令和8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8年7月6日（月）　14:00～

場　所：西普天間キャンパス　管理・研修棟3階　小会議室

議事要旨・委員一覧	資　料	備　考
1．令和8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6日開催)	資料1	P5
2．令和8年度第1回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(5月8日開催)	資料2	P7
3．令和8年度第1回沖縄県がん診療連携協議会議事録(5月8日開催)	資料3	P10
4．協議会・幹事会・部会委員について	資料4	P68
5．令和8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．連携協議会委員の追加について	資料6	P75
2．「沖縄県がん登録事業報告書」への要望について	資料7	P81
3．北部、宮古、八重山医療圏で最低限担保するがん診療について	資料8	当日資料
4．「がん診療を行う医療施設一覧の掲載要件」の修正について	資料9	P84
5．「第4次沖縄県がん対策推進計画(当協議会版)」の中間評価について(ベンチマーク部会)		
(1)中間評価の方法について	資料10-1	P111
(2)第4次沖縄県がん対策推進計画(連携協議会版)ロジックモデル	資料10-2	P157
(3)ロジックモデル進捗管理シート	資料10-3	P187
(4)個別施策評価シート	資料10-4	P219
(5)分野別評価報告書	資料10-5	当日資料
6．その他		
報告事項		
1．がん診療を行う医療施設一覧について(沖縄県)	資料11	P220
2．昨年度協議会の審議事項のその後について(幹事長)	資料12	当日資料
3．患者会よりの報告		
(1)島袋委員報告(NPO乳がん患者の会 ぴんく・ぱんさぁ)	資料13-1	P245
(2)島袋委員報告(若年性がん患者会 Be style)	資料13-2	P247
(3)又吉委員報告	資料13-3	P248
4．各拠点病院が取り組んでいるがん対策について		
(1)「第4次沖縄県がん対策推進計画(当協議会案)」のロジックモデルでの位置づけ	資料14-1	P258
(2)各病院の状況		
①琉球大学病院	資料14-2	P287
②北部地区医師会病院	資料14-3	P289

③沖縄県立中部病院	資料14-4	当日資料
④那覇市立病院	資料14-5	P292
⑤沖縄県立宮古病院	資料14-6	P295
⑥沖縄県立八重山病院	資料14-7	P298
5．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について(幹事長)	資料15	P300
6．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について(幹事長)	資料16	P302
7．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議(幹事長)		
(1)第1回医療法人情報の第三者提供に関する専門委員会（医政局医療経営支援課）	資料17-1	P336
(2)第65回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会 （健康・生活衛生局 感染　症対策部 予防接種課）	資料17-2	P380
(3)第6回受動喫煙対策専門委員会（健康・生活衛生局健康課）	資料17-3	P420
(4)第36回厚生科学審議会がん登録部会（健康・生活衛生局がん・疾病対策課）	資料17-4	P466
(5)第94回がん対策推進協議会（健康・生活衛生局がん・疾病対策課）	資料17-5	P480
(6)第95回がん対策推進協議会（健康・生活衛生局がん・疾病対策課）	資料17-6	P556
(7)第10回がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ （健康・生活衛生局がん・疾病対策課）	資料17-7	P692
(8)第11回がん診療連携拠点病院等の指定要件WG、第8回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件WG、第4回小児がん拠点病院等の指定要件WG 合同開催	資料17-8	P738
8．その他		
部会報告事項		
1．医療部会	資料18	P848
2．緩和ケア・在宅医療部会	報告なし	
3．小児・AYA部会	報告なし	
4．離島・へき地部会	資料19	P852
5．情報提供・相談支援部会	資料20	P858
6．ベンチマーク部会	報告なし	

令和８年度第２回沖縄県がん診療連携協議会幹事会　資料一覧

資料１ 令和８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 6 日開催)

資料２ 令和８年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(5 月 8 日開催)

資料３ 令和８年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事録(5 月 8 日開催)

資料４ 協議会・幹事会・部会新委員について

資料５ 令和８年度の協議会・幹事会の開催の日時について

資料６ 連携協議会委員の追加について

資料７「沖縄県がん登録事業報告書」への要望について

資料８(当日資料) 北部、宮古、八重山医療圏で最低限担保するがん診療について

資料９「がん診療を行う医療施設一覧の掲載要件」の修正について

「第４次沖縄県がん対策推進計画(当協議会版)」の中間評価について(ベンチマーク部会)
資料 10-1　中間評価の方法について
資料 10-2　第８次沖縄県がん対策推進計画(連携協議会版)ロジックモデル
資料 10-3　ロジックモデル進捗管理シート
資料 10-4　個別施策評価シート
資料 10-5(当日資料)　分野別評価報告書

資料 11　がん診療を行う医療施設一覧について(沖縄県)

資料 12(当日資料) 昨年度協議会の審議事項のその後について(幹事長)

患者会よりの報告
資料 13-1　島袋委員報告(NPO 乳がん患者の会 ぴんく・ぱんさぁ)
資料 13-2　島袋委員報告(若年性がん患者会 Be style)
資料 13-3　又吉委員報告

各拠点病院が取り組んでいるがん対策について
資料 14-1　「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
　　各病院の状況
資料 14-2　琉球大学病院
資料 14-3　部地区医師会病院
資料 14-4　沖縄県立中部病院
資料 14-5　那覇市立病院
資料 14-6　沖縄県立宮古病院
資料 14-7　沖縄県立八重山病院

資料 15　大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について(幹事長)

資料 16　沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について(幹事長)

厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議

資料 12-1　第 2 回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会
資料 12-2　第 3 回がん対策推進協議会
資料 12-3　第 4 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会
資料 12-4　第 5 回厚生科学審議会がん登録部会
資料 12-5　第 16 回ＨＴＬＶ－１対策推進協議会
資料 12-6　第 26 回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会
資料 12-7　第 7 回 がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ

資料 18 医療部会

資料 19 離島・へき地部会

資料 20 情報提供・相談支援部会

令和８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８年４月６日（月）１４：００～１６：４０
場　　所　管理・研修棟３階小会議室
構 成 員　７名（出席者７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）	神里 敬子
２号委員（那覇市立病院）	宮里 浩
３号委員（沖縄県立宮古病院）	西原 政好
３号委員（沖縄県立八重山病院）	山本 孝夫
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）	平良 勝也

（陪席者）

沖縄県健康長寿課	宮城　清美
沖縄県健康長寿課	酒向　摩貴子
沖縄県健康長寿課	山里　紘美
がんセンター	知念　崇
西普天間キャンパス事務部総務課長	大城 光雄

会議に先立ち、委員及び陪席者からの挨拶を行った。

議事要旨・委員一覧

１．令和７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19日開催)について
２．令和７年度第４回沖縄県がん診療携協議会議事要旨(2 月 6 日開催)について
３．令和７年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事録(2月6日開催)について
４．協議会・幹事会・部会新委員について
５．令和８年度の協議会・幹事会の開催の日時について

増田議長から資料1～5に基づき、議事要旨等及び令和８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．「第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会版）」の中間評価について（ベンチマーク部会）

増田議長から資料６に基づき、第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会版）の中間評価について説明があった。審議の結果、原案の通り了承された。

２．その他

増田議長から、「がん診療を行う医療施設一覧」掲載要件の項目７（５）『臨良試験及び治験』を『がん遺伝子パネル検査』に修正することついて説明があった。審議の結果、原案の通り了承された。

報告事項

１．昨年度協議会の審議事項のその後について

増田議長から資料7に基づき、昨年度協議会の審議事項のその後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）

２．患者会よりの報告

（1）島袋委員報告

（2）又吉委員報告

３．各拠点病院が取り組んでいるがん対策について

資料9に基づき、増田議長、柴山委員、神里委員、宮里委員、西原委員、山本委員から各病院が取り組んでいるがん対策について報告があった。

（報告事項４～７については、紙面報告となった）

４．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について

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

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12回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

（２）第93回がん対策推進協議会

（３）第64回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会

（４）第35回厚生科学審議会がん登録部会

（５）第16回HTLV-1対策推進協議会

（６）第26回がん診療連携拠点病院等

（７）第7回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ

７．その他

<u>部会報告事項</u>

１．医療部会

２．緩和ケア・在宅医療部会

３．小児・AYA部会

４．離島・へき地部会

５．情報提供・相談支援部会

６．ベンチマーク部会

以上

令和８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８年５月８日（金）　１４：００～１７：００
場　　所　　管理・研修棟４階大会議室
構 成 員　　３６名（出席者３３名）

（出席者）

１号委員	（琉大病院長）	鈴木　幹男
２号委員	（県立中部病院長）	天願　俊穂
３号委員	（県立八重山病院長）	田仲　斉
	（北部地区医師会病院長）	諸喜田　林
４号委員	（沖縄県医師会長）	田名　毅（代理出席：玉城　研太朗）
５号委員	（沖縄県歯科医師会長）	米須　敦子（代理出席：崎濱　秀海）
６号委員	（沖縄県薬剤師会長）	前濱　朋子
７号委員	（沖縄県看護協会長）	平良　孝美
９号委員	（沖縄県保健医療介護部長）	諸見里　真
１０号委員	（琉大がんセンター長）	増田　昌人
１１号委員	（琉大がんセンター運営委員会委員長）	高槻　光寿
１２号委員	（琉大医療福祉支援センター長）	平田　哲生
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）	市川　修
１６号委員	（県立中部病院副院長）	神里　敬子
	（那覇市立病院副院長）	宮里　浩
	（那覇市立病院がん看護専門看護師）	東恩納　貴子
１７号委員	（県立宮古病院外科部長）	西原　政好
	（県立宮古病院副院長）	下地　千里
	（県立八重山病院医療部長兼外科部長）	山本　孝夫
	（県立八重山病院副院長）	砂川　綾子
	（北部地区医師会病院副院長）	柴山　順子
	（北部地区医師会病院看護部長）	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）	島袋　陽子
		佐藤　正博
		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報道部長）	高崎　園子
２０号委員	（琉大病院病理部長）	和田　直樹
	（県立中部病院放射線治療科部長）	戸板　孝文

（欠席者）

２号委員	（那覇市立病院長）	外間　浩
３号委員	（県立宮古病院長）	川満　博昭
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）

医療部会	伊江　将史
小児・AYA部会	浜田　聡
情報提供・相談支援部会	奥平　藤也
茨城県立中央病院	小田、鏑木、増田、三嶋、小泉
沖縄県健康長寿課	宮城、酒向、古波津、山里

（以下、傍聴申込）
中外製薬株式会社、ダイコー沖縄　他

審議に先立ち、鈴木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８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6日開催)
２．令和７年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(2月6日開催)
３．令和７年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事録(2月6日開催)
４．協議会・幹事会・部会 新委員について
５．令和８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、全国がん登録のデータについて報告があった。

２．天野委員報告

天野委員から資料7に基づき、高額療養費制度の見直しについて報告があった。

審議事項

１．「第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会版)」の中間評価について（ベンチマーク部会）

増田委員から資料 9 に基づき、第4次沖縄県がん対策推進計画(当協議会版)の中間評価について説明があった。審議の結果、原案の通り了承された。

報告事項

１．「がん診療を行う医療施設一覧の掲載要件」の修正について

増田委員から、「がん診療を行う医療施設一覧」掲載要件の項目7(5)、選定要件の7, 8, 9, 15の修正について報告があった。

２．昨年度協議会の審議事項のその後について

増田委員から資料10に基づき、昨年度協議会の審議事項のその後について報告があった。

３．患者会よりの報告

(1) 島袋委員報告

島袋委員から資料11-1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。

(2) 又吉委員報告

又吉委員から資料11-2に基づき、沖縄県の「働き盛り」のがん検診受診率が低いことについて報告があった。

(3) 島袋委員報告

島袋委員から資料11-3に基づき、NPO乳がん患者の会 ぴんく・ぱんさぁ の活動について報告があった。

４．各拠点病院が取り組んでいるがん対策について

報告に先立ち、増田委員から資料12-1に基づき、「第4次沖縄県がん対策推進計画（連携協議会版）」のロジックモデルについて説明があった。増田委員、柴山委員、神里委員、宮里委員、西原委員、山本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。

天野委員より、宮古病院におけるZOOMでのセカンドオピニオン実施について確認があり、西原委員から、本島との連携体制構築に向けて取り組んでいるとの回答があった。また、増田委員から、琉大病院で対応可能との発言があった。

玉城委員より、離島における薬物療法に係るオンラインシステムの活用状況について質

問があった。西原委員から、宮古病院ではZOOM等を活用して患者の負担を減らすよう対応しているとの回答があった。田仲委員および山本委員から、八重山病院では、患者からの要請があれば対応しているとの回答があった。諸見里委員から、今年度に遠隔診療の実証事業が始まること、沖縄県としてもシステムを活用した遠隔診療の展開について前向きに検討していきたいとの回答があった。

５．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について

増田委員から資料13に基づき、会議の内容について報告があった。

６．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

増田委員から資料14に基づき、センターの活動について報告があった。

７．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議

(1) 第12回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会
(2) 新たな地域医療構想に関するとりまとめ
(3) 医師確保計画の見直し等に向けたとりまとめ
(4) 第126回社会保障審議会医療部会
(5) 第93回がん対策推進協議会
(6) 第64回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会
(7) 第35回厚生科学審議会がん登録部会
(8) 第46回がん検診のあり方に関する検討会
(9) 第16回HTLV-1対策推進協議会
(10) 第26回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会
(11) 第20回がん診療提供体制のあり方に関する検討会
(12) 第3回小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ
(13) 第7回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ

増田委員から資料15に基づき、報告があった。

８．アピアランスケアに係る体制整備について

増田委員から資料16に基づき、厚生労働省からの通知内容および琉球大学病院内の体制整備状況について報告があった。

<u>部会報告事項</u>

１．医療部会

伊江部会長から資料17に基づき、部会の活動・取り組み状況について報告があった。

２．緩和ケア・在宅医療部会

増田委員より、資料18に基づき、部会の活動・取り組み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19に基づき、部会の活動・取り組み状況について報告があった。

天野委員より、少子化によるり患者数の減少に伴う医師の経験機会の減少について何か対応しているかという質問があり、浜田委員から病院間で連携して研修を行うことで対応しているとの回答があった。

４．離島・へき地部会

西原部会長から資料20に基づき、部会の活動・取り組み状況について報告があった。

５．情報提供・相談支援部会

奥平部会長から資料21に基づき、部会の活動・取り組み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22に基づき、部会の活動・取り組み状況について報告があった。

以上

資料3

令和８年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事録

日　　時　　令和８年５月８日（金）１４：００～

場　　所　　琉球大学西普天間キャンパス　管理・研修棟４階　大会議室

○鈴木幹男議長（琉球大学病院　病院長）

皆さん、こんにちは。琉球大学病院長の鈴木でございます。お時間になりましたので、第１回沖縄県がん診療連携協議会を開催したいと思います。

本日は、まず最初に茨城県立中央病院の皆さまが本協議会の視察のためにご来場をいただいております。茨城県立中央病院の院長で、茨城県がん診療連携協議会会長の小田竜也先生、それから副院長兼がんセンター長の鏑木孝之先生、事務部長の増田淳之様、そして企画情報室長の三嶋達典様、企画情報室係長の小泉陽様でございます。せっかくの機会ですので、皆さまを代表して病院長の小田先生からごあいさつを賜ります。小田先生、よろしくお願いいたします。

○小田竜也先生（茨城県立中央病院　院長）

茨城県からお伺いしました茨城県立中央病院の小田と申します。このたび、私どもも病院、そして茨城県全体のがん治療、がん医療を統括していく立場にありますが、決して十分ではないところで、鈴木先生や増田先生及び沖縄の皆さまは非常に先進的な試みをされていることをお伺いしまして、教授していただきたいということでお願いしてお伺いしました。今日はよろしくお願いします。

○鈴木幹男議長

ありがとうございます。先ほどお話ししますと、この協議会は年４回やっておりますけれども、活動が非常に活発で、しかも方向性もある程度しっかりしているということでご視察に来られております。

続きまして、今年度から新しい委員の方が加わっておられますので自己紹介を行っていただきたいと思います。66ページの資料４をご覧になっていただきますと委員の一覧がございます。新任の先生は赤色で記載されておりますので、４名の新委員の皆さま、名簿の順で自己紹介をお願いいたします。まず最初は諸見里さん、よろしくお願いします。

○諸見里真委員（沖縄県保健医療介護部　保健医療介護部長）

４月１日で保健医療介護部長を拝命いたしました諸見里真です。実は３年ぶりに保健医療行政に戻ってまいりました。それ以前は今日、同席している埴岡先生をはじめ、医療計画、地域医療構想を課長として携わって、その後、北部基幹病院、民間病院と県立病院の統合、これが今、令和10年度開院予定ですが、その最後のまとめをしてくれという趣旨だと理解して、１年間、またしっかり頑張っていきたいと思いますのでよろしくお願いいたします。

○鈴木幹男議長

島袋陽子様、お願いします。

○島袋陽子委員（ＮＰＯ乳がん患者の会　ぴんく・ぱんさぁ）

初めまして。ＮＰＯ乳がん患者の会、ぴんく・ぱんさぁの島袋陽子と申します。よろしくお願いいたします。

○鈴木幹男議長

佐藤正博様、お願いします。

○佐藤正博委員（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）

佐藤正博と申します。やいまゆんたく会、がん患者会副会長をしておりました。よろしくお願いいたします。

○鈴木幹男議長

高崎園子様、お願いします。

○高崎園子委員（沖縄タイムス中部支社　報道部長）

皆さま、こんにちは。私は沖縄タイムス中部報道部、報道部長の高崎園子と申します。今回から初めて参加させていただきます。よろしくお願いします。

私は二十数年前に医療・福祉分野の担当記者をしていたことがあります。主に旧厚生省の分野の取材をしていました。これとは別に、2013年に沖縄県の平均寿命が女性３位、男

性30位に落ちた330ショックと当時は呼ばれましたけれども、その以前は男性が26位になる26ショックというのもありましたが、それで新聞社としても健康長寿県沖縄を復活させようということで、タイムス紙面にキャンペーン報道を展開していました。その担当記者として取材に当たって、病気や健康に関する特集ページを週１ページつくっていたことがあります。

当時、取材してわかったのが、やはり沖縄は働き盛り世代の健康状態が悪くて、がんをはじめ病気のために65歳未満で早世する方が多いということで、一方で戦争を生き延びたお年寄りは非常に生活習慣も良く、長生きで長寿県を支えているということでした。

取材した当時からかなりの年数がたっているので、皆さんのお話をお聞きしながらキャッチアップして、市民目線でがん患者をどう減らして、県の対策に有効なことができるのかを今後、勉強しながら発言していきたいと思います。よろしくお願いします。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。

それではこれから審議に入りたいと思います。まず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）

では、資料の説明をさせていただきます。本日から委員になられた方もいらっしゃいますので、皆さん、机の上に置いてありますiPad、先ほど委員名簿を開いていただきましたが、これがメインの資料となります。多くの方は一番上の行にしおり機能がありまして、一部の方は下の行にしおり機能がありますので、ページが今回、1,000ページを超える資料になっておりますので、ページをめくるのが大変ですので、なるべくしおり機能で飛んでいただきますとスムーズな移動ができるかと思いますので、その点はよろしくお願いいたします。

また、本日配付の紙資料なんですが、毎回、お出ししている２枚の議事次第と資料一覧を別に印刷したものを机の上に置いてありますので、ご参照になりながら会議に参加していただければと思います。

また、本日は当日配付の紙資料が４種類あります。本来であれば皆さんに先週、ネット上で資料を公開しているわけですが、今日の協議事項の資料8-1、8-2、8-3はiPadの中に入

っており、8-4からが当日配付資料になっております。

8-4がスライドをＡ４横で印刷したものになっておりまして、右上に「資料8-4　当日配付資料」という厚い40枚の紙資料になります。

次がＡ３縦の大きな紙の資料になりまして、小さい字でとても恐縮なんですが、「資料8-5」と右上に書いてあります。こちらを見ていただきますと、この紙資料１枚、Ａ３縦が8-5になります。

そして、資料8-6はＡ３横になります。Ａ３横のロジックモデルを一部切り出して印刷したもの。こちらも字が小さかったので切り出しております。

最後が資料8-7になりまして、Ａ４で１枚、裏表の資料になっております。こちらも右上に「資料8-7」と資料番号が入っておりますので、資料8-4、8-5、8-6、8-7が当日配付資料になっております。

これは来週、連携協議会のホームページである「がんじゅう」にまたダウンロードできるようにしておきますので、また後にネットでも見られるようにしておりますので、それぞれご確認ください。もし資料が足りない場合はお手を挙げていただきますと係の者が参りますのでお願いいたします。私からは以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。足りない方はおられませんか。

引き続きまして、資料１～３の議事要旨の確認、それから資料４の委員一覧について、資料５の開催日程について、増田委員より報告をお願いいたします。

議事要旨・委員一覧

１．令和８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6日開催）

２．令和７年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨（2月6日開催）

３．令和７年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事録（2月6日開催）

４．協議会・幹事会・部会　新委員について

５．令和８年度の協議会・幹事会の開催の日時について

○増田昌人委員

では、１番から５番まで連続してお話をしたいと思います。議事次第でいうと議事要旨、委員一覧、１～５になります。

まず５ページ、資料１なんですが、本連携協議会に先だって行われました４月６日開催の本年度第１回の幹事会の議事要旨を載せております。審議事項としましては、５ページにありますように、今日の議題にもあります「第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会版）」の中間評価について審議をいたしました。

報告事項に関しましては、本協議会とほぼ同じであります。そのときよりも６ページの６番、厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議が、そのときは７種類だったんですが、今日はだいぶ多くなっておりまして、また普段は健康局の会議だけ載せているのですが、昨年８月に集約化の話があった後は地域医療構想のこともあるもので、今回は医政局の会議資料であるものが増えておりまして、全体として７つから13に今回増えております。

また、もう１枚めくっていただきますと、７ページ目からが昨年度第４回の連携協議会の議事要旨が入っておりますのでご確認をいただければと思います。

８ページでは、審議事項の１番として周術期における口腔機能の管理ということで、沖縄県歯科医師会からのご提案がありまして、それを審議させていただきまして、提案のとおり承認されましたので、全てのがんを診ている医療機関に対して、病院長名でお願い文書を送ったところでございます。

２番目が、前回も今回も同じように、がん計画の中間評価について審議をしていただきました。

報告事項はいつもどおりということになります。

また、10ページからは本連携協議会の議事録、逐語訳が書いてありますので、それぞれご確認いただければと思います。

しおり機能を使いまして資料４まで飛んでいただきますと66ページなんですが、先ほど皆さまのほうでご覧いただいた本連携協議会の委員名簿があります。67ページが幹事会の委員名簿、保健医療介護部の新しい保健衛生統括監の平良勝也様が代わられております。また、68ページからは各部会とワーキングの名簿がありますので、それぞれご確認をいただければと思います。

ちなみに一部なんですが、違う資料が入ったiPadが紛れ込んでいると事務のほうから報告がありました。この段階でお手元にあるiPadで今、私がお話しさせていただいている資料がきちんと入っていない方はいらっしゃいますでしょうか。大丈夫でしょうか。もしどこかでお気付きの場合は、係の者が交換しますのでお手を挙げていただければと思います。

では、報告に戻りまして、次は資料５、73ページです。協議会に関しましては、前回もお話ししたとおり、協議会、幹事会の日程は変えておりません。それぞれご確認をお願いいたします。通常は５月、８月、11月、２月の第１金曜日ですが、第３回はちょうど学会がそれぞれぶつかっておりますので、連携協議会の第３回だけは通常と違う日程で11月20日になっておりますのでそれぞれご確認をお願いいたします。私からは以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。何かご質問はございますか。よろしいでしょうか。

それでは有識者からの報告、説明事項に入りたいと思います。資料６を埴岡委員より報告をお願いいたします。

有識者報告

１．埴岡委員報告

○埴岡健一委員（国際医療福祉大学大学院　教授）

埴岡です。よろしくお願いします。資料６、74ページになります。

全国がん登録のデータをご紹介します。５年生存率、都道府県別、部位別、進行度別のデータです。つい先頃、2016年、2017年、2018年、それからそれを束ねた３年計の４種類のデータが立て続けに公表されておりますのでそれをご紹介します。

めくってください。背景ですが、部位別の進展度別の５年生存率です。これはなぜ重要かといいますと、がん対策の医療分野の最終アウトカムといいますか、最終的な成果の部分の代表的な数字であるということです。従来の地域がん登録ベースのものが出ていたわけです。これを見ていて沖縄県では低いことが多いよねということで、よろしくないことが多いねということを見ておりました。このほど全国がん登録ということで、より幅広く精度の高いものが出るようになってきたわけです。

沖縄ではロジックモデルと指標を活用して、がん対策の評価をしていこうとしているわけですけれども、今日、ご紹介する進展度別の５年生存率は、医療分野のロジックモデルでいうと右端のほうですね。最終アウトカムを示すというところの指標として表れますので、これは非常に重要なところだということで確認をしておく意義があるのではないかということでご紹介をします。情報源などはこちらにあるとおりです。

めくってください。位置づけの確認ですが、何らかのがんの部位を見ているときに、こ

の図の右端にあるように死亡の状況が表れると。その場合、死亡が多い少ないに影響しているのは何かと考えると、その中間のオレンジ色っぽいところですが、罹患と早期発見と治療が関係してきます。罹患が高いと死亡が高くなるかなと。早期発見がうまくいっていないと死亡が高くなるかなと。治療成績が悪いと死亡が多くなるかなと、そういう関係にあると思います。

罹患と早期発見に関しましては、こちらのがん診療連携協議会としては所掌外といいますか、主にこちらは治療の状況を見ていくということで、この一番下の治療の「柱５」と書いてあるところですが､そこがこの診療連携協議会として見ていく重要な数値となると。

治療成績が悪ければ、左側のさかのぼりとして医療の質が問題なのか、提供している医療が問題なのか、それを提供するための資源や体制が問題なのかと左側にさかのぼって見ていくということかと思います。そういう意味では、医療に関する最終成績的な部分に位置づけられるということをまず確認しておきたいと思います。

では､具体的にデータを見ていきます｡77ページ。１つ目ですので見方をご説明します。グラフになっておりますが､左から限局ということで､がんがその部位にとどまっている。領域が少し広がっている。それから遠隔転移、遠隔に転移していると、この３つの進展度で表されております。その中で、限局ですと全国と沖縄ということで並んでおります。全国なり沖縄の中で３年分、2016、17、18と並んでいるわけです。

例えば2016年を比べると､全国の91.43％､沖縄県が90.51％｡高いほうがいいところで、ちょっと低いかなというふうな形で見ていくことができるということだと思います。こちらのほうには合計ということで､進展と合計と全体のやつも出ているんですんですけども、これは進展度の含まれる比率によって変わってくるので､ある意味､見どころではなくて、やはり限局、領域、遠隔転移という進展度、ステージ別に見るのが大事かなといわれているところだと思います。

それから人口の少ない県ですと、単年度で見ると数字が結構凸凹しますので、右側のほうには３年合計、束にした数値ということで出ているということで、適宜、これを参照することもできるかと思います。進展度別、そして男女合計ではなくて、男性・女性を分けて見るということが重要なのかなと思われます。

以上、グラフの見方を少し説明しましたが、あとははしょってご説明します。

次のページには女性のグラフがあります。次は男女の合計が、合わせたものがありますが、これは重要ではないと言いながら、見どころではないと言いながら載せております。

次の80ページに生数字、バックのデータを示しておりますが、これに81ページのほうでマーキングをいたしました。全国より数値が低い、数値が悪いかなというところをピンクにしております。それから数値が高い、生存率が高い、いいかなというところを水色にマークしております。

なお、こちらを見ていただくと95％信頼区間の数字も出ておりますので、それも併せて見て、95％信頼区間が重ならない、いわゆる統計学的有意に悪いときはピンクに塗った上で×マークをつけるということをこの後しております。大腸がんはピンクのところが多いので、数字が低いところはたくさんありますが、×印はついていないので、有意に低いところはないという状況でした。

胃がんのグラフをずっと飛ばして見ていただいて、85ページの数値を見た上で86ページのマーキングをしたところを見てください。×がついているところが２つあります。１つ目は2016年の限局の男性の数字が、全国が91.27％に対して沖縄では80.19％ということで、95％の信頼区間、グラフにしたときでも87.2で、国のほうが下振れしたときでも90.7ということで、それに達しないということで、有意に数字上悪いということで×をつけております。一番下の×は、これは３年束にしても限局に関しては×印がつくということでした。この後、このマーキングしたページだけを見ていきたいと思います。

同様のページが肝がんに対してついて、91ページにございます。左側の列で、男性の部分を見ますと、３年束のところの限局で全国が52に対して45ということで×がついております。右の列、女性のところを見ていただきますと×が２つありますが、2018年の女性の限局のところ、全国が47に対して沖縄は23、また３年束でも限局が全国の47に対して36ということで×印をつけております。

次に肺がんでございますが、96ページ、左側の列、男性、これは2018年の領域のところで、全国が34に対して25ということで×がついております。右側の女性のところ、2017年の領域のところが、全国が44に対して23ということで×がついております。３年束のところも遠隔転移に関して全国が14に対して８ということで×がついているという状況です。

次に99ページの乳がんは、2018年の遠隔転移のところが、全国が41.7％に対して29.4ということで×がついております。

最後に子宮頸がんですけれども、102ページになります。こちらはピンク色もありますが、×印はついていない状況です。

103ページのまとめですが、ロジックモデルの最終アウトカム部分の重要な指標なので点

検をしておくことが必要かなということがあります。このデータにおいて、数字上ですが、95％信頼区間で有意差が認められる項目もあるために検討が必要ということで、大まかな３つの進展度調整のみの数字ではございますけれども、全国と県単位ということの大きな比べ方で、やはりそれに着目し、点検はしておかなければいけないのではないかなということがあります。

一方で、全国がん登録という形でデータが出てきたことは歓迎されますけれども、2016年は特に初年度の数字だったりすることもあり、一定の数字の安定の期間も必要かもしれませんので、その辺も併せて見ていく必要があるのかなというところでございます。あとは原典の参考資料などを付けております。以上でございます。

○鈴木幹男議長

埴岡先生、ありがとうございました。全国がん登録のデータをお示しいただきました。せっかくの機会ですのでご質問はいかがでしょうか。

これ自体は毎年ずっとデータとしては更新されていくものですか。

○埴岡健一委員

はい。結構、ここまで滞っていて、初期的整理でいろいろあったようですけども、いったんまとめてこの形で出たので、この後はペースよく定期的に出ていくのではないかと期待されるところだと思っております。ですので、われわれが評価指標として使うときも、毎年何月というような形で出てきてくれるとありがたいかなというところだと思います。

○鈴木幹男議長

ほかにいかがでしょうか。結構、遠隔のところを見るとやはりｎ数が少なくて、少しデータがばらつくのかなという気もしましたけれども、こういうものもある程度、年数がいくとこなれてくるということですか。

○埴岡健一委員

そうですね。がんの部位ごとに症例の多い少ないもありますし、都道府県によって人口の多い少ないもあると思いますので、参考として95％信頼区間を見ているので、ｎが少なくてもそれを外れるということは一定の見方はしなきゃいけないと思うんですけども、少

ないものは３年束で見る、多いものは１年単位で見るということも合わせ技で見ていくのかなと思われます。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。ほかによろしいでしょうか。

次に天野委員からご報告をお願いいたします。

２．天野委員報告

○天野慎介委員（一般社団法人グループ・ネクサス・ジャパン　理事長）

私からの報告は資料７、109ページからとなっております。高額療養費制度の見直しについて報告をさせていただきます。

110ページです。今回の高額療養費の見直し案、2025年12月に政府で閣議決定され、４月に政府予算案が成立したことで全体のパッケージとして承認されたという政府の理解になっていますけども、４つのポイントがございます。

まず１つ目が、引き上げについては、2026年８月と2027年８月の２段階に分けて実施されるということです。２つ目が、所得区分が現在の５区分から13区分に細分化されること。３つ目が、長期にわたり継続して治療を受ける患者さんについては多数回該当の据え置き、あるいは年間上限を新設することによって負担が一定程度、抑制されているということ。４つ目が、短期から中期で治療を受ける方については負担増になる可能性が高いというふうな整理になっています。

111ページですが、以下の資料は衆議院予算委員会で2026年３月10日に公聴会が開かれまして、私も公述人の１人として高額療養費と政府予算案について意見を述べる機会をいただきました。その際の資料を基に説明させていただきます。

112ページになります。これが今回の見直し全体の数字になってきます。左側が、厚生労働省が出している細かい数字ですが、これを見てもなかなかわかりづらいので、ポイントを絞って説明していきますと、まず赤枠で囲っている部分が月額上限の金額になっていまして、２段階にわたって引き上げが行われます。この月額上限の金額について、これを見てもなかなか細かくてわかりづらいので、わかりやすくまとめているのが右側の朝日新聞がつくった表になります。

これを見ながら説明いたしますと、例えば年収区分がおおむね中間層の650万から770万

の方については現行上限額が８万100円であるのが、今年の８月に８万5,800円に上がりまして、来年の８月には11万400円に上がるということで、最大で38％の負担増になっているということで、月額上限については基本的には引き上げになっているということがポイントです。

２点目が青枠で囲われている部分で、これは年間上限という、今回、新たに設けられる制度でして、例えば先ほど申し上げた年収区分が中間層の方について申し上げますと年額で53万円が上限になっていますので、これ以上は支払わなくてよいという新しい上限額が設けられたということになります。

３点目が緑枠で囲っている部分で、これがいわゆる高齢者の方だけに現在もあります外来特例といわれる制度です。これについても今回、引き上げになっていまして、例えば非課税世帯であれば現在8,000円であるのが、２段階引き上げの後には１万8,000円程度には引き上げになるということになっていて、高齢者の方についても負担増になっているということがポイントになっています。

113ページです。こういった負担増が客観的に見てどの程度の負担増になっているのかというのは、世界保健機関（ＷＨＯ）が定義しています。いわゆる破滅的医療支出という定義がございます。これは医療費の自己負担額が医療費支払い能力の40％以上の場合に破滅的医療支出という定義になっていまして、医療費支払い能力というのは家計の総消費額から、いわゆる食費、住居費、光熱費といった基本的な費用を抜いた金額の中で医療費の支払い金額が40％以上の場合には破滅的医療支出とＷＨＯは定義しています。

114ページ。この基準に基づいて今回の負担のパーセンテージを年収区分ごとに見ますと、まず年間トータルで見た場合、どうなったのかと見ますと、赤線が40％ラインですが、一部の年収区分で40％を超えてしまっておりますが、多くの年収区分では40％以下に抑えられていることがわかるかと思います。

115ページで月額で見ますと多くの年収区分で40％近い、あるいは40％を超えて50％、60％、あるいはそれ以上という金額になっていますので、月額で見るとやはりこれはＷＨＯの基準を大きく超えるような負担増になっていることをおわかりいただけるかと思います。

今お示ししている、これは所得が変わらないことを前提とした試算になっていまして、立教大学の安藤教授が試算している数値になっているわけですが、実際はがんの患者さんはがんに罹患しますと所得が減少することが知られています。日本の研究ではおおむね

30％程度、がん罹患後に収入が減少することが知られていますので、それに基づいて所得減となった場合を想定して負担割合を見ますと、116ページになりますけども、40％を大きく超える、場合によっては100％を超えてしまっていますけども、そういった大きな負担になってくるということで、これは実際の恐らく患者さんの負担の実態に近い数値になっているだろうと考えられています。なお、所得の低い方につきましては、このまま30％減少ということで計算しますと生活保護レベルになってしまいますので意味をなさないということで空欄になっています。

117ページです。今回、月額上限が負担増になっているということで、月額上限があれば何とかなるのではないか、蓄えがあるだろうしというご指摘がよくあるんですけども、いわゆるＡＹＡ世代の方々、16歳から39歳の方々、若年成人の方々については、これは民間の金融機関が出している数値になりますが、そもそも貯金が少ないという現状がありまして、中央値だけで見ると、単身世帯で９万とか100万とか、２人以上世帯であっても150万程度といった金額になっていますので、蓄えが十分ではないと、特に現役世代については。そういった中で、月額上限が負担増になるとかなり厳しい状況だといえるかと思います。

118ページです。細かい字で恐縮ですが、私たち全国がん患者団体連合会がアンケートをとって、3,000名以上の方から回答が寄せられていまして、特にＡＹＡ世代の方から切実な声が寄せられていて、例えば一番上の20代の女性の方ですが、「私はいずれ死ぬのでしょうが、子どものために少しでも長く生きたい。毎月さらに多くの医療費を支払うことはできません。死ぬことを受け入れ、子どもの将来のためにお金を少しでも残すほうがいいのか、追い詰められています」というコメントとか、女性、30代の方ですね。この方は急性骨髄性白血病の患者さんで、傷病手当を受給されていて、ご主人とお子さんが１人いらっしゃるということで、その間にかかる医療費は毎回、高額療養費の上限まで目いっぱい使用されていると。あくまで健康保険の使用できる範囲では高額療養費制度のおかげで出費は抑えられているが、ほかにも負担があるので、これ以上、医療費が高額になると治療を縮める、命を縮める患者が増えるのは確実である。「私たちを殺さないでください」という悲痛な声が寄せられています。

119ページです。今までは金額の話をしてきましたが、実は運用上の課題も幾つか指摘されています。

まず１つ目ですが、合算の制限ですね。70歳未満の方は２万1,000円以上じゃないと合算ができないという制限がございまして、右側の例えば佐藤さんという方がいらっしゃって、

それぞれＡ病院、Ｂ病院を受診されていて、診療科ごとに６万円、10万円、５万円、２万円というふうに金額がかかったとしても、一番右側の２万円については２万1,000円に満たないので、高額療養費に合算することができず、丸々負担になってくるという現状があって、70歳以上の方はこういった制限はなく合算が可能なので、これは現役世代の方にとっては負担が過重な原因となっていることが指摘されています。

また２点目ですが、先ほど申し上げた年間上限については、システム改修が間に合わないということで、当面は償還払い、すなわち患者さんが申請することによって後で返ってくるということなので、当然、その間は負担が大きくなることがありますし、３点目、これは多くの方から「何とかしてほしい」という声が寄せられている制度ですけども、保険者が変わると多数回該当がリセットされてしまって、また最初から払わなきゃいけないという問題がありまして、転職とか転居でもなりますけども、例えば非正規雇用の方は派遣先が変わるたびに保険が変わるということがあります。そうすると、そのたびに多数回該当がリセットになってしまっているという現状がありますので、これはマイナンバーカード等を活用して、何とか対応していただきたいという要望をわれわれ患者会からも上げているところでございます。

120ページです。では、具体的にどういった患者さんが負担減となって、負担増となるかというのは、これはかなり複雑ですが、厚生労働省が資料で幾つか示したので、それを基に説明させていただきます。

まず120ページの表の患者さんの場合、左側は現在の負担額、右側が改定後の負担額に全部なってくるわけですが、例えばこの患者さんの場合、８月と10月、11月に上限を超えているので、３回、上限に達して多数回該当となって４万4,000円に下がる。これが現在の金額で、この患者さんは年額で55万2,000円の負担をしていることになりますが、この患者さんの場合、制度が変わるとまず上限額が上がってしまうので、多数回該当に引っ掛からなくなってしまう。なので、ずっと払い続けることにはなるんですが、一方で年間上限が新しく導入されていて、そこで上限に到達するので、それ以降は払わなくて済むと、この患者さんの場合は55万払っていたのが53万程度で、わずかに負担減となるという例もございます。

121ページです。こちらは実際に実在する患者さんを例に厚生労働省は資料を作成していますが、１回で相当高額なお薬を投与されていた患者さんは負担減になるということがいわれていて、例えばこの方は難病の遺伝性の網膜のジストロフィーの患者さんということ

で非常に高額な治療薬を使っていますが、そうすると、この患者さんの場合は年間上限にあっという間に到達してしまうので、現在よりも負担が少なくなるということが厚生労働省の例では示されています。

122ページです。これも実在する患者さんの例で計算していますが、40代の女性で、乳がんで術後再発転移をされていて、恐らく飲み薬だと思いますけれども、分子標的薬をずっと飲み続けていらっしゃる方です。この患者さんは標準報酬が年収約200万円になっていて、現在も多数回該当で金額を毎月、それぞれ支払っていますが、所得が低い方については今回の見直しで多数回該当の上限が引き下げになっています。なので、この患者さんの場合は、今まで年額で44万払っていた自己負担額が34万円の負担減になります。

123ページです。一方で負担増となる患者さんもいらっしゃるということで、例えばこの患者さんの場合は短期ではないんですけども、要は上限に達するのが年間の中で３回程度の場合は、今まで自己負担額が42万円だったのが年間で見ると51万円ということで、負担が増えていることになりますので、短期から中期で治療を受ける患者さんは恐らく負担増になるだろうといわれています。

124ページですが、こちらは東京大学の五十嵐特任准教授が具体的にどの程度の患者さんが負担増になるんだろうかということをレセプトデータに当てはめて試算していますが、おおむね８割程度の患者さんは結果としては負担増になるだろうと推計されています。

最後の125ページですが、こういった患者さんをどうやってサポートするのかというのは恐らく今後、非常に重要な問題になってくると考えられていて、いわゆるがん相談支援センター、あるいはソーシャルワーカーの方々が医療機関では相談対応に当たられると思われますが、実は私もがん専門病院のソーシャルワーカーの方々と「今回の負担増が実際に実現してしまっているわけですけども、実現した場合、患者さんの相談対応をどうすればいいだろうか」ということを話し合いましたけれども、現在の日本の制度では、世帯を分けるなどして生活保護を受けていただくしか恐らく救済策はないだろうという結論になっています。

なので、現実問題、まだまだ制度が未熟な部分もありますので、実際に負担増となると治療を控える、あるいは治療をしなくなる患者さんが一定数出てくる可能性はありますので、今後はこういった患者さん、特に現役世代の方々、お子さんを育てている方とか、そういった方についてはそのようなサポートが必要だと考えます。

一方で、２段階の引き上げになっていますので、来年の引き上げについてはまだ来年の

予算案が審議されていませんので、まだ制度がどうなるかは流動的な部分があると考えております。私からは以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。患者さんにとっては減る人もいれば、増える人のほうがかなり多いというデータだったと思いますが、ご質問はいかがでしょうか。玉城先生。

○玉城研太朗（田名毅委員代理 沖縄県医師会）

ありがとうございます。玉城です。

今回、この改定の中で患者さんの負担がかなり大きくなってくるのかなと思っております。ただ、財源自体もかなり限られているのももちろん、皆さん、ご承知のところではないかと思いますが、より必要な方へ医療を届けるための施策を次のステップで考えていかないといけないと思っているんですね。

この議論の中で、例えば低価値医療、low value careなどの議論はあるんでしょうか。今、オールカマーで、全ての高額療養に対して何でもかんでも通用するわけですよね。例えば乳がんにおいて、アベマシクリブの２年間、これが本当に必要かどうかという、今後はこういうところのすみ分けをしていく中で、必要な方にしっかりと医療をお届けするという策が必要だと思うんですが、この辺はいかがでしょうか。

○天野慎介委員

ありがとうございます。まず有識者の方々や医療経済の方々は、まさに先生がご指摘のとおり、いわゆる低価値医療というものが実際に存在していて、そういったものについて給付を見直すことは必要だという意見は実際に出ていますが、国の議論の中で具体的に低価値医療を特定して、それについての給付を絞っていくという議論は、私が知っている限りはあまり進んでいないのが現状だと思っていますので、その部分の議論は今後、必要だと思います。

一方で、低価値医療とは異なりますけれども、ご承知のとおり、いわゆるＯＴＣの議論はかなり進んでいて、しかも、あれはＯＴＣという議論で実は進んでいますが、健康保険法の改正案も審議されていて、あの中で保険の料率の負担割合を変えることが可能になると、恐らく改正が行われるようになっていて、海外の医療制度を見た場合、例えばフラン

スなどはそれに近い制度を取っていると承知していて、フランスは抗がん剤の代替性がない、かつ命に関わるような疾病の治療薬については、実は患者負担がないんですが、一方で風邪薬というか、そういったものについては負担割合が８割、あるいは10割負担と、かなり傾斜をつけた負担割合になっているので、もしかしたら財務省や政府はそういった方向性を志向しているのかもしれないと思いますが、まさにそれは今後の国会、あるいは政府での議論で決まることだと思います。

○鈴木幹男議長

ほかはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。今は変革の時期になっておりますので、また政策の進み具合を注視していきたいと思います。天野先生、ありがとうございました。

そのほかに報告事項はございますか。よろしいでしょうか。

それでは審議事項の第１号議案の提案を増田委員よりお願いいたします。

審議事項

１．「第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会版）」の中間評価について

（ベンチマーク部会）

○増田昌人　ベンチマーク部会長

では、審議事項１の説明をいたします。iPad資料で126ページ、8-1をご覧ください。年度が変わりましたのでご存じの方も多いかと思いますが、改めて説明をさせていただきます。

126ページに提示しておりますのが、本連携協議会でつくっております第４次沖縄県がん対策推進計画（連携協議会版）になります。分野アウトカム等は変わりませんが、指標が入っておりますので、指標の更新の最終が４月24日になります。

１枚めくっていただきまして、それぞれ３ページにわたりまして、分野ごとにどこの部会が所掌しているのかについて区分けをしております。

だいぶ以前のことになりますが、まず127ページです。第１分野であります「がんの予防」と「がん検診」につきましては本連携協議会の所掌外ということで、これは別個に県のほうで委員会等がありますので、そちらで議論していただく、ないしは沖縄県がん対策推進協議会のほうで議論していただくと。

本連携協議会でカバーするのはそれ以降の全てということになりまして、この青い少し

大きめの字で書いてあるところが分野になりまして、「がん医療提供体制」のところ、ここでいうと１番から８番までが医療部会の所掌、めくっていただきまして「緩和・支持療法」は５つありますが、①の緩和ケアと②の在宅医療が緩和ケア・在宅医療部会、③のリハビリテーションは医療部会、支持療法も医療部会、⑤の妊孕性に関しましては小児・ＡＹＡ部会になっております。

「個別のがん対策」に関しまして、①希少がん、②難治性がんにつきましては医療部会、③小児がん、④ＡＹＡ世代のがんにつきましては小児・ＡＹＡ部会、⑤高齢者のがんは医療部会、⑥離島・へき地に関しましては離島・へき地部会の所掌となっております。

３枚目、ここは「共生」と「基盤」のところですが、「共生」の①相談支援、②情報提供、③デジタル化、④医療機関側の就労支援、⑤の職場側の就労支援、そしてアピアランスケアに関しましては情報提供・相談支援部会、自殺対策に関しましては緩和ケア・在宅医療部会、⑧のがん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭につきましては情報提供・相談支援部会の所掌となっております。

次に最後の「基盤」分野に関しましては、研究の推進、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につきましては連携協議会が直接所掌すると。④のがん登録の利活用の推進はベンチマーク部会、そして、患者・市民参画の推進に関しましては本連携協議会が直接所掌することになっております。それの次からは①の予防から入ったロジックモデルになっております。

今日、説明をこれからしてまいりますが、Ａ４横の資料8-4、「当日配付資料」と書いてあるスライドを印刷した40枚の紙のほうをご覧ください。こちらで説明をさせていただきます。

こちらは中間評価、具体的な評価の方法等につきまして前回も議論していただきましたが、それにつきまして、国のほうの動向等を説明させていただきます。

１枚めくっていただきますと、今日、お話しさせていただく内容の目次があります。１番目が国の中間評価のことにつきましてお話をさせていただきます。２番目が、第８次沖縄県医療計画の施策の進捗評価ということで、５疾病・６事業の中にがんも含まれるものですから、こちらも参考になるということで、これにつきましても皆さまにお話をさせていただきます。

そして最後に、前回も議論していただいたんですが、中間評価につきまして、１番目として前回の決定事項の確認、２番目として中間評価のためのフォームの修正案、及び３番

目として中間評価スケジュールの修正案につきまして、今日、提示をさせていただきますので後で議論をお願いいたします。

２枚めくっていただきまして、昨年10月に第92回のがん対策推進協議会が開かれました。今日、第94回のがん対策推進協議会が同時間帯にありまして、そこでも中間評価の協議が行われているかと思います。こちらで昨年10月に、第92回の推進協議会のほうで国の中間評価の流れの大きな方針が示されております。

１枚めくりまして、中間評価の手順となっております。ご存じのように、国のほうも沖縄県の医療計画も、そして私どものがん計画も全て、ロジックモデルを用いてつくっておりますが、その中で評価につきましてはこのロジックモデルを活用して、プログラム評価の手順で評価を実施すると。

このプログラム評価に関しましては５つのステップがありまして、ステップ１はニーズ評価で、実際にどのようなことが満たされていないのか。実際に満たされていないのかというニーズを確認する。ステップ２として、セオリー評価として、実際につくったロジックモデルが、例えばその分野アウトカムと中間アウトカム、そして中間アウトカムと個別施策、初期アウトカムないしは個別施策が論理的にきちんと左右でつながっているのかどうか。ステップ３としてプロセス評価。決めたことをきちんと実行しているかどうか。そして、アウトプットが生じているのかどうか。ステップ４としましてインパクト評価。生じたアウトプットが実際にアウトカムに対してきちんと効果を発揮しているのかどうか。５番目として、コストパフォーマンス評価ということで、その効果から実際のかかった費用や労力が正当化できるかという５段階になっております。

国は元々の資料ではここの水色のところ、中間評価ではプロセス評価とインパクト評価を中心に実施するという方向で話が進んでおります。また、沖縄県の医療計画の評価につきましては、右下の記載は私のほうで追記しましたが、沖縄県では②③④のセオリー、プロセス、インパクト評価の３つを主にやっております。前回の本協議会におきましては、①のニーズ評価も含めた４つの観点で評価しようということが決まっています。

その次から国のほうが具体的にプロセス評価とインパクト評価をするということですので、ここに書いてありますように、それぞれやり方についてポイントが示されて書かれています。

２枚進んでいただきまして、次に、右のほうにページが薄く入っておりますが、これは８ページ目になりますが、中間評価の方法につきましての報告書イメージがありまして、

めくっていただきますと、実際にどのような形でがん医療が行われるかということがそこに記載されております。

具体的に、あと３枚進んでいただきまして、右のほうにうっすらと11と書いてある中間評価報告書の記載例がありまして、このような形で記載することが決まっております。

もう１枚めくっていただきまして、12ページ目が、最終的に報告書の具体的な記載例につきましてサンプルが出ているということです。国のほうはこういう形で、今、まさに昨年から国の第４期の基本計画の中間評価を行ってきているということになります。

取りあえず皆さまのほうから、ここまでの説明で何かご質問や確認事項等がありますでしょうか。よろしいですか。

では、次にいかせていただきます。

もう１枚めくっていただきますと、毎年、沖縄県の医療計画の進捗評価をされています。その話をさせていただきます。

１枚めくっていただきまして、これはおととしの９月に県庁のホームページに公開されているもので、第８次沖縄県医療計画施策の進捗評価についてです。

めくっていただきますと、先ほど申し上げましたように、沖縄県は進捗評価の視点を３つ、セオリー、プロセス、インパクト評価をやっていますよということと、がん計画の場合は中間評価と最終評価の２点なんですが、医療計画につきましては毎年の評価をしているという特徴があります。

めくっていただきまして、この図は前に埴岡先生の講義でもあったかと思いますが、プログラム評価とロジックモデルの関係を示した図になっております。

めくっていただきまして、ロジックモデルを使った評価の観点ということで記載がありますので、とても大切なことが県の資料に入っておりますので、それぞれ皆さん、ご覧になっていただければと思います。

これから先が連携協議会の使うフォームにも関わってくることなんですが、沖縄県の場合は様式１、２、３ということで、様式１が個別施策一覧表、様式２がＬＭ進捗管理シート、様式３が総合評価表と決められています。今、18ページをお話ししているところです。

めくっていただきまして、19ページが様式１、個別施策一覧表でして、これは県の担当者の方がそれぞれおつくりになっていると伺っております。

次の20ページが当協議会に関係するところでして、様式２、ここにＬＭ進捗管理シートがあります。われわれ連携協議会では沖縄県の様式２を参考にさせていただいてロジック

モデル進捗管理シートをつくっております。今日はその部分を後でまたお話をさせていただきます。

もう１枚めくっていただきますと、資料番号は入っていないんですが、個別施策の評価シートがあります。このシート１枚で、それぞれ個々の個別施策の評価をするということで、ここはサンプルとして「糖尿病性腎症重症化予防プログラムの実施」という個別施策に対しての評価を行っているシートを示していただいています。

この部分に関しましては、連携協議会でもこのシートに準じた個別施策の評価シートというものを使用予定でおります。今日、サンプルを後で示したいと思っております。

次にもう１枚めくっていただいて、22枚目なんですが、様式３、総合評価表です。これは各分野ごとの評価を１枚の紙で表としてつくっていまして、沖縄県では今日、このような非常にシンプルな形の見やすい総合評価表を採用しています。連携協議会では、後述する分野別の評価報告書という形で記述方式を取ろうかと考えております。この分野は、先ほどお話しした７つの分野、「予防」「検診」「医療提供体制」「緩和・支持療法」「個別のがん対策」「共生」「基盤」という形になっております。

めくっていただきまして、医療計画とがん計画は同じ時期に、同じ年度で進んでおりますので、ちょうど今年は2026年度ですが、まさに今、中間評価の年ということになるかと思います。

めくっていただきまして、県のほうは、医療経済研究機構が作成した「医療計画評価ガイド」を参考にしてということで、この「医療計画評価ガイド」は確か埴岡委員が東大の公共政策大学院の教授をしているときの教え子の方々が多分つくっているように、確か私は記憶しておりますので、こういうものを参考につくっているということになります。

具体的には、その次から具体的な県のほうの進捗評価のものが、もう公開されているものなんですが、毎年の進捗を確認するために、がん分野につきましては沖縄県がん対策推進計画検討会というものが保健医療介護部の下にありまして、そこで進捗評価をしております。

１枚めくっていただきますと、さっき見ていただいた評価シートに基づきまして、ここは「医療提供体制」のところです。このような形で、一番上に「取組」がありまして、その下に「効果」があって、「効果」というのは指標のところですね。左が個別施策のアウトプット、右側が中間アウトカムの評価指標がそこに入っております。

めくっていただきまして、下が沖縄県の場合はセオリー評価、プロセス評価、インパク

ト評価をした上で総合評価をしておりますので、それの評価表がここに記載されているとおりであります。

もう１枚めくっていただきまして、具体的な沖縄県の公開データとしては最後になるんですが、がん分野全体の評価と今後の取組方針ということで、全体を総合評価表で示しているところになります。

１枚めくっていただきますと、先ほど文章でいきますという話だったんですが、分野別の評価報告書という形で連携協議会はいきたいと考えておりまして、出来上がりのイメージを右のほうに書きましたが、文章でいきたいと考えておりまして、これはＮＰＯ法人がん政策サミットが７年前に発行した「がん計画中間評価ガイドブック」にあります分野別の評価報告書に準じて作成をすると考えております。

取りあえず今、県の医療計画の評価の状況と、それに準じて連携協議会の評価のツールにつきましてお話をさせていただきましたが、この段階で何か皆さま、質問や確認したいことはありますでしょうか。基本的には国のやり方に準じて、県のものを取り入れて、連携協議会としても評価していくということ。ただ、項目が国のものに比べると多くなっていると思います。よろしいでしょうか。

では、次にいかせていただきます。

目次としましては、次に本連携協議会による第４次計画の中間評価についてということで、前回の連携協議会での決定事項についての確認をさせていただきます。

めくっていただきまして、背景なんですが、ここら辺は長くなりますので少しはしょらせていただきますが、目的としては、最終的な成果物としては、沖縄県がん診療連携協議会ロジックモデル中間評価報告書を作成する予定でおります。それをつくることによりまして、再度、計画の見直し等をして、最終的には５年生存率が上がる方向で、そしてまた療養生活の質の向上に役立てるような形で、今のがん計画を、中間評価をした後にまた見直す、また評価指標も見直しという形が想定される効果となっております。

めくっていただきまして、方法は先ほどお話ししたとおり、ニーズ、セオリー、プロセス、インパクト評価をした上で総合評価を実施することを考えております。

次に中間評価のためのフォームの修正案を出させていただきます。まずは中間評価の各フォームの変更。前回のときに議決されたものと少し変えたいと考えております。医療部会や、特にベンチマーク部会等で議論しましたが、最初に計画したものだと皆さまへの負担が大きいのかなということがありまして、それで少しいろんなことを簡略化したらどう

かなと考えております。

具体的には、皆さまにお配りしたＡ３横の２枚目をご覧ください。iPadのほうに全て入れてあるんですが、非常に見づらいのでＡ３横のほうに改めて抜粋して印刷をし直しております。

これがフォーム類の②のロジックモデル進捗管理シートになっておりまして、説明をいたしますと、もう１回、スライドの印刷物に戻っていただいていいですか。

次がロジックモデルにつきまして、少しだけなんですが、ここはサンプルとして、医療部会が所掌しております「がん医療提供体制」分野の医療提供全般の一番初めのところです。「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」についての評価したものを例にしようかと考えております。

めくっていただきまして、この評価シートなんですが、今、ここにある評価シートと、皆さんにお配りしたＡ３のものは同じところを指しているんですが、両方を見比べながら見てほしいんですが、評価をしやすいように、ここは沖縄県と全国のデータを進捗管理シートでは並べております。また、評価の際は、沖縄県計画は、どこの計画も一緒なんですが、2024年から29年の前年である2023年を基準年としております。ただ、患者体験調査のように不定期施行の場合は最新年次だとその前のデータを記載しています。

また、ここにありますように、全国比、前年比、全国傾向値、対基準値、対目標値という形で細かくしておりましたが、当初はここのところを皆さまに全部埋めていただこうかという話もあったんですが、なかなか負担が大きいということで、ここは全て事務局のほうでする予定でおります。ですから、ここの部分が参考資料として全部埋まった状態で皆さまにお渡しする形になるかと考えております。

具体的に皆さまに今後、お願いをすることは、このＡ３縦の１枚紙のほうです。細かく状況を確認したい方は今、説明をしていたロジックモデルの進捗管理シートをご覧になることも可能ではありますが、実際にお願いしたいのは、この個別施策の１枚紙。この１枚紙といっても、それぞれ個別施策ごとにこれを出していきますのでかなりの数になると思います。

具体的にこの状況で皆さまにお配りします。ここまでは事務局のほうで入れて、さらにベンチマーク部会のほうで確認した上で全ての連携協議会の委員の皆さま、幹事会の委員の皆さま、そして各専門部会の委員の皆さまにお願いをするところであります。

これは「がん医療の集約化のための医療機関の選定」の個別施策のところの評価シート

になっておりますが、一番上、「取組」なんですが、ここは施策名が、具体的には「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」、実施内容が書いてありまして、そこには実際に行われたことを書いております。実施期間、そして実施主体、所掌部会、インプット、アウトプットは事務局のほうで書きます。

「効果」、ここの字が小さくて申し訳ありませんが、今日は１枚紙で出したかったのでこうなりますが、実際のところはデータとしては２ページにわたりますので、ここのところはもうちょっと大きくなるかと思います。

先ほど皆さんにお見せした、この細かい進捗管理シートのところから、この個別施策に必要なデータだけ抜粋して、ここにはめ込んでおります。ですので、この「がん医療の集約化のための医療機関の選定」のときは、左の個別施策指標は２つになりまして、右の中間アウトカム指標が２つになります。右の今、ご覧になっていただいている中間アウトカム指標、「『施設』における治療開始のカバー率」のところが空欄になっておりますが、今、鋭意計算中でおりますので、実際に皆さまのところにいくときにはここに数値が入ってまいります。ですので、この２つを見比べていただいて。

この領域に関しましては、現在、集約化を具体的にしているのは沖縄県だけしかありませんので、全国値がありません。ですので、実際には沖縄県のデータだけで判断していただくことになります。

その下に「評価」というところがあります。先ほどお話ししたように、５つの評価のうち、コストパフォーマンス評価を除いたニーズ評価、セオリー評価、プロセス評価、インパクト評価の４つの観点から評価をして、そこに、下のオレンジのところ、総合評価を下していただくことになります。

やりやすいように、評価の観点を書いております。ニーズ評価でいきますと、満たされていないニーズがあるかどうか。セオリー評価ではロジックモデルの左右のつながりに論理的整合性があるかどうか。プロセス評価は決めたことをきちんとやっているかどうか。インパクト評価はやったことが効いているのかということで、ざっくりとした観点を書きます。

その右のほうには２つないし４つ程度で実際の評価をするときに着眼する点につきまして書いてあります。例えばニーズ評価の場合は、ほかの地域に比べて劣後していることはあるかないか、守るべき規範で満たされていないことはないかどうかで、その情報源は、ここに標準的なものは書いてありますが、具体的なそれぞれの評価の情報源が書いてあり

まして、そこの右の列のほうに事務局としての意見を取りあえず書いております。

これはあくまでも事務局のほうが事務的に入れたものですので、その右のほうが皆さま方にそれぞれご意見を頂戴したいということと、さらに判定のところ。ここは事務局のほうで取りあえず入れていますが、４段階評価、ないしは下のほうは５段階評価なんですが、それぞれ○を動かしていただければと思います。

また、それぞれ皆さま、専門があったり、興味がある領域があったり、逆に専門じゃない領域、興味のない領域もありますので、書けるところを書いていただきたいと思っております。このシートが皆さまのところにいきますので、それぞれ書けるところを書いていただくことをお願いしたいと考えております。最終的にこの評価をすることによりまして、全体としての評価がまとまっていくことになるのかなと考えております。

これは今いきなり説明したので断片的になるのかもしれませんが、ここの部分、全体としてどこに当たるかということは、Ａ３横の資料にもう１回、戻っていただいて、この「がん医療提供体制」のロジックモデル、この下に延々と何ページも続くんですが、一番右の分野は分野アウトカムとして、がん診療のオレンジのところ、一番右の列ですね。大きく「Ａ分野アウトカム」と書いています。そこの下の行に「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」。真ん中の中間アウトカムが「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」。一番左、それに対しての個別施策として「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」。この一番左の読み上げたところが個別施策になりますので、これがうまくいっているのかどうかを評価していただくことになります。

ですので、これに対して実際のニーズがあるのかどうか、あとは今、お話しした「沖縄県は、必要に応じたがん医療の集約化と機能分化と連携を行う」ということと、真ん中の中間アウトカムのところがちゃんと結び付いてどうかというセオリー評価。実際、集約化の議論がされて、実際にやられているかどうか、何かアウトプットがあったのかどうかというのがプロセス評価。そして、やったことが実際に効いているのかどうかがインパクト評価になりまして、これらの資料として全体のロジックモデルと進捗管理シートを付けて出しますので、なるべく個別施策のシート１枚で評価ができるように工夫はしたいと思いますし、実際のところは評価のやり方についてのマニュアルではないんですけど、手引きみたいなものをＡ４、１枚２枚ぐらいで添付してお願いをすることになるかと思いますので、皆さま、よろしくお願いいたします。

ここのところは、最終的にここを評価することによって、がんの５年生存率が上がるとか、あとは患者体験調査から出てくるような療養生活の質の向上が得られるかどうかを最終的に見るための材料の１つになるかと思います。

ここのツールをこのような形で変えたいということにつきまして、これでよろしいでしょうかという判断と、最後にもう１回、スライドの印刷に戻っていただきまして、40ページ、中間評価スケジュールの修正案を出しておりまして、そういったことですので、少しスケジュールをシンプルなものに変えたいと思っておりまして、一番最後の紙なんですが、今後のスケジュールとしましては、本協議会で修正案を２つ、スケジュールと先ほどのツールを出させていただきまして、もしお認めいただいたら、早速、来週から個別施策評価シート、このＡ４縦のシートを少しずつ皆さまにお送りさせていただきますので、そこに入れ込んで、また返していただくことを１カ月半ぐらいでお願いしたいと考えております。

それで幹事会の２週間前からは事務局のほうで皆さまのご意見をまとめて、中間評価報告書の骨子（たたき台）を作成して、それを７月６日に予定されている第２回幹事会でたたき台の議論をして、最終的に８月７日の第２回の本連携協議会で案として出す予定で考えております。

以上、このスケジュールの修正とツールの修正を皆さまにお願いしたいなと考えておりまして、これでも負担は大きいのかなと思いますが、なるべく皆さまの負担が少ないように、このシート１枚を見れば評価ができるような形に変更させていただいております。全体としてご審議のほうをよろしくお願いいたします。

○鈴木幹男議長

増田先生、ご説明をありがとうございました。今のご説明について、何か疑問点、わからないところがありましたら聞いていただければと思いますが、いかがでしょうか。結構、時間はタイトですね。次のときに一応、取りまとめしたものをここで出すということですね。大体の考え方をご説明いただきましたけれども、ご理解いただけたでしょうか。ロジックモデルについては従来からずっとやっておりますので、ある程度、おわかりになると思いますが、よろしいでしょうか。

それではこの審議事項についてはご承認ということでよろしいですか。ありがとうございました。

それではこれからいったん休憩を挟みたいと思います。休憩は10分間とさせていただき

まして、再開は35分からですか。よろしくお願いいたします。

（休　憩）

報告事項

１．「がん診療を行う医療施設一覧の掲載要件」の修正について

○増田昌人委員

では、報告事項の１と２を続けてご報告させていただきます。

まず１なんですが、前回、前々回でご議論をいただきまして「がん診療を行う医療施設一覧」の掲載要件は取りあえず決まり、県のほうに報告書も送りまして、付随する関連事業も滞りなく終わった時点なんですが、改めて書類を見ましたところ、少し書類の不備が見つかりましたので、根本的な変更ではないためにここで報告事項として報告をさせていただきます。

資料９、196ページなんですが、200ページまでいっていただいて、そこに新旧対照表をつくっております。報告事項の８項目につきまして掲載要件をつくっており、そのうちの７のところ、ここは主にがん遺伝子パネル検査の項目なのですが、そこの(5)番が「臨床試験及び治験」というふうな言葉に置き換わっておりまして、ここは言葉の間違いでして「がん遺伝子パネル検査をできる医療機関と連携していること」という修正をさせていただきましたのでご報告をさせていただきます。

次に20のがん種につきまして選定要件を個別につくったわけですが、201ページ、肝胆膵のところ、７番、８番、９番は合わせての選定要件にしましたが、後で県の担当者の方々と少し調整を図ったところ、７、８、９を分けてほしいというご要望がありましたので今回はこれを分けました。

具体的には次から３枚なんですが、７番、肝臓の選定要件、８番が胆道の選定要件、９番が膵臓がんの選定要件ということになっておりまして、７番、202ページに戻っていただきますと、それぞれ日本肝臓学会と胆道学会と膵臓学会のところを要件に入れていたんですが、それぞれ肝臓、胆道、膵臓のところで１つずつに学会をばらしております。また、その下のほうの、「学会の認定」はそのように分けました。

次に「外科的治療」に関しましては、ここの部分の手術を切り離すのは難しいというワーキング委員の意見もありましたので、ここは３つとも共通で「高難度肝胆膵外科手術が年20例以上」というのは、各肝胆膵、７、８、９とも共通にいたしました。ここは、要は

分けていないわけですね。

次、「放射線療法」に関しましても、肝胆膵のいずれかに対する治療が年１例以上あれば認めるという形で、ここも３分野とも共通にしております。

また、次の「薬物療法」も肝胆膵の合計が年12例以上。ここも従来どおりにしておりますので、具体的には学会の認定のところだけ分けて、それ以外は総合評価という形にしました。ただ、一応、７、８、９を分けて、条件はこのような形で３つに分けたということになりますのでご報告をさせていただきます。

また最後、15番、泌尿器がんの選定要件なんですが、205ページが従来案なんですが、ちょっと言葉が抜けていたようでして、206ページに修正案を出しております。赤で書いているところ、「学会の認定」で一般社団法人日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会の後ろの言葉が落ちていまして「泌尿器腹腔鏡技術認定者が常勤で１名以上」のこの赤で書いたところが事務局のミスで落ちましたので、ここを改めて加えさせていただいております。

以上、修正を行いましたので、これで最終案にしたいと考えております。報告事項ではありますが、何か皆さまからご意見や確認等はありますでしょうか。

○鈴木幹男議長

がんの「遺伝子パネル」という言葉に変わったところですね。それと肝胆膵のところを１つずつに分けて、それぞれに対応する学会に分けたということで、症例などの規定は全て同じという形ですね。泌尿器のところは、確かにこれを見ると文言が抜けていたようですので、それを追加して入れたということになります。これはいかがでしょうか。よろしいですか。何か疑問はありますか。

でしたら、これで最終案としていただきたいと思います。

次に昨年度の……。これはもう終わったんですか。

○増田昌人委員

これからでございます。

○鈴木幹男議長

お願いします。

２．昨年度協議会の審議事項のその後について

○増田昌人委員

では、207ページ、資料10−１をご覧ください。昨年度、４回行った連携協議会の審議事項で決定したことのその後について報告いたします。

昨年の５月９日開催の第１回連携協議会の審議事項１のところで、第４次のがん対策推進計画の進捗状況については、中間評価を今後していくことが決議されております。実際に第４回から具体的な話が進んでおります。

審議事項２の北部・宮古・八重山医療圏におけるがん種ごとの診療目標については達成しておりまして、その後は特にありません。

審議事項３の「がん診療を行う医療機関一覧」の掲載要件見直しにつきましても特に報告することはありません。

審議事項４の各市町村に対する「若年がん患者等支援事業」への参加の働きかけについては、具体的にということなんですが、今年３月の第４回小児・ＡＹＡ部会で検討しましたが、なかなか妙案がなかったということです。

次に第２回連携協議会、８月１日開催分なんですが、審議事項１番の沖縄県における医療機関の集約化と分散化につきましては特にその後、変化はありません。

あと具体的にその決定の後で働きがけすることが全部で確か４つ規定されまして、１番と２番は終わっておりますが、３番、県内医療機関でがんの相談支援を行っている部署に対して、がん医療においては選定された医療機関があるということを理解してもらうように、年に数回ある研修会において研修に組み込んでもらうことに関しましては、今年３月19日に県内のがん相談や地域連携に携わっている看護師と医療ソーシャルワーカーを対象に研修会を行っております。

また、沖縄県民に対してなんですが、「おきなわがんサポートハンドブック」の改訂をしなさいということだったので、実際に今日、今年の３月31日に発行しました「おきなわがんサポートハンドブック」を持ってまいりました。既に各病院にお配りをしているんですが、この中の22ページ、23ページをご覧ください。

ここでご指摘いただきましたように、「がん診療を行う医療施設」、23ページに文言を書いております。ここには「沖縄県が2023年に実施した医療機能調査で」という段落と、その下に「この掲載要件の選定には、がん種ごとに県内を代表する医師が集まって検討しています。専門家の検討を経て決定された掲載要件を満たした医療施設ですから、一定の質

を確保していると考えられます。まずはこれらの施設での診療をおすすめします」という、この文章を新たに加えましたので、それぞれご確認いただければと思います。

次が(5)番の審議事項、「がん診療を行う医療施設」の体制整備の要件についての修正案は今、お話ししたとおりですね。

次に212ページで、11月７日開催の第３回連携協議会につきましては、審議事項の１番が病棟における学齢期の入院患者へのWi-Fi無料開放についてということで、一番遅れておりました琉球大学病院でも２月からは新しい病院になりまして、少し制度が変わりましたので遅れましたが、特例措置をもちまして今年の２月からは学齢期のお子さまの入院患者さんに対してWi-Fiの無料開放を始めております。

審議事項２番の医療機関の集約化・分散化、審議事項３番の進捗状況は変化がありません。

前回、２月６日開催の第４回の連携協議会では、周術期における口腔機能の管理について、沖縄県歯科医師会からのご提案につきましては原案どおりに可決されておりますので、３月５日に連携協議会の議長から、がん診療を行っている主要医療機関24施設に対して要望書を送っております。

次の中間評価に関しましては、今日、皆さまにまた審議していただいています。

次をめくっていただきますと、その次なんですが、先ほどお話しした相談や連携事業に携わっている方々、これはがん相談支援センターに限らず県内の全ての病院に働きかけをして、研修に参加していただいたもののチラシが入っておりますのでそれぞれご確認をいただければと思います。私からは以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。昨年、審議してきた事項が一体どのように進んでいるかということでご説明がありました。これについて何かご質問はございますか。よろしいでしょうか。それではお認めするといいますか、報告ですので、ありがとうございました。

それでは次に患者会からの報告をお受けしたいと思います。まず島袋委員からお願いいたします。

３．患者会よりの報告

（１）島袋委員（若年性がん患者会　Be Style）

○島袋希美委員（若年性がん患者会Be Style）

若年性がん患者会、Be Styleの島袋です。よろしくお願いします。それでは患者会の活動報告をさせていただきます。しおりの11-１、217ページをご覧ください。

2026年の患者会はオンライン開催からスタートいたしました。ＡＹＡ世代の患者さんは治療の経過が良好で、体調が回復してくると仕事に復帰される方も多く、予定を合わせて集まることが難しい面もありますが、タイミングが合えば患者会以外でも交流があり、お互いに良いバランスで支え合えているなと感じております。

患者会の参加ではなく相談だけ乗ってほしいという方や、オンライン患者会に関しましては、顔は出したくないけど患者会には参加したいという方もいらっしゃって、細かい要望にもなるべく柔軟に対応しております。また、新しく相談に来られる方には、がん相談支援センターをご紹介しております。

ただ、運営側である私と代表の生活環境に変化があり、以前よりも患者会に割ける時間がタイトになっております。できる範囲のぎりぎりの活動になってしまっているのですが、それでも小さな患者会を見つけてコンタクトを取ってくれる方々がいらっしゃるので、引き続き患者会の開催、イベントへの参加、情報の配信、メール相談など、活動を継続してまいりたいと思います。以上です。ありがとうございました。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。何かご質問はございますか。どういう相談が一番多いんでしょうか。

○島袋希美委員

最近ですと、小さなお子さんを見ながら治療される方の、どんなふうに生活を回しているかという質問だったり、仕事の復帰の、どんなふうにバランスを取っていますかという相談ですね。自分の体験談から相談に当たらせていただいています。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。それでは又吉委員のほうからご報告をお願いいたします。

（２）又吉委員

○又吉賢弘委員（がん経験者）

218ページをお願いします。代理の者がお話ししますけれども、タイトル画面のほうで少しお話がありますので、次のスライドへ案内があるまではそのままでお願いします。では、始めます。

（動画再生）

前回、沖縄のがん生存率と医療費の関係性について検討し、がん検診受診率の低さは進行がん発見の増加につながり、手術の割合が減少し、薬物療法が増加することで診療日数が延びる。また、進行がんの増加は死亡による治療の打ち切りの増加を招き、入院外の受診率の低下へつながり、最終的な結果として医療費の低下の原因となると私見を述べました。前回は国保と後期高齢の医療費を対象としましたが、今回は被用者保険が対象です。「ターゲットは協会けんぽ」のフレーズをタイトル画面に追加しました。

次のスライド、お願いします。協会けんぽ、支部別医療費分析バックデータから、長寿５県と全国、沖縄の2022年度疾病分類別加入者１人当たり医療費です。沖縄の新生物による１人当たり入院医療費は全国値の78％で、入院外医療費は全国値の74％です。

次のスライド、お願いします。左側は協会けんぽ、右側は国保です。国保データの対象年齢は40～59歳なので、左右の金額の違いは見ないで、沖縄県データの傾向に注目してください。前回、医療費の３要素について、40歳以上を前期及び後期高齢を含む３区分に分割、年齢による影響を検討しました。協会けんぽは受診率及び１件当たり日数のデータを公開していないため、国保データを参考にしました。協会けんぽ沖縄の入院医療費の2015～2023年の９年間の都道府県順位は、2015年の46位と2020年の45位以外は最下位の47位で、がん死亡率最低の長野より明らかに低い。入院外医療費の都道府県順位については９年間、全てで47位。全国値を含む６グループのデータ群との乖離は明らかです。

次のスライド、お願いします。協会けんぽの医療費分析で受診率が公開された場合、他県データと乖離した左下グラフの国保と同様の傾向を示すでしょう。厚労省の医療費の地域差分析は全制度計のくくりで全ての保険種データをとりまとめ、国保と同様の報告をしており、関連のデータを所有していることは明らかです。被用者保険関連のデータをなぜ公開しないのか、理解できません。

次のスライド、お願いします。75歳未満年齢調整死亡率は過去２カ年の私の報告に数回登場しています。これまでのグラフは2010年から直近まで、男女のデータを別々に表示。２つのグラフは2016年以降の沖縄の悪化を明確に表示していました。今回は協会けんぽの

安い医療費データの対象期間を含む2015～2024年の10年間について、沖縄と長寿５県の男女をまとめた75歳未満年齢調整死亡率を表示しました。島根と長野を含む他県のデータは上下しながらも漸減し、2024年の死亡率は島根が62.6、長野は53.8です。沖縄は島根より低い77.7からスタートして、最終は71.1と停滞は明らかです。先日、がん対策20年の講演がありましたが、沖縄の現状は危機的な状況です。

次のスライド、お願いします。左右のグラフデータの出典は異なりますが、対象はそれぞれ全加入者です。2023年データの島根の協会けんぽ、がん医療費の国保に対する比率は36%、長野は42%、沖縄は37%で、全県の協会けんぽの医療費は国保の４割程度で明らかに低く、協会けんぽの全国的な検診受診率の低さと死亡率の高さを推測します。働き盛りのがん死亡は医療費の支払いを残し、家計の収入源を永久に失うことを意味します。労働力不足を憂う現況に相反し、沖縄の貧困を助長する原因となるでしょう。協会けんぽの立場で見ると、がん医療費の安さは喜ばしいことなのでしょうか。会場の皆さんはどう解釈しますか。

次のスライド、お願いします。右側の国保＋後期高齢のデータに協会けんぽとそのほかの被用者保険のデータを追加したのが左側の全制度計のグラフで、上が入院、下が入院外の１人当たり医療費です。2023年、島根データの全制度計の医療費と国保＋後期高齢の比率は50%、同様に長野は53%、沖縄は54%で、全県の左側の医療費は右側の半分強で明らかに低い。左側の全制度計のデータから国保＋後期高齢及び協会けんぽのデータを差し引くと、協会けんぽ以外の被用者保険などのデータが残ります。

このグループの名前を「その他」とします。スライドは用意していませんが、その他グループの１人当たりの医療費は、入院・入院外ともに協会けんぽの５割増しで、死亡率の改善を予測します。しかし、国保の半分程度という状況です。その他グループの構成は公務員共済と沖縄電力、及び地銀３行等の組合健保を含むため、このグループのがん検診受診率の好成績、死亡率の低下、そして医療費への影響を予測しました。しかし、その他グループは被用者保険のほかに生活保護など、さらにそのほかが存在するため、ターゲットをさらに絞る必要があります。「ターゲットは協会けんぽ」と主張するにはさらなる検討が必要です。

次のスライド、お願いします。以前、使用したスライドです。沖縄の事業所の一部は売上高ランキングでマスコミに登場するようながん検診を積極的に推進するための経済力が十分な企業もありますが、６割は従業員100名以下の中小企業です。協会けんぽの加入者の

ほとんどはがん検診を定期的に受診する余裕はなく、がん検診の受診格差といえるでしょう。

がん対策20年の講演の後、国民生活基礎調査というアンケート調査を根拠としたがん対策は問題であり、院内がん登録、地域がん登録の実データを積極的かつ適正に活用すべきであるとの持論を再確認しました。しかし、データの個人利用には制限があり、ＮＤＢデータの活用を含め、本協議会、部会の申し合わせにうたわれたがん対策の向上に資するベンチマーク部会の優先業務とすべきです。次回以降、関連の議題を提案したいと思います。

（動画再生終了）

終了です。どうもありがとうございました。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。ロジックモデルのほうにも一部入っているような項目もいろいろ出していただいたと思います。何かご質問はございますか。よろしいですか。

次に島袋陽子委員のほうからお願いいたします。

（３）島袋委員（乳がん患者の会　ぴんく・ぱんさぁ）

○島袋陽子委員

ＮＰＯ乳がん患者の会、ぴんく・ぱんさぁよりご報告させていただきます。資料の11-３、226ページをご覧ください。

まず今年の３月22日に乳がん公開講座 in 名護ということで、こちらは北部の患者会、いっぽいっぽの会と共同開催をいたしまして、講師に宮良クリニック理事長の宮良球一郎先生をお招きして名桜大学にて開催いたしました。

ぴんく・ぱんさぁは主に中南部での活動が多く、今まで北部までは網羅していないものですから、今回はいっぽいっぽの会の方と協力し合って北部の方への情報提供や啓発を目的として開催したものです。ぴんく・ぱんさぁは北部のほうでは活動がなかなかできていないところがありますので、いっぽいっぽの会の方に広報をなるべくお願いいたしました。

各施設へのチラシの掲示、それから配布は北部のネットワークを使っていっぽいっぽの会の方に主にやっていただきまして、ぴんく・ぱんさぁはコミュニティーＦＭを放送していますので、そちらと、それから下のほうにInstagramのＱＲコードがありますけれども、こちらを頻繁に更新するようにしていますので、そちらのほうで告知をさせていただきま

した。

実施結果としては、100名規模の会場を押さえました。参加者は約40名集まりまして、かなりの告知、チラシの配布はしたんですけれども、そこに関しては少し少数だったかなという結果です。

次のページにアンケートがございます。参加をいただいた方にアンケートをとりましたところ、ご意見とご感想では非常に好評をいただきました。集まっていただいた方はほぼ北部の方になります。こちらの内容から見ると満足はしていただけているので、届けたい方には深い内容は届けられたのではないかという私たちの評価となります。

北部患者会との連携がまだ昨年の秋ぐらいから始まった感じですので、今回が公開講座ということで大きい活動をしてみて、課題もいろいろ出てきましたので、またいっぽいっぽの会との連携を継続、強化しながら、なるべく全域において啓発活動や支援ができていけるように今後も考えております。

現在、継続して取り組んでいることが、まず今月の５月30日に、毎年恒例の「With You OKINAWA」という学会の先生と患者との交流・講演会が開催されます。ぴんく・ぱんさぁがいつも余興をやっておりますので、今、準備をしているところであります。

それから継続してラジオ番組ですね。こちらはコミュニティーＦＭ、ぎのわんシティＦＭにおいて、毎週金曜日、今日もあります。夜７時半から30分間、「ぴんくりぼんタイム」を放送していまして、こちらのほうでリアルな情報発信と、それからさまざまな患者の方や関係者の方をゲストに招いていろいろ発信しています。

ぴんく・ぱんさぁは元々、浦添の宮良クリニックの正面にサロンを設けていたんですけれども、こちらのほうは閉鎖いたしましたので、今は発信ができるのがInstagramに限られているんですけれども、こちらのほうでなるべく発信をしたり、活動の報告をしたりしています。報告は以上です。ありがとうございました。

○鈴木幹男議長

島袋委員、ありがとうございました。非常に多角的な広報活動をされているということでご報告いただきました。何かご質問はございますか。よろしいですか。

次に「各拠点病院が取り組んでいるがん対策について」ということで、各施設の委員からご報告をお願いしたいと思います。資料12-１、増田先生、お願いします。

４．各拠点病院が取り組んでいるがん対策について

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

（２）各病院の状況

①琉球大学病院

○増田昌人委員

では、６病院からの報告に先立ちまして、ロジックモデル上で各病院が取り組んでいるがん対策について報告していただくわけですが、各がん対策が個別施策のどこに当たるのかを毎回、このロジックモデル上に落とし込んでいますので、その解説を一部だけさせていただきます。

資料は12-１、228ページをご覧ください。先ほど示しましたように、連携協議会版のがん計画の表紙になっております。３ページ分、ここから先は先ほど解説しました所掌のところになっておりまして、232ページからが本体になっております。

ここの部分は「がんの予防」なのですが、一番右の列を少し拡大して見ていただきますと、「がん種別年齢調整死亡率が減少できている」が分野アウトカムになっておりまして、それに対する中間アウトカムは、最初の部分は生活習慣、喫煙のところですので、「喫煙率と受動喫煙が減少できている」。そして、個別施策としては「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対する正しい知識を伝える」ということで、これにつきましては現在、宮古病院、八重山病院、北部地区医師会病院が2025年度からやっておりますし、2026年度も引き続き計画を立てている形になります。

このような形で、各病院がその個別施策をやっている部分につきましては、個別施策につきまして赤で表示をして、各病院の名前と年度につきましては青で表示をしておりますので、かなり多岐にわたっているので細かい説明はいたしませんが、その下の部分を見ていただいても「禁煙希望者に禁煙してもらう」が宮古病院は25年度も今年度も取り組むことになっていますので、それぞれご参照していただければと思います。

次に琉球大学病院の取り組みについてご報告いたします。資料12-２、265ページまで進んでいただけますでしょうか。

水色のところが今回、がん計画のロジックモデルで分けた分野になっておりまして、１番の「がんの予防」から次のページの７番の「基盤」まで、その中で何をしているのかにつきましてそれぞれ記載しております。これは全ての拠点病院と６病院の記載の仕方は同じになっております。

琉大病院は特に「がん医療提供体制」のところでは、外来化学療法室の利用マニュアルの改訂や免疫チェックポイント阻害薬の治療管理マニュアルの改訂等をしております。今年度はなるべく臨床試験、治験が院内でできるように働きかけることを重点施策としております。

あとは４番の「緩和・支持療法」におきましては、緩和ケアマニュアルの改訂と同時に地域連携カンファレンスの内容を見直して定期開催を行いまして、今年度は地域連携カンファレンスを月１回の症例検討の場としております。既に４月は終わっておりまして、なかなか好評でしたので、そのまま毎月、地域の診療所や訪問看護ステーションと一緒に症例検討会を続けていこうと考えております。

５番の「個別のがん対策」につきましては、高齢者機能評価の手引きを改訂したと同時に、院内で75歳以上の患者については高齢者機能評価を、この手引きを使ってすることを義務付けておりまして、また啓発活動を行い、今年度も引き続きそれを継続していく予定でおります。琉球大学病院からは以上です。

○鈴木幹男議長

これについて何かご質問はございますか。よろしいでしょうか。

それでは北部地区医師会病院、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）

北部地区医師会病院の柴山のほうで報告させていただきます。資料は12-３、267ページになります。

「がんの予防」に関しましては、当院には健康管理センターがございますので、禁煙や適正飲酒、生活習慣病予防に関して、健康管理センターの医師及び保健師からの指導を強化。それから肝炎ウイルスの検査を術前検査で行っておりますので、そこを肝炎コーディネーターより内科のほうに受診を推奨したりしておりますので、この件に関しましては今年度も引き続き取り組みを進めていく予定としております。

「がん検診」に関しましても、受診率を上げるためのポスターやリーフレットの配布、及び日曜検診やナイト検診を実施することによって平日では受診できない方々が受診できるようにしておりますので、これを今年度も引き続き行います。

「がん医療提供体制」に関しましては、25年度の取り組みに関しましては紙面を見ていただいて、今年度は高齢がん患者の意思決定支援を強化し、ＡＣＰ冊子のほうも入院中、外来、地域へとつなげるような連携を図っていきたいということで取り組みをしております。また、化学療法室のほうで免疫チェックポイント阻害薬使用時のマニュアルの整備を強化しております。放射線治療医の派遣も再開されていますので、今年度は月に一度、相談ができるような体制にしております。

「緩和・支持療法」に関しましては、昨年度の取り組みは資料を見ていただいて、今年度は先日行っています苦痛のスクリーニング実施後、スタッフと患者それぞれにアンケートを実施しておりましたので、よりスクリーニングしやすい方策を検討していくことにしております。

また、患者ケアの振り返り及びデスカンファレンスを緩和ケアチーム会議で取り組みながら、より良い緩和ケアに取り組むようにしていきます。

「個別のがん対策」に関しては、今年度は特にサポート体制が希薄な方、やはり独居や認知症、家族と疎遠な方などがかなりいらっしゃいますので、地域との協力体制を強化してうまく対応できるようにしていきたいと考えております。

それから「共生」に関しましては、がん患者の自殺防止対策のフローの周知がなかなかできていないところがありますので、そちらを強化して告知時の同席及び自殺リスク因子の確認をすること。それから、がんサロンの定期開催をきちんとすること。地域の方々への広報という形で、行政や地域の医療機関等と協力して対応していきたいと思います。

最後の「基盤」に関しましては、小勉強会を院内で定期的に行い、11月には緩和ケア研修会を行いたいと思っています。また、市民向けの人生会議や終活の講演会を予定しております。

あと、地域の医療従事者の多職種のほうに看取り支援の研修会を行い、病院ではなく在宅や施設等で看取りができるような体制を強化していきたいと考えております。医師会病院の報告は以上になります。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。何かご質問はございますか。よろしいでしょうか。

そうしたら引き続いて県立中部病院、お願いいたします。

③沖縄県立中部病院

○神里敬子委員（県立中部病院　副院長）

県立中部病院、神里が報告します。資料は12-４、269ページをご参照ください。

まず「がんの予防」に関しては、当院は今年度、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ことで考えております。

「がん検診」に関しましては、当院は検診を持っていませんので、他施設で検診を受けられた方の二次検診を受ける体制を整えておりまして、あとは市民向けの啓発イベントを開催し、啓蒙活動に力を入れていくという計画をしています。

「がん医療提供体制」に関しては、医療提供全般に関して、院外の施設や地域住民に向けたがん診療拠点病院としての当院の役割をしっかりとアピールして活用してもらうことを今年度は取り組んでいきます。

加えて、院内ではＡＣＰマニュアル。昨年から引き続き見直しを行っていますので、そちらの完成に向けて整備をして、定着に向けて取り組んでいこうと考えています。

がんゲノム医療に関しては、離島を含む他施設等の連携を継続しながら、院内外の診療科へ周知を図りまして、出検数の増加を図っていきたいと考えています。

チーム医療の推進に関しては、院内で関係診療科関連のカンファレンスやキャンサーボードを実施しているんですけれども、定期開催には至らずに、若干、不定期なところがありますので、そこをしっかりと定期的に開催をしていくことと、がん関連の多職種のチームによる患者サポートの体制を構築していきたいと考えています。

次に「緩和・支持療法」に関しては、在宅療養というところで、当院には地域ケア科がありまして、そちらの診療科と連携して、地域で看取りができるような体制の強化・整備を図ってまいります。

あと､痛みのスクリーニング｡こちらは昨年度からも強化して行っているんですけども、実はスクリーニングをした後に、その後の対応が若干つながっていないんじゃないかと、今、出ていますので、スクリーニングした結果を各診療科にしっかりと返す。患者さんにその対応が生きるというところを取り組んでいきたいと考えています。

「個別のがん対策」については、高齢者のがんというところで、意思決定能力を含む高齢者機能評価に関するマニュアルを完成させてしっかりと対応していくというところと、あとは離島・へき地に関しては、当院は結構、離島に赴任する研修医だったり、有職者がおりますので、赴任した後に困らないように、あちらではがん診療がしっかり担えるよう

に教育・研修をしていこうと考えております。

「共生」については情報提供というところで、今年度、がん相談支援センターの図書コーナーを新たにリニューアルしております。患者さんがより利用しやすいような環境を整えて、その場を提供していこうと考えております。

患者サロンの参加者。患者サロンを定期的に開催できているんですけども、その数、参加人数の増加を図るために、LINEなどを活用した広報活動を強化していきたいと考えています。

最後に「基盤」に関しては、人材育成の強化、がん教育及びがんに関する知識の普及・啓発ということで、医療者向けの教育・研修の強化であったり、あとは患者さんや市民参画の推進というところで､市民向けの啓発講座の定期開催を今年度も計画をしております。以上になります。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。何かご質問はございますか。よろしいでしょうか。

それでは引き続きまして那覇市立病院、お願いいたします。

④那覇市立病院

○宮里浩委員（那覇市立病院　副院長）

那覇市立病院の宮里です。私のほうで発表させていただきます。

市立病院のほうは､「がんの予防」に関しては院内でＣ型肝炎抗体陽性者のスクリーニングをやっているのですが､それを引き続きやるということと､「検診」に関しても基本的には今やっていることを少しずつブラッシュアップしています。

それから､「がん医療提供体制」に関しては2025年に取り組んだことを継続していくことになるのですが、うちの長年の課題だったがんゲノム医療に関して、昨年、その専門医が着任したので、今年度はゲノム医療に関してはだいぶ進展できるかと思っています。それから、ゲノム連携病院に関しては申請書を出して、６月１日からうちでできる体制を取れる予定になっています。

それから「緩和・支持療法」に関しても2025年から取り組んでいることをずっと継続していくんですけれども、基本的にはそこの課題はいろんなスクリーニングや取り組みをするんですが、そこにやはりマンパワーがかなり取られるということがあるので、今のうち

の課題としては、ＤＸも含めて、そこをどういうふうにすれば、良いマンパワーを使わずというか、省略化してできるかを課題にして、今後、取り組んでいく予定です。

それから５番の「個別」の高齢者の機能評価に関してもやらないといけないことはそうなんですが、実際にやろうとすると人手がかかるので、そこもどうすれば効率的にできるかという視点で今、いろんな検討をしているところです。

それから「共生」に関しては以前からやっている就労支援のことを引き続きやっていくんですが、就労支援に関して、少し以前とフェーズが変わったような感じがあるので、いろんな機関と相談しながら、そこを新たな対策をしていければと思っています。市立病院は以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。何かご質問はございますか。よろしいですか。

それでは県立宮古病院、お願いいたします。

⑤沖縄県立宮古病院

○西原政好委員（沖縄県立宮古病院　外科部長）

宮古病院外科の西原です。資料は12-６です。今年度のがん対策及び診療体制について要約してご報告申し上げます。

当院の個別がん対策につきましては従来の方針を堅持し、島民へより質の高いがん医療の提供を努めてまいりたいと考えております。新年度を迎えるに当たり、主な変更点と今後の展望を報告いたします。

第１に診療体制の強化です。今年度より消化器内科が３名から５名、呼吸器内科が１名から２名と増員体制となり、検査並びに治療における対応力の向上が見込まれております。ただし、血液内科領域におきましては現在も専門医を県外からの派遣に依存している課題があり、これについて沖縄県内からの派遣体制を構築できるよう働きかけを継続しております。

第２に外科の体制です。新たに専攻医２名が着任し、計６名の体制で外科医療を担っております。引き続き当院と地域におけるがん治療の均てん化と集約化に向けてまい進、尽力したいと考えております。

第３に予防・啓蒙活動の推進です。昨年度に開催した「大腸がん検診キャラバン」は一

定の成果を上げており、本年度も継続して大腸がんの早期発見・治療へ直結させていきたいと考えております。

加えて今年度の新たな取り組みとして、食道がん及び肺がんの早期発見・治療を主眼に置いた市民公開講座の開催を予定しております。今後もこれらの施策を通じ、がんから島民の命を守る医療体制の構築にまい進する所存です。私からの報告は以上となります。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。ご質問はいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

天野さん。

○天野慎介委員

ご説明をありがとうございました。１点、質問させてください。「共生」の部分でZoomによるセカンドオピニオンのお話が出ていたかと思うのですけれども、これはどういった取り組みか、もしよければ教えていただけますでしょうか。Zoomを活用したセカンドオピニオンを構築する予定であったけど、実現できなかったという記述があるかと思いますけども。

○西原政好委員

セカンドオピニオンに行く場合ですけども、今まで患者さんが実際、飛行機に乗って、沖縄県とかそういうところの病院に行く手間とかになっているんですけども、それをZoomでできれば、患者さんがよりいいセカンドオピニオンに行けるかとか、そういうことを含めて、何とかZoomで開催できるように、そういう働きかけを行っているところなので、それは多分、われわれと今の中部病院や琉大病院の先生方によると思うんですけども、だから、もっともっと簡単にセカンドオピニオンをできるような体制を構築したいと、今、それも構築中です。

○天野慎介委員

つまり、要はセカンドオピニオン先の中部病院や琉大など本島の病院の受け入れ体制がまだできていないと。

○西原政好委員

そうですね。

○天野慎介委員

わかりました。ありがとうございます。

○鈴木幹男議長

ほかはいかがでしょうか。よろしいですか。

増田先生。

○増田昌人委員

琉球大学病院は、何年前か覚えていないんですけど、ウェブによるセカンドオピニオンの体制は整っていますので申し込んでいただければと思います。以上です。

○鈴木幹男議長

もし症例がございましたら紹介をいただければということのようです。

ほかはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは県立八重山病院、お願いいたします。

⑥沖縄県立八重山病院

○山本孝夫委員（沖縄県立八重山病院　医療部長兼外科部長）

県立八重山病院の山本が報告します。

「がんの予防」に関しては、昨年度からお仕事説明会、子どもさんと親御さんを相手に病院の機能を説明する会をやっているんですけども、そのときに禁煙の講演をやって、一応、これは好評だったので今年度も続けていこうと思っております。

それから「がん検診」に関しては、当院でマンパワーがないのでやっていないんですけど、二次検診を受けているということですね。

それから「がん医療提供体制」に関しては、主に中部病院から腫瘍内科と放射線、それから中頭病院から血液内科の応援の外来を継続して行っているということですね。それから、乳がんの専門外来は月１回行っております。

それから「緩和･支持療法」に関しては痛みのスクリーニングをやったり、がんのリハビリテーション、これも理学療法士の人員が交代するものですから、施設の要件を維持するのが大変なんですけども、今年も何とか施設の要件を維持していくつもりです。

それから「個別のがん対策」に関しては、当院でできることが少ないので、琉球大学あるいは小児に関しては南部医療センターと協力しながらできることをやっていこうと考えております。

それから「共生」に関しましては、これも去年からほとんどやっていることを継続していくということですね。

「基盤」に関してはここに書いてあるとおりで、呼吸器外科のほうがいろんな事情で中断になっているんですけども、その点は内科を含めて他の病院と連携しながらレベルを落とさないようにやっていきたいと考えております。以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。これについてご質問はございますか。

玉城先生。

○玉城研太朗（田名毅委員代理 沖縄県医師会）

沖縄県医師会の玉城でございます。宮古病院と八重山病院の先生方にご質問させていただきたいと思いますが、今後、医療の集約化と均てん化を鑑みたときに、令和６年度の診療報酬改定の中でＤ to Ｐ with Ｄですね。With doctorの適応拡大が盛り込まれたかと思います。今後、この辺のシステムも含めて、この利活用を今後していかないと、離島を含めた医療の均てん化はなし得ないのではないかと思いますが、この辺はどうでしょうか。何か情報収集等は行われていますでしょうか。あるいは諸見里部長にもお伺いしたいんですが、県としてもやはりこの辺をしっかりつくっていく必要があると思うんですが、ぜひお伺いしたいと思います。

○鈴木幹男議長

いかがでしょうか。

○西原政好委員

宮古病院外科の西原ですが、医療の均てん化ということなんですけども、なかなか離島では医療資源が限られて大変なんですけども、ただ、幸いにもわれわれ外科においては８施設と連携を組みながら外科専門研修プログラムの連携を組んで、若手の医師の派遣や専門医を国内留学に出したり、そういうことで勉強会も開いて一般的に標準化。今の手術、ロボットや先進的な医療は難しいんですけども、腹腔鏡手術がちゃんとできるようになるとか、いったら均てん化に向けての努力は、日々させていただいております。それはもう専門医を呼んだり、Zoomで勉強会をしたり、それはもうずっと継続しております。

ただ、ほかの外科医からしたらそうなんですけど、消化器内科もやっと人員が増えてきたということで、やはり均てん化に向けては医師を、若手の医師とか、そういう先生を獲得して、補うところはわれわれが出ていって勉強しに行くとか国内留学を通じて技術の向上とか、そういうのを常にやっていかないといけないかなと思います。

○玉城研太朗（田名毅委員代理 沖縄県医師会）

質問の意図としては、一番は薬物療法だと思っているんです。われわれも宮古病院、八重山病院の先生方にお世話になっているんですが、例えば進行がんにどんどんなっていく中で、ＰＤになったときの次のレジメン、次のレジメンとどんどん変わっていきますよね。その際に患者さんがわざわざ那覇まで来て、私たちに診療し、またこういうレジメンがいいんじゃないかということでお帰しをしているんですが、なかなかそれは手間だということで、これをオンラインの中で。

これは昨日、厚労省の鶴田先生、それから日本乳癌学会の石田理事長と、あとは参議院議員の先生方とミーティングをしたんですが、岩手県とか東北地方ではこれをどんどん進めていかないと恐らく医療の均てん化がなし得ないということですので、この辺……。

○西原政好委員

わかりました。薬物療法に関しては、月１回、専門医に来ていただいて、それで相談を受けたり、そういうことでさせていただいたりとか。ただ、特別な希少がんとかそういうものに関してはやはり本島へ行って治療をしていただかないと困るんですけども、随時、Zoomとか情報を得ながら、患者さんにあんまり負担を掛けないように、そういうことで連携はしっかり取れていますので。薬物療法に関してはしっかり連携が取れているかなと思っています。趣旨がちょっとずれてしまって申し訳ないです。

○山本孝夫委員

八重山病院に関しては、本島の病院なり、元々治療していただいていた病院で方針の変更を行っていただくのが多いんですけども、だんだん患者さんが進行してくるともう行くのが大変ということになるので、その場合は月１回、来ていただいている専門医に相談して決めていることが多いです。それがオンラインの診療になればいいのかもしれませんけど、今のところはそういう状況であります。

○田仲斉委員（沖縄県立八重山病院　病院長）

八重山の院長の田仲です。玉城先生のご質問と少しずれるんですけど、県立病院は現在、宮古も八重山も透析の医師が不足しておりまして、内科の中で、要はもう県立病院間で中部が北部と八重山を、南部医療センターの透析が宮古病院を、透析の支援をするという形で、Ｄ to Ｄに近い形で実証実験的にやっております。

県立病院でやろうというふうに話したのは、要はコンサルトを受ける側の手弁当が可能だからということで、実際に私たちは本当は血液内科や腫瘍内科の先生がいないものですから、玉城先生がおっしゃるようなケモとか、化学療法とか、そういう薬物療法の相談もできればいいと思うんですが、そこに関しては診療報酬の立て付けというか、そこがはっきりしてくれれば、私たちも県立だけではなくて、ほかの琉大とか、そういうところにも相談できるかなと思っているところですが、まずはやってみようということで動いています。

○玉城研太朗（田名毅委員代理 沖縄県医師会）

これが診療報酬で取れるようになるんですよね。恐らくこういうシステムをつくっていって拡大をしていく必要があるかなと。

○田仲斉委員

やはりドクターの時間を拘束してしまうのが一番大きいかなと思っています。

○鈴木幹男議長

沖縄県は離島県ということで、諸見里先生、いかがですか。

○諸見里真委員

諸見里です。うちは病院事業局のほうで確認したんですけど、確か今年度、実証事業で遠隔診療をやると聞いていますので、詳細は不確かですが、そういう意味では、県としてはもう前から遠隔診療についての議論はずっとしてきていたんですね。ただ、なかなか制度上難しいということで具体的には動けなかったんですが、コロナ禍を経て、この遠隔診療については非常に前向きになってきていますので、確か実証を今年度、やる予定だと聞いています。

それプラス、県としても当然、離島、特に小規模離島は診療所をたくさん抱えていますので、宮古、八重山、あと小規模離島の診療所の関連で、今後はこういう展開が必要になってくると思います。

実際問題､今は医師を確保するのが非常に困難で､八重山病院も脳神経外科が不在です。与那国の診療所もいろんな問題が起こっています。そういう意味では１つの補完する策として遠隔診療は県としても今後、展開していきたいと考えていますので、今後また皆さんのお力もお借りしながら展開を考えていきたいと思っています。以上です。

○鈴木幹男議長

離島であったり、人口が減少していくような地域にあっては、デジタルを使ったような診療もやはり今後、ますます重要になると思いますので引き続きご検討いただければと思います。よろしいでしょうか。

それではその次、報告事項の５～８について、増田委員からご報告をお願いします。

５．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について

６．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

７．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議

（１）第12回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会

（２）新たな地域医療構想に関するとりまとめ

（３）医師確保計画の見直し等に向けたとりまとめ

（４）第126回社会保障審議会医療部会

（５）第93回がん対策推進協議会

（６）第64回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会

（７）第35回厚生科学審議会がん登録部会

（８）第46回がん検診のあり方に関する検討会

（９）第16回ＨＴＬＶ－１対策推進協議会

（10）第26回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会

（11）第20回がん診療提供体制のあり方に関する検討会

（12）第３回小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ

（13）第７回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ

８．アピアランスケアに係る体制整備について（厚労省課長通知）

○増田昌人委員

では、報告事項の５番です。大腸がん死激減プロジェクトなんですが、年３回、会合を持っておりまして、直近は今年３月に第３回の連絡会議を開いております。

２番は、先ほど宮古病院の西原先生からもお話がありましたように、宮古島で「大腸がん検診キャラバン」が開始されまして、事前に無料の便潜血検査キットをお配りしていて、キャラバン当日に持参していただいて、その場で陽性か陰性かを見て、陽性の方はその場で説明をして予約まで入れると伺っていまして、これのプロジェクトがうまいこといくと、できたら予算の問題、人員の問題等、幾つかクリアしなくちゃいけないことはいろいろあるかと思うんですけど、今後、この手のことがもし宮古島で軌道に乗ると素晴らしい試みなのかなと考えております。大腸がん死激減プロジェクトに関しましてはそれが今、１つ、トピックスになっております。

次に６番が沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告になります。資料としましては281ページ、資料14になります。15年前から沖縄県の予算をいただいて、沖縄県地域統括相談支援センターを琉球大学内に発足させて活動しています。具体的には281ページにありますように、ピア・サポーターの養成をすること、フォローアップ研修会を受講してレベルアップを図ること、実際にピア・サポートをすることです。今、十数名が養成講座に参加していただき、同じく十数名がフォローアップ研修会に参加していただいています。

具体的には287ページをご覧ください。一時期、新型コロナ禍のこともありまして、ピア・サポートがうんと落ち込んでいたんですが、ようやく上向いてきまして、昨年は150件を超え、151件になりましたので、３年前と比べると２倍以上に戻ってきまして、少し増えたことを一応、ご報告いたします。

今年度はこれまでプールしているピア・サポーターとしての登録者の方々に個別にお声

を掛けて、月曜日から金曜日まで全ての日にピア・サポーターが常駐できるような体制づくりをなるべく早めに復活させたいと考えておりますので、また皆さん、ご協力をよろしくお願いいたします。

ここの２つに関しまして、何か皆さまからありますでしょうか。西原先生、宮古のプロジェクトについて何か補足はありますか。

○西原政好委員

特にございません。ありがとうございます。

○増田昌人委員

では、次に資料15-１からなんですが、厚生労働省におけるがん関連審議会及び関連会議の報告になります。これは連携協議会に義務化されているものです。年度末だったこともありまして13の関連諸会議が開かれております。

15-１が第12回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会で、資料の15-１をご覧ください。１枚めくりますと議事次第が載っております。新たな地域医療構想策定ガイドラインになっておりまして、これがその後、15-２で新たな地域医療構想に関するとりまとめと、15-３で医師確保計画の見直し等に向けたとりまとめ。とりまとめが２つ出ております。それぞれ資料15-２と資料15-３になっておりますので、今後、がんの集約化は地域医療構想を横ににらみというか、整合性も合わせながらやっていくということが昨年８月の課長通知にも出ておりますので、それぞれ皆さん、確認をしておいていただけるとありがたいなと思います。

同時に、詳しい説明はしませんが、15-４で社会保障審議会の医療部会がありますので、そこでいったんとりまとめについても確認が行われております。

次に資料15-５です。これが第93回のがん対策推進協議会で、しおりで15-５まで飛んでいただきますと、先ほど審議事項の中でもがん対策推進協議会、92回の資料をお出ししましたが、まさに昨年から今年にかけて、このがん対策推進協議会ががん対策の全体を統括する審議会になっております。

３月９日に開かれました第93回では、「がんとの共生」の部分につきまして中間評価を行っています、議題としましては。

あと、報告としましては、ＡＹＡ世代がん患者の現状と施策、アピアランスケアに関す

る現状と今後の方針が報告をされております。それぞれ中間評価がどのように行われているかが資料としても読めますのでご確認をいただければと思います。

次に第64回予防接種・ワクチン分科会があります。資料15-６、764ページ。ここは１点だけ、ＨＰＶワクチンの９価が行われているわけですが、２価と４価に関しましては今後は定期接種から外すという話がまとまったというふうに出ております。

次に資料15-７が厚生科学審議会がん登録部会になっております。現在、がん登録法の、１つは医療法の一部を改正したり、がん登録法の一部が改正になったりということになっておりまして、それにつきまして審議が進んでおります。またまとまったところが出ましたら皆さんにまとめて報告をさせていただこうかと考えております。

次に資料の15-８、808ページです。がん検診のあり方に関する検討会なんですが、大腸がん検診については毎年の検査と、今は２日法だったと思うんですが、それを１日法でもどうかということが審議されているのと、高濃度乳房の取り扱いについてどうするかという議論が進んでおります。

まとまったことがありましたらまたご報告いたしますが、本日は第94回のがん対策推進協議会が行われておりまして、そこでは攻めのがん予防ということで、がん検診はこれからはだいぶリニューアルをするということが報告されているかと思います。３時から５時までの間、今現在進行中だといわれておりますので、既に資料等は出ておりますので、今回は検診についてだいぶ突っ込んだ報告がされておりますのでご確認をいただければと思います。「予防」と「基盤」についての中間評価が今日は行われていると提示されております。

次に資料15-９、第16回ＨＴＬＶ-１対策推進協議会が久方ぶりに開催されておりまして、詳しくは述べませんが、感染予防の普及啓発につきまして少し話し合いがされたと聞いております。

次に資料15-10、949ページになります。第26回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会。これは毎年、いつも３月にまとめて行われるもので、今年ですと確か５つか６つの地域拠点が指定を受けたと思いますし、それまで保留のような形だったものが保留が取れたとか、あとは地域拠点だったのが診療病院になったり、診療病院だった病院が地域拠点になったりということが、ごく少数ですけど、そういうことが指定されておりますので、詳細は述べませんが全て資料のほうに入っておりますのでご興味のある方はご確認をいただければと思います。

一番詳しく説明しなくちゃいけないのは資料15-11でして、第20回のがん診療提供体制のあり方に関する検討会になります。これが４月16日に行われていまして、989ページをご覧ください。大きく２つありまして、１番ががん医療提供体制の均てん化と集約化について、まとめのようなものが出ました。２番としましては、がん診療連携拠点病院等・がんゲノム医療中核拠点病院等・小児拠点病院等の指定要件等の見直しスケジュールにおいて審議されております。

均てん化・集約化に関しましてはこの検討会で審議がされまして、昨年４回にわたって集中審議がされて、993ページをご覧ください。昨年８月１日にとりまとめが公表され、８月29日付で課長通知が各都道府県の部局長宛てに出まして、それを受けまして本協議会でも第３回及び第４回でその検討をしたということになります。

その後の状況を47都道府県にアンケートをとりまして、その結果が入っておりますが、まだ全然手を付けていないところがかなり多くて、1002ページをご覧になっていただければと思います。少し進んだところの県の話が出ておりまして、ここの下に３つ議事録等が入っておりまして、北海道がん診療連携協議会では一昨年度から着手して、昨年度から均てん化・集約化についての議論が始まっており、有識者委員の埴岡先生と私が北海道の有識者委員として入っております。また今回は沖縄県のベンチマーク部会の委員でもある東先生が北海道のベンチマーク部会の副部会長に就任されまして、今後、北海道でも集約化に関しまして話し合いが具体的に進み始めているところです。

真ん中が、静岡がん会議が毎年行われていまして、そこで鶴田課長と私が行ってお話をさせていただいて、静岡がんセンターの総長、院長及び県知事も入った会議になっておりまして、そこで静岡も今後、ワーキンググループを使って始めていくと聞いております。

また、神奈川でも担当専門官の北國先生が講演をされて、神奈川でも今後、着手されると聞いております。ということで少し進み始めたところです。

少しページを進めていただいて、1011ページが今後の３つのがんに関係する拠点病院等の指定要件等のスケジュールの大幅見直しがあります。

具体的には、一番わかりやすいのは1012ページのところで、これまで指定要件に関しましてはがん計画が６年なので、前は４年ごとだったんですが、４年前に決めたときに、基本的に指定要件は６年据え置きという予定で公表されていましたが、今回は大幅改定がありました。

具体的には1013ページのところ。地域医療構想、そして５疾病・６事業の医療計画にが

ん計画も同じようなペースでいくわけです。

1014ページのところなんですが、具体的には国のがん計画が６年なので、３年ごとに今後は指定要件を見直し、がんの診療病院及び小児の拠点病院、ゲノムの拠点病院、いずれも３年ごとに指定要件を見直し、３年ごとに指定のし直しをするということで、今回は大幅改定がありました。

具体的には、次の1015ページをご覧ください。ワーキングはこれからなんですが、がん診療連携拠点病院の指定に向けたスケジュールが公表されておりまして、ここにありますように、一番上の行ががん診療提供体制のあり方に関する検討会でして、それが４月に開催されて、今回の改定に関する１回目のワーキングが５月に持たれ、７月に２回行われた上で７月末日までに新整備指針を公表することになっておりますので、小児がん拠点は３月に１回目が、そしてゲノムの拠点も３月に１回目のワーキングが開かれています。その後のスケジュールはほぼ一緒で、いずれも７月末日までに新しい整備指針を出されて、その後、書類の審査等々が今年度、一気に始まりますので、詳しいことが決まりましたら一応、皆さまにはご報告をしたいと考えております、

ちなみに私は前回に引き続き、今回でもがん診療連携拠点病院の指定要件の改定のワーキングの構成員に内定しておりまして、沖縄のベンチマーク部会の委員である東先生と私と九州がんセンターの名誉院長の藤先生。藤先生は前にこちらに来られましたけれども、その３人がそのまま居残りという形になりましたので、細かいところがわかりましたらまた皆さんにご報告をしたいと思います。

また、がん診療提供体制のあり方に関する検討会は本連携協議会の有識者委員の天野さんが委員でもありますので、だいぶ大きな改定があったので補足をしていただけるとありがたいなと思いますのでお願いします。

○天野慎介委員

検討会の議論を踏まえてお話をしますと、２点、補足があるかと思います。

まず１点目ですが、スケジュールを見直したことについては、これは厚生労働省の検討会における都合だとは思うんですが、過去の改定では拠点病院の指定要件を先に決めてから基本計画を考えるという逆転しているような状況があって、基本計画を検討する前にもう指定要件が決まっていたという状況があったので、それを是正するという意味では、今回の改定、スケジュールの見直しはやむを得ない面があるかと思います。一方で、実際に

拠点病院の関係者の方々から見れば、インターバルが狭まっているわけなので、沖縄県の方々も含めて負担がより増える可能性があると考えています。

２点目が今後のスケジュールということで、新しい整備指針を今年の７月に公表することになっていますが、現時点、私の知り得る限り５月時点で素案も何も出来上がっていない状態なので、かなり急ピッチで検討が進むことになるかと思いますので、もし沖縄県のがん診療連携協議会あるいは拠点病院等から新しい指定要件に対して要望があるのであれば、早めに厚生労働省あるいは国に対して何か入れ込むことが必要ではないかと感じます。私からは以上です。

○増田昌人委員

急に振って、どうもありがとうございます。

資料15-12が第３回の拠点病院の指定要件に関するワーキングで、資料15-13が第７回のゲノム医療中核拠点病院の指定要件に関するワーキングで、既に１回終わっておりますが、現在の問題点を抽出するぐらいにおりまして、先ほど天野委員がおっしゃっていたように、いずれも指定要件に関する本文はまだこれからなので、わかり次第、またこの連携協議会等で報告したり、各専門部会で報告をしていきたいと考えております。ここは私たちのがん対策に直結する部分なので、少し時間を長めに取って報告させていただきました。

最後に８番がアピアランスケアに係る体制整備ということで、昨年度末に課長通知でアピアランスケアに関する体制整備の書類が出ました。それが1115ページ、資料16になりますが、これに関しましては都道府県拠点病院のみの義務がだいぶ増えました。

具体的には1116ページにありますように、アピアランスケアに関して医療従事者による評価、多職種による情報提供・指導の実施、アピアランスケア担当者を各部署に置くこと、それは必ず研修を受けた者を置くこと、④番がアピアランスケア管理者を置くこと、新たに⑤番として委員会をつくって開催すること、６番目が医療従事者向けの院内教育の実施を行うことなんですが、幸いなことに琉球大学病院は３年前、アピアランスケアに関するモデル事業があったときに私どもの琉大病院が選ばれておりまして、ｅラーニングも院内でドクター８人を含む50人のｅラーニング修了者がおりまして、また現在も既に体制整備がほぼ終わっておりますので、新たに委員会を立ち上げるということは既に鈴木病院長からご許可をいただいておりますので、６月中までには何とか体制整備が整うのではないかと考えております。これは都道府県拠点だけが義務化されるものなので、一応、皆さんに

ご報告ということでした。私からは以上です。

○鈴木幹男議長

この報告全体を通して何かご質問が追加でございますか。よろしいですか。

それでは部会報告に移りたいと思います。伊江部会長から医療部会の報告をお願いいたします。

部会報告事項

１．医療部会

○伊江将史　医療部会長

医療部会長の伊江です。1121ページ、資料17です。令和７年度の第２回医療部会のご報告をいたします。

まず報告事項としましては、主に北部・宮古・八重山の患者会、住民向けの説明会のほうを増田先生に行っていただきました。過去18年間、丁寧に地域医療の説明をしていただきまして、離島・へき地でできる医療、がん医療と難しい医療のすり合わせができてきているのではないかというご報告でした。

４番は集約化を進めるための連携協議会で決議した事業についてですが、先ほどもご説明がありましたが、選定基準を６年から３年に見直す期間を短縮したことを共有しております。前回、ワーキングループの構成委員は大学病院、自治体病院、民間病院の医師を含めてメンバーを形成しておりますけれども、次回、３年後も同様のメンバーでワーキングを継続していくという大まかな方向性を確認しております。

検診を行う施設とがん診療を行う医療施設に対して、がん診療を行う医療施設に選定された施設へ優先的に紹介する文書を送付したという報告がありました。

続いて協議事項は、宮古・八重山・北部の医療圏に関して、血液内科外来・腫瘍内科外来・放射線治療外来の達成状況の確認がありました。宮古・八重山に関しては、放射線科、腫瘍内科、血液内科の外来が月１回ずつ達成しております。北部に関しては、血液内科はまだ調節中ということですが、放射線と腫瘍内科に関しては達成している状況でした。

先ほども議論がありましたが、オンライン診療に関しては、恐らく腫瘍内科の医師は消化器がんが中心ではないかなと思うんですが、乳がんなどの個別のがん種に関してはオンライン診療が非常に役立つのではないかと思いますので、こちらは医療部会としてもサポ

ートしていくことを考えております。医療部会としては以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。何かご質問はございますか。よろしいでしょうか。

次に野里部会長より緩和ケア・在宅医療部会報告をお願いします。

２．緩和ケア・在宅医療部会

○増田昌人　緩和ケア・在宅医療部会長代理

野里部会長が交通渋滞で間に合わないということなので、代わりに増田が代理で説明をいたします。1123ページ、資料18になります。年４回行われている緩和ケア・在宅医療部会ですが、３月18日に開催しております。

協議事項としましては、次年度の部会長・副部会長の選任を行って、また委員の補充も行いました。委員の補充は後か。すみません。

痛みのスクリーニングとモニタリングデータ抽出ですが、今現在、３つの拠点、琉大病院、中部病院、那覇市立病院はほぼ毎日、痛みのモニタリングをしているんですが、診療病院にもお願いして、２月は一斉にきちんとデータを取ることになりまして、今、終わったところですので、今後はモニタリングの状況について、ロジックモデルの指標にもなっておりますので、これから解析をするということ、それが一番の大きな目玉になっております。緩和ケア・在宅医療部会からは以上です。

○鈴木幹男議長

これについて何かご質問はございますか。よろしいでしょうか。

次に浜田部会長から小児・ＡＹＡ部会報告をお願いします。

３．小児・ＡＹＡ部会

○浜田聡　小児・ＡＹＡ部会長

小児・ＡＹＡ部会より報告させてもらいます。

報告事項としまして、今年度のがん教育の取り組みについてみんなで共有させていただきました。

若年がん患者の在宅療養生活支援事業、以前の報告でもお話ししたんですが、まだ市町

村の参加状況が芳しくないということで、県の担当者とお話ししまして、実際の対象患者さんはどのぐらいかとか、予算とか、そういうのを一応決めて、今後、さらに働きかけていただくようにということでお願いしております。

協議事項として、多職種からなるＡＹＡ世代の支援チームの構築ということで、今、それが求められておりまして、今年度で誰が中心になってチームをつくって、実際、どういう方を対象として進めていくかということを今後、協議していくことをみんなで共有しています。以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。これについてご質問はございますか。よろしいですか。

天野先生。

○天野慎介委員

ご説明をありがとうございました。中長期的な話になるかと思うんですが、ご承知のとおり、今は少子化がものすごい勢いで進行していて、３月に国立成育医療研究センターで小児がん中央機関の会議が開かれて、私も出席をしたんですが、最新の地域がん登録の数を見ていても小児がんの国内罹患者数は2,000人を切っていて、かなり早い勢いで小児がんの罹患者数は減っていると。

そうなってくると、県によっては小児がんの患者さんの数がかなり減って、それで小児がんのドクターが特に十分な技能を維持・向上するためのという言い方はあまり良くないんですが、そういった十分な数の患者さんがいなくなるのではないかという危機感をかなり共有されていたところですが、そういったことについて沖縄県内の小児がんの先生方の中で議論は始まっているんでしょうか。

○浜田聡　小児・ＡＹＡ部会長

ご質問をありがとうございます。そうですね。確かに小児がんの罹患患者さんは減ってきて、その担当する医師のスキルの維持という点において、今、取り組みをやるということではないんですけど、沖縄県は特殊な離島県ということもありまして、すぐに陸続きの拠点病院に研修に行くとか、実際に行って、また帰ってきてという形で一応やっているんですが、何か改めて取り組みはしておりません。

○鈴木幹男議長

ほかにご質問はございますか。よろしいでしょうか。

次に西原部会長から離島・へき地部会の報告をお願いします。

４．離島・へき地部会

○西原政好　離島・へき地部会長

宮古病院外科の西原です。第１回離島・へき地部会が４月30日にZoomにて開催されました。この会は、会長に私が、副部会長に八重山病院の山本先生が選出されました。

次に、各病院から血液内科、腫瘍内科、放射線外来の達成状況が報告され、北部地区医師会病院では腫瘍内科の外来が始まったようです。

血液内科に関しては、今後、どのように外来をするか、今、協議中ということで、宮古病院からは県内からの派遣を要請させていただきました。

最後に琉大がんセンター長の増田先生から第４次沖縄県がん対策推進計画の中間報告の作成方法の詳細な説明がありました。私からの報告は以上となります。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。これについてご質問はございますか。よろしいですか。

奥平部会長から情報提供・相談支援部会の報告をお願いいたします。

５．情報提供・相談支援部会

○奥平藤也　情報提供・相談支援部会長

３月12日に情報提供・相談支援部会が一応開かれております。資料は1134ページになります。話し合われた内容としましては、報告事項は８つ、協議事項は４つあります。

協議事項につきましては、次年度、令和８年度の委員・部会長の選任に関すること。あと、増田先生のほうから部会計画を立ててほしいという要望もありましたので、その説明に関することですね。

そのほか、12月５日に地域相談支援フォーラム in 沖縄を開催予定にしておりますので、それに関する準備、内容に関すること。あとは第４次沖縄県がん対策推進計画の中間評価に関することの説明をまた増田先生のほうからいただいております。それで、部会計画のことや中間評価のこと、あとフォーラムに関することを共有しております。

報告事項に関しては、これは毎回やっていることですけれども、ゆんたく会ですね。患者サロンに関すること、がん相談件数に関することを共有しております。報告は以上となります。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。これについて、何かご質問はございますか。よろしいですか。

最後になりますが、増田部会長からベンチマーク部会の報告をお願いします。

６．ベンチマーク部会

○増田昌人　ベンチマーク部会長

ベンチマーク部会は第４回を３月２日に開催しております。

協議事項は、１番目が毎年２月、３月にやっている2025年度の沖縄県医療者調査についてです。最終的に３月末まで回答を延ばしまして、2,000ほどの回答をいただいております。現在、部会の事務局のほうでデータをいったんエクセルに入れ込んでいる途中で、その後は分析をこれからかけて、次の連携協議会には報告書をお出しできるのではないかと考えております。また、それが出ますと2023、24、25年の医療者調査のデータがまとまってきますので、少し傾向がわかるのではないかと考えております。

また２番としては中間評価について、かなり突っ込んだ意見交換がありまして、５年生存率だけではなくて死亡率も重要視して、きちんと提示するようにという話が出ました。

あとは、患者体験調査の取り扱いについて、質問が幾つか少し変わっておりまして、東先生が国の患者体験調査の中心になって進めておりまして、私も同じ研究班にいてやったこともありますが、2018年は沖縄県のほうで国の患者体験調査の原案をつくったこともありますので、それでそこの質問が微妙にずれたところについての意見交換をしておりました。

ベンチマーク部会としましては、今、行っている中間評価に向けて、今後も毎月、部会を開催して議論を深めていきたいと考えております。私からは以上です。

○鈴木幹男議長

ありがとうございました。これについてご質問はございますか。よろしいですか。

これで議事は全て終了いたしました。長時間、委員の先生方、ご参加いただきましてあ

りがとうございます。第１回の沖縄県がん診療連携協議会を終了したいと思います。

沖縄県がん診療連携協議会委員 令和8度名簿 （任期：令和8年4月1日～令和10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	鈴木　幹男	継続	すずき　みきお	琉球大学病院	病院長	琉大病院の病院長
2	2	天願　俊穂	継続	てんがん　としほ	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	継続	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	田仲　斉	継続	たなか　ひとし	沖縄県立八重山病院	病院長	地域がん診療病院の病院長
6	3	諸喜田　林	継続	しょきた　はやし	北部地区医師会病院	病院長	地域がん診療病院の病院長
7	4	田名　毅	継続	たな　たけし	沖縄県医師会	会長	沖縄県医師会長
8	5	米須　敦子	継続	こめす　あつこ	沖縄県歯科医師会	会長	沖縄県歯科医師会長
9	6	前濱　朋子	継続	まえはま　ともこ	沖縄県薬剤師会	会長	沖縄県薬剤師会長
10	7	平良　孝美	継続	たいら　たかみ	沖縄県看護協会	会長	沖縄県看護協会長
11	8	（役職対象者なし）	継続（H31.4～役職対象者なし）		沖縄県	政策参与	沖縄県政策参与
12	9	諸見里　真	変更	もろみざと　しん	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	高槻　光寿	継続	たかつき　みつひさ	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	市川　修	継続	いちかわ　おさむ	琉球大学西普天間キャンパス事務部	事務部長	琉大病院の事務部長
19	16	神里　敬子	継続	かみざと　けいこ	沖縄県立中部病院	副院長	地域がん診療連携拠点病院より2名
20	16	朝倉　義崇	継続	あさくら　よしたか	沖縄県立中部病院	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	下地　千里	継続	しもじ　ちさと	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	山本　孝夫	継続	やまもと　たかお	沖縄県立八重山病院	医療部長兼外科部長	地域がん診療病院から2名
26	17	砂川　綾子	継続	すながわ　りょうこ	沖縄県立八重山病院	副院長	地域がん診療病院から2名
27	17	柴山　順子	継続	しばやま　じゅんこ	北部地区医師会病院	副院長	地域がん診療病院から2名
28	17	上地　佳代	継続	うえち　かよ	北部地区医師会病院	看護部長	地域がん診療病院から2名
29	18	島袋　陽子	変更	しまぶくろ　ようこ	NPO乳がん患者の会　ぴんく・ぱんさぁ	–	患者関係の立場の者
30	18	佐藤　正博	変更	さとう　まさひろ	–	–	患者関係の立場の者
31	18	又吉　賢弘	継続	またよし　やすひろ	–	–	患者関係の立場の者
32	18	島袋　希美	継続	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	高崎　園子	変更	たかさき　そのこ	沖縄タイムス中部支社	報道部長	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8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	神里　敬子	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	山本　孝夫	県立八重山病院	医療部長兼外科部長	地域がん診療病院から1名
3	17	柴山　順子	北部地区医師会病院	副院長	地域がん診療病院から1名
4	その他協議会議長が必要と認めた者	平良　勝也	沖縄県保健医療介護部	保健衛生統括監	その他琉大の病院長が必要と認める者

沖縄県がん診療連携協議会委員名簿（案）

2026/6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
中村　陽二	北部地区医師会病院	消化器外科医師	地域がん診療病院
山本　孝夫	沖縄県立八重山病院	医療部長兼外科部長	地域がん診療病院
浅野　志麻	沖縄県立宮古病院	医療部長兼消化器外科部長	**地域がん診療病院**
古波津　万里子	沖縄県保健医療介護部健康長寿課	主査	沖縄県
島袋　百代	NPOパンキャンジャパン沖縄支部	支部長	
徳元　亮太	沖縄がん教育サポートセンター	理事長	
金城　達也	琉球大学大学院医学研究科	准教授	
安次嶺　宏哉	沖縄協同病院	腫瘍内科	沖縄協同病院
増田　昌人	琉球大学病院	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

医療部会　地域連携ワーキング

氏名	所属	役職	備考
金城　達也	琉球大学病院	第一外科講師	都道府県がん診療連携拠点病院
當山　美奈子	琉球大学病院	看護師	都道府県がん診療連携拠点病院
宮里　浩	那覇市立病院	外科総括科部長	地域がん診療連携拠点病院
新垣　千春	那覇市立病院	看護師	地域がん診療連携拠点病院
伊江　将史	沖縄県立中部病院	外科医長	地域がん診療連携拠点病院
本仲　寛美	沖縄県立中部病院	看護師	地域がん診療連携拠点病院
照屋　淳	北部地区医師会病院	副院長・外科部長	地域がん診療病院
眞喜志 好枝	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
砂川　華	琉球大学病院	緩和ケアセンターGM	都道府県がん診療連携拠点病院
友利　寛文	那覇市立病院	外科総括部長	地域がん診療連携拠点病院
安座間　由美子	沖縄県立中部病院	地域ケア科医師	地域がん診療連携拠点病院
崎原　友美子	沖縄県立中部病院	地域連携室　がん相談支援センター緩和ケア認定看護師	地域がん診療連携拠点病院
浅野　志麻	沖縄県立宮古病院	医療部長＆消化器外科部長	**地域がん診療病院**
吉嶺　厚生	沖縄県立八重山病院	医療部長	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
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
真栄里　隆代	ゆうかぎの会	会長	患者関係者
与儀　淑恵	NPO乳がん患者の会　ぴんく・ぱんさぁ	代表	患者関係者
増田　昌人	琉球大学病院がんセンター	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

緩和ケア・在宅医療部会　研修ワーキング

氏名	所属	役職	備考
中村　清哉	琉球大学病院	緩和ケアセンター副センター長	都道府県がん診療連携拠点病院
友利　寛文	那覇市立病院	外科総括部長	地域がん診療連携拠点病院
安座間　由美子	沖縄県立中部病院	地域ケア科医師	地域がん診療連携拠点病院
浅野　志麻	沖縄県立宮古病院	医療部長＆消化器外科部長	**地域がん診療病院**
吉嶺　厚生	沖縄県立八重山病院	医療部長	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
大宜見　由奈	友愛会豊見城中央病院	緩和ケア科	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
崎原　正基	中頭病院	消化器内科部長	緩和ケア研修会開催病院
田本　俊輔	沖縄赤十字病院	第二外科医師	緩和ケア研修会開催病院
新屋　洋平	ゆい往診クリニック	院長	ゆい往診クリニック
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
深澤　裕美子	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**
嵩原　まゆみ	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
与那覇　涼	株式会社　けあんちゅ	代表取締役	浦添介護福祉士会　会長
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	ゆい往診クリニック	院長	ゆい往診クリニック
高江洲　あやこ	那覇市医師会	ＭＳＷ	
成田　奈緒子	北部地区医師会	医療介護連携コーディネーター	やんばる在宅医療・介護連携支援センター
仲門　文子	沖縄県介護支援専門員協会	理事	
東　賢志	おかえり在宅クリニック	院長	おかえり在宅クリニック
志良堂　孝	宜野湾市役所 健康推進部 介護長寿課	介護長寿担当主幹	宜野湾市役所
儀間　真由美	在宅看護センターはなはな	代表理事	
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
北村　紗希子	琉球大学病院	第二内科　特命助教	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
朝倉　義崇	沖縄県立中部病院	血液内科部長	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　亘　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

遠越　学	沖縄県教育庁保健体育課	課長	沖縄県教育庁
呉屋　光広	森川特別支援学校	学校長	森川特別支援学校
古波津　万里子	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
當間　健人	がんの子どもを守る会　沖縄支部	幹事	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））

沖縄県がん・生殖医療ネットワーク

氏名	所属	役職	備考
阿部　典恵	中頭病院	乳腺科　部長	
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
伊差川　サヤカ	琉球大学病院	薬剤部　薬剤師	都道府県がん診療連携拠点病院
石川　裕子	沖縄県立宮古病院	産婦人科　部長	地域がん診療病院
大畑　尚子	沖縄県立中部病院	産科　部長	地域がん診療病院
大嶺　菜	琉球大学病院	薬剤部　薬剤師	都道府県がん診療連携拠点病院
宜保　敬也	琉球大学病院	周産母子センター(産科)胚培養士	都道府県がん診療連携拠点病院
金城　敦子	がんの子どもを守る会	沖縄支部　代表	患者関係者
兼久　梢	沖縄病院	呼吸器内科医	
古波津　万里子	沖縄県保健医療介護部健康長寿課	主査	
島袋　希美	若年性がん患者会　Be style		患者関係者
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
野坂　舞子	友愛医療センター	外科外来医長・医局長	
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	
平敷　千晶	琉球大学病院	産科婦人科　助教	都道府県がん診療連携拠点病院
増田　昌人	琉球大学病院	がんセンター長	事務局
宮崎　優樹	ハートライフ病院	産婦人科　医長	
宮里　恵子	浦添総合病院	乳腺外科　副部長	
銘苅　桂子	琉球大学病院	周産母子センター(産科)　センター長・教授	都道府県がん診療連携拠点病院
宮平　礼	北部地区医師会病院	乳腺外科	地域がん診療病院
友利　晃子	琉球大学病院	相談支援員	都道府県がん診療連携拠点病院
	（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**
下地　千里	沖縄県立宮古病院	副院長	地域がん診療病院
山本　孝夫	沖縄県立八重山病院	医療部長兼外科部長	地域がん診療病院
砂川　綾子	沖縄県立八重山病院	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
古波津　万里子	沖縄県保健医療部健康長寿課	主査	沖縄県
真栄里　隆代	ゆうかぎの会（離島圏におけるがん患者支援を考える会）		患者関係者（宮古医療圏）
田盛　亜紀子			患者関係者（八重山医療圏）
知念　崇	琉球大学病院	がんセンター外来化学療法室　副室長	
増田　昌人	琉球大学病院がんセンター		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	
奥平　藤也	沖縄県立中部病院	医療ソーシャルワーカー	地域がん診療連携拠点病院
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
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
井岡　亜希子	まるレディースクリニック	院長	
伊藤　ゆり	神戸大学 医学系研究科 未来社会医学専攻 医療健康政策学講座	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 医学系研究科 公衆衛生学分野	教授	
山里　紘美	沖縄県保健医療介護部健康長寿課	主任技師	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
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８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８年５月８日（金）　14:00～17:00	管理･研修棟４階 大会議室	
第２回	令和８年８月７日（金）　14:00～17:00	管理･研修棟４階 大会議室	
第３回	令和８年 11 月 20 日（金）14:00～17:00	管理･研修棟４階 大会議室	11/5(木)～11/7(土) 日本消化器関連学会（JDDW 2026） 11/12(木)11/13(金) 第 77 回日本気管食道科学会
第４回	令和９年２月５日（金）　14:00～17:00	管理･研修棟４階 大会議室	

■幹事会 開催日程（終了時間は予定）

回　数	日　時	場　所	備　考
第１回	令和８年４月６日（月）　14:00～17:00	管理･研修棟３階 小会議室	
第２回	令和８年７月６日（月）　14:00～17:00	管理･研修棟３階 小会議室	
第３回	令和８年 10 月５日（月）14:00～17:00	管理･研修棟３階 小会議室	
第４回	令和９年１月 18 日（月）14:00～17:00	管理･研修棟４階 小会議室	

沖縄県がん診療連携協議会要項

（平成２０年７月１５日
制　定）

（設置）

第１条 がん診療連携拠点病院の整備に関する指針（平成２６年１月１０日厚生労働省健発第０１１０第７号）に基づき，琉球大学病院（以下「琉大病院」という。）に沖縄県がん診療連携協議会（以下「協議会」という。）を置く。

（組織）

第２条 協議会は，次に掲げる委員をもって組織する。

(1)　琉大病院の病院長
(2)　沖縄県の地域がん診療連携拠点病院（別表１）の病院長
(3)　沖縄県の地域がん診療病院（別表２）の病院長
(4)　沖縄県医師会長
(5)　沖縄県歯科医師会長
(6)　沖縄県薬剤師会長
(7)　沖縄県看護協会長
(8)　沖縄県政策参与
(9)　沖縄県保健医療部長
(10) 琉大病院のがんセンター長
(11) 琉大病院のがんセンター運営委員会委員長
(12) 琉大病院の医療福祉支援センター長
(13) 琉大病院の薬剤部長
(14) 琉大病院の看護部長
(15) 琉大病院の事務部長
(16) 沖縄県の地域がん診療連携拠点病院から　各２人
(17) 沖縄県の地域がん診療病院から 各２人
(18) 患者関係の立場の者から　若干人
(19) 有識者　　若干人
(20) その他琉大病院の病院長が必要と認める者 若干人

２ 前項に規定する委員は，琉大病院の病院長が委嘱する。

３ 第１項に規定する委員の任期は，２年とし，再任を妨げない。

４ 第１項に規定する委員に欠員が生じた場合の補欠の委員の任期は，前項の規定にかかわらず，前任者の残任期間とする。

（協議事項）

第３条 協議会は，がん診療に関する次に掲げる事項を協議する。

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

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

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

ア 一部の限定的な医療機関でのみ実施される薬物療法

イ 集約化することにより予後の改善が見込まれる手術療法

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

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

オ 分野別に希少がん・難治がんの対応を行う体制

カ 小児がんの長期フォローアップを行う体制

キ ＡＹＡ世代のがんの支援体制

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

ケ がんゲノム医療

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

③ 沖縄県内の拠点病院等の院内がん登録のデータやがん診療、緩和ケア、相談支援等の実績等を共有、分析、評価、公表等を行うこと。その上で、沖縄県とも連携し、Quality Indicatorを積極的に利用するなど、沖縄県全体のがん医療の質を向上させるための具体的な計画を立案・実行す ること。併せて、院内がん登録実務者の支援を含めて沖縄県内のがん関 連情報収集や利活用等の推進に取り組むこと。

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

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

⑥　沖縄県における拠点病院等が実施するがん医療に携わる医師等を対象とした緩和ケアに関する研修やその他各種研修に関する計画を作成すること。

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

⑧ 国協議会との体系的な連携体制を構築すること。

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

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

⑪　地域における医療情報の共有の取組について、がんの分野からも検討し、体制整備に取り組むこと。

(3)　その他がん診療連携に関すること。

（議長）

第４条 協議会に議長を置き，琉大病院の病院長をもって充てる。

２ 議長は，協議会を招集する。

３ 議長に事故があるときは，議長があらかじめ指名する委員がその職務を代行する。

（議事）

第５条 協議会は，委員の３分の２以上が出席しなければ，議事を開くことができない。

２ 委員は，やむを得ない理由により会議に出席することができないときは，その代理者を出席させることができる。

（意見の聴取）

第６条 議長は，必要があるときは，委員以外の者を協議会に出席させ，意見を聴くことができる。

（幹事会）

第７条 協議会に，協議会の運営を円滑に行うため，幹事会を置く。

２ 幹事会に関し必要な事項は，議長が別に定める。

（部会）

第８条　幹事会には必要に応じて部会を置くことができる。
２ 部会の設置，委員の構成，調査検討事項，その他運営事項等は議長が決める。
（事務）
第９条 協議会の事務は，琉球大学上原キャンパス事務部において処理する。
（雑則）
第１０条 この要項に定めるもののほか，協議会の運営に関し必要な事項は，議長が別に定める。

別表１（第２条第１項第２号関係）

沖縄県の地域がん診療連携拠点病院	那覇市立病院
	沖縄県立中部病院

別表２（第２条第１項第３号関係）

沖縄県の地域がん診療病院	北部地区医師会病院
	沖縄県立宮古病院
	沖縄県立八重山病院

附　則
１　この要項は，平成２０年　７月１５日から施行する。
２　この要項施行後，最初に委嘱される第２条第１項第１４号から第１８号に規定する委員の任期は，同条３項の規定にかかわらず，平成２２年３月３１日までとする。
附　則
この要項は，平成２０年　９月２２日から施行する。
附　則
この要項は，平成２２年　６月１１日から施行する。
附　則
この要項は，平成２６年　８月　１日から施行し，平成２６年　４月　１日から適用する。
附　則
この要項は，平成２７年　８月　７日から施行し，平成２７年　４月　１日から適用する。
附　則

この要項は，平成２８年　５月１３日から施行し，平成２８年　４月　１日から適用する。

附　則

この要項は，平成２９年　６月　２日から施行し，平成２９年　４月　１日から適用する。

附　則

この要項は，令和元年　５月１０日から施行し，平成３１年　４月　１日から適用する。

附　則

この要項は，令和２年　２月　７日から施行する。

附　則

この要項は，令和２年　５月　８日から施行し，令和　２年　４月　１日から適用する。

附　則

この要項は，令和４年　８月　１日から施行する。

沖縄県がん診療連携協議会委員 令和8度名簿 （任期：令和8年4月1日～令和10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	鈴木　幹男	継続	すずき　みきお	琉球大学病院	病院長	琉大病院の病院長
2	2	天願　俊穂	継続	てんがん　としほ	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	継続	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	田仲　斉	継続	たなか　ひとし	沖縄県立八重山病院	病院長	地域がん診療病院の病院長
6	3	諸喜田　林	継続	しょきた　はやし	北部地区医師会病院	病院長	地域がん診療病院の病院長
7	4	田名　毅	継続	たな　たけし	沖縄県医師会	会長	沖縄県医師会長
8	5	米須　敦子	継続	こめす　あつこ	沖縄県歯科医師会	会長	沖縄県歯科医師会長
9	6	前濱　朋子	継続	まえはま　ともこ	沖縄県薬剤師会	会長	沖縄県薬剤師会長
10	7	平良　孝美	継続	たいら　たかみ	沖縄県看護協会	会長	沖縄県看護協会長
11	8	（役職対象者なし）	継続（H31.4～役職対象者なし）		沖縄県	政策参与	沖縄県政策参与
12	9	諸見里　真	変更	もろみざと　しん	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	高槻　光寿	継続	たかつき　みつひさ	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	市川　修	継続	いちかわ　おさむ	琉球大学西普天間キャンパス事務部	事務部長	琉大病院の事務部長
19	16	神里　敬子	継続	かみざと　けいこ	沖縄県立中部病院	副院長	地域がん診療連携拠点病院より2名
20	16	朝倉　義崇	継続	あさくら　よしたか	沖縄県立中部病院	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	下地　千里	継続	しもじ　ちさと	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	山本　孝夫	継続	やまもと　たかお	沖縄県立八重山病院	医療部長兼外科部長	地域がん診療病院から2名
26	17	砂川　綾子	継続	すながわ　りょうこ	沖縄県立八重山病院	副院長	地域がん診療病院から2名
27	17	柴山　順子	継続	しばやま　じゅんこ	北部地区医師会病院	副院長	地域がん診療病院から2名
28	17	上地　佳代	継続	うえち　かよ	北部地区医師会病院	看護部長	地域がん診療病院から2名
29	18	島袋　陽子	変更	しまぶくろ　ようこ	NPO乳がん患者の会　ぴんく・ぱんさぁ	–	患者関係の立場の者
30	18	佐藤　正博	変更	さとう　まさひろ	–	–	患者関係の立場の者
31	18	又吉　賢弘	継続	またよし　やすひろ	–	–	患者関係の立場の者
32	18	島袋　希美	継続	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	高崎　園子	変更	たかさき　そのこ	沖縄タイムス中部支社	報道部長	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

資料7

令和８年６月２５日

沖縄県がん診療連携協議会
協議会委員各位

がん経験者の会
又吉　賢弘

「沖縄県がん登録事業報告の集計方法」に関する要望書の提出について

「第４次沖縄県がん対策推進計画」は、「事業者は、職域でがん検診を受診する機会のない従業員に対し、市町村におけるがん検診を受診するよう情報を提供するなど、従業員が、がん検診を容易に受診することができる環境整備に努める。」としています。

しかし、市町村実施のがん検診における「国保加入者以外の受診率」は、平成 30 年の「職域におけるがん検診マニュアル」の発表時に 10%弱の受診率を見せたが、その後下降したままです。かつて「長寿県といわれた沖縄」の「悪性新生物・75 未満年齢調整死亡率は最悪の状況であり、職域におけるがん検診の受診率の低さが最大の原因であると推測し、「協会けんぽ」を中心とした「ハイリスクアプローチ」の必要性について、報告を続けて来ました。

職域のがん検診の受診率を把握する方策がない現状において、「沖縄県がん登録事業報告」の集計データを活用する事こそが、取りうる「有効な改善策」であり、働き盛りの年代層に着目した集計方法の改善が必要です。従って、「集計方法の改善」について、下記の通り要望致しますので、審議をお願い致します。

記

１．国保加入者以外の受診率
市町村がん検診における国保加入者以外の受診率は５％以下で、改善の傾向が全く見られません。
（添付資料の図１参照）

２．2012 年以降の「沖縄県がん登録事業報告書」は、「40～64 才のがんによる死亡は、男女とも沖縄が高くなっている」との解説を、2020 年の報告まで継続しています。（添付資料図２参照）

３．「悪性新生物・75 未満年齢調整死亡率は最悪の状況です。（添付資料図３参照）

４．上記２の「沖縄県がん登録事業報告書」における「発見経緯、進展度、初回治療内容」等に関するデータは、年齢階級別の分析がありません。データを年齢階級別に細分化して、年令による影響を明確にすることで、がん検診受診の必要性を訴える事が可能となります。「働き盛りのがん検診の必要性」を訴える事は有効であり、現状における最良のがん対策である、と考えます。

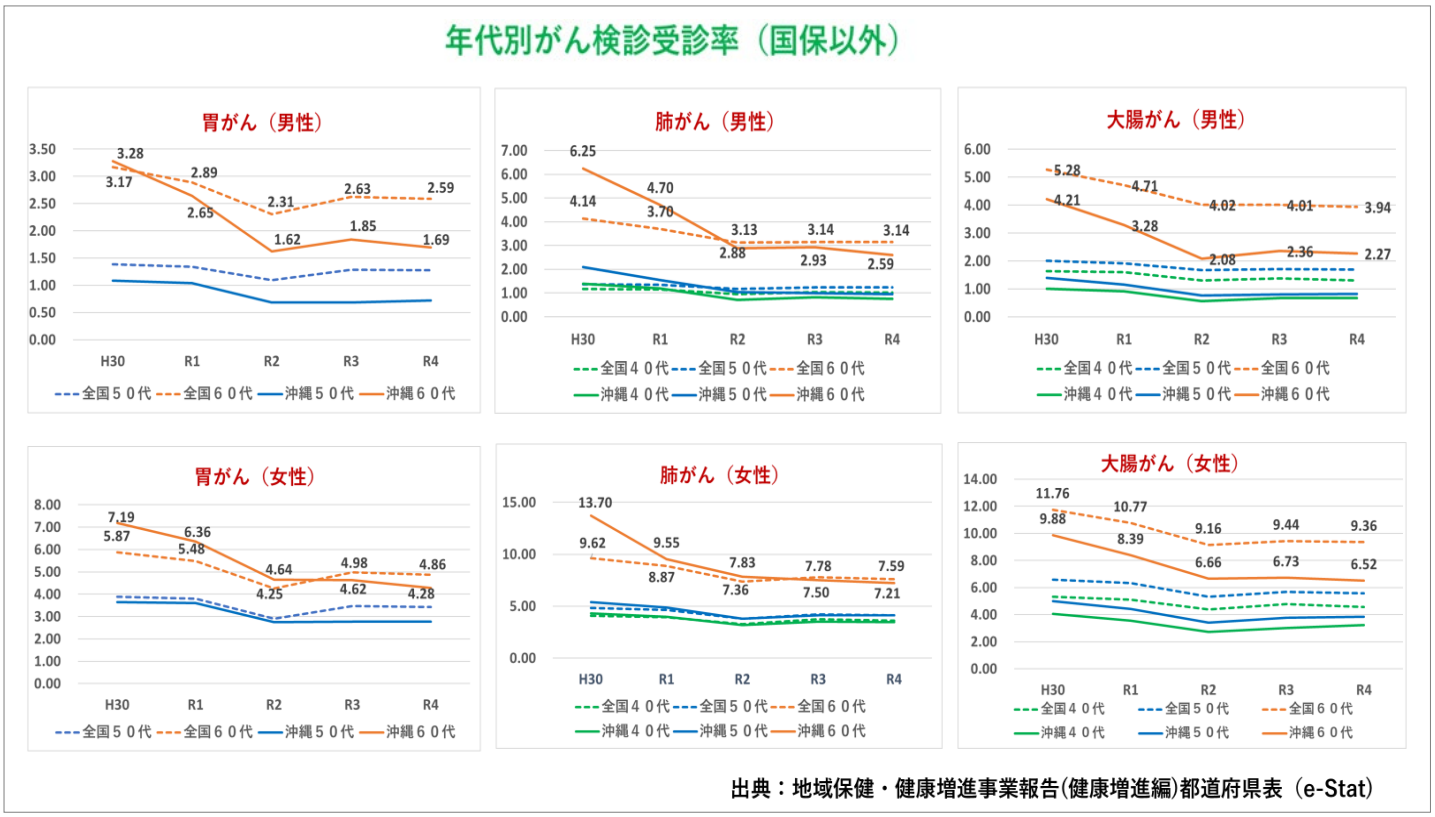
５．集計方法の改善に関する具体的な内容は、別紙「要望書」を確認して下さい。

６．「『沖縄県がん登録事業報告の集計方法』に関する要望書」（別紙）を沖縄県保健医療介護部・部長宛に要望書を提出する。

以上

資料

図１



出典：地域保健・健康増進事業報告(健康増進編)都道府県表（e-Stat）

図２

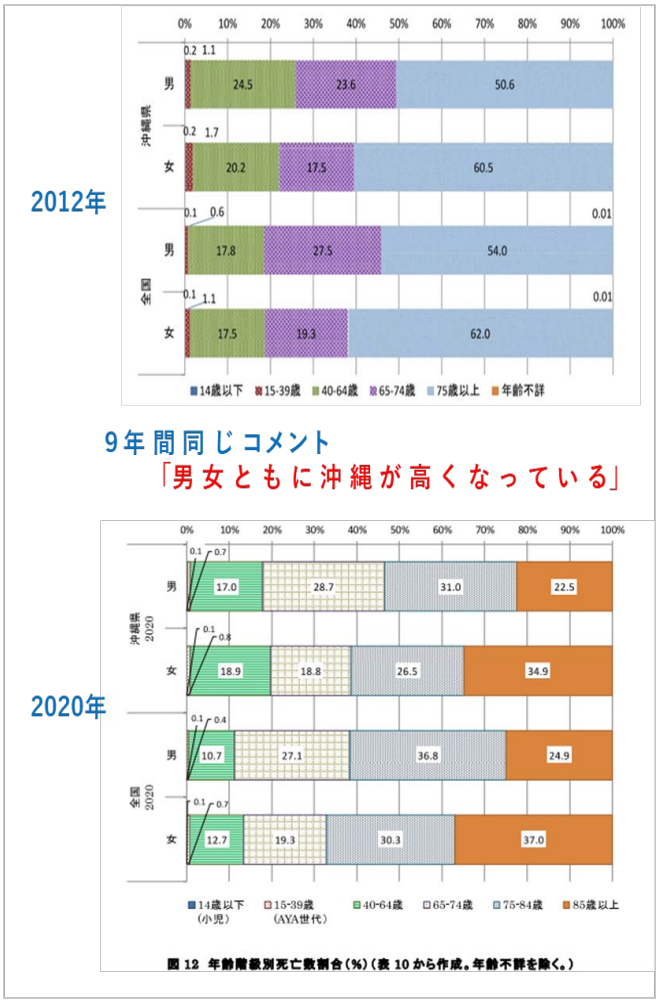
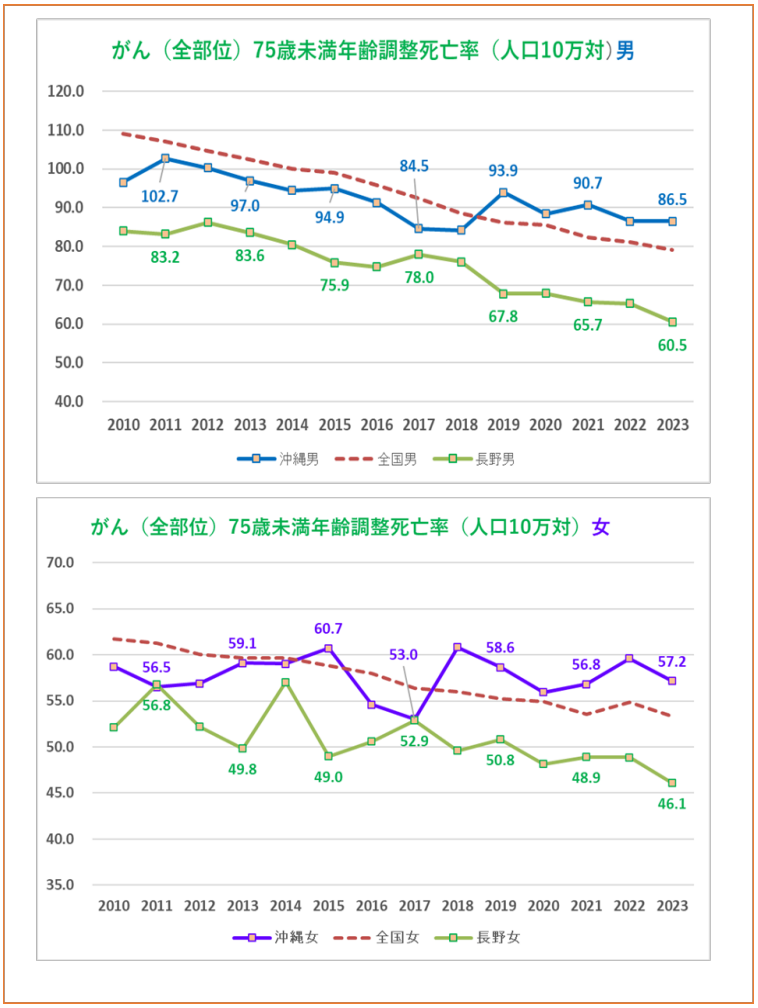


図３



令和８年８月７日

沖縄県保健医療介護部
諸見里　真　部長

沖縄県がん診療連携協議会議長
鈴木　幹男

「沖縄県がん登録事業報告の集計方法」に関する要望書

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、「がん検診受診率の改善に寄与すると考える、集計方法の改善策」を下記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

記

１．参考とすべき「年齢階級別」の分類を実施している現行の集計表（がん登録集計表一覧より）
　①表 2-A　「年齢階級別罹患数： 部位別、性別（上皮内がんを除く）」
　②表 2-B　「年齢階級別罹患数： 部位別、性別（上皮内がんを含む）」
　③表 10　　「年齢階級別死亡数： 部位別、性別」

２．新たに「年齢階級別」の分類を追加して欲しい集計表
　①表 4-A　「発見経緯（%）：部位別（上皮内がんを除く）」
　②表 4-B　「発見経緯（%）：部位別（上皮内がんを含む）」
　③表 5-1-A「進展度・総合（%）：部位別（上皮内がんを除く）」
　④表 5-1-B「進展度・総合（%）：部位別（上皮内がんを含む）」
　⑤表 5-1-C「（参考）進展度・総合（%）：主要部位別、発見経緯別（上皮内がんを含む）」
　⑥表 5-2-A「進展度・治療前（%）：部位別（上皮内がんを除く）」
　⑦表 5-2-B「進展度・治療前（%）：部位別（上皮内がんを含む）」
　⑧表 6-A　「初回治療内容割合（%）：部位別（上皮内がんを除く）」
　⑨表 6-B　「初回治療内容割合（%）：部位別（上皮内がんを含む）」

３．上記２の「年齢階級別」の分類を追加する「主要部位」の対象は、以下の 10 部位を対象とする。
　①全部位、②胃、③大腸(結腸・直腸)、④肺、⑤乳房、⑥子宮頸部、⑦口腔・咽頭、⑧食道、⑨膵臓、⑩前立腺

４．以上の集計方法の変更は、今年度以降継続されたい。

以上

別紙３

がん診療を行う医療施設一覧の掲載要件

第１ 医療体制

以下の項目を全て満たす施設とする。

１　医療法等に基づく医療安全に係る適切な体制を有していること。

(1)　医療安全に関する委員会を設置し、年２回以上開催していること。

２　院内がん登録を行い、その分析や情報公開を行う体制を有していること。

(1)　院内がん登録の実施に係る指針に即して院内がん登録を実施していること。

(2)　毎年、最新の登録情報や予後を含めた情報を国立がん研究センターに提供していること。

(3)　院内がん登録に関する委員会を設置し、年１回以上開催していること。

(4)　自院の院内がん登録データを沖縄県がん診療連携協議会において分析し、県民に広く公開していること。

３　セカンドオピニオンを積極的に患者に勧めるとともに、セカンドオピニオンを提供する体制を有していること。

(1)　全てのがん患者とその家族に対して、医師からの診断結果や病状の説明時及び治療方針の決定時等において、他施設でセカンドオピニオンを受けられることについて説明する体制が整っていること。その際、心理的な障壁を取り除くことができるよう留意していること。

(2)　セカンドオピニオンを受けられることを院内の見やすい場所で掲示していること。

(3)　セカンドオピニオンを受けられることをホームページ上で公開していること。

(4)　他施設でセカンドオピニオンを受けた患者が年１名以上いること。

４　レジメン※審査管理登録等を行い、標準的な薬物療法（免疫療法も含む）において標準治療を提供できる体制を有していること。

(1)　薬物療法のレジメンを審査し、組織的に管理する委員会を設置し、年２回以上開催していること。

(2)　上記レジメンには、制吐薬も組み込んだレジメンとしていること。

※レジメン：治療内容

別紙３

5　緩和ケアチームが活動し、適切な緩和ケアを提供する体制を有していること。

(1)　組織上明確に位置付けられた緩和ケアチームを設置していること。

(2)　全てのがん患者に対し入院、外来を問わず日常診療の定期的な確認項目に組み込むなど頻回に苦痛の把握に努め、必要な緩和ケアの提供を行っていること。

(3)　定期的に病棟ラウンド及びカンファレンスを行っていること。

(4)　新規介入患者数が年間20人以上いること。

(5)　緩和ケアの提供がなされる旨を、院内の見やすい場所での掲示や入院時の資料配布、ホームページ上の公開等により、がん患者及び家族に対し分かりやすく情報提供を行っていること。

6　がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供するためのカンファレンスをそれぞれ必要に応じて定期的に開催する体制を有していること。

(1)　手術、放射線診断、放射線治療、薬物療法、病理診断及び緩和ケア等に携わる専門的な知識及び技能を有する医師とその他の専門を異にする医師に加え、看護師、薬剤師、必要に応じて公認心理師や緩和ケアチームを代表する者等を加える等による、がん患者の診断及び治療方針等を意見交換、共有、検討、確認等するためのカンファレンスを年２回以上開催していること。

(2)　臨床倫理的､社会的な問題を解決するための具体的な事例に則した患者支援の充実や多職種間の連携強化を目的とした院内全体の多職種によるカンファレンスを年１回以上開催していること。

(3)　上記のカンファレンスで検討した内容については、診療録に記録の上、関係者間で共有していること。

7　「がん遺伝子パネル検査(がんゲノムプロファイリング検査)」を必要な患者に積極的に行い、その結果を適切に評価したがんゲノム医療を提供できる体制を有していること。

(1)　がん遺伝子パネル検査（がんゲノムプロファイリング検査）を、必要な患者に対して積極的に行っていること。

(2)　上記の検査結果を適切に評価し、必要に応じてがんゲノム医療を行っていること。

(3)　遺伝性腫瘍専門医又は臨床遺伝専門医による遺伝カウンセリングを行う体制を有していること。それが難しい場合は、遺伝カウンセリングを行う体制を有する医療機関と連携する体制を整えていること。

(4)　がん遺伝子パネル検査（がんゲノムプロファイリング検査）を受けた患者が年１名以上いること。

(5)　がん遺伝子パネル検査（がんゲノムプロファイリング検査）を行っていることを、医療機関内にポスター等で掲示又はホームページに掲載するなど、積極的に広報していること。また、自院でがん遺伝子パネル検査（がんゲノムプロファイリング検査）を

行うことが難しい場合は、がん遺伝子パネル検査をできる医療機関と連携していることを、医療機関内にポスター等で掲示又はホームページに掲載するなど、積極的に広報していること。

８　臨床試験及び治験を必要な患者に提供できる体制を有していること。

(1)　臨床試験及び治験を必要な患者に対して積極的に行っていること。

(2)　臨床試験及び治験を行うことが難しい場合は、臨床試験及び治験をできる医療機関と連携する体制を整えていること。

(3)　臨床試験及び治験を行っていることを医療機関内にポスター等で掲示又はホームページに掲載するなど、積極的に広報していること。また、自院で臨床試験及び治験を行うことが難しい場合は、臨床試験及び治験をできる医療機関と連携していることを医療機関内にポスター等で掲示又はホームページに掲載するなど、積極的に広報していること。

別紙３

がん診療を行う医療施設一覧の掲載要件

第２　がん種ごとの要件（20 がん種・分野）

１　脳腫瘍（脳・中枢神経系）
２　頭頸部（口腔/咽頭/喉頭/鼻腔・副鼻腔/唾液腺）のがん
３　甲状腺がん
４　食道がん
５　胃がん
６　大腸がん
７　肝臓がん
８　胆道（胆のう・胆管）がん
９　膵臓がん
10　肺がん
11　骨・軟部腫瘍
12　難治性皮膚がん
（ここでの難治性皮膚がんとは、悪性黒色腫、血管肉腫等の予後不良の皮膚悪性腫瘍を指す。）
13　乳がん
14　婦人科がん（子宮頸部、子宮体部、卵巣）
15　泌尿器がん（前立腺、腎、膀胱）
16　血液腫瘍分野
17　小児がん(0 歳から 14 歳までにみられるがん)分野
18　AYA 世代（思春期・若年成人：15 歳から 39 歳まで）のがん
19　希少がん分野
20　遺伝性腫瘍
（がんの発症につながりやすい遺伝子変化を遺伝的に受け継いでいることが、がんの発症に大きく影響していることが明らかな腫瘍）

別紙３

１　脳腫瘍（脳・中枢神経系）

以下の項目を全て満たしていること。

(1)　学会の認定

ア　一般社団法人日本脳神経外科学会基幹施設又は関連施設

イ　公益社団法人日本医学放射線学会修練機関

(2)　外科的治療

ア　脳腫瘍に対する手術が年 12 例以上あること。

(3)　放射線療法

ア　脳腫瘍に対する放射線治療が年６例以上あること。

イ　強度変調放射線治療（IMRT）を提供できること。

ウ　定位放射線照射による治療（SRT）を提供できること。

(4)　薬物療法

ア　脳腫瘍に対する薬物治療が年３例以上あること。

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で１名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で１名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※　特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

２ 頭頸部（口腔/咽頭/喉頭/鼻腔･副鼻腔/唾液腺）のがん

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　NPO 法人日本頭頸部外科学会認定施設又は準認定施設

イ　公益社団法人日本口腔外科学会認定研修施設

ウ　公益社団法人日本放射線腫瘍学会認定施設

エ　公益社団法人日本臨床腫瘍学会基幹施設又は関連施設

(2) 外科的治療

ア　頭頸部のがんに対する手術が年 24 例以上あること。

(3) 放射線療法

ア　頭頸部のがんに対する放射線治療が年 12 例以上あること。

(4) 薬物療法

ア　頭頸部のがんに対する薬物治療が年 12 例以上あること。

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で１名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で１名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※ 特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

３ 甲状腺がん

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　一般社団法人日本内分泌外科学会認定施設又は関連施設

イ　公益社団法人日本医学放射線学会修練機関

(2) 外科的治療

ア　甲状腺領域に対する手術が年 12 例以上あること。

(3) 放射線療法

ア　アブレーションの症例が年１例以上あること。

イ　自施設で放射線療法ができない場合は、適切に連携を行うことによりアブレーションが可能な施設へ紹介して年１例以上を満たしていること。

(4) 薬物療法

ア　甲状腺がんに対する薬物治療が年６例以上あること。

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で１名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で１名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※ 特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

４ 食道がん

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　一般財団法人日本消化器病学会認定施設

イ　一般社団法人日本消化器外科学会認定施設

ウ　一般社団法人日本消化器内視鏡学会指導施設又は指導連携施設

エ　一般社団法人日本内視鏡外科学会技術認定（消化器・一般外科）取得者が１名以上いること。

オ　公益社団法人日本医学放射線学会修練機関

(2) 外科的治療

ア　食道がんに対する手術又は鏡視下治療が年８例以上あること。

(3) 放射線療法

ア　食道がんに対する放射線治療が年６例以上あること。

イ　放射線治療専門医が常勤で１名以上いること。

ウ　強度変調放射線治療（IMRT）を提供できること。

エ　定位放射線照射による治療（SRT）を提供できること。

(4) 薬物療法

ア　食道がんに対する薬物治療が年３例以上あること。

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で１名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で１名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※　特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

５ 胃がん

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　一般財団法人日本消化器病学会認定施設

イ　一般社団法人日本消化器外科学会認定施設

ウ　一般社団法人日本消化器内視鏡学会指導施設又は指導連携施設

エ　一般社団法人日本内視鏡外科学会技術認定（消化器・一般外科）取得者が１名以上いること。

オ　公益社団法人日本医学放射線学会修練機関

(2) 外科的治療

ア　胃がんに対する手術又は鏡視下治療が年 15 例以上あること。

(3) 内視鏡治療

ア　内視鏡的粘膜下層剥離術が年６例以上あること。

(4) 薬物療法

ア　胃がんに対する薬物治療が年６例以上あること。

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で１名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で１名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※ 特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

６ 大腸がん

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　一般財団法人日本消化器病学会認定施設

イ　一般社団法人日本消化器外科学会認定施設

ウ　一般社団法人日本消化器内視鏡学会指導施設又は指導連携施設

エ　一般社団法人日本内視鏡外科学会技術認定（消化器・一般外科）取得者が１名以上いること。

オ　公益社団法人日本医学放射線学会修練機関

(2) 外科的治療

ア　大腸がんに対する手術又は鏡視下治療が年 50 例以上あること。

(3) 放射線療法

ア　大腸がんに対する放射線治療が年１例以上あること。

イ　強度変調放射線治療（IMRT）を提供できること。

ウ　定位放射線照射による治療（SBRT）を提供できること。

エ　自施設で放射線療法ができない場合は、適切に連携を行うことによりイとウが可能な施設へ紹介して年１例以上を満たしていること。

(4) 薬物療法

ア　大腸がんに対する薬物治療が年 24 例以上あること。

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で１名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で１名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※　特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

７ 肝臓がん

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　一般財団法人日本消化器病学会認定施設

イ　一般社団法人日本消化器外科学会認定施設

ウ　一般社団法人日本肝臓学会認定施設

エ　一般社団法人日本肝胆膵外科学会高度技能専門医又は指導医が１名以上いること。

オ　公益社団法人日本医学放射線学会修練機関

(2) 外科的治療

ア　高難度肝胆膵外科手術が年 20 例以上あること。

(3) 放射線療法

ア　肝臓、胆道（胆のう・胆管)、膵臓がんのいずれかに対する放射線治療が年１例以上あること。

イ　強度変調放射線治療（IMRT）を提供できること。

ウ　定位放射線照射による治療（SBRT）を提供できること。

エ　自施設で放射線療法ができない場合は、適切に連携を行うことによりイとウが可能な施設へ紹介して、年１例以上を満たしていること。

オ　放射線治療用吸収性組織スペーサを消化器外科専門医と放射線治療専門医が協力して挿入できること、又は可能な施設へ紹介できる体制を整えていること。

(4) 薬物療法

ア　肝臓、胆道（胆のう・胆管)、膵臓がんに対する薬物治療の合計が年 12 例以上あること。

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で１名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で１名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※　特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

８ 胆道（胆のう・胆管）がん

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　一般財団法人日本消化器病学会認定施設

イ　一般社団法人日本消化器外科学会認定施設

ウ　一般社団法人日本胆道学会認定指導医が１名以上いること。

エ　一般社団法人日本肝胆膵外科学会高度技能専門医又は指導医が１名以上いること。

オ　公益社団法人日本医学放射線学会修練機関

(2) 外科的治療

ア　高難度肝胆膵外科手術が年 20 例以上あること。

(3) 放射線療法

ア　肝臓、胆道（胆のう・胆管）、膵臓がんのいずれかに対する放射線治療が年１例以上あること。

イ　強度変調放射線治療（IMRT）を提供できること。

ウ　定位放射線照射による治療（SBRT）を提供できること。

エ　自施設で放射線療法ができない場合は、適切に連携を行うことによりイとウが可能な施設へ紹介して、年１例以上を満たしていること。

オ　放射線治療用吸収性組織スペーサを消化器外科専門医と放射線治療専門医が協力して挿入できること、又は可能な施設へ紹介できる体制を整えていること。

(4) 薬物療法

ア　肝臓、胆道（胆のう・胆管）、膵臓がんに対する薬物治療の合計が年 12 例以上あること。

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で１名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で１名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※　特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

９ 膵臓がん

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　一般財団法人日本消化器病学会認定施設

イ　一般社団法人日本消化器外科学会認定施設

ウ　一般社団法人日本膵臓学会認定指導医が１名以上いること。

エ　一般社団法人日本肝胆膵外科学会高度技能専門医又は指導医が１名以上いること。

オ　公益社団法人日本医学放射線学会修練機関

(2) 外科的治療

ア　高難度肝胆膵外科手術が年 20 例以上あること。

(3) 放射線療法

ア　肝臓、胆道（胆のう・胆管)、膵臓がんのいずれかに対する放射線治療が年１例以上あること。

イ　強度変調放射線治療（IMRT）を提供できること。

ウ　定位放射線照射による治療（SBRT）を提供できること。

エ　自施設で放射線療法ができない場合は、適切に連携を行うことによりイとウが可能な施設へ紹介して、年１例以上を満たしていること。

オ　放射線治療用吸収性組織スペーサを消化器外科専門医と放射線治療専門医が協力して挿入できること、又は可能な施設へ紹介できる体制を整えていること。

(4) 薬物療法

ア　肝臓、胆道（胆のう・胆管)、膵臓がんに対する薬物治療の合計が年 12 例以上あること。

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で１名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で１名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※　特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

10 肺がん

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　一般社団法人日本呼吸器学会認定施設

イ　呼吸器外科専門医合同委員会認定修練施設（基幹施設）又は関連施設

ウ　気管支鏡専門医が１名上いること。

エ　一般社団法人日本内視鏡外科学会技術認定（消化器・一般外科）取得者が常勤で１名以上いること

オ　公益社団法人日本放射線腫瘍学会認定施設

(2) 外科的治療

ア　肺がんに対する手術が年 50 例以上あること。

(3) 放射線療法

ア　肺がんに対する放射線治療が年 12 例以上あること。

(4) 薬物療法

ア　肺がんに対する薬物治療の症例数が年 24 例以上あること。

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で１名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で１名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※　特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

11 骨･軟部腫瘍

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　公益社団法人日本整形外科学会　骨・軟部腫瘍認定医が常勤で１名以上いること。

イ　公益社団法人日本放射線腫瘍学会認定施設であり、かつ①常勤の放射線治療専門放射線技師が１名以上、②常勤のがん放射線療法看護認定看護師又はがん看護専門看護師が１名以上いること。

ウ　公益社団法人日本臨床腫瘍学会基幹施設

(2) 外科的治療

ア　骨・軟部腫瘍に対する手術が年 24 例以上あること。

(3) 放射線療法

ア　骨・軟部腫瘍に対する放射線治療が年６例以上あること。

イ　強度変調放射線治療（IMRT）を提供できること。

(4) 薬物療法

ア　骨・軟部腫瘍に対する薬物治療の症例数が年 12 例以上あること。

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で１名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で１名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※　特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

12 難治性皮膚がん

（ここでの難治性皮膚がんとは、悪性黒色腫、血管肉腫等の予後不良の皮膚悪性腫瘍を指す。）

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　公益社団法人日本皮膚科学会主研修施設

イ　公益社団法人日本放射線腫瘍学会認定施設であり、かつ①常勤の放射線治療専門放射線技師が１名以上、②常勤のがん放射線療法看護認定看護師又はがん看護専門看護師が１名以上いること。

ウ　公益社団法人日本臨床腫瘍学会基幹施設

(2) 外科的治療

ア　悪性黒色腫と血管肉腫に対する手術が年 12 例以上あること。

(3) 放射線療法

ア　悪性黒色腫と血管肉腫に対する放射線治療が年６例以上あること。

イ　強度変調放射線治療（IMRT）を提供できること。

(4) 薬物療法

ア　悪性黒色腫と血管肉腫に対する薬物治療が年６例以上あること。

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で１名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で１名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※　特記事項１：症例数は直近３年間の平均値とする。

※　特記事項２：症例数集計の対象は、①悪性黒色腫、②血管肉腫　の２つとする。

別紙３

13 乳がん

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　一般社団法人日本乳癌学会認定施設

(2) 外科的治療

ア　乳がんに対する手術が年 30 例以上あること。

(3) 放射線療法

ア　乳がんに対する放射線治療が年 12 例以上あること。

イ　自施設で放射線療法ができない場合は、適切に連携を行うことにより年 12 例を満たしていること。

(4) 薬物療法

ア　乳がんに対する薬物治療が年 20 例以上あること。(ここでの薬物療法とは、従来の化学療法のほか、分子標的療法、内分泌療法、免疫療法を含む。)

イ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※　特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

14 婦人科がん(子宮頸部、子宮体部、卵巣)

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　公益社団法人日本婦人科腫瘍学会指定修練施設

イ　公益社団法人日本放射線腫瘍学会認定施設Ｃ

(2) 外科的治療

ア　子宮の浸潤がん症例に対する手術が年 12 例以上あること。

(3) 放射線療法

ア　子宮がんに対する放射線治療が年 12 例以上あること。

(4) 薬物療法

ア　子宮がん、卵巣がんに対する薬物治療が年 12 例以上あること。

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で１名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で１名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※　特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

15 泌尿器がん（前立腺、腎、膀胱）

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　一般社団法人日本泌尿器科学会専門医教育施設

イ　一般社団法人日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会泌尿器腹腔鏡技術認定者が常勤で１名以上いること。

ウ　公益社団法人日本医学放射線学会修練機関

(2) 外科的治療

ア　ロボット手術、腹腔鏡による手術、開腹手術の合計が年 40 例以上あること。

(3) 放射線療法

ア　泌尿器がんに対する放射線治療が年 12 例以上あること。

イ　強度変調放射線治療（IMRT）を提供できること。

ウ　定位放射線照射による治療（SBRT）を提供できること。

エ　放射線治療用吸収性組織スペーサを消化器外科専門医と放射線治療専門医が協力して挿入できること、又は可能な施設へ紹介できる体制を整えていること。

オ　自施設で放射線療法ができない場合は、適切に連携を行うことによりイとウが可能な施設へ紹介して、年 12 例以上を満たしていること。

(4) 薬物療法

ア　泌尿器がんに対する薬物治療が年 24 例以上あること。

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で１名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で１名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※　特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

16 血液腫瘍分野

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　一般社団法人日本血液学会研修認定施設又は研修教育施設

イ　公益社団法人日本医学放射線学会修練機関

(2) 放射線療法

ア　血液腫瘍分野に対する放射線治療が年２例以上あること。

イ　強度変調放射線治療（IMRT）を提供できること。

ウ　定位放射線照射による治療（SRT/SBRT）を提供できること。

(3) 薬物療法

ア　血液腫瘍分野に対する薬物治療が年 40 例以上あること。

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で１名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で１名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※　特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

17　小児がん(0 歳から 14 歳までにみられるがん)分野

以下の項目を全て満たしていること。

(1)　学会の認定

ア　小児がん連携病院

イ　一般社団法人日本小児血液・がん学会小児血液・がん専門医研修施設群の関連施設

ウ　一般社団法人日本小児外科学会認定施設又は教育関連施設 A

エ　公益社団法人日本放射線学会修練機関

(2)　外科的治療

ア　小児がん分野に対する手術が年 6 例以上あること。

(3)　放射線療法

ア　小児がん分野に対する放射線治療が年 3 例以上あること。

イ　強度変調放射線治療（IMRT）を提供できること。

ウ　定位放射線治療（SRT/SBRT）を提供できること。

エ　粒子線治療等の適応がある場合は、適切に紹介を行っていること。

(3)　薬物療法

ア　小児がん分野に対する薬物治療が年 12 例以上あること。

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で 1 名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で 1 名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※　特記事項：症例数は直近 3 年間の平均値とする。

別紙３

18　AYA 世代(思春期・若年成人:15 歳から 39 歳まで)のがん

以下の項目を全て満たしていること。

(1)　総合的な支援

ア　就学、就労、妊よう性の温存、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、自施設若しくは連携施設のがん相談支援センターで対応できる体制を整備していること

(2)　妊よう性温存

ア　がん・生殖医療ネットワークに加入していること。

イ　「小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」へ参画していること。

ウ　妊よう性の温存について、患者や家族には必ず治療開始前に情報提供をしていること。

(3)　就労支援

ア　産業保健総合支援センターと連携して、仕事と治療の両立支援を行っていること。

イ　沖縄県社会保険労務士会と連携して、仕事と治療の両立支援を行っていること。

(4)　症例数

ア　AYA 世代のがんの治療件数が年 24 例以上あること。

※　特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

19 希少がん分野

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　公益社団法人日本放射線腫瘍学会認定施設

イ　公益社団法人日本臨床腫瘍学会基幹施設又は認定施設

(2) 放射線療法

ア　放射線治療が年 200 例以上あること。（全てのがんを対象とする。）

(3) 薬物療法

ア　薬物治療が年 500 例以上あること。（全てのがんを対象とする。）

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で１名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で１名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※　特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

20　遺伝性腫瘍

（がんの発症につながりやすい遺伝子変化を遺伝的に受け継いでいることが、がんの発症に大きく影響していることが明らかな腫瘍）

以下の項目を全て満たしていること。

(1)　総合的支援

ア　遺伝性腫瘍を罹患した患者（疑いも含む。）に対するカウンセリングを含むサポート体制が組織的に行われていること。

(2)　学会の認定

ア　一般社団法人日本人類遺伝学会認定研修施設

イ　日本遺伝性腫瘍学会遺伝性腫瘍専門医が常勤で１名以上いること。

(3)　治療症例

ア　遺伝性腫瘍に対する治療が年３例以上あること。

(4)　カウンセリング件数

ア　遺伝性腫瘍（疑いも含む。）に対するカウンセリングが年 12 例以上あること。

※　特記事項１：症例数は直近３年間の平均値とする。

※　特記事項２：症例数集計の対象は、
①遺伝性乳がん・卵巣がん症候群(HBOC)
②リンチ症候群(HNPCC)
③家族性大腸腺腫症(FAP)
④多発性内分泌腫瘍症(MEN)
⑤網膜芽細胞腫(RB)
⑥リー・フラウメニ症候群(LFS)
の６つとする。

「がん診療を行う医療施設一覧」掲載要件 修正案　新旧対照表 （案）

修正後	修正前
「がん診療を行う医療施設一覧」掲載要件 修正案 「がん診療を行う医療施設一覧」掲載要件として、がん医療の提供体制が整っていることを示すために、以下の項目をすべて満たす施設とする。 A　医療体制 省略 B　20がん種・分野の選定要件 ①～⑪　省略 ⑫　難治性皮膚がん （ここでの難治性皮膚がんとは、悪性黒色腫、血管肉腫等の予後不良の皮膚悪性腫瘍を指す。） ⑬～⑯　省略 ⑰　小児がん（0歳から14歳までにみられるがん） ⑱　AYA世代（思春期・若年成人：15歳から39歳まで）のがん ⑲　希少がん ⑳　遺伝性腫瘍 （がんの発症につながりやすい遺伝子変化を遺伝的に受け継いでいることが、がんの発症に大きく影響していることが明らかな腫瘍	「がん診療を行う医療施設一覧」掲載要件 修正案 「がん診療を行う医療施設一覧」掲載要件として、がん医療の提供体制が整っていることを示すために、以下の項目をすべて満たす施設とする。 A　医療体制 省略 B　20がん種・分野の選定要件 ①～⑪　省略 ⑫　皮膚 ⑬～⑯　省略 ⑰　小児がん ⑱　AYA世代のがん ⑲　希少がん ⑳　遺伝性腫瘍

修正後	修正前
1 脳腫瘍 ～ 11 骨・軟部腫瘍の選定要件(案)　　省略	1 脳腫瘍 ～ 11 骨・軟部腫瘍の選定要件(案)　　省略
12 難治性皮膚がんの選定要件(案) (ここでの難治性皮膚がんとは、悪性黒色腫、血管肉腫等の予後不良の皮膚悪性腫瘍を指す。) 学会の認定　　省略 外科的治療 手術が年12例以上 放射線療法　　省略 薬物療法　　省略 特記事項:症例数は直近3年間の平均値 ＊症例数集計の対象は、①悪性黒色腫、②血管肉腫　の2つとする。	12 難治性皮膚がんの選定要件(案) 学会の認定　　省略 外科的治療 手術が年50例以上 放射線療法　　省略 薬物療法　　省略 特記事項:症例数は直近3年間の平均値 ＊ここでの難治性皮膚がんとは、悪性黒色腫、血管肉腫等の予後不良の皮膚悪性腫瘍を指す。
13　乳がん ～ 16 血液腫瘍分野の選定要件(改定案)　　省略	13　乳がん ～ 16 血液腫瘍分野の選定要件(改定案)　　省略

修正後	修正前
17　小児がん（0歳から14歳までみられるがん）分野の選定要件（案） 省略 18　AYA世代（思春期・若年成人:15歳から39歳まで）のがんの選定要件（案） 省略 19　希少がん分野の選定要件（案）　省略 20　遺伝性腫瘍の選定要件（案） （がんの発症につながりやすい遺伝子変化を遺伝的に受け継いでいることが、がんの発症に大きく影響していることが明らかな腫瘍 総合的支援　～　カウンセリング件数　省略 特記事項：症例数は直近3年間の平均値 ＊症例数集計の対象は、 ①遺伝性乳がん・卵巣がん症候群（HBOC） ②リンチ症候群（HNPCC） ③家族性大腸腺腫瘍（FAP） ④多発性内分泌腫瘍症（MEN） ⑤網膜芽細胞腫（RB） ⑥リー・フラウメニ症候群（LFS） の6つとする。	17　小児がん分野の選定要件（案） 省略 18　AYA世代のがんの選定要件（案） 省略 19　希少がん分野の選定要件（案）　省略 20　遺伝性腫瘍の選定要件（案） 総合的支援　～　カウンセリング件数　省略 特記事項：症例数は直近3年間の平均値

資料5－１

沖縄県がん診療連携協議会による第4次沖縄県がん対策推進計画(連携協議会版)の中間評価

琉球大学病院がんセンター
増田　昌人

目　次

１　厚生労働省による第4期がん対策推進基本計画
　　中間評価(案)作成

２　沖縄県による第8次沖縄県医療計画施策の進捗評価

３　連携協議会による中間評価の基本方針とスケジュール

４　連携協議会による中間評価の実際

目　次

１　厚生労働省による第4期がん対策推進基本計画
　　中間評価(案)作成

２　沖縄県による第8次沖縄県医療計画施策の進捗評価

３　連携協議会による中間評価の基本方針とスケジュール

４　連携協議会による中間評価の実際

第92回がん対策推進協議会	資料２－２
令和７年10月６日	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

第４期がん対策推進基本計画中間評価（案）作成の流れ

令和7年10月６日　第92回がん対策推進協議会

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92回がん対策推進協議会資料2-2より
https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/001574120.pdf（2026年2月1日確認）

中間評価の手順

●ロジックモデルを活用してプログラム評価の手順で評価を実施する。
●中間評価では、プロセス評価、インパクト評価を中心に実施する。

ステップ1
- ニーズ評価〔必要性評価〕
- 満たされていないニーズを確認

ステップ2
- セオリー評価〔整合性評価〕
- ロジックモデルが論理的につながっているか

ステップ3
- プロセス評価〔実行評価〕
- 決めたことを実行しているかどうか

ステップ4
- インパクト評価〔効果評価〕
- アウトプットがアウトカムに対してインパクト効果を発揮しているか

ステップ5
- コストパフォーマンス評価〔費用対効果〕
- 効果から、費用や労力が正当化できるか

連携協議会では、
①ニーズ評価
②セオリー評価
③プロセス評価
④インパクト評価
を行う

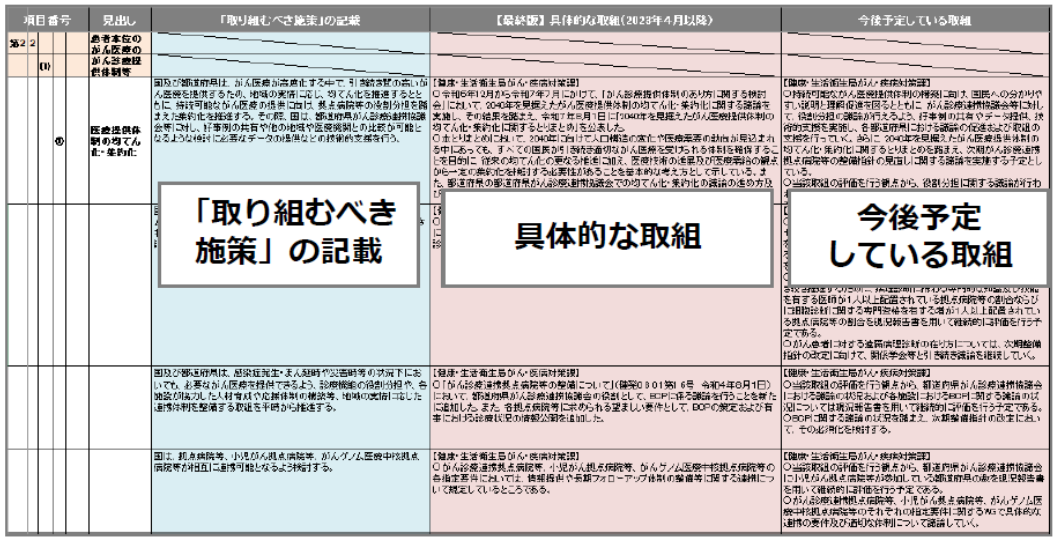
中間評価では
プロセス評価と
インパクト評価を
中心に実施

沖縄県（第8次医療計画）では、
②セオリー評価
③プロセス評価
④インパクト評価
を行っている

プロセス評価（実行評価）

●第４期がん対策推進基本計画の各分野に記載されている「取り組むべき施策」を実行したかを確認する

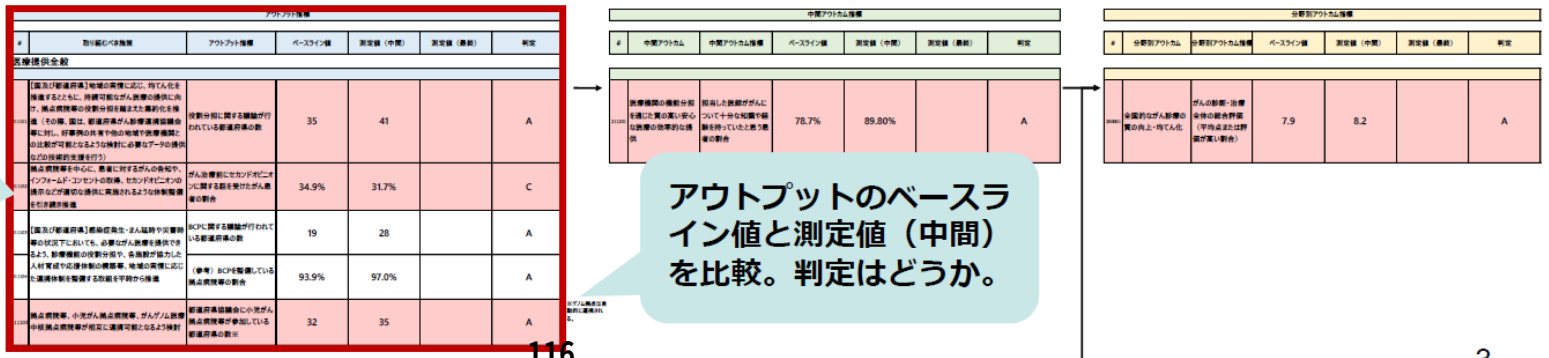
①　個別施策の進捗状況の確認
〔参考資料６_第４期がん対策推進基本計画施策に対する取組一覧（令和７年９月時点）.xlsx〕



<ポイント>
- ●施策は実施されたか、進捗はどうか？
- ●アウトプットは生まれているか？
- ●施策関係者はどのように感じているか？
  （関係者ヒアリング）

②　ロジックモデルで施策と対応するアウトプットの確認
〔参考資料７_第４期がん対策推進基本計画測定値判定一覧.xlsx〕

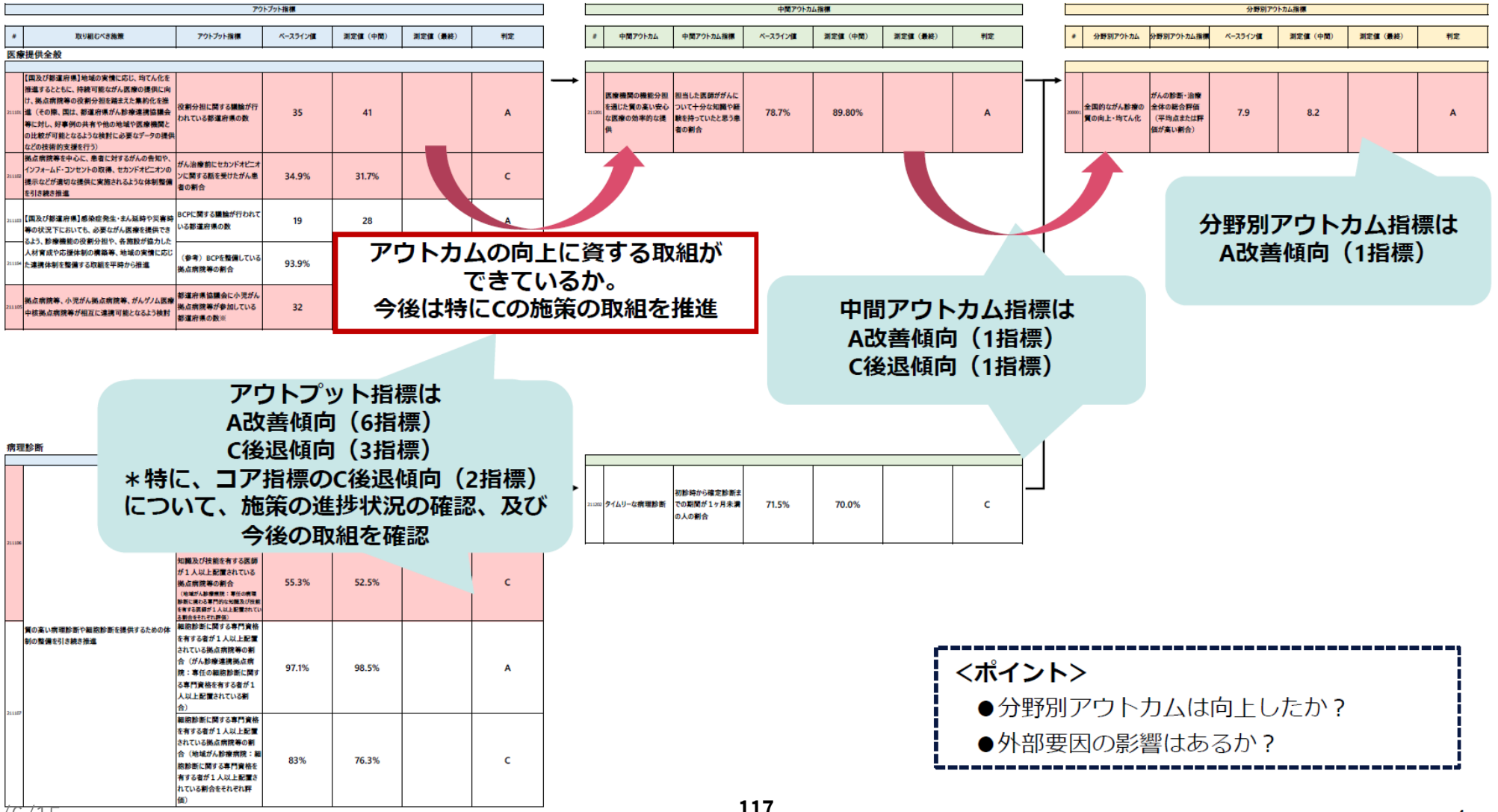
施策を実施することで、アウトプットは生まれているか？



アウトプットのベースライン値と測定値（中間）を比較。判定はどうか。

インパクト評価（効果評価）

③　アウトプットがアウトカムに対して、インパクト効果を発揮しているか確認する
〔参考資料７_第４期がん対策推進基本計画測定値判定一覧.xlsx〕



<ポイント>
- ●分野別アウトカムは向上したか？
- ●外部要因の影響はあるか？

中間評価の方法について（報告書イメージ）

【全体目標】

「誰一人取り残さないがん対策を推進し、すべての国民とがんの克服を目指す。」

【分野別目標：がん予防】

科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

～がんを知り、がんを予防すること、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～

#	最終アウトカム	指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
000002	検診がん種の死亡率減少	がん種別年齢調整死亡率（75歳未満）胃			
000002	検診がん種の死亡率減少	がん種別年齢調整死亡率（75歳未満）女性乳房			
000002	検診がん種の死亡率減少	がん種別年齢調整死亡率（75歳未満）子宮頸			

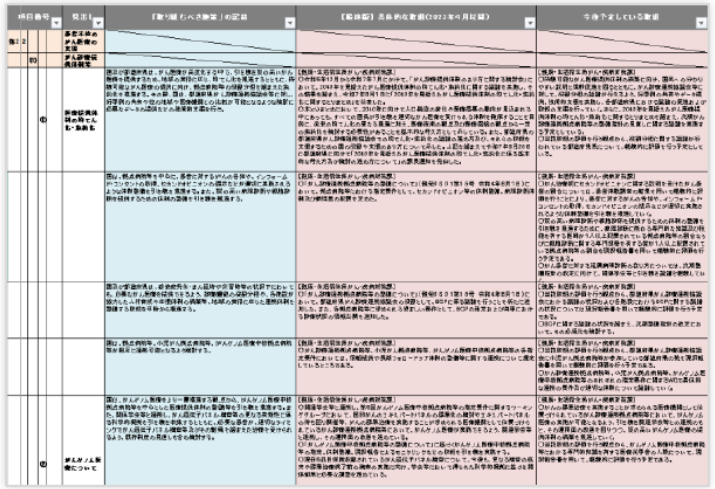
＜進捗状況の評価＞　　**※一部抜粋（例）**

～～～

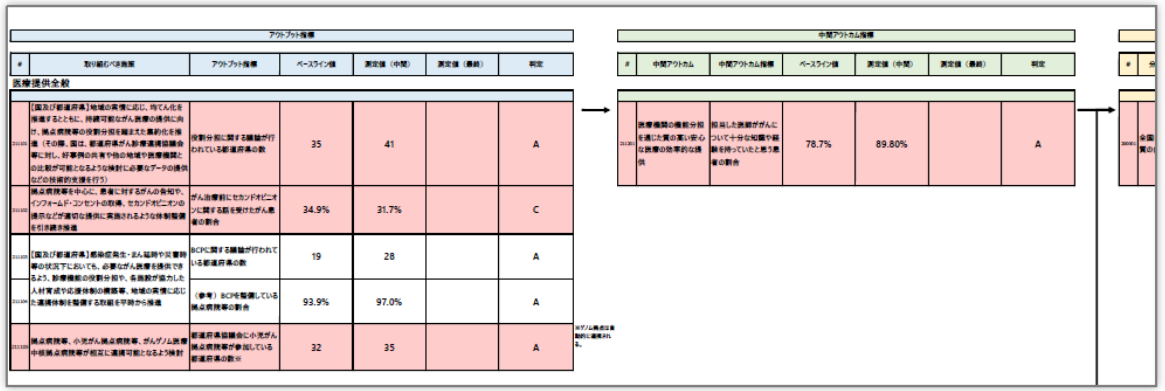
第４期がん対策推進基本計画中間評価作成の流れ_がん医療①

○第４期がん対策推進基本計画にある施策に対して実施した「具体的な取組」、「今後予定している取組」を記載したシートと指標結果一覧シートをもとに、取組に対する評価点・改善点を特定する。

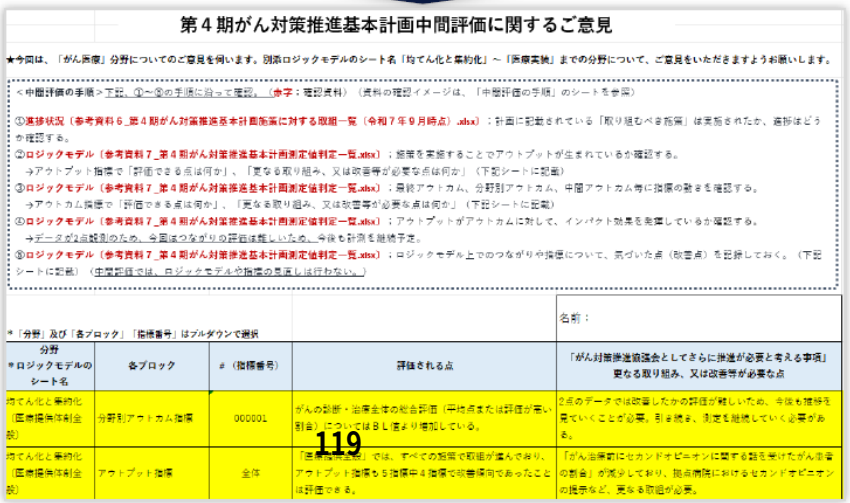
【取組一覧】



【指標結果一覧】



【意見入力シート】



第４期がん対策推進基本計画中間評価に関するご意見

★今回は、「がん医療」分野についてのご意見を伺います。別添ロジックモデルのシート名「均てん化と集約化」～「医療実装」までの分野について、ご意見をいただきますようお願いします。

＜中間評価の手順＞下記、①～⑥の手順に沿って確認。（赤字：確認資料）（資料の確認イメージは、「中間評価の手順」のシートを参照）

①進捗状況（参考資料６_第４期がん対策推進基本計画施策に対する取組一覧（令和７年９月時点）.xlsx）：計画に記載されている「取り組むべき施策」は実施されたか、遅延はどうか確認する。
②ロジックモデル（参考資料７_第４期がん対策推進基本計画測定値判定一覧.xlsx）：施策を実施することでアウトプットが生まれているか確認する。
→アウトプット指標で「評価できる点は何か」、「更なる取り組み、又は改善等が必要な点は何か」（下記シートに記載）
③ロジックモデル（参考資料７_第４期がん対策推進基本計画測定値判定一覧.xlsx）：最終アウトカム、分野別アウトカム、中間アウトカム等に指標の動きを確認する。
→アウトカム指標で「評価できる点は何か」、「更なる取り組み、又は改善等が必要な点は何か」（下記シートに記載）
④ロジックモデル（参考資料７_第４期がん対策推進基本計画測定値判定一覧.xlsx）：アウトプットがアウトカムに対して、インパクト効果を発揮しているか確認する。
→データが２点観測のため、全国はつながりの評価は難しいため、今後も計測を継続予定。
⑤ロジックモデル（参考資料７_第４期がん対策推進基本計画測定値判定一覧.xlsx）：ロジックモデル上でのつながりや指標について、気づいた点（改善点）を記載しておく。（下記シートに記載）（中間評価では、ロジックモデルや指標の見直しは行わない。）

＊「分野」及び「各ブロック」「指標番号」はプルダウンで選択

名前：

分野 ＊ロジックモデルのシート名	各ブロック	＃（指標番号）	評価される点	「がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項」 更なる取り組み、又は改善等が必要な点
均てん化と集約化（医療提供体制全般）	分野別アウトカム指標	000001	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）については８Ｌ値より増加している。	２点のデータでは改善したかの評価が難しいため、今後も推移を見ていくことが必要。引き続き、測定を継続していく必要がある。
均てん化と集約化（医療提供体制全般）	アウトプット指標	全体	「医療提供全般」では、すべての施策で取組が進んでおり、アウトプット指標も５指標中４指標で改善傾向であったことは評価できる。	「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」が減少しており、拠点病院におけるセカンドオピニオンの提供など、更なる取組が必要。

第４期がん対策推進基本計画中間評価作成の流れ_がん医療②

○構成員から事前に集めた意見*を参考に、コア指標を中心とした中間評価（案）を作成する。
○協議会で中間評価（案）を見直すにあたり、「がん対策推進協議会として**関係学会・団体等と連携して**さらに推進が必要と考える事項」を中心に議論を行う。

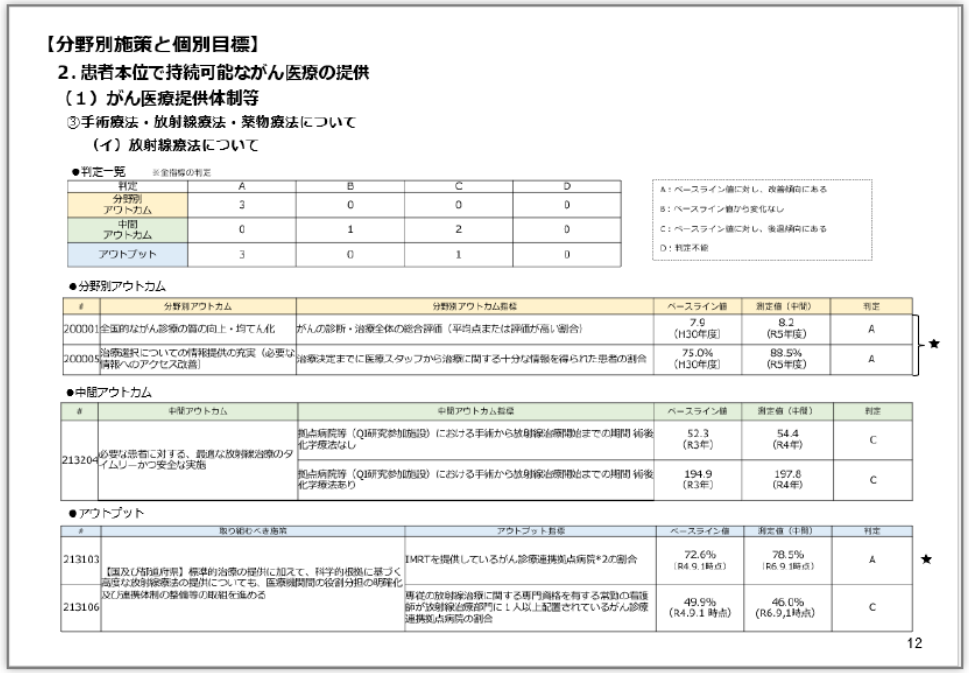
【意見入力シート】



第４期計画中にさらに取組が必要なご意見

上記ご意見
＋
次期計画見直しに向けてのご意見

【中間評価報告書（案）】



【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
③手術療法・放射線療法・薬物療法について
（イ）放射線療法について

●判定一覧　※全指標の判定

判定	A	B	C	D
分野別アウトカム	3	0	0	0
中間アウトカム	0	1	2	0
アウトプット	3	0	1	0

A：ベースライン値に対し、改善傾向にある
B：ベースライン値から変化なし
C：ベースライン値に対し、後退傾向にある
D：判定不能

●分野別アウトカム

#	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
200001	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）	7.9（H30年度）	8.2（R5年度）	A
200005	治療選択についての情報提供の充実（必要な情報へのアクセス改善）	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	75.0%（H30年度）	88.5%（R5年度）	A ★

●中間アウトカム

#	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
213204	必要な患者に対する、適切な放射線治療のタイムリーかつ安全な実施	拠点病院等（Q研究参加施設）における手術から放射線治療開始までの期間 術後化学療法なし	52.3（R3年）	54.4（R4年）	C
		拠点病院等（Q研究参加施設）における手術から放射線治療開始までの期間 術後化学療法あり	194.9（R3年）	197.8（R4年）	C

●アウトプット

#	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
213103	【再及び増進府県】標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく高度な放射線療法の提供についても、医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整備等の取組を進める	IMRTを提供しているがん診療連携拠点病院*2の割合	72.6%（R4.9.1時点）	78.5%（R6.9.1時点）	A ★
213106		専従の放射線治療に関する専門資格を有する常勤の看護師が放射線治療部門に１人以上配置されているがん診療連携拠点病院の割合	49.9%（R4.9.1 時点）	46.0%（R6.9.1時点）	C

12

【参考資料８　第４期がん対策推進基本計画中間評価 委員意見一覧】

中間評価報告書の記載例①

- 分野ごとに設定されている全ての指標の判定を行い、公表することとする。
- 中間評価報告書では、コア指標を中心に判定結果を掲載することとする。

分野ごとの全指標の判定

コア指標を中心に掲載
＊分野別はコア指標以外もすべて表示
＊C判定（後退傾向）の指標も表示
＊中間とアウトプットはコア指標のみ表示

【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

【個別目標】

がん患者が、全国どこにいても、質の高いがん医療を受けられ、がんゲノム医療へのアクセシビリティが確保されていることを目指す。また、質の高い病理診断が速やかに提供され、安全かつ質の高い手術療法、放射線療法、薬物療法が適切なタイミングで提供され、さらに、患者自身が治療法を正しく理解した上で提供を受けられるようにする。

安全かつ安心で質の高いがん医療の提供に向けては、医療従事者間及び多職種での連携を強化するとともに、拠点病院等を中心に、がんリハビリテーション及び標準的な支持療法が、必要な患者に適切に提供されるようにする。

国民の緩和ケアに対する正しい認識を促すとともに、身体的・精神心理的・社会的な苦痛を抱える全ての患者が、資料[49]を用いる等により分かりやすい説明を受け、速やかに医療従事者へ相談でき、適切なケア・治療を受けられる体制を目指す。

妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療に関する科学的根拠の創出を目指すとともに、がん患者やその家族等が、治療開始前に生殖機能への影響について認識し、適切に意思決定ができるようにする。

[49] 「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」（https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000950865.pdf）

①医療提供体制の均てん化・集約化について

●判定一覧　※全指標の判定

判定	A	B	C	D
分野別アウトカム	1	0	0	0
中間アウトカム	1	0	1	0
アウトプット	6	0	3	0

A：ベースライン値に対し、改善傾向にある
B：ベースライン値から変化なし
C：ベースライン値に対し、後退傾向にある
D：判定不能

●分野別アウトカム

#	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定	
200001	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）	7.9（H30年度）	8.2（R5年度）	A	★

●中間アウトカム

#	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定	
211201	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	78.7%（H30年度）	89.8%（R5年度）	A	★
211202	タイムリーな病理診断	初診時から確定診断までの期間が１ケ月未満の人の割合	71.5%（H30年度）	70.0%（R5年度）	C	

中間評価報告書の記載例②

●各分野の評価において、コア指標として設定されているアウトプット指標に紐付く施策とC判定（後退傾向）であったアウトプット指標に紐付く施策に着目した評価を行うこととする。

分野別・中間アウトカム指標まとめ

コア指標まとめ
（分野別と中間のみ）

アウトプット指標まとめ

施策の評価
※コア指標と設定されているアウトプット指標に紐付く施策とC判定（後退傾向）であった指標に紐付く施策に着目した評価

今後、推進すべき事項

<進捗状況の評価>

○アウトカム指標をみると、分野別アウトカム指標はA判定が１指標となっており、中間アウトカム指標はＡ判定が１指標、Ｃ判定が１指標で、コア指標（２指標）についてはいずれも改善傾向であった。

○コア指標のうち、分野別アウトカム指標として設定されている「がんの診断・治療全体の総合評価（7.9→8.1）」や中間アウトカム指標である「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（78.7%→89.8%）」はいずれもＡ判定であり、最終アウトカム指標である、「がんの年齢調整死亡率の減少」や「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」に資する取組が進んでいると考えられる。

○個別施策（５施策）については、すべての施策において取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡ判定が６指標、Ｃ判定が３指標であった。

○令和６年12月から令和７年７月にかけて、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」において、2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関する議論を実施し、その結果を踏まえ、令和７年８月１日に「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」を公表した。本とりまとめにおいて、2040年に向けて人口構造の変化や医療需要の動向が見込まれる中にあっても、すべての国民が引き続き適切ながん医療を受けられる体制を確保することを目的に、従来の均てん化の更なる推進に加え、医療技術の観点及び医療需給の観点から一定の集約化を検討する基本的な考え方として示すと共に、都道府県の都道府県がん診療連携協議会での均てん化・集約化の議論の進め方及び、それらの取組を支援するための国の役割や支援のあり方についても示した。上記を踏まえて令和７年８月29日に都道府県に向けて「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に係る基本的な考え方及び検討の進め方について」の課長通知を発出した。

○がん診療連携拠点病院等、小児がん拠点病院等、がんゲノム医療中核拠点病院等の各指定要件においては、情報提供や長期フォローアップ体制の整備等に関する連携について規定しているところであり、「病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する医師が１人以上配置されている拠点病院等の割合」について、がん診療連携拠点病院では3.7ポイント増加と改善傾向であるが、地域がん診療病院では2.8ポイント減少と改善の余地があるため、指定要件に関するワーキンググループで具体的な連携の要件及び適切な体制について議論していく必要がある。また、「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（34.9%→31.7%）」についても、3.2ポイント減少と後退傾向となっているために、患者体験調査の結果を用いて継続的に評価を行うことにより、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に実施されるような体制整備を引き続き推進していく。

<がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項>

○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）について、ベースライン値より増加していることは評価できるが、「治療前にセカンドオピニオンに関する話を受けた患者の割合」が減少傾向となっており、セカンドオピニオンを受けることが出来ることについて情報提供の一層の充実が必要である。

○また、集約化については、今後、好事例の共有や他地域や医療機関との比較の検証や取り組みについても評価が必要である。

○役割分担に関する議論が行われている都道府県の数が増加していることは、均てん化・集約化の進展を示すものであり評価できる。持続可能ながん医療の提供に向けて、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化の方向性が明確に示されている点は重要である。今後「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に係る基本的な考え方及び検討の進め方について」に基づき都道府県での検討がより進むが、国は地域毎の取組状況を確認するためその進捗管理をしていく必要がある。

○特に、希少がん、小児がん等では、県内に専門医が在せず、遠距離通院を余儀なくされる患者が存在し、集約化はこうした患者の増加を伴う。患者の生活圏は必ずしも居住する都道府県に限定されないため、都道府県単位にとどまらず、より広域な医療圏での議論・調整が必要である。

目　次

１　厚生労働省による第4期がん対策推進基本計画
　　中間評価(案)作成

２　沖縄県による第8次沖縄県医療計画施策の進捗評価

３　連携協議会による中間評価の基本方針とスケジュール

４　連携協議会による中間評価の実際

第８次沖縄県医療計画

参考資料

施策の進捗評価について

令和６年９月
保健医療介護部医療政策課

沖縄県HP（医療計画）施策の進捗評価について
https://www.pref.okinawa.lg.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/038/657/00shintyokuhyouka.pdf
（2026年5月7日確認）

3 進捗評価の実施方法

進捗評価の視点

セオリー評価 個別施策（事業）とその成果（中間アウトカム）、目指す姿（最終アウトカム）に整合性はあるか

プロセス評価 個別施策を着実に実施しているか

インパクト評価 個別施策（事業）がその成果（中間アウトカム）及び目指す姿（最終アウトカム）の達成にどの程度の効果をもたらしているか

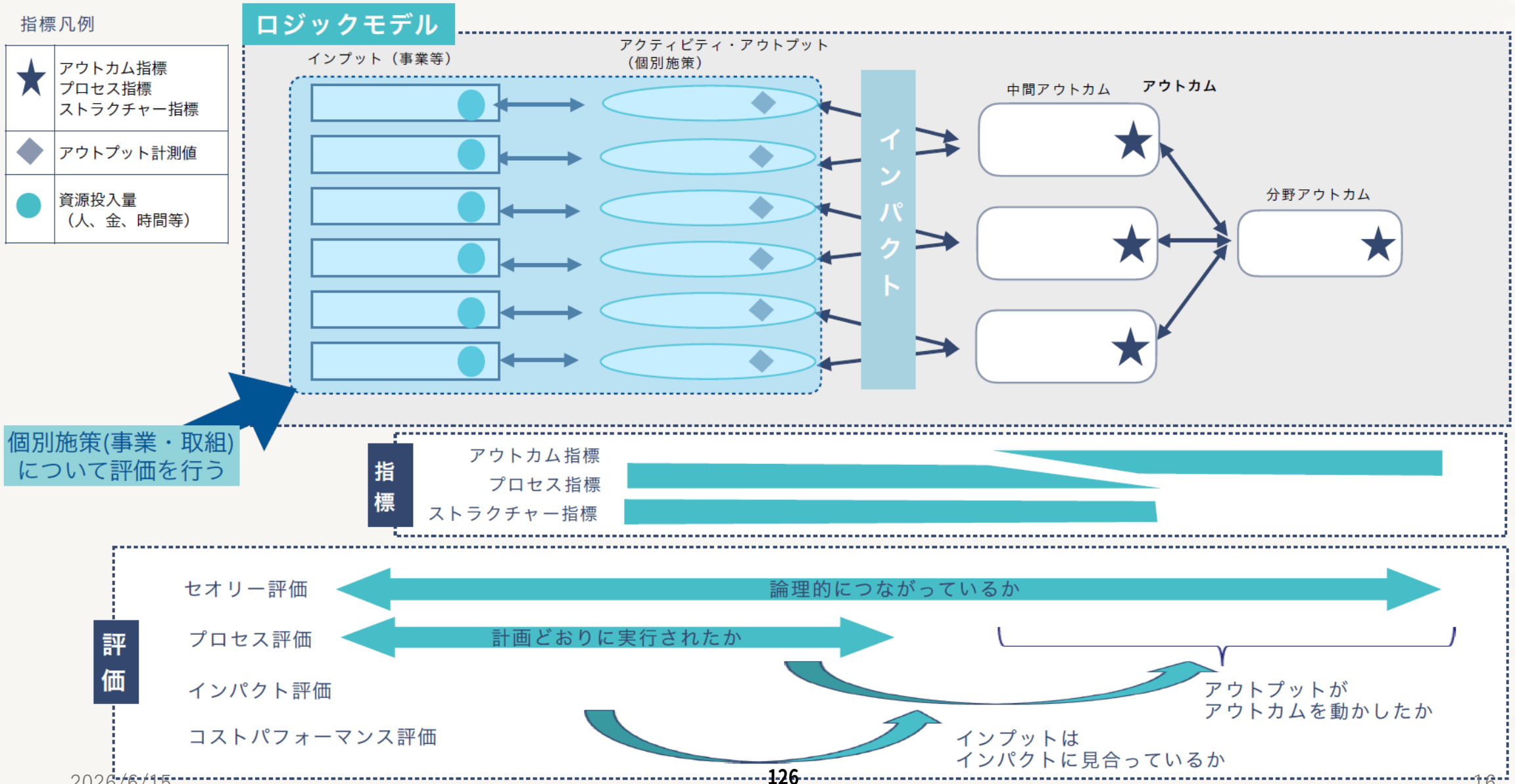
進捗評価の方法

毎年度評価 個別施策の進捗状況の把握、目標数値の推移確認、評価、必要に応じ計画の変更

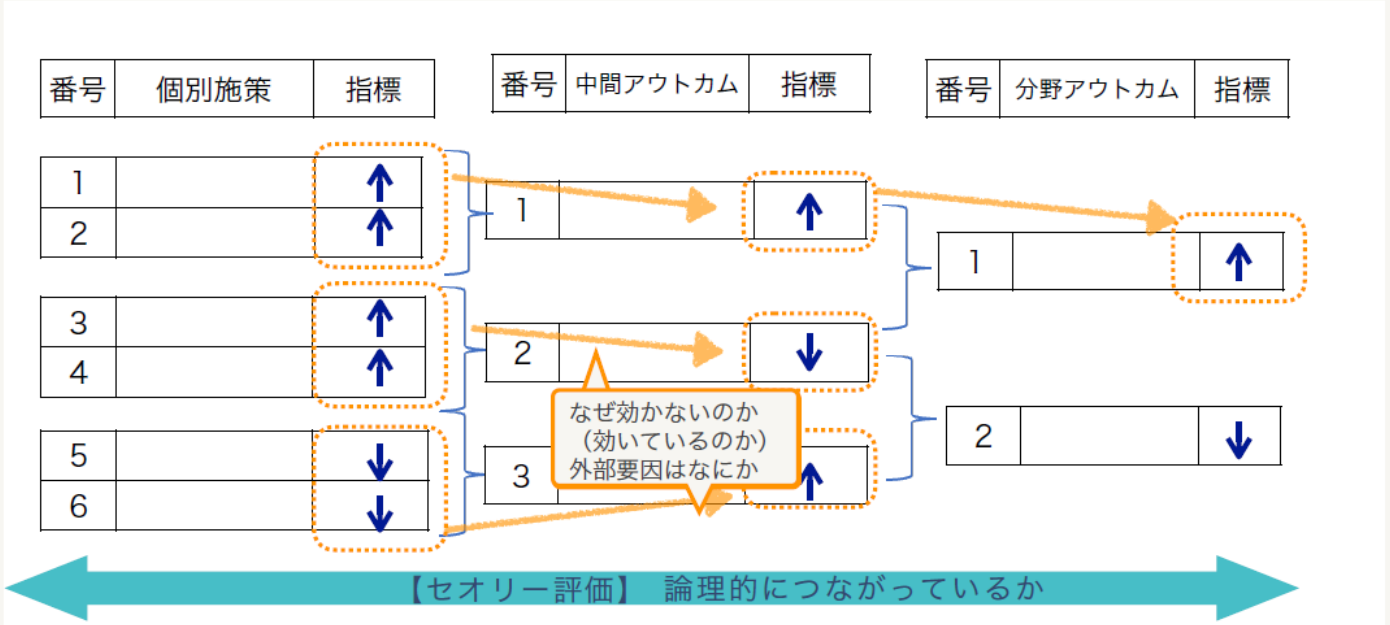
中間評価 毎年度評価に加え、他計画（介護保険事業、障害福祉計画等）との整合性を図り、必要に応じ計画の変更

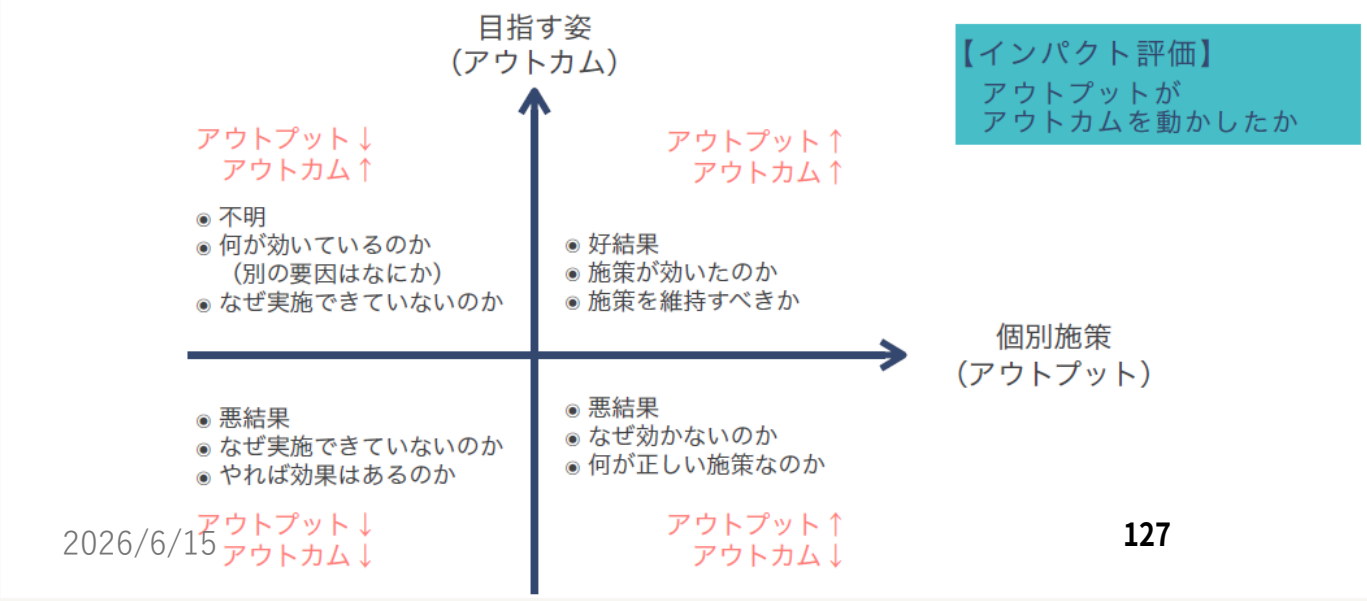
最終評価 毎年度評価を踏まえ、次期計画策定に反映

4 プログラム評価とロジックモデル



（参考）ロジックモデルを使った評価の観点





【インパクト評価】
アウトプットが
アウトカムを動かしたか

評 価 ＝ 事実特定 ＋ 価値判断

- 個別施策が中間アウトカム（取り組む施策）・分野アウトカム（目ざす姿）にどう寄与したが評価テーマ
- アウトカムの指標が上がった理由、上がらなかった理由を考える。

▶施策がアウトカムに寄与しているなら強化

▶何が寄与しているのか（していなのか）検討

▶寄与しないのであれば見直しも検討

▶施策とアウトカムに繋がりはあるのか確認

5 評価様式

様式１
個別施策一覧表

- 個別施策（事業）を評価する一覧表
  ※評価の視点を明確にするため、**個別施策評価シート**（参考資料）を用いて評価する。

様式２
LM進捗管理シート

※LM（ロジックモデル）

- 各指標の経年変化を確認するための評価支援シート
  -指標の進捗管理や、計画の全体像を把握する

様式３
総合評価表

- 様式１，２で話し合われた議論のとりまとめ
  -県・地区協議会へ報告するもの

様式１
個別施策一覧表

指標の目標達成を図るために実施する個別施策の実施状況

年度	令和5年度	分野	救急医療

担当にて作成

部会構成員にて評価

番号	個別施策	主な事業（取組）					R5年度	R6年度	実績・成果（令和5年度）	課題	
		名称	実施内容	実施期間			決算額（千円）	予算額（千円）			
1	住民に対する救急蘇生法、予防救急等の普及啓発の実施	－	消防機関において、「救急の日」及び「救急医療週間」にイベントの開催やポスターの配布など、普及啓発運動に取り組んでいる。	毎年度	消防機関	防災危機管理課	－	－	各機関による講習会及び予防救急等普及啓発の実施	一般市民対する救命講習会や、予防救急等の普及啓発を継続して実施していく必要がある。	継続
2	沖縄県メディカルコントロール協議会の活用	消防指導事業費	メディカルコントロール体制を充実し、県民の救命率の向上を図っている。	毎年度	県、消防機関	防災危機管理課、医療政策課	66千円	339千円	県MC協議会総会を1回開催及び専門部会を1回開催	消防機関と医療機関が協議を行う体制を強化することが必要である。	継続
3	ドクターカーの効果的な活用	－	ドクターカーを運用している中部及び南部地区MC協議会において、ドクターカーの効率的な運用について議論を行っている。	毎年度	医療政策課、消防、医療機関	医療政策課	－	－	県MC協議会総会を1回開催	ドクターカーの搬送手段については、関係者で協議する場を設置し、統一的な取扱及び、効率的な運用を図る必要がある。	継続
4	航空医療体制の構築	・ヘリコプター等添乗医師等確保事業運営協議会の開催 ・ヘリコプター等添乗医師等確保事業 ・救急医療用ヘリコプター活用事業	・医師等添乗システムの円滑な運営を図っている。 ・添乗医師及び添乗協力病院への財政支援等を実施している。 ・沖縄県ドクターヘリの運航支援を実施している。	毎年度	当番病院、自衛隊、海上保安庁、浦添総合病院	医療政策課	50,359千円 274,529千円	53,942千円 332,783千円	・R5年度 添乗協力病院12病院、医療機関のヘリポート数6病院 ・R5県ドクヘリ急患搬送実績 376件	添乗当番病院及び添乗医師の負担軽減を図る必要がある。 救急医療機関へのヘリポート配備について、引き続き検討する必要がある。	継続
5	初期救急医療体制の整備	・小児救急電話相談事業（#8000）	・小児救急の適切な受診を啓発し小児救急医療機関の負担軽減を図る。	毎年度	医療政策課	医療政策課	29,321千円	37,800千円	・令和5年度相談件数23,698件	小児救急医療を守るために、今後も負担軽減に取り組んでいく必要がある。	継続
6	入院を要する救急医療体制の整備	・救命救急センター運営事業 ・救急病院運営事業	・救命救急センターの運営費補助を行う。 ・救急病院の運営費補助を行う。	毎年度	医療政策課、医療機関	医療政策課	32,270千円 25,359千円	64,414千円 26,632千円	・救命救急センターに対する運営費補助を行った。 ・救急病院に対する運営費補助を行った。	特別交付税を活用できる他の市町村に対して情報提供を行い、救急医療機関に対する支援の更なる拡充を図る。	継続
7	救命救急医療体制の整備	・救命救急センター運営事業（再掲）	救命救急センターの運営費支援を実施している。	毎年度	医療政策課、医療機関	医療政策課	32,270千円（再掲）	64,414千円（再掲）	救命救急医療提供体制の確保に繋がった。	今後も救命救急医療提供体制の整備に取り組んで行く必要がある。	継続

様式２
LM進捗管理シート

分野別施策・指標評価表（糖尿病対策）

資料2－1

番号 C 個別施策

指標項目	基準年	直近の前々年	直近の前年	直近	結果	目標
（脳C−101）市町村等の保健指導担当者の技術向上支援						
脳P−301 保健指導担当者に対する研修会の開催数	R4 年度 5 回	R3 年度 ―	R4 年度 5 回	R5 年度 5 回	→	R11年 5回
（脳C−102）県民に対する生活習慣病の予防及び正しい知識の普及、啓発						
脳P−302 県民向けの講座・イベントの実施回数	R4 年度 4 回	R3 年度 ―	R4 年度 4 回	R5 年度 5 回	↗	R11年 5回
（脳C−103）特定健診未受診者への受診勧奨の実施						
脳P−303 特定検診受診率	R3 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度		R11年
市町村国保	32.8%	32.1%	32.8%	34.5%	↗	60%
協会けんぽ	59.8%	57.7%	59.8%	64.2%	↗	65%
（脳C−104）特定健診・特定保健指導の実施						
脳P−304 特定保健指導実施率	R3年度	R2年度	R3年度	R4年度		R11年
市町村国保	62.3%	61.3%	62.3%	61.9%	↘	現状より向上
協会けんぽ	31.1%	27.0%	31.1%	24.5%	↘	35%
（糖C−105）脂質異常症患者の外来受療の促進						
脳P−305 脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	R2 年度 40.9	H30年度 ―	R1 年度 ―	R2 年度 40.9	―	R11 年度 67.7

番号 B 中間アウトカム

指標項目	基準年	直近の前々年	直近の前年	直近	結果	目標
（糖B−101）脳血管疾患の危険因子の改善						
脳O−101 危険因子の有所見率	R1 年度	H29年度	R1 年度	R2 年度		R11年
BMI（25.0以上）	40.0%	38.9%	40.0%	40.3%	↗	29.0%
収縮期血圧（140以上）	19.3%	170.6%	19.3%	20.6%	↗	17.1%
拡張期血圧（90以上）	13.3%	11.9%	13.3%	14.0%	↗	12.8%
空腹時血糖（126以上）	6.8%	6.7%	6.9%	6.7%	↘	5.9%
HbA1c（6.5以上）	8.4%	7.9%	8.4%	8.3%	↘	7.2%
中性脂肪（150以上）	23.2%	20.9%	23.2%	22.6%	↘	20.2%
LDLコレステロール（140以上）	30.1%	28.1%	30.1%	30.0%	↘	現状より低下
HDLコレステロール（40未満）	4.8%	4.9%	4.8%	4.8%	→	4.2%
心電図	32.5%	―	32.5%	34.6%	↗	32.0%

番号 A 分野アウトカム

指標項目	基準年	直近の前々年	直近の前年	直近	結果	目標
（脳A−101）脳血管疾患患者の発症数が減少している						
脳O−101 脳血管疾患の入院件数	R2 年度 4411 人	R2 年度 4411 人	R3 年度 ―	R4 年度 4249 人	↘	現状より低下

予防

指標項目	基準年	直近の前々年	直近の前年	直近	結果	目標
（脳C−201）県民に対する脳卒中の症状、発症時の対処法の普及、啓発						
脳P−306 市民公開講座・メディアを使った啓蒙活動の実施数	R4 年度 4 回	R3 年度 ―	R4 年度 4 回	R5 年度 6 回	↗	R11年 現状より向上
（脳C−202）救急搬送時の病院前脳卒中スケールの実施						
脳P−307 救急搬送時の病院前脳卒中スケールの実施消防機関数	R4 年度 15 箇所	R3 年度 ―	R4 年度 15 箇所	R5 年度 15 箇所	↘	R11年 18 箇所

救護

指標項目	基準年	直近の前々年	直近の前年	直近	結果	目標
（脳C−301）t-PA実施可能な医療機関の整備						
脳P−301 遠隔診断補助及び搬送可能医療機関数（北部、宮古、八重山圏域）	R4 年度 0圏域	R3 年度 0圏域	R4 年度 0圏域	R5 年度 0圏域	→	R11年 3圏域
脳S−302 脳神経外科医の数	R4 年度 北部 0 中部 8 南部 33 宮古 2 八重山 1	R3 年度 北部 ― 中部 ― 南部 ― 宮古 ― 八重山 ―	R4 年度 北部 0 中部 8 南部 33 宮古 2 八重山 1	R5 年度 北部 0 中部 9 南部 25 宮古 1 八重山 1	→ ↗ ↘ →	R11年度 全ての医療圏で提供が可能な体制を確保
脳S−302 脳神経外科医の数	R4 年度 北部 0 中部 4	R3 年度 北部 ― 中部 ―	R4 年度 北部 0 中部 4	R5 年度 北部 0 中部 6	→ ↗	R11年度

指標項目	基準年	直近の前々年	直近の前年	直近	結果	目標
（糖B−201）脳卒中の急性期医療が確保されている						
脳P−201 t-PA実施数	R4 年度 102 件	R3 年度 86 件	R4 年度 102 件	R5 年度 135 件	↗	現状より向上

指標項目	基準年	直近の前々年	直近の前年	直近	結果	目標
（脳A−201）脳血管疾患患者の年齢調整死亡率が低下している						
糖O−102 脳血管疾患患者の年齢調整死亡率（人口10万人あたり）	R2 年度 男性 99.9 女性 52.4	H22年度 48.4 22.4	H27年度 38.1 17.5	R2 年度 男性 99.9 女性 52.4	― ―	R11年度 93.8 現状より低下

- 基準年との比較
- 目標値や経年変化の確認

連携協議会では、この様式2に準じた
「ロジックモデル進捗管理シート」
（後述）を使用

◉目指す姿から個別施策までの全体像を把握

◉個別施策が目指す姿へ影響を与えているか確認

個別施策	（糖C–201）糖尿病性腎症重症化予防プログラムの実施

取組

	事業名称	実施内容	実施期間	実施主体	所管課	令和６年度決算額（千円）	令和７今年度予算額（千円）	実績・成果（アウトプット）
4	糖尿病性腎症重症化予防プログラム	糖尿病リスクの高い未受診者、糖尿病治療中断者、重症化リスクの高い糖尿病性腎症通院患者に、関係機関から受診勧奨・保健指導を行い、糖尿病の重症化予防及び人口透析への移行を防止する。	毎年度	保険者、県、県・地区医師会、沖縄県糖尿病対策推進会議	国民健康保険課	－	－	糖尿病型(HbA1c6.5以上、空腹時血糖126mg/dl以上（HbA1c8.0以上再掲）) に対する受診勧奨実施率 沖縄県：68.9%、北部：55.2% 中部：80.1%、南部：65.3% 宮古：91.7%、八重山：43.2%　経年は資料2–1参照

効果

初期アウトカム

		R3年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度	
糖P–307	糖尿病(HbA1c6.5以上、空腹時血糖126mg/dl)のうち、受診勧奨により受診した割合					
	市町村国保	65.7%	65.7%	66.2%	68.8%	↗
	協会けんぽ	16.4%	16.4%	22.1%	11.5%	↘
糖P–308	糖尿病性腎症患者への受診勧奨、保健指導の実施率	R3 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度	
	市町村国保	49.3%	49.3%	56.3%	44.1%	↘

中間アウトカム

		R3 年度	R3 年度	R4 年度	R5 年度	
糖O–204	特定健診で糖尿病性腎症第3期、第4期に相当する者の割合					
	市町村国保	14.8%	14.8%	14.1%	14.6%	↗
	協会けんぽ	9.5%	9.5%	10.2%	10.6%	↗

評価

評価軸	評価ポイント	情報源	評価結果（事務局案）	部会構成員意見	判定
整合性（セオリー）評価	ロジックモデルの左右のつながりに、論理的整合性があるか • 分野・中間アウトカムとその指標は適切か • 分野・中間アウトカムと施策のつながりはが強いか。	• 他府県ロジックモデルとの比較 • 協議会・部会での審議	・重症化予防プログラムは、糖尿病の重症化を予防するために保険者・県・県及び各地区医師会、沖縄県糖尿病対策推進会議において策定されたプログラムでありアウトカムに直結する取り組みである。	・左記のとおり。 ・中間アウトカムの指標の改善・悪化の考え方については要検討（検診の受診率が上がれば、第３期・４期の患者は増えるのでは）	A 十分整合がとれている B ほぼ整合が取れている C ある程度整合が取れている D 見直しの必要あり
実行（プロセス）評価	計画どおり実施されているか • 資源は用意されたか • 施策は実施されたか、進捗はどうか • アウトプットが生まれているか • 施策関係者はどう感じているか	• 事業予算書・決算書 • アウトプット指標 • 関係者ヒアリング等	・糖尿病型に対する受診勧奨実施率は、概ね向上しているが、医療圏における差が大きい（北部・八重山においては受診勧奨の推進が必要か） ・受診勧奨により受診した患者の割合は市町村国保は改善傾向にあるが、協会けんぽは悪化傾向にある。	・左記のとおり。受診勧奨実施率は概ね上昇傾向にあり、宮古医療圏は少し低下したものの90%を超える高い実施率となっている。	A 予定どおり実行されている B ほぼ実行されている C 一部実行されている D 実行されていない
効果（インパクト）評価	施策が効果を生んでいるか • アウトカムは向上したか • アウトプット指標とアウトカム指標の関係 • 外部要因の影響や全体的な課題	• アウトカム指標 • 関係者ヒアリング等	• 糖尿病性腎症第３、４期に該当する者の割合は基準年から国保で0.2ポイント、協会けんぽで1.1ポイント悪化している。 • 保健指導の実施率が下がっていることから、取組みを強化していく必要があると思料される。	・中間アウトカムは悪化傾向にあるが、受診率の向上は状態の悪い患者の掘り起こしに繋がるため第３期・４期相当は増えることも考えられる。指標の考え方については検討が必要	A とても効果を出している B 効果を出している C あまり効果を出していない D 効果を出していない E 経過観察（現時点では判断不
総合評価	この施策をやり続けるべきか ・多様な立場の視点から施策の継続又は見直し方針を総合的に検討し、合意形成	専門部会での主な意見		・重症化予防のための取組みであり、引き続き維持すべき事業。	A 強化すべき B 維持すべき C 検討を続けるべき D 中止を検討すべき E 中止すべき

131

-16-

個別施策
評価シート

←個別施策一覧表（様式１）抜粋

←LM進捗管理シート（様式２）抜粋

←上記を見ながら、各評価の視点に沿って判定を行う

◉「取組（事業）」は施策ごとに束ねてもよい。

◉評価結果と判定は専門部会後に議論の内容を反映

連携協議会では、このシートに準じた**「個別施策評価シート」**（後述）を使用

○○○分野の評価及び今後の取組方針

総合評価表

様式３
総合評価表

[部会の主な意見]

1　・・・・
2　・・・・
3　・・・・

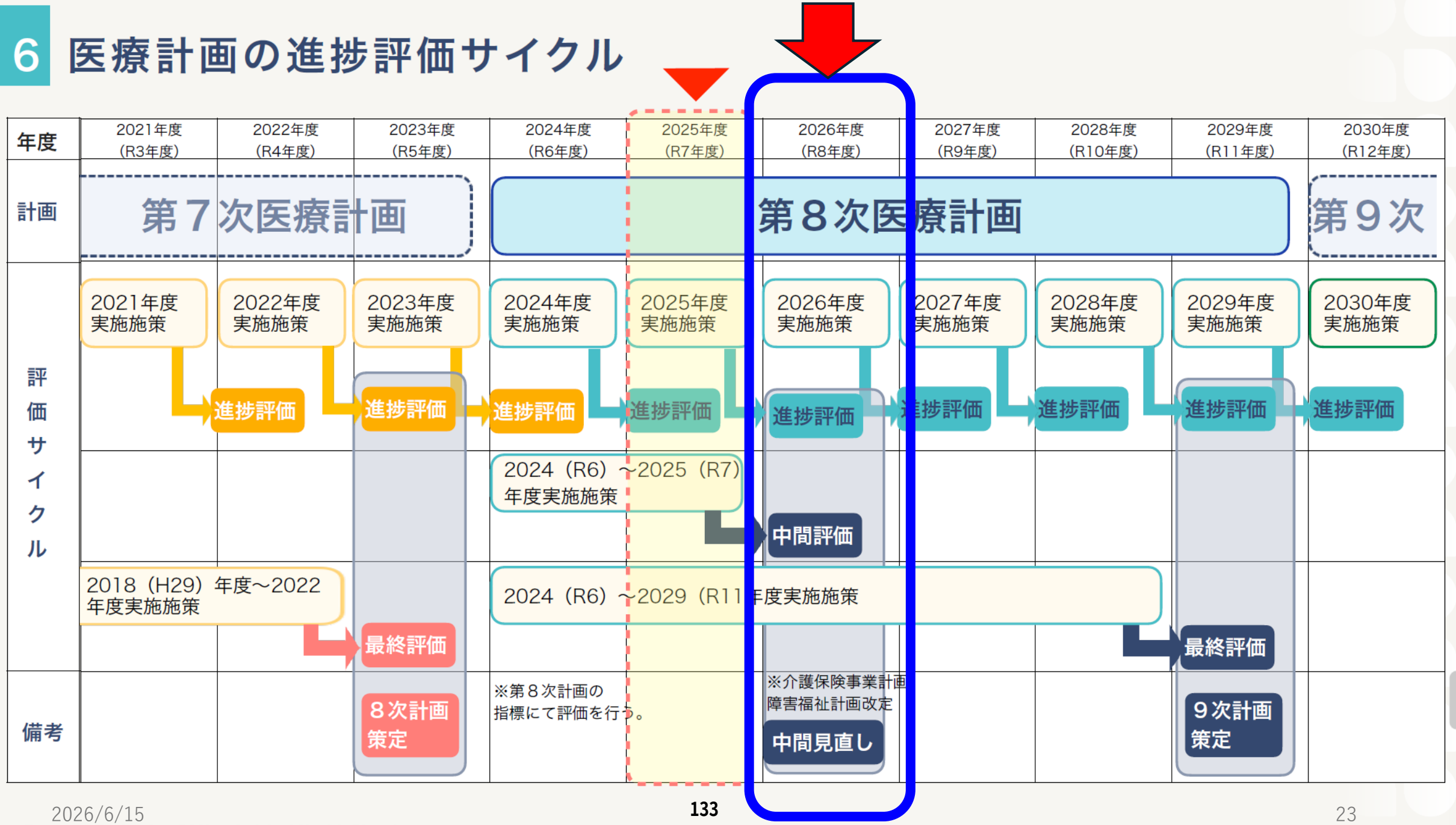
取組と指標の整合性（セオリー評価）	
取組の実施状況（プロセス評価）	
指標の進捗状況（インパクト評価）	
今後の取組方針（総合評価）	

- 専門部会において議論された内容を様式３に落とし込み、地域医療提供体制協議会へ報告する。

沖縄県では、簡素な「総合評価表」を採用

連携協議会では、後述する**「分野別評価報告書」**を使用予定
＊分野
①予防
②検診
③医療提供体制
④緩和・支持療法
⑤個別のがん対策
⑥共生
⑦基盤

6 医療計画の進捗評価サイクル



参考資料

医療計画
策定・評価ガイド

IHEP





- 医療計画の策定・評価を支援することを目的に作成
- 評価を行うにあたっての手順や考え方が示され、
  各プログラム評価を行うツールが掲載されている。

資料２

沖縄県がん対策推進計画及び沖縄県医療計画（がん分野）

進捗評価

１．全体目標・分野アウトカムの確認　（1P～5P）

２．分野別施策・指標評価表、個別施策の評価

1-1　がんの予防（１次予防）　（6P～12P）＜施策目標４件＞
1-2　がんの早期発見、がん検診（２次予防）　（13P～17P）＜施策目標３件＞
2-1　がん医療提供体制等　（18P～29P）＜施策目標７件＞
2-2　個別のがん対策　（30P～37P）＜施策目標６件＞
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　（38P～42P）＜施策目標６件＞
4　これらを支える基盤の整備　（43P～48P）＜施策目標４件＞

※令和７年度第１回沖縄県がん対策推進計画検討会　資料

https://www.pref.okinawa.lg.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/038/657/01-02siryou2.pdf
（2026年5月7日確認）

分野	2-1　がん医療提供体制等　①医療提供体制　－１

取組

事業名称	実施内容	実施期間	実施主体	所管課	令和６年度 決算額（千円）	令和７年度 予算額（千円）	実績・成果（アウトプット）
－	がん種ごとに掲載要件を設定し、要件を満たす医療機関を「がん診療を行う医療施設」として県HP等に掲載	毎年度	県	健康長寿課	－	－	患者が適切な医療機関を受診することができるよう、「がん診療を行う医療施設」一覧を毎年更新、県HPへ掲載（R6.6月更新）
（整備指針に基づく実施）	がん診療病院等との協議会等を開催	毎年度	県拠点病院 （琉球大学病院）	健康長寿課	－	－	沖縄県がん診療連携協議会、幹事会、各部会を年各４回実施し、診療連携体制の強化を図った。また、医療部会の下部に20のワーキンググループを設置し、がん種ごとに集約化について検討を開始し「がん診療を行う医療施設」の選定要件の作成を行った。
－	病理診断に関わる常勤の医師を増やし、集約化を進めるとともに、コンサルテーションシステム等を用いて質の向上に務める	毎年度	県拠点病院 （琉球大学病院）	健康長寿課	－	－	病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師が１名以上配置されている拠点病院等の数 (R6)　3
（整備指針に基づく実施）	術中迅速病理診断を提供できる体制を整備	毎年度	拠点病院等	健康長寿課	－	－	
－	「がんゲノム医療外来」を開設し、他施設の症例にも対応	毎年度	琉球大学病院 （がんゲノム医療連携病院）	健康長寿課	－	－	がんゲノム情報管理センターに登録された患者数　(R5.7～R6.6)　琉大病院83件 中部病院31件
－	R5年８月より「がんゲノム医療連携病院」としてがん遺伝子パネル検査を実施	毎年度	県立中部病院 （がんゲノム医療連携病院）	健康長寿課	－	－	臨床試験を実施したがん診療を行う医療機関 (R7)　48.0%

効果

個別施策（アウトプット）

	基準年	直近の前年	直近値	結果	目標
病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師が1名以上配置されている拠点病院等の数	5 (R4)	4 (R5)	3 (R6)	↘ 後退	6

	基準年	直近の前年	直近値	結果	目標
がんゲノム情報管理センターに登録された患者数	83件 (R3)	80件 (R4)	114件 (R5)	↗ 改善	増加
臨床試験を実施したがん診療を行う医療機関の割合	38.5% (R5)	32.0% (R6)	48.0% (R7)	↗ 改善	増加

中間アウトカム

	基準年	直近の前年	直近値	結果	目標
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	（参考） －	－ －	90.4% (R5)	－	増加
感染症のまん延や災害等の状況においても必要ながん医療を提供する体制を確保するためのBCP（事業継続計画）について整備しているがん診療を行う医療機関の割合	65.4% (R5)	64.0% (R6)	68.0% (R7)	↗ 改善	100%

評価

評価軸	評価ポイント	具体的な評価ポイント	情報源	評価結果（事務局案）	判定（事務局案）
整合性（セオリー）評価	ロジックモデルの左右のつながりに、論理的整合性があるか	分野・中間アウトカムとその指標は適切か 分野・中間アウトカムと施策のつながりが強いか	他府県ロジックモデルとの比較 協議会・部会での審議	・ロジックモデルのつながりに整合性がある。 ・第４期がん対策推進基本計画（国計画）においても、「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」が中間アウトカム指標として、「がんの診断・治療全体の総合評価」が分野アウトカム指標として採用されている。	A　十分に満たされている (B)　かなり満たされている C　ある程度満たされていない D　大幅に満たされていない
実行（プロセス）評価	決めたことをきちんとやっているか	資源は用意されたか	予算（決算）書	－	(A)　予定通り実行されている B　ほぼ実行されている C　一部実施されている D　実施されていない
		施策は実施されたか、進捗はどうか	関係者ヒアリング	・予定どおり各事業を実施した。	
		アウトプットが生まれているか	アウトプット指標	・病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤医師が１名以上配置されている拠点病院の数は減少し後退した。 ・がんゲノム情報管理センターに登録された患者数、臨床試験を実施した医療機関の割合は、ともに増加し改善した。	
		施策関係者はどう感じているか	関係者ヒアリング	・病理診断の人員確保が課題である。	
効果（インパクト）評価	やったことが効いているのか	アウトカムは向上したか	アウトカム指標	・感染症まん延や災害等の状況においても必要ながん医療を提供する体制を確保するためのBCPについて整備しているがん診療を行う医療機関の割合は増加し改善した。	A とても効果を出している (B) 効果を出している C あまり効果を出していない D 効果を出していない
		アウトプット指標値とアウトカム指標値の関係は	アウトカムとアウトプットの指標値	－	
		外部要因の影響や全体的な課題は	関係者ヒアリング	－	
総合評価	この施策をやり続けるべきか	上記３評価を踏まえての評価	協議会・部会審議での主な意見		A　強化すべき B　維持すべき (C)　検討を続けるべき D　中止を検討すべき E　中止すべき

がん分野の評価及び今後の取組方針

(様式3)総合評価表

[部会の主な意見]

1　国の最終・分野別アウトカム指標を全て取り入れ、全国や最良県との比較を徹底する必要がある。
2　年齢調整死亡率については、国の評価基準「対策をしなくても毎年１%自然減。対策効果で＋〇%減」を考慮して沖縄県の対策効果を評価する必要がある。

取組と指標の整合性（セオリー評価）	1　評価の判定基準を明確化する必要がある。 2　他県ロジックモデルのセオリー評価との比較検討を行うべきである。 3　現状、実態と乖離している指標については、時代変化に合わせて見直しを行う必要がある。
取組の実施状況（プロセス評価）	1　概ね計画どおり各事業が実施されている。 2　医療機関への取組状況調査においては、「実施の有無」ではなく「実施割合」を確認する等、質問方法を工夫する必要がある。
指標の進捗状況（インパクト評価）	1　患者体験調査や医療者数調査においては全国平均や最良県との比較が必要である。 2　がん相談支援センターの認知度向上については、医療機関での直接案内など、確実な情報提供方法を検討する必要がある。
今後の取組方針（総合評価）	1　国の最終・分野別アウトカム指標を取り入れ、全国及び最良県との比較を行う。 2　現在の取組を継続しながら、現状とそぐわない指標については見直しを行い、より適切な指標の導入を検討する。

1

https://www.pref.okinawa.lg.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/038/657/01-6sougou.pdf
（2026年5月7日確認）

分野別評価報告書

- NPO法人がん政策サミット発行の

「がん計画中間評価ガイドブック」

中にある分野別評価報告書に準じて作成予定



出来上がりイメージ

○○○分野

1．分野全体の整合性評価

(1) 分野ゴール（分野アウトカム）の設定

第３期計画では記載していなかったが、当県においても当然「○○○○になること」を目的として施策を推進しているものであり、加筆することとする。

(2) 中間ゴール（中間アウトカム）の設定

３つの中間ゴールを設定し、それぞれ「○○」「○○」「○○」とすることとした。

(3) 個別施策の追加

他県で成果を上げている○○事業について、当県でも実施を検討すべきとの声が多く検討することとする

2．個別施策の評価について

(1) ○○○○○○施策について

① 整合性評価

追加記載された分野ゴール（アウトカム）「○○○○になること」と中間ゴール（アウトカム）１「○○」につながるものであり、目的への効果が見込める妥当な施策と考えられる。

② 実行評価

・予算：予算化されずに診療連携協議会部会費用で賄われ、資源が不足しているため、県予算化を検討する。対象を拡大するためには、追加人員の確保、育成のための予算確保が必要であるので、来年度予算案に盛り込む。

・実施関係者の意見：２施設の意見交換会を開催しノウハウを共有するアイデアが出された。

③ 効果評価

アウトカムの指標値は前回調査より○ポイント向上した。アウトプットの指標は○であった。他の同様プロジェクトを実施している地域の参照データと比べると、アウトカムの指標の向上は高かった。考えられる大きな外部要因を指摘する意見はなかった。総合議論において、本プロジェクトによって効果が生まれているとされた。ただし、毎年、関係者による成果評価を行う必要性が指摘された。

④ 費用対効果評価

これまでは特に予算化はしていなかった中で、成果評価が良好であったため、継続は正当化される。また新規予算化も妥当と考えられる。来年度の年間予算（案）は○万円。本年度と同等のアウトカム向上が見られれば十分に費用対効果はあると考えられる。

⑤ 総合評価

以上より、本施策は現時点では効果がある可能性が高い施策と認められ、来年度も継続して実施することが推奨された。ただし、毎年、協議会（部会）によって成果を確認していく。

(2) ○○○○○○施策について

＜以下、施策の数だけ繰り返します＞

目　次

１　厚生労働省による第4期がん対策推進基本計画
　　中間評価（案）作成

２　沖縄県による第8次沖縄県医療計画施策の進捗評価

３　連携協議会による中間評価の基本方針とスケジュール

４　連携協議会による中間評価の実際

中間評価の基本方針（令和7年度第4回連携協議会（2026年2月）にて決定）

1. 背景

- 国は 2025 年から中間評価を実施中で、夏までにまとめる見込み。2026 年度は都道府県がん対策推進計画の中間評価年となる。国はロジックモデルと指標を活用したプログラム評価の考えに基づいて中間評価を実施している。沖縄県も、がん対策を含む医療計画に関し、ロジックモデルと指標を活用したプログラム評価の考えに基づいて年次進捗評価を実施している。

2. 提案

- 沖縄県がん診療連携協議会は、連携協議会が作成したロジックモデルに基づき中間評価を実施する。

3. 目的（成果物）

- 「沖縄県がん診療連携協議会ロジックモデル中間評価報告書」を作成する。

4. 想定効果

- 沖縄県がん診療連携協議会ロジックモデルと沖縄県がん対策推進計画ロジックモデル両方の改善により政策効果をより高め、沖縄県のがん患者・家族の「いのち、生活の質、社会生活」のアウトカムを高める

