令和4年度第1回沖縄県がん診療連携協議会
議事次第

日　時：令和４年５月１３日（金）　１４：００～

場　所：WEB開催

議事要旨・委員一覧	資　料	備　考
１．令和４年度第１回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨(4月11日開催)	資料１	Ｐ４
２．令和３年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(2月4日開催)	資料２	Ｐ７
３．令和３年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事録(2月4日開催)	資料３	Ｐ１１
４．令和４年度の協議会・幹事会の開催の日時について	資料４	Ｐ５５
報告事項		
１．協議会・幹事会・部会新委員について	資料５	Ｐ５６
有識者報告		
１．埴岡委員報告	資料６	Ｐ６３
２．天野委員報告	資料７	Ｐ１３３
３．島委員報告		（報告なし）
審議事項		
１．今年度の協議会の活動方針について	資料９	Ｐ１５１
２．北部、宮古及び八重山医療圏における各種がんに対する治療の現状のWeb上の公開について	資料１０	Ｐ１５２
３．第３次沖縄県がん対策推進計画の評価のための医療者調査について	資料１１	Ｐ１６９
４．その他		
報告事項		
２．昨年度の本協議会の実績について	資料１２	Ｐ１９９
３．第３次沖縄県がん対策推進計画(2018～2023)の中間評価について	資料なし	
４．患者会よりの報告	資料１３	Ｐ２０１
５．がん教育について	資料１４	Ｐ２０４
６．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について	資料１５	Ｐ２０７
７．がんゲノム医療について	資料１６	Ｐ２１０
８．沖縄県がん地域連携クリティカルパス適用状況について	資料１７	Ｐ２２１
９．沖縄県がん患者等支援事業の活動報告	資料１８	Ｐ２２２
１０．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について	資料１９	Ｐ２４９
１１．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議		
（１）第７６回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会、令和３年度第２８回薬事・食品衛生審議会薬事分科会医療薬品等安全対策部会安全対策調査会	資料２０ -（１）	Ｐ２８５
（２）第４７回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会予防接種基本方針部会	資料２０ -（２）	Ｐ３１２
（３）第１８回厚生科学審議会予防接種ワクチン分科会予防接種基本方針部会ワクチン評価に関する小委員会	資料２０ -（３）	Ｐ３５７
（４）第１９回厚生科学審議会がん登録部会	資料２０ -（４）	Ｐ３８４
（５）第７８回がん対策推進協議会	資料２０ -（５）	Ｐ３８５
（６）第３４回がん検診のあり方に関する検討会	資料２０ -（６）	Ｐ４９２
（７）第３回 小児・ＡＹＡ世代のがん患者等に対する妊孕性温存療法に関する検討会	資料２０ -（７）	Ｐ５９２
（８）第２０回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会	資料２０ -（８）	Ｐ６１４
（９）第２１回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会	資料２０ -（９）	Ｐ６４３
１３．その他		
部会報告事項		
１．医療部会	資料２１	Ｐ６６７
２．緩和ケア・在宅医療部会	資料２２	Ｐ６７４
３．小児・AYA部会	資料２３	Ｐ６８６
４．離島・へき地部会	資料２４	Ｐ６９３
５．情報提供・相談支援部会	資料２５	Ｐ６９６
６．ベンチマーク部会	報告なし	

令和４年度第１回沖縄県がん診療連携協議会　資料一覧

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

２．令和３年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(2 月 4 日開催)

３．令和３年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事録(2 月 4 日開催)

４．令和４年度の協議会・幹事会の開催の日時について

５．協議会・幹事会・部会新委員について

６．埴岡委員報告

７．天野委員報告

９．今年度の協議会の活動方針について

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

１１．第３次沖縄県がん対策推進計画の評価のための医療者調査について

１２．昨年度の本協議会の実績について

１３．患者会よりの報告

１４．がん教育について

１５．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について

１６．がんゲノム医療について

１７．沖縄県がん地域連携クリティカルパス適用状況について

１８．沖縄県がん患者等支援事業の活動報告

１９．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

２０．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議

（１）第７６回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会、令和３年度第２８回薬事・食品衛生審議会薬事分科会医療薬品等安全対策部会安全対策調査会
（２）第４７回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会予防接種基本方針部会
（３）第１８回厚生科学審議会予防接種ワクチン分科会予防接種基本方針部会ワクチン評価に関する小委員会
（４）第１９回厚生科学審議会がん登録部会
（５）第７８回がん対策推進協議会
（６）第３４回がん検診のあり方に関する検討会
（７）第３回 小児・ＡＹＡ世代のがん患者等に対する妊孕性温存療法に関する検討会
（８）第２０回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会

（9）第２１回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会

２１．医療部会

２２．緩和ケア・在宅医療部会

２３．小児・AYA 部会

２４．離島・へき地部会

２５．情報提供・相談支援部会

資料１

令和４年度 第１回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨

日　　時　令和４年４月１１日（月）１４：００～１５：５０
場　　所　ＷＥＢ会議
構 成 員　８名（出席者６名）

（幹事会委員）以下は「幹事会幹事会運営に関する申し合わせ」第２条の号数

１号委員（がんセンター長）	増田 昌人
２号委員（沖縄県立中部病院）	戸板 孝文（朝倉委員の代理出席）
３号委員（沖縄県立宮古病院）	松村 敏信
３号委員（沖縄県立八重山病院）	菊池　馨
３号委員（北部地区医師会病院）	柴山 順子
４号委員（琉球大学上原キャンパス事務部総務課長）	仲本 律雄

（欠席者）

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

（陪席者）

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

議事要旨・委員一覧

会議に先立ち、増田議長から幹事会委員及び陪席者の紹介があった。

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

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

４．令和４年度の協議会・幹事会の開催の日時について

増田議長から資料４に基づき、令和４年度の協議会・幹事会の開催の日時について確認があった。

報告事項

１．協議会・幹事会委員一覧について

増田議長から資料５に基づき、協議会・幹事会委員の確認があった。

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

審議事項

１．今年度の協議会の活動方針について

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

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

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

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

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

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

３．第３次沖縄県がん対策推進計画の評価のための医療者調査について

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

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

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

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

報告事項

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

増田議長より、各自確認頂きたい旨、発言があった。

６．がん教育について

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

７．がんゲノム医療について

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

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

１０．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

増田議長より、各自確認頂きたい旨、発言があった。

１１．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議

（１）第７６回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会、令和３年度第２８回薬事・食品衛生審議会薬事分科会医療薬品等安全対策部会安全対策調査会

（２）第４７回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会予防接種基本方針部会

（３）第１８回厚生科学審議会予防接種ワクチン分科会予防接種基本方針部会ワクチン評価に関する小委員会

（４）第１９回厚生科学審議会がん登録部会

（５）第７８回がん対策推進協議会

（６）第３４回がん検診のあり方に関する検討会

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

（８）第２０回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会

（９）第２１回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討

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

１２．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について

増田議長から資料２０に基づき、大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について報告があった。

１３．その他

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

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

<u>部会報告事項</u>

１．医療部会

２．緩和ケア・在宅医療部会

３．小児・AYA部会

４．離島・へき地部会

５．情報共有・相談支援部会

６．ベンチマーク部会

増田議長より、各自確認頂きたい旨、発言があった。

以上

資料２

令和３年度 第４回 沖縄県がん診療連携協議会議事要旨

日　　時　　令和４年２月４日（金）　１４：００～１６：２０
場　　所　　ＷＥＢ会議／議長　琉球大学医学部 管理棟３階　大会議室
構 成 員　３０名　（欠席者５）

１号委員	（琉大病院長）	大屋　祐輔
２号委員	（県立中部病院長）	玉城　和光
	（那覇市立病院長）	外間　浩
３号委員	（県立宮古病院長）	本永　英治
	（県立八重山病院長）	篠﨑　裕子
	（北部地区医師会病院長）	諸喜田　林
４号委員	（沖縄県医師会長）	安里　哲好
５号委員	（沖縄県歯科医師会長）	米須　敦子
６号委員	（沖縄県薬剤師会長）	前濱　朋子
７号委員	（沖縄県看護協会長）	平良　孝美
８号委員	（沖縄県政策参与）	対象者なし（構成員外）
９号委員	（沖縄県保健医療部長）	大城　玲子（欠席）
１０号委員	（琉大がんセンター長）	増田　昌人
１１号委員	（琉大がんセンター運営委員会委員長）	青木　陽一
１２号委員	（琉大医療福祉支援センター長）	平田　哲生（代理）
１３号委員	（琉大薬剤部長）	中村　克徳（代理）
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）	鬼村　博幸
１６号委員	（県立中部病院副病院長）	前田　純子
	（県立中部病院血液腫瘍内科部長）	朝倉　義崇（代理）
	（那覇市立病院外科統括科部長）	宮里　浩
	（那覇市立病院外科部長）	友利　寛文
１７号委員	（県立宮古病院外科部長）	松村　敏信
	（県立宮古病院副院長）	見里　悟美
	（県立八重山病院消化器内科部長	菊池　馨
	（県立八重山病院副院長）	平良　美江
	（北部地区医師会病院副院長）	柴山　順子
	（北部地区医師会病院看護部長）	我如古　春美
１８号委員	（沖縄県がん患者会連合会事務局長）	安里　香代子
	⑴ゆうかぎの会(離島圏におけるがん患者支援を考える会)会長)	真栄里　隆代
	（サバイバーナースの会「ピアナース」代表）	上原　弘美
	（パンキャンジャパン沖縄アフィリエート）	島袋　百代
１９号委員	（国際医療福祉大学大学院教授）	埴岡　健一
	（一般社団法人ｸﾞﾙｰﾌﾟ・ﾈｸｻｽ理事長）	天野　慎介
	（琉球新報編集局次長・報道本部長）	島　　洋子
２０号委員	（琉大病院小児科講師）	百名　伸之（欠席）
	（那覇市立病院放射線科部長）	足立　源樹

陪　席　者	沖縄県保健医療部健康長寿課がん対策班	新垣　真太郎
	沖縄県教育庁保健体育課長	城間　敏生
	県立中部病院放射線治療センター長	戸板　孝文

（以下、Ｚｏｏｍ傍聴申込）
ハートライフ病院、琉球新報社、沖縄タイムス社、ほか

資料確認等

１．令和３年度第４回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨（令和4年1月17日開催）
２．令和３年度第３回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨（11月19日開催）
３．令和３年度第３回沖縄県がん診療連携協議会議事録（11月19日開催）
４．協議会・幹事会委員一覧
５．令和４年度の協議会・幹事会・部会の開催の日時について

増田委員（10 号委員）から資料について確認があった。

有識者報告事項

１．埴岡委員報告

埴岡委員（19号委員）から資料6に基づき、沖縄県の健康寿命、死亡率、罹患率、がん早期発見率、化学療法実施量などを2010年時点と2019年又は2020年時点とを比較し、懸念すべき内容が報告された。また、今後の予測とそれに伴う準備及び予防について説明があった。

なお、今後の予測や動向をより正確に把握するためには、各種データを検証し、更新し続けるとともに、危機感を持って予防策を推進することが望まれるとの見解が示された。

（主な意見等）
Q.（島袋委員、上原委員（18号委員））どのように、がんの早期発見を増やすことができるか。
A.（大屋議長）早期診断や早期検査の率を上げるよう推進することが望まれる。
A.（安里委員（4号委員））記者会見等メディアを通じて、早期診断や早期検査の率を上げるよう広報していくことはどうか。
A.（増田委員）すい臓がんを例にすると、糖尿病の悪化要因の1つにすい臓がんの可能性を疑うなど、当該医師との共通認識の強化等も進める必要がある。
A.（本永委員（3号委員）宮古病院では、すい臓がんの早期発見を目的に、開業医を含めた研修会を実施した。
A.（青木委員（11号委員）子宮体がんが急増したことと、肥満や糖尿病との関係について改めて調査したい。

２．天野委員報告

天野委員（19号委員）から資料7に基づき、以下３件の報告があった。

また、大屋議長から②について祝辞があり、③について院内の状況確認を進めるとの回答があった。

①令和4年3月20日～21日にかけて、第4回AYAがんの医療と支援の在り方研究会学術集会を開催する。
②天野委員が、長年のがん患者支援活動や情報発信等の功労から2021年度の日本対がん協会朝日がん対象を受賞した。
③患者申出療養制度について、沖縄県内医療機関には未だ設置されていない状況が続いているとの指摘があった。

審議事項

１．当協議会専門部会の各 WG に関する申合せについて

増田委員から資料８に基づき、本協議会部会のいくつかの部会に既に設置しているワーキンググループについて、申合せ内に明記したいとの提案があり、原案のとおり承認された。

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

増田委員から資料９―１～３に基づき、北部、宮古及び八重山医療圏における各種がんに対する治療の現状の Web 上に公開することで、多くの治療は当該医療圏で対応可能だと在住者へアナウンスしたいとの提案があり、審議の結果、一部修正のうえ本件を掲載することが承認された。また、今後内容や見せ方について、検討を続けることとなった。

（主な意見・要望等）
・当該地域に配属された医師の専門性で治療可否に影響があることから、ＷＥＢ掲載内容についてある程度確認する頻度を保つことが必要になる。
・△（一応可能）がどの程度可能か、分かりづらい。
・がん種によって、沖縄本島内の一部の医療機関に集約して対応した方が望ましいものがある。今回の掲載内容で、離島である程度の治療に対応できることが、離島で本島と同様の治療が可能であると誤認識しないよう、注意いただきたい。

（その他）
Ｑ．オンラインでのセカンドオピニオンについて県内で進展があるか。
Ａ．琉球大学病院でＺＯＯＭを用いた方法で準備中である。

３．第3次沖縄県がん対策推進計画の評価のための医療者調査について

増田委員から資料１０－１に基づき、１０―２の資料が有用であったことから、沖縄県として同様の調査を実施していただけないか検討依頼があった。また県での対応が困難な場合は、本協議会で実施して良いかとの提案があった。沖縄県として本調査を実施する予定がないとの回答を得、審議の結果、本協議会として調査を進めることとなった。

報告事項

１．今年度の本協議会の実績について

増田委員から資料１１に基づき、今年度の本協議会の実績について報告があった。

２．患者会からの要望書に関する対応について

増田委員から資料１２に基づき、患者会３団体から本協議会への要望書について進捗報告があった。

（今回報告のあった項目）
・ＷＥＢを利用したセカンドオピニオンについて、琉球大学病院で ZOOM を用いた方法を検討している。

２.第３次沖縄県がん対策推進計画(2018～2023)の中間評価について
３.沖縄県におけるがん対策費について（平成２８年度～令和３年度の予算及び決算の推移）
４.患者会よりの報告
（報告なし）

５.がん教育について

沖縄県教育庁保健体育課長の城間氏から、資料１３に基づき、がん教育の進捗状況について報告があった。また、今年度で文部科学省からの委託事業は終了となるが、引き続き、がん教育の普及啓発していく旨の発言があった。

６．がんゲノム医療について

増田委員から、資料１４に基づき、がんゲノム医療外来について進捗報告及び紹介依頼があった。

７.がんゲノム医療について

増田委員から、資料１４に基づき、北部地区医師会と琉球大学、県立中部病院と八重山病院及び宮古病院の定期的なカンファレンス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）

８.沖縄県がん地域連携クリティカルパス適用状況について

９.沖縄県がん患者等支援事業の活動報告

１０.沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

１１.厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議

（１）第７７回がん対策推進協議会
（２）第２８回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会
（３）第１８回厚生科学審議会がん登録部会
（４）第５回がんとの共生のあり方に関する検討会
（５）第３回がんの緩和ケアに係る部会
（６）第４回がんの緩和ケアに係る部会
（７）第７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
（８）第３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
（９）第１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

増田委員から資料１８―（１）～（９）に基づき、厚労省におけるがん関連審議会及び各種会議についての報告があった。

１２.その他

増田委員から、本会及び本会幹事会での協議事項又は報告事項があれば、本協議会担当まで連絡するよう案内があった。

<u>部会報告事項</u>

１.緩和ケア・在宅医療部会

増田委員から資料１２に基づき、大腸がん死激減プロジェクト連絡会議から、医師向けの大腸がん相談室を開設したとの報告があった。

（以下については、紙面報告となった）

２.小児・AYA部会

３.離島・へき地部会

以上

資料３

令和３年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事録

日　　時　　令和４年２月４日（金）１４：００～

場　　所　　ＷＥＢ開催

○大屋祐輔議長（琉球大学病院　病院長）

皆さん、こんにちは。琉球大学の大屋です。それでは、令和３年度第４回沖縄県がん診療連携協議会を始めたいと思います。

それでは、まず資料の確認となります。今日は、資料はお手元に届いておりますＰＤＦで、全体資料の資料が１つと、追加資料といたしまして資料７と資料９の差し替え分が入って、２つが資料となっております。

それでは、審議に入りたいと思います。増田委員から特に１～３の議事要旨の確認等々を報告いただきたいと思います。よろしくお願いします。

議事要旨等

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

２．令和３年度第３回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(11月19日開催)

３．令和３年度第３回沖縄県がん診療連携協議会議事録(11月9日開催)

４．協議会・幹事会・部会委員について

５．令和４年度の協議会・幹事会の開催の日時について

○増田昌人委員（琉球大学病院がんセンター　センター長）

琉球大学病院がんセンターの増田です。よろしくお願いいたします。

皆様の画面には、本日の第４回協議会の議事次第を共有させていただいておりますが見えていますでしょうか。

まず議事要旨等に関しましては５つありまして、資料１の１月17日に行われました第４回幹事会の議事要旨及び前回、11月19日に開かれました第３回の協議会の議事要旨及び議事録が資料１～３までそろっております。またそれぞれご確認いただきまして、もし間違い等がございましたら事務局の増田までご連絡をいただければと思います。

では、議事要旨の４番、協議会・幹事会・部会委員になります。特に大きな変更はございませんので、それぞれご確認をいただければと思います。

では、資料５の62ページをご覧いただけますでしょうか。来年度の第１回から第４回の

本協議会の開催日程を例示しております。基本的には５月、８月、11月、２月の第１金曜日という取り決めがございますが、今回の５月はゴールデンウィーク、そして11月は自治体病院等の学会がございますので、それぞれ日にちを５月13日と11月18日にずらしております。それぞれご確認をいただきまして、もしご都合が悪いようでしたら事務局にご一報をいただければと思います。報告事項等は以上になります。

○大屋祐輔議長

増田先生、どうもありがとうございました。日程についてもご報告をいただいたところですけれども、来年度は対面、もちろんいろいろ遠方の方はＷＥＢ等を併用して、さらに議論を深めたいという希望も持ちつつ、このような日程になっておりますのでご確認のほうをよろしくお願いいたします。

それでは次に、有識者報告へ移りたいと思います。まず最初に、埴岡委員よりご報告をいただきたいと思います。よろしくお願いします。

有識者報告

１．埴岡委員報告

○埴岡健一委員（国際医療福祉大学大学院　教授）

埴岡です。では、始めさせていただきます。

沖縄県がん対策のデータのアップデートということです。これまでも何度かデータをご紹介していますけれども、比較的新しく公表されたものを中心に少しご紹介をして、議論のご参考になればということです。

今日ご紹介するのは５つになります。１つは健康寿命、それからがんの死亡率、罹患率、がんの進展度、すなわち早期発見率です。それからトピックとして化学療法の実施を示すデータを見たいと思っています。

まず健康寿命は、沖縄の皆さんに改めて言うまでもないんですけれども、健康指標が悪化しているといわれており、その中の代表的な値の１つ、健康寿命を見てみたいと思います。これが悪くなることにがん対策が影響を与えると良くないですし、これが改善するのにがん対策が寄与すればいいというようにも捉えられると思います。

2010年、男性は健康寿命が47都道府県でベスト寄りの14位だったんですけれども、2019年、直近のデータを見ますとワースト８になっているということで随分悪くなっています。

女性に関しても2010年はベスト４だったのが真ん中ぐらいになってきており、今後、右側のほうになっていくことが懸念されるということです。健康県のイメージがあった沖縄県ですけれども､不健康県になりつつあるということで今､下がっていっていますけれども、Ｖ字回復が望まれるということでした。

ここからはがん対策になりますけども、がんの死亡率です。2020年のデータが出ておりますので既に見られているかもしれませんが、確認しておきたいと思います。全部位と大腸がん、胃がん、乳がんです。このグラフですが、47県のグラフを示しますと煩雑ですので、真ん中あたりに全国値、それから一番上のワースト県、それから一番下にベスト県、それから当該沖縄県を示しています。

