう性）に影響はない、という説明を受けた	960	6.6%
3	説明はなかった	3616	25.0%
4	わからない	1555	10.8%
	無回答	214	1.5%
	合計	14460	100.0%

注：４０歳未満の回答者に限定して解析

アピアランスケア

問 30　がん治療による外見の変化(脱毛や皮膚障害などを含む）に関する悩みを医療スタッフに相談できましたか（○は１つ）

		補正値	
		代表数	%
1	相談を必要としなかった	347095	57.1%
2	相談が必要かわからなかった	60667	10.0%
3	相談したかったが、できなかった	16444	2.7%
4	相談できた	147491	24.3%
	無回答	35853	5.9%
	合計	607550	100.0%

636

社会とのつながり

問 53　がんになったことで、家族に負担（迷惑）をかけていると感じますか（○は１つ）

		補正値	
		代表数	%
1	まったく感じたことはない	51121	10.3%
2	あまり感じない	104341	21.1%
3	どちらともいえない	48698	9.8%
4	ときどき感じる	145298	29.4%
5	よく感じる	132706	26.8%
	無回答	12824	2.6%
	合計	494989	100.0%

問 54　がんになったことで、家族以外の周囲の人に負担（迷惑）をかけていると感じますか（○は１つ）

		補正値	
		代表数	%
1	まったく感じたことはない	120474	24.3%
2	あまり感じない	148124	29.9%
3	どちらともいえない	62064	12.5%
4	ときどき感じる	96502	19.5%
5	よく感じる	47315	9.6%
	無回答	20511	4.1%
	合計	494989	100.0%

社会とのつながり

問 55　がんと診断されてから周囲に不必要に気を使われていると感じますか（○は１つ）

		補正値	
		代表数	%
1	まったく感じたことはない	120645	24.4%
2	あまり感じない	183299	37.0%
3	どちらともいえない	67738	13.7%
4	ときどき感じる	90032	18.2%
5	よく感じる	22137	4.5%
	無回答	11137	2.3%
	合計	494989	100.0%

問 56　（家族以外の）周囲の人からがんに対する偏見を感じますか（○は１つ）

		補正値	
		代表数	%
1	まったく感じたことはない	203950	41.2%
2	あまり感じない	188453	38.1%
3	どちらともいえない	55556	11.2%
4	ときどき感じる	29758	6.0%
5	よく感じる	6071	1.2%
	無回答	11202	2.3%
	合計	494989	100.0%

638

社会とのつながり

問 59　現在自分らしい日常生活を送れていると思いますか（○は１つ）

		補正値	
		代表数	%
1	そう思わない	19625	4.0%
2	あまりそう思わない	33069	6.7%
3	どちらともいえない	48866	9.9%
4	ややそう思う	120520	24.3%
5	そう思う	262140	53.0%
	無回答	10769	2.2%
	合計	494989	100.0%

639

まとめ

- 医療者とのコミュニケーションについて、身体的なつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談できると思うか　ややそう思う23.6%　とてもそう思う39.7%
- 相談支援体制について、がん相談支援センターを知っている方は53.6%，ピアサポートを知っている方は　14.6%
- 仕事と治療の両立支援について、診断時に収入のある仕事をしており、治療開始前に就労の継続に関して、病院の医療スタッフから話があった方は　38.6%
- 生殖機能（妊孕性）について、40歳未満の患者で、妊孕性について影響がある、と説明を受けた方は　56.1%
- アピアランスケアについて、がん治療による外見の変化に関する悩みを医療スタッフに相談できた方は　24.3%
- 社会とのつながりについて、自分らしい日常生活を送れていると思うか　ややそう思う24.3%、そう思う53.0%

であった。

※値は全て、無回答を含む集計の補正値。

640

最後に

本調査にご協力いただいた病院関係者の皆様と
貴重なご意見をいただいた患者の皆様に
心より感謝いたします。

報告書公開先URL：

https://www.ncc.go.jp/jp/icc/health-serv/project/R5index.html

第８回 がんとの共生のあり方に関する検討会	資料３
令和６年４月26日	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

アピアランスケアについて

厚生労働省

健康・生活衛生局がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

外見変化に対する患者の苦痛と社会生活への影響

第３回がんとの共生のあり方に関する検討会
資料５（野澤参考人提出資料）（R１.10.23）
（一部改変）

【まとめ】

※　近年のがん治療の変化は、外見に現れる副作用症状を多様化させた
加えて、治療環境の改善は、治療中も患者と社会との接点を増やし、
外見変化に伴う患者の苦痛を強化させ日常生活に大きな影響を与えている（図1,図2）

図1

外見に現れる身体症状の苦痛度は高い

Rank	Sympton	Degree
1	髪の脱毛	3.47
2	乳房切除	3.22
3	吐き気・嘔吐	3.14
4	手足のしびれ	2.84
5	全身の痛み	2.82
6	まゆげの脱毛	2.77
7	まつげの脱毛	2.76
8	体表の傷	2.76
9	手の爪割れ	2.75
10	手の二枚爪	2.75
11	便秘	2.75
12	足爪のはがれ	2.71
13	だるさ	2.71
14	口内炎	2.70
15	発熱	2.70
16	足のむくみ	2.64
17	手爪のはがれ	2.61
18	味覚の変化	2.61
19	顔のむくみ	2.58
20	しみ・くま	2.57

例えば
乳がん女性
苦痛度TOP20

・20位のうち
60%が外見症状

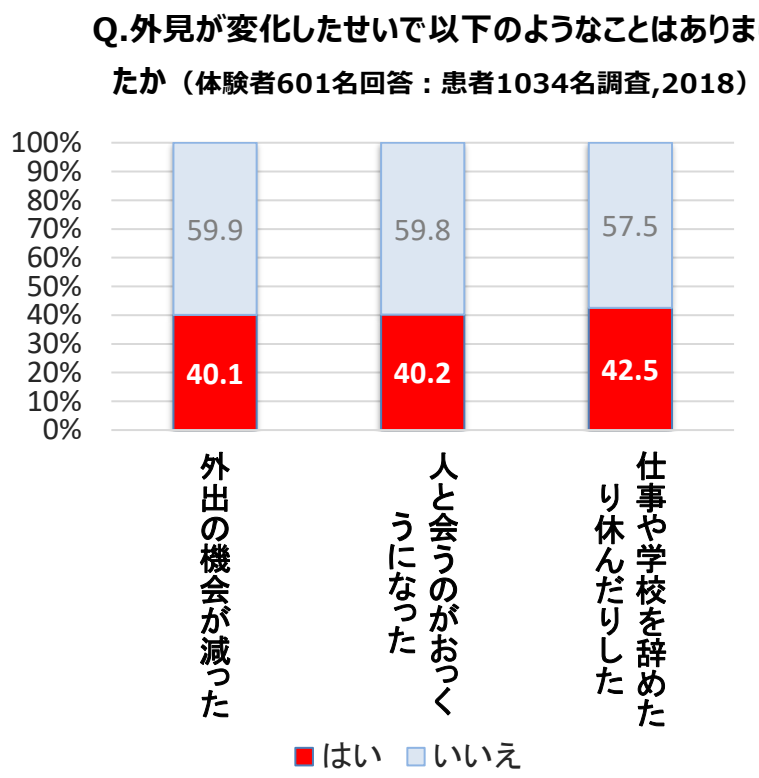
・眉毛やまつげの脱毛など、痛みやかゆみも伴わない外見症状が、これまで医療が対処してきた副作用症状（便秘、口内炎、発熱等）より苦痛度が高い

(Nozawa et al,
Psychooncol,2013)

643

図2

外見変化は社会生活に大きく影響する



医療者による外見関連情報の提供に対する期待

第３回がんとの共生のあり方に関する検討会
資料５（野澤参考人提出資料）（R１.10.23）
（一部改変）

情報収集行動調査

【まとめ】 がん治療に伴う外見の変化と対処行動の実態調査～1034名の患者対象調査から～2018（資料4）

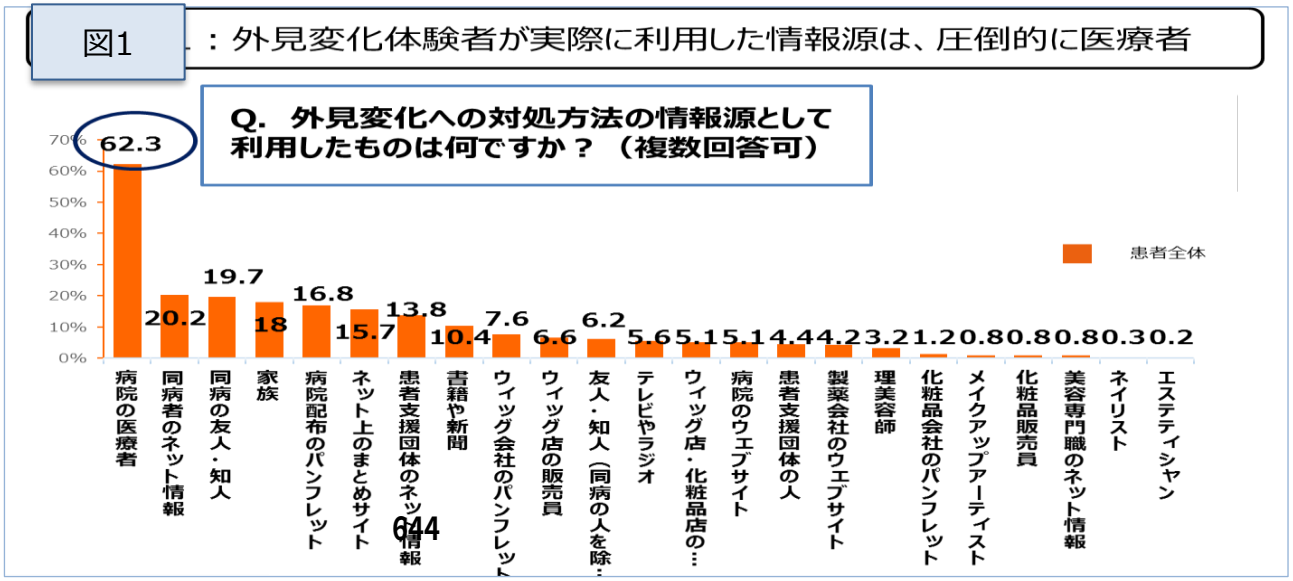
※ 外見変化体験者が**実際に利用した情報源は、圧倒的に医療者**（図1）

※ 外見問題の対処方法に関して，医療者による情報提供への信頼**（医療者情報信頼度92.5%）が極めて高い**一方で，販売業者など商品を扱う情報源に対する信頼度（exネット上のまとめサイト記事信頼度50.7%）も高い。エビデンスが少ない領域であることから、根拠のない情報に惑わされないためにも、医療者の発信すべき内容を明確にするとともに、**患者の情報リテラシーを高める必要性**が示唆された。

※ 今後は、症状そのものに対する情報だけでなく、快適な環境調整のための介入スキル（周囲への外見変化についての説明方法や職場や学校へ復帰するときの対処方法）など、必要だったが得られなかった、**アンメットニーズにも対応する必要がある**（資料5）

医療者教育や
情報提供資材
の作成に活かしていく。

図1 ：外見変化体験者が実際に利用した情報源は、圧倒的に医療者



資料4

がん治療に伴う外見の変化と対処行動の実態調査～1034名の患者対象調査から～2018

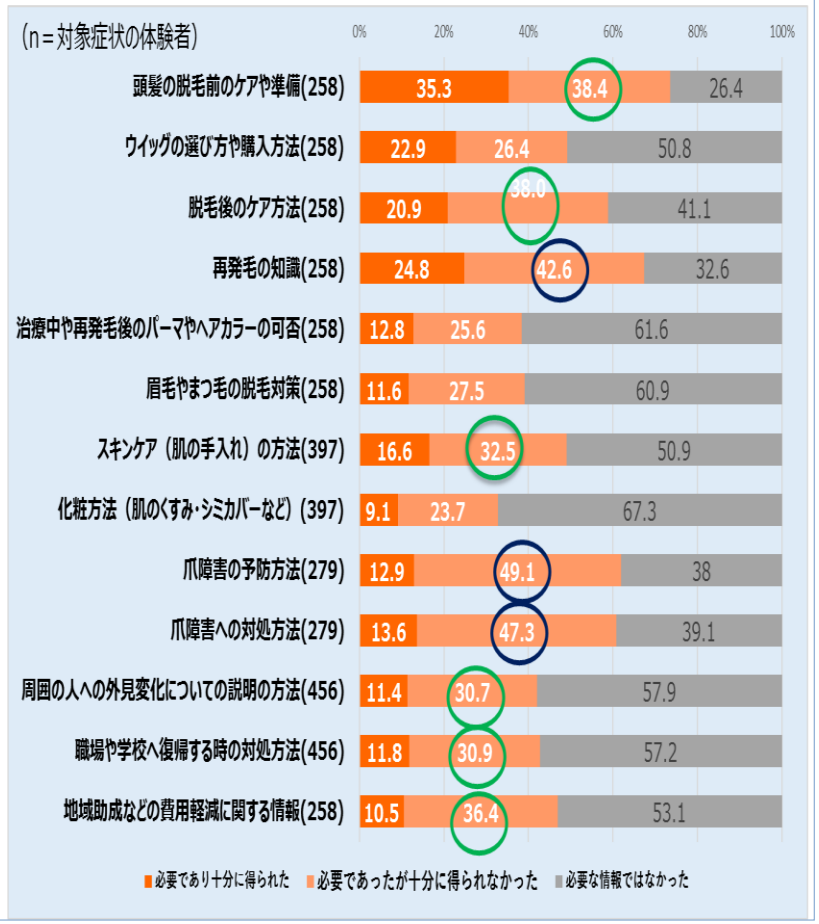
調査目的： 外見の変化に悩む患者に対して医療者が適切に情報提供を行うために、患者の対処行動の実態と、外見変化への懸念が日常生活に与える影響を明らかにする。

方法：インターネット調査　**調査対象：**20～74歳のがん患者（またはがん治療経験者）**調査時期**：2018/3/2～3/22

抽出方法： アンケートモニターから抽出 **※スクリーニング調査後、可能な限りがんの男女別部位別罹患率（平成2012年度の新罹患者数： 最新がん統計2017）に比例するよう，本調査対象候補者を無作為抽出 （⇔ 先行研究）**

対象者：がん患者1034名（男性518名，女性516名）平均年齢58.66才（26才-74才）

資料5：外見変化体験者が必要だったが十分に得られなかった情報



645

資料6

外見変化を体験したと答えたのは全体の58.1%（601/1034名）

外見変化を体験
　性別：女性69.2%＞男性47.1%
　疾患別：「乳がん」92.5%、男性の最多は「肺がん」54.4%

体験した外見の症状：手術の傷84.5%（全体の49.1%）
　脱毛38.3%（**22.3%**）、痩せた38.1%（**22.1%**）

⇔【参考：研究２：一般人1030名の意識調査2018】

一般人のイメージでは「癌治療＝顕著な外見症状が発生」
＊がん患者の半数以上が体験すると思う
脱毛86.8% 血色不良83.6% 痩せる83.8%

＊治療するとすぐ脱毛する40%
＊他人が見るとウィッグとわかる49.5%

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たら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。
がんの治療と学業や仕事との両立を可能とし、治療後も同様の生活を維持する上で、治療に伴う外見変化に対する医療現場におけるサポートの重要性が認識されている。

外見の変化（例）	対応例（保険適用外のものを含む）	
頭髪の脱毛	ウィッグ、ヘア用品、頭皮冷却療法	心理的支援、対人場面での行動やコミュニケーション方法の助言、情報提供（治療・ケア・整容等）
まつ毛・眉毛の脱毛	ビマトプロスト※治療、メイク	
手足症候群、皮膚障害、爪障害	スキンケア、陥入爪のテーピング、副腎皮質ステロイド外用薬治療、爪等の冷却、ネイルケア、メイク	
手術創等	乳房再建等の形成外科的治療、アートメイク、創部のカバー、ストーマ造設後の被服	

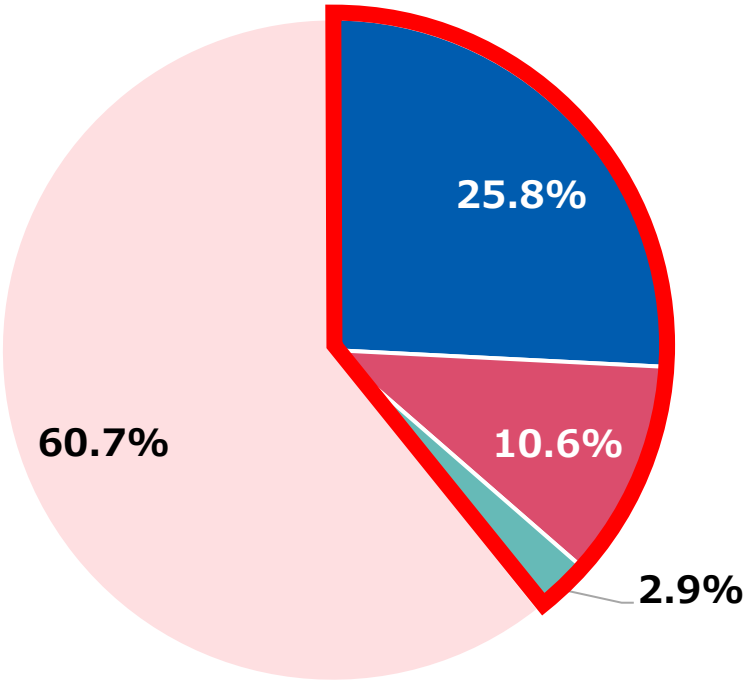
※まつ毛貧毛に対する治療薬

【各研究班の取組】

	期間	研究課題	研究代表者
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-R4	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
	R5-	アピアランスケアに関する相談支援・情報提供体制の構築に向けた研究	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

がん治療による外見変化を相談できたか（患者体験調査（令和５年度））

- がん治療による外見の変化については、「相談できた」と回答した人の割合は25.8%、「相談したかったが、できなかった」と回答した人は2.9%であった。
- 一方で、「相談を必要としなかった」と回答した割合が60.7%と最も高かった。

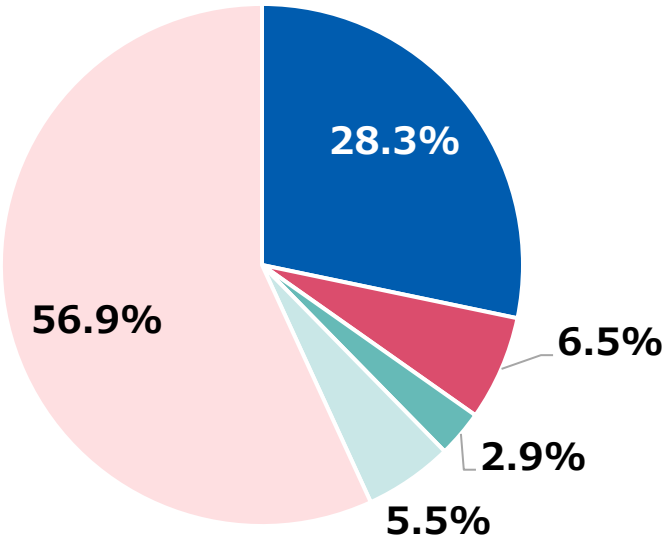


質問：がん治療による外見の変化（脱毛や皮膚障害などを含む）に関する悩みを**医療スタッフに**相談できましたか。
647

出典：患者体験調査報告書 令和５年度調査（速報版）より厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課にて算出

参考・平成30年度調査

※令和５年度調査とは、**質問文・選択肢が異なる**ことに留意が必要。
質問文：「誰か」（平成30年度）→「医療スタッフ」（令和５年度）
選択肢：「わからない」（平成30年度）→削除（令和５年度）



質問：がん治療による外見の変化（脱毛や皮膚障害などを含む）に関する悩みを**誰かに**相談できましたか。

出典：患者体験調査報告書 平成30年度調査

第3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の整理

第４回がんとの共生のあり方に関する検討会
資料１（R２.１.29）

○ アピアランスケアによるがん患者の生活の質向上に向けた取組について

１. アピアランスケアの提供体制

- 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でのではないか。
- 相談の入り口としてがん相談支援センターを活用し、アピアランスケアという言葉が対応できる相談内容としてきちんと入れていくのはどうか。
- 入院中や、外来の化療室治療中での相談に対応できる体制は重要である。
- 将来的には、アピアランスケアに対する診療報酬等において、病院の中でしっかりと対価がとれるような仕組みになるとよい。

２. アピアランスケアの教育・研修

- 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、教育の中に入れたり勉強会等、課題を要件にきちんと入れていくべきではないか。
- 支持療法のエビデンスレベルが高いものはほとんどなく、本当にそれが患者さんに資するものかどうかも含めながら、今後検討していく必要がある。
- 認定看護師や専門看護師の役割として、院内でアピアランスケアに関してのシステムが整っているか、患者の多様なニーズに合わせてシステム整備できるような教育内容を入れていくことも必要である。

第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月28日閣議決定）概要

第１．全体目標と分野別目標　／　第２．分野別施策と個別目標

全体目標：「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」

「がん予防」分野の分野別目標
がんを知り、がんを予防すること、がん検診による早期発見・早期治療を促すことで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す

「がん医療」分野の分野別目標
適切な医療を受けられる体制を充実させることで、がん生存率の向上・がん死亡率の減少・全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

「がんとの共生」分野の分野別目標
がんになっても安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

１．がん予防
（１）がんの１次予防
①生活習慣について
②感染症対策について
（２）がんの２次予防（がん検診）
①受診率向上対策について
②がん検診の精度管理等について
③科学的根拠に基づくがん検診の実施について

２．がん医療
（１）がん医療提供体制等
①医療提供体制の均てん化・集約化について
②がんゲノム医療について
③手術療法・放射線療法・薬物療法について
④チーム医療の推進について
⑤がんのリハビリテーションについて
⑥支持療法の推進について
⑦がんと診断された時からの緩和ケアの推進について
⑧妊孕性温存療法について
（２）希少がん及び難治性がん対策
（３）小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策
（４）高齢者のがん対策
（５）新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装

３．がんとの共生
（１）相談支援及び情報提供
①相談支援について
②情報提供について
（２）社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援
（３）がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）
①就労支援について
②アピアランスケアについて
③がん診断後の自殺対策について
④その他の社会的な問題について
（４）ライフステージに応じた療養環境への支援
①小児・ＡＹＡ世代について
②高齢者について

４．これらを支える基盤
（１）全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進
（２）人材育成の強化
（３）がん教育及びがんに関する知識の普及啓発
（４）がん登録の利活用の推進
（５）患者・市民参画の推進
（６）デジタル化の推進

第３．がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

１．関係者等の連携協力の更なる強化
２．感染症発生・まん延時や災害時等を見据えた対策
３．都道府県による計画の策定
４．国民の努力
５．必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化
６．目標の達成状況の把握
７．基本計画の見直し

第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月閣議決定）分野別施策の概要
３．がんとの共生

（１）相談支援及び情報提供

【現状・課題】
- 多様なニーズに対応するため、がん相談支援センターの機能や対応範囲を検討し、地域の実情に応じた集約化や役割分担を行うことが必要である。
- 全ての患者や家族等、医療従事者等が、正しい情報にアクセスできる環境の整備が重要である。

【取り組むべき施策】
- 多様化・複雑化する相談支援のニーズに対応できる質の高い相談支援体制の整備、オンラインの活用等による持続可能な相談支援体制の整備
- 拠点病院等と民間団体やピア・サポーター等との連携、ICTや患者団体、社会的人材リソース等を活用した相談支援の充実
- 要配慮者を含む患者や家族等のニーズや課題等の把握、「情報の均てん化」に向けた情報提供の在り方の検討

（２）社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援

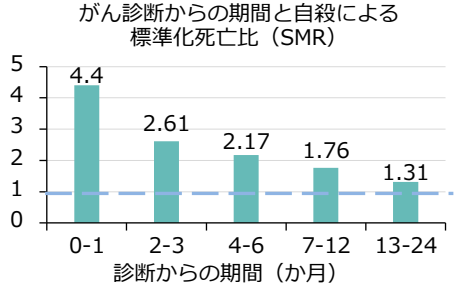
【現状・課題】
- 拠点病院等と地域の医療機関が連携して、相談支援、緩和ケア、セカンドオピニオン等を推進し、患者や家族等を支援することが必要である。

【取り組むべき施策】
- 都道府県がん診療連携協議会において、セカンドオピニオンや、緩和ケア及び在宅医療等に関する情報提供の在り方等の検討
- 地域包括ケアシステムの仕組みも踏まえ、拠点病院等を中心とした施設間の連携・調整を担う者の育成

（３）がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援 ）

【現状・課題】
- 働く世代のがん患者の離職防止や再就職への就労支援の充実が必要である。
- 治療に伴う外見変化に対する医療現場のサポートの重要性が認識されている。
- 医療従事者等による自殺リスクの高い患者への適切な支援が必要である。
- その他の社会的な問題として経済的課題など様々ながん医療への障壁が指摘されている。

【取り組むべき施策】
- 現在の両立支援制度の効果及び課題の明確化、それを踏まえた施策の強化や医療機関等と産業保健との連携、普及啓発等に係る検討
- 様々な就労形態のがん患者の就労・離職の実態把握、それを踏まえた就労支援の提供体制の検討
- 拠点病院等を中心としたアピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制の構築
- がん患者の診断後の自殺リスクや経済的課題等の把握、課題解決に向けた施策の検討



出典：Kurisu K, Fujimori M et al., Cancer Med 2022

（４）ライフステージに応じた療養環境への支援

【現状・課題】
- 成人でがんを発症した患者とニーズや課題が異なる小児・ＡＹＡ世代のがん患者・経験者に対し、切れ目ない支援が必要である。
- 小児・ＡＹＡ世代のがん患者の在宅での療養環境の整備が必要である。
- 高齢のがん患者に対し、身体的状況や社会的背景に合わせた配慮や、家族等に対する早期の情報提供・相談支援体制等が必要である。

【取り組むべき施策】
- 療養中の教育支援体制の整備、遠隔教育の実態把握
- 長期フォローアップや晩期合併症等の支援体制等の構築、小児・ＡＹＡ世代の療養環境の実態把握と体制整備に向けた関係省庁を連携した検討
- 高齢のがん患者の課題の把握、地域における療養の在り方や再発・二次がん・併存疾患のフォローアップ体制の構築、意思決定支援等の取組の検討

アピアランスケアに関する記載

第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月28日閣議決定）

第２　分野別施策と個別目標
３．がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築
（３）がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）
②アピアランスケアについて
（取り組むべき施策）
国は、アピアランスケアについて、患者やその家族等が正しい知識を身につけられるよう、医療従事者を対象とした研修等を引き続き開催するとともに、相談支援及び情報提供の在り方について検討する。
国は、アピアランスケアの充実に向けて、拠点病院等を中心としたアピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制の構築について検討する。

がん診療連携拠点病院等の整備について（令和４年８月１日）

Ⅱ地域がん診療連携拠点病院の指定要件について
２診療体制
（１）診療機能
⑥それぞれの特性に応じた診療等の提供体制
エ　就学、就労、妊孕性の温存、アピアランスケア等に関する状況や本人の希望についても確認し、自施設もしくは連携施設のがん相談支援センターで対応できる体制を整備すること。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。

（３）その他の環境整備等
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。

651

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６か所（髪、爪、肌、
眉毛・まつ毛、乳がん術後、顔・首）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。

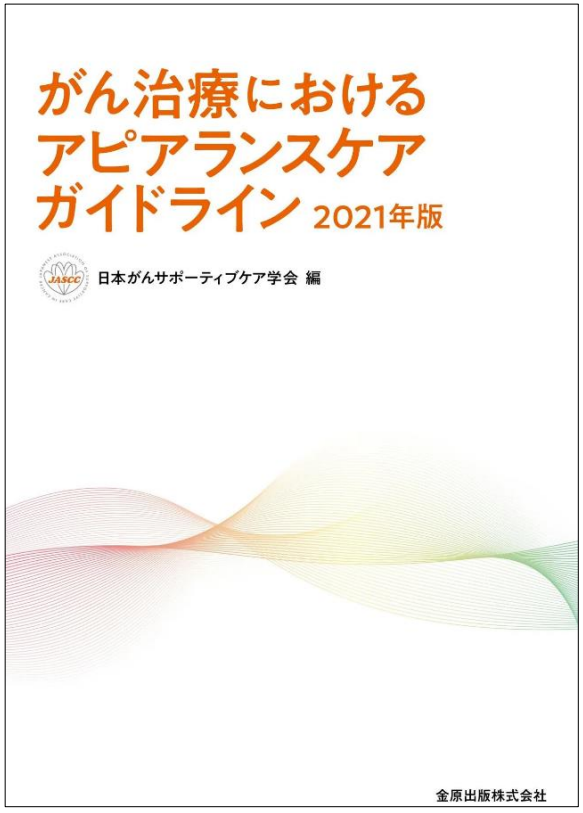


https://www.ncc.go.jp/jp/ncch/division/appearance/100/index.html

652

● **<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。



「がん治療におけるアピアランスケアガイドライン2021年版」
編　集：　一般社団法人 日本がんサポーティブケア学会

令和５年度アピアランス支援モデル事業

1 事業の目的

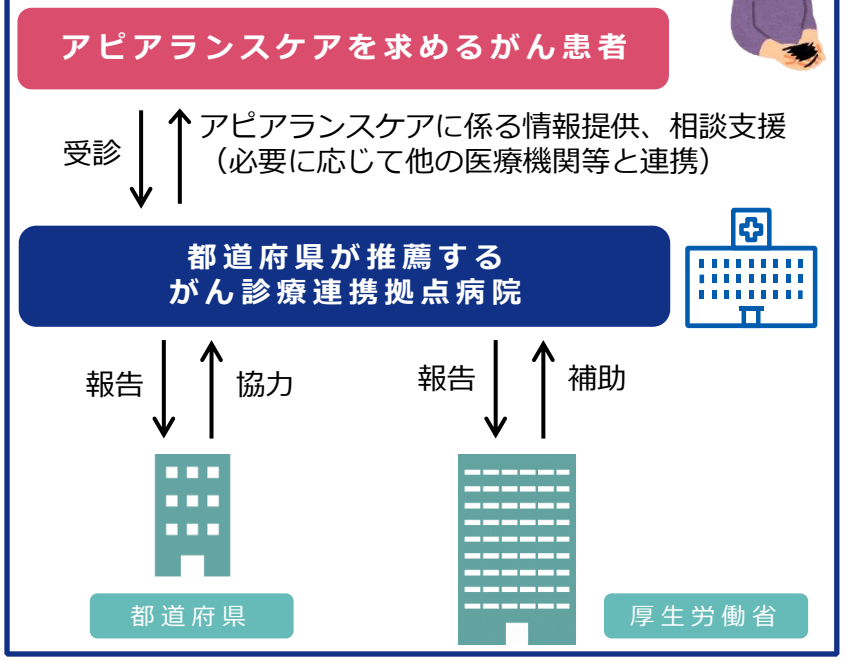
- 治療に伴う外見の変化は、社会生活に大きく影響することから、医療現場における適切なアピアランスケア体制の構築が必要である。
- がん治療に伴う外見の変化を克服し、がん患者が社会生活を送りやすくするため、医療現場における適切なアピアランスケア体制を構築し、効果的な支援体制について検証することを目的とする。

2 事業の内容

① 院内外のがん患者やがん治療経験者からの、がん治療に伴う外見の変化に関する不安や疑問に適切に対応するため、アピアランス支援研修を受けた医療従事者を配置し、面談や電話等による相談支援や情報提供を行うこと。
② アピアランス支援研修を受講した医療従事者により、院内の他の医療従事者に対する研修を実施する。さらに、地域医療機関の医療従事者に対し、アピアランスケアに関する自施設の取組の紹介や、医療機関同士の連携について情報交換の場を設けること。
③ 都道府県と連携し、都道府県内の医療機関等を対象としたアピアランスケアに関する勉強会等を開催すること。
④ 必要に応じて、地域の理美容関係サービス等との連携を図ること。
⑤ 都道府県と協力し、都道府県内におけるアピアランスケアに関する相談支援及び情報提供体制を構築し、その広報活動を行う。また、他の医療機関で治療を受けるがん患者からの相談を受けられる体制を整備すること。

3 事業のスキーム





653

令和５年度アピアランス支援モデル事業　採択医療機関

- 令和５年度アピアランスケア支援モデル事業公募要綱に基づき、以下の10病院を採択した。

事業者名	所在都道府県
埼玉医科大学国際医療センター	埼玉県
がん研究会有明病院	東京都
神奈川県立がんセンター	神奈川県
静岡県立静岡がんセンター	静岡県
愛知県がんセンター	愛知県
三重大学医学部附属病院	三重県
独立行政法人国立病院機構四国がんセンター	愛媛県
独立行政法人国立病院機構九州がんセンター	福岡県
社会医療法人博愛会相良病院	鹿児島県
琉球大学病院	沖縄県

654

令和６年度アピアランス支援モデル事業　採択医療機関

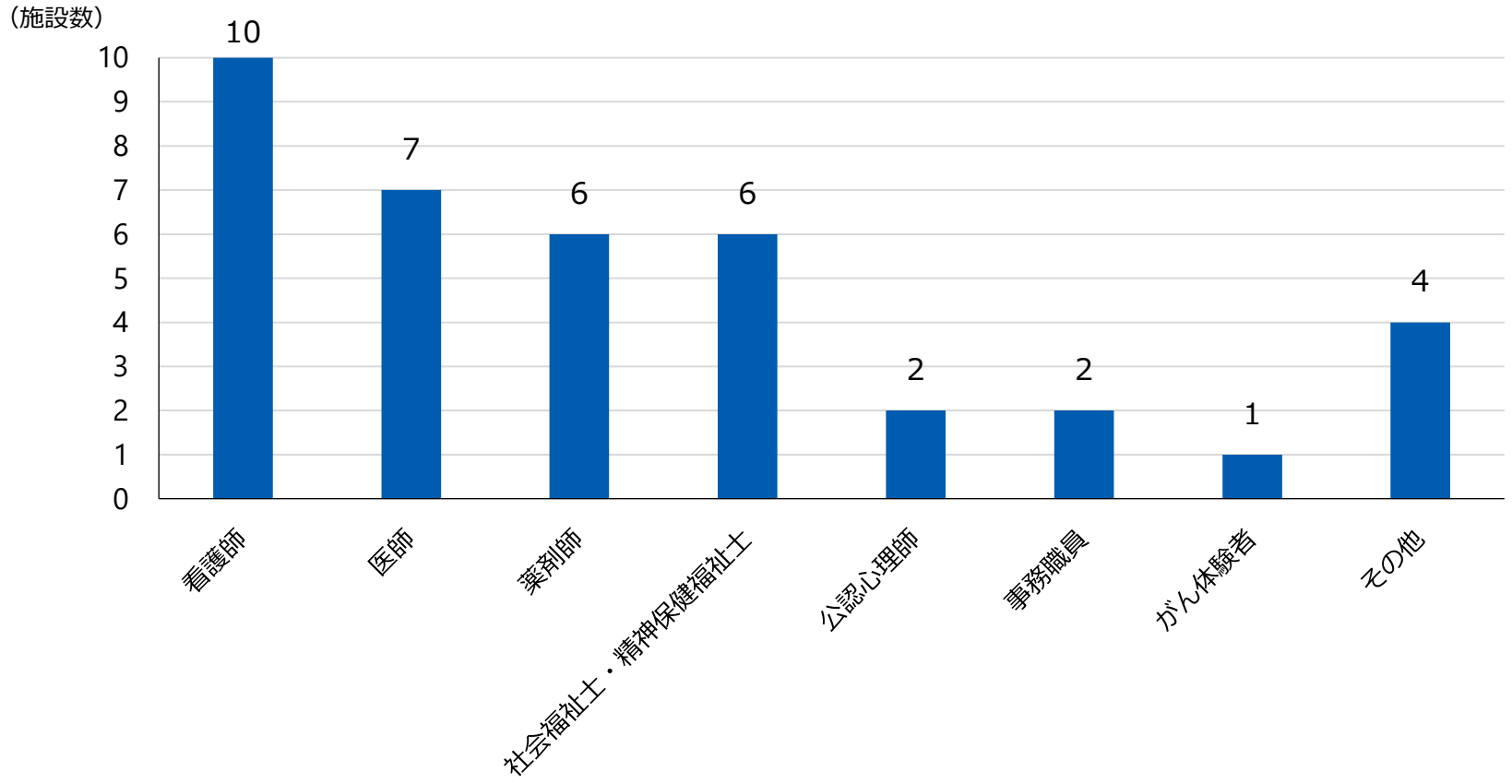
- 令和６年度アピアランスケア支援モデル事業公募要綱に基づき、以下の10病院を採択した。

事業者名	所在都道府県
北見赤十字病院	北海道
学校法人岩手医科大学付属病院	岩手県
地方独立行政法人宮城県立病院機構宮城県立がんセンター	宮城県
国立大学法人富山大学附属病院	富山県
社会福祉法人恩賜財団済生会支部福井県済生会病院	福井県
京都府公立大学法人京都府立医科大学附属病院	京都府
学校法人兵庫医科大学病院	兵庫県
地方独立行政法人奈良県立病院機構奈良県総合医療センター	奈良県
島根県立中央病院	島根県
国立大学法人熊本大学病院	熊本県

アピアランスケアを行っている職種

- モデル事業終了時点でアピアランスケアに携わっている職種は、看護師、医師、薬剤師、社会福祉士・精神保健福祉士の順に多かった。

モデル事業終了時点のアピアランスケアに携わっている職種※



656

※アピアランスケアを行うための組織やチームに配置されている、もしくは医療機関内で主にアピアランスケアに携わっている職種。複数回答可。

アピアランスケアの提供体制に係る課題とモデル事業での取組の例

- アピアランスケアの提供体制に係る課題とモデル事業での取組の例について、以下のとおり、まとめた。

アピアランスケアに関する課題（モデル事業実施時点での医療機関からの回答例）

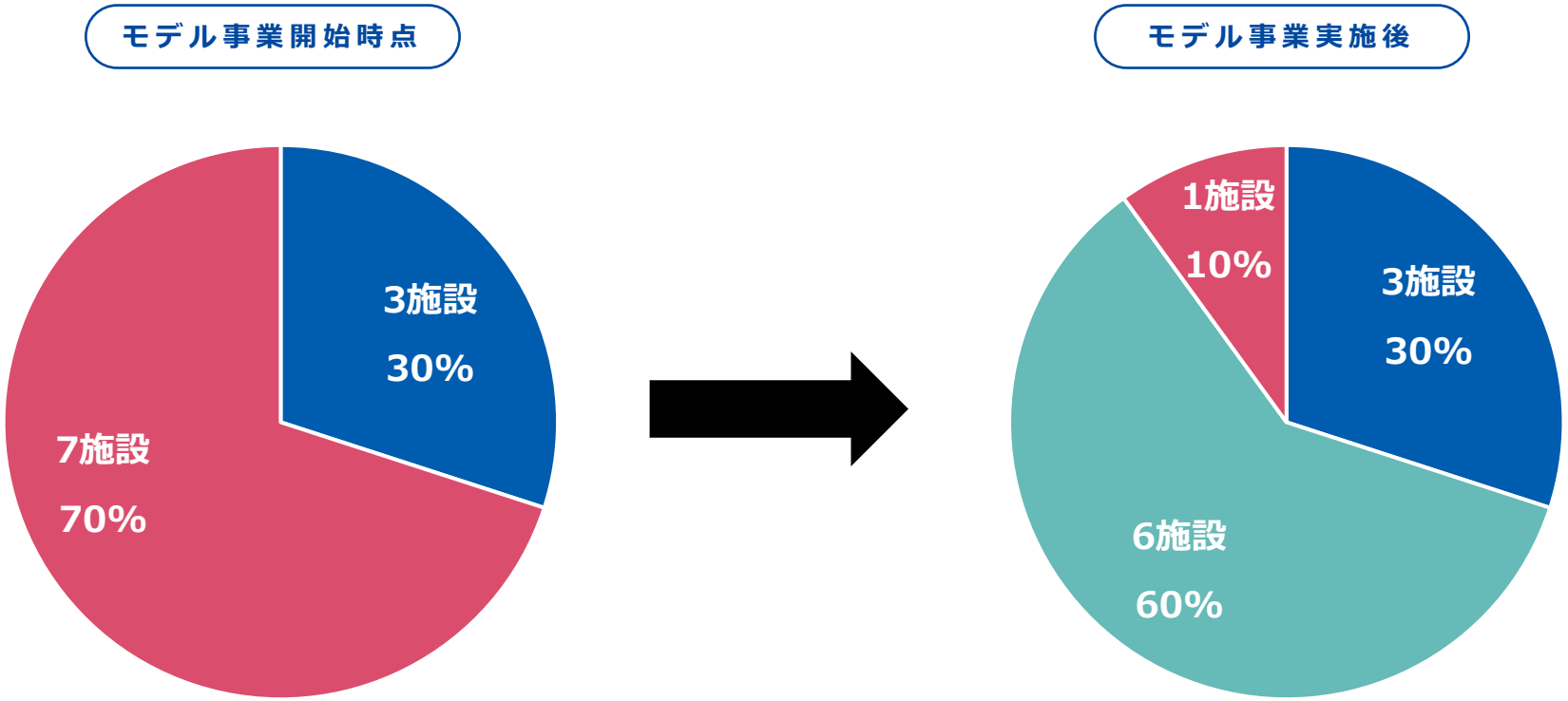
- アピアランスケアに関する患者への情報提供
  - 医療従事者のアピアランスケアに関する認識、知識や情報量に差があり、適切な支援ができていない可能性がある。
  - 部署ごとに提供しているアピアランスケアが異なる。
- アピアランスケアに関する院内の体制
  - 患者等からアピアランスケアに関する相談があった際、院内のどこ・誰に相談すればよいか分かりにくい。

アピアランスケアに関する取組（モデル事業での医療機関での実施内容例）

- アピアランスケアに関する患者への情報提供
  - 院内の医療従事者への研修を実施した。
  - 患者向けのリーフレットや指導動画などの資材を作成し、周知した。
- アピアランスケアに関する院内の体制
  - 院内での相談支援体制のフロー等を作成し、体制の整備を実施した。

アピアランスケアや情報提供を行うフロー

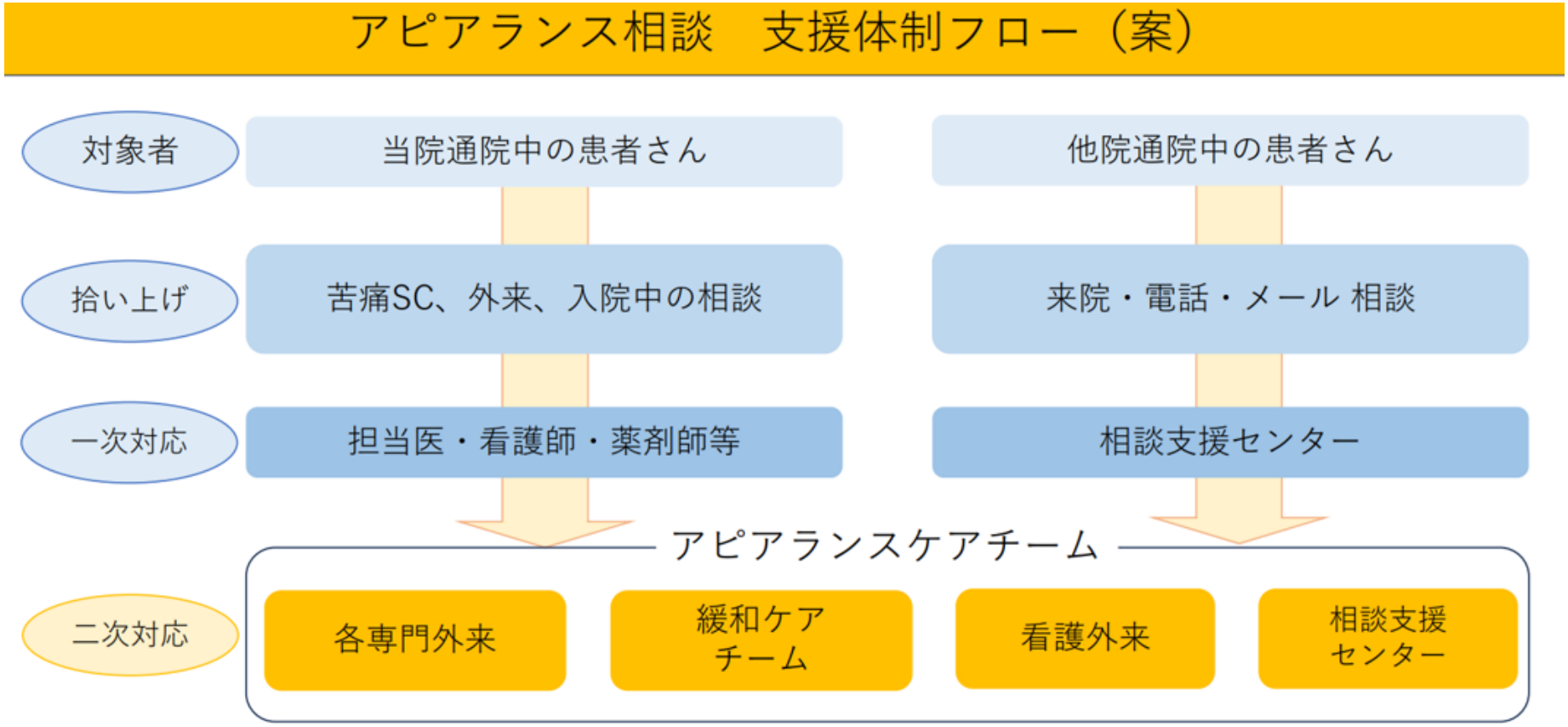
- モデル事業開始時点で、アピアランスケアや情報提供を行うフローが決まっている医療機関は30%（３施設）であったが、モデル事業実施後は90%（９施設）の医療機関でフローを決めていた。
- モデル事業開始時点でフローを決めていた医療機関も、モデル事業開始後に内容を見直していた。



※モデル事業実施後に「フローが決まっていない」と回答した医療機関についても、６つの診療科において高度脱毛リスクのある薬剤による治療の患者に対し、アピアランスケアを提供する院内の窓口を医師から案内している。

モデル事業で作成されたフローの例（愛知県がんセンター）

- 苦痛のスクリーニング等でニーズを看護師が拾い上げ、一次対応として担当医師、看護師、薬剤師等が、患者やその家族に対し、アピアランスケアを行う。一次対応だけでは難しい場合は、二次対応としてアピアランスケアチームを構成する部門において専門的なアピアランスケアを行う、というフローを作成し、院内に周知している。



出典：愛知県がんセンター作成資料

モデル事業で作成されたフローの例（愛知県がんセンター）

アピアランス相談　二次対応詳細（案）

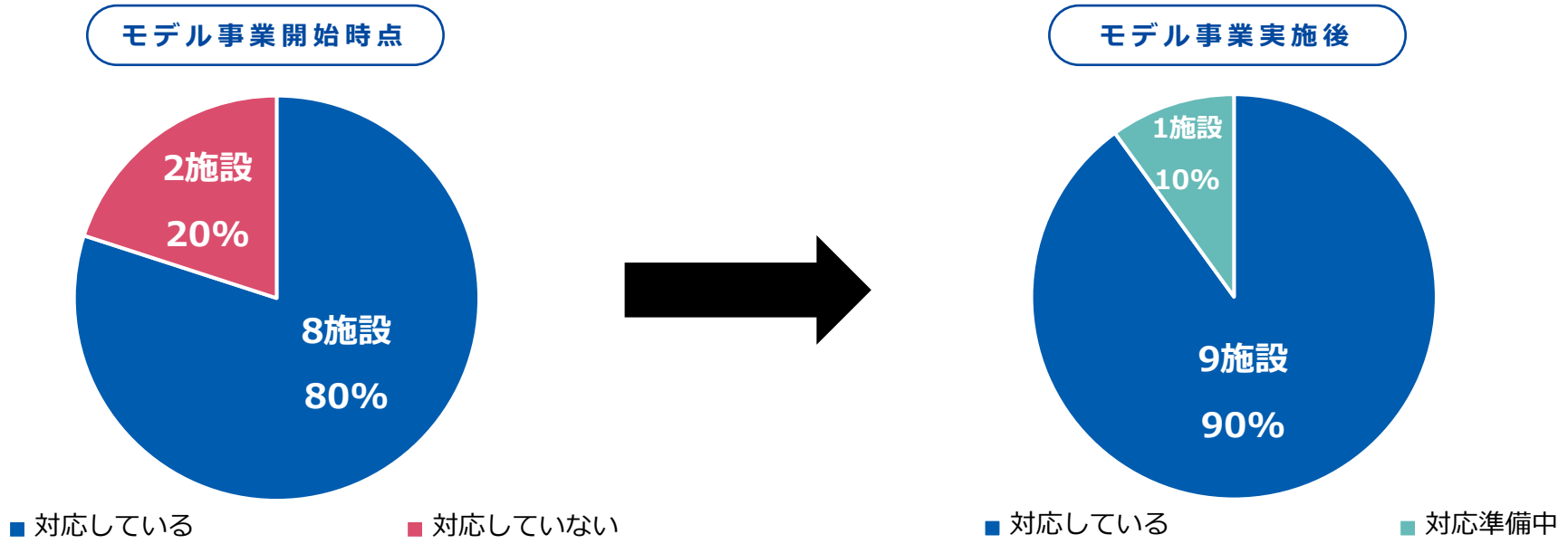
対応部署	対応内容(例)	連絡先
相談支援センター	社会保障・助成金申請・ケア帽子	
看護外来（外来患者）	脱毛・皮膚・爪囲炎・ストーマ・手術創 外見・整容の工夫・気持ちのつらさ・対人関係	
緩和ケアチーム（入院患者）	脱毛・皮膚・爪囲炎・ストーマ・手術創 外見・整容の工夫・気持ちのつらさ・対人関係	
化療センター	化療に伴う皮膚障害・爪囲炎・脱毛	
皮膚科	各種皮膚障害、爪周囲炎	
放射線治療部	放射線性皮膚炎	
リンパ浮腫外来	リンパ浮腫	
形成外科	顔面や体の変形に対する外科治療・瘢痕 エピテーゼ相談	

660

出典：愛知県がんセンター作成資料

地域の医療機関からの相談への対応

- 地域の医療機関からのアピアランスケアに関する相談対応等を行っていた医療機関は、モデル事業開始時点で80%（８施設）であり、モデル事業終了後は90%（９施設）であった。



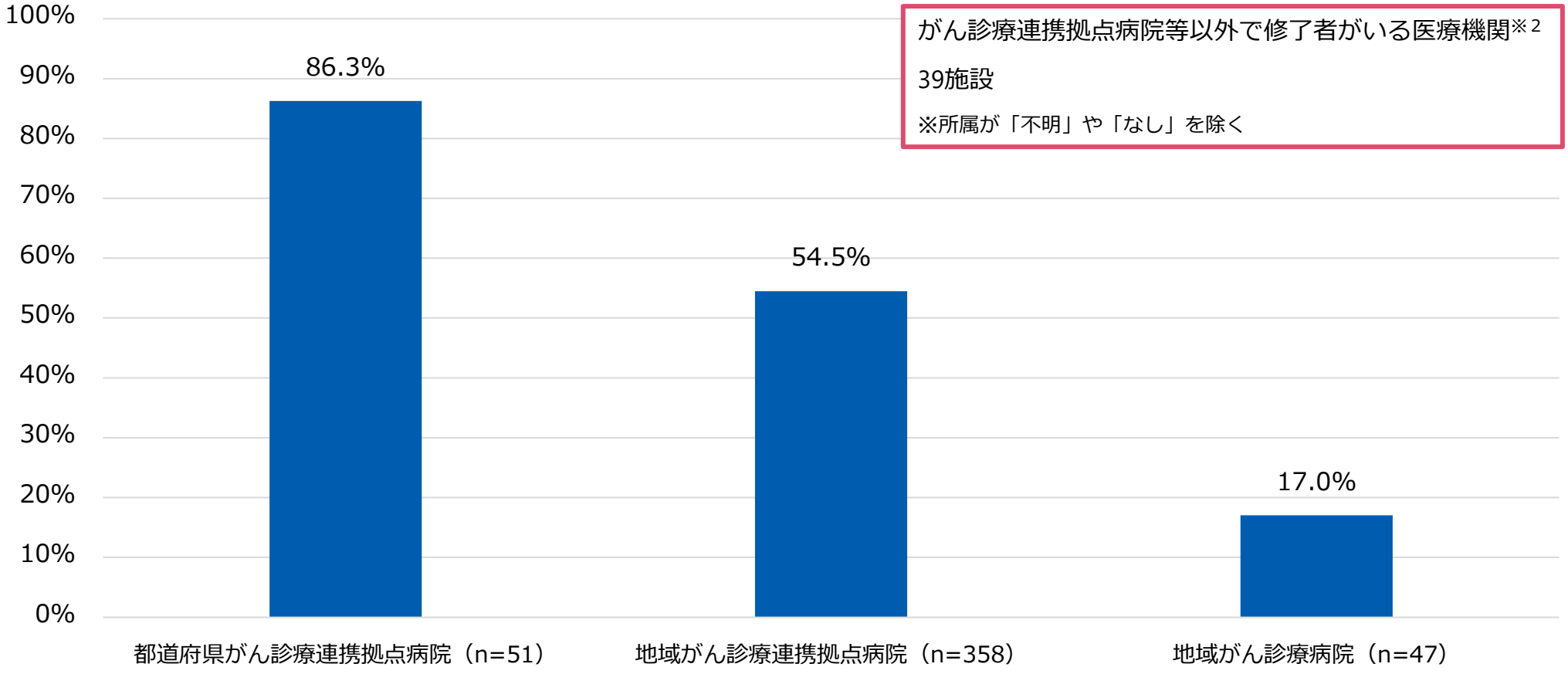
＜参考＞がん治療の実績

医療機関	集計対象施設	全登録数	自施設診断・自施設初回治療開始	他施設診断・自施設初回治療開始
がん診療連携拠点病院等	450施設	764,378	453,004	159,550
小児がん拠点病院	6施設	701	471	75
上記以外の病院（院内がん登録病院に限る）	407施設	**661** 275,300	174,235	30,238

出典：院内がん登録 2020年全国集計 都道府県推薦病院等含む

がん診療連携拠点病院等※1の類型別　アピアランスケア研修の受講状況（集計期間：平成27年度～令和５年12月20日）

- 国立がん研究センターが実施するアピアランスケア研修（基礎編・応用編・e-learning）の修了者がいる施設※2は、都道府県がん診療連携拠点病院の86.3%（44施設）、地域がん診療連携拠点病院の54.5%（195施設）、地域がん診療病院の17.0%（８施設）であった。



がん診療連携拠点病院等以外で修了者がいる医療機関※2
39施設
※所属が「不明」や「なし」を除く

※１　がん診療連携拠点病院等の類型別の施設数は令和５年４月１日時点のもの。いずれの類型も特例型を含む。地域がん診療連携拠点病院には特定領域がん診療連携拠点病院を含む。
※２　各医療機関において１名以上受講している場合をカウントし、**修了者の所属は修了時点のもの**。

本日の論点（案）

現状

- 令和５年度患者体験調査よると、がん患者の約40%が、がん治療による外見の変化に関して相談を必要としているもしくは、相談が必要かわからない状態であった。
- がん診療連携拠点病院等では、アピアランスケア等に関する状況や本人の希望を確認し、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としている。
  - がん相談支援センターでは「自施設に通院していない者からの相談にも対応する」ことを求めている。
  - がん診療連携拠点病院等以外でもがん治療は実施されているが、アピアランスケアの実施状況等は把握できていない。また、がん診療連携拠点病院等においても類型によって、国立がん研究センターが主催する研修を修了していない医療機関が多い。
- 令和５年度アピアランス支援モデル事業の採択医療機関（がん診療連携拠点病院）では、
  - 医療従事者のアピアランスケアに対する認識や知識等に差があり、研修の実施や患者向け資材の作成等の取組があった。
  - モデル事業開始時点ではアピアランスケアに関するフローは70%の医療機関で決まっていなかったが、モデル事業終了時点では90%の医療機関でフローが作成されていた。

対応（案）

- アピアランスケアの正しい知識の普及、医療機関におけるアピアランスケアの提供体制の整備や質の担保について、以下の方向性で進めることとしてはどうか。
  - アピアランスケアの正しい知識の普及と質の担保を目的に、エビデンス等に基づいたアピアランスケアに関する研修を受講した医療従事者が、医療機関内で主となってアピアランスケアに係る相談支援・情報提供を行う体制を構築する。
  - その際、患者・家族や院内の医療従事者がアピアランスケアについて相談できる場や体制が明確に分かるようにする必要があり、患者・家族への周知や院内での対応フロー等の作成を行う。
  - 主となってアピアランスケアに係る相談支援・情報提供を行う医療従事者は、現状やアピアランスケアの内容を踏まえ、医師、薬剤師、看護師、社会福祉士・精神保健福祉士等を想定。

第８回 がんとの共生のあり方に関する検討会	資料４
令和６年４月26日	

医療機関における アピアランスケア実装に向けた 現状と課題

2024年　4月26日
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
藤間勝子

orange clover

アピアランスケアの定義

医学的・整容的・心理社会的支援を用いて、

~~外見を補完し~~（補完せずとも苦痛を軽減できることから削除した）

外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケア。

国立がん研究センター中央病院の外見関連支援チームが提唱した造語であり、対外的には2012年から使用。
医療者が行うがん治療に伴う外見のケアについて、単なる美容的な問題ではないことを明確にし、
その身体・心理・社会的問題に対して、包括的に支援を行うために使用し始めた。

〇外見への介入

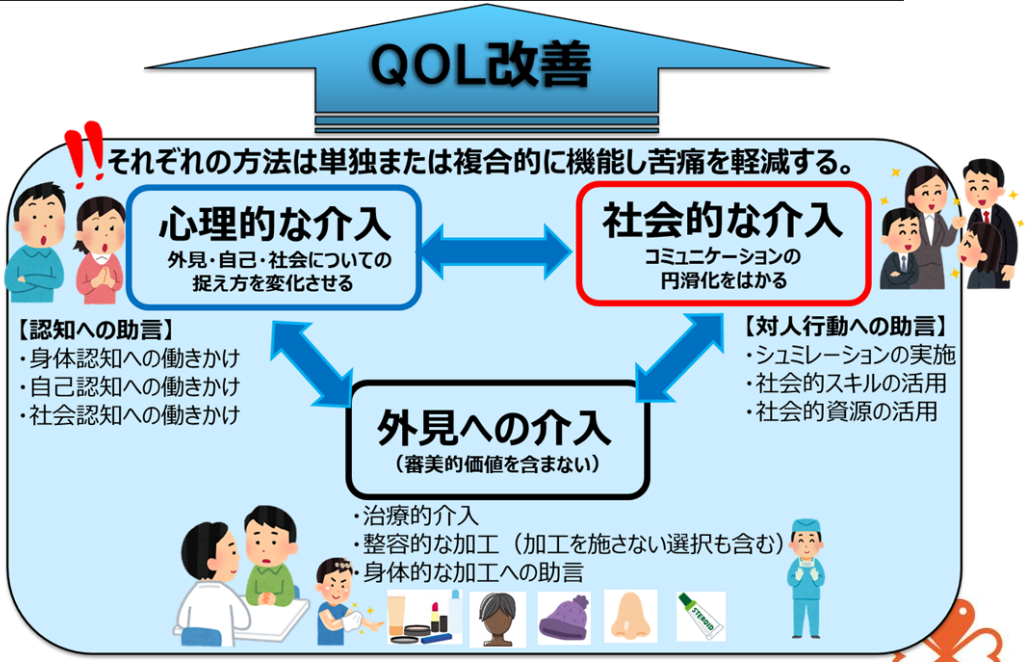
皮膚科や形成外科の治療、エピテーゼなどの補綴物の利用、
ウイッグ・化粧・被服などを使った整容的な方法を用いたケアや
その情報提供。美しくなることではなく、自分らしく、また
社会生活しやすい外見を目指す。
そのために、あえて外見への介入をしないという選択も含む。

〇心理的な介入

外見や自分自身、他者との関係、社会場面等についての
認知の変容を促し、心理的な負荷を軽減する。

〇社会的な介入

外見変化後の対人行動やコミュニケーション方法を助言したり、
場面のシミュレーションを行うなど、周囲との人間関係を保ち、
安心して社会の中で生活するための方法の検討する。



【医療者が行うアピアランスケアの方法】

orange clover

野澤桂子・藤間勝子編　臨床で活かすがん患者のアピアランスケア　改訂2版　南山堂　2023

第４期がん対策推進基本計画
及び
がん診療連携拠点病院等への指定要件化の影響

- アピアランスケアに取り組む必要性が周知され、また、がん診療連携拠点病院等では相談支援体制の構築が急がれた

- 一方、アピアランスケアに対応できる人材の育成が間に合わず、誰が何を行うべきか混乱あった

  →化粧品やウイッグ、下着等の物品カタログや販促資材の配布をもってアピアランスケアとしたり、院内美容室に相談を任せた施設もあった

有害事象悪化予防として指導が必要なケアや
頭頸部がんの術後のケアなど、医療機関で行うアピアランスケアは
単なる外見の補完では補えないことも多い。
医療機関にアピアランスケアを適切に実装するためには、
この点を踏まえ、ケアの整理と体制の整備が求められる。

orange clover

アピアランスケアを
医療機関に実装する際の促進要因の例

カテゴリー	介入の特性	外的セッティング	内的セッティング	個人特性	プロセス
分析結果	**・病院幹部や現場の医療職が、**がん患者のQOL向上のため、ケアの必要性や質不均衡の改善に**組織的かかわりが重要であると認識し、導入に働きかける** **・ケアの対象者、提供の内容などを明確**にすること	他施設の実施状況から自施設の改善の必要性を認識する **・がん対策に関する法律や制度、診療報酬加算**	幹部会議で、活動の同意を得たり、幹部が実践者を励ます、活動を評価することなど、**病院全体でケアの必要性が認識**された ケア実践の能力向上に向けた研修参加や学会参加に管理者が期待を示し、許可をした	**・研修により理念や知識を修得し、目指すべきケアの方向性が明確**になった。かつ、そのケアを継続的に提供することで、患者のQOL改善や治療継続につなげることができ、自信が高まった 研修やガイドラインをふまえたケア方法に統一され、経験を積むことで自信がもてるようになった	**手順やケア提供の環境の整備、業務内容の統一、役割分担の明確化と連携**で継続的なケアが可能となった。 **病院の幹部が組織的取り組みを了解**したために実装が進んだ

**病院幹部を含め、病院全体でアピアランスケアの必要性を認識し、
組織的に取り組むことことが重要。
また、ケア提供の手順や環境、役割を明確化し、各部門で連携しながら
ケアを提供することも必要である。**

モデル事業における実践事例

アピアランスケア専門部署や窓口を元より設置または新設した例

A病院：相談室を立ち上げ、チーム内で輪番制で対応。各診療部門でのオリエンテーション後、さらにケアや情報が必要な場合に相談に応じる。

B病院：相談支援センター内に窓口を新設。日時を決め、基本は困難事例などに対応。ケースによってはさらに専門性の高い支援を行うスタッフ（医師・専門認定看護師、MSWなど）と連携した。

C病院：以前より専門部署がアピアランスケアを担当していたが、モデル事業では、院内教育を強化するとともに、行政や地域との連携することで、専門部門の活用を推進した。

アピアランスケア専門部署や窓口を設置しない例

D病院：他職種・他部門からなるアピアランスケアチームが専門性の高い相談に対処する体制を明確にし、院内の支援体制のフローを整備した。

E病院：すべての医療スタッフがアピアランスケアの必要性を理解し、相談支援先へつなげられる体制を整備した。相談支援先では、実践スタッフが基本的なアピアランスケアを提供し、さらに複雑困難な事例では、中核スタッフが対応する体制とした。

F病院：まずは治療の説明を行う医師・看護師が基本のリーフレットで情報提供。悩みや不安の表出があった場合、さらに各部門で相談対応を行うが、より困難な場合には専門領域の医師・看護師につなげていく体制とした。

何れの例も診療部門での情報提供を基本に、
困難事例では専門スタッフが対応するフローを確立。
病院全体で必要な情報やケアを提供する体制を整える取り組みが行われた。

モデル事業において
参加施設の注目が高かった取組

クリニカルパスへの組み込み

既存のがん化学療法パスから、ガイドラインや添付文章で脱毛リスクの高い薬剤についてリストアップし、「脱毛に関する患者指導」の項目を追加した。

看護ケアとして脱毛についての説明を追加し、説明時期も決定。院内で製作したパンフレットを活用して説明を行う。情報提供の際には、治療歴や患者の整容意識等個別の状況に配慮をしている。

苦痛スクリーニングの活用

アピアランスケアについて、基本的な緩和ケアと捉え、不安や落ち込みなど困りごとに加えて「容姿について」も相談希望かを確認する、スクリーニングを実施。

初診,外来化学療法センター／レジメン変更時,入院時等にスクリーニングを行い、スコア8以上または相談希望の場合に、主治医・看護師中心に対応。複雑な苦痛を抱えている場合、看護外来等と連携する。

アピアランスに関する悩みを抱えてる患者を
医療者の負担なく抽出し、適切な相談につなげる方法が求められていた。

orange clover

アピアランスケアe-learning研修

アピアランス相談の周知、専門相談ができる人材育成に向け医療者向けに公開

- アピアランスケアの均てん化に向け、約5時間のe-learningを開発。アピアランスケアの概論に加え薬物・放射線・手術の各療法で生じる外見変化とその対処方法を学ぶことができる。

- 2023年上期はモデル事業実施施設を対象に先行公開**（411名修了）**。
  【受講施設の反応】
  ・アピアランスケアの基本的な考え方を共有できた
  ・医療者として行うアピアランスケアが明確になった
  ・患者への説明が具体的で分かりやすく、職種を問わず、すぐに臨床に活用できる