中間評価の基本方針（令和7年度第4回連携協議会（2026年2月）にて決定）

5. 方法

- 国と沖縄県のロジックモデルと指標を活用したプログラム評価の考えに準ずる。
- 国はプロセス評価とインパクト評価に範囲を絞っている（委員からはセオリー評価に関する意見も多数出ている）。
- 沖縄県は、セオリー評価、プロセス評価、インパクト評価、総合評価を実施している。
- 沖縄県がん診療連携協議会では、ニーズ評価、セオリー評価、プロセス評価、インパクト評価、総合評価を実施する。

中間評価のスケジュール（令和8年度第1回連携協議会（2026年5月）にて修正決定）

5月8日　第1回連携協議会

- スケジュールの修正案の審議・承認

5月11日～

- 個別施策評価シートを、③医療提供体制、④緩和・支持療法、⑤個別のがん対策、⑥共生、⑦基盤の順に、連携協議会委員、幹事会委員、6つの専門部会委員へ配布して、意見を聴取

6月23日～

- 事務局で、上記意見をまとめ、中間評価報告書骨子（たたき台）作成

7月6日　第2回幹事会

- 中間評価報告書骨子（たたき台）の説明、審議を行い、骨子案を作成

7月7日～

- 骨子案について、連携協議会委員からの意見聴取

8月7日　第2回連携協議会

- 中間評価報告書骨子案の説明、審議

目　次

１　厚生労働省による第4期がん対策推進基本計画
中間評価(案)作成

２　沖縄県による第8次沖縄県医療計画施策の進捗評価

３　連携協議会による中間評価の基本方針とスケジュール

４　連携協議会による中間評価の実際

中間評価のためのフォーム

１　第8次沖縄県がん対策推進計画（連携協議会版）ロジックモデル

２　ロジックモデル進捗管理シート

３　個別施策評価シート

４　分野別評価報告書（＊スライド64で、出来上がりイメージを記載）

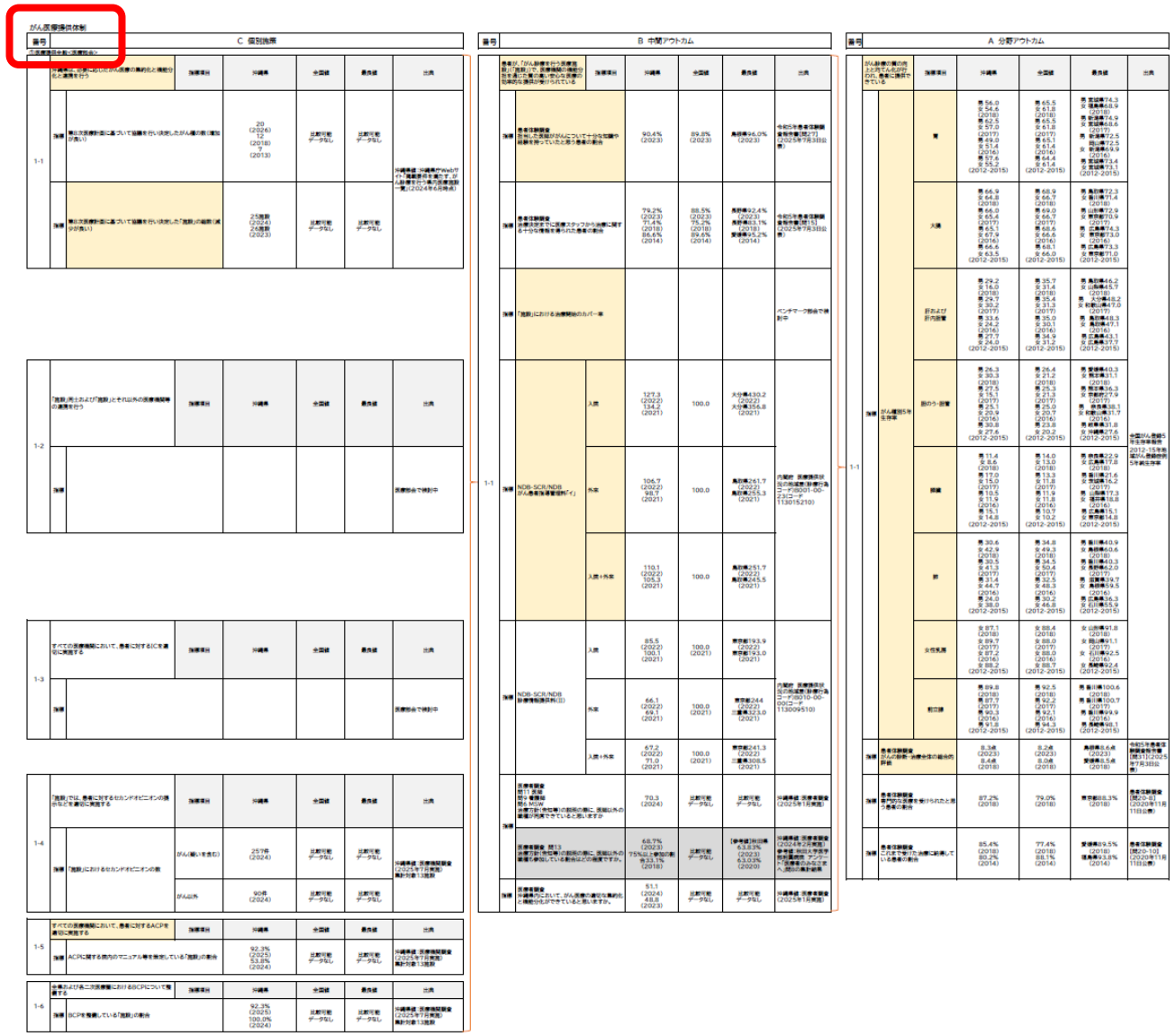
第8次沖縄県がん対策推進計画（連携協議会版）ロジックモデル（抜粋）

- 本日の講義では、がん対策分野7つのうち、がん医療提供体制分野を例示

- さらに、本分野の項目8つのうち、医療提供全般を例示する

＊ 肌色部分は、医療提供全般の項目中で、代表個別施策と代表指標を示す

＊ 灰色部分は、ロジックモデル完成後に修正を行った箇所に対応する元の評価指標とその結果を示す



第8次沖縄県がん対策推進計画（連携協議会版）ロジックモデル（抜粋）

がん医療提供体制

番号	C 個別施策					
①医療提供全般＜医療部会＞						
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）	20 (2026) 12 (2018) 7 (2013)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：沖縄県庁Webサイト「掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設一覧」(2024年6月時点)
	指標	第8次医療計画に基づいて協議を行い決定した「施設」の総数（減少が良い）	25施設 (2024) 26施設 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

番号	B 中間アウトカム					
1-1	患者が、「がん診療を行う医療施設」（「施設」）で、医療機関の機能分担を通じた質の高い安心な医療の効率的な提供が受けられている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 担当した医師ががんについて十分な知識や経験を持っていたと思う患者の割合	90.4% (2023)	89.8% (2023)	島根県96.0% (2023)	令和5年患者体験調査報告書【問27】(2025年7月3日公表)
	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	79.2% (2023) 71.4% (2018) 86.6% (2014)	88.5% (2023) 75.2% (2018) 89.6% (2014)	長野県92.4% (2023) 長野県83.1% (2018) 愛媛県95.2% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問15】(2025年7月3日公表)
	指標	「施設」における治療開始のカバー率				ベンチマーク部会で検討中
		入院	127.3 (2022) 134.2 (2021)	100.0	大分県430.2 (2022) 大分県356.8 (2021)	

番号	A 分野アウトカム					
1-1	がん診療の質の向上と均てん化が行われ、患者に提供できている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 がん種別5年生存率	胃	男 56.0 女 54.6 (2018) 男 62.5 女 57.0 (2017) 男 49.0 女 51.4 (2016) 男 57.6 女 55.2 (2012-2015)	男 65.5 女 61.8 (2018) 男 65.5 女 61.8 (2017) 男 65.1 女 61.4 (2016) 男 64.4 女 61.4 (2012-2015)	男 宮城県74.3 女 福島県68.9 (2018) 男 新潟県74.9 女 宮城県68.6 (2017) 男 新潟県72.5 岡山県72.5 女 新潟県69.9 (2016) 男 宮城県73.4 女 宮城県73.1 (2012-2015)	全国がん登録5年生存率報告 2012-15年地域がん登録症例5年純生存率
		大腸	男 66.9 女 64.8 (2018) 男 66.0 女 65.4 (2017) 男 65.1 女 67.9 (2016) 男 66.6 女 63.5 (2012-2015)	男 68.9 女 66.7 (2018) 男 69.0 女 66.7 (2017) 男 68.6 女 66.6 (2016) 男 68.1 女 66.0 (2012-2015)	男 鳥取県72.3 女 香川県71.4 (2018) 男 山形県72.9 女 東京都70.9 (2017) 男 広島県74.3 女 東京都73.0 (2016) 男 広島県73.3 女 東京都71.0 (2012-2015)	
		肝および肝内胆管	男 29.2 女 16.0 (2018) 男 29.7 女 30.2 (2017) 男 33.6 女 24.2 (2016) 男 27.7 女 24.0 (2012-2015)	男 35.7 女 31.4 (2018) 男 35.4 女 31.3 (2017) 男 35.0 女 30.1 (2016) 男 34.9 女 31.2 (2012-2015)	男 鳥取県46.2 女 山梨県45.7 (2018) 男 大分県48.2 女 和歌山県47.0 (2017) 男 鳥取県48.3 女 鳥取県47.1 (2016) 男 広島県43.1 女 広島県37.7 (2012-2015)	
		胆のう・胆管	男 26.3 女 30.3 (2018) 男 27.5 女 15.1 (2017) 男 25.1 女 20.9 (2016) 男 30.8 女 27.6 (2012-2015)	男 26.4 女 21.2 (2018) 男 25.3 女 21.3 (2017) 男 25.0 女 20.7 (2016) 男 23.8 女 20.2 (2012-2015)	男 愛媛県40.3 女 熊本県31.1 (2018) 男 熊本県36.3 女 京都府27.9 (2017) 男 奈良県38.1 女 和歌山県31.7 (2016) 男 岐阜県31.8 女 沖縄県27.6 (2012-2015)	
			男 11.4 女 8.6 (2018)	男 14.0 女 13.0 (2018)	男 奈良県22.9 女 広島県17.8 (2018)	

医療部会が所掌している、
がん医療提供体制分野
①医療提供全般
の個別施策6つのうち、
『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』
について評価したものを例示した

ロジックモデル進捗管理シート：がん医療提供体制①医療提供全般



1. 評価をしやすいように、一つの指標ごとに、①沖縄県、②全国のデータを並べた。
2. 第4次沖縄県計画（2024～29年）の前年である2023年を基準年とした。
   ただし、患者体験調査のように不定期施行の場合は、最新年データとそのひとつ前のデータを記載した。
3. 対全国比：　全国と比べてよければ〇
   対前年比：　前年と比べてよければ〇
   対全国傾向値：改善が認められて、かつその傾きが全国値よりよければ〇
   対基準値：　要精検率や陽性反応的中度のように基準値がある場合は、それとの比較
   対目標値：　検診受診率のように国または県で目標値がある場合は、それとの比較

ロジックモデル進捗管理シート（拡大）

がん医療提供体制

個別施策

①医療提供全般

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	C01	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	C0101	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	12	2023	20	2026	N/A	2023	N/A	2026	－	○	－			
指標	C0102	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	26	2023	25	2024	N/A	2023	N/A	2024	－	○	－			

		「施設」同士および「施	沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
		に実施する														
指標	C0301	医療部会で検討中														

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	

個別施策の評価の際には、すべての中間アウトカム指標を評価するのではなく、その個別施策に関連が深い指標のみを評価する

中間アウトカム

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
概念	B01	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	B0101	（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（%）			90.4%	2023			89.8%	2023	○	－	－			
指標	B0102	（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	79.2%	2023	75.2%	2018	88.5%	2023	×	－	－			
指標	B0103	「施設」における治療開始のカバー率														
指標	B0104	（NDB-SCR）がん患者指導管理料「イ」（入院）	134.2	2021	127.3	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	×	×			
指標	B0105	（NDB-SCR）がん患者指導管理料「イ」（外来）	98.7	2021	106.7	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	○	○			
指標	B0106	（NDB-SCR）がん患者指導管理料「イ」（入院+外来）	105.3	2021	110.1	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	○	○			
指標	B0107	（NDB-SCR）診療情報提供料(II)(入院)	100.1	2021	85.5	2022	100.0	2021	100.0	2022	×	×	×			
指標	B0108	（NDB-SCR）診療情報提供料(II)(外来)	69.1	2021	66.1	2022	100.0	2021	100.0	2022	×	×	×			
指標	B0109	（NDB-SCR）診療情報提供料(II)(入院+外来)	71.0	2021	67.2	2022	100.0	2021	100.0	2022	×	×	×			
指標	B0110	（医療者調査）治療方針（告知等）の説明の際に、医師以外の職種が同席できていると思いますか。（点）	68.7	2023	70.3	2024	N/A	2023	N/A	2024	－	－	－			
指標	B0111	（医療者調査）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できていると思いますか。（点）	48.8	2023	51.1	2024	N/A	2023	N/A	2024	－	○	－			

個別施策評価シート

- 医療部会が所掌している、

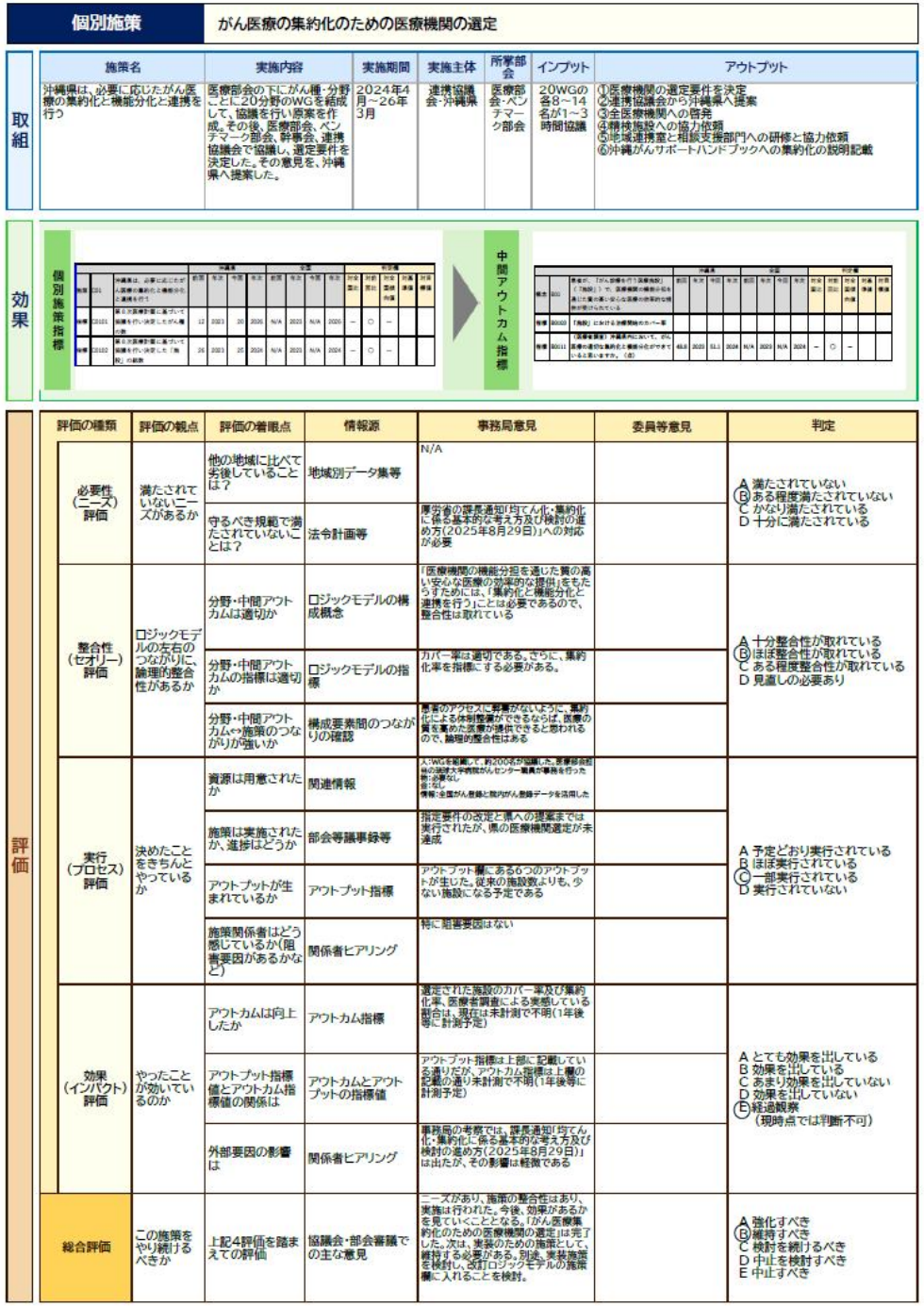
がん医療提供体制分野

①医療提供全般の個別施策6つのうち、

『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』

について評価したものを例示

- 事務局意見を入れたものを、各専門部会委員に配布して、個別に「委員等意見」を記入してもらっている
- その後、委員の意見を事務局でまとめ、さらに専門部会で協議して、完成の予定



個別施策　がん医療の集約化のための医療機関の選定

取組

施策名	実施内容	実施期間	実施主体	所掌部会	インプット	アウトプット
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	医療部会の下にがん種・分野ごとに20分野のWGを組成して、協議を行い原案を作成。その後、医療部会、ベンチマーク部会、幹事会、連携協議会で協議し、選定要件を決定した。その意見を、沖縄県へ提案した。	2024年4月～26年3月	連携協議会・沖縄県	医療部会・ベンチマーク部会	20WGの各8～14名が1～3時間協議	①医療機関の選定要件を決定 ②連携協議会から沖縄県へ提案 ③全医療機関への啓発 ④精検施設への協力依頼 ⑤地域連携室と相談支援部門への研修と協力依頼 ⑥沖縄がんサポートハンドブックへの集約化の説明記載

効果

個別施策指標 → 中間アウトカム指標

評価

評価の種類	評価の観点	評価の着眼点	情報源	事務局意見	委員等意見	判定
必要性（ニーズ）評価	満たされていないニーズがあるか	他の地域に比べて手後れていることは？	地域別データ集等	N/A		A 満たされていない Ⓑ ある程度満たされていない C かなり満たされている D 十分に満たされている
		守るべき規範で満たされていないことは？	法令計画等	厚労省の課長通知「均てん化・集約化に係る基本的な考え方及び検討の進め方(2025年8月29日)」への対応が必要		
整合性（セオリー）評価	ロジックモデルの左右のつながりに、論理的整合性があるか	分野・中間アウトカムは適切か	ロジックモデルの構成概念	「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」をもたらすためには、「集約化と機能分化と連携を行う」ことは必要であるので、整合性は取れている		A 十分整合性が取れている Ⓑ ほぼ整合性が取れている C ある程度整合性が取れている D 見直しの必要あり
		分野・中間アウトカムの指標は適切か	ロジックモデルの指標	カバー率は適切である。さらに、集約化率を指標にする必要がある。		
		分野・中間アウトカム↔施策のつながりが強いか	構成要素間のつながりの確認	患者のアクセスに影響がないように、集約化による体制整備ができるならば、医療の質を高めた医療が提供できると思われるので、論理的整合性はある		
実行（プロセス）評価	決めたことをきちんとやっているか	資源は用意されたか	関連情報	入WGを組織して、約200名が協議した。医療部会幹事の琉球大学病院がんセンター職員が事務を行った 無：必要なし 有：なし 情報：全国がん登録と院内がん登録データを活用した		A 予定どおり実行されている B ほぼ実行されている Ⓒ 一部実行されている D 実行されていない
		施策は実施されたか、進捗はどうか	部会等議事録等	指定要件の改定と県への提案までは実行されたが、県の医療機関選定が未達成		
		アウトプットが生まれているか	アウトプット指標	アウトプット欄にある6つのアウトプットが生じた。従来の施設数よりも、少ない施設になる予定である		
		施策関係者はどう感じているか(阻害要因があるかなど)	関係者ヒアリング	特に阻害要因はない		
効果（インパクト）評価	やったことが効いているのか	アウトカムは向上したか	アウトカム指標	選定された施設のカバー率及び集約化率、医療者調査による実感している割合は、現在は未計測で不明(1年後等に計測予定)		A とても効果を出している B 効果を出している C あまり効果を出していない D 効果を出していない Ⓔ 経過観察 （現時点では判断不可）
		アウトプット指標値とアウトカム指標値の関係は	アウトカムとアウトプットの指標値	アウトプット指標は上部に記載している通りだが、アウトカム指標は上欄の記載の通り未計測で不明(1年後等に計測予定)		
		外部要因の影響は	関係者ヒアリング	事務局の考察では、課長通知「均てん化・集約化に係る基本的な考え方及び検討の進め方(2025年8月29日)」は出たが、その影響は軽微である		
総合評価	この施策をやり続けるべきか	上記4評価を踏まえての評価	協議会・部会審議での主な意見	ニーズがあり、施策の整合性はあり、実施は行われた。今後、効果があるかを見ていくこととなる。「がん医療集約化のための医療機関の選定」は完了した。次は、実装のための施策として、維持する必要がある。別途、実装施策を検討し、改訂ロジックモデルの施策欄に入れることを検討。		A 強化すべき Ⓑ 維持すべき C 検討を続けるべき D 中止を検討すべき E 中止すべき

個別評価シート：取り組みと指標

個別施策	がん医療の集約化のための医療機関の選定

取組

施策名	実施内容	実施期間	実施主体	所掌部会	インプット	アウトプット
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	医療部会の下にがん種・分野ごとに20分野のWGを結成して、協議を行い原案を作成。その後、医療部会、ベンチマーク部会、幹事会、連携協議会で協議し、選定要件を決定した。その意見を、沖縄県へ提案した。	2024年4月～26年3月	連携協議会・沖縄県	医療部会・ベンチマーク部会	20WGの各8～14名が1～3時間協議	①医療機関の選定要件を決定 ②連携協議会から沖縄県へ提案 ③全医療機関への啓発 ④精検施設への協力依頼 ⑤地域連携室と相談支援部門への研修と協力依頼 ⑥沖縄がんサポートハンドブックへの集約化の説明記載

効果

個別施策指標

			沖縄県				全国				判定欄				
施策	C01	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値
指標	C0101	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	12	2023	20	2026	N/A	2023	N/A	2026	－	○	－		
指標	C0102	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	26	2023	25	2024	N/A	2023	N/A	2024	－	○	－		

中間アウトカム指標

			沖縄県				全国				判定欄				
概念	B01	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値
指標	B0103	「施設」における治療開始のカバー率													
指標	B0111	（医療者調査）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できていると思いますか。（点）	48.8	2023	51.1	2024	N/A	2023	N/A	2024	－	○	－		

評価の種類	評価の観点	評価の着眼点	情報源	事務局意見	委員等意見	判定
				N/A		

中間評価の手順

●ロジックモデルを活用してプログラム評価の手順で評価を実施する。
●中間評価では、プロセス評価、インパクト評価を中心に実施する。

ステップ1
- ニーズ評価〔必要性評価〕
- 満たされていないニーズを確認

ステップ2
- セオリー評価〔整合性評価〕
- ロジックモデルが論理的につながっているか

ステップ3
- プロセス評価〔実行評価〕
- 決めたことを実行しているかどうか

ステップ4
- インパクト評価〔効果評価〕
- アウトプットがアウトカムに対してインパクト効果を発揮しているか

ステップ5
- コストパフォーマンス評価〔費用対効果〕
- 効果から、費用や労力が正当化できるか

連携協議会では、
①ニーズ評価
②セオリー評価
③プロセス評価
④インパクト評価
を行う

中間評価では
プロセス評価と
インパクト評価を
中心に実施

沖縄県（第8次医療計画）では、
②セオリー評価
③プロセス評価
④インパクト評価
を行っている

個別評価シート：ニーズ評価とセオリー評価

評価の種類	評価の観点	評価の着眼点	情報源	事務局意見	委員等意見	判定
必要性（ニーズ）評価	満たされていないニーズがあるか	他の地域に比べて劣後していることは？	地域別データ集等	N/A		A 満たされていない Ⓑ ある程度満たされていない C かなり満たされている D 十分に満たされている
		守るべき規範で満たされていないことは？	法令計画等	厚労省の課長通知「均てん化・集約化に係る基本的な考え方及び検討の進め方（2025年8月29日）」への対応が必要		
整合性（セオリー）評価	ロジックモデルの左右のつながりに、論理的整合性があるか	分野・中間アウトカムは適切か	ロジックモデルの構成概念	「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」をもたらすためには、「集約化と機能分化と連携を行う」ことは必要であるので、整合性は取れている		A 十分整合性が取れている Ⓑ ほぼ整合性が取れている C ある程度整合性が取れている D 見直しの必要あり
		分野・中間アウトカムの指標は適切か	ロジックモデルの指標	カバー率は適切である。さらに、集約化率を指標にする必要がある。		
		分野・中間アウトカム↔施策のつながりが強いか	構成要素間のつながりの確認	患者のアクセスに弊害がないように、集約化による体制整備ができるならば、医療の質を高めた医療が提供できると思われるので、論理的整合性はある		
				人：WGを組織して、約200名が協議した。医療部会担		

個別評価シート：プロセス評価とインパクト評価

評価	実行（プロセス）評価	決めたことをきちんとやっているか	資源は用意されたか	関連情報	人:WGを組織して、約200名が協議した。医療部会担当の琉球大学病院がんセンター職員が事務を行った 物:必要なし 金:なし 情報:全国がん登録と院内がん登録データを活用した		A 予定どおり実行されている B ほぼ実行されている Ⓒ 一部実行されている D 実行されていない
			施策は実施されたか、進捗はどうか	部会等議事録等	指定要件の改定と県への提案までは実行されたが、県の医療機関選定が未達成		
			アウトプットが生まれているか	アウトプット指標	アウトプット欄にある6つのアウトプットが生じた。従来の施設数よりも、少ない施設になる予定である		
			施策関係者はどう感じているか（阻害要因があるかなど）	関係者ヒアリング	特に阻害要因はない		
	効果（インパクト）評価	やったことが効いているのか	アウトカムは向上したか	アウトカム指標	選定された施設のカバー率及び集約化率、医療者調査による実感している割合は、現在は未計測で不明（1年後等に計測予定）		A とても効果を出している B 効果を出している C あまり効果を出していない D 効果を出していない Ⓔ 経過観察 （現時点では判断不可）
			アウトプット指標値とアウトカム指標値の関係は	アウトカムとアウトプットの指標値	アウトプット指標は上部に記載している通りだが、アウトカム指標は上欄の記載の通り未計測で不明（1年後等に計測予定）		
			外部要因の影響は	関係者ヒアリング	事務局の考察では、課長通知「均てん化・集約化に係る基本的な考え方及び検討の進め方（2025年8月29日）」は出たが、その影響は軽微である		

個別評価シート：総合評価

	総合評価	この施策をやり続けるべきか	上記4評価を踏まえての評価	協議会・部会審議での主な意見	ニーズがあり、施策の整合性はあり、実施は行われた。今後、効果があるかを見ていくこととなる。「がん医療集約化のための医療機関の選定」は完了した。次は、実装のための施策として、維持する必要がある。別途、実装施策を検討し、改訂ロジックモデルの施策欄に入れることを検討。		A 強化すべき Ⓑ 維持すべき C 検討を続けるべき D 中止を検討すべき E 中止すべき

分野別評価報告書

- NPO法人がん政策サミット発行の

「がん計画中間評価ガイドブック」

中にある分野別評価報告書に準じて作成予定



出来上がりイメージ

○○○分野

1．分野全体の整合性評価

(1) 分野ゴール（分野アウトカム）の設定

第3期計画では記載していなかったが、当県においても当然「○○○○になること」を目的として施策を推進しているものであり、加筆することとする。

(2) 中間ゴール（中間アウトカム）の設定

3つの中間ゴールを設定し、それぞれ「○○」「○○」「○○」とすることとした。

(3) 個別施策の追加

他県で成果を上げている○○事業について、当県でも実施を検討すべきとの声が多く検討することとする

2．個別施策の評価について

(1) ○○○○○○施策について

① 整合性評価

追加記載された分野ゴール（アウトカム）「○○○○になること」と中間ゴール（アウトカム）1「○○」につながるものであり、目的への効果が見込める妥当な施策と考えられる。

② 実行評価

・予算：予算化されずに診療連携協議会部会費用で賄われ、資源が不足しているため、県予算化を検討する。対象を拡大するためには、追加人員の確保、育成のための予算確保が必要であるので、来年度予算案に盛り込む。

・実施関係者の意見：2施設の意見交換会を開催しノウハウを共有するアイデアが出された。

③ 効果評価

アウトカムの指標値は前回調査より○ポイント向上した。アウトプットの指標は○であった。他の同様プロジェクトを実施している地域の参照データと比べると、アウトカムの指標の向上は高かった。考えられる大きな外部要因を指摘する意見はなかった。総合議論において、本プロジェクトによって効果が生まれているとされた。ただし、毎年、関係者による成果評価を行う必要性が指摘された。

④ 費用対効果評価

これまでは特に予算化はしていなかった中で、成果評価が良好であったため、継続は正当化される。また新規予算化も妥当と考えられる。来年度の年間予算（案）は○万円。本年度と同等のアウトカム向上が見られれば十分に費用対効果はあると考えられる。

⑤ 総合評価

以上より、本施策は現時点では効果がある可能性が高い施策と認められ、来年度も継続して実施することが推奨された。ただし、毎年、協議会（部会）によって成果を確認していく。

(2) ○○○○○○施策について

＜以下、施策の数だけ繰り返します＞

資料10-2

沖縄県がん診療連携協議会

第４次沖縄県がん対策推進計画（連携協議会版）

2026年6月8日更新

沖縄県がん診療連携協議会の所掌外

がんの予防

番号	B 中間アウトカム
①生活習慣(喫煙)	
1	中間アウトカム
1	喫煙率と受動喫煙が減少できている
②生活習慣(飲酒)	
2	中間アウトカム
1	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者が減少できている
③感染症対策(HPV)	
3	中間アウトカム
1	HPV感染率の低下ができている
④感染症対策(肝炎)	
4	中間アウトカム
1	B型・C型肝炎ウィルス陽性者数の減少ができている
⑤感染症対策(HTLV-1)	
5	中間アウトカム
1	HTLV-1 感染者数の減少ができている

番号	A 分野アウトカム
1	分野アウトカム
1	がん種別年齢調整死亡率(75歳未満、全年齢)が減少できている
2	がん種別罹患率が減少できている

がん検診

番号	B 中間アウトカム
①科学的根拠に基づくがん検診の実施について	
1	中間アウトカム
1	科学的根拠に基づいた検診の実施ができている
②がん検診の精度管理等について	
2	中間アウトカム
1	検診の質の管理体制の構築と精度向上ができている
③受診率対策について	
3	中間アウトカム
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

番号	A 分野アウトカム
1	分野アウトカム
1	有効ながん検診を有するがんの死亡の減少ができている
2	有効ながん検診を有するがんの進行がんの減少ができている

医療部会

がん医療提供体制

番号	B 中間アウトカム
①医療提供全般	
1	中間アウトカム
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
②病理診断	
2	中間アウトカム
1	患者が、速やかな病理診断を受けられている
③がんゲノム医療	
3	中間アウトカム
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
④手術療法	
4	中間アウトカム
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
⑤放射線療法	
5	中間アウトカム
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
⑥薬物療法	
6	中間アウトカム
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
⑦チーム医療の推進	
7	中間アウトカム
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
⑧医療実装	
8	中間アウトカム
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

番号	A 分野アウトカム
1	分野アウトカム
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

緩和・支持療法

番号	B 中間アウトカム
1	中間アウトカム
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
2	緩和ケアの質の向上ができている
2	中間アウトカム
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
3	中間アウトカム
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
4	中間アウトカム
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
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

番号	A 分野アウトカム
1	分野アウトカム
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

緩和ケア・在宅医療部会：①緩和ケア、②在宅医療
医療部会：③リハビリテーション、④支持療法
小児・AYA部会：⑤妊孕性温存療法

個別のがん対策

番号	B 中間アウトカム
1	中間アウトカム
1	希少がん患者の生存率の改善ができている
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
2	中間アウトカム
1	難治性がん患者の生存率の改善ができている
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
3	中間アウトカム
1	小児がん患者の生存率の改善ができている
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
4	中間アウトカム
1	AYA世代のがん患者の生存率の改善ができている
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
5	中間アウトカム
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
6	中間アウトカム
1	離島・へき地のがん患者の生存率の改善ができている
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

番号	A 分野アウトカム
1	分野アウトカム
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
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

医療部会：①希少がん、②難治性がん
小児・AYA部会：③小児がん、④AYA世代のがん
医療部会：⑤高齢者のがん
離島・へき地部会：⑥離島・へき地

共生

番号	B 中間アウトカム
1	中間アウトカム
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
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
2	中間アウトカム
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
3	中間アウトカム
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
4	中間アウトカム
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
5	中間アウトカム
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
6	中間アウトカム
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
7	中間アウトカム
1	がん患者の自殺を減らすことができている
8	中間アウトカム
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

番号	A 分野アウトカム
1	分野アウトカム
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

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

情報提供・相談支援部会
緩和ケア・在宅医療部会
情報提供・相談支援部会

基盤

番号	B 中間アウトカム
1	中間アウトカム
1	社会医学研究や臨床試験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
2	中間アウトカム
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
3	中間アウトカム
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
4	中間アウトカム
1	全国がん登録/院内がん登録の利用ができている
5	中間アウトカム
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

番号	A 分野アウトカム
1	分野アウトカム
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

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

協議会
ベンチマーク部会
協議会

C 個別施策

①生活習慣(喫煙)

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	喫煙者の行動に影響する人達から、喫煙者に対して、タバコと禁煙に関する正しい知識を伝える	指標 禁煙希望割合	男性	36.2% (2024) 30.6% (2021) 58.9% (2016)	17.2% (2024) 19.7% (2023) 21.7% (2022) 24.6% (2019)	【参考値】 山口県29.1% 福井県26.3% 高知県25.5% 山形県23.1% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査(2026年02月16日公表) 全国値:厚生労働省「国民健康・栄養調査」(2025年12月2日公表) 参考値:各都道府県「県民健康・栄養調査」
			女性	33.3% (2024) 57.1% (2021) 78.5% (2016)	23.1% (2024) 23.9% (2023) 36.1% (2022) 30.9% (2019)	【参考値】 高知県45.2% 福井県40.5% 山口県29.6% 山形県29.1% (2022)	
	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※1		92.9% (2021)	84.5% (1998)	【参考値】 徳島県91.0% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査(2023年2月17日公表) 全国値:「喫煙と健康問題に関する実態調査」12. 喫煙の健康影響に関する知識 参考値:各都道府県の県民健康・栄養調査
	指標	地域を対象として普及啓発に努めている拠点病院等の割合		33.3% (2025) 33.3% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施) 集計対象6施設

※1「あなたは、たばこが健康に与える影響について、どう思いますか？」に対して、肺がんに影響があると答えた者の割合

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-2	禁煙希望者に禁煙してもらう	指標 NDB-SCR/NDB ニコチン依存症管理料(再掲)	(初回) 外来	181.7 (2022) 161.2 (2021)	100.0	鳥取県231.5 (2022) 鳥取県184.7 (2021)	内閣府　医療提供状況の地域差　診療行為コードB-001-03-05(2024年11月26日公開)
			(2回目から4回目まで) 外来	169.8 (2022) 166.2 (2021)	100.0	鳥取県234.2 (2022) 鳥取県173.4 (2021)	
			(5回目) 外来	148.9 (2022) 170.0 (2021)	100.0	島根県238.0 (2022) 島根県185.6 (2021)	

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-3	公共施設等の受動喫煙防止対策を推進する	指標 望まない受動喫煙(家庭・職場・飲食店)の機会を有する者の割合※	家庭	11.2% (2024) 5.2% (2021) 6.3% (2016)	4.4% (2024) 5.0% (2023) 4.7% (2022) 6.9% (2019)	【参考値】 徳島県8.6% 高知県5.9% 福井県5.2% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査(2026年02月16日公表) 全国値:厚生労働省「国民健康・栄養調査」(2025年12月2日公表) 参考値:各都道府県の県民健康・栄養調査
			職場	12.7% (2024) 20.6% (2021) 25.5% (2016)	16.9% (2024) 17.0% (2023) 18.7% (2022) 26.1% (2019)	【参考値】 高知県23.1% 福井県16.7% (2022)	
			飲食店	17.0% (2024) 23.2% (2021) 48.3% (2016)	16.7% (2024) 16.0% (2023) 14.8% (2022) 29.6% (2019)	【参考値】 福井県13.9% 高知県10.8% (2022)	

※「望まない受動喫煙(家庭・職場・飲食店)の機会を有する者」とは、「家庭」「職場」「飲食店」のいずれか1つ以上において月1回以上受動喫煙の機会を有する者。

②生活習慣(飲酒)

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1	ハイリスク飲酒者に対する簡易介入を行う	指標 ハイリスク飲酒者※の割合(再掲)	男 (40g)	25.8% (2024) 27.7% (2021) 19.4% (2016)	13.9% (2024) 14.1% (2023) 13.5% (2022) 14.9% (2019)	【参考値】 香川県21.5% 高知県16.8% 徳島県16.6% 石川県13.9% 山口県12.4% 鳥取県12.4% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査(2026年02月16日公表) 全国値:厚生労働省「国民健康・栄養調査」(2025年12月2日公表) 参考値:各都道府県「県民健康・栄養調査」
			女 (20g)	11.4% (2024) 42.0% (2021) 10.9% (2016)	9.3% (2024) 9.5% (2023) 9.0% (2022) 9.1% (2019)	【参考値】 高知県9.6% 香川県9.0% 徳島県8.4% 石川県7.5% 鳥取県6.0% 山口県5.9% (2022)	

※生活習慣病リスクを高める飲酒をしている人の割合

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-2	ハイリスク飲酒に関する正しい知識を伝える	指標 「節度ある適度な飲酒」の認知度		男45.7% 女37.0% (2021) 男36.7% 女27.6% (2016)	比較可能 データなし	【参考値】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　224項　(2023年2月17日公表) 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」3項　ASK調べ (2023年9月)

B 中間アウトカム

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	喫煙率と受動喫煙が減少できている	指標 20歳以上の者の喫煙率	男性	26.1% (2022) 29.5% (2019) 29.6% (2016)	25.4% (2022) 28.8% (2019) 31.1% (2016)	東京都20.2% (2022) 京都府24.3% (2019) 京都府27.0% (2016)	国立がん研究センターがん情報サービス　5. 都道府県別喫煙率「国民生活基礎調査による都道府県別喫煙率データ」2001～2022年 (2025年1月31日公開)
			女性	8.4% (2022) 8.8% (2019) 7.6% (2016)	7.7% (2022) 8.8% (2019) 9.5% (2016)	香川県4.9% (2022) 島根県4.2% (2019) 島根県5.0% (2016)	
		指標 中学生・高校生の喫煙者の割合	中学生	比較可能 データなし	0.2% (2021)	比較可能 データなし	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% (2021) 男子4.4% 女子1.7% (2016)	0.7% (2021)	比較可能 データなし	
		指標 妊婦の喫煙率		2.1% (2023) 2.1% (2022)	1.6% (2023) 2.1% (2022)	山形県0.9% (2023) 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(2025年3月27日公開)
		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	5.2% (2021) 6.3% (2016)	4.4% (2024) 5.0% (2023) 4.7% (2022) 6.9% (2019)	【参考値】 徳島県8.6% 高知県5.9% 福井県5.2% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査(2023年2月17日公表) 全国値:厚生労働省「国民健康・栄養調査」(2025年12月2日公表) 参考値:各都道府県の県民健康・栄養調査
			職場	20.6% (2021) 25.5% (2016)	16.9% (2024) 17.0% (2023) 18.7% (2022) 26.1% (2019)	【参考値】 高知県23.1% 福井県16.7% (2022)	
			飲食店	23.2% (2021) 48.3% (2016)	16.7% (2024) 16.0% (2023) 14.8% (2022) 29.6% (2019)	【参考値】 福井県13.9% 高知県10.8% (2022)	
		指標 NDB-SCR/NDB ニコチン依存症管理料	(初回) 外来	181.7 (2022) 161.2 (2021)	100.0	鳥取県231.5 (2022) 鳥取県184.7 (2021)	内閣府　医療提供状況の地域差　診療行為コードB-001-03-05(2024年11月26日公開)
			(2回目から4回目まで) 外来	169.8 (2022) 166.2 (2021)	100.0	鳥取県234.2 (2022) 鳥取県173.4 (2021)	
			(5回目) 外来	148.9 (2022) 170.0 (2021)	100.0	島根県238.0 (2022) 島根県185.6 (2021)	

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者が減少できている	指標 ハイリスク飲酒者の割合	男 (40g)	17.2% (2021) 19.4% (2016)	13.9% (2024) 14.1% (2023) 13.5% (2022) 14.9% (2019)	【参考値】 香川県21.5% 高知県16.8% 徳島県16.6% 石川県13.9% 山口県12.4% 鳥取県12.4% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査　224項　(2023年2月17日公表) 全国値:厚生労働省「国民健康・栄養調査」(2025年12月2日公表) 参考値:各都道府県「県民健康・栄養調査」
			女 (20g)	13.1% (2021) 10.9% (2016)	9.3% (2024) 9.5% (2023) 9.0% (2022) 9.1% (2019)	【参考値】 高知県9.6% 香川県9.0% 徳島県8.4% 石川県7.5% 鳥取県6.0% 山口県5.9% (2022)	

※生活習慣病リスクを高める飲酒をしている人の割合

A 分野アウトカム

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	がん種別年齢調整死亡率(75歳未満、全年齢)が減少できている	指標 がん種別年齢調整死亡率	全部位	男86.5 女57.2 (2023) 男86.5 女59.6 (2022)	男79.1 女53.3 (2023) 男81.1 女54.9 (2022)	男　長野県60.5 女　滋賀県42.2 (2023) 男　長野県65.2 女　徳島県47.1 (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) 1. 死亡　都道府県別がん死亡データ　部位別75歳未満年齢調整死亡率 (2025年11月12日公表)
			胃	男5.9 女2.5 (2024) 男4.9 女2.7 (2023) 男6.3 女2.5 (2022)	男7.9 女3.2 (2024) 男8.4 女3.3 (2023) 男9.0 女3.7 (2022)	男　熊本県5.8 女　東京都2.2 (2024) 男　熊本県4.9 沖縄県4.9 女　佐賀県1.9 (2023) 男　熊本県5.8 女　大分県2.4 (2022)	
			大腸	男17.5 女8.3 (2024) 男17.8 女8.4 (2023) 男14.4 女8.2 (2022)	男12.6 女7.2 (2024) 男12.3 女7.2 (2023) 男12.4 女7.2 (2022)	男　滋賀県8.4 女　滋賀県5.0 (2024) 男　香川県7.2 女　山形県4.3 (2023) 男　滋賀県9.2 女　岡山県5.0 (2022)	
			肝(肝細胞・肝内胆管)	男5.7 女1.6 (2023) 男6.7 女1.9 (2022)	男5.4 女1.4 (2023) 男5.7 女1.5 (2022)	男　滋賀県3.1 女　秋田県0.7 (2023) 男　石川県3.3 女　石川県0.5 (2022)	
			肺	男17.8 女4.2 (2024) 男18.4 女5.3 (2023) 男18.8 女4.2 (2022)	男17.0 女5.3 (2024) 男17.8 女5.6 (2023) 男18.4 女5.8 (2022)	男 山梨県12.0 女 福井県 3.2 (2024) 男 長野県11.7 女 福井県 3.4 (2023) 男 山梨県13.1 女 島根県 3.1 (2022)	
			女性乳房	女11.0 (2024) 女11.5 (2023) 女10.3 (2022)	女10.0 (2024) 女10.0 (2023) 女10.4 (2022)	女 徳島県5.1 (2024) 女 滋賀県6.1 (2023) 女 島根県5.4 (2022)	
			子宮頸部	女5.9 (2024) 女5.9 (2023) 女7.1 (2022)	女4.9 (2024) 女5.1 (2023) 女5.1 (2022)	女 島根県1.9 (2024) 女 石川県2.9 (2023) 女 徳島県3.0 (2022)	
			成人T細胞白血病リンパ腫	男3.8 女2.3 (2024) 男3.1 女1.8 (2023) 男4.5 女2.7 (2022)	男2.7 女1.5 (2024) 男2.7 女1.4 (2023) 男2.8 女1.5 (2022)	男　島根県1.6 香川県1.6 女 山梨県0.6 (2024) 男 山形県1.1 女 香川県0.3 (2023) 男 島根県1.8 女 鳥取県他0.6 (2022)	

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-2	がん種別罹患率が減少できている	指標 がん種別年齢調整罹患率	全部位	男393.6 女348.7 (2023) 男377.9 女318.6 (2022) 男387.6 女338.1 (2021)	男420.9 女344.9 (2023) 男425.2 女340.6 (2022) 男429.9 女344.7 (2021)	男 宮崎県383.6 女 滋賀県316.6 (2023) 男 沖縄県377.9 女 滋賀県312.8 (2022) 男　秋田県 508.5 女　青森県 373.9 (2021)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」 1)全国がん登録 2. 罹患　都道府県別がん罹患データ　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(2026年3月11日更新)
			胃	男27.1 女10.9 (2023) 男27.0 女13.8 (2022) 男28.9 女13.3 (2021)	男49.8 女18.9 (2023) 男52.8 女20.0 (2022) 男55.5 女20.7 (2021)	男 沖縄県27.1 女 沖縄県10.9 (2023) 男 沖縄県27.0 女 沖縄県13.8 (2022) 男 沖縄県28.9 女 沖縄県13.3 (2021)	
			大腸	男82.7 女42.7 (2023) 男74.8 女41.9 (2022) 男79.4 女42.1 (2021)	男69.1 女44.2 (2023) 男68.9 女43.4 (2022) 男71.1 女44.7 (2021)	男 香川県57.6 女 大分県36.8 (2023) 男 熊本県57.1 女 宮崎県33.2 (2022) 男 大分県55.8 女 宮崎県34.7 (2021)	
			肝臓	男14.7 女4.2 (2023) 男14.7 女4.8 (2022) 男15.3 女5.2 (2021)	男15.8 女5.0 (2023) 男16.6 女5.3 (2022) 男17.2 女5.4 (2021)	男 新潟県11.2 女 新潟県3.0 (2023) 男 新潟県13.3 女 滋賀県3.7 (2022) 男 新潟県11.9 女 岩手県3.7 (2021)	
			肺	男43.2 女19.8 (2023) 男45.4 女17.9 (2022) 男49.8 女20.5 (2021)	男56.9 女25.3 (2023) 男57.8 女24.8 (2022) 男59.5 女25.1 (2021)	男 沖縄県43.2 女 沖縄県19.8 (2023) 男 沖縄県45.4 女 沖縄県17.9 (2022) 男 沖縄県49.8 女 秋田県20.3 (2021)	
			女性乳房	女122.1 (2023) 女103.7 (2022) 女106.1 (2021)	女105.6 (2023) 女103.4 (2022) 女102.3 (2021)	女 福島県89.6 (2023) 女 福井県88.9 (2022) 女 山口県88.9 (2021)	
			子宮頸部	女19.2 (2023) 女18.5 (2022) 女14.9 (2021)	女13.3 (2023) 女13.3 (2022) 女13.6 (2021)	女 石川県9.1 (2023) 女 石川県8.1 (2022) 女 山形県8.0 (2021)	
			成人T細胞白血病リンパ腫	男10.7 女7.3 (2023) 男11.1 女7.9 (2022) 男10.2 女10.0 (2021)	男9.3 女5.8 (2023) 男8.8 女5.7 (2022) 男9.1 女6.0 (2021)	男 香川県6.9 女 鳥取県3.2 (2023) 男 徳島県6.1 女 香川県2.8 (2022) 男 鳥取県5.7 女 岐阜県4.2 (2021)	

③感染症対策(HPV)

3-1	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
	指標	HPVワクチンの接種率	定期接種	7.4 (2024) 5.3 (2023)	13.9 (2024) 12.3 (2023)	宮崎県20.8 (2024) 山形県18.3 (2023)	厚生労働省HP「都道府県別単年度HPVワクチン接種率(速報値)」(2026年1月27日閲覧)
			キャッチアップ接種	8.8 (2024) 2.4 (2023)	15.4 (2024) 5.8 (2023)	山形県20.4 (2024) 宮崎県10.5 (2023)	
			定期+キャッチアップ	8.3 (2024) 3.4 (2023)	15.0 (2024) 7.8 (2023)	山形県20.2 (2024) 宮崎県12.4 (2023)	

3-2	HPVワクチンの予防接種後に生じた症状への対応を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	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		【参考値】 協力医療機関 新規受診患者数 325人 (2024) 146人 (2023) 137人 (2022)	比較可能 データなし	参考値: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「HPVワクチンの安全性に関するフォローアップ研究」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受診患者数(2025年7月25日)

④感染症対策(肝炎)

4-1	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
	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 95.6% 2回目 96.0% 3回目 95.2% (2023) 1回目 96.0% 2回目 96.4% 3回目 94.3% (2022) 1回目 98.0% 2回目 97.5% 3回目 95.3% (2021)	比較可能 データなし	沖縄県値:沖縄県がん対策推進計画(21項)より、ワクチン・検査推進課調べ (2024年5月15日) 全国値:厚生労働省HP「定期の予防接種実施者数」 (2026年1月27日閲覧)

4-2	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
	指標	肝疾患専門医療機関数		13施設 対人口100万人 8.9施設 (2024) 13施設 対人口100万人 8.9施設 (2023) 13施設 対人口100万人 8.9施設 (2021)	3,319施設 対人口100万人 26.3施設 (2024) 3,249施設 対人口100万人 25.8施設 (2023) 3,255施設 対人口100万人 25.8施設 (2021)	高知県67施設 対人口100万人 96.9施設 (2024) 高知県67施設 対人口100万人 96.9施設 (2023) 高知県69施設 対人口100万人 99.8施設 (2021)	肝炎対策推進協議会資料「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」肝炎医療コーディネーターの養成数(2026年3月6日)
	指標	公費肝炎検査実施数(受検者数)	B型肝炎ウイルス検査	4,871人 対人口10万人 331.9人 (2023) 5,368人 対人口10万人 365.3人 (2022)	789,363人 対人口10万人 625.8人 (2023) 786,219人 対人口10万人 632.6人 (2022)	山梨県17,992人 対人口10万人 2,221.3人 (2023) 山梨県19,764人 対人口10万人 2488.5人 (2022)	肝炎対策推進協議会資料「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」都道府県別のB型・C型肝炎ウイルス検査の受検者数 (2026年3月6日)
			C型肝炎ウイルス検査	4,563人 対人口10万人 310.9人 (2023) 4,970人 対人口10万人 338.2人 (2022)	777,347人 対人口10万人 616.2人 (2023) 776,202人 対人口10万人 624.6人 (2022)	山梨県17,804人 対人口10万人 2,198.1人 (2023) 山梨県19,689人 対人口10万人 2479.1人 (2022)	

4-3	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
	指標	肝炎医療コーディネーターの養成者数		0人 (2024) 19人 (2023) 0人 (2022) 0人 (2021)	6,010人 (2024) 5,833人 (2023) 5,628人 (2022) 4,397人 (2021)	大阪府819人 (2024) 大阪府805人 (2023) 大阪府871人 (2022) 大阪府954人 (2021)	肝炎対策推進協議会資料「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」肝炎医療コーディネーターの養成数(2026年3月6日)
	指標	公費肝炎治療開始者数	B型肝炎	750人 (2024) 752人 (2023) 745人 (2022)	91,131人 (2024) 88,920人 (2023) 89,121人 (2022)	北海道7,827人 (2024) 東京都7,302人 (2023) 北海道7,177人 (2022)	肝炎対策推進協議会資料「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」医療費助成(都道府県別受給件数)(2026年3月6日)
			C型肝炎	35人 (2024) 38人 (2023) 47人 (2022)	6,848人 (2024) 7,904人 (2023) 9,221人 (2022)	大阪府559人 (2024) 東京都643人 (2023) 大阪府756人 (2022)	

⑤感染症対策(HTLV-1)

5-1	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
	指標	HTLV-1抗体検査の公費負担実施率	100% (2025) 100% (2024)	100% (2025) 100% (2024)	北海道他100% (2025) 北海道他100% (2024)	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」(2026年4月8日公表)

5-2	保健所においてHTLV-1抗体検査と相談指導を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	HTLV-1の保健所の検査数	4 (2023) 12 (2022)	175 (2023) 87 (2022)	佐賀県 90 (2023) 長崎県 32 (2023)	感染症課調査【2026年4月23日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標(都道府県単位)】

3-1	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
	指標	HPVワクチンの接種率	定期接種	7.4 (2024) 5.3 (2023)	13.9 (2024) 12.3 (2023)	宮崎県20.8 (2024) 山形県18.3 (2023)	厚生労働省HP「都道府県別単年度HPVワクチン接種率(速報値)」(2026年1月27日閲覧)
			キャッチアップ接種	8.8 (2024) 2.4 (2023)	15.4 (2024) 5.8 (2023)	山形県20.4 (2024) 宮崎県10.5 (2023)	
			定期+キャッチアップ	8.3 (2024) 3.4 (2023)	15.0 (2024) 7.8 (2023)	山形県20.2 (2024) 宮崎県12.4 (2023)	

4-1	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
	指標	B型・C型肝炎ウイルス検査受検率	B型肝炎	81.9% (2024) 80.3% (2021)	88.7% (2024) 86.5% (2021)	和歌山県他100% (2024) 鹿児島県100% (2021)	厚生労働科学研究(田中班)【2025年10月5日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標(都道府県単位)】
			C型肝炎	64.2% (2024) 62.8% (2021)	79.3% (2024) 77.5% (2021)	佐賀県100% (2024) 鹿児島県95.5% (2021)	
		B型・C型肝炎ウイルス陽性者数	B型肝炎	79人 対人口10万人 53.8人 (2023)	3,908人 対人口10万人 31.0人 (2023)	山口県8人 対人口10万人 6.0人 (2023)	「地域保健・健康増進事業報告(健康増進編)」及び「特定感染症検査等事業実績報告」【2025年10月5日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標(都道府県単位)】
			C型肝炎	3人 対人口10万人 2.0人 (2023)	1,308人 対人口10万人 10.4人 (2023)	高知県0人 対人口10万人 0人 (2023)	

5-1	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
	指標	HTLV-1感染率		算出不可	算出不可	算出不可	厚生労働科学研究【2025年10月5日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標(都道府県単位)】

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

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	97.6% (2023) 97.6% (2022)	99.8% (2023) 99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2023) 北海道他 100.0% (2022)	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. がん検診の実施状況(住民検診)「厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」」①がん検診実施状況(2025年11月13日公表)
				大腸	100% (2023) 100% (2022)	100% (2023) 100% (2022)	47都道府県全て 100.0% (2023) 47都道府県全て 100.0% (2022)	
				肺	100% (2023) 100% (2022)	99.8% (2023) 99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2023) 北海道他 100.0% (2022)	
				女性乳房	100% (2023) 100% (2022)	99.9% (2023) 99.8% (2022)	青森県他 100.0% (2023) 北海道他 100.0% (2022)	
				子宮頸部	100% (2023) 100% (2022)	99.9% (2023) 99.9% (2022)	北海道他 100.0% (2023) 北海道他 100.0% (2022)	

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2件/5.3% 個別1件/3.4% (2023) 集団3件/7.9% 個別1件/3.4% (2022)	集団485件/29.3% 個別295件/26.8% (2023) 集団478件/28.8% 個別293件/27.1% (2022)	集団0件/0.0%(宮城県他) 個別0件/0.0 %(三重県他) (2023) 集団0件/0.0%(滋賀県) 個別0件/0.0%(宮城県他) (2022)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」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)②がん検診実施状況(集団_個別)(2025年11月13日公表)
				大腸	集団0件/0.0% 個別1件/3.8% (2023) 集団2件/5.0% 個別0件/0.0% (2022)	集団82件/5.1% 個別39件/3.9% (2023) 集団96件/6.0% 個別36件/3.7% (2022)	集団0件/0.0%(北海道他) 個別0件/0.0 %(青森県他) (2023) 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/4.9% 個別2件/7.4% (2023) 集団2件/5.0% 個別3件/11.1% (2022)	集団319件/19.2% 個別227件/30.4% (2023) 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) (2023) 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11件/31.4% 個別16件/50.0% (2023) 集団12件/33.3% 個別17件/53.1% (2022)	集団708件/43.7% 個別573件/39.5% (2023) 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) (2023) 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6件/16.7% 個別5件/16.1% (2023) 集団7件/20.0% 個別5件/16.1% (2022)	集団389件/87.1% 個別323件/20.5% (2023) 集団387件/26.2% 個別333件/21.2% (2022)	集団0件/0.0%(滋賀県他) 個別0件/0.0 %(長崎県) (2023) 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

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)	51.5% (2024) 17.5% (2023)	【参考値】 研修終了者数 1,553名(2024) 1,139名(2023)	【参考値】 研修終了者数 121名(2024) 93名(2023) ※都道府県名非公開	沖縄県値:市町村調査(2025年7月)
				従事者研修(実務)	10.3% (2024) 6.3% (2023)	【参考値】 研修終了者数 669名(2023) 741名(2024)	【参考値】 研修終了者数 69名(2024) 52名(2023) ※都道府県名非公開	参考値:国立がん研究センターがん対策研究所検診研究部検診実施管理研究室事務局提供データ
				指導者研修	5.9% (2024) 0% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:市町村調査(2025年7月)

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	40/68人 (2024) 25/63人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:市町村調査(2025年7月)

B 中間アウトカム

1-1	科学的根拠に基づいた検診の実施ができている	指標	指針の遵守市町村の割合	胃	97.6% (2023) 97.6% (2022)	99.8% (2023) 99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2023) 北海道他 100.0% (2022)	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. がん検診の実施状況(住民検診)「厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」」①がん検診実施状況(2025年11月13日公表)
				大腸	100% (2023) 100% (2022)	100% (2023) 100% (2022)	47都道府県全て 100.0% (2023) 47都道府県全て 100.0% (2022)	
				肺	100% (2023) 100% (2022)	99.8% (2023) 99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2023) 北海道他 100.0% (2022)	
				女性乳房	100% (2023) 100% (2022)	99.9% (2023) 99.8% (2022)	青森県他 100.0% (2023) 北海道他 100.0% (2022)	
				子宮頸部	100% (2023) 100% (2022)	99.9% (2023) 99.9% (2022)	北海道他 100.0% (2023) 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	要精検率	胃 (エックス線)	男5.32% 女3.49% (2022) 男8.14% 女6.17% (2021) 男7.42% 女5.60% (2020)	男7.25% 女4.51% (2022) 男7.70% 女4.79% (2021) 男7.99% 女5.06% (2020)	男 鹿児島県11.57% 女 秋田県 6.85% (2022) 男 山梨県12.45% 女 山梨県 7.03% (2021) 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」がん検診に関する統計データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標(住民検診)2025年12月10日公表
				胃 (内視鏡)	男4.69% 女4.00% (2022) 男6.71% 女4.50% (2021) 男5.42% 女3.71% (2020)	男8.33% 女5.85% (2022) 男8.71% 女6.09% (2021) 男8.95% 女6.42% (2020)	男 奈良県16.58% 女 奈良県11.30% (2022) 男 奈良県17.58% 女 奈良県13.05% (2021) 男 奈良県19.27% 女 奈良県15.84% (2020)	
				大腸	男8.30% 女5.48% (2022) 男8.18% 女5.64% (2021) 男8.44% 女6.04% (2020)	男8.32% 女5.61% (2022) 男8.74% 女5.94% (2021) 男9.39% 女6.63% (2020)	男 長崎県10.85% 女 長崎県 7.27% (2022) 男 長崎県11.43% 女 長崎県 7.77% (2021) 男 長崎県12.35% 女 長崎県 8.89% (2020)	
				肺	男2.40% 女1.57% (2022) 男2.49% 女1.87% (2021) 男2.15% 女1.61% (2020)	男2.47% 女1.88% (2022) 男2.41% 女1.85% (2021) 男2.42% 女1.86% (2020)	男 福井県4.64% 女 滋賀県3.60% (2022) 男 福井県5.10% 女 福井県3.45% (2021) 男 福井県4.43% 女 福井県3.28% (2020)	
				女性乳房	女6.12% (2022) 女7.58% (2021) 女7.64% (2020)	女5.64% (2022) 女5.72% (2021) 女5.86% (2020)	女 山口県9.55% (2022) 女 山口県9.75% (2021) 女 山口県9.96% (2020)	
				子宮頸部	女2.35% (2022) 女2.40% (2021) 女2.17% (2020)	女2.01% (2022) 女2.09% (2021) 女2.20% (2020)	女 島根県3.58% (2022) 女 島根県4.01% (2021) 女 宮城県1.35% (2020)	
				胃 (エックス線)	男43.34% 女56.35% (2022) 男50.67% 女62.02% (2021) 男56.77% 女66.52% (2020)	男79.39% 女85.01% (2022) 男79.03% 女84.62% (2021) 男79.45% 女84.72% (2020)	男 滋賀県93.79% 女 宮城県94.83% (2022) 男 鹿児島県90.75% 女 鹿児島県95.27% (2021) 男 宮城県91.70% 女 宮城県96.01% (2020)	

A 分野アウトカム

1-1	有効ながん検診を有するがんの死亡の減少ができている	指標	検診がん種別(胃、大腸 、肺、乳房(女)、子宮頸)年齢調整死亡率	胃	男5.9 女2.5 (2024) 男4.9 女2.7 (2023) 男6.3 女2.5 (2022)	男7.9 女3.2 (2024)男 8.4 女3.3 (2023) 男9.0 女3.7 (2022)	男 熊本県 5.8 女 東京都 2.2 (2024) 男 熊本県 4.9 沖縄県 4.9 女 佐賀県 1.9 (2023) 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)1. 死亡 都道府県別がん死亡データ部位別75歳未満年齢調整死亡率(2025年11月12日公表)
				大腸	男17.5 女8.3 (2024) 男17.8 女8.4 (2023) 男14.4 女8.2 (2022)	男12.6 女7.2 (2024)男 12.3 女7.2 (2023) 男12.4 女7.2 (2022)	男 滋賀県 8.4 女 滋賀県 5.0 (2024) 男 香川県 7.2 女 山形県 4.3 (2023) 男 滋賀県 9.2 女 岡山県 5.0 (2022)	
				肺	男17.8 女4.2 (2024) 男18.4 女5.3 (2023) 男18.8 女4.2 (2022)	男17.0 女5.3 (2024)男 17.8 女5.6 (2023)男 18.4 女5.8 (2022)	男 山梨県 12.0 女 福井県 3.2 (2024) 男 長野県 11.7 女 福井県 3.4 (2023) 男 山梨県 13.1 女 島根県 3.1 (2022)	
				女性乳房	女11.0 (2024) 女11.5 (2023) 女10.3 (2022)	女10.0 (2024)女 10.0 (2023)女 10.4 (2022)	女 徳島県 5.1 (2024) 女 滋賀県 6.1 (2023) 女 島根県 5.4 (2022)	
				子宮頸部	女5.9 (2024) 女5.9 (2023) 女7.1 (2022)	女4.9 (2024)女 5.1 (2023)女 5.1 (2022)	女 島根県 1.9 (2024) 女 石川県 2.9 (2023) 女 徳島県 3.0 (2022)	

1-2	有効ながん検診を有するがんの進行がんの減少ができている	指標	検診がん種別(胃、大腸 、肺、乳房(女)、子宮頸)進行がん罹患率	胃※	32.0 (2023) 35.4 (2022) 34.4 (2021)	25.7 (2023) 25.6 (2022) 25.8 (2021)	宮城県18.6 (2023) 宮城県19.2 (2022) 宮城県20.2 (2021)	全国がん登録罹患数・率 25-1-B 上皮内がん含む 進展度・総合(%)(隣接臓器浸潤+遠隔転移)※25-1-A 上皮内がん除く:進展度・総合(%)(隣接臓器浸潤+遠隔転移)2026年1月16日公開
				大腸	29.5 (2023) 29.9 (2022) 28.9 (2021)	24.1 (2023) 24.1 (2022) 24.0 (2021)	山形県20.3 (2023) 山形県20.3 (2022) 宮城県20.1 (2021)	
				肺	50.9 (2023) 56.8 (2022) 53.4 (2021)	45.7 (2023) 45.7 (2022) 45.9 (2021)	大分県36.5 (2023) 大分県37.8 (2022) 宮崎県39.1 (2021)	
				女性乳房	9.7 (2023) 10.3 (2022) 10.1 (2021)	9.9 (2023) 9.8 (2022) 9.9 (2021)	山梨県7.2 (2023) 宮崎県6.8 (2022) 徳島県6.3 (2021)	
				子宮頸部	16.3 (2023) 18.4 (2022) 14.2 (2021)	16.1 (2023) 16.4 (2022) 15.3 (2021)	香川県9.4 (2023) 佐賀県10.0 (2022) 高知県9.7 (2021)	

参考データ

1-3		指標	検診がん種別早期がん割合	胃※	53.1 (2023) 54.3 (2022) 54.2 (2021) 53.8 (2020)	59.0 (2023) 59.1 (2022) 58.8 (2021) 57.4 (2020)	宮城県66.9 (2023) 宮城県67.8 (2022) 宮城県67.3 (2021) 宮城県68.0 (2020)	全国がん登録罹患数・率 25-1-B 上皮内がん含む 進展度・総合(%)(上皮内+限局)※25-1-A 上皮内がん除く:進展度・総合(%)(限局) 2026年1月16日公開
				大腸	54.4 (2023) 53.7 (2022) 55.2 (2021) 56.4 (2020)	58.6 (2023) 58.3 (2022) 58.3 (2021) 57.9 (2020)	山形県63.5 (2023) 広島県63.1 (2022) 宮城県63.2 (2022) 広島県63.1 (2020)	
				肺	35.9 (2023) 30.5 (2022) 31.6 (2021) 29.08 (2020)	38.6 (2023) 38.2 (2022) 37.7 (2021) 36.4 (2020)	長野県46.9 (2023) 愛媛県45.1 (2022) 広島県44.9 (2021) 島根県45.1 (2020)	
				女性乳房	73.3 (2023) 68.4 (2022) 70.0 (2021) 70.0 (2020)	66.2 (2023) 65.6 (2022) 65.4 (2021) 64.3 (2020)	沖縄県73.3 (2023) 徳島県70.5 (2022) 滋賀県71.3 (2021) 香川県72.8 (2020)	
				子宮頸部	79.2 (2023) 77.4 (2022) 82.3 (2021) 80.7 (2020)	80.0 (2023) 79.5 (2022) 80.5 (2021) 79.9 (2020)	山形県87.2 (2023) 佐賀県86.5 (2022) 高知県88.1 (2021) 熊本県87.4 (2020)	

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	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	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※1	0% （2018～2025年度）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：沖縄県健康長寿課からのデータ提供 （2026年5月26日確認）

※1がん登録推進法第19条市町村等への提供（がん登録情報の利用申請者が市町村長等であるもの）に基づく市町村からの申請

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	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	県が指導・助言等を行った市町村数※2	41/41市町村	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：沖縄県健康長寿課からのデータ提供

※2国立がん研究センターが実施した「市区町村におけるかん検診チェックリストの使用に関する実態調査」の調査結果をもとに、県は「沖縄県生活習慣病検診管理協議会」において分析・評価を行い、その評価を市町村に通知し指導、助言を行っている。（外部リンク）

2-1	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		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	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	市町村	胃（エックス線）	65.6% （2024） 64.1% （2023） 68.1% （2022）	84.3% （2024） 83.6% （2023） 82.5% （2022）	福井県98.4% （2024） 福井県98.5% （2023） 福井県98.6% （2022）	国立がん研究センター がん情報サービス 2-2. 市区町村用チェックリスト実施率（住民検診）「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」集団検診（2025年11月13日公表）
				胃（内視鏡）	集計不可 （2024） 55.8% （2023） 50.0% （2022）	81.7% （2024） 78.6% （2023） 74.2% （2022）	鳥取県100% （2024） 香川県94.2% （2023） 三重県94.2% （2022）	
				大腸	64.5% （2024） 62.6% （2023） 65.6% （2022）	83.8% （2024） 83.0% （2023） 81.8% （2022）	石川県99.4% （2024） 新潟県・福井県98.5% （2023） 石川県98.6% （2022）	
				肺	64.6% （2024） 62.6% （2023） 66.9% （2022）	84.0% （2024） 83.1% （2023） 82.0% （2022）	福井県98.4% （2024） 福井県98.5% （2023） 福井県98.6% （2022）	
				女性乳房	66.6% （2024） 66.3% （2023） 65.6% （2022）	84.3% （2024） 83.7% （2023） 82.4% （2022）	石川県99.5% （2024） 福井県98.8% （2023） 石川県99.2% （2022）	
				子宮頸部	64.0% （2024） 62.6% （2023） 63.5% （2022）	83.9% （2024） 83.1% （2023） 82.2% （2022）	福井県98.8% （2024） 福井県98.7% （2023） 福井県98.5% （2022）	
			検診実施機関	胃（エックス線）	79.7% （2023） 75.9% （2022）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：沖縄県Webサイト「がん検診精度管理調査等結果」市町村結果・検診機関結果（集団・個別）（2025年1月公表）
				胃（内視鏡）	81.9% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				大腸	87.1% （2023） 86.1% （2022）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				肺	79.9% （2023） 78.7% （2022）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				女性乳房	88.7% （2023） 87.0% （2022）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				子宮頸部	88.8% （2023） 87.6% （2022）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			市町村		100% （2023） 100% （2022） 100% （2021）	比較可能 データなし	【参考値】 宮崎県100% 徳島県100% （2023）	
				胃（エックス線）	94.7% 回答17/19機関 （2023） 93.2% （2022）	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県61.8% 回答47/76機関 （2024）	
				胃（内視鏡）	89.7% 回答61/68機関 （2023） 89.3% （2022）	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県80.9% 回答114/141機関 （2024）	

指標	精検受診率	胃（内視鏡）	男63.70% 女65.78% （2022） 男62.00% 女67.12% （2021） 男58.45% 女65.81% （2020）	男93.23% 女94.17% （2022） 男92.76% 女93.89% （2021） 男92.93% 女93.40% （2020）	男 岩手県他100.00% 女 岩手県他100.00% （2022） 男 秋田県他100.00% 女 秋田県他100.00% （2021） 男　滋賀県他100.00% 女　宮崎県他100.00% （2020）
		大腸	男49.09% 女55.00% （2022） 男52.96% 女59.84% （2021） 男54.47% 女58.29% （2020）	男67.47% 女70.78% （2022） 男67.30% 女70.46% （2021） 男67.06% 女70.13% （2020）	男 滋賀県86.91% 女 滋賀県89.72% （2022） 男 滋賀県84.72% 女 滋賀県88.32% （2021） 男　滋賀県85.50% 女　滋賀県89.57% （2020）
		肺	男56.93% 女64.44% （2022） 男55.32% 女63.48% （2021） 男60.78% 女70.75% （2020）	男80.16% 女84.35% （2022） 男80.14% 女84.34% （2021） 男80.50% 女84.61% （2020）	男 滋賀県95.82% 女 滋賀県97.29% （2022） 男 滋賀県　95.17% 女 鹿児島県95.68% （2021） 男　滋賀県94.21% 女　滋賀県96.93% （2020）
		女性乳房	女72.89% （2022） 女77.83% （2021） 女78.00% （2020）	女89.96% （2022） 女90.22% （2021） 女90.13% （2020）	女 滋賀県98.01% （2022） 女 滋賀県98.19% （2021） 女　宮城県97.54% （2020）
		子宮頸部	女63.54% （2022） 女62.74% （2021） 女71.29% （2020）	女77.96% （2022） 女77.59% （2021） 女76.59% （2020）	女 滋賀県95.06% （2022） 女 宮城県96.39% （2021） 女　宮城県96.02% （2020）
指標	精検未受診率	胃（エックス線）	男21.22% 女　8.79% （2022） 男15.75% 女13.21% （2021） 男11.32% 女12.42% （2020）	男8.88% 女5.74% （2022） 男8.81% 女5.90% （2021） 男8.99% 女5.94% （2020）	男　沖縄県21.22% 女 和歌山県13.89% （2022） 男 北海道20.37% 女 三重県16.06% （2021） 男　福井県0.93% 女　島根県0.80% （2020）
		胃（内視鏡）	男 9.88% 女 6.89% （2022） 男13.64% 女12.26% （2021） 男13.93% 女9.25% （2020）	男1.69% 女1.19% （2022） 男1.77% 女1.54% （2021） 男1.53% 女1.20% （2020）	男 岩手県他0.00% 女 岩手県他0.00% （2022） 男　青森県他0.00% 女　青森県他0.00% （2021） 男　青森県他0.00% 女　宮城県他0.00% （2020）
		大腸	男19.82% 女16.73% （2022） 男19.28% 女16.48% （2021） 男18.11% 女15.35% （2020）	男15.14% 女13.60% （2022） 男15.33% 女13.98% （2021） 男14.92% 女13.75% （2020）	男 福井県2.73% 女 福井県3.13% （2022） 男 福井県3.60% 女 福井県1.43% （2021） 男 福井県0.79% 女 福井県1.21% （2020）
		肺	男10.97% 女11.58% （2022） 男14.58% 女10.64% （2021） 男12.03% 女7.63% （2020）	男7.05% 女5.08% （2022） 男7.02% 女5.28% （2021） 男7.00% 女5.23% （2020）	男　高知県0.00% 女　高知県0.00% （2022） 男 福井県3.42% 女 高知県1.54% （2021） 男　高知県0.00% 女　高知県0.00% （2020）
		女性乳房	女10.31% （2022） 女 4.77% （2021） 女5.29% （2020）	女2.76% （2022） 女2.88% （2021） 女2.77% （2020）	女 宮城県0.10% （2022） 女 宮城県他0.16% （2021） 女 福井県0.31% （2020）
		子宮頸部	女13.17% （2022） 女12.38% （2021） 女6.93% （2020）	女6.25% （2022） 女6.50% （2021） 女5.82% （2020）	女 福井県0.22% （2022） 女 福井県0.20% （2021） 女 福井県0.00% （2020）
指標	精検未把握率	胃（エックス線）	男35.44% 女34.85% （2022） 男33.58% 女24.77% （2021） 男31.91% 女21.06% （2020）	男11.73% 女 9.24% （2022） 男12.16% 女 9.48% （2021） 男11.56% 女 9.34% （2020）	男 新潟県0.45% 女 新潟県0.44% （2022） 男 香川県0.48% 女 香川県0.51% （2021） 男 新潟県0.24% 女 新潟県0.41% （2020）
		胃（内視鏡）	男26.42% 女27.33% （2022） 男24.35% 女20.62% （2021） 男27.63% 女24.94% （2020）	男5.08% 女4.63% （2022） 男5.48% 女4.57% （2021） 男5.54% 女5.41% （2020）	男　岩手県他0.00% 女　岩手県他0.00% （2022） 男　宮城県他0.00% 女　宮城県他0.00% （2021） 男　宮城県他0.00% 女　山形県他0.00% （2020）
		大腸	男31.09% 女28.27% （2022） 男27.76% 女23.68% （2021） 男27.42% 女26.36% （2020）	男17.39% 女15.62% （2022） 男17.38% 女15.56% （2021） 男18.02% 女16.12% （2020）	男 新潟県0.55% 女 新潟県0.32% （2022） 男 新潟県0.53% 女 新潟県0.40% （2021） 男　新潟県0.58% 女　新潟県0.45% （2020）
		肺	男32.10% 女23.98% （2022） 男30.11% 女25.88% （2021） 男27.19% 女21.62% （2020）	男12.79% 女10.57% （2022） 男12.84% 女10.38% （2021） 男12.50% 女10.16% （2020）	男 香川県0.50% 女 新潟県0.37% （2022） 男 滋賀県0.50% 女 香川県0.36% （2021） 男　滋賀県　0.40% 女　滋賀県他0.00% （2020）
		女性乳房	女16.80% （2022） 女17.40% （2021） 女16.70% （2020）	女7.28% （2022） 女6.91% （2021） 女7.10% （2020）	女 新潟県0.12% （2022） 女 新潟県0.17% （2021） 女　新潟県0.15% （2020）
		子宮頸部	女23.29% （2022） 女24.87% （2021） 女21.78% （2020）	女15.78% （2022） 女15.91% （2021） 女17.59% （2020）	女 茨城県0.70% （2022） 女 宮城県0.41% （2021） 女 宮城県0.39% （2020）
指標	がん発見率	胃（エックス線）	男0.22% 女0.22% （2022） 男0.08% 女0.05% （2021） 男0.08% 女0.02% （2020）	男0.19% 女0.06% （2022） 男0.20% 女0.06% （2021） 男0.20% 女0.06% （2020）	男 宮城県他0.40% 女 富山県　0.15% （2022） 男 福島県0.57% 女　秋田県0.11% （2021） 男　福井県0.34% 女　長崎県0.14% （2020）
		胃（内視鏡）	男0.17% 女0.13% （2022） 男0.22% 女0.08% （2021） 男0.17% 女0.04% （2020）	男0.56% 女0.19% （2022） 男0.58% 女0.20% （2021） 男0.61% 女0.21% （2020）	男 茨城県1.28% 女 高知県0.47% （2022） 男 愛媛県1.62% 女 新潟県0.58% （2021） 男　宮城県1.55% 女　宮城県0.42% （2020）
		大腸	男0.16% 女0.11% （2022） 男0.19% 女0.13% （2021） 男0.20% 女0.10% （2020）	男0.32% 女0.18% （2022） 男0.31% 女0.18% （2021） 男0.32% 女0.18% （2020）	男 長崎県0.51% 女 富山県0.28% （2022） 男 山口県　0.50% 女 新潟県他0.26% （2021） 男　山口県0.51% 女　富山県0.27% （2020）
		肺	男0.06% 女0.02% （2022） 男0.02% 女0.03% （2021） 男0.05% 女0.01% （2020）	男0.08% 女0.04% （2022） 男0.08% 女0.04% （2021） 男0.08% 女0.04% （2020）	男 大阪府　0.14% 女 鹿児島県0.07% （2022） 男 石川県　0.17% 女 群馬県他0.07% （2021） 男　鳥取県　0.16% 女　群馬県他0.07% （2020）
		女性乳房	女0.38% （2022） 女0.36% （2021） 女0.35% （2020）	女0.37% （2022） 女0.36% （2021） 女0.34% （2020）	女 香川県0.59% （2022） 女 山口県0.57% （2021） 女 山口県0.57% （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」がん検診に関する統計データのダウンロード　3. がん検診のプロセス指標（住民検診）2025年12月10日公表

2-5	指標	精度管理の実態や指標を定期的に評価・公開している市町村及び検診実施機関の割合	検診実施機関	大腸	85.5% 回答136/159機関 (2023) 89.4% (2022)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県76.8% 回答298/388機関 (2024)	沖縄県値：沖縄県Webサイト「がん検診精度管理調査等結果」市町村結果・検診機関結果（集団・個別）（2025年1月公表） 参考値：各都道府県のWebサイト
				肺	84.4% 回答92/109機関 (2023) 89.1% (2022)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県100% 集団のみ回答10/10機関 (2024)	
				女性乳房	90.2% 回答37/41機関 (2023) 97.7% (2022)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県88.2% 回答30/34機関 (2024)	
				子宮頸部	86.2% 回答56/65機関 (2023) 91.2% (2022)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県84.4% 回答76/90機関 (2024)	
	指標	要精検率の許容値を達成している市町村の割合（集団検診＋個別検診）	胃 （XP） 許容値11.0%以下		78.4% (2021) 85.7% (2020)	92.7% (2021) 89.6% (2020)	岩手県他100.0% (2021) 岩手県他100.0% (2020)	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 都道府県別表6市区町村別のプロセス指標値 ※集団＋個別 ※男女計50～74歳 （2025年11月19日公表）
			胃 （内視鏡） 許容値11.0%以下		90.9% (2021) 100.0% (2020)	80.9% (2021) 78.7% (2020)	宮城県他100.0% (2021) 青森県他100.0% (2020)	
			大腸 許容値7.0%以下		67.5% (2021) 55.0% (2020)	80.5% (2021) 66.1% (2020)	栃木県他100.0% (2021) 宮城県他100.0% (2020)	
			肺 許容値3.0%以下		85.4% (2021) 82.1% (2020)	89.0% (2021) 86.8% (2020)	栃木県他100.0% (2021) 栃木県他100.0% (2020)	
			女性乳房 許容値11.0%以下		87.2% (2021) 90.0% (2020)	97.1% (2021) 95.9% (2020)	青森県他100.0% (2021) 岩手県他100.0% (2020)	
			子宮頸部 許容値1.4%以下		22.5% (2021) 31.7% (2020)	43.8% (2021) 40.9% (2020)	富山県93.3% (2021) 富山県93.3% (2020)	
	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 （X）		8.6% (2021) 16.7% (2020)	32.3% (2021) 35.4% (2020)	滋賀県73.7% (2021) 宮城県74.3% (2020)	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 都道府県別表6市区町村別のプロセス指標値 ※集団＋個別 ※男女計50～74歳 （2025年11月19日公表）
			胃 （内視鏡）		5.3% (2021) 11.1% (2020)	70.5% (2021) 70.5% (2020)	岩手県他100.0% (2021) 宮城県他100.0% (2020)	
			大腸		5.0% (2021) 2.8% (2020)	8.2% (2021) 7.1% (2020)	宮城県40.0% (2021) 宮城県31.4% (2020)	
			肺		10.7% (2021) 20.0% (2020)	46.4% (2021) 48.6% (2020)	滋賀県89.5% (2021) 山口県83.3% (2020)	
			女性乳房		36.1% (2021) 28.6% (2020)	67.3% (2021) 67.5% (2020)	宮城県100.0% (2021) 宮城県97.1% (2020)	
			子宮頸部		5.6% (2021) 29.4% (2020)	44.4% (2021) 44.9% (2020)	宮城県85.7% (2021) 宮城県80.0% (2020)	
	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		36.1% 13/36 (2020)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	令和4年度市町村がん検診担当者等研修会資料「がん検診精度管理向上のための具体的な取り組みについて（沖縄県健康長寿課）」
			大腸		14.6% 6/41 (2020)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			肺		17.2% 5/29 (2020)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			女性乳房		26.3% 10/38 (2020)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			子宮頸部		33.3% 13/39 (2020)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	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	胃		58.3% 21/36 (2020)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	令和4年度市町村がん検診担当者等研修会資料「がん検診精度管理向上のための具体的な取り組みについて（沖縄県健康長寿課）」
			大腸		41.5% 17/41 (2020)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			肺		31.0% 9/29 (2020)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			女性乳房		71.1% 27/38 (2020)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			子宮頸部		46.2% 18/39 (2020)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	指標	感度と特異度の把握をしている市町村及び検診実施機関の割合	市町村		【参考値】 近い将来把握する予定がある市町村 12.2% (2024) 9.8% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：市町村調査（2025年7月）
			検診実施機関					

		子宮頸部	女0.04% （2019）	女0.03% （2019）	女 長崎県0.06% （2019）	
指標	陽性反応適中度	胃 （エックス線）	男0.45% 女0.65% （2022） 男1.04% 女0.73% （2021） 男1.11% 女0.44% （2020）	男2.65% 女1.23% （2022） 男2.57% 女1.15% （2021） 男2.48% 女1.16% （2020）	男 宮城県5.45% 女 富山県3.91% （2022） 男 新潟県5.63% 女 宮城県2.44% （2021） 男 福井県5.14% 女 福島県2.44% （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」がん検診に関する統計データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標（住民検診）2025年12月10日公表
		胃 （内視鏡）	男3.70% 女3.33% （2022） 男3.28% 女1.75% （2021） 男3.20% 女1.03% （2020）	男6.73% 女3.19% （2022） 男6.65% 女3.20% （2021） 男6.82% 女3.24% （2020）	男 宮城県17.18% 女 高知県10.53% （2022） 男 京都府19.05% 女 秋田県33.33% （2021） 男 宮城県19.78% 女 宮城県 9.83% （2020）	
		大腸	男1.98% 女2.05% （2022） 男2.34% 女2.31% （2021） 男2.32% 女1.62% （2020）	男3.80% 女3.23% （2022） 男3.59% 女3.04% （2021） 男3.39% 女2.73% （2020）	男 新潟県6.13% 女 新潟県5.59% （2022） 男 新潟県6.32% 女 新潟県5.34% （2021） 男 新潟県5.63% 女 富山県4.47% （2020）	
		肺	男2.66% 女1.09% （2022） 男0.84% 女1.81% （2021） 男2.50% 女0.64% （2020）	男3.29% 女2.01% （2022） 男3.38% 女2.05% （2021） 男3.40% 女1.97% （2020）	男 高知県22.06% 女 高知県 8.11% （2022） 男 高知県16.42% 女 高知県 7.69% （2021） 男 高知県13.79% 女 群馬県 6.86% （2020）	
		女性乳房	女6.25% （2022） 女4.77% （2021） 女4.59% （2020）	女6.63% （2022） 女6.30% （2021） 女5.84% （2020）	女 岩手県16.82% （2022） 女 岩手県17.98% （2021） 女 岩手県15.69% （2020）	
		子宮頸部	女1.24% （2019）	女1.18% （2019）	女 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				
		肺				
		女性乳房				
		子宮頸部				
指標	特異度	胃 （エックス線）				データなし
		胃 （内視鏡）				
		大腸				
		肺				
		女性乳房				
		子宮頸部				
指標	CIN3以上発見率 （子宮頸がんのみ）		女0.12% （2022） 女0.11% （2021） 女0.15% （2020）	女0.13% （2022） 女0.14% （2021） 女0.14% （2020）	女 大阪府0.24% （2022） 女 滋賀県0.28% （2021） 女 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」がん検診に関する統計データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標（住民検診）2025年12月10日公表
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	女9.5% （2024） 女9.7% （2023） 女11.4% （2022） 女12.3% （2021）	女16.7% （2024） 女17.0% （2023） 女17.6% （2022） 女15.5% （2021）	女 栃木県56.0% （2024） 女 栃木県54.7% （2023） 女 栃木県54.7% （2022） 女 鹿児島県46.5% （2021）	厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告 健康増進編第2章市区町村表「19-1乳がん検診受診者数」「19-2乳がん検診2年連続受診者数」2026年3月17日公開
		子宮頸部	女12.3% （2024） 女12.4% （2023） 女13.1% （2022） 女12.7% （2021）	女25.4% （2024） 女25.9% （2023） 女26.4% （2022） 女24.54% （2021）	女 鳥取県61.1% （2024） 女 鳥取県61.8% （2023） 女 鳥取県61.4% （2022） 女 鳥取県58.7% （2021）	厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告 健康増進編第2章市区町村表「18-1子宮頸がん検診受診者数」「18-2子宮頸がん検診2年連続受診者数」2026年3月17日公開

※非初回受診者の2年連続受診者割合＝（2年連続受診者数総数÷検診受診者数総数）×100

			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の割合	胃(エックス線)	76.3% (2024) 78.9% (2023) 83.8% (2022)	82.7% (2024) 81.1% (2023) 78.6% (2022)	宮城県他100.0% (2024) 青森県他100.0% (2023) 青森県他100.0% (2022)	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 都道府県別表3～5「市区町村用がん検診チェックリスト実施率」表4【3】受診者への説明「3-1検診機関用チェックリスト 1.受診者への説明」が全項目記載された資料を全員に個別配布している市町村の割合 ※集団検診 (2025年11月19日公表)
			胃(内視鏡)	100.0% (2024) 100% (2023) 66.7% (2022)	77.8% (2024) 75.7% (2023) 67.1% (2022)	山形県他100.0% (2024) 秋田県他100.0% (2023) 宮城県他100.0% (2022)	
			大腸	78.0% (2024) 77.5% (2023) 82.5% (2022)	81.4% (2024) 80.1% (2023) 77.4% (2022)	宮城県他100.0% (2024) 青森県他100.0% (2023) 青森県他100.0% (2022)	
			肺	75.6% (2024) 77.5% (2023) 82.5% (2022)	79.8% (2024) 78.3% (2023) 76.0% (2022)	宮城県他100.0% (2024) 青森県他100.0% (2023) 青森県他100.0% (2022)	
			女性乳房	78.8% (2024) 76.5% (2023) 87.1% (2022)	83.0% (2024) 80.8% (2023) 78.5% (2022)	宮城県他100.0% (2024) 宮城県他100.0% (2023) 山形県他100.0% (2022)	
			子宮頸部	77.8% (2024) 74.3% (2023) 82.4% (2022)	82.2% (2024) 81.4% (2023) 78.8% (2022)	宮城県他100.0% (2024) 秋田県他100.0% (2023) 山形県他100.0% (2022)	

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		39.0% (2024) 22.0% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：市町村調査(2025年7月)

			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						
	指標	受診勧奨実施市町村の割合	胃	62.5% (2023) 67.5% (2022)	84.5% (2023) 84.1% (2022)	秋田県他100.0% (2023) 群馬県他100.0% (2022)	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. がん検診の実施状況(住民検診)①がん検診実施状況(2025年11月13日公表)
			大腸	68.3% (2023) 65.9% (2022)	86.3% (2023) 85.5% (2022)	群馬県他100.0% (2023) 富山県他100.0% (2022)	
			肺	63.4% (2023) 61.0% (2022)	83.0% (2023) 82.3% (2022)	群馬県他100.0% (2023) 群馬県他100.0% (2022)	
			女性乳房	68.3% (2023) 63.4% (2022)	86.5% (2023) 85.0% (2022)	富山県他100.0% (2023) 群馬県他100.0% (2022)	
			子宮頸部	68.3% (2023) 65.9% (2022)	87.3% (2023) 85.2% (2022)	富山県他100.0% (2023) 富山県他100.0% (2022)	
	指標	検診受診率の目標値60%以上を達成している市町村の割合	胃	0.0% 0/41市町村 (2024) 0.0% 0/41市町村 (2023) 0.0% 0/41市町村 (2022)	0.06% 1/1737市町村 (2024) 0.06% 1/1737市町村 (2023) 0.06% 1/1737市町村 (2022)	熊本県 2.2% 1/45市町村 (2024) 熊本県 2.2% 1/45市町村 (2023) 熊本県 2.2% 1/45市町村 (2022)	厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告 健康増進編第2章 市区町村表 がん検診「20-1肺がん検診及び大腸がん検診受診率」「20-2胃がん検診受診率」「20-3子宮頸がん検診受診率」「20-4乳がん検診受診率」2026年3月17日公開
			大腸	0.0% 0/41市町村 (2024) 0.0% 0/41市町村 (2023) 0.0% 0/41市町村 (2022)	0.0% 0/1737市町村 (2024) 0.06% 1/1737市町村 (2023) 0.0% 0/1737市町村 (2022)	該当なし (2024) 東京都 1.6% 1/62市町村 (2023) 該当なし (2022)	
			肺	0.0% 0/41市町村 (2024) 0.0% 0/41市町村 (2023) 0.0% 0/41市町村 (2022)	0.0% 0/1737市町村 (2024) 0.0% 0/1737市町村 (2023) 0.0% 0/1737市町村 (2022)	該当なし (2024) 該当なし (2023) 該当なし (2022)	
			女性乳房	0.0% 0/41市町村 (2024) 0.0% 0/41市町村 (2023) 2.4% 1/41市町村 (2022)	0.23% 4/1737市町村 (2024) 0.12% 2/1737市町村 (2023) 0.23% 4/1737市町村 (2022)	宮崎県 3.8% 1/26市町村 (2024) 岩手県 3.0% 1/33市町村 (2023) 宮崎県 7.7% 2/26市町村 (2022)	
			子宮頸部	0.0% 0/41市町村 (2024) 0.0% 0/41市町村 (2023) 2.4% 1/41市町村 (2022)	0.29% 5/1737市町村 (2024) 0.17% 3/1737市町村 (2023) 0.17% 3/1737市町村 (2022)	宮崎県 3.8% 1/26市町村 (2024) 宮崎県 3.8% 1/26市町村 (2023) 沖縄県 2.4% 1/41市町村 (2022)	

			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						
	指標	利便性の向上を行っている市町村の割合	胃	81.6% (2023) 84.2% (2022) 81.6% (2021)	86.0% (2023) 86.1% (2022) 85.3% (2021)	宮城県他100.0% (2023) 岩手県他100.0% (2022) 岩手県他100.0% (2021)	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. がん検診の実施状況(住民検診)厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」②がん検診実施状況(集団 個別)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(2025年11月13日公表)
			大腸	78.0% (2023) 80.0% (2022) 80.0% (2021)	85.8% (2023) 85.4% (2022) 84.6% (2021)	茨城県他100.0% (2023) 岩手県他100.0% (2022) 岩手県他100.0% (2021)	
			肺	80.5% (2023) 85.0% (2022) 82.9% (2021)	83.5% (2023) 83.3% (2022) 82.7% (2021)	宮城県他100.0% (2023) 宮城県他100.0% (2022) 宮城県他100.0% (2021)	
			女性乳房	42.9% (2023) 47.2% (2022) 39.4% (2021)	76.2% (2023) 75.3% (2022) 75.2% (2021)	栃木県他100.0% (2023) 栃木県他100.0% (2022) 栃木県他100.0% (2021)	
			子宮頸部	44.4% (2023) 42.9% (2022) 36.4% (2021)	71.3% (2023) 70.9% (2022) 69.1% (2021)	栃木県他100.0% (2023) 宮城県他100.0% (2022) 茨城県他100.0% (2021)	

			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		28/41市町村 (2024) 22/41市町村 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：市町村調査(2025年7月)

			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	未測定	未測定	未測定	現時点で未測定【2025年10月5日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標(都道府県単位)】
			大腸	未測定	未測定	未測定	
			肺	未測定	未測定	未測定	
			女性乳房	未測定	未測定	未測定	
			子宮頸部	未測定	未測定	未測定	

			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% (2022)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」4. がん検診受診率(国民生活基礎調査)がん検診受診率
			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% (2022)	
			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% (2022)	
			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% (2022)	
			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% (2022)	

がん医療提供体制

C 個別施策

①医療提供全般<医療部会>

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）		20 (2026) 12 (2018) 7 (2013)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：沖縄県庁Webサイト「掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設一覧」(2024年6月時点)
	指標	第8次医療計画に基づいて協議を行い決定した「施設」の総数（減少が良い）		25施設 (2024) 26施設 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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						医療部会で検討中

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						医療部会で検討中

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		がん（疑いを含む）	257件 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設
				がん以外	90件 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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		92.3% (2025) 53.8% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設

1-6	全県および各二次医療圏におけるBCPについて整備する		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		92.3% (2025) 100.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設

②病理診断<医療部会>

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		92.3% (2025) 92.3% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設

③がんゲノム医療<医療部会>

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			127人 (2024) 126人 (2023) 79人 (2022)	25,072人 (2024) 19,138人 (2022)	東京都3,856人 (2024) 東京都2,865人 (2022)	C-CATからのデータ提供【2026年4月23日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標（都道府県単位）】 ※2023年沖縄県値のみ医療機関調査
	指標	琉球大学病院において遺伝性腫瘍に関する遺伝カウンセリングを実施した患者数			7人 (2024) 7人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：琉球大学病院がん遺伝子パネル検査オーダー進行表オーダー日（年度集計）
	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		11人 対人口100万人 7.5人 (2024) 9人 対人口100万人 6.1人 (2022)	1,469人 対人口100万人 11.6人 (2024) 1,381人 対人口100万人 10.9人 (2022)	東京都338人 対人口100万人 24.1人 (2024) 東京都333人 対人口100万人 23.7人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計 (2025年12月13日公表)
			②認定遺伝カウンセラー		1人 対人口100万人 0.7人 (2025) 1人 対人口100万人 0.7人 (2024)	406人 対人口100万人 3.2人 (2025) 387人 対人口100万人 3.1人 (2024)	東京都116人 対人口100万人 8.3人 (2025) 東京都91人 対人口100万人 6.5人 (2024)	認定遺伝カウンセラー協会からの情報提供(2025年8月現在)
			③がんゲノム医療コーディネーター（研修会参加人数）		0人 対人口100万人 0.0人 (2023) 6人 対人口100万人 4.1人 (2022)	550人 対人口100万人 4.4人 (2023) 583人 対人口100万人 4.6人 (2022)	佐賀県15人 対人口100万人 18.5人 (2023) 徳島県9人 対人口100万人 12.5人 (2022)	がんのゲノム医療従事者研修事業、現況報告書【2026年4月23日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標（都道府県単位）】

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		90.4% (2023)	89.8% (2023)	島根県96.0% (2023)	令和5年患者体験調査報告書【問27】 (2025年7月3日公表)
	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		79.2% (2023) 71.4% (2018) 86.6% (2014)	88.5% (2023) 75.2% (2018) 89.6% (2014)	長野県92.4% (2023) 長野県83.1% (2018) 愛媛県95.2% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問15】 (2025年7月3日公表)
	指標	「施設」における治療開始のカバー率					ベンチマーク部会で検討中
	指標	NDB-SCR/NDB がん患者指導管理料「イ」	入院	127.3 (2022) 134.2 (2021)	100.0	大分県430.2 (2022) 大分県356.8 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差（診療行為コード）B001-00-23(コード113015210)
			外来	106.7 (2022) 98.7 (2021)	100.0	鳥取県261.7 (2022) 鳥取県255.3 (2021)	
			入院+外来	110.1 (2022) 105.3 (2021)	100.0	鳥取県251.7 (2022) 鳥取県245.5 (2021)	
	指標	NDB-SCR/NDB 診療情報提供料（II）	入院	85.5 (2022) 100.1 (2021)	100.0 (2021)	東京都193.9 (2022) 東京都193.0 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差（診療行為コード）B010-00-00(コード113009510)
			外来	66.1 (2022) 69.1 (2021)	100.0 (2021)	東京都244 (2022) 三重県323.0 (2021)	
			入院+外来	67.2 (2022) 71.0 (2021)	100.0 (2021)	東京都241.3 (2022) 三重県308.5 (2021)	
	指標	医療者調査 問11 医師 問9 看護師 問6 MSW 治療方針（告知等）の説明の際に、医師以外の職種が同席できていると思いますか		70.3 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2025年1月実施)
		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)	比較可能 データなし	【参考値】秋田県 63.83% (2023) 63.03% (2020)	沖縄県値：医療者調査 (2024年2月実施) 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」問8の集計結果
	指標	医療者調査 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できていると思いますか。		51.1 (2024) 48.8 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2025年1月実施)

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		76.9% (2023) 72.7% (2018)	70.0% (2023) 70.2% (2018)	鹿児島県79.6% (2023) 山口県80.3% (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問11】 (2025年7月3日公表)

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			18.8% (2024) 2.4% (2023)			沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）集計対象2施設
	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	未実施理由の反映「なし」		55.9% (2022) 75.8% (2021) 85.9% (2020)	64.8% (2022) 81.6% (2021) 88.1% (2020)	100%	QIフィードバックシステム
			未実施理由の反映「限定」※		59.1% (2022) 85.7% (2021) 91.5% (2020)	97.1% (2022) 98.3% (2021) 99.0% (2020)	100%	QIフィードバックシステム（2026年1月23日時点）
	指標	DPC-QI st3 切除不能IV期胃がんへの化学療法前HER2検査	未実施理由の反映「なし」		57.8% (2022) 76.9% (2019)	70.4% (2022) 64.1% (2019)	100%	QIフィードバックシステム
			未実施理由の反映「限定」※		65.6% (2022) 90.4% (2019)	95.9% (2022) 93.2% (2019)	100%	QIフィードバックシステム（2026年1月23日時点）
	指標	医療者調査 問19 医師、問17 看護師 がんゲノム医療に関する情報を提供できていると思いますか。			52.1 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2025年1月実施)
		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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2024年2月実施)

※限定：未実施入力をした施設に限定して表示

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	胃	男 56.0 女 54.6 (2018) 男 62.5 女 57.0 (2017) 男 49.0 女 51.4 (2016) 男 57.6 女 55.2 (2012-2015)	男 65.5 女 61.8 (2018) 男 65.5 女 61.8 (2017) 男 65.1 女 61.4 (2016) 男 64.4 女 61.4 (2012-2015)	男 宮城県74.3 女 福島県68.9 (2018) 男 新潟県74.9 女 宮城県68.6 (2017) 男 新潟県72.5 岡山県72.5 女 新潟県69.9 (2016) 男 宮城県73.4 女 宮城県73.1 (2012-2015)	全国がん登録5年生存率報告 2012-15年地域がん登録症例5年純生存率
			大腸	男 66.9 女 64.8 (2018) 男 66.0 女 65.4 (2017) 男 65.1 女 67.9 (2016) 男 66.6 女 63.5 (2012-2015)	男 68.9 女 66.7 (2018) 男 69.0 女 66.7 (2017) 男 68.6 女 66.6 (2016) 男 68.1 女 66.0 (2012-2015)	男 鳥取県72.3 女 香川県71.4 (2018) 男 山形県72.9 女 東京都70.9 (2017) 男 広島県74.3 女 東京都73.0 (2016) 男 広島県73.3 女 東京都71.0 (2012-2015)	
			肝および肝内胆管	男 29.2 女 16.0 (2018) 男 29.7 女 30.2 (2017) 男 33.6 女 24.2 (2016) 男 27.7 女 24.0 (2012-2015)	男 35.7 女 31.4 (2018) 男 35.4 女 31.3 (2017) 男 35.0 女 30.1 (2016) 男 34.9 女 31.2 (2012-2015)	男 鳥取県46.2 女 山梨県45.7 (2018) 男 大分県48.2 女 和歌山県47.0 (2017) 男 鳥取県48.3 女 鳥取県47.1 (2016) 男 広島県43.1 女 広島県37.7 (2012-2015)	
			胆のう・胆管	男 26.3 女 30.3 (2018) 男 27.5 女 15.1 (2017) 男 25.1 女 20.9 (2016) 男 30.8 女 27.6 (2012-2015)	男 26.4 女 21.2 (2018) 男 25.3 女 21.3 (2017) 男 25.0 女 20.7 (2016) 男 23.8 女 20.2 (2012-2015)	男 愛媛県40.3 女 熊本県31.1 (2018) 男 熊本県36.3 女 京都府27.9 (2017) 男 奈良県38.1 女 和歌山県31.7 (2016) 男 岐阜県31.8 女 沖縄県27.6 (2012-2015)	
			膵臓	男 11.4 女 8.6 (2018) 男 17.0 女 15.0 (2017) 男 10.5 女 11.9 (2016) 男 15.1 女 14.8 (2012-2015)	男 14.0 女 13.0 (2018) 男 13.3 女 11.8 (2017) 男 11.9 女 11.8 (2016) 男 10.7 女 10.2 (2012-2015)	男 奈良県22.9 女 広島県17.8 (2018) 男 香川県21.6 女 茨城県16.2 (2017) 男 山梨県17.3 女 福井県18.8 (2016) 男 広島県15.1 女 東京都14.8 (2012-2015)	
			肺	男 30.6 女 42.9 (2018) 男 30.5 女 41.3 (2017) 男 31.4 女 44.7 (2016) 男 24.0 女 38.0 (2012-2015)	男 34.8 女 49.3 (2018) 男 34.5 女 50.4 (2017) 男 32.5 女 48.3 (2016) 男 30.2 女 46.8 (2012-2015)	男 香川県40.9 女 島根県60.6 (2018) 男 香川県40.3 女 長野県62.0 (2017) 男 滋賀県39.7 女 島根県59.5 (2016) 男 広島県36.3 女 石川県55.9 (2012-2015)	
			女性乳房	女 87.1 (2018) 女 89.7 (2017) 女 87.2 (2016) 女 88.2 (2012-2015)	女 88.4 (2018) 女 88.0 (2017) 女 88.0 (2016) 女 88.7 (2012-2015)	女 山形県91.8 (2018) 女 岡山県91.1 (2017) 女 石川県92.5 (2016) 女 長崎県92.4 (2012-2015)	
			前立腺	男 89.8 (2018) 男 87.7 (2017) 男 90.3 (2016) 男 91.8 (2012-2015)	男 92.5 (2018) 男 92.2 (2017) 男 92.1 (2016) 男 94.3 (2012-2015)	男 香川県100.6 (2018) 男 香川県100.7 (2017) 男 香川県99.9 (2016) 男 長崎県98.1 (2012-2015)	
	指標	患者体験調査 がんの診断・治療全体の総合的評価		8.3点 (2023) 8.4点 (2018)	8.2点 (2023) 8.0点 (2018)	島根県8.6点 (2023) 愛媛県8.5点 (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問31】(2025年7月3日公表)
	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【問20-8】 (2020年11月11日公表)
	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【問20-10】 (2020年11月11日公表)

④手術療法<医療部会>

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	86人 対人口100万人 58.6人 （2025） 85人 対人口100万人 57.8人 （2024） 81人 対人口100万人 55.1人 （2023）	9,408人 対人口100万人 74.6人 （2025） 9,183人 対人口100万人 73.9人 （2024） 8,897人 対人口100万人 71.6人 （2023）	鳥取県60人 対人口100万人 108.4人 （2025） 鳥取県59人 対人口100万人 110.1人 （2024） 京都府258人 対人口100万人 101.8人 （2023）	日本消化器外科学会事務局からのデータ提供（2025年9月10日）
				②呼吸器外科専門医	12人 対人口100万人 8.2人 （2024） 13人 対人口100万人 8.9人 （2022）	1,457人 対人口100万人 11.6人 （2024） 1,510人 対人口100万人 12.0人 （2022）	鳥取県12人 対人口100万人 21.7人 （2024） 香川県20人 対人口100万人 21.0人 （2022）	医師・歯科医師・薬剤師統計（2025年12月13日公表）
				③乳腺外科専門医（乳腺専門医）	12人 対人口100万人 8.2人 （2024） 14人 対人口100万人 9.5人 （2022）	1,675人 対人口100万人 13.3人 （2024） 1,691人 対人口100万人 13.4人 （2022）	和歌山県21人 対人口100万人 22.8人 （2024） 和歌山県20人 対人口100万人 21.7人 （2022）	医師・歯科医師・薬剤師統計（2025年12月13日公表）
				④小児外科専門医	5人 対人口100万人 3.4人 （2024） 7人 対人口100万人 4.8人 （2022）	735人 対人口100万人 5.8人 （2024） 772人 対人口100万人 6.1人 （2022）	石川県15人 対人口100万人 13.2人 （2024） 島根県10人 対人口100万人 14.9人 （2022）	医師・歯科医師・薬剤師統計（2025年12月13日公表）
				⑤肝胆膵外科高度技能専門医	3人 対人口100万人 2.0人 （2025） 4人 対人口100万人 2.7人 （2024） 3人 対人口100万人 2.0人 （2023）	720人 対人口100万人 5.7人 （2025） 667人 対人口100万人 5.4人 （2024） 586人 対人口100万人 4.7人 （2023）	広島県32人 対人口100万人 11.4人 （2025） 滋賀県57人 対人口100万人 40.6人 （2024） 滋賀県49人 対人口100万人 34.9人 （2023）	日本肝胆膵外科学会事務局からのデータ提供（2025年9月11日）
				⑥脳神経外科専門医	61人 対人口100万人 41.6人 （2024） 63人 対人口100万人 42.9人 （2022）	6,609人 対人口100万人 52.4人 （2024） 7,158人 対人口100万人 56.7人 （2022）	徳島県62人 対人口100万人 86.2人 （2024） 徳島県63人 対人口100万人 87.6人 （2022）	医師・歯科医師・薬剤師統計（2025年12月13日公表）
				⑦認定骨・軟部腫瘍医	2人 対人口100万人 1.4人 （2025） 1人 対人口100万人 0.7人 （2024）	206人 対人口100万人 1.6人 （2025） 185人 対人口100万人 1.5人 （2024）	石川県5人 対人口100万人 4.4人 （2025） 徳島県3人 対人口100万人 4.3人 （2024）	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（2025年9月4日閲覧）
				⑧婦人科腫瘍専門医	15人 対人口100万人 10.2人 （2025） 14人 対人口100万人 9.5人 （2024）	1,299人 対人口100万人 10.3人 （2025） 1，224人 対人口100万人 9.8人 （2024）	東京都228人 対人口100万人 16.2人 （2025） 東京都218人 対人口100万人 15.5人 （2024）	日本婦人科腫瘍学会　婦人科腫瘍専門医地域別一覧（2025年5月1日現在）
				⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	1人 対人口100万人 0.7人 （2025） 2人 対人口100万人 1.4人 （2024）	97人 対人口100万人 0.8人 （2025） 91人 対人口100万人 0.7人 （2024）	石川県3人 対人口100万人 2.6人 （2025） 福井県2人 対人口100万人 2.7人 （2024）	日本皮膚科学会　皮膚科専門医MAP（2025年9月4日閲覧）
				⑩泌尿器科専門医	69人 対人口100万人 47.0人 （2025） 67人 対人口100万人 45.6人 （2024） 63人 対人口100万人 42.9人 （2023）	7,351人 対人口100万人 58.3人 （2025） 7,190人 対人口100万人 57.9人 （2024） 7,132人 対人口100万人 57.4人 （2023）	高知県64人 対人口100万人 92.5人 （2025） 高知県63人 対人口100万人 94.8人 （2024） 高知県61人 対人口100万人 91.8人 （2023）	日本泌尿器科学会事務局からのデータ提供（2025年9月18日）
				⑪頭頸部がん専門医	8人 対人口100万人 5.5人 （2025） 7人 対人口100万人 4.8人 （2024）	536人 対人口100万人 4.2人 （2025） 498人 対人口100万人 3.9人 （2024）	鳥取県5人 対人口100万人 9.0人 （2025） 鳥取県5人 対人口100万人 9.0人 （2024）	日本頭頸部外科学会 頭頸部がん専門医・指導医一覧（2025年9月4日閲覧）
				⑫口腔外科専門医	26人 対人口100万人 17.7人 （2025） 26人 対人口100万人 17.7人 （2024）	2,288人 対人口100万人 18.1人 （2025） 2，294人 対人口100万人 18.2人 （2024）	鳥取県18人 対人口100万人 32.5人 （2025） 鳥取県19人 対人口100万人 34.3人 （2024）	日本口腔外科学会からのデータ提供（2025年7月10日）
		指標	上記の専門医が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①消化器外科専門医	92.3% （2025） 92.3% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施） 集計対象13施設
				②呼吸器外科専門医	69.2% （2025） 69.2% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				③乳腺外科専門医	46.2% （2025） 46.2% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				④小児外科専門医	15.4% （2025） 15.4% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				⑤肝胆膵外科高度技能専門医	23.1% （2025） 23.1% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				⑥脳神経外科専門医	84.6% （2025） 92.3% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				⑦認定骨・軟部腫瘍医	0% （2025） 0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				⑧婦人科腫瘍専門医	53.8% （2025） 53.8% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	0% （2025） 7.7% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				⑩泌尿器科専門医	92.3% （2025） 84.6% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				⑪頭頸部がん専門医	23.1% （2025） 15.4% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				⑫口腔外科専門医	61.5% （2025） 53.8% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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	未実施理由の反映「なし」	86.6% （2009）	81.1% （2009）	100%	QIフィードバックシステム
				未実施理由の反映「限定」※	86.6% （2009）	86.6% （2009）	100%	QIフィードバックシステム（2026年1月23日時点）
		指標	DPC-QI 14 進行胃癌に対する定型手術	未実施理由の反映「なし」	90.9% （2009）	92.5% （2009）	100%	QIフィードバックシステム
				未実施理由の反映「限定」※	90.9% （2009）	90.9% （2009）	100%	QIフィードバックシステム（2026年1月23日時点）
		指標	医療者調査 問21 医師 沖縄県では、質の高い手術を提供できていると思いますか。		68.2 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2025年1月実施）
		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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）

※限定：未実施入力をした施設に限定して表示

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		100.0% （2025） 100.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施） 集計対象13施設

4-3	高い技術を要する手術療法について、集約化を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	食道、肝胆膵の手術を「施設」で行った患者の割合			比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：院内がん登録

⑤放射線療法<医療部会>

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		69.2% (2025) 69.2% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設
	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	16人 対人口100万人 10.9人 (2025) 14人 対人口100万人 9.5人 (2024)	1,453人 対人口100万人 11.5人 (2025) 1, 427人 対人口100万人 11.3人 (2024)	京都府55人 対人口100万人 21.3人 (2025) 京都府55人 対人口100万人 21.3人 (2024)	日本放射線腫瘍学会からの情報提供(2025年8月31日現在)
			②放射線治療専門放射線技師	13人 対人口100万人 8.9人 (2025) 13人 対人口100万人 8.9人 (2024) 11人 対人口100万人 7.5人 (2023)	1,895人 対人口100万人 15.0人 (2025) 1,946人 対人口100万人 15.4人 (2024) 1, 875人 対人口100万人 14.9人 (2023)	秋田県28人 対人口100万人 29.2人 (2025) 秋田県31人 対人口100万人 32.3人 (2024) 秋田県27人 対人口100万人 28.1人 (2023)	日本放射線治療専門放射線技師認定機構　認定者名簿閲覧(2025年10月1日現在)
			③医学物理士	9人 対人口100万人 6.1人 (2025) 9人 対人口100万人 6.1人 (2023)	1,541人 対人口100万人 12.2人 (2025) 1, 461人 対人口100万人 11.6人 (2023)	福井県17人 対人口100万人 22.2人 (2025) 福井県18人 対人口100万人 23.5人 (2023)	医学物理士認定機構　在籍医学物理士の都道府県別数閲覧(2025年4月30日更新)
			④がん放射線療法看護認定看護師	8人 対人口100万人 5.5人 (2025) 8人 対人口100万人 5.5人 (2024)	427人 対人口100万人 3.4人 (2025) 410人 対人口100万人 3.3人 (2024)	山形県7人 対人口100万人 6.8人 (2025) 山形県7人 対人口100万人 6.8人 (2024)	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」(2025年12月25日現在)
	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	22.2% (2025) 20.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 放射線治療施設数 2024年10施設 2025年9施設
			②放射線治療専門放射線技師2名以上	11.1% (2025) 60.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③医学物理士	55.6% (2025) 40.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			④がん放射線療法看護認定看護師	55.6% (2025) 60.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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		66.7% 6/9施設 (2025) 27.3% 3/11施設 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:琉球大学病院放射線科からの情報提供 (2025年6月18日)

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※		11人 (2024) 9人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施)集計対象13施設

※集計不可、内訳不明の施設を除く

⑥薬物療法<医療部会>

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		38.5% (2025) 23.1% (2024)	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設
	指標	以下の専門家の数 ①がん薬物療法専門医 ②がん指導薬剤師、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師および外来がん治療認定薬剤師 ③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師および乳がん看護認定看護師	①がん薬物療法専門医	3人 対人口100万人 2.0人 (2024) 3人 対人口100万人 2.0人 (2022)	1,418人 対人口100万人 11.2人 (2024) 1,374人 対人口100万人 10.9人 (2022)	石川県24人 対人口100万人 21.2人 (2024) 徳島県14人 対人口100万人 19.5人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計 (2025年12月13日公表)
			②がん指導薬剤師	0人 対人口100万人 0.0人 (2025) 0人 対人口100万人 0.0人 (2024) 0人 対人口100万人 0.0人 (2023)	415人 対人口100万人 3.3人 (2025) 385人 対人口100万人 3.1人 (2024) 351人 対人口100万人 2.8人 (2023)	石川県12人 対人口100万人 10.8人 (2025) 石川県13人 対人口100万人 11.7人 (2024) 石川県13人 対人口100万人 11.7人 (2023)	日本医療薬学会　がん指導薬剤師認定者名簿(2025年4月17日現在)
			②がん専門薬剤師	1人 対人口100万人 0.7人 (2025) 4人 対人口100万人 2.7人 (2024) 4人 対人口100万人 2.7人 (2023)	845人 対人口100万人 6.8人 (2025) 827人 対人口100万人 6.7人 (2024) 786人 対人口100万人 6.3人 (2023)	石川県22人 対人口100万人 19.9人 (2025) 石川県21人 対人口100万人 19.0人 (2024) 石川県20人 対人口100万人 18.1人 (2023)	日本医療薬学会　がん専門薬剤師認定者名簿(2025年4月17日現在)
			②がん薬物療法認定薬剤師	11人 対人口100万人 7.5人 (2025) 11人 対人口100万人 7.5人 (2024) 12人 対人口100万人 8.2人 (2023)	1,008人 対人口100万人 8.0人 (2025) 1,030人 対人口100万人 8.2人 (2024) 1, 019人 対人口100万人 8.1人 (2023)	島根県16人 対人口100万人 23.8人 (2025) 島根県17人 対人口100万人 25.3人 (2024) 島根県13人 対人口100万人 19.4人 (2023)	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閲覧 (2025年10月1日現在)
			②外来がん治療認定薬剤師	8人 対人口100万人 5.5人 (2025) 8人 対人口100万人 5.5人 (2024) 6人 対人口100万人 4.1人 (2023)	882人 対人口100万人 7.0人 (2025) 992人 対人口100万人 7.9人 (2024) 982人 対人口100万人 7.8人 (2023)	佐賀県8人 対人口100万人 9.9人 (2025) 福岡県61人 対人口100万人 11.9人 (2024) 和歌山県11人 対人口100万人 11.9人 (2023)	日本臨床腫瘍薬学会　外来がん治療 認定薬剤師(APACC)一覧閲覧 (2025年10月1日現在)
			③がん看護専門看護師	15人 対人口100万人 10.2人 (2025) 13人 対人口100万人 8.8人 (2024)	1,172人 対人口100万人 9.3人 (2025) 1,133人 対人口100万人 9.1人 (2024)	高知県20人 対人口100万人 28.9人 (2025) 高知県20人 対人口100万人 30.1人 (2024)	日本看護協会 データで見る専門看護師「都道府県別専門看護師登録者数」(2025年12月25日現在)
			③がん薬物療法看護認定看護師	6人 対人口100万人 4.1人 (2025) 4人 対人口100万人 2.7人 (2024)	354人 対人口100万人 2.8人 (2025) 286人 対人口100万人 2.3人 (2024)	鳥取県5人 対人口100万人 9.0人 (2025) 山形県7人 対人口100万人 6.8人 (2024)	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」(2025年12月25日現在)
			③乳がん看護認定看護師	4人 対人口100万人 2.7人 (2025) 2人 対人口100万人 1.4人 (2024)	399人 対人口100万人 3.2人 (2025) 343人 対人口100万人 2.8人 (2024)	鳥取県7人 対人口100万人 12.6人 (2025) 鳥取県7人 対人口100万人 13.1人 (2024)	
	指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①がん薬物療法専門医	30.8% (2025) 23.1% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設
			②がん指導薬剤師	0% (2025) 7.7% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②がん専門薬剤師	7.7% (2025) 7.7% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②がん薬物療法認定薬剤師	46.2% (2025) 38.5% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②外来がん治療認定薬剤師	53.8% (2025) 23.1% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③がん看護専門看護師	30.8% (2025) 23.1% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③がん薬物療法看護認定看護師	30.8% (2025) 46.2% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③乳がん看護認定看護師	7.7% (2025) 0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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	未実施理由の反映「なし」	59.9% (2022) 61.3% (2020)	75.5% (2022) 73.7% (2020)	100%	QIフィードバックシステム
			未実施理由の反映「限定」※	67.9% (2022) 69.8% (2020)	97.3% (2022) 96.6% (2020)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
	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	未実施理由の反映「なし」	42.1% (2022) 56.8% (2021) 43.3% (2020)	64.0% (2022) 61.8% (2021) 62.1% (2020)	100%	QIフィードバックシステム
			未実施理由の反映「限定」※	42.1% (2022) 59.5% (2021) 70.0% (2020)	94.3% (2022) 94.9% (2021) 95.7% (2020)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
	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	未実施理由の反映「なし」	42.6% (2022) 28.6% (2021) 46.7% (2020)	51.4% (2022) 48.8% (2021) 47.4% (2020)	100%	QIフィードバックシステム
			未実施理由の反映「限定」※	47.1% (2022) 45.7% (2021) 93.3% (2020)	96.7% (2022) 96.7% (2021) 97.5% (2020)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
	指標	医療者調査 問22 医師、問19 看護師 放射線治療の適応の判断については、多職種で議論を行うことができていると思いますか。		57.1 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2025年1月実施)
		医療者調査　問24 放射線治療を受けた患者のうち、その適応の判断を多職種で議論された上で、提供できた患者の割合はどの程度ですか。		65.3ポイント (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問23 医師 沖縄県では、質の高い放射線治療を提供できていると思いますか。		57.1 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2025年1月実施)

※限定:未実施入力をした施設に限定して表示

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	未実施理由の反映「なし」	51.5% (2022) 70.8% (2021) 66.7% (2020)	58.3% (2022) 57.2% (2021) 56.1% (2020)	100%	QIフィードバックシステム
			未実施理由の反映「限定」※	51.5% (2022) 79.2% (2021) 80.0% (2020)	95.1% (2022) 96.4% (2021) 95.1% (2020)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
	指標	DPC-QI　st14 胃癌術後6週間以内の補助化学療法開始	未実施理由の反映「なし」	42.4% (2022) 58.3% (2020)	49.3% (2022) 51.4% (2020)	100%	QIフィードバックシステム
			未実施理由の反映「限定」※	54.5% (2022) 83.3% (2020)	90.1% (2022) 92.8% (2020)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
	指標	DPC-QI　32 StageⅢ大腸癌に対する術後補助化学療法	未実施理由の反映「なし」	69.9% (2009)	82.7% (2009)	100%	QIフィードバックシステム
			未実施理由の反映「限定」※	69.9% (2009)	69.9% (2009)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
	指標	医療者調査 問24 医師、問8 薬剤師 沖縄県では、質の高い薬物療法を提供できていると思いますか。		69.9 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2025年1月実施)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2024年2月実施)

※限定:未実施入力をした施設に限定して表示

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	中間アウトカムの指標と同じ					

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		100.0% (2025) 100.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設

⑦チーム医療の推進＜医療部会＞

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						医療部会で検討中
	指標						医療部会で検討中

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		100.0% (2025) 100.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設

7-3	「施設」では、栄養サポートチーム等の専門チームと連携し、栄養指導や管理を行う		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		100.0% (2025) 100.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：九州厚生局 届出受理医療機関名簿(全体版) 受理番号：栄養チ 2025年4月1日現在(※毎月上旬更新予定)

7-1	患者が、医療者の間の情報共有ができた医療を受けられている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 医療スタッフ間で情報が十分と感じた患者の割合		82.4% (2023) 77.3% (2018)	80.1% (2023) 68.8% (2018)	島根県90.5% (2023) 東京都78.0% (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問23-7】 (2025年7月3日公表)
	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		68.3% (2023) 53.7% (2018)	58.4% (2023) 48.8% (2018)	島根県69.9% (2023) 佐賀県65.8% (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問23-6】 (2025年7月3日公表)
	指標	DPC-QI st20 胃がん患者への栄養指導	未実施理由の反映「なし」	97.8% (2019)	94.7% (2019)	100%	QIフィードバックシステム
			未実施理由の反映「限定」※	98.5% (2019)	98.0% (2019)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
	指標	NDB-SCR/NDB 栄養サポートチーム加算		158.2 (2022) 190.1 (2021)	100.0	高知県188.0 (2022) 沖縄県190.1 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(診療行為コード)A-233-02-00(コード190136810)
	指標	NDB-SCR/NDB 周術期口腔機能管理計画策定料					
	指標	NDB-SCR/NDB 周術期口腔機能管理料(I)(II)(III)					
	指標	医療者調査(医師以外回答) がん患者のケアに関して、医師に対して、自分の意見を自由に話すことができていると思いますか。		56.1 (2024) 56.9 (2023) 61.9 (2015)	比較可能 データなし	【参考値】 秋田県62.0% (2023) 秋田県62.1% (2020)	沖縄県値：医療者調査 (2025年1月実施)
	指標	医療者調査(医師回答) 他の医療者の話に耳を傾けることができていると思いますか。		73.2 (2024) 82.0 (2023) 97.9 (2015)	比較可能 データなし	【参考値】 秋田県97.0% (2023) 秋田県97.4% (2020)	沖縄県値：医療者調査 (2025年1月実施)

※限定：未実施入力をした施設に限定して表示

⑧医療実装＜医療部会＞

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			比較可能 データなし	比較可能 データなし	

8-2	「拠点病院等」では、治験も含めた医薬品等の臨床試験、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		1/3施設 (2025) 1/3施設 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象3施設
	指標	「拠点病院等」において実施されている(参加が可能な)臨床試験の数		25件 (2024) 14件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象6施設

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試験、先進医療、患者申出療養等に参加した患者の数		91人 (2024) 269人 (2023)			沖縄県値：医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設
	指標	医療者調査 問7 医師、問6 薬剤師 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ったと思いますか。		80.1 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2025年1月実施)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2024年2月実施)

緩和・支持療法

C 個別施策

①緩和ケア<緩和ケア・在宅医療部会>

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	「施設」では、外来初診時および入院時に、看護師による「痛みのスクリーニング」を行い、その後は必要な医療を行う						
	指標	外来初診時および入院時に、看護師による「痛みのスクリーニング」が行われたがん患者の割合					沖縄県値：2026年2月アンケート施行予定
	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					沖縄県値：2026年2月アンケート施行予定
	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					沖縄県値：2026年2月アンケート施行予定
	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					沖縄県値：2026年2月アンケート施行予定
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					沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定
	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					沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定
	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					沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定
	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					沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定
	指標	リンクナース制度を運用している「施設」の割合		92.3% （2025） 92.3% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）集計対象13施設
1-3	「施設」では、専門的な緩和ケアを提供できる人材とチームを整備する		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		726件 （2024） 919件 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）集計対象13施設
	指標	緩和ケア外来の新規診療症例数		480件 （2024） 366件 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	指標	緩和ケア外来への、地域の医療機関からの紹介件数		617件 （2024） 612件 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	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	6人 対人口100万人 4.1人 （2026） 3人 対人口100万人 2.0人 （2025） 3人 対人口100万人 2.0人 （2024）	688人 対人口100万人 5.5人 （2026） 552人 対人口100万人 4.4人 （2025） 356人 対人口100万人 2.8人 （2024）	京都府29人 対人口100万人 11.2人 （2026） 京都府25人 対人口100万人 9.7人 （2025） 鳥取県4人 対人口100万人 7.2人 （2024）	日本緩和医療学会認定名簿閲覧（2026年4月1日認定）
			①緩和医療学会認定医	13人 対人口100万人 8.9人 （2026） 15人 対人口100万人 10.2人 （2025） 11人 対人口100万人 7.5人 （2024）	1,119人 対人口100万人 8.9人 （2026） 1,086人 対人口100万人 8.6人 （2025） 1,146人 対人口100万人 9.2人 （2024）	熊本県29人 対人口100万人 16.7人 （2026） 鳥取県10人 対人口100万人 18.1人 （2025） 鳥取県9人 対人口100万人 16.3人 （2024）	
			②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	3人 対人口100万人 2.0人 （2025） 1人 対人口100万人 0.7人 （2024）	286人 対人口100万人 2.3人 （2025） 142人 対人口100万人 1.1人 （2024）	岡山県9人 対人口100万人 4.8人 （2025） 香川県4人 対人口100万人 4.2人 （2024）	日本サイコオンコロジー学会　登録医リスト（2025年9月8日閲覧）
			③ペインクリニック専門医	16人 対人口100万人 10.9人 （2025） 15人 対人口100万人 10.2人 （2024） 15人 対人口100万人 10.2人 （2023）	1,644人 対人口100万人 13.0人 （2025） 1,642人 対人口100万人 13.0人 （2024） 1,619人 対人口100万人 12.8人 （2023）	栃木県55人 対人口100万人 28.5人 （2025） 栃木県54人 対人口100万人 27.9人 （2024） 栃木県55人 対人口100万人 28.5人 （2023）	日本ペインクリニック学会事務局からのデータ提供（2025年4月1日現在）
			④放射線治療専門医	16人 対人口100万人 10.9人 （2025） 14人 対人口100万人 9.5人 （2024）	1,453人 対人口100万人 11.5人 （2025） 1，427人 対人口100万人 11.3人 （2024）	京都府55人 対人口100万人 21.3人 （2025） 京都府55人 対人口100万人 21.3人 （2024）	日本放射線腫瘍学会からの情報提供（2025年8月31日現在）
			⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	13人 対人口100万人 8.9人 （2025） 13人 対人口100万人 8.8人 （2024） 13人 対人口100万人 8.8人 （2023）	1,329人 対人口100万人 10.5人 （2025） 1，303人 対人口100万人 10.05人 （2024） 1，264人 対人口100万人 10.2人 （2023）	高知県19人 対人口100万人 27.5人 （2025） 高知県16人 対人口100万人 24.1人 （2024） 奈良県119人 対人口100万人 92.0人 （2023）	日本IVR学会事務局からの情報提供（2026年5月15日）
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	3人 対人口100万人 2.0人 （2026） 4人 対人口100万人 2.7人 （2025） 4人 対人口100万人 2.7人 （2024）	942人 対人口100万人 7.6人 （2026） 865人 対人口100万人 7.0人 （2025） 870人 対人口100万人 7.0人 （2024）	島根県12人 対人口100万人 18.5人 （2026） 石川県18人 対人口100万人 16.2人 （2025） 島根県11人 対人口100万人 17.0人 （2024）	日本緩和医療薬学会認定名簿（2026年3月現在）
			⑦緩和ケア認定看護師	55人 対人口100万人 37.5人 （2025） 54人 対人口100万人 36.8人 （2024）	2,713人 対人口100万人 21.5人 （2025） 2,682人 対人口100万人 21.3人 （2024）	山梨県58人 対人口100万人 71.6人 （2025） 山梨県60人 対人口100万人 74.1人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2025年12月25日現在）

B 中間アウトカム

番号		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
1-1	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		93.3% （2023） 80.1% （2018）	90.2% （2023） 74.1% （2018）	島根県96.9% （2023） 愛媛県86.3% （2018）	令和5年患者体験調査報告書【問23-3】（2025年7月3日公表）
	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		96.5% （2023） 78.6% （2018）	90.3% （2023） 71.7% （2018）	高知県97.1% （2023） 愛媛県79.8% （2018）	令和5年患者体験調査報告書【問23-4】（2025年7月3日公表）
	指標	医療者調査 問8 医師、問6 看護師 2024年に、看護師による痛みのモニタリングで、痛みがあった患者の状況が、主治医（チーム）に速やかに伝えることができていると思いますか。		73.1 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2025年1月実施）
	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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）
	指標	医療者調査 問9 医師、問7 看護師 2024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対して、主治医（チーム）が、速やかに必要な緩和ケアを提供できていると思いますか。		68.5 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2025年1月実施）
	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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）
	指標	医療者調査 問10 医師、問8 看護師 2024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については、主治医（チーム）から速やかに緩和ケアチームに紹介できていると思いますか？		64.8 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2025年1月実施）
	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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）
1-2	指標	患者報告アウトカム（PRO）の症状改善率					
	指標						緩和ケア・在宅医療部会で検討中
	指標	NDB-SCR/NDB 緩和ケア診療加算の算定回数		51.0 （2022） 39.3 （2021）	100.0	福井県221.8 （2022） 福井県211.7 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為コード）A-226-02-01（コード190110070）
	指標	NDB-SCR/NDB L100神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）		78.8 （2022） 84.3 （2021）	100.0	長野県226.8 （2022） 長野県230.2 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為枝番）L-100-00入院+外来
	指標	NDB-SCR/NDB L101神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）		78.1 （2022） 68.0 （2021）	100.0	鹿児島県899.7 （2022） 岐阜県296.1 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為枝番）L-101-00入院+外来
	指標	NDB-SCR/NDB 緩和的放射線照射の実施数：M001-3（直線加速器による放射線治療）の2		138.0 （2022） 141.9 （2021）	100.0	山形県240.7 （2022） 山形県214.8 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為コード）M-001-03-02入院+外来（コード180035310）

A 分野アウトカム

番号		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
1-1	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		なし （2023） 70.4% （2018） 62.0% （2014）	なし （2023） 69.5% （2018） 61.5% （2014）	なし （2023） 岡山県79.8% （2018） 和歌山県73.2% （2014）	患者体験調査【問36-5】（2020年11月11日公表）
	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		37.0% （2023） 43.5% （2018）	33.8% （2023） 42.5% （2018）	大分県42.1% （2023） 山口県55.2% （2018）	令和5年患者体験調査報告書【問64】（2025年7月3日公表）
	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		78.6% （2023） 78.3% （2018） 75.2% （2014）	79.0% （2023） 70.1% （2018） 77.7% （2014）	三重県87.3% （2023） 徳島県83.5% （2018） 秋田県89.4% （2014）	令和5年患者体験調査報告書【問59】（2025年7月3日公表）

			⑧公認心理師	1,052人 対人口100万人 716.9人 （2025） 1,036人 対人口100万人 706.0人 （2024） 1,010人 対人口100万人 688.3人 （2023）	75,222人 対人口100万人 596.3人 （2025） 73,678人 対人口100万人 584.1人 （2024） 71,821人 対人口100万人 569.3人 （2023）	京都府2,419人 対人口100万人 938.3人 （2025） 京都府2,368人 対人口100万人 918.5人 （2024） 京都府2,285人 対人口100万人 886.3人 （2023）	公認心理師試験研修センター「⑧登録者数の状況」（2025年12月末日現在）
			⑧臨床心理士	378人 対人口100万人 257.6人 （2026） 336人 対人口100万人 228.6人 （2023）	39,326人 対人口100万人 311.7人 （2026） 36,865人 対人口100万人 296.6人 （2023）	1,516人 対人口100万人 588.0人 （2026） 京都府1,448人 対人口100万人 571.5人 （2023）	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・専門職大学院数一覧」（2026年4月1日現在）
	指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①緩和医療学会専門医	15.4% （2025） 7.7% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施） 集計対象13施設
			①緩和医療学会認定医	53.8% （2025） 46.2% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	0% （2025） 0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③ペインクリニック専門医	23.1% （2025） 38.5% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			④放射線治療専門医	61.5% （2025） 61.5% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	46.2% （2025） 53.8% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	15.4% （2025） 23.1% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑦緩和ケア認定看護師	100.0% （2025） 100.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑧公認心理師	69.2% （2025） 61.5% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑧臨床心理士	46.2% （2025） 53.8% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

②在宅医療<緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキング>

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	あなたが担当した患者さんは、最終的に希望した場所で亡くなったと思いますか	医療者調査 拠点病院等（医師、看護師、MSW）（再掲）	56.3 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2025年1月実施）
			在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、訪問看護ステーション（医師、看護師）	緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキングにて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定

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	緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキングで検討中	緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキングにて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定

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		1人 （2024） 3人 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）集計対象13施設
	指標	以下の専門家の数 ①在宅専門医 ②訪問看護認定看護師 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 対人口100万人 6.8人 （2024） 8人 対人口100万人 5.5人 （2023）	461人 対人口100万人 3.7人 （2024） 424人 対人口100万人 3.4人 （2023）	奈良県12人 対人口100万人 9.3人 （2024） 福井県6人 対人口100万人 7.8人 （2023）	日本在宅医療連合学会　認定専門医一覧閲覧（2024年5月17日）
			日本在宅医療連合学会 所属県別会員数	47人 対人口100万人 32.0人 （2024）	3,348人 対人口100万人 26.9人 （2024）	東京都679人 対人口100万人 48.1人 （2024）	日本在宅医療連合学会事務局からのデータ提供（2024年12月）
			②訪問看護認定看護師	3人 対人口100万人 2.0人 （2025） 3人 対人口100万人 2.0人 （2024）	657人 対人口100万人 5.2人 （2025） 672人 対人口100万人 5.3人 （2024）	愛知県97人 対人口100万人 12.9人 （2024） 愛知県98人 対人口100万人 13.0人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2025年12月25日現在）
			（訪問看護ステーション）訪問看護師	1,452人 対人口100万人 989.7人 （2024） 1,229人 対人口100万人 837.5人 （2023）	98,880人 対人口100万人 783.9人 （2024） 91,462人 対人口100万人 725.1人 （2023）	大阪府13,721人 対人口100万人 1,552.5人 （2024） 大阪府11,569人 対人口100万人 1,309.1人 （2023）	厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」（2026年4月10日閲覧）
			③介護支援専門員	1,049人 対人口100万人 714.8人 （2024） 1,147人 対人口100万人 781.6人 （2023）	95,015人 対人口100万人 753.2人 （2024） 94,228人 対人口100万人 747.0人 （2023）	秋田県1,125人 対人口100万人 1172.5人 （2024） 秋田県1,114人 対人口100万人 1,161人 （2023）	介護サービス施設・事業所調査「居宅サービス事業所」7-11居宅介護支援　常勤数（2025年12月19日公表）
			④在宅医療インテグレーター（養成講座修了者数）	13人 対人口100万人 8.9人 （2025まで）	430人 対人口100万人 3.4人 （2025まで）	沖縄県13人 対人口100万人 8.9人 （2025まで）	日本在宅医療連合学会事務局からのデータ提供（2025年8月13日）
			①在宅療養支援診療所	98施設 対人口100万人 66.8施設 （2024） 96施設 対人口100万人 66.7施設 （2023）	14,834施設 対人口100万人 117.6施設 （2024） 14,514施設 対人口100万人 115.1施設 （2023）	大阪府1,804施設 対人口100万人 204.1施設 （2024） 大阪府1,739施設 対人口100万人 196.8施設 （2023）	厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」（2026年4月10日閲覧）
			②強化機能型在宅療養支援診療所	47施設 対人口100万人 32.0施設 （2024） 36施設 対人口100万人 24.5施設 （2023）	4,229施設 対人口100万人 33.5施設 （2024） 4,005施設 対人口100万人 31.7施設 （2023）	大阪府483施設 対人口100万人 54.7施設 （2024） 大阪府454施設 対人口100万人 51.4施設 （2023）	
			③在宅療養支援病院	22施設 対人口100万人 15.0施設 （2024） 20施設 対人口100万人 13.6施設 （2023）	2,081施設 対人口100万人 16.5施設 （2024） 1,821施設 対人口100万人 14.4施設 （2023）	徳島県47施設 対人口100万人 65.3施設 （2024） 徳島県46施設 対人口100万人 63.9施設 （2023）	

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		【参考値】全体 69.5% （2019-2020）	がん在宅74.9% （2023） がん在宅79.1% （2019-2020） がん在宅78.8% （2019） がん在宅78.7% （2018）	【参考値】全体 鹿児島県78.0% （2019-2020）	遺族調査（2025年7月3日公表）
	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		【参考値】全体 42.1% （2019-2020） 53.1% （2019）	がん在宅41.3% （2023） がん在宅40.2% （2019-2020） がん在宅41.7% （2019） がん在宅40.2% （2018）	【参考値】全体 佐賀県33.3% （2019-2020） 福岡県31.0% （2019）	遺族調査（2025年7月3日公表）
	指標	NDB-SCR/NDB 在宅ターミナルケア加算		103.9 （2022） 84 （2021）	100.0	神奈川県188.5 （2022） 神奈川県192.6 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）C-001-00-05
	指標	NDB-SCR/NDB 看取り加算		107.6 （2022） 90.3 （2021）	100.0	神奈川県188.1 （2022） 神奈川県193.8 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）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）		107.7 （2022） 99.0 （2021）	100.0	秋田県243.5 （2022） 秋田県258.1 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）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）		242.6 （2022） 236.3 （2021）	100.0	岐阜県305.6 （2022） 岐阜県319.5 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）B-004-00-01
	指標	医療者調査 問25医師、問20看護師、問13MSW あなたが担当した患者さんは、最終的に希望した場所で亡くなったと思いますか。		56.3 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2025年1月実施）
	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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）

	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	④訪問看護ステーション	288施設 対人口100万人 196.3施設 （2024） 234施設 対人口100万人 159.5施設 （2023）	18,042施設 対人口100万人 143.0施設 （2024） 16,423施設 対人口100万人 130.2施設 （2023）	大阪府2,122施設 対人口100万人 240.1施設 （2024） 大阪府1,871施設 対人口100万人 211.7施設 （2023）	
			⑤専門医療機関連携薬局	0施設 対人口100万人 0施設 （2024） 1施設 対人口100万人 0.7施設 （2023）	205施設 対人口100万人 1.6施設 （2024） 191施設 対人口100万人 1.5施設 （2023）	滋賀県6施設 対人口100万人 4.2施設 （2024） 長崎県5施設 対人口100万人 3.8施設 （2023）	衛生行政報告例 第8章薬事 第1表薬局数・無薬局町村数・登録販売者数, 都道府県別（2025年10月21日公表）
			⑥麻薬を取り扱っている夜間休日対応薬局	101/383施設			沖縄県値：沖縄県薬剤師会　沖縄県保険薬局情報リスト「在宅対応薬局」「外来対応薬局」閲覧（2024年11月8日）
			無菌製剤処理（共同利用含む）	97/383施設			
			⑦介護サービス事業所	2,761施設 （2025） 2,638施設 （2024） 2,504施設 （2023）			沖縄県値：沖縄県Webサイト「沖縄県内指定介護サービス事業所情報」閲覧（2025年10月1日現在）※状態区分「指定」のみ
			⑧訪問リハビリテーション事業所	46施設 対人口100万人 31.3施設 （2025） 45施設 対人口100万人 30.7施設 （2024） 42施設 対人口100万人 28.6施設 （2023）	5,091施設 対人口100万人 40.4施設 （2025） 4,915施設 対人口100万人 39.8施設 （2024） 4,913施設 対人口100万人 38.9施設 （2023）	徳島県105施設 対人口100万人 145.9施設 （2025） 徳島県101施設 対人口100万人 145.7施設 （2024） 徳島県96施設 対人口100万人 140.4施設 （2023）	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」140訪問リハビリテーション閲覧（2025年12月末時点）

	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
2-4	指標	看取りができる介護施設の数	緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキングにて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：各地区医師会にて調査予定

③リハビリテーション<医療部会>

	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
3-1	指標	がん患者リハビリテーション料に関する施設基準を満たした「施設」の割合	65.4% 17/26施設 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：九州厚生局 届出受理医療機関名簿（全体版）受理番号：がんリハ 令和6年8月1日現在（※毎月上旬更新予定）

	「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
3-1	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	【参考値】 ①がんに係るリハビリテーションが実施された患者数 1,823人 （2024） 4,080人 （2023） ②がんリハの加算対象の患者数 234人 （2024） 242人 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	参考値：医療機関調査（2025年7月実施） 集計対象13施設
	指標	NDB-SCR/NDB がん患者リハビリテーション料	116.1 （2022） 116.6 （2021）	100	福井県190.5 （2022） 福井県191.4 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）H-007-02-00
	指標	医療者調査 問26 医師、問21 看護師 リハビリテーションが必要な患者に対して、リハビリテーションが提供できていると思いますか。	70.4 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2025年1月実施）
	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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）

④支持療法<医療部会>

	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
4-1	指標	リンパ浮腫研修の受講者数（修了者数）	3人 対人口100万人 2.0人 （2023）	350人 対人口100万人 2.8人 （2023）	奈良県10人 対人口100万人 7.7人 （2023）	ライフ・プランニング・センターからのデータ提供（2024年8月15日）
	指標	リンパ浮腫外来が設置されている「施設」の割合	46.2% （2025） 46.2% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）集計対象13施設
	指標	ストーマ外来が設置されている「施設」の割合	92.3% （2025） 76.9% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）集計対象13施設

	[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
4-1	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		74.7% （2023） 70.5% （2018）	75.5% （2023） 63.0% （2018）	島根県83.3% （2023） 大分県70.8% （2018）	令和5年患者体験調査報告書【問23-2】（2025年7月3日公表）
	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					医療部会で検討中
	指標	NDB-SCR/NDB リンパ浮腫複合的治療料	（重症）	なし （2022） なし （2021）	100	鳥取県693.7 （2022） 岩手県459.0 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）H-007-04-01
			（1以外）	なし （2022） なし （2021）	100	高知県330.6 （2022） 東京都299.6 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）H-007-04-02
	指標	NDB-SCR/NDB リンパ浮腫指導管理料		70.7 （2022） 69.4 （2021）	100	佐賀県144.6 （2022） 鹿児島県138.6 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）B-001-07-00
	指標	医療者調査 問18医師、問16看護師、問7薬剤師 薬物療法の開始前に、副作用の出る時期の説明も含めて、説明ができていると思いますか。		72.2 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2025年1月実施）
	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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）

⑤妊孕性温存療法<小児・AYA部会>

	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
5-1	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 （2023） 6件 （2022） 医師会病院を除く拠点病院等5施設集計結果	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10（2024年6月6日開催）

	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
5-2	指標	日本がん・生殖医療登録システム JOFRへの登録症例数	・琉大病院 40例（2023） 41例（2024） ・友愛医療センター　6例 （2023） 5例（2024） ・その他医療機関 （0例）	1200例 （2023） 1453例 （2024）		沖縄県値・全国値：琉球大学病院周産母子センター（産科）からの情報提供（2025年8月5日）友愛医療センターからの情報提供（2025年9月2日）

	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
5-1	指標	がん・生殖医療にて出生した子供の数	1例 （2024） 1例 （2023）			沖縄県値：琉球大学病院周産母子センター（産科）からの情報提供（2025年8月1日）
	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	60.7% （2023） 51.6% （2018） 65.7% （2014）	71.5% （2023） 31.1% （2018） 38.1% （2014）	島根県100.0% （2023） 秋田県100.0% （2018） 和歌山県92.8% （2014）	令和5年患者体験調査報告書【問16】（2025年7月3日公表）
	指標	医療者調査 問20 医師、問18 看護師 対象となる患者すべてに対して、妊孕性について、説明ができていると思いますか。	59.0 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2025年1月実施）
	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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）

	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
5-3	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	院内23例、院外18例 （2024） 院内26例、院外14例 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：琉球大学病院周産母子センター（産科）からの情報提供（2025年8月5日）

個別のがん対策

C 個別施策

①希少がん<医療部会>

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

1-2	希少がん患者及びその家族に対して、十分な相談支援を提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 がん相談支援センターに相談した希少がん患者の数※		述べ65件 (2023) 医師会病院を除く 拠点病院等5施設集計結果	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10(2024年6月6日開催)

※「相談記入シート」6.患者本人の状況●がんの部位71.希少がん

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

1-4	希少がん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療を、タイムリーで質が高く、安全に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 希少がんにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数		4件 (2024) 5件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2025年7月実施)
	指標 臨床試験等を受けた希少がん患者の数		※13人 (2024) 22人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

※那覇市立病院1件患者数不明あり

②難治性がん<医療部会>

2-1	難治性がん患者及びその家族に対して、十分な相談支援が提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 がん相談支援センターに相談した難治性がん患者の数※		原発不明がん 述べ24件 (2023) 医師会病院を除く 拠点病院等5施設集計結果	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10(2024年6月6日開催)

※「相談記入シート」6.患者本人の状況●がんの部位24.原発不明

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

B 中間アウトカム

1-1	希少がん患者の生存率の改善ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者体験調査 希少がん患者の初診から診断までの時間、診断から治療開始までの時間	初診から診断までの時間(1か月未満)	比較可能 データなし	61.4% (2023) 66.4% (2018)	比較可能 データなし	令和5年患者体験調査報告書【問11】(2025年7月3日公表)
		診断から治療開始までの時間(1か月未満)	比較可能 データなし	62.4% (2023) 72.3% (2018)	比較可能 データなし	令和5年患者体験調査報告書【問12】(2025年7月3日公表)

1-2	希少がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者体験調査 治療スケジュールの見通しに関する情報を十分得ることができた希少がん患者の割合		比較可能 データなし	92.4% (2023) 75.7% (2018)	比較可能 データなし	令和5年患者体験調査報告書【問23-1】(2025年7月3日公表)
	指標 医療者調査 問28 医師 問14 MSW 希少がん患者を、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できていると思いますか。		72.0 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2025年1月実施)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2024年2月実施)
	指標 医療者調査 問29 医師、問15 MSW 問28で述べた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。		「どういう患者を受け入れるのか情報提供してほしい」「大学病院の敷居が高い」「琉大病院で初診から治療開始までが時間かかり過ぎる方がいた」「琉大病院が受け入れてくれないから」「琉大病院で治療ができないから」等 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2025年1月実施)
	指標 医療者調査 問30 上記医療機関に紹介できなかった理由について、具体的にお書きください。		「自宅が遠いから」「患者の希望」「情報提供の不足」「専門医がいないため」「受け入れ体制が不十分」等 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2024年2月実施)

2-1	難治性がん患者の生存率の改善ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 難治性がん(代表例：膵がん)の5年生存率(再掲)	膵臓	男 女 (2018) 男 17.0 女 15.0 (2017) 男 10.5 女 11.9 (2016) 男 15.1 女 14.8 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 13.3 女 11.8 (2017) 男 11.9 女 11.8 (2016) 男 10.7 女 10.2 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 香川県21.6 女 茨城県16.2 (2017) 男 山梨県17.3 女 福井県18.8 (2016) 男 広島県15.1 女 東京都14.8 (2012-2015)	全国がん登録5年生存率報告(2016-2021)5年純生存率 2012-15年地域がん登録症例 5年純生存率
		胆のう・胆管	男 女 (2018) 男 29.7 女 30.2 (2017) 男 33.6 女 24.2 (2016) 男 27.7 女 24.0 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 25.3 女 21.3 (2017) 男 25.0 女 20.7 (2016) 男 23.8 女 20.2 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 熊本県36.3 女 京都府27.9 (2017) 男　奈良県38.1 女 和歌山県31.7 (2016) 男 岐阜県31.8 女 沖縄県27.6 (2012-2015)	
		肝臓	男 女 (2018) 男 35.4 女 31.3 (2017) 男 35.0 女 30.1 (2016) 男 34.9 女 31.2 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 大分県48.2 女 和歌山県47.0 (2017) 男 鳥取県48.3 女 鳥取県47.1 (2016) 男 広島県43.1 女 広島県37.7 (2012-2015)		
		脳・中枢神経系	男 女 (2018) 男 26.6 女 33.9 (2017) 男 45.6 女 56.0 (2016) 男 21.3 女 33.5 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 31.2 女 37.8 (2017) 男 32.2 女 37.7 (2016) 男 28.6 女 33.6 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 秋田県47.8 女 秋田県62.9 (2017) 男　鹿児島県52.9 女　青森県66.5 (2016) 男 京都府37.5 女 鳥取県57.5 (2012-2015)	全国がん登録5年生存率報告(2016-2021)5年純生存率 2012-15年地域がん登録症例 5年純生存率
		肺	男 女 (2018) 男 30.5 女 41.3 (2017) 男 31.4 女 44.7 (2016) 男 24.0 女 38.0 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 34.5 女 50.4 (2017) 男 32.5 女 48.3 (2016) 男 30.2 女 46.8 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 香川県40.3 女 長野県62.0 (2017) 男　滋賀県39.7 女　島根県59.5 (2016) 男 広島県36.3 女 石川県55.9 (2012-2015)	
		白血病	男 女 (2018) 男 35.1 女 35.5 (2017) 男 39.8 女 45.5 (2016) 男 33.5 女 31.4 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 42.9 女 46.4 (2017) 男 42.2 女 45.3 (2016) 男 39.0 女 40.5 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 奈良県56.2 女 香川県62.0 (2017) 男 広島県57.9 女 広島県56.4 (2016) 男 福井県52.3 女 東京都48.4 (2012-2015)	

A 分野アウトカム

1-1	がんの種類、年代、住んでいる地域に拘わらず、がん診療の質の向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 希少がんの5年生存率	現在、協議中の厚労科研の議論をまって、掲載予定				

参考データ

1-1	がんの種類、年代、住んでいる地域に拘わらず、がん診療の質の向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 希少がんの5年生存率	喉頭	男　62.6 女 126.5 (2018) 男　69.2 女 105.3 (2017) 男 82.4 女 78.6 (2016) 男 70.3 女 84.1 (2012-2015)	男 77.0 女 75.4 (2018) 男 77.2 女 76.3 (2017) 男 75.1 女 76.4 (2016) 男 77.0 女 77.4 (2012-2015)	男　三重県99.8 女 高知県129.7 (2018) 男 福井県107.9 女 岩手県121.0 (2017) 男 山梨県　95.2 女 香川県174.0 (2016) 男 京都府　85.2 女 島根県107.1 (2012-2015)	全国がん登録5年生存率報告(2016-2021)5年純生存率 2012-15年地域がん登録症例 5年純生存率
		脳・中枢神経系	男 35.9 女 22.2 (2018) 男 26.6 女 33.9 (2017) 男 45.6 女 56.0 (2016) 男 21.3 女 33.5 (2012-2015)	男 31.4 女 37.6 (2018) 男 31.2 女 37.8 (2017) 男 32.2 女 37.7 (2016) 男 28.6 女 33.6 (2012-2015)	男 山梨県60.7 女 鹿児島県52.4 (2018) 男 秋田県47.8 女 秋田県62.9 (2017) 男　鹿児島県52.9 女　青森県66.5 (2016) 男 京都府37.5 女 鳥取県57.5 (2012-2015)	
		多発性骨髄腫	男 31.0 女 46.4 (2018) 男 62.7 女 51.1 (2017) 男 39.3 女 49.8 (2016) 男 39.7 女 41.1 (2012-2015)	男 50.4 女 51.8 (2018) 男 50.5 女 50.4 (2017) 男 48.2 女 46.0 (2016) 男 45.6 女 44.0 (2012-2015)	男 和歌山県61.8 女 愛媛県65.6 (2018) 男 富山県64.6 女 香川県68.6 (2017) 男 徳島県62.9 女 徳島県68.9 (2016) 男 石川県66.5 女 京都府52.2 (2012-2015)	
		卵巣	女 61.0 (2018) 女 55.9 (2017) 女 51.5 (2016) 女 51.7 (2012-2015)	女 58.8 (2018) 女 58.3 (2017) 女 58.6 (2016) 女 58.1 (2012-2015)	女 徳島県74.3 (2018) 女 山梨県63.6 (2017) 女 熊本県69.4 (2016) 女 東京都63.1 (2012-2015)	
		子宮頸部	女 71.2 (2018) 女 68.6 (2017) 女 67.9 (2016) 女 66.2 (2012-2015)	女 71.4 (2018) 女 72.1 (2017) 女 71.8 (2016) 女 72.5 (2012-2015)	女 佐賀県83.5 (2018) 女 滋賀県80.4 (2017) 女 山梨県81.2 高知県81.2 (2016) 女 熊本県76.8 (2012-2015)	

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	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 難治性がん(代表例：膵がん)の5年生存率	膵臓	男 11.4 女 8.6 (2018) 男 17.0 女 15.0 (2017) 男 10.5 女 11.9 (2016) 男 15.1 女 14.8 (2012-2015)	男 14.0 女 13.0 (2018) 男 13.3 女 11.8 (2017) 男 11.9 女 11.8 (2016) 男 10.7 女 10.2 (2012-2015)	男 奈良県22.9 女 広島県17.8 (2018) 男 香川県21.6 女 茨城県16.2 (2017) 男　山梨県17.3 女　福井県18.8 (2016) 男 広島県15.1 女 東京都14.8 (2012-2015)	全国がん登録5年生存率報告(2016-2021)5年純生存率 2012-15年地域がん登録症例 5年純生存率
		胆のう・胆管	男 26.3 女 30.3 (2018) 男 27.5 女 15.1 (2017) 男 25.1 女 20.9 (2016) 男 30.8 女 27.6 (2012-2015)	男 26.4 女 21.2 (2018) 男 25.3 女 21.3 (2017) 男 25.0 女 20.7 (2016) 男 23.8 女 20.2 (2012-2015)	男 愛媛県40.3 女 熊本県31.1 (2018) 男 熊本県36.3 女 京都府27.9 (2017) 男　奈良県38.1 女 和歌山県31.7 (2016) 男 岐阜県31.8 女 沖縄県27.6 (2012-2015)	
		肝臓	男 29.2 女 16.0 (2018) 男 29.7 女 30.2 (2017) 男 33.6 女 24.2 (2016) 男 27.7 女 24.0 (2012-2015)	男 35.7 女 31.4 (2018) 男 35.4 女 31.3 (2017) 男 35.0 女 30.1 (2016) 男 34.9 女 31.2 (2012-2015)	男 鳥取県46.2 女 山梨県45.7 (2018) 男　大分県48.2 女 和歌山県47.0 (2017) 男 鳥取県48.3 女 鳥取県47.1 (2016) 男 広島県43.1 女 広島県37.7 (2012-2015)	
		脳・中枢神経系	男 35.9 女 22.2 (2018) 男 26.6 女 33.9 (2017) 男 45.6 女 56.0 (2016) 男 21.3 女 33.5 (2012-2015)	男 31.4 女 37.6 (2018) 男 31.2 女 37.8 (2017) 男 32.2 女 37.7 (2016) 男 28.6 女 33.6 (2012-2015)	男 山梨県60.7 女 鹿児島県52.4 (2018) 男 秋田県47.8 女 秋田県62.9 (2017) 男　鹿児島県52.9 女　青森県66.5 (2016) 男 京都府37.5 女 鳥取県57.5 (2012-2015)	
		肺	男 30.6 女 42.9 (2018) 男 30.5 女 41.3 (2017) 男 31.4 女 44.7 (2016) 男 24.0 女 38.0 (2012-2015)	男 34.8 女 49.3 (2018) 男 34.5 女 50.4 (2017) 男 32.5 女 48.3 (2016) 男 30.2 女 46.8 (2012-2015)	男 香川県40.9 女 島根県60.6 (2018) 男 香川県40.3 女 長野県62.0 (2017) 男　滋賀県39.7 女　島根県59.5 (2016) 男 広島県36.3 女 石川県55.9 (2012-2015)	
		白血病	男 40.3 女 34.1 (2018) 男 35.1 女 35.5 (2017) 男 39.8 女 45.5 (2016) 男 33.5 女 31.4 (2012-2015)	男 44.5 女 46.7 (2018) 男 42.9 女 46.4 (2017) 男 42.2 女 45.3 (2016) 男 39.0 女 40.5 (2012-2015)	男 福井県60.7 女 香川県67.5 (2018) 男 奈良県56.2 女 香川県62.0 (2017) 男 広島県57.9 女 広島県56.4 (2016) 男 福井県52.3 女 東京都48.4 (2012-2015)	
		食道	男 36.7 女 41.9 (2018) 男 32.0 女 36.5 (2017) 男 32.1 女 23.4 (2016) 男 37.6 女 37.9 (2012-2015)	男 47.9 女 50.2 (2018) 男 47.2 女 49.3 (2017) 男 46.4 女 47.0 (2016) 男 42.5 女 44.5 (2012-2015)	男 山梨県60.2 女 大分県68.8 (2018) 男 石川県59.5 女 徳島県64.1 (2017) 男 香川県55.6 女 岡山県58.1 (2016) 男 宮城県53.2 女 京都府55.7 (2012-2015)	
		多発性骨髄腫	男 31.0 女 46.4 (2018) 男 62.7 女 51.1 (2017) 男 39.3 女 49.8 (2016) 男 39.7 女 41.1 (2012-2015)	男 50.4 女 51.8 (2018) 男 50.5 女 50.4 (2017) 男 48.2 女 46.0 (2016) 男 45.6 女 44.0 (2012-2015)	男 和歌山県61.8 女 愛媛県65.6 (2018) 男 富山県64.6 女 香川県68.6 (2017) 男 徳島県62.9 女 徳島県68.9 (2016) 男 石川県66.5 女 京都府52.2 (2012-2015)	
		胚細胞腫瘍・性腺腫瘍	比較可能 データなし	男 93.3 女 95.1 (2016-2018) 男 97.5 女 95.6 (2017) 男 88.3 女 92.0 (2016) 男 92.5 女 96.7 (2012-2015)	比較可能 データなし	

2-3	難治性がん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療が、タイムリーで質が高く、安全に実施する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	難治がんにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数		12件 (2024) 0件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）
	指標	臨床試験等を受けた難治がん患者の数		22人 (2024) 0人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

2-2	難治性がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	医療者調査 問30 医師、問16 MSW 難治がん患者を、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できていると思いますか。		72.5 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2025年1月実施)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問31 医師、問17 MSW 問30で述べた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。		「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にある施設が適切ではない」「受け入れを断られたため」「琉大病院が受け入れてくれないから」「琉大病院で治療ができないから」等 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2025年1月実施)
	指標	医療者調査　問32 上記医療機関に紹介できなかった理由について、具体的にお書きください。		「知識不足」「患者が高齢のため」「患者や家族が希望しなかったため」「タイミングが合わなかった」等 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2024年2月実施)

③小児がん<小児・AYA部会>

3-1	小児がん患者及びその家族に対して、十分な情報を提供する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標						小児・AYA部会で検討中

3-1	小児がん患者の生存率の改善ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	小児がん患者の初診から琉球大学病院または県立こども医療センターを紹介受診した日数					小児・AYA部会で検討中

3-2	小児がん患者及びその家族に対して、十分な相談支援を提供する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	国立がん研究センターによる「がん相談支援センター相談員基礎研修」(1)(2)を受講後、国立成育医療研究センターが実施する「小児がん相談員専門研修」を修了した者の数		琉球大学病院：0人 こども医療センター：0人 (2024) 琉球大学病院：1人 こども医療センター：0人 (2023) 0人 (2022)	297人 (2024) 230人 (2022)	東京都43人 (2024) 東京都33人 (2022)	現況報告書（小児がん）令和6年9月1日時点【2026年4月23日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標（都道府県単位）】※小児がん拠点病院等に配置されているの者の数
	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※		述べ7件 (2023) 医師会病院を除く 拠点病院等5施設集計結果			沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料 10(2024年6月6日開催)

※「相談記入シート」6.患者本人の状況●患者の年齢1-01.0-14歳

3-2	小児がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	小児がん体験調査 がん患者の家族の悩みや負担を相談できる支援・サービス・場所が十分あると思う小児がん患者の割合		【参考値】 ※35.8% (2023) ※52.6% (2018)	報告書まち (2024) 小児39.7% (2019) 【参考値】 AYA40.6% 成人44.3% (2023) AYA39.5% 成人48.0% (2018)	【参考値】 ※岡山県57.0% (2018)	小児患者体験調査【問40-2】11項(2021年10月6日公表) 参考値：令和5年患者体験調査報告書【問43】(2025年7月3日公表)※全体結果(希少がん患者・AYA・成人)
	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		比較可能 データなし	報告書まち (2024) 60.1% (2019)	比較可能 データなし	小児患者体験調査【問15-2】8項(2021年10月6日公表)

3-3	小児がん患者を、速やかに琉球大学病院または県立こども医療センターに紹介する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	琉球大学病院または県立こども医療センターで治療を受けた小児がん患者の割合		93.6%	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：院内がん登録

3-4	小児がん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療が、タイムリーで質が高く、安全に実施する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	琉球大学病院または県立こども医療センターにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数		琉球大学病院　15件 こども医療センター　20件	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：琉球大学病院小児科、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター小児科からの情報提供 (2024年12月2日)
	指標	臨床試験等を受けた小児がん患者の数		琉球大学病院　5名 こども医療センター　治療13人　診断31人			
	指標	以下の専門家の数 ①小児血液・がん専門医 ②小児外科専門医および小児がん認定外科医 ③血液専門医 ④小児看護専門看護師、がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師、緩和ケア認定看護師	①小児血液・がん専門医	3人 対人口100万人 2.0人 (2024)	383人 対人口100万人 3.1人 (2024)	京都府23人 対人口100万人 9.1人 (2024)	一般社団法人日本小児血液・がん学会　小児血液・がん専門医名簿閲覧(更新日 2024年4月5日)
			②小児外科専門医	7人 対人口100万人 4.8人 (2022)	772人 対人口100万人 6.1人 (2022)	島根県10人 対人口100万人 14.9人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計(2024年3月19日公表)※次回2025年12月下旬公表予定
			③小児がん認定外科医	1人 対人口100万人 0.7人 (2024)	128人 対人口100万人 1.0人 (2024)	奈良県4人 対人口100万人 3.1人 (2024)	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名簿閲覧(更新日 2024年9月13日)
			④血液専門医	31人 対人口100万人 21.1人 (2023)	4,673人 対人口100万人 37.6人 (2024)	京都府193人 対人口100万人 76.2人 (2023)	一般社団法人日本血液学会 京都事務局からの情報提供(2024年11月27日)
			⑤小児看護専門看護師	4人 対人口100万人 2.7人 (2024)	321人 対人口100万人 2.6人 (2024)	高知県8人 対人口100万人 12.0人 (2024)	日本看護協会 データで見る専門看護師「都道府県別専門看護師登録者数」(2024年12月25日現在)
			⑥がん看護専門看護師	13人 対人口100万人 8.8人 (2024)	1,133人 対人口100万人 9.1人 (2024)	高知県20人 対人口100万人 30.1人 (2024)	
			⑦がん薬物療法看護認定看護師	4人 対人口100万人 2.7人 (2024)	286人 対人口100万人 2.3人 (2024)	山形県7人 対人口100万人 6.8人 (2024)	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」(2024年12月25日現在)
			⑦緩和ケア認定看護師	<A課程> 人 対人口100万人 36.8人 (2024)	人 対人口100万人 21.3人 (2024)	山梨県人 対人口100万人 74.1人 (2024)	
			①小児血液・がん専門医	琉球大学病院　1人(2025)　1人(2024) こども医療センター　0人(2025)　1人(2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

1-1	指標	神経芽腫	比較可能 データなし	男 80.8 女 66.2 (2016-2018)	比較可能 データなし	全国がん登録5年生存率報告 表 3. 5年純生存率(%)：国際小児がん分類別、性別 D. 小児(15歳未満)のみ 2012-15年地域がん登録症例 5年純生存率 表 5-6. 5年純生存率(%)：国際小児がん分類別、性別 D. 小児(15歳未満)のみ	
		白血病	比較可能 データなし	男 85.4 女 82.7 (2016-2018)	比較可能 データなし		
		リンパ腫	比較可能 データなし	男 97.4 女 95.0 (2016-2018)	比較可能 データなし		
		大腸	男 66.9 女 64.8 (2018) 男 66.0 女 65.4 (2017) 男 65.1 女 67.9 (2016) 男 66.6 女 63.5 (2012-2015)	男 68.9 女 66.7 (2018) 男 69.0 女 66.7 (2017) 男 68.6 女 66.6 (2016) 男 68.1 女 66.0 (2012-2015)	男 鳥取県72.3 女 香川県71.4 (2018) 男 山形県72.9 女 東京都70.9 (2017) 男　広島県74.3 女　東京都73.0 (2016) 男 広島県73.3 女 東京都71.0 (2012-2015)	全国がん登録5年生存率報告 2012-15年地域がん登録症例 5年純生存率	
		女性乳房	女 87.1 (2018) 女 89.7 (2017) 女 87.2 (2016) 女 88.2 (2012-2015)	女 88.4 (2018) 女 88.0 (2017) 女 88.0 (2016) 女 88.7 (2012-2015)	女 山形県91.8 (2018) 女 岡山県91.1 (2017) 女　石川県92.5 (2016) 女 長崎県92.4 (2012-2015)		
		子宮頸部	女 71.2 (2018) 女 68.6 (2017) 女 67.9 (2016) 女 66.2 (2012-2015)	女 71.4 (2018) 女 72.1 (2017) 女 71.8 (2016) 女 72.5 (2012-2015)	女 佐賀県83.5 (2018) 女 滋賀県80.4 (2017) 女 山梨県81.2 高知県81.2 (2016) 女 熊本県76.8 (2012-2015)		
		卵巣	女 58.8 (2018) 女 55.9 (2017) 女 51.5 (2016) 女 51.7 (2012-2015)	女 58.8 (2018) 女 58.3 (2017) 女 58.6 (2016) 女 58.1 (2012-2015)	女 徳島県74.3 (2018) 女 山梨県63.6 (2017) 女 熊本県69.4 (2016) 女 東京都63.1 (2012-2015)		
		甲状腺	男 81.1 女 93.6 (2018) 男 86.9 女 91.3 (2017) 男 80.6 女 91.8 (2016) 男 87.1 女 87.5 (2012-2015)	男 90.0 女 93.4 (2018) 男 89.4 女 92.5 (2017) 男 89.2 女 92.8 (2016) 男 88.6 女 92.7 (2012-2015)	男 徳島県101.6 女 徳島県97.5 (2018) 男 石川県103.0 女 宮崎県102.6 (2017) 男 高知県110.1 女 宮崎県99.6 女 鳥取県99.6 (2016) 男 徳島県97.7 女 高知県98.2 (2012-2015)		
		AYA世代のがんの5年生存率	全部位	県平均	データなし	データなし	データなし	
				北部	63.0 (2016)			
				中部	63.8 (2016)			
				南部	64.6 (2016)			
				宮古	64.0 (2016)			
				八重山	64.7 (2016)			
			胃	県平均	55.6 (2018) 60.8 (2017)	64.4 (2018) 64.3 (2017)	宮城県72.3 (2018) 新潟県72.5 (2017)	
				北部	46.5 (2016)			
				中部	50.4 (2016)			
				南部	53.1 (2016)			
				宮古	55.4 (2016)			
				八重山	68.5 (2016)			
			大腸	県平均	66.1 (2018) 65.8 (2017)	68.0 (2018) 68.0 (2017)	大阪府70.7 (2018) 東京都71.1 (2017)	
				北部	78.1 (2016)			
				中部	65.5 (2016)			
				南部	69.4 (2016)			
				宮古	74.1 (2016)			
				八重山	78.7 (2016)			
			肝臓	県平均	25.6 (2018) 29.9 (2017)	34.4 (2018) 34.1 (2017)	山梨県43.9 (2018) 山梨県45.1 (2017)	
				北部	41.8 (2016)			
				中部	31.9 (2016)			
				南部	29.8 (2016)			
				宮古	27.4 (2016)			
				八重山	20.5 (2016)			

	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。	②小児外科専門医	琉球大学病院	2人 (2025) 2人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）
				こども医療センター	3人 (2025) 2人 (2024)			
			③小児がん認定外科医	琉球大学病院	0人 (2025) 0人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				こども医療センター	0人 (2025) 0人 (2024)			
			④血液専門医	琉球大学病院	3人 (2025) 5人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				こども医療センター	1人 (2025) 2人 (2024)			
			⑤小児看護専門看護師	琉球大学病院	0人 (2025) 0人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				こども医療センター	3人 (2025) 3人 (2024)			
			⑥がん看護専門看護師	琉球大学病院	3人 (2025) 4人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				こども医療センター	1人 (2025) 1人 (2024)			
			⑦がん薬物療法看護認定看護師	琉球大学病院	0人 (2025) 3人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				こども医療センター	0人 (2025) 0人 (2024)			
			⑧緩和ケア認定看護師	琉球大学病院	2人 (2025) 2人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				こども医療センター	2人 (2025) 3人 (2024)			

3-5	小児がん患者に対して、晩期合併症の検索も含めて、長期フォローアップを行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	長期フォローアップ外来を設置している施設数	1施設 (2024) 3施設※ (2023) 2施設 (2022) 2施設 (2021)	130施設 (2024) 123施設 (2022) 123施設 (2021)	東京都16施設 (2024) 東京都14施設 (2022)	現況報告書（小児がん）令和6年9月1日時点【2026年4月23日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標（都道府県単位）】
	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 小児がん患者5人（2024） AYA世代患者2人（2023） AYA世代患者1人（2024） こども医療センター0名（2024）			沖縄県値：琉球大学病院小児科、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター小児科からの情報提供（2025年9月）

※琉球大学病院小児科、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター小児科、八重山病院

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※1	就学・就園　述べ7件 学業・学校生活　述べ6件 （2023） 医師会病院を除く 拠点病院等5施設集計結果			沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10（2024年6月6日開催）
	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※2	46件 （2023） 医師会病院を除く 拠点病院等5施設集計結果			沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10（2024年6月6日開催）

※1「相談記入シート」7.相談者からの相談内容●17-03就学・就園、17-04学業・学校生活　※2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	1団体 （2024） -団体 （2022）	130団体 （2024） 78団体 （2022）	東京都16団体 （2024） 東京都16団体 （2024）	現況報告書（小児がん）令和6年9月1日時点【2026年4月23日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標（都道府県単位）】

④AYA世代のがん<小児・AYA部会>

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					小児・AYA部会で検討中

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※	延べ193件 （2023） 医師会病院を除く 拠点病院等5施設集計結果	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10（2024年6月6日開催）

※「相談記入シート」6.患者本人の状況●患者の年齢1-02.15-19歳、2.20歳代、3.30歳代

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	59.80%			沖縄県値：拠点病院等を6施設とした場合 全国がん登録罹患数（2019）478 院内がん登録初回治療開始数（2019）286 拠点病院等を3施設とした場合 中部病院、那覇市立、琉大 56.3% 全国がん登録罹患数（2019）478 院内がん登録初回治療開始数（2019）269

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	男 女 （2018） 男 66.0 女 65.4 （2017） 男 65.1 女 67.9 （2016） 男 66.6 女 63.5 （2012-2015）	男 女 （2018） 男 69.0 女 66.7 （2017） 男 68.6 女 66.6 （2016） 男 68.1 女 66.0 （2012-2015）	男 女 （2018） 男 山形県72.9 女 東京都70.9 （2017） 男　広島県74.3 女　東京都73.0 （2016） 男 広島県73.3 女 東京都71.0 （2012-2015）	全国がん登録5年生存率報告5年純生存率 地域がん登録症例5年純生存率
			女性乳房	女 （2018） 女 89.7 （2017） 女 87.2 （2016） 女 88.2 （2012-2015）	女 （2018） 女 88.0 （2017） 女 88.0 （2016） 女 88.7 （2012-2015）	女 （2018） 女 岡山県91.1 （2017） 女　石川県92.5 （2016） 女 長崎県92.4 （2012-2015）	
			子宮頸部	女 （2018） 女 68.6 （2017） 女 67.9 （2016） 女 66.2 （2012-2015）	女 （2018） 女 72.1 （2017） 女 71.8 （2016） 女 72.5 （2012-2015）	女 （2018） 女 滋賀県80.4 （2017） 女 山梨県81.2 高知県81.2 （2016） 女 熊本県76.8 （2012-2015）	
			卵巣	女 （2018） 女 55.9 （2017） 女 51.5 （2016） 女 51.7 （2012-2015）	女 （2018） 女 58.3 （2017） 女 58.6 （2016） 女 58.1 （2012-2015）	女 （2018） 女 山梨県63.6 （2017） 女 熊本県69.4 （2016） 女 東京都63.1 （2012-2015）	
			甲状腺	男 女 （2018） 男 86.9 女 91.3 （2017） 男 80.6 女 91.8 （2016） 男 87.1 女 87.5 （2012-2015）	男 女 （2018） 男 89.4 女 92.5 （2017） 男 89.2 女 92.8 （2016） 男 88.6 女 92.7 （2012-2015）	男 女 （2018） 男 石川県103.0 女 宮崎県102.6 （2017） 男 高知県110.1 女 宮崎県99.6 女 鳥取県99.6 （2016） 男 徳島県97.7 女 高知県98.2 （2012-2015）	

	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		比較可能 データなし	57.7% （2023） 54.9% （2018）	比較可能 データなし	令和5年患者体験調査報告書【問39】（2025年7月3日公表）

	がん種別5年生存率		県平均	87.1 （2018） 89.8 （2017）	88.4 （2018） 88.0 （2017）	岡山県91.1 （2018） 山形県91.9 （2017）
		乳房	北部	84.8 （2016）		
			中部	89.8 （2016）		
			南部	88.7 （2016）		
			宮古	74.8 （2016）		
			八重山	92.6 （2016）		
		子宮頸	県平均	71.2 （2018） 68.6 （2017）	71.4 （2018） 72.1 （2017）	佐賀県83.5 （2018） 滋賀県80.4 （2017）
			北部	51.7 （2016）		
			中部	70.9 （2016）		
			南部	74.0 （2016）		
			宮古	20.3 （2016）		
			八重山	43.1 （2016）		
		肺	県平均	34.3 （2018） 33.9 （2017）	39.6 （2018） 39.8 （2017）	香川県46.2 （2018） 愛媛県46.3 （2017）
			北部	45.4 （2016）		
			中部	29.0 （2016）		
			南部	40.3 （2016）		
			宮古	35.7 （2016）		
			八重山	26.9%		
		胆道	県平均	28.2 （2018） 22.9 （2017）	24.1 （2018） 23.5 （2017）	愛媛県35.7 （2018） 熊本県30.2 （2017）
			北部	21.7 （2016）		
			中部	18.1 （2016）		
			南部	26.4 （2016）		
			宮古	43.0 （2016）		
			八重山	35.7 （2016）		
		膵臓	県平均	89.8 （2018） 87.7 （2017）	92.5 （2018） 92.2 （2017）	香川県100.6 （2018） 香川県100.7 （2017）
			北部	81.8 （2016）		
			中部	96.0 （2016）		
			南部	95.3 （2016）		
			宮古	103.8 （2016）		
			八重山	97.2 （2016）		
		前立腺	県平均	10.0 （2018） 16.2 （2017）	13.5 （2018） 12.6 （2017）	奈良県19.4 （2018） 香川県17.4 （2017）
			北部	4.0 （2016）		
			中部	11.9 （2016）		
			南部	12.2 （2016）		
			宮古	0.2 （2016）		
			八重山	7.5 （2016）		

二次医療県値：沖縄県全国がん登録解析報告書（2016-2021）

県平均・全国値・最良値：全国がん登録5年生存率報告

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	0件 （2024） 0件 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）
	指標	臨床試験や治験等を受けたAYA世代のがん患者の数	0人 （2024） 0人 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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	1施設 （2024） 3施設※ （2023） 2施設 （2022） 2施設 （2021）	130施設 （2024） 123施設 （2022） 123施設 （2021）	東京都16施設 （2024） 東京都14施設 （2022）	現況報告書（小児がん）令和6年9月1日時点【2026年4月23日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標（都道府県単位）】
	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	1人 （2024） 4人 （2022）	190人 （2024） 224人 （2023） 250人 （2022）	東京都28人 （2024） 東京都48人 （2022）	小児・AYA世代の長期フォローアップ体制整備事業事業報告書【2026年4月23日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標（都道府県単位）】
	指標	長期フォローアップ外来で長期にフォローアップをしているAYA世代のがん患者	琉球大学病院　問合せ中 （2024）			沖縄県値：琉球大学病院小児科、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター小児科からの情報提供（2024年12月2日）
			こども医療センター　0人 （2024）			

4-6	AYA世代のがん患者に対して、治療と並行した学業や就労の継続、治療終了後の進学や就職に対しての支援を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターにおける、AYA世代のがん患者の発育及び療養上の相談への対応・支援のうち、教育に関する相談件数※	0件 （2024） 0件 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）集計対象6施設
	指標	がん相談支援センターにおける、AYA世代のがん患者に対する就労に関する相談件数※	13件 （2024） 0件 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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

4-7	子供がいるAYA世代のがん患者に対して、その子供に対する支援を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	親ががんになった子ども、そしてその患者さん、ご家族を支援する団体に紹介したAYA世代のがん患者の数	2人 （2024） 0人 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）集計対象13施設

⑤高齢者のがん<医療部会>

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 96施設 対人口100万人 66.7施設 （2023） 98施設 対人口100万人 66.7施設 （2022）	14,514施設 対人口100万人 116.8施設 （2023） 15,090施設 対人口100万人 121.4施設 （2022）	和歌山県180施設 対人口100万人 202.4施設 （2023） 長崎県282施設 対人口100万人 223.1施設 （2022）	厚生労働省　在宅医療にかかる地域別データ集閲覧（2025年4月17日）
			在宅療養支援病院数 20施設 対人口100万人 13.6施設 （2023） 20施設 対人口100万人 13.6施設 （2022）	1,821施設 対人口100万人 14.7施設 （2023） 1,672施設 対人口100万人 13.5施設 （2022）	徳島県46施設 対人口100万人 66.4施設 （2023） 徳島県42施設 対人口100万人 60.6施設 （2022）	

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	68.0% （2025） 40.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）

5-3	高齢者機能評価および依存疾患の評価の結果と、患者の意向を十分に配慮したうえで、種々のガイドラインに準拠した最適な治療が安全に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	意思決定能力を含む高齢者機能評価に関する院内のマニュアル等を策定している「施設」の割合	53.8% （2025） 46.2% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）集計対象13施設

5-4	高齢者のがん患者をもつ家族の介護負担感を軽減する	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）	42.1% （2019-2020） 53.1% （2019）	38.0% （2023） 38.9% （2019-2020） 40.9% （2019） がん42.1% （2018）	佐賀県33.3% （2019-2020） 福岡県31.0% （2019）	遺族調査（2025年7月3日公表）

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	緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキングにて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：各地区医師会にて調査予定

4-2	指標	医療者調査 問32 医師、問18 MSW 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[注]のがん患者を、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できていると思いますか。	61.0 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2025年1月実施）
	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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）
	指標	医療者調査 問33 医師、問19 MSW 問32で述べた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。	「どういった患者なら受け入れしてくれるのか情報がほしい。病勢が早い場合、受け入れまでに時間がかかると紹介できず治療を開始せざるを得ない」「先方の受け入れ体制に制限はあるので、年齢だけで紹介するのは厳しい」「妊孕性温存療法を琉大病院婦人科に紹介したが、できないとお断りされ、友愛医療センター婦人科にお願いした、当科で2例経験してます」等 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2025年1月実施）
	指標	医療者調査　問34 上記医療機関に紹介できなかった理由について、具体的にお書きください。	「患者の希望」「当院で治療が可能な場合もあるため」「紹介やセカンドオピニオンが遅くなってしまったため」「詳しい医師がいない」等 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）

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	37.6% （2019-2020） 38.1% （2019）	52.9% （2023） 35.7% （2019-2020） 36.5% （2019） 65.8% （2018）	京都府 40.5% （2019-2020） 山形県 44.8% （2019）	遺族調査（2025年7月3日公表）
	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	42.1% （2019-2020） 53.1% （2019）	38.0% （2023） 38.9% （2019-2020） 40.9% （2019） がん42.1% （2018）	佐賀県33.3% （2019-2020） 福岡県31.0% （2019）	遺族調査（2025年7月3日公表）
	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）	107.7 （2022） 99.0 （2021）	100.0	秋田県243.5 （2022） 秋田県258.1 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）B-005-01-02
	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）	242.6 （2022） 236.3 （2021）	100.0	岐阜県305.6 （2022） 岐阜県319.5 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）B-004-00-01
	指標	医療者調査 問27 医師、問22 看護師 65歳以上のがん患者に対して、治療前に、高齢者機能評価ができていると思いますか。	49.6 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2025年1月実施）
	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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）

			県平均	37.8 （2018） 35.3 （2017）	45.4 （2018） 44.3 （2017）	香川県58.7 （2018） 奈良県55.1 （2017）
			北部	データなし （2016）		
			中部	26.2 （2016）		
			南部	32.8 （2016）		
			宮古	0.1 （2016）		
			八重山	25.3 （2016）		
	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	比較可能 データなし	75.5% （2023） 69.2% （2018）	比較可能 データなし	令和5年患者体験調査報告書【問59】（2025年7月3日公表）
	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	比較可能 データなし	75.7% （2023） 66.8% （2018）	比較可能 データなし	令和5年患者体験調査報告書【問59】（2025年7月3日公表）
	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）	【参考値】 ※8.3点 （2023） ※8.4点 （2018）	報告書まち （2024） 小児8.4点 （2019） 【参考値】 AYA8.2点 成人8.2点 （2023） AYA7.8点 成人7.9点 （2018）	【参考値】 ※島根県8.6点 （2023） ※愛媛県8.5点 （2018）	小児患者体験調査【問25】10項 （2021年10月6日公表） 参考値：令和5年患者体験調査報告書【問31】（2025年7月3日公表）※全体結果（希少がん患者・AYA・成人）

⑥離島・へき地<離島・へき地部会>

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	43.9% (2018)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県がん患者等支援事業(琉球大学病院がんセンター内)からの情報提供

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					離島・へき地部会で検討中

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	北部地区医師会病院 0人(2025) 0人(2024) 宮古病院 0人(2025) 0人(2024) 八重山病院 0人(2025) 0人(2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)集計対象3施設
			②乳腺外科専門医(乳腺専門医)	北部地区医師会病院 0人(2025) 1人(2024) 宮古病院 0人(2025) 0人(2024) 八重山病院 0人(2025) 0人(2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			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	北部地区医師会病院 1人(2025) 1人(2024) 宮古病院 0人(2025) 0人(2024) 八重山病院 1人(2025) 1人(2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			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	北部地区医師会病院 1人(2025) 1人(2024) 宮古病院 0人(2025) 0人(2024) 八重山病院 1人(2025) 1人(2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			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	北部地区医師会病院 12人(2025) 2人(2024) 宮古病院 8人(2025) 0人(2024) 八重山病院 2人(2025) 0人(2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑤がん登録実務初級認定を受けた診療情報管理士	北部地区医師会病院 4人(2025) 3人(2024) 宮古病院 1人(2025) 1人(2024) 八重山病院 1人(2025) 1人(2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	指標	以下の専門家が、診療病院において、毎週または月に2回以上、外来診療を行っているか否か ①放射線治療専門医 ②がん薬物療法専門医 ③血液専門医	①放射線治療専門医	北部地区医師会病院 0人(2025) 1人(2024) 宮古病院 0人(2025) 0人(2024) 八重山病院 0人(2025) 0人(2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)集計対象3施設
			②がん薬物療法専門医	北部地区医師会病院 0人(2025) 1人(2024) 宮古病院 0人(2025) 0人(2024) 八重山病院 0人(2025) 非常勤1人 月1回(2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③血液専門医	北部地区医師会病院 人(2025) 0人(2024) 宮古病院 人(2025) 0人(2024) 八重山病院 人(2025) 非常勤1人 月1回(2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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	100% 18/18市町村 (2024) 94% 17/18市町村 (2023)	なし	なし	沖縄県庁Webサイト「沖縄県離島患者等支援事業補助金」事業実績閲覧(更新日2026年1月21日)
	指標	沖縄県離島患者等通院費支援事業を利用したがん患者の割合	利用件数2,736件(2024) 利用件数2,117件(2023) (参考値)離島のがん罹患数 1,070(2019年)	なし	なし	

【参考値】
令和4年度沖縄県がん登録事業報告書（令和元年の罹患集計）p132
表42. 市区町村別罹患数：部位別、性別
石垣市　395
宮古島市　430
伊江村　47
渡嘉敷村　5
座間味村　3
粟国村　8
渡名喜村　8
南大東村　8
北大東村　2
伊平屋村　4
伊是名村　13
久米島町　86
多良間村　13
竹富町　37
与那国町　11
計1,070

6-1	離島・へき地のがん患者の生存率の改善ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん種別5年生存率(再掲)				二次医療県値:沖縄県全国がん登録解析報告書(2016-2021) 県平均・全国値・最良値:全国がん登録5年生存率報告
		全部位	県平均	データなし	データなし	データなし	
			北部	63.0 (2016)			
			中部	63.8 (2016)			
			南部	64.6 (2016)			
			宮古	64.0 (2016)			
			八重山	64.7 (2016)			
		胃	県平均	55.6 (2018) 60.8 (2017)	64.4 (2018) 64.3 (2017)	宮城県72.3 (2018) 新潟県72.5 (2017)	
			北部	46.5 (2016)			
			中部	50.4 (2016)			
			南部	53.1 (2016)			
			宮古	55.4 (2016)			
			八重山	68.5 (2016)			
		大腸	県平均	66.1 (2018) 65.8 (2017)	68.0 (2018) 68.0 (2017)	大阪府70.7 (2018) 東京都71.1 (2017)	
			北部	78.1 (2016)			
			中部	65.5 (2016)			
			南部	69.4 (2016)			
			宮古	74.1 (2016)			
			八重山	78.7 (2016)			
		肝臓	県平均	25.6 (2018) 29.9 (2017)	34.4 (2018) 34.1 (2017)	山梨県43.9 (2018) 山梨県45.1 (2017)	
			北部	41.8 (2016)			
			中部	31.9 (2016)			
			南部	29.8 (2016)			
			宮古	27.4 (2016)			
			八重山	20.5 (2016)			
		乳房	県平均	87.1 (2018) 89.8 (2017)	88.4 (2018) 88.0 (2017)	岡山県91.1 (2018) 山形県91.9 (2017)	
			北部	84.8 (2016)			
			中部	89.8 (2016)			
			南部	88.7 (2016)			
			宮古	74.8 (2016)			
			八重山	92.6 (2016)			
		子宮頸	県平均	71.2 (2018) 68.6 (2017)	71.4 (2018) 72.1 (2017)	佐賀県83.5 (2018) 滋賀県80.4 (2017)	
			北部	51.7 (2016)			
			中部	70.9 (2016)			
			南部	74.0 (2016)			
			宮古	20.3 (2016)			
			八重山	43.1 (2016)			
		肺	県平均	34.3 (2018) 33.9 (2017)	39.6 (2018) 39.8 (2017)	香川県46.2 (2018) 愛媛県46.3 (2017)	
			北部	45.4 (2016)			
			中部	29.0 (2016)			
			南部	40.3 (2016)			
			宮古	35.7 (2016)			
			八重山	26.9%			
		胆道	県平均	28.2 (2018) 22.9 (2017)	24.1 (2018) 23.5 (2017)	愛媛県35.7 (2018) 熊本県30.2 (2017)	
			北部	21.7 (2016)			
			中部	18.1 (2016)			
			南部	26.4 (2016)			
			宮古	43.0 (2016)			
			八重山	35.7 (2016)			
		前立腺	県平均	89.8 (2018) 87.7 (2017)	92.5 (2018) 92.2 (2017)	香川県100.6 (2018) 香川県100.7 (2017)	
			北部	81.8 (2016)			
			中部	96.0 (2016)			
			南部	95.3 (2016)			
			宮古	103.8 (2016)			
			八重山	97.2 (2016)			
		膵臓	県平均	10.0 (2018) 16.2 (2017)	13.5 (2018) 12.6 (2017)	奈良県19.4 (2018) 香川県17.4 (2017)	
			北部	4.0 (2016)			
			中部	11.9 (2016)			
			南部	12.2 (2016)			
			宮古	0.2 (2016)			

				八重山	7.5 （2016）			
			ATL	県平均	37.8 （2018） 35.3 （2017）	45.4 （2018） 44.3 （2017）	香川県58.7 （2018） 奈良県55.1 （2017）	
				北部	データなし （2016）			
				中部	26.2 （2016）			
				南部	32.8 （2016）			
				宮古	0.1 （2016）			
				八重山	25.3 （2016）			

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34 医師、問20 MSW 北部地区医師会病院、たいら内科クリニック、県立宮古病院、県立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ついて、自施設から中南部の専門医療機関に送った方が良いと評価した患者を、スムーズに紹介できていると思いますか。		75.8 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 （2025年1月実施）
		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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 （2024年2月実施）
	指標	医療者調査 問35医師、問23看護師、問9薬剤師、問21MSW 北部地区医師会病院、たいら内科クリニック、県立宮古病院、県立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を診療する際に、専門医等の充足や医療機器の配備等の点で、中部医療圏や南部医 療圏との医療格差が明らかにあると思いますか。		74.3 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 （2025年1月実施）
		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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 （2024年2月実施）
	指標	医療者調査 問36 医師、問22 MSW 離島やへき地に住む患者を診療する際に、なるべく少ない回数で通院が終わるように配慮ができていると思 いますか。		69.1 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 （2025年1月実施）
		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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 （2024年2月実施）

C 個別施策

①相談支援<情報提供・相談支援部会>

番号			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						
	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		40.0% (2025) 40.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	医療機関調査(2025年7月実施)集計対象10施設

番号			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						
	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※		18.9% 960/5070件 (2023) 医師会病院を除く拠点病院等5施設集計結果			沖縄県値:令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料 10(2024年6月6日開催)

※「相談記入シート」現在の治療状況02治療前(診断後精査中含む)

番号			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 対人口100万人 0.0人 (2025) 0施設 対人口100万人 0.0人 (2024)	31施設 対人口100万人 0.3人 (2025) 32施設 対人口100万人 0.3人 (2024)	福井県2施設 対人口100万人 2.7人 (2025) 福井県2施設 対人口100万人 2.7人 (2024)	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 2025年1月時点 (更新日2024年12月20日)
	指標	②認定がん専門相談員数		3人 対人口100万人 2.0人 (2025) 3人 対人口100万人 2.0人 (2024)	414人 対人口100万人 3.3人 (2025) 390人 対人口100万人 3.1人 (2024)	長野県24人 対人口100万人 12.0人 (2025) 鳥取県5人 対人口100万人 9.3人 (2024)	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」(更新日2025年4月1日)
	指標	③相談員指導者研修修了者数		12人 対人口100万人 8.2人 (2025) 12人 対人口100万人 8.2人 (2024) 9人 対人口100万人 6.1人 (2023)	889人 対人口100万人 7.2人 (2025) 821人 対人口100万人 6.6人 (2024) 771人 対人口100万人 6.2人 (2023)	山梨県21人 対人口100万人 26.4人 (2025) 山梨県19人 対人口100万人 23.9人 (2024) 山梨県17人 対人口100万人 21.4人 (2023)	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(2025年11月現在)
	指標	④相談員基礎研修(3)修了者数		13人 (2024) 21人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)集計対象6施設 全国値・最良値:国立がん研究センター研修事務局より「都道府県別人数を算出していない」(2024年5月31日)

番号			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	がんピア・サポーター養成講座修了者	修了者14人 述べ139人 (2025) 修了者14人 述べ125人 (2024) 修了者11人 述べ 114人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:沖縄県地域統括相談支援センターからの情報提供 (2026年6月8日)
			がんピア・サポーターフォローアップ研修会受講者	受講者11人 述べ255人 (2025) 受講者13人 述べ244人 (2024) 受講者11人 述べ 231人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	指標	ピアサポーターとして活動している人数		16人 (2025) 22人 (2024) 27人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

番号			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						
	指標	各拠点病院等のピアサポート件数		138件 (2024) 98件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	医療機関調査(2025年7月実施)集計対象6施設
	指標	患者サロンの開催回数		50回 (2024) 48回 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設

②情報提供<情報提供・相談支援部会>

番号			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				

B 中間アウトカム

番号			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
1-1	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			なし (2023) 70.6% (2018)	なし (2023) 67.8% (2018)	なし (2023) 愛媛県79.4% (2018)	患者体験調査 都道府県別調査結果【問20-3】15項 (2020年11月11日公表)
	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			48.7% (2023) 74.0% (2018) なし (2014)	55.1% (2023) 66.9% (2018) 52.1% (2014)	山形県65.4% (2023) 滋賀県88.6% (2018) なし (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問45】 (2025年7月3日公表)
	指標	医療者調査 問16 医師、問14 看護師、問11 MSW 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、情報を提供できていると思いますか。			56.6 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2025年1月実施)
		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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2024年2月実施)

番号			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
1-2	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			93.6% (2023)	70.4% (2023) 87.6% (2018)	秋田県他100% (2023)	令和5年患者体験調査報告書【問51】 (2025年7月3日公表)
	指標	患者体験調査 ピアサポートを知っている人			26.0% (2023) 43.0% (2018)	15.4% (2023) 27.5% (2018)	沖縄県26.0% (2023) 沖縄県43.0% (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問49】 (2025年7月3日公表)
	指標	医療者調査 問17 医師、問15 看護師、問12 MSW 患者サロン(ゆんたく会)、ピアサポート、患者会について、情報を提供できていると思いますか。			47.6 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2025年1月実施)
		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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2024年2月実施)

番号			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
2-1	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			79.2% (2023) 71.4% (2018) 86.6% (2014)	88.5% (2023) 75.2% (2018) 89.6% (2014)	長野県92.4% (2023) 長野県83.1% (2018) 愛媛県95.2% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問15】 (2025年7月3日公表)
	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			98.7% (2023) 83.3% (2018) 81.9% (2014)	91.5% (2023) 75.1% (2018) 89.1% (2014)	沖縄県98.7% (2023) 大分県86.4% (2018) 愛媛県94.3% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問23-1】 (2025年7月3日公表)
	指標	医療者調査 問12 医師、問10 看護師、問7 MSW 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、情報を提供できていると思いますか。			66.4 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2025年1月実施)
		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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2024年2月実施)

A 分野アウトカム

番号			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
1-1	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			35.8% (2023) 52.6% (2018) 45.7% (2014)	44.1% (2023) 47.1% (2018) 37.1% (2014)	石川県52.7% (2023) 岡山県57.0% (2018) 島根県51.9% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問43】 (2025年7月3日公表)
	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			60.4% (2023) 79.9% (2018) 63.0% (2014)	60.6% (2023) 76.5% (2018) 67.4% (2014)	熊本県78.2% (2023) 栃木県92.2% (2018) 秋田県81.3% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問28】 (2025年7月3日公表)
	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			4.8% (2023) 4.0% (2018) 4.0% (2014)	1.8% (2023) 5.0% (2018) 2.7% (2014)	石川県他0.0% (2023) 神奈川県 0.2% (2018) 秋田県0.0% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問20】 (2025年7月3日公表)

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					

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				
			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	61.5% （2025） 61.5% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施） 集計対象13施設
			②医療の質の評価のベンチマーク結果の情報	46.0% （2025） 38.5% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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		4件 （2024） 208件 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施） 集計対象13施設

③デジタル化<情報提供・相談支援部会>

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		84.6% （2025） 76.9% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	医療機関調査（2025年7月実施）集計対象13施設

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		30.8% （2025） 30.8% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施） 集計対象13施設
	指標	セカンドオピニオンをオンラインで施行できる体制を確保している「施設」の割合		15.4% （2024） 7.7% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施） 集計対象13施設

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		実施していない （2024） 実施していない （2023）			沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施） 集計対象3施設

④就労支援（医療機関側）<情報提供・相談支援部会>

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						情報提供・相談支援部会で検討中

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		112件 （2024） 121件 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施） 集計対象6施設

4-3	「施設」では、地元のハローワーク等と協力しての就労相談を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	拠点病院等における就労の専門家による相談の回数		7回 （2024） 3回 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施） 集計対象6施設
	指標	ハローワークと連携した就労支援を行った患者の数		32人 （2024） 12人 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施） 集計対象13施設

⑤就労支援（職場側）<情報提供・相談支援部会>

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		比較可能 データなし	2，376人 （2024） 2，224人 （2022）	比較可能 データなし	長期療養者就職支援事業報告【2026年4月23日更新_第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標（都道府県単位）】

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					

		医療者調査 問13 医師、問11 看護師、問8 MSW 医療費について、治療方針の決定までに、情報を提供できていると思いますか。	51.4 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2025年1月実施）
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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）

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						情報提供・相談支援部会で検討中

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		66.1% （2023） 27.2% （2018）	44.0% （2023） 38.6% （2018）	沖縄県66.1% （2023） 神奈川県53.6% （2018）	令和5年患者体験調査報告書【問39】（2025年7月3日公表）
	指標	NDB-SCR/NDB 療養・就労両立支援指導料		46.8 （2022） 78.8 （2021）	100.0	愛媛県313.6 （2022） 愛媛県402.0 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為枝番）B-001-09
	指標	医療者調査 問14医師、問12看護師、問9MSW 就労の継続について、治療開始前に、情報を提供できていると思いますか。	53.8 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2025年1月実施）
	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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）

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		74.0% （2023） 74.4% （2018） 55.9% （2014）	74.5% （2023） 65.1% （2018） 68.3% （2014）	富山県84.2% （2023） 秋田県86.1% （2018） 島根県82.5% （2014）	令和5年患者体験調査報告書【問38】（2025年7月3日公表）
	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		56.2% （2023） 26.1% （2018）	70.6% （2023） 35.6% （2018）	熊本県85.0% （2023） 島根県51.9% （2018）	令和5年患者体験調査報告書【問35】（2025年7月3日公表）

⑥アピアランスケア<情報提供・相談支援部会>

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） 医師会病院を除く拠点病院等5施設集計結果			沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10（2024年6月6日開催）

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	【参考値】 研修修了者が在籍している施設の割合 31% （2024） 15% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施） 集計対象13施設

6-3	県は、県拠点病院にアピアランスケアセンターを設置し、患者向けの講習会の開催やケア帽子（またはウィッグ）に対する経済的援助を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者向け講習会の開催回数	※0回 （2025） ※0回 （2024）			

※アピアランスケアセンターが設置されていないため

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	30.6% （2023） 31.6% （2018）	25.8% （2023） 28.5% （2018）	熊本県33.9% （2023） 徳島県42.0% （2018）	令和5年患者体験調査報告書【問30】 （2025年7月3日公表）
	指標	医療者調査 問15医師、問13看護師、問10MSW アピアランスケアについて、治療開始前に、情報を提供できていると思いますか。	57.5 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2025年1月実施）
	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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）

⑦自殺対策<緩和ケア・在宅医療部会>

7-1	外来と入院患者向けの自殺防止マニュアルをそれぞれ整備し、研修を行い、がん患者の診断後の自殺対策ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	自殺防止に関する院内マニュアル等を①外来患者用、②入院患者用に整備している「施設」のそれぞれの割合	①外来患者用	38.5% （2025） 23.1% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施） 集計対象13施設
			②入院患者用	46.2% （2025） 23.1% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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	84.6% （2025） 84.6% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施） 集計対象13施設

7-1	がん患者の自殺を減らすことができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん患者の自殺数		5人 （2023）	401人 （2019） 449人 （2016）	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2024年9月実施） 全国値：革新的がん自殺研究推進プログラム【2026年4月23日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標（都道府県単位）】
	指標	NDB-SCR/NDB がん患者指導管理料ロ	入院	189.8 （2022） 157.1 （2021）	100.0	栃木県344.5 （2022） 大分県271.0 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為コード）113015310
			外来	106.1 （2022） 126.4 （2021）	100.0	岐阜県272.6 （2022） 栃木県250.9 （2021）	
			入院+外来	122.1 （2022） 132.8 （2021）	100.0	栃木県240.9 （2022） 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<情報提供・相談支援部会>

8-1	県は、関係諸団体と協力して、がんやがん患者・経験者への理解を深めるためのイベント等を開催し、偏見がなく、がん患者が疎外感を抱かないようにする	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	イベントの開催回数	0回 （2023）			沖縄県値：健康長寿課がん対策班からの回答「県単独の実施はなし」（2024年6月14日）
	指標	がん患者団体イベントへの県が共催または後援した回数	2回 （2023）			沖縄県値：健康長寿課がん対策班からのデータ提供（2024年6月日14）

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	23.9% （2023） 18.0% （2018） 29.4% （2014）	23.2% （2023） 12.9% （2018） 30.7% （2014）	香川県13.1% （2023） 島根県 6.1% （2018） 北海道23.4% （2014）	令和5年患者体験調査報告書【問55】 （2025年7月3日公表）
	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	6.3% （2023） 3.9% （2018） ※12.5% （2014）	7.4% （2023） 5.2% （2018） 10.3% （2014）	愛媛県2.3% （2023） 熊本県0.6% （2018） ※新潟県1.4% （2014）	令和5年患者体験調査報告書【問56】 （2025年7月3日公表）※拠点病院のがん患者に限定

基盤

番号	C 個別施策

①研究の推進<協議会>

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					協議会で検討中

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					協議会で検討中

②人材育成の強化<協議会>

	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	92.3% (2025) 92.3% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2025年7月実施) 集計対象13施設
	指標	以下の専門家の数 ①臨床遺伝専門医 ②認定遺伝カウンセラー ③がんゲノム医療コーディネーター	①臨床遺伝専門医	11人 対人口100万人 7.5人 (2024) 9人 対人口100万人 6.1人 (2022)	1,469人 対人口100万人 11.6人 (2024) 1,381人 対人口100万人 10.9人 (2022)	東京都338人 対人口100万人 24.1人 (2024) 東京都333人 対人口100万人 23.7人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計(2025年12月23日公表)
			②認定遺伝カウンセラー	1人 対人口100万人 0.7人 (2025) 1人 対人口100万人 0.7人 (2024)	406人 対人口100万人 3.2人 (2025) 387人 対人口100万人 3.1人 (2024)	東京都116人 対人口100万人 8.3人 (2025) 東京都91人 対人口100万人 6.5人 (2024)	認定遺伝カウンセラー協会からの情報提供 (2025年8月現在)
			③がんゲノム医療コーディネーター(研修会参加人数)	0人 対人口100万人 0.0人 (2023) 6人 対人口100万人 4.1人 (2022)	550人 対人口100万人 4.4人 (2023) 583人 対人口100万人 4.6人 (2022)	佐賀県15人 対人口100万人 18.5人 (2023) 徳島県9人 対人口100万人 12.5人 (2022)	がんのゲノム医療従事者研修事業、現況報告書 【2026年4月23日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標(都道府県単位)】
	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	86人 対人口100万人 58.6人 (2025) 85人 対人口100万人 57.8人 (2024) 81人 対人口100万人 55.1人 (2023)	9,408人 対人口100万人 74.6人 (2025) 9,183人 対人口100万人 73.9人 (2024) 8,897人 対人口100万人 71.6人 (2023)	鳥取県60人 対人口100万人 108.4人 (2025) 鳥取県59人 対人口100万人 110.1人 (2024) 京都府258人 対人口100万人 101.8人 (2023)	日本消化器外科学会事務局からのデータ提供 (2025年9月10日)
			②呼吸器外科専門医	12人 対人口100万人 8.2人 (2024) 13人 対人口100万人 8.9人 (2022)	1,457人 対人口100万人 11.6人 (2024) 1,510人 対人口100万人 12.0人 (2022)	鳥取県12人 対人口100万人 21.7人 (2024) 香川県20人 対人口100万人 21.0人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計(2025年12月13日公表)
			③乳腺外科専門医(乳腺専門医)	12人 対人口100万人 8.2人 (2024) 14人 対人口100万人 9.5人 (2022)	1,675人 対人口100万人 13.3人 (2024) 1,691人 対人口100万人 13.4人 (2022)	和歌山県21人 対人口100万人 22.8人 (2024) 和歌山県20人 対人口100万人 21.7人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計(2025年12月13日公表)
			④小児外科専門医	5人 対人口100万人 3.4人 (2024) 7人 対人口100万人 4.8人 (2022)	735人 対人口100万人 5.8人 (2024) 772人 対人口100万人 6.1人 (2022)	石川県15人 対人口100万人 13.2人 (2024) 島根県10人 対人口100万人 14.9人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計(2025年12月13日公表)
			⑤肝胆膵外科高度技能専門医	3人 対人口100万人 2.0人 (2025) 4人 対人口100万人 2.7人 (2024) 3人 対人口100万人 2.0人 (2023)	720人 対人口100万人 5.7人 (2025) 667人 対人口100万人 5.4人 (2024) 586人 対人口100万人 4.7人 (2023)	広島県32人 対人口100万人 11.4人 (2025) 滋賀県57人 対人口100万人 40.6人 (2024) 滋賀県49人 対人口100万人 34.9人 (2023)	日本肝胆膵外科学会事務局からのデータ提供 (2025年9月11日)
			⑥脳神経外科専門医	61人 対人口100万人 41.6人 (2024) 63人 対人口100万人 42.9人 (2022)	6,609人 対人口100万人 52.4人 (2024) 7,158人 対人口100万人 56.7人 (2022)	徳島県62人 対人口100万人 86.2人 (2024) 徳島県63人 対人口100万人 87.6人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計(2025年12月13日公表)
			⑦認定骨・軟部腫瘍医	2人 対人口100万人 1.4人 (2025) 1人 対人口100万人 0.7人 (2024)	206人 対人口100万人 1.6人 (2025) 185人 対人口100万人 1.5人 (2024)	石川県5人 対人口100万人 4.4人 (2025) 徳島県3人 対人口100万人 4.3人 (2024)	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(2025年9月4日閲覧)
			⑧婦人科腫瘍専門医	15人 対人口100万人 10.2人 (2025) 14人 対人口100万人 9.5人 (2024)	1,299人 対人口100万人 10.3人 (2025) 1, 224人 対人口100万人 9.8人 (2024)	東京都228人 対人口100万人 16.2人 (2025) 東京都218人 対人口100万人 15.5人 (2024)	日本婦人科腫瘍学会 婦人科腫瘍専門医地域別一覧(2025年5月1日現在)
			⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	1人 対人口100万人 0.7人 (2025) 2人 対人口100万人 1.4人 (2024)	97人 対人口100万人 0.8人 (2025) 91人 対人口100万人 0.7人 (2024)	石川県3人 対人口100万人 2.6人 (2025) 福井県2人 対人口100万人 2.7人 (2024)	日本皮膚科学会 皮膚科専門医MAP(2025年9月4日閲覧)
			⑩泌尿器科専門医	69人 対人口100万人 47.0人 (2025) 67人 対人口100万人 45.6人 (2024) 63人 対人口100万人 42.9人 (2023)	7,351人 対人口100万人 58.3人 (2025) 7,190人 対人口100万人 57.9人 (2024) 7,132人 対人口100万人 57.4人 (2023)	高知県64人 対人口100万人 92.5人 (2025) 高知県63人 対人口100万人 94.8人 (2024) 高知県61人 対人口100万人 91.8人 (2023)	日本泌尿器科学会事務局からのデータ提供 (2025年9月18日)
			⑪頭頸部がん専門医	8人 対人口100万人 5.5人 (2025) 7人 対人口100万人 4.8人 (2024)	536人 対人口100万人 4.2人 (2025) 498人 対人口100万人 3.9人 (2024)	鳥取県5人 対人口100万人 9.0人 (2025) 鳥取県5人 対人口100万人 9.0人 (2024)	日本頭頸部外科学会 頭頸部がん専門医・指導医一覧(2025年9月4日閲覧)
			⑫口腔外科専門医	26人 対人口100万人 17.7人 (2025) 26人 対人口100万人 17.7人 (2024)	2,288人 対人口100万人 18.1人 (2025) 2, 294人 対人口100万人 18.2人 (2024)	鳥取県18人 対人口100万人 32.5人 (2025) 鳥取県19人 対人口100万人 34.3人 (2024)	日本口腔外科学会からのデータ提供(2025年7月10日)
			①消化器外科専門医	92.3% (2025) 92.3% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②呼吸器外科専門医	69.2% (2025) 69.2% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③乳腺外科専門医	46.2% (2025) 46.2% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			④小児外科専門医	15.4% (2025) 15.4% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑤肝胆膵外科高度技能専門医	23.1% (2025) 23.1% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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					協議会で検討中

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 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、支援することができていると思いますか。	62.1 (2024) 65.4 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2025年1月実施)

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	70.8% (2023) 78.5% (2018) 75.1% (2014)	81.1% (2023) 76.3% (2018) 80.1% (2014)	香川県88.1% (2023) 熊本県84.9% (2018) 岡山県89.1% (2014)	令和5年患者体験調査報告書 【問42】(2025年7月3日公表)
	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	78.6% (2023) 78.3% (2018) 75.2% (2014)	79.0% (2023) 70.1% (2018) 77.7% (2014)	三重県87.3% (2023) 徳島県83.5% (2018) 秋田県89.4% (2014)	令和5年患者体験調査報告書 【問59】(2025年7月3日公表)

	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	⑥脳神経外科専門医	84.6% （2025） 92.3% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施） 集計対象13施設
			⑦認定骨・軟部腫瘍医	0% （2025） 0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑧婦人科腫瘍専門医	53.8% （2025） 53.8% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	0% （2025） 7.7% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑩泌尿器科専門医	92.3% （2025） 84.6% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑪頭頸部がん専門医	23.1% （2025） 15.4% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑫口腔外科専門医	61.5% （2025） 53.8% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	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		75.0% （2025） 75.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	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	16人 対人口100万人 10.9人 （2025） 14人 対人口100万人 9.5人 （2024）	1,453人 対人口100万人 11.5人 （2025） 1，427人 対人口100万人 11.3人 （2024）	京都府55人 対人口100万人 21.3人 （2025） 京都府55人 対人口100万人 21.3人 （2024）	日本放射線腫瘍学会からの情報提供（2025年8月31日現在）
			②放射線治療専門放射線技師	13人 対人口100万人 8.9人 （2025） 13人 対人口100万人 8.9人 （2024） 11人 対人口100万人 7.5人 （2023）	1,895人 対人口100万人 15.0人 （2025） 1,946人 対人口100万人 15.4人 （2024） 1，875人 対人口100万人 14.9人 （2023）	秋田県28人 対人口100万人 29.2人 （2025） 秋田県31人 対人口100万人 32.3人 （2024） 秋田県27人 対人口100万人 28.1人 （2023）	日本放射線治療専門放射線技師認定機構　認定者名簿閲覧（2025年10月1日現在）
			③医学物理士	9人 対人口100万人 6.1人 （2025） 9人 対人口100万人 6.1人 （2023）	1,541人 対人口100万人 12.2人 （2025） 1，461人 対人口100万人 11.6人 （2023）	福井県17人 対人口100万人 22.2人 （2025） 福井県18人 対人口100万人 23.5人 （2023）	医学物理士認定機構　在籍医学物理士の都道府県別数閲覧（2025年4月30日更新）
			④がん放射線療法看護認定看護師	8人 対人口100万人 5.5人 （2025） 8人 対人口100万人 5.5人 （2024）	427人 対人口100万人 3.4人 （2025） 410人 対人口100万人 3.3人 （2024）	山形県7人 対人口100万人 6.8人 （2025） 山形県7人 対人口100万人 6.8人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2025年12月25日現在）
	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	22.2% （2025） 20.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施） 放射線治療施設数 2024年10施設 2025年9施設
			②放射線治療専門放射線技師2名以上	11.1% （2025） 60.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③医学物理士	55.6% （2025） 40.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			④がん放射線療法看護認定看護師	55.6% （2025） 60.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	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		38.5% （2025） 23.1% （2024）	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施） 集計対象13施設
2-1	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	3人 対人口100万人 2.0人 （2024） 3人 対人口100万人 2.0人 （2022）	1,418人 対人口100万人 11.2人 （2024） 1,374人 対人口100万人 10.9人 （2022）	石川県24人 対人口100万人 21.2人 （2024） 徳島県14人 対人口100万人 19.5人 （2022）	医師・歯科医師・薬剤師統計（2025年12月13日公表）
			②がん指導薬剤師	0人 対人口100万人 0.0人 （2025） 0人 対人口100万人 0.0人 （2024） 0人 対人口100万人 0.0人 （2023）	415人 対人口100万人 3.3人 （2025） 385人 対人口100万人 3.1人 （2024） 351人 対人口100万人 2.8人 （2023）	石川県12人 対人口100万人 10.8人 （2025） 石川県13人 対人口100万人 11.7人 （2024） 石川県13人 対人口100万人 11.7人 （2023）	日本医療薬学会　がん指導薬剤師認定者名簿（2025年4月17日現在）
			②がん専門薬剤師	1人 対人口100万人 0.7人 （2025） 4人 対人口100万人 2.7人 （2024） 4人 対人口100万人 2.7人 （2023）	845人 対人口100万人 6.8人 （2025） 827人 対人口100万人 6.7人 （2024） 786人 対人口100万人 6.3人 （2023）	石川県22人 対人口100万人 19.9人 （2025） 石川県21人 対人口100万人 19.0人 （2024） 石川県20人 対人口100万人 18.1人 （2023）	日本医療薬学会　がん専門薬剤師認定者名簿（2025年4月17日現在）
			②がん薬物療法認定薬剤師	11人 対人口100万人 7.5人 （2025） 11人 対人口100万人 7.5人 （2024） 12人 対人口100万人 8.2人 （2023）	1,008人 対人口100万人 8.0人 （2025） 1,030人 対人口100万人 8.2人 （2024） 1，019人 対人口100万人 8.1人 （2023）	島根県16人 対人口100万人 23.8人 （2025） 島根県17人 対人口100万人 25.3人 （2024） 島根県13人 対人口100万人 19.4人 （2023）	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閲覧（2025年10月1日現在）
			②外来がん治療認定薬剤師	8人 対人口100万人 5.5人 （2025） 8人 対人口100万人 5.5人 （2024） 6人 対人口100万人 4.1人 （2023）	882人 対人口100万人 7.0人 （2025） 992人 対人口100万人 7.9人 （2024） 982人 対人口100万人 7.8人 （2023）	佐賀県8人 対人口100万人 9.9人 （2025） 福岡県61人 対人口100万人 11.9人 （2024） 和歌山県11人 対人口100万人 11.9人 （2023）	日本臨床腫瘍薬学会　外来がん治療 認定薬剤師（APACC）一覧閲覧（2025年10月1日現在）
			③がん看護専門看護師	15人 対人口100万人 10.2人 （2025） 13人 対人口100万人 8.8人 （2024）	1,172人 対人口100万人 9.3人 （2025） 1,133人 対人口100万人 9.1人 （2024）	高知県20人 対人口100万人 28.9人 （2025） 高知県20人 対人口100万人 30.1人 （2024）	日本看護協会 データで見る専門看護師「都道府県別専門看護師登録者数」（2025年12月25日現在）
			③がん薬物療法看護認定看護師	6人 対人口100万人 4.1人 （2025） 4人 対人口100万人 2.7人 （2024）	354人 対人口100万人 2.8人 （2025） 286人 対人口100万人 2.3人 （2024）	鳥取県5人 対人口100万人 9.0人 （2025） 山形県7人 対人口100万人 6.8人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2025年12月25日現在）
			③乳がん看護認定看護師	4人 対人口100万人 2.7人 （2025） 2人 対人口100万人 1.4人 （2024）	399人 対人口100万人 3.2人 （2025） 343人 対人口100万人 2.8人 （2024）	鳥取県7人 対人口100万人 12.6人 （2025） 鳥取県7人 対人口100万人 13.1人 （2024）	
	指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①がん薬物療法専門医	30.8% （2025） 23.1% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）
			②がん指導薬剤師	0% （2025） 7.7% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②がん専門薬剤師	7.7% （2025） 7.7% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②がん薬物療法認定薬剤師	46.2% （2025） 38.5% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②外来がん治療認定薬剤師	53.8% （2025） 23.1% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

		③がん看護専門看護師	30.8% （2025） 23.1% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		③がん薬物療法看護認定看護師	30.8% （2025） 46.2% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		③乳がん看護認定看護師	7.7% （2025） 0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
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	6人 対人口100万人 4.1人 （2026） 3人 対人口100万人 2.0人 （2025） 3人 対人口100万人 2.0人 （2024）	688人 対人口100万人 5.5人 （2026） 552人 対人口100万人 4.4人 （2025） 356人 対人口100万人 2.8人 （2024）	京都府29人 対人口100万人 11.2人 （2026） 京都府25人 対人口100万人 9.7人 （2025） 鳥取県4人 対人口100万人 7.2人 （2024）	日本緩和医療学会　認定名簿閲覧（2026年4月1日認定）
		①緩和医療学会認定医	13人 対人口100万人 8.9人 （2026） 15人 対人口100万人 10.2人 （2025） 11人 対人口100万人 7.5人 （2024）	1,119人 対人口100万人 8.9人 （2026） 1,086人 対人口100万人 8.6人 （2025） 1,146人 対人口100万人 9.2人 （2024）	熊本県29人 対人口100万人 16.7人 （2026） 鳥取県10人 対人口100万人 18.1人 （2025） 鳥取県9人 対人口100万人 16.3人 （2024）	
		②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	3人 対人口100万人 2.0人 （2025） 1人 対人口100万人 0.7人 （2024）	286人 対人口100万人 2.3人 （2025） 142人 対人口100万人 1.1人 （2024）	岡山県9人 対人口100万人 4.8人 （2025） 香川県4人 対人口100万人 4.2人 （2024）	日本サイコオンコロジー学会　登録医リスト（2025年9月8日閲覧）
		③ペインクリニック専門医	16人 対人口100万人 10.9人 （2025） 15人 対人口100万人 10.2人 （2024） 15人 対人口100万人 10.2人 （2023）	1,644人 対人口100万人 13.0人 （2025） 1,642人 対人口100万人 13.0人 （2024） 1,619人 対人口100万人 12.8人 （2023）	栃木県55人 対人口100万人 28.5人 （2025） 栃木県54人 対人口100万人 27.9人 （2024） 栃木県55人 対人口100万人 28.5人 （2023）	日本ペインクリニック学会事務局からのデータ提供（2025年4月1日現在）
		④放射線治療専門医	16人 対人口100万人 10.9人 （2025） 14人 対人口100万人 9.5人 （2024）	1,453人 対人口100万人 11.5人 （2025） 1，427人 対人口100万人 11.3人 （2024）	京都府55人 対人口100万人 21.3人 （2025） 京都府55人 対人口100万人 21.3人 （2024）	日本放射線腫瘍学会からの情報提供（2025年8月31日現在）
		⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	13人 対人口100万人 8.9人 （2025） 13人 対人口100万人 8.8人 （2024） 13人 対人口100万人 8.8人 （2023）	1,329人 対人口100万人 10.5人 （2025） 1，303人 対人口100万人 10.05人 （2024） 1，264人 対人口100万人 10.2人 （2023）	高知県19人 対人口100万人 27.5人 （2025） 高知県16人 対人口100万人 24.1人 （2024） 奈良県119人 対人口100万人 92.0人 （2023）	日本IVR学会事務局からの情報提供（2026年5月15日）
		⑥緩和薬物療法認定薬剤師	3人 対人口100万人 2.0人 （2026） 4人 対人口100万人 2.7人 （2025） 4人 対人口100万人 2.7人 （2024）	942人 対人口100万人 7.6人 （2026） 865人 対人口100万人 7.0人 （2025） 870人 対人口100万人 7.0人 （2024）	島根県12人 対人口100万人 18.5人 （2026） 石川県18人 対人口100万人 16.2人 （2025） 島根県11人 対人口100万人 17.0人 （2024）	日本緩和医療薬学会 認定名簿（2026年3月現在）
		⑦緩和ケア認定看護師	55人 対人口100万人 37.5人 （2025） 54人 対人口100万人 36.8人 （2024）	2,713人 対人口100万人 21.5人 （2025） 2,682人 対人口100万人 21.3人 （2024）	山梨県58人 対人口100万人 71.6人 （2025） 山梨県60人 対人口100万人 74.1人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2025年12月25日現在）
		⑧公認心理師	1,052人 対人口100万人 716.9人 （2025） 1,036人 対人口100万人 706.0人 （2024） 1,010人 対人口100万人 688.3人 （2023）	75,222人 対人口100万人 596.3人 （2025） 73,678人 対人口100万人 584.1人 （2024） 71,821人 対人口100万人 569.3人 （2023）	京都府2,419人 対人口100万人 938.3人 （2025） 京都府2,368人 対人口100万人 918.5人 （2024） 京都府2,285人 対人口100万人 886.3人 （2023）	公認心理師試験研修センター「⑧登録者数の状況」（2025年12月末日現在）
		⑧臨床心理士	378人 対人口100万人 257.6人 （2026） 336人 対人口100万人 228.6人 （2023）	39,326人 対人口100万人 311.7人 （2026） 36,865人 対人口100万人 296.6人 （2023）	1,516人 対人口100万人 588.0人 （2026） 京都府1,448人 対人口100万人 571.5人 （2023）	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・専門職大学院数一覧」（2026年4月1日現在）
指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①緩和医療学会専門医	15.4% （2025） 7.7% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施） 集計対象13施設
		①緩和医療学会認定医	53.8% （2025） 46.2% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	0% （2025） 0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		③ペインクリニック専門医	23.1% （2025） 38.5% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		④放射線治療専門医	61.5% （2025） 61.5% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	46.2% （2025） 53.8% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		⑥緩和薬物療法認定薬剤師	15.4% （2025） 23.1% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		⑦緩和ケア認定看護師	100.0% （2025） 100.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		⑧公認心理師	69.2% （2025） 61.5% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		⑧臨床心理士	46.2% （2025） 53.8% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
指標	以下の専門家の数 ①在宅専門医 ②訪問看護認定看護師 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 対人口100万人 6.8人 （2024） 8人 対人口100万人 5.5人 （2023）	461人 対人口100万人 3.7人 （2024） 424人 対人口100万人 3.4人 （2023）	奈良県12人 対人口100万人 9.3人 （2024） 福井県6人 対人口100万人 7.8人 （2023）	日本在宅医療連合学会認定専門医一覧閲覧（2024年5月17日）
		②訪問看護認定看護師	3人 対人口100万人 2.0人 （2025） 3人 対人口100万人 2.0人 （2024）	657人 対人口100万人 5.2人 （2025） 672人 対人口100万人 5.3人 （2024）	愛知県97人 対人口100万人 12.9人 （2024） 愛知県98人 対人口100万人 13.0人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2025年12月25日現在）
		（訪問看護ステーション）訪問看護師	1,452人 対人口100万人 989.7人 （2024） 1,229人 対人口100万人 837.5人 （2023）	98,880人 対人口100万人 783.9人 （2024） 91,462人 対人口100万人 725.1人 （2023）	大阪府13,721人 対人口100万人 1,552.5人 （2024） 大阪府11,569人 対人口100万人 1,309.1人 （2023）	厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」（2026年4月10日閲覧）
		③介護支援専門員	1,049人 対人口100万人 714.8人 （2024） 1,147人 対人口100万人 781.6人 （2023）	95,015人 対人口100万人 753.2人 （2024） 94,228人 対人口100万人 747.0人 （2023）	秋田県1,125人 対人口100万人 1172.5人 （2024） 秋田県1,114人 対人口100万人 1,161人 （2023）	介護サービス施設・事業所調査「居宅サービス事業所」7-11居宅介護支援　常勤数（2025年12月19日公表）
		④在宅医療インテグレーター（養成講座修了者数）	13人 対人口100万人 8.9人 （2025まで）	430人 対人口100万人 3.4人 （2025まで）	沖縄県13人 対人口100万人 8.9人 （2025まで）	日本在宅医療連合学会事務局からのデータ提供（2025年8月13日）

③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発<協議会>

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% (2025) 100% (2024) 100% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県教育庁保健体育課からの情報提供 (2024年6月24日) ※指標の変更を検討する

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		3.3% (2023) 1.9% (2022) 2.9% (2021)	12.5% (2023) 11.4% (2022) 8.4% (2021)	佐賀県32.8% (2023) 東京都31.0% (2022) 佐賀県28.3% (2021)	文部科学省「がん教育実施状況調査」質問2(2024年12月27日)
	指標	実際にがん教育に携わった外部講師の数		10名 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値: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	県	100%(2回) (2025) 100%(2回) (2024) 50%(2回) (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県広報誌「美ら島沖縄」
			市町村	39.0% (2024) 36.6% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:市町村調査 (2025年7月)

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		比較可能 データなし	6,947 (2024) 4,897 (2022)	比較可能 データなし	全国値:厚生労働省調べ【2026年4月23日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標(都道府県単位)】
	指標	事業所内で産業医、社労士等の専門家による研修会を開催し、従業員の半数以上が参加した事業所の割合					

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

4-1	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		0.4 (2021) 0.4 (2019)	0.39 (2021) 0.40 (2019)	北海道他0.4 (2021)	全国値・最良値:全国がん登録【2026年4月23日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標(都道府県単位)】
	指標	%DCO		1.4 (2021) 1.2 (2019)	2.0 (2021) 1.9 (2019)	滋賀県0.7 (2021)	

⑤患者・市民参画の推進<協議会>

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		26.7% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:沖縄県保健医療介護部健康長寿課調べ(R5)

5-2	患者・市民参画を推進するにあたって、参画する患者・市民への啓発・育成を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	タウンミーティングの開催回数及び患者関係者または一般市民の参加人数		0回 (2025) 0回 (2024) 0回 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	琉球大学病院がんセンター内タウンミーティング担当者からの情報提供

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		4件 (2024) 208件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施)集計 対象13施設

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

3-1	県民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						協議会で検討中

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)		比較可能 データなし	新規(顕名)12 更新(顕名)25 新規(匿名)45 更新(匿名)27 (2024年まで) 新規(顕名)10 更新(顕名)16 新規(匿名)38 更新(匿名)19 (2022年まで)	比較可能 データなし	厚生労働省調べ/国立がん研究センターからのデータ提供【2026年4月23日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標(都道府県単位)】

5-1	がん対策の重要性を認識し、がん医療について正しい理解を得、医療の向上に向け自らも協力する県民(がん患者含む)の割合が増加できている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	沖縄県がん対策推進協議会、沖縄県がん対策推進計画検討会、沖縄県がん診療連携協議会での患者関係委員の発言回数(沖縄県がん診療連携協議会のみ)		24回 (2025) 25回 (2024) 27回 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:沖縄県がん診療連携協議会Webサイト「協議会資料」閲覧(2026年5月14日)
	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回 (2025) 0回 (2024) 0回 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	琉球大学病院がんセンター内タウンミーティング担当者からの情報提供
	指標	患者関係者と医療者の共催イベントの数					

個別施策

①生活習慣（喫煙）

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	予C01	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	予C0101	禁煙希望割合（男）（%）	30.6%	2021	36.2%	2024	N/A	2016	N/A	2024	―	×	―			
指標	予C0102	禁煙希望割合（女）（%）	57.1%	2021	33.3%	2024	N/A	2016	N/A	2024	―	×	―			
指標	予C0103	喫煙の健康影響について正しい知識を持つ人の割合（%）			92.9%	2021			N/A	2021	―	―	―			
指標	予C0104	地域を対象として普及啓発に努めている拠点病院等の割合（%）	33.3%	2024	0.0%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	×	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	予C02	禁煙希望者に禁煙してもらう	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	予C0201	（NDB-SCR）ニコチン依存症管理料（初回）外来【再掲】	161.2	2021	181.7	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	○	○			
指標	予C0202	（NDB-SCR）ニコチン依存症管理料（2回目から4回目まで）外来【再掲】	166.2	2021	169.8	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	○	○			
指標	予C0203	（NDB-SCR）ニコチン依存症管理料（5回目）外来【再掲】	170.0	2021	148.9	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	×	×			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	予C03	公共施設等の受動喫煙防止対策を推進する	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	予C0301	望まない受動喫煙（家庭）の機会を有する者の割合（%）【再掲】	5.2%	2021	11.2%	2024	N/A	2021	N/A	2024	―	×	―			
指標	予C0302	望まない受動喫煙（職場）の機会を有する者の割合（%）【再掲】	20.6%	2021	12.7%	2024	N/A	2021	N/A	2024	―	○	―			
指標	予C0303	望まない受動喫煙（飲食店）の機会を有する者の割合（%）【再掲】	23.2%	2021	17.0%	2024	N/A	2021	N/A	2024	―	○	―			

②生活習慣（飲酒）

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	予C04	ハイリスク飲酒者に対する簡易介入を行う	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	予C0401	ハイリスク飲酒者※1の割合（男）（%）【再掲】	27.7%	2021	25.8%	2024	N/A	2021	N/A	2024	―	○	―			
指標	予C0402	ハイリスク飲酒者※1の割合（女）（%）【再掲】	42.0%	2021	11.4%	2024	N/A	2021	N/A	2024	―	○	―			

※1「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」とは、1日当たりの純アルコール摂取量が男性で40ｇ以上、女性で20ｇ以上の者

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	予C05	ハイリスク飲酒に関する正しい知識を伝える	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	予C0501	「節度ある適度な飲酒」の認知度（男）（%）	45.7%	2021	N/A	2024	N/A	2021	N/A	2024	―	―	―			
指標	予C0502	「節度ある適度な飲酒」の認知度（女）（%）	37.0%	2021	N/A	2024	N/A	2021	N/A	2024	―	―	―			

③感染症対策（HPV）

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	予C06	9価HPVワクチンの定期接種を推進する	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	予C0601	HPVワクチンの接種率（定期接種）（%）【再掲】	5.3%	2023	7.4%	2024	12.3%	2023	13.9%	2024	×	○	○			
指標	予C0602	HPVワクチンの接種率（キャッチアップ接種）（%）【再掲】	2.4%	2023	8.8%	2024	5.8%	2023	15.4%	2024	×	○	×			
指標	予C0603	HPVワクチンの接種率（定期+キャッチアップ）（%）【再掲】	3.4%	2023	8.3%	2024	7.8%	2023	15.0%	2024	×	○	×			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	予C07	HPVワクチンの予防接種後に生じた症状への対応を行う	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	予C0701	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）

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	予C08	HBVの予防接種法に基づく定期接種を推進す	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	予C0801	B型肝炎定期予防接種実施率（1回目）（%）			95.6%	2022			N/A	2022	―	―	―			
指標	予C0802	B型肝炎定期予防接種実施率（2回目）（%）			96.0%	2022			N/A	2022	―	―	―			
指標	予C0803	B型肝炎定期予防接種実施率（3回目）（%）			88.2%	2022			N/A	2022	―	―	―			

中間アウトカム

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	予B01	喫煙率と受動喫煙が減少できている	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	予B0101	20歳以上の者の喫煙率（男）（%）	29.5%	2019	26.1%	2022	28.8%	2019	25.4%	2022	×	○	変化なし			
指標	予B0102	20歳以上の者の喫煙率（女）（%）	8.8%	2019	8.4%	2022	8.8%	2019	7.7%	2022	×	○	変化なし			
指標	予B0103	中学生の喫煙者の割合（%）			N/A	2021			0.2%	2021	―	―	―			
指標	予B0104	高校生の喫煙者の割合（男）（%）	4.4%	2016	2.5%	2021	N/A	2016	N/A	2021	―	○	―			
指標	予B0105	高校生の喫煙者の割合（女）（%）	1.7%	2016	0.8%	2021	N/A	2016	N/A	2021	―	○	―			
指標	予B0106	妊婦の喫煙率（%）	2.1%	2022	2.1%	2023	2.1%	2022	1.6%	2023	×	変化なし	×			
指標	予B0107	望まない受動喫煙（家庭）の機会を有する者の割合（%）	5.2%	2021	11.2%	2024	N/A	2021	N/A	2024	―	×	―			
指標	予B0108	望まない受動喫煙（職場）の機会を有する者の割合（%）	20.6%	2021	12.7%	2024	N/A	2021	N/A	2024	―	○	―			
指標	予B0109	望まない受動喫煙（飲食店）の機会を有する者の割合（%）	23.2%	2021	17.0%	2024	N/A	2021	N/A	2024	―	○	―			
指標	予B0110	（NDB-SCR）ニコチン依存症管理料（初回）外来	161.2	2021	181.7	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	○	○			
指標	予B0111	（NDB-SCR）ニコチン依存症管理料（2回目から4回目まで）外来	166.2	2021	169.8	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	○	○			
指標	予B0112	（NDB-SCR）ニコチン依存症管理料（5回目）外来	170.0	2021	148.9	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	×	×			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	予B02	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	予B0201	ハイリスク飲酒者※1の割合（男）（%）	27.7%	2021	25.8%	2024	N/A	2021	N/A	2024	―	○	―			
指標	予B0202	ハイリスク飲酒者※1の割合（女）（%）	42.0%	2021	11.4%	2024	N/A	2021	N/A	2024	―	○	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	予B03	9価HPVワクチンの定期接種を推進する	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	予B0301	HPVワクチンの接種率（定期接種）（%）	5.3%	2023	7.4%	2024	12.3%	2023	13.9%	2024	×	○	○			
指標	予B0302	HPVワクチンの接種率（キャッチアップ接種）（%）	2.4%	2023	8.8%	2024	5.8%	2023	15.4%	2024	×	○	×			
指標	予B0303	HPVワクチンの接種率（定期+キャッチアップ）（%）	3.4%	2023	8.3%	2024	7.8%	2023	15.0%	2024	×	○	×			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	予B04	B型・C型肝炎ウィルス陽性者数の減少ができている	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	予B0401	B型肝炎ウイルス検査受検率（%）	80.3%	2021	81.9%	2024	86.5%	2021	88.7%	2024	×	○	×			
指標	予B0402	C型肝炎ウイルス検査受検率（%）	62.8%	2021	64.2%	2024	77.5%	2021	79.3%	2024	×	○	×			
指標	予B0403	B型肝炎ウイルス陽性者数（人）対人口10万人			53.8人	2023			31.0人	2023	×	―	―			
指標	予B0404	C型肝炎ウイルス陽性者数（人）対人口10万人			2.0人	2023			10.4人	2023	○	―	―			

分野アウトカム

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	予A01	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（人口10万対）	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	予A0101	全がん死亡率（男）（%）	86.5%	2023	85.9%	2024	79.1%	2023	77.6%	2024	×	○	×			
指標	予A0102	全がん死亡率（女）（%）	57.2%	2023	56.3%	2024	53.3%	2023	52.9%	2024	×	○	○			
指標	予A0103	大腸がん死亡率（男）（%）	17.8%	2023	17.5%	2024	12.3%	2023	12.6%	2024	×	○	○			
指標	予A0104	大腸がん死亡率（女）（%）	8.4%	2023	8.3%	2024	7.2%	2023	7.2%	2024	×	○	○			
指標	予A0105	肺がん死亡率（男）（%）	18.4%	2023	17.8%	2024	17.8%	2023	17.0%	2024	×	○	×			
指標	予A0106	肺がん死亡率（女）（%）	5.3%	2023	4.2%	2024	5.6%	2023	5.3%	2024	○	○	○			
指標	予A0107	胃がん死亡率（男）（%）	4.9%	2023	5.9%	2024	12.6%	2023	7.9%	2024	○	×	×			
指標	予A0108	胃がん死亡率（女）（%）	2.7%	2023	2.5%	2024	3.3%	2023	3.2%	2024	○	○	○			
指標	予A0109	乳房がん死亡率（女）（%）	11.5%	2023	11.0%	2024	10.0%	2023	10.0%	2024	×	○	○			
指標	予A0110	肝がん死亡率（男）（%）	5.7%	2023	4.8%	2024	5.4%	2023	5.2%	2024	○	○	○			
指標	予A0111	肝がん死亡率（女）（%）	1.6%	2023	1.5%	2024	1.4%	2023	1.3%	2024	×	○	変化なし			
指標	予A0112	子宮頸がん死亡率（女）（%）	5.9%	2023	5.9%	2024	5.1%	2023	4.9%	2024	×	変化なし	×			
指標	予A0113	成人T細胞白血病リンパ腫がん死亡率（男）（%）	3.1%	2023	3.8%	2024	2.7%	2023	2.7%	2024	×	×	×			
指標	予A0114	成人T細胞白血病リンパ腫がん死亡率（女）（%）	1.8%	2023	2.3%	2024	1.4%	2023	1.5%	2024	×	×	×			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	予A02	がん種別罹患率が減少できている（年齢調整、人口10万人対）標準人口（昭和60年日本人モデル人口）	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	予A0201	全がん罹患率（男）	377.9	2022	393.6	2023	425.2	2022	420.9	2023	○	×	×			
指標	予A0202	全がん罹患率（女）	318.6	2022	348.7	2023	340.6	2022	344.9	2023	×	×	×			
指標	予A0203	胃がん罹患率（男）	27.0	2022	27.1	2023	52.8	2022	49.8	2023	○	×	×			
指標	予A0204	胃がん罹患率（女）	13.8	2022	10.9	2023	20.0	2022	18.9	2023	○	○	○			
指標	予A0205	大腸がん罹患率（男）	74.8	2022	82.7	2023	68.9	2022	69.1	2023	×	×	×			
指標	予A0206	大腸がん罹患率（女）	41.9	2022	42.7	2023	43.4	2022	44.2	2023	○	×	変化なし			
指標	予A0207	肝臓がん罹患率（男）	14.7	2022	14.7	2023	16.6	2022	15.8	2023	○	変化なし	×			
指標	予A0208	肝臓がん罹患率（女）	4.8	2022	4.2	2023	5.3	2022	5.0	2023	○	○	○			
指標	予A0209	肺がん罹患率（男）	45.4	2022	43.2	2023	57.8	2022	56.9	2023	○	○	○			
指標	予A0210	肺がん罹患率（女）	17.9	2022	19.8	2023	24.8	2022	25.3	2023	○	×	×			
指標	予A0211	女性乳房がん罹患率（女）	103.7	2022	122.1	2023	103.4	2022	105.6	2023	×	×	○			
指標	予A0212	子宮頸部がん罹患率（女）	18.5	2022	19.2	2023	13.3	2022	13.3	2023	×	×	×			
指標	予A0213	成人T細胞白血病リンパ腫がん罹患率（男）	11.1	2022	10.7	2023	8.8	2022	9.3	2023	×	○	○			
指標	予A0214	成人T細胞白血病リンパ腫がん罹患率（女）	7.9	2022	7.3	2023	5.7	2022	5.8	2023	×	○	○			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	予C09	肝炎ウイルス検査体制を充実させる	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	予C0901	肝疾患専門医療機関数	8.9施設	2023	8.9施設	2024	25.8施設	2023	26.3施設	2024	×	変化なし	×			
指標	予C0902	公費肝炎検査受検者数　B型肝炎ウイルス検査（人）	365.3人	2022	331.9人	2023	632.6人	2022	625.8人	2023	×	×	×			
指標	予C0903	公費肝炎検査受検者数　C型肝炎ウイルス検査（人）	338.2人	2022	310.9人	2023	624.6人	2022	616.2人	2023	×	×	×			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	予C10	肝炎ウイルス陽性者への受診勧奨を行う	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	予C1001	肝炎医療コーディネーターの養成者数（人）	19人	2023	0人	2024	5,833人	2023	6,010人	2024	×	×	×			
指標	予C1002	公費肝炎治療開始者数　B型肝炎（人）	752人	2023	750人	2024	88,920人	2023	91,131人	2024	×	×	×			
指標	予C1003	公費肝炎治療開始者数　C型肝炎（人）	38人	2023	35人	2024	7,904人	2023	6,848 人	2024	×	×	×			

⑤感染症対策（HTLV-1）

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	予C11	妊婦に対するHTLV-1抗体検査と保健指導を行う	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	予C1101	HTLV-1抗体検査の公費負担実施率（%）	100.0%	2024	100.0%	2025	100.0%	2024	100.0%	2025	○	変化なし	変化なし			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	予C12	保健所においてHTLV-1抗体検査と相談指導を行う	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	予C1201	HTLV-1の保健所の検査数（件）	12件	2022	4件	2023	87件	2022	175件	2023	×	×	×			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	予B05	HTLV-1 感染者数の減少ができている	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	予B0501	HTLV-1感染率	算出不可		算出不可		算出不可		算出不可		ー	ー	ー			

がん検診

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

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	検C01	指針に基づいたがん検診のみを行う	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	検C0101	胃がん　指針の遵守市町村の割合（%）【再掲】	97.6%	2022	97.6%	2023	99.8%	2022	99.8%	2023	×	変化なし	変化なし				
指標	検C0102	大腸がん　指針の遵守市町村の割合（%）【再掲】	100.0%	2022	100.0%	2023	100.0%	2022	100.0%	2023	○	変化なし	変化なし				
指標	検C0103	肺がん　指針の遵守市町村の割合（%）【再掲】	100.0%	2022	100.0%	2023	99.8%	2022	99.8%	2023	×	変化なし	変化なし				
指標	検C0104	女性乳房がん　指針の遵守市町村の割合（%）【再掲】	100.0%	2022	100.0%	2023	99.8%	2022	99.9%	2023	×	変化なし	○				
指標	検C0105	子宮頸がん　指針の遵守市町村の割合（%）【再掲】	100.0%	2022	100.0%	2023	99.9%	2022	99.9%	2023	×	変化なし	変化なし				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	検C02	指針に基づかないがん検診を中止する	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	検C0201	胃がん　指針に基づかないがん検診の実施市町村数（集団）	3件	2022	2件	2023	478件	2022	485件	2023	○	○	○				
指標	検C0202	胃がん　指針に基づかないがん検診の実施割合（集団）（%）	7.9%	2022	5.3%	2023	28.8%	2022	29.3%	2023	○	○	○				
指標	検C0203	胃がん　指針に基づかないがん検診の実施市町村数（個別）	1件	2022	1件	2023	293件	2022	295件	2023	○	変化なし	○				
指標	検C0204	胃がん　指針に基づかないがん検診の実施割合（個別）（%）	3.4%	2022	3.4%	2023	27.1%	2022	26.8%	2023	○	変化なし	×				
指標	検C0205	大腸がん　指針に基づかないがん検診の実施市町村数（集団）	2件	2022	0件	2023	96件	2022	82件	2023	○	○	○				
指標	検C0206	大腸がん　指針に基づかないがん検診の実施割合（集団）（%）	5.0%	2022	0.0%	2023	6.0%	2022	5.1%	2023	○	○	○				
指標	検C0207	大腸がん　指針に基づかないがん検診の実施市町村数（個別）	0件	2022	1件	2023	36件	2022	39件	2023	○	○	○				
指標	検C0208	大腸がん　指針に基づかないがん検診の実施割合（個別）（%）	0.0%	2022	3.8%	2023	3.7%	2022	3.9%	2023	○	×	×				
指標	検C0209	肺がん　指針に基づかないがん検診の実施市町村数（集団）	2件	2022	2件	2023	335件	2022	319件	2023	○	変化なし	×				
指標	検C0210	肺がん　指針に基づかないがん検診の実施割合（集団）（%）	5.0%	2022	4.9%	2023	20.2%	2022	19.2%	2023	○	○	×				
指標	検C0211	肺がん　指針に基づかないがん検診の実施市町村数（個別）	3件	2022	2件	2023	221件	2022	227件	2023	○	○	○				
指標	検C0212	肺がん　指針に基づかないがん検診の実施割合（個別）（%）	11.1%	2022	7.4%	2023	30.2%	2022	30.4%	2023	○	○	○				
指標	検C0213	女性乳房がんがん　指針に基づかないがん検診の実施市町村数（集団）	12件	2022	11件	2023	719件	2022	708件	2023	○	○	×				
指標	検C0214	女性乳房がんがん　指針に基づかないがん検診の実施割合（集団）（%）	33.3%	2022	31.4%	2023	44.4%	2022	43.7%	2023	○	○	○				
指標	検C0215	女性乳房がんがん　指針に基づかないがん検診の実施市町村数（個別）	17件	2022	16件	2023	587件	2022	573件	2023	○	○	×				
指標	検C0216	女性乳房がんがん　指針に基づかないがん検診の実施割合（個別）（%）	53.1%	2022	50.0%	2023	40.7%	2022	39.5%	2023	○	○	×				
指標	検C0217	子宮頸部がん　指針に基づかないがん検診の実施市町村数（集団）	7件	2022	6件	2023	387件	2022	389件	2023	○	○	×				
指標	検C0218	子宮頸部がん　指針に基づかないがん検診の実施割合（集団）（%）	20.0%	2022	16.7%	2023	26.2%	2022	87.1%	2023	○	○	○				
指標	検C0219	子宮頸部がん　指針に基づかないがん検診の実施市町村数（個別）	5件	2022	5件	2023	333件	2022	323件	2023	○	変化なし	×				
指標	検C0220	子宮頸部がん　指針に基づかないがん検診の実施割合（個別）（%）	16.1%	2022	16.1%	2023	21.2%	2022	20.5%	2023	○	変化なし	×				

②がん検診の精度管理等について

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	検C03	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	検C0301	全国がん検診従事者研修（基礎）を修了した市町村の担当者等の割合（%）	17.5%	2023	51.5%	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	○	―				
指標	検C0302	全国がん検診従事者研修（実務）を修了した市町村の担当者等の割合（%）	6.3%	2023	10.3%	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	○	―				
指標	検C0303	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割合（%）	0.0%	2023	5.9%	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	○	―				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	検C04	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	検C0401	研修を終了した市町村の担当者等の数（人）	25人	2023	40人	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	○	―				

中間アウトカム

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	検B01	科学的根拠に基づいた検診の実施ができている	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	検B0101	胃がん　指針の遵守市町村の割合（%）	97.6%	2022	97.6%	2023	99.8%	2022	99.8%	2023	×	変化なし	変化なし				
指標	検B0102	大腸がん　指針の遵守市町村の割合（%）	100.0%	2022	100.0%	2023	100.0%	2022	100.0%	2023	○	変化なし	変化なし				
指標	検B0103	肺がん　指針の遵守市町村の割合（%）	100.0%	2022	100.0%	2023	99.8%	2022	99.8%	2023	×	変化なし	変化なし				
指標	検B0104	女性乳房がん　指針の遵守市町村の割合（%）	100.0%	2022	100.0%	2023	99.8%	2022	99.9%	2023	×	変化なし	○				
指標	検B0105	子宮頸がん　指針の遵守市町村の割合（%）	100.0%	2022	100.0%	2023	99.9%	2022	99.9%	2023	×	変化なし	変化なし				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	検B02	検診の質の管理体制の構築と精度向上ができている	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	検B0201	胃がん検診（エックス線）要精検率（男）（%）	8.1%	2021	5.3%	2022	7.7%	2021	7.3%	2022	×	×	×				
指標	検B0202	胃がん検診（エックス線）要精検率（女）（%）	6.2%	2021	3.5%	2022	4.8%	2021	4.5%	2022	×	×	×				
指標	検B0203	胃がん検診（内視鏡）要精検率（男）（%）	6.7%	2021	4.7%	2022	8.7%	2021	8.3%	2022	×	×	×				
指標	検B0204	胃がん検診（内視鏡）要精検率（女）（%）	4.5%	2021	4.0%	2022	6.1%	2021	5.9%	2022	×	×	×				
指標	検B0205	大腸がん検診　要精検率（男）（%）	8.2%	2021	8.3%	2022	8.7%	2021	8.3%	2022	変化なし	○	○				
指標	検B0206	大腸がん検診　要精検率（女）（%）	5.6%	2021	5.5%	2022	5.9%	2021	5.6%	2022	×	×	○				
指標	検B0207	肺がん検診　要精検率（男）（%）	2.5%	2021	2.4%	2022	2.4%	2021	2.5%	2022	×	×	変化なし				

分野アウトカム

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	検A01	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（75歳未満、年齢調整、人口10万人対）基準人口は昭和60年（1985年）モデル人口を使用	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	検A0103	大腸がん死亡率（男）（%）	17.8%	2023	17.5%	2024	12.3%	2023	12.6%	2024	×	○	○				
指標	検A0104	大腸がん死亡率（女）（%）	8.4%	2023	8.3%	2024	7.2%	2023	7.2%	2024	×	○	○				
指標	検A0105	肺がん死亡率（男）（%）	18.4%	2023	17.8%	2024	17.8%	2023	17.0%	2024	×	○	×				
指標	検A0106	肺がん死亡率（女）（%）	5.3%	2023	4.2%	2024	5.6%	2023	5.3%	2024	○	○	○				
指標	検A0107	胃がん死亡率（男）（%）	4.9%	2023	5.9%	2024	12.6%	2023	7.9%	2024	○	×	×				
指標	検A0108	胃がん死亡率（女）（%）	2.7%	2023	2.5%	2024	3.3%	2023	3.2%	2024	○	○	○				
指標	検A0109	乳房がん死亡率（女）（%）	11.5%	2023	11.0%	2024	10.0%	2023	10.0%	2024	×	○	○				
指標	検A0112	子宮頸がん死亡率（女）（%）	5.9%	2023	5.9%	2024	5.1%	2023	4.9%	2024	×	変化なし	×				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	検A02	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	検A0201	胃がん　進行がん罹患率（%）	35.4	2022	32.0	2023	25.6	2022	25.7	2023	×	○	○				
指標	検A0202	大腸がん　進行がん罹患率（%）	29.9	2022	29.5	2023	24.1	2022	24.1	2023	×	○	○				
指標	検A0203	肺がん　進行がん罹患率（%）	56.8	2022	50.9	2023	45.7	2022	45.7	2023	×	○	○				
指標	検A0204	女性乳房がん　進行がん罹患率（%）	10.3	2022	9.7	2023	9.8	2022	9.9	2023	○	○	○				
指標	検A0205	子宮頸部がん　進行がん罹患率（%）	18.4	2022	16.3	2023	16.4	2022	16.1	2023	×	○	○				

参考データ

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	検A03		前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	検A0301	胃がん　早期がん割合（%）	54.3	2022	53.1	2023	59.1	2022	59.0	2023	×	×	×				
指標	検A0302	大腸がん　早期がん割合（%）	53.7	2022	54.4	2023	58.3	2022	58.6	2023	×	○	○				
指標	検A0303	肺がん　早期がん割合（%）	30.5	2022	35.9	2023	38.2	2022	38.6	2023	×	○	○				
指標	検A0304	女性乳房がん　早期がん割合（%）	68.4	2022	73.3	2023	65.6	2022	66.2	2023	○	○	○				
指標	検A0305	子宮頸部がん　早期がん割合（%）	77.4	2022	79.2	2023	79.5	2022	80.0	2023	×	○	○				