これは全部位の男女になりますが、全国を上回ってきまして、がんが少ない県からがんが多い県になってきています。３年で見てもそういうふうになります。男性だけを見ましても上回っておりますし、女性だけを見ても上回っております。

部位別に見ていきますと、大腸がんはやはり従来から話題になっておりますけれども、死亡率がかなり高位になっています。３年で見ても同様です。大腸がんの女性は比較的問題は少ないと見ていたんですが、単年ではワースト並みになってきております。３年平均でも全国値より悪い局面になってきています。大腸がんのうちで結腸がんと直腸がんに分かれますが、結腸がんのほうが悪いという認識があったと思いますが、やはりワーストクラスになっています。

女性の結腸がんは比較的問題が少ないかと思ったんですが、単年度では非常に悪い数値が出ています。３年平均でもワースト方向に向かってきております。胃がんはこれまで死亡率でベスト県、最も低かったんですけれども、そうではなくなったのが１つのエポックになります。全国が大幅に減少してきているのに沖縄では横ばいですので、ベスト県からベストではない県、中位の県になってくるということです。胃がんの女性も単年で全国値を上回ってきております。乳がんに関しては全国値並みの状況です。

白血病は、沖縄県としては気にしたいところなんですが、男性は急減していますが、全国値よりまだかなり高い。女性は減少していますが、依然としてワーストクラスであることがわかります。

まとめますと、沖縄県はがんが少ない県から全国並みの県になっている。大腸がんに着目しますと、特に直腸がんが高位である。胃がんはこれまであまり留意していなかったかもしれませんが、全国で減少する中で横ばいなのでベスト県から中位県になっております

し、もともと胃がんはボリュームがありますし、沖縄の人口動態を見ますと、これから留意していくことかもしれないところです。

罹患率になります。罹患率が高いところがあるか確認しておきたいと思います。罹患が高いということは死亡率の先行値の側面もあると思いますし、罹患でかかった方がいるということはかからないようにするために予防しないといけないですし、かかるならば早期発見しないといけないですし、かかってしまったらしっかり治療しなないといけない。その体制を整えなければいけないということかと思います。

部位別に見ていきますが、大腸がんはワースト５の罹患率。内訳を見てみますと、縦が年齢階層。ここが男性で、全国と沖縄の数値の比率。沖縄は50－54歳で1.4倍、４割増しの患者さんが発生している。赤文字のところは全国より多い発生状況ということです。

結腸がんはワースト３で、大腸がんの中の結腸に問題があるのは依然としていえそうです。結腸がんの年代別を見てみますと、50歳前半で1.7倍の罹患が見られる形で、やはり男性、働き盛りの結腸がんに着目が必要かと。直腸は比較的ベターかと思いますが、やはり年代別の内訳を見ると50－59歳､直腸がんも全国の1.4倍ということで気にする必要があるかと思います。

乳がんは先ほど死亡率が中位と言っておりますが、罹患はワースト３なので、10年後の死亡率がどうなるかということで留意が必要かと思われます。年代別罹患を見ますと45－49歳で全国の25%増しぐらいになっているということです。

子宮がんは２位を大きく離したワースト１になっております。子宮がんは子宮頸がんと子宮体がんを含んでおります。分けて見ますと、子宮頸がんもワースト１になります。子宮頸がんの罹患の年代別を見てみますと､30歳から70歳までずっとかなり多く､1.6倍や1.9倍の状況であることがいえます。子宮体がんもワースト１になります。

その他のがんをざっと見ておきますと、口腔・咽頭がんも罹患がワースト１、胆のう・胆管がんの女性はワースト４。皮膚がんは男性がワースト３、女性はワースト１。腎・尿路がんの女性はワースト５。白血病は男性がワースト３、女性はワースト11位となっております。

このように、罹患率ワースト１の部位がありますし、ワースト５以内も多数あるということで、予防が可能なものは予防を強化、罹患が高い場合は早期発見を、診断された患者には最適な治療を提供したい。

黄色にマークしたところは誤植がありましたので訂正をお願いします。

沖縄は人口動態的に今後、がん好発年代が増えますので非常に懸念されるところです。

では、早期発見の状況はどうかと言いますと、全国がん登録で見ておきたいと思います。このグラフの見方は、紫っぽいところが限局、早期発見に該当するかと思います。進行に沿ってリンパ節転移、隣接臓器浸潤、そして遠隔転移ということで、下の帯の幅が広いほうがいいかなと。黄色いラインが全国値ですので、この紫の端が下回っていると早期発見が良くないと。上回っていると良い、下回っていると問題ありという見方になります。

肺がんは全国34.1、黄色い線のところ。沖縄県は紫の端で30.4、全国を横に見てもワースト３の早期発見率。

それから胃がんに関してはワースト１。かなり大きく水をあけてワースト１になっているのが注意点になります。

大腸がんも全国値より低いです。結腸がんは全国の早期発見率よりかなり低い。

ちなみにステージング、３つの言い方がありますが、治療前の病気進展度、術後の進展度、治療前にわかっていたものに対して、術後でより正確なものが出れば、それを合わせて総合を出しますが、今日は総合のところで見ております。これは１例の結腸がんで、その全体像がどうなっているかを見ておりますので詳細を見たい方はこちらをご覧ください。

続けますと、直腸がんは、ちなみに沖縄は早期発見率が全国より高かったです。口腔・咽頭がんも早期発見率が低め。それから食道がんは断トツのワースト１の早期発見率になっています。膵臓がんもかなり差があるワースト１であります。そして喉頭がんも低い。子宮体がんも低い。前立腺がんも低いということです。

早期発見率が低い部位が多い。それから特に死亡率が高い。もう１つ誤植があります。

あるいは罹患率が高い部位について、早期発見率が低いならば注意が必要である。大腸がんに着目すると結腸がんは早期発見率が低いということもあります。これまであまり留意していなかったかもしれませんが、胃がんの早期発見率が全国で最も低いことは留意する必要がありそうです。

最後に１つのトピック、切り口になりますが、がん化学療法の実施量について見ておきます。以前から話題になっておりますけれども、医療の質を点検する際の有力材料として、ナショナルデータベースの標準化レセプト出現比、実際に医療がどの程度行われているか、見ることができるようになっています。また、今日ご紹介されるようなわかりやすいデータも出ておりますのでチェックが必要かということです。

この後、出てくるグラフの見方です。横軸が左に行くほど使用量が少ない。右に行くほ

ど多い。100は全国値を示していますので、薬ごとに帯と数値の点が出てきますが、この青い丸が右に行くほど使用量が多いということになります。それから帯が狭いときは全国の使用量が多いとき、帯が広いと全国の使用量が少ないということになりますので、帯が小さくて右にあると全国の使用量が多くて、沖縄でも多く使われている。帯が小さくて左にあると、全国で結構使われているのに、沖縄ではあまり使われていない。帯が広くて右に飛び出していると、全国ではあまり使われていないのに、沖縄ではすごく使われている。この場合は全国でも沖縄でも少ないことになります。

ウェブサイトで公開されているこちらのデータを見ますと、これは乳がんが主傷病名になっているときの入院での使用量です。さまざまな薬が並んでおります。薬ごとに帯と点があります。このように帯が狭くて左にあるということは、全国の使用量が多くて、沖縄の使用量が少ないということ。帯が小さくて右に飛び出していると、全国の使用量が多い中で沖縄の使用量がさらに多いということ。それから帯が比較的長くて右に飛び出している場合は、全国の使用量が少ないのに、沖縄の使用量が多いということになります。

私は実際の治療法はわかりませんが、専門医や詳しい方が見れば、どれがガイドラインに載っている標準治療であり、どれが新しい薬であるか、そういうことがわかって評価が可能ではないかと思います。

これは乳がんの外来の場合です。同様に大腸がんの入院と外来、胃がんの入院と外来を示しておりますが、このようなデータが各種出ておりますので、専門家と患者さん、皆さんで定期点検が必要かということでご紹介しました。

こういうデータで医療の質､標準治療を定期的に点検することができ､少な過ぎる使用、多過ぎる使用などがチェックできるかと思います。ガイドライン、登録レジメンとの対比チェック、あるいは新薬の市販後ラグが生じていないかなどがわかるかもしれません。

以上です。データを見る限り、懸念事項、ひょっとしたら問題かもしれないということがたくさん発見されますので、さらなるデータ、情報、意見の収集で問題点を発見し、対策を練ることが必要かなと。この協議会の役割も非常に大きいのではないかと思うところです。以上となります。

○大屋祐輔議長

埴岡先生、ありがとうございました。非常に貴重なデータをご提示いただきました。

いかがでしょうか。せっかくの機会ですのでご質問等がございましたらお願いいたしま

す。最前線で実際にこういう治療を担当されている方がいろいろあると思う。

パンキャンの島袋さん、どうぞ。

○島袋百代委員（パンキャンジャパン沖縄アフィリエート　支部長）

膵臓がん支援団体のパンキャンジャパン沖縄支部の島袋といいます。

今のご報告の中で、膵がんの早期発見率が沖縄はワースト１という報告があったんですけれども、もともと膵がんは腹部エコーでも早期発見がかなり難しいといわれていますけれども、本年度は当団体も結構、全国的に早期発見に焦点を当ててセミナー等を開催していこうという話も出ていて、沖縄支部も患者会として何かしないといけないと思っているんですけれども、県や医師会で伝達というか、何かできることはありますでしょうか。ちょっと教えていただきたいんですけれども、何かご意見をよろしくお願いいたします。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。

現在､ここに携わっている方がおられたらご発言をいただきたいところではありますが、いかがでしょうか。

多分、早期発見ということになれば嚢胞性疾患の段階から見つけていくということで、それなりにがんに変わってしまって大きくなっていたらどうしても転移や浸潤があると思うので、ご指摘いただいたようなエコー、それからＣＴによる検査が必要なんですが、そういう検査機関に対してどれだけ行けるのかということですよね。

安里先生、どうぞよろしくお願いします。

○安里哲好委員（沖縄県医師会　会長）

沖縄県の安里でございます。私からの質問と、今、質問されたことへのお答えですけれども、沖縄県医師会としてどうかという感じです。

沖縄県で働き盛り世代を見てみますと、やはり大腸がん、女性特有の乳がん、子宮頸がんが多いんですね。今日の発表もそうですけれども、本当に働き盛り世代の方々がそういう状況にあることは把握しております。沖縄県医師会は働き盛り世代で亡くなる方の１位が高血圧関連疾患ですから、そこにターゲットを絞ってやっている現状がございます。

今度は質問でございますけれども、やはり働き盛り世代の30代、40代、50代、60代の方

が大腸がん、乳がん、子宮がん、頸がんですか、こういう状況を増田先生に記者会見していただきたいと思います。コロナがあるのでちょっと薄くなると思いますが、第６波が収束した時点でこの現状を国民に強く訴えて理解を求めていっていただきたいと思います。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。今回の結果がある程度出そろった時点で記者会見、または医師会の中で記者との懇談会のときにこういうものを出して、マスコミの皆さんと一緒にどうやって県民に知っていただくかということを考えていくのがよさそうかなと。

増田先生、具体的にいつ頃、何かどういうふうになるかというのは、いかがでしょうか。

○増田昌人委員

安里会長がおっしゃいましたように、第６波の収束がもしできましたら、その場合は県医師会が主となってやっていただけると、私たちもそこに加わるような形がいいのかなと思っております。確かにこういうことは早めにメディアを通じて全県民の皆さんにお伝えしたほうがよろしいかと思っております。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。ここはまた相談して、その方向で進めていきたいと思います。

○埴岡健一委員

今日の発表を受け止めていただいて、新しいアクションにしていただいてありがとうございます。やはり発表していただいて、県民と医療者の意識が変わるといいなと思います。

先ほどご質問がありましたが、膵臓がんを前線の先生が疑う、疑わないというのがあると思うんですよね。膵臓がんを疑わなくていいかなと思うときと、やはり膵臓がんの罹患がこんなに高くて、早期発見が沖縄はワーストなのかという知識があると、もうちょっとエコーをしっかりしようとか、ちょっと検査をしようとか、ほかの病院にも紹介するようになると思いますので、医療者の方にも注意していただいて、そして県民も積極的に診療を受けるようになるといいと思いますので、本当に素晴らしいご提案をいただいたと思いました。感想です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。大腸がんに幾つか取り組んでいる医療機関等々、先生方、専門医の間で方向性を出して、どうやって減らしていくかを考えていると思いますが、同様に早期発見という意味で、膵臓がんに関しては、やはりＩＰＭＮを嚢胞の段階からフォローして発見することだろうと思うので、実際にどういうときに疑うのか、どういう検査をしていったらいいのかを県民、それからかかりつけ医等々が知っていただくような、まずはパンフレットなり何なりを出していくことになりますが、そこをどういう主体で出していくかは今後、また沖縄県とも話しながら進めていったらいいかなと思っております。

どうぞ、増田先生。

○増田昌人委員

付け加えますと、生活習慣病で糖尿病の方を診ているがんの専門以外の先生方が多数いらっしゃると思うので、その先生方へ、例えば糖尿病が理由なく急に悪化した場合はまず膵臓がんを疑わなくてはいけないので、その辺の共通認識をもう少し高めていく必要もあると思いますので、事務局でもまた検討させていただいて、医師会としてまたやっていきたいと思います。以上です。

○上原弘美委員（サイバーナースの会「ぴあナース」　代表）

「ぴあナース」の上原です。

今のお話に追加なんですけれども、埴岡先生からのご発表の中で、がん罹患率や早期発見率のワーストが多いことにとても驚いております。ここはやはり何か対策をということで、先ほど医師会の安里先生からも記者会見をというお話もありました。

その中で、早期発見率のワーストのところは、この２年間、コロナ禍でがん検診の受診率が低下したのともしかしたら関連があるのかなという思いもありまして、以前に国立がん研究センターからもコロナ禍で新たにがんを罹患された患者数が減少されているという発表もありましたので、そのあたりを踏まえて県民の皆さんにがん検診ですね。がん検診は不要不急ではないかなと思っておりますので、何かしらの形で啓発、コロナだけではなく、がん検診も命を守るためにとても大切であるということをお伝えできるような広報的な活動も必要ではないかなと思っておりますのでよろしくお願いしたいと思います。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。そのとおりにみんなでしっかり進めていきたいと思います。

いかがでしょうか。早期発見の重要性は、がん診療の基本中の基本ではあるんですが、そこが少し不十分な部分があるということなので、医師会を含めて我々医療者もしっかり取り組んでいくべきところかなと思っております。診断と、それから人間ドックをしっかり受けていただくということです。

青木先生、よろしくお願いします。

○青木陽一委員（琉球大学病院がんセンター運営委員会　委員長）

琉球大学病院の青木ですが、先生、素晴らしいデータのご提示をいただきましてありがとうございました。

子宮頸がん、体がんはいつの間にか多くなっていてちょっとびっくりしたんですが、頸がんは、一時は全国とほぼ同等だと思っていたんですが、また一気に増えてしまった感じがします。沖縄の子宮体がんは、10年前はどちらかというと少なかったんですよね。それが今は圧倒的にトップになっているのを見て、これは糖尿病の人や肥満の人が多かったり、体がんは検診がないので早期発見がなかなか難しいんですが、出血の症状等があると比較的早期に見つかるんですが、ベースに沖縄県の肥満の方や糖尿病の方が多いことがあるので、改めて調べてみようと思いました。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。私も体がんが多いのはびっくりしたんですが、肥満か糖尿病で多いがんのうちの１つということは確かでございますので、そういう影響が沖縄はしっかり出てきたのかなと思います。

まず埴岡先生の追加発言のほうから。その後、安里様のほうに行きましょう。

○埴岡健一委員

上原さんからコロナの懸念が出ておりましたが、今日ご紹介したデータは2018年や19年ですので、まだコロナの結果はわからないんですけれども、本当にコロナの影響よりもがんに与える影響のほうが患者さんへの犠牲ということでは大きくなる懸念もあると思いま

すので、今後、がん登録などをより詳細に見て、診断される方が減っていないか。そして早期発見率が下がらないか。そのあたりを精密に見ていく局面だと思いますので、がん登録やその他のデータをしっかり見ていく必要があるという共通認識が必要だと思いました。それだけです。以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。埴岡先生にデータを取りまとめていただいていますので、ここを取り組む方向性が見えて私どもも本当に助かっております。

安里様、先ほど挙手がありましたのでお願いします。

○安里香代子委員（沖縄県がん患者連合会　事務局長）

患者会の安里です。よろしくお願いします。

今の資料はとてもいい情報提供ができるなと思っていますが、私たちがこれまでやってきたサロンやフォーラムの中でも乳がんや子宮がんの患者さんがかなり参加してくださるんですね。もちろん皆さんは検診が必要だというのはお話の中であるんですが、もっと基本的な生活の面での注意事項が普通の会話として話せるような部分はないのかなと。要因として何か考えられる、私たちが情報提供できるものがあれば、どなたか教えていただきたいです。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。少し大きな話になりますので、早期発見、それから予防に関しては、このがんセンターも取り組んでいますし、診療連携協議会でも取り上げていきたいと思います。一言で回答するのは難しいような提案なので、回答できる方がおられたら手短にお願いしたいんですが、いかがでしょうか。

○埴岡健一委員

取りあえず国立がん研究センターのサイトにがんの部位別の予防に関するものや早期発見の資料があるので、それをダウンロードして利用されて、いろんな集まりで共有して勉強されて、そのときに琉球大学やその他の近隣の拠点病院の先生方をゲストで講師にしていただいてお話しされるような会など、それは１つ考えられるかなと思いました。

○大屋祐輔議長

資料がどこにあるかということで、引き続きよろしくお願いします。

では、真栄里さん、お願いします。

○真栄里隆代委員（ゆうかぎの会　会長）

真栄里です。今はコロナの情報でラジオ等でも「何人発生しました。みんな自分のできること、やれることを考えて、このコロナをいかに抑えていくかということで頑張ってください」と、毎日のように放送されるんですね。

そのようにがんのほうもメディアに働き掛けて、みんながこの早期発見を「コロナだから行かない」ではなくて「コロナでも早期発見のために、自分はこういうふうな行動をするんだ」という意識づけもやっていただけたらと思っています。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。その意味ではマスコミからの情報提供等々もお願いしたいと思います。

それでは本永先生、お願いします。

○本永英治委員（沖縄県立宮古病院　病院長）

宮古病院の本永です。

宮古病院では膵がんの早期発見を目的に、去年12月10日に地域がん診療病院研修会ということで、広島のＪＡ尾道総合病院の花田先生をお迎えして、どうしたら膵がんが早期に発見できるか、開業医の先生も参加してもらって研修会を開いています。そういう形で、消化器専門医の先生方と開業医の先生たちでどういうときにがんを疑うか、その共通認識を持って、特に膵管の拡張所見は早期発見につながるので、そういった情報を開業医の先生たちと共有して取り組んでいますので、ここで報告したいと思います。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。僕も繰り返して言っていますが、膵臓がんは早期発見がなかなか難しいので、先進地の情報を仕入れながら取り組んでいらっしゃるというお話

だったので、またそのモデルを沖縄県全体で共有できるような形で我々も考えていきたいと思っております。

御質問はいかがでしょうか。

ともかく早期発見の重要性はわかってはいるものの、沖縄県の中でそれが今は不十分な状態だということが本日わかりましたので、改めて県民にもしっかり伝えつつ、医療者たちにもこの情報を伝えていきたいと思います。

それでは次に、天野委員より有識者報告をお願いしたいと思います。

２．天野委員報告

○天野慎介委員

本編資料とは別の資料になりますが、そちらのほうをご参照いただければと思います。私から３点の報告がございます。

まず１点目、第４回ＡＹＡがんの医療と支援のあり方研究会学術集会についてのお知らせとなります。３月20日と21日にパシフィコ横浜で開催予定となっておりまして、大会長は私が務めることになっております。副会長は聖マリアンナ医科大学の産婦人科学で特にがん患者さんの妊孕性温存等に尽力されている鈴木直先生、またもう１人の副会長が看護師で、がん看護に尽力されている昭和大学の保健医療学部の渡邊知映先生にお願いしております。

こちらのチラシにありますように、大会のテーマとしましては、「ＡＹＡがん患者のペイシェント・ジャーニーを支える」としております。

２ページ、学術集会の趣旨でございますが、ＡＹＡがんの対策は、ご承知のとおり、2018年に閣議決定された国の第３期がん対策推進基本計画で重点政策にされておりまして、私自身も2000年、27歳のときに悪性リンパ腫を発症したＡＹＡがん患者でございます。ＡＹＡがん患者の課題は、例えば発症から罹患、そして治療、治療を終えてから経過観察、社会復帰、あるいは再発をしてしまったり、病状が進行したり、終末期や看取りを経験するという一連のペイシェント・ジャーニーがあるわけですが、その中でＡＹＡ世代特有の課題に直面することが指摘されていますし、また問題もあります。