- 2023年度下半期は、全国のがん医療に携わる医療者を対象に公開、**合計462名が修了**した。
  2014-2022年の9年間に基礎編修了者（全国がん診療連携拠点病院のみ）は1104名であった。今回、e-learningとしたことでアクセスがしやすくなり、定員を増やすとともに、受講資格を拡大したことにより受講者が大幅に増加した。

施設カテゴリーラベル	受講者数
都道府県がん診療連携拠点病院	91
地域がん診療病院	278
地域がん診療連携拠点病院	16
小児がん拠点病院	5
その他	72
	462

昨年まで研修受講できなかった
拠点病院外が約16%

orange clover

モデル事業実施施設向け実地研修

**アピアランスケアの質向上と均てん化に向けた課題を明確にし、
効果的効率的なケア提供、地域に向けた研修会や相談対応の計画立案を検討する**

1日目	
講義	・がん対策における重点課題アピアランスケアについて ・アピアランスケアの質向上と均てん化のための政策的取り組みの現状と課題
講義	・がん患者のアピアランスケアニーズについて理解を深め、患者間のアピアランスケアに関する情報やケア提供の格差を低減する方策の検討
講義	・アピアランスケアの理念、目標 ・心理社会的支援の方法
プレゼンテーション	・各施設のアピアランスケア実施状況 ・情報交換
グループ討議1	・「アピアランスケア実装のための行動目標」についての検討

2日目	
グループ討議２	・アピアランスケア実装に向けた課題の分析と方向性の検討
グループ討議３	・職員のスキルアップのための取り組み
全体討議	・グループ討議２・３の共有と検討
講義	・アピアンランスケアに必要な物品や資材、環境整備
グループ討議４	・アピアランスケアの質向上に向けた活動や方向性の共有と検討
まとめ	・総合討論 ・まとめ

キャンサーソリューションズ株式会社の桜井なおみ氏より、患者の立場から、アピアランスケアのニーズや情報ケア提供の格差とその低減に向けた方策についての講義を行ったところ、参加者から、患者視点のアピアランスケアについて学べたと好評であった。
物品準備や環境整備、関連業種との連携方法などについての講義も行った。

グループワークでは、自施設の状況や立案した事業計画をアピアランスケア実装に向けた行動目標と照らし、検討。
他施設の取り組みへの関心も高く、積極的な情報交換が行われた。

R6モデル事業実施施設へも同様の実地研修を行う予定

orange clover

厚生労働科学研究費がん対策総合研究事業「アピアランスケアに関わる相談支援・情報提供体制の構築に向けた研究(23EA1024)

アピアランスケア実装に向けたモデルプランの作成

アピアランスケアを医療機関に実装する際の阻害促進要因の分析、またモデル事業実施施設における実践を踏まえ、地域の医療機関でアピアランスケアを実装するモデルプランを作成中。

R6年アピアランス支援モデル事業実施施設にも、研修会を通じて提案を行う。

また、研究班ではこのモデルプランを利用したアピアランスケア実装に関するパイロット研究も実施する。

このパイロット研究では、モデルプランに沿ってアピアランスケアに関する院内の体制を整備し、患者へアピアランスケアを提供した場合の、医療者への効果や、患者への効果をそれぞれ検証する計画である。

アピアランスケアの目的は「BeautyではなくSurvive」
治療により外見が変化しても、患者さんが安心して療養できるよう、
まずは、医療者に相談できることを徹底して周知し、
ケアや情報提供につなげる

アピアランスケアを医療機関に実装するための5つのステップ（仮）

たちあげる
- アピアランスケア提供体制づくりの重要性を認識し、自施設の課題を分析、目的・目標を設定する
- 多職種が連携するコアメンバーによるチームを立ち上げる

みなおす
- 現状のケアや情報提供の体制を意味直し、手順やルールを決める
- 各部門・各職種が行うアピアランスケアの内容を整理する
- ケアや情報提供に使用する資材や相談環境を整える

つたえる
- 患者家族からの相談ルート、医療者の相談対応ルートを明確にする
- 外見について相談できることを患者に明示し、またその必要性を病院全体・医療者に伝える
- アピアランスケアの実践に向け職員向けの研修を行う

とりくむ
- 各部門・各職種が手順やルールに沿ってアピアランスケアを実践する
- 各部署の担当者と各部門のリンクナースなどが定期的に情報交換を行う
- 定期的に現状を分析、評価する

ひろめる
- 患者や職員から定期的に評価を得る仕組みを作る
- 医療圏のアピアランスケアの均てん化に向け、研修会や相談対応をする

キーポイント

・病院組織として取り組む

・今行っているケアや体制を見直し、手順やルールを定める

・他職種チームが連携しながらケア提供を実践する

有害事象対策として今まで行ってきたことを整理し、必要な患者に確実に情報やケアを届ける体制を整える

今後の展開

- **R5年度モデル事業実施施設の実践について検証**

  各施設から厚労省に行う報告や研究班が行う施設の担当者を対象としたしたインタビュー調査から、医療機関におけるよりよいアピアランス支援体制の構築やケア提供のあり方を検討する。

- **アピアランスケア実装のためのモデルプランの構築にむけ、**
  Ｒ６年度モデル事業実施施設との協力

  モデル事業におけるアピアランスケアの実践を通じて「５つのステップ」の内容を精査し全国の医療機関で効果的にアピアランスケアを実装できるモデルプランを構築する。

- **関連業種との連携に向けた基礎調査**

- **医療者向けアピアランスケア教育研修のさらなる充実**

orange clover

令和６年６月 21 日（金）
16 時 00 分～18 時 00 分
オンライン開催
(TKP 新橋カンファレンスセンター15 階 ホール 15D)

第６回　新たな地域医療構想等に関する検討会

議事次第

１．新たな地域医療構想に関する論点について

【資料】
資料１　新たな地域医療構想に関する論点について

【参考資料】
参考資料　新たな地域医療構想等に関する検討会　開催要綱

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回新たな地域医療構想等に関する検討会	資料１
令　和　６　年　６　月　２　１　日	

新たな地域医療構想に関する論点について

１．これまでの議論の主な経過

社会保障制度改革国民会議報告書（平成25年８月6日）（抄）

Ⅱ 医療・介護分野の改革

1 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命

（１）改革が求められる背景

（略）

日本が直面している急速な**高齢化の進展は、疾病構造の変化を通じて、必要とされる医療の内容に変化**をもたらしてきた。平均寿命 60 歳代の社会で、主に青壮年期の患者を対象とした医療は、救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療であった。しかしながら、平均寿命が男性でも 80 歳近くとなり、女性では 86 歳を超えている社会では、**慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ老齢期の患者が中心**となる。そうした時代の医療は、**病気と共存しながらＱＯＬ(Quality of Life)の維持・向上を目指す医療**となる。すなわち、医療はかつての「病院完結型」から、**患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療、実のところ医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療に変わらざるを得ない。**ところが、日本は、今や世界一の高齢国家であるにもかかわらず、医療システムはそうした姿に変わっていない。

（略）

具体的には、日本の医療・介護サービス提供体制が抱えている問題は、2008（平成 20）年 6 月に公表された「社会保障国民会議第二分科会（サービス保障（医療・介護・福祉））中間とりまとめ」で詳述されており、医療について言えば、**人口当たりの病床数は諸外国と比べて多い**ものの、**急性期・回復期・慢性期といった病床の機能分担は不明確**であり、さらに、**医療現場の人員配置は手薄**であり、病床当たりの医師・看護職員数が国際標準よりも少なく**過剰労働が常態化**していること、この現実が、**医療事故のリスクを高め、一人一人の患者への十分な対応を阻んでいることが指摘**されていた。

（略）

2008（平成 20）年の「社会保障国民会議 最終報告」で示された「あるべき医療・介護サービス」提供体制の背景にある哲学は、**医療の機能分化を進める**とともに**急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入**し、後を引き継ぐ**回復期等の医療や介護サービスの充実**によって総体としての**入院期間をできるだけ短くして早期の家庭復帰・社会復帰**を実現し、同時に**在宅医療・在宅介護を大幅に充実**させ、**地域での包括的なケアシステムを構築**して、医療から介護までの提供体制間のネットワークを構築することにより、**利用者・患者のＱＯＬの向上を目指す**というもの[678]であった。

社会保障制度改革国民会議報告書（平成25年８月6日）（抄）

（３）改革の方向性

② 機能分化とネットワークの構築

その上で求められる医療と介護の一体的な改革は、次のようにまとめられよう。すなわち、日本は諸外国に比べても人口当たり病床数が多い一方で病床当たり職員数が少ないことが、密度の低い医療ひいては世界的に見ても長い入院期間をもたらしている。他面、急性期治療を経過した患者を受け入れる入院機能や住み慣れた地域や自宅で生活し続けたいというニーズに応える在宅医療や在宅介護は十分には提供されていない。

そこで、**急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受ける**ことができるよう、**急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入**し、**入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現**するとともに、**受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実**させていく必要がある。この時、**機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保**することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる。

（略）

加えて、今般の国民会議の議論を通じて、**地域により人口動態ひいては医療・介護需要のピークの時期や程度が大きく異なり、医療・介護資源の現状の地域差も大きい実態**が浮かび上がり、**医療・介護の在り方を地域ごとに考えていく「ご当地医療」の必要性**が改めて確認された。

（略）

しかしながら、国民の医療・介護ニーズと提供体制のミスマッチが続いたまま医療費や介護費の増大を招けば、国民負担増大の抑制の観点から、必要な医療・介護まで保険給付の対象から外すなどの対応が一律的に行われたり、緊急性の高い救急医療を緊急性の低い医療が押しのけたりといった事態を招きかねない。改革推進法による国民負担の増大の抑制と必要な医療・介護の確保という要請を両立させていくためには、**ニーズと提供体制のマッチングを図る改革を待ったなしで断行していかねばならない**のである。

社会保障制度改革国民会議報告書（平成25年８月6日）（抄）

2 医療・介護サービスの提供体制改革

（１）病床機能報告制度の導入と地域医療ビジョンの策定

医療提供体制改革の実現に向けた第１弾の取組として、これまで検討が進められてきた**医療機能に係る情報の都道府県への報告制度（「病床機能報告制度」）を早急に導入**する必要がある。

次いで、同制度により把握される**地域ごとの医療機能の現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの客観的データに基づく見通しを踏まえた上で、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの医療の必要量を示す地域医療ビジョンを都道府県が策定する**ことが求められる。さらには、**地域医療ビジョンの実現に向けて医療機能の分化と連携が適切に推進**されることが、中期的な医療計画と病床の適切な区分を始めとする実効的な手法によって裏付けられなければならない。その際には、医師・診療科の偏在是正や過剰投資が指摘される高額医療機器の適正配置も視野に入れる必要がある。

地域医療ビジョンについては、都道府県において現状分析・検討を行う期間を確保する必要はあるものの、次期医療計画の策定時期である 2018（平成 30）年度を待たず速やかに策定し、直ちに実行に移していくことが望ましい。その具体的な在り方については、国と策定主体である都道府県とが十分協議する必要がある。

（４）医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

（略）

この地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、**介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、**訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの**在宅医療が、不可欠**である。自宅だけでなく、高齢者住宅に居ても、グループホームや介護施設その他どこに暮らしていても必要な医療が確実に提供されるようにしなければならず、**かかりつけ医の役割が改めて重要**となる。（略）

社会保障審議会医療部会「医療提供体制の改革に関する意見」(令和４年12月28日)①(抄)

令和６年３月21日 | 第107回社会保障審議会医療部会 | 資料１

1 基本的な考え方

○　今般の新型コロナウイルス感染症への対応においては、行政による事前の準備が十分でなかったため、全国的な感染拡大による急速な医療ニーズの増大に直面し、それぞれの地域において、通常医療との両立を含め機能する保健医療提供体制を早急に構築することが求められる中で、平時から入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・強化と連携を図ることにより、地域医療全体を視野に入れて必要な医療を連携やネットワークにより提供していくことの重要性が改めて認識された。

○　一方、この間も少子高齢化は着実に進みつつあり、今後、さらなる高齢者の増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中で、医療資源には限りがあることを踏まえ、地域によって大きく異なる「人口構造の変化」に対し、機能分化と連携、人材の確保を一層重視した国民目線での提供体制の改革を進め、コロナ禍における関係者の密接な意思疎通や役割分担・連携の模索の経験・教訓も活かしながら、地域ごとに必要な医療を必要なときに受けられる体制を確保していくことが喫緊の課題である。

○　このため、2040 年頃まで続く高齢化への対応とあわせて、人口減少に対応した全世代型の社会保障制度を構築していくという基本理念の下で医療提供体制の改革を推進する必要がある。

（２）人口構造の変化への対応

○　将来の人口構造の変化に対応した医療提供体制を構築するため、地域医療構想の実現に向けた取組、医療従事者の働き方改革、医師偏在対策を一体的に推進するとともに、DX 等の技術革新を医療分野に確実に取り込むなど、総合的な医療提供体制改革を推進する必要がある。

①　**地域医療構想**については、新型コロナ禍で顕在化した課題も含めて中・長期的課題を整理し、以下の取組について検討を深めることが必要である。

・　現在は 2025 年までの取組となっているが、**病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療等を対象に取り込み、議論を進めた上で、慢性疾患を有する高齢者の増加や生産年齢人口の減少が加速していく 2040 年頃までを視野に入れてバージョンアップを行う必要**がある。

・　このため、**「治す医療」を担う医療機関と「治し、支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化する**とともに、これまでの地域医療構想による**病床の機能の分化及び連携の推進（急性期～回復期～慢性期）に加え、在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域での医療・介護の「水平的連携」を推進**し、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。（略）

社会保障審議会医療部会「医療提供体制の改革に関する意見」(令和４年12月28日)②(抄)

令和６年３月21日 | 第107回社会保障審議会医療部会 | 資料１

２．具体的な改革の内容について

（３）地域医療構想の推進

（地域医療構想 2025）

○　中長期的な人口構造の変化に対応するための地域医療構想については、新型コロナウイルス感染症対応が続く中ではあるが、地域医療構想の背景である中長期的な状況や見通しは変わっていない。感染拡大時の短期的な医療需要には各都道府県の医療計画に基づき機動的に対応することを前提に、地域医療構想についてはその基本的な枠組みを維持しつつ、着実に取組を進めていく必要がある。

○　地域医療構想の推進にあたっては、これまでも PDCA サイクルや都道府県の責務の明確化による取組の推進を行ってきており、現在の 2025年までの取組を地域の実情を踏まえつつ着実に進めるために、対応方針の策定率を目標とした PDCA サイクルの強化や構想区域の評価・分析など都道府県の責務の明確化により取組を進めるべきではないか。

○　また、第８次医療計画の策定作業と併せて、各都道府県において、2022年度及び 2023年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを進めるべきではないか。

○　厚生労働省においては、各地域における検討状況を適時・適切に把握しつつ、自主的に検討・取組を進めている医療機関や地域について、その検討・取組を「重点支援区域」や「病床機能再編支援制度」等により支援を行うべきではないか。

（今後の取組）

○　2025年以降についても、今後、**高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる2040 年頃までを視野に入れつつ、新型コロナ禍で顕在化した課題を含め、中長期的課題について整理し、新たな地域医療構想を策定すべき**ではないか。

○　そのため、**現在の取組を確実に進めつつ、新たな地域医療構想の策定に向け、現状と課題を分析し、課題の整理・検討を行うべき**ではないか。

○　なお、**今後の取組については、必要な医療を面として提供するための医療機関ごとの機能分化と連携が重要である、かかりつけ医機能や在宅医療を取り込むため、外来医療、在宅医療の整備計画の中で新たな方向性や目標を踏まえながら、2025年以降の入院需要を推計していくべき、新たな地域医療構想を踏まえて、看護職員の需給推計を実施すべき、医師の働き方改革への各医療機関の対応を踏まえた上で、地域医療構想における医療機関の役割分担と連携の在り方を議論すべき、構想区域の規模や在り方を議論すべきとの意見を踏まえて、検討を深めるべきではないか。**

682

「経済財政運営と改革の基本方針2023」（令和5年6月16日閣議決定）（抄）

第13回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ
令和５年１１月９日
資料１

第４章　中長期の経済財政運営

２．持続可能な社会保障制度の構築

（社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進）

医療・介護サービスの提供体制については、今後の高齢者人口の更なる増加と人口減少に対応し、限りある資源を有効に活用しながら質の高い医療介護サービスを必要に応じて受けることのできる体制を確保する観点から、医療の機能分化と連携の更なる推進、医療・介護人材の確保・育成、働き方改革、医療・介護ニーズの変化やデジタル技術の著しい進展に対応した改革を早期に進める必要がある。

このため、１人当たり医療費の地域差半減に向けて、都道府県が地域の実情に応じて地域差がある医療への対応などの医療費適正化に取り組み、引き続き都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進するとともに、都道府県のガバナンス強化、かかりつけ医機能が発揮される制度整備の実効性を伴う着実な推進、地域医療連携推進法人制度の有効活用、地域で安全に分娩できる周産期医療の確保、ドクターヘリの推進、救急医療体制の確保、訪問看護の推進、医療法人等の経営情報に関する全国的なデータベースの構築を図る。

新経済・財政再生計画　改革工程表2023（令和５年12月21日経済財政諮問会議）（抄）

社会保障　４．医療・福祉サービス改革

ＫＰＩ第２階層	ＫＰＩ第１階層	工 程（取組・所管府省、実施時期）	24	25	26
○地域医療構想の2025年における医療機能別(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)の必要病床数を達成するために増減すべき病床数に対する実際に増減された病床数の割合【2025年度に100%】(実際に増減された病床数／地域医療構想の2025年における医療機能別(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)の必要病床数を達成するために増減すべき病床数(病床機能報告))	○地域医療構想調整会議の開催回数【2024年度末までに約2,000回】 ○各医療機関の対応方針の策定率【2025年度に100%】 ○対応方針の検討状況等の公表率【100%】	３９．地域医療構想の実現、大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域間連携の促進 ａ．地域医療構想については、2025年までの取組をより一層推進するため、これまでのＰＤＣＡサイクルを通じた取組の進捗状況等を踏まえ、2025年までの年度ごとに国・都道府県・医療機関がそれぞれ取り組む事項を明確化し、関係機関が一体となって計画的に更なる取組を進める。 ｂ．国においては、以下の取組を行う。 ・都道府県・構想区域の病床機能等の状況の見える化 ・構想区域の効果的な事例（内容、検討プロセス等の周知） ・地域医療介護総合確保基金やデータ分析チーム構築支援等の効果的な活用方法の周知 ・地域医療構想の取組の進め方に関するチェックリストの作成 ・病床機能報告における2025年の病床数の見込みと病床数の必要量の乖離等を踏まえ、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられるモデル構想区域等を設定して、アウトリーチの伴走支援の実施 ・地域医療構想調整会議の議論の実施状況の市町村への報告等について、法制上の位置付けも含め、必要な措置 ｃ．都道府県に対し以下の取組を求める。 ・病床機能報告における2025年の病床数の見込みと病床数の必要量に著しい乖離が生じている構想区域について、医療提供体制に関する分析・評価を行い、評価結果に基づき必要な方策を講じること ・地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定率等をＫＰＩとしたＰＤＣＡサイクルを年度ごとに実施し、対応方針の検討状況、策定率を公表すること ・国において設定したモデル構想区域等において、地域医療構想調整会議で構想区域全体の2025年の医療提供体制について改めて協議し、対応方針を策定するなど、必要な方策を講じること ｄ．2026年度以降の地域医療構想について、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、中長期的課題を整理して検討を行う。また、都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置等について検討を行う。	→	→	→

684

「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」（抄）
（令和５年12月22日 閣議決定）

令和６年３月21日 | 第107回社会保障審議会医療部会 | 資料１

２．医療・介護制度等の改革

＜②「加速化プラン」の実施が完了する 2028 年度までに実施について検討する取組＞

◆ 医療提供体制改革の推進

・ 地域医療構想については、これまでのＰＤＣＡサイクルを通じた取組の進捗状況等を踏まえ、2025 年までの年度ごとに国・都道府県・医療機関がそれぞれ取り組む事項を明確化し、関係機関が一体となって計画的に更なる取組を進める。その際、国においては、都道府県・構想区域の病床機能等の状況の見える化、構想区域の効果的な事例（内容、検討プロセス等）の周知、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる構想区域を設定してアウトリーチの伴走支援の実施など、都道府県における地域の実情に応じた取組を支援する。
・ **2026 年度以降の地域医療構想の取組**について、今後、**医療・介護の複合ニーズを抱える 85 歳以上人口の増大や現役世代の減少に伴う医療需要の変化に対応**できるよう、**2040 年頃を視野**に入れつつ、**病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、中長期的課題を整理して検討**を行う。
・ こうした対応に実効性を持たせるため、都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置等について検討を行う。
・ かかりつけ医機能が発揮される制度整備について、85 歳以上の高齢者の増加等を見据えて、診療実績に係る情報提供の強化を含め、医療機能情報提供制度の刷新や、かかりつけ医機能報告制度の創設等により、国民・患者から見て、一人一人が受ける医療サービスの質の向上につながるよう、2025 年４月の制度施行に向け、検討会等で具体的な議論を行い、2024 年夏頃までに結論を得る。
・ さらに、令和５年法改正の施行状況等を踏まえ、患者による選択や、地域包括ケアの中でのかかりつけ医機能、かかりつけ医機能の対象者、医療機関の連携・ネットワークによる実装等について更なる検討を進める。
・ また、地域で必要となるかかりつけ医機能の確保に向けた、医師の教育や研修の充実にも取り組んでいく。

◆ 医師偏在対策等

・ 医師の偏在対策の観点から、医師養成過程における取組を進めるとともに、医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度において、管理者として評価する医療機関を拡大するなど、医師が少ない地域での医師確保の取組について更なる検討を進める。あわせて、オンライン診療の活用やタスク・シフト／シェアの推進を図る。
・ 医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在是正に向けて、医学部臨時定員、経済的インセンティブや、外来医師多数区域における都道府県知事の権限強化を始めとする規制的手法の在り方について検討する。

令和６年5月27日 全世代型社会保障構築会議における主な意見（地域医療構想関連）

・医療･介護の需要のピークは2060年以降。ただし、地域によって人口の状況は異なり、東京のように医療･介護の需要が増える地域と、既に2040年、2060年の状態になっている地域がある。医療提供体制については、病床機能だけでなく、在宅も含めて地域医療全体について考える、医療だけでなく、介護も含めて地域包括ケアの中で考える方向。今あるリソースでどうやって全体をカバーしていくか全体像を考える。病床を増やす減らす、機能分化をどうするだけでなく、どのように連携して切れ目のない医療･介護体制をそれぞれの地域でつくるかという視点で議論する。地域の中小病院、多機能病院の病床の機能をどう考えるかが大きなテーマとなる。

・地域医療構想について、2025年までの取組を手抜かりなく進める必要。その上で、2040年を見据え、入院は引き続き取り組むとともに、外来、医療と介護の連携にも視野を広げて、地域の医療と介護の提供体制をどのように整えていくか、地域医療構想を土台に検討することが必要。データに基づいて数値化し、その在り方を地域で議論して取り組んでいく形が重要。

・医療・介護人材の偏在是正に取り組むことを前提としつつも、新たな地域医療構想では、それでもなお不足する場合を考えざるを得ない。地域で医療人材を十分に確保できない場合は別の方策でカバーするという考え方を持って、地域医療構想を各地で展開することが必要。

・地域医療構想の進捗として、全体として病床数は減少しているが、病床機能別に見るとまだ道半ば。目標年の2025年までに最後の一押しをしてほしい。今期の反省を踏まえて、推進手法として、都道府県にもう少し強い権限を与えたほうがいいのではないか。病床機能の転換を引き続き推進することに加え、外来、介護も含めるなど内容面の強化も必要。

・地域医療構想の病床機能の見直しは、2025年の目標に到達できていない。次期構想では、都道府県の権限強化や責任の明確化、これを踏まえた具体的な推進策を検討し、法律上に明記すべき。また、日本全体で人手不足の中、医療分野だけ人を増やせるものではないため、DXにより効率化を図ることが必要。2040年を展望すると、病院、介護、住宅での見守り等を連携していく必要。病床機能に関する取組は継続するとともに、過剰な外来提供を適正化する議論も必要。

・病院経営のレベルでも、急性期から非急性期に変えるのは医師のスキルの問題等もあり大変で、動きにくい背景があると思う。行政の側に相当強く誘導する何らかのツールを持たせないと、非急性期へのシフトは起きにくい。また、病院経営側が経営改善や再編をしていくような仕組みを考えないといけない。

・医師の偏在問題がシリアスになるのは、実際の医師がリアルにいる必要がある急性期。市場経済では解決できない領域に入ってくるので、政府部門が介入していかないと偏在の問題は解消しない。市場機能を働かせる部分と政府が介入する部分が重なり合っていく問題。

・地域医療構想について、これまであまり進んでおらず、一層の都道府県の権限強化が非常に大事。十分に診療実績のない急性期病床が急性期病床の約３割に上っており、診療実績を見える化して、実態に合う医療機能を国民に見えるようにする必要がある。救急搬送の応需率を地域単位で公表して、改善を図っていくような取組も考えてはどうか。

・2025年までに65歳以上高齢者のピークを迎える市町村は全国の60%を超え、2040年度以降にピークを迎える市町村は35%であり、二極化する。これを前提に提供体制を議論していく必要。また、地域医療構想のほか、医療計画や医療適正化計画のような都道府県レベルの計画にも働きかける必要。公立病院系には対応し、民間病院は放っておくスタンスだと問題。地域医療構想では、都道府県の権限を強化しなければならない。地方分権もあるので、国はそれをサポートする役割になる。

・地域医療構想、かかりつけ医機能の発揮のための制度が機能するためには、医師の育成確保と適正配置が必要。回復期の病床機能の強化やかかりつけ医機能の発揮に当たり、そこで診療に従事する医師や幅広い診療領域について全人的に診療できる医師が必要であり、大学との連携が一層重要になる。他方で、専門的・高度先進的な医療を行う医師の育成確保を看過してはならない。将来の医療提供体制を念頭にバランスよく医師を育成することが必要。

・医療の課題を解決するには時間軸を使って解決するしか方法はない。医療提供体制を本当に変えるには、長い時間をかけて進めていくしかない。

・人口減少によって医療需要が減り、例えば、急性期の医療が減って回復期が増えていくとしても、最低限全世代が幸せに暮らせるための医療体制について、国が規制をかけて確保することが重要。医療体制の変化にあわせ686、看護師や介護士の在り方も考える必要。

地域医療構想の検討体制

○　**現行の地域医療構想**については、引き続き、**既設の地域医療構想及び医師確保計画に関するWGにおいて進捗状況の評価、更なる取組等の検討**を行う。
○　**新たな地域医療構想**については、2040年頃を視野に入れつつ、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含めて検討を行う必要があることから、**必要な関係者が参画する新たな検討会を新設して検討**を行う。

＜現行の地域医療構想＞

第８次医療計画等に関する検討会【既設】

地域医療構想及び医師確保計画に関するWG【既設】

（敬称略。五十音順）

	伊藤	伸一	一般社団法人日本医療法人協会会長代行
	猪口	雄二	公益社団法人日本医師会副会長
	今村	知明	奈良県立医科大学教授
	大屋	祐輔	一般社団法人全国医学部長病院長会議地域の医療及び医師養成の在り方に関する委員会委員長
○	尾形	裕也	九州大学名誉教授
	織田	正道	公益社団法人全日本病院協会副会長
	幸野	庄司	健康保険組合連合会参与
	櫻木	章司	公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
	田中	一成	一般社団法人日本病院会常任理事
	野原	勝	全国衛生部長会
	望月	泉	公益社団法人全国自治体病院協議会会長

○：座長

687

＜新たな地域医療構想＞

新たな地域医療構想等に関する検討会【新設】

（敬称略。五十音順）

	石原	靖之	岡山県鏡野町健康推進課長
	伊藤	伸一	一般社団法人日本医療法人協会会長代行
	猪口	雄二	公益社団法人全日本病院協会会長
	今村	知明	奈良県立医科大学教授
	江澤	和彦	公益社団法人日本医師会常任理事
○	遠藤	久夫	学習院大学長
	大屋	祐輔	一般社団法人全国医学部長病院長会議地域の医療及び医師養成の在り方に関する委員会委員長
	岡	俊明	一般社団法人日本病院会副会長
□	尾形	裕也	九州大学名誉教授
	香取	照幸	一般社団法人未来研究所臥龍代表理事/兵庫県立大学大学院特任教授
	河本	滋史	健康保険組合連合会専務理事
	櫻木	章司	公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
	高橋	泰	国際医療福祉大学大学院教授
	玉川	啓	福島県保健福祉部次長（保健衛生担当）
	土居	丈朗	慶應義塾大学経済学部教授
	東	憲太郎	公益社団法人全国老人保健施設協会会長
	松田	晋哉	産業医科大学教授
	望月	泉	公益社団法人全国自治体病院協議会会長
	森山	明	富山県魚津市民生部参事兼魚津市健康センター所長
	山口	育子	認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
	吉川	久美子	公益社団法人日本看護協会常任理事

○：座長、□：座長代理　　※　必要に応じて参考人の出席を要請

令和６年3月29日 第１回「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見①

＜2040年頃を見据えた医療提供体制イメージ＞

・地域医療構想の本質は大幅な人口の減少であり、人的な資源が限られる中、変化する高齢者の医療ニーズ等にどのように対応し、持続可能な体制を構築するかが目的である。
・医療提供体制モデルの前提として、各地域における医療・介護の必要量の推計と現状を比較し、過不足を明らかにすることが重要。
・新たな地域医療構想については、高齢者人口や要介護認定者数が増加している一方で入院患者が減少していること、在宅患者数の増加していることを十分に踏まえ、性・年齢階級別の現状投影モデルから脱却し、国民の医療の関わり方を含め、様々な予測を行い、客観的に分析することが必要。
・病院・施設の必要病床数の将来予測について、高齢者の心身状態の向上や疾病構造の変化を組み入れることが必要。
・入院患者、外来患者、在宅患者はピークの時期が異なるため、2040年を見据えるだけではなく、その前後の状況も意識することが必要。
・医療提供体制モデルの設定について、病床機能だけでなく、外来・在宅・介護等の各機能の地域における配置・機能分化・連携の状況について、地域住民に分かりやすく全体の姿を見せるべき。
・2040年頃を見据えると、高齢者の数が増加に対して生産年齢人口が激減するため、病院や介護施設の運営や業務内容について、ITの活用を含め、効率化を検討することが必要。
・医師の働き方改革もあり、人材確保面での制約が大きくなるため、患者側の需要面だけでなく、供給側の人材確保、地域間・診療科間の偏在の是正も視野に入れ、地域医療構想に取り込むことが必要。
・生産年齢人口が急減する中で地域医療を維持するため、将来の医療需要に応じて医療従事者を確保することが必要。医師以外の医療従事者の確保も非常に重要。
・PDCAサイクルにより、計画的に進捗を管理することが不可欠。

令和６年3月29日 第１回「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見②

＜現行の地域医療構想の評価＞

・2022年の病床機能報告上の病床数と2025年の必要病床数を比較すると、必要病床数に最も近づいているのは慢性期機能。介護医療院の創設により、療養病床の転換が進んできており、医療のみならず、介護をあわせた総合的な対応が有効である。
・急性期と回復期については、必要病床数との関係でそれぞれ過大、過小と指摘されるが、定量的基準を導入した場合には、必要病床数とかなり近い数値となっている場合がある。新たな地域医療構想における病床機能区分の検討においては、現在の病床機能区分が見かけ上のアンバランスを生じさせている点を十分踏まえる必要がある。
・地域医療構想では市町村の役割があまり明確になっていない。介護保険法に基づく在宅医療・介護連携推進事業の実施主体は市町村であり、その役割を地域医療構想においても明確化する必要がある。

＜新たな地域医療構想に期待すること＞

・地域医療構想調整会議に介護分野の行政担当者や関係団体等が参加して、地域の介護施設や高齢者住宅でどのような医療が提供されているかを共有することが必要。介護保険の事業計画との整合性も求められ、縦割りのない連携が重要。
・病床機能報告は医療機関の裁量であり尊重すべきであるが、各医療機関の病棟単位で果たしている機能に着目することも重要。
・地域医療構想は病院経営に大きな影響を及ぼすものであり、各医療機関が地域において健全経営が担保できることを踏まえた議論が必要。
・地域の実情については、一次医療圏単位、それ以下の生活圏で丁寧に把握する必要がある。入退院支援のルールや退院後の介護認定等に関する共通の理解も必要。市町村における課題抽出会議や多職種連携の研修を推進する役割も重要。
・認知症高齢者が今後急速に増加するため、入院医療や在宅医療において、認知症への対応を含め議論すべき。
・介護医療院と介護老人老健施設など、介護分野でどのような医療提供ができるのかを議論することが必要。
・複数の医療や介護の支援を受けられる都市部より、支援が乏しい地方の方が、介護から在宅医療まで切れ目なくサービスを提供できる体制の確立が求められている。また、地域の開業医は高齢化しており、その存続が難しい。特に在宅医療が継続的に提供されるるよう、専門医の育成、24時間対応可能なサービスやその環境整備への支援が必要であり、その在り方について更なる議論が必要。
・地域医療介護総合確保基金の活用は財政支援として重要な施策。財政支援の強化がなければ実効性ある政策はできない。

令和６年４月17日 第２回「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見①（第１回ヒアリング）

＜2040年頃を見据えた医療提供体制イメージ＞

・各地域ごとに2040年、2060年の絵姿を描き、バックキャストで、いかに医療・介護需要をカバーするかという視点が必要。地域資源の状況を踏まえた改革を地域で合意することが必要。
・現状の診療行動・機能分担を前提にした現状投影型の推計ではなく、最適な資源分配とか機能分担やタスクシフトなど、医療・介護改革を織り込んだ改革遂行型の地域医療構想とすべき。
・将来確保できる有限な資源を効率的に活用し、増大する医療・介護需要に応える視点が重要。かかりつけ医機能の実装、働き方改革、タスクシフトやテクノロジーの活用が必要。
・集住、コンパクトシティ等、コミュニティの形を変える改革が進むことを視野に入れ、動態的な視点で考えることが必要。地域の医療資源の分布、人口・高齢化率・疾病構造の変化等を見通し、地域の細かい類型分けが必要。
・2035年には85歳以上高齢者が1000万人を超え、その半数は要介護、４割は認知症となり、独居・高齢夫婦が大半となる中、家族介護力が期待できないため、アウトリーチを前提とした医療提供体制が必要。

＜現行の地域医療構想の評価＞

・データによる地区診断が不十分なまま、機能別病床数の議論をしたことが問題。地域ニーズにあった体制を構築するという地域医療構想の目的を踏まえ、データに基づき地区診断を行った上で、高齢者救急や在宅医療のニーズへの対応を検討すべき。
・高齢者人口や要介護認定者数が増加している一方、年間入院患者数は減少している。今後の推計に当たっては、こうした変化を推計値に反映していくことが必要。
・現行の地域医療構想は病床機能のみに限定したため、病院内の病床の機能分化を進めればこと足りたところ、個々の病院内での対応にとどまり、地域における病院間の機能分化を推進するまでには至らなかった。１つの病院だけでは対応できない多様化する医療ニーズに応えるためにも、病院の役割分担と連携は欠かせない。
・「病床機能報告」を「病棟機能報告」として位置付け、「回復期」を「包括期」と名称変更し、分かりやすく示すことが必要。
・地域医療構想の喫緊の課題は、高齢者救急対応。地域の医療資源を活用して高齢者救急に対応することが必要。

令和６年４月17日 第２回「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見②（第１回ヒアリング）

＜新たな地域医療構想に期待すること＞

・在宅医療の強化、将来の人口・医療資源の分布を踏まえ、医療圏を見直す必要がある。
・在宅医療圏は、原則市町村単位とする。かかりつけ医機能報告や高齢者施設を踏まえた在宅医療の議論が重要。
・地域の介護施設や高齢者住宅における介護サービスや在宅医療がどのように提供されているかを十分に踏まえた議論が必要であり、市町村・介護関係者が調整会議に参加し、「地域医療構想」から「地域医療介護構想」に変革していく必要がある。
・構想区域について、人口規模に応じて分割・合併を弾力的に行うことが必要。
・二次医療圏を弾力的に運用をしてはどうか。具体的には、二次医療圏が小規模な場合に、複数の二次医療圏を統合して運用することにより、一つの二次医療圏の単位の中で十分に医療機能を満たすことができるのではないか。
・二次医療圏を地域医療構想区域に設定して議論を進めてきたが、人口の変化や情報通信技術、道路網の整備等の社会の発展や変化を考慮すると、日常生活圏を基盤として、複数の日常生活圏の医療を確保する地域医療圏、複数の地域医療圏の医療を確保する広域医療圏という考え方に変えていくことが必要。
・病院機能の分類は、将来の医療供給体制を方向付ける点で重要。病院経営においても長期の経営戦略を考える上で大きな影響。地域医療構想において機能分担を明確にする上で、「病院機能」（高度急性期病院、急性期病院、かかりつけ医機能支援病院、慢性期病院）による分類が現実的。
・地域医療構想の見直しで、地域型病院（治し支える医療）と広域型病院（治す医療）の病院類型を創設して、病院の機能分化と病院間連携を進めるべき。
・働き方改革、かかりつけ医機能、医療人材の確保は重要な課題であり、地域ごとに状況が全く異なる。地域によっては全ての医療機能をフレキシブルに確保しなければならないところもある。このため、都道府県又は市町村を中心に、日常生活圏、二次医療圏、さらに広域な単位で、必要な病院機能・病棟機能を整理する必要がある。
・二次救急、三次救急のほか、一次救急の機能を地域で確保することが重要。
・在宅医療を増やすためには、緊急時の対応機能としての入院の受皿や緊急往診の体制、次に、特に訪問看護、訪問診療の体制が重要。
・医療機関の議論だけではなく、介護施設や介護サービスも含めた包括的な議論が必要。医療と介護サービスの連携だけでなく、介護サービスにおける医療機能という視点も必要ではないか。
・医療と介護の連携、病院と在宅の連携について、函館の医療・介護連携サマリー等による情報共有を進めていくことが必要。

令和６年５月22日 第３回「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見①（第２回ヒアリング）

＜2040年頃を見据えた医療提供体制イメージ＞

・認知症や基礎疾患等を抱える高齢患者や独居の増加等も想定した地域のニーズに対応できる医療・介護全体での体制構築や医療・介護の人材確保の議論が必要。
・認知症や各疾患の患者予測について、従来の静的手法ではなく、高齢者の急激な変化の影響を踏まえた動的手法を用いるべき。
・必要病床数について、現状投影モデルで推計するとともに、認知症患者や寝たきりの高齢者の減少など、医療・介護提供体制に大きな影響を及ぼす因子を組み込んだ複数のシナリオを作り、地域ごと・病種ごとに推計すべき。
・全ての構想区域において統一モデルで必要量を算出しつつ、地域特性や人材制約を踏まえたシナリオを作った上で、地域ごとに2040年に向けて取り組んでいくべき。
・外来医療・在宅医療の必要量についても、疾病構造、患者の状態及び医療資源投入量を踏まえ、可能な限り詳細に推計すべき。

＜現行の地域医療構想の評価＞

・公立病院等の再編が当初の目的に合致する結果が得られたかについて、再編後の効果を経時的に検証し、公表する仕組みが必要。
・基準病床数と必要病床数について、一部の自治体で第８次医療計画の基準病床数が増加し、混乱を招いているため、差を解消すべき。地域診断や地域の未来像を踏まえ、地域医療構想の協議を活性化させることが必要。
・国民が地域医療構想に十分に参画できているとはいえないため、住民の意見を反映しながら協働していくことが大切。地域医療構想の内容と進捗を住民に分かりやすく情報提供することが必要。

令和６年５月22日 第３回「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見②（第２回ヒアリング）

＜新たな地域医療構想に期待すること＞

・患者にとって安全、安心な医療や介護が効果的かつ効率的に提供されるとともに、社会保障のサステナビリティを確保することが重要。
・地域医療構想は、国が地方に指示するという単純な構図ではなく、国民、患者、医療従事者、医療団体、医療機関、自治体、国等が協働で取り組む政策課題であり、国と都道府県等との協働・対話関係のアップデートが必要。
・オールジャパンとしての方向性、構想の全体像、必要な施策、推進のスタンス等の可視化や共有が不可欠。
・これまでPDCAサイクルを通じて取組を進めてきたが、行政のガバナンスは重要であり、都道府県や国が確実に進捗管理すべき。
・民間病院と公立・公的病院の特徴を活かした医療提供体制の再構築が重要。
・地域医療構想の策定後に生じる様々な変化を踏まえ、考え方の見直しやデータの更新を図るなど、都道府県の実情に応じた柔軟な対応を認めるべき。人口流出等により、想定を大きく上回る変化が生じた場合は、地域医療構想の見直しを検討すべき。
・構想区域は、 都市型モデル・過疎地モデルのみではなく、地域ごとに主体的に検討し、柔軟に設定すべき。
・医療DXは重要であるが、病院経営に大きな負担となるため、適正なコストコントロールを可能とする仕組みが必要。
・医科・歯科連携、歯科と介護との連携、入院時から在宅・施設等までの歯科診療所と病院の連携、ICTを活用した多職種連携の強化が必要。
・医療提供施設である薬局を外来医療提供体制のモデルに含めることが必要。薬局・薬剤師の地域偏在、病院薬剤師の確保が課題。
・在宅医療において、薬局が医療・介護連携に積極的に参画し、多職種連携を進めることで、地域包括ケアにおけるチーム医療へ貢献すべき。

令和６年５月２７日 第４回「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見①（第３回ヒアリング）

＜2040年頃を見据えた医療提供体制イメージ＞

・医療機関と施設、地域が一体となって健康や暮らしを守ることが望まれるため、入院だけでなく、外来、在宅、かかりつけ医機能、訪問看護、介護サービス等を一体的に考えていく必要がある。
・高齢者の複合ニーズに対し、集中的な入院医療と在宅生活を支える在宅医療が重要。特に在宅では、予防・治療から看取りまでのその人らしい生活を支援することが考えられるのではないか。
・要介護者等を含む在宅療養者に対して、医療及び在宅介護サービスを適切に提供できる体制を整備することが必要。
・独居や認知症の方が地域で生活するための生活支援体制を整備することが必要。
・かかりつけ医との連携、情報連携の仕組みが非常に重要。かかりつけ医が機能するためには訪問看護が極めて重要。研修等も踏まえた医療側と介護側の顔の見える関係の構築が必要。基本情報を共有するためのインターフェースの構築については国の関与が必要。
・今後増加する、独居、老夫婦世帯、認知症高齢者の方の生活を支える医療の充実、伴走型介護拠点の整備、日常生活圏域を基盤とした地域を面として支える安心な医療・介護連携体制の確立が求められる。特に、認知症等の生活機能が激変した人に対する医療の在り方が大きな課題ではないか。
・利用者の病態・ADL・社会状況にふさわしい地域包括ケアシステムが確立され、地域医療ネットワークにより、市町村ごとに基幹型の救急及び在宅医療連携拠点と地域包括支援センターが連携し、医療や介護を含めた様々な生活支援サービスがどこにいても受けられる体制の構築が重要。

＜現行の地域医療構想の評価＞

・人材やサービスについて、医療と介護の両面で総合的な全体図を描くことが必要。介護施設でも医師、看護師、リハ職、介護人材等が必要となる一方、医療機関でも専門職に加えて看護補助者等も必要。また、介護の中にも医療サービスがあったが、現行の地域医療構想調整会議で触れられていなかった。医療・介護で提供しているサービスを整理すべき。
・医療・介護の連携の質をどのように高め、利用者の療養生活の質をどのように保障していくのか、という観点から議論しなければならないステージに来ている。

令和６年５月２７日 第４回「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見②（第３回ヒアリング）

＜新たな地域医療構想に期待すること＞

・今後は、要介護高齢者、認知症を有する高齢者の医療介護をどこでどのように受けるのが適切か、総合的な全体図を描きつつ、そのフィードバックを地域医療構想に結びつけていくことが必要。
・重度化した方、認知症の方、独居の方、生活支援が必要な方等が増える中で、介護がどう受け止め、医療がどう対応するか等の共通の課題がある。特養、特定施設、サ高住、介護医療院がどのような医療をどう提供するかを根本的に考えないといけない。
・将来的には通院できなくなる方が増えるので、医療のアウトリーチが必要。地域医療構想を形にする上で、かかりつけ医やサポートする医療機関をどう考えるか、施設や高齢者住まいを含めた在宅医療をどう考えるか、総合的に診療するかかりつけ医をどのように養成するかが課題。
・都市部において往診可能なかかりつけ医やそれをバックアップする地域病院など、地域を面として支える医療体制の構築、ケアマネ等が高齢者の生活機能の変化に気づいてつなぐ仕組みの構築、関係機関で情報が共有される仕組みの構築が重要。
・特養の医療提供は、配置医や看護職員等の多職種連携が円滑に行われるという利点がある。
・老健施設において、認知症短期集中リハビリテーションや医療ショートの利用等により軽度な医療ニーズへの対応が可能であり、こうした高齢者施設における機能を活用すべき。
・本人・家族が望まないような過度な医療提供を未然に防ぐためにも、事前にどの程度の医療提供を希望するかの意思を確認する「プレターミナルACP」が重要。
・高齢者が集まって住むことは、効率性・合理性があり、80歳以上のうち約７%の方が高齢者住まいに入居している。今後さらに数パーセント程度の需要があると思われる。慢性疾患の管理や食事の提供、24時間体制の見守り等が高齢者住まいの利点である。
・これまで地方のそれぞれの特性に応じた様々な成功事例があり、これらを参考にしつつ、医療関係団体、都道府県、市町村が最適解を検討する仕組みが構築されることに期待。
・2040年頃には医療も介護も人材不足。限られた人的資源の効果的・効率的な活用が極めて重要であり、医療・介護の枠を超えて役割分担を行う必要がある。
・医療資源の効率的で有効な転換を図るためには、地域医療介護総合確保基金を活用して精神科医療の多角化に対応する必要。
・今後、地域医療構想の中で精神科救急の在り方を考えていっていただければありがたい。

令和６年５月31日 第５回「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見①（第４回ヒアリング）

＜2040年頃を見据えた医療提供体制イメージ＞

・地域医療構想について、外来患者の減少、在宅患者の増加、医療・介護の複合ニーズ、死亡数の増加等への対応を見極めた上で、病床数のみではなく、在宅も含めて対象とする必要がある。
・医療と介護の複合ニーズに対応するため、医療（診療計画・看護計画・訪問看護計画等）からつながるケアプランの一体的な作成、専門性の高い看護師の外来・地域活動の推進、ケアの継続による重症化予防が重要。また、医療においても、アウトリーチ型の伴走支援が必要。
・かかりつけ医機能、働き方改革、機能分化・連携、救急体制の確保について、公民関わりなく、未来を見据えて考える必要がある。
・今後は二次医療圏ではなく、日常生活圏がベース。地域毎に状況は全く異なるため、医療DXを推進し、最新のデータを活用すべき。

＜現行の地域医療構想の評価＞

・地域医療構想は、地域の関係者が集まり、課題を共有する機会となり、機能分化に向けて一定の成果を上げてきた。
・病床機能報告について、福井県の取組として、病床単位で把握することにより、医療機関が病床機能を真剣に考える機会になった。
・病床機能については、急性期、地域包括期、慢性期、さらには、高度急性期、急性期多機能、慢性期多機能、慢性期と整理できるのではないか。
・病院完結型医療から地域完結型医療への転換は不十分。グループ・プラクティスの推進、中小病院の役割の明確化、かかりつけ医機能・多職種協働・看護小規模多機能型居宅介護・診療所における看護機能の推進が重要。

令和６年５月31日 第５回「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見②
（第４回ヒアリング）

＜新たな地域医療構想に期待すること＞

・ステークホルダー同士の信頼関係が重要。行政の聴く力、市町村の巻き込み、大胆な集約化、丁寧な説明と情報提供、トップダウンからボトムアップ、プッシュ型の情報開示等が必要。
・地域包括ケアの視点から、地域密着型多機能型病院が重要であり、かかりつけ医、ケアマネジャー、地域包括支援センターとの連携が重要。
・小規模病床を有する有床診療所は、病院や介護施設との連携や在宅医療を担い、柔軟な運用が可能である。入院機能を有する究極のかかりつけ医機能であり、重要な医療資源である。小規模で柔軟な運用が可能。病院の病床とは異なる役割として、今まで以上に効果的かつ有効に活用されることに期待。病床機能区分にはなじまないため、「診療所病床」という新しい病床単位を考えてはどうか。
・特養は、常時看護職員が健康状態を把握し、緊急を要する場合や医療的処置が必要となる場合に速やかに対応できる機能を備えているため、地域医療構想において、「居宅等」とは異なる位置づけを検討いただきたい。配置医師のあり方・機能・役割について、地域医療構想に位置づけることが必要。
・特養等利用者への切れ目のない診療を行うためには、緊急時や夜間を含むオンライン診療や、日常的に医師と特養等の介護施設が連絡・相談できる仕組みが必要。
・在宅療養や在宅看取り、介護施設における医療ニーズの増大に対応するためには、地域全体での24時間体制の安定的・効率的な確保が急務。連携拠点となる訪問看護事業所を地域医療構想に位置づけ、全国医療情報プラットフォームの活用等による複数の訪問看護事業所の機能分化・連携を図る体制が必要。
・国や地方自治体の役割として、タスクシェアに向けた人材育成が必要であり、特に特定行為ができる看護師の養成・推進が重要。
・生産年齢人口が減少していく中、他職種との協働や医療・看護DXの推進を前提としつつ、施設単位から、地域全体での看護職の育成・確保・共有への転換が必要。
・都道府県、二次医療圏の範囲では、地域完結型医療は困難であるため、市町村の高齢者保健福祉計画と地域医療構想の一体化、市町村個別の医療計画が必要。

２．新たな地域医療構想に関する論点

新たな地域医療構想の主な検討事項（案）

○　新たな地域医療構想については、2040年頃を見据え、医療･介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大等に対応できるよう、**病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療･介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討予定。**

※　現状、課題、検討事項等についても、今後の検討会等で検討

【現状】

○　各構想区域の2025年の病床の必要量について、**病床機能ごとに推計**し、都道府県が地域医療構想を策定。

○　各医療機関から都道府県に、**現在の病床機能と2025年の方向性等を報告。**

○　将来の病床の必要量を踏まえ、地域の関係者が**地域医療構想調整会議（二次医療圏が多数）で協議。**

○　都道府県は**地域医療介護総合確保基金等を活用して支援。**

など

【主な課題】

○　2025年の**病床の必要量**に病床の合計･機能別とも近付いているが、**構想区域ごと･機能ごとに乖離。**

○　将来の病床の必要量を踏まえ、各構想区域で病床の機能分化･連携が議論されているが、**外来や在宅医療等**を含めた、**医療提供体制全体の議論が不十分。**

○　医療･介護の複合ニーズを抱える85歳以上が増大する中、**在宅を中心に入退院を繰り返し最後は看取りを要する高齢者を支える医療を提供**する必要。その際、**かかりつけ医機能の確保、在宅医療の強化、介護との連携強化等が必要。**

○　2040年までみると、都市部と過疎地等で、**地域ごとに人口変動の状況が異なる。**

○　**生産年齢人口の減少等**がある中、**医師の働き方改革**を進めながら、地域で必要な医療提供体制を確保する必要。

など

【主な検討事項（案）】

○　**2040年頃を見据えた医療提供体制のモデル**

- 地域の類型（都市部、過疎地等）ごとの医療需要の変化に対応する医療提供体制のモデル（医療DX、遠隔医療等の取組の反映）　等

○　**病床の機能分化・連携の更なる推進**

- 病床の将来推計：機能区分、推計方法、推計年等
- 病床必要量と基準病床数の関係
- 病床機能報告：機能区分、報告基準等
- 構想区域・調整会議：区域、構成員、進め方等
- 地域医療介護総合確保基金
- 都道府県の権限　等

○　**地域における入院･外来･在宅等を含めた医療提供体制の議論**

- 入院･救急･外来･在宅･介護連携･人材確保等を含めた医療機関の役割分担・連携のあり方
- 将来推計：外来、在宅、看取り、医療従事者等
- 医療機関からの機能報告：機能区分、報告基準等
- 構想区域・調整会議：外来･在宅･介護連携等の議論を行う区域、構成員、進め方等
- 地域医療介護総合確保基金
- 都道府県の権限
- 介護保険事業等を担う市町村の役割　等

699

など

これまでの「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見①

※ 第１～５回の検討会の主な意見を項目毎に事務局で整理したもの

＜新たな地域医療構想の方向性＞

・地域医療構想の本質は、大幅な人口の減少であり、人的な資源が限られる中、変化する高齢者の医療ニーズ等にどのように対応し、持続可能な体制を構築するかが目的である。
・各地域ごとに2040年、2060年の絵姿を描き、バックキャストで、いかに医療・介護需要をカバーするかという視点が必要。地域資源の状況を踏まえた改革を地域で合意することが必要。
・地域医療構想について、外来患者の減少、在宅患者の増加、医療・介護の複合ニーズ、死亡数の増加等への対応を見極めた上で、病床数のみではなく、在宅も含めて対象とする必要がある。
・地域の介護施設や高齢者住宅における介護サービスや在宅医療がどのように提供されているかを十分に踏まえた議論が必要であり、市町村・介護関係者が調整会議に参加し、「地域医療構想」から「地域医療介護構想」に変革していく必要がある。
・医療機関の議論だけではなく、介護施設や介護サービスも含めた包括的な議論が必要。医療と介護サービスの連携だけでなく、介護サービスにおける医療機能という視点も必要ではないか。
・医療機関と施設、地域が一体となって健康や暮らしを守ることが望まれるため、入院だけでなく、外来、在宅、かかりつけ医機能、訪問看護、介護サービス等を一体的に考えていく必要がある。
・入院患者、外来患者、在宅患者はピークの時期が異なるため、2040年を見据えるだけではなく、その前後の状況も意識することが必要。
・現状の診療行動・機能分担を前提にした現状投影型の推計ではなく、最適な資源分配とか機能分担やタスクシフトなど、医療・介護改革を織り込んだ改革遂行型の地域医療構想とすべき。
・集住、コンパクトシティ等、コミュニティの形を変える改革が進むことを視野に入れ、動態的な視点で考えることが必要。地域の医療資源の分布、人口・高齢化率・疾病構造の変化等を見通し、地域の細かい類型分けが必要。
・新たな地域医療構想については、高齢者人口や要介護認定者数が増加している一方で入院患者が減少していること、在宅患者数の増加していることを十分に踏まえ、性・年齢階級別の現状投影モデルから脱却し、国民の医療の関わり方を含め、様々な予測を行い、客観的に分析することが必要。
・今後は、要介護高齢者、認知症を有する高齢者の医療介護をどこでどのように受けるのが適切か、総合的な全体図を描きつつ、そのフィードバックを地域医療構想に結びつけていくことが必要。
・独居や認知症の方が地域で生活するための生活支援体制を整備することが必要。
・2035年には85歳以上高齢者が1000万人を超え、その半数は要介護、４割は認知症となり、独居・高齢夫婦が大半となる中、家族介護力が期待できないため、アウトリーチを前提とした医療提供体制が必要。
・重度化した方、認知症の方、独居の方、生活支援が必要な方等が増える中で、介護がどう受け止め、医療がどう対応するか等の共通の課題がある。特養、特定施設、サ高住、介護医療院がどのような医療をどう提供するかを根本的に考えないといけない。
・患者にとって安全、安心な医療や介護が効果的かつ効率的に提供されるとともに、社会保障のサステナビリティを確保することが重要。
・地域医療構想は、国が地方に指示するという単純な構図ではなく、国民、患者、医療従事者、医療団体、医療機関、自治体、国等が協働で取り組む政策課題であり、国と都道府県等との協働・対話関係のアップデートが必要。
・オールジャパンとしての方向性、構想の全体像、必要な施策、推進のスタンス等の可視化や共有が不可欠。
・民間病院と公立・公的病院の特徴を活かした医療提供体制の再構築が重要。
・地域医療構想は病院経営に大きな影響を及ぼすものであり、各医療機関が地域において健全経営が担保できることを踏まえた議論が必要。

これまでの「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見②

※ 第１～５回の検討会の主な意見を項目毎に事務局で整理したもの

＜入院（病床の機能分化・連携等）＞

・病院・施設の必要病床数の将来予測について、高齢者の心身状態の向上や疾病構造の変化を組み入れることが必要。
・高齢者人口や要介護認定者数が増加している一方、年間入院患者数は減少している。今後の推計に当たっては、こうした変化を推計値に反映していくことが必要。
・必要病床数について、現状投影モデルで推計するとともに、認知症患者や寝たきりの高齢者の減少など、医療・介護提供体制に大きな影響を及ぼす因子を組み込んだ複数のシナリオを作り、地域ごと・病種ごとに推計すべき。
・認知症や各疾患の患者予測について、従来の静的手法ではなく、高齢者の急激な変化の影響を踏まえた動的手法を用いるべき。
・全ての構想区域において統一モデルで必要量を算出しつつ、地域特性や人材制約を踏まえたシナリオを作った上で、地域ごとに2040年に向けて取り組んでいくべき。
・2022年の病床機能報告上の病床数と2025年の必要病床数を比較すると、必要病床数に最も近づいているのは慢性期機能。介護医療院の創設により、療養病床の転換が進んできており、医療のみならず、介護をあわせた総合的な対応が有効である。
・急性期と回復期については、必要病床数との関係でそれぞれ過大、過小と指摘されるが、定量的基準を導入した場合には、必要病床数とかなり近い数値となっている場合がある。新たな地域医療構想における病床機能区分の検討においては、現在の病床機能区分が見かけ上のアンバランスを生じさせている点を十分踏まえる必要がある。
・「病床機能報告」を「病棟機能報告」として位置付け、「回復期」を「包括期」と名称変更し、分かりやすく示すことが必要。
・病床機能については、急性期、地域包括期、慢性期、さらには、高度急性期、急性期多機能、慢性期多機能、慢性期と整理できるのではないか。
・小規模病床を有する有床診療所は、病院や介護施設との連携や在宅医療を担い、柔軟な運用が可能である。入院機能を有する究極のかかりつけ医機能であり、重要な医療資源である。小規模で柔軟な運用が可能。病院の病床とは異なる役割として、今まで以上に効果的かつ有効に活用されることに期待。病床機能区分にはなじまないため、「診療所病床」という新しい病床単位を考えてはどうか。
・病床機能報告は医療機関の裁量であり尊重すべきであるが、各医療機関の病棟単位で果たしている機能に着目することも重要。
・現行の地域医療構想は病床機能のみに限定したため、病院内の病床の機能分化を進めればこと足りたところ、個々の病院内での対応にとどまり、地域における病院間の機能分化を推進するまでには至らなかった。１つの病院だけでは対応できない多様化する医療ニーズに応えるためにも、病院の役割分担と連携は欠かせない。
・病床機能報告について、福井県の取組として、病床単位で把握することにより、医療機関が病床機能を真剣に考える機会になった。
・認知症高齢者が今後急速に増加するため、入院医療や在宅医療において、認知症への対応を含め議論すべき。
・2040年頃を見据えると、高齢者の数が増加に対して生産年齢人口が激減するため、病院や介護施設の運営や業務内容について、ITの活用を含め、効率化を検討することが必要。
・基準病床数と必要病床数について、一部の自治体で第８次医療計画の基準病床数が増加し、混乱を招いているため、差を解消すべき。

これまでの「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見③

※ 第１～５回の検討会の主な意見を項目毎に事務局で整理したもの

<外来、在宅>

・外来医療・在宅医療の必要量についても、疾病構造、患者の状態及び医療資源投入量を踏まえ、可能な限り詳細に推計すべき。
・将来的には通院できなくなる方が増えるので、医療のアウトリーチが必要。地域医療構想を形にする上で、かかりつけ医やサポートする医療機関をどう考えるか、施設や高齢者住まいを含めた在宅医療をどう考えるか、総合的に診療するかかりつけ医をどのように養成するかが課題。
・都市部において往診可能なかかりつけ医やそれをバックアップする地域病院など、地域を面として支える医療体制の構築、ケアマネ等が高齢者の生活機能の変化に気づいてつなぐ仕組みの構築、関係機関で情報が共有される仕組みの構築が重要。
・医療と介護の複合ニーズに対応するため、医療（診療計画・看護計画・訪問看護計画等）からつながるケアプランの一体的な作成、専門性の高い看護師の外来・地域活動の推進、ケアの継続による重症化予防が重要。また、医療においても、アウトリーチ型の伴走支援が必要。
・在宅医療圏は、原則市町村単位とする。かかりつけ医機能報告や高齢者施設を踏まえた在宅医療の議論が重要。
・在宅医療を増やすためには、緊急時の対応機能としての入院の受皿や緊急往診の体制、次に、特に訪問看護、訪問診療の体制が重要。
・複数の医療や介護の支援を受けられる都市部より、支援が乏しい地方の方が、介護から在宅医療まで切れ目なくサービスを提供できる体制の確立が求められている。また、地域の開業医は高齢化しており、その存続が難しい。特に在宅医療が継続的に提供されるるよう、専門医の育成、24時間対応可能なサービスやその環境整備への支援が必要であり、その在り方について更なる議論が必要。
・高齢者の複合ニーズに対し、集中的な入院医療と在宅生活を支える在宅医療が重要。特に在宅では、予防・治療から看取りまでのその人らしい生活を支援することが考えられるのではないか。
・在宅療養や在宅看取り、介護施設における医療ニーズの増大に対応するためには、地域全体での24時間体制の安定的・効率的な確保が急務。連携拠点となる訪問看護事業所を地域医療構想に位置づけ、全国医療情報プラットフォームの活用等による複数の訪問看護事業所の機能分化・連携を図る体制が必要。
・医科・歯科連携、歯科と介護との連携、入院時から在宅・施設等までの歯科診療所と病院の連携、ICTを活用した多職種連携の強化が必要。
・在宅医療において、薬局が医療・介護連携に積極的に参画し、多職種連携を進めることで、地域包括ケアにおけるチーム医療へ貢献すべき。
・医療提供施設である薬局を外来医療提供体制のモデルに含めることが必要。薬局・薬剤師の地域偏在、病院薬剤師の確保が課題。

これまでの「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見④

※ 第１～５回の検討会の主な意見を項目毎に事務局で整理したもの

＜医療・介護連携＞

・人材やサービスについて、医療と介護の両面で総合的な全体図を描くことが必要。介護施設でも医師、看護師、リハ職、介護人材等が必要となる一方、医療機関でも専門職に加えて看護補助者等も必要。また、介護の中にも医療サービスがあったが、現行の地域医療構想調整会議で触れられていなかった。医療・介護で提供しているサービスを整理すべき。
・医療と介護の連携、病院と在宅の連携について、函館の医療・介護連携サマリー等による情報共有を進めていくことが必要。
・医療機関の議論だけではなく、介護施設や介護サービスも含めた包括的な議論が必要。医療と介護サービスの連携だけでなく、介護サービスにおける医療機能という視点も必要ではないか。
・介護医療院と介護老人老健施設など、介護分野でどのような医療提供ができるのかを議論することが必要。
・老健施設において、認知症短期集中リハビリテーションや医療ショートの利用等により軽度な医療ニーズへの対応が可能であり、こうした高齢者施設における機能を活用すべき。
・特養の医療提供は、配置医や看護職員等の多職種連携が円滑に行われるという利点がある。
・特養は、常時看護職員が健康状態を把握し、緊急を要する場合や医療的処置が必要となる場合に速やかに対応できる機能を備えているため、地域医療構想において、「居宅等」とは異なる位置づけを検討いただきたい。配置医師のあり方・機能・役割について、地域医療構想に位置づけることが必要。
・特養等利用者への切れ目のない診療を行うためには、緊急時や夜間を含むオンライン診療や、日常的に医師と特養等の介護施設が連絡・相談できる仕組みが必要。
・医療・介護の連携の質をどのように高め、利用者の療養生活の質をどのように保障していくのか、という観点から議論しなければならないステージに来ている。
・高齢者が集まって住むことは、効率性・合理性があり、80歳以上のうち約７%の方が高齢者住まいに入居している。今後さらに数パーセント程度の需要があると思われる。慢性疾患の管理や食事の提供、24時間体制の見守り等が高齢者住まいの利点である。
・地域医療構想調整会議に介護分野の行政担当者や関係団体等が参加して、地域の介護施設や高齢者住宅でどのような医療が提供されているかを共有することが必要。介護保険の事業計画との整合性も求められ、縦割りのない連携が重要。

＜人材確保＞

・医師の働き方改革もあり、人材確保面での制約が大きくなるため、患者側の需要面だけでなく、供給側の人材確保、地域間・診療科間の偏在の是正も視野に入れ、地域医療構想に取り込むことが必要。
・生産年齢人口が急減する中で地域医療を維持するため、将来の医療需要に応じて医療従事者を確保することが必要。医師以外の医療従事者の確保も非常に重要。
・2040年頃には医療も介護も人材不足。限られた人的資源の効果的・効率的な活用が極めて重要であり、医療・介護の枠を超えて役割分担を行う必要がある。
・国や地方自治体の役割として、タスクシェアに向けた人材育成が必要であり、特に特定行為ができる看護師の養成・推進が重要。
・生産年齢人口が減少していく中、他職種との協働や医療・看護DXの推進を前提としつつ、施設単位から、地域全体での看護職の育成・確保・共有への転換が必要。

これまでの「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見⑤

※ 第１～５回の検討会の主な意見を項目毎に事務局で整理したもの

＜医療機関機能＞

・病院機能の分類は、将来の医療供給体制を方向付ける点で重要。病院経営においても長期の経営戦略を考える上で大きな影響。地域医療構想において機能分担を明確にする上で、「病院機能」（高度急性期病院、急性期病院、かかりつけ医機能支援病院、慢性期病院）による分類が現実的。
・地域医療構想の見直しで、地域型病院（治し支える医療）と広域型病院（治す医療）の病院類型を創設して、病院の機能分化と病院間連携を進めるべき。
・地域包括ケアの視点から、地域密着型多機能型病院が重要であり、かかりつけ医、ケアマネジャー、地域包括支援センターとの連携が重要。