がん検診

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	検C05	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	検C0501	がん登録情報を活用した精度管理実施市町村数の割合	0.0%	2023	0.0%	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	変化なし	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	検C06	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	検C0601	精密検査受診率の低い市町村の実態把握を行い、県が指導・助言等を行った市町村数	41	2023	41	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	変化なし	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	検C07	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	検C0701	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の割合　胃がん(エックス線）（%）	64.1%	2023	65.6%	2024	83.6%	2023	84.3%	2024	×	○	×			
指標	検C0702	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の割合　胃がん（内視鏡）（%）	55.8%	2023	集計不可	2024	78.6%	2023	81.7%	2024	―	―	―			
指標	検C0703	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の割合　大腸がん（%）	62.6%	2023	64.5%	2024	83.0%	2023	83.8%	2024	×	○	○			
指標	検C0704	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の割合　肺がん（%）	62.6%	2023	64.6%	2024	83.1%	2023	84.0%	2024	×	○	○			
指標	検C0705	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の割合　女性乳房がん（%）	66.3%	2023	66.6%	2024	83.7%	2023	84.3%	2024	×	○	×			
指標	検C0706	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の割合　子宮頸がん（%）	62.6%	2023	64.0%	2024	83.1%	2023	83.9%	2024	×	○	○			
指標	検C0707	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検診実施機関の割合　胃がん(エックス線）（%）	75.9%	2022	79.7%	2023	N/A	2022	N/A	2023	―	○	―			
指標	検C0708	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検診実施機関の割合　胃がん（内視鏡）（%）	N/A	2022	81.9%	2023	N/A	2022	N/A	2023	―	―	―			
指標	検C0709	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検診実施機関の割合　大腸がん（%）	86.1%	2022	87.1%	2023	N/A	2022	N/A	2023	―	○	―			
指標	検C0710	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検診実施機関の割合　肺がん（%）	78.7%	2022	79.9%	2023	N/A	2022	N/A	2023	―	○	―			
指標	検C0711	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検診実施機関の割合　女性乳房がん（%）	87.0%	2022	88.7%	2023	N/A	2022	N/A	2023	―	○	―			
指標	検C0712	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検診実施機関の割合　子宮頸がん（%）	87.6%	2022	88.8%	2023	N/A	2022	N/A	2023	―	○	―			
指標	検C0713	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の割合（%）	100.0%	2022	100.0%	2023	N/A	2022	N/A	2023	―	変化なし	―			
指標	検C0714	精度管理の実態や指標を定期的に評価・公開している検診実施機関の割合　胃がん(エックス線）（%）	93.2%	2022	94.7%	2023	N/A	2022	N/A	2023	―	○	―			
指標	検C0715	精度管理の実態や指標を定期的に評価・公開している検診実施機関の割合　胃がん（内視鏡）（%）	89.3%	2022	89.7%	2023	N/A	2022	N/A	2023	―	○	―			
指標	検C0716	精度管理の実態や指標を定期的に評価・公開している検診実施機関の割合　大腸がん（%）	89.4%	2022	85.5%	2023	N/A	2022	N/A	2023	―	×	―			
指標	検C0717	精度管理の実態や指標を定期的に評価・公開している検診実施機関の割合　肺がん（%）	89.1%	2022	84.4%	2023	N/A	2022	N/A	2023	―	×	―			

指標	検B0208	肺がん検診　要精検率（女）（%）	1.9%	2021	1.6%	2022	1.9%	2021	1.9%	2022	×	×	×			
指標	検B0209	女性乳房がん検診　要精検率（女）（%）	7.6%	2021	6.1%	2022	5.7%	2021	5.6%	2022	○	×	×			
指標	検B0210	子宮頸部がん検診　要精検率（女）（%）	2.4%	2021	2.4%	2022	2.1%	2021	2.0%	2022	○	変化なし	○			
指標	検B0211	胃がん検診（エックス線）精検受診率（男）（%）	50.7%	2021	43.3%	2022	79.0%	2021	79.4%	2022	×	×	×			
指標	検B0212	胃がん検診（エックス線）精検受診率（女）（%）	62.0%	2021	56.4%	2022	84.6%	2021	85.0%	2022	×	×	×			
指標	検B0213	胃がん検診（内視鏡）精検受診率（男）（%）	62.0%	2021	63.7%	2022	92.8%	2021	93.2%	2022	×	○	○			
指標	検B0214	胃がん検診（内視鏡）精検受診率（女）（%）	67.1%	2021	65.8%	2022	93.9%	2021	94.2%	2022	×	×	×			
指標	検B0215	大腸がん検診　精検受診率（男）（%）	53.0%	2021	49.1%	2022	67.3%	2021	67.5%	2022	×	×	×			
指標	検B0216	大腸がん検診　精検受診率（女）（%）	59.8%	2021	55.0%	2022	70.5%	2021	70.8%	2022	×	×	×			
指標	検B0217	肺がん検診　精検受診率（男）（%）	55.3%	2021	56.9%	2022	80.1%	2021	80.2%	2022	×	○	○			
指標	検B0218	肺がん検診　精検受診率（女）（%）	63.5%	2021	64.4%	2022	84.3%	2021	84.4%	2022	×	○	○			
指標	検B0219	女性乳房がん検診　精検受診率（女）（%）	77.8%	2021	72.9%	2022	90.2%	2021	90.0%	2022	×	×	×			
指標	検B0220	子宮頸部がん検診　精検受診率（女）（%）	62.7%	2021	63.5%	2022	77.6%	2021	78.0%	2022	×	○	○			
指標	検B0221	胃がん検診（エックス線）精検未受診率（男）（%）	15.8%	2021	21.2%	2022	8.8%	2021	8.9%	2022	×	×	×			
指標	検B0222	胃がん検診（エックス線）精検未受診率（女）（%）	13.2%	2021	8.8%	2022	5.9%	2021	5.7%	2022	×	○	○			
指標	検B0223	胃がん検診（内視鏡）精検未受診率（男）（%）	13.6%	2021	9.9%	2022	1.8%	2021	1.7%	2022	×	○	○			
指標	検B0224	胃がん検診（内視鏡）精検未受診率（女）（%）	12.3%	2021	6.9%	2022	1.5%	2021	1.2%	2022	×	○	○			
指標	検B0225	大腸がん検診　精検未受診率（男）（%）	19.3%	2021	19.8%	2022	15.3%	2021	15.1%	2022	×	×	×			
指標	検B0226	大腸がん検診　精検未受診率（女）（%）	16.5%	2021	16.7%	2022	14.0%	2021	13.6%	2022	×	×	×			
指標	検B0227	肺がん検診　精検未受診率（男）（%）	14.6%	2021	11.0%	2022	7.0%	2021	7.1%	2022	×	○	○			
指標	検B0228	肺がん検診　精検未受診率（女）（%）	10.6%	2021	11.6%	2022	5.3%	2021	5.1%	2022	×	×	×			
指標	検B0229	女性乳房がん検診　精検未受診率（女）（%）	4.8%	2021	10.3%	2022	2.9%	2021	2.8%	2022	×	×	×			
指標	検B0230	子宮頸部がん検診　精検未受診率（女）（%）	12.4%	2021	13.2%	2022	6.5%	2021	6.3%	2022	×	×	×			
指標	検B0231	胃がん検診（エックス線）精検未把握率（男）（%）	33.6%	2021	35.4%	2022	12.2%	2021	11.7%	2022	×	×	×			
指標	検B0232	胃がん検診（エックス線）精検未把握率（女）（%）	24.8%	2021	34.9%	2022	9.5%	2021	9.2%	2022	×	×	×			
指標	検B0233	胃がん検診（内視鏡）精検未把握率（男）（%）	24.4%	2021	26.4%	2022	5.5%	2021	5.1%	2022	×	×	×			
指標	検B0234	胃がん検診（内視鏡）精検未把握率（女）（%）	20.6%	2021	27.3%	2022	4.6%	2021	4.6%	2022	×	×	×			
指標	検B0235	大腸がん検診　精検未把握率（男）（%）	27.8%	2021	31.1%	2022	17.4%	2021	17.4%	2022	×	×	×			

指標	検C0718	精度管理の実態や指標を定期的に評価・公開している検診実施機関の割合　女性乳房がん（%）	97.7%	2022	90.2%	2023	N/A	2022	N/A	2023	ー	×	ー			
指標	検C0719	精度管理の実態や指標を定期的に評価・公開している検診実施機関の割合　子宮頸がん（%）	91.2%	2022	86.2%	2023	N/A	2022	N/A	2023	ー	×	ー			
指標	検C0720	要精検率の許容値を達成している市町村の割合　胃がん（XP）（%）	85.7%	2020	78.4%	2021	89.6%	2020	92.7%	2021	×	×	×			
指標	検C0721	要精検率の許容値を達成している市町村の割合　胃がん（内視鏡）（%）	100.0%	2020	90.9%	2021	78.7%	2020	80.9%	2021	○	×	×			
指標	検C0722	要精検率の許容値を達成している市町村の割合　大腸がん（%）	55.0%	2020	67.5%	2021	66.1%	2020	80.5%	2021	×	○	×			
指標	検C0723	要精検率の許容値を達成している市町村の割合　肺がん（%）	82.1%	2020	85.4%	2021	86.8%	2020	89.0%	2021	×	○	○			
指標	検C0724	要精検率の許容値を達成している市町村の割合　女性乳房がん（%）	90.0%	2020	87.2%	2021	95.9%	2020	97.1%	2021	×	×	×			
指標	検C0725	要精検率の許容値を達成している市町村の割合　子宮頸がん（%）	31.7%	2020	22.5%	2021	40.9%	2020	43.8%	2021	×	×	×			
指標	検C0726	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　胃がん（XP）（%）	16.7%	2020	8.6%	2021	35.4%	2020	32.3%	2021	×	×	×			
指標	検C0727	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　胃がん（内視鏡）（%）	11.1%	2020	5.3%	2021	70.5%	2020	70.5%	2021	×	×	×			
指標	検C0728	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　大腸がん（%）	2.8%	2020	5.0%	2021	7.1%	2020	8.2%	2021	×	○	○			
指標	検C0729	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　肺がん（%）	20.0%	2020	10.7%	2021	48.6%	2020	46.4%	2021	×	×	×			
指標	検C0730	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　女性乳房がん（%）	28.6%	2020	36.1%	2021	67.5%	2020	67.3%	2021	×	○	×			
指標	検C0731	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　子宮頸がん（%）	29.4%	2020	5.6%	2021	44.9%	2020	44.4%	2021	×	×	×			
指標	検C0732	未把握率の目標値5%以下を達成している市町村の割合　胃がん（%）			36.1%	2020			N/A	2020	ー	ー	ー			
指標	検C0733	未把握率の目標値5%以下を達成している市町村の割合　大腸がん（%）			14.6%	2020			N/A	2020	ー	ー	ー			
指標	検C0734	未把握率の目標値5%以下を達成している市町村の割合　肺がん（%）			17.2%	2020			N/A	2020	ー	ー	ー			
指標	検C0735	未把握率の目標値5%以下を達成している市町村の割合　女性乳房がん（%）			26.3%	2020			N/A	2020	ー	ー	ー			
指標	検C0736	未把握率の目標値5%以下を達成している市町村の割合　子宮頸がん（%）			33.3%	2020			N/A	2020	ー	ー	ー			
指標	検C0737	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　胃がん（%）			58.3%	2020			N/A	2020	ー	ー	ー			
指標	検C0738	精検未受診率の目標値5%以下を達成している市町村の割合　大腸がん（%）			41.5%	2020			N/A	2020	ー	ー	ー			
指標	検C0739	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　肺がん（%）			31.0%	2020			N/A	2020	ー	ー	ー			
指標	検C0740	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　女性乳房がん（%）			71.1%	2020			N/A	2020	ー	ー	ー			
指標	検C0741	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　子宮頸がん（%）			46.2%	2020			N/A	2020	ー	ー	ー			
指標	検C0742	感度と特異度の把握を近い将来予定している市町村の割合（%）	9.8%	2023	12.2%	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	○	ー			
指標	検C0743	感度と特異度の把握をしている検診実施機関の割合（%）									ー	ー	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	検C08	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	検C0801	がん検診の正しい情報提供を実施した市町村の割合　胃がん（エックス線）（%）	78.9%	2023	76.3%	2024	81.1%	2023	82.7%	2024	×	×	○			
指標	検C0801	がん検診の正しい情報提供を実施した市町村の割合　胃がん（内視鏡）（%）	100.0%	2023	100.0%	2024	75.7%	2023	77.8%	2024	○	変化なし	×			
指標	検C0801	がん検診の正しい情報提供を実施した市町村の割合　大腸がん（%）	77.5%	2023	78.0%	2024	80.1%	2023	81.4%	2024	×	○	×			
指標	検C0801	がん検診の正しい情報提供を実施した市町村の割合　肺がん（%）	77.5%	2023	75.6%	2024	78.3%	2023	79.8%	2024	×	×	×			
指標	検C0801	がん検診の正しい情報提供を実施した市町村の割合　女性乳房がん（%）	76.5%	2023	78.8%	2024	80.8%	2023	83.0%	2024	×	○	○			
指標	検C0801	がん検診の正しい情報提供を実施した市町村の割合　子宮頸がん（%）	74.3%	2023	77.8%	2024	81.4%	2023	82.2%	2024	×	○	○			

指標	検B0236	大腸がん検診　精検未把握率（女）（%）	23.7%	2021	28.3%	2022	15.6%	2021	15.6%	2022	×	×	×			
指標	検B0237	肺がん検診　精検未把握率（男）（%）	30.1%	2021	32.1%	2022	12.8%	2021	12.8%	2022	×	×	×			
指標	検B0238	肺がん検診　精検未把握率（女）（%）	25.9%	2021	24.0%	2022	10.4%	2021	10.6%	2022	×	○	○			
指標	検B0239	女性乳房がん検診　精検未把握率（女）（%）	17.4%	2021	16.8%	2022	6.9%	2021	7.3%	2022	×	○	○			
指標	検B0240	子宮頸部がん検診　精検未把握率（女）（%）	24.9%	2021	23.3%	2022	15.9%	2021	15.8%	2022	×	○	○			
指標	検B0241	胃がん検診（エックス線）がん発見率（男）（%）	0.1%	2021	0.2%	2022	0.2%	2021	0.2%	2022	変化なし	○	○			
指標	検B0242	胃がん検診（エックス線）がん発見率（女）（%）	0.1%	2021	0.2%	2022	0.1%	2021	0.1%	2022	○	○	○			
指標	検B0243	胃がん検診（内視鏡）がん発見率（男）（%）	0.2%	2021	0.2%	2022	0.6%	2021	0.6%	2022	×	変化なし	変化なし			
指標	検B0244	胃がん検診（内視鏡）がん発見率（女）（%）	0.1%	2021	0.1%	2022	0.2%	2021	0.2%	2022	×	変化なし	変化なし			
指標	検B0245	大腸がん検診　がん発見率（男）（%）	0.2%	2021	0.2%	2022	0.3%	2021	0.3%	2022	×	変化なし	変化なし			
指標	検B0246	大腸がん検診　がん発見率（女）（%）	0.1%	2021	0.1%	2022	0.2%	2021	0.2%	2022	×	変化なし	変化なし			
指標	検B0247	肺がん検診　がん発見率（男）（%）	0.0%	2021	0.1%	2022	0.1%	2021	0.1%	2022	変化なし	○	○			
指標	検B0248	肺がん検診　がん発見率（女）（%）	0.0%	2021	0.0%	2022	0.0%	2021	0.0%	2022	変化なし	変化なし	変化なし			
指標	検B0249	女性乳房がん検診　がん発見率（女）（%）	0.4%	2021	0.4%	2022	0.4%	2021	0.4%	2022	変化なし	変化なし	変化なし			
指標	検B0250	子宮頸部がん検診　がん発見率（女）（%）	N/A	2021	N/A	2022	N/A	2021	N/A	2022	ー	ー	ー			
指標	検B0251	胃がん検診（エックス線）陽性反応適中度（男）（%）	1.0%	2021	0.5%	2022	2.6%	2021	2.7%	2022						
指標	検B0252	胃がん検診（エックス線）陽性反応適中度（女）（%）	0.7%	2021	0.7%	2022	1.2%	2021	1.2%	2022						
指標	検B0253	胃がん検診（内視鏡）陽性反応適中度（男）（%）	3.3%	2021	3.7%	2022	6.7%	2021	6.7%	2022						
指標	検B0254	胃がん検診（内視鏡）陽性反応適中度（女）（%）	1.8%	2021	3.3%	2022	3.2%	2021	3.2%	2022						
指標	検B0255	大腸がん検診　陽性反応適中度（男）（%）	2.3%	2021	2.0%	2022	3.6%	2021	3.8%	2022						
指標	検B0256	大腸がん検診　陽性反応適中度（女）（%）	2.3%	2021	2.1%	2022	3.0%	2021	3.2%	2022						
指標	検B0257	肺がん検診　陽性反応適中度（男）（%）	0.8%	2021	2.7%	2022	3.4%	2021	3.3%	2022						
指標	検B0258	肺がん検診　陽性反応適中度（女）（%）	1.8%	2021	1.1%	2022	2.1%	2021	2.0%	2022						
指標	検B0259	女性乳房がん検診　陽性反応適中度（女）（%）	4.8%	2021	6.3%	2022	6.3%	2021	6.6%	2022						
指標	検B0260	子宮頸部がん検診　陽性反応適中度（女）（%）	N/A	2021	N/A	2022	N/A	2021	N/A	2022						
指標	検B0261	胃がん検診（エックス線）感度（%）	N/A		N/A		N/A		N/A				ー	ー	ー		
指標	検B0262	胃がん検診（内視鏡）感度（%）	N/A		N/A		N/A		N/A				ー	ー	ー		
指標	検B0263	大腸がん検診　感度（%）	N/A		N/A		N/A		N/A				ー	ー	ー		
指標	検B0264	肺がん検診　感度（%）	N/A		N/A		N/A		N/A				ー	ー	ー		
指標	検B0265	女性乳房がん検診　感度（%）	N/A		N/A		N/A		N/A				ー	ー	ー		
指標	検B0266	子宮頸部がん検診　感度（%）	N/A		N/A		N/A		N/A				ー	ー	ー		
指標	検B0267	胃がん検診（エックス線）特異度（%）	N/A		N/A		N/A		N/A				ー	ー	ー		
指標	検B0268	胃がん検診（内視鏡）特異度（%）	N/A		N/A		N/A		N/A				ー	ー	ー		
指標	検B0269	大腸がん検診　特異度（%）	N/A		N/A		N/A		N/A				ー	ー	ー		
指標	検B0270	肺がん検診　特異度（%）	N/A		N/A		N/A		N/A				ー	ー	ー		
指標	検B0271	女性乳房がん検診　特異度（%）	N/A		N/A		N/A		N/A				ー	ー	ー		

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	検B02	子宮頸がん検診の受診率向上に向けて、受診しやすい環境の整備や、効果的な普及啓発を行う	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	検B0201	子宮頸がん　検診受診率（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0202	子宮頸がん　検診受診率（20歳代）（%）	11.1%	2019	11.1%	2022	31.1%	2019	31.1%	2022	×	○	×			
指標	検B0203	子宮頸がん　検診受診率（30歳代）（%）	19.2%	2019	19.2%	2022	46.2%	2019	46.2%	2022	×	○	×			
指標	検B0204	子宮頸がん　検診受診率（40歳代）（%）	19.2%	2019	19.2%	2022	46.2%	2019	46.2%	2022	×	○	×			
指標	検B0205	子宮頸がん　検診受診率（50歳代）（%）	19.2%	2019	19.2%	2022	46.2%	2019	46.2%	2022	×	○	×			
指標	検B0206	子宮頸がん　検診受診率（60歳代）（%）	19.2%	2019	19.2%	2022	46.2%	2019	46.2%	2022	×	○	×			
指標	検B0207	子宮頸がん　検診受診率（70歳代）（%）	19.2%	2019	19.2%	2022	46.2%	2019	46.2%	2022	×	○	×			
指標	検B0208	子宮頸がん　検診受診率（80歳代）（%）	19.2%	2019	19.2%	2022	46.2%	2019	46.2%	2022	×	○	×			
指標	検B0209	乳がん　検診受診率（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0210	乳がん　検診受診率（40歳代）（%）	19.2%	2019	19.2%	2022	46.2%	2019	46.2%	2022	×	○	×			
指標	検B0211	乳がん　検診受診率（50歳代）（%）	19.2%	2019	19.2%	2022	46.2%	2019	46.2%	2022	×	○	×			
指標	検B0212	乳がん　検診受診率（60歳代）（%）	19.2%	2019	19.2%	2022	46.2%	2019	46.2%	2022	×	○	×			
指標	検B0213	乳がん　検診受診率（70歳代）（%）	19.2%	2019	19.2%	2022	46.2%	2019	46.2%	2022	×	○	×			
指標	検B0214	乳がん　検診受診率（80歳代）（%）	19.2%	2019	19.2%	2022	46.2%	2019	46.2%	2022	×	○	×			
指標	検B0215	肺がん　検診受診率（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0216	肺がん　検診受診率（40歳代）（%）	19.2%	2019	19.2%	2022	46.2%	2019	46.2%	2022	×	○	×			
指標	検B0217	肺がん　検診受診率（50歳代）（%）	19.2%	2019	19.2%	2022	46.2%	2019	46.2%	2022	×	○	×			
指標	検B0218	肺がん　検診受診率（60歳代）（%）	19.2%	2019	19.2%	2022	46.2%	2019	46.2%	2022	×	○	×			
指標	検B0219	肺がん　検診受診率（70歳代）（%）	19.2%	2019	19.2%	2022	46.2%	2019	46.2%	2022	×	○	×			
指標	検B0220	肺がん　検診受診率（80歳代）（%）	19.2%	2019	19.2%	2022	46.2%	2019	46.2%	2022	×	○	×			
指標	検B0221	胃がん　検診受診率（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0222	胃がん　検診受診率（40歳代）（%）	19.2%	2019	19.2%	2022	46.2%	2019	46.2%	2022	×	○	×			
指標	検B0223	胃がん　検診受診率（50歳代）（%）	19.2%	2019	19.2%	2022	46.2%	2019	46.2%	2022	×	○	×			
指標	検B0224	胃がん　検診受診率（60歳代）（%）	19.2%	2019	19.2%	2022	46.2%	2019	46.2%	2022	×	○	×			
指標	検B0225	胃がん　検診受診率（70歳代）（%）	19.2%	2019	19.2%	2022	46.2%	2019	46.2%	2022	×	○	×			
指標	検B0226	胃がん　検診受診率（80歳代）（%）	19.2%	2019	19.2%	2022	46.2%	2019	46.2%	2022	×	○	×			
指標	検B0227	大腸がん　検診受診率（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0228	大腸がん　検診受診率（40歳代）（%）	19.2%	2019	19.2%	2022	46.2%	2019	46.2%	2022	×	○	×			
指標	検B0229	大腸がん　検診受診率（50歳代）（%）	19.2%	2019	19.2%	2022	46.2%	2019	46.2%	2022	×	○	×			
指標	検B0230	大腸がん　検診受診率（60歳代）（%）	19.2%	2019	19.2%	2022	46.2%	2019	46.2%	2022	×	○	×			
指標	検B0231	大腸がん　検診受診率（70歳代）（%）	19.2%	2019	19.2%	2022	46.2%	2019	46.2%	2022	×	○	×			
指標	検B0232	大腸がん　検診受診率（80歳代）（%）	19.2%	2019	19.2%	2022	46.2%	2019	46.2%	2022	×	○	×			
指標	検B0233	胃がん　検診受診率（男）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0234	胃がん　検診受診率（女）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0235	大腸がん　検診受診率（男）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0236	大腸がん　検診受診率（女）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0237	肺がん　検診受診率（男）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0238	肺がん　検診受診率（女）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0239	乳がん　検診受診率（マンモグラフィ）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0240	乳がん　検診受診率（超音波）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0241	乳がん　検診受診率（マンモグラフィ＋超音波）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0242	乳がん　検診受診率（視触診）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0243	子宮頸がん　検診受診率（細胞診）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0244	子宮頸がん　検診受診率（HPV）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0245	子宮頸がん　検診受診率（細胞診＋HPV）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0246	子宮頸がん　検診受診率（視診）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0247	胃がん　検診受診率（胃X線）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0248	胃がん　検診受診率（胃内視鏡）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0249	胃がん　検診受診率（胃X線＋胃内視鏡）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0250	胃がん　検診受診率（ペプシノゲン）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0251	胃がん　検診受診率（ヘリコバクター・ピロリ）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0252	胃がん　検診受診率（ペプシノゲン＋ヘリコバクター・ピロリ）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0253	大腸がん　検診受診率（便潜血）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0254	大腸がん　検診受診率（大腸内視鏡）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0255	大腸がん　検診受診率（便潜血＋大腸内視鏡）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0256	大腸がん　検診受診率（注腸X線）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0257	大腸がん　検診受診率（CT）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0258	大腸がん　検診受診率（注腸X線＋CT）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0259	大腸がん　検診受診率（便潜血＋注腸X線＋CT）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0260	大腸がん　検診受診率（便潜血＋注腸X線）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0261	大腸がん　検診受診率（便潜血＋CT）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0262	大腸がん　検診受診率（便潜血＋大腸内視鏡＋注腸X線）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0263	大腸がん　検診受診率（便潜血＋大腸内視鏡＋CT）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0264	大腸がん　検診受診率（便潜血＋大腸内視鏡＋注腸X線＋CT）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0265	大腸がん　検診受診率（便潜血＋注腸X線＋CT）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0266	大腸がん　検診受診率（大腸内視鏡＋注腸X線）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0267	大腸がん　検診受診率（大腸内視鏡＋CT）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0268	大腸がん　検診受診率（大腸内視鏡＋注腸X線＋CT）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0269	大腸がん　検診受診率（注腸X線＋CT）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0270	大腸がん　検診受診率（便潜血＋大腸内視鏡）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0271	大腸がん　検診受診率（便潜血＋大腸内視鏡＋CT）（%）	16.8%	2019	16.8%	2022	43.4%	2019	43.4%	2022	×	○	×			
指標	検B0272	子宮頸部がん検診　特異度（%）	N/A		N/A		N/A		N/A		ー	ー	ー			
指標	検B0273	CIN3以上発見率　子宮頸がん（%）	0.1%	2021	0.1%	2022	0.1%	2021	0.1%	2022	×	○	変化なし			
指標	検B0274	非初回受診者の2年連続受診者割合　乳がん（%）	9.7%	2023	9.5%	2024	17.0%	2023	16.7%	2024	×	×	○			
指標	検B0275	非初回受診者の2年連続受診者割合　子宮頸がん（%）	12.4%	2023	12.3%	2024	25.9%	2023	25.4%	2024	×	×	○			

③受診率対策について

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	検C09	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾	対基準値	対目標値	
指標	検C0901	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を行っている市町村の割合（%）	22.0%	2023	39.0%	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	○	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	検C10	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	検C1001	受診勧奨実施市町村の割合　胃がん（%）	67.5%	2022	62.5%	2023	84.1%	2022	84.5%	2023	×	×	×			
指標	検C1002	受診勧奨実施市町村の割合　大腸がん（%）	65.9%	2022	68.3%	2023	85.5%	2022	86.3%	2023	×	○	○			
指標	検C1003	受診勧奨実施市町村の割合　肺がん（%）	61.0%	2022	63.4%	2023	82.3%	2022	83.0%	2023	×	×	×			
指標	検C1004	受診勧奨実施市町村の割合　女性乳房がん（%）	63.4%	2022	68.3%	2023	85.0%	2022	86.5%	2023	×	○	○			
指標	検C1005	受診勧奨実施市町村の割合　子宮頸がん（%）	65.9%	2022	68.3%	2023	85.2%	2022	87.3%	2023	×	○	○			
指標	検C1006	検診受診率の目標値60%以上を達成している市町村の割合　胃がん（%）	0.00%	2023	0.00%	2024	0.06%	2023	0.06%	2024	×	変化なし	変化なし			
指標	検C1007	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　大腸がん（%）	0.00%	2023	0.00%	2024	0.06%	2023	0.00%	2024	変化なし	変化なし	○			
指標	検C1008	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　肺がん（%）	0.00%	2023	0.00%	2024	0.00%	2023	0.00%	2024	変化なし	変化なし	変化なし			
指標	検C1009	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　女性乳房がん（%）	0.00%	2023	0.00%	2024	0.12%	2023	0.23%	2024	×	変化なし	×			
指標	検C1010	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　子宮頸がん（%）	0.00%	2023	0.00%	2024	0.17%	2023	0.29%	2024	×	変化なし	×			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	検C11	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	検C1101	利便性の向上を行っている市町村の割合　胃がん（%）	84.2%	2022	81.6%	2023	86.1%	2022	86.0%	2023	×	×	×			
指標	検C1102	利便性の向上を行っている市町村の割合　大腸がん（%）	80.0%	2022	78.0%	2023	85.4%	2022	85.8%	2023	×	×	×			
指標	検C1103	利便性の向上を行っている市町村の割合　肺がん（%）	85.0%	2022	80.5%	2023	83.3%	2022	83.5%	2023	×	×	×			
指標	検C1104	利便性の向上を行っている市町村の割合　女性乳房がん（%）	47.2%	2022	42.9%	2023	75.3%	2022	76.2%	2023	×	×	×			
指標	検C1105	利便性の向上を行っている市町村の割合　子宮頸がん（%）	42.9%	2022	44.4%	2023	70.9%	2022	71.3%	2023	×	○	○			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	検C12	市町村は、啓発のための研修会等を行う	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	検C1201	がんの検診の普及啓発キャンペーン実施市町村数	22	2023	28	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	○	ー			

施策	検C13	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	検C1301	指針に基づく検診の実施率　胃がん（%）	未測定		未測定		未測定		未測定		ー	ー	ー			
指標	検C1302	指針に基づく検診の実施率　大腸がん（%）	未測定		未測定		未測定		未測定		ー	ー	ー			
指標	検C1303	指針に基づく検診の実施率　肺がん（%）	未測定		未測定		未測定		未測定		ー	ー	ー			
指標	検C1304	指針に基づく検診の実施率　女性乳房がん（%）	未測定		未測定		未測定		未測定		ー	ー	ー			
指標	検C1305	指針に基づく検診の実施率　子宮頸がん（%）	未測定		未測定		未測定		未測定		ー	ー	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	検B03	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	検B0301	胃がん　検診受診率（男）（%）	47.2%	2019	49.5%	2022	54.2%	2019	53.7%	2022	×	○	○			
指標	検B0302	胃がん　検診受診率（女）（%）	45.5%	2019	45.7%	2022	45.1%	2019	43.5%	2022	○	○	○			
指標	検B0303	大腸がん　検診受診率（女）（%）	38.7%	2019	40.0%	2022	47.8%	2019	49.1%	2022	×	○	変化なし			
指標	検B0304	大腸がん　検診受診率（女）（%）	36.6%	2019	37.0%	2022	40.9%	2019	42.8%	2022	×	○	×			
指標	検B0305	肺がん　検診受診率（女）（%）	45.9%	2019	44.9%	2022	53.4%	2019	53.2%	2022	×	×	×			
指標	検B0306	肺がん　検診受診率（女）（%）	42.1%	2019	44.3%	2022	45.6%	2019	46.4%	2022	×	○	○			
指標	検B0307	乳房がん　検診受診率（女）（%）	48.3%	2019	48.8%	2022	47.4%	2019	47.4%	2022	○	○	○			
指標	検B0308	子宮頸部がん　検診受診率（女）（%）	45.5%	2019	45.3%	2022	43.7%	2019	43.6%	2022	○	×	×			

がん医療提供体制

個別施策

①医療提供全般

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	医C01	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	医C0101	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	12	2023	20	2026	N/A	2023	N/A	2026	ー	○	ー			
指標	医C0102	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	26	2023	25	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	○	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	医C02	「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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	医C0201	医療部会で検討中														

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	医C03	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	医C0301	医療部会で検討中														

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	医C04	「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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	医C0401	「施設」における、がん（疑いを含む）のセカンドオピニオンの数（件）			257件	2024			N/A	2024	ー	ー	ー			
指標	医C0402	「施設」における、がん以外のセカンドオピニオンの数（件）			90件	2024			N/A	2024	ー	ー	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	医C05	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	医C0501	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（%）	53.8%	2024	92.3%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	医C06	全県および各二次医療圏におけるBCPについて整備する	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	医C0601	BCPを整備している「施設」の割合（%）	100.0%	2024	92.3%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー			

中間アウトカム

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	医B01	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	医B0101	（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（%）			90.4%	2023			89.8%	2023	○	ー	ー			
指標	医B0102	（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	79.2%	2023	75.2%	2018	88.5%	2023	×	ー	ー			
指標	医B0103	「施設」における治療開始のカバー率														
指標	医B0104	（NDB-SCR）がん患者指導管理料「イ」（入院）	134.2	2021	127.3	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	×	×			
指標	医B0105	（NDB-SCR）がん患者指導管理料「イ」（外来）	98.7	2021	106.7	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	○	○			
指標	医B0106	（NDB-SCR）がん患者指導管理料「イ」（入院+外来）	105.3	2021	110.1	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	○	○			
指標	医B0107	（NDB-SCR）診療情報提供料(II)(入院)	100.1	2021	85.5	2022	100.0	2021	100.0	2022	×	×	×			
指標	医B0108	（NDB-SCR）診療情報提供料(II)(外来)	69.1	2021	66.1	2022	100.0	2021	100.0	2022	×	×	×			
指標	医B0109	（NDB-SCR）診療情報提供料(II)(入院+外来)	71.0	2021	67.2	2022	100.0	2021	100.0	2022	×	×	×			
指標	医B0110	（医療者調査）治療方針（告知等）の説明の際に、医師以外の職種が同席できていると思いますか。（点）	68.7	2023	70.3	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	ー	ー			
指標	医B0111	（医療者調査）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できていると思いますか。（点）	48.8	2023	51.1	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	○	ー			

分野アウトカム

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	医A01	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（75歳未満、年齢調整、人口10万人対）基準人口は昭和60年（1985年）モデル人口を使用	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	医A0101	大腸がん死亡率（男）（%）	17.8%	2023	17.5%	2024	12.3%	2023	12.6%	2024	×	○	○			
指標	医A0102	大腸がん死亡率（女）（%）	8.4%	2023	8.3%	2024	7.2%	2023	7.2%	2024	×	○	○			
指標	医A0103	肺がん死亡率（男）（%）	18.4%	2023	17.8%	2024	17.8%	2023	17.0%	2024	×	○	×			
指標	医A0104	肺がん死亡率（女）（%）	5.3%	2023	4.2%	2024	5.6%	2023	5.3%	2024	○	○	○			
指標	医A0105	胃がん死亡率（男）（%）	4.9%	2023	5.9%	2024	12.6%	2023	7.9%	2024	○	×	×			
指標	医A0106	胃がん死亡率（女）（%）	2.7%	2023	2.5%	2024	3.3%	2023	3.2%	2024	○	○	○			
指標	医A0107	乳房がん死亡率（女）（%）	11.5%	2023	11.0%	2024	10.0%	2023	10.0%	2024	×	○	○			
指標	医A0108	前立腺がん死亡率（男）（%）	2.6%	2023	2.3%	2024	2.1%	2023	2.1%	2024	×	○	○			
指標	医A0109	肝がん死亡率（男）（%）	5.7%	2023	4.8%	2024	5.4%	2023	5.2%	2024	○	○	○			
指標	医A0110	肝がん死亡率（女）（%）	1.6%	2023	1.5%	2024	1.4%	2023	1.3%	2024	×	○	変化なし			
指標	医A0111	胆がん死亡率（男）（%）	2.3%	2023	2.4%	2024	2.4%	2023	2.3%	2024	×	×	×			
指標	医A0112	胆がん死亡率（女）（%）	1.7%	2023	1.5%	2024	1.3%	2023	1.3%	2024	×	○	○			
指標	医A0113	膵がん死亡率（男）（%）	9.6%	2023	7.6%	2024	8.7%	2023	8.8%	2024	○	○	○			
指標	医A0114	膵がん死亡率（女）（%）	5.1%	2023	5.7%	2024	5.5%	2023	5.6%	2024	×	×	×			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	医A02	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	医A0201	胃がん５年純生存率（男）（%）	62.5%	2017	56.0%	2018	65.5%	2017	65.5%	2018	×	×	×			
指標	医A0202	胃がん５年純生存率（女）（%）	57.0%	2017	54.6%	2018	61.8%	2017	61.8%	2018	×	×	×			
指標	医A0203	大腸がん５年純生存率（男）（%）	66.0%	2017	66.9%	2018	69.0%	2017	68.9%	2018	×	○	○			
指標	医A0204	大腸がん５年純生存率（女）（%）	65.4%	2017	64.8%	2018	66.7%	2017	66.7%	2018	×	×	×			
指標	医A0205	肝および肝内胆管がん５年純生存率（男）（%）	29.7%	2017	29.2%	2018	35.4%	2017	35.7%	2018	×	×	×			
指標	医A0206	肝および肝内胆管がん５年純生存率（女）（%）	30.2%	2017	16.0%	2018	31.3%	2017	31.4%	2018	×	×	×			

②病理診断

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	医C07	「施設」では、質の高い病理診断を行う	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	医C0701	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（%）	92.3%	2024	92.3%	2025	N/A	2024	N/A	2025	—	変化なし	—			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	医B11	患者が、速やかな病理診断を受けられている	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	医B1101	（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	76.9%	2023	70.2%	2018	70.0%	2023	○	—	—			

③がんゲノム医療

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	医C08	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	医C0801	がんゲノム情報管理センターに登録された患者数（人）	126人	2023	127人	2024	N/A	2023	25,072人	2024	×	○	—			
指標	医C0802	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（人）	7人	2023	7人	2024	N/A	2023	N/A	2024	—	変化なし	—			
指標	医C0803	臨床遺伝専門医（人）	6.1人	2022	7.5人	2024	10.9人	2022	11.6人	2024	×	○	○			
指標	医C0804	認定遺伝カウンセラー（人）	0.7人	2024	0.7人	2025	3.1人	2024	3.2人	2025	×	変化なし	×			
指標	医C0805	がんゲノム医療コーディネーター研修会参加人数（人）	4.1人	2022	0.0人	2023	4.6人	2022	4.4人	2023	×	×	×			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	医B03	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	医B0301	がん遺伝子パネル検査を実施した患者のうち、エキスパートパネルで推奨された薬剤が投与された割合（%）	2.4%	2023	18.8%	2024	N/A	2023	N/A	2024	—	○	—			
指標	医B0302	（DPC-QI）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　実施率（%）（未実施理由の反映なし）	75.8%	2021	55.9%	2022	81.6%	2021	64.8%	2022	×	×	○			
指標	医B0303	（DPC-QI）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　実施率（%）（未実施理由の反映限定）	85.7%	2021	59.1%	2022	98.3%	2021	97.1%	2022	×	×	×			
指標	医B0304	（DPC-QI）切除不能IV期胃がんへの化学療法前HER2検査　実施率（%）（未実施理由の反映なし）	76.9%	2019	57.8%	2022	64.1%	2019	70.4%	2022	×	×	—			
指標	医B0305	（DPC-QI）切除不能IV期胃がんへの化学療法前HER2検査　実施率（%）（未実施理由の反映限定）	90.4%	2019	65.6%	2022	93.2%	2019	95.9%	2022	×	×	—			
指標	医B0306	（医療者調査）がんゲノム医療に関する情報を提供できていると思いますか。（点）	23.3	2023	52.1	2024	N/A	2023	N/A	2024	—	—	—			

④手術療法

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	医C09	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	医C0901	消化器外科専門医（人）	55.1人	2023	58.6人	2025	71.6人	2023	74.6人	2025	×	○	○			
指標	医C0902	呼吸器外科専門医（人）	8.9人	2022	8.2人	2024	12.0人	2022	11.6人	2024	×	×	×			
指標	医C0903	乳腺外科専門医（乳腺専門医）（人）	9.5人	2022	8.2人	2024	13.4人	2022	13.3人	2024	×	×	×			
指標	医C0904	小児外科専門医（人）	4.8人	2022	3.4人	2024	6.1人	2022	5.8人	2024	×	×	×			
指標	医C0905	肝胆膵外科高度技能専門医（人）	2.0人	2023	2.0人	2025	4.7人	2023	5.7人	2025	×	変化なし	×			
指標	医C0906	脳神経外科専門医（人）	42.9人	2022	41.6人	2024	56.7人	2022	52.4%	2024	×	×	○			
指標	医C0907	認定骨・軟部腫瘍医（人）	0.7人	2024	1.4人	2025	1.5人	2024	1.6人	2025	×	○	○			
指標	医C0908	婦人科腫瘍専門医（人）	9.5人	2023	10.2人	2025	9.0人	2023	10.3人	2025	×	○	×			
指標	医C0909	皮膚悪性腫瘍指導専門医（人）	1.4人	2024	0.7人	2025	0.7人	2024	0.8人	2025	×	×	×			
指標	医C0910	泌尿器科専門医（人）	42.9人	2023	47.0人	2025	57.4人	2023	58.3人	2025	×	○	○			
指標	医C0911	頭頸部がん専門医（人）	4.8人	2024	5.5人	2025	3.9人	2024	4.2人	2025	○	○	○			
指標	医C0912	口腔外科専門医（人）	17.0人	2023	17.7人	2025	17.7人	2023	18.1人	2025	×	○	○			
指標	医C0913	消化器外科専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	92.3%	2024	92.3%	2025	N/A	2024	N/A	2025	—	変化なし	—			
指標	医C0914	呼吸器外科専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	69.2%	2024	69.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	—	変化なし	—			
指標	医C0915	乳腺外科専門医（乳腺専門医）が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	46.2%	2024	46.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	—	変化なし	—			
指標	医C0916	小児外科専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	15.4%	2024	15.4%	2025	N/A	2024	N/A	2025	—	変化なし	—			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	医B04	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	医B0401	（DPC-QI）StageⅡ・Ⅲの大腸癌に対するD3リンパ節郭清　実施率（%）（未実施理由の反映なし）			86.6%	2009			81.1%	2009	×	—	—			
指標	医B0402	（DPC-QI）StageⅡ・Ⅲの大腸癌に対するD3リンパ節郭清　実施率（%）（未実施理由の反映限定）			86.6%	2009			86.6%	2009	—	—	—			
指標	医B0403	（DPC-QI）進行胃癌に対する定型手術 実施率　実施率（%）（未実施理由の反映なし）			90.9%	2009			92.5%	2009	×	—	—			
指標	医B0404	（DPC-QI）進行胃癌に対する定型手術 実施率（%）（未実施理由の反映限定）			90.9%	2009			90.9%	2009	—	—	—			
指標	医B0405	（医療者調査）沖縄県では、質の高い手術を提供できていると思いますか。（点）	78.2	2023	68.2	2024	N/A	2023	N/A	2024	—	—	—			

指標	医A0207	胆のう・胆管がん５年純生存率（男）（%）	27.5%	2017	26.3%	2018	25.3%	2017	26.4%	2018	×	×	×			
指標	医A0208	胆のう・胆管がん５年純生存率（女）（%）	15.1%	2017	30.3%	2018	21.3%	2017	21.2%	2018	○	○	○			
指標	医A0209	膵臓がん５年純生存率（男）（%）	17.0%	2017	11.4%	2018	13.3%	2017	14.0%	2018	×	×	×			
指標	医A0210	膵臓がん５年純生存率（女）（%）	15.0%	2017	8.6%	2018	11.8%	2017	13.0%	2018	×	×	×			
指標	医A0211	肺がん５年純生存率（男）（%）	30.5%	2017	30.6%	2018	34.5%	2017	34.8%	2018	×	○	×			
指標	医A0212	肺がん５年純生存率（女）（%）	41.3%	2017	42.9%	2018	50.4%	2017	49.3%	2018	×	○	○			
指標	医A0213	乳房がん５年純生存（女）（%）	89.7%	2017	87.1%	2018	88.0%	2017	88.4%	2018	×	×	×			
指標	医A0214	前立腺がん５年純生存率（男）（%）	87.7%	2017	89.8%	2018	92.2%	2017	92.5%	2018	×	○	○			
指標	医A0215	（患者体験調査）がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点）	8.4点	2018	8.3点	2023	8.0点	2018	8.2点	2023	○	—	—			
指標	医A0216	（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	N/A	2023	79.0%	2018	N/A	2023	—	—	—			
指標	医A0217	（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	N/A	2023	77.4%	2018	N/A	2023	—	—	—			

指標	医C0917	肝胆膵外科高度技能専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	23.1%	2024	23.1%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			
指標	医C0918	脳神経外科専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	92.3%	2024	84.6%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	×	―			
指標	医C0919	認定骨・軟部腫瘍医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	0.0%	2024	0.0%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			
指標	医C0920	婦人科腫瘍専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	53.8%	2024	53.8%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			
指標	医C0921	皮膚悪性腫瘍指導専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	7.7%	2024	0.0%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	×	―			
指標	医C0922	泌尿器科専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	84.6%	2024	92.3%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	×	―			
指標	医C0923	頭頸部がん専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	15.4%	2024	23.1%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	○	―			
指標	医C0924	口腔外科専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	53.8%	2024	61.5%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	○	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	医C10	「施設」では、標準治療を質が高く安全に実施する														
指標	医C1001	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（%）	100.0%	2024	100.0%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	医C11	高い技術を要する手術療法について、集約化を行う														
指標	医C1101	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

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	医C12	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	医C1201	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（%）	69.2%	2024	69.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			
指標	医C1202	放射線治療専門医（人）	10.2人	2023	10.9人	2025	11.0人	2023	11.5人	2025	×	○	×			
指標	医C1203	放射線治療専門放射線技師（人）	7.5人	2023	8.9人	2025	14.9人	2023	15.0人	2025	×	○	○			
指標	医C1204	医学物理士（人）	6.1人	2023	6.1人	2025	11.6人	2023	12.2人	2025	×	変化なし	×			
指標	医C1205	がん放射線療法看護認定看護師（人）	5.5人	2023	5.5人	2025	3.2人	2023	3.4人	2025	○	変化なし	×			
指標	医C1206	放射線治療専門医2名以上が、常勤で配置されている放射線治療施設の割合（%）	20.0%	2024	22.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	○	―			
指標	医C1207	放射線治療専門放射線技師2名以上が、常勤で配置されている放射線治療施設の割合（%）	60.0%	2024	11.1%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	×	―			
指標	医C1208	医学物理士が、常勤で配置されている放射線治療施設の割合（%）	40.0%	2024	55.6%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	○	―			
指標	医C1209	がん放射線療法看護認定看護師が、常勤で配置されている放射線治療施設の割合（%）	60.0%	2024	55.6%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	×	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	医C13	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	医C1301	IMRT加算をとっている放射線治療施設の割合（%）	27.3%	2024	66.7%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	○	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	医B05	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	医B0501	（DPC-QI）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実施率（%）（未実施理由の反映なし）	61.3%	2020	59.9%	2022	73.7%	2020	75.5%	2022	×	×	×			
指標	医B0502	（DPC-QI）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　実施率（%）（未実施理由の反映限定）	69.8%	2020	67.9%	2022	96.6%	2020	97.3%	2022	×	×	×			
指標	医B0503	（DPC-QI）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実施率（%）（未実施理由の反映なし）	56.8%	2021	42.1%	2022	61.8%	2021	64.0%	2022	×	×	×			
指標	医B0504	（DPC-QI）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　実施率（%）（未実施理由の反映限定）	59.5%	2021	42.1%	2022	94.9%	2021	94.3%	2022	×	×	×			
指標	医B0505	（DPC-QI）Ⅰ期非小細胞肺癌の非手術例に対する定位放射線治療　実施率（%）（未実施理由の反映なし）	28.6%	2021	42.6%	2022	48.8%	2021	51.4%	2022	×	○	○			
指標	医B0506	（DPC-QI）Ⅰ期非小細胞肺癌の非手術例に対する定位放射線治療　実施率（%）（未実施理由の反映限定）	45.7%	2021	47.1%	2022	96.7%	2021	96.7%	2022	×	×	○			
指標	医B0507	（医療者調査）放射線治療の適応の判断については、多職種で議論を行うことができていると思いますか。（点）	65.3	2023	57.1	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	―	―			
指標	医B0508	（医療者調査）沖縄県では、質の高い放射線治療を提供できていると思いますか。（点）	N/A	2023	57.1	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	―	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	医C14	「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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	医C1401	「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数（人）	9人	2023	11人	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	○	―			

⑥薬物療法

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	医C15	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	医C1501	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（%）	23.1%	2024	38.5%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	○	―			
指標	医C1502	がん薬物療法専門医（人）	2.0人	2022	2.0人	2024	10.9人	2022	11.2人	2024	×	変化なし	×			
指標	医C1503	がん指導薬剤師（人）	0.0人	2023	0.0人	2025	2.8人	2023	3.3人	2025	×	変化なし	×			
指標	医C1504	がん専門薬剤師（人）	2.7人	2023	0.7人	2025	6.3人	2023	6.8人	2025	×	×	×			
指標	医C1505	がん薬物療法認定薬剤師（人）	8.2人	2023	7.5人	2025	8.1人	2023	8.0人	2025	×	×	×			
指標	医C1506	外来がん治療認定薬剤師（人）	4.1人	2023	5.5人	2025	7.8人	2023	7.0人	2025	×	○	○			
指標	医C1507	がん看護専門看護師（人）	8.9人	2023	10.2人	2025	8.6人	2023	9.3人	2025	○	○	○			
指標	医C1508	がん薬物療法看護認定看護師（人）	1.4人	2023	4.1人	2025	1.6人	2023	2.8人	2025	○	○	○			
指標	医C1509	乳がん看護認定看護師（人）	1.4人	2023	2.7人	2025	3.1人	2023	3.2人	2025	×	○	○			
指標	医C1510	がん薬物療法専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	23.1%	2024	30.8%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	○	―			
指標	医C1511	がん指導薬剤師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	7.7%	2024	0.0%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	×	―			
指標	医C1512	がん専門薬剤師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	7.7%	2024	7.7%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			
指標	医C1513	がん薬物療法認定薬剤師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	38.5%	2024	46.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	○	―			
指標	医C1514	外来がん治療認定薬剤師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	23.1%	2024	53.8%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	○	―			
指標	医C1515	がん看護専門看護師が、常勤で配置されている「施設」の割合	23.1%	2024	30.8%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	○	―			
指標	医C1516	がん薬物療法看護認定看護師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	46.2%	2024	30.8%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	×	―			
指標	医C1517	乳がん看護認定看護師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	0.0%	2024	7.7%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	○	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	医C16	「施設」では、標準治療を、質が高く安全に実施する	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	医C1601	中間アウトカムの指標と同じ														

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	医C17	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	医C1701	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（%）	100.0%	2024	100.0%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			

			沖縄県				全国				判定欄								コメント
施策	医B06	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値				
指標	医B0601	（DPC-QI）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　実施率（%）（未実施理由の反映なし）	70.8%	2021	51.5%	2022	57.2%	2021	58.3%	2022	×	×	×						
指標	医B0602	（DPC-QI）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　実施率（未実施理由の反映限定）	79.2%	2021	51.5%	2022	96.4%	2021	95.1%	2022	×	×	×						
指標	医B0603	（DPC-QI）胃癌術後6週間以内の補助化学療法開始　実施率（%）（未実施理由の反映なし）	58.3%	2020	42.4%	2022	51.4%	2020	49.3%	2022	×	×	×						
指標	医B0604	（DPC-QI）胃癌術後6週間以内の補助化学療法開始　実施率（%）（未実施理由の反映限定）	83.3%	2020	54.5%	2022	92.8%	2020	90.1%	2022	×	×	×						
指標	医B0605	（DPC-QI）StageⅢ大腸癌に対する術後補助化学療法　実施率（%）（未実施理由の反映なし）			69.9%	2009			82.7%	2009	×	―	―						
指標	医B0606	（DPC-QI）StageⅢ大腸癌に対する術後補助化学療法　実施率（%）（未実施理由の反映限定）			69.9%	2009			69.9%	2009	―	―	―						
指標	医B0607	（医療者調査）沖縄県では、質の高い薬物療法を提供できていると思いますか。（点）	74.7	2024	69.9	2023	N/A	2023	N/A	2024	―	―	―						

⑦チーム医療の推進

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	医C18	「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	医C1801	医療部会で検討中														
指標	医C1802	医療部会で検討中														

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	医C19	「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	医C1901	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（%）	100.0%	2024	100.0%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	医C20	「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	医C2001	「栄養サポートチーム加算」を算定している「施設」の割合（%）	100.0%	2024	100.0%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			

⑧医療実装

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	医C21	「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	医C2101	「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（日）														

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	医C22	「拠点病院等」では、治験も含めた医薬品等の臨床試験、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	医C2201	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	1/3施設	2024	1/3施設	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			
指標	医C2202	「拠点病院等」において実施されている（参加が可能な）臨床試験の数（件）	14件	2023	25件	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	○	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	医B07	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	医B0701	（患者体験調査）治療に関係する医療スタッフ間で十分に患者に関する情報共有がなされていたと思う患者の割合（%）	77.3%	2018	82.4%	2023	68.8%	2018	80.1%	2023	×	ー	ー			
指標	医B0702	（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	68.3%	2023	48.8%	2018	58.4%	2023	○	ー	ー			
指標	医B0703	（DPC-QI）胃がん患者への栄養指導　実施率（%）（未実施理由の反映なし）			97.8%	2019			94.7%	2019	○	ー	ー			
指標	医B0704	（DPC-QI）胃がん患者への栄養指導　実施率（%）（未実施理由の反映限定）			98.5%	2019			98.0%	2019	○	ー	ー			
指標	医B0705	（NDB-SCR）栄養サポートチーム加算	190.1	2021	158.2	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	×	○			
指標	医B0706	（NDB-SCR）周術期口腔機能管理計画策定料														
指標	医B0707	（NDB-SCR）周術期口腔機能管理料(I)(II)(III)														
指標	医B0708	（医療者調査）がん患者のケアに関して、自分の意見を医師に対して自分の意見を自由に話すことができていると思いますか。（点）（医師以外のスタッフに限る）	56.9	2023	56.1	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	×	ー			
指標	医B0709	（医療者調査）医師以外の医療スタッフの話に耳を傾けることができていると思いますか。（点）（医師に限る）	63.9	2023	73.2	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	○	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	医B08	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	医B0801	治験も含めた医薬品等の臨床試験、先進医療、患者申出療養等に参加した患者の数（人）	269人	2023	91人	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	×	ー			
指標	医B0802	（医療者調査）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ったと思いますか。（点）	64.4	2023	80.1	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	ー	ー			

緩和・支持療法

個別施策

①緩和ケア

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	緩C01	「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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	緩C0101	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	緩C0102	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	緩C0103	「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	緩C0104	「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															

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	緩C02	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	緩C0201	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	緩C0202	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	緩C0203	「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	緩C0204	「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	緩C0205	リンクナース制度を運用している「施設」の割合	92.3%	2024	92.3%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	緩C03	「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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	緩C0301	「施設」の緩和ケアチーム新規診療症例数（件）	919件	2023	726件	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	×	―				
指標	緩C0302	緩和ケア外来の新規診療症例数（件）	366件	2023	480件	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	○	―				
指標	緩C0303	緩和ケア外来への、地域の医療機関からの紹介件数（件）	612件	2023	617件	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	○	―				
指標	緩C0304	緩和医療学会専門医（人）	2.0人	2023	2.0人	2025	2.6人	2023	4.4人	2025	×	変化なし	×				
指標	緩C0305	緩和医療学会認定医（人）	6.8人	2023	10.2人	2025	8.0人	2023	8.6人	2025	○	○	○				
指標	緩C0306	登録精神腫瘍医（人）	0.7人	2024	2.0人	2025	1.1人	2024	2.3人	2025	×	○	○				

中間アウトカム

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	緩B01	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	緩B0101	（患者体験調査）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	93.3%	2023	74.1%	2018	90.2%	2023	○	―	―				
指標	緩B0102	（患者体験調査）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	96.5%	2023	71.7%	2018	90.3%	2023	×	―	―				
指標	緩B0103	（医療者調査）看護師による痛みのモニタリングで、痛みがあった患者の状況が、主治医（チーム）に速やかに伝えることができていると思いますか。（点）	75.2	2023	73.1	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	―	―				
指標	緩B0104	（医療者調査）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対して、主治医（チーム）が、速やかに必要な緩和ケアを提供できていると思いますか。（点）	71.4	2023	68.5	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	―	―				
指標	緩B0105	（医療者調査）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については、主治医（チーム）から速やかに緩和ケアチームに紹介できていると思いますか。（点）	59.4	2023	64.8	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	―	―				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	緩B11	緩和ケアの質の向上ができている	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	緩B1101	患者報告アウトカム（PRO）の症状改善率															
指標	緩B1102	緩和ケア・在宅医療部会で検討中															
指標	緩B1103	（NDB-SCR）緩和ケア診療加算	39.3	2021	51.0	2022	100.0	2021	100.0	2022	×	○	○				
指標	緩B1104	（NDB-SCR）L100神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）	84.3	2021	78.8	2022	100.0	2021	100.0	2022	×	×	×				
指標	緩B1105	（NDB-SCR）L101神経ブロック(神経破壊剤又は高周波凝固法使用)	68.0	2021	78.1	2022	100.0	2021	100.0	2022	×	○	○				
指標	緩B1106	（NDB-SCR）緩和的放射線照射の実施数: M001-3(直線加速器による放射線治療)の2	141.9	2021	138.0	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	×	×				

分野アウトカム

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	緩A01	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	緩A0101	（患者体験調査）痛みで困っていない患者の割合（%）	70.4%	2018	N/A	2023	69.5%	2018	N/A	2023	―	―	―				
指標	緩A0102	（患者体験調査）苦痛の緩和が十分と感じる患者の割合（%）	43.5%	2018	37.0%	2023	42.5%	2018	33.8%	2023	○	―	―				
指標	緩A0103	（患者体験調査）自分らしい生活が送れている患者の割合（%）	78.3%	2018	78.6%	2023	70.1%	2018	79.0%	2023	×	―	―				

指標	緩C0307	ペインクリニック専門医（人）	10.2人	2023	10.9人	2025	12.8人	2023	13.0人	2025	×	○	○			
指標	緩C0308	放射線治療専門医（人）	10.2人	2023	10.9人	2025	11.0人	2023	11.5人	2025	×	○	×			
指標	緩C0309	IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）（人）	8.8人	2023	8.9人	2025	10.2人	2023	10.5人	2025	×	○	×			
指標	緩C0310	緩和薬物療法認定薬剤師（人）	1.4人	2023	2.7人	2025	6.7人	2023	7.0人	2025	×	○	○			
指標	緩C0311	緩和ケア認定看護師（人）	36.1人	2023	37.5人	2025	21.1人	2023	21.5人	2025	○	○	○			
指標	緩C0312	公認心理師（人）	688.3人	2023	716.9人	2025	569.3人	2023	596.3人	2025	○	○	○			
指標	緩C0313	臨床心理士（人）	228.6人	2023	257.6人	2026	296.6人	2023	311.7	2026	×	○	○			
指標	緩C0314	緩和医療学会専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	7.7%	2024	15.4%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	×	―			
指標	緩C0315	緩和医療学会認定医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	46.2%	2024	53.8%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	○	―			
指標	緩C0316	登録精神腫瘍医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	0.0%	2024	0.0%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			
指標	緩C0317	ペインクリニック専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	38.5%	2024	23.1%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	×	―			
指標	緩C0318	放射線治療専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	61.5%	2024	61.5%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			
指標	緩C0319	IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	53.8%	2024	46.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	×	―			
指標	緩C0320	緩和薬物療法認定薬剤師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	23.1%	2024	15.4%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	×	―			
指標	緩C0321	緩和ケア認定看護師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	100.0%	2024	100.0%	2025	N/A	N/A	N/A	N/A	―	変化なし	―			
指標	緩C0322	公認心理師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	61.5%	2024	69.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	○	―			
指標	緩C0323	臨床心理士が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	53.8%	2024	46.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	×	―			

②在宅医療

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	緩C04	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合を増加させる	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	緩C0401	（医療者調査）あなたが担当した患者さんは、最終的に希望した場所で亡くなったと思いますか。（点）	N/A	2023	56.3	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	―	―			
指標	緩C0402	（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、訪問看護ステーション（医師、看護師）調査）あなたが担当した患者さんは、最終的に希望した場所で亡くなったと思いますか。（点）														

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	緩C05	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	緩C0501															

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	緩C06	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	緩C0601	地域緩和ケア連携調整員研修受講者数（人）	3人	2023	1人	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	×	―			
指標	緩C0602	在宅専門医（人）	5.5人	2023	6.8人	2024	3.4人	2023	3.7人	2024	○	○	○			
指標	緩C0603	日本在宅医療連合学会 所属県別会員（人）			32.0人	2024			26.9人	2024	○	―	―			
指標	緩C0604	訪問看護認定看護師（人）	2.0人	2023	2.0人	2025	5.4人	2023	5.2人	2025	×	変化なし	○			
指標	緩C0605	（訪問看護ステーション）訪問看護師（人）	837.5人	2023	989.7人	2024	725.1人	2023	783.9人	2024	○	○	○			
指標	緩C0606	介護支援専門員（人）	781.6人	2023	714.8人	2024	747.0人	2023	753.2人	2024	×	×	×			
指標	緩C0607	在宅医療インテグレーター養成講座修了者数（人）	8.9人	2024	8.9人	2025	3.0人	2024	3.4人	2025	○	変化なし	×			
指標	緩C0608	在宅療養支援診療所	66.7施設	2023	66.8施設	2024	115.1施設	2023	117.6施設	2024	×	○	×			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	緩B03	希望する患者の在宅医療への移行が充分にできている	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	緩B0301	（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（%）	N/A	2019-2020	N/A	2023	79.1%	2019-2020	85.5%	2023	―	―	―			
指標	緩B0302	（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と回答した割合（%）	N/A	2019-2020	N/A	2023	40.2%	2019-2020	41.3%	2023	―	―	―			
指標	緩B0303	（NDB-SCR）在宅ターミナルケア加算	84.0	2021	103.9	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	○	○			
指標	緩B0304	（NDB-SCR）看取り加算	90.3	2021	107.6	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	○	○			
指標	緩B0305	（NDB-SCR）介護支援等連携指導料（がん患者に限定）	99.0	2021	107.7	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	○	○			
指標	緩B0306	（NDB-SCR）退院時共同指導料１（がん患者に限定）	236.3	2021	242.6	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	○	○			
指標	緩B0307	（医療者調査）あなたが担当した患者さんは、最終的に希望した場所で亡くなったと思いますか。（点）	N/A	2023	56.3	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	―	―			

指標	緩C0609	強化機能型在宅療養支援診療所	24.5施設	2023	32.0施設	2024	31.7施設	2023	33.5施設	2024	×	○	○			
指標	緩C0610	在宅療養支援病院	13.6施設	2023	15.0施設	2024	14.4施設	2023	16.5施設	2024	×	○	×			
指標	緩C0611	訪問看護ステーション	159.5施設	2023	196.3施設	2024	130.2施設	2023	143.0施設	2024	○	○	○			
指標	緩C0612	専門医療機関連携薬局	0.7施設	2023	0施設	2024	1.5施設	2023	1.6施設	2024	×	×	×			
指標	緩C0613	麻薬を取り扱っている夜間休日対応薬局			101施設	2024			N/A	2024	―	―	―			
指標	緩C0614	無菌製剤処理施設			97施設	2024			N/A	2024	―	―	―			
指標	緩C0615	介護サービス事業所	2,504施設	2023	2,761施設	2025	N/A	2023	N/A	2025	―	○	―			
指標	緩C0616	訪問リハビリテーション事業所	28.6施設	2023	31.3施設	2025	38.9施設	2023	40.4施設	2025	×	○	○			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	緩C07	看取りができる介護施設の拡大を図る														
指標	緩C0701	看取りができる介護施設の数														

③リハビリテーション

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	緩C08	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	緩C0801	がん患者リハビリテーション料に関する施設基準を満たした「施設」の割合（%）			65.4%	2024			N/A	2024	―	―	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	緩B04	[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	緩B0401	拠点病院等に通院・入院中のがん患者で、がんに係るリハビリテーションが実施された患者数（人）	4,080人	2023	1,823人	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	×	―			
指標	緩B0402	拠点病院等に通院・入院中のがん患者で、がんリハの加算対象の患者数（人）	242人	2023	234人	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	×	―			
指標	緩B0403	（NDB-SCR）がん患者リハビリテーション料	116.6	2021	116.1	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	×	―			
指標	緩B0404	（医療者調査）リハビリテーションが必要な患者に対して、リハビリテーションが提供できていると思いますか。（点）	57.6	2023	70.4	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	―	―			

④支持療法

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	緩C09	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	緩C0901	リンパ浮腫研修の修了者数（人）	1.4人	2022	2.0人	2023	3.2人	2022	2.8人	2023	×	○	○			
指標	緩C0902	リンパ浮腫外来が設置されている「施設」の割合（%）	46.2%	2024	46.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			
指標	緩C0903	ストーマ外来が設置されている「施設」の割合（%）	76.9%	2024	92.3%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	○	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	緩C10	[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	緩C1001	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（%）	61.5%	2024	61.5%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	緩B05	[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	緩B0501	（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	74.7%	2023	63.0%	2018	75.5%	2023	×	―	―			
指標	緩B0502	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	緩B0503	（NDB-SCR）リンパ浮腫複合的治療料（重症）	N/A	2021	N/A	2022	100.0	2021	100.0	2022	―	―	―			
指標	緩B0504	（NDB-SCR）リンパ浮腫複合的治療料（1以外）	N/A	2021	N/A	2022	100.0	2021	100.0	2022	―	―	―			
指標	緩B0505	（NDB-SCR）リンパ浮腫指導管理料	69.4	2021	70.7	2022	100.0	2021	100.0	2022	×	○	○			
指標	緩B0506	（医療者調査）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。（点）	79.9	2023	72.2	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	―	―			

⑤妊孕性温存療法

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	緩C11	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	緩C1101	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	2021	7件	2023	2,131件	2021	3,192件	2023	×	○	×			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	緩C12	妊孕性温存療法に関する体制を整備する	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	緩C1201	日本がん・生殖医療登録システム JOFRへの登録症例数（琉球大学病院）（例）	40例	2023	41例	2024						○				
指標	緩C1202	日本がん・生殖医療登録システム JOFRへの登録症例数（友愛医療センター）（例）	6例	2023	5例	2024						×				

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	緩C13	がん治療後の生殖医療に関する体制を整備する	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	緩C1301	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（院内）	26例	2023	23例	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	×	―			
指標	緩C1302	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（院外）	14例	2023	18例	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	○	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	緩B06	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	緩B0601	がん・生殖医療にて出生した子供の数	1 例	2023	1 例	2024						変化なし				
指標	緩B0602	（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	60.7%	2023	31.1%	2018	71.5%	2023	×	―	―			
指標	緩B0603	（医療者調査）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。（点）	49.2	2023	59.0	2024	N/A	N/A	N/A	N/A	―	―	―			

個別のがん対策

個別施策

①希少がん

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	個C01	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	個C0101	希少がんに関するHP等の整備を行っている「施設」の割合（%）															

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	個C02	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	個C0201	がん相談支援センターに相談した希少がん患者数（人）			65人	2023											

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	個C03	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	個C0301	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（%）															

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	個C04	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	個C0401	希少がんにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数（件）	5件	2023	4件	2024	N/A	2023	N/A	2024	—	×	—				
指標	個C0402	臨床試験等を受けた希少がん患者数（人）	22人	2023	13人	2024	N/A	2023	N/A	2024	—	×	—				

②難治性がん

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	個C05	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	個C0501	がん相談支援センターに相談した難治性がん患者数（人）			24人	2023											

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	個C06	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	個C0601	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															

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	個C07	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	個C0701	難治がんにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数（件）	0件	2023	12件	2024	N/A	2023	N/A	2024	—	○	—				
指標	個C0702	臨床試験等を受けた難治がん患者数（人）	0人	2023	22人	2024	N/A	2023	N/A	2024	—	○	—				

中間アウトカム

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	個B01	希少がん患者の生存率の改善ができている	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	個B0101	（患者体験調査）初診から診断までの時間が1か月未満の希少がん患者の割合（%）	N/A	2018	N/A	2023	66.4%	2018	61.4%	2023	—	—	—				
指標	個B0102	（患者体験調査）診断から治療開始までの時間が1か月未満の希少がん患者の割合（%）	N/A	2018	N/A	2023	72.3%	2018	62.4%	2023	—	—	—				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	個B02	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	個B0201	（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（%）	N/A	2018	N/A	2023	75.7%	2018	92.4%	2023	—	—	—				
指標	個B0202	（医療者調査）希少がん患者を、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できていると思いますか。（点）	42.8	2023	72.0	2024	N/A	2023	N/A	2024	—	—	—				
指標	個B0203	（医療者調査）医療機関に紹介できなかった理由について、具体的にお書きください。（自由回答）		2023		2024	N/A	2023	N/A	2024	—	—	—				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	個B03	難治性がん患者の生存率の改善ができている	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	個B0301	難治性がんの5年純生存率　膀胱（男）（%）【再掲】	17.0%	2017	11.4%	2018	13.3%	2017	14.0%	2018	×	×	×				
指標	個B0302	難治性がんの5年純生存率　膀胱（女）（%）【再掲】	15.0%	2017	8.6%	2018	11.8%	2017	13.0%	2018	×	×	×				
指標	個B0303	難治性がんの5年純生存率　胆のう・胆管（男）（%）【再掲】	27.5%	2017	26.3%	2018	25.3%	2017	26.4%	2018	×	×	×				
指標	個B0304	難治性がんの5年純生存率　胆のう・胆管（女）（%）【再掲】	15.1%	2017	30.3%	2018	21.3%	2017	21.2%	2018	○	○	○				
指標	個B0305	難治性がんの5年純生存率　肝臓（男）（%）【再掲】	29.7%	2017	29.2%	2018	35.4%	2017	35.7%	2018	×	×	×				
指標	個B0306	難治性がんの5年純生存率　肝臓（女）（%）【再掲】	30.2%	2017	16.0%	2018	31.3%	2017	31.4%	2018	×	×	×				
指標	個B0307	難治性がんの5年純生存率　脳・中枢神経系（男）（%）【再掲】	26.6%	2017	35.9%	2018	31.2%	2017	31.4%	2018	○	○	○				
指標	個B0308	難治性がんの5年純生存率　脳・中枢神経系（女）（%）【再掲】	33.9%	2017	22.2%	2018	37.8%	2017	37.6%	2018	×	×	×				
指標	個B0309	難治性がんの5年純生存率　肺（男）（%）【再掲】	30.5%	2017	30.6%	2018	34.5%	2017	34.8%	2018	×	○	○				
指標	個B0310	難治性がんの5年純生存率　肺（女）（%）【再掲】	41.3%	2017	42.9%	2018	50.4%	2017	49.3%	2018	×	×	×				
指標	個B0311	難治性がんの5年純生存率　白血病（男）（%）【再掲】	35.1%	2017	40.3%	2018	42.9%	2017	44.5%	2018	×	○	○				
指標	個B0312	難治性がんの5年純生存率　白血病（女）（%）【再掲】	35.5%	2017	34.1%	2018	46.4%	2017	46.7%	2018	×	×	×				
指標	個B0313	難治性がんの5年純生存率　食道（男）（%）【再掲】	32.0%	2017	36.7%	2018	47.2%	2017	47.9%	2018	×	○	○				
指標	個B0314	難治性がんの5年純生存率　食道（女）（%）【再掲】	36.5%	2017	41.9%	2018	49.3%	2017	50.2%	2018	×	○	○				
指標	個B0315	難治性がんの5年純生存率　多発性骨髄腫（男）（%）【再掲】	62.7%	2017	31.0%	2018	50.5%	2017	50.4%	2018	×	×	×				
指標	個B0316	難治性がんの5年純生存率　多発性骨髄腫（女）（%）【再掲】	51.1%	2017	46.4%	2018	50.4%	2017	51.8%	2018	×	×	×				

分野アウトカム

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	個A00	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	個A0001	希少がんの5年生存率															

参考データ

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	個A01	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	個A0101	希少がんの5年純生存率　喉頭（男）（%）	69.2%	2017	62.6%	2018	77.2%	2017	77.0%	2018	×	×	×				
指標	個A0102	希少がんの5年純生存率　喉頭（女）（%）	105.3%	2017	126.5%	2018	76.3%	2017	75.4%	2018	○	○	○				
指標	個A0103	希少がんの5年純生存率　脳・中枢神経系（男）（%）	26.6%	2017	35.9%	2018	31.2%	2017	31.4%	2018	○	○	○				
指標	個A0104	希少がんの5年純生存率　脳・中枢神経系（女）（%）	33.9%	2017	22.2%	2018	37.8%	2017	37.6%	2018	×	×	×				
指標	個A0105	希少がんの5年純生存率　多発性骨髄腫（男）（%）	62.7%	2017	31.0%	2018	50.5%	2017	50.4%	2018	×	×	×				
指標	個A0106	希少がんの5年純生存率　多発性骨髄腫（女）（%）	51.1%	2017	46.4%	2018	50.4%	2017	51.8%	2018	×	×	×				
指標	個A0107	希少がんの5年純生存率　卵巣（女）（%）	55.9%	2017	61.0%	2018	58.3%	2017	58.8%	2018	○	○	○				
指標	個A0108	希少がんの5年純生存率　子宮頭部（女）（%）	68.6%	2017	71.2%	2018	72.1%	2017	71.4%	2018	×	○	○				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
施策	個A02	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
指標	個A0201	難治性がんの5年純生存率　膀胱（男）（%）	17.0%	2017	11.4%	2018	13.3%	2017	14.0%	2018	×	×	×				
指標	個A0202	難治性がんの5年純生存率　膀胱（女）（%）	15.0%	2017	8.6%	2018	11.8%	2017	13.0%	2018	×	×	×				
指標	個A0203	難治性がんの5年純生存率　胆のう・胆管（男）（%）	27.5%	2017	26.3%	2018	25.3%	2017	26.4%	2018	×	×	×				
指標	個A0204	難治性がんの5年純生存率　胆のう・胆管（女）（%）	15.1%	2017	30.3%	2018	21.3%	2017	21.2%	2018	○	○	○				
指標	個A0205	難治性がんの5年純生存率　肝臓（男）（%）	29.7%	2017	29.2%	2018	35.4%	2017	35.7%	2018	×	×	×				
指標	個A0206	難治性がんの5年純生存率　肝臓（女）（%）	30.2%	2017	16.0%	2018	31.3%	2017	31.4%	2018	×	×	×				
指標	個A0207	難治性がんの5年純生存率　脳・中枢神経系（男）（%）	26.6%	2017	35.9%	2018	31.2%	2017	31.4%	2018	○	○	○				
指標	個A0208	難治性がんの5年純生存率　脳・中枢神経系（女）（%）	33.9%	2017	22.2%	2018	37.8%	2017	37.6%	2018	×	×	×				
指標	個A0209	難治性がんの5年純生存率　肺（男）（%）	30.5%	2017	30.6%	2018	34.5%	2017	34.8%	2018	×	○	○				
指標	個A0210	難治性がんの5年純生存率　肺（女）（%）	41.3%	2017	42.9%	2018	50.4%	2017	49.3%	2018	×	×	×				
指標	個A0211	難治性がんの5年純生存率　白血病（男）（%）	35.1%	2017	40.3%	2018	42.9%	2017	44.5%	2018	×	○	○				
指標	個A0212	難治性がんの5年純生存率　白血病（女）（%）	35.5%	2017	34.1%	2018	46.4%	2017	46.7%	2018	×	×	×				
指標	個A0213	難治性がんの5年純生存率　食道（男）（%）	32.0%	2017	36.7%	2018	47.2%	2017	47.9%	2018	×	○	○				
指標	個A0214	難治性がんの5年純生存率　食道（女）（%）	36.5%	2017	41.9%	2018	49.3%	2017	50.2%	2018	×	○	○				
指標	個A0215	難治性がんの5年純生存率　多発性骨髄腫（男）（%）	62.7%	2017	31.0%	2018	50.5%	2017	50.4%	2018	×	×	×				
指標	個A0216	難治性がんの5年純生存率　多発性骨髄腫（女）（%）	51.1%	2017	46.4%	2018	50.4%	2017	51.8%	2018	×	×	×				
指標	個A0217	小児がん患者の5年純生存率　胚細胞腫瘍・性腺腫瘍（男）（%）	N/A	2017	N/A	2018	86.0%	2017	80.8%	2018	—	—	—				
指標	個A0218	小児がん患者の5年純生存率　胚細胞腫瘍・性腺腫瘍（女）（%）	N/A	2017	N/A	2018	79.3%	2017	66.2%	2018	—	—	—				
指標	個A0219	小児がん患者の5年純生存率　神経芽腫（男）（%）	N/A	2017	N/A	2018	86.0%	2017	80.8%	2018	—	—	—				

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	個B04	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	個B0401	（医療者調査）難治がん患者を、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できていると思いますか。（点）	37.6	2023	72.5	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	―	―			
指標	個B0402	（医療者調査）医療機関に紹介できなかった理由について、具体的にお書きください。（自由回答）		2023		2024	N/A	2023	N/A	2024	―	―	―			

③小児がん

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	個C08	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	個C0801															

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	個C09	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	個C0901	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」を修了した琉球大学病院の職員数（人）	1人	2023	0人	2024		2023		2024	―	×	―			
指標	個C0902	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」を修了した県立こども医療センターの職員数（人）	0名	2023	0名	2024		2023		2024	―	変化なし	―			
指標	個C0903	がん相談支援センターに相談した小児がん患者の数（人）			7件	2023				2023	―		―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	個C10	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	個C1001	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			93.6%											

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	個C11	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	個C1101	琉球大学病院において参加が可能な臨床試験や治験の数（件）			15件	2024			N/A	2024						
指標	個C1102	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（件）			20件	2024			N/A	2024						
指標	個C1103	琉球大学病院において、臨床試験等を受けた小児がん患者の数（人）			5人	2024			N/A	2024						
指標	個C1104	県立こども医療センターにおいて、臨床試験等を受けた小児がん患者の数（人）			44人	2024			N/A	2024						
指標	個C1105	小児血液・がん専門医（人）	2.0人	2024	2.7人	2025	3.2人	2024	3.2人	2025	×	○	○			
指標	個C1106	小児外科専門医（人）	4.8人	2022	3.4人	2024	6.1人	2022	5.8人	2024	×	×	×			
指標	個C1107	小児がん認定外科医（人）	0.7人	2023	1.4人	2025	1.0人	2023	1.2人	2025	○	○	○			
指標	個C1108	血液専門医（人）	21.1人	2023	18.4人	2025	37.0人	2023	37.6人	2025	×	×	×			
指標	個C1109	小児看護専門看護師（人）	2.7人	2023	2.7人	2025	2.5人	2023	2.7人	2025	○	変化なし	×			
指標	個C1110	がん看護専門看護師（人）	8.9人	2023	10.2人	2025	8.6人	2023	9.3人	2025	○	○	○			
指標	個C1111	がん薬物療法看護認定看護師（人）	1.4人	2023	4.1人	2025	1.6人	2023	2.8人	2025	○	○	○			
指標	個C1112	緩和ケア認定看護師（人）	36.1人	2023	37.5人	2025	21.1人	2023	21.5人	2025	○	○	○			
指標	個C1113	小児血液・がん専門医の常勤職員数（琉球大学病院）（人）	1人	2024	1人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	変化なし	―			
指標	個C1114	小児血液・がん専門医の常勤職員数（県立こども医療センター）（人）	1人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	×	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	個B05	小児がん患者の生存率の改善ができている	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	個B0501	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														

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	個B06	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	個B0601	（小児患者体験調査）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小児がん患者の割合（%）			N/A	2019			39.7%	2019	―	―	―			
指標	個B0602	（小児患者体験調査）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（%）			N/A	2019			68.1%	2019	―	―	―			

指標	個A0220	小児がん患者の5年純生存率 神経芽腫（女）（%）	N/A	2017	N/A	2018	79.3%	2017	66.2%	2018	―	―	―			
指標	個A0221	小児がん患者の5年純生存率 白血病（男）（%）	N/A	2017	N/A	2018	84.9%	2017	85.4%	2018	―	―	―			
指標	個A0222	小児がん患者の5年純生存率 白血病（女）（%）	N/A	2017	N/A	2018	77.9%	2017	82.7%	2018	―	―	―			
指標	個A0223	小児がん患者の5年純生存率 リンパ腫（男）（%）	N/A	2017	N/A	2018	92.8%	2017	97.4%	2018	―	―	―			
指標	個A0224	小児がん患者の5年純生存率 リンパ腫（女）（%）	N/A	2017	N/A	2018	89.5%	2017	95.0%	2018	―	―	―			
指標	個A0225	AYA世代のがんの5年純生存率 大腸（男）（%）	66.0%	2017	66.9%	2018	69.0%	2017	68.9%	2018	×	○	○			
指標	個A0226	AYA世代のがんの5年純生存率 大腸（女）（%）	65.4%	2017	64.8%	2018	66.7%	2017	66.7%	2018	×	×	×			
指標	個A0227	AYA世代のがんの5年純生存率 乳房（女）（%）	89.7%	2017	87.1%	2018	88.0%	2017	88.4%	2018	×	×	×			
指標	個A0228	AYA世代のがんの5年純生存率 子宮頸部（女）（%）	68.6%	2017	71.2%	2018	72.1%	2017	71.4%	2018	×	○	○			
指標	個A0229	AYA世代のがんの5年純生存率 卵巣（女）（%）	55.9%	2017	61.0%	2018	58.3%	2017	58.8%	2018	○	○	○			
指標	個A0230	AYA世代のがんの5年純生存率 甲状腺（男）（%）	86.9%	2017	81.1%	2018	89.4%	2017	90.0%	2018	×	×	×			
指標	個A0231	AYA世代のがんの5年純生存率 甲状腺（女）（%）	91.3%	2017	93.6%	2018	92.5%	2017	93.4%	2018	○	○	○			
指標	個A0301	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　全がん　県平均（%）	N/A	2017	N/A	2018	N/A	2017	N/A	2018	―	―	―			
指標	個A0302	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　全がん　北部（%）			63.0%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個A0303	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　全がん　中部（%）			63.8%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個A0304	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　全がん　南部（%）			64.6%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個A0305	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　全がん　宮古（%）			64.0%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個A0306	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　全がん　八重山（%）			64.7%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個A0307	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　胃　県平均（%）	60.8%	2017	55.6%	2018	64.3%	2017	64.4%	2018	×	×	×			
指標	個A0308	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　胃　北部（%）			46.5%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個A0309	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　胃　中部（%）			50.4%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個A0310	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　胃　南部（%）			53.1%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個A0311	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　胃　宮古（%）			55.4%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個A0312	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　胃　八重山（%）			68.5%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個A0313	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　大腸　県平均（%）	65.8%	2017	66.1%	2018	68.0%	2017	68.0%	2018	×	○	○			
指標	個A0314	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　大腸　北部（%）			78.1%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個A0315	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　大腸　中部（%）			65.5%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個A0316	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　大腸　南部（%）			69.4%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個A0317	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　大腸　宮古（%）			74.1%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個A0318	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　大腸　八重山（%）			78.7%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個A0319	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　肝臓　県平均（%）	29.9%	2017	25.6%	2018	34.1%	2017	34.4%	2018	×	×	×			
指標	個A0320	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　肝臓　北部（%）			41.8%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個A0321	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　肝臓　中部（%）			31.9%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個A0322	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　肝臓　南部（%）			29.8%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個A0323	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　肝臓　宮古（%）			27.4%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個A0324	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　肝臓　八重山（%）			20.5%	2016			N/A	2016	―	―	―			

指標	個C1115	小児外科専門医の常勤職員数（琉球大学病院）（人）	2人	2024	2人	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			
指標	個C1116	小児外科専門医の常勤職員数（県立こども医療センター）（人）	2人	2024	3人	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー			
指標	個C1117	小児がん認定外科医の常勤職員数（琉球大学病院）（人）	0人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			
指標	個C1118	小児がん認定外科医の常勤職員数（県立こども医療センター）（人）	0人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			
指標	個C1119	血液専門医の常勤職員数（琉球大学病院）（人）	5人	2024	3人	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー			
指標	個C1120	血液専門医の常勤職員数（県立こども医療センター）（人）	2人	2024	1人	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー			
指標	個C1121	小児看護専門看護師の常勤職員数（琉球大学病院）（人）	0人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			
指標	個C1122	小児看護専門看護師の常勤職員数（県立こども医療センター）（人）	3人	2024	3人	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			
指標	個C1123	がん看護専門看護師の常勤職員数（琉球大学病院）（人）	4人	2024	3人	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー			
指標	個C1124	がん看護専門看護師の常勤職員数（県立こども医療センター）（人）	1人	2024	1人	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			
指標	個C1125	がん薬物療法看護認定看護師の常勤職員数（琉球大学病院）（人）	3人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー			
指標	個C1126	がん薬物療法看護認定看護師の常勤職員数（県立こども医療センター）（人）	0人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			
指標	個C1127	緩和ケア認定看護師の常勤職員数（琉球大学病院）（人）	2人	2024	2人	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			
指標	個C1128	緩和ケア認定看護師の常勤職員数（県立こども医療センター）（人）	3人	2024	2人	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	個C12	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	個C1201	小児がん患者の長期フォローアップ外来を設置している施設数	3施設	2023	1施設	2024										
指標	個C1202	琉球大学病院において、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（人）			5人	2024										
指標	個C1203	県立こども医療センターにおいて、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（人）			0人	2024										

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	個C13	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	個C1301	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(就学・就園)（件）			7件	2023										
指標	個C1302	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(学業・学校生活)（件）			6件	2023										
指標	個C1303	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（件）			46件	2023										

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	個C14	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	個C1401	小児がんに関する患者団体の数	0	2022	1	2024	78	2022	130	2024	×	○	×			

④AYA世代のがん

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	個C15	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	個C1501															

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	個B07	AYA世代のがん患者の生存率の改善ができている														
指標	個B0701	AYA世代のがんの5年純生存率　大腸（男）（%）【再掲】	66.0%	2017	66.9%	2018	69.0%	2017	68.9%	2018	×	○	○			
指標	個B0702	AYA世代のがんの5年純生存率　大腸（女）（%）【再掲】	65.4%	2017	64.8%	2018	66.7%	2017	66.7%	2018	×	×	×			

指標	個A0325	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　乳房　県平均（%）	89.8%	2017	87.1%	2018	88.0%	2017	88.4%	2018	×	×	×			
指標	個A0326	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　乳房　北部（%）			84.8%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個A0327	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　乳房　中部（%）			89.8%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個A0328	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　乳房　南部（%）			88.7%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個A0329	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　乳房　宮古（%）			74.8%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個A0330	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　乳房　八重山（%）			92.6%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個A0331	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　子宮頸部　県平均（%）	68.6%	2017	71.2%	2018	72.1%	2017	71.4%	2018	×	○	×			
指標	個A0332	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　子宮頸部　北部（%）			51.7%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個A0333	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　子宮頸部　中部（%）			70.9%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個A0334	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　子宮頸部　南部（%）			74.0%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個A0335	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　子宮頸部　宮古（%）			20.3%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個A0336	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　子宮頸部　八重山（%）			43.1%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個A0337	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　肺　県平均（%）	33.9%	2017	34.3%	2018	39.8%	2017	39.6%	2018	×	○	○			
指標	個A0338	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　肺　北部（%）			45.4%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個A0339	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　肺　中部（%）			29.0%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個A0340	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　肺　南部（%）			40.3%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個A0341	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　肺　宮古（%）			35.7%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個A0342	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　肺　八重山（%）			26.9%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個A0343	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　胆道　県平均（%）	22.9%	2017	28.2%	2018	23.5%	2017	24.1%	2018	○	○	○			
指標	個A0344	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　胆道　北部（%）			21.7%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個A0345	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　胆道　中部（%）			18.1%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個A0346	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　胆道　南部（%）			26.4%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個A0347	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　胆道　宮古（%）			43.0%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個A0348	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　胆道　八重山（%）			35.7%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個A0349	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　前立腺　県平均（%）	87.7%	2017	89.8%	2018	92.2%	2017	92.5%	2018	×	○	○			
指標	個A0350	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　前立腺　北部（%）			81.8%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個A0351	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　前立腺　中部（%）			96.0%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個A0352	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　前立腺　南部（%）			95.3%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個A0353	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　前立腺　宮古（%）			103.8%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個A0354	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　前立腺　八重山（%）			97.2%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個A0355	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　膵臓　県平均（%）	16.2%	2017	10.0%	2018	12.6%	2017	13.5%	2018	×	×	×			
指標	個A0356	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　膵臓　北部（%）			4.0%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個A0357	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　膵臓　中部（%）			11.9%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個A0358	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　膵臓　南部（%）			12.2%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個A0359	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　膵臓　宮古（%）			0.2%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個A0360	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　膵臓　八重山（%）			7.5%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	個C16	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	個C1601	がん相談支援センターに相談したAYA世代のがん患者数（人）			193件	2023										

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	個C17	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	個C1701	拠点病院等で治療を受けたAYA世代のがん患者の割合（%）			59.8%											

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	個C18	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	個C1801	AYA世代のがんにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数（件）	0件	2023	0件	2024	N/A	2023	N/A	2024	－	変化なし	－			
指標	個C1802	臨床試験や治験等を受けたAYA世代のがん患者の数（人）	0人	2023	0人	2024	N/A	2023	N/A	2024	－	変化なし	－			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	個C19	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	個C1901	AYA世代のがん患者の長期フォローアップ外来を設置している施設数	3施設	2023	1施設	2024										
指標	個C1902	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	N/A	2023	1人	2024	224人	2023	190人	2024	×	－	－			
指標	個C1903	琉球大学病院において、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				2024										
指標	個C1904	県立こども医療センターにおいて、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			0人	2024										

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	個C20	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	個C2001	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（件）	0件	2023	0件	2024	N/A	2023	N/A	2024						
指標	個C2002	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（件）	0件	2023	13件	2024	N/A	2023	N/A	2024						

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	個C21	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	個C2101	親ががんになった子ども、そしてその患者さん、ご家族を支援する団体に紹介したAYA世代のがん患者の数	0人	2023	2人	2024	N/A	2023	N/A	2024						

⑤高齢者のがん

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	個C22	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	個C2201	在宅療養支援診療所数	66.7	2023	66.8	2024	116.8	2023	117.6	2024	×	○	×			
指標	個C2202	在宅療養支援病院数	13.6	2023	15.0	2024	14.7	2023	16.5	2024	×	○	×			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	個B09	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	個B0901	（遺族調査）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（%）	37.6%	2019-2020	N/A	2023	35.7%	2019-2020	52.9%	2023	－	－	－			
指標	個B0902	（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と回答した割合（%）	42.1%	2019-2020	N/A	2023	38.9%	2019-2020	38.0%	2023	－	－	－			
指標	個B0903	（NDB-SCR）介護支援等連携指導料（がん患者に限定）	99.0	2021	107.7	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	○	○			

指標	個B0703	AYA世代のがんの5年純生存率　乳房（女）（%）【再掲】	89.7%	2017	87.1%	2018	88.0%	2017	88.4%	2018	×	×	×			
指標	個B0704	AYA世代のがんの5年純生存率　子宮頸部（女）（%）【再掲】	68.6%	2017	71.2%	2018	72.1%	2017	71.4%	2018	×	○	○			
指標	個B0705	AYA世代のがんの5年純生存率　卵巣（女）（%）【再掲】	55.9%	2017	61.0%	2018	58.3%	2017	58.8%	2018	○	○	○			
指標	個B0706	AYA世代のがんの5年純生存率　甲状腺（男）（%）【再掲】	86.9%	2017	81.1%	2018	89.4%	2017	90.0%	2018	×	×	×			
指標	個B0707	AYA世代のがんの5年純生存率　甲状腺（女）（%）【再掲】	91.3%	2017	93.6%	2018	92.5%	2017	93.4%	2018	○	○	○			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	個B08	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	個B0801	（患者体験調査）治療開始前に、就労継続について説明を受けた若年がん患者の割合（%）	N/A	2018	N/A	2023	54.9%	2018	57.7%	2023	－	－	－			
指標	個B0802	（医療者調査）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世代のがん患者を、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できていると思いますか。（点）	35.0	2023	61.0	2024	N/A	2023	N/A	2024	－	－	－			
指標	個B0803	（医療者調査）医療機関に紹介できなかった理由について、具体的にお書きください。（自由回答）		2023		2024	N/A	2023	N/A	2024	－	－	－			

指標	個A0361	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　ATL　県平均（%）	35.3%	2017	37.8%	2018	44.3%	2017	45.4%	2018	×	○	×			
指標	個A0362	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　ATL　北部（%）			N/A	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	個A0363	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　ATL　中部（%）			26.2%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	個A0364	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　ATL　南部（%）			32.8%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	個A0365	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　ATL　宮古（%）			0.1%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	個A0366	離島・へき地のがん患者の5年純生存率　ATL　八重山（%）			25.3%	2016			N/A	2016	－	－	－			
指標	個A0367	（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（%）	N/A	2018	N/A	2023	69.2%	2018	75.5%	2023	－	－	－			
指標	個A0368	（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（%）	N/A	2018	N/A	2023	66.8%	2018	75.7%	2023	－	－	－			
指標	個A0369	（小児患者体験調査）小児がん患者のがんの診断・治療全般の総合評価（平均点）	N/A	N/A	N/A	2019	N/A	N/A	8.4点	2019	－	－	－			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	個C23	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	個C2301	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（%）	53.8%	2024	92.3%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	○	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	個C24	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	個C2401	意思決定能力を含む高齢者機能評価に関する院内のマニュアル等を策定している「施設」の割合（%）	46.2%	2024	53.8%	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	○	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	個C25	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	個C2501	（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と回答した割合（再掲）（%）	42.1%	2019-2020	N/A	2023	38.9%	2019-2020	38.0%	2023	―	―	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	個C26	看取りができる介護施設の拡大を図る														
指標	個C2601	看取りができる介護施設の数														

⑥離島・へき地

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	個C27	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	個C2701	療養場所ガイドの全戸配布を行った市町村の割合（%）			43.9%	2018			N/A	2018	―	―	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	個C28	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	個C2801															

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	個C29	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	個C2901	呼吸器外科専門医の常勤職員数（北部地区医師会病院）（人）	0人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	―	―			
指標	個C2902	呼吸器外科専門医の常勤職員数（宮古病院）（人）	0人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	―	―			
指標	個C2903	呼吸器外科専門医の常勤職員数（八重山病院）（人）	0人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	―	―			
指標	個C2904	乳腺外科専門医の常勤職員数（北部地区医師会病院）（人）	1人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	×	―			
指標	個C2905	乳腺外科専門医の常勤職員数（宮古病院）（人）	0人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	―	―			
指標	個C2906	乳腺外科専門医の常勤職員数（八重山病院）（人）	0人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	―	―			
指標	個C2907	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師の常勤職員数（北部地区医師会病院）（人）	1人	2024	1人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	―	―			
指標	個C2908	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師の常勤職員数（宮古病院）（人）	0人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	―	―			
指標	個C2909	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師の常勤職員数（八重山病院）（人）	1人	2024	1人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	―	―			
指標	個C2910	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常勤職員数（北部地区医師会病院）（人）	1人	2024	1人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	―	―			
指標	個C2911	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常勤職員数（宮古病院）（人）	0人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	―	―			
指標	個C2912	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常勤職員数（八重山病院）（人）	1人	2024	1人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	―	―			
指標	個C2913	がん相談支援センター相談員基礎研修(1)(2)を修了した常勤職員数（北部地区医師会病院）（人）	2人	2024	12人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	○	―			
指標	個C2914	がん相談支援センター相談員基礎研修(1)(2)を修了した常勤職員数（宮古病院）（人）	0人	2024	8人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	○	―			
指標	個C2915	がん相談支援センター相談員基礎研修(1)(2)を修了した常勤職員数（八重山病院）（人）	0人	2024	2人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	○	―			
指標	個C2916	がん登録実務初級認定を受けた診療情報管理士の常勤職員数（北部地区医師会病院）（人）	3人	2024	4人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	○	―			
指標	個C2917	がん登録実務初級認定を受けた診療情報管理士の常勤職員数（宮古病院）（人）	1人	2024	1人	2025	N/A	2024	N/A	2025	―	―	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	個B10	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	個B1001	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 全がん　県平均（%）【再掲】	N/A	2017	N/A	2018	N/A	2017	N/A	2018	―	―	―			
指標	個B1002	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 全がん　北部（%）【再掲】			63.0%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個B1003	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 全がん　中部（%）【再掲】			63.8%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個B1004	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 全がん　南部（%）【再掲】			64.6%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個B1005	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 全がん　宮古（%）【再掲】			64.0%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個B1006	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 全がん　八重山（%）【再掲】			64.7%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個B1007	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 胃　県平均（%）【再掲】	60.8%	2017	55.6%	2018	64.3%	2017	64.4%	2018	×	×	×			
指標	個B1008	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 胃　北部（%）【再掲】			46.5%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個B1009	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 胃　中部（%）【再掲】			50.4%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個B1010	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 胃　南部（%）【再掲】			53.1%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個B1011	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 胃　宮古（%）【再掲】			55.4%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個B1012	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 胃　八重山（%）【再掲】			68.5%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個B1013	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 大腸　県平均（%）【再掲】	65.8%	2017	66.1%	2018	68.0%	2017	68.0%	2018	×	○	○			
指標	個B1014	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 大腸　北部（%）【再掲】			78.1%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個B1015	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 大腸　中部（%）【再掲】			65.5%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個B1016	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 大腸　南部（%）【再掲】			69.4%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個B1017	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 大腸　宮古（%）【再掲】			74.1%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個B1018	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 大腸　八重山（%）【再掲】			78.7%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個B1019	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 肝臓　県平均（%）【再掲】	29.9%	2017	25.6%	2018	34.1%	2017	34.4%	2018	×	×	×			
指標	個B1020	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 肝臓　北部（%）【再掲】			41.8%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個B1021	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 肝臓　中部（%）【再掲】			31.9%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個B1022	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 肝臓　南部（%）【再掲】			29.8%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個B1023	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 肝臓　宮古（%）【再掲】			27.4%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個B1024	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 肝臓　八重山（%）【再掲】			20.5%	2016			N/A	2016	―	―	―			
指標	個B1025	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 乳房　県平均（%）【再掲】	89.8%	2017	87.1%	2018	88.0%	2017	88.4%	2018	×	×	×			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	個B0904	（NDB-SCR）退院時共同指導料１（がん患者に限定）	236.3	2021	242.6	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	×	○			
指標	個B0905	（医療者調査）65歳以上のがん患者に対して、治療前に、高齢者機能評価ができていると思いますか。（点）	26.1	2023	49.6	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	―	―			

指標	個C2918	がん登録実務初級認定を受けた診療情報管理士の常勤職員数八重山病院）（人）	1人	2024	1人	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	ー	ー			
指標	個C2919	放射線治療専門医が、毎週または月に2回以上、外来診療を行っている人数（北部地区医師会病院）（人）	1人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー			
指標	個C2920	放射線治療専門医が、毎週または月に2回以上、外来診療を行っている人数（宮古病院）（人）	0人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	ー	ー			
指標	個C2921	放射線治療専門医が、毎週または月に2回以上、外来診療を行っている人数（八重山病院）（人）	0人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	ー	ー			
指標	個C2922	がん薬物療法専門医が、毎週または月に2回以上、外来診療を行っている人数（北部地区医師会病院）（人）	1人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー			
指標	個C2923	がん薬物療法専門医が、毎週または月に2回以上、外来診療を行っている人数（宮古病院）（人）	0人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	ー	ー			
指標	個C2924	がん薬物療法専門医が、毎週または月に2回以上、外来診療を行っている人数（八重山病院）（人）	1人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー			
指標	個C2925	血液専門医が、毎週または月に2回以上、外来診療を行っている人数（北部地区医師会病院）（人）	0人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	ー	ー			
指標	個C2926	血液専門医が、毎週または月に2回以上、外来診療を行っている人数（宮古病院）（人）	0人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	ー	ー			
指標	個C2927	血液専門医が、毎週または月に2回以上、外来診療を行っている人数（八重山病院）（人）	1人	2024	0人	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	個C30	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	個C3001	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（%）	94.0%	2023	100.0%	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	○	ー			
指標	個C3002	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利用件数（件）	2117件	2023	2736件	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	○	ー			

指標	個B1026	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 乳房　北部（%）【再掲】			84.8%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1027	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 乳房　中部（%）【再掲】			89.8%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1028	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 乳房　南部（%）【再掲】			88.7%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1029	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 乳房　宮古（%）【再掲】			74.8%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1030	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 乳房　八重山（%）【再掲】			92.6%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1031	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 子宮頸部　県平均（%）【再掲】	68.6%	2017	71.2%	2018	72.1%	2017	71.4%	2018	×	○	×			
指標	個B1032	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 子宮頸部　北部（%）【再掲】			51.7%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1033	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 子宮頸部　中部（%）【再掲】			70.9%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1034	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 子宮頸部　南部（%）【再掲】			74.0%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1035	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 子宮頸部　宮古（%）【再掲】			20.3%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1036	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 子宮頸部　八重山（%）【再掲】			43.1%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1037	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 肺　県平均（%）【再掲】	33.9%	2017	34.3%	2018	39.8%	2017	39.6%	2018	×	○	○			
指標	個B1038	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 肺　北部（%）【再掲】			45.4%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1039	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 肺　中部（%）【再掲】			29.0%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1040	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 肺　南部（%）【再掲】			40.3%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1041	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 肺　宮古（%）【再掲】			35.7%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1042	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 肺　八重山（%）【再掲】			26.9%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1043	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 胆道　県平均（%）【再掲】	22.9%	2017	28.2%	2018	23.5%	2017	24.1%	2018	○	○	○			
指標	個B1044	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 胆道　北部（%）【再掲】			21.7%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1045	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 胆道　中部（%）【再掲】			18.1%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1046	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 胆道　南部（%）【再掲】			26.4%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1047	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 胆道　宮古（%）【再掲】			43.0%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1048	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 胆道　八重山（%）【再掲】			35.7%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1049	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 前立腺　県平均（%）【再掲】	87.7%	2017	89.8%	2018	92.2%	2017	92.5%	2018	×	○	○			
指標	個B1050	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 前立腺　北部（%）【再掲】			81.8%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1051	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 前立腺　中部（%）【再掲】			96.0%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1052	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 前立腺　南部（%）【再掲】			95.3%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1053	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 前立腺　宮古（%）【再掲】			103.8%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1054	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 前立腺　八重山（%）【再掲】			97.2%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1055	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 膵臓　県平均（%）【再掲】	16.2%	2017	10.0%	2018	12.6%	2017	13.5%	2018	×	×	×			
指標	個B1056	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 膵臓　北部（%）【再掲】			4.0%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1057	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 膵臓　中部（%）【再掲】			11.9%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1058	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 膵臓　南部（%）【再掲】			12.2%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1059	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 膵臓　宮古（%）【再掲】			0.2%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1060	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 膵臓　八重山（%）【再掲】			7.5%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1061	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 ATL　県平均（%）【再掲】	35.3%	2017	37.8%	2018	44.3%	2017	45.4%	2018	×	○	×			
指標	個B1062	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 ATL　北部（%）【再掲】			N/A	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1063	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 ATL　中部（%）【再掲】			26.2%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1064	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 ATL　南部（%）【再掲】			32.8%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1065	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 ATL　宮古（%）【再掲】			0.1%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			
指標	個B1066	離島・へき地のがん患者の5年純生存率 ATL　八重山（%）【再掲】			25.3%	2016			N/A	2016	ー	ー	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
施策	個B11	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	前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	個B1101	（医療者調査）北部区医師会病院、たいら内科クリニック、県立宮古病院、県立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ついて、自施設から中南部の専門医療機関に送った方が良いと評価した患者を、スムーズに紹介できていると思いますか。（点）	70.2	2023	75.8	2024	N/A	2023	N/A	2024	－	－	－			
指標	個B1102	（医療者調査）北部地区医師会病院、たいら内科クリニック、県立宮古病院、県立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を診療する際に、専門医等の充足や医療機器の配備等の点で、中部医療圏や南部医療圏との医療格差が明らかにあると思いますか。（点）	47.0	2023	74.3	2024	N/A	2023	N/A	2024	－	－	－			
指標	個B1103	（医療者調査）離島やへき地に住む患者を診療する際に、なるべく少ない回数で通院が終わるように配慮ができていると思いますか。（点）	67.6	2023	69.1	2024	N/A	2023	N/A	2024	－	－	－			

共生

個別施策

①相談支援

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
施策	共C01	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	共C0101	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（%）	40.0%	2024	40.0%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
施策	共C02	「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	共C0201	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（%）			18.9%	2023											

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
施策	共C03	「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	共C0301	認定がん相談支援センターの数	0.0人	2024	0.0人	2025	0.3人	2024	0.3人	2025	×	変化なし	変化なし				
指標	共C0302	認定がん専門相談員数（人）	2.0人	2024	2.0人	2025	3.1人	2024	3.3人	2025	×	変化なし	×				
指標	共C0303	相談員指導者研修修了者数（人）	6.1人	2023	8.2人	2025	6.2人	2023	7.2人	2025	○	○	○				
指標	共C0304	がん相談支援センター相談員基礎研修(3)修了者数（人）	21人	2023	13人	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	×	ー				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
施策	共C04	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	共C0401	がんピア・サポーター養成講座修了者（人）	11人	2023	14人	2025	N/A	2023	N/A	2025	ー	○	ー				
指標	共C0402	がんピア・サポーターフォローアップ研修会受講者（人）	11人	2023	11人	2025	N/A	2023	N/A	2025	ー	変化なし	ー				
指標	共C0403	ピアサポーターとして活動している人数（人）	27人	2023	16人	2025	N/A	2023	N/A	2025	ー	×	ー				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
施策	共C05	「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	共C0501	各拠点病院等のピアサポート実施件数（件）	98件	2023	138件	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	○	ー				
指標	共C0502	患者サロンの開催回数（回）	48回	2023	50回	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	○	ー				

中間アウトカム

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
施策	共B01	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	共B0101	（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	N/A	2023	67.8%	2018	N/A	2023	ー	ー	ー				
指標	共B0102	（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	48.7%	2023	66.9%	2018	55.1%	2023	×	ー	ー				
指標	共B0103	（医療者調査）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、情報を提供できていると思いますか。（点）	31.7	2023	56.6	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	ー	ー				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
施策	共B02	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	共B0201	（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（%）	N/A	2018	93.6%	2023	87.6%	2018	70.4%	2023	○	ー	ー				
指標	共B0202	（患者体験調査）ピアサポートを知っている人の割合（%）	43.0%	2018	26.0%	2023	27.5%	2018	15.4%	2023	○	ー	ー				
指標	共B0203	（医療者調査）患者サロン（ゆんたく会）、ピアサポート、患者会について、情報を提供できていると思いますか。（点）	22.0	2023	47.6	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	ー	ー				

分野アウトカム

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
施策	共A01	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	共A0101	（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	35.8%	2023	47.1%	2018	44.1%	2023	×	ー	ー				
指標	共A0102	（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	60.4%	2023	76.5%	2018	60.6%	2023	×	ー	ー				
指標	共A0103	（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	4.8%	2023	5.0%	2018	1.8%	2023	×	ー	ー				

②情報提供

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	共C06	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	共C0601	施設に配布した音声資料の種類														
指標	共C0602	施設に配布した点字資料の種類														
指標	共C0603	施設に配布した外国語資料の種類														

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	共C07	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	共C0701	県庁のホームページのがんに関する説明の閲覧数														

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	共C08	「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	共C0801	具体的な専門医の情報が、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														
指標	共C0802	組織されている専門チームの情報が、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														
指標	共C0803	診断できるがん種の情報が、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														
指標	共C0804	治療できるがん種の情報が、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														

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	共C09	「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	共C0901	院内がん登録のベンチマーク結果の情報が、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（%）	61.5%	2024	61.5%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			
指標	共C0902	医療の質の評価のベンチマーク結果の情報が、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（%）	38.5%	2024	46.0%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	共B03	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	共B0301	（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	79.2%	2023	75.2%	2018	88.5%	2023	×	ー	ー			
指標	共B0302	（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患者の割合（%）	83.3%	2018	98.7%	2023	75.1%	2018	91.5%	2023	○	ー	ー			
指標	共B0303	（医療者調査）医療者調査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、情報を提供できていると思いますか。（点）	69.6	2023	66.4	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	ー	ー			
指標	共B0304	（医療者調査）医療費について、治療方針の決定までに、情報を提供できていると思いますか。（点）	47.8	2023	51.4	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	ー	ー			

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
施策	共C10	「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	共C1001	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（件）	208件	2023	4件	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	×	ー				

③デジタル化

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
施策	共C11	「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	共C1101	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ている「施設」の割合（%）	76.9%	2024	84.6%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
施策	共B0401	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	共B0401																

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
施策	共C12	「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	共C1201	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（%）	30.8%	2024	30.8%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー				
指標	共C1202	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（%）	7.7%	2023	15.4%	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	○	ー				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
施策	共C13	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	共C1301	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（回）	0回	2023	0回	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	変化なし	ー				

④就労支援（医療機関側）

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
施策	共C14	「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	共C1401																

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
施策	共C15	「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	共C1501	がん相談支援センターにおける就労に関する相談件数（件）	121件	2023	112件	2024	N/A	2023	N/A	2024	×	×	×				

			沖縄県				全国				判定欄						コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値		
施策	共B05	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	共B0501	（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の割合（%）	27.2%	2018	66.1%	2023	38.6%	2018	44.0%	2023	ー	ー	ー				
指標	共B0502	（NDB-SCR）療養・就労両立支援指導料	78.8	2021	46.8	2022	100.0	2021	100.0	2022	×	×	×				
指標	共B0503	（医療者調査）医療費について、治療方針の決定までに、情報を提供できていると思いますか。（点）	34.9	2023	53.8	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	○	ー				

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	共C16	「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	共C1601	拠点病院等における就労の専門家による相談の回数（回）	3回	2023	7回	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	○	―			
指標	共C1602	ハローワークと連携した就労支援を行った患者の数（人）	12人	2023	32人	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	○	―			

⑤就労支援（職場側）

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	共C17	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	共C1701	両立支援コーディネーターを配置している事業主の割合（%）														

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	共C18	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	共C1801	長期療養者就職支援事業を活用した就職者数（人）	N/A	2022	N/A	2024	2,224人	2022	2,376人	2024	―	―	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	共C19	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	共C1901	産業保健総合支援センターで扱った件数（件）														

⑥アピアランスケア

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	共C20	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	共C2001	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（件）			74件	2023			N/A	2023	―	―	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	共C21	「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	共C2101	アピアランス支援研修修了者が在籍している施設の割合（%）	15.0%	2023	31.0%	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	○	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	共C22	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	共C2201	患者向け講習会の開催回数	0回	2024	0回	2025					―	変化なし	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	共B06	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	共B0601	（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の割合（%）	74.4%	2018	74.0%	2023	65.1%	2018	74.5%	2023	×	―	―			
指標	共B0602	（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の割合（%）	26.1%	2018	56.2%	2023	35.6%	2018	70.6%	2023	×	―	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	共B07	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	共B0701	（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の割合（%）	31.6%	2018	30.6%	2023	28.5%	2018	25.8%	2023	○	―	―			
指標	共B0702	（医療者調査）アピアランスケアについて、治療開始前に、情報を提供できていると思いますか。（点）	37.9	2023	57.5	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	―	―			

⑦自殺対策<緩和ケア・在宅医療部会>

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	共C23	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	共C2301	自殺防止に関する院内マニュアル等を外来患者用に整備している「施設」の割合（%）	23.1%	2024	38.5%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー			
指標	共C2302	自殺防止に関する院内マニュアル等を入院患者用に整備している「施設」の割合（%）	23.1%	2024	46.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	共B08	がん患者の自殺を減らすことができている														
指標	共B0801	がん患者の自殺数			5人	2023	N/A	N/A	N/A	N/A	ー	ー	ー			
指標	共B0802	（NDB-SCR）がん患者指導管理料ロ（入院）	157.1	2021	189.8	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	○	○			
指標	共B0803	（NDB-SCR）がん患者指導管理料ロ（外来）	126.4	2021	106.1	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	×	×			
指標	共B0804	（NDB-SCR）がん患者指導管理料ロ（入院+外来）	132.8	2021	122.1	2022	100.0	2021	100.0	2022	○	×	×			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	共C24	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	共C2401	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（件）														

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	共C25	「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	共C2501	精神科医が週1回以上勤務している「施設」の割合（%）	84.6%	2024	84.6%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			

⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	共C26	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	共C2601	イベントの開催回数（回）			0回	2023					ー	ー	ー			
指標	共C2602	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（回）			0回	2023					ー	ー	ー			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	共B09	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	共B0901	（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の割合（%）	18.0%	2018	23.9%	2023	12.9%	2018	23.2%	2023	×	ー	ー			
指標	共B0902	（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の割合（%）	3.9%	2018	6.3%	2023	5.2%	2018	7.4%	2023	○	ー	ー			

基盤

個別施策

①研究の推進

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	基C01	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	基C0101															

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	基C02	「施設」における臨床研究と治験を推進する。														
指標	基C0201															

②人材育成の強化

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	基C03	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	基C0301	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（%）	92.3%	2024	92.3%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			
指標	基C0302	臨床遺伝専門医（人）	6.1人	2022	7.5人	2024	10.9人	2022	11.6人	2024	×	○	○			
指標	基C0303	認定遺伝カウンセラー（人）	0.7人	2024	0.7人	2025	3.1人	2024	3.2人	2025	×	変化なし	×			
指標	基C0304	がんゲノム医療コーディネーター研修会参加人数（人）	4.1人	2022	0.0人	2023	4.6人	2022	4.4人	2023	×	×	×			
指標	基C0305	消化器外科専門医（人）	55.1人	2023	58.6人	2025	71.6人	2023	74.6人	2025	×	○	○			
指標	基C0306	呼吸器外科専門医（人）	8.9人	2022	8.2人	2024	12.0人	2022	11.6人	2024	×	×	×			
指標	基C0307	乳腺外科専門医（乳腺専門医）（人）	9.5人	2022	8.2人	2024	13.4人	2022	13.3人	2024	×	×	×			
指標	基C0308	小児外科専門医（人）	4.8人	2022	3.4人	2024	6.1人	2022	5.8人	2024	×	×	×			
指標	基C0309	肝胆膵外科高度技能専門医（人）	2.0人	2023	2.0人	2025	4.7人	2023	5.7人	2025	×	変化なし	×			
指標	基C0310	脳神経外科専門医（人）	42.9人	2022	41.6人	2024	56.7人	2022	52.4%	2024	×	×	○			
指標	基C0311	認定骨・軟部腫瘍医（人）	0.7人	2024	1.4人	2025	1.5人	2024	1.6人	2025	×	○	○			
指標	基C0312	婦人科腫瘍専門医（人）	9.5人	2023	10.2人	2025	9.0人	2023	10.3人	2025	×	○	×			
指標	基C0313	皮膚悪性腫瘍指導専門医（人）	1.4人	2024	0.7人	2025	0.7人	2024	0.8人	2025	×	×	×			
指標	基C0314	泌尿器科専門医（人）	42.9人	2023	47.0人	2025	57.4人	2023	58.3人	2025	×	○	○			
指標	基C0315	頭頸部がん専門医（人）	4.8人	2024	5.5人	2025	3.9人	2024	4.2人	2025	○	○	○			
指標	基C0316	口腔外科専門医（人）	17.0人	2023	17.7人	2025	17.7人	2023	18.1人	2025	×	○	○			
指標	基C0317	消化器外科専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	92.3%	2024	92.3%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			
指標	基C0318	呼吸器外科専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	69.2%	2024	69.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			
指標	基C0319	乳腺外科専門医（乳腺専門医）が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	46.2%	2024	46.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			
指標	基C0320	小児外科専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	15.4%	2024	15.4%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			

中間アウトカム

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	基B01	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	基B0101															

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	基B02	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	基B0201	（医療者調査）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、支援することができていると思いますか。（点）	65.4	2023	62.1	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	×	ー			

分野アウトカム

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	基A01	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	基A0101	（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	70.8%	2023	76.3%	2018	81.1%	2023	×	ー	ー			
指標	基A0102	（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	78.6%	2023	70.1%	2018	79.0%	2023	×	ー	ー			

指標	基C0321	肝胆膵外科高度技能専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	23.1%	2024	23.1%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			
指標	基C0322	脳神経外科専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	92.3%	2024	84.6%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー			
指標	基C0323	認定骨・軟部腫瘍医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	0.0%	2024	0.0%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			
指標	基C0324	婦人科腫瘍専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	53.8%	2024	53.8%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			
指標	基C0325	皮膚悪性腫瘍指導専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	7.7%	2024	0.0%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー			
指標	基C0326	泌尿器科専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	84.6%	2024	92.3%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー			
指標	基C0327	頭頸部がん専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	15.4%	2024	23.1%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー			
指標	基C0328	口腔外科専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	53.8%	2024	61.5%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー			
指標	基C0329	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（%）	69.2%	2024	69.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			
指標	基C0330	放射線治療専門医（人）	10.2人	2023	10.9人	2025	11.0人	2023	11.5人	2025	×	○	×			
指標	基C0331	放射線治療専門放射線技師（人）	7.5人	2023	8.9人	2025	14.9人	2023	15.0人	2025	×	○	○			
指標	基C0332	医学物理士（人）	6.1人	2023	6.1人	2025	11.6人	2023	12.2人	2025	×	変化なし	×			
指標	基C0333	がん放射線療法看護認定看護師（人）	5.5人	2023	5.5人	2025	3.2人	2023	3.4人	2025	○	変化なし	×			
指標	基C0334	放射線治療専門医2名以上が、常勤で配置されている放射線治療施設の割合（%）	20.0%	2024	22.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー			
指標	基C0335	放射線治療専門放射線技師2名以上が、常勤で配置されている放射線治療施設の割合（%）	60.0%	2024	11.1%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー			
指標	基C0336	医学物理士が、常勤で配置されている放射線治療施設の割合（%）	40.0%	2024	55.6%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー			
指標	基C0337	がん放射線療法看護認定看護師が、常勤で配置されている放射線治療施設の割合（%）	60.0%	2024	55.6%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー			
指標	基C0338	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（%）	23.1%	2024	38.5%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー			
指標	基C0339	がん薬物療法専門医（人）	2.0人	2022	2.0人	2024	10.9人	2022	11.2人	2024	×	変化なし	×			
指標	基C0340	がん指導薬剤師（人）	0.0人	2023	0.0人	2025	2.8人	2023	3.3人	2025	×	変化なし	×			
指標	基C0341	がん専門薬剤師（人）	2.7人	2023	0.7人	2025	6.3人	2023	6.8人	2025	×	×	×			
指標	基C0342	がん薬物療法認定薬剤師（人）	8.2人	2023	7.5人	2025	8.1人	2023	8.0人	2025	×	×	×			
指標	基C0343	外来がん治療認定薬剤師（人）	4.1人	2023	5.5人	2025	7.8人	2023	7.0人	2025	×	○	○			
指標	基C0344	がん看護専門看護師（人）	8.9人	2023	10.2人	2025	8.6人	2023	9.3人	2025	○	○	○			
指標	基C0345	がん薬物療法看護認定看護師（人）	1.4人	2023	4.1人	2025	1.6人	2023	2.8人	2025	○	○	○			
指標	基C0346	乳がん看護認定看護師（人）	1.4人	2023	2.7人	2025	3.1人	2023	3.2人	2025	×	○	○			
指標	基C0347	がん薬物療法専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	23.1%	2024	30.8%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー			
指標	基C0348	がん指導薬剤師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	7.7%	2024	0.0%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー			
指標	基C0349	がん専門薬剤師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	7.7%	2024	7.7%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			

指標	基C0350	がん薬物療法認定薬剤師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	38.5%	2024	46.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー			
指標	基C0351	外来がん治療認定薬剤師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	23.1%	2024	53.8%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー			
指標	基C0352	がん看護専門看護師が、常勤で配置されている「施設」の割合	23.1%	2024	30.8%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー			
指標	基C0353	がん薬物療法看護認定看護師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	46.2%	2024	30.8%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー			
指標	基C0354	乳がん看護認定看護師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	0.0%	2024	7.7%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー			
指標	基C0355	緩和医療学会専門医（人）	2.0人	2023	2.0人	2025	2.6人	2023	4.4人	2025	×	変化なし	×			
指標	基C0356	緩和医療学会認定医（人）	6.8人	2023	10.2人	2025	8.0人	2023	8.6人	2025	○	○	○			
指標	基C0357	登録精神腫瘍医（人）	0.7人	2024	2.0人	2025	1.1人	2024	2.3人	2025	×	○	○			
指標	基C0358	ペインクリニック専門医（人）	10.2人	2023	10.9人	2025	12.8人	2023	13.0人	2025	×	○	○			
指標	基C0359	放射線治療専門医（人）	10.2人	2023	10.9人	2025	11.0人	2023	11.5人	2025	×	○	×			
指標	基C0360	IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）（人）	8.8人	2023	8.9人	2025	10.2人	2023	10.5人	2025	×	○	×			
指標	基C0361	緩和薬物療法認定薬剤師（人）	1.4人	2023	2.7人	2025	6.7人	2023	7.0人	2025	×	○	○			
指標	基C0362	緩和ケア認定看護師（人）	36.1人	2023	37.5人	2025	21.1人	2023	21.5人	2025	○	○	○			
指標	基C0363	公認心理師（人）	688.3人	2023	716.9人	2025	569.3人	2023	596.3人	2025	○	○	○			
指標	基C0364	臨床心理士（人）	228.6人	2023	257.6人	2026	296.6人	2023	311.7	2026	×	○	○			
指標	基C0365	緩和医療学会専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	7.7%	2024	15.4%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー			
指標	基C0366	緩和医療学会認定医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	46.2%	2024	53.8%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー			
指標	基C0367	登録精神腫瘍医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	0.0%	2024	0.0%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			
指標	基C0368	ペインクリニック専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	38.5%	2024	23.1%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー			
指標	基C0369	放射線治療専門医が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	61.5%	2024	61.5%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	変化なし	ー			
指標	基C0370	IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	53.8%	2024	46.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー			
指標	基C0371	緩和薬物療法認定薬剤師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	23.1%	2024	15.4%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー			
指標	基C0372	緩和ケア認定看護師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	100.0%	2024	100.0%	2025	N/A	N/A	N/A	N/A	ー	変化なし	ー			
指標	基C0373	公認心理師が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	61.5%	2024	69.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	○	ー			
指標	基C0374	臨床心理士が、常勤で配置されている「施設」の割合（%）	53.8%	2024	46.2%	2025	N/A	2024	N/A	2025	ー	×	ー			

基盤

指標	基C0375	在宅専門医（人）	5.5人	2023	6.8人	2024	3.4人	2023	3.7人	2024	○	○	○			
指標	基C0376	訪問看護認定看護師（人）	2.0人	2023	2.0人	2025	5.4人	2023	5.2人	2025	×	変化なし	○			
指標	基C0377	（訪問看護ステーション）訪問看護師（人）	837.5人	2023	989.7人	2024	725.1人	2023	783.9人	2024	○	○	○			
指標	基C0378	介護支援専門員（人）	781.6人	2023	714.8人	2024	747.0人	2023	753.2人	2024	×	×	×			
指標	基C0379	在宅医療インテグレーター養成講座修了者数（人）	8.9人	2024	8.9人	2025	3.0人	2024	3.4人	2025	○	変化なし	×			

③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	基C04	すべての高等学校でがん教育を１時限以上行う														
指標	基C0401	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（%）	100.0%	2024	100.0%	2025		2024		2025	―	変化なし	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	基B03	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	基B0301															

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	基C05	がん教育が可能な外部講師の養成する														
指標	基C0501	外部講師を活用してがん教育を実施した学校の割合（%）	1.9%	2022	3.3%	2023	11.4%	2022	12.5%	2023	×	○	○			
指標	基C0502	実際にがん教育に携わった外部講師の数（人）			10人	2023			N/A	2023	―	―	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	基C06	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	基C0601	年に2回以上広報誌にがん情報を載せた県の割合（%）	50.0%	2023	100.0%	2025	N/A	2023	N/A	2025	―	○	―			
指標	基C0602	年に2回以上広報誌にがん情報を載せた市町村の割合（%）	36.6%	2023	39.0%	2024	N/A	2023	N/A	2024	―	○	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	基C07	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	基C0701	がん対策推進企業アクションの参加企業数	N/A	2022	N/A	2024	4,897	2022	6,947	2024	―	―	―			
指標	基C0702	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														

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	基C08	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	基C0801	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

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	基C09	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	基C0901	MI比	0.4	2019	0.4	2021	0.4	2019	0.4	2021	変化なし	変化なし	変化なし			
指標	基C0902	%DCO	1.2	2019	1.4	2021	1.9	2019	2.0	2021	○	×	×			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	基B04	全国がん登録/院内がん登録の利用ができている														
指標	基B0401	利用件数（総数・年あたり）新規（顕名）	N/A	2022	N/A	2024	10	2022	12	2024	―	―	―			
指標	基B0402	利用件数（総数・年あたり）更新（顕名）	N/A	2022	N/A	2024	16	2022	25	2024	―	―	―			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
指標	基B0403	利用件数（総数・年あたり）新規（匿名）	N/A	2022	N/A	2024	38	2022	45	2024	－	－	－			
指標	基B0404	利用件数（総数・年あたり）更新（匿名）	N/A	2022	N/A	2024	19	2022	27	2024	－	－	－			

⑤患者・市民参画の推進

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	基C10	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	基C1001	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			26.7%	2023	N/A		N/A		－	－	－			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	基C11	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	基C1101	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回	2024	0回	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	変化なし	－			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	基C12	「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	基C1201	「施設」で、ホームページで広報した自治体や患者会等が主催する講演会等の件数	208件	2023	4件	2024	N/A	2023	N/A	2024	－	×	－			

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	基C13	医療従事者の意識向上に取り組む														
指標	基C1301															

			沖縄県				全国				判定欄					コメント
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値	
施策	基B05	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	基B0501	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（回）	27回	2023	24回	2025	N/A	2023	N/A	2025	－	×	－			
指標	基B0502	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（回）	0回	2024	0回	2025	N/A	2024	N/A	2025	－	変化なし	－			
指標	基B0503	患者関係者と医療者の共催イベントの数（回）														

個別施策　がん医療の集約化のための医療機関の選定

取組

施策名	実施内容	実施期間	実施主体	所掌部会	インプット	アウトプット
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	医療部会の下にがん種・分野ごとに20分野のWGを結成して、協議を行い原案を作成。その後、医療部会、ベンチマーク部会、幹事会、連携協議会で協議し、選定要件を決定した。その意見を、沖縄県へ提案した。	2024年4月～26年3月	連携協議会・沖縄県	医療部会・ベンチマーク部会	20WGの各8～14名が1～3時間協議	①医療機関の選定要件を決定 ②連携協議会から沖縄県へ提案 ③全医療機関への啓発 ④精検施設への協力依頼 ⑤地域連携室と相談支援部門への研修と協力依頼 ⑥沖縄がんサポートハンドブックへの集約化の説明記載

効果

個別施策指標

			沖縄県				全国				判定欄				
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値
施策	C01	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	C0101	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	12	2023	20	2026	N/A	2023	N/A	2026	ー	○	ー		
指標	C0102	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	26	2023	25	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	○	ー		

中間アウトカム指標

			沖縄県				全国				判定欄				
			前回	年次	今回	年次	前回	年次	今回	年次	対全国比	対前回比	対全国傾向値	対基準値	対目標値
概念	B01	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	B0103	「施設」における治療開始のカバー率													
指標	B0111	（医療者調査）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できていると思いますか。（点）	48.8	2023	51.1	2024	N/A	2023	N/A	2024	ー	○	ー		

評価

評価の種類	評価の観点	評価の着眼点	情報源	事務局意見	委員等意見	判定
必要性（ニーズ）評価	満たされていないニーズがあるか	他の地域に比べて劣後していることは？	地域別データ集等			A 満たされていない B ある程度満たされていない C かなり満たされている D 十分に満たされている
		守るべき規範で満たされていないことは？	法令計画等			
整合性（セオリー）評価	ロジックモデルの左右のつながりに、論理的整合性があるか	分野・中間アウトカムは適切か	ロジックモデルの構成概念			A 十分整合性が取れている B ほぼ整合性が取れている C ある程度整合性が取れている D 見直しの必要あり
		分野・中間アウトカムの指標は適切か	ロジックモデルの指標			
		分野・中間アウトカム↔施策のつながりが強いか	構成要素間のつながりの確認			
実行（プロセス）評価	決めたことをきちんとやっているか	資源は用意されたか	関連情報			A 予定どおり実行されている B ほぼ実行されている C 一部実行されている D 実行されていない
		施策は実施されたか、進捗はどうか	部会等議事録等			
		アウトプットが生まれているか	アウトプット指標			
		施策関係者はどう感じているか（阻害要因があるかなど）	関係者ヒアリング			
効果（インパクト）評価	やったことが効いているのか	アウトカムは向上したか	アウトカム指標			A とても効果を出している B 効果を出している C あまり効果を出していない D 効果を出していない E 経過観察 （現時点では判断不可）
		アウトプット指標値とアウトカム指標値の関係は	アウトカムとアウトプットの指標値			
		外部要因の影響は	関係者ヒアリング			
総合評価	この施策をやり続けるべきか	上記4評価を踏まえての評価	協議会・部会審議での主な意見			A 強化すべき B 維持すべき C 検討を続けるべき D 中止を検討すべき E 中止すべき

保 健 第 １４３ 号
令和８年５月 29 日

がん診療を行う各医療機関の管理者　　殿

沖縄県保健医療介護部長
（公印省略）

がん診療を行う医療施設一覧の作成に係る調査について（依頼）

平素から本県のがん対策の推進に御協力を賜り感謝申し上げます。
さて、県では、県民の皆様にがん医療を適切に選択していただくことを目的に、一定の要件を満たす医療施設を「がん診療を行う医療施設」として県ＨＰ等へ掲載し情報提供を行っています。
今般、がん医療を取り巻く環境の変化等を踏まえ、沖縄県がん診療連携協議会において「がん診療を行う医療施設一覧」掲載要件の見直しを検討していただき、同意見を受けて新たな掲載要件として決定しました。
つきましては、新たな掲載要件への充足状況を確認し、要件を満たしている医療機関を「がん診療を行う医療施設一覧」に掲載するため調査を行いますので、御多用の折、誠に恐縮ではございますが、下記により御協力いただきますようお願いいたします。

記

１　添付資料　(1) がん診療実施状況調査票：別紙 1-1、1-2
(2) 記入要領：別紙２
(3) がん診療を行う医療施設一覧の掲載要件：別紙３
(4) 参考資料：がん診療を行う医療施設（令和６年調査）

２　回答方法　上記(2)と(3)を御確認の上、(1)がん診療実施状況調査票（別紙 1-1、1-2）を下記担当へメール又は FAX で提出してください。

３　回答期限　令和８年６月 30 日（火）

４　そ の 他　(1) 調査票様式のデータ（Excel）等は、下記 URL からダウンロードできます。
(2) 本調査は、毎年実施（更新）予定です。

〔URL〕ホーム ＞ 医療・健康＞ 疾病対策・感染症 ＞ がん対策 ＞ がん診療を行う医療施設
https://www.pref.okinawa.jp/site/hoken/kenkotyoju/cancer/gansinryouiryoukikan.html

【担当】
健康長寿課 がん対策班　古波津
Tel:098-866-2209　FAX：098-866-2289
Mail：kohtsuma@pref.okinawa.lg.jp

別紙３

がん診療を行う医療施設一覧の掲載要件

第１　医療体制

以下の項目を全て満たす施設とする。

１　医療法等に基づく医療安全に係る適切な体制を有していること。

(1)　医療安全に関する委員会を設置し、年２回以上開催していること。

２　院内がん登録を行い、その分析や情報公開を行う体制を有していること。

(1)　院内がん登録の実施に係る指針に即して院内がん登録を実施していること。

(2)　毎年、最新の登録情報や予後を含めた情報を国立がん研究センターに提供していること。

(3)　院内がん登録に関する委員会を設置し、年１回以上開催していること。

(4)　自院の院内がん登録データを沖縄県がん診療連携協議会において分析し、県民に広く公開していること。

３　セカンドオピニオンを積極的に患者に勧めるとともに、セカンドオピニオンを提供する体制を有していること。

(1)　全てのがん患者とその家族に対して、医師からの診断結果や病状の説明時及び治療方針の決定時等において、他施設でセカンドオピニオンを受けられることについて説明する体制が整っていること。その際、心理的な障壁を取り除くことができるよう留意していること。

(2)　セカンドオピニオンを受けられることを院内の見やすい場所で掲示していること。

(3)　セカンドオピニオンを受けられることをホームページ上で公開していること。

(4)　他施設でセカンドオピニオンを受けた患者が年１名以上いること。

４　レジメン※審査管理登録等を行い、標準的な薬物療法（免疫療法も含む）において標準治療を提供できる体制を有していること。

(1)　薬物療法のレジメンを審査し、組織的に管理する委員会を設置し、年２回以上開催していること。

(2)　上記レジメンには、制吐薬も組み込んだレジメンとしていること。

※レジメン：治療内容

別紙３

5　緩和ケアチームが活動し、適切な緩和ケアを提供する体制を有していること。

(1)　組織上明確に位置付けられた緩和ケアチームを設置していること。

(2)　全てのがん患者に対し入院、外来を問わず日常診療の定期的な確認項目に組み込むなど頻回に苦痛の把握に努め、必要な緩和ケアの提供を行っていること。

(3)　定期的に病棟ラウンド及びカンファレンスを行っていること。

(4)　新規介入患者数が年間20人以上いること。

(5)　緩和ケアの提供がなされる旨を、院内の見やすい場所での掲示や入院時の資料配布、ホームページ上の公開等により、がん患者及び家族に対し分かりやすく情報提供を行っていること。

6　がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供するためのカンファレンスをそれぞれ必要に応じて定期的に開催する体制を有していること。

(1)　手術、放射線診断、放射線治療、薬物療法、病理診断及び緩和ケア等に携わる専門的な知識及び技能を有する医師とその他の専門を異にする医師に加え、看護師、薬剤師、必要に応じて公認心理師や緩和ケアチームを代表する者等を加える等による、がん患者の診断及び治療方針等を意見交換、共有、検討、確認等するためのカンファレンスを年２回以上開催していること。

(2)　臨床倫理的､社会的な問題を解決するための具体的な事例に則した患者支援の充実や多職種間の連携強化を目的とした院内全体の多職種によるカンファレンスを年１回以上開催していること。

(3)　上記のカンファレンスで検討した内容については、診療録に記録の上、関係者間で共有していること。

7　「がん遺伝子パネル検査(がんゲノムプロファイリング検査)」を必要な患者に積極的に行い、その結果を適切に評価したがんゲノム医療を提供できる体制を有していること。

(1)　がん遺伝子パネル検査（がんゲノムプロファイリング検査）を、必要な患者に対して積極的に行っていること。

(2)　上記の検査結果を適切に評価し、必要に応じてがんゲノム医療を行っていること。

(3)　遺伝性腫瘍専門医又は臨床遺伝専門医による遺伝カウンセリングを行う体制を有していること。それが難しい場合は、遺伝カウンセリングを行う体制を有する医療機関と連携する体制を整えていること。

(4)　がん遺伝子パネル検査（がんゲノムプロファイリング検査）を受けた患者が年１名以上いること。

(5)　がん遺伝子パネル検査（がんゲノムプロファイリング検査）を行っていることを、医療機関内にポスター等で掲示又はホームページに掲載するなど、積極的に広報していること。また、自院でがん遺伝子パネル検査（がんゲノムプロファイリング検査）を

行うことが難しい場合は、がん遺伝子パネル検査をできる医療機関と連携していることを、医療機関内にポスター等で掲示又はホームページに掲載するなど、積極的に広報していること。

８　臨床試験及び治験を必要な患者に提供できる体制を有していること。

(1)　臨床試験及び治験を必要な患者に対して積極的に行っていること。

(2)　臨床試験及び治験を行うことが難しい場合は、臨床試験及び治験をできる医療機関と連携する体制を整えていること。

(3)　臨床試験及び治験を行っていることを医療機関内にポスター等で掲示又はホームページに掲載するなど、積極的に広報していること。また、自院で臨床試験及び治験を行うことが難しい場合は、臨床試験及び治験をできる医療機関と連携していることを医療機関内にポスター等で掲示又はホームページに掲載するなど、積極的に広報していること。

別紙３

がん診療を行う医療施設一覧の掲載要件

第２　がん種ごとの要件（20 がん種・分野）

１　脳腫瘍（脳・中枢神経系）
２　頭頸部（口腔/咽頭/喉頭/鼻腔・副鼻腔/唾液腺）のがん
３　甲状腺がん
４　食道がん
５　胃がん
６　大腸がん
７　肝臓がん
８　胆道（胆のう・胆管）がん
９　膵臓がん
10　肺がん
11　骨・軟部腫瘍
12　難治性皮膚がん
（ここでの難治性皮膚がんとは、悪性黒色腫、血管肉腫等の予後不良の皮膚悪性腫瘍を指す。）
13　乳がん
14　婦人科がん（子宮頸部、子宮体部、卵巣）
15　泌尿器がん（前立腺、腎、膀胱）
16　血液腫瘍分野
17　小児がん(0 歳から 14 歳までにみられるがん)分野
18　AYA 世代（思春期・若年成人：15 歳から 39 歳まで）のがん
19　希少がん分野
20　遺伝性腫瘍
（がんの発症につながりやすい遺伝子変化を遺伝的に受け継いでいることが、がんの発症に大きく影響していることが明らかな腫瘍）

別紙３

１　脳腫瘍（脳・中枢神経系）

以下の項目を全て満たしていること。

(1)　学会の認定

ア　一般社団法人日本脳神経外科学会基幹施設又は関連施設

イ　公益社団法人日本医学放射線学会修練機関

(2)　外科的治療

ア　脳腫瘍に対する手術が年 12 例以上あること。

(3)　放射線療法

ア　脳腫瘍に対する放射線治療が年６例以上あること。

イ　強度変調放射線治療（IMRT）を提供できること。

ウ　定位放射線照射による治療（SRT）を提供できること。

(4)　薬物療法

ア　脳腫瘍に対する薬物治療が年３例以上あること。

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で１名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で１名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※　特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

２ 頭頸部（口腔/咽頭/喉頭/鼻腔･副鼻腔/唾液腺）のがん

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　NPO 法人日本頭頸部外科学会認定施設又は準認定施設

イ　公益社団法人日本口腔外科学会認定研修施設

ウ　公益社団法人日本放射線腫瘍学会認定施設

エ　公益社団法人日本臨床腫瘍学会基幹施設又は関連施設

(2) 外科的治療

ア　頭頸部のがんに対する手術が年 24 例以上あること。

(3) 放射線療法

ア　頭頸部のがんに対する放射線治療が年 12 例以上あること。

(4) 薬物療法

ア　頭頸部のがんに対する薬物治療が年 12 例以上あること。

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で１名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で１名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※ 特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

３ 甲状腺がん

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　一般社団法人日本内分泌外科学会認定施設又は関連施設

イ　公益社団法人日本医学放射線学会修練機関

(2) 外科的治療

ア　甲状腺領域に対する手術が年 12 例以上あること。

(3) 放射線療法

ア　アブレーションの症例が年１例以上あること。

イ　自施設で放射線療法ができない場合は、適切に連携を行うことによりアブレーションが可能な施設へ紹介して年１例以上を満たしていること。

(4) 薬物療法

ア　甲状腺がんに対する薬物治療が年６例以上あること。

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で１名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で１名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※ 特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

４ 食道がん

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　一般財団法人日本消化器病学会認定施設

イ　一般社団法人日本消化器外科学会認定施設

ウ　一般社団法人日本消化器内視鏡学会指導施設又は指導連携施設

エ　一般社団法人日本内視鏡外科学会技術認定（消化器・一般外科）取得者が１名以上いること。

オ　公益社団法人日本医学放射線学会修練機関

(2) 外科的治療

ア　食道がんに対する手術又は鏡視下治療が年８例以上あること。

(3) 放射線療法

ア　食道がんに対する放射線治療が年６例以上あること。

イ　放射線治療専門医が常勤で１名以上いること。

ウ　強度変調放射線治療（IMRT）を提供できること。

エ　定位放射線照射による治療（SRT）を提供できること。

(4) 薬物療法

ア　食道がんに対する薬物治療が年３例以上あること。

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で１名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で１名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※　特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

５ 胃がん

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　一般財団法人日本消化器病学会認定施設

イ　一般社団法人日本消化器外科学会認定施設

ウ　一般社団法人日本消化器内視鏡学会指導施設又は指導連携施設

エ　一般社団法人日本内視鏡外科学会技術認定（消化器・一般外科）取得者が１名以上いること。

オ　公益社団法人日本医学放射線学会修練機関

(2) 外科的治療

ア　胃がんに対する手術又は鏡視下治療が年 15 例以上あること。

(3) 内視鏡治療

ア　内視鏡的粘膜下層剥離術が年６例以上あること。

(4) 薬物療法

ア　胃がんに対する薬物治療が年６例以上あること。

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で１名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で１名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※ 特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

６ 大腸がん

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　一般財団法人日本消化器病学会認定施設

イ　一般社団法人日本消化器外科学会認定施設

ウ　一般社団法人日本消化器内視鏡学会指導施設又は指導連携施設

エ　一般社団法人日本内視鏡外科学会技術認定（消化器・一般外科）取得者が１名以上いること。

オ　公益社団法人日本医学放射線学会修練機関

(2) 外科的治療

ア　大腸がんに対する手術又は鏡視下治療が年 50 例以上あること。

(3) 放射線療法

ア　大腸がんに対する放射線治療が年１例以上あること。

イ　強度変調放射線治療（IMRT）を提供できること。

ウ　定位放射線照射による治療（SBRT）を提供できること。

エ　自施設で放射線療法ができない場合は、適切に連携を行うことによりイとウが可能な施設へ紹介して年１例以上を満たしていること。

(4) 薬物療法

ア　大腸がんに対する薬物治療が年 24 例以上あること。

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で１名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で１名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※　特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

7 肝臓がん

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　一般財団法人日本消化器病学会認定施設

イ　一般社団法人日本消化器外科学会認定施設

ウ　一般社団法人日本肝臓学会認定施設

エ　一般社団法人日本肝胆膵外科学会高度技能専門医又は指導医が１名以上いること。

オ　公益社団法人日本医学放射線学会修練機関

(2) 外科的治療

ア　高難度肝胆膵外科手術が年 20 例以上あること。

(3) 放射線療法

ア　肝臓、胆道（胆のう・胆管)、膵臓がんのいずれかに対する放射線治療が年１例以上あること。

イ　強度変調放射線治療（IMRT）を提供できること。

ウ　定位放射線照射による治療（SBRT）を提供できること。

エ　自施設で放射線療法ができない場合は、適切に連携を行うことによりイとウが可能な施設へ紹介して、年１例以上を満たしていること。

オ　放射線治療用吸収性組織スペーサを消化器外科専門医と放射線治療専門医が協力して挿入できること、又は可能な施設へ紹介できる体制を整えていること。

(4) 薬物療法

ア　肝臓、胆道（胆のう・胆管)、膵臓がんに対する薬物治療の合計が年 12 例以上あること。

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で１名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で１名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※　特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

８ 胆道（胆のう・胆管）がん

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　一般財団法人日本消化器病学会認定施設

イ　一般社団法人日本消化器外科学会認定施設

ウ　一般社団法人日本胆道学会認定指導医が１名以上いること。

エ　一般社団法人日本肝胆膵外科学会高度技能専門医又は指導医が１名以上いること。

オ　公益社団法人日本医学放射線学会修練機関

(2) 外科的治療

ア　高難度肝胆膵外科手術が年 20 例以上あること。

(3) 放射線療法

ア　肝臓、胆道（胆のう・胆管）、膵臓がんのいずれかに対する放射線治療が年１例以上あること。

イ　強度変調放射線治療（IMRT）を提供できること。

ウ　定位放射線照射による治療（SBRT）を提供できること。

エ　自施設で放射線療法ができない場合は、適切に連携を行うことによりイとウが可能な施設へ紹介して、年１例以上を満たしていること。

オ　放射線治療用吸収性組織スペーサを消化器外科専門医と放射線治療専門医が協力して挿入できること、又は可能な施設へ紹介できる体制を整えていること。

(4) 薬物療法

ア　肝臓、胆道（胆のう・胆管）、膵臓がんに対する薬物治療の合計が年 12 例以上あること。

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で１名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で１名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※　特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

９ 膵臓がん

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　一般財団法人日本消化器病学会認定施設

イ　一般社団法人日本消化器外科学会認定施設

ウ　一般社団法人日本膵臓学会認定指導医が１名以上いること。

エ　一般社団法人日本肝胆膵外科学会高度技能専門医又は指導医が１名以上いること。

オ　公益社団法人日本医学放射線学会修練機関

(2) 外科的治療

ア　高難度肝胆膵外科手術が年 20 例以上あること。

(3) 放射線療法

ア　肝臓、胆道（胆のう・胆管)、膵臓がんのいずれかに対する放射線治療が年１例以上あること。

イ　強度変調放射線治療（IMRT）を提供できること。

ウ　定位放射線照射による治療（SBRT）を提供できること。

エ　自施設で放射線療法ができない場合は、適切に連携を行うことによりイとウが可能な施設へ紹介して、年１例以上を満たしていること。

オ　放射線治療用吸収性組織スペーサを消化器外科専門医と放射線治療専門医が協力して挿入できること、又は可能な施設へ紹介できる体制を整えていること。

(4) 薬物療法

ア　肝臓、胆道（胆のう・胆管)、膵臓がんに対する薬物治療の合計が年 12 例以上あること。

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で１名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で１名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※　特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

10 肺がん

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　一般社団法人日本呼吸器学会認定施設

イ　呼吸器外科専門医合同委員会認定修練施設（基幹施設）又は関連施設

ウ　気管支鏡専門医が１名上いること。

エ　一般社団法人日本内視鏡外科学会技術認定（消化器・一般外科）取得者が常勤で１名以上いること

オ　公益社団法人日本放射線腫瘍学会認定施設

(2) 外科的治療

ア　肺がんに対する手術が年 50 例以上あること。

(3) 放射線療法

ア　肺がんに対する放射線治療が年 12 例以上あること。

(4) 薬物療法

ア　肺がんに対する薬物治療の症例数が年 24 例以上あること。

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で１名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で１名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※　特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

11 骨･軟部腫瘍

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　公益社団法人日本整形外科学会　骨・軟部腫瘍認定医が常勤で１名以上いること。

イ　公益社団法人日本放射線腫瘍学会認定施設であり、かつ①常勤の放射線治療専門放射線技師が１名以上、②常勤のがん放射線療法看護認定看護師又はがん看護専門看護師が１名以上いること。

ウ　公益社団法人日本臨床腫瘍学会基幹施設

(2) 外科的治療

ア　骨・軟部腫瘍に対する手術が年 24 例以上あること。

(3) 放射線療法

ア　骨・軟部腫瘍に対する放射線治療が年６例以上あること。

イ　強度変調放射線治療（IMRT）を提供できること。

(4) 薬物療法

ア　骨・軟部腫瘍に対する薬物治療の症例数が年 12 例以上あること。

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で１名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で１名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※　特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

12 難治性皮膚がん

（ここでの難治性皮膚がんとは、悪性黒色腫、血管肉腫等の予後不良の皮膚悪性腫瘍を指す。）

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　公益社団法人日本皮膚科学会主研修施設

イ　公益社団法人日本放射線腫瘍学会認定施設であり、かつ①常勤の放射線治療専門放射線技師が１名以上、②常勤のがん放射線療法看護認定看護師又はがん看護専門看護師が１名以上いること。

ウ　公益社団法人日本臨床腫瘍学会基幹施設

(2) 外科的治療

ア　悪性黒色腫と血管肉腫に対する手術が年 12 例以上あること。

(3) 放射線療法

ア　悪性黒色腫と血管肉腫に対する放射線治療が年６例以上あること。

イ　強度変調放射線治療（IMRT）を提供できること。

(4) 薬物療法

ア　悪性黒色腫と血管肉腫に対する薬物治療が年６例以上あること。

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で１名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で１名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

(5) 特記事項１：症例数は直近３年間の平均値とする。

(6) 特記事項２：症例数集計の対象は、①悪性黒色腫、②血管肉腫 の２つとする。

別紙３

13 乳がん

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　一般社団法人日本乳癌学会認定施設

(2) 外科的治療

ア　乳がんに対する手術が年 30 例以上あること。

(3) 放射線療法

ア　乳がんに対する放射線治療が年 12 例以上あること。

イ　自施設で放射線療法ができない場合は、適切に連携を行うことにより年 12 例を満たしていること。

(4) 薬物療法

ア　乳がんに対する薬物治療が年 20 例以上あること。（ここでの薬物療法とは、従来の化学療法のほか、分子標的療法、内分泌療法、免疫療法を含む。）

イ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※　特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

14 婦人科がん(子宮頸部、子宮体部、卵巣)

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　公益社団法人日本婦人科腫瘍学会指定修練施設

イ　公益社団法人日本放射線腫瘍学会認定施設Ｃ

(2) 外科的治療

ア　子宮の浸潤がん症例に対する手術が年 12 例以上あること。

(3) 放射線療法

ア　子宮がんに対する放射線治療が年 12 例以上あること。

(4) 薬物療法

ア　子宮がん、卵巣がんに対する薬物治療が年 12 例以上あること。

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で１名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で１名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※　特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

15 泌尿器がん（前立腺、腎、膀胱）

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　一般社団法人日本泌尿器科学会専門医教育施設

イ　一般社団法人日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会泌尿器腹腔鏡技術認定者が常勤で１名以上いること。

ウ　公益社団法人日本医学放射線学会修練機関

(2) 外科的治療

ア　ロボット手術、腹腔鏡による手術、開腹手術の合計が年 40 例以上あること。

(3) 放射線療法

ア　泌尿器がんに対する放射線治療が年 12 例以上あること。

イ　強度変調放射線治療（IMRT）を提供できること。

ウ　定位放射線照射による治療（SBRT）を提供できること。

エ　放射線治療用吸収性組織スペーサを消化器外科専門医と放射線治療専門医が協力して挿入できること、又は可能な施設へ紹介できる体制を整えていること。

オ　自施設で放射線療法ができない場合は、適切に連携を行うことによりイとウが可能な施設へ紹介して、年 12 例以上を満たしていること。

(4) 薬物療法

ア　泌尿器がんに対する薬物治療が年 24 例以上あること。

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で１名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で１名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※　特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

16 血液腫瘍分野

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　一般社団法人日本血液学会研修認定施設又は研修教育施設

イ　公益社団法人日本医学放射線学会修練機関

(2) 放射線療法

ア　血液腫瘍分野に対する放射線治療が年２例以上あること。

イ　強度変調放射線治療（IMRT）を提供できること。

ウ　定位放射線照射による治療（SRT/SBRT）を提供できること。

(3) 薬物療法

ア　血液腫瘍分野に対する薬物治療が年 40 例以上あること。

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で１名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で１名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※　特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

17 小児がん(0 歳から 14 歳までにみられるがん)分野

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　小児がん連携病院

イ　一般社団法人日本小児血液・がん学会小児血液・がん専門医研修施設群の関連施設

ウ　一般社団法人日本小児外科学会認定施設又は教育関連施設 A

エ　公益社団法人日本放射線学会修練機関

(2) 外科的治療

ア　小児がん分野に対する手術が年 6 例以上あること。

(3) 放射線療法

ア　小児がん分野に対する放射線治療が年 3 例以上あること。

イ　強度変調放射線治療（IMRT）を提供できること。

ウ　定位放射線治療（SRT/SBRT）を提供できること。

エ　粒子線治療等の適応がある場合は、適切に紹介を行っていること。

(3) 薬物療法

ア　小児がん分野に対する薬物治療が年 12 例以上あること。

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で 1 名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で 1 名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※　特記事項：症例数は直近 3 年間の平均値とする。

別紙３

18 AYA 世代(思春期・若年成人:15 歳から 39 歳まで)のがん

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 総合的な支援

ア　就学、就労、妊よう性の温存、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、自施設若しくは連携施設のがん相談支援センターで対応できる体制を整備していること

(2) 妊よう性温存

ア　がん・生殖医療ネットワークに加入していること。

イ　「小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」へ参画していること。

ウ　妊よう性の温存について、患者や家族には必ず治療開始前に情報提供をしていること。

(3) 就労支援

ア　産業保健総合支援センターと連携して、仕事と治療の両立支援を行っていること。

イ　沖縄県社会保険労務士会と連携して、仕事と治療の両立支援を行っていること。

(4) 症例数

ア　AYA 世代のがんの治療件数が年 24 例以上あること。

※　特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

19 希少がん分野

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 学会の認定

ア　公益社団法人日本放射線腫瘍学会認定施設

イ　公益社団法人日本臨床腫瘍学会基幹施設又は認定施設

(2) 放射線療法

ア　放射線治療が年 200 例以上あること。（全てのがんを対象とする。）

(3) 薬物療法

ア　薬物治療が年 500 例以上あること。（全てのがんを対象とする。）

イ　がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤師のいずれかが常勤で１名以上いること。

ウ　がん看護専門看護師又はがん化学療法認定看護師（がん薬物療法認定看護師）のいずれかが常勤で１名以上いること。

エ　薬物療法の副作用に迅速かつ適切に対応する体制が整っていること。特に、組織上明確に位置付けられた、各臓器の専門医に加えて多職種で構成された免疫チェックポイント阻害薬対策チームが組織されていること。前述の専門医がいない場合は、他の医療機関と連携して対応が迅速に行われることが組織上明確に規定されていること。

※　特記事項：症例数は直近３年間の平均値とする。

別紙３

20 遺伝性腫瘍

（がんの発症につながりやすい遺伝子変化を遺伝的に受け継いでいることが、がんの発症に大きく影響していることが明らかな腫瘍）

以下の項目を全て満たしていること。

(1) 総合的支援

ア　遺伝性腫瘍を罹患した患者（疑いも含む。）に対するカウンセリングを含むサポート体制が組織的に行われていること。

(2) 学会の認定

ア　一般社団法人日本人類遺伝学会認定研修施設

イ　日本遺伝性腫瘍学会遺伝性腫瘍専門医が常勤で１名以上いること。

(3) 治療症例

ア　遺伝性腫瘍に対する治療が年３例以上あること。

(4) カウンセリング件数

ア　遺伝性腫瘍（疑いも含む。）に対するカウンセリングが年 12 例以上あること。

※　特記事項１：症例数は直近３年間の平均値とする。

※　特記事項２：症例数集計の対象は、

①遺伝性乳がん・卵巣がん症候群(HBOC)
②リンチ症候群(HNPCC)
③家族性大腸腺腫症(FAP)
④多発性内分泌腫瘍症(MEN)
⑤網膜芽細胞腫(RB)
⑥リー・フラウメニ症候群(LFS)
の６つとする。

資料13-1

2026 年 6 月

令和 8 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・ぱんさぁ活動報告書

■「With you OKINAWA2026」参画


沖縄タイムス

乳がん 心身のケア考える

来月30日浦添

5 月 30 日(土)浦添市てだこホールにて開催されました「With you OKINAWA」に今年も参画いたしました。
当日は事前申し込み 117 名、当日受付 20 名の計 137 名が参加し、沖縄タイムス新聞による事前の報道協力もあり、大きな反響を得ました。

【新たな取り組み】当会員の専門性を活かした出展

・がん専門運動指導士ブース
・ボディペイントブース

その他のブース

・まんま宮古ハッピーキャップ展示と贈呈
・沖縄がん教育サポートセンター
・ピア・サポーター養成講座紹介
・ピンクリボンアドバイザー紹介

開場直後から多くの来場者で賑わいました。



【患者懇親会の主導】

例年通り事前の企画・準備等 4 月から始動しました。
今年から会場が変わったため下見に行ったり、懇親会初の「大抽選会」を企画したので、賞品の準備や打ち合わせをみんなで集まって入念に行いました。
当日は、司会、余興(踊り・歌)、抽選会すべてを患者会が担って会場を盛り上げたほか、直前に手術を終え退院したその足で駆け付けたぴんく・ぱんさぁメンバーがステージで体験談を語り、参加した多くの方々に感動と希望を届けました。



また、懇親会内では県内各地のグループによる活動報告が行われました。

・北部地域患者会「いっぽいっぽの会」

・八重山患者会「ナネーズスロー」

・宮古患者会「まんま宮古」

・沖縄がん教育サポートセンター

各グループがそれぞれの地域における実践や成果を発表し、全県的な情報共有と、今後の相互協力を確認する場となりました。





■現在の取り組み

・北部地域患者会「いっぽいっぽの会」との連携

年内 10 月、来年 2 月開催予定

・ラジオ番組「ぴんくりぼんタイム」の継続

ぎのわんシティ FM にて毎週金曜 19:30～20:00 放送中。様々な情報を発信しています。

・Instagram(@okinawapinkpanther)による継続的な情報発信

イベント告知、最新の活動状況、検診啓発情報等をリアルタイムに発信しています。

資料13-2

若年性がん患者会

Be style



◆患者会活動報告◆

20～40代の
がんに罹患経験のある方の交流会



こんな活動をしています

■情報発信活動
InstagramおよびFacebookを活用し、患者会の活動紹介や関連情報の発信を行いました。定期的な投稿を通じて、患者・家族への情報提供および患者会の周知に努めています。

■相談支援活動
患者さんからの相談に対応し、不安や悩みの共有、必要な情報提供を行いました。相談者に寄り添いながら、安心して療養生活を送るための支援を実施しています。

■患者会開催
患者会を開催し、患者さんの交流や情報交換の場を提供しました。参加者が経験や思いを共有することで、お互いに理解を深め支え合いにつながる機会になっています。

患者会のお知らせや
最新情報は
こちらから！

@BE_STYLE_OKINAWA



現役の看護師が
サポートしています

沖縄県のご長寿は、健在です！

必要なのは
ハイリスクアプローチ

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

ターゲットは「協会けんぽ」

音声 by 動画制作会社VIDWEB（https://vidweb.co.jp/）、**音声データは非公開です。**

がん経験者の会：又 吉　賢 弘

沖縄県がん対策推進計画（第3次）中間評価

ページ番号1006324　更新日 2024年1月11日

印刷　大きな文字で印刷

沖縄県がん対策推進計画（第3次）に定める目標等を確実に達成するため、同計画の進捗状況を把握する必要があることから、同計画の中間評価を実施しました。評価にあたっては、沖縄県がん対策推進計画検討会から意見を聴取しました。評価の内容は次のとおりです。

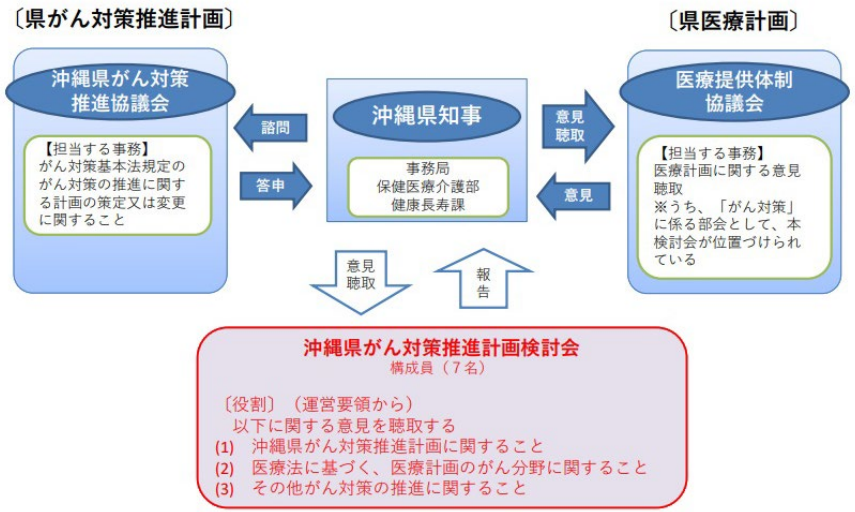
- 沖縄県がん対策推進計画（第3次）中間評価（PDF 1.9MB）
- 沖縄県がん対策推進計画（第3次）中間評価概要版（PDF 265.4KB）

PDFファイルをご覧いただくには、「Adobe(R) Reader(R)」が必要です。お持ちでない方はアドビシステムズ社のサイト（新しいウィンドウ）からダウンロード（無料）してください。

このページに関するお問い合わせ

沖縄県 保健医療介護部 健康長寿課
〒900-8570　沖縄県那覇市泉崎1-2-2 行政棟4階（北側）
電話：098-866-2209　ファクス：098-866-2289
お問い合わせは専用フォームをご利用ください。

沖縄県がん対策推進計画検討会の位置づけ



資料４

沖縄県がん対策推進計画検討会構成員名簿

	所属	役職	氏名	任期
1	沖縄県医師会	常任理事	玉城　研太朗	令和７年７月～令和９年６月
2	一般社団法人沖縄県医療ソーシャルワーカー協会	理事	奥平　藤也	令和７年７月～令和９年６月
3	サバイバーナースの会「ぴあナース」	代表	上原　弘美	令和７年９月～令和９年６月
4	都道府県がん診療連携拠点病院	琉球大学病院がんセンター長	増田　昌人	令和７年７月～令和９年６月
5	那覇市保健所	所長	仲宗根　正	令和７年７月～令和９年６月
6	琉球大学大学院医学研究科公衆衛生学・疫学講座	教授	中村　幸志	令和７年７月～令和９年６月
7	沖縄県保健医療介護部	保健医療介護部医療介護統括監	山内　昌満	令和７年７月～令和９年６月

※　検討会運営要領第３条第３項の規定により、
議事進行は保健医療介護部医療介護統括監が行う

沖縄県がん対策推進計画検討会運営要領

（目的）
第１条　本県のがん対策の推進を図ることを目的として、必要な事項について意見聴取をするため、沖縄県がん対策推進計画検討会を開催する。

（検討会の意見聴取）
第２条　検討会において、次に掲げる事項に関する意見等を聴取する。
⑴　沖縄県がん対策推進計画に関すること。
⑵　医療法に基づく、医療計画のがん分野に関すること。
⑶　その他がん対策の推進に関すること。

資料9-(1)

2024年2月2日

協議会　委員各位

協議会　幹事長
増田昌人

審議事項2　次年度の協議会活動の重点事項について

来年度以降の協議会における活動についての、基本方針を決定する。

提案の趣旨

ロジックモデルの作成から、ロジックモデルを活用し、沖縄県におけるがん対策の進捗管理と評価改善を行っていく。

＜協議会＞

1　ベンチマーク部会が、第4次沖縄県がん対策推進計画(以下、沖縄県がん計画)と、第4次沖縄県がん対策推進計画(協議会案)(以下、協議会版がん計画)の指標を測定し、本協議会で報告する。協議会はこれをもとに進捗管理と評価改善を行う。これを繰り返すことにより、ロジックモデルを活用し、沖縄県におけるがん対策の評価改善を行っていく。

2　2024 年度の協議会における予定

第1回:測定できた指標を報告する。そのうち、各専門部会の要望を受けて、幹事会で審議した重要事項について審議する

第2回:第1回と同様に重点事項について審議すると同時に、予算化等が必要であればその審議も行い、関係部署に要望する

第3回:年次定例進捗会議として、全体の進捗状況を評価する

第4回:次年度計画会議として、次年度の計画を策定する

＜専門部会＞

1　本協議会において、協議会版がん計画の各分野について、6つの専門部会がカバーする分野を決定する(次ページを参照)

2　専門部会ごとに、協議会版がん計画のロジックモデルをベースに、ロジックモデルを作る

3　前述のロジックモデルをベースに、来年度計画を立てる

4　専門部会ごとに、ロジックモデルを用いて、①割り当てられた分野の評価、②部会としての進捗状況を評価し、毎回の協議会で報告する

5　予算要望事項があれば、第2回協議会に提出する

6　今年5月に、すべての専門部会対象に「進捗評価研修」を行う

沖縄県がん対策推進計画(第3次)中間評価

c 検診受診率が向上している

(a) 施策と取組状況

○ 市町村は、地区医師会等と協力して、がん検診の利便性向上を図る ○ 県及び市町村は、沖縄県医師会と連携し、かかりつけ医によるがん検診の受診勧奨を推進する	○ 市町村では、休日検診、特定健診との同時実施及び女性限定受診日設定等を実施し、利便性の向上に努めています。 ○ 県及び市町村は、沖縄県医師会と連携し、かかりつけ医によるがん検診の受診勧奨を推進しています。

(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 (↘)

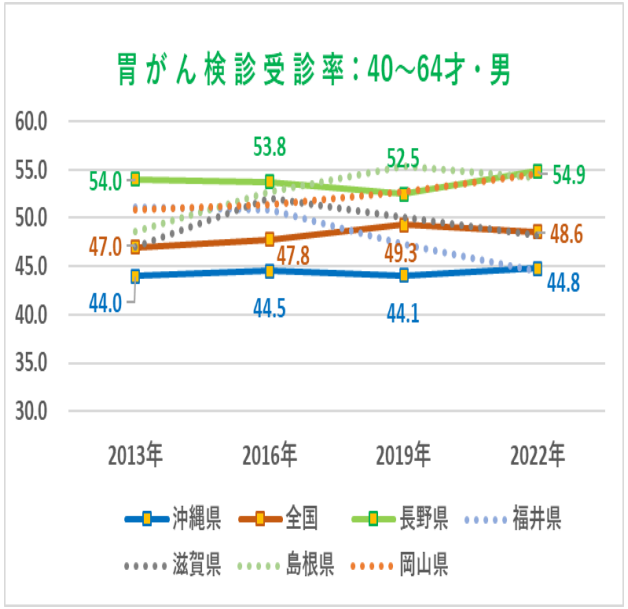
(出典:国民生活基礎調査)

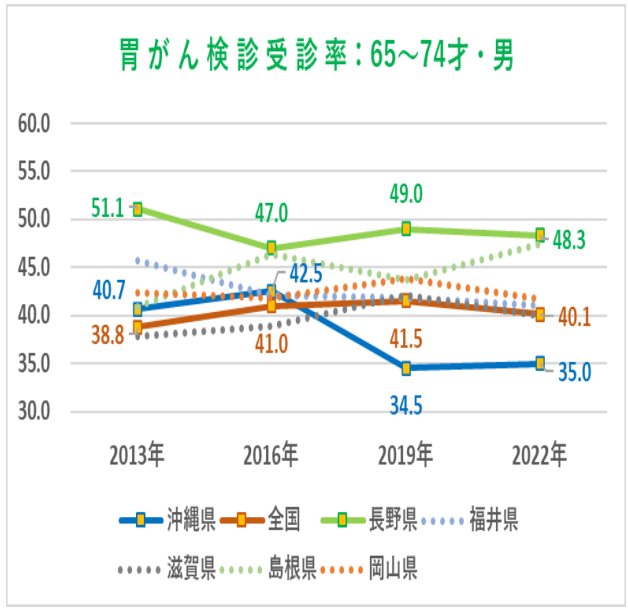
中間アウトカム

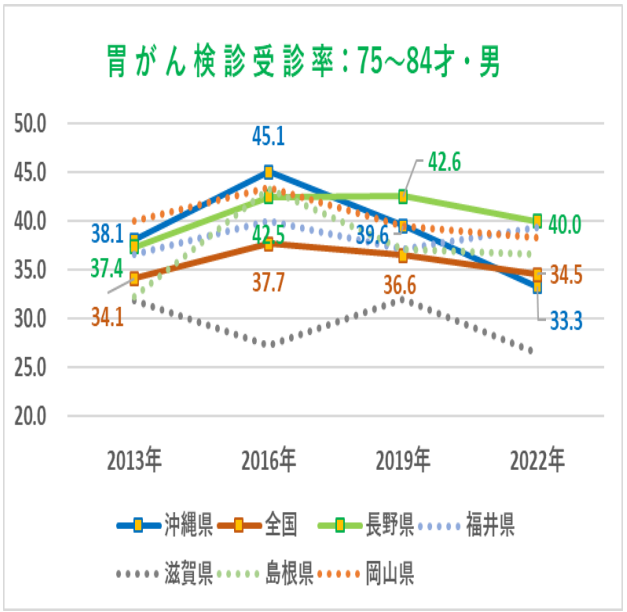
		基準年	直近の前年	直近値	結果	目標
がん検診受診率 *国民生活基礎調査(3年ごと) ※40(胃50/子宮頸20)～69歳	胃	47.6% (R4)	－ －	－ －	ー	60%以上
	大腸	38.4% (R4)	－ －	－ －	ー	60%以上
	肺	44.5% (R4)	－ －	－ －	ー	60%以上
	乳	48.8% (R4)	－ －	－ －	ー	60%以上
	子宮頸	45.3% (R4)	－ －	－ －	ー	60%以上
市町村対策型がん検診受診率(地域保健・健康増進報告) ※40(胃50/子宮頸20)～69歳	胃	7.1% (R3)	7.2% (R4)	7.0% (R5)	↘ 後退	増加
	大腸	6.4% (R3)	6.6% (R4)	6.9% (R5)	↗ 改善	増加
	肺	7.0% (R3)	7.3% (R4)	7.4% (R5)	↗ 改善	増加
	乳	12.1% (R3)	12.5% (R4)	12.2% (R5)	↗ 改善	増加
	子宮頸	12.9% (R3)	13.2% (R4)	13.1% (R5)	↗ 改善	増加

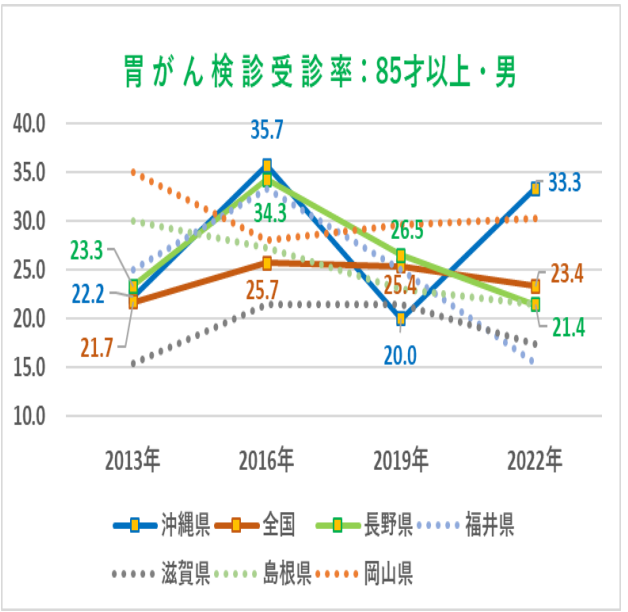
「第４次沖縄県がん対策推進計画(当協議会版)」の進捗状況について(ベンチマーク部会)

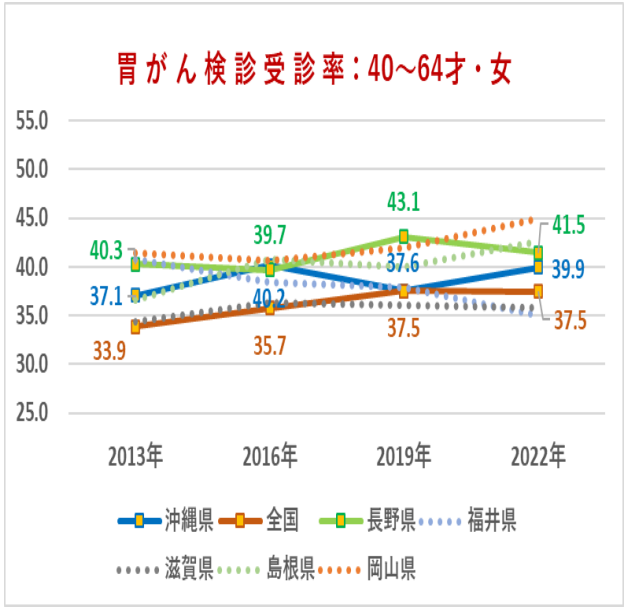
	科学的根拠に基づく受診勧奨を行い、検診受診率の増加ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-1	指標	検診受診率(国民生活基礎調査)	胃(50～69歳/過去2年間)	男49.5% 女45.7% (2022)	男53.7% 女43.5% (2022)	男 山形県73.6% 女 山形県67.3% (2022)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」4. がん検診受診率(国民生活基礎調査)がん検診受診率
			大腸(40～69歳/過去1年間)	男40.0% 女37.0% (2022)	男49.1% 女42.8% (2022)	男 山形県65.1% 女 山形県63.1% (2022)	
			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% (2022)	
			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% (2022)	
			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% (2022)	

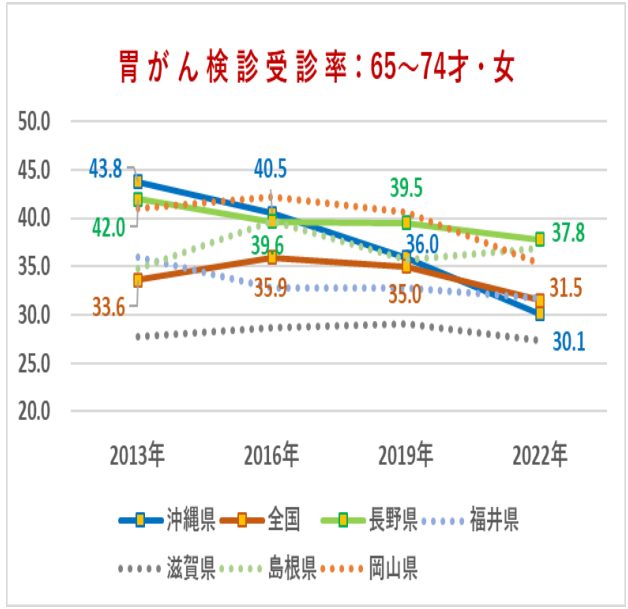


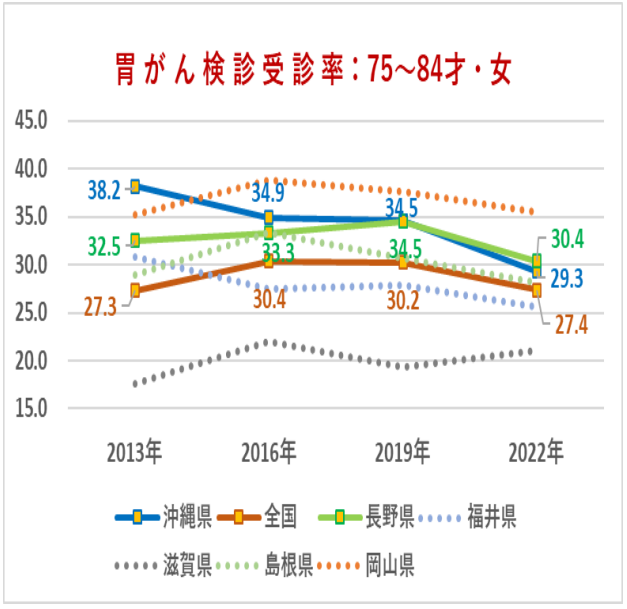


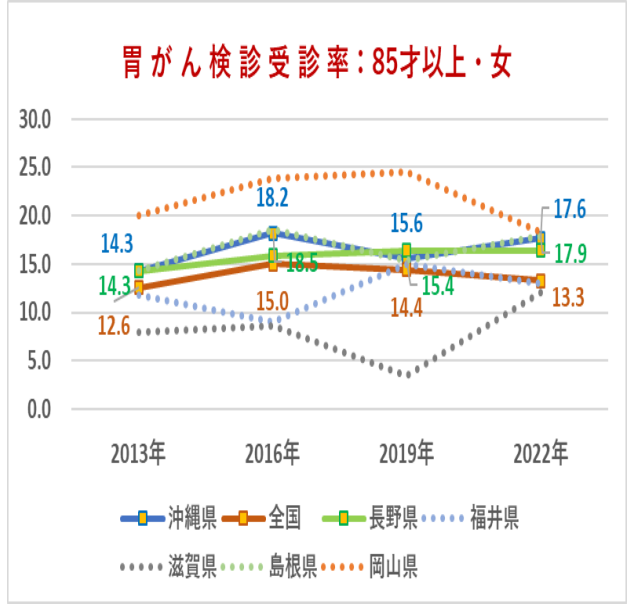




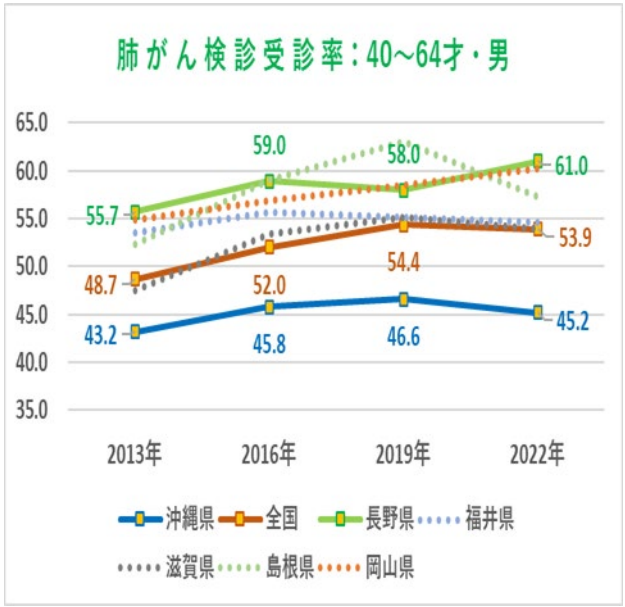


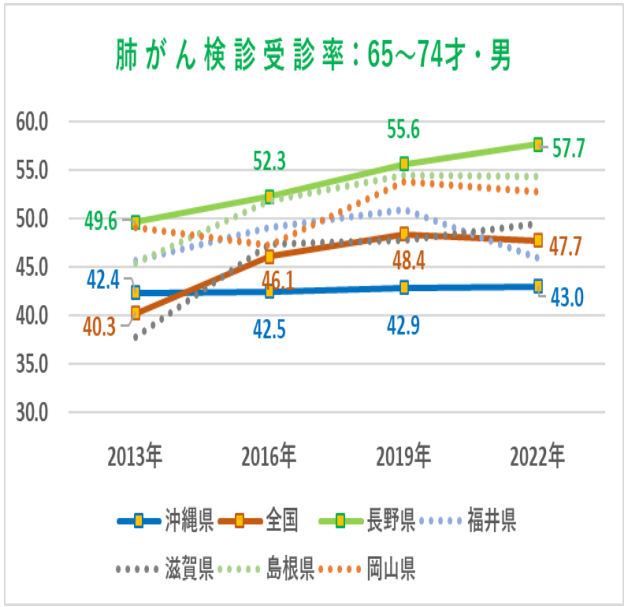


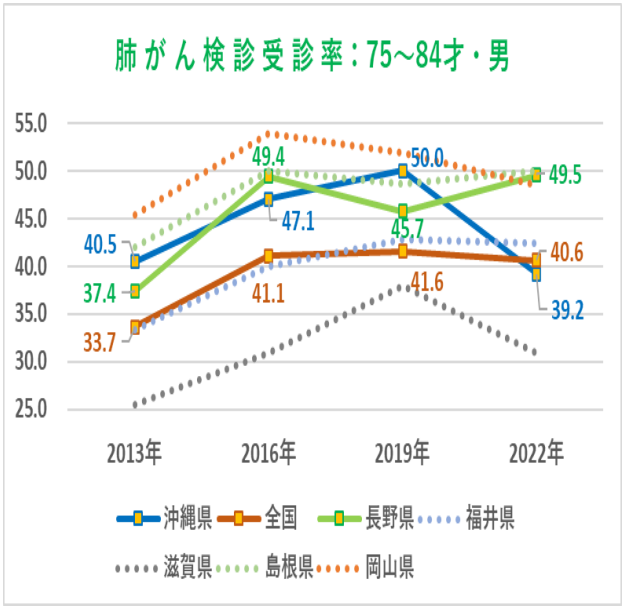


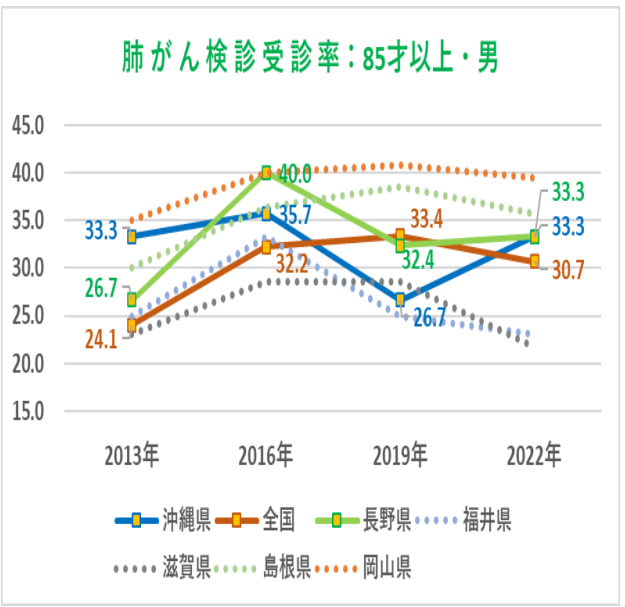


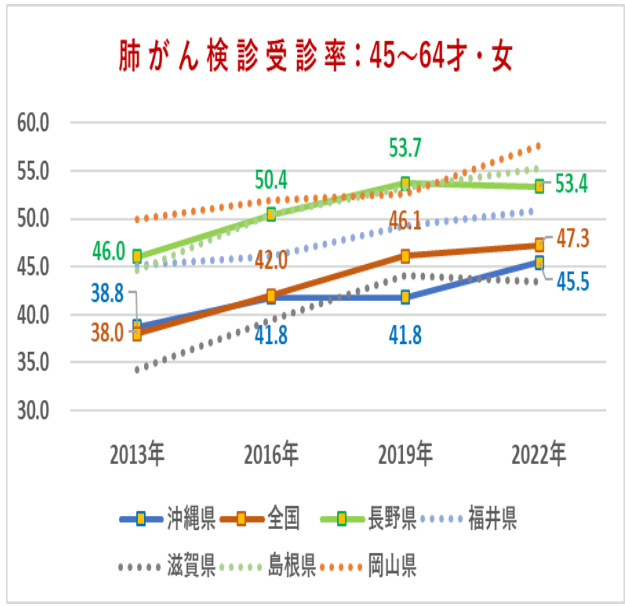
出典：e-Stat「国民生活基礎調査 健康 都道府県編、世帯人員（20歳以上）性・年齢（５歳階級）別 がん検診受診状況」

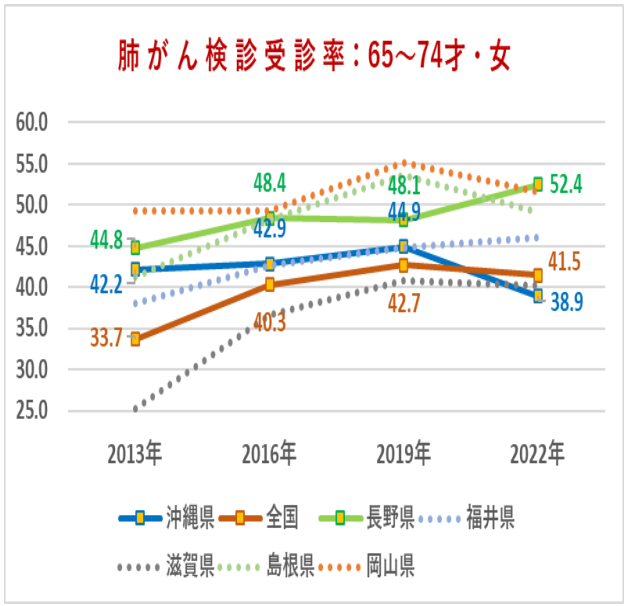


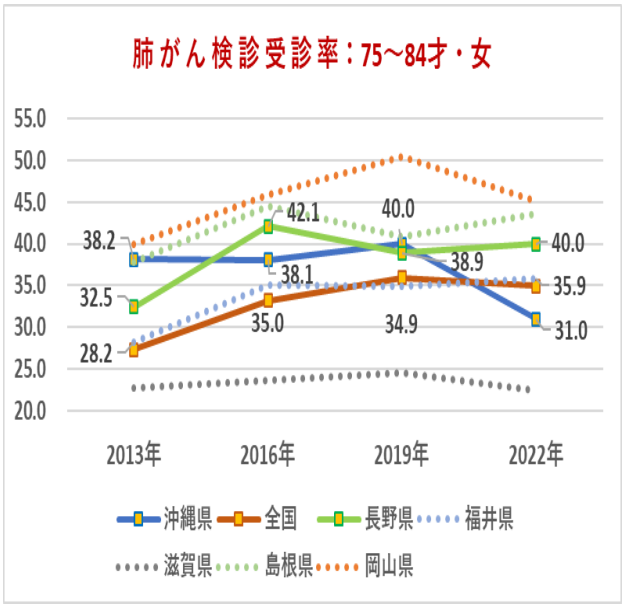


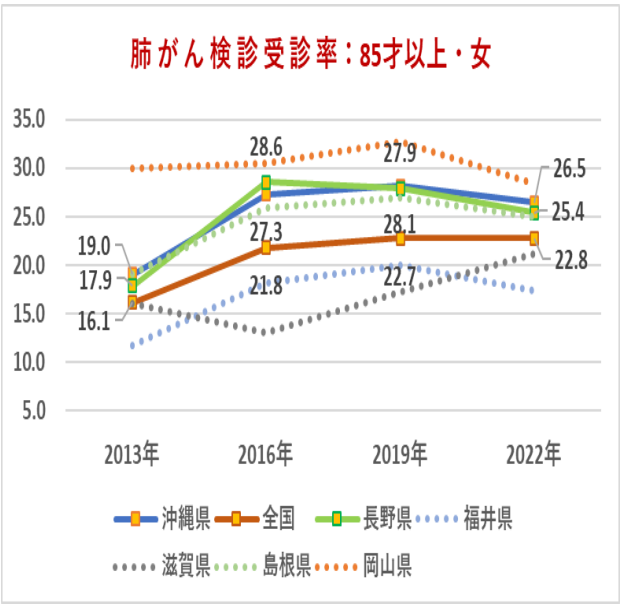




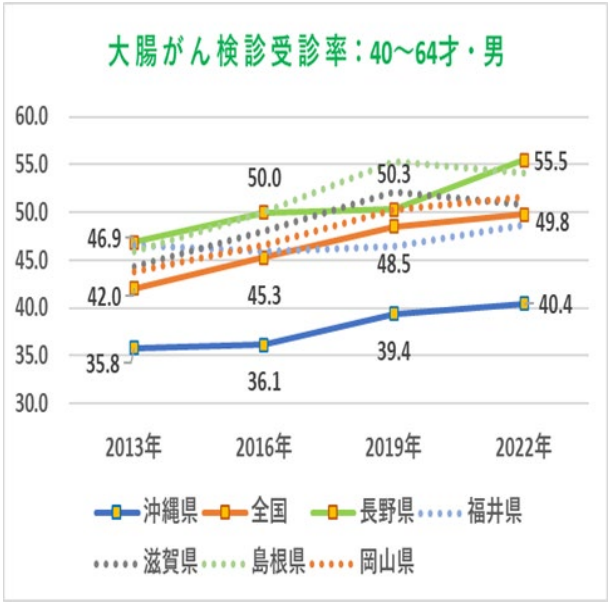


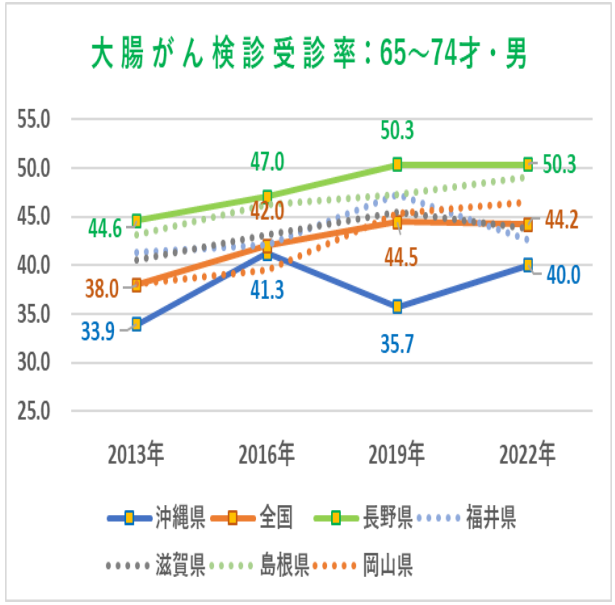


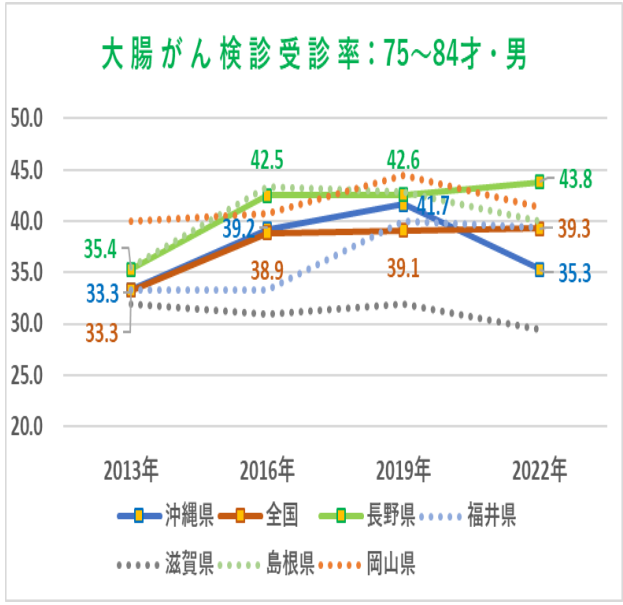


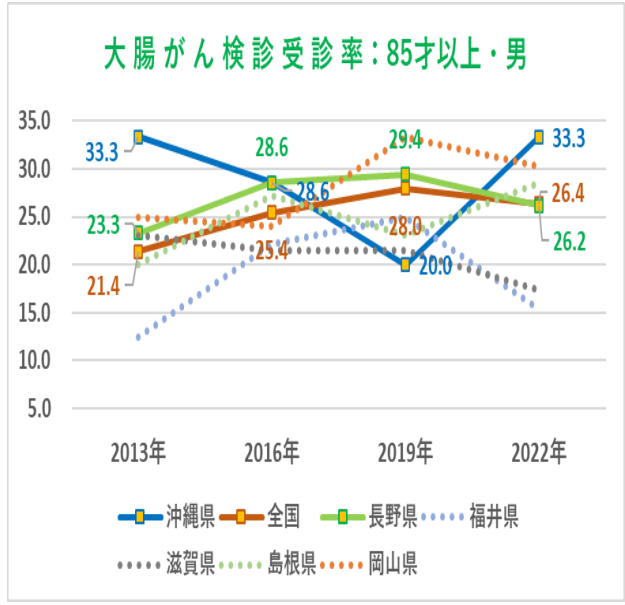


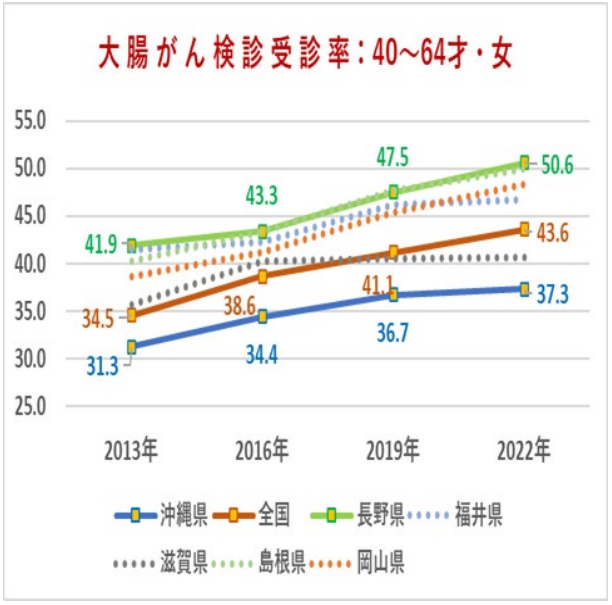
出典：e-Stat「 国民生活基礎調査 健康 都道府県編、世帯人員（20歳以上）性・年齢（５歳階級）別 がん検診受診状況 」

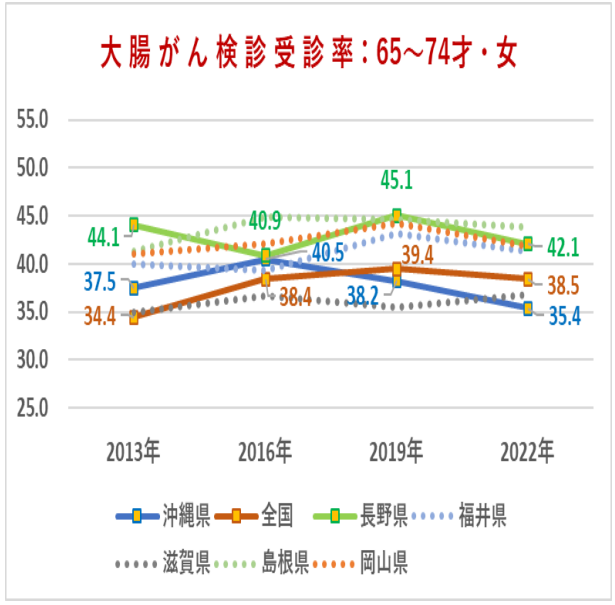


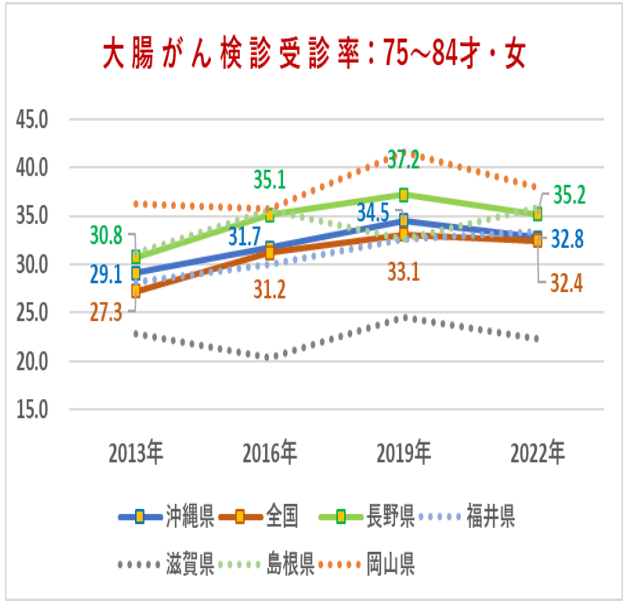


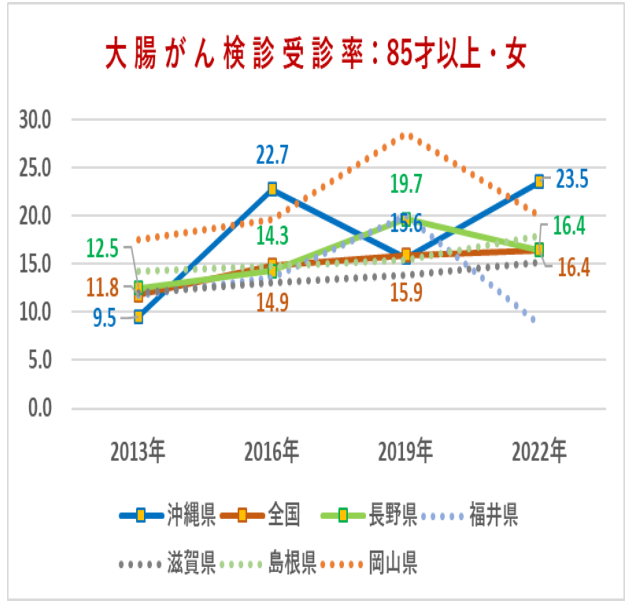




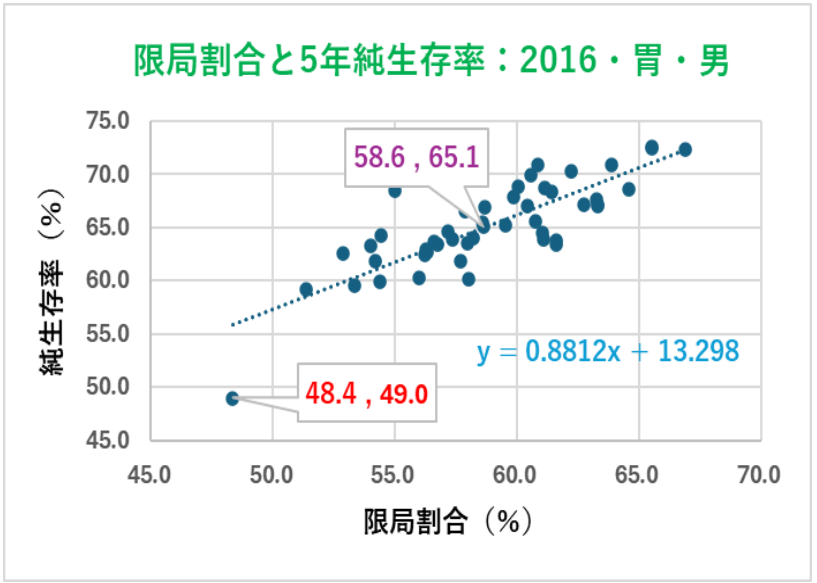


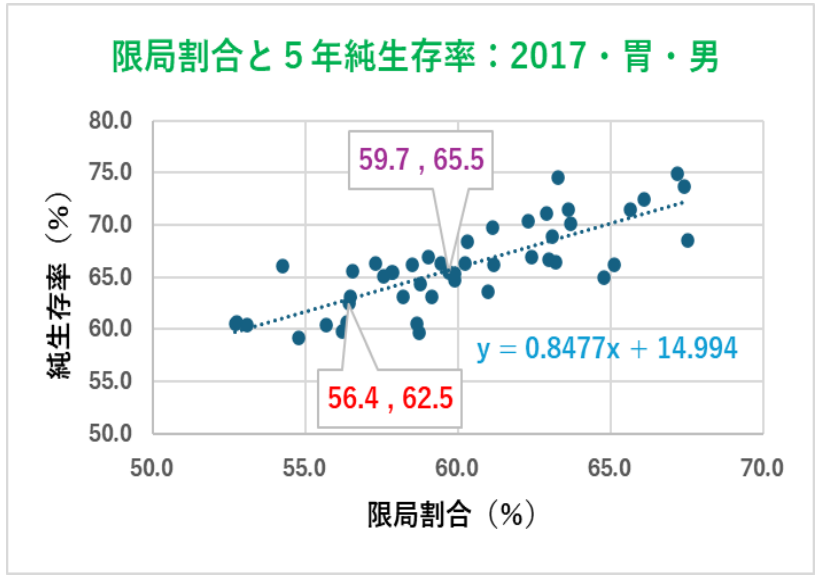


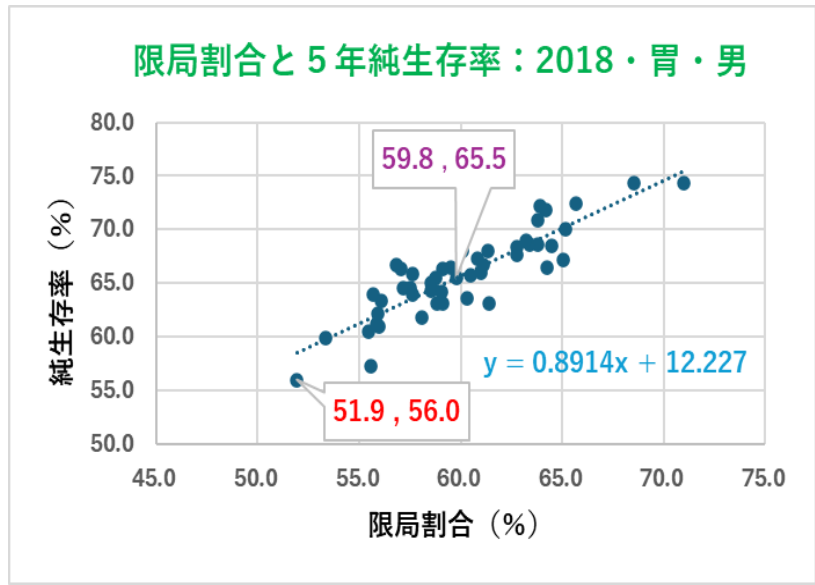


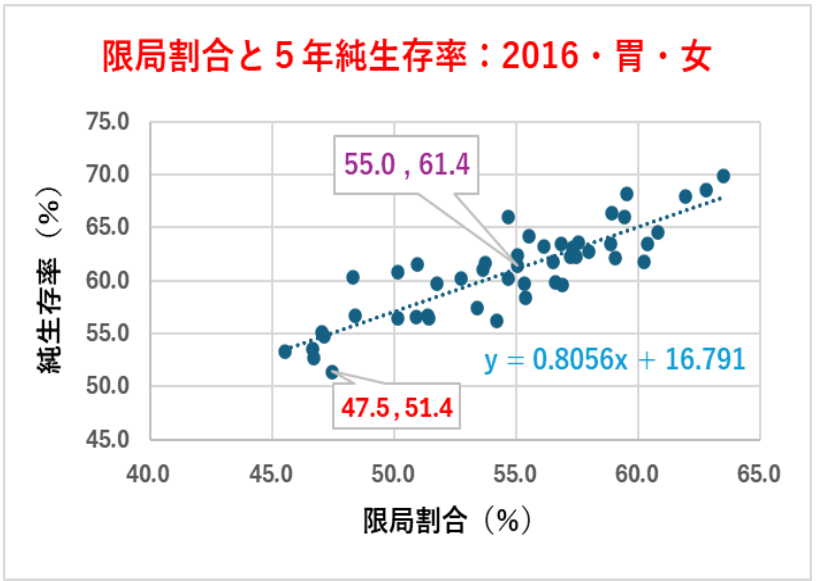


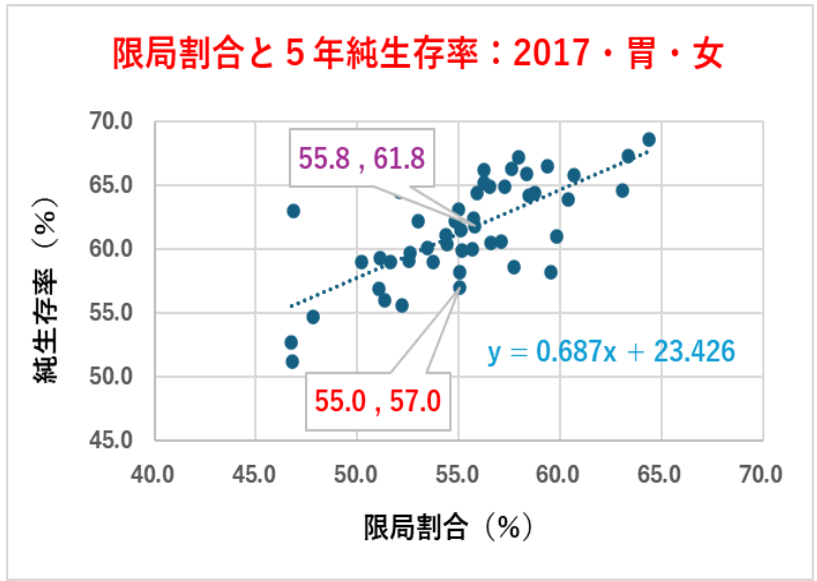
出典：e-Stat「国民生活基礎調査 健康 都道府県編、世帯人員（20歳以上）性・年齢（５歳階級）別 がん検診受診状況」

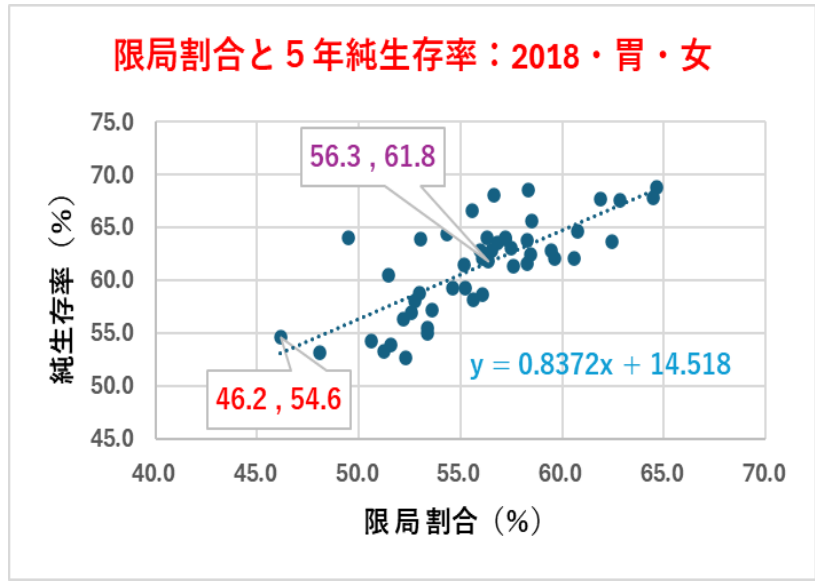

限局割合と5年純生存率：2016・胃・男
純生存率（%）
限局割合（%）
58.6 , 65.1
48.4 , 49.0
y = 0.8812x + 13.298

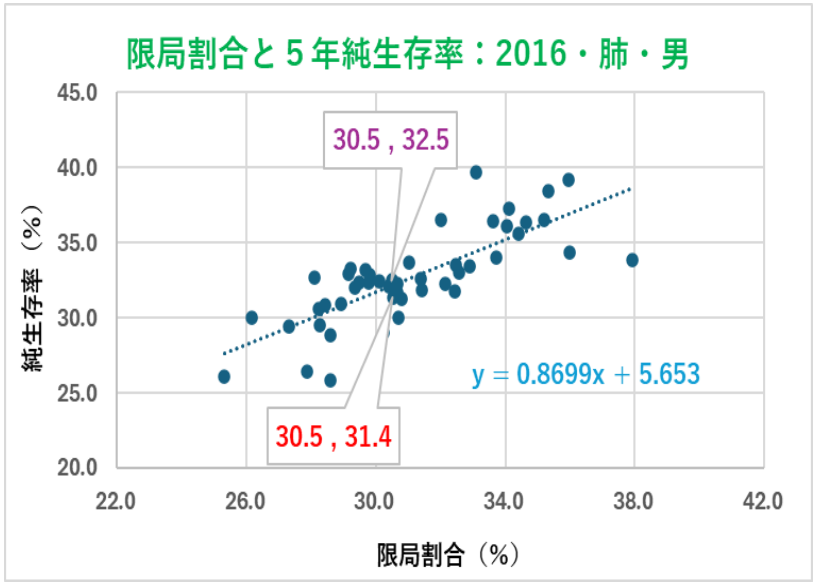

限局割合と５年純生存率：2017・胃・男
純生存率（%）
限局割合（%）
59.7 , 65.5
56.4 , 62.5
y = 0.8477x + 14.994

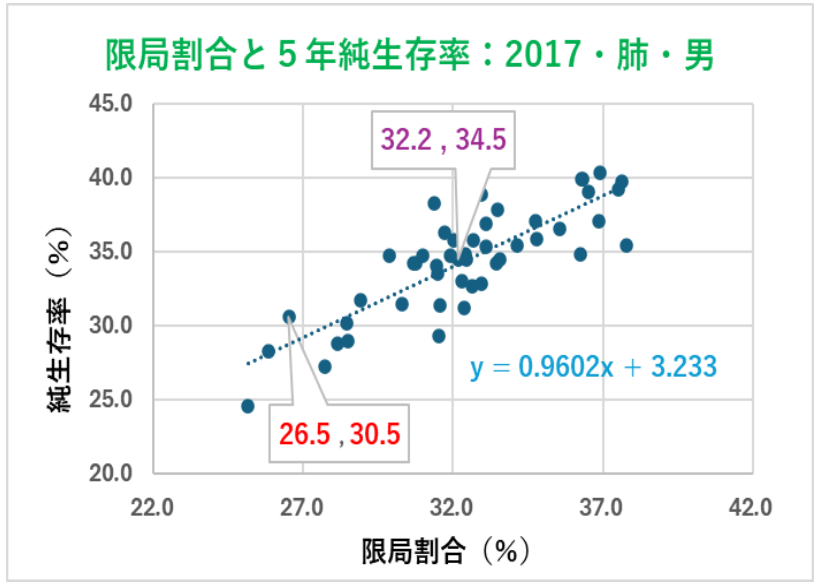

限局割合と５年純生存率：2018・胃・男
純生存率（%）
限局割合（%）
59.8 , 65.5
51.9 , 56.0
y = 0.8914x + 12.227

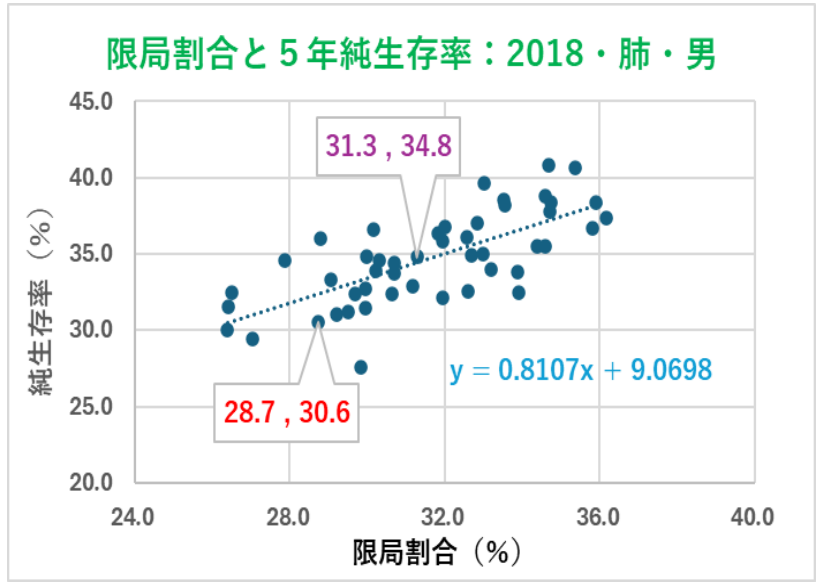

限局割合と５年純生存率：2016・胃・女
純生存率（%）
限局割合（%）
55.0 , 61.4
47.5 , 51.4
y = 0.8056x + 16.791

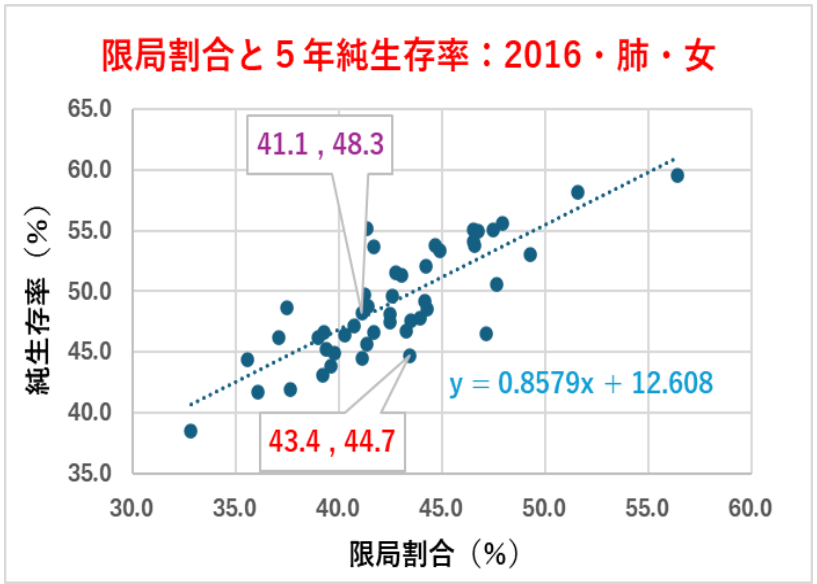

限局割合と５年純生存率：2017・胃・女
純生存率（%）
限局割合（%）
55.8 , 61.8
55.0 , 57.0
y = 0.687x + 23.426

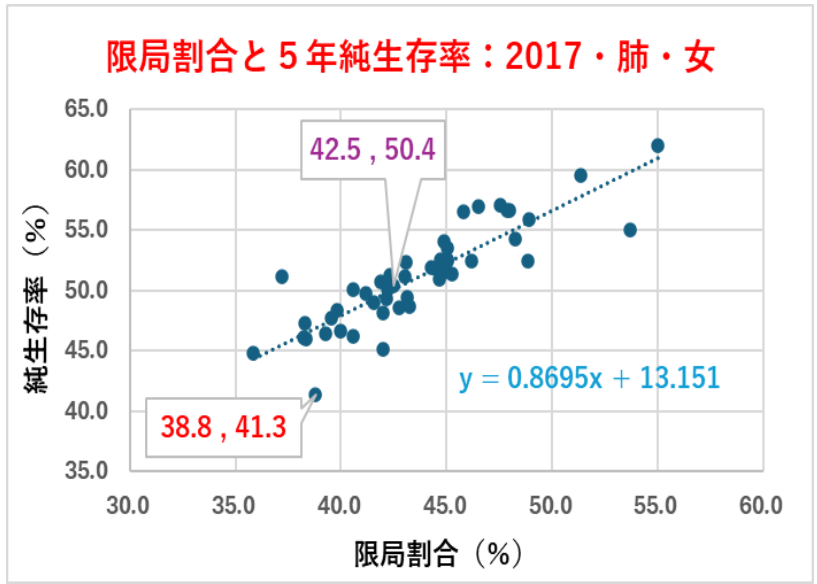

限局割合と５年純生存率：2018・胃・女
純生存率（%）
限局割合（%）
56.3 , 61.8
46.2 , 54.6
y = 0.8372x + 14.518

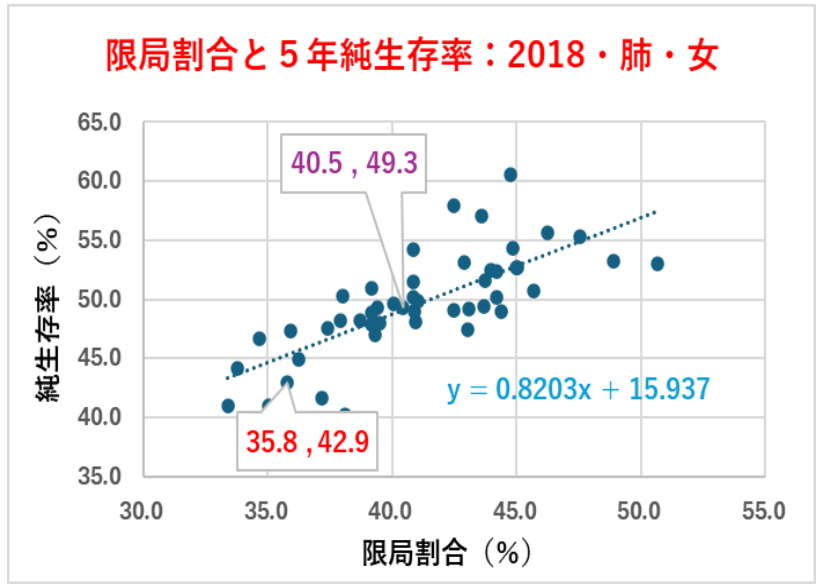

限局割合と５年純生存率：2016・肺・男
30.5 , 32.5
y = 0.8699x + 5.653
30.5 , 31.4
純生存率（%）
限局割合（%）

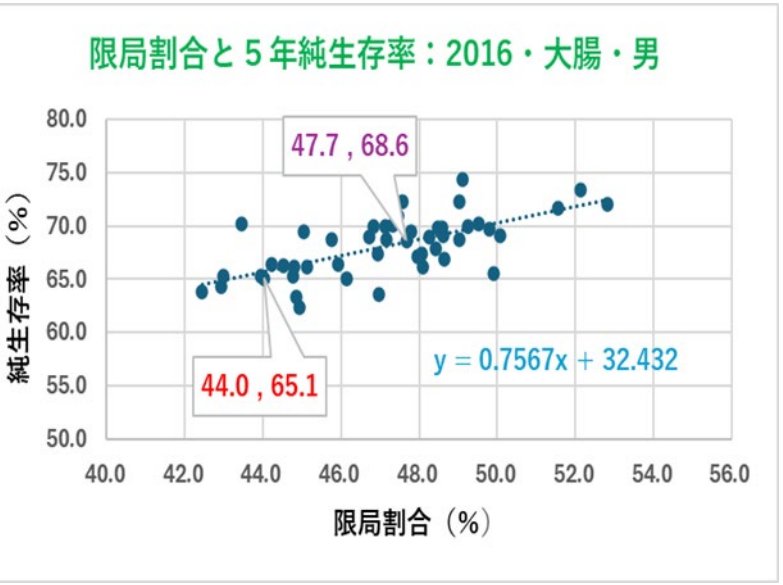

限局割合と５年純生存率：2017・肺・男
32.2 , 34.5
y = 0.9602x + 3.233
26.5 , 30.5
純生存率（%）
限局割合（%）

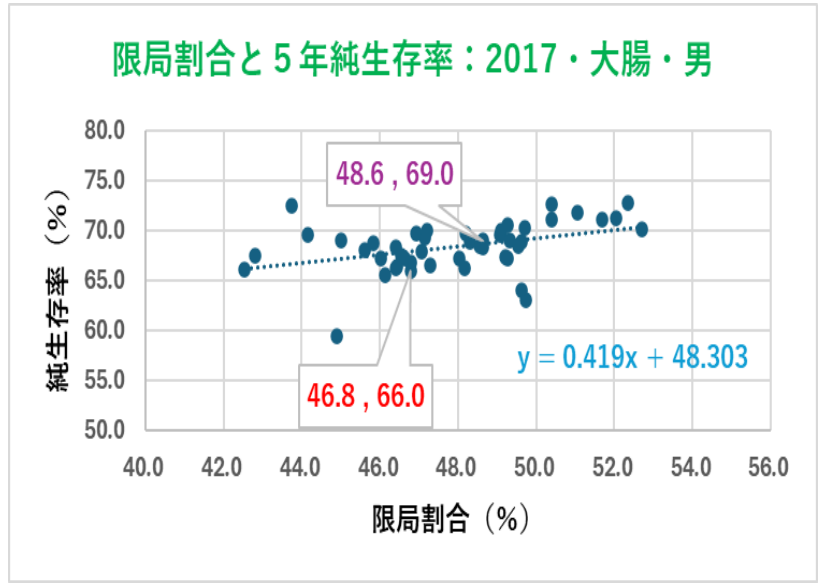

限局割合と５年純生存率：2018・肺・男
31.3 , 34.8
y = 0.8107x + 9.0698
28.7 , 30.6
純生存率（%）
限局割合（%）

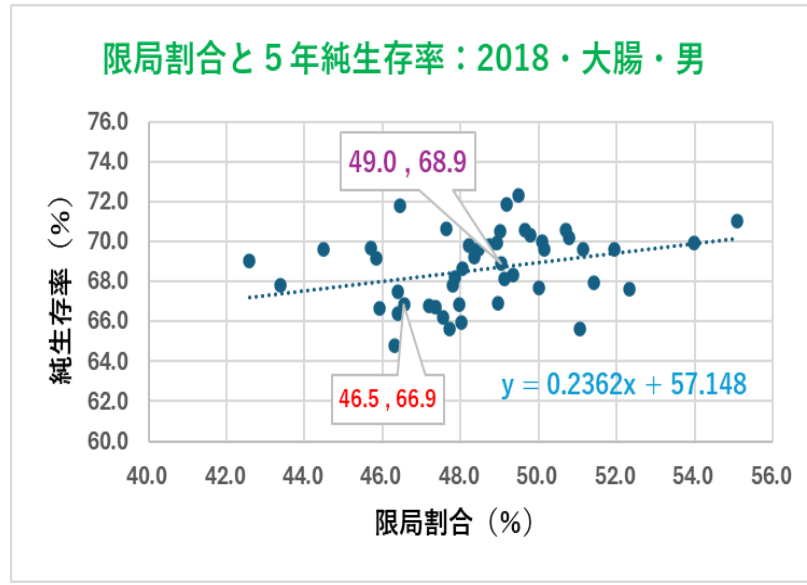

限局割合と５年純生存率：2016・肺・女
41.1 , 48.3
y = 0.8579x + 12.608
43.4 , 44.7
純生存率（%）
限局割合（%）

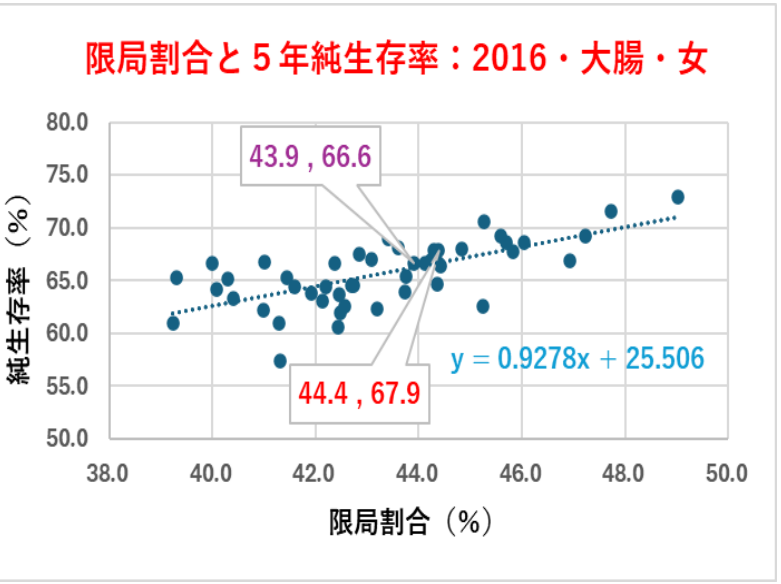

限局割合と５年純生存率：2017・肺・女
42.5 , 50.4
y = 0.8695x + 13.151
38.8 , 41.3
純生存率（%）
限局割合（%）

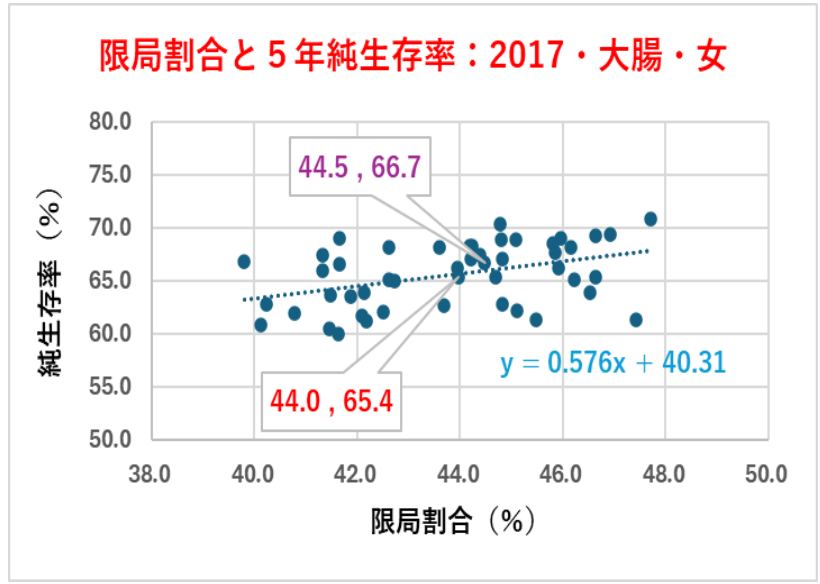

限局割合と５年純生存率：2018・肺・女
40.5 , 49.3
y = 0.8203x + 15.937
35.8 , 42.9
純生存率（%）
限局割合（%）

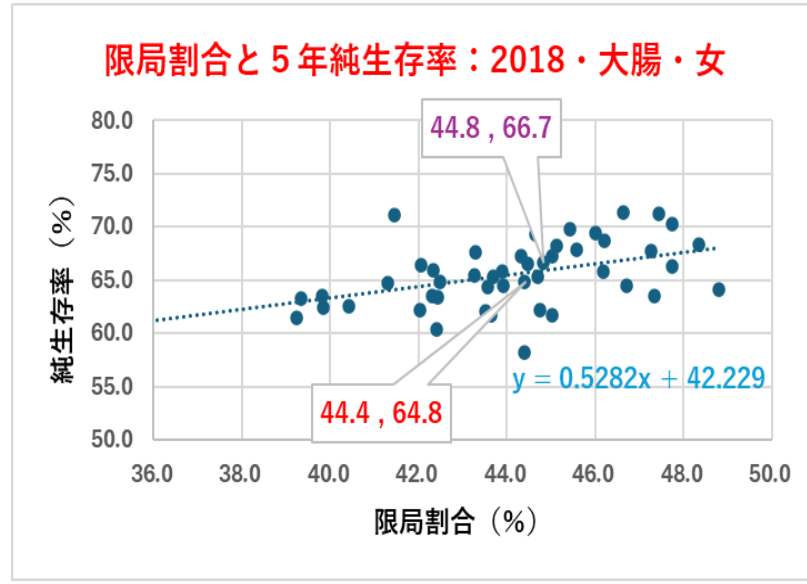

限局割合と５年純生存率：2016・大腸・男
純生存率（%）
限局割合（%）
47.7 , 68.6
44.0 , 65.1
y = 0.7567x + 32.432


限局割合と５年純生存率：2017・大腸・男
純生存率（%）
限局割合（%）
48.6 , 69.0
46.8 , 66.0
y = 0.419x + 48.303


限局割合と５年純生存率：2018・大腸・男
純生存率（%）
限局割合（%）
49.0 , 68.9
46.5 , 66.9
y = 0.2362x + 57.148


限局割合と５年純生存率：2016・大腸・女
純生存率（%）
限局割合（%）
43.9 , 66.6
44.4 , 67.9
y = 0.9278x + 25.506


限局割合と５年純生存率：2017・大腸・女
純生存率（%）
限局割合（%）
44.5 , 66.7
44.0 , 65.4
y = 0.576x + 40.31


限局割合と５年純生存率：2018・大腸・女
純生存率（%）
限局割合（%）
44.8 , 66.7
44.4 , 64.8
y = 0.5282x + 42.229

9. がん死亡（年齢階級別死亡数、年齢階級別死亡率）

2021 年の年齢階級別死亡数の割合は、64 歳以下の占める割合が、沖縄県では男性 17.5%、女性 18.7%、全国では男性 10.9%、女性 13.1%であり、男女ともに沖縄県が高くなっている（年齢不詳を除く。図 12）。

高齢になるに伴い、多くの部位で年齢階級別死亡数及び死亡率ともに値が高くなるが、女性では乳房、子宮、卵巣は、他部位に比べ、低い年齢層からの死亡率上昇がみられた（図 13-1、13-2）。

		14歳以下（小児）	15-39歳（AYA世代）	40-64歳	65-74歳	75-84歳	85歳以上	合計	小児・AYA世代（再掲）
沖縄県 2021	男	3	12	344	618	583	493	2,053	15
		(0.1%)	(0.6%)	(16.8%)	(30.1%)	(28.4%)	(24.0%)	(100.0%)	(0.7%)
	女	1	16	245	304	365	469	1,400	17
		(0.1%)	(1.1%)	(17.5%)	(21.7%)	(26.1%)	(33.5%)	(100.0%)	(1.2%)
全国 2021	男	127	921	23,089	60,719	80,404	57,196	222,456	1,048
		(0.1%)	(0.4%)	(10.4%)	(27.3%)	(36.1%)	(25.7%)	(100.0%)	(0.5%)
	女	106	1,050	19,714	30,958	47,027	60,179	159,034	1,156
		(0.1%)	(0.7%)	(12.4%)	(19.5%)	(29.6%)	(37.8%)	(100.0%)	(0.7%)

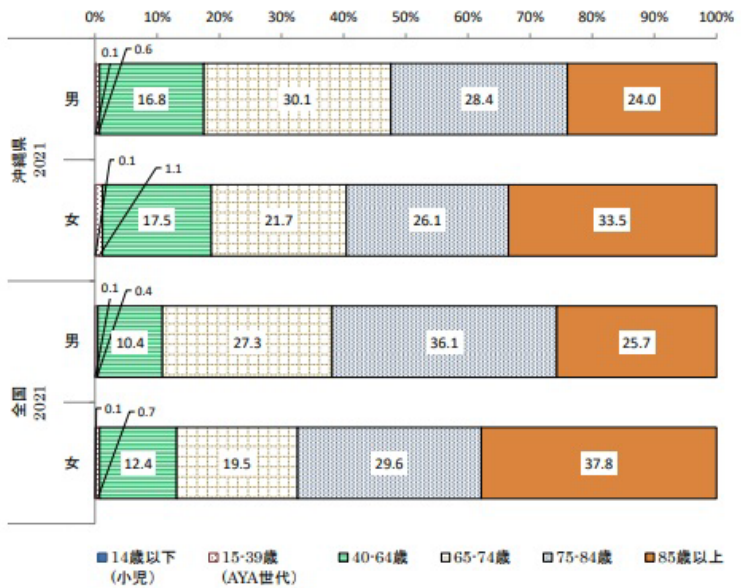


図 12 年齢階級別死亡数割合（%）（表 10 から作成。年齢不詳を除く。）

6. 発見経緯別の進展度

一般的にがん検診が実施されている部位について、発見経緯を検診（がん検診、健診・人間ドック）と検診以外（他疾患の経過観察中、剖検発見、その他・不明（症状受診を含む））に分けて進展度をみると、検診で発見された場合は、検診以外で発見された場合と比べて上皮内がん及び限局がんの割合が高くなっている(図 9)。

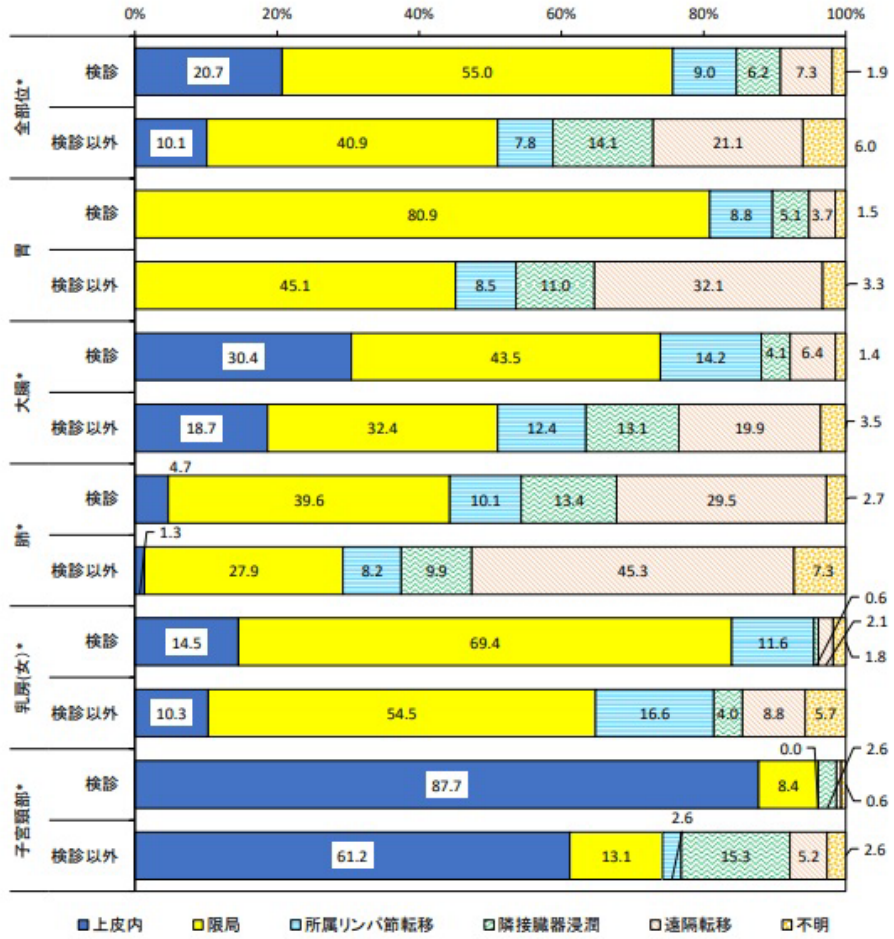


図 9 発見経緯別の進展度（%）：部位別（表 5-1-C から作成）

資料14-1

沖縄県がん診療連携協議会

第４次沖縄県がん対策推進計画（連携協議会版）

2026年2月24日更新

沖縄県がん診療連携協議会の所掌外

がんの予防

番号	B 中間アウトカム

番号	A 分野アウトカム

①生活習慣(喫煙)

1	中間アウトカム
1	喫煙率と受動喫煙が減少できている

②生活習慣(飲酒)

2	中間アウトカム
1	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者が減少できている

③感染症対策(HPV)

3	中間アウトカム
1	HPV感染率の低下ができている

④感染症対策(肝炎)

4	中間アウトカム
1	B型・C型肝炎ウィルス陽性者数の減少ができている

⑤感染症対策(HTLV-1)

5	中間アウトカム
1	HTLV-1 感染者数の減少ができている

1	分野アウトカム
1	がん種別年齢調整死亡率(75歳未満、全年齢)が減少できている

2	がん種別罹患率が減少できている

がん検診

番号	B 中間アウトカム

番号	A 分野アウトカム

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について

1	中間アウトカム
1	科学的根拠に基づいた検診の実施ができている

②がん検診の精度管理等について

2	中間アウトカム
1	検診の質の管理体制の構築と精度向上ができている

③受診率対策について

3	中間アウトカム
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

1	分野アウトカム
1	有効ながん検診を有するがんの死亡の減少ができている

2	有効ながん検診を有するがんの進行がんの減少ができている

がん医療提供体制

番号	B 中間アウトカム

番号	A 分野アウトカム

医療部会

①医療提供全般

1	中間アウトカム
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

②病理診断

2	中間アウトカム
1	患者が、速やかな病理診断を受けられている

③がんゲノム医療

3	中間アウトカム
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

④手術療法

4	中間アウトカム
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

⑤放射線療法

5	中間アウトカム
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

⑥薬物療法

6	中間アウトカム
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

⑦チーム医療の推進

7	中間アウトカム
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

⑧医療実装

8	中間アウトカム
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

1	分野アウトカム
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

緩和・支持療法

番号	B 中間アウトカム

番号	A 分野アウトカム

在

①緩和ケア

1	中間アウトカム

1	分野アウトカム

緩和ケア・在宅医療部会

番号	B 中間アウトカム
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
2	緩和ケアの質の向上ができている

②在宅医療

番号	中間アウトカム
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

医療部会

③リハビリテーション

番号	中間アウトカム
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

④支持療法

番号	中間アウトカム
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

小児・AYA部会

⑤妊孕性温存療法

番号	B 中間アウトカム
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

番号	A 分野アウトカム
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

個別のがん対策

医療部会

①希少がん

番号	中間アウトカム
1	
1	希少がん患者の生存率の改善ができている
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

②難治性がん

番号	中間アウトカム
2	
1	難治性がん患者の生存率の改善ができている
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

小児・AYA部会

③小児がん

番号	中間アウトカム
3	
1	小児がん患者の生存率の改善ができている
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

④AYA世代のがん

番号	中間アウトカム
4	
1	AYA世代のがん患者の生存率の改善ができている
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

医療部会

⑤高齢者のがん

番号	中間アウトカム
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

離島・へき地部会

⑥離島・へき地

番号	中間アウトカム
6	
1	離島・へき地のがん患者の生存率の改善ができている
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

番号	A 分野アウトカム
1	分野アウトカム
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
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

共生

情報提供・相談支援部会

①相談支援

番号	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
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

②情報提供

番号	中間アウトカム
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

③デジタル化

番号	中間アウトカム
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

④就労支援(医療機関側)

番号	中間アウトカム
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

⑤就労支援(職場側)

番号	B 中間アウトカム

番号	A 分野アウトカム
1	分野アウトカム
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


会
緩和ケア・在宅医療部会
情報提供・相談支援部会
協議会
ベンチマーク部会
協議会
5 中間アウトカム
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
⑥アピアランスケア
6 中間アウトカム
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
⑦自殺対策
7 中間アウトカム
1 がん患者の自殺を減らすことができている
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 中間アウトカム
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
基盤
番号 B 中間アウトカム
番号 A 分野アウトカム
①研究の推進
1 中間アウトカム
1 社会医学研究や臨床試験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
1 分野アウトカム
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
②人材育成の強化
2 中間アウトカム
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
③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発
3 中間アウトカム
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
④がん登録の利活用の推進
4 中間アウトカム
1 全国がん登録/院内がん登録の利用ができている
⑤患者・市民参画の推進
5 中間アウトカム
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

がんの予防

C 個別施策

①生活習慣(喫煙)

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	喫煙者の行動に影響する人達から、喫煙者に対して、タバコと禁煙に関する正しい知識を伝える ・宮古病院(2025)(2026) ・八重山病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	指標	禁煙希望割合	男性	31.4% (2021) 58.9% (2016)	17.2% (2024) 19.7% (2023) 21.7% (2022) 24.6% (2019)	【参考値】 山口県29.1% 福井県26.3% 高知県25.5% 山形県23.1% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査(2023年2月17日公表) 全国値:厚生労働省「国民健康・栄養調査」(2025年12月2日公表) 参考値:各都道府県「県民健康・栄養調査」
				女性	57.1% (2021) 78.5% (2016)	23.1% (2024) 23.9% (2023) 36.1% (2022) 30.9% (2019)	【参考値】 高知県45.2% 福井県40.5% 山口県29.6% 山形県29.1% (2022)	
		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※1		92.9% (2021)	84.5% (1998)	【参考値】 徳島県91.0% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査(2023年2月17日公表) 全国値:「喫煙と健康問題に関する実態調査」12. 喫煙の健康影響に関する知識 参考値:各都道府県の県民健康・栄養調査
		指標	地域を対象として普及啓発に努めている拠点病院等の割合		33.3% (2025) 33.3% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施) 集計対象6施設

※1「あなたは、たばこが健康に与える影響について、どう思いますか？」に対して、肺がんに影響があると答えた者の割合

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-2	禁煙希望者に禁煙してもらう ・宮古病院(2025)(2026)	指標	NDB-SCR/NDB ニコチン依存症管理料(再掲)	(初回) 外来	181.7 (2022) 161.2 (2021)	100.0	鳥取県231.5 (2022) 鳥取県184.7 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差 診療行為コードB-001-03-05(2024年11月26日公開)
				(2回目から4回目まで) 外来	169.8 (2022) 166.2 (2021)	100.0	鳥取県234.2 (2022) 鳥取県173.4 (2021)	
				(5回目) 外来	148.9 (2022) 170.0 (2021)	100.0	島根県238.0 (2022) 島根県185.6 (2021)	

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-3	公共施設等の受動喫煙防止対策を推進する	指標	望まない受動喫煙(家庭・職場・飲食店)の機会を有する者の割合※	家庭	5.2% (2021) 6.3% (2016)	4.4% (2024) 5.0% (2023) 4.7% (2022) 6.9% (2019)	【参考値】 徳島県8.6% 高知県5.9% 福井県5.2% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査(2023年2月17日公表) 全国値:厚生労働省「国民健康・栄養調査」(2025年12月2日公表) 参考値:各都道府県の県民健康・栄養調査
				職場	20.6% (2021) 25.5% (2016)	16.9% (2024) 17.0% (2023) 18.7% (2022) 26.1% (2019)	【参考値】 高知県23.1% 福井県16.7% (2022)	
				飲食店	23.2% (2021) 48.3% (2016)	16.7% (2024) 16.0% (2023) 14.8% (2022) 29.6% (2019)	【参考値】 福井県13.9% 高知県10.8% (2022)	

※「望まない受動喫煙(家庭・職場・飲食店)の機会を有する者」とは、「家庭」「職場」「飲食店」のいずれか1つ以上において月1回以上受動喫煙の機会を有する者。

②生活習慣(飲酒)

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1	ハイリスク飲酒者に対する簡易介入を行う ・宮古病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	指標	ハイリスク飲酒者※の割合(再掲)	男 (40g)	17.2% (2021) 19.4% (2016)	13.9% (2024) 14.1% (2023) 13.5% (2022) 14.9% (2019)	【参考値】 香川県21.5% 高知県16.8% 徳島県16.6% 石川県13.9% 山口県12.4% 鳥取県12.4% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査 224項 (2023年2月17日公表) 全国値:厚生労働省「国民健康・栄養調査」(2025年12月2日公表) 参考値:各都道府県「県民健康・栄養調査」
				女 (20g)	13.1% (2021) 10.9% (2016)	9.3% (2024) 9.5% (2023) 9.0% (2022) 9.1% (2019)	【参考値】 高知県9.6% 香川県9.0% 徳島県8.4% 石川県7.5% 鳥取県6.0% 山口県5.9% (2022)	

※生活習慣病リスクを高める飲酒をしている人の割合

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-2	ハイリスク飲酒に関する正しい知識を伝える ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	指標	「節度ある適度な飲酒」の認知度		男45.7% 女37.0% (2021) 男36.7% 女27.6% (2016)	比較可能 データなし	【参考値】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 224項 (2023年2月17日公表) 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」3項 ASK調べ(2023年9月)

③感染症対策(HPV)

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-1	9価HPVワクチンの定期接種を推進する ・宮古病院(2025)(2026)	指標	HPVワクチンの接種率	定期接種	7.4 (2024) 5.3 (2023)	13.9 (2024) 12.3 (2023)	宮崎県20.8 (2024) 山形県18.3 (2023)	厚生労働省HP「都道府県別単年度HPVワクチン接種率(速報値)」(2026年1月27日閲覧)
				キャッチアップ接種	8.8 (2024) 2.4 (2023)	15.4 (2024) 5.8 (2023)	山形県20.4 (2024) 宮崎県10.5 (2023)	

B 中間アウトカム

				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	26.1% (2022) 29.5% (2019) 29.6% (2016)	25.4% (2022) 28.8% (2019) 31.1% (2016)	東京都20.2% (2022) 京都府24.3% (2019) 京都府27.0% (2016)	国立がん研究センターがん情報サービス 5. 都道府県別喫煙率「国民生活基礎調査による都道府県別喫煙率データ」2001～2022年(2025年1月31日公開)
					女性	8.4% (2022) 8.8% (2019) 7.6% (2016)	7.7% (2022) 8.8% (2019) 9.5% (2016)	香川県4.9% (2022) 島根県4.2% (2019) 島根県5.0% (2016)	
		指標	中学生・高校生の喫煙者の割合		中学生	比較可能 データなし	0.2% (2021)	比較可能 データなし	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 *「中高生の飲酒・喫煙状況等の全国学校調査(2024年度)」2025年夏公表予定
					高校生	男子2.5% 女子0.8% (2021) 男子4.4% 女子1.7% (2016)	0.7% (2021)	比較可能 データなし	
		指標	妊婦の喫煙率			2.1% (2023) 2.1% (2022)	1.6% (2023) 2.1% (2022)	山形県0.9% (2023) 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(2025年3月27日公開)
		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	5.2% (2021) 6.3% (2016)	4.4% (2024) 5.0% (2023) 4.7% (2022) 6.9% (2019)	【参考値】 徳島県8.6% 高知県5.9% 福井県5.2% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査(2023年2月17日公表)
					職場	20.6% (2021) 25.5% (2016)	16.9% (2024) 17.0% (2023) 18.7% (2022) 26.1% (2019)	【参考値】 高知県23.1% 福井県16.7% (2022)	全国値:厚生労働省「国民健康・栄養調査」(2025年12月2日公表)
					飲食店	23.2% (2021) 48.3% (2016)	16.7% (2024) 16.0% (2023) 14.8% (2022) 29.6% (2019)	【参考値】 福井県13.9% 高知県10.8% (2022)	参考値:各都道府県の県民健康・栄養調査
		指標	NDB-SCR/NDB ニコチン依存症管理料		(初回) 外来	181.7 (2022) 161.2 (2021)	100.0	鳥取県231.5 (2022) 鳥取県184.7 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差 診療行為コードB-001-03-05(2024年 11月26日公開)
					(2回目から4回目まで) 外来	169.8 (2022) 166.2 (2021)	100.0	鳥取県234.2 (2022) 鳥取県173.4 (2021)	
					(5回目) 外来	148.9 (2022) 170.0 (2021)	100.0	島根県238.0 (2022) 島根県185.6 (2021)	

				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) 19.4% (2016)	13.9% (2024) 14.1% (2023) 13.5% (2022) 14.9% (2019)	【参考値】 香川県21.5% 高知県16.8% 徳島県16.6% 石川県13.9% 山口県12.4% 鳥取県12.4% (2022)	沖縄県値:県民健康・栄養調査 224項 (2023年2月17日公表) 全国値:厚生労働省「国民健康・栄養調査」(2025年12月2日公表) 参考値:各都道府県「県民健康・栄養調査」
					女 (20g)	13.1% (2021) 10.9% (2016)	9.3% (2024) 9.5% (2023) 9.0% (2022) 9.1% (2019)	【参考値】 高知県9.6% 香川県9.0% 徳島県8.4% 石川県7.5% 鳥取県6.0% 山口県5.9% (2022)	

※生活習慣病リスクを高める飲酒をしている人の割合

				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		定期接種	7.4 (2024) 5.3 (2023)	13.9 (2024) 12.3 (2023)	宮崎県20.8 (2024) 山形県18.3 (2023)	厚生労働省HP「都道府県別単年度HPVワクチン接種率(速報値)」(2026年1月27日閲覧)
					キャッチアップ接種	8.8 (2024) 2.4 (2023)	15.4 (2024) 5.8 (2023)	山形県20.4 (2024) 宮崎県10.5 (2023)	

A 分野アウトカム

				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57.2 (2023) 男86.5 女59.6 (2022)	男79.1 女53.3 (2023) 男81.1 女54.9 (2022)	男 長野県60.5 女 滋賀県42.2 (2023) 男 長野県65.2 女 徳島県47.1 (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)1. 死亡 都道府県別がん死亡データ 部位別75歳未満年齢調整死亡率(2025年11月12日公表)
					胃	男5.9 女2.5 (2024) 男4.9 女2.7 (2023) 男6.3 女2.5 (2022)	男7.9 女3.2 (2024) 男8.4 女3.3 (2023) 男9.0 女3.7 (2022)	男 熊本県5.8 女 東京都2.2 (2024) 男 熊本県4.9 沖縄県4.9 女 佐賀県1.9 (2023) 男 熊本県5.8 女 大分県2.4 (2022)	
					大腸	男17.5 女8.3 (2024) 男17.8 女8.4 (2023) 男14.4 女8.2 (2022)	男12.6 女7.2 (2024) 男12.3 女7.2 (2023) 男12.4 女7.2 (2022)	男 滋賀県8.4 女 滋賀県5.0 (2024) 男 香川県7.2 女 山形県4.3 (2023) 男 滋賀県9.2 女 岡山県5.0 (2022)	
					肝(肝細胞・肝内胆管)	男5.7 女1.6 (2023) 男6.7 女1.9 (2022)	男5.4 女1.4 (2023) 男5.7 女1.5 (2022)	男 滋賀県3.1 女 秋田県0.7 (2023) 男 石川県3.3 女 石川県0.5 (2022)	
					肺	男17.8 女4.2 (2024) 男18.4 女5.3 (2023) 男18.8 女4.2 (2022)	男17.0 女5.3 (2024) 男17.8 女5.6 (2023) 男18.4 女5.8 (2022)	男 山梨県12.0 女 福井県 3.2 (2024) 男 長野県11.7 女 福井県 3.4 (2023) 男 山梨県13.1 女 島根県 3.1 (2022)	
					女性乳房	女11.0 (2024) 女11.5 (2023) 女10.3 (2022)	女10.0 (2024) 女10.0 (2023) 女10.4 (2022)	女 徳島県5.1 (2024) 女 滋賀県6.1 (2023) 女 島根県5.4 (2022)	
					子宮頸部	女5.9 (2024) 女5.9 (2023) 女7.1 (2022)	女4.9 (2024) 女5.1 (2023) 女5.1 (2022)	女 島根県1.9 (2024) 女 石川県2.9 (2023) 女 徳島県3.0 (2022)	
					成人T細胞白血病リンパ腫	男3.8 女2.3 (2024) 男3.1 女1.8 (2023) 男4.5 女2.7 (2022)	男2.7 女1.5 (2024) 男2.7 女1.4 (2023) 男2.8 女1.5 (2022)	男 島根県1.6 香川県1.6 女 山梨県0.6 (2024) 男 山形県1.1 女 香川県0.3 (2023) 男 島根県1.8 女 鳥取県他0.6 (2022)	

				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387.6 女338.1 (2021) 男373.4 女314.5 (2020) 男405.0 女335.6 (2019)	男429.9 女344.7 (2021) 男416.0 女325.4 (2020) 男445.7 女346.7 (2019)	男 秋田県 508.5 女 青森県 373.9 (2021) 男 秋田県 479.6 女 北海道 351.7 (2020)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」1)全国がん登録 2. 罹患 都道府県別がん罹患データ 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(2025年5月22日更新)
					胃	男28.9 女13.3 (2021) 男32.7 女10.4 (2020) 男30.3 女13.8 (2019)	男55.5 女20.7 (2021) 男54.9 女19.9 (2020) 男63.4 女23.1 (2019)	男 沖縄県28.9 女 沖縄県13.3 (2021) 男 沖縄県32.7 女 沖縄県10.4 (2020) 男 沖縄県30.3 女 沖縄県13.8 (2019)	
					大腸	男79.4 女42.1 (2021) 男77.5 女44.8 (2020) 男80.5 女41.4 (2019)	男71.1 女44.7 (2021) 男68.2 女42.1 (2020) 男73.2 女44.9 (2019)	男 大分県55.8 女 宮崎県34.7 (2021) 男 大分県57.9 女 熊本県35.1 (2020) 男 熊本県59.5 女 宮崎県36.2 (2019)	
					肝(肝細胞・肝内胆管)	男15.3 女5.2 (2021) 男15.6 女 5.2 (2020) 男18.2 女 4.9 (2019)	男17.2 女5.4 (2021) 男17.5 女 5.5 (2020) 男19.0 女 6.0 (2019)	男 新潟県11.9 女 岩手県3.7 (2021) 男 山形県12.6 女 山形県 4.0 (2020) 男 新潟県13.3 女 新潟県 3.7 (2019)	
					肺	男49.8 女20.5 (2021) 男50.2 女14.4 (2020) 男53.6 女21.4 (2019)	男59.5 女25.1 (2021) 男58.9 女24.0 (2020) 男61.9 女26.1 (2019)	男 沖縄県49.8 女 秋田県20.3 (2021) 男 長野県46.6 女 沖縄県14.4 (2020) 男 長野県50.2 女 島根県19.4 (2019)	
					女性乳房	女106.1 (2021) 女104.8 (2020) 女112.1 (2019)	女102.3 (2021) 女95.0 (2020) 女100.5 (2019)	女 山口県88.9 (2021) 女 島根県76.3 (2020) 女 福井県80.6 (2019)	
					子宮頸部	女14.9 (2021) 女13.6 (2020) 女19.3 (2019)	女13.6 (2021) 女13.1 (2020) 女13.9 (2019)	女 山形県8.0 (2021) 女 富山県8.6 (2020) 女 島根県 8.8 (2019)	
					成人T細胞白血病リンパ腫	男10.2 女10.0 (2021) 男9.5 女7.8 (2020) 男14.0 女7.5 (2019)	男9.1 女6.0 (2021) 男8.8 女5.7 (2020) 男8.9 女5.7 (2019)	男 鳥取県5.7 女 岐阜県4.2 (2021) 男 青森県5.8 女 福井県3.6 (2020) 男 山梨県5.1 女 秋田県3.2 (2019)	

			定期+キャッチアップ	8.3 （2024） 3.4 （2023）	15.0 （2024） 7.8 （2023）	山形県20.2 （2024） 宮崎県12.4 （2023）	

3-2	HPVワクチンの予防接種後に生じた症状への対応を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	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			【参考値】 協力医療機関 新規受診患者数 325人 （2024） 146人 （2023） 137人 （2022）	比較可能 データなし	参考値：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「HPVワクチンの安全性に関するフォローアップ研究」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受診患者数（2025年7月25日）