例えば治療成績に関して言えば、５年生存率の改善率がほかの世代に比べてＡＹＡ世代は低かったり、同世代の患者さんとつながる場がなかなか難しかったり、人生の成長段階でがん治療を経験することによる影響など。これはよくいわれていますが、39歳以下につ

いては介護保険を使うことができないということです。在宅医療になった場合に介護保険を使うことができないという非常に大きな問題も抱えているような世代であります。

これらの課題があることは国のがん対策推進基本計画でも認識されており、縷々指摘されてきましたが、この課題について、ただ単に挙げるのみならず、その解決策について話し合うことを目的として、今回の学術集会を開催するところでございます。ポスターのチラシは、がん患者さんであるデザイナーの方につくっていただいたのですが、いわゆる羅針盤を提供することを目指した大会としたいと考えておりますのでよろしくお願いいたします。

３ページ目、今回の学術集会は、ＡＹＡがん患者・家族プログラムを設けておりまして、ＡＹＡのがん患者や家族の方につきましては、学術集会の参加費をお１人1,000円とさせていただいております。またトラベルグラントを設定しておりまして、こちらのほうは残念ながらもう申し込みは終了してしまったんですが、参加者お１人1,000円でご参加いただけます。沖縄県内のがん患者や家族の方で学術集会にご関心がある方はぜひご参加いただければと思います。現地参加とＷＥＢ参加の両方を選ぶことができるハイブリッド形式での開催を予定しておりますのでよろしくお願いいたします。

６ページ目になりますが、２つ目のテーマになります。こちらは私事で恐縮でございますが、2021年度の日本対がん協会の朝日がん大賞を受賞いたしました。もともと対がん協会賞というものがございまして、対がん活動や顕著な功績のあった方々が受賞されているものです。個人の部では４名の方、団体の部で１名の方が受賞されています。その特別賞ということで、将来性のある研究の発展や患者・治療者の活動やケアに対する分野も含まれるということで、顕著な功績を記した方に朝日がん大賞を授賞されるということで、今回いただきました。

長年にわたるがん患者支援活動と患者代表としての意見発信ということでございまして、沖縄県との絡みで申し上げますと、私は沖縄県がん診療連携協議会に10年以上、関わらせていただいております。多くの医療者や患者の団体の方々からのご指導をいただいているところでございますし、また、沖縄県のがん対策推進条例を制作する際もこちらの部会のほうでその素案を作成する作業に関わらせていただきました。

これらも含めて総合的に私自身の活動に対して受賞をいただいたものと思っておりまして、私自身の活動は多くのがん患者や家族の方々のなされてきたことの上に成り立っていると思いますので、改めて皆様に感謝の気持ちを込めるという意味で、あえてこの場でご

報告させていただいた次第でございます。

最後に３点目、患者申出療養制度でございます。保険外治療を行いたいときにこの制度が使えるということで、国のほうで行われているわけでございますが、この相談窓口が特定機能病院を中心に全国79病院に設置されていて、それぞれの相談窓口と電話番号が紹介されています。

以前のこちらの沖縄県がん診療連携協議会でも指摘させていただいたのですが、沖縄県内では、この窓口が今は全くない状態になっていまして、ホームページを見ますと、現在、沖縄県では琉球大学医学部附属病院を含めて全国で６病院が設置を検討中の状態になっています。ただ、患者申出療養制度は非常に複雑でして、相談する窓口がないと患者さんがたどり着くのは厳しいと思いますので、現在、琉球大学医学部附属病院で検討中ということですが、平成28年以降、ずっと検討中になっているようで、琉球大学医学部附属病院で相談窓口がまだ設置されていないのであれば、患者さんのためにぜひ早期に設置を検討していただきたいと思っております。私からは以上でございます。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。検討中がどこまで検討されているかも含めて確認した上でしっかり取り組んでいきたいと思っております。「琉球大学医学部附属病院」から「琉球大学病院」に変わっておりますので、そこも含めてしっかりやっていかないといけないと思っております。

それと天野様、どうもおめでとうございます。我々も大変お世話になっておりますし、全国で活動されていることが評価されたということで、今後もご発展を祈念いたしております。

ただいまのご報告について、どなたか、ご質問等がございましたらお願いいたします。いかがでしょうか。

もしないようでしたら、時間となっておりますので、ここで一旦休憩を挟みたいと思います。今は48分ですので、次は55分から始めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

（休　憩）

○大屋祐輔議長

55分となりましたので、会議のほうに戻りたいと思います。

それでは、審議事項に移りたいと思います。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．当協議会専門部会の各ＷＧに関する申合せについて

○増田昌人委員

審議事項の１番が当協議会専門部会の各ワーキングに関する申合せについてです。資料８になります。

今現在、本協議会の下には６つの専門部会が設置されております。その下には幾つかワーキンググループが置かれておりますが、その根拠がこの部会の申合せの中に入っていなかったものですから、今回はそれをクリアにするために部会の申合せの一部改正をさせていただいて、赤い字で書いてありますように、第５条として、「より専門的な情報共有や検討をするために、必要に応じて部会の下にワーキンググループを置くことができる。」とさせていただければと思います。

もう１つの背景といたしましては、今現在、妊孕性温存療法の医療費の一部は国からの助成制度でできるようになりまして、そのためには幾つかクリアしなくてはいけない課題がありまして、その中の１つがそれぞれの各都道府県の中でネットワークをつくることです。

沖縄県と調整をいたしまして、もともと本協議会の下の小児・ＡＹＡ部会の下に置かれた妊孕性温存のワーキンググループがございまして、それが今も走っておりましたので、このような形で申合せのところで明確化すれば、それをきちんとした県内のネットワークとしてお認めいただけるそうです。その理由もありまして今回は提示させていただきました。私からは以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。ただいまご報告いただきました件についてご質問等はございますでしょうか。

がん対策をさらに進めていくためには必要な内容です。お認めいただいてよろしいでしょうか。

（異議なし）

それではお認めいただいたということで、次に行きたいと思います。

次の第２号議案についても増田委員より説明をいただきます。

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

○増田昌人委員

お手元に大きな資料と、もう１つ小さな追加資料をお配りしていると思いますが、資料9-1になります。

私からの提案ということではあるんですが、離島・へき地部会で今まで検討してきた北部医療圏、宮古医療圏及び八重山医療圏における各種がんに対しての現時点での治療の対応状況を本協議会のホームページ上で公開することに関し、皆様のご審議をいただいた上でご許可をいただければと思います。

内容の説明をさせていただきます。総論といたしましては、その３つの医療圏でのがん医療は現在、がん診療病院である北部地区医師会病院、宮古病院、八重山病院が担っているのはご存じのとおりで、ただ、３病院は放射線治療施設がないため、各施設で放射線治療ができなかったり、腫瘍内科医がいないため、薬物治療が困難な領域があるとか、外科医師も全てそろっているわけではないなどいろいろありますが、逆に言いますと、かなりのがんは手術療法が可能だったり、放射線治療に関しましては外部の非常勤医師をお願いしての適応の確認をしたり、薬物療法もかなりの部分ができます。

その部分が３つの医療圏の地域住民の方々になかなか正確に伝わっていないので、離島・へき地部会で約１年かけまして、現状についてそれぞれ調査をしまして以下のような形で判明いたしましたので、その部分をホームページで紹介したいと。

一部紹介したいと思いますが、頭頸部のがんにつきましては、主に耳鼻咽喉科領域や口腔外科領域のがんということなんですが、現状としましては、北部地区医師会病院は医師がおりませんので、手術、放射線、薬物療法とも現在は対応ができません。

宮古病院に関しましては耳鼻科の医師が１名、歯科口腔外科医師が２名で、うち専門医として１名がいらっしゃいますので、手術はオーケーで放射線や薬物療法ができない。八重山に関しましては耳鼻咽喉科医師が１名で、専門医も持っていらっしゃる。また歯科口腔外科の医師が２名で、うち専門医が１名ということなので、手術がある程度、早期のものであれば対応ができ、かつ薬物療法は対応できるということです。

同様にもう１つ示しますと、食道がんに関しましては、それぞれ各病院とも消化器内科医でかつ専門医、消化器外科医でかつ専門医がそろっておりますので、手術もある程度できる。一般的には腹部食道というおなかのところ、いわゆる胸の部分を開けずに手術できる食道に関しては対応ができて､腹部食道に関しましては拠点病院等に紹介しております。また、薬物療法に関してはどの病院も対応ができます。

このような形で、それぞれ対応できるものを○、一部対応できるものを△、そして対応できないものを×と、胃に対しましてはそれぞれ調査をして対応表をつくっております。

総合的な表で見ますと一番最後のところになるんですが、ここで○×△が書いてあります。放射線治療に関しましては、全て直接の治療はできませんので省いておりますが、北部地区医師会病院では琉球大学病院よりキャンサーボードのときに放射線治療専門医が参加しておりますし、八重山病院、宮古病院は中部病院から放射線治療専門医が月１回、来院して対応に当たっているということですので、その適応も含めて全く対応できていないわけではなく、適応に関してはきちんと対応はされているということです。

これらを含めて、そこに書き込みという形でホームページ上に公開したいので、皆さんのご審議をよろしくお願いいたします。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。取りまとめて記載いただいた部分、表とその根拠となったそれぞれの資料についてご説明をいただいたところです。

ご質問、ご意見はいかがでしょうか。

○天野慎介委員

先生、ご説明をありがとうございました。私から３点、意見がございます。総論としては、これはぜひ公開していただきたいと思いますし、ご尽力に感謝を申し上げます。

まず１点目が、それぞれ常勤医師が１人とか、専門医が１人とか、そういった状況で掲載されているわけなので、その方が１人、例えばどこかでいなくなってしまったら状況は全く変わってくるものと思われますので、更新について、ある程度の頻度で検討していただきたいと思っています。

２点目が、△になっているところがあって、一部対応可能ということなんですが、恐らくプロの先生方は一部対応といわれると、具体的にこういうことができて、こういうこと

はできないというのはイメージがついていると思うんですけれども、もしこれが患者さんを対象に公開するのであれば、一部対応というのは、何ができて、何ができないのを知りたいと思うんですね。なので、詳しく書く必要はないと思うんですが、どういった意味で△になっているのか、簡単でもいいので付記していただけるとよりわかりやすいと思います。

最後に３点目、これに関連してということで若干ずれる話になるんですが、このコロナ禍でセカンドオピニオンを取ることに関して、オンラインでセカンドオピニオンを取る動きが全国で広がっていて、例えば国立がん研究センター中央病院で取り始めたことによって、全国からセカンドオピニオンを取る方が現れている状況があります。例えば沖縄県内から東京やほかの内地の病院をセカンドオピニオンで受診していただくのはもちろん可能かと思うんですが、琉大病院でセカンドオピニオンを聞きたいということも当然あると思うんですね。

その場合、現在、琉大のセカンドオピニオン外来を見ますと１時間以内で１万6,500円になっていて、実際に訪問することが前提になっているようにお見受けするんですけれども、もし可能であれば、オンラインでセカンドオピニオンを検討していただけないかと考えています。

というのは、オンラインのセカンドオピニオンにはさまざまなメリットがあって、例えば実際に聞いたお話ですと、セカンドオピニオンの医師と主治医と患者さんが３者で話し合うことができたりして非常に話が早いとか、いろいろなメリットがあるように見受けられます。特に離島やへき地の患者さんにとっては琉大やセカンドオピニオンを取るべき病院に伺うのは難しいという事情がありますので、可能であれば、琉大病院でもオンラインのセカンドオピニオンを今後はご検討いただけないか。それが広い意味で、離島やへき地で治療を受ける患者さんにとって非常に有益なことになると思いますので、可能であればご検討をいただきたいと思い、提案を申し上げる次第です。私からは以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。

一番最後のほうからお答えすると、セカンドオピニオンをオンラインでというのは準備中であります。テクニカルな面が１つございまして、有賀先生に今、ある程度中心的に検討をいただいていると思うので状況のご報告をお願いいたします。

○有賀拓郎（琉球大学病院診療情報管理センター）

診療情報管理センターの有賀です。ご指摘をありがとうございます。

今、ご指摘いただいたとおりで、セカンドオピニオンをＷＥＢでというニーズは把握しておりますので、Ｚｏｏｍを使って、あとは専用回線をできるだけ使うような形で、個人情報、プライバシーに配慮した形でできないかどうかも探っているところです。

ただ、会計の方法や、患者さんにＺｏｏｍに入っていただく。どのような形で簡便に入っていただくのか。Ｚｏｏｍを使う都合上、ＩＤ、パスワードを漏えいしないようにどう伝えるのか、医事課と診療情報管理センター、システムのほうと協力しながら準備を進めている最中です。でも、近日中にはできるかと考えております。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。有賀先生、沖縄県医師会ではおきなわ津梁ネットワークの中のさまざまな画像データ等を病院間で共有しながら、直接患者さんがご自宅からというのは難しいかもしれないんですが、それぞれの地域の病院からオンラインを使ってご相談というシステムも考えられていたと思うんですが、それは県立病院が津梁ネットワークにほとんど入っていないという問題点があるので完全にすぐにはいかないんですが、県立病院だけを外してやったらどうかと思っているんですが、どうですか。

○有賀拓郎（琉球大学病院診療情報管理センター）

県立病院を外さなくても、例えば津梁ネットワーク非依存の環境でＦＴＰを使って画像データだけを先にやりとりしたり、いろんな展開は考えているんですけれども、まだ決め打ちでこれというところまでは来ていないので、津梁ネットワークの事務局、あとメインでシステムを持っていただいているＳＳＩのほうと協議をしながら何とか県内で広くあまねくサービスが使えるように進めている最中です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。我々が苦労しなくても、県立病院が入ればいいだけだと思うんですけどね。

埴岡先生、どうぞ。その前に増田先生が回答したいということなので申し訳ございませ

ん。

○増田昌人委員

天野さんの最初の改訂頻度の問題なんですが、基本的にはその３病院は今現在、大ざっぱには３月、４月で人事交替があると聞いておりますので、一旦ここで現段階のものを公開させていただいて、できましたら今日、皆様がご賛同された場合は次年度のゴールデンウィークの前ぐらいまでには何とか、４月末ぐらいには新しい○×△ができるか、できないかというところを更新していきたいと思います。１回つくってしまえば、あとは随時ということで、離島・へき地部会では検討しています。

２つ目のご質問の△のことに関しては、そういうご要望がありましたので、そこは少し記載するようにいたします。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。

天野さん、よろしいですか。

○天野慎介委員

ありがとうございます。

○大屋祐輔議長

それでは埴岡先生の次に狩俣様のほうに移りましょう。

では、埴岡先生、お願いいたします。

○埴岡健一委員

埴岡です。新たな情報をまたつくっていただいて、これがへき地・離島の方々に役に立てばというふうに思いました。さまざまな情報が出てきているので、せっかくなのでそれがうまくまとめられて、患者さんも医療者の方も相談支援に携わる方も活用できればいいなと思うんですけれども、１つ混乱しかねない部分がありましてちょっと整理をして提供するところが必要かなと思いました。

といいますのは、先回より前のところで、質の高い病院を絞っていこうという集約化の

動きが１つメッセージとして見えているわけですね。病院の数を絞ってリスト化するという動きがあって。そうすると、離島・へき地で病院が空白のところもあったということですよね。

今回、こういう形で出てきたものとの、この２つの情報がどういう関係にあるのかということがわからないと、この間のリストだけを見た人の感じることと今回のリストを見ただけの人が感じるメッセージが違うということでずれが生じかねないので､全体のまとめ、私にはわかりかねるんですが、大ざっぱには、やはり質の高い医療を提供する、享受するためにはできるだけ症例数の多いところ、経験のあるところ、質の高いところで集約化というのは大きな方向。

ただ、がんの部位ごとによっては集約を進めたほうがいいところ、程度が高いところとそれほどでもないところがあると。本島で分散している部分は集約したほうがいいかもしれない。ただ、離島・へき地の方は本島に行くのも１つの選択肢だけれども、部位によりますし、場合によっては、希望によっては地元で受けたい。その場合にはこういう医療支援があるんですよということですよね。

その全体を整理してめりはりをつけて、医療者も患者も相談支援担当者も同じように認識できるようにしないと「離島でもできますよ」と「症例の多いところへ行きましょうよ。集約ですよ」というのが矛盾しているように感じてしまう。実はより良くするためのパッケージ情報だと思うので、そこをうまく出していただくといいと思いました。以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。

増田先生のほうからコメントがあります。

○増田昌人委員

どうもご質問をありがとうございます。

皆さんにお見せしているのは、北部地区医師会病院、宮古病院、八重山病院の表になっておりますが、埴岡先生がおっしゃったのは、恐らく第７次の沖縄県医療計画で、沖縄県の県庁のホームページにありますが、ここにがん診療を行う県内医療施設ということで、ちょっと見えづらいと思うんですが、掲載要件とその掲載要件を満たすがん診療を行う県内医療施設一覧がございます。

掲載要件というのは、これはどういう条件を満たしたらという話なんですが、ここを具体的に開けますと、こういう表が出てきて、先ほど私が出したのと同じような感じで、例えば大腸がんであれば、左に北部、中部、南部、宮古、八重山のところで、この５つが掲載要件を満たす病院ですと。肺がんであれば、この３つですよというふうに。これと多分、ある意味ではちょっと違いがあるんじゃないかというご指摘だと思います。

確かにこれはある一定条件を満たしたものをここに記載をして、県庁としては公開しています。基本的には多分、この表が一番メインの表になっております。ただ、それでも離島では、これは推奨する病院になっておりますが、離島でできるがんも多々ありますので、その部分を今回、この協議会のホームページで、この部分の情報公開をするに当たっては、お許しいただければ、私のほうで少し解説文を加えさせていただいて、皆さんが混乱しないような形で書かせていただいた上で、この県庁のホームページとリンクするような形も含めて公開したいと思います。私からは以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。結局、先ほど増田先生が出されたのは、ここの医療体制と書いてある２番目のカラムの補足なんですよね。医療体制で「ここでもできますよ」ということなので、こちらを主体として「医療体制としてはそこもありますよ」ということかなと思いながら見ていましたので、そこを含めて少し工夫していただこうと思います。

あと１点、私の印象だと、放射線と手術と化学療法と３つあるんですが、がん種によってはもうこれしかないよと。血液のところはさすがに消されているんですが、イーブンじゃないので、そこのところも誤解を招かないように、「私はこのがんなんだけど、手術と言われたけど、絶対、化学療法でやりたいんだ」と言われてもみたいな、標準治療と違うことを言われたら困るので、「標準治療はまた別にちゃんとありますよ」みたいな情報もわかるようにしてあげたらいいかなと思いました。お願いしておきます。

それでは、琉球新報の狩俣さん、どうぞご発言ください。

○狩俣悠喜（琉球新報社）

琉球新報の狩俣悠喜と申します。よろしくお願いします。

お伺いしたいことが４点ございまして、ご説明があったかもしれないので大変恐縮なんですが、今回の北部、宮古及び八重山医療圏でのリストの公開に関する目的をもう一度、

お願いできればなと思います。

２つ目は、いただいた資料9-1の中に「放射線治療装置がこれら３病院にはないため、各施設での放射線治療ができない」とあるんですが、なぜ３病院に放射線治療の装置がないのかについての理由もお教えいただければなと思います。

３つ目は、「過去には、これらの情報が地元住民に断片的に伝わり、誤解が生じていたことが認められたことがあり、問題となっていた。」とあるんですが、具体的にどういった問題がこれまで生じたことがあるのか。事例を幾つかお教えいただけると助かります。

最後に、このリストに関して、その公開が「現在、沖縄県がホームページで公開している『がん診療を行う施設』に対する補完的な効果があると思われる。」ということに関して、具体的にどういった補完的な効果が期待できるのかについても教えていただければ助かります。よろしくお願いします。

○大屋祐輔議長

狩俣様、内容が非常に豊富なので、具体的にここでご説明できないので、改めて何らかの形で書面にして回答の形でよろしいですか。

まずは最初の目的から、増田先生から説明していただいて、その後、２、３、４というところで詳細にはお答えできない部分もありますけれども、よろしくお願いします。

○増田昌人委員

最初の目的は、昨年から沖縄県庁のホームページでこのような形で、沖縄県におけるがんの医療機関ということで公開されています。下のほうにはほかのがんもあります。これが先に公開されているわけですが、この中に北部地区医師会病院、宮古病院、八重山はほとんど入っていません。