＜構想区域＞

・働き方改革、かかりつけ医機能、医療人材の確保は重要な課題であり、地域ごとに状況が全く異なる。地域によっては全ての医療機能をフレキシブルに確保しなければならないところもある。このため、都道府県又は市町村を中心に、日常生活圏、二次医療圏、さらに広域な単位で、必要な病院機能・病棟機能を整理する必要がある。
・構想区域について、人口規模に応じて分割・合併を弾力的に行うことが必要。
・二次医療圏を弾力的に運用をしてはどうか。具体的には、二次医療圏が小規模な場合に、複数の二次医療圏を統合して運用することにより、一つの二次医療圏の単位の中で十分に医療機能を満たすことができるのではないか。
・二次医療圏を地域医療構想区域に設定して議論を進めてきたが、人口の変化や情報通信技術、道路網の整備等の社会の発展や変化を考慮すると、日常生活圏を基盤として、複数の日常生活圏の医療を確保する地域医療圏、複数の地域医療圏の医療を確保する広域医療圏という考え方に変えていくことが必要。
・地域の実情については、一次医療圏単位、それ以下の生活圏で丁寧に把握する必要がある。入退院支援のルールや退院後の介護認定等に関する共通の理解も必要。市町村における課題抽出会議や多職種連携の研修を推進する役割も重要。
・今後は二次医療圏ではなく、日常生活圏がベース。地域毎に状況は全く異なるため、医療DXを推進し、最新のデータを活用すべき。
・在宅医療の強化、将来の人口・医療資源の分布を踏まえ、医療圏を見直す必要がある。
・構想区域は、 都市型モデル・過疎地モデルのみではなく、地域ごとに主体的に検討し、柔軟に設定すべき。
・都道府県、二次医療圏の範囲では、地域完結型医療は困難であるため、市町村の高齢者保健福祉計画と地域医療構想の一体化、市町村個別の医療計画が必要。

これまでの「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見⑥

※ 第１～５回の検討会の主な意見を項目毎に事務局で整理したもの

＜医療提供体制のモデル＞

・医療提供体制モデルの設定について、病床機能だけでなく、外来・在宅・介護等の各機能の地域における配置・機能分化・連携の状況について、地域住民に分かりやすく全体の姿を見せるべき。
・医療提供体制モデルの前提として、各地域における医療・介護の必要量の推計と現状を比較し、過不足を明らかにすることが重要。
・地域医療構想の喫緊の課題は、高齢者救急対応。地域の医療資源を活用して高齢者救急に対応することが必要。
・二次救急、三次救急のほか、一次救急の機能を地域で確保することが重要。
・要介護者等を含む在宅療養者に対して、医療及び在宅介護サービスを適切に提供できる体制を整備することが必要。
・今後増加する、独居、老夫婦世帯、認知症高齢者の方の生活を支える医療の充実、伴走型介護拠点の整備、日常生活圏域を基盤とした地域を面として支える安心な医療・介護連携体制の確立が求められる。特に、認知症等の生活機能が激変した人に対する医療の在り方が大きな課題ではないか。
・かかりつけ医機能、働き方改革、機能分化・連携、救急体制の確保について、公民関わりなく、未来を見据えて考える必要がある。
・かかりつけ医との連携、情報連携の仕組みが非常に重要。かかりつけ医が機能するためには訪問看護が極めて重要。研修等も踏まえた医療側と介護側の顔の見える関係の構築が必要。基本情報を共有するためのインターフェースの構築については国の関与が必要。
・病院完結型医療から地域完結型医療への転換は不十分。グループ・プラクティスの推進、中小病院の役割の明確化、かかりつけ医機能・多職種協働・看護小規模多機能型居宅介護・診療所における看護機能の推進が重要。
・利用者の病態・ADL・社会状況にふさわしい地域包括ケアシステムが確立され、地域医療ネットワークにより、市町村ごとに基幹型の救急及び在宅医療連携拠点と地域包括支援センターが連携し、医療や介護を含めた様々な生活支援サービスがどこにいても受けられる体制の構築が重要。
・将来確保できる有限な資源を効率的に活用し、増大する医療・介護需要に応える視点が重要。かかりつけ医機能の実装、働き方改革、タスクシフトやテクノロジーの活用が必要。
・医療DXは重要であるが、病院経営に大きな負担となるため、適正なコストコントロールを可能とする仕組みが必要。
・認知症や基礎疾患等を抱える高齢患者や独居の増加等も想定した地域のニーズに対応できる医療・介護全体での体制構築や医療・介護の人材確保の議論が必要。
・本人・家族が望まないような過度な医療提供を未然に防ぐためにも、事前にどの程度の医療提供を希望するかの意思を確認する「プレターミナルACP」が重要。
・今後、地域医療構想の中で精神科救急の在り方を考えていっていただければありがたい。

これまでの「新たな地域医療構想等に関する検討会」における主な意見⑦

※ 第１～５回の検討会の主な意見を項目毎に事務局で整理したもの

＜調整会議＞

・地域医療構想は、地域の関係者が集まり、課題を共有する機会となり、機能分化に向けて一定の成果を上げてきた。
・データによる地区診断が不十分なまま、機能別病床数の議論をしたことが問題。地域ニーズにあった体制を構築するという地域医療構想の目的を踏まえ、データに基づき地区診断を行った上で、高齢者救急や在宅医療のニーズへの対応を検討すべき。
・地域診断や地域の未来像を踏まえ、地域医療構想の協議を活性化させることが必要。
・ステークホルダー同士の信頼関係が重要。行政の聴く力、市町村の巻き込み、大胆な集約化、丁寧な説明と情報提供、トップダウンからボトムアップ、プッシュ型の情報開示等が必要。
・これまで地方のそれぞれの特性に応じた様々な成功事例があり、これらを参考にしつつ、医療関係団体、都道府県、市町村が最適解を検討する仕組みが構築されることに期待。
・公立病院等の再編が当初の目的に合致する結果が得られたかについて、再編後の効果を経時的に検証し、公表する仕組みが必要。
・国民が地域医療構想に十分に参画できているとはいえないため、住民の意見を反映しながら協働していくことが大切。地域医療構想の内容と進捗を住民に分かりやすく情報提供することが必要。

＜地域医療介護総合確保基金＞

・地域医療介護総合確保基金の活用は財政支援として重要な施策。財政支援の強化がなければ実効性ある政策はできない。
・医療資源の効率的で有効な転換を図るためには、地域医療介護総合確保基金を活用して精神科医療の多角化に対応する必要。

＜都道府県の権限、市町村の役割等＞

・これまでPDCAサイクルを通じて取組を進めてきたが、行政のガバナンスは重要であり、都道府県や国が確実に進捗管理すべき。
・PDCAサイクルにより、計画的に進捗を管理することが不可欠。
・地域医療構想の策定後に生じる様々な変化を踏まえ、考え方の見直しやデータの更新を図るなど、都道府県の実情に応じた柔軟な対応を認めるべき。人口流出等により、想定を大きく上回る変化が生じた場合は、地域医療構想の見直しを検討すべき。
・地域医療構想では市町村の役割があまり明確になっていない。介護保険法に基づく在宅医療・介護連携推進事業の実施主体は市町村であり、その役割を地域医療構想においても明確化する必要がある。

新たな地域医療構想の論点（案）①

○　新たな地域医療構想の検討において、以下の論点について検討を進めてはどうか。

１．新たな地域医療構想の方向性（総論）

○　2035年、2040年、さらにその先を見据えると、
- 複数の慢性疾患、認知症、医療･介護の複合ニーズ等をかかえる85歳以上の高齢者の増加への対応
- 生産年齢人口の減少等に伴う医療従事者のマンパワーの制約
- 大都市部、地方都市部、過疎地域等の地域差の拡大（人口動態、医療需要、疾病構造等）

等の課題が想定され、これらの課題に対応し、持続可能な医療提供体制を確保することが重要。

○　このような中、新たな地域医療構想を通じて、どのような医療提供体制の姿・方向性を目指すか。2040年頃を見据えた地域の類型（大都市部､地方都市部、過疎地域等）ごとの医療需要の変化に対応する医療提供体制のモデル（医療DX､遠隔医療等の取組の反映）をどう考えるか。

○　また、新たな地域医療構想について、どのような視点・手法で進めていくことが重要と考えるか。　　など

※ ６月21日の検討会で総論を議論した上で、その後の検討会で各論を順次議論していき、また総論の議論に戻ることを想定

２．新たな地域医療構想の具体的な内容、その達成に向けた取組（各論）

（１）入院（病床の機能分化・連携等）

○　2025年の病床の必要量に病床の合計･機能別とも近付いているが、構想区域ごと･機能ごとに乖離が生じている。2040年頃を見据えると、85歳以上の高齢者の増加に伴い、高齢者救急、リハビリ、在宅復帰支援等を行う機能の重要性が高まるという指摘がある。地域医療構想の進捗･課題等を踏まえ、病床の機能分化･連携の推進に向けて、どのような対応が考えられるか。
- 将来の病床の必要量を推計するに当たり、機能区分（現行：高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の在り方、医療資源投入量、受療率、病床稼働率等の考え方、在宅医療等への移行や介護医療院･老健･特養･高齢者住まい等の介護における受け皿等を踏まえた推計方法について、どのように考えるか。現状投影のほか、改革モデル等の複数シナリオの推計をどう考えるか。
- 病床の機能によって広域の圏域で必要量の推計や協議を行うことについて、どのように考えるか。
- 病床機能報告について、機能区分の在り方（名称、定義等）、報告基準について、どのように考えるか。また、各都道府県の導入する定量的基準についてどのように考えるか。　　など

○　2040年頃を見据え、人口構造の変化により医療需要の質･量が変化するとともに、人材確保が困難になると見込まれる中で、効率的に質の高い医療を提供する観点から、医療情報の共有基盤の整備、疾患･機能に応じたアクセス時間の考慮等を行いつつ、地域によって、一定の症例を集積して医療の質を確保するとともに、医療機能の転換･集約化、医療機関等の連携の確保、遠隔医療やオンライン診療等の活用等を行い、地域で必要な医療機能を確保していくことをどう考えるか。特に都市部では高齢者救急等の増加にどのように対応し、特に過疎地域では人口減少や医療従事者不足等が懸念される中で必要な医療機能をどのように維持していくか。

○　感染症対応について、病床確保等に係る都道府県と医療機関の協定の仕組みがあるが、地域医療構想でどのように考えるか。

○　精神病床について、将来の病床の必要量の推計や病床機能報告においてどのように考えるか。

○　将来の病床の必要量と基準病床数との関係について、どのように考えるか。　　など

新たな地域医療構想の論点（案）②

（２）外来医療、在宅医療

○　現行の地域医療構想では、将来の病床の必要量を踏まえ、各構想区域で病床の機能分化・連携が議論されているが、外来や在宅医療等を含めた、地域の医療提供体制全体の議論が不十分。外来医療、在宅医療、看取り等について、地域ごとに現状や将来の需要推計を踏まえ、将来の医療提供体制のあるべき姿を議論することについて、どのように考えるか。現状投影のほか、改革モデル等の複数シナリオの推計をどう考えるか。

○　2040年頃を見据えると、地域によって、外来需要は減少又は横ばい、在宅需要は増加が見込まれ、医師の高齢化や人材確保等が課題となる中、身近な地域で日常的な診療の総合的･継続的実施や在宅医療の提供等を行う「かかりつけ医機能を担う医療機関」や「専門外来中心の医療機関」の連携、地域の病床・介護施設等の資源量も踏まえた在宅医療の強化や後方支援病床の確保等を行い、地域で必要な医療機能を確保していくことをどう考えるか。特に過疎地域では人口減少や医療従事者不足等が懸念される中で、地域によって、高齢者の集住やコンパクトシティ等の取組とあわせて、拠点となる医療機関からの医師の派遣、巡回診療、オンライン診療、ヘルスケアモビリティの活用等により、必要な医療機能をどのように維持していくか。

○　高齢者の増加に伴い、地域における初期救急体制をどのように確保するか。

○　在宅医療の推進等における市町村の役割について、どのように考えるか。

○　死亡数の増加に伴う看取りの体制強化やACPの推進について、どのように対応するか。　　など

（３）医療・介護連携

○　地域における介護医療院・老健・特養・高齢者住まい等の医療の提供（日常的な診療、急変時の対応、看取り等）の状況を把握して、医療と介護の連携の強化をどのように図っていくか。介護施設等における医療の提供（日常的な診療、急変時の対応、看取り等）について、地域医療構想からどう考えるか。

○　医療と介護の連携強化に向けて、情報連携、入退院支援の強化、急変時の対応の地域のルールづくりなど、どのような対応が考えられるか。

○　介護保険事業計画との整合性の確保をさらに推進すべきではないか。

○　介護保険や在宅医療・介護連携推進事業等の運営・実施主体である市町村の役割について、どのように考えるか。　　など

（４）人材確保

○　2040年頃を見据え、人材確保が困難になると見込まれる中、医療従事者の需給を勘案して、地域の医療提供体制の検討を行うことについて、どのように考えるか。

○　医療従事者の不足に対応するため、医療機関の集約化やICT等の活用による医療従事者の効率的な配置、専門職間のタスクシフトなど、どのような対応が考えられるか。

○　限られた医療資源の中で効率的な医療提供体制を確保するため、医療DX、遠隔医療、オンライン診療、地域医療連携推進法人制度など、どのような対応が考えられるか。　　など

新たな地域医療構想の論点（案）③

（５）医療機関機能、構想区域、医療提供体制のモデル

○　2040年頃を見据えて、医療人材の確保が困難になる中で、医療需要の質･量の変化に対応できるよう、医療の質、救急等の受入体制、人材確保等の観点から、医療機関機能に着目して、医療機関の役割分担・連携を推進することについて、どのように考えるか。その際、身近な地域における高齢者等の外来･在宅･救急･入院･介護連携等の包括的な支援機能、二次救急等を受け入れる機能、三次救急や人材確保等の拠点となる機能など、医療機関機能の機能区分、報告や協定等の手法のあり方について、どのように考えるか。

○　二次医療圏をベースとする現行の構想区域について、人口動態、医療資源、移動・搬送時間等を踏まえ、構想区域の見直し（合併、分割等）や、複数の構想区域での合同協議等の弾力的な運用を行うことについて、どのように考えるか。また、協議するテーマに応じて、かかりつけ医機能、在宅医療、医療･介護連携等は市町村単位等で設定するなど、重層的に構想区域を設定することについて、どのように考えるか。

○　地域の実情に応じた医療提供体制の協議に資するよう、人口動態等により構想区域を類型化し、類型ごとに、求められる医療機関の機能や配置のあり方を含む医療提供体制のモデルを示すことについて、どのように考えるか。　　など

（６）地域医療構想調整会議、地域医療介護総合確保基金、都道府県知事の権限、市町村の役割等

○　新たな地域医療構想においては、病床だけではなく、外来、在宅医療、医療・介護連携等を対象にすることを踏まえ、調整会議の実効性を確保するため、協議する内容に応じた市町村単位等での開催、市町村や介護関係団体の参画など、どのような対応が考えられるか。協議の場や協議すべき課題の増加に伴い、効果的かつ効率的に会議を開催するために、どのような対応が考えられるか。

○　調整会議における協議の活性化に向けたデータ分析・活用、地域診断等のあり方について、どのように考えるか。

○　調整会議の議論等、地域医療構想に関する内容の周知を進めるため、どのように対応するか。

○　地域医療介護総合確保基金について、これまでの活用状況、都道府県や医療機関のニーズ等を踏まえ、どのような見直しが考えられるか。

○　都道府県知事の権限について、権限行使の状況、都道府県のニーズ等を踏まえ、どのような見直しが考えられるか。

○　PDCAサイクルを通じた地域医療構想の推進のあり方について、どのように考えるか。

○　介護保険や在宅医療･介護連携推進事業等の運営・実施主体である市町村の役割について、どのように考えるか。　　など

新たな地域医療構想の方向性（総論）（案）

○ 2035年、2040年、さらにその先を見据えると、
- 複数の慢性疾患、認知症、医療・介護の複合ニーズ等をかかえる85歳以上の高齢者の増加への対応
- 生産年齢人口の減少等に伴う医療従事者のマンパワーの制約
- 大都市部、地方都市部、過疎地域等の地域差の拡大（人口動態、医療需要、疾病構造等）

等の課題が想定され、これらの課題に対応し、持続可能な医療提供体制を確保することが重要。

○ このような中、新たな地域医療構想を通じて、どのような医療提供体制の姿・方向性を目指すか。2040年頃を見据えた地域の類型（大都市部、地方都市部、過疎地域等）ごとの医療需要の変化に対応する医療提供体制のモデル（医療DX、遠隔医療等の取組の反映）をどう考えるか。

○ また、新たな地域医療構想について、どのような視点・手法で進めていくことが重要と考えるか。

※ 6月21日の検討会で総論を議論した上で、その後の検討会で各論を順次議論していき、また総論の議論に戻ることを想定

○ 新たな地域医療構想の目指す方向性（イメージ案）

・ 現行の地域医療構想は、いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、高齢化により増大する医療需要に対応するため、病床機能の分化・連携を通じて、質の高い効率的な医療提供体制の確保を目指すもの。

→ 新たな地域医療構想は、2040年頃を見据えて、85歳以上人口の増加、生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が困難となることが見込まれる中で、地域ごとに在宅医療や医療・介護複合ニーズ等の増加、生産年齢人口に係る医療需要の減少等に対して、医療機関等が機能に応じて連携するとともに、介護施設・事業者・住まい等とも連携しながら対応することにより、持続可能な質の高い効率的な医療提供体制の確保を目指すもの。

→ 大都市部、地方都市部、過疎地域等の地域差を踏まえつつ、例えば36～37ページのイメージのように、身近な地域におけるかかりつけ医機能やそれを支える入院機能等、より広い区域における二次救急等を受け入れる機能、さらに広い区域における三次救急や人材確保等の拠点となる機能等の確保など、階層的に地域で必要な医療提供体制の確保を目指す。

○ 新たな地域医療構想の視点・手法（イメージ案）

・ 現行の地域医療構想は、機能ごとに2025年の病床数の必要量を推計し、医療機関から現在の病床機能と将来の方向性を報告して、地域で協議を行うこと等により、病床機能の分化・連携を推進。

→ 新たな地域医療構想は、2040年頃を見据えて、将来の病床・外来・在宅等の医療需要の推計や医療従事者の確保の見込みを踏まえ、外来医療、在宅医療、介護施設・事業者・住まい等との連携等について地域（身近な地域）で協議を行うとともに、入院機能について地域（より広い区域）で協議を行い、全体を都道府県単位で統合・調整を行うことにより、地域の医療提供体制全体の将来ビジョン（方向性）を示す。あわせて、将来ビジョンを踏まえ、医療機関から現在の役割・機能と将来の方向性を報告して、地域で協議を行うとともに、将来ビジョンを実現するための様々な施策を講じることにより、医療機関の役割分担・連携、病床機能の分化・連携等を推進。

→ その際、国において、2040年頃を見据えた地域の類型（大都市部、地方都市部、過疎地域等）ごとの医療需要の変化に対応する区域のあり方や医療提供体制のモデル（医療DX、遠隔医療等の取組の反映）を示す。地域の協議の参考となる地域診断のデータを示す。

→ 地域医療構想において中長期的な将来の医療需要や医療資源等を踏まえた医療提供体制全体の将来ビジョン（方向性）を示すこと、その中で医療計画は直近6年間（一部3年間）の五疾病六事業に関する事項等の具体的な取組を定めること等、医療計画と地域医療構想の関係を明確化する。

2040年頃までを視野に入れた今後の人口動態・医療需要等を踏まえた地域で必要とされる主な医療機能・地域の医療提供体制のイメージ（たたき台案）①

○　慢性疾患を有する高齢者の増加や生産年齢人口の減少が加速していく2040年頃までを視野に入れて、今後の人口動態・医療需要等を踏まえ、地域で必要とされる主な医療機能・地域の医療提供体制について、地域での連携も含め、以下のようなイメージを念頭におきながら、かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に向けた検討を進めてはどうか。

※　本資料の記載はかかりつけ医機能に関連しそうな主なものであり、記載していない医療機能の必要性・重要性を否定するものではない。
※　本資料は事務局で一定の整理を試みたものであり、引き続き議論を行うもの。

１．2040年頃までを視野に入れた人口動態・医療需要

○　複数の慢性疾患、認知症、医療・介護の複合ニーズ等をかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約があり、医療従事者の働き方改革を推進する中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保し、地域の医療需要に対応することが一層重要となるのではないか。

○　複数の慢性疾患、認知症、医療・介護の複合ニーズ等をかかえる高齢者の増加に伴い、地域において以下のような機能を確保することが一層重要となるのではないか。

- 複数の慢性疾患の継続的な管理を行う機能
- 患者に体調悪化が生じた場合に、生活背景等も踏まえた全人的な診療や保健指導等を行う機能
- 必要に応じて他の専門的な医療機関に紹介し、その後、患者の状態が落ち着いた場合は、逆紹介を受け身近な地域で継続的に医療を提供する機能
- 認知症対応を行う機能
- 高齢者の体調急変時に夜間・休日対応を行う機能、初期救急や二次救急等で高齢者を受け入れる機能
- 医療機関等で医療情報の共有を行い、継続的な治療や服薬管理等を行う機能
- 生活の場で高齢者を支える在宅医療を行う機能
- 在宅療養者の後方支援病床を確保し、入院医療機関と在宅医療を行う医療機関等が連携し、入退院時の情報共有・支援を行う機能
- 高齢者施設における入所者の高齢化も踏まえ、高齢者施設の入所者に対する日常的な健康管理、慢性疾患の管理、体調急変時に備えた指導や体調急変時の対応など、高齢者施設における医療を行う機能
- 自宅や高齢者施設を含め、看取り・ターミナルケアを行う機能。本人の望む医療やケアを繰り返し話し合うACPを行う機能
- 地域包括ケアシステムの中で、主治医意見書、地域ケア会議、ケアカンファレンス、認定審査会等の対応をはじめ、介護サービス・生活支援サービス等との連携・調整を行う機能
- 高齢者の生活を支える観点から、治療等とともに、健康相談・生活指導等を行う機能
- 予防の観点から、健診・予防接種等を行う機能　　など

○　高齢者が増加する中で、治し支える医療を提供するため、個々の医師の担う領域を広げていけるよう、医師の教育や研修の充実が重要となるのではないか。

2040年頃までを視野に入れた今後の人口動態・医療需要等を踏まえた地域で必要とされる主な医療機能・地域の医療提供体制のイメージ（たたき台案）②

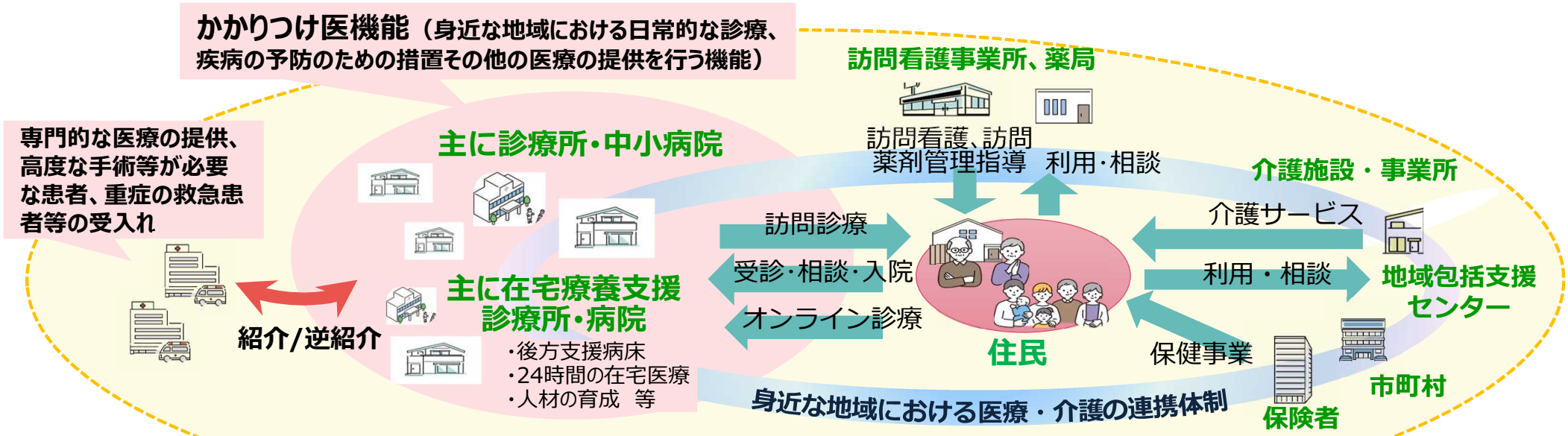
2．2040年頃までを視野に入れた医療提供体制を取り巻く状況

○　生産年齢人口が減少する中で、医療従事者の働き方改革を進めながら、地域で必要な医療提供体制を確保するため、以下のような取組が重要となるのではないか。

- 生産年齢人口が減少して医療需要の質･量が変化するとともに、人材確保が困難になると見込まれる中で、効率的に質の高い医療を提供する観点から、地域によって、一定の症例を集積して医療の質を確保するとともに、医療機能の転換･集約化、地域の医療機関等の連携の確保、遠隔医療やオンライン診療の活用等。その際、医療情報を共有する基盤の整備、疾患･機能に応じたアクセス時間の考慮等が重要。
- 24時間の在宅医療や夜間･休日対応等を行うため、病院や診療所等の連携確保、複数医師による診療所、複数診療所でのグループ診療の推進。手法の一つとして地域医療連携推進法人制度の活用。
- 地域の医師の高齢化が進む中、健診、予防接種、学校医、産業医、警察業務等の地域保健・公衆衛生の体制の確保。

○　医療従事者の確保や医療従事者が活躍できる環境の整備、医師の地域･診療科偏在への対応、現役世代が医療･健診･健康相談等を受けられる体制の確保、医療の高度化や持続可能性への対応等も重要となるのではないか。

3．地域の医療提供体制のイメージ（大都市部、地方都市部、過疎地域等で異なる）



・地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携
・地域によって、一定の症例を集積して医療の質を確保、医療機能の転換･集約化、地域の医療機関等の連携の確保、遠隔医療やオンライン診療の活用、医療情報を共有する基盤の整備等
・病院や診療所等の連携確保、複数医師による診療所、複数診療所でのグループ診療の推進　等

712

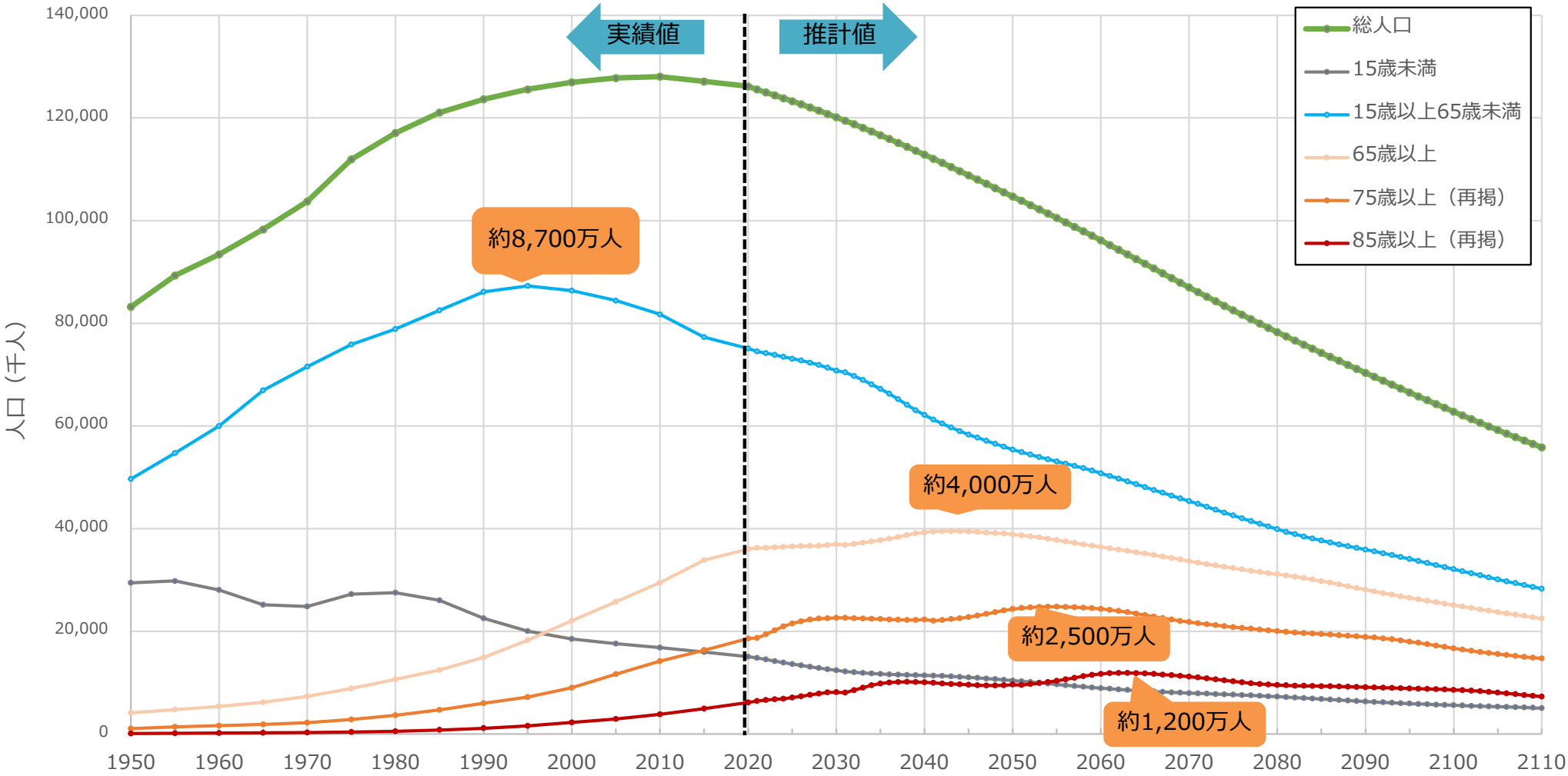
（参考）医療提供体制をとりまく状況

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

（１）人口動態・医療ニーズの変化等

人口動態①　2040年頃に65歳以上人口のピークが到来

○　我が国の人口動態を見ると、現役世代（生産年齢人口）の減少が続く中、いわゆる団塊の世代が2022年から75歳（後期高齢者）となっていく。
○　その後も、2040年頃まで、65歳以上人口の増加が続く。



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和５年推計）
※ 2020年までは総務省「人口推計」、2021年以降は推計値。

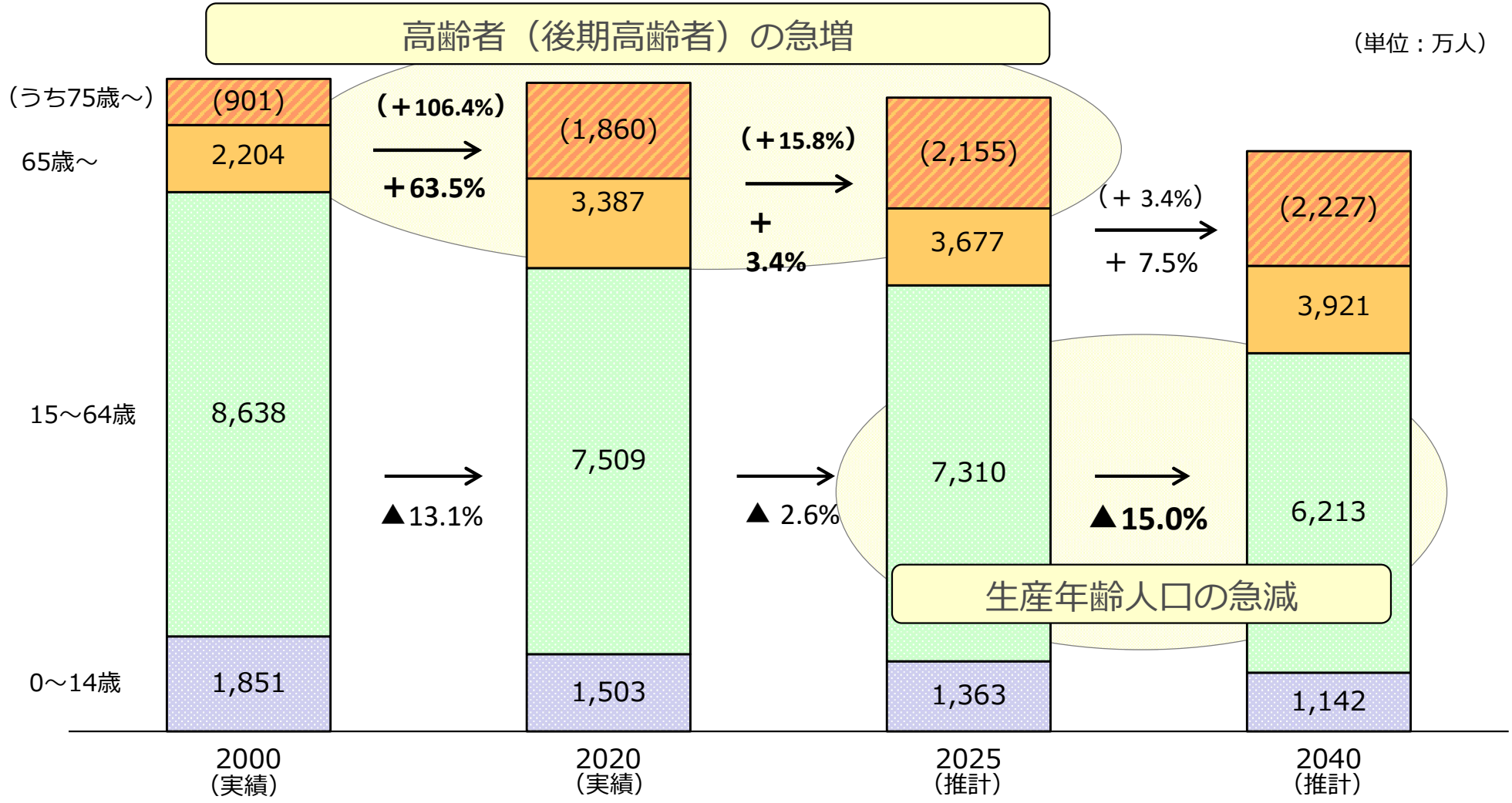
715

人口動態② 2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化する

令和４年３月４日　第７回第８次医療計画等に関する検討会　資料１（一部改）

○　2025年に向けて、高齢者、特に後期高齢者の人口が急速に増加した後、その増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速する。

【人口構造の変化】



（出典）総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 令和5年推計」

2025年以降の変化①：人口動態（地域別）

○　構想区域別に、年齢区分別人口の2015年から2025年まで、2025年から2040年までの人口変動をそれぞれみると、特に2025年以降については、地域ごとに状況が大きく異なっている。
- 大都市型では、高齢人口が概ね増加、生産年齢人口は微増～減少
- 地方都市型では、高齢人口が増加～減少と幅広く、生産年齢人口は微減～大幅減
- 過疎地域型では、高齢人口が減少している地域が多く、生産年齢人口は概ね大幅減

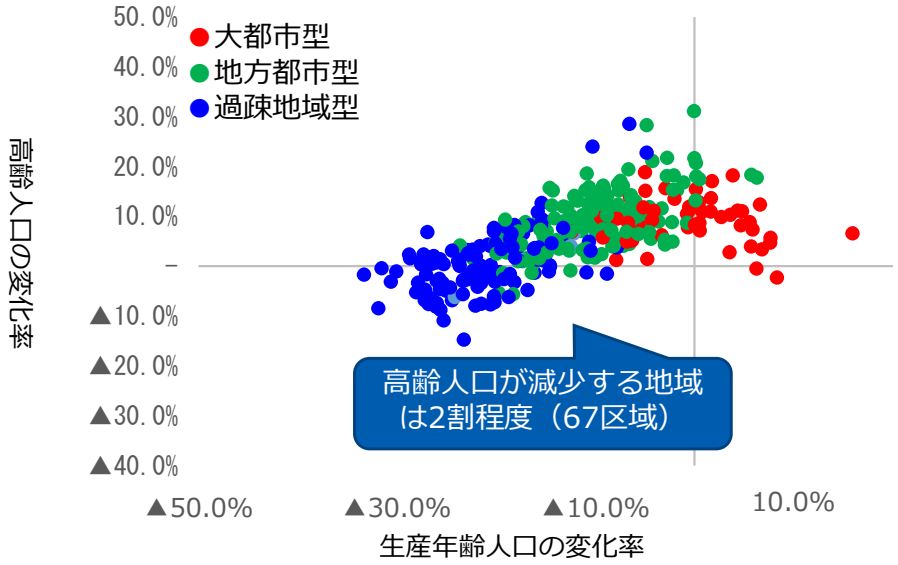
大都市型　：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km2以上
地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km2以上
過疎地域型：上記以外

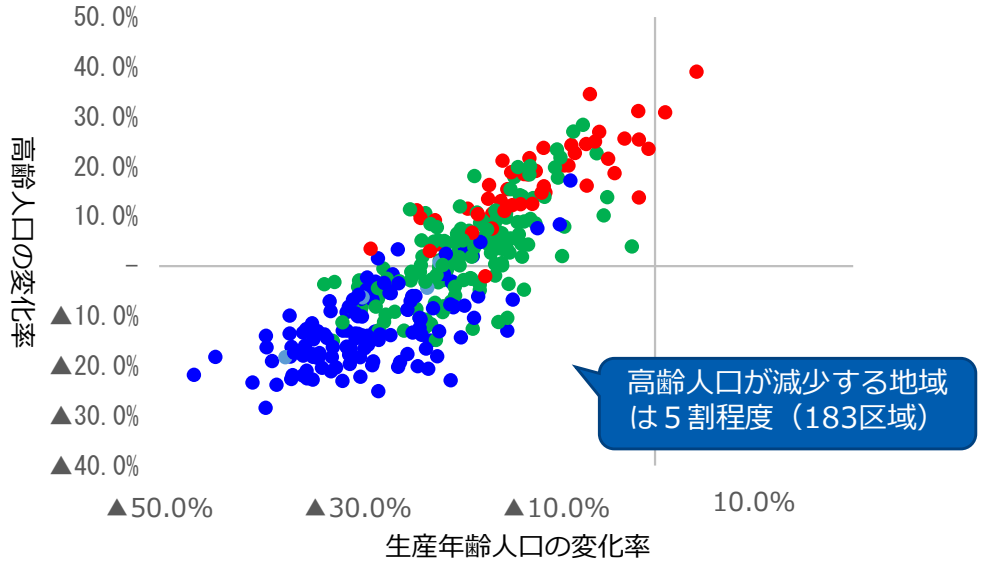
<2015→2025の年齢区分別人口の変化の状況>

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-0.1%	9.1%
●地方都市型	-10.4%	8.9%
●過疎地域型	-20.9%	0.6%

<2025→2040の年齢区分別人口の変化の状況>

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-11.9%	17.2%
●地方都市型	-19.1%	2.4%
●過疎地域型	-28.4%	-12.2%





出典：2015人口は総務省「国勢調査」（2015年）、それ以外は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2023年推計）
※福島県の相双構想区域及びいわき構想区域については一体的に推計されているため、これら２つの構想区域を除く337構想区域について集計。

2025年以降の変化②：人口動態（地域別）

○　各構想区域を構成する市町村が変化しないと仮定すると、今後、2040年にかけて、人口規模の小さい構想区域が増加する。
○　2040年には人口20万人未満の構想区域が過半数を超え、５万人未満の構想区域は、2015年と比較すると約３倍となる。

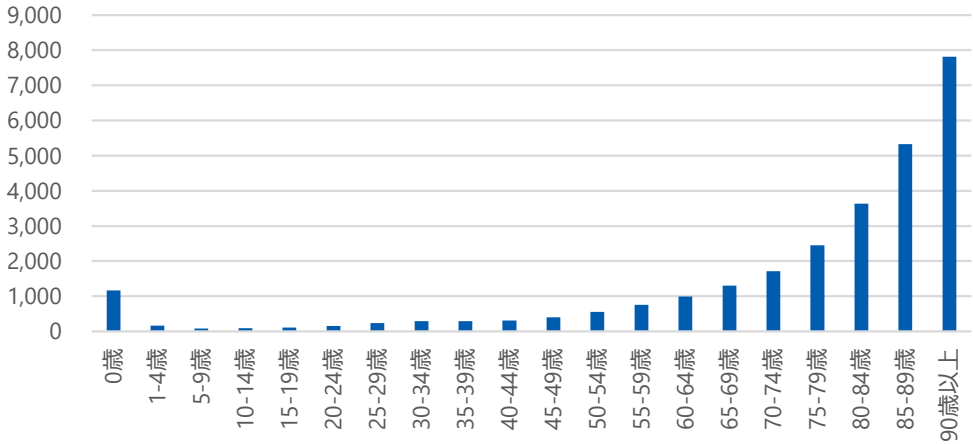
	2015	構成割合	2025	構成割合	2040	構成割合
合計	337	100.0%	337	100.0%	337	100.0%
以上 ～ 未満 5万人	20	5.9%	34	10.1%	58	17.2%
5万人 ～ 10万人	61	18.1%	60	17.8%	57	16.9%
10万人 ～ 20万人	77	22.8%	73	21.7%	75	22.3%
20万人 ～ 30万人	47	13.9%	42	12.5%	31	9.2%
30万人 ～ 40万人	28	8.3%	30	8.9%	27	8.0%
40万人 ～ 50万人	25	7.4%	26	7.7%	23	6.8%
50万人 ～ 60万人	15	4.5%	9	2.7%	10	3.0%
60万人 ～ 70万人	9	2.7%	12	3.6%	12	3.6%
70万人 ～ 80万人	17	5.0%	15	4.5%	13	3.9%
80万人 ～ 90万人	9	2.7%	9	2.7%	3	0.9%
90万人 ～ 100万人	4	1.2%	2	0.6%	4	1.2%
100万人 ～	25	7.4%	25	7.4%	24	7.1%

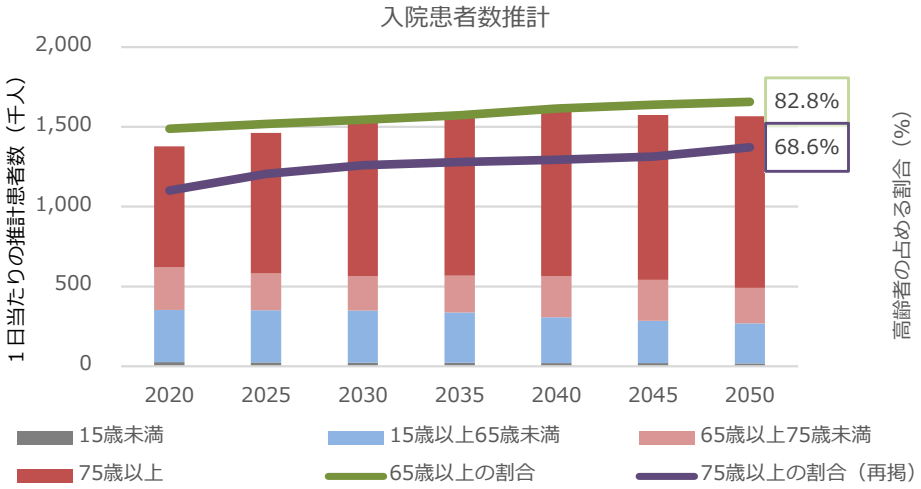
出典：2015人口は総務省「国勢調査」（2015年）、それ以外は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2023年推計）
※福島県の相双構想区域及びいわき構想区域については一体的に推計されているため、これら２つの構想区域を除く337構想区域について集計。

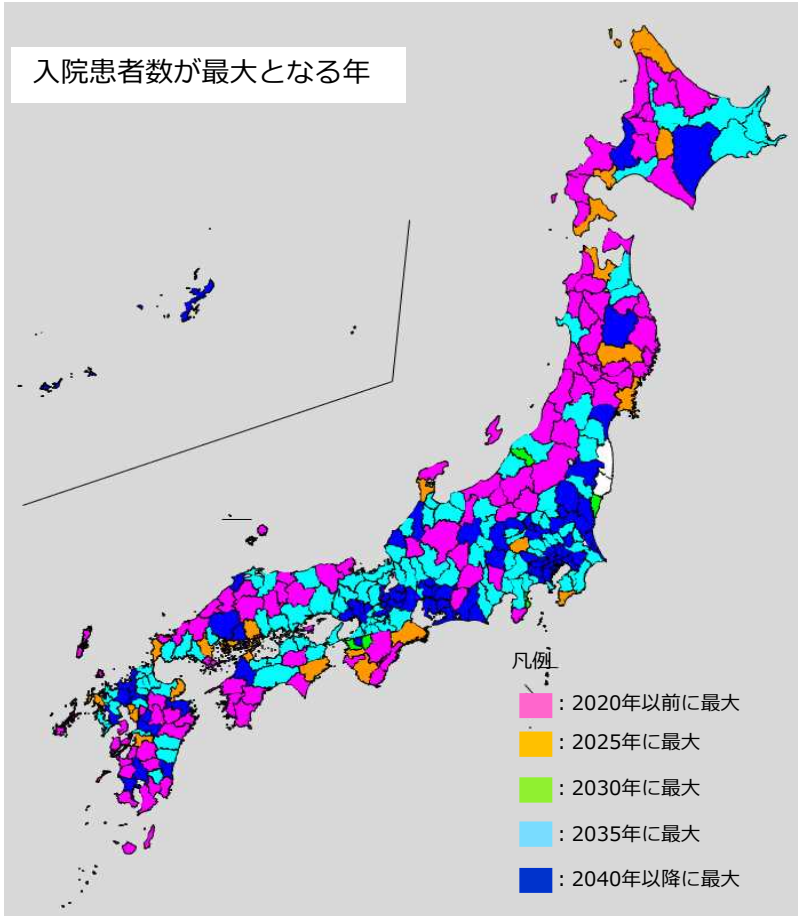
医療需要の変化①　入院患者数は、全体としては増加傾向にある

令和４年３月４日　第７回第８次医療計画等に関する検討会　資料１（一部改）

○　全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。 65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、 2050年には約8割となることが見込まれる。
○　２次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに98の医療圏が、また2035年までには236の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。







出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

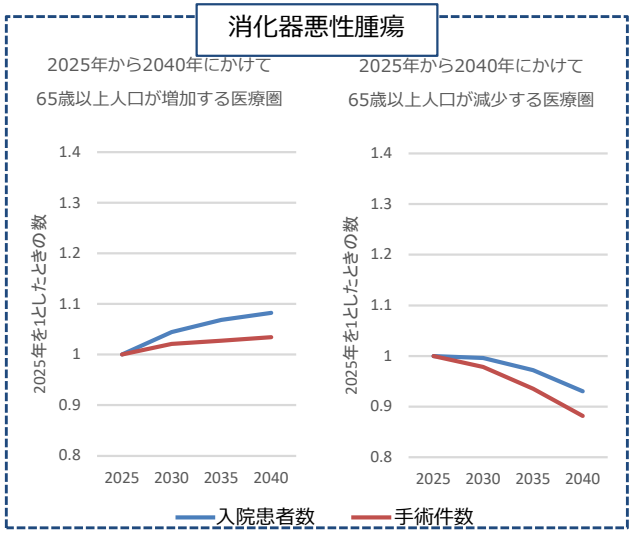
※ 福島県の相双、いわきの２医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの２地域を除く333の二次医療圏について集計。

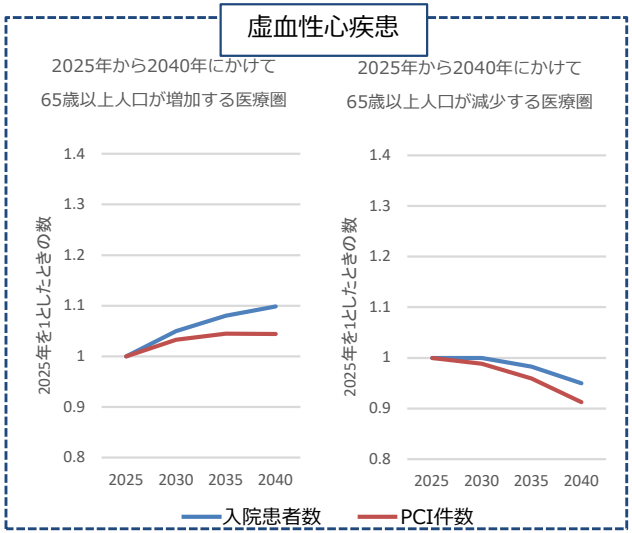
719

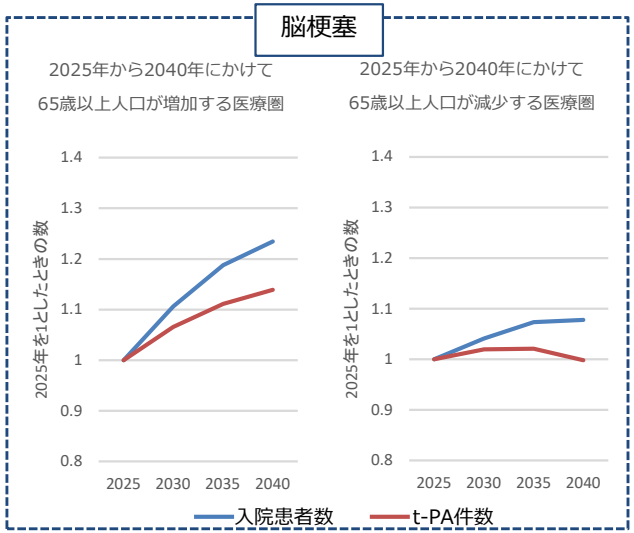
需要面：　超高齢化・人口急減で、急性期の医療ニーズが大きく変化

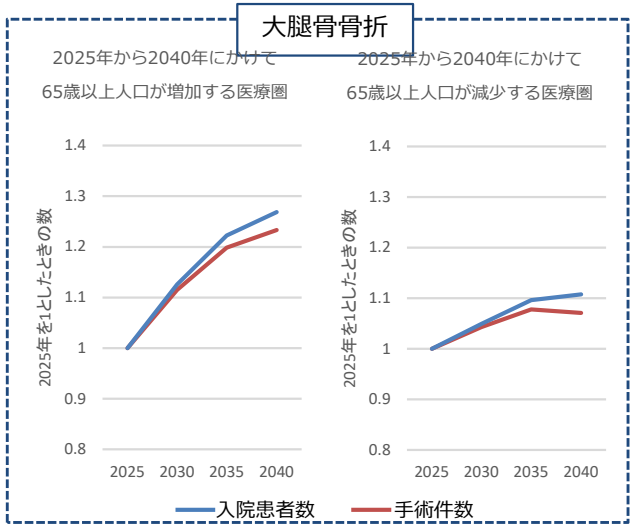
○　2025年から2040年にかけて65歳以上人口が増加する2次医療圏（135の医療圏）では、急性期の医療需要が引き続き増加することが見込まれるが、がん・虚血性心疾患・脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は大幅な増加が見込まれる。

○　2025年から2040年にかけて65歳以上人口が減少する2次医療圏（194の医療圏）では、がん・虚血性心疾患の入院患者数の減少が見込まれる。脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は増加が見込まれる。









出典：レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）（2019年度分、医政局において集計）
患者調査（平成29年）「入院受療率（人口10万対）、性・年齢階級×傷病分類別」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」
総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（令和2年1月1日現在）」

※ 入院患者数は、各疾患の都道府県ごとの入院受療率に二次医療圏ごとの将来の人口推計を掛け合わせて算出。

※ 手術件数・PCI件数・t-PA件数は、NDBの集計（下記定義による）による実績値から、令和2年1月1日時点での住基人口を用いて都道府県ごとの受療率を算出し、二次医療圏ごとの将来の人口推計を掛け合わせて算出。

※ 消化器悪性腫瘍の手術件数とは、消化管及び肝胆膵等にかかる悪性腫瘍手術の算定回数の合計である。

※ 虚血性心疾患のPCI件数とは、「経皮的冠動脈形成術」「経皮的冠動脈ステント留置術」等の算定回数の合計である。

※ 脳梗塞のt-PA（アルテプラーゼによる血栓溶解療法）件数とは、「超急性期脳卒中加算」の算定回数の合計である。

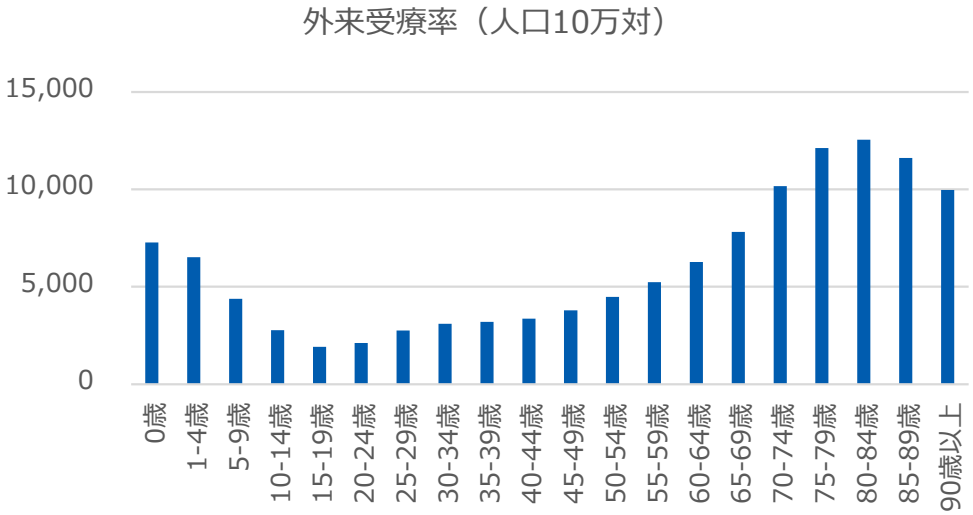
※ 大腿骨骨折の手術件数とは、「人工骨頭挿入術（股）」の算定回数の合計である。

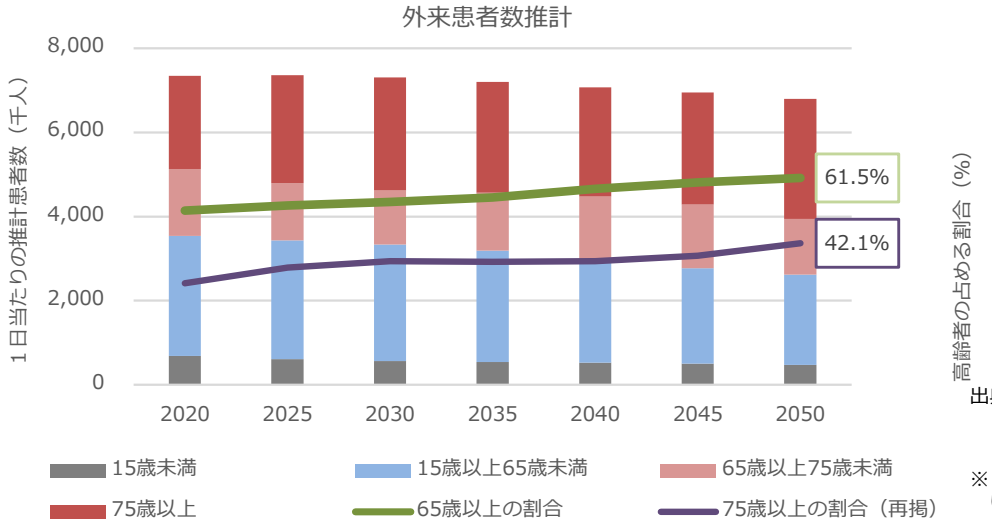
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について推計。

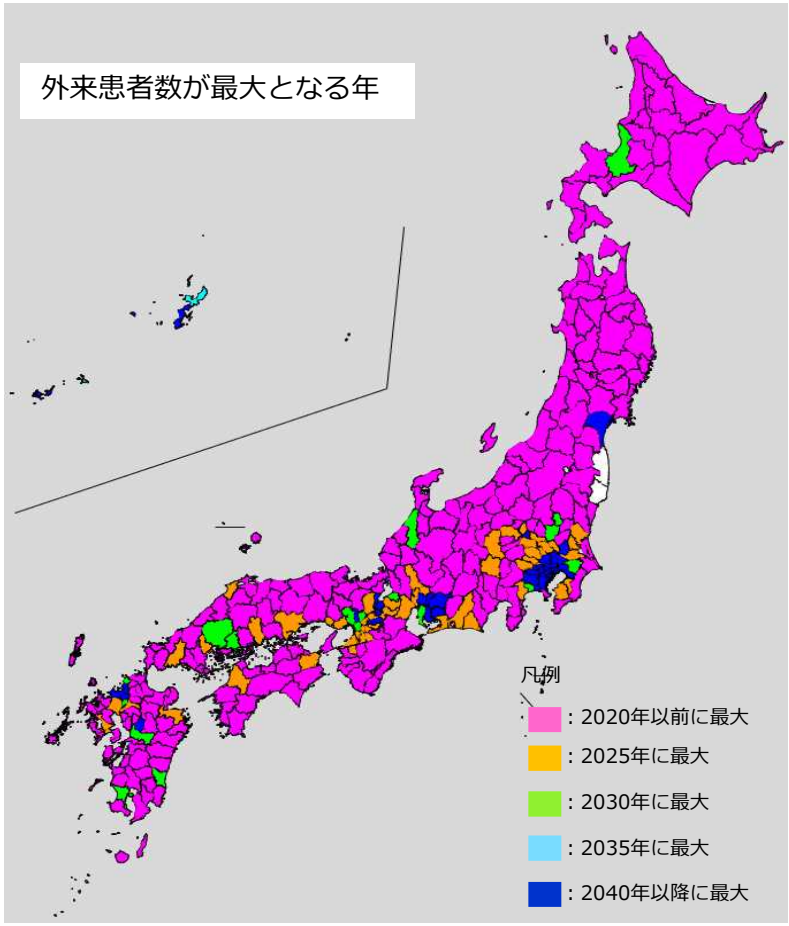
医療需要の変化②　外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

令和４年３月４日　第７回第８次医療計画等に関する検討会　資料１（一部改）

○　全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2050年には約6割となることが見込まれる。
○　既に2020年までに218の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。







出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

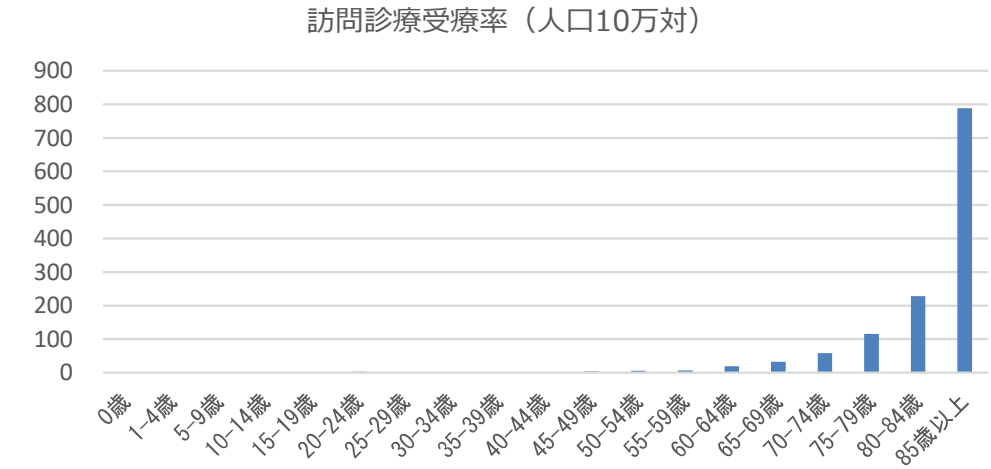
※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

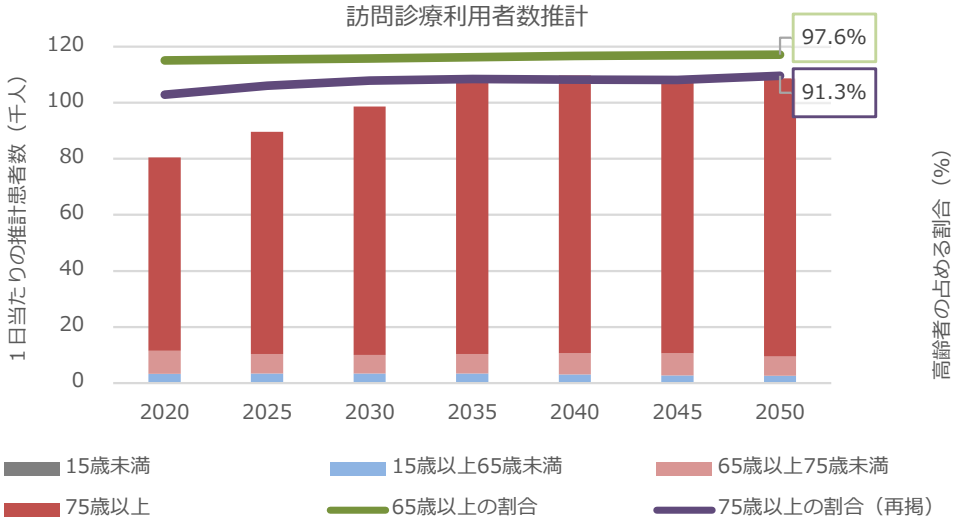
※ 福島県は相双、いわきの２医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの２地域を除く333の二次医療圏について集計。

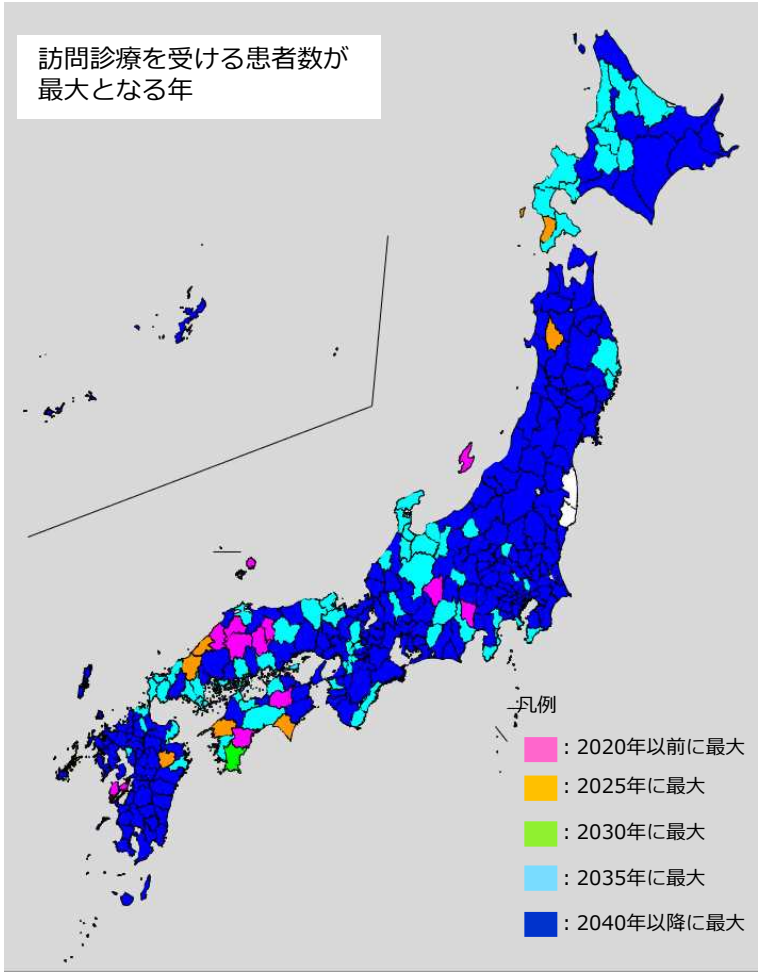
医療需要の変化③　在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

令和４年３月４日　第７回第８次医療計画等に関する検討会　資料１（一部改）

○　全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
○　在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に237の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。







出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において推計。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