④感染症対策（肝炎）

4-1	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
	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　95.6% 2回目　96.0% 3回目　95.2% （2023） 1回目　96.0% 2回目　96.4% 3回目　94.3% （2022） 1回目　98.0% 2回目　97.5% 3回目　95.3% （2021）	比較可能 データなし	沖縄県値：沖縄県がん対策推進計画（21項）より、ワクチン・検査推進課調べ（2024年5月15日） 全国値：厚生労働省HP「定期の予防接種実施者数」（2026年1月27日閲覧）

4-2	肝炎ウイルス検査体制を充実させる ・那覇市立病院（2025） ・北部地区医師会病院（2025）（2026）		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	肝疾患専門医療機関数		13施設 対人口100万人 8.9施設 （2023） 13施設 対人口100万人 8.8施設 （2022）	3,249施設 対人口100万人 25.8施設 （2023） 3,255施設 対人口100万人 26.2施設 （2022）	高知県67施設 対人口100万人 96.9施設 （2023） 高知県69施設 対人口100万人 103.8施設 （2022）	地方自治体における肝炎対策実施状況調査【2025年10月5日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標（都道府県単位）】
	指標	公費肝炎検査実施数	B型肝炎ウイルス検査実施数	5,368 対人口10万人 365.8人 （2022）	786,219 対人口10万人 623.3人 （2022）	山梨県19,764 対人口10万人 2440.1人 （2022）	肝炎対策推進協議会資料「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」都道府県別のB型・C型肝炎ウイルス検査の受検者数（2025年3月7日）
			C型肝炎ウイルス検査実施数	4,970 対人口10万人 338.7人 （2022）	776,202 対人口10万人 615.3人 （2022）	山梨県19,689 対人口10万人 2430.8人 （2022）	

4-3	肝炎ウイルス陽性者への受診勧奨を行う ・那覇市立病院（2025）（2026） ・北部地区医師会病院（2025）（2026）		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	肝炎医療コーディネーターの養成者数		19人 （2023） 0人 （2022） 0人 （2021）	5,833人 （2023） 5,628人 （2022） 4,397人 （2021）	大阪府805人 （2023） 大阪府871人 （2022） 大阪府954人 （2021）	地方自治体における肝炎対策実施状況調査【2025年10月5日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標（都道府県単位）】
	指標	公費肝炎治療開始者数	B型肝炎	752人 （2023） 745人 （2022）	88,920人 （2023） 89,121人 （2022）	東京都7,302人 （2023） 北海道7,177人 （2022）	肝炎対策推進協議会資料「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」医療費助成（都道府県別受給件数）（2025年3月7日）
			C型肝炎	38人 （2023） 47人 （2022）	7,904人 （2023） 9,221人 （2022）	東京都643人 （2023） 大阪府756人 （2022）	

⑤感染症対策（HTLV-1）

5-1	妊婦に対するHTLV-1抗体検査と保健指導を行う ・宮古病院（2025）（2026）		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	HTLV-1抗体検査の公費負担実施率		97.6% （2024） 100% （2023） 100% （2022）	91.9% （2024） 91.1% （2023） 86.3% （2022）	青森県他100% （2024） 青森県他100% （2023） 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」（2025年4月15日公表）

5-2	保健所においてHTLV-1抗体検査と相談指導を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	HTLV-1の保健所の検査数		4 （2023） 12 （2022）	175 （2023） 87 （2022）	佐賀県 90 （2023） 長崎県 32 （2023）	感染症課調査【2025年10月5日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標（都道府県単位）】

			定期+キャッチアップ	8.3 （2024） 3.4 （2023）	15.0 （2024） 7.8 （2023）	山形県20.2 （2024） 宮崎県12.4 （2023）	

4-1	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
	指標	B型・C型肝炎ウィルス検査受検率	B型肝炎	81.9% （2024） 80.3% （2021）	88.7% （2024） 86.5% （2021）	和歌山県他100% （2024） 鹿児島県100% （2021）	厚生労働科学研究（田中班）【2025年10月5日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標（都道府県単位）】
			C型肝炎	64.2% （2024） 62.8% （2021）	79.3% （2024） 77.5% （2021）	佐賀県100% （2024） 鹿児島県95.5% （2021）	
	指標	B型・C型肝炎ウイルス陽性者数	B型肝炎	79人 対人口10万人 53.8人 （2023）	3,908人 対人口10万人 31.0人 （2023）	山口県8人 対人口10万人 6.0人 （2023）	「地域保健・健康増進事業報告（健康増進編）」及び「特定感染症検査等事業実績報告」【2025年10月5日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標（都道府県単位）】
			C型肝炎	3人 対人口10万人 2.0人 （2023）	1,308人 対人口10万人 10.4人 （2023）	高知県0人 対人口10万人 0人 （2023）	

5-1	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
	指標	HTLV-1感染率		算出不可	算出不可	算出不可	厚生労働科学研究【2025年10月5日更新 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル/評価指標（都道府県単位）】

がん検診

C 個別施策

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	指針に基づいたがん検診のみを行う ・宮古病院(2025)(2026) ・八重山病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	指標	指針の遵守市町村の割合(再掲)	胃	97.6% (2023) 97.6% (2022)	99.8% (2023) 99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2023) 北海道他 100.0% (2022)	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. がん検診の実施状況(住民検診)「厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」」①がん検診実施状況(2025年11月13日公表)
				大腸	100% (2023) 100% (2022)	100% (2023) 100% (2022)	47都道府県全て 100.0% (2023) 47都道府県全て 100.0% (2022)	
				肺	100% (2023) 100% (2022)	99.8% (2023) 99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2023) 北海道他 100.0% (2022)	
				女性乳房	100% (2023) 100% (2022)	99.9% (2023) 99.8% (2022)	青森県他 100.0% (2023) 北海道他 100.0% (2022)	
				子宮頸部	100% (2023) 100% (2022)	99.9% (2023) 99.9% (2022)	北海道他 100.0% (2023) 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2件/5.3% 個別1件/3.4% (2023) 集団3件/7.9% 個別1件/3.4% (2022)	集団485件/29.3% 個別295件/26.8% (2023) 集団478件/28.8% 個別293件/27.1% (2022)	集団0件/0.0%(宮城県他) 個別0件/0.0 %(三重県他) (2023) 集団0件/0.0%(滋賀県) 個別0件/0.0%(宮城県他) (2022)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」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)②がん検診実施状況(集団 個別)(2025年11月13日公表)
				大腸	集団0件/0.0% 個別1件/3.8% (2023) 集団2件/5.0% 個別0件/0.0% (2022)	集団82件/5.1% 個別39件/3.9% (2023) 集団96件/6.0% 個別36件/3.7% (2022)	集団0件/0.0%(北海道他) 個別0件/0.0 %(青森県他) (2023) 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/4.9% 個別2件/7.4% (2023) 集団2件/5.0% 個別3件/11.1% (2022)	集団319件/19.2% 個別227件/30.4% (2023) 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) (2023) 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11件/31.4% 個別16件/50.0% (2023) 集団12件/33.3% 個別17件/53.1% (2022)	集団708件/43.7% 個別573件/39.5% (2023) 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) (2023) 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6件/16.7% 個別5件/16.1% (2023) 集団7件/20.0% 個別5件/16.1% (2022)	集団389件/87.1% 個別323件/20.5% (2023) 集団387件/26.2% 個別333件/21.2% (2022)	集団0件/0.0%(滋賀県他) 個別0件/0.0 %(長崎県) (2023) 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)	51.5% (2024) 17.5% (2023)	【参考値】 研修終了者数 1,553名(2024) 1,139名(2023)	【参考値】 研修終了者数 121名(2024) 93名(2023) ※都道府県名非公開	沖縄県値:市町村調査(2025年7月)
				従事者研修(実務)	10.3% (2024) 6.3% (2023)	【参考値】 研修終了者数 669名(2023) 741名(2024)	【参考値】 研修終了者数 69名(2024) 52名(2023) ※都道府県名非公開	参考値:国立がん研究センターがん対策研究所検診研究部検診実施管理研究室事務局提供データ
				指導者研修	5.9% (2024) 0% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:市町村調査(2025年7月)

				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		40/68人 (2024) 25/63人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:市町村調査(2025年7月)

				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※1		0% (2018～2024年度)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:沖縄県健康長寿課からのデータ提供 (2025年9月4日確認)

				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
1-1	科学的根拠に基づいた検診の実施ができている	指標	指針の遵守市町村の割合	要精検検率	胃 (エックス線)	男5.32% 女3.49% (2022) 男8.14% 女6.17% (2021) 男7.42% 女5.60% (2020)	男7.25% 女4.51% (2022) 男7.70% 女4.79% (2021) 男7.99% 女5.06% (2020)	男 鹿児島県11.57% 女 秋田県 6.85% (2022) 男 山梨県12.45% 女 山梨県 7.03% (2021) 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」がん検診に関する統計データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標(住民検診)2025年12月10日公表
					胃 (内視鏡)	男4.69% 女4.00% (2022) 男6.71% 女4.50% (2021) 男5.42% 女3.71% (2020)	男8.33% 女5.85% (2022) 男8.71% 女6.09% (2021) 男8.95% 女6.42% (2020)	男 奈良県16.58% 女 奈良県11.30% (2022) 男 奈良県17.58% 女 奈良県13.05% (2021) 男 奈良県19.27% 女 奈良県15.84% (2020)	
					大腸	男8.30% 女5.48% (2022) 男8.18% 女5.64% (2021) 男8.44% 女6.04% (2020)	男8.32% 女5.61% (2022) 男8.74% 女5.94% (2021) 男9.39% 女6.63% (2020)	男 長崎県10.85% 女 長崎県 7.27% (2022) 男 長崎県11.43% 女 長崎県 7.77% (2021) 男 長崎県12.35% 女 長崎県 8.89% (2020)	
					肺	男2.40% 女1.57% (2022) 男2.49% 女1.87% (2021) 男2.15% 女1.61% (2020)	男2.47% 女1.88% (2022) 男2.41% 女1.85% (2021) 男2.42% 女1.86% (2020)	男 福井県4.64% 女 滋賀県3.60% (2022) 男 福井県5.10% 女 福井県3.45% (2021) 男 福井県4.43% 女 福井県3.28% (2020)	
					女性乳房	女6.12% (2022) 女7.58% (2021) 女7.64% (2020)	女5.64% (2022) 女5.72% (2021) 女5.86% (2020)	女 山口県9.55% (2022) 女 山口県9.75% (2021) 女 山口県9.96% (2020)	
					子宮頸部	女2.35% (2022) 女2.40% (2021) 女2.17% (2020)	女2.01% (2022) 女2.09% (2021) 女2.20% (2020)	女 島根県3.58% (2022) 女 島根県4.01% (2021) 女 宮城県1.35% (2020)	
				精検受診率	胃 (エックス線)	男43.34% 女56.35% (2022) 男50.67% 女62.02% (2021) 男56.77% 女66.52% (2020)	男79.39% 女85.01% (2022) 男79.03% 女84.62% (2021) 男79.45% 女84.72% (2020)	男 滋賀県93.79% 女 宮城県94.83% (2022) 男 鹿児島県90.75% 女 鹿児島県95.27% (2021) 男 宮城県91.70% 女 宮城県96.01% (2020)	
					胃 (内視鏡)	男63.70% 女65.78% (2022) 男62.00% 女67.12% (2021) 男58.45% 女65.81% (2020)	男93.23% 女94.17% (2022) 男92.76% 女93.89% (2021) 男92.93% 女93.40% (2020)	男 岩手県他100.00% 女 岩手県他100.00% (2022) 男 秋田県他100.00% 女 秋田県他100.00% (2021) 男 滋賀県他100.00% 女 宮崎県他100.00% (2020)	
					大腸	男49.09% 女55.00% (2022) 男52.96% 女59.84% (2021) 男54.47% 女58.29% (2020)	男67.47% 女70.78% (2022) 男67.30% 女70.46% (2021) 男67.06% 女70.13% (2020)	男 滋賀県86.91% 女 滋賀県89.72% (2022) 男 滋賀県84.72% 女 滋賀県88.32% (2021) 男 滋賀県85.50% 女 滋賀県89.57% (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」がん検診に関する統計データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標(住民検診)

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	科学的根拠に基づいた検診の実施ができている	指標	指針の遵守市町村の割合		胃	97.6% (2023) 97.6% (2022)	99.8% (2023) 99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2023) 北海道他 100.0% (2022)	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. がん検診の実施状況(住民検診)「厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」」①がん検診実施状況(2025年11月13日公表)
					大腸	100% (2023) 100% (2022)	100% (2023) 100% (2022)	47都道府県全て 100.0% (2023) 47都道府県全て 100.0% (2022)	
					肺	100% (2023) 100% (2022)	99.8% (2023) 99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2023) 北海道他 100.0% (2022)	
					女性乳房	100% (2023) 100% (2022)	99.9% (2023) 99.8% (2022)	青森県他 100.0% (2023) 北海道他 100.0% (2022)	
					子宮頸部	100% (2023) 100% (2022)	99.9% (2023) 99.9% (2022)	北海道他 100.0% (2023) 北海道他 100.0% (2022)	

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	有効ながん検診を有するがんの死亡の減少ができている	指標	検診がん種別(胃、大腸、肺、乳房(女)、子宮頸)年齢調整死亡率		胃	男5.9 女2.5 (2024) 男4.9 女2.7 (2023) 男6.3 女2.5 (2022)	男7.9 女3.2 (2024) 男8.4 女3.3 (2023) 男9.0 女3.7 (2022)	男 熊本県 5.8 女 東京都 2.2 (2024) 男 熊本県 4.9 沖縄県 4.9 女 佐賀県 1.9 (2023) 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)1. 死亡 都道府県別がん死亡データ 部位別 75歳未満年齢調整死亡率(2025年11月12日公表)
					大腸	男17.5 女8.3 (2024) 男17.8 女8.4 (2023) 男14.4 女8.2 (2022)	男12.6 女7.2 (2024) 男12.3 女7.2 (2023) 男12.4 女7.2 (2022)	男 滋賀県 8.4 女 滋賀県 5.0 (2024) 男 香川県 7.2 女 山形県 4.3 (2023) 男 滋賀県 9.2 女 岡山県 5.0 (2022)	
					肺	男17.8 女4.2 (2024) 男18.4 女5.3 (2023) 男18.8 女4.2 (2022)	男17.0 女5.3 (2024) 男17.8 女5.6 (2023) 男18.4 女5.8 (2022)	男 山梨県 12.0 女 福井県 3.2 (2024) 男 長野県 11.7 女 福井県 3.4 (2023) 男 山梨県 13.1 女 島根県 3.1 (2022)	
					女性乳房	女11.0 (2024) 女11.5 (2023) 女10.3 (2022)	女10.0 (2024) 女10.0 (2023) 女10.4 (2022)	女 徳島県 5.1 (2024) 女 滋賀県 6.1 (2023) 女 島根県 5.4 (2022)	
					子宮頸部	女5.9 (2024) 女5.9 (2023) 女7.1 (2022)	女4.9 (2024) 女5.1 (2023) 女5.1 (2022)	女 島根県 1.9 (2024) 女 石川県 2.9 (2023) 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	有効ながん検診を有するがんの進行がんの減少ができている	指標	検診がん種別(胃、大腸、肺、乳房(女)、子宮頸)進行がん罹患率		胃				NPO疾病対策センター計測依頼
					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※	53.1 (2023) 54.3 (2022) 54.2 (2021) 53.8 (2020)	59.0 (2023) 59.1 (2022) 58.8 (2021) 57.4 (2020)	宮城県66.9 (2023) 宮城県67.8 (2022) 宮城県67.3 (2021) 宮城県68.0 (2020)	全国がん登録罹患数・率 25-1-B 上皮内がん含む 進展度・総合(%)(上皮内+限局) ※25-1-A 上皮内がん除く:進展度・総合(%)(限局) 2026年1月16日公開
				大腸	54.4 (2023) 53.7 (2022) 55.2 (2021) 56.4 (2020)	58.6 (2023) 58.3 (2022) 58.3 (2021) 57.9 (2020)	山形県63.5 (2023) 広島県63.1 (2022) 宮城県63.2 (2022) 広島県63.1 (2020)	
				肺	35.9 (2023) 30.5 (2022) 31.6 (2021) 29.08 (2020)	38.6 (2023) 38.2 (2022) 37.7 (2021) 36.4 (2020)	長野県46.9 (2023) 愛媛県45.1 (2022) 広島県44.9 (2021) 島根県45.1 (2020)	
				女性乳房	73.3 (2023) 68.4 (2022) 70.0 (2021) 70.0 (2020)	66.2 (2023) 65.6 (2022) 65.4 (2021) 64.3 (2020)	沖縄県73.3 (2023) 徳島県70.5 (2022) 滋賀県71.3 (2021) 香川県72.8 (2020)	
				子宮頸部	79.2 (2023) 77.4 (2022) 82.3 (2021) 80.7 (2020)	80.0 (2023) 79.5 (2022) 80.5 (2021) 79.9 (2020)	山形県87.2 (2023) 佐賀県86.5 (2022) 高知県88.1 (2021) 熊本県87.4 (2020)	

※1がん登録推進法第19条市町村等への提供(がん登録情報の利用申請者が市町村長等であるもの)に基づく市町村からの申請

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		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	県が指導・助言等を行った市町村数※2		41/41市町村	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:沖縄県健康長寿課からのデータ提供

※2国立がん研究センターが実施した「市区町村におけるかん検診チェックリストの使用に関する実態調査」の調査結果をもとに、県は「沖縄県生活習慣病検診管理協議会」において分析・評価を行い、その評価を市町村に通知し指導、助言を行っている。(外部リンク)

2-5	市町村は、指針に基づいたがん検診の実施及び精度管理の向上を行う ・宮古病院(2025)(2026)			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	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	検診実施機関	胃(エックス線)	65.6% (2024) 64.1% (2023) 68.1% (2022)	84.3% (2024) 83.6% (2023) 82.5% (2022)	福井県98.4% (2024) 福井県98.5% (2023) 福井県98.6% (2022)	国立がん研究センター がん情報サービス 2-2. 市区町村用チェックリスト実施率(住民検診)「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」集団検診(2025年11月13日公表)
				胃(内視鏡)	集計不可 (2024) 55.8% (2023) 50.0% (2022)	81.7% (2024) 78.6% (2023) 74.2% (2022)	鳥取県100% (2024) 香川県94.2% (2023) 三重県94.2% (2022)	
				大腸	64.5% (2024) 62.6% (2023) 65.6% (2022)	83.8% (2024) 83.0% (2023) 81.8% (2022)	石川県99.4% (2024) 新潟県・福井県98.5% (2023) 石川県98.6% (2022)	
				肺	64.6% (2024) 62.6% (2023) 66.9% (2022)	84.0% (2024) 83.1% (2023) 82.0% (2022)	福井県98.4% (2024) 福井県98.5% (2023) 福井県98.6% (2022)	
				女性乳房	66.6% (2024) 66.3% (2023) 65.6% (2022)	84.3% (2024) 83.7% (2023) 82.4% (2022)	石川県99.5% (2024) 福井県98.8% (2023) 石川県99.2% (2022)	
				子宮頸部	64.0% (2024) 62.6% (2023) 63.5% (2022)	83.9% (2024) 83.1% (2023) 82.2% (2022)	福井県98.8% (2024) 福井県98.7% (2023) 福井県98.5% (2022)	
			検診実施機関	胃(エックス線)	79.7% (2023) 75.9% (2022)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:沖縄県Webサイト「がん検診精度管理調査等結果」市町村結果・検診機関結果(集団・個別)(2025年1月公表)
				胃(内視鏡)	81.9% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				大腸	87.1% (2023) 86.1% (2022)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				肺	79.9% (2023) 78.7% (2022)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				女性乳房	88.7% (2023) 87.0% (2022)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				子宮頸部	88.8% (2023) 87.6% (2022)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	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% (2023) 100% (2022) 100% (2021)	比較可能 データなし	【参考値】 宮崎県100% 徳島県100% (2023)	沖縄県値:沖縄県Webサイト「がん検診精度管理調査等結果」市町村結果・検診機関結果(集団・個別)(2025年1月公表) 参考値:各都道府県のWebサイト
			検診実施機関	胃(エックス線)	94.7% 回答17/19機関 (2023) 93.2% (2022)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県61.8% 回答47/76機関 (2024)	
				胃(内視鏡)	89.7% 回答61/68機関 (2023) 89.3% (2022)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県80.9% 回答114/141機関 (2024)	
				大腸	85.5% 回答136/159機関 (2023) 89.4% (2022)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県76.8% 回答298/388機関 (2024)	
				肺	84.4% 回答92/109機関 (2023) 89.1% (2022)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県100% 集団のみ回答10/10機関 (2024)	

2-1	指標	精検未受診率	肺	男56.93% 女64.44% (2022) 男55.32% 女63.48% (2021) 男60.78% 女70.75% (2020)	男80.16% 女84.35% (2022) 男80.14% 女84.34% (2021) 男80.50% 女84.61% (2020)	男 滋賀県95.82% 女 滋賀県97.29% (2022) 男 滋賀県　95.17% 女 鹿児島県95.68% (2021) 男　滋賀県94.21% 女　滋賀県96.93% (2020)	2025年12月10日公表
			女性乳房	女72.89% (2022) 女77.83% (2021) 女78.00% (2020)	女89.96% (2022) 女90.22% (2021) 女90.13% (2020)	女 滋賀県98.01% (2022) 女 滋賀県98.19% (2021) 女　宮城県97.54% (2020)	
			子宮頸部	女% (2022) 女% (2021) 女71.29% (2020)	女% (2022) 女% (2021) 女76.59% (2020)	女 滋賀県95.06% (2022) 女 宮城県96.39% (2021) 女　宮城県96.02% (2020)	
	指標	精検未受診率	胃 (エックス線)	男21.22% 女　8.79% (2022) 男15.75% 女13.21% (2021) 男11.32% 女12.42% (2020)	男8.88% 女5.74% (2022) 男8.81% 女5.90% (2021) 男8.99% 女5.94% (2020)	男　沖縄県21.22% 女 和歌山県13.89% (2022) 男 北海道20.37% 女 三重県16.06% (2021) 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」がん検診に関する統計データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標(住民検診)2025年12月10日公表
			胃 (内視鏡)	男 9.88% 女 6.89% (2022) 男13.64% 女12.26% (2021) 男13.93% 女9.25% (2020)	男1.69% 女1.19% (2022) 男1.77% 女1.54% (2021) 男1.53% 女1.20% (2020)	男 岩手県他0.00% 女 岩手県他0.00% (2022) 男　青森県他0.00% 女　青森県他0.00% (2021) 男　青森県他0.00% 女　宮城県他0.00% (2020)	
			大腸	男19.82% 女16.73% (2022) 男19.28% 女16.48% (2021) 男18.11% 女15.35% (2020)	男15.14% 女13.60% (2022) 男15.33% 女13.98% (2021) 男14.92% 女13.75% (2020)	男 福井県2.73% 女 福井県3.13% (2022) 男 福井県3.60% 女 福井県1.43% (2021) 男 福井県0.79% 女 福井県1.21% (2020)	
			肺	男10.97% 女11.58% (2022) 男14.58% 女10.64% (2021) 男12.03% 女7.63% (2020)	男7.05% 女5.08% (2022) 男7.02% 女5.28% (2021) 男7.00% 女5.23% (2020)	男　高知県0.00% 女　高知県0.00% (2022) 男 福井県3.42% 女 高知県1.54% (2021) 男　高知県0.00% 女　高知県0.00% (2020)	
			女性乳房	女10.31% (2022) 女 4.77% (2021) 女5.29% (2020)	女2.76% (2022) 女2.88% (2021) 女2.77% (2020)	女 宮城県0.10% (2022) 女 宮城県他0.16% (2021) 女 福井県0.31% (2020)	
			子宮頸部	女13.17% (2022) 女12.38% (2021) 女6.93% (2020)	女6.25% (2022) 女6.50% (2021) 女5.82% (2020)	女 福井県0.22% (2022) 女 福井県0.20% (2021) 女 福井県0.00% (2020)	
	指標	精検未把握率	胃 (エックス線)	男35.44% 女34.85% (2022) 男33.58% 女24.77% (2021) 男31.91% 女21.06% (2020)	男11.73% 女 9.24% (2022) 男12.16% 女 9.48% (2021) 男11.56% 女 9.34% (2020)	男 新潟県0.45% 女 新潟県0.44% (2022) 男 香川県0.48% 女 香川県0.51% (2021) 男 新潟県0.24% 女 新潟県0.41% (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」がん検診に関する統計データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標(住民検診)2025年12月10日公表
			胃 (内視鏡)	男26.42% 女27.33% (2022) 男24.35% 女20.62% (2021) 男27.63% 女24.94% (2020)	男5.08% 女4.63% (2022) 男5.48% 女4.57% (2021) 男5.54% 女5.41% (2020)	男　岩手県他0.00% 女　岩手県他0.00% (2022) 男　宮城県他0.00% 女　宮城県他0.00% (2021) 男　宮城県他0.00% 女　山形県他0.00% (2020)	
			大腸	男31.09% 女28.27% (2022) 男27.76% 女23.68% (2021) 男27.42% 女26.36% (2020)	男17.39% 女15.62% (2022) 男17.38% 女15.56% (2021) 男18.02% 女16.12% (2020)	男 新潟県0.55% 女 新潟県0.32% (2022) 男 新潟県0.53% 女 新潟県0.40% (2021) 男　新潟県0.58% 女　新潟県0.45% (2020)	
			肺	男32.10% 女23.98% (2022) 男30.11% 女25.88% (2021) 男27.19% 女21.62% (2020)	男12.79% 女10.57% (2022) 男12.84% 女10.38% (2021) 男12.50% 女10.16% (2020)	男 香川県0.50% 女 新潟県0.37% (2022) 男 滋賀県0.50% 女 香川県0.36% (2021) 男　滋賀県　0.40% 女　滋賀県他0.00% (2020)	
			女性乳房	女16.80% (2022) 女17.40% (2021) 女16.70% (2020)	女7.28% (2022) 女6.91% (2021) 女7.10% (2020)	女 新潟県0.12% (2022) 女 新潟県0.17% (2021) 女　新潟県0.15% (2020)	
			子宮頸部	女23.29% (2022) 女24.87% (2021) 女21.78% (2020)	女15.78% (2022) 女15.91% (2021) 女17.59% (2020)	女 茨城県0.70% (2022) 女 宮城県0.41% (2021) 女 宮城県0.39% (2020)	
	指標	がん発見率	胃 (エックス線)	男0.22% 女0.22% (2022) 男0.08% 女0.05% (2021) 男0.08% 女0.02% (2020)	男0.19% 女0.06% (2022) 男0.20% 女0.06% (2021) 男0.20% 女0.06% (2020)	男 宮城県他0.40% 女 富山県　0.15% (2022) 男 福島県0.57% 女　秋田県0.11% (2021) 男　福井県0.34% 女　長崎県0.14% (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」がん検診に関する統計データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標(住民検診)2025年12月10日公表
			胃 (内視鏡)	男0.17% 女0.13% (2022) 男0.22% 女0.08% (2021) 男0.17% 女0.04% (2020)	男0.56% 女0.19% (2022) 男0.58% 女0.20% (2021) 男0.61% 女0.21% (2020)	男 茨城県1.28% 女 高知県0.47% (2022) 男 愛媛県1.62% 女 新潟県0.58% (2021) 男　宮城県1.55% 女　宮城県0.42% (2020)	
			大腸	男0.16% 女0.11% (2022) 男0.19% 女0.13% (2021) 男0.20% 女0.10% (2020)	男0.32% 女0.18% (2022) 男0.31% 女0.18% (2021) 男0.32% 女0.18% (2020)	男 長崎県0.51% 女 富山県0.28% (2022) 男 山口県　0.50% 女 新潟県他0.26% (2021) 男　山口県0.51% 女　富山県0.27% (2020)	
			肺	男0.06% 女0.02% (2022) 男0.02% 女0.03% (2021) 男0.05% 女0.01% (2020)	男0.08% 女0.04% (2022) 男0.08% 女0.04% (2021) 男0.08% 女0.04% (2020)	男 大阪府　0.14% 女 鹿児島県0.07% (2022) 男 石川県　0.17% 女 群馬県他0.07% (2021) 男　鳥取県　0.16% 女　群馬県他0.07% (2020)	
			女性乳房	女0.38% (2022) 女0.36% (2021) 女0.35% (2020)	女0.37% (2022) 女0.36% (2021) 女0.34% (2020)	女 香川県0.59% (2022) 女 山口県0.57% (2021) 女 山口県0.57% (2020)	
			子宮頸部	女0.04% (2019)	女0.03% (2019)	女 長崎県0.06% (2019)	
			胃 (エックス線)	男0.45% 女0.65% (2022) 男1.04% 女0.73% (2021) 男1.11% 女0.44% (2020)	男2.65% 女1.23% (2022) 男2.57% 女1.15% (2021) 男2.48% 女1.16% (2020)	男 宮城県5.45% 女 富山県3.91% (2022) 男 新潟県5.63% 女 宮城県2.44% (2021) 男　福井県5.14% 女　福島県2.44% (2020)	

		女性乳房	90.2% 回答37/41機関 (2023) 97.7% (2022)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県88.2% 回答30/34機関 (2024)	
		子宮頸部	86.2% 回答56/65機関 (2023) 91.2% (2022)	比較可能 データなし	【参考値】 新潟県84.4% 回答76/90機関 (2024)	
指標	要精検率の許容値を達成している市町村の割合	胃 (XP+内視鏡)	86.5% 32/37市町村 (2022)			
		大腸	57.5% 23/40市町村 (2022)			
		肺	82.1% 32/39市町村 (2022)			
		女性乳房	92.5% 37/40市町村 (2022)			
		子宮頸部	39.0% 16/41市町村 (2022)			
指標	精検受診率の目標値90%以上を達成している市町村の割合	胃 (XP+内視鏡)	27.3%(9/33)			沖縄県値:沖縄県Webサイト掲載「沖縄県生活習慣病検診管理協議会」令和6年度沖縄県生活習慣病検診管理協議会各分科会取り纏め(2025年4月1日更新)
		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	胃	60% 21/35市町村 (2020)			
		大腸	41.5% 17/41市町村 (2020)			
		肺	31.3% 9/29市町村 (2020)			
		女性乳房	71.1% 27/38市町村 (2020)			
		子宮頸部	46.2% 18/39市町村 (2020)			
指標	感度と特異度の把握をしている市町村及び検診実施機関の割合	市町村	【参考値】 近い将来把握する予定がある市町村 12.2% (2024) 9.8% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:市町村調査(2025年7月)
		検診実施機関				

2-6	職域を含めた、がん検診の実施者による分かりやすい情報提供を推進する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん検診の正しい情報提供を実施した市町村の割合	胃(エックス線) 76.3% (2024) 78.9% (2023) 83.8% (2022)	82.7% (2024) 81.1% (2023) 78.6% (2022)	宮城県他100.0% (2024) 青森県他100.0% (2023) 青森県他100.0% (2022)	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 都道府県別表3～5「市区町村用がん検診チェックリスト実施率」表4【3】受診者への説明「3-1検診機関用チェックリスト1.受診者への説明」が全項目記載された資料を全員に個別配布している市町村の割合 ※集団検診 (2025年11月19日公表)
			胃(内視鏡) 100.0% (2024) 100% (2023) 66.7% (2022)	77.8% (2024) 75.7% (2023) 67.1% (2022)	山形県他100.0% (2024) 秋田県他100.0% (2023) 宮城県他100.0% (2022)	
			大腸 78.0% (2024) 77.5% (2023) 82.5% (2022)	81.4% (2024) 80.1% (2023) 77.4% (2022)	宮城県他100.0% (2024) 青森県他100.0% (2023) 青森県他100.0% (2022)	
			肺 75.6% (2024) 77.5% (2023) 82.5% (2022)	79.8% (2024) 78.3% (2023) 76.0% (2022)	宮城県他100.0% (2024) 青森県他100.0% (2023) 青森県他100.0% (2022)	
			女性乳房 78.8% (2024) 76.5% (2023) 87.1% (2022)	83.0% (2024) 80.8% (2023) 78.5% (2022)	宮城県他100.0% (2024) 宮城県他100.0% (2023) 山形県他100.0% (2022)	
			子宮頸部 77.8% (2024) 74.3% (2023) 82.4% (2022)	82.2% (2024) 81.4% (2023) 78.8% (2022)	宮城県他100.0% (2024) 秋田県他100.0% (2023) 山形県他100.0% (2022)	

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 ・那覇市立病院(2025)	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	39.0% (2024) 22.0% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:市町村調査(2025年7月)

	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(2025)(2026)	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
		胃	62.5% (2023) 67.5% (2022)	84.5% (2023) 84.1% (2022)	秋田県他100.0% (2023) 群馬県他100.0% (2022)	

指標	陽性反応適中度	胃 (内視鏡)	男3.70% 女3.33% (2022) 男3.28% 女1.75% (2021) 男3.20% 女1.03% (2020)	男6.73% 女3.19% (2022) 男6.65% 女3.20% (2021) 男6.82% 女3.24% (2020)	男 宮城県17.18% 女 高知県10.53% (2022) 男 京都府19.05% 女 秋田県33.33% (2021) 男 宮城県19.78% 女 宮城県 9.83% (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」がん検診に関する統計データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標(住民検診) 2025年12月10日公表
		大腸	男1.98% 女2.05% (2022) 男2.34% 女2.31% (2021) 男2.32% 女1.62% (2020)	男3.80% 女3.23% (2022) 男3.59% 女3.04% (2021) 男3.39% 女2.73% (2020)	男 新潟県6.13% 女 新潟県5.59% (2022) 男 新潟県6.32% 女 新潟県5.34% (2021) 男 新潟県5.63% 女 富山県4.47% (2020)	
		肺	男2.66% 女1.09% (2022) 男0.84% 女1.81% (2021) 男2.50% 女0.64% (2020)	男3.29% 女2.01% (2022) 男3.38% 女2.05% (2021) 男3.40% 女1.97% (2020)	男 高知県22.06% 女 高知県 8.11% (2022) 男 高知県16.42% 女 高知県 7.69% (2021) 男 高知県13.79% 女 群馬県 6.86% (2020)	
		女性乳房	女6.25% (2022) 女4.77% (2021) 女4.59% (2020)	女6.63% (2022) 女6.30% (2021) 女5.84% (2020)	女 岩手県16.82% (2022) 女 岩手県17.98% (2021) 女 岩手県15.69% (2020)	
		子宮頸部	女1.24% (2019)	女1.18% (2019)	女 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				
		肺				
		女性乳房				
		子宮頸部				
指標	特異度	胃 (エックス線)				データなし
		胃 (内視鏡)				
		大腸				
		肺				
		女性乳房				
		子宮頸部				
指標	CIN3以上発見率 (子宮頸がんのみ)		女0.12% (2022) 女0.11% (2021) 女0.15% (2020)	女0.13% (2022) 女0.14% (2021) 女0.14% (2020)	女 大阪府0.24% (2022) 女 滋賀県0.28% (2021) 女 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」がん検診に関する統計データのダウンロード 3. がん検診のプロセス指標(住民検診) 2025年12月10日公表
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	女9.7% (2023) 女11.4% (2022) 女12.3% (2021)	女17.0% (2023) 女17.6% (2022) 女15.5% (2021)	女 栃木県54.7% (2023) 女 栃木県54.7% (2022) 女 鹿児島県46.5% (2021)	厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告 健康増進編第2章市区町村表「19-1乳がん検診受診者数」「19-2乳がん検診2年連続受診者数」 2025年3月25日公開
		子宮頸部	女12.4% (2023) 女13.1% (2022) 女12.7% (2021)	女25.9% (2023) 女26.4% (2022) 女24.54% (2021)	女 鳥取県61.8% (2023) 女 鳥取県61.4% (2022) 女 鳥取県58.7% (2021)	厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告 健康増進編第2章市区町村表「18-1子宮頸がん検診受診者数」「18-2子宮頸がん検診2年連続受診者数」2025年3月25日公開

※非初回受診者の2年連続受診者割合＝(2年連続受診者数総数÷検診受診者数総数)×100

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% (2022)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」4. がん検診受診率(国民生活基礎調査)がん検診受診率
		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% (2022)	
		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% (2022)	
		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% (2022)	

がん医療提供体制

C 個別施策

①医療提供全般<医療部会>

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(2025)(2026)	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:沖縄県庁Webサイト「掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設一覧」(2024年6月時点)
	指標 第8次医療計画に基づいて協議を行い決定した「施設」の総数(減少が良い)		25施設 (2024) 26施設 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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 ・宮古病院(2025)(2026) ・中部病院(2025)(2026) ・八重山病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					医療部会で検討中

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(2025)(2026) ・中部病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					医療部会で検討中

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(2025)(2026) ・中部病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	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	がん(疑いを含む)	257件 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設
		がん以外	90件 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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 ・中部病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	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		92.3% (2025) 53.8% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設

1-6	全県および各二次医療圏におけるBCPについて整備する	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		92.3% (2025) 100.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設

②病理診断<医療部会>

2-1	「施設」では、質の高い病理診断を行う ・中部病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	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		92.3% (2025) 92.3% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設

③がんゲノム医療<医療部会>

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(2025)(2026) ・中部病院(2025)(2026) ・八重山病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	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		128人 (2024) 126人 (2023)	116,081	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象2施設 全国値:がんゲノム情報管理センターC-CAT調査結果 統計情報C-CATに登録された検査件数(2025年12月17日C-CAT閲覧)
	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		7人 (2024) 7人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:琉球大学病院がん遺伝子パネル検査オーダー進行表オーダー日(年度集計)
	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	11人 対人口100万人 7.5人 (2024) 9人 対人口100万人 6.1人 (2022)	1,469人 対人口100万人 11.6人 (2024) 1,381人 対人口100万人 10.9人 (2022)	東京都338人 対人口100万人 24.1人 (2024) 東京都333人 対人口100万人 23.7人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計(2025年12月23日公表)※およそ2年ごとに実施
		②認定遺伝カウンセラー	1人 対人口100万人 0.7人 (2025) 1人 対人口100万人 0.7人 (2024)	406人 対人口100万人 3.2人 (2025) 387人 対人口100万人 3.1人 (2024)	東京都116人 対人口100万人 8.3人 (2025) 東京都91人 対人口100万人 6.5人 (2024)	認定遺伝カウンセラー協会からの情報提供(2025年8月現在)
		③がんゲノム医療コーディネーター(受講者数)	6人 対人口100万人 4.0人 (2022)	2,360人 対人口100万人 18.74人 (2022)	鳥根県30人 対人口100万人 45.02人 (2022)	がん対策推進協議会資料「人材育成」(2022年10月13日開催)

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		90.4% (2023)	89.8% (2023)	島根県96.0% (2023)	令和5年患者体験調査報告書【問27】(2025年7月3日公表)
	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		79.2% (2023) 71.4% (2018) 86.6% (2014)	88.5% (2023) 75.2% (2018) 89.6% (2014)	長野県92.4% (2023) 長野県83.1% (2018) 愛媛県95.2% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問15】(2025年7月3日公表)
	指標 「施設」における治療開始のカバー率					ベンチマーク部会で検討中
	指標 NDB-SCR/NDB がん患者指導管理料「イ」	入院	127.3 (2022) 134.2 (2021)	100.0	大分県430.2 (2022) 大分県356.8 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(診療行為コード)B001-00-23(コード113015210)
		外来	106.7 (2022) 98.7 (2021)	100.0	鳥取県261.7 (2022) 鳥取県255.3 (2021)	
		入院+外来	110.1 (2022) 105.3 (2021)	100.0	鳥取県251.7 (2022) 鳥取県245.5 (2021)	
	指標 NDB-SCR/NDB 診療情報提供料(II)	入院	85.5 (2022) 100.1 (2021)	100.0 (2021)	東京都193.9 (2022) 東京都193.0 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(診療行為コード)B010-00-00(コード113009510)
		外来	66.1 (2022) 69.1 (2021)	100.0 (2021)	東京都244 (2022) 三重県323.0 (2021)	
		入院+外来	67.2 (2022) 71.0 (2021)	100.0 (2021)	東京都241.3 (2022) 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)	比較可能 データなし	【参考値】秋田県 63.83% (2023) 63.03% (2020)	沖縄県値:医療者調査(2024年2月実施) 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」問8の集計結果
	指標 医療者調査 問11 医師 問9 看護師 問6 MSW 治療方針(告知等)の説明の際に、医師以外の職種が同席できていると思いますか		70.3 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2025年1月実施)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2024年2月実施)
	医療者調査 問37 医師 問24 看護師 問10 薬剤師 問23 MSW 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できていると思いますか。		51.1 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2025年1月実施)

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		76.9% (2023) 72.7% (2018)	70.0% (2023) 70.2% (2018)	鹿児島県79.6% (2023) 山口県80.3% (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問11】(2025年7月3日公表)

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		18.8% (2024) 2.4% (2023)			沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)集計対象2施設
	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	未実施理由の反映「なし」	55.9% (2022) 75.8% (2021) 85.9% (2020)	64.8% (2022) 81.6% (2021) 88.1% (2020)	100%	QIフィードバックシステム
		未実施理由の反映「限定」※	59.1% (2022) 85.7% (2021) 91.5% (2020)	97.1% (2022) 98.3% (2021) 99.0% (2020)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
	指標 DPC-QI st3 切除不能IV期胃がんへの化学療法前HER2検査	未実施理由の反映「なし」	57.8% (2022) 76.9% (2019)	70.4% (2022) 64.1% (2019)	100%	QIフィードバックシステム
		未実施理由の反映「限定」※	65.6% (2022) 90.4% (2019)	95.9% (2022) 93.2% (2019)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2024年2月実施)

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	胃	男 56.0 女 54.6 (2018) 男 62.5 女 57.0 (2017) 男 49.0 女 51.4 (2016) 男 57.6 女 55.2 (2012-2015)	男 65.5 女 61.8 (2018) 男 65.5 女 61.8 (2017) 男 65.1 女 61.4 (2016) 男 64.4 女 61.4 (2012-2015)	男 宮城県74.3 女 福島県68.9 (2018) 男 新潟県74.9 女 宮城県68.6 (2017) 男 新潟県72.5 岡山県72.5 女 新潟県69.9 (2016) 男 宮城県73.4 女 宮城県73.1 (2012-2015)	全国がん登録5年生存率報告 2012-15年 地域がん登録症例 5年純生存率
		大腸	男 66.9 女 64.8 (2018) 男 66.0 女 65.4 (2017) 男 65.1 女 67.9 (2016) 男 66.6 女 63.5 (2012-2015)	男 68.9 女 66.7 (2018) 男 69.0 女 66.7 (2017) 男 68.6 女 66.6 (2016) 男 68.1 女 66.0 (2012-2015)	男 鳥取県72.3 女 香川県71.4 (2018) 男 山形県72.9 女 東京都70.9 (2017) 男 広島県74.3 女 東京都73.0 (2016) 男 広島県73.3 女 東京都71.0 (2012-2015)	
		肝および肝内胆管	男 29.2 女 16.0 (2018) 男 29.7 女 30.2 (2017) 男 33.6 女 24.2 (2016) 男 27.7 女 24.0 (2012-2015)	男 35.7 女 31.4 (2018) 男 35.4 女 31.3 (2017) 男 35.0 女 30.1 (2016) 男 34.9 女 31.2 (2012-2015)	男 鳥取県46.2 女 山梨県45.7 (2018) 男 大分県48.2 女 和歌山県47.0 (2017) 男 鳥取県48.3 女 鳥取県47.1 (2016) 男 広島県43.1 女 広島県37.7 (2012-2015)	
		胆のう・胆管	男 26.3 女 30.3 (2018) 男 27.5 女 15.1 (2017) 男 25.1 女 20.9 (2016) 男 30.8 女 27.6 (2012-2015)	男 26.4 女 21.2 (2018) 男 25.3 女 21.3 (2017) 男 25.0 女 20.7 (2016) 男 23.8 女 20.2 (2012-2015)	男 愛媛県40.3 女 熊本県31.1 (2018) 男 熊本県36.3 女 京都府27.9 (2017) 男 奈良県38.1 女 和歌山県31.7 (2016) 男 岐阜県31.8 女 沖縄県27.6 (2012-2015)	
		膵臓	男 11.4 女 8.6 (2018) 男 17.0 女 15.0 (2017) 男 10.5 女 11.9 (2016) 男 15.1 女 14.8 (2012-2015)	男 14.0 女 13.0 (2018) 男 13.3 女 11.8 (2017) 男 11.9 女 11.8 (2016) 男 10.7 女 10.2 (2012-2015)	男 奈良県22.9 女 広島県17.8 (2018) 男 香川県21.6 女 茨城県16.2 (2017) 男 山梨県17.3 女 福井県18.8 (2016) 男 広島県15.1 女 東京都14.8 (2012-2015)	
		肺	男 30.6 女 42.9 (2018) 男 30.5 女 41.3 (2017) 男 31.4 女 44.7 (2016) 男 24.0 女 38.0 (2012-2015)	男 34.8 女 49.3 (2018) 男 34.5 女 50.4 (2017) 男 32.5 女 48.3 (2016) 男 30.2 女 46.8 (2012-2015)	男 香川県40.9 女 島根県60.6 (2018) 男 香川県40.3 女 長野県62.0 (2017) 男 滋賀県39.7 女 島根県59.5 (2016) 男 広島県36.3 女 石川県55.9 (2012-2015)	
		女性乳房	女 87.1 (2018) 女 89.7 (2017) 女 87.2 (2016) 女 88.2 (2012-2015)	女 88.4 (2018) 女 88.0 (2017) 女 88.0 (2016) 女 88.7 (2012-2015)	女 山形県91.8 (2018) 女 岡山県91.1 (2017) 女 石川県92.5 (2016) 女 長崎県92.4 (2012-2015)	
		前立腺	男 89.8 (2018) 男 87.7 (2017) 男 90.3 (2016) 男 91.8 (2012-2015)	男 92.5 (2018) 男 92.2 (2017) 男 92.1 (2016) 男 94.3 (2012-2015)	男 香川県100.6 (2018) 男 香川県100.7 (2017) 男 香川県99.9 (2016) 男 長崎県98.1 (2012-2015)	
	指標 患者体験調査 がんの診断・治療全体の総合的評価		8.3点 (2023) 8.4点 (2018)	8.2点 (2023) 8.0点 (2018)	島根県8.6点 (2023) 愛媛県8.5点 (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問31】(2025年7月3日公表)
	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【問20-8】(2020年11月11日公表)
	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【問20-10】(2020年11月11日公表)

	指標	医療者調査 問19 医師 問17 看護師 がんゲノム医療に関する情報を提供できていると思いますか。	52.1 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2025年1月実施）

※限定：未実施入力をした施設に限定して表示

④手術療法＜医療部会＞

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（2025）（2026） ・八重山病院（2025）（2026） ・那覇市立病院（2025）（2026）	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	86人 対人口100万人 58.6人 （2025） 85人 対人口100万人 57.8人 （2024） 81人 対人口100万人 55.1人 （2023）	9,408人 対人口100万人 74.6人 （2025） 9,183人 対人口100万人 73.9人 （2024） 8,897人 対人口100万人 71.6人 （2023）	鳥取県60人 対人口100万人 108.4人 （2025） 鳥取県59人 対人口100万人 110.1人 （2024） 京都府258人 対人口100万人 101.8人 （2023）	日本消化器外科学会事務局からのデータ提供（2025年9月10日）
		②呼吸器外科専門医	12人 対人口100万人 8.2人 （2024） 13人 対人口100万人 8.9人 （2022）	1,457人 対人口100万人 11.6人 （2024） 1,510人 対人口100万人 12.0人 （2022）	鳥取県12人 対人口100万人 21.7人 （2024） 香川県20人 対人口100万人 21.0人 （2022）	医師・歯科医師・薬剤師統計（2025年12月13日公表）※次回2027年12月下旬公表予定
		③乳腺外科専門医（乳腺専門医）	12人 対人口100万人 8.2人 （2024） 14人 対人口100万人 9.5人 （2022）	1,675人 対人口100万人 13.3人 （2024） 1,691人 対人口100万人 13.4人 （2022）	和歌山県21人 対人口100万人 22.8人 （2024） 和歌山県20人 対人口100万人 21.7人 （2022）	医師・歯科医師・薬剤師統計（2025年12月13日公表）※次回2027年12月下旬公表予定
		④小児外科専門医	7人 対人口100万人 4.8人 （2022）	772人 対人口100万人 6.1人 （2022）	島根県10人 対人口100万人 14.9人 （2022）	医師・歯科医師・薬剤師統計（2024年3月19日公表）※次回2025年12月下旬公表予定
		⑤肝胆膵外科高度技能専門医	3人 対人口100万人 2.0人 （2025） 4人 対人口100万人 2.7人 （2024） 3人 対人口100万人 2.0人 （2023）	720人 対人口100万人 5.7人 （2025） 667人 対人口100万人 5.4人 （2024） 586人 対人口100万人 4.7人 （2023）	広島県32人 対人口100万人 11.4人 （2025） 滋賀県57人 対人口100万人 40.6人 （2024） 滋賀県49人 対人口100万人 34.9人 （2023）	日本肝胆膵外科学会事務局からのデータ提供（2025年9月11日）
		⑥脳神経外科専門医	63人 対人口100万人 42.9人 （2022）	7,158人 対人口100万人 56.7人 （2022）	徳島県63人 対人口100万人 87.6人 （2022）	医師・歯科医師・薬剤師統計（2024年3月19日公表）※次回2025年12月下旬公表予定
		⑦認定骨・軟部腫瘍医	2人 対人口100万人 1.4人 （2025） 1人 対人口100万人 0.7人 （2024）	206人 対人口100万人 1.6人 （2025） 185人 対人口100万人 1.5人 （2024）	石川県5人 対人口100万人 4.4人 （2025） 徳島県3人 対人口100万人 4.3人 （2024）	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（2025年9月4日閲覧）
		⑧婦人科腫瘍専門医	15人 対人口100万人 10.2人 （2025） 14人 対人口100万人 9.5人 （2024）	1,299人 対人口100万人 10.3人 （2025） 1，224人 対人口100万人 9.8人 （2024）	東京都228人 対人口100万人 16.2人 （2025） 東京都218人 対人口100万人 15.5人 （2024）	日本婦人科腫瘍学会　婦人科腫瘍専門医地域別一覧（2025年5月1日現在）
		⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	1人 対人口100万人 0.7人 （2025） 2人 対人口100万人 1.4人 （2024）	97人 対人口100万人 0.8人 （2025） 91人 対人口100万人 0.7人 （2024）	石川県3人 対人口100万人 2.6人 （2025） 福井県2人 対人口100万人 2.7人 （2024）	日本皮膚科学会　皮膚科専門医MAP（2025年9月4日閲覧）
		⑩泌尿器科専門医	69人 対人口100万人 47.0人 （2025） 67人 対人口100万人 45.6人 （2024） 63人 対人口100万人 42.9人 （2023）	7,351人 対人口100万人 58.3人 （2025） 7,190人 対人口100万人 57.9人 （2024） 7,132人 対人口100万人 57.4人 （2023）	高知県64人 対人口100万人 92.5人 （2025） 高知県63人 対人口100万人 94.8人 （2024） 高知県61人 対人口100万人 91.8人 （2023）	日本泌尿器科学会事務局からのデータ提供（2025年9月18日）
		⑪頭頸部がん専門医	8人 対人口100万人 5.5人 （2025） 7人 対人口100万人 4.8人 （2024）	536人 対人口100万人 4.2人 （2025） 498人 対人口100万人 3.9人 （2024）	鳥取県5人 対人口100万人 9.0人 （2025） 鳥取県5人 対人口100万人 9.0人 （2024）	日本頭頸部外科学会 頭頸部がん専門医・指導医一覧（2025年9月4日閲覧）
		⑫口腔外科専門医	26人 対人口100万人 17.7人 （2025） 26人 対人口100万人 17.7人 （2024）	2,288人 対人口100万人 18.1人 （2025） 2，294人 対人口100万人 18.2人 （2024）	鳥取県18人 対人口100万人 32.5人 （2025） 鳥取県19人 対人口100万人 34.3人 （2024）	日本口腔外科学会からのデータ提供（2025年7月10日）
	指標 上記の専門医が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①消化器外科専門医	92.3% （2025） 92.3% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 （2025年7月実施） 集計対象13施設
		②呼吸器外科専門医	69.2% （2025） 69.2% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		③乳腺外科専門医	46.2% （2025） 46.2% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		④小児外科専門医	15.4% （2025） 15.4% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		⑤肝胆膵外科高度技能専門医	23.1% （2025） 23.1% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		⑥脳神経外科専門医	84.6% （2025） 92.3% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		⑦認定骨・軟部腫瘍医	0% （2025） 0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		⑧婦人科腫瘍専門医	53.8% （2025） 53.8% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	0% （2025） 7.7% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		⑩泌尿器科専門医	92.3% （2025） 84.6% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		⑪頭頸部がん専門医	23.1% （2025） 15.4% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		⑫口腔外科専門医	61.5% （2025） 53.8% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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（2025）（2026） ・北部地区医師会病院（2025）（2026）	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	100.0% （2025） 100.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 （2025年7月実施） 集計対象13施設

4-3	高い技術を要する手術療法について、集約化を行う ・那覇市立病院（2025）（2026）	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		比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：院内がん登録

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	未実施理由の反映「なし」	86.6% （2009）	81.1% （2009）	100%	QIフィードバックシステム
		未実施理由の反映「限定」※	86.6% （2009）	86.6% （2009）	100%	QIフィードバックシステム（2026年1月23日時点）
	指標 DPC-QI　14 進行胃癌に対する定型手術	未実施理由の反映「なし」	90.9% （2009）	92.5% （2009）	100%	QIフィードバックシステム
		未実施理由の反映「限定」※	90.9% （2009）	90.9% （2009）	100%	QIフィードバックシステム（2026年1月23日時点）
	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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）
	指標 医療者調査 問21 医師 沖縄県では、質の高い手術を提供できていると思いますか。		68.2 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2025年1月実施）

※限定：未実施入力をした施設に限定して表示

⑤放射線療法＜医療部会＞

	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 ・中部病院（2025）（2026）	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		69.2% （2025） 69.2% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 （2025年7月実施） 集計対象13施設
		①放射線治療専門医	16人 対人口100万人 10.9人 （2025） 14人 対人口100万人 9.5人 （2024）	1,453人 対人口100万人 11.5人 （2025） 1，427人 対人口100万人 11.3人 （2024）	京都府55人 対人口100万人 21.3人 （2025） 京都府55人 対人口100万人 21.3人 （2024）	日本放射線腫瘍学会からの情報提供（2025年8月31日現在）

	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	未実施理由の反映「なし」	59.9% （2022） 61.3% （2020）	75.5% （2022） 73.7% （2020）	100%	QIフィードバックシステム
		未実施理由の反映「限定」※	67.9% （2022） 69.8% （2020）	97.3% （2022） 96.6% （2020）	100%	QIフィードバックシステム（2026年1月23日時点）

5-1	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	②放射線治療専門放射線技師	13人 対人口100万人 8.9人 (2025) 13人 対人口100万人 8.9人 (2024) 11人 対人口100万人 7.5人 (2023)	1,895人 対人口100万人 15.0人 (2025) 1,946人 対人口100万人 15.4人 (2024) 1,875人 対人口100万人 14.9人 (2023)	秋田県28人 対人口100万人 29.2人 (2025) 秋田県31人 対人口100万人 32.3人 (2024) 秋田県27人 対人口100万人 28.1人 (2023)	日本放射線治療専門放射線技師認定機構　認定者名簿閲覧(2025年10月1日現在)
			③医学物理士	9人 対人口100万人 6.1人 (2025) 9人 対人口100万人 6.1人 (2023)	1,541人 対人口100万人 12.2人 (2025) 1,461人 対人口100万人 11.6人 (2023)	福井県17人 対人口100万人 22.2人 (2025) 福井県18人 対人口100万人 23.5人 (2023)	医学物理士認定機構　在籍医学物理士の都道府県別数閲覧(2025年4月30日更新)
			④がん放射線療法看護認定看護師	<A課程> 6人 対人口100万人 4.1人 (2025) <A課程> 6人 対人口100万人 4.1人 (2024)	360人 対人口100万人 2.9人 (2024)	山形県7人 対人口100万人 6.8人 (2024)	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」(2025年12月25日現在)
				<B課程> 2人 対人口100万人 1.4人 (2025) <B課程> 2人 対人口100万人 1.4人 (2024)	50人 対人口100万人 0.4人 (2024)	静岡県8人 対人口100万人 2.3人 (2024)	
	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	22.2% (2025) 20.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 (2025年7月実施) 放射線治療施設数 2024年10施設 2025年9施設
			②放射線治療専門放射線技師2名以上	11.1% (2025) 60.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③医学物理士	55.6% (2025) 40.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			④がん放射線療法看護認定看護師	55.6% (2025) 60.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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 ・中部病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2026)	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	66.7% 6/9施設 (2025) 27.3% 3/11施設 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：琉球大学病院放射線科からの情報提供 (2025年6月18日)

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※	11人 (2024) 9人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 (2025年7月実施)集計対象13施設

※集計不可、内訳不明の施設を除く

5-1	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	未実施理由の反映「なし」	42.1% (2022) 56.8% (2021) 43.3% (2020)	64.0% (2022) 61.8% (2021) 62.1% (2020)	100%	QIフィードバックシステム
			未実施理由の反映「限定」※	42.1% (2022) 59.5% (2021) 70.0% (2020)	94.3% (2022) 94.9% (2021) 95.7% (2020)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
	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	未実施理由の反映「なし」	42.6% (2022) 28.6% (2021) 46.7% (2020)	51.4% (2022) 48.8% (2021) 47.4% (2020)	100%	QIフィードバックシステム
			未実施理由の反映「限定」※	47.1% (2022) 45.7% (2021) 93.3% (2020)	96.7% (2022) 96.7% (2021) 97.5% (2020)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
	指標	医療者調査　問24 放射線治療を受けた患者のうち、その適応の判断を多職種で議論された上で、提供できた患者の割合はどの程度ですか。		65.3ポイント (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問22 医師 問19 看護師 放射線治療の適応の判断については、多職種で議論を行うことができていると思いますか。		57.1 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2025年1月実施)
	指標	医療者調査 問23 医師 沖縄県では、質の高い放射線治療を提供できていると思いますか。		57.1 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2025年1月実施)

※限定：未実施入力をした施設に限定して表示

⑥薬物療法＜医療部会＞

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(2025)(2026) ・中部病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	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	38.5% (2025) 23.1% (2024)	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設	
	指標	以下の専門家の数 ①がん薬物療法専門医 ②がん指導薬剤師、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師および外来がん治療認定薬剤師 ③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師および乳がん看護認定看護師	①がん薬物療法専門医	3人 対人口100万人 2.0人 (2022)	1,374人 対人口100万人 10.9人 (2022)	徳島県14人 対人口100万人 19.5人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計(2024年3月19日公表)※次回2025年12月下旬公表予定
			②がん指導薬剤師	0人 対人口100万人 0.0人 (2025) 0人 対人口100万人 0.0人 (2024) 0人 対人口100万人 0.0人 (2023)	415人 対人口100万人 3.3人 (2025) 385人 対人口100万人 3.1人 (2024) 351人 対人口100万人 2.8人 (2023)	石川県12人 対人口100万人 10.8人 (2025) 石川県13人 対人口100万人 11.7人 (2024) 石川県13人 対人口100万人 11.7人 (2023)	日本医療薬学会　がん指導薬剤師認定者名簿(2025年4月17日現在)
			②がん専門薬剤師	1人 対人口100万人 0.7人 (2025) 4人 対人口100万人 2.7人 (2024) 4人 対人口100万人 2.7人 (2023)	845人 対人口100万人 6.8人 (2025) 827人 対人口100万人 6.7人 (2024) 786人 対人口100万人 6.3人 (2023)	石川県22人 対人口100万人 19.9人 (2025) 石川県21人 対人口100万人 19.0人 (2024) 石川県20人 対人口100万人 18.1人 (2023)	日本医療薬学会　がん専門薬剤師認定者名簿(2025年4月17日現在)
			②がん薬物療法認定薬剤師	11人 対人口100万人 7.5人 (2024) 12人 対人口100万人 8.2人 (2023)	1,030人 対人口100万人 8.2人 (2024) 1,019人 対人口100万人 8.1人 (2023)	島根県17人 対人口100万人 25.3人 (2024) 島根県13人 対人口100万人 19.4人 (2023)	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閲覧 (2024年10月1日現在)
			②外来がん治療認定薬剤師	8人 対人口100万人 5.5人 (2025) 8人 対人口100万人 5.5人 (2024) 6人 対人口100万人 4.1人 (2023)	882人 対人口100万人 7.0人 (2025) 992人 対人口100万人 7.9人 (2024) 982人 対人口100万人 7.8人 (2023)	佐賀県8人 対人口100万人 9.9人 (2025) 福岡県61人 対人口100万人 11.9人 (2024) 和歌山県11人 対人口100万人 11.9人 (2023)	日本臨床腫瘍薬学会　外来がん治療 認定薬剤師(APACC) 一覧閲覧 (2025年10月1日現在)
			③がん看護専門看護師	13人 対人口100万人 8.8人 (2024)	1,133人 対人口100万人 9.1人 (2024)	高知県20人 対人口100万人 30.1人 (2024)	日本看護協会 データで見る専門看護師「都道府県別専門看護師登録者数」 (2024年12月25日現在)
			③がん薬物療法看護認定看護師	<B課程> 4人 対人口100万人 2.7人 (2024)	286人 対人口100万人 2.3人 (2024)	山形県7人 対人口100万人 6.8人 (2024)	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」 (2024年12月25日現在)
			③乳がん看護認定看護師	<A課程> 2人 対人口100万人 1.4人 (2024)	343人 対人口100万人 2.8人 (2024)	鳥取県7人 対人口100万人 13.1人 (2024)	
				<B課程> 2人 対人口100万人 1.4人 (2024)	52人 対人口100万人 0.4人 (2024)	富山県4人 対人口100万人 4.0人 (2024)	
	指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①がん薬物療法専門医	30.8% (2025) 23.1% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設
			②がん指導薬剤師	0% (2025) 7.7% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②がん専門薬剤師	7.7% (2025) 7.7% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②がん薬物療法認定薬剤師	46.2% (2025) 38.5% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②外来がん治療認定薬剤師	53.8% (2025) 23.1% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③がん看護専門看護師	30.8% (2025) 23.1% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③がん薬物療法看護認定看護師	30.8% (2025) 46.2% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③乳がん看護認定看護師	7.7% (2025) 0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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	未実施理由の反映「なし」	51.5% (2022) 70.8% (2021) 66.7% (2020)	58.3% (2022) 57.2% (2021) 56.1% (2020)	100%	QIフィードバックシステム
			未実施理由の反映「限定」※	51.5% (2022) 79.2% (2021) 80.0% (2020)	95.1% (2022) 96.4% (2021) 95.1% (2020)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
	指標	DPC-QI　st14 胃癌術後6週間以内の補助化学療法開始	未実施理由の反映「なし」	42.4% (2022) 58.3% (2020)	49.3% (2022) 51.4% (2020)	100%	QIフィードバックシステム
			未実施理由の反映「限定」※	54.5% (2022) 83.3% (2020)	90.1% (2022) 92.8% (2020)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
	指標	DPC-QI　32 StageⅢ大腸癌に対する術後補助化学療法	未実施理由の反映「なし」	69.9% (2009)	82.7% (2009)	100%	QIフィードバックシステム
			未実施理由の反映「限定」※	69.9% (2009)	69.9% (2009)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問24 医師 問8 薬剤師 沖縄県では、質の高い薬物療法を提供できていると思いますか。		69.9 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2025年1月実施)

※限定：未実施入力をした施設に限定して表示

6-2	「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(2025)(2026) ・琉球大学病院(2025)	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典

	指標	中間アウトカムの指標と同じ				

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 ・宮古病院(2025)(2026) ・中部病院(2025)(2026) ・八重山病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)		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		100.0% (2025) 100.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設

⑦チーム医療の推進<医療部会>

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 ・中部病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標						医療部会で検討中
	指標						医療部会で検討中

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		100.0% (2025) 100.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設

7-3	「施設」では、栄養サポートチーム等の専門チームと連携し、栄養指導や管理を行う ・中部病院(2026) ・那覇市立病院(2025) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「栄養サポートチーム加算」を算定している「施設」の割合		76.0% 19/25施設 (2025) 76.0% 19/25施設 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:九州厚生局 届出受理医療機関名簿(全体版)受理番号:栄養チ 2025年4月1日現在(※毎月上旬更新予定)

7-1	患者が、医療者の間の情報共有ができた医療を受けられている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 医療スタッフ間で情報が十分と感じた患者の割合		82.4% (2023) 77.3% (2018)	80.1% (2023) 68.8% (2018)	島根県90.5% (2023) 東京都78.0% (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問23-7】 (2025年7月3日公表)
	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		68.3% (2023) 53.7% (2018)	58.4% (2023) 48.8% (2018)	島根県69.9% (2023) 佐賀県65.8% (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問23-6】 (2025年7月3日公表)
	指標	DPC-QI st20 胃がん患者への栄養指導	未実施理由の反映「なし」	97.8% (2019)	94.7% (2019)	100%	QIフィードバックシステム
			未実施理由の反映「限定」※	98.5% (2019)	98.0% (2019)	100%	QIフィードバックシステム(2026年1月23日時点)
	指標	NDB-SCR/NDB 栄養サポートチーム加算		158.2 (2022) 190.1 (2021)	100.0	高知県188.0 (2022) 沖縄県190.1 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(診療行為コード)A-233-02-00(コード190136810)
	指標	NDB-SCR/NDB 周術期口腔機能管理計画策定料					
	指標	NDB-SCR/NDB 周術期口腔機能管理料(I)(II)(III)					
	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)	比較可能 データなし	【参考値】 秋田県62.0% (2023) 秋田県62.1% (2020)	沖縄県値:医療者調査(2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問25 看護師 問11 薬剤師 問24 MSW がん患者のケアに関して、医師に対して、自分の意見を自由に話すことができていると思いますか。		56.1 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2025年1月実施)
	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)	比較可能 データなし	【参考値】 秋田県97.0% (2023) 秋田県97.4% (2020)	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」問25の集計結果
	指標	医療者調査 問38 医師 他の医療者の話に耳を傾けることができていると思いますか。		73.2 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2025年1月実施)

※限定:未実施入力をした施設に限定して表示

⑧医療実装<医療部会>

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(2025)		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			比較可能 データなし	比較可能 データなし	

8-2	「拠点病院等」では、治験も含めた医薬品等の臨床試験、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 ・琉球大学病院(2026)		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		1/3施設 (2025) 1/3施設 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象3施設
	指標	「拠点病院等」において実施されている(参加が可能な)臨床試験の数		25件 (2024) 14件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象6施設

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試験、先進医療、患者申出療養等に参加した患者の数		91人 (2024) 269人 (2023)			沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設
	指標	医療者調査 問9 医師の方にお尋ねします。2023年に、レジメン登録が遅かったために、患者へのタイムリーな投薬が遅れたことがありましたか。		64.4%(なかったとの回答) (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問7 医師 問6 薬剤師 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ったと思いますか。		80.1 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2025年1月実施)

緩和・支持療法

C 個別施策

①緩和ケア<緩和ケア・在宅医療部会>

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(2025)(2026) ・中部病院(2025)(2026) ・八重山病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)		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		緩和ケア・在宅医療部会にて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：2026年2月アンケート施行予定
	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		緩和ケア・在宅医療部会にて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：2026年2月アンケート施行予定
	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		緩和ケア・在宅医療部会にて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：2026年2月アンケート施行予定
	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		緩和ケア・在宅医療部会にて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：2026年2月アンケート施行予定

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 ・中部病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026) ・琉球大学病院(2025)(2026)		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		緩和ケア・在宅医療部会にて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定
	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		緩和ケア・在宅医療部会にて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定
	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		緩和ケア・在宅医療部会にて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定
	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		緩和ケア・在宅医療部会にて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定
	指標	リンクナース制度を運用している「施設」の割合		92.3% (2025) 92.3% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設

1-3	「施設」では、専門的な緩和ケアを提供できる人材とチームを整備する ・中部病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)		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		726件 (2024) 919件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設
	指標	緩和ケア外来の新規診療症例数		480件 (2024) 366件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	指標	緩和ケア外来への、地域の医療機関からの紹介件数		617件 (2024) 612件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	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 対人口100万人 2.0人 (2025) 3人 対人口100万人 2.0人 (2024)	552人 対人口100万人 4.4人 (2025) 356人 対人口100万人 2.8人 (2024)	京都府25人 対人口100万人 9.7人 (2025) 鳥取県4人 対人口100万人 7.2人 (2024)	日本緩和医療学会認定名簿閲覧(2025年4月1日認定)
			①緩和医療学会認定医	15人 対人口100万人 10.2人 (2025) 11人 対人口100万人 7.5人 (2024)	1,086人 対人口100万人 8.6人 (2025) 1,146人 対人口100万人 9.2人 (2024)	鳥取県10人 対人口100万人 18.1人 (2025) 鳥取県9人 対人口100万人 16.3人 (2024)	
			②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	3人 対人口100万人 2.0人 (2025) 1人 対人口100万人 0.7人 (2024)	286人 対人口100万人 2.3人 (2025) 142人 対人口100万人 1.1人 (2024)	岡山県9人 対人口100万人 4.8人 (2025) 香川県4人 対人口100万人 4.2人 (2024)	日本サイコオンコロジー学会 登録医リスト(2025年9月8日閲覧)
			③ペインクリニック専門医	16人 対人口100万人 10.9人 (2025) 15人 対人口100万人 10.2人 (2024) 15人 対人口100万人 10.2人 (2023)	1,644人 対人口100万人 13.0人 (2025) 1,642人 対人口100万人 13.0人 (2024) 1,619人 対人口100万人 12.8人 (2023)	栃木県55人 対人口100万人 28.5人 (2025) 栃木県54人 対人口100万人 27.9人 (2024) 栃木県55人 対人口100万人 28.5人 (2023)	日本ペインクリニック学会事務局からのデータ提供(2025年4月1日現在)
			④放射線治療専門医	16人 対人口100万人 10.9人 (2025) 14人 対人口100万人 9.5人 (2024)	1,453人 対人口100万人 11.5人 (2025) 1，427人 対人口100万人 11.3人 (2024)	京都府55人 対人口100万人 21.3人 (2025) 京都府55人 対人口100万人 21.3人 (2024)	日本放射線腫瘍学会からの情報提供(2025年8月31日現在)
			⑤IVR専門医(放射線カテーテル治療専門医)	13人 対人口100万人 8.8人 (2024) 13人 対人口100万人 8.8人 (2023)	1，303人 対人口100万人 10.05人 (2024) 1，264人 対人口100万人 10.2人 (2023)	高知県16人 対人口100万人 24.1人 (2024) 奈良県119人 対人口100万人 92.0人 (2023)	日本IVR学会事務局からの情報提供(2025年5月29日)
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	4人 対人口100万人 2.7人 (2025) 4人 対人口100万人 2.7人 (2024)	865人 対人口100万人 7.0人 (2025) 870人 対人口100万人 7.0人 (2024)	石川県18人 対人口100万人 16.2人 (2025) 島根県11人 対人口100万人 17.0人 (2024)	日本緩和医療薬学会認定名簿(2025年3月現在)
			⑦緩和ケア認定看護師	55人 対人口100万人 37.5人 (2025) 54人 対人口100万人 36.8人 (2024)	2,713人 対人口100万人 21.5人 (2025) 2,682人 対人口100万人 21.3人 (2024)	山梨県58人 対人口100万人 71.6人 (2025) 山梨県60人 対人口100万人 74.1人 (2024)	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」(2025年12月25日現在)
			⑧公認心理師	1,052人 対人口100万人 716.9人 (2025) 1,036人 対人口100万人 706.0人 (2024) 1,010人 対人口100万人 688.3人 (2023)	75,222人 対人口100万人 596.3人 (2025) 73,678人 対人口100万人 584.1人 (2024) 71,821人 対人口100万人 569.3人 (2023)	京都府2,419人 対人口100万人 938.3人 (2025) 京都府2,368人 対人口100万人 918.5人 (2024) 京都府2,285人 対人口100万人 886.3人 (2023)	公認心理師試験研修センター「⑧登録者数の状況」(2025年12月末日現在)

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	93.3% (2023) 80.1% (2018)	90.2% (2023) 74.1% (2018)	島根県96.9% (2023) 愛媛県86.3% (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問23-3】(2025年7月3日公表)
	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	96.5% (2023) 78.6% (2018)	90.3% (2023) 71.7% (2018)	高知県97.1% (2023) 愛媛県79.8% (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問23-4】(2025年7月3日公表)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問8 医師 問6 看護師 2024年に、看護師による痛みのモニタリングで、痛みがあった患者の状況が、主治医(チーム)に速やかに伝えることができていると思いますか。	73.1 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2025年1月実施)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問9 医師 問7 看護師 2024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対して、主治医(チーム)が、速やかに必要な緩和ケアを提供できていると思いますか。	68.5 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2025年1月実施)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問10 医師 問8 看護師 2024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については、主治医(チーム)から速やかに緩和ケアチームに紹介できていると思いますか？	64.8 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2025年1月実施)

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					緩和ケア・在宅医療部会で検討中
	指標	NDB-SCR/NDB 緩和ケア診療加算の算定回数	51.0 (2022) 39.3 (2021)	100.0	福井県221.8 (2022) 福井県211.7 (2021)	内閣府　医療提供状況の地域差(診療行為コード)A-226-02-01(コード190110070)
	指標	NDB-SCR/NDB L100神経ブロック(局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用)	78.8 (2022) 84.3 (2021)	100.0	長野県226.8 (2022) 長野県230.2 (2021)	内閣府　医療提供状況の地域差(診療行為枝番)L-100-00入院+外来
	指標	NDB-SCR/NDB L101神経ブロック(神経破壊剤又は高周波凝固法使用)	78.1 (2022) 68.0 (2021)	100.0	鹿児島県899.7 (2022) 岐阜県296.1 (2021)	内閣府　医療提供状況の地域差(診療行為枝番)L-101-00入院+外来
	指標	NDB-SCR/NDB 緩和的放射線照射の実施数: M001-3(直線加速器による放射線治療)の2	138.0 (2022) 141.9 (2021)	100.0	山形県240.7 (2022) 山形県214.8 (2021)	内閣府　医療提供状況の地域差(診療行為コード)M-001-03-02入院+外来(コード180035310)

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	なし (2023) 70.4% (2018) 62.0% (2014)	なし (2023) 69.5% (2018) 61.5% (2014)	なし (2023) 岡山県79.8% (2018) 和歌山県73.2% (2014)	患者体験調査【問36-5】(2020年11月11日公表)
	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	37.0% (2023) 43.5% (2018)	33.8% (2023) 42.5% (2018)	大分県42.1% (2023) 山口県55.2% (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問64】(2025年7月3日公表)
	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	78.6% (2023) 78.3% (2018) 75.2% (2014)	79.0% (2023) 70.1% (2018) 77.7% (2014)	三重県87.3% (2023) 徳島県83.5% (2018) 秋田県89.4% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問59】(2025年7月3日公表)

			⑧臨床心理士	336人 対人口100万人 228.6人 （2023）	36,865人 対人口100万人 296.6人 （2023）	京都府1,448人 対人口100万人 571.5人 （2023）	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・専門職大学院数一覧表」（2023年6月1日現在）
	指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①緩和医療学会専門医	15.4% （2025） 7.7% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施） 集計対象13施設
			①緩和医療学会認定医	53.8% （2025） 46.2% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	0% （2025） 0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③ペインクリニック専門医	23.1% （2025） 38.5% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			④放射線治療専門医	61.5% （2025） 61.5% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑤IVR専門医（放射線力テーテル治療専門医）	46.2% （2025） 53.8% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	15.4% （2025） 23.1% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑦緩和ケア認定看護師	100.0% （2025） 100.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑧公認心理師	69.2% （2025） 61.5% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑧臨床心理士	46.2% （2025） 53.8% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

②在宅医療＜緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキング＞

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（2025）（2026） ・中部病院（2025）（2026） ・八重山病院（2025）（2026） ・那覇市立病院（2025） ・北部地区医師会病院（2025）（2026） ・琉球大学病院（2025）（2026）		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	あなたが担当した患者さんは、最終的に希望した場所で亡くなったと思いますか	拠点病院等（医師、看護師、MSW）	56.3 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2025年1月実施）
			在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、訪問看護ステーション（医師、看護師）	緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキングにて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定

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（2025）（2026）		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキングで検討中		緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキングにて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：2025年8月アンケート施行予定

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		1人 （2024） 3人 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）集計対象13施設
	指標	以下の専門家の数 ①在宅専門医 ②訪問看護認定看護師 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 対人口100万人 6.8人 （2024）	461人 対人口100万人 3.7人 （2024）	奈良県12人 対人口100万人 9.3人 （2024）	日本在宅医療連合学会　認定専門医一覧閲覧（2024年5月17日）
			日本在宅医療連合学会 所属県別会員数	47人 対人口100万人 32.0人 （2024）	3,348人 対人口100万人 26.9人 （2024）	東京都679人 対人口100万人 48.1人 （2024）	日本在宅医療連合学会事務局からのデータ提供（2024年12月）
			②訪問看護認定看護師	3人 対人口100万人 2.0人 （2024）	672人 対人口100万人 5.3人 （2024）	愛知県98人 対人口100万人 13.0人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2024年12月25日現在）
			（訪問看護ステーション）訪問看護師	1,229人 対人口100万人 837.5人 （2023）	91,462人 対人口100万人 725.1人 （2023）	大阪府11,569人 対人口100万人 1,309.1人 （2023）	厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」（2026年1月27日閲覧）
			③介護支援専門員	1,049人 対人口100万人 714.8人 （2024） 1,147人 対人口100万人 781.6人 （2023）	95,015人 対人口100万人 753.2人 （2024） 94,228人 対人口100万人 747.0人 （2023）	秋田県1,125人 対人口100万人 1172.5人 （2024） 秋田県1,114人 対人口100万人 1,161人 （2023）	介護サービス施設・事業所調査「居宅サービス事業所」7-11居宅介護支援　常勤数（2025年12月19日公表）
			④在宅医療インテグレーター（養成講座修了者数）	13人 対人口100万人 8.9人	430人 対人口100万人 3.4人	沖縄県13人 対人口100万人 8.9人	日本在宅医療連合学会事務局からのデータ提供（2025年8月13日）
	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	96施設 対人口100万人 66.7施設 （2023）	14,514施設 対人口100万人 115.1施設 （2023）	大阪府1,739施設 対人口100万人 196.8施設 （2023）	厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」（2026年1月27日閲覧）
			②強化機能型在宅療養支援診療所	36施設 対人口100万人 24.5施設 （2023）	4,005施設 対人口100万人 31.7施設 （2023）	大阪府454施設 対人口100万人 51.4施設 （2023）	
			③在宅療養支援病院	20施設 対人口100万人 13.6施設 （2023）	1,821施設 対人口100万人 14.4施設 （2023）	徳島県46施設 対人口100万人 63.9施設 （2023）	
			④訪問看護ステーション	234施設 対人口100万人 159.5施設 （2023）	16,423施設 対人口100万人 130.2施設 （2023）	大阪府1,871施設 対人口100万人 211.7施設 （2023）	
			⑤専門医療機関連携薬局	0施設 対人口100万人 0施設 （2024） 1施設 対人口100万人 0.7施設 （2023）	205施設 対人口100万人 1.6施設 （2024） 191施設 対人口100万人 1.5施設 （2023）	滋賀県6施設 対人口100万人 4.2施設 （2024） 長崎県5施設 対人口100万人 3.8施設 （2023）	衛生行政報告例 第8章薬事 第1表薬局数・無薬局町村数・登録販売者数，都道府県別（2025年10月21日公表）
			⑥麻薬を取り扱っている夜間休日対応薬局	101/383施設			沖縄県値：沖縄県薬剤師会　沖縄県保険薬局情報リスト「在宅対応薬局」「外来対応薬局」閲覧（2024年11月8日）
			無菌製剤処理（共同利用含む）	97/383施設			
			⑦介護サービス事業所	2,761施設 （2025） 2,638施設 （2024） 2,504施設 （2023）			沖縄県値：沖縄県Webサイト「沖縄県内指定介護サービス事業所情報」閲覧（2025年10月1日現在）※状態区分「指定」のみ
			⑧訪問リハビリテーション事業所	46施設 対人口100万人 31.3施設 （2025） 45施設 対人口100万人 30.7施設 （2024） 42施設 対人口100万人 28.6施設 （2023）	5,022施設 対人口100万人 39.8施設 （2025） 4,915施設 対人口100万人 39.8施設 （2024） 4,913施設 対人口100万人 38.9施設 （2023）	徳島県105施設 対人口100万人 145.9施設 （2025） 徳島県101施設 対人口100万人 145.7施設 （2024） 徳島県96施設 対人口100万人 140.4施設 （2023）	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」140訪問リハビリテーション閲覧（2025年6月末時点）

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		【参考値】全体 69.5% （2019-2020）	がん在宅74.9% （2023） がん在宅79.1% （2019-2020） がん在宅78.8% （2019） がん在宅78.7% （2018）	【参考値】全体 鹿児島県78.0% （2019-2020）	遺族調査（2025年7月3日公表）
	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		【参考値】全体 42.1% （2019-2020） 53.1% （2019）	がん在宅41.3% （2023） がん在宅40.2% （2019-2020） がん在宅41.7% （2019） がん在宅40.2% （2018）	【参考値】全体 佐賀県33.3% （2019-2020） 福岡県31.0% （2019）	遺族調査（2025年7月3日公表）
	指標	NDB-SCR/NDB 在宅ターミナルケア加算		103.9 （2022） 84 （2021）	100.0	神奈川県188.5 （2022） 神奈川県192.6 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）C-001-00-05
	指標	NDB-SCR/NDB 看取り加算		107.6 （2022） 90.3 （2021）	100.0	神奈川県188.1 （2022） 神奈川県193.8 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）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）		107.7 （2022） 99.0 （2021）	100.0	秋田県243.5 （2022） 秋田県258.1 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）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）		242.6 （2022） 236.3 （2021）	100.0	岐阜県305.6 （2022） 岐阜県319.5 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）
	指標	医療者調査 問25 医師 問20 看護師 問13 MSW あなたが担当した患者さんは、最終的に希望した場所で亡くなったと思いますか。		56.3 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2025年1月実施）

2-4	看取りができる介護施設の拡大を図る ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	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	緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキングにて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：各地区医師会にて調査予定

③リハビリテーション<医療部会>

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(2025)(2026) ・中部病院(2025)(2026) ・八重山病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん患者リハビリテーション料に関する施設基準を満たした「施設」の割合	65.4% 17/26施設 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：九州厚生局 届出受理医療機関名簿(全体版)受理番号：がんリハ 令和6年8月1日現在(※毎月上旬更新予定)

④支持療法<医療部会>

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(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026)	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	リンパ浮腫研修の受講者数(修了者数)	3人 対人口100万人 2.0人 (2023)	350人 対人口100万人 2.8人 (2023)	奈良県10人 対人口100万人 7.7人 (2023)	ライフ・プランニング・センターからのデータ提供(2024年8月15日)
	指標	リンパ浮腫外来が設置されている「施設」の割合	46.2% (2025) 46.2% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設
	指標	ストーマ外来が設置されている「施設」の割合	92.3% (2025) 76.9% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設

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(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	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	61.5% (2025) 61.5% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設

⑤妊孕性温存療法<小児・AYA部会>

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(2025)(2026) ・八重山病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	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 (2023) 6件 (2022) 医師会病院を除く拠点病院等5施設集計結果	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10(2024年6月6日開催)

※「相談記入シート」相談者からの相談内容03-01.妊孕性、生殖機能

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	・琉大病院 40例(2023) 41例(2024) ・友愛医療センター 6例 (2023) 5例(2024) ・その他医療機関 (0例)	1200例 (2023) 1453例 (2024)		沖縄県値・全国値：琉球大学病院周産母子センター(産科)からの情報提供(2025年8月5日)友愛医療センターからの情報提供(2025年9月2日)

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	院内23例、院外18例 (2024) 院内26例、院外14例 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：琉球大学病院周産母子センター(産科)からの情報提供(2025年8月5日)

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	【参考値】 ①がんに係るリハビリテーションが実施された患者数 1,823人 (2024) 4,080人 (2023) ②がんリハの加算対象の患者数 234人 (2024) 242人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	参考値：医療機関調査(2025年7月実施) 集計対象13施設
	指標	NDB-SCR/NDB がん患者リハビリテーション料	116.1 (2022) 116.6 (2021)	100	福井県190.5 (2022) 福井県191.4 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(診療行為項番)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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問26 医師 問21 看護師 リハビリテーションが必要な患者に対して、リハビリテーションが提供できていると思いますか。	70.4 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2025年1月実施)

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	74.7% (2023) 70.5% (2018)	75.5% (2023) 63.0% (2018)	島根県83.3% (2023) 大分県70.8% (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問23-2】(2025年7月3日公表)
	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				医療部会で検討中
	指標	NDB-SCR/NDB リンパ浮腫複合的治療料 (重症)	なし (2022) なし (2021)	100	鳥取県693.7 (2022) 岩手県459.0 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(診療行為項番)H-007-04-01
	指標	NDB-SCR/NDB リンパ浮腫複合的治療料 (1以外)	なし (2022) なし (2021)	100	高知県330.6 (2022) 東京都299.6 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(診療行為項番)H-007-04-02
	指標	NDB-SCR/NDB リンパ浮腫指導管理料	70.7 (2022) 69.4 (2021)	100	佐賀県144.6 (2022) 鹿児島県138.6 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(診療行為項番)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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問18 医師 問16 看護師 問7 薬剤師 薬物療法の開始前に、副作用の出る時期の説明も含めて、説明ができていると思いますか。	72.2 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2025年1月実施)

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 (2024) 1例 (2023)			沖縄県値：琉球大学病院周産母子センター(産科)からの情報提供(2025年8月1日)
	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	60.7% (2023) 51.6% (2018) 65.7% (2014)	71.5% (2023) 31.1% (2018) 38.1% (2014)	島根県100.0% (2023) 秋田県100.0% (2018) 和歌山県92.8% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問16】(2025年7月3日公表)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問20 医師 問18 看護師 対象となる患者すべてに対して、妊孕性について、説明ができていると思いますか。	59.0 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2025年1月実施)

個別のがん対策

C 個別施策

①希少がん<医療部会>

番号							
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(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	希少がんに関するHP等の整備を行っている「施設」の割合		比較可能 データなし	比較可能 データなし	
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(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターに相談した希少がん患者の数※	述べ65件 (2023) 医師会病院を除く 拠点病院等5施設集計結果	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10(2024年6月6日開催)
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(2025)(2026) ・中部病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	希少がん診療を積極的に受け入れている拠点病院等(琉球大学病院と県立中部病院)で治療を受けた希少がん患者の割合		比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：院内がん登録
1-4	希少がん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療を、タイムリーで質が高く、安全に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	希少がんにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数	4件 (2024) 5件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2025年7月実施)
	指標	臨床試験等を受けた希少がん患者の数	※13人 (2024) 22人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

※那覇市立病院1件患者数不明あり

②難治性がん<医療部会>

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(2025)(2026)	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターに相談した難治性がん患者の数※	原発不明がん　述べ24件 (2023) 医師会病院を除く 拠点病院等5施設集計結果	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10(2024年6月6日開催)
2-2	県内の医療機関について、難治性がん診療における適切な役割分担を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	難治性がん診療を積極的に受け入れている「施設」における治療開始数		比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：院内がん登録
	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

※「相談記入シート」6.患者本人の状況●がんの部位71.希少がん

※「相談記入シート」6.患者本人の状況●がんの部位24.原発不明

B 中間アウトカム

番号							
1-1	希少がん患者の生存率の改善ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 希少がん患者の初診から診断までの時間、診断から治療開始までの時間	初診から診断までの時間(1か月未満)	比較可能 データなし	61.4% (2023) 66.4% (2018)	比較可能 データなし	令和5年患者体験調査報告書【問11】(2025年7月3日公表)
			診断から治療開始までの時間(1か月未満)	比較可能 データなし	62.4% (2023) 72.3% (2018)	比較可能 データなし	令和5年患者体験調査報告書【問12】(2025年7月3日公表)
1-2	希少がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 治療スケジュールの見通しに関する情報を十分得ることができた希少がん患者の割合		比較可能 データなし	92.4% (2023) 75.7% (2018)	比較可能 データなし	令和5年患者体験調査報告書【問23-1】(2025年7月3日公表)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問28 医師 問14 MSW 希少がん患者を、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できていると思いますか。		72.0 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2025年1月実施)
	指標	医療者調査　問30 上記医療機関に紹介できなかった理由について、具体的にお書きください。		「自宅が遠いから」「患者の希望」「情報提供の不足」「専門医がいないため」「受け入れ体制が不十分」等 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問29 医師 問15 MSW 問28で述べた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。		「どういう患者を受け入れるのか情報提供してほしい」「大学病院の敷居が高い」「琉大病院で初診から治療開始までが時間かかり過ぎる方がいた」「琉大病院が受け入れてくれないから」「琉大病院で治療ができないから」等 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査(2025年1月実施)
2-1	難治性がん患者の生存率の改善ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	難治性がん(代表例：膵がん)の5年生存率(再掲)	膵臓	男 女 (2018) 男 17.0 女 15.0 (2017) 男 10.5 女 11.9 (2016) 男 15.1 女 14.8 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 13.3 女 11.8 (2017) 男 11.9 女 11.8 (2016) 男 10.7 女 10.2 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 香川県21.6 女 茨城県16.2 (2017) 男　山梨県17.3 女　福井県18.8 (2016) 男 広島県15.1 女 東京都14.8 (2012-2015)	全国がん登録5年生存率報告(2016-2021)5年純生存率 2012-15年地域がん登録症例 5年純生存率
			胆のう・胆管	男 女 (2018) 男 27.5 女 15.1 (2017) 男 25.1 女 20.9 (2016) 男 30.8 女 27.6 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 25.3 女 21.3 (2017) 男 25.0 女 20.7 (2016) 男 23.8 女 20.2 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 熊本県36.3 女 京都府27.9 (2017) 男　奈良県38.1 女 和歌山県31.7 (2016) 男 岐阜県31.8 女 沖縄県27.6 (2012-2015)	
			肝臓	男 女 (2018) 男 29.7 女 30.2 (2017) 男 33.6 女 24.2 (2016) 男 27.7 女 24.0 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 35.4 女 31.3 (2017) 男 35.0 女 30.1 (2016) 男 34.9 女 31.2 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 大分県48.2 女 和歌山県47.0 (2017) 男 鳥取県48.3 女 鳥取県47.1 (2016) 男 広島県43.1 女 広島県37.7 (2012-2015)	
			脳・中枢神経系	男 女 (2018) 男 26.6 女 33.9 (2017) 男 45.6 女 56.0 (2016) 男 21.3 女 33.5 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 31.2 女 37.8 (2017) 男 32.2 女 37.7 (2016) 男 28.6 女 33.6 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 秋田県47.8 女 秋田県62.9 (2017) 男　鹿児島県52.9 女　青森県66.5 (2016) 男 京都府37.5 女 鳥取県57.5 (2012-2015)	全国がん登録5年生存率報告(2016-2021)5年純生存率 2012-15年地域がん登録症例 5年純生存率
			肺	男 女 (2018) 男 30.5 女 41.3 (2017) 男 31.4 女 44.7 (2016) 男 24.0 女 38.0 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 32.5 女 48.3 (2016) 男 30.2 女 46.8 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 香川県40.3 女 長野県62.0 (2017) 男　滋賀県39.7 女　島根県59.5 (2016) 男 広島県36.3 女 石川県55.9 (2012-2015)	
			白血病	男 女 (2018) 男 35.1 女 35.5 (2017) 男 39.8 女 45.5 (2016) 男 33.5 女 31.4 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 42.9 女 46.4 (2017) 男 42.2 女 45.3 (2016) 男 39.0 女 40.5 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 奈良県56.2 女 香川県62.0 (2017) 男 広島県57.9 女 広島県56.4 (2016) 男 福井県52.3 女 東京都48.4 (2012-2015)	
			食道	男 女 (2018) 男 32.0 女 36.5 (2017) 男 32.1 女 23.4 (2016) 男 37.6 女 37.9 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 47.2 女 49.3 (2017) 男 46.4 女 47.0 (2016) 男 42.5 女 44.5 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 石川県59.5 女 徳島県64.1 (2017) 男 香川県55.6 女 岡山県58.1 (2016) 男 宮城県53.2 女 京都府55.7 (2012-2015)	

A 分野アウトカム

番号							
1-1	がんの種類、年代、住んでいる地域に拘わらず、がん診療の質の向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	希少がんの5年生存率	現在、協議中の厚労科研の議論をまって、掲載予定				

参考データ

1-1	がんの種類、年代、住んでいる地域に拘わらず、がん診療の質の向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	希少がんの5年生存率	喉頭	男　62.6 女 126.5 (2018) 男　69.2 女 105.3 (2017) 男 82.4 女 78.6 (2016) 男 70.3 女 84.1 (2012-2015)	男 77.0 女 75.4 (2018) 男 77.2 女 76.3 (2017) 男 75.1 女 76.4 (2016) 男 77.0 女 77.4 (2012-2015)	男　三重県99.8 女 高知県129.7 (2018) 男 福井県107.9 女 岩手県121.0 (2017) 男 山梨県　95.2 女 香川県174.0 (2016) 男 京都府　85.2 女 島根県107.1 (2012-2015)	全国がん登録5年生存率報告(2016-2021)5年純生存率 2012-15年地域がん登録症例 5年純生存率
			脳・中枢神経系	男 35.9 女 22.2 (2018) 男 26.6 女 33.9 (2017) 男 45.6 女 56.0 (2016) 男 21.3 女 33.5 (2012-2015)	男 31.4 女 37.6 (2018) 男 31.2 女 37.8 (2017) 男 32.2 女 37.7 (2016) 男 28.6 女 33.6 (2012-2015)	男 山梨県60.7 女 鹿児島県52.4 (2018) 男 秋田県47.8 女 秋田県62.9 (2017) 男　鹿児島県52.9 女　青森県66.5 (2016) 男 京都府37.5 女 鳥取県57.5 (2012-2015)	
			多発性骨髄腫	男 31.0 女 46.4 (2018) 男 62.7 女 51.1 (2017) 男 39.3 女 49.8 (2016) 男 39.7 女 41.1 (2012-2015)	男 50.4 女 51.8 (2018) 男 50.5 女 50.4 (2017) 男 48.2 女 46.0 (2016) 男 45.6 女 44.0 (2012-2015)	男 和歌山県61.8 女 愛媛県65.6 (2018) 男 富山県64.6 女 香川県68.6 (2017) 男 徳島県62.9 女 徳島県68.9 (2016) 男 石川県66.5 女 京都府52.2 (2012-2015)	
			卵巣	女 61.0 (2018) 女 55.9 (2017) 女 51.5 (2016) 女 51.7 (2012-2015)	女 58.8 (2018) 女 58.3 (2017) 女 58.6 (2016) 女 58.1 (2012-2015)	女 徳島県74.3 (2018) 女 山梨県63.6 (2017) 女 熊本県69.4 (2016) 女 東京都63.1 (2012-2015)	
			子宮頸部	女 71.2 (2018) 女 68.6 (2017) 女 67.9 (2016) 女 66.2 (2012-2015)	女 71.4 (2018) 女 72.1 (2017) 女 71.8 (2016) 女 72.5 (2012-2015)	女 佐賀県83.5 (2018) 女 滋賀県80.4 (2017) 女 山梨県81.2 高知県81.2 (2016) 女 熊本県76.8 (2012-2015)	
	がんの種類、年代、住んでいる地域に拘わらず、全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	難治性がん(代表例：膵がん)の5年生存率	膵臓	男 11.4 女 8.6 (2018) 男 17.0 女 15.0 (2017) 男 10.5 女 11.9 (2016) 男 15.1 女 14.8 (2012-2015)	男 14.0 女 13.0 (2018) 男 13.3 女 11.8 (2017) 男 11.9 女 11.8 (2016) 男 10.7 女 10.2 (2012-2015)	男 奈良県22.9 女 広島県17.8 (2018) 男 香川県21.6 女 茨城県16.2 (2017) 男　山梨県17.3 女　福井県18.8 (2016) 男 広島県15.1 女 東京都14.8 (2012-2015)	全国がん登録5年生存率報告(2016-2021)5年純生存率 2012-15年地域がん登録症例 5年純生存率
			胆のう・胆管	男 26.3 女 30.3 (2018) 男 27.5 女 15.1 (2017) 男 25.1 女 20.9 (2016) 男 30.8 女 27.6 (2012-2015)	男 26.4 女 21.2 (2018) 男 25.3 女 21.3 (2017) 男 25.0 女 20.7 (2016) 男 23.8 女 20.2 (2012-2015)	男 愛媛県40.3 女 熊本県31.1 (2018) 男 熊本県36.3 女 京都府27.9 (2017) 男　奈良県38.1 女 和歌山県31.7 (2016) 男 岐阜県31.8 女 沖縄県27.6 (2012-2015)	
			肝臓	男 29.2 女 16.0 (2018) 男 29.7 女 30.2 (2017) 男 33.6 女 24.2 (2016) 男 27.7 女 24.0 (2012-2015)	男 35.7 女 31.4 (2018) 男 35.4 女 31.3 (2017) 男 35.0 女 30.1 (2016) 男 34.9 女 31.2 (2012-2015)	男 鳥取県46.2 女 山梨県45.7 (2018) 男　大分県48.2 女 和歌山県47.0 (2017) 男 鳥取県48.3 女　鳥取県47.1 (2016) 男 広島県43.1 女 広島県37.7 (2012-2015)	
			脳・中枢神経系	男 35.9 女 22.2 (2018) 男 26.6 女 33.9 (2017) 男 45.6 女 56.0 (2016) 男 21.3 女 33.5 (2012-2015)	男 31.4 女 37.6 (2018) 男 31.2 女 37.8 (2017) 男 32.2 女 37.7 (2016) 男 28.6 女 33.6 (2012-2015)	男 山梨県60.7 女 鹿児島県52.4 (2018) 男 秋田県47.8 女 秋田県62.9 (2017) 男　鹿児島県52.9 女　青森県66.5 (2016) 男 京都府37.5 女 鳥取県57.5 (2012-2015)	全国がん登録5年生存率報告(2016-2021)5年純生存率 2012-15年地域がん登録症例 5年純生存率
			肺	男 30.6 女 42.9 (2018) 男 30.5 女 41.3 (2017) 男 31.4 女 44.7 (2016) 男 24.0 女 38.0 (2012-2015)	男 34.8 女 49.3 (2018) 男 34.5 女 50.4 (2017) 男 32.5 女 48.3 (2016) 男 30.2 女 46.8 (2012-2015)	男 香川県40.9 女 島根県60.6 (2018) 男 香川県40.3 女 長野県62.0 (2017) 男　滋賀県39.7 女　島根県59.5 (2016) 男 広島県36.3 女 石川県55.9 (2012-2015)	
			白血病	男 40.3 女 34.1 (2018) 男 35.1 女 35.5 (2017) 男 39.8 女 45.5 (2016) 男 33.5 女 31.4 (2012-2015)	男 44.5 女 46.7 (2018) 男 42.9 女 46.4 (2017) 男 42.2 女 45.3 (2016) 男 39.0 女 40.5 (2012-2015)	男 福井県60.7 女 香川県67.5 (2018) 男 奈良県56.2 女 香川県62.0 (2017) 男 広島県57.9 女 広島県56.4 (2016) 男 福井県52.3 女 東京都48.4 (2012-2015)	
			食道	男 36.7 女 41.9 (2018) 男 32.0 女 36.5 (2017) 男 32.1 女 23.4 (2016) 男 37.6 女 37.9 (2012-2015)	男 47.9 女 50.2 (2018) 男 47.2 女 49.3 (2017) 男 46.4 女 47.0 (2016) 男 42.5 女 44.5 (2012-2015)	男 山梨県60.2 女 大分県68.8 (2018) 男 石川県59.5 女 徳島県64.1 (2017) 男 香川県55.6 女 岡山県58.1 (2016) 男 宮城県53.2 女 京都府55.7 (2012-2015)	
			多発性骨髄腫	男 31.0 女 46.4 (2018) 男 62.7 女 51.1 (2017) 男 39.3 女 49.8 (2016) 男 39.7 女 41.1 (2012-2015)	男 50.4 女 51.8 (2018) 男 50.5 女 50.4 (2017) 男 48.2 女 46.0 (2016) 男 45.6 女 44.0 (2012-2015)	男 和歌山県61.8 女 愛媛県65.6 (2018) 男 富山県64.6 女 香山県68.6 (2017) 男 徳島県62.9 女 徳島県68.9 (2016) 男 石川県66.5 女 京都府52.2 (2012-2015)	
			胚細胞腫瘍・性腺腫瘍	比較可能 データなし	男 93.3 女 95.1 (2016-2018) 男 97.5 女 95.6 (2017) 男 88.3 女 92.0 (2016) 男 92.5 女 96.7 (2012-2015)	比較可能 データなし	全国がん登録5年生存率報告 表 3．5年純生存率(%)：国際小児がん分類別、性別 D. 小児(15歳未満)のみ
			神経芽腫	比較可能 データなし	男 80.8 女 66.2 (2016-2018) 男 86.0 女 79.3 (2017) 男 77.0 女 81.0 (2016) 男 79.4 女 77.2 (2012-2015)	比較可能 データなし	

2-3	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	12件 (2024) 0件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2025年7月実施)
	指標	臨床試験等を受けた難治がん患者の数	22人 (2024) 0人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

			多発性骨髄腫	男 女 (2018) 男 62.7 女 51.1 (2017) 男 39.3 女 49.8 (2016) 男 39.7 女 41.1 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 50.5 女 50.4 (2017) 男 48.2 女 46.0 (2016) 男 45.6 女 44.0 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 富山県64.6 女 香川県68.6 (2017) 男 徳島県62.9 女 徳島県68.9 (2016) 男 石川県66.5 女 京都府52.2 (2012-2015)

2-2	難治性がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	医療者調査　問31 難治がん患者のうち、診断又は治療目的で、沖縄県における「掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設一覧」または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。(自施設が施設一覧に記載されている場合も含む)		37.6% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問30 医師 問16 MSW 難治がん患者を、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できていると思いますか。		72.5 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2025年1月実施)
	指標	医療者調査　問32 上記医療機関に紹介できなかった理由について、具体的にお書きください。		「知識不足」「患者が高齢のため」「患者や家族が希望しなかったため」「タイミングが合わなかった」等 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問31 医師 問17 MSW 問30で述べた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。		「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にある施設が適切ではない」「受け入れを断られたため」「琉大病院が受け入れてくれないから」「琉大病院で治療ができないから」等 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2025年1月実施)

③小児がん<小児・AYA部会>

3-1	小児がん患者及びその家族に対して、十分な情報を提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					小児・AYA部会で検討中

3-1	小児がん患者の生存率の改善ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	小児がん患者の初診から琉球大学病院または県立こども医療センターを紹介受診した日数				小児・AYA部会で検討中

3-2	小児がん患者及びその家族に対して、十分な相談支援を提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	国立がん研究センターによる「がん相談支援センター相談員基礎研修」(1)(2)を受講後、国立成育医療研究センターが実施する「小児がん相談員専門研修」を修了した者の数	琉球大学病院：0名 こども医療センター：0名 (2024) 琉球大学病院：1人 こども医療センター：0人 (2023)			沖縄県値：琉球大学病院小児科、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター小児科からの情報提供 (2025年9月)
	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※	述べ7件 (2023) 医師会病院を除く 拠点病院等5施設集計結果			沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料 10(2024年6月6日開催)

※「相談記入シート」6.患者本人の状況●患者の年齢1-01.0-14歳

3-2	小児がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	小児がん体験調査 がん患者の家族の悩みや負担を相談できる支援・サービス・場所が十分あると思う小児がん患者の割合	【参考値】 ※35.8% (2023) ※52.6% (2018)	報告書まち (2024) 小児39.7% (2019) 【参考値】 AYA40.6% 成人44.3% (2023) AYA39.5% 成人48.0% (2018)	【参考値】 ※岡山県57.0% (2018)	小児患者体験調査【問40-2】11項(2021年10月6日公表) 参考値：令和5年患者体験調査報告書【問43】(2025年7月3日公表)※全体結果(希少がん患者・AYA・成人)
	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	比較可能 データなし	報告書まち (2024) 60.1% (2019)	比較可能 データなし	小児患者体験調査【問15-2】8項(2021年10月6日公表)

3-3	小児がん患者を、速やかに琉球大学病院または県立こども医療センターに紹介する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	琉球大学病院または県立こども医療センターで治療を受けた小児がん患者の割合	93.6%	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：院内がん登録

3-4	小児がん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療が、タイムリーで質が高く、安全に実施する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	琉球大学病院または県立こども医療センターにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数		琉球大学病院　15件 こども医療センター　20件	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：琉球大学病院小児科、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター小児科からの情報提供 (2024年12月2日)
	指標	臨床試験等を受けた小児がん患者の数		琉球大学病院　5名 こども医療センター　治療13人　診断31人			
	指標	以下の専門家の数 ①小児血液・がん専門医 ②小児外科専門医および小児がん認定外科医 ③血液専門医 ④小児看護専門看護師、がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師、緩和ケア認定看護師	①小児血液・がん専門医	3人 対人口100万人 2.0人 (2024)	383人 対人口100万人 3.1人 (2024)	京都府23人 対人口100万人 9.1人 (2024)	一般社団法人日本小児血液・がん学会　小児血液・がん専門医名簿閲覧(更新日 2024年4月5日)
			②小児外科専門医	7人 対人口100万人 4.8人 (2022)	772人 対人口100万人 6.1人 (2022)	島根県10人 対人口100万人 14.9人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計(2024年3月19日公表)※次回2025年12月下旬公表予定
			③小児がん認定外科医	1人 対人口100万人 0.7人 (2024)	128人 対人口100万人 1.0人 (2024)	奈良県4人 対人口100万人 3.1人 (2024)	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名簿閲覧(更新日 2024年9月13日)
			④血液専門医	31人 対人口100万人 21.1人 (2023)	4,673人 対人口100万人 37.6人 (2024)	京都府193人 対人口100万人 76.2人 (2023)	一般社団法人日本血液学会 京都事務局からの情報提供(2024年11月27日)
			⑤小児看護専門看護師	4人 対人口100万人 2.7人 (2024)	321人 対人口100万人 2.6人 (2024)	高知県8人 対人口100万人 12.0人 (2024)	日本看護協会 データで見る専門看護師「都道府県別専門看護師登録者数」(2024年12月25日現在)
			⑥がん看護専門看護師	13人 対人口100万人 8.8人 (2024)	1,133人 対人口100万人 9.1人 (2024)	高知県20人 対人口100万人 30.1人 (2024)	
			⑦がん薬物療法看護認定看護師	4人 対人口100万人 2.7人 (2024)	286人 対人口100万人 2.3人 (2024)	山形県7人 対人口100万人 6.8人 (2024)	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」(2024年12月25日現在)
			⑦緩和ケア認定看護師	<A課程> 人 対人口100万人 36.8人 (2024)	人 対人口100万人 21.3人 (2024)	山梨県人 対人口100万人 74.1人 (2024)	
	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 (2025) 1人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2025年7月実施)
				こども医療センター　0人 (2025) 1人 (2024)			
			②小児外科専門医	琉球大学病院　2人 (2025) 2人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				こども医療センター　3人 (2025) 2人 (2024)			
			③小児がん認定外科医	琉球大学病院　0人 (2025) 0人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				こども医療センター　0人 (2025) 0人 (2024)			
			④血液専門医	琉球大学病院　3人 (2025) 5人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				こども医療センター　1人 (2025) 2人 (2024)			
			⑤小児看護専門	琉球大学病院　0人 (2025) 0人 (2024)	比較可能	比較可能	

1-1	5年生存率		白血病	比較可能 データなし	男 85.4 女 82.7 (2016-2018) 男 84.9 女 77.9 (2017) 男 80.5 女 84.5 (2016) 男 88.2 女 88.5 (2012-2015)	比較可能 データなし	2012-15年地域がん登録症例 5年純生存率 表 5-6, 5年純生存率(%)：国際小児がん分類別、性別 D. 小児(15歳未満)のみ
			リンパ腫	比較可能 データなし	男 97.4 女 95.0 (2016-2018) 男 92.8 女 89.5 (2017) 男 97.4 女 92.4 (2016) 男 93.4 女 88.6 (2012-2015)	比較可能 データなし	
	指標	AYA世代のがんの5年生存率	大腸	男 66.9 女 64.8 (2018) 男 66.0 女 65.4 (2017) 男 65.1 女 67.9 (2016) 男 66.6 女 63.5 (2012-2015)	男 68.9 女 66.7 (2018) 男 69.0 女 66.7 (2017) 男 68.6 女 66.6 (2016) 男 68.1 女 66.0 (2012-2015)	男 鳥取県72.3 女 香川県71.4 (2018) 男 山形県72.9 女 東京都70.9 (2017) 男　広島県74.3 女　東京都73.0 (2016) 男 広島県73.3 女 東京都71.0 (2012-2015)	全国がん登録5年生存率報告 2012-15年地域がん登録症例 5年純生存率
			女性乳房	女 87.1 (2018) 女 89.7 (2017) 女 87.2 (2016) 女 88.2 (2012-2015)	女 88.4 (2018) 女 88.0 (2017) 女 88.0 (2016) 女 88.7 (2012-2015)	女 山形県91.8 (2018) 女 岡山県91.1 (2017) 女　石川県92.5 (2016) 女 長崎県92.4 (2012-2015)	
			子宮頸部	女 71.2 (2018) 女 68.6 (2017) 女 67.9 (2016) 女 66.2 (2012-2015)	女 71.4 (2018) 女 72.1 (2017) 女 71.8 (2016) 女 72.5 (2012-2015)	女 佐賀県83.5 (2018) 女 滋賀県80.4 (2017) 女 山梨県81.2 高知県81.2 (2016) 女 熊本県76.8 (2012-2015)	
			卵巣	女 58.8 (2018) 女 55.9 (2017) 女 51.5 (2016) 女 51.7 (2012-2015)	女 58.8 (2018) 女 58.3 (2017) 女 58.6 (2016) 女 58.1 (2012-2015)	女 徳島県74.3 (2018) 女 山梨県63.6 (2017) 女 熊本県69.4 (2016) 女 東京都63.1 (2012-2015)	
			甲状腺	男 81.1 女 93.6 (2018) 男 86.9 女 91.3 (2017) 男 80.6 女 91.8 (2016) 男 87.1 女 87.5 (2012-2015)	男 90.0 女 93.4 (2018) 男 89.4 女 92.5 (2017) 男 89.2 女 92.8 (2016) 男 88.6 女 92.7 (2012-2015)	男 徳島県101.6 女 徳島県97.5 (2018) 男 石川県103.0 女 宮崎県102.6 (2017) 男 高知県110.1 女 宮崎県99.6 女 鳥取県99.6 (2016) 男 徳島県97.7 女 高知県98.2 (2012-2015)	
			全部位	県平均	データなし	データなし	データなし	
				北部	63.0 (2016)			
				中部	63.8 (2016)			
				南部	64.6 (2016)			
				宮古	64.0 (2016)			
				八重山	64.7 (2016)			
			胃	県平均	55.6 (2018) 60.8 (2017)	64.4 (2018) 64.3 (2017)	宮城県72.3 (2018) 新潟県72.5 (2017)	
				北部	46.5 (2016)			
				中部	50.4 (2016)			
				南部	53.1 (2016)			
				宮古	55.4 (2016)			
				八重山	68.5 (2016)			
			大腸	県平均	66.1 (2018) 65.8 (2017)	68.0 (2018) 68.0 (2017)	大阪府70.7 (2018) 東京都71.1 (2017)	
				北部	78.1 (2016)			
				中部	65.5 (2016)			
				南部	69.4 (2016)			
				宮古	74.1 (2016)			
				八重山	78.7 (2016)			
			肝臓	県平均	25.6 (2018) 29.9 (2017)	34.4 (2018) 34.1 (2017)	山梨県43.9 (2018) 山梨県45.1 (2017)	
				北部	41.8 (2016)			
				中部	31.9 (2016)			
				南部	29.8 (2016)			
				八重山	20.5 (2016)			
			乳房	県平均	87.1 (2018) 89.8 (2017)	88.4 (2018) 88.0 (2017)	岡山県91.1 (2018) 山形県91.9 (2017)	
				北部	84.8 (2016)			
				中部	89.8 (2016)			
				南部	88.7 (2016)			
				宮古	74.8 (2016)			
				八重山	92.6 (2016)			
			子宮	県平均	71.2 (2018) 68.6 (2017)			
				北部	51.7 (2016)			

			看護師	こども医療センター	3人 (2025) 3人 (2024)	データなし	データなし
			⑥がん看護専門看護師	琉球大学病院	3人 (2025) 4人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし
				こども医療センター	1人 (2025) 1人 (2024)		
			⑦がん薬物療法看護認定看護師	琉球大学病院	0人 (2025) 3人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし
				こども医療センター	0人 (2025) 0人 (2024)		
			⑧緩和ケア認定看護師	琉球大学病院	2人 (2025) 2人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし
				こども医療センター	2人 (2025) 3人 (2024)		

			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		1施設 (2024) 3施設 (2023)			沖縄県値：琉球大学病院小児科、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター小児科からの情報提供（2025年9月）
	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 小児がん患者5人(2024) AYA世代患者2人(2023) AYA世代患者1人(2024) こども医療センター0名(2024)			沖縄県値：琉球大学病院小児科、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター小児科からの情報提供（2025年9月）

			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※1		就学・就園　述べ7件 学業・学校生活　述べ6件 (2023) 医師会病院を除く 拠点病院等5施設集計結果			沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料 10(2024年6月6日開催)
	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※2		46件 (2023) 医師会病院を除く 拠点病院等5施設集計結果			沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料 10(2024年6月6日開催)

※1「相談記入シート」7.相談者からの相談内容●17-03就学・就園、17-04学業・学校生活　※2就労に関する相談件数は年齢別集計をしていない

			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団体 (2024)			県内の小児がん患者支援団体（がんの子どもを守る会）の関係者にメールで確認 (2024年5月16日)

④AYA世代のがん<小児・AYA部会>

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
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 ・那覇市立病院(2025)(2026)						
	指標						小児・AYA部会で検討中

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
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 ・八重山病院(2025)(2026)						
	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※		延べ193件 (2023) 医師会病院を除く 拠点病院等5施設集計結果	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料 10(2024年6月6日開催)

※「相談記入シート」6.患者本人の状況●患者の年齢1-02.15-19歳、2.20歳代、3.30歳代

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
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(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)						
	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		59.80%			沖縄県値：拠点病院等を6施設とした場合 全国がん登録罹患数 (2019)　478 院内がん登録初回治療開始数(2019) 286 拠点病院等を3施設とした場合 中部病院、那覇市立、琉大 56.3% 全国がん登録罹患数 (2019)　478 院内がん登録初回治療開始数(2019) 269

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
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	拠点病院等において参加が可能な臨床試験や治験の数		0件 (2024) 0件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）
	指標	臨床試験や治験等を受けたAYA世代のがん患者の数		0人 (2024) 0人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	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
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	AYA世代のがんの5年生存率（再掲）	大腸	男 女 (2018) 男 66.0 女 65.4 (2017) 男 65.1 女 67.9 (2016) 男 66.6 女 63.5 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 69.0 女 66.7 (2017) 男 68.6 女 66.6 (2016) 男 68.1 女 66.0 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 山形県72.9 女 東京都70.9 (2017) 男　広島県74.3 女　東京都73.0 (2016) 男 広島県73.3 女 東京都71.0 (2012-2015)	全国がん登録5年生存率報告5年純生存率 地域がん登録症例5年純生存率
			女性乳房	女 (2018) 女 89.7 (2017) 女 87.2 (2016) 女 88.2 (2012-2015)	女 (2018) 女 88.0 (2017) 女 88.0 (2016) 女 88.7 (2012-2015)	女 (2018) 女 岡山県91.1 (2017) 女　石川県92.5 (2016) 女 長崎県92.4 (2012-2015)	
			子宮頸部	女 (2018) 女 68.6 (2017) 女 67.9 (2016) 女 66.2 (2012-2015)	女 (2018) 女 72.1 (2017) 女 71.8 (2016) 女 72.5 (2012-2015)	女 (2018) 女 滋賀県80.4 (2017) 女 山梨県81.2 高知県81.2 (2016) 女 熊本県76.8 (2012-2015)	
			卵巣	女 (2018) 女 55.9 (2017) 女 51.5 (2016) 女 51.7 (2012-2015)	女 (2018) 女 58.3 (2017) 女 58.6 (2016) 女 58.1 (2012-2015)	女 (2018) 女 山梨県63.6 (2017) 女 熊本県69.4 (2016) 女 東京都63.1 (2012-2015)	
			甲状腺	男 女 (2018) 男 86.9 女 91.3 (2017) 男 80.6 女 91.8 (2016) 男 87.1 女 87.5 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 89.4 女 92.5 (2017) 男 89.2 女 92.8 (2016) 男 88.6 女 92.7 (2012-2015)	男 女 (2018) 男 石川県103.0 女 宮崎県102.6 (2017) 男 高知県110.1 女 宮崎県99.6 女 鳥取県99.6 (2016) 男 徳島県97.7 女 高知県98.2 (2012-2015)	

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
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	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		比較可能 データなし	57.7% (2023) 54.9% (2018)	比較可能 データなし	令和5年患者体験調査報告書【問39】(2025年7月3日公表)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問32 医師 問18 MSW 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「注」のがん患者を、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できていると思いますか。		61.0 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2025年1月実施)
	指標	医療者調査　問34 上記医療機関に紹介できなかった理由について、具体的にお書きください。		「患者の希望」「当院で治療が可能な場合もあるため」「紹介やセカンドオピニオンが遅くなってしまったため」「詳しい医師がいない」等 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問33 医師 問19 MSW 問32で述べた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。		「どういった患者なら受け入れしてくれるのか情報がほしい」病勢が早い場合、受け入れまでに時間がかかると紹介できず治療を開始せざるを得ない」「先方の受け入れ体制に制限はあるので、年齢だけで紹介するのは厳しい」「妊孕性温存療法を琉大病院婦人科に紹介したが、できないとお断りされ、友愛医療センター婦人科にお願いした、当科で2例経験してます」等 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2025年1月実施)

指標	がん種別5年生存率	子宮類	中部	70.9 (2016)	71.4 (2018) 72.1 (2017)	佐賀県83.5 (2018) 滋賀県80.4 (2017)	二次医療県値：沖縄県全国がん登録解析報告書(2016-2021) 県平均・全国値・最良値：全国がん登録5年生存率報告
			南部	74.0 (2016)			
			宮古	20.3 (2016)			
			八重山	43.1 (2016)			
		肺	県平均	34.3 (2018) 33.9 (2017)	39.6 (2018) 39.8 (2017)	香川県46.2 (2018) 愛媛県46.3 (2017)	
			北部	45.4 (2016)			
			中部	29.0 (2016)			
			南部	40.3 (2016)			
			宮古	35.7 (2016)			
			八重山	26.9%			
		胆道	県平均	28.2 (2018) 22.9 (2017)	24.1 (2018) 23.5 (2017)	愛媛県35.7 (2018) 熊本県30.2 (2017)	
			北部	21.7 (2016)			
			中部	18.1 (2016)			
			南部	26.4 (2016)			
			宮古	43.0 (2016)			
			八重山	35.7 (2016)			
		前立腺	県平均	89.8 (2018) 87.7 (2017)	92.5 (2018) 92.2 (2017)	香川県100.6 (2018) 香川県100.7 (2017)	
			北部	81.8 (2016)			
			中部	96.0 (2016)			
			南部	95.3 (2016)			
			宮古	103.8 (2016)			
			八重山	97.2 (2016)			
		膵臓	県平均	10.0 (2018) 16.2 (2017)	13.5 (2018) 12.6 (2017)	奈良県19.4 (2018) 香川県17.4 (2017)	
			北部	4.0 (2016)			
			中部	11.9 (2016)			
			南部	12.2 (2016)			
			宮古	0.2 (2016)			
			八重山	7.5 (2016)			
		ATL	県平均	37.8 (2018) 35.3 (2017)	45.4 (2018) 44.3 (2017)	香川県58.7 (2018) 奈良県55.1 (2017)	
			北部	データなし (2016)			
			中部	26.2 (2016)			
			南部	32.8 (2016)			
			宮古	0.1 (2016)			
			八重山	25.3 (2016)			

4-5	指標	長期フォローアップ外来を設置している施設数	3施設 （2023）			沖縄県値：琉球大学病院小児科、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター小児科、八重山病院からの情報提供
	指標	小児・AYA世代のがんの長期フォローアップに関する研修会参加人数	琉球大学病院　問合せ中 （2024） こども医療センター　0人 （2024）			沖縄県値：琉球大学病院小児科、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター小児科からの情報提供 （2024年12月2日）
	指標	長期フォローアップ外来で長期にフォローアップをしているAYA世代のがん患者	琉球大学病院　問合せ中 （2024） こども医療センター　0人 （2024）			

4-6	AYA世代のがん患者に対して、治療と並行した学業や就労の継続、治療終了後の進学や就職に対しての支援を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターにおける、AYA世代のがん患者の発育及び療養上の相談への対応・支援のうち、教育に関する相談件数※	0件 （2024） 0件 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）集計対象6施設
	指標	がん相談支援センターにおける、AYA世代のがん患者に対する就労に関する相談件数※	13件 （2024） 0件 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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

4-7	子供がいるAYA世代のがん患者に対して、その子供に対する支援を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	親ががんになった子ども、そしてその患者さん、ご家族を支援する団体に紹介したAYA世代のがん患者の数	2人 （2024） 0人 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）集計対象13施設

⑤高齢者のがん<医療部会>

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 ・宮古病院（2026） ・那覇市立病院（2025） ・北部地区医師会病院（2025）（2026）	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 96施設 対人口100万人 66.7施設 （2023） 98施設 対人口100万人 66.7施設 （2022）	14,514施設 対人口100万人 116.8施設 （2023） 15,090施設 対人口100万人 121.4施設 （2022）	和歌山県180施設 対人口100万人 202.4施設 （2023） 長崎県282施設 対人口100万人 223.1施設 （2022）	厚生労働省　在宅医療にかかる地域別データ集閲覧（2025年4月17日）
			在宅療養支援病院数 20施設 対人口100万人 13.6施設 （2023） 20施設 対人口100万人 13.6施設 （2022）	1,821施設 対人口100万人 14.7施設 （2023） 1,672施設 対人口100万人 13.5施設 （2022）	徳島県46施設 対人口100万人 66.4施設 （2023） 徳島県42施設 対人口100万人 60.6施設 （2022）	

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（2025）（2026） ・那覇市立病院（2025） ・北部地区医師会病院（2025）（2026）	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	68.0% （2025） 40.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）

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 ・那覇市立病院（2025） ・北部地区医師会病院（2025）（2026） ・琉球大学病院（2025）（2026）	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	意思決定能力を含む高齢者機能評価に関する院内のマニュアル等を策定している「施設」の割合	53.8% （2025） 46.2% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）集計対象13施設

5-4	高齢者のがん患者をもつ家族の介護負担感を軽減する ・北部地区医師会病院（2025）（2026）	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）	42.1% （2019-2020） 53.1% （2019）	38.0% （2023） 38.9% （2019-2020） 40.9% （2019） がん42.1% （2018）	佐賀県33.3% （2019-2020） 福岡県31.0% （2019）	遺族調査（2025年7月3日公表）

5-5	看取りができる介護施設の拡大を図る ・北部地区医師会病院（2025）（2026）	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	緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキングにて検討中	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：各地区医師会にて調査予定

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	37.6% （2019-2020） 38.1% （2019）	52.9% （2023） 35.7% （2019-2020） 36.5% （2019） 65.8% （2018）	京都府 40.5% （2019-2020） 山形県 44.8% （2019）	遺族調査（2025年7月3日公表）
	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	42.1% （2019-2020） 53.1% （2019）	38.0% （2023） 38.9% （2019-2020） 40.9% （2019） がん42.1% （2018）	佐賀県33.3% （2019-2020） 福岡県31.0% （2019）	遺族調査（2025年7月3日公表）
	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）	107.7 （2022） 99.0 （2021）	100.0	秋田県243.5 （2022） 秋田県258.1 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）B-005-01-02
	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）	242.6 （2022） 236.3 （2021）	100.0	岐阜県305.6 （2022） 岐阜県319.5 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（診療行為項番）B-004-00-01
	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）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2024年2月実施）
	指標	医療者調査 問27 医師 問22 看護師 65歳以上のがん患者に対して、治療前に、高齢者機能評価ができていると思いますか。	49.6 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査（2025年1月実施）

⑥離島・へき地<離島・へき地部会>

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（2025）（2026）	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	43.9% （2018）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県がん患者等支援事業（琉球大学病院がんセンター内）からの情報提供

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 ・北部地区医師会病院（2025）（2026）	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					離島・へき地部会で検討中

	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（2025）（2026）	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 北部地区医師会病院　0人 （2025） 0人 （2024） 宮古病院　0人 （2025） 0人 （2024） 八重山病院　0人 （2025） 0人 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）集計対象3施設
			②乳腺外科専門医（乳腺専門医） 北部地区医師会病院　0人 （2025） 1人 （2024） 宮古病院　0人 （2025） 0人 （2024） 八重山病院　0人 （2025） 0人 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			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 北部地区医師会病院　1人 （2025） 1人 （2024） 宮古病院　0人 （2025） 0人 （2024） 八重山病院　1人 （2025） 1人 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			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 北部地区医師会病院　1人 （2025） 1人 （2024） 宮古病院　0人 （2025） 0人 （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

	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	データなし	データなし	データなし	
		北部	63.0 （2016）			
		中部	63.8 （2016）			
		南部	64.6 （2016）			
		宮古	64.0 （2016）			
		八重山	64.7 （2016）			
	胃	県平均	55.6 （2018） 60.8 （2017）	64.4 （2018） 64.3 （2017）	宮城県72.3 （2018） 新潟県72.5 （2017）	
		北部	46.5 （2016）			
		中部	50.4 （2016）			
		南部	53.1 （2016）			
		宮古	55.4 （2016）			
		八重山	68.5 （2016）			
	大腸	県平均	66.1 （2018） 65.8 （2017）	68.0 （2018） 68.0 （2017）	大阪府70.7 （2018） 東京都71.1 （2017）	
		北部	78.1 （2016）			
		中部	65.5 （2016）			
		南部	69.4 （2016）			
		宮古	74.1 （2016）			

	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	比較可能 データなし	75.5% （2023） 69.2% （2018）	比較可能 データなし	令和5年患者体験調査報告書【問59】（2025年7月3日公表）
	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	比較可能 データなし	75.7% （2023） 66.8% （2018）	比較可能 データなし	令和5年患者体験調査報告書【問59】（2025年7月3日公表）
	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）	【参考値】 ※8.3点 （2023） ※8.4点 （2018）	報告書まち （2024） 小児8.4点 （2019） 【参考値】 AYA8.2点 成人8.2点 （2023） AYA7.8点 成人7.9点 （2018）	【参考値】 ※島根県8.6点 （2023） ※愛媛県8.5点 （2018）	小児患者体験調査【問25】10項 （2021年10月6日公表） 参考値：令和5年患者体験調査報告書【問31】（2025年7月3日公表）※全体結果（希少がん患者・AYA・成人）

			のいずれか	八重山病院	1人 (2025) 1人 (2024)			
6-3			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	北部地区医師会病院	12人 (2025) 2人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				宮古病院	8人 (2025) 0人 (2024)			
				八重山病院	2人 (2025) 0人 (2024)			
			⑤がん登録実務初級認定を受けた診療情報管理士	北部地区医師会病院	4人 (2025) 3人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				宮古病院	1人 (2025) 1人 (2024)			
				八重山病院	1人 (2025) 1人 (2024)			
	指標	以下の専門家が、診療病院において、毎週または月に2回以上、外来診療を行っているか否か ①放射線治療専門医 ②がん薬物療法専門医 ③血液専門医	①放射線治療専門医	北部地区医師会病院	0人 (2025) 1人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査(2025年7月実施)集計対象3施設
				宮古病院	0人 (2025) 0人 (2024)			
				八重山病院	0人 (2025) 0人 (2024)			
			②がん薬物療法専門医	北部地区医師会病院	0人 (2025) 1人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				宮古病院	0人 (2025) 0人 (2024)			
				八重山病院	0人 (2025) 非常勤1人　月1回 (2024)			
			③血液専門医	北部地区医師会病院	人 (2025) 0人 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
				宮古病院	人 (2025) 0人 (2024)			
				八重山病院	人 (2025) 非常勤1人　月1回 (2024)			

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	100% 18/18市町村 (2024) 94% 17/18市町村 (2023)	なし	なし	沖縄県庁Webサイト「沖縄県離島患者等支援事業補助金」事業実績閲覧(更新日2026年1月21日)
	指標	沖縄県離島患者等通院費支援事業を利用したがん患者の割合	利用件数2,736件(2024) 利用件数2,117件(2023) (参考値)離島のがん罹患数 1,070(2019年)	なし	なし	

【参考値】
令和4年度沖縄県がん登録事業報告書（令和元年の罹患集計）p132
表42．市区町村別罹患数：部位別、性別
石垣市　395
宮古島市　430
伊江村　47
渡嘉敷村　5
座間味村　3
粟国村　8
渡名喜村　8
南大東村　8
北大東村　2
伊平屋村　4
伊是名村　13
久米島町　86
多良間村　13
竹富町　37
与那国町　11
計1,070

6-1	指標	がん種別5年生存率	胃	八重山	78.7 (2016)			
			肝臓	県平均	25.6 (2018) 29.9 (2017)	34.4 (2018) 34.1 (2017)	山梨県43.9 (2018) 山梨県45.1 (2017)	二次医療県値：沖縄県全国がん登録解析報告書(2016-2021) 県平均・全国値・最良値：全国がん登録5年生存率報告
				北部	41.8 (2016)			
				中部	31.9 (2016)			
				南部	29.8 (2016)			
				宮古	27.4 (2016)			
				八重山	20.5 (2016)			
			乳房	県平均	87.1 (2018) 89.8 (2017)	88.4 (2018) 88.0 (2017)	岡山県91.1 (2018) 山形県91.9 (2017)	
				北部	84.8 (2016)			
				中部	89.8 (2016)			
				南部	88.7 (2016)			
				宮古	74.8 (2016)			
				八重山	92.6 (2016)			
			子宮頸	県平均	71.2 (2018) 68.6 (2017)	71.4 (2018) 72.1 (2017)	佐賀県83.5 (2018) 滋賀県80.4 (2017)	
				北部	51.7 (2016)			
				中部	70.9 (2016)			
				南部	74.0 (2016)			
				宮古	20.3 (2016)			
				八重山	43.1 (2016)			
			肺	県平均	34.3 (2018) 33.9 (2017)	39.6 (2018) 39.8 (2017)	香川県46.2 (2018) 愛媛県46.3 (2017)	
				北部	45.4 (2016)			
				中部	29.0 (2016)			
				南部	40.3 (2016)			
				宮古	35.7 (2016)			
				八重山	26.9%			
			胆道	県平均	28.2 (2018) 22.9	24.1 (2018) 23.5 (2017)	愛媛県35.7 (2018) 熊本県30.2 (2017)	
				北部	21.7 (2016)			
				中部	18.1 (2016)			
				南部	26.4 (2016)			
				宮古	43.0 (2016)			
				八重山	35.7 (2016)			
			前立腺	県平均	89.8 (2018) 87.7	92.5 (2018) 92.2 (2017)	香川県100.6 (2018) 香川県100.7 (2017)	
				北部	81.8 (2016)			
				中部	96.0 (2016)			
				南部	95.3 (2016)			
				宮古	103.8 (2016)			
				八重山	97.2 (2016)			
			膵臓	県平均	10.0 (2018) 16.2	13.5 (2018) 12.6 (2017)	奈良県19.4 (2018) 香川県17.4 (2017)	
				北部	4.0 (2016)			
				中部	11.9 (2016)			
				南部	12.2 (2016)			
				宮古	0.2 (2016)			
				八重山	7.5 (2016)			
			ATL	県平均	37.8 (2018) 35.3	45.4 (2018) 44.3 (2017)	香川県58.7 (2018) 奈良県55.1 (2017)	
				北部	データなし (2016)			
				中部	26.2 (2016)			
				南部	32.8 (2016)			
				宮古	0.1 (2016)			
				八重山	25.3 (2016)			

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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2024年2月実施)
		医療者調査 問34 医師 問20 MSW 北部区医師会病院、たいら内科クリニック、県立宮古病院、県立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ついて、自施設から中南部の専門医療機関に送った方が良いと評価した患者を、スムーズに紹介できていると思いますか。	75.8 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2025年1月実施)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2024年2月実施)
		医療者調査 問35 医師 問23 看護師 問9　薬剤師 問21　MSW 北部地区医師会病院、たいら内科クリニック、県立宮古病院、県立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を診療する際に、専門医等の充足や医療機器の配備等の点で、中部医療圏や南部医 療圏との医療格差が明らかにあると思いますか。	74.3 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2025年1月実施)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2024年2月実施)
		医療者調査 問36 医師 問22 MSW 離島やへき地に住む患者を診療する際に、なるべく少ない回数で通院が終わるように配慮ができていると思 いますか。	69.1 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療者調査 (2025年1月実施)

C 個別施策

①相談支援<情報提供・相談支援部会>

番号			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(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)						
		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	40.0% (2025) 40.0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	医療機関調査(2025年7月実施)集計対象10施設

番号			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 ・中部病院(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2026)						
		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※	18.9% 960/5070件 (2023) 医師会病院を除く拠点病院等5施設集計結果			沖縄県値:令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10(2024年6月6日開催)

※「相談記入シート」現在の治療状況02治療前(診断後精査中含む)

番号			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 ・中部病院(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026)						
		指標	①認定がん相談支援センターの数	0施設 対人口100万人 0.0人 (2025) 0施設 対人口100万人 0.0人 (2024)	31施設 対人口100万人 0.3人 (2025) 32施設 対人口100万人 0.3人 (2024)	福井県2施設 対人口100万人 2.7人 (2025) 福井県2施設 対人口100万人 2.7人 (2024)	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 2025年1月時点 (更新日2024年12月20日)
		指標	②認定がん専門相談員数	3人 対人口100万人 2.0人 (2025) 3人 対人口100万人 2.0人 (2024)	414人 対人口100万人 3.3人 (2025) 390人 対人口100万人 3.1人 (2024)	長野県24人 対人口100万人 12.0人 (2025) 鳥取県5人 対人口100万人 9.3人 (2024)	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」(更新日2025年4月1日)
		指標	③相談員指導者研修修了者数	12人 対人口100万人 8.2人 (2024) 9人 対人口100万人 6.1人 (2023)	821人 対人口100万人 6.6人 (2024) 771人 対人口100万人 6.2人 (2023)	山梨県19人 対人口100万人 23.9人 (2024) 山梨県17人 対人口100万人 21.4人 (2023)	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(更新・確認日:2024年10月15日)
		指標	④相談員基礎研修(3)修了者数	13人 (2024) 21人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)集計対象6施設 全国値・最良値:国立がん研究センター研修事務局より「都道府県別人数を算出していない」(2024年5月31日)

番号			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	がんピア・サポーター養成講座修了者	修了者　人 述べ　人 (2025) 修了者　人 述べ　人 (2024) 修了者　人 述べ　114人 (2023)		比較可能 データなし	沖縄県値:沖縄県地域統括相談支援センターからの情報提供 (2024年5月22日)
				がんピア・サポーターフォローアップ研修会受講者	受講者　人 述べ　人 (2025) 受講者　人 述べ　人 (2024) 受講者　人 述べ　231人 (2023)		比較可能 データなし	
		指標	ピアサポーターとして活動している人数		人 (2025) 人 (2024) 27人 (2023)		比較可能 データなし	

番号			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(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)						
		指標	各拠点病院等のピアサポート件数	138件 (2024) 98件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	医療機関調査(2025年7月実施)集計対象6施設
		指標	患者サロンの開催回数	50回 (2024) 48回 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設

②情報提供<情報提供・相談支援部会>

番号			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				

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	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	なし (2023) 70.6% (2018)	なし (2023) 67.8% (2018)	なし (2023) 愛媛県79.4% (2018)	患者体験調査都道府県別調査結果【問20-3】15項 (2020年11月11日公表)
		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	48.7% (2023) 74.0% (2018) なし (2014)	55.1% (2023) 66.9% (2018) 52.1% (2014)	山形県65.4% (2023) 滋賀県88.6% (2018) なし (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問45】 (2025年7月3日公表)
		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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2024年2月実施)
		指標	医療者調査 問16 医師 問14 看護師 問11 MSW 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、情報を提供できていると思いますか。	56.6 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2025年1月実施)

番号			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						
		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	93.6% (2023)	70.4% (2023) 87.6% (2018)	秋田県他100% (2023)	令和5年患者体験調査報告書【問51】 (2025年7月3日公表)
		指標	患者体験調査 ピアサポートを知っている人	26.0% (2023) 43.0% (2018)	15.4% (2023) 27.5% (2018)	沖縄県26.0% (2023) 沖縄県43.0% (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問49】 (2025年7月3日公表)
		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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2024年2月実施)
		指標	医療者調査 問17 医師 問15 看護師 問12 MSW 患者サロン(ゆんたく会)、ピアサポート、患者会について、情報を提供できていると思いますか。	47.6 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査 (2025年1月実施)

番号			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	79.2% (2023) 71.4% (2018) 86.6% (2014)	88.5% (2023) 75.2% (2018) 89.6% (2014)	長野県92.4% (2023) 長野県83.1% (2018) 愛媛県95.2% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問15】 (2025年7月3日公表)
		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	98.7% (2023) 83.3% (2018) 81.9% (2014)	91.5% (2023) 75.1% (2018) 89.1% (2014)	沖縄県98.7% (2023) 大分県86.4% (2018) 愛媛県94.3% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問23-1】 (2025年7月3日公表)

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	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	35.8% (2023) 52.6% (2018) 45.7% (2014)	44.1% (2023) 47.1% (2018) 37.1% (2014)	石川県52.7% (2023) 岡山県57.0% (2018) 島根県51.9% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問43】 (2025年7月3日公表)
		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	60.4% (2023) 79.9% (2018) 63.0% (2014)	60.6% (2023) 76.5% (2018) 67.4% (2014)	熊本県78.2% (2023) 栃木県92.2% (2018) 秋田県81.3% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問28】 (2025年7月3日公表)
		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	4.8% (2023) 4.0% (2018) 4.0% (2014)	1.8% (2023) 5.0% (2018) 2.7% (2014)	石川県他0.0% (2023) 神奈川県 0.2% (2018) 秋田県0.0% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問20】 (2025年7月3日公表)

			③外国語資料の種類				

2-2	県は、県庁のホームページのがんに関する説明を定期的に改訂し、「施設」に関する啓発を図るなど広報に務める		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」の検索数					

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(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)		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				
			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 ・中部病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)		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	61.5% (2025) 61.5% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設
			②医療の質の評価のベンチマーク結果の情報	46.0% (2025) 38.5% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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 ・那覇市立病院(2025)(2026)		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		4件 (2024) 208件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設

③デジタル化<情報提供・相談支援部会>

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 ・中部病院(2026) ・八重山病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)		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		84.6% (2025) 76.9% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設

3-2	「施設」は、がん患者に対するセカンドオピニオンを含むオンライン診療を提供する ・八重山病院(2025)(2026)		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		30.8% (2025) 30.8% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設
	指標	セカンドオピニオンをオンラインで施行できる体制を確保している「施設」の割合		15.4% (2024) 7.7% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設

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(2025)(2026) ・中部病院(2025)(2026)		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		実施していない (2024) 実施していない (2023)			沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)集計対象3施設

④就労支援(医療機関側)<情報提供・相談支援部会>

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 ・中部病院(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・琉球大学病院(2026)		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標						情報提供・相談支援部会で検討中

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(2025)(2026) ・中部病院(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2026) ・琉球大学病院(2026)		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		112件 (2024) 121件 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)集計対象6施設

4-3	「施設」では、地元のハローワーク等と協力しての就労相談を行う ・中部病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	拠点病院等における就労の専門家による相談の回数		7回 (2024) 3回 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)集計対象6施設

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						情報提供・相談支援部会で検討中

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		66.1% (2023) 27.2% (2018)	44.0% (2023) 38.6% (2018)	沖縄県66.1% (2023) 神奈川県53.6% (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問39】(2025年7月3日公表)
	指標	NDB-SCR/NDB 療養・就労両立支援指導料		46.8 (2022) 78.8 (2021)	100.0	愛媛県313.6 (2022) 愛媛県402.0 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(診療行為枝番)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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問14 医師 問12 看護師 問9 MSW 医療費について、治療方針の決定までに、情報を提供できていると思いますか。		53.8 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2025年1月実施)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問12 医師 問10 看護師 問7 MSW 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、情報を提供できていると思いますか。		66.4 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2025年1月実施)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問13 医師 問11 看護師 問8 MSW 医療費について、治療方針の決定までに、情報を提供できていると思いますか。		51.4 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2025年1月実施)

	指標	ハローワークと連携した就労支援を行った患者の数	32人 (2024) 12人 (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設

⑤就労支援(職場側)<情報提供・相談支援部会>

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 ・那覇市立病院(2025)(2026)	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(2025)(2026)	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	産業保健総合支援センターで扱った件数				

5-1	がん患者とその家族が、仕事と治療の両立についての必要な支援を受けることができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 職場や仕事上の関係者から治療と仕事を両方続けられるような勤務上の配慮があったと思う人	74.0% (2023) 74.4% (2018) 55.9% (2014)	74.5% (2023) 65.1% (2018) 68.3% (2014)	富山県84.2% (2023) 秋田県86.1% (2018) 島根県82.5% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問38】(2025年7月3日公表)
	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	56.2% (2023) 26.1% (2018)	70.6% (2023) 35.6% (2018)	熊本県85.0% (2023) 島根県51.9% (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問35】(2025年7月3日公表)

⑥アピアランスケア<情報提供・相談支援部会>

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(2025)(2026) ・中部病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026) ・琉球大学病院(2025)(2026)	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) 医師会病院を除く拠点病院等5施設集計結果			沖縄県値:令和6年度第1回情報提供・相談支援部会資料10(2024年6月6日開催)

※「相談記入シート」相談者からの相談内容03-02.アピアランス

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 ・中部病院(2025)(2026)	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	【参考値】 研修修了者が在籍している施設の割合 31% (2024) 15% (2023)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設

6-3	県は、県拠点病院にアピアランスケアセンターを設置し、患者向けの講習会の開催やケア帽子(またはウィッグ)に対する経済的援助を行う ・宮古病院(2025)(2026) ・中部病院(2026) ・八重山病院(2025)(2026)	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者向け講習会の開催回数	※0回 (2025) ※0回 (2024)			

※アピアランスケアセンターが設置されていないため

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	30.6% (2023) 31.6% (2018)	25.8% (2023) 28.5% (2018)	熊本県33.9% (2023) 徳島県42.0% (2018)	令和5年患者体験調査報告書【問30】(2025年7月3日公表)
	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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問15 医師 問13 看護師 問10　MSW アピアランスケアについて、治療開始前に、情報を提供できていると思いますか。	57.5 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2025年1月実施)

⑦自殺対策<緩和ケア・在宅医療部会>

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(2025)(2026)		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	自殺防止に関する院内マニュアル等を①外来患者用、②入院患者用に整備している「施設」のそれぞれの割合	①外来患者用	38.5% (2025) 23.1% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設
			②入院患者用	46.2% (2025) 23.1% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

7-2	希死念慮が認められた場合に、早急に精神科医に紹介する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	希死念慮が認められた場合に、早急に精神科医に紹介した件数	ベンチマーク部会で協議の上、医療機関調査の調査項目から除外することなった (2024.8)			

7-3	「施設」では、精神科医が週1回以上勤務するようにする	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	精神科医が週1回以上勤務している「施設」の割合	84.6% (2025) 84.6% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査(2025年7月実施)集計対象13施設

7-1	がん患者の自殺を減らすことができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん患者の自殺数		5人 (2023)			医療機関調査 (2024年9月実施) NPO疾病対策センター計測依頼
	指標	NDB-SCR/NDB がん患者指導管理料ロ	入院	189.8 (2022) 157.1 (2021)	100.0	栃木県344.5 (2022) 大分県271.0 (2021)	内閣府　医療提供状況の地域差(診療行為コード)113015310
			外来	106.1 (2022) 126.4 (2021)	100.0	岐阜県272.6 (2022) 栃木県250.9 (2021)	
			入院+外来	122.1 (2022) 132.8 (2021)	100.0	栃木県240.9 (2022) 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<情報提供・相談支援部会>

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 ・中部病院(2026) ・八重山病院(2025)(2026)	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	イベントの開催回数	0回 (2023)			沖縄県値:健康長寿課がん対策班からの回答「県単独の実施はなし」(2024年6月14日)
	指標	がん患者団体イベントへの県が共催または後援した回数	2回 (2023)			沖縄県値:健康長寿課がん対策班からのデータ提供(2024年6月日14)

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	23.9% (2023) 18.0% (2018) 29.4% (2014)	23.2% (2023) 12.9% (2018) 30.7% (2014)	香川県13.1% (2023) 島根県 6.1% (2018) 北海道23.4% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問55】(2025年7月3日公表)
	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	6.3% (2023) 3.9% (2018) ※12.5% (2014)	7.4% (2023) 5.2% (2018) 10.3% (2014)	愛媛県2.3% (2023) 熊本県0.6% (2018) ※新潟県1.4% (2014)	令和5年患者体験調査報告書【問56】(2025年7月3日公表) ※拠点病院のがん患者に限定

基盤

番号	C 個別施策					
①研究の推進<協議会>						
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					協議会で検討中
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					協議会で検討中
②人材育成の強化<協議会>						
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 ・中部病院(2025)(2026) ・八重山病院(2025)(2026) ・那覇市立病院(2025)(2026) ・北部地区医師会病院(2025)(2026)	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	92.3% (2025) 92.3% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設
	指標	以下の専門家の数 ①臨床遺伝専門医 ②認定遺伝カウンセラー ③がんゲノム医療コーディネーター	①臨床遺伝専門医	9人 対人口100万人 6.1人 (2022)	1,381人 対人口100万人 10.9人 (2022)	東京都333人 対人口100万人 23.7人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計(2024年3月19日公表)
			②認定遺伝カウンセラー	1人 対人口100万人 0.7人 (2025) 1人 対人口100万人 0.7人 (2024)	406人 対人口100万人 3.2人 (2025) 387人 対人口100万人 3.1人 (2024)	東京都116人 対人口100万人 8.3人 (2025) 東京都91人 対人口100万人 6.5人 (2024)	認定遺伝カウンセラー協会からの情報提供 (2025年8月現在)
			③がんゲノム医療コーディネーター	6人 対人口100万人 4.0人 (2022)	2,360人 対人口100万人 18.74人 (2022)	島根県30人 対人口100万人 45.02人 (2022)	がん対策推進協議会資料「人材育成」(2022年10月13日開催)
	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	86人 対人口100万人 58.6人 (2025) 85人 対人口100万人 57.8人 (2024) 81人 対人口100万人 55.1人 (2023)	9,408人 対人口100万人 74.6人 (2025) 9,183人 対人口100万人 73.9人 (2024) 8,897人 対人口100万人 71.6人 (2023)	鳥取県60人 対人口100万人 108.4人 (2025) 鳥取県59人 対人口100万人 110.1人 (2024) 京都府258人 対人口100万人 101.8人 (2023)	日本消化器外科学会事務局からのデータ提供 (2025年9月10日)
			②呼吸器外科専門医	13人 対人口100万人 8.9人 (2022)	1,510人 対人口100万人 12.0人 (2022)	香川県20人 対人口100万人 21.0人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計(2024年3月19日公表)※次回2025年12月下旬公表予定
			③乳腺外科専門医(乳腺専門医)	14人 対人口100万人 9.5人 (2022)	1,691人 対人口100万人 13.4人 (2022)	和歌山県20人 対人口100万人 21.7人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計(2024年3月19日公表)※次回2025年12月下旬公表予定
			④小児外科専門医	7人 対人口100万人 4.8人 (2022)	772人 対人口100万人 6.1人 (2022)	島根県10人 対人口100万人 14.9人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計(2024年3月19日公表)※次回2025年12月下旬公表予定
			⑤肝胆膵外科高度技能専門医	3人 対人口100万人 2.0人 (2025) 4人 対人口100万人 2.7人 (2024) 3人 対人口100万人 2.0人 (2023)	720人 対人口100万人 5.7人 (2025) 667人 対人口100万人 5.4人 (2024) 586人 対人口100万人 4.7人 (2023)	広島県32人 対人口100万人 11.4人 (2025) 滋賀県57人 対人口100万人 40.6人 (2024) 滋賀県49人 対人口100万人 34.9人 (2023)	日本肝胆膵外科学会事務局からのデータ提供 (2025年9月11日)
			⑥脳神経外科専門医	63人 対人口100万人 42.9人 (2022)	7,158人 対人口100万人 56.7人 (2022)	徳島県63人 対人口100万人 87.6人 (2022)	医師・歯科医師・薬剤師統計(2024年3月19日公表)
			⑦認定骨・軟部腫瘍医	2人 対人口100万人 1.4人 (2025) 1人 対人口100万人 0.7人 (2024)	206人 対人口100万人 1.6人 (2025) 185人 対人口100万人 1.5人 (2024)	石川県5人 対人口100万人 4.4人 (2025) 徳島県3人 対人口100万人 4.3人 (2024)	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(2025年9月4日閲覧)
			⑧婦人科腫瘍専門医	15人 対人口100万人 10.2人 (2025) 14人 対人口100万人 9.5人 (2024)	1,299人 対人口100万人 10.3人 (2025) 1, 224人 対人口100万人 9.8人 (2024)	東京都228人 対人口100万人 16.2人 (2025) 東京都218人 対人口100万人 15.5人 (2024)	日本婦人科腫瘍学会 婦人科腫瘍専門医地域別一覧(2025年5月1日現在)
			⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	1人 対人口100万人 0.7人 (2025) 2人 対人口100万人 1.4人 (2024)	97人 対人口100万人 0.8人 (2025) 91人 対人口100万人 0.7人 (2024)	石川県3人 対人口100万人 2.6人 (2025) 福井県2人 対人口100万人 2.7人 (2024)	日本皮膚科学会 皮膚科専門医MAP(2025年9月4日閲覧)
			⑩泌尿器科専門医	67人 対人口100万人 45.6人 (2024) 63人 対人口100万人 42.9人 (2023)	7,190人 対人口100万人 57.9人 (2024) 7,132人 対人口100万人 57.4人 (2023)	高知県63人 対人口100万人 94.8人 (2024) 高知県61人 対人口100万人 91.8人 (2023)	日本泌尿器科学会事務局からのデータ提供 (2024年10月30日)
			⑪頭頸部がん専門医	8人 対人口100万人 5.5人 (2025) 7人 対人口100万人 4.8人 (2024)	536人 対人口100万人 4.2人 (2025) 498人 対人口100万人 3.9人 (2024)	鳥取県5人 対人口100万人 9.0人 (2025) 鳥取県5人 対人口100万人 9.0人 (2024)	日本頭頸部外科学会 頭頸部がん専門医・指導医一覧(2025年9月4日閲覧)
			⑫口腔外科専門医	26人 対人口100万人 17.7人 (2025) 26人 対人口100万人 17.7人 (2024)	2,288人 対人口100万人 18.1人 (2025) 2, 294人 対人口100万人 18.2人 (2024)	鳥取県18人 対人口100万人 32.5人 (2025) 鳥取県19人 対人口100万人 34.3人 (2024)	日本口腔外科学会からのデータ提供(2025年7月10日)
	指標	上記の専門医が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①消化器外科専門医	92.3% (2025) 92.3% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療機関調査 (2025年7月実施) 集計対象13施設
			②呼吸器外科専門医	69.2% (2025) 69.2% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③乳腺外科専門医	46.2% (2025) 46.2% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			④小児外科専門医	15.4% (2025) 15.4% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑤肝胆膵外科高度技能専門医	23.1% (2025) 23.1% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑥脳神経外科専門医	84.6% (2025) 92.3% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑦認定骨・軟部腫瘍医	0% (2025) 0% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑧婦人科腫瘍専門医	53.8% (2025) 53.8% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	0% (2025) 7.7% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑩泌尿器科専門医	92.3% (2025) 84.6% (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	

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					協議会で検討中
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)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2024年2月実施)
	指標	医療者調査 問39 医師 問26 看護師 問12 薬剤師 問25 MSW 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、支援することができていると思いますか。	62.1 (2024)	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値:医療者調査(2025年1月実施)

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		70.8% (2023) 78.5% (2018) 75.1% (2014)	81.1% (2023) 76.3% (2018) 80.1% (2014)	香川県88.1% (2023) 熊本県84.9% (2018) 岡山県89.1% (2014)	令和5年患者体験調査報告書 【問42】(2025年7月3日公表)
	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		78.6% (2023) 78.3% (2018) 75.2% (2014)	79.0% (2023) 70.1% (2018) 77.7% (2014)	三重県87.3% (2023) 徳島県83.5% (2018) 秋田県89.4% (2014)	令和5年患者体験調査報告書 【問59】(2025年7月3日公表)

		⑪頭頸部がん専門医	23.1% （2025） 15.4% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
		⑫口腔外科専門医	61.5% （2025） 53.8% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	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	75.0% （2025） 75.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	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	16人 対人口100万人 10.9人 （2025） 14人 対人口100万人 9.5人 （2024）	1,453人 対人口100万人 11.5人 （2025） 1，427人 対人口100万人 11.3人 （2024）	京都府55人 対人口100万人 21.3人 （2025） 京都府55人 対人口100万人 21.3人 （2024）	日本放射線腫瘍学会からの情報提供（2025年8月31日現在）
			②放射線治療専門放射線技師	13人 対人口100万人 8.9人 （2024） 11人 対人口100万人 7.5人 （2023）	1,946人 対人口100万人 15.4人 （2024） 1，875人 対人口100万人 14.9人 （2023）	秋田県31人 対人口100万人 32.3人 （2024） 秋田県27人 対人口100万人 28.1人 （2023）	日本放射線治療専門放射線技師認定機構　認定者名簿閲覧（2024年10月1日現在）
			③医学物理士	9人 対人口100万人 6.1人 （2025） 9人 対人口100万人 6.1人 （2023）	1,541人 対人口100万人 12.2人 （2025） 1，461人 対人口100万人 11.6人 （2023）	福井県17人 対人口100万人 22.2人 （2025） 福井県18人 対人口100万人 23.5人 （2023）	医学物理士認定機構　在籍医学物理士の都道府県別数閲覧（2025年4月30日更新）
			④がん放射線療法看護認定看護師	<A課程> 6人 対人口100万人 4.1人 （2024）	360人 対人口100万人 2.9人 （2024）	山形県7人 対人口100万人 6.6人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2024年12月25日現在）
				<B課程> 2人 対人口100万人 1.4人 （2024）	50人 対人口100万人 0.4人 （2024）	静岡県8人 対人口100万人 2.3人 （2024）	
	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	22.2% （2025） 20.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施） 放射線治療施設数 2024年10施設 2025年9施設
			②放射線治療専門放射線技師2名以上	11.1% （2025） 60.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③医学物理士	55.6% （2025） 40.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			④がん放射線療法看護認定看護師	55.6% （2025） 60.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	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		38.5% （2025） 23.1% （2024）	比較可能データなし	比較可能データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施） 集計対象13施設
2-1	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	3人 対人口100万人 2.0人 （2022）	1,374人 対人口100万人 10.9人 （2022）	徳島県14人 対人口100万人 19.5人 （2022）	医師・歯科医師・薬剤師統計（2024年3月19日公表）
			②がん指導薬剤師	0人 対人口100万人 0.0人 （2025） 0人 対人口100万人 0.0人 （2024） 0人 対人口100万人 0.0人 （2023）	415人 対人口100万人 3.3人 （2025） 385人 対人口100万人 3.1人 （2024） 351人 対人口100万人 2.8人 （2023）	石川県12人 対人口100万人 10.8人 （2025） 石川県13人 対人口100万人 11.7人 （2024） 石川県13人 対人口100万人 11.7人 （2023）	日本医療薬学会　がん指導薬剤師認定者名簿（2025年4月17日現在）
			②がん専門薬剤師	1人 対人口100万人 0.7人 （2025） 4人 対人口100万人 2.7人 （2024） 4人 対人口100万人 2.7人 （2023）	845人 対人口100万人 6.8人 （2025） 827人 対人口100万人 6.7人 （2024） 786人 対人口100万人 6.3人 （2023）	石川県22人 対人口100万人 19.9人 （2025） 石川県21人 対人口100万人 19.0人 （2024） 石川県20人 対人口100万人 18.1人 （2023）	日本医療薬学会　がん専門薬剤師認定者名簿（2025年4月17日現在）
			②がん薬物療法認定薬剤師	11人 対人口100万人 7.5人 （2024） 12人 対人口100万人 8.2人 （2023）	1,030人 対人口100万人 8.2人 （2024） 1，019人 対人口100万人 8.1人 （2023）	島根県17人 対人口100万人 25.3人 （2024） 島根県13人 対人口100万人 19.4人 （2023）	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閲覧（2024年10月1日現在）
			②外来がん治療認定薬剤師	8人 対人口100万人 5.5人 （2024） 6人 対人口100万人 4.1人 （2023）	992人 対人口100万人 7.9人 （2024） 982人 対人口100万人 7.8人 （2023）	福岡県61人 対人口100万人 11.9人 （2024） 和歌山県11人 対人口100万人 11.9人 （2023）	日本臨床腫瘍薬学会　外来がん治療 認定薬剤師（APACC）一覧閲覧（2024年10月1日現在）
			③がん看護専門看護師	13人 対人口100万人 8.8人 （2024）	1,133人 対人口100万人 9.1人 （2024）	高知県20人 対人口100万人 30.1人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2024年12月25日現在）
			③がん薬物療法看護認定看護師	<B課程> 4人 対人口100万人 2.7人 （2024）	286人 対人口100万人 2.3人 （2024）	山形県7人 対人口100万人 6.8人 （2024）	
			③乳がん看護認定看護師	<A課程> 2人 対人口100万人 1.4人 （2024）	343人 対人口100万人 2.8人 （2024）	鳥取県7人 対人口100万人 13.1人 （2024）	
				<B課程> 2人 対人口100万人 1.4人 （2024）	52人 対人口100万人 0.4人 （2024）	富山県4人 対人口100万人 4.0人 （2024）	
	指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①がん薬物療法専門医	30.8% （2025） 23.1% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）
			②がん指導薬剤師	0% （2025） 7.7% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②がん専門薬剤師	7.7% （2025） 7.7% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②がん薬物療法認定薬剤師	46.2% （2025） 38.5% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②外来がん治療認定薬剤師	53.8% （2025） 23.1% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③がん看護専門看護師	30.8% （2025） 23.1% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③がん薬物療法看護認定看護師	30.8% （2025） 46.2% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③乳がん看護認定看護師	7.7% （2025） 0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			①緩和医療学会専門医	3人 対人口100万人 2.0人 （2025） 3人 対人口100万人 2.0人 （2024）	552人 対人口100万人 4.4人 （2025） 356人 対人口100万人 2.8人 （2024）	京都府25人 対人口100万人 9.7人 （2025） 鳥取県4人 対人口100万人 7.2人 （2024）	日本緩和医療学会　認定名簿閲覧（2025年4月1日認定）
			①緩和医療学会認定医	15人 対人口100万人 10.2人 （2025） 11人 対人口100万人 7.5人 （2024）	1,086人 対人口100万人 8.6人 （2025） 1,146人 対人口100万人 9.2人 （2024）	鳥取県10人 対人口100万人 18.1人 （2025） 鳥取県9人 対人口100万人 16.3人 （2024）	
			②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	3人 対人口100万人 2.0人 （2025） 1人 対人口100万人 0.7人 （2024）	286人 対人口100万人 2.3人 （2025） 142人 対人口100万人 1.1人 （2024）	岡山県9人 対人口100万人 4.8人 （2025） 香川県4人 対人口100万人 4.2人 （2024）	日本サイコオンコロジー学会　登録医リスト（2025年9月8日閲覧）

	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	③ペインクリニック専門医	16人 対人口100万人 10.9人 （2025） 15人 対人口100万人 10.2人 （2024） 15人 対人口100万人 10.2人 （2023）	1,644人 対人口100万人 13.0人 （2025） 1,642人 対人口100万人 13.0人 （2024） 1,619人 対人口100万人 12.8人 （2023）	栃木県55人 対人口100万人 28.5人 （2025） 栃木県54人 対人口100万人 27.9人 （2024） 栃木県55人 対人口100万人 28.5人 （2023）	日本ペインクリニック学会事務局からのデータ提供（2025年4月1日現在）
			④放射線治療専門医	16人 対人口100万人 10.9人 （2025） 14人 対人口100万人 9.5人 （2024）	1,453人 対人口100万人 11.5人 （2025） 1，427人 対人口100万人 11.3人 （2024）	京都府55人 対人口100万人 21.3人 （2025） 京都府55人 対人口100万人 21.3人 （2024）	日本放射線腫瘍学会からの情報提供（2025年8月31日現在）
			⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	13人 対人口100万人 8.8人 （2024） 13人 対人口100万人 8.8人 （2023）	1，303人 対人口100万人 10.05人 （2024） 1，264人 対人口100万人 10.2人 （2023）	高知県16人 対人口100万人 24.1人 （2024） 奈良県119人 対人口100万人 92.0人 （2023）	日本IVR学会事務局からの情報提供（2025年5月29日）
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	4人 対人口100万人 2.7人 （2025） 4人 対人口100万人 2.7人 （2024）	865人 対人口100万人 7.0人 （2025） 870人 対人口100万人 7.0人 （2024）	石川県18人 対人口100万人 16.2人 （2025） 島根県11人 対人口100万人 17.0人 （2024）	日本緩和医療薬学会 認定名簿（2025年3月現在）
			⑦緩和ケア認定看護師	<A課程> 33人 対人口100万人 22.5人 （2024）	1,951人 対人口100万人 15.7人 （2024）	山梨県50人 対人口100万人 63.0人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2024年12月25日現在）
				<B課程> 2人 対人口100万人 1.4人 （2024）	295人 対人口100万人 2.4人 （2024）	富山県9人 対人口100万人 9.0人 （2024）	
			⑧公認心理師	1,015人 対人口100万人 690.7人 （2024）	71,987人 対人口100万人 579.2人 （2024）	京都府2,301人 対人口100万人 908.1人 （2024）	公認心理師試験研修センター「公認心理師の都道府県別登録者数」 （2024年3月末日現在）
			⑧臨床心理士	336人 対人口100万人 228.6人 （2023）	36,865人 対人口100万人 296.6人 （2023）	京都府1,448人 対人口100万人 571.5人 （2023）	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・専門職大学院数一覧」（2023年6月1日現在）
	指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合	①緩和医療学会専門医	15.4% （2025） 7.7% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査 （2025年7月実施） 集計対象13施設
			①緩和医療学会認定医	53.8% （2025） 46.2% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	0% （2025） 0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			③ペインクリニック専門医	23.1% （2025） 38.5% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			④放射線治療専門医	61.5% （2025） 61.5% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	46.2% （2025） 53.8% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	15.4% （2025） 23.1% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑦緩和ケア認定看護師	100.0% （2025） 100.0% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑧公認心理師	69.2% （2025） 61.5% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
			⑧臨床心理士	46.2% （2025） 53.8% （2024）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	
	指標	以下の専門家の数 ①在宅専門医 ②訪問看護認定看護師 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 対人口100万人 6.8人 （2024）	461人 対人口100万人 3.7人 （2024）	奈良県12人 対人口100万人 9.3人 （2024）	日本在宅医療連合学会認定専門医一覧閲覧 （2024年5月17日）
			②訪問看護認定看護師	3人 対人口100万人 2.0人 （2024）	672人 対人口100万人 5.3人 （2024）	愛知県98人 対人口100万人 13.0人 （2024）	日本看護協会 データで見る認定看護師「都道府県別認定看護師登録者数」（2024年12月25日現在）
			（訪問看護ステーション）訪問看護師	1,229人 対人口100万人 837.5人 （2023）	91,462人 対人口100万人 725.1人 （2023）	大阪府11,569人 対人口100万人 1,309.1人 （2023）	厚生労働省　在宅医療にかかる地域別データ集閲覧（2025年4月17日）
			③介護支援専門員	1,147人 対人口100万人 781.6人 （2023）	94,228人 対人口100万人 747.0人 （2023）	秋田県1,114人 対人口100万人 1,161人 （2023）	介護サービス施設・事業所調査「居宅サービス事業所」7-11居宅介護支援　常勤数（2024年12月25日公表）
			④在宅医療インテグレーター（養成講座修了者数）	13人 対人口100万人 8.9人	430人 対人口100万人 3.4人	沖縄県13人 対人口100万人 8.9人	日本在宅医療連合学会事務局からのデータ提供 （2025年8月13日）

③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発<協議会>

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% （2025） 100% （2024） 100% （2023）			沖縄県教育庁保健体育課からの情報提供 （2024年6月24日） ※指標の変更を検討する

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	3.3% （2023） 1.9% （2022） 2.9% （2021）	12.5% （2023） 11.4% （2022） 8.4% （2021）	佐賀県32.8% （2023） 東京都31.0% （2022） 佐賀県28.3% （2021）	文部科学省「がん教育実施状況調査」質問2（2024年12月27日）
	指標	実際にがん教育に携わった外部講師の数	10名 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：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	県				
			市町村	39.0% （2024） 36.6% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：市町村調査 （2025年7月）

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 対人口100万人 27.9企業 （2024）	6,663企業 対人口100万人 53.6企業 （2024）	東京都2,539企業 対人口100万人 180.0企業 （2024）	がん対策推進企業アクションWebサイト「推進パートナー企業・団体一覧より（2024年6月14日閲覧）
	指標	事業所内で産業医、社労士等の専門家による研修会を開催し、従業員の半数以上が参加した事業所の割合				

3-7	医療保険者は、被保険者・被扶養者が、がんに関する正しい理解を得ることができるように普及啓発活動を行う ・中部病院（2025）（2026） ・八重山病院（2025）（2026）	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				

4-1	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（2025）（2026） ・八重山病院（2025）（2026） ・北部地区医師会病院（2025）（2026）	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			

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					協議会で検討中

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

⑤患者・市民参画の推進＜協議会＞

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	26.7% （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：沖縄県保健医療介護部健康長寿課調べ（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 ・中部病院（2025）（2026） ・那覇市立病院（2025）（2026） ・北部地区医師会病院（2025）（2026）	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回 （2025） 0回 （2024） 0回 （2023）			琉球大学病院がんセンター内タウンミーティング担当者からの情報提供

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 ・那覇市立病院（2025）（2026）	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	4件 （2024） 208件 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：医療機関調査（2025年7月実施）集計対象13施設

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

5-1	がん対策の重要性を認識し、がん医療について正しい理解を得、医療の向上に向け自らも協力する県民（がん患者含む）の割合が増加できている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	沖縄県がん対策推進協議会、沖縄県がん対策推進計画検討会、沖縄県がん診療連携協議会での患者関係委員の発言回数（沖縄県がん診療連携協議会のみ）	25回 （2024） 35回 （2023）	比較可能 データなし	比較可能 データなし	沖縄県値：沖縄県がん診療連携協議会Webサイト「協議会資料」閲覧（2025年4月23日）
	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回 （2025） 0回 （2024） 0回 （2023）			琉球大学病院がんセンター内タウンミーティング担当者からの情報提供
	指標	患者関係者と医療者の共催イベントの数				

各拠点病院が取り組んでいるがん対策 (2026年度)　**琉球大学病院**

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ー 1)
2025年度に重点的に取り組んだがん対策
特になし
2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策
特になし

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
2025年度に重点的に取り組んだがん対策
特になし
2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策
・大腸がん死激減プロジェクトにおいての協議に従い対応をする

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
2025年度に重点的に取り組んだがん対策
・外来化学療法室利用マニュアルVer.8.1 ・がん免疫チェックポイント阻害薬治療管理マニュアルVer.8.1 を改定し、がん薬物療法の質の向上を図った。
2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策
・なるべく臨床試験、治験が、院内でできるように働きかける

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
2025年度に重点的に取り組んだがん対策
・緩和ケアマニュアルを改定した ・地域連携カンファランスの内容を見直し、定期開催を行った。
2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策
・緩和ケアマニュアルを再度改定し、入院患者の苦痛のモニタリングを行った後の対応の改善を図る。 ・地域連携カンファランスを毎月1回の定期開催として、症例検討の場としてより地域連携につながるようにする。

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
2025年度に重点的に取り組んだがん対策
・がん患者における高齢者機能評価の手引きVer.2.0 をより評価をしやすくなるように改定した。 さらに75歳以上の患者については、高齢者機能評価をすることを義務付けた。 院内のがんに関連するすべての会議で報告し、評価をするように啓発活動を行った。
2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策
・高齢者機能評価をすべての75歳以上の患者に行うように、引き続き啓発活動を続ける。

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
2025年度に重点的に取り組んだがん対策

・アピアランスケアに関する研修会を、国立がん研究センター中央病院アピアランスケアセンターと連携して行った。院外にも広く呼び掛けて、院外からも20名近く参加した。
2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策
・就労支援とアピアランスケアについては、院外も含めて、研修会を行い、県内の対応が良くなるように働きかけを継続する

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
2025年度に重点的に取り組んだがん対策
特になし
2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策
特になし

各拠点病院が取り組んでいるがん対策（2026年度） **北部地区医師会病院**

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ー 1)

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

①②④健康管理センターにて医師及び保健師より、禁煙や適性飲酒、生活習慣病予防に関して指導、健康サポートの実施
④術前検査で肝炎ウィルス検査を行い、必要時、肝炎コーディネーターより内科医受診を推奨
③2025.9.11　県立北部病院婦人科医仲村先生より、HPVワクチンについての研修会を開催

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

①②④については2025年度の取り組みを継続

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

①②指針に基づいたがん検診を実施、定期的に精度管理を行っている
③受診率対策として、健康管理センターや病院外来の廊下へ受診勧奨のポスターを掲示
③健康管理センター待合へリーフレットをおいている
③健診受診当日、前年度要精査の結果が出た方へ二次検診の受診確認および未受診者への受診勧奨を実施
③平日日中に検診が受けられない方のために、日曜検診、ナイト検診を実施

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

2025年度の取り組みを継続

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

①患者及びその家族に対し、適切なICの実施とセカンドオピニオンの提案を実施
①ACPに関する院内マニュアルの見直しと院内周知・実践
③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及びその結果を踏まえた治療の実施
④2024年度より内視鏡下食道がん手術開始、2026年1月より胸部外科医が着任し、内視鏡下肺がん手術開始
⑤当院でできない手術および放射線治療については、琉球大学病院、県立中部病院、沖縄病院等へ紹介
⑦院内多職種チームとの連携強化（NST、RST、術後疼痛ケアチーム、緩和ケアチーム等）

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

①入院中の患者及び在宅や施設入所中の高齢がん患者の意思決定支援を強化する
①院内で作成したACP冊子を入院中、外来、地域へとつなげ連携を図る
①歯科診療の必要な場合の早期紹介の推奨
①2026年4月より非常勤で月1回腫瘍内科医の派遣開始
①⑥化学療法室にて腫瘍内科医と相談し免疫チェックポイント阻害薬使用時のマニュアルを整備する
①⑥4月より月1回放射線治療医の派遣再開、放射線治療についての相談調整

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

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した
①緩和ケア介入依頼スクリーニングシートを運用し、必要な患者に対しCN2名でのSTAS-Jで評価し、介入
②緩和ケア担当医による訪問診療を行い、在宅療養への移行をしやすくした。
②③看護師とリハスタッフで退院前・後訪問を実施。自宅の療養環境を確認し、多職種カンファレンスを実施
③がんリハビリテーション研修会を終了したスタッフを中心にがんリハビリテーションを実施
⑤妊孕性温存療法の説明と琉球大学病院への紹介状を電子カルテ内でシステム化した

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

①苦痛のスクリーニング実施後、スタッフと患者それぞれアンケートを実施した結果を基に今後のスクリーニングの運用を再検討する
①毎月の緩和ケアチーム会議で介入した患者のケアの振り返りやデスカンファレンスを行う
①北部地域緩和ケア交流会を8月末に実施予定（化学療法通院中の在宅療養者を支援する：栄養支持療法）
②在宅や施設入所中の高齢がん患者の意思決定支援を行い、退院支援及び環境整備、家族指導と家族支援を強化する
②他院からの訪問診療の受け入れの仕組みづくりを行う
その他、2025年度の取り組みを継続する

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

①②③の患者及びその家族については、対応可能な拠点病院へ紹介
④AYA世代の患者については、学業や仕事等ここに応じた対応と必要時拠点病院への紹介とした
⑤高齢がん患者の高齢者機能評価のフローを電子カルテ内へ組み込み、運用を見直した。
⑥離島のがん患者の退院後の継続治療に向け多職種カンファレンスを通して連携を強化
⑥本島での治療が必要な患者へ渡航費用の助成制度の活用などの情報提供を行う

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

⑤⑥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
その他2025年度の取り組み継続

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

①⑥患者が治療に伴う副作用・合併症・後遺症など、苦痛や外見上の変化が生じた際の相談窓口は、がん相談支援センターとした
①②がん相談支援センターの地域への広報・周知（病院HP、ポスター掲示）
②告知時にはがんサポートハンドブックを配布し、説明。
④⑤治療と仕事の両立支援について院内外へ広報・周知、産業支援センターへの紹介、橋渡し
⑥アピアランスケア研修修了者による必要な方への指導強化
①2025.9.20　琉大病院で開催されたがん相談支援の研修会へ参加
⑧定期的な（年3回）患者ゆんたく会の再開（ポスター掲示で広報）、ぴあサポーターを活用した

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

⑦がん患者の自殺防止対策のフローの周知、告知時の同席と自殺リスク因子の確認
⑧がんサロンの定期開催（6月、10月、2月の第3火曜日）
②⑧フライヤーを作成し、地域（行政や地域の医療機関等）へ配布
⑥アピアランスケア研修会（申し込み済）へ参加する。アピアランスケア体制整備研修会は申込制限にて受講できず（次年度へ）
⑦自殺ハイリスク患者がいた場合の対応フローチャートを各部署に掲示、電子カルテ上でみれるようにする
その他、2025年度の取り組みを継続

7.基盤

①研究の推進 ②人材育成の強化 ③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発 ④がん登録の利活用の推進
⑤患者・市民参画の推進

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

③2025.11.22　緩和ケア研修会開催
③地域の医療従事者向けにがん患者の在宅療養と見取りに関する研修会を実施
③⑤2025.7.19当院2階会議室にて「北部医療圏でできるがん医療について」研修会開催
③⑤2025.8.29　地域の施設従事者に対してがん患者の見取りについての研修会を開催

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

②③院内でのがん関連の小勉強会を開催
②③2026.11.28　緩和ケア研修会開催予定
③⑤2026.6.18　地域の医療従事者へ緩和ケアに関する研修会を実施
③⑤10月ごろに市民向け人生会議・終活講演会を予定
②③院内及び地域の医療職多職種へ見取りの研修会予定（緩和ケア、疼痛管理）
その他、2025年度の取り組みを継続

各拠点病院が取り組んでいるがん対策（2026年度） **那覇市立病院**

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ー 1)

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

・ 院内でのC型肝炎抗体陽性者のスクリーニング

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

・ LBC（液状化細胞診）機器導入により、ほとんどすべての臓器や検体に応用出来ることで、従来法と併用した作製となり、細胞診断精度向上が見込まれる

2.がん検診

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について ②がん検診の精度管理等について ③受診率対策について

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

・ 内視鏡検査による胃がん検診数の増加と内視鏡検査結果のWチェックによる精度管理

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

・ LBC（液状化細胞診）機器導入により、健診も含めた婦人科領域のHPV検査ヘラインが確立され、HPV検査数の増加および 細胞診断精度の向上につながる

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

・ ロボット支援下手術対象がん腫の適応拡大、膵臓センター開設
・ がんゲノム医療連携病院指定に向けて院内体制の整備・強化、遺伝カウンセリング外来・遺伝学的検査体制整備
・ 病理検査室の適切な人員配置と体制の維持・強化、将来精度管理（ISO 15189：2022）取得に向けての取り組み準備
・ 低栄養患者に対する栄養サポートチームとの連携
・ 周術期管理（口腔外科・栄養等）の強化
・ がん薬物療法体制加算の取得に向けた体制作り
・ 新機器導入（True　Beam)に伴い高精度なIMRT・定位放射線治療件数増数を図る
（ExacTrac）導入による完全マーカーレス位置照合

・体表面照合システム

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

・ がんゲノム医療連携病院申請と取得、院内および南部医療圏の医療機関とのがんゲノム医療連携体制の拡充　6/1～がんゲノム医療連携病院指定、運用開始
・ 遺伝性腫瘍・ゲノム診療の院内周知、相談支援体制の拡充、院外への広報活動
・ がんゲノム医療連携病院取得に向けて、病理検査室の環境整備
・ True　Beam、HALCYON2台稼働による治療体制の強化、患者数の拡大を図る
・予定手術患者への術前栄養評価を強化するために運用体制の構築　・病理医が2名になること
で、ダブルチェックが必須となり、病理診断の向上が確立する

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

・ 妊孕性温存療法の情報提供・連携の強化
・ DXを利用した有害事象（irAE/CRS等）の自己管理に向けた整備
・ 緩和ケア診療の一貫として個別栄養食事管理の実施
・ 院内職員向け緩和ケア講習会年１～３回実施
・ 入院時　入院後に毎日の痛みスクリーニング実施と対応
・ オピオイド使用患者の抽出（毎週）と適切な服薬指導の実施
・ 緩和ケアチームカンファレンスへの参加によるリハビリ-他職種の連携
・ がんリハ研修会への参加により、対応できるスタッフ(PT・OT・ST)の充実

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

・妊孕性温存療法の情報提供・連携の強化
・苦痛のｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞを確実に実施、電子カルテシステムなどを活用しタイムリーに介入できる。医療情報部門などと連携しスクリーニング対象者を電カルシステムでピックアップする取り組み中
・早期から介入が必要な対象をスクリーニグするために病棟および外来ラウンド行い情報の集約を行い、入院・外来と切れ目ない緩和ケア提供体制を整備。苦痛のスクリーニング陽性の対象部署へ情報提供、早期介入検討
・緩和ケアに関する研修を開催する（2回/年）今年度はACP（琉大知念医師）、高齢者がん患者の支援（鳥取大学津端医師）の研修を計画

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

・ 高齢者総合機能評価に基づくがん医療提供のための院内体制整備（共通ツールによる評価と連携体制の強化）
・ 高齢者のがん患者に対する積極的な訪問診療や訪問看護等の在宅医療の導入

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

- 転院先や在宅医療に対する栄養に関連する情報提供の実施
- 転居などに伴いがん治療が継続できる県外の通院先の案内及び受診調整
- 対面相談、電話相談、オンライン相談など、相談者の希望に合わせた相談対応の継続
- 患者家族へ情報が行き渡り、相談窓口につながるような院内職員への広報と周知によるスムーズな連携の強化
- 新病院移転後の患者サロン、患者会活動の支援による継続開催のための院内外との連携強化

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

・対面相談、電話相談、オンライン相談などの相談対応の継続
・院内職員への広報と周知
・診断から治療開始前までにがん相談支援センターを案内するシステム、マニュアル整備

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

- 院内外の患者や地域の相談に対応出来るがん専門相談員の育成
- がんフォーラム（①市民対象：がん医療に関すること、②企業・事業所対象：就労・両立支援）の継続開催
- 多発性骨髄腫患者会 定期開催・運営の支援

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

・ がんフォーラム（①市民対象：がん医療に関すること、②企業・事業所対象：就労・両立支援）継続開催と参加者増加に向けた広報
・ 患者サロン、多発性骨髄腫患者会の継続開催・運営の支援　2026年度より患者サロンの開催時間延長　・ 当院の膵ぞうWG
主体の活動を市民や県民へ大きくPRする

各拠点病院が取り組んでいるがん対策（2026年度） **県立宮古病院**

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ー 1)

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

①禁煙の啓蒙活動を継続して行い、入院患者には禁煙指導を積極的に行った。
②飲酒量の調査を行い、適度な飲酒を勧めた。
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た。
④妊婦に対するHTLV-1抗体検査と保健指導を行った。

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

①全身麻酔手術を受ける患者には術前、術後の禁煙指導を行い最終的に喫煙率の低下を目指す。
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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

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った。
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、巡回型「検診キャラバンプロジェクト」を行った。

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

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）。企業健診担当者との面談にて法定健診だけを受けている人が多く、市民健診を受けるように指導を行う。宮古島医師会、市役所と連携し検診の方法も改良する方針である。
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、巡回型「検診キャラバンプロジェクト」を継続する。今年度も検診キャラバンプロジェクトを企画している。

3.がん医療提供体制

①医療提供全般 ②病理診断 ③がんゲノム医療 ④手術療法 ⑤放射線療法 ⑥薬物療法 ⑦チーム医療の推進 ⑧医療実装

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

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た。
①現在、血液腫瘍内科医師が1名欠員している状況であり、佐賀医科大学血液腫瘍内科医師の専門外来を開始した。（1回／月）
②常勤の病理専門医が配置されていないため、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。今後は患者の渡航の負担軽減のために遺伝子パネル検査の報告はZOOMで行える体制を構築した。
④外科専門医3名、消化器外科専門医1名、内視鏡外科学会技術認定医1名、在籍しており標準外科手術を実践した。
⑤月に1回放射線治療医の外来を開設し、本島での放射線治療の橋渡しを行った。
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た。
⑦医師、薬剤師、栄養士による重症患者に対する感染、栄養対策を行った。

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

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する。
①佐賀医科大学血液腫瘍内科医師の専門外来を開始したが、（1回／月）県内の医師の診療を目指す。
②常勤の病理専門医が配置されていないため、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。今後は患者の渡航の負担軽減のために遺伝子パネル検査の報告はZOOMで行える体制を構築中である。
④外科専門医3名、消化器外科専門医1名、内視鏡外科学会技術認定医1名、在籍しており標準外科手術を実践している。専攻医の確保を目的として、日本外科学会専門研修プログラムの連携施設として、新たに兵庫県明和病院および練馬光が丘病院と連携を構築する方針とする。
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う。
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。

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

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。緩和ケア認定看護師の退職に伴い、現在新たな人材を育成した。
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った。
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、がん患者支援リハビリカンファレンスも継続して行った。
④がん患者が何時でも相談し、支援できる体制を緩和チームが中心となり構築した

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

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。緩和担当医師を1名選定し、緩和ケア診療加算を算定する方針とし、緩和ケアの充実に努めて行く。
②積極的に在宅医療へ移行させ、がん患者が自宅で療養可能になる体制を構築する。在宅医療医師とも顔の見える連携を行う。
③リハビリ専門医が1名配置されており質の高いリハビリ療法を実践している。がん患者支援リハビリカンファレンスも継続して行っている。
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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

①、②、③、④は琉大病院や中部病院へ速やかに紹介を行った。
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ったが、実行できなかった。
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い、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した。島外への検査や治療などの医療補助などの説明も行った。

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

①、②、③、④は琉大病院や中部病院へ速やかに紹介を継続して行う。
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。外科においては症例の集約を行う方針である。沖縄県の小規模離島（宮古医療圏では多良間島）の患者さんの術後補助化学療法の実施状況についてアンケート調査などを企画中である。

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

①、②緩和チームが介入して相談や情報提供を行った。
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予定であったが、実現しなかった。
④、⑤適宜主治医、緩和チームが相談を行った。
⑥緩和チームが介入して説明を行った。
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た。
⑧患者の会などで相談できるような体制を構築した。

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

①、②緩和チームが介入して相談や情報提供を行う方針である。
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う方針である。
⑥緩和チームが介入して説明を行う。
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る。
⑧患者の会などで相談できるような体制を構築する。

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

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、前半4名、後半3名の専攻医が宮古病院へ赴任し外科診療を行った。
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た。
③2024年より外科専攻医の教育目的に外科各領域のエキスパートによるZoom勉強会を行った。
⑤８月２３日琉球大学病院がんセンター、宮古病院共催にて「宮古医療圏でできるがん医療について」と題した講演会を開催した。
③12月１３日宮古島市未来創造センターにて市民公開講座を開催し、120名強の島民が参加した。宮古島病院での外科治療の現状と今後の集約化に向けての方針を説明した。　③
1月17日外科浅野医師が「大腸がんとの暮らしを考える」というタイトルで講演を行い、大腸がん検診の有用性について啓蒙活動を行う予定である。

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

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、今年度は前半２名、後半3名の専攻医が宮古病院へ赴任の予定である。
③、⑤宮古島がん死撲滅ミーティングや市民公開講座を開催し、がん教育を市民に行う。令和8年7月3日関西医科大学上部消化管外科教授山崎誠先生を招いて第5回宮古病院がん診療講演会　達人に聞く一食道がん治療の最前線ーを開催予定である。
③2024年より外科専攻医の教育目的に外科各領域のエキスパートによるZoom勉強会を不定期に行っており、今年も継続する。

各拠点病院が取り組んでいるがん対策（2026年度） **県立八重山病院**

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ー 1)
2025年度に重点的に取り組んだがん対策
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）
2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策
ー

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
2025年度に重点的に取り組んだがん対策
①検診事業は実施していないが、指針に基づいたがん検診のみを行う。 令和６年度の沖縄県の胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮頸がん検診精密兼Ｓ名協力医療機関として名簿に登載し、関係機関に周知を図った。 また、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）
2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策
同上

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
2025年度に重点的に取り組んだがん対策
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）と連携している。（個別施策①1-2） ③中部病院から月に１回来院するがん遺伝子パネル検査外来担当医と協力し、パネル検査結果を踏まえた治療を行う。中部病院腫瘍内科医によるゲノム医療勉強会を開催する。（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委員会をつきに1回開催している。（個別施策⑥6-3）
2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策
同上

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
2025年度に重点的に取り組んだがん対策
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在宅医療を希望する患者に対して支援方法の情報を提供する（個別施策②2-1） ②訪問看護ステーションとの交流および研修会を定期的に実施する（個別施策②2-4） ③がんリハビリテーション研修に参加（個別施策③3-1） ⑤妊孕性温存療法の案内を行う（個別施策⑤5-1）
2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策
同上

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
2025年度に重点的に取り組んだがん対策
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）
2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策
同上

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

③病室にインターネット環境を整備した（個別施策③3-1）
⑥沖縄県アピアランスケア研修会に参加する（個別施策⑥6-1）
⑥琉球大学病院との共催で、患者向けアピアランスケア教室を開催する（個別施策⑥6-3）
⑥石垣市及び琉球大学病院と連携して、８月１日から開始した「石垣市アピアランスケア支援事業」に関する相談支援を行っている（個別施策⑥6-3）
⑥アピアランスケア手編みパッド作り体験
⑧ぬちぐくーるやいま会（がん患者会）の定期的な開催を実施している（個別施策⑧8-1）
⑧ピアサポート活動に対する支援を行う、琉大病院との共催で出張ピアサポート相談会を実施する（個別施策⑧8-1）

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

同上

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

2025年度に重点的に取り組んだがん対策

②乳腺外科、呼吸器外科の応援配置を継続している（個別施策②2-1）
③八重山高校、八重山農林高校の生徒に「がんについての勉強会」「タオル帽子作り交流会」を実施する
③12月に名桜大学から講師を招いて、訪問看護師を含めた印内外の医療者向け緩和ケア勉強会を開催する
③沖縄県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）
訪問看護師を招いて院内スタッフへの勉強会開催
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）

2026年度に重点的に取り組む予定のがん対策

②乳腺外科、~~呼吸器外科~~の応援配置を継続している（個別施策②2-1）（呼吸器外科は本島の施設との連携を強化）
③八重山高校、八重山農林高校の生徒に「がんについての勉強会」「タオル帽子作り交流会」を実施する
③12月に名桜大学から講師を招いて、訪問看護師を含めた印内外の医療者向け緩和ケア勉強会を開催する
③沖縄県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）
訪問看護師を招いて院内スタッフへの勉強会開催
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８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８年６月15日（月）19:00～20:20
場　　所：Zoomを利用したWeb会議
出　　席：９名
金城 達也（琉球大学大学院）、金城 徹（琉球大学病院）、
佐村 博範（浦添総合病院）、玉城 研太朗（那覇西クリニック）、
本部 卓也（中部病院）、山本 孝夫（県立八重山病院）、仲宗根 正（那覇市保健所）、
宮城 政剛（新川クリニック）、増田 昌人（琉球大学病院がんセンター）
欠　　席：５名
浅野 志麻（県立宮古病院）、有賀 拓郎（中頭病院）、
玉城 研太朗（那覇西クリニック）、仲地 厚（友愛医療センター）、
宮里 浩（那覇市立病院）
陪　　席：２名
知念 崇（琉球大学病院がんセンター）、西 佐和子（琉球大学病院がんセンター）

【報告事項】
１．令和７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、前回会議の議事要旨について説明があり、内容の確認が行われた。

２．今年度の委員について
増田委員より、今年度の委員構成について説明があり、委員の変更はなく、従来どおりの体制で進めることが確認された。

３．宮古島大腸がん検診キャラバン進捗状況について
浅野委員より報告予定であったが、欠席のため、事前に預かった内容について増田委員より代読があり、２点説明があった。
１点目は、今年度もキャラバンを継続して実施する方針であることが示された。本来は規模拡大や訪問型での実施も検討されていたが、現時点では困難であり、昨年度と同様の形式での開催となる見込みである。なお、令和９年２月に宮古島健康フェスタにおいて実施予定である。
２点目は、新たに県立北部病院においても大腸がん検診キャラバンを開催することとなり、令和８年８月30日(日)の実施に向けて準備および関係者によるミーティングを開始する予定であるとの説明があった。

４．NHK テレビ番組「あしたが変わるトリセツショー」の取材について

仲宗根委員より、がん検診をテーマとした NHK 番組の取材について報告があった。今年度は那覇市が取材対象となり、9 月 3 日(木)に放送予定である。

５．日本産業衛生学会報告（産業衛生 100 周年シンポジウム）

仲宗根委員より、産業衛生学会および 100 周年シンポジウムへの参加報告があった。産業保健分野における考え方や沖縄県における課題について共有された。

６．大腸 CT 検査（CT コロノグラフィー）に関する情報提供

※本項目は会議中に追加された報告事項である。

佐村委員より、新たな大腸 CT 検査に関する情報提供があった。下剤不要で内視鏡に近い精度が期待され、受診率向上に資する可能性について共有された。今後の導入可能性について検討が必要とされた。

【協議事項】

１．大腸がん相談室利用方法の改善について

佐村委員より、相談室の利用促進に向けた改善案が示された。病院間ネットワークの強化や症例共有方法の簡素化等について説明があり、今後の検討課題として共有された。

２．大腸がんプロジェクトの最終評価について

増田委員より、資料 3 に基づき、ロジックモデルを用いた評価方法について説明があり、ロジックモデルを用いた評価（ニーズ評価、セオリー評価、プロセス評価、インパクト評価）を実施し、個別施策評価シートに各委員がコメントを記入する形式で進める予定である。また、評価シートについては後日配布予定であり、各委員に対して可能な範囲で意見記入の協力依頼があった。

３．その他

特記事項なし。

がん相談業務
（院内におけるピア・サポート）

相談記録シート集計報告

実施期間：令和8年4月1日～令和8年6月30日

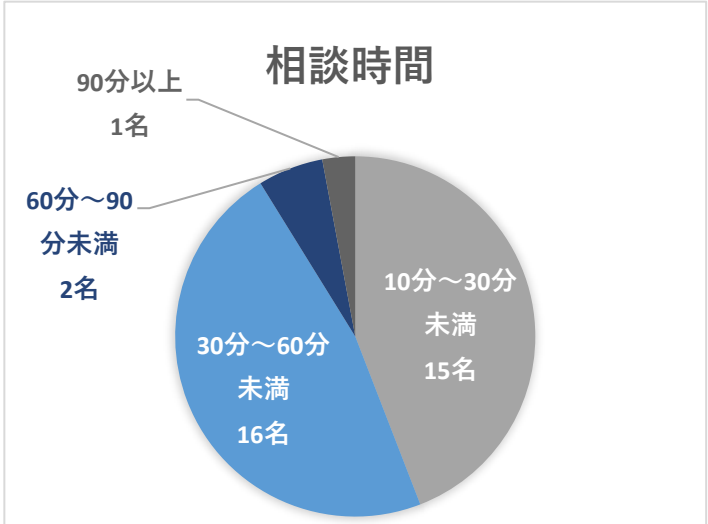
沖縄県地域統括相談支援センター

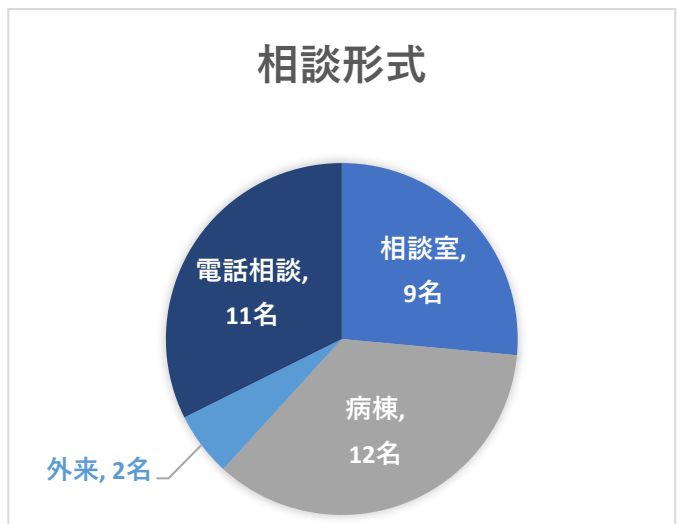
がん相談業務（院内におけるピアサポート）集計結果

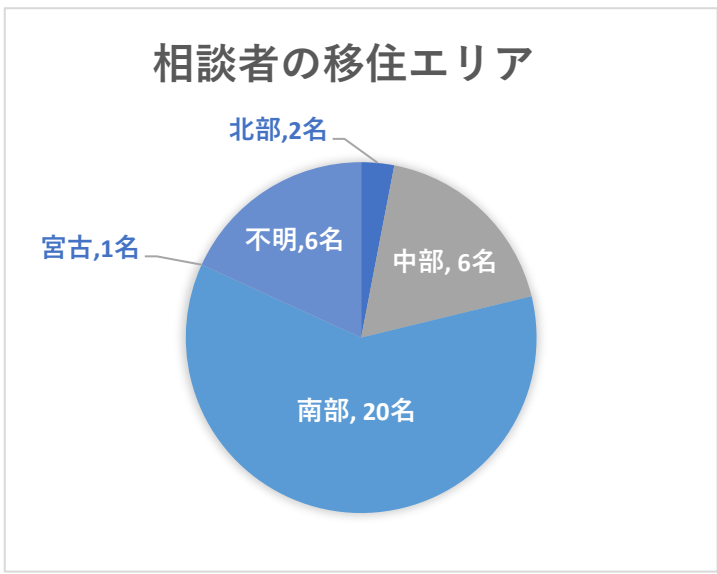
■ 調査対象期間　　令和8年4月1日～令和8年6月30日

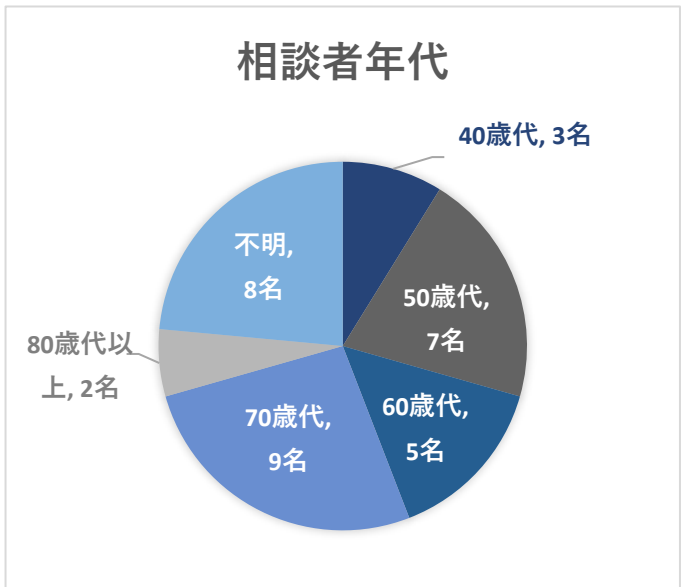
■ 調査件数　　34件

相談月	件　数
4月	13
5月	10
6月	11
合　計	34

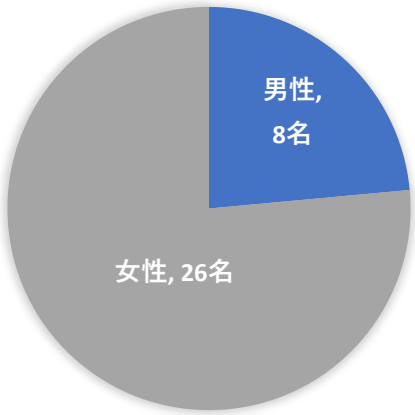




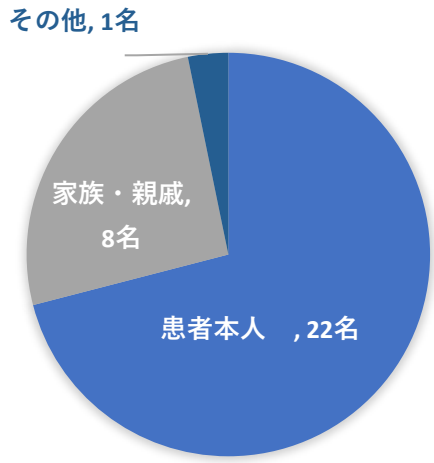




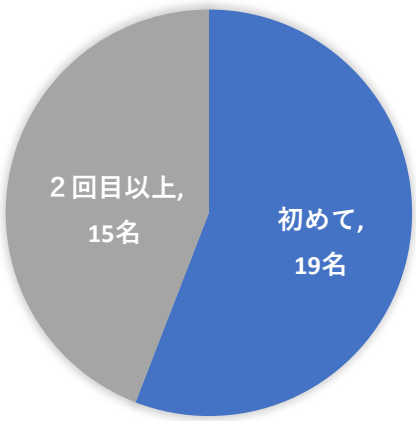
相談者の性別



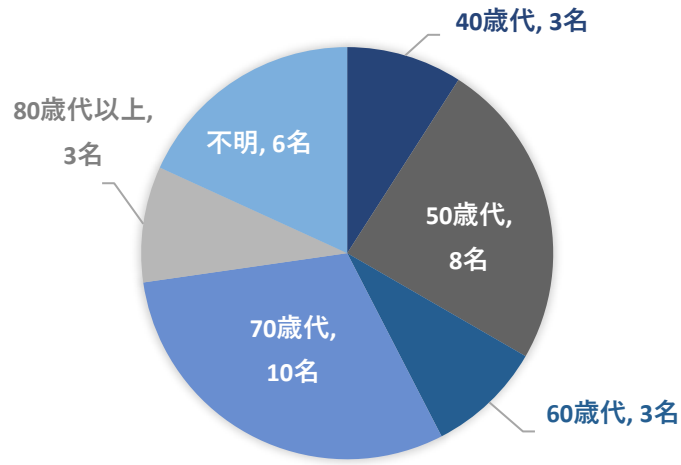
相談者のカテゴリー



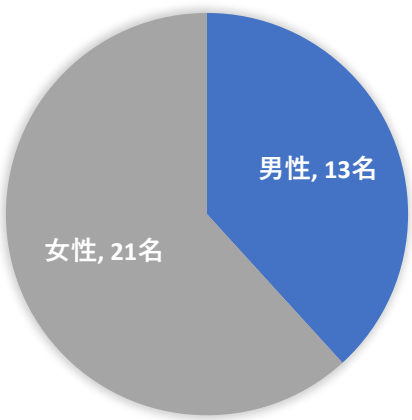
相談者の利用回数



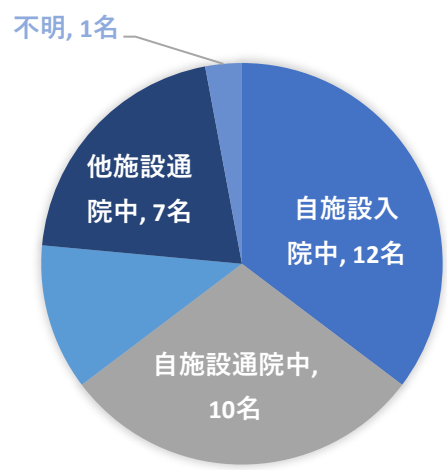
患者本人の年代

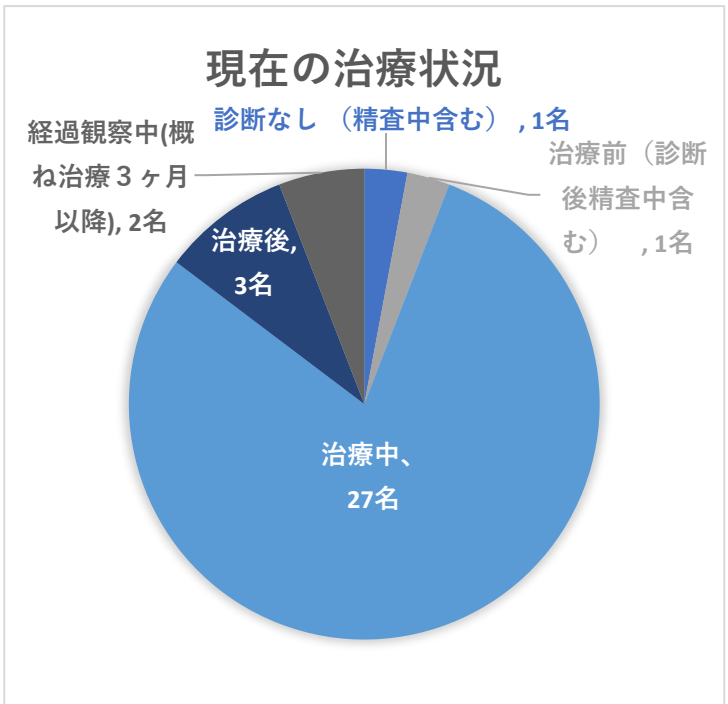


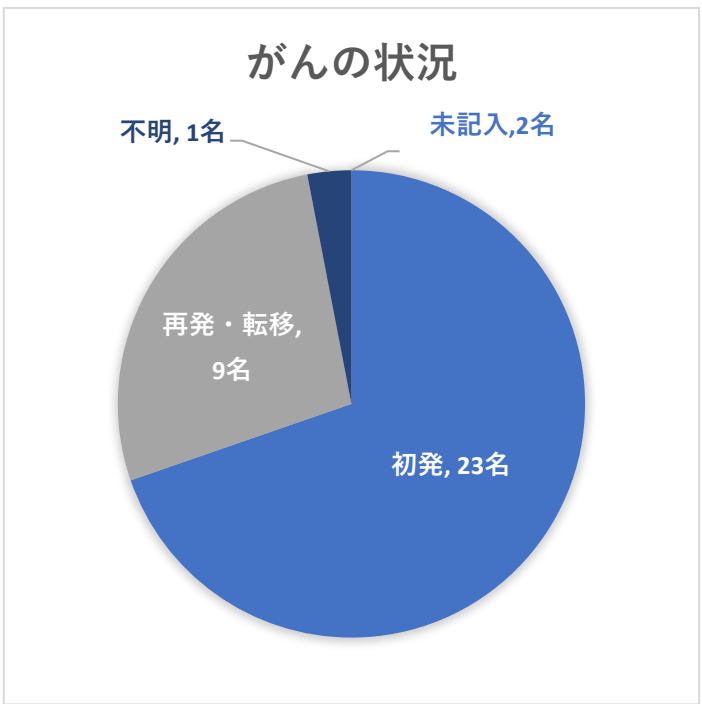
患者本人の性別

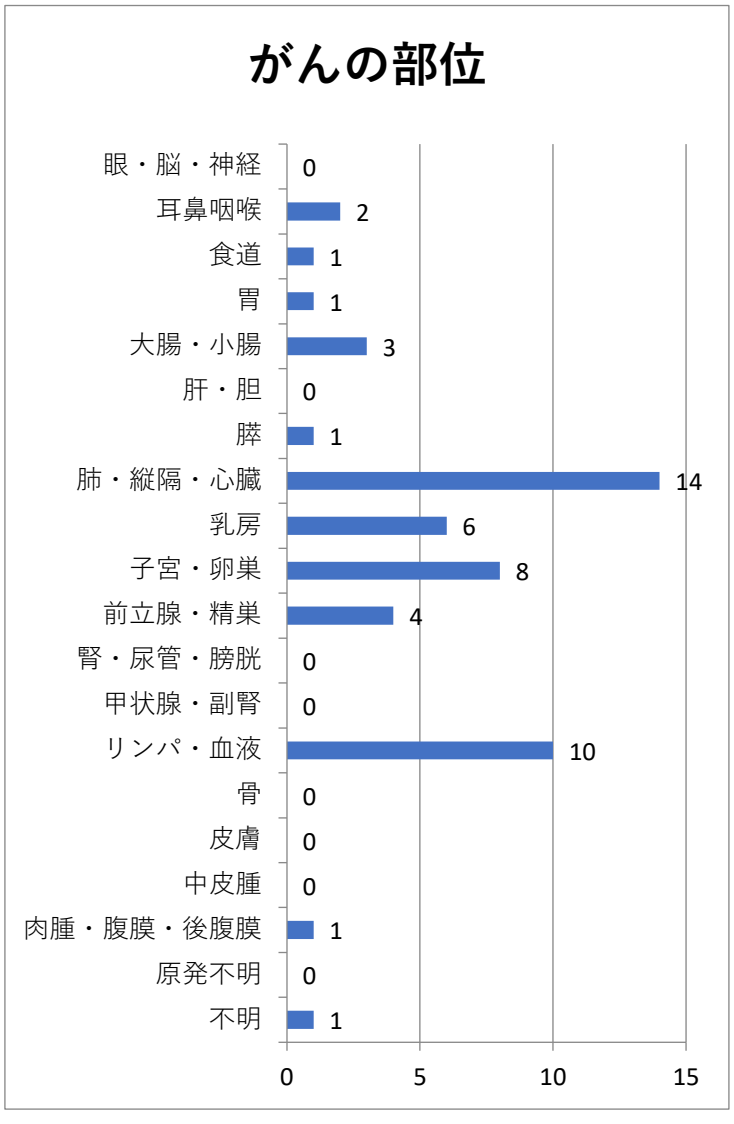


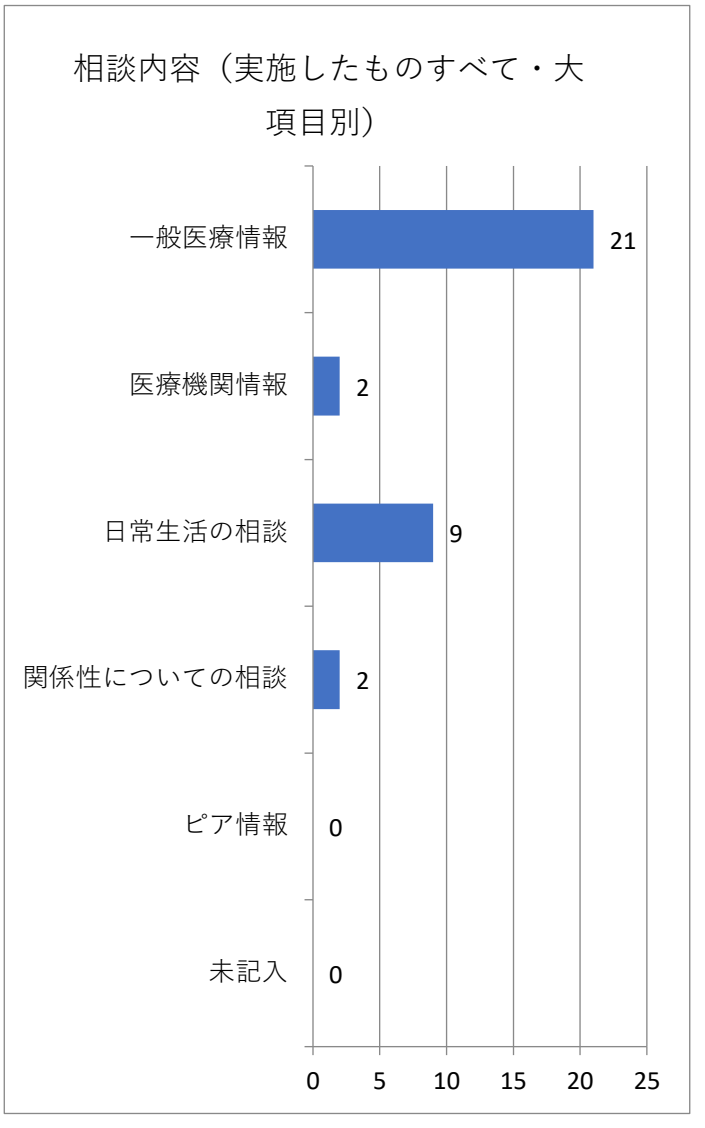
受診状況



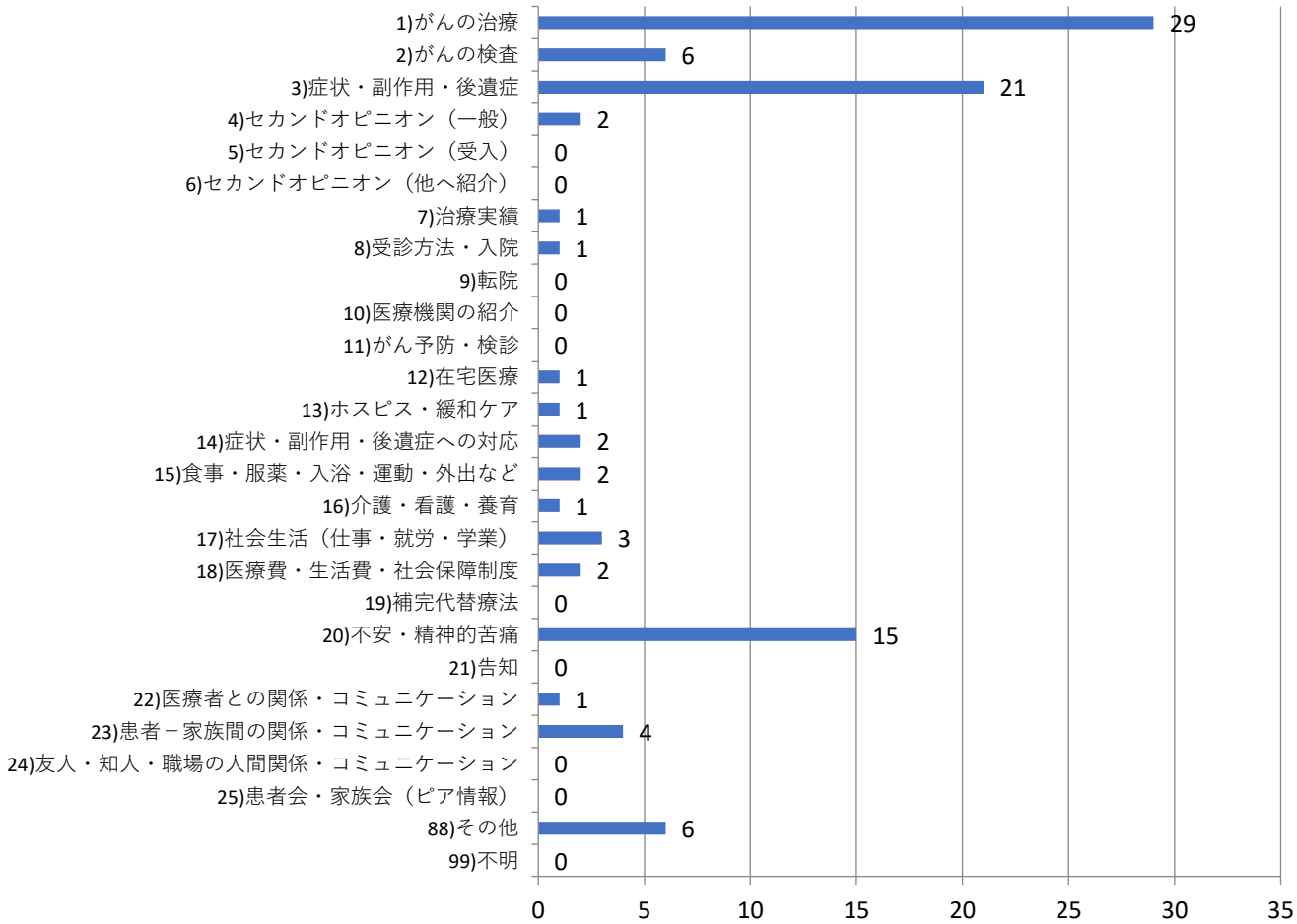

現在の治療状況
診断なし （精査中含む） , 1名
経過観察中(概ね治療３ヶ月以降), 2名
治療前（診断後精査中含む） , 1名
治療後, 3名
治療中、27名


がんの状況
不明, 1名
未記入,2名
再発・転移, 9名
初発, 23名

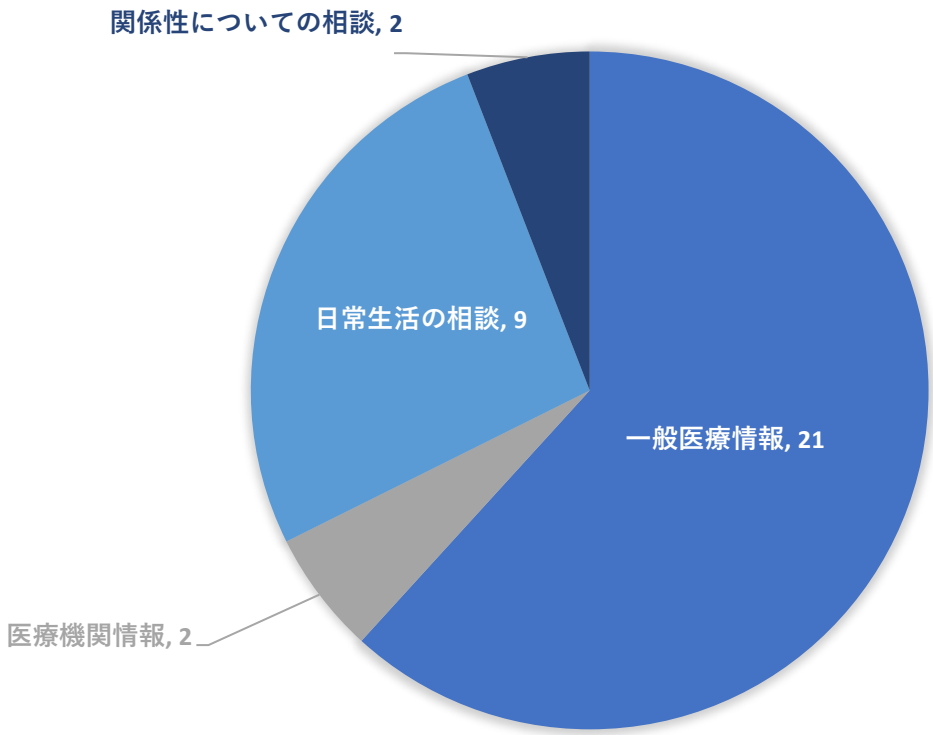

がんの部位
眼・脳・神経 0
耳鼻咽喉 2
食道 1
胃 1
大腸・小腸 3
肝・胆 0
膵 1
肺・縦隔・心臓 14
乳房 6
子宮・卵巣 8
前立腺・精巣 4
腎・尿管・膀胱 0
甲状腺・副腎 0
リンパ・血液 10
骨 0
皮膚 0
中皮腫 0
肉腫・腹膜・後腹膜 1
原発不明 0
不明 1
0 5 10 15


相談内容（実施したものすべて・大項目別）
一般医療情報 21
医療機関情報 2
日常生活の相談 9
関係性についての相談 2
ピア情報 0
未記入 0
0 5 10 15 20 25

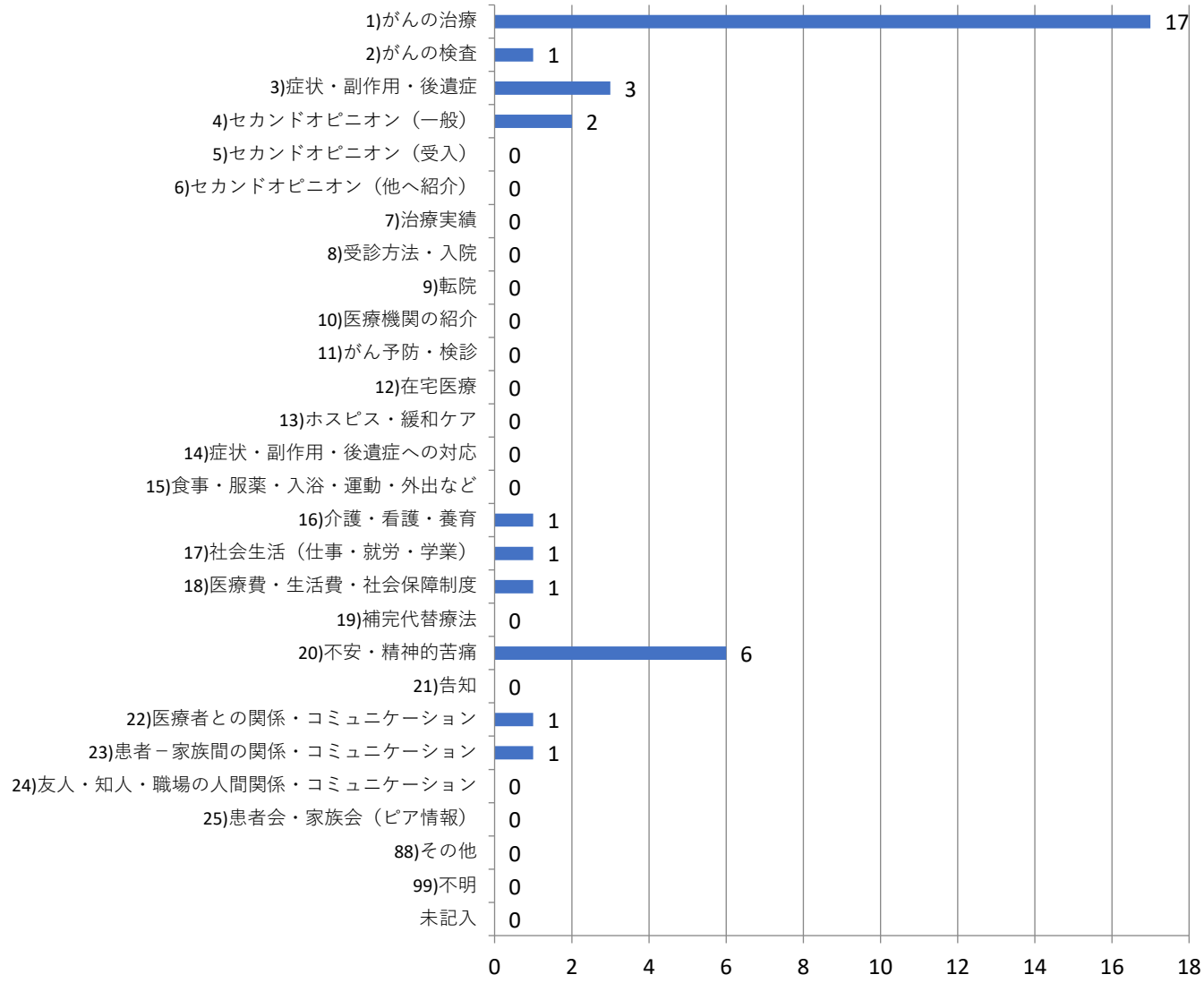
相談内容（実施したものすべて）



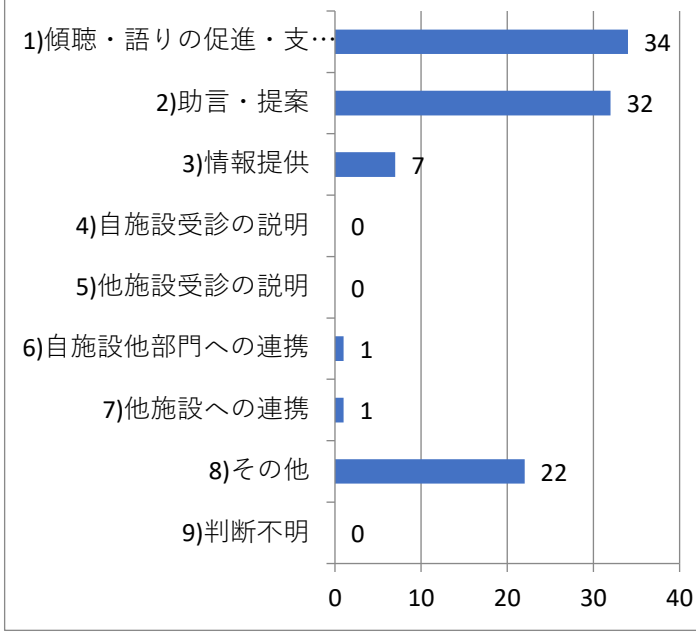
相談内容（最も比重の高いもの・大項目別）



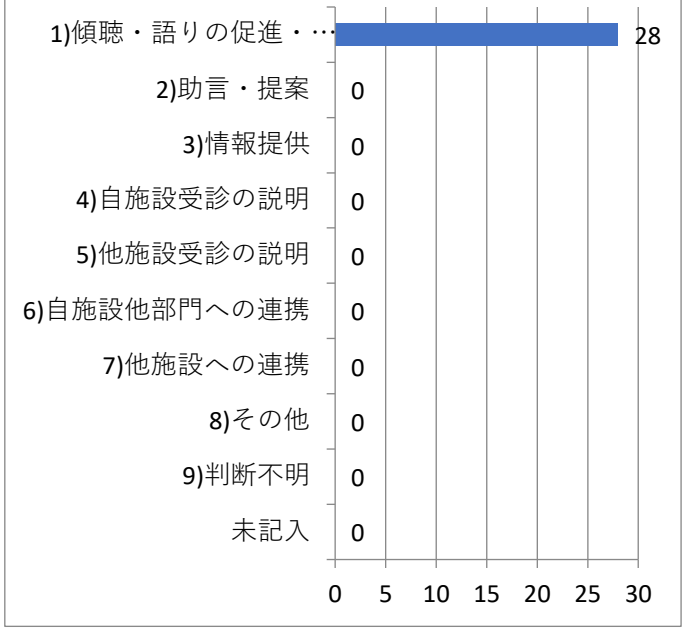
相談内容（最も比重の高いもの）

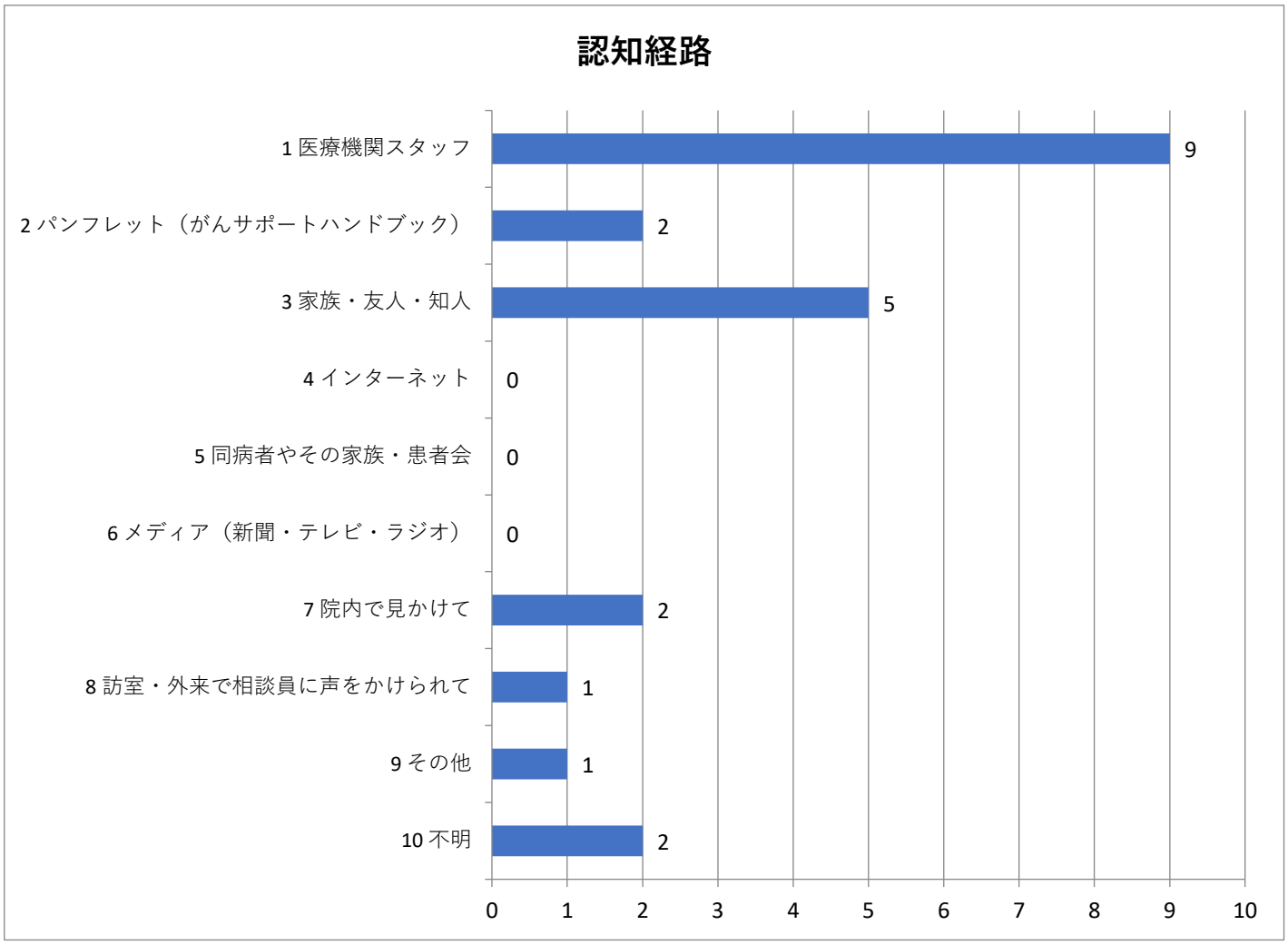


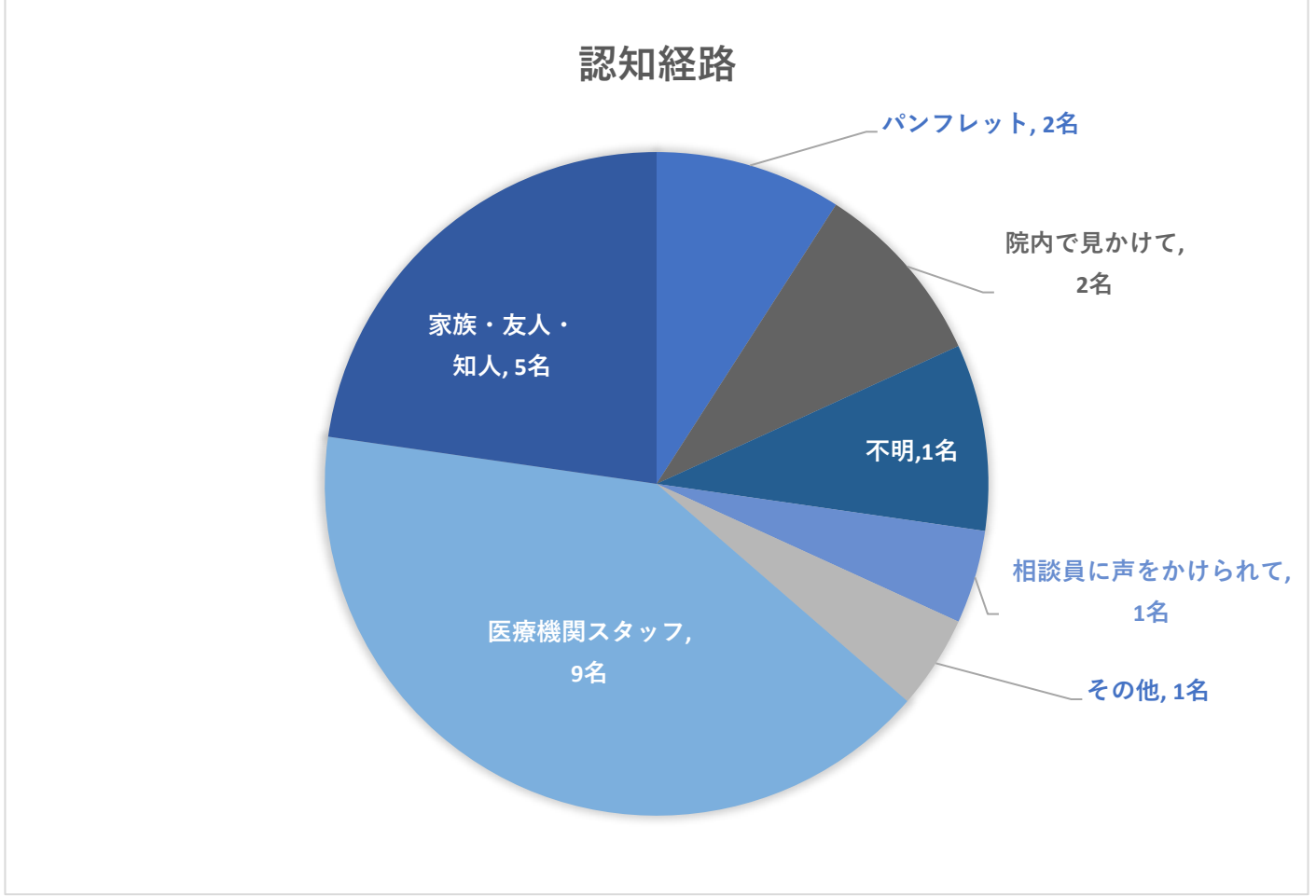
対応内容（実施したものすべて）



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
9
2
5
0
0
0
2
1
1
2
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10


認知経路
パンフレット, 2名
院内で見かけて, 2名
不明,1名
相談員に声をかけられて, 1名
その他, 1名
医療機関スタッフ, 9名
家族・友人・知人, 5名

令和８年度４月～６月
沖縄県地域統括相談支援センター　院内患者サロン参加報告

1. 各拠点病院内　患者サロン

(1)　琉大ゆんたく会

日　時　①令和８年４月７日（火）14：00～16：00
②令和７年５月12日（火）14：00～16：00
場　所　琉球大学病院　２階　多目的室
派遣者　①ピア・サポーター　４名
②ピア・サポーター　２名

(2)　中部ゆんたく会

日　時　令和８年５月28日（木）15：00～17：00
場　所　中部病院　南２階　デイルーム
派遣者　ピア・サポーター　１名

(3)　那覇がん患者ゆんたく会

日　時　令和８年５月21日（金）14：00～15：30
場　所　那覇市立病院　４階　会議室
派遣者　ピア・サポーター　２名

(4)　オンラインゆんたく会

日　時　①令和８年４月21日（火）14：30～15：30
②令和８年５月19日（火）14：30～15：30
③令和８年６月16日（火）14：30～15：30
場　所　オンライン（Zoom）
派遣者　①ピア・サポーター　２名
②ピア・サポーター　２名
③ピア・サポーター　１名

令和８年４月７日
琉大病院　がんセンター内
沖縄県地域統括相談支援センター
伊波　亜利沙
（内線：1506）

沖縄県内各拠点病院　院内患者サロン　出張報告

名称　令和８年度　第１回　琉大ゆんたく会

場所　琉球大学病院　２階　多目的室

日時　令和８年　４月　７日（火）　14：00　～　16：00

派遣者　がんピア・サポーター（がん経験者）　４名

内容　社会保障制度についての講演（医療ソーシャルワーカー）。

ピア・サポーター4 人で院内患者サロンへ参加。

初めての患者さんもいたので自己紹介をし、みんなの体験談を傾聴し寄り添う事ができた。

予定通り終了した。

令和 8 年 5 月 12 日
琉大病院　がんセンター内
沖縄県地域統括相談支援センター
伊波　亜利沙
（内線：1506）

沖縄県内各拠点病院　院内患者サロン　出張報告

名称　令和 8 年度　第 2 回　琉大ゆんたく会

場所　琉球大学病院　2 階　多目的室

日時　令和 8 年　5 月　12 日（火）　14：00　～　16：00

派遣者　がんピア・サポーター（がん経験者）　2 名

内容　「がん治療とお薬」講義を受ける。

フリートークでは主に薬物治療に関する質疑応答。

抗がん剤治療で吐き気等があれば我慢せずにすぐに医師へ相談した方が良いと意見があった。

参加者のピアサポーターによる経験談もあり、意見・情報のシェアが活発に行われた。

予定通り終了。

令和 8 年 5 月 29 日
琉球大学病院　がんセンター内
沖縄県地域統括相談支援センター
伊波　亜利沙
（内線：1506）

沖縄県内各拠点病院　院内患者サロン　出張報告

名称　令和 8 年度　第 172 回　中部地区ゆんたく会

場所　中部病院

日時　令和 8 年　5 月　28 日（木）　15：00　～　17：00

派遣者　がんピア・サポーター（がん経験者）　1 名

参加者　5 人

内容　新年度になり初めての参加のため、事務員とピア・サポーターで院内患者サロンへ参加した。中部病院に通院し、何度か参加されているリピーターの参加者が多くいたため、和やかな雰囲気だった。

リンパ浮腫指導技能者（看護師）の方の『むくみ』についての講演があり、ストレッチや沖縄で中部病院にしかない腕や肩をほぐす医療機器を実際使用してみたりと、楽しく取り組んでいた。深刻な話題などがあったが、心の内を話すことで少しすっきりされたご様子だった。会は予定より 30 分ほど延長したが、とても心温まる会だった。

令和 8 年 5 月 29 日

琉球大学病院　がんセンター内
沖縄県地域統括相談支援センター
伊波　亜利沙
（内線：1506）

沖縄県内各拠点病院　院内患者サロン　出張報告

名称　令和 8 年度　第 153 回　那覇がん患者ゆんたく会

場所　中部病院

日時　令和 8 年　5 月　21 日（木）　14：00　～　15：30

派遣者　がんピア・サポーター（がん経験者）　2 名

参加者　1 人

内容　新年度初開催のため、事務員とピア・サポーターで院内患者サロンへ参加した。那覇市立病院に通院し、何度か参加されているリピーターの参加者で、テーマの医療費についての疑問などを質問していた。ピア・サポーターが答えることもあり、とても有意義とした時間になった。

会は予定通りに終了した。

令和８年４月 21 日
琉大病院　がんセンター内
沖縄県地域統括相談支援センター
伊波　亜利沙（内線：1506）

オンラインゆんたく会　報告

名称　令和８年度　第１回　オンラインゆんたく会

場所　オンライン（Zoom）

日時　令和８年　４月　21 日（火）　14：30　～　15：30

派遣者　がんピアサポーター（上地 久美子、金城ひとみ）　２名

参加者　その他参加者　２名

琉球大学病院 医療ソーシャルワーカー１名

参加者それぞれ自己紹介を行い、近況報告される。

貧血の相談をみんなで共有した。

全員が話をすることができ、笑顔も見られ和やかな雰囲気で充実した時間になった。

令和８年５月19日
琉大病院　がんセンター内
沖縄県地域統括相談支援センター
伊波　亜利沙（内線：1506）

オンラインゆんたく会　報告

名称　令和８年度　第２回　オンラインゆんたく会

場所　オンライン（Zoom）

日時　令和８年　５月　19日（火）　14：30　～　15：30

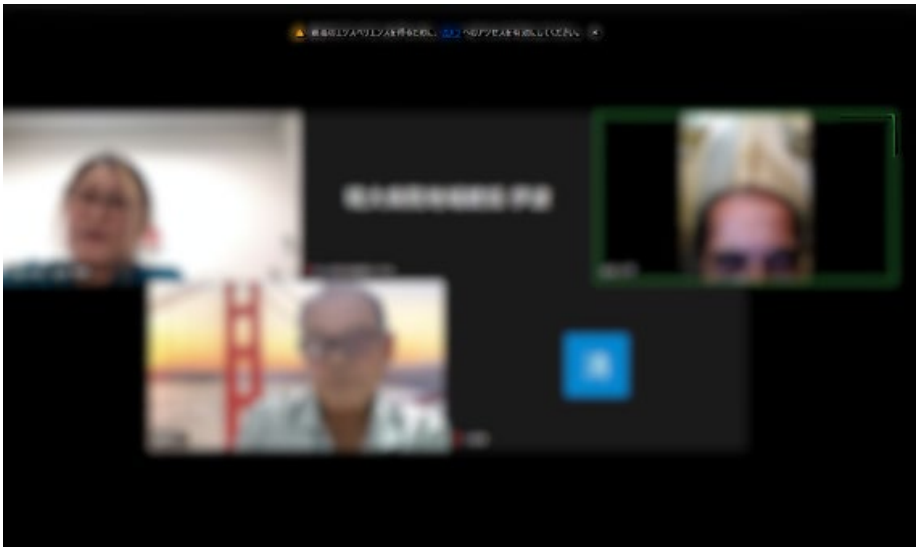
派遣者　がんピアサポーター（金城ひとみ、有銘 宏司）　２名

参加者　一般参加者　２名

八重山病院 看護師１名

・参加者それぞれ自己紹介(初参加１名)を行い、近況報告される。

・映画のお話になり、「死を受け入れる」ことについて話し合った。



令和８年６月16日
琉大病院　がんセンター内
沖縄県地域統括相談支援センター
伊波　亜利沙（内線：1506）

オンラインゆんたく会　報告

名称　令和８年度　第３回　オンラインゆんたく会

場所　オンライン（Zoom）

日時　令和８年　６月　16日（火）　14：30　～　15：30

派遣者　がんピアサポーター（上地　久美子）　１名

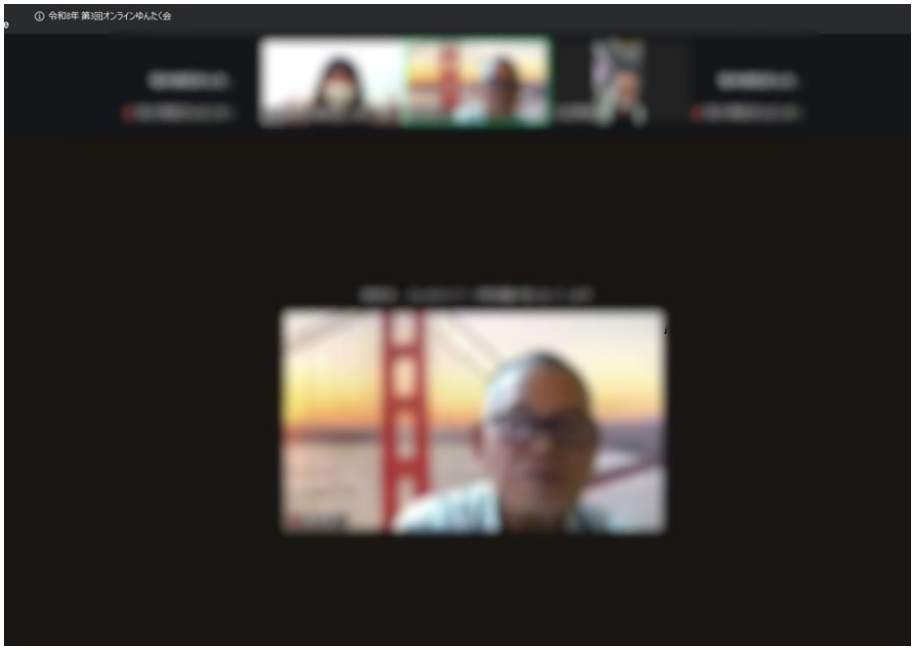
参加者　一般参加者　２名

通常通りオンラインゆんたく会の約束ごとを読み上げ共通認識を図る。

自己紹介をし、皆さんの近況報告。

参加者のお２人が、年齢が近いこともあり話が弾んでいた。

笑顔も見られ和やかな雰囲気だった。



令和８年度　沖縄県委託事業

がん ピア・サポーター養成講座

開催報告

実施日：令和８年６月 27 日（土）

主催：沖縄県地域統括相談支援センター

【名称】

令和８年度　がん ピア・サポーター養成講座

【目 的】

①これから「ピアサポート」を始める方が、1 対 1 での対応に関する基本な事項を学ぶ。

②受講生同士に仲間意識を持ち、今後のセンター及び個々の活動が互いに連携できる環境をつくり、コミュニケーション技術向上を目的とする。

【概 要】

１.日　時　　令和８年６月 27 日（土）9：00～17：00

２.場　所　　琉球大学病院　7 階会議室

３.対　象　　下記①～⑤すべてに該当する方

①がん患者およびがん患者のご家族、ご遺族

②現在病状の安定している方

③事前学習プログラム（講義動画）を視聴できる方

④講義ならびにロールプレイ（面接技法）参加出来る方

⑤受講後は治療や仕事、生活に支障がない範囲で当センターのがんピアサポーター（ボランティア）として登録し活動できる方

４.主　催　　沖縄県地域統括相談支援センター（令和８年度　沖縄県委託事業）

５.参加費　　無料

６.課　題

講義動画（受講前までに学習プログラムを視聴し、事前課題を提出）

厚生労働省委託事業　がん総合相談に携わる者に対する研修事業

「ピア・サポーター養成テキスト 2023 年度版」のテキスト等に準拠し、サイコオンコロジー学会、ご提供頂いた動画を使用。

・ピアサポートとは
・ピアサポーターの役割と活動指針
・相手を大切にすること、自分を大切にすること
・よりよいコミュニ ケーションのために
・がん診断の基礎知識と情報提供の注意点
・行政と医療機関の役割について学ぼう

事前学習動画内において、学んだことや感想を原稿用紙に各テーマ 100 文字～200 文字にまとめ、事前学習に関する質疑についての課題提出あり。

令和8年度　がん　ピア・サポーター養成講座　プログラム

開始時間	終了時間	所要時間	項目	担当者	備考
9:00			開会		
9:00	9:05	5分	開会のあいさつ	がんセンター長　増田	
9:05	9:10	5分	講師およびスタッフ紹介	講師・相談員・スタッフ	各自自己紹介
9:10	9:20	10分	アイスブレイク	齋藤　円先生	受講生参加型
9:20	9:50	30分	ピアサポートについて	齋藤　円先生	
9:50	10:20	30分	事前学習の復習（ピアサポートとは・ 役割と活動指針・コミュニケーション）	野田　真由美さん	
10:20	10:30	10分	休憩		
10:30	11:00	30分	相手を大切にすること、自分を大切にすること バウンダリーについて	齋藤　円先生	
11:00	11:10	10分	休憩		
11:10	12:10	60分	自分の体験を語る	野田　真由美さん 齋藤　円先生	受講生参加型 2グループ編成
12:10	13:00	50分	お昼休憩		
13:00	13:20	20分	オリエンテーション（ロールプレイ）	野田　真由美さん	
13:20	13:50	30分	ロールプレイ第1セッション		受講生参加型 3人1組 6グループ編成 （患者役・ ピアサポーター役・ 観察者役）
13:50	14:00	10分	休憩		
14:00	14:30	30分	ロールプレイ第2セッション		
14:30	14:40	10分	休憩		
14:40	15:10	30分	ロールプレイ第3セッション		
15:10	15:20	10分	休憩		
15:20	15:30	10分	グループ振り返り	各グループ	
15:30	16:00	30分	全体振り返りロールプレイの講評	野田　真由美さん	各グループの振り返り発表 講師及びセンター長より 全体の講評
16:00	16:05	5分	休憩		
16:05	16:15	10分	がん対策について	増田　昌人	
16:15	16:30	15分	沖縄県のピアサポート事業について	ピア・サポーター 仲田　ひろ子	
16:30	16:40	10分	質疑応答	講師・相談員	司会が指名
16:40	16:50	10分	アンケート記入	受講生各自	紙面記入
16:50	16:55	5分	受講修了書	がんセンター長　増田	
16:55	16:57	2分	記念撮影	全員	
16:57	17:00	3分	閉会のあいさつ	がんセンター長　増田	
17:00			閉会		

【講師・スタッフ紹介】　　R8.6.27

No	名前	所属先	役割
1	さいとうまどか 齋藤　円先生	市立ひらかた病院　精神科　主任部長	講師・アドバイザー
2	のだ　まゆみ 野田　真由美さん	NPO法人　支えあう会「α」 理事長	講師・アドバイザー
3	うえはらひろみ 上原　弘美さん	友愛医療センター　地域医療部 がん相談支援室専従看護師	ファシリテーター
4	よぎ　よしえ 与儀　淑恵さん	NPO乳がん患者の会　ぴんく・ぱんさぁ 代表	ファシリテーター
5	なかだ　こ 仲田　ひろ子	沖縄県地域統括相談支援センター ピア・サポーター	講師・ファシリテーター
6	にしむらかつとし 西村　克敏	沖縄県地域統括相談支援センター ピア・サポーター	ファシリテーター
7	うえち　くみこ 上地　久美子	沖縄県地域統括相談支援センター ピア・サポーター	ファシリテーター
8	おおくぼ　れいこ 大久保　礼子	琉球大学病院　がん相談支援センター 医療ソーシャルワーカー	ファシリテーター
9	まえしろ　ふみよ 真栄城　文代	沖縄県地域統括相談支援センター ピア・サポーター	オブザーバー
10	おくま　ようこ 奥間　洋子	沖縄県地域統括相談支援センター ピア・サポーター	オブザーバー
11	たば　じゅんこ 田場　純子	沖縄県保健医療介護部　健康長寿課 がん対策班　主査	オブザーバー・県担当者
12	ますだ　まさと 増田　昌人	琉球大学病院　がんセンター長 沖縄県地域統括相談支援センター長兼任	責任者
13	いさ　じゅんこ 伊佐　順子	琉球大学病院　がんセンター	スタッフ
14	にし　さわこ 西　佐和子	琉球大学病院　がんセンター	スタッフ
15	しろま　くみこ 城間　久美子	琉球大学病院　がんセンター	スタッフ
16	いは　ありさ 伊波　亜利沙	琉球大学病院　がんセンター 沖縄県地域統括相談支援センター　担当	司会・スタッフ

【受講者】

No	性別	所属先	備考
1	女性	無	
2	女性	ぴんく・ぱんさぁ	
3	女性	浦添総合病院患者会りぼんの輪	
4	女性	無	
5	女性	無	
6	女性	ぴんく・ぱんさぁ	
7	女性	無	
8	女性	無	
9	女性	ぴんく・ぱんさぁ	
10	女性	無	
11	女性	ぴんく・ぱんさぁ	
12	女性	無	
13	女性	ぴんく・ぱんさぁ	
14	女性	無	
15	女性	ぴんく・ぱんさぁ	
16	女性	無	

【オブザーバー参加】

No	性別	所属先	備考
1	女性	ぴんく・ぱんさぁ	
2	女性	ぴんく・ぱんさぁ	

【参加者】
受講者 16 名
オブザーバー参加 2 名（ピア・サポーター2 名）

【振り返り】
・県内のがん診療を行う医療施設、がん患者支援登録団体、がん患者会登録団体、市町村を含む計 80 か所へ案内を送付し、あわせて院内ポスター掲示やホームページ等でも周知を行った結果、20 名の申し込みがあった（家庭の事情や体調不良等により 4 名がキャンセル）。
・前回同様、対象者を「現在、病状が安定している方」に広げたことに加え、地元新聞（レキオ、ほーむぷらざ）への広告掲載や乳がん患者イベントでの周知活動を実施したことで、前年と同様に多くの受講希望者が得られた。
・今年度は開催 1 か月半前からの周知開始であったため、受講者確保に不安があったが、レキオやほーむぷらざを見た方、また乳がん患者イベントをきっかけに知った方からの申し込みがあった。特に乳がん患者イベントの影響力は大きく、受講者の約 8 割が乳がん経験者であった。がん患者向けイベント時に広報を行うことで、受講者の増加につながる可能性があると感じた。
・事前課題については、余裕をもって提出できるよう早めに設定することが望ましいが、申し込みが締切直前となる場合には課題に取り組む時間が十分に確保できないため、受講者の負担軽減につながる方法について検討が必要である。
・離島在住者についても助成制度を活用し受講いただけるよう、離島・へき地への周知を強化していきたい。
・会場については、前日に設営を行ったことで、当日の受付までの流れがスムーズであった。次回以降も前日設営を前提にスケジュール調整を行いたい。
・今回も患者会代表にファシリテーターを依頼したが、依頼時期が遅かったため既に予定が入っていることが多く、人員確保が困難であった。結果として必要人数ぎりぎりでの運営となったが、当日の欠席者がいなかったため無事終了することができた。今後は参加者数に応じてファシリテーターの人数も増えることを踏まえ、早期の依頼が必要である。
・オブザーバーについては 2 名の配置が必須であり、当日の欠席に備えて 3 名程度の確保が望ましい。
・プログラムについては、昨年度から大きな変更はなく、終日研修として問題なく実施することができた。

【当日の様子】















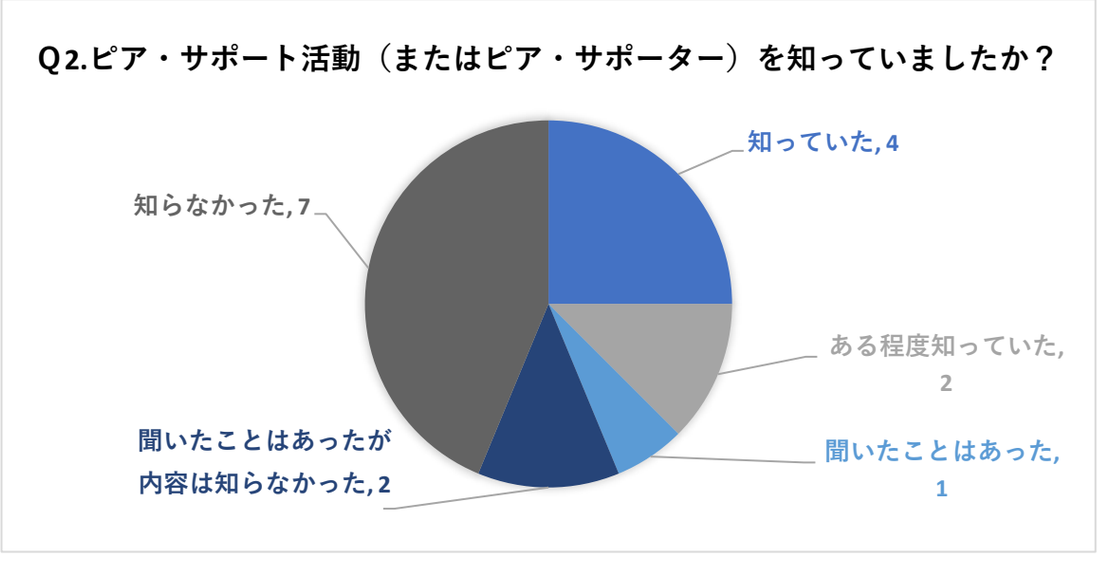


令和8年度　がん ピア・サポーター養成講座　アンケート集計（16名分）

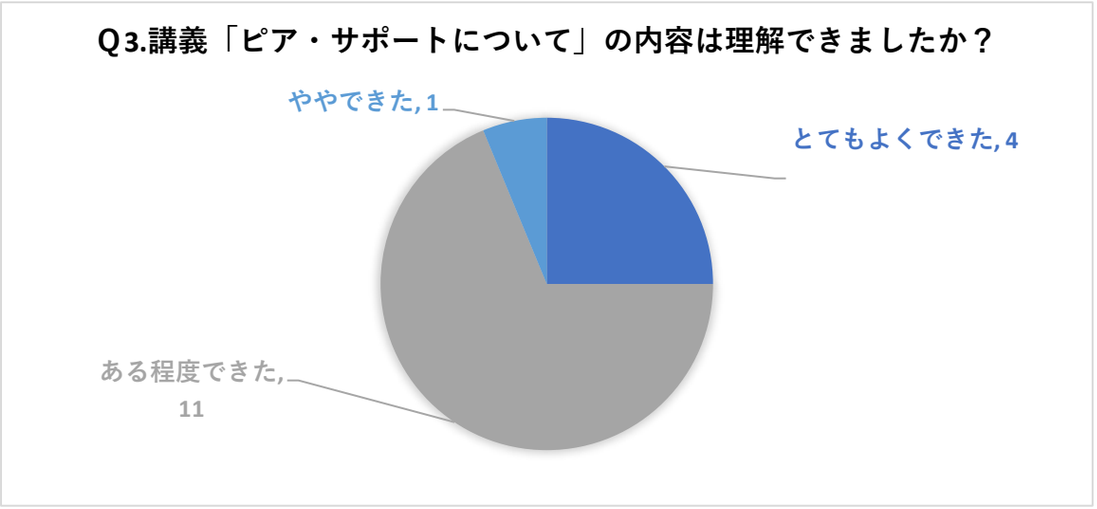
Q1.養成講座に参加しようと思ったきっかけは何ですか？

1　同じ経験をした人や実際にがんになった人のお話を聞いたり、自分に何か力になれることはあるのかと思い参加しました
2　新聞広告より
3　手術が終わって一安心したところで、家族以外にがんになったことを話してよいのか、1人ぽっちで悩んでいました。With you~okinawaに参加して、講座を知り参加しました。
4　がん患者の家族として、相談者に寄り添い、お話を聞くことができると考えていたので、本日参加させていただいています。
5　がんピアサポーターのタイトルに惹かれました。
6　患者会からの紹介
7　新聞での案内を見て、自分が治療中に患者サロンでピアサポーターがいた事を思い出したため。
8　すすめられたから
9　病院から紹介された
10　ぴんく・ぱんさぁの代表の方、認定看護師の方にすすめられました
11　同じがん患者さんにいろいろな情報を提供できればいいと思い参加しました
12　今年５月にあったWith you というイベントに参加した際に、当講座の事を知り、興味もあった為参加しようと思った
13　With you というイベントでピアサポートを知り、その後知人に誘っていただきました
14　自身が乳がんになり、ぴんく・ぱんさぁという患者会があることを知り、話を聞いていただいてとても気持ちが軽くなったことから、私もがんになったことを不幸なことだと思わず、誰かの役に立てたらと思い参加しました
15　私自身が治療とかで迷ったり、疑問に思うことがあり、そんな時正しい答えや難しい医学の話よりも、ただ話を聴いてもらいたかったり、共感してもらいたいと思ったため
16　ぴんく・ぱんさぁの方からのすすめ