それで私たちの説明が少し足りない部分もありまして、地元ではがん医療は全くできないのかというお声もあったものですから、そういうことではなくて、ここはある程度の症例を診ている。ないしは、専門医が２人、３人いたり、幾つかの高めの条件を設定してそれで施設を選んでいます。

地元の方から、地元でできないのかというお声も頂戴していましたので、ここに載っている病院以外このがんを治療してはいけないということではなくて、ここが推奨できますよという形のリストになっております。そこの誤解があったものですから、その３地域で

も地元の診療病院では、これだけのがん診療はできていますよということは出さなくてはいけないと思いまして、この表を補完するものとして、それぞれの病院についてできるがんを提示したと。同時に、もちろんできないがんも提示して、皆さんにきちんと情報の開示をしたということです。多分これまでも各病院の先生方はしていたと思うんですが、どうしてもまとまったほうが皆さんは見るようなので、今回はそれを３地区合同でということにいたしました。

２番目の、放射線治療装置は、一般的に言われているのは、やはり患者さんの数がそこまで多くはありませんので、放射線照射装置はどうしても億というお金がかかりますし、ランニングコストも数百万から、場合によっては1,000万以上の年間のコストがかかりますので、それから言いますと、人口５万程度ないしは10万程度のところに１台置くというのは、病院の経営をかなり圧迫したり、場合によっては有効活用ができませんので、おおよそ大体、日本全国どこもその程度の人口の病院には放射線照射装置が入っていないことが多いかと思います。これは多分、沖縄だけの問題ではないかと思います。

３番目の問題に関しては、冒頭、目的のところでお話ししたような形になります。地元の細かい病院の情報はなかなか正確に伝わるのは多分、どんな領域でも難しいと思いますので、そういった意味での誤解が幾つかあったり、正確な情報が伝わっていないことはこれまでもほかのことでも多々あったので、今回はそういったことがあったことも１つの動機として、きちんとこういうふうに明示したということであります。

４番も１番のところでお答えしたことになっているんじゃないかと思いますが、この県庁の出している「がん診療を行う医療施設」と、今日公開をお願いした両方の情報が総合的に機能するのではないかと思っております。また、どういうふうに使い分けるかに関しましては､今後ホームページ上で私のほうで書かせていただきたいと思います｡以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。お聞きしたいことが全て回答できているわけではないと思いますけれども、具体的な事例でどんなトラブルかというところまでここで把握してるわけではございませんので、ただ、各病院・地域では、お困りになっているという情報は出ますが、そこはぜひ各病院でご取材いただいて確認していただければと思います。

もう１点､増田先生は言われなかったんですけれども､この連携協議会の中では八重山・宮古、そして地域の患者会のご意見等でも離島、北部地域でも、レベルの高いがん診療を

受けられるような環境をつくっていってほしいと。そのための情報をしっかり出してほしいという要望がありますので、今年度も患者会からの要望をいただいていて、それにお応えすることも目的の１つとなっております。

放射線は増田委員が言われたとおりで、もちろん病院経営という話もありましたが、医療の質ということで１年に５例しかしていなければ、それはなかなかどうなんだということになりますので、ある程度患者さんを集約し、先ほど機械は数億と言いましたが、それも 10 年で買い換えないといけないので､それだけのものを出せる病院はなかなか難しいところがあって、さらに専門医をちゃんと置かないと治療ができないので、そういうさまざまな条件の下で全国的にも人口が少ないところでは難しい。ただ、我々に求められているのは､そういう状況の中でも患者さんが治療が受けられるようなネットワーク､情報提供、そして医療連携体制の整備ですね。

先ほど書いてありましたが、宮古の方が放射線治療を受けられないわけではなく、少し工夫をしながらご紹介いただいて、放射線治療ができる施設にご紹介をいただきながら治療しているところがありますので、そこも先ほど増田委員にもお願いしながら、そういうところも誤解のないように丁寧な説明を書いていただこうかと思っております。

ほかにご意見がございましたらお願いいたします。よろしいでしょうか。

では狩俣さん、どうぞ。

○狩俣悠喜（琉球新報社）

もう１点お伺いしたい。確認なんですが、こちらのリストの公開に関してはまだ検討の段階にあるということでよろしいでしょうか。

○大屋祐輔議長

そうですね。丁寧な説明と先ほど言いましたので、誤解のないような説明が付け加わった段階で発表をいただきたいと思うんですが、こういう方向性があるということは書いていただいていいと思うんですが、この記載内容の細かいところについてはもう少し修正が入るとご理解いただければと思います。

やはり患者さんたちは非常に不安がありますので、さらに不安が増すような方向にならないようにご配慮のほどをどうぞよろしくお願いいたします。

総論として、こういう形で発表されるとか、ちょっとした内容は結構だというふうに。

先生、これはいつ頃できるんですか。

○増田昌人委員

一応、今月中にはどうにかしたいと思っています。

○大屋祐輔議員

今月中にはホームページに挙がりますので、ただ、おおざっぱにはいいよということですね。

後で増田先生､何か対応をお願いします｡増田先生のほうにまた問い合わせてください。

○増田昌人委員

先生、提案としましては、これを公開してもいいですかという、皆さんから。

○大屋祐輔議長

でも、内容だって、先生、追加したり修正すると言っているじゃない。

○増田昌人委員

はい。総論としてはよろしい。

○大屋祐輔議長

だから出すということも、この大きな流れも、○が変わるわけでも、×になるわけでもありませんので、そこは結構だと思います。

本永先生、どうぞよろしくお願いします。

○本永英治委員（沖縄県立宮古病院　病院長）

本永です。公開する情報の内容で大きく問題はないと思うんですが、患者の側からだともう少し具体的に、例えばどこそこのがんはどこそこの病院では何症例やっているとか、件数もあったほうが患者はそれが知りたいと思っているのではないかと思うんですが、それはどうなんでしょうか。

○大屋祐輔議長

症例数は別の形でがん報告の形で出していますよね。ちょっと回答をいただきます。

○増田昌人委員

先生がおっしゃられた部分もあるのではないかと思います。この場で皆様からそういうご要望があれば、院内がん登録の情報がありますので、そこでそれぞれ症例数等は出せますので、それをくっつけての今回ということも理屈上は可能であります。

どこまでそこに情報を入れるかなので、離島・へき地部会でもどこまで出すのかということで、あまりいっぱい出すとかえってわからなくなってしまうという話も出たので、ここでまた皆様からご意見を頂戴して、今日は部会で出している情報よりだいぶ削って、○×と常勤の数と専門医の数しか入れていないんですが、皆様からご意見があってもう少しプラスの情報を入れたほうがよければ、またそういう形に変えることは可能です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。

要望があったということなので部会のほうで検討をいただいて、時期的に少し遅れるかもしれないけれども、そういう情報も付け加えるかどうかを検討した上で、部会のほうでもここまでということが決まってくればまた出していくという形でいかがでしょうか。

では、その方向で検討します。ありがとうございます。

いかがですか。

次は審議事項の３番です。調査についてよろしくお願いします。

３．第３次沖縄県がん対策推進計画の評価のための医療者調査について

○増田昌人委員

皆様に資料 10-１を提示しています。これは第３次沖縄県がん計画の評価のために、医療者調査を県のほうにお願いしたいという提案であります。前回の要望としては、沖縄県に対してぜひ医療者調査を行っていただきたいということです。この患者体験調査は 2014 年に厚労省が主催して、2015 年には沖縄県が主催して、３回目が 2018 年、厚労省で行われ、それぞれ第２期及び第３期の国のがん計画と、第２次沖縄県のがん計画の中間評価に活用されています。

医療者調査は、沖縄県では 2015 年に患者体験調査と同時期に行われて皆様にご協力していただいたわけです。それの結果は、第２次の沖縄県のがん計画の中間評価に活用されました。がん医療の実態を検証したり、特に地域連携ができているかどうか、患者とのコミュニケーションができているか。あとは、患者体験調査と同じ質問を医療者にすることによって、そのギャップを見たり、そういう情報が不可欠であると考えます。そのため、今回はできれば今年は７年ぶりに医療者調査を行うように沖縄県に提案したいと考えております。

調査時期は、できましたら今年度の上半期、対象は拠点病院６施設、がん診療を行う医療施設 17 施設、先ほど県庁のホームページに載っていたトータル 23 施設になります。そこの医師と看護師、場合によっては薬剤師、医療ソーシャルワーカー等。調査人数は各施設１～100 名程度、看護師が２～200 名程度で、これは勤務する日数に応じて比例して決定したいと考えています。

質問項目は前回の沖縄県の調査項目、おおよそ 30 項目なんですが、それに昨年度、沖縄県の医療者調査をベースに秋田県が行っていますので、それも少し参考にする。できましたら沖縄県がやっていただくのが一番ベストかと。前回は沖縄県から琉球大学が委託され、琉球大学が行いまして、沖縄県のほうに報告書を提出しているわけです。

具体的な話をします。どんなイメージですかということなんですが、これが全体の第２次沖縄県がん計画の分析報告書になっております。ここを抜粋しますと、「医療者のみなさまへ」と、これは集計結果の調査なんですが、前回は有効回答数が 2,062 集まりまして、医師が 400、看護師 1,276、薬剤師 164、ソーシャルワーカー73 ということです。男性が３割、女性７割でした。年齢があって、どこの医療圏かということです。

ここからが質問になっておりまして、「異職種間で自由に意見できる雰囲気ですか？」。「そう思う」「そう思わない」。「医師は必要な情報を医療スタッフと共有していると思いますか？」。できていないと思う人が４分の１でした。「あなたは、必要に応じて自分の職種以外の役割を補いつつ仕事をするようつとめていると思いますか？」「あなたの担当するがん患者で、治療方針の説明の際に、医師以外の職種も参加している割合は何％ぐらいですか。」と、このような形で質問を投げかけています。

例えば連携に困難感があるというのは、「よくある」が 6.6％、「ときどきある」が 56.6％ですから、この３分の２ぐらいが医療機関との連携に困難があると感じている。こういった情報が医療者調査によってわかるということでこれがメリットになります。

もし県がすぐにできないのであれば、この協議会で 23 施設に対して調査を行いたいと思っておりますので、それを含めてご審議をお願いいたします。

○大屋祐輔議長

ありがとうございました。

調査の必要性をまず皆さんにご理解いただいて、こういう調査をやっていく必要があるのではないかということで沖縄県に伝えていきたいと思っています。

その件はよろしいでしょうか。これは皆さんからご賛同いただけると思います。

私の立場から言うと、第３次沖縄県がん対策推進計画が 2018 年～2023 年までになっていて、第７次医療計画もですけれども、中間評価が非常に遅れてコロナのために難しい状況になっているわけですが、中間評価をしつつ、最終的には最終的な評価までやらないといけないときに、データが足りないと評価がちゃんとできているのかということを国からも言われかねないということで、何らかの調査はやるべきかなと思っていますが、ここで今日参加している沖縄県の担当者にどうですかと聞いても、検討しますとしか多分言われないと思いますので、私どもから県のほうには言いますけれども、ぜひそこについては対応をいただきたいと思っているところであります。

沖縄県の新垣さんはいらっしゃいますか。すみません、急に振ってしまって申し訳ないですが、ぜひ検討ください。何かコメントはいかがですか。

○新垣氏（沖縄県健康長寿課）

健康長寿課の新垣です。

前回幹事会でもお話しいただいていて、課のほうでも少し検討させていただいたんですけれども、第３次沖縄県がん対策推進計画の最終評価につきましては、沖縄県がん対策推進協議会及びがん対策推進検討会を行う予定となっていて、この第３次沖縄県がん対策推進計画の中で定められた指標の達成状況について確認することとしていますので、現時点で当該計画の指標に含まれていない項目について調査は行うことを考えてはいないということになります。

○大屋祐輔議長

わかりました。ありがとうございます。

また今度、中間評価に用いる評価項目を県のほうでまとめて次に説明していただいてよいですか。我々としてもそれを知った上でがん対策に生かしていきたいのでぜひよろしくお願いします。

気が付いたんですが、平成28年に委託事業としてやっていますが、委託事業としてやったとしてもこれの発行者は県のはずなんだよね。だけど、これは大学病院が出している形になっているのでどうなんですか。委託事業は委託して、それを県自らが発表、それは委託なんですね。

○増田昌人委員

私の説明が足りませんので、これとは別に中間報告書があります。この中間報告書は参考資料として分析報告書という形で出させていただいたので、琉球大学の名前が入っている形になっております。

○大屋祐輔議長

わかりました。だから秋田大学も提言になっているんですよね。沖縄県は沖縄県で、これを使った行政文書を出されたということで理解してよろしいですね。

○増田昌人委員

はい。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。

これはこの協議会のほうでいろんな調査はやっていって、県にはぜひ使っていただいて、さらなる充実に生かしていただきたいと思っております。

安里さん、どうぞ。

○安里香代子委員

説明があった情報は今までなかった情報をいただいて、医療者の視点での問題点が見えてくるような感じがします。これまでに患者会の中でアンケートをもらったものから、例えば地元の病院からお願いされて琉大病院に診療に行くようにと言われたらしいんですが、

あくまでも診療のみで治療には入れなくて行ったり来たりするのが大変でしたというお話があったんですね。

この 85 ページの中でも、「他の医療機関との連携に困難があるか」という質問が出ていますけれども、そういうものがどんな問題だったのかが気になる。

もう１点は、先ほど天野さんからありましたけれども、地域の離島圏、あるいは北部辺りの病院､それから琉大病院との連携の中で､病院でちゃんと診療ができる形ができたら、このように患者さんに負担がかからない部分があるのではないかと思います。だから、この問題の内容がどんなものか、それから方法をいい方向に変えていくような形が見えるのであれば、それはぜひお願いしたいと思っています。よろしくお願いします。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。

安里様、この内容は八十何ページと言われましたか。

○安里香代子委員

今の資料の中では 85 ページになっています。

○増田昌人委員

全体の通しでは 640 ページの中の 170 ページではないかと思います。

○安里香代子委員

診療計画が 81 ページになっていますので、その後から 85 ページになる。

○増田昌人委員

すみません。資料番号で言うと、どの資料になりますでしょうか。

○安里香代子委員

問９.「がん医療を行っていく上で、他の医療機関との連携に困難感があると思いますか？」のところです。

○増田昌人委員

わかりました。少しお待ちください。下のほうを提示しますと、今回の全体の資料の番号が入っているのでダブっていて非常に申し訳ないんですが、今提示しているところだと思います。ここなんですが、これ以上のアンケートをやっていないものですから、理由につきましてはよくわからないのが現状でした。

また、これに関しましてはそれぞれ当時の地域ネットワーク部会等でディスカッションはしていますが、具体的な解決方法まではディスカッションはしていなかったということになります。

私からは以上です。

○安里香代子委員

多分この数字だけだと、おそらくそういう形だと思うんですが、患者さんからは、やはり行ったり来たりさせられて経済的にも身体的にも大変でしたというアンケート結果もありますので、そこでどういうところが問題だったのかが出てこないことには、連携が十分であるとは言えないと思います。

その意味と、あとは先ほどのＷＥＢでも診療につなげられる形ができたら幸いだと。これは費用の問題も出てくるので大変だとは思うんですけれども、お願いとしてはそういうのがあればいいのかなと。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。

非常に重要な視点で、次回アンケートをとるときには、具体的な事例もある程度書き込めるような形にすると、現場でどんなことが起こっているかもわかってくると思いますので、今回の調査と併せてするかどうかはさておいて、そこにはしっかり取り組まないといけない課題だということで、増田先生にも少し考えていただきたいと思います。

あと、離島の患者さんたちが移動で苦労されるところを少しでも改善するために、沖縄県からも今は交通費や宿泊費等の補助が出ていますけれども、先ほどから出ているオンラインでの診療や情報共有にもいろいろとご配慮をいただいてサポートしていただくことで大きく進んでくるのかなと思っています。

やはり個人情報のところと、どのように医療情報を共有するかというところ、あとは診

療報酬との関連のところなので、そこは事務部門も含めて病院間で相談をしていただきたいと思っていて、どのように進行していくかはこの連携協議会でもチェックしていきたいと思っております。しっかり取り組ませていただくようにします。

○埴岡健一委員

一言だけよろしいでしょうか。

資料 10-1 の冒頭に、この医療者調査の目的が書いてあるんですが、第３次計画の評価のためにと書いてあるんですが、評価というのは本来、評価するだけではなくて問題点の発見と改善に結び付けると思うんですが、評価だけだとわかりにくいので、「評価のために」のところを「評価と第４期計画の改善に向けて」というような言葉にしておくと、評価で止まるのではなくて、ちゃんと改善するんだという意識が出ると思うので、目的が評価と改善という感じにしておくとわかりやすいかと思いました。

終わりです。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。非常に重要なポイントで、沖縄県にもそこを十分理解していただいて、今回しっかりと結果が出てきたら、それを改善に生かして、事業として予算化も含めていろいろお願いするようにしていきたいと思います。

時間がやや遅れ気味になっておりますので、ちょっと前後することにはなりますけれども、がん教育についてということで、報告５のほうからお願いしたいと思います。

沖縄県教育庁保健体育課の城間課長からお願いいたします。

報告事項

５．がん教育について

○城間敏生（沖縄県教育庁保健体育課　課長）

皆さん、こんにちは。県教育庁保健体育課長の城間でございます。

県教育委員会では、令和元年度より文部科学省委託事業、がん教育総合支援事業を受託しており、本年度が最終年度となり、まとめの年として取り組んでまいりました。

では、資料 13 の 203 ページをご覧ください。

資料は、がん教育総合支援事業の令和３年度の事業報告であります。

まず１．趣旨から 205 ページの８．外部講師養成プログラム策定委員会までは、前回の会議に紙面報告しておりましたので､後ほどご確認いただきますようお願い申し上げます。

206 ページの９．モデル校における外部講師を活用したがん教育の検証事業についてご報告させていただきます。小学校・中学校・高等学校の各モデル校では、１時間目はがんの正しい知識を学ぶ授業とし、２時間目は、がん経験者を外部講師として招いた授業に取り組んでいただきました。外部講師につきましては、昨年度、外部講師のためのオンライン研修を受講した方にお願いをしております。

その中でまず(ア)について、那覇市立真嘉比小学校での実践授業について記載しております。児童からは､「僕のこの 10 分で命の大切さを深く理解しました。人の命には限界があっても、人の心には限界がないと思いました。自分の命を自分で守り、ほかの人のことも深く考えられるようになったらいいな」などの感想がありました。

次に(イ)、これは那覇市立金城中学校での実践授業について記載しております。１時間目のがんの正しい知識の授業後、生徒からは､「がんは生活習慣や細菌、ウイルスなどで誰にでもなる可能性があるので、適度な運動や規則正しい生活など、今できることや、大人になったら定期的な検診を受けたり、禁煙して予防できるようにしたいです」などの感想がありました。

２時間目の外部講師を活用した授業後の生徒の感想では、がんになったら不運ではあるが不幸ではないと外部講師が話していたことが強く印象に残っている様子や､｢外部講師の自分ががんになるとは思ってもみなかった。その一言で目を覚まされた」等の感想がありました。

続きまして 207 ページをご覧ください。

ウ　県立中部商業高等学校での実践授業について記載しております。外部講師の授業を通しての感想では､｢誰でもがんになるということ、検診はきちんと受けたほうがいいということを改めて考えることができた。５つの健康習慣を家族と実践し、がん検診のことについても話したい。私も大切な人のために命を大切にしたい」などの感想がありました。

がんに関する授業全体を通しての感想では､「経験者からの話を聞けて本当によかった。もしも家族や友達ががんになってもサポートしていきたい。自分を変えなきゃいけないと思った」などの感想がありました。

がんの学習は、がんそのものを学ぶとともに、健康と命の大切さを学ぶ授業であると、改めてがん教育に取り組む私たちに気づかせてくれました。

こちらに示しておりますのは、がん教育の授業前後の生徒のアンケートの結果となります。皆様のお手元の資料にはございませんので画面のほうをご覧ください。

まず、児童生徒アンケート結果の(ア)がんの学習についての項目で、がんの学習が健康な生活を送るために重要であり役に立つとの回答が約 90%となっており、健康教育としてのがんの教育につながる結果が示されております。

同じく(イ)知識編についての項目では、がんは誰もがかかる可能性がある 99.5%、身近な病気であることや早期発見すれば治りやすい 95.9%など、がん治療法等の正しい理解 81.7%、定期検診の受診の必要性 97.7%において正答率が向上しております。