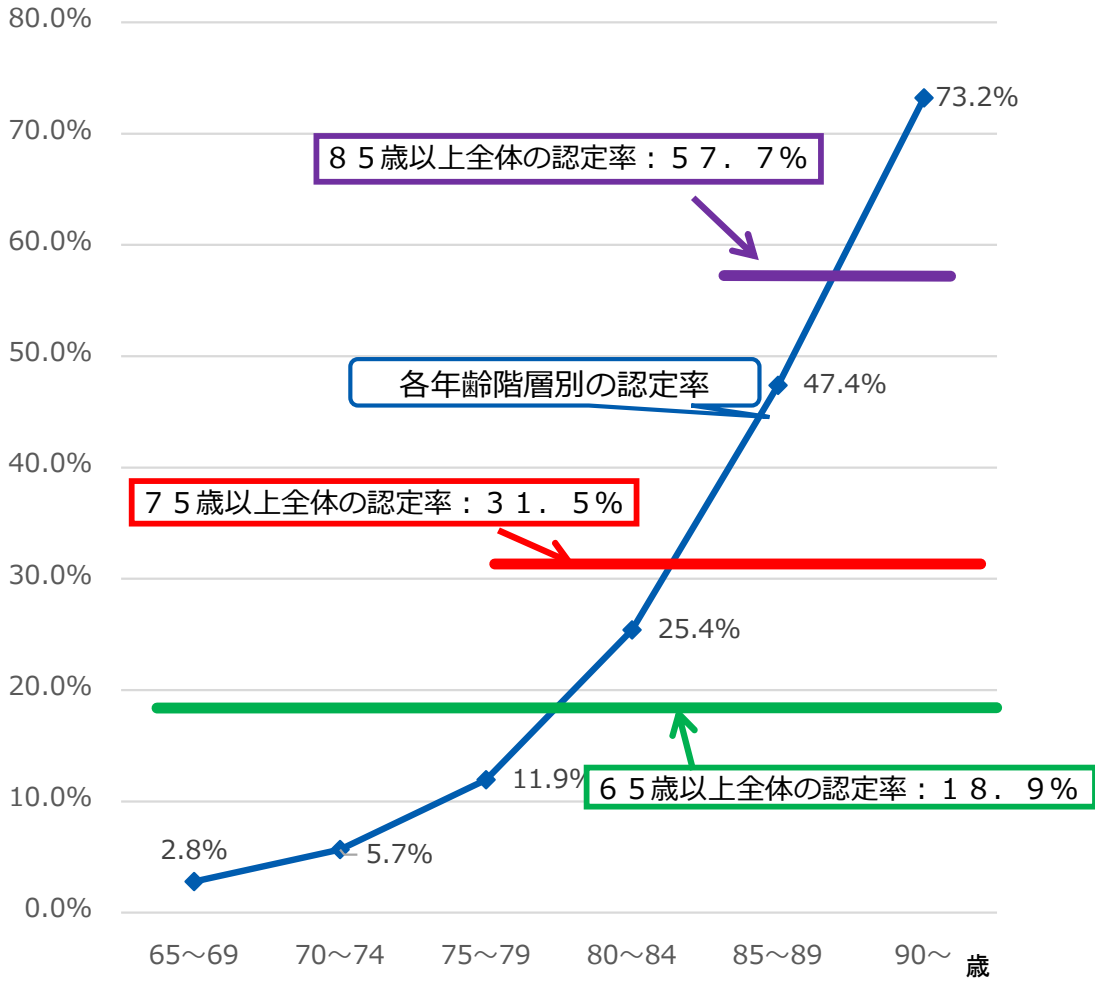
※ 福島県の相双、いわきの２医療圏を含む浜通り地域が一体として人口推計が行われているため、地域別の推計を行うに当たっては、これらの２地域を除く333の二次医療圏について集計。

医療需要の変化④　医療と介護の複合ニーズが一層高まる

令和４年３月４日　第７回第８次医療計画等に関する検討会　資料１（一部改）

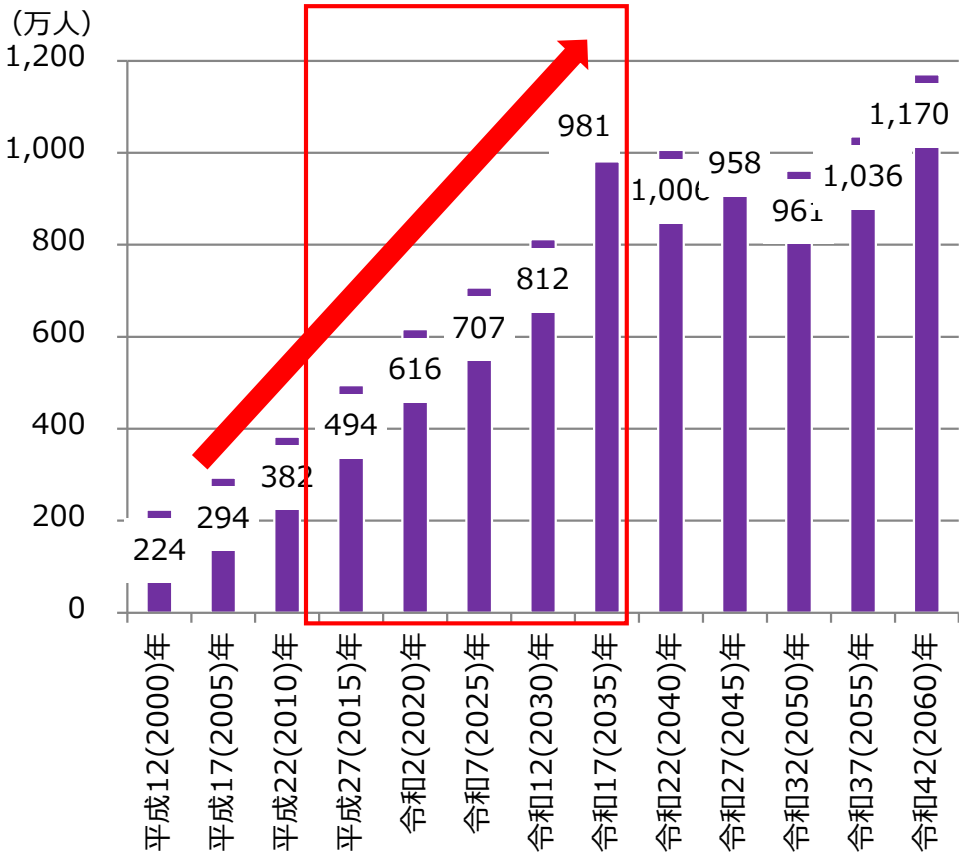
○　要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
○　2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



出典：2022年９月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022年10月１日人口（総務省統計局人口推計）から作成

85歳以上の人口の推移

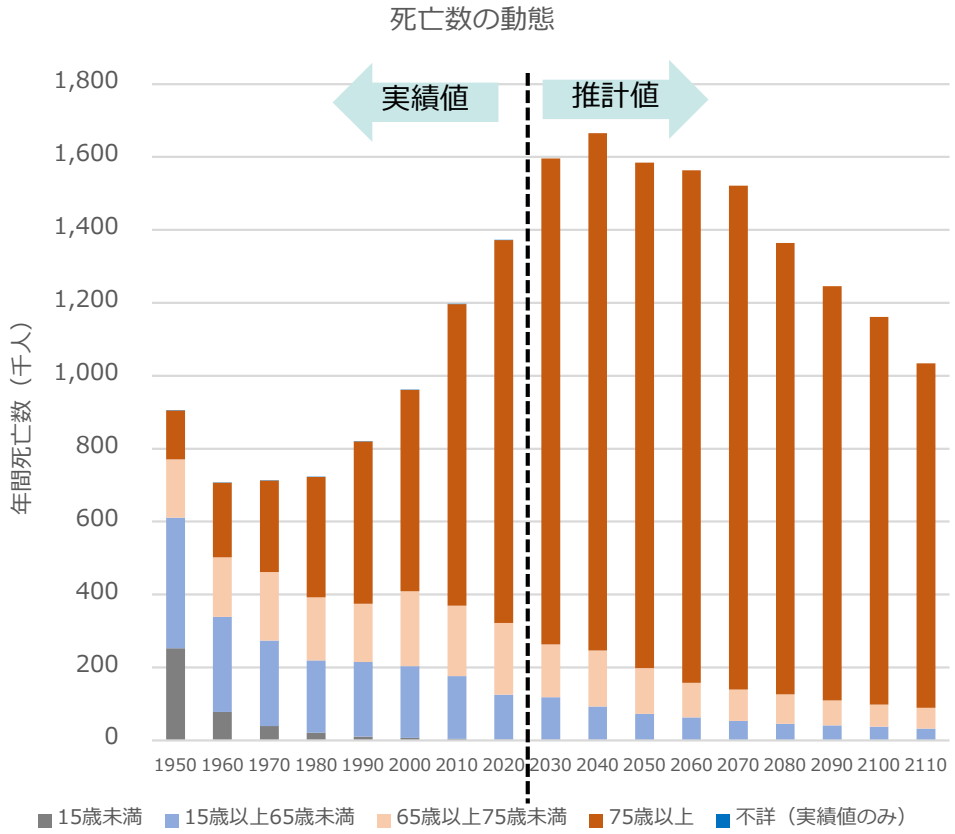


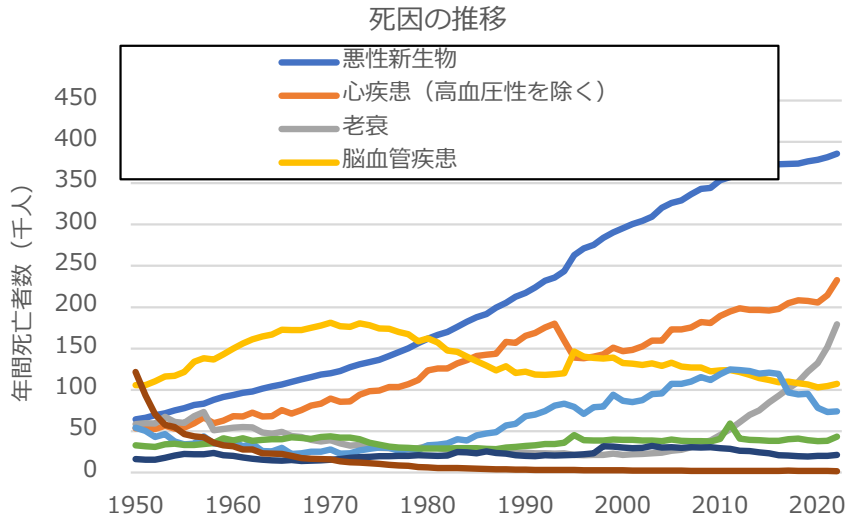
（資料）将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和５(2023)年４月推計）出生中位（死亡中位）推計
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」（年齢不詳人口を按分補正した人口）

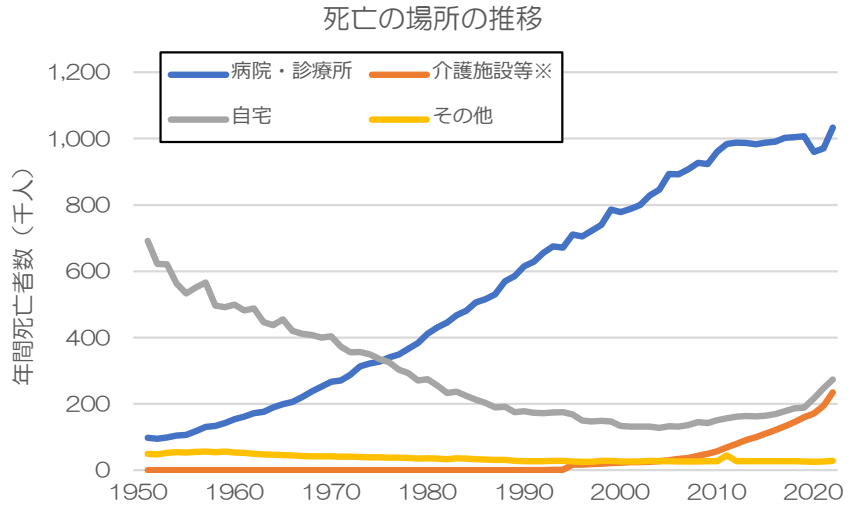
医療需要の変化⑤　死亡数が一層増加する

令和４年３月４日　第７回第８次医療計画等に関する検討会　資料１（一部改）

○　死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。
○　死因については、悪性新生物・心疾患とともに、老衰が増加傾向にある。
○　死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。



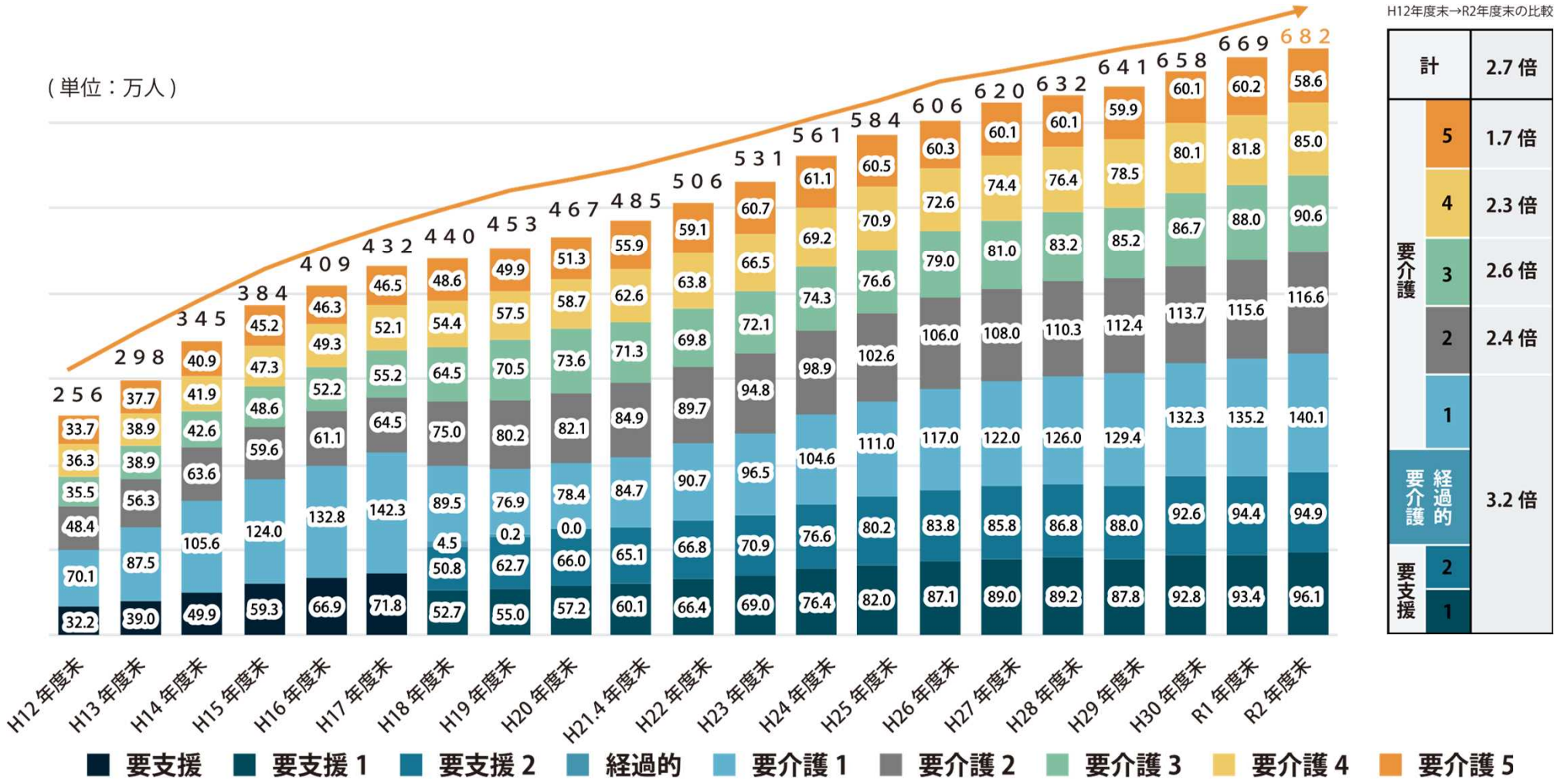




出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和５年推計）厚生労働省「人口動態統計」
※ 介護施設等：介護医療院、介護老人保健施設、老人ホーム
※ 死亡数の動態については、2020年までは実績値、2021年以降は推計値。
※ 死因の推移及び死亡の場所の推移については実績値。

要介護度別認定者数の推移

○ 要介護（要支援）の認定者数は、令和２年度末現在６８２万人で、この２１年間で約２．７倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。

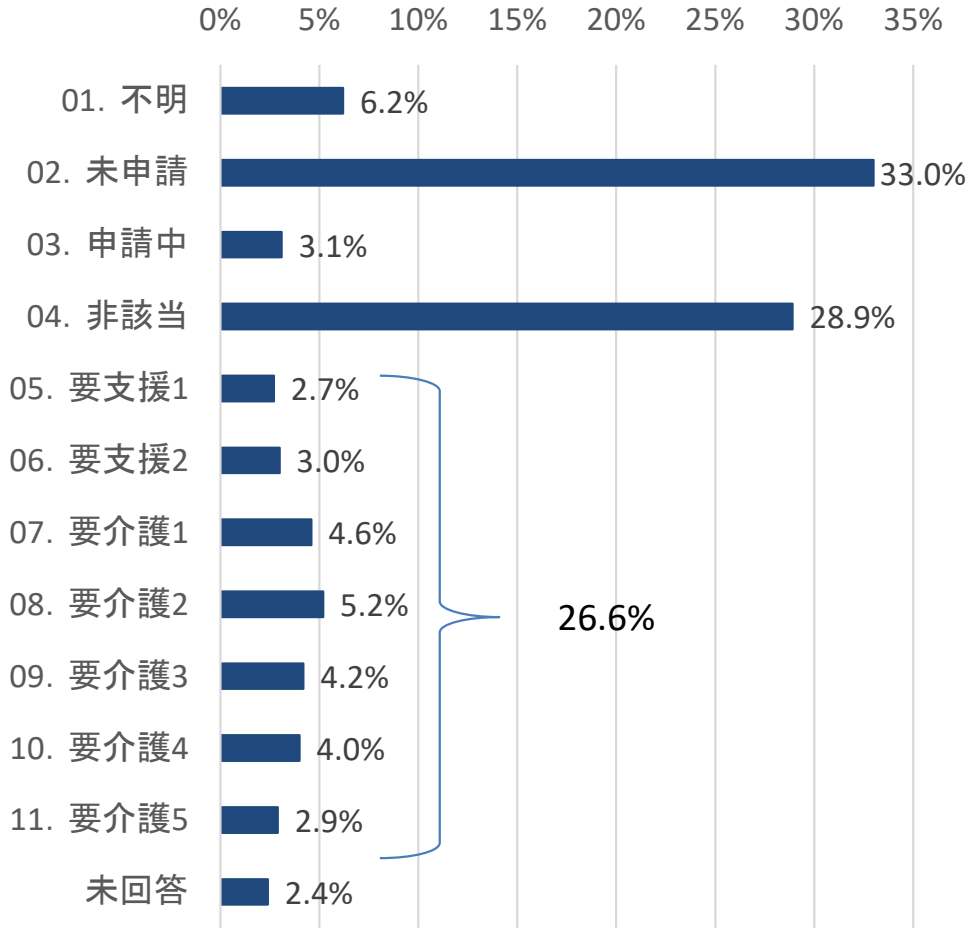


出典　介護保険事業状況報告
※H22年度末の数値には、広野町、楢葉町、富岡町、川内村、双葉町、新地町は含まれていない。

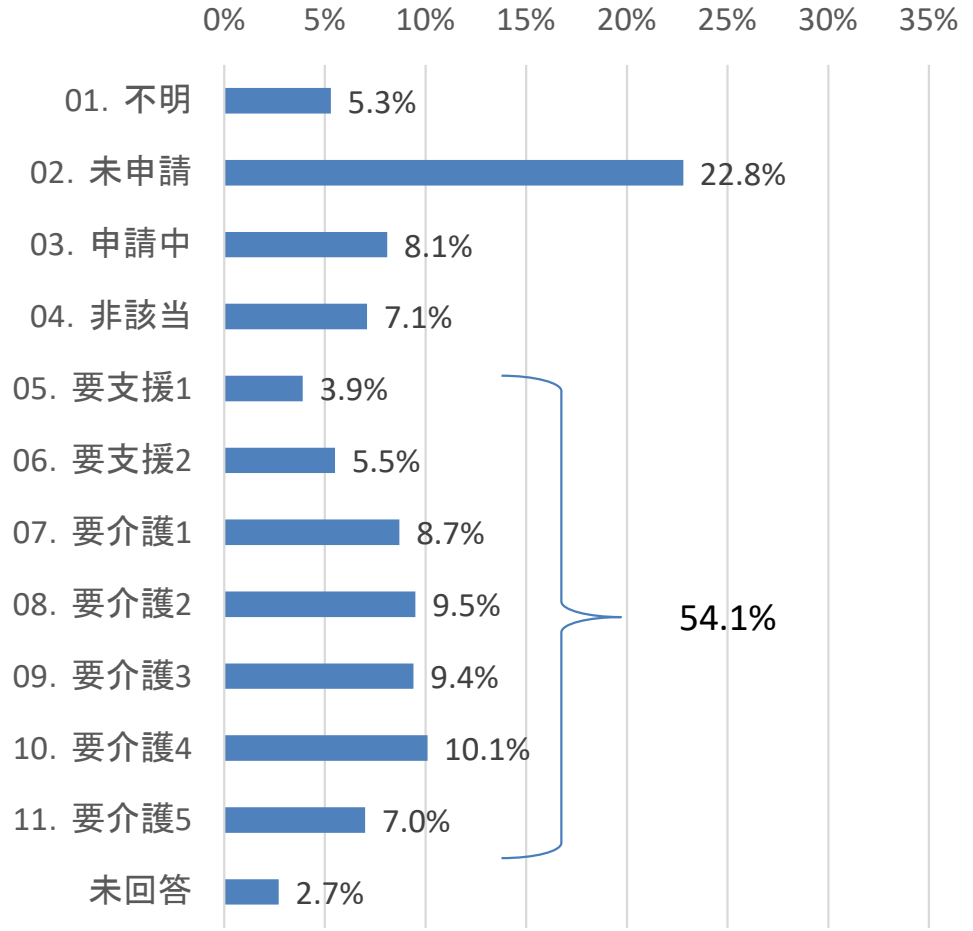
入院患者に占める要介護者等の割合

○　入院患者に占める要介護者等の割合は急性期一般入院料等では26.6%、地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等では54.1%であった。

■急性期一般入院料等



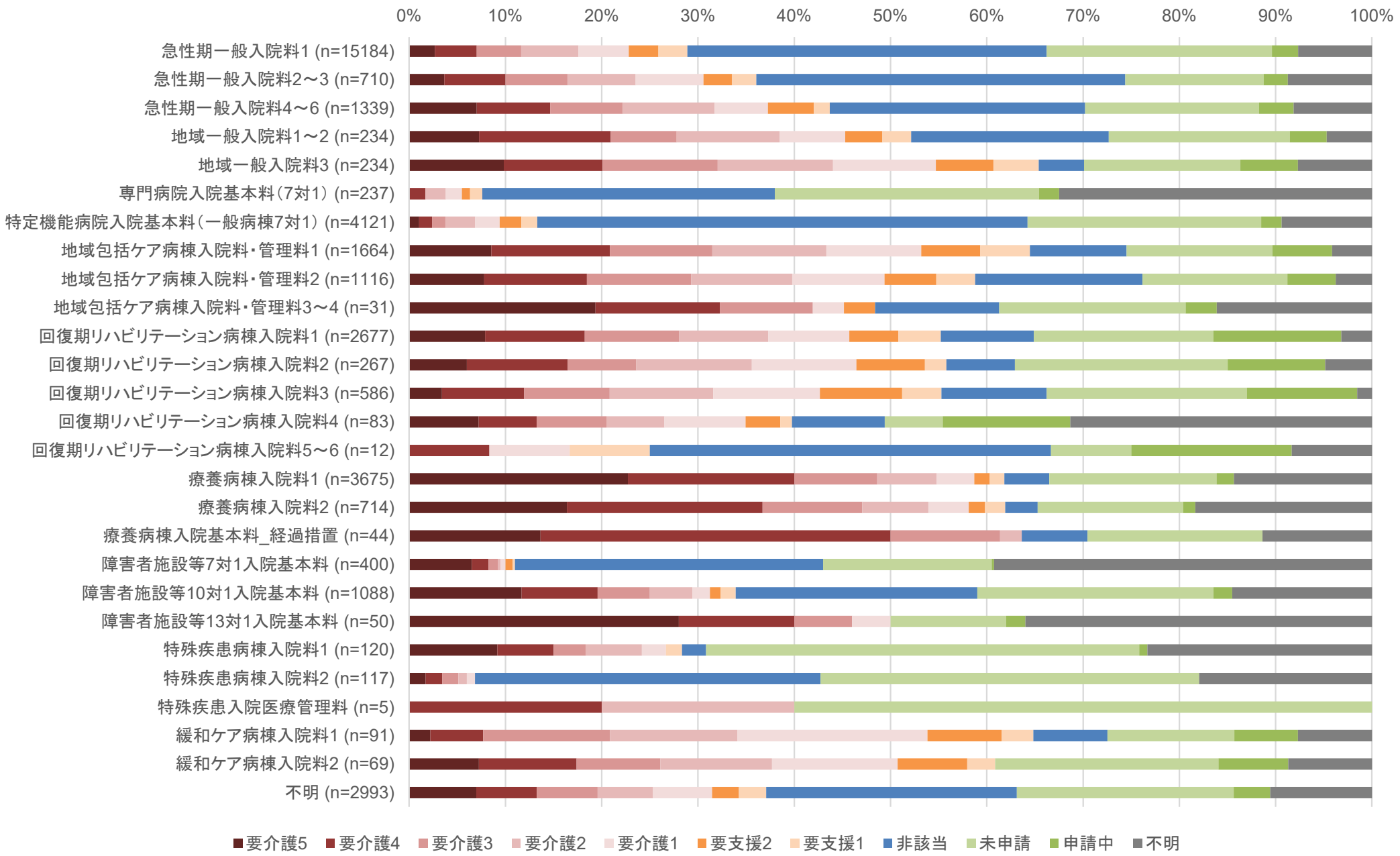
■地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等



出典：令和2年度入院医療等の調査（患者票）

入院料ごとの要介護度別の患者割合

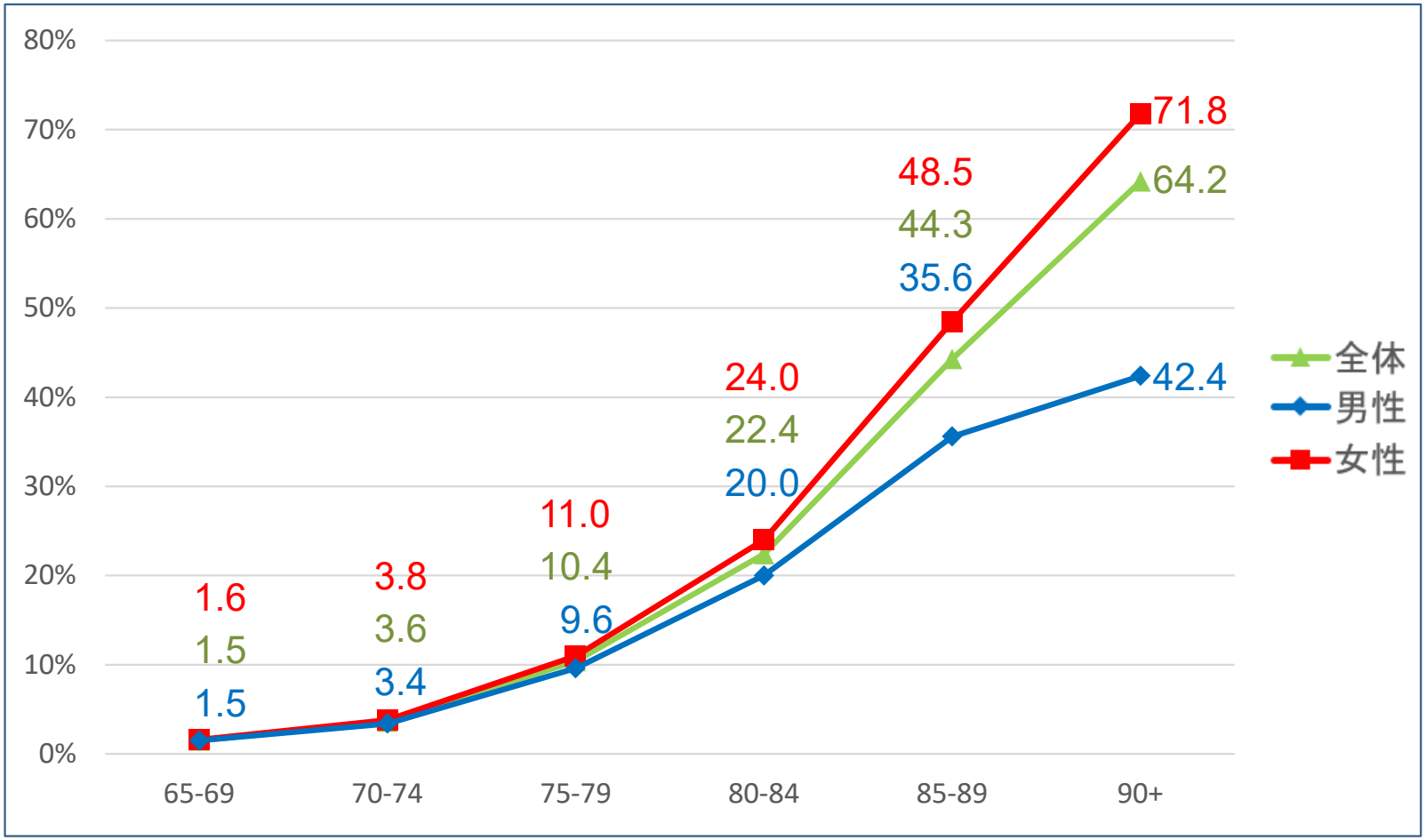
診調組　入－１
５．６．８



727

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

認知症①　一万人コホート年齢階級別の認知症有病率



日本医療研究開発機構　認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究（2016年～2020 年）」

悉皆調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町における認知症有病率調査結果（2017年　解析対象 5,073人）

研究代表者　二宮利治（九州大学大学院）提供のデータより2019年4月時点に厚生労働省が作図

728

わが国における認知症およびMCIの患者数と有病率の将来推計

年	認知症		MCI	
	患者数の推計値 (95%CI)（万人）	有病率 (95%CI)(%)	患者数の推計値 (95%CI)（万人）	有病率 (95%CI)(%)
2022	443.2 (418.0–468.4)	12.3 (11.6–13.0)	558.5 (382.0–735.1)	15.5 (10.6–20.4)
2025	471.6 (443.3–500.0)	12.9 (12.1–13.7)	564.3 (487.0–641.5)	15.4 (13.3–17.6)
2030	523.1 (492.7–553.6)	14.2 (13.3–15.0)	593.1 (516.3–669.9)	16.0 (14.0–18.1)
2035	565.5 (533.5–597.5)	15.0 (14.1–15.8)	607.7 (530.6–684.7)	16.1 (14.1–18.1)
2040	584.2 (551.0–617.3)	14.9 (14.0–15.7)	612.8 (533.4–692.2)	15.6 (13.6–17.6)
2045	579.9 (546.7–613.2)	14.7 (13.9–15.5)	617.0 (536.2–697.9)	15.6 (13.6–17.7)
2050	586.6 (552.8–620.5)	15.1 (14.2–16.0)	631.2 (547.9–714.4)	16.2 (14.1–18.4)
2055	616.0 (580.9–651.0)	16.3 (15.4–17.2)	639.7 (558.0–721.4)	16.9 (14.8–19.1)
2060	645.1 (608.7–681.4)	17.7 (16.7–18.7)	632.2 (551.4–713.0)	17.4 (15.1–19.6)

CI: 信頼区間

- 2022年の4地域（久山町、中島町、中山町、海士町）から得られた認知症およびMCI者の性年齢階級別有病率が2025年以降も一定と仮定して推計した。
- 2025年以降の性年齢歳階級別人口分布の出典：国立社会保障・人口問題研究所、日本の将来推計人口：性年齢階級別人口分布・出生中位(死亡中位)推計（https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/pp_zenkoku2023.asp）

調査結果のまとめ

- 2017年と2022年に認知症の地域悉皆調査（調査率80%以上）を実施した4地域（福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町、島根県海士町）において、2022年の認知症の有病率（性年齢調整後）は、12.3%であり、2012年の厚生労働省より報告された認知症有病率15%と比べ低値であった。
- これらの4地域におけるMCIの有病率（性年齢調整後）は、15.5%であった。
- 2022年の認知症およびMCIの性年齢階級別有病率が今後も一定と仮定した場合、2050年のわが国の認知症者数は586.6万人、MCI者数は631.2万人と推計された。
- 岩手県紫波郡矢巾町と大阪府吹田市の認知症の有病率は、上述の4つの地域に比べ低値であった。しかしながら、調査率と認知症有病率の関係に関するメタ回帰解析では、調査率の低下に伴い各地域の認知症有病率は低下したことから、これらの2地域の認知症の有病率が低値であった理由として、調査率の影響が大きいことが示唆された。

2012年の厚生労働省の報告に比べ、2022年の認知症の有病率が低値であった理由の考察

- 2022-2023年の調査におけるMCIまたは認知症の有病率は27.8%（MCI 15.5%＋認知症12.3%）であり、2012年の厚生労働省の報告の28.0%（MCI 13.0%＋認知症15.0%）と比べ大きな変化を認めなかった。

  ➡ MCIから認知症へ進展した者の割合が低下した可能性

- 喫煙率の全体的な低下、中年期～高齢早期の高血圧や糖尿病、脂質異常などの生活習慣病管理の改善、健康に関する情報や教育の普及による健康意識の変化などにより、認知機能低下の進行が抑制され、認知症の有病率が低下した可能性

  （参考情報）

  - 成人の喫煙率は全体的には減少している。
  - 減塩の推進や降圧薬の普及により平均血圧も1970年代以降低下傾向にある。
  - 1990年代よりHMG-CoA還元酵素阻害薬等の高脂血症薬による治療が徐々に普及している。
  - 糖尿病が強く疑われる者の頻度は、50歳以上の男性および70歳以上の女性では上昇傾向にあるが、50歳代および60歳代の女性では、2010年以降徐々に低下傾向を認めている。
  - 糖尿病の治療・管理方法は2000年代以降低血糖をきたしにくい糖尿病治療が望まれるようになり、DPP4-阻害薬やメトホルミンの処方数が増加した
  - 2017年の内閣府による高齢者の健康に関する調査によると、調査対象者の9割以上が栄養や身体活動、自身の健康などの健康活動に「特に心がけていることがある」と回答している。

認知症②　単独世帯の認知症高齢者数の推計

○ 単独世帯の認知症高齢者の増加は85歳以上で特に顕著である。
○ 2025年には、85歳以上の男性の7%、女性の14%が独居認知症高齢者になる。
○ 2015～2040年の25年間で85歳以上の認知症高齢者は男性は2.80倍、女性は2.03倍増加する。

		人口（千人）						割合（%）						2015-2040増加率
		2015	2020	2025	2030	2035	2040	2015	2020	2025	2030	2035	2040	
男	65~69歳	14	14	13	15	18	20	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4	1.41
	70~74歳	20	29	27	26	30	35	0.6	0.7	0.7	0.8	0.9	1.0	1.72
	75~79歳	32	40	56	52	50	58	1.1	1.3	1.4	1.6	1.7	1.9	1.80
	80~84歳	52	61	75	101	94	91	2.6	2.7	2.9	3.2	3.5	3.8	1.73
	85歳以上	96	130	161	196	251	269	6.5	6.6	6.9	7.1	7.3	7.7	2.80
女	65~69歳	19	16	15	17	20	23	0.4	0.4	0.4	0.4	0.5	0.5	1.22
	70~74歳	44	50	43	39	43	50	1.0	1.0	1.0	1.1	1.2	1.2	1.14
	75~79歳	103	114	133	113	101	110	2.9	2.9	2.9	2.9	3.0	3.1	1.07
	80~84歳	225	238	265	312	263	234	7.5	7.5	7.5	7.4	7.4	7.5	1.04
	85歳以上	453	593	688	785	931	921	13.1	14.0	14.2	14.2	14.2	13.7	2.03

※割合は各年齢層の人口に占める単独世帯高齢者の割合を示す。

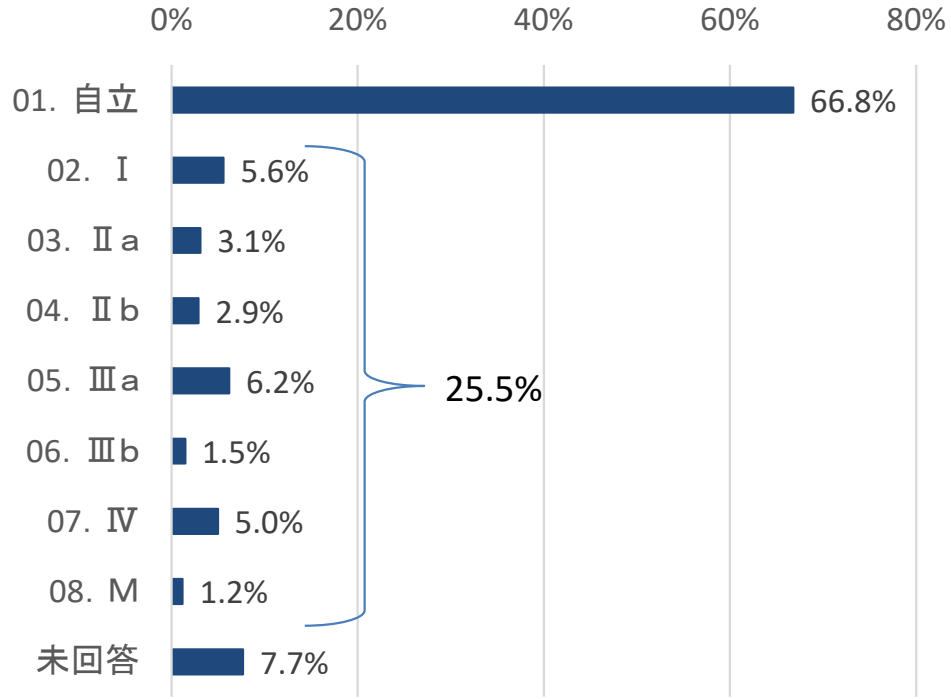
出典：「エビデンスブック2021 独居認知症高齢者等が安全・安心な暮らしを送れる環境づくりのための研究」、
令和4年3月発行、地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター　732

入院患者における認知症高齢者の日常生活自立度

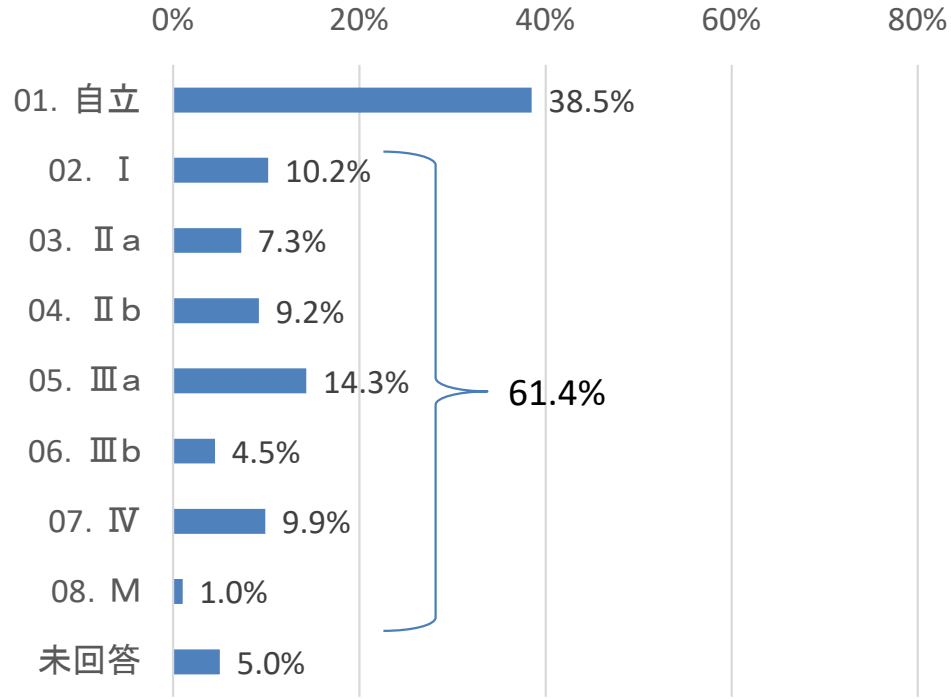
意見交換　資料－５参考－１
Ｒ　５　．　３　．　１　５

○　入院患者に占める認知症高齢者の日常生活自立度がⅠ以上の患者の割合は急性期一般入院料等では25.5%、地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等では61.4%であった。

■急性期一般入院料等



■地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等



ランク	判　定　基　準	見られる症状・行動の例
Ⅰ	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
Ⅱ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
Ⅱa	家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
Ⅱb	家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
Ⅲ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
Ⅲa	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかるやたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
Ⅲb	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢaに同じ
Ⅳ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

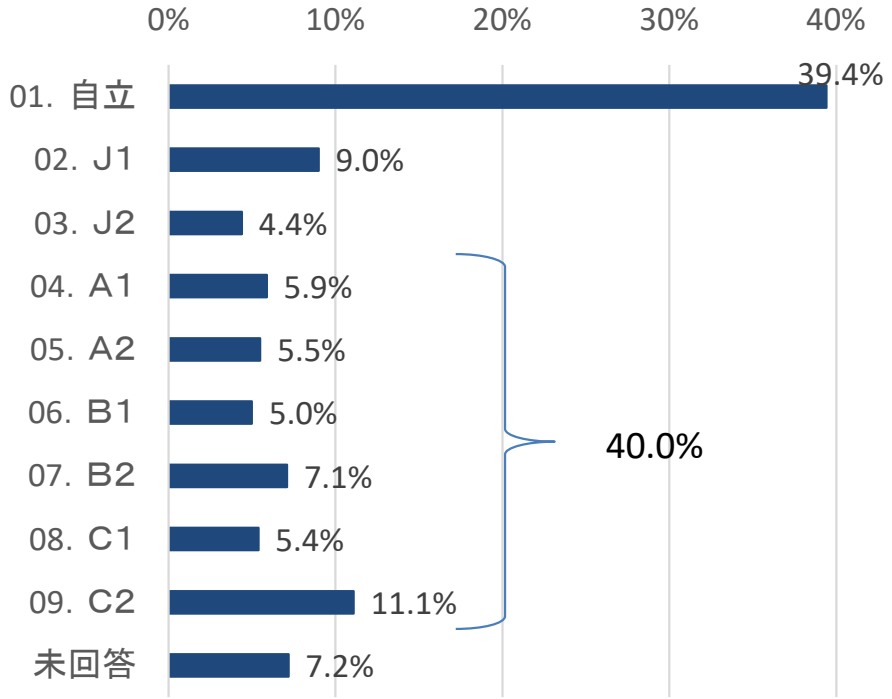
出典：令和2年度入院医療等の調査（患者票）

入院患者における障害高齢者の日常生活自立度

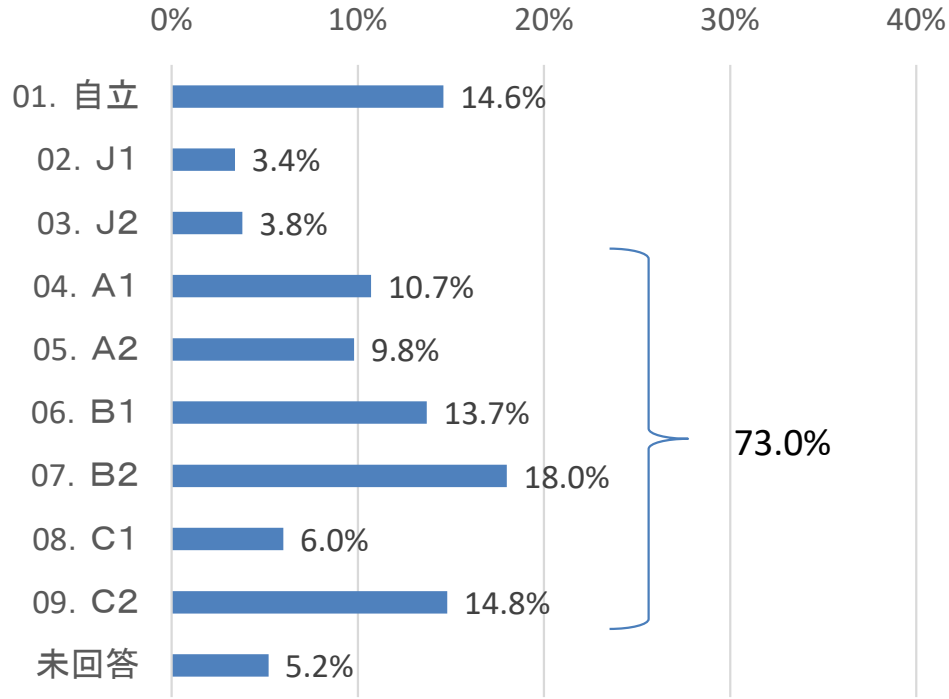
意見交換　資料－５参考－１
Ｒ　５　．　３　．　１　５

○　入院患者に占める障害高齢者の日常生活自立度がA1以上の患者の割合は急性期一般入院料等では53.4%、地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等では80.2%であった。

■急性期一般入院料等



■地域一般入院基本料、地域包括ケア及び回復期リハ病棟入院料等



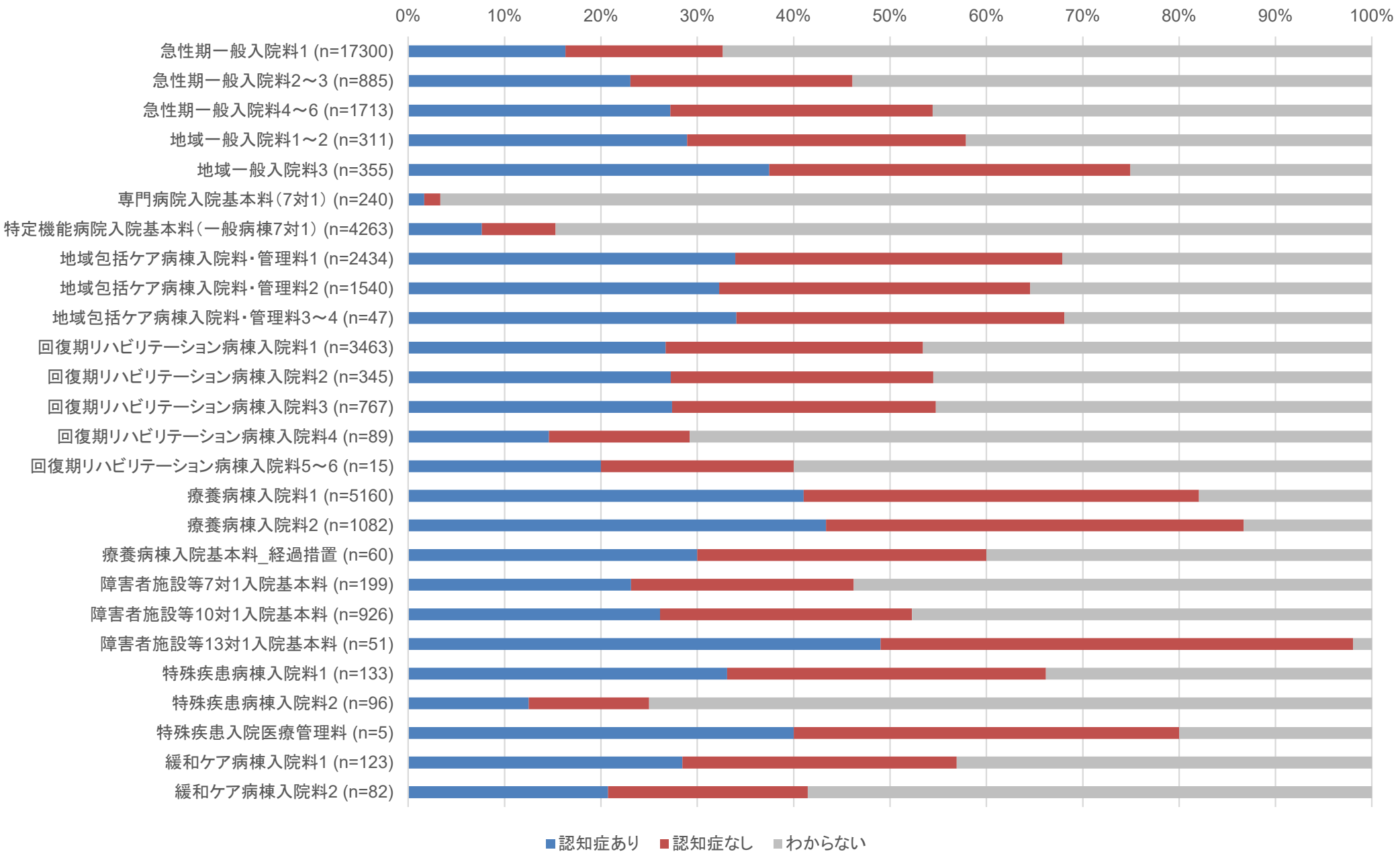
障害高齢者の日常生活自立度

J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所なら外出する
A	屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベットから離れて生活する　2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベット上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベットから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
C	1日中ベット上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ　2. 自力では寝返りもうたない

出典：令和2年度入院医療等の調査（患者票）

入院料ごとの認知症の有無

診調組　入－１
５．６．８

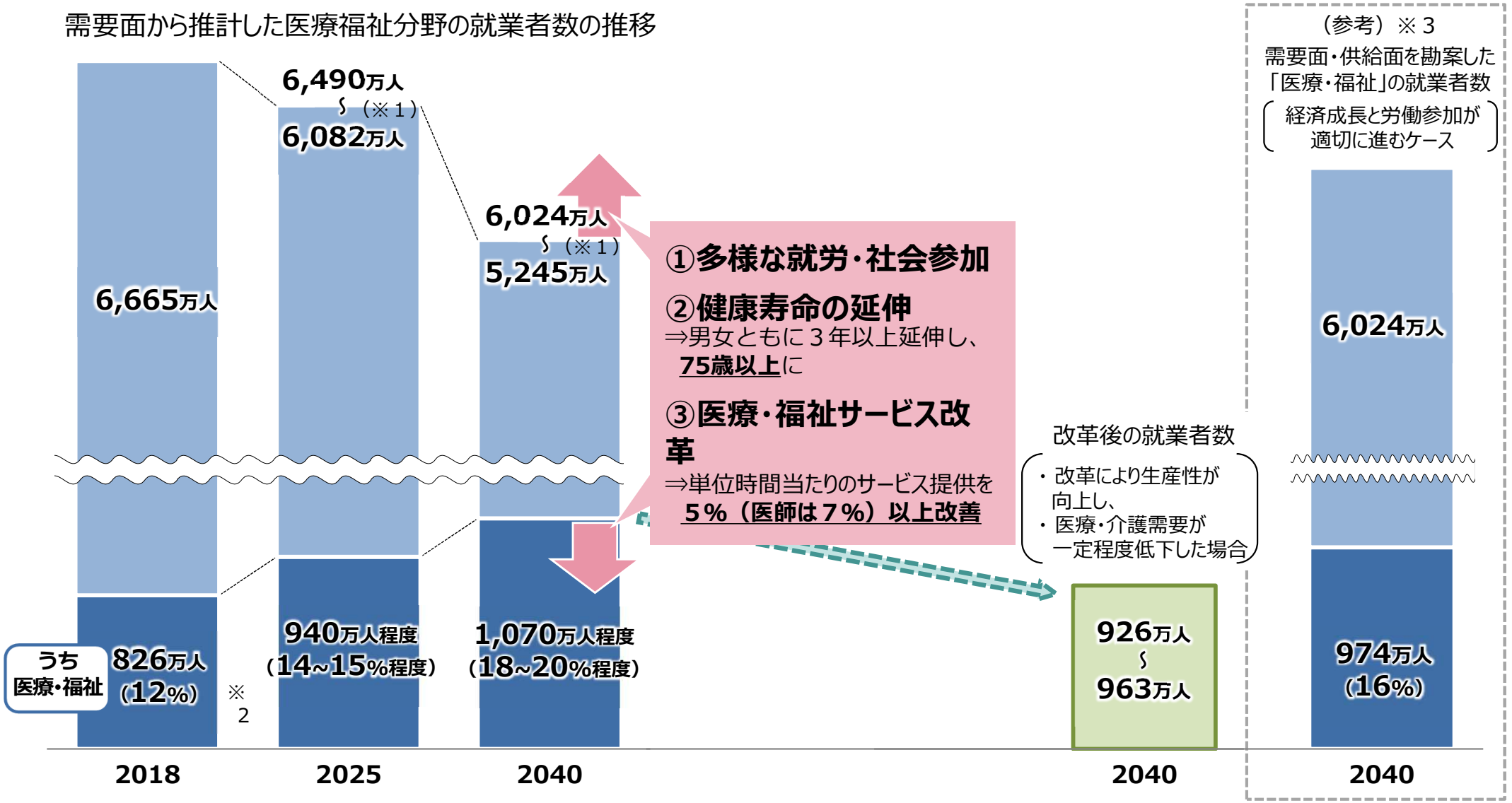


出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

マンパワー①　2025年以降、人材確保がますます課題となる

令和4年3月4日　第7回第8次医療計画等に関する検討会　資料1　一部改

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。



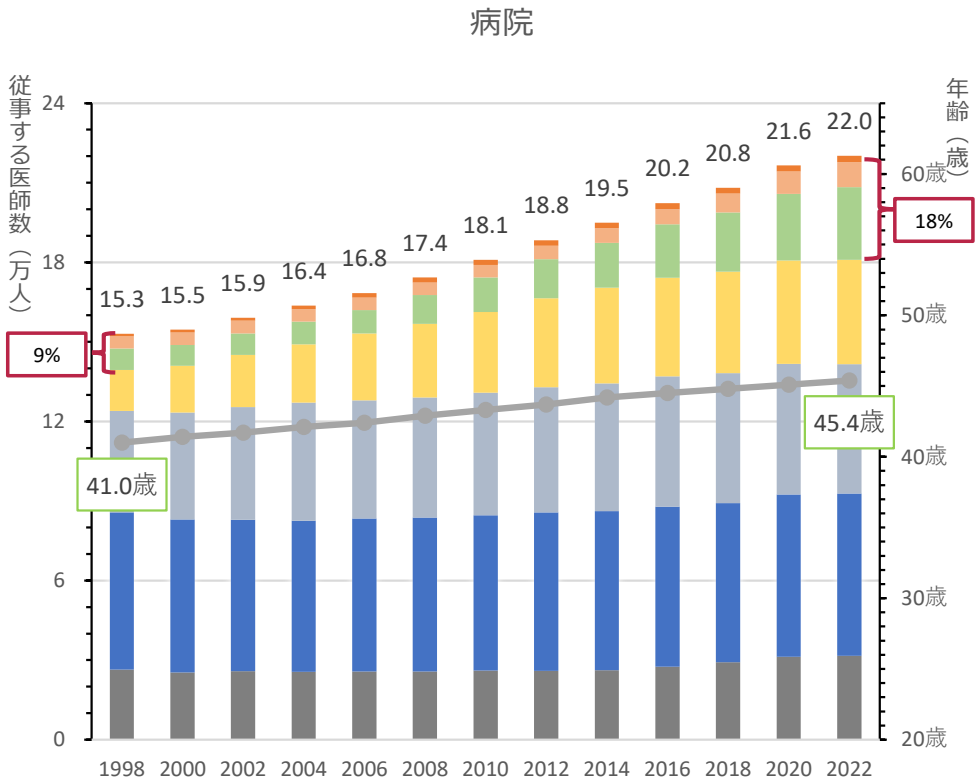
※１　総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」（2019年３月）による。総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。
※２　2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。
※３　独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」は、2024年3月11日に新しい推計が公表されている。2024年3月推計では、成長実現・労働参加進展シナリオで、総就業者数は、2022年の6,724万人から2040年に6,734万人と概ね横ばいであり、「医療・福祉」の就業者数は、2022年の897万人から2040年に1,106万人と増加する推計となっている。現時点では、『需要面から推計した医療福祉分野の就業者数』を更新したデータはないため、比較には留意が必要。

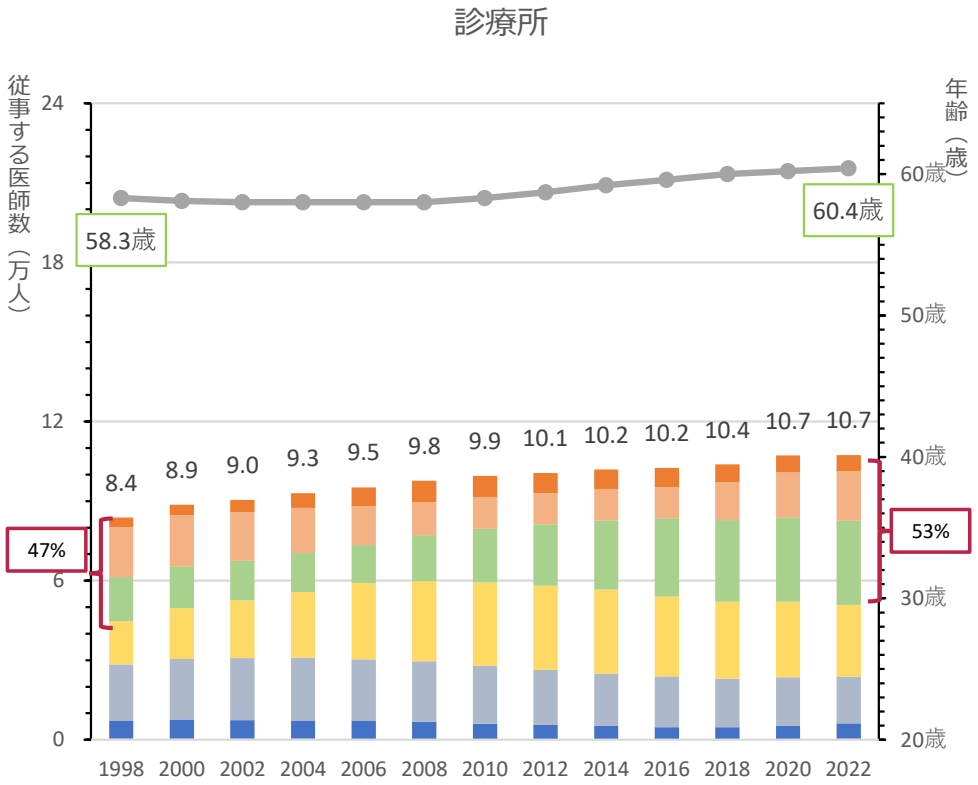
マンパワー②　提供者側（医師）の高齢化も進展している

令和４年３月４日　第７回第８次医療計画等に関する検討会　資料１（一部改）

○　病院に従事する医師数は、ここ20年で6.1万人増加しているが、60歳以上の医師が占める割合は18%に増加しており、平均年齢は45.4歳まで上昇している。
○　診療所に従事する医師数は、ここ20年で1.7万人増加しているが、60歳以上の医師が占める割合は53%程度で、平均年齢は60.4歳まで上昇している。

年齢階級別にみた病院従事する医師数及び平均年齢の年次推移





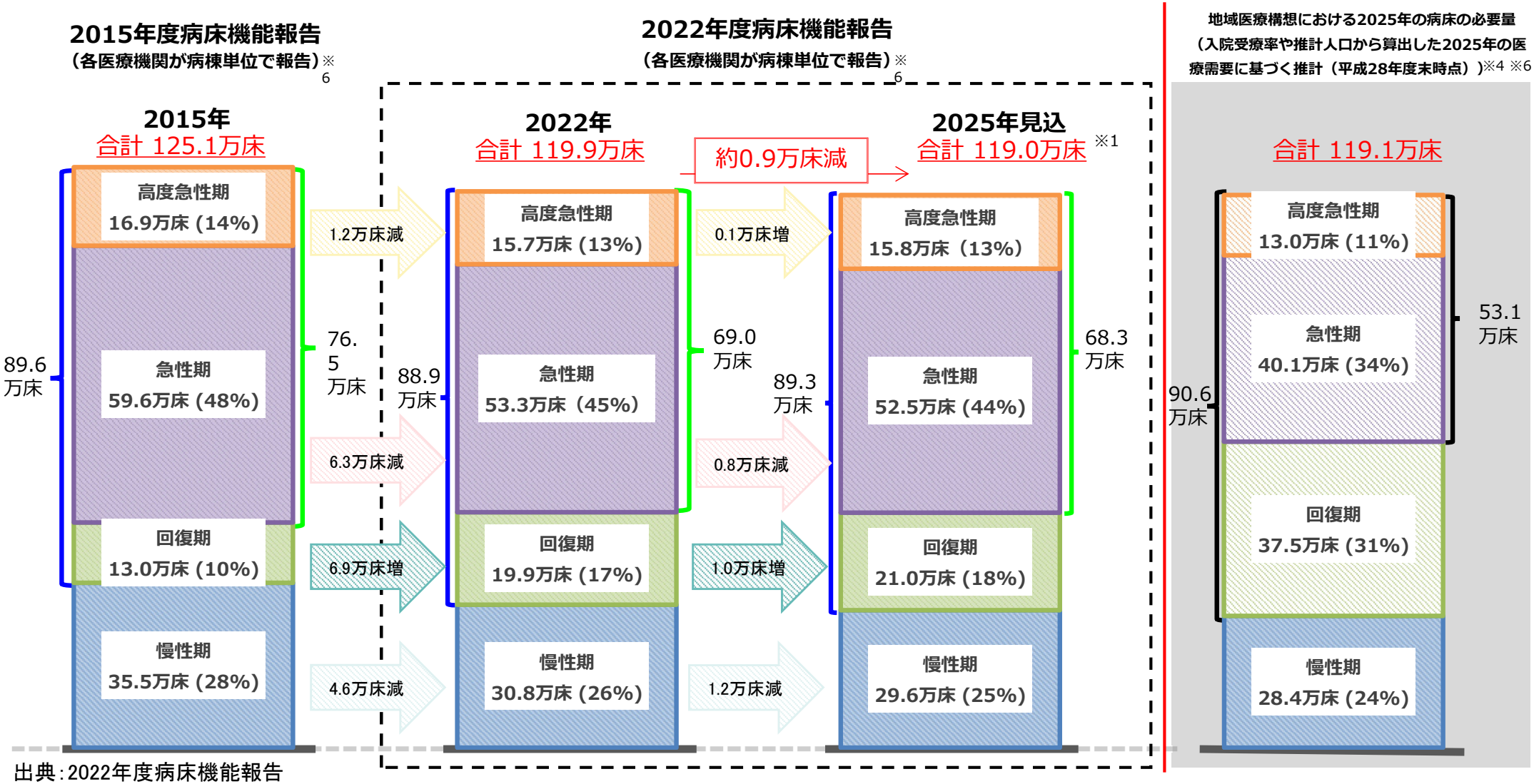
737

出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）

（２）入院

2022年度病床機能報告について

第13回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ
令和５年11月９日
資料１



出典：2022年度病床機能報告

※1：2022年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数
※2：対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要
（報告医療機関数/対象医療機関数（報告率） 2015年度病床機能報告：13,885/14,538（95.5%）、2022年度病床機能報告：12,171/12,590（96.7%））
※3：端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある
※4：平成25年度(2013年度) のNDBのレセプトデータ 及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（平成25年(2013年)3月中位推計）』等を用いて推計
※5：高度急性期のうちICU及びHCUの病床数（*）：18,399床（参考 2021年度病床機能報告：19,645床）
*救命救急入院料1～4、特定集中治療室管理料1～4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数
※6：病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

2025年の必要量との乖離及び病床数の変化

第13回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ
令和５年１１月９日
資料１

○　2015年から2022年にかけて、病床機能計の乖離率（必要量との乖離/必要量）は＋5.0%から＋0.7%に縮小しており、必要量に近づいている。
○　また、病床機能別にみても、以下のとおり、４機能それぞれにおいて乖離率は縮小しており、必要量に近づいている。
・高度急性期　＋29.9%　→　＋20.5%　　・急性期　＋48.8%　→　＋33.2%
・回復期　▲65.2%　→　▲46.8%　　・慢性期　＋24.7%　→　＋ 8.4%

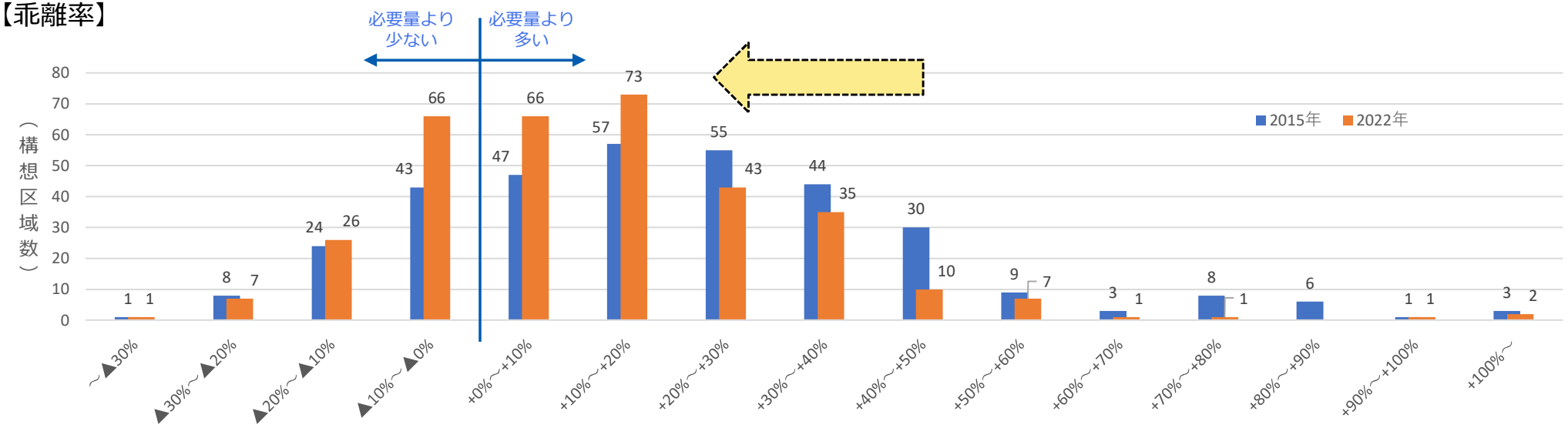
		地域数	2015年 病床数 ①	2015年 必要量との乖離 ②（①－⑤）	2015年 乖離率（②/⑤）	2022年 病床数 ③	2022年 必要量との乖離 ④（③－⑤）	2022年 乖離率（④/⑤）	2025年必要量 ⑤	【参考】変化数（2015年→2022年） ⑥（③－①）	【参考】変化率（⑥/①）
病床機能計	合計	339	1,250,751	59,930	+5.0%	1,198,648	7,827	+0.7%	1,190,821	▲52,103	▲4.2%
	2015年に必要量と比べて少なかった構想区域	76	523,709	▲67,239	▲11.4%	524,431	▲66,517	▲11.3%	590,948	722	+0.1%
	2015年に必要量と比べて多かった構想区域	263	727,042	127,169	+21.2%	674,217	74,344	+12.4%	599,873	▲52,825	▲7.3%
高度急性期	合計	47	169,466	39,011	+29.9%	157,261	26,806	+20.5%	130,455	▲12,205	▲7.2%
	2015年に必要量と比べて少なかった都道府県	11	31,257	▲2,818	▲8.3%	34,683	608	+1.8%	34,075	3,426	+11.0%
	2015年に必要量と比べて多かった都道府県	36	138,209	41,829	+43.4%	122,578	26,198	+27.2%	96,380	▲15,631	▲11.3%
急性期	合計	339	596,137	195,505	+48.8%	533,476	132,844	+33.2%	400,632	▲62,661	▲10.5%
	2015年に必要量と比べて少なかった構想区域	13	36,920	▲5,404	▲12.8%	36,569	▲5,755	▲13.6%	42,324	▲351	▲1.0%
	2015年に必要量と比べて多かった構想区域	326	559,217	200,909	+56.1%	496,907	138,599	+38.7%	358,308	▲62,310	▲11.1%
回復期	合計	339	130,481	▲244,765	▲65.2%	199,495	▲175,751	▲46.8%	375,246	69,014	+52.9%
	2015年に必要量と比べて少なかった構想区域	334	129,099	▲245,054	▲65.5%	198,538	▲175,615	▲46.9%	374,153	69,439	+53.8%
	2015年に必要量と比べて多かった構想区域	5	1,382	289	+26.4%	957	▲136	▲12.4%	1,093	▲425	▲30.8%
慢性期	合計	339	354,667	70,179	+24.7%	308,416	23,928	+8.4%	284,488	▲46,251	▲13.0%
	2015年に必要量と比べて少なかった構想区域	74	78,867	▲11,764	▲13.0%	77,523	▲13,108	▲14.5%	90,631	▲1,344	▲1.7%
	2015年に必要量と比べて多かった構想区域	265	275,800	81,943	+42.3%	230,893	37,036	+19.1%	193,857	▲44,907	▲16.3%