Q2.ピア・サポート活動（またはピア・サポーター）を知っていましたか？



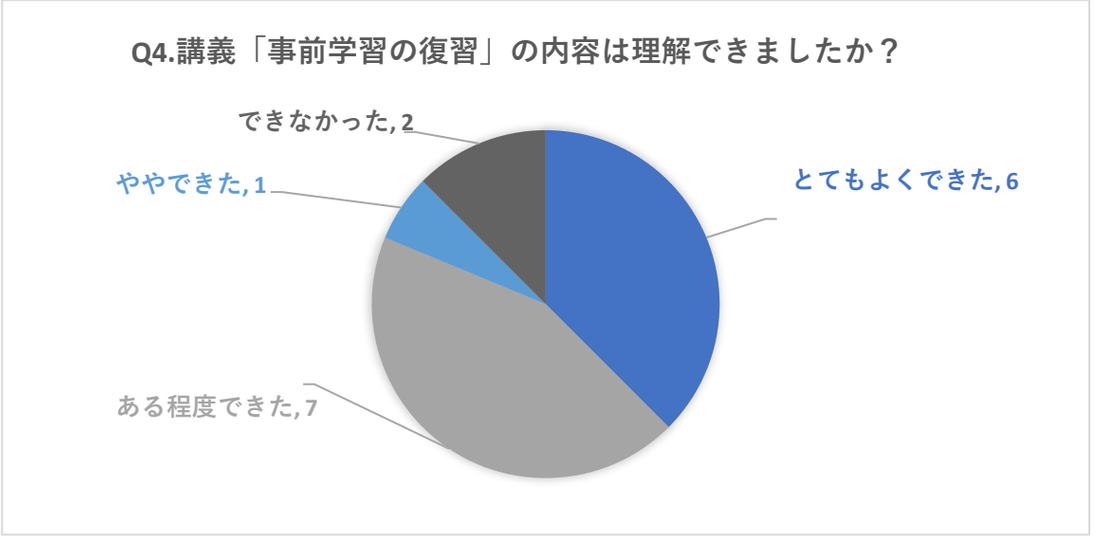
Q3.講義「ピア・サポートについて」の内容は理解できましたか？



理由

4	お互いの支えあいになる、大切な活動
5	ロールプレイも素晴らしく、体験と難しさがわかりもう少し勉強深めようと思う
8	同じ体験をし助け合う事
10	してはいけない事や言ってはいけない事がまだあいまいです。ピアサポーターはどこまでやればいいのか、どこからがん支援センターにつなげていけばいいのか。あと、がん支援センターの役割をもっと勉強しなければと思いました
11	ピアサポートは自分の話をする場所ではなく、相談する場所だとわかりました。間違いやすくて戸惑う
12	パワーポイントと資料が見やすくて理解しやすかった
13	事前学習で学んであったため、理解しやすかった
14	記憶することまでは到っていない部分もあるが、事前に動画を見れたことで、スムーズに理解できた
15	聴いたり、共感したり、復唱したりすることで、相談者が安心して悩みや気持ちを話すことができて、気持ちが整理され、悩みも軽くなる
16	私の思う人としてのあり方等に

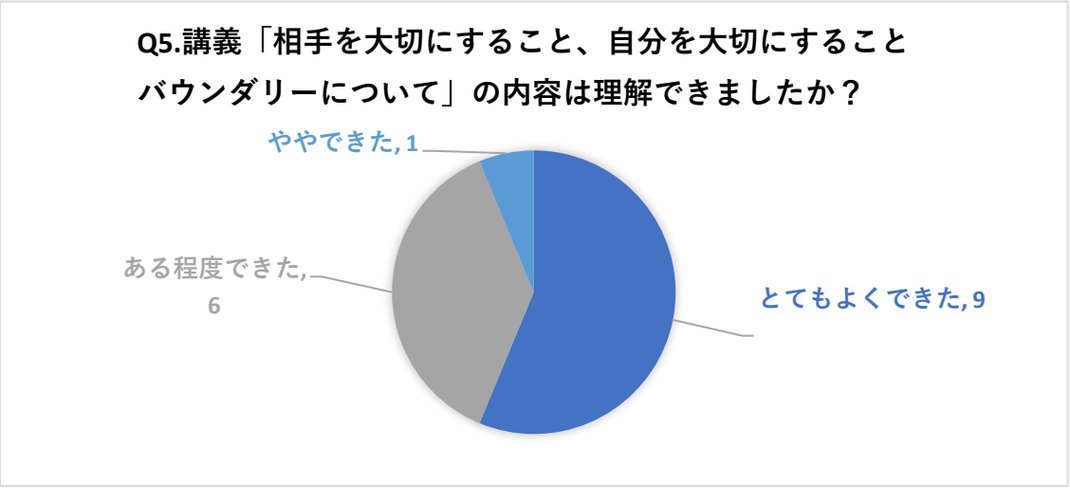
Q4.講義「事前学習の復習」の内容は理解できましたか？



理由

1	事前に動画や資料は見ていましたが、改めて話を聞いたり、実践することによって、より内容が深く理解できました。
5	ただ、２００文字を1.200文字と勘違いしてしまった。
10	講義内容はわかりやすく、やや理解できました
11	携帯が壊れて復習できなかった
12	事前学習の動画では分かりにくい部分もあった為、口頭で講義を聴く事が出来たので、理解しやすかった。
13	事前学習で学んであったため、理解しやすかった
14	とても分かりやすく、聞きやすい動画でした
15	やはり動画を見るだけよりも、分かりやすかったです

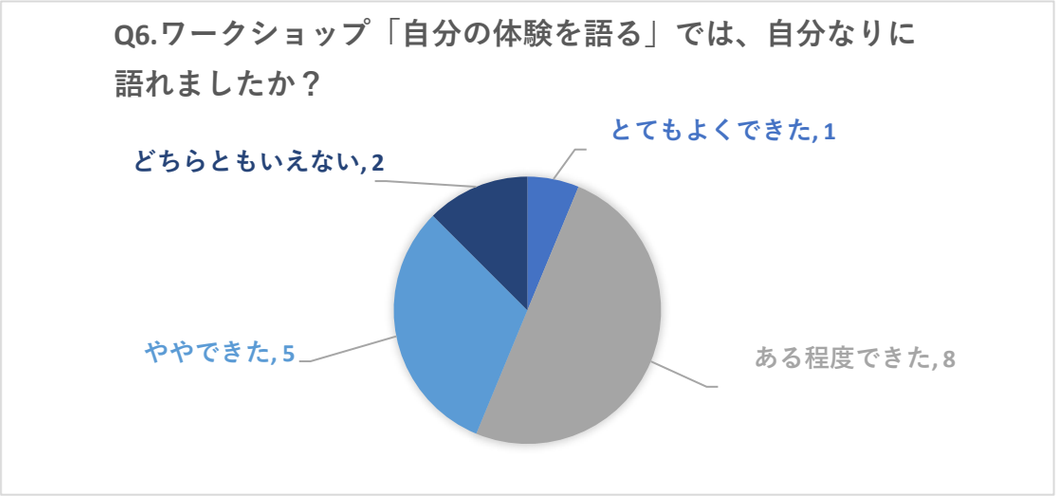
Q5.講義「相手を大切にすること、自分を大切にすること　バウンダリーについて」の内容は理解できましたか？



理由

1	”サポートする側も自分のことを大切に”これは頭に入れておかないと境界線があやふやになってしまい気持ちが落ち込んでいったり、サポートすることができなくなりそうだと思いました。
4	ピアサポート活動に役立つだけでなく、日頃の生活で意識していると良いと思う
5	先生からの説明で、正確に理解できた。
7	理解はできたと思うが、実践は難しいと感じるため。
8	自分を大切にしないと他人も大切にできない事でもある。無理に相手に合わせなくてもいい事を知りました。
10	境界線を引くことは難しいけれど、バウンダリーはとても大切な事だと理解した
11	ロールプレイをしてみて、今の自分の気持ちが整理できてないことに気づいた。
12	パワーポイントが見やすくて理解しやすかった
13	事前学習で学んであったため、理解しやすかった
14	自分を大切にすることが出来て、相手に寄り添ったサポートが出来るんだと理解しました
15	相手と自分は違う人間だから、全く共感できるわけではない。そのためこれ以上相談するのが辛いと思ったら、今日はこの辺にしてまたの機会に、と提案することができる

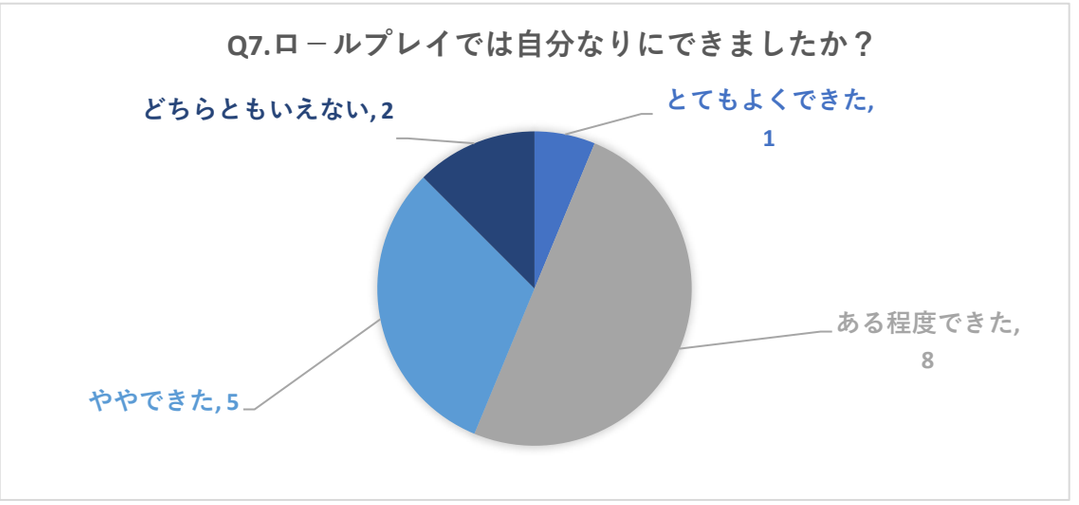
Q6.ワークショップ「自分の体験を語る」では、自分なりに語れましたか？



理由

3	話したいことがあふれてきてしまい、途中で時間切れでした
5	３分、１分とそれぞれの語りがあり、伝えるすべがたのしかった。
7	思っていたより感情的になってしまった。
10	語るには時間が短かったです
11	自分が思った以上に、自分の体験を語れなかった
12	話しやすいムードを作って下さった為、語る事ができた
13	思っていたより、自分の気持ちが整理できていないことに気づいた
14	自分なりには話せたと思うが、聞き手にどれだけ伝えられたかなと思うところはある
15	時間内にまとまらなかったが、語れました
16	短い時間では無理かも

Q7.ロールプレイでは自分なりにできましたか？



理由

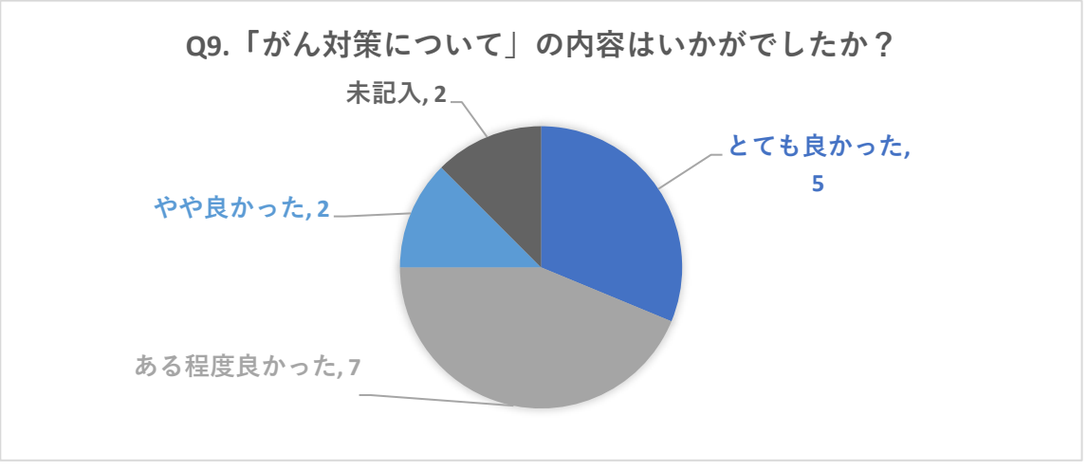
3	ロールプレイ自体は職場の研修等で経験していたのである程度できました。
5	難しく感じたが、振り返っても「これでよかったかな？」で、初心者にはハードルが大きかった。
10	緊張してしまい、頭が真っ白なままでロールプレイしたので、内容をあまり覚えていない
11	話の順番がわからなくなり、何を話したかわからなくなった

12　サポーター役は、利用者の意思と家族の意思をどちらも尊重していきたいと考えすぎてしまって、言葉が出なかった
13　聞かれたことに答えることはできたが、話をより広げたり、状況をより広く聞くことはできなかった
14　とても緊張しましたが、相談者の方が涙する場面もあり、気持ちに寄り添えたのかなと思いました
15　相手の困り感に対して、〇〇を紹介してあげたい、が出てきたが、〇〇が具体的に分からなかった。しかしそういう機関につなぐより、傾聴するのがいいみたい
16　はじめての事で知識不足

Q8.ロールプレイでは自分なりにできましたか？

1　”がん”と向き合う方とロールプレイをするのは初めてだったので、きくことや安心して話をしてもらうこと、役割として何ができるかなど、たくさん気づきがありました。
3　目の前の相談者の方のお話をきちんと聞くことが難しかったです。
5　立場がかわることの大切さを学べた。当事者→どう感じたか？どう答えられるか、どう声かけるか？など
6　初対面の相手の話を聴き、理解し、対話することの難しさ、もどかしさを感じました。何度も回数を重ねていく必要があると思いました。
7　サポーター役・利用者役とても難しかった。がん体験の気持ちの整理が、自分で思っているより、できてなかった。
8　相談者、利用者を通してピアサポーターの言葉づかい、相手に寄り添う言葉などの難しさを実感しました。
9　当事者で未だ闘病中での相談員としての立場は非常に難しかった。
10　とても勉強になりました。他の方のサポートのやり方がとても参考になりました
11　自分のストーリーを組み立て話すことができるように、整理しておくとスムーズに話せることがわかりました。
12　台本を通して、役作りも大変でしたが、どのような言葉で伝える事で、相手からの質問の返答こそが自分が求めている回答であると思った
14　それぞれの立場を体験できたことで、相手の気持ちを知ることが出来た
15　傾聴・頷き、共感は出来得る限りやってみた。聞いてもらった時に、優しく傾聴してもらったり、アドバイスをくれて、有り難かった
16　最低限の知識が必要

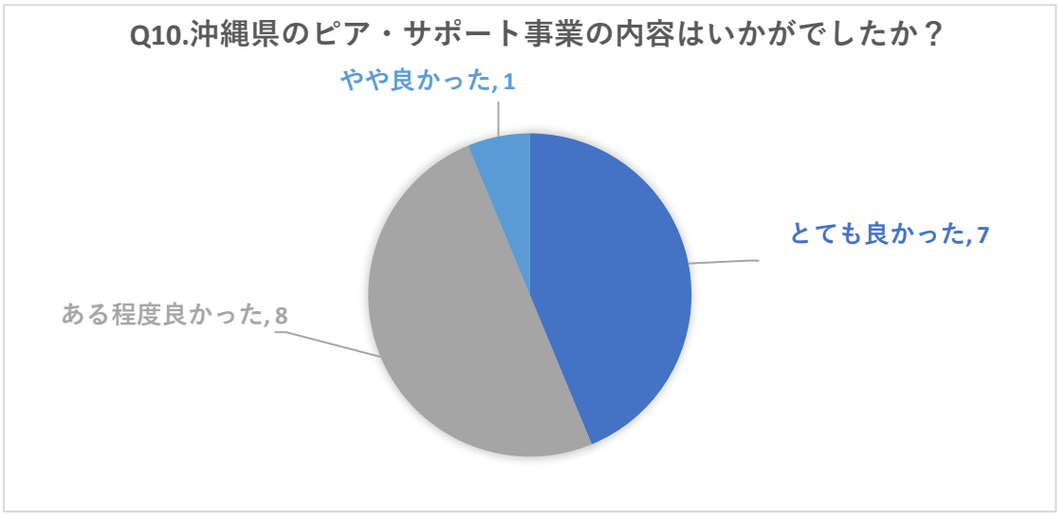
Q9.「がん対策について」の内容はいかがでしたか？



理由

3	沖縄県の対策やピアサポートの位置付けがよくわかりました。
5	どれだけ対策をしてきたか？その内容もびっくりした。
11	沖縄県ががん対策に力をいれていることを知ることができてよかった
12	国全体でのがん対策であるという印象を多く受けていたので、沖縄県全体でも対策があるんだと学ぶことができた。
13	沖縄県の対策が積極的であることを知ることができて良かった
14	理解はできたが、記憶することは難しいと感じた
15	ピアサポート活動もここに書き込まれている

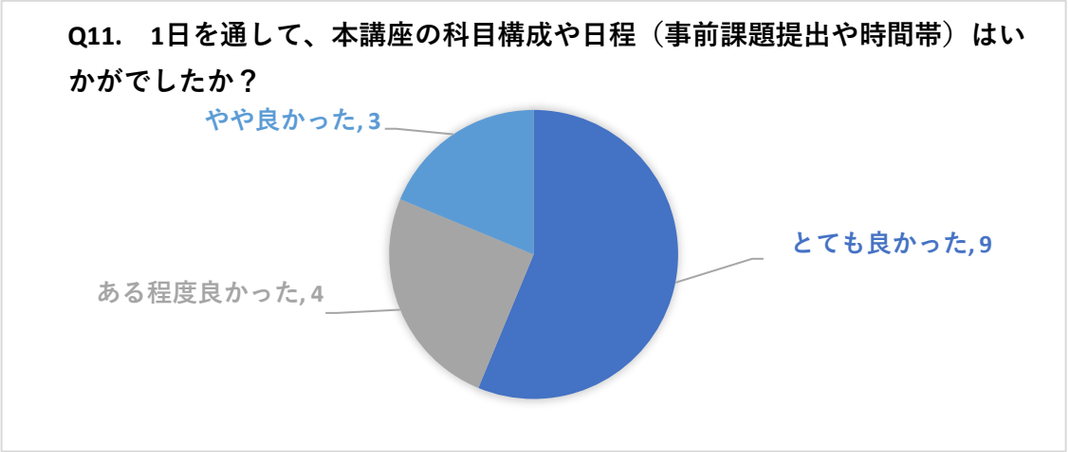
Q10.沖縄県のピア・サポート事業の内容はいかがでしたか？



理由

3	今後どうしたらよいのか理解できました。
5	もっと早く調べて研修をしたいと思った。
11	自分にもサポートできることがあることを知ることができてよかった
12	多くの人がピア・サポーターになろうと考えているんだと円グラフを用いて説明した事が分かりやすかったです。
13	今後どのような活動ができるのか知ることができた
14	初めて知りました
15	もっと早く調べて研修をしたいと思った。内容を見返して、理解を深めたい

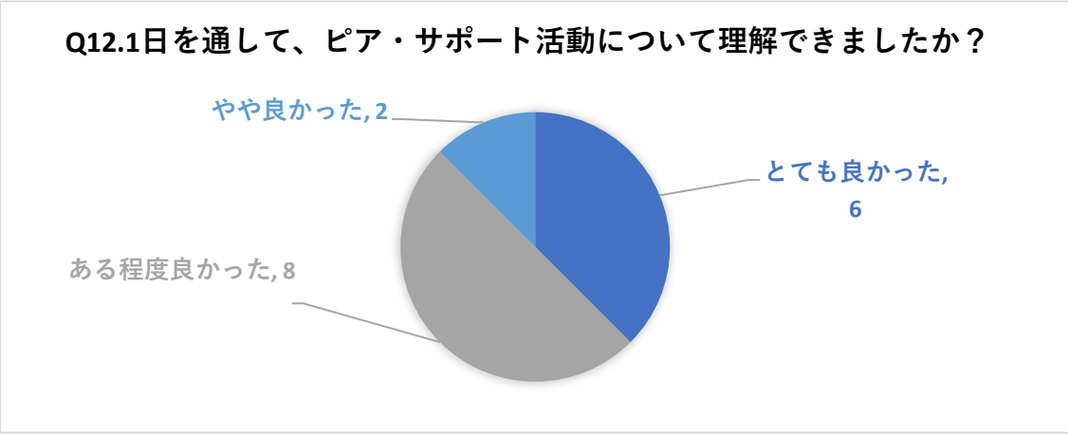
Q11.1日を通して、本講座の科目構成や日程（事前課題提出や時間帯）はいかがでしたか？



理由

3	講座を知ったのが１ヵ月前だったので、YouTubeをみてレポートを書くのが大変でした。
5	介護しているので、土曜日で早く自宅に戻れると感じた。
7	事前学習で時短になった。
9	カリキュラムがコンパクトで参加しやすい
11	実戦形式のロールプレイがよかった
12	長い時間でしたが、身になるような知識を得ることができて良かったです。
13	事前課題で学ぶことで理解が深まった
14	動画はとても分かりやすかったです
15	ちょっと大変でしたが、１日でまとめてくれて良かった
16	内容の詰めすぎかな～？

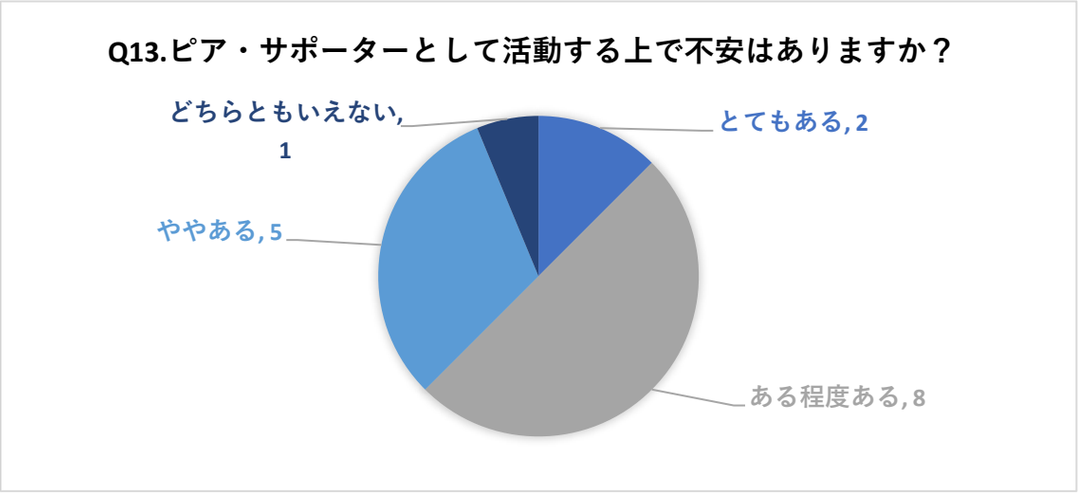
Q12.1日を通して、ピア・サポート活動について理解できましたか？



理由

5	とても人に向きあう言葉選びができた。
11	１日でも早くサポートできるようになりたいと思いました
12	いろんな人達の話を傾聴するだけでなく、一緒に考える事や自分の事を大切にしていく事も必要だと感じた。
13	実際に活動している方の話も聞くことができて良かった
14	すべてではないが、ある程度理解できたと思うが、継続的なフォローアップが必要だと感じた

Q13.ピア・サポーターとして活動する上で不安はありますか？



理由

3	いろいろな状況の方が相談に来ると思うので対応できるか不安です。
4	体験を語るには、気持ちの整理、準備が大切なので、自身の気持ちの整理を行うことが求められる
5	やはり言葉選びと声かけの仕方、緊張など
6	自身の経験・知識・対応力不足を感じる
8	サポーターとしてうまく言葉で伝える事ができるのか？感情的にならないでお話を聞く事ができるのか？が不安です。
9	現時点では経験が無い為
10	ピアサポーターとしてやっていけるのか不安です
11	知らないがんの話が来たらどうしようと不安になります
12	相手が望む回答ができるのか。共感や寄り添うことができるのか不安です
13	ロールプレイのパートで、難しさを痛感した
14	現時点では、不安しかないですが、少しずつ経験をつんでいきたいです
15	経験を積んでいきたい

Q14.ピア・サポーターとして活動する上で、どのようなフォロー体制があると安心ですか？

1	今後の活動のやり方をもう少し詳しく聞きたいのと、ピアサポーターとして、どういう情報を取りにいけばいいのかなど、新しい情報の共有などもほしいなと思いました。
5	ロールプレイをケース事くりかえし行う日程があればいいなと思う。
7	グループでの活動。医療関係者のフォローアップ
9	ピアサポーターの活動見学
10	ベテランの方と一緒にサポートできたら安心です
11	いつでもサポーター同士のフォローがとれると安心
12	特になし
13	経験者の方々や医療関係者との連携体制
14	定期的にフォローアップセミナーをしていただきたい。新しい情報も得たいと思います
15	経験者と一緒にやりたい

Q15.本講座へのご意見、ご感想をお書きください

1	たくさん学ぶことがあり、知らないこと、知っておいた方がいいことなど、今後サポートする上で自分が今ピアサポーターとしてやっておいた方がいいことがわかりました。すごくいい体験でした。
2	医師や講師の方が、お優しく、非常にわかりやすい授業でした。仲間であるということに気づきよかったです。弱い人の立場になり、社会へ貢献したい。
3	午後ロールプレイがあって、眠くならなくてよかったです。急性骨髄性白血病が 1 日で悪化することを知り、とても勉強になりました。
4	地域統括相談支援センターの役割について、認識することができたこと、沖縄県のがん対策事業が進んでいることは新発見でした。
5	とても皆さん協力的で良かった。休憩もこまかくあって良かった。会場準備、手のあいた方？の協力もしてよかったのでは？
6	座学とグループワークのバランスが良く、実践形式のロールプレイングもあり、とても内容の濃い講座でした。講師の先生方のお話もとても良かったです！
7	県の委託事業で、講座が受けられるのはありがたいです。今後も予算が付いて事業が続いてほしいです。
12	ピア・サポーターとして、不安が多くありますが、長い時間で学んだ事は活かせるよう心がけていきたいです。
13	とても貴重な学びの時間、同じ経験者との出会いの場、ありがとうございました
14	とても有意義でした
15	ロールプレイが難しかったけど、実践できてよかったです

令和8年度　沖縄県委託事業

あなたのがん体験を活かしませんか？

がんを経験したあなた・ご家族のあなただからこそ

がん患者やその家族に寄り添うことができます

がんピア・サポーターとは

がん患者さんやそのご家族・ご遺族の方の不安や心配ごとなどを仲間（ピア）として同じ立場で聴いたり、自身の体験をお話したりするがん経験者やそのご家族・ご遺族のことです。

令和8年度 がん ピア・サポーター

養成講座

受講無料

2026. 6.27 土　9:00-17:00（8:30受付）

琉 球 大 学 病 院　7 階 会 議 室

〒901-2725　沖縄県宜野湾市字喜友名1076番地

受講対象

下記の1ー5の全てに該当する方



1.がん患者さんおよびそのご家族、ご遺族

2.現在、病状が安定している方

3.事前学習プログラム（講義動画）を視聴できる方

4.講義ならびにロールプレイ（面談技法）に参加できる方

5.受講後は治療や仕事、生活に支障がない範囲で当センターのがんピア・サポーターとして登録し活動できる方

＊基本的に上記の1ー5の全てに該当する方を対象としておりますが、状況によっては受講対象とさせていただきますお気軽にご相談ください

申込方法

①左記のQRコードからお申込み

②電子メール・電話・FAXからお申込み

申込締切　2026.6.5 金

＊離島から受講される方は旅費の助成があります

沖縄本島内の移動は交通費等の助成はありません

詳細は事務局までお問い合わせください

●発熱（37.5℃以上）の症状のある方、風邪症状のある方はご遠慮ください。
●当日は、マスク着用でのご参加をお願いします。1日通しての研修会となるため、弁当持参をおすすめします。

［お問合せ］琉球大学病院　がんセンター内　沖縄県地域統括相談支援センター　担当：伊波
TEL：(098)894-1506（直通）　FAX：(098)894-1519　MAIL：info@gansoudan-okinawa.jp

令和8年度 がん ピア・サポーター養成講座

2026.6.27（土）開催

講師紹介

●齋藤　円先生

市立ひらかた病院　精神科　主任部長

●野田　真由美さん

NPO法人　支えあう会「α」　理事長

8：30開場/9：00開始/17：00終了　場所：琉球大学病院　7階　会議室

事前学習（動画視聴）

養成講座に先立って、基礎知識の習得のために、以下の6項目については動画視聴をお願いしています。

1．ピアサポートとは
2．ピアサポーターの役割と活動指針
3．相手を大切にすること、自分を大切にすること
4．より良いコミュニケーションのために
5．がん診断の基礎知識と情報提供の注意点
6．行政や医療機関が支援できること

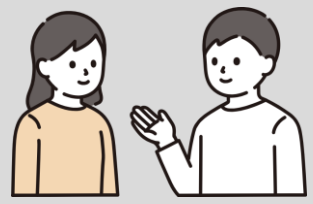


＊動画の視聴や課題提出方法等については、お申し込み後にメールにてご案内します。

プログラム

8:30	受付
9:00	開会のあいさつ・オリエンテーション
9:20	ピアサポートについて　講義1　齋藤　円先生
9:50	事前学習の復習　講義2　野田　真由美さん
10:30	バウンダリーについて　講義3　齋藤　円先生
11:10	自分の体験を語る　ワークショップ1　野田　真由美さん　齋藤　円先生
12:10	お昼休憩
13:00	ロールプレイオリエンテーション　野田　真由美さん
13:20	ロールプレイ1　ワークショップ2
14:00	ロールプレイ2　ワークショップ3
14:40	ロールプレイ3　ワークショップ4
15:30	全体振り返り
16:05	がん対策について　講義4　がんセンター長　増田　昌人
16:15	沖縄県のピアサポート事業について　講義5　当センター　相談員
16:30	質疑応答・修了式
17:00	閉会





＊受講後に修了書をお渡しいたしますが、資格として認定されるものではありませんので、ご了承ください。

［場所］

琉球大学病院 7階会議室
〒901-2725
沖縄県宜野湾市字喜友名1076番地

［お問合せ］

沖縄県地域統括相談支援センター　担当：伊波
琉球大学病院　がんセンター内
TEL：(098) 894-1506（直通）
MAIL：info@gansoudan-okinawa.jp

週刊レキオ
琉球新報の副読紙
2026
5.28
No.2140
LEQUIO

■2026年度 がんピア・サポーター養成講座　6月27日(土)9：00～17：00　琉球大学病院 7階会議室　無料　要予約　内容：がんピア・サポーターとは、がん患者やその家族・遺族の不安や心配ごとなどを仲間(ピア)として同じ立場で聴き、体験を話したりするがん経験者やその家族・遺族のこと。講義やロールプレイを通じて、がんピアサポーターの養成を行う。詳細はHP、または問い合わせ　対象：現在病状が安定しているがん患者やその家族・遺族　098-894-1506〔県地域統括相談支援センター〕

◆がんピア・サポーター養成講座　6月27日9～17時。琉球大学病院7階会議室。病状が安定しているがん患者や家族・遺族対象。申し込みは6月5日まで。受講無料。TEL(894)1506 県地域統括相談支援センター

◆がんピア・サポーター養成講座　6月27日9～17時。琉球大学病院7階。病状が安定しているがん患者やその家族、遺族対象。要申し込み。受講無料。TEL(894)1506　県地域統括相談支援センター

令和８年５月22日（金）
16時00分～18時00分
航空会館　501＋502号室

第１回　医療法人情報の第三者提供に関する専門委員会

議　事　次　第

１．委員長の選出

２．医療法人情報の第三者提供制度について

【資料】
資料１　医療法人情報の第三者提供に関する専門委員会設置要綱
資料２　医療法人情報の第三者提供制度について

参考資料１　「医療法人の経営情報のデータベース」の在り方に関する報告書
（令和４年11月９日　医療法人の経営情報のデータベースの在り方に関する検討会）
参考資料２　「医療法人情報の第三者提供制度に関する報告書」
（令和７年８月26日　医療法人の経営情報のデータベースの在り方に関する検討会）

令和８年５月 22 日	第１回　医療法人情報の第三者提供に関する専門委員会	資料１

医療法人情報の第三者提供に関する専門委員会
設置要綱

１．設置の趣旨

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）による改正後の医療法（昭和 23 年法律第 205 号。以下「法」という。）の規定により、厚生労働大臣は医療法人情報を第三者に提供する法的根拠が設けられたとともに、医療法人情報の提供にあたって、あらかじめ社会保障審議会の意見を聴かなければならないとされた。

このため、医療法人情報の提供の可否等について専門的観点から審査を行うため、当該規定により社会保障審議会の権限に属せられた事項について調査審議するための専門委員会として、社会保障審議会医療部会（以下「医療部会」という。）に「医療法人情報の第三者提供に関する専門委員会」（以下「専門委員会」という。）を設置する。

２．構成等

（１）専門委員会の委員は、別紙のとおりとする。
（２）専門委員会に委員長を置く。

３．検討事項

専門委員会は、医療法人情報の提供に係る事務処理及び専門委員会が行う審査の基準その他関連する事項を定めた「医療法人情報の提供に関するガイドライン」について検討を行う。

また、医療法人情報の提供申出があった場合には、当該提供申出のあった医療法人情報の利用について、ガイドラインも踏まえつつ、相当の公益性の有無を次の①から③までに掲げる事項を踏まえて判断するとともに、個人及び法人の権利利益の侵害防止等も含め総合的に審査する。

そのほか、医療法人情報の第三者提供制度に関連する事項についても必要に応じて審議する。

① 医療法人情報の利用目的
② 医療法人情報の利用内容
③ 成果物の内容およびその公表方法　等

４．運営等

（１） 専門委員会は、原則として、月に１回開催する。
（２） 専門委員会の議事は原則公開とする。ただし、委員長が、提供申出対象の情報について、個人及び法人の権利利益保護等の観点から特別な配慮が必要と認めるときは、非公開とすることができる。
（３） 専門委員会の検討の結果については、医療部会に毎年報告する。なお、専門委員会の議決は、医療部会長の同意を得て、医療部会の議決とすることができる。
（４） 専門委員会の庶務は、厚生労働省医政局医療経営支援課において行う。
（５） 上記のほか、専門委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が定める。

（別紙）

医療法人情報の第三者提供に関する専門委員会

委員名簿

氏　名	所　属
荒井　耕（あらい　こう）	国立大学法人一橋大学大学院経営管理研究科　教授
五十嵐　邦彦（いがらし　くにひこ）	銀座公認会計士共同事務所　公認会計士
伊藤　伸一（いとう　しんいち）	一般社団法人日本医療法人協会　会長
今村　英仁（いまむら　ひでひと）	公益社団法人日本医師会　常任理事
遠藤　久夫（えんどう　ひさお）	学習院大学　学長
角田　徹（かくた　とおる）	公益社団法人日本医師会　副会長
北山　昇（きたやま　のぼる）	森・濱田松本法律事務所外国法共同事業　弁護士
寺島　多実子（てらしま　たみこ）	公益社団法人日本歯科医師会　常務理事
野木　渡（のぎ　わたる）	公益社団法人日本精神科病院協会　副会長
野口　晴子（のぐち　はるこ）	早稲田大学政治経済学術院　教授
本田　文子（ほんだ　あやこ）	国立大学法人一橋大学大学院経済学研究科・社会科学高等研究院　教授
本田　麻由美（ほんだ　まゆみ）	読売新聞東京本社編集局　編集委員
松原　由美（まつばら　ゆみ）	早稲田大学人間科学学術院　教授
村田　磨理子（むらた　まりこ）	公益財団法人統計情報研究開発センター　主任研究員

（五十音順、敬称略）

令和8年5月22日	第1回　医療法人情報の第三者提供に関する専門委員会	資料2

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

医療法人情報の第三者提供制度について

Medical Corporation Financial Data Base

医政局医療経営支援課医療法人支援室

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

医療法人の経営情報のデータベース（MCDB）に係る第三者提供制度の概要

目的及び基本的な考え方※1

○　医療法人の経営情報のデータベースは**「国民共有の財産として有効活用されるべきであり、研究目的等のためにデータを利用する第三者への提供制度について検討が必要」**

○　医療法人情報※2には、医療法人の競争上の利益を侵害するおそれのある情報等が含まれていることに留意し、**個人及び法人の権利利益が侵害されない制度とする**

※1「医療法人の経営情報のデータベース」の在り方に関する報告書（R4.11.9）及び医療法人情報の第三者提供制度に関する報告書（R7.8.26）より、要約・抜粋
※2 医療法人の活動の状況その他の厚生労働省令で定める事項(例：事業報告書等、経営情報等、その他必要な事項)に関する情報を収集し、整理した情報

施行予定※3の仕組み

○　オーダーメード集計

- **一般からの委託**を受けて、**厚生労働省**（独立行政法人福祉医療機構（WAM）に委託）**が医療法人情報を利用して相当の公益性を有する統計の作成等を行い、その結果を提供する。**

○　医療法人情報の提供

- **相当の公益性を有する調査、学術研究又は分析を行う研究者等に医療法人情報を提供する。**
  ただし、特定の商品・役務の広告・宣伝に利用するための調査等を除く。
- 研究目的がオーダーメード集計によって達成できる場合、**医療法人情報は原則として提供しない。**
- データ提供に当たって、**あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴くことを義務付ける。**

○　再識別の防止措置・安全管理措置

- **特定の個人や医療法人等の識別を防止する措置を別途ガイドライン及び利用規約に定める。**
- **医療法人情報の提供を受ける者に必要な安全管理措置を別途厚生労働省令、ガイドライン及び利用規約に定める。**

※3 医療法人情報の第三者提供制度に関する報告書（R7.8.26）より、要約・抜粋。本資料において引用する第三者提供制度に関する医療法上の条文は未施行であり、**公布の日（R5.5.19）から３年を超えない範囲内において政令で定める日に施行（令和８年４月１日施行）。**

「医療法人情報の提供」に関するスケジュール（予定）及びガイドライン検討時の視点について

第三者提供制度施行までのスケジュール（2026年の予定）



ガイドラインの検討に際して考えられる視点

●個人及び法人の権利利益が侵害されない制度に向け、「匿名化処理基準」をどのように策定するか。

・ 統計法のガイドラインでは、匿名化の基準や具体的な匿名化処理の技法（※1）があることや、匿名化が困難な場合はオーダーメード集計による統計の作成等での対応を検討していること

・ これとは別に、医療法人情報の特性（※2）を踏まえた匿名化処理も有り得ること

等を踏まえて、医療法人情報の「匿名化処理基準」をどのように考えるか。

●医療法人情報を利用する必要性、意義、有用性等及び相当の公益性をどのように確認するか。

・ 医療法人情報を利用することに相当の公益性を有するものとして「学術研究の発展」、「教育の発展」及び「医療提供体制の確保」があり、医療法人情報を利用する必要性、意義及び有用性等をどのように確認するか。

・ 「相当の公益性」を担保するために研究成果等の公表を求めるが、そのあり方をどう考えるか。（※3）

●安全管理措置、手数料、申請方法、不適切利用への対応が、他制度と並べて妥当か。

※1 例えば、「識別情報（氏名、勤務先等）の削除」、「トップ（ボトム）コーディング（例：100歳→80歳以上）」、「リコーディング」（例：52歳→50歳～59歳）等の技法が考えられる。

※2 「都道府県」と「病床数」が匿名化処理されない場合は地域によっては医療機関が特定できる点や、病床機能報告と紐付いたデータの提供時に匿名化処理されない場合は病床機能報告のオープンデータから医療機関が特定できる点を踏まえる必要がある。
また、「医療法人情報の第三者提供制度に関する報告書」（令和７年８月26日 医療法人の経営情報のデータベースの在り方に関する検討会）において示された、第三者提供制度の在り方を遵守する必要がある。

※3 例えば、統計法のガイドラインでは、「偏見を助長するおそれがあるなど、提出された統計等をそのまま公表することが適当でないと判断される場合には、その概要を公表することとして差し支えない。」とされている。

これまでの議論の整理①

医療法人情報の第三者提供制度に関する報告書（令和７年８月26日） （医療法人の経営情報のデータベースの在り方に関する検討会）	ガイドラインでの対応
医療法人情報の提供について **（２）医療法人情報の提供** ○　法第69条の４に規定されている医療法人情報の提供は、相当の公益性を有する調査、学術研究又は分析（特定の商品・役務の広告・宣伝に利用するために行うものを除く。）を行う研究者等に、厚生労働省が、データベース上の医療法人情報そのものを提供する仕組みである。 **（２）①　医療法人情報の提供における相当の公益性** ○　先行事例として、統計法においては、調査票情報を提供する仕組みがすでに規定されており、相当の公益性を有する統計の作成等として、以下の事項が統計法施行規則に規定されている。 ・　大学等が行う調査研究等であり、調査票情報を学術研究の用に供することを直接の目的とし「学術研究の発展に資する」と認められる統計の作成等、又は調査票情報を大学等の行う教育の用に供することを直接の目的とし「高等教育の発展に資する」と認められる統計の作成等 ・　個人及び法人の権利利益、国の安全等を害するおそれがないこと ・　調査票情報を利用して行った研究の成果若しくは教育の内容が公表されること ・　調査票情報を適正に管理するために必要な措置が講じられていること ・　統計法等違反により罰金刑以上に処せられて５年を経過しない者等に該当しないこと　等 ○　一方、医療法人情報の提供における相当の公益性については、個々の事例に即した総合的な審査が必要として、厚生労働省令には定めずに社会保障審議会が個別に審査することとされている。 このため、**同審議会が審査する際の基本的な考え方として、統計法施行規則を踏まえつつ、医療法人情報の提供における相当の公益性として以下の事項を第三者提供に係るガイドラインに定めるべきである。** **・　医療法人情報を利用することにより「学術研究の発展に資する」と認められること、医療法人情報を利用することにより「教育の発展に資する」と認められること、又は医療法人情報を利用することにより「医療提供体制の確保に資する」と認められること** **・　個人及び法人の権利利益、国の安全等を害するおそれがないこと** **・　医療法人情報の利用目的が、特定の商品・役務の広告・宣伝に利用するためではないこと** **・　医療法人情報を利用して行った研究の成果の内容、教育の内容又は事業等の内容が、客観性が確保された上で公表されること** **・　医療法人情報を適正に管理するために必要な措置が講じられていること** **・　法や統計法等違反により罰金刑以上に処せられて５年を経過しない者等に該当しないこと　等** なお、社会保障審議会における審査は、丁寧な審査を行うための審査期間を確保しつつも、可能な限り速やかに行うことに努めるとともに、同審議会における審査結果は、原則として公表すること。	**公益性** ガイドラインに規定する内容

3

これまでの議論の整理②

医療法人情報の第三者提供制度に関する報告書（令和７年８月26日） （医療法人の経営情報のデータベースの在り方に関する検討会）	ガイドラインでの対応
（２）②　医療法人情報の提供の申請等に係る手続 ○　統計法における調査票情報を提供する仕組みでは、具体的な申請手続が統計法施行規則に規定されている。 統計法の調査票情報の提供は一般的な手続として通用しているため、医療法人情報の提供を申請する際の手続については、統計法施行規則に倣って、以下の事項を厚生労働省令に定めるべきである。 ・　提供を申し出るにあたって提出書類に記載する事項 ・　記載内容に不備がある場合の対応 ・　提供申出を適当と認める場合の対応 **（２）③　医療法人情報の提供を受ける者に必要な安全管理措置** ○　先行事例として、統計法においては、調査票情報の提供を受ける者に必要な安全管理措置がすでに規定されており、その具体的な内容は統計法施行規則に規定されている。 統計法の調査票情報は一般的な手続として通用しているため、医療法人情報の提供を受ける者に必要な安全管理措置については、統計法施行規則に倣って、以下の事項を厚生労働省令に定めるべきである。 ・　組織的管理措置 ・　人的管理措置 ・　物理的管理措置 ・　技術的管理措置 ・　その他の管理措置 ○　また、自施設では十分な安全管理措置を講じることができない研究者等であっても、医療法人情報を利用した研究等が可能となるよう、安全管理措置を実施しているオンサイトセンター を独立行政法人福祉医療機構に設置することとする。 **オンサイトセンターの利用については、自施設で安全管理措置を講じる場合のリスク及び研究目的の公益性を考慮し、以下の事項を第三者提供に係るガイドライン及び利用規約に定めるべきである。** **・　医療法人情報の提供は原則としてオンサイトセンターで提供を受けることとする。** **ただし、公的機関 等、又は公的機関等からの委託・補助を受けて行う研究者等は、安全管理措置が確認された自施設又はオンサイトセンターにおいて医療法人情報の提供を受ける。** **また、安全管理措置の確認方法及びオンサイトセンターの利用方法について、次の事項を第三者提供に係るガイドライン及び利用規約に定めるべきである。** **・　自施設で安全管理措置を講じる研究者等について、措置が講じられていることを厚生労働省が実地監査等により確認する方法** **・　オンサイトセンターの利用期間、持ち出し可能な情報、外部委託の可否等、オンサイトセンターの利用方法**	**安全管理措置** ガイドラインに規定する内容（利用規約と一体）

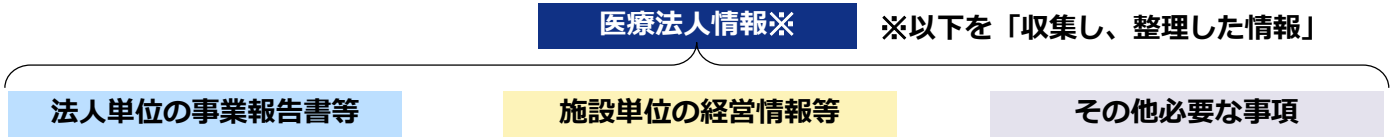
これまでの議論の整理③

医療法人情報の第三者提供制度に関する報告書（令和７年８月26日） （医療法人の経営情報のデータベースの在り方に関する検討会）	ガイドライン での対応
（２）④　医療法人情報の提供における再識別の防止措置 ○　医療法人情報には、医療法人の競争上の利益を侵害するおそれのある情報や、特定の個人の収入等を容易に推知することができる情報が含まれることから、提供にあたっては、情報の範囲を研究目的に照らして必要最小限の範囲の情報に限定することや、提供先から特定の個人や医療法人等の識別につながる形での公表がなされないようにすること等、個人及び法人の権利利益が侵害されない制度とする必要がある。 **そのため、医療法人情報の提供にあたっては、以下の事項を第三者提供に係るガイドライン及び利用規約に定めるべきである。** ・　**提供する情報は、研究目的に照らして必要最小限の範囲に限定するとともに、直ちに特定の個人や医療法人等の識別につながる情報（法人名、個人名、医療法人整理番号、医療機関コード等）は提供しないこと。** **また、研究目的がオーダーメード集計によって達成できる場合は、オーダーメード集計の結果を提供し、医療法人情報は原則として提供しないこと。** ・　**公表可能な最小集計単位を定め、研究者等は、その最小単位以上で研究成果等を公表すること。** ・　**多角的な分析を行うために「病床機能報告」及び「外来機能報告」と連携した情報の提供を求める研究者等については、社会保障審議会において当該情報の必要性を審査し特定の個人や医療法人等の識別につながらないように十分に配慮した上で提供すること。** ・　**厚生労働省は、公表内容に再識別可能な情報が含まれていないか、最小集計単位が遵守されているかどうか、公表前に確認を行うこと。** なお、「病床機能報告」及び「外来機能報告」以外の調査と連携した情報の第三者提供での活用は、提供する情報の範囲を研究目的に照らして必要最小限の範囲に限定することや、提供先から特定の個人や医療法人等の識別につながる形での公表がなされないようにすること等、個人及び法人の権利利益が侵害されないことや上記の事項を前提として、社会保障審議会において必要性を審査することとし、制度の実施状況や活用状況を評価しながら、活用に向けて引き続き検討することが必要である。	**本日ご議論いただく内容** **再識別防止** ガイドラインに規定する内容（利用規約と一体）

「医療法人情報」の定義

○ 医療法が定義する「医療法人情報」は
- **法人単位の事業報告書等**（法第52条第1項各号に掲げる書類に記載された事項）
- **施設単位の経営情報等**（法第69条の2第2項の規定によって収集した情報）等　を**整理した情報**をいう。

○ これを法第69条の4の規定によって研究者等に提供しようとする場合は社会保障審議会の意見を聞かなければならない。



◎医療法（昭和二十三年法律第二百五号）（抄）　※赤字は令和8年4月1日施行

第五十二条　医療法人は、厚生労働省令で定めるところにより、毎会計年度終了後三月以内に、次に掲げる書類を都道府県知事に届け出なければならない。
一　事業報告書等
二　監事の監査報告書
三　第五十一条第二項の医療法人にあつては、公認会計士等の監査報告書

第六十九条の二　（略）
2　医療法人（厚生労働省令で定める者を除く。）は、厚生労働省令で定めるところにより、当該医療法人が開設する病院又は診療所ごとに、その収益及び費用その他の厚生労働省令で定める事項を都道府県知事に報告しなければならない。
3　厚生労働大臣は、医療法人の活動の状況その他の**厚生労働省令で定める事項**に関する**情報を収集し、整理し、及び当該整理した情報**（以下「医療法人情報」という。）の分析の結果を国民にインターネットその他の高度情報通信ネットワークの利用を通じて迅速に提供することができるよう必要な施策を実施するものとする。
（中略）
第六十九条の四　厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、医療提供体制の確保に資する調査、学術研究又は分析その他の医療法人情報の提供を受けて行うことについて相当の公益性を有する調査、学術研究又は分析（特定の商品又は役務の広告又は宣伝に利用するために行うものを除く。）を行う者に医療法人情報を提供することができる。
2　厚生労働大臣は、前項の規定により医療法人情報を提供しようとする場合には、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならない。

◎医療法施行規則（昭和二十三年厚生省令第五十号）（抄）

（経営情報等）
第三十八条の六　法第六十九条の二第二項に規定する厚生労働省令で定める事項は、次に掲げる事項とする。
一　病院又は診療所（以下この条において「病院等」という。）の名称、所在地その他の病院等の基本情報
二　病院等の収益及び費用の内容
三　病院等の職員の職種別人員数その他の人員に関する事項　（注）
四　その他必要な事項

（医療法人情報）
第三十八条の七　**法第六十九条の二第三項**及び第四項に規定する厚生労働省令で定める事項は、次に掲げる事項とする。
一　法第五十二条第一項各号に掲げる書類に記載された事項
二　法第六十九条の二第二項の規定による報告の内容
三　その他必要な事項

（注）病床機能報告・外来機能報告で報告されているデータは報告不要としており、厚生労働省が保有している病床機能報告・外来機能報告データ（職員数等）が連結されている。

（留意点）都道府県知事は、区域内に主たる事務所を有する医療法人が報告したデータについては、第三者提供制度によらず、自ら、地域において必要とされる医療を確保するために活用することができる。

「事業報告書等」及び「経営情報等」

○　令和５年８月以降に決算期を迎えた医療法人から下記情報を収集し、データベース化を実施。

○　データベース上、令和５年８月決算法人、９月決算法人･･･と決算期ごとのデータが蓄積。

○　二期連続で比較可能な法人の収益や費用の推移を分析することで経営状況の変化が把握可能。

調査及び分析の対象項目

事業報告書等（法人ごと）

○事業報告書（※）　○貸借対照表　○損益計算書

※名称、事務所の所在地、設立認可年月日、設立登記年月日、役員及び評議員、本来業務、附帯業務、収益業務

経営情報等（病院・診療所ごと）

令和５年５月医療法改正で追加

○医業収益（入院診療収益、室料差額収益、外来診療収益、その他の医業収益）

※　入院診療収益及び外来診療収益は任意項目として「保険診療収益（患者負担含む）」及び「公害等診療収益」を別掲。

※　その他の医業収益は任意項目として「保健予防活動収益」を別掲。

※　診療所の「室料差額収益」は入院診療収益の内数として記載。

○材料費（医薬品費、診療材料費・医療消耗器具備品費、給食用材料費）

○給与費（役員報酬、給料、賞与、賞与引当金繰入額、退職給付費用、法定福利費）

○委託費（給食委託費）**○設備関係費**（減価償却費、機器賃借料）**○研究研修費**

○経費（水道光熱費）

※　診療所は「設備関係費」、「研究研修費」及び「経費」の科目は設けず「その他の医業費用」の科目を設ける。

○控除対象外消費税等負担額

○本部費配賦額

※　診療所の「水道光熱費」、「控除対象外消費税等負担額」及び「本部費配賦額」はその他の医業費用の内数として記載。

○医業利益（又は医業損失）○医業外収益（受取利息及び配当金、運営費補助金収益、施設設備補助金収益）**○医業外費用**（支払利息）

○経常利益（又は経常損失）

○臨時収益、○臨時費用

○税引前当期純利益（又は税引前当期純損失）

○法人税、住民税及び事業税負担額

○当期純利益（又は当期純損失）

赤文字の項目は、病院・診療所とも必須
緑文字の項目は、病院・診療所とも任意
青文字の項目は、病院は必須・診療所は任意

○職種別の給与（給料・賞与）及び、その人数(病床機能報告で分かる情報は当該報告の情報を活用)

＜職　種＞医師、歯科医師、薬剤師、看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）、その他の医療技術者等（診療放射線技師、臨床工学技士、臨床検査技師、リハビリスタッフ（理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士）、歯科衛生士、歯科技工士、栄養士等（管理栄養士、栄養士、調理師）、社会福祉士、精神保健福祉士、保育士、看護補助者、事務職員（事務（総務、人事、財務、医事等）担当職員、医師事務作業補助者、診療情報管理士）、その他の職員）

再識別防止（匿名化処理）の基本的考え方（案）

再識別防止の基本的考え方

0．研究目的がオーダーメード集計によって達成できる場合は、オーダーメード集計の結果を提供する

※ オーダーメード集計は、匿名化処理をする前のデータをもとにして集計を行う

1．匿名化処理

① 法人名、医療機関コード等、ただちに識別につながる情報は空欄化

② 住所、病床数、役員数、職員数等、識別につながりやすい情報は匿名化

※ 住所を都道府県単位にする（階級化、リコーディングという。）

※ 病床数を〇床刻みにする（同上）

※ 役員数や職員数は、識別につながりやすいため、〇〇人～〇〇人や〇〇人～という階級化を行う。

③ 損益計算書の金額は、識別につながりやすいため、匿名化（金額の丸めや、上限値・下限値の設定（トップ・ボトムコーディング））

2．匿名化処理（経営情報等と他の情報を連結させた場合）

④ 法人単位の事業報告書等や病床・外来機能報告と連結させた情報については、識別につながる可能性が高くなることから、連結させた情報の申請があった場合は、必要に応じ、申請内容に応じた匿名化をさらに行う（下図参照）

3．そのうえで「識別につながる可能性」は、形式的（事務的）には判断できないと考えられるため、本専門委員会における個別審査において判断

	事業報告書等	経営情報等		
	法人資産額	医薬品費	診療材料費、医療消耗器具備品費	給食用委託費
匿名化した病院のデータ	65億4,321万円	15億6,789万円	11億2,345万円	8,765万円

公表データであるため、検索等により識別できる可能性が高い

非公表であり、どの病院のデータかは不明

公表データとの連結により識別につながる可能性

347

（参考）オーダーメード集計とは

改正後医療法第69条の3（オーダーメード集計）

第六十九条の三　厚生労働大臣は、**その業務の遂行に支障のない範囲内において、厚生労働省令で定めるところにより**、一般からの委託に応じ、医療法人情報を利用して、**医療法人情報を利用して行うことについて相当の公益性を有する統計の作成及び統計的研究として厚生労働省令で定めるもの**（第六十九条の七及び第六十九条の八第一項において「統計の作成等」という。）を行うことができる。

第六十九条の七　厚生労働大臣は、第六十九条の二第三項の規定による情報の収集及び整理並びに分析の結果の提供、第六十九条の三の規定による統計の作成等並びに第六十九条の四第一項の規定による医療法人情報の提供に関する**事務の全部又は一部を独立行政法人福祉医療機構（次条において「機構」という。）に委託することができる。**

対象となる研究（別途、ガイドラインに規定予定）

学術研究の発展に資すると認められる統計の作成等	教育の発展に資すると認められる統計の作成等	医療提供体制の確保に係る統計の作成等
・ 統計成果物を研究の用に供すること	・ 統計成果物を高等学校等の学校における教育の用に供することを直接の目的とするもの	・ 統計成果物を研究の用に供することにより、医療提供体制の確保に資すると認められるもの

医療法人情報提供との違い（イメージ）

※下図は病床機能報告における○○加算届出データとの連結・分析が可能となった前提であり、病床機能報告データのうち、連結対象データが未定の現時点においては参考。

	①医療法人立病院の経常収支データ			②○○加算届出病院の経常収支データ
【医療法人情報の提供】	経常収益	経常収支	経常利益率	都道府県によっては加算取得病院が1施設しかない場合もあり、特定に繋がるため空欄化の可能性 ➡研究者は経常利益率を計算できない。
	A病院20,000,000千円 B病院15,000,000千円 ・・・	A病院600,000千円 B病院100,000千円 ・・・	左記データの提供を受けた研究者が計算 ➡○.○%	

オーダーメード集計であれば加算届出病院の経常利益率を算出して、研究者に提供できる

	①医療法人立病院の経常利益率	②○○加算届出病院の経常利益率
【オーダーメード集計】	○.○%	●.●%
	厚生労働大臣の委託を受けた福祉医療機構が作成し、厚生労働省側から研究者に提供	

※別途、公表可能な最小集計単位を検討する必要がある。

「経営情報等」から収集・整理したデータ

基本情報

病院・診療所区分（提出様式）
都道府県番号
医療法人整理番号（都道府県ごと）
法人番号
病床・外来管理番号有無
病床・外来管理番号
医療機関コード有無
医療機関コード
法人名
病院・診療所名
役員数
職員数
都道府県・市区町村・町域
二次医療圏
会計期間_自
会計期間_至
消費税の経理方式
主たる診療科①（診療所用項目）
主たる診療科②（診療所用項目）
主たる診療科③（診療所用項目）

損益計算書

01_医業収益
　01-01_入院診療収益
　　01-01-1_保険診療収益（患者負担含む）
　　01-01-2_公害等診療収益
　　01-01-3_その他の診療収益
　01-02_室料差額収益
　01-03_外来診療収益
　　01-03-1_保険診療収益（患者負担含む）
　　01-03-2_公害等診療収益
　　01-03-3_その他の診療収益
　01-04_その他の医業収益
　　01-04-1_保健予防活動収益
　　01-04-2_運営費補助金収益
02_医業費用
　02-01_材料費
　　02-01-1_医薬品費
　　02-01-2_診療材料費、医療消耗器具備品費
　　02-01-3_給食用材料費
　02-02_給与費
　　02-02-1_役員報酬
　　02-02-2_給料
　　02-02-3_賞与
　　02-02-4_賞与引当金繰入額
　　02-02-5_退職給付費用
　　02-02-6_法定福利費
　02-03_委託費
　　02-03-1_給食委託費
　02-04_設備関係費（病院用項目）
　　02-04-1_減価償却費
　　02-04-2_器機賃借料
　02-05_研究研修費（病院用項目）
　02-06_経費（病院用項目）
　02-06_その他の医業費用（診療所用項目）
　　02-06-1_水道光熱費
　02-07_控除対象外消費税等負担額
　02-08_本部費配賦
03_医業利益（又は医業損失）
04_医業外収益
　04-01_受取利息及び配当金
　04-02_運営費補助金収益
　04-03_施設設備補助金収益
05_医業外費用
　05-01_支払利息
06_経常利益（又は経常損失）
07_臨時収益
　07-01_運営費補助金収益
　07-02_施設設備補助金収益
08_臨時費用
09_税引前当期純利益（又は税引前当期純損失
10_法人税、住民税及び事業税負担額
11_当期純利益（又は当期純損失）

緑文字の項目は、病院・診療所とも任意
青文字の項目は、病院は必須・診療所は任意

「経営情報等」から収集・整理したデータ

職種別給与等情報
給与支給期間_自
給与支給期間_至
「病床機能報告」報告の有無（人数情報の利用可否）

職種別給与等情報	常勤				
	給料	賞与	区分不可	人数	1人あたり給与費
01_医師					
02_歯科医師					
03_薬剤師					
04_看護職員					
04-01_保健師					
04-02_助産師					
04-03_看護師					
04-04_准看護師					
05_その他の医療技術者等					
05-01_診療放射線技師					
05-02_臨床工学技士					
05-03_臨床検査技師					
05-04_リハビリスタッフ					
05-04-1_理学療法士					
05-04-2_作業療法士					
05-04-3_視能訓練士					
05-04-4_言語聴覚士					
05-05_歯科衛生士					
05-06_歯科技工士					
05-07_栄養士等					
05-07-1_管理栄養士					
05-07-2_栄養士					
05-07-3_調理師					
05-08_社会福祉士					
05-09_精神保健福祉士					
05-10_保育士					
05-11_看護補助者					
05-12_事務職員					
05-12-1_事務担当職員					
05-12-2_医師事務作業補助者					
05-12-3_診療情報管理士					
05-13_その他の職員					

緑文字の項目は、病院・診療所とも任意

第三者提供制度の対象となるデータの時点

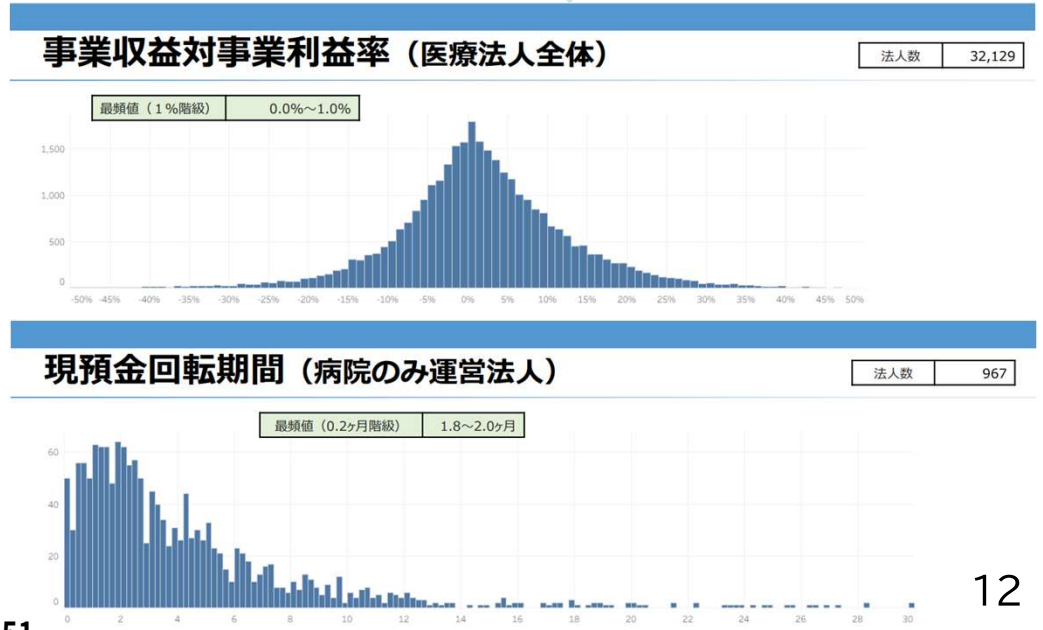
○　第三者提供制度の対象となるデータ（医療法人情報）は異常値等が除かれた、正確なデータとする必要がある。
○　そのため、福祉医療機構が分析・公表に向けたクリーニングを行い、分析結果公表後のデータを対象としたい。

	（例）2024年度中決算法人			
決算月	2024年 ４月	５月	（・・・）	2025年 ３月
提出 期限	７月末	８月末	（・・・）	６月末
データ ベース集積	８月～11月 （電子～紙）	９月～	（・・・）	７月～10月 （11月末まで集積）
クリーニング	９月～2025年２月 （電子～紙）	10月～	（・・・）	８月～2026年１月
分析・ 公表作業	2026年２～３月：集計・分析 同年3月以降：WAM NETで公表			

第三者提供制度の対象データ



（分析結果）



経営情報等単体の場合の匿名化処理（案）

- 施設単位の経営情報等は、「**基本情報**」、「収益及び費用の内容（**損益計算書**）」及び「職種別人員数その他の人員情報（**職種別給与等情報**）」からなる。
- **「基本情報」のうち直ちに識別につながる情報**（法人名、医療機関コード等）**は空欄化する。**
- **「損益計算書」及び「職種別給与等情報」には、直ちに識別につながる情報はない。**
- ただし、**他の公表情報との突合により医療機関の識別につながる可能性の高い情報については、当該情報を匿名化する。**

例１）基本情報における役員数が極端に大きい場合に、法人単位の事業報告書（公表情報）を検索等して識別
例２）１施設のみ運営している法人において、損益計算書の数値が法人単位の損益計算書（公表情報）と同値の場合に、ある年度の損益を突合することで識別
例３）職種別給与等情報において、職員数を病床・外来機能報告データ（公表情報）から引用している場合（後述）に、特定職種の職員数を検索等することで識別

医療法人情報※　**※以下を「収集し、整理した情報」**

法人単位の事業報告書等　**施設単位の経営情報等**　**その他必要な事項**

経営情報等	収集、整理している内容	直ちに識別できる情報	匿名化処理の内容
基本情報	個別施設の開設法人名、医療機関名、医療機関コード、住所、役員数等の詳細	あり	・直ちに識別できる情報は空欄化 ・住所は都道府県まで ・役員数について、階級化
損益計算書	個別施設の収益・費用の詳細	なし	・金額の丸め ・上限値、下限値を超える金額は置き換え
職種別給与等情報	職種別の給与（給料・賞与）及びその人数 (人数は、病床機能報告の情報を活用)	なし	・職種別人数について、階級化

「経営情報等」から収集・整理したデータの匿名化処理（案）

基本情報	匿名化処理
病院・診療所区分（提出様式）	
都道府県番号	
医療法人整理番号（都道府県ごと）	空欄化
法人番号	空欄化
病床・外来管理番号有無	空欄化
病床・外来管理番号	空欄化
医療機関コード有無	空欄化
医療機関コード	空欄化
法人名	空欄化
病院・診療所名	空欄化
役員数・職員数	階級化
都道府県・市区町村・町域	都道府県
二次医療圏	空欄化
会計期間_自	終了日年度
会計期間_至	終了日年度
消費税の経理方式	
主たる診療科①（診療所用項目）	※
主たる診療科②（診療所用項目）	※
主たる診療科③（診療所用項目）	※

※診療所の呼吸器外科等、極めて少ない診療科のデータは、提供申出内容によっては空欄化

損益計算書		匿名化処理
01_医業収益 01-01_入院診療収益 01-01-1_保険診療収益（患者負担含む） 01-01-2_公害等診療収益 01-01-3_その他の診療収益 01-02_室料差額収益 01-03_外来診療収益 01-03-1_保険診療収益（患者負担含む） 01-03-2_公害等診療収益 01-03-3_その他の診療収益 01-04_その他の医業収益 01-04-1_保健予防活動収益 01-04-2_運営費補助金収益 02_医業費用 02-01_材料費 02-01-1_医薬品費 02-01-2_診療材料費、医療消耗器具備品費 02-01-3_給食用材料費 02-02_給与費 02-02-1_役員報酬 02-02-2_給料 02-02-3_賞与 02-02-4_賞与引当金繰入額 02-02-5_退職給付費用 02-02-6_法定福利費 02-03_委託費 02-03-1_給食委託費 02-04_設備関係費（病院用項目） 02-04-1_減価償却費 02-04-2_器機賃借料 02-05_研究研修費（病院用項目）	02-06_経費（病院用項目） 02-06_その他の医業費用（診療所用項目） 02-06-1_水道光熱費 02-07_控除対象外消費税等負担額 02-08_本部費配賦 03_医業利益（又は医業損失） 04_医業外収益 04-01_受取利息及び配当金 04-02_運営費補助金収益 04-03_施設設備補助金収益 05_医業外費用 05-01_支払利息 06_経常利益（又は経常損失） 07_臨時収益 07-01_運営費補助金収益 07-02_施設設備補助金収益 08_臨時費用 09_税引前当期純利益（又は税引前当期純損失 10_法人税、住民税及び事業税負担額 11_当期純利益（又は当期純損失） 緑文字の項目は、病院・診療所とも任意 青文字の項目は、病院は必須・診療所は任意	・丸め ・上限値、下限値の設定

「経営情報等」から収集・整理したデータの匿名化処理（案）

職種別給与等情報	匿名化処理
給与支給期間_自	終了日年度
給与支給期間_至	終了日年度
「病床機能報告」報告の有無（人数情報の利用可否）	

職種別給与等情報	常勤					匿名化処理
	給料	賞与	区分不可	人数	1人あたり給与費	
01_医師						人数について、階級化
02_歯科医師						
03_薬剤師						
04_看護職員						
04-01_保健師						
04-02_助産師						
04-03_看護師						
04-04_准看護師						
05_その他の医療技術者等						
05-01_診療放射線技師						
05-02_臨床工学技士						
05-03_臨床検査技師						
05-04_リハビリスタッフ						
05-04-1_理学療法士						
05-04-2_作業療法士						
05-04-3_視能訓練士						
05-04-4_言語聴覚士						
05-05_歯科衛生士						
05-06_歯科技工士						
05-07_栄養士等						
05-07-1_管理栄養士						
05-07-2_栄養士						
05-07-3_調理師						
05-08_社会福祉士						
05-09_精神保健福祉士						
05-10_保育士						
05-11_看護補助者						
05-12_事務職員						
05-12-1_事務担当職員						
05-12-2_医師事務作業補助者						
05-12-3_診療情報管理士						
05-13_その他の職員						

緑文字の項目は、病院・診療所とも任意

経営情報等と事業報告書等を連結させた場合の匿名化処理（案）

- 事業報告書等は公表情報であり、**事業報告書に記載された情報の検索等を行うことにより、識別につながる可能性が高い。**
- このため、事業報告書等も含め、**双方について匿名化処理を行う。**
  （１）基本情報のうち直ちに識別につながる情報（法人名、医療機関コード等）は空欄化
  （２）法人の設立認可年月日、設立登記年月日は年度単位
  （３）法人の本来業務における病床数合計、介護定員数の合計は階級化
  （４）役員数及び職種別職員数は階級化
  （５）損益計算書及び貸借対照表の金額は、匿名化（金額の丸めや、上限値・下限値の設定）

医療法人情報※　**※以下を「収集し、整理した情報」**

法人単位の事業報告書等　**施設単位の経営情報等**　**その他必要な事項**

事業報告書等	匿名化処理の内容
基本情報	・経営情報等と重複する情報は削除 ・設立認可、設立登記年月日は年度単位
本来業務	・病床数は階級化 ・介護定員数は階級化
損益計算書	・金額の丸め ・上限値、下限値を超える金額は置き換え
貸借対照表	・金額の丸め ・上限値、下限値を超える金額は置き換え

経営情報等	収集、整理している内容	直ちに識別できる情報	匿名化処理の内容
基本情報	個別施設の開設法人名、医療機関名、医療機関コード、住所、役員数等の詳細	あり	・直ちに識別できる情報は空欄化 ・住所は都道府県まで ・役員数について、階級化
損益計算書	個別施設の収益・費用の詳細	なし	・金額の丸め ・上限値、下限値を超える金額は置き換え
職種別給与等情報	職種別の給与（給料・賞与）及びその人数(人数は、病床機能報告の情報を活用)	なし	・職種別人数について、階級化

「事業報告書等」から収集・整理したデータの匿名化処理（案）

法人概要	匿名化処理
都道府県番号	
医療法人整理番号（都道府県ごと）	空欄化
医療法人名	空欄化
事業期間_自（年月日）	終了日の年度
事業期間_至（年月日）	終了日の年度
分類①（財団／社団持分なし／社団持分あり）	※必要に応じて空欄化
分類②（社会／特定／出資額限度／その他）	※必要に応じて空欄化
分類③（基金制度の採用／不採用）	※必要に応じて空欄化
都道府県・市町村・番地・建物名	都道府県
設立認可年月日	年度
設立登記年月日	年度
役員及び評議員の人数	階級化 １～４人、５～９人、10人～ を原則としつつ、提供申出内容によって柔軟に対応

※都道府県によっては、財団、社会、特定、出資限度額は１法人の場合もあるため、提供申出内容によって柔軟に対応

本来業務情報	匿名化処理
本来業務の施設数合計 病院数 医科診療所数 歯科診療所数 有床診療所数 介護老人保健施設数 介護医療院数	
病床数合計 一般病床 療養病床 医療保険 介護保険 精神病床 感染症病床 結核病床	階級化 【法人全体・一般病床】 20～99床、100～199床、200～299床、300床～ 【精神科病床】 20～149床、150床～ 【療養・感染症・結核病床】 １床～を原則としつつ、提供申出内容によって柔軟に対応
入所定員合計 通所定員合計	階級化 0人、1～10人、11～20人、21～30人、31～40人、41～50人、51～60人、61～70人、71～80人、81～90人、91～100人、101～999人 を原則としつつ、提供申出内容によって柔軟に対応

「事業報告書等」から収集・整理したデータの匿名化処理（案）

損益計算書		匿名化処理
会計期間_自・至		
本来業務事業収益 本来業務事業費用 事業費 本部費 本来業務事業利益 附帯業務事業収益 附帯業務事業費用 附帯業務事業利益 収益業務事業収益 収益業務事業費用 収益業務事業利益 事業利益 事業外収益 受取利息 その他の事業外収益 事業外費用 支払利息 その他の事業外費用 経常利益	特別利益 固定資産売却益 その他の特別利益 特別損失 固定資産売却損 その他の特別損失 税引前当期純利益 法人税・住民税及び事業税 法人税等調整額 当期純利益	・丸め ・上限値、下限値の設定

診療所のみを開設する法人は、赤文字の項目を提出

貸借対照表		匿名化処理
決算日		
資産合計 Ⅰ流動資産 現金及び預金 事業未収金 有価証券 たな卸資産 前渡金 前払費用 その他の流動資産 Ⅱ固定資産 1 有形固定資産 建物 構築物 医療用器械備品 その他の器械備品 車両及び船舶 土地 建設仮勘定 その他の有形固定資産 2 無形固定資産 借地権 ソフトウェア その他の無形固定資産 3 その他の資産 有価証券 長期貸付金 保有医療機関債 その他長期貸付金 役職員等長期貸付金 長期前払費用 繰延税金資産 その他の固定資産	負債合計 Ⅰ流動負債 支払手形 買掛金 短期借入金 未払金 未払費用 未払法人税等 未払消費税等 前受金 預り金 前受収益 引当金 その他の流動負債 Ⅱ固定負債 医療機関債 長期借入金 繰延税金負債 引当金 その他の固定負債 純資産合計 Ⅰ基金（出資金） Ⅱ積立金 代替基金 繰越利益積立金 ○○積立金 Ⅲ評価・換算差額等 その他有価証券評価差額金 繰延ヘッジ損益 負債・純資産合計	・丸め ・上限値、下限値の設定

経営情報等と病床・外来機能報告を連結させた場合の匿名化処理（案）

- 病床機能報告等データは、病床数や施設基準等の基礎情報と、患者数等の実績情報から構成されている。
- 病院名とともに全ての報告項目が公表されており、**当該データ（例えば年間手術件数）の検索等を行うことにより、識別につながる可能性が高い。**
- このため、**連結するデータは基礎情報と実績情報の一部に限定するとともに、申請内容に応じ、必要な匿名化処理を行う。**

「医療法人情報の第三者提供制度に関する報告書」（令和７年８月26日）（抄）

「多角的な分析を行うために「病床機能報告」及び「外来機能報告」と連携した情報の提供を求める研究者等については、社会保障審議会において当該情報の必要性を審査し特定の個人や医療法人等の識別につながらないように十分に配慮した上で提供すること。」

医療法人情報※　**※以下を「収集し、整理した情報」**

法人単位の事業報告書等　**施設単位の経営情報等**　**その他必要な事項**

対象	病床機能報告データ
病診共通	○医療機能別許可病床数（高度急性期、急性期、回復期、慢性期、休棟中（うち非稼働含む）） ○入院患者数の状況（新規、在棟・在院、退棟・退院） ○手術総数（全身麻酔含む）
病院	○DPC群の種類 ○特定機能病院・地域医療支援病院の有無 ○二次・三次救急医療施設、救急告示病院の認定・救急告示の有無 ○診療報酬の届出の有無（総合入院体制加算、急性期充実体制加算、精神科充実体制加算、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院）
有床診	○稼働病床数　○医療機能 ○在宅療養支援診療所の有無

経営情報等	収集、整理している内容	直ちに識別できる情報	匿名化処理の内容
基本情報	個別施設の開設法人名、医療機関名、医療機関コード、住所、役員数等の詳細	あり	・直ちに識別できる情報は空欄化 ・住所は二次医療圏まで ・役員数について、階級化
損益計算書	個別施設の収益・費用の詳細	なし	・金額の丸め ・上限値、下限値を超える金額は置き換え
職種別給与等情報	職種別の給与（給料・賞与）及びその人数(人数は、病床機能報告の情報を活用)	なし	・職種別人数について、階級化

ＭＣＤＢと病床機能報告・外来機能報告データの関係

- MCDB報告項目のうち、病床機能報告・外来機能報告データとの連結（保険医療機関コードで紐付け）で対応可能な**下図下線部分については、報告不要として医療法人の負担軽減を図っている。**
- **その他の同報告データは未連結**だが、**下図のような基本的な項目は連結可能であり、これらを連結対象としてはどうか。**

対象	病床機能報告の連結可能データ
病診共通	○保険医療機関コード　○病床・外来管理番号 ○常勤・非常勤職員数（医師、歯科医師、看護師、准看護師、看護補助者、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、管理栄養士） ○許可病床数（一般・療養）・稼働病床数　○医療機能別許可病床数（高度急性期、急性期、回復期、慢性期、休棟中（うち非稼働含む）） ○入院患者数の状況（新規、在棟・在院、退棟・退院）　○手術総数（全身麻酔含む）
病院	○DPC群の種類　○特定機能病院・地域医療支援病院の有無　○二次・三次救急医療施設、救急告示病院の認定・救急告示の有無 ○診療報酬の届出の有無（総合入院体制加算、急性期充実体制加算、精神科充実体制加算、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院）
有床診	○主とする診療科（上位１～３位）　○医療機能　○在宅療養支援診療所の有無

対象	外来機能報告の連結可能データ
病診共通	○保険医療機関コード　○病床・外来管理番号　○都道府県・市区町村・地域医療構想区域 ○外来の職員数（医師、歯科医師、看護師、准看護師、看護補助者、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、臨床工学技士等） ○紹介受診重点医療機関の別　○初診患者数、（逆）紹介患者数、（逆）紹介率　○初再診患者数（紹介受診重点医療機関のみ）

「医療法人の経営情報のデータベース」の在り方に関する報告書（令和４年11月９日）（抄）

○　医療従事者の処遇の適正化を進めるため、新たな制度によって、医療機関における現状の給与の把握をするには「職種ごとの年間１人当たりの給与額」の把握が必要（・・・）医療法人における財務情報として存在しないことも考えられ、**医療法人の負担を考慮すれば既存調査で対応可能なものは、それを活用すべきである。**

○　このため、新たな制度では「職種ごとの延べ人数」については、別途「病床機能報告」によって報告されている毎年７月１日時点の「職種別の人数」を活用することとし、（・・・）

（中略）

○　新たな制度で収集する情報は、医療法人の経営情報となるが、関連する他の調査によって収集した情報と連携することにより多角的な分析の可能性が高まる。

○　具体的には、法に規定されている「病床機能報告」及び「外来機能報告」との連携を行うことが考えられることから**新たな制度においては、これらの報告と共通のＩＤを用い、情報の連携を可能とすべきである**

「医療法人情報の第三者提供制度に関する報告書」（令和７年８月26日）（抄）

「**多角的な分析を行うために「病床機能報告」及び「外来機能報告」と連携した情報の提供を求める研究者等**については、**社会保障審議会において当該情報の必要性を審査し特定の個人や医療法人等の識別につながらないように十分に配慮した上で提供すること。**」

「病床機能報告」の匿名化処理（案）～病院・有床診療所～

● それぞれの報告項目について、匿名化処理のコーディング・ラウンディング範囲を検討する必要がある。

報告項目	報告内容	匿名化処理の考え方
保険医療機関コード（医科用・歯科用）	医科・歯科ごとの保険医療機関コード（○○－１又は３－○○○○○○○）	○保険医療機関コードは各厚生局ＨＰで確認できるため**空欄化**
病院・有床診療所名	病院名又は有床診療所名	○直ちに特定に繋がるため**空欄化**
病床・外来管理番号	病床機能報告対象病院等又は外来機能報告対象病院等に付されている8桁の番号	○直ちに特定に繋がるため**空欄化**
常勤・非常勤職員数	医師、歯科医師、看護師、準看護師、看護補助者、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、管理栄養士	○医師や看護師以外の**職種によっては職員数が少数**の場合がある。 ○そのまま提供した場合、**公表されている病床機能報告等のデータや都道府県情報との突号により識別の可能性がある**ため、**階級化を行い匿名化した上で、提供申出内容によって柔軟に対応** ○例えば、１～４人、５～９人、・・・、50～59人、・・・といった幅で提供することが考えられるが、提供申出内容によって柔軟に対応。
許可病床数 稼働病床数 （一般・療養）	許可病床数・最大使用病床数	【病院】 ○病床数をそのまま提供した場合、**公表されている病床機能報告等のデータや都道府県情報との突号により識別の可能性がある**ため、**階級化を行い匿名化した上で、提供申出内容によって柔軟に対応。**具体的には、20～99床、100～199床、200～299床、300床・・・といった幅で提供することが考えられるが、提供申出内容によって柔軟に対応。 【有床診療所】 ○例えば、**奈良県において１床や３床の有床診療所は１施設** **○有床診療所のデータ提供時には１～９床、10床～19床といった幅で提供することが考えられるが、提供申出内容によって柔軟に対応。**
医療機能別許可病床数	病棟票から集約した高度急性期・急性期・回復期・慢性期ごとの病床数	○上記の考え方を踏まえて**階級化**
入院患者数の状況	新規入棟患者数（病院の場合） 新規入院患者数（有床診療所の場合） 在棟・在院患者延べ数 退棟・退院患者数	○医療法人立病院は平均125床と小規模。**患者数が大きい場合は都道府県情報との突号により識別の可能性がある。** **○患者数は階級化を行い匿名化した上で、提供申出内容によって柔軟に対応。**具体的には１～999人、1,000人～といった幅で提供することが考えられる。
手術総数	手術総数、全身麻酔の手術総数	**○全身麻酔手術件数が500件以上の医療法人立病院は県内１施設**の場合もある。 **○１件～のみの幅で提供することが考えられるが、提供申出内容によって柔軟に対応**

「病床機能報告」の匿名化処理（案）　～病院～

● それぞれの報告項目について、匿名化処理のコーディング・ラウンディング範囲を検討する必要がある。

報告項目	報告内容	匿名化処理の考え方
ＤＰＣ群の種類	１．大学病院本院群 ２．ＤＰＣ特定病院群 ３．ＤＰＣ標準病院群 ４．ＤＰＣ病院ではない	○医療法人が該当する項目は「２」～「４」 ○ＤＰＣ1,685病院のうち「２」は172病院が指定 ○このうち**医療法人立病院は、都道府県によっては１施設も想定** ○このため、**ＤＰＣ病院か否かを「○」「×」に匿名化して提供**
特定機能病院・ 地域医療支援病院 の有無	１．有り ２．無し	○医療法人が該当する項目は地域医療支援病院 ○このうち**医療法人立病院は、都道府県によっては１施設も想定** ○このため、当該報告項目は提供時に**空欄化**
診療報酬 （各種施設基準） の届出の有無	①総合入院体制加算の届出の有無 ・加算１～３の届出有り ・届出無し ②急性期充実体制加算の届出の有無 ・加算１～２の届出有り ・届出無し ③小児・周産期・精神科充実体制加算及び精神科充実体制加算の届出の有無 １．小児・周産期・精神科充実体制加算の届出有り ２．精神科充実体制加算の届出有り ３．届出無し ④在宅療養支援病院の届出の有無 ⑤在宅療養後方支援病院の届出の有無	○診療報酬の施設基準届出状況は**各地方厚生局が公表している「届出受理医療機関名簿」で確認が可能** ○各項目の状況を確認したところ、 ①は**鹿児島県の場合は、医療法人立病院は加算３が１施設** ②は京都府の場合、**医療法人立病院は加算１・加算２ともに１施設** ③は急性期充実体制加算の算定が前提のため②と同様 **④・⑤は医療法人立の病院でも複数の届出あり** のため、**①～③は提供時に空欄化**、**④～⑤は提供**
二次救急医療施設、 三次救急医療施設、 救急告示病院の認定・救急 告示の有無	二次救急医療施設、三次救急医療施設、救急告示病院の認定・告示の有無	**○救急告示・二次・三次救急医療施設の医療法人立病院は各都道府県の医療計画で確認が可能** **○三次救急医療施設は極めて少ないため提供時に空欄化** **○救急告示病院又は二次救急医療施設は同一都道府県内で複数所在しているため、指定の有無は提供**

「病床機能報告」の匿名化処理（案）～有床診療所～

● それぞれの報告項目について、匿名化処理のコーディング・ラウンディング範囲を検討する必要がある。

報告項目	報告内容	匿名化処理の考え方
主とする診療科 （上位１～３位）	45項目（内科～その他の診療科）	○有床診療所の呼吸器外科等、**極めて少ない診療科のデータは、提供申出内容によっては空欄化しつつ、提供申出内容によって柔軟に対応**
医療機能	１．高度急性期機能 ２．急性期機能 ３．回復期機能 ４．慢性期機能 ５．休棟予定 ６．廃止予定 ７．介護保険施設等へ移行予定	○高度急性期機能～慢性期機能の病床のうち、高度急性期機能は0.2%、急性期は65%、回復期は18%、慢性期は17%の割合 ○**高度急性期機能は極めて少数のため、空欄化** ○**急性期～慢性期機能は同一都道府県内で複数所在しているため、提供** ○**５～７については研究内容に応じて提供の可否を検討**
在宅療養支援診療所	在宅療養支援診療所の届出の有無	○**複数所在しているため、その有無は提供**

「外来機能報告」の匿名化処理（案）

● それぞれの報告項目について、匿名化処理のコーディング・ラウンディング範囲を検討する必要がある。

報告項目	報告内容	匿名化処理の考え方
保険医療機関コード	医科・歯科ごとの保険医療機関コード （○○－１又は３－○○○○○○○）	○保険医療機関コードは各厚生局ＨＰで確認できるため**空欄化**
医療機関名（病院・診療所の別含む。）	病院名又は有床診療所名	○直ちに特定に繋がるため**空欄化**
病院・外来管理番号	病床機能報告対象病院等又は外来機能報告対象病院等に付されている8桁の番号	○直ちに特定に繋がるため**空欄化**
都道府県・市区町村・地域医療構想区域	都道府県名・市区町村名・地域医療構想区域名	○都道府県単位に**匿名化**
紹介受診重点医療機関の有無	手術・処置や化学療法等を必要とする外来、放射線治療等の高額な医療機器・設備を必要とする外来などを設置する紹介重点医療機関の指定の有無	○例えば、**島根県での指定診療所や愛媛県の指定病院（医療法人立）は１施設のみ** ○このため、**当該報告項目は提供時に空欄化**
初診患者数、（逆）紹介患者数、（逆）紹介率	７月時点の初診患者数、 紹介患者数・逆紹介患者数、紹介率・逆紹介率	○**患者数は階級化を行い匿名化した上で、提供申出内容によって柔軟に対応。**具体的には１～999人、1,000人～といった幅で提供することが考えられる。 ○**紹介率は階級化を行い匿名化した上で、提供申出内容によって柔軟に対応。**具体的には１～999人、1,000人～といった幅で提供することが考えられる。
常勤・非常勤職員数	医師、歯科医師、看護師、準看護師、看護補助者、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、臨床工学技士、管理栄養士、専門看護師、認定看護師、特定行為研修修了看護師	○医師や看護師以外の職種によっては職員数が少数の場合がある。 ○**そのまま提供した場合、公表されている病床機能報告等のデータや都道府県情報との突号により識別の可能性があるため、階級化を行い匿名化した上で、提供申出内容によって柔軟に対応** ○例えば、１～４人、５～９人、・・・、50～59人、・・・といった幅で提供することが考えられるが、提供申出内容によって柔軟に対応。
初再診患者数	年間の初診外来延べ患者数、 再診外来延べ患者数	○**患者数は階級化を行い匿名化した上で、提供申出内容によって柔軟に対応。**具体的には１～999人、1,000人～の幅で提供することが考えられるが、提供申出内容によって柔軟に対応。

事業報告書等単体の場合の匿名化処理（案）

- 法人単位の事業報告書等は、「**基本情報**」、「**本来業務**」、「**損益計算書**」及び「**貸借対照表**」からなる。
- 当該情報は、**医療法の規定により都道府県において一般からの閲覧に供されている（法律上は公表情報となる）**。
- 一方で、本制度における目的は、情報を統計的に調査、分析することであり、個別の法人を識別するための情報は不要と考えられる。
- また、事業報告書等を単体で入手した者が、経営情報等を別途申請し、損益計算書を突合させて識別につなげる可能性もある。
- このため、**事業報告書等単体の申請であっても、事業報告書等と経営情報等を連結させた場合と同じ匿名化処理を行う。**

「医療法人情報の第三者提供制度に関する報告書」（令和７年８月26日）（抄）

「・ 提供する情報は、研究目的に照らして必要最小限の範囲に限定するとともに、直ちに特定の個人や医療法人等の識別につながる情報（法人名、個人名、医療法人整理番号、医療機関コード等）は提供しないこと。」

医療法人情報※　**※以下を「収集し、整理した情報」**

法人単位の事業報告書等　**施設単位の経営情報等**　**その他必要な事項**

事業報告書等	匿名化処理の内容
基本情報	・直ちに識別につながる情報（法人名、医療機関コード等）は空欄化 ・設立認可、設立登記年月日は年度単位 ・役員数は階級化
本来業務	・法人の病床数合計は、階級化 ・介護定員数の合計は、階級化
損益計算書	・金額の丸め ・上限値、下限値を超える金額は置き換え
貸借対照表	・金額の丸め ・上限値、下限値を超える金額は置き換え

コーディングやラウンディング（丸め）の範囲について　～他制度の例～

● 例えば、国税庁では研究者の利便性向上のため、令和７年度から、所得税の申告情報に匿名化処理を行ったデータの提供を開始しており、匿名処理は下記のとおり行われている。

・住所は都道府県単位

・収入金額・総所得金額等の上位又は下位0.5%をトップ（ボトム）コーディング

（例：155万、200万、250万、300万、350万（・・・・）140億、155億円、160億円、200億円、500億円のデータが1,000個ある場合は、下位５個または上位５個は、350万以下または140億円以上となる。）

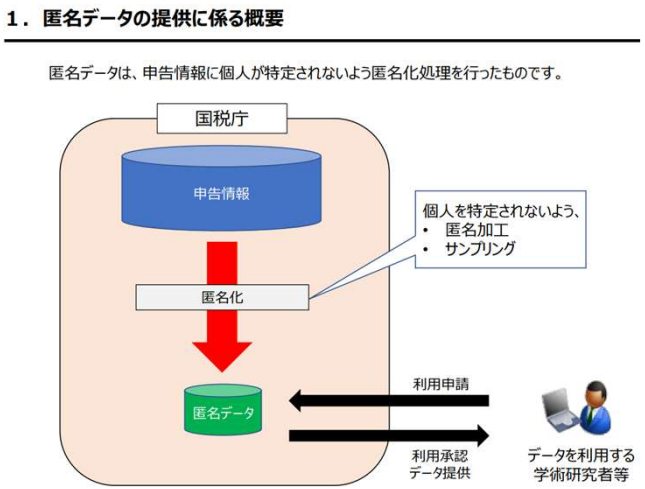
・出現率の低い項目（0.5%未満）を含むレコードや、内訳等により上記コーディング前の数値が類推されるレコードは、合計（総所得金額・申告納税額等）に相当する項目を削除

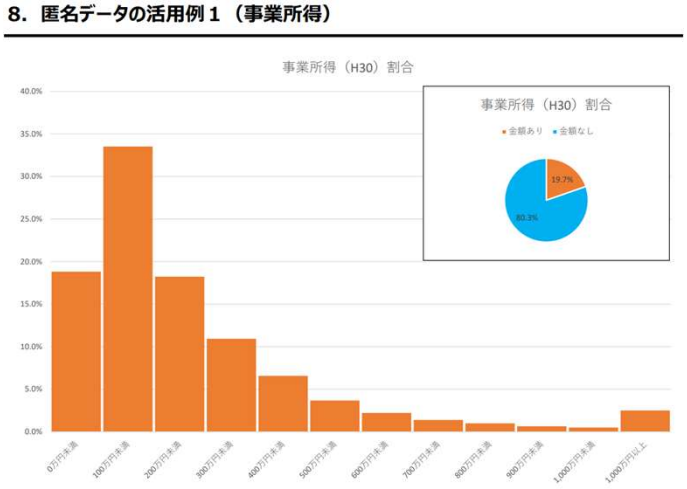
（例：特殊な収入を報告しているデータが1,000施設中４施設ある場合は当該データを削除。）

・桁数に応じて（※）ラウンディング（切捨て）処理

※ 100万円未満は下４桁、100～1,000万円未満は下５桁、1,000万円以上は下６桁を切捨て

（例：995,100円⇒990,000円、5,551,230円⇒5,500,000円、35,531,200円⇒35,000,000円に丸める。）





コーディングやラウンディング（丸め）の範囲について　～基本的な考え方～

● 非常に秘匿性が高い税務データを匿名化した上で研究者等に提供している国税庁の制度も参考にして、**トップ（ボトム）コーディングやラウンディングの範囲は以下を基本的な考え方としてはどうか。**

・ 各データの上位0.5%又は下位0.5%をトップ（ボトム）コーディング

⇒極めて低いデータまたは高いデータは○○以下または○○以上となる。

その際、対象データ群の傾向が分かるよう、原則として平均値や中央値を提供する。

・ 出現率の低い項目（0.5%未満）を含むレコードや、内訳等により上記コーディング前の数値が類推されるレコードは、合計（総所得金額・申告納税額等）に相当する項目以外を削除

⇒特殊な勘定科目を報告している場合はデータごと空欄化する。

・ 100万円未満は下４桁、100～1,000万円未満は下５桁、1,000万円以上は下６桁を切捨て

⇒995,100円は990,000円、5,551,230円は5,500,000円、35,531,200円は35,000,000円とする。

提供項目の組み合わせによりさらなる匿名化が必要になる場合の例

● 例えば、都道府県別・病床規模別・病院類型別の組み合わせでデータを提供した場合、直ちに特定に繋がる情報となりうる場合がある。

（例：提供申出データ） 都道府県別・300床以上の 精神科病院の給与費データ	**北海道**	**東京都**	**島根県**	**高知県**
病院数	10	16	2	1
給与費の平均値 （提供を受けた研究者が平均値を公表する場合）	（集計結果） x,xxx,040,000 ↓ （下６桁切捨） x,xxx,000,000 に丸めて公表	（集計結果） x,xxx,560,000 ↓ （下６桁切捨） x,xxx,000,000 に丸めて公表	（集計結果） xxx,434,000 ↓ （下６桁切捨） xxx,000,000 に丸めて公表 ↓ 公表後特定される リスクがある	（仮に提供した場合） xxx,xxx,xxx ↓ 特定に繋がるため 提供しない

● そのため、提供項目の組み合わせにより、提供申出データの対象施設数が「１」になる集計値は、直ちに特定に繋がる情報として提供しないこととしてはどうか。

● また、いったん研究成果が公表されれば、その他の情報と照合することを制限できないため、公表可能な最小集計単位を設定する必要がある。

参　考　資　料

（参考）医療法（昭和23年法律第205号）（抄）

第69条の２　都道府県知事は、地域において必要とされる医療を確保するため、当該都道府県の区域内に主たる事務所を有する医療法人の活動の状況その他の厚生労働省令で定める事項について、調査及び分析を行い、その内容を公表するよう努めるものとする。

２　医療法人（厚生労働省令で定める者を除く。）は、厚生労働省令で定めるところにより、当該医療法人が開設する病院又は診療所ごとに、その収益及び費用その他の厚生労働省令で定める事項を都道府県知事に報告しなければならない。

３　厚生労働大臣は、医療法人の活動の状況その他の厚生労働省令で定める事項に関する情報を収集し、整理し、及び当該整理した情報（以下「医療法人情報」という。）の分析の結果を国民にインターネットその他の高度情報通信ネットワークの利用を通じて迅速に提供することができるよう必要な施策を実施するものとする。

４　厚生労働大臣は、前項の施策を実施するため必要があると認めるときは、都道府県知事に対し、当該都道府県の区域内に主たる事務所を有する医療法人の活動の状況その他の厚生労働省令で定める事項に関する情報の提供を求めることができる。

５　都道府県知事は、前項の規定による厚生労働大臣の求めに応じて情報を提供するときは、電磁的方法その他の厚生労働省令で定める方法によるものとする。

第69条の３　厚生労働大臣は、その業務の遂行に支障のない範囲内において、厚生労働省令で定めるところにより、一般からの委託に応じ、医療法人情報を利用して、医療法人情報を利用して行うことについて相当の公益性を有する統計の作成及び統計的研究として厚生労働省令で定めるもの（第69条の７及び第69条の８第１項において「統計の作成等」という。）を行うことができる。

第69条の４　厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、医療提供体制の確保に資する調査、学術研究又は分析その他の医療法人情報の提供を受けて行うことについて相当の公益性を有する調査、学術研究又は分析（特定の商品又は役務の広告又は宣伝に利用するために行うものを除く。）を行う者に医療法人情報を提供することができる。

２　厚生労働大臣は、前項の規定により医療法人情報を提供しようとする場合には、**あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならない。**

第69条の５　前条第１項の規定により医療法人情報の提供を受けた者は、当該医療法人情報の漏えい、滅失又は毀損の防止その他の当該医療法人情報の安全管理のために必要かつ適切なものとして厚生労働省令で定める措置を講じなければならない。

（参考）匿名化技法について

1　情報の削除

（1）データの再抽出（リサンプリング）

元の統計調査のデータすべてを匿名データに用いるのではなく、 そのうちの何割かを再抽出したデータを用いる。

（2）直接的な識別情報の削除等

直接的な識別情報は、データから削除する。（例：地域を削除）

また、データの配列順により特定されないように、無作為に並べ替えを行う。

（3）裾切りによるデータ削除

特徴的で、出現率が低い値があるデータは、削除する（例：多人数世帯、３つ子以上世帯を削除）

2　識別情報の階級区分統合

（1）上限（下限）階級区分の統合（トップコーディング、ボトムコーディング）

極端に大きな（小さな）値は、上限（下限）値を設けて統合する。

（例：一定の年齢以上を統合、所得の一定金額以上を統合）

（2）再コード化（リコーディング）

分類事項の程度は、詳細なものではなく、粗いものとする

（例：各歳階級を５歳階級化、細かい分類を粗く再分類化）

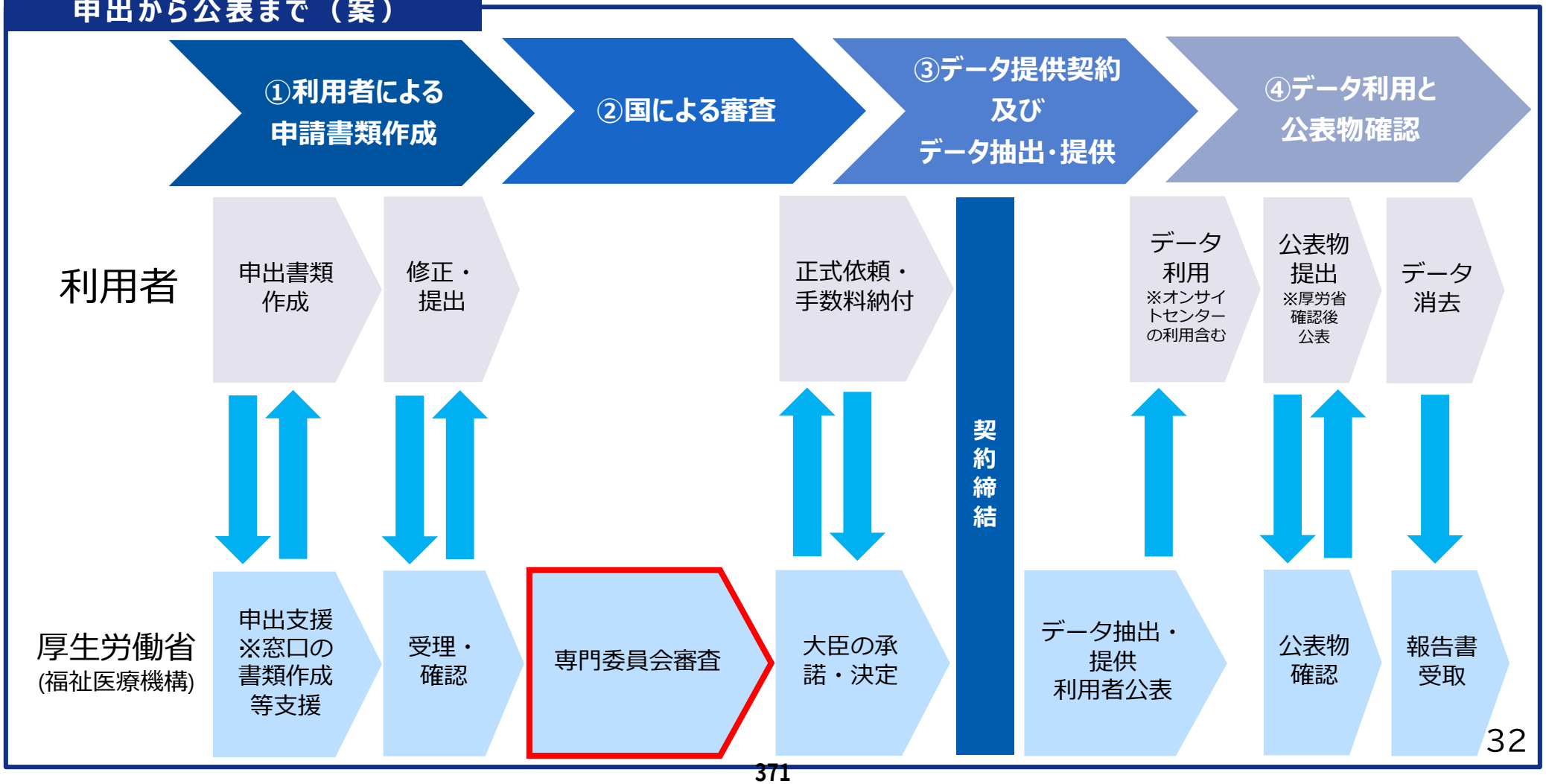
3　その他の非識別情報化（ラウンディング、いわゆる「丸め」）

加工対象となるデータベースに含まれる数値に対して、四捨五入等して得られた数値に置き換える。

（参考）医療法人情報の第三者への提供の流れ（案）

① 利用者による申請書類作成
② 国による審査
③ 国・利用者によるデータ提供契約及びデータ抽出・提供
④ データ利用と公表物確認

申出から公表まで （案）



（参考）医療法施行令の改正について

令和７年９月４日第117回
社会保障審議会医療部会資料
（一部改変）

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。以下「改正法」という。）による改正後の医療法（昭和 23 年法律第 205 号。以下「改正後医療法」という。）第 69 条の３及び第69条の４の規定に基づき行われる**第三者提供制度の施行に向けて、施行日を定める政令を制定するとともに、医療法施行令（昭和23年政令第326号）の改正を行い、手数料等に関する規定を整備する。**

施行日について

改正法公布の日（R5.5.19）から３年を超えない範囲内において政令で定める日に施行することとされており、施行に必要な政省令、ガイドライン及び利用規約を定めるための期間を確保するため、**令和８年４月１日から施行する。**

手数料について

改正後医療法第69条の８の規定に基づき、オーダーメード集計(医療法第69条の３)を委託する者及び医療法人情報の提供(医療法第69条の４)を受ける者が納める**手数料の額**や、**当該手数料の減免・免除対象**を**医療法施行令に規定する。**

改正後医療法（抄）（令和８年４月１日施行予定）

第69条の８　第69条の３の規定により厚生労働大臣に委託をする者及び第69条の４第１項の規定により医療法人情報の提供を受ける者は、**実費を勘案して政令で定める額（①）**の手数料を国（前条の規定による委託を受けて機構が第69条の３の規定による統計の作成等及び第69条の４第１項の規定による医療法人情報の提供に関する事務の全部を行う場合にあつては、機構）に納めなければならない。

2　厚生労働大臣は、**前項の手数料を納めようとする者が**都道府県その他の良質かつ適切な医療の効率的な提供のために特に重要な役割を果たす者として**政令で定める者（②）であるときは、政令で定めるところ（③）により、当該手数料を減額し、又は免除することができる。**

3　第１項の規定により機構に納められた手数料は、機構の収入とする。

規定する主な内容	①手数料の額	②減免対象	③減免割合
オーダーメード集計	○6,300円/時間（作業に要する人件費等） ○その他実費（記録媒体費用・送付費用）	ア．公的機関(国の行政機関・自治体)、厚労省から補助金等（間接含む。）を受けて研究を行う者、及びこれらからの受託者 イ．公的機関等（厚労省除く）から補助金等を受けて研究を行う者、その他厚生労働省令で定める公共法人・公益法人等、及びこれらからの受託者 ウ．イのうち、更なる減額をしない場合は業務の遂行に著しい支障を及ぼすおそれがあると厚生労働大臣が認めた者	ア．全額免除 イ．50%減額 ウ．イから更に減額
医療法人情報の提供	○6,300円/時間（作業に要する人件費等） ○社会保障審議会における審査経費 ⇒162,100円を超えない範囲で告示で規定するが、現時点では実費が見込めないため、当面は０円とする。 ○その他実費（記録媒体費用・送付費用）		

（参考）医療法施行規則の改正について　～令和８年４月１日施行～

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。以下「改正法」という。）による改正後の医療法（昭和23年法律第205号。以下「改正後医療法」という。）第 69 条の３及び第69条の４の規定に基づき行われる**第三者提供制度（オーダーメード集計及び医療法人情報の提供）の施行に向けて、令和７年度中に、医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の改正を行い、申請手続、安全管理措置等に関する規定を整備**。

改正後医療法第69条の３（オーダーメード集計）

第六十九条の三　厚生労働大臣は、その業務の遂行に支障のない範囲内において、**厚生労働省令で定めるところにより**、一般からの委託に応じ、医療法人情報を利用して、**医療法人情報を利用して行うことについて相当の公益性を有する統計の作成及び統計的研究として厚生労働省令で定めるもの**（第六十九条の七及び第六十九条の八第一項において「統計の作成等」という。）を行うことができる。

1.申請手続について

提供の方法や手続については、類似の制度（統計法施行規則等）の例を参考として定める。

具体的には、提供申出者は、必要事項を記入した提供申出書等を、厚生労働大臣に提出することにより提供申出を行うこととする旨を規定することを想定。

＜省令に規定する必要事項の例＞

- 提供申出者の氏名・名称、住所・所在地、連絡先
- 統計の作成に必要な情報を特定するための年次その他の情報
- 統計等の内容、利用目的、提供を受ける方法、成果の公表方法　等

2.相当の公益性を有する統計の作成等について

相当の公益性を有する統計の作成等の要件として、類似の制度である統計法施行規則を参考として、以下を規定する。

学術研究の発展に資すると認められる統計の作成等	教育の発展に資すると認められる統計の作成等	医療提供体制の確保に係る統計の作成等
• 統計成果物を研究の用に供すること • 統計成果物を利用して行った研究の成果が公表され、又は当該成果を得るまでの過程の概要が公表されること • 欠格事由に該当しないこと	• 統計成果物を高等学校等の学校における教育の用に供することを直接の目的とするもの • 統計成果物を利用して行った教育内容が公表されること • 欠格事由に該当しないこと	• 統計成果物を研究の用に供することにより、医療提供体制の確保に資すると認められるもの • 統計成果物を利用して行った事業等の内容が公表されること • 欠格事由に該当しないこと

（参考）医療法施行規則の改正について　～令和８年４月１日施行～

改正後医療法第６９条の４（医療法人情報の提供）

第六十九条の四　厚生労働大臣は、**厚生労働省令で定めるところにより**、医療提供体制の確保に資する調査、学術研究又は分析その他の医療法人情報の提供を受けて行うことについて相当の公益性を有する調査、学術研究又は分析（特定の商品又は役務の広告又は宣伝に利用するために行うものを除く。）を行う者に医療法人情報を提供することができる。

２　厚生労働大臣は、前項の規定により医療法人情報を提供しようとする場合には、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならない。

１.申請手続について

提供の方法や手続については、オーダーメード集計と同様に、類似の制度（統計法施行規則等）の例を参考として定める。

具体的には、提供申出者は、必要事項を記入した提供申出書等を、厚生労働大臣（福祉医療機構）に提出することにより提供申出を行うこととする旨を規定することを想定。

＜省令に規定する必要事項の例＞

- 提供申出者の氏名・名称、住所・所在地、連絡先
- 統計の作成に必要な情報を特定するための年次その他の情報
- 統計等の内容、利用目的、提供を受ける方法、成果の公表方法　　等

２.相当の公益性を有する調査等について

医療法人情報の第三者提供制度に関する報告書（令和７年８月26日「医療法人の経営情報のデータベースの在り方に関する検討会」）において、医療法人情報の提供における相当の公益性については、個々の事例に則した総合的な審査が必要として、省令には定めずに、社会保障審議会が個別に審査することとされている。

そのため、医療法人情報の提供における相当の公益性については、第三者提供に係るガイドラインに定めることとする。

（参考）医療法施行規則の改正について　～令和８年４月１日施行～

改正後医療法第69条の５（安全管理措置）

第六十九条の五　前条第一項の規定により医療法人情報の提供を受けた者は、当該医療法人情報の漏えい、滅失又は毀損の防止その他の当該**医療法人情報の安全管理のために必要かつ適切なものとして厚生労働省令で定める措置**を講じなければならない。

安全管理措置について

医療法人情報の提供を受けた者におけるセキュリティ対策が不十分であることによる情報漏洩や、提供を受けた目的と異なる不適切な利用を防止するため、改正法により、医療法人情報の利用者に対して安全管理の措置を講ずることを義務付けたところ。この措置の具体的な内容について、省令で規定する必要がある。

機微な情報を取り扱う者に対して当該情報の適正な管理のための措置を求めている点で類似性のある統計法施行規則や高齢者の医療の確保に関する法律施行規則の規定を参考に規定する。

（参考）規定する具体的な措置の例（法人等の場合）

	内容
組織的管理措置	• 情報を取り扱う者の権限・責任の明確化 • 管理簿の整備 • 規程の策定及び実施、運用の評価・改善 • 漏えい、滅失、毀損発生時の事務処理体制の整備　等
人的管理措置	• 情報を取り扱う者が欠格事由に該当しないこと • 情報を取り扱う者に対する教育・訓練の実施
物理的管理措置	• 情報を取り扱う区域の設定 • 情報を取り扱う区域への立入制限の措置 • 機器の盗難防止のための措置　等
技術的管理措置	• 情報を取り扱う者を限定する措置 • 不正アクセス行為を防止するための措置 • 漏えい、滅失、毀損の防止のための措置　等
その他の管理措置	• 情報の取扱に関する業務を委託する場合は、委託先の情報の適正管理について必要な確認及び監督を行うこと 等

その他医療法施行規則の改正で定める事項

- 第三者提供制度（オーダーメード集計及び医療法人情報の提供）に係る申請手続、安全管理措置等のほか、医療法施行令で定める**手数料の減免に係る手続、対象等の詳細**についても、統計法施行規則を参考に規定する。
- 医療法施行規則の改正案は、**改正法の施行の日（令和８年４月１日予定）**から施行する。

（参考）医療法人情報の第三者提供制度に関する検討会報告書の概要（R7.8.26）

項目	方針
オーダーメード集計	○ 申請手続きを、統計法施行規則にならって厚生労働省令に定める。 ○ MCDBを利用することに相当の公益性を有するものとして「学術研究の発展」、「教育の発展」及び「医療提供体制の確保」を厚生労働省令に定める。 ○ さらに、これらの研究等の成果が公表されることとする。
医療法人情報の提供	○ 申請手続きを、統計法施行規則にならって厚生労働省令に定める。 ○ **MCDBを利用することに相当の公益性を有するものとして「学術研究の発展」、「教育の発展」及び「医療提供体制の確保」を第三者提供に係るガイドラインに定め、社会保障審議会において審査する**。 ○ さらに、これらの研究等の成果が公表されることとする。
再識別の防止措置	○ オーダーメード集計及び医療法人情報の提供における再識別の防止措置を第三者提供に係るガイドライン等に定める。 ○ 「病床機能報告」及び「外来機能報告」と連携した情報の提供を求める研究者等については、社会保障審議会において当該情報の必要性を審査し特定の個人や医療法人等の識別につながらないよう十分に配慮した上で提供する。 ○ 上記以外の調査と連携した情報の第三者提供での活用は、個人及び法人の権利利益が侵害されないこと、提供範囲を必要最小限に限定すること及び再識別されない形で公表することを前提として、社会保障審議会において必要性を審査することとし、制度の実施状況や活用状況を評価しながら、活用に向けて引き続き検討する。
安全管理措置 ※ 医療法人情報の提供のみ	○ 組織的管理措置（取扱者の権限等の明確化、管理簿整備等） ○ 人的管理措置（暴力団員等、不適切行為者等排除） ○ 物理的管理措置（取扱区域特定、盗難防止、記録機器等廃棄等） ○ 技術的管理措置（処理者限定、不正アクセス行為防止等） ○ その他の管理措置（業務委託） ○ 独立行政法人福祉医療機構におけるオンサイトセンターの設置を求める。
手数料	○ 実費を勘案して政令に定める。
手数料の免除	○ 高齢者の医療の確保に関する法律施行令を踏まえて政令に定める。
不適切利用への対応 ※ 医療法人情報の提供のみ	○ 統計法及びNDBの措置にならって第三者提供に係るガイドライン等に定める。

（参考）MCDBにおけるデータ化状況（R8.3.31時点）

【法人単位】事業報告書等

令和6年度決算分（件数）

○ 提出率　　：　85.8%
※ R7.7.31時点MCDBマスター登録数：59,720法人

決算月	登録法人数（R7.7.31）	紙	システム		総計	提出率
			G-MIS	MCDB		
2024.04	3,819	3,363	160	-	3,523	92.2%
2024.05	4,256	3,627	183	-	3,810	89.5%
2024.06	6,408	5,335	238	1	5,574	87.0%
2024.07	6,164	5,175	237	-	5,412	87.8%
2024.08	6,937	5,598	356	-	5,954	85.8%
2024.09	7,766	6,135	375	1	6,511	83.8%
2024.10	2,100	1,507	108	2	1,617	77.0%
2024.11	922	688	33	22	743	80.6%
2024.12	4,591	3,693	87	138	3,918	85.3%
2025.01	538	379	1	35	415	77.1%
2025.02	2,498	1,892	-	272	2,164	86.6%
2025.03	13,721	8,882	-	2,696	11,578	84.4%
総計	**59,720**	**46,274**	**1,778**	**3,167**	**51,219**	**85.8%**
			4,945			

令和5年度決算分（件数）

○ 提出率　　：　85.6%
※ 母数はR7.7.31時点MCDBマスター登録数（59,720法人）を使用

決算月	登録法人数（R7.7.31）	紙	G-MIS	総計	提出率
2023.04	3,819	3,279	132	3,411	89.3%
2023.05	4,256	3,547	121	3,668	86.2%
2023.06	6,408	5,408	189	5,597	87.3%
2023.07	6,164	5,147	181	5,328	86.4%
2023.08	6,937	5,731	286	6,017	86.7%
2023.09	7,766	6,423	294	6,717	86.5%
2023.10	2,100	1,556	86	1,642	78.2%
2023.11	922	690	30	720	78.1%
2023.12	4,591	3,688	158	3,846	83.8%
2024.01	538	404	14	418	77.7%
2024.02	2,498	2,020	88	2,108	84.4%
2024.03	13,721	10,660	990	11,650	84.9%
総計	**59,720**	**48,553**	**2,569**	**51,122**	**85.6%**

（参考）MCDBにおけるデータ化状況（R8.3.31時点）

令和6年度決算分
都道府県別 提出法人数

都道府県	登録法人数（R7.7.31）	提出法人数（R6決算）	提出率
北海道	2,631	2,272	86.4%
青森県	353	198	56.1%
岩手県	415	370	89.2%
宮城県	923	838	90.8%
秋田県	356	334	93.8%
山形県	463	445	96.1%
福島県	853	746	87.5%
茨城県	1,063	942	88.6%
栃木県	835	771	92.3%
群馬県	897	817	91.1%
埼玉県	2,862	2,345	81.9%
千葉県	2,357	1,869	79.3%
東京都	7,541	5,786	76.7%
神奈川県	3,881	3,307	85.2%
新潟県	926	795	85.9%
富山県	339	298	87.9%

都道府県	登録法人数（R7.7.31）	提出法人数（R6決算）	提出率
石川県	524	485	92.6%
福井県	341	348	102.1%
山梨県	278	239	86.0%
長野県	807	751	93.1%
岐阜県	773	744	96.2%
静岡県	1,536	1,370	89.2%
愛知県	2,553	2,236	87.6%
三重県	714	690	96.6%
滋賀県	561	532	94.8%
京都府	1,148	799	69.6%
大阪府	5,002	4,240	84.8%
兵庫県	2,637	2,421	91.8%
奈良県	552	363	65.8%
和歌山県	430	403	93.7%
鳥取県	311	292	93.9%
島根県	358	335	93.6%

都道府県	登録法人数（R7.7.31）	提出法人数（R6決算）	提出率
岡山県	1,011	921	91.1%
広島県	1,574	1,423	90.4%
山口県	769	721	93.8%
徳島県	565	555	98.2%
香川県	583	467	80.1%
愛媛県	902	972	107.8%
高知県	377	335	88.9%
福岡県	3,264	2,849	87.3%
佐賀県	490	455	92.9%
長崎県	870	783	90.0%
熊本県	1,118	1,044	93.4%
大分県	723	570	78.8%
宮崎県	633	527	83.3%
鹿児島県	1,070	872	81.5%
沖縄県	551	344	62.4%
総計	**59,720**	**51,219**	**85.8%**

（参考）MCDBにおけるデータ化状況（R8.3.31時点）

【施設単位】経営情報等

令和6年度決算分（件数）

○ 提出率 ： 75.2%
※ R7年3月末：70,743施設

決算月	WAMNET（G-MISを含む）		紙		計		
	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	計
2024.04	7	195	75	3,111	82	3,306	3,388
2024.05	10	216	82	3,477	92	3,693	3,785
2024.06	16	301	132	4,944	148	5,245	5,393
2024.07	16	289	105	4,751	121	5,040	5,161
2024.08	19	404	111	5,357	130	5,761	5,891
2024.09	30	416	187	6,128	217	6,544	6,761
2024.10	2	103	29	1,472	31	1,575	1,606
2024.11	7	57	18	714	25	771	796
2024.12	35	302	210	3,681	245	3,983	4,228
2025.01	-	40	11	373	11	413	424
2025.02	9	339	24	1,861	33	2,200	2,233
2025.03	1,548	2,553	2,086	7,338	3,634	9,891	13,525
総計	**1,699**	**5,215**	**3,070**	**43,207**	**4,769**	**48,422**	**53,191**

<参考> 医療施設動態調査（R7年3月末概数）

	病院	一般診療所	歯科診療所
	8,044	105,208	65,933
合計（70,743）	5,617	47,945	17,181

令和5年度決算分（件数）

○ 提出率 ： 47.7%
※ R6年3月末：69,716施設

決算月	WAMNET（G-MISを含む）		紙		計		
	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	計
報告制度開始前	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-
2023.08	15	305	111	5,104	126	5,409	5,535
2023.09	21	327	187	5,707	208	6,034	6,242
2023.10	1	90	36	1,392	37	1,482	1,519
2023.11	9	36	18	678	27	714	741
2023.12	34	305	213	3,381	247	3,686	3,933
2024.01	-	24	10	353	10	377	387
2024.02	3	95	26	1,993	29	2,088	2,117
2024.03	750	881	2,762	8,385	3,512	9,266	12,778
総計	**833**	**2,063**	**3,363**	**26,993**	**4,196**	**29,056**	**33,252**

<参考> 医療施設動態調査（R6年3月末概数）

	病院	一般診療所	歯科診療所
	8,097	105,280	66,825
合計（69,716）	5,644	47,223	16,849

第 65 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会

日時：令和８年５月 20 日(水)10:00～12:00
場所：厚生労働省　専用第 21 会議室(17 階)

議 事 次 第

１　開会

２　議題

（１） 令和９年度からの定期接種について

（２） 予防接種に用いる医薬品の範囲について（報告）

（３） その他

３ 閉会

資　料　１　令和９年度からの定期接種について
資　料　２　抗体製剤を予防接種法上の予防接種に用いる医薬品の一つに位置づけることに関する提言
資　料　３　抗体製剤を予防接種法上の予防接種に用いる医薬品の一つに位置づけることに関する提言　概要
参考資料１　これまでの議論の経緯

厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会

【委員】

池田　俊也（いけだ　しゅんや）	国際医療福祉大学　医学部　公衆衛生学　教授
磯部　哲（いそべ　てつ）	慶應義塾大学大学院法務研究科　教授
伊東　亜矢子（いとう　あやこ）	三宅坂総合法律事務所　弁護士
伊藤　定勉（いとう　さだむ）	全国町村会理事（滋賀県豊郷町長）
伊藤　澄信（いとう　すみのぶ）	順天堂大学医学部附属順天堂医院臨床研究・治験センター　センター長　特任教授
清山　知憲（きよやま　とものり）	宮崎県宮崎市　市長
小嶋　雅代（こじま　まさよ）	名古屋市健康福祉局担当局長（医務）
齋藤　嘉朗（さいとう　よしろう）	国立医薬品食品衛生研究所　所長
笹本　洋一（ささもと　よういち）	公益社団法人日本医師会　常任理事
佐藤　好美（さとう　よしみ）	産経新聞社　論説委員
白井　千香（しらい　ちか）	大阪府枚方市保健所　所長
鈴木　基（すずき　もとい）	国立健康危機管理研究機構　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（なかの　たかし）	川崎医科大学小児科学　特任教授
奈良　由美子（なら　ゆみこ）	放送大学教養学部　教授
福島　若葉（ふくしま　わかば）	大阪公立大学大学院医学研究科公衆衛生学　教授
本田　文子（ほんだ　あやこ）	一橋大学大学院経済学研究科・社会科学高等研究院　教授
宮﨑　義継（みやざき　よしつぐ）	国立健康危機管理研究機構　国立感染症研究所　副所長
森尾　友宏（もりお　ともひろ）	東京科学大学理事・副学長、高等研究府　特別教授
◎脇田　隆字（わきた　たかじ）	国立健康危機管理研究機構　副理事長

◎：分科会長　○：分科会長代理

【一般参考人】

永見　綾乃（ながみ　あやの）

第65回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会	資料 1
2026(令和８)年５月20日	

令和９年度からの定期接種について

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

本日の内容

テーマ	論点
【１】令和９年度からの定期接種について	（１）予防接種制度の変遷について
	（２）令和８年５月時点における「ワクチン・ギャップ」の状況
	（３）新たな予防接種の審議会における検討状況及び研究・開発状況
	（４）定期接種への導入に当たっての留意点
	（５）審議会における今後の方針

本日の内容

【１】令和９年度からの定期接種について

（１）予防接種制度の変遷について

（２）令和８年５月時点における「ワクチン・ギャップ」の状況

（３）新たな予防接種の審議会における検討状況及び研究・開発状況

（４）定期接種への導入に当たっての留意点

（５）審議会における今後の方針

予防接種制度と社会状況の変化

	社会状況	予防接種制度の主な変更
昭和23年 (1948)	●感染症の患者・死者が多数発生 ●感染症の流行がもたらす社会的損失防止が急務 ●**社会防衛の強力な推進**が必要	●痘そう、百日せき、腸チフス等12疾病を対象 ●**罰則付きの接種の義務付け**
昭和51年 (1976)	●感染症の患者・死者が減少 ●予防接種による**健康被害が社会問題化** ●腸チフス等について、予防接種以外の有効な予防手段が可能に	●腸チフス、パラチフス等を対象から除外し、風しん、麻しん、日本脳炎を追加 ●臨時の予防接種を一般臨時と緊急臨時に区分 ●**罰則なしの義務接種（緊急臨時を除く）** ●**健康被害救済制度**を創設
平成6年 (1994)	●感染症の患者・死者が激減 ●医療における個人の意思の尊重 ●**予防接種禍訴訟における司法判断**	●痘そう、コレラ、インフルエンザ、ワイル病を対象から削除し、破傷風を追加 ●**義務規定から努力義務規定へ** ●一般臨時の予防接種の廃止
平成13年 (2001)	●公衆衛生水準、医療水準は飛躍的に向上 ●インフルエンザ予防接種率の低下 ●高齢者における**インフルエンザの集団感染**や症状の重篤化が社会問題化	●高齢者のインフルエンザを追加（二類） ●**一類疾病**＝努力義務あり、接種勧奨 **二類疾病**＝努力義務なし（個人の判断による）
平成23年 (2011)	●平成21年に**新型インフルエンザ（A/H1N1）**発生 ●今後同様の事態に備え、緊急的な対応	●**新たな臨時接種の創設** ●接種勧奨規定の創設
平成25年 (2013)	●他の先進諸国との**「ワクチン・ギャップ」**の解消 ●予防接種制度についての幅広い見直し	●Hib感染症、小児の肺炎球菌感染症、ヒトパピローマウイルス感染症を追加（A類） ●**予防接種基本計画の策定** ●副反応報告制度の法定化
平成26年 (2014)	●更なる**「ワクチン・ギャップ」**の解消	●水痘（A類）、高齢者の肺炎球菌感染症（B類)を追加
平成28年 (2016)	●更なる**「ワクチン・ギャップ」**の解消	●B型肝炎（A類）を追加
令和２年 (2020)	●更なる**「ワクチン・ギャップ」**の解消 ●**新型コロナウイルス感染症**発生	●ロタウイルス（A類）を追加 ●**新型コロナウイルスワクチン**を**臨時接種**として実施
令和４年 (2022)	●自治体の接種記録管理において**電子化**が進展	●**予防接種事務のデジタル化**及び**予防接種データベース**の法定化
令和６年 (2024年)	●新型コロナウイルスが**感染症法上「５類」に移行**（令和５年）	●**新型コロナウイルス感染症**を**B類疾病**に追加
令和７年 (2025)	●新型コロナウイルス対応の経験等を踏まえ、新型インフルエンザ等対策政府行動計画を改定（令和５年）	●帯状疱疹（B類）を追加 ●**予防接種基本計画の改定**
令和８年 (2026年)	●更なる**「ワクチン・ギャップ」**の解消	●RSウイルス感染症（A類）を追加

ワクチン行政の概要（全体像）

第62回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会
予防接種基本方針部会
2024(令和６)年９月９日
資料1(改)

薬事行政

承認前

- **開発・治験**：○ 医薬品等の品質・有効性・安全性を確保するための臨床試験の方法等について規制
- **承認審査**：○ 医薬品医療機器総合機構が品質・有効性・安全性を審査 ○ 薬事審議会からの答申を受け、厚生労働大臣が承認
- **製造**：○ 品質確保の観点から、製造業、製造販売業を規制

承認後

- **販売規制**：○ 品質等の基準（生物学的製剤基準）の設定と国家検査による品質のダブルチェック ○ 医薬品等の流通経路（卸売販売業等）の規制等
- **市販後安全対策**：○ 副作用等の情報収集、安全対策の実施
- **監視指導**：○ 不良医薬品等の取締り 等
- **副作用被害救済**：○ 医薬品副作用被害救済制度等による給付

予防接種行政

定期接種化の検討

○ 伝染のおそれがある疾病の発生及びまん延を予防する予防接種については、**対象疾病の疾病負荷、予防接種の有効性、安全性、費用対効果等の観点から厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会等において評価・検討する**。定期接種の対象者等も含めて検討し、決定する。

定期接種の実施

○ 定期接種の実施主体は市区町村。費用も市町村が負担。
（地方交付税措置の他、経済的理由がある場合を除き、実費徴収が可能。）

○ 定期接種は主に集団予防や重篤な疾患の予防の観点に重点を置くＡ類疾病と、主に個人の発病や重症化予防に重点を置くＢ類疾病があり、疾病分類により公的関与等が異なっている。
- Ａ類疾病：対象者は定期接種を受ける努力義務 ○　市町村長の接種勧奨 ○
- Ｂ類疾病：対象者は定期接種を受ける努力義務 ×　市町村長の接種勧奨 ×

副反応疑い事例の収集・予防接種後健康被害救済

○ 医療機関等は予防接種による副反応疑いを知ったときは、(独)医薬品医療機器総合機構へ報告。

○ 厚生労働大臣は、報告の状況について審議会に報告し、必要に応じて予防接種の適正な実施のために必要な措置を講ずる。

○ 副反応疑い報告に係る情報の整理及び調査は(独)医薬品医療機器総合機構に委託可能。

○ 予防接種により健康被害が生じた場合には、医療費・医療手当、死亡した場合の補償（死亡一時金等）、障害年金等が支払われる。

※ その他、まん延予防上緊急の必要があるときに実施する臨時の予防接種や、予防接種の適正な実施に関する施策、予防接種の研究開発の推進及びワクチンの供給の確保に関する施策、予防接種の有効性及び安全性の向上に関する施策等を実施している。

※ また、予防接種施策の総合的かつ計画的な推進を図るため、**予防接種に関する基本的な計画**等を策定している。

本日の内容

【１】令和９年度からの定期接種について

（１）予防接種制度の変遷について

（２）令和８年５月時点における「ワクチン・ギャップ」の状況

（３）新たな予防接種の審議会における検討状況及び研究・開発状況

（４）定期接種への導入に当たっての留意点

（５）審議会における今後の方針

平成25年度以降に新たに定期接種に位置付けられた予防接種について

○　厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会により予防接種制度の見直しについて（第二次提言）（平成24年５月）が提出され、世界保健機関が推奨しているワクチンの一部が予防接種法の対象となっておらず、他の先進諸国と比べて公的に接種するワクチンの数が少ない等、いわゆる「ワクチン・ギャップ」が指摘された。

○　その後、**平成26年３月に予防接種に関する基本的な計画（厚生労働省告示第121号）を策定し「ワクチン・ギャップ」の解消を掲げて以降、複数のワクチンが定期接種化されている。**

導入年	新たに定期接種に位置付けられた予防接種
平成25年４月	・　ヒトパピローマウイルス感染症を予防接種法上のA類疾病に位置付け、沈降２価及び４価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを定期接種に用いるワクチンに位置付けた。 ・　Hib感染症を予防接種法上のA類疾病に位置付け、乾燥ヘモフィルスｂ型ワクチンを定期接種に用いるワクチンに位置付けた。 ・　小児の肺炎球菌感染症を予防接種法上のA類疾病に位置付け、沈降７価肺炎球菌結合型ワクチン（PCV７）を定期接種に用いるワクチンに位置付けた。
平成25年11月	・　小児の肺炎球菌感染症の定期接種に用いるワクチンを、沈降７価肺炎球菌結合型ワクチン（PCV７）から沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン（PCV13）に変更した。
平成26年10月	・　水痘を予防接種法上のA類疾病に位置付け、乾燥弱毒生水痘ワクチンを定期接種に用いるワクチンに位置付けた。 ・　高齢者の肺炎球菌感染症を予防接種法上のB類疾病に位置付け、23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン（PPSV23）を定期接種に用いるワクチンに位置付けた。
平成28年10月	・　B型肝炎を予防接種法上のA類疾病に位置付け、B型肝炎ワクチンを定期接種に用いるワクチンに位置付けた。
令和２年10月	・　ロタウイルス感染症を予防接種法上のA類疾病に位置付け、経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン及び五価経口弱毒生ロタウイルスワクチンを定期接種に用いるワクチンに位置付けた。
令和３年２月	・　新型コロナウイルス感染症に対する臨時接種を開始。
令和５年４月	・　ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種に用いるワクチンとして、新たに沈降９価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（９価HPVワクチン）を追加で位置付けた。
令和６年４月	・　新型コロナウイルス感染症を予防接種法上のB類疾病に位置付けた。 ・　小児の肺炎球菌感染症の定期接種に用いるワクチンを、沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン（PCV13）から沈降15価肺炎球菌結合型ワクチン（PCV15）に変更した。 ・　ジフテリア・百日せき・急性灰白髄炎(ポリオ)・破傷風・Hib感染症の定期接種に用いるワクチンとして、沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオヘモフィルスｂ型混合ワクチン（５種混合ワクチン）を新たに位置付けた。
令和６年９月	・　新型コロナウイルス感染症の定期接種に用いるワクチンとして、コロナウイルス（SARS-CoV-2）RNAワクチン及びコロナウイルス（SARS-CoV-2）ワクチンを位置づけた。 ・　小児の肺炎球菌感染症の定期接種に用いるワクチンとして、新たに沈降20価肺炎球菌ワクチン（PCV20）を追加で位置付けた。
令和７年４月	・　帯状疱疹を予防接種法上のB類疾病に位置付け、乾燥組換え帯状疱疹ワクチン及び乾燥弱毒生水痘ワクチンを定期接種に用いるワクチンに位置付けた。
令和８年４月	・　RSウイルス感染症を予防接種法上のA類疾病に位置付け、組換えRSウイルスワクチン(ただし、妊婦への能動免疫により出生した児のRSウイルス感染の予防に寄与するワクチンに限る。）（RSウイルス母子免疫ワクチン）を定期接種に用いるワクチンに位置付けた。 ・　高齢者の肺炎球菌感染症の定期接種に用いるワクチンを、23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン（PPSV23）から沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン（PCV20）に変更した。

WHO推奨予防接種と世界の小児等に対する公的予防接種実施状況
（「ワクチン・ギャップ」の解消）

○　令和８年５月現在、「ワクチンギャップ」はほぼ解消されており、残るムンプス（おたふくかぜ）のワクチンについては、新たなMMRワクチンが令和８年５月に薬事承認されたところ。

WHO推奨予防接種[注1]	日本における定期接種		英国	米国	ドイツ	フランス	イタリア	カナダ
	平成24年度時点[注2]	令和８年５月現在						
全ての地域に向けて推奨								
RSウイルス感染症　（小児）(2025年追加)[注3]	×	○	○	○	○	○	○	○
ＢＣＧ（結核）	○	○	△	○	×	△	×	×
B型肝炎	×	○	○	○	○	○	○	○
ポリオ	○	○	○	○	○	○	○	○
ＤＴＰ含有ワクチン (D：ジフテリア・T：破傷風・P：百日せき)	○	○	○	○	○	○	○	○
Ｈｉｂ（インフルエンザ菌b型）	×	○	○	○	○	○	○	○
肺炎球菌（小児）	×	○	○	○	○	○	○	○
ロタ	×	○	○	○	○	○	○	○
麻しん	○	○	○	○	○	○	○	○
風しん	○	○	○	○	○	○	○	○
HPV	×	○	○	○	○	○	○	○
限定された地域に向けて推奨								
日本脳炎	○	○	×	×	×	×	×	×
国ごとの予防接種計画に基づいて実施するよう推奨								
ムンプス（おたふくかぜ）	×	※	○	○	○	○	○	○
水痘	×	○	○	○	○	△	○	○
季節性インフルエンザ[注4]	○	○	○	△	○	○	○	○

○：公的予防接種として実施 (日本においては定期接種)　　×：未実施（評価中）　　△：ハイリスク者等のみ

接種年齢や回数については厳密にWHO推奨のプログラムに合致するかは問わず、あくまで公的予防接種として実施している場合に○とした。

注１：WHO Summary of WHO Position Papers - Recommendations for Routine Immunizationより引用。
注２：いわゆる「ワクチン・ギャップ」について指摘された、予防接種制度の見直しについて（第二次提言）（平成24年５月23日）の作成時点。
注３：妊婦に対する組換えRSウイルスワクチン又は乳児に対する抗RSウイルスヒト化モノクローナル抗体製剤のいずれかを公的予防接種として実施している場合に○と記載している。
注４：米国、カナダは全年齢。英国、フランス、イタリアは子どもと高齢者。他国は高齢者のみ。
※　乾燥弱毒生麻しんおたふくかぜ風しん混合ワクチンが令和８年５月に薬事承認された。

（参考）令和８年５月現在の予防接種法上の定期接種に用いるワクチンについて

○　令和８年５月現在の予防接種法上の定期接種に用いるワクチン及びそのワクチンが予防接種法上の定期接種に用いるワクチンとして位置づけられた年月日は以下のとおり。

	対象疾病	定期接種に用いるワクチン（追加年月日）
A類疾病	B型肝炎	組換え沈降B型肝炎ワクチン（平成28年10月）
	ロタウイルス感染症	経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン（令和２年10月） ５価経口弱毒生ロタウイルスワクチン（令和２年10月）
	小児の肺炎球菌感染症	沈降15価肺炎球菌結合型ワクチン（PCV15）（令和６年４月） 沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン（PCV20）（令和６年10月）
	ジフテリア・百日せき 急性灰白髄炎（ポリオ） 破傷風・Ｈｉｂ感染症	沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオヘモフィルスｂ型混合ワクチン（５種混合ワクチン）(令和６年４月) 沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチン（４種混合ワクチン）（平成24年11月） 沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン（３種混合ワクチン）（平成20年４月） 沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド（DTトキソイド）（平成６年10月） 不活化ポリオワクチン（平成24年11月） 乾燥ヘモフィルスｂ型ワクチン（Hibワクチン）（平成25年４月）
	結核（ＢＣＧ）	経皮接種用乾燥ＢＣＧワクチン（昭和42年４月）※１
	麻しん・風しん	乾燥弱毒生麻しんワクチン（平成18年６月） 乾燥弱毒生風しんワクチン（昭和52年８月） 乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン（平成18年４月）
	水　痘	乾燥弱毒生水痘ワクチン（平成26年10月）
	日本脳炎	乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン（平成21年６月）
	ヒトパピローマウイルス感染症	沈降９価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（９価HPVワクチン）（令和５年４月）
	RSウイルス感染症	組換えRSウイルスワクチン(ただし、妊婦への能動免疫により出生した児のRSウイルス感染の予防に寄与するワクチンに限る。) (令和8年4月)
B類疾病	インフルエンザ	インフルエンザHAワクチン（平成13年11月）※２
	新型コロナウイルス感染症	コロナウイルス (SARS-CoV-2) RNAワクチン（令和６年９月） コロナウイルス (SARS-CoV-2) ワクチン（令和６年９月）
	高齢者の肺炎球菌感染症	沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン（PCV20）（令和８年４月）
	帯状疱疹	乾燥組換え帯状疱疹ワクチン（令和７年４月） 乾燥弱毒生水痘ワクチン（令和７年４月）

※１　経皮接種用乾燥ＢＣＧワクチンの追加年月日は結核予防法施行規則（昭和26年厚生省令第26号）に追加された年月を示している。
※２　高用量インフルエンザHAワクチンを令和８年度から定期接種化する方針について第64回予防接種・ワクチン分科会において了承されたが、令和８年５月現在では本件に係る予防接種法政省令の諮問を行っていないため、ここでは記載していない。

（参考）令和８年５月現在の予防接種法上の定期接種の対象者等について

○　令和８年５月現在の予防接種法上の定期接種の対象者及びそれらの対象者が予防接種法上の定期接種の対象者として位置づけられた年月日は以下のとおり。

	対象疾病	定期接種の対象者（最終変更年月日）
A類疾病	B型肝炎	１歳に至るまでの者（平成28年10月）
	ロタウイルス感染症	１価：生後６週から生後24週に至るまでのもの（令和２年10月） ５価：生後６週から生後32週に至るまでのもの（令和２年10月）
	小児の肺炎球菌感染症	生後２月から生後60月に至るまでの間にある者（平成25年４月）
	ジフテリア・百日せき 急性灰白髄炎（ポリオ） 破傷風・Ｈｉｂ感染症	生後２月から生後90月に至るまでの間にある者（令和６年４月） 11歳以上13歳未満の者（ジフテリア・破傷風）（平成６年10月）
	結核（ＢＣＧ）	１歳に至るまでのもの（平成28年10月）
	麻しん・風しん	生後12月から生後24月に至るまでの間にある者（平成18年４月） ５歳以上７歳未満の者であって、小学校就学の始期に達する日の１年前の日から当該始期に達する日の前日までの間にある者（平成18年４月）
	水　痘	生後12月から生後36月に至るまでの間にある者（平成26年10月）
	日本脳炎	生後６月から生後90月に至るまでの間にある者（平成６年10月） ９歳以上13歳未満の者（平成６年10月）
	ヒトパピローマウイルス感染症	12歳となる日の属する年度の初日から16歳となる日の属する年度の末日までの間にある女子（平成25年４月）
	RSウイルス感染症	妊娠28週から37週に至るまで（令和８年４月）
B類疾病	インフルエンザ	65歳以上の者（平成13年11月）※１ 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能の障害又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有するものとして厚生労働省令で定めるもの（平成13年11月）
	新型コロナウイルス感染症	65歳以上の者等（令和６年４月） 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能の障害又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有するものとして厚生労働省令で定めるもの（令和６年４月）
	高齢者の肺炎球菌感染症	65歳以上の者等（平成26年10月） 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能の障害又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有するものとして厚生労働省令で定めるもの（平成26年10月）
	帯状疱疹	65歳の者等（令和７年４月） 65, 70, 75, 80, 85, 90, 95, 100歳となる日の属する年度の初日から当該年度の末日までの間にある者（令和７年４月）

392

※１　高用量インフルエンザHAワクチンを75歳以上の者に対して令和８年度から定期接種化する方針について第64回予防接種・ワクチン分科会において了承されたが、令和８年５月現在では、本件に係る予防接種法関係政省令の諮問を行っていないため、ここでは記載していない。

予防接種に関する基本的な計画における「ワクチン・ギャップ」についての記載

○　予防接種に関する基本的な計画（平成26年３月厚生労働省告示第121号）における記載では、平成26年当時の予防接種行政の大きな課題であった、いわゆる「ワクチン・ギャップ」について、直近の改正（令和７年３月）においては、「概ね解消してきた」とされたところ。

予防接種に関する基本的な計画（平成26年３月厚生労働省告示第121号）（一部抜粋）

○　予防接種に関する基本的な計画（平成26年３月厚生労働省告示第121号）が策定された当時、いわゆる「ワクチン・ギャップ」に対して以下のとおり記載されている。

二　ワクチン・ギャップの解消

我が国では、予防接種の副反応による健康被害の問題を背景に予防接種行政に慎重な対応が求められてきた経緯から、いわゆる「ワクチン・ギャップ」の問題が生じているところである。

厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会等において、「広く接種を促進していくことが望ましい」とされた七つの疾病のうち、平成二十五年度からＨｉｂ感染症、小児の肺炎球菌感染症及びヒトパピローマウイルス感染症の三疾病が定期の予防接種に位置付けられたが、それら以外の水痘、おたふくかぜ、Ｂ型肝炎及び成人の肺炎球菌感染症の四疾病については、国は、ワクチンの供給、予防接種の実施体制の確保及び必要となる財源の捻出方法等の検討を行った上で、関係者の理解を得るとともに、副反応も含めた予防接種施策に対する国民の理解を前提に、必要な措置を講じる必要がある。

また、国は、ロタウイルス感染症についても、「予防接種制度の見直しについて」（平成二十四年五月二十三日付け厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会第二次提言）において科学的評価について言及されていること等を踏まえ、四疾病と同様に、必要な措置を講じる必要がある。

さらに、新規のワクチンについては、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律上の手続きを経て製造販売承認が行われた際には、国は、速やかに、当該ワクチンの法上の位置付けについて分科会等の意見を聴いた上で検討し、必要な措置を講じるよう努める。

予防接種に関する基本的な計画（令和７年３月31日最終改正）（一部抜粋）

○　予防接種に関する基本的な計画を令和７年３月に改正を行い、いわゆる「ワクチン・ギャップ」に関して以下のとおり記載された。

本計画が制定された平成二十六年度当時、予防接種行政の大きな課題は世界保健機関（以下「ＷＨＯ」という。）が推奨しているワクチンの一部が法の対象となっておらず、他の先進諸国と比べて公的に接種プログラムの対象となるワクチンの数が少ない等、いわゆる「ワクチン・ギャップ」が生じていたことであり、それに対する対応を掲げてきた。その後、水痘、高齢者に対する肺炎球菌感染症、Ｂ型肝炎やロタウイルス感染症、新型コロナウイルス感染症を定期の予防接種の対象疾病として追加するなど、「ワクチン・ギャップ」の解消に努め、概ね解消してきたところである。

本日の内容

【１】令和９年度からの定期接種について

（１）予防接種制度の変遷について

（２）令和８年５月時点における「ワクチン・ギャップ」の状況

（３）新たな予防接種の審議会における検討状況及び研究・開発状況

（４）定期接種への導入に当たっての留意点

（５）審議会における今後の方針

広く接種を促進する疾病・ワクチンに関する検討の進め方について

国は、予防接種施策の推進の科学的根拠として、ワクチンの有効性、安全性及び費用対効果に関するデータ並びに学術論文等について可能な限りJIHSと連携して収集を行い、客観的で信頼性の高い最新の科学的知見に基づき、厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会及び同分科会に設置された三つの部会（以下「分科会等」という。）で審議を行い、意見を聴いた上で、標準化された透明性のあるプロセスにおいて、予防接種施策に関する評価及び検討を行う。（略）また、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律上の製造販売承認は得ているが、定期の予防接種に位置付けられていないワクチンについても、分科会等の意見を聴いた上で、定期の予防接種に位置付けることについて評価及び検討を行う。【予防接種に関する基本的な計画　第一より】

基本的な検討の進め方

ワクチン評価に関する小委員会

1．　予防接種法の対象となる疾病・ワクチンのあり方について、評価項目や評価の方法等を含めた医学的・科学的な視点から議論を行うとともに、各疾病・ワクチンについて、予防接種法の定期接種に位置付けるかどうかの考え方の整理。

2．　提出されたファクトシートを下に、専門的知見を有する参考人を招聘して協力を得つつ、基本方針部会に提出する報告書の作成に必要な論点及び追加作業等を整理しながら作業を進める。

ファクトシート作成後はできるだけ速やかにワクチン評価に関する小委員会を開催

（⑤ 報告）

（追加の必要があれば）事務局等において科学的知見の収集

（④ 提案・指示）

協力

研究班等

① 論点整理等

③ 報告

・　広く接種を促進することの是非について検討を行う。
・　評価、検討に必要な具体的な論点や科学的知見の収集方針について、ワクチン評価に関する小委員会が可能な限り具体的な指示。

⑥ 小委員会報告

予防接種・ワクチン分科会予防接種基本方針部会

☆　予防接種法の規定により審議会の権限に属せられた事項を処理。
☆　予防接種及びワクチンに関する重要事項を調査審議。

⑦ 基本方針部会決定

予防接種・ワクチン分科会

☆　予防接種及びワクチンに関する重要事項を調査審議。

⑧ 分科会決定

国立健康危機管理研究機構（JIHS）にファクトシートの作成依頼

②依頼

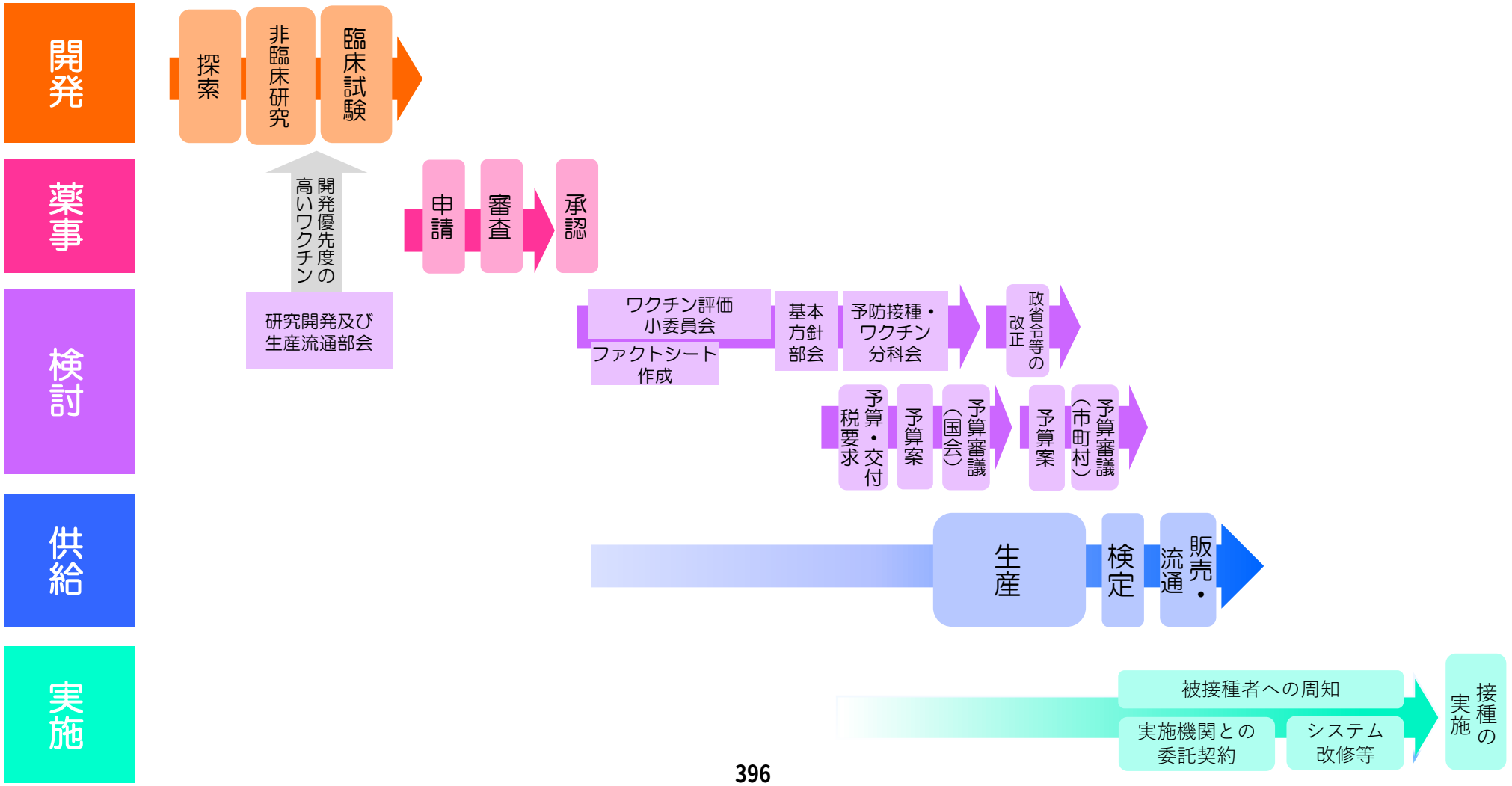
国立健康危機管理研究機構（JIHS）等において６カ月を目処に作成

任意接種として疫学情報等を引き続き収集

広く接種を促進することが望ましいことの決定

予防接種の定期接種化までのプロセス（全体像）

現在は主に、予防接種法の対象疾病に加えられておらず、新たに薬事承認される予防接種を前提に、薬事承認後に定期接種化のために必要な情報の収集及び検討をはじめるプロセスになっている。



396

※主なプロセスを記載したもの。また、図中では左右に記載されていても、状況に応じ並行して行われる場合もある。

定期接種化について検討している予防接種の主な検討状況（令和８年５月時点）

○　令和８年５月時点の、審議会において定期接種化を検討している予防接種の主な検討状況は以下のとおり。
○　令和７年度に引き続き、複数の予防接種の定期接種化について審議会において同時に検討を行っている状況。

予防接種	現在の主な検討状況
おたふくかぜワクチン	● 令和８年５月にMMRワクチンが薬事承認された。 ● 第26回ワクチン小委（令和６年６月20日）において国立感染症研究所に対してファクトシートの追記や修正を依頼し、完成したファクトシートを踏まえて改めて議論を行うこととしている。
高齢者に対する肺炎球菌ワクチン（PCV21）	● PCV21が令和７年８月に高齢者に対して薬事承認された。 ● 第33回ワクチン小委（令和８年２月26日）において、高齢者の肺炎球菌感染症のファクトシートの追記や修正を依頼しており、完成したファクトシートを踏まえて改めて議論を行うこととしている。
RSV抗体製剤（新生児・乳児）	● 令和６年３月に重症化リスクの高い児及び生後初回のRSV流行期のすべての新生児及び乳幼児等に対して薬事承認された。 ● 令和８年１月の基本方針部会において、抗体製剤を予防接種法上の予防接種に用いる医薬品の一つに位置づけることについての議論が開始され、令和８年４月の基本方針部会において、提言がとりまとめられた。
HPVワクチンの男性への接種	● 令和７年７月に９価HPVワクチンの男性の肛門癌及びその前駆病変、尖圭コンジローマに対する効能又は効果が承認された。 ● 第31回ワクチン小委（令和７年９月）において、HPVワクチンの男性接種に係る費用対効果については、公的医療の立場からの分析を基本としつつ、公的医療の立場からの費用対効果の評価に含まれないHPVワクチンの男性接種による費用や効果等については、今後の定期接種化にかかる検討過程において、必要に応じて議論を行うこととする。また、ヒトパピローマウイルス(HPV)ワクチンファクトシート追補版作成時にHPVワクチンの男性接種の費用対効果について検討したモデルをより精緻なものとするために必要なエビデンスや、ダイナミックモデルを構築するために必要な信頼性の高い国内データについて情報収集を行うこととするとされた。 ● 令和６年３月にヒトパピローマウイルス(HPV)ワクチンファクトシート追補版を作成している。
造血幹細胞移植後の予防接種	● 平成28年の地方分権改革提案時に、長岡市等から要望があったこと等を踏まえ、第24回基本方針部会（平成30年10月）や第37回基本方針部会（令和元年１月）において議論を行っている。

（参考）ワクチン開発における主なパイプラインリスト（2026年3月時点）

対象又は対象疾患	対象年齢層	開発フェーズ	モダリティ
・水痘	小児	海外P3（1）	生ワクチン（1）
・麻しん・風しん、おたふく風邪	小児	国内承認申請中（1）	生ワクチン（1）
・麻しん・風しん・おたふく風邪・水痘	小児	海外P2（1）	生ワクチン（1）
・百日せき・ジフテリア・破傷風	小児、成人（妊婦を含む）、高齢者	国内P3（1）	トキソイド、無細胞百日咳成分（1）
・百日せき・ジフテリア・破傷風菌・ポリオ	小児	国内P2（1）	不活化ワクチン（1）
・百日せき・ジフテリア・破傷風菌・ポリオ・インフルエンザ菌b型・B型肝炎ウイルスによる感染症	小児	国内P3（1）	不活化ワクチン（1）
・RSV感染症	小児、成人（ハイリスク）	国内承認申請中（2） 海外P1（1） 海外P2（1） 国際共同P2（1） 国内P3（1） 国際共同P3（1）	mRNAワクチン（2） 組換えタンパクワクチン（3） 抗体製剤（1）
・RSV・hMPV感染症	成人	海外P1（2）、海外P1/2（1）	mRNAワクチン（2） 組換えタンパクワクチン（1）
・RSV・hMPV・PIV3感染症	成人	海外P1（2）	mRNAワクチン（1） 組換えタンパクワクチン（1）
・B群髄膜炎菌感染症	小児	海外P3（1）	組換えタンパクワクチン（1）
・肺炎球菌	小児（ハイリスク）、成人、N/A	海外P1（1） 海外P2（1） 国内承認申請中（1）	不活化ワクチン（3）
・インフルエンザ（季節性、H5N1、新型コロナ混合等）	小児、成人、高齢者、N/A	海外P1（4） 海外P2（4） 国内P2（1） 国内P3（2） 海外P3（2）	mRNAワクチン（9） 不活化ワクチン（4）
・新型コロナウイルス感染症	小児、成人、高齢者	海外P2（1） 国内P1（1） 国内承認申請中（2） 国内P3（3）	mRNA（3） 組換えタンパクワクチン（3） 不活化ワクチン（1）

注）各社へのヒアリングに基づき予防接種課にて作成

（ ）に示す数字は開発を行うパイプライン数

（参考）ワクチン開発における主なパイプラインリスト（2026年3月時点）

対象又は対象疾患	対象年齢層	開発フェーズ	モダリティ
・HPV	小児	国際共同P3（1）	組換えタンパクワクチン（1）
・サルモネラ感染症・腸チフス	成人	海外P2（1）	不活化ワクチン（1）
・大腸菌による尿路感染症	成人、高齢者	海外P2（1）	組換えタンパクワクチン（1）
・クロストリジウム・ディフィシル感染症	N/A	国際共同P3（1）	組換えタンパクワクチン（1）
・ライム病	N/A 成人	海外P3（1） 海外P2（2）	組換えタンパクワクチン（1） mRNAワクチン（2）
・B群溶血性連鎖球菌感染症	成人（妊婦）	国際共同P3（1）	不活化ワクチン（1）
・クラミジア	小児、成人	海外P1（1）	mRNAワクチン（1）
・サイトメガロウイルス	成人（ハイリスク）	海外P2（1）	mRNAワクチン（1）
・ノロウイルス	成人	海外P2（1） 国際共同P3（1）	mRNAワクチン（2）
・デング熱	小児、成人	海外P2（1） 海外P3（1） 海外承認済み、国内P3（1）	生ワクチン（3）
・A群溶血性連鎖球菌感染症	小児・成人	海外P1（1）	組換えタンパクワクチン（1）
・黄熱	小児、成人	国内P3（1）	生ワクチン（1）
・EBウイルス	成人	海外P2（2）	mRNAワクチン（2）
・エムポックス	成人	海外P2（1）	mRNAワクチン（1）
・ヒト免疫不全ウイルス	成人	海外P1（1）	mRNAワクチン（1）
・ニパウイルス	成人	海外P1（1）	mRNAワクチン（1）

注）各社へのヒアリングに基づき予防接種課にて作成

（ ）に示す数字は開発を行うパイプライン数

開発優先度の高いワクチンとされていたワクチンの定期接種への導入状況（2026年５月時点）

○　現に我が国に存在する疾患に対し、疾病負荷の軽減が図れる、公衆衛生上必要性の高いワクチン開発を推進することを目的として、平成26年に「開発優先度の高いワクチン」を選定した。
○　「開発優先度の高いワクチン」に指定されたワクチンのうち、帯状疱疹ワクチン、百日せき・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ混合（DPT-IPV）ワクチンを含む混合ワクチン、RSVワクチンは既に定期接種に導入された。

分類	定期接種への導入状況
帯状疱疹ワクチン	令和７年度に帯状疱疹ワクチン（生ワクチン・組換えワクチン）を定期接種に導入
百日せき・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ混合（ＤＰＴ-ＩＰＶ）ワクチンを含む混合ワクチン	令和６年度に５種混合ワクチンを定期接種に導入
経鼻投与ワクチン等の改良されたインフルエンザワクチン	令和８年度より高用量インフルエンザHAワクチンを定期接種に導入の方針
RSVワクチン	令和８年度にRSウイルス母子免疫ワクチンを定期接種に導入
麻しん・風しん混合（ＭＲ）ワクチンを含む混合ワクチン	ー
ノロウイルスワクチン	ー

（参考）令和７年度に見直した開発優先度の高いワクチンについて

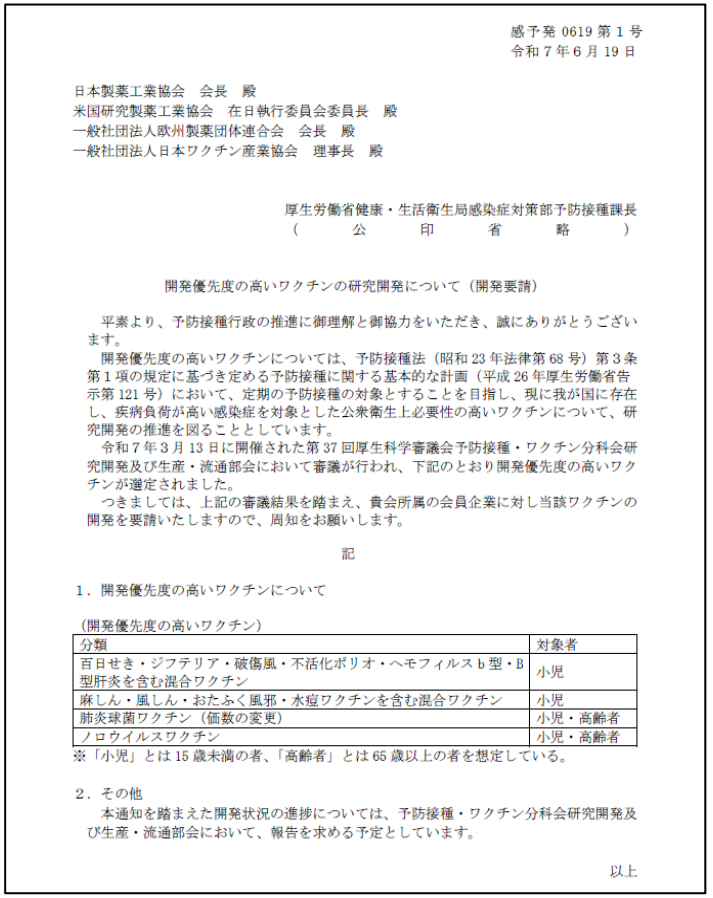
決定事項

○ 開発優先度の高いワクチンについて、選定の目的および評価等を踏まえ、下記の表に示すワクチンに決定した。

○ 令和７年３月13日に開催された第37回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会研究開発及び生産・流通部会における審議結果を踏まえ、ワクチン４団体※に対し開発要請に係る通知を令和７年６月19日に発出した。

※ 日本製薬工業協会、米国研究製薬工業協会、欧州製薬団体連合会、一般社団法人日本ワクチン産業協会

分類	対象者
百日せき・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ・ヘモフィルスb型・B型肝炎を含む混合ワクチン	小児
麻しん・風しん・おたふく風邪・水痘ワクチンを含む混合ワクチン	小児
肺炎球菌ワクチン（価数の変更）	小児・高齢者
ノロウイルスワクチン	小児・高齢者



感予発 0619 第１号
令和７年６月 19 日

日本製薬工業協会　会長　殿
米国研究製薬工業協会　在日執行委員会委員長　殿
一般社団法人欧州製薬団体連合会　会長　殿
一般社団法人日本ワクチン産業協会　理事長　殿

厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部予防接種課長
（　　公　　印　　省　　略　　）

開発優先度の高いワクチンの研究開発について（開発要請）

平素より、予防接種行政の推進に御理解と御協力をいただき、誠にありがとうございます。
開発優先度の高いワクチンについては、予防接種法（昭和 23 年法律第 68 号）第３条第１項の規定に基づき定める予防接種に関する基本的な計画（平成 26 年厚生労働省告示第 121 号）において、定期の予防接種の対象とすることを目指し、現に我が国に存在し、疾病負荷が高い感染症を対象とした公衆衛生上必要性の高いワクチンについて、研究開発の推進を図ることとしています。
令和７年３月 13 日に開催された第 37 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会研究開発及び生産・流通部会において審議が行われ、下記のとおり開発優先度の高いワクチンが選定されました。
つきましては、上記の審議結果を踏まえ、貴会所属の会員企業に対し当該ワクチンの開発を要請いたしますので、周知をお願いします。

記

１．開発優先度の高いワクチンについて

（開発優先度の高いワクチン）

分類	対象者
百日せき・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ・ヘモフィルスｂ型・Ｂ型肝炎を含む混合ワクチン	小児
麻しん・風しん・おたふく風邪・水痘ワクチンを含む混合ワクチン	小児
肺炎球菌ワクチン（価数の変更）	小児・高齢者
ノロウイルスワクチン	小児・高齢者

※「小児」とは 15 歳未満の者、「高齢者」とは 65 歳以上の者を想定している。

２．その他
本通知を踏まえた開発状況の進捗については、予防接種・ワクチン分科会研究開発及び生産・流通部会において、報告を求める予定としています。

以上

401

これまでの議論のまとめ（小括）

○　WHOが推奨し、諸外国において導入されているが、日本において定期接種となっていない、いわゆる「ワクチン・ギャップ」への対応として、複数の予防接種が定期接種化され、概ね解消している。
○　現在、複数の予防接種の定期接種化について審議会において同時に検討を行っている。また、複数の予防接種の研究・開発が進められており、今後も新たに定期接種化についての議論を行う予防接種が複数出てくることが想定される。
○　令和9年度以降の定期接種化の議論の進め方について、このような現状を踏まえた検討が必要。

まとめ

【令和８年５月時点における「ワクチン・ギャップ」の状況】

・　厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会により予防接種制度の見直しについて（第二次提言）（平成24年５月）が提出され、世界保健機関が推奨しているワクチンの一部が予防接種法の対象となっておらず、他の先進諸国と比べて公的に接種するワクチンの数が少ない等、いわゆる「ワクチン・ギャップ」が指摘された。
・　その後、平成26年３月に予防接種に関する基本的な計画（厚生労働省告示第121号）を策定し「ワクチン・ギャップ」の解消を掲げて以降、複数のワクチンが定期接種化され、概ね解消している。
・　残るムンプス（おたふくかぜ）のワクチンについては、審議会において定期接種化に関する議論が行われており、今般、新たなMMRワクチンが令和８年５月に薬事承認されたところ。

【新たな予防接種の審議会における検討状況及び研究・開発状況】

・　現在、おたふくかぜワクチン、高齢者に対する肺炎球菌結合型ワクチン、RSV抗体製剤、HPVワクチンの男性接種、造血幹細胞移植後の予防接種等、複数の予防接種の定期接種化について審議会において同時に検討を行っている。
・　また、複数の予防接種の研究・開発が進められており、今後も新たに定期接種化についての議論を行う必要がある予防接種が複数出てくることが想定される。
・　今後の予防接種制度全体の見直しにあたっては、このような状況も踏まえて検討が行われていくことが想定されるが、制度全体の見直しの議論に先立ち、まずは令和9年度以降の定期接種化の議論の進め方について、現状を踏まえた検討が必要。

本日の内容

【１】令和９年度からの定期接種について

（１）予防接種制度の変遷について
（２）令和８年５月時点における「ワクチン・ギャップ」の状況
（３）新たな予防接種の審議会における検討状況及び研究・開発状況
（４）定期接種への導入に当たっての留意点
（５）審議会における今後の方針

予防接種に関する基本的な計画（平成26年３月厚生労働省告示第121号、令和７年３月31日最終改正）

第１　予防接種に関する施策の基本的理念

○　「予防接種・ワクチンで防げる疾病は予防すること」を我が国の予防接種施策の基本的な理念とする。
○　予防接種の有効性、安全性及び費用対効果に関するデータ等について標準化された透明性のあるプロセスにおいて、評価及び検討を行う。

第２　国、地方公共団体その他関係者の予防接種に関する役割分担に関する事項

○　定期接種の適正かつ効率的な実施、予防接種に係る間違いの発生防止、副反応疑い報告制度、予防接種健康被害救済制度等の観点から、国、都道府県、市町村、医療関係者、製造販売業者、その他関係者がそれぞれの役割を担い連携する。

第３　予防接種に関する施策の総合的かつ計画的な推進に係る目標に関する事項

○　デジタル化の推進による事務の効率化、接種率の迅速な把握等を行う。
○　定期接種の接種率の向上のための取組を進める。
○　科学的知見をベースに、国民の理解促進に資する情報を発信する。

第４　予防接種の適正な実施に関する施策を推進するための基本的事項

○　ワクチン費用や委託費の「見える化」のため、定期的に調査する。
○　新型コロナの経験を踏まえ、予防接種健康被害救済制度の体制強化・審査手続きの迅速化を行う。
○　予防接種記録の管理の効率化、予防接種歴の保存期間の延長を行う。

第５　予防接種の研究開発の推進及びワクチンの供給の確保に関する施策を推進するための基本的事項

○　公衆衛生上、開発優先度の高いワクチンを定期接種の対象とすることを目指し、研究開発を推進する。
○　危機管理の観点から、ワクチンを国内で製造できる体制を確保する。
○　平時から、製造販売業者等と連携し、短期間の需要の増加等による供給への影響の低減に向けた取組を行う。

第６　予防接種の有効性及び安全性の向上に関する施策を推進するための基本的事項

○　副反応疑い報告制度・科学的データの収集及び解析を行う。
　・　国は関係者との連携の下、副反応疑い報告の確実な実施
　・　電子化の推進や、NDB等によるレセプトデータ等との連結により、詳細な分析等を実施
○　予防接種関係者の資質向上

第７　予防接種に関する国際的な連携に関する事項

○　ＷＨＯ等との連携を強化する。
○　国内外の病原体動向、諸外国の予防接種制度の動向等を把握する。

第８　その他予防接種に関する施策の総合的かつ計画的な推進に関する重要事項

○　予防接種がライフステージ全般にわたる健康維持と疾病予防へと拡大しており、各自の健康状態等に応じた施策を検討する。
○　抗体製剤等の開発等、予防接種を取り巻く状況の変化を踏まえた施策の在り方を検討する。

○　今後の予防接種に関する中期的なビジョンを示すものである、**予防接種に関する基本的な計画においては、「予防接種・ワクチンで防げる疾病は予防すること」を我が国の予防接種施策の基本的な理念とした上で、予防接種行政の実施にあたって考慮が必要な様々な観点が示されており、新たな予防接種を定期接種に導入するにあたっても、これらを念頭においた検討が必要。**

ワクチン行政の概要（全体像）

第62回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会
予　防　接　種　基　本　方　針　部　会
2024(令和６)年９月９日
資料1(改)

薬事行政

承認前

- **開発・治験**：○ 医薬品等の品質・有効性・安全性を確保するための臨床試験の方法等について規制
- **承認審査**：○ 医薬品医療機器総合機構が品質・有効性・安全性を審査 ○ 薬事審議会からの答申を受け、厚生労働大臣が承認
- **製造**：○ 品質確保の観点から、製造業、製造販売業を規制

承認後

- **販売規制**：○ 品質等の基準（生物学的製剤基準）の設定と国家検査による品質のダブルチェック ○ 医薬品等の流通経路（卸売販売業等）の規制等
- **市販後安全対策**：○ 副作用等の情報収集、安全対策の実施
- **監視指導**：○ 不良医薬品等の取締り 等
- **副作用被害救済**：○ 医薬品副作用被害救済制度等による給付

予防接種行政

定期接種化の検討

○　伝染のおそれがある疾病の発生及びまん延を予防する予防接種については、**対象疾病の疾病負荷、予防接種の有効性、安全性、費用対効果等の観点から厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会等において評価・検討する**。定期接種の対象者等も含めて検討し、決定する。

定期接種の実施

○　定期接種の実施主体は市区町村。費用も市町村が負担。
（地方交付税措置の他、経済的理由がある場合を除き、実費徴収が可能。）

○　定期接種は主に集団予防や重篤な疾患の予防の観点に重点を置くＡ類疾病と、主に個人の発病や重症化予防に重点を置くＢ類疾病があり、疾病分類により公的関与等が異なっている。
- Ａ類疾病：対象者は定期接種を受ける努力義務 ○　市町村長の接種勧奨 ○
- Ｂ類疾病：対象者は定期接種を受ける努力義務 ×　市町村長の接種勧奨 ×

副反応疑い事例の収集・予防接種後健康被害救済

○　医療機関等は予防接種による副反応疑いを知ったときは、(独)医薬品医療機器総合機構へ報告。
○　厚生労働大臣は、報告の状況について審議会に報告し、必要に応じて予防接種の適正な実施のために必要な措置を講ずる。
○　副反応疑い報告に係る情報の整理及び調査は(独)医薬品医療機器総合機構に委託可能。
○　予防接種により健康被害が生じた場合には、医療費・医療手当、死亡した場合の補償（死亡一時金等）、障害年金等が支払われる。

※　その他、まん延予防上緊急の必要があるときに実施する臨時の予防接種や、予防接種の適正な実施に関する施策、予防接種の研究開発の推進及びワクチンの供給の確保に関する施策、予防接種の有効性及び安全性の向上に関する施策等を実施している。

※　また、予防接種施策の総合的かつ計画的な推進を図るため、**予防接種に関する基本的な計画**等を策定している。

定期接種の決定と実施の関係について

○　定期接種化を行う予防接種の選定やその対象者等については、厚生科学審議会の意見を聴いた上で国が行うこととされている一方で、予防接種法に基づく定期接種の実施主体は市町村とされている。また、定期接種に要する費用は市町村が負担することとされている。

○　このため、定期接種の拡大や新たな予防接種の導入にあたっては、自治体における予防接種事務の状況や、財政状況等についても加味して検討を行う必要がある。

予防接種法（昭和二十三年法律第六十八号）（改正令和７年12月12日）（一部抜粋）

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。

第二十五条　この法律の定めるところにより予防接種を行うために要する費用は、定期の予防接種については市町村、臨時の予防接種については都道府県又は市町村の支弁とする。

定期接種の決定と実施の関係

○　厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会等における議論を踏まえ、国が定期接種の対象者や、定期接種に用いるワクチンを新たに追加すると、定期接種の実施主体である自治体における事務的負担や、財政支出も増大する。

○　予防接種制度の見直しについて（第二次提言）（平成24年５月23日厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会）において「我が国の現下の厳しい財政状況を踏まえ、今後新たなワクチンを予防接種法の対象とし、定期接種として実施するに当たっては、適正な実施の確保を前提に、より一層効率性の観点が重要となる。」と記載されている。

（参考）令和８年度以降の自治体における予防接種事務等について

○　令和８年度以降の市町村における予防接種事務は、複数の予防接種に係る定期接種制度の変更や、 RSウイルス感染症を新たに予防接種法上のA類疾病に位置付けたことに伴う母子保健主管部局との協力、予防接種事務のデジタル化等、予防接種事務の変化への対応が求められている。

令和８年度以降の自治体における予防接種事務等の主な変更点について

【令和８年４月からの定期接種制度の変更】

○　**RSウイルス感染症の定期接種化**

・　令和８年４月からRSウイルス感染症を新たに予防接種法上のA類疾病に位置付け、その対象者は「妊娠28週から妊娠37週に至るまでの者」とされたところ。

・　母子免疫ワクチンは現行の定期接種で用いられているワクチンと異なり、接種対象者の年齢ではなく、妊娠の事実をもって接種対象者を把握する必要があるため、母子保健主管部局の協力が不可欠である。

○　**高齢者の肺炎球菌感染症に対する定期接種に用いるワクチンの変更**

・　令和８年４月から、高齢者の肺炎球菌感染症に対する定期接種に用いるワクチンが、従来の23価莢膜ポリサッカライドワクチン(PPSV23)から、沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン(PCV20)に変更された。

○　**ヒトパピローマウイルス感染症に対する定期接種に用いるワクチンの変更**

・　令和８年４月から、ヒトパピローマウイルス感染症に対する定期接種に用いるワクチンから、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及び組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを除き、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のみとする。

○　**インフルエンザに対する定期接種に用いるワクチンの追加**

・　令和８年度からインフルエンザに対する定期接種に用いるワクチンとして高用量インフルエンザHAワクチンを位置付け、そのワクチンを用いる対象者を新たに位置付けた。

・　なお、第64回予防接種・ワクチン分科会において、高用量インフルエンザHAワクチンの定期接種化の方針については了承されたものの、関連する具体的な政省令案については、必要な情報が確定次第、あらためて諮問を行う予定としている。

【令和８年６月からの予防接種事務のデジタル化】

・　令和８年６月から改正予防接種法が施行され、全国の自治体・医療機関において、予防接種事務のデジタル化が順次開始される。

407

（参考）市町村における予防接種事務負担に関連したご意見

○　特に定期接種の拡大や新たな予防接種の導入にあたっては、定期接種の実施主体である市町村の予防事務負担や財政状況への配慮が重要である点については、審議会において度々ご意見を頂戴してきた。

直近の審議会において自治体事務に関連していただいたご意見

○　次から次へと新しいワクチンが出てくることは、市民の健康を考えれば非常に喜ばしいことだが、市町村にとっては重い財政負担になる。また、母子免疫ワクチンや高用量インフルエンザワクチンといった議論が並行して行われており、ロードマップのようなものをできるだけ早く市町村に向けて示してもらいたい。

○　高齢者に対する肺炎球菌ワクチンについて、できるだけ多くの方々に接種していただくのが望ましい一方で、高用量インフルエンザワクチン、RSウイルス感染症に対する母子免疫ワクチンなど、新しいワクチンの導入が進んでいく中で、自治体事務の負担を考えて、令和８年度の経過措置の実施を見送るという判断については、やむを得ないと理解している。

○　母子免疫ワクチンに続いて抗体製剤についても定期の予防接種となる場合、自治体における予算確保、システム改修、関係団体との調整等については相応の時間を要すると骨子案に記載されているが、抗体製剤は従来のワクチンに比べて一段と高額になることが想定されるため、自治体における財政負担が大きい点についても記載してほしい。

各審議会における審議内容について

○　令和８年度からの定期接種化についての審議においては、ワクチン評価に関する小委員会における科学的知見についての評価を踏まえた具体的な接種プログラムの推奨を踏まえ、予防接種基本方針部会において接種プログラムを決定した。
○　令和９年度以降においては、予防接種行政を取り巻く状況の変化を踏まえ、ワクチン小委員会において、引き続き、定期接種に位置付けることの妥当性や接種対象年齢等を絞ったプログラムについてのとりまとめることが適切か検討が必要。

審議会	令和８年度からの定期接種化についての主な審議内容
ワクチン評価に関する小委員会	・　評価対象の予防接種に係る、疾病負荷、ワクチンの有効性、安全性、費用対効果といった科学的知見に対して評価を行った。 ・　上記の評価を踏まえ、評価対象の予防接種に対して、主に以下の評価等を行った。 ①　接種対象年齢等の具体的な運用については、引き続き基本方針部会等において制度上の検討が必要としつつも、**予防接種法上の定期接種に位置付けることが妥当である旨について評価を行った。** ②　**対象年齢等についても、具体的なプログラムを絞って妥当性について評価した場合もあった。** ③　予防接種法上の疾病分類を念頭に、評価対象の予防接種を定期接種として実施する際の目的について科学的観点から検討を行った。
予防接種基本方針部会	・　小委員会報告等を踏まえ、予防接種法上の疾病分類、定期接種の対象者、用いるワクチン、定期接種の開始時期等について議論を行い、接種プログラムを決定した。
副反応検討部会	・　予防接種基本方針部会等において、令和８年度からの定期接種化の方針が決定された予防接種に対して、副反応疑い報告基準等について議論を行った。
予防接種・ワクチン分科会	・　予防接種基本方針部会、副反応検討部会等における議論を踏まえ、評価対象の予防接種の定期接種化について議論を行ったとともに、関連する予防接種法関係政省令について諮問を行った。

○　今後、定期接種化についての議論を行う必要がある予防接種が複数出てくることが想定される中で、接種プログラムの決定にあたっては、科学的知見のみならず、予防接種に関する基本的な計画において記載されている様々な観点や、自治体の事務負担・財政への影響等を念頭においた検討を行う必要があることから、医学的・科学的な視点からの議論を行うこととされているワクチン評価に関する小委員会で、引き続き、予防接種法上の定期接種に位置付けることの妥当性や、接種対象年齢等を絞った具体的なプログラムについてのとりまとめまで行うことが適切かどうかについて検討が必要。

本日の内容

【１】令和９年度からの定期接種について

（１）予防接種制度の変遷について

（２）令和８年５月時点における「ワクチン・ギャップ」の状況

（３）新たな予防接種の審議会における検討状況及び研究・開発状況

（４）定期接種への導入に当たっての留意点

（５）審議会における今後の方針

①令和９年度からの定期接種化に係る審議会における検討プロセスについて

②定期接種化を行う予防接種を選定する際に検討すべき観点について

論点１　令和９年度からの定期接種化に係る審議会における検討プロセスについて

論点１

○　審議会において、最速で令和９年度からの定期接種化を行う予防接種について、複数同時に検討いただいている一方で、仮にワクチン評価に関する小委員会における科学的観点からの議論において、定期接種に導入する科学的意義について一定程度認められた場合であったとしても、予防接種に関する基本的な計画で示された観点や、定期接種の実施主体である自治体の事務負担・財政への影響等の観点から、全ての予防接種を令和９年度から定期接種化することが適切ではない可能性が想定される。

○　こうした状況を踏まえ、令和９年度からの定期接種化に係る審議会における検討プロセスについては以下のとおりに変更することとしてはどうか。

審議会	令和９年度からの定期接種化についての審議内容（案）
ワクチン評価に関する小委員会	・　評価対象の予防接種に係る、**疾病負荷、予防接種の有効性、安全性、費用対効果といった科学的知見に対して評価を行う**。 ・　上記の評価を踏まえ、評価対象の予防接種に対して、主に以下の評価等を行う。 ①　**広く接種を促進することについて、科学的観点からの意義を総合的に評価する。** ②　定期接種化に係る検討に必要な具体的な論点や、科学的知見の収集方針等について主に技術的な観点から整理を行う。 ・　令和８年度からの定期接種化についての議論では行っていた、**予防接種法上の定期接種に位置付けることの妥当性の評価については、小委におけるとりまとめには基本的に含めない。** ・　接種年齢等の具体的なプログラムについて評価を行う場合も、必ずしもプログラムを絞りきらない形で評価を行うことを基本とする。
予防接種基本方針部会	・　**小委員会報告等を踏まえ、令和９年度からの定期接種化を行う予防接種を選定する。** ・　選定された予防接種について、予防接種法上の疾病分類、定期接種の対象者、用いる予防接種、定期接種の開始時期等について議論を行い、具体的な接種プログラムを決定する。
副反応検討部会 予防接種・ワクチン分科会	変更なし

本日の内容

【１】令和９年度からの定期接種について

（１）予防接種制度の変遷について

（２）令和８年５月時点における「ワクチン・ギャップ」の状況

（３）新たな予防接種の審議会における検討状況及び研究・開発状況

（４）定期接種への導入に当たっての留意点

（５）審議会における今後の方針

①令和９年度からの定期接種化に係る審議会における検討プロセスについて

②定期接種化を行う予防接種を選定する際に検討すべき観点について

(再掲) 予防接種に関する基本的な計画（平成26年３月厚生労働省告示第121号、令和７年３月31日最終改正）

第１　予防接種に関する施策の基本的理念

○　「予防接種・ワクチンで防げる疾病は予防すること」を我が国の予防接種施策の基本的な理念とする。
○　予防接種の有効性、安全性及び費用対効果に関するデータ等について標準化された透明性のあるプロセスにおいて、評価及び検討を行う。

第２　国、地方公共団体その他関係者の予防接種に関する役割分担に関する事項

○　定期接種の適正かつ効率的な実施、予防接種に係る間違いの発生防止、副反応疑い報告制度、予防接種健康被害救済制度等の観点から、国、都道府県、市町村、医療関係者、製造販売業者、その他関係者がそれぞれの役割を担い連携する。

第３　予防接種に関する施策の総合的かつ計画的な推進に係る目標に関する事項

○　デジタル化の推進による事務の効率化、接種率の迅速な把握等を行う。
○　定期接種の接種率の向上のための取組を進める。
○　科学的知見をベースに、国民の理解促進に資する情報を発信する。

第４　予防接種の適正な実施に関する施策を推進するための基本的事項

○　ワクチン費用や委託費の「見える化」のため、定期的に調査する。
○　新型コロナの経験を踏まえ、予防接種健康被害救済制度の体制強化・審査手続きの迅速化を行う。
○　予防接種記録の管理の効率化、予防接種歴の保存期間の延長を行う。

第５　予防接種の研究開発の推進及びワクチンの供給の確保に関する施策を推進するための基本的事項

○　公衆衛生上、開発優先度の高いワクチンを定期接種の対象とすることを目指し、研究開発を推進する。
○　危機管理の観点から、ワクチンを国内で製造できる体制を確保する。
○　平時から、製造販売業者等と連携し、短期間の需要の増加等による供給への影響の低減に向けた取組を行う。

第６　予防接種の有効性及び安全性の向上に関する施策を推進するための基本的事項

○　副反応疑い報告制度・科学的データの収集及び解析を行う。
・　国は関係者との連携の下、副反応疑い報告の確実な実施
・　電子化の推進や、NDB等によるレセプトデータ等との連結により、詳細な分析等を実施
○　予防接種関係者の資質向上

第７　予防接種に関する国際的な連携に関する事項

○　ＷＨＯ等との連携を強化する。
○　国内外の病原体動向、諸外国の予防接種制度の動向等を把握する。

第８　その他予防接種に関する施策の総合的かつ計画的な推進に関する重要事項

○　予防接種がライフステージ全般にわたる健康維持と疾病予防へと拡大しており、各自の健康状態等に応じた施策を検討する。
○　抗体製剤等の開発等、予防接種を取り巻く状況の変化を踏まえた施策の在り方を検討する。

○　今後の予防接種に関する中期的なビジョンを示すものである、**予防接種に関する基本的な計画においては、「予防接種・ワクチンで防げる疾病は予防すること」を我が国の予防接種施策の基本的な理念とした上で、予防接種行政の実施にあたって考慮が必要な様々な観点が示されており、新たな予防接種を定期接種に導入するにあたっても、これらを念頭においた検討が必要。**

定期接種化を行う予防接種を選定する際に検討すべき観点について

令和８年度からの定期接種化を行う予防接種について検討を行うにあたり基本方針部会等において考慮した観点

○　令和８年度からの定期接種化について、基本方針部会等においては、ワクチン小委員会の報告を踏まえ、予防接種法上の疾病分類、定期接種の対象者、用いる予防接種、定期接種の開始時期等について議論を行った。

○　その際、基本方針部会等においては、以下の観点を考慮して議論を行っていただいた。

- 疾病負荷、予防接種の有効性・安全性・費用対効果等の科学的知見（ワクチン小委の報告）（全ての予防接種）
- 製造販売業者における供給体制（全ての予防接種）
- 安定供給及び国内の生産体制維持（主に高用量インフルエンザHAワクチン）
- 自治体の事務負担（主に高齢者に対する肺炎球菌ワクチン）
- 自治体や医療機関等における運用（全ての予防接種）
- これまでの定期接種における実施状況（主に高齢者に対する肺炎球菌ワクチン）
- 法的な取扱い（主にRSウイルス感染症に対する予防接種）

現在検討が行われている主な予防接種等

○　現在、おたふくかぜワクチン、高齢者に対する肺炎球菌結合型ワクチン、RSウイルス感染症に対する抗体製剤、HPVワクチンの男性接種、造血幹細胞移植後の予防接種等、複数の予防接種の定期接種化について審議会において同時に検討を行っている。

論点２　定期接種化を行う予防接種を選定する際に検討すべき観点について

論点２

○　予防接種基本方針部会において、ワクチン評価に関する小委員会における小委員会報告等を踏まえ、令和９年度からの定期接種化を行う予防接種について選定を行うこととした場合、予防接種に関する基本的な計画において考慮する事項とされている観点や、令和８年度からの定期接種化を行う予防接種について検討を行うにあたり基本方針部会等において考慮した観点、現在検討が行われている主な予防接種等の検討状況等を踏まえ、以下の観点を考慮することとしてはどうか。また、その他に考慮すべき観点はあるか。

- 以下２点を含む小委員会報告
  - 小委員会においてまとめられた、対象疾病の疾病負荷、予防接種の有効性、安全性、費用対効果
  - 小委員会における、定期接種に導入することによる科学的観点からの意義についての総合的な評価
- 定期接種の実施主体である自治体や、接種を行う医療機関における実施可能性
- 予防接種の接種費用とその対象者数
- 製造販売業者における供給可能性や国内における製造体制確保、及び国内産業振興
- WHOが推奨し、諸外国において導入されているが、日本で定期接種となっていない、いわゆる「ワクチン・ギャップ」の解消
- 乳児、小児、成人又は高齢者等の、定期接種の対象世代やその健康状態等
- これまでの定期接種における実施状況
- 予防接種法上の取扱い

参考資料

予防接種行政に関する審議会・審査会について

厚生科学審議会 予防接種・ワクチン分科会

1．予防接種及びワクチンに関する重要事項の調査審議
2．予防接種法の規定により審議会の権限に属させられた事項の処理

予防接種基本方針部会

1．予防接種法の規定により審議会の権限に属させられた事項の処理（副反応検討部会に属するものを除く）
2．予防接種及びワクチンに関する重要事項を調査審議

ワクチン評価に関する小委員会

研究開発及び生産・流通部会

1．ワクチンの研究開発及び生産・流通に関する重要事項の調査審議

季節性インフルエンザワクチン及び新型コロナワクチンの製造株について検討する小委員会

副反応検討部会

1．予防接種法の規定により審議会の権限に属させられた事項の処理（副反応報告に係る事項に限る）
2．予防接種による副反応に関する重要事項を調査審議

疾病・障害認定審査会 感染症・予防接種審査分科会

1．予防接種と疾病、障害、死亡との因果関係に関する審議
2．予防接種による健康被害（障害）の状態についての等級に関する審議

新型コロナウイルス感染症予防接種健康被害審査部会

1．新型コロナウイルス感染症の予防接種と疾病、障害、死亡との因果関係に関する審議
2．新型コロナウイルス感染症の予防接種による健康被害（障害）の状態についての等級に関する審議

予防接種法の概要

目的

○ 伝染のおそれがある疾病の発生及びまん延を予防するために公衆衛生の見地から予防接種の実施その他必要な措置を講ずることにより、国民の健康の保持に寄与する
○ 予防接種による健康被害の迅速な救済を図る

予防接種の実施

○対象疾病
■ Ａ類疾病（主に集団予防、重篤な疾患の予防に重点。本人に努力義務。接種勧奨有り。定期予防接種の対象。）
ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎（ポリオ）、麻しん（はしか）、風しん、日本脳炎 、破傷風、結核、Ｈｉｂ感染症、小児の肺炎球菌感染症、ヒトパピローマウイルス感染症（子宮頸がん予防）、水痘※、Ｂ型肝炎※ 、ロタウイルス感染症※ 、痘そう（天然痘）※ 、ＲＳウイルス感染症※
■ Ｂ類疾病（主に個人予防に重点。努力義務無し。接種勧奨無し。定期予防接種の対象。 ）
インフルエンザ、高齢者の肺炎球菌感染症※、新型コロナウイルス感染症※、帯状疱疹※　※は政令事項。（現在痘そうの定期接種は実施していない。）

○定期の予防接種（通常時に行う予防接種。）
・実施主体は市町村。費用は市町村負担（経済的理由がある場合を除き、実費徴収が可能。）

○臨時の予防接種
・まん延予防上緊急の必要があるときに実施。実施主体は都道府県又は市町村。
・努力義務を課す臨時接種（解除規定あり）と、努力義務を課さない臨時接種（弱毒型インフルエンザ等を想定）がある。

計画及び指針の策定

○ 厚生労働大臣は、予防接種施策の総合的かつ計画的な推進を図るため、**予防接種基本計画**を策定しなければならない。
○ 厚生労働大臣は、特に予防接種を推進する必要がある疾病について、**個別予防接種推進指針**を予防接種基本計画に即して定めなければならない（現在は麻しん、風しん、結核、インフルエンザ）。

副反応疑い報告制度

○ 医療機関等は、予防接種による**副反応が疑われる症状等を知ったときは、（独）医薬品医療機器総合機構へ報告**。
○ 厚生労働大臣は、報告の状況について審議会に報告し、必要に応じて**予防接種の適正な実施のために必要な措置**を講ずる。
○ 副反応疑い報告に係る**情報の整理及び調査は（独）医薬品医療機器総合機構に委託**可能。

健康被害救済制度

○ 予防接種により健康被害が生じた場合には、医療費・医療手当、死亡した場合の補償（死亡一時金等）、障害年金等が支払われる。

審議会への意見聴取

○ 厚生労働大臣は、予防接種施策の立案に当たり、専門的な知見を要する事項について、**厚生科学審議会の意見を聴かなければならない。**
（例）定期接種の対象年齢・使用ワクチンの決定、予防接種基本計画の策定・変更など

※ その他、国等の責務規定など所要の規定が存在

A類疾病とB類疾病

- 予防接種法においては、感染力や重篤性の大きいことからまん延予防に比重を置いたA類疾病と、個人の発病や重症化予防に比重を置いたB類疾病に疾病を分類している。他方で、H25年度改正以降、A類疾病には疾病の重大さによる社会的損失等の視点を追加。
- 疾病区分の趣旨・目的により、接種の努力義務、勧奨の有無、被害救済の水準など公的関与の度合いが異なる。
- 定期接種においては、A類疾病は小児期に接種が行われることが多く、B類疾病は高齢期に接種が行われている。

◇ A類疾病

①人から人に伝染することによるその発生及びまん延を予防するため

○　集団予防目的に比重を置いて、直接的な集団予防（流行阻止）を図る

ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎、麻しん、風しん、結核、痘そう、Ｈｉｂ感染症、肺炎球菌感染症（小児）、水痘、ロタ、ＲＳウイルス感染症

②かかった場合の病状の程度が重篤になり、若しくは重篤になるおそれがあることからその発生及びまん延を予防するため

○　致命率が高いことによる重大な社会的損失の防止を図る

日本脳炎、破傷風

○　感染し長期間経過後に、死に至る可能性の高い疾病となることがあり、重大な社会的損失を生じさせる

ヒトパピローマウイルス感染症、Ｂ型肝炎

◇ B類疾病

③個人の発病又はその重症化を防止し、併せてこれによりそのまん延の予防に資するため

○　個人予防目的に比重を置いて、個人の発病・重症化防止及びその積み重ねとしての間接的な集団予防を図る

インフルエンザ、肺炎球菌感染症（高齢者）、新型コロナウイルス、帯状疱疹

＜定期接種における公的関与、費用負担等＞

A類疾病

○ 接種の努力義務：あり

○ 市町村長による勧奨：あり

○ 接種費用の負担
：市町村（９割程度を地方交付税措置）
低所得者以外から実費徴収可能

○ 健康被害救済の水準：高額
例：障害年金１級（約548万円／年）
死亡一時金（4,800万円）

B類疾病

○ 接種の努力義務：なし

○ 市町村長による勧奨：なし

○ 接種費用の負担
：市町村（３割程度を地方交付税措置）
低所得者以外から実費徴収可能

○ 健康被害救済の水準：低額
例：障害年金１級（約305万円／年）
遺族一時金（約799万円）
遺族年金（約266万円／年）※
※最大10年間支給。生計維持者であった場合に限る。

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会
第６回受動喫煙対策専門委員会

日時：令和８年６月１７日（水）10:00～12:00
場所：AP 東京八重洲 P ルーム及びオンライン

議事次第

１　開　会

２　議　題

（１）紙巻たばこ、加熱式たばこに関する知見について

（２）「各国におけるたばこ対策の状況調査」について

（３）その他

３　閉　会

配布資料

委員名簿
座席表
資料１　紙巻たばこ、加熱式たばこに関する知見について
資料２　「各国におけるたばこ対策の状況調査」について
参考資料　加熱式たばこに関するこれまでの知見の整理（第５回委員会資料）

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　受動喫煙対策専門委員会 令和8年6月17日	資料1

紙巻たばこ、加熱式たばこに関する知見について

健康・生活衛生局　健康課
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

紙巻たばこと加熱式たばこに関するWHOの知見

		紙巻たばこ		加熱式たばこ	
		能動喫煙	受動喫煙	能動喫煙	受動喫煙
WHO	成分	• 7,000種類以上の化学物質が含まれており、そのうち250種類以上は有害または発がん性がある物質である(2025)[1)]。	• 副流煙には、数百種類の有害または発がん性のある化学物質(ヒ素、ホルムアルデヒド、塩化ビニル、ベンゼンなど)が含まれている(2025)[3)]。	• ある製品では、紙巻たばこ煙には含まれない4つの発がん性の可能性のある化学物質と、15の遺伝子への悪影響のある可能性のある物質が確認されている(2023)[4)]。 • 有害物質を計測する標準的な手法は確立されておらず、比較を行うことは困難(2023)[4)]。 • 加熱式たばこのエアロゾルに含まれる有害物質は紙巻たばこ煙のそれより少ないとされているが、一部の有害物質はより多く含まれており、さらに紙巻たばこには存在しない物質も含まれている。これらは、人体に有害となる可能性がある(2025)[5)]。	
	健康影響	• たばこは年間700万人以上の死亡の原因となっている[2)]。 • がん死亡の25%はたばこが原因とされている(2025)[1)]。 • 心疾患の約16%、肺がんの約64%、COPDの約38%の死亡の原因とされている(2025)[1)]。	• 受動喫煙は年間160万人の死亡の原因と推計されている[2)]。 • 受動喫煙に安全域はない(2025)[3)]。 • 受動喫煙は、心疾患(3.6%)、肺がん(3.4%)、COPD(4.4%)の死亡の原因とされている(2025)[1)]。	• 絶対的・相対的リスクに関する独立したエビデンスが不足しているため、使用による長期的な健康影響は不明。 • 使用者及び周囲の人々への影響評価にはさらなる独立した研究が必要である(2020)[5)]。 • 心血管疾患に関連するバイオマーカーは、加熱式たばこに切り替えてもベースラインレベルから低下しないとされており、紙巻たばこと同様の心血管毒性を有する可能性がある(2020)[5)]。 • 紙巻たばこと同程度で、強い依存性のあるニコチンを含有しており、特に子どもや青少年において健康被害と関連している(2020)[5)]。	(曝露について) • 使用により、室内空気汚染を増加させ、粒子状物質、ニコチン及び潜在的発がん性物質の濃度を、WHO FCTCが推奨する限度値以上に上昇させることが示されている(2025)[3)]。 (健康影響について) • エアロゾルによる受動喫煙の影響について、十分な研究がない(2023)[4)]。 • 受動喫煙への曝露は、喘息や喘息様症状に加え、周囲の人の咽頭痛、頭痛及び胸痛との関連が報告されている(2025)[3)]。

1. Effects of tobacco on health（WHO,2025）
2. Tobacco（WHO,2025）
3. Tobacco Control Playbook: comprehensive smoke-free legislation: an essential component of tobacco control strategy（WHO European region,2025）
4. FCTC/COP/10/10 Comprehensive report on research and evidence on novel and emerging tobacco products, in particular heated tobacco products, in response to paragraphs 2(a)–(d) of decision FCTC/COP8(22)（WHO,2023）
5. Heated tobacco products: information sheet - 2nd edition（WHO,2020）

紙巻たばこと加熱式たばこに関する日本で発表されている知見

		紙巻たばこ		加熱式たばこ	
		能動喫煙	受動喫煙	能動喫煙	受動喫煙
日本	成分	• 5,000種類以上の有害物質が含まれている（2016）[1)]。	• 副流煙に含まれる化学物質は，主流煙に含まれる成分とほぼ同じである。また、含まれる量は、主流煙より副流煙の方が多い（2016）[1)]。	• 発がん物質（※1）のうち、4-アミノビフェニル、NNN、NNK、ベンゾ[a]ピレンは中央値・最大値のいずれにおいても、がん過剰発生率が高く、そのうち、NNK、ベンゾ[a]ピレンでは、肺がんとの関連性がみられ、リスクが強く懸念される。 • ニコチン、フルフラール、グリセロールは、中央値・最大値のいずれにおいてもMOE（※3）は1より小さく、健康影響が生じる量を超えている懸念が示唆される。特に、ニコチンは、心拍数の急速な増加との関連性がみられ、心機能への影響が強く懸念される（2025）[2)]。 • 主流煙の成分比較では、製品によりばらつきはあるが、紙巻たばこと比較すると、 　• 発がん物質のうち、加熱式たばこの方が量が多い場合がある。 　• 非発がん物質のうち、加熱式たばこの方が量が多い場合がある。 　• 燃焼由来成分では、加熱式たばこの方が概ね低い（2025）[2)]。	• 発がん物質のうち、TSNAs、フルフラール、ピリジンが検出。 • 非発がん物質（※2）のうち、ニコチン、メンソール、2ーフランメタノール、3-エテニルピリジンが検出（2025）[2)]。
	健康影響	＜具体的な健康影響については次ページ＞ 【紙巻たばこ】　喫煙と健康　喫煙の健康影響に関する検討会報告書（たばこ白書2016年）[1)] 【加熱式たばこ】 加熱式たばこに関するこれまでの知見の整理（厚生労働科学研究2025年）[2)]			

（※1）本資料における「発がん物質」：IARC分類が1、2A、2Bに該当する物質

（※2）本資料における「非発がん物質」：※1の発がん物質に該当しない物質

（※3）曝露余裕度：人が実際に受けている曝露量が、健康影響が起こり始める量からどれだけ離れているかを示す値であり、1より小さいほど健康リスクが高い。

1. 喫煙と健康　喫煙の健康影響に関する検討会報告書. 2016
2. 厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学研究事業）研究代表者：牛山明. 2025

紙巻たばこと加熱式たばこの健康影響に関する知見の比較

レベル1:科学的証拠は、因果関係を推定するのに十分である
レベル2:科学的証拠は、因果関係を示唆しているが十分ではない
レベル3:科学的証拠は、因果関係の有無を推定するのに不十分である

【喫煙と健康　喫煙の健康影響に関する検討会報告書より抜粋】

紙巻たばこ

	レベル1	レベル2	レベル3
能動喫煙	• COPD、呼吸機能低下 • 虚血性心疾患、脳卒中、腹部大動脈瘤、末梢性の動脈硬化症 • 肺、口腔・咽頭、喉頭、鼻腔・副鼻腔、食道、胃、肝臓、膵臓、膀胱、子宮頸部のがん • 肺がん患者の全死因死亡・がん死亡、がん患者の二次がん罹患 • 早産、低出生体重、胎児発育遅延 • 歯周病 • ニコチン依存症 • 臭気・鼻への刺激感 • 喫煙開始年齢が早いことと全死因死亡、がん死亡、循環器疾患死亡，がん罹患のリスク増加 • 結核の死亡 • 2型糖尿病の発症	• 気管支喘息の発症・増悪 • 結核の発症・再発 • 特発性肺線維症 • 胸部大動脈瘤 • 大腸、乳、腎盂尿管・腎細胞のがん、急性骨髄性白血病、前立腺がん死亡、子宮体がんのリスク減少 • う蝕、インプラント失敗、歯の喪失 • 大腿骨近位部骨折、閉経後女性の骨密度低下 • 関節リウマチ • 認知症 • 日常生活動作 • がん患者全体の全死亡死因・がん死亡、がん患者の再発・治療効果低下、がん患者の治療関連毒性 • 女性の能動喫煙と生殖能力低下、子癇前症、妊娠高血圧症候群(PIH)のリスク減少、子宮外妊娠、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、低出生体重・胎児発育遅延	• 卵巣がん • 前立腺がんの罹患 • 結核の感染
受動喫煙	• 肺がん • 虚血性心疾患 • 脳卒中 • 臭気・鼻への刺激感 • 小児の受動喫煙と喘息の既往 • 乳幼児突然死症候群(SIDS)(妊婦の能動喫煙、小児の受動喫煙) • 小児の喘息の既往	• 鼻腔・副鼻腔がん、乳がん • 急性呼吸器症状(喘息患者・健常者) • 急性の呼吸機能低下(喘息患者) • 慢性呼吸器症状 • 呼吸機能低下 • 喘息の発症・コントロール悪化 • COPD • 妊婦の受動喫煙と低出生体重・胎児発育遅延 • 小児の受動喫煙と喘息の重症化 • 親の喫煙と小児の喘息発症 • 受動喫煙と小児の呼吸機能低下 • 親の喫煙と学童期の咳・痰・喘鳴・息切れ • 小児の受動喫煙とう蝕	

◎:関連性は強い、確からしさはやや高い～高い
○:関連性はやや強い、確からしさはやや低い～やや高い
△:関連性はやや弱い、確からしさは低い～やや低い

【加熱式たばこに関するこれまでの知見の整理(厚生労働科学研究特別研究)より抜粋】

加熱式たばこ

	◎	○	△	現時点では判定できない
能動喫煙	• 心血管系への影響(急性期の酸化ストレスマーカー、炎症マーカー、高血圧) • ニコチン依存	• 妊娠高血圧症候群・合併症 • 代謝異常	• 喘息 • 抑うつ・自殺関連行動 • 新型コロナウイルス感染症	• COPD • 発がん性 • 妊娠高血圧症候群・合併症以外の周産期・妊娠への影響 • 歯科・口腔粘膜疾患 • アレルギー性疾患 • 椎間板疾患・腱板断裂 • クローン病 • 聴覚機能低下
受動喫煙	• 有害物質の発生	• 受動喫煙の曝露	• 呼吸器症状への影響 • 心血管系への影響	• 歯科・口腔粘膜疾患 • 発がん性 • 妊娠・胎児・周産期への影響 • 小児のう蝕 • 小児の酸化ストレス・血管内皮機能・血小板機能 • 小児の自殺念慮

424

WHO：紙巻たばこの成分・健康影響（能動喫煙）

Tobacco Fact Sheet（2025年6月）

○たばこは年間700万人以上の死亡の原因となっており、そのうち受動喫煙が年間160万人の死亡の原因と推計されている。

Fact sheets：Effects of tobacco on health（2025年5月）

○紙巻たばこには7,000種類以上の化学物質が含まれており、そのうち250種類以上は有害または発がん性がある物質である。

○WHO European regionでは、毎年110万人がたばこによって死亡している。

- WHO European regionにおける全死亡原因のうち、たばこが占める割合は、男性15.4%、女性4.7%（2021年）。
- 虚血性心疾患による死亡のうち、たばこの使用に起因する割合は、男性26%、女性7%と推定されている。
- 肺がんによる死亡のうち、たばこの使用に起因する割合は、男性71%、女性46%。
- 男性の肺がんの10例中7例は、たばこの使用に関連している。

○2021年、WHO European regionにおける主要な死因に対するたばこの寄与率は、以下のとおりである。

心疾患：15.8%、脳卒中：10.5%、気管・気管支・肺がん：63.5%。アルツハイマー病およびその他の認知症：2.7%、糖尿病および腎臓病：8.9%、慢性閉塞性肺疾患（COPD）：38.4%、結腸および直腸がん：4.2%、下気道感染症：16.7%、結核：27.1%

○喫煙者は非喫煙者に比べて、冠動脈疾患および脳卒中を発症するリスクが2～4倍高い。

- 喫煙は、世界のがん死亡の25%を占め、肺がんの主な原因である。喫煙者は非喫煙者に比べて、生涯における肺がんの発症リスクが最大22倍高い。
- 妊娠中の喫煙および受動喫煙は、胎児死亡、流産、死産のリスク増加と関連している。乳幼児期には、乳幼児突然死症候群（SIDS）を引き起こす可能性がある。
- 喫煙者と同居する子供は、気管支炎、肺炎、その他の呼吸器感染症のリスクが高い。また、喘息の発症や入院、中耳炎の発症リスクも高い。
- 喫煙者は糖尿病を発症するリスクが高くなる。
- 喫煙は歯周病のリスクを高める。歯周病は、歯茎を侵食し、顎の骨を破壊して歯の喪失につながる慢性炎症性疾患である。
- 喫煙者は、胃潰瘍、炎症性腸疾患（腹痛、持続性下痢、発熱、直腸出血を伴う）などの消化器疾患や消化管がんを発症するリスクが高い。
- たばこの煙に含まれる成分は免疫系を弱め、喫煙者に呼吸器感染症のリスクを高める。
- 喫煙は認知症のリスク因子であり、認知症は認知機能の低下を引き起こす疾患群である。
- 老年期には、喫煙はがん（特に肺がん）の発症率を高め、呼吸器系疾患による死亡率も高める。

出典：Tobacco（WHO,2025）
Effects of tobacco on health（WHO,2025）

WHO：紙巻たばこの成分・健康影響（受動喫煙）

Tobacco Fact Sheet（2025年6月）

〇たばこは年間700万人以上の死亡の原因となっており、そのうち受動喫煙が年間160万人の死亡の原因と推計されている。

Fact sheets:Effects of tobacco on health（2025年5月）

〇WHO European regionでは、毎年110万人がたばこによって死亡している。**そのうち15万3000人は受動喫煙によるものである。**
〇受動喫煙により、循環器疾患等の発症リスクが25～30%上昇する。受動喫煙への曝露は、主要な非感染性疾患（NCD）による死亡にも寄与している。
〇受動喫煙は、心疾患（3.6%）、肺がん（3.4%）、糖尿病（3.7%）、COPD（4.4%）の死亡の原因とされている。

Tobacco control playbook Comprehensive smoke-free legislation: an essential component of tobacco control strategy（2025年）

〇受動喫煙は重大な健康被害であり、数百種類の発がん性または有毒な化学物質（ヒ素、ホルムアルデヒド、塩化ビニル、ベンゼンなど）が含まれており、人に対する発がん性があることが知られている。

- 受動喫煙は、喫煙者が吐き出した煙とたばこ製品の燃焼によって発生した煙が混ざった煙を吸い込むことで生じる。研究により、受動喫煙への曝露は、能動喫煙と同様の心血管系への影響をもたらすことが示されている。
- 短時間の受動喫煙への曝露であっても心血管系に即座に影響し、血小板の凝集や血管壁の損傷を引き起こし、心臓発作のリスクを高める。また、その他の心血管系への影響を引き起こす可能性がある。受動喫煙に含まれる刺激物質は、短時間の曝露でも喘息患者に喘息発作を引き起こす可能性がある。
- 2014年の米国公衆衛生局の報告書では、成人における受動喫煙への曝露は脳卒中、冠状動脈性心疾患、肺がん、鼻炎、低出生体重と因果関係があるとされている。
- 日常的に受動喫煙に暴露される成人は疾病リスクが高く、心疾患の発症リスクは25～30%、肺がんの発症リスクは20～30%高い。
- 2024年の研究では、受動喫煙への曝露は2型糖尿病のリスク増加とも関連しており、乳がんや慢性閉塞性肺疾患との関連性を示唆する限定的な証拠があるとされている。

〇発達段階にある子供は、受動喫煙に含まれる有害物質に特に敏感である。

- 受動喫煙に曝露された子供は、急性呼吸器疾患のリスクが50～100%高く、喘息、中耳炎、行動障害、乳幼児突然死症候群の発症リスクも高い。また、将来喫煙を開始する可能性も高い。
- 妊娠中の受動喫煙への曝露は、低出生体重（32%増）、死産（23%増）、先天性奇形（13%増）のリスク増加することと関連している。さらに、小児の早期喘鳴や喘息のリスク増加にも関連している。

〇受動喫煙への曝露に安全域はない。

- 受動喫煙は、換気を行っても煙が室内を移動するため有害性が残る。したがって、受動喫煙から身を守るためには、人がいる可能性のあるすべての屋内または半屋内空間において喫煙を完全に禁止することが最も効果的である。

出典：Tobacco（WHO,2025）
Effects of tobacco on health（WHO,2025）
Tobacco Control Playbook: comprehensive smoke-free legislation: an essential component of tobacco control strategy（WHO European region,2025）

WHO：加熱式たばこの成分・健康影響（能動喫煙）①

WHO：Heated Tobacco Products Information Sheet （2020年3月）

- 加熱式たばこ（Heated Tobacco Products：HTP）は、たばこを原料とするたばこ製品である。
- 加熱式たばこは、禁煙の補助としての有効性は確認されていない。
- 加熱式たばこは有毒物質を放出し、これらは紙巻たばこから検出される物質と類似しており、発がん性がある。
- 加熱式たばこが放出する有害物質には、加熱式たばこ特有の物質も含まれており、これらは周囲の者にも曝露される可能性がある。
- 一般的に、加熱式たばこに含まれる有害物質は紙巻たばこのそれより少ないとされているが、一部の有害物質はより多く含まれており、さらに紙巻たばこには存在しない物質も含まれている。これらは、人体の健康に有害となる可能性がある。
- 加熱式たばこは、紙巻たばこと比較して有害物質のレベルは低いが、必ずしも健康被害が少ないことを意味するものではない。
- 加熱式たばこは紙巻たばこと同程度で、強い依存性のあるニコチンを含有しており、特に子どもや青少年において健康被害と関連している。
- 加熱式たばこ使用による長期的な健康影響は不明である。これは、現時点では絶対的・相対的リスクに関する独立したエビデンスが不足しているため、使用者及び周囲の人々への影響評価にはさらなる独立した研究が必要である。

427


HEATED TOBACCO PRODUCTS
INFORMATION SHEET
2ND EDITION
MARCH 2020
WHO/HEP/HPR/2020.2

HTPs:

- contain tobacco and are tobacco products;
- do not help smokers to end tobacco use;
- emit toxic emissions that are similar to those found in cigarette smoke, many of which can cause cancer;
- expose users to toxic emissions, some of which are specific to HTPs and which could also expose bystanders;
- contain toxicants – though generally lower than those found in conventional cigarettes, the levels of some toxicants are higher and there are new substances absent in tobacco smoke which could potentially harm human health;
- have reduced toxicant levels relative to conventional cigarettes, although this does not necessarily translate to a reduction in health risk;
- contain nicotine, which is highly addictive, at levels similar to conventional cigarettes and nicotine is linked to health harms, particularly in children and adolescents; and
- have an unknown long-term health impact in terms of their use and exposure to their emissions, and because there is currently insufficient independent evidence on the relative and absolute risk, independent studies are needed to determine the health risk they pose to users and bystanders.