がんは進行すると今までどおりの生活ができなくなったり、命を失ったりすることがある日本人の死因の第２位であること等について正答率が低いことから、今後の課題として取り組んでまいります。

また、(ウ)意識編についての項目では、たばこを吸わないでいようとする意識、健康な体づくりへの取り組み、がん検診の受診、がん治療法の決定、がん患者の生活の理解、家族との対話等の意識の全ての項目で正答率が上がる結果となっております。

アンケート結果を今後の事業改善に生かしていきたいと考えているところであります。

続きまして、お手元の資料 208～209 ページをご覧ください。

がん教育外部講師養成研修会について記載しております。今年度も全がん連の天野理事長をはじめ、愛媛がんサポートおれんじの会理事長、松本様、がんサポートかごしま理事長、三好様、そして国立がん研究センターの若尾先生といった素晴らしい講師をお招きして研修会を開催しております。

今年度の研修会は、実際の授業がイメージしやすいように、本年度モデル校で外部講師をしていただいた方の実践発表を組み込んだり、ワークショップの時間を多めに設定したりと工夫をいたしました。

次に 210 ページをご覧ください。

ウ　受講者については 18 名となっております。

エ　受講者アンケートの結果の(ウ)講義の感想では、「心情を考慮しながら、言葉を慎重に選ぶことの大切さがわかりました。」「実際の現場でのイメージができました。」等の感想が寄せられました。

210 ページのオをご覧ください。

今年度は研修を受講いただいた 18 人の中から２人、実践研修として県立中学校で実際に

外部講師として授業を行っております。実践を終えて、お二人からは「研修の内容を思い出しながら実践に生かすことができた。」「初めてでも緊張もしたが楽しかった。」「生徒が聞いてくれるからこそ、スライドの量や(自分)の気持ちのコントロールが大切だと感じた。」等の感想が述べられました。

来年度以降も、昨年度や今年度、外部講師のための研修を受講した方々が県内の学校で外部講師として教壇に立っていただけるよう取り組んでいきたいと考えております。

続きまして 211 ページの 11. 第２回沖縄県連絡協議会をご覧ください。

協議会では、主に次年度以降のがん教育の推進や、外部講師の養成について協議がなされました。

エ　令和４年度以降のがん教育の取組についての(ア)は、がん教育研修会についてですが、実際の授業が想定しやすいよう研修を工夫することや、がん教育の研修会が開催できない年であっても、ほかの研修会の養成説明の中で、がん教育の教材や活用方法等について周知し取り組みを推進すること。また、県立総合教育センターでの研修の活用による、がん教育の推進について協議いたしました。

(イ)がん教育外部講師のリスト化については、令和２年度、３年度の受講者をリスト化し、各学校で外部講師と連携した授業が実践できるよう取り組むことといたしました。

(ウ)がん教育外部講師養成研修会につきましては、琉球大学医学部保健学科成人がん看護学教授へ引き継ぐことがおおむね了承されました。引き継ぐに当たり、これまで本事業で実施してきた研修の骨格を示すとともに、学習指導要領が示すがん教育が実施できるよう、教育委員会とも連携した取り組みをお願いすることとなりました。

212 ページからは、教材検討委員会で各モデル校にて検証した教材を掲載しております。文部科学省が作成した基本教材を県内の実情に照らし、沖縄県版として作成しております。

212 ページから 220 ページでは、小学校での活用教材となります。小学校教材は、保健学習で学んだことが日々の生活の中でより実践的に生かされることを目指し、作成しております。

221 ページから 239 ページは中学校での活用教材です。中学校では、より科学的に保健を学習する観点から、臓器の写真やグラフ等を掲示した教材となっております。

240 ページから 259 ページは高等学校での活用教材です。高等学校ではより総合的に保健を学習することから、社会のあり方にも触れながら教材を作成しております。

今回作成の教材は、各学校で活用できるよう沖縄県総合教育センターのホームページへ

の掲載を予定しております。本年度で文部科学省委託事業の受託は終了となりますが、次年度以降もがん教育の普及啓発を図ってまいりたいと考えております。今後も本県の学校におけるがん教育の推進についてご協力をお願いしまして報告とさせていただきます。

ご清聴をありがとうございました。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。素晴らしい実践をやっていただきまして、その報告書も作成いただいているというところでございます。

さらに、この手の委託事業等は「補助金が終わった後はどうするんだ」というところもしっかり考えていく必要がございますが、そこについてもしっかりと対応いただいて、これがさらに継続的に実施されて、若い世代から、子どもの時期から、がん対策に興味を持ち知識を持って進んでいただけることが基盤になるのではないかと思います。

ただいまのご報告についてご質問等はございますでしょうか。

だんだん時間がなくなってきておりますので、報告事項を進めたいと思います。今回は患者会からのご報告はないということですが、よろしいでしょうか。

それでしたら、増田委員から複数の報告をお願いしたいと思います。まずは資料 11…。

安里様、どうぞ。

○安里香代子委員

患者会から前回出した要望書についての返事が具体的に書かれているものがありまして、お礼を申し上げたいと思います。

私はこの会に５～６年ぐらい参加させていただいているんですけれども、こういうふうに具体的な回答をいただいたのは初めてで、今後、実際にどこでこの形がつくられていくのか、とても期待できると思いましてお礼を申し上げたいと思いました。ありがとうございます。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。やはり要望をいただいたことには逐一、これまでの沖縄県のがん対策、どういうことが行われているかというところと、患者会からご要望をいただいたところを照らし合わせながら、我々ができること、そして沖縄県にいい声を掛けていける

ところを整理してまとめさせていただいております。

この内容を増田委員からご報告いただきますのでよろしくお願いします。

２．患者会からの要望書に関する対応について

○増田昌人委員

まだ全て成就しているわけではないんですが、徐々に確実に進めて、皆様のご要望に対してお応えしていきたいと思います。

特に、先ほども来席の有賀医師からありましたように、ＷＥＢを用いたセカンドオピニオンに関しましては、できましたら今年度中には琉球大学病院で実現をし、その成果をほかの５つの拠点病院に情報提供して、なるべく早めに全ての拠点病院でＷＥＢを用いたセカンドオピニオンが実現できるようにしていきたいと思います。

このことに関しては以上です。

○安里香代子委員

よろしくお願いいたします。

○大屋祐輔議長

それでは引き続き、報告事項 11 をお願いします。

６．がんゲノム医療について

７．沖縄県がん地域連携クリティカルパス適用状況について

８．沖縄県がん患者等支援事業の活動報告

９．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

10．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議

(1)第 77 回がん対策推進協議会

(2)第 28 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会

(3)第 18 回厚生科学審議会がん登録部会

(4)第５回がんとの共生のあり方に関する検討会

(5)第３回がんの緩和ケアに係る部会

(6)第４回がんの緩和ケアに係る部会

(7)第７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

(8)第３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

(9)第１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

11．その他

１．今年度の本協議会の実績について

３．第３次沖縄県がん対策推進計画(2018～2023)の中間評価について

○増田昌人委員

では、報告事項にまた戻りたいと思います。時間の関係で順番を変えさせていただきます。１番を最後にしまして、今「要望書に関する対応について」が終わりましたので、次は６番のがんゲノム医療につきまして少しだけお話をして、あとは順番に行きたいと思います。

ゲノム医療に関しましてはきちんと申込書ができまして、このような形で少しずつですが、着実に各病院からのご紹介をいただいております。ただ日本全体の平均値からしますと、まだ３割ほど少ないような感じがありますので引き続きご紹介のほうをよろしくお願いいたします。

次に、報告事項の７番、沖縄県がん地域連携クリティカルパス適用状況について、８番の患者等支援事業の活動報告について、９番の地域統括相談支援センターの活動報告は、詳しいことは省かせていただきます。

患者等支援事業に関しましては、今年度も『おきなわがんサポートハンドブック』の第13版の編集が進んでおりまして、３月31日には納入がありまして、４月１日からは患者会の皆様や各県内の医療機関から無料で配布ができるような配送をしたいと考えております。

また９番のところでは、ピアサポートに対する研修会とフォローアップ研修会は無事終わっておりまして、それぞれ新しくピアサポーター修了生が出たことをご報告させていただきます。

ここからは厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会なんですが、(1)第77回がん対策推進協議会では、国が第３期のがんの基本計画なんですが、それの中間評価の報告書の案が第77回に出ておりますので、ぜひご確認をお願いいたします。

(2)第28回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会に関しましては、今日も少し話題になりましたが、ヒトパピローマウイルスに対するワクチンに関して、いよいよ日本でも

再開されるということの話し合いが持たれています。

(3)第 18 回厚生科学審議会がん登録部会、(4)第５回がんとの共生のあり方に関する検討会、(5)第３回がんの緩和ケアに係る部会、(6)第４回がんの緩和ケアに係る部会に関しましては今回は省略させていただきます。メインとなる資料は付けておりますのでご確認をお願いいたします。

(7)第７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は、今回の改定につきましては第１回目が開かれておりまして、私も構成員で参加をさせていただいております。今回は今までとは少し違う形の指定要件にしていく方向で全体としての会議が進みまして、また勉強会も２回ほど、そして 200 人弱が集まりました。都道府県拠点病院の関係者による会議も先週終わりまして、指定要件がかなり変わる方向で検討に入っているところです。

同様に、(8)第３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、(9)第１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のワーキンググループが事実上の第１回目の会合が始まっております。

最後に、こちらは資料を提示いたしますが、大腸がん死激減プロジェクトから新しいことが始まりまして、大腸がん相談室を新たに開設いたしました。具体的には患者さんのための相談室ではなくて、大腸がんの専門医のための相談室を開設いたしました。沖縄津梁ネットワークを使った相談室が開設になりまして、現在７例、難しい症例につきまして、つまり専門医がほかの病院のベテランの専門医、指導医に対していろいろ照会して、みんなで協議して決めようという話で、既に７名が動いておりまして、ある程度軌道に乗ったところです。

沖縄県医師会の津梁ネットワークを十二分に活用しての話となりますので、今後はこれがもう少し発展するのではないかと思っております。

最後になりますが、本来の報告事項の１になります。本年度の本協議会の実績について少しまとめさせていただきました。

現在、この協議会で、本年度はまずは第３次の沖縄県がん計画の予防と検診以外の医療分野につきまして、ロジックモデルを用いて進捗状況の把握や今後について検討を行っております。

また放射線治療装置のない北部、宮古、八重山医療圏から、中部及び南部医療圏の放射線治療医療機関への紹介手順を確立して、そういう形式の文書をつくりました。

県内医療機関から琉球大学病院(がんゲノム医療連携病院)へのゲノム遺伝子パネル検査の紹介手順を確立して、既に 58 例、院外の医療機関の先生方からご紹介をいただいております。

県内医療機関から琉球大学病院への妊孕性温存療法の紹介手順を確立し、既にご紹介がぽつりぽつりと入っております。多分もうちょっと多く紹介していただければと思っております。

県内医療機関の緩和ケア病棟のベッド占有率等の情報を毎週、当協議会ホームページ上で公開しております。これは毎週やっておりますから非常にタイムリーなことということで、多くの医療機関が今利用してくださっています。

大腸がん死激減プロジェクトにおきまして、専門医のための大腸がん相談室を開設し、運用が開始されております。

あとは今日、皆様にご承認いただきましたように、規定を補充することによりまして、厚生労働省「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」の中の、特に国と自治体による公的助成制度の適応が得られる見込みとなっておりますので、それぞれアナウンスをしていただければと思います。特に妊孕性温存に関しましては、琉球大学では卵巣の組織保存もできますので、ぜひご利用していただければと思います。

また、先ほど総論としてはご承認いただきました。これから細かい詰めはありますものの、北部、宮古・八重山医療圏における各種がんに対する治療の現状について、ホームページ上での公開を予定しております。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。

ただいまのご報告でご質問等ございますか。よろしいでしょうか。

今回が今年度の最後の会議となりますので、今年度の協議会の活動の取りまとめもしていただいたところです。

幾つかの新しい試みや新しく始めた取り組みもありますが、ほぼ順調と言っていいかどうかわかりませんが、なんとか前に進んできていると思います。

本協議会は沖縄県全体のがん診療のレベルアップとともに、均てん化は非常に重要だと思っています。そういうところに取り組んでいきたいと思っております。

真栄里様、どうぞ。

○真栄里隆代委員

２点ほどお願いがあります。

63 ページの離島・へき地部会からの報告はとても重要な内容だと思っています。医療者も人は年を取って退職していくこともあるので、それを加味して専門の人材を育成して、どこに住んでいても等しく治療が受けられるような人員配置をお願いしたいと思っています。

２点目は、埴岡さんの資料はとても素晴らしい資料でした。ありがとうございます。この資料を参考に、必要な薬がちゃんと使えて、救えるべき命が救えるように現状を分析して検討して改善していけるような仕組みをお願いしたいと思います。薬が安全に使えるように人を育てたり、環境を整えるように予算もちゃんと確保してやっていただけたらと思っています。必要な薬がちゃんと使えているかどうかという検討ができるような仕組み等もお願いしたいと思っています。

以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。私も先ほど申し上げましたが、均てん化は非常に重要なポイントで、どこに住んでいても、全てが同じ治療というふうにはいきませんが、患者の皆さんが、少なくとも満足度に関しては皆さん同じような気持ちが持てるように取り組んでいます。

今ご指摘いただいた専門医がちゃんといるかというところ。実は僕がこんなことを言うと沖縄県が困るかもしれないんですが、各地域への専門医の充足については、必ずしも県が行政で取り組んでいるわけではなくて、各医師そして医師を派遣しているところ、そして県立病院の努力に全てかかっていて、例えばがん専門医育成事業みたいなものがあるわけでは全然ないんです。

ですから今のご意見をもとに、沖縄県の行政には要求ばかり申し上げているんですが、そういうところも含めて均てん化のための育成と。そしてそこで働く医師たちのサポートも、医師だけではなくて看護師もです。そういうところに目配せをぜひしていただけるように、今後はいろいろな協議会の中からの意見はまた上げていきたいと考えております。

一応、沖縄県も委員の１人ですので、共に沖縄県と進むということでどうぞよろしくお

願いいたします。

ほかにいかがですか。

年度が明けましたら、またいろいろ皆さんとお話ししながらがん対策を進めていきたいと思っております。

本日はご参加をどうもありがとうございました。

部会報告事項

１．医療部会 報告なし

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 報告なし

６．ベンチマーク部会 報告なし

資料４

●令和 4 年度の沖縄県がん診療連携協議会および幹事会の開催日時【案】

■協議会　開催日程　（終了時間は予定）

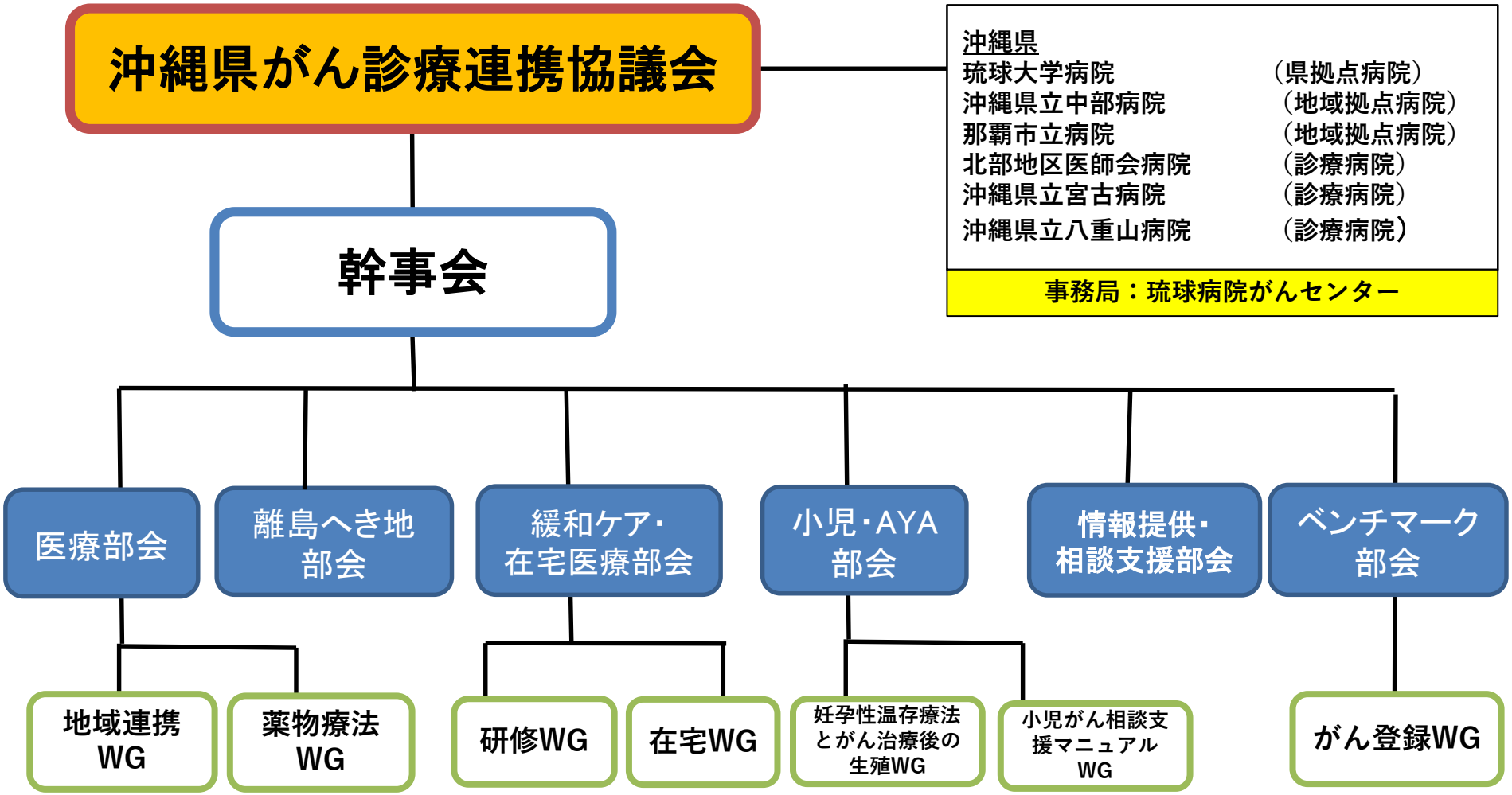
回　数	日　時	場　所	備　考
第１回	令和 4 年 5 月 13 日（金）14:00～17:00	大学院セミナー室	
第２回	令和 4 年 8 月 5 日（金）14:00～17:00	大会議室	
第３回	令和 4 年 11 月 18 日（金）14:00～17:00	~~大学院セミナー室~~ 大会議室	
第４回	令和 5 年 2 月 3 日（金）14:00～17:00	大会議室	

■幹事会　開催日程　（終了時間は予定）

回　数	日　時	場　所	備　考
第１回	令和 4 年 4 月 11 日（月）14:00～17:00	小会議室	
第２回	令和 4 年 7 月 4 日（月）14:00～17:00	大学院セミナー室	
第３回	令和 4 年 10 月 3 日（月）14:00～17:00	大学院セミナー室	
第４回	令和 5 年 1 月 16 日（月）14:00～17:00	大会議室	