資料出所：病床機能報告
※１　2015年と2022年では報告率が異なっていることから、年度間の比較には留意が必要。（2015年：95.5%、2022年：96.7%）
※２　病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量は計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。
※３　高度急性期は診療密度が特に高い医療を提供することが必要であり、必ずしも構想区域で完結することを求めるものではないため、都道府県単位でみている。

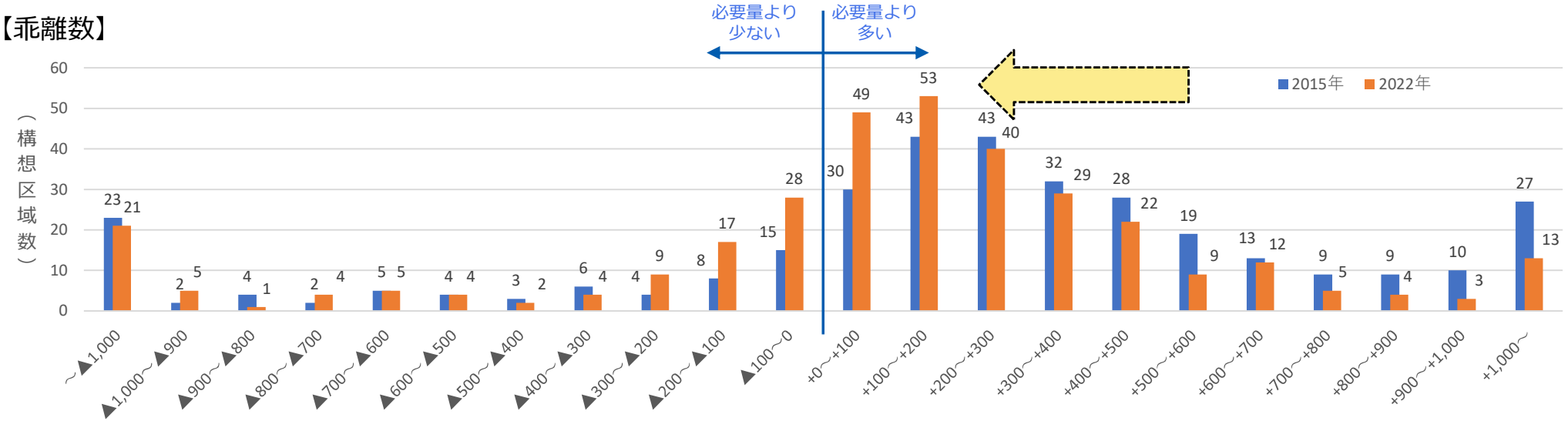
2025年の必要量との乖離（構想区域別/病床機能計）

○　病床機能計について、病床機能報告上の病床数と2025年の必要量との乖離の変化（2015年→2022年）を構想区域別にみると、乖離率・乖離数いずれでみても、全体として、乖離は縮小している傾向にある。

【乖離率】



【乖離数】

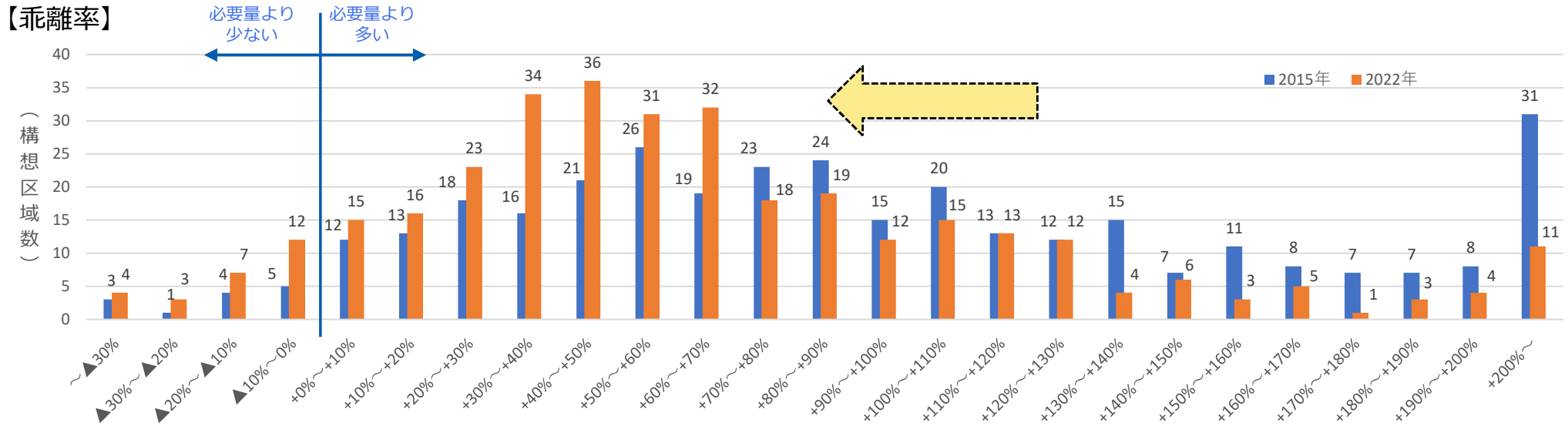


資料出所：病床機能報告
※１　2015年と2022年では報告率が異なっていることから、年度間の比較には留意が必要。（2015年：95.5%、2022年：96.7%）
※２　病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量は計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

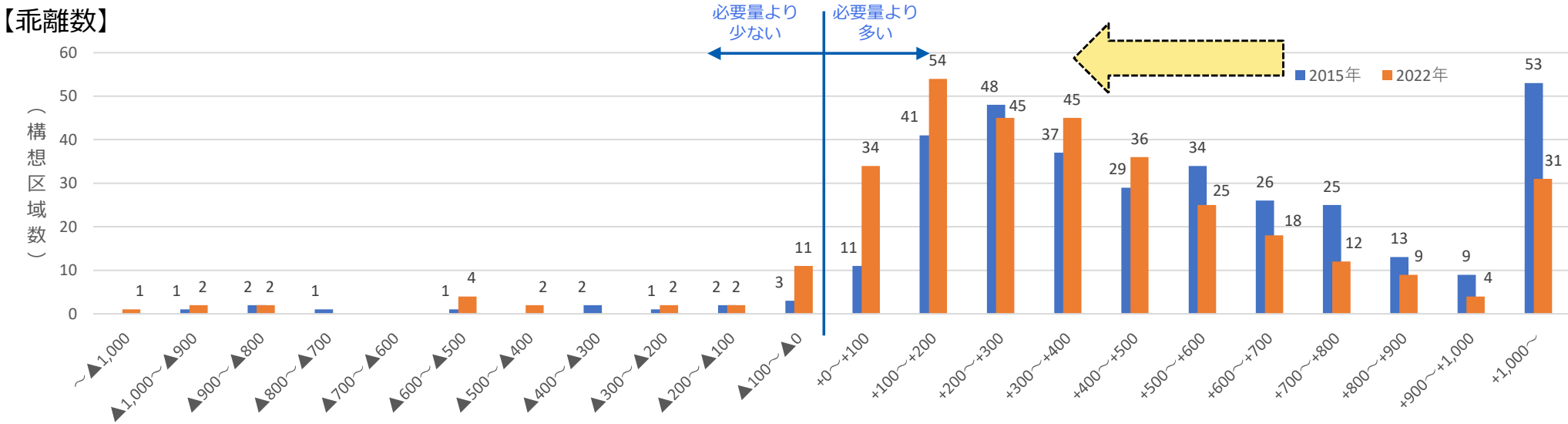
2025年の必要量との乖離（構想区域別/急性期）

○　急性期について、病床機能報告上の病床数と2025年の必要量との乖離の変化（2015年→2022年）を構想区域別にみると、乖離率・乖離数いずれでみても、全体として、乖離は縮小している傾向にある。

【乖離率】



【乖離数】



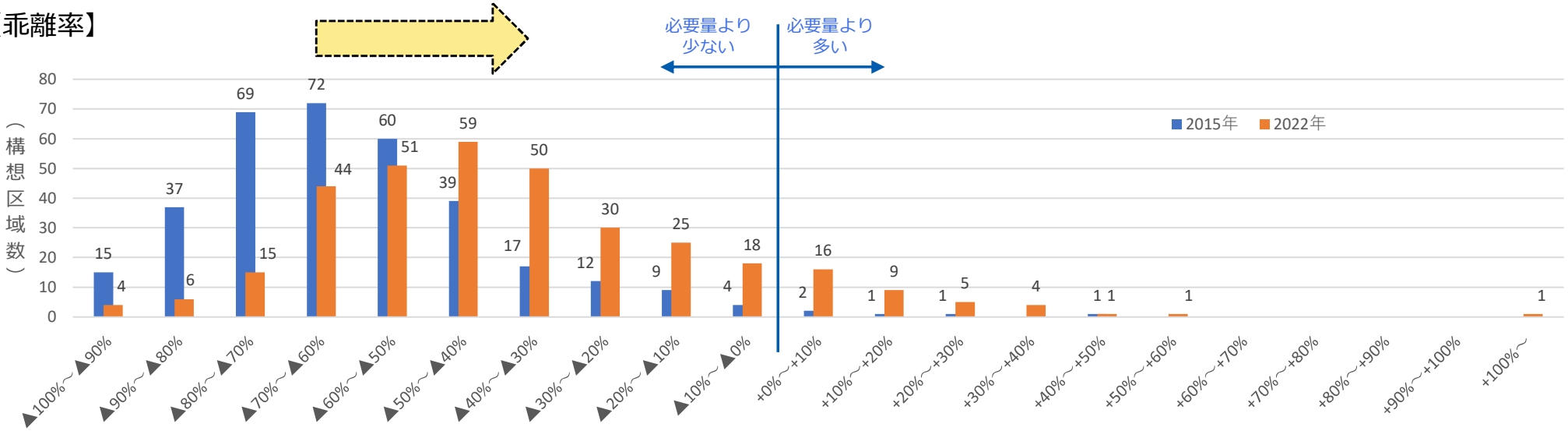
資料出所：病床機能報告
※１　2015年と2022年では報告率が異なっていることから、年度間の比較には留意が必要。（2015年：95.5%、2022年：96.7%）
※２　病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量は計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

742

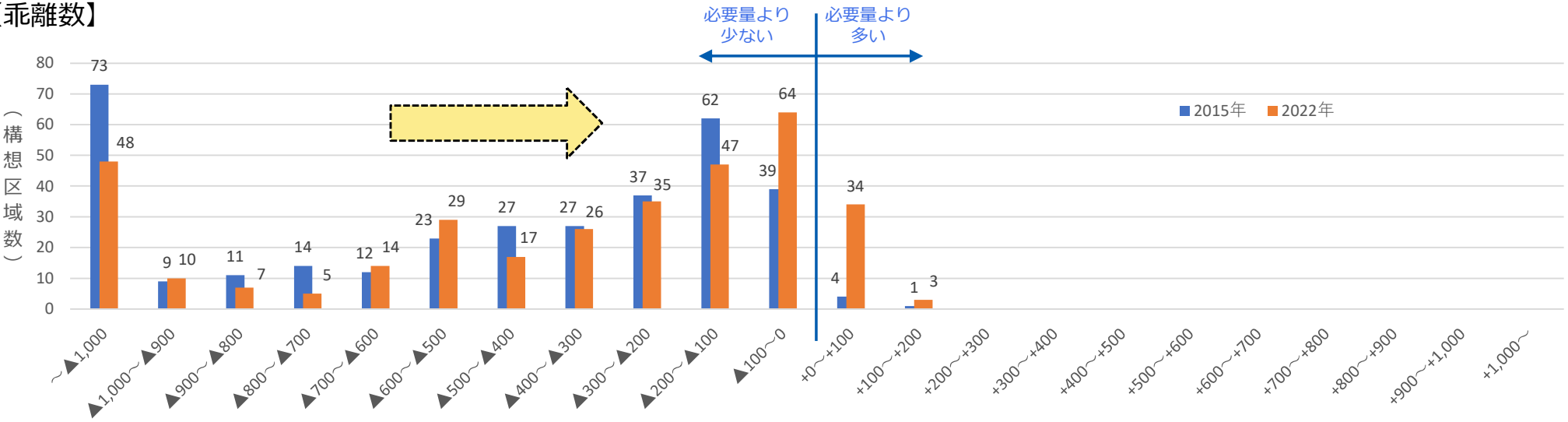
2025年の必要量との乖離（構想区域別/回復期）

○　回復期について、病床機能報告上の病床数と2025年の必要量との乖離の変化（2015年→2022年）を構想区域別にみると、乖離率・乖離数いずれでみても、全体として、乖離は縮小している傾向にある。

【乖離率】



【乖離数】



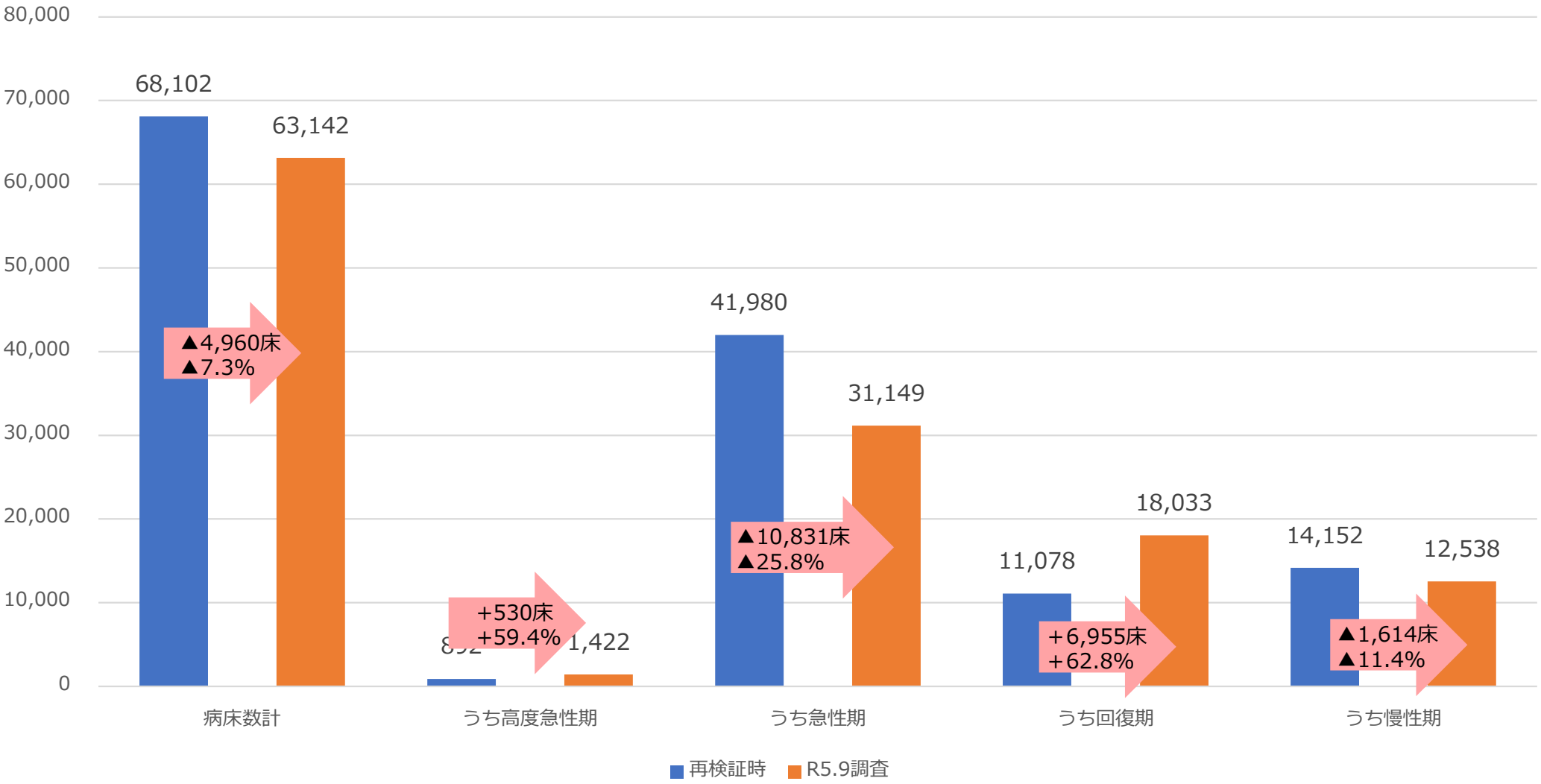
資料出所：病床機能報告
※１　2015年と2022年では報告率が異なっていることから、年度間の比較には留意が必要。（2015年：95.5%、2022年：96.7%）
※２　病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量は計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

743

再検証対象医療機関における病床数の変化

第13回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ
令和５年１１月９日
資料１

○　再検証対象医療機関においては、再検証時（2017年）から2023年にかけて、総病床数は4,960床（▲7.3%）減少している。
○　このうち、急性期は10,831床（▲25.8%）減少し、回復期は6,955床（＋62.8%）増加している。

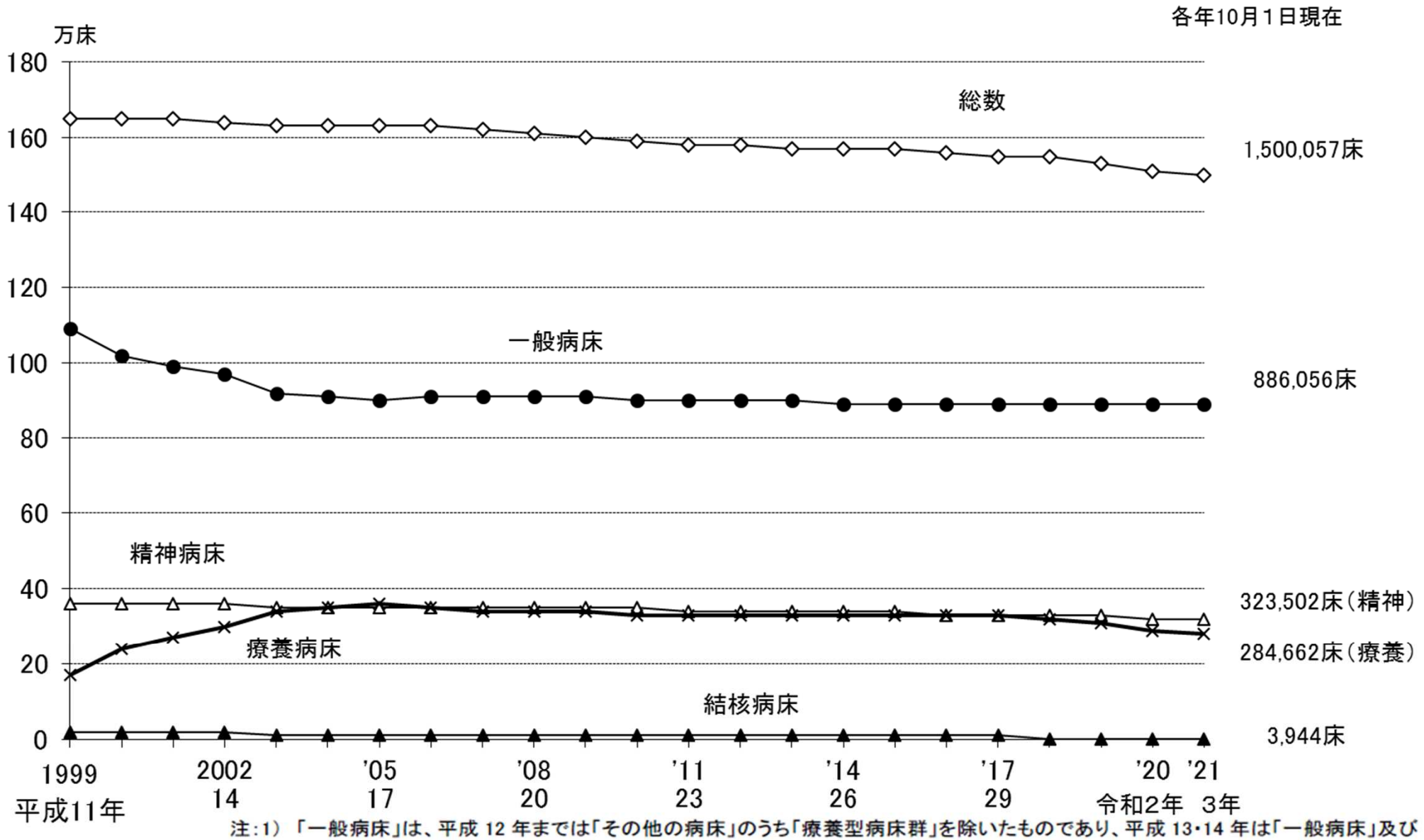


744

医政局地域医療計画課調べ（一部精査中）

病床の種類別にみた病床数の年次推移

○　総病床数はゆるやかな減少傾向。一般病床数は近年は横ばいからやや減少傾向。



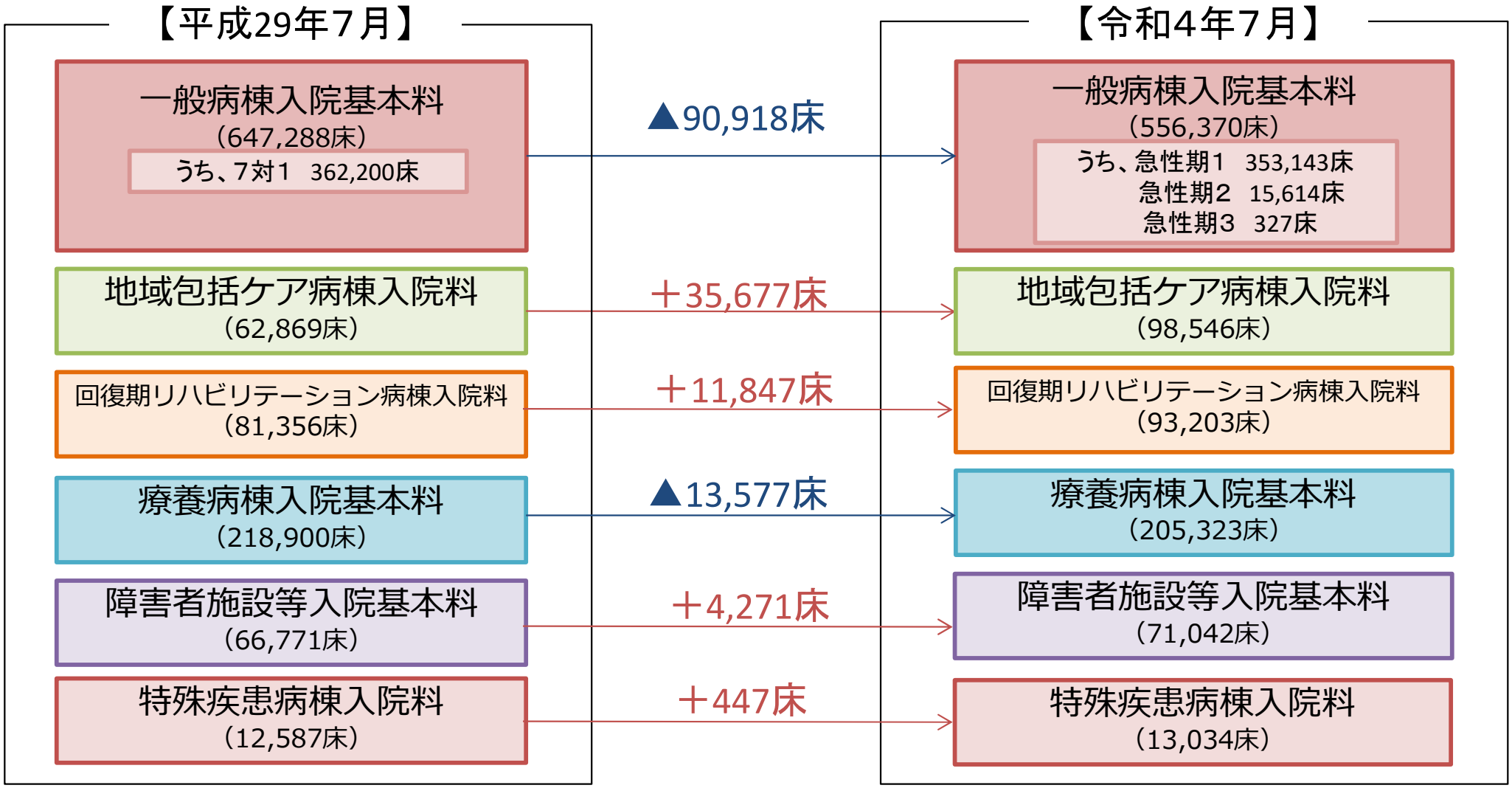
注：1）「一般病床」は、平成 12 年までは「その他の病床」のうち「療養型病床群」を除いたものであり、平成 13･14 年は「一般病床」及び「経過的旧その他の病床（経過的旧療養型病床群を除く。）」である。

2）「療養病床」は、平成 12 年までは「療養型病床群」であり、平成 13･14 年は「療養病床」及び「経過的旧療養型病床群」である。

出典：医療施設調査

届出病床数の推移について（概要）

○　平成29年７月時点の各入院料の届出病床数と令和４年７月時点の届出病床数を比較したところ、下記のとおりであった。



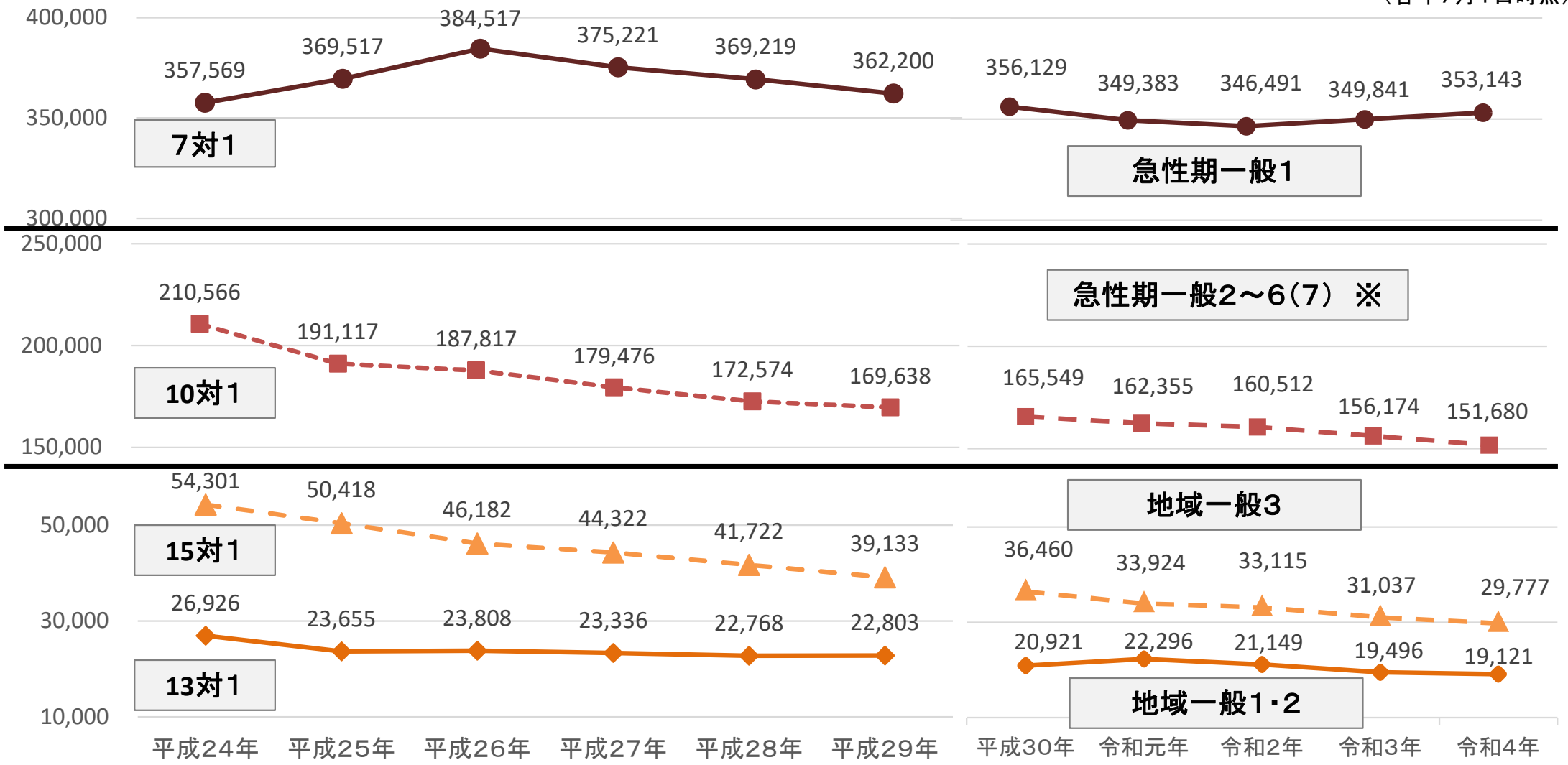
出典：保険局医療課調べ（各年７月１日現在）
※各年７月１日時点の医療保険届出病床数を保険局医療課において集計して比較。

746

入院料別の病床数の推移（一般病棟入院基本料）

○ 届出病床数は、急性期一般入院料１が最も多く、平成26年以降減少傾向であったが、令和３年から微増している。
○ 急性期一般入院料２～６、地域一般１～３は減少傾向。

（ 医療保険届出病床数 ）　　（各年７月１日時点）



※

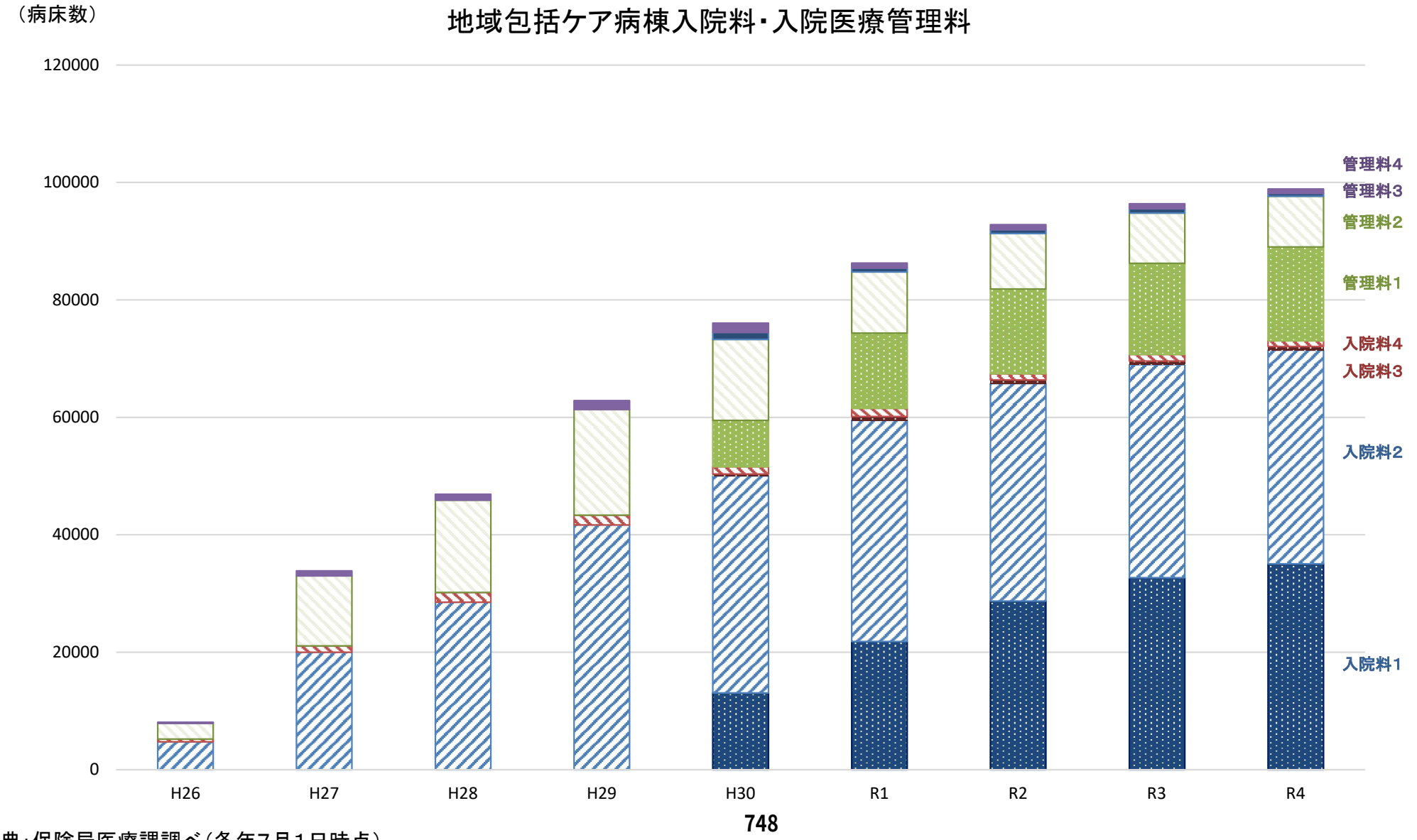
	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
急性期一般2･3	5,399	10,704	14,896	15,751	15,941
急性期4～6(7)	160,150	151,651	145,616	140,423	135,739

※　平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

入院料別の届出病床数の推移

○　地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出病床数は以下のとおり。届出病床数はいずれも増加傾向であった。

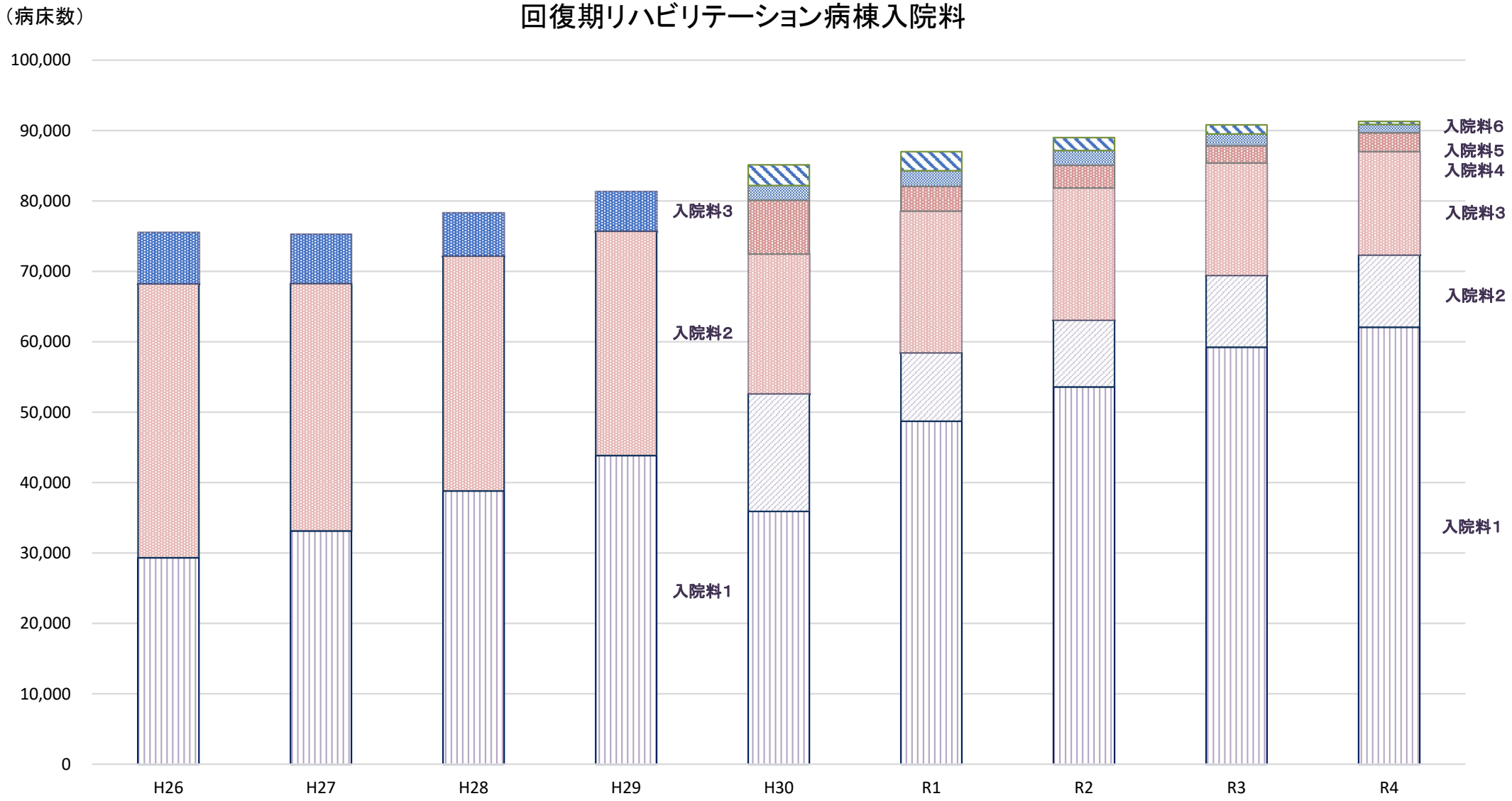


748

出典：保険局医療課調べ（各年７月１日時点）

入院料別の届出病床数の推移

○　回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数は以下のとおり。届出病床数は増加傾向であった。



749

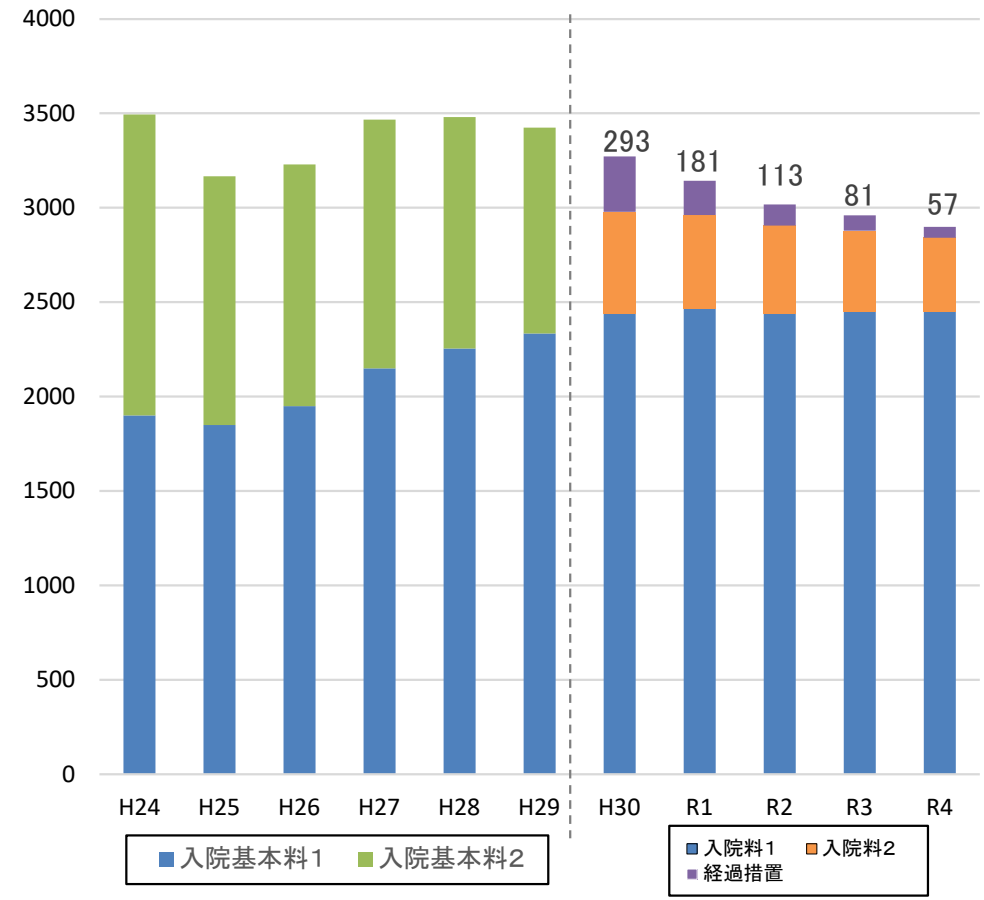
出典：保険局医療課調べ（各年７月１日時点）

療養病棟入院基本料の届出施設数及び病床数の推移

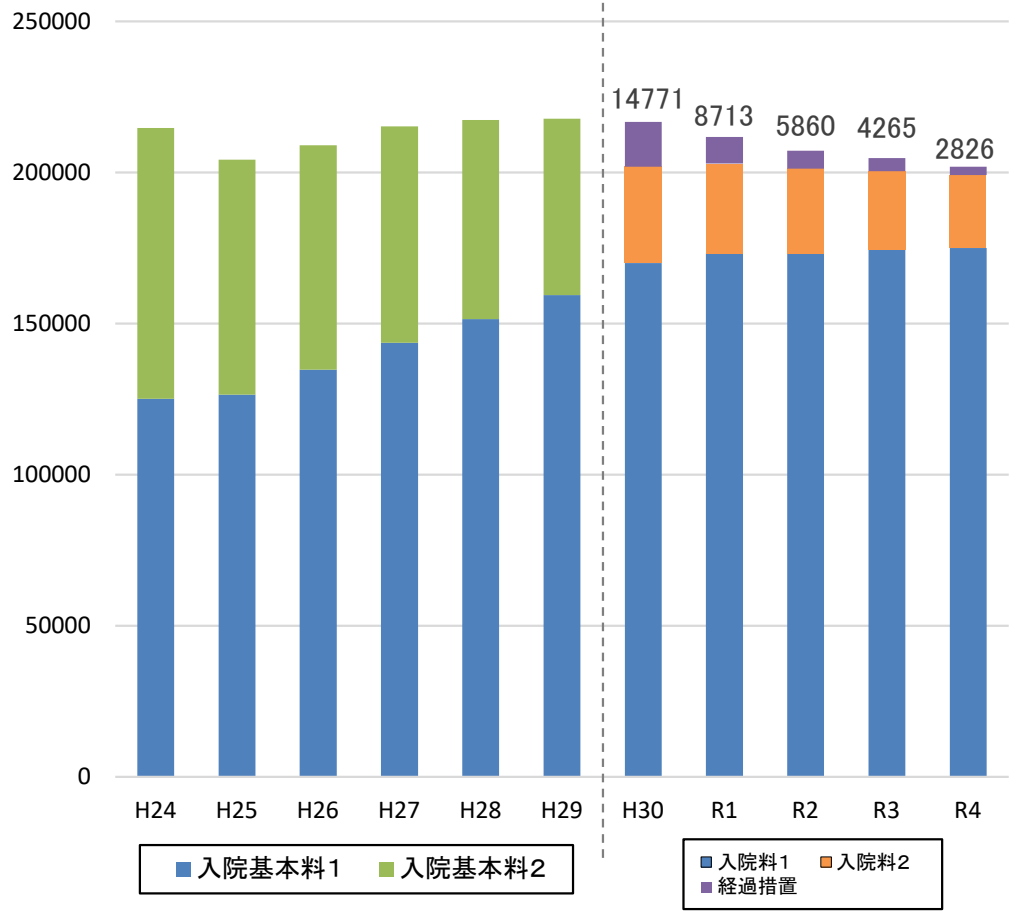
中医協　総－４
５．７．５

○　療養病棟入院料経過措置（看護職員配置25対１又は医療区分２・３の割合の患者５割未満）の届出施設数は令和４年７月１日時点で57施設、2,826床であった。

療養病棟入院基本料届出施設数



療養病棟入院基本料届出病床数



出典：保険局医療課調べ（７月１日時点）
※平成24年及び平成25年は７対１入院基本料の経過措置病棟のデータを除く　※H30−R1の経過措置１・２は合算

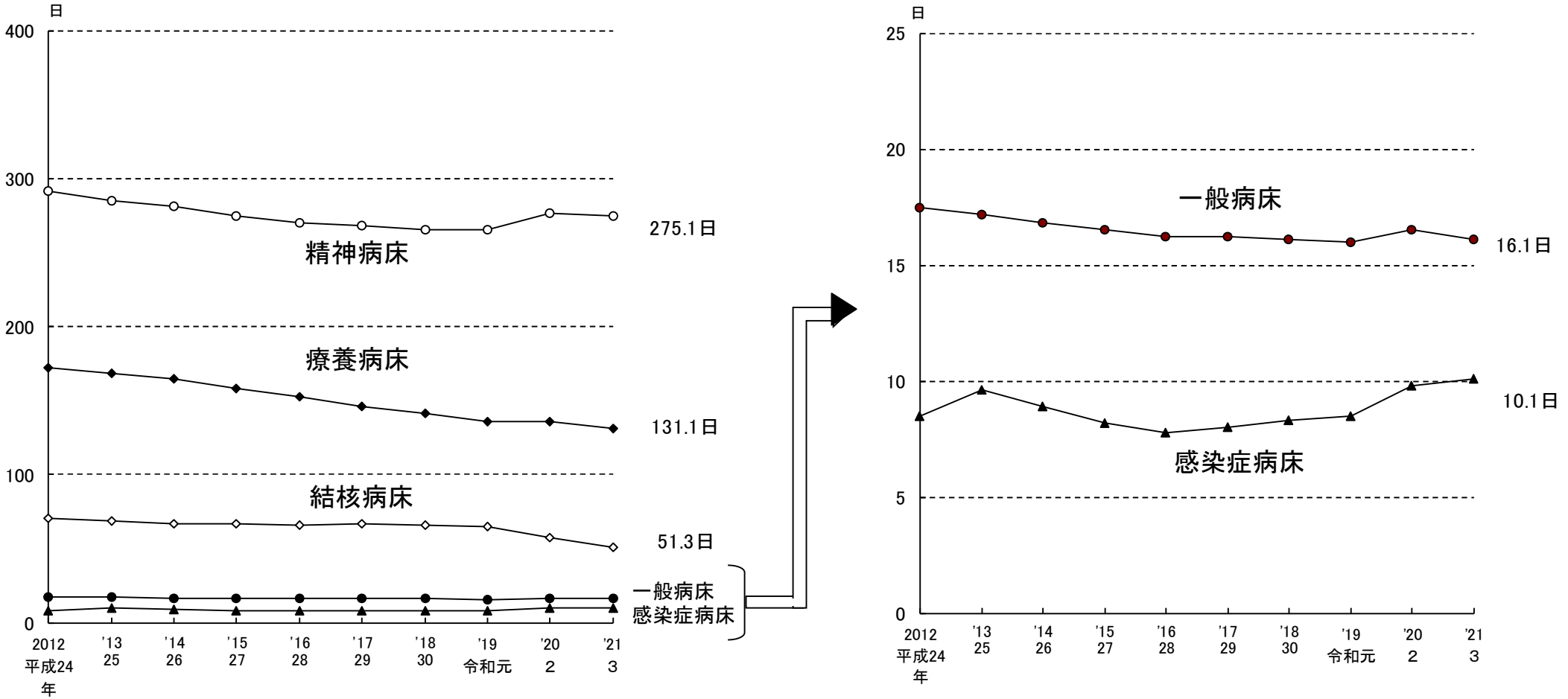
750

病床種類別の平均在院日数の推移

○　平均在院日数は、令和2年に一時的に長くなったが、感染症病床以外の病床の種類において減少している。

病院の病床の種類別にみた平均在院日数の年次推移

各年間



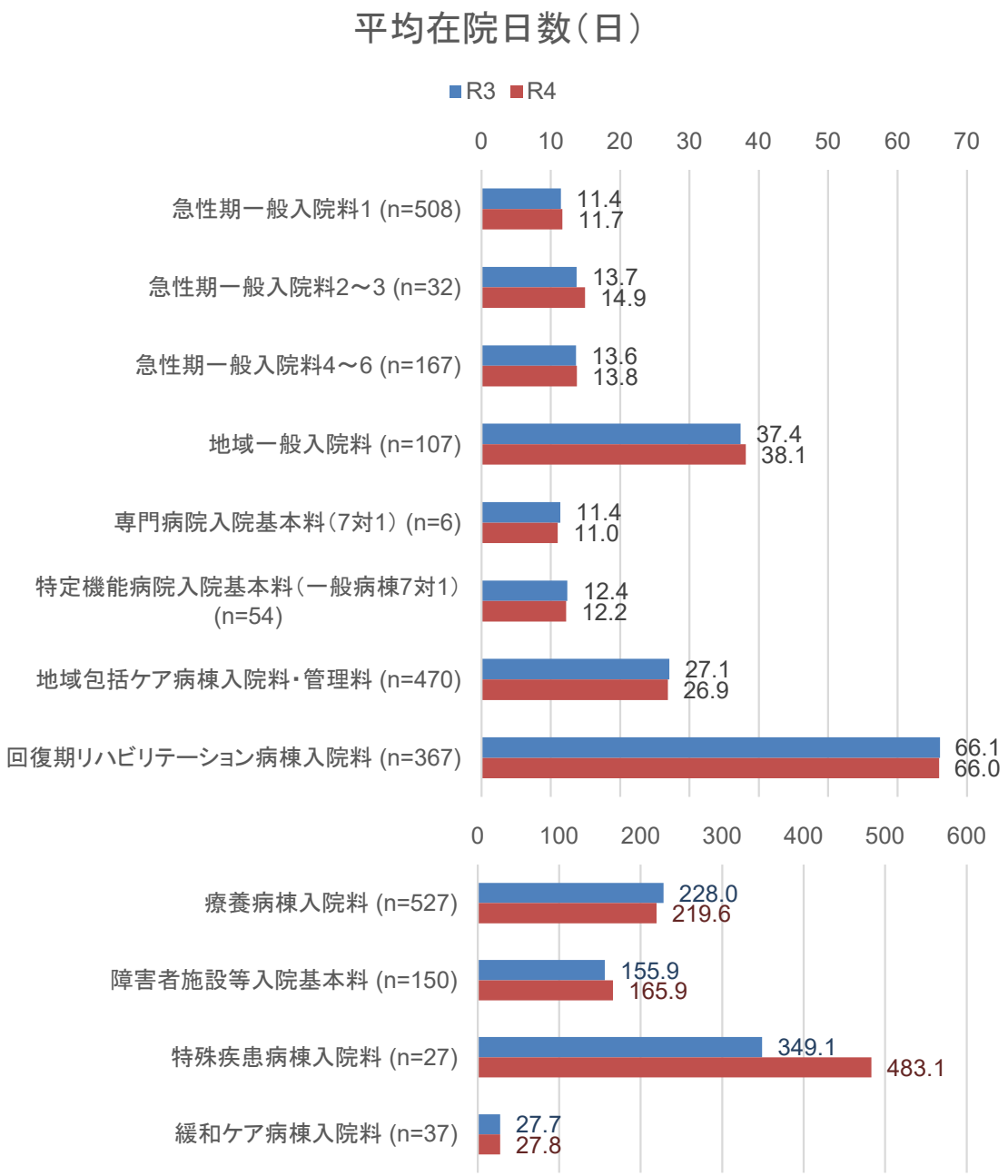
注：1）熊本地震の影響により、平成28年４月分の報告において、熊本県の病院１施設（阿蘇医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。
2）平成30年７月豪雨の影響により、平成30年７月分、８月分の報告において、広島県の病院１施設（尾三医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。
3）令和２年７月豪雨の影響により、令和２年６月分、７月分の報告において、熊本県の病院１施設（球磨医療圏）は、報告のあった患者数のみ集計した。

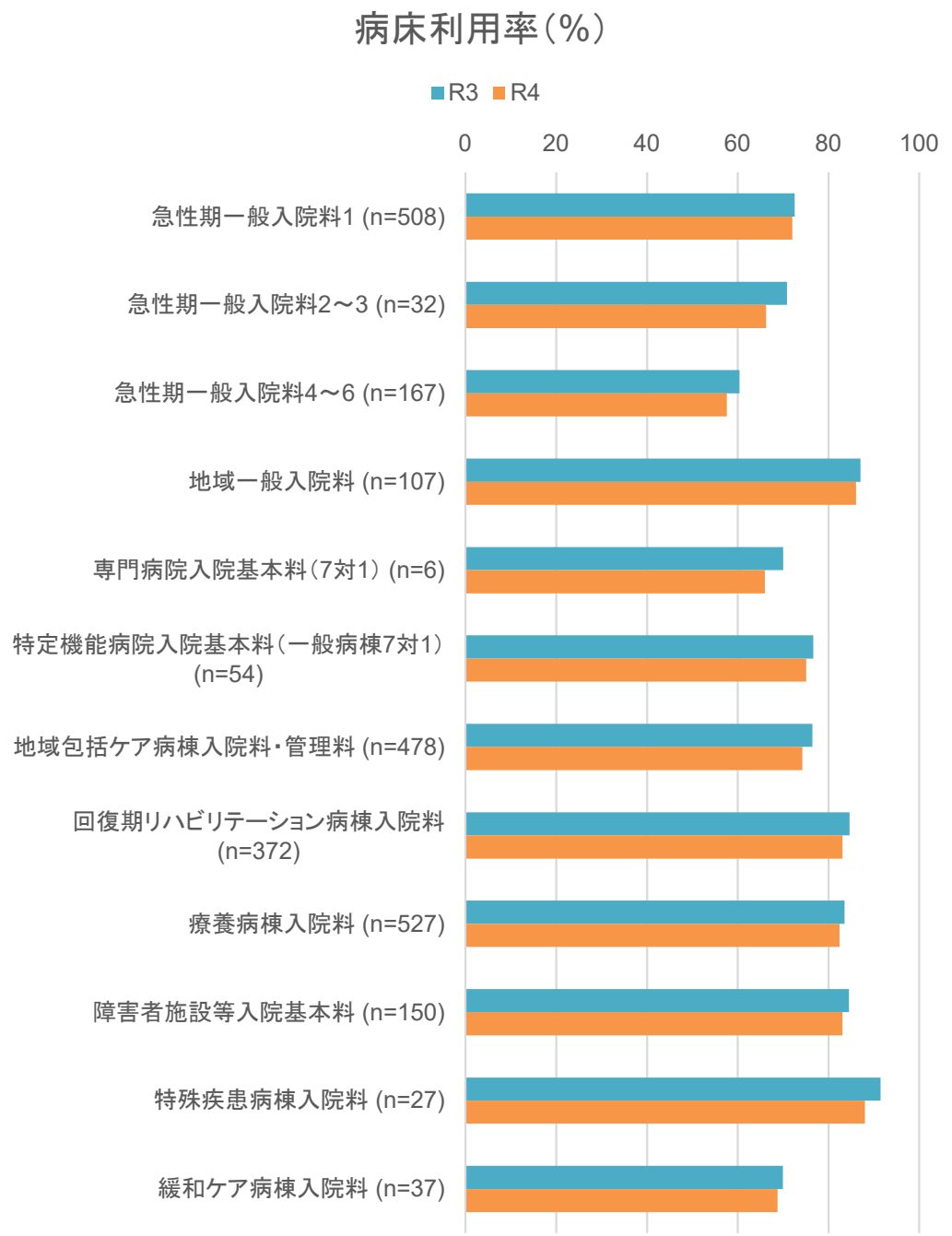
751

出典：病院報告

入院料ごとの平均在院日数及び病床利用率

診調組　入－１
５．６．８





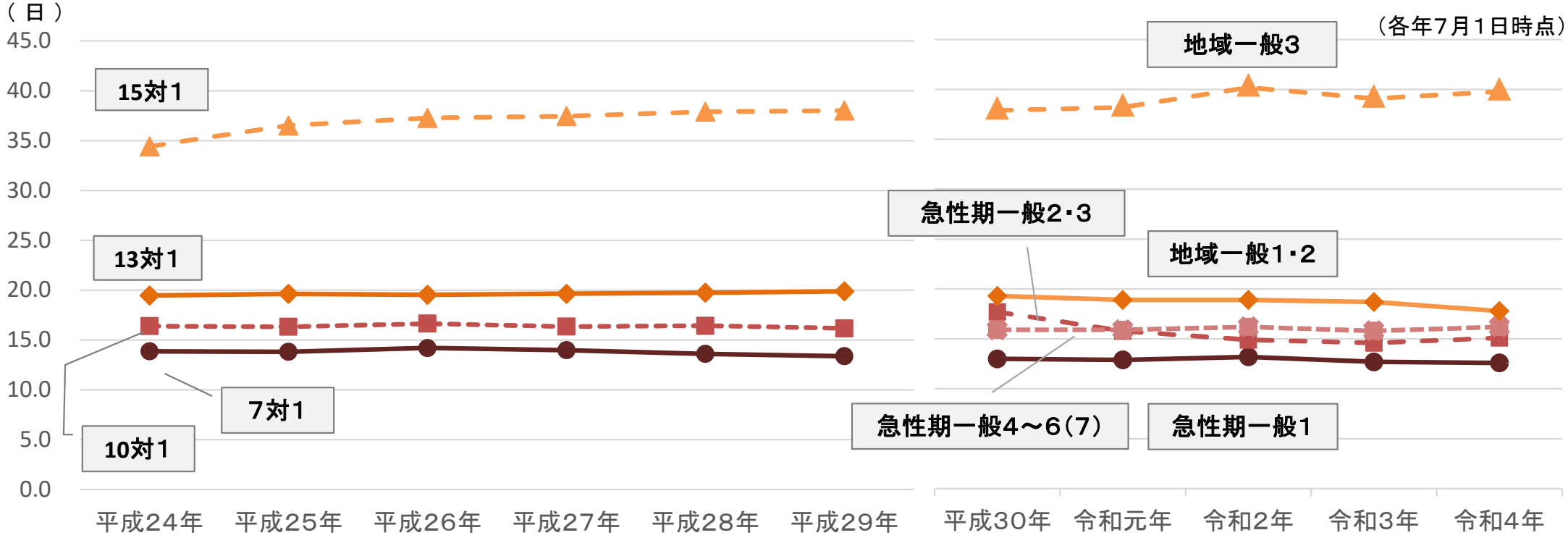
752

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）※各年8～10月

入院料別の平均在院日数の推移（一般病棟入院基本料

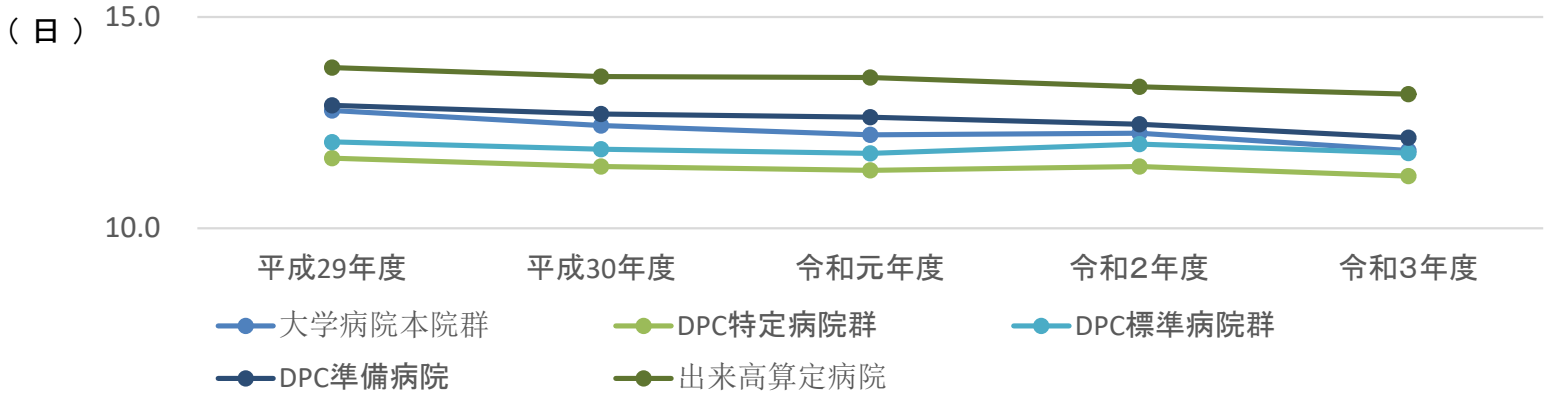
中医協　総－４
５．７．５

○ 平均在院日数は、急性期一般入院料１が最も短く、全体的に、横ばいの傾向。
○ DPC病院については、出来高算定病院に比べて短縮化が大きい。



出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

（参考）施設類型毎の在院日数の平均



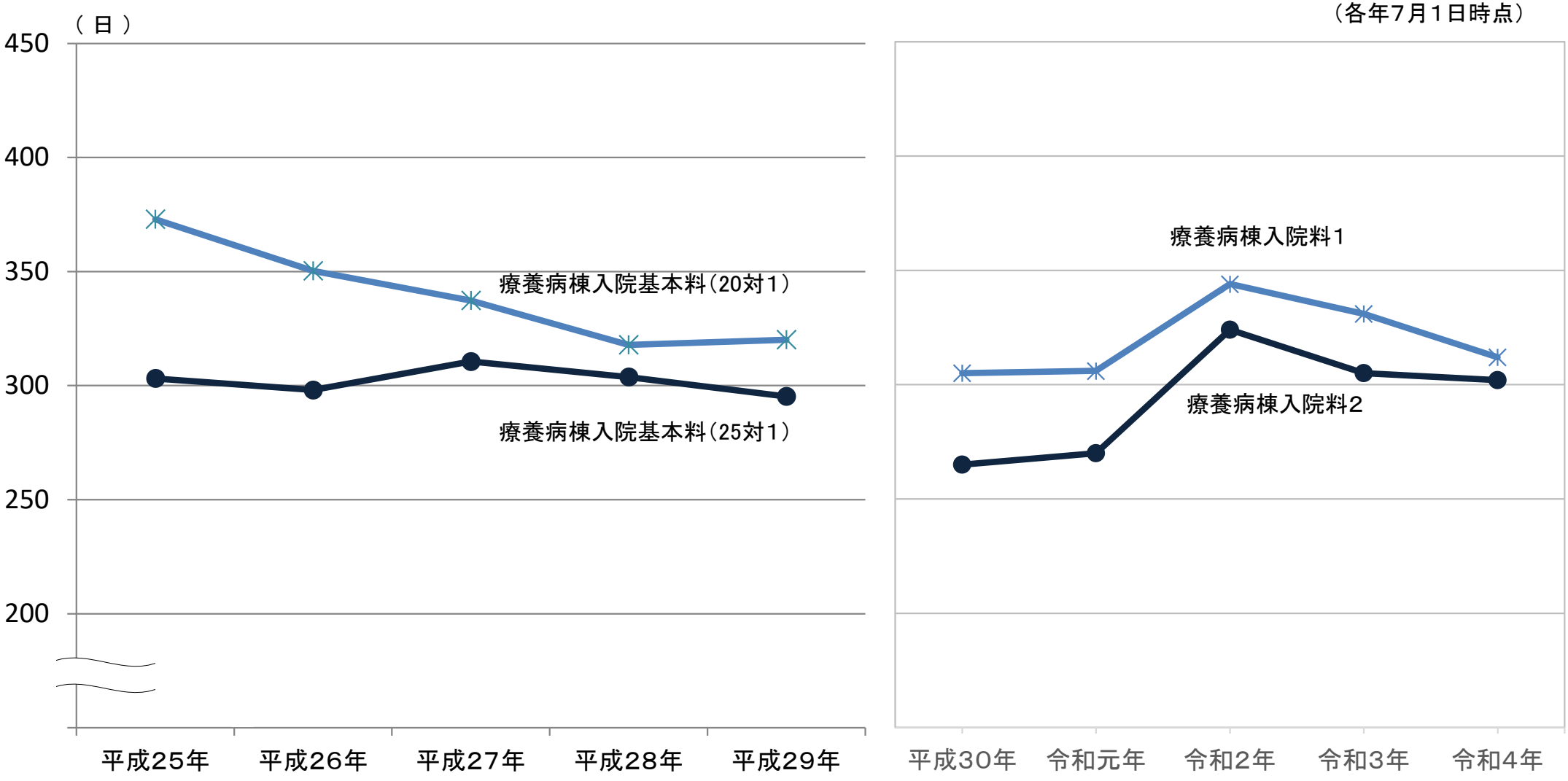
753

出典：保険局医療課調べ　　※　平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

入院料別の平均在院日数の推移（療養病棟入院基本料

○　平均在院日数の推移は以下のとおりであった。平均在院日数を入院料1と2で比較すると、入院料1のほうが入院料2よりも長い傾向であった。

（各年7月1日時点）



出典：保険局医療課調べ

（３）外来、かかりつけ医機能

外来医療の機能の明確化・連携

１．外来医療の課題

○　患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。

○　人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化･連携を進めていく必要。

２．改革の方向性

○　地域の医療機関の外来機能の明確化･連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、

①　医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告（外来機能報告）する。

②　①の外来機能報告を踏まえ、「協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う。

→　①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、「紹介受診重点外来」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介受診重点医療機関）を明確化