出典：Heated tobacco products: information sheet - 2nd edition（WHO,2020）

WHO：加熱式たばこの成分・健康影響（能動喫煙）②

FCTC/COP/10/10レポート（2023年11月）

（加熱式たばこの成分について）

- 加熱式たばこの有害物質を計測する標準的な手法は確立されておらず、比較を行うことは困難である。
- 多くの研究では、加熱式たばこ製品のニコチン濃度は、紙巻たばこの約70%であると報告されている。
- 紙巻たばこに含まれる多くの有害物質は、加熱式たばこのエアロゾルでは濃度が低い一方で、紙巻たばこよりも高い濃度で検出される物質も存在する。
- ある加熱式たばこ製品では、紙巻たばこ煙には含まれない4つの発がん性の可能性のある化学物質と、15の遺伝子への悪影響のある可能性のある物質が確認されている。

（加熱式たばこ喫煙者への健康影響）

- たばこ会社による研究では、加熱式たばこのエアロゾルは、紙巻きたばこと比較して、細胞や遺伝子への毒性や炎症バイオマーカーが低いことが示されている。しかし、加熱式たばこの使用頻度が高いと、大幅に影響は増加する。
- また、動物実験においては、加熱式たばこに曝露した群では、腫瘍の発生率、炎症反応及び組織宅的変化が紙巻たばこに比べて少ないとされている。しかし、曝露量の増加に伴い有害影響は増大し、空気にの曝露した場合と比較すると有害な影響が認められた。
- さらに、たばこ会社が発表した研究では、加熱式たばこに完全に切り替えた喫煙者においては、一部の腫瘍バイオマーカーの低下が報告されているが、禁煙群と比較すると以前として高い水準にある。
- また、心血管疾患に関連するバイオマーカーは、加熱式たばこに切り替えてもベースラインレベルから低下しないとされており、紙巻たばこと同様の心血管毒性を有する可能性がある。

Fact sheets：Tobacco（2025年6月）

- 加熱式たばこ製品（HTP）は、たばこを加熱することにより、ニコチンや有害化学物質を含むエアロゾルを発生させるたばこ製品である。これらには、依存性の高い物質であるニコチン、たばこ以外の添加物が含まれており、多くの場合、香料が添加されている。
- 「リスクリダクション」が主張されているにもかかわらず、加熱式たばこが従来のたばこ製品よりも有害性が低いことを示すエビデンスはない。加熱式たばこのエアロゾルでは、従来の紙巻たばこ煙に含まれる多くの有害化学物質が低減している一方で、異なる種類の有害化学物質が含まれており、一部の物質では紙巻たばこより高濃度で検出されることが報告されている（例：グリシドール、ジメチルトリスルフィド、ピリジン、アセトン、メチルグリオキサール）。
- さらに、HTPエアロゾルに含まれる有害化学物質の中には、従来のたばこの煙には含まれないものもあり、健康への影響が懸念されている。加えて、これらの製品は成分のばらつきが大きく、排出物に含まれる428害物質の中には発がん性物質も含まれている。

出典：FCTC/COP/10/10 Comprehensive report on research and evidence on novel and emerging tobacco products, in particular heated tobacco products, in response to paragraphs 2(a)–(d) of decision FCTC/COP8(22)（WHO,2023）
Tobacco（WHO,2025）

WHO：加熱式たばこの健康影響（受動喫煙）

FCTC/COP/10/10レポート
（2023年11月）

（加熱式たばこの受動喫煙による健康影響）

- 加熱式たばこのエアロゾルによる受動喫煙の影響については、十分な研究がない。
- 加熱式たばこのエアロゾルは、空気や電子たばこと比較して、周囲の人をより高いレベルで有害物質に曝露させる可能性があるが、その曝露レベルは紙巻たばこの副流煙より低い。

Tobacco control playbook
Comprehensive smoke-free legislation: an essential component of tobacco control strategy
（2025年）

〇電子たばこや加熱式たばこ等の新興のニコチン・たばこ製品を室内で使用することは、健康リスクをもたらす可能性がある。

- 研究によると、これらの製品の使用は加熱式たばこの使用は室内空気汚染を増加させ、粒子状物質、ニコチン及び潜在的発がん性物質の濃度を、正常レベル及びWHO FCTCが推奨する限度値以上に上昇させることが示されている。
- 微粒子および超微粒子、揮発性有機化合物、重金属、ニコチンへの曝露は、心血管疾患及び肺疾患のリスク増加と関連している。
- 加熱式たばこからの受動喫煙への曝露は、喘息や喘息様症状に加え、周囲の人の咽頭痛、頭痛及び胸痛との関連が報告されている。

出典：FCTC/COP/10/10 Comprehensive report on research and evidence on novel and emerging tobacco products, in particular heated tobacco products, in response to paragraphs 2(a)–(d) of decision FCTC/COP8(22)（WHO,2023）
Tobacco Control Playbook: comprehensive smoke-free legislation: an essential component of tobacco control strategy（WHO European region,2025）

たばこ白書：紙巻たばこの成分（能動喫煙）

喫煙の健康影響に関する検討会報告書（2016年）

（成分）

- 喫煙者が紙巻たばこを吸煙することによって，吸い口のフィルター部分から吸い込む「主流煙」と，たばこの先端から発生する「副流煙」が発生する。これらたばこ煙には多くの化学物質が含まれており、粒子成分とガス成分の2種類に大別される。
- たばこ主流煙成分量の95.5%がガス成分、3.52%が粒子成分（タール）であり0.28%がニコチンとされている。ガス成分の内訳は、通常の大気中主成分と燃焼に由来し、88.5%が窒素、酸素、二酸化炭素と水分で占められ、その他、一酸化炭素が4.0%、その他の有害化学物質が1.5%になっている。喫煙によって発生する主流煙の粒子成分が約4300種類、ガス成分が約1000種類の合計約5300種類と報告されている。これらの化学物質には、発がん性があると報告される物質も約70種類存在している。
- これらの化学物質は、喫煙により速やかに肺に到達し、血液を通じて全身の臓器に運ばれる。たばこ煙に含まれる発がん性物質は、DNAの損傷等を通じてがんの原因となる。たばこ煙への曝露は，動脈硬化や血栓形成傾向の促進等を通じて虚血性心疾患や脳卒中などの循環器疾患につながる。たばこ煙に含まれる物質は、肺の組織に炎症等を引き起こし、永続的な呼吸機能の低下の原因となる。
- タールは化学物質の名称ではなく、ガラス繊維フィルターに捕集された粒子成分の総称であり、ここに多くの化学物質が混在している。

出典：喫煙と健康　喫煙の健康影響に関する検討会報告書. 2016

たばこ白書：紙巻たばこの成分（受動喫煙）

喫煙の健康影響に関する検討会報告書（2016年）

（成分）

- たばこ煙には，主流煙と副流煙に加えて「環境たばこ煙（Environmental tobacco smoke; ETS）」が定義されている。ETS は「副流煙」と喫煙者が喫煙後に吐き出す「呼出煙」によって構成されている。この副流煙と ETS の化学成分の成分数は、主流煙とほぼ同じであるが、ETS の成分量は非常に多い。特に ETS の成分及び化学物質量は、空気と混合・希釈される過程で水分が蒸発し、室内であれば空間の特性（酸性、中性、アルカリ性）、温度、湿度、換気などによってカーペットや壁紙などに吸着・室外への放出などで大きく変動する。
- 副流煙に含まれる化学物質は、主流煙に含まれる成分とほぼ同じである。しかし、副流煙分析結果は，主流煙の分析値の外箱タール・ニコチン量と比較すると国産たばこタールは 1 本あたり14.6−20.0 mg であり、ニコチンは2.35−4.0 mg，ガス成分の一酸化炭素は 43.2−51.5 mgであった。このように副流煙の特徴は、主流煙の分析値よりも含有量が多く、たばこ外箱表示タール・ニコチン量やたばこ銘柄によって副流煙分析値が変化せず、ほぼ一定の値であった。中でもガス成分の値が高く、発がん性のあるホルムアルデヒドはたばこ 1 本から 420−544 μg、同様に発がん性のある1,3-ブタジエン、ベンゼンも318−426 と 266−339 μgが排出された。さらに、窒素化合物、アクロレインなど毒性のあるガス成分なども報告されている。
- 副流煙測定結果と主流煙測定結果の比率から、すべてのたばこ銘柄で副流煙が主流煙より多くの有害化学物質を含むことが分かった。また、低タール・低ニコチンの方が、主流煙の化学物質量が低いためにこの比率が高くなる傾向が認められた。このことから室内環境下でたばこの喫煙がされた場合、副流煙に含まれる有害化学物質が一気に室内空気に拡散することになり、喫煙者を含む多くのヒトの健康に影響を及ぼし、いわゆる受動喫煙問題へと発展していくことになる。一般的に副流煙は高濃度に有害化学物質を含むものの、発生直後から環境中の空気で希釈されることから受動喫煙者は主流煙を全て吸い込む喫煙者と比較すると有害性が低くなると考えられる。しかし、それは喫煙者と比較したときの条件であって受動喫煙の健康影響は、環境によって大きく変化する。例えば喫煙室の空気清浄機の機能にはガス成分を除去することはできないと記述されている製品も多い。そのため喫煙室での清掃従事者は、副流煙の曝露を受けることになる。さらに車両中の喫煙は、その空間が狭いため、たばこ副流煙の曝露量は多くなることが予測される。

出典： 喫煙と健康　喫煙の健康影響に関する検討会報告書. 2016

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　受動喫煙対策専門委員会 令和8年6月17日	資料2

「各国におけるたばこ対策の状況調査」について

健康・生活衛生局　健康課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

「各国におけるたばこ対策の状況調査」について

調査概要（2025年度厚労省委託事業）

- 対象国　：　欧州、北米、南米、アジア、オセアニアの15か国（日本含む）
- 調査内容　：　各国のたばこ政策（規制状況および政策立案の際のエビデンス）
- 調査方法　：　文献レビューのほか、文献に記載がない事項については、当該国の政策立案者等を対象とした取材・調査を実施した。
  なお、エビデンスには、たばこ産業が実施した研究及びたばこ産業から資金提供を受けた研究によるものも含まれる。

調査結果

○　たばこに対する規制の程度を、以下の4類型に分類（※日本は類型3に近い）

類型1）加熱式たばこ・電子たばこを禁止、紙巻たばこも厳格な規制を実施	：ウルグアイ、ブラジル、タイ、インド
類型2）いずれの種類についても、厳格に規制を実施	：オーストラリア、英国、ニュージーランド、カナダ
類型3）いずれの種類についても、相対的に緩やかな規制を実施	：中国、韓国、フランス、イタリア
類型4）自治体（州等）への権限移譲により、規制内容等について国内で差がある	：ドイツ、米国

○　一般に「たばこ」には、紙巻たばこ、加熱式たばこ、電子たばこ等が存在するが、「たばこ」の取り扱いを、以下の4パターンに分類、パターン1）又は3）としている国が、「たばこ」の規制が厳しい傾向にあった。

パターン1）燃焼基準（たばこ葉を燃焼させてその煙を吸引するもの）
パターン2）ニコチン有無基準（たばこ葉の含有・燃焼に関わらずニコチンを含むもの）
パターン3）全面包括（形状が吸引器具に近いものすべて）
パターン4）製品ごとに個別規制

○　たばこ政策を設計する上での参照エビデンスは各国で異なり、科学的エビデンスのほか、経済損失や社会的受容性を考慮する国もある。

○　加熱式たばこに関するエビデンスは、各国とも限定的であるが、既に明らかになっているエビデンスや国際機関のガイドラインを踏まえ、政策として規制強化に踏み切っている国も存在した。

次ページ以降に国別の状況を添付。なお、使用（喫煙）に関する規制状況については、WHOが受動喫煙対策について各国を評価する際の採点基準に沿って、8分類（※）の施設についての完全禁煙の実施状況について、「8分類すべて：青」、「6～7分類：緑」、「5分類以下：黄」、「規制なし：赤」としている。
※医療施設、教育機関（大学除く）、大学、政府施設、屋内のオフィス・職場、レストラン、パブ・バー、公共交通機関

類型1）
～　加熱式たばこ・電子たばこを禁止、紙巻たばこも厳格な規制を実施　～

国名	政策方針	使用（喫煙）に関する規制状況			参照したエビデンスの例
		紙巻たばこ	加熱式たばこ	電子たばこ（ニコチン入り）	
ウルグアイ 	（予防原則による規制） 加熱式たばこ、電子たばこの販売・輸入禁止	**屋内全面禁煙** ※医療機関、教育施設等について屋外規制も実施	**販売・輸入禁止**		「電子たばこ」として知られる電子喫煙装置について、その有効性および安全性を示す科学的証拠が存在しない。 ※「タバコの煙のない環境に対する権利およびその消費の保護（2009年11月23日　政令第534/009号）」の前文において言及
ブラジル 		**屋内全面禁煙** ※屋外規制なし			市販の電子たばこ製品について、リキッドとそこから発生したエアロゾルの化学成分を、液体クロマトグラフィー＋高分解能質量分析で解析したところ、工業用化学物質であるトリブチルホスフィンオキシドや興奮作用を有するカフェインを含む、6種類の潜在的に有害な添加物が同定・定量された。(Mina W. Tehrani et al., Chemical Research in Toxicology 34, no 10 (18 de outubro de 2021): 2216–26, https://doi.org/10.1021/acs.chemrestox.1c00253.)
タイ 		**屋内全面禁煙** ※指定された公共区域で屋外規制も実施			参照が確認された科学的エビデンスなし ※若年者層の保護や違法流通による資金洗浄の防止等の政策目的から、加熱式たばこ、電子たばこの販売・輸入を禁止。
インド 		**原則屋内禁煙** ※例外施設は限定的（飲食店のみ） ※屋外規制なし			参照が確認された科学的エビデンスなし ※紙巻たばこよりも使用率の高い、ガットカ等（無煙たばこ：甘いフレーバー付きのたばこ由来の嗜好品）による健康影響からの若年者層の保護等の政策目的から、同様に加熱式たばこ、電子たばこの販売・輸入を禁止。

類型２）
～ いずれの種類についても、厳格に規制を実施 ～

国名	政策方針	使用（喫煙）に関する規制状況			参照したエビデンスの例
		紙巻たばこ	加熱式たばこ	電子たばこ（ニコチン入り）	
オーストラリア	（予防原則による規制） 電子たばこを医薬品として規制し、薬局での禁煙目的での購入に限定	**原則屋内禁煙** ※例外施設は限定的（教育機関、大学のみ） ※屋外規制あり（遊園地、学校・病院敷地、レストラン屋外席） ※電子たばこについては、禁煙目的に限り、 医薬品として薬局で購入可能			・電子たばこそのものの長期的発がん性等は断定できなくとも、含有成分の一定割合が発がん性物質であることは既知である。 ・若者の電子たばこ使用が将来の紙巻たばこの喫煙開始・移行と関連する。 ※いずれも調査において実施した同国の政策立案者等へのインタビューからの引用
英国	・若年層・非喫煙者向けのたばこ販売・使用を強く規制（世代禁止） （Tobacco and Vapes Bill） ・地方自治体が、喫煙者に対し、電子たばこの無料配布と行動支援を提供し、紙巻たばこからの置換・禁煙を促進 （Swap to Stop）	**屋内全面禁煙** ※屋外規制あり（一部公共エリア）		**原則屋内禁煙** ※公共施設は屋内使用を制限（施設裁量） ※屋外規制あり（学校敷地等）	電子たばこを禁煙補助として使った場合、長期の禁煙成功率や安全性にどの程度効果があるかを評価した結果、ニコチン入り電子たばこを使用した喫煙者は、ニコチン置換療法を使ったグループに比べて禁煙成功率が高い。（Hartmann-Boyce J, et al. 2022;11: CD010216. doi: 10.1002/14651858.CD010216.pub7.）
ニュージーランド	全面禁煙の導入に加え、小売許可制やニコチン含有量規制を導入し、喫煙率の更なる引き下げを推進 （Smokefree 2025）	**屋内全面禁煙** ※屋外規制あり（学校・幼児教育施設の敷地内等）			参照が確認された科学的エビデンスなし ※早い段階から、全面的かつ強力な規制（全面禁煙）を導入し、規制手段の調整の段階に移行している。
カナダ	喫煙率の5%未満への減少と、紙巻たばこから電子たばこへの移行によるハームリダクションに注力	**原則屋内禁煙** ※例外施設は限定的（屋内のオフィス・職場のみ） ※屋外規制あり（公共・職場施設の出入り口等） **435**			電子たばこは紙巻たばこよりも害の少ない代替手段である。 ※2018年のたばこ法の改正にあたり公表した声明文において、「成人喫煙者が紙巻たばこより害の少ない代替手段として電子たばこに合法的にアクセスできるようにすること」が法の目的の一つであると明言

類型３）
～　いずれの種類についても、相対的に緩やかな規制を実施　～

国名	政策方針	使用（喫煙）に関する規制状況			参照したエビデンスの例
		紙巻たばこ	加熱式たばこ	電子たばこ（ニコチン入り）	
中国 	FCTC加入後も喫煙率は高く、受動喫煙対策と税・価格政策の強化を「健康中国2030」で設定	**原則屋内禁煙** ※例外施設は広範囲（教育機関以外）であり主要都市単位の規制 ※屋外規制なし		**規制なし（施設判断）**	参照が確認された科学的エビデンスなし
韓国 	製品種別に関わらず「たばこ製品」として包括的に規制 加熱式たばこの使用（喫煙）・広告等について、紙巻たばこと同等に規制	**原則屋内禁煙** ※例外施設は広範囲（医療施設、教育機関以外） ※公共利用施設は屋内全面禁煙 ※屋外規制あり（幼稚園、保育園、学校の周囲等）			・加熱式たばこは、紙巻たばこより一部化学物質濃度が低い点はあるが、無害と評価することには限界（Jankowski et al. New ideas, old problems? Heated tobacco products - a systematic review. Int J Occup Med Environ Health. 2019） ・加熱式たばこは、タール等が低いことで健康危険が減る可能性は示唆しつつ、疾病発生リスクが完全に消えたとは言えない（Kopa et al. IQOS - a heat-not-burn (HnB) tobacco product - chemical composition and possible impact on oxidative stress and inflammatory response. A systematic review. Toxicol Mech Methods. 2020）
フランス 	広告規制と受動喫煙対策のための屋内禁煙から、屋外規制の拡大に移行	**原則屋内禁煙** ※例外施設は広範囲（医療施設、教育機関、大学以外） ※屋外規制あり（教育施設敷地や公共庭園等）		**規制なし（施設判断）** ※学校等に限り屋内禁煙	参照が確認された科学的エビデンスなし
イタリア 	健康影響の科学的エビデンスよりも、規制介入の経済的合理性、EU法令との整合性を重視	**原則屋内禁煙** ※例外施設は広範囲 ※屋外規制あり（学校、病院の周囲）	**規制なし（施設判断）** ※喫煙場所の規制に関しては、「喫煙（smoked）」と定義しているため、規制対象外 **436**		加熱式たばこについて、ニコチン量は従来の紙巻たばこほぼ同程度（57%～84%）。総粒子状物質は、場合によってはより高い（89%～122%）。発がん性物質は量が少ないとしても残存する。（2019年 イタリア国立衛生研究所発表資料「Sigarette a tabacco riscaldato(Heated Tobacco Products; HTP)」）

類型４）
～　自治体（州等）への権限移譲により、規制内容等について国内で差がある　～

国名	政策方針	使用（喫煙）に関する規制状況			参照したエビデンスの例
		紙巻たばこ	加熱式たばこ	電子たばこ（ニコチン入り）	
ドイツ	州ごとの部分的規制から、非喫煙者保護法による屋内禁煙の範囲を拡大	**原則屋内禁煙** ※例外施設は州により異なる ※屋外規制あり（学校・公園・公共交通機関等）		**規制なし（施設判断）**	・ニコチンの有無にかかわらず、電子たばこ・シーシャのエアロゾルは健康リスクを生じる可能性があると評価（Stellungnahme Nr. 010/2015 des BfR vom 23. April 2015） ・屋外広告規制による高い損失推計（3.2億ユーロ/年）があるとの広告業界団体の主張を根拠不明として政府は否定（Fachverband Außenwerbung e.V.） ※広告規制に関するエビデンスとして参照
米国	・州主導での対策 ・2009年に成立した連邦法（Tobacco Control Act）で、米国食品医薬品局（FDA）にたばこ製品の販売、流通、広告、販売促進を規制する権限を付与	**全国規模での規制なし（州・自治体ごとの判断）**			参照が確認された科学的エビデンスなし

（参考）

国名	政策方針	使用（喫煙）に関する規制状況		
		紙巻たばこ	加熱式たばこ	電子たばこ（ニコチン入り）
日本	・望まない受動喫煙の防止を目的とし、施設区分に応じて講じるべき措置を設定 ・加熱式たばこは他者への健康影響が明らかではないことを理由に経過措置を設定	**原則屋内禁煙** ※例外施設は広範囲（医療施設、教育機関等以外） ※屋外規制なし	**原則屋内禁煙** ※例外施設は広範囲（医療施設、教育機関等以外） ※専用室内では、喫煙しながらの飲食等も可能 ※屋外規制なし	**販売・輸入されていない** ※医薬品として薬機法の規制対象で、未承認 ※個人輸入は可能

437

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　受動喫煙対策専門委員会 令和8年6月17日	参考資料

（第5回　受動喫煙対策専門委員会　資料3）

加熱式たばこに関するこれまでの知見の整理

健康・生活衛生局　健康課
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

加熱式たばこに関するこれまでの知見の整理（目次）

厚生労働科学特別研究事業（研究代表者：牛山明　2025年10月～2026年3月）において「加熱式たばこに関するこれまでの知見の整理」を作成

第１章　総論・背景

1.1 加熱式たばこの出現と世界的普及動向
1.2 製品の分類と技術的特徴
1.3 喫煙と健康に関する他国の認識
1.4 国際的枠組みと規制

第２章　使用実態とユーザー動向

2.1 国内外の使用率
2.2 多製品併用者の傾向
2.3 若年層・未成年の使用実態と健康影響
2.4 離脱・禁煙への移行動向

第３章　有害物質と曝露評価

3.1 主流煙の捕集法と吸煙行動の影響
3.2 主流煙の分析
3.3 副流煙の分析
3.4 含有化学物質のリスク評価
3.5 たばこ煙の成分と生体影響
3.6 加熱式たばこの曝露指標

第４章　加熱式たばこの能動喫煙の健康影響

4.1 呼吸器疾患との関連
4.2 循環器疾患との関連
4.3 発がん性に関する知見
4.4 妊婦の加熱式たばこ使用と妊婦・胎児への影響
4.5 歯科・口腔粘膜疾患への影響
4.6 ニコチン依存、抑うつ・自殺関連行動との関連
4.7 代謝異常、新型コロナウイルス感染症、その他の影響

第５章　加熱式たばこの受動喫煙の健康影響

5.1 加熱式たばこ使用による空気中の有害物質の発生
5.2 加熱式たばこによる受動喫煙の曝露
5.3 呼吸器系への影響
5.4 心血管系への影響
5.5 歯科・口腔粘膜疾患への影響
5.6 発がん性に関する知見
5.7 妊娠・胎児への影響
5.8 小児への影響

第６章　実験研究のエビデンス

6.1 呼吸器系への影響
6.2 心血管系への影響
6.3 細胞毒性・遺伝毒性への影響
6.4 炎症・免疫系への影響
6.5 発がん性に関する知見
6.6 その他の臓器への影響

第７章　社会的・政策的影響

7.1 日本および海外での法制度の取扱
7.2 ハームリダクションとの関連
7.3 たばこと世論

第８章　今後の課題と研究動向

8.1 主要結果のサマリー
8.2 今後の研究の方向性

439

手法

【論文収集方法】

- 2010年～2025年12月22日までの期間に発表された論文を対象に、
  - Medline, Embase, Cochrane Library, 医学中央雑誌に掲載された加熱式たばこに関連した文献を検索式に基づいて抽出し、英語1,132報、日本語58報を抽出した。
  - 上記の論文のうち、プロトコル論文、オピニオン論文、コメンタリー論文、レビュー論文を除外ののち、精読の上、判定の対象とした。 また、厚生労働科学研究の報告書についても対象とした。

【エビデンスの判定方法】

- 加熱式たばこの能動喫煙および受動喫煙と健康影響（4章、5章）について、アウトカム毎にエビデンスの関連性の強さと確からしさの2つの観点で、それぞれ4段階で判定した。

●関連性の強さに関する判定基準

強い	複数の研究で関連が一貫して示されており、効果が明確かつ大きい場合。用量反応関係が確認される場合を含む。
やや強い	複数の研究で関連の方向が一致しているが、効果の大きさが中等度、または一部の研究で有意差が示されない場合。
やや弱い	一部の研究で関連が示されるが、研究間で方向や有意性に不一致がある、または効果量が小さい場合。
弱い	関連がほとんど示されない、または研究間で結果が大きく乖離している場合。
判定できない	対象論文が0～1報の場合

●証拠の確からしさに関する判定基準

高い	ランダム化比較試験（RCT）・コホート研究が複数揃っている場合。
やや高い	RCT・コホートが少数、または方向性が一致しているが研究数が限られる場合。
やや低い	横断研究が中心だが複数の研究で方向一致がある場合。
低い	横断研究のみ、または研究数が極めて少ない場合。
判定できない	対象論文が0～1報の場合

- たばこ産業が実施した研究および資金提供した研究（たばこ産業資金による研究）はエビデンスの判定対象からは除外した。

第3章　3.2 加熱式たばこと紙巻たばこの主流煙の成分比較

- 加熱式たばこと紙巻たばこの主流煙中の成分量について、発がん物質（表1）と非発がん物質（表2）を示す。
  （本資料においては、発がん物質：IARC分類※1が1、2A、2Bに該当する物質、非発がん物質：左記の発がん物質に該当しない物質とする）
- 非発がん物質（表2）は、紙巻たばこよりも量が多い場合の成分のみ抜粋した。

【表1：発がん物質】（成分量が加熱式たばこ＞紙巻たばことなる場合のある物質を赤色表示）

μg/stick		IARC分類※1	加熱式たばこ	紙巻たばこ	出典
たばこ特異的ニトロソアミン類（TSNAs）※2	NNK	1	0.11-30.0	18.7-266	1）
	NNN	1	0.90-43.0	26.9-336	1）
	NAT	-	1.94-65.4	10.5-194	1）
	NAB	-	0.01-12.3	5.83-265	1）
ベンゾ[a]ピレン※2		1	n.d.*-1.21	4.25-26.1	2）
ホルムアルデヒド		1	<0.07-10	25.0-42.0	3）
o-トルイジン※2		1	0.14-3.57	30.3-115	4, 5）
2－ナフチルアミン※2		1	0.001-0.03	2.93-10.0	4, 5）
4－アミノビフェニル※2		1	n.d.-0.02	1.52-7.48	4, 5）
アクリロニトリル		1	<0.03-0.16	21.0-28.0	3）
1,3-ブタジエン		1	<0. 03-0.21	93.0-110	3）
ベンゼン		1	<0. 02-0. 91	93.0-110	3）
アクリルアミド※2		2A	151-6431	3215-11671	6）
ジベンゾ[a,h]アントラセン※2		2A	0.03-0.31	0.39-2.07	2）
ジベンゾ[a,l]ピレン※2		2A	0.01	0.04-1.04	2）
アニリン		2A	n.d.	316-1188	4, 5）
o-アニシジン		2A	0.05	2.20-9.37	4,5）
アクロレイン		2A	<0.2-8.3	100-130	3）
クロトンアルデヒド		2B	<0.2-18.0	40.0-51.0	3）
7H-ベンゾ[c]フルオレン※2		2B	0.01-3.78	6.78-35.1	2）
シクロペンタ[cd]ピレン※2		2B	0.01-1.72	9.03-98.9	2）
クリセン※2		2B	0.05-4.79	11.2-62.0	2）
5-メチルクリセン※2		2B	n.d	0.01-8.48	2）
ベンゾ[e]アセフェナントリレン※2		2B	n.d.-1.36	3.88-24.3	2）
アセトアルデヒド		2B	0.25-260	1200-1500	3）
ベンゾ[a]アントラセン※2		2B	0.01-5.11	12.4-63.2	2）
ナフタレン※2		2B	1.08-9.18	366-3348	2）
ベンゾ[k]フルオランテン※2		2B	0.02－0.71	1.51-9.19	2）
ベンゾ[j]フルオランテン※2		2B	0.01-1.08	2.69-15.0	2）
インデノ[1,2,3-cd]ピレン※2		2B	0.04-0.35	0.21-7.49	2）
ジベンゾ[a,h]ピレン※2		2B	n.d.	0.02-1.05	2）
ジベンゾ[a,i]ピレン※2		2B	n.d.	0.22-0.90	2）
イソピレン		2B	<0.04-2.80	830-980	3）
カテコール		2B	1.14-17.71	42.0-235	7）
ピリジン		2B	<0.04-10	23-34	3,8）
2-フランメタノール		2B	0.11-46	4.2	8）

＊　n.d.：検出限界未満
※1　国際がん研究機関（IARC分類）　グループ1：ヒトに対して発がん性がある　グループ2A：ヒトに対しておそらく発がん性がある　グループ2B：ヒトに対して発がん性がある可能性がある
※2　ng/stick

【表2：非発がん物質】（成分量が加熱式たばこ＞紙巻たばことなる場合のある物質のみ記載）

μg/stick	有害性※3	加熱式たばこ	紙巻たばこ	出典
ニコチン※2	吸入すると生命に危険	0.29-2.76	0.89-3.53	1）
アセトール	遺伝性疾患のおそれの疑い 等	<0.08-260	50-110	3）
2－ノネナール	皮膚刺激　等	<0.5-74.0	n.d.	3）
フルフラール	飲み込むと有毒　等	<0.03-120	54.0-180	8）
5-メチルフルフラール	眼・皮膚刺激　等	0.35-70	12	8）
2(5H)-フラノン	飲み込むと有害	n.d. ※4-14.0	6.6	8）
リナロール	アレルギー性皮膚反応を起こすおそれ	0.02-13	0.12	8）
メチルグリオキサール	飲み込むと有害	<0.2-37.0	17.0-38.0	3）
プロピレングリコール	Hazard classificationなし	270-6800	11.0-28.0	3）
グリセロール	Hazard classificationなし	2700-5100	59.0-1800	3）
メンソール	皮膚刺激　等	0.41-2700	<0.01	3）
水銀	吸入すると生命に危険 等	1.2-2.8	1.6-5.9	9）

1）令和6年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）研究代表者：稲葉洋平
2）令和5年度　厚生労働行政推進調査事業費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）研究代表者：稲葉洋平
3）Uchiyama S, Noguchi M, Takagi N, Hayashida H, Inaba Y, Ogura H, Kunugita N. Simple Determination of Gaseous and Particulate Compounds Generated from Heated Tobacco Products. Chem Res Toxicol. 2018 Jul 16;31(7):585-593.
4）令和2年度　厚生労働行政推進調査事業費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）研究代表者：稲葉洋平
5）令和3年度　厚生労働行政推進調査事業費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）研究代表者：稲葉洋平
6）令和5年度　厚生労働行政推進調査事業費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）研究代表者：稲葉洋平
7）平成30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）研究代表者：稲葉洋平
8）Bekki K, Uchiyama S, Inaba Y, Ushiyama A. Analyze of furans and pyridines from new generation heated tobacco product in Japan. Environ Health Prev Med. 2021;26. doi:10.1186/s12199-021-01008-1
9）令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）研究代表者：稲葉洋平

※3　PubChem に記載のあるGHSラベル表示
注1）加熱式たばこの成分量については3製品を使用している。
注2）紙巻たばこの成分量については、国内紙巻たばこ銘柄の場合と、標準紙巻たばこを使用している場合とがある。
注3）　HCI法で計測

- 製品によりばらつきはあるが、主流煙では、
  - 発がん物質のうち、TSNAs、アクリルアミド等については、 加熱式たばこの方が量が多い場合がある。（表1）
  - 非発がん物質のうち、ニコチン、フルフラール、水銀等、加熱式たばこの方が多い場合がある物質がある。（表2）
- 上記の表には一部含まれていないものもあるが、燃焼由来成分（一酸化炭素、多環芳香族炭化水素類、アミン類、フェノール類）に限定した場合には、加熱式たばこの主流煙中の値は概ね紙巻たばこよりも低かった。

441

（参考）主流煙の成分分析（たばこ産業資金による研究）

たばこ産業資金による研究では、加熱式たばこの主流煙の分析研究は12報あり、一部を以下に示す。

各種の加熱式たばこと、標準紙巻たばこ（3R4Fや1R6Fなど）の主要な有害化学物質排出量の比較

- **IQOS**　（加熱装置のバッテリー駆動時間内にHCL法で吸引できる上限として1本あたり12パフに設定）
  - 標準紙巻たばこ（3R4F）と比較して有害化学物質排出量は平均92.3%の削減を示した。代表的な物質の排出量（1本あたり）は、一酸化炭素が0.436mg（3R4Fは30.2mgで98.6%減）、ホルムアルデヒドが7.98μg（90.6%減）であった[1)]。さらに、発がん性物質であるNNKは6.75ng（3R4Fの264ngに対し97.4%減）、NNNは10.2ng（3R4Fの283ngに対し96.4%減）と報告されている[1, 2)]。
- **glo**　（加熱装置の稼働時間に合わせて1本あたり8パフに設定）
  - 標準紙巻たばこ（3R4F）と比較して有害化学物質排出量は平均97.1%の低減を示した。一酸化炭素は定量限界未満、ホルムアルデヒドは3.29μg（93.9%減）であり、NNKは6.61ng（3R4Fの281ngに対し97.7%減）、NNNは24.7 ng（3R4Fの263 ngに対し90.6%減）であった[3)]。アクリルアミドの排出量も測定されており、1.04μg（3R4Fの3.99μgに対し73.9%減 ※論文表中の単位表記に従う）と報告されている[3)]。
- **Ploom TECH, Ploom X等**
- 低温（30℃）でエアロゾルを通過させるカプセル製品（NTV；Ploom TECH）　（1カプセルあたり70パフに設定）
  - 1カプセルあたり70パフに設定して分析が行われ、ホルムアルデヒドが5.84μg（3R4Fは91.8μg）、アセトアルデヒドが6.49μg未満（3R4Fは1674μg）にとどまった。また、NNK（検出限界0.753ng未満）及びNNN（検出限界0.492ng未満）は完全に検出限界未満まで激減した[4)]。
- 高温加熱型（Ploomブランド等の外部加熱方式）
  - 34種類の異なるたばこブレンド（レギュラー、ノンメンソール、メンソール）及び2種類の加熱装置（A、B）を用いた包括的な分析が実施された。その結果、標準紙巻たばこ（1R6F）と比較して51種類の有害物質排出量が、ブレンドや加熱装置の違いによらず一貫して平均93.57%削減されたことが確認された。特に、WHOが低減を推奨する9つの優先有害物質（TobReg9）についても約96%の大幅な低減が示された[5)]。アクリルアミドは1.02-1.06μg（1R6Fの4.33μgと比較して約76%減）であった[5)]

1）Schaller J-P, et al. 2016 2）Jaccard G, et al.2017 3）Forster M, et al.2018 4） Takahashi Y, et al. 2018　5）Miller-Holt J, et al.2026

その他の論文：Takahashi Y, et al. 2018；Jaccard G, et al. 2018；Murphy J, et al.　2018；Gee J, et al. 2017；Poynton S, et al. 2017；Gasparyan H,et al.2018；Forster M, et al.　2015 ；Goodall S, et al. 2022

たばこ産業からの詳細な化学分析データは、NNK、NNN、アクリルアミド等の有害化学物質の発生量が、紙巻たばこより一貫して低減されることを支持していた。　442

第3章　3.3 加熱式たばこと紙巻たばこの副流煙の成分比較

- 加熱式たばこと紙巻たばこの副流煙中の成分量について、発がん物質（表1）と非発がん物質（表2）を示す（紙巻たばこの副流煙の成分についてはデータがあるもののみ）。

【表1：発がん物質】

μg/stick		IARC分類※	加熱式たばこ	紙巻たばこ
たばこ特異的ニトロソアミン類（TSNAs）※1	NNK	1	0.004－0.889[1)]	122-150[3)]
	NNN	1	0.012－0.281[1)]	54.3-93.3[3)]
	NAT	-	0.006－0.407[1)]	16.9-45.4[3)]
	NAB	-	0.0002－0.093[1)]	4.11-10.3[3)]
2-フランメタノール		2B	8.0～11[2)]	データなし
ピリジン		2B	0.42～0.73[2)]	データなし

【表2：非発がん物質】

μg/stick	加熱式たばこ	紙巻たばこ
ニコチン※2	0.001-0.057[1)]	3.33-4.25[3)]
メンソール※1	0.016-0.084[1)]	データなし
フルフラール	4.1～6.3[2)]	データなし
3-エテニルピリジン	0.011～0.018[2)]	データなし

※1)ng/stick
※2)mg/stick
注1)加熱式たばこの副流煙の成分量については3製品使用している場合と、1製品のみ使用している場合がある
注2)紙巻たばこの副流煙の成分については、ISO法で計測、加熱式たばこの副流煙についてはHCI法で計測。

1）令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）研究代表者　稲葉洋平
2）令和3年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）研究代表者　稲葉洋平
3）国立保健医療科学院 による計測：ISO法

- 製品によりばらつきはあるが、副流煙では、
  - 発がん物質のうち、TSNAs、2－フランメタノール、ピリジンが検出された。（表1）
  - その他にも、ニコチン、メンソール、フルフラール、ニコチン由来のガス状成分である3-エテニルピリジンも検出された。（表2）
- 加熱式たばこと紙巻たばこの副流煙では計測方法が異なるため、成分量の単純な比較は難しい。

第3章　3.4　含有化学物質のリスク評価

- 主流煙に含まれる各物質※1について、閾値のない発がん影響はがん過剰発生率を算出、非発がん影響・閾値を有する発がん影響はMOE（Margin of Exposure）を算出※2し、これらの値を元に、A～Cに分類し、リスク評価※3を実施した。

【リスク評価結果】（1日あたりの呼吸量は15m³/day、体重50kg、1日10本の喫煙と想定）

		中央値・ベースケース		最大値・ワーストケース	
		MOE	リスク判定	MOE	リスク判定
揮発性有機化合物、カルボニル類	ホルムアルデヒド	65	C	18	C
	アセトアルデヒド	4.1	B	1.9	B
	プロピオンアルデヒド	6.3	B	3.2	B
	ブチルアルデヒド	69	C	27	C
	i-バレルアルデヒド	146	C	58	C
	2-フルアルデヒド（フルフラール）	0.039	A	0.012	A
	ヘプタナール	143	C	48	C
	2-ノネナール	>1618	C	11	C
	クロトンアルデヒド	3.4	B	0.51	A
	ベンズアルデヒド	109	C	13	C
	アクロレイン	1.3	B	0.42	A
	2-ブタノン	1888	C	869	C
	アセトン	1400	C	228	C
	アセトール	17	C	3.3	B
	グリセロール	0.36	A	0.17	A
	プロピレングリコール	2.5	B	0.13	A
	ジアセチル	14	C	8.3	B
フェノール類	ヒドロキノン	591	C	48	C
	カテコール	49	C	11	C
	フェノール	277	C	58	C
	クレゾール	8084	C	4441	C
	2-メトキシフェノール（グアイアコール）	2011	C	127	C

		中央値・ベースケース				最大値・ワーストケース			
		MOE	リスク判定	がん過剰発生率	リスク判定	MOE	リスク判定	がん過剰発生率	リスク判定
アミン類	ニコチン	0.0035	A			0.0017	A		
	o-アニシジン	157206	C			45794	C		
	o-トルイジン			4.2E-06	B			8.9E-06	B
	2,6-ジメチルアニリン	323520	C			96002	C		
	2-ナフチルアミン			1.8E-06	B			2.7E-06	B
	4-アミノビフェニル			1.4E-05	A			5.0E-05	A
	NNN			1.7E-03	A			8.9E-03	A
	NNK			2.4E-02	A			1.5E-01	A
ピリジン類	ピリジン	8.6	B			4.1	B		
イソシアネート類	メチルイソシアネート	56	C			11	C		
多芳香族炭化水素類	ナフタレン	8844	C			3587	C		
	1-メチルナフタレン	72	C			27	C		
	2-メチルナフタレン	415	C			138	C		
	ベンゾ-a-ピレン			8.9E-03	A			6.2E-02	A
	フェナントレン	154894	C			7982	C		
	アントラセン	3090958	C			100976	C		
	フルオランテン	1503579	C			150541	C		
	ピレン	843787	C			85902	C		
その他	アクリルアミド	22	C			8.6	B		
	水銀	145	C			62	C		

【リスク評価凡例】

リスク判定	がん過剰発生率	MOE
A	がん過剰発生率＞1/10万	MOE＜1：リスクが懸念される
B	1/100万＜がん過剰発生率≦1/10万	1＜MOE≦10：情報収集が必要
C	がん過剰発生率≦1/100万	MOE＞10：　現時点では作業不要

※1 網羅的に測定された物質のうち、①発生量が多い物質、②同様の有害性を有すると考えられる化学物質群においては、その群の中から発生量が多く有害性のデータが入手可能と思われる物質、③リスクが高いと想定される物質、の3つの基準で選定

※2　がん過剰発生率10万分の1は、生涯曝露（原則70年相当）で10万人に1人の割合でがんが発生することを示す。また、MOEは人が実際に受けている曝露量が、健康影響が起こり始める量からどれだけ離れているかを示す値であり、1未満であると、環境基準、環境指針値、耐容一日摂取量、許容一日摂取量などを超えている可能性が懸念されるため、人に対するリスクが懸念されると評価される。

※3 このリスク評価は、体内動態や感受性、作用機序、種差や個体差などの詳細検討は行っていない。

- 4-アミノビフェニル、NNN、NNK、ベンゾ[a]ピレンは中央値・最大値のいずれにおいても、リスク判定がAであった。特に、NNK、ベンゾ[a]ピレンのエンドポイントは肺がんであり、肺がんのリスクが強く懸念される。
- ニコチン、フルフラール、グリセロールは、中央値・最大値のいずれにおいてもリスク判定がAであった。特に、ニコチンはMOEが0.0035と極めて小さく、ニコチンのエンドポイントは、心拍数の急速な増加であり、心機能への影響が強く懸念される。

4章　加熱式たばこの能動喫煙の健康影響

加熱式たばこの能動喫煙と、アウトカムについて文献レビューを行い、関連性、確からしさについて判定を行った。

章	アウトカム	関連性	確からしさ	備考
4.1	喘息	やや弱い	やや低い	メタアナリシスで有意な関連
	慢性閉塞性肺疾患（COPD）	判定できない		COPDの発症を直接評価している研究が存在しない
4.2	循環器疾患・症状	強い	やや高い	疾患発症の直接評価は限定的
4.3	発がん性	判定できない		直接評価する疫学研究が存在しない
4.4	妊娠高血圧症候群・合併症	やや強い	やや低い	複数の周産期リスク増加
	上記以外の周産期・妊娠への影響	判定できない		複数研究あるが、すべて同一の横断研究
4.5	歯科・口腔粘膜疾患	判定できない		
4.6	ニコチン依存	強い	やや高い	
	抑うつ・自殺関連行動	やや弱い	やや低い	横断研究が中心
4.7	代謝異常（脂質異常・糖尿病・メタボリックシンドローム）	やや強い	やや低い	コホート研究あり
	新型コロナウイルス感染症	やや弱い	やや低い	横断研究が中心
	アレルギー性疾患	判定できない		横断研究が中心、1報は未成年対象
	椎間板疾患・腱板断裂	判定できない		
	クローン病	判定できない		
	聴覚機能の低下	判定できない		

加熱式たばこの能動喫煙の健康影響について、
- 循環器疾患・症状、ニコチン依存との関連性は「強い」、そのエビデンスの確からしさは「やや高い」。
- 成人における喘息（喘息の増悪）、代謝異常（脂質異常、糖尿病、メタボリックシンドローム）、抑うつ・自殺関連行動、新型コロナウイルス感染症との関連性については、「やや弱い」～「やや強い」、その確からしさは「やや低い」。
- COPDとの関連、発がん性との関連、妊娠高血圧症候群およびその合併症以外の周産期・妊娠関連のアウトカムとの関連、歯科・口腔粘膜疾患との関連については、現時点のエビデンスでは、「判定できない」。

445

4章　4.1　呼吸器疾患との関連

- 呼吸器疾患との関連について、喘息に関する論文は4報であった。またCOPDに関連した厚生労働科学研究報告書が1報あった。

1.加熱式たばこ使用と喘息の発症・増悪について

1）国際的な知見

- 2018年から2020年に韓国で実施された調査[1)]
  - 加熱式たばこ単独使用と喘息の有病率については、調整後オッズ比（95%信頼区間）は0.38（0.10-1.50）、紙巻と加熱式たばこ併用では0.98（0.52-1.86）であった。
- 4つの疫学研究を統合したメタアナリシス（2025年）[2)]
  - 喘息をアウトカムとしたPooled estimate（OR/RR 95%CI）は、1.67（1.06-2.68）であった。

2）国内の知見

- 15歳～73歳の男女9,008名を対象とした横断研究（2019年）[3)]
  - 30日以内の加熱式たばこ使用と喘息の既往についての調整後オッズ比（95%CI）は1.70（1.16-2.50）であった。
- 3,787名を対象としたインターネット調査（2023年）[4)]
  - 加熱式たばこ喫煙者と喘息の症状増悪についての調整後オッズ比（95%CI）は3.25（1.86-5.68）であった。

2.加熱式たばこ使用とCOPDについて

- 加熱式たばこの呼吸器疾患につながり得るバイオマーカーに関する研究[5)]
  - 肺気腫で有意に増加していたmiR-766-3pが喫煙により誘導され、特に加熱式たばこ喫煙者で有意に増加した。

1) Seo Y.-G, et al.　2023 2)Carlsson S, et al. 2025 3)Nakama C, et al. 2021 4)Noguchi S, et al. 2023 5) 令和5年-7年度厚生労働科学研究報告書　研究代表：大森久光

成人における加熱式たばこと喘息の関連については有意差を認めなかったとする研究がある一方、喘息の増悪との関連を認めた研究もある。加熱式たばこの能動喫煙は、成人における喘息（喘息の増悪）について、関連性は「やや弱い」、確からしさは、「やや低い」。
COPDとの関連についての研究は限定的であり、関連性や確からしさは「判定できない」。

4章　4.2　循環器疾患との関連

- 血圧や心拍数、血管機能などへの影響に関する論文も含めた、循環器疾患との関連について、該当する論文は19報であった。以下に一部を示す。

1.国際的な知見

- 加熱式たばこは、以下のような急性及び慢性の影響を及ぼす可能性が示され、血管機能、血栓形成、炎症、酸化ストレス、心機能に悪影響を及ぼす可能性が示されていた。
    - **急性影響**
    - 心拍数の上昇や血圧の上昇[1,2,4)]
    - 動脈硬化の指標（脈波伝播速度や増加指数）の悪化[2,3)]
    - 炎症性サイトカインの増加、白血球増加、血管内皮機能障害[4)]
    - 心筋収縮および拡張機能に急性の障害[5)]　等
    - **慢性影響**
    - 血流依存性血管拡張（FMD）の低下、一酸化窒素生物学的利用能の低下[6,7)]
    - フィブリノーゲン濃度の上昇[8)]
    - 循環miRNAプロファイルの変化[9)]

2.国内の知見

- 健康診断データを活用した30,152名を対象としたコホート研究[10)]
    - 加熱式たばこ単独使用は高血圧発症の有意な増加と関連があった。
- 15歳～73歳の9,008名を対象としたインターネット調査[11)]
    - 循環器疾患を有する人では加熱式たばこ単独使用、紙巻たばことの併用使用のオッズが有意に高かった。　等

1) Amhed NB, et al. 2025 2)Goebel I, et al. 2023 3)Lyytinen G, et al.2023 4) Biondi-Zoccai G, et al. 2019 5)Yaman B, et al. 2021 6)Loffredo L,et al. 2021 7)Schirone L,et al. 2022 8)Swiatkowaska B,et al.2025 9)Znyk M, et al. 202510) Hu H, et al. 2024 11)Nakama C, et al. 2019

加熱式たばこの能動喫煙による、血圧や心拍数、血管機能などへの悪影響は、ほぼすべての研究で同じ方向を示していることから、心血管系への影響は十分にあると考えられる。加熱式たばこの能動喫煙は、循環器疾患との関連性は「強い」、また、その証拠の確からしさは、「やや高い」。

4章　4.3 発がん性に関する知見

- **発がん性そのものを直接評価する研究はなかった。**
- **発がん性に関連する影響として、腫瘍マーカー、遺伝子変化及び尿中曝露マーカー等に関する文献をレビューした。**

1.国際的な知見

- 750名を対象とした腫瘍マーカーに関する研究[1)]
  - がん胎児性抗原値（CEA）の値が、紙巻たばこ喫煙者（中央値2.4）、加熱式たばこ喫煙者（中央値2.0）、非喫煙者（中央値1.6）の順に有意に高かった。
- 加熱式たばこと遺伝子変化に関する研究[2)]
  - 非喫煙者、紙巻たばこ喫煙者、加熱式たばこ喫煙者の各群15名（合計45名）の歯肉組織を比較したところ、加熱式たばこ喫煙者のeNOS遺伝子メチル化変化が非喫煙者より有意に高く、エピジェネティックな変化を引き起こす可能性が示唆された。
- 尿中重金属濃度に関する研究[3)]
  - 電子たばこ喫煙者、加熱式たばこ喫煙者、紙巻たばこ喫煙者、および非喫煙者各群40名（合計160名）の尿中重金属濃度を比較したところ、加熱式たばこ喫煙者でニッケル化合物（IARC分類グループ1）およびニッケル金属（IARC分類グループ2B）の上昇を認めた。

2. 国内の知見

- 加熱式たばこと遺伝子変化に関する研究[4)]
  - 紙巻たばこ喫煙者と加熱式たばこ喫煙者の各群52名（合計208名）の末梢血単核細胞における喫煙関連のDNAメチル化異常および遺伝子発現変化を調査したところ、加熱式たばこ喫煙者と紙巻たばこ喫煙者は同程度だった。
- 日本とカナダの成人550名の尿中曝露マーカーを比較した研究[5)]
  - 加熱式たばこ単独喫煙者は紙巻たばこ喫煙者と比較してNNAL※1が約83%、CEMA※2が約93%低かった。
- 15歳～73歳の9,008名を対象としたインターネット調査[6)]
  - がんを有する人では加熱式たばこ単独使用、紙巻たばことの併用使用のオッズが有意に高かった。

※1　たばこ特異的ニトロソアミン（IARC分類1の物質を含む）の代謝産物
※2　アクロレイン（IARC分類2A）の代謝産物

1) Kim D-H, et al. 2025 2)Rasperini G, et al. 2025 3)Yuce Y, et al. 2025 4) Ohmomo H, et al.2022 5) Miller CR, et al. 2025 7) Nakama C et al. 2019

がんの臨床的エンドポイントを用いた長期的な疫学研究が存在せず、非喫煙者と同等の水準に発がんリスクが低下するかは不明。発がん性を直接評価する研究はないため、加熱式たばこの能動喫煙と発がん性の関連性については「判定できない」。

4章　4.4　妊婦の加熱式たばこ使用と妊婦・胎児への影響

- **妊娠との関連について、妊娠高血圧症候群とその合併症（常位胎盤早期剥離、胎児発育不全、早産・切迫早産・分娩誘発・帝王切開）に関する論文は4報であり、その他の周産期・妊娠の影響についての論文は2報であった。以下に一部を示す。**

1.国際的な知見

- 加熱式たばこ使用と周産期アウトカムについての研究（加熱式たばこ喫煙群 vs. 非喫煙者群）[1)]
  - ➢ 周産期合併症
    - ◆ 加熱式たばこ使用群では、早産（17% vs. 4%）、分娩誘発（54% vs. 24%）、帝王切開（52% vs. 40%）と有意に高かった。
  - ➢ 生化学的指標の比較
    - ◆ 母胎の生化学的指標、児のApgarスコアや出生時体重については非喫煙者群と比較して、有意差がなかった。

2.国内の知見

- 全国大規模コホート研究（JACSIS）
  - ➢ 妊娠高血圧症候群（HDP）：加熱式単独喫煙者は非喫煙者と比較してHDPのリスクが高かった（OR 2.48）。[2)]
  - ➢ 常位胎盤早期剥離：妊娠初期の加熱式たばこ喫煙者は非喫煙者と比較して常位胎盤早期剥離のリスクが11.3倍（rRR 11.3; 95% CI: 7.5 - 17.0）であった[3)]。
  - ➢ 低出生体重（LBW）：加熱式たばこ使用によるLBWのリスクは2.36倍であった[2)]。
  - ➢ 胎児発育不全（SGA）：加熱式たばこ単独喫煙者のSGAのリスクは2.50倍であった[4)]。

1) G.G. Incognito, et al. 2024 2)Zaitsu M, et al. 2021 3))Ooba H, et al.2025 4) Hosokawa Y, et al. 2022

加熱式たばこの能動喫煙と一部の妊娠合併症や胎児発育不全、分娩誘発のリスク、および一部の長期予後との関連について報告がある。ただし、研究数が十分でなく科学的根拠は十分とは言えない。
加熱式たばこの能動喫煙の妊娠高血圧症候群およびその合併症への影響についての関連性は、「やや強い」、その確からしさは、「やや低い」。その他のアウトカムについては、研究デザインおよび サンプルサイズが限定的な観察研究からの報告のみに限られるため、「判定できない」。

4章　4.5　歯科・口腔粘膜疾患との関連

- 歯科疾患については、自己申告による歯周病との関連をみた横断研究の1報のみであった。
- そのほか、歯・口腔への影響としては、口腔粘膜、歯肉組織、唾液等との関連を示す論文（6報）があった。一部を以下に示す。

1.国際的な知見

- 口腔粘膜の免疫機能に関する研究[1)]
  - ➢唾液中の分泌型免疫グロブリンA（sIgA）濃度を見た結果、平均唾液sIgAレベルは、紙巻たばこ喫煙者（260.03μg/mL）、加熱式たばこ喫煙者（243.54μg/mL）で有意差がなかった。また、加熱式たばこ喫煙者も紙巻たばこ喫煙者も、非喫煙者（380.74μg/mL）と比較するとsIgAは有意に低かった。
- 歯の色指数を評価した研究[2)]
  - ➢ 歯の色指数（平均WID: Whiteness Index for Density）は紙巻たばこ喫煙者（13.38）と比較して加熱式たばこ喫煙者（17.82）は良好であった。
- 歯垢を評価した研究[3)]
  - ➢ 歯垢の蓄積レベルは加熱式たばこまたは電子たばこ単独喫煙者は、紙巻たばこ喫煙者より有意に低く、非喫煙者と同レベルであった。

2.国内の知見

- 「日本における社会と新型たばこに関するインターネット調査研究プロジェクト」の二次解析（回答者10,439名）[4)]
  - ➢ 加熱式たばこ喫煙者は非喫煙者と比較して歯周病の有病率と有意な関連があった（有病率比1.43 95%CI：1.03-1.62）。

1) N pavlov, et al.　2025 2)G Rasoperni, et al. 2025 3)S Gupta, et al. 2024 4) G. R. M. La Rosa, et al. 2024

歯科・口腔粘膜疾患については、自己申告による歯周病との関連をみた横断研究の1件のみであり、関連性および確からしさは「判定できない」。

450

4章　4.6　ニコチン依存、抑うつ症状・自殺関連行動との関連

- ニコチン依存、抑うつ症状・自殺関連行動との関連について、ニコチン依存については15報、抑うつ・自殺関連行動については3報の論文があった。一部を以下に示す。

1.ニコチン依存に関する知見

・韓国の成人喫煙者を対象とした依存指標の比較に関する調査[1)]

- 紙巻たばこ、加熱式たばこ、電子たばこでFTNDスコア※1に有意差なし。また、尿中のニコチン関連バイオマーカー濃度は加熱式たばこ喫煙者と紙巻たばこ喫煙者では同程度であった。

・マレーシアの医療施設受診者を対象とした調査[2)]

- マレーシアの医療施設受診者を対象とした調査では、紙巻たばこ、加熱式たばこ、電子たばこでFTNDスコアに明確な差がなかった。 等

- **国内での使用依存度に関する研究**[3)]
  - 起床後最初の使用までの時間を依存指標として検討したところ、加熱式たばこ常用喫煙者は紙巻たばこ喫煙者の機会喫煙者と同程度、あるいはそれ以上の依存を示す場合があった。

2. 抑うつ症状・自殺関連行動

・韓国の青少年を対象とした横断研究（5,349名）[4)]

- 加熱式たばこ単独喫煙者は非喫煙者と比較して中等度以上の抑うつ症状のリスクが高かった（aRR 4.39 95%CI:1.54-12.54）。

・韓国の青少年を対象とした全国調査（57,069名）[5-6)]

- 加熱式たばこを含む複数製品喫煙者では非喫煙者と比較して自殺関連行動のリスクが高かった。特に、加熱式たばこ単独喫煙者において自殺企図のオッズは7.13（95%CI: 3.17–16.06）と高値を示した。さらに、同じ調査において、加熱式たばこ使用に加えて受動喫煙曝露がある場合、自殺念慮および自殺企図のオッズリスクがさらに上昇した。

※1ファーガストローム・ニコチン依存度スコア
※2ミネソタ・ニコチン離脱症状スケール

1) Rudasingwa G, et al. 2022 2)Wan Puteh SE, et al. 2023 3)Lau YK, et al. 2019 4) Lee BG, et al. 2025 5)Huh Y, et al. 2021. 6) Park S, et al.2021

加熱式たばこは紙巻たばこと同程度のニコチン送達能を有し、依存指標が明確に低減するとはいえないとする結果が多い。加熱式たばことニコチン依存との関連性は、「強い」。その証拠の確からしさは、「やや高い」。
抑うつ症状、自殺関連行動との関連性は「やや弱い」、また、その証拠の確からしさは「やや低い」。

4章　4.7　代謝異常、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）

- 代謝異常に関する論文は5報、COVID-19に関する論文は4報であった。一部を以下に示す。

1. 代謝異常

- **脂質異常との関連**
  - 日本の職域他施設研究（J-ECOHスタディ）データを用いた横断研究（n= 48,771）では、加熱式たばこ喫煙者では非喫煙者と比較しHDLコレステロールが有意に低値であり、低HDLコレステロール血症のオッズ（OR 1.25 95%CI:1.09-1.43）も高かった[1)]。
  - 韓国の国民健康栄養調査データを用いた横断研究（n=10,309）において、加熱式たばこ単独喫煙者は非喫煙者と比較して高LDLコレステロール血症（≥160 mg/dL）のオッズが高かった（OR 1.71、95% CI: 1.01–2.89）[2)]。
- **糖尿病との関連**
  - 日本のJ-ECOHスタディの横断研究（n=40,291）では、加熱式たばこ喫煙者は非喫煙者と比較して前糖尿病（OR 1.36 95%CI：1.25-1.47）および糖尿病（OR 1.68 95%CI：1.45-1.94）のオッズが高かった[3)]。
- **メタボリックシンドローム発症との関連**
  - 韓国の大規模コホート研究（n=178,004）では、加熱式たばこ喫煙はメタボリックシンドローム発症と関連があった（HR 1.68 95%CI：1.25-2.26）。また、喫煙期間が長い場合や喫煙頻度が高い場合にはリスクがより高くなる傾向があった[4)]。

2. COVID－19

・日本国内住民を対象とした横断研究[5)]

- 加熱式たばこ喫煙者は非喫煙者と比較してCOVID-19感染のオッズ（OR 1.65 95%CI:1.26-2.15）が高く、酸素吸入や入院を指標とした重症度についても関連が認められた（OR 1.90、95%CI：1.01–3.59）。

・イタリアの前向きコホート研究COSMO－IT[6)]

- 加熱式たばこ喫煙経験とCOVID-19の重症度および死亡率で有意な差は認められなかった（重症度 OR 1.21 95% CI：0.47–3.12　死亡率 OR 1.16　95%CI：0.35–3.89）[7)]。

1) Hu H, et al. 2022 2)Kim et al. 2025 3)Hu H, et al. 2023 4)Jee Y, et al. 2024. 5)Nishimura M, et al. 2023 6) Gallus S, et al. 2023

加熱式たばこの能動喫煙と代謝異常（脂質異常、糖尿病、メタボリックシンドローム）との関連性は、「やや強い」、また、その証拠の確からしさは、「やや低い」。また、新型コロナウイルス感染症との関連性は、「やや弱い」、また、その証拠の確からしさは、「やや低い」。

4章　4.7　アレルギー性疾患、椎間板疾患・腱板断裂、クローン病、聴覚機能の低下

- アレルギー性疾患に関する論文は2報、椎間板疾患・腱板断裂に関する論文は2報、クローン病に関する論文は1報、聴覚機能の低下に関する論文は1報であった。

1.　アレルギー性疾患

- 韓国の青少年を対象とした横断研究では、加熱式たばこの喫煙は喘息、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎と関連しており、特に複数製品使用において多疾患併存のリスクが高いことが報告された[1)]。
- 韓国の国民健康栄養調査データを用いた成人を対象とした研究においても、加熱式たばこの喫煙はアレルギー性鼻炎の有病率の上昇と関連していた（AOR 1.60、95%CI:1.06–2.42）[2)]。

2.　椎間板疾患・腱板断裂

- 韓国の大規模コホート研究で、加熱式たばこ喫煙者において椎間板疾患の発症リスクが非喫煙者と比較して高いことが示された（aHR 1.13、95% CI: 1.06–1.20）[3)]。
- 韓国の腱板修復術後の再断裂に関する臨床コホート研究では、加熱式たばこ喫煙者において再断裂率が28.9%とおよび、紙巻喫煙者の31.1%と同程度であり、非喫煙者8.9%と比較して高いことが示されている（OR3.397、95%CI：1.38-8.37）[4)]。

3.　クローン病

- クローン病患者を対象とした後ろ向きコホート研究では、加熱式たばこ喫煙者において術後再発リスクが高かった（OR 2.76、95%CI：1.36-5.82）[5)]。

4.　聴覚機能の低下

- 横断研究で、加熱式たばこ喫煙者は高周波数域の聴力低下のオッズが高く（OR 1.46、95%CI：1.28–1.67）、量反応関係も示唆された[6)]。

1)Lee A et al.2019 2) Seo Y-G, et al. 2023 3)Shin JW, et al.2025 4)Yoon T-H, et al.2024 5)Parigi TL, et al. 2025 6)Sever E, et al. 2024

加熱式たばこアレルギー性疾患、椎間板疾患・腱板断裂、クローン病、聴覚機能の低下については関係がある可能性が示唆されているが、横断研究が多く、関連を結論づける科学的証拠は不足しており、加熱式たばこの関連性については「判定できない」。

（参考）たばこ産業資金による能動喫煙に関するエビデンス

たばこ産業資金による、加熱式たばこの能動喫煙の健康影響に関する研究は、循環器疾患との関連について6報、歯・口腔との関連について1報あり、以下に示す。

循環器疾患との関連

1.国際的な知見

- 紙巻たばこから加熱式たばこや電子たばこへ切り替えることで、有害物質曝露のバイオマーカーが低下することが報告された。短期間のランダム化試験では、加熱式たばこへ切り替えた群で煙に含まれる有害物質への曝露バイオマーカーが有意に減少し、禁煙群に次いで低いレベルとなった[1)]。
- 加熱式たばこへ切り替えた5日以内に、一酸化炭素ヘモグロビンや変異原性物質の尿中排泄などの曝露バイオマーカーが大幅に低下し、禁煙群と類似した低下も認められた[2)]。
- 加熱式たばこへ切り替えにより、炎症や血管内皮機能障害、血小板活性化に関連する一部のバイオマーカーの改善が報告された[3)]。
- 加熱式たばこまたは電子たばこへの切り替え後には、有酸素運動能力（VO_2max）の改善が認められた[4)]。

2.国内の知見

- 日本人喫煙者180名を対象としたランダム化試験では、gloまたはIQOSへ切り替えた群で、尿中曝露バイオマーカーおよび及び呼気中COが5日後に有意に減少し、その低下は多くの指標で禁煙群と同程度であった[5)]。
- 横断研究で、加熱式たばこ喫煙者は紙巻たばこ喫煙者より一部の潜在的有害性バイオマーカー（BoPH）が良好であった[6)]。

歯・口腔との関連

- 唾液中のlactoferrinおよびlysozymeの分泌率を調べた研究において、加熱式たばこ喫煙者の分泌率（lactoferrin：3.6（1.5-6.9）μg/min、lysozyme：2.1（1.1-4.5）μg/min）は非喫煙者（それぞれ7.3（3.3-13.8）μg/min、4.0（1.9-7.7）μg/min）より有意に低かった[7)]。

1) McEwan M, et al.2021 2) Ludicke F, et al.2016 3) Bosilkovska M, et al.2020 4) Spicuzza L, et al. 2025 5) Gale N, et al. 2019 6) Sakaguchi C, et al. 2021 7) Mori Y, et al. 2022

5章　加熱式たばこの受動喫煙の健康影響

加熱式たばこの受動喫煙と、アウトカムについて文献レビューを行い、関連性、確からしさについて判定を行った。

	アウトカム	関連性	確からしさ	備考
5.1	加熱式たばこによる空気中の有害物質の発生	強い	高い	健康影響のアウトカムではない
5.2	受動喫煙の曝露	やや強い	やや高い	
5.3	呼吸器症状への急性影響	やや弱い	やや低い	論文数が限定的
5.4	心血管系への急性影響	やや弱い	低い	心血管関連症状との関連であり、疾患との直接関連についての研究はない
5.5	歯科・口腔粘膜疾患への影響	判定できない		研究が存在しない
5.6	発がん性に関する知見	判定できない		直接評価する疫学研究が存在しない
5.7	妊娠・胎児・周産期への影響	判定できない		横断研究1報のみ
5.8	小児のう蝕に関する研究	判定できない		研究1報のみ
	小児の酸化ストレス・血管内皮機能・血小板機能の研究	判定できない		研究1報のみ
	小児の自殺念慮の研究	判定できない		研究1報のみ

加熱式たばこの受動喫煙の影響について、
・空気中に有害物質が発生することの関連性は「強い」、確からしさは「高い」
・有害物質の曝露が生じることの関連性は「やや強い」、確からしさは「やや高い」
・具体的な健康影響の関連性については「やや弱い」、確からしさは「低い」～「やや低い」、もしくはいずれも「判定できない」。

5章　5.1　加熱式たばこ使用による空気中の有害物質の発生

・空気中の有害物質の発生について該当した論文は5報であった。さらに、空気中の有害物質の動きについて報告した厚生労働科学研究報告書が1報あった。そのうち、喫煙機械を用いた実験1報、人が加熱式たばこを使用した実験4報を以下に示す。

1. 喫煙機械を用いた実験

- 5種類の加熱式たばこを合計24本、ISO法とHCI法で発生させた際の、ブラックカーボン、アクロレイン、アセトアルデヒド、ホルムアルデヒドの空気中の濃度はHCI法の方が高かった[1)]

2. 加熱式たばこを実験的に喫煙した実験

- 実験的なチャンバー（35.8 m^3）で （換気回数（0.2、0.5、1回）、加熱式たばこを喫煙する人数（1、3、5名）、湿度（30、50、70%）、受動喫煙を評価するダミーの距離（0.5、1、2 メートル）と条件を変えながら室内の空気質を調査[2)]
  - 加熱式たばこの使用により、ニコチン、アセトアルデヒド、PM2.5、粒子数濃度（PNC）等がバックグラウンドよりは有意に増加。
  - 同一条件下での紙巻たばこの喫煙と比較すると、ニコチン、アセトアルデヒド、PM2.5、PNCの値は加熱式たばこの使用で有意に低い。
  - 加熱式たばこを同時に使用する人が多いこと、傍観者までの距離が近いほど、汚染物質の上昇が大きい。
- 小型シャワーブースと居室（25m^2 ）で測定[3)]
  - 小型シャワーブースにおいて、加熱式たばこを50回吸引後の、ニコチン濃度は25.9～257$\mu g/m^3$
  - 居室において、ニコチン濃度は健康上の懸念がなく許容されると考えられる濃度範囲の上限の3$\mu g/m^3$を超えなかった。 $PM_{2.5}$ 濃度は、一部の測定値で100$\mu g/m^3$を超えたことが認められた（大気環境基準の年間平均基準値（15$\mu g/m^3$））
- 実験的なチャンバー（13m^2、35.8m^3）で測定[4)]
  - 加熱式たばこのパフ中のエアロゾル濃度は紙巻より低い。
  - 傍観者（bystanders）までの距離が近いほどエアロゾルの曝露が高濃度になることが示されたが、換気強度と相対湿度は有意な影響を与えなかった。
- 大学の模擬喫煙室での実験[5)]
  - 照明を落とし、背後から平面レーザーを照射することで加熱式たばこの呼出エアロゾルを可視化し、呼気の勢いで2m到達することが認められた。

1) Zervas EN, et al. 2024　2) Meisotovic-Akhtarieva　et al　2019 3) Hirano T, et al. 2020 4) Meisutovic-Akhtarieva M, et al 2021　5) 令和5年-7年度厚生労働科学研究報告書　研究代表:大和浩

屋内で加熱式たばこを使用することと、同一空間内における受動喫煙の原因となる有害化学物質の増加について、その関連性は「強い」、確からしさは「高い」。

5章　5.2　加熱式たばこによる受動喫煙の曝露

・受動喫煙の曝露について該当した論文は5報であった。さらに、曝露に関する厚生労働科学研究報告書が3報あった。一部を以下に示す。

1.加熱式たばこ使用による非喫煙家族への曝露

- 父親が紙巻たばこ、加熱式たばこを使用している配偶者及び子供を対象とした研究[1)]
  - 紙巻たばこまたは加熱式たばこを使用している男性と、非喫煙者の男性のそれぞれの家族(配偶者、子供)を比較し、尿中総ニコチン代謝物(TNM)は前者において有意に増加し、 尿中NNAL(たばこ特異的ニトロソアミン)は前者において高値であった。

- 紙巻たばこ、加熱式たばこ、併用者の家族(配偶者、子供)を対象とした研究[2)]
  - 尿中総ニコチン代謝物(TNM)(pg/mg creatinine)は、加熱式たばこ受動喫煙者が2.65、紙巻たばこ受動喫煙者が4.33、併用者の受動喫煙者が3.72であった。紙巻たばこと加熱式たばこの受動喫煙曝露量を比較すると、加熱式たばこによる曝露量が40%ほど低減されていた。
  - 発がん性物質であるNNAL中央値(pg/mg creatinine)は、加熱式たばこ受動喫煙者が1.10、紙巻たばこ受動喫煙者が1.14、併用者の受動喫煙者が1.02であった。加熱式たばこと紙巻たばこ受動喫煙者の曝露量に大きな差は認められなかった。

2.加熱式たばこによる非喫煙者への曝露

- 2021年に加熱式たばこによる受動喫煙の健康影響を評価する研究[3)]
  - 加熱式たばこの受動喫煙を受けた被験者の尿中には、 ニコチン代謝物及びNNALが有意に検出された。さらに、DNA損傷マーカーの2物質(7-メチルグアニン、8-ヒドロキシ-2’-デオキシグアノシン)の尿中濃度も高い傾向があった。

3.喫煙室の清掃作業における非喫煙者への曝露

- 喫煙室の清掃に関わる従業員27名を調査したところ、清掃作業がある者はそうでない者と比較して尿中ニコチン代謝物のすべての指標が有意に高かった[4)] 。

1) Onoue A, Inaba Y, Omori H, et al. 2022 2)令和2年～4年度厚生労働科学研究報告書　研究代表:大森久光3)Kawasaki Y, Li YS, et al. 2023 4) 令和5年-7年度厚生労働科学研究報告書　研究代表:大和浩

曝露の指標として生体指標(バイオマーカー)の測定に基づく知見によると、加熱式たばこ使用とその受動喫煙による曝露の関連性は、「やや強い」、確からしさは、「やや高い」。

5章　5.3　呼吸器系への影響

・呼吸器系への影響を調べた論文は3報であった。そのうち、喘息症状や喘息発作との関連を調べたものが2報であった。

- **15-69歳の8,240名を対象とした縦断的なインターネット調査**[1)]
  - 加熱式たばこのエアロゾルへの曝露による症状を分析したところ、最も見られた症状は不快感25.1%で、次に目の痛み22.3%、喉の痛み20.6%、他の障害または症状13.4%であった。
- **15-73歳の8,784名を対象とした自己申告式アンケート調査**[2)]
  - 加熱式たばこによるエアロゾルに曝露されている割合は39.5%であった。受動喫煙で生じた症状のうち、喘息発作を経験した頻度は10.9%と報告された（紙巻たばこの受動喫煙で引き起こされた喘息発作の頻度（8.4%））。
- **15-80歳の非喫煙者18,839名を対象としたインターネット調査**[3)]
  - 18,839名の現在非喫煙者のうち、受動的にエアロゾルに曝露された者の9.8%（95%CI：8.2%～11.7%）が喘息発作／喘息様症状を、16.7%（95%CI：14.8%～18.9%）が持続的な咳を報告した。エアロゾルの曝露は呼吸器症状と関連していた（喘息発作／喘息様症状：PR 1.49、95%CI：1.21～1.85；持続的な咳：PR 1.44、95%CI：1.21～1.72）。

1) Tabuchi T et al 2018 2) Imura Y, et al. 2021 3) Yoshioka T, et al. 2023

加熱式たばこの受動喫煙の急性健康影響としての呼吸器症状との関連について、喘息症状や喘息発作、持続的な咳との関連を示唆するインターネットのでの報告はあるものの、急性影響を正確に評価した研究はほとんどなく、全体として研究数が少なく限定的であった。加熱式たばこの受動喫煙は、急性健康影響としての呼吸器症状（喘息症状や喘息発作、持続的な咳）との関連性は「やや弱い」、また、その証拠の確からしさは、「やや低い」。

5章　5.4　心血管系への影響

・心血管系への影響についての論文は3報であった。

1.国際的な知見

- 加熱式たばこまたは紙巻たばこの煙に受動曝露された小児に対する調査[1)]
  - ➢ 受動曝露された小児は非曝露群と比較し、コチニン、リポ多糖、ゾヌリンの値が有意に高く、加熱式たばこと紙巻たばこでは有意な差はなし。
  - ➢ 酸化ストレスや血管内皮機能障害への関与の可能性を示唆された。

- 加熱式たばこおよび紙巻たばこへの曝露に関する調査[2)]
  - ➢ 加熱式たばこおよび紙巻たばこの一次・二次曝露後に、特に喫煙者において心拍変動が低下した。

2.国内的な知見

- 15-73歳の8,784名を対象とした自己申告式アンケート調査[3)]
  - ➢ 加熱式たばこのエアロゾル曝露者で、胸痛の頻度は11.8%（紙巻たばこの受動喫煙では9.9%）であった。

1) Loffredo L, et al.　2025　2) Kim DH, et al. 2025 3) Imura Y, et al. 2021

加熱式たばこの受動喫煙の心血管系への影響については、胸痛などの心血管関連症状との関連や心拍出量の低下、内皮機能障害に関連する可能性を示唆する報告が認められたが、研究数が少なく限定的であった。加熱式たばこの受動喫煙と心血管系への影響の関連性については、「やや弱い」、また、その証拠の確からしさは、「低い」。

5章　5.6　発がん性への影響

- 発がん性との関連について、直接評価する研究はなかった。
- 関連する研究として、環境測定を中心とした研究2報と非喫煙者の尿中物質に関する研究1報、モデル計算による研究1報があった。

1. 国際的な知見

・室内環境における加熱式たばこ使用時の空気質をモニタリングした研究[1)]

- 加熱式デバイスはほとんどの有害化合物の排出量が紙巻たばこに比べて大幅に少ないものの、発がん物質を含むn-アルカン、有機酸、アルデヒド類は有意な量（最大2-6mg/h）が排出されていた。

・エアロゾル中の金属成分による能動的及び受動的曝露シナリオにおける発がん性リスクを評価した研究[2)]

- 能動的及び受動的曝露に関連する過剰生涯発がんリスクは6.85×10^{-8}から9.34×10^{-7}の範囲であり、いずれも許容基準である1.0×10^{-6}を下回った。

2. 国内の知見

・非喫煙者746名を対象に家庭における受動喫煙曝露と尿中バイオマーカーの関連を調査した研究[3)]

- 加熱式たばこの受動喫煙による尿中ニコチン代謝物及び発がん物質代謝物のレベルは紙巻たばこの受動喫煙と同程度であった。

・既存データを用いたシミュレーション研究[4)]

- 通常の室内条件下における加熱式たばこエアロゾルへの受動曝露による過剰生涯発がんリスクを推定したところ、加熱式たばこの受動曝露による生涯過剰発がんリスクは2.7×10^{-6}と推定され、これは同条件での紙巻たばこの受動曝露リスクより3桁低かった。

1) Ruprecht AA, et al. 2017 2) Lee J, et al. 2026 3) Kawasaki Y, et al. 2021 4)Hirano T, et al. 2020

・加熱式たばこの受動喫煙による発がん性について、現時点では直接評価をしている論文がないため、その関連性については「判定できない」

460

5章　5.7　妊婦・胎児・周産期への影響

・パートナーの喫煙形態と妊婦の合併症リスクとの関連に調べた論文が1報であった。

1. 国内の知見

・全国大規模コホート研究であるJACSISを用いた後方視的縦断研究（1,354名の非喫煙妊婦を対象）[1)]

- ➢ 妊娠高血圧症候群（HDP）
  - ◆ パートナーが加熱式たばこと紙巻たばこの併用使用の場合
    ー妊婦のHDP発症リスクは4.54倍（95%CI 1.60–12.82）と、有意なリスク上昇が認められた。
  - ◆ パートナーが加熱式たばこのみ、または紙巻たばこのみ使用の場合
    ーHDPとの有意な関連は認められなかった。

- ➢ 妊娠糖尿病（GDM）
  パートナーと加熱式たばこ使用（単独・併用問わず）とGDMの発症との間には有意な関連は認められなかった。

1) Akiyama M, et al. 2025

今回調査対象となった唯一の国内研究では、加熱式たばこの受動喫煙は、パートナーが紙巻たばこと併用している場合に限り、妊婦の妊娠高血圧症候群（HDP）と関連がある可能性が示唆されているが、加熱式たばこの受動喫煙と妊婦・胎児・周産期への影響の関連性は、現時点では「判定できない」。

5章　5.8　小児への影響

小児への影響については全部で10報であった。その内訳は受動喫煙及び家族の喫煙行動に関する研究が7報、う蝕に関する研究が1報、酸化ストレス・血管内皮機能・血小板機能に関する研究が1報、自殺念慮に関する研究が1報であり、一部を以下に示す。

1. 小児の受動喫煙および家族の喫煙行動に関する研究

・香港(中国)における家庭内受動喫煙に関するアンケート調査[1)]

- 過去7日間に家庭内で受動喫煙ありと回答した小児の割合は紙巻たばこ(27.4%)、電子タバコ(4.0%)、加熱式たばこ(0.9%)の順であった 。

・家族の喫煙状況のアンケート調査と尿中コチニン濃度測定結果[2)]

- 加熱式たばこのみを喫煙する家族と同居する子どもの尿中コチニン濃度は、非喫煙家族より有意に高かった。
- 加熱式たばこ喫煙者は紙巻たばこ喫煙者よりも室内で喫煙する割合が有意に高かった(71.2% vs. 49.3%) 。

2.小児のう蝕に関する研究

・イタリアにおける歯肉溝浸出液中のコチニンレベルおよび虫歯リスクの臨床評価[3)]

- コチニン濃度は　紙巻たばこへの曝露群＞電子たばこへの曝露群＞IQOSへの曝露群＞受動喫煙なし群であった。
- コチニン濃度はDMFTスコア(歯科におけるう蝕経験歯数を示す指標)と強い正の相関があると報告された。

3. 小児の酸化ストレス・血管内皮機能・血小板機能の研究

・イタリアにおける加熱式たばこ受動喫煙の有無で比較したアンケート調査[4)]

- 加熱式たばこへの受動喫煙は、小児の酸化ストレスを高め、血管内皮機能不全、血小板活性化、血栓形成のリスクを増大させた。

4. 小児の自殺念慮の研究

・韓国の受動喫煙と過去12ヶ月間の自殺念慮、自殺計画、自殺未遂に関するアンケート調査[5)]

- 加熱式たばこ喫煙者であり、家庭内での受動喫煙もあると回答した子どもの自殺未遂のリスクは、非使用、受動喫煙群なし群の1.88倍であった。

1)Chen T,et al. 2024　2)Muta H et, al.2025 3) Ludovichetti FS, et al.　2025　4)Loffredo L, et al. 2024 5)Park S, er al. 2021

・紙巻たばこと比較して、加熱式たばこ喫煙者の方が室内で喫煙する割合が高いことと報告する論文が確認された。
・受動喫煙とう蝕、酸化ストレス・血管内皮機能・血小板機能、自殺念慮との関連性について、各アウトカムとの関連を示す論文は観察研究が1件ずつしかなく、受動喫煙との関連性は現時点では「判定できない」。

（参考）たばこ産業資金による受動喫煙に関するエビデンス

たばこ産業による受動喫煙に関する研究は、空気質に関する研究が3報あった。

- **空気質に関する研究**
  - 実験室内（※1）において、加熱式たばこの主流エアロゾルによる一酸化炭素、一酸化窒素、窒素酸化物は、バックグラウンドレベルと変わらなかった[1)]。
  - 実験室内（※2）において、IQOSの副流煙の放出によって検出される発がん物質（NNN）は、0.0830±0.0153 ng/m^3 で、紙巻たばこの1/10であった[2)]。
  - 加熱式たばこ喫煙エリアがある東京都の6カ所の飲食店（※3）において、定点測定と従業員の個人曝露測定をした結果、
    - 禁煙エリアの定点測定の結果、空気中のニコチン濃度は概ね検出限界（0.051μg/m^{3}以下）以下。
    - 加熱式たばこ使用エリアのニコチン濃度は、0.237～2.16μg/m^{3}であった。
    - 禁煙エリアにおける個人曝露は、19測定のうち、15測定で定量限界以下であった。
    - 喫煙ブースが設置されている店舗では、加熱式たばこ使用エリアに入る従業員の個人曝露濃度は定量可能であった。　等[3)]

※1：床面積24.1 m^2、気積72.3 m^{3}で1時間当たりの換気量を77～879 m^{3}に調節できる実験室
※2：1時間当たり121m^{3}の換気（換気回数：1.67回）に調整された実験室
※3：3店舗は加熱式たばこ専用室内に紙巻たばこの専用ブースが設置されていた

463

1)Mottier N, et al. 2016 2)Lueso MG, et al. 2018 3)Mitoba MI, et al. 2026

6章　実験研究のエビデンス

動物・細胞実験により推測される健康影響を、①呼吸器系②心血管系③細胞毒性・遺伝毒性④炎症・免疫系、⑤発がん関連⑥その他臓器の6つのアウトカム別に研究を整理した。

	動物実験		細胞実験	
	文献数※	結果一部抜粋	文献数※	結果一部抜粋
呼吸器系への影響	17	・2週間の曝露により、紙巻たばこと同等の肺炎症・組織損傷・炎症性ケモカイン増加を誘発する ・6ヶ月の慢性曝露により紙巻たばこと同等の肺気腫様変化等を確認　等	14	・肺上皮細胞において、紙巻たばこ抽出液がアポトーシスを誘導したのに対し、加熱式たばこ抽出液ではアポトーシスによる遺伝子変動が見られなかった ・加熱式たばこ抽出液により、潜在的な発がん性代謝物質の顕著な蓄積あり　等
	13(T)	・90日間から18ヶ月の曝露試験で紙巻たばこと比較して肺炎症・組織病理・遺伝子発現への影響が大幅に低減されていた　等	11(T)	・紙巻たばこと比較し、加熱式たばこは細胞毒性・線毛運動・炎症メディエーターへの影響が極めて小さい　等
心血管系への影響	5	・加熱式たばこエアロゾル単回曝露により血流依存性血管拡張が有意に低下　等	1	・加熱式たばこ常用者では、血管新生能と心筋保護機能を有意に損なう
	2(T)	・6ヶ月の曝露で加熱式たばこ群では有意な心血管影響が認められなかった　等	9(T)	・単球の内皮接着・血管炎症・酸化ストレス・血管平滑筋細胞の老化加速において加熱式たばこの影響は著しく低い　等
細胞毒性・遺伝毒性への影響	1	・短期評価において加熱式たばこは顕著な遺伝毒性・変異原性を示さなかった	13	・加熱式たばこは有意な毒性・変異原性・腫瘍プロモーション活性を示さず　・高濃度では紙巻たばこと同等のミトコンドリア機能・リソソーム活性の障害を引き起こす ・加熱式たばこは紙巻たばこより毒性が低いものの、酸化ストレスや炎症経路を介して肝細胞に用量依存的な毒性を示し、肝疾患進行のリスクとなり得る　等
	0(T)	-	9(T)	加熱式たばこのNRUアッセイの毒性は紙巻たばこよりも低く非変異原性である　等
炎症・免疫系への影響	1	・加熱式たばこは紙巻たばこほど酸化ストレスや炎症を誘発しないものの、ニコチンを介してT細胞の増殖とIL-2放出を有意に抑制する	2	・加熱式たばこの抽出液が単球のPD-L1発現を有意に上昇させる　等
	0(T)	-	0(T)	-
発がん関連への影響	0	-	0	-
	0(T)	-	1(T)	・高濃度(15%)の加熱式たばこガス相抽出液がアポトーシスと細胞毒性を誘導するが、一方で低濃度(5%)では長期曝露において細胞増殖を促進する傾向が示された
その他臓器への影響	11	・ラットへの4週間の曝露で、精巣の酸化ストレス・DNA損傷・炎症性サイトカインの増加および血漿テストステロン濃度の有意な低下あり ・90日間の吸入試験において、高容量加熱式たばこ群で肝機能指標(ALT)の有意な上昇と酸化ストレス増加を確認　等	6	・口腔粘膜細胞において加熱式たばこが紙巻たばこと同等の細胞毒性を示した ・加熱式たばこ抽出液が紙巻たばこと比較して、骨形成分化に与える有害影響が有意に小さかった　等
	7(T)	・加熱式たばこによる肝臓の遺伝性発現変動・脂質代謝変化が紙巻と比較して約90%低減 ・90日間の吸入試験において、加熱式たばこ群では高容量でも精子数の減少や奇形率の上昇について有意な影響なし　等	4(T)	・骨芽細胞の分化阻害や破骨細胞の活性化において加熱式たばこの影響が紙巻たばこより著しく低下した ・角膜上皮細胞において加熱式たばこが紙巻たばこと同等に細胞生存率を低下させた　等

464

※文献は上段が独自資金研究、下段がたばこ産業資金による研究(T)

加熱式たばこに関する現時点での健康影響の評価（まとめ）

能動喫煙

◆ 主流煙の成分比較では、製品によりばらつきはあるが、紙巻たばこと比較すると、
- 発がん物質のうち、加熱式たばこの方が量が多い場合（TSNAs、アクリルアミド等）がある。
- 非発がん物質のうち、加熱式たばこの方が量が多い場合（ニコチン、フルフラール、水銀等）がある。
- 燃焼由来成分では（一酸化炭素、多環芳香族炭化水素類等）、加熱式たばこの方が概ね低い。

◆ 特に、
- 発がん物質のうち、4-アミノビフェニル、NNN、NNK、ベンゾ[a]ピレンは中央値・最大値のいずれにおいても、がん過剰発生率が高く、そのうち、NNK、ベンゾ[a]ピレンでは、肺がんとの関連性がみられ、リスクが強く懸念される。
- ニコチン、フルフラール、グリセロールは、中央値・最大値のいずれにおいてもMOE（※）は小さく、健康影響が生じる量に非常に近い曝露であることを示している。特に、ニコチンは、心拍数の急速な増加との関連性がみられ、心機能への影響が強く懸念される。

（※）曝露余裕度：人が実際に受けている曝露量が、健康影響が起こり始める量からどれだけ離れているかを示す値であり、小さいほど健康リスクが高い。

◆ 能動喫煙の健康影響について、
- 循環器疾患および症状やニコチン依存との関連性はやや高いエビデンスの確からしさをもって強く懸念される。
- 成人における喘息（喘息の増悪）、代謝異常（脂質異常、糖尿病、メタボリックシンドローム）、抑うつ症状、自殺関連行動、新型コロナウイルス感染症との関連性については、エビデンスの確からしさは高くないものの影響が示唆される。
- COPD、発がん、妊娠高血圧症候群およびその合併症以外の周産期・妊娠関連のアウトカム、歯・口腔粘膜疾患との関連性については、現時点のエビデンスでは、判定できなかった。

受動喫煙

◆ 副流煙の成分比較では、
- 発がん物質のうち、TSNAs、2ーフランメタノール、ピリジンが検出。
- 非発がん物質のうち、ニコチン、メンソール、フルフラール、3-エテニルピリジンが検出。
- 加熱式と紙巻きでは計測方法が異なるため、成分量の単純比較はできないが、加熱式たばこの方が紙巻たばこより低かった。

◆ 受動喫煙の健康影響について、
- 空気中への有害物質の発生や有害物質の曝露が生じる関連性は高い、またはやや高いエビデンスの確からしさをもって懸念される。
- 呼吸器症状や心血管系との関連性は、エビデンスの確からしさは高くないものの影響が示唆される。
- 発がん性及び妊娠への影響、歯科・口腔粘膜疾患、未成年・子どもへの影響については現時点では判定できなかった。

第 36 回厚生科学審議会がん登録部会
議事次第

日　時：令和 8 年 6 月 12 日（金）10:00～12:00
場　所：オンライン開催

1　議題

（1）法第 20 条の規定により提供される生存確認情報の取扱いに対する対応【公開】

（2）全国がん登録及び院内がん登録における届出ルールの変更について（報告）【公開】

2　資料

【資料１】法第 20 条の規定により提供される生存確認情報の取扱いに対する対応

【資料２】全国がん登録及び院内がん登録における届出ルールの変更について（報告）

【参考資料１】厚生科学審議会がん登録部会 委員名簿〈公開〉

【参考資料２】厚生科学審議会がん登録部会 関係規程等〈公開〉

【参考資料３】全国がん登録　情報の利用マニュアル 第２版〈公開〉

【参考資料４】全国がん登録　情報の提供マニュアル 第６版〈公開〉

【参考資料５】全国がん登録　届出マニュアル 2026〈公開〉

【参考資料６】全国がん登録　個人情報保護のための安全管理措置マニュアル 第３版〈公開〉

【参考資料７】全国がん登録情報等に関する利用規約〈公開〉

【参考資料８】がん登録等の推進に関する法律（平成 25 年法律第 111 号）〈公開〉

【参考資料９】がん登録等の推進に関する法律施行令（平成 27 年政令第 323 号）〈公開〉

【参考資料 10】がん登録等の推進に関する法律施行規則（平成 27 年厚生労働省令第 137 号）〈公開〉

【参考資料 11】がん登録推進法第 20 条の規定に基づき提供される生存確認情報の加工及び管理方法に関する提案書〈公開〉

第36回厚生科学審議会がん登録部会	資料１
令和８年６月12日（金）	

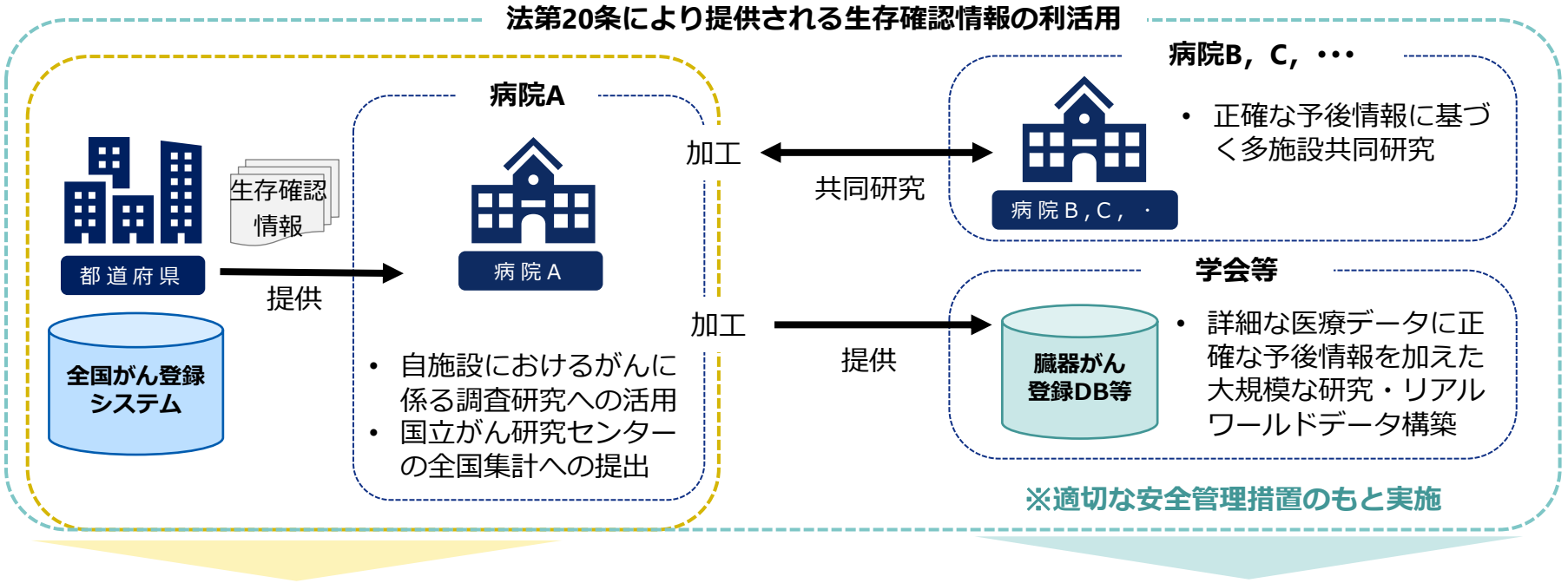
厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

資料１
法第20条の規定により提供される生存確認情報の取扱いに対する対応

厚生労働省
健康・生活衛生局　がん・疾病対策課

法第20条その他の規定により提供される全国がん登録情報の利活用の全体像

○全国がん登録情報は、がんの罹患等の基本的な情報を収集し提供されるものであり、国内におけるがんの罹患・診療・転帰等に関する基礎的な疫学情報の把握に用いられることができる。
○全国がん登録情報は、行政機関（法第17条から第19条まで）及び民間機関（法第21条）による幅広い活用が可能である。
○特に、民間機関による利用については、法第21条第３項の規定により、研究者が本人の同意を得て、生存確認情報を含めた顕名情報を利用できる。
○法第20条の規定により提供される生存確認情報については、病院等におけるがんに係る調査研究への利用が可能となっている。



- **正確な予後情報を反映した治療成績を含む（単施設の）研究成果が出ることにより、医療の質の向上に資する。**
- **ステージ分類毎の生存率等、正確な予後情報に基づいて我が国のがん治療成績等を客観的に把握できる。**

- **多施設共同研究等においても、詳細な医療情報と正確な予後情報をあわせた大規模な研究がなされ、効果的ながん予防・がん医療・がんとの共生に関する検討や政策の促進が期待される。**
- **この結果、医療の質が向上し、患者・国民がより良いがん医療や支援を受けられる。**

法第20条の規定により提供される生存確認情報の取扱いに対する現状

現状

○　法第20条の規定に基づき提供される生存確認情報は、本人の同意なく収集された情報であることとその機微性に鑑みて、法第30条から第34条までの安全管理措置や保有期間制限等に係る規定の適用を受け、情報の厳格な管理が求められているものであり、病院等以外の者（第三者）に提供することは認められない。

○　一方、予後情報の活用による患者メリット及び情報の保護のバランスに鑑み、厚生科学審議会がん登録部会の議論を経て、一定の加工を施した上で、第三者提供を認める運用とした（「全国がん登録　情報の利用マニュアル（第１版）」令和７年４月から適用）。

○　令和７年10月29日に開催された規制改革推進会議（※１）で報告された全国がん登録情報の更なる利活用推進のためのニーズを含め、厚生労働科学研究（※２）において、現状の生存確認情報の加工方法の運用に関する課題及びその改善策が、令和７年度中にとりまとめられた。

（※１）令和７年10月29日に開催された規制改革推進会議第６回健康・医療・介護ワーキング・グループにおいて、がんに関する患者団体、研究機関、学術団体等より、法第20条の規定に基づき提供される生存確認情報の取扱いを含む、全国がん登録情報の更なる利活用推進のためのニーズが報告された。

（※２）「全国がん登録情報の利用及び提供における情報の特性と安全管理措置に関する研究」（研究代表者：藤下真奈美、令和５～７年度）。がん患者団体、情報を利用するC-CATや学会データベース関係者、情報の保護に関する有識者等を研究協力者又は研究分担者に含む研究班。

第三者提供を可能とする現行の加工方法（「全国がん登録　情報の利用マニュアル（第２版）」より抜粋）

【最終生存確認日又は死亡日】

・病院等は、診断日等（※）と最終生存確認日又は死亡日の差から得られる期間（日数）に最終生存確認日又は死亡日を加工する。（例：最終生存確認日／死亡日－診断日 ➡ 152日）

・病院等は、病院等から提供を受ける者において当該期間から最終生存確認日又は死亡日を復元できないよう、診断日等を併せて提供しない。

・病院等から提供を受ける者は、診断日等（※）を保有している場合、当該期間から最終生存確認日又は死亡日を復元できないよう、当該診断日等の「日」の情報を削除する（例：2024年３月11日 ➡ 2024年３月）。なお、「年月日」すべてを削除する等、「日」以上の情報を削除する場合も問題ない。

・病院等から提供を受ける者は、当該期間から最終生存確認日又は死亡日を復元できないよう、当該期間を保有する限り、診断日等を新たに入手してはならない。

（※）診断日等は、診断日、治療開始日及び手術実施日等、研究に必要な生存期間の算出の起点となる日付情報を意味する。

【死因】

・病院等は、原死因を「がんによる死亡」又は「がん以外の死亡」に置換する。（例：原死因が胃がん ➡「がんによる死亡」、原死因が心不全 ➡「がん以外の死亡」）

法第20条の規定により提供される生存確認情報の取扱いに対する対応案（最終生存確認日又は死亡日）

対応案

○　法第20条の規定により病院等へ提供される生存確認情報のうち最終生存確認日又は死亡日において、病院等からの第三者提供を可能とする加工方法について、厚生労働科学研究においてとりまとめられた以下の現行運用で生じている課題に対する改善策を参考に、情報の保護を考慮しつつ正確な予後情報を活用した研究の推進を可能にするため、「全国がん登録　情報の利用マニュアル（第２版）」を次ページのとおり改訂する。

現行運用で生じている課題

・生存期間（日数）の提供を受ける場合、提供を受ける研究者は診断日（起算日）情報の削除が必要となっているが、実務上、診断日は研究データの基本変数であることや、例えば、C-CATレポジトリを基にした遺伝子変異に基づく薬剤の有効性分析等、生存率の計算は診断日を起点とするだけでなく、治療開始日や検査日なども起算日として計算する可能性があるため、これらを含めて日数変換した場合、既に保有している治療開始日まで消去することが必要となる。

　現在は、１つのデータベースを使って様々な研究を行うことが一般的であり、多くの研究では日付自体を保持して、そこから研究目的に応じて日数を計算する。診断日、治療開始日、各治療の実施日等、可能性のある日付をすべて消去すると、同一のデータベースを活用した研究間における整合性が失われる可能性や、ある研究計画のために他の研究計画が実施困難になる可能性があるなどの問題が起きるリスクがある。

・提供されるものが期間（日数）であるため、第三者提供元の病院等にとって、各患者について、起算日から最終生存確認日又は死亡日までの日数を算出する負担が大きい。

厚生労働科学研究においてとりまとめられた改善策

○現行の運用、案１、案２のいずれかから一つを選択することとする。

・案１：「起算日情報を含むデータ」及び「日数変換データ」を別のデータベースとして管理し、最終生存確認日又は死亡日を復元しないことを誓約する

起算日情報を消去する目的は、最終生存確認又は死亡日を復元しないことにある。そこで、研究機関は、リンク禁止を明確にしたうえで両データを別のデータベースとして保持できるようにする。その上で、研究者が復元（分かれたデータベースにある情報の照合）しないことを、明示的に誓約書として提示することは可能と考えられる。誓約書は、情報の提供を受ける第三者から情報の提供元に対して提出する。

・案２：最終生存確認日又は死亡日に±１日をランダムに加えた日付を提供する

日数加工とは異なる加工手段として、最終生存確認日又は死亡日に±１を加えて日付を秘匿するという方法が考えられる。最終生存確認日又は死亡日を±１とすることは、保有する診断日等の起算日からの期間に１日の差が生じることとなるが、数か月から数年単位で生存率を解析するがんにおいて、１日の差が研究成果に与える影響は極軽微と考えられる。また、ランダム化が完全であれば、統計的にも推定値にバイアスは生じずに、不偏性が保たれるため、研究に与える影響はきわめて小さいと考えられる。情報の保護の面では、ランダムに加工されることで、起算日から明確に復元することはできなくなる。

法第20条の規定により提供される生存確認情報の取扱いに対する対応案（最終生存確認日又は死亡日）

利用マニュアルの記載案（下線：主な追記内容）

【最終生存確認日又は死亡日について】

最終生存確認日又は死亡日について、病院等は、病院等から提供を受ける者と必要に応じて協議の上、以下（１）ア、イ又は（２）の３つのいずれかの場合から１つを選択し、（１）であれば変換後の期間（日数）、（２）であれば置換後の日付を提供する。

なお、第三者提供された情報を利用して得られた成果物の公表にあたっては、第17に記載されている、公表に当たって留意する観点を参照し、特定の個人又は病院等が第三者に識別されないよう留意すること。

（１）日付を期間に変換する場合

- 病院等は、診断日等（※１）と最終生存確認日又は死亡日の差から得られる期間（日数）に最終生存確認日を加工する。（例：最終生存確認日／死亡日－診断日➡152 日）
- 病院等は、病院等から提供を受ける者において当該期間から最終生存確認日又は死亡日を復元できないよう、診断日等を併せて提供しない。
- 病院等から提供を受ける者は、以下のア又はイの条件を満たすこと。なお、第三者提供にあたり、不適切な取扱いが行われた場合には、提供元の病院等において、報告の徴収、助言、勧告、命令や罰則が適用されることがあるため、その取扱いには十分留意されたい。

選択肢①（現行の運用）

ア　病院等から提供される期間（日数）と診断日等（※）を同一データベースで管理する場合

- 当該期間から最終生存確認日又は死亡日を復元できないよう、当該診断日等（※）の「日」の情報を削除する（例：2024年３月 11 日➡2024年３月）。なお、「年月日」すべてを削除する等、「日」以上の情報を削除することは問題ない。
- 当該期間から最終生存確認日又は死亡日を復元できないよう、当該期間を保有する限り、診断日等を新たに入手してはならない。

イ　病院等から提供される期間（日数）と診断日等（※）を別データベースで管理する場合

- 情報の提供を受ける際、当該期間と診断日等（※）を別のデータベースに分けて保有する旨及び分けて保有する当該期間と診断日等（※）を照合しない（最終生存確認日又は死亡日を復元しない）旨を記載した誓約書を病院等（提供元）へ提出する。

選択肢②（案１に対応）

（２）日付を置換する場合

- 病院等は、最終生存確認日又は死亡日に±一定の整数値（０を除く）をランダムに加えて加工する。なお、加工後の日付は、診断日等以降の日付となるようにする（※２）。

選択肢③（案２に対応）

（※１）診断日等は、診断日、治療開始日及び手術実施日等、研究に必要な生存期間の算出の起点となる日付情報を意味する。

（※２）さらに、死亡日を加工する場合、加工後の日付は、最終生存確認日以降の日付となるようにする。

法第20条の規定により提供される生存確認情報の取扱いに対する対応案（死因）

対応案

○　法第20条の規定により病院等へ提供される生存確認情報のうち死因において、病院等からの第三者提供を可能とする加工方法について、厚生労働科学研究においてとりまとめられた以下の現行運用で生じている課題に対する改善策を参考に、情報の保護を考慮しつつ正確な予後情報を活用した研究の推進を可能にするため、「全国がん登録　情報の利用マニュアル（第２版）」を次ページのとおり改訂する。

現行運用で生じている課題	厚生労働科学研究においてとりまとめられた改善策
・「がんによる死亡」の粒度であると、一人の患者が複数のがんに罹患する場合もある中、死亡の直接の原因となったがんを区別できないため、部位別の死亡を評価することが困難となる。 ・「がん以外の死亡」の粒度であると、死因の特定ができないため、併存症等に対する治療の必要性や安全性の検討ができない。	○**「死因情報の変換表」**（※２）**に従って加工し、**現行で「がんによる死亡」又は「がん以外による死亡」となる死因について、**ICD-10コードにより分類された原死因の加工の粒度を上げたものを提供する。** **・現行で「がんによる死亡」となる死因については、ICD-10コードの４桁目を削除し、３桁目までを提供する**。これにより、原発部位のがんによる死亡かどうかの判別が可能となる。 **・現行で「がん以外の死亡」となる死因については、中間分類として提供する。**これにより、感染症や循環器疾患等の疾患等の判別が可能となる。 ○これらのことから、がんの部位別の死亡や併存症等による死亡の解析も可能となり、多くの研究目的に対応できるようになると考えられる。

（※２）「全国がん登録情報の利用及び提供における情報の特性と安全管理措置に関する研究」（研究代表者：藤下真奈美、令和５～７年度）の報告書資料２～４（第36回厚生科学審議会がん登録部会（令和８年６月12日）の参考資料１）。

法第20条の規定により提供される生存確認情報の取扱いに対する対応案（死因）

利用マニュアルへの記載案（下線：主な追記内容）

【死因について】

・病院等は、原死因を「死因情報の変換表」に従って置換し、該当するICD-10のコード及びコード名を提供する。なお、当該コードより大きい単位のコード及びコード名を提供することは可能である。

（例：「C02.0　舌背面」➡「C02　舌のその他及び部位不明の悪性新生物＜腫瘍＞」）

なお、第三者提供された情報を利用して得られた成果物の公表にあたっては、第17に記載されている、公表に当たって留意する観点を参照し、特定の個人又は病院等が第三者に識別されないよう留意すること。

「がんによる死亡」の提供対象（例）

ICD-10	コード名	
C02	舌のその他及び部位不明の悪性新生物＜腫瘍＞	（C02.0～C02.9をC02に統合）
C03	歯肉の悪性新生物＜腫瘍＞	
C04	口（腔）底の悪性新生物＜腫瘍＞	
C05	口蓋の悪性新生物＜腫瘍＞	
C06	その他及び部位不明の口腔の悪性新生物＜腫瘍＞	

「がん以外による死亡」の提供対象（例）

ICD-10	コード名
A00－A09	腸管感染症
A15－A19	結核
A20－A28	人畜共通細菌性疾患
A30－A49	その他の細菌性疾患
A50－A64	主として性的伝播様式をとる感染症
A65－A69	その他のスピロヘータ疾患
A70－A74	クラミジアによるその他の疾患

（参照条文）がん登録推進法

がん登録推進法	条文
第20条	**（病院等への提供）** 第二十条　**都道府県知事は、**当該都道府県の区域内の**病院等における院内がん登録その他がんに係る調査研究のため、**当該病院等の管理者から、**当該病院等から届出がされたがんに係る都道府県がん情報（**厚生労働省令で定める**生存確認情報**及び厚生労働省令で定める当該病院等に係る第五条第二項に規定する附属情報**に限る。）の提供の請求を受けたときは、全国がん登録データベースを用いて、その提供を行わなければならない。**この場合においては、第十七条第一項ただし書の規定を準用する。
第30条	**（受領者等による全国がん登録情報の適切な管理等）** 第三十条　第三節の規定により全国がん登録情報若しくは都道府県がん情報又はこれらの情報の匿名化が行われた情報の提供を受けた者は、当該提供を受けたこれらの情報を取り扱うに当たっては、これらの情報について、**その漏えい、滅失及び毀損の防止その他の適切な管理のために必要な措置を講じなければならない。** ２　前項の規定は、同項に規定する者から同項に規定する情報の取扱いに関する事務又は業務の委託を受けた者が当該委託に係る業務を行う場合について準用する。
第31条	**（受領者等による全国がん登録情報の利用及び提供等の制限）** 第三十一条　第三節の規定により全国がん登録情報若しくは都道府県がん情報又はこれらの情報の匿名化が行われた情報の提供を受けた者（国立がん研究センター、都道府県知事（第二十四条第一項の規定により権限及び事務の委任を受けた者を含む。第四十二条第一項において同じ。）及び市町村長を除く。次条において同じ。）は、これらの情報について、**その提供を受けた目的以外の目的のために利用し、又は提供してはならない。** ２　前項の規定は、同項に規定する者から同項に規定する情報の取扱いに関する事務又は業務の委託を受けた者が当該委託に係る業務を行う場合について準用する。
第32条	**（受領者による全国がん登録情報の保有等の制限）** 第三十二条　第三節の規定により全国がん登録情報若しくは都道府県がん情報又はこれらの情報の匿名化が行われた情報の提供を受けた者は、これらの情報について、**その提供を受けた目的に係る利用に必要な期間（全国がん登録情報又は都道府県がん情報については、政令で定める期間を限度とする。）を超えて保有してはならない。**
第33条	**（受領者等に係る全国がん登録情報の取扱いの事務等に従事する者等の秘密保持義務）** 第三十三条　第三節の規定により全国がん登録情報若しくは都道府県がん情報の提供を受けた場合におけるこれらの情報の取扱いの事務若しくは業務に従事する者若しくは従事していた者又は当該提供を受けた者からこれらの情報の取扱いに関する事務若しくは業務の委託があった場合における当該委託に係る業務に従事する者若しくは従事していた者は、**それぞれその事務又は業務に関して知り得たこれらの情報に関するがんの罹患等の秘密を漏らしてはならない。**
第34条	**（受領者等に係る全国がん登録情報の取扱いの事務等に従事する者等のその他の義務）** 第三十四条　第三節の規定により全国がん登録情報若しくは都道府県がん情報若しくはこれらの情報の匿名化が行われた情報の提供を受けた場合におけるこれらの情報の取扱いの事務若しくは業務に従事する者若しくは従事していた者又は当該提供を受けた者からこれらの情報の取扱いに関する事務若しくは業務の委託があった場合における当該委託に係る業務に従事する者若しくは従事していた者は、**それぞれその事務又は業務に関して知り得たこれらの情報をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に使用してはならない。**

第36回厚生科学審議会がん登録部会	資料２
令和８年６月12日（金）	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

資料２
全国がん登録及び院内がん登録における届出ルールの変更について（報告）

厚生労働省
健康・生活衛生局　がん・疾病対策課

全国がん登録及び院内がん登録における胃の上皮内がんに係る届出ルールの変更について（報告）

変更内容

- 全国がん登録及び院内がん登録の届出ルールについて、胃がんにおいては、臨床現場において、日本胃癌学会の取扱い規約のTNM分類に準拠して、がんが上皮内に留まっているもの（上皮内がん）も含めて「T1a」としていたことから、全国がん登録では上皮内がんを進展度（※１）における「限局」に含めて届け出ることとし（※２）、院内がん登録では上皮内がんを含めて粘膜までに留まるものをUICC TNM分類（※３）における「T1a」として届け出ることとしている（表１）。
- 今般、日本胃癌学会の取扱い規約が、令和８年３月６日に第15版から第16版へ改訂され、UICC TNM分類と同様に、胃がんにおける上皮内がんがT1aから分離されたことを受けて、令和９年１月１日以降に新たに胃がんと診断された症例から、上皮内がんと確認されたものについては、全国がん登録では進展度における「上皮内」、院内がん登録ではUICC TNM分類における「Tis」として届け出ることとする（表２）。

（※１）全国がん登録においては、病院等は、がん登録等の推進に関する法律（平成25年法律第111号）第６条第１項に基づき、がんの進行度の届出が義務づけられており、この進行度は、「全国がん登録 届出マニュアル」に規定される進展度を届出する運用となっている。この進展度は、法施行以前から続くわが国のがん登録において標準化されたがんの病期分類であり、以下の５段階からなる。
上皮内、限局、領域リンパ節、隣接臓器浸潤、遠隔転移

（※２）胃がんの「限局」には、UICC TNM分類におけるTis（上皮内がん）、T1a、T1b、T2、T3でかつリンパ節転移・遠隔転移のないものが含まれる。

（※３）院内がん登録においては、がんの進行度として、進展度に加えて、原則として国際対がん連合（UICC）のTNM分類が届出項目となっている。

表１　現行

		胃			
		全国がん登録	院内がん登録	UICC TNM 第８版	胃癌取扱い規約 第15版
粘膜	粘膜上皮（上皮内）	限局	T1a	Tis	T1a
粘膜	粘膜固有層			T1a	
粘膜	粘膜筋板				
粘膜下層			T1b	T1b	T1b
固有筋層			T2	T2	T2
漿膜下層			T3	T3	T3
漿膜層		隣接臓器浸潤	T4a	T4a	T4a
隣接臓器			T4b	T4b	T4b

表２　令和９年１月１日以降の診断例

		胃			
		全国がん登録	院内がん登録	UICC TNM 第９版（※４）	胃癌取扱い規約 第16版
粘膜	粘膜上皮（上皮内）	上皮内	Tis	Tis	Tis
粘膜	粘膜固有層	限局	T1a	T1a	T1a
粘膜	粘膜筋板				
粘膜下層			T1b	T1b	T1b
固有筋層			T2	T2	T2
漿膜下層			T3	T3	T3
漿膜層		隣接臓器浸潤	T4a	T4a	T4a
隣接臓器			T4b	T4b	T4b

（※４）UICC TNM分類は第８版から第９版に改定されており、院内がん登録においては、令和９年１月１日以降に新たに診断された症例から、UICC TNM分類第９版を適用する予定。

（参考）国会における全国がん登録の届出ルールに関する指摘

令和７年４月22日　第217回参議院厚生労働委員会議事録（抄）

○秋野公造君　公明党の秋野公造です。お役に立てるように質疑をしたいと思います。
　三月十三日の大臣所信の質疑におきまして、私は、全国がん登録推進法の発議者であるということを申し上げた上で、全国がん登録の罹患数、率の報告書において、胃がんの罹患数、率が上皮内がんを除くという表に掲載をされておりますけれども、病理学的には上皮内がんと診断されているものも含まれており、誤解を生まないように表記をすべきではないかという質疑をさせていただき、適切な注釈を付ける等の対応を検討したいと大坪局長に御答弁いただきましたけれども、その後の進捗についてまずはお伺いをしたいと思います。

○政府参考人（大坪寛子君）　お答え申し上げます。
　全国がん登録におきましては、上皮内の報告の分類の規定があるにもかかわらず上皮内がんを限局に含めている理由、これは、先生御案内のとおり、**上皮内がん、ＴｉｓをＴ１ａに含めて登録している**院内がん登録始め現場の運用によるところでありますが、先生の御指摘のとおり、報告書の中で上皮内がんが含まれている限局を含む表に上皮内がんを除くと注釈がある点、非常に誤解を招くものでありますため、先生から御指摘をいただいた後に、三月二十七日に公表いたしました令和三年の全国がん登録、この報告におきましては、表記をしておりました上皮内がんを除くの注釈を削除いたしまして、胃癌取扱い規約第十五版における粘膜内がんは胃の悪性新生物に分類されると記載をしたところでございます。

○秋野公造君　素早い対応に感謝を申し上げたいと思います。
　その上でなんですけど、資料の一の一、先ほど大坪局長にも御言及いただきました全国がん登録推進法においては、がんが表層にとどまって他臓器に浸潤、転移する可能性がないものを上皮内、赤枠で定義をして、一方で、がんが原発臓器に限局をしているものを青枠の限局に定義をしていただいておりますが、ならば、前回も議論をいたしましたけれども、**胃がんのＵＩＣＣ第八版のＴｉｓとＴ１ａについては上皮内と分類した方が適切であり、治療法等の分担も理解しやすいのではないか**と考えます。
　全国がん登録においても、胃がんのＴ１ａを全国がん登録上の上皮としてＴ１ｂからＴ３を限局としてはどうかと考えますが、御答弁をお願いいたします。

○政府参考人（大坪寛子君）　お答え申し上げます。
　全国がん登録では、全ての病院等から全部位の新たに診断されたがんの報告を行っていただくに当たり、極めて単純な分類であります進展度、これを用いております。したがいまして、Ｔ１ａとＴ１ｂについても、両者を区別せずに進展度の限局として届けているところではございます。
　全国がん登録の在り方につきまして、先生御指摘の胃がんのＴ１ａを上皮とし、Ｔ１ｂからＴ３までを限局とする御提案につきましては、関係学会のニーズなどを踏まえて、国立がん研究センター等と連携して対応を検討したいと思っております。

477

○秋野公造君　ありがとうございます。よろしくお願いをしたいと思います。

（参考）国会における全国がん登録の届出ルールに関する指摘

令和８年３月24日　第221回参議院厚生労働委員会議事録（抄）

○秋野公造君　公明党の秋野公造です。お役に立てるように質疑をしたいと思います。
　私は、二〇一四年に成立をいたしましたがん登録等の推進に関する法律の発議者でもあります。古川さんと一緒に発議をいたしました。二〇一四年だから、古川さん、もう十年前のことになりますけれども、それまではがんで亡くなった方の数は取れておりましたけれども、罹患をした時点で登録を行うという立て付けにさせていただきましたので、がんにどれぐらい罹患をしているかといったようなデータも取れるようになりまして、よって、治療の状況やその結果どうなったかといったようなことも取れるようになったということであります。
　対策がより一層充実できるようになったということでありますけど、資料の一、御覧をいただきますと、胃がんの取扱い規約変わったわけでありますが、赤の四角で囲ったところを御覧をいただきますと、胃がんは、粘膜の中からできて、どんどんどんどん浸潤して悪化していく、重症化していくわけでありますけれども、この上から二層目の粘膜下層に至らないときには内視鏡を使って切除をすることができますけれども、これより先に浸潤してしまいますと腹腔鏡とかおなかを開けて切除をするということになりますから、まあＴ１ａ、Ｔ１ｂ、この期下で分けるということが非常に重要だという考えの下から、全国がん登録におきましてもこのＴ１ａとＴ１ｂを区別して情報を集めるということは治療法といったことも含めて重要ではないかという御提案をしてきた次第であります。
　まず一問目、問いたいと思いますが、胃がんの登録、**全国がん登録において胃がんの登録をＴ１ａとＴ１ｂを区別できるようにする提案の進捗**につきまして、まずはお伺いをしたいと思います。

○政府参考人（大坪寛子君）　お答え申し上げます。
　昨年四月に先生から御指摘をいただきました胃がんのＴ１ａとその他の分類についてでありますけれど、全国がん登録の届出はもうがんの進行度でこれまで分類をしてまいりました。胃がんにおきましては、限局の中に、いわゆる国際対がん連合のＴＮＭ分類におけるＴｉｓ、Ｔ１ａ、Ｔ１ｂ、Ｔ２、Ｔ３、こういったものが含まれているところであります。
　先生からの御指摘を受けまして今年二月にがん登録部会で審議をいたしまして、**令和十年の診断症例からは国際対がん連合が定める国際的ながんの分類方法でありますＴＮＭ分類を導入する**こと、これにつきまして了解をいただいたところでありますので、こういった形で進めていきたいと思っております。

○秋野公造君　Ｔ１ａ、Ｔ２、Ｔ１ｂが分けられるようになったということで、お礼を申し上げたいと思います。
　この一ページ目のこれ新しい胃がん取扱い規約でありまして、赤の図の中を更に見ていただきますと、一番左にＴｉｓといって、更に粘膜内の中でもまあ上皮内という、本当にもっと小さな、これは粘膜内、上皮内がんということで日本にとっては非常に大事な概念でありましたけれども、国際分類に合わせるといった流れの中で、Ｔ１ａ、粘膜内のがんとして統一をされてきた経緯もあるわけでありますけれども、早く見付けることができる日本でありますから、こういったＴｉｓの状況のがんの情報も取ることが重要である、病理の先生方もそうだということで、この三月に新しい胃がん取扱い規約ができまして、Ｔｉｓの分類が設けられたところであります。
　そうなりますと、これまで、先ほど大坪局長、**胃がんにおいて**は限局で取ってきたということでありますが、Ｔｉｓが設けられましたので、ほかのがんと同じく上皮内としても情報を集める状況が整ったと思いますが、**上皮内で取ることにつきまして御提案**申し上げたいと思いますが、御答弁お願いをしたいと思います。

○政府参考人（大坪寛子君）　ありがとうございます。
　御紹介いただきましたように、今般、日本胃癌学会の取扱い規約、これが令和八年三月六日に第十六版と改訂をされまして、ＵＩＣＣのＴＮＭ分類と同じように、胃がんにおける上皮内がんＴｉｓがＴ１ａから分離されるようになったことを受けまして、私どもといたしましては、**Ｔｉｓと確認されたものについてはＴ１ａと区別をして全国がん登録の進展度における上皮内として届け出ていただくように対応**してまいりたいと思っております。

（参考）UICC TNM分類とは

- TNM分類は「がんがどれだけ進んでいるか（ステージ又は病期）」でがんを分類する方法であり、治療方法を考えるときの指標の１つ。
- Ｔ因子（Tumor、最初に発生したがんの大きさ、広がり、深さ）、Ｎ因子（Lymph Node、リンパ節への転移と広がり）、Ｍ因子（Metastasis、他の臓器への遠隔転移の状況）の3つの要素から、がんのステージ（病期）を判定する。
- 「UICC TNM分類」は、1968年より国際的に活用されている国際対がん連合（UICC）のTNM分類である。

○　**進展度とTNM分類（UICC 第８版）の対応　（例：胃）**

進展度	TNM 分類
限局	T1a (M), T1b (SM) T2 (MP) T3 (SS)
領域リンパ節転移	N1-N3
隣接臓器浸潤	T4a (SE), T4b (SI)
遠隔転移	M1

○　**TNM分類（UICC 第８版）と臨床病期　（例：胃）**

臨床病期

TNM 分類第８版（c ステージ）	N0	N1	N2	N3a	N3b
T1a	Ⅰ	ⅡA	ⅡA	ⅡA	ⅡA
T1b	Ⅰ	ⅡA	ⅡA	ⅡA	ⅡA
T2	Ⅰ	ⅡA	ⅡA	ⅡA	ⅡA
T3	ⅡB	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ
T4a	ⅡB	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ	Ⅲ
T4b	ⅣA	ⅣA	ⅣA	ⅣA	ⅣA
M1	ⅣB	ⅣB	ⅣB	ⅣB	ⅣB

（参考）国立がん研究センターがん情報サービス

第 94 回がん対策推進協議会 議事次第

日　時：令和８年５月８日（金）15:00～17:00
場　所：ハイブリッド開催
航空会館ビジネスフォーラム５０１
（東京都港区新橋１丁目 18-1）

議 事 次 第

１　開　会
２　議　題
（１） 報告事項
・がん検診について
・がん登録等の推進に関する法律の改正について

（２） 第４期がん対策推進基本計画について
・「がん予防」分野の中間評価について
・「基盤整備」分野の中間評価について

（３） その他

【資　料】
資料１－１　がん検診について
資料１－２　がん登録等の推進に関する法律の改正について
資料２－１　「がん予防」分野の中間評価について
資料２－２　「基盤整備」分野の中間評価について

参考資料１　がん対策推進協議会委員名簿
参考資料２　第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月閣議決定）
参考資料３　第４期がん対策推進基本計画評価指標一覧 確定版
参考資料４　第４期がん対策推進基本計画コア指標一覧
参考資料５　第４期がん対策推進基本計画ロジックモデル コア指標
参考資料６　第４期がん対策推進基本計画施策に対する取組一覧
参考資料７　第４期がん対策推進基本計画測定値判定一覧
参考資料８　第４期がん対策推進基本計画中間評価 委員意見一覧
参考資料９　第４期がん対策推進基本計画中間評価（案）作成の流れ
参考資料 10　「がん対策の理解」に関するアンケート（吉野委員提出資料）
参考資料 11　今後のスケジュールについて

第94回がん対策推進協議会	資料１－１
令和８年５月８日	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

がん検診について

令和８年５月８日（金）第94回がん対策推進協議会

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

1.攻めの予防医療について

2.がん検診情報の一体的把握について

3.対策型検診の項目の導入に係るプロセスについて

4.検査手法に係る指針改正について

1

1.攻めの予防医療について

科学的根拠に基づくがん検診の推進について

現状（これまで）

◆令和４年段階での**がん検診（※）の受診率は、全国で43～53%**。また、**市区町村の実施するがん検診における精密検査の受診率は、70～90%。**

（※）胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がん

◆第４期がん対策推進基本計画において、令和10年までに①**「がん検診受診率60%」**、②**「精密検査受診率90%」**という目標（※）を掲げている。**目標達成に向け、 ①②それぞれについて以下を実施してきた。** ※令和10年までの達成目標

①対象者一人一人への個別受診勧奨・再勧奨の推進や、子宮頸がん検診・乳がん検診の受診クーポン券の配布等に対する支援、「受診率向上施策ハンドブック（自治体の好事例紹介）」の活用促進

②市区町村における対象者一人一人への個別受診再勧奨の推進

実施すること

◆第４期がん対策推進基本計画における①**「がん検診受診率60%」**、②**「精密検査受診率90%」**の目標達成に向けて、以下のとおり取り組んでいく。特に、精密検査受診率の向上を最優先で取り組む。

①「がん検診受診率60%」に向けた取組

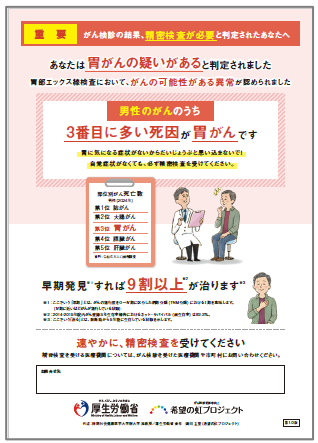
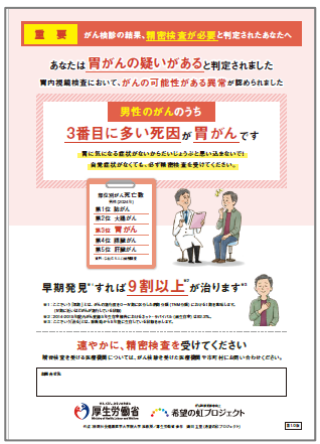
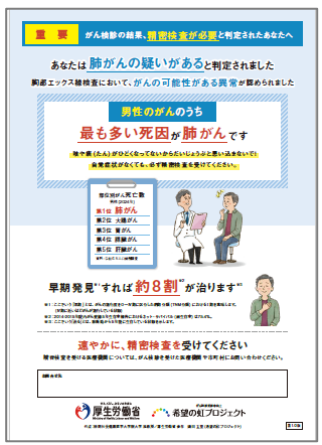
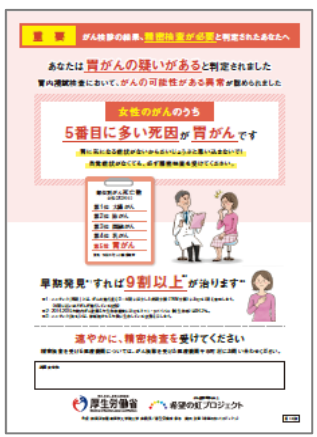
・未受診者への個別勧奨を更に徹底する。
・メディアとのコラボ（メディア・市区町村等と連携し、全国一斉に受診勧奨を行うなど）を進める。

②「精密検査受診率90%」に向けた取組

・精密検査の重要性を普及啓発する資材を開発し、精密検査対象者に周知する。
・未受診者への個別勧奨を更に徹底する。（再掲）
・メディアとのコラボ（メディア・市区町村等と連携し、全国一斉に受診勧奨を行うなど）を進める。（再掲）
・職域検診において、保険者が精密検査対象者への受診勧奨等を積極的に行えるよう、科学的根拠に基づくがん検診の支援のあり方を検討する。
・職域においても科学的根拠に基づくがん検診の、精密検査の受診状況等の実態把握を進める。

がん検診精密検査の受診勧奨資材を用いた受診勧奨の徹底について

・精密検査の更なる受診率向上に向けて、ソーシャルマーケティングを活用した効果的ながん検診受診勧奨資材の開発を実施している「希望の虹プロジェクト」に協力を依頼して資材を共同で発行した。
・自治体に対して、がん検診受診者のうち要精密検査となった者に対して精密検査の受診勧奨・再勧奨の徹底に取り組んでいただくとともに、本資材をご活用いただくよう事務連絡を発出（令和８年１月23日）。
・さらに保険者（※）に対して、がん検診受診者のうち要精密検査となった方に対し受診勧奨・再勧奨を積極的に行うとともに、精密検査の受診勧奨・再勧奨に活用できる、がん種別の精密検査の受診勧奨資材を周知する事務連絡を発出（令和８年２月２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、全国土木建築国民健康保険組合

	【胃エックス線検査】	【胃内視鏡検査】	【胸部エックス線検査】	【便潜血検査】
男性用				
女性用				

	【乳房エックス線検査】（マンモグラフィ）	【細胞診検査】
女性用		

●がん種別の精密検査受診勧奨資材を作成。（10種類）
●がん検診の検査項目・性別毎にメッセージを記載。
●活用の際には、「希望の虹プロジェクト」に申し込む。

485

【〇科学的根拠に基づくがん検診の受診率向上に向けた取組の推進】

施策名：科学的根拠に基づくがん検診の推進事業

令和7年度補正予算額　5.4億円

健康・生活衛生局がん・疾病対策課
（内線3827）

① 施策の目的

科学的知見に基づくがん検診の推進のため、精密検査対象者に対する効果的な受診勧奨の推進と、精密検査未受診者に対する再勧奨の徹底に加えて、特に他のがん種に比べて精密検査受診率向上の余地のある大腸がん・子宮頸がんを中心に検診受診に関する普及啓発等を推進することで、早期がんの段階で治療につなげ、がんによる死亡者の減少を図る。

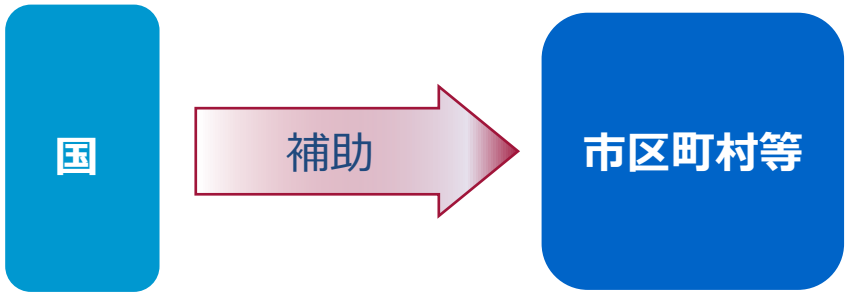
② 対策の柱との関係

Ⅰ			Ⅱ					Ⅲ	
1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
							◯		

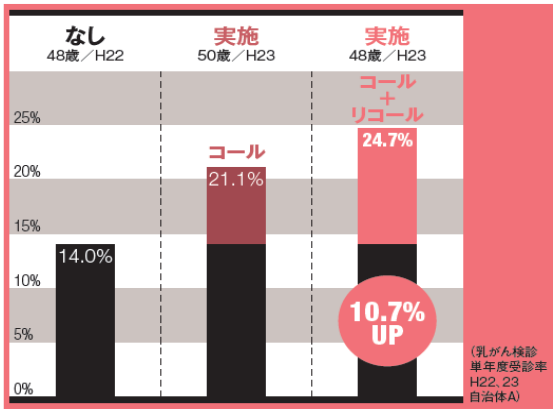
③ 施策の概要

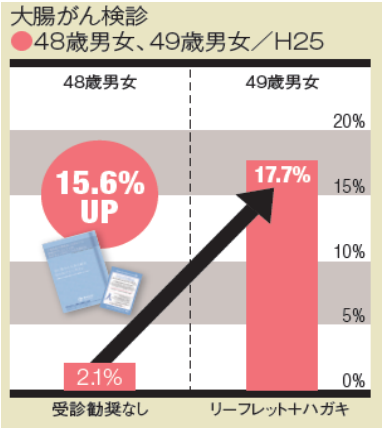
・がん検診の精密検査受診率向上を目標としたがんの普及啓発に関する事業等を実施する。
・精密検査対象者に対する効果的な受診勧奨の推進と、精密検査未受診者に対する再勧奨を徹底する。

④ 施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等



（受診勧奨の効果の事例）





※がん検診受診率向上施策ハンドブック（厚生労働省）より

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）

がん検診に関する普及啓発の充実を図るとともに、精密検査の受診再勧奨等を行うことで、より早期がんの段階で治療につなげることにより、がんによる死亡者の減少を図る。

2.がん検診情報の一体的把握について

第４期がん対策推進基本計画について

- 第４期がん対策推進基本計画では、がん検診について、「国は、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」とされている。

第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月）（抜粋）

（２） がんの２次予防（がん検診）

①受診率向上対策について

（現状・課題）

また、がん検診を受けた者のうち、30～70%程度は職域において受診しているが、職域におけるがん検診は、保険者や事業主が福利厚生の一環として任意で実施しているものであり、実施割合、実施されているがん検診の種類、対象者数及び受診者数等を継続的に把握する仕組みがない。

（取り組むべき施策）

国は、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。

医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕

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　489	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

自治体検診DXの方向性について

第59回　厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会
令和６年11月５日
資料１
一部改変

○　自治体検診は、現状、紙を中心とした運用となっており、住民の手間や事務的なコストが発生している。PMHの仕組みを活用し、自治体検診事務のデジタル化を図ることとする。

○　また、PMHを活用した自治体検診事務のデジタル化を図る中で、自治体検診情報について、データベースを構築してはどうか。また、他の公的DB等とも連結することを可能とし、自治体検診情報の政策研究等へ活用することとする。

1　自治体検診事務のデジタル化

	現状	将来
住民	・　**紙の問診票記入**に際して、毎回、住所や氏名などを記載する手間。 ・　受診時に、毎回、**紙の受診券**を医療機関に提出する手間。	・　問診票をスマートフォンで入力可能になり、住所や氏名などの情報は自動で入力。 ・　マイナンバーカード１枚で検診を受診可能となる。
自治体	・　紙媒体による、対象者への受診券や実施通知の送付、医療機関への検診票の送付等の必要。 ・　封入作業（人件費）、通信運搬費（**郵送費**）、健康管理システムへの**情報入力**、費用支払に対する**事務コストが発生**。	・　受診券、実施通知の**ペーパーレス化**により、**封入作業や郵送費が不要に**。健康管理システムへの**入力作業が不要**に。 ・　費用支払に対する**事務コストの軽減**（例えば集合契約など事務負担の軽減等に資する他の方策も検討）
医療機関	・　検診結果を手書きにより記入し報告、郵送での費用請求	・　検診結果の報告、費用請求のペーパーレス化

※　PMH導入による効果等を勘案し、費用負担の在り方を検討することが必要。

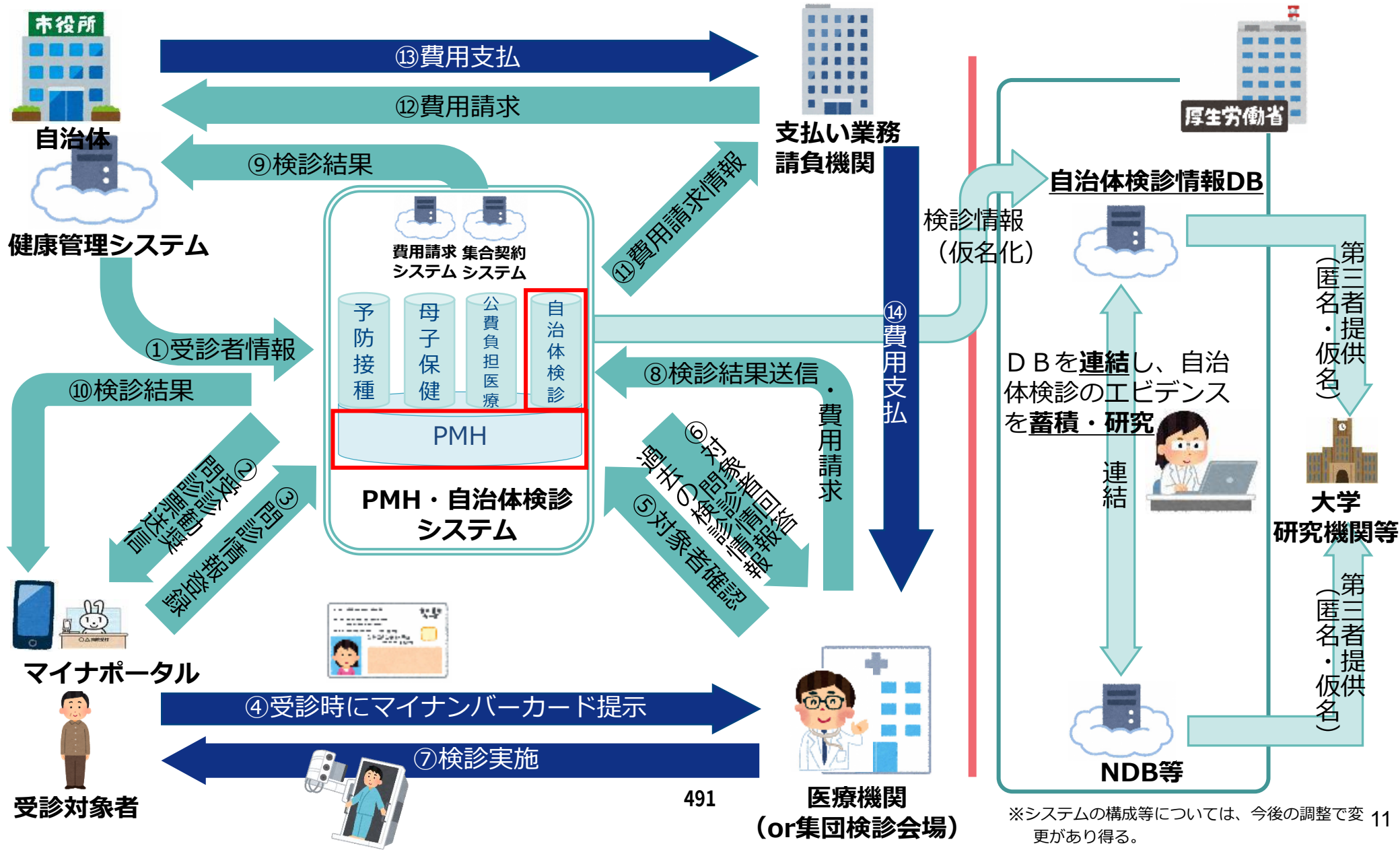
2　自治体検診情報の二次利用

○　他の公的DB等とも連結することを可能とし、例えば以下のような自治体検診情報の政策研究等への利活用が考えられる。

（例）・がん検診受診の有無とがん罹患情報の連結解析による精度管理
・歯周病検診受診の有無と、生活習慣病（罹患状況や医療費）・介護（要介護度）等との関係性の分析
・骨粗鬆症検診受診の有無と、医療（骨折の治療歴）・介護（要介護度）との関係性の分析

自治体検診のデジタル化【将来像（イメージ）】

第59回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会
令和６年11月５日
資料１



※システムの構成等については、今後の調整で変更があり得る。

自治体検診DX推進事業

健康・生活衛生局健康課（内線2396）

令和７年度補正予算　28億円

1 事業の目的

◆「**医療DXに関する工程表**」（令和５年６月２日）において、**自治体検診情報**について、医療機関・薬局等と自治体の間で必要な**情報を共有**可能にすることとされており、また、**保健医療データの二次利用**についての環境整備を図ることが盛り込まれている。

◆「**医療法等の一部を改正する法律案**」として、以下についての**健康増進法の改正**も含めて、閣議決定の上で、常会に提出したところ。

①PMH（Public Medical Hub）を活用して**自治体検診事務のデジタル化**を図り、自治体検診情報の医療機関等への電子的共有

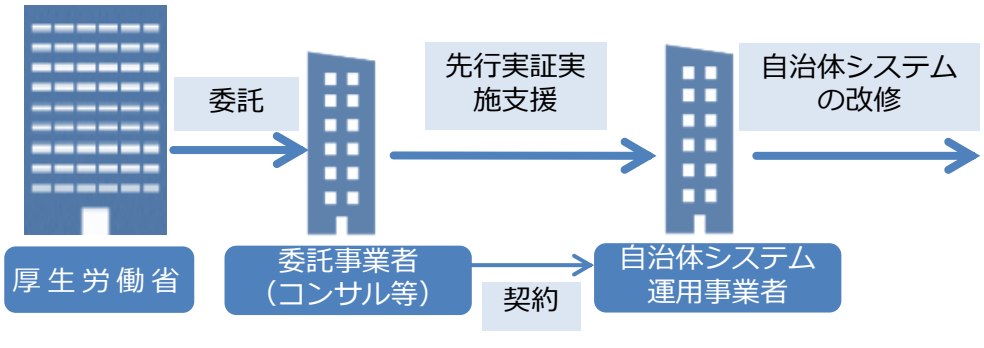
②**自治体検診情報データベース**（「自治体検診DB」）の構築　　※施行期日：公布後４年以内に政令で定める日

①昨年度に引き続き、**自治体検診事務のデジタル化に向けた先行実証**を行うとともに、**本格運用に向けた業務要件定義とシステム要件定義**等

②**自治体検診DBの構築**に向けた**業務要件定義とシステム要件定義**等　を実施する

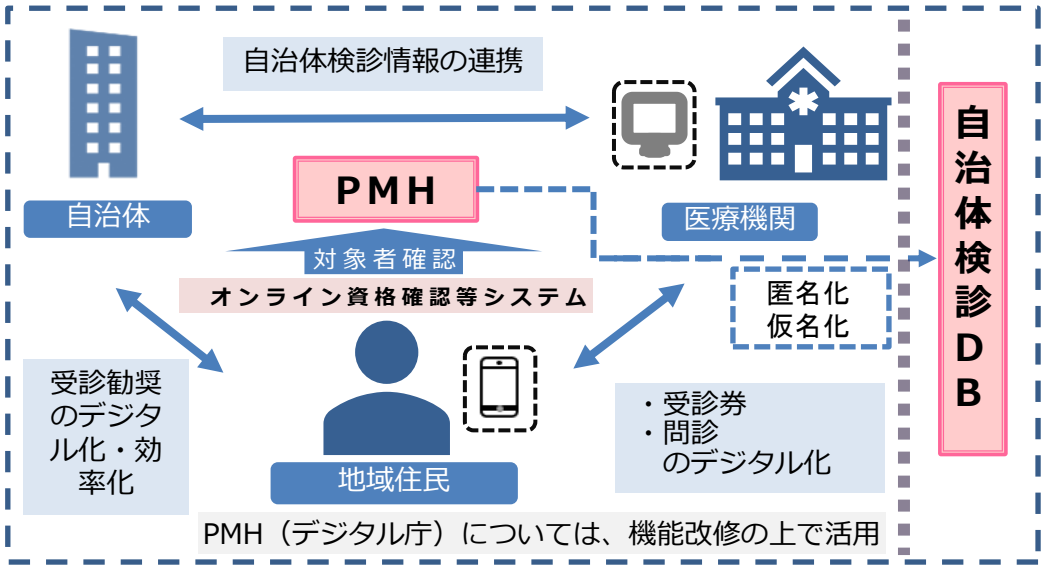
2 事業の概要・スキーム

（１）自治体検診事務デジタル化先行実証事業



（２）自治体検診DB構築に向けた要件定義等

（３）本格運用に向けたPMH（自治体検診）の要件定義等



3 実施主体

【委託費：民間団体】

自治体検診デジタル化先行実証、PMHの業務要件定義、自治体検診DBの業務要件定義とシステム要件定義

【補助金：国民健康保険中央会、社会保険診療報酬支払基金（定額）4/2

PMHのシステム要件定義：国保中央会、先行実証におけるオンライン資格確認等システムの検証等：社会保険診療報酬支払基金

がん検診情報の一体的な把握について

第43回がん検診のあり方に関する検討会
令和７年４月23日
資料２
一部改変

現状・課題

- がん検診には、①住民検診（市町村が健康増進法に基づく健康増進事業として行うがん検診）、②職域検診（保険者や事業主により福利厚生の一環として任意で実施されるがん検診）、③その他のがん検診（人間ドックなど個人が任意で受けるがん検診）がある。
- がん検診受診者のうち、住民検診を受診したのは約２～４割であり、残りは職域検診や人間ドックにおけるがん検診等を受診している。そのため、市町村は、住民のがん検診の受診状況を十分に把握できていない。
- 第４期がん対策推進基本計画では、がん検診について、「国は、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」とされている。
- 健康増進事業については、「より適切な指導のため、日常診療、人間ドック、献血等の健康増進事業以外の機会に実施された検査等の結果についても活用することが望ましい。」とされており、市町村は、住民検診の実施に当たり、職域におけるがん検診やその他のがん検診の結果についても、活用することが望ましい。
- 一部の市町村では、電子申請フォーム等を活用して、効率的・効果的に職域検診の受診状況等を把握している。
- 住民検診について、住民の利便性の向上及び地方公共団体の行政運営の効率化を目的として、自治体システム標準化が進められており、がん検診情報の管理や受診勧奨等の効率的な実施が可能となる。
- 医療DXの一環として、PMHの仕組みを活用した自治体検診事務のデジタル化（自治体検診DX）が検討されている。

対応

- 受診率向上及び適切な精度管理の実施の観点から、職域検診を含めた住民のがん検診の受診状況等を集約化し、市町村が一体的に管理することを目指す。
- 具体的な集約方法としては、市町村が受診者に対して受診勧奨を行うに当たり、まず受診者本人からがん検診の受診状況等を市町村に報告することとする。
- 報告に当たっては、自治体検診DXを見据えつつ、電子的な方法の活用を検討する。

「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」の一部改正

以下のとおり指針を令和７年７月１日付で一部改正した（令和８年４月１日施行）。

第1・第2　（略）
第3　がん検診
　1　総則
　（1）（略）
　（2）実施体制
　　がん検診の実施体制は、次のとおりとする。
　　①（略）
　　② 市町村（特別区を含む。以下同じ。）は、当該市町村の区域内に居住地を有する者の職域等がん検診（市町村が健康増進事業として実施するがん検診以外のがん検診であって、2から7までに規定する検診項目（3に規定するHPV検査単独法を除く。）によるものをいう。以下同じ。）の受診状況（以下「職域等がん検診情報」という。）を把握し、職域等がん検診情報も踏まえた適切な受診勧奨及び精密検査勧奨に努めること。なお、把握する職域等がん検診情報の具体的な項目は様式例1から5までを参照することとし、把握に当たっては電子的な方法を用いる等、市町村の実態に応じて、効率的な実施に努めること。
　　③～⑦（略）
　（3）（略）
　（4）実施回数等
　　①・②（略）
　　③（中略） 各検診の受診率は、職域等がん検診の受診者を含む受診者数又は含まない受診者数のそれぞれについて、以下の算定式により算定する。

　　＜1年に1回の場合＞
　　受診率＝（当該年度の受診者数）／（当該年度の対象者数）×100

　　＜2年に1回の場合＞
　　受診率＝（（前年度の受診者数）＋（当該年度の受診者数）－（前年度及び当該年度における2年連続受診者数））／（当該年度の対象者数＊）×100
　　＊対象者数は、年1回行うがん検診の場合と同様の考え方で算定する。

　　＜5年に1回の場合（HPV検査単独法による子宮頸がん検診）＞
　　受診率＝（当該年度及び過去4か年度の間にHPV検査単独法による子宮頸がん検診を1度以上受診した者の数＊）／（当該年度の対象者数＊＊）×100
　　＊追跡検査のみの受診者は除く。
　　＊＊対象者数は、年1回行うがん検診の場合と同様の考え方で算定する。

　　④（略）
　（5）・（6）（略）
　2～8（略）

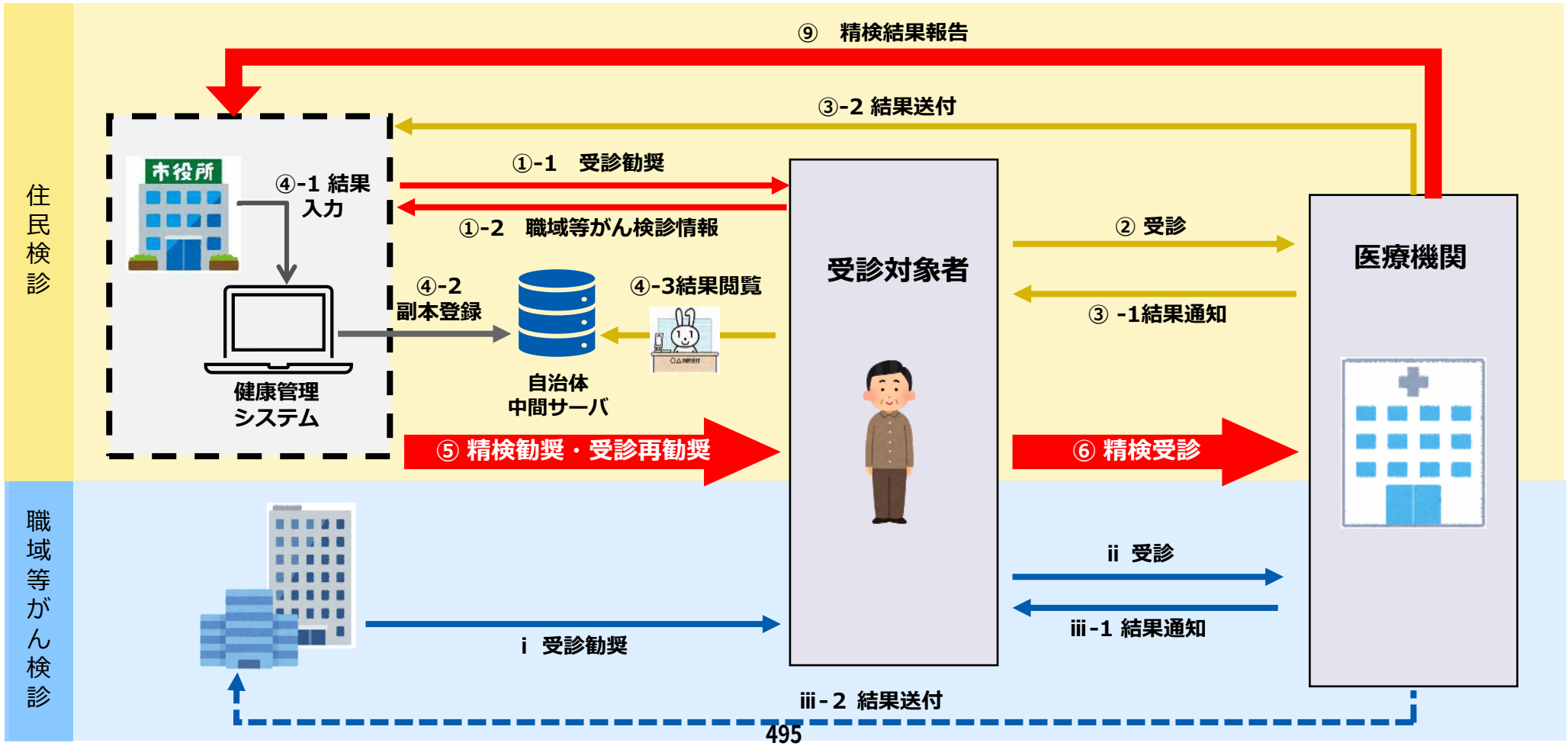
指針改正後のフロー

○　職域等がん検診情報を事前に確認することで、

①　職域等がん検診を含めた正確な受診率等の把握により、より適切な**受診率向上の取組や精度管理が可能**になる。

②　適切なタイミング・対象者に対する受診勧奨により**不要な受診を防ぎ、効率的に受診勧奨を行う**ことができる。

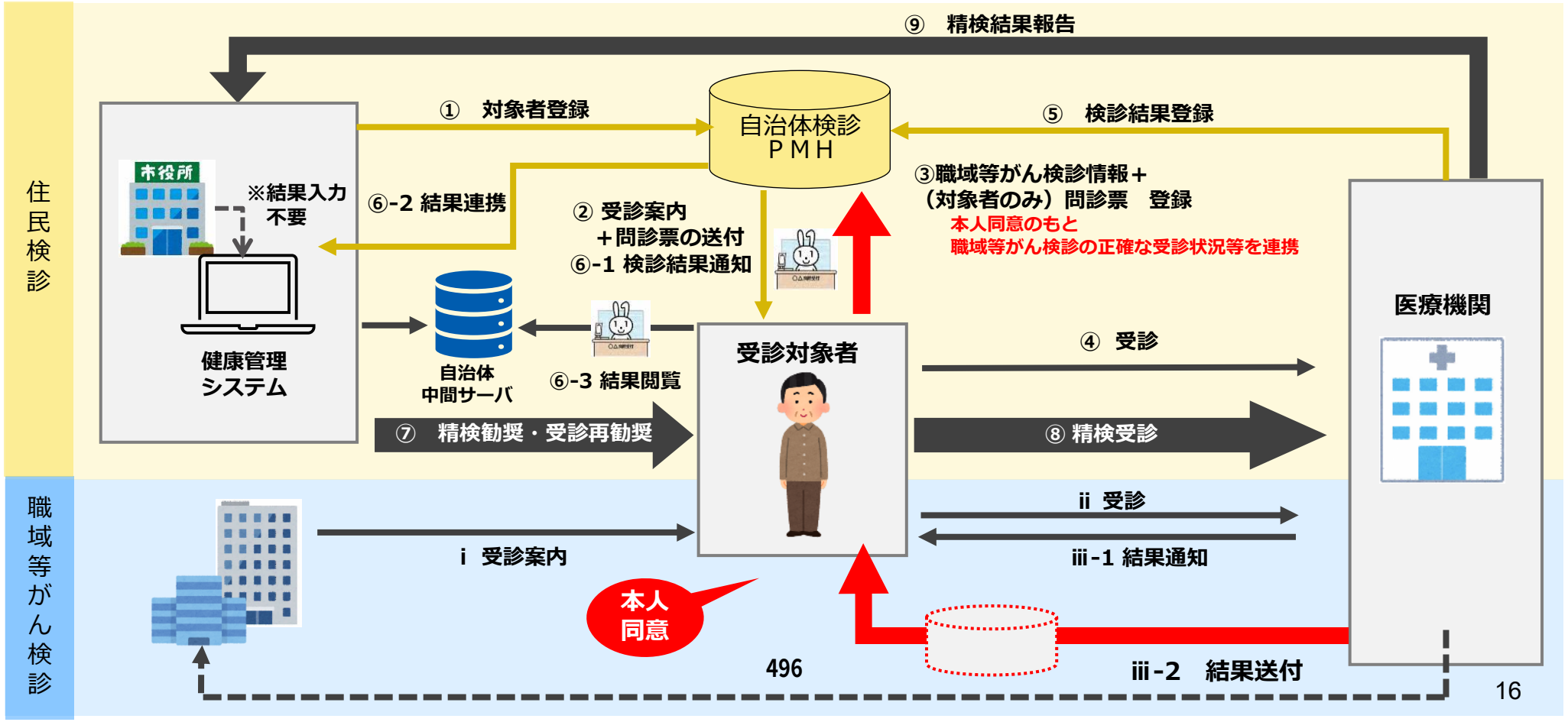
③　職域等がん検診での要精検未受診者に対する受診勧奨により、**早期発見・早期治療**につながる。



がん検診情報の一体的な把握の目指す姿（イメージ）

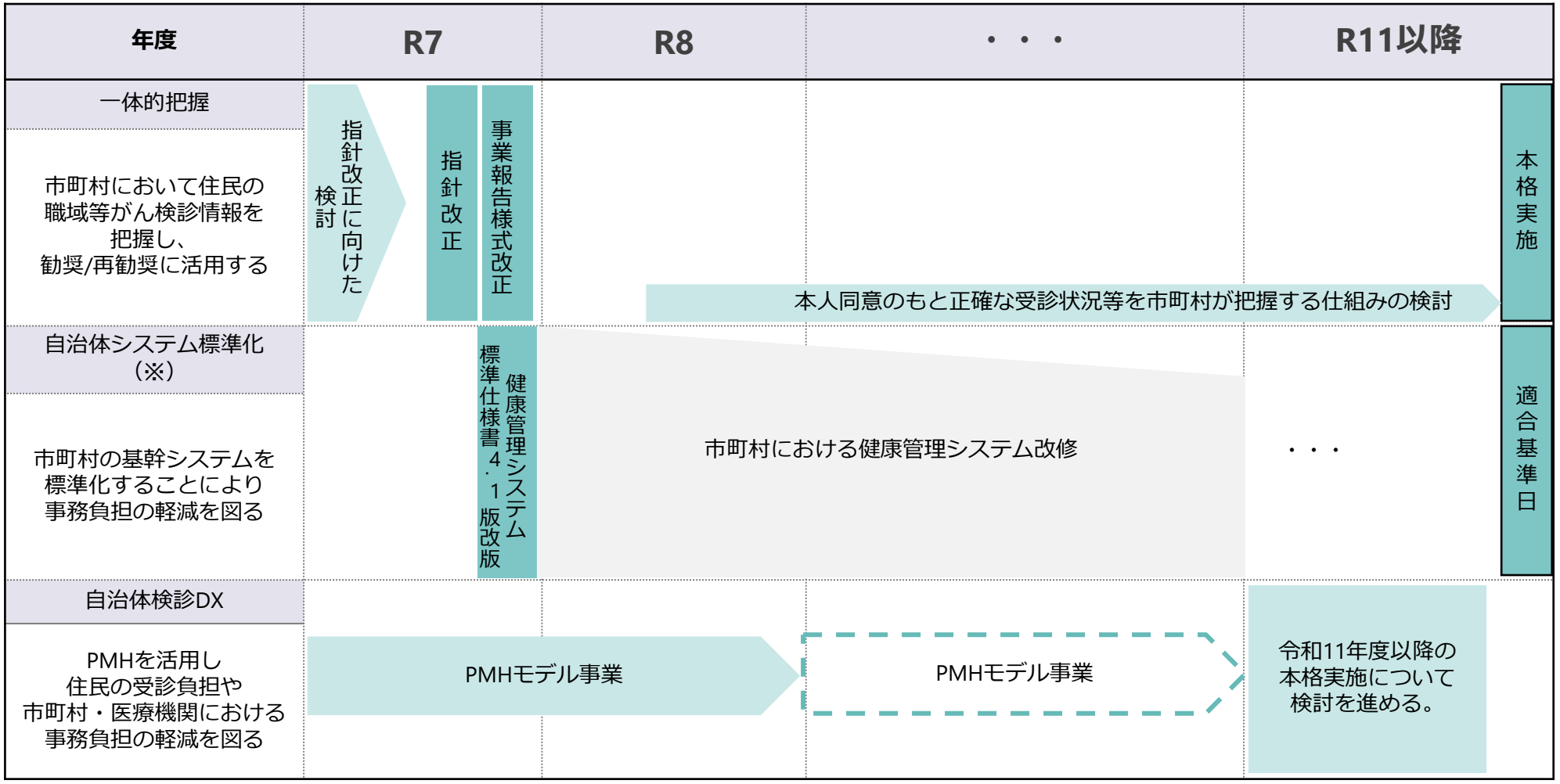
○　職域等がん検診情報について、本人同意のもと正確な受診状況等を市町村が把握する仕組みの構築を検討する。

○　仕組みの構築に当たって現時点で想定される課題は以下のとおり。
・医療機関が報告する検診結果について、住民検診における様式と職域等がん検診における様式に差異があり、統一的なデータ処理ができないこと
・職域等がん検診で実施された検診結果を電子的に本人に送付するための仕組みが必要であること



導入スケジュール

がん検診情報の一体的な把握に係る制度改正は、自治体検診DXの状況も考慮しながら、以下のスケジュールで導入予定。



（※）健康管理システム標準仕様書1.1版に適合した標準準拠システムに令和７年度末までに移行することを目指すとされている。
一部の機能については、移行後の実装等を可能にする経過措置を設ける。

3

３．対策型検診の項目の導入に係るプロセスについて

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。

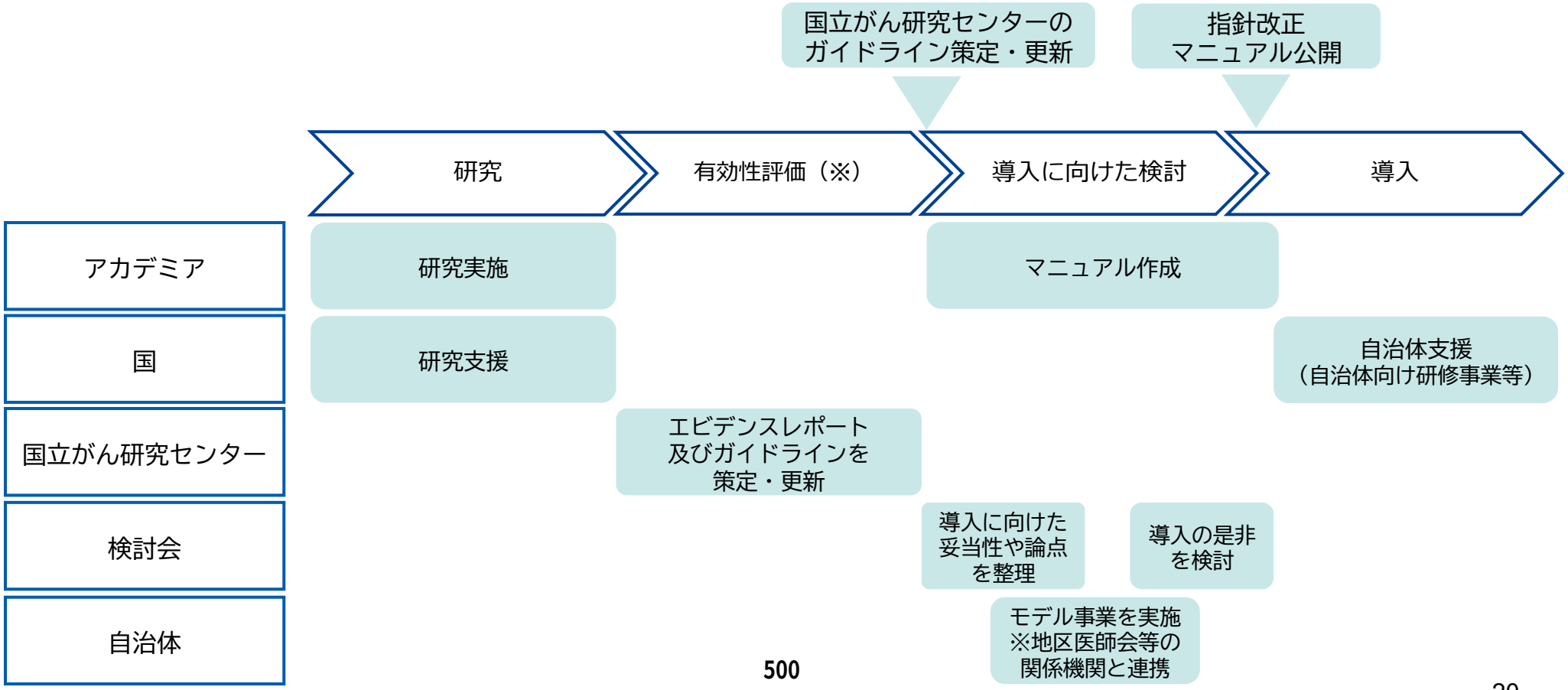
国は、指針に基づかないがん検診に係る効果検証の方法について検討するとともに、指針に基づかないがん検診の効果検証を希望する関係学会や企業等と、地方公共団体のマッチングを促進する仕組みについて検討する。

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。

対策型検診の項目の導入に係るプロセス

第43回がん検診のあり方に関する検討会	資料３ 一部改変
令和７年４月23日	

○　対策型検診の項目の導入に係るプロセスについて、以下を基本とする。
①国立がん研究センターは、検診項目に関するエビデンスの収集を行い、随時有効性評価を実施
②検討会は、有効性評価の結果、対策型検診として実施が推奨された項目について導入に向けた妥当性や論点を整理
③一部の自治体で試行的に実施（モデル事業）
④モデル事業を踏まえ、検討会において導入の是非を検討



※　死亡率減少という利益が、検査の偽陽性や過剰診断等の不利益を上回るかどうかの評価

有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン　2025年度版の概要

○　国立がん研究センター作成の「有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン」について、2006年度版の公開後のエビデンスについて評価が行われ、令和７年４月25日に2025年度版が公開された。

○　2006年度版からの主な変更点は以下の２点である。

・重喫煙者に対する低線量CT検査：対策型検診及び任意型検診として実施を推奨(推奨グレードA)

・重喫煙者に対する胸部X線検査と喀痰細胞診併用法：対策型検診及び任意型検診として実施しないことを推奨(推奨グレードD)

2006年度版

検診手法	推奨
低線量CT検査	I
非高危険群に対する胸部X線検査及び高危険群[1)]に対する胸部X検査と喀痰細胞診併用法	B

2025年度版

検診手法	推奨
重喫煙者[2)]に対する低線量CT検査 対象年齢は50-74歳、検診間隔は1年に1回が望ましい。	A
重喫煙者[2)]以外に対する低線量CT検査	I
重喫煙者[2)]に対する胸部X線検査と喀痰細胞診併用法	D

（参考）2006年度版ガイドラインにおける推奨グレードの定義等

推奨	表現	対策型検診（住民検診型）	任意型検診（人間ドック型）
A	死亡率減少効果を示す十分な証拠があるので、実施することを強く勧める。	推奨する	推奨する
B	死亡率減少効果を示す相応な証拠があるので、実施することを勧める。	推奨する	推奨する
C	死亡率減少効果を示す証拠があるが、無視できない不利益があるため、対策型検診として実施することは勧められない。 任意型検診として実施する場合には、安全性を確保し、不利益に関する説明を十分に行い、受診するかどうかを個人が判断できる場合に限り、実施することができる。	推奨しない	条件付きで実施できる
D	死亡率減少効果がないことを示す証拠があるため、実施すべきではない。	推奨しない	推奨しない
I	死亡率減少効果の有無を判断する証拠が不十分であるため、対策型検診として実施することは勧められない。 任意型検診として実施する場合には、効果が不明であることと不利益について十分説明する必要がある。その説明に基づく、個人の判断による受診は妨げない。	推奨しない	個人の判断に基づく受診は妨げない

501

（参考）2025年度版ガイドラインにおける推奨グレードの定義等

推奨グレード	評価	対策型検診	任意型検診
A	利益はあり、不利益が中等度以下と判断する	推奨	推奨
C	利益はあるが不利益が大、または利益はあるが証拠の信頼性は低く不利益ありと判断する	実施しないことを推奨	利益と不利益に関する適切な情報を提供し、個人の判断に委ねる
I	利益は不明だが不利益ありと判断する	実施しないことを推奨	利益と不利益に関する適切な情報を提供し、個人の判断に委ねる
D	利益はなく不利益ありと判断する	実施しないことを推奨	実施しないことを推奨

1) 喫煙指数(※) 400以上あるいは600以上　2)喫煙指数(※) 600以上(禁煙から15年以内の禁煙者も含む)　※喫煙指数:1日平均喫煙本数×喫煙年数

低線量CT検査の対策型検診への導入について

現状

- 「有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン2025年度版」において、重喫煙者に対する低線量CT検査は、死亡率減少のエビデンスが示されたこと等を踏まえ、対策型検診として実施が推奨された。
- 第43回がん検診のあり方に関する検討会（令和7年4月23日）において、対策型検診の項目の導入に係るプロセスが承認され、新たな項目についてはモデル事業を実施した上で導入することとしている。

対応

- 今後、**50歳～74歳の重喫煙者（喫煙指数600以上）を対象に、低線量CT検査を肺がん検診の項目に追加することを念頭に、**希望する自治体を対象にモデル事業を行う。
- モデル事業については、以下の方向性で進める。
  - 厚労科研において、対象者の抽出及び受診勧奨の方法等を含めた以下の検討事項を検討の上、マニュアル（案）を作成。
  - モデル事業において、市町村、厚生労働省、検診機関等の関係機関が連携し、マニュアル（案）に沿って低線量CT検査による肺がん検診を試行的に実施。
  - 試行的実施を踏まえて、マニュアル（案） について、必要な改善を行う。

＜モデル事業の検討事項（イメージ）＞

・対象者の抽出及び受診勧奨の方法
・必要な検査実施体制（読影を含む）
・精度管理体制
・精密検査受診後のフォローアップ
・その他留意すべき事項

- モデル事業の結果が得られた時点で、モデル事業で得られた知見を本検討会に報告した上で、低線量CT検査の導入について指針に追加する。

502

新規

重喫煙者に対する低線量CTによる肺がん検診実証事業

令和７年度補正予算額　1.3億円（ － ）　※（）内は前年度当初予算額

1 事業の目的

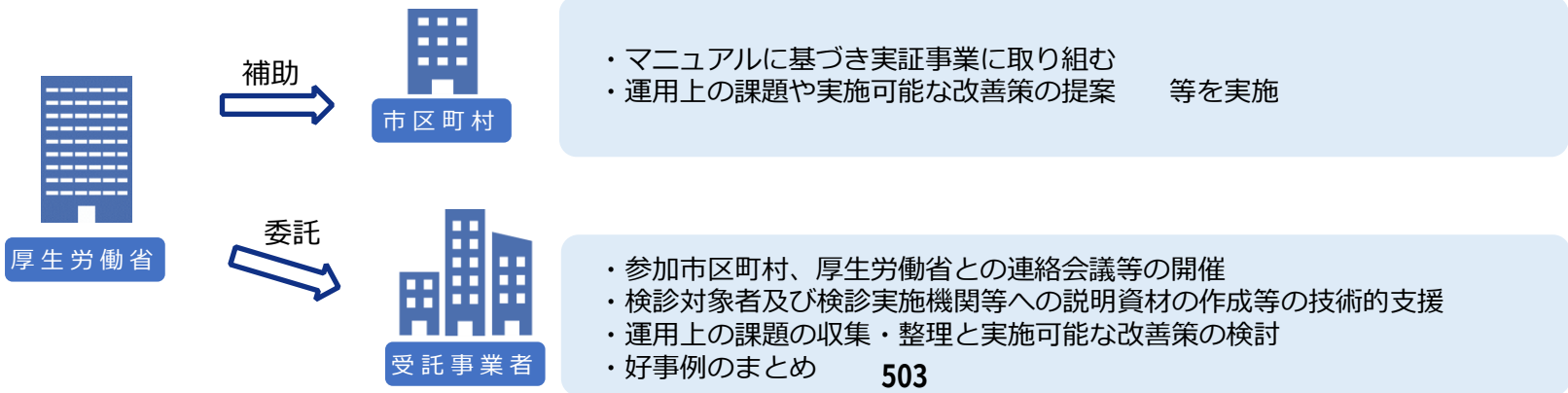
- 市区町村が実施するがん検診（対策型検診）について、厚生労働省では従来より「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」を定め、科学的根拠に基づくがん検診の実施を推進してきた。
- 第43回がん検診のあり方に関する検討会において、「対策型検診の項目の導入に係るプロセス」について議論が行われ、科学的に有効性が確認された検診項目を、多くの自治体へ円滑に導入するために、一部の自治体で試行的に実施することが基本とされた。
- 令和７年４月に国立がん研究センターが公開した「有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン2025年度版」（以下「ガイドライン」）の中で「重喫煙者に対する低線量ＣＴによる肺がん検診（以下「肺がんＣＴ検診」）」の実施が推奨されたところ。
- 上記を踏まえ、肺がんＣＴ検診の円滑な導入を目的として、令和７年度厚労科研において作成する肺がんＣＴ検診の体制整備のためのマニュアル（以下「マニュアル」）に基づいて実証事業に参加する市区町村を公募し、導入に向けた課題の整理や改善策について検討するとともに、好事例をまとめる。

2 事業の概要・スキーム・実施主体

【事業創設年度：令和８年度 、補助先：市区町村、補助率：定額（１０／１０相当）】

事業内容

①肺がんＣＴ検診実証事業に取り組む市区町村を公募し、運用等に係る費用を補助する。②事業実施に係る参加市区町村への技術的支援並びに課題の整理及び改善策の検討を事業者に委託する。



503

対策型検診への低線量CT検査導入のスケジュール

○　低線量CT検査について、以下のスケジュールでモデル事業等を進めることとする。

年度	R７	R８	R９以降
厚労省等	★国がんGL発出（4月25日）（グレードA）	厚労科研（2年） ★マニュアル（案）作成	★モデル事業を踏まえたマニュアル改訂 指針改正
検討会	● 10/10検討会 今回		● 検討会 ・モデル事業の報告 ・指針改正 ・マニュアルの報告
自治体		希望する自治体でモデル事業	導入 自治体システム改修

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

４.検査手法に係る指針改正について

505

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン　2025年度版の概要

○　国立がん研究センター作成の「有効性評価に基づく肺がん検診ガイドライン」について、2006年度版の公開後のエビデンスについて評価が行われ、令和７年４月25日に2025年度版が公開された。

○　2006年度版からの主な変更点は以下の２点である。

・重喫煙者に対する低線量CT検査：対策型検診及び任意型検診として実施を推奨(推奨グレードA)

・重喫煙者に対する胸部X線検査と喀痰細胞診併用法：対策型検診及び任意型検診として実施しないことを推奨(推奨グレードD)

2006年度版

検診手法	推奨
低線量CT検査	I
非高危険群に対する胸部X線検査及び高危険群[1)]に対する胸部X検査と喀痰細胞診併用法	B

2025年度版

検診手法	推奨
重喫煙者[2)]に対する低線量CT検査 対象年齢は50-74歳、検診間隔は1年に1回が望ましい。	A
重喫煙者[2)]以外に対する低線量CT検査	I
重喫煙者[2)]に対する胸部X線検査と喀痰細胞診併用法	D

（参考）2006年度版ガイドラインにおける推奨グレードの定義等

推奨	表現	対策型検診（住民検診型）	任意型検診（人間ドック型）
A	死亡率減少効果を示す十分な証拠があるので、実施することを強く勧める。	推奨する	推奨する
B	死亡率減少効果を示す相応な証拠があるので、実施することを勧める。	推奨する	推奨する
C	死亡率減少効果を示す証拠があるが、無視できない不利益があるため、対策型検診として実施することは勧められない。 任意型検診として実施する場合には、安全性を確保し、不利益に関する説明を十分に行い、受診するかどうかを個人が判断できる場合に限り、実施することができる。	推奨しない	条件付きで実施できる
D	死亡率減少効果がないことを示す証拠があるため、実施すべきではない。	推奨しない	推奨しない
I	死亡率減少効果の有無を判断する証拠が不十分であるため、対策型検診として実施することは勧められない。 任意型検診として実施する場合には、効果が不明であることと不利益について十分説明する必要がある。その説明に基づく、個人の判断による受診は妨げない。	推奨しない	個人の判断に基づく受診は妨げない

506

（参考）2025年度版ガイドラインにおける推奨グレードの定義等

推奨グレード	評価	対策型検診	任意型検診
A	利益はあり、不利益が中等度以下と判断する	推奨	推奨
C	利益はあるが不利益が大、または利益はあるが証拠の信頼性は低く不利益ありと判断する	実施しないことを推奨	利益と不利益に関する適切な情報を提供し、個人の判断に委ねる
I	利益は不明だが不利益ありと判断する	実施しないことを推奨	利益と不利益に関する適切な情報を提供し、個人の判断に委ねる
D	利益はなく不利益ありと判断する	実施しないことを推奨	実施しないことを推奨

1) 喫煙指数(※) 400以上あるいは600以上　2)喫煙指数(※) 600以上(禁煙から15年以内の禁煙者も含む)　※喫煙指数:1日平均喫煙本数×喫煙年数

喀痰細胞診について

現状

- 喀痰細胞診の標的となる肺門部扁平上皮がんは減少しており、喀痰細胞診単独で発見される数も40年前の1/10以下に減少していることが推察されるなど、胸部X線に喀痰細胞診を追加することで得られる効果が小さくなっている。
- 検診の対象者は基本無症状であり、喀痰症状のない無症状者で喀痰細胞診によって発見される肺がんの数は極めて少ないと考えられる。
- 喀痰がある者は有症状者であり、医療機関の受診が勧められる。咳嗽・喀痰の診療ガイドライン（※）において、喀痰診療の手順が示されており、問診や喀痰細胞診等を実施するとしている。

（※）日本呼吸器学会「咳嗽・喀痰の診療ガイドライン2019」

対応

- 喀痰細胞診による肺がん検診について、指針において推奨する肺がん検診の項目から削除するよう、指針を改正する（令和8年4月1日施行）。
- 一方で、咳嗽・喀痰の診療ガイドラインにおいて、喀痰診療の手順が示されており、問診や細胞診検査等を実施するとしている。喀痰がある者に対する受診の指導は重要であることから、指針を改正し、がん予防健康教育のうち肺がんに関する事項、がん検診のうち肺がん検診の質問項目に、以下のとおり喀痰に関する記載を追加する。

第2　がん予防重点健康教育

3　実施に当たっての留意事項

(3)肺がん予防健康教育を実施する場合は、肺がん検診の実施会場において同時に実施するなど、他の事業との連携や対象者の利便性に配慮する。なお、喀痰が続く場合は、医療機関への早期受診等に関する指導を行うこと。

第3　がん検診

4　肺がん検診　(1)検診項目及び各検診項目における留意点

① 質問

質問に当たっては、喫煙歴、職歴、喀痰・血痰の有無及び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。

有効性評価に基づく大腸がん検診ガイドライン　2024年度版の概要

○国立がん研究センター作成の「有効性評価に基づく大腸がん検診ガイドライン」について、2005年度版の公開後のエビデンスについて評価が行われ、令和５年１月９日に2024年度版初版が公開された。

○ガイドライン2024年度版において、便潜血検査免疫法は引き続き推奨グレードAとされた。また、検診間隔、採便回数についても評価された。

2005年度版

検診手法	推奨
便潜血検査化学法・免疫法	A
全大腸内視鏡検査・S状結腸鏡検査	C

※便潜血検査化学法及びS状結腸鏡検査はRCTで有意な死亡率減少効果が示されているが、便潜血検査化学法は国内で実施されていないこと、S状結腸鏡検査の実施件数はごくわずかで内視鏡の国内販売が終了していることから、2024年度版では評価対象外となっている。

2024年度版

検診手法	推奨
便潜血検査免疫法	A
全大腸内視鏡検査	C

・検診間隔を 1 年から 2 年にすることも可能である。

・採便回数は 1 回法でも 2 回法でも可能である。

（参考）2005年度版ガイドラインにおける推奨レベルの定義

推奨	表現
A	死亡率減少効果を示す十分な証拠があるので、 実施することを強く勧める。
B	死亡率減少効果を示す相応な証拠があるので、 実施することを勧める。
C	死亡率減少効果を示す証拠があるが、無視できない不利益があるため、集団を対象として実施することは勧められない。 個人を対象として実施する場合には、安全性を確保すると共に、不利益について十分説明する必要がある
D	死亡率減少効果がないことを示す証拠があるため、実施すべきではない。
I	死亡率減少効果の有無を判断する証拠が不十分であるため、 集団を対象として実施することは勧められない。 個人を対象として実施する場合には、効果が不明であることについて十分説明する必要がある。

（参考） 2024年度版ガイドラインにおける推奨グレードの定義

推奨グレード	評価	対策型検診	任意型検診
A	利益はあり、不利益が中等度以下と判断する	推奨	推奨
C	利益はあるが不利益が大、または利益はあるが証拠の信頼性は低く不利益ありと判断する	実施しないことを推奨	利益と不利益に関する適切な情報を提供し、個人の判断に委ねる
I	利益は不明だが不利益ありと判断する	実施しないことを推奨	利益と不利益に関する適切な情報を提供し、個人の判断に委ねる
D	利益はなく不利益ありと判断する	実施しないことを推奨	実施しないことを推奨

大腸がん検診の検診間隔・再便回数の見直しに関する対応

- 検診間隔について、化学法の知見ではあるが、検診間隔１年が２年と比較して有意に大腸がんによる死亡率が減少するという報告があることから、検診間隔は、引き続き１年に１回とする。

- 採便回数について、１回法と２回法によるAdvanced Neoplasia※及び大腸がんの感度・特異度に対する統計学的な差は示されておらず、１回法の方が受診率向上が期待されるため、１回法に変更することとする。

※がん及び悪性度が高いとされるポリープの総称

大腸がん検診の精密検査の手法について

第46回がん検診のあり方に関する検討会
令和８年３月23日（月）
資料１
一部改変

〇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おいて、大腸がん検診の項目にのみ精密検査の検査手法が記載されている。
〇消化器がん検診学会のマニュアルにおいて、大腸CT検査も精密検査の選択肢となりうることが記載されている。

がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針

６　大腸がん検診　（７）その他

③ 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状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査（二重造影法）の併用による精密検査を実施する。 ただし、その実施に当たっては、十分な精度管理の下で、注腸エックス線検査の専門家により実施する。 便潜血検査のみによる精密検査は、大腸がんの見落としの増加につながることから、行わない。

大腸がん検診マニュアルー2021年度改訂版ー（消化器がん検診学会）

スクリーニング検査・精密検査とは　２）　精密検査

現在は第一選択が全大腸内視鏡検査で，それが困難な場合はＳ状結腸内視鏡検査と注腸Ｘ線検査（二重造影法）の併用となっているが，2016 年に日本消化器がん検診学会から「精密検査を全大腸内視鏡検査で行うことが困難な場合は大腸CT検査あるいはS状結腸内視鏡検査と注腸Ｘ線検査の併用法のいずれかを実施する」という趣旨に変更することが妥当であるとの委員会報告（※）がなされている。

（※参考）大腸がん検診精度管理委員会報告（2016年）
大腸CT検査は，精検方法（診断法）としての十分な精度が示されており，偶発症は少なく，被ばく量は注腸Ｘ線検査より低いとされる。したがって，「精密検査を全大腸内視鏡検査で行うことが困難な場合は，大腸CT検査あるいは，S状結腸内視鏡検査と注腸Ｘ線検査の併用法のいずれかを実施する。」という趣旨に変更することが妥当である。

日本消化器がん検診学会「大腸がん検診マニュアルー2021年度改訂版ー」Vol.60(3),May.2022
日本消化器がん検診学会　大腸がん検診精度管理委員会報告「精密検査の手法として大腸CT検査の位置づけおよび必要条件と課題」Vol.54(3), May.2016

対応

➢ 大腸がん検診についても、精密検査の検査方法に関する記載を指針から削除し、他の検診と同様に指針に記載しない方針とする。

510

第94回がん対策推進協議会	資料１－２
令和８年５月８日	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

がん登録等の推進に関する法律の改正について

令和８年５月８日（金）第94回がん対策推進協議会

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

がん登録の概要

がん登録の仕組み

○　がん登録は、がんの罹患、診療、転帰等の状況の把握・分析など、がんに係る調査研究を推進し、がん対策の一層の充実に資することを目的とする。

○　がん登録には、以下の２つの仕組みがある。

【全国がん登録】
国において、**全ての病院及び指定した診療所から**、がんの罹患、診療、転帰等に関する情報（26項目）を収集した上で、当該情報をデータベースに記録し、保存するもの。**がん対策全般を科学的知見に基づき実施する上で基礎となる情報の収集**を目的とする。

【院内がん登録】
主に専門的ながん医療の提供を行う病院において、がんの罹患、診療、転帰等に関する**詳細な**情報（105項目）を記録、保存するもの。**病院におけるがん医療の質の向上**を目的とする。

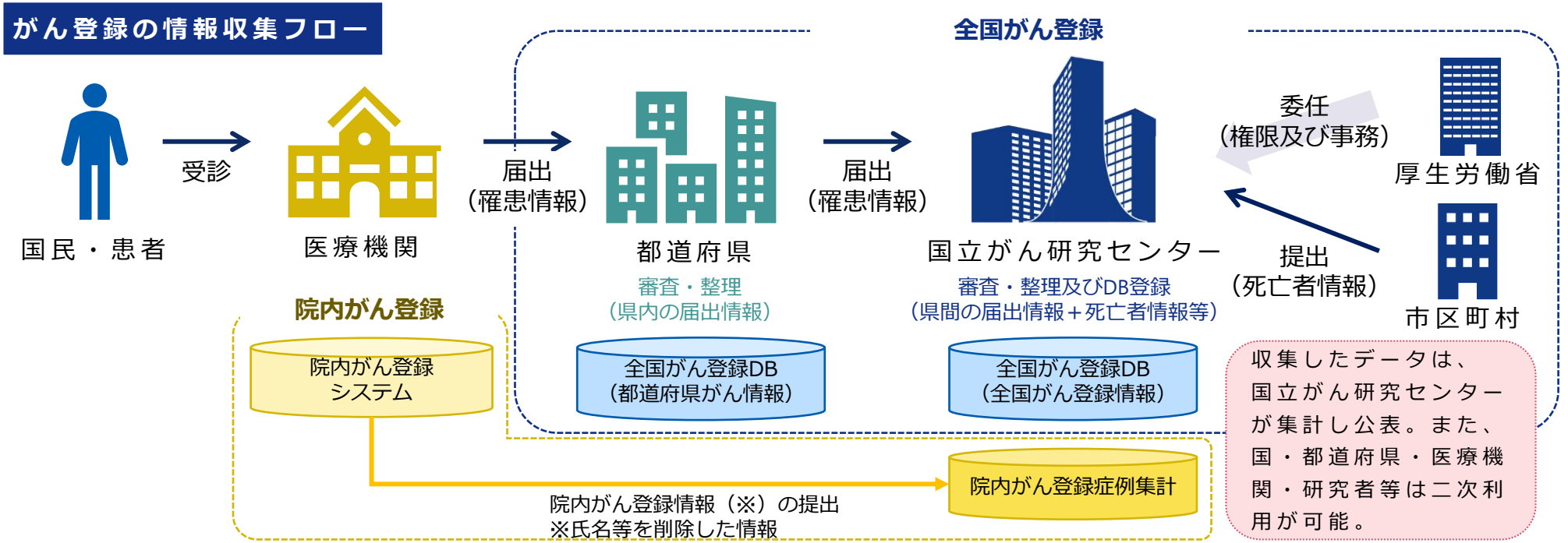
○　がん登録に係る患者情報は、厳格な保護が行われることとされている。

がん登録の沿革

1951年　宮城県が県の事業としてがん登録（地域がん登録）を開始（各都道府県で順次開始）
2007年　がん対策基本法の施行（がん対策推進基本計画において、がん登録の推進が明文化）
2012年　全都道府県が地域がん登録を実施
2016年　がん登録等の推進に関する法律（平成25年法律第111号）の施行
2018年　匿名化された全国がん登録情報の提供開始
2019年　全国がん登録情報（顕名情報）の提供開始

がん登録の情報収集フロー及び期待される効果

がん登録の情報収集フロー



がん登録に期待される効果

＜患者・国民＞

○データに基づく施策や研究成果によるがん医療の質の向上等が期待される。

○医療機関の診療実績等を確認する客観的な情報源となる。

＜国・都道府県＞

○正確かつ最新のデータを経年で把握でき、がん予防やがん検診、がん医療の提供体制等のがん対策について、科学的知見に基づいて実施できる。

＜医療従事者・研究者＞

○診療実績等について、他の医療機関と合わせて正確に把握でき、比較が可能になる。

○がん予防や医療の質に係る評価等の研究が推進される。

全国がん登録DBを用いたがん登録情報の利用・提供の類型

○　行政機関（国、都道府県、市町村）及び民間機関（研究者、企業）は、全国がん登録情報（顕名情報）及びその匿名化された情報のいずれも利用可能である。なお、民間機関による顕名情報利用は研究対象者本人の同意が必要となる。

○　全国がん登録の届出を行った病院及び指定された診療所は、届け出た患者の生存確認情報を同意なく利用可能であるが、活用方法が限られている。

	利用者	利用目的	全国がん登録情報（顕名情報）	匿名化された情報
行政機関	国	国のがん対策のため	研究対象者の情報に全国がん登録情報を照合して利用可能（法第17条第１項）	匿名化された全国がん登録情報が利用可能（法第17条第１項）
行政機関	都道府県	都道府県のがん対策のため	研究対象者の情報に当該都道府県に係る全国がん登録情報又は都道府県がん情報を照合して利用可能（法第21条第１項又は法第18条第１項）	匿名化された都道府県がん情報が利用可能（法第18条第１項）
行政機関	市町村	市町村のがん対策のため	研究対象者の情報に当該市町村に係る全国がん登録情報又は都道府県がん登録情報を照合して利用可能（法第21条第２項又は法第19条第１項）	匿名化された当該市町村に係る都道府県がん情報が利用可能（法第19条第１項）
民間機関	研究者・企業・病院等	がんの調査研究のため	研究対象者の情報に全国がん登録情報又は都道府県がん情報を照合して利用可能（法第21条第３項又は８項） 全国がん登録情報等との照合のため、研究対象者本人の同意取得及び識別子（氏名、生年月日、性別、住所）が必要。	匿名化された全国がん登録情報が利用可能（法第21条第４項又は９項）
民間機関	病院等	院内がん登録その他調査研究のため	がん登録の届出を出した患者の予後情報（都道府県がん情報）を利用可能（法第20条） 同意なく取得した予後情報は加工（＊）により第三者提供可能。	―

※全国がん登録情報は国が、都道府県がん情報は当該都道府県が提供する**514**

＊最終生存確認日／死亡日を診断日等との差から得られる生存期間（日数）に、死因を「がんによる死亡」又は「がん以外の死亡」に置換

医療法等の一部を改正する法律（令和７年法律第87号）の概要

令和７年12月12日公布

改正の趣旨

高齢化に伴う医療ニーズの変化や人口減少を見据え、地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、地域医療構想の見直し等、医師偏在是正に向けた総合的な対策の実施、これらの基盤となる医療DXの推進のために必要な措置を講ずる。

改正の概要

＊を付した事項は衆議院による修正部分（概要）

１．地域医療構想の見直し等【医療法、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等】

①-1 地域医療構想について、2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、以下の見直しを行う。
- 病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とする。
- 地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合の参画を求める。
- 医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能等）報告制度を設ける。

①-2 厚生労働大臣は５疾病・６事業・在宅医療に関し、目標設定・取組・評価が総合的に推進されるよう都道府県に必要な助言を行う。＊

①-3 都道府県は病床数の削減を支援する事業を行える（削減したときは基準病床数を削減）ほか、国は予算内で当該事業の費用を負担する。＊

② 「オンライン診療」を医療法に定義し、手続規定やオンライン診療を受ける場所を提供する施設に係る規定を整備する。

③ 美容医療を行う医療機関における定期報告義務等を設ける。

２．医師偏在是正に向けた総合的な対策【医療法、健康保険法、総確法等】

① 都道府県知事が、医療計画において「重点的に医師を確保すべき区域」を定めることができることとする。
保険者からの拠出による当該区域の医師の手当の支給に関する事業を設ける。

② 外来医師過多区域の無床診療所への対応を強化（新規開設の事前届出制、要請勧告公表、保険医療機関の指定期間の短縮等）する。

③ 保険医療機関の管理者について、保険医として一定年数の従事経験を持つ者であること等を要件とし、責務を課すこととする。

３．医療DXの推進【総確法、社会保険診療報酬支払基金法、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等】

①-1 必要な電子カルテ情報の医療機関での共有等を実現し＊、感染症発生届の電子カルテ情報共有サービス経由の提出を可能とする。

①-2 2030年末までに電子カルテの普及率約100%を達成するよう、医療機関業務の電子化（クラウド技術等の活用を含む）を実現する。＊

② 医療情報の二次利用の推進のため、厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベースの仮名化情報の利用・提供を可能とする。

③ 社会保険診療報酬支払基金を医療DXの運営に係る母体として名称、法人の目的、組織体制等の見直しを行う。
また、厚生労働大臣は、医療DXを推進するための「医療情報化推進方針」を策定する。その他公費負担医療等に係る規定を整備する。

４．その他（検討規定）＊

①外来医師過多区域での新たな診療所開設の在り方、②医師手当事業に関して保険者等が意見を述べられる仕組みの構築、
③介護・福祉従事者の適切な処遇の確保 等

このほか、平成26年改正法において設けた医療法第30条の15について、表現の適正化を行う。

施行期日

令和９年４月１日（ただし、一部の規定は公布日（１①-2及び①-3並びに４②及び③）、令和８年４月１日（１②、２①の一部、②及び③並びに４①）、令和８年10月１日（１①-1の一部）、公布後１年以内に政令で定める日（３①-1の一部及び①-2）、公布後１年６月以内に政令で定める日（３③の一部）、公布後２年以内に政令で定める日（１③及び３③の一部）、公布後３年以内に政令で定める日（２①の一部並びに３①-1の一部及び３②）等）

３．医療DXの推進②　公的ＤＢにおける仮名化情報の利用・提供

現状

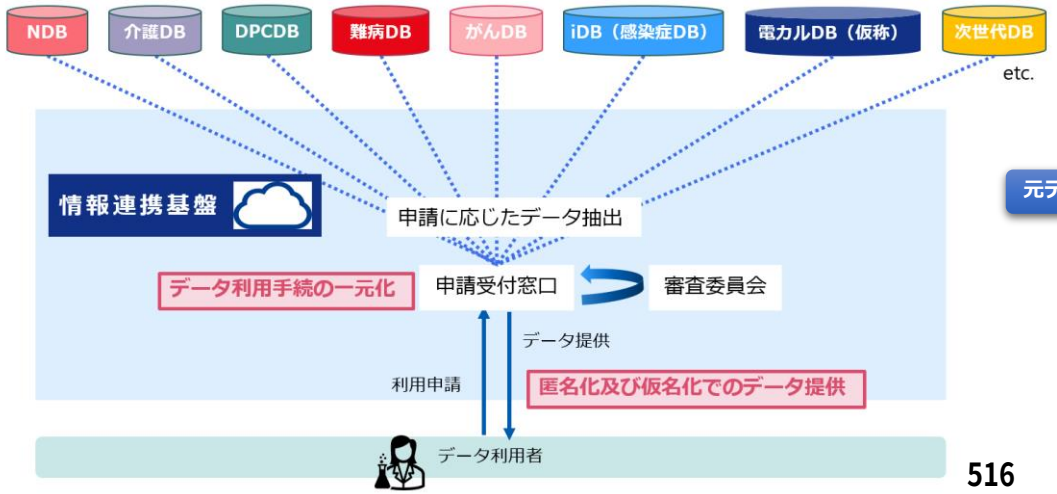
○　厚生労働大臣等が保有する医療・介護関係のＤＢ（公的ＤＢ）では、これまで**匿名化情報**の利用・提供を進めてきた。
○　医学・医療分野の研究開発等において、**匿名化情報では精緻な分析や長期の追跡ができない**等、一定の限界がある。
○　データ利用者は、利用したいＤＢそれぞれに対して申請を行い承認を得る必要がある等、負担が大きい。

改正の内容

○　公的ＤＢの**仮名化情報の利用・提供を可能**とし、**他の仮名化情報や次世代医療基盤法の仮名加工医療情報との連結解析を可能**とする。
○　その際、個人情報の保護を適切に図るため、以下のような管理・運用を行うこととする。
・仮名化情報の利用は**「相当の公益性がある場合」に認める**こととし、**利用目的や内容に応じて必要性やリスクを適切に審査**する。
・ＤＢは、個人情報保護法上、個人情報の保有主体に求められるものと同等の安全管理措置や不適正利用の禁止等の措置を講ずる。
・仮名化情報の利用に当たっては、**クラウドの情報連携基盤上で解析等を行い、データ自体を相手に提供しないことを基本**にする。
・これまでの匿名化情報と同様に、照合禁止やデータ消去、安全管理措置、不正利用の際の罰則を求め、**匿名化情報よりも厳格な管理を担保する**ため、**厚労大臣等から利用者に対して利用の目的・方法の制限の要求**等の規定を設ける。

改正案

＜医療・介護関係の公的DBの利活用促進のイメージ＞



516

＜匿名化情報・仮名化情報のイメージ＞

匿名化情報：本人を識別すること及びその作成に用いられた情報を復元することができないように加工された情報

ID	性別	生年月日	体重	収縮期血圧	病名
B002	女	2003/7	50～55	201以上	その他

氏名等は削除

氏名等に加え、**必要に応じて、医療データ領域も削除・改変が必要**

元データ

氏名	性別	生年月日	体重	収縮期血圧	病名
厚労花子	女	2003/7/26	53.4	211	膵島細胞症（希少疾患）

医療データ領域

氏名等は削除

医療データ領域の削除・改変は基本的に不要

ID	性別	生年月日	体重	収縮期血圧	病名
B002	女	2003/7/26	53.4	211	膵島細胞症（希少疾患）

仮名化情報：氏名等の削除等により、他の情報と照合しない限り、特定の個人を　識別できないように加工された情報

※単体又は組合せにより特定の個人を識別することができる記述については削除が必要。

がん登録制度の直近及び今後の見直しについて①

令和７年４月～

○ 「全国がん登録 情報の提供マニュアル」の改訂等

- 民間事業者を含めた利用者の範囲や利用できる条件を明記
- 全国がん登録情報等の国外提供に係る運用ルールを明確化
- がん登録推進法第20条の規定により提供される生存確認情報の取扱いに係る方針を明確化（※）

※（生存確認情報について、最終生存確認日（死亡日）を、診断日等との差から得られる生存期間（日数）に、死因を「がんによる死亡」又は「がん以外の死亡」に置換）

令和８年度中

○ 20条提供情報の第三者提供について、より詳細な情報の提供を可能とする加工方法の具体を定め、「全国がん登録情報 情報の利用マニュアル」等を見直す予定

令和９年１月～

○ 令和９年診断症例から、全国がん登録の届出項目等へ被保険者番号等を追加

○ 令和９年診断症例から、全国がん登録の登録項目へ死亡場所を追加

令和１０年１月～

○ 令和10年診断症例から、がんの進行度としてUICC TNM分類を全国がん登録の届出項目へ追加

がん登録制度の直近及び今後の見直しについて②

令和10年12月まで（改正がん登録推進法の施行）

○　仮名化情報の利用・提供

- 全国がん登録の仮名化情報の利用・提供を可能とする

○　他のデータベースとの連結・解析

- 全国がん登録の匿名化情報・仮名化情報と、NDB等の他の公的DB等の匿名化情報・仮名化情報との連結・解析を可能とする

○　匿名化の定義の明確化

- 他の公的DB等の匿名化情報や個人情報保護法における匿名加工情報の基準を勘案して明確化する

○　届出の照合・集約作業の効率化及びデータ精度の向上

- 届出情報の審査・整理（名寄せ）において、最古の被保険者番号等から生成されるID（ID5）の利用を可能とする

○　住所異動確認調査の円滑化

- 都道府県及び国立がん研究センターにおける届出の審査・整理にかかる事務等について、住基ネットを利用可能とする

これらの取組により、がん登録のデータ精度の向上、他のデータベースとの連結・解析をはじめとした提供される情報の充実が可能となる。それにより、調査研究が推進されることで、医療の質が向上し、がん対策が一層充実され、患者・国民がより良いがん医療や支援を受けられる。

全国がん登録DBと他DBとの連結のメリットについて

がん登録DBを他のDB（NDB等）と連結することにより、がん登録DBに格納されていない情報を併せて研究等に利活用できるようになるため、がんの新たなリスク要因の解明に資する疫学研究やがん診療の実態把握に資する政策研究等に取り組むことが可能となる。

全国がん登録DBの主な情報

- がん患者情報（性別、年齢、地域 等）
- がんの診断情報 （原発部位、病理情報、診断根拠、診断日、発見経緯 等）
- がんの初回治療（外科的治療、放射線療法、化学療法等）の有無
- がん患者の予後情報（生存、死亡日、死因 等）

連結解析

匿名化又は仮名化された情報

NDBの主な情報

- がん診療の内容（薬剤名、治療名 等）
- がん再発時の治療内容（薬剤名、治療名 等）
- がん患者の合併症や治療内容（傷病名、薬剤名、治療名 等）
- 特定健診・保健指導の内容（健診結果*、問診結果* 等）
- 医療費や公費負担の状況（医科・歯科診療報酬点数表項目 等）

* 健診結果はBMI、血圧、血液検査項目（血糖、貧血、脂質、肝機能、腎機能等）、尿検査、眼底検査、心電図等。問診結果は喫煙習慣、飲酒習慣、食生活、運動習慣等。

■NDBとの連結解析により今後可能となる研究（イメージ）

「がん予防」

全国がん登録DB	NDB
・がんの診断情報 ・がん患者の予後情報 など	・特定健診・保健指導の内容 など

生活習慣等が発がんリスクに与える影響に関する研究

エビデンスに基づく予防法の提案

「がん医療」

全国がん登録DB	NDB
・がんの診断情報 ・がん患者の予後情報 など	・がん診療の内容 ・がん再発時の治療内容 など

がんの再発、治療抵抗性及び予後や副作用に関する研究

多様な患者ニーズに応じた医療の質向上

「がんとの共生」

全国がん登録DB	NDB
・がんの診断情報 ・がん患者の予後情報 など	・がん患者の合併症や治療内容 ・医療費や公費負担の状況 など

がんサバイバーの併存疾患やライフステージに応じた診療実態に関する研究

充実したサバイバーシップの実現

- 参考資料

全国がん登録及び院内がん登録に係る課題と対応方針 中間とりまとめ　概要
（令和５年10月 厚生科学審議会がん登録部会）

第27回　厚生科学審議会がん登録部会（令和６年８月２日）　資料１より抜粋

「中間とりまとめ」においては、がん登録法の改正が必要となり得る内容や運用で対応する内容等が幅広く記載されている。

全国がん登録に係る対応方針（抜粋）

（１）全国がん登録情報の整備

①届出の照合・集約作業の効率化及びデータ精度の向上

○　都道府県及び国立がん研究センターにおける照合・集約作業の効率化及び精緻化のため、被保険者番号又は被保険者番号から生成されるＩＤの全国がん登録において収集・整備する項目への追加について検討するべき。その際、医療機関や地方公共団体、国民から理解が得られるよう、適切な説明を行う必要がある。

②住所異動確認調査の円滑化

○　住所異動確認調査の円滑な実施に向け、住所異動確認調査が法に基づく調査であること等について、引き続き周知に努めるべき。加えて、効率化・デジタル化に向けた調査方法について関係省庁との調整を進めるとともに、より効率的な調査スキームについて検討するべき。

（２）全国がん登録DBを用いた情報の利用及び提供

①利用及び提供の申出から提供までの手続の簡略化

○　第 18 回がん登録部会において議論された対応策については、引き続き検討を進めるべき。また提供の申出から結果通知までの期間を短縮し、情報の利活用推進のため、その審査体制について見直しを検討するべき。

②情報の利用範囲（民間事業者の利用可否）の明確化

○　「がんに係る調査研究を行う者」について、民間事業者が除外されるものではないと解するべき。当該取扱いについて、今後、運用上の実績を蓄積し、必要に応じて提供マニュアル等を改訂するなど適切な利活用の推進を図るべき。

③匿名化の定義の明確化

○　がん登録推進法における匿名化の加工基準を法令又はガイドライン等で明確化すること、また識別行為の禁止や公表基準等の受領者の行為規範を検討するべき。

○　一方で、個人情報保護法の「匿名加工情報」相当の加工基準よりも緩やかな基準により加工された情報の利活用を可能とする方策の是非等についても検討を行うべき。

○　加えて、今後、運用上の実績を蓄積していくことで、基準の更なる明確化を図るといった、運用面の取組も必要。

④他のデータベースとの連結・解析

○　全国がん登録DBと公的DB等について、匿名化した情報のＩＤ５等を用いた連結解析を行うことが考えられ、ＩＤを生成するために必要な被保険者番号を全国がん登録における収集項目に追加することについて検討するべき。また、連結解析を可能とするための法的・技術的検討を進める必要がある。加えて、特定の個人が識別されることを防止するために必要な措置等を今後整理・検討する必要がある。

⑤情報の国外提供に係るルールの整理

○　がん対策の実施に資すると認められる場合には、国際機関等に対して、匿名化が行われた全国がん登録情報及び都道府県がん情報の国外提供を可能とするよう、必要な対応を検討するべき。加えて、その他要件の明確化や国外の利用者についても安全管理措置が遵守されるような実効性確保のための措置等を設けるべき。

⑥法第 20 条に基づいて提供された情報の取扱いの見直し

○　20 条提供情報について、診療録への転記等の利活用ができるよう、がん登録推進法等の規定の整備を含め、必要な見直しを行うべき。また、当該病院の院内がん登録から診療録等へ転記された場合の第三者提供の在り方や、安全管理措置等の運用上の留意点についても整理する必要。

（３）全国がん登録情報等の適切な取扱い

○　情報の第三者提供における安全管理措置の見直し及びリモートアクセス等を活用した情報提供体制の整備について、調査研究事業において検討を進めるべき。

院内がん登録に係る対応方針（抜粋）

（１）院内がん登録の推進

○　法施行前の院内がん登録情報の予後調査について、地方公共団体から協力が得られるよう、国立がん研究センターにおいて適切な説明及び周知を行うべきである。また、地方公共団体の担当者が替わっても協力が得られるよう、丁寧な周知に努めるべき。

○　院内がん登録の記録、保存項目を追加することについて国立がん研究センターにおいて検討を行い、必要に応じ、「がん診療連携拠点病院等院内がん登録 標準登録様式」を改訂する等の対応を行うべき。

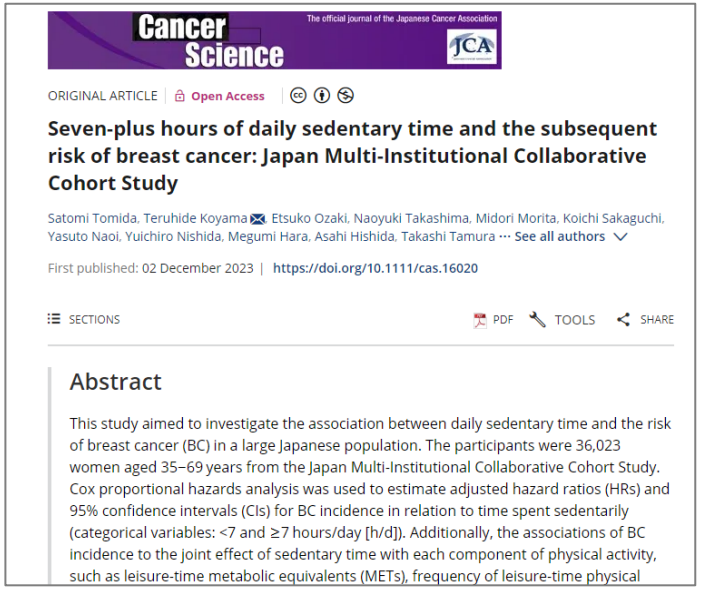
（２）院内がん登録全国収集データの利活用

○　院内がん登録全国収集データについては、当面の利活用に係る整理として、国立がん研究センターが、個人情報保護法等に基づき、2023 年より第三者提供を開始している。将来的には、院内がん登録全国収集データの更なる利活用を促進するため、必要な対応を検討するべき。

民間機関による全国がん登録情報（顕名情報）の利用

法第21条第３項に基づき情報提供を受けた調査研究のうち、J-MICC Studyは、座位時間と乳がん罹患の関係等、複数の解析結果を学会・論文等で発表している。

申出者	若井 建志　（名古屋大学大学院医学系研究科予防医学分野）
調査研究名	日本多施設共同コーホート研究　（J-MICC Study）
調査研究目的	J-MICC研究の主たる目的は、生活習慣、遺伝子型、血液成分の組み合わせと疾病の関係を検討し、体質を考慮したがんやその他の生活習慣病の原因を検討する。 その一環として、全国がん登録情報を用い、がん発生に関連する生活習慣、遺伝子型、血液成分の影響とその交互作用を検討し、がんの予防対策に必要な基礎資料を得る。
成果公表状況	学術論文発表、学会発表等 （例）Tomida S, et al., **Seven-plus hours of daily sedentary time and the subsequent risk of breast cancer: Japan Multi-Institutional Collaborative Cohort Study.** Cancer Sci. 2024 Feb;115(2):611-622. 「７時間以上の座位時間と乳がん罹患リスク」について： 「日本人を対象とした大規模研究により、座っている時間が1日7時間以上の場合、乳がん罹患リスクが上昇することを初めて解明。

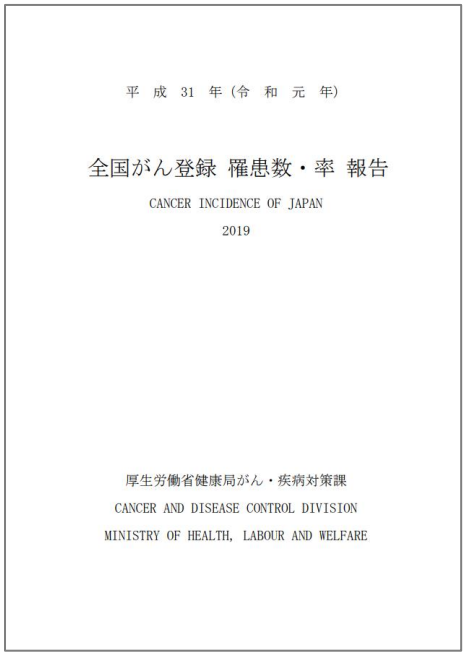

Cancer Science
The official journal of the Japanese Cancer Association
ORIGINAL ARTICLE | Open Access
Seven-plus hours of daily sedentary time and the subsequent risk of breast cancer: Japan Multi-Institutional Collaborative Cohort Study
Satomi Tomida, Teruhide Koyama, Etsuko Ozaki, Naoyuki Takashima, Midori Morita, Koichi Sakaguchi, Yasuto Naoi, Yuichiro Nishida, Megumi Hara, Asahi Hishida, Takashi Tamura ··· See all authors
First published: 02 December 2023 | https://doi.org/10.1111/cas.16020
SECTIONS　PDF　TOOLS　SHARE
Abstract
This study aimed to investigate the association between daily sedentary time and the risk of breast cancer (BC) in a large Japanese population. The participants were 36,023 women aged 35–69 years from the Japan Multi-Institutional Collaborative Cohort Study. Cox proportional hazards analysis was used to estimate adjusted hazard ratios (HRs) and 95% confidence intervals (CIs) for BC incidence in relation to time spent sedentarily (categorical variables: <7 and ≥7 hours/day [h/d]). Additionally, the associations of BC incidence to the joint effect of sedentary time with each component of physical activity, such as leisure-time metabolic equivalents (METs), frequency of leisure-time physical

国による全国がん登録情報（匿名化された情報）の利用

国は、がん対策の企画立案又は実施に必要ながんに係る調査研究のために自ら利用可能（又は委託事業者等に提供可能）とされている。代表的な利用例が、罹患数・率等の統計作成と公表。

全国がん登録　罹患数・率　報告

厚生労働省では、全国がん登録情報として、罹患数・率をとりまとめ、報告書を公表するとともに、各種集計表を統計として公表している。





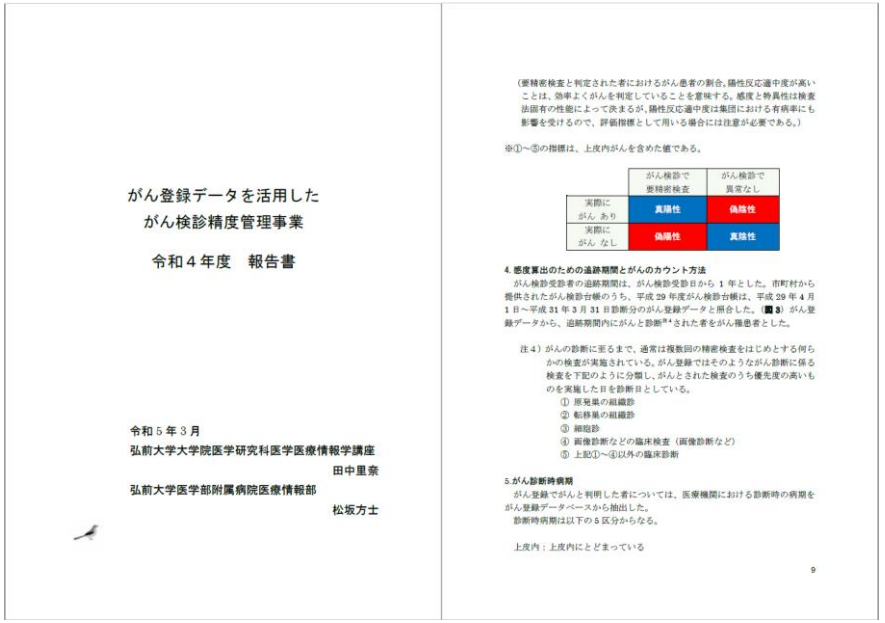
○左図：厚生労働省健康局がん・疾病対策課「全国がん登録 罹患数・率 報告」
○右図：e-Stat　政府統計の総合窓口（https://www.e-stat.go.jp/　2024年2月20日アクセス）

都道府県による都道府県がん情報（顕名情報）の利用

都道府県は、がん対策の企画立案又は実施に必要ながんに係る調査研究のために自ら利用可能（又は委託事業者等に提供可能）とされている。代表的な利用例が、がん検診精度管理事業の報告書公表。

がん検診の精度管理

市町村のがん検診台帳とがん登録情報を照合した上で、都道府県におけるがん検診の精度（感度・特異度）等について、現状と課題をとりまとめ、報告書を公表するとともに、がん検診の改善に利用している。



がん登録データを活用した
がん検診精度管理事業

令和４年度　報告書

令和５年３月
弘前大学大学院医学研究科医学医療情報学講座
田中里奈
弘前大学医学部附属病院医療情報部
松坂方士

（要精密検査と判定された者におけるがん患者の割合。陽性反応適中度が高いことは、効率よくがんを判定していることを意味する。感度と特異性は検査法固有の性能によって決まるが、陽性反応適中度は集団における有病率にも影響を受けるので、評価指標として用いる場合には注意が必要である。）

※①～⑤の指標は、上皮内がんを含めた値である。

	がん検診で要精密検査	がん検診で異常なし
実際にがん あり	真陽性	偽陰性
実際にがん なし	偽陽性	真陰性

4. 感度算出のための追跡期間とがんのカウント方法
がん検診受診者の追跡期間は、がん検診受診日から１年とした。市町村から提供されたがん検診台帳のうち、平成29年度がん検診台帳は、平成29年４月１日～平成31年３月31日診断分のがん登録データと照合した。（■3）がん登録データから、追跡期間内にがんと診断[注4]された者をがん罹患者とした。

注4）がんの診断に至るまで、通常は複数回の精密検査をはじめとする何らかの検査が実施されている。がん登録ではそのようながん診断に係る検査を下記のように分類し、がんとされた検査のうち優先度の高いものを実施した日を診断日としている。
① 原発巣の組織診
② 転移巣の組織診
③ 細胞診
④ 画像診断などの臨床検査（画像診断など）
⑤ 上記①～④以外の臨床診断

5.がん診断時病期
がん登録でがんと判明した者については、医療機関における診断時の病期をがん登録データベースから抽出した。
診断時病期は以下の５区分からなる。

上皮内：上皮内にとどまっている

9



○左図：青森県がん・生活習慣病対策課「がん登録データを活用したがん検診精度管理事業（令和４年度報告書）」
○右図：がん検診精度管理事業の報告書掲載HP（https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/ganseikatsu/gantourokugankenshin.html 2024年7月５日アクセス）

民間機関による都道府県がん情報（顕名情報）の利用

がんに係る調査研究を行う者は、がん医療の質の向上等に資する研究のために、都道府県から顕名情報の提供を受けることができる。代表的な利用例が、コホート研究。

コホート研究の例

参加者の基礎特性（ゲノム情報）や生活習慣・環境、血液検査等の各種検査結果と罹患状況の関連を把握・解析し、健康支援のあり方を考え、今後の地域医療の向上につなげることを目的とした研究。成果は論文・ホームページ等で研究者や市民へ情報提供している。





○左図：東北大学 東北メディカル・メガバンク機構「地域住民コホート調査」HP（https://www.megabank.tohoku.ac.jp/chco/index.html　2024年７月５日アクセス）
○右図：東北大学 東北メディカル・メガバンク機構「三世代コホート調査」HP（https://www.megabank.tohoku.ac.jp/3gen/　2024年７月５日アクセス）

病院等による都道府県がん情報（顕名情報）の利用

病院等は、院内がん登録その他がんに係る調査研究のため、自施設で診断・治療した症例の生存確認情報を含む都道府県がん情報について、都道府県から提供を受けることができる。代表的な利用例が、生存率の公表。

施設の生存率公表の例

施設で初回治療方針に関する決定・施行が行われた症例の生存率を算出し、ホームページで公表、生存率に関する留意事項や考察等を合わせて公表し、患者等へ情報提供している。

5年生存率

生存率とは、診断から一定期間後に生存している確率のことであり、がん医療を評価する重要な指標の1つです。診断後あるいは治療後5年経過した時の生存率が治癒の目安とされています。

部位		Ⅰ期	Ⅱ期	Ⅲ期	Ⅳ期
胃	症例数	53	15	26	36
	実測生存率(%)	71.3	52.5	23.1	2.8
大腸（結腸・直腸）	症例数	47	59	65	48
	実測生存率(%)	87.2	81.1	65.3	15.9
乳房	症例数	59	36	20	–
	実測生存率(%)	94.9	88.9	64.6	–

※症例数が10件未満の場合は「-」で表示

生存率の算出について

対象：2016年1月1日～2017年12月31日に診断された症例
対象症例：当院でがんと診断または他施設でがんと診断され、当院にて初回治療方針に関する決定・施行が行われた症例
対象部位：胃・大腸（結腸・直腸）・乳房
算出方法：Kaplan-Meier法を用いた実測生存率
予後調査方法：当院来院歴情報、全国がん登録情報照会（注）
病期分類：UICC（国際対がん連合）TNM分類

注：全国がん登録情報の利用については、がん登録等の推進に関する法律（第20条）に基づき、当院より届出をしたがんに係る都道府県がん情報（生存確認情報）の提供を受けています。

実測生存率について

実測生存率とは、死因に関係なく、全ての死亡を計算に含めた生存率のことです。この死亡には、がん以外の死因による死亡も含まれます。

生存率の留意事項

生存率は性、年齢、合併症の有無、生存状況把握割合等、様々な要因が影響を及ぼすため、単純に施設間の成績を比較できません。数値だけを比較して、生存率が高いという理由で医療機関を選択すると、思いがけない不利益を被る可能性があります。

考察

胃がんの実測生存率（Ⅰ期）について、平均的な値より低い結果となったため死因を調査しました。結果は、がん死が0件、他病死が10件、他院にて死亡のため死因不明が7件でした。死因不明もありますが、他病死での死亡が多いため生存率が低くなったと考えられます。

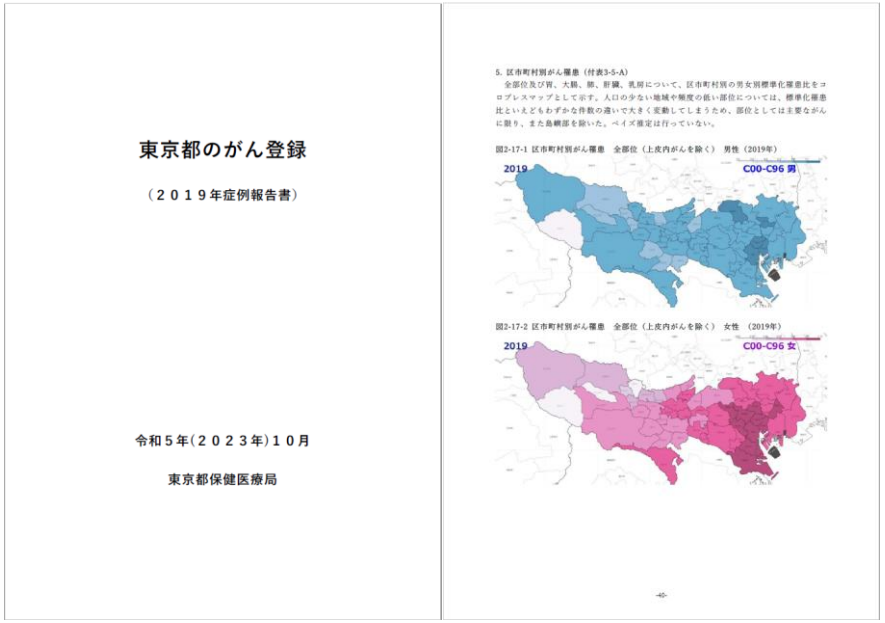
○公立西知多総合病院「病院情報の公表（臨床指標）」HP（https://www.nishichita-hp.aichi.jp/about/dpc/、2024年７月５日アクセス）

都道府県による都道府県がん情報（匿名化された情報）の利用

都道府県は、がん対策の企画立案又は実施に必要ながんに係る調査研究のために自ら利用可能（又は委託事業者等に提供可能）とされている。代表的な利用例が、罹患数・率等の公表。

都道府県のがん登録報告書の例

がん罹患状況について、全国と比較した各都道府県やその市区町村別等の特徴をとりまとめ、報告書を公表するとともに、集計表データを公表している。





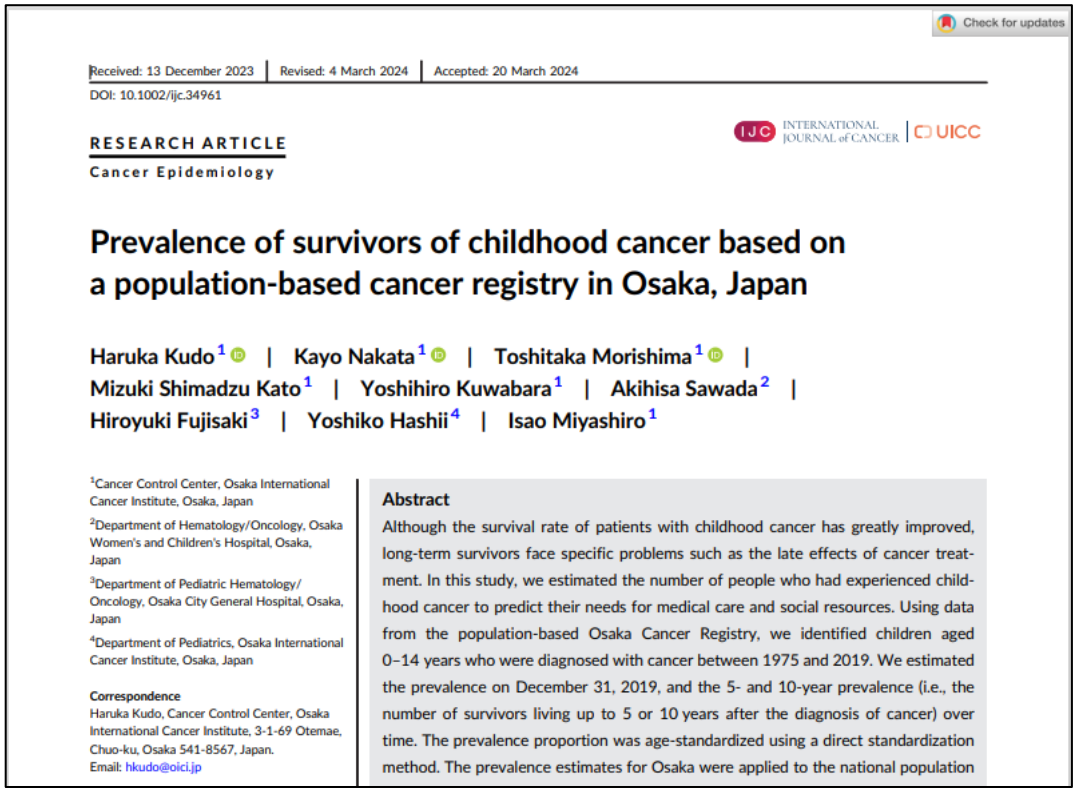
年次	全文 (PDF)	表紙 (PDF)	目次 (PDF)	第1章 (PDF)	第2章 (PDF)	第3章 (PDF)	第3章 (Excel)
2019	2,845KB	325KB	200KB	1,373KB	1,350KB	937KB	264KB
2018	2,819KB	325KB	200KB	1,492KB	1,357KB	936KB	250KB
2017	2,601KB	172KB	200KB	1,288KB	1,190KB	785KB	316KB
2016	2,403KB	396KB	200KB	1,394KB	869KB	785KB	317KB

○左図：東京都保健医療局「東京都のがん登録（2019年症例報告書）」
○右図：東京都がん登録事業の報告書掲載HP（https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kensui/gan/torikumi-kankei/chiikigan/report/index.html 2024年7月５日アクセス）

民間機関による都道府県がん情報（匿名化された情報）の利用

がんに係る調査研究を行う者は、がん医療の質の向上等に資する研究のために、都道府県から匿名化された情報の提供を受けることができる。様々な研究成果が論文や学会等で発表されている。

公表された論文の例



Check for updates

Received: 13 December 2023 | Revised: 4 March 2024 | Accepted: 20 March 2024

DOI: 10.1002/ijc.34961

RESEARCH ARTICLE

Cancer Epidemiology

IJC INTERNATIONAL JOURNAL of CANCER | UICC

Prevalence of survivors of childhood cancer based on a population-based cancer registry in Osaka, Japan

Haruka Kudo[1] | Kayo Nakata[1] | Toshitaka Morishima[1] | Mizuki Shimadzu Kato[1] | Yoshihiro Kuwabara[1] | Akihisa Sawada[2] | Hiroyuki Fujisaki[3] | Yoshiko Hashii[4] | Isao Miyashiro[1]

[1]Cancer Control Center, Osaka International Cancer Institute, Osaka, Japan

[2]Department of Hematology/Oncology, Osaka Women's and Children's Hospital, Osaka, Japan

[3]Department of Pediatric Hematology/Oncology, Osaka City General Hospital, Osaka, Japan

[4]Department of Pediatrics, Osaka International Cancer Institute, Osaka, Japan

Correspondence
Haruka Kudo, Cancer Control Center, Osaka International Cancer Institute, 3-1-69 Otemae, Chuo-ku, Osaka 541-8567, Japan.
Email: hkudo@oici.jp

Abstract

Although the survival rate of patients with childhood cancer has greatly improved, long-term survivors face specific problems such as the late effects of cancer treatment. In this study, we estimated the number of people who had experienced childhood cancer to predict their needs for medical care and social resources. Using data from the population-based Osaka Cancer Registry, we identified children aged 0–14 years who were diagnosed with cancer between 1975 and 2019. We estimated the prevalence on December 31, 2019, and the 5- and 10-year prevalence (i.e., the number of survivors living up to 5 or 10 years after the diagnosis of cancer) over time. The prevalence proportion was age-standardized using a direct standardization method. The prevalence estimates for Osaka were applied to the national population

大阪府がん登録情報を利用し、小児がん経験者を調査した研究。

医療の発展により増加しているがんサバイバーの数を把握することで、がんサバイバーの抱える健康課題を明らかにし、がんサバイバーに対する医療・支援の質向上に資する。

2 | MATERIALS AND METHODS

2.1 | Data source and study cohort

This cohort study included patients with cancer from the Osaka Cancer Registry (OCR), a population-based cancer registry that covers the entire Osaka Prefecture, which had a population of 8.8 million in 2019 (i.e., 7% of the entire population in Japan, which is roughly equivalent to the population of Switzerland or Austria). The OCR data were presented in *Cancer Incidence in Five Continents, volumes III to XII*.[14] The OCR includes individual information on sex, age at diagnosis, dates of diagnosis and death, summary of treatment (available from 2010 to 2019), and International Classification of Diseases for

○Kudo H, Nakata K, Morishima T, Kato MS, Kuwabara Y, Sawada A, Fujisaki H, Hashii Y, Miyashiro I. Prevalence of survivors of childhood cancer based on a population-based cancer registry in Osaka, Japan. Int J Cancer. 2024 Apr 12. doi: 10.1002/ijc.34961. Epub ahead of print. PMID: 38608173.

第94回がん対策推進協議会	資料２－１
令和８年５月８日	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

「がん予防」分野の中間評価について

令和８年５月８日　第94回がん対策推進協議会

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

1．がん予防

（一部抜粋）

がんの１次予防

現状・課題

- 生活習慣の中でも、喫煙は、種々のがんのリスク因子となっており、がんに最も大きく寄与する因子でもあるため、がん予防の観点からも、たばこ対策を進めていくことが重要である。
- 飲酒、身体活動、食生活等の生活習慣については、「健康日本 21（第二次）」等で適切な生活習慣の普及・啓発等を行ってきた。
- 令和５（2023）年４月から９価ＨＰＶワクチンの定期接種を開始することとしている。
- 肝炎の治療促進のための環境整備、肝炎ウイルス検査の促進、肝炎に係る診療及び相談体制の整備、国民に対する肝炎に係る正しい知識の普及啓発並びに肝炎に係る研究の推進の５本の柱からなる肝炎総合対策を推進している。
- ＨＴＬＶ－１の実態把握と感染メカニズム解析やＨＴＬＶ－１の検査法の改善等に関する研究を行っている。

取り組むべき施策

- 生活習慣について、「次期国民健康づくり運動プラン」に沿った取組を引き続き推進する。
- 拠点病院等は、地域におけるがん対策を牽引する立場から、地域へのがんの予防に関する普及啓発を実施するとともに、必要に応じてがん相談支援センターが窓口となり、病院全体でがんの予防に関する情報を提供できる体制を整備する。
- 定期接種及びキャッチアップ接種の対象者に対する、適切な情報提供に基づく正しい理解の促進に取り組む。
- 肝炎ウイルス検査体制の充実やウイルス陽性者の受診勧奨、普及啓発を引き続き推進する。
- 感染予防対策を含めたＨＴＬＶ－１総合対策等を引き続き推進する。

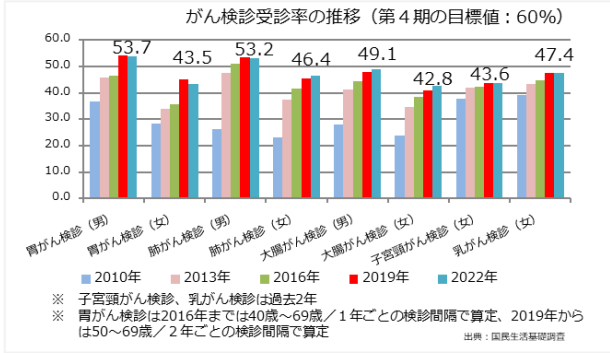
取り組むべき施策	地域保健・健康増進事業報告	値
令和４年４月に再開したＨＰＶワクチンの個別の接種勧奨の実施を踏まえ、ＨＰＶワクチンの接種状況と子宮頸がんの年齢調整罹患率の国内外の推移を把握し、必要に応じて子宮頸がん検診の指針を見直す等、科学的根拠に基づく子宮頸がん対策を推進	HPVワクチン定期予防接種実施率	37.4%

令和３年度地域保健・健康増進事業報告

がんの２次予防

現状・課題

- 国は、統一されたプログラムの下、適格な対象集団を特定し、対象者を個別に勧奨する組織型検診の実現を目指す必要がある。
- がんの早期発見・早期治療につなげ、がんの死亡率を減少させるためには、がん検診における精度管理が必要不可欠である。
- がん検診の有効性や精度管理についての検討会を開催するなど、科学的根拠に基づくがん検診の実施を推進してきた。



取り組むべき施策

- 国は、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検討する。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

A：ベースライン値に対し、改善傾向にある
B：ベースライン値から変化なし
C：ベースライン値に対し、後退傾向にある
D：測定不能

【分野別目標】

1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

がんを予防する方法を普及啓発するとともに、地方公共団体、関係学会等の連携による取組を推進し、科学的根拠を積極的に収集・分析した上で、その結果に基づいた施策を実施することにより、がんの罹患率を減少させる。全ての国民が受診しやすい検診体制を構築し、がんの早期発見・早期治療を促すことで、効率的かつ持続可能ながん対策を進め、がん死亡率の減少を実現する。

#	最終アウトカム	最終アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
000001	がんの死亡率の減少	がんの年齢調整死亡率（75歳未満）男女計	67.4 (2022年)	65.7 (2023年)	A
		がんの年齢調整死亡率（75歳未満）男性	81.1 (2022年)	79.1 (2023年)	A
		がんの年齢調整死亡率（75歳未満）女性	54.9 (2022年)	53.3 (2023年)	A
		がんの年齢調整死亡率（全年齢）男女計	108.6 (2022年)	106.2 (2023年)	A
		がんの年齢調整死亡率（全年齢）男性	142.5 (2022年)	139.4 (2023年)	A
		がんの年齢調整死亡率（全年齢）女性	82.5 (2022年)	80.5 (2023年)	A
000002	検診がん種の死亡率減少	がん種別年齢調整死亡率（75歳未満）胃	6.24 (2022年)	5.79 (2023年)	A
		がん種別年齢調整死亡率（75歳未満）大腸	9.70 (2022年)	9.69 (2023年)	A
		がん種別年齢調整死亡率（75歳未満）肝	3.53 (2022年)	3.34 (2023年)	A
		がん種別年齢調整死亡率（75歳未満）肺	11.90 (2022年)	11.52 (2023年)	A
		がん種別年齢調整死亡率（75歳未満）女性乳房	10.40 (2022年)	10.04 (2023年)	A
		がん種別年齢調整死亡率（75歳未満）子宮頸	2.57 (2022年)	2.49 (2023年)	A
		がん種別年齢調整死亡率（全年齢）胃	10.77 (2022年)	10.07 (2023年)	A
		がん種別年齢調整死亡率（全年齢）大腸	15.04 (2022年)	14.95 (2023年)	A
		がん種別年齢調整死亡率（全年齢）肝	6.20 (2022年)	5.88 (2023年)	A
		がん種別年齢調整死亡率（全年齢）肺	20.70 (2022年)	20.16 (2023年)	A
		がん種別年齢調整死亡率（全年齢）女性乳房	12.08 (2022年)	11.66 (2023年)	A
		がん種別年齢調整死亡率（全年齢）子宮頸	2.81 (2022年)	2.73 (2023年)	A
000004	がんの年齢調整罹患率減少	がんの年齢調整罹患率 男女計	387.4 (2019年)	379.0 (2021年)	A
		がんの年齢調整罹患率 男性	445.7 (2019年)	429.9 (2021年)	A
		がんの年齢調整罹患率 女性	346.7 (2019年)	344.7 (2021年)	A
000005	がん罹患率（子宮頸・大腸）*; 減少　※	がん種別年齢調整罹患率（子宮頸）　**531**	13.9 (2019年)	13.6 (2021年)	A
		がん種別年齢調整罹患率（大腸）	58.2 (2019年)	57.1 (2021年)	A

★

【分野別目標】

１. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

＜進捗状況＞

○「がん予防」分野において設定されている全ての最終アウトカム指標（がんの年齢調整罹患率・がんの年齢調整死亡率・がん種別年齢調整死亡率・がん種別年齢調整罹患率）がA判定となっており、分野全体で改善傾向であることが確認された。

＜がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項＞

○全ての最終アウトカム指標の推移は改善傾向であったが、さらに改善させるためにも、がんの１次予防、２次予防の各施策を着実に推進していく必要がある。

【分野別施策と個別目標】

１．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

（１） がんの１次予防

【個別目標】

栄養・食生活、身体活動・運動、飲酒、喫煙といった生活習慣の改善(リスクファクターの低減)については、「次期国民健康づくり運動プラン」で定める目標値の達成を目指す。また、ＨＰＶ、肝炎ウイルス、ＨＴＬＶ－１といった発がんに寄与するウイルスや細菌への感染の減少を目指す。

① 生活習慣について

●判定一覧　※全指標の判定

判定	A	B	C	D
分野別アウトカム	3	0	1	0
中間アウトカム	0	0	0	0
アウトプット	1	0	0	0

A：ベースライン値に対し、改善傾向にある

B：ベースライン値から変化なし

C：ベースライン値に対し、後退傾向にある

D：測定不能

●分野別アウトカム

#	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
100001	がん種別罹患率減少（胃・大腸・肺・女性乳房・喫煙関連がん）	がん種別年齢調整罹患率（胃）	41.6 （2019年）	36.7 （2021年）	A
		がん種別年齢調整罹患率（大腸）	58.2 （2019年）	57.1 （2021年）	A
		がん種別年齢調整罹患率（肺）	42.4 （2019年）	40.8 （2021年）	A
		がん種別年齢調整罹患率（女性乳房）	100.5 （2019年）	102.3 （2021年）	C

●中間アウトカム

#	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
111201	栄養・食生活①適正体重を維持している者の増加（肥満、若年女性のやせ、低栄養傾向の高齢者の減少）	BMI18.5以上25未満（65歳以上はBMI20を超え25未満）の者の割合	62.2% （令和６年）	-	健康日本２１（第３次）に準ずる。
111202	栄養・食生活②食塩摂取量の減少	食塩摂取量の平均値	9.6ｇ （令和６年）	-	
111203	栄養・食生活③野菜摂取量の増加	野菜摂取量の平均値	258.7g （令和６年）	-	
111204	栄養・食生活④果物摂取量の改善	果物摂取量の平均値	78.1g （令和６年）	-	
111205	身体活動・運動①日常生活における歩数の増加	１日の歩数の平均値	7,231歩 （令和６年）	-	
111207	飲酒①生活習慣病（NCDs）のリスクを高める量を飲酒している者の減少	１日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者の割合（男）	13.9% （令和６年）	-	
		１日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者の割合（女）	9.3% （令和６年）	-	
111209	喫煙①喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）	20歳以上の者の喫煙率	14.8% （令和６年）	-	

★

【分野別施策と個別目標】

１. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

（１） がんの１次予防

① 生活習慣について

<進捗状況>

○アウトカム指標をみると、分野別アウトカム指標はAが３指標、Cが１指標となっていた。中間アウトカム指標は、健康日本２１（第三次）に準ずることとしているために、判定結果を示していない。

○個別施策（２施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標はAが１指標であった。

○生活習慣について、「次期国民健康づくり運動プラン」に沿った取組を引き続き推進するために、2023年5月に告示した「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」（令和5年厚生労働省告示第207号）において、国民の健康増進に係る各指標について目標を設定し、2024年4月から、当該方針に基づき「健康日本21（第三次）」を開始した。「健康日本21（第三次）」について、計画開始後６年（2029年度)を目途に全ての目標について中間評価を行うとともに、計画開始後10 年（2033年度）を目途に最終評価を行うことにより、目標を達成するための諸活動の成果を適切に評価し、その後の健康増進の取組に反映していくこととしている。

○「がん診療連携拠点病院等の整備について」（健発0801第16号〔令和4年8月1日〕）において、がん診療連携拠点病院等に地域を対象として、緩和ケアやがん教育、患者向け・一般向けのガイドラインの活用法等に関する普及啓発に努めることを必須要件として定めることにより、地域へのがんの予防に関する普及啓発を推進している。また、がん相談支援センターが担う具体的業務の一つとして、がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針に関するQ&Aにおいて、がんの予防及びがん検診に関する情報の提供を行うことを規定した。当該取組の評価を行う観点から、拠点病院等で実施した地域を対象とした、がんに関するセミナー等の開催回数について、継続的に評価を行うこととしている。

○厚生労働省にて、がん予防に関するリーフレットの作成及びWEBページの新設、がん検診に関するWEBページの更新を行い、令和７年５月28日付けで関係機関へ通知した。

<がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項>

○がん種別年齢調整罹患率について、胃・大腸・肺では改善傾向にあるものの、女性乳房のみが後退傾向、且つ高い罹患率であることから、その背景を検証する必要がある。

【分野別施策と個別目標】

１. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

（１） がんの１次予防

② 感染症対策について

●判定一覧　※全指標の判定

判定	A	B	C	D
分野別アウトカム	3	0	0	0
中間アウトカム	4	0	0	1
アウトプット	6	1	1	0

A：ベースライン値に対し、改善傾向にある

B：ベースライン値から変化なし

C：ベースライン値に対し、後退傾向にある

D：測定不能

●分野別アウトカム

#	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
100002	がん種別罹患率減少（肝・ATL・子宮頸部）	がん種別年齢調整罹患率（肝）	12.0 （2019年）	10.9 （2021年）	A
100002	がん種別罹患率減少（肝・ATL・子宮頸部）	がん種別年齢調整罹患率（ATL）	0.44 （2019年）	0.42 （2021年）	A
100002	がん種別罹患率減少（肝・ATL・子宮頸部）	がん種別年齢調整罹患率（子宮頸部）	13.9 （2019年）	13.6 （2021年）	A

●アウトプット

#	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定	
112101	令和４年４月に再開したＨＰＶワクチンの個別の接種勧奨の実施を踏まえ、ＨＰＶワクチンの接種状況と子宮頸がんの年齢調整罹患率の国内外の推移を把握し、必要に応じて子宮頸がん検診の指針を見直す等、科学的根拠に基づく子宮頸がん対策を推進	HPVワクチン定期予防接種実施率	37.4% （R３年度）	42.1% （R４年度）	A	★
112104	Ｂ型肝炎については、予防接種法に基づく定期接種及びウイルス排除を可能とする治療薬・治療法の開発に向けた研究を引き続き推進	B型肝炎定期予防接種実施率	97.0% （R３年度）	95.6% （R４年度）	C	

【分野別施策と個別目標】

１. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

（１） がんの１次予防

② 感染症対策について

<進捗状況>

○アウトカム指標をみると、分野別アウトカム指標はAが３指標となっており、中間アウトカム指標はAが４指標、Dが１指標であった。

○個別施策（４施策）については、多くの施策において取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡが６指標、Bが１指標、 Cが１指標であった。

○HPVワクチンのキャッチアップ接種の実施及び経過措置期間の設定を行うとともに、接種対象者とその保護者に対する情報提供のための資材を作成し周知している。定期接種を継続するとともに、引き続き、接種対象者やその保護者が正しい情報に基づいて、接種について検討・判断できるよう、正確でわかりやすい情報発信を行うこととする。

○肝炎ウイルス検査体制の充実やウイルス陽性者の受診勧奨、普及啓発を引き続き推進するために、令和５年度に肝疾患専門医療機関を設置（3,249箇所）すると共に、肝炎医療コーディネーターの養成（38,805名）を行った。引き続き、肝疾患専門医療機関の設置、肝炎医療コーディネーターの養成を行っていくこととする。

○HTLV-1の正しい理解の促進や、相談、医療体制等の整備をはじめとしたHTLV-1総合対策の推進に資する事業を実施しており、引き続き取組を実施する。厚生労働科学研究班等と連携の上、HTLV-1の水平感染のリスクを含めた正しい知識の普及啓発のため広報資材の作成を検討している。

〇令和６～７年厚生労働科学研究「胃がんの一次及び二次予防の現状把握とヘリコバクター・ピロリ未感染時代に対応した新たな胃がん検診の提案に向けた研究」において、効果的な胃がん検診対象者の絞り込みのため、ピロリ未感染率の推移、ピロリ感染有無別の胃がん発生率等の分析により、未感染者が多数派となる近未来の日本社会において、現行の一律的な胃がん検診がもたらす臨床的便益が限定的であることが示唆された。厚労科研において、引き続きデータ分析等を進め、ピロリ菌未感染時代および人口分布の変化に適応した臨床的に妥当で実現可能な新たな胃がん検診システムを考案するための基礎となる資料を公表予定としている。

<がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項>

○がん罹患率減少を目的として、 HPVワクチンの定期予防接種実施率向上に向けた取組、肝炎ウイルス陽性者への受診勧奨及び普及啓発等を推進する必要がある。

【分野別施策と個別目標】

１. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実
（２） がんの２次予防（がん検診）

【個別目標】

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。

① 受診率向上対策について

●判定一覧　※全指標の判定

判定	A	B	C	D
分野別アウトカム	5	0	5	0
中間アウトカム	0	0	0	5
アウトプット	6	0	0	1

A：ベースライン値に対し、改善傾向にある
B：ベースライン値から変化なし
C：ベースライン値に対し、後退傾向にある
D：測定不能

●分野別アウトカム

#	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
100003	検診がん種の早期がん割合の増加	検診がん種別早期がん割合（胃）	59.6%（2019年）	59.0%（2023年）	C
		検診がん種別早期がん割合（大腸）	59.1%（2019年）	58.6%（2023年）	C
		検診がん種別早期がん割合（肺）	35.4%（2019年）	37.0%（2023年）	A
		検診がん種別早期がん割合（乳）	64.6%（2019年）	66.2%（2023年）	A
		検診がん種別早期がん割合（子宮頸）	80.8%（2019年）	80.0%（2023年）	C
100004	検診がん種の進行がん罹患率の減少	検診がん種別進行がん罹患率（胃）	16.5（2019年）	13.1（2023年）	A
		検診がん種別進行がん罹患率（大腸）	30.1（2019年）	29.3（2023年）	A
		検診がん種別進行がん罹患率（肺）	27.0（2019年）	24.7（2023年）	A ★
		検診がん種別進行がん罹患率（乳）	40.0（2019年）	40.2（2023年）	C
		検診がん種別進行がん罹患率（子宮頸）	7.1（2019年）	7.2（2023年）	C

【分野別施策と個別目標】

１. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実
（２） がんの２次予防（がん検診）

【個別目標】

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。

① 受診率向上対策について

●中間アウトカム

#	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定	
121201	検診受診率*の向上	検診受診率（胃）	42.1% （R４年度）	未測定	D	★
		検診受診率（大腸）	45.9% （R４年度）	未測定	D	
		検診受診率（肺）	49.7% （R４年度）	未測定	D	
		検診受診率（乳）	47.4% （R４年度）	未測定	D	
		検診受診率（子宮頸）	43.6% （R４年度）	未測定	D	

●アウトプット

#	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定	
121101	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、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	受診勧奨実施市町村数（胃）	82.3% （R３年度）	84.2% （R５年度）	A	★
		受診勧奨実施市町村数（大腸）	83.7% （R３年度）	86.3% （R５年度）	A	
		受診勧奨実施市町村数（肺）	80.1% （R３年度）	81.8% （R５年度）	A	
		受診勧奨実施市町村数（乳）	83.2% （R３年度）	86.4% （R５年度）	A	
		受診勧奨実施市町村数（子宮頸）	83.6% （R３年度）	85.9% （R５年度）	A	

【分野別施策と個別目標】

１. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

（２） がんの２次予防（がん検診）

① 受診率向上対策について

＜進捗状況の評価＞

○アウトカム指標をみると、分野別アウトカム指標はAが５指標、Cが５指標であり、中間アウトカム指標はDが５指標であった。

○コア指標（10指標）については中間アウトカム指標として設定されている「検診がん種別進行がん罹患率」について、胃・大腸・肺では改善傾向にあるものの、乳・子宮頸では後退傾向にある。

○個別施策（６施策）については、多くの施策において取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡが６指標であった。

○「攻めの予防医療」が重点施策の一つとして掲げられ、がん検診に係る取組をより一層強化する方針となった。がん検診の受診率向上に向けた取組として、がん検診未受診者への個別勧奨の更なる徹底やメディア・市区町村等と連携し、全国一斉に受診勧奨を行うこととしている。がん検診精密検査受診率向上に向けた取組として、がん種別の精密検査の受診勧奨資材について、ソーシャルマーケティングを活用した効果的ながん検診受診勧奨資材の開発を実施している「希望の虹プロジェクト」に協力を依頼、共同で発行し、都道府県、市区町村、医療保険者へ周知を行った。今後予定している取組としては、「令和８年度がん検診受診率向上推進事業」として、がん検診等に関する各種データ及び第４期計画における「がんの２次予防（がん検診）」分野のロジックモデルを活用し、都道府県及び市区町村の課題を見える化するとともに、課題に応じた重点的な取組を検討する場として、都道府県担当者を対象とした研修会を令和８年度に開催する予定としている。職域等がん検診において保険者が精密検査対象者への受診勧奨等を積極的に行えるよう科学的根拠に基づくがん検診の支援のあり方を検討、職域においても科学的根拠に基づくがん検診の精密検査の受診状況等の実態把握を進めることとしている。

○がん検診の受診率の目標値が60%とされているが、令和４年度時点でがん検診の受診率が約43%～54%となっており、受診率向上施策の加速及び受診率の精密な把握の検討を進める必要がある。2025年4月「第43回がん検診のあり方に関する検討会」、2025年6月「第44回がん検診のあり方に関する検討会」において、「がん検診情報の一体的な把握について」をテーマとして、職域検診を含めた住民のがん検診の受診状況等を集約し、市町村が一体的に管理することを目指して、議論を開始。「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」において、「市町村は、当該市町村の区域内に居住地を有する者の職域等がん検診の受診状況を把握し、職域等がん検診情報も踏まえた適切な受診勧奨及び精密検査勧奨に努めること。」と令和７年７月１日付で改正した。がん検診の一体的な把握については、自治体検診DXのモデル事業の中で、職域等の検診の把握も含めたシステムの構築に向けて引き続き検討していくこととしている。

○「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（以下「指針」という。）に基づくがん検診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ために、厚生労働省にて、がん予防に関するリーフレットの作成及びWEBページの新設、がん検診に関するWEBページの更新を行い、令和７年５月28日付けで関係機関へ通知したほか、がん検診受診率向上に向けた集中キャンペーン（10月）等の機会に、都道府県や関係機関等と連携した普及啓発を実施した。引き続き、厚生労働省のホームページにて、厚生労働科学研究で作成したサイトについての周知していく。

【分野別施策と個別目標】

１. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

（２） がんの２次予防（がん検診）

① 受診率向上対策について

<がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項>

○がん検診受診率については市町村の負担を増やすことなく、職域も含めて客観的なデータ収集・分析ができるよう体制づくりや職域における受診を促す取組についても検討することが必要である。

○「がん検診受診率60%」の目標達成に向け、国民に対する効果的な受診勧奨の取組を推進するとともに、未受診者に対する個別勧奨を一層進める必要がある。

○「精密検査受診率90%」の目標達成に向け、精密検査の重要性に関する効果的な普及啓発を行うとともに、精密検査未受診者に対する個別勧奨を一層進める必要がある。あわせて、職域においても、科学的根拠に基づくがん検診精密検査の受診状況等について、実態把握を進める必要がある。

【分野別施策と個別目標】

1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

（２） がんの２次予防（がん検診）

② がん検診の精度管理等について

●判定一覧　　※全指標の判定

判定	A	B	C	D
分野別 アウトカム	5	0	5	0
中間 アウトカム	9	2	7	0
アウトプット	26	0	0	0

A：ベースライン値に対し、改善傾向にある

B：ベースライン値から変化なし

C：ベースライン値に対し、後退傾向にある

D：測定不能

●分野別アウトカム

#	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定	
100004	検診がん種の進行がん罹患率の減少	検診がん種別進行がん罹患率（胃）	16.5 （2019年）	13.1 （2023年）	A	★
		検診がん種別進行がん罹患率（大腸）	30.1 （2019年）	29.3 （2023年）	A	
		検診がん種別進行がん罹患率（肺）	27.0 （2019年）	24.7 （2023年）	A	
		検診がん種別進行がん罹患率（乳）	40.0 （2019年）	40.2 （2023年）	C	
		検診がん種別進行がん罹患率（子宮頸）	7.1 （2019年）	7.2 （2023年）	C	

●中間アウトカム

#	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定	
122201	精密検査受診率の向上	精密検査受診率（胃X線）	79.7% （R２年度）	79.2% （R４年度）	C	
		精密検査受診率（胃内視鏡）	92.6% （R２年度）	93.7% （R４年度）	A	
		精密検査受診率（大腸）	70.2% （R２年度）	70.4% （R４年度）	A	
		精密検査受診率（肺）	82.6% （R２年度）	82.3% （R４年度）	C	★
		精密検査受診率（乳）	89.8% （R２年度）	89.5% （R４年度）	C	
		精密検査受診率（子宮頸）	76.6% （R２年度）	77.9% （R４年度）	A	
122202	がん発見率の向上	がん発見率（胃X線）	0.07% （R２年度）	0.06% （R４年度）	C	
		がん発見率（胃内視鏡）	0.20% （R２年度）	0.17% （R４年度）	C	
		がん発見率（大腸）	0.16% （R２年度）	0.15% （R４年度）	C	
		がん発見率（子宮頸）	0.16% （R２年度）	0.15% （R４年度）	C	

【分野別施策と個別目標】

１. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

（２） がんの２次予防（がん検診）

② がん検診の精度管理等について

<進捗状況の評価>

○アウトカム指標をみると、分野別アウトカム指標はAが５指標、Cが10指標であり、中間アウトカム指標はAが９指標、Bが２指標、Cが７指標となっている。

○コア指標（11指標）として設定されている「精密検査受診率」については、胃X線・肺・乳の領域において、後退傾向にあったが、胃内視鏡・大腸・子宮頸においては改善傾向にあった。

○個別施策（５施策）については、多くの施策において取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡが26指標であった。

〇がん検診精密検査受診率向上に向けた取組として、がん種別の精密検査の受診勧奨資材について、ソーシャルマーケティングを活用した効果的ながん検診受診勧奨資材の開発を実施している「希望の虹プロジェクト」に協力を依頼、共同で発行し、都道府県、市区町村、医療保険者へ周知を行った。今後予定している取組としては、「令和８年度がん検診受診率向上推進事業」として、がん検診等に関する各種データ及び第４期計画における「がんの２次予防（がん検診）」分野のロジックモデルを活用し、都道府県及び市区町村の課題を見える化するとともに、課題に応じた重点的な取組を検討する場として、都道府県担当者を対象とした研修会を令和８年に開催する予定としているほか、職域等がん検診において保険者が精密検査対象者への受診勧奨等を積極的に行えるよう科学的根拠に基づくがん検診の支援のあり方を検討、職域においても科学的根拠に基づくがん検診の精密検査の受診状況等の実態把握を進めることとしている。

○国立がん研究センターを実施主体として、「市区町村におけるがん検診実施状況調査」を実施しており、都道府県及び市区町村のがん検診事業の実施状況を調査したデータを集計し、精度管理の向上を支援している。「市区町村におけるがん検診実施状況調査」を継続し、都道府県及び市町村のがん検診の実施状況についてモニタリングしていく。

○精密検査の受診率の目標値が90%とされているが、令和４年度時点で精密検査受診率が約70～90%となっており、受診率向上施策についてはより加速させる必要がある。精密検査受診率向上の観点で、「精密検査を受けられる医療機関リスト」について、都道府県の公式サイト等での公表状況を確認し、約55%で５がんまたは一部のがん検診の精密検査医療機関が公表されていた。今後も、自治体検診DXの整備を見据えて、自治体における「精密検査を受けられる医療機関リスト」の整備及び情報提供の推進について検討していく。

○がん検診の精度管理の技術的支援等について、令和５～７年度厚生労働科学研究「がん登録を利用したがん検診の精度管理方法の検討のための研究」において、がん登録情報を利用したがん検診の精度管理事業（感度・特異度の算出）について、令和６年度までに７都県において技術的支援を実施しており、引き続き、都道府県に対して技術的支援を継続していく。

<がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項>

○特に大腸がんと子宮頸がんにおける精密検査受診率の向上が課題となっている。これらのがん種を含む全てのがん種について、市区町村の参考となる好事例の収集及び普及を図る取組が必要である。

542

○がん登録とがん検診のデータを突合し、感度及び特異度の評価を行うことにより、市区町村によるがん検診の精度管理を一層推進する必要がある。

【分野別施策と個別目標】

1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

（２） がんの２次予防（がん検診）

③ 科学的根拠に基づくがん検診の実施について

●判定一覧　※全指標の判定

判定	A	B	C	D
分野別 アウトカム	5	0	5	0
中間 アウトカム	9	2	7	0
アウトプット	10	0	6	0

A：ベースライン値に対し、改善傾向にある

B：ベースライン値から変化なし

C：ベースライン値に対し、後退傾向にある

D：測定不能

●分野別アウトカム

#	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定	
100004	検診がん種の進行がん罹患率の減少	検診がん種別進行がん罹患率（胃）	16.5 （2019年）	13.1 （2023年）	A	★
		検診がん種別進行がん罹患率（大腸）	30.1 （2019年）	29.3 （2023年）	A	
		検診がん種別進行がん罹患率（肺）	27.0 （2019年）	24.7 （2023年）	A	
		検診がん種別進行がん罹患率（乳）	40.0 （2019年）	40.2 （2023年）	C	
		検診がん種別進行がん罹患率（子宮頸）	7.1 （2019年）	7.2 （2023年）	C	

●中間アウトカム

#	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定	
122201	精密検査受診率の向上	精密検査受診率（胃X線）	79.7% （R２年度）	79.2% （R４年度）	C	★
		精密検査受診率（胃内視鏡）	92.6% （R２年度）	93.7% （R４年度）	A	
		精密検査受診率（大腸）	70.2% （R２年度）	70.4% （R４年度）	A	
		精密検査受診率（肺）	82.6% （R２年度）	82.3% （R４年度）	C	
		精密検査受診率（乳）	89.8% （R２年度）	89.5% （R４年度）	C	
		精密検査受診率（子宮頸）	76.6% （R２年度）	77.9% （R４年度）	A	
122202	がん発見率の向上	がん発見率（胃X線）	0.07% （R２年度）	0.06% （R４年度）	C	
		がん発見率（胃内視鏡）	0.20% （R２年度）	0.17% （R４年度）	C	
		がん発見率（大腸）	0.16% （R２年度）	0.15% （R４年度）	C	
		がん発見率（子宮頸）	0.16% （R２年度）	0.15% （R４年度）	C	

【分野別施策と個別目標】

１. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

（２） がんの２次予防（がん検診）

③ 科学的根拠に基づくがん検診の実施について

●アウトプット

#	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定	
123101	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	指針の遵守市町村数　胃（検診項目）	64.6% （R３年度）	63.6% （R５年度）	C	★
		指針の遵守市町村数　大腸（検診項目）	92.9% （R３年度）	94.0% （R５年度）	A	
		指針の遵守市町村数　肺（検診項目）	73.1% （R３年度）	73.8% （R５年度）	A	
		指針の遵守市町村数　乳（検診項目）	44.6% （R３年度）	47.0% （R５年度）	A	
		指針の遵守市町村数　子宮頸（検診項目）	74.4% （R３年度）	73.0% （R５年度）	C	
		指針の遵守市町村数　胃（対象年齢）	6.2% （R３年度）	7.3% （R５年度）	A	
		指針の遵守市町村数　大腸（対象年齢）	78.1% （R３年度）	78.0% （R５年度）	C	
		指針の遵守市町村数　肺（対象年齢）	61.5% （R３年度）	64.1% （R５年度）	A	
		指針の遵守市町村数　乳（対象年齢）	84.2% （R３年度）	85.6% （R５年度）	A	
		指針の遵守市町村数　子宮頸（対象年齢）	97.0% （R３年度）	96.1% （R５年度）	C	
		指針の遵守市町村数　胃（検診間隔）	5.2% （R３年度）	6.1% （R５年度）	A	
		指針の遵守市町村数　大腸（検診間隔）	99.9% （R３年度）	99.8% （R５年度）	C	
		指針の遵守市町村数　肺（検診間隔）	97.3% （R３年度）	96.2% （R５年度）	C	
		指針の遵守市町村数　乳（検診間隔）	42.7% （R３年度）	46.7% （R５年度）	A	
		指針の遵守市町村数　子宮頸（検診間隔）	37.1% （R３年度）	39.3% （R５年度）	A	

【分野別施策と個別目標】

１. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

（２） がんの２次予防（がん検診）

③ 科学的根拠に基づくがん検診の実施について

＜進捗状況の評価＞

○アウトカム指標をみると、分野別アウトカム指標はAが５指標、Cが10指標であり、中間アウトカム指標はAが９指標、Bが２指標、Cが７指標となっている。

○個別施策（４施策）については、多くの施策において取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡが10指標、Cが６指標であった。

○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、2025年4月「第43回がん検診のあり方に関する検討会」において、対策型検診の項目の導入に係るプロセスについての議論を実施した。その際に、新しい検診項目検討時の導入プロセスの合意を得た。今後については、まず肺がん検診に新たに導入する低線量CT検査の自治体でのモデル実施を踏まえ、検診項目導入に係るプロセスを検証していくこととしている。

○令和６～７年度予算事業「HPV検査単独法導入に向けた精度管理支援事業」において、令和６年度から指針において推奨されているHPV検査単独法による子宮頸がん検診について自治体が適切かつ円滑に検診を運用できるよう研修等を実施した。Ｒ７～９年度厚労科研「子宮頸がん検診におけるHPV 検査単独法の精度管理体制の評価及び改善に資する研究」において、HPV検査単独法の精度管理について、自治体に対する技術的支援を引き続き実施していくこととしている。

○また、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精度向上に向け、第37回、第38回がん検診のあり方に関する検討会にて議論を行い、令和5年6月に「がん検診のあり方について」報告書を公表するほか、第42回同検討会では、第４期がん対策推進基本計画の内容や、直近の子宮頸がん検診のHPV検査単独法を、また、そのほかの法令・ガイドライン等の改正を反映することについて議論を行い、令和6年7月に「がん検診のあり方について」報告書を公表した。引き続き、検討会にて、自治体DXの構築も見据え、情報の一体的把握の体制整備について引き続き検討していくこととしている。

＜がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項＞

○指針に基づくがん検診を実施している市区町村数については、特に大腸・肺・乳は改善傾向が認められるものの、全てのがん種において科学的根拠に基づくがん検診の提供が確保されるよう、一層推進していく必要がある。

○組織型検診の構築に向け、職域等がん検診も含めたがん検診の受診結果の把握が求められていることを踏まえ、市町村による効率的な収集方法について検討する必要がある。

第94回がん対策推進協議会	資料２－２
令和８年５月８日	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

「基盤整備」分野の中間評価について

令和８年５月８日　第94回がん対策推進協議会

厚生労働省　健康・生活衛生局
がん・疾病対策課

4．これらを支える基盤の整備

（一部抜粋）

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

現状・課題

- 患者及びがん経験者目線で必要とされている領域の研究や、臨床現場でニーズの高い領域の研究を推進していく必要がある
- がん医療について、人材育成や研究基盤の整備を加速させていく必要がある。

取り組むべき施策

- 多様な分野を融合させた先端的な研究を推進することにより、治療法の多様化に向けた取組をより一層推進する。

がん登録の利活用の推進

現状・課題

- がん登録情報を活用した市町村におけるがん検診の感度・特異度の算出に向けた検討や、現行制度の課題の整理及び見直しに向けた議論を行っている。

取り組むべき施策

- がん登録情報の利活用の推進について、現行制度における課題を整理し、がん登録推進法等の規定の整備を含め、見直しに向けて検討する。

人材育成の強化

現状・課題

- がん医療に関する基本的な知識や技能を有し、がん医療を支えることのできる医療従事者を養成していく必要がある。

取り組むべき施策

- がん医療の現場で顕在化している課題に対応する人材、がん予防の推進を行う人材、新たな治療法を開発できる人材等の専門的な人材の育成を推進する。

患者・市民参画の推進

現状・課題

- 多様な患者・市民が参画できる仕組みを整備するとともに、患者・市民参画に係る啓発・育成も併せて推進することが必要である。

取り組むべき施策

- 患者・市民参画を推進するに当たって、参画する患者・市民への啓発・育成を行う。

がん教育及びがんに関する知識の普及啓発

現状・課題

- インターネットの普及等により、科学的根拠に乏しい情報が多く存在すること、患者やその家族等を含む国民が必要な情報に適切にアクセスすることが難しい

取り組むべき施策

- 啓発資材のデジタル化や対象者に応じた周知方法の工夫等により、がんに関する正しい知識の普及啓発に引き続き取り組む。

デジタル化の推進

現状・課題

- 個人情報の適正な取扱いを確保し、デジタル技術に不慣れな人等へのサービス提供の観点に留意しつつ、デジタル技術の活用等を推進する必要がある。

取り組むべき施策

- ＩＣＴやＡＩを含むデジタル技術の活用による医療のデータ化とその利活用の推進について検討する。

【分野別目標】

4. これらを支える基盤の整備

（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

【個別目標】

がん研究の更なる促進により、がん予防に資する技術開発の推進や医薬品・医療機器等の開発によるがん医療の充実を図るとともに、がん患者やその家族等の療養生活に関する政策課題の解決を図る。

●判定一覧　※全指標の判定

判定	A	B	C	D
中間アウトカム	1	2	1	1
アウトプット	2	0	1	6

A：ベースライン値に対し、改善傾向にある
B：ベースライン値から変化なし
C：ベースライン値に対し、後退傾向にある
D：測定不能

●中間アウトカム

#	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
410201	がん研究論文数、引用数の増加	CSO(Common Scientific Outline)分類別・部位別論文数、引用数	別添[*1]（R４年度）	別添[*2]（R６年度）	D ★
410204	基礎的研究成果として日常診療への導入を目指して推進される医療技術数の増加	（AMEDにおけるがんに関する）シーズの企業への導出件数	14（R４年度）	9（R６年度）	C

[*1]ベースライン値：2022年度PRIMOマクロ分析報告書 https://portal.jcrp-primo.jp/primoNews/01-20230609-1/
[*2]測定値（中間）：2024年度PRIMOマクロ分析報告書 https://portal.jcrp-primo.jp/primoNews/01-20250625-2/

●アウトプット

#	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
410104	本基本計画における各分野の政策課題の解決に資する研究を推進	厚労科研の採択課題における事後評価の平均	13.5（R４年度）	13.3（R６年度）	C
410105		「がん政策研究事業」成果に関する評価	不十分な成果となった課題がなく、計画どおり順調な成果が得られた。	一部不十分な成果となった研究課題はあるものの、概ね計画どおり順調な成果が得られた。	C

＜進捗状況＞

○アウトカム指標をみると、中間アウトカム指標はAが１指標、Bが２指標、Cが１指標であった。

○個別施策（５施策）については、多くの施策において取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡが２指標、Ｃが１指標であった。

○本基本計画における各分野の政策課題の解決に資する研究について、「がん対策推進総合研究事業」にて、各種研究を推進しているほか、Ｒ５～７年度厚生労働科学研究「誰一人取り残さないがん対策における格差のモニタリングと要因解明に資する研究」において、社会的格差の視点からがん対策の進捗評価を行うことを目的として、予防（検診含む）・医療・共生の各分野にて生じている格差の可視化と要因分析を進めている。厚生労働科学研究において取り組んでいる格差の可視化と要因分析を踏まえ、対策提案として介入の可能性を検討していくこととしている。

＜がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項＞

○AMEDにおけるがんに関する研究成果を活用した臨床試験・治療への移行数は増加傾向にあるものの、シーズの企業への導出件数が減少傾向にあるために、有望シーズの開発加速のための支援制度の整備、企業との連携にある課題解決、またはベンチャーとのマッチングの支援強化など、対策を講じる必要がある。

○AMED等の研究に対して、薬事承認の新規、適応拡大に向けた支援の充実を図ることが必要である。

【分野別目標】

4. これらを支える基盤の整備

（２） 人材育成の強化

【個別目標】

がん医療における人材育成の強化により、がん専門医療人材が拠点病院等を中心に、適正に配置されることを目指す。

●判定一覧　※全指標の判定

判定	A	B	C	D
中間アウトカム	1	0	0	0
アウトプット	1	1	3	1

A：ベースライン値に対し、改善傾向にある

B：ベースライン値から変化なし

C：ベースライン値に対し、後退傾向にある

D：測定不能

●中間アウトカム

#	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
420201	必要な知識を身に着けた専門的人材の増加	第４期がんプロで支援されたがん専門医療人材の人数	1,820人 （R５年度）	2,820人 （R６年度）	A

★

●アウトプット

#	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
420102	拠点病院等を中心に、専門的な人材の育成及び配置に積極的に取り組む。また、地域のがん医療や緩和ケア等を担う人材の育成及び配置について、拠点病院等や地域の職能団体が中心となって取り組む	がんゲノム医療コーディネーター研修会参加人数	583 （R４.４.１～ R５.３.31）	550 （R５.7.１～ R６.６.30）	C
420103		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	5,073 （累計 54,368人） （R４年度）	4,849 （累計63,995人） （R６年度）	C
420104		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	250 （累計 1,196人） （R４年度）	190 （累計1,610人） （R６年度）	C

<進捗状況>

○アウトカム指標をみると、中間アウトカム指標はAが１指標であった。

○コア指標として設定されている「第４期がんプロで支援されたがん専門医療人材の人数（1,820人→2,820人）」は改善傾向にあった。

○個別施策（２施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標についてはAが１指標、Bが１指標、Cが３指標、Dが１指標であった。

○「がん診療連携拠点病院等の整備について」（健発0８０１第1６号　令和４年８月１日）において、指針に定めた取組のために必要な人材の確保や育成に積極的に取り組むことと診療の質を高めるため、資格等の取得についても積極的に支援することを必須要件としており、まずは当該取組の評価を行う観点から、地域のがん医療や緩和ケア等を担う人材の育成及び配置については、現況報告書を用いて、継続的に評価を行うこととしている。

<がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項>

○拠点病院等を中心に、専門的な人材の育成及び配置に取組状況を評価するうえで、現時点では人数の把握にとどまっているものの、今後は都道府県別の配置状況等を把握し、その動向を継続的に追跡するための検討が必要である。

549

【分野別目標】

4. これらを支える基盤の整備

（3） がん教育及びがんに関する知識の普及啓発

【個別目標】

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。

●判定一覧　※全指標の判定

判定	A	B	C	D
中間アウトカム	0	0	2	1
アウトプット	5	0	0	0

A：ベースライン値に対し、改善傾向にある
B：ベースライン値から変化なし
C：ベースライン値に対し、後退傾向にある
D：測定不能

●中間アウトカム

#	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定	
430201	国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	「がんは誰もがかかる可能性のある病気である。」に対して「正しい」と回答した割合	97.2% （R４年度）	97.1% (R５年度)	C	
430202		「がん検診を受けられる年齢になったら、検診を受けようと思う。」に対して「そう思う」「どちらかといえばそう思う」と回答した割合	95.1% （R４年度）	95.0% (R５年度)	C	★

●アウトプット

#	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定	
430101	引き続き、 学習指導要領に基づく、児童生徒の発達段階に応じたがん教育を推進する。その際、生活習慣が原因とならないがんもあることなど、がんに対する正しい知識が身に付くよう、医療従事者やがん患者等の外部講師の積極的な活用について周知を行うとともに、ＩＣＴの活用を推進するなど、各地域の実情に応じたがん教育の取組の充実とその成果の普及を図る 都道府県及び市町村において、教育委員会及び衛生主管部局が連携して会議体を設置し、地域のがん医療を担う医師や患者等の関係団体とも協力しながら、また、学校医やがん医療に携わる医師、がん患者・経験者等の外部講師を活用しながら、がん教育が実施されるよう、必要な支援を行う	外部講師を活用してがん教育を実施した学校の割合	11.4% （R４年度）	12.5% （R５年度）	A	★

【分野別目標】

４. これらを支える基盤の整備

（３） がん教育及びがんに関する知識の普及啓発

<進捗状況>

○アウトカム指標をみると、中間アウトカム指標はCが２指標、Dが１指標であった。

○コア指標として設定されている「「がん検診を受けられる年齢になったら、検診を受けようと思う。」に対して「そう思う」「どちらかといえばそう思う」と回答した割合（97.2%→97.1%）」は0.1ポイント減少と後退傾向であった。

○個別施策（４施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡが５指標であった。

○令和４年度におけるがん教育の実施状況調査では、がん専門医・学校医等の医師やがん患者・経験者等の外部講師を活用してがん教育を実施した学校の割合は11.4%、令和５年度は12.5%と全体としては増加傾向にある。各地域において、がん教育の推進に関する協議会を開催し、外部講師名簿の作成や派遣依頼窓口の設置等を検討するなど、学校における外部講師を活用したがん教育の推進に向け、令和６年１月 19 日付けで通知を発出し、担当者が集まる場等で周知した。「外部講師を活用したがん教育等現代的な健康課題理解増進事業」を実施し、学習指導要領に対応したがん教育について、教員や外部講師の資質能力の向上を図るとともに、教育委員会等における課題の共有と先進的な取組の紹介等を行い、全国への普及・啓発を図り、地域の実情に応じた取組を支援していく。

<がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項>

○外部講師を活用したがん教育の実施割合は増加傾向にあるものの、12.5%にとどまっている。今後、がん診療連携拠点病院等と連携してがん教育を実施している好事例を収集・整理し、広く普及啓発を図ることにより、より効果的ながん教育の実施に向けた検討を進める必要がある。

○がん対策推進企業アクションにおける推進パートナー企業の登録を一層促進するため、効果的な普及啓発を図る必要がある。あわせて、職域において科学的根拠に基づくがん検診を推進し、精密検査への受診勧奨が可能となる仕組みを横展開するため、正しい情報の発信や好事例の収集・啓発を一層推進する必要がある。

【分野別目標】

４. これらを支える基盤の整備

（４） がん登録の利活用の推進

【個別目標】

がん登録情報の更なる利活用を目指す。

●判定一覧　※全指標の判定

判定	A	B	C	D
中間アウトカム	4	0	0	0
アウトプット	1	0	1	0

A：ベースライン値に対し、改善傾向にある

B：ベースライン値から変化なし

C：ベースライン値に対し、後退傾向にある

D：測定不能

●中間アウトカム

#	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
440201	全国がん登録/院内がん登録の利用の推進	利用件数（総数・年あたり）新規（顕名）	10（R４年度まで）	12（R６年度まで）	A
		利用件数（総数・年あたり）更新（顕名）	16（R４年度まで）	25（R６年度まで）	A
		利用件数（総数・年あたり）新規（匿名）	38（R４年度まで）	45（R６年度まで）	A
		利用件数（総数・年あたり）更新（匿名）	19（R４年度まで）	27（R６年度まで）	A

★

●アウトプット

#	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
440101	引き続き、質の高い情報収集に資する精度管理に取り組む	全国がん登録の精度指標としての%DCO	1.9（R元年）	2.0（R３年）	C

【分野別目標】

４. これらを支える基盤の整備

（４） がん登録の利活用の推進

＜進捗状況＞

○アウトカム指標をみると、中間アウトカム指標はAが４指標であった。

○コア指標として設定されている「全国がん登録/院内がん登録の利用件数」は全て改善傾向であった。

○個別施策（２施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡが１指標、Cが１指標であった。

○令和５年10月に、厚生科学審議会がん登録部会において現行制度の課題をとりまとめた（中間とりまとめ）。中間とりまとめを踏まえて、NDB等の他の公的データベース等との連結解析や仮名化情報の利用・提供等を可能とする規定を盛り込んだ法案を令和７年通常国会に提出したほか、中間とりまとめを踏まえ、令和７年４月に全国がん登録情報の提供マニュアル等の改訂や情報の利用マニュアルの策定を行い、法第20条の規定により提供される生存確認情報の取扱いに係る方針を明確化し、カルテ転記や第三者提供について一定の条件の下認める運用としたほか、全国がん登録情報等の国外提供に係る運用ルールの明確化、民間事業者を含めた利用者の範囲や利用できる条件の明記等を行った。同法案が令和７年12月５日に成立し、同月12日に公布されたことを受けて、情報連携基盤を活用した他の公的データベース等との連結・解析が可能となるように、各データベースと連携を進めているところ。

○令和８年２月の厚生科学審議会がん登録部会において、全国がん登録情報の医学研究へのさらなる活用を推進することを目的に、全国がん登録において、死亡場所を登録項目として加え、がんの進行度としてUICC TNM分類を届出項目として加える方針について示し、実務上の課題への対応について、引き続き検討を進めている。

○がん登録情報の精度管理の観点で、がん登録の実務者研修により、届出の質を向上を図るとともに、提出された届出について、住所異動確認調査及び遡り調査等を活用した審査及び整理を行っている。これまでの運用を踏まえて、令和７年４月に全国がん登録の届出マニュアルの改訂を行った。また、中間とりまとめを踏まえ、届出情報の整理に被保険者番号から生成するID（ID5）や住基ネットの利用を可能とする規定を盛り込んだ法案を令和７年通常国会に提出した。同法案が令和７年12月５日に成立し、同月12日に公布されたことを受けて、 ID5や住基ネットを利用し、より精緻な届出情報の審査及び整理が可能となるように、国立がん研究センターと連携してシステムの改修や制度設計、マニュアルの作成に取り組んでいるところ。

＜がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項＞

○がん対策の一層の充実及びがん医療の質のさらなる向上のために、がん登録情報の利活用は重要であり、都道府県、市区町村、民間機関等によるがん登録情報の利活用を推進するため、都道府県等への技術的支援も含めた利活用推進の取組を行っていく必要がある。

○ NDBなどの他の公的データベース等との連結・解析や仮名化情報の利用・提供等を可能とする規定を盛り込んだ法案の成立を受け、改正がん登録法の施行に向け、各データベースと連携を進め、他DBの情報との連結・解析を含めた利活用につなげていけるようさらなる検討を進める必要がある。

【分野別目標】

4. これらを支える基盤の整備

（5） 患者・市民参画の推進

【個別目標】

がん患者とその家族等を含む国民が、がん対策の重要性を認識し、がん医療に関する正しい理解を得て、医療従事者とも連携しながら、がん対策に主体的に参画する社会を目指す

●判定一覧　※全指標の判定

判定	A	B	C	D
中間アウトカム	1	0	0	1
アウトプット	1	0	0	1

A：ベースライン値に対し、改善傾向にある

B：ベースライン値から変化なし

C：ベースライン値に対し、後退傾向にある

D：測定不能

●アウトプット

#	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
450101	【国及び都道府県】国民本位のがん対策を推進するため、基本計画及び「都道府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がん対策推進協議会及び都道府県協議会等への 参画を推進する。また、諸外国の公募制、代表制等の事例も踏まえつつ、患者・市民参画の更なる推進に向けた仕組みを検討	都道府県がん対策推進計画の策定過程におけるがん患者を代表する者の参加割合（参考：性別、年代等の多様性）	13.1% （R５年）	未測定	D

<進捗状況>

○アウトカム指標をみると、中間アウトカム指標はAが１指標、Dが１指標であった。

○個別施策（４施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡが１指標、Dが１指標であった。

○第88回、第89回がん対策推進協議会にて、患者・市民参画について議論した。また、都道府県等協議会の患者委員の選出について、多様性・更新性・透明性等はどうか、また、協議会の開催日前に開催日時や構成メンバーを公表したのかどうなのか、あるいは議事録や配付資料を公開しているのかどうか等を把握する必要性について議論した。令和４～６年厚生労働科学研究「がん研究に患者・市民参画を実現するための患者・市民に対する教育カリキュラム・プログラムの開発に関する研究」において、基礎研修（動画（Webラーニング23本）の公開）、専門研修プログラムを実施し、カリキュラムを確定し、HPで公開した。Ｒ７～８年度厚生労働科学研究「がん対策における患者・市民参画を推進するための標準教育プログラムの開発と確立に関する研究」においては、都道府県協議会での患者・市民参画の状況調査及び課題整理、先の厚労科研の成果を踏まえた教育プログラムの追加・修正、モデル自治体での教育プログラムの試行等に取り組む予定としているほか、患者市民参画のための教育プログラム及び体制について検討し、都道府県や患者会等への普及啓発を実施することとしている。

○第４期がん対策推進基本計画において患者・市民参画の推進が位置付けられていることを踏まえ、厚生労働科学研究費補助金の公募要項において、患者・市民参画に関する具体的な取組の実施を求めている。具体的には、患者・家族支援等の関係団体の構成員を研究協力者として参画させること等を例示し、研究の企画・実施段階における患者・市民参画の推進を図っている。

<がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項>

○がん研究分野で推進されてきた患者・市民参画の知見を踏まえ、医療従事者や行政担当者における患者・市民参画に関する理解の促進・課題の整理を行うとともに、国や都道府県協議会における患者・市民参画の取組を一層推進する必要がある。

【分野別目標】

４. これらを支える基盤の整備

（６） デジタル化の推進

【個別目標】

デジタル技術の活用等により、患者やその家族等の医療・福祉・保健サービスへのアクセシビリティを向上させるとともに、国、地方公共団体、医療機関等が効率的かつ効果的にサービスを提供できることを目指す。

●判定一覧　※全指標の判定

判定	A	B	C	D
中間 アウトカム	0	0	0	0
アウトプット	3	0	0	0

A：ベースライン値に対し、改善傾向にある

B：ベースライン値から変化なし

C：ベースライン値に対し、後退傾向にある

D：測定不能

<進捗状況>

○個別施策（２施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡが３指標であった。

○PHRの推進の観点で、自治体検診DXの推進に向け関係省庁間で検討中である。自治体検診DXについては、令和７年度よりPMHを活用したがん検診のモデル事業を進めており、令和11年度以降の本格実施に向け、引き続きモデル事業を実施予定としている。

○がん対策の評価について、全国がん登録情報に基づき算出されるがん罹患率や生存率をロジックモデルの指標とし、がん対策の評価において、全国がん登録データベースの利活用を行っている。また、がんの罹患等に関する情報の照合・集約作業の効率化及び精緻化のため、被保険者番号等から生成されるID(ID5)を利用可能とすること、住所異動確認調査の円滑な実施に向けて住基ネットを利用可能とすること、NDB等の他の公的データベースとの連結解析等を可能とする規定を盛り込んだ法案を令和７年通常国会に提出し、同法案が令和７年12月５日に成立し、同月12日に公布された。

○「がん診療連携拠点病院等の整備について」において、がん相談支援センターに対し、必要に応じてオンラインでの相談を受け付けるなど、情報通信技術等も活用することを求めており、がん診療連携拠点病院等の現況報告書にて、要件の充足状況を確認し、把握していくこととしている。

○令和８年度診療報酬改定において、D to P with D によるオンライン診療の評価である遠隔連携診療料の見直しが行われた。具体的には、希少がんの患者が外来診療及び入院診療における対象患者として追加された。さらに、外来診療においては、患者が受診する側の保険医療機関が人口の少ない地域に所在する場合に限り、治療中の悪性腫瘍の患者が対象患者として追加された。また、訪問診療において麻薬を投与している悪性腫瘍の患者が対象患者として追加された。

<がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項>

○自治体検診DXを通して、デジタルを活用したがん検診の受診勧奨や検診結果の確認を実装できるよう引き続き議論していく必要がある。

○同法案が成立したことを受けて、被保険者番号等から生成されるID (ID5)や住基ネットの利用に向けた関係者との調整や、情報連携基盤を活用した他の公的データベース等との連結・解析が可能となるように、各データベースとの連携をさらに進める必要がある。

○調査を効率的に実施するために、現況報告書といった調査等のオンライン化の実現を推進する必要がある。

第 95 回がん対策推進協議会 議事次第

日　時：令和８年６月 18 日（木）15:00～17:00
場　所：ハイブリッド開催
航空会館ビジネスフォーラム７０１
（東京都港区新橋 1 丁目 18-1）

議 事 次 第
１　開　会
２　議　題
（１） 第４期がん対策推進基本計画について
・第４期がん対策推進基本計画中間評価報告書案について
（２） その他

【資　料】

資料１－１	第４期がん対策推進基本計画中間評価報告書案
資料１－２	第４期がん対策推進基本計画中間評価報告書案概要
参考資料１	がん対策推進協議会委員名簿
参考資料２	第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月閣議決定）
参考資料３	第４期がん対策推進基本計画評価指標一覧 確定版
参考資料４	第４期がん対策推進基本計画コア指標一覧
参考資料５	第４期がん対策推進基本計画ロジックモデルコア指標
参考資料６	第４期がん対策推進基本計画施策に対する取組一覧
参考資料７－１	第４期がん対策推進基本計画測定値判定一覧
参考資料７－２	第４期がん対策推進基本計画の評価指標ベースライン値一覧
参考資料７－３	第４期がん対策推進基本計画の評価指標中間測定値一覧
参考資料８	第４期がん対策推進基本計画中間評価委員意見一覧
参考資料９	第４期がん対策推進基本計画中間評価（案）作成の流れ
参考資料 10	「がん予防」分野の中間評価について
参考資料 11	「がん医療」分野の中間評価について
参考資料 12	「がんとの共生」分野の中間評価について
参考資料 13	「これらを支える基盤」分野の中間評価について

第 95 回がん対策推進協議会	資料１－１
令和８年６月 18 日	

がん対策推進基本計画
中間評価報告書（案）

令和８年〇月

厚生労働省

がん対策推進協議会

目次

第１章　第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月閣議決定）の主旨 1

第２章　中間評価の主旨 3

第３章　中間評価 4

Ⅰ　要旨 4

Ⅱ　全体目標と分野別目標についての進捗状況 7

１．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 7
２．患者本位で持続可能ながん医療の提供 10
３．がんとともに尊厳をもって安心して暮らせる社会の構築 13

Ⅲ　分野別施策の個別目標についての進捗状況 14

１．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 14
（１）がんの１次予防 14
①生活習慣について 14
②感染症対策について 17
（２）がんの２次予防（がん検診） 20
①受診率向上対策について 20
②がん検診の精度管理等について 24
③科学的根拠に基づくがん検診の実施について 27
２．患者本位で持続可能ながん医療の提供 31
（１）がん医療提供体制等 31
①医療提供体制の均てん化・集約化について 31
②がんゲノム医療について 36
③手術療法・放射線療法・薬物療法について 39
④チーム医療の推進について 47
⑤がんのリハビリテーションについて 49
⑥支持療法の推進について 51
⑦がんと診断された時からの緩和ケアの推進について 54
⑧妊孕性温存療法について 58
（２）希少がん及び難治性がん対策 61
（３）小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策 64
（４）高齢者のがん対策 68
（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 70
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 72

（１）相談支援及び情報提供 72
①相談支援について 72
②情報提供について 76
（２）社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援 79
（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） 81
①就労支援について 81
②アピアランスケアについて 85
③がん診断後の自殺対策について 87
④その他の社会的な問題について 89
（４）ライフステージに応じた療養環境への支援 91
①小児・ＡＹＡ世代について 91
②高齢者について 94
４．これらを支える基盤の整備 97
（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 97
（２）人材育成の強化 98
（３）がん教育及びがんに関する知識の普及啓発 100
（４）がん登録の利活用の推進 103
（５）患者・市民参画の推進 105
（６）デジタル化の推進 107
Ⅳ　がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項について（第４期基本計画再掲） 109
第４章　おわりに（第５期基本計画に向けて） 112
「がん対策推進協議会」委員名簿（令和８年４月１日時点） 114
「がん対策推進協議会」開催状況 115

第１章　第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月閣議決定）の主旨

我が国において、がんは、昭和 56（1981）年より死因の第１位であり、令和６（2024）年には、年間約 38 万人と約４人に１人ががんで亡くなっているほか、生涯のうちに約２人に１人が罹患すると推計されているなど、依然として、国民の生命と健康にとって重大な問題である。

我が国は、これまで、昭和 59（1984）年に策定された「対がん 10 カ年総合戦略」等に基づき、がん対策に取り組んできた。平成 18（2006）年６月には、がん対策の一層の充実を図るため、がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号。以下「法」という。）が成立し、平成 19（2007）年６月には、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）が策定された。

第１期基本計画では、がん診療連携拠点病院の整備、緩和ケア提供体制の強化及び地域がん登録の充実が図られた。平成 24（2012）年に策定された第２期基本計画では、小児がん、がん教育及びがん患者の就労を含めた社会的な問題等への取組が盛り込まれた。また、平成 27（2015）年 12 月には、取組が遅れている分野の強化を図るため、「がん対策加速化プラン」が策定された。平成 30（2018）年に策定された第３期基本計画では、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」ことを目標とし、「がん予防」、「がん医療の充実」及び「がんとの共生」の３本の柱に沿った総合的ながん対策が推進されたほか、新たな課題として、ＡＹＡ（Adolescent and Young Adult）世代（思春期世代と若年成人世代）のがん、高齢者のがんといったライフステージに応じたがん対策やがんゲノム医療の推進等が盛り込まれた。

令和４（2022）年６月に取りまとめられた第３期基本計画の中間評価報告書においては、がん医療の均てん化のため、がん診療連携拠点病院等（以下「拠点病院等」という。）を中心とした医療提供体制の整備が進められてきた一方で、地域間及び医療機関間で進捗状況に差があることや、あらゆる分野で、情報提供及び普及啓発の更なる推進が必要であることが指摘された。また、少子高齢化・人口減少という今後の人口動態の変化の中で、質の高いがん対策を持続可能なものとするためには、役割分担や連携の強化、人材の適正配置等、地域資源の有効活用等に取り組むことが重要となる。同時に、今般の新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、感染症発生・まん延時や災害時における対応を検討するとともに、ＩＣＴの活用やデジタル化等、流行下で普及した保健医療サービスの提供方法の在り方についても検討を進める必要がある。