沖縄県がん診療連携協議会組織図

資料５



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

No.	要項条項	氏名	異動・変更	ふりがな	所属	役職	要項での位置づけ
1	1	大屋　祐輔	継続	おおや　ゆうすけ	琉球大学病院	病院長	琉大病院の病院長
2	2	玉城　和光	継続	たまき　かずみつ	沖縄県立中部病院	病院長	地域がん診療連携拠点病院の病院長
3	2	外間　浩	継続	ほかま　ひろし	那覇市立病院	病院長	地域がん診療連携拠点病院の病院長
4	3	岸本　信三	変更	きしもと　しんぞう	沖縄県立宮古病院	病院長	地域がん診療病院の病院長
5	3	篠﨑　裕子	継続	しのざき　ゆうこ	沖縄県立八重山病院	病院長	地域がん診療病院の病院長
6	3	諸喜田　林	継続	しょきた　はやし	北部地区医師会病院	病院長	地域がん診療病院の病院長
7	4	安里　哲好	継続	あさと　てつよし	沖縄県医師会	会長	沖縄県医師会長
8	5	米須　敦子	継続	こめす　あつこ	沖縄県歯科医師会	会長	沖縄県歯科医師会長
9	6	前濱　朋子	継続	まえはま　ともこ	沖縄県薬剤師会	会長	沖縄県薬剤師会長
10	7	平良　孝美	継続	たいら　たかみ	沖縄県看護協会	会長	沖縄県看護協会長
11	8	（役職対象者なし）	継続（H31.4～役職対象者なし）		沖縄県	政策参与	沖縄県政策参与
12	9	糸数　公	変更	いとかず　とおる	沖縄県保健医療部	保健医療部長	沖縄県保健医療部長
13	10	増田　昌人	継続	ますだ　まさと	琉球大学病院がんセンター	センター長	琉大病院のがんセンター長
14	11	青木　陽一	継続	あおき　よういち	琉球大学病院がんセンター運営委員会	委員長	琉大病院のがんセンター運営委員会委員長
15	12	平田　哲生	継続	ひらた　てつお	琉球大学病院医療福祉支援センター	センター長	琉大病院の医療福祉支援センター長
16	13	中村　克徳	継続	なかむら　かつのり	琉球大学病院薬剤部	薬剤部長	琉大病院の薬剤部長
17	14	眞栄城　智子	継続	まえしろ　ともこ	琉球大学病院看護部	看護部長	琉大病院の看護部長
18	15	加藤　善一	変更	かとう　よしかず	琉球大学上原キャンパス事務部	事務部長	琉大病院の事務部長
19	16	前田　純子	継続	まえだ　じゅんこ	沖縄県立中部病院	副院長	地域がん診療連携拠点病院より2名
20	16	朝倉　義崇	継続	あさくら　よしたか	沖縄県立中部病院	血液・腫瘍内科部長	地域がん診療連携拠点病院より2名
21	16	宮里　浩	継続	みやざと　ひろし	那覇市立病院	副院長	地域がん診療連携拠点病院より2名
22	16	東恩納　貴子	変更	ひがおんな　たかこ	那覇市立病院	がん看護専門看護師	地域がん診療連携拠点病院より2名
23	17	松村　敏信	継続	まつむら　としのぶ	沖縄県立宮古病院	外科部長	地域がん診療病院から2名
24	17	新崎　博美	変更	あらさき　ひろみ	沖縄県立宮古病院	副院長	地域がん診療病院から2名
25	17	菊池　馨	継続	きくち　かおる	沖縄県立八重山病院	消化器内科部長	地域がん診療病院から2名
26	17	石田　浩子	変更	いしだ　ひろこ	沖縄県立八重山病院	副院長	地域がん診療病院から2名
27	17	柴山　順子	継続	しばやま　じゅんこ	北部地区医師会病院	副院長	地域がん診療病院から2名
28	17	我如古　春美	継続	がねこ　はるみ	北部地区医師会病院	看護部長	地域がん診療病院から2名
29	18	与儀　淑恵	変更	よぎ　よしえ	NPO乳がん患者の会　ぴんく・ぱんさぁ	代表	患者関係の立場の者
30	18	田盛　亜紀子	変更	たもり　あきこ	やいまゆんたく会（八重山のがん患者を支援する会）	会長	患者関係の立場の者
31	18	上原　弘美	継続	うえはら　ひろみ	サバイバーナースの会「ぴあナース」	代表	患者関係の立場の者
32	18	島袋　百代	継続	しまぶくろ　ももよ	パンキャンジャパン沖縄アフィリエート	支部長	患者関係の立場の者
33	19	天野　慎介	継続	あまの　しんすけ	一般社団法人グループ・ネクサス・ジャパン	理事長	有識者
34	19	埴岡　健一	継続	はにおか　けんいち	国際医療福祉大学大学院	教授	有識者
35	19	島　洋子	継続	しま　ようこ	琉球新報社編集局	次長・報道本部長	有識者
36	20	和田　直樹	変更	わだ　なおき	琉球大学病院病理部	病理部長	琉大の病院長が必要と認める者
37	20	足立　源樹	継続	あだち　げんき	那覇市立病院	放射線科部長	琉大の病院長が必要と認める者

令和4年度 沖縄県がん診療連携協議会幹事会委員一覧

申合わせ条項	要項条項	氏名	所属	役職	備考
1	10	増田　昌人	琉球大学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	朝倉　義崇	県立中部病院	血液・腫瘍内科部長	地域がん診療連携拠点病院より1名
2	16	宮里　浩	那覇市立病院	副院長	地域がん診療連携拠点病院より1名
3	17	松村　敏信	県立宮古病院	外科部長	地域がん診療病院から1名
3	17	菊池　馨	県立八重山病院	内科部長	地域がん診療病院から1名
3	17	柴山　順子	北部地区医師会病院	副院長	地域がん診療病院から1名
4	その他協議会議長が必要と認めた者	新城　光雄	沖縄県保健医療部	保健衛生統括監	その他琉大の病院長が必要と認める者
4	その他協議会議長が必要と認めた者	仲本　律雄	琉球大学上原キャンパス事務部総務課	課長	その他琉大の病院長が必要と認める者

沖縄県がん診療連携協議会委員名簿（案）

2022/4月時点

人事異動等による委員変更は随時更新します。

医療部会

氏名	所属	役職	備考
宮里　浩	那覇市立病院	外科統括課部長	地域がん診療連携拠点病院
朝倉　義崇	沖縄県立中部病院	腫瘍・血液内科部長	地域がん診療連携拠点病院
照屋　淳	北部地区医師会病院	副院長・外科部長	地域がん診療病院
松茂良　力	沖縄県立八重山病院	副院長	地域がん診療病院
川満　博昭	沖縄県立宮古病院	医療部長	**地域がん診療病院**
外間　早紀子	沖縄県保健医療部健康長寿課	主査	沖縄県
調整中			患者関係者
増田　昌人	琉球大学病院	がんセンター長	事務局
野村　寛徳	琉球大学病院	第一外科助教	都道府県がん診療連携拠点病院
有賀　拓郎	琉球大学病院	診療情報管理センター副センター長	都道府県がん診療連携拠点病院
安次嶺　宏哉	沖縄協同病院	腫瘍内科	沖縄協同病院
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

医療部会　地域連携ワーキング

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

医療部会　薬物療法ワーキング

氏名	所属	役職	備考
石井　岳夫	琉球大学病院	がん専門薬剤師、外来がん治療認定薬剤師	都道府県がん診療連携拠点病院
鈴木　毅	琉球大学病院	がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師	都道府県がん診療連携拠点病院
永井　賢作	那覇市立病院	薬剤師	地域がん診療連携拠点病院
朝倉　義崇	沖縄県立中部病院	血液・腫瘍内科部長	地域がん診療連携拠点病院
吉田　幸生	沖縄県立中部病院	血液・腫瘍内科	地域がん診療連携拠点病院
友利　幹夫	沖縄県立中部病院	副薬局長	地域がん診療連携拠点病院
前森　里美	沖縄県立中部病院	看護師	地域がん診療連携拠点病院
與世平一起	沖縄県立八重山病院	薬剤師	地域がん診療病院
大益　渉子	沖縄県立八重山病院	看護師	地域がん診療病院
神里　敬子	沖縄県立宮古病院	看護師長	**地域がん診療病院**
比嘉　亜紀	北部地区医師会病院	看護師	地域がん診療病院
新井　麻紀子	北部地区医師会病院	薬剤師	地域がん診療病院
大城　真理奈	豊見城中央病院	薬剤師	豊見城中央病院
上原　政文	豊見城中央病院	薬剤師	豊見城中央病院
國吉　洋子	浦添総合病院	看護師	浦添総合病院
平良　智	中頭病院	薬剤師	中頭病院
増田　昌人	琉球大学病院	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

緩和ケア・在宅医療部会

氏名	所属	役職	備考
中村　清哉	琉球大学病院	緩和ケアセンター副センター長	都道府県がん診療連携拠点病院
中島　信久	琉球大学病院	地域医療部　診療教授	都道府県がん診療連携拠点病院
安次富　直美	琉球大学病院	緩和ケア看護師	都道府県がん診療連携拠点病院
足立　源樹	那覇市立病院	放射線科部長	地域がん診療連携拠点病院
三浦　耕子	沖縄県立中部病院	婦人科副部長	地域がん診療連携拠点病院
屋良　尚美	沖縄県立中部病院	外来師長	地域がん診療連携拠点病院
朝川　恵利	沖縄県立宮古病院	地域連携室 看護師	**地域がん診療病院**
酒井　達也	沖縄県立八重山病院	地域診療科医師	地域がん診療病院
野里　栄治	北部地区医師会病院	医局長/外科外来医長	地域がん診療病院
笹良　剛史	友愛会豊見城中央病院	麻酔科部長	友愛会南部病院
小波津　真紀子	沖縄県保健医療部健康長寿課	主査	沖縄県
名嘉眞　久美	沖縄県がん患者会連合会	事務局	患者関係者
増田　昌人	琉球大学病院がんセンター	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

緩和ケア・在宅医療部会　研修ワーキング

氏名	所属	役職	備考
中村　清哉	琉球大学病院	緩和ケアセンター副センター長	都道府県がん診療連携拠点病院
足立　源樹	那覇市立病院	放射線科部長	地域がん診療連携拠点病院
三浦　耕子	沖縄県立中部病院	婦人科副部長	地域がん診療連携拠点病院
朝川　恵利	沖縄県立宮古病院	がん専門看護師	**地域がん診療病院**
酒井　達也	沖縄県立八重山病院	地域診療科医師	地域がん診療病院
野里　栄治	北部地区医師会病院	医局長/外科外来医長	地域がん診療病院
久志　一朗	国立病院機構沖縄病院	緩和医療科医長	緩和ケア研修会開催病院
新里　誠一郎	浦添総合病院	緩和ケアセンター長	緩和ケア研修会開催病院
笹良　剛史	豊見城中央病院	麻酔科部長	緩和ケア研修会開催病院
西原　実	ハートライフ病院	副院長	緩和ケア研修会開催病院
林　正樹	中頭病院	血液腫瘍内科部長	緩和ケア研修会開催病院
友利　健彦	沖縄赤十字病院	第二外科副部長	緩和ケア研修会開催病院
新屋　洋平	中部徳洲会病院	在宅・緩和ケア科医長	緩和ケア研修会開催病院
神山　佳之	南部医療センター・こども医療センター	地域医療科副部長	緩和ケア研修会開催病院
増田　昌人	琉球大学病院	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

緩和ケア・在宅医療部会　在宅ワーキング

氏名	所属	役職	備考
金城　隆展	琉大病院地域医療部	臨床倫理士	都道府県がん診療連携拠点病院
長野　宏昭	沖縄県立中部病院	呼吸器内科医師	地域がん診療連携拠点病院
東恩納　貴子	那覇市立病院	看護師	地域がん診療連携拠点病院
金城　美奈子	沖縄県立宮古病院	地域連携室がん相談員副師長	**地域がん診療病院**
屋比久　倫子	沖縄県立八重山病院	地域連携室看護師	地域がん診療病院
成田　奈緒子	北部地区医師会病院	連携課師長	地域がん診療病院
嶺井　朝美	北部地区医師会病院	緩和ケア認定看護師	地域がん診療病院
荷川取　尚樹	花あかり合資会社	代表所長	花あかり合資会社
笹良　剛史	友愛会豊見城中央病院	麻酔科部長	友愛会南部病院
喜納　美津男	きなクリニック	院長	きなクリニック
宮城　愛子	沖縄セントラル病院	訪問看護認定看護師	訪問看護ステーションはえばる
徳盛　裕元	すまいるサポート株式会社	代表取締役	すまいるサポート株式会社
増田　昌人	琉球大学病院	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

小児・AYA部会

氏名	所属	役職	備考
浜田　聡	琉球大学病院	小児科助教	都道府県がん診療連携拠点病院
森島　聡子	琉球大学病院	第二内科准教授	都道府県がん診療連携拠点病院
銘苅　桂子	琉球大学病院	周産母子センター講師	都道府県がん診療連携拠点病院
當銘　保則	琉球大学病院	整形学科学講座准教授	都道府県がん診療連携拠点病院
當山　美奈子	琉球大学病院	小児科看護師長	都道府県がん診療連携拠点病院
朝倉　義崇	沖縄県立中部病院	血液・腫瘍内科部長	地域がん診療連携拠点病院
大城　一郁	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	血液・腫瘍内科	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
比嘉　猛	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	小児科部長	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
伊良波　史朗	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	放射線科副部長	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
佐久川　夏実	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	チャイルド・ライフ・スペシャリスト	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
崎間　恒哉	県立学校教育課	課長	沖縄県教育庁
城間　敏生	沖縄県教育庁保健体育課	課長	沖縄県教育庁
新屋敷　誠	森川特別支援学校	学校長	森川特別支援学校
外間　早紀子	沖縄県保健医療部健康長寿課	主査	沖縄県
金城　敦子	がんの子どもを守る会　沖縄支部	幹事	患者関係者
増田　昌人	琉球大学病院がんセンター	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

小児・AYA部会　妊孕性温存療法ワーキング

氏名	所属	役職	備考
野里　栄治	北部地区医師会病院	医局長・外科外来医長	地域がん診療病院
大畑　尚子	沖縄県立中部病院	産婦人科　副部長	地域がん診療連携拠点病院
調整中	沖縄県立中部病院		地域がん診療連携拠点病院
池宮城　梢	那覇市立病院	産婦人科　部長	地域がん診療連携拠点病院
中上　弘茂	沖縄県立八重山病院	産婦人科　部長	地域がん診療病院
石川　裕子	沖縄県立宮古病院	産婦人科 医長	地域がん診療病院
白石　康子	友愛医療センター	産婦人科医	
銘苅　桂子	琉球大学病院	周産母子センター講師	都道府県がん診療連携拠点病院
調整中	琉球大学病院	整形外科	都道府県がん診療連携拠点病院
調整中	琉球大学病院	第一外科	都道府県がん診療連携拠点病院
調整中	琉球大学病院	脳神経外科	都道府県がん診療連携拠点病院
調整中	琉球大学病院	第二内科	都道府県がん診療連携拠点病院
調整中	琉球大学病院	小児科	都道府県がん診療連携拠点病院
調整中	琉球大学病院	産婦人科	都道府県がん診療連携拠点病院
調整中	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	産婦人科	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
調整中	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	小児科	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
調整中	中頭病院	乳腺科	
調整中	沖縄協同病院	腫瘍内科	
調整中	沖縄県		
増田　昌人	琉球大学病院がんセンター	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

小児・AYA部会　小児がん相談支援マニュアルワーキング

氏名	所属	役職	備考
佐久川　夏実	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	チャイルド・ライフ・スペシャリスト	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
冨里　果林	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	医療ソーシャルワーカー	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
眞榮田　珠里	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	看護師	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
仲宗根　恵美	那覇市立病院	医療ソーシャルワーカー	地域がん診療連携拠点病院
糸数真理子	那覇市立病院	医療ソーシャルワーカー	地域がん診療連携拠点病院
下地　舞	那覇市立病院	医療ソーシャルワーカー	地域がん診療連携拠点病院
金城　敦子	がんの子どもを守る会　沖縄支部	幹事	患者会
宮平　有希子	がんの子どもを守る会　沖縄支部		患者会
佐久川　沙織	琉球大学病院	看護師	都道府県がん診療連携拠点病院
友利　晃子	琉球大学病院	医療ソーシャルワーカー	都道府県がん診療連携拠点病院
増田　昌人	琉球大学病院がんセンター	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

離島・へき地部会

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

情報提供・相談支援部会

氏名	所属	役職	備考
大久保　礼子	琉球大学病院がんセンター	医療ソーシャルワーカー	都道府県がん診療連携拠点病院
友利　晃子	琉球大学病院がんセンター	医療ソーシャルワーカー	
玉城　佐笑美	沖縄県立中部病院	連携室看護師□	地域がん診療連携拠点病院
仲宗根　恵美	那覇市立病院	医療ソーシャルワーカー	地域がん診療連携拠点病院
糸数　真理子	那覇市立病院	医療ソーシャルワーカー	
伊禮　智則	那覇市立病院	医療ソーシャルワーカー	
金城　美奈子	沖縄県立宮古病院	地域連携室看護師	**地域がん診療病院**
岩崎　奈々子	沖縄県立八重山病院	地域連携室看護師	地域がん診療病院
仲村渠　美奈子	北部地区医師会病院	医療ソーシャルワーカー	地域がん診療病院
上原　弘美	友愛医療センター	相談員	友愛医療センター
冨里　果林	南部医療センター・こども医療センター	社会福祉士	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
小波津　真紀子	沖縄県保健医療部健康長寿課	主査	沖縄県
島袋　百代	パンキャンジャパン沖縄アフェリエート	支部長	患者関係者
中山　富美	沖縄県地域統括支援センター	ピアサポーター	患者関係者
樋口　美智子	沖縄国際大学	総合文化学部人間福祉学科准教授	
増田　昌人	琉球大学病院がんセンター	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

ベンチマーク部会

氏名	所属	役職	備考
伊佐　奈々	琉球大学病院がんセンター	診療情報管理士	都道府県がん診療連携拠点病院
友利　寛文	那覇市立病院	外科部長	地域がん診療連携拠点病院
朝倉　義崇	沖縄県立中部病院	血液・腫瘍内科部長	地域がん診療連携拠点病院
松村　敏信	沖縄県立宮古病院	外科部長	**地域がん診療病院**
尾﨑　信弘	沖縄県立八重山病院	外科部長	地域がん診療病院
柴山　順子	北部地区医師会病院	副院長	地域がん診療病院
調整中	沖縄県保健医療部健康長寿課		沖縄県
調整中			患者関係者
調整中			患者関係者
井岡　亜希子	まるレディースクリニック		
増田　昌人	琉球大学病院がんセンター	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

ベンチマーク部会　がん登録ワーキング

氏名	所属	役職	備考
伊佐　奈々	琉球大学病院がんセンター	診療情報管理士	都道府県がん診療連携拠点病院
福岡　しのぶ	琉球大学病院がんセンター	診療情報管理士	都道府県がん診療連携拠点病院
西平　点	沖縄県立中部病院　経営課	主幹	地域がん診療連携拠点病院
仲嶺　八紀	沖縄県立中部病院　経営課		地域がん診療連携拠点病院
仲尾次　恭子	那覇市立病院		地域がん診療連携拠点病院
戸倉　さおり	沖縄県立宮古病院　診療情報管理室	診療情報管理士	**地域がん診療病院**
金城　有哉	沖縄県立八重山病院　医事課		地域がん診療病院
宮里　貴子	北部地区医師会病院　医事課		地域がん診療病院
安里　邦子	中部徳洲会病院　診療情報管理室	診療情報管理士	中部徳洲会病院
比知屋　春奈	国立病院機構沖縄病院　診療情報管理室	診療情報管理士	国立病院機構沖縄病院
古謝　由紀子	沖縄県衛生環境研究所　全国がん登録担当	全国がん登録	沖縄衛生環境研究所
増田　昌人	琉球大学病院がんセンター	がんセンター長	事務局
調整中	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

沖縄県がん診療連携協議会
2022年5月13日

資料６

沖縄県がん対策
関連データのアップデート

国際医療福祉大学大学院
教授
埴岡健一

063

はじめに



趣旨

- オープンデータから沖縄県のがんの状況を理解することができる部分があるのではないか。
- これまで適宜紹介してきたところだが、今回も、いくつか追加的にご紹介する。
- 議論や考察の一助になるところがあれば、幸いである。
- 沖縄県連携協議会として、重要データに関して、恒常的・定点観測的にデータ集がレポートされることが望ましいと考える。