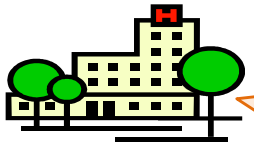
・　医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、協議の場で確認することにより決定

➡ 患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与

かかりつけ医機能を担う医療機関



紹介受診重点医療機関



紹介

逆紹介

病院の外来患者の待ち時間の短縮、勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革

かかりつけ医機能の強化
（好事例の収集、横展開等）

外来機能報告、「協議の場」での協議、
紹介患者への外来を基本とする医療機関の明確化

〈「紹介受診重点外来」〉

○医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来　（悪性腫瘍手術の前後の外来　など）
○高額等の医療機器・設備を必要とする外来　（外来化学療法、外来放射線治療　など）
○特定の領域に特化した機能を有する外来[※56]　（紹介患者に対する外来　など）

紹介受診重点医療機関について

第19回第8次医療計画等に関する検討会 資料2改
令和4年11月24日

○ 外来機能の明確化・連携を強化し、患者の流れの円滑化を図るため、紹介受診重点外来の機能に着目して、以下のとおり紹介患者への外来を基本とする医療機関（紹介受診重点医療機関）を明確化する。

①外来機能報告制度を創設し、医療機関が都道府県に対して外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関となる意向の有無等を報告し、

②「協議の場」において、報告を踏まえ、協議を行い、協議が整った医療機関を都道府県が公表する。

【外来機能報告】

○紹介受診重点外来等の実施状況
- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
- 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
- 特定の領域に特化した機能を有する外来

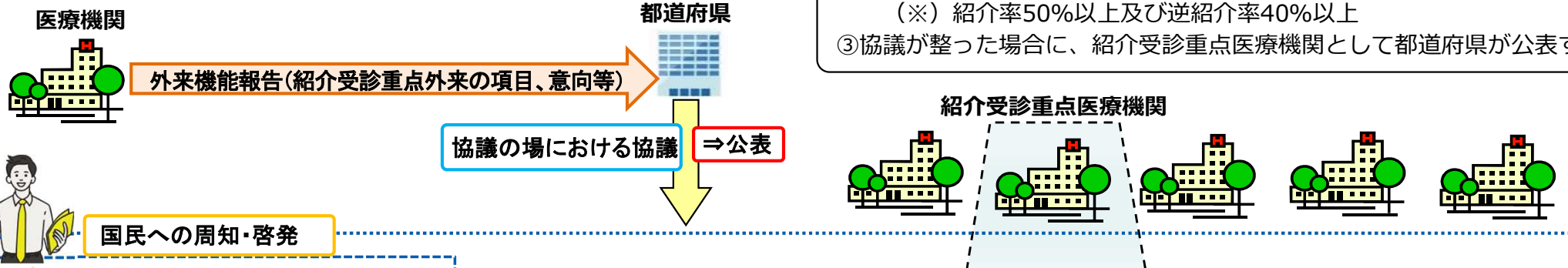
○紹介・逆紹介の状況
○紹介受診重点医療機関となる意向の有無
○その他、協議の場における外来機能の明確化・連携の推進のための必要な事項

【協議の場】

①紹介受診重点外来に関する基準（※）を満たした医療機関については、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を確認し、紹介率・逆紹介率等も参考にしつつ協議を行う。
（※）初診に占める紹介受診重点外来の割合40%以上　かつ
再診に占める紹介受診重点外来の割合25%以上

②紹介受診重点外来に関する基準を満たさない医療機関であって、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を有する医療機関については、紹介率・逆紹介率等（※）を活用して協議を行う。
（※）紹介率50%以上及び逆紹介率40%以上

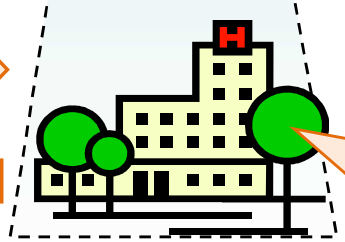
③協議が整った場合に、紹介受診重点医療機関として都道府県が公表する。



国民への周知・啓発

- 患者がまずは地域の「かかりつけ医機能を担う医療機関」を受診し、必要に応じて紹介を受けて紹介受診重点医療機関を受診する。
- 状態が落ち着いたら逆紹介を受けて地域に戻る受診の流れを明確化。





・病院の外来患者の待ち時間の短縮
・勤務医の外来負担の軽減
等の効果を見込む

757

外来機能報告

第10回第８次医療計画等に関する検討会
令和４年７月20日
資料２改

医療法第30条の18の２及び第30条の18の３の規定に基づき、**地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため**、医療機関の管理者が**外来医療の実施状況等を都道府県知事に報告をするもの**。令和３年５月に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」（令和３年法律第49 号）が成立・公布され、医療法に新たに規定された（令和４年４月１日施行）。

参考：医療法（一部抜粋）

第30条の18の２　病床機能報告対象病院等であつて外来医療を提供するもの（以下この条において「外来機能報告対象病院等」という。）の管理者は、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該外来機能報告対象病院等の所在地の都道府県知事に報告しなければならない。

第30条の18の３　患者を入院させるための施設を有しない診療所（以下この条において「無床診療所」という。）の管理者は、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該無床診療所の所在地の都道府県知事に報告することができる。

目的

- 「紹介受診重点外来を地域で基幹的に担う医療機関（紹介受診重点医療機関）」の明確化
- 地域の外来機能の明確化・連携の推進

患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師の働き方改革に寄与。

報告項目

（1）紹介受診重点外来の実施状況
（2）紹介受診重点医療機関となる意向の有無
（3）地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項

紹介・逆紹介の状況、外来における人材の配置状況、外来・在宅医療・地域連携の実施状況（生活習慣病管理料や在宅時医学総合管理料等の算定件数）　等

「協議の場」での議論に活用。令和４年度については、外来機能報告等の施行初年度であるため、紹介受診重点医療機関の明確化に資する協議を中心に行う。

対象医療機関

義務：　病院・有床診療所
任意：　無床診療所

報告頻度

年１回
（10～11月に報告を実施）

紹介受診重点外来

- **医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来**
  例）悪性腫瘍手術の前後の外来
- **高額等の医療機器・設備を必要とする外来**
  例）外来化学療法、外来放射線治療
- **特定の領域に特化した機能を有する外来**
  例）紹介患者に対する外来

紹介受診重点医療機関の基準

上記の外来の件数の占める割合が
- 初診の外来件数の40%以上
  かつ
- 再診の外来件数の25%以上

意向はあるが基準を満たさない場合

参考にする紹介率・逆紹介率の水準

- 紹介率50%以上
  かつ
- 逆紹介率40%以上

紹介受診重点医療機関として取りまとめ

外来医療計画

第９回第８次医療計画等に関する検討会
令和４年６月１５日
資料１改

概要

- 外来医療計画とは、医療法（昭和23 年法律第205 号）第30 条の４第２項第10 号の規定に基づく、**医療計画における「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」を定めたもの**である。
- 都道府県は、二次医療圏その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域（以下「対象区域」という。）ごとに、**協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ協議を行い、その結果を取りまとめ公表**。
- 令和元年度中に各都道府県において外来医療計画を策定し、令和２年度から取組を進めている。令和６年度以降は３年毎に外来医療計画を見直すこととしている。

外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項　（法第30条の18の４）

① 外来医師偏在指標を踏まえた外来医療に係る医療提供体制の状況

診療所の医師の多寡を外来医師偏在指標として可視化。外来医師偏在指標や医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータを公表し、新規開業希望者等に情報提供。

② 外来機能報告を踏まえた「紹介受診重点外来を地域で基幹的に担う医療機関」（紹介受診重点医療機関）＊

③ 外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進

病床機能報告対象医療機関等が都道府県に外来医療の実施状況を報告（外来機能報告）し、「協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議。紹介受診重点外来を地域で基幹的に担う医療機関（紹介受診重点医療機関）を明確化。

④ 複数の医師が連携して行う診療の推進

⑤ 医療提供施設の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具の効率的な活用

地域ごとの医療機器の配置状況を可視化し、共同利用を推進。

⑥ その他外来医療に係る医療提供体制を確保するために必要な事項

＊令和４年４月施行

外来医療の協議の場　（外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン）

（区　域） 二次医療圏その他当該都道府県の知事が適当と認める区域

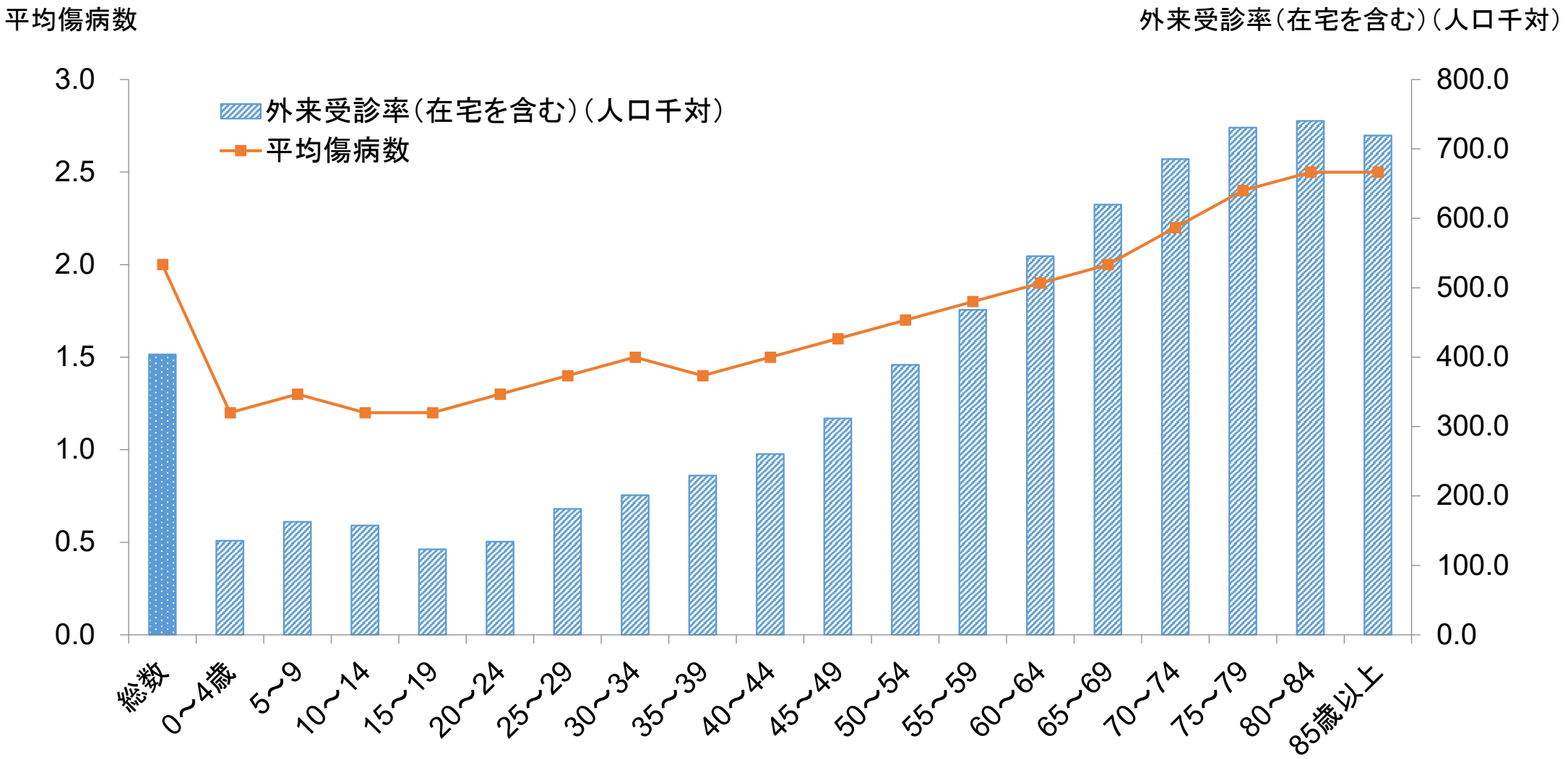
（構成員） 診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者

（その他） 地域医療構想調整会議を活用することが可能

年齢別平均傷病数と外来受診率（在宅を含む）

○　高齢者の方が、平均傷病数および外来受診率（在宅を含む）が高くなる傾向にある。

※外来受診率（在宅を含む）　＝通院者数÷世帯人員数×1,000



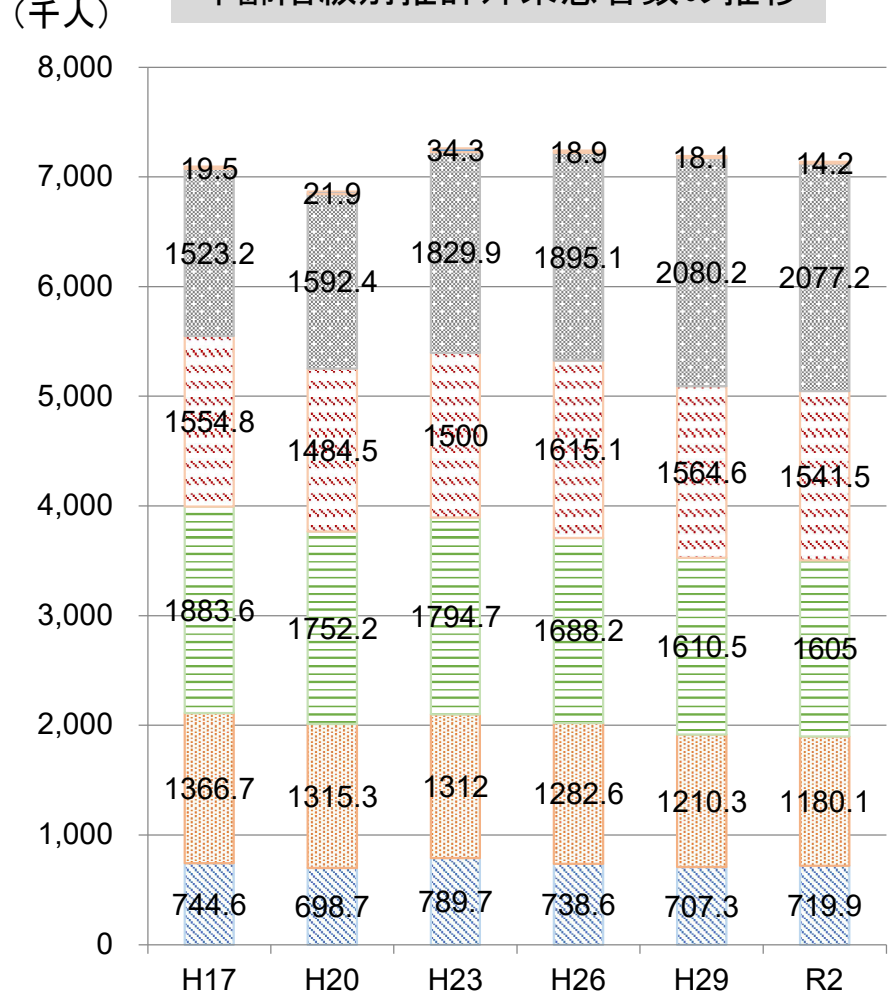
※　通院者とは、世帯員（入院者を除く。）のうち、病気やけがで病院や診療所、あんま・はり・きゅう・柔道整復師に通っている者をいう。（往診、訪問診療を含む。）
※　通院者には入院者は含まないが、分母となる世帯人員数には入院者を含む。

出典：令和元年 国民生活基礎調査を基に医療課で作成　※元資料から「通院者率」の文言を「外来受診率（在宅を含む）」に修正

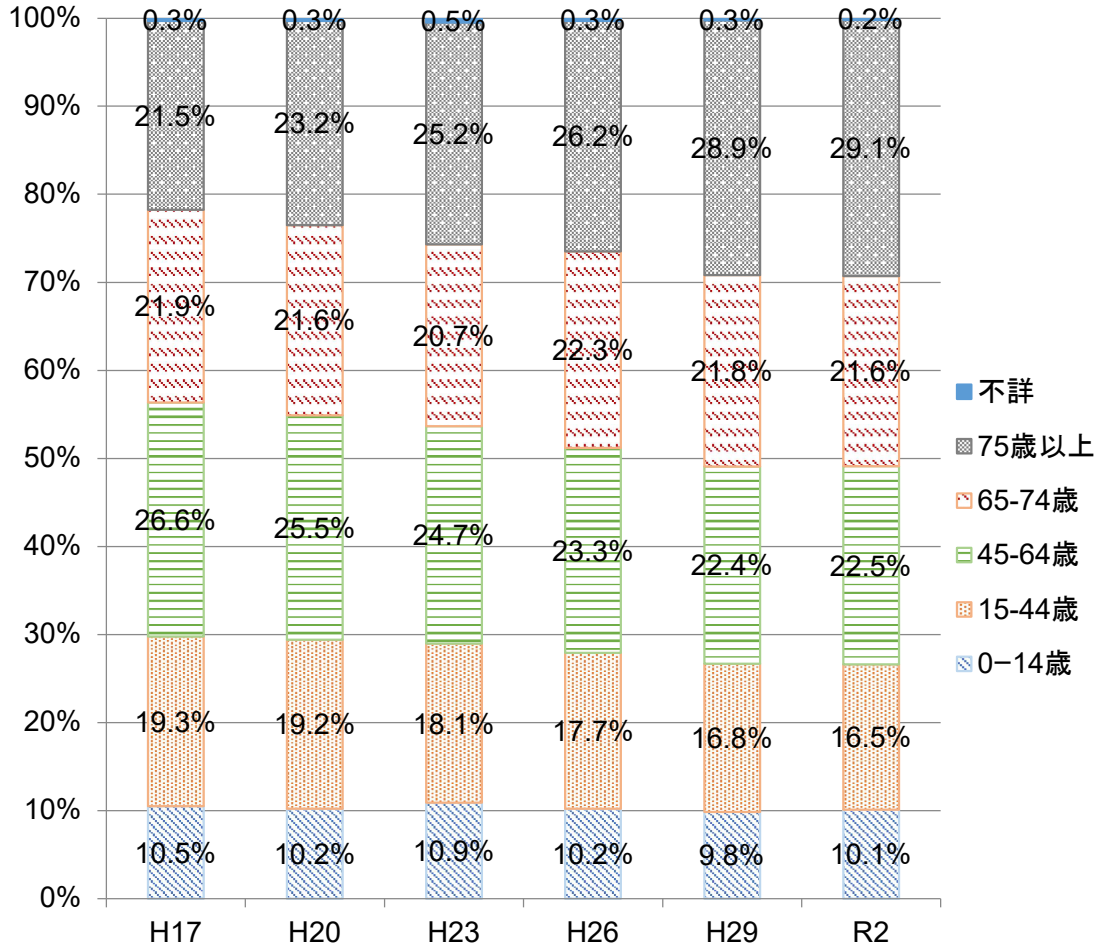
推計外来患者の年齢階級別の推移

○　推計外来患者の75歳以上の患者の割合は増加傾向である。

年齢階級別推計外来患者数の推移



推計外来患者数の年齢階級別割合の推移



※推計外来患者数とは、調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した外来患者（往診、訪問診療を含む）の推計数である。

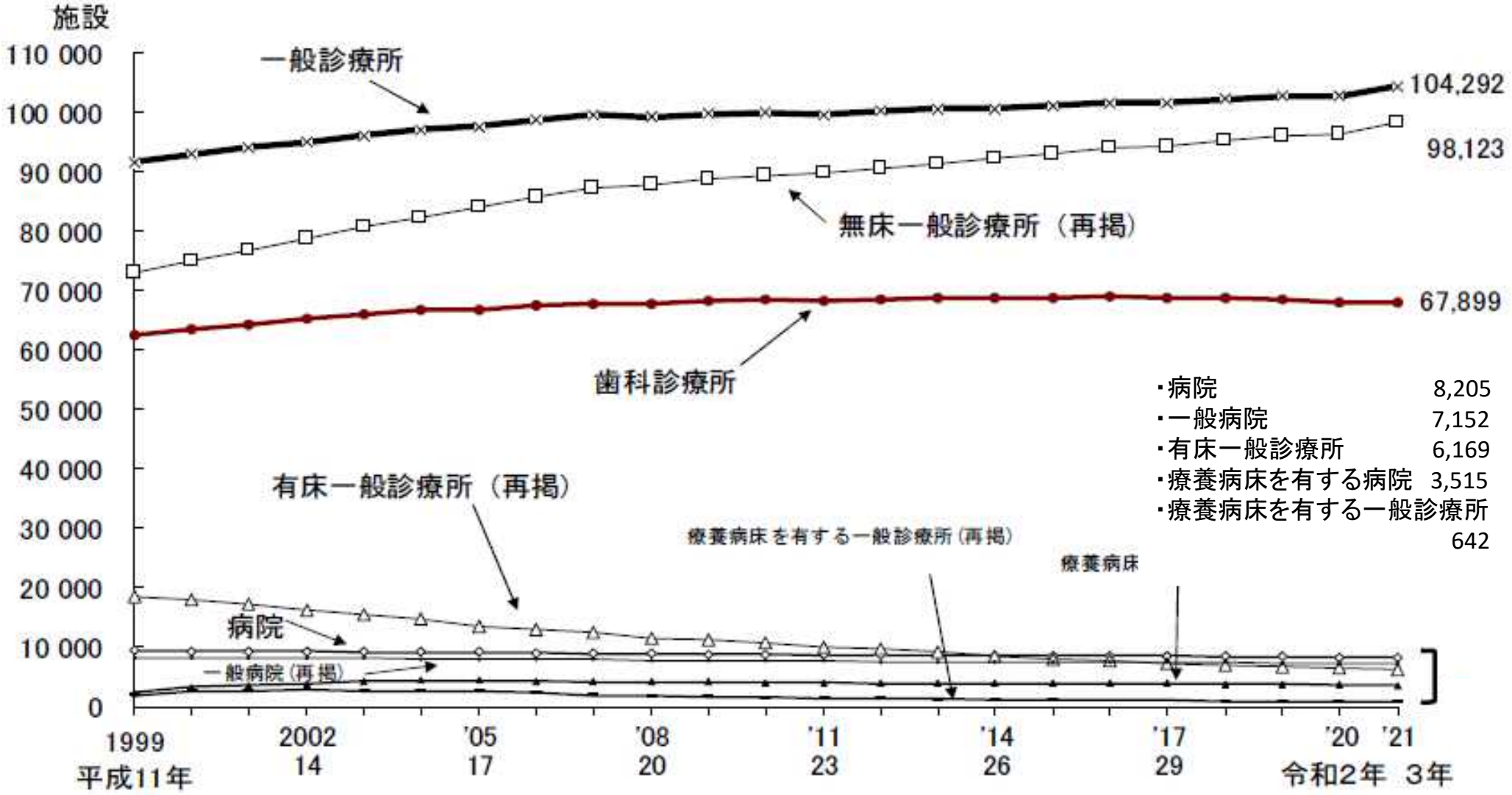
761

出典：患者調査

医療施設数の年次推移

中医協　総－８
５．６．２１

○　医療施設数の年次推移は、無床一般診療所は増加傾向、有床一般診療所は減少傾向である。
○　一般診療所の総数は近年増加傾向にある。



出典：医療施設調査（各年10月１日時点）

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和５年法律第31号）の概要

令和５年9月29日 | 第102回社会保障審議会医療部会 | 資料１

改正の趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

改正の概要

１．こども・子育て支援の拡充【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。
（※）42万円→50万円に令和５年４月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。
② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

２．高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し【健保法、高確法】

① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直す。
② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。
健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

３．医療保険制度の基盤強化等【健保法、船保法、国保法、高確法等】

① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。
② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（６年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

４．医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法、介護保険法、高確法等】

① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長(令和５年９月末→令和８年12月末)等を行う。

等

施行期日

令和６年４月１日（ただし、３①の一部及び４⑤は公布日、４③の一部は令和５年８月１日、１②は令和６年１月１日、３①の一部及び４①は令和７年４月１日、４③の一部は公布後３年以内に政令で定める日、４②は公布後４年以内に政令で定める日）

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

令和５年9月29日 | 第102回社会保障審議会医療部会 | 資料１

趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に取り組まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
  - 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
  - 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

概要

（１）医療機能情報提供制度の刷新（令和６年４月施行）

- かかりつけ医機能（「 身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

（２）かかりつけ医機能報告の創設（令和７年４月施行）

- 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的実施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

（３）患者に対する説明（令和７年４月施行）

- 都道府県知事による（２）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

医療機能情報提供制度の刷新

令和５年9月29日 | 第102回社会保障審議会医療部会 | 資料１

➢ 国民・患者が、**かかりつけ医機能その他の医療提供施設の機能を十分に理解した上で**、自ら適切に医療機関を選択できるよう、「医療機能情報提供制度」（※）の充実・強化を図る。

（※）医療機能情報提供制度は、国民・患者による医療機関の適切な選択を支援するため、医療機関に対し、医療機能に関する情報（診療科目、診療日、診療時間、対応可能な治療内容等）について都道府県知事への報告を義務づけ、それを都道府県知事が公表する制度。

【見直しのポイント】

①　医療機能情報提供制度について、**かかりつけ医機能その他の医療提供施設の機能の理解に基づく、国民・患者の医療機関の適切な選択に資する**という制度趣旨を明確化

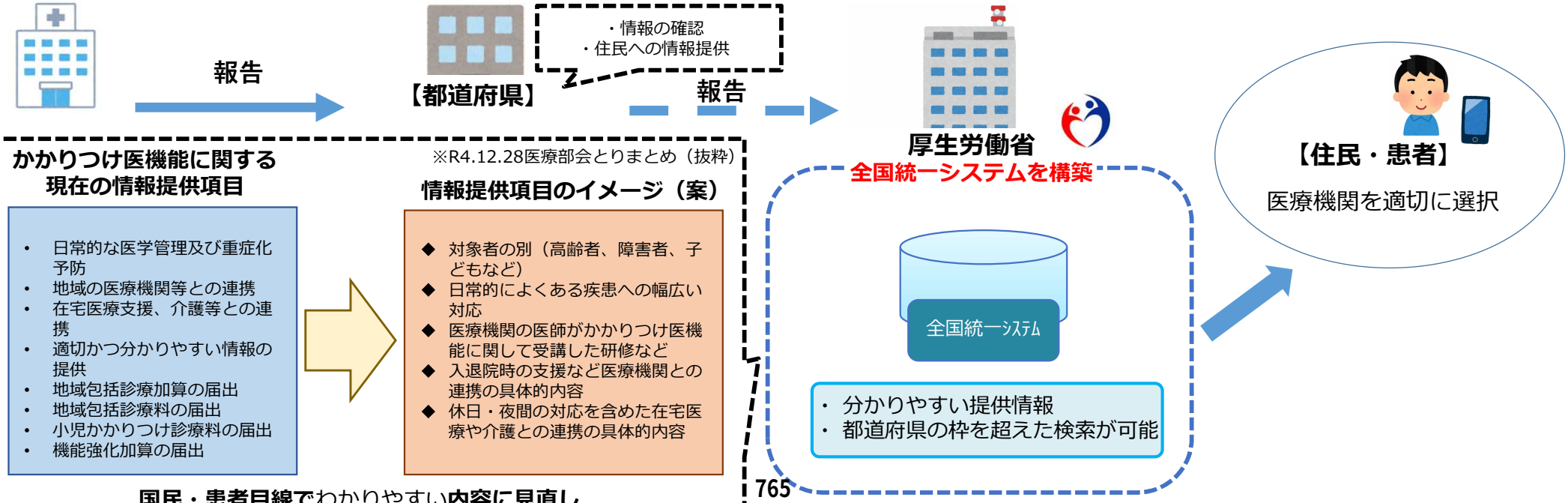
＜かかりつけ医機能＞

身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能を「かかりつけ医機能」と定義

②　全国の情報を一元化・標準化した**全国統一システムを構築**し、より検索性が高くわかりやすい情報を提供

③　国民・患者へのわかりやすい情報提供ができるよう、**情報提供項目を見直す**（厚生労働省令）

（具体的な項目の内容については、今後、有識者等の参画を得て検討。）



かかりつけ医機能報告の創設

令和５年9月29日 | 第102回社会保障審議会医療部会 | 資料１

➢ **慢性疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する者に対するかかりつけ医機能を地域で確保・強化するための仕組みを整備する。**

➢ **慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告**を行う。（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討。）

【報告対象となる医療機関】

○　地域におけるかかりつけ医機能を確保するために必要な**病院又は診療所**として厚生労働省令で定めるもの

※ 無床診療所を含む。（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討。）

【報告事項】

○　かかりつけ医機能のうち、以下の機能の有無及びその内容（詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討）

①：継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の**日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能**（厚生労働省令で定めるものに限る）

②：①を有する場合は、⑴**通常の診療時間外の診療**、⑵**入退院時の支援**、⑶**在宅医療の提供**、⑷**介護サービス等と連携した医療提供**、⑸**その他厚生労働省令で定める機能**（⑴～⑷は厚生労働省令で定めるものに限る）

・連携して②の機能を確保している場合は連携医療機関の名称及びその連携の内容

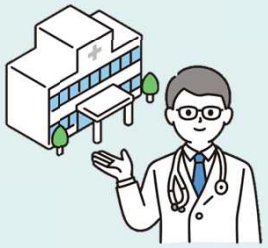
➢ 都道府県知事は、②の機能を有する報告をした**医療機関がその機能の確保に係る体制**として厚生労働省令で定める要件に該当するもの**を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告する**とともに、厚生労働省令で定めるところにより**公表**する。

➢ 都道府県知事は、**医療関係者や医療保険者などが参加する外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表**する。

かかりつけ医機能報告の流れ

かかりつけ医機能報告概要

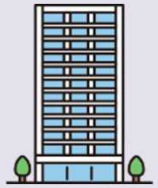
〇慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
〇都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表。
〇都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



かかりつけ医機能報告
対象医療機関

① かかりつけ医機能の報告

◆継続的な医療を要する者に対するかかりつけ医機能の有無・内容
（第30条の18の４第１項）
＜報告項目イメージ＞
1：日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能
2：1を有する場合、
(1)時間外診療、(2)入退院支援、(3)在宅医療、(4)介護等との連携、(5)その他厚生労働省令で定める機能



都道府県

② 報告の内容
（第30条の18の４第７項）

③ 都道府県の確認

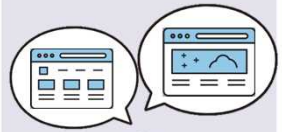
④確認結果

公表

（第30条の18の４第３項、第５項）

2(1)～(4)等の機能の確保に係る体制を確認(※)。
（第30条の18の４第２項）
・体制に変更があった場合は、再度報告・確認
（第30条の18の４第４項）

⑤確認結果の報告







外来医療に関する地域の協議の場

⑥ 地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討 （第30条の18の５）

具体的方策の例
◆地域で不足する機能を担うための研修や支援の企画・実施
◆地域の医療機関に地域で不足する機能を担うよう働きかけ
◆地域の医療機関間の連携の強化　など

※介護等に関する事項を協議する場合には、市町村の参加を求め、介護等に関する各種計画の内容を考慮。
※高齢者保健事業や地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の状況に留意。

⑦協議結果

公表

※医療機関の報告内容について、実際には体制を有していないことが明らかになった場合は、その機能については都道府県による公表の対象外
医療機関の報告懈怠・虚偽報告等の場合は報告・是正の命令等（第30条の18の４第６項等）

患者に対する説明について

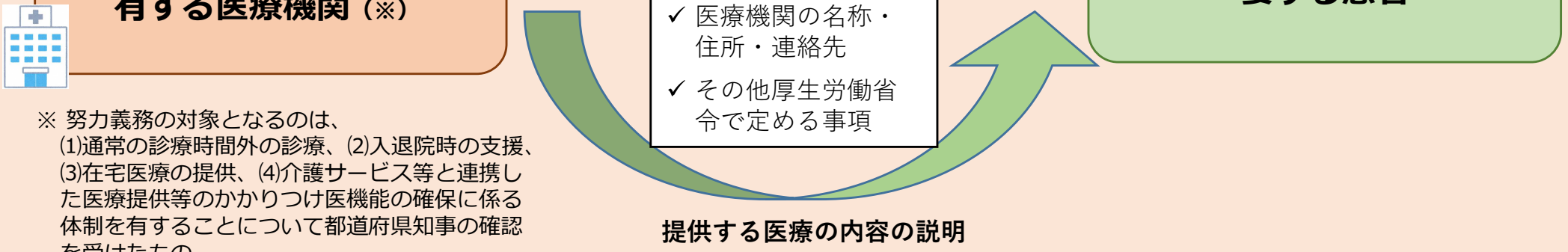
令和５年9月29日 | 第102回社会保障審議会医療部会 | 資料１

➢ かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することについて都道府県知事の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者等に在宅医療を提供する場合その他外来医療を提供するに当たって説明が特に必要な場合として厚生労働省令で定める場合であって、患者等から求めがあったときは、正当な理由がある場合を除き、疾患名、治療計画等について適切な説明が行われるよう努めなければならない。（努力義務）

※ 説明は電磁的方法その他の厚生労働省令で定める方法により行う

- 対象医療機関：かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することについて、都道府県知事の確認を受けた医療機関
- 対象患者　　：慢性疾患を有する高齢者等の継続的な医療を要する患者
- 対象となる場合：在宅医療を提供する場合その他外来医療を提供するに当たって説明が特に必要な場合で、患者やその家族から求めがあったとき

※ 医療機関は正当な理由がある場合は説明を拒むことができる



※ 努力義務の対象となるのは、
⑴通常の診療時間外の診療、⑵入退院時の支援、⑶在宅医療の提供、⑷介護サービス等と連携した医療提供等のかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することについて都道府県知事の確認を受けたもの

※ 説明の具体的な内容等は、今後、有識者等の参画を得て検討。

768

かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に向けた基本的な考え方（案）

○　複数の慢性疾患、認知症、医療･介護の複合ニーズ等をかかえる高齢者が増加する一方、医療従事者のマンパワーの制約があり、医療従事者の働き方改革を推進する中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携して、効率的に質の高い医療を提供し、フリーアクセスのもと、必要なときに必要な医療を受けられる体制を確保することが重要ではないか。

○　このため、かかりつけ医機能報告及び医療機能情報提供制度により、

- 「かかりつけ医機能を有する医療機関」及び当該医療機関のかかりつけ医機能の内容について、国民・患者に情報提供し、明確化することによって、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資することが重要ではないか。
- また、「かかりつけ医機能を有する医療機関」及び当該医療機関のかかりつけ医機能の内容や今後担う意向について、地域の協議の場に報告し、地域での確保状況を確認して、地域で不足する機能を確保する方策（プライマリケア研修や在宅医療研修等の充実、夜間・休日対応の調整、在宅患者の24時間対応の調整、後方支援病床の確保、地域の退院ルール等の調整、地域医療連携推進法人制度の活用等）を検討・実施することによって、地域医療の質の向上を図ることが重要ではないか。
- その際、地域性を踏まえた多様な「かかりつけ医機能を有する医療機関」のモデルの提示を行い、地域で不足する機能の確保のため、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促すことが重要ではないか。

○　「地域における協議の場」でのかかりつけ医機能に関する協議について、特に在宅医療や介護連携等の協議に当たって、市町村単位や日常生活圏域単位での協議や市町村の積極的な関与・役割が重要ではないか。

○　かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備として、かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修を充実して、患者の生活背景等も踏まえて幅広い診療領域の全人的な診療を行う医師の増加を促していくことが重要ではないか。

○　地域におけるかかりつけ医機能の実装に向けて、在宅医療・介護連携推進事業による相談支援や在宅医療研修等の取組、地域医療連携推進法人等による病院や診療所等の連携確保、複数医師による診療所、複数診療所でのグループ診療等の推進、都道府県・市町村職員の研修等を充実していくことが重要ではないか。また、医療DXによる医療機関間の情報共有基盤の整備等に取り組むことが重要ではないか。

769

（４）在宅医療

在宅医療の体制について

○在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載する。
○国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～　「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ　～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能

①退院支援
○入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

②日常の療養支援
○多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
○緩和ケアの提供
○家族への支援

④看取り
○住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

③急変時の対応
○　在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

・病院、診療所（歯科含む）　・薬局
・訪問看護事業所　・居宅介護支援事業所
・地域包括支援センター
・短期入所サービス提供施設
・相談支援事業所　等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

○①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
・他医療機関の支援
・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

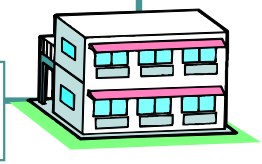
・在宅療養支援診療所
・在宅療養支援病院　等



在宅医療に必要な連携を担う拠点

○①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
・地域の関係者による協議の場の開催
・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
・関係機関の連携体制の構築　等

・市町村　・保健所
・医師会等関係団体　等



771

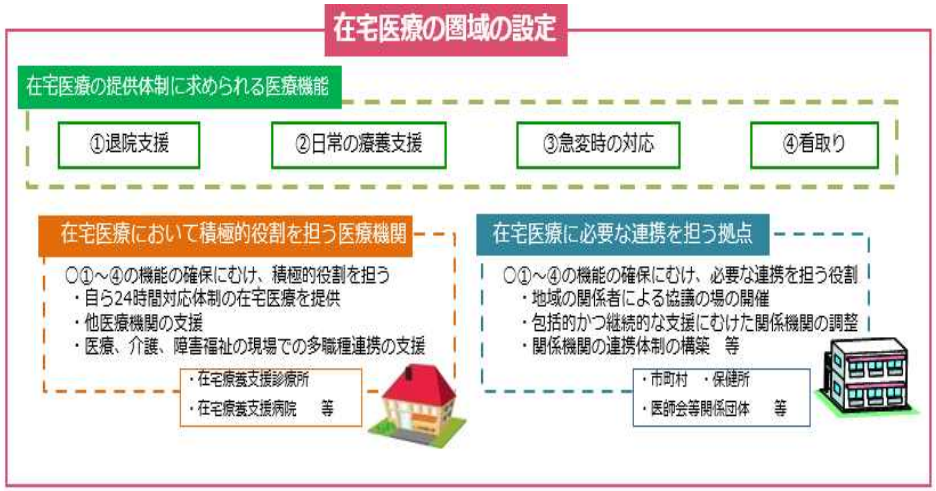
【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和５年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和５年６月29日一部改正））

在宅医療の体制（第８次医療計画の見直しのポイント）

概　　要

- 今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備を進める。「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定する。
- 在宅療養患者の急変時に適切に対応するための情報共有や連携を進める。また、看取りに際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を進める。平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進め、災害時における業務継続計画(BCP)の策定を推進する。
- 医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示による、在宅療養患者への医療・ケアの提供を進める。在宅医療における各職種の機能・役割について明確にする。

在宅医療の提供体制



◆ 国は、都道府県に対し、訪問診療及び訪問看護の必要量の推計等を提供する。都道府県は、国から提供を受けたデータを踏まえ、在宅介護の提供体制も勘案しながら在宅医療の体制整備を進める。

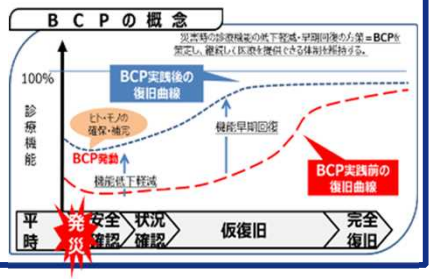
◆ 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について、それぞれが担うべき機能や役割を整理する。

◆ 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進める。

急変時・看取り、災害時等における整備体制

◆ 在宅医療における急変時対応に関係する機関として消防機関や後方支援を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療の協議の場への参加を促す。

◆ 災害時においては、各関係機関での連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、業務継続計画(BCP)の策定を推進する。



在宅医療における各職種の関わり

◆ 訪問看護について、退院に向けた医療機関との共同指導、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備や、事業所間の連携、業務効率化等について取組を進める。

◆ 歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携の体制構築を進めるとともに、歯科衛生士の機能・役割や訪問歯科診療への関わりについて明確化する。

◆ 多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等の観点から、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図り、麻薬や無菌製剤の調剤、小児在宅、24時間対応が可能な薬局の整備を進め、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築する。

◆ 在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点からリハビリテーション提供体制の整備は重要であり、その機能・役割について明確化する。

◆ 在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や栄養ケア・ステーション等の活用も含めた訪問栄養食事指導の体制整備が重要であり、その機能・役割について明確化する。

772

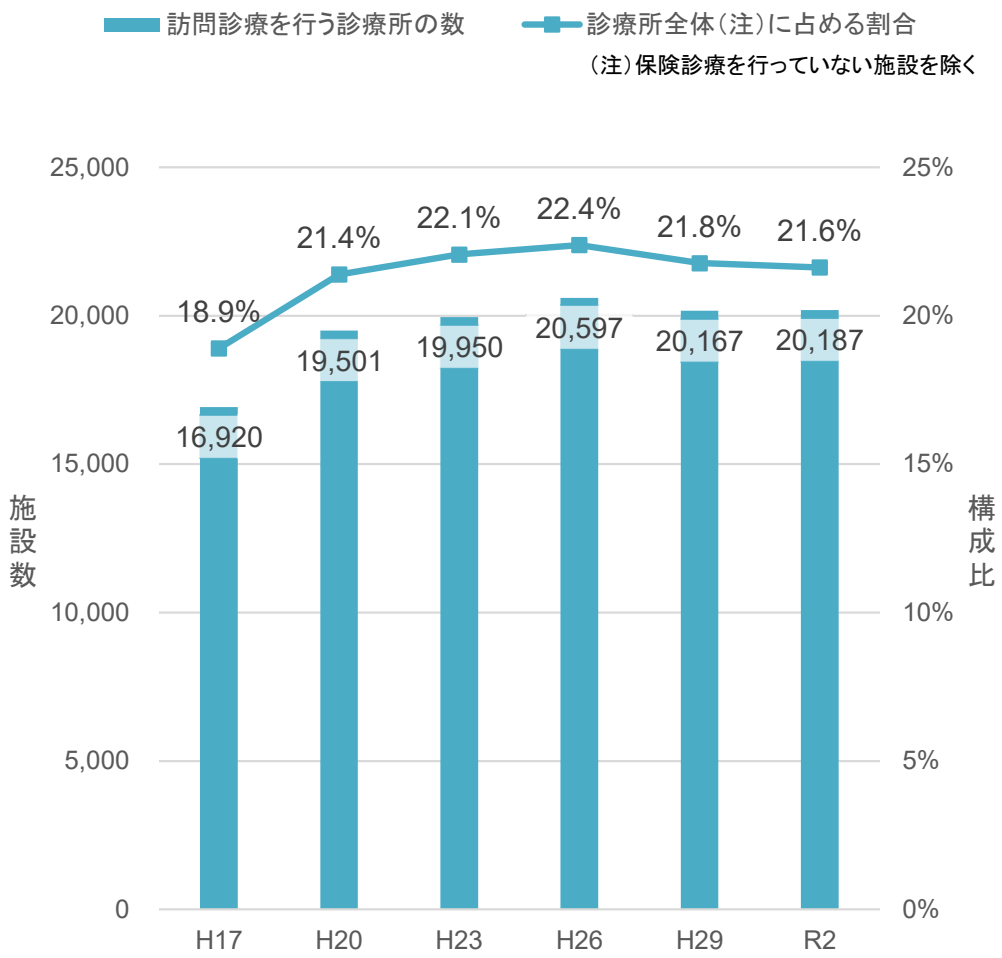
在宅医療の提供体制

○　訪問診療に対応する医療機関の数は、令和2年時点では診療所では全体の約22%、病院では平成26年以降増加に転じ、全体の約36%であった。

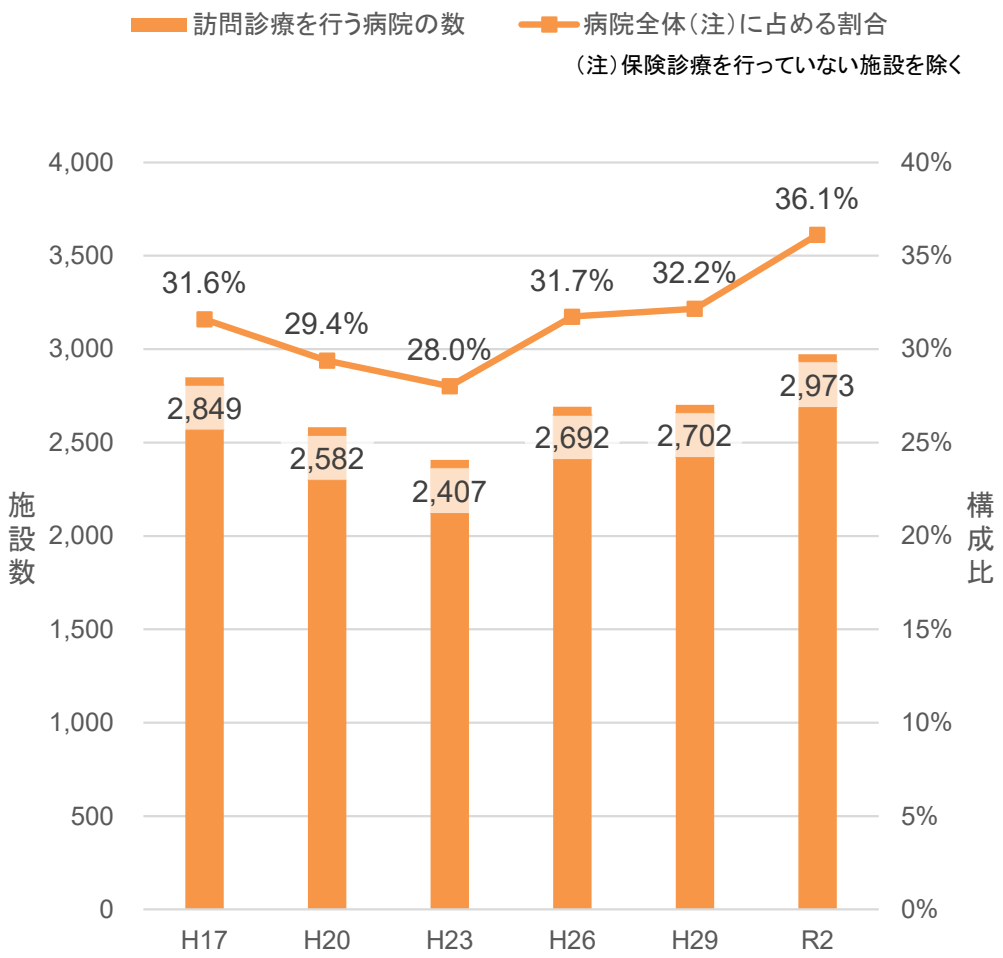
訪問診療を行う医療機関数の推移

訪問診療：患者宅に計画的、定期的に訪問し、診療を行うもの
往診　：患者の要請に応じ、都度、患者宅を訪問し、診療を行うもの

診療所



病院



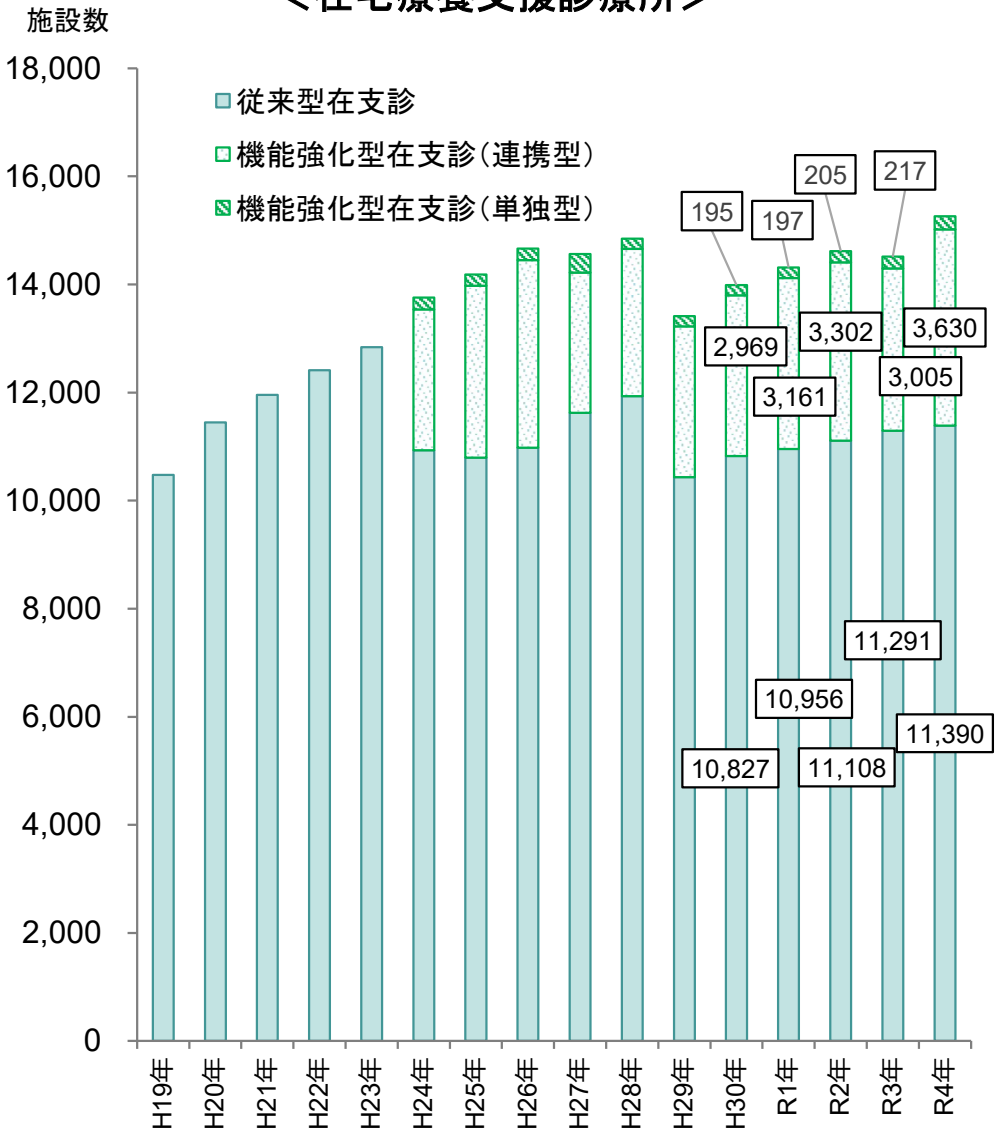
773

出典：医療施設調査（厚生労働省）

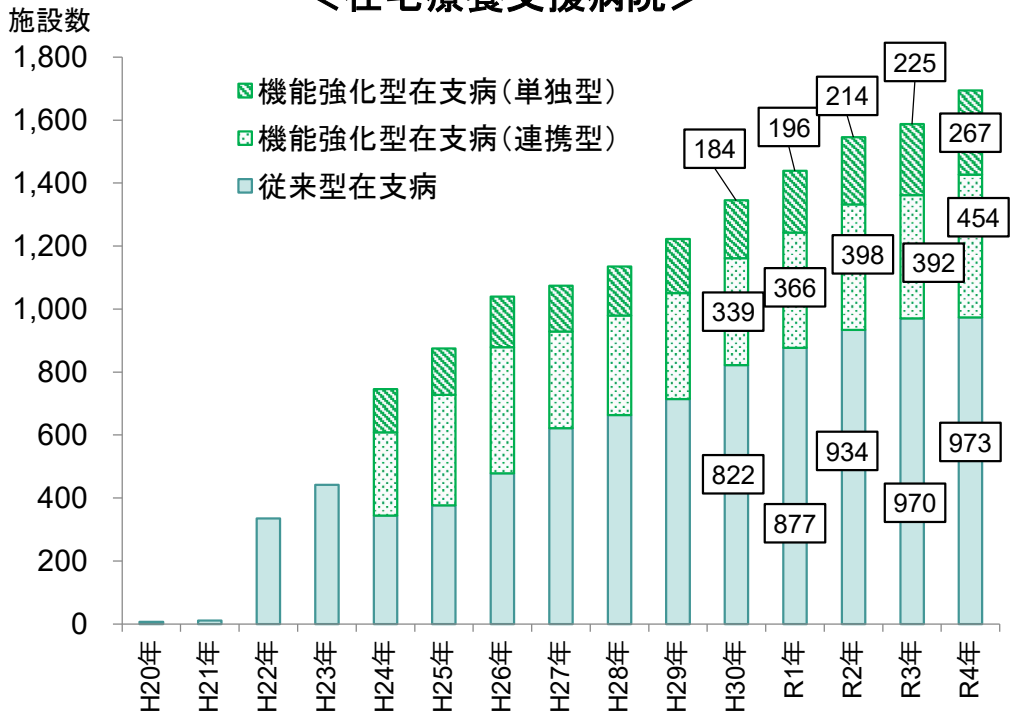
在宅療養支援診療所等の届出数

○ 在宅療養支援病院の届出は、近年増加傾向である。
○ 在宅療養支援診療所の届出は、近年横ばい傾向であったが、令和4年は増加している。

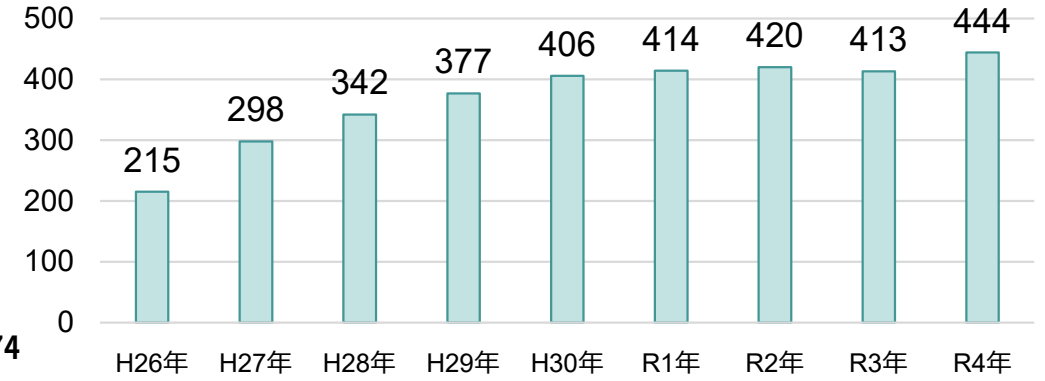
＜在宅療養支援診療所＞



＜在宅療養支援病院＞



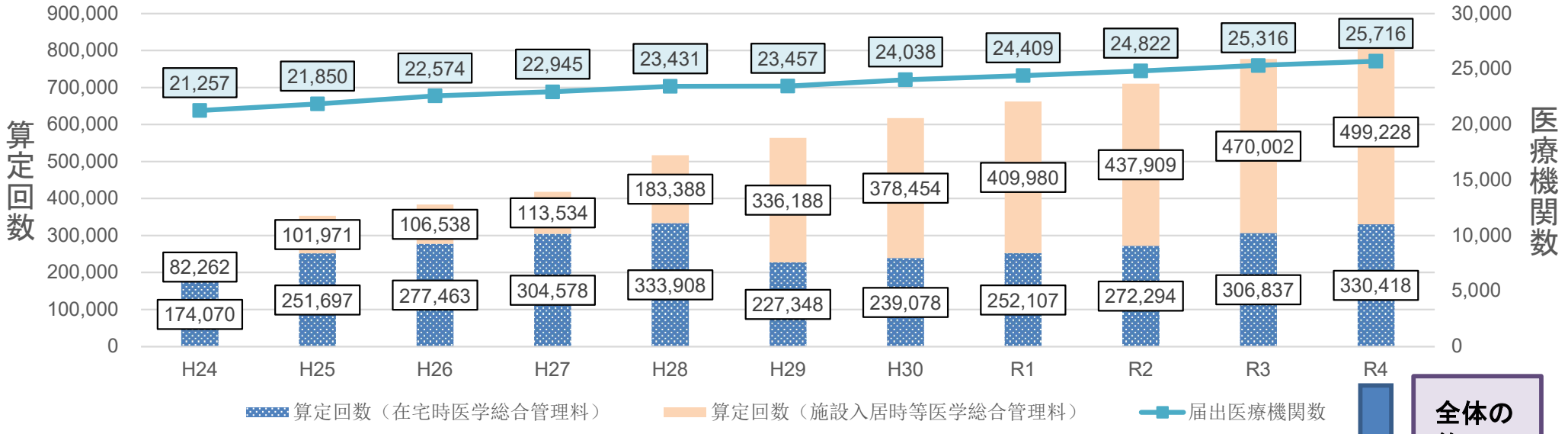
＜在宅療養後方支援病院＞※平成26年新設



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

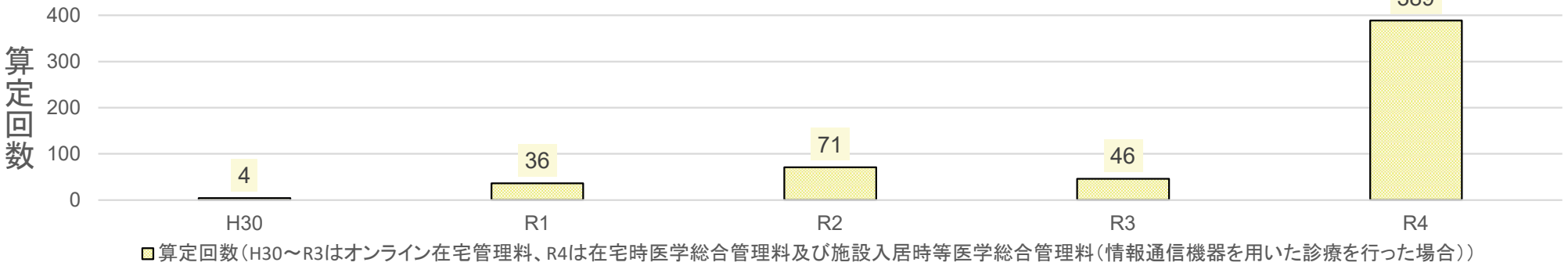
在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の算定状況

○　在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料について、届出医療機関数及び算定回数は増加傾向である。
○　情報通信機器を用いた診療を行った在宅時医学総合管理料および施設入居時等医学総合管理料について、令和4年5月時点における算定回数は全体の約0.05%である。



全体の約0.05%

情報通信機器を用いた診療を行った在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の算定回数



出典：算定回数については社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）
※診療所について：平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査
届出医療機関数については保険局医療課調べ（各年7月1日時点）
情報通信機器情報通信機器を組み合わせて実施した在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の算定状況については
令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査及びNDBデータより

（５）医療・介護連携

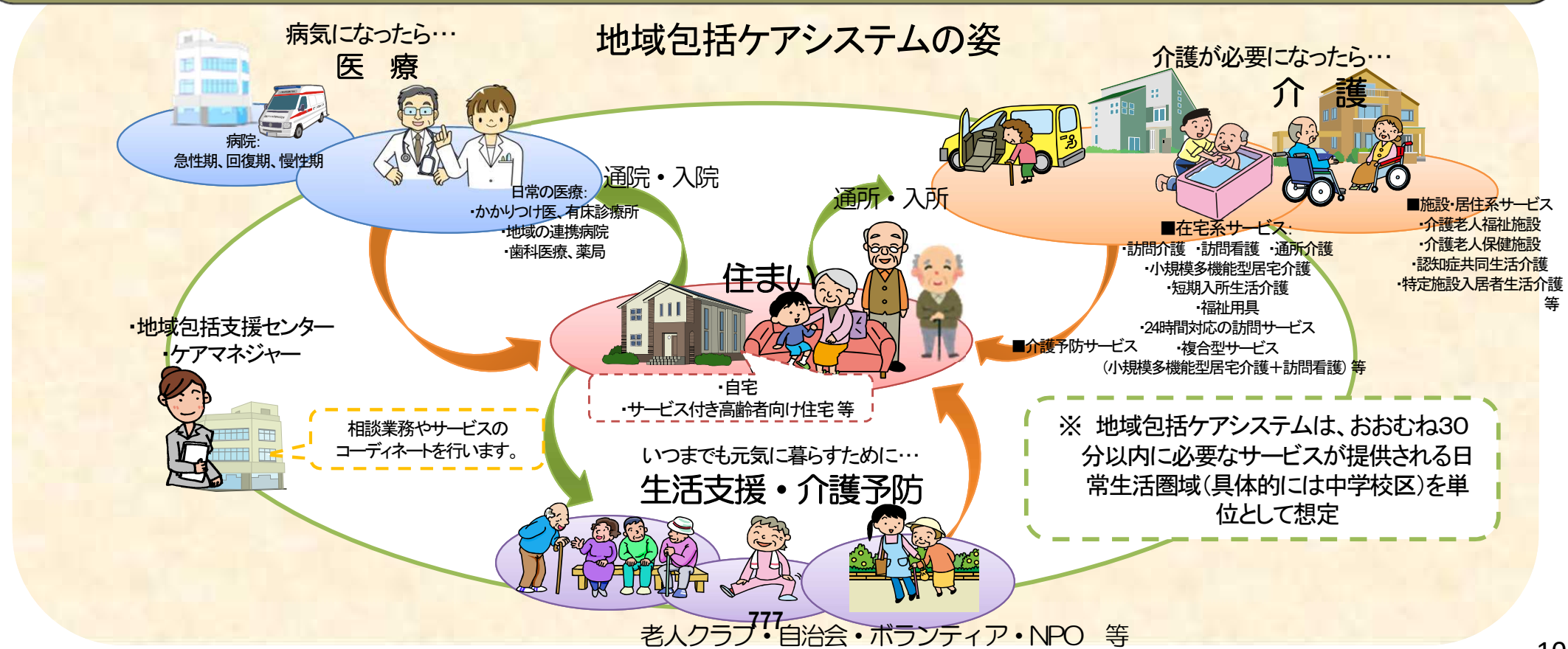
地域包括ケアシステムの構築について

○　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。



介護保険三施設における入所者・退所者の状況

（退所者数：8,018人）

	100.0%
家庭	32.0%
介護老人福祉施設	4.9%
その他の社会福祉施設	5.6%
介護老人保健施設	16.6%
介護医療院	
医療機関	22.8%
その他	5.3%
不詳	12.8%

入所 → 介護老人福祉施設 → 退所

100.0%	
2.2%	家庭
1.9%	介護老人福祉施設
0.4%	その他の社会福祉施設
0.4%	介護老人保健施設
0.1%	介護医療院
23.7%	医療機関
69.0%	死亡　※
0.9%	その他
1.4%	不詳

平均在所日数：1177.2日(1284.5日)

※死亡の内訳として、施設内での死亡が65.1%,
入院先での死亡が34.9%

（退所者：23,106人）

	100.0%
家庭	33.6%
介護老人福祉施設	0.9%
その他の社会福祉施設	0.9%
介護老人保健施設	2.4%
介護医療医院	0.1%
医療機関	48.5%
その他	2.4%
不詳	11.2%

入所 → 介護老人保健施設 → 退所

100.0%	
36.3%	家庭
9.1%	介護老人福祉施設
3.2%	その他の社会福祉施設
1.7%	介護老人保健施設
0.1%	介護医療院
33.3%	医療機関
10.6%	死亡 ※
5.0%	その他
0.8%	不詳

平均在所日数　309.7日(299.9日)

※死亡の内訳として、施設内での死亡が92.9%,
入院先での死亡が7.1%

（退所者：1,184人）

	100.0%
家庭	8.2%
介護老人福祉施設	0.4%
その他の社会福祉施設	0.4%
介護老人保健施設	6.5%
介護医療院	
医療機関	74.2%
その他	5.6%
不詳	4.7%

入所 → 介護医療院 → 退院

100.0%	
7.8%	家庭
3.9%	介護老人福祉施設
1.7%	その他の社会福祉施設
9.9%	介護老人保健施設
	介護医療院
19.8%	医療機関
52.2%	死亡 ※
4.3%	その他
0.4%	不詳