これらを踏まえ、法第 10 条第７項の規定に基づき、第３期基本計画の見直しを行い、第４期基本計画（以下「本基本計画」という。）では、**「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」**を全体目標とした上で、３本の柱という第３期基本計画の構成を維持して「がん予防」、「がん医療」及び「がんとの共生」の各分野における現状・課題、それらに対する取り組むべき施策を定めた。また、施策の評価に当たっては、全体目標、分野別目標及び個別目標と各施策の関連性を明確にし、ＰＤＣＡサイクルの実効性を確保するため、ロジックモデルを活用することとしている。

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

第２章　中間評価の主旨

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

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

第３章　中間評価

Ⅰ　要旨

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。

本中間評価では、「がん予防」、「がん医療」、「がんとの共生」及び「これらを支える基盤」の各分野について、取組の進捗状況と今後一層の推進が必要な課題が整理された。最終アウトカム指標の判定より、がん死亡率の低下、がん患者が自分らしい生活を送れていると感じる割合の向上等、全体として一定の成果と改善傾向が認められた。今後は、中間評価を踏まえ、課題に対応した取組の強化と分野間の連携を図りつつ、総合的ながん対策を推進することにより、全体目標である「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」の達成に向けた取組を進めていく。

１）科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実
～がんを知り、がんを予防すること、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～

「攻めの予防医療」が国における重点施策の一つとして掲げられ、がん検診に係る取組をより一層強化する方針となった。がん検診精密検査受診率向上に向けた取組として、ソーシャルマーケティングを活用した効果的ながん検診受診勧奨資材の開発を実施している「希望の虹プロジェクト」に協力を依頼し、がん種別の精密検査の受診勧奨資材について、共同で発行し、都道府県、市町村（特別区を含む。以下同じ。）及び医療保険者へ周知を行った。

今後予定している取組としては、就労状況に応じた効果的ながん検診の受診勧奨の取組を推進することに加え、令和８年度に「がん検診受診率向上推進事業」として、がん検診等に関する各種データ及び本基本計画における「がんの２次予防（がん検診）」分野のロジックモデルを活用し、都道府県及び市町村の課題を見える化するとともに、課題に応じた重点的な取組を検討する場として、都道府県担当者等を対象とした研修会を開催するほか、職域等がん検診において保険者が精密検査対象者への受診勧奨等を積極的に行うことができるよう科学的根拠に基づくがん検診の支援の在り方を検討し、職域においても科学的根拠に基づくがん検診の精密検査の受診状況等の実態把握を進めていくこととしている。また、職域におけるがん検診の受診勧奨及びその結果に基づく医療機関への受診勧奨の強化として、「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」（ＴＨＰ指針）の改正を行うことを検討している。

２）患者本位で持続可能ながん医療の提供
～適切な医療を受けられる体制を充実させることで、がん生存率の向上・がん死亡率の減少・全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す～

令和６年 12 月から令和７年７月にかけて開催された「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」での議論を経て、令和７年８月１日に「2040 年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」がまとめられた。本取りまとめにおいて、2040 年に向けて、がん医療の需要変化等が見込まれる中、持続可能ながん医療提供体制となるよう、基本的な考え方として、医療技術の観点から、広く普及された医療について均てん化に取り組むとともに、高度な医療技術については、症例数を集積して質の高いがん医療提供体制を維持できるよう一定の集約化を検討していくといった医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携を一層推進すること、また、医療需給の観点から、医療需要が少ない地域や医療従事者等の不足している地域等においては、効率性の観点から一定の集約化を検討していくことが示された。

上記を踏まえて、令和７年８月 29 日に都道府県に向けて、「2040 年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に係る基本的な考え方及び検討の進め方について」の課長通知を発出した。今後、当該課長通知に基づき都道府県での検討がより進むよう、国は地域ごとの取組状況を確認するためその進捗管理をしていく必要がある。

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
～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～

「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日付け健発０８０１第１６号厚生労働省健康局長通知別添。以下「整備指針」という。）について、令和４年に「外来初診時から治療開始までを目処に、がん患者及びその家族が必ず一度はがん相談支援センターを訪問（必ずしも具体的な相談を伴わない、場所等の確認も含む）することができる体制を整備することが望ましい」と改定されたことから、継続して認知度を測定し、取組の評価をしていく必要がある。診療プロセスに組み込み、治療開始前・再発時等の要所でがん相談支援センターを案内し、相談を希望するがん患者等が到達できる導線（診療計画・チェックリスト等）を標準化するなど、院内の体系的な体制整備の検討が必要である。

アピアランスケアの均てん化の取組としては、令和５年度から７年度において、アピアランスケアに係る相談支援・情報提供のモデル事業を実施し、がん診療連携拠点病院における効果的なアピアランスケアの相談支援・情報提供体制について、28 都道府県の 30 施設を対象に検証しており、令和８年度からがん診療連携拠点病院機能強化事業にて都道府県がん診療連携拠点病院へのアピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制の構築を推進していくこととしている。また、アピアランスケアに係る相談支援・情報提供に関する普及啓発や研修会の開催等に対して都道府県健康対策推進事業（がん情報の提供に資する事業）等を活用し、周知を推進していく。

Ⅱ　全体目標と分野別目標についての進捗状況

１．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

（目標の詳細）

がんを予防する方法を普及啓発するとともに、地方公共団体、関係学会等の連携による取組を推進し、科学的根拠を積極的に収集・分析した上で、その結果に基づいた施策を実施することにより、がんの罹患率を減少させる。全ての国民が受診しやすい検診体制を構築し、がんの早期発見・早期治療を促すことで、効率的かつ持続可能ながん対策を進め、がん死亡率の減少を実現する。

（進捗状況）

＃	最終アウトカム	最終アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定[1]
000001	がんの死亡率の減少	がんの年齢調整死亡率（75 歳未満）男女計	67.4（2022 年）	65.7（2023 年）	A
		がんの年齢調整死亡率（75 歳未満）男性	81.1（2022 年）	79.1（2023 年）	A
		がんの年齢調整死亡率（75 歳未満）女性	54.9（2022 年）	53.3（2023 年）	A
		がんの年齢調整死亡率（全年齢）男女計	108.6（2022 年）	106.2（2023 年）	A
		がんの年齢調整死亡率（全年齢）男性	142.5（2022 年）	139.4（2023 年）	A
		がんの年齢調整死亡率（全年齢）女性	82.5（2022 年）	80.5（2023 年）	A

[1] 判定の定義は以下のとおり。
Ａ：ベースライン値に対し、改善傾向にある、Ｂ：ベースライン値から変化なし、Ｃ：ベースライン値に対し、後退傾向にある、Ｄ：測定不能、＊：単純比較が困難である
「＊：単純比較が困難である」について
患者体験調査に基づく指標の測定値に当たっては、第２回患者体験調査と第３回患者体験調査との間で、質問紙の内容に変更がある点に留意する必要がある。質問項目について、受診先選択に関する質問の追加、類似質問の整理・削除、文言の微修正等を行っている。さらに、質問紙の選択肢についても、特に５段階評価尺度の表現を一部変更するとともに、質問紙のフォーマットの見直しを実施している。このため、一部の指標については、第２回調査と第３回調査の測定値の差に、実態の変化に加えて、調査設計上の変更による影響が含まれている可能性がある。これらの指標については、２時点の差をもって改善傾向又は後退傾向と解釈するのではなく、参考値として慎重に解釈する必要がある。該当指標は「＊」を判定に表示する。

000002	検診がん種の死亡率減少	がん種別年齢調整死亡率（75 歳未満）胃	6.24 （2022 年）	5.79 （2023 年）	A
		がん種別年齢調整死亡率（75 歳未満）大腸	9.70 （2022 年）	9.69 （2023 年）	A
		がん種別年齢調整死亡率（75 歳未満）肝	3.53 （2022 年）	3.34 （2023 年）	A
		がん種別年齢調整死亡率（75 歳未満）肺	11.90 （2022 年）	11.52 （2023 年）	A
		がん種別年齢調整死亡率（75 歳未満）女性乳房	10.40 （2022 年）	10.04 （2023 年）	A
		がん種別年齢調整死亡率（75 歳未満）子宮頸	2.57 （2022 年）	2.49 （2023 年）	A
		がん種別年齢調整死亡率（全年齢）胃	10.77 （2022 年）	10.07 （2023 年）	A
		がん種別年齢調整死亡率（全年齢）大腸	15.04 （2022 年）	14.95 （2023 年）	A
		がん種別年齢調整死亡率（全年齢）肝	6.20 （2022 年）	5.88 （2023 年）	A
		がん種別年齢調整死亡率（全年齢）肺	20.70 （2022 年）	20.16 （2023 年）	A
		がん種別年齢調整死亡率（全年齢）女性乳房	12.08 （2022 年）	11.66 （2023 年）	A
		がん種別年齢調整死亡率（全年齢）子宮頸	2.81 （2022 年）	2.73 （2023 年）	A
000004	がんの年齢調整罹患率減少	がんの年齢調整罹患率 男女計	387.4 （2019 年）	379.0 （2021 年）	A
		がんの年齢調整罹患率 男性	445.7 （2019 年）	429.9 （2021 年）	A
		がんの年齢調整罹患率 女性	346.7 （2019 年）	344.7 （2021 年）	A

000005	がん罹患率（子宮頸・大腸）*[2] 減少[3]	がん種別年齢調整罹患率（子宮頸）	13.9（2019 年）	13.6（2021 年）	A
		がん種別年齢調整罹患率（大腸）	58.2（2019 年）	57.1（2021 年）	A

「がん予防」分野における全ての最終アウトカム指標「がんの年齢調整死亡率」、「がんの年齢調整罹患率」、「がん種別年齢調整死亡率」及び「がん種別年齢調整罹患率」がＡ判定（23 指標）となっており、分野全体で改善傾向であることが確認された。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

全ての最終アウトカム指標の推移は改善傾向であったが、更に改善させるためにも、がんの１次予防、２次予防の各施策を着実に推進していく必要がある。

[2] 上皮内がん除く。
[3] がん検診により子宮頸部・大腸の前がん病変を早期発見して治療介入すれば、子宮頸がん・大腸がんの罹患数が減少する。

２．患者本位で持続可能ながん医療の提供

（目標の詳細）

　がんゲノム医療をはじめとした高度ながん医療の提供を推進するとともに、患者本位のがん医療を展開することで、がん医療の質を向上させる。また、それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化を進め、効率的かつ持続可能ながん医療を提供することで、がん生存率を向上させ、がん死亡率を減少させる。さらに、支持療法や緩和ケアが適切に提供される体制を整備することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質を向上させる。

（進捗状況）

＃	最終アウトカム	最終アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
000001	がんの死亡率の減少	がんの年齢調整死亡率（75 歳未満）男女計	67.4（2022 年）	65.7（2023 年）	A
		がんの年齢調整死亡率（75 歳未満）男性	81.1（2022 年）	79.1（2023 年）	A
		がんの年齢調整死亡率（75 歳未満）女性	54.9（2022 年）	53.3（2023 年）	A
		がんの年齢調整死亡率（全年齢）男女計	108.6（2022 年）	106.2（2023 年）	A
		がんの年齢調整死亡率（全年齢）男性	142.5（2022 年）	139.4（2023 年）	A
		がんの年齢調整死亡率（全年齢）女性	82.5（2022 年）	80.5（2023 年）	A
000003	難治性がんの年齢調整死亡率の減少	難治性がん（代表例：膵がん）の年齢調整死亡率（75 歳未満）	7.0（2022 年）	7.0（2023 年）	B
		難治性がん（代表例：膵がん）の年齢調整死亡率（全年齢）	11.3（2022 年）	11.4（2023 年）	C
000006	がんの生存率の向上	がん種別５年生存率（胃）	64.0（2016 年診断年）	64.4（2018 年診断年）	A
	がんの生存率の向上	がん種別５年生存率（大腸）	67.8（2016 年診断年）	68.0（2018 年診断年）	A
	がんの生存率の向上	がん種別５年生存率（肝）	33.4（2016 年診断年）	34.4（2018 年診断年）	A
	がんの生存率の向上	がん種別５年生存率（肺）	37.7（2016 年診断年）	39.6（2018 年診断年）	A

	がんの生存率の向上	がん種別５年生存率（女性乳房）	88.0（2016 年診断年）	88.4（2018 年診断年）	A
	がんの生存率の向上	がん種別５年生存率（子宮頸部）	71.8（2016 年診断年）	71.4（2018 年診断年）	C
000007	希少がんの生存率向上	希少がんの 5 年生存率	別添参照（2016 年診断年）	別添参照（2018 年診断年）	D
000008	難治性がんの生存率向上	難治性がん（代表例：膵がん）の 5 年生存率	11.8（2016 年診断年）	13.5（2018 年診断年）	A
000009	小児がん患者の生存率向上	小児がん患者の 5 年生存率	82.4（2016 年診断年）	85.0（2018 年診断年）	A
000010	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	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	70.5%（平成 30 年度）[4]	79.0%（令和５年度）[5]	*
000011	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	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	69.2%（平成 30 年度）[6]	75.5%（令和 5 年度）[7]	*
000012	若年がん患者及びその家族の苦痛の	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	66.8%（平成 30 年度）[8]	75.7%（令和 5 年度）[9]	*

[4] 調査回答者全体（本人回答のみ）：現在自分らしい日常生活を送れていると感じる。1.そう思わない 2.どちらともいえない 3.ややそう思う 4.ある程度そう思う 5.とてもそう思うのうち「4.ある程度そう思う 5.とてもそう思う」と回答した割合

[5] 調査回答者全体（本人回答のみ）：現在自分らしい日常生活を送れていると思いますか。1.そう思わない 2.あまりそう思わない 3.どちらともいえない 4.ややそう思う 5.そう思うのうち「4.ややそう思う 5.そう思う」と回答した割合

[6] 希少がん暫定定義該当回答者（本人回答のみ）：現在自分らしい日常生活を送れていると感じる。1.そう思わない 2.どちらともいえない 3.ややそう思う 4.ある程度そう思う 5.とてもそう思うのうち「4.ある程度そう思う 5.とてもそう思う」と回答した患者の割合

[7] 希少がん暫定定義該当回答者：現在自分らしい日常生活を送れていると思いますか。1.そう思わない 2.あまりそう思わない 3.どちらともいえない 4.ややそう思う 5.そう思うのうち「4.ややそう思う 5.そう思う」と回答した割合

[8] 40 歳未満回答者（本人回答のみ）：現在自分らしい日常生活を送れていると感じる。1.そう思わない 2.どちらともいえない 3.ややそう思う 4.ある程度そう思う 5.とてもそう思うのうち「4.ある程度そう思う 5.とてもそう思う」と回答した割合

[9] 40 歳未満回答者（本人回答のみ）：現在自分らしい日常生活を送れていると思いますか。1.そう思わない 2.あまりそう思わない 3.どちらともいえない 4.ややそう思う 5.そう思うのうち「4.ややそう思う 5.そう思う」と回答した割合

	軽減並びに療養生活の質の維持向上				

「がん医療」分野における最終アウトカム指標は、Ａ判定が 13 指標、Ｂ判定が１指標、Ｃ判定が２指標、Ｄ判定が１指標、＊判定が３指標であった。

「がんの年齢調整死亡率（75 歳未満、全年齢）」は男女計、男性、女性の全てにおいて、中間測定値がベースライン値から減少しており、改善傾向である。一方で、難治性がん（膵がん）の年齢調整死亡率については、75 歳未満が横ばいであり、全年齢は 0.1 ポイント増加であった。

がん種別５年生存率については、胃、大腸、肝、肺、及び女性乳房のいずれも改善傾向であった一方で、子宮頸部については 0.4 ポイント後退傾向という結果であった。

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の観点で、「現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者」では 79.0%、「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」では 75.5%、「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」では 75.7%と、中間測定値がいずれも 70%台と改善の余地がある。

指標の測定結果より、がん医療の質を向上させるほか、それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化を進め、効率的かつ持続可能ながん医療の提供を加速していると評価できる。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

「現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者」の割合が 79.0%となっている。今後も更に改善傾向となるよう、各分野の施策を着実に推進していく必要がある。

「現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者、希少がん患者及び若年がん患者の割合」において、希少がん及び若年がん患者については、いずれも 70%を超えている水準であるものの、がん患者全体より低い状況であるため、希少がん患者への高度かつ専門的な医療へのアクセシビリティを向上させ、更なる医療者とのコミュニケーションの充実を図るため、情報提供のみならず医療機関同士の更なる連携の強化や若年がん患者への支援体制の強化が必要である。

３．がんとともに尊厳をもって安心して暮らせる社会の構築

（目標の詳細）

がん患者やその家族等が住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境を整備する。国と地方公共団体、がん患者を含めた国民、医療従事者、医療保険者、事業主、関係学会、患者団体及び職能団体等の関係団体、マスメディア等（以下「関係者等」という。）は、医療・福祉・介護・産業保健・就労・教育支援分野等と連携し、効率的な医療・福祉・保健サービスの提供や、就労・教育支援等を行う仕組みを構築することで、社会的な課題を解決し、がん患者及びその家族等の「全人的な苦痛」の緩和を図る。これらにより、全てのがん患者が、いつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現し、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質を向上させる。

（進捗状況）

＃	最終アウトカム	最終アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
000010	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	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	70.5% （平成 30 年度）	79.0% （令和５年度）	*

「がんとの共生」分野における最終アウトカム指標「現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合」は、79.0%となっている。

指標の測定結果より、がん患者が住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境の整備やがん患者の「全人的な苦痛」の緩和を図ることを加速していると評価できる。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

最終アウトカム指標は、患者体験調査において 18 歳以上のがん患者が対象となっている。小児がん患者についても、小児患者体験調査の最新結果が公表された際には、当該データソースとなっている指標の傾向を確認し、「がんとの共生」分野の全体を再度確認する必要がある。

Ⅲ　分野別施策の個別目標についての進捗状況

１．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

（１）がんの１次予防

（個別目標）

栄養・食生活、身体活動・運動、飲酒、喫煙といった生活習慣の改善（リスクファクターの低減）については、「次期国民健康づくり運動プラン」で定める目標値の達成を目指す。また、ＨＰＶ、肝炎ウイルス、ＨＴＬＶ－１といった発がんに寄与するウイルスや細菌への感染の減少を目指す。

①生活習慣について

（進捗状況）

●判定一覧

判定	A	B	C	D	*
分野別アウトカム	3	0	1	0	0
中間アウトカム	0	0	0	0	0
アウトプット	1	0	0	0	0

●分野別アウトカム

#	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
100001	がん種別罹患率減少（胃・大腸・肺・女性乳房・喫煙関連がん）	がん種別年齢調整罹患率（胃）	41.6（2019 年）	36.7（2021 年）	A
		がん種別年齢調整罹患率（大腸）	58.2（2019 年）	57.1（2021 年）	A
		がん種別年齢調整罹患率（肺）	42.4（2019 年）	40.8（2021 年）	A
		がん種別年齢調整罹患率（女性乳房）	100.5（2019 年）	102.3（2021 年）	C

●中間アウトカム

＃	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
111201	栄養・食生活①適正体重を維持している者の増加（肥満、若年女性のやせ、低栄養傾向の高齢者の減少）	BMI18.5 以上 25 未満（65 歳以上は BMI20 を超え 25 未満）の者の割合	62.2% （令和６年）	－	健康日本２１（第三次）に準ずる。
111202	栄養・食生活②食塩摂取量の減少	食塩摂取量の平均値	9.6ｇ （令和６年）	－	
111203	栄養・食生活③野菜摂取量の増加	野菜摂取量の平均値	258.7g （令和６年）	－	
111204	栄養・食生活④果物摂取量の改善	果物摂取量の平均値	78.1g （令和６年）	－	
111205	身体活動・運動①日常生活における歩数の増加	１日の歩数の平均値	7,231 歩 （令和６年）	－	
111207	飲酒①生活習慣病（NCDs）のリスクを高める量を飲酒している者の減少	１日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者の割合（男）	13.9% （令和６年）	－	
		１日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者の割合（女）	9.3% （令和６年）	－	
111209	喫煙①喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）	20 歳以上の者の喫煙率	14.8% （令和６年）	－	

アウトカム指標について、分野別アウトカム指標はＡ判定が３指標、Ｃ判定が１指標であった。中間アウトカム指標は、健康日本２１（第三次）に準ずることとしているため、判定結果を示していない。

個別施策（２施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標はＡ判定が１指標であった。

生活習慣について、「健康日本 21（第二次）」の最終評価の結果等を踏まえて次期国民健康づくり運動プランの検討を行い、令和５（2023）年５月に「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」（令和５年厚生労働省告示第 207 号）を告示し、当該方針に基づき、令和６（2024）年４月から「健康日

本 21（第三次）」を開始した。生活習慣の改善においては、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・睡眠、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康の６つの指標を掲げ、それぞれ目標を設定した。計画開始後６年（2029 年度）を目途に全ての目標について中間評価を行うとともに、計画開始後 10 年（2033 年度）を目途に最終評価を行うことにより、目標を達成するための諸活動の成果を適切に評価し、その後の健康増進の取組に反映していくこととしている。

整備指針において、拠点病院等に地域を対象として、緩和ケアやがん教育、患者向け・一般向けのガイドラインの活用法等に関する普及啓発に努めることを必須要件として定めることにより、地域へのがんの予防に関する普及啓発を推進している。また、がん相談支援センターが担う具体的業務の一つとして、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針に関するＱ＆Ａ」において、がんの予防及びがん検診に関する情報の提供を行うことを規定した。当該取組の評価を行う観点から、拠点病院等で実施した地域を対象とした、がんに関するセミナー等の開催回数について、継続的に評価を行うこととしている。

厚生労働省にて、がん予防に関するリーフレットの作成及びウェブサイトの新設、がん検診に関するウェブサイトの更新を行い、令和７年５月 28 日付けで関係機関へ通知した。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

がん種別年齢調整罹患率について、胃、大腸及び肺では改善傾向にあるものの、女性乳房のみが後退傾向であることに加えて、高い罹患率であることから、その背景を検証する必要がある。

②感染症対策について

（進捗状況）

●判定一覧

判定	A	B	C	D	*
分野別 アウトカム	3	0	0	0	0
中間 アウトカム	4	0	0	1	0
アウトプット	6	1	1	0	0

●分野別アウトカム

#	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
100002	がん種別罹患率減少（肝・ATL・子宮頸部）	がん種別年齢調整罹患率（肝）	12.0 （2019 年）	10.9 （2021 年）	A
		がん種別年齢調整罹患率（ATL）	0.44 （2019 年）	0.42 （2021 年）	A
		がん種別年齢調整罹患率（子宮頸部）	13.9 （2019 年）	13.6 （2021 年）	A

●アウトプット

＃	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
112101	令和４年４月に再開したＨＰＶワクチンの個別の接種勧奨の実施を踏まえ、ＨＰＶワクチンの接種状況と子宮頸がんの年齢調整罹患率の国内外の推移を把握し、必要に応じて子宮頸がん検診の指針を見直す等、科学的根拠に基づく子宮頸がん対策を推進	ＨＰＶワクチン定期予防接種実施率[10]	37.4% （令和３年度）	42.1% （令和４年度）	Ａ
112104	Ｂ型肝炎については、予防接種法に基づく定期接種及びウイルス排除を可能とする治療薬・治療法の開発に向けた研究を引き続き推進	Ｂ型肝炎定期予防接種実施率[11]	97.0% （令和３年度）	95.6% （令和４年度）	Ｃ

アウトカム指標について、分野別アウトカム指標はＡ判定が３指標であり、中間アウトカム指標はＡ判定が４指標、Ｄ判定が１指標であった。

個別施策（４施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡ判定が６指標、Ｂ判定が１指標、Ｃ判定が１指標であった。

ＨＰＶワクチンのキャッチアップ接種の実施及び経過措置期間の設定を行うとともに、接種対象者とその保護者に対する情報提供のための資材を作成し、周知している。定期接種を継続するとともに、引き続き、接種対象者やその保護者が正しい情報に基づいて、接種について検討・判断できるよう、正確で分かりやすい情報発信を行うこととしている。

肝炎ウイルス検査体制の充実やウイルス陽性者の受診勧奨、普及啓発を引き続き推進するために、令和５年度に肝疾患専門医療機関を設置（3,249 箇所）す

10 総務省公表「人口推計」における当該ワクチンの標準接種期間（13 歳）に該当する女性の人口のうち、地域保健・健康増進事業報告において報告された年間接種者の数
11 厚生労働科学研究により算出

るとともに、肝炎医療コーディネーターの養成（38,805 名）を行った。引き続き、肝疾患専門医療機関の設置、肝炎医療コーディネーターの養成を行っていくこととしている。

ＨＴＬＶ－１の正しい理解の促進や、相談、医療体制等の整備をはじめとしたＨＴＬＶ－１総合対策の推進に資する事業を実施しており、引き続き取組を実施する。厚生労働科学研究班等と連携の上、ＨＴＬＶ－１の水平感染のリスクを含めた正しい知識の普及啓発のため広報資材の作成を検討している。

令和６年度及び令和７年度の厚生労働科学研究「胃がんの一次及び二次予防の現状把握とヘリコバクター・ピロリ未感染時代に対応した新たな胃がん検診の提案に向けた研究」において、効果的な胃がん検診対象者の絞り込みのため、ヘリコバクター・ピロリ（以下「ピロリ」という。）未感染率の推移、ピロリ感染の有無別の胃がん発生率等の分析により、未感染者が多数派となる近未来の日本社会において、現行の一律的な胃がん検診がもたらす臨床的便益が限定的であることが示唆された。厚生労働科学研究において、引き続きデータ分析等を進め、ピロリ未感染時代及び人口分布の変化に適応した、臨床的に妥当で実現可能な新たな胃がん検診システムを考案するための基礎となる資料を公表することとしている。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

がん罹患率減少を目的として、ＨＰＶワクチンの定期予防接種実施率向上に向けた取組、肝炎ウイルス陽性者への受診勧奨及び普及啓発等を推進する必要がある。

（２）がんの２次予防（がん検診）

（個別目標）

がん検診受診率を向上させ、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針の一部改正について」（令和７年７月１日付け健生発０７０１第９号厚生労働省健康・生活衛生局長通知）（以下「指針」という。）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。

①受診率向上対策について

（進捗状況）

●判定一覧

判定	A	B	C	D	*
分野別アウトカム	5	0	5	0	0
中間アウトカム	0	0	0	5	0
アウトプット	6	0	1	1	0

●分野別アウトカム

	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
100003	検診がん種の早期がん割合の増加[12]	検診がん種別早期がん割合（胃）	59.6%（2019 年）	59.0%（2023 年）	C
		検診がん種別早期がん割合（大腸）	59.1%（2019 年）	58.6%（2023 年）	C
		検診がん種別早期がん割合（肺）	35.4%（2019 年）	37.0%（2023 年）	A
		検診がん種別早期がん割合（乳）	64.6%（2019 年）	66.2%（2023 年）	A
		検診がん種別早期がん割合（子宮頸）	80.8%（2019 年）	80.0%（2023 年）	C

[12] 胃・肺は上皮内がんを含まない。大腸・乳房・子宮頸部は上皮内がんを含む。

100004	検診がん種の進行がん罹患率の減少	検診がん種別進行がん罹患率（胃）	16.5（2019 年）	13.1（2023 年）	A
		検診がん種別進行がん罹患率（大腸）	30.1（2019 年）	29.3（2023 年）	A
		検診がん種別進行がん罹患率（肺）	27.0（2019 年）	24.7（2023 年）	A
		検診がん種別進行がん罹患率（乳）	40.0（2019 年）	40.2（2023 年）	C
		検診がん種別進行がん罹患率（子宮頸）	7.1（2019 年）	7.2（2023 年）	C

●中間アウトカム

＃	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
121201	検診受診率の向上[13]	検診受診率（胃）	42.1%（令和４年度）	－	D
		検診受診率（大腸）	45.9%（令和４年度）	－	D
		検診受診率（肺）	49.7%（令和４年度）	－	D
		検診受診率（乳）	47.4%（令和４年度）	－	D
		検診受診率（子宮頸）	43.6%（令和４年度）	－	D

[13] 胃；50～69 歳/過去 2 年、大腸・肺；男女計 40～69 歳/過去 1 年、乳；女 40～69 歳/過去 2 年、子宮頸；女 20～69 歳/過去 2 年

●アウトプット

＃	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
121101	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、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	受診勧奨実施市町村数（胃）	82.3% （令和３年度）	84.2% （令和５年度）	A
		受診勧奨実施市町村数（大腸）	83.7% （令和３年度）	86.3% （令和５年度）	A
		受診勧奨実施市町村数（肺）	80.1% （令和３年度）	81.8% （令和５年度）	A
		受診勧奨実施市町村数（乳）	83.2% （令和３年度）	86.4% （令和５年度）	A
		受診勧奨実施市町村数（子宮頸）	83.6% （令和３年度）	85.9% （令和５年度）	A
121102	【市町村及び検診実施機関】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 指針に基づくがん検診の意義・必要性について、国民が正しく理解できるよう普及啓発	普及啓発キャンペーンの実施状況（資料の実質配布枚数、イベント参加者数）：イベント参加者数	203,642 （令和５年）	158,332 （令和６年）	C

アウトカム指標について、分野別アウトカム指標はＡ判定が５指標、Ｃ判定が５指標であり、中間アウトカム指標はＤ判定が５指標であった。コア指標（10 指標）についてはＡ判定が３指標、Ｃ判定が２指標、Ｄ判定が５指標であった。

コア指標のうち、中間アウトカム指標として設定されている「検診がん種別進行がん罹患率」について、胃、大腸及び肺では改善傾向にあるものの、乳及び子宮頸では後退傾向にある。

個別施策（６施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡ判定が６指標、Ｃ判定が１指標、Ｄ判定が１指標であった。

「攻めの予防医療」が重点施策の一つとして掲げられ、がん検診に係る取組をより一層強化する方針となった。がん検診の受診率向上に向けた取組として、がん検診未受診者への個別勧奨の更なる徹底やメディア・市町村等と連携し、全国一斉に受診勧奨を行うこととしている。がん検診精密検査受診率向上に向けた取組として、ソーシャルマーケティングを活用した効果的ながん検診受診勧奨資材の開発を実施している「希望の虹プロジェクト」に協力を依頼し、がん種別

の精密検査の受診勧奨資材について、共同で発行し、都道府県、市町村及び医療保険者へ周知を行った。今後予定している取組としては、「がん検診受診率向上推進事業」として、がん検診等に関する各種データ及び本基本計画における「がんの２次予防（がん検診）」分野のロジックモデルを活用し、都道府県及び市町村の課題を見える化するとともに、課題に応じた重点的な取組を検討する場として、都道府県担当者等を対象とした研修会を令和８年度に開催する予定としている。職域等がん検診において保険者が精密検査対象者への受診勧奨等を積極的に行うことができるよう科学的根拠に基づくがん検診の支援の在り方を検討し、職域においても科学的根拠に基づくがん検診の精密検査の受診状況等の実態把握を進めることとしている。

がん検診の受診率の目標値は 60%であるが、令和４年度時点でがん検診の受診率が約 43%から 54%となっており、受診率向上施策の加速及び受診率の精密な把握の検討を進める必要がある。2025 年４月「第 43 回がん検診のあり方に関する検討会」及び 2025 年６月「第 44 回がん検診のあり方に関する検討会」において、「がん検診情報の一体的な把握について」を議題として、職域検診を含めた住民のがん検診の受診状況等を集約し、市町村が一体的に管理することを目指し、議論を開始した。指針において、「市町村は、当該市町村の区域内に居住地を有する者の職域等がん検診の受診状況を把握し、職域等がん検診情報も踏まえた適切な受診勧奨及び精密検査勧奨に努めること。」と改正した。がん検診の一体的な把握については、自治体検診ＤＸのモデル事業の中で、職域等の検診の把握も含めたシステムの構築に向けて引き続き検討していくこととしている。

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ために、厚生労働省にて、がん予防に関するリーフレットの作成及びウェブサイトの新設、がん検診に関するウェブサイトの更新を行い、令和７年５月 28 日付けで関係機関へ通知したほか、がん検診受診率向上に向けた集中キャンペーン（10 月）等の機会に、都道府県や関係機関等と連携した普及啓発を実施した。引き続き、厚生労働省のウェブサイトにて、厚生労働科学研究で作成したがん検診に関するウェブサイトを周知することとしている。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

がん検診受診率については市町村の負担を増やすことなく、職域も含めて客観的なデータ収集及び分析ができるよう体制づくりや職域における受診を促す取組についても検討することが必要である。

「がん検診受診率 60%」の目標達成に向け、国民に対する効果的な受診勧奨の取組を推進するとともに、未受診者に対する個別勧奨をより一層進める必要

がある。特に、就労状況に応じた効果的ながん検診の受診勧奨の取組を推進する必要がある。

「精密検査受診率 90%」の目標達成に向け、精密検査の重要性に関する効果的な普及啓発を行うとともに、精密検査未受診者に対する個別勧奨をより一層進める必要がある。あわせて、職域においても、科学的根拠に基づくがん検診精密検査の受診状況等について、実態把握を進める必要がある。

②がん検診の精度管理等について

（進捗状況）

●判定一覧

判定	A	B	C	D	*
分野別アウトカム	5	0	5	0	0
中間アウトカム	9	2	7	0	0
アウトプット	26	0	0	0	0

●分野別アウトカム

#	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
100004	検診がん種の進行がん罹患率の減少	検診がん種別進行がん罹患率（胃）	16.5（2019 年）	13.1（2023 年）	A
		検診がん種別進行がん罹患率（大腸）	30.1（2019 年）	29.3（2023 年）	A
		検診がん種別進行がん罹患率（肺）	27.0（2019 年）	24.7（2023 年）	A
		検診がん種別進行がん罹患率（乳）	40.0（2019 年）	40.2（2023 年）	C
		検診がん種別進行がん罹患率（子宮頸）	7.1（2019 年）	7.2（2023 年）	C

●中間アウトカム

＃	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
122201	精密検査受診率の向上[14]	精密検査受診率（胃Ｘ線）	79.7% （令和２年度）	79.2% （令和４年度）	C
		精密検査受診率（胃内視鏡）	92.6% （令和２年度）	93.7% （令和４年度）	A
		精密検査受診率（大腸）	70.2% （令和２年度）	70.4% （令和４年度）	A
		精密検査受診率（肺）	82.6% （令和２年度）	82.3% （令和４年度）	C
		精密検査受診率（乳）	89.8% （令和２年度）	89.5% （令和４年度）	C
		精密検査受診率（子宮頸）	76.6% （令和２年度）	77.9% （令和４年度）	A
122202	がん発見率の向上	がん発見率（胃Ｘ線）	0.07% （令和２年度）	0.06% （令和４年度）	C
		がん発見率（胃内視鏡）	0.20% （令和２年度）	0.17% （令和４年度）	C
		がん発見率（大腸）	0.16% （令和２年度）	0.15% （令和４年度）	C
		がん発見率（子宮頸）[15]	0.16% （令和２年度）	0.15% （令和４年度）	C

アウトカム指標について、分野別アウトカム指標はＡ判定が５指標、Ｃ判定が５指標であり、中間アウトカム指標はＡ判定が９指標、Ｂ判定が２指標、Ｃ判定が７指標であった。コア指標（11 指標）についてはＡ判定が６指標、Ｃ判定が５指標であった。

コア指標のうち、「精密検査受診率」については、胃エックス線、肺及び乳の領域において、後退傾向にあったが、胃内視鏡、大腸及び子宮頸においては改善傾向にある。

個別施策（５施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡ判定が 26 指標であった。

がん検診精密検査受診率向上に向けた取組として、ソーシャルマーケティングを活用した効果的ながん検診受診勧奨資材の開発を実施している「希望の虹

[14] 胃；50-74 歳、大腸・肺・乳；40-74 歳、子宮頸；20-74 歳の要精密検査者数
[15] 子宮頸は CIN3 を含む

プロジェクト」に協力を依頼し、がん種別の精密検査の受診勧奨資材について、共同で発行し、都道府県、市町村及び医療保険者へ周知を行った。今後予定している取組としては、「がん検診受診率向上推進事業」として、がん検診等に関する各種データ及び本基本計画における「がんの２次予防（がん検診）」分野のロジックモデルを活用し、都道府県及び市町村の課題を見える化するとともに、課題に応じた重点的な取組を検討する場として、都道府県担当者等を対象とした研修会を令和８年度に開催する予定としているほか、職域等がん検診において保険者が精密検査対象者への受診勧奨等を積極的に行うことができるよう科学的根拠に基づくがん検診の支援の在り方を検討し、職域においても科学的根拠に基づくがん検診の精密検査の受診状況等の実態把握を進めることとしている。

「市区町村におけるがん検診実施状況調査」において、都道府県及び市町村のがん検診事業の実施状況を調査したデータを集計し、精度管理の向上を支援している。「市区町村におけるがん検診実施状況調査」を継続し、都道府県及び市町村のがん検診の実施状況についてモニタリングしていくこととしている。

精密検査の受診率の目標値は 90%であるが、令和４年度時点の受診率は約 70 から 90%となっており、受診率向上施策についてはより加速させる必要がある。精密検査受診率向上の観点で、各都道府県の公式サイト等で「精密検査を受けられる医療機関リスト」の公表状況を確認し、約 55%の都道府県が５がんまたは一部のがん検診の精密検査医療機関が公表していた。今後も、自治体検診ＤＸの整備を見据えて、自治体における「精密検査を受けられる医療機関リスト」の整備及び情報提供の推進について検討していくこととしている。

がん検診の精度管理の技術的支援等について、令和５年度から令和７年度の厚生労働科学研究「がん登録を利用したがん検診の精度管理方法の検討のための研究」において、がん登録情報を利用したがん検診の精度管理事業（感度・特異度の算出）について、令和６年度までに７都県において技術的支援を実施しており、引き続き、都道府県に対して技術的支援を継続していくこととしている。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

特に大腸がんと子宮頸がんにおける精密検査受診率の向上が課題となっている。これらのがん種を含む全てのがん種について、市町村の参考となる好事例の収集及び普及を図る取組が必要である。

がん登録とがん検診のデータを突合し、感度及び特異度の評価を行うことにより、市町村によるがん検診の精度管理をより一層推進する必要がある。

③科学的根拠に基づくがん検診の実施について

（進捗状況）

●判定一覧

判定	A	B	C	D	*
分野別アウトカム	5	0	5	0	0
中間アウトカム	9	2	7	0	0
アウトプット	10	0	6	0	0

●分野別アウトカム

#	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
100004	検診がん種の進行がん罹患率の減少	検診がん種別進行がん罹患率（胃）	16.5（2019 年）	13.1（2023 年）	A
		検診がん種別進行がん罹患率（大腸）	30.1（2019 年）	29.3（2023 年）	A
		検診がん種別進行がん罹患率（肺）	27.0（2019 年）	24.7（2023 年）	A
		検診がん種別進行がん罹患率（乳）	40.0（2019 年）	40.2（2023 年）	C
		検診がん種別進行がん罹患率（子宮頸）	7.1（2019 年）	7.2（2023 年）	C

●中間アウトカム

＃	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
122201	精密検査受診率の向上	精密検査受診率（胃Ｘ線）	79.7% （令和２年度）	79.2% （令和４年度）	C
		精密検査受診率（胃内視鏡）	92.6% （令和２年度）	93.7% （令和４年度）	A
		精密検査受診率（大腸）	70.2% （令和２年度）	70.4% （令和４年度）	A
		精密検査受診率（肺）	82.6% （令和２年度）	82.3% （令和４年度）	C
		精密検査受診率（乳）	89.8% （令和２年度）	89.5% （令和４年度）	C
		精密検査受診率（子宮頸）	76.6% （令和２年度）	77.9% （令和４年度）	A
122202	がん発見率の向上	がん発見率（胃Ｘ線）	0.07% （令和２年度）	0.06% （令和４年度）	C
		がん発見率（胃内視鏡）	0.20% （令和２年度）	0.17% （令和４年度）	C
		がん発見率（大腸）	0.16% （令和２年度）	0.15% （令和４年度）	C
		がん発見率（子宮頸）	0.16% （令和２年度）	0.15% （令和４年度）	C

●アウトプット

＃	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
123101	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	指針の遵守市町村数　胃（検診項目）	64.6% （令和３年度）	63.6% （令和５年度）	C
		指針の遵守市町村数　大腸（検診項目）	92.9% （令和３年度）	94.0% （令和５年度）	A
		指針の遵守市町村数　肺（検診項目）	73.1% （令和３年度）	73.8% （令和５年度）	A
		指針の遵守市町村数　乳（検診項目）	44.6% （令和３年度）	47.0% （令和５年度）	A
		指針の遵守市町村数　子宮頸（検診項目）	74.4% （令和３年度）	73.0% （令和５年度）	C
		指針の遵守市町村数　胃（対象年齢）	6.2% （令和３年度）	7.3% （令和５年度）	A
		指針の遵守市町村数　大腸（対象年齢）	78.1% （令和３年度）	78.0% （令和５年度）	C
		指針の遵守市町村数　肺（対象年齢）	61.5% （令和３年度）	64.1% （令和５年度）	A
		指針の遵守市町村数　乳（対象年齢）	84.2% （令和３年度）	85.6% （令和５年度）	A
		指針の遵守市町村数　子宮頸（対象年齢）	97.0% （令和３年度）	96.1% （令和５年度）	C
		指針の遵守市町村数　胃（検診間隔）	5.2% （令和３年度）	6.1% （令和５年度）	A
		指針の遵守市町村数　大腸（検診間隔）	99.9% （令和３年度）	99.8% （令和５年度）	C
		指針の遵守市町村数　肺（検診間隔）	97.3% （令和３年度）	96.2% （令和５年度）	C
		指針の遵守市町村数　乳（検診間隔）	42.7% （令和３年度）	46.7% （令和５年度）	A
		指針の遵守市町村数　子宮頸（検診間隔）	37.1% （令和３年度）	39.3% （令和５年度）	A

アウトカム指標について、分野別アウトカム指標はＡ判定が５指標、Ｃ判定が５指標であり、中間アウトカム指標はＡ判定が９指標、Ｂ判定が２指標、Ｃ判定が７指標であった。コア指標（11 指標）についてはＡ判定が６指標、Ｃ判定が

５指標であった。

個別施策（４施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡ判定が 10 指標、Ｃ判定が６指標であった。

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、2025 年４月に開催された「第 43 回がん検診のあり方に関する検討会」において、対策型検診の項目の導入に係るプロセスについての議論を実施した。その際に、新しい検診項目検討時の導入プロセスの合意を得た。今後については、まず、肺がん検診に新たに導入する低線量ＣＴ検査の自治体でのモデル実施を踏まえ、検診項目導入に係るプロセスを検証していくこととしている。

令和６年度及び令和７年度の予算事業「ＨＰＶ検査単独法導入に向けた精度管理支援事業」において、令和６年度から指針において推奨されているＨＰＶ検査単独法による子宮頸がん検診について、自治体が適切かつ円滑に検診を運用できるよう研修等を実施した。令和７年度から令和９年度の厚生労働科学研究「子宮頸がん検診におけるＨＰＶ検査単独法の精度管理体制の評価及び改善に資する研究」において、ＨＰＶ検査単独法の精度管理について、自治体に対する技術的支援を引き続き実施していくこととしている。

また、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精度向上に向け、「第 37 回がん検診のあり方に関する検討会」及び「第 38 回ん検診のあり方に関する検討会」にて議論を行い、令和５年６月に報告書「がん検診のあり方について」を公表したほか、第 42 回の同検討会では、本基本計画の内容や、直近の子宮頸がん検診のＨＰＶ検査単独法や、その他の法令・ガイドライン等の改正を反映することについて議論を行い、令和６年７月に報告書「がん検診のあり方について」を公表した。引き続き、検討会にて、自治体検診ＤＸの構築も見据え、情報の一体的把握の体制整備について引き続き検討していくこととしている。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

指針に基づくがん検診を実施している市町村数については、特に大腸がん、肺がん及び乳がんは改善傾向が認められるものの、全てのがん種において科学的根拠に基づくがん検診の提供が確保されるよう、より一層推進していく必要がある。

組織型検診の構築に向け、職域等がん検診も含めたがん検診の受診結果の把握が求められていることを踏まえ、市町村による効率的な収集方法について検討する必要がある。

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

（個別目標）

がん患者が、全国どこにいても、質の高いがん医療を受けられ、がんゲノム医療へのアクセシビリティが確保されていることを目指す。また、質の高い病理診断が速やかに提供され、安全かつ質の高い手術療法、放射線療法、薬物療法が適切なタイミングで提供され、さらに、患者自身が治療法を正しく理解した上で提供を受けられるようにする。

安全かつ安心で質の高いがん医療の提供に向けては、医療従事者間及び多職種での連携を強化するとともに、拠点病院等を中心に、がんリハビリテーション及び標準的な支持療法が、必要な患者に適切に提供されるようにする。

国民の緩和ケアに対する正しい認識を促すとともに、身体的・精神心理的・社会的な苦痛を抱える全ての患者が、資料[16]を用いる等により分かりやすい説明を受け、速やかに医療従事者へ相談でき、適切なケア・治療を受けられる体制を目指す。

妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療に関する科学的根拠の創出を目指すとともに、がん患者やその家族等が、治療開始前に生殖機能への影響について認識し、適切に意思決定ができるようにする。

①医療提供体制の均てん化・集約化について

（進捗状況）

●判定一覧

判定	A	B	C	D	＊
分野別 アウトカム	1	0	0	0	0
中間 アウトカム	0	0	0	0	2
アウトプット	6	0	2	0	1

16 「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」（https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000950865.pdf）

●分野別アウトカム

＃	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
200001	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）	7.9 点 （平成 30 年度）	8.2 点 （令和５年度）	A

●中間アウトカム

＃	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
211201	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	78.7% （平成 30 年度）[17]	89.8% （令和５年度）[18]	*

●アウトプット

＃	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
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	役割分担に関する議論が行われている都道府県の数	35 （令和３年４月１日～令和４年３月 31 日）	41 （令和５年４月１日～令和６年３月 31 日）	A

[17] 患者体験調査全回答者：あなた（患者さん）のがんに関して専門的な医療を受けられた。1.そう思わない 2.どちらともいえない 3.ややそう思う 4.ある程度そう思う 5.とてもそう思うのうち「4.ある程度そう思う 5.とてもそう思う」と回答した人の割合

[18] 患者体験調査全回答者：あなた（患者さん）を担当した医師は、あなた（患者さん）のがんについて十分な知識や経験を持っていましたか。1.そう思わない 2.あまりそう思わない 3.どちらともいえない 4.ややそう思う 5.そう思うのうち「4.ややそう思う 5.そう思う」と回答した割合

	供などの技術的支援を行う）				
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	34.9% （平成 30 年度）[19]	31.7% （令和５年度）[20]	*
211105	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	32 （令和４年４月１日～令和５年３月 31 日）	35 （令和５年４月１日～令和６年３月 31 日）	A
211106	質の高い病理診断や細胞診断を提供するための体制の整備を引き続き推進	病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する医師が１人以上配置されている拠点病院等の割合　（がん診療連携拠点病院：専従の病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師が１人以上配置されている割合）	96.3% （令和４年９月１日時点）	100.0% （令和６年９月１日時点）	A
		病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する医師が１人以上配置されている拠点病院等の割合　（地域がん診療病院：専任の病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する医師が１	55.3% （令和４年９月１日時点）	52.5% （令和６年９月１日時点）	C

[19] 患者体験調査全回答者：がんの治療が始まる前に、担当医からセカンドオピニオンについて話がありましたか。a.話しがあった b.話しはなかったのうち「a.話しがあった」と回答した割合

[20] 患者体験調査全回答者：セカンドオピニオンについて担当医から説明がありましたか。1.説明があった 2.説明はなかったのうち「1.説明があった」と回答した割合

		人以上配置されている割合をそれぞれ評価）			
211107		細胞診断に関する専門資格を有する者が１人以上配置されている拠点病院等の割合（地域がん診療病院：細胞診断に関する専門資格を有する者が１人以上配置されている割合をそれぞれ評価）	83.0% （令和４年９月１日時点）	76.3% （令和６年９月１日時点）	C

アウトカム指標について、分野別アウトカム指標はＡ判定が１指標であり、中間アウトカム指標は＊判定が２指標であった。コア指標（２指標）については、Ａ判定が１指標、＊判定が１指標であった。

コア指標のうち、分野別アウトカム指標として設定されている「がんの診断・治療全体の総合評価」はＡ判定であり、最終アウトカム指標である、「がんの年齢調整死亡率の減少」や「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」に資する取組が進んでいると考えられる。

個別施策（５施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡ判定が６指標、Ｃ判定が２指標、＊判定が１指標であった。

令和６年 12 月から令和７年７月にかけて開催された「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」での議論を経て、令和７年８月１日に「2040 年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」がまとめられた。本取りまとめにおいて、2040 年に向けて、がん医療の需要変化等が見込まれる中、持続可能ながん医療提供体制となるよう、基本的な考え方として、医療技術の観点から、広く普及された医療について均てん化に取り組むとともに、高度な医療技術については、症例数を集積して質の高いがん医療提供体制を維持できるよう一定の集約化を検討していくといった医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携を一層推進すること、また、医療需給の観点から、医療需要が少ない地域や医療従事者等の不足している地域等においては、効率性の観点から一定の集約化を検討していくことが示された。上記を踏まえて、令和７年８月 29 日に各都道府県に対して「2040 年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に係る基本的な考え方及び検討の進め方について」の課長通知を発出した。

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の各指定要件においては、情報提供や長期フォローアップ体制の整備等に関する連携について規定しているところであり、「病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する医師が１人以上配置されている拠点病院等の割合」について、がん診療連携

拠点病院では 3.7 ポイント増加と改善傾向であるが、地域がん診療病院では 2.8 ポイント減少と改善の余地があるため、指定要件に関するワーキンググループで具体的な連携の要件及び適切な体制について議論していくこととしている。また、「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」についても、31.7%と低値が続いているため、患者体験調査の結果を用いて継続的に評価を行うことにより、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等が適切に実施されるような体制整備を引き続き推進していくこととしている。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

「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）」について、中間測定値がベースライン値より増加していることは評価できるが、「治療前にセカンドオピニオンに関する話を受けた患者の割合」が 31.7%であるため、がん治療前にセカンドオピニオンを受けることについての情報提供を充実させるほか、希望する人ががん治療前にセカンドオピニオンを受けているかどうかについての実態を把握していく必要がある。

役割分担に関する議論が行われている都道府県の数が増加していることは、均てん化・集約化の進展を示すものであり評価できる。持続可能ながん医療の提供に向けて、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化の方向性が明確に示されている点は重要である。今後、「2040 年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に係る基本的な考え方及び検討の進め方について」に基づき都道府県での検討がより進むが、国は地域ごとの取組状況を確認するためその進捗管理をしていく必要がある。また、都道府県における議論の推進のため、今後、都道府県における取組について好事例の共有や他地域や医療機関との比較・検証が必要である。

特に、希少がん、小児がん等では、県内に専門医が存在せず、遠距離通院を余儀なくされる患者が存在し、集約化はこうした患者の増加を伴う。患者の生活圏は必ずしも居住する都道府県に限定されないため、都道府県単位にとどまることなく、より広域な医療圏での議論・調整が必要である。

医療へのアクセスに関する指標として設定されている「タイムリーな病理診断」、「診断から手術までの日数」、「手術から放射線治療開始までの期間」及び「遅延なく化学療法が行えているか」について、集計時期からコロナの影響も考えられるが、全て後退傾向にあり、院内においてはキャンサーボード、また、院外では迅速な病診、病病連携を促進する必要がある。

②がんゲノム医療について

（進捗状況）

●判定一覧

判定	A	B	C	D	*
分野別 アウトカム	1	0	0	0	0
中間 アウトカム	2	0	3	0	0
アウトプット	5	2	0	0	0

●分野別アウトカム

#	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
200001	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）	7.9 点 （平成 30 年度）	8.2 点 （令和５年度）	A

●中間アウトカム

#	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
212201	がんゲノム医療へのアクセシビリティの向上	がんゲノム情報管理センターに登録された患者数	19,138 例 （令和４年１月１日 ～12 月 31 日）	25,072 例 （令和６年１月１日 ～12 月 31 日）	A
212203		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の結果治療薬の選択肢が提示された割合	45.1% (8,282/18,372) （令和４年１月１日 ～12 月 31 日）	43.3% (9,438/21,786) （令和６年１月１日 ～12 月 31 日）	C
212204		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	8.2% (1,507/18,372) （令和４年１月１日 ～12 月 31 日）	7.8% (1,563/20,051) （令和５年１月１日 ～12 月 31 日）	C
212205		ゲノム情報を活用したがん医療についてがん患者が知っていると回答した割合	17.0% （平成 30 年度）	12.4% （令和５年度）	C

●アウトプット

＃	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
212101	がんゲノム医療中核拠点病院等を中心とした医療提供体制の整備等を引き続き推進する。また、関係学会等と連携し、がん遺伝子パネル検査等の更なる有効性に係る科学的根拠を引き続き収集するとともに、必要な患者が、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受けられるよう、既存制度の見直しも含め検討する	がんゲノム医療中核拠点病院等の数　がんゲノム医療中核拠点病院	13 施設 （令和５年９月１日時点）	13 施設 （令和６年９月１日時点）	B
		がんゲノム医療中核拠点病院等の数　がんゲノム医療拠点病院	32 施設 （令和５年９月１日時点）	32 施設 （令和６年９月１日時点）	B
		がんゲノム医療中核拠点病院等の数　がんゲノム医療連携病院	202 施設 （令和５年９月１日時点）	226 施設 （令和６年９月１日時点）	A

アウトカム指標について、分野別アウトカム指標はＡ判定が１指標であり、中間アウトカム指標はＡ判定が２指標、Ｃ判定が３指標であった。コア指標（３指標）については、Ａ判定が１指標、Ｃ判定が２指標であった。

コア指標のうち、中間アウトカム指標として設定されている「がんゲノム情報管理センターに登録された患者数」が増加している一方で、「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」が 0.4 ポイント減少しており、がんゲノム医療へのアクセシビリティの向上については、改善の余地がある。また、「ゲノム情報を活用したがん医療についてがん患者が知っていると回答した割合」も 4.6 ポイント減少しており、ゲノム情報を活用したがん医療そのものの情報を普及する必要があるといえる。

個別施策（１施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡ判定が５指標、Ｂ判定が２指標であった。

第６回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループにおいて、固形がんのエキスパートパネルの標準化の検討やエキスパートパネルの持ち回り開催等、がんの標準治療を実施することが求められる医療機関として位置づけられている拠点病院等において、がんゲノム医療が実施できる

よう、関連学会等と連携し、その運用面の改善を進めているところであり、「がんゲノム医療連携病院」の数は増加している。がんの標準治療を実施することが求められる医療機関として位置づけられている拠点病院等において、がんゲノム医療の実施が可能となるよう、引き続き関連学会等との連携の下、その運用面の改善を図りつつ、質の高いがんゲノム医療の提供体制の構築を推進していくこととしている。

固形がんを対象とするがん遺伝子パネル検査は、標準治療のない、又は標準治療のある場合は終了後若しくは終了見込みの患者に対して、保険診療としての実施を可能としている。標準治療前のがん遺伝子パネル検査は先進医療の枠組みで科学的根拠の収集が進められており、今後、保険適用の可能性を含め、関連学会の学術的見解も聞きながら、中央社会保険医療協議会において議論を進めていくこととしている。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

がんゲノム医療中核拠点病院等を中心とした医療提供体制として、がんゲノム医療連携病院や人的資源の数が増加傾向にあり、検査を受けた患者数や遺伝カウンセリング件数が増加していることは、患者が必要な医療や支援にアクセスできる機会が広がっているという点で評価できる。治療過程の中でがんゲノム検査実施の機会が逸されることのないよう、医療従事者への教育・啓発の機会提供が重要であるため、がんゲノム医療中核拠点病院等以外の医療機関の医師への教育が必要である。

「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」が、0.4 ポイント減少しており、改善へ向けて、治験へのアクセスの改善が必要である。

拠点病院等において質の高いがんゲノム医療が提供されるよう、エキスパートパネルの標準化や効率的な運営体制の構築等について関連学会等と連携しながら運用面の改善をより一層推進するとともに、拠点病院等においてがんゲノム医療を提供できる体制の整備を推進する必要がある

③手術療法・放射線療法・薬物療法について

（ア）手術療法について

（進捗状況）

●判定一覧

判定	A	B	C	D	＊
分野別アウトカム	1	0	0	0	2
中間アウトカム	5	0	4	0	0
アウトプット	8	0	0	0	0

●分野別アウトカム

＃	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
200001	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）	7.9 点（平成 30 年度）	8.2 点（令和５年度）	A
200004	（標準的な）診断・医療の進歩	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	75.6%（平成 30 年度）[21]	81.1%（令和５年度）[22]	＊
200005	治療選択についての情報提供の充実（必要な情報へのアクセス改善）	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	75.0%（平成 30 年度）[23]	88.5%（令和５年度）[24]	＊

[21] 患者体験調査全回答者：一般の人がうけられるがん医療は数年前と比べて進歩した 1.そう思わない 2.どちらともいえない 3.ややそう思う 4.ある程度そう思う 5.とてもそう思うのうち「4.ある程度そう思う 5.とてもそう思う」と回答した患者の割合

[22] 患者体験調査全回答者：一般の人がうけられるがん医療は数年前と比べて進歩した 1.そう思わない 2.あまりそう思わない 3.どちらともいえない 4.ややそう思う 5.そう思うのうち「4.ややそう思う 5.そう思う」と回答した患者の割合

[23] 患者体験調査全回答者：「がん治療」を決めるまでの間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 1.そう思わない 2.どちらともいえない 3.ややそう思う 4.ある程度そう思う 5.とてもそう思うのうち「4.ある程度そう思う 5.とてもそう思う」と回答した患者の割合

[24] 患者体験調査全回答者：「がん治療」を決めるまでの間に、医療スタッフから治療に関する情報を得ることができましたか（「がん治療」には治療しないという方針も含みます）。1.まったく得られなかった 2.あまり得られなかった 3.どちらともいえない 4.ある程度得られた 5.十分得られたのうち「4.ある程度得られた 5.十分得られた」と回答した割合

●中間アウトカム

＃	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
213201	安全かつ質の高い手術治療の実施	我が国に多いがんの術後短期死亡率[25]　大腸	0.41% （令和３年）	0.48% （令和４年）	C
		我が国に多いがんの術後短期死亡率　肺	0.32% （令和３年）	0.27% （令和４年）	A
		我が国に多いがんの術後短期死亡率　胃	0.37% （令和３年）	0.48% （令和４年）	C
		我が国に多いがんの術後短期死亡率　乳	0.02% （令和３年）	0.01% （令和４年）	A
		我が国に多いがんの術後短期死亡率　前立腺	0.04% （令和３年）	0.03% （令和４年）	A
		我が国に多いがんの術後短期死亡率　肝	0.58% （令和３年）	0.46% （令和４年）	A
		我が国に多いがんの術後短期死亡率　胆のう・胆管	0.89% （令和３年）	0.91% （令和４年）	C
		我が国に多いがんの術後短期死亡率　膵	0.42% （令和３年）	0.30% （令和４年）	A
213202		診断から手術までの日数（術前化学療法の対象外のがん種・ステージ患者に対象を限定）	41.4 日 （令和３年）	44.6 日 （令和４年）	C

アウトカム指標について、分野別アウトカム指標はＡ判定が１指標、＊判定が２指標であり、中間アウトカム指標はＡ判定が５指標、Ｃ判定が４指標であった。コア指標（10 指標）については、Ａ判定が６指標、Ｃ判定が３指標、＊判定が１指標であった。

拠点病院等におけるロボット支援下手術も含むがんの鏡視下手術の割合が全てのがん種で増加傾向となっていることに加え、コア指標として設定されている中間アウトカム指標の「我が国に多いがんの術後短期死亡率」は多くのがん種で改善傾向にあるが、胃、大腸及び胆のう・胆管においては後退傾向となっている。

個別施策（１施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡ判定が８指標であった。

令和７年８月１日に公表した「2040 年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」において、都道府県がん診療連携協議会におい

[25] 分子：術後 30 日以内に死亡した患者数

て手術療法に係る医療機関間の役割分担の明確化の議論に資するよう、がん医療の均てん化及び集約化に関する基本的な考え方並びに協議の進め方を示した。また、手術療法について集約化が望ましい具体的な医療行為について、関係学会と検討を進め、2040 年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方に基づいた医療行為例を示した。

各都道府県がん診療連携協議会におけるがん医療の均てん化・集約化に係る議論の状況及びその進捗について把握を行い、都道府県間の取組状況の差異を踏まえた上で、各都道府県の実情に即した支援を講じていくこととしている。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

術後短期死亡率が増加している胃がん、大腸がん及び胆嚢がんについては、ＮＣＤ[26]等を活用し、年齢調整や緊急手術の有無、術式等で検討するなど、リスク調整して評価が必要である。

術後短期死亡率はいずれも低い数値で推移しており、患者にとって「手術の安全性が全般的に確保されている」という安心感につながる点は評価できるが、増減だけで評価することは難しい。今後は術後短期死亡率の低さだけでなく、ＮＣＤ等を活用し、術後合併症の発生率や回復までの期間といった観点を含めた評価が必要である。

高難度手術の集約化は、医療資源の活用だけではなく、治療成績・医療安全の観点からも有益な点が多い。都道府県のみならず、関連学会や医師を派遣する大学とも連携を深めて、推進していく必要がある。

（イ）放射線療法について

（進捗状況）

●判定一覧

判定	A	B	C	D	＊
分野別 アウトカム	1	0	0	0	2
中間 アウトカム	0	1	2	0	0
アウトプット	3	0	1	0	0

[26] National Clinical Database

●分野別アウトカム

＃	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
200001	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）	7.9 点 （平成 30 年度）	8.2 点 （令和５年度）	A
200004	（標準的な）診断・医療の進歩	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	75.6% （平成 30 年度）	81.1% （令和５年度）	*
200005	治療選択についての情報提供の充実（必要な情報へのアクセス改善）	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	75.0% （平成 30 年度）	88.5% （令和５年度）	*

●中間アウトカム

＃	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
213204	必要な患者に対する、最適な放射線治療のタイムリーかつ安全な実施	拠点病院等（ＱＩ研究参加施設）における手術から放射線治療開始までの期間 術後化学療法なし	52.3 （令和３年）	54.4 （令和４年）	C
		拠点病院等（ＱＩ研究参加施設）における手術から放射線治療開始までの期間 術後化学療法あり	194.9 （令和３年）	197.8 （令和４年）	C

●アウトプット

＃	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
213103	【国及び都道府県】標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく高度な放射線療法の提供についても、医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整備等の取組を進める	IMRT[27]を提供しているがん診療連携拠点病院の割合	72.6% （令和４年９月１日時点）	78.5% （令和６年９月１日時点）	A
213106		専従の放射線治療に関する専門資格を有する常勤の看護師が放射線治療部門に１人以上配置されているがん診療連携拠点病院の割合	49.9% （令和４年９月１日時点）	46.0% （令和６年９月１日時点）	C

[27] intensity-modulated radiation therapy（強度変調放射線治療）

アウトカム指標について、分野別アウトカム指標はＡ判定が１指標、＊判定が２指標であり、中間アウトカム指標はＢ判定が１指標、Ｃ判定が２指標であった。コア指標（２指標）については、Ａ判定が１指標、＊判定が１指標であった。

個別施策（２施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡ判定が３指標、Ｃ判定が１指標であった。

「2040 年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」において、都道府県がん診療連携協議会において粒子線治療を含む放射線療法に係る医療機関間の役割分担の明確化の議論に資するよう、がん医療の均てん化及び集約化に関する基本的な考え方並びに協議の進め方を示した。また、放射線療法について集約化が望ましい具体的な医療行為について、関係学会と検討を進め、2040 年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方に基づいた医療行為例を示した。本取りまとめでは、ＩＭＲＴ等の放射線療法はがん医療圏又は複数のがん医療圏で集約して提供することを検討することとしており、中間評価でＩＭＲＴを提供しているがん診療連携拠点病院の割合が 5.8 ポイント増加しており、今後、拠点病院等で更にＩＭＲＴの提供が進むことが望まれる。

令和５年度から令和７年度の厚生労働科学研究「放射線療法の提供体制構築に資する研究」において、放射線治療医師常勤１名の施設でもＩＭＲＴを提供できるよう、施設間の遠隔放射線治療計画システムを社会実装するための実証実験を実施した。

核医学治療に関しては、「経済財政運営と改革の基本方針 2025」（令和７年６月 13 日閣議決定）の中で利用促進に必要な体制整備等の取組を進めるとされ、令和７年度から、厚生労働科学研究でがん領域における医療用ラジオアイソトープを用いた質の高い医療の円滑な提供を可能にする体制の整備方策を明らかにし、持続可能な提供体制の確保に資する科学的知見を収集することとしている。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

ＩＭＲＴを提供しているがん診療連携拠点病院の割合が 5.9 ポイント上昇しており改善傾向にあるが、がん診療連携拠点病院の約 20%の施設でＩＭＲＴの提供ができておらず、継続的な取組が必要である。また、医療提供体制の集約化により、都道府県各地域におけるＩＭＲＴ提供体制を確保する必要がある。

放射線照射患者数は今後増加が見込まれる一方で、機器の高騰の影響が大きく、患者を集約することによる効率的な機器の運用の検討が必要である。また、より短期間で照射を完了する放射線治療装置を用いた放射線療法の研究を推進

するとともに、有効性・安全性が認められるものについて社会実装し、通院回数を減らすことで患者の負担を軽減させる取組を進めることが重要である。

「専従の放射線治療に関する専門資格を有する常勤の看護師が放射線治療部門に１人以上配置されているがん診療連携拠点病院の割合」について、中間測定値がベースライン値より減少していることに加えて、５割未満であることから、関係団体と連携しながら当該分野の専門性の高い看護師の養成が更に必要である。

（ウ）薬物療法について

（進捗状況）

●判定一覧

判定	A	B	C	D	＊
分野別アウトカム	1	0	0	0	2
中間アウトカム	2	0	4	1	0
アウトプット	2	4	1	0	0

●分野別アウトカム

＃	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
200001	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）	7.9 点（平成 30 年度）	8.2 点（令和５年度）	A
200004	（標準的な）診断・医療の進歩	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	75.6%（平成 30 年度）	81.1%（令和５年度）	＊
200005	治療選択についての情報提供の充実（必要な情報へのアクセス改善）	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	75.0%（平成 30 年度）	88.5%（令和５年度）	＊

●中間アウトカム

＃	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
213205	最新の知見に基づく適切な化学療法のタイムリー・安全な実施	化学療法/薬物療法関連ＱＩ（拠点病院等（ＱＩ研究参加施設）における標準的治療の実施割合）大腸	53.1% （令和３年）	52.1% （令和４年）	C
		化学療法/薬物療法関連ＱＩ（拠点病院等（ＱＩ研究参加施設）における標準的治療の実施割合）胃	67.0% （令和３年）	66.8% （令和４年）	C
		化学療法/薬物療法関連ＱＩ（拠点病院等（ＱＩ研究参加施設）における標準的治療の実施割合）肺	40.0% （令和３年）	41.4% （令和４年）	A
213206		遅延なく化学療法が行えているか（例：術後化学療法における手術から化学療法まで、あるいは、進行例における診断から化学療法までの期間）　大腸	44.6 （令和３年）	45.3 （令和４年）	C
		遅延なく化学療法が行えているか（例：術後化学療法における手術から化学療法まで、あるいは、進行例における診断から化学療法までの期間）　肺	55.5 （令和３年）	56.2 （令和４年）	C

●アウトプット

＃	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
213109	【国及び都道府県】 患者が、病態や生活背景等、それぞれの状況に応じた適切かつ安全な薬物療法を受けられるよう、標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく高度な薬物療	がん看護又はがん薬物療法に関する専門資格を有する常勤の看護師が外来化学療法室に１人以上配置されている拠点病院等の割合（地域がん診療病院：専任のがん看護又はがん薬物療法に関する専門資格を有する常勤の看護師が外来化学療法室に１人以上配置されている割合）	70.2% （令和４年９月１日時点）	64.4% （令和６年９月１日時点）	C

	法の提供についても、医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整備等の取組を進める				

アウトカム指標について、分野別アウトカム指標はＡ判定が１指標、＊判定が２指標であり、中間アウトカム指標はＡ判定が２指標、Ｃ判定が４指標、Ｄ判定が１指標であった。コア指標（５指標）については、Ａ判定が２指標、Ｃ判定が２指標、＊判定が１指標であった。

コア指標のうち、中間アウトカム指標として設定されている「化学療法/薬物療法関連ＱＩ（拠点病院等（ＱＩ研究参加施設）における標準的治療の実施割合）」について、肺領域では増加である一方で、胃・大腸領域では減少しており、最新の知見に基づく適切な化学療法のタイムリー・安全な実施という観点では、改善の余地がある。

個別施策（３施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡ判定が２指標、Ｂ判定が４指標、Ｃ判定が１指標であった。

「高度な薬物療法」の提供に関しては、整備指針において、「役割分担の整理・明確化」を図るべき事項として位置づけられ、その議論は都道府県がん診療連携協議会の役割とした。また、令和７年８月１日に「2040 年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」を公表した。本取りまとめにおいて、都道府県がん診療連携協議会において薬物療法に係る医療機関間の役割分担の明確化の議論に資するよう、がん医療の集約化及び均てん化に関する基本的な考え方、並びに協議の進め方を示した。また、薬物療法について集約化が望ましい具体的な医療行為について、関係学会と検討を進め、2040 年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方に基づいた医療行為例を示した。

科学的根拠に基づく高度な薬物療法の提供について医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整備する観点では、分かりやすく情報を広報している拠点病院の割合は 100%を維持している結果となっている。拠点病院等における薬物療法に携わる専門的知識を有する医療従事者の人数について、現況報告書を用いて継続的に確認し、対策を検討していくこととしている。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

「化学療法/薬物療法関連ＱＩ（拠点病院等（ＱＩ研究参加施設）における標

準的治療の実施割合）」について実施率が低いため、その理由について、高齢化により標準的な医療ができないのか、治験、臨床試験のため先進的な医療をするためなのか等といった分析が必要である。

④チーム医療の推進について

（進捗状況）

●判定一覧

判定	A	B	C	D	＊
分野別アウトカム	1	0	0	0	0
中間アウトカム	0	0	0	0	2
アウトプット	4	1	2	0	0

●分野別アウトカム

＃	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
200001	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）	7.9 点（平成 30 年度）	8.2 点（令和５年度）	A

●中間アウトカム

＃	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
214201	多職種（医師以外）による相談支援環境の充実	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	48.8%（平成 30 年度）[28]	58.4%（令和５年度）[29]	＊

[28] 患者体験調査全回答者：主治医以外にも相談しやすい医療スタッフがいた。1.そう思わない 2.どちらともいえない 3.ややそう思う 4.ある程度そう思う 5.とてもそう思うのうち「4.ある程度そう思う 5.とてもそう思う」と回答した割合

[29] 患者体験調査全回答者：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。1.そう思わない 2.あまりそう思わない 3.どちらともいえない 4.ややそう思う 5.そう思うのうち「4.ややそう思う 5.そう思う」と回答した割合

●アウトプット

＃	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
214101	【拠点病院等】多職種連携をさらに推進する観点から、拠点病院等におけるチーム医療の提供体制の整備を進めるとともに、都道府県がん診療連携協議会において地域の医療機関と議論を行い、拠点病院等と地域の医療機関との連携体制の整備に取り組む	緩和ケア診療加算の算定回数（算定回数）	664,638 （令和２年度）	701,835 （令和４年度）	A
		緩和ケア診療加算の算定回数（患者数）	57,076 （令和２年度）	63,026 （令和４年度）	A
214102		栄養サポートチーム加算の算定回数（算定回数）	210,551 （令和２年度）	194,029 （令和４年度）	C
		栄養サポートチーム加算の算定回数（患者数）	70,332 （令和２年度）	68,498 （令和４年度）	C

アウトカム指標について、分野別アウトカム指標はＡ判定が１指標であり、中間アウトカム指標は＊判定が２指標であった。コア指標（２指標）については、Ａ判定が１指標、＊判定が１指標であった。

個別施策（３施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡ判定が４指標、Ｂ判定が１指標、Ｃ判定が２指標であった。

令和７年８月１日に「2040 年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」を公表し、当該取りまとめにおいて「地域包括ケアシステムの観点から、患者が住み慣れた地域で質の高い医療を受け続けられるように、集約化の検討が必要な医療を提供する医療、患者の日頃の体調を把握している身近な診療所・病院のかかりつけ医、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護施設・事業所等、多職種・多機関との地域連携の強化がより一層重要となり、関係機関間での情報共有や役割分担を含む連携体制の整備と地域連携を担う人材育成の強化が求められる。」としており、地域連携体制の強化を推進している。主治医以外にも相談しやすいスタッフがいた患者の割合も改善傾向となっており、取組を評価できる。

緩和ケア診療加算を算定された患者数は増加、栄養サポートチーム加算を算定された患者数は減少しているが、がん患者の栄養管理に関しては、緩和ケアを必要とする患者に対して個別栄養食事管理加算として算定されているという背景も考えられるため、令和５年度から令和７年度の厚生労働科学研究「がん診療を行う医療機関における支持療法の質の向上に資する研究」で実施してい

る栄養管理に関する実態把握の結果を踏まえて進捗を評価していくこととしている。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

「栄養サポートチーム加算」を算定している拠点病院等の割合が増加する中、栄養サポートチーム加算の算定回数の利用が減少していることについて、患者にとっては「食べられる・栄養を維持できる」ことが治療や日常生活の安心に直結するため、がん患者の栄養管理の実態を把握することが必要である。

「主治医以外にも相談しやすいスタッフがいた患者の割合」は 58.4%となっており、相談できる環境が広がりつつある点は評価できる。しかし、依然として４割以上の患者において主治医以外に相談しやすいスタッフがいなかった。相談相手の不足は、治療方針の納得感や不安軽減に直結する大きな課題である。改善に向けては、がん相談支援センターやピア・サポーターの活用に加え、その他専門チームを患者にとって身近な相談先として位置付けることが有効である。患者や家族が安心して療養生活を送れる支援につながるよう、医療・心理・栄養等多面的な相談体制の整備を促進することが必要である。

⑤がんのリハビリテーションについて

（進捗状況）

●判定一覧

判定	A	B	C	D	*
分野別 アウトカム	1	0	0	0	0
中間 アウトカム	1	0	0	0	0
アウトプット	2	0	1	0	0

●分野別アウトカム

＃	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
200001	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）	7.9 点 （平成 30 年度）	8.2 点 （令和５年度）	A

●中間アウトカム

＃	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
215201	がんリハビリテーションの適切な提供	拠点病院等（ＱＩ研究参加施設）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	42.4% （令和３年）	43.5% （令和４年）	A

●アウトプット

＃	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
215101	引き続き、関係団体と連携し、がんのリハビリテーション研修を実施するとともに、研修内容の見直しについて検討	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	5,073 人 （累計 54,368 人） （令和４年度（まで））	4,849 人 （累計 63,995 人） （令和６年度（まで））	C

アウトカム指標について、分野別アウトカム指標はＡ判定が１指標であり、中間アウトカム指標はＡ判定が１指標であった。コア指標（２指標）については、Ａ判定が２指標であった。

コア指標のうち、中間アウトカム指標として設定されている「拠点病院等（ＱＩ研究参加施設）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」が増加しており、がんリハビリテーションの適切な提供を加速している。

個別施策（２施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡ判定が２指標、Ｃ判定が１指標であった。

コア指標として設定されている「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」が令和４年度では 5,073 人であったが、令和６年度では 4,849 人と減少しており、引き続き、関係団体と連携し、がんのリハビリテーション研修の実施し、その取組を周知する必要がある。研修内容の見直しについては、令和５年度から令和７年度の厚生労働科学研究「がんのリハビリテーション、およびリンパ浮腫診療の一層の推進に資する研究」において、「が

んのリハビリテーション診療ガイドライン」の改訂を行っている。
　令和５年度から令和７年度の厚生労働科学研究「がんのリハビリテーション、およびリンパ浮腫診療の一層の推進に資する研究」において、拠点病院等の医療機関や外来、在宅医療機関においてもリハビリが実施できる体制を構築するために、がんのリハビリテーションを適切に提供するためのアルゴリズムに基づいた判断支援ツールを作成し、有効性を検証している。引き続き、当該厚生労働科学研究で作成したがんのリハビリテーションの提供のための判断支援ツールを普及していくこととしている。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）
　がんのリハビリテーションの人的資源が充実していることは評価できるが、一方で、がんのリハビリテーションを受けた患者の割合が 42%であることが妥当であるか否かについて臨床的に検証する必要がある。必要な患者が確実にリハビリテーションを受けられる仕組みの整備や、患者自身がリハビリテーションの重要性を理解しやすい説明・相談体制の確保が求められる。

⑥支持療法の推進について
（進捗状況）
●判定一覧

判定	A	B	C	D	＊
分野別 アウトカム	1	0	1	0	1
中間 アウトカム	1	0	0	0	3
アウトプット	8	2	2	0	0

●分野別アウトカム

＃	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
200001	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）	7.9 点 （平成 30 年度）	8.2 点 （令和５年度）	A

200006	身体的な苦痛を抱えるがん患者の減少	身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	34.7% （平成 30 年度）[30]	34.0% （令和５年度）[31]	*
200007	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の減少	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	24.0% （平成 30 年度）	26.2% （令和５年度）	C

●中間アウトカム

#	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
216201	治療に伴う副作用への見通しの改善	治療による副作用の見通しを持てた患者の割合	61.9% （平成 30 年度）[32]	75.5% （令和５年度）[33]	*
216202	身体的なつらさに関する相談環境の改善	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	46.5% （平成 30 年度）[34]	65.1% （令和５年度）[35]	*
216204	支持療法の均てん化	拠点病院等（QI 研究参加施設）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	91.5% （令和３年）	92.3% （令和４年）	A

[30] 患者体験調査回答者全体（本人回答のみ）：がんやがん治療に伴う身体の苦痛がある。（身体の苦痛とは、痛みに限らず、吐き気、息苦しさ、だるさ、しびれ、かゆみなどの、体のつらさを含みます）1.そう思わない 2.あまりそう思わない 3.どちらともいえない 4.ややそう思う 5.そう思うのうち「4.ややそう思う 5.そう思う」と回答した患者の割合

[31] 患者体験調査回答者全体（本人回答のみ）：がんやがん治療に伴う痛み、吐き気、息苦しさ、だるさ、しびれ、かゆみなど、何らかのからだの苦痛がある。1.そう思わない 2.あまりそう思わない 3.どちらともいえない 4.ややそう思う 5.そう思うのうち「4.ややそう思う 5.そう思う」と回答した割合

[32] 患者体験調査全回答者：治療による副作用の予測などに関して見通しを持てた。1.そう思わない 2.どちらともいえない 3.ややそう思う 4.ある程度そう思う 5.とてもそう思うのうち「4.ある程度そう思う 5.とてもそう思う」と回答した割合

[33] 患者体験調査全回答者：治療による副作用などに関して見通しを持てましたか。1.まったく持てなかった 2.あまり持てなかった 3.どちらともいえない 4.ある程度持てた 5.十分持てたのうち「4.ある程度持てた 5.十分持てた」と回答した割合

[34] 患者体験調査回答者全体（本人回答のみ）：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。1.そう思わない 2.どちらともいえない 3.ややそう思う 4.ある程度そう思う 5.とてもそう思うのうち「4.ある程度そう思う 5.とてもそう思う」と回答した割合

[35] 患者体験調査回答者全体（本人回答のみ）：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。1.そう思わない 2.あまりそう思わない 3.どちらともいえない 4.ややそう思う 5.そう思うのうち「4.ややそう思う 5.そう思う」と回答した割合

●アウトプット

＃	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
216101	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よう、多職種による相談支援体制の整備や医療従事者への研修の実施等を推進	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	14,610 件 （令和３年１月１日～12 月 31 日）	23,891 件 （令和５年１月１日～12 月 31 日）	A
216102		リンパ浮腫研修の受講者数	408 人 （累計 4,595 人） （令和４年度（まで））	347 人 （累計 5,297 人） （令和６年度（まで））	C
216108	支持療法の更なる充実に向けて、実態把握を行うとともに、科学的根拠に基づく支持療法が実施されるよう、関係団体等と連携し、専門的なケアが受けられる体制の整備等を推進	がん看護又はがん薬物療法に関する専門資格を有する常勤の看護師が外来化学療法室に１人以上配置されている拠点病院等の割合（地域がん診療病院：専任のがん看護又はがん薬物療法に関する専門資格を有する常勤の看護師が外来化学療法室に１人以上配置されている割合をそれぞれ評価）	70.2% （令和４年９月１日時点）	64.4% （令和６年９月１日時点）	C

アウトカム指標について、分野別アウトカム指標はＡ判定が１指標、Ｃ判定が１指標、＊判定が１指標であり、中間アウトカム指標はＡ判定が１指標、＊判定が３指標であった。コア指標（６指標）については、Ａ判定が２指標、Ｃ判定が１指標、＊判定が３指標であった。

個別施策（２施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡ判定が８指標、Ｂ判定が２指標、Ｃ判定が２指標であった。

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ように、多職種による相談支援体制の整備にむけて、令和５年度から令和７年度の厚生労働科学研究にて、アピアランス支援モデル事業を実施し、がん診療連携拠点病院における効果的なアピアランスケア提供体制について検証した。当該厚生労働科学研究の研究結果を踏まえ、医療従事者を対象とした支持療法に関する教育を推進し、更なる改善を目指している。

リンパ浮腫については、発症のリスクとなるがん治療を受ける患者に対して

適切に情報提供し、リンパ浮腫となった患者が適切に治療にアクセスできるよう、令和５年度から令和７年度の厚生労働科学研究「がんのリハビリテーション、及びリンパ浮腫診療の一層の推進に資する研究」の研究結果を踏まえ、引き続き、取組を推進していく。

令和５年度から令和７年度の厚生労働科学研究「がん診療を行う医療機関における支持療法の質の向上に資する研究」において、拠点病院等のがん診療を行う医療機関における支持療法の質の向上を推進するため、ＱＩ指標に関する研究を実施しており、その結果を踏まえつつ、支持療法におけるＱＩを策定し、今後、拠点病院の指定要件に追加することを検討していくこととしている。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

拠点病院等（ＱＩ研究参加施設）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を維持するためにも、支持療法の均てん化の促進が必要である。

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が増加していることは評価できる。このため、アピアランスケアでうまくいった事例等の情報収集や横展開を行い、全体の対応力の向上が必要である。一方で、「外見の変化に関する悩みを医療スタッフに相談ができた患者の割合」が３割未満であることから、相談を必要とする患者らに必要な支援が行き渡るよう、相談環境の改善に対する取組は必要である。各医療機関でアピアランスケアに係る相談支援・情報提供が実施されるためには、アピアランスケアについて十分な知識等を持つ医療従事者の更なる養成及び医療従事者に対するアピアランス研修会の効果的な周知や研修を受講しやすい環境の整備が必要である。

⑦がんと診断された時からの緩和ケアの推進について

（進捗状況）

●判定一覧

判定	A	B	C	D	＊
分野別アウトカム	1	0	3	0	1
中間アウトカム	0	0	2	3	5
アウトプット	11	0	2	0	0

●分野別アウトカム

＃	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
200006	患者・家族のＱＯＬ向上（苦痛の緩和）	身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	34.7% （平成 30 年度）	34.0% （令和５年度）	*
200007		精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	24.0% （平成 30 年度）	26.2% （令和５年度）	C
200008		療養生活の最終段階において、身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	46.9% （令和元～２年度）	50.7% （令和５年度）	C
200009		療養生活の最終段階において、精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	42.1% （令和元～２年度）	43.2% （令和５年度）	C
200010	緩和ケアの質の向上	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	79.1% （令和元～２年度）	85.5% （令和５年度）	A

●中間アウトカム

＃	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
217201	苦痛に対する適切なケア・治療の普及（緩和ケアチームの質向上）	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 成人	75.0% （平成 30 年度）[36]	90.2% （令和５年度）[37]	*
		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 遺族	82.4% （令和元～２年）	79.3% （令和５年度）	C
217205	がん患者が、医療者に苦痛の表出ができること	がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合	76.3% （平成 30 年度）[38]	60.6% （令和５年度）[39]	*

[36] 患者体験調査全回答者：つらい症状にはすみやかに対応してくれた。1.そう思わない 2.どちらともいえない 3.ややそう思う 4.ある程度そう思う 5.とてもそう思うのうち「4.ある程度そう思う 5.とてもそう思う」と回答した割合

[37] 患者体験調査全回答者：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。1.まったく対応してくれなかった 2.あまり対応してくれなかった 3.どちらともいえない 4.ある程度対応してくれた 5.十分に対応してくれたのうち「4.ある程度対応してくれた 5.十分に対応してくれた」と回答した割合

[38] 患者体験調査全回答者：がんと診断されてから治療を始める前の間に、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。a.相談を必要としなかった b.相談が必要だったが、できなかった c. 相談できたのうち「c.相談できた」と回答した割合

[39] 患者体験調査全回答者：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。a.相談を必要としなかった b.相談が必要だったが、相談できなかった c.相談できたのうち「c.相談できた」と回答した割合

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	47.7% （平成 30 年度）	44.1% （令和５年度）	C

●アウトプット

#	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
217101	拠点病院等を中心とした医療機関において、がん医療に携わる全ての医療従事者により、がん患者の身体的苦痛や、がん患者やその家族等の精神心理的苦痛、社会的な問題等の把握及びそれらの個別の状況に応じた適切な対応が、地域の実情に応じて、診断時から一貫して行われる体制の整備を推進	拠点病院等の緩和ケアチーム新規診療症例数	157,180 例 （令和３年１月１日 ～12 月 31 日）	165,667 例 （令和５年１月１日 ～12 月 31 日）	A
217105	関係学会等と連携し、国民に対する、緩和ケアに関する正しい知識の普及啓発を引き続き推進、【拠点病院等】地域の医療従事者も含めた緩和ケアに関する研修を定期的に開催するとともに、地域におけるがん診療や在宅医療に携わる医療機関、関係団体及び地方公共団体と連携し、専門的な疼痛	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 （算定回数）	306 （令和２年度）	288 （令和４年度）	C
		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 （患者数）	295 （令和２年度）	277 （令和４年度）	C

	治療を含む緩和ケアに係る普及啓発 及び実施体制の整備を進める				
217108	拠点病院等以外の医療機関における緩和ケアの充実に向けて、緩和ケア提供体制の実態や課題等を把握するための調査及び研究を行う	緩和ケア診療加算の算定回数（算定回数）	664,638 （令和２年度）	701,835 （令和４年度）	A
		緩和ケア診療加算の算定回数（患者数）	57,076 （令和２年度）	63,026 （令和４年度）	A

（ア）緩和ケアの提供について

（進捗状況）

アウトカム指標について、分野別アウトカム指標はＡ判定が１指標、Ｃ判定が３指標、＊判定が１指標であり、中間アウトカム指標はＣ判定が２指標、Ｄ判定が３指標、＊判定が５指標であった。コア指標（７指標）については、Ｃ判定が４指標、＊判定が３指標であった。

コア指標のうち、分野別アウトカムとして設定されている「精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合」や「療養生活の最終段階において、身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合」では後退傾向であったために、緩和ケアの提供について改善の余地があるといえる。

個別施策（８施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡ判定が 10 指標、Ｃ判定が２指標であった。

整備指針において、「緩和ケアチームへがん患者の診療を依頼する手順等、評価された苦痛に対する対応を明確化し、院内の全ての診療従事者に周知するとともに、患者とその家族に緩和ケアに関する診療方針を提示すること」としており、必要に応じて緩和ケアチームと速やかに連携が図れる体制の整備を推進する必要がある。また、緩和ケア研修の定期的な開催を指定要件として定めているほか、普及啓発及び実施体制の整備を求めており、今後も緩和ケア研修会の定期的な開催を行うこととしている。

令和５年度から令和７年度の厚生労働科学研究「緩和ケアチーム等により提供される専門的な緩和ケアの質の評価に資する研究」や令和５年度から令和７年度の厚生労働科学研究「がん診療連携拠点病院等以外の医療従事者ががん診療連携拠点病院等の緩和ケアチーム等へ相談する体制の整備に関する研究」を実施しており、地域における緩和ケア提供体制の在り方の検討や専門的な緩和ケアの質の評価を踏まえ、適切な療養場所の提供や、治療やケアの質の向上を目

指していくこととしている。

（イ）緩和ケア研修会について

（進捗状況）

個別施策（１施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡ判定が１指標であった。

令和４年度までの時点で、緩和ケア研修修了者数が 171,779 名に対して、令和６年度までの時点で 199,563 名と２年で 27,784 名増加している。

整備指針において、緩和ケア研修会の開催と、施設に所属する医師・歯科医師が研修を修了する体制の整備、緩和ケアに従事するそのほかの診療従事者についても受講を促すこととしており、緩和ケア研修会の推進に努めている。

また、令和５年９月に開催した第７回がんの緩和ケアに係る部会において、緩和ケア研修会の見直しについての検討を行うことで、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・向上を図っている。令和７年 11 月には、がんの緩和ケアに係る部会での検討を踏まえ、緩和ケア研修会に係る指針の改定を行った。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

「精神心理的な苦痛を抱える患者の割合」は増加傾向であり、拠点病院等に限らず、地域の医療機関においても苦痛の把握とケアへの反映のため、「苦痛のスクリーニング」の導入医療機関を増やす等、更なる取組が必要である。

⑧妊孕性温存療法について

（進捗状況）

●判定一覧

判定	A	B	C	D	＊
分野別 アウトカム	0	0	1	0	0
中間 アウトカム	0	0	1	1	1
アウトプット	3	0	0	0	0

●分野別アウトカム

＃	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
200007	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の減少	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	24.0% （平成 30 年度）	26.2% （令和５年度）	C

●中間アウトカム

＃	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
218201	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受け、納得できる意思決定ができること	治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合　成人	52.0% （平成 30 年度）[40]	71.5% （令和５年度）[41]	*
		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　小児	53.8% （令和元年度）	－	D
218202	妊孕性温存と温存後生殖補助医療に係るエビデンスの創出	がん・生殖医療に関する臨床研究実施数　*実施中の研究数または開始数／年	14 （令和４年）	7 （令和６年）	C

[40] 患者体験調査 40 歳未満の回答者：最初のがん治療が開始される前に、医師からその治療による不妊の影響について説明を受けましたか。a.説明はされていない b.説明があったのうち「b.説明があった」と回答した割合

[41] 患者体験調査 40 歳未満の回答者：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。1.生殖機能（妊よう性）に影響がある、という説明を受けた 2.生殖機能（妊よう性）に影響はない、という説明を受けた 3.説明はなかった 4.わからないのうち「1.生殖機能（妊よう性）に影響がある、という説明を受けた 2.生殖機能（妊よう性）に影響はない、という説明を受けた」と回答した割合

●アウトプット

＃	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
218103	がん医療と生殖医療の連携の下、がん治療が妊孕性に与える影響に関する説明と、妊孕性温存療法及びがん治療後の生殖補助医療に関する情報提供や意思決定の支援が、個々の患者の状態に応じて適切に行われるよう、人材育成等の体制整備を推進するとともに、研究促進事業を通じたエビデンス創出に引き続き取り組む	日本がん・生殖医療登録システムＪＯＦＲへの登録症例数	285 件 （令和４年度）	1,453 件 （令和６年度）	Ａ

アウトカム指標について、分野別アウトカム指標はＣ判定が１指標であり、中間アウトカム指標はＣ判定が１指標、Ｄ判定が１指標、＊判定が１指標であった。コア指標（３指標）については、Ｃ判定が１指標、Ｄ判定が１指標、＊判定が１指標であった。

コア指標のうち、中間アウトカム指標として設定されている「治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合：成人」が 71.5%であり、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受け、納得できる意思決定ができる体制の整備をより推進する必要がある。

個別施策（１施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標については、Ａ判定が３指標であった。

令和５年度から令和７年度の厚生労働科学研究「小児・ＡＹＡ世代がん患者に対するがん・生殖医療における心理社会的支援体制の構築と安全な長期検体保管体制の構築を目指した研究―サバイバーシップ向上を志向して」において、がん・生殖医療に携わる医療従事者の人材育成、患者教育及び普及啓発に資する資料の作成に加え、妊孕性温存検体の安全かつ確実な長期保管方法及び運用体制の構築のため、実態調査を行い、手引きの作成を進めている。

小児・ＡＹＡ世代のがん患者等に対して、がん治療が妊孕性に与える影響等の

がん治療開始前に必要とする情報を適切に提供できるよう、更なる対策についての議論を進めていくこととしている。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

「治療開始前に生殖機能への影響に関する説明を受けた」と回答した成人がん患者・家族の割合が 52.0%から 71.5%へと増加しており、インフォームド・コンセントの中で妊孕性への配慮が含まれるようになってきていることを示しており評価できる。患者や家族にとって、将来の生活設計に関わる重要な情報が治療前に得られることは大きな安心につながる。更なる向上のため、小児・ＡＹＡ世代や将来の妊娠・出産を希望するがん患者が必要とする情報が適切なタイミングで得られるよう、原疾患治療施設における妊孕性温存に関する情報提供を強化することが必要である。

（２）希少がん及び難治性がん対策

（個別目標）

希少がん患者及び難治性がん患者が、必要な情報にアクセスでき、そこから速やかに適切な医療につながれることを目指す。

（進捗状況）

●判定一覧

判定	A	B	C	D	*
分野別アウトカム	1	0	0	0	1
中間アウトカム	2	0	0	0	2
アウトプット	8	0	3	2	0

●分野別アウトカム

＃	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
200011	希少がん患者の高度かつ専門的な医療へのアクセシビリティの向上	希少がんについて、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	80.0% （平成 30 年度）[42]	85.3% （令和５年度）[43]	*
200001	（難治性がんを含む）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）	7.9 点 （平成 30 年度）	8.2 点 （令和５年度）	A

●アウトプット

＃	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
220101	【国及び都道府県】拠点病院等における診療実績や、医療機関間の連携体制等について、患者やその家族等の目線に立った分かりやすい情報提供を推進	希少がんホットラインへの問い合わせ数	3,521 件 （令和４年度）	3,991 件 （令和６年度）	A
220102		「がん情報サービス」または「希少がんセンター」に掲載された希少がんの数および当該ページへの PV 数　掲載された希少がんの新規・更新されたページ数	がん情報サービス：90 種 希少がんセンター：618 （令和２年４月１日～令和５年３月 31 日）	がん情報サービス：59 種 希少がんセンター：149 （令和５年４月１日～令和７年３月 31 日）	C
		「がん情報サービス」または「希少がんセンター」に掲載された希少がんの数および当該ページへの PV 数 「がん情報サービス」、「希少がんセンター」に掲載された希少がん PV 数	がん情報サービス：6,480,669ＰＶ 希少がんセンター：4,170,904ＰＶ （令和４年４月１日～令和５年３月 31 日）	がん情報サービス：5,868,611ＰＶ 希少がんセンター：3,173,514ＰＶ （令和６年４月１日～令和７年３月 31 日）	C

[42] 患者体験調査希少がん暫定定義該当回答者：あなた（患者さん）のがんに関して専門的な医療を受けられた。1.そう思わない 2.どちらともいえない 3.ややそう思う 4.ある程度そう思う 5.とてもそう思うのうち「4.ある程度そう思う 5.とてもそう思う」と回答した人の割合

[43] 患者体験調査希少がん暫定定義該当回答者：あなた（患者さん）を担当した医師は、あなた（患者さん）のがんについて十分な知識や経験を持っていましたか。1.そう思わない 2.あまりそう思わない 3.どちらともいえない 4.ややそう思う 5.そう思うのうち「4.ややそう思う 5.そう思う」と回答した割合

220104	病理診断や治療等に係る希少がん中央機関と拠点病院等との連携体制の整備を引き続き推進	中央病理コンサルテーションの数	800 件 （令和４年度）	1,583 件 （令和６年度）	A
220108	都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会における地域の実情を踏まえた議論を推進し、拠点病院等の役割分担に基づく医療機関間の連携体制の整備を推進	難治性がん診療を積極的に受け入れている拠点病院等の数と他施設へ紹介する拠点病院の数（積極的に受け入れている拠点病院等の数）	359 施設 （令和３年１月１日～12 月 31 日）	395 施設 （令和５年１月１日～12 月 31 日）	A
		難治性がん診療を積極的に受け入れている拠点病院等の数と他施設へ紹介する拠点病院の数（他施設へ紹介する拠点病院の数）	46 施設 （令和３年１月１日～12 月 31 日）	48 施設 （令和５年１月１日～12 月 31 日）	A
220109	難治性がん領域における薬剤アクセスの改善に向けて、日本の薬事規制等の海外の中小バイオ企業への周知等を通じ、日本での早期開発を促すなど治験の実施（国際共同治験への参加を含む。）を促進する方策を検討するとともに、希少がん中央機関、拠点病院等、関係学会及び企業等と連携した研究開発を推進	難治性がんに対して臨床試験を行っている拠点病院等の数	165 施設 （令和３年１月１日～12 月 31 日）	147 施設 （令和５年１月１日～12 月 31 日）	C

アウトカム指標について、分野別アウトカム指標はＡ判定が１指標、＊判定が１指標であり、中間アウトカム指標はＡ判定が２指標、＊判定が２指標であった。

希少がん、難治性がんともに分野別アウトカム指標と設定されている「希少

がん患者の高度かつ専門的な医療へのアクセシビリティの向上」が85.3%と高い水位であることに加え、「(難治性がんを含む) 全国的ながん診療の質の向上・均てん化」が改善傾向にある。

個別施策（８施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡ判定が８指標、Ｃ判定が３指標、Ｄ判定が２指標であった。

令和５年度から令和７年度の厚生労働科学研究「希少がん診療・相談支援におけるネットワーク構築に資する研究」において、令和６年度までに診療・情報提供の中心となる希少がん中核拠点センターを全国に整備し、ネットワーク体制を構築した。また、新たな希少がん分類（ＮＣＲＣ）を策定し、全国がん登録データを適用し、我が国における希少がん種を明らかにし、希少がんの情報提供サイトの公開、希少がんホットラインの整備、病理コンサル体制の統合、治療開発（MASTER KEY Project）の進展等を進め、遠隔相談や地域格差是正の取組も開始した。

更には、令和５年度から令和７年度の厚生労働科学研究「科学的根拠に基づくがん情報の提供及び均てん化に向けた体制整備に資する研究」において、がん患者が正しい情報を得られるよう、信頼できる情報支援データベースの整備やがん相談支援センターの課題を分析し好事例の共有等の研究成果を踏まえ、令和11年度に改定を予定している整備指針の改定に向けて議論していくこととしている。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

希少がん及び難治性がんの情報提供について、患者にとって重要なことは情報の鮮度や信頼性と考えられるため、定期的な更新と新規情報の充実を通じて、利用しやすく安心できる情報提供体制を維持する必要がある。

集約化が図られる中であっても、希少がん患者及び難治性がん患者の高度かつ専門的な医療へのアクセシビリティを向上させるため、情報提供のみならず医療機関同士の更なる連携の取組が必要である。

（３）小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策

（個別目標）

小児がん患者及びＡＹＡ世代のがん患者やその家族等が、適切な情報を得て、悩みを相談できる支援につながり、適切な治療や長期フォローアップを受けられることを目指す。さらに、小児がん領域での研究開発を進める。

（進捗状況）

●判定一覧

判定	A	B	C	D	*
分野別 アウトカム	1	0	0	1	0
中間 アウトカム	0	0	1	4	3
アウトプット	3	0	5	0	0

●分野別アウトカム

#	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
200002	小児がん診療の質の向上・均てん化	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割合）	8.4 点 （令和元年度）	－	D
200003	ＡＹＡ世代のがん診療の質の向上・均てん化	若者がん患者の診断・治療全体の総合評価（平均点または評価が高い割合）	7.8 点 （平成 30 年度）	8.2 点 （令和５年度）	A

●中間アウトカム

#	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
230202	小児がん相談支援の拡充	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	39.7% （令和元年度）	－	D
230203	長期フォローアップの認知・利用拡充	長期フォローアップについて知っていると回答した小児がん患者の割合	52.9% （令和元年度）	－	D
230204	小児がん領域での研究開発の推進	小児がん拠点病院において実施されている小児がんに関する治験数	84 （令和３年１月１日 ～12 月 31 日）	66 （令和５年１月１日 ～12 月 31 日）	C

230207		治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合　成人	52.0%[44] （平成 30 年度）	71.5%[45] （令和５年度）	*
		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　小児	53.8% （令和元年度）	－	D

●アウトプット

#	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
230101	小児がん拠点病院等と、拠点病院等や地域の医療機関等との連携を含め、地域の実情に応じた小児・ＡＹＡ世代のがん医療提供体制の整備を推進、また、小児がん拠点病院連絡協議会における地域ブロックを超えた連携体制の整備に向けた議論を推進	小児がん拠点病院等で小児がんの薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師の数	727 人 （令和４年９月１日時点）	721 人 （令和６年９月１日時点）	C
230102		小児がん拠点病院等で小児の手術に携わる、小児がん手術に関して専門的な知識及び技術を有する医師の人数	593 人 （令和４年９月１日時点）	581 人 （令和６年９月１日時点）	C
230103		小児がん拠点病院等で小児がんの放射線療法に携わる専門的な知識および技能を有する医師の人数	566 人 （令和４年９月１日時点）	562 人 （令和６年９月１日時点）	C
230104		小児がん拠点病院等における小児がん看護に関する専門的な知識や技能を習得している看護師の人数	204 人 （令和４年９月１日時点）	163 人 （令和６年９月１日時点）	C
230105		小児がん拠点病院等における医療環境にある子どもや家族への療養支援に関する専門的な知識及び技能を有する者の人数	223 人 （令和４年９月１日時点）	161 人 （令和６年９月１日時点）	C

[44] 40 歳未満の回答者：最初のがん治療が開始される前に、医師からその治療による不妊の影響について説明を受けましたか。a.説明はされていない b.説明があったのうち「b.説明があった」と回答した割合

[45] 40 歳未満の回答者：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。1.生殖機能（妊よう性）に影響がある、という説明を受けた 2.生殖機能（妊よう性）に影響はない、という説明を受けた 3.説明はなかった 4.わからないのうち「1.生殖機能（妊よう性）影響があるという説明を受けた 2.生殖医療に影響はないと説明を受けた」と回答した割合

230108		多職種からなるＡＹＡ支援チームを設置している拠点病院等の割合	23.0% （令和４年９月１日時点）	39.7% （令和６年９月１日時点）	Ａ

アウトカム指標について、分野別アウトカム指標はＡ判定が１指標、Ｄ判定が１指標であり、中間アウトカム指標はＣ判定が１指標、Ｄ判定が４指標、＊判定が３指標であった。コア指標（４指標）については、Ｄ判定が３指標、＊判定が１指標であった。

コア指標のうち、中間アウトカム指標として設定されている「治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合：小児」は71.5%であった。その他のコア指標のうち、小児患者体験調査に由来する指標については、最終評価に向けて確認することとする。

個別施策（５施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標については、Ａ判定が３指標、Ｃ判定が５指標であった。

緩和ケアの提供の進捗を評価するに当たり、多くの施策に対する取組状況が改善傾向にあるが、分野別アウトカムに着目すると、患者・家族のＱＯＬ向上（苦痛の緩和）の観点で改善の余地があることが判明した。分野全体としては、改善傾向にない指標の割合が高く、小児・ＡＹＡ世代のがん医療提供体制の整備を推進する課題が挙げられる。

「小児がん拠点病院等の整備に関する指針」（令和４年８月１日付け健発０８０１第１７号厚生労働省健康局長通知別添）において、小児がん拠点病院を指定し、「地域全体の小児・ＡＹＡ世代のがん医療及び支援の質の向上に資すること」を求めているほか、小児がん中央機関は小児がん拠点連絡協議会の議論を踏まえ、全国の小児がん診療の連携体制を整備の役割を担うこととした。また、がん相談支援センターの設置を求めており、院内の見やすい場所にがん相談支援センターによる相談支援を受けられる旨の掲示をするなど、がん相談支援センターについて積極的に広報することも求めている。今後は、地域の実情に応じた小児・ＡＹＡ世代のがん医療提供体制の整備を推進するために、令和８年度に改定を予定している「小児がん拠点病院等の整備に関する指針」の改定に向けて議論していくこととしている。

令和５年12月４日大臣合意の「がん研究10か年戦略（第５次）」において、「小児・ＡＹＡ世代のがんにおいては、その希少性も一因となり臨床試験のハードルが高いこと、成人のがんと比較して病態が特殊であることから研究開発が進まず、希少がんと同じくドラッグラグ・ドラッグロスが指摘されているために、「がん研究10か年戦略（第５次）」の内容を踏まえ、引き続き、ＡＭＥＤ革新的がん医療実用化研究事業で研究推進・支援を行っていくこととしている。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

「小児がん拠点病院等における医療環境にある子どもや家族への療養支援に関する専門的な知識及び技能を有する者の人数」の減少がみられ、実態把握と再構築が必要である。

長期フォローアップ外来を設置している小児がん拠点病院の数は増加しているが、長期フォローアップは移行医療も含め、成人医療との連携が不可欠である。したがって、推進のためには成人医療の領域の認知・利用（受入れ）実態の評価も必要と考える。また、併せて、晩期合併症等の情報収集も必要である。

多職種からなるＡＹＡ支援チームを設置している拠点病院等の割合がベースライン値より大幅に改善している点は評価できるが、チームの活動に加え、患者家族及び医療者に対する利用可能な社会制度の周知等の施策が求められる。

（４）高齢者のがん対策

（個別目標）

多職種での連携や地域の医療機関等との連携を強化し、患者が望んだ場所で適切な医療を受けられることを目指す。

（進捗状況）

●判定一覧

判定	A	B	C	D	＊
分野別アウトカム	1	0	0	0	0
中間アウトカム	0	0	1	0	1
アウトプット	2	0	0	0	0

●分野別アウトカム

＃	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
200001	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）	7.9 点（平成 30 年度）	8.2 点（令和５年度）	A

●中間アウトカム

＃	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
240201	多職種連携の評価	医師・看護師・介護職員など医療者同士の連携は良かったと回答した人の割合	79.4% （令和元～２年）	77.4% （令和５年度）	C

●アウトプット

＃	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
240102	高齢のがん患者が適切な意思決定に基づき治療等を受けられるよう、高齢のがん患者やその家族等の意思決定支援に係る取組を推進	意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応をしている拠点病院等の割合	99.6% （令和４年９月１日時点）	100% （令和６年９月１日時点）	A

アウトカム指標について、分野別アウトカム指標はＡ判定が１指標であり、中間アウトカム指標はＣ判定が１指標、＊判定が１指標であった。コア指標（１指標）については、Ａ判定が１指標であった。

コア指標として設定されている「がんの診断・治療全体の総合評価」は改善傾向であり、高齢者のがん対策を推進している。

個別施策（３施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡ判定が２指標であった。

令和７年８月１日に公表した「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」において、「85歳以上のがん罹患者に対して、全身状態や併存疾患、治療自体による身体的負担等を加味するとともに、本人・家族の意思を踏まえどのような治療法が最適であるか、また、療養環境の支援のあり方に関する研究を推進すること。」としており、高齢のがん患者に対する研究を推進することにより、患者が望んだ場所で適切な医療を受けられる体制の整備を加速させる。

また、令和５年度から令和７年度の厚生労働科学研究「高齢がん患者の在宅療養環境の実態と課題の把握、及び高齢がん患者のフォローアップ体制に関する研究」において、高齢がんサバイバーの意思決定を含めた医療・介護・福祉職とのコミュニケ―ションについて課題を抽出し、連携支援体制について調査中であり、当該厚生労働科学研究の結果も踏まえ検討していくこととしている。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

拠点病院等で、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た対応を実施しているとされている点は評価できる。一方、「患者と医師の間で最期の療養場所について話し合いがあったと回答した人の割合」は、前回より上昇しているものの 52.9%にとどまっており、地域の医療機関等を含む療養場所に関する希望が十分に共有されていない可能性があるため、実態の把握が必要である。

高齢者に対して、高齢者の標準的治療に対する適合性を高めるため、また、治療後の自立や社会生活の維持のために、栄養療法及びリハビリテーションの適切な介入等を進める必要がある。

（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

（個別目標）

がん患者が十分な情報を得て治療を選択でき、治験へ参加できること等を可能とするとともに、新たながん医療に係る技術の実装を推進することにより、がん医療の進歩を享受できることを目指す。

（進捗状況）

●判定一覧

判定	A	B	C	D	*
分野別アウトカム	1	0	0	0	2
中間アウトカム	1	0	0	0	0
アウトプット	1	0	0	0	0

●分野別アウトカム

#	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
200001	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）	7.9 点（平成 30 年度）	8.2 点（令和５年度）	A

200004	（標準的な）診断・医療の進歩	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	75.6% （平成 30 年度）	81.1% （令和５年度）	＊
200005	治療選択についての情報提供の充実（必要な情報へのアクセス改善）	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	75.0% （平成 30 年度）	88.5% （令和５年度）	＊

●中間アウトカム

＃	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
250201	医薬品、医療機器及び医療技術の開発の加速とそれらの速やかな医療実装	がんに関する臨床研究数	219 （2020 年度）	244 （2024 年度）	Ａ

アウトカム指標について、分野別アウトカム指標はＡ判定が１指標、＊判定が２指標であり、中間アウトカム指標はＡ判定が１指標であった。コア指標（１指標）については、Ａ判定が１指標であった。

コア指標として設定されている中間アウトカム指標「がんに関する臨床研究数」は改善傾向にあり、医薬品、医療機器及び医療技術の開発の加速とそれらの速やかな医療実装を推進しているとともに、最終アウトカム指標である「がんの年齢調整死亡率」の減少に影響していると考えられる。

個別施策（４施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡ判定が１指標であった。

整備指針において、拠点病院等の指定要件として、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うとともに、必要に応じて適切な医療機関への紹介を追加した。当該取組の評価を行う観点から、臨床試験に参加していない地域の患者やその家族向けの問合わせ窓口を設置している拠点病院等の割合について、継続的に評価を行うこととしている。

また、患者が国内で行われている臨床試験について検索できるよう、国立がん研究センターが運営する「がん情報サービス」において、「がんの臨床試験を探す」ページを作成し、随時更新している。

更には、令和５年度から令和７年度の厚生労働科学研究「科学的根拠に基づくがん情報の提供及び均てん化に向けた体制整備に資する研究」において、が

ん患者が正しい情報を得られるよう、信頼できる情報支援データベースの整備やがん相談支援センターの課題を分析し好事例の共有等の研究成果を踏まえ、令和11年度に改定を予定している整備指針の改定に向けて議論していくこととしている。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

がんに関する臨床研究数は着実に増加し、臨床試験に参加していない地域の患者及びその家族向けの問い合わせ窓口を設置している拠点病院等の割合が増えたことは評価できるが、窓口設置拠点病院等の割合がいまだ 78.6%のため、患者が自ら臨床試験をきちんと探せる等、分かりやすい治験情報提供等更なる取組が必要である。

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

（１）相談支援及び情報提供

（個別目標）

がん相談支援センターやがん情報サービスの認知度及び質を向上させ、精神心理的・社会的な悩みを持つ患者やその家族等が適切な相談支援を受けることができ、また、患者やその家族等、医療従事者等を含む全ての国民が、必要な時に、自分に合った正しい情報にたどりつくことができることを目指す。

①相談支援について

（進捗状況）

●判定一覧

判定	A	B	C	D	＊
分野別 アウトカム	0	0	0	0	3
中間 アウトカム	0	0	1	2	2
アウトプット	4	0	1	0	0

●分野別アウトカム

＃	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
300001	がん患者が、相談を利用し、役だったと思えること	がん相談支援センターを利用したことのある人が役に立ったがん患者の割合	73.0% （平成 30 年度）[46]	72.4% （令和５年度）[47]	*
300002		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	73.6% （平成 30 年度）[48]	70.4% （令和５年度）[49]	*
300003	がん患者の家族が、悩みや負担を相談できること	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	47.7% （平成 30 年度）[50]	44.1% （令和５年度）[51]	*

●中間アウトカム

＃	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
311201	がん相談支援センターの認知度	がん相談支援センターについて知っているがん患者の割合（成人）	66.4% （平成 30 年度）	55.1% （令和５年度）	C

46 がん相談支援センターを「利用したことがある」とした回答者：がん相談支援センターを利用してどの程度役に立ったと思いますか a10.とても役に立った a11.ある程度役に立った a12.やや役に立った a13.どちらともいえない a14.役に立たなかったのうち「a10.とても役に立った a11.ある程度役に立った」と回答した割合

47 がん相談支援センターを「利用したことがある」とした回答者：がん相談支援センターを利用してどの程度役に立ったと思いますか 1.役に役に立たなかった 2.あまり役に立たなかった 3.どちらともいえない 4.やや役に立った 5.とても役に立ったのうち「4.やや役に立った 5.とても役に立った」と回答した割合

48 ピアサポートを「利用したことがある」とした回答者：ピアサポートを利用してどの程度役に立ったと思いますか a10.とても役に立った a11.ある程度役に立った a12.やや役に立った a13.どちらともいえない a14.役に立たなかったのうち「a10.とても役に立った a11.ある程度役に立った」と回答した割合

49 ピアサポートを「利用したことがある」とした回答者：ピアサポートを利用してどの程度役に立ったと思いますか 1.役に立たなかった 2.あまり役に立たなかった 3.どちらともいえない 4.やや役に立った 5.とても役に立ったのうち「4.やや役に立った 5.とても役に立った」と回答した割合

50 患者体験調査全回答者：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。1.そう思わない 2.どちらともいえない 3.ややそう思う 4.ある程度そう思う 5.とてもそう思うのうち「4.ある程度そう思う 5.とてもそう思う」と回答した割合

51 患者体験調査全回答者：がん患者の家族の悩みや困りごとを相談できる支援・サービス・場所が十分あると思いますか。1.そう思わない 2.あまりそう思わない 3.どちらともいえない 4.ややそう思う 5.そう思うのうち「4.ややそう思う 5.そう思う」と回答した割合

		がん相談支援センターについて知っているがん患者の割合（小児）	66.4% （令和元年度）	―	D

●アウトプット

＃	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
311101	【拠点病院等】がん相談支援センターの認知度向上及びその役割の理解の促進のため、地域の関係機関等と連携して、自施設に通院していない者も含む患者やその家族等への適切なタイミングでの周知に引き続き取り組む。また、相談支援体制へのアクセシビリティを向上させるため、オンライン等を活用した体制整備を進める	がん相談支援センターでの自施設・他施設からの新規相談件数（全国の拠点病院等での総数）	328,392 （令和３年１月１日～12 月 31 日）	353,988 （令和５年１月１日～12 月 31 日）	A
311102	相談支援の質を担保するため、関係団体等と連携し、がん相談支援に係る研修等に引き続き取り組む	相談員研修を受講したがん相談支援センターの相談員の人数	3,931 （令和４年９月１日時点）	3,392 （令和６年９月１日時点）	C

アウトカム指標について、分野別アウトカム指標は＊判定が３指標であり、中間アウトカム指標はＣ判定が１指標、Ｄ判定が２指標、＊判定が２指標であった。コア指標（２指標）については、Ｃ判定が１指標、Ｄ判定が１指標であった。

コア指標のうち、「がん相談支援センターについて知っているがん患者の割合：成人」はＣ判定であった。

個別施策（５施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標については、Ａ判定が４指標、Ｃ判定が１指標であった。

「がん相談支援センターの認知度」の向上のために、整備指針において、がん

相談支援センターを周知するために、地域の住民や医療・在宅・介護福祉等の関係機関に対し、がん相談支援センターに関する広報を行うことや、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といった体制を整備することを指定要件としていることに加えて、がん相談支援センターに対し、必要に応じてオンラインでの相談を受け付けるなど、情報通信技術等も活用することを求めることとしており、引き続き拠点病院等の現況報告書にて、要件の充足状況を確認し、把握していくこととしている。

また、令和７年 11 月に映画とタイアップし、「がんとの共生」の理解促進を図る中で、がん相談支援センターについて周知するポスターを、都道府県、病院、関連学会、産業保健総合支援センター等へ配布するとともに、特設ページやＳＮＳ等も活用した取組を行った。令和７年 12 月には国立がん研究センターがん対策研究所が「がんになったら手にとるガイド」を全面改訂・発刊し、がん相談支援センター等を周知するための取組を進めている。

「がん相談支援センター相談員基礎研修（３）」については、応募が多く受講できない方が毎年一定数発生していた。そのため、令和５年度から令和７年度の厚生労働科学研究「がんの相談支援の質の確保及び持続可能な体制の構築に資する研究」において、国立がん研究センター以外の関係団体が研修を主催しても当該研修と同等以上の研修効果があることを検証し、その効果が認められたことから、令和７年度から当該研修に準拠する研修を開始しており、引き続き、厚生労働科学研究にて、運用を検証していくこととしている。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

がん相談支援センターについて知っているがん患者（成人）の割合は、11.3 ポイント低下している。一方で、新規相談件数が増加し、相談を利用した患者の70%以上が「役に立った」と回答していることから、認知している患者にとっては利用しやすい環境が整いつつあると考えられる。より多くの患者が適切な支援へアクセスするためには、がん相談支援センターの認知度向上の強化により一層取り組む必要がある。

がん相談支援センターの認知度は低下しているが、令和４年の整備指針において、「外来初診時から治療開始までを目処に、がん患者及びその家族が必ず一度はがん相談支援センターを訪問（必ずしも具体的な相談を伴わない、場所等の確認も含む）することができる体制を整備することが望ましい」と改定されたことから、継続して認知度を測定し、取組の評価をしていく必要がある。診療プロセスに組み込み、治療開始前・再発時等の要所でがん相談支援センターを案内し、相談を希望するがん患者等ががん相談支援センターに到達できる導線（診療計

画・チェックリスト等）を標準化する等、院内の体系的な体制整備の検討が必要である。

認知度向上に向けた取組として、様々な媒体を活用した効果的な啓発を検討するとともに、関係団体等と連携した取組を引き続き推進し、取組の評価を継続して実施していく必要がある。

②情報提供について

（進捗状況）

●判定一覧

判定	A	B	C	D	＊
分野別アウトカム	0	0	0	2	1
中間アウトカム	0	0	1	1	1
アウトプット	2	0	2	1	0

●分野別アウトカム

＃	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
300004	がん患者が、治療に関する十分な情報を得ることができること	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　成人	75.0%（平成 30 年度）[52]	88.5%（令和５年度）[53]	＊
		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　小児	74.4%（令和元年度）	－	D
300005	国民が、がんに対して正しい認識を持てること	がんの新しい治療法に関する情報の中には、十分な科学的根拠	90.1%（令和５年度）	－	D

[52] 患者体験調査全回答者：「がん治療」を決めるまでの間に、医療スタッフから治療に関する十分な情報を得ることができた。1.そう思わない 2.どちらともいえない 3.ややそう思う 4.ある程度そう思う 5.とてもそう思うのうち「4.ある程度そう思う 5.とてもそう思う」と回答した患者の割合

[53] 患者体験調査全回答者：「がん治療」を決めるまでの間に、医療スタッフから治療に関する情報を得ることができましたか（「がん治療」には治療しないという方針も含みます）。1.まったく得られなかった 2.あまり得られなかった 3.どちらともいえない 4.ある程度得られた 5.十分得られたのうち「4.ある程度得られた 5.十分得られた」と回答した割合

		がなく、注意を要するものがあると思う人の割合			

●中間アウトカム

＃	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
312202	探しているがんの情報にたどりつけること	がん情報サービスにアクセスし、探していた情報にたどり着くことができた人の割合	87.1% （令和５年３月 20 日～４月３日）	82.1% （令和６年６月 25 日～７月 10 日）	C
312203	がんと診断されてから相談することができること	がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合	76.3% （平成 30 年度）[54]	60.6% （令和５年度）[55]	*

●アウトプット

＃	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
312101	引き続き、国立がん研究センターや関係団体等と連携して、がんに関する正しい情報の提供及び理解の促進に取り組む	がん情報サービスにアクセスした件数	51,646,076 （令和４年度）	41,643,293 （令和６年度）	C
312103	障害等により情報取得や意思疎通に配慮が必要な人や、日本語を母国語としていない人への情報提供を適切に行うことで医療へのアクセスを確保するために、現状及び課題等を把握し、情報提供体制の在り方について検討	音声資料数	57.3 コンテンツ/年 （172 コンテンツ） （令和２年４月～令和５年３月）	46.5 コンテンツ/年 （93 コンテンツ） （令和５年４月～令和７年３月）	C

[54] 患者体験調査全回答者：がんと診断されてから治療を始める前の間に、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。a.相談を必要としなかった b.相談が必要だったが、できなかった c.相談できたのうち「c.相談できた」と回答した割合

[55] 患者体験調査全回答者：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。1.相談を必要としなかった 2.相談が必要だったが、相談できなかった 3.相談できたのうち「3.相談できた」と回答した割合

アウトカム指標について、分野別アウトカム指標はＤ判定が２指標、＊判定が１指標であり、中間アウトカム指標はＣ判定が１指標、Ｄ判定が１指標、＊判定が１指標であった。コア指標（１指標）については、＊判定が１指標であった。

コア指標のうち、「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」が 60.6%であり、がんと診断されてから相談することができる環境の整備を推進する必要がある。

個別施策（３施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡ判定が２指標、Ｃ判定が２指標、Ｄ判定が１指標であった。

国立がん研究センターの運営する「がん情報サービス」において、がんに関する正しい情報の発信等を進めているほか、令和７年８月からＳＮＳを活用した広報をより推進している。また、令和５年度から令和７年度の厚生労働科学研究「科学的根拠に基づくがん情報の提供及び均てん化に向けた体制整備のあり方に関する研究」において、情報の均てん化に向けた適切な情報提供の在り方に関する研究を実施しており、結果を踏まえて、引き続き、国立がん研究センターや関係団体等と連携して、がんに関する正しい情報の提供及び理解の促進に取り組むための施策について検討していくこととしている。

令和５年度から令和７年度の厚生労働科学研究「がん罹患前より障害があるがん患者に対する医療機関における適切な医療・支援の実装に資する研究」において、検診も含めた情報提供の在り方について検討しているところである。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

がん情報サービスへのアクセス件数は減少している状況にあるが、ウェブサイト閲覧数の低下は、民間情報サイトも含めて世界的な傾向となっている。その背景として、生成ＡＩ要約による情報入手が普及し、引用元のウェブサイトを閲覧しない場合が増えていることが要因として考えられる。現在、がんに関する情報は、がん情報サービス以外にも多様な媒体を通じて提供されている。そのような状況でも、がん情報サービスは、情報を必要とする国民に対して、質が高く正確な情報を継続的に発信できるよう、今後も適切な情報提供体制の構築・維持に努めていく必要がある。

情報提供においては、情報の集約化とアクセシビリティの向上が重要である。患者及びその家族が必要な時に信頼性の高い情報へ迷うことなく到達できることは、適切な支援を行う上で不可欠であり、そのためには「容易な検索」「分かりやすい内容」「更新状況の明確化」等を確保することが求められる。さらに、日本語を母国語としない方への対応等、誰もが情報にアクセスできる

取組について検討する必要がある。

（２）社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援

（個別目標）

地域における医療従事者や介護従事者等との連携や、医療従事者と患者やその家族等とのコミュニケーションにより、患者がその療養する場所にかかわらず、質の高いがん医療や緩和ケア等の支援を受けることができることを目指す。

（進捗状況）

●判定一覧

判定	A	B	C	D	＊
分野別アウトカム	2	0	0	0	0
中間アウトカム	1	0	0	0	1
アウトプット	4	0	0	0	0

●分野別アウトカム

＃	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
300006	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合の増加	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合	47.9% （令和元年～２年）	60.2% （令和５年度）	A
300007	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度の向上	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	79.1% （令和元年～２年）	85.5% （令和５年度）	A

●中間アウトカム

＃	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
320201	希望時にセカンドオピニオンを受けられる割合の向上	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	34.9% （平成 30 年度）[56]	31.7%	＊

[56] 患者体験調査全回答者：がんの治療が始まる前に、担当医からセカンドオピニオンにつ

				（令和５年度）[57]	

アウトカム指標について、分野別アウトカム指標はＡ判定が２指標であり、中間アウトカム指標はＡ判定が１指標、＊判定が１指標であった。コア指標（２指標）については、Ａ判定が１指標、＊判定が１指標であった。

コア指標のうち、分野別アウトカムとして設定されている「望んだ場所で過ごせたがん患者の割合」がＡ判定であり、中間アウトカムとして設定されている「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」が31.7%と、希望時にセカンドオピニオンを受けられる割合の向上に改善の余地があるといえる。

個別施策（４施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡ判定が４指標であった。

社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援を評価する上で、コア指標として設定されている「望んだ場所で過ごせたがん患者の割合」が大幅な改善傾向である一方で、「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」については改善の余地がある。整備指針においては、セカンドオピニオンに関する体制について、「医師が診断結果や病状の説明を行う際及び治療方針を決定する過程等において、すべてのがん患者及びその家族に対し、他の医療機関においてセカンドオピニオンを受けることが可能である旨を説明すること。その際、患者が心理的な負担や遠慮等を感じることのないよう、十分配慮すること」、また、「当該医療機関において対応可能ながんについて、手術療法、放射線療法、薬物療法又は緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師がを提示できる体制を整備するとともに、その内容を患者に分かりやすい形で公表すること」を、全ての拠点病院等に対する必須要件として求めているところである。一方、患者体験調査の結果によれば、中間アウトカム指標「がん治療前にセカンドオピニオンに関する説明を受けたがん患者の割合」は約３割にとどまっており、医療従事者側の認識と患者側の受け止めとの間に大きな乖離が生じている状況が示唆されている。こうした現状を踏まえ、今後は、患者の視点に立ち、診断結果や病状の説明時及び治療方針の決定時等において、全てのがん患者がセカンドオピニオンに関する説明を適切に受けることができる体制の構築について検討していくこととしている。

患者が質の高いがん医療や緩和ケア等の支援を受けることができるために、

いて話がありましたか。a.話しがあった b.話しはなかったのうち「a.話しがあった」と回答した割合

[57] 患者体験調査全回答者：セカンドオピニオンについて担当医から説明がありましたか。1.説明があった 2.説明はなかったのうち「1.説明があった」と回答した割合

整備指針において、「地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者と情報を共有し、役割分担や支援等について検討する場を設けること」を指定要件とするほか、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のために、「地域緩和ケアネットワーク構築事業」を通して、引き続き地域緩和ケア連携調整員の在り方について検討していくこととしている。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

「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」が31.7%と、約３人に２人が情報提供を受けていないことに課題がある。がん患者に対する診療情報提供料（Ⅱ）の算定数（算定回数）（患者数）ともに増加しており、患者のセカンドオピニオンの需要は高いことが考えられる。がん治療前にセカンドオピニオンを受けることについての情報提供を充実させるほか、希望する人ががん治療前にセカンドオピニオンを受けているかどうかについての実態を把握していく必要がある。

（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[58]）

（個別目標）

就労支援及び治療と仕事の両立支援の推進、アピアランスの変化や自殺、偏見等への対策により、患者ががんと診断を受けた後も社会的課題による苦痛を受けることがないような社会を目指す。

①就労支援について

（進捗状況）

●判定一覧

判定	A	B	C	D	*
分野別アウトカム	0	0	0	0	4
中間アウトカム	1	0	1	0	3
アウトプット	7	0	0	0	0

58 「サバイバーシップ支援」とは、がんになったその後を生きていく上で直面する課題を乗り越えていくためのサポートをいう。

●分野別アウトカム

＃	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
300008	経済・就労関連 ＰＲＯの向上	治療費用の負担が原因で、がんの治療を変更・断念したがん患者の割合	4.9% （平成 30 年度）[59]	1.8% （令和５年度）[60]	*
300009		金銭的負担が原因で生活に影響があったがん患者の割合	26.9% （平成 30 年度）[61]	24.2% （令和５年度）[62]	*
300010	がん患者・経験者の両立支援・就労支援に関する相談・支援	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	76.3% （平成 30 年度）[63]	60.6% （令和５年度）[64]	*

59 患者体験調査全回答者：治療費用の負担が原因で、がんの治療を変更・断念したことがありますか。A.ない b.あるのうち「b.ある」と回答した割合

60 患者体験調査全回答者：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。1.ある 2.ないのうち「1.ある」と回答した割合

61 患者体験調査全回答者：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○）a.日常生活における食費、衣料費を削った b.受診の間隔を延ばしたり、受診を一時的に見送った c.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 d.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 e.長期に貯蓄していた貯金を切り崩した f.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 g.親戚や他人から金銭的援助を受けた（借金を含む）h.車、家、土地などを手放した、あるいは引っ越した i.家族の進学先を変更した（進学をやめた／転校した）j.その他 k.上記のようなことは無かった l.わからないのうちいずれかの選択肢を選択あるいは「j.その他」に記載のある回答者（＝「k.上記のようなことは無かった」以外の回答者）の割合

62 患者体験調査全回答者：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○）1.日常生活における食費、衣料費を削った 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 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 4.治療頻度や治療内容（薬など）を主治医に相談せず自分で減らした 5.長期に貯蓄していた貯金を切り崩した 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 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 8.親戚や他人から金銭的援助を受けた（借金を含む）9. 車、家、土地などを手放した、あるいは引っ越した 10.家族の進学先を変更した（進学をやめた／転校した）11.その他 12.上記のようなことは無かった 13.わからないのうちいずれかの選択肢を選択あるいは「11.その他」に記載のある回答者（＝「12.上記のようなことは無かった」以外の回答者）の割合

63 患者体験調査全回答者：がんと診断されてから治療を始める前の間に、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。a.相談を必要としなかった b.相談が必要だったが、できなかった c.相談できたのうち「c.相談できた」と回答した割合

64 患者体験調査全回答者：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。1.相談を必要としなかった 2.相談が必要だったが、相談できなかった 3.相談できたのうち「3.相談できた」と回答した割合

300003	体制へのアクセスの向上	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	47.7% （平成 30 年度）	44.1% （令和５年度）	*

●中間アウトカム

#	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
331201	診断時からの情報提供	治療開始前に、就労継続について説明を受けたがん患者の割合	39.5% （平成 30 年度）[65]	44.0% （令和５年度）[66]	*
331203	がんと診断された後の仕事の変化	退職したがん患者のうち、がん治療の開始前までに退職した者の割合	56.8% （平成 30 年度）	58.3% （令和５年度）	C
331205	両立のための職場環境整備	治療と仕事を両立するための勤務上の配慮がなされているがん患者の割合	65.0% （平成 30 年度）[67]	74.5% （令和５年度）[68]	*

●アウトプット

#	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
331101	医療機関等において就労支援に携わる者が、産業医等と連携し、患者・事業主間の治療と仕事の両立へ向けた調整を支援	拠点病院等のがん相談支援センターにおける就労に関する相談件数	27,112 （令和３年１月１日～令和３年 12 月 31 日）	32,885 （令和５年１月１日～令和５年 12 月３日）	A

65 「診断時、収入のある仕事をしていた」と回答したがん患者：治療を始める前に就労の継続について、病院の医療スタッフから話がありましたか。a.あった b.なかった c.わからないのうち「a.あった」と回答した割合※回答者のうち、「c.わからない」を除外して集計。

66 「診断時、収入のある仕事をしていた」と回答したがん患者：治療を始める前に就労の継続について、病院の医療スタッフから話がありましたか。1.あった 2.なかったのうち「1.あった」と回答した割合

67 「診断時、収入のある仕事をしていた」と回答したがん患者：がんの治療中に、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。1.そう思わない 2.どちらともいえない 3.ややそう思う 4.ある程度そう思う 5.とてもそう思うのうち「4.ある程度そう思う 5.とてもそう思う」と回答した割合

68 「診断時、収入のある仕事をしていた」と回答したがん患者：がんの治療中に、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受けられましたか。1.まったく受けられなかった 2.あまり受けられなかった 3.どちらともいえない 4.ある程度受けられた 5.十分受けられたのうち「4.ある程度受けられた 5.十分受けられた」と回答した割合

	できる体制の整備に取り組む				
331106	両立支援コーディネーターの更なる活用に向けて、その活動状況を把握するとともに、地域職域連携の観点からより効果的な配置について検討	両立支援コーディネーター研修修了者数	17,695 （令和４年度まで）	28,660 （令和６年度まで）	A

アウトカム指標について、分野別アウトカム指標は＊判定が４指標であり、中間アウトカム指標はＡ判定が１指標、Ｃ判定が１指標、＊判定が３指標であった。コア指標（５指標）については、Ｃ判定が１指標、＊判定が４指標であった。

個別施策（６施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標については、Ａ判定が７指標であった。

がん診療連携拠点病院機能強化事業における「がん患者の就労に関する総合支援事業」を実施し、がん診療連携拠点病院内における両立支援の体制強化に努めている。また、更なる就労支援の充実のために、令和５年度から令和７年度の厚生労働科学研究「がん患者の治療と仕事の両立支援や就職支援プログラムの実装に向けた研究」において、長期療養中に生じる課題やニーズ、医療機関や企業等における両立支援の普及状況等の実態把握等を実施しており、成果等を踏まえ、作成した就労支援の介入プログラムの実装等を検討していくこととしている。

労働施策総合推進法の改正により、令和８年４月１日から、事業主に対し、治療と仕事の両立支援の取組の努力義務を課すとともに、その適切・有効な実施を図るための指針を策定し、公表したところである。

両立支援コーディネーター養成研修修了者を対象としたフォローアップ調査を実施し、活動状況を把握しているほか、各地域において、両立支援コーディネーターを配置・活用している支援機関等（産業保健総合支援センターや自治体、医療機関、企業等）で構成する「地域両立支援推進チーム」を都道府県労働局に設置し、取組の連携や情報共有を図っており、法改正に合わせて、「地域両立支援推進チーム」の体制強化について検討していくこととしている。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

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は 50%を下回っており、がん治療の開始前までに退職した者の割合も 58.3%となっている。診断時に仕事に関する状況や不安等を把握した上で、早期から両立支援につなぐことができる体制整備が求められる。主治医と産業医との連携に加え、産業保健総合支援センター（さんぽセンター）の活用促進や、両立支援制度や長期療養者就職支援事業等を活用した主治医を含む医療チームによる就労支援の取組の更なる推進が必要である。

両立支援コーディネーターの研修修了者数は増加しているが、必要数、配置の妥当性や活動状況を検証する必要がある。また、治療と就業の両立支援指針の策定を踏まえて、更なる取組を強化する必要がある。

②アピアランスケアについて

（進捗状況）

●判定一覧

判定	A	B	C	D	*
分野別アウトカム	0	0	1	0	0
中間アウトカム	0	0	0	0	1
アウトプット	3	0	0	0	0

●分野別アウトカム

#	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
300011	外見の変化に起因する苦痛の軽減	身体的・精神心理的な苦痛により日常生活に支障を来しているがん患者の割合	18.7% （平成 30 年度）	24.3% （令和５年度）	C

●アウトプット

#	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
332101	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	アピアランスケア研修（e-learning）修了者数　アピアランスケア e-learning	879 （令和５年度）	994 （令和６年度）	A

	に、相談支援及び情報提供の在り方について検討	アピアランスケア研修（e-learning）修了者数　アピアランスケア応用編	35 （令和５年度）	36 （令和６年度）	A

アウトカム指標について、分野別アウトカム指標はＣ判定が１指標であり、中間アウトカム指標は＊判定が１指標であった。

個別施策（２施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標については、Ａ判定が３指標であった。

外見の変化に起因する苦痛の軽減を測るために分野別アウトカム指標として設定されている「身体的・精神心理的な苦痛により日常生活に支障をきたしているがん患者の割合」が増加しており、後退傾向にある。

また、アピアランスケア研修修了者数が令和５年度と比較し、６年度は増加している。国立がん研究センターアピアランス支援センター「アピアランスケア研修会」（平成 24 年から実施）の開催を継続することで、アピアランスケアを必要とする患者が、適切な相談支援及び情報提供を受けることができるよう、引き続き人材育成に取り組むこととしている。

アピアランスケアの均てん化の取組としては、令和５年度から令和７年度にて、アピアランスケアに係る相談支援・情報提供のモデル事業を実施し、がん診療連携拠点病院における効果的なアピアランスケアの相談支援・情報提供体制について、28 都道府県の 30 施設を対象に検証しており、令和８年度からがん診療連携拠点病院機能強化事業にて都道府県がん診療連携拠点病院へのアピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制の構築を推進していくこととしている。また、アピアランスケアに係る相談支援・情報提供に関する普及啓発や研修会の開催等に対して都道府県健康対策推進事業（がん情報の提供に資する事業）等を活用し、周知を推進していくこととしている。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

拠点病院等を中心とした医療従事者等ががん患者に対し、アピアランスケアに係る相談支援・情報提供の周知を進め、認知度を高める工夫が求められる。

今後、がん診療連携拠点病院機能強化事業等を活用し、医療従事者による適切なアピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制の構築を全国に展開することにより均てん化が進み、更に効果的な支援につながるよう、取組の進捗を継続して確認していく必要がある。また、人材育成においては、アピアランスケア研修修了者数のみならず、累積修了者数も確認した上で、進捗状況を評価する必要がある。

③がん診断後の自殺対策について

（進捗状況）

●判定一覧

判定	A	B	C	D	*
分野別 アウトカム	1	0	0	0	0
中間 アウトカム	0	0	3	0	3
アウトプット	6	0	0	0	0

●分野別アウトカム

#	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
300012	がん患者の自殺の要因の解消	がん患者の自殺数	449 名 （2016 年）	401 名 （2019 年）	A

●中間アウトカム

#	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
333201	気持ちのつらさに対する支援の利用	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	32.8% （平成 30 年度）[69]	47.6% （令和５年度）[70]	*
333202		精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	24.0% （平成 30 年度）	26.2% （令和５年度）	C
333203		療養生活の最終段階において、精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	42.1% （令和元～２年）	43.2% （令和５年度）	C
333206	身体的なつらさに対する支援の利用	療養生活の最終段階において、身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	46.9% （令和元～２年）	50.7% （令和５年度）	C

69 患者体験調査回答者全体（本人回答のみ）：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。1.そう思わない 2.どちらともいえない 3.ややそう思う 4.ある程度そう思う 5.とてもそう思うのうち「4.ある程度そう思う 5.とてもそう思う」と回答した割合

70 患者体験調査回答者全体（本人回答のみ）：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。1.そう思わない 2.あまりそう思わない 3.どちらともいえない 4.ややそう思う 5.そう思うのうち「4.ややそう思う 5.そう思う」と回答した割合

●アウトプット

＃	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
333102	がん患者の診断後の自殺対策について、医療従事者等が正しい知識を身につけられるよう、研修等の開催や、相談支援及び情報提供の在り方について検討	自殺リスクに関する研修を実施した拠点病院等の割合	29.8% （令和４年９月１日時点）	40.6% （令和６年９月１日時点）	A
333103		特定疾患治療管理料　がん患者指導管理料イ 算定数（算定回数）	143,280 （令和２年度）	157,693 （令和４年度）	A
		特定疾患治療管理料　がん患者指導管理料イ 算定数（患者数）	141,386 （令和２年度）	155,510 （令和４年度）	A

アウトカム指標について、分野別アウトカム指標はＡ判定が１指標であり、中間アウトカム指標はＣ判定が３指標、＊判定が３指標であった。コア指標（３指標）については、Ａ判定が１指標、Ｃ判定が１指標、＊判定が１指標であった。

コア指標のうち、分野別アウトカムである「がん患者の自殺数」はＡ判定であるが、「精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合」がＣ判定であり、気持ちのつらさに対する支援の利用に改善の余地があるといえる。

個別施策（２施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標については、Ａ判定が６指標であった。

分野全体について、がん診断後の自殺対策についての施策を推進している。がん患者の診断後の自殺対策について、医療従事者等が正しい知識を身につけるために研修を実施した拠点病院等の割合が大幅に増加しており、がん患者の自殺数は減少している。がん患者の自殺数をより減らしていくために、精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合を減少させるための方法を検討していくこととしている。

令和５年度から令和７年度の厚生労働科学研究「がん患者の自殺予防プログラムの実装と教育プログラム開発に向けた研究」において、がん患者の自殺に関する実態を把握するとともに、「がん医療における自殺対策の手引き」の改訂、医療従事者に対する自殺対策に関する研修会の実施、がん患者の自殺対策のための院内フローモデルの作成に資する資料を作成しており、令和８年３月に「がん医療における自殺対策の手引き」の改訂版を公表した。引き続き、がん診断後の自殺対策を推進していくこととしている。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

「精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合」は後退傾向であるため、緩和ケア研修や相談導線の整備と並行して、関係職種や関係機関と連携しながら、苦痛の早期把握と支援につながる実装（院内フロー等）を継続的に確認するための体制整備が必要である。

拠点病院等を対象に、医療従事者等が正しい知識を身につけられるよう、厚生労働科学研究の成果等も活用しながら、がん患者の自殺対策についての研修等の開催や、相談支援及び情報提供の在り方を検討する必要がある。

④その他の社会的な問題について

（進捗状況）

●判定一覧

判定	A	B	C	D	＊
分野別アウトカム	0	0	0	1	4
中間アウトカム	0	0	0	0	2
アウトプット	2	0	0	0	0

●分野別アウトカム

＃	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
300008	経済・就労関連ＰＲＯの向上	治療費用の負担が原因で、がんの治療を変更・断念したがん患者の割合	4.9%（平成 30 年度）	1.8%（令和５年度）	＊
300009		金銭的負担が原因で生活に影響があったがん患者の割合	26.9%（平成 30 年度）	24.2%（令和５年度）	＊
300010	がん患者・経験者の両立支援・就労支援に関する相談・支援体制へのアクセスの向上	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	76.3%（平成 30 年度）	60.6%（令和５年度）	＊
300003		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	47.7%（平成 30 年度）	44.1%（令和５年度）	＊

300013	がんによる社会からの孤立の解消	がんであることを話せる割合	93.2% （令和５年度）	－	D

アウトカム指標について、分野別アウトカム指標はＤ判定が１指標、＊判定は４指標であり、中間アウトカム指標は＊判定が２指標であった。

個別施策（３施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標については、Ａ判定が２指標であった。

令和６年度及び令和７年度の厚生労働科学研究「がん患者とその家族の社会的課題への理解と支援に向けた総合的アプローチ」において、がん患者の経済的課題について調査を実施するほか、令和５年度から令和７年度の厚生労働科学研究「障害があるがん患者に対する医療機関における適切な医療・支援の実装に資する研究」において、がんになる前から障害のある患者の受診実態と障害者への対応状況の実態把握を行い、情報提供の在り方について、必要な検討を進めることとしている。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

家族以外の周囲からがんに対する偏見を感じる割合が7.4%と、偏見の払拭に向けた取組は依然として課題が残る。若年層を含む社会全体に対し、がんに関する正しい理解を促す継続的な啓発が必要である。

障害等により配慮が必要な人や日本語を母国語としない人への情報提供体制を検討するとともに、より実効性のある体制整備が必要である。

（４）ライフステージに応じた療養環境への支援

（個別目標）

小児・ＡＹＡ世代の患者への教育、就労、長期フォローアップ等の支援や、高齢のがん患者への療養環境への支援を行うことで、がん患者がライフステージごとに抱える問題に対し、適切な支援を受けられることを目指す。

①小児・ＡＹＡ世代について

（進捗状況）

●判定一覧

判定	A	B	C	D	＊
分野別アウトカム	0	0	0	1	1
中間アウトカム	0	0	0	5	1
アウトプット	5	0	1	0	0

●分野別アウトカム

＃	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
300003	家族への支援・サービス・場所の充実	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	47.7%（平成 30 年度）	44.1%（令和５年度）	＊
300014	就学の継続	がん治療前に就学していた者のうち、「がん治療のために患者が転校・休学・退学したと回答した人」以外の割合	12.5%（令和元年度）	－	D

●中間アウトカム

＃	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
341205	医療者側からの就労支援（説明）の拡充	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	54.9%（平成 30 年度）[71]	57.7%（令和５年度）[72]	＊

[71] 40 歳未満の回答者問 26「診断時、収入のある仕事をしていた」と回答したがん患者：治療を始める前に就労の継続について、病院の医療スタッフから話がありましたか。a.あった b.なかった c.わからないのうち「a.あった」と回答した割合

[72] 40 歳未満の回答者問 26「診断時、収入のある仕事をしていた」と回答したがん患者：治療を始める前に就労の継続について、病院の医療スタッフから話がありましたか。1.あった 2.なかったのうち「1.あった」と回答した割合

●アウトプット

#	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
341103	成人診療科と連携した切れ目ない支援体制が、地域の実情に応じて構築できるよう、患者の健康管理の方法、地域における療養の在り方、再発・二次がん・併存疾患のフォローアップ体制等の医療・支援の在り方について検討	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	250 人 （累計 1,196 人） 令和４年度（まで）	190 人 （累計 1,610 人） 令和６年度（まで）	C

アウトカム指標について、分野別アウトカム指標はＤ判定が１指標、＊判定が１指標であり、中間アウトカム指標はＤ判定が５指標、＊判定が１指標であった。コア指標（１指標）については、＊判定が１指標であった。

コア指標のうち、中間アウトカムとして設定されている「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」が 57.7%であり、医療者側からの就労支援（説明）の拡充を加速していると評価できる。

個別施策（４施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡ判定が５指標、Ｃ判定が１指標であった。

「小児がん拠点病院等の整備に関する指針」において、「切れ目のない教育支援のためにＩＣＴ（情報通信技術）等を活用した学習活動を含めた学習環境の整備を進めること」とすることにより、療養中に教育を必要とする患者が適切な教育を受けることのできる環境の整備、就学・復学支援等の体制整備を行うこととしている。また、小児がん拠点病院等の現況報告書で要件充足状況を確認し、状況を把握していくこととしている。

令和８年２月にＡＹＡ世代がん患者の治療と暮らしを支えるための各種支援制度や相談窓口等をまとめたパンフレット「がんの治療と暮らしを支える制度ガイド」を作成し、国のウェブサイトで公表している。

令和５年度から令和７年度の厚生労働科学研究「小児がん拠点病院等及び成人診療科との連携による長期フォローアップ体制の構築のための研究」において、令和６年度までに小児がん経験者のデータを系統的かつ一元的に集積するための全国規模の情報インフラである長期フォローアップセンターを構築し、日本小児がん研究グループ（ＪＣＣＧ）大規模観察研究における一次調査データ

の結果をもとに前向き観察研究を計画した。研究結果を踏まえて、令和８年度に改定を予定している「小児がん拠点病院等の整備に関する指針」の改定に向けて議論していくこととしている。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

ＡＹＡ世代の「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」が 57.7%であり、割合としては６割に満たない。そのため、診断時に仕事に関する状況や不安等を把握したうえで、早期から両立支援につなぐことができる体制整備が求められる。

小児がん・ＡＹＡがん患者の長期フォローアップは重要な課題であり、医療者側の認識度向上が求められる。小児・ＡＹＡ世代のがんの長期フォローアップ体制整備事業等で更なる周知が必要である。

再発や二次がん・晩期合併症の早期発見につなげるためには、長期フォローアップの重要性について、診断時・治療中からの継続的な情報提供が重要であることから、情報提供の在り方について検討が必要である。

ＡＹＡ世代がん患者が適切に支援制度やサービス等を利用できるよう、拠点病院等や関係団体等とともに「がんの治療と暮らしを支える制度ガイド」等を活用した周知を推進する必要がある。

「小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるような環境の整備」を目指して小児がん拠点病院等が整備されているが、その整備に関する指針の次期改定に向け、令和７年度末から「小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」にて議論が開始された。本中間評価を受けて、長期フォローアップ等の課題については、本ワーキンググループにおいて関係学会等と連携しながら検討を進めていく必要がある。

②高齢者について

（進捗状況）

●判定一覧

判定	A	B	C	D	*
分野別 アウトカム	3	0	0	0	0
中間 アウトカム	1	0	1	0	1
アウトプット	4	0	2	0	0

●分野別アウトカム

＃	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
300006	死亡前１ヶ月間の患者の療養生活の質向上	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合	47.9% （令和元～２年）	60.2% （令和５年度）	A
300007	死亡場所で受けた医療に対する全般的満足度（＞在宅かつ高齢者）向上	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	79.1% （令和元～２年）	85.5% （令和５年度）	A
300015	死亡前１ヶ月間の患者の療養生活の質向上	人生をまっとうしたと感じていた患者の割合	53.5% （令和元～２年）	55.7% （令和５年度）	A

●中間アウトカム

＃	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
342202	死亡場所で患者が受けた医療の構造・プロセスの改善	医師・看護師・介護職員など医療者同士の連携はよかったと回答した割合	79.1% （令和元～２年）	77.5% （令和５年度）	C

●アウトプット

＃	取り組むべき施策	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
342102	【拠点病院等】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、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とともに、地域における課題について検討	介護支援等連携指導料の算定数（がん患者に限定）（算定回数）	82,935 （令和２年度）	77,242 （令和４年度）	C
		介護支援等連携指導料の算定数（がん患者に限定）（患者数）	66,661 （令和２年度）	63,612 （令和４年度）	C
342103		退院時共同指導料１の算定数（がん患者に限定）（算定回数）	12,374 （令和２年度）	13,686 （令和４年度）	A
		退院時共同指導料１の算定数（がん患者に限定）（患者数）	12,053 （令和２年度）	13,390 （令和４年度）	A
342104	高齢のがん患者の、人生の最終段階における療養場所等の選択に関する意思決定を支援するための方策について検討	意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応をしている拠点病院等の割合	99.6% （令和４年９月１日時点）	100.0% （令和６年９月１日時点）	A

アウトカム指標について、分野別アウトカム指標はＡ判定が３指標であり、中間アウトカム指標はＡ判定が１指標、Ｃ判定が１指標、＊判定が１指標であった。

個別施策（３施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標については、Ａ判定が４指標、Ｃ判定が２指標であった。

整備指針において「地域の医療機関等との連携体制の整備、医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討する場の設置」を求めており、引き続き、指定要件として、現況報告書で状況把握していくこととしている。

また、整備指針において、「高齢のがん患者や障害を持つがん患者について、患者や家族の意思決定支援の体制を整え、地域の医療機関との連携等を図り総合的に支援すること」を指定要件とし、令和５年度から令和６年度に実施した国立がん研究センターへの委託事業である「遺族調査」において、高齢者における

最期の療養場所に関する医療者との話し合い等について調査し、報告した。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

望んだ場所で療養できるように、最期の療養場所に関する話し合いがどのように実施されているかについて、実態を把握する必要がある。

退院時共同指導料１の算定数が増加しているが、介護支援等連携指導料の算定数は減少している。退院時共同指導料１は退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を評価しており、介護支援等連携指導料は退院後により適切な介護等サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネジャー）等の相談支援専門員と連携し退院後のケアプラン等の作成につなげることを評価している。退院時共同指導料１については、令和４年度診療報酬改定において算定要件が変更され、算定対象職種が拡大したため算定数が増加した可能性がある。また、介護支援等連携指導料は、コロナ禍における面会制限等の背景が影響していると考えられる。今後は、算定要件の変更も確認しつつ、継続的に把握していく必要がある。

本人の意思は、心身の状態の変化等に応じて変化しうるものであり、人生の最終段階において本人の希望する医療・ケアが提供されるよう、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス（ＡＣＰ（アドバンス・ケア・プランニング）[73]）が重要である。がん対策においても、こうした取組をより一層推進していく必要があると考えられる。ただし、高齢者以外も対象に含まれることに留意が必要である。

[73] ACP（アドバンス・ケア・プランニング）は「本人の望む医療・ケア」について繰り返し話し合うプロセスであり、対象者は全ての患者になるが、本人の望む医療・ケアについて話し合うことを希望しない人への配慮も必要であり、希望の有無を含めて患者本人の意思を確認する必要がある。

４．これらを支える基盤の整備

（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

（個別目標）

がん研究の更なる促進により、がん予防に資する技術開発の推進や医薬品・医療機器等の開発によるがん医療の充実を図るとともに、がん患者やその家族等の療養生活に関する政策課題の解決を図る。

（進捗状況）

●判定一覧

判定	A	B	C	D	＊
中間アウトカム	1	2	1	1	0
アウトプット	2	0	2	5	0

●中間アウトカム

＃	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
410201	がん研究論文数、引用数の増加	ＣＳＯ(Common Scientific Outline)分類別・部位別論文数、引用数	別添[*1] （令和４年度）	別添[*2] （令和６年度）	D
410204	基礎的研究成果として日常診療への導入を目指して推進される医療技術数の増加	（ＡＭＥＤにおけるがんに関する）シーズの企業への導出件数	14 （令和４年度）	9 （令和６年度）	C

●アウトプット

＃	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
410104	本基本計画における各分野の政策課題の解決に資する研究を推進	厚労科研の採択課題における事後評価の平均	13.5 （令和４年度）	13.3 （令和６年度）	C
410105		「がん政策研究事業」成果に関する評価	不十分な成果となった課題がなく、計画どおり順調な成果が得られた。 （令和４年度）	一部不十分な成果となった研究課題はあるものの、概ね計画どおり順調な成果が得られた。 （令和６年度）	C

アウトカム指標について、中間アウトカム指標はＡ判定が１指標、Ｂ判定が２指標、Ｃ判定が１指標、Ｄ判定が１指標であった。コア指標（１指標）については、Ｄ判定が１指標であった。

個別施策（５施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡ判定が２指標、Ｃ判定が２指標、Ｄ判定が５指標であった。

本基本計画における各分野の政策課題の解決に資する研究について、「がん対策推進総合研究事業」にて、各種研究を推進しているほか、令和５年度から令和７年度厚生労働科学研究「誰一人取り残さないがん対策における格差のモニタリングと要因解明に資する研究」において、社会的格差の視点からがん対策の進捗評価を行うことを目的として、予防（検診含む）・医療・共生の各分野にて生じている格差の可視化と要因分析を進めている。厚生労働科学研究において取り組んでいる格差の可視化と要因分析を踏まえ、対策提案として介入の可能性を検討していくこととしている。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

ＡＭＥＤにおけるがんに関する研究成果を活用した臨床試験・治療への移行数は増加傾向にあるものの、シーズの企業への導出件数が減少傾向にあるために、有望シーズの開発加速のための支援制度の整備、企業との連携による課題解決、ベンチャーとのマッチングの支援強化等、対策を講じる必要がある。

ＡＭＥＤ等の研究に対して、薬事承認の新規・適応拡大に向けた支援の充実を図ることが必要である。

（２）人材育成の強化

（個別目標）

がん医療における人材育成の強化により、がん専門医療人材が拠点病院等を中心に、適正に配置されることを目指す。

（進捗状況）

●判定一覧

判定	A	B	C	D	*
中間アウトカム	1	0	0	0	0
アウトプット	1	1	3	1	0

●中間アウトカム

＃	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
420201	必要な知識を身に着けた専門的人材の増加	第４期がんプロで支援されたがん専門医療人材の人数	1,820 人 （令和５年度）	2,820 人 （令和６年度）	A

●アウトプット

＃	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
420102	拠点病院等を中心に、専門的な人材の育成及び配置に積極的に取り組む。また、地域のがん医療や緩和ケア等を担う人材の育成及び配置について、拠点病院等や地域の職能団体が中心となって取り組む	がんゲノム医療コーディネーター研修会参加人数	583 人 （令和４年４月１日～令和５年３月 31 日）	550 人 （令和５年７月１日～令和６年６月 30 日）	C
420103		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	5,073 人 （累計 54,368 人） （令和４年度）	4,849 人 （累計 63,995 人） （令和６年度）	C
420104		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	250 人 （累計 1,196 人） （令和４年度）	190 人 （累計 1,610 人） （令和６年度）	C

アウトカム指標について、中間アウトカム指標はＡ判定が１指標であった。コア指標（１指標）については、Ａ判定が１指標であった。

コア指標として設定されている「第４期がんプロで支援されたがん専門医療人材の人数」は改善傾向にあった。

個別施策（２施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標については、Ａ判定が１指標、Ｂ判定が１指標、Ｃ判定が３指標、Ｄ判定が１指標であった。

整備指針に定めた取組のために必要な人材の確保や育成に積極的に取り組むこと及び診療の質を高めるため、資格等の取得についても積極的に支援することを必須要件としており、まずは当該取組の評価を行う観点から、地域のがん医療や緩和ケア等を担う人材の育成及び配置については、現況報告書を用いて、継続的に評価を行うこととしている。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

拠点病院等を中心に、専門的な人材の育成及び配置に取組状況を評価する上で、現時点では人数の把握にとどまっているものの、今後は都道府県別の配置状況等を把握し、その動向を継続的に追跡するための検討が必要である。

（３）がん教育及びがんに関する知識の普及啓発

（個別目標）

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。

（進捗状況）

●判定一覧

判定	A	B	C	D	＊
中間アウトカム	0	0	2	1	0
アウトプット	5	0	0	0	0

●中間アウトカム

＃	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
430201	国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	「がんは誰もがかかる可能性のある病気である。」に対して「正しい」と回答した割合	97.2%（令和４年度）	97.1%（令和５年度）	C
430202		「がん検診を受けられる年齢になったら、検診を受けようと思う。」に対して「そう思う」「どちらかといえばそう思う」と回答した割合	95.1%（令和４年度）	95.0%（令和５年度）	C

●アウトプット

＃	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
430101	引き続き、 学習指導要領に基づく、児童生徒の発達段階に応じたがん教育を推進する。その際、生活習慣が原因とならないがんもあることなど、がんに対する正しい知識が身に付くよう、医療従事者やがん患者等の外部講師の積極的な活用について周知を行うとともに、ＩＣＴの活用を推進するなど、各地域の実情に応じたがん教育の取組の充実とその成果の普及を図る	外部講師を活用してがん教育を実施した学校の割合	11.4% （令和４年度）	12.5% （令和５年度）	A
	都道府県及び市町村において、教育委員会及び衛生主管部局が連携して会議体を設置し、地域のがん医療を担う医師や患者等の関係団体とも協力しながら、また、学校医やがん医療に携わる医師、がん患者・経験者等の外部講師を活用しながら、がん教育が実施されるよう、必要な支援を行う				

アウトカム指標について、中間アウトカム指標はＣ判定が２指標、Ｄ判定が１指標であった。コア指標（１指標）については、Ｃ判定が１指標であった。

コア指標として設定されている「がん検診を受けられる年齢になったら、検診を受けようと思う。」に対して「そう思う」、「どちらかといえばそう思う」と回答した割合は0.1ポイント減少と後退傾向であった。

個別施策（４施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標については、Ａ判定が５指標であった。

令和４年度におけるがん教育の実施状況調査では、がん専門医・学校医等の医師やがん患者・経験者等の外部講師を活用してがん教育を実施した学校の割合は11.4%、令和５年度は12.5%と全体としては増加傾向にある。各地域において、がん教育の推進に関する協議会を開催し、外部講師名簿の作成や派遣依頼窓口の設置等を検討するなど、学校における外部講師を活用したがん教育の推進に向け、令和６年１月19日付けで通知を発出し、担当者が集まる場等で周知した。「外部講師を活用したがん教育等現代的な健康課題理解増進事業」を実施し、学習指導要領に対応したがん教育について、教員や外部講師の資質能力の向上を図るとともに、教育委員会等における課題の共有と先進的な取組の紹介等を行い、全国への普及・啓発を図り、地域の実情に応じた取組を支援していくこととしている。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

外部講師を活用したがん教育の実施割合は増加傾向にあるものの、12.5%にとどまっている。今後、拠点病院等と連携してがん教育を実施している好事例を収集・整理し、広く普及啓発を図ることにより、より効果的ながん教育の実施に向けた検討を進める必要がある。

がん対策推進企業アクションにおける推進パートナー企業の登録をより一層促進するため、効果的な普及啓発を図る必要がある。あわせて、職域において科学的根拠に基づくがん検診を推進し、精密検査への受診勧奨が可能となる仕組みを横展開するため、正しい情報の発信や好事例の収集・啓発をより一層推進する必要がある。

（４）がん登録の利活用の推進

（個別目標）

がん登録情報の更なる利活用を目指す。

（進捗状況）

●判定一覧

判定	A	B	C	D	*
中間アウトカム	4	0	0	0	0
アウトプット	0	1	1	0	0

●中間アウトカム

#	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
440201	全国がん登録/院内がん登録の利用の推進	利用件数（総数・年あたり）新規（顕名）	10（令和４年度まで）	12（令和６年度まで）	A
		利用件数（総数・年あたり）更新（顕名）	16（令和４年度まで）	25（令和６年度まで）	A
		利用件数（総数・年あたり）新規（匿名）	38（令和４年度まで）	45（令和６年度まで）	A
		利用件数（総数・年あたり）更新（匿名）	19（令和４年度まで）	27（令和６年度まで）	A

●アウトプット

#	中間アウトカム	中間アウトカム指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
440101	引き続き、質の高い情報収集に資する精度管理に取り組む	全国がん登録の精度指標としての%ＤＣＯ	1.9（令和元年）	2.0（令和３年）	C

アウトカム指標について、中間アウトカム指標はＡ判定が４指標であった。コア指標（４指標）については、Ａ判定が４指標であった。

コア指標として設定されている「全国がん登録／院内がん登録の利用件数」は全て改善傾向であった。

個別施策（２施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＢ判定が１指標、Ｃ判定が１指標であった。

令和５年10月に、厚生科学審議会がん登録部会において現行制度の課題をと

りまとめた（以下、「中間とりまとめ」という）。中間とりまとめを踏まえて、ＮＤＢ等の他の公的データベース等との連結解析や仮名化情報の利用・提供等を可能とする規定を盛り込んだ法案を令和７年通常国会に提出したほか、中間とりまとめを踏まえ、令和７年４月に全国がん登録情報の提供マニュアル等の改訂や情報の利用マニュアルの策定を行い、がん登録等の推進に関する法律（平成25年法律第111号）第20条の規定により提供される生存確認情報の取扱いに係る方針を明確化し、カルテ転記や第三者提供について一定の条件の下認める運用としたほか、全国がん登録情報等の国外提供に係る運用ルールの明確化、民間事業者を含めた利用者の範囲や利用できる条件の明記等を行った。同法案が令和７年12月５日に成立し、同月12日に公布されたことを受けて、情報連携基盤を活用した他の公的データベース等との連結・解析が可能となるように、各データベースと連携を進めているところである。

令和８年２月の厚生科学審議会がん登録部会において、全国がん登録情報の医学研究への更なる活用を推進することを目的に、全国がん登録において、死亡場所を登録項目として加え、がんの進行度としてＵＩＣＣのＴＮＭ分類を届出項目として加える方針について示し、実務上の課題への対応について、引き続き検討を進めている。

がん登録情報の精度管理の観点で、がん登録の実務者研修により、届出の質を向上を図るとともに、提出された届出について、住所異動確認調査及び遡り調査等を活用した審査及び整理を行っている。これまでの運用を踏まえて、令和８年４月に全国がん登録の届出マニュアルの改訂を行った。また、中間とりまとめを踏まえ、届出情報の整理に被保険者番号から生成するＩＤ（ＩＤ５）や住基ネットの利用を可能とする規定を盛り込んだ法案を令和７年通常国会に提出した。同法案が令和７年12月５日に成立し、同月12日に公布されたことを受けて、ＩＤ５や住基ネットを利用し、より精緻な届出情報の審査及び整理が可能となるように、国立がん研究センターと連携してシステムの改修や制度設計、マニュアルの作成に取り組んでいるところである。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

がん対策の一層の充実及びがん医療の質の更なる向上のために、がん登録情報の利活用は重要であり、都道府県、市町村、民間機関等によるがん登録情報の利活用を推進するため、都道府県等への技術的支援も含めた利活用推進の取組を行っていく必要がある。

ＮＤＢ等の他の公的データベース等との連結・解析や仮名化情報の利用・提供等を可能とする規定を盛り込んだ法案の成立を受け、今後、がん登録等の推

進に関する法律の改正の施行に向け、各データベースと連携を進め、他データベースの情報との連結・解析を含めた利活用につなげていけるよう更なる検討を進める必要がある。

（５）患者・市民参画の推進

（個別目標）

がん患者とその家族等を含む国民が、がん対策の重要性を認識し、がん医療に関する正しい理解を得て、医療従事者とも連携しながら、がん対策に主体的に参画する社会を目指す。

（進捗状況）

●判定一覧

判定	A	B	C	D	*
中間アウトカム	1	0	0	1	0
アウトプット	1	0	0	1	0

●アウトプット

#	アウトプット	アウトプット指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
450101	【国及び都道府県】国民本位のがん対策を推進するため、基本計画及び「都道府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がん対策推進協議会及び都道府県協議会等への 参画を推進する。また、諸外国の公募制、代表制等の事例も踏まえつつ、	都道府県がん対策推進計画の策定過程におけるがん患者を代表する者の参加割合（参考：性別、年代等の多様性）	13.1% （令和５年）	－	D

	患者・市民参画の更なる推進に向けた仕組みを検討				

アウトカム指標について、中間アウトカム指標はＡ判定が１指標、Ｄ判定が１指標であった。

個別施策（４施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標については、Ａ判定が１指標、Ｄ判定が１指標であった。

第88回及び第89回がん対策推進協議会にて、患者・市民参画について議論した。また、都道府県等協議会の患者委員の選出について、多様性・更新性・透明性等、また、協議会の開催日前に開催日時や構成メンバーの公表有無、あるいは議事録や配付資料の公開有無等を把握する必要性について議論した。令和４年度から令和６年度の厚生労働科学研究「がん研究に患者・市民参画を実現するための患者・市民に対する教育カリキュラム・プログラムの開発に関する研究」において、基礎研修（動画（ウェブラーニング23本）の公開)、専門研修プログラムを実施し、カリキュラムを確定し、ウェブサイトで公開した。令和７年度及び令和８年度の厚生労働科学研究「がん対策における患者・市民参画を推進するための標準教育プログラムの開発と確立に関する研究」においては、都道府県協議会での患者・市民参画の状況調査及び課題整理、先の厚生労働科学研究の成果を踏まえた教育プログラムの追加・修正、モデル自治体での教育プログラムの試行等に取り組む予定としているほか、患者市民参画のための教育プログラム及び体制について検討し、都道府県や患者会等への普及啓発を実施することとしている。

本基本計画において患者・市民参画の推進が位置付けられていることを踏まえ、厚生労働科学研究費補助金の公募要項において、患者・市民参画に関する具体的な取組の実施を求めている。具体的には、患者・家族支援等の関係団体の構成員を研究協力者として参画させること等を例示し、研究の企画・実施段階における患者・市民参画の推進を図っている。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

がん研究分野で推進されてきた患者・市民参画の知見を踏まえ、医療従事者や行政担当者における患者・市民参画に関する理解の促進・課題の整理を行うとともに、国や都道府県協議会における患者・市民参画の取組をより一層推進する必要がある。

（６）デジタル化の推進

（個別目標）

デジタル技術の活用等により、患者やその家族等の医療・福祉・保健サービスへのアクセシビリティを向上させるとともに、国、地方公共団体、医療機関等が効率的かつ効果的にサービスを提供できることを目指す。

（進捗状況）

●判定一覧

判定	Ａ	Ｂ	Ｃ	Ｄ	＊
中間 アウトカム	０	０	０	０	０
アウトプット	３	０	０	０	０

個別施策（２施策）については、取組が進んでおり、アウトプット指標についてはＡ判定が３指標であった。

検診受診率向上のため、自治体検診ＤＸの推進に向け関係省庁間で検討中である。自治体検診ＤＸについては、令和７年度からＰＭＨを活用したがん検診のモデル事業を進めており、令和11年度以降の本格実施に向け、引き続き、モデル事業を実施予定としている。

がん対策の評価について、全国がん登録情報に基づき算出されるがん罹患率や生存率をロジックモデルの指標とし、がん対策の評価において、全国がん登録データベースの利活用を行っている。また、がんの罹患等に関する情報の照合・集約作業の効率化及び精緻化のため、被保険者番号等から生成されるＩＤ（ＩＤ５）を利用可能とすること、住所異動確認調査の円滑な実施に向けて住基ネットを利用可能とすること、ＮＤＢ等の他の公的データベースとの連結解析等を可能とする規定を盛り込んだ法案を令和７年通常国会に提出し、同法案が令和７年12月５日に成立し、同月12日に公布された。

整備指針において、がん相談支援センターに対し、必要に応じてオンラインでの相談を受け付けるなど、情報通信技術等も活用することを求めており、拠点病院等の現況報告書にて、要件の充足状況を確認し、把握していくこととしている。

令和８年度診療報酬改定において、Ｄ ｔｏ Ｐ ｗｉｔｈ Ｄによるオンライン診療の評価である遠隔連携診療料の見直しが行われた。具体的には、希少がんの患者が外来診療及び入院診療における対象患者として追加された。さらに、外来診療においては、患者が受診する側の保険医療機関が人口の少ない地域に所在する場合に限り、治療中の悪性腫瘍の患者が対象患者として追加され

た。また、訪問診療において麻薬を投与している悪性腫瘍の患者が対象患者として追加された。

（がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項）

自治体検診ＤＸを通して、デジタルを活用したがん検診の受診勧奨や検診結果の確認を実装できるよう引き続き議論していく必要がある。

ＮＤＢ等の他の公的データベースとの連結・解析等を可能とする規定を盛り込んだ法案が成立したことを受けて、被保険者番号等から生成されるＩＤ（ＩＤ５）や住基ネットの利用に向けた関係者との調整や、情報連携基盤を活用した他の公的データベース等との連結・解析が可能となるように、各データベースとの連携を更に進める必要がある。

Ⅳ　がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項について（第４期基本計画再掲）

１．関係者等の連携協力の更なる強化

がん対策を総合的かつ計画的に推進し、実効性を担保するためには、関係者等が、適切な役割分担の下、相互の連携を図り、一体となって努力することが重要である。

国及び地方公共団体は、民間団体が行うがん患者の支援に関する活動、がん患者の団体が行う情報交換等の活動等を支援するため、情報提供その他の必要な施策を講ずるものとする。

また、国及び地方公共団体は、がん教育、がんに関する知識の普及啓発等により、がん患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境への理解を図るとともに、関係者等の意見の把握に努め、がん対策に反映させていくことで、国民とともに、「がんとの共生」社会の実現に取り組んでいくこととする。

なお、国及び地方公共団体は、他の疾患等に係る対策と関連する取組については、それらの対策と連携して取り組んでいくこととする。

２．感染症発生・まん延時や災害時等を見据えた対策

がん検診の受診率について、新型コロナウイルス感染症の影響により、検診の受診者が１～２割程度減少しているとの報告もある。

国は、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、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。

令和４（2022）年整備指針改定において、都道府県がん診療連携協議会の体制を強化し、拠点病院等の役割分担や連携体制の構築、感染症発生・まん延時や災害時等への対応等を新たな要件として盛り込んだ。

国及び都道府県は、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する。

３．都道府県による計画の策定

都道府県は、本基本計画を基本としながら、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、都道府県計画を策定する。都道府県計画は、医療計画、都道府県健康増進計画、都道府県介護保険事業支援計画等のがん対策に関連する事項を定めるその他の計画と調和が保たれたものとする。また、地域の実情に応じた自主的かつ主体的な施策や普及啓発の取組を盛

り込むことが望ましい。
　都道府県は、都道府県計画の策定過程において、がん患者等の都道府県協議会等への参画等を含めた患者・市民参画を推進し、関係者等の意見の聴取に努める。
　また、都道府県は、都道府県計画に基づくがん対策の進捗管理に当たって、ＰＤＣＡサイクルの実効性確保のため、ロジックモデル等のツールの活用を検討するとともに、当該都道府県におけるがん医療に関する状況の変化やがん対策の効果に関する評価を踏まえ、必要があるときには、都道府県計画を変更するよう努める。
　国は、都道府県計画の作成手法等について必要な助言を行う。

４．国民の努力

　国民は、法第６条の規定に基づき、がんに関する正しい知識を持ち、がんの予防に必要な注意を払い、必要に応じ、がん検診を受けるよう努めるほか、がん患者に関する理解を深めるよう努めるものとする。
　また、今後のがん医療の向上に資するよう、以下の点についても努力していくことが望まれる。

- がん医療は、がん患者やその家族等と、医療従事者の人間関係を基盤として成り立っていることから、医療従事者のみならず、がん患者やその家族等も、医療従事者と信頼関係を築くことができるよう努めること。

- がん患者が適切な医療を受けるためには、セカンドオピニオンに関する情報の提示、がんに関する十分な説明、相談支援等が重要であるが、がん患者やその家族等も、医療従事者からの説明を受けながら、病態や治療内容等について、理解するよう努めること。

- 国民本位のがん対策を推進するため、国民は、関係者等と協力して、主体的にがん対策の議論に参画するなど、がん医療や、がん患者やその家族等に対する支援を充実させることの重要性を認識し、正しい知識・理解を得て、行動するよう努めること。

５．必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化

　がん対策を総合的かつ計画的に推進するためには、各取組の適切な評価と、各取組の着実な実施に向けて必要な財政上の措置を行っていくこと等が重要である。
　一方、厳しい財政事情の下で限られた予算を最大限有効に活用し、がん対策

の成果を上げていくためには、選択と集中の徹底、各施策の重複排除、関係省庁間の連携強化とともに、官民の役割と費用負担の分担を図ることが必要である。

また、将来にわたって必要かつ適切ながん医療を提供するため、効率的かつ持続可能ながん対策を実現することが重要である。

６．目標の達成状況の把握

国は、分野別目標及び個別目標の達成状況について、適宜調査を実施しその結果を公表するとともに、本基本計画の進捗状況を適切に把握し、管理するため、３年を目途に中間評価を行う。

その際、各分野の取り組むべき施策が、分野別目標及び個別目標の達成に向けて効果をもたらしているか、ロジックモデルを活用した科学的・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。また、分野別目標及び個別目標の達成状況及び計画の進捗状況の把握に当たって、適切な指標が設定されているか、必要に応じて見直しを行うとともに、数値目標の設定についても、引き続き検討を行う。

がん対策推進協議会は、本基本計画の進捗状況を踏まえ、必要に応じて、がん対策の推進に資する提言を行うとともに、検討会等の積極的な活用を行う。

７．基本計画の見直し

国は、法第 10 条第７項の規定に基づき、がん医療に関する状況の変化を勘案し、及びがん対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも６年ごとに、本基本計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更するものとする。なお、本基本計画の計画期間が終了する前であっても、必要があると認めるときは、本基本計画を変更するものとする

第４章　おわりに（第５期基本計画に向けて）

（１）　本基本計画期間中においては、指標及び評価手法の変更は行わないものとする。また、第５期基本計画に向けては、各施策の評価の継続性を確保する観点から、引き続き同一性・連続性に配慮した調査を実施することが求められる。

（２）　本基本計画において、指標が設定されていない項目については、具体的な取組や施策の検討を継続し、第５期基本計画に向けて、設定が可能な指標については、指標を設定しておくこと。

（３）　本基本計画において、施策の評価に当たっては、全体目標、分野別目標及び個別目標と各施策の関連性を明確にし、ＰＤＣＡサイクルの実効性を確保するため、ロジックモデルを活用した。第５期基本計画では、ロジックモデル上の全体目標、分野別目標及び個別目標と各施策の関連性をより明確化するために、設定するべき指標、使用するべきデータソース等の再検討を行うこと。

（４）　指標の変化を評価する際は、単なる数値差だけでなく、その変化が偶然か、又は公衆衛生学的に意味のあるものかを適切に解釈することが重要である。指標には多様なデータ特性があるため、指標ごとに適した評価方法をあらかじめ整理する必要がある。[74]

（５）　本基本計画では、指標ごとに目標値が設定されていなかったことから、測定値の差異に基づき一律に判定を行った。第５期基本計画策定に向けては、指標の性質に応じて、目標値を設定する指標、一定水準の確保を目指す指標、進捗確認を重視する指標を区別した目標設定や評価方法を検討すること。

---

[74] 指標の測定値の変化を評価する際には、ベースライン値と中間測定値の差分のみを見るのではなく、その変化が偶然のばらつきの範囲内か、あるいは公衆衛生学的に意味のある変化かを適切に判断する必要がある。本基本計画における指標は、標本調査、全数統計、行政報告、施設数や都道府県数のカウント等、多様なデータに基づいており、算出方法やデータの性質も異なる。このため、第 5 期基本計画では、指標設定の段階からデータソース、算出方法、評価可能性を踏まえ、「95%信頼区間を用いる指標」、「経年推移や相対変化率で評価する指標」など、指標ごとに適切な評価方法を整理することが望ましい。加えて、母数の大きさや値の不安定性、年次推移の有無なども考慮し、公衆衛生学的に意味のある変化の判断基準について引き続き検討を進める必要がある。

（６）　地域差が大きい指標については、全国一律の達成状況を評価することに加え、地域差の要因を分析した上で、地域特性に応じた取組の方向性を示すこと。

「がん対策推進協議会」委員名簿（令和８年４月１日時点）

	氏名	所属・役職
	浅香　えみ子	公益社団法人日本看護協会常任理事
	宇野　隆	千葉大学大学院医学研究院画像診断・放射線腫瘍学教授 公益社団法人日本放射線腫瘍学会理事長
	大井　賢一	認定特定非営利活動法人がんサポートコミュニティー／がん対策総合機構 事務局長
	河田　純一	東京大学医科学研究所公共政策研究分野特任研究員 慢性骨髄性白血病患者・家族の会「いずみの会」　副代表
	木澤　義之	特定非営利活動法人日本緩和医療学会 理事長 筑波大学医学医療系緩和医療学 教授
	黒瀬　巌	公益社団法人日本医師会　常任理事
	櫻井 公恵	株式会社櫻井謙二商店代表取締役社長 NPO 法人 GISTERS 副理事長
	佐藤　好美	産経新聞社　論説委員
	谷口　栄作	島根県健康福祉部医療統括監
	辻本　由香	つじもと FP 事務所 代表 治療と仕事の両立支援～はーベすと～ 代表 一般社団法人全国がん患者団体連合会 監事
	鶴岡　優子	つるかめ診療所所長 日本在宅医療連合学会副代表理事
◎	土岐　祐一郎	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪急性期・総合医療センター 病院長
	中山　健夫	京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学分野教授
	服部　文	一般社団法人仕事と治療の両立支援ネットーブリッジ　代表理事
	早坂　由美子	公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会 会長 北里大学病院　トータルサポートセンター　課長
○	間野　博行	国立研究開発法人国立がん研究センター 理事長・研究所長
	南　博信	神戸大学大学院医学研究科　腫瘍・血液内科学　教授 公益社団法人日本臨床腫瘍学会理事長
	山崎　宴子	小児脳腫瘍の会　理事 公益財団法人ゴールドリボン・ネットワーク
	吉野　孝之	日本癌治療学会　理事長 国立研究開発法人国立がん研究センター東病院　副院長（経営担当)、 国際臨床腫瘍科長、医薬品開発推進部門長、消化管内科医長
	米田　光宏	国立成育医療研究センター外科・腫瘍外科診療部長 国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院小児腫瘍外科科長 一般社団法人日本小児血液・がん学会理事長

◎･･･会長　　○･･･会長代理　　（50 音順、敬称略）

「がん対策推進協議会」開催状況

【第９１回】
日　時：　令和７年７月２８日（月）　１４：００～１６：００
場　所：　ハイブリッド開催
議題：
（１）　会長の選任等について
（２）　第４期がん対策推進基本計画について
・　中間評価の進め方について
・　コア指標の考え方と選定理由について
・　ロジックモデルを活用した評価方法について
・　都道府県単位のベースライン値の公表について
・　希少がん関連の指標について
（３）　報告事項
・　患者体験調査の結果概要について
・　遺族調査の結果概要について
（４）　その他

【第９２回】
日　時：　令和７年 10 月６日（月）　１６：００～１８：００
場　所：　ハイブリッド開催
議題：
（１）　報告事項
・　2040 年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化について
・　第６回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループからの報告について
（２）　第４期がん対策推進基本計画について
・　「がん医療」分野のコア指標について
・　「がん医療」分野の中間評価について
（３）　その他

【第９３回】
日　時：　令和８年３月９日（月）　１６：００～１８：００
場　所：　ハイブリッド開催
議題：
（１）　報告事項
・　ＡＹＡ世代がん患者の現状及び最近の施策
・　アピアランスケアに関する現状及び今後の方針
（２）　第４期がん対策推進基本計画について
・　「がんとの共生」分野のコア指標について
・　「がんとの共生」分野の中間評価について
（３）　その他

【第９４回】
日　時：　令和８年５月８日（金）　１５：００～１７：００
場　所：　ハイブリッド開催
議題：
（１）　報告事項
・　がん検診について
・　がん登録等の推進に関する法律の改正について
（２）　第４期がん対策推進基本計画について
・　「がん予防」分野の中間評価について
・　「基盤整備」分野の中間評価について
（３）　その他

【第９５回】
日　時：　令和８年６月１８日（木）　１５：００～１７：００
場　所：　ハイブリッド開催
議題：
（１）　第４期がん対策推進基本計画について
・第４期がん対策推進基本計画中間評価報告書案について
（２）　その他

第95回がん対策推進協議会	資料１－２
令和８年６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

第４期がん対策推進基本計画中間評価報告書案概要

令和８年６月18日（木）第95回がん対策推進協議会

厚生労働省　健康・生活衛生局

がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

全体目標と分野別目標についての進捗状況

「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。」

本中間評価では、「がん予防」、「がん医療」、「がんとの共生」及び「これらを支える基盤」の各分野について、取組の進捗状況と今後一層の推進が必要な課題が整理された。最終アウトカム指標の判定より、がん死亡率の低下、がん患者が自分らしい生活を送れていると感じる割合の向上等、全体として一定の成果と改善傾向が認められた。今後は、中間評価を踏まえ、課題に対応した取組の強化と分野間の連携を図りつつ、総合的ながん対策を推進することにより、全体目標である「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」の達成に向けた取組を進めていく。

１．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

- 最終アウトカム指標「がんの年齢調整死亡率」、「がん種別年齢調整死亡率」、「がんの年齢調整罹患率」及び「がん種別年齢調整罹患率」が、いずれも改善傾向にあり、がんを予防する方法の普及啓発、科学的根拠に基づくがん検診の充実を推進していると評価できる。
- これらの指標を更に改善させるためにも、がんの１次予防、２次予防の各施策を着実に推進していく必要がある。

２．　患者本位で持続可能ながん医療の提供

- 最終アウトカム指標「がんの年齢調整死亡率」のみならず、「がん種別５年生存率」についても多くのがん種で改善傾向にあることから、がん医療の質を向上させるほか、それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化を進め、効率的かつ持続可能ながん医療の提供を加速していると評価できる。
- 「現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者、希少がん患者及び若年がん患者の割合」において、希少がん及び若年がん患者については、いずれも70%を超えている水準であるものの、がん患者全体より低い状況であるため、希少がん患者への高度かつ専門的な医療へのアクセシビリティを向上させ、更なる医療者とのコミュニケーションの充実を図るため、情報提供のみならず医療機関同士の更なる連携の強化や若年がん患者への支援体制の強化が必要である。

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

- 最終アウトカム指標「現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合」において、80%に近い水準となっており、がん患者やその家族等が住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境の整備やがん患者及びその家族等の「全人的な苦痛」の緩和を図ることを加速していると評価できる。
- 最終アウトカム指標は、患者体験調査において18歳以上のがん患者が対象となっている。小児がん患者についても、小児患者体験調査の最新結果が公表された際には、当該データソースとなっている指標の傾向を確認し、「がんとの共生」分野の全体を再度確認する必要がある。

１．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

（１） がんの１次予防

- がん種別年齢調整罹患率について、胃、大腸及び肺では改善傾向にあるものの、女性乳房のみが後退傾向であることに加えて、高い罹患率であることから、その背景を検証する必要がある。
- がん罹患率減少を目的として、ＨＰＶワクチンの定期予防接種実施率向上に向けた取組、肝炎ウイルス陽性者への受診勧奨及び普及啓発等を推進する必要がある。

（２） がんの２次予防（がん検診）

- がん検診受診率については市町村の負担を増やすことなく、職域も含めて客観的なデータ収集及び分析ができるよう体制づくりや職域における受診を促す取組についても検討することが必要である。
- 「がん検診受診率60%」の目標達成に向け、国民に対する効果的な受診勧奨の取組を推進するとともに、未受診者に対する個別勧奨をより一層進める必要がある。特に、就労状況に応じた効果的ながん検診の受診勧奨の取組を推進する必要がある。
- 「精密検査受診率90%」の目標達成に向け、精密検査の重要性に関する効果的な普及啓発を行うとともに、精密検査未受診者に対する個別勧奨をより一層進める必要がある。あわせて、職域においても、科学的根拠に基づくがん検診精密検査の受診状況等について、実態把握を進める必要がある。
- 特に大腸がんと子宮頸がんにおける精密検査受診率の向上が課題となっている。これらのがん種を含む全てのがん種について、市町村の参考となる好事例の収集及び普及を図る取組が必要である。
- がん登録とがん検診のデータを突合し、感度及び特異度の評価を行うことにより、市町村によるがん検診の精度管理をより一層推進する必要がある。
- 指針に基づくがん検診を実施している市町村数については、特に大腸がん、肺がん及び乳がんは改善傾向が認められるものの、全てのがん種において科学的根拠に基づくがん検診の提供が確保されるよう、より一層推進していく必要がある。
- 組織型検診の構築に向け、職域等がん検診も含めたがん検診の受診結果の把握が求められていることを踏まえ、市町村による効率的な収集方法について検討する必要がある。

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

①医療提供体制の均てん化・集約化について

- 「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）」について、中間測定値がベースライン値より増加していることは評価できるが、「治療前にセカンドオピニオンに関する話を受けた患者の割合」が31.7%であるため、がん治療前にセカンドオピニオンを受けることについての情報提供を充実させるほか、希望する人ががん治療前にセカンドオピニオンを受けているかどうかについての実態を把握していく必要がある。
- 役割分担に関する議論が行われている都道府県の数が増加していることは、均てん化・集約化の進展を示すものであり評価できる。持続可能ながん医療の提供に向けて、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化の方向性が明確に示されている点は重要である。今後、「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に係る基本的な考え方及び検討の進め方について」に基づき都道府県での検討がより進むが、国は地域ごとの取組状況を確認するためその進捗管理をしていく必要がある。また、都道府県における議論の推進のため、今後、都道府県における取組について好事例の共有や他地域や医療機関との比較・検証が必要である。
- 特に、希少がん、小児がん等では、県内に専門医が存在せず、遠距離通院を余儀なくされる患者が存在し、集約化はこうした患者の増加を伴う。患者の生活圏は必ずしも居住する都道府県に限定されないため、都道府県単位にとどまることなく、より広域な医療圏での議論・調整が必要である。
- 医療へのアクセスに関する指標として設定されている「タイムリーな病理診断」、「診断から手術までの日数」、「手術から放射線治療開始までの期間」及び「遅延なく化学療法が行えているか」について、集計時期からコロナの影響も考えられるが、全て後退傾向にあり、院内においてはキャンサーボード、また、院外では迅速な病診、病病連携を促進する必要がある。

②がんゲノム医療について

- がんゲノム医療中核拠点病院等を中心とした医療提供体制として、がんゲノム医療連携病院や人的資源の数が増加傾向にあり、検査を受けた患者数や遺伝カウンセリング件数が増加していることは、患者が必要な医療や支援にアクセスできる機会が広がっているという点で評価できる。治療過程の中でがんゲノム検査実施の機会が逸されることのないよう、医療従事者への教育・啓発の機会提供が重要であるため、がんゲノム医療中核拠点病院等以外の医療機関の医師への教育が必要である。
- 「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」が、0.4ポイント減少しており、改善へ向けて、治験へのアクセスの改善が必要である。
- 拠点病院等において質の高いがんゲノム医療が提供されるよう、エキスパートパネルの標準化や効率的な運営体制の構築等について関連学会等と連携しながら運用面の改善をより一層推進するとともに、拠点病院等においてがんゲノム医療を提供できる体制の整備を推進する必要がある

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

③手術療法・放射線療法・薬物療法について

（ア）手術療法について

- 術後短期死亡率が増加している胃がん、大腸がん及び胆嚢がんについては、ＮＣＤ等を活用し、年齢調整や緊急手術の有無、術式等で検討するなど、リスク調整して評価が必要である。
- 術後短期死亡率はいずれも低い数値で推移しており、患者にとって「手術の安全性が全般的に確保されている」という安心感につながる点は評価できるが、増減だけで評価することは難しい。今後は術後短期死亡率の低さだけでなく、ＮＣＤ等を活用し、術後合併症の発生率や回復までの期間といった観点を含めた評価が必要である。
- 高難度手術の集約化は、医療資源の活用だけではなく、治療成績・医療安全の観点からも有益な点が多い。都道府県のみならず、関連学会や医師を派遣する大学とも連携を深めて、推進していく必要がある。

（イ）放射線療法について

- ＩＭＲＴを提供しているがん診療連携拠点病院の割合が5.9ポイント上昇しており改善傾向にあるが、がん診療連携拠点病院の約20%の施設でＩＭＲＴの提供ができておらず、継続的な取組が必要である。また、医療提供体制の集約化により、都道府県各地域におけるＩＭＲＴ提供体制を確保する必要がある。
- 放射線照射患者数は今後増加が見込まれる一方で、機器の高騰の影響が大きく、患者を集約することによる効率的な機器の運用の検討が必要である。また、より短期間で照射を完了する放射線治療装置を用いた放射線療法の研究を推進するとともに、有効性・安全性が認められるものについて社会実装し、通院回数を減らすことで患者の負担を軽減させる取組を進めることが重要である。
- 「専従の放射線治療に関する専門資格を有する常勤の看護師が放射線治療部門に１人以上配置されているがん診療連携拠点病院の割合」について、中間測定値がベースライン値より減少していることに加えて、５割未満であることから、関係団体と連携しながら当該分野の専門性の高い看護師の養成が更に必要である。

（ウ）薬物療法について

- 「化学療法/薬物療法関連ＱＩ（拠点病院等（ＱＩ研究参加施設）における標準的治療の実施割合）」について実施率が低いため、その理由について、高齢化により標準的な医療ができないのか、治験、臨床試験のため先進的な医療をするためなのか等といった分析が必要である。

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

④チーム医療の推進について

- 「栄養サポートチーム加算」を算定している拠点病院等の割合が増加する中、栄養サポートチーム加算の算定回数の利用が減少していることについて、患者にとっては「食べられる・栄養を維持できる」ことが治療や日常生活の安心に直結するため、がん患者の栄養管理の実態を把握することが必要である。
- 「主治医以外にも相談しやすいスタッフがいた患者の割合」は58.4%となっており、相談できる環境が広がりつつある点は評価できる。しかし、依然として４割以上の患者において主治医以外に相談しやすいスタッフがいなかった。相談相手の不足は、治療方針の納得感や不安軽減に直結する大きな課題である。改善に向けては、がん相談支援センターやピア・サポーターの活用に加え、その他専門チームを患者にとって身近な相談先として位置付けることが有効である。患者や家族が安心して療養生活を送れる支援につながるよう、医療・心理・栄養等多面的な相談体制の整備を促進することが必要である。

⑤がんのリハビリテーションについて医療の推進について

- がんのリハビリテーションの人的資源が充実していることは評価できるが、一方で、がんのリハビリテーションを受けた患者の割合が42%であることが妥当であるか否かについて臨床的に検証する必要がある。必要な患者が確実にリハビリテーションを受けられる仕組みの整備や、患者自身がリハビリテーションの重要性を理解しやすい説明・相談体制の確保が求められる。

⑥支持療法の推進について

- 拠点病院等（ＱＩ研究参加施設）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を維持できるよう、支持療法の均てん化の促進が必要である。
- 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が増加していることは評価できる。このため、アピアランスケアでうまくいった事例等の情報収集や横展開を行い、全体の対応力の向上が必要である。一方で、「外見の変化に関する悩みを医療スタッフに相談ができた患者の割合」が３割未満であることから、相談を必要とする患者らに必要な支援が行き渡るよう、相談環境の改善に対する取組は必要である。各医療機関でアピアランスケアに係る相談支援・情報提供が実施されるためには、アピアランスケアについて十分な知識等を持つ医療従事者の更なる養成及び医療従事者に対するアピアランス研修会の効果的な周知や研修を受講しやすい環境の整備が必要である。

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

- 「精神心理的な苦痛を抱える患者の割合」は増加傾向であり、拠点病院等に限らず、地域の医療機関においても苦痛の把握とケアへの反映のため、「苦痛のスクリーニング」の導入医療機関を増やす等、更なる取組が必要である。

⑧妊孕性温存療法について

- 「治療開始前に生殖機能への影響に関する説明を受けた」と回答した成人がん患者・家族の割合が52.0%から71.5%へと大幅に増加しており、インフォームド・コンセントの中で妊孕性への配慮が含まれるようになってきていることを示しており評価できる。患者や家族にとって、将来の生活設計に関わる重要な情報が治療前に得られることは大きな安心につながる。更なる向上のため、小児・ＡＹＡ世代や将来の妊娠・出産を希望するがん患者が必要とする情報が適切なタイミングで得られるよう、原疾患治療施設における妊孕性温存に関する情報提供を強化することが必要である。

（２）希少がん及び難治性がん対策

- 希少がん及び難治性がんの情報提供について、患者にとって重要なことは情報の鮮度や信頼性と考えられるため、定期的な更新と新規情報の充実を通じて、利用しやすく安心できる情報提供体制を維持する必要がある。
- 集約化が図られる中であっても、希少がん患者及び難治性がん患者の高度かつ専門的な医療へのアクセシビリティを向上させるため、情報提供のみならず医療機関同士の更なる連携の取組が必要である。

（３）小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策

- 「小児がん拠点病院等における医療環境にある子どもや家族への療養支援に関する専門的な知識及び技能を有する者の人数」の減少がみられ、実態把握と再構築が必要である。
- 長期フォローアップ外来を設置している小児がん拠点病院の数は増加しているが、長期フォローアップは移行医療も含め、成人医療との連携が不可欠である。したがって、推進のためには成人医療の領域の認知・利用（受入れ）実態の評価も必要と考える。また、併せて、晩期合併症等の情報収集も必要である。
- 多職種からなるＡＹＡ支援チームを設置している拠点病院等の割合がベースライン値より大幅に改善している点は評価できるが、チームの活動に加え、患者家族及び医療者に対する利用可能な社会制度の周知等の施策が求められる。

２．患者本位で持続可能ながん医療の提供

（４）高齢者のがん対策

- 拠点病院等で、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た対応を実施しているとされている点は評価できる。一方、「患者と医師の間で最期の療養場所について話し合いがあったと回答した人の割合」は、前回より上昇しているものの52.9%にとどまっており、地域の医療機関等を含む療養場所に関する希望が十分に共有されていない可能性があるため、実態の把握が必要である。
- 高齢者に対して、高齢者の標準的治療に対する適合性を高めるため、また、治療後の自立や社会生活の維持のために、栄養療法及びリハビリテーションの適切な介入等を進める必要がある。

（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

- がんに関する臨床研究数は着実に増加し、臨床試験に参加していない地域の患者及びその家族向けの問い合わせ窓口を設置している拠点病院等の割合が増えたことは評価できるが、窓口設置拠点病院等の割合がいまだ78.6%のため、患者が自ら臨床試験をきちんと探せる等、分かりやすい治験情報提供等更なる取組が必要である。

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

（１）相談支援及び情報提供

①相談支援について

- がん相談支援センターについて知っているがん患者（成人）の割合は、11.3ポイント低下している。一方で、新規相談件数が増加し、相談を利用した患者の70%以上が「役に立った」と回答していることから、認知している患者にとっては利用しやすい環境が整いつつあると考えられる。より多くの患者が適切な支援へアクセスするためには、がん相談支援センターの認知度向上の強化により一層取り組む必要がある。
- がん相談支援センターの認知度は低下しているが、令和４年の整備指針において、「外来初診時から治療開始までを目処に、がん患者及びその家族が必ず一度はがん相談支援センターを訪問（必ずしも具体的な相談を伴わない、場所等の確認も含む）することができる体制を整備することが望ましい」と改定されたことから、継続して認知度を測定し、取組の評価をしていく必要がある。診療プロセスに組み込み、治療開始前・再発時等の要所でがん相談支援センターを案内し、相談を希望するがん患者等がん相談支援センターに到達できる導線（診療計画・チェックリスト等）を標準化するなど、院内の体系的な体制整備の検討が必要である。
- 認知度向上に向けた取組として、様々な媒体を活用した効果的な啓発を検討するとともに、関係団体等と連携した取組を引き続き推進し、取組の評価を継続して実施していく必要がある。

②情報提供について

- がん情報サービスへのアクセス件数は減少している状況にあるが、ウェブサイト閲覧数の低下は、民間情報サイトも含めて世界的な傾向となっている。その背景として、生成ＡＩ要約による情報入手が普及し、引用元のウェブサイトを閲覧しない場合が増えていることが要因として考えられる。現在、がんに関する情報は、がん情報サービス以外にも多様な媒体を通じて提供されている。そのような状況でも、がん情報サービスは、情報を必要とする国民に対して、質が高く正確な情報を継続的に発信できるよう、今後も適切な情報提供体制の構築・維持に努めていく必要がある。
- 情報提供においては、情報の集約化とアクセシビリティの向上が重要である。患者及びその家族が必要な時に信頼性の高い情報へ迷うことなく到達できることは、適切な支援を行う上で不可欠であり、そのためには「容易な検索」「分かりやすい内容」「更新状況の明確化」等を確保することが求められる。さらに、日本語を母国語としない方への対応等、誰もが情報にアクセスできる取組について検討する必要がある。

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

（２）社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援

- 「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」が31.7%と、約３人に２人が情報提供を受けていないことに課題がある。がん患者に対する診療情報提供料（Ⅱ）の算定数（算定回数）（患者数）ともに増加しており、患者のセカンドオピニオンの需要は高いことが考えられる。がん治療前にセカンドオピニオンを受けることについての情報提供を充実させるほか、希望する人ががん治療前にセカンドオピニオンを受けているかどうかについての実態を把握していく必要がある。

（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

- 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は50%を下回っており、がん治療の開始前までに退職した者の割合も58.3%となっている。診断時に仕事に関する状況や不安等を把握した上で、早期から両立支援につなぐことができる体制整備が求められる。主治医と産業医との連携に加え、産業保健総合支援センター（さんぽセンター）の活用促進や、両立支援制度や長期療養者就職支援事業等を活用した主治医を含む医療チームによる就労支援の取組の更なる推進が必要である。
- 両立支援コーディネーターの研修修了者数は増加しているが、必要数、配置の妥当性や活動状況を検証する必要がある。また、治療と就業の両立支援指針の策定を踏まえて、更なる取組を強化する必要がある。

②アピアランスケアについて

- 拠点病院等を中心とした医療従事者等ががん患者に対し、アピアランスケアに係る相談支援・情報提供の周知を進め、認知度を高める工夫が求められる。
- 今後、がん診療連携拠点病院機能強化事業等を活用し、医療従事者による適切なアピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制の構築を全国に展開することにより均てん化が進み、更に効果的な支援につながるよう、取組の進捗を継続して確認していく必要がある。また、人材育成においては、アピアランスケア研修修了者数のみならず、累積修了者数も確認した上で、進捗状況を評価する必要がある。

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）

③がん診断後の自殺対策について

- 「精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合」は後退傾向であるため、緩和ケア研修や相談導線の整備と並行して、関係職種や関係機関と連携しながら、苦痛の早期把握と支援につながる実装（院内フロー等）を継続的に確認するための体制整備が必要である。
- 拠点病院等を対象に、医療従事者等が正しい知識を身につけられるよう、厚生労働科学研究の成果等も活用しながら、がん患者の自殺対策についての研修等の開催や、相談支援及び情報提供の在り方を検討する必要がある。

④その他の社会的な問題について

- 家族以外の周囲からがんに対する偏見を感じる割合が7.4%と、偏見の払拭に向けた取組は依然として課題が残る。若年層を含む社会全体に対し、がんに関する正しい理解を促す継続的な啓発が必要である。
- 障害等により配慮が必要な人や日本語を母国語としない人への情報提供体制を検討するとともに、より実効性のある体制整備が必要である。

（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

- ＡＹＡ世代の「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」が57.7%であり、割合としては６割に満たない。そのため、診断時に仕事に関する状況や不安等を把握したうえで、早期から両立支援につなぐことができる体制整備が求められる。
- 小児がん・ＡＹＡがん患者の長期フォローアップは重要な課題であり、医療者側の認識度向上が求められる。小児・ＡＹＡ世代のがんの長期フォローアップ体制整備事業等で更なる周知が必要である。
- 再発や二次がん・晩期合併症の早期発見につなげるためには、長期フォローアップの重要性について、診断時・治療中からの継続的な情報提供が重要であることから、情報提供の在り方について検討が必要である。
- ＡＹＡ世代がん患者が適切に支援制度やサービス等を利用できるよう、拠点病院等や関係団体等とともに「がんの治療と暮らしを支える制度ガイド」等を活用した周知を推進する必要がある。
- 「小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるような環境の整備」を目指して小児がん拠点病院等が整備されているが、その整備に関する指針の次期改定に向け、令和７年度末から「小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」にて議論が開始された。本中間評価を受けて、長期フォローアップ等の課題については、本ワーキンググループにおいて関係学会等と連携しながら検討を進めていく必要がある。

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

（４）ライフステージに応じた療養環境への支援

②高齢者について

- 望んだ場所で療養できるように、最期の療養場所に関する話し合いがどのように実施されているかについて、実態を把握する必要がある。
- 退院時共同指導料１の算定数が増加しているが、介護支援等連携指導料の算定数は減少している。退院時共同指導料１は退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を評価しており、介護支援等連携指導料は退院後により適切な介護等サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネジャー）等の相談支援専門員と連携し退院後のケアプラン等の作成につなげることを評価している。退院時共同指導料１については、令和４年度診療報酬改定において算定要件が変更され、算定対象職種が拡大したため算定数が増加した可能性がある。また、介護支援等連携指導料は、コロナ禍における面会制限等の背景が影響していると考えられる。今後は、算定要件の変更も確認しつつ、継続的に把握していく必要がある。
- 本人の意思は、心身の状態の変化等に応じて変化しうるものであり、人生の最終段階において本人の希望する医療・ケアが提供されるよう、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス（ＡＣＰ（アドバンス・ケア・プランニング）　）が重要である。がん対策においても、こうした取組をより一層推進していく必要があると考えられる。ただし、高齢者以外も対象に含まれることに留意が必要である。

４．これらを支える基盤の整備

（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

- ＡＭＥＤにおけるがんに関する研究成果を活用した臨床試験・治療への移行数は増加傾向にあるものの、シーズの企業への導出件数が減少傾向にあるために、有望シーズの開発加速のための支援制度の整備、企業との連携による課題解決、ベンチャーとのマッチングの支援強化等、対策を講じる必要がある。
- ＡＭＥＤ等の研究に対して、薬事承認の新規・適応拡大に向けた支援の充実を図ることが必要である。

（２）人材育成の強化

- 拠点病院等を中心に、専門的な人材の育成及び配置に取組状況を評価する上で、現時点では人数の把握にとどまっているものの、今後は都道府県別の配置状況等を把握し、その動向を継続的に追跡するための検討が必要である。

（３）がん教育及びがんに関する知識の普及啓発

- 外部講師を活用したがん教育の実施割合は増加傾向にあるものの、12.5%にとどまっている。今後、拠点病院等と連携してがん教育を実施している好事例を収集・整理し、広く普及啓発を図ることにより、より効果的ながん教育の実施に向けた検討を進める必要がある。
- がん対策推進企業アクションにおける推進パートナー企業の登録をより一層促進するため、効果的な普及啓発を図る必要がある。あわせて、職域において科学的根拠に基づくがん検診を推進し、精密検査への受診勧奨が可能となる仕組みを横展開するため、正しい情報の発信や好事例の収集・啓発をより一層推進する必要がある。

（４）がん登録の利活用の推進

- がん対策の一層の充実及びがん医療の質の更なる向上のために、がん登録情報の利活用は重要であり、都道府県、市町村、民間機関等によるがん登録情報の利活用を推進するため、都道府県等への技術的支援も含めた利活用推進の取組を行っていく必要がある。
- ＮＤＢ等の他の公的データベース等との連結・解析や仮名化情報の利用・提供等を可能とする規定を盛り込んだ法案の成立を受け、今後、がん登録等の推進に関する法律の改正の施行に向け、各データベースと連携を進め、他データベースの情報との連結・解析を含めた利活用につなげていけるよう更なる検討を進める必要がある。

４．これらを支える基盤の整備

（５）患者・市民参画の推進

- がん研究分野で推進されてきた患者・市民参画の知見を踏まえ、医療従事者や行政担当者における患者・市民参画に関する理解の促進・課題の整理を行うとともに、国や都道府県協議会における患者・市民参画の取組をより一層推進する必要がある。

（６）デジタル化の推進

- 自治体検診ＤＸを通して、デジタルを活用したがん検診の受診勧奨や検診結果の確認を実装できるよう引き続き議論していく必要がある。
- ＮＤＢ等の他の公的データベースとの連結・解析等を可能とする規定を盛り込んだ法案が成立したことを受けて、被保険者番号等から生成されるＩＤ（ＩＤ５）や住基ネットの利用に向けた関係者との調整や、情報連携基盤を活用した他の公的データベース等との連結・解析が可能となるように、各データベースとの連携を更に進める必要がある。

第５期基本計画策定に向けて

第４期がん対策推進基本計画中間評価報告書に、これまでの協議会で委員から提出された第５期基本計画策定に向けた意見を、以下のとおり記載する。

（１）本基本計画期間中においては、指標及び評価手法の変更は行わないものとする。また、第５期基本計画に向けては、各施策の評価の継続性を確保する観点から、引き続き同一性・連続性に配慮した調査を実施することが求められる。

（２）本基本計画において、指標が設定されていない項目については、具体的な取組や施策の検討を継続し、第５期基本計画に向けて、設定が可能な指標については、指標を設定しておくこと。

（３）本基本計画において、施策の評価に当たっては、全体目標、分野別目標及び個別目標と各施策の関連性を明確にし、ＰＤＣＡサイクルの実効性を確保するため、ロジックモデルを活用した。第５期基本計画では、ロジックモデル上の全体目標、分野別目標及び個別目標と各施策の関連性をより明確化するために、設定するべき指標、使用するべきデータソース等の再検討を行うこと。

（４）指標の変化を評価する際は、単なる数値差だけでなく、その変化が偶然か、又は公衆衛生学的に意味のあるものかを適切に解釈することが重要である。指標には多様なデータ特性があるため、指標ごとに適した評価方法をあらかじめ整理する必要がある。 *1

（５）本基本計画では、指標ごとに目標値が設定されていなかったことから、測定値の差異に基づき一律に判定を行った。第５期基本計画策定に向けては、指標の性質に応じて、目標値を設定する指標、一定水準の確保を目指す指標、進捗確認を重視する指標を区別した目標設定や評価方法を検討すること。

（６）地域差が大きい指標については、全国一律の達成状況を評価することに加え、地域差の要因を分析した上で、地域特性に応じた取組の方向性を示すこと。

*1指標の測定値の変化を評価する際には、ベースライン値と中間測定値の差分のみを見るのではなく、その変化が偶然のばらつきの範囲内か、あるいは公衆衛生学的に意味のある変化かを適切に判断する必要がある。本基本計画における指標は、標本調査、全数統計、行政報告、施設数や都道府県数のカウント等、多様なデータに基づいており、算出方法やデータの性質も異なる。このため、第５期基本計画では、指標設定の段階からデータソース、算出方法、評価可能性を踏まえ、「95%信頼区間を用いる指標」、「経年推移や相対変化率で評価する指標」など、指標ごとに適切な評価方法を整理することが望ましい。加えて、母数の大きさや値の不安定性、年次推移の有無等も考慮し、公衆衛生学的に意味のある変化の判断基準について引き続き検討を進める必要がある。

第 10 回　がん診療連携拠点病院等の指定要件に関する ワーキンググループ

議事次第

日時：令和８年５月 14 日（木）　１６：００～１８：００
場所：Web 開催

１　開会
２　議題
（１）座長の選任について
（２）がん診療連携拠点病院等の指定要件について
（３）その他

【資料】
議事次第
資料１　がん診療連携拠点病院等の指定要件について
参考資料１　「がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」開催要綱
参考資料２　がん診療連携拠点病院等の整備について（令和４年８月１日付健発 0801 第 16 号厚生労働省健康局長通知）
参考資料３　望ましい要件の充足状況まとめ
参考資料４　「がん医療」分野の中間評価について
参考資料５　「がんとの共生」分野の中間評価について
参考資料６　「がん予防」分野の中間評価について
参考資料７　「基盤整備」分野の中間評価について
参考資料８　第４期がん対策推進基本計画の中間評価報告書（案）における、がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項一覧

第10回がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ	資料1
令和8年5月14日	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

がん診療連携拠点病院等の指定要件について

健康・生活衛生局がん・疾病対策課
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. がん診療連携拠点病院等の指定要件等の見直しのスケジュール
2. 2040年を見据えたがん医療提供体制の構築に向けた指定要件の見直しについて
   - 手術療法について
   - 放射線療法について
   - 薬物療法について
   - 都道府県がん診療連携協議会について
3. 第４期がん対策推進基本計画の中間評価を踏まえた指定要件の見直しについて
4. その他の個別案件について

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

1. がん診療連携拠点病院等の指定要件等の見直しのスケジュール
2. 2040年を見据えたがん医療提供体制の構築に向けた指定要件の見直しについて
   - 手術療法について
   - 放射線療法について
   - 薬物療法について
   - 都道府県がん診療連携協議会について
3. 第４期がん対策推進基本計画の中間評価を踏まえた指定要件の見直しについて
4. その他の個別案件について

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

がん診療連携拠点病院制度

令和８年４月現在

都道府県がん診療連携拠点病院	51か所
地域がん診療連携拠点病院	357か所（うち特例型11か所）
特定領域がん診療連携拠点病院※	１か所
地域がん診療病院	59か所
	合計468か所

特例型は、指定要件を満たしていない場合に１年の期間を定めて指定される。

- 全国どこでも質の高いがん医療を提供することができるよう、がん医療の均てん化を目指して、各都道府県において整備する。
- 都道府県知事が推薦する医療機関を指定の検討会の意見を踏まえて厚生労働大臣が拠点病院等として指定する。

国



国立がん研究センター

- 国立がん研究センターが事務局となり、都道府県がん診療連携拠点病院と連携し、情報収集、共有、評価、広報を行うための**都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会（国協議会）**を開催する。

都道府県



都道府県がん診療連携拠点病院

- 都道府県に原則として１か所整備。
- 都道府県におけるがん対策の中心的な役割を担う。
- 都道府県内のがん診療に係る情報の共有、評価、分析及び発信を行うための**都道府県がん診療連携協議会**を設置する。

がん医療圏

地域がん診療連携拠点病院



- がん医療圏に原則として１か所整備。
- 当該がん医療圏におけるがん医療が適切に提供されるよう努める。
- 専門的ながん医療の提供と連携協力体制を整備し、がん患者に対する相談支援及び情報提供を行う。

がん医療圏

地域がん診療病院



- がん診療連携拠点病院のないがん医療圏に１か所整備。
- 隣接するがん診療連携拠点病院とグループ指定を受け、連携して専門的な集学的治療を実施する。

※整備指針では、特定のがんについて、当該都道府県内の最も多くの患者を診療する特定領域がん診療連携拠点病院を整備できるものとしている。

成人・小児・ゲノムの拠点病院等の整備指針見直しの今後のスケジュール

年度（令和）	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
地域医療構想			新たな地域医療構想の検討（国）	ガイドラインの検討（国）	新たな地域医療構想の策定・取組 将来の方向性、将来の病床の必要量の推計 等	医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議、病床の機能分化・連携の協議 等								地域ごとの課題に対して一定の成果の確保	
医療計画	第7次		第8次医療計画						第9次医療計画						第10次
がん対策推進基本計画	3期		第4期がん対策推進基本計画						第5期がん対策推進基本計画					第6期	
都道府県がん対策推進計画	第3期		第4期がん対策推進計画						第5期がん対策推進計画						第6期
整備指針の見直し案	・指定の検討会（成人・小児・ゲノム） ・整備指針改定（成人・小児・ゲノム） ※2				※3 ・指定の検討会（成人・小児・ゲノム） ・整備指針改定（成人・小児・ゲノム）		※2	・指定の検討会（成人・小児・ゲノム） ・整備指針改定（成人・小児・ゲノム）			※3 ・指定の検討会（成人・小児・ゲノム） ・整備指針改定（成人・小児・ゲノム）		※2	・指定の検討会（成人・小児・ゲノム） ・整備指針改定（成人・小児・ゲノム）	
	指定期間（4年）					指定期間（3年）			指定期間（3年）			指定期間（3年）			

整備指針の見直し案

成人：4年→3年サイクル※1
小児：4年→3年サイクル※1
ゲノム：4年→3年サイクル※1

※1 がん対策推進基本計画の中間評価の結果をうけ、3年を目途に整備指針の改訂を行う。なお、年に1回、現況報告書による指定要件の充足状況確認を行う。
※2 次期がん対策推進基本計画の作成
※3 がん対策推進基本計画の中間評価

拠点病院の新規指定推薦・類型変更について　成人：毎年受け付けている　小児：検討会開催時に受け付けている　ゲノム：検討会開催時に受け付けている

697

今後のスケジュール

◆ がん診療連携拠点病院等の指定に向けたスケジュール

	令和8年									令和9年			
月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4～
がん診療提供体制のあり方に関する検討会													
WG（※1）開催（指針改定の論点出し）													
WG開催（関係学会・患者会の意見聴取）													
第4期がん対策推進基本計画　中間報告書													
WG開催（改定指針案提示）													
がん診療提供体制のあり方に関する検討会（WGからの報告）													
新整備指針公表													
新現況報告書様式配布													
新現況報告書の回収（都道府県からの推薦）													
新現況報告書の集計（都道府県への照会）（※2）													
がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会													
令和9年度の新規指定・指定更新													

（※1）がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ

（※2）10月末日までに提出される新規指定推薦書及び現況報告書において、未充足の要件がある等の不備が認められる場合、厚生労働省は都道府県に対し、12月末日までを期限として、補正を求めることとする。不備が補正されない場合、新規指定の推薦は拒否される。また、10月末日～12月末日の間に、要件の充足が新たに確認された場合、都道府県は厚生労働省に対し、所定の書類を提出することとする。

関係団体ヒアリングについて

- 令和8年5月28日、小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ、がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループと合同で、関係団体ヒアリングを実施する予定としている。当日は、指定要件の見直しの方向性について、以下の関係団体の発表者より資料に沿って5分程度説明いただき、その後、各ワーキンググループの構成員から発表者への質疑を実施する予定としている。

発表予定団体（五十音順）

- 一般社団法人　全国がん患者団体連合会
- 一般社団法人　日本癌治療学会
- 一般社団法人　日本血液学会
- 一般社団法人　日本小児血液・がん学会
- 一般社団法人　日本病理学会
- 公益財団法人　がんの子どもを守る会
- 公益社団法人　日本放射線腫瘍学会
- 公益社団法人　日本臨床腫瘍学会
- 特定非営利活動法人　日本緩和医療学会
- 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会

1. がん診療連携拠点病院等の指定要件等の見直しのスケジュール
2. 2040年を見据えたがん医療提供体制の構築に向けた指定要件の見直しについて
   - 手術療法について
   - 放射線療法について
   - 薬物療法について
   - 都道府県がん診療連携協議会について
3. 第４期がん対策推進基本計画の中間評価を踏まえた指定要件の見直しについて
4. その他の個別案件について

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

2040年を見据えたがん診療提供体制のあり方に関する検討について

- 我が国のがん対策については、がん対策基本法及び同法の規定に基づくがん対策推進基本計画により、総合的かつ計画的に推進している。
- 第4期がん対策推進基本計画において、国及び都道府県は、がん医療が高度化する中で、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、がん診療連携拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進することとしている。
- 今般、がん診療提供体制のあり方に関する検討会での議論を経て、令和7年8月1日に「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」がまとめられ、令和7年8月29日に基本的な考え方及び検討の進め方について都道府県に通知を発出した。

がん診療提供体制のあり方に関する検討会開催状況

回数	開催日	協議事項等
第16回	令和6年12月23日	• がん医療提供体制の均てん化・集約化について
第17回	令和7年3月21日	• がん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方等について • 3大療法について（関係学会より発表） • がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する議論の整理（骨子案）について
第18回	令和7年6月23日	• がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する報告書（案）について
第19回	令和7年7月25日	• がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する報告書のとりまとめ
	令和7年8月1日	• 「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」を公表
	令和7年8月29日	• 「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に係る基本的な考え方及び検討の進め方について」の課長通知を都道府県に発出

がん診療提供体制のあり方に関する検討会構成員

○：座長

浅香　えみ子 公益社団法人日本看護協会　常任理事
※令和7年7月10日付けで橋本美穂氏から交代

天野　慎介　一般社団法人全国がん患者団体連合会　理事長

家保　英隆　高知県理事（保健医療担当）兼健康政策部医監

岡　俊明　一般社団法人日本病院会　副会長
※令和7年6月10日付けで泉並木氏から交代

川上　純一　公益社団法人日本薬剤師会　副会長

佐野　武　公益財団法人がん研究会有明病院　病院長

茂松　茂人　公益社団法人日本医師会　副会長

藤　也寸志　独立行政法人国立病院機構九州がんセンター　名誉院長

○ 土岐　祐一郎　国立大学法人大阪大学大学院医学系研究科
外科系臨床医学専攻・外科学講座消化器外科学教授

野田　龍也　学校法人関西医科大学医学部メディカルデータサイエンス講座
主任教授

東　尚弘　国立大学法人東京大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野　教授

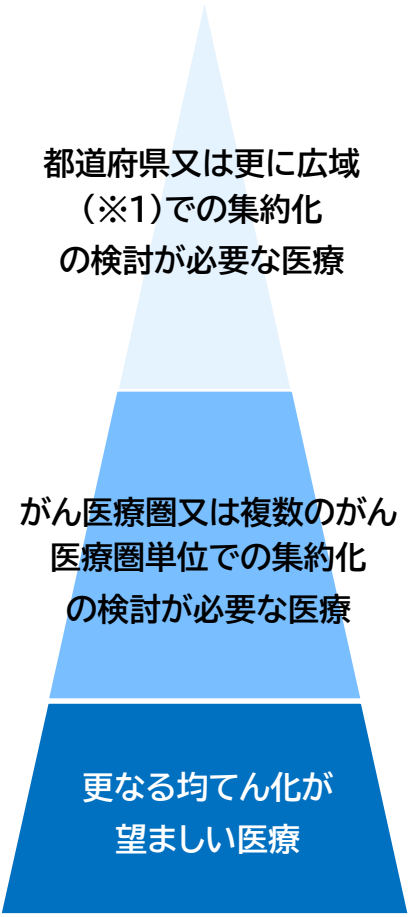
松本　公一　国立研究開発法人国立成育医療研究センター
小児がんセンター センター長

間野　博行　国立研究開発法人国立がん研究センター　理事長
※令和7年5月23日付けで中釜斉氏から交代

村松　圭司　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

2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方について

- 国は、がん対策基本法に基づき、拠点病院等を中心として、適切ながん医療を受けることができるよう、均てん化の促進に取組んでおり、都道府県は、医療計画を作成し、地域の医療需要を踏まえて、医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携により、がん医療提供体制を確保してきた。
- 2040年に向けて、がん医療の需要変化等が見込まれる中、引き続き適切ながん医療を受けることができるよう均てん化の促進に取組むとともに、持続可能ながん医療提供体制となるよう再構築していく必要がある。医療技術の観点からは、広く普及された医療について均てん化に取り組むとともに、高度な医療技術については、症例数を集積して質の高いがん医療提供体制を維持できるよう一定の集約化を検討していくといった医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携を一層推進する。また、医療需給の観点からは、医療需要が少ない地域や医療従事者等の不足している地域等においては、効率性の観点から一定の集約化を検討していく。
- また、がん予防や支持療法・緩和ケア等については、出来る限り多くの診療所・病院で提供されるよう取り組んでいく。



想定される提供主体	均てん化・集約化の考え方
• 国立がん研究センター、国立成育医療研究センター、都道府県がん診療連携拠点病院、大学病院本院、小児がん拠点病院 • 地域の実情によっては地域がん診療連携拠点病院等	**特に集約化の検討が必要な医療についての考え方** **（医療技術の観点）** • がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において、新規性があり、一般的・標準的とは言えない治療法や、高度な医療技術が必要であり、拠点化して症例数の集積が必要な医療。 • 診断や治療に高額な医療機器や専用設備等の導入及び維持が必要であるため、効率性の観点から症例数の集積及び医療資源の集約化が望ましい医療。 **（医療需給の観点）** • 症例数が少ない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等、効率性の観点から集約化が望ましい医療。 ※緊急性の高い医療で搬送時間が重視される医療等、患者の医療機関へのアクセスを確保する観点も留意する必要がある。
• がん診療連携拠点病院等 • 地域の実情によってはそれ以外の医療機関	
• 患者にとって身近な診療所・病院（かかりつけ医を含む）	**更なる均てん化が望ましい医療についての考え方** • がん予防や支持療法・緩和ケア等、出来る限り多くの診療所・病院で提供されることが望ましい医療。

（※1）国及び地域ブロック単位で確保することが望ましい医療として、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等が考えられる。

2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方に基づいた医療行為例

	手術療法					放射線療法	薬物療法	その他の医療
都道府県又は更に広域での集約化の検討が必要な医療	・希少がんに対する手術					・粒子線治療 ・ホウ素中性子捕捉療法	・小児がんに対する高度な薬物療法 ・希少がんに対する薬物療法	
都道府県での集約化の検討が必要な医療	消化器がん	呼吸器がん	乳がん	婦人科がん	泌尿器がん	・専用治療病室を要する核医学治療 ・密封小線源治療（組織内照射）	・小児がんに対する標準的な薬物療法 ・高度な薬物療法（特殊な二重特異性抗体治療等）	・高リスクのがんサバイバーの長期フォローアップ
	・食道がんに対する食道切除再建術 ・膵臓がん・胆道がん等に対する膵頭十二指腸切除術、膵全摘術 ・肝臓がん・胆道がん等に対する高度な肝切除術 ・大腸がんに対する骨盤内臓全摘術 ・食道がんに対する光線力学療法	・肺がんに対する気管や気管支、血管形成及び他臓器合併切除を伴う高度な手術 ・悪性胸膜中皮腫に対する胸膜切除・剥皮術 ・縦隔悪性腫瘍手術に対する血行再建が必要な手術 ・頸胸境界領域の悪性腫瘍に対する手術	・遺伝性乳がんに対する予防的乳房切除術 ・高度な乳房再建術 ・乳がんに対するラジオ波焼灼療法	・子宮頸がんや子宮体がん、卵巣がんに対する広汎子宮全摘術、骨盤除臓術、上腹部手術を含む拡大手術	・膀胱がんに対するロボット支援腹腔鏡下膀胱全摘術 ・腎臓がんに対する高度なロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術 ・泌尿器科領域の悪性腫瘍に対する骨盤内臓全摘術 ・後腹膜悪性腫瘍に対する手術 ・後腹膜リンパ節郭清術			
がん医療圏又は複数のがん医療圏単位での集約化の検討が必要な医療	消化器がん	呼吸器がん	乳がん	婦人科がん	泌尿器がん	・強度変調放射線治療や画像誘導放射線治療等の精度の高い放射線治療 ・精度の高い放射線治療以外の体外照射 ・密封小線源治療（腔内照射） ・外来・特別措置病室での核医学治療 ・緩和的放射線治療	・標準的な薬物療法 ※がん患者が定期的に継続して治療を受ける必要があることから、がん患者のアクセスを踏まえると、拠点病院等以外でも一定の薬物療法が提供できるようにすることが望ましい。 ・がんゲノム医療 ・二重特異性抗体治療	・妊孕性温存療法
	・胃がんに対する胃全摘術・幽門側胃切除術 ・大腸がんに対する結腸切除術・直腸切除術 ・食道や胃、大腸がんに対する内視鏡的粘膜切除・粘膜下層剥離術	・肺がんに対する標準的な手術 ・転移性肺腫瘍に対する標準的な手術 ・縦隔悪性腫瘍に対する標準的な手術 ・胸壁腫瘍手術に対する標準的な手術 ・呼吸器系腫瘍に対する外科的生検	・乳がんに対する標準的な手術	・子宮頸がんや子宮体がんに対する標準的な手術 ・卵巣がんに対する標準的な手術	・前立腺がんに対するロボット支援腹腔鏡下根治的前立腺摘除術 ・腎臓がんに対するロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術、ロボット支援腹腔鏡下腎・尿管全摘除術、ロボット支援腹腔鏡下腎・尿管全摘除術 ・尿路変向術、腎ろう造設術			
更なる均てん化が望ましい医療	・腸閉塞に対する治療 ・癌性腹膜炎・癌性胸膜炎に対する治療						・副作用が軽度の術後内分泌療法 ・軽度の有害事象に対する治療	・がん検診 ・がんリハビリテーション ・緩和ケア療法 ・低リスクのがんサバイバーの長期フォローアップ ・排尿管理（尿道カテーテルや尿路ストーマの管理）

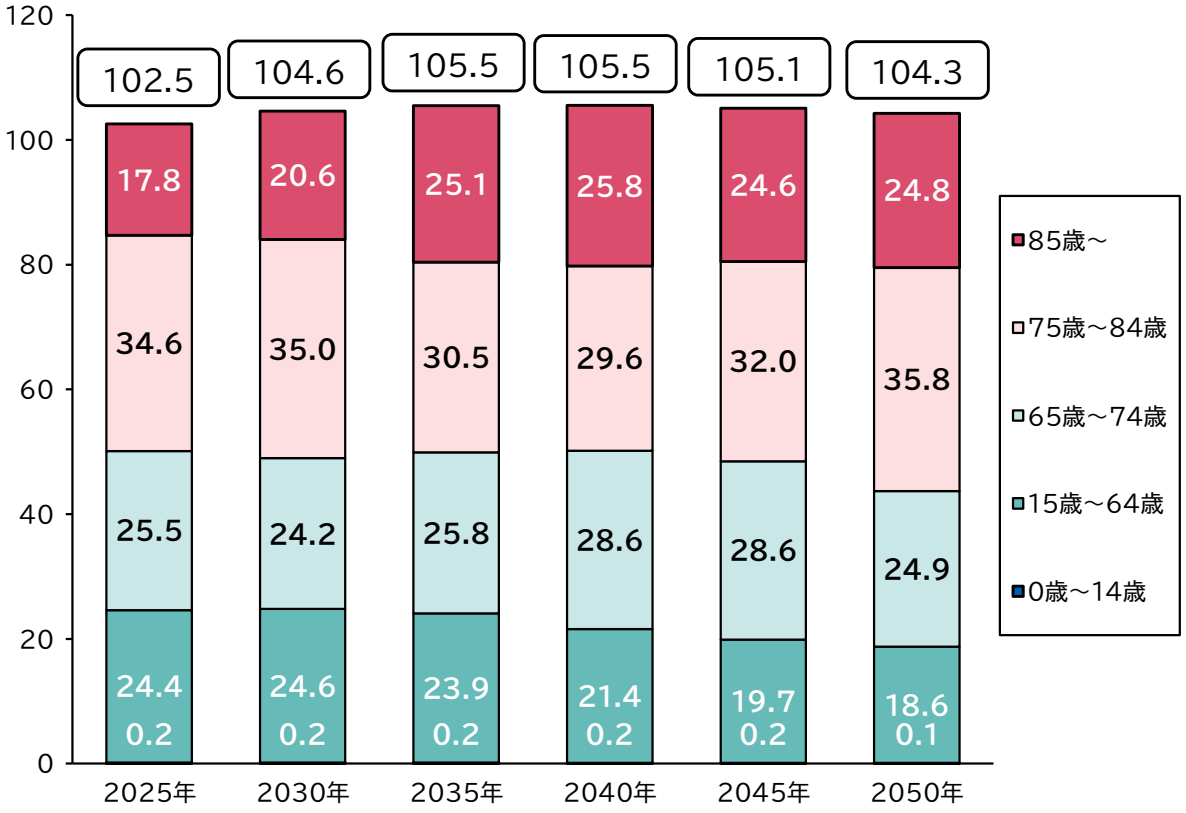
※本表に記載されている医療行為は代表的な例であり、すべての悪性腫瘍および関連する医療行為を網羅しているものではない という点に留意。また、手術療法を担う外科医について、がん以外にも、虫垂炎や胆嚢炎等の様々な疾患についての手術を担う必要があること等から、がん医療提供体制の検討にあたっては、地域医療構想や医療計画を踏まえた、がん以外も含めた地域の医療提供体制を維持・確保する観点についても留意。

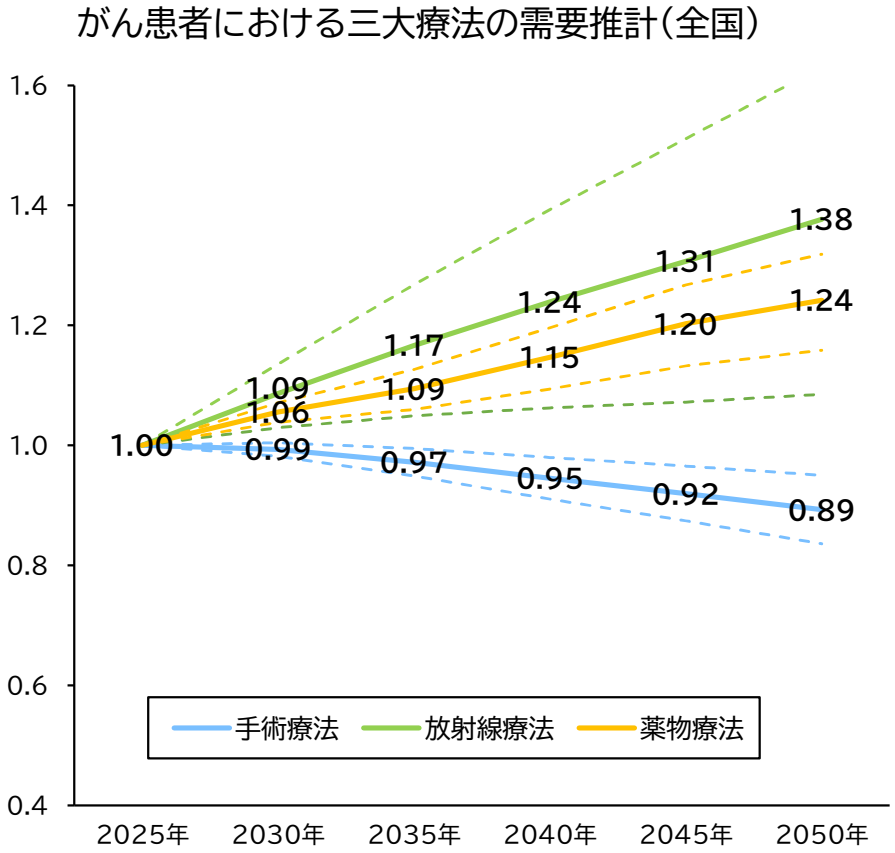
（監修）一般社団法人 日本癌治療学会、公益社団法人 日本放射線腫瘍学会、公益社団法人 日本臨床腫瘍学会

がん罹患者数の将来推計とがん患者における三大療法の需要推計（全国）

- がん罹患者数は、2040年に105.5万人と、2025年の102.5万人と3%増加することが推計されている。内訳としては、生産年齢人口は、2040年に21.4万人と、2025年の24.4万人と比べて12%減少し、65～84歳は、2040年に58.2万人と、2025年の60.1万人とほぼ横ばいで推移し、85歳以上は、2040年に25.8万人と、2025年の17.8万人に比べて45%増加することが推計されている。また、2040年以降は、がん罹患者数は緩やかに減少すると見込まれる。
- 2025年を1.0とした場合、2040年に向けてがん患者に対する三大療法の中で、手術療法は減少し、放射線療法と薬物療法は増加することが見込まれる。

（単位：万人）





左図：全国がん登録のがん罹患率データ（2017－2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いて国立がん研究センターにおいて作成
右図：全国がん登録のがん罹患率データ（2016－2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いて作成したがん罹患者数推計と2016-2023年までの期間に院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した三大療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計と乗算し、2025年の実施数を1とした場合の将来推計値をがん・疾病対策課において作成（グラフ内の点線は三大療法の将来実施割合が95%信頼区間上限・下限で推移した場合に算出した三大療法の需要を記載）

がん医療における3大療法の需給推計

- 手術療法は、2040年に向けて需要が95%に減少する一方で、日本消化器外科学会に所属する医師数は60%まで減少することが予測され、2040年の需要に対して、0.52万人不足すると予測される。
- 放射線療法は、2040年に向けて需要が124%に増加する一方で、放射線治療専門医数は、需要の増加を上回り、143%まで増加することが予測されている。
- 薬物療法は、2040年に向けて需要が115%に増加する一方で、薬物療法は、薬物療法専門医のほか、必ずしも薬物療法専門医ではない他の診療科の専門医によっても提供されているため、現状、薬物療法を何人の医師が提供し、2040年に向けてどのように変化するか、定量的に評価することは困難である。

	手術療法		放射線療法		薬物療法	
	2025年	2040年見込み（2025年比）	2025年	2040年見込み（2025年比）	2025年	2040年見込み（2025年比）
初回治療受療者数（万人）	46.5	44.0（95%）	10.5	13.0（124%）	30.3	34.7（115%）
医師数（万人）	1.52	0.92（60.5%）※1	0.14	0.20（143%）※2	-※5	-※5
必要医師数（万人）	-	1.44※3	-	0.17※4	-	-※5
医師の過不足数（万人）	-	0.52不足※6	-	0.03充足※7	-	-※5

※1：がん患者に対する手術療法は多くの診療科で提供されているが、2022年の医師・歯科医師・薬剤師統計において、消化器外科医は外科医の約7割を占めていることに加え、近年特に減少が著しいため、本項目は日本消化器外科学会に所属する医師数を対象とした。日本消化器外科学会においては、平均入会者数は毎年500人程度である。一方で、定年に達する人数は毎年440～500人程度、中途退会者数は毎年450人程度と推計され、65歳以下の医師は毎年約400人減少すると推計され、現状の傾向に変化がなければ、65歳未満の日本消化器外科学会に所属する医師数は、2040年に0.92万人まで減少（2025年比で39%減少）すると推計される。なお、2020年に日本消化器外科学会専門医の取得条件が変更になり、2015年から2024年の日本消化器外科学会の専門医数を一定の基準で継続的に計上できないため、専門医数ではなく、日本消化器外科学会に所属する医師数を記載。
※2：放射線治療専門医数は、新規専門医取得者数から引退者数を減算すると、毎年約40名増加することが推計され、現状の傾向に変化がなければ、放射線治療専門医数は、2040年に0.2万人まで増加（2025年比で43%増加）すると推計される。
※3：2040年の手術療法の需要に対応するために必要な日本消化器外科学会に所属する65歳以下の医師数を次の通り機械的に算出した。（1.52万人（2025年の医師数）×95%（2025年比の2040年の手術療法の需要見込み）＝1.44万人）
※4：2040年の放射線療法の需要に対応するために必要な放射線治療専門医数を次の通り機械的に算出した。（0.14万人（2025年の専門医数）×124%（2025年比の2040年の放射線療法の需要見込み）＝0.17万人）
※5：薬物療法は、様々な診療科の医師が提供しているため、定量的に提供者の数を算出することが困難であるため空欄とした。
※6：0.92万人（2040年に日本消化器外科学会に所属する65歳以下の医師数の見込み）－1.44万人（2040年に必要な日本消化器外科学会に所属する65歳以下の医師数）＝－0.52万人
※7：0.20万人（2040年の放射線治療専門医の見込み）－0.17万人（2040年に必要な放射線治療専門医の見込み）＝＋0.03万人

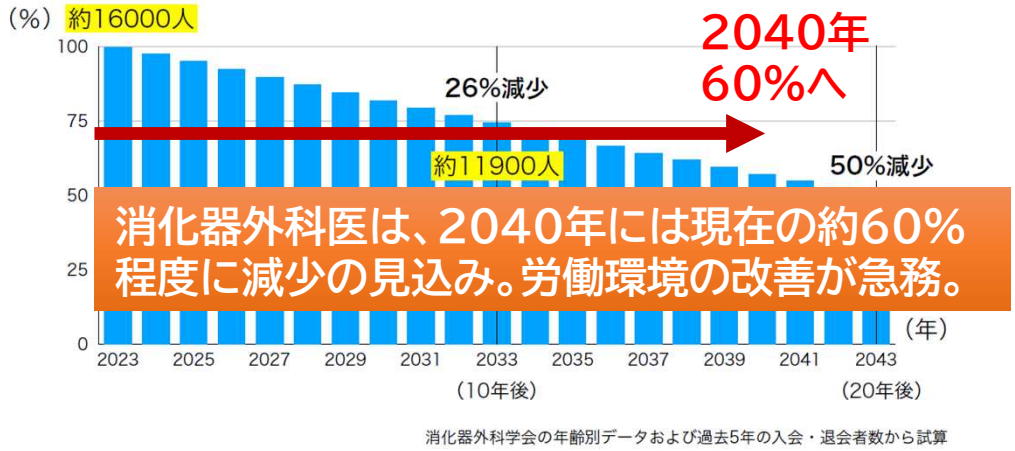
1. がん診療連携拠点病院等の指定要件等の見直しのスケジュール
2. 2040年を見据えたがん医療提供体制の構築に向けた指定要件の見直しについて
   - 手術療法について
   - 放射線療法について
   - 薬物療法について
   - 都道府県がん診療連携協議会について
3. 第４期がん対策推進基本計画の中間評価を踏まえた指定要件の見直しについて
4. その他の個別案件について

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

手術療法に関する提供体制の課題・対応

- 2040年に向けて、手術療法の需要は2025年比で95%に減少することが見込まれる中、日本消化器外科学会によると、65歳以下の消化器外科医の数は60%に減少すると予測されている。
- 手術療法は、複数の外科医がチームとなって提供される必要があるところ、外科医の減少が見込まれる中で、これまでと同様のがん医療提供体制を維持した場合、手術療法を提供するために必要な医師数が確保できず、現在提供できている手術療法ですら継続できなくなる恐れがある。このため、一定の集約化を含めた検討が必要。また、手術療法を担う外科医について、がん以外にも、虫垂炎や胆嚢炎等の様々な疾患についての手術を担う必要があること等から、がん医療提供体制の検討にあたっては、地域医療構想や医療計画を踏まえた、がん以外も含めた地域の医療提供体制を維持・確保する観点についても留意することが重要。
- 高度な手術に関しては、手術件数の多い医療機関で手術を提供することによって、より質の高いがん医療の提供が可能。

日本消化器外科学会に所属する65歳以下の医師数の将来予測



消化器外科学会の年齢別データおよび過去5年の入会・退会者数から試算

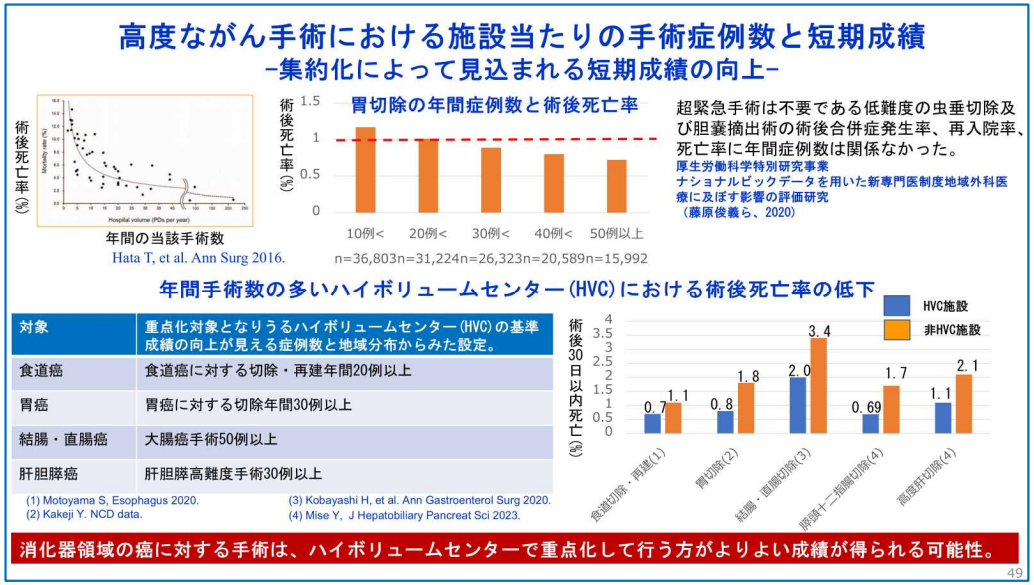
日本消化器外科学会ワーク・イン・ライフ委員会アンケート(2回目)の40歳未満の会員の回答のサブ解析

消化器外科医の労働時間を短縮するためには今後、どのような方法を取るのがよいと思いますか

1. 化学療法、終末期医療などを他科へ依頼する: 56.9%
2. 医療事務を充実する: 54.0%
3. 施設集約化による外科医師の集約化: 50.8%
4. 一人当たりまたはチームあたりの担当患者数を調整する、もしくは外科医を増やす: 50.5%
5. メディカルスタッフを充実する: 46.0%
6. 主治医制度から交代勤務制/チーム制へ変える: 49.7%
7. 検査(内視鏡、超音波など)を他科へ依頼する: 33.6%　等

707

手術療法におけるがん患者数と治療成績の関係



高度な手術に関しては、手術件数の少ない医療機関で手術を提供する場合と比較して、手術件数の多い医療機関で手術を提供する場合は術後合併症や術後死亡の発生率が低いと報告されている。

整備指針における手術療法に関する診療実績に関する要件

- 整備指針において、地域がん診療連携拠点病院について、同一のがん医療圏に地域がん診療連携拠点病院が1施設のみ指定される場合においては、手術件数を含む診療実績に関する絶対数要件を満たさない場合であっても、当該がん医療圏に居住するがん患者の概ね2割について診療実績を有することを要件とする相対的指標（以下「カバー率に係る要件」という。）を充足しているときは、診療実績に関する要件を満たすものとしている。
- 地域がん診療連携拠点病院における診療実績については、悪性腫瘍に対する手術件数の要件（年間400件以上）を満たしていないが、カバー率に係る要件を満たすことにより指定されている医療機関は13施設となっている。

「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日付け健発 0801第16号厚生労働省健康局長通知別添）

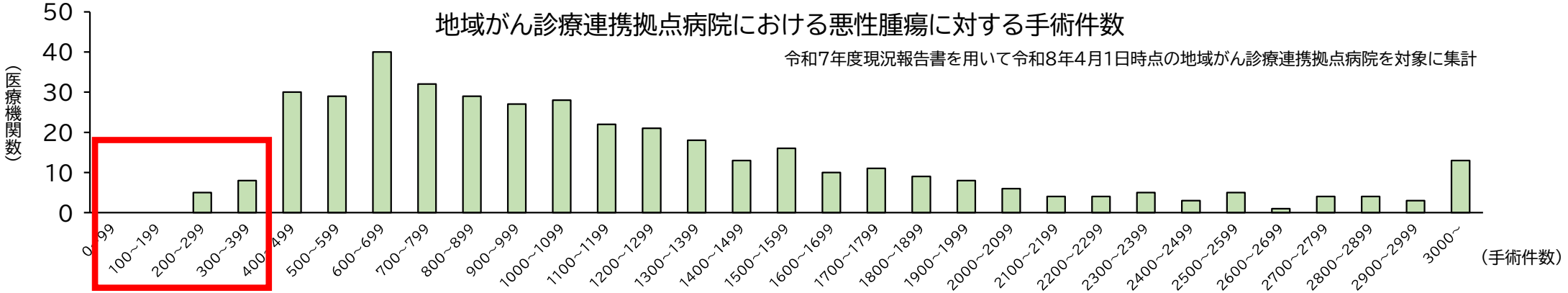
Ⅱ　地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

3 診療実績

（1）①または②を概ね満たすこと。なお、同一がん医療圏に複数の地域拠点病院を指定する場合は、①の項目を全て満たすこと。

① 以下の項目をそれぞれ満たすこと。
- ア　院内がん登録数（入院、外来は問わない自施設初回治療分）年間500件以上
- イ　悪性腫瘍の手術件数 年間400件以上
- ウ　がんに係る薬物療法のべ患者数 年間1,000人以上
- エ　放射線治療のべ患者数 年間200人以上
- オ　緩和ケアチームの新規介入患者数 年間50人以上

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



※「当該がん医療圏に居住するがん患者のうち、2割程度について診療実績があること」の算出方法について　(1)がん医療圏と二次医療圏が一致している場合　当該医療機関における年間新入院がん患者数のうち、当該二次医療圏に居住する患者数を分子とし、患者調査における当該二次医療圏の悪性新生物に係る推計退院患者数（患者住所地別）の月次値に12を乗じて年換算した値を分母として算出する。（2）がん医療圏と二次医療圏が一致していない場合　当該医療機関における年間新入院がん患者数のうち、当該がん医療圏に居住する患者数を分子とし、患者調査における当該二次医療圏の悪性新生物に係る推計退院患者数（患者住所地別）の月次値に12を乗じた上で、当該がん医療圏と二次医療圏の人口比（がん医療圏人口／二次医療圏人口）により補正した値を分母として算出する。

がん診療連携拠点病院等の指定要件等の見直しに向けて（手術療法について）

現状・課題

- 「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」において、手術療法については「都道府県は、都道府県がん診療連携拠点病院をはじめとした拠点病院等と連携し、地域における手術件数や外科医の配置状況を正確に把握し、住民のアクセスも考慮しながら、二次医療圏の枠組みを超えて、効率的に手術療法を提供するために集約化を含めた、がん医療提供体制の検討を推進することが必要である。」とされている。
- また、「手術療法は、複数の外科医がチームとなって提供される必要があるところ、外科医の減少が見込まれる中で、集約化せずにこれまでと同様のがん医療提供体制を維持した場合、手術療法を提供するために必要な医師数が確保できず、現在提供できている手術療法ですら継続できなくなる恐れがある。」とされている。
- 整備指針において、同一のがん医療圏に地域がん診療連携拠点病院が1施設のみ指定される場合においては、手術件数を含む診療実績に関する絶対数要件を満たさない場合であっても、当該がん医療圏に居住するがん患者の概ね2割について診療実績を有することとするカバー率に係る要件を充足しているときは、診療実績に関する要件を満たすものとしている。
- 上記の条件で地域がん診療連携拠点病院として指定されている医療機関のうち、悪性腫瘍に対する手術件数に係る要件（年間400件以上の実績を要するもの）を下回る医療機関は13施設となっている。

見直しの方向性（案）

- 悪性腫瘍の手術件数に係る要件について、地域のがん医療提供体制への影響等を踏まえ、令和11年度の整備指針改定の際に、カバー率に係る要件による代替は行わず、「年間400件以上の実績を有すること」を必須要件とすることを検討してはどうか。また、その旨を都道府県や拠点病院等に対して周知していくこととしてはどうか。
- 都道府県において手術療法について持続可能ながん医療提供体制を構築する観点から、集約化を含めたがん医療提供体制の検討を推進するため、手術件数及び外科医の配置状況等の情報について、現況報告書を用いて報告することとしてはどうか。また、都道府県がん診療連携協議会の求めに応じて必要な情報を都道府県がん診療連携協議会に報告するとともに、診療実績をウェブページ等を通じて公表することを、拠点病院等の必須要件としてはどうか。

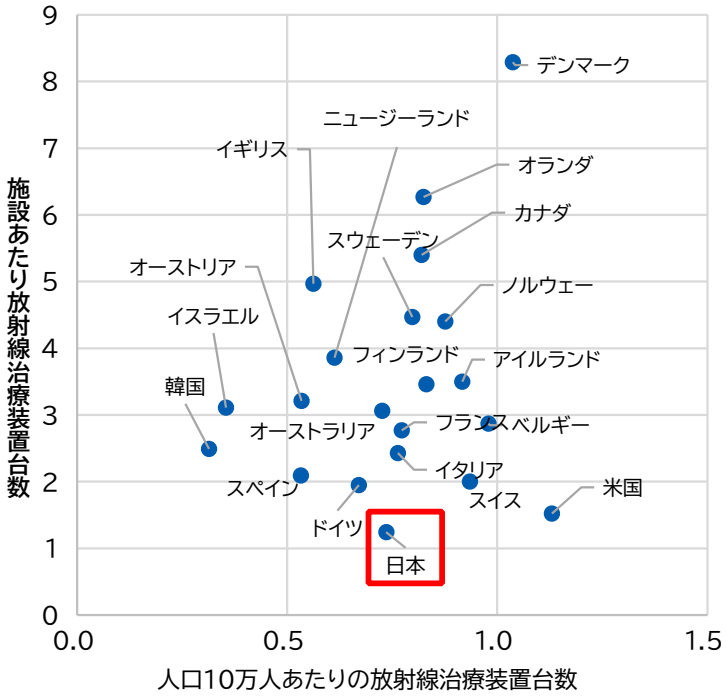
1. がん診療連携拠点病院等の指定要件等の見直しのスケジュール
2. 2040年を見据えたがん医療提供体制の構築に向けた指定要件の見直しについて
   - 手術療法について
   - 放射線療法について
   - 薬物療法について
   - 都道府県がん診療連携協議会について
3. 第４期がん対策推進基本計画の中間評価を踏まえた指定要件の見直しについて
4. その他の個別案件について

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

放射線療法に関する提供体制の課題・対応

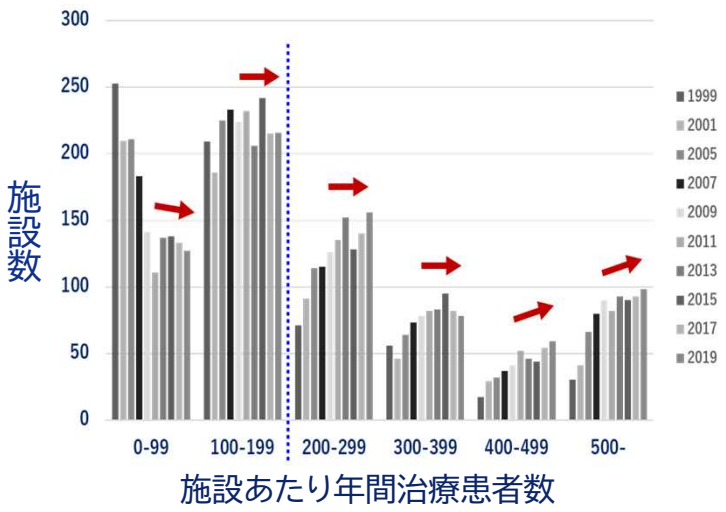
- 放射線治療装置は、2019年時点で、全国で約1,100台配置されているが、我が国では諸外国と比較し、放射線治療装置が分散して配置されていると報告されており、放射線治療装置1台あたりの患者数にばらつきが大きい。
- 特に、放射線療法の需要が減少することが見込まれる地域や、がん患者数が少ない地域では、放射線治療装置の維持が困難になる場合が想定されることから、都道府県内で、集約化を含めた、適切な放射線療法の提供体制を検討する必要がある。
- 上記を踏まえ、「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」において、都道府県がん診療連携協議会での協議事項のひとつとして、「都道府県内の放射線療法に携わる有識者の参画のもと、放射線療法に係る議論の場を設け、都道府県内の放射線治療施設における放射線治療患者数・放射線治療装置数・放射線療法を提供する医療従事者専門医数等といった情報を正確に把握し、採算に関する分析も踏まえて、将来的な装置の導入・更新を見据えた計画的な議論を行うこと。」とされている。

諸外国と比較した放射線治療装置の配置状況



出典：the Directory of Radiotherapy Centers (DIRAC) database及びWHO global cancer observatory Cancer today2022年報告を参照し厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