目次

1　市町村別　標準化死亡比（SMR）

2　都道府県別　年齢調整死亡率　40年間動向

3　都道府県別　年齢調整死亡率　25年間動向

4　都道府県別　年齢調整死亡率　県間差　40年間動向

5　都道府県別　年齢調整死亡率　県間差　25年動向

6　医療圏別超過死亡数（累積図）

7　遺族調査結果

8　がん化学療法　部位別　実施状況（NDB-SCR）

9　遺伝子マーカー等検査実施状況（NDB-SCR）

10 免疫チェックポイント阻害薬　使用状況

パート1
市町村別
標準化死亡比

標準化死亡比：大腸がん（男）に注意。肺がん（女）もホットスポットが。

Id付地名	01_全死因__男性	02_全死因__女性	03がん総数男性	04がん総数女性	05がん男性	06がん胃女性	07がん大腸男性	08がん大腸女性	09がん肝男性	10がん肝女性	11がん肺男性	12がん肺女性
47沖縄県	99.3	90.5	90.2	90.7	56.1	54.1	111.2	91.4	75.0	68.3	95.1	95.2
47201那覇市	101.3	97.5	93.5	96.9	60.7	63.6	113.4	104.5	80.6	81.7	95.4	91.9
47205宜野湾市	97.9	86.8	87.8	88.4	55.4	54.7	103.0	90.4	63.0	40.1	103.8	105.8
47207石垣市	105.3	94.3	91.4	94.9	59.9	55.7	104.1	98.6	67.5	85.5	106.3	126.8
47208浦添市	92.8	86.5	87.8	90.5	51.9	58.3	123.4	96.4	79.0	45.6	80.5	94.5
47209名護市	98.2	82.0	81.3	81.6	45.8	42.8	106.1	68.8	82.4	68.7	84.5	75.1
47210糸満市	106.7	97.0	95.0	101.0	54.3	59.7	108.2	98.7	77.8	55.4	104.9	106.0
47211沖縄市	100.7	94.6	92.3	93.8	60.1	57.4	117.1	97.6	66.8	86.6	96.2	93.0
47212豊見城市	92.8	81.1	85.5	85.7	58.8	50.0	118.3	81.7	79.0	70.5	93.4	74.0
47213うるま市	107.6	91.0	97.4	94.1	61.8	57.4	123.2	85.2	77.0	72.4	102.0	110.8
47214宮古島市	105.4	96.6	92.9	81.3	54.0	42.3	125.0	79.8	73.0	56.7	101.1	95.6
47215南城市	93.9	85.1	88.5	89.2	58.0	48.6	99.1	97.8	89.9	54.8	91.1	113.4
47301国頭村	102.4	87.5	90.4	85.9	53.4	48.8	116.8	78.1	69.1	53.2	93.9	84.7
47302大宜味村	104.2	90.7	93.0	88.4	60.3	59.0	113.3	91.4	73.3	57.8	97.5	102.0
47303東村	96.7	92.9	91.7	92.6	58.9	55.4	111.4	92.9	73.3	72.8	98.8	97.6
47306今帰仁村	85.4	81.2	81.2	87.1	52.6	46.7	95.3	81.2	70.3	66.6	93.6	78.7
47308本部町	99.1	91.6	94.8	93.3	56.2	60.7	102.1	102.2	69.6	79.3	100.5	90.1
47311恩納村	110.5	94.8	93.9	84.9	59.0	46.5	110.8	97.7	84.3	56.9	101.6	97.6
47313宜野座村	95.9	97.3	85.5	84.7	57.1	54.2	106.3	85.3	87.0	64.5	91.5	75.8
47314金武町	106.5	86.3	96.6	85.9	55.6	50.7	110.1	89.1	81.6	53.3	100.5	87.2
47315伊江村	103.8	92.0	92.2	88.1	56.8	54.3	105.7	89.2	78.4	80.8	100.5	84.6
47324読谷村	95.7	97.5	83.4	95.3	51.5	56.6	109.6	105.5	63.4	41.2	92.8	100.7
47325嘉手納町	105.7	85.9	95.3	80.9	62.1	49.3	106.0	85.8	87.7	64.6	100.9	80.0
47326北谷町	92.2	82.7	82.9	87.1	52.8	53.5	106.4	81.2	65.0	60.2	85.3	108.5

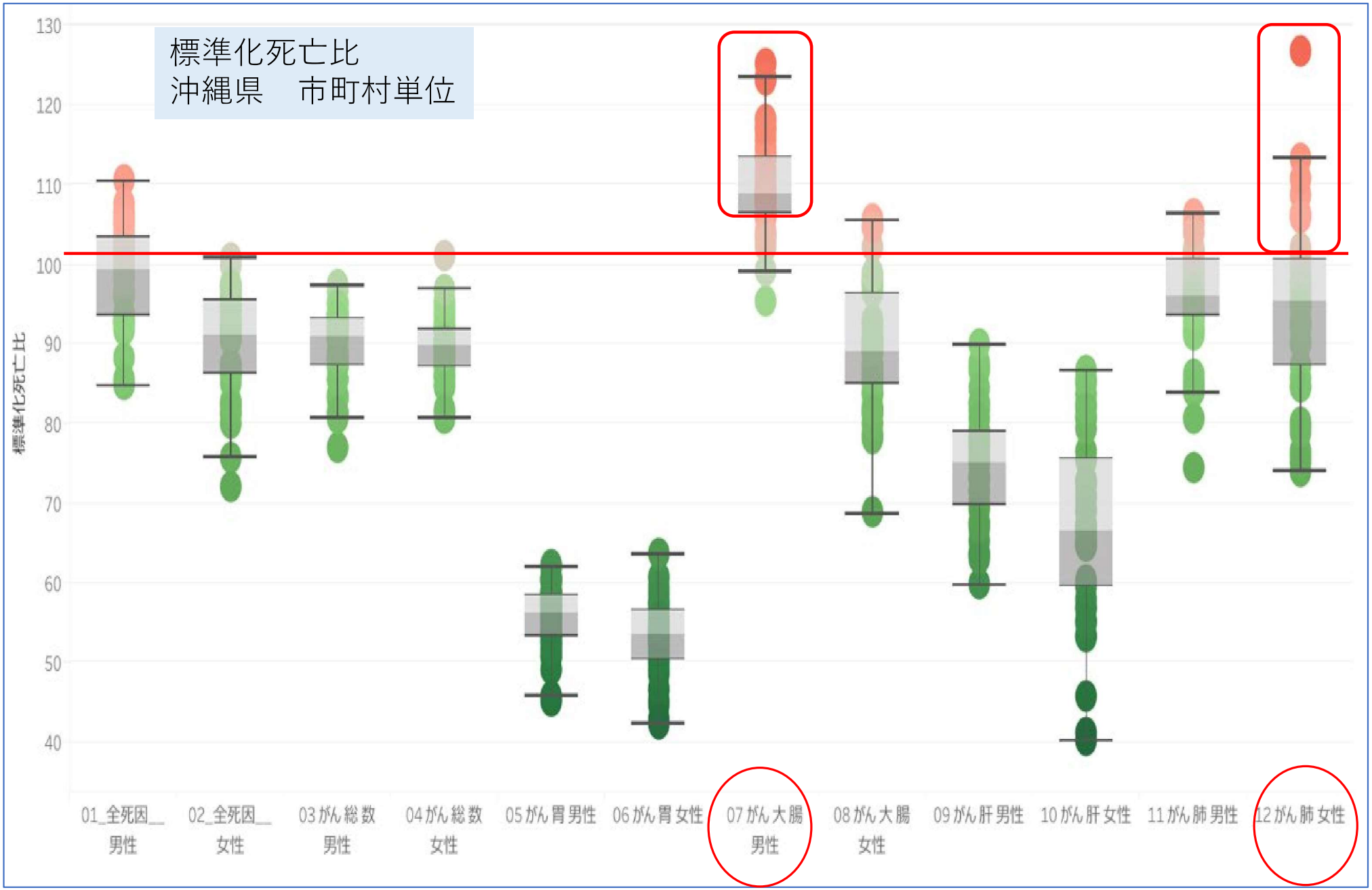
https://public.tableau.com/app/profile/ken.hanioka/viz/_1643456992130/sheet0

Id付地名	01_全死因__男性	02_全死因__女性	03がん総数男性	04がん総数女性	05がん男性	06がん胃女性	07がん大腸男性	08がん大腸女性	09がん肝男性	10がん肝女性	11がん肺男性	12がん肺女性
47327北中城村	88.3	71.9	83.3	80.7	44.9	44.7	113.6	82.0	59.8	75.4	86.1	79.8
47328中城村	92.8	75.7	87.3	91.6	57.5	50.3	115.7	97.3	77.0	69.2	97.3	76.4
47329西原町	84.7	82.4	80.6	89.8	53.6	51.4	107.6	90.3	63.5	85.0	84.0	97.1
47348与那原町	98.4	86.1	93.8	91.5	57.6	45.2	113.2	104.8	82.6	83.5	96.0	97.9
47350南風原町	84.8	79.9	76.8	86.6	49.0	52.3	103.4	70.7	67.5	71.1	74.3	85.7
47353渡嘉敷村	99.3	91.2	89.1	90.2	57.3	57.2	109.0	89.1	73.3	76.6	94.4	92.4
47354座間味村	101.7	99.8	92.0	90.0	54.9	53.1	108.6	89.0	73.0	66.4	93.9	97.7
47355粟国村	91.6	96.1	87.0	89.6	56.3	52.3	109.6	87.2	76.2	65.1	92.0	90.3
47356渡名喜村	100.3	94.1	90.9	90.3	55.1	53.5	109.2	89.9	77.8	67.0	98.5	93.3
47357南大東村	96.0	92.1	88.3	89.9	56.1	52.9	109.2	92.4	71.3	65.8	95.2	96.7
47358北大東村	101.8	91.6	92.1	91.5	57.6	53.6	114.7	90.2	77.9	67.3	95.0	99.2
47359伊平屋村	93.6	95.5	88.1	91.9	53.6	52.1	108.7	86.7	75.3	64.6	96.5	94.8
47360伊是名村	105.2	90.4	90.9	88.0	53.3	55.2	108.0	84.9	74.7	72.7	99.3	92.4
47361久米島町	99.9	95.5	91.8	92.0	60.4	53.6	108.2	83.5	63.6	80.4	94.8	99.3
47362八重瀬町	103.4	86.6	93.7	91.7	50.8	52.9	112.0	86.1	77.5	82.5	97.7	100.7
47375多良間村	102.9	96.1	93.6	90.3	58.5	52.4	106.9	87.4	71.5	65.1	95.5	106.2
47381竹富町	92.9	87.4	90.8	87.5	50.7	60.6	107.4	84.0	86.6	59.5	101.3	101.0
47382与那国町	100.2	100.7	91.3	89.2	58.0	56.4	108.5	87.3	75.1	65.0	96.5	95.3

出典：政府統計の総合窓口（e-Stat）人口動態統計特殊報告 / 平成25～29年　人口動態保健所・市区町村別統計、標準化死亡比（ベイズ推定値），主要死因・性・都道府県・保健所・市区町村別

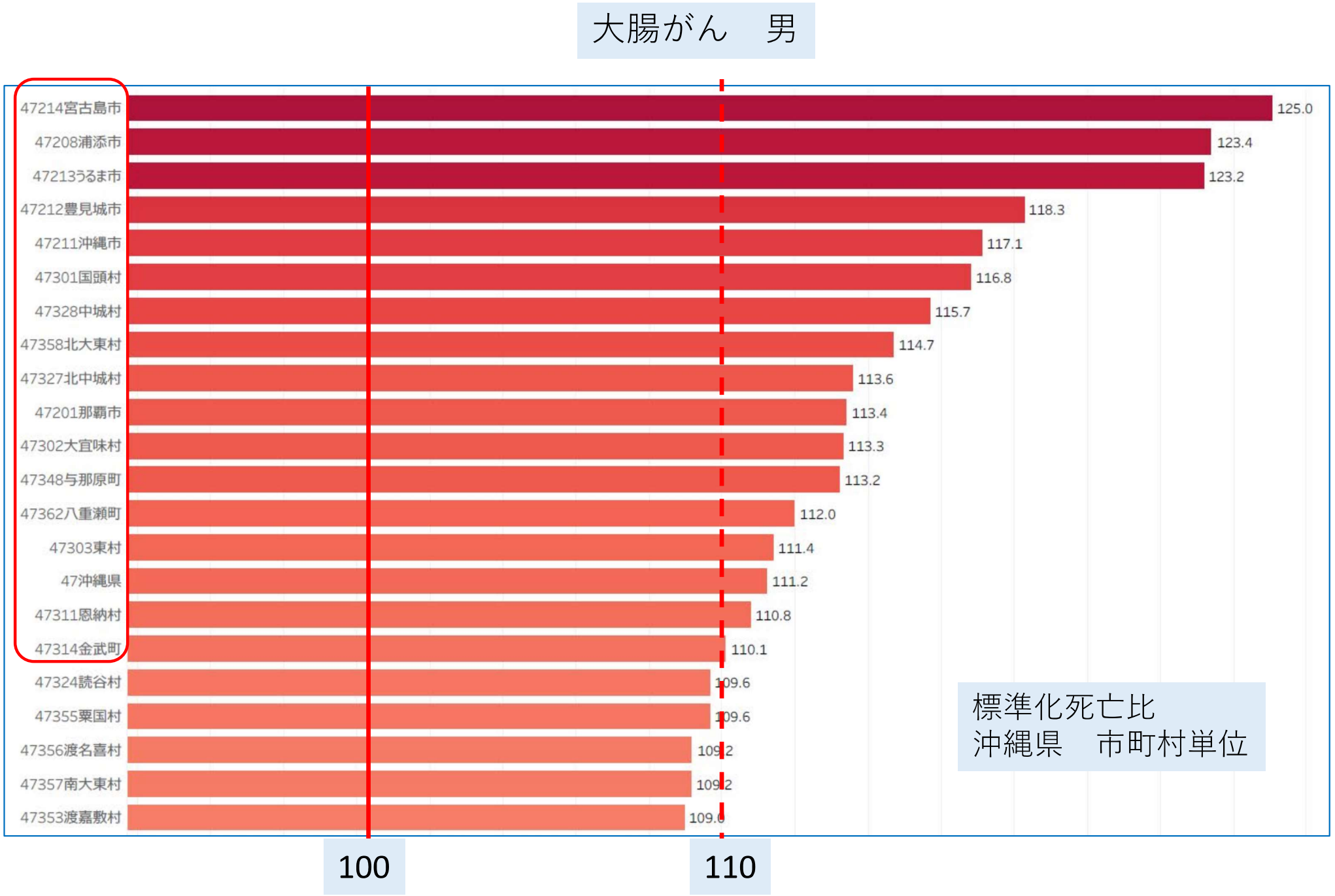
https://public.tableau.com/app/profile/ken.hanioka/viz/_1643456992130/sheet0

前2ページの数値を、箱ひげ図で表示。高値、外れ値の地域が確認できる



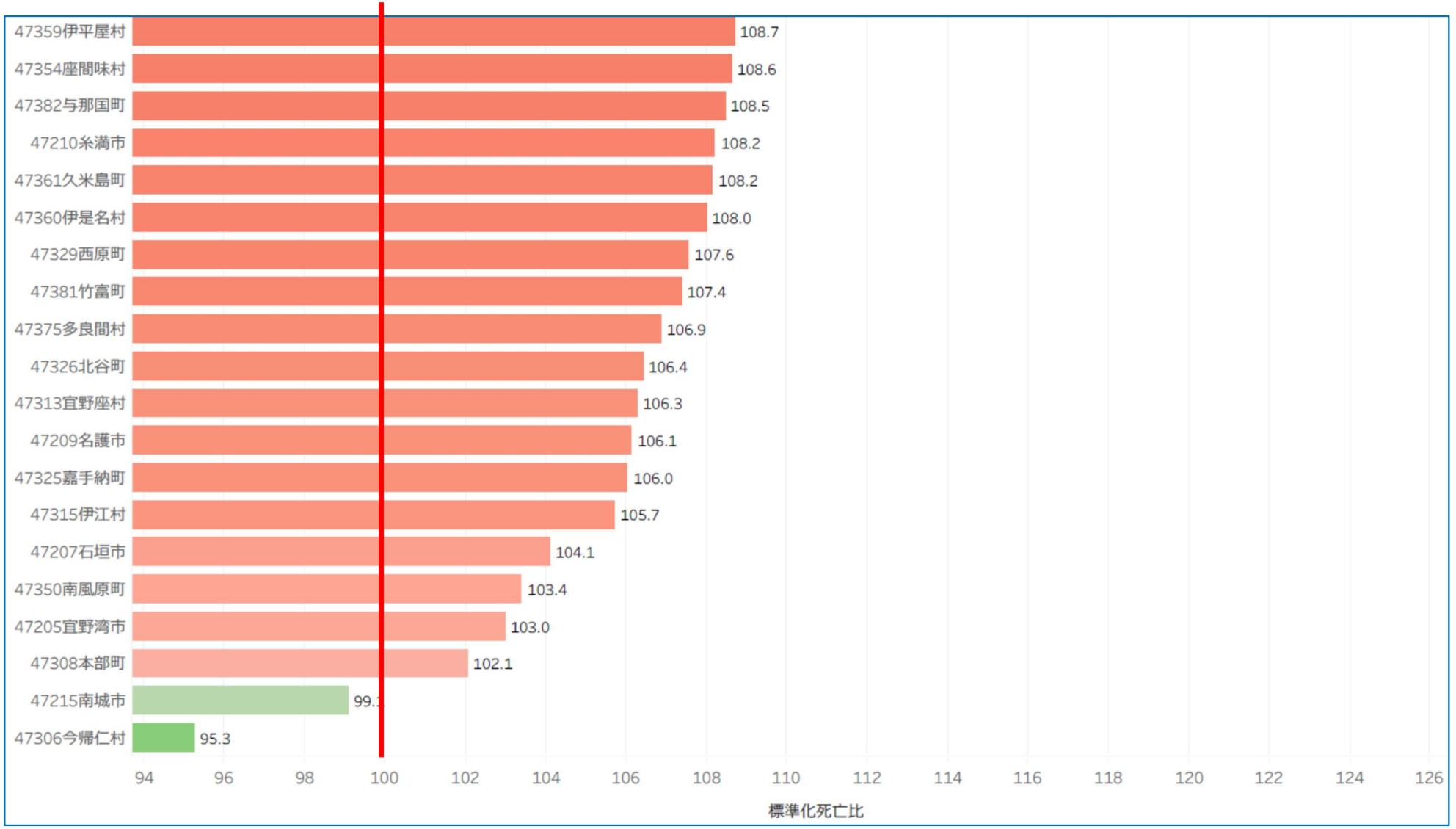
https://public.tableau.com/app/profile/ken.hanioka/viz/_1643456992130/sheet0