平均在所日数　189.1日

※死亡の内訳として、施設内での死亡が100%

出典：令和元年介護サービス施設・事業所調査結果

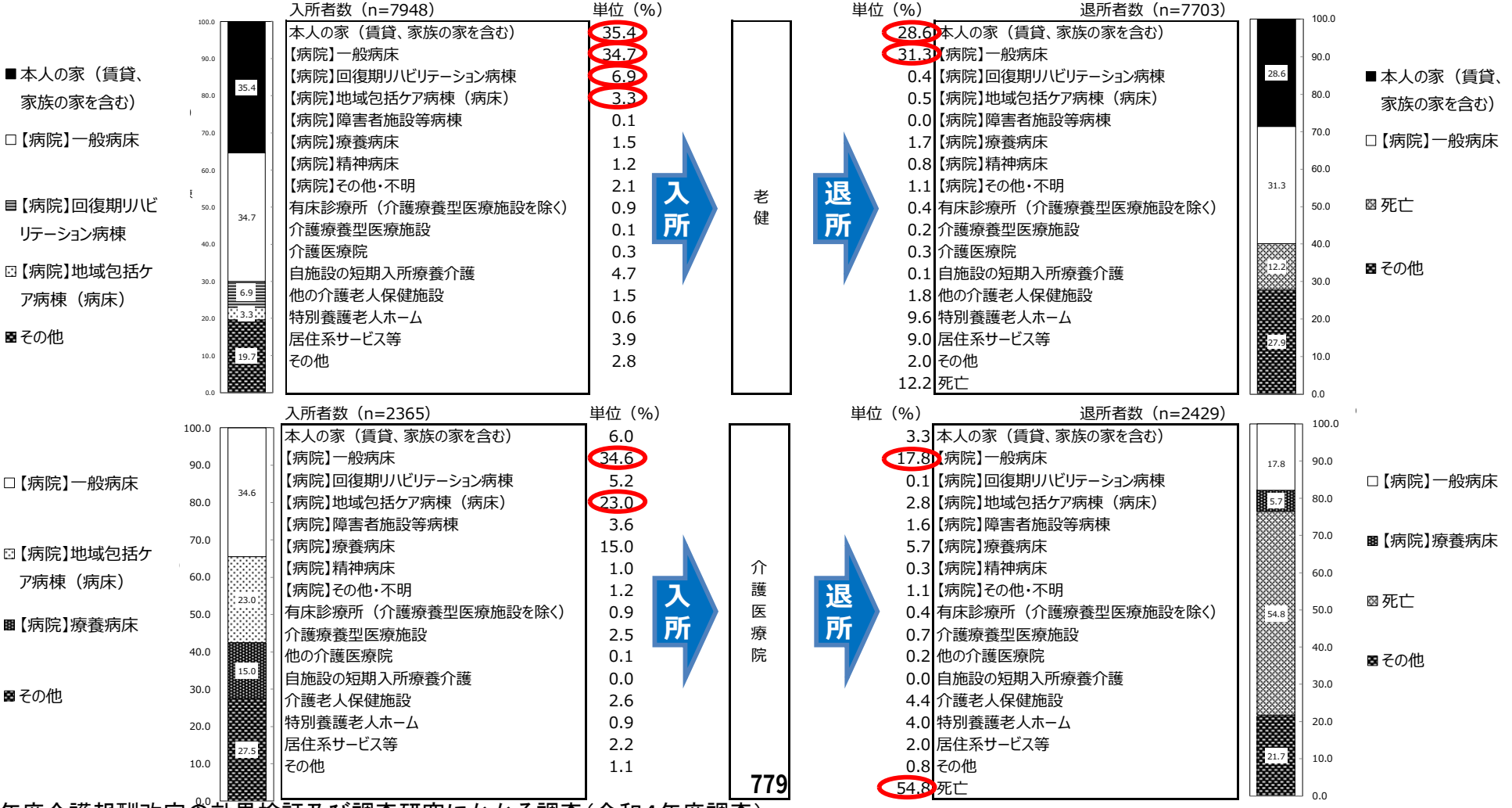
介護保険施設における入所者・退所者の状況

【入所前の居場所、退所後の居場所（介護老人保健施設票問17、介護医療院票問17）】

○ 老健では、入所前の居場所として「本人の家（賃貸、家族の家を含む）」が35.4%、「一般病床」が34.7%、「回復期リハビリテーション病棟」が6.9%、地域包括ケア病棟（病床）が3.3%、退所後の居場所として「一般病床」が31.3%、「本人の家（賃貸、家族の家を含む）」が28.6%であった。

○ 介護医療院では、入所前の居場所として「一般病床」が34.6%、「地域包括ケア病棟（病床）」が23.0%、退所後の居場所として「死亡」が54.8%、「一般病床」が17.8%であった。

図表13 入所前の居場所、退所後の居場所（老健、介護医療院） 注） 令和４年６月～８月までの新規入所者及び退所者数を集計



令和3年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究にかかる調査（令和4年度調査）

介護保険施設における入所者・退所者の状況

【入所前の居場所、退所後の居場所（介護老人福祉施設票問14、介護療養型医療施設票問17）】
○ 特養では、入所前の居場所として、「本人の家（賃貸、家族の家を含む）」が35.0%、「介護老人保健施設」が17.8%、「一般病床」が13.7%、退所後の居場所として「死亡」が72.7% 、「一般病床」が12.2%であった。
○ 介護療養型医療施設では、入所前の居場所として、「一般病床」が51.7%、「本人の家（賃貸、家族の家を含む）」が8.7%、退所後の居場所として「死亡」が49.0%、「一般病床」が15.6%であった。

図表14 入所前の居場所、退所後の居場所（特養、介護療養型医療施設） 注） 令和４年６月～８月までの新規入所者及び退所者数を集計



介護老人保健施設の概要

（定義）
介護老人保健施設とは、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設。
（介護保険法第8条第28項）

（基本方針）
第一条の二　介護老人保健施設は、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものでなければならない。

（介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号））

〇在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となる施設
〇リハビリテーションを提供する機能維持・改善の役割を担う施設

介護医療院の概要

（定義）
介護医療院とは、要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設。
（介護保険法第8条第29項）

（基本方針）
第二条　介護医療院は、長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことにより、その者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。

（介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成30年厚生省令第５号））

○医療の必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設

介護医療院
782

介護保険施設の比較

			介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護医療院
基本的性格			要介護高齢者のための**生活施設** ※27年度より新規入所者は原則要介護3以上	要介護高齢者にリハビリ等を提供し**在宅復帰を目指し在宅療養支援を行う施設**	要介護高齢者の**長期療養・生活施設**
定義			老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホームであって、当該特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設	要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設	要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設
主な設置主体※1			社会福祉法人（約95%）	医療法人（約76%）	医療法人（約89%）
施設数※2			10,982 件	4,192 件	803件
利用者数※2			644,700 人	351,200人	46,100人
居室面積・定員数	従来型	面積／人	10.65㎡以上	8㎡以上	8㎡以上
		定員数	原則個室	4人以下	4人以下
	ユニット型	面積／人	10.65㎡以上		
		定員数	原則個室		
「多床室」の割合※3			19.7%	53.3%	71.9%
平均在所（院）日数※4			1,177日	310日	189日
低所得者の割合※4			68.6%	52.5%	50.1%
医師の配置基準			必要数（非常勤可）	1以上 ／ 100:1以上	Ⅰ型：3以上 ／ 48:1以上 Ⅱ型：1以上 ／100:1以上
医療法上の位置づけ			居宅等	医療提供施設	医療提供施設

※１ 介護サービス施設・事業所調査（令和３年）より　※２ 介護給付費等実態統計（令和５年11月審査分）より　※３ 介護サービス施設・事業所調査（令和３年）より（数値はすべての居室のうち２人以上の居室の占める割合）
※４は介護サービス施設・事業所調査（令和元年）より　※２及び※３の介護老人福祉施設の数値については地域密着型含む。

在宅医療・介護連携の推進

○　**医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。**

（※）在宅療養を支える関係機関の例

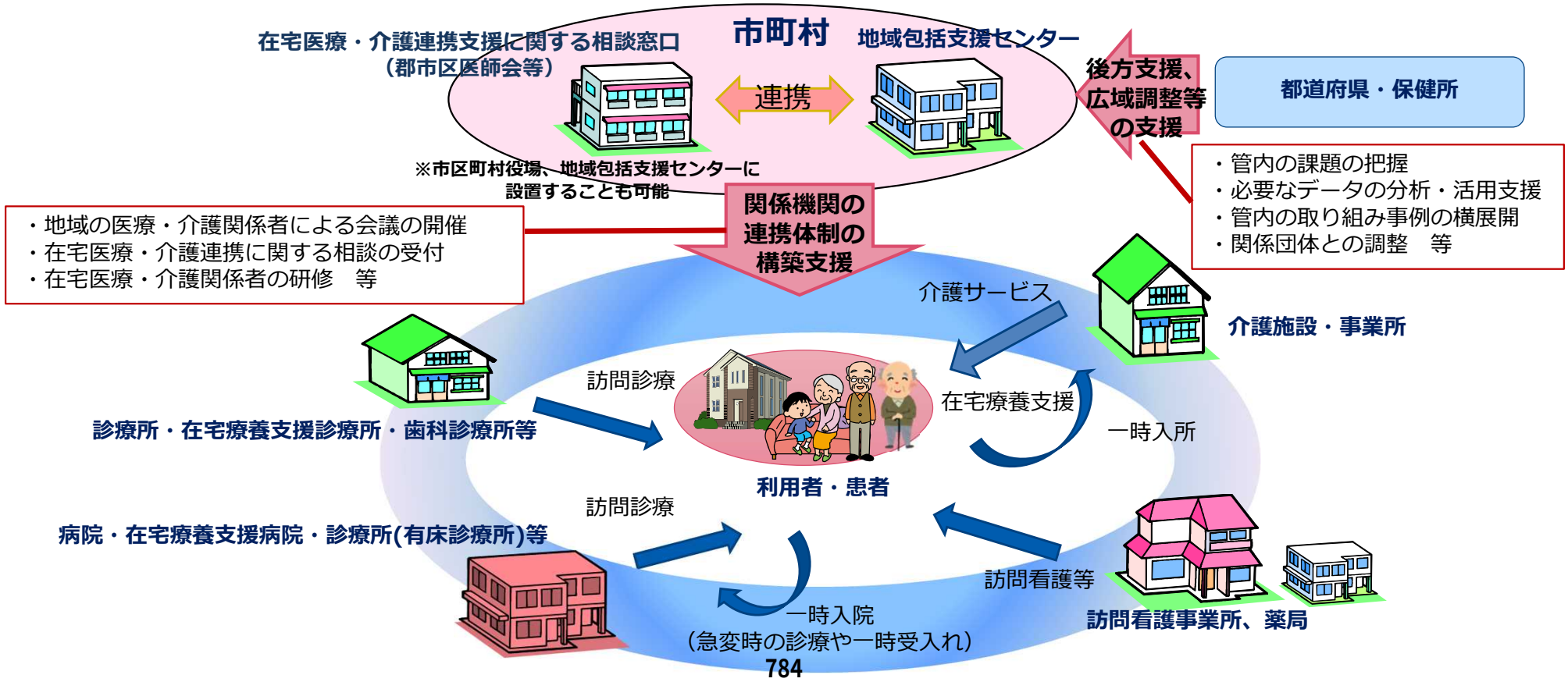
・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等　（定期的な訪問診療等の実施）

・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等　（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）

・訪問看護事業所、薬局　（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）

・介護施設・事業所　（入浴、排せつ、食事等の介護、リハビリテーション、在宅復帰、在宅療養支援等の実施）

○　**このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。**



在宅医療・介護連携推進事業

○　在宅医療・介護連携の推進については、平成23年度から医政局施策として実施。一定の成果を得られたことを踏まえ、平成26年介護保険法改正により、市町村が実施主体である地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、平成27年度から順次、市町村において本事業を開始。

○　平成29年介護保険法改正において、都道府県による市町村支援の役割を明確化。平成30年4月以降、全ての市町村において本事業を実施。

○　令和２年介護保険法改正において、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制を構築するため、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつPDCAサイクルに沿った取組を継続的に行うことによって目指す姿の実現がなされるよう、省令や「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」等を見直し。

切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築
（看取りや認知症への対応を強化）

地域のめざすべき姿

第８期介護保険事業計画期間からの
在宅医療介護連携推進事業の在り方図

Act 改善

Plan 計画

現状分析・課題抽出・施策立案

- ■　地域の社会資源（医療機関、介護事業所の機能等）や、在宅医療や介護サービスの利用者の情報把握
- ■　将来の人口動態、地域特性に応じたニーズの推計（在宅医療など）
- ■　情報を整理しリストやマップ等必要な媒体を選択して共有・活用

※企画立案時からの医師会等関係機関との協働が重要





Do 実行

医療関係者
（医師会等の関係団体
・訪問看護等の事業者など）

介護関係者
（居宅介護支援事業所など）

住　民

市町村

Check 評価

対応策の評価の実施

対応策の実施

○ 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- ■ コーディネーターの配置等による相談窓口の設置
- ■ 関係者の連携を支援する相談会の開催

○ 地域住民への普及啓発
- ■　地域住民等に対する講演会やシンポジウムの開催
- ■　周知資料やHP等の作成

＜地域の実情を踏まえた柔軟な実施が可能＞

○ 医療・介護関係者の情報共有の支援
- ■　在宅での看取りや入退院時等に活用できるような情報共有ツールの作成・活用

○ 医療・介護関係者の研修
- ■　多職種の協働・連携に関する研修の実施（地域ケア会議含む）
- ■　医療・介護に関する研修の実施

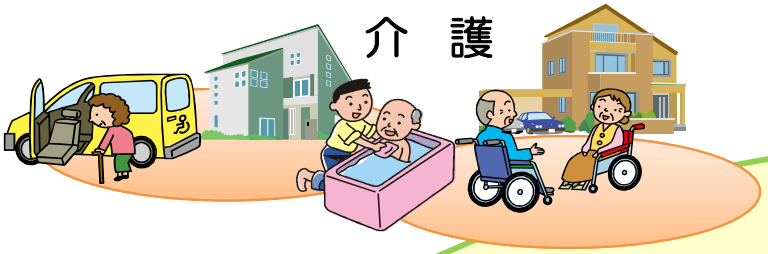
○上記の他、医療・介護関係者への支援に必要な取組

＜市町村における庁内連携＞　総合事業など他の地域支援事業との連携や、災害・救急時対応の検討

都道府県(保健所等)による支援　○ 在宅医療・介護連携推進のための技術的支援　○ 在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携
○ 地域医療構想・医療計画との整合

785

在宅医療と介護連携イメージ（在宅医療の４場面別にみた連携の推進）





日常の療養支援

・多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの在宅医療・介護の提供
・緩和ケアの提供
・家族への支援
・認知症ケアパスを活用した支援

入退院支援

・入院医療機関と在宅医療・介護に係る機関との協働・情報共有による入退院支援
・一体的でスムーズな医療・介護サービスの提供

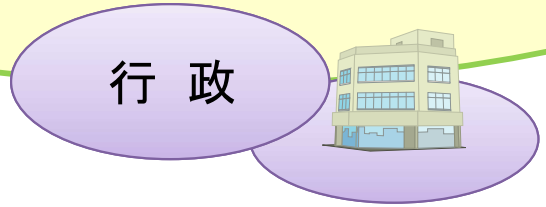


急変時の対応

・在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確認
・患者の急変時における救急との情報共有

看取り

・住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施
・人生の最終段階における意思決定支援



在宅医療・介護連携推進事業の促進に向けた役割分担のイメージ

国の取組み

①在宅医療・介護連携推進事業に関する計画作成の支援
- 在宅医療・介護連携推進事業の企画立案に関するノウハウ、マニュアルの提供

②都道府県、市町村による在宅医療・介護連携に関する現状分析のための支援
- 在宅医療・介護連携に関する現状や課題分析に必要なデータの収集及び課題抽出を容易にする形での提供（見える化）

③好事例の横展開
- 取組事例を収集し、様々な機会を活用して好事例の横展開を推進

都道府県の取組み

①在宅医療・介護連携推進のための技術的支援等
- 在宅医療・介護連携の推進のための情報発信・研修会の開催
- 他市町村の取組事例の横展開
- 必要なデータの分析・活用支援
- 市町村の実情に応じた資源や活動をコーディネートできる人材の育成
- 市町村で事業を総合的に進める人材の育成

②在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携
- 二次医療圏内にある市町村等及び二次医療圏をまたぐ広域連携が必要な事項について検討・支援
- 関係団体（都道府県医師会などの県単位の機関）との調整や、市町村が地域の関係団体と連携体制を構築する際の支援
- 入退院時における医療機関職員と介護支援専門員の連携等広域的な医療機関と地域の介護関係者との連携・調整

③地域医療構想の取組との連携や医療計画との整合について

市町村の取組み

在宅医療・介護連携推進事業のPDCAサイクルに沿った取組

①現状分析・課題抽出・施策立案
- 地域の医療・介護の資源の把握
- 在宅医療・介護連携の課題の抽出
- 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

②対応策の実施
- 在宅医療・介護関係者に関する相談支援
- 地域住民への普及啓発
- 加えて、地域の実情に応じて行う医療・介護関係者への支援

第８次医療計画における「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について

第８次医療計画へ向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、①退院支援、②日常療養支援、③急変時の対応、④看取りの在宅医療の４つの機能の整備に向け、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付けることとし、記載内容について整理した。また、在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携について記載した。

＜「在宅医療の体制構築に係る指針」＞

第２　医療体制の構築に必要な事項

２　各医療機能と連携

（６）　在宅医療に必要な連携を担う拠点

前記（１）から（４）までに掲げる目標の達成に向けて、地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として医療計画に位置付けること。

在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることが重要である。

また、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と、在宅医療に必要な連携を担う拠点とが同一となることも想定される。さらに障害福祉に係る相談支援の取組との整合性に留意し、事前に市町村と十分に協議することが重要である。

なお、前項の在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも可能である。

① 目標

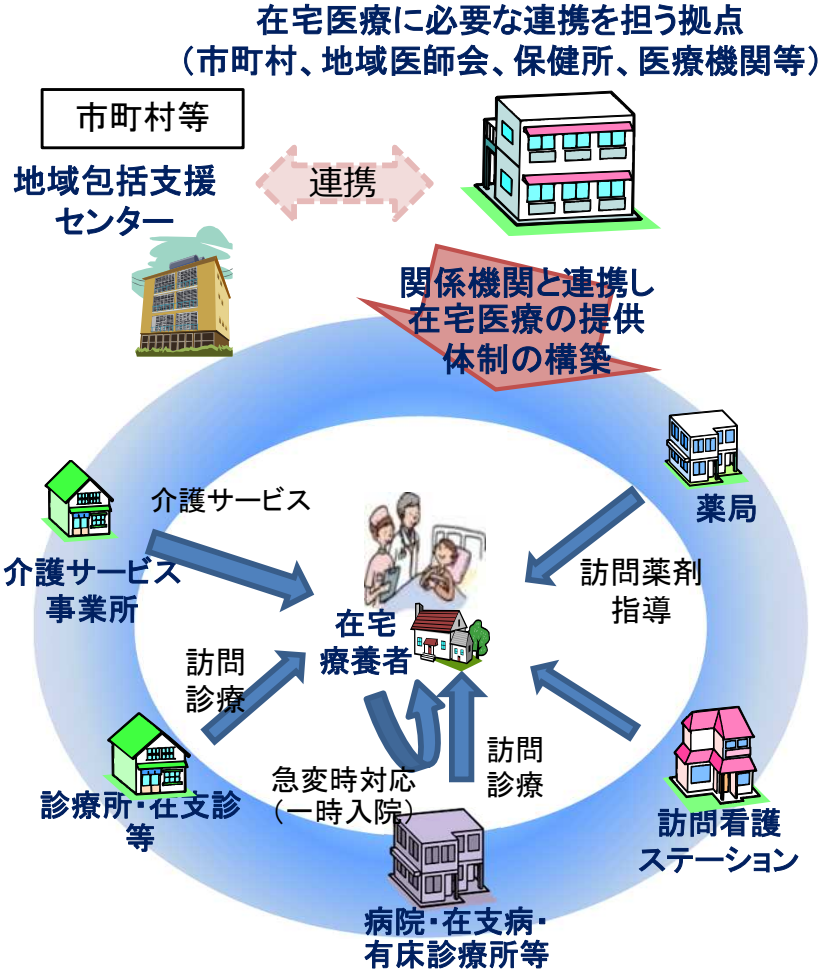
・ 多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図ること
・ 在宅医療に関する人材育成を行うこと
・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと
・ 災害時及び災害に備えた体制構築への支援を行うこと

② 在宅医療に必要な連携を担う拠点に求められる事項

・ 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的に開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
・ 地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと
・ 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24 時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
・ 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること

788

※　赤字は第８次医療計画へ向けた指針において新たに記載された内容

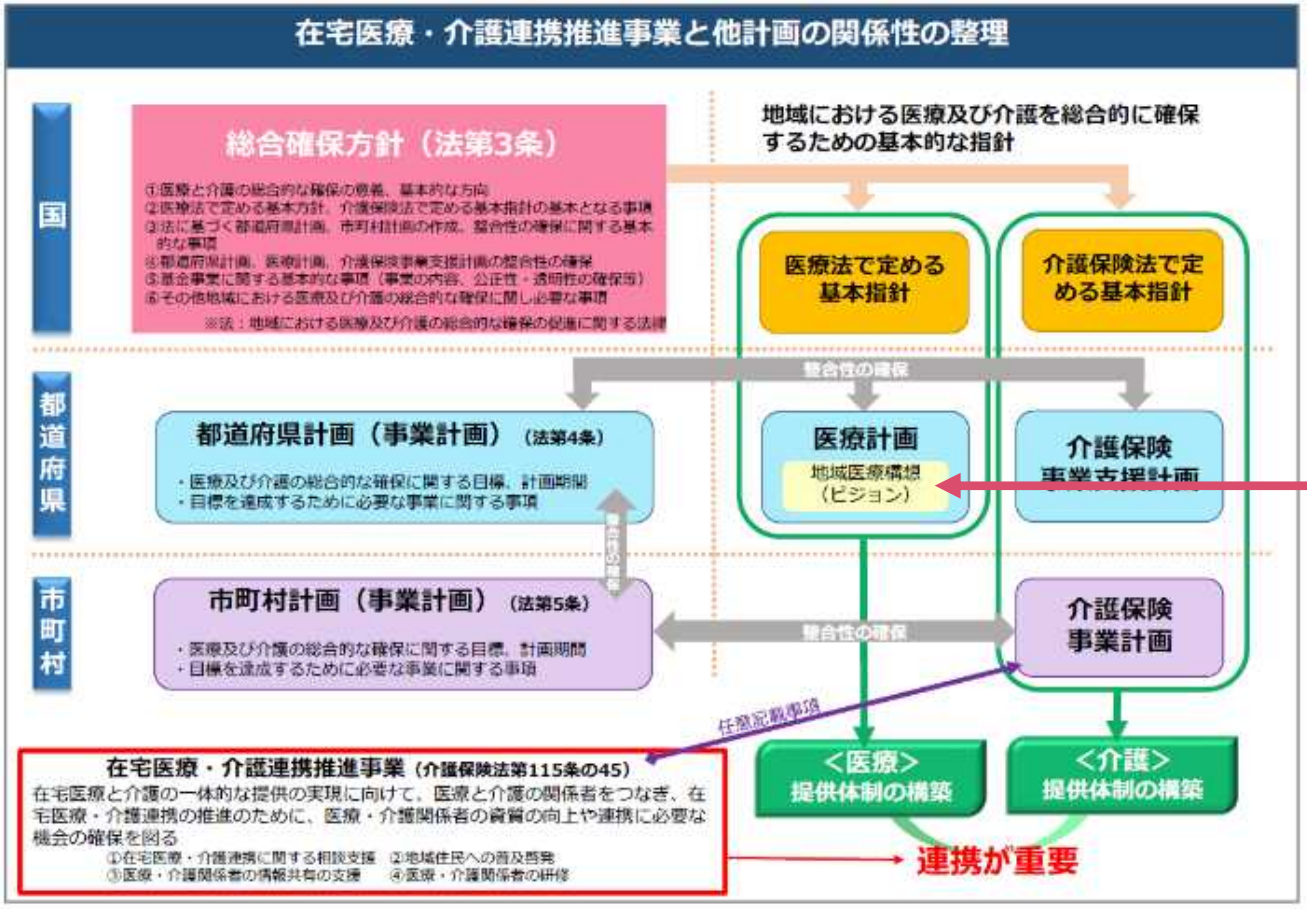


【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和５年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和５年６月29日一部改正））

「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」の関わり

○　第８次医療計画に向けた「在宅医療の体制構築に係る指針」において、在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付ける際には「市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることが重要である」と記載されている。

○「在宅医療・介護連携推進事業」の事業内容は、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」との連携が有効なものとなっている。



※　在宅医療・介護連携推進事業の手引き　Ver.3　（令和２年9月）

在宅医療に必要な連携を担う拠点

【設置主体】病院、診療所、訪問看護事業所、
地域医師会等関係団体、保健所、市町村等

【求められる事項】
- 地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的に開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
- 地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと
- 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24 時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
- 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること

（関係機関の例）
- 病院・診療所
- 薬局
- 訪問看護事業所
- 居宅介護支援事業所
- 訪問介護事業所
- 介護保険施設
- その他の介護施設・事業所
- 地域包括支援センター
- 基幹相談支援センター・相談支援事業所
- 消防機関

789

（６）医師の働き方改革

医師の働き方改革

■ これまでの我が国の医療は**医師の長時間労働**により支えられており、今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担がさらに増加することが予想される。

■ こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・国民に対して提供される**医療の質・安全**を確保すると同時に、**持続可能な医療提供体制**を維持していく上で重要である。

■ **地域医療提供体制の改革**や、各職種の専門性を活かして患者により質の高い医療を提供する**タスクシフト/シェアの推進**と併せて、医療機関における**医師の働き方改革**に取り組む必要がある。

現状

【医師の長時間労働】	病院常勤勤務医の約４割が年960時間超、約１割が年1,860時間超の時間外・休日労働
	特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い
【労務管理が不十分】	36協定が未締結や、客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在
【業務が医師に集中】	患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

目指す姿

労務管理の徹底、労働時間の短縮により医師の健康を確保する

＋

全ての医療専門職それぞれが、自らの能力を活かし、より能動的に対応できるようにする

質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供

対策

長時間労働を生む構造的な問題への取組

- **医療施設の最適配置の推進**（地域医療構想・外来機能の明確化）
- **地域間・診療科間の医師偏在の是正**
- **国民の理解と協力に基づく適切な受診の推進**

医療機関内での医師の働き方改革の推進

- **適切な労務管理の推進**
- **タスクシフト/シェアの推進**（業務範囲の拡大・明確化）
  - → **一部、法改正で対応**

＜行政による支援＞
- 医療勤務環境改善支援センターを通じた支援
- 経営層の意識改革（講習会等）
- 医師への周知啓発　等

時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用（2024.4～）

法改正で対応

地域医療等の確保

医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を**作成**
↓
評価センターが**評価**
↓
都道府県知事が**指定**
↓
医療機関が計画に基づく取組を**実施**

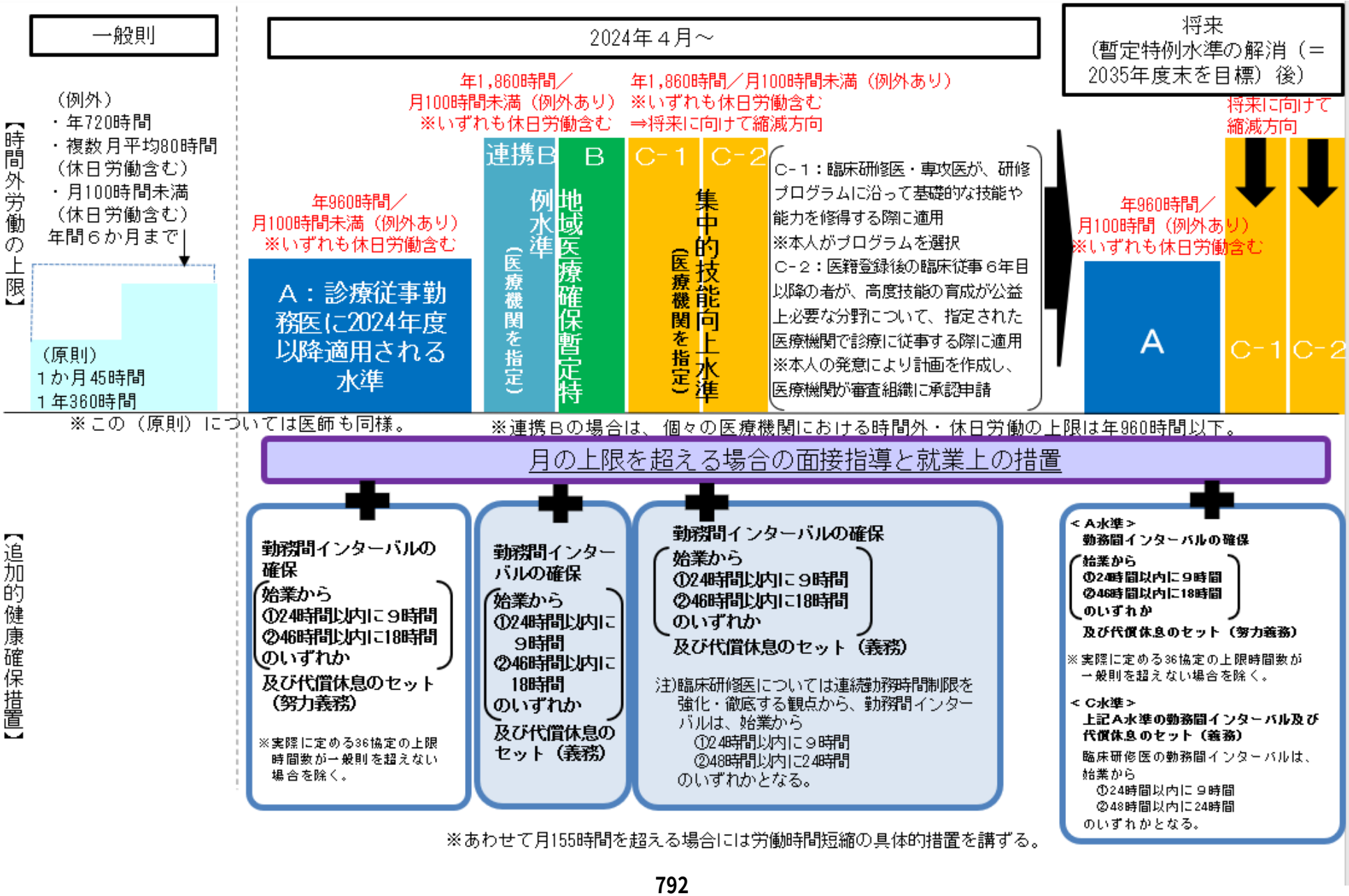
医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保
A　（一般労働者と同程度）	**960時間**	**義務**	努力義務
連携Ｂ（医師を派遣する病院）	**1,860時間** ※2035年度末を目標に終了		**義務**
Ｂ　（救急医療等）			
C-1　（臨床・専門研修）	**1,860時間** **791**		
C-2　（高度技能の修得研修）			

医師の健康確保

面接指導
健康状態を医師がチェック

休息時間の確保
連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制（または代償休息）

医師の時間外労働規制について



医師の働き方改革施行に向けた取組

視点	これまでの取組と課題	施行に向けたこれまでの対応
①診療体制の維持	○　これまで、各種施策（※）を実施し医療機関による特定労務管理対象機関（連携Ｂ・Ｂ・Ｃ水準医療機関）の指定申請は進んでいるが、診療体制縮小・医師引き揚げの不安があるとの指摘。 ※・勤務環境改善（労働時間の把握、業務効率化、タスク・シフト／シェア） ⇒診療報酬や基金による支援、医療勤務環境改善支援センター（以下「勤改センター」）による相談支援、都道府県や都道府県労働局との連携、トップマネジメント研修、好事例紹介 ・特定労務管理対象機関指定の支援 ⇒勤改センターの支援、都道府県との連携、文部科学省やAJMC等を通じた受審勧奨	**＜実態調査・個別対応＞** ○　全病院と産科の有床診療所を対象に第５回準備状況調査を行い、時間外・休日労働が年1,860時間を超えると見込まれる医師が所属する医療機関や医師の引き揚げによる影響がある医療機関に対しては、都道府県と協力して個別に対応。 **＜働き方改革に伴う体制整備＞** ○　医療介護総合確保基金（公費 143 億円）で、新たにメニュー追加 ・寄付講座運営費等による長時間労働医療機関への医師派遣の補助 ・大学病院等、医師の育成・教育研修を行う医療機関への勤務環境改善の補助　等 **＜文部科学省＞** ○　大学病院に対して文科省より予算措置 （Ｒ５補正：140 億円　/　Ｒ６：21 億円(※予算（案））/年/６年間） 別途、引き続き、医療計画や医師確保計画による、地域における医師確保対策を含めた地域医療提供体制の確保を支援
②労務管理	○　これまで、勤改センターの支援や労働基準監督署の助言により、必要な宿日直許可の取得や研鑽ルールの明確化の取組は進歩。 ⇒宿日直や研鑽に係る理解が不十分な医療機関があるとの指摘	**＜労務管理＞** ○　宿日直や研鑽を含めた労働時間の適切な取扱いに関して、勤改センターによる重点的な周知、労働基準監督署による説明会の実施等の継続。 ○　労務管理等に関する意識を醸成するための病院長等向けのトップマネジメント研修の実施。

「医師の勤務環境把握に関する研究」調査概要

１．調査背景

令和６年４月の医師に対する時間外休日労働の上限時間規制の適用前において、医師の時間外労働の状況やその分布等の実態把握は不可欠であることから、平成28年、令和元年に実施した厚生労働科学特別研究事業である「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究（研究代表者：井元清哉）」及び「医師の専門性を考慮した勤務実態を踏まえた需給等に関する研究（研究代表者：小池創一）」と同等規模の勤務実態調査を行った。

２．研究班

研究課題名：「医師の勤務環境把握に関する研究」
研究代表者：小池　創一　（自治医科大学地域医療学センター　地域医療政策部門・教授）
研究分担者：谷川　武　（順天堂大学大学院　医学研究科　公衆衛生学講座・主任教授）
和田　裕雄　（順天堂大学大学院　医学研究科　公衆衛生学講座・教授）
福井　次矢　（東京医科大学　茨城医療センター・病院長）
片岡　仁美　（岡山大学病院　ダイバーシティ推進センター・教授）
吉村　健佑　（千葉大学医学部附属病院　次世代医療構想センター・特任教授）
佐藤　香織　（明治大学　商学部　専任准教授）
井出　博生　（東京大学未来ビジョン研究センター　データヘルス研究ユニット・特任准教授）
種田　憲一郎　(国立保健医療科学院　国際協力研究部・上席主任研究官)

３．調査期間

令和４年７月11日（月）～17日（日）

４．調査対象

①施設調査　全国全ての病院と無作為抽出された診療所並びに介護老人保健施設等。
配布施設18,974施設（令和元年調査（Ｒ１調査）19,112施設）
②医師調査　全国全ての病院数の半数（4,087病院）を病床規模に応じて層化無作為抽出した病院に勤務する医師、またそれ以外の医療機関においては、上記全施設に勤務する医師を対象に調査票を配布した（WEBでも回答可能とした。）。

５．調査内容

病院・常勤勤務医の1週間の労働時間、診療科別の時間外・休日労働時間等の調査を行った。

６．回収数

【施設票】5,424施設（回収率28.6%、（Ｒ１調査）3,967施設）【医師票】19,879人（WEB回答者含む、(Ｒ１調査) 20,382人）

「医師の勤務環境把握に関する研究」分析対象データについて

○　今回調査（R4調査）は平成28年、令和元年の医師の勤務実態調査と同様に、全回答者のうち、病院勤務の常勤医師を分析対象とした。
○　H28調査、Ｒ１調査と同様、兼業先の労働時間も含めて調査を行った。
○　全回答者数（19,879人）は平成28年（15,677人）とＲ１調査（20,382人）と同等の規模であった。

※　H28調査：平成28年厚生労働科学特別研究事業「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究（研究代表者:井元清哉）」
※　Ｒ１調査：令和元年度厚生労働科学研究事業「医師の専門性を考慮した勤務実態を踏まえた需給等に関する研究（研究代表者：小池創一）」
※　H28調査の分析対象者は常勤勤務医であり、勤務先を問わない。

全回答者数 19,879人
紙媒体12,982人　電子媒体6,897人

回答者基本情報による除外　3,529人
・性別の記載なし　285　・年齢の記載なし　256
・主たる診療科の記載なし　270　・常勤/非常勤の記載なし　291
・医籍登録年の記載なし　72
・タイムスタディ調査の回答日数が少ない※　2,370
※「常勤」は回答日数4日以上、「非常勤」は回答日数１日以上の回答を有効とした。

対象数 16,350人

回答者詳細情報による除外　1,417人
・医師票の提出方法の実施要項からの逸脱　296
・タイムスタディ調査の労働日数が少ない※　1,121
※「常勤」は労働日数4日以上、「非常勤」は労働日数1日以上の勤務を有効とした。

対象数 14,933人

※　常勤医師の定義：医療法第25条第１項の規定に基づく立ち入り検査において常勤医師は週32時間以上働いている医師と定義。本調査においては、常勤医師であると回答し、７日間の調査期間のうち４日以上労働時間を回答した医師（1日8時間労働として最低4日は出勤していると考えられる）とした。

非常勤 1,050人

常勤　13,883人

病院　11,466人（分析対象）

診療所　2,357人

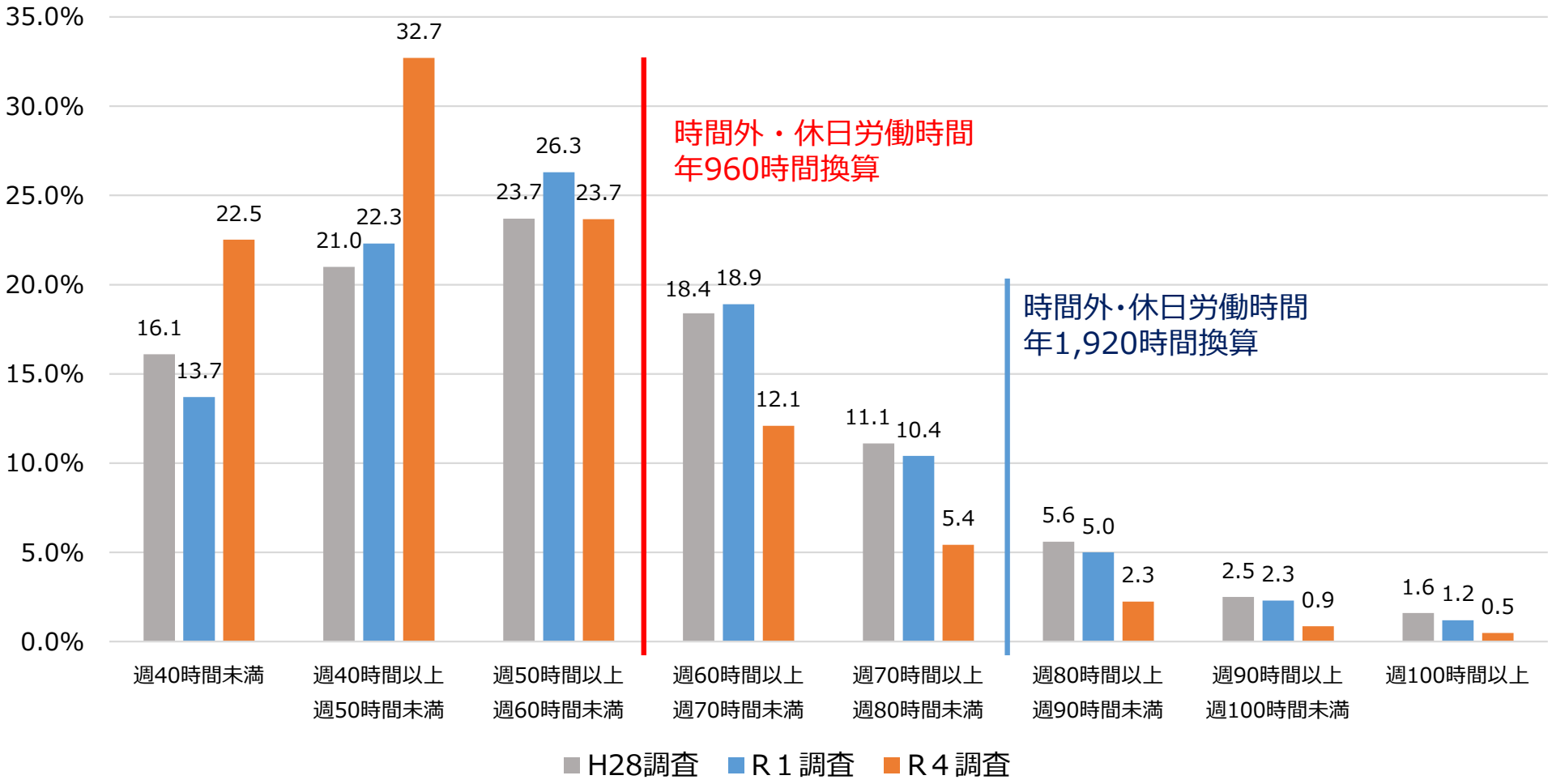
介護老人保健施設等　60人

795

週労働時間区分と割合＜病院・常勤勤務医＞

○ H28調査、R１調査、今回調査（R４調査）の病院・常勤勤務医の時間外・休日労働時間を週労働時間区分と割合で集計した。

□ 時間外・休日労働時間が年1,920時間換算を超える医師の割合は9.7%（H28調査）、8.5%（R１調査）、3.6％（R４調査）と減少していた。



※　H28調査の分析対象者は常勤勤務医であり、勤務先を問わない。
※　労働時間には、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している。
※　R４調査では、宿日直の待機時間は勤務時間に含め、オンコールの待機時間は勤務時間から除外した（勤務時間＝診療時間＋診療外時間＋宿日直の待機時間）。
※　R１調査、R４調査では宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外している。
※　R１調査ではさらに診療科別、性・年齢・勤務医療機関の構成が、「H30三師統計」の構成と同様になるように調整を行っている。
※　週労働時間の区分別割合は、小数点第2位で四捨五入している。
※　R４調査で時間外・休日労働時間年1,920時間換算を超える医師の割合について、各労働時間区分の四捨五入後の数字を合計すると3.7%であるが、全体の数から集計し、四捨五入すると3.6%となる。

796

第５回医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査

令和６年４月時点における、副業・兼業先も含めた年通算時間外・休日労働時間が1,860時間超見込みとなる医師数が、医師の労働時間短縮等の取組によって着実に減少していることを明らかとするとともに、医師の引き揚げ予定等、医師の働き方改革の施行に伴う診療体制の縮小や地域医療提供体制への影響について、大学病院本院を除く全ての病院及び分娩を取り扱う産科有床診療所を対象に調査（第５回調査）を行った。その概要は以下のとおりである。

調査対象

全ての病院（大学病院本院を除く）及び分娩を取り扱う産科の有床診療所（院長のみが診療を行う診療所を除く）

調査時期

令和５年10月30日～令和５年11月30日

令和６年１月及び３月にフォローアップを行い、データを更新

調査方法

各都道府県へ調査票を配布し、都道府県がとりまとめた回答を集計

調査事項

① 医師の働き方改革の施行に伴う診療体制の縮小見込みの有無

② 自院の診療体制の縮小による地域医療提供体制への影響の有無
（①で縮小見込み有りと回答した医療機関のみ回答）

③ 令和６年４月時点で副業・兼業先も含めた時間外・休日労働時間数が年通算1,860時間相当超となることが見込まれる医師数

④ 大学・他医療機関から派遣されている医師の、働き方改革に関連した引き揚げの予定があり、令和６年４月以降、診療体制の縮小または地域医療提供体制への影響が見込まれる医療機関数

結果の概要

（令和６年３月13日時点）

回答数

都道府県　：①②④　46 都道府県　　③ 47 都道府県
医療機関数：①②④　7,326 医療機関　③ 7,918 医療機関

結　果

① 医師の働き方改革の施行に伴う診療体制の縮小見込みの有無
見込み有り：457 医療機関　見込み無し：6,869　医療機関

② 自院の診療体制の縮小による地域医療提供体制への影響の有無
（①で縮小見込み有りと回答した457医療機関の内訳）
- 影響あり：132　医療機関
- 影響なし：77 医療機関
- 不明：248 医療機関

③ 宿日直許可の取得や医師の労働時間短縮の取組を実施しても、令和６年４月時点で副業・兼業先も含めた時間外・休日労働時間数が年通算1,860時間相当超見込みの医師数

１人 (病院：１人、産科有床診療所：０人)

④ 医師の引き揚げによる診療体制への縮小が見込まれる医療機関数

49 医療機関

（うち、21医療機関は自院の診療体制の縮小により地域医療提供体制への影響もありと回答）

勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業
（地域医療介護総合確保基金 事業区分Ⅵ）

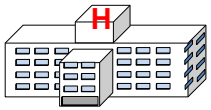
令和６年度予算額：９５億円（公費１４３億円）
※地域医療介護総合確保基金（医療分）1,029億円の内数

勤務医の労働時間短縮を図るため、労働時間短縮のための計画を策定し、勤務環境改善の体制整備に取り組む医療機関に対する助成を行う。（医療機関が行う事業に対し都道府県が補助を実施）

Ⅰ　地域医療勤務環境改善体制整備事業

補助の対象となる医療機関

地域医療において特別な役割があり、かつ過酷な勤務環境となっていると都道府県知事が認める医療機関。





＜具体的要件（いずれかを満たす）＞
※診療報酬上の「地域医療体制確保加算」を取得している医療機関は補助対象外。

①救急用の自動車等による搬送件数が年間1,000件以上2,000件未満

②救急搬送件数が年間1,000件未満のうち、
・夜間・休日・時間外入院件数が年間500件以上で地域医療に特別な役割がある医療機関
・離島、へき地等で同一医療圏内に他に救急対応可能な医療機関が存在しない等、特別な理由の存在する医療機関

③地域医療の確保に必要な医療機関であって、
・周産期医療、精神科救急等、公共性と不確実性が強く働く医療を提供している医療機関
・脳卒中や心筋梗塞等の急性期医療を担う医療機関で、一定の実績を有するなど、５疾病６事業で重要な医療を提供している医療機関

④在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関

＜公布要件＞
○　年通算の時間外・休日労働時間が720時間を超える医師のいる医療機関
○　「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成すること

補助対象経費

医師の労働時間短縮に向けた取組として、「医師労働時間短縮計画」に基づく取組を総合的に実施する事業に係る経費

補助基準額

最大使用病床数 × 133千円
※「更なる労働時間短縮の取組」を実施する医療機関は、１床当たりの標準単価を最大266千円まで可とする。
※区分Ⅵの他の事業とは別に支援可能

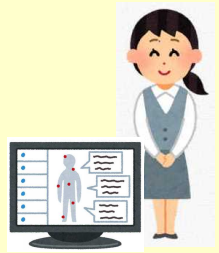
（医師の労働時間短縮に向けた総合的な取組）

医療機関において医師の労働時間短縮計画を策定し、勤務環境改善の体制整備として次のような取組を総合的に実施

・勤務間インターバルや連続勤務時間制限の適切な設定
・当直明けの勤務負担の緩和
・複数主治医制の導入
・女性医師等に対する短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進
・タスク・シフティング、タスク・シェアリングの推進
・これらに類する医師の業務見直しによる労働時間短縮に向けた取組









勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業
（地域医療介護総合確保基金 事業区分Ⅵ）

Ｒ６新規事業

勤務医の働き方改革を推進するため、大学病院等からの長時間労働医師が所属する医療機関に対する医師派遣や、多領域の研修を行うなど一定の要件を満たす専門研修基幹施設等の勤務環境改善の取組を支援

Ⅱ 地域医療勤務環境改善体制整備特別事業（Ｒ６年度新規事業）
（教育研修体制を有する医療機関への勤務環境改善支援）

医療機関としての指導体制を整備し、基本的な診療能力に加え、最新の知見や技能又は高度な技能を修得できるような医師を育成する医療機関等において、当該教育研修のための勤務環境改善を診療に関する勤務環境改善と一体的かつ効果的に行うための取組等を支援。

補助の対象となる医療機関 ※時間外労働が年720時間超の医師がいる医療機関

○　基幹型臨床研修病院または専門研修基幹施設であって、100床あたりの常勤換算医師数が40人以上等の医療機関

○　基幹型臨床研修病院かつ基本19領域のうち10以上の領域において専門研修基幹施設である等の医療機関

補助対象経費

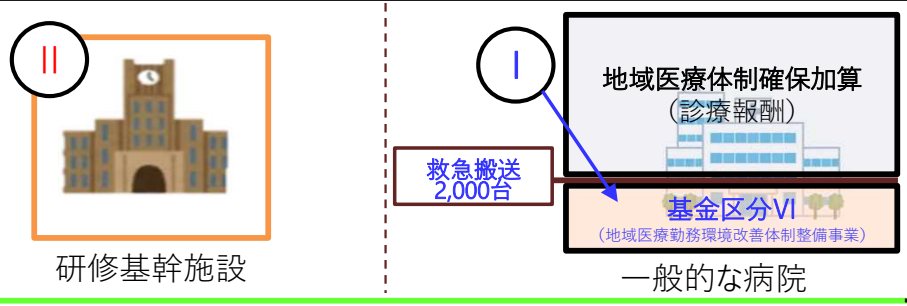
医師の労働時間短縮に向けた取組として、「医師労働時間短縮計画」に基づく取組を総合的に実施する事業に係る経費

補助基準額

１床当たりの標準単価：　133千円

※「更なる労働時間短縮の取組」を実施する医療機関は、１床当たりの標準単価を最大266千円まで可とする。

※区分Ⅵの他の事業や地域医療体制確保加算とは別に補助可能。



Ⅲ勤務環境改善医師派遣等推進事業（Ｒ６年度新規事業）
（長時間労働医療機関への医師派遣支援）

長時間労働医師が所属し、地域において重要な役割を担う医療機関の医師の時間外・休日労働時間を短縮すること及び地域医療提供体制を確保することを目的に、長時間労働医療機関への医師派遣等を行う医療機関等の運営等に対する支援を行う。

補助の対象となる医療機関

年通算の時間外・休日労働時間が720時間を超える医師のいる医療機関に医師派遣を行う医療機関　等

補助対象経費

○　医師派遣に係る逸失利益補填

○　医師派遣を目的とした寄附講座　等

補助基準額

標準事業例通知における標準事業例26及び医師派遣推進事業の標準単価に準じて、都道府県において定める額

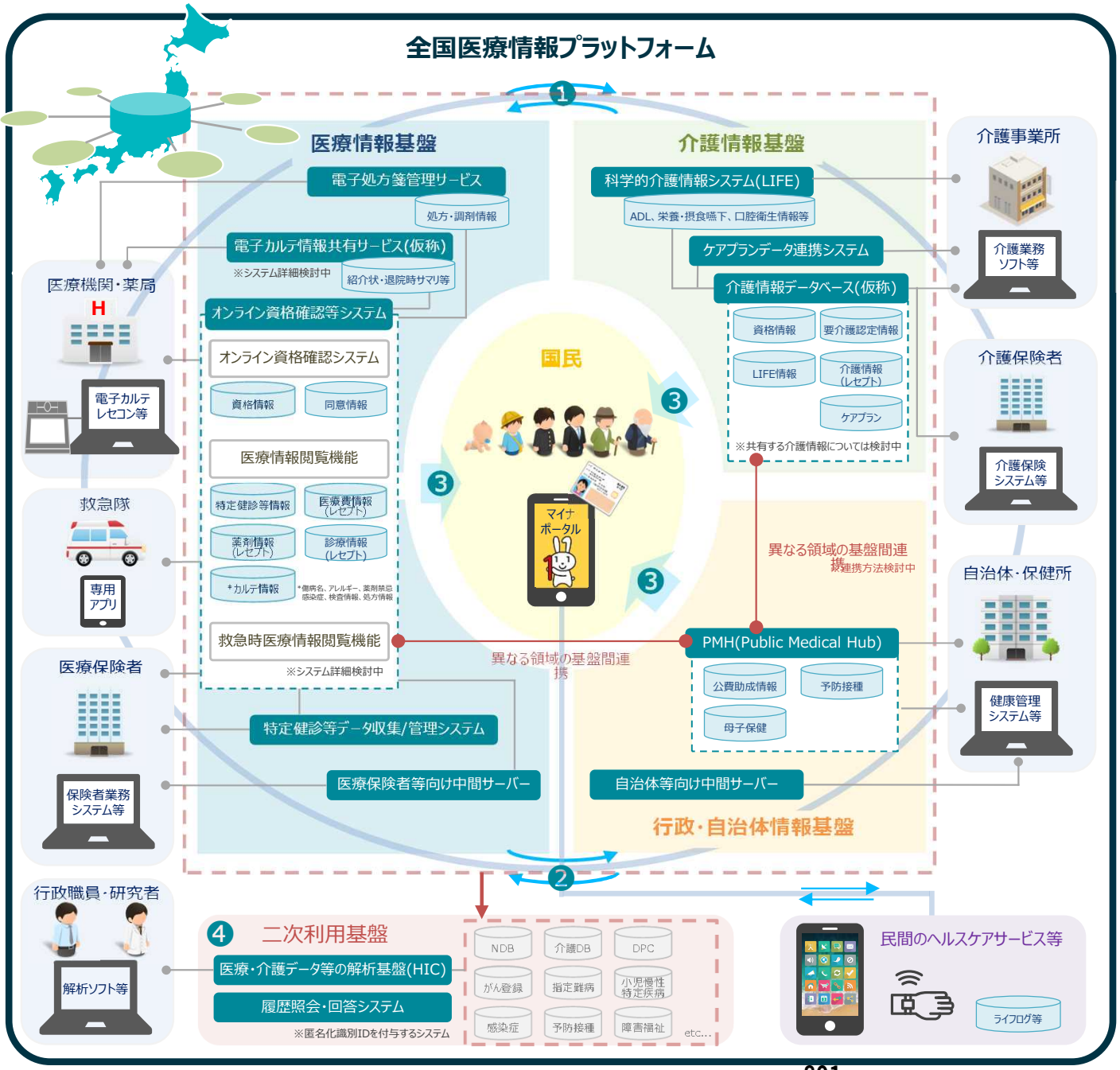
※派遣医師１人当たり1,250千円×派遣月数　等

※区分Ⅵの他の事業や地域医療体制確保加算とは別に補助可能。



（７）医療DX

全国医療情報プラットフォームの全体像（イメージ）



«医療DXのユースケース・メリット例»

1 救急・医療・介護現場の切れ目ない情報共有

✓ 意識不明時に、検査状況や薬剤情報等が把握され、迅速に的確な治療を受けられる。
✓ 入退院時等に、医療・介護関係者で状況が共有され、より良いケアを効率的に受けられる。



2 医療機関・自治体サービスの効率化・負担軽減

✓ 受診時に、公費助成対象制度について、紙の受給者証の持参が不要になる。
✓ 情報登録の手間や誤登録のリスク、費用支払に対する事務コストが軽減される。



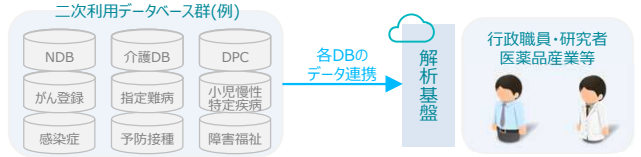
3 健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート

✓ 予診票や接種券がデジタル化され、速やかに接種勧奨が届くので能動的でスムーズな接種ができる。予診票・問診票を何度も手書きしなくて済む。
✓ 自分の健康状態や病態に関するデータを活用し、生活習慣病を予防する行動や、適切な受診判断等につなげることができる。



4 公衆衛生、医学・産業の振興に資する二次利用

✓ 政策のための分析ができることで、次の感染症危機への対応力強化につながる。
✓ 医薬品等の研究開発が促進され、よりよい治療や的確な診断が可能になる。



医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕

第２回医療DX推進本部
（令和５年６月２日）資料３

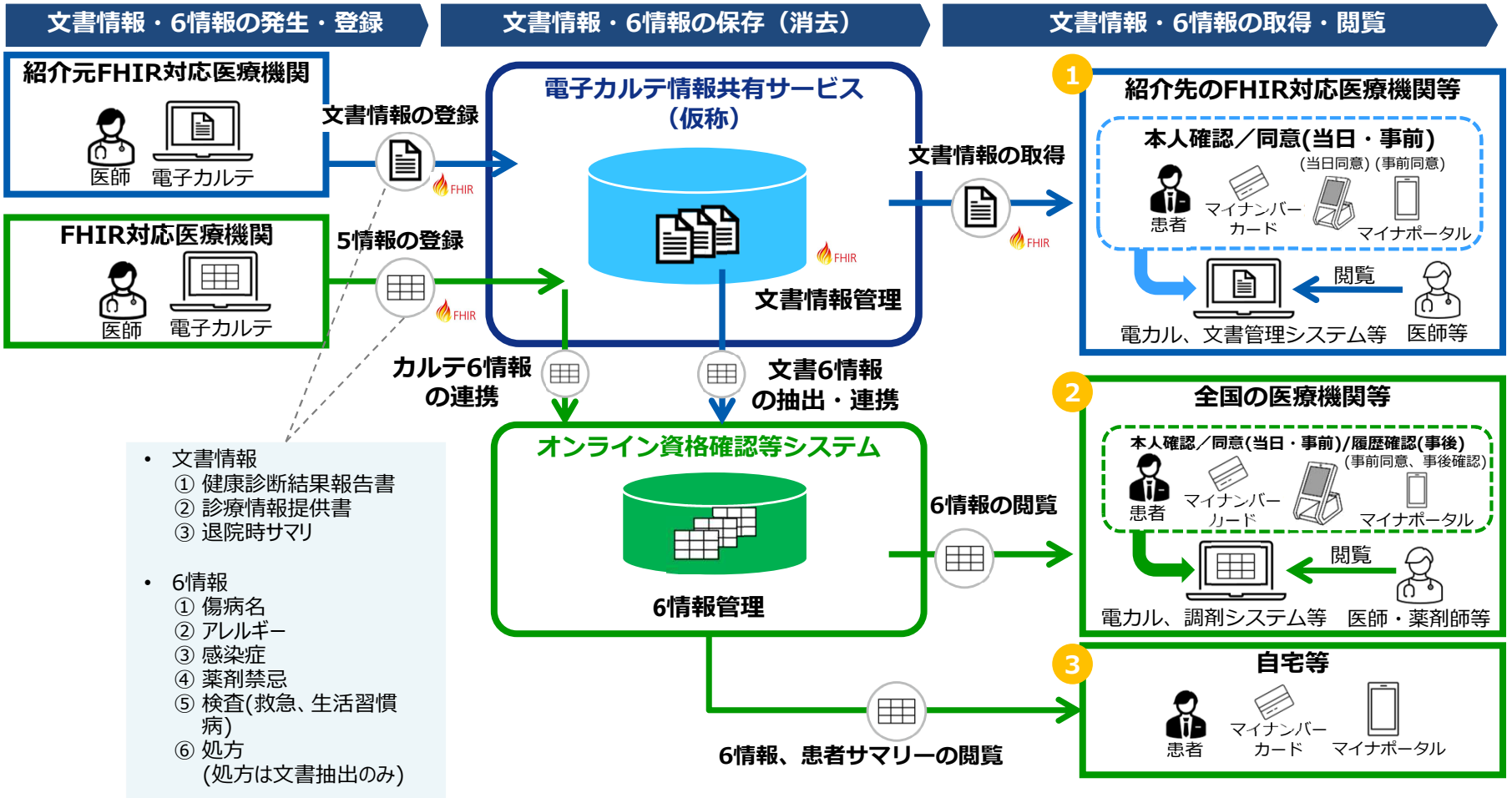
全国医療情報プラットフォームの構築

	2023年度（令和5年度）	2024年度（令和6年度）	2025年度（令和7年度）	2026年度～（令和8年度～）
マイナンバーカードと健康保険証の一体化の加速等				
マイナンバーカードと健康保険証の一体化の加速等	▼保険医療機関等のオンライン資格確認の原則義務化 訪問診療等、柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師の施術所等でのオンライン資格確認の構築	運用開始 ○令和6年秋・保険証廃止		
	スマホからの資格確認の構築	運用開始		
	生活保護（医療扶助）のオンライン資格確認対応	運用開始		
医療機関・薬局間での共有・マイナポでの閲覧が可能な医療情報を拡大				
情報共有基盤の整備 共有等が可能な医療情報の範囲の拡大	電子処方箋：電子処方箋を実施する医療機関・薬局を拡大		概ね全ての医療機関・薬局で導入	
	電子カルテ情報：全国医療情報プラットフォームの基盤構築（電子カルテ情報共有サービス（仮称）の整備）		運用開始 診療情報提供書・退院時サマリーの交換 検査値〔生活習慣病、救急〕、アレルギー、薬剤禁忌、傷病名等を共有 順次、医療機関、共有する医療情報を拡大	
	レセプト情報：救急時に医療機関等で患者の医療情報を閲覧できる仕組みの整備	運用開始し、普及		
電子カルテ情報の標準化等		医療情報化支援基金の活用による電子カルテ情報の標準化を普及		
		標準型電子カルテα版提供開始		本格実施
医療機関・薬局間だけでなく、自治体、介護事業所と情報を共有、マイナポで閲覧に加え、申請情報の入力				
自治体・医療機関/介護事業所間の連携　等 ・自治体が実施する介護、予防接種、母子保健等の事業の手続に必要な情報の連携	自治体システムの標準化、共有すべき文書の標準化・クラウド化			下記について全国的に運用 ・公費負担医療、地方単独医療費助成 ・予防接種 ・母子保健情報 ・介護 ・自治体検診 ・感染症届出
	業務運用の見直し 医療機関・自治体との情報連携基盤の整備 実証事業	先行実施 国民に直接メリットがある機能を開始 ⇒ ⇒ ⇒ 機能・実施自治体を拡大		
	マイナポの申請サイトの改修		診断書等の自治体への電子提出の実現 順次、対象文書を拡大	
	民間PHR事業者団体等と連携したライフログデータ標準化、医療機関実証、2025年大阪・関西万博も見据えたユースケース創出支援			順次、ユースケースを拡大
医療機関等のシステムについて、診療報酬の共通算定モジュールを通し、抜本的にモダンシステム化				
診療報酬改定DX〔医療機関等システムのモダンシステム化〕	マスタの開発・改善 電子点数表の改善	マスタ及び電子点数表改善版の提供開始 ➡ 医療機関・ベンダの負担軽減	マスタ・コードの標準化の促進 提供拡大	
	共通算定モジュールの設計・開発 802	共通算定モジュールのα版提供開始 （先行医療機関で実施、改善 順次、機能を追加）		本格実施 機能を更に追加しながら、医療機関数を拡大 ➡ 医療機関・ベンダの更なる負担軽減

電子カルテ情報共有サービス(仮称)の概要

本仕組みで提供するサービス

1. **文書情報を医療機関等が電子上で送受信できるサービス**
2. **全国の医療機関等で患者の電子カルテ情報（6情報）を閲覧できるサービス**
3. **本人等が、自身の電子カルテ情報（6情報）を閲覧・活用できるサービス**



3文書6情報の概要

健康・医療・介護情報利活用検討会
第21回 医療等情報利活用ワーキンググループ
持ち回り開催（令和6年3月27日）一部修正

3文書

No	文書項目	概要	記述仕様	宛先指定	添付	電子署名	保存期間
1	健康診断結果報告書	特定健診、事業主健診、学校職員健診、人間ドック等を対象	HS037　健康診断結果報告書 HL7 FHIR記述仕様	なし	可能	不要	オンライン資格確認等システムに５年間保存
2	診療情報提供書	対保険医療機関向けの診療情報提供書を対象	HS038　診療情報提供書 HL7FHIR記述仕様	必須	可能	任意	電子カルテ情報共有サービスに6か月間保存。 但し、紹介先医療機関等が受領した後は1週間程度後に自動消去。
3	退院時サマリー	退院時サマリーを対象 ※診療情報提供書の添付(任意)としての取り扱い	HS039　退院時サマリー HL7FHIR記述仕様	なし	可能	不要	

6情報

No	情報項目	概要	対象となるFHIRリソース	主要コード	長期保管フラグ	未告知/未提供フラグ	顔リーダー閲覧同意区分	保存期間（オン資）
1	傷病名	診断をつけた傷病名	Condition	レセプト電算処理マスターの傷病名コード **ICD10対応標準病名マスターの病名管理番号**	あり	あり	傷病名 ＋手術情報 ＋感染症	5年間分
2	感染症	梅毒STS、梅毒TP、HBs(B型肝炎)、HCV(C型肝炎)、HIVの分析物に関する検査結果	Observation	臨床検査項目基本コードセット内にある**JLAC(10/11)**コード	あり	–		5年間分
3	薬剤アレルギー等	診断をつけた薬剤禁忌アレルギー等情報 (医薬品、生物学的製剤)	Allergy Intolerance	**YJコード（及び派生コード※）** テキスト （※銘柄を指定できない場合に限り、下３桁をzzz（一般名処方マスタに相当）で記載する。先頭にメタコードを付与する）	あり	–	診療＋お薬 ＋アレルギー等 ＋検査	5年間分
4	その他アレルギー等	診断をつけた薬剤以外のアレルギー等情報 (食品・飲料、環境等)	Allergy Intolerance	**J-FAGYコード** テキスト （J-FAGYで表現できないものはテキスト入力する）	あり	–		5年間分
5	検査	臨床検査項目基本コードセット(生活習慣病関連の項目、救急時に有用な項目)で指定された43項目の検体検査結果	Observation	臨床検査項目基本コードセット内にある**JLAC(10/11)**コード	–	–		1年間分 もしくは 直近3回分
6	処方	※直接登録は行わない (文書から抽出した処方は取り扱う)	Medication Request	**YJコード（及び派生コード※）** （※銘柄を指定できない場合に限り、下３桁をzzz（一般名処方マスタに相当）で記載する）	–	–		100日間分 もしくは 直近3回分

804

（８）地域医療連携推進法人制度

地域医療連携推進法人制度の概要（現行）

○ **地域における医療機関等相互間の機能分担や業務の連携を推進することを主たる目的**とする一般社団法人について、医療法に定められた基準を満たすものを都道府県**知事が認定**