日本における放射線治療施設あたりの年間新規放射線治療患者数

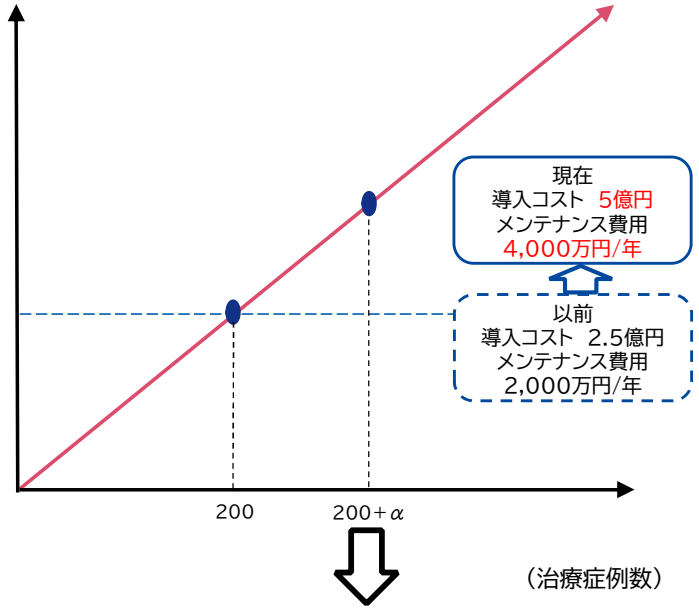


日本の半数近くの放射線治療施設は、年間新規放射線治療患者数は200名以下である。

日本放射線腫瘍学会　全国放射線治療施設の2019年定期構造調査報告　より

放射線治療患者数と収益性の関係

外照射の治療患者数と収益性（導入コストに対する損益分岐点症例数）



年間200例では償却が困難

整備指針における放射線療法に関する診療実績に関する要件

- 整備指針において、地域がん診療連携拠点病院について、同一のがん医療圏に地域がん診療連携拠点病院が1施設のみ指定される場合においては、放射線治療件数を含む診療実績に関する絶対数要件を満たさない場合であっても、当該がん医療圏に居住するがん患者の概ね2割について診療実績を有することを要件とする相対的指標（以下「カバー率に係る要件」という。）を充足しているときは、診療実績に関する要件を満たすものとしている。
- 地域がん診療連携拠点病院における診療実績については、放射線療法のべ患者数の要件（年間200件以上）を満たしていないが、カバー率に係る要件を満たすことにより指定されている医療機関は38施設となっている。

「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日付け健発 0801第16号厚生労働省健康局長通知別添）

Ⅱ　地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

3 診療実績

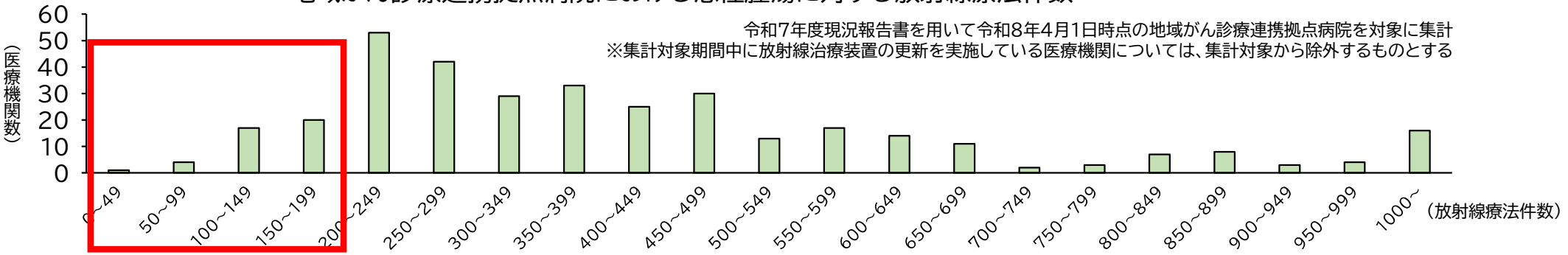
（1） ①または②を概ね満たすこと。なお、同一がん医療圏に複数の地域拠点病院を指定する場合は、①の項目を全て満たすこと。

① 以下の項目をそれぞれ満たすこと。
- ア　院内がん登録数（入院、外来は問わない自施設初回治療分）年間500件以上
- イ　悪性腫瘍の手術件数 年間400件以上
- ウ　がんに係る薬物療法のべ患者数 年間1,000人以上
- エ　放射線治療のべ患者数 年間200人以上
- オ　緩和ケアチームの新規介入患者数 年間50人以上

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

地域がん診療連携拠点病院における悪性腫瘍に対する放射線療法件数

令和7年度現況報告書を用いて令和8年4月1日時点の地域がん診療連携拠点病院を対象に集計
※集計対象期間中に放射線治療装置の更新を実施している医療機関については、集計対象から除外するものとする



※「当該がん医療圏に居住するがん患者のうち、2割程度について診療実績があること」の算出方法について （1）がん医療圏と二次医療圏が一致している場合　当該医療機関における年間新入院がん患者数のうち、当該二次医療圏に居住する患者数を分子とし、患者調査における当該二次医療圏の悪性新生物に係る推計退院患者数（患者住所地別）の月次値に12を乗じて年換算した値を分母として算出する。（2）がん医療圏と二次医療圏が一致していない場合　当該医療機関における年間新入院がん患者数のうち、当該がん医療圏に居住する患者数を分子とし、患者調査における当該二次医療圏の悪性新生物に係る推計退院患者数（患者住所地別）の月次値に12を乗じた上で、当該がん医療圏と二次医療圏の人口比（がん医療圏人口／二次医療圏人口）により補正した値を分母として算出する。

がん診療連携拠点病院等の指定要件等の見直しに向けて（放射線療法について）

現状・課題

- 「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」において、放射線療法については「地域ごとに、放射線療法の需要を予測し、放射線治療装置の配置を適切に見直していくことが望まれる。特に、放射線療法の需要が減少することが見込まれる地域や、がん患者数が少ない地域では、放射線治療装置の維持が困難になる場合が想定されることから、都道府県内で、集約化を含めた、適切な放射線療法の提供体制を検討する必要がある。そのため、都道府県は都道府県がん診療連携拠点病院をはじめとした拠点病院等と連携し、都道府県内の放射線治療施設における放射線治療患者数・放射線治療装置数・放射線療法を提供する医療従事者数等といった情報を正確に把握し、あらかじめ放射線治療施設の関係者と医療政策を担う都道府県が情報を共有することにより、効率的な配置を計画的に検討することが必要である。」とされている。

- 上記を踏まえ、都道府県がん診療連携協議会での協議事項として、「都道府県内の放射線療法に携わる有識者の参画のもと、放射線療法に係る議論の場を設け、都道府県内の放射線治療施設における放射線治療患者数・放射線治療装置数・放射線療法を提供する医療従事者専門医数等といった情報を正確に把握し、採算に関する分析も踏まえて、将来的な装置の導入・更新を見据えた計画的な議論を行うこと。」とされている。

- 地域がん診療連携拠点病院として指定されている医療機関のうち、放射線療法のべ患者数に係る要件（年間200人以上の実績を要するもの）を下回る医療機関は38施設となっている。

見直しの方向性（案）

- 放射線治療のべ患者数に係る要件について、地域のがん医療提供体制への影響等を踏まえ、令和11年度の整備指針改定の際に、カバー率に係る要件による代替は行わず、「年間200人以上の実績を有すること」を必須要件とすることを検討してはどうか。また、その旨を都道府県や拠点病院等に対して周知していくこととしてはどうか。

- 都道府県において放射線療法を効率的に提供する観点から、集約化を含めたがん医療提供体制の検討を推進するため、放射線治療装置に関する情報（装置名、装置導入・更新時期）や放射線治療に携わる専門医等の配置状況、放射線治療件数等の情報について、現況報告書を用いて報告することとしてはどうか。また、都道府県がん診療連携協議会の求めに応じて必要な情報を都道府県がん診療連携協議会に報告するとともに、診療実績をウェブページ等を通じて公表することを、拠点病院等の必須要件としてはどうか。

1. がん診療連携拠点病院等の指定要件等の見直しのスケジュール
2. 2040年を見据えたがん医療提供体制の構築に向けた指定要件の見直しについて
   - 手術療法について
   - 放射線療法について
   - 薬物療法について
   - 都道府県がん診療連携協議会について
3. 第４期がん対策推進基本計画の中間評価を踏まえた指定要件の見直しについて
4. その他の個別案件について

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

薬物療法に関する提供体制の課題・対応

- 薬物療法は、薬物療法専門医のほか、薬物療法専門医ではない消化器外科や泌尿器科、婦人科、耳鼻咽喉科頭頸部外科領域の専門医が中心となって提供されているが、消化器外科医等の薬物療法の提供者が減少している診療領域もあることに鑑みると、現状の薬物療法の提供体制の維持には、薬物療法を担う医師の確保が重要。
- 過疎地域では薬物療法の需要が減少する地域もあるが、手術療法等とは異なり、がん患者が定期的に継続して治療を受ける必要があることから、がん患者のアクセスを踏まえると、拠点病院等以外でも質を確保しながら、一定の薬物療法が提供できるように遠隔医療を組み合わせるなどして、均てん化に取り組むことが望ましい。このため、都道府県は、薬物療法を提供する拠点病院等以外の医療機関と拠点病院等が連携できる提供体制の構築を進める必要がある。
- 近年のがんゲノム医療の進歩を踏まえ、関係学会と連携し、その運用面の改善を図りながら、がん診療連携拠点病院等において質の高いがんゲノム医療が提供できる体制の構築が必要。

がん診療連携拠点病院制度

（令和8年4月1日時点）

国



国立がん研究センター

- 国立がん研究センターが事務局となり、都道府県がん診療連携拠点病院と連携し、情報収集、共有、評価、広報を行うための**都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会（国協議会）**を開催する。

都道府県



都道府県がん診療連携拠点病院

- 都道府県に原則として1か所整備。
- 都道府県におけるがん対策の中心的な役割を担う。
- 都道府県内のがん診療に係る情報の共有、評価、分析及び発信を行うための**都道府県がん診療連携協議会**を設置する。

がん医療圏



地域がん診療連携拠点病院

- がん医療圏に原則として1か所整備。
- 当該がん医療圏におけるがん医療が適切に提供されるよう努める。
- 専門的ながん医療の提供と連携協力体制を整備し、がん患者に対する相談支援及び情報提供を行う。

がん医療圏



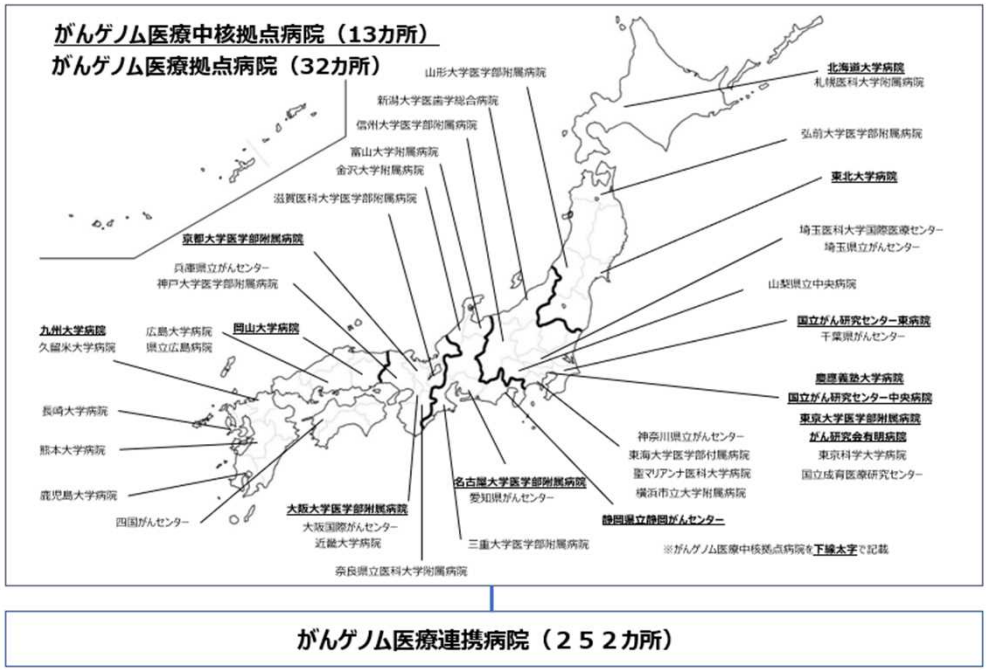
地域がん診療病院

- がん診療連携拠点病院のないがん医療圏に1か所整備。
- 隣接するがん診療連携拠点病院とグループ指定を受け、連携して専門的な集学的治療を実施する。

都道府県がん診療連携拠点病院	51か所
地域がん診療連携拠点病院	357か所（うち特例型11か所）
特定領域がん診療連携拠点病院※	1か所
地域がん診療病院	59か所
	合計468か所

がんゲノム医療提供体制

（令和8年4月1日時点）



がんゲノム医療連携病院（２５２カ所）

がんゲノム医療中核拠点病院等 合計297か所

がんゲノム医療中核拠点病院等の見直しの方向性

第７回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ
令和８年３月13日
資料４

現行

類型名	求められる役割
がんゲノム医療中核拠点病院 13か所 ※国が指定	がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関 （主な指定要件） • がん診療連携拠点病院等である • 治験・臨床試験、研究の推進 • ゲノム医療に関わる人材の育成 • がんゲノム医療連携病院等の支援 • エキスパートパネルの実施
がんゲノム医療拠点病院 32か所 ※国が指定	がんゲノム医療を提供する機能を有する医療機関 （主な指定要件） • がん診療連携拠点病院等である • エキスパートパネルの実施 • がんゲノム医療連携病院等の支援
がんゲノム医療連携病院 250か所 ※がんゲノム医療中核拠点病院またはがんゲノム医療拠点病院が指定	がん遺伝子パネル検査の出検とその結果に応じた医療を行う医療機関。自施設症例のみ自施設でエキスパートパネルを行う病院も一部指定。 （主な指定要件） • がん診療連携拠点病院等 • 遺伝カウンセリング体制の整備 • がんゲノム情報の適切な収集・管理登録体制

見直し後

類型名	求められる役割
がんゲノム医療中核拠点病院 ※国が指定	国の拠点として、ドラッグラグ・ドラッグロスの解消に向けて、国際共同治験の推進等を行うとともに、我が国のがんゲノム医療を牽引する医療機関 （主な指定要件） • がん診療連携拠点病院等である • 国際共同治験の推進等 • ゲノム医療に関わる専門人材の育成 • がんゲノム医療連携病院等でのゲノム医療の質確保のための支援 • エキスパートパネルの実施
がんゲノム医療拠点病院 ※国が指定。見直し後は、都道府県の推薦のもと原則１か所指定する（都道府県内の役割分担が明確であれば複数指定も可とする）	都道府県の拠点として、質の高いがんゲノム医療提供体制を確保し、その推進を担う医療機関 ※がんゲノム医療拠点病院は中核拠点病院と兼ねることも可 （主な指定要件） • がん診療連携拠点病院等である • 都道府県がん診療連携協議会との連携 • エキスパートパネルの実施 • 治験への参加 • 人材育成 • 都道府県内のがんゲノム医療連携病院でのゲノム医療の質確保のための支援
がんゲノム医療連携病院 ※がんゲノム医療中核拠点病院またはがんゲノム医療拠点病院が指定	がん遺伝子パネル検査の結果を踏まえた医療を行い、がんゲノム医療拠点病院等と連携しながら質の高いがんゲノム医療を提供する医療機関。自施設症例のみ自施設でエキスパートパネルを行う病院も一部指定。 （主な指定要件） • がんゲノム医療を提供し、急変時対応可能な病院 • 遺伝カウンセリング体制の整備 • がんゲノム情報の適切な収集・管理登録体制 • 相談支援の窓口や医療安全体制の確保 • 院内がん登録の実施　※ 経過措置あり

716

がん診療連携拠点病院等の指定要件等の見直しに向けて（薬物療法について）

現状・課題

- 「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」において、薬物療法については「拠点病院等以外でも質を確保しながら、一定の薬物療法が提供できるように遠隔医療を組み合わせるなどして、均てん化に取り組むことが望ましい。」とされている。
- また、「がんの標準治療を実施することが求められる医療機関として位置づけられている拠点病院等において、がんゲノム医療が実施できるよう、関連学会等と連携し、その運用面の改善を図りながら、質の高いがんゲノム医療の提供体制を構築していくことが重要である。」とされている。
- 地域がん診療連携拠点病院として指定されている357医療機関のうち、がんゲノム医療中核拠点病院等は237医療機関となっており、約3割の地域がん診療連携拠点病院でゲノム医療が提供できていない。また、地域がん診療病院として指定されている59医療機関のうち、がんゲノム医療連携病院は2医療機関となっており、ほぼすべての地域がん診療病院でゲノム医療が提供できていない。

見直しの方向性（案）

- 質の高いがんゲノム医療の提供体制の構築を図る観点から、拠点病院等については、令和8年度の整備指針改定の際に、「がんゲノム医療中核拠点病院等として指定されていること」を望ましい要件とすることを検討してはどうか。さらに、令和11年度の整備指針改定の際に、がん診療連携拠点病院については、「がんゲノム医療中核拠点病院等として指定されていること」を必須要件とすることを検討してはどうか。また、その旨を都道府県や拠点病院等に対して周知していくこととしてはどうか。
- 都道府県において薬物療法を効率的に提供する観点から、がん医療提供体制の検討を推進するため、薬物療法件数及び薬物療法に携わる者の配置状況等の情報について、現況報告書を用いて報告することとしてはどうか。また、都道府県がん診療連携協議会の求めに応じて必要な情報を都道府県がん診療連携協議会に報告するとともに、診療実績をウェブページ等を通じて公表することを、拠点病院等の必須要件としてはどうか。

1. がん診療連携拠点病院等の指定要件等の見直しのスケジュール
2. 2040年を見据えたがん医療提供体制の構築に向けた指定要件の見直しについて
   - 手術療法について
   - 放射線療法について
   - 薬物療法について
   - 都道府県がん診療連携協議会について
3. 第４期がん対策推進基本計画の中間評価を踏まえた指定要件の見直しについて
4. その他の個別案件について

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

新たな地域医療構想との連動について

現状

- 「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　新たな地域医療構想とりまとめ」において、都道府県は令和8年度より地域医療調整会議で協議を開始し、各医療機関が担う医療機関機能の決定を遅くとも令和10年度までに行うこととされている。また、連携・再編・集約化の取組については、2035年を目途として一定の完結を図ることとされている。
- 急性期拠点機能を有する医療機関の数については、概ね20万人から30万人に1つ確保することを目安とすることとされているが、手術件数等の実績や他の医療圏からの患者流入が多い場合には2つ確保すること、また、人口が30万人を超える場合であっても患者流出が多く症例数が少ない場合には1つ確保することなど、地域の実情を踏まえた対応を行うものとされている。
- 第10回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会においては、がん診療連携拠点病院について、「手術、放射線治療及び薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療並びにリハビリテーション及び緩和ケアを提供する体制の整備が必要であり、同様に医療資源を多く必要とする医療を集約して提供する急性期拠点機能を有する医療機関が主として担うことが想定される。なお、がんに特化した病院として専門等機能を有する医療機関が、がん診療連携拠点病院となることも想定される。」とされている。
- 「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会　新たな地域医療構想とりまとめ」において、「がん診療連携拠点病院等のうち、専門等機能を担うこととなる医療機関については、地域全体の医療機関機能の連携・再編・集約化の観点を踏まえつつ、第9次医療計画等に向けて、5疾病6事業における医療機関の類型の考え方についても必要に応じて整理することが求められる。」とされている。
- 「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」において、「地域医療構想や医療計画を踏まえた、がん以外も含めた地域の医療提供体制を維持・確保する観点についても留意すること」とされている。

見直しの方向性（案）

- 新たな地域医療構想及び第9次医療計画も踏まえた拠点病院等の整備が進むよう、次期整備指針改定において都道府県がん診療連携協議会の役割として新たな地域医療構想及び医療計画との連動を図ることを求めてはどうか。

2040年を見据えた都道府県がん診療連携協議会を活用した均てん化・集約化の検討の進め方について

都道府県がん診療連携協議会の体制

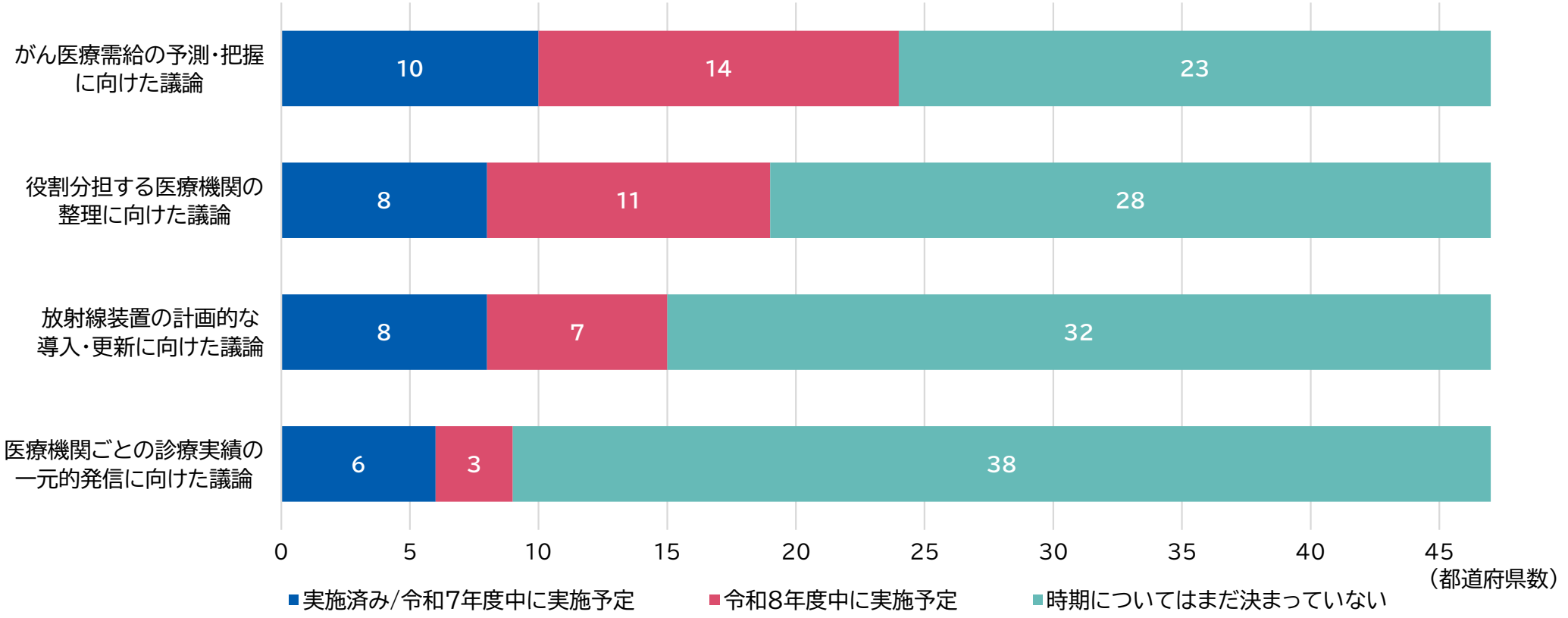
- 都道府県及び都道府県がん診療連携拠点病院は、事務局として都道府県がん診療連携協議会の運営を担うこと。その際、都道府県は、地域医療構想や医療計画と整合性を図ること。
- 都道府県がん診療連携協議会には、拠点病院等、地域におけるがん医療を担う者、患者団体等の関係団体の参画を必須とし、主体的に協議に参加できるよう運営すること。特に、拠点病院等までの通院に時間を要する地域のがん患者、及び当該地域の市区町村には、当該都道府県のがん医療提供体制の現状や、今後の構築方針について、十分に理解を得られるよう対応すること。

都道府県がん診療連携協議会における協議事項

- 国及び国立がん研究センターから提供されるデータや、院内がん登録のデータ等を活用して、将来の医療需要から都道府県内で均てん化・集約化が望ましい医療の具体について整理すること。
- がん種ごとにがん医療提供体制の均てん化・集約化を議論し、都道府県内で役割分担する医療機関について整理・明確化すること。
- 都道府県内の放射線療法に携わる有識者の参画のもと、放射線療法に係る議論の場を設け、将来的な装置の導入・更新を見据えた計画的な議論を行うこと。
- がん患者が安全で質の高い患者本位の医療を適切な時期に受療できるよう、院内がん登録を実施している医療機関を対象として、都道府県内の医療機関ごとの診療実績を、院内がん登録等の情報を用いて、医療機関の同意のもと一元的に発信すること。その際に公表する項目について協議すること。
- 2040年を見据え、持続可能ながん医療を提供するため、がん医療圏の見直しや病院機能再編等による拠点病院等の整備について検討すること。

都道府県におけるがん診療提供体制の均てん化・集約化に関する取組状況等調査

- 「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」においては、国が都道府県に対し、各地域の取組状況を把握した上で必要な支援を行うこととされている。これを踏まえ、都道府県における均てん化・集約化の取組状況を把握するため、令和7年11月と令和8年2月に都道府県へアンケート調査を実施した。



- 調査の結果、2040年を見据えたがん医療提供体制の構築に向けて、都道府県がん診療連携協議会の設置要綱の見直しやワーキンググループの設置等により議論を開始している都道府県が一定数認められた。一方で、がん診療提供体制の均てん化・集約化に関する取組については、多くの都道府県において、現時点では「具体的な実施時期は未定」との回答も一定数認められた。

がん診療連携拠点病院等の指定要件等の見直しに向けて（都道府県がん診療連携協議会の役割について）

現状

- 「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」においては、都道府県がん診療連携協議会を活用した均てん化・集約化の検討の進め方が示されており、各都道府県の進捗状況を把握した結果、同協議会の設置要綱の見直しやワーキンググループの設置等を通じて議論を開始している都道府県が一定数認められた。
- 一方で、がん診療提供体制の均てん化・集約化に係る取組については、多くの都道府県において現時点で具体的な実施時期が未定であるとの回答も一定数認められており、持続可能ながん医療提供体制の構築に向けて、都道府県がん診療連携協議会における更なる議論の推進が求められる。

見直しの方向性（案）

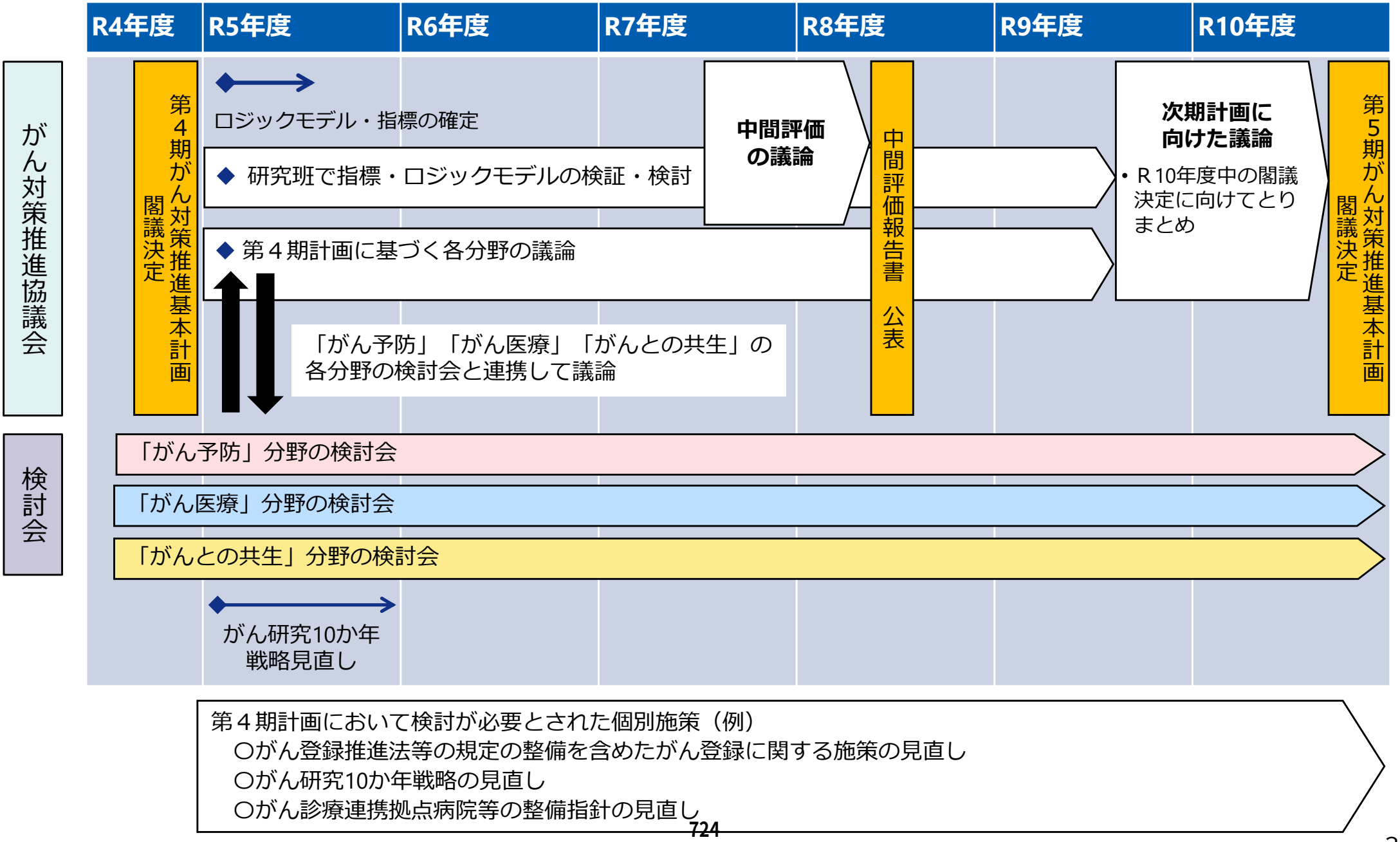
- 当該協議を円滑に推進する観点から、整備指針において、都道府県がん診療連携協議会の役割として、「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」で示された都道府県がん診療連携協議会における協議事項を実施する旨を記載してはどうか。また、国は、各都道府県におけるがん医療の均てん化・集約化に係る検討状況について把握し、進捗を管理・公表することとしてはどうか。
- 都道府県がん診療連携協議会の設置要綱に、これらの協議事項を明記するとともに、患者団体等の関係団体の参画を含めた構成についても明記することを求めてはどうか。

1. がん診療連携拠点病院等の指定要件等の見直しのスケジュール
2. 2040年を見据えたがん医療提供体制の構築に向けた指定要件の見直しについて
   - 手術療法について
   - 放射線療法について
   - 薬物療法について
   - 都道府県がん診療連携協議会について
3. **第４期がん対策推進基本計画の中間評価を踏まえた指定要件の見直しについて**
4. その他の個別案件について

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

第４期がん対策推進基本計画のスケジュール

第90回がん対策推進協議会
令和6年8月5日
資料4
（一部改変）



第４期計画において検討が必要とされた個別施策（例）
- 〇がん登録推進法等の規定の整備を含めたがん登録に関する施策の見直し
- 〇がん研究10か年戦略の見直し
- 〇がん診療連携拠点病院等の整備指針の見直し

今後のスケジュール

◆ がん診療連携拠点病院等の指定に向けたスケジュール

	令和8年									令和9年			
月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4～
がん診療提供体制のあり方に関する検討会（本検討会）													
WG（※1）開催（指針改定の論点出し）													
WG開催（関係学会・患者会の意見聴取）													
第4期がん対策推進基本計画　中間報告書													
WG開催（改定指針案提示）													
がん診療提供体制のあり方に関する検討会（WGからの報告）													
新整備指針公表													
新現況報告書様式配布													
新現況報告書の回収（都道府県からの推薦）													
新現況報告書の集計（都道府県への照会）（※2）													
がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会													
令和9年度の新規指定・指定更新													

（※1）がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ

（※2）10月末日までに提出される新規指定推薦書及び現況報告書において、未充足の要件がある等の不備が認められる場合、厚生労働省は都道府県に対し、12月末日までを期限として、補正を求めることとする。不備が補正されない場合、新規指定の推薦は拒否される。また、10月末日～12月末日の間に、要件の充足が新たに確認された場合、都道府県は厚生労働省に対し、所定の書類を提出することとする。

中間評価の方法について（報告書イメージ）

【全体目標】

「誰一人取り残さないがん対策を推進し、すべての国民とがんの克服を目指す。」

【分野別目標：がん予防】

科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

～がんを知り、がんを予防すること、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～

#	最終アウトカム	指標	ベースライン値	測定値（中間）	判定
000002	検診がん種の死亡率減少	がん種別年齢調整死亡率（75歳未満）胃			
000002	検診がん種の死亡率減少	がん種別年齢調整死亡率（75歳未満）女性乳房			
000002	検診がん種の死亡率減少	がん種別年齢調整死亡率（75歳未満）子宮頸			

＜進捗状況の評価＞ **※一部抜粋（例）**

～～～

中間評価を踏まえた整備指針改定について

現状

- 第4期がん対策推進基本計画の実行期間は、令和5年度から令和10年度までの6年間とされており、3年を目途に中間評価を実施することとしている。これを踏まえ、令和7年7月から中間評価に関する議論を開始しており、令和8年夏頃に中間評価報告書を公表する予定である。
- 中間評価に当たっては、ロジックモデルを活用し、各指標のベースライン値及び中間評価時点の測定値を把握した上で、がん対策推進協議会において「がん予防」「がん医療」「がんとの共生」「これらを支える基盤」の各分野ごとに進捗状況の評価を行う。
- 中間評価の議論を踏まえて作成する中間評価報告書においては、まず最終アウトカム指標の測定値に基づく評価を記載し、全体目標及び分野別目標の進捗状況を評価する。あわせて、分野別アウトカム指標及び中間アウトカム指標に基づく個別目標の評価並びにアウトプット指標に基づく個別施策の評価を行い、これらを踏まえて総合的な進捗状況を評価する。さらに、がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項を整理し、記載する。

見直しの方向性（案）

- がん対策推進協議会の各分野における中間評価報告書を踏まえ、同協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考えられる事項について、必要に応じて今回の整備指針改定において対応を検討することとしてはどうか。

（参考）がん対策推進協議会における中間評価を踏まえた整備指針改定について

「がん対策推進協議会として関係学会・団体等と連携してさらに推進が必要と考える事項（案）（一部抜粋）

「がん医療」分野

- 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）について、ベースライン値より増加していることは評価できるが、「治療前にセカンドオピニオンに関する話を受けた患者の割合」が減少傾向となっており、セカンドオピニオンを受けることが出来ることについて情報提供の一層の充実が必要である。
- 拠点病院等（QI研究参加施設）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が低下していることは懸念されるため、支持療法の均てん化の促進が必要である。
- がんに関する臨床研究数は着実に増加し、臨床試験に参加していない地域の患者及びその家族向けの問い合わせ窓口を設置している拠点病院等の割合が増えたことは評価できるが、窓口設置拠点病院等の割合がまだ78.6%なので、患者が自ら臨床試験をきちんと探せるなど、わかりやすい治験情報提供など更なる取組が必要である。

「がんとの共生」分野

- がん相談支援センターの認知度は低下しているが、令和4年の「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」において、「外来初診時から治療開始までを目処に、がん患者及びその家族が必ず一度はがん相談支援センターを訪問（必ずしも具体的な相談を伴わない、場所等の確認も含む）することができる体制を整備することが望ましい」と改定されたことから、継続して認知度を測定し、取組の評価をしていく必要がある。
- 今後、がん診療連携拠点病院機能強化事業において適切なアピアランスケアの相談支援・情報提供体制の構築を全国に展開することにより均てん化が進み、さらに効果的な支援につながるよう、取組の進捗を継続して確認していく必要がある。また、人材育成においては、アピアランスケア研修修了者数のみならず、累積修了者数も確認した上で、進捗状況を評価する必要がある。
- がん診療連携拠点病院等を対象に、医療従事者等が正しい知識を身につけられるよう、厚生労働科学研究の成果等も活用しながら、がん患者の自殺対策についての研修等の開催や、相談支援及び情報提供の在り方を検討する必要がある。

「これらを支える基盤」分野

- 拠点病院等を中心に、専門的な人材の育成及び配置に取組状況を評価するうえで、現時点では人数の把握にとどまっているものの、今後は都道府県別の配置状況等を把握し、その動向を継続的に追跡するための検討が必要である。
- 医療従事者や行政担当者における患者・市民参画に関する理解の促進・課題の整理を行うとともに、国や都道府県がん診療連携協議会における患者・市民参画の取組を一層推進する必要がある。

がん対策推進協議会資料を用いてがん・疾病対策課で作成

1. がん診療連携拠点病院等の指定要件等の見直しのスケジュール
2. 2040年を見据えたがん医療提供体制の構築に向けた指定要件の見直しについて
   - 手術療法について
   - 放射線療法について
   - 薬物療法について
   - 都道府県がん診療連携協議会について
3. 第４期がん対策推進基本計画の中間評価を踏まえた指定要件の見直しについて
4. その他の個別案件について

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

アピアランスケアについて

第93回がん対策推進協議会
令和8年3月9日
資料1－2
（一部改変）

第４期がん対策推進基本計画 一部抜粋
（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
（現状・課題）
広義では「医学的・整容的・心理社会的支援を用いて、外見の変化を補完し、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケア」のことをいう。」
（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関する指針 一部抜粋
（令和４年８月１日付け健発 ０８０１第１６号厚生労働省健康局長通知別添）

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。**

広義のアピアランスケア

がん診療連携拠点病院等を中心としたアピアランスケア

アピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制（国において体制整備）

医療従事者による評価

患者の心理状態等	• 外見変化に対する認識、感情 • 自尊感情、自己イメージ • 対人関係や社会生活への影響に対する感情 • 支援のニーズや希望
治療内容・医学的状態等	• 外見変化の種類、程度 • 日常行動の変化 • 精神状態 • 環境や社会的背景

→ **情報提供・指導**

- **治療や見通し等に関する情報提供**
- **専門的な治療の紹介**
- **社会資源に関する情報提供**
- **対応方法に関する情報提供、ケア方法の指導**

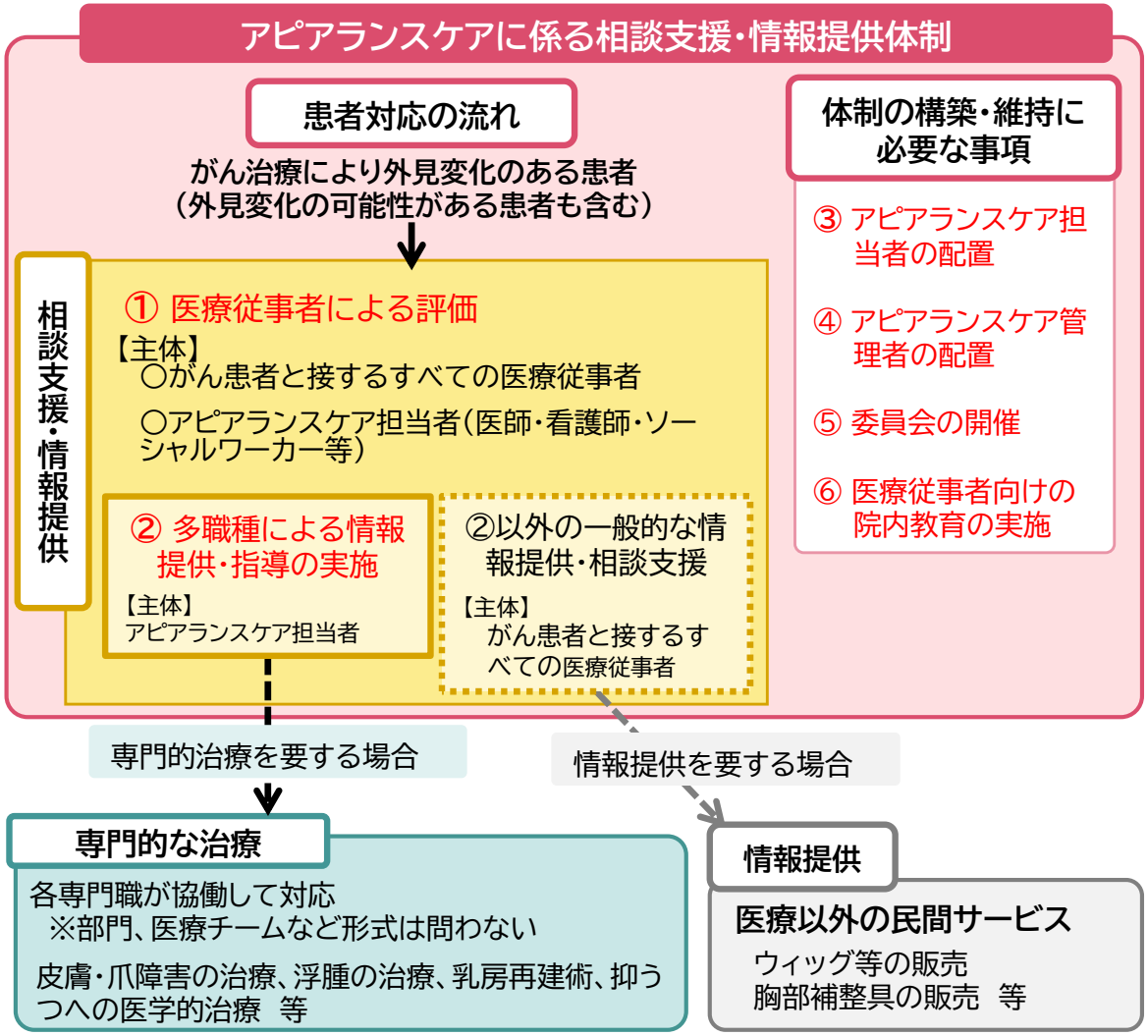
⇢ **専門的な治療**

- 皮膚、爪障害の薬物治療
- 浮腫の薬物治療
- 乳房再建術
- 抑うつへの医学的治療

等

医療以外の民間サービス
- ウィッグ等の販売、胸部補整具の販売 等

アピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制



各項目のポイント

① 医療従事者による評価
がん患者と接するすべての医療従事者が、患者の心理状態、治療内容、医学的状態等を踏まえて、患者に必要な相談支援・情報提供の内容を評価する。評価が困難な場合はアピアランスケア担当者につなぎ、アピアランスケア担当者が評価を行う。

② 多職種による情報提供・指導の実施
①の評価を踏まえて、アピアランスケア担当者以外の医療従事者による一般的な対応では困難な患者に対して、多職種で連携し、アピアランスケアに係る相談支援・情報提供を実施する。必要に応じて専門的な治療に繋ぐ他、各種情報提供等も行う。なお、アピアランスケア担当者以外の医療従事者による一般的な対応で充足する患者については、がん患者と接するすべての医療従事者が、一般的な相談支援・情報提供を行う。

③ アピアランスケア担当者の配置
アピアランスケア担当者以外の医療従事者による一般的な対応では困難な患者に対して、アピアランスケアに係る多職種による相談支援・情報提供を実施できるように、担当者として専門職を複数配置する。アピアランスケア担当者は、委員会の開催や医療従事者向けの院内教育等をアピアランスケア管理者とともに行う。なお、アピアランスケアの基礎的な事項に係る適切な研修を受講した担当者を配置する。

④ アピアランスケア管理者の配置
アピアランスケア担当者を管理し、⑤で示す委員会の運営、及び院内体制構築・維持を統括する者（以下「アピアランスケア管理者」という。）を配置する。アピアランスケア管理者は、院内におけるアピアランスケアに係る相談支援・情報提供の体制整備を推進する観点から、当該機能に関する組織的な管理・調整を担う者が望ましい。なお、適切な研修を受講することが望ましい。

⑤ 委員会の開催
院内でアピアランスケアに係る相談支援・情報提供について検討する委員会を開催する。

⑥ 医療従事者向けの院内教育の実施
がん患者に関わる医療従事者が、アピアランスケアの基礎的な事項、及び院内におけるアピアランスケアに係る相談支援・情報提供の対応の流れを理解するよう、管理者・担当者が教育を実施する。

見直しの方向性（案）

- がん診療連携拠点病院等に対して、アピアランスケアについて整備すべき体制を通知（※）にて示しているところ。
- 通知の内容について、整備指針へ反映させてはどうか。

※「アピアランスケアに係る体制整備について」（令和8年3月31日健生が発0331第1号厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課長通知）

「望ましい(＊)」要件の充足状況について

「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日付け健発 0801第16号厚生労働省健康局長通知別添)

- 本指針において「望ましい(＊)」と定める要件については、次期の指定要件の改定において、必須要件とすることを念頭に置いたものであることに留意すること。

類型	分類	要件	充足率	
			令和4年度	令和7年度
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	• 医療機関としてのBCPを策定することが望ましい(＊)。	95%	97%
	2 診療体制 (2) 診療従事者	• 放射線治療に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の診療放射線技師を2人以上配置することが望ましい(＊)。	97%	98%
		• 緩和ケアチームに協力する、公認心理師等の医療心理に携わる専門的な知識及び技能を有する者を1人以上配置することが望ましい(＊)。	76%	81%
	5 相談支援及び情報の収集提供 (1) がん相談支援センター	• 外来初診時から治療開始までを目処に、がん患者及びその家族が必ず一度はがん相談支援センターを訪問(必ずしも具体的な相談を伴わない、場所等の確認も含む)することができる体制を整備することが望ましい(＊)。	76%	93%
Ⅳ 都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件について	2 都道府県における相談支援機能強化に向けた要件	• がん相談支援センターに国立がん研究センターによるがん相談支援センター相談員基礎研修(1)～(3)を修了した専従の相談支援に携わる者を2人以上配置することが望ましい(＊)。	73%	77%

令和4年度・令和7年度現況報告書を用いて令和8年4月1日時点のがん診療連携拠点病院等を対象にがん・疾病対策課において集計

「望ましい」要件の充足状況について

類型	分類	令和7年度の充足率が90%以上の「望ましい」要件	充足率	
			令和4年度	令和7年度
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	・術後管理体制の一環として、手術部位感染に関するサーベイランスを実施すること。その際、厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業（JANIS）へ登録していることが望ましい。	90%	95%
		・画像下治療（IVR）を提供することが望ましい。	94%	98%
		・緩和ケアの提供体制について緩和ケアチームへ情報を集約するために、がん治療を行う病棟や外来部門には、緩和ケアチームと各部署をつなぐ役割を担うリンクナースなどを配置することが望ましい。	90%	90%
	2 診療体制 （2） 診療従事者	・リハビリテーションに携わる専門的な知識および技能を有する医師を配置することが望ましい。	93%	94%
		・専任の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の薬剤師を1人以上配置すること。なお当該薬剤師はがん薬物療法に関する専門資格を有する者であることが望ましい。	91%	92%
		・専任の細胞診断に係る業務に携わる専門的な知識及び技能を有する者を1人以上配置すること。なお当該診療従事者は細胞診断に関する専門資格を有する者であることが望ましい。	97%	98%
		・がんのリハビリテーションに係る業務に携わる専門的な知識および技能を有する理学療法士を配置することが望ましい。	99%	99%
		・がんのリハビリテーションに係る業務に携わる専門的な知識および技能を有する作業療法士を配置することが望ましい。	95%	97%
		・がんのリハビリテーションに係る業務に携わる専門的な知識および技能を有する言語聴覚士を配置することが望ましい。	88%	94%
Ⅵ 地域がん診療病院の指定要件について	2 診療体制 （2） 診療従事者	・放射線治療を実施する場合には、放射線治療に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の診療放射線技師を2人以上配置すること。なお、当該技師は放射線治療に関する専門資格を有する者であることが望ましい。	100%	94%
		・専任の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の薬剤師を1人以上配置することが望ましい。	79%	90%
		・緩和ケアチームに、専従の緩和ケアに携わるがん看護又は緩和ケアに関する専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を1人以上配置すること。なお、当該看護師はがん看護又は緩和ケアに関する専門資格を有する者であることが望ましい。	87%	90%
		・緩和ケアチームに協力する薬剤師を1人以上配置することが望ましい。	100%	100%
		・緩和ケアチームに協力する、社会福祉士等の相談支援に携わる者を1人以上配置することが望ましい。	91%	92%

令和4年度・7年度現況報告書を用いて令和8年4月1日時点のがん診療連携拠点病院等を対象にがん・疾病対策課において集計

「望ましい（＊）」要件と「望ましい」要件について

現状・課題

- 整備指針において「望ましい（＊）」と定める要件については、「次期の指定要件の改定において、必須要件とすることを念頭に置いたものであることに留意すること。」とされている。
- 現在の整備指針においては、「望ましい（＊）」と定める要件は5要件あり、そのうち、令和7年度に要件充足率が90%を超えている要件は3要件であった。
- 現在の整備指針においては、「望ましい」と定める要件は51要件あり、そのうち、令和7年度に要件充足率が90%を超えている要件は14要件であった。

見直しの方向性（案）

- 「望ましい（＊）」要件及び「望ましい」要件のうち、要件充足率が一定数を超えている要件について経過措置を講じたうえで必須要件化することを検討してはどうか。

「がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」開催要綱

１． 趣旨

我が国では、全ての国民が全国どこにいても質の高い医療が等しく受けられるよう、がん診療連携拠点病院等（以下「拠点病院等」という。）の整備が進められている。

第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月 28 日閣議決定）に基づき、国及び都道府県は、がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進するとされている。

がん医療提供体制をさらに充実させるため、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」の下に本ワーキンググループを開催し、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」の見直し等について検討し、その検討結果を同検討会に報告することとする。

２． 検討事項

（１） がん診療連携拠点病院等の指定要件の見直し

（２） その他必要な事項

３． 構成員の構成等

（１） 本ワーキンググループの構成員は、別紙の名簿に記載の構成員により構成する。

（２） 本ワーキンググループの構成員は、10 名程度とする。

（３） 本ワーキンググループには、構成員の互選により座長をおき、本ワーキンググループを統括する。

（４） 座長に事故があるときは座長があらかじめ指名する者が、その職務を代理する。

（５） 必要に応じ、別紙構成員以外の有識者等の参集を依頼することができるものとする。

４． 構成員の任期等

（１） 構成員の任期は２年とする。

（２） 構成員は再任することができる。

５． ワーキンググループの運営等

（１） 本ワーキンググループは厚生労働省健康・生活衛生局長が別紙の構成員の参集を求めて開催する。

（２） 本ワーキンググループの庶務は、健康・生活衛生局がん・疾病対策課において行う。

（３） 本ワーキンググループは、原則公開するとともに、議事録を作成・公表する。ただし、特定の者に不当な利益又は不利益をもたらすおそれがある場合等はこの限りではない。また、座長が必要と認めた際には、電子メール等の手段により構成員の意見を集約する等の持ち回り開催を行うことができる。

（４） この要綱に定めるもののほか、本ワーキンググループの開催に必要な事項は、座長が健康・

生活衛生局長と協議の上、定める。

（５） 本ワーキンググループで得られた成果は、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」に報告する。

別紙

「がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」
構成員名簿

大野　達也	国立大学法人群馬大学大学院医学系研究科腫瘍放射線学講座 教授
久保　祐子	公益社団法人日本看護協会看護開発部　部長
坂本　はと恵	国立研究開発法人国立がん研究センター東病院サポーティブセンター 副サポーティブケアセンター長／ソーシャルワーカー室長
佐々木　毅	慶應義塾大学医学部　特任教授 慶應義塾病理診断クリニック　所長
調　憲	国立大学法人群馬大学大学院医学系研究科　科長 総合外科学講座肝胆膵外科分野　教授
藤　也寸志	独立行政法人国立病院機構九州がんセンター　名誉院長
土岐　祐一郎	地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター 病院長
所　昭宏	独立行政法人国立病院機構近畿中央呼吸器センター心療内科　科長/ 支持・緩和療法チーム　室長
東　尚弘	国立大学法人東京大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野　教授
増田　昌人	国立大学法人琉球大学病院がんセンター　センター長
村本　高史	サッポロビール株式会社人事総務部　プランニング・ディレクター
吉野　孝之	国立研究開発法人国立がん研究センター東病院　副院長（経営担当)、 国際臨床腫瘍科長、医薬品開発推進部門長、消化管内科医長

（五十音順・敬称略）

第１１回がん診療連携拠点病院等の指定要件に関する ワーキンググループ

第８回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関する ワーキンググループ

第４回小児がん拠点病院等の指定要件に関する ワーキンググループ

議事次第

日時：令和８年５月２８日（木）　１４：００～１７：００
場所：Ｗｅｂ開催

１　開会
２　議題
（１）がん診療連携拠点病院等の指定要件、小児がん拠点病院等の指定要件、がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件について
（２）その他

【資料】
議事次第
資料１　本合同ワーキンググループについて
資料２　一般社団法人全国がん患者団体連合会提出資料
資料３　都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会提出資料
資料４　一般社団法人日本血液学会提出資料
資料５　一般社団法人日本癌治療学会提出資料
資料６　公益社団法人日本臨床腫瘍学会提出資料
資料７　一般社団法人日本病理学会提出資料
資料８　特定非営利活動法人日本緩和医療学会提出資料
資料９　公益社団法人日本放射線腫瘍学会提出資料
資料10　一般社団法人日本小児血液・がん学会提出資料
資料11　公益財団法人がんの子どもを守る会提出資料
参考資料１　「がん診療拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」開催要綱

参考資料２　「がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」開催要綱
参考資料３　「小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」開催要綱
参考資料４　参考人名簿
参考資料５　がん診療連携拠点病院等の整備について（令和４年８月１日付け健発 0801 第 16 号厚生労働省健康局長通知）
参考資料６　がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について（令和４年８月１日付け健発 0801 第 18 号厚生労働省健康局長通知）
参考資料７　小児がん拠点病院等の整備について（令和４年８月１日付け健発 0801 第 17 号厚生労働省健康局長通知）

第11回がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ 第8回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ 第4回小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ	資料1
令和8年5月28日	

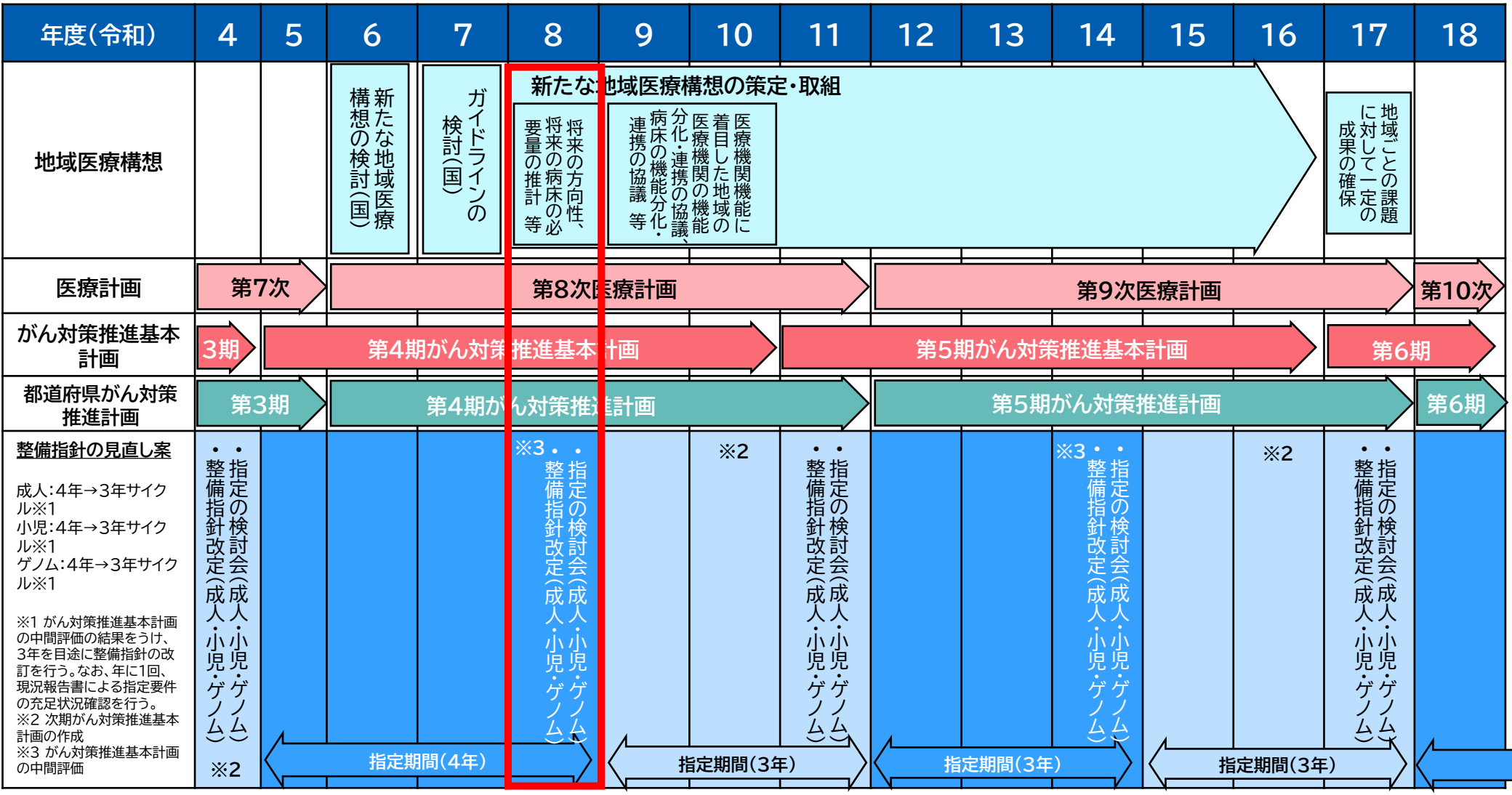
厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

本合同ワーキンググループについて

健康・生活衛生局がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

成人・小児・ゲノムの拠点病院等の整備指針見直しの今後のスケジュール



今後のスケジュール

◆ がん診療連携拠点病院等の指定に向けたスケジュール



（※1）がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ

（※2）10月末日までに提出される新規指定推薦書及び現況報告書において、未充足の要件がある等の不備が認められる場合、厚生労働省は都道府県に対し、12月末日までを期限として、補正を求めることとする。不備が補正されない場合、新規指定の推薦は拒否される。また、10月末日～12月末日の間に、要件の充足が新たに確認された場合、都道府県は厚生労働省に対し、所定の書類を提出することとする。

今後のスケジュール

- 次期がんゲノム医療中核拠点病院等の整備指針改定及び指定にあたっては、以下のようなスケジュールで進めてはどうか。

◆ がんゲノム医療中核拠点病院等の指定に向けたスケジュール

	令和8年										令和9年			
月	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4～
WG（※1）開催（指針改定の論点出し）	■													
WG開催（学会等ヒアリング）			■											
WG開催（改定指針案提示）					■									
がん診療提供体制のあり方に関する検討会（WGからの報告）					■									
新整備指針公表					■									
新現況報告書様式配布						■								
新現況報告書の提出（都道府県からの推薦）								■						
新現況報告書の集計（都道府県への照会）（※2）									■	■	■			
がんゲノム医療中核拠点病院等の指定に関する検討会													■	
新指定類型の適用開始														■

（※1）がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ

（※2）10月末日までに提出される新規指定推薦書及び現況報告書において、未充足の要件がある等の不備が認められる場合、厚生労働省は都道府県に対し、12月末日までを期限として、補正を求めることとする。不備が補正されない場合、新規指定の推薦は拒否される。また、10月末日～12月末日の間に、要件の充足が新たに確認された場合、都道府県は厚生労働省に対し、所定の書類を提出することとする。

今後のスケジュール

- 次期小児がん拠点病院等の整備指針改定及び指定にあたっては、以下のようなスケジュールで進めてはどうか。

◆ 小児がん拠点病院等の指定に向けたスケジュール

	令和8年										令和9年			
月	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4～
WG（※1）開催（指針改定の論点出し）														
WG開催（学会等ヒアリング）														
WG開催（改定指針案提示）														
がん診療提供体制のあり方に関する検討会（WGからの報告）														
新整備指針公表														
新現況報告書様式配布														
新現況報告書の提出（都道府県からの推薦）														
新現況報告書の集計（都道府県への照会）（※2）														
小児がん拠点病院等の指定に関する検討会														
新指定類型の適用開始														

（※1）小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ

（※2）10月末日までに提出される新規指定推薦書及び現況報告書において、未充足の要件がある等の不備が認められる場合、厚生労働省は都道府県に対し、12月末日までを期限として、補正を求めることとする。不備が補正されない場合、新規指定の推薦は拒否される。また、10月末日～12月末日の間に、要件の充足が新たに確認された場合、都道府県は厚生労働省に対し、所定の書類を提出することとする。

本合同WGにおけるタイムスケジュール

時間			発表団体	発表予定者
14:11	-	14:16	一般社団法人　全国がん患者団体連合会	天野参考人
14:17	-	14:22	都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会	藤澤参考人
14:22	-	14:40	質疑①	
14:41	-	14:46	一般社団法人　日本血液学会	前田参考人
14:47	-	14:52	一般社団法人　日本癌治療学会	調構成員
14:53	-	14:58	公益社団法人　日本臨床腫瘍学会	武藤参考人
14:58	-	15:25	質疑②	
15:25	-	15:35	休憩	
15:36	-	15:41	一般社団法人　日本病理学会	佐々木構成員
15:42	-	15:47	特定非営利活動法人　日本緩和医療学会	所構成員
15:48	-	15:53	公益社団法人　日本放射線腫瘍学会	大野構成員
15:53	-	16:20	質疑③	
16:21	-	16:26	一般社団法人　日本小児血液・がん学会	加藤構成員
16:27	-	16:32	公益財団法人　がんの子どもを守る会	増子参考人
16:32	-	16:50	質疑④	

厚生労働省 がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ合同開催

全国がん患者団体連合会（全がん連）提出資料

一般社団法人全国がん患者団体連合会(全がん連)について

- 「がん」と一口にいっても、その病態や治療、患者や家族の悩みや苦痛は異なる面も多く、がんの種類や地域ごとに多くのがん患者団体がそれぞれの課題の解決に向けた取り組みを行っています。一方で、がんの種類や地域を問わず、がん全体における共通した課題も存在することから、多くのがん患者団体がそれぞれ独自の取り組みを行いつつ、共通した課題の解決に向けて連携した取り組みを行うことが求められています。
- この連携を行うため、「各地のがん患者団体が情報や経験を共有し、それぞれの活動をより良いものとしていくこと」「それぞれのがん患者団体の取り組みや考えを尊重しつつ、賛同できる場合には共に連携して取り組みを行うこと」「これらの取り組みを継続かつ安定して行うために、一定の法人格をもった団体を設立すること」が必要と考えられました。
- そこで、全国のがん患者団体の連合体組織として、がん患者団体の連携や活動の促進を図りつつ、がん患者と家族の治療やケア、生活における課題の解決に取り組み、がん医療の向上とがんになっても安心して暮らせる社会の構築に寄与することを目的として、非営利型の一般社団法人である全国がん患者団体連合会が、2006年にがん対策基本法が成立してから10年の節目となる2015年に設立され、現在51の加盟団体、加盟団体の会員総数はおよそ2万人です。







「2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方について」（厚生労働省）

- 国は、がん対策基本法に基づき、拠点病院等を中心として、適切ながん医療を受けることができるよう、均てん化の促進に取組んでおり、都道府県は、医療計画を作成し、地域の医療需要を踏まえて、医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携により、がん医療提供体制を確保してきた。
- 2040年に向けて、がん医療の需要変化等が見込まれる中、引き続き適切ながん医療を受けることができるよう均てん化の促進に取組むとともに、持続可能ながん医療提供体制となるよう再構築していく必要がある。医療技術の観点からは、広く普及された医療について均てん化に取り組むとともに、高度な医療技術については、症例数を集積して質の高いがん医療提供体制を維持できるよう一定の集約化を検討していくといった医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携を一層推進する。また、医療需給の観点からは、医療需要が少ない地域や医療従事者等の不足している地域等においては、効率性の観点から一定の集約化を検討していく。
- また、がん予防や支持療法・緩和ケア等については、出来る限り多くの診療所・病院で提供されるよう取り組んでいく。



想定される提供主体	均てん化・集約化の考え方
• 国立がん研究センター、国立成育医療研究センター、都道府県がん診療連携拠点病院、大学病院本院、小児がん拠点病院 • 地域の実情によっては地域がん診療連携拠点病院等	**特に集約化の検討が必要な医療についての考え方** **（医療技術の観点）** • がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において、新規性があり、一般的・標準的とは言えない治療法や、高度な医療技術が必要であり、拠点化して症例数の集積が必要な医療。 • 診断や治療に高額な医療機器や専用設備等の導入及び維持が必要であるため、効率性の観点から症例数の集積及び医療資源の集約化が望ましい医療。 **（医療需給の観点）** • 症例数が少ない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等、効率性の観点から集約化が望ましい医療。 ※緊急性の高い医療で搬送時間が重視される医療等、患者の医療機関へのアクセスを確保する観点も留意する必要がある。
• がん診療連携拠点病院等 • 地域の実情によってはそれ以外の医療機関	
• 患者にとって身近な診療所・病院（かかりつけ医を含む）	**更なる均てん化が望ましい医療についての考え方** • がん予防や支持療法・緩和ケア等、出来る限り多くの診療所・病院で提供されることが望ましい医療。

（※1）国及び地域ブロック単位で確保することが望ましい医療として、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等が考えられる。

2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関する参考資料（厚生労働省ホームページ）より

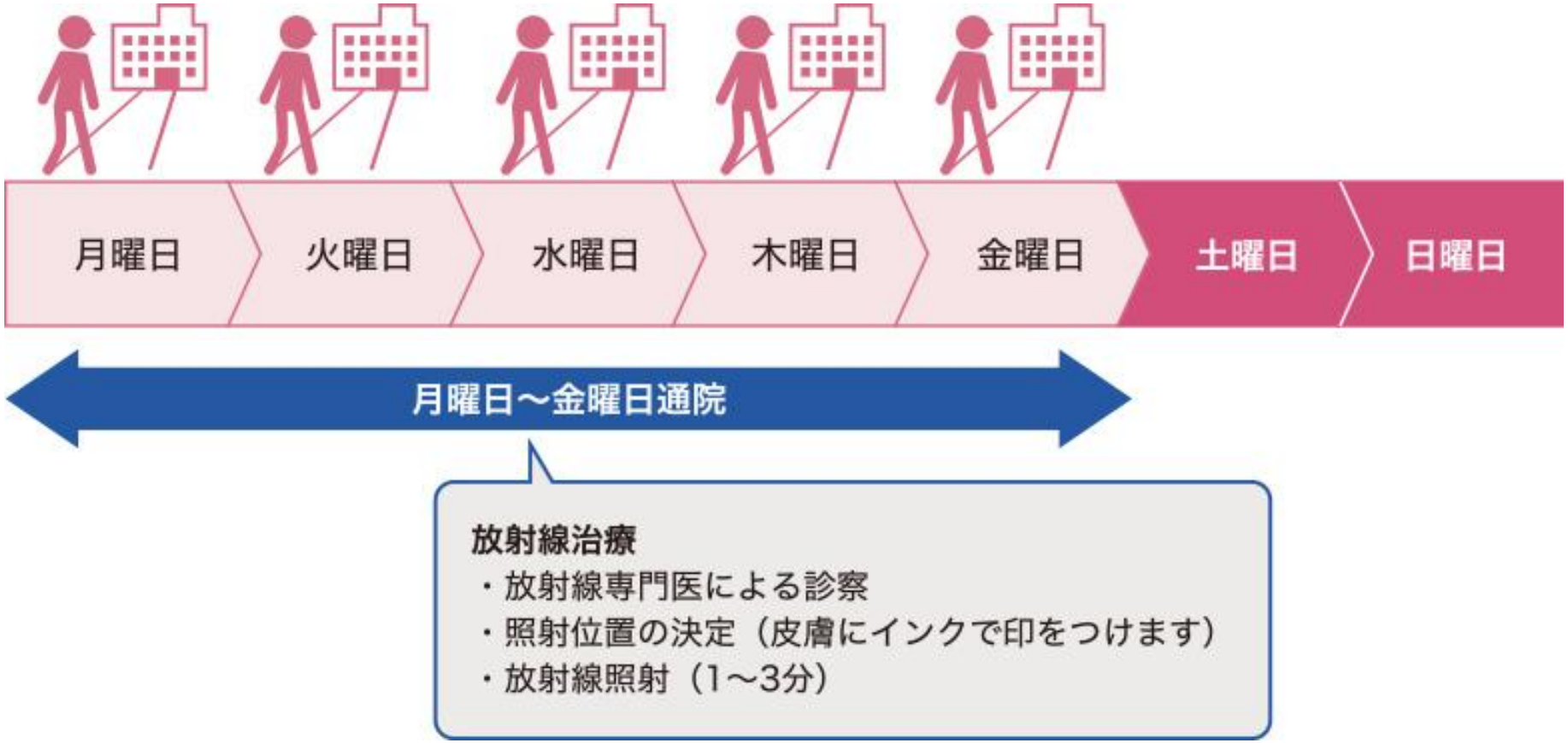
「2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方に基づいた医療行為例」

	手術療法					放射線療法	薬物療法	その他の医療
都道府県又は更に広域での集約化の検討が必要な医療	・希少がんに対する手術					・粒子線治療 ・ホウ素中性子捕捉療法	・小児がんに対する高度な薬物療法 ・希少がんに対する薬物療法	
都道府県での集約化の検討が必要な医療	消化器がん	呼吸器がん	乳がん	婦人科がん	泌尿器がん	・専用治療病室を要する核医学治療 ・密封小線源治療（組織内照射）	・小児がんに対する標準的な薬物療法 ・高度な薬物療法（特殊な二重特異性抗体治療等）	・高リスクのがんサバイバーの長期フォローアップ
	・食道がんに対する食道切除再建術 ・膵臓がん・胆道がん等に対する膵頭十二指腸切除術、膵全摘術 ・肝臓がん・胆道がん等に対する高度な肝切除術 ・大腸がんに対する骨盤内臓全摘術 ・食道がんに対する光線力学療法	・肺がんに対する気管や気管支、血管形成及び他臓器合併切除を伴う高度な手術 ・悪性胸膜中皮腫に対する胸膜切除・剥皮術 ・縦隔悪性腫瘍手術に対する血行再建が必要な手術 ・頸胸境界領域の悪性腫瘍に対する手術	・遺伝性乳がんに対する予防的乳房切除術 ・高度な乳房再建術 ・乳がんに対するラジオ波焼灼療法	・子宮頸がんや子宮体がん、卵巣がんに対する広汎子宮全摘術、骨盤除臓術、上腹部手術を含む拡大手術	・膀胱がんに対するロボット支援腹腔鏡下膀胱全摘術 ・腎臓がんに対する高度なロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術 ・泌尿器科領域の悪性腫瘍に対する骨盤内臓全摘術 ・後腹膜悪性腫瘍に対する手術 ・後腹膜リンパ節郭清術	放射線療法	薬物療法	
がん医療圏又は複数のがん医療圏単位での集約化の検討が必要な医療	消化器がん	呼吸器がん	乳がん	婦人科がん	泌尿器がん	・強度変調放射線治療や画像誘導放射線治療等の精度の高い放射線治療 ・精度の高い放射線治療以外の体外照射 ・密封小線源治療（腔内照射） ・外来・特別措置病室での核医学治療 ・緩和的放射線治療	・標準的な薬物療法 ※がん患者が定期的に継続して治療を受ける必要があることから、がん患者のアクセスを踏まえると、拠点病院等以外でも一定の薬物療法が提供できるようにすることが望ましい。 ・がんゲノム医療 ・二重特異性抗体治療	・妊孕性温存療法 緩和ケア
	・胃がんに対する胃全摘術・幽門側胃切除術 ・大腸がんに対する結腸切除術・直腸切除術 ・食道や胃、大腸がんに対する内視鏡的粘膜切除・粘膜下層剥離術	・肺がんに対する標準的な手術 ・転移性肺腫瘍に対する標準的な手術 ・縦隔悪性腫瘍に対する標準的な手術 ・胸壁腫瘍手術に対する標準的な手術 ・呼吸器系腫瘍に対する外科的生検	・乳がんに対する標準的な手術	・子宮頸がんや子宮体がんに対する標準的な手術 ・卵巣がんに対する標準的な手術	・前立腺がんに対するロボット支援腹腔鏡下根治的前立腺摘除術 ・腎臓がんに対するロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術、ロボット支援腹腔鏡下腎・尿管全摘除術、ロボット支援腹腔鏡下腎・尿管全摘除術 ・尿路変向術、腎ろう造設術			
更なる均てん化が望ましい医療	・腸閉塞に対する治療 ・癌性腹膜炎・癌性胸膜炎に対する治療						・副作用が軽度の術後内分泌療法 ・軽度の有害事象に対する治療	・がん検診 ・がんリハビリテーション ・緩和ケア療法 ・低リスクのがんサバイバーの長期フォローアップ ・排尿管理（尿道カテーテルや尿路ストーマの管理）

※本表に記載されている医療行為は代表的な例であり、すべての悪性腫瘍および関連する医療行為を網羅しているものではないという点に留意。また、手術療法を担う外科医について、がん以外にも、虫垂炎や胆嚢炎等の様々な疾患についての手術を担う必要があること等から、がん医療提供体制の検討にあたっては、地域医療構想や医療計画を踏まえた、がん以外も含めた地域の医療提供体制を維持・確保する観点についても留意。
（監修）一般社団法人　日本癌治療学会、公益社団法人　日本放射線腫瘍学会、公益社団法人　日本臨床腫瘍学会

2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関する参考資料（厚生労働省ホームページ）より

一般的な放射線療法のスケジュール



「おしえてがんのコト」(中外製薬)ホームページより

土曜日のみの放射線治療（東北大学病院・MRリニアック）

TOHOKU UNIVERSITY

大学概要　学部・大学院・研究所　教育・学生支援　研究・産学連携　国際交流

寄附　アクセス

ホーム　受験生　一般・地域　企業・研究者　同窓生

ホーム ＞ 2024年のプレスリリース・研究成果 ＞

2024年 | プレスリリース・研究成果

国内初 土曜日のみの放射線治療「Weekend Radiotherapy」を開始 -働く世代や遠方に住むがん患者に新たな治療機会を提供-

2024年11月 6日 11:00 | プレスリリース・研究成果

【本学研究情報】

〇東北大学病院 放射線治療科

ウェブサイト

【発表のポイント】

- 東北大学病院は国内で初めて、毎週土曜日に放射線治療を実施する体制を整え、2025年1月11日（土）より土曜日のみの前立腺がんの放射線治療を開始します。
- 従来、前立腺がんの放射線治療は、連日の通院が必要でしたが、現在は、MRリニアック(注1)を利用して週1回の照射を2回のみ行う新たな治療法の開発が進んでおり、患者の負担を少なく治療を進めることが可能となりつつあります。
- 今回の取り組みにより、働く世代や、遠方に住む患者とその家族が治療と仕事や生活とを両立できるよう支援します。



東北大学ホームページより

進化するがん薬物療法と「新たな副作用」の例

免疫チェックポイント阻害薬（ICI）

自己免疫疾患に類似した**irAE（免疫関連有害事象）**

心筋炎・1型糖尿病： 急激な経過を辿るリスク。

遅発性irAE： 投与終了後、数ヶ月～1年以上経過してからの発症。

抗体薬物複合体（ADC）

精密誘導ゆえの**「オフターゲット毒性」**

間質性肺炎（ILD）： 初期症状が乏しいため、画像診断による検査が必要。

眼毒性： 角膜障害等の特異的症状。眼科医との定期的な連携が必要。

次世代の分子標的薬

高い脳関門通過性に伴う**中枢神経や心血管**などへの影響

精神神経症状： 認知機能への影響、抑うつ、不安、睡眠障害、幻覚など。

心血管・腎機能： 高血圧、心不全、不整脈、蛋白尿、腎不全など。

がん薬物療法専門医や多職種連携による支持療法（サポーティブケア）が必要ではないか

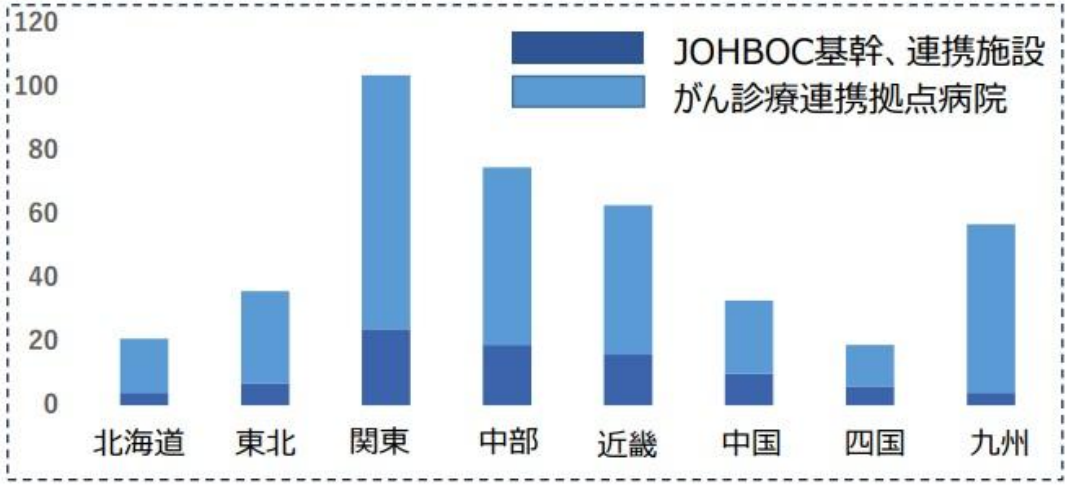
遺伝性乳癌卵巣癌症候群（HBOC）診療の現状に関するアンケート調査

- HBOC診療の一部が2020年4月より保険収載され全国の医療施設でHBOC診療が保険診療で行われるようになったが**施設間や地域で医療体制に大きな差があることが予想**される。
- 全国のがん診療連携拠点病院に遺伝性腫瘍診療に関する現状把握及び課題を抽出するためのアンケートを実施した。
- BRACAnalysis検査後の遺伝カウンセリングやリスク低減手術といった**HBOC診療を自施設で全て完結することができない**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となった。

【対象】全国のがん診療連携拠点病院 408 施設
【調査期間】2022年9月～11月
【アンケート回答率】408施設中191施設（回答率46.8%）

第37回日本がん看護学会学術集会(会長:清水多嘉子)、第31回日本乳癌学会学術総会 (会長:大野真司) 合同企画アンケート調査として実施。鈴木ら JBCS2023 SY7で発表

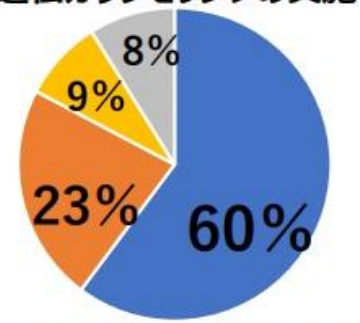
がん診療連携拠点病院のうちで日本遺伝性乳癌卵巣癌総合診療精度機構(JOHBOC)の基幹・連携病院となっているのは全ての地域で5割以下



BRACAnalysisの出検



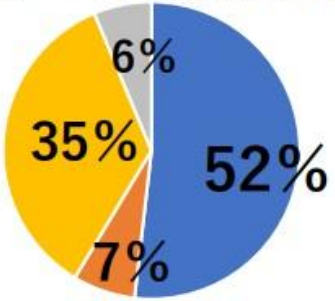
遺伝カウンセリングの実施



BRCA病的バリアント保持症例の血縁者への確認検査の実施



MRIを用いた乳房のサーベイランスの実施



リスク低減手術の実施：47%で実施していない

6

厚生労働省第2回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・深田一平構成員（がん研究会有明病院ゲノム診療部）提出資料より

沖縄県離島患者等支援事業補助金（2017年から）

沖縄県
OKINAWA PREFECTURE

観光・移住 | 事業者 | 子どものページ | 報道提供資料 | Foreign Language

Google™カスタム検索 検索 ‣検索について ‣組織で探す ‣文字サイズ・色合い変更

ホーム | 暮らし・環境 | 健康・医療・福祉 | 教育・文化・交流 | 産業・仕事 | 社会基盤 | 県政情報 | 基地

ホーム > 健康・医療・福祉 > 医療 > 事業概要・制度概要 > 沖縄県離島患者等支援事業補助金

‣事業概要・制度概要

- 被爆者医療
- 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業について
- 特定疾患治療研究事業
- がん対策
- 沖縄県救急医療用ヘリコプター（ドクターヘリ）事業について
- 「保健医療行政の概要」の発行について
- 難病対策関係
- 沖縄県離島患者等支援事業補助金

更新日：2021年3月11日

1　沖縄県離島患者等支援事業補助金について

(1)　県内小規模離島における現状と課題

本県は、おおよそ本州の３分の２に匹敵する広大な海域に160の島々が点在する島しょ県であり、沖縄本島を除く37の有人離島及び人口1,000人未満の小規模離島が数多く存在しています。これらの小規模離島では、病院が設置されていない離島が数多く存在しており、診療所で対応が困難な診療科目については、島外医療機関への通院を余儀なくされ、その通院費の経済的負担の軽減が課題となっています。

(2)　事業概要

県では、この課題を解決し、離島住民が良質かつ適切な医療を受ける機会を確保するため、平成29年度から「沖縄県離島患者等支援事業」を開始し、離島患者等の経済的負担の軽減に努めているところです。沖縄県離島患者等支援事業は、がん、難病等の患者及び妊産婦並びにその付添人（以下「離島患者等」という。）が島外医療機関を受診する場合に要する交通費や宿泊費の助成を行っている市町村に対し、その費用の一部を補助する事業です。

○ PDF 沖縄県離島患者等支援事業補助金（事業概要）（PDF：304KB）

○ PDF 沖縄県離島患者等支援事業補助金（交付要綱）（PDF：286KB）

離島患者等通院費支援事業の概要

・R1当初予算：14,481千円(一般財源)
・R2当初予算：15,597千円(一般財源)
・事業期間：平成29年度～

現状・課題

離島の患者、妊産婦及びその付添人（以下「離島患者等」という。）は、居住する離島において必要とする医療を受けることができない場合、島外の医療施設への通院を余儀なくされ、その通院に係る経済的負担が課題となっている。

事業目的

離島患者等の島外の医療施設への通院に要する経済的負担を軽減し、適切な医療を受ける機会の確保を図る。

事業内容

1　実施主体
市町村

2　対象市町村
県内の37有人離島を有する18市町村（右表参照）

3　対象者（島外医療機関への通院を余儀なくされている以下の者。）
①特定不妊治療を受ける夫婦、②妊産婦（妊産婦健診、出産）
③がん患者、④子宮頸がん予防ワクチン接種後に多様な症状を呈している患者、⑤小児慢性特定疾病児童等、⑥指定難病患者、⑦特定疾患患者、⑧新型コロナウイルス感染症患者等
⑨必要に応じて①～⑧の付添人1名

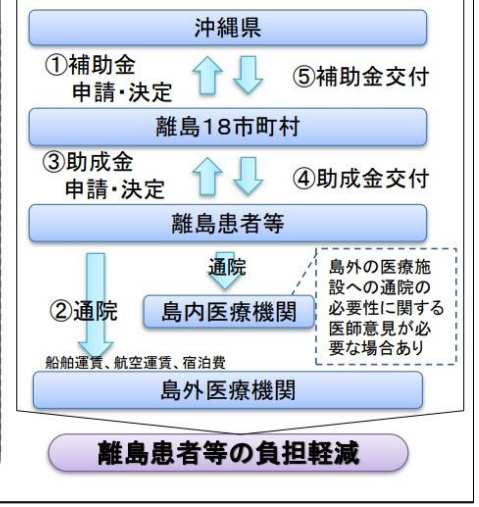
4　補助対象経費
対象市町村が離島患者等の通院に要する航路運賃、航空路運賃及び宿泊費の軽減に要する経費

5　補助率
2分の1（県が定める基準額の範囲内）
※新型コロナウイルス感染症患者等については、10分の10

6　その他の補助要件
国庫補助事業の裏負担に対する補助は対象外とする。

対象18市町村	
1	石垣市
2	うるま市
3	宮古島市
4	南城市
5	本部町
6	伊江村
7	渡嘉敷村
8	座間味村
9	粟国村
10	渡名喜村
11	南大東村
12	北大東村
13	伊平屋村
14	伊是名村
15	久米島町
16	多良間村
17	竹富町
18	与那国町

事業フロー



沖縄県ホームページ「沖縄県離島患者等支援事業補助金」

オンライン・セカンドオピニオン（国立がん研究センター中央病院）



NCCJ National Cancer Center Japan | 国立がん研究センター 中央病院

ご来院の方へ | 診療科・共通部門 | 中央病院について | 取り組み | 医療関係の方へ | 寄付する

トップページ > ご来院の方へ > セカンドオピニオン > オンライン・セカンドオピニオン

オンライン・セカンドオピニオン

ポスト | シェアする | LINEで送る

新型コロナウイルス感染症が終息していない現在、患者さんがセカンドオピニオンを希望されても、遠方への移動が難しい状況が続いています。
そこで、国立がん研究センター中央病院では、セカンドオピニオンを希望される患者さんやご家族へ、当院の医師から参考となる情報や意見をオンラインで提供する「オンライン・セカンドオピニオン」予約を承っています。（申し込みページへは **ページ下部のボタン**から）

オンライン・セカンドオピニオンでは、現在の主治医の先生から検査データ・診療情報などを事前に頂き、患者さんやご家族には来院いただくことなく、パソコンやタブレット端末、スマートフォンなどを利用して医師からの意見を提供します。

相談可能な疾患

現在は原則として、希少がんなど、医療者も患者もお困りのことが多い疾患を対象とします。
希少がんかどうか不明な場合は、事前に当院希少がんホットラインまでお問い合わせください。
（希少がんホットライン：患者さん・ご家族の方専用/03-3543-5601　医療者の方専用/03-3543-5602）
なお、オンライン・セカンドオピニオンはその特性上、ご病状によっては、あまりおすすめできない場合があります。

ご来院の方へ

- 受診される方へのお知らせ
- 外来担当医一覧
- セカンドオピニオン
- 特殊外来
- 面会
- 外国人患者の方
- 患者さん・ご家族の相談

国立がん研究センター中央病院ホームページより

がん患者が経験する悩み

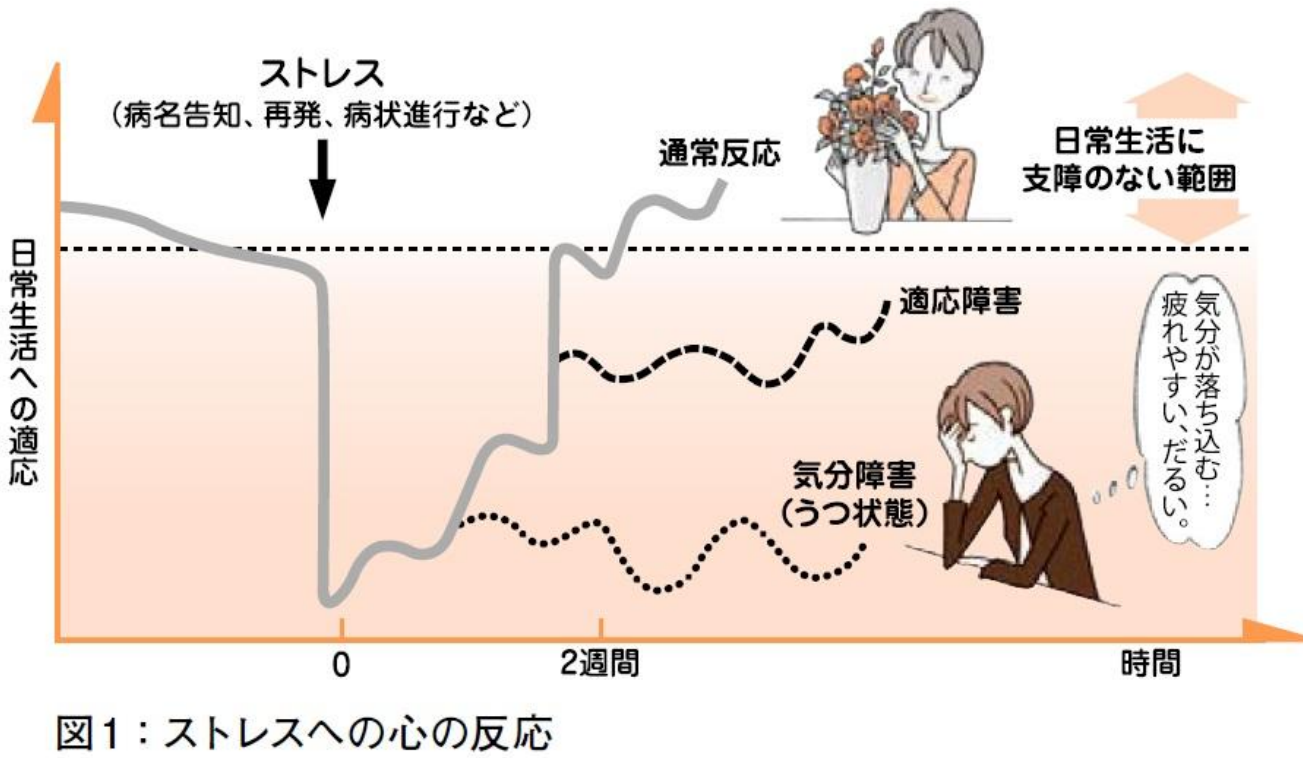
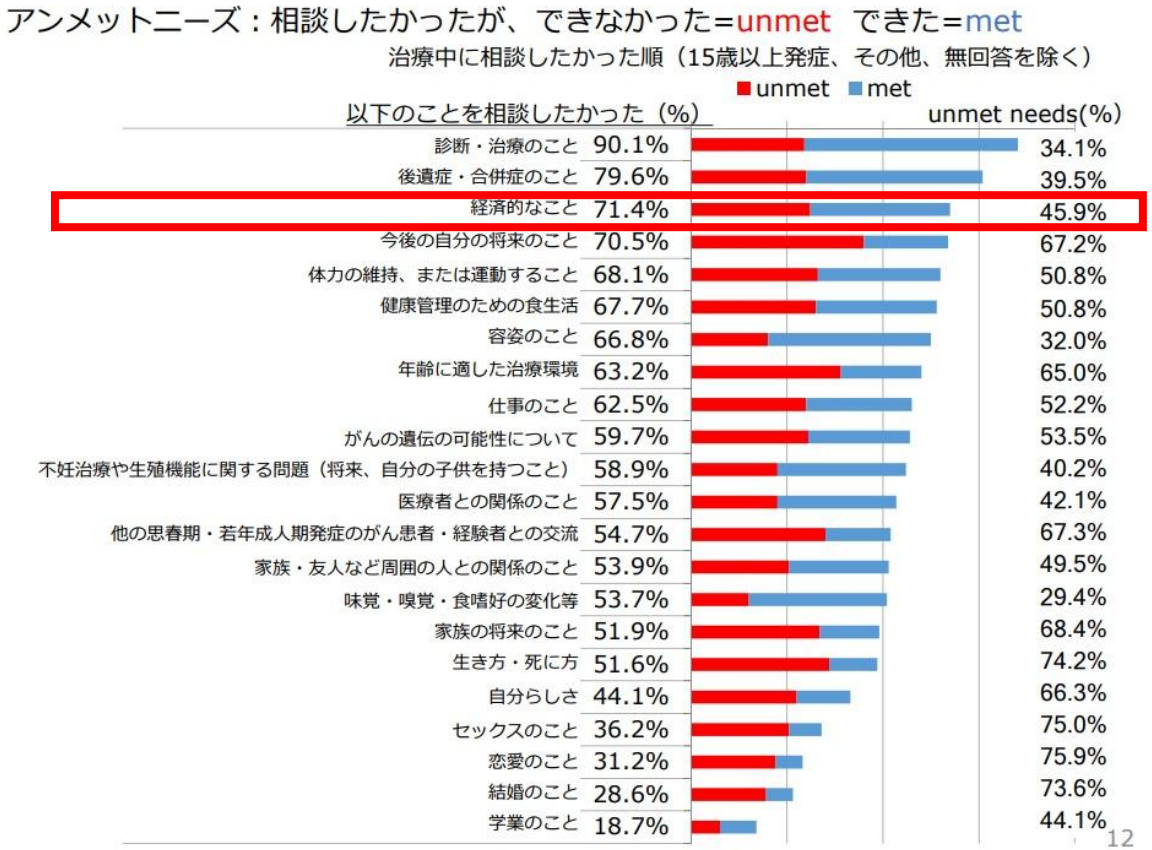


図1：ストレスへの心の反応

「患者必携　がんになったら手に取るガイド」
（国立がん研究センターがん対策情報センター）より



厚生労働省第1回小児・AYA世代のがん医療・支援のあり方に関する検討会
「思春期・若年成人（AYA）世代のがんの現状と課題」
（国立国際医療研究センター・清水千佳子参考人）

静岡がんセンターにおける初診患者さんの問診



これからの治療やからだの症状、暮らしのことなど、不安に思うことがありましたら、外来患者支援室や医療ソーシャルワーカーなどを紹介させていただきます。

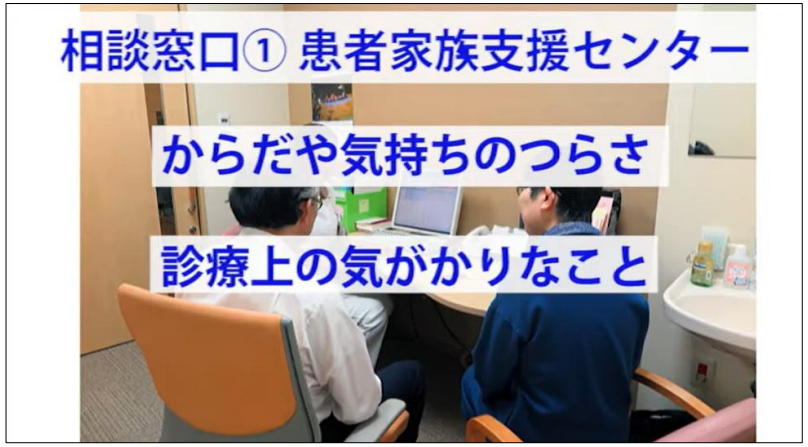
静岡県立静岡がんセンターホームページより

静岡がんセンター「初診説明ビデオ」













https://www.youtube.com/watch?v=d75RH_G36qc

静岡がんセンター「看護師による初診問診」（スクリーニング）





https://www.youtube.com/watch?v=d75RH_G36qc

都道府県協議会での均てん化・集約化の検討の進め方について

都道府県協議会の体制（抜粋）

都道府県協議会には、**拠点病院等、地域におけるがん医療を担う者、患者団体等の関係団体の参画を必須**とし、主体的に協議に参加できるよう運営すること。特に、拠点病院等までの通院に時間を要する地域のがん患者、及び当該地域の市区町村には、当該都道府県のがん医療提供体制の現状や、今後の構築方針について、十分に理解を得られるよう対応すること。

都道府県協議会での協議事項（抜粋）

がん患者が安全で質の高い患者本位の医療を適切な時期に受療できるよう、院内がん登録を実施している医療機関を対象として、**都道府県内の医療機関ごとの診療実績を、院内がん登録等の情報を用いて、医療機関の同意のもと一元的に発信すること。**その際に公表する項目について協議すること。

厚生労働省ホームページ「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」より

第11回がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ
第8回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ
第4回小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ
令和8年5月28日
資料3

がん診療連携拠点病院の整備指針に対する提言

都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会（以下、国協議会という）の３部会（がん登録部会、情報提供・相談支援部会、緩和ケア部会）、および、タスクフォースは、それぞれ、がん診療連携拠点病院の整備指針に関する意見を収集し、提言を作成した。本資料は、それらの提言を、国協議会構成員の回覧を経て、国協議会から厚生労働省宛てに提出するものである。

がん診療連携拠点病院の整備指針に対する提言のまとめ

領域によらず共通の問題

	現状と課題	期待される方向性
1 人員配置に関する問題	● 病院によって症例数に差があるが、人員配置基準は全国一律 ● 生産人口が少ない地域等では、専門職等の人材確保が困難	**病院全体・地域全体でがん医療に取り組む体制づくり** ● 人材の状況の把握と確保策の共有 ● 研修等を通じた人材の育成 ● 画一的な施設基準ではなく、施設特性等に応じた、段階的な人員配置基準の検討
2 活動の局在化	● 病院全体にかかわる活動が、特定の部署に委ねられやすい （患者・家族への情報提供、緩和ケア、職員研修など） ● がん登録データや診療実績データ等が院内で十分に共有・活用されていない	**病院全体でがん医療に取り組む体制づくり** ● 病院管理者による、部署横断的な活動への理解と支援 ● データに基づくPDCAサイクルの活性化
3 地域に開かれたがん対策	● 地域のがん対策の現状が可視化されていない ● がん登録データや、各病院の体制や診療のデータが共有されていない ● 各病院が個別に研修を実施しており、運営の労務負担が大きい	**都道府県内の情報共有、連絡連携、研修等の協働実施** ● 行政、拠点病院、都道府県がん診療連携協議会、その他関係者の協力 ● 資源（機関、設備・人材状況）や診療データ等 ● 研修の共同実施

領域特有の問題

詳細は
次ページ以降に
記述

- 2040年をみすえた均てん・集約化の問題
- がん登録
- 情報提供・相談支援
- 緩和ケア

762

2040年に向けた、がん医療の均てん化・集約化の観点からの提言

都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会　タスクフォース

	現状と課題	提　言
1 **均てん化・集約化の議論のあり方**	● 地域医療構想との整合性が不透明 ● 都道府県がん診療連携協議会において、行政の主体的関与や、関係団体との連携が不十分な地域が存在 ● 集約化に伴い、他医療圏や他県の診療実績を参照する必要がある	● 地域医療構想との整合性を確保する取組みの推進 ● 都道府県がん診療連携協議会における、行政および関係者の役割の明示、関係者間の情報共有や協議会運営に関する具体的な指針の提示 ● 医療圏に限定されない診療実績の報告あり方の検討
2 **データ整備と技術的支援**	● 国等から提供されるデータの活用・分析ができる職員の不足 ● 再発がん・緩和医療等・医療圏間で比較可能なデータが不足 ● 医療提供体制（設備や人員配置）に関するデータが不足	● データの可視化の推進、活用の支援（手引き・研修・人的支援など） ● 再発がん・緩和医療等・医療圏間で比較可能なデータの提供 ● 医療提供体制（設備や人員配置）に関するデータの提供
3 **高度医療体制の整備**	● 医療機器の配置・稼働状況が地域で十分に把握されていない ● 放射線治療の機能や目的（根治・緩和）に応じた役割分担が未整理 ● 法規や施設要件が均てん化・集約化に影響している可能性がある	● 地域における医療機器の配置・稼働状況の可視化 ● 放射線治療の機能や目的（根治・緩和）に応じた役割分担の整理 ● 高度医療に関連する法規や施設要件が均てん化・集約化に及ぼす影響の検討
4 **人材確保と人材育成**	● 医師、その他の専門人材の配置状況が地域で把握しにくく、議論を進める上で障壁となっている ● 大学病院の医師派遣は、一都道府県内での調整が難しい ● 高度医療の実施や医療機器の配置が人材確保に影響する	● 地域における専門人材の配置状況の可視化 ● 都道府県の枠組みを越えた広域的な人材調整の在り方の検討 ● 人材の確保と育成を考慮に入れた、均てん・集約化の制度設計（人材確保の手段としての高度医療の実施、医療機器の配備、教育体制、キャリア支援など）
5 **情報発信と住民理解**	● 診療機能の変化が住民に不安をもたらすおそれがある ● 地域特性に応じた説明・周知の工夫の必要性 ● 集約化に伴う通院負担の増加	● 国、および、都道府県による、国民に向けた、医療の均てん化・集約化に関するわかりやすい説明と周知 ● 地域特性を踏まえた説明の推進 ● 交通アクセス、通院負担への対応策の検討

763

がん診療連携拠点病院指定要件における院内がん登録の課題と提言

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

	現状と課題	提　言
1 人材の確保	● 院内がん登録実務者は兼務や非常勤も多く、人材の安定確保が困難 ● 中級認定者の養成には時間を要し、急な欠員時の代替が難しい ● 施設間で登録件数や業務量に差があるが、配置基準は一律である ● 診療情報管理士養成課程の減少により新規人材確保が難しい地域がある	**安定的な院内がん登録業務の持続可能性を確保** ● 都道府県レベルでの拠点病院の人材状況の把握と確保策の共有 ● 登録件数等に応じた実務者配置基準の検討 ● 中級認定者の計画的養成および休職者の再雇用等による継続的確保
2 情報の利活用	● 院内がん情報は国がんへの提出が中心で地域での活用は十分でない ● 活用が進んでいる地域の知見が体系的に共有されていない ● 患者・家族向けの情報提供への活用が限定的 ● 都道府県レベルのがん対策への活用方法が明確でない場合がある	**院内がん情報の利活用方法の例示** ● 自施設の診療実態把握・評価への活用を徹底 ● 活用事例・ノウハウの拠点病院間共有の仕組みを整備 ● ウェブサイトや冊子等を通じた患者・家族への情報提供を推進 ● 都道府県がん対策へのデータ提供・活用を推進
3 研修への協力	● 都道府県単位での体系的な研修実施は十分に位置付けられていない ● 5大がん以外の部位に関する研修機会が少ない ● 実務に即したOJT機会が不足 ● 研修実施に必要な人的資源や時間の確保が困難で、研修受講機会の地域差がある	**都道府県の実施するがん登録実務者に対する研修の実施への協力** ● 都道府県と連携した継続的・体系的な研修の実施を徹底 ● 希少がん等を含む幅広い部位の研修機会を確保 ● 拠点病院におけるOJT機会の提供体制の整備 ● 「研修実施拠点病院への支援や情報共有の仕組みを構築」を明記

がん診療連携拠点病院の整備指針に関する提言　情報提供・相談支援

都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会　情報提供・相談支援部会

	現状と課題	提　言
1 **整備指針の理解に関する問題**	● 情報提供・相談支援における拠点病院機能や整備指針に関する院内の理解にばらつき ● 院長を含む管理的立場の者の主導的関与が脆弱 ● 全医療者によるがん相談支援センターの案内が浸透しない ● 障害や言語に配慮が必要な患者・家族への取り組みが、がん相談支援センターに限定	**整備指針に関する理解促進と病院を挙げた取り組みの強化** ● 人材育成等に、がん診療に携わるすべての診療従事者が拠点病院機能ならびに「がん相談支援センター」の体制について学ぶ機会を確保することを要件化 ● がん診療に携わる全医療者が「がん相談支援センター」をがん患者・家族等に案内できるよう、周知する体制の強化 ● 障害や言語への配慮は、病院としての取り組みとして明示
2 **地域における情報提供・相談支援体制の不足**	● インターネットや書籍ではがんに関する不確かな情報が多く、患者・家族等は情報の質を懸念 ● がん情報サービスやがん相談支援センターの認知、周知が不十分 ● ピア・サポーターの養成、活用に地域格差	**都道府県と都道府県協議会が協働した情報提供・相談支援体制の構築** ● 地域住民や拠点病院以外の医療機関等に対し、「がん相談支援センター」の周知、地域のがん冊子等の普及促進強化 ● 養成されたピア・サポーターの活用支援体制の強化
3 **がん相談支援センター体制整備強化の必要性**	● 相談員専従1名、専任1名では院内外の相談対応に困難（治療開始までを目途に必ず一度はがん相談支援センターを訪問を必須化するとさらに受け皿が不足） ● 複雑化、深刻化する相談の増加 ● 多職種配置や情報検索環境が未整備	**がん相談支援センターの体制整備と相談対応の質向上** ● 都道府県がん診療連携拠点病院は相談員専従２名以上配置、その他の地域がん診療連携拠点病院等においては段階的な拡充を検討する等、病院機能に応じた人員配置の推進 ● 社会福祉士の他、看護師等を含む多職種配置の推進 ● 患者・相談員が情報検索できるインターネット環境の充実

765

がん診療連携拠点病院における緩和ケアの現状と今後の方向性に関するとりまとめ

都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会　緩和ケア部会

	現状と課題	提　言
1 **緩和ケアセンターへの責任や業務の過集中**	● 基本的緩和ケアと専門的緩和ケアの識別が不明確 ● 都道府県がん拠点病院における多数のカンファレンスの存在による労務負担と実効性の低下 ● 非がん・在宅緩和ケアのニーズの増大 ● 緩和ケア研修会の実施負担が大きい	**基本的緩和ケアと専門的緩和ケアの役割の整理** ● 緩和ケアは、がん診療に携わる全ての医療従事者が提供すること、及び基本的緩和ケアでは対応が難しい場合に専門的緩和ケアにつなぐことを明記する ● 「⑤緩和ケアセンターの構成員が参加するカンファレンス」についても、他のカンファレンスと同様「週１回**程度**」とするなど、運用の柔軟化を行うこと。
2 **専門的緩和ケアの提供体制**	● 専門職の不足と専従者の確保困難 ● 人員不足と兼務・兼任により、緩和ケアに従事できる時間が制約されている	**専門職が専門的緩和ケアに注力できる体制の確保** ● 緩和ケアは、がん診療に携わる全ての医療従事者が提供すること、及び基本的緩和ケアでは対応が難しい場合に専門的緩和ケアにつなぐことを明記する（再掲）
3 **基本的緩和ケアの提供体制**	● 基本的緩和ケアと専門的緩和ケアの識別が不明確（再掲） ● リンクナースは緩和ケアを病棟・外来へ橋渡しする重要な役割を担っており配置が進んでいるが、教育にばらつきがある	**病院全体で緩和ケアに取り組む体制の確保・人材育成** ● 緩和ケアは、がん診療に携わる全ての医療従事者が提供すること及び基本的緩和ケアでは対応が難しい場合に専門的緩和ケアにつなぐことを明記する（再掲） ● 都道府県拠点及び地域拠点病院において、リンクナースの配置を必須要件とし、リンクナースについて、緩和ケア研修会等の受講が望ましいとする。
4 **地域における緩和ケアの提供体制**	● 地域特性（離島・医療過疎地など）の考慮 ● 緩和ケア従事者の不足 ● 地域における医療用麻薬へのアクセスの格差	**拠点病院と行政が一体となった緩和ケアの推進** ● 都道府県拠点・地域拠点病院が、行政と連携し、人口の少ない地域の医療機関に通院する患者等に対して、必要に応じて遠隔医療を用いた症例相談等を通じて、地域の緩和医療提供体制を支援することが望ましい旨を記載。 ● 都道府県協議会等を通じて、拠点病院と行政が一体となった地域における緩和ケアを推進する旨を明記。

第11回がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ
第8回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ
第4回小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ
令和8年5月28日
資料4

造血器腫瘍臨床におけるがんゲノム医療の均てん化に向けて

前田高宏[1,2]
[1]日本血液学会ゲノム医療委員会
[2]九州大学大学院医学研究院プレシジョン医療学

合同ワーキンググループ（2026年5月28日）

造血器腫瘍臨床におけるパネル検査の意義

- 固形がん

  使用目的： 分子標的薬の適応決定

  検査提出時期： 標準治療がない、局所進行もしくは転移が認められ、標準治療が終了(見込みを含む)となった場合

- 造血器腫瘍

  使用目的：
  - 診断：ゲノム情報に基づいた精緻な診断
  - 予後予測：初発時のゲノム情報が患者の予後を規定
    — 特に造血幹細胞移植の適応決定に重要 —
  - 治療薬選択：分子標的薬の適応決定

  検査提出時期： 初発時、再発・難治時

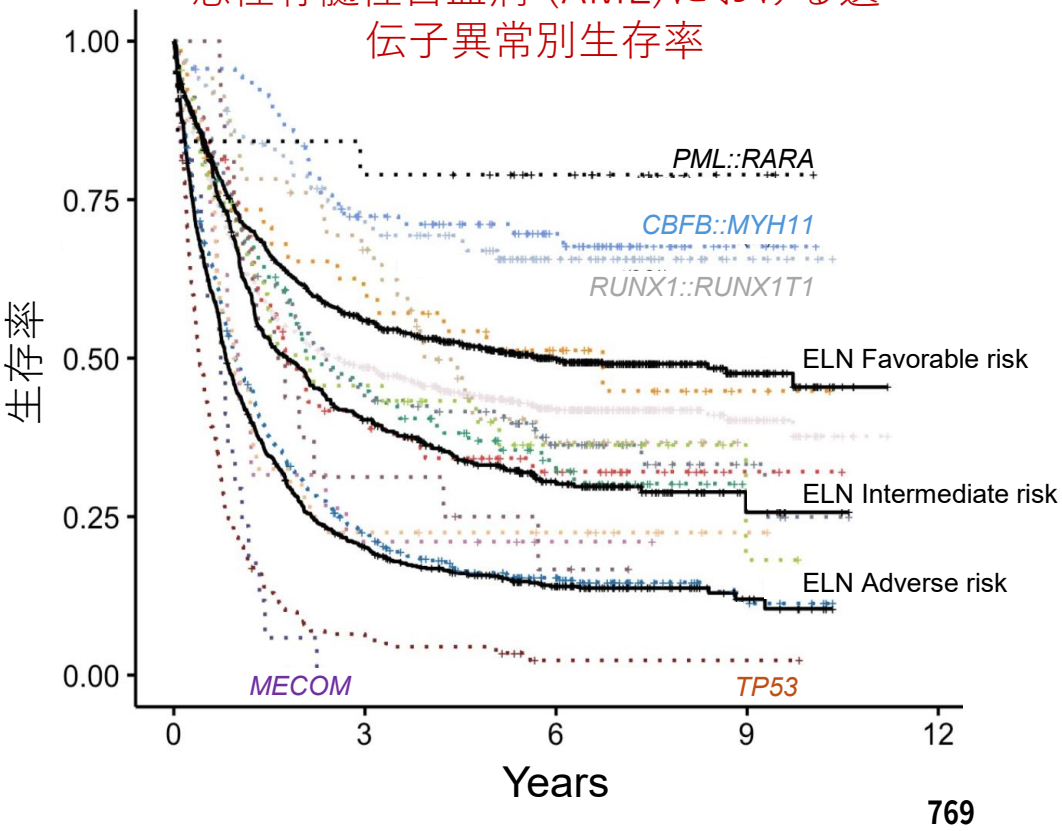
→ 診断時にパネル検査を実施することで、より適切な治療法の選択が可能になる

ゲノム情報に基づいた”予後予測”が治療法選択に必須

移植に関連した非再発死亡率（感染症、臓器障害、GVHDなど）は約10-15%

ゲノム情報に基づいて予後予測を行い、移植適応決定の補助とすることが必要

急性骨髄性白血病 (AML)における遺伝子異常別生存率



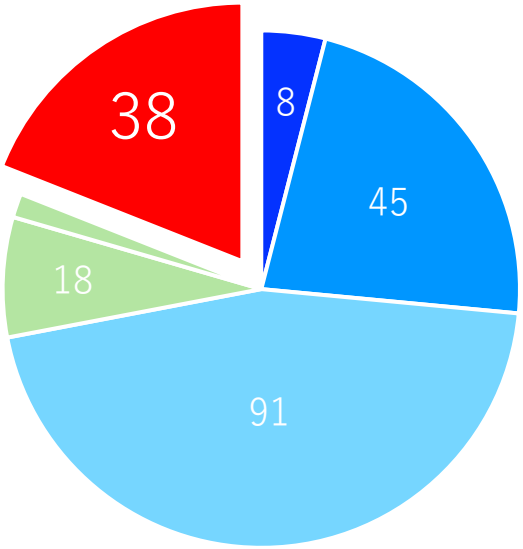
造血幹細胞移植の適応は慎重に判断

化学療法のみでは治癒は困難
積極的に造血幹細胞移植を考慮

Tazi Y, et al. *Nat Commun*. 2022 を一部改編

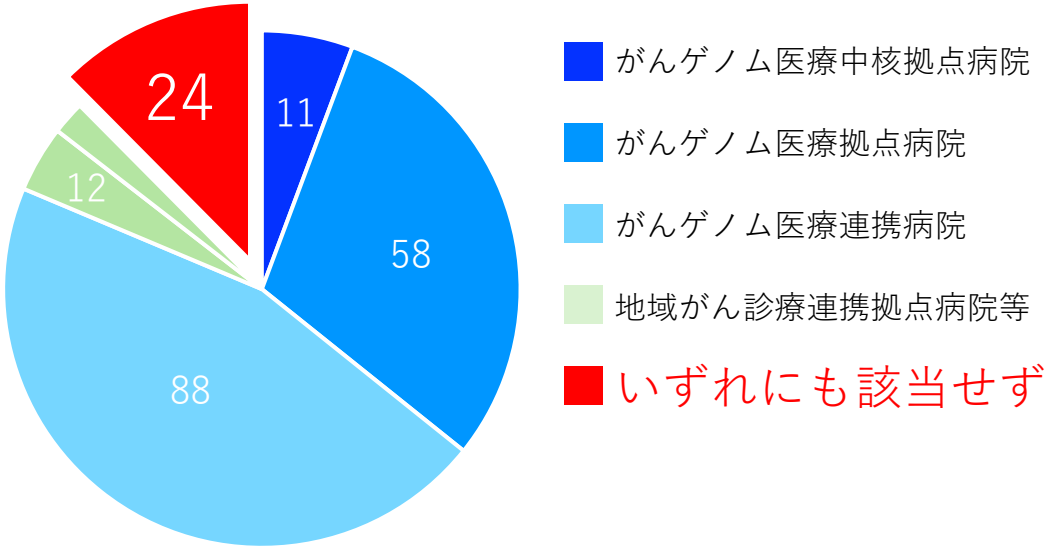
造血器腫瘍臨床の中核を担う施設の一部が現行のがんゲノム医療提供体制に含まれていない実態がある

令和5年 DPC 急性白血病
症例数上位 200 施設



日本造血・免疫細胞療法
学会移植認定 193 施設

出典：日本造血・免疫細胞療法学会HP

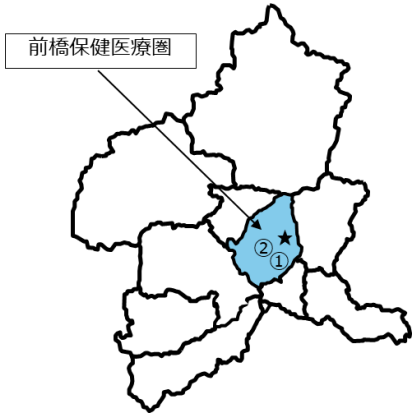


本邦の造血器腫瘍臨床診療の実態に即した
ゲノム医療提供体制の構築が必要

演者作成

造血器腫瘍診療体制とがんゲノム医療提供体制の不一致例

群馬県済生会前橋病院（現行の体制ではパネル検査の提出が困難）



前橋保健医療圏に位置する主な医療機関

	病院名	国指定類型	年間固形・血液がん 初回治療開始数
★	群馬大学医学部附属病院	都道府県がん診療連携拠点病院	（固形）2,585（血液）155
①	前橋赤十字病院	地域がん診療連携拠点病院	（固形）1,246（血液）155
②	済生会前橋病院	指定なし（放射線治療装置がない）	（固形）546（血液）102

出典：2023年院内がん登録

- 令和５年度に群馬県内で実施された同種造血幹細胞移植28件のうち、21件が済生会前橋病院で行われた（のこり７件は群馬大学医学部附属病院）。
- リンパ腫・骨髄腫は主に前橋赤十字病院で、移植適応のある急性白血病は、診断もしくは疑いの時点で原則として全例が済生会前橋病院に紹介されている。
- 済生会前橋病院では、前橋保健医療圏のみならず群馬県全域と埼玉県北部・栃木県南部エリアからも紹介患者を受け入れている。
- 済生会前橋病院で診断された急性白血病の患者を、検査を受けるためだけに近隣の大学病院に転院させる、あるいは検査をせずに自院で寛解導入療法を開始している実態がある。

（病院HPおよび日本造血細胞移植データセンター全国調査報告書より引用）

同様の構造は前橋保健医療圏に限らず、全国の複数の医療圏で認められる

造血器腫瘍臨床におけるがんゲノム医療の均てん化と質の高いゲノム医療提供体制構築に向けた提案

移植適応判断に直結する造血器腫瘍のパネル検査は、
固形がんとは異なる施設要件の設定が必要

↓

現行のがんゲノム医療提供体制にくわえて、同種造血幹細胞移植を実施する施設におけるパネル検査の提出を可能とする体制構築が望ましい

ただし、質の高いゲノム医療を担保するための要件も必要：

- 急変時対応可能な病院であること
- 医療安全を確保する体制を有すること
- 遺伝医学に基づく遺伝カウンセリングに関する専門的な知識及び技能を有する者(非常勤を含む)が配置されていること
- がんの相談支援が可能な窓口があること
- 診療実績を公開していること
- 院内がん登録の取組を実施していること

第11回がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ 第8回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ 第4回小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ	資料5
令和8年5月28日	

一般社団法人
日本癌治療学会
Japan Society of Clinical Oncology

第11回がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ

～手術療法に関する要件～

一般社団法人日本癌治療学会

領域別手術療法の集約化・均てん化対象となる術式例

一般社団法人 日本癌治療学会 Japan Society of Clinical Oncology

施設イメージ	対象となる医療行為例（手術療法）				
	消化器	呼吸器	乳腺	婦人科	泌尿器
集約化が望ましい医療 ●都道府県又は複数の都道府県単位で確保すべきであり、国立がん研究センターや都道府県がん診療連携拠点病院、 大学病院本院が中心となることが想定される。地域の実情によっては地域がん診療連携拠点病院等が対応することも想定される。	**【都道府県又は複数の都道府県単位で確保すべき医療】** **●高難度の手術（手術療法）** ➢食道切除術 ➢膵頭十二指腸切除術 ➢膵全摘術 ➢高度な肝切除	**【都道府県又は複数の都道府県単位で確保すべき医療】** **●高難度の手術（手術療法）** ➢悪性胸膜中皮腫に対する胸膜切除・剥皮術 ➢肺がん手術（気管・気管支・血管形成及び他臓器合併切除を伴う、肺尖部） ➢血行再建が必要な縦隔悪性腫瘍手術、 ➢頸胸境界領域の悪性腫瘍	**【都道府県又は複数の都道府県単位で確保すべき医療】** **●高難度の手術（手術療法）** ➢遺伝性乳癌に対する予防的乳房切除 ➢乳房再建（自家組織再建、Volume replacement ステップ2） ➢乳がん切除（ロボット、内視鏡手術） ➢乳がんに対するnon-surgical ablation therapy	**【都道府県又は複数の都道府県単位で確保すべき医療】** **●高難度の手術（手術療法）** ➢広汎子宮全摘	**【都道府県又は複数の都道府県単位で確保すべき医療】** **●高難度の手術（手術療法）** ➢ロボット支援腹腔鏡下 膀胱全摘術 ➢ロボット支援腹腔鏡下 腎部分切除術（高難度のもの） ➢骨盤内臓全摘術 ➢後腹膜リンパ節郭清術 ➢後腹膜悪性腫瘍手術
持続可能性の観点から集約化の検討が必要な医療 ●がん診療連携拠点病院等が中心となることが想定される。地域の実情によってはがん診療連携拠点病院等以外の医療機関が対応することも想定される	●上記以外の消化器がん手術 ➢胃全摘 ➢直腸低位前方切除術 ➢幽門側胃切除 ➢結腸部分切除 など	●上記以外の呼吸器がん手術 ➢上記以外の胸部悪性腫瘍に対する手術（一般的な肺癌根治術・縦隔悪性腫瘍・胸壁腫瘍など）	●上記以外の乳がん手術 ➢乳房切除	●上記以外の婦人科がん手術 ➢上記以外の卵巣がん、子宮頚・体がん手術	**●上記以外の泌尿器がん手術** ➢ロボット支援腹腔鏡下 根治的前立腺摘除術 ➢ロボット支援腹腔鏡下 腎部分切除術（通常難度のもの） ➢ロボット支援腹腔鏡下 腎・尿管全摘除術 ➢腹腔鏡下 根治的腎摘除術 ➢経尿道的 膀胱腫瘍切除術 ➢尿路変向術・腎ろう造設術　など
均てん化が望ましい医療 ●出来る限り多くの医療機関が提供することが望ましい	● がんのリハビリテーション ● 支持療法 ● 緩和ケア ● がん検診 ● 排尿管理(尿道カテーテル、尿路ストーマの管理)				

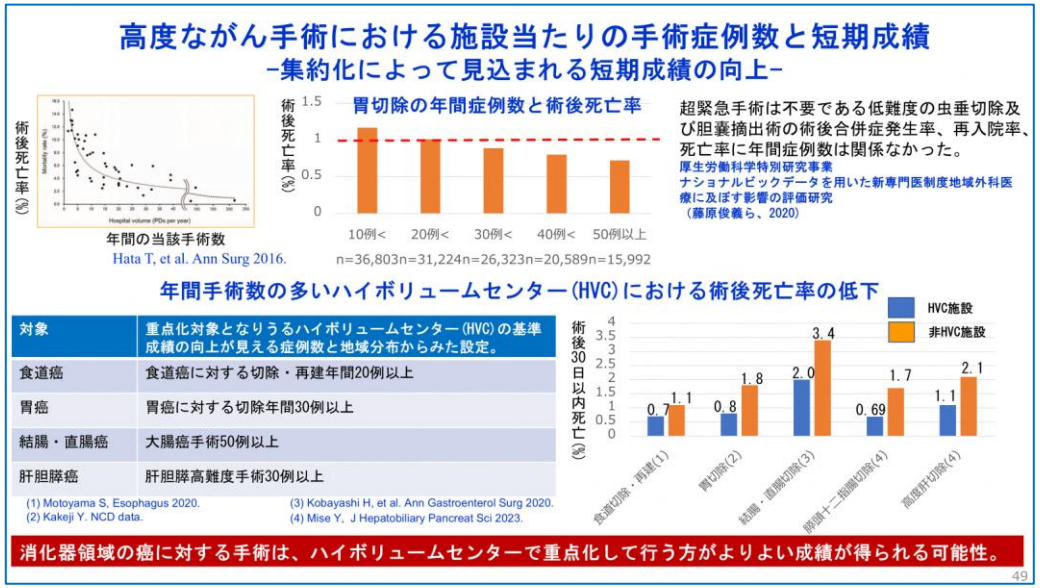
※このほか、国単位で確保することが望ましい医療として、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等が考えられる。

がんの高度な手術の集約化を支持する要因

- **医療の質の向上（共通）**

  ハイボリュームセンターにおける
  高度ながんの手術の術後死亡の減少。
  消化器（食道、胃、大腸、肝胆膵）がん
  婦人科、泌尿器領域の一部の術式。

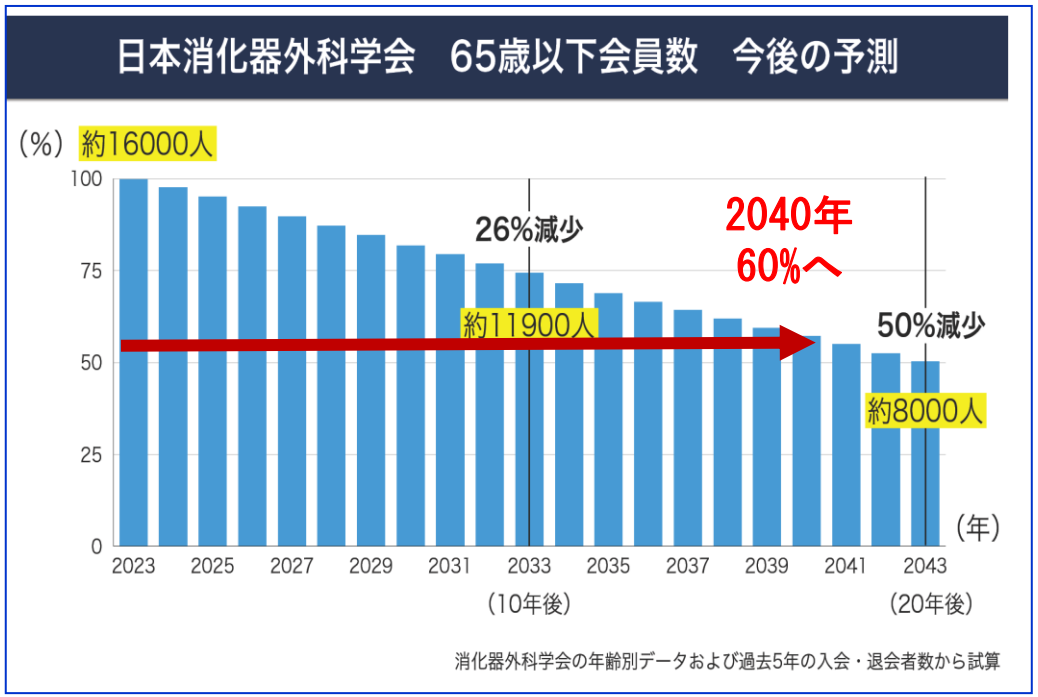
  第17回がん診療提供体制のあり方に関する検討会
  第7回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会



- **医療提供側の因子（共通＋地域）**

  2040年には65歳以下消化器外科医は約40%減少。
  がんの手術は約5%の減少にとどまる。
  このままでは消化器外科医1人当たり1.6倍の手術数。
  「働き方改革」を推進していく必要。

  第17回がん診療提供体制のあり方に関する検討会
  第7回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会



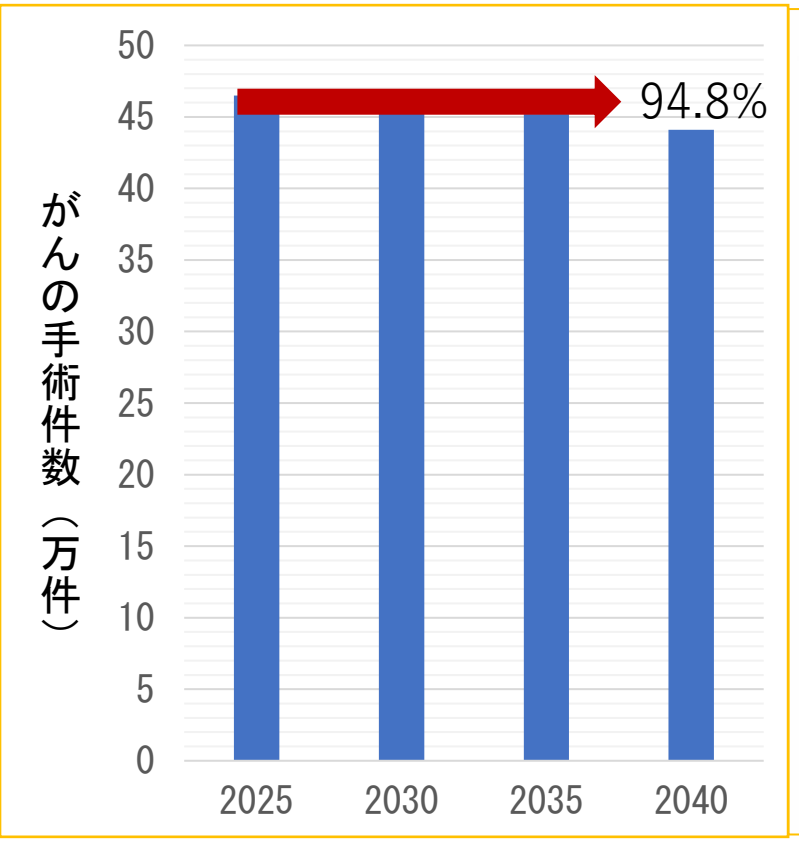
- **医療需要の変化（地域）**

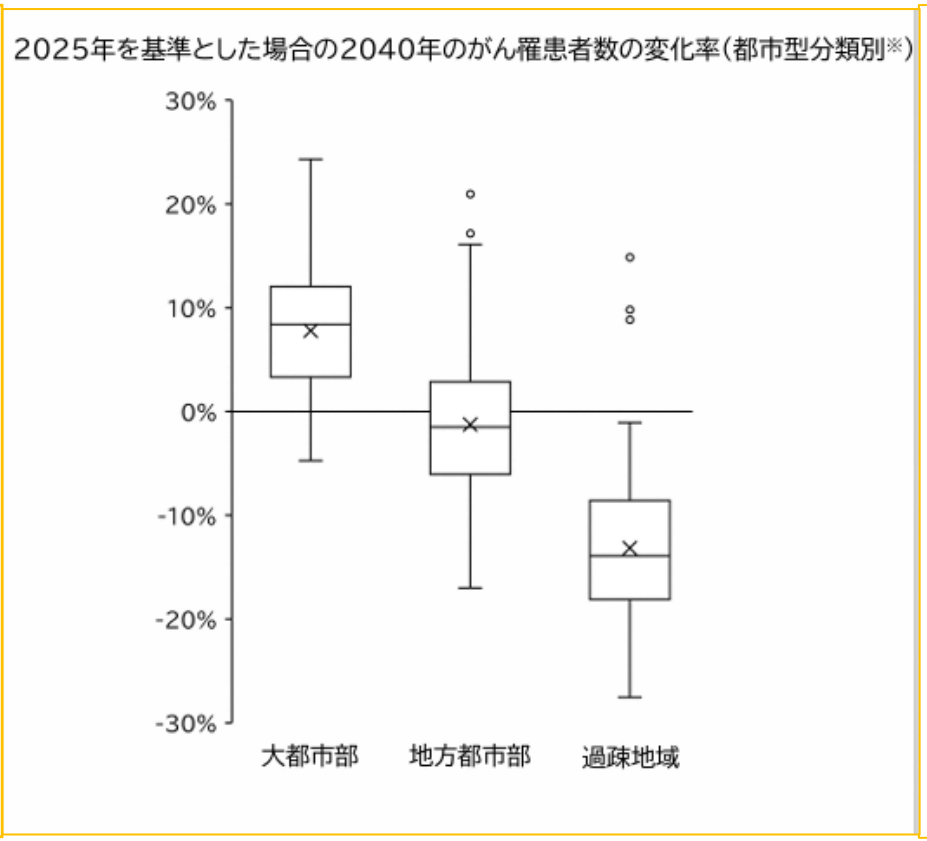
  特に地方都市や過疎地域における人口減少・高齢化

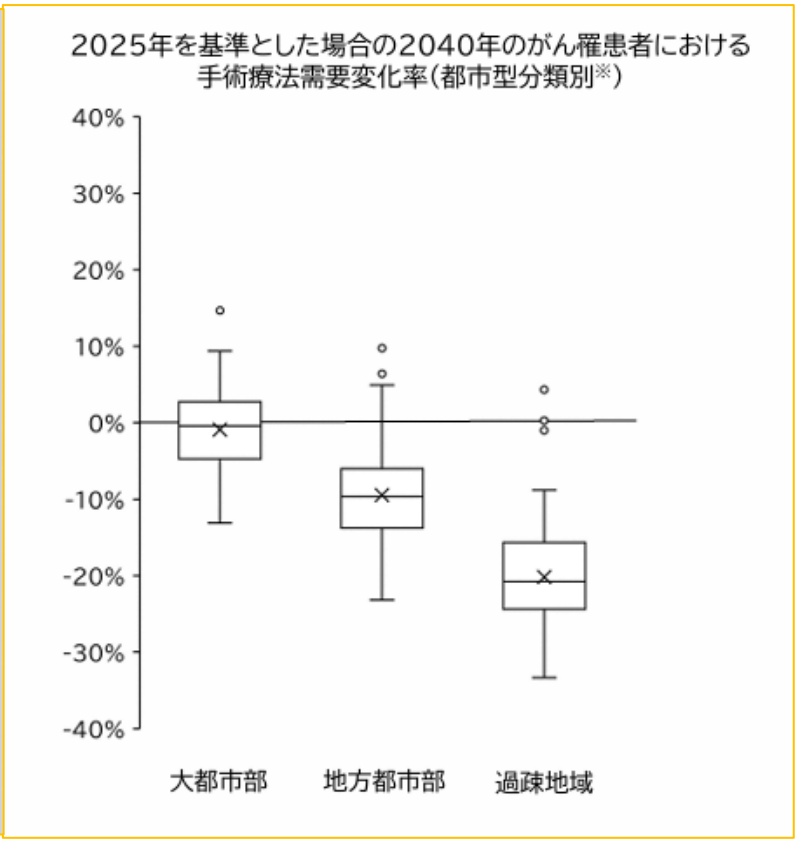
775

医療需要の変化（地域）

地方における人口減少・高齢化
過疎地域におけるがんの手術療法需要の減少







手術療法の需要は2040年には約5%減少することが予測されている。しかしながら、がんの罹患数や手術数の減少は日本全国一律ではなく、大都市では不変、地方都市で減少、過疎地域では大幅に減少する。したがって、外科医の減少も同時に考慮すれば提供医療体制の再構築は避けられないであろう。

776

第19回がんの診療提供体制のあり方検討会　令和7年7月25日

出典：2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関する参考資料

がんの手術に関する指定要件における集約化

「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日付け健発 0801第16号厚生労働省健康局長通知別添)

Ⅱ 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について
3 診療実績
(1) ①または②を概ね満たすこと。なお、同一がん医療圏に複数の地域拠点病院を指定する場合は、①の項目を全て満たすこと。

① 以下の項目をそれぞれ満たすこと。
ア 院内がん登録数(入院、外来は問わない自施設初回治療分)年間500件以上
イ 悪性腫瘍の手術件数 年間400件以上
ウ がんに係る薬物療法のべ患者数 年間1,000人以上
エ 放射線治療のべ患者数 年間200人以上
オ 緩和ケアチームの新規介入患者数 年間50人以上

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



※「当該がん医療圏に居住するがん患者のうち、2割程度について診療実績があること」の算出方法について (1)がん医療圏と二次医療圏が一致している場合 当該医療機関における年間新入院がん患者数のうち、当該二次医療圏に居住する患者数を分子とし、患者調査における当該二次医療圏の悪性新生物に係る推計退院患者数(患者住所地別)の月次値に12を乗じて年換算した値を分母として算出する。 (2)がん医療圏と二次医療圏が一致していない場合 当該医療機関における年間新入院がん患者数のうち、当該がん医療圏に居住する患者数を分子とし、患者調査における当該二次医療圏の悪性新生物に係る推計退院患者数(患者住所地別)の月次値に12を乗じた上で、当該がん医療圏と二次医療圏の人口比(がん医療圏人口／二次医療圏人口)により補正した値を分母として算出する。

16

- 診療実績における“相対”指定要件であるカバー率(要件②がん医療圏のがん患者のうち、2割程度の診療実績)は主に手術件数の少ない人口減少地域の医療機関に適応されている。
- 悪性腫瘍に対する手術件数の年間400例以上を満たしていないが、カバー率に係る要件を満たすことにより地域がん診療連携拠点病院の指定を受けている医療機関は13施設。
- 手術件数が少ない過疎地域で今後さらなる手術需要の減少が予測される。
- 集約化の状況及び外科医数の減少速度等を踏まえ、令和11年度の整備指針改定においては、手術件数に係る絶対数基準の引上げや、現況報告書における手術件数の定義※の見直しを含め、より厳格な手術件数要件の設定について検討する必要がある。

※悪性腫瘍の手術件数の定義：医科診療報酬点数表第２章第10部に掲げる悪性腫瘍手術をいう。（病理診断により悪性腫瘍であることが確認された場合に限る。）なお、内視鏡的切除も含む。

がんの手術療法に関する指定要件のまとめ

一般社団法人
日本癌治療学会
Japan Society of Clinical Oncology

手術療法の質の向上

- 消化器外科、産婦人科、泌尿器科において高度な技術を要する手術は、施設の規模(hospital volume)が大きいほどその成績が良好な傾向を認めることが各学会のnationwideのデータを基に示されている。

医療提供側の因子

- 65歳以下の消化器外科医は2040年において約40%が減少すると予測されている。2040年においてがんの手術療法の減少は約5%にとどまるとされ、このままでは医師1名あたり1.6倍の手術を執刀する必要がある。今回の診療報酬改定における診療科偏在対策としての労働環境と処遇の改善による（地域医療体制確保加算2と外科医療確保特別加算）効果や学会等の自助努力による医師数の変化を注視していく必要がある。

「医師の働き方改革」を同時に進める上では外科医と手術症例の集約化は避けられないと考える。

医療需要の変化

- 大都市、地方都市、過疎地域では手術療法の将来需要予測は大きく異なる。過疎地域では大幅な需要の減少が予測される。がんの手術400件未満で、カバー率によって指定されている医療機関の多くは今後も手術療法の需要が減少する人口減少地域に存在すると考えられる。
  したがって、がんの手術400件以上という絶対要件を指定要件とすることは容認されると考える。
  適応された地域に関しては近隣のがん医療圏との調整や再編を含め検討すべきと考える。
  患者のアクセシビリティの確保やがんの術後のフォローアップ体制等については十分な配慮を要する。

今後の医療提供側や医療需要の変化によっては更なる集約化が必要となる可能性がある。

第11回がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ
第8回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ
第4回小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ
令和8年5月28日
資料6

日本癌治療学会・日本臨床腫瘍学会・日本癌学会 日本人類遺伝学会・日本遺伝カウンセリング学会 による質を確保したがんゲノム医療提供体制の 拡大に関する提案

日本臨床腫瘍学会　参考人

日本癌治療学会・日本臨床腫瘍学会・日本癌学会
3学会合同ゲノム医療推進タスクフォース/ワーキンググループ座長

武藤　学

779

がんゲノム医療中核拠点病院等の見直しの方向性

現行

類型名	求められる役割
がんゲノム医療中核拠点病院 13カ所 ※国が指定	がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関 （主な指定要件） ・ がん診療連携拠点病院等である ・ 治験・臨床試験、研究の推進 ・ ゲノム医療に関わる人材の育成 ・ がんゲノム医療連携病院等の支援 ・ エキスパートパネルの実施
がんゲノム医療拠点病院 32カ所 ※国が指定	がんゲノム医療を提供する機能を有する医療機関 （主な指定要件） ・ がん診療連携拠点病院等である ・ エキスパートパネルの実施 ・ がんゲノム医療連携病院等の支援
がんゲノム医療連携病院 250カ所 ※がんゲノム医療中核拠点病院またはがんゲノム医療拠点病院が指定	がん遺伝子パネル検査の出検とその結果に応じた医療を行う医療機関。自施設症例のみ自施設でエキスパートパネルを行う病院も一部指定。 （主な指定要件） ・ がん診療連携拠点病院等 ・ 遺伝カウンセリング体制の整備 ・ がんゲノム情報の適切な収集・管理登録体制

見直し後

類型名	求められる役割
がんゲノム医療中核拠点病院 ※国が指定	国の拠点として、ドラッグラグ・ドラッグロスの解消に向けて、国際共同治験の推進等を行うとともに、我が国のがんゲノム医療を牽引する医療機関 （主な指定要件） ・ がん診療連携拠点病院等である ・ 国際共同治験の推進等 ・ ゲノム医療に関わる専門人材の育成 ・ がんゲノム医療連携病院等でのゲノム医療の質確保のための支援 ・ エキスパートパネルの実施
がんゲノム医療拠点病院 ※国が指定。見直し後は、都道府県の推薦のもと原則１カ所指定する（都道府県内の役割分担が明確であれば複数指定も可とする）	都道府県の拠点として、質の高いがんゲノム医療提供体制を確保し、その推進を担う医療機関 ※がんゲノム医療拠点病院は中核拠点病院と兼ねることも可 （主な指定要件） ・ がん診療連携拠点病院等である ・ 都道府県がん診療連携協議会との連携 ・ エキスパートパネルの実施 ・ 治験への参加 ・ 人材育成 ・ 都道府県内のがんゲノム医療連携病院でのゲノム医療の質確保のための支援
がんゲノム医療連携病院 ※がんゲノム医療中核拠点病院またはがんゲノム医療拠点病院が指定	がん遺伝子パネル検査の結果を踏まえた医療を行い、がんゲノム医療拠点病院等と連携しながら質の高いがんゲノム医療を提供する医療機関。自施設症例のみ自施設でエキスパートパネルを行う病院も一部指定。 （主な指定要件） ・ がんゲノム医療を提供し、急変時対応可能な病院 ・ 遺伝カウンセリング体制の整備 ・ がんゲノム情報の適切な収集・管理登録体制 ・ 相談支援の窓口や医療安全体制の確保 ・ 院内がん登録の実施　※ 経過措置あり

780

14

質を確保したがんゲノム医療実施施設の拡大を目指すための課題整理と解決案

課題	課題がもたらす影響	具体的な提案
がんゲノム医療提供医療機関が、がん診療連携拠点病院等の63.7%（295/493）にとどまる	がんの標準治療を実施することが求められる医療機関として位置づけられているがん診療連携拠点病院においてがんゲノム医療ができない施設がある	がんゲノム医療は標準治療のひとつであり、がん診療連携拠点病院すべてにおいてがんゲノム医療を実施することを求めてはどうか？
がんゲノム医療提供医療機関ががん診療連携拠点病院等に限定されている	質の高いがん医療を提供している医療機関において、地域性（high volume centerの競合）や指定要件を一部満たさないことが理由でがん診療連携病院に申請ができない	非がん診療連携拠点病院でも質の高いゲノム医療が確保できることを条件に、がん診療実績に応じて、がんゲノム医療連携病院の指定が可能とするよう見直しを行ってはどうか？ 【具体的な要件】 ・がんゲノム医療を提供する ・急変時対応可能な病院 ・遺伝カウンセリング体制の整備 ・がんゲノム情報の適切な収集・管理登録体制 ・相談支援の窓口 ・医療安全体制の確保 ・院内がん登録の実施
がんゲノム医療拠点病院が32施設に限定され、全都道府県をカバーしていない	がんゲノム医療拠点病院が存在しないことにより、「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化」を踏まえた都道府県内のがんゲノム医療提供体制に影響が生じる可能性がある	
がん診療連携拠点病院には求められていない遺伝カウンセリング体制の整備が求められている	遺伝カウンセリングの実績および専門家の確保に苦慮する	遺伝カウンセリング実績は施設としての実績が満たさない場合は、当該専門家の経験も評価対象とする
がんゲノム医療中核拠点病院が国のがんゲノム医療および医療開発を牽引できるよう、環境を整える必要がある	・ゲノム医療に精通したプロフェッショナル人材の不足 ・より効率的に治験などの医療開発ができる体制を盤石なものとし、ドラッグラグ・ドラッグロス解消に貢献する	・エキスパートパネルを主導できる人材の育成を求めてはどうか？ ・遺伝カウンセリング等を行う部門への紹介をする者」や「がんゲノム医療に関するデータ管理を行う者」の確保と育成を求めてはどうか？ ・早期臨床開発（First in human試験）ができる体制を求めてはどうか？

781

ゲノム医療提供体制の不一致例　大阪府の事例



大阪市の二次医療圏に位置する主な医療機関

	病院名	国指定類型(令和8年4月1日時点)	院内がん登録症例数(令和5年)
★	大阪国際がんセンター	都道府県がん診療連携拠点病院	5,334例
①	大阪赤十字病院	地域がん診療連携拠点病院	2,830例
②	大阪医療センター	地域がん診療連携拠点病院	1,619例
③	**JCHO大阪病院**	**指定なし**	**1,097例**
参考	大阪南医療センター	地域がん診療病院(がんゲノム医療連携病院)	1,042例

- 令和5年度の院内がん登録において1,097件がJCHO大阪病院から登録されている。
- JCHO大阪病院では、大阪市の二次医療圏のみならず近隣の医療圏からも紹介患者を受け入れている。
- 現行の整備指針では、がんゲノム医療中核拠点病院等に指定されるには「がん診療連携拠点病院等もしくは小児がん拠点病院、又は小児がん連携病院の類型1-Aであること」が必要であるが、JCHO大阪病院はがん診療連携拠点病院等でないため申請できない。
- JCHO大阪病院で診断された固形がんの患者を、遺伝子パネル検査を受けるためだけに近隣の病院を紹介する、あるいは検査をせずに自院で治療を実施している実態がある。

同様の構造は大阪府に限らず、全国の大都市の医療圏で認められる

➡対応方針案

以下のような要件を充足する医療機関であれば、がん診療連携拠点病院等ではない医療機関であっても、質の確保されたゲノム医療が行われると考え、ゲノム医療提供体制を整備することが望ましい。

＜要件（案）＞

・ゲノム医療を提供する　・急変時対応可能な病院　・遺伝カウンセリング体制の整備
・がんゲノム情報の適切な収集　・管理登録体制
・相談支援の窓口　・医療安全体制の確保　・院内がん登録の実施

がんゲノム医療連携病院の要件の見直し案

がんゲノム医療連携病院の現状の要件			要件の見直し案
がんゲノム医療連携病院は、厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等もしくは小児がん拠点病院、又は小児がん連携病院の類型１－Ａであること。			質の高いゲノム医療が確保できることを条件に、がん診療実績に応じて申請を可能とする。
診療体制	(1)診療機能	・がん遺伝子パネル検査の結果、適切に遺伝カウンセリング等を実施 ・遺伝カウンセリング等を行う部門の設置 ・当該部門の関連する全ての診療科との連携可能な体制の整備 ・がん遺伝子パネル検査の二次的所見の確認検査も含めて適切に対応し、その運用状況について院内で把握し必要に応じて改善を図る	・遺伝カウンセリング等を行う部門の設置 ・当該部門の関連する全ての診療科との連携可能な体制の整備 ・がん遺伝子パネル検査の結果、適切に遺伝カウンセリング等を実施 ・がん遺伝子パネル検査の二次的所見の確認検査も含めて適切に対応し、その運用状況について院内で把握し必要に応じて改善を図る
	(2)診療従事者	遺伝カウンセリングに関して • 部門の長に常勤の医師を配置 • 遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師を配置 • 遺伝医学に基づく専門的な知識及び技能を有する者を配置 • 患者へのがん遺伝子パネル検査の補助説明や、二次的所見が見つかった際の遺伝カウンセリング等を行う部門への紹介をする者を院内に配置	遺伝カウンセリングに関して • 部門の長に常勤の医師を配置 • 遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師を配置 • 遺伝医学に基づく遺伝カウンセリングに関する専門的な知識及び技能を有する者を配置（非常勤でも構わない旨を周知） • 患者へのがん遺伝子パネル検査の補助説明や、二次的所見が見つかった際の遺伝カウンセリング等を行う部門への紹介をする者を院内に配置
診療および研究等の実績	遺伝カウンセリング等の実績	（施設基準） • 遺伝カウンセリングを１年間に**20例以上**に対して実施 • 遺伝性腫瘍に係る遺伝カウンセリングを１年間に**５例以上**に対して実施 • 遺伝カウンセリング加算に関する施設基準（十分な経験を有する常勤医師）を満たす	(現行の施設基準を満たさない場合でも、以下の人的要件を満たす場合は要件が充足することとする。) 以下の経験を有する専門家が常勤または非常勤で従事している • 過去に遺伝カウンセリングを**３年以上かつ20例以上**に対して実施した者 • 過去に遺伝性腫瘍に係る遺伝カウンセリングを**３年以上かつ５例以上**に対して実施した者

783

がん診療連携拠点病院等の見直しについて

区分	施設数	要件等	指定者
都道府県がん診療連携拠点病院	51	指定要件すべて充足 原則として各都道府県に1カ所	厚生労働大臣
地域がん診療連携拠点病院	357 （うち 特殊型11)	指定要件を一部満たしていないが、地域の事情から必要性が高いと判断され、厚生労働省の制度上「特例」として指定されている拠点病院の類型	厚生労働大臣
特定領域がん診療連携拠点病院	1	乳がんのみ	厚生労働大臣
地域がん診療病院	59	「がん診療連携拠点病院」がない「がん医療圏」（都道府県が定めるがんの地域医療の基本的な単位）に、都道府県知事の推薦をもとに厚生労働大臣が指定した病院。都道府県のがん診療連携拠点病院と合わせて1つのグループとして指定。	厚生労働大臣

都道府県がん診療連携協議会に係る要件の見直し案

都道府県がん診療連携拠点病院の要件	現状	要件の見直し
都道府県における診療機能強化に向けた要件	記載がない	厚生労働省がん・疾病対策課長通知「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に係る基本的な考え方及び検討の進め方について」を参考に手術療法・放射線療法・薬物療法に関する対策を進めるとともに、整備指針に都道府県がん診療連携協議会における協議事項として当該都道府県内のがん診療連携拠点病院等においてさらなるゲノム医療の普及に向けた取り組み状況を追記するのはどうか。

都道府県および地域がん診療連携拠点病院の要件				要件の見直し
診療体制	（１）診療機能	①集学的治療等の提供体制及び標準的治療等の提供	ア　我が国に多いがんを中心にその他各医療機関が専門とするがんについて、**手術、放射線治療及び薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療、リハビリテーション及び緩和ケア（以下「集学的治療等」という。）を提供する体制を有する**とともに、各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療（以下「標準的治療」という。）等がん患者の状態に応じた適切な治療を提供すること。ただし、我が国に多いがんの中でも症例の集約化により治療成績の向上が期待されるもの等、当該施設において集学的治療等を提供しない場合には、適切な医療に確実につなげることができる体制を構築すること。	がんゲノム医療を提供する体制を追加 （標準治療となっているがんゲノム医療を質を担保して国民に提供するため）
			ウ iii　**手術、放射線診断、放射線治療、薬物療法、病理診断及び緩和ケア等**に携わる専門的な知識及び技能を有する医師とその他の専門を異にする医師等による、骨転移・原発不明がん・希少がんなどに関して臓器横断的にがん患者の診断及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンス	がんゲノム医療の専門家に関する記載を追加 （標準治療となっているがんゲノム医療を質を担保して国民に提供するため）

地域がん診療病院の要件の見直し案

	地域がん診療病院の要件	要件の見直し
グループ指定	地域がん診療病院とグループ指定を受ける場合には、以下の体制を整備すること等によりグループ指定を受ける地域がん診療病院と協働して当該地域におけるがん診療等の提供体制を確保すること。 （１）連携協力により**手術療法、放射線療法、薬物療法**を提供する体制 （２）標準的な薬物療法を提供するためのレジメンの審査等における支援 （３）確実な連携体制を確保するための定期的な合同カンファレンスの開催 （４）連携協力により相談支援や緩和ケアを充実させる体制 （５）診療機能確保のための支援等に関する人材交流の計画策定及び実行 （６）診療機能確保のための診療情報の共有体制 （７）病院ホームページ、パンフレット等による連携先の地域がん診療病院名やその連携内容、連携実績等についてのわかりやすい広報	がんゲノム医療を提供する体制を追加（標準治療となっているがんゲノム医療を質を担保して国民に提供するため）

第11回がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ
第8回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ
第4回小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ
令和8年5月28日
資料7

がん診療連携拠点病院等における病理医配置・遠隔病理診断の考え方

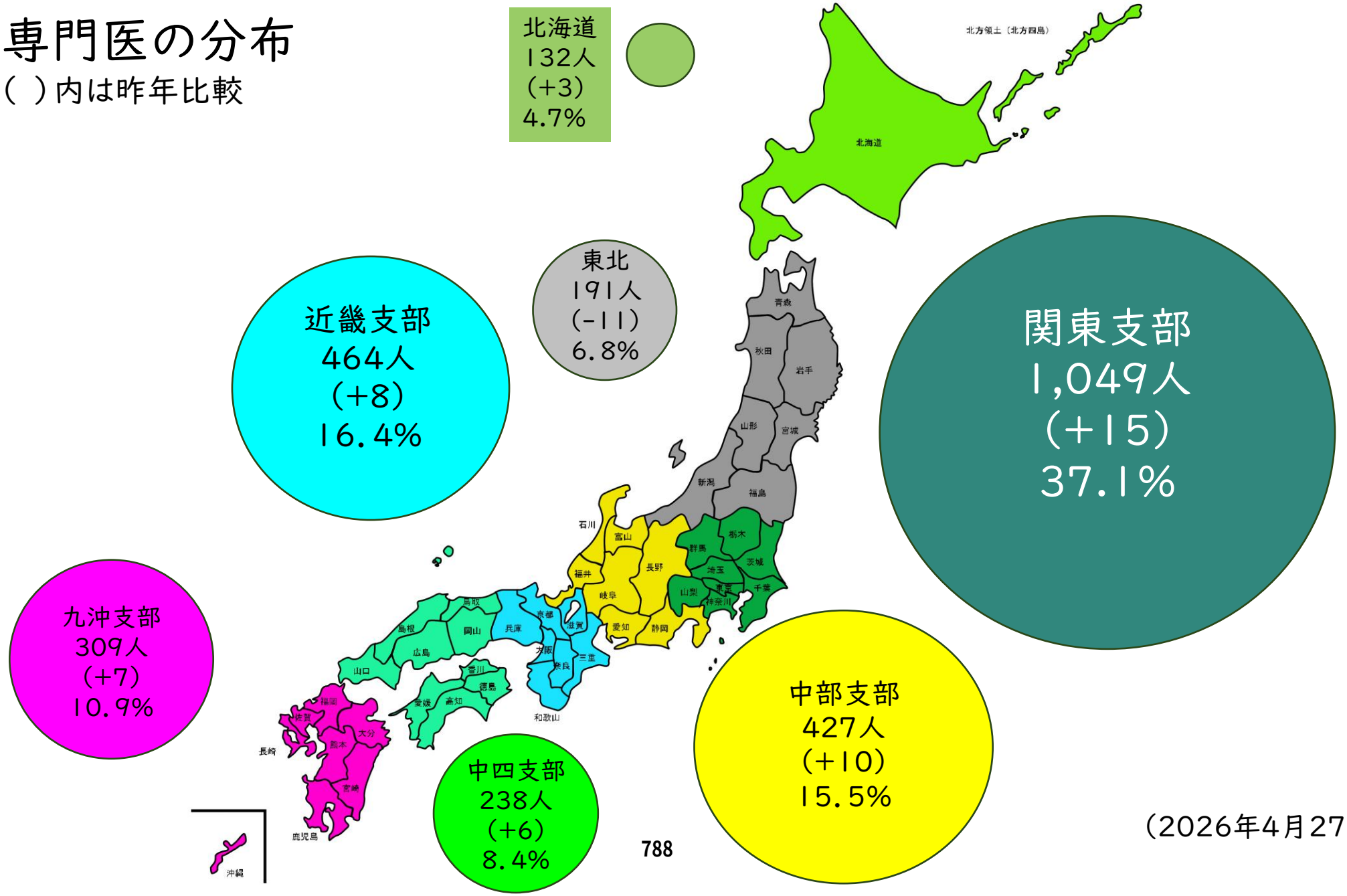
一般社団法人日本病理学会

一般社団法人 日本病理学会
The Japanese Society of Pathology

787

病理専門医の分布

( )内は昨年比較



（2026年4月27日時点）

全国病院の病床数に対する 常勤病理医の勤務状況

病床数	総病院数	精神科病院	一般病院数	常勤病理医勤務病院数	常勤病理医不在病院数	非常勤病理医勤務病院
100床未満	2,889	46	2,843	2	2,841	0
100-199床	2,773	453	2,320	24	2,296	53
200-299床	1,004	337	667	73	594	59
300-399床	665	137	528	215	313	47
400-499床	351	58	293	196	97	17
500-599床	153	15	138	111	27	2
600-699床	106	8	98	88	10	0
700-799床	42	2	40	38	2	0
800床以上	77	1	76	69	9	0
合計	8412	1059	7353	712	6641	176

400床以上の一般病院645病院中　常勤病理医勤務病院=502病院
病理医不在病院⇒145病院（400床以上病院不在率　22.5%）
400床以上の病理医不在病院における非常勤病理医対応病院=19病院（13.1%）
（2024年医療動態調査・2024年日本病理学会年報より）

病理学会認定・登録施設（1,002）における常勤（専任）病理医の状況（病院数）

病床数	0人	1人	2人	3人	4人	5人以上
100床未満	0（1）	1（1）	0（1）	1（1）	0（0）	0（0）
100床台	52（54）	18（21）	5（2）	1（0）	0（0）	0（0）
200床台	59（65）	66（21）	12（11）	3（2）	0（1）	2（1）
300床台	47（59）	151（154）	49（47）	12（10）	3（0）	0（0）
400床台	17（16）	101（97）	59（62）	19（23）	9（7）	6（7）
500床台	2（2）	28（32）	52（40）	14（21）	9（8）	8（7）
600床台	0	12（13）	13（24）	19（16）	13（12）	31（27）
700床台	0	4（3）	6（4）	7（10）	3（6）	18（15）
800床以上	0	3（3）	3（1）	6（6）	3（4）	54（57）
合計	177（197）	384（345）	199（192）	82（89）	40（38）	119（114）
割合	17.8%(20.2%)	38.3%(35.4%)	19.9%(19.7%)	8.2%(9.1%)	4.0%(3.9%)	11.9%(11.7%)

2024年日本病理学会研修施設年報調査より：（ ）内は2023年

都道府県別 病理専攻医　専門医未取得者（研修年数10年間）

都道府県	専攻医数
北海道	26
青森県	2
岩手県	1
宮城県	9
秋田県	6
山形県	1
福島県	3
新潟県	6
茨城県	11
栃木県	6
群馬県	3
埼玉県	12
千葉県	26
東京都	91
神奈川県	22
山梨県	4

都道府県	専攻医数
富山県	3
石川県	6
福井県	0
長野県	7
岐阜県	6
静岡県	12
愛知県	27
三重県	8
滋賀県	5
京都府	13
大阪府	27
兵庫県	16
奈良県	6
和歌山県	5

病理専攻医：3年間の研修後に、4年目に専門医試験受験

791

都道府県	専攻医数
鳥取県	5
島根県	3
岡山県	15
広島県	9
山口県	0
徳島県	3
香川県	5
愛媛県	3
高知県	4
福岡県	24
佐賀県	4
長崎県	5
熊本県	2
大分県	5
宮崎県	1
鹿児島県	0
沖縄県	5

専門医機構登録 病理専攻医数	
2018年度	114名
2019年度	118名
2020年度	102名
2021年度	95名
2022年度	99名
2023年度	93名
2024年度	91名
2025年度	109名
2026年度	91名

【参考】「病理診断（診療）の現場では・・・「病理医不足と仕事量↑」

＊従来に比較して、病理診断業務の負担が漸増
⇒病理診断分類の細分化による病理診断業務量の増加（分子病理診断）
⇒免疫染色や遺伝子変異解析などによる分子病理診断による病理診断時間の増加　（従来の形態学による病理診断⇒形態学＋ゲノム病理診断へ）

	病理診断件数*	術中迅速病理診断件数	免疫染色件数	HER2タンパク件数
2017年	3,644,892	178,428	488,412	75,252
2021年	3,665,952	174,036	529,848	81,576
2022年	3,959,892	173,640	765,708	100,824
2024年	4,310,899	234,968	945,468	125,532
増減比較**	118%	132%	231%	167%

＊厚生労働省統計局 「医療診療行為別調査・統計」
＊病理診断には、検査センターにおける病理検査報告数は含まれず

病理医が少ない地域の病理診断支援について

これまで、がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会等において、常勤病理医不在により要件が未充足となり、地域がん診療連携拠点病院から地域がん診療病院に類型変更となった医療機関が複数存在した。これについて構成員より以下の通りバーチャル連携や遠隔病理診断を用いた支援について言及いただいている。

○伊藤構成員　ありがとうございます。病理医のことが大変話題になっておりますが、前回もたしか病理医のことで、どういう形で指針を書いていくかというお話になったと思いますが、ここ重要なのは、やはり病理の専門家、特に病理学会からこういう遠隔診断に関しては質の保証、特に術中迅速だとか様々な診断に関しての質の保証に関して何らかの考え方を御発表いただかないと、我々の中だけで、病理医がいることいないことでもって、病理診断、がんの診断に関しても正確性、品質というのがどういう形になっていくかということは十分に検討し切れないところもあります。それについてはぜひ学会を絡めてこの検討を進めていきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

○藤座長　ありがとうございます。今、病理診断のことをお話しいただきました。これは地方によっては非常に大きな問題になり続けているというのは我々みんな認識しているところかと思います。
　遠隔の病理診断というのはどんどん進んできて質も上がってきているということですけれども、やはりその質の担保の問題であったり、バーチャルスライドをつくって、送るほうのシステムの問題であったりということも聞いたことがあります。質が高くないと診断もできないという診断する側からの意見も聞いたことがありますし、これはでも、進めていかざるを得ない状況になっているということもあるので、しっかり考えていってもらえたらいいかなと思います。

第25回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会議事録より

病理医が少ない地域の病理診断支援について

1. ネットワークを活用したバーチャル連携

【課題】

・インフラ整備に数千万円の初期投資が必要

＊バーチャルスライドスキャナー ＝ 3,500万円～9,000万円等

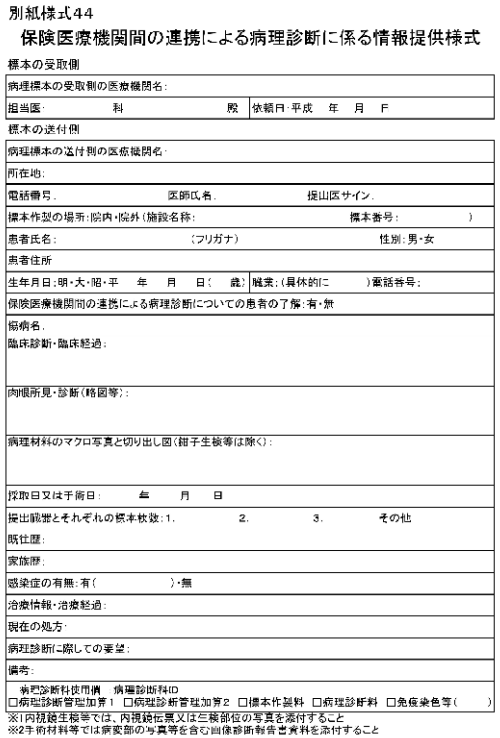
2. 遠隔病理診断

【課題】

・働き方改革で今後、他病院の支援は難しくなっている

・正しい病理診断のためには、十分な診療情報の提供が前提となる（保険医療機関間の連携による病理診断のための「様式44」の提出）

・スライドガラス標本の送付に関しては、搬送業者が限られる



別紙様式44

保険医療機関間の連携による病理診断に係る情報提供様式

標本の受取側

病理標本の受取側の医療機関名：
担当医： 科 殿 ／ 依頼日：平成 年 月 日

標本の送付側

病理標本の送付側の医療機関名：
所在地：
電話番号： 医師氏名： 提出医サイン：
標本作製の場所：院内・院外（施設名称： 標本番号： ）
患者氏名： （フリガナ） 性別：男・女
患者住所
生年月日：明・大・昭・平 年 月 日（ 歳） 職業：（具体的に ） 電話番号：
保険医療機関間の連携による病理診断についての患者の了解：有・無
病名、 臨床診断・臨床経過：
肉眼所見・診断（略図等）：
病理材料のマクロ写真と切り出し図（鉗子生検等は除く）：
採取日又は手術日： 年 月 日
提出組織とそれぞれの標本枚数：1. 2. 3. その他
既往歴：
家族歴：
感染症の有無：有（ ）・無
治療情報・治療経過：
現在の処方：
病理診断に際しての要望：
備考：

※病理診断料使用情 病理診断科ID

□病理診断管理加算1 □病理診断管理加算2 □標本作製料 □病理診断料 □免疫染色等（ ）

※1内視鏡生検等では、内視鏡伝票又は三検部位の写真を添付すること

※2手術材料等では病変部の写真等を含む画像診断報告書資料を添付すること

病理医の均てん化（がん診療連携拠点病院に関して）

＊**病理医の均てん化**（遠隔病理診断ではなく）：

「がん診療」を主に行っている医療機関に求められる要件
（「がん」に関して高度の医療を展開していることが予測される）.

・病理検体の切り出しを行うこと
　検査技師にタスクシフトできる検体とできない検体（病理医が直接に見なくては発見できないような病変がしばしばあり.デジタルカメラ映像ではわからない）
・病院診療情報システム（HIS）へのアクセスが保たれていること
　遠隔診断のみでは、キャンサーボード等を担当する病理医がHISにアクセスできない
・病理医と臨床医が直接対話できる環境を整備すること
　病理医と臨床医とは対面で診断の確認や治療方針に関してしばしば意見交換
・予定外の術中迅速診断等にも対応可能な体制を確保すること
・病理解剖を行う体制を確保すること

⇒上記の体制については、多様な勤務形態を活用しつつ、必要な専門性及び継続性を確保できるよう整備すること。

がんゲノム医療において求められる病理医の体制について

地域がん診療病院においては、がんゲノム医療連携病院の病理医の常勤の要件のため、がんゲノム医療の提供ができない医療機関がある。

がん診療連携拠点病院等	診療従事者（病理）
都道府県がん診療連携拠点病院	常勤の医師を１人以上配置
地域がん診療連携拠点病院	上と同じ
地域がん診療病院	常勤の医師を１人以上配置することが望ましい

がんゲノム医療中核拠点病院等	診療従事者（病理）
がんゲノム医療中核拠点病院	がん遺伝子パネル検査の知識及び技能を有する常勤の医師を複数名配置
がんゲノム医療拠点病院	上と同じ
EP実施可能がんゲノム医療連携病院	がん遺伝子パネル検査の知識及び技能を有する常勤の医師を１名以上配置
がんゲノム医療連携病院	常勤の医師を配置

がんゲノム医療連携病院においても、多様な勤務形態を活用しながら、がん遺伝子パネル検査の提出の際に、検体の質を確保するために、病院所属の病理医が直接関与する体制を整備することを要件とするのはどうか。（参考：分子病理専門医認定制度（病理学会：895名））

796

第11回がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ 第8回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ 第4回小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ	資料8
令和8年5月28日	

特定非営利活動法人
日本緩和医療学会
Japanese Society for Palliative Medicine

がん診療連携拠点病院等の指定要件の提案

日本緩和医療学会

令和8年5月28日

健発0801第16号「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」についての通知に基づく提案

提案の全体構成

12の提案案（案１～案12）のカテゴリ概要

特定非営利活動法人
日本緩和医療学会
Japanese Society for Palliative Medicine

診療機能

▶ 案1 苦痛のスクリーニングの運用とリンクナース役割の明確化

▶ 案2 ACP意思決定支援ツールの活用

▶ 案10 緩和ケアセンター・ICT活用

相談支援

▶ 案 9 患者サロン・ピアサポーター研修

専門的人材配置

▶ 案3、 5 医師（精神腫瘍、緩和ケア）

▶ 案 6 看護師（専従・専門資格）

▶ 案 7 薬剤師の専門資格

▶ 案 8 公認心理師

▶ 案 4 管理栄養士

▶ 案11、12都道府県拠点の薬剤師・心理師

赤字の案１，２，３，４，９，１０，１１，１２は改訂提案

青字の案５，６，７，８は現行維持提案

診療機能への提案①　案1・案2

案1　苦痛のスクリーニングの運用とリンクナースの役割の明確化（カ ⅱ）

提案内容

各部署で適切な苦痛の評価と対応を行い、また、緩和ケアの提供体制について緩和ケアチームへ情報を集約するために、がん治療を行う病棟や外来部門には、緩和ケアチームと各部署をつなぐ役割を担うリンクナース（注７）などを配置すること。（下線部を追記）

理由

リンクナースの役割は、基本的緩和ケアの推進（例：苦痛のスクリーニングの実践、スクリーニングされた苦痛への院内マニュアル等に基づいた対応）を各部署で行うことが重要であるため追記した。加えて配置は進んでいるため、必須化した。

案2　ACP・意思決定支援ツールの活用（キ）

提案内容

「患者や家族に対し、必要に応じて、アドバンス・ケア・プランニングを含めた意思決定支援を提供できる体制を整備していること。なお、その際は関連するガイドラインで推奨されている意思決定支援に関する支援ツールを活用することが望ましい」（下線部を追記）

理由

望ましい意思決定支援として「がん医療における患者-医療者間のコミュニケーションガイドライン2022年版日本サイコオンコロジー学会/日本がんサポーティブケア学会がガイドラインを作成」では、意思決定支援に活用するツールとして質問促進リスト、意思決定ガイド を用いることが強く推奨されているため。例示として質問促進リストはがん情報サービス https://ganjoho.jp/public/dia_tre/dia_tre_diagnosis/question_prompt_sheet.htmlで以前より公開されており、がん相談支援センターに患者配布資料として印刷物が配布されていた時期もあった。診療の中では必ずしも使用されていないが、がん相談支援センターではすでに活用されている。普及は現在がん対策推進総合研究事業https://share-communication.jp/qpl_project/で普及啓発の途上である。

診療従事者への提案①　案3

案3

案３　　精神症状担当医師の専門資格（（2）、①、オ）

提案内容　「緩和ケアチームに、がん患者の精神症状緩和に関する研修を修了し精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。なお、当該医師については、専任であることが望ましい。また当該医師は**精神腫瘍学に関する専門資格を有する者が望ましい**」（下線部を**追記**）

理由　自殺対策など精神症状緩和担当医師に求められる精神腫瘍学的専門介入の必要水準が高まっている。一方で地域によって精神科医、心療内科医を確保することが困難であったり、精神科医、心療内科医であってもがん診療における役割を十分理解していないことがある。
このため当該医師においては精神腫瘍学に関する専門資格を有する者が望ましい。

800

診療従事者への提案②　案4

案3

案４　**管理栄養士（②、医師以外の診療従事者）**

提案内容

「管理栄養士1名以上配置が望ましい。当該管理栄養士は、がん患者の　栄養に関する専門的な資格を有する者が望ましい。他部署と兼任を可とする。また、当該栄養士は栄養サポートチームと連携し活動すること　（要件を追加）

理由

がん患者の栄養管理、食の苦悩、苦痛は身体症状緩和、精神症状緩和と関連して緩和ケアチーム構成員や栄養サポートチームとの協働が必要なため

診療従事者への提案③　案5～8

医師・看護師・薬剤師・公認心理師・の配置要件 現行継続

案５　身体症状担当医師の専門資格（（2）、①、オ）

理由

緩和ケアに関する専門資格を有する医師は地域がん診療拠点病院において充足率約78％まで伸張しており現状維持が望ましい。

案６　看護師（専従・専門資格、②、ウ）

理由

緩和ケアの提供体制イ内容を実践するためには配置を継続することが必要である。

802

案７　薬剤師の専門資格（②、エ）

理由

オピオイドの適正使用や高齢者、併存症、合併症をもつがん患者や　最新のがん治療との薬学的連携という観点より、引き続き薬剤師の専門資格は「緩和薬物療法に関する専門資格を有することが望ましい」とした。

案８　公認心理師の配置、②、オ）

理由

がん患者の精神・心理的なニーズと対応への課題があり、緩和ケアチームの精神担当医師や看護師との協働的、効率的な緩和ケアの提供がより可能になるたけ現状維持。。

・相談支援への提案　案9

5 相談支援及び情報の収集提供

案10

案9　患者サロン・ピアサポーター活用（5、（1）、⑧）

提案：患者サロン等の運営に関わる相談支援センター職員が、ピアサポートの病院運営・活用に関する研修を受けることが望ましい（下線部を追記）

理由

患者サロン等がんピア・サポートにおいては、都道府県がん診療連携協議会におけるピア・サポート活動の検討や、実務ではピア・サポーターのスキルアップ、燃え尽き防止などを目的としたスーパーバイズの実施などの支援、緊急対応として精神科や緩和ケアチーム等との連携などの役割が求められるが、これについて相談支援センター業務に携わる者が十分な知識、技能を有していない。厚生労働省委託事業「がん総合相談に携わる者に対する研修事業」では「がんサポートグループ企画・運営者のための研修会・フォローアップ研修会」を行っており、地域拠点病院相談支援センター業務に携わる者はこれを受講することが望ましい。

都道府県がん診療連携拠点病院への提案　案10～12

特定非営利活動法人
日本緩和医療学会
Japanese Society for Palliative Medicine

案10　緩和ケアセンター・ICTを活用した地域連携（Ⅳ、３、（１））

提案：緩和ケアセンターに於いては、病院内のみならず、当該都道府県全体を対象として、身体症状並びに精神症状緩和、地域連携に関わる困難事例に対するD to P with D or Nによる遠隔診療を行う。実施にあたっては適宜ICTを活用する。（下線部を追記）

理由：
身体及び精神症状緩和について、地域がん診療連携拠点病院や多くのがん患者が死亡しているがん診療連携拠点病院以外においても必要である。
特に人員配置が難しい地域においては都道府県拠点病院で専門的知識や技能を有する緩和チーム構成員を集約して身体及び精神症状緩和の地域連携やD to P with D or Nによる遠隔診療についてICTを利活用行える体制をとることが必要である

案11　緩和ケアセンター専任薬剤師の配置（Ⅳ、８、ウ）

提案：緩和ケアセンターに薬剤師を配置。当該薬剤師は専任が望ましい。がん薬物療法または緩和薬物療法に関する専門資格を有することが望ましい（下線部を追記）。

理由
案10の緩和ケアセンターの緩和ケアチームの機能強化（身体及び精神症状緩和の地域連携や遠隔診療業務についてICTを利活用行える体制）を実効性のあるものとするため専任要件と緩和薬物療法の専門資格が必要。

案12　医療心理専門職の配置（Ⅳ、８、オ）

提案：緩和ケアチームに協力する公認心理師等の医療心理専門職を1名以上配置すること。（下線部を追記）

理由
がん診療連携拠点病院における公認心理師等の役割は広く、緩和ケアチームに協力できる体制をとれていないことがある。「がん医療」分野中間報告においてもがん患者の精神・心理的なニーズと対応への課題がある。緩和ケアチームの精神担当医医師や看護師との協働的、効率的な緩和ケアの提供や案10の機能による地域連携や遠隔診療業務を行うとすると都道府県拠点病院の緩和ケアチームにおいて公認心理師等の配置が望ましい。都道府県がん診療連携病院では充足率約84％であり実施可能性が高い。

804

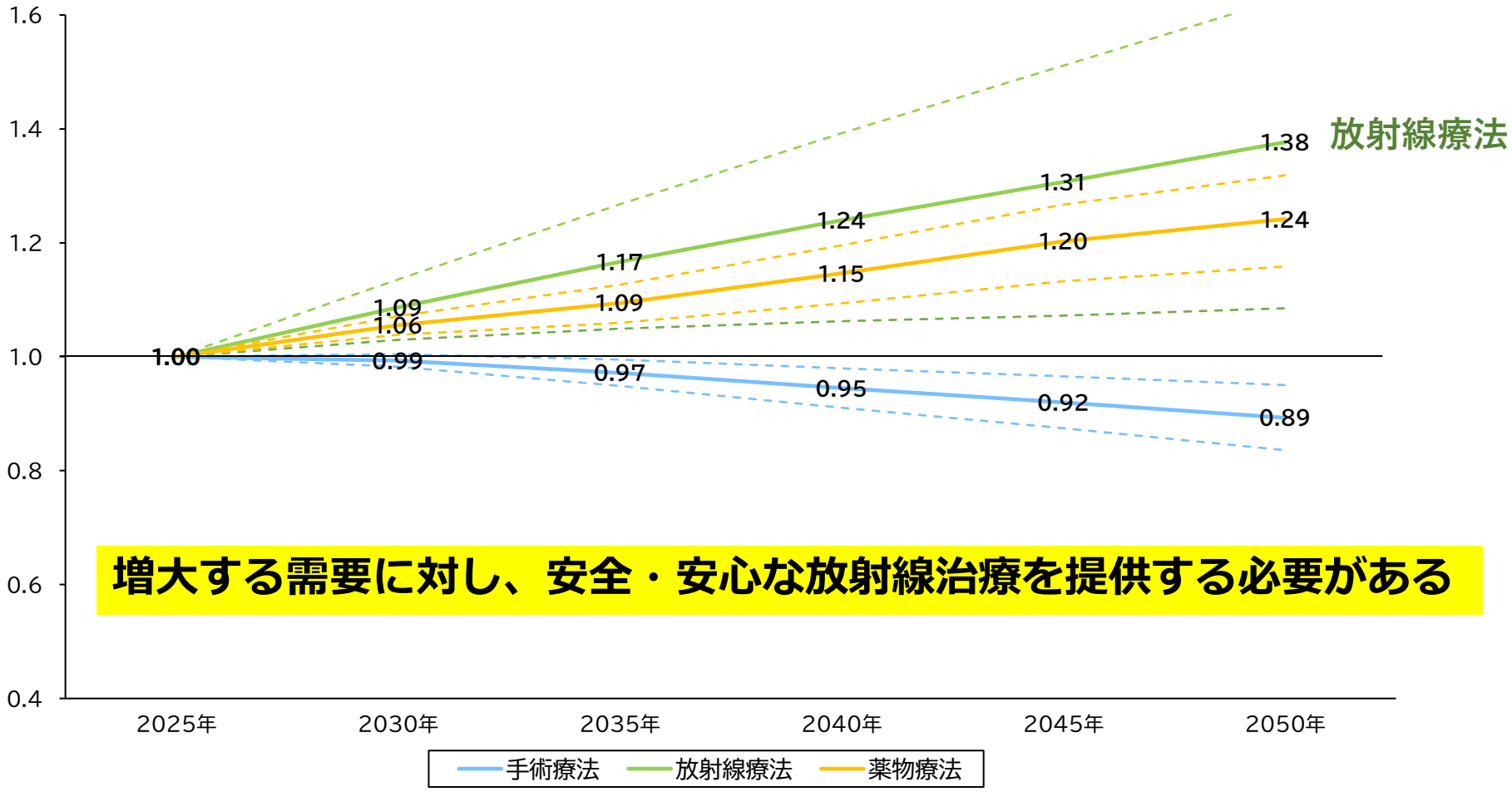
がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針

放射線療法に関する論点

公益社団法人
日本放射線腫瘍学会

がん患者における三大療法の需要推計（全国）

- 2025年を1.0とした場合、2040年に向けてがん患者に対する三大療法の中で、手術療法は減少し、放射線療法と薬物療法は増加することが見込まれる。



増大する需要に対し、安全・安心な放射線治療を提供する必要がある

※グラフ内の点線は三大療法の将来実施割合が95%信頼区間上限・下限で推移した場合に算出した三大療法の需要を記載。
出典：全国がん登録のがん罹患率データ（2016－2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いて作成したがん罹患者数推計と2016-2023年までの期間に院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した三大療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計と乗算し、2025年の実施数を1とした場合の将来推計値をがん・疾病対策課において作成

2040年を見据えた均てん化・集約化に係る基本的考え方

	放射線療法	手術療法（消化器がん）
都道府県又は更に広域での集約化の検討が必要な医療	• 粒子線治療 • ホウ素中性子捕捉療法	• 希少がんに対する手術
都道府県での集約化の検討が必要な医療	• 専用治療病室を要する核医学治療 • 密封小線源治療（組織内照射）	• 食道がんに対する食道切除再建術 • 膵臓がん・胆道がん等に対する膵頭十二指腸切除術、膵全摘術 • 肝臓がん・胆道がん等に対する高度な肝切除術 • 大腸がんに対する骨盤内臓全摘術 • 食道がんに対する光線力学療法
がん医療圏又は複数のがん医療圏単位での集約化の検討が必要な医療	• 強度変調放射線治療や画像誘導放射線治療等の精度の高い放射線治療 • 精度の高い放射線治療以外の体外照射 • 密封小線源治療（腔内照射） • 外来・特別措置病室での核医学治療 • 緩和的放射線治療	• 胃がんに対する胃全摘術・幽門側胃切除術 • 大腸がんに対する結腸切除術・直腸切除術 • 食道や胃、大腸がんに対する内視鏡的粘膜切除・粘膜下層剥離術
更なる均てん化が望ましい医療		• 腸閉塞に対する治療 • 癌性腹膜炎・癌性胸膜炎に対する治療

（厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課　2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関する参考資料より抜粋）

成人の整備指針における「望ましい」と「望ましい（＊）」

（成人の整備指針P2）
本指針において「**望ましい（＊）**」と定める要件については、次期の指定要件の改定において、必須要件とすることを念頭に置いたものであることに留意すること。

⇒現時点で必須要件になると確定したわけではない。
（＊）が付されていない「**望ましい**」要件についても、
①必須要件化する
②次期改訂において（＊）扱いとする
③（＊）なしの「望ましい」のままとする

いずれの可能性も残されている

本発表では（＊）の有無にかかわらず「望ましい」が必須要件となる場合を想定した。

強度変調放射線治療（IMRT）・核医学治療の提供体制

地域がん診療連携拠点病院の指定要件：
現行　P7：**強度変調放射線治療**と外来での**核医学治療**を提供することが望ましい。

- **IMRTについては**、令和８年度診療報酬改定において施設基準が見直され、提供可能な拠点病院が増えることは想定されるが、医師１名体制での要件は「がん医療圏」あたり１施設までという制約があるため、**全拠点病院でIMRTが提供できる**ようになるのは未だ難しいかもしれない。

⇒ 今後、厚労科研「2040 年を見据えた放射線療法におけるがん医療提供体制構築に資する研究」（大西班）で早急に調査予定

- **核医学治療については**、「2040 年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方に基づいた医療行為例」の記載にあわせ、下記の記載が厚労科研「放射線療法の提供体制構築に資する研究」（大西班）で提案されている。

「外来での核医学治療**・特別措置病室を用いた**核医学治療を提供することが望ましい。専用の放射線治療病室を要する核医学治療について、患者に情報提供を行うとともに、必要に応じて適切な医療機関へ紹介する体制を整備すること。」

厚労科研（大西班）

809

放射線治療に携わる医師以外の診療従事者の配置：診療放射線技師

地域がん診療連携拠点病院の指定要件
現行　P12：専門的な知識及び技能を有する医師以外の診療従事者の配置

- 放射線治療に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の**診療放射線技師**を２人以上配置することが望ましい（＊）。また、当該技師は放射線治療に関する専門資格を有する者であることが望ましい。

➢ **診療放射線技師**

「外部照射装置一台につき放射線治療に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の診療放射線技師を２人以上配置すること。また、当該技師は放射線治療に関する専門資格を有する者であることが望ましい（＊）。」
と変更可能と考えている。

厚労科研（大西班）

810

放射線治療に携わる医師以外の診療従事者の配置：技術者等

地域がん診療連携拠点病院の指定要件
現行　P12：専門的な知識及び技能を有する医師以外の診療従事者の配置

- 専従の放射線治療における**機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等に携わる専門的な知識及び技能を有する**常勤の**技術者等**を１人以上配置すること。なお当該技術者は医学物理学に関する専門資格を有する者であることが望ましい。

➢ **技術者等**

「専従の放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の技術者等を１人以上配置すること。なお、当該技術者は医学物理学に関する専門資格を有する者であることが望ましい。**当該専門資格を有する者を配置できない場合は、都道府県拠点病院等との連携により当該業務の質を担保する体制を整備すること。**」
と変更することが望ましいと考えている。

厚労科研（大西班）

811

都道府県拠点病院による放射線治療支援体制整備に関する要件の新設

（新設）都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件

- **地域がん診療連携拠点病院または地域がん診療病院からの求めに応じ、照射計画の立案等に係る医師による支援や、機器の精度管理、照射計画の検証および照射計画補助作業等に携わる専門的な知識及び技能を有する技術者等による支援を行う体制を整備することが望ましい。**

▼

- 現況報告書データ（令和6年9月時点データ）によると**全集計施設405施設のうち87施設（約21.5%）では医学物理学に関する専門資格を有する技術者が在籍していない。**
  専門資格保有者の不在施設は**都道府県がん診療連携拠点病院で約13.7%（7/51施設）**、地域がん診療連携拠点病院で約21.0%（71/338施設）、地域がん診療連携拠点病院（特例型）で約61.5%（8/13施設）
- **都道府県拠点病院には、地域拠点病院等から現地支援の要請があるが、外部支援を前提とした人員配置や業務体制が整備されておらず対応できない事例がある。**
- この解決には、**現地支援を業務として明確化し、技術者の人員確保と派遣時の業務調整体制を整備**するとともに、**兼業許可や出向等により身分・雇用上の制約を整理することが必要**である。

厚労科研（大西班）

812

標準的治療等の提供における複数診療科の受診体制の整備

地域がん診療連携拠点病院の指定要件：
現行　P6:
イ　医師からの診断結果や病状の説明時及び治療方針の決定時等には、以下の体制を整備すること。
iii 標準治療として複数の診療科が関与する選択肢がある場合に、その知見のある診療科の受診ができる体制を確保すること。

▼

より実行性を担保するしくみが必要ではないか。

▼

標準治療として複数の診療科が関与する選択肢がある場合に、その知見のある診療科を適切に受診できる体制を確保すること。**なお、当該診療科への受診手順を明確化し、説明同意文書への記載、診療録への記録、及びホームページ等による周知を行うことが望ましい。**

緩和的放射線治療の提供体制

地域がん診療連携拠点病院の指定要件：
現行　Ｐ９：緩和的放射線治療を患者に提供できる体制を整備すること。また自施設の診療従事者に対し、緩和的放射線治療の院内での連携体制について周知していることに加え、連携する医療機関に対し、患者の受入れ等について周知していること。さらに、ホームページ等で、自施設におけるこれらの**実施体制等**について分かりやすく公表していること。

⇒　緩和的放射線治療を患者に提供できる体制を整備すること。また自施設の医療従事者に対し、緩和的放射線治療の院内での連携体制について周知していることに加え、連携する医療機関に対し、患者の受入れ等について周知していること。さらに、ホームページ等で、自施設におけるこれらの**実施体制、連携窓口ならびに連携手順等**について分かりやすく公表していること。

厚労科研（大西班）

画像下治療（IVR）の提供体制

地域がん診療連携拠点病院の指定要件：
現行　P7：画像下治療（ＩＶＲ）を提供することが望ましい。

③ 緩和ケアの提供体制コ iii について 新設

緩和的画像下治療 (IVR)* を患者に提供できる体制を整備すること。自施設で実施が困難な場合は、提供可能な施設を連携体制を取っていること。ホームページ等で、緩和的画像下治療（IVR）の自施設における実施状況や連携医療機関名等、その実施体制について分かりやすく公表していること。

厚労科研（大西班）

*緩和的画像下治療（IVR）とは、大静脈症候群に対する静脈ステント留置術、難治性腹水に対するデンバーシャント、上部消化管通過障害に対する経皮経食道胃管挿入術、腹腔神経叢・内臓神経ブロック、有痛性骨腫瘍に対する経皮的椎体形成術・ラジオ波焼灼術・動脈塞栓術などを指す。

（日本膵臓学会 膵癌診療ガイドライン 2022、日本臨床腫瘍学会 骨転移診療ガイドライン 2022、日本緩和医療学会がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2014、日本緩和医療学会 がん患者の消化器症状の緩和に関するガイドライン 2017、 Support Care Cancer. 2019 Mar;27(3):1081-1088. Cardiovasc Intervent Radiol. 2011 Oct;34(5):980-8. Support Care Cancer. 2020 Jun;28(6):2563-2569. Semin Intervent Radiol. 2017 Dec;34(4):376-386. Ann Oncol. 2009 Dec;20(12):1943-7. Cardiovasc Intervent Radiol. 2018 Jul;41(7):1043-1048Ω BMC Cancer. 2023 Jan 31;23(1):109.）

小児がん拠点病院等における放射線療法

現行　小児がん拠点病院の指定要件：
「放射線療法に関する機器の設置」が必須要件

必須要件とはせず、**他の医療機関と連携**することを可能とする。

背景
放射線治療機器の高騰、もともと少ない患者が今後さらに減少すると予想されること、陽子線治療等への紹介が一定数あることなどから、特に小児専門病院では経営上の負担が大きい。

816

ありがとうございました



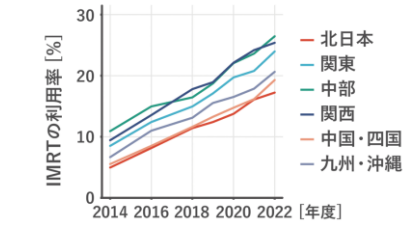
公益社団法人
日本放射線腫瘍学会

参考資料１

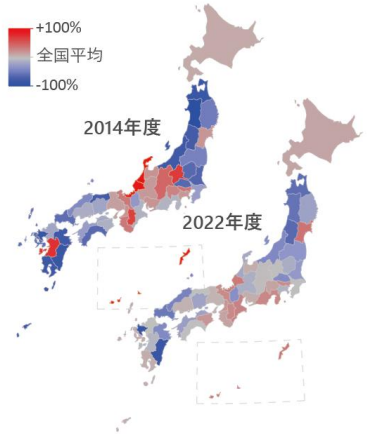
IMRT利用の普及や地域間格差

- 2014年度から2022年度でIMRTの利用割合は8.0%→22.8%に増加
- 都道府県間の利用格差は経時的には縮小しつつある
- 関東・中部・関西と比較して北日本・中国四国・九州沖縄で利用率が低い
- 人口あたりの放射線腫瘍専門医数や空白二次医療圏との関連が示唆された

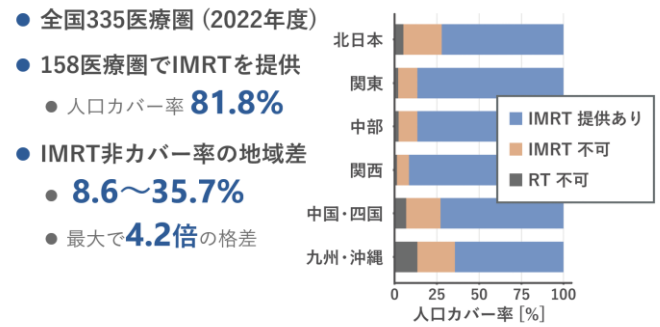
IMRT利用率の推移



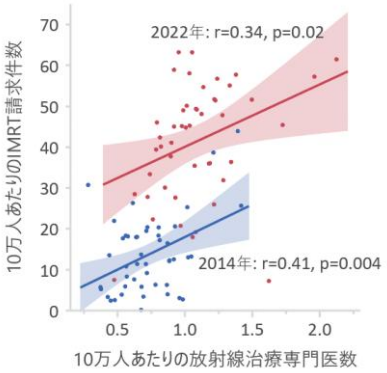
人口あたりのIMRT件数



二次医療圏単位で見たIMRTの人口カバー率



各都道府県のIMRT利用と専門医数



Takeda S, et al. J Radiat Res 2025
厚労科研 大西班 調査結果サマリ（みやぎ県南中核病院 武田 一也）

818

参考資料２

令和８年度診療報酬改定　Ⅲ－５－３　質の高いがん医療及び緩和ケアの評価－③

人口減少地域におけるＩＭＲＴの施設基準の見直し

ＩＭＲＴの施設基準の見直し

➢ 地域における強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の提供体制を確保する観点から、がん診療連携拠点病院等におけるＩＭＲＴについて、遠隔の医師と共同で放射線治療計画を作成できるよう医師配置に係る要件を見直す。

現行

【強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）】
［施設基準通知］
強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）に関する施設基準
（２）　放射線治療を専ら担当する常勤の医師が２名以上配置されており、このうち１名は放射線治療の経験を５年以上有する者であること。
（新設）

医師2名

改定後

【強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）】
［施設基準通知］
強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）に関する施設基準
（２）　放射線治療を専ら担当する常勤の医師が２名以上配置されており、このうち１名は放射線治療の経験を５年以上有する者であること。
３）　（２）の放射線治療を専ら担当する常勤の医師の配置について、当該保険医療機関が、放射線治療における業務の一部（照射計画の立案等）を、情報通信技術を用いたシステムを利用し、当該保険医療機関と連携した放射線治療を支援する施設の医師による支援を受けて実施する場合には、放射線治療を専ら担当する常勤の医師は１名（放射線治療の経験を５年以上有する者に限る。）の配置とすることができる。

医師2名

医師1名
＋遠隔支援

［放射線治療を行う施設］
ア　地域がん診療連携拠点病院又は体外照射を年間200症例以上実施している地域がん診療病院であること。
イ　当該保険医療機関が所在するがん医療圏にＩＭＲＴの施設基準に係る届出を行っている他の保険医療機関がないこと。
ウ　当該治療を行うために必要な機器及び施設を備えていること。
エ　放射線治療を支援する施設の放射線治療を専ら担当する医師と、常時連絡がとれる体制にあること。
オ　遠隔放射線治療及び医療情報のセキュリティ対策に関する指針が策定されていること。
カ　ガイドラインに基づき、当該治療を適切に実施していること。

［放射線治療を支援する施設］
ア　特定機能病院、都道府県がん診療連携拠点病院又は地域がん診療連携拠点病院であること。
イ　放射線治療を専ら担当する常勤の医師が３名以上配置されており、そのうち２名は５年以上の放射線治療の経験を有すること。
ウ　放射線治療を行う施設の支援をする医師は、放射線治療を専ら担当する常勤医師であって５年以上の放射線治療の経験を有すること。複数の施設を支援する場合、放射線治療を専ら担当する常勤医師（放射線治療の経験を５年以上有する者に限る。）１名につき、２施設までとする。
エ　セキュリティ対策を講じた遠隔放射線治療システムを備えていること。
オ　遠隔放射線治療及び医療情報のセキュリティ対策に関する指針が策定されており、遠隔放射線治療の実施に係る記録が保存されていること。
カ　ガイドラインに基づき、当該支援を適切に実施していること。

819　288

（令和8年度診療報酬改定について【医科全体版】厚生労働省保険局医療課より）

小児がん拠点病院の整備指針に関する要件について（私案）

加藤元博

東京大学医学部附属病院小児科
日本小児血液・がん学会

小児がん拠点病院等に求められる役割と主な指定要件

小児がん拠点病院

国の拠点として、小児がん医療・支援の中心を担う。また全国の拠点としてドラッグラグ・ドラッグロスの解消に向けて、国際共同治験の推進や医療技術の開発を行うなど、我が国の小児がん医療・支援を牽引する

＜主な指定要件＞

- 専門人材の育成
- 都道府県小児がん拠点病院の支援
- 集学的治療の提供（放射線治療は他医療機関と連携可）
- 治験への参加

都道府県小児がん拠点病院

都道府県がん対策推進協議会に参画し、都道府県における小児がん医療・支援の中心となる

＜主な指定要件＞

- 治療方針を決定し、他施設と連携しながら標準的な治療を提供
- 人材育成
- 院内がん登録の実施
- 長期フォローアップの医療連携体制の確保

小児がん連携病院

地域における小児がん患者もしくは小児がん経験者の医療・支援を担う

＜主な指定要件＞

- 都道府県小児がん拠点病院とD to Dオンライン等で連携する
- 地域の長期フォローアップ体制を拠点病院等と連携して実施する
- 放射線治療等の施設の特性を生かした特定の治療を行う

（第3回小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ[令和8年3月26日]より抜粋、一部改変）

現行の小児がん拠点病院等における指定要件（概要）

1. 診療体制
（1）診療機能
①集学的治療の提供体制及び標準的治療等の提供、②薬物療法の提供体制、③緩和ケアの提供体制、④地域連携の推進体制、⑤セカンドオピニオンの体制
（2）診療従事者
①専門的な知識及び技能を有する医師
②専門的な知識及び技能を有する医師以外の診療従事者
（3）環境整備等
①放射線照射、②集中治療室
③インターネット環境
（4）診療実績
①小児がん年間≧30例
（造血器・固形少なくとも10例）

2. 人材育成
（1）人材の確保や育成
（2）活動実績の評価と専門性を発揮できる体制
（3）診療・患者支援の体制を学ぶ機会の提供
（4）研修会の開催

3. 相談支援及び情報の収集提供
（1）がん相談支援センター
①小児がん相談員専門研修を受講した相談支援者
（2）院内がん登録
（3）診療実績・診療機能等の情報提供

4. 発育及び教育等に関して必要な環境整備
（1）保育士・療養支援担当の専門職（2）教育支援、（3）復学支援、（4）プレイルーム等、（5）長期滞在施設、（6）面会または付き添いができる体制、（7）きょうだいに対する保育、（8）学習環境の整備、（9）精神的なケア

5. 臨床研究等
（1）臨床研究法に則った体制
（2）臨床研究の成果を広報
（3）治験の広報
（4）臨床研究支援部門の設置が望ましい
（5）CRCの配置が望ましい
（6）中央機関と連携した治験の情報提供

6. 医療の質の評価と安全管理
（1）医療の質の評価と改善策
（2）実施状況の評価
（3）外部機関による第三者認定
（4）骨髄・臍帯血等の移植に関する認定
（5）医療安全にかかる体制

小児がん拠点病院等の整備に関する指針（令和4年8月1日）より抜粋

小児がん拠点病院等における指定要件に係る提案①

＜小児がん拠点病院に求める要件の概要1/2（案）＞

1. 診療体制

(1)診療機能

- 施設内の医療者の適切な連係のもと、(再発例を含む)小児がんに対して標準治療を適切に提供すること。
- 難治例や合併症併発などの小児がんに対する専門的な治療を提供すること。
- すべての小児がんに対して、他の小児がん診療機関(小児がん拠点病院、都道府県小児がん拠点病院及び小児がん連携医療機関)と連携して適切な治療を提供すること。
- 適切な安全管理・合併症管理のもとで小児がんに対する薬物療法・手術療法を実施すること。
- ゲノム医療や造血細胞移植や遺伝子改変T細胞などの施設認定に相当する体制があることが望ましい。
- 放射線治療は、他医療機関との連係も含めて適切に提供すること。
- 治験や早期相試験などによる未承認薬・適応外薬へのアクセスを提供すること。
- 小児患者に対応できる集中治療室・救急外来体制を備えること。
- 長期フォローアップに関して、晩期合併症や二次がん、患者及びその家族の相談支援等について、他の小児がん診療機関と連携して提供すること。
- AYA世代にあるがん医療に対しても、他医療機関との連携も含めて適切に提供し、AYA世代のがん医療および支援の質の向上に貢献すること。
- 専門的な知識を有する医師によるセカンドオピニオンを提示する体制を有すること。

(2)診療従事者

- 小児がんの専門知識と経験を有した小児科医を複数名配置すること。
- 小児がんの専門知識と経験を有した小児外科医(または他領域外科医)を1名以上配置すること。
- 医師以外(看護師、薬剤師等)においても、専門知識と経験を有した診療従事者を配置すること。
- 長期フォローアップに関する適切な知識と経験を備えた診療従事者を配置すること。

(3)診療実績

- 小児がんについて年間新規症例数(再発時の紹介も含む)が一定数の診療実績を有すること。
- 小児がんに対する手術数が一定数あること。

小児がん拠点病院等における指定要件に係る提案②

＜小児がん拠点病院に求める要件の概要2/2（案）＞

2. 人材育成
- 標準治療を担う人材を育成すること。
- 治療開発・薬剤開発・診断技術開発などを担う高度専門的な人材を育成することが望ましい。
- 長期フォローアップ・移行期医療を担う人材を育成すること。

3. 相談支援及び情報の収集提供
- 患者・家族ごとの状況に応じた相談支援体制（社会福祉士、CLS/子ども療養支援士など、臨床心理士など）を整備すること。
- 院内がん登録等による情報公開に取り組むこと。

4. 発育及び教育等に関して必要な環境整備
- 療養環境（プレイルームや学習支援）、家族滞在施設などの、発育及び教育等に必要な環境を整備すること。

5. 臨床研究等
- 薬剤開発や診断技術開発など、施設の特性を生かし小児がん医療の向上につながる貢献をすること。
- 標準治療の向上に貢献するため、臨床研究法に則った臨床試験実施体制を整えること。
- 小児がんを対象とした治験もしくは早期相試験を主体となって3年で一定数実施すること。または治験もしくは早期相試験に参加施設として3年間で一定数の患者登録の実績を有すること。

6. 医療の質の評価と安全管理
- 医療法（昭和23年法律第205号）に基づく適切な医療安全管理体制を整備すること。

小児がん拠点病院等における指定要件に係る提案③

＜小児がん中央機関のみに求める要件の概要（案）＞

診療支援・研究支援
- 全国の小児がん診療施設の小児がん診断を支援する中央診断体制を構築すること。
- 小児がんの治療開発・薬剤開発・診断技術開発に資する研究の基盤となる体制（検体保存等）を整備すること。
- 小児がんの長期フォローアップ情報の収集につながる体制を整備すること。

人材育成
- 治療開発・薬剤開発・診断技術開発などを担う高度専門的な人材を育成すること。

相談支援及び情報の収集提供
- 小児がんの診療情報提供に向けた取り組みを推進すること。
- 治験・早期相試験等の情報提供に向けた取り組みを推進すること。

臨床研究等
- 国際共同研究による治療開発・薬剤開発を推進すること。
- 治験や早期相試験による治療開発を中心となって積極的に主導・実施すること。そのための臨床研究推進部門の体制を整備すること。

小児がん拠点病院等における指定要件に係る提案④

＜都道府県小児がん拠点病院に求める要件の概要1/2（案）＞

1. 診療体制

(1)診療機能

- 施設内の医療者の適切な連係のもと、(再発例を含む)小児がんに対して標準治療を適切に提供すること。
- すべての小児がんに対して、他の小児がん診療機関(小児がん拠点病院、都道府県小児がん拠点病院及び小児がん連携医療機関)と連携して適切な治療を提供すること。
- 適切な安全管理・合併症管理のもとで小児がんに対する薬物療法・手術療法を実施すること。
- ゲノム医療の施設認定に相当する体制があることが望ましい。
- 放射線治療は、他医療機関との連係も含めて適切に提供すること。
- 長期フォローアップに関して、晩期合併症や二次がん、患者及びその家族の相談支援等について、他の小児がん診療機関と連携して提供すること。
- AYA世代にあるがん医療に対しても、他医療機関との連携も含めて適切に提供し、AYA世代のがん医療および支援の質の向上に貢献すること。

(2)診療従事者

- 小児がんの専門知識と経験を有した小児科医を複数名配置すること。
- 小児がんの専門知識と経験を有した小児外科医(または他領域外科医)を1名以上配置することが望ましい。
- 医師以外(看護師、薬剤師等)においても、専門知識と経験を有した診療従事者を配置すること。
- 長期フォローアップに関する適切な知識と経験を備えた診療従事者を配置すること。

(3)診療実績

- 小児がんについて年間新規症例数(再発時の紹介も含む)が一定数の診療実績を有すること。もしくは、都道府県内の小児がんに関する院内がん登録数において原則として半数以上を診療している実績を有すること。

小児がん拠点病院等における指定要件に係る提案⑤

＜都道府県小児がん拠点病院に求める要件の概要2/2（案）＞

2. 人材育成
- 標準治療を担う人材を育成すること。
- 長期フォローアップを担う人材を育成することが望ましい。

3. 相談支援及び情報の収集提供
- 患者・家族ごとの状況に応じた相談支援体制（社会福祉士、CLS/子ども療養支援士など、臨床心理士など）を整備することが望ましい。
- 院内がん登録等による情報公開に取り組むこと。

4. 発育及び教育等に関して必要な環境整備
- 療養環境（プレイルームや学習支援）、家族滞在施設などの、発育及び教育等に必要な環境を整備することが望ましい。

5. 臨床研究等
- 標準治療の向上に貢献するため、臨床研究法に則った臨床試験実施体制を整えること。

6. 医療の質の評価と安全管理
- 医療法（昭和23年法律第205号）に基づく適切な医療安全管理体制を整備すること。

小児がん拠点病院等における指定要件に係る提案⑥

＜小児がん連携医療機関に求める要件の概要（案）＞

1. 診療体制

(1)診療機能

- 小児がんに対して標準治療を適切に提供すること。もしくは、特殊な設備を必要とする治療など、施設の特性を生かした小児がん診療を提供すること。
- 適切な安全管理・合併症管理のもとで小児がんに対する治療を実施すること。
- 放射線治療は、他医療機関との連係も含めて適切に提供すること。
- 長期フォローアップに関して、晩期合併症や二次がん、患者及びその家族の相談支援等について、他の小児がん診療機関と連携して提供すること。
- AYA世代にあるがん医療に対しても、他医療機関との連携も含めて適切に提供し、AYA世代のがん医療および支援の質の向上に貢献すること。

(2)診療従事者

- 小児がんの専門知識と経験を有した医師を1名以上配置すること。

2. 相談支援及び情報の収集提供

- 患者・家族ごとの状況に応じた相談支援体制を、都道府県小児がん拠点病院と連携して提供すること。
- 院内がん登録等による情報公開に取り組むこと。

3. 発育及び教育等に関して必要な環境整備

- 療養環境（プレイルームや学習支援）、家族滞在施設などの、発育及び教育等に必要な環境を整備することが望ましい。

4. 臨床研究等

- 標準治療の向上に貢献するため、臨床研究法に則った臨床試験実施体制を整えることが望ましい。

5. 医療の質の評価と安全管理

- 医療法（昭和23年法律第205号）に基づく適切な医療安全管理体制を整備すること。

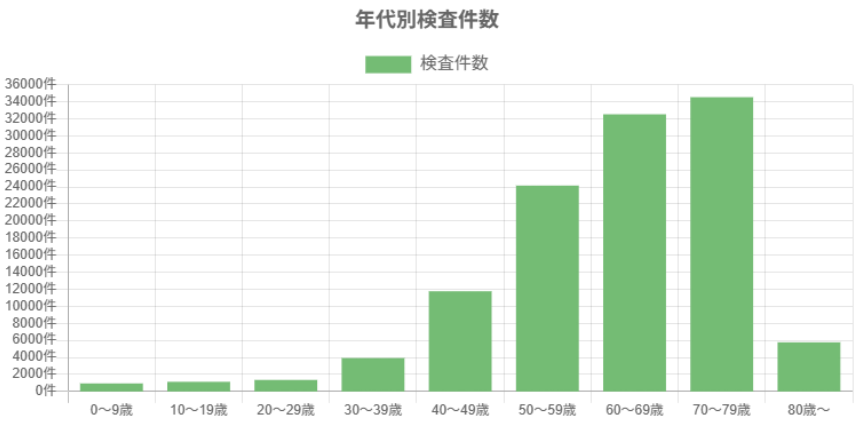
<参考資料>
第3回小児がん拠点病院等の指定要件に関する
ワーキンググループ（令和8年3月26日）（資料2）

小児がんの特性

- 希少ながんの集合
  - 標準治療が確立しにくい疾患や、診断困難例も多い
  - 多施設共同臨床研究により標準治療を構築してきた
- 少子化に伴い罹患数は減少している
  - 15歳未満のがん罹患数 2144人（2016年）→1905人（2023年）
- 生存率は上昇している
  - 小児（15歳未満）がんの5年生存率 82.4%
    - ただし、疾患により差がある
      （例：網膜芽細胞腫 97.6%、脳腫瘍 60.8%）

（2016年 全国がん登録5年生存率報告書より）

    - さらなる生存率の改善とともに晩期合併症の最小化が課題となる
- ゲノム診断が有用
  - 20歳未満に対するCGP検査の実施数は、累計で約2000件（全年齢合計で12万件）
  - 小児がんと親和性の高いCGP検査実装によりさらなる増加がみこまれる
  - 全ゲノム解析等実行計画などによる新たな診断技術の開発も小児がんを「優先すべき疾患」のひとつとして進められている



（C-CAT調査結果 統計情報より）

<参考資料>
第3回小児がん拠点病院等の指定要件に関する
ワーキンググループ（令和8年3月26日）（資料2）

日本における小児がん拠点病院・連携病院システム

小児がん中央機関 (n=2)

小児がん拠点病院 (n=15)

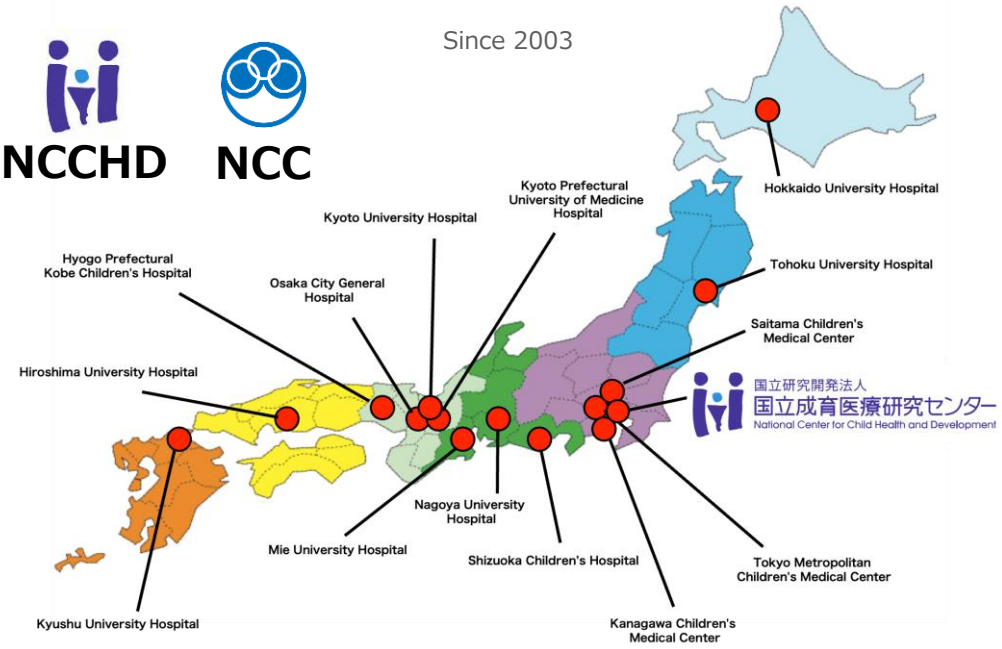
7ブロック

小児がん連携病院 (n=143)

類型 1	類型 2	類型 3
地域の小児がん診療を行う連携病院	特定のがん種、放射線治療を行う連携病院	長期フォローアップを行う連携病院
n=101	n=14	n=28

NCCHD　NCC

Since 2003



類型 1-A　n=53	類型 1-B　n=48

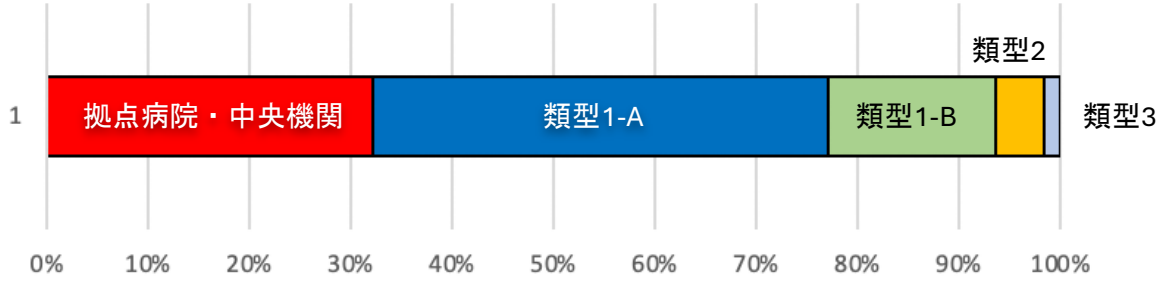
新患数20症例以上

2024.10.31

<参考資料>
第3回小児がん拠点病院等の指定要件に関する
ワーキンググループ（令和8年3月26日）（資料2）

小児がん新入院患者数（2023 現況報告書による）

		病院数 (2025.10)	小児がん新入院患者数 (2023)*				
			血液悪性腫瘍	固形腫瘍	脳腫瘍	Total	
小児がん中央機関		2	373	408	241	1022	32.1%
小児がん拠点病院		15 (14)**					
小児がん連携病院	1-A	54	590	519	320	1429	44.9%
	1-B	48	284	148	95	527	16.6%
	2	14	17	77	57	151	4.7%
	3	29	17	19	16	52	1.6%
Total		161	1281	1171	729	3181	100%



<参考資料>
第3回小児がん拠点病院等の指定要件に関する
ワーキンググループ（令和8年3月26日）（資料2）

オランダの拠点病院は1施設

Princess máxima center
pediatric oncology

項目	オランダ	日本	比較
面積	約4.2万km^2	約37.8万km^2	日本の約1/9 （九州と同程度）
人口	約1,835万人	約1.22億人	日本の約1/7
人口密度	高い （約523人/km^2）	比較的高い （約330人/km^2）	オランダの方が高い
地形	ほぼ平坦	山地が多い	対照的

<参考資料>
第3回小児がん拠点病院等の指定要件に関する
ワーキンググループ（令和8年3月26日）（資料2）

日本小児がん研究グループ（JCCG）
神経芽腫委員会（JNBSG）

わが国の
神経芽腫年間発症数
約150例



参加施設数：120
(2025年 5月現在)

JCCG
The Japan Children's Cancer Group

JNBSG
Japan Neuroblastoma Study Group

2006年設立

<参考資料>
第3回小児がん拠点病院等の指定要件に関する
ワーキンググループ（令和8年3月26日）（資料2）

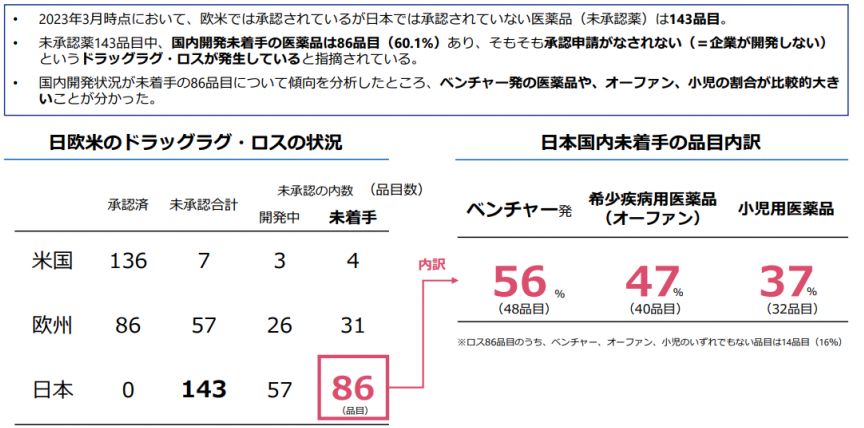
小児がん拠点病院の適正数

- 先進国と比較して日本の小児がん診療施設は多い
- 拠点病院がひとつに集約化されているオランダと比較すると、人口比で7倍、国土面積比で9倍となる。山岳地域が多い地理的な特徴を考慮すると、10施設程度に集約化するのが望ましい
- 都道府県において中核となる都道府県拠点病院（仮）を設置することで地域性に配慮する
- 集約化を行うためには、患者家族の滞在や移動についての経済的な援助が必要となる

＜参考資料＞
第3回小児がん拠点病院等の指定要件に関する
ワーキンググループ（令和8年3月26日）（資料2）

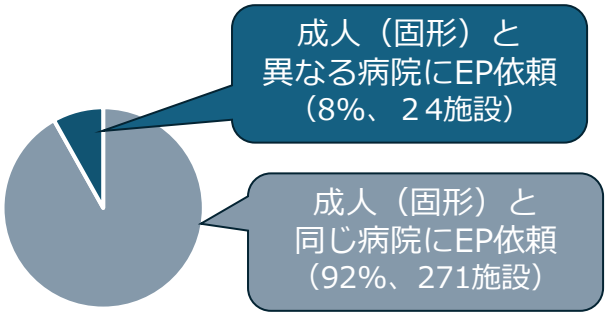
小児がん医療提供体制の課題

- 医療提供体制の課題
  - 小児がん診療の一定程度の集約化と小児がん拠点病院を中心とした地域のネットワークによる小児がん診療体制の整備を進めてきた。
  - 地域の小児がん医療の集約を担う施設として小児がん連携病院が全国に施設設置されているが、各都道府県においての位置づけが明確でない。
  - 高度かつ複雑な小児がん医療を持続可能に提供できる体制のために、施設の適切な役割分担を踏まえた集約化を推進する必要があるが、年間の初回治療開始数が少数の施設がまだ多数ある。
- 治療開発・診断技術開発
  - 小児がんにおいては、治療薬の候補が見つかっても保険診療下で使用できる薬が少ない、参加可能な治験が少ない等、薬剤アクセスの改善が課題となっている。その一方で、小児がんの治験を実施できる施設は限られている。
  - 小児がんのゲノム診断（EPによる結果解釈）のために、「小児がん等への特別対応」が認められており、がんゲノム医療を実施している295施設中24施設（がんゲノム医療拠点病院4施設を含む）が成人がんとは異なる施設にEP依頼をしている。



（第63回医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議 資料2-1より）

- 高度専門医療の開発を担う体制整備と人材育成
  - 治療開発や診断技術の開発を加速させる体制の整備とそれを担う人材育成を進める必要がある。



（がんゲノム医療提供体制におけるがんゲノム医療中核拠点病院等 一覧表（令和8年3月1日現在）より）

<参考資料>
第3回小児がん拠点病院等の指定要件に関する
ワーキンググループ（令和8年3月26日）（資料2）

小児がん拠点病院のあり方（案）

- 再発難治例、希少疾患に対応できる体制が整備されている
- ただし全ての疾患に対応できるオールラウンダーでなくても、特定の疾患について対応できる施設も拠点病院に指定できる
- 理想的な療養環境が担保されている
- 放射線治療については、連携2の専門施設と連携できていれば必ずしも自施設で行う必要はない

これらを都道府県で拠点となる都道府県拠点病院（仮）に求め、新たに指定する小児がん拠点病院（10施設程度）には、これらに加えて、以下の体制を要件とする

- 新規薬剤開発について質の高い治験が行える体制ができている
- それぞれの専門分野の後進を育成するための指導体制および症例数が確保されている
- 地域ブロックすべてに小児がん拠点病院が存在する必要はなく、地域/都道府県の診療拠点を中心に患者の利便性を担保した良質の医療の提供を行う

<参考資料>
第3回小児がん拠点病院等の指定要件に関する
ワーキンググループ(令和8年3月26日)(資料2)

これからの小児がん医療提供体制の構築（案）

医療機関の役割分担と集約化

- **小児がん拠点病院（全国10施設程度）：**
  - 日本の小児がん医療を牽引する高い診療能力を有し、理想的な療養環境整備している。
  - 再発難治例や希少疾患への対応が可能である。
  - 国際共同試験への参画を含む質の高い新規薬剤開発（治験）を担う。
  - 小児がんに特化した薬物療法、専門的な外科療法、放射線治療を担う医療者、看護および多職種における専門人材の育成を行う。
- **都道府県拠点病院：**
  - 症例数の多い疾患の標準治療を均てん化（どこでも同質の医療を提供）する。
  - 都道府県がん診療連携協議会において連携・協力体制を協議するまとめ役となる。
- **連携病院**
  - 都道府県拠点病院と協力し、チームの能力に応じて標準的治療の一翼を担う。
  - 都道府県拠点病院と連携して地域における医療・支援・長期フォローアップを実施する。
  - 特定の専門領域（放射線治療等）において高度な機能をもつ施設も連携病院に指定する。
  - 小児がん拠点病院・都道府県拠点病院と緊密に協力し、質の高い医療を提供する。

診療の質と専門性の向上

- 治療の集約化： 外科手術が必要な固形がんや放射線治療などは、施設を集約してチームの経験値を引き上げ、治療成績を向上させる。
- 開発機能の強化： 国内未承認薬へのアクセス改善や診断技術の開発、早期相開発のための国内ネットワークを構築する。

患者中心の療養環境と継続支援

- 理想的な療養環境：小児がん 拠点病院・都道府県拠点病院を中心に、子どもたちが安心して過ごせる療養環境を担保・整備する。
- アクセスの確保： 地域ブロックの枠を超えた連携により、患者の利便性と良質な医療提供を両立させる。拠点病院への移動や滞在についての支援を拡充する。
- 長期フォローアップ： サバイバーが全国どこへ移動しても継続して支援を受けられる体制を確立する。

第11回がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ
第8回がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ
第4回小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ
令和8年5月28日
資料11

患者・家族の立場から
～小児がん拠点病院等の見直し（案）について～

公益財団法人 がんの子どもを守る会
理事長 増子孝徳

2026年5月28日（木）

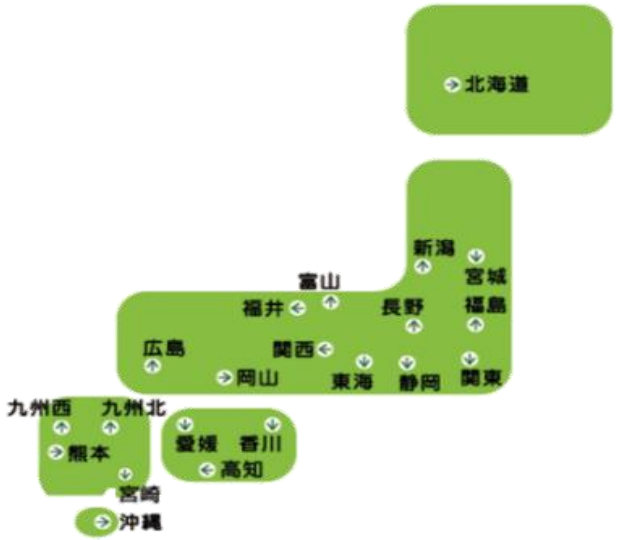
1. がんの子どもを守る会について

1968年にこどもをがんで亡くした父親たちによって設立

- 小児がんが**治る病気**になってほしい
- 小児がんで**苦しむ家族**のいない世の中になってほしい

} という**2つの願い**

会員数：約1,500名
事務所：東京(本部)・大阪
支　部：全国21支部



小児がん患児・家族を支える活動

- ソーシャルワーカーによる相談・カウンセリング
- 療養費の援助
- 治療研究促進のための助成
- 宿泊施設の運営
- 小児がん経験者/がん遺児奨学金の運営
- ピアサポート活動の推進
- 小児がんに関する啓発活動





2. 見直しの方向性(案)について　①都道府県小児がん拠点病院

小児がん患者が、**どこにいても適切な診断・治療にアクセス**できるように；
●**標準的な治療が可能な小児がんの治療**を担い、
各都道府県の診療拠点となる病院の設定（**都道府県小児がん拠点病院**）⇒**“均てん化”**
　　⇒希少ながん種や高度な治療が必要なケースは遅滞無く国の拠点病院等へ紹介することが原則

【都道府県小児がん拠点病院に求められる要件】
- 治療方針の決定
  ⇒希少ながん種や高度な治療が必要なケースは遅滞無く国の拠点病院等へ紹介する方針の決定
- 他施設と連携し標準的な治療を提供する
- 都道府県における小児がん医療連携体制の確保と人材育成
- 域内の長期フォローアップ体制の構築と展開
  ⇒各都道府県の推薦をもとに原則１箇所指定（域内の役割分担が明確であれば複数指定も可）

2. 見直しの方向性(案)について　①都道府県小児がん拠点病院

■期待

- 身近な地域に拠点病院があることで治療面、生活面での安心感につながる
- 病院の機能が明確化されることにより治療の選択肢が増える
- 長期フォローアップが地元地域で充足する

■課題と不安

【地域格差】

- 症例数の違いや連携できる医療機関の差から生じる医療の質の違いをなくすべきである
- 治療中、治療後の療養環境や相談体制について地域間の差をなくすべきである
- 長期フォローアップを受診できる医療機関の地域差をなくすべきである
- 病院へのアクセスでの負担を減らしてほしい
- 診療にあたり都道府県拠点病院に限らず状況により隣県の病院にも通える柔軟な対応をしてほしい

2. 見直しの方向性(案)について　②小児がん連携医療機関

●小児がん連携医療機関の指定

【小児がん連携医療機関に求められる要件】

- 地域における小児がん患者や小児がん経験者の医療・支援
- （或いは）放射線治療等の特定の治療
- 治療について都道府県小児がん拠点病院との連携（D to Dオンライン等）
- 地域の長期フォローアップを拠点病院と連携して実施

2. 見直しの方向性(案)について　②小児がん連携医療機関

■期待

- 身近な場所で最適な治療ができる
- 都道府県小児がん拠点病院と地域医療機関の役割分担が明確化され
  D to D連携等を通じた診療支援の強化になる

■不安と課題

【医療提供体制】

- 長期フォローアップの主体（主治医）がどこか等役割分担を明確にすべきである
- 小児科から成人診療科へのトランジションを十分に体系化すべきである
- 晩期合併症の受診が多科にわたりがち、複数の病院にならないようにしてほしい
- 在宅医療との連携を推進してほしい

【療養環境】

- 仕事を休んでの受診や受診による経済的問題、相談先を探すなど様々な負担が生じている

2. 見直しの方向性(案)について　③小児がん拠点病院の役割

高度な専門性を必要とする診療や治療研究の中心となる施設やドラッグラグ・ドラッグロスの解消に貢献する施設、などの視点での；

●小児がん拠点病院の役割の見直し⇒更なる“集約化”

【（新たな）小児がん拠点病院の要件】

- （ブロックの枠組みを超えた）専門人材育成
- （ブロックの枠組みを超えた）都道府県小児がん拠点病院の支援
- 集学的治療の提供（放射線治療は他医療機関と連携でも可）
- （国際共同を含む）治療研究・臨床試験の中心的役割

⇒ 情報提供及び相談支援等を担う拠点的機能や中央診断体制の充実など、
我が国の小児がん医療・支援を牽引する施設との位置づけ（Center of Excellence）

⇒ 現在の「小児がん中央機関」の機能と併せての再編が必要となる

2. 見直しの方向性(案)について　③小児がん拠点病院の役割

■期待

- 高度専門医療および治験推進機能を担う施設が明確化される
- ドラッグラグ・ドラッグロスの解消と医療の質の向上につながる
- 中央診断機能や情報集約機能の更なる強化により、全国的な診療の質向上になる

■不安と課題

【地域格差】

- 集約化により遠方で治療する患者・家族が見込まれるため利用できる宿泊施設や家族支援を今まで以上に整備すべきである
- 拠点機能の階層化に伴い、患者・家族にとっての受診経路が複雑化する可能性や、地域間での支援体制格差が拡大のリスクをなくすべきである
- 地方で小児がん治療のできる医師が減少しないようにしてほしい

【ドラッグロス・ドラッグラグ】

- 治験、臨床研究について患者・家族に説明や相談できる機能の整備すべきである

3. 小児がん医療提供体制や療養環境について～患者・家族の声～

■不安と課題

【療養環境・相談支援の体制】

- 地域格差をなくすべきである
- 情報を届け必要な相談に応じるため病院相談員(がん相談支援センター)は小児がん患者・家族に全件介入すべき
- 退院後のフォロー体制を確立すべきである
- 各ライフステージにおける支援を十分に整備すべきである
- 経済的支援を拡大、充実させるべきである
- 入院中の付き添い環境を十分に整えるべきである

【小児がん拠点病院等の整備に関する指針関連】

- 指針に記載されていることを機能させるべきである（機能しているかのチェック体制の確立）
- 相談支援体制の地域格差を無くさなくてはならない
- 地域の医療機関との連携を強化すべきである
- 在宅医療の体制を整えるべきである
- 小児がん経験者の就学・就労の支援体制を整備すべきである
- 患者・家族が意見を伝える機会を十分確保すべきである

【教育】

- 医療・教育をつなぐ役割を担うコーディネーターを十分に設置すべきである
  →入退院を繰り返す状況下で、学校・地域社会などとつながりが保てるようにコーディネーター（学校・病院連携支援員）の配置やがん相談支援センターでの対応が不足

患者・家族の立場から
～小児がん拠点病院等の見直し(案)について～

ご清聴、ありがとうございました

公益財団法人 がんの子どもを守る会
理事長 増子孝徳

2026年5月28日（木）

令和８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８年４月 27 日(月)15：30～16：40
場　所：Zoom を利用した Web 会議
出席者：７名
伊江将史(県立中部病院)、宮里浩(那覇市立病院)、山本孝夫（県立八重山病院）
金城達也(琉球大学病院）、安次嶺宏哉(沖縄協同病院)、古波津万里子(沖縄県保健医療介護部健康長寿課)、増田昌人(琉大病院がんセンター)
欠席者：３名
中村陽二(北部地区医師会病院)、浅野志麻(県立宮古病院)、島袋百代（NPO パンキャンジャパン沖縄支部）
陪席者：１名
豊福真理子（琉大病院がんセンター）

【報告事項】
１．令和７年度 第２回医療部会議事要旨について
伊江部会長より、資料１に基づき説明があった。
２．ＡＹＡ世代のがん患者向けパンフレットの周知・活用について
古波津委員より、資料２に基づき、４月から、沖縄県の HP に掲載されているとの報告があった。
３．その他
増田委員から、情報提供として、以下３つの報告があった。
(1) アピアランスケアについて、厚労省課長通知が、都道府県部長宛にあった。今後、都道府県拠点病院は、研修実施と担当者の配置、院内アピランスケア検討会の設置が求められているとの説明があった。
(2) 小児拠点病院とゲノム拠点病院制度の大幅な変更が実施されるとの報告があった。
(3) がん診療連携拠点病院の指定要件が７月末に公表される予定であるとの報告があった。

【協議事項】
１．委員の選任について
資料３のとおり、承認された。
２．部会長、副部会長の選任について
前年度に引き続き、今年度も部会長に伊江委員、副部会長に宮里委員、新たに金城委員が副部会長に決定した。

３．北部・宮古・八重山医療圏における血液内科外来・腫瘍内科外来・放射線治療外来の達成状況について

伊江部会長より、資料 4 に基づき、宮古病院の血液内科外来医師の変更について、確認された。

４．第 4 次沖縄県がん対策推進計画（連携協議会版）の中間評価について

(1) 第 4 次沖縄県がん対策推進計画（連携協議会版）ロジックモデル

増田委員より、資料 5-1 に基づき、説明があった。

(2) 中間評価用データ集について

増田委員より、資料 5-2 に基づき、説明があった。

(3) 評価シートひな形について

増田委員より、資料 5-3 に基づき、ニーズ評価、セオリー評価、プロセス評価、インパクト評価について、説明があった。

(4) 実際の中間評価について

増田委員より、当日資料の配布はなかったが、評価シート作成後、委員の方へ委員等意見欄の記入の依頼があった。

金城委員より、ロジックモデルの運用について質問があり、増田委員より、部会意見を統合し、提案を作成し、連携協議会の議論を経て、沖縄県に提出するとの回答があった。

５．拠点病院の指定要件の変更に対する提案について

増田委員より、拠点病院の指定要件の変更に対する提案について説明があった。

増田委員より、5 月中に各委員へ、満たしていない指定要件について再確認いただくよう依頼があった。

６．次回の開催日程について

5 月下旬開催予定

７．その他

以上

令和８年度 第２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８年６月５日(金)　16：30～17：40
場　所：Zoom を利用した Web 会議
参加者：７名
山本孝夫（県立八重山病院)、中村陽二(北部地区医師会病院)、金城達也(琉球大学病院）、古波津万里子(沖縄県保健医療介護部健康長寿課)、島袋百代（NPO パンキャンジャパン沖縄支部)、徳元亮太（沖縄がん教育サポートセンター)、増田昌人(琉大病院がんセンター)
欠席者：４名
伊江将史(県立中部病院)、宮里浩(那覇市立病院)、安次嶺宏哉(沖縄協同病院)、浅野志麻(県立宮古病院)、
陪　席：２名
酒向摩貴子(沖縄県保健医療介護部健康長寿課)、豊福真理子(琉球大学病院がんセンター)

【報告事項】
１．令和８年度 第１回医療部会議事要旨について
　金城副部会長より、資料１に基づき、説明があった。
２．医療部会委員一覧
　資料２のとおり、確認された。参加した新委員より自己紹介があった。
３.北部・宮古・八重山医療圏における血液内科外来・腫瘍内科外来・放射線治療外来の達成状況について
　増田委員より、資料３に基づき、報告があった。
４．その他

【協議事項】
１．医療部会が所掌する分野の第４次沖縄県がん対策推進計画（連携協議会版）の中間評価について
　増田委員より、資料４に基づき、説明があった。
(1) 中間評価方法について
　増田委員より、当日配布資料に基づいて、5 段階評価の手順（ニーズ評価、セオリー評価、プロセス評価、インパクト評価、コストパフォーマンス評価）について説明があった。
　5 月 8 日の第 1 回連携協議会で修正案が承認された。それを受けて、個別政策評価シートを各部会委員、WG 委員に配布し、意見を収集することとした。7 月 6 日の幹事会、8 月 7 日の第 2 回連携協議会で中間評価報告書の概要を審議すると、説明があった。
(2)「個別施策」の中間評価について

増田委員より、委員の方へ、個別施策評価シートについて、各専門分野に基づく意見等の記入の依頼があった。

２．拠点病院の指定要件の変更に対する提案について

増田委員より、7 月 31 日に拠点病院の指定要件の公表がある。何か要望や提案がある場合は、増田委員にメールまたは電話にて問合せてほしいとの依頼があった。

３．次回の開催日について

6 月末または 7 月初旬開催

４．その他

増田委員より、当日配布資料 6 について協力依頼があった。

令和８年度 第１回沖縄県がん診療連携協議会 離島・へき地部会議事要旨

日　時：令和８年４月 30 日(木)　17：00～18：00
場　所：Zoom を利用した Web 会議
参加者：13 名
赤松道成（北部地区医師会病院)、有銘みどり（北部地区医師会病院)、西原政好（県立宮古病院)、下地千里（県立宮古病院)、山本孝夫（県立八重山病院)、砂川　綾子（県立八重山病院)、友利寛文（那覇市立病院)、吉田幸生（県立中部病院)、古波津万里子（沖縄県保健医療介護部健康長寿課)、真栄里隆代（ゆうかぎの会）戸板孝文（県立中部病院)、増田昌人（琉球大学病院がんセンター)、知念崇（琉球大学病院がんセンター）
欠席者：２名
安次嶺宏哉（沖縄協同病院)、田盛亜紀子（やいまゆんたく会）
陪　席：１名
豊福真理子(琉球大学病院がんセンター)

【報告事項】
１．令和７年度 第３回離島・へき地部会議事要旨について
　赤松委員より、資料１に基づき、説明があった。
２．ＡＹＡ世代のがん患者向けパンフレットの周知・活用について
　古波津委員より、資料２に基づき、報告があった。
３．　その他

【協議事項】
１．部会長、副部会長の選任について
　部会長に西原委員、副部会長に山本委員が決定した。
２．北部・宮古・八重山医療圏における血液内科外来・腫瘍内科外来・放射線治療外来の達成状況について
　増田委員より外来治療について各担当医から状況報告を求めた。
　戸板委員：北部地区医師会病院外科カンファレンスに参加し、潜在的な放射線治療適応患者が多く存在することを確認した。今後もカンファレンスに参加し、適応を検討する方針を報告した。
　知念委員：薬剤師中心の副作用対応マニュアルの作成に取り組んでいると説明した。
　吉田委員：宮古病院では、がん遺伝子パネル検査やセカンドオピニオンの相談をうけているとの報告があった。
　外来の後に、外科及び消化器の先生とカンファレンスを行っているとの報告があった。
　八重山病院では、治療した方のフォローと再発した方の診察をし、がん遺伝子パネル検査やセカンドオピニオンの治療を行ったとの報告があった。

西原委員より、血液内科に関して、県外より県内の医師に診療してほしいとの要望があり、増田委員から、今年度中には、具体的な計画を立てるようにすると回答があった。

３．第 4 次沖縄県がん対策推進計画（連携協議会版）の中間評価について

(1) 第 4 次沖縄県がん対策推進計画（連携協議会版）ロジックモデル

増田委員より、資料 5-1 に基づき、説明があった。

(2) 中間評価用データ集について

増田委員より、資料 5-2 に基づき、説明があった。

(3) 評価シートひな形について

増田委員より、資料 5-3 に基づき、ニーズ評価、セオリー評価、プロセス評価、インパクト評価について、説明があった。

(4) 実際の中間評価について

増田委員より、当日資料は、画面共有で説明があった。

評価シート作成後、委員の方へ委員等意見欄の記入の依頼があった。

４．拠点病院の指定要件の変更に対する提案について

増田委員より、拠点病院の指定要件の変更が、今後行われる予定である。ついては、何か要望や提案がある場合は、増田委員にメールで送ってほしいとの依頼があった。

５．次回の開催日程について

5 月下旬開催予定

６．その他

令和８年度 第２回沖縄県がん診療連携協議会 離島・へき地部会議事要旨

日　時：令和８年５月 19 日(火)　17：00～18：00
場　所：Zoom を利用した Web 会議
参加者：11 名
赤松道成（北部地区医師会病院)、有銘みどり（北部地区医師会病院)、西原政好（県立宮古病院)、下地千里（県立宮古病院)、砂川　綾子（県立八重山病院)、友利寛文（那覇市立病院)、吉田幸生（県立中部病院)、安次嶺宏哉（沖縄協同病院)、古波津万里子（沖縄県保健医療介護部健康長寿課)、増田昌人（琉球大学病院がんセンター）知念崇（琉球大学病院がんセンター)
欠席者：４名
山本孝夫（県立八重山病院)、戸板孝文（県立中部病院)、真栄里隆代（ゆうかぎの会）
田盛亜紀子（やいまゆんたく会）
陪　席：１名
豊福真理子(琉球大学病院がんセンター)

【報告事項】
１．令和８年度 第１回離島・へき地部会議事要旨について
　西原委員より、資料１に基づき、説明があった。
２．離島・へき地部会委員一覧
　資料２のとおり、確認された。
３.北部・宮古・八重山医療圏における血液内科外来・腫瘍内科外来・放射線治療外来の達成状況について
　西原委員より、資料３に基づき、報告があった。
４．その他

【協議事項】
１．離島・へき地における疾患別対応状況について
　増田委員より、資料４に基づき、がん種が増えた報告があった。
２．離島・へき地部会が所掌する分野の第４次沖縄県がん対策推進計画（連携協議会版）の中間評価について
　増田委員より、５月８日の第１回連携協議会で修正案が可決された。それを受けて、６月 23 日までに個別政策評価シートを各部会委員、WG 委員に配布し、意見を収集することとした。７月６日の幹事会、８月７日の第２回連携協議会で中間評価報告書の概要を審議すると、説明があった。
　(1) 第４次沖縄県がん対策推進計画（連携協議会版）ロジックモデルの確認
　　増田委員より、資料 5-1 に基づき、説明があった。
　(2) ロジックモデル進捗管理シートの説明

増田委員より、資料 5-2 に基づき、説明があった。

(3) 評価施策シートの説明

増田委員より、資料 5-3 に基づき、説明があった。

(4) 実際の中間評価のやり方について

増田委員より、資料 5-4 に基づき、説明があった。

(5) 中間評価　説明文書

増田委員より、資料 5-5 に基づき、説明があった。

(6) 個別施策評価シート　施策１離島・へき地への情報提供

増田委員より、資料 5-6 に基づき、説明があった。

(7) 個別施策評価シート　施策２がん診療病院での標準治療

増田委員より、資料 5-7 に基づき、説明があった。

(8) 個別施策評価シート　施策３診療病院への人材配置

増田委員より、資料 5-8 に基づき、説明があった。

(9) 個別施策評価シート　施策４本島への渡航費用等の助成

増田委員より、資料 5-9 に基づき、説明があった。

増田委員より、委員の方へ 5/29 までに色付き箇所の評価シートにご意見等の記入の依頼があった。

３・拠点病院の指定要件の変更に対する提案について

増田委員より、7/31 に拠点病院の指定要件の公表がある。何か要望や提案がある場合は、増田委員にメールで送ってほしいとの依頼があった。

西原委員より、今後の拠点病院は減らす方向になっているか、質問があり、増田委員より、現在の拠点病院の分野が多すぎて予算が限られている。人口の少ない県を優先すること、病院ごとの集約化よりも疾患ごとの集約化の方が効果的である可能性、二次医療圏に空白を生じさせないことが重要であると回答した。

４．次回の開催日について

6 月開催

５．その他

令和８年度 第３回沖縄県がん診療連携協議会 離島・へき地部会議事要旨

日　時：令和８年６月 18 日(木)　17：00～18：30
場　所：Zoom を利用した Web 会議
参加者：12 名
赤松道成（北部地区医師会病院)、山本孝夫（県立八重山病院)、有銘みどり（北部地区医師会病院)、西原政好（県立宮古病院)、真栄里隆代（ゆうかぎの会)、砂川　綾子（県立八重山病院)、友利寛文（那覇市立病院)、戸板孝文（県立中部病院)、吉田幸生（県立中部病院)、古波津万里子（沖縄県保健医療介護部健康長寿課)、知念崇（琉球大学病院がんセンター)
増田昌人（琉球大学病院がんセンター)
欠席者：３名
安次嶺宏哉（沖縄協同病院)、下地千里（県立宮古病院)、田盛亜紀子（やいまゆんたく会)
陪　席：２名
酒向摩貴子(沖縄県保健医療介護部健康長寿課)、豊福真理子(琉球大学病院がんセンター)

【報告事項】
１．令和８年度 第２回離島・へき地部会議事要旨について
　西原委員より、資料１に基づき、説明があった。
２．北部・宮古・八重山医療圏における血液内科外来・腫瘍内科外来・放射線治療外来の達成状況について
　西原委員より、資料２に基づき、報告があった。
　増田委員より外来治療について各担当医から状況報告を求めた。
　戸板委員：北部地区医師会病院において、今年度より月１回カンファレンスに参加し、患者紹介を受け、中部病院での放射線治療を実施している患者が複数いることが報告された。県立八重山病院においても月１回の放射線治療外来を継続して実施しており、本島の医療機関への紹介につながっているとの報告があった。
　吉田委員：宮古病院及び八重山病院において、がん遺伝子パネル検査やセカンドオピニオン対応、カンファレンスによる連携を行っているとの報告があった。
　知念委員：北部地区医師会病院に月１回訪問し、外来診療は行わず、外科カンファレンスに参加し、irAE の個別症例について相談対応を行っているとの報告があった。今後は具体的な対応手順の検討を進める予定であるとの報告があった。
３．その他

【協議事項】

１．離島・へき地部会が所掌する分野の第 4 次沖縄県がん対策推進計画（連携協議会版）の中間評価について

(1) 第 4 次沖縄県がん対策推進計画（連携協議会版）ロジックモデルの確認

増田委員より、資料 3 に基づき、説明があった。

(2) 個別政策の中間評価について

増田委員より、各施策について、委員からの意見を踏まえ、現状と課題について意見交換が行われた。

２　拠点病院の指定要件の変更に対する提案について

増田委員より、7/31 に拠点病院の指定要件の公表がある。何か要望や提案がある場合は、増田委員にメールで送ってほしいとの依頼があった。

現行の施策の効果を評価する必要性を強調し、参加者の意見を取りまとめた上で最終的な部会意見として提出する予定であると説明があった。

３．次回の開催日について

7 月開催

４．その他

離島・へき地におけるがん診療について、「専門外来により一定の診療はできているが、継続的な治療体制には限界がある」との意見があった。

これに対し、「化学療法の継続や副作用対応は現地医師の負担が大きく、月 1 回の専門外来だけでは対応が難しい」との指摘があった。

また、「専門医が不足しており、一部の医師に負担が集中している状況がある」との課題も共有された。

放射線治療については離島での実施が不可能であり、本島医療機関との連携を前提とした体制が機能している一方で、遠隔相談等を含めた連携強化が求められた。さらに、腫瘍内科領域では化学療法の継続管理や副作用対応が課題であり、月 1 回の専門外来のみでは十分な対応が困難であり、月 2 回の実施が理想的であることが確認された。このため、オンコジェネラリストの育成や二人主治医制の導入など、地域と専門医が連携した持続可能な診療体制の構築が必要であるとの認識が共有された。加えて、地域医療機関における人材育成や教育機会の確保、医師間の継続的な連携体制の構築も重要であるとの意見があった。

令和８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８年６月 11 日（木）14：00～16：30
方　　法：WEB
出 席 者：【ZOOM 参加】９名
奥平藤也（県立中部病院）、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）、仲村渠美奈子（北部地区医師会病院）、岩崎奈々子(県立八重山病院)、横田美佐（県立宮古病院）、田場純子(沖縄県保健医療介護部)、友利晃子（琉球大学病院）、大久保礼子（琉球大学病院）
欠 席 者： 間島奈央子（キャンサーフィットネス）、上原弘美（友愛医療センター）、西村克敏(地域統括支援センター）、増田昌人（琉球大学病院）
陪 席 者：なし

【報告事項】
１．令和７年度第４回情報提供・相談支援部会議事要旨（令和８年３月 12 日）
資料１に基づき、奥平委員より、令和７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．今年度の委員について
資料２に基づき、今年度部会長に中部病院 奥平委員、副部会長には琉球大学病院 友利委員と那覇市立病院から糸数委員を選任したことが報告された。部会委員構成は資料の通り。

【協議事項】
１．令和８年度部会計画
資料３に基づき、がん対策推進計画（協議会版）をもとに、部会計画案について検討し承認された。活動計画の詳細については、引き続き検討することとなった。

２．令和８年度地域相談支援フォーラム in 沖縄の開催について
資料４に基づき、友利委員より開催概要案について説明があった。テーマとグループワークの内容について、「自部署だけで抱え込まず」とするより、主語を「相談員自身」とする方が全体のテーマに沿っており、意見が出やすいのではないかと提案がありそのように訂正された。他、新しい案は特になかった。講師は内定したと報告された。

３．第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）中間評価について
資料５に基づき、増田委員不在につき、紙面報告となった。相談支援部会委員へは、ロジックモデル進捗管理シートや個別施策シート評価結果の判定後に、コメント記入を依頼される予定。

【報告事項】

３．第 26 回都道府県がん診療連携協議会 情報提供・相談支援部会

資料 6 に基づき、友利委員より報告があった。

- 令和 11 年の第５期がん対策基本計画の改定を見据えて、３年サイクルの整備指針見直しのスケジュールに変更すると、厚労省の技官より説明があった。ゲノムと小児の整備指針改定も同時に行い、7 月頃にまとめて新整備指針を公表する予定。これまでのがん対策は医療の均てん化を進めてきたが、人口減少や高齢者の増加を踏まえ集約化も推進していく。現在の指針内の望ましい要件のうち充足率が一定数を超えるものは、経過措置の上で必須要件へ格上げすることを検討している。部会としても整備指針改定に向け、運営委員会でロジックモデル案をもとに論点を整理した原案を作成している。5/28 開催の指定要件に関するワーキンググループの資料として協議会(親会)より提出予定である。提案内容としては、①病院幹部や医療関係者に「不採算部門」と誤解されぬよう、日本のがん医療を支える重要部署であることの理解を求める②都道府県および都道府県連携協議会、そして地域の関係者（医療・介護・福祉等）とネットワークを構築し、地域全体で患者、家族等を支えることの重要性を提言する。③多職種の配置、段階的な人員の拡充の検討を提言する。
- PDCA 実施状況チェックリスト全国収集の結果報告があった。あくまで、各施設の実務者による自己評価となっており、自己評価数値が低い箇所は施設の管理者が整備の協力をしていただきたい点と理解して、各県の運営に役立ててほしい。2 年ごとにアンケートを行う予定。
- 部会版ロジックモデル案について。相談支援部会の活動に特化した項目に絞り込めてきた。がん相談の現場の負担感や、現実との乖離、整合性について今後も議論したい。
- ロジックモデルは全体の設計図であり、PDCA チェックリストは日常の活動の改善のツールとして理解してほしい。
- 相談記入シートの改定について、アンケート協力のお礼とともに、がん相談支援センター相談記入シート V.3.0 を提示したことが報告された。今後は入力、集計ツールならびに説明ビデオを作成しがん情報サービスにて掲載予定、令和 9 年 1 月 1 日より運用できる。
- フィードバック体制の整備に向けた共通質問項目が作成された。ロジックモデルの評価指標としても活用できるよう、全国で用いられている項目や過去の研究班作成の項目を参考にした。本アンケートの共通項目は、6 月中旬を目安にがん情報サービス上に掲載する予定である。各地域で既存のアンケートがある場合には、使いやすい形で共通項目を取り入れてもよい。

４．令和７年度第２回がん相談従事者研修会の開催について

資料７に基づき、大久保委員よりがん医療の集約化に関する研修会の開催報告があった。参加者 22 人、所属機関は拠点病院が 15 人、非拠点が 5 人であった。アンケート結果は別紙のとおり。

５．地域統括相談支援センター活動報告

資料８について、紙面報告があった。

６．がん患者ゆんたく会（令和８年1～3月）

資料 9-1～9-3 に基づき、令和８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（玉城委員）

1月2月3月、各回ともリピーターが多く、それぞれの近況を報告し合いながら、和気あいあいとした雰囲気であった。

○那覇市立病院（糸数委員）

1月と3月に開催。1月は外科の先生より「医師とのコミュニケーション」のテーマで講演いただいた。ご家族の立場から、医師の対応について不満を吐露する場面があり、一瞬場の雰囲気に緊張が走ったが、講師の医師が上手に傾聴していた。3月はキャンサーフィットネスの間島さんを講師に招き、椅子に座ったままできる椅子ヨガを教えて頂いた。呼吸法も併せて行う事でリラックス効果があり好評だった。

○琉球大学病院（友利委員）

アピアランスケア、治療中の食事と栄養、乳がん患者会の講演を企画。1月は年明けという事もあり参加者6名と少なかったが、2月3月と参加者が増加。どちらかというと新規の参加者が多かった。

○北部地区医師会病院（仲村渠委員）

2月に開催したが患者さん・家族の参加はなかった。ピンクパンサーから参加があった。今年度は３回開催日を決定し広報。テーマ（勉強会）の検討もしたが、テーマを決める事で内容によっては興味の問題もあり参加しない方もいるのでは？と意見もあり、今年度まではフリートークのみの予定。

７．がん相談件数（令和８年1～3月）

資料 10-1～10-6 に基づき、令和８年１月～3月の各拠点病院のがん相談件数と内容について報告があった。

○北部地区医師会病院（仲村渠委員）

1月 51 件、2月 60 件、3月 50 件。これまでと大きな変わりはない、訪問診療があるため訪問看護との連携が多かった。

○県立中部病院（玉城委員）

1月 107 件、2月 89 件、3月 142 件。相談内容は、在宅調整やホスピスの調整、不安や精神面での相談増えている印象。院外からの相談は少ない傾向。再発がわかった後に通院が途絶えがちになり、ご家族や他機関と連携して訪問診療の導入などを支援してケースがあった。

○那覇市立病院（糸数委員）

1月 121 件、2月 142 件、3月 91 件。相談時間に特徴がある。がんサポート外来で告知後にスクリーニングをする取り組みがあり、そこからの介入依頼で相談員も支援に入るケースが増えた。点滴センターからも社会的な相談依頼が入ることもあり、治療や医

療費だけでなく仕事に関する相談の拾い上げもできている。

○県立宮古病院（横田委員）

1 月 68 件、2 月 71 件、3 月 75 件。相談内容の傾向は変わらない。最近は院内からの相談も増えてきていて、相談支援センターの院内周知が進んできた印象。入院患者さんのご家族と病棟スタッフ間のコミュニケーションを支援するために介入したケースがあった。

○県立八重山病院（岩崎委員）

1 月 66 件、2 月 58 件、3 月 60 件。相談内容の傾向は大きく変わらない。医療費の未払いが発生しているケースについて報告があった。

○琉球大学病院（大久保委員）

1 月 111 件、2 月 103 件、3 月 131 件。短時間の相談が中心になってきており、どちらかというと計画的な相談より、治療前後や診療の隙間時間での相談室利用という特徴が見えてきた。利用回数も新規の方の割合が増えてきた。治療状況の項目でも治療中の方が約４割、治療前が訳３割、に変化している。医療費や収入源への不安はほぼ全患者に潜在的なニーズあり、相談の動機になりやすい印象と報告があった。

８．がん相談件数集計（令和 7 年 10 月～12 月）

資料 10 に基づき、友利委員より、各拠点病院の集計比較について報告があった。

昨年度同時期と比較して、相談件数に大きな変化はない。相談経路は、院内職種からの紹介が多い。治療開始前の利用は微増。がんの部位別の相談内容は、大腸がん、肺癌、口腔・耳鼻咽喉の癌に関する相談が多い。相談内容は、「精神的苦痛・不安に関する相談」が最多、次いで「在宅医療に関する相談」「ホスピス・緩和ケアに関する相談」が多かった。

９．がん相談支援センターの広報（令和 7 年 10～12 月）

資料 11 に基づき、友利委員よりがん相談支援センターの広報について、新聞無料広告欄の掲載状況の報告があった。掲載頻度にはばらつきがあるが、引き続き掲載依頼を継続する。

10．その他

○　友利委員より、がん相談支援センターでの妊孕性に関する相談実施状況について質問があった。各施設からは、件数は年数件程度で、すべてがん相談支援センターを通るわけでなく、別の部署（外来看護、緩和ケア、がんサポート外来等の看護師等）が関わることが多いと回答があった。相談支援センターでは冊子を使いながら補助金の説明や、他機関への調整を行うことがある。情報がなくて相談に来たというよりは、各診療科である程度方針がきまった段階で相談支援センターへ来所し、情報提供の補足や実施施設への紹介を調整する場合が多いと回答があった。施設によっては、医師間で直接連絡を取り合って紹介・調整されている場合もあると回答があった。

○　次回開催について、令和８ 年９月３日（木）14 時からオンライン開催予定。