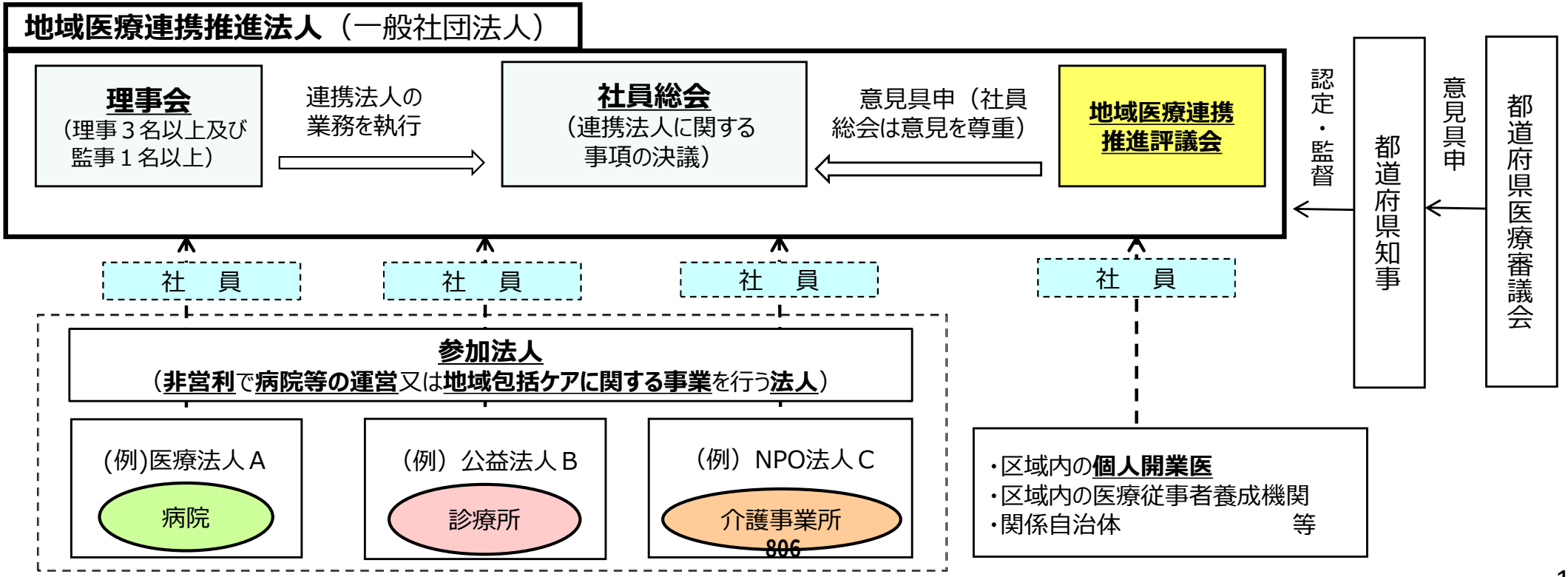
＜認定基準の例＞

- 病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院のいずれかを運営する**法人が２以上参加**すること
- 医師会、患者団体その他で構成される**地域医療連携推進評議会**を法人内に置いていること
- **参加法人が重要事項を決定するに当たって**は、地域医療**連携推進法人に意見を求める**ことを定款で定めていること

○ **医療連携推進区域**（原則、地域医療構想区域内）を定め、
医療連携推進方針（区域内の病院等の機能分化・業務連携の方針）を決定

○ **医療連携推進業務**等の実施

医療機能・病床の再編（病床特例の適用）、医師等の共同研修、医薬品等の共同購入、
参加法人への資金貸付（基金造成を含む）、連携法人が議決権の全てを保有する関連事業者への出資等

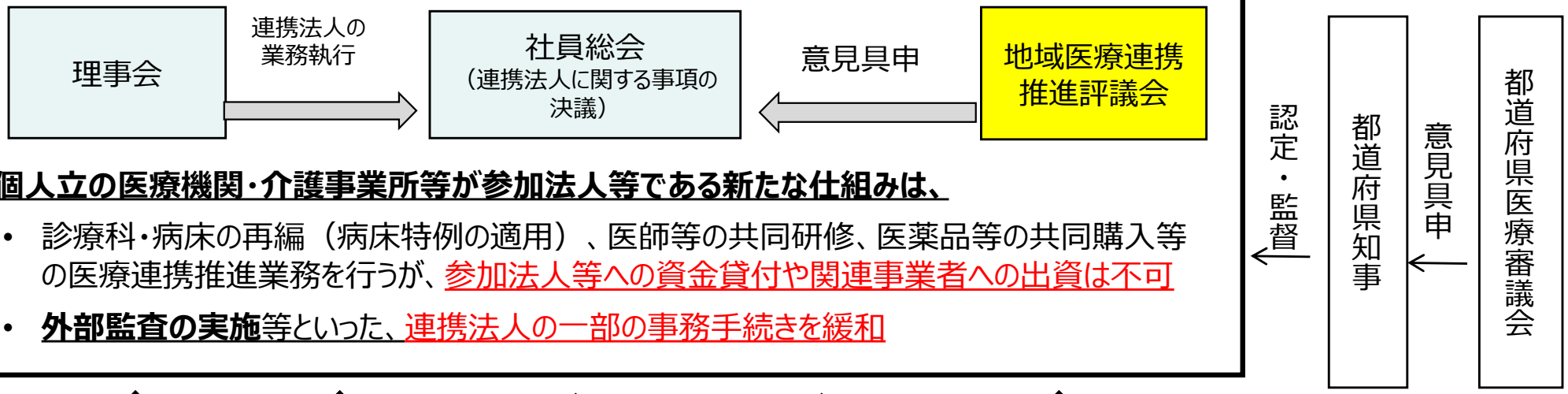


「地域医療連携推進法人制度」の見直し　※令和６年４月１日施行

令和５年度第３回医療政策研修会
令和６年１月１９日
資料７（一部改）

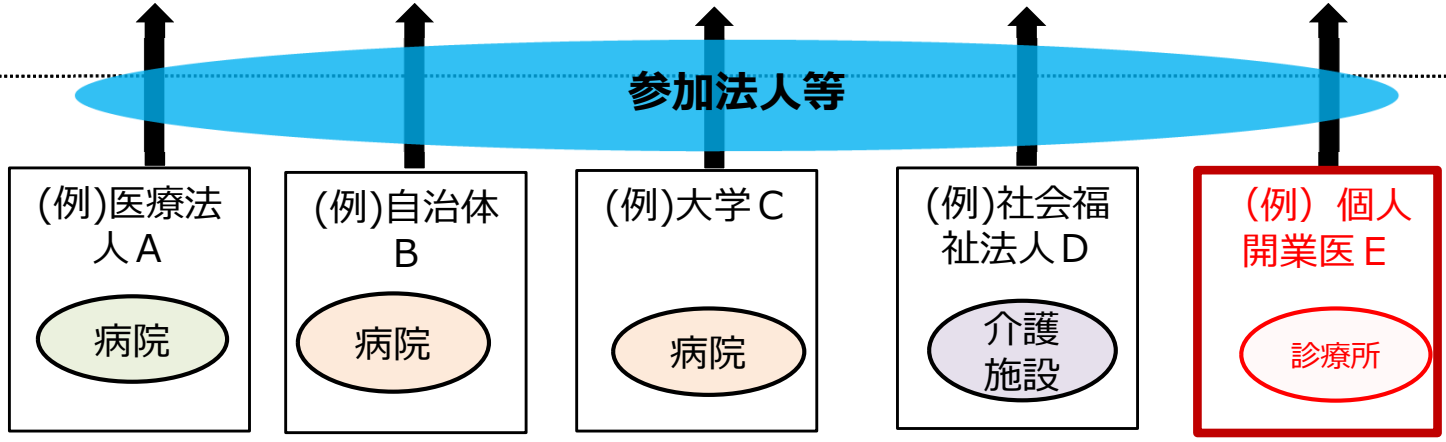
地域医療連携推進法人（新たな仕組み）

※赤字箇所が現行との相違点



個人立の医療機関・介護事業所等が参加法人等である新たな仕組みは、

- 診療科・病床の再編（病床特例の適用）、医師等の共同研修、医薬品等の共同購入等の医療連携推進業務を行うが、参加法人等への資金貸付や関連事業者への出資は不可
- **外部監査の実施**等といった、連携法人の一部の事務手続きを緩和



（※）**参加法人等**は、区域内の病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院を開設する法人又は個人のほか、介護事業その他地域包括ケアシステムの構築に資する事業に係る施設を開設する法人又は個人（営利を目的とする法人等を除く）。

807

参加法人が重要事項を決定する場合に行う、連携法人への意見照会について、新たな仕組みの地域医療連携推進法人の参加法人等は、意見照会を一部（※）不要とする。

※①予算の決定又は変更、②借入金借り入れ、③定款又は寄付行為の変更。

地域医療連携推進法人制度を活用する効果・メリット

令和５年度第３回医療政策研修会
令和６年１月19日
資料７

１．法制度上のメリット

(1)病床融通…病床過剰地域においても、**地域医療構想の達成のために必要な病床融通を、参加法人間で行うことを可能**とする

【現行制度上の扱い】
・病床の地理的偏在を是正するため、都道府県は、各医療圏の基準病床数を算定し医療計画に規定
・病床過剰地域では、病床再編に伴い地域全体の病床数が増加しない場合にも病床の融通を行うことは認められない

(2)資金貸付…地域医療連携推進法人から参加法人への**資金貸付を可能**とする

【現行制度上の扱い】
・医療法人は、医療法上、剰余金の配当が禁じられており、剰余金の貸付は、原則として認めない取扱い

(3)出資…一定の要件により**介護サービス等を行う事業者に対する出資を可能**とする

２．法人運営上のメリット（医療連携推進業務の一例）

(4)患者紹介・逆紹介の円滑化…カルテの統一化、重複検査の防止、スムーズな転院

(5)医薬品・医療機器等の共同購入…経営効率の向上

(6)医療従事者の共同研修…医療の質の向上

(7)医師等医療従事者の再配置…法人内の病院間での適正配置

地域医療連携推進法人制度を活用する効果・メリット

令和５年度第３回医療政策研修会
令和６年１月19日
資料７（一部改）

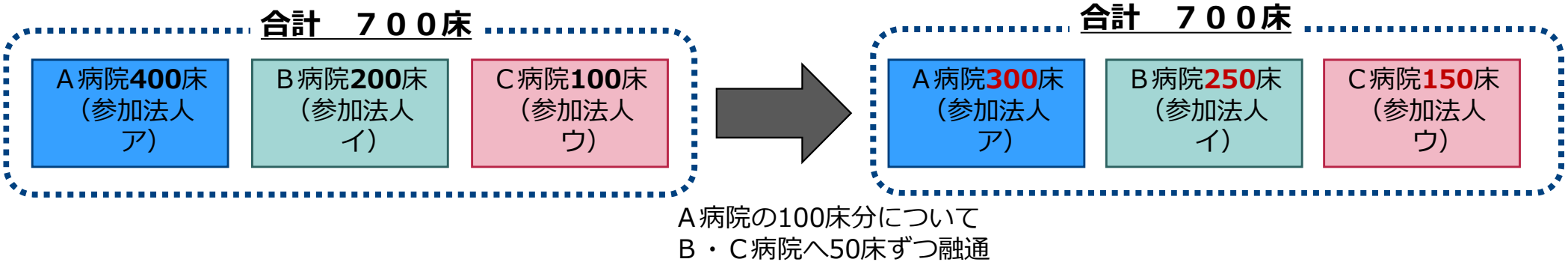
病床融通について

・都道府県は、医療計画の公示後に地域医療連携推進法人の参加法人から病院・診療所の開設・増床等の許可申請があった場合、地域医療構想の達成を推進するために必要である等の要件を満たすものであれば、病床過剰地域であっても許可を行うことができる（厚生労働大臣への協議は不要）

＜要件＞

① **地域医療構想の達成のために必要なもの**であること
② **病床数の合計が増加しない**こと
③ あらかじめ**地域医療連携推進評議会の意見を聴いた上で行われる**ものであること
④ 病床数の合計が減少する場合は、医療連携推進区域における医療提供体制の確保に支障を及ぼさないこと

※都道府県は必要な病床数を認めるにあたっては、
・地域医療構想調整会議の協議の方向性に沿ったものであることを確認するとともに、
・都道府県医療審議会に諮ること



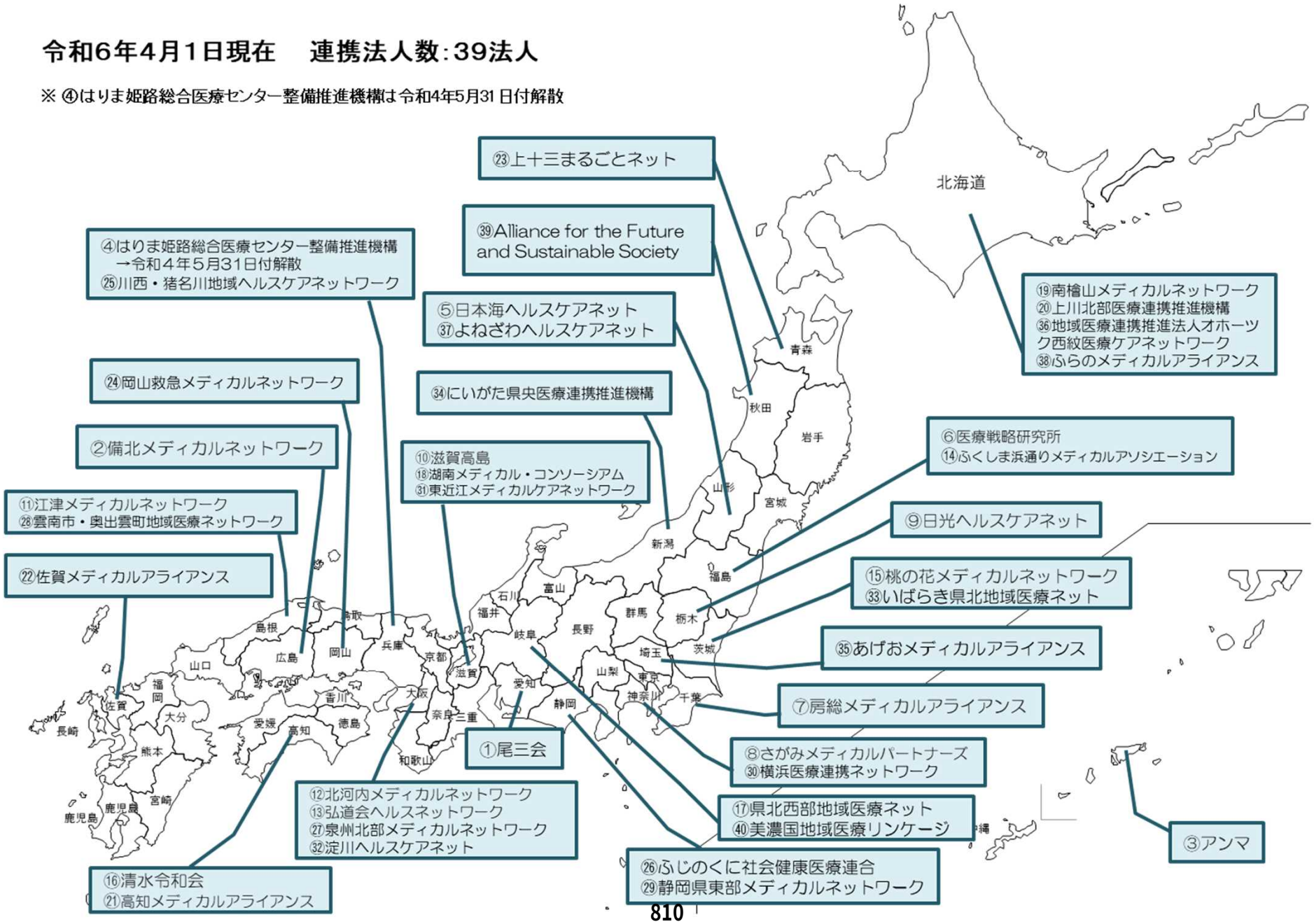
※これまでに実施された事例

・機能分化を推進するため、急性期を担う病院の休床病床を回復期を担う病院へ融通。
・地域で不足する機能の強化のため、有床診療所の病床を急性期機能を担う病院等へ融通。

地域医療連携推進法人の設立事例（設立順）

令和6年4月1日現在　連携法人数：39法人

※ ④はりま姫路総合医療センター整備推進機構は令和4年5月31日付解散



令和６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６年６月１７日（月）　13：00～14：30
場　所：Zoom を利用した Web 会議
参加者：９名
　安次嶺宏哉(沖縄協同病院)、有賀拓郎(琉球大学病院）、伊江将史(県立中部病院）、新里雅人(県立宮古病院)、照屋淳(北部地区医師会病院）、外間早紀子(沖縄県保健医療介護部健康長寿課)、松村敏信(県立八重山病院)、宮里浩(那覇市立病院)、増田昌人(琉大病院がんセンター)
欠席者：０名
陪　席：１名
　西佐和子(琉大病院がんセンター)

【報告事項】
１．令和５年度 第５回医療部会議事要旨について
増田委員より、資料１に基づき、第５回医療部会議事要旨について報告があった。

２．その他
特になし。

【協議事項】
１．　部会長、副部会長、委員の選任について
部会長に新たに有賀委員、副部会長は前年度に引き続き宮里委員と新たに伊江委員ということで決定した。続いて、今年度より、県立宮古病院から新里雅人先生が委員に加入されたことが報告された。

２．本年度部会重点事項（専門医資格を持った医療者の養成とその適正配置をする方法論）について
・全国値からみた沖縄県の専門医数の現状を広く知らしめることがとても重要である。
・消化器外科医については外科の二階建ての専門医であり、外科専門医の段階から考える必要がある。
・資料４では、一階建てと二階建ての専門医のデータが混在しているため、区別が必要である。次回、事務局で資料を改善する。
・医療部会から「一部の専門医等が少ないことに関しての報告書」として協議会に要請することとなった。

3．院内がん登録をしている 18 施設が DPC-QI に参加することについて

・DPC-QI を実施していない 7 施設とカルテレビュー未実施の施設に参加を働きかけることになった。

4．次回の開催日程について

次回は 9 月に開催の予定だが、8 月に協議会で報告するため、再度協議が必要となる。そのため、7 月か 8 月に開催する可能性もあるので了承いただきたい。

5．その他

特になし。

令和６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６年５月 16 日(木)16：00～17：10
場　所：ZOOM による Web 会議

出席者 11 名：安座間由美子（県立中部病院)、中村清哉（琉大病院)、田仲斉（宮古病院)、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)、林正樹（中頭病院）※前半 30 分のみ、友利健彦（沖縄赤十字病院)、新屋洋平（一般社団法人 OHS 沖縄往診サポート)、神山佳之(南部医療センター・こども医療センター)、田場純子(沖縄県保健医療介護部健康長寿課)
欠席者４名：酒井達也(県立八重山病院)、新里誠一郎（浦添総合病院)、国吉史雄（ハートライフ病院)、増田昌人（琉大病院)
陪席者１名：屋嘉部麻美(琉大病院)

報告事項

1. 令和５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より
   今年度令和６年度緩和ケア・在宅医療部会研修ワーキング委員長・副委員長の選定について、次回研修ワーキングにて協議予定となった。
2. 令和５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について
   委員長より報告があった。
3. 令和５年度　第５回 緩和ケア・在宅医療部会議事要旨について
   委員長より報告があった。
4. 令和 6 年度　緩和ケア・在宅医療部会(部会・研修ワーキング・在宅ワーキング)委員一覧について
   資料４に基づき、次回の研修ワーキングから笹良委員のご紹介で豊見城中央病院/医師の中川 裕先生が参加することとなり、委員の承認を頂けた。
5. 令和５年度緩和ケア研修会の報告について
   林委員が欠席のため、各自で資料を確認した。
6. 第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会案)の評価指標について
   増田委員が欠席のため、各自で確認し、質問等がある場合は事務局宛てにご連絡を頂くこととなった。

協議事項

1. WG 委員及び部会員に放射線治療専門医を加えることについて
   資料４に基づき、現在那覇市立病院の委員が不在のため、放射線治療専門医の特定はせず、那覇市立病院内で WG 委員に参加頂く方を推薦または指名して頂く事となった。
2. WG 委員及び部会員に精神科専門医または心療内科専門医等を加えることについて
   笹良委員の推薦で沖縄県南部医療センター・こども医療センターの精神科専門医である川田聡先生がご紹介された。詳細については 6/5(火)緩和ケア医療部会で協議予定。その他、中村委員より琉大病院の普天間先生や有賀先生もご紹介可能と報告があった。

3. 今年度の緩和ケア研修会の内容について

資料 7 に基づき、笹良委員より講演についてロールプレイングの前にやるほうが緊張感とモチベーションが上がり、より話しやすくなるとの意見があった。

4. 今年度の緩和ケア研修会の日程調整について

安座間委員より、内部では下記の日程で開催予定と報告があった。

①10 月頃(日程調整中)中部病院と八重山病院【共催】

②11/30(土)中部病院と宮古病院【共催】

また、豊見城中央病院の中川先生より 12/14(土)友愛医療センターで現知開催予定、受講対象者は院内がメインとなり、中川先生が企画責任者を務めると報告があった。

5. フォローアップ研修会（仮称）の開催に是非ついて

各自ニーズ調査の実施と確認をし、次回協議することとなった。

6. 次回研修ワーキングの日程について

8 月頃予定。調整さんで日時を決定することとなった。

報告事項

7. 第 29 回日本緩和医療学会学術大会・第 37 回日本サイコオンコロジー学会総会合同学術大会について

増田委員が欠席のため、各自で資料を確認した。

8. 日本緩和医療学会　第 6 回九州支部学術大会について

笹良委員より 11/16(土) ニューベルシティ宮崎にて開催予定と報告があった。

9. 第 38 回日本サイコオンコロジー学会総会（2025 年度沖縄開催）について

増田委員が欠席のため、各自で資料を確認した。

以上

令和６年度　第１回緩和ケア・在宅医療部会 在宅ワーキング 議事要旨

日　　時：令和６年５月29日（水）16：30 ～ 18：20

場　　所：ZOOM（WEB 会議）

出 席 者：9名　高江洲あやこ（那覇市医師会）、東恩納貴子（那覇市立病院）、朝川恵利（宮古病院）、嶺井朝美（北部地区医師会病院）、笹良剛史（豊見城中央病院）、新屋洋平（一般社団法人 OHS 沖縄往診サポート）、城間忍（訪問看護ステーションはえばる）、仲門文子（沖縄県介護支援専門員協会）、増田昌人（琉大病院）

欠 席 者：6名　喜納美津男（きなクリニック）、金城隆展（琉大病院）、長野宏昭（いきがい在宅クリニック）、崎原友美子（八重山病院）、荷川取尚樹（花あかり合資会社）、崎辰子（那覇市役所）

陪 席 者：2名　有賀拓郎(琉大病院)、屋嘉部麻美(琉大病院)

報告事項

1. 令和５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
   高江洲委員長より報告があった。
2. 令和５年度　第５回緩和ケア・在宅医療部会議事要旨
   笹良委員より精神科の先生を入れるかについては 6/5(水)緩和ケア・在宅医療部会で協議予定と報告があった。
3. 令和６年度　緩和ケア・在宅医療部会(在宅 WG・部会・研修 WG)委員名簿一覧
   資料３に基づき、今年度より着任した嶺井委員と城間委員より挨拶を頂いた。

協議事項

1. 第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）における所掌分野の進捗について
   増田委員より、資料 4-1 と 4-2 を用いて説明があった。
2. 第４子沖縄県がん対策推進計画（協議会版）の指標の選定および測定について
   笹良委員と新屋委員より在宅医療インテグレーター測定について、在宅医療学会へ問合せで聞く事は出来そうだが、名簿をもらうのは難しそうと意見があった。
   また、がん対策推進計画(協議会版)の緩和・支持療法の②在宅医療 2-1 の指標について笹良委員より在宅でと決めていたとしても家族やお医者さんの壁があり、救急車搬送等で望んだ場所という設定は難しい気がする、その時の医療によって全然変わってくるので受けた医療で満足度が変わってしまうので、最初からどこで過ごしたいですか？と聞いてもその通りにはならないし、最期の１ヶ月で変わる可能性もあると意見があった。また、有賀先生よりがん患者の割合を増加させるという指標の分母をどこにするのか？という疑問や中間アウトカムからいくつか個別施策にしてしまうのはどうかとの意見もあった。増田委員より評価のことで言うと積み上げよりは割合が大事で分母をどう出すのかは難しい課題だが、人数を単純に足してそれを積上げて比較

したり、それも難しければ別の評価指標でどうしたら良いのか考えていきたいと意見があった。各委員より、望んだ場所と最後の場所は受けた医療の質によって異なるのでまずは病院⇔在宅のコミュニケーションや連携強化、質の向上のひとつとしてケアマネや在宅医療の先生を増やしたい等の意見があった。さらに、WG 委員と在宅の課題は違っており、地域から抽出してプロセスを立てることや現在行っているケア・カフェでも現場から多くの参加者がいるため、ケア・カフェを活用して指標を決めるのはどうかとの意見もあった。継続審議となり、来月 6 月頃に改めて在宅ワーキングを開催予定となった。

3. 上記の進捗状況の結果を踏まえた今季の WG 活動について
   来月 6 月頃の在宅ワーキングにて協議予定となった。
4. 今後のケア・カフェの運営について
   次回開催は北部を予定。内容等は次回の在宅ワーキングにて協議予定となった。
5. 次回の在宅ワーキングの開催日程について(ZOOM による WEB 会議)
   協議事項が継続審議となったため、来月 6 月頃を予定し、事務局から日程調整依頼の連絡をすることとなった。
6. その他
   特になし。

報告事項

4. 第 29 回日本緩和医療学会学術大会・第 37 回日本サイコオンコロジー学会総会
   合同学術大会について
   増田委員より、6/14(金)・6/15(土)に神戸で開催予定と報告があった。
5. 日本緩和医療学会 第 6 回九州支部学術大会について
   笹良委員より、11/16(土)ニューウェルシティ宮崎で開催予定、演題は未だ検討中と報告があった。
6. 第 38 回日本サイコオンコロジー学会総会(2025 年度沖縄開催)について
   増田委員より、2025 年度 10/10(金)・10/11(土)くくる沖縄にて開催予定と報告があった。
7. 令和 6 年度 第 2 回ケア・カフェ開催報告について
   時間の都合上、各自で資料を確認した。
8. その他
   特になし。

以上

令和６年度　第１回 緩和ケア・在宅医療部会 議事要旨

日　時：令和６年６月５日(水)　16：00 ～ 17：40
場　所：琉球大学病院がんセンター(ZOOM 会議)

出席者６名：笹良剛史（豊見城中央病院)、中島信久（琉大病院)、安次富直美（琉大病院)、安座間由美子（中部病院)、田場純子（沖縄県保健医療介護部健康長寿課)、増田昌人（琉大病院）
欠席者６名：野里栄治（北部地区医師会病院)、屋良尚美（県立中部病院）中村清哉（琉大病院)、田仲斉（県立宮古病院)、酒井達也（八重山病院)、名嘉眞久美（キャンサー・グリーフおきな和）
陪席者２名：有賀拓郎(琉大病院)、屋嘉部麻美(琉大病院)

協議事項

1. 令和６年度　緩和ケア・在宅医療部会　委員の選任について

   笹良委員より、南部医療センター・こども医療センターの精神科神経科/川田先生の推薦があった。他委員の異論がなかったため、後日、事務局より委嘱状をお送りする事となった。また、前回、返答予定だった屋良委員が欠席のため委員の選任について次回報告となった。那覇市立病院の委員について、他の部会に在籍している同院の看護師、東恩納さんへ相談する事となった。

2. 第４次沖縄県がん対策推進計画(協議会版)ロジックモデルにおける所掌分野の進捗について

   増田委員より【資料 2-1/2-2】に基づき、報告があった。

3. 第４次沖縄県がん対策推進計画(協議会版)の指標の選定および測定について

   増田委員より【資料 2-2】に基づき、報告があった。時間の都合により、今すぐ決めるのは難しい事から、後日個人メールを送り、事務局へ皆さんのご意見を頂戴する事となった。

4. 上記の進捗状況の結果を踏まえた今季の WG 活動について

   増田委員より、「協議事項３を踏まえて今後の WG 活動の方向性を決めていけたらと良いかと思います」と報告があった。

5. 痛みのスクリーニングとモニタリングデータ抽出について

   有賀委員より【資料 4】に基づき、報告があった。「琉大のデータを抽出・報告だけではなく、他の病院はどのようにできる？もしくはこの形でなければならないのか？各病院に合わせるべきなのか？それとも標準フォームを使ってやるべきか？等、各拠点病院ごとにこのようにやってます。といった議論をこの場で進めていきたい」との問いかけに、中部病院の安座間委員より「琉大と同じようにするのは難しいので、有賀先生がおっしゃたように、ではどのようにできるのか。うちはこうやっていこう、やっているという情報交換というか共有できたほうがありがたい」等、意見があった。また、笹良委員より「各拠点病院がこういうシステムで評価を続けています、それを何％できているか等、分母と分子の設定は難しいが、定期的に報告する事で病院の全体の取組みとしてやっている事が可視化でき、どのような感じかを把握できる、わかると良いと思います」と意見があった。

   最後に有賀委員より、事務局を介して二拠点病院へ次回の部会時に何か出せるようにプロセス評価をするためにはこういう取組みをしました等の話しになれば良いと意見があった。

6. 緩和ケアマップ新規掲載依頼先について

増田委員より【資料 5-1～5-4】に基づき、報告があった。新規掲載依頼先について、掲載リストとアンケート内容の両方を再度事務局で作成し、後日個人メールへお送りして、新規でまだ掲載されていない所があれば報告を頂く事となった。

7. 次回令和 6 年度 第 2 回緩和ケア・在宅医療部会の日程について

令和 6 年 9 月頃の予定で、調整さんを用いてスケジュール調整する事となった。

8. その他

特になし

報告事項

1. 令和 5 年度　第 5 回緩和ケア・在宅医療部会　議事要旨

時間の都合上、各自で確認後、笹良委員より追加の報告事項はなかった。

2. 令和 6 年度　第 1 回緩和ケア・在宅医療部会　在宅ワーキング　議事要旨

時間の都合上、各自で確認後、笹良委員より追加の報告事項はなかった。

3. 令和 6 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

時間の都合上、各自で確認後、安座間委員より追加の報告事項はなかった。

4. GRACE 研究会について

笹良委員より「エンドライフに対する医療従事者の燃え尽き防止のプログラムをやっているので資料を確認して頂けると良いと思います」と報告があった。また、11/16(土)宮崎で開催され、演題募集については 6 月のカマレー学会が終わる頃に始まりまして、在宅の皆さんも含めて勉強して集まれるという点で全国大会よりは少し距離が近くて話ができるので是非宜しくお願いします」と報告があった。

5. 日本緩和医療学会　第 6 回九州支部学術大会について

報告者の増田委員が途中退席となったため、笹良委員より【資料 10】に基づき、報告があった。

6. 第 38 回 日本サイコオンコロジー学会総会(2025 年度沖縄開催)について

報告者の増田委員が途中退席となったため、笹良委員より【資料 11】に基づき、報告があった。

7. その他

特になし

以上

令和６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６年６月５日（水）　14：30～16：10
場　　所：ＷＥＢ会議
構 成 員：18 名

出 席 者：12 名
大畑尚子(中部病院産科)、林絹子(中部病院腫瘍・血液内科)、比嘉猛(南部医療センター・こども医療センター小児科)、屋宜孟(南部医療センター・こども医療センター小児血液・腫瘍内科)、岩﨑政志(森川特別支援学校)、徳元亮太(沖縄がん教育サポートセンター)、外間早紀子（沖縄県保健医療部健康長寿課）、金城正樹(沖縄県教育庁保健体育課　代理参加：岸本こずえ)、金城敦子(がんの子どもを守る会　沖縄支部)、銘苅桂子(琉大病院産婦人科)、當銘保則(琉大病院整形外科)
増田昌人（琉大病院がんセンター）

欠　　席：６名
伊良波史朗(南部医療センター・こども医療センター放射線科)、親富祖しのぶ(南部医療センター・こども医療センター看護部)、宮平有希子(がんの子どもを守る会　沖縄支部)、浜田聡(琉大病院小児科)、喜納綾乃(琉大病院看護部)、森島聡子(琉大病院第二内科)、

陪 席 者：１名
石川　千穂（琉大病院 がんセンター）

【報告事項】

１．令和５年度 第４回小児・ＡＹＡ部会　議事要旨（３月４日）

資料１の通り確認された。

2. 小児・AYA 部会　委員一覧

資料２の通り確認された。新委員３名の内、出席の林委員より自己紹介があった。

3.「妊孕性温存療法」と「がん治療後の生殖医療」WG　委員一覧

資料３の通り確認された。薬剤部より新たに２名の加入があった。

4. がん教育について

（１）沖縄県教育庁保健体育課からの報告

金城委員の代理で、沖縄県教育庁保健体育課の岸本こずえ先生より、当日資料に基づき、学校におけるがん教育について報告された。学習指導要領に基づき、着実に実施されている状況であるが、今後も各学校におけるがん教育の充実に努める、との報告だった。

（２）沖縄がん教育サポートセンターからの報告

徳元委員より、資料 5 に基づき沖縄がん教育サポートセンターでの活動や役割、課題等に

ついて報告された。現在、学習指導要領において、小学校では「がん」について触れること、中、高では「がん」について取り扱うこととされている。がん教育においては、学校教諭、医療者、がん経験者が連携して行っていくことが大切であるが、沖縄県内ではがん教育の外部講師活用率がまだ低い状況にあることが報告された。また、外部講師は仕事を休んで授業を行っているが、交通費や謝金等が無いため負担が大きく財源確保も課題であるとのことだった。

【協議事項】

1. 第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）における所掌分野の進捗について
2. 上記の進捗状況の結果を踏まえた今期の部会活動について

増田委員より、資料６に基づき説明があった。現在、指標の数値が埋まっていない所が多いので、部会としてどのような活動を行うかは、指標数値を埋めてみて、次回以降に改めて協議することとなった。岩﨑委員より生徒の学習環境の整備や支援等に関して、この部会から要望を出せないかという提案があったので、次回部会では、提案を具体的にあげて頂き協議する予定。

3. AYA サポートチームの構築について

増田委員より、資料 7 に基づいた説明があり、今年度中の AYA サポートチーム構築について言及した。

4. 助成金申請時のアプリ登録 100％に向けた対応について

銘苅委員より、妊孕性温存療法の助成を受けるときの条件として、JOFR に登録する事になっているが、研究協力の同意がないまま助成を受けている方がいる状況にあるので、資料８のような、登録が完了しているかを確認するための資料を用いて、これらすべての項目にチェックやサインが入った方に助成を行うようにできないかと提案があった。県の申請様式に記載欄がある、アプリ番号(＊1)が記載されているだけでは、登録完了したことにはなっておらず、FS リンク登録後届くメールに回答して初めて登録完了(＊2)となるようだった。外間委員より、(資料 8 を申請書類の一部として)取り入れると、この場で答えることはできないのだが、病院から出して頂く申請書類を提出する際に、登録状況を確認することは可能かと質問があり、銘苅委員より、（100％登録にするために）病院だけで抜けが無いようにチェックすることができるか再度シュミレーションし、改めて相談したいとの回答があった。

【参照：資料８抜粋】

(＊1) ➤ 2-(5)　12 桁の会員番号を産婦人科主治医医または外来へ伝えましたか。

(＊2) ➤ 2-(7)　FS リンク登録、施設登録完了後の質問表票を回答しましたか。

5. 市民公開講座の開催について

銘苅委員より、来る８月３日に、がん生殖医療に関する市民公開講座を企画しており、がんセンターと小児・AYA 部会で共催という形で開催して良いか提案があった。増田委員より、資

料９に記載されているプログラムであれば、民間企業や任意団体が宣伝をしない条件をクリアするなら、可能だと思われると説明があった。共催に名前を載せることに関しては、事務局で調整した後に最終決定出来ればということとなった。

6. その他

次回は９月開催予定。

【報告事項】

5. 妊孕性温存療法について

(１)妊孕性温存療法研修会について

資料 10-(1)の通り確認された。

(２)県の助成について

外間委員より、資料 10-(2)の通り報告された。

(３)琉大の実績について

銘苅委員より、当日資料に基づき報告された。

(４)友愛医療センターの実績について

銘苅委員より、当日資料に基づき報告された。

(5)がん治療施設について

銘苅委員より、資料 10-(4)の通り報告があった。

6. 妊孕性温存療法 WG のメーリングリスト立ち上げについて

銘苅委員より、妊孕性温存療法 WG のメーリングリストが作成された旨報告があった。

7. 第２０回　小児がん拠点病院連絡協議会　相談支援部会(５月３１日)

資料 11 について、増田委員より報告があった。

8. その他

増田委員より、以下２点依頼があった。

①７月の末頃までに、小児がん、AYA 世代のがん、がん教育の指標を埋めたロジックモデルを委員の皆様宛に送るので、ご確認をお願いしたい。

②今後、部会開催までに親協議会の方に提案事項があれば、事前にメール審議も行いたいので、思いついた時点で事務局にご連絡頂きたい。(部会開催は、６月、９月、１２月、３月)

以上

令和５年度第５回沖縄県がん診療連携協議会 情報提供・相談支援部会議事要旨

日　　時：令和６年３月 14 日（木）14：00～15：00
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）、横田美佐（県立宮古病院）、岩崎奈々子（県立八重山病院）、樋口美智子（沖縄国際大学）、上原弘美（友愛医療センター）、冨里果林（南部医療センター・こども医療センター）、西村克敏（地域統括支援センター）、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：３名
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）、小波津真紀子（沖縄県保健医療部）
有賀拓郎（琉球大学病院）

陪 席 者：１名
松田亮子（琉球大学病院事務）

【報告事項】
１．令和５年度第４回情報提供・相談支援部会議事要旨(令和６年２月８日)
資料１に基づき、仲宗根委員より、令和５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．その他
当日資料に基づき、琉球大学病院看護師の砂川さんより、がん相談支援センターへのアピアランス助成制度に関する情報提供のポイントについて説明があった。令和６年４月１日から沖縄県の事業としてアピアランス支援事業が始まる。申請要件として「事前にがん診療連携拠点病院のがん相談支援センターの相談支援を受けていること」としており、相談支援センターの情報提供をある程度統一していくために活用いただきたいリーフレットの提案があった。ウィッグに関するリーフレットの説明ポイントとして、始めに、治療前や脱毛前など現在どの時期なのか確認し情報提供する。補正下着に関するリーフレットの説明ポイントは、手術前または手術後なのか、また再建予定の有無を確認する。補助具が必要な方には補助具の工夫点として、市販の物や製品専用の物だけでなく手作りの物で工夫できる事などを伝えるといいとアナウンスがあった。

上原委員より、相談センターに相談した日付と相談場所などをメモするようにとの事だったが、申請時に記載することがあるのか、また、非拠点でウィッグの購入について相談したあとでも、必ず、拠点の相談支援センターに相談しないといけないのかと質問があった。砂川さんより、申請書に相談支援センターの病院名が記載されており、〇を付ける欄と相談した日付を記入する欄があると回答があった。また、増田委員より、その他の質問については沖縄県に直接確認していただきたいと回答があった。

玉城委員より、相談方法でリーフレット使用についての提案がある為、相談支援センターに来てもらい対面相談がいいのかと質問があった。砂川さんより、相談は電話でも対面でも可となっており、できれば対面でリーフレットを見ながらだと的確に説明できるのではないと回答があった。

【協議事項】

１．第４次沖縄県がん対策推進計画(協議会案)における所掌分担について

資料 2 に基づき、増田委員より情報提供・相談支援部会の所掌７項目について説明があった。

２．次年度活動計画について

資料 3 に基づき、増田委員よりロジックモデルの中から３～５項目程度、部会としてやるべきことについて意見をいただきたいと要望があった。後日、事務局あてにメールで意見をいただき、その意見をもとにメール審議し決定することとなった。

３．所掌分担分野の指標値の確認と評価について

資料 4 に基づき、増田委員より、沖縄県協議会で PDCA サイクルをまわすために専門部会で行うことについて説明があった。指標の測定はベンチマーク部会がおこない、６月の部会までにすべての指標の結果が出る予定である。その結果を部会で協議し評価を行う。今後、情報提供・相談支援部会の所掌７項目の指標を３か月ごとに評価し、部会開催日に進捗状況を必ずレポートで報告する。レポートに関しては、ひな形を用意しマークシート方式など検討している。また、５月にロジックモデルと進捗管理について研修会を実施する予定である。

４．その他

大久保委員より、前回の部会で協議した、非拠点との連携を意識した研修会や患者会との合同開催の検討について、６月の部会前にワーキング形式で個別に時間をいただきテーマなど相談させていただきたいとアナウンスがあった。

・次回開催は、令和６年６月 13 日（木）14 時から開催。

令和６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 6 年 6 月 6 日（木）14：00～16：30
場　　所：琉球大学病院 3 階がんセンター及び各施設（ハイブリッド会議）
出 席 者：11 名

〈がんセンター・8 名〉

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）、横田美佐（県立宮古病院）、岩崎奈々子(県立八重山病院)、上原弘美（友愛医療センター）、間島奈央子（キャンサーフィットネス）、友利晃子（琉球大学病院）

〈ZOOM 参加・3 名〉

仲村渠美奈子（北部地区医師会病院）、田場純子（沖縄県保健医療部）、大久保礼子（琉球大学病院）

欠 席 者：5 名

伊禮智則（那覇市立病院）、冨里果林（南部医療センター・こども医療センター）、西村克敏（地域統括支援センター）、増田昌人（琉球大学病院）、有賀拓郎（琉球大学病院）

陪 席 者：2 名

砂川華（琉球大学病院）、松田亮子（琉球大学病院事務）

【報告事項】

１．令和 5 年度第 5 回情報提供・相談支援部会議事要旨(令和 6 年 3 月 14 日)

資料 1 に基づき、友利委員より、令和 5 年度第 5 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．今年度の部会委員一覧

資料 2 に基づき、友利委員より今年度の委員の変更について報告があった。患者会のキャンサーフィットネス認定インストラクターの間島奈央子委員と、沖縄県保健医療介護部の田場純子委員が承認された。

【協議事項】

１．部会委員及び部会長の選定について

資料２に基づき、友利委員より、これまでの委員選任の経緯説明があり、今年度の部会長・副部会長が任命された。

部会長　琉球大学病院　友利晃子

副部会長　県立中部病院 玉城佐笑美、那覇市立病院　仲宗根恵美

２．第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会案）における進捗評価について

増田委員欠席の為、次回協議することとなった。

３．上記進捗状況に基づいた今年度の部会活動計画について

資料４に基づき、友利委員より、令和６年度の部会活動計画が提案され承認された。今年度の部会活動計画は、ロジックモデルを基に前年度協議した内容やアンケート結果を反映し立案したと説明があった。

仲宗根委員より、活動計画の施策(2)について、那覇市立病院では立ち寄らなければならないシステムがまだ構築できていない。また、来所者数の増加を図るのは、相談センターへの来所者数だけでいいのか、診断を受けた数に対しての割合についてなのか、共通の見方を決めていく必要があると述べられた。友利委員より、琉大病院では医師の声掛けと電子カルテで予約を入れてもらい、来室した数を集計している。分子は来室者数で分母は院内がん登録の琉大病院で新たに登録のあった数で割合を出している。今後、全国の状況も報告していきたい。周知の仕方については、予約方法の資料を作成し医局回りし周知していると回答があった。

玉城委員より、中部病院ではがん相談の予約はできるが、がん相談センターの周知が目的の予約システムは構築できてなく、初回治療前がどのタイミングかまだ整理できていない状況である。また、相談センターに立ち寄った数について、化学療法室や外来で相談センターの説明を行ってもカウントされないのかと質問があった。

友利委員より、新整備指針以降は、原則として相談センターまで実際に来た数をカウントしていると回答があった。仲宗根委員より、化学療法中に相談センターまで立ち寄るのが大変な患者さんには、場所を印刷した用紙と口頭で窓口の説明でもいいのではないか。必ず立ち寄った数というより、周知が目的であればその人数をカウントしていいのではないかと意見があった。大久保委員より、整備指針上、一度は相談センターを訪問することとなっており、当院も化学療法室のスタッフや外来看護師さんから相談室の利用を声掛けしているが、チラシだけでは印象に残りにくく、つながりにくい現状があったが、予約システムの導入後は相談センターの場所を実際に確認することで患者さんの印象に残り、次の自主的な相談への行動につながる面もあると感じていると意見があった。また予約については、医師やクラークが入力したり、看護師の誘導で来室した方は相談センターで入力も行っているとのことだった。琉大病院の砂川看護師より、各施設のがんに関わる看護師と協力することで、相談センターの周知が広まっ

ていくのではないかと意見があった。

４．沖縄県におけるがん相談員の研修の開催について

資料５に基づき、大久保委員より、今年度は年２回開催となっており、第１回は９月７日に「アピアランスケア～脱毛・乳房切除術後の情報提供・相談支援について考える～」をテーマとし、場所は那覇市立病院で開催と報告があった。研修の目的と学習目標、プログラム内容について説明があり、部会委員へはグループワークでのファシリの協力依頼があった。第２回については、過去のアンケートを参考にしつつ、部会委員からも取り上げたいテーマをご提案いただきたいこと、集合やオンライン等の開催方法を検討していくと説明があった。

上原委員より、拠点以外の非拠点病院が研修に参加しやすいように、県からの受講推奨等あると重要性や士気が高まるのではないかと意見があった。

「沖縄県アピアランスケア支援事業」に関して、玉城委員より、乳がんの補正下着だけの補助はなく、下着と補正用具のパットが一緒でないと助成は受けられないとの事だが実情はどうか質問があり、田場委員より、補正下着だけでなく、補正パットと人口乳房が対象の為、一緒であれば補正下着も対象となっていると回答があった。

仲宗根委員より、病院で手術後の補正下着として販売されていたが、市の担当窓口からは胸帯のため補助の対象外であると一度断られた事例が報告された。後日、話し合いの結果認めてもらえたが、補正下着と認められる物や認められない物を写真などで分かりやすく示していただきたいが、現時点でその準備や予定はあるのか。また、補助の対象について質問があった場合、直接、県に問い合わせていいのか質問があった。田場委員より、写真など具体的なものはないこと、問い合わせについては、市町村が対応する事になっているが、状況によってはお受けいたしますと回答があった。

仲宗根委員より、意見交換の場をもうけていただきたいと要望があった。

大久保委員より、アピアランス支援事業・若年がん患者支援事業が各市町村で開始されているが、各病院の相談員は実施状況を各市町村のホームページをみて情報収集している状況であるため、沖縄県で支援事業を行う市町村の情報を掌握されているのであれば、リストを病院にも共有いただきたいと要望があり、後日、田場委員より回答いただくこととなった。

５．中皮腫セミナー開催について

資料６に基づき、友利委員より、中皮腫セミナーについて説明があった。開催直前にコロナ禍で中止となっていたが、中皮腫キャラバン隊から企画の復活をさせたいとの依頼があった。７月が中皮腫啓発月間ということで、例年東京・大阪等でイベントを開催。沖縄では７月 13 日に沖縄県立図書館で開催。主に、国立がん研究センターの専門医による講演と、患者の鹿川氏による特別講演や座談会を予定している。

【報告事項】

３．地域統括相談支援センター活動報告

資料７に基づき、紙面報告となった。

４．がん患者ゆんたく会（1～3 月）

資料 8-1～8-3 に基づき、令和５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。中部病院は玉城委員より報告があった。1 月は琉球大学病院の砂川看護師によるアピアランスケアの講習会を開催。ハンドケアや保湿ケアのポイントを教えていただいた。2 月は「もしバナカード」というゲームをし、ACP を考えながら行った。3 月はフリートークでスキンシップやハグについて話題があがった。那覇市立病院は糸数委員より報告があった。1 月は琉球大学病院の砂川看護師を招いて「病気になっても自分らしく過ごすためのコツ」について講演をしていただいた。爪のケアでお困りの患者さんに砂川看護師が直接手に触れて見て頂いた。また、乳房切除後のバスタイムカバー着用可能施設の紹介や絵本の紹介があった。3 月は、口腔外科の医師と歯科衛生士による講演を行った。歯科衛生士がうがいの仕方を実演したり物品の紹介があった。琉球大学病院は友利委員より報告があった。感染対策でパーテーションを設置しているが参加者から話しづらいとの意見があった。今後設置なしを検討していきたいが、感染が増加傾向にある為検討中である。今期はパンキャンジャパンの豊見山さんの講演や栄養士による講演、またカラーセラピーのワークを開催した。副作用についての話題が多く、患者さんと情報共有し講師や栄養士に質問や相談をしていた。八重山病院は岩崎委員より、奇数月の第 4 金曜日に定期的に開催予定と報告があった。5 月は薬剤師による講演を開催し、参加した患者さんが直に薬剤師に相談することができとても良かったと感想があった。次回は、お薬の専門的な事だけでなく、患者さんが仕事をしながら頑張っている様子など紹介していきたい。その他、キャンサーフィットネスの間島委員より、7 月と 8 月開催のマインドフルネスヨガについての周知依頼があった。

５．がん相談件数（1～3 月）

資料 9-1～9-6 に基づき、令和 6 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（仲村渠委員）

70 代 80 代の相談が多い。独居や高齢世帯が多いため介護の相談が多い。在宅で訪問診療の相談があったが、遠方の為訪問診療の対応できる施設を探すのに難航した。また、診療所で対応できない薬があり当院と連携をとりながら対応した事例があった。ホ

スピスや緩和ケア病棟の入院希望がかなり増加している。北部の療養型は面会ができないため緩和ケア病棟の相談が増えている。

○県立中部病院（玉城委員）

不安・精神的苦痛の相談が多く、院外通院中で当院へセカンドオピニオンの相談があった。がん遺伝子パネル検査が始まり、経済的な負担も考慮しながら関係部署と連携を取りながら対応した。標準治療が終了している患者さんが受けるため、気持ちのケアを緩和の看護師と協力しながら行っている。

○那覇市立病院（糸数委員）

3カ月間大腸がんの患者が多かった。がんの治療や手術、放射線治療は専門の看護師が対応し、制度や生活の話はソーシャルワーカーが対応している。一部、限度額認定証について看護師が基本的な部分を説明してくれた事があった。在宅診療の相談では、相談依頼を WEB のシステムから受け付けできる訪問診療所がありスムーズに回答が得られるため増えている。

○県立宮古病院（横田委員）

相談内容にほとんど変化はなく、40代50代の相談者が多い印象。お子さんのあるターミナル期の患者さんについては、地域連携室のソーシャルワーカーや児童相談所と連携し対応している。今後このような相談が増加傾向にある印象。

○県立八重山病院（岩崎委員）

相談内容に変化はなかった。遠方在住でターミナル期の患者さんを、当院で診療することになり数時間かけて往診をした患者さんがいた。また、受診に拒否的な患者さんに献身的に対応することで、だんだんと受け入れてくれ看取りまで対応した印象的な事例があった。

○琉球大学病院（大久保委員）

相談内容は在宅療養やホスピス、終末期に至る経過の心理的な支援やサポート、具体的な在宅調整の支援が多かった。治療開始前や治療中の来所が増加している為、医療費や漠然とした今後の不安の相談が多い。相談内容の「その他」の項目が増加しているのは、治療開始前までに立ち寄りした方で、相談支援センターの内容と希望があれば相談対応することの説明を行った数を件数にいれている。今期も他院通院患者等からの相談では、受診に関する事やがんの治療について、アピアランスの相談があった。また、アピアランスケア相談会を開催しており、90 分間と短い時間だが自院・他院の患者さんの相談があった。今年度も 4 回開催予定となっておりホームページでも周知してい

るので患者さんにご案内いただきたい。

６．がん相談件数集計（令和５年度）

資料 10 の通り、各拠点の相談件数集計の統計表に基づき友利委員より報告があった。

各病院とも利用回数はリピーターが多く、担当医からの紹介が増加している印象。治療状況では、治療前の数が前年度と比べると増えている印象。がんの状況は、再発・転移も多いが初発も同じ位か超えている状況であった。がんの種類では、各病院とも大腸がんが多く、次いで肺がん、乳がん、膵臓がんが多い。相談内容では、不安・精神的苦痛の相談が最も多く、次いで在宅医療やホスピス・緩和ケアの相談となっている。

その他、糸数委員より、北部地区医師会病院の患者さんでホスピスを希望される場合、どこの病院を紹介しているのか、また、複数希望するのかと質問があった。仲村渠委員より、沖縄病院とアドベンチストが多いが、高齢者が多いため、緩和ケア病棟に問合せし早く対応できる施設に相談するケースもある。また、高速道路から降りて近くの施設を希望するなど交通の面で考える方が多い。家族には第 3 希望まで考えるよう提案していると回答があった。

７．がん相談支援センターの広報

資料 11 に基づき、がん相談支援センターの広報について友利委員より報告があった。毎週掲載するよう依頼することにより電話相談が増えている印象。引き続き広報依頼を行う。

８．アピアランスケアの啓発チラシについて

資料 12 に基づき、琉大病院の砂川看護師よりアピアランスケアの啓発チラシについて説明があった。アピアランスケアについて相談できる窓口と相談内容を掲載しており、相談の内容によって専門の施設や医師、看護師につないでいただきたいとアナウンスがあった。後日、各施設にチラシとポスターを送付するので掲示と周知依頼があった。

９．その他

上原委員より、11 月 9 日、10 日に開催のリレーフォーライフへの展示について提案があった。相談センターの紹介ブースを展示し広報することで、患者会に知ってもらういい機会になるのでご検討いただきたいとアナウンスがあった。

・次回開催は、令和 6 年 9 月 12 日(木)、14 時から開催。

令和６年度 第１回沖縄県がん診療連携協議会 ベンチマーク部会 議事要旨

開催日時：令和６年５月31日（金）13:00～14:00
場　　所：Zoomを利用したWeb会議
出　　席：８名
有賀拓郎（琉球大学病院診療情報管理センター副センター長）、井岡亜希子（まるレディースクリニック院長）、伊藤ゆり（大阪医科薬科大学研究支援センター医療統計室室長准教授）、埴岡健一（国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科教授）、東尚弘（東京大学公衆衛生学健康医療政策学教授）、山里紘美（沖縄県保健医療介護部健康長寿課主任）、増田昌人（琉球大学病院がんセンター長)、 伊佐奈々（琉球大学病院がんセンター診療情報管理士）
欠　　席：２名
天野慎介（全国がん患者団体連合会理事長）
平田哲生（琉球大学病院診療情報管理センター長）
陪　　席：３名
鈴木達也（国立がん研究センター企画戦略局次長）、和田佐保（国立がん研究センターがん対策研究所がん医療支援部がん医療支援企画室室長）、西佐和子（琉球大学病院がんセンター事務）

【報告事項】
１．今年度の委員について
増田部会長より、資料１に基づき、今年度の部会委員についての報告があった。

２．令和５年度 第16回ベンチマーク部会議事要旨について
増田部会長より、資料２に基づき、ベンチマーク部会の議事要旨について説明があった。

【協議事項】
１．部会長、副部会長の選出について
前年度に引き続き、部会長に増田委員、副部会長に埴岡委員ということで決定した。

２．医療者調査について
増田部会長より、資料3-1､3-3に基づき、医療者調査報告書の説明があり、さらに詳細な解析をがんセンターからNPO法人に委託したと報告があった。
続いて、東委員より、資料3-4に基づき、結果の最頻値と不明割合について説明があっ

た。「分からない」という回答が多いという点で分析をどうするか等、課題がいくつかあがったが、時間の都合上、詳細な議論は次回に持ち越しとなった。

３．第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）の進捗評価について

増田部会長より、資料 4-1,4-2,4-3 に基づき、第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）の指標とデータベースについて説明があった。

４．第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）における死亡率、罹患率、進行がん罹患率、5 年生存率を算出するがん種について

増田部会長より、資料５に基づき、死亡率、罹患率、進行がん罹患率、5 年生存率を算出するがん種について提案があり、委員に意見を求めた。

<がんの予防>がん種別年齢調整罹患率・死亡率

伊藤委員より、国の方では乳房も入っているが、あえて乳がんを省いている理由について質問があった。増田部会長より、閉経前後というところでクリアな値にならない可能性があると回答があった。

伊藤委員より、五大癌のひとつである乳がんは増えているので減少できないかもしれないが、省いているのは違和感があるのではないかと意見があった。

井岡委員より、閉経前乳がんの罹患や死亡を算出していくのであれば、乳がんを入れてもよいのではないかとの意見があった。

東委員より、閉経前後に関しては定数が分かっているから混ざっていると感じる。他のがんも結局、予防が可能なメカニズムで発生している癌とそうでない癌は、その要因が分からないだけで混ざっているのではないか。乳がんは入れてもよいのではないかとの意見があった。

以上、協議の上、乳がんを追加することになった。

<がん検診>検診がん種別進行がん罹患率・年齢調整死亡率

特に異論はなく、提案された五大がんで決定となった。

<がん医療提供体制>がん種別５年生存率

特に異論はなく、提案された９つのがん種で決定となった。

<個別のがん対策>希少がんの 5 年生存率

東委員より、脳腫瘍に関しては、専門家からすると、精度に少し問題がある可能性が残るため省いてもよいのではないかとの意見があった。

<個別のがん対策>難治性がんの 5 年生存率

伊藤委員より、定義付けされていれば問題ないのではないかとの意見があった。

増田部会長より、難治性がんにおいても脳腫瘍はどうすべきか、委員に意見を求めた。有賀委員より、臨床の立場から脳腫瘍と言えば膠芽腫というイメージがあるため、膠芽腫以外が入るとだいぶ粗いデータになるため、東先生の意見に賛同するとの意見があった。

<個別のがん対策>小児がん患者の 5 年生存率

<個別のがん対策>AYA 世代のがんの 5 年生存率

増田部会長より、予防と検診で子宮頸がん、乳がんをみているので AYA 世代では省いていると説明があった。

伊藤委員より、沖縄県の 5 年生存率を集計する予定があるか質問があり、増田部会長より、現在は集計できないとの回答があった。東委員より、沖縄県の 5 年生存率のデータは数が少ない点が問題であると意見があった。伊藤委員からも、全がんでみたほうがよいかもしれないとのことだった。

以上、様々な意見があったが、時間の都合上、後日メール審議を行うこととなった。

５．第 4 次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）の改定について

増田部会長より、資料 6 に基づき、第 4 次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）の改訂について提案があった。総論として特に意義がなく、承認された。埴岡部会長より提案があり、セカンドオプションとして、奈良県、島根県、愛媛県以外のがん対策推進計画も確認することとなった。

６．次回の開催日程について

増田部会長より、月 1 回のペースで開催することが提案され、了承された。

次回は 6 月下旬に開催予定。

７．その他

ベンチマーク部会のロジックモデルをまずは事務局でたたき台を作成することになった。

令和６年度 第２回沖縄県がん診療連携協議会 ベンチマーク部会 議事要旨

開催日時：令和６年６月27日（木）14:00～15:30
場　　所：Zoomを利用したWeb会議
出　　席：６名
天野慎介（全国がん患者団体連合会理事長）、伊藤ゆり（大阪医科薬科大学研究支援センター医療統計室室長准教授）、埴岡健一（国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科教授）、東尚弘（東京大学公衆衛生学健康医療政策学教授）、増田昌人（琉球大学病院がんセンター長)、 伊佐奈々（琉球大学病院がんセンター診療情報管理士）
欠　　席：４名
有賀拓郎（琉球大学病院診療情報管理センター副センター長）、井岡亜希子（まるレディースクリニック院長）、平田哲生（琉球大学病院診療情報管理センター長）、
山里紘美（沖縄県保健医療介護部健康長寿課主任）
陪　　席：２名
渡部鉄兵（株式会社ウェルネス戦略企画本部）
西佐和子（琉球大学病院がんセンター事務）

【報告事項】
１．令和６年度 第１回ベンチマーク部会議事要旨について
増田部会長より、資料１に基づき、ベンチマーク部会の議事要旨について説明があった。

２．今年度の委員について
増田部会長より、資料２に基づき、今年度の委員について報告があった。

３．それぞれの分野で評価対象とするがん種について
増田部会長より、資料３に基づき、事務局で選定したがん種について報告があった。

・希少がん
伊藤委員より、全国がん登録が整備され、今後は都道府県別データが見れるようになる見込みであり、希少がんの定義が決まれば、そのデータを引用してモニターするのも一つの手段ではないかとの意見があった。共通の定義で評価した方が、希少がんの生存率に関する評価が意味を持つと考えられるとのことだった。
東委員より、希少がんの生存率が何を表すのかが問題であり、希少がんが日本全国でどこに行っても少ないものとして、他と比べて遜色ない治療が行われていることを示したい

のか、地元に少なくても適切に治療が行われていることを示したいのか。そうであれば地元独自のデータがよい。その点において、希少がんの生存率の意味が不明確であるとのコメントがあった。

協議の上、希少がんのがん種は一時保留となった。指標は空欄とし、説明としては、全国がん登録の詳細な 47 都道府県ごとのデータが将来的に出るので、それを引用する旨の注意書きをすることになった。

・難治性がん

伊藤委員より、膵がんだけが難治性がんの代表的なものとして挙げられる可能性がある中、難治性がんの定義が発表されるのを待ちながら、沖縄では生存率が 50%未満のがん種もモニターする方針とし、現時点では沖縄独自の定義に基づいて選定するとという書きぶりではどうかとの提案があった。

東委員より、難治性がんに対する問題意識を大事にするべきではないかとの意見があった。定義が提示される場合はそれに従うべきだが、膵がんだけを難治がんと定義するなら独自に定義を考えたほうがよいのではないか。難治がん対策には新しい治療を開発することと、できるようになった治療を確実に使って最大の成果を得ることの二つの意味合いがあると思われる。全国的には両方を考慮する必要があるが、地方では独自に開発するよりも、他の場所で開発された治療法を導入することが大きなウエートを占める。この部分については希少がんと違って、生存率が 50%以下のがん種の生存率を上げていくための対策とることはひとつの考え方ではないかとのコメントがあった。

天野委員より、沖縄のがん計画で、難治性がんに ATL を含めないのは問題であり、九州地方で依然として ATL が脅威であり、非常に難治性のがんであるため、これを放置して計画を評価するのは見過ごせないとの意見があった。

協議の上、がん種は、生存率が 50%未満のがん種 7 つと ATL とし、定義が発表された場合はそれに従い、定義に含まれないがん種は参考値として扱うことになった。

４．第 4 次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）の改定の方法について

増田部会長より、資料 4 に基づき、第 4 次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）の改定の方法について、報告があった。

５．その他

特になし。

【協議事項】

１．第 4 次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）データセットの修正について

増田部会長より、データセットを作成されている渡辺様の紹介があった。続いて渡辺様

より、協議会版ロジックモデルとデータを組み合わせた指標評価ツールについて説明があった。ロジックモデルの各施策にグラフボタンが追加され、クリックすることで過去 10 年分の時系列データが表示される仕組みになっているとのことだった。

埴岡副部会長より、これと類似した、がん種別のデータセットの進捗について確認があり、作成スケジュールに組み込んでもらいたいと要望があった。増田部会長より、大腸がんロジックモデルを今年リニューアルし、データセットの作成を依頼したが、他のがん種に関してはまだ全く進んでおらず、順次作成していきたいと回答があった。

東委員より、年齢調整死亡率のグラフを見た時に、年齢調整がいつのデータか気になった。年齢調整の基準が昭和 60 年と平成 27 年で混在しており、その基礎情報を解説した使用ガイドがあれば正確であり、利用者にとってもわかりやすいとの提案があった。基礎情報がグラフ内に完結していることが望ましいとのことだった。

埴岡副部会長より、地域セレクターがなく沖縄だけのデータセットのため全国版が望まれるとのコメントを受けて、伊藤委員より、都道府県別がん統計ダッシュボードの紹介があった。

２．ベンチマーク部会のロジックモデルについて

ロジックモデルが未完成のため、次回へ持ち越しとなった。

３．医療者調査について

東委員より、資料 6-2 に基づき、解析の進捗について報告があった。

埴岡副部会長より、N 数が医師と看護師が多く、薬剤師と MSW が少ないということだが、そうすると職種的に知っている質問には回答値を高く、そうでない質問には回答値を低くつける傾向がある。設問によると思うが、医師と看護師だけに絞ってみて、大きく乖離しているところや最頻値がずれている辺りを分析する等、現場感を含めて検討するとよいのではないかと提案があった。続いて、医療圏別解析について質問があった。増田部会長より、中南部と北部、宮古、八重山の 3 地域を合わせて分析することで違いを見ることは可能かもしれないが、北部と宮古の回答数が少ないため、二次医療圏ごとに分析するのは難しいと回答があった。

埴岡副部会長より、東先生の役割を超えるかもしれないが、ロジックモデルの他の数値と合わせて再度確認するという点について、できればその見方までサジェッションしていただけると助かりますとコメントがあった。

４．第 4 次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）進捗評価について

（１）指標データの確認

（２）施設へのアンケート調査について

（３）41 市町村へのアンケート調査について

増田部会長より、資料 7 に基づき、第 4 次沖縄県がん対策推進計画(協議会版)の進捗について報告があった。指標値が空欄の部分は、7 月に各施設および 41 市町村へアンケート調査を実施するとのことだった。

（4）指標の変更の提案

増田部会長より、指標値が 100%になる施策があるとの報告があり、指標を変更するべきかどうかの協議は次回に持ち越すことになった。

5．医療部会からの提案について

（1）院内がん登録をしている 18 施設が DPC-QI に参加することについて

増田部会長より、当日資料に基づき、院内がん登録、DPC-QI、カルテレビューを行っている施設の現状について説明があった。

埴岡副部会長より、全施設の参加は好ましいが、カルテレビューができない施設へのサポート策が必要との意見があった。

（2）専門的な資格をもった医療者が少ないことについての協議会への報告（注意喚起）

増田部会長より、資料 9-2，9-3 に基づき、全国値からみた沖縄県の専門医数の現状について説明があった。

埴岡副部会長より、施設を集約し、少人数でプロセスが効率的であり、結果も良好であれば好ましい。患者が多く、プロセスが不十分でスタッフが不足している施設に重点を置き、育成計画を導入する流れが必要かもしれないとのコメントがあった。他の情報と照らし合わせて検討すべきであり、議論が百出することを避けるために周辺情報も適切に提供することが重要であるとのことだった。

6．次回の開催日程について

次回は 7 月下旬に開催予定。

7．その他

特になし。

<参考 URL>

大阪医科薬科大学　都道府県別がん統計ダッシュボード

https://wellbeing-datascience.com/data-viz/cross-prefecture/