高い順にソート。地域名を確認



https://public.tableau.com/app/profile/ken.hanioka/viz/_1643456992130/sheet0

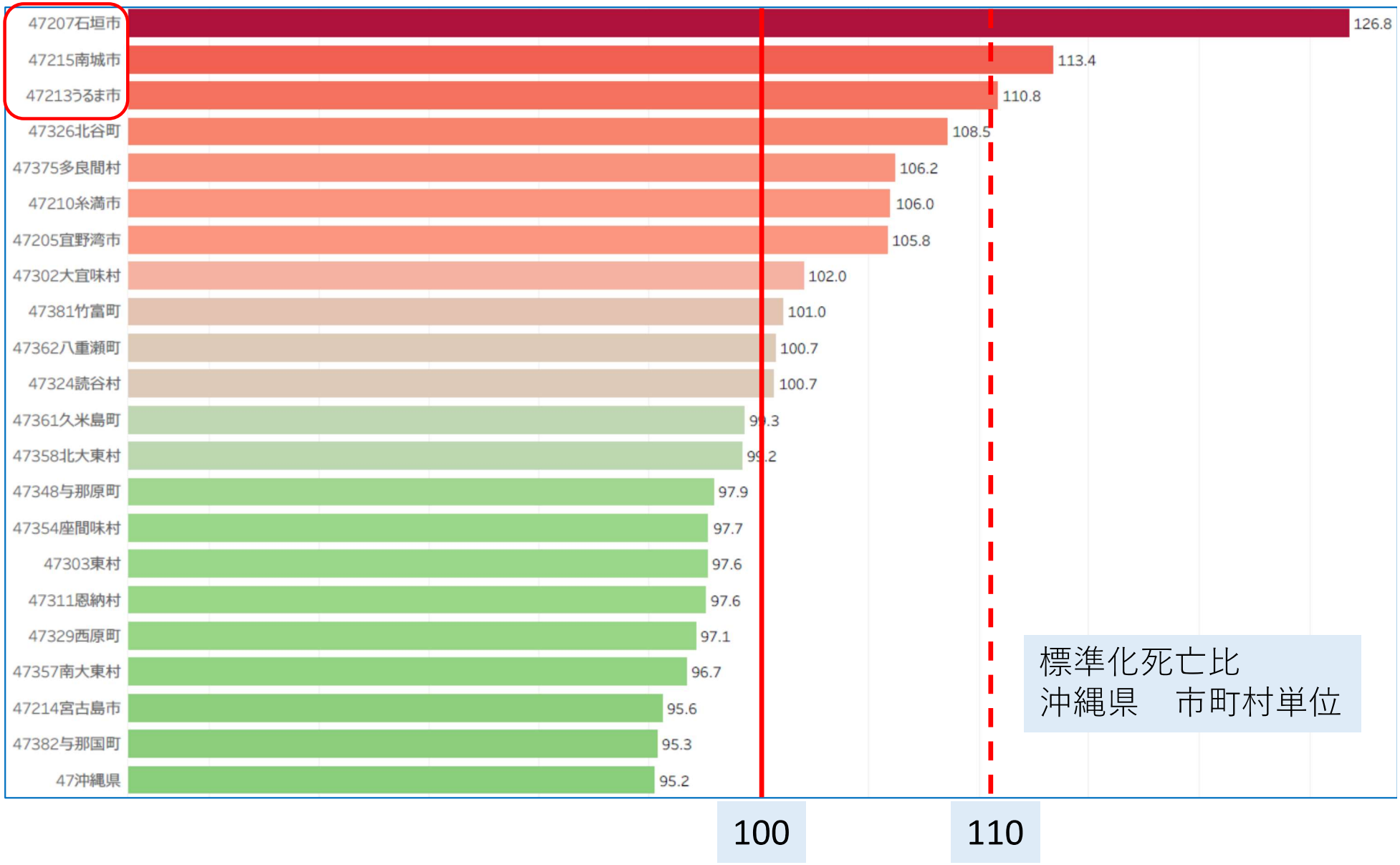
前ページ続き



https://public.tableau.com/app/profile/ken.hanioka/viz/_1643456992130/sheet0

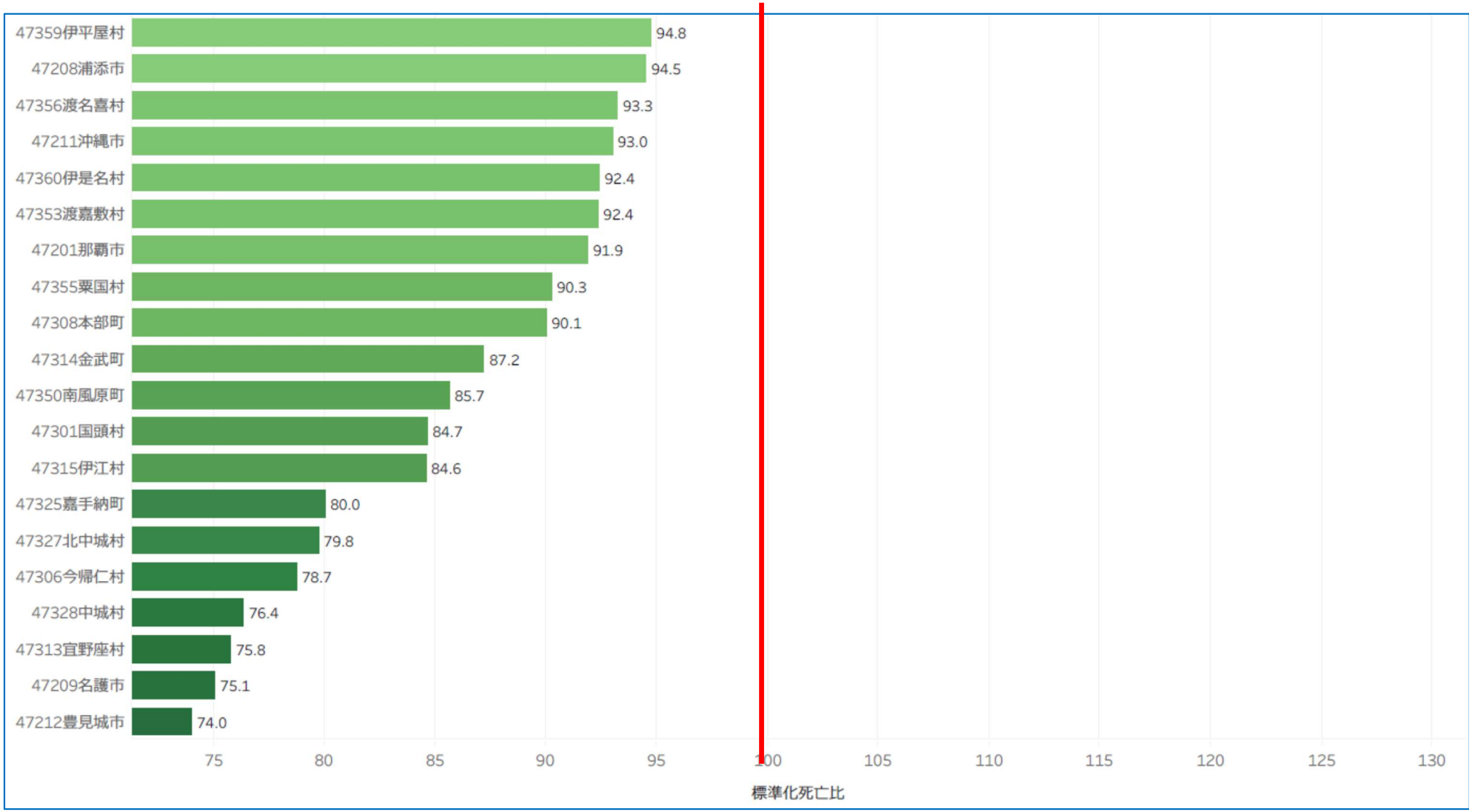
高い順にソート。地域名を確認

肺がん　女



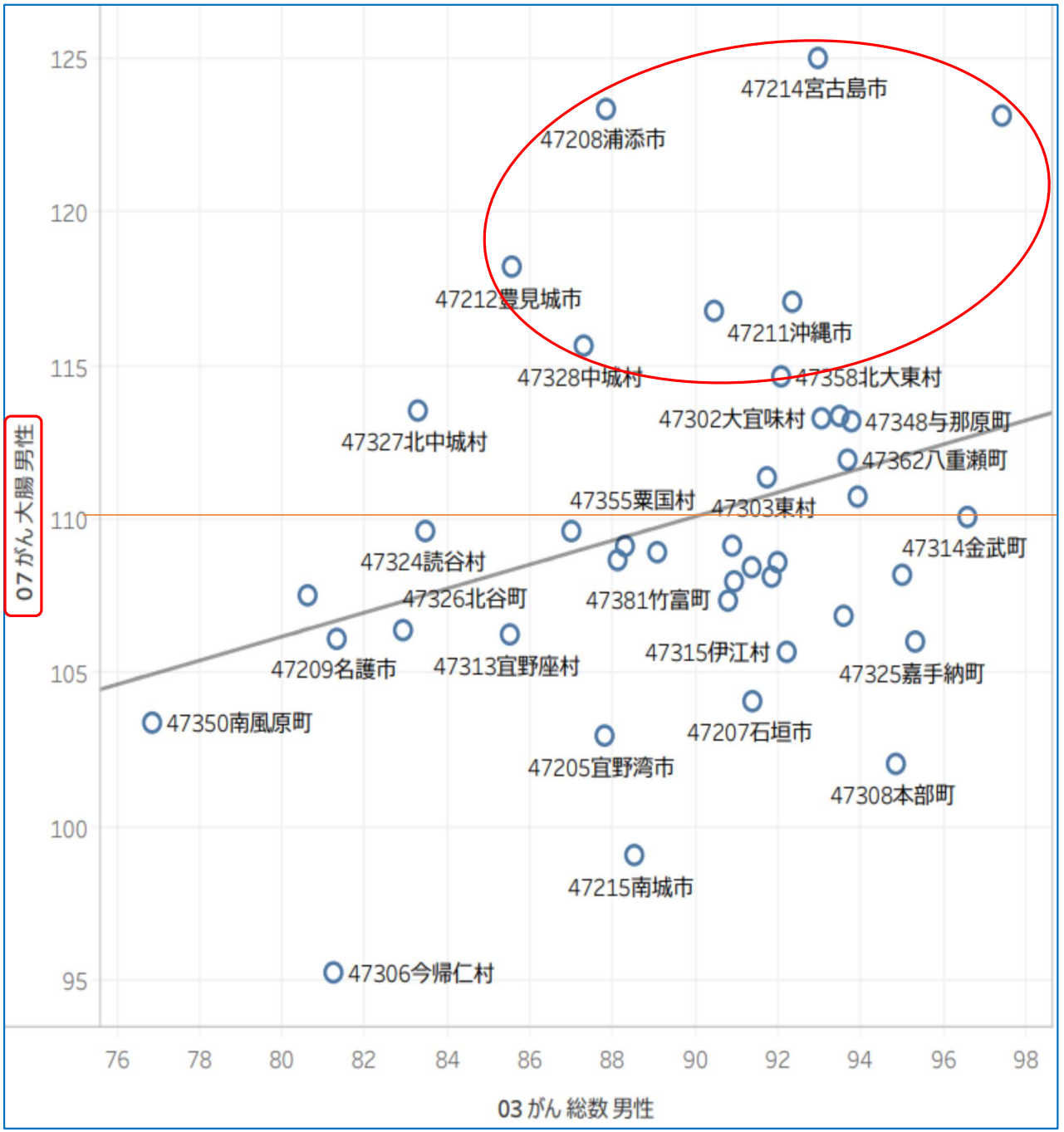
https://public.tableau.com/app/profile/ken.hanioka/viz/_1643456992130/sheet0

前ページ続き



https://public.tableau.com/app/profile/ken.hanioka/viz/_1643456992130/sheet0

がん全体は少なめでも大腸がん（男）が特に高い地域があることに注意

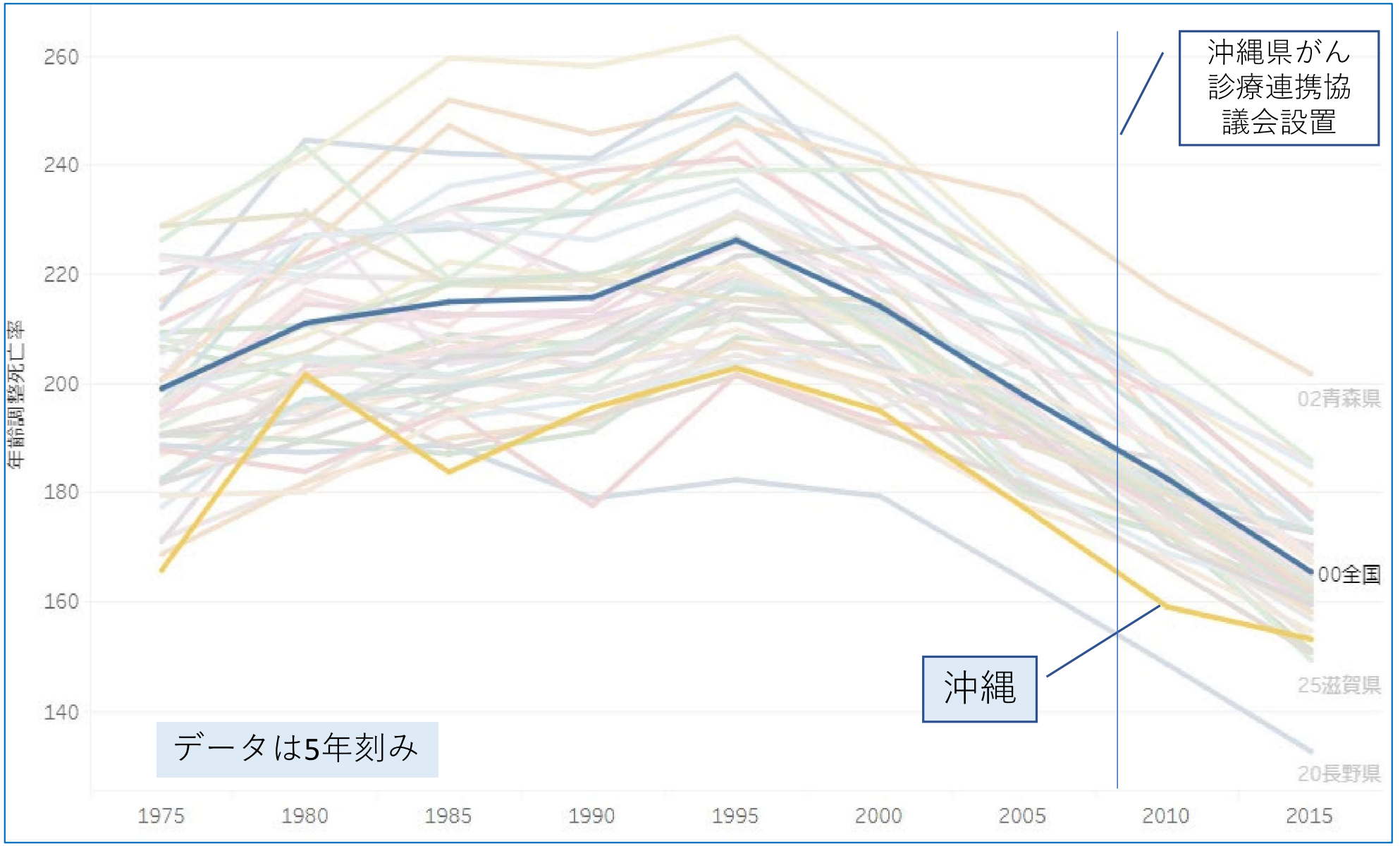


075

https://public.tableau.com/app/profile/ken.hanioka/viz/SMR_16434998471070/sheet0

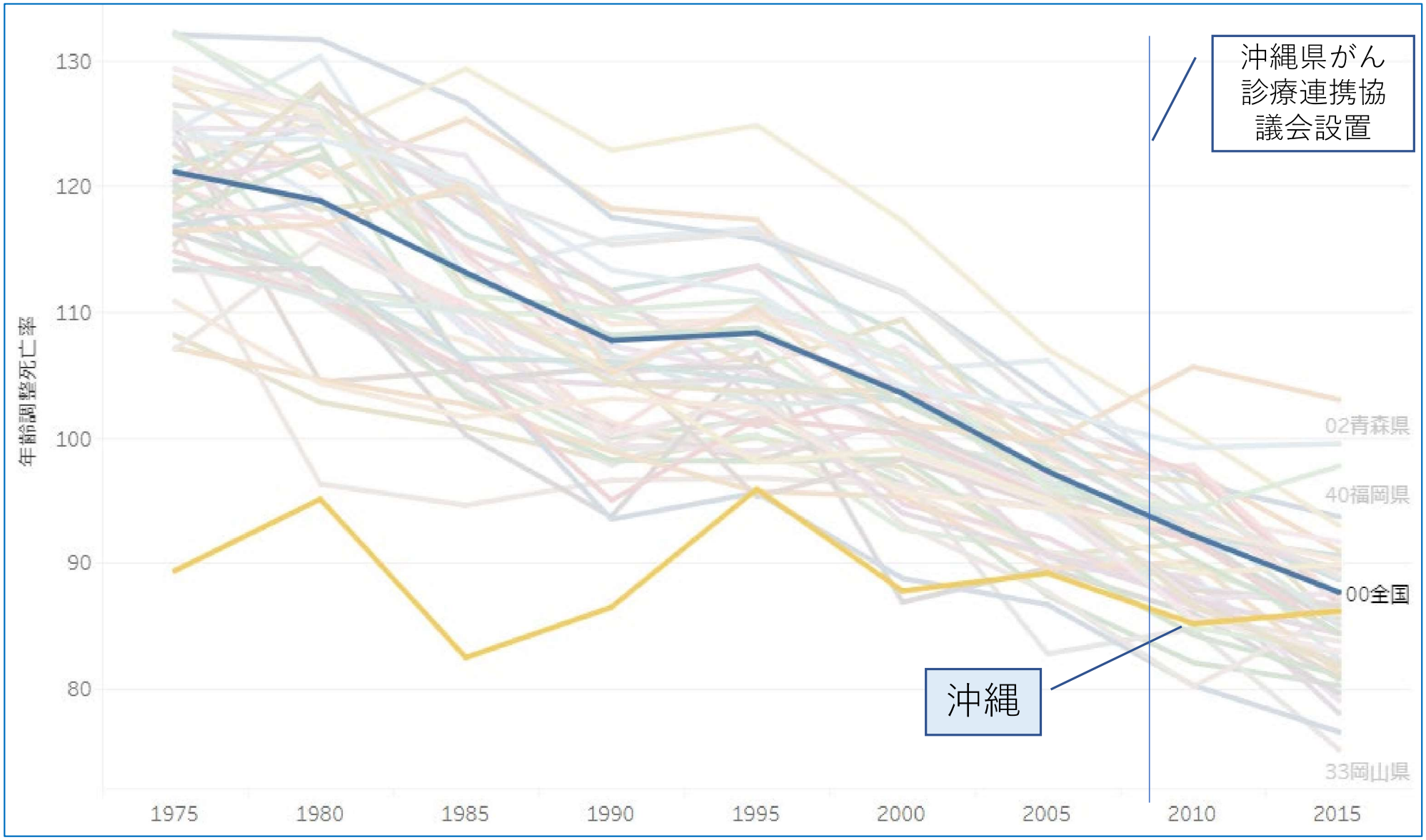
パート2
都道府県別
年齢調整死亡率
40年間長期動向

年齢調整死亡率40年推移　全がん（男）。ベスト2から中位方向へ？部位別に注意



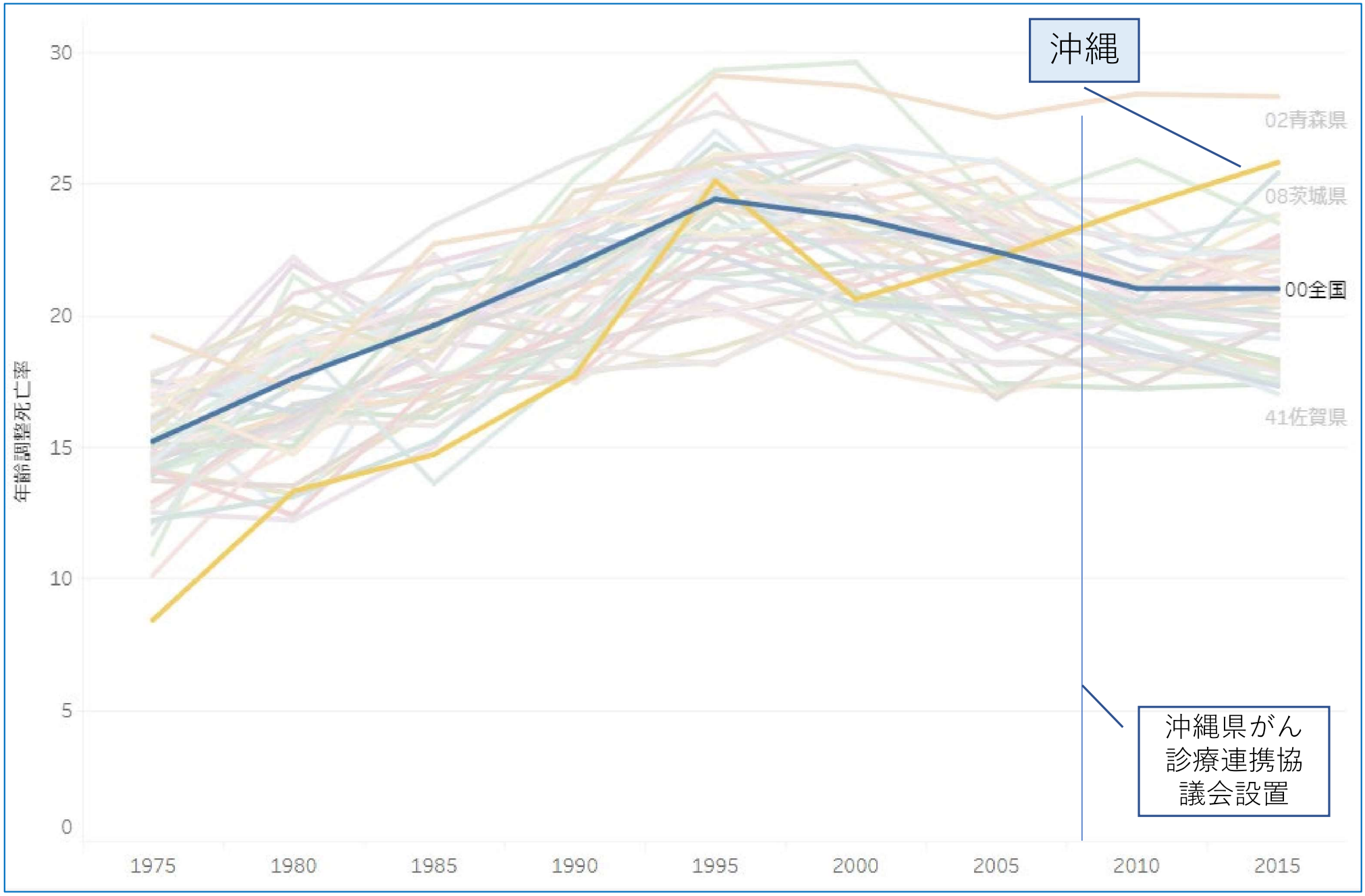
https://public.tableau.com/app/profile/ken.hanioka/viz/4519602015/45

年齢調整死亡率40年推移　全がん（女）。急速に悪化。要因となっている部位の特定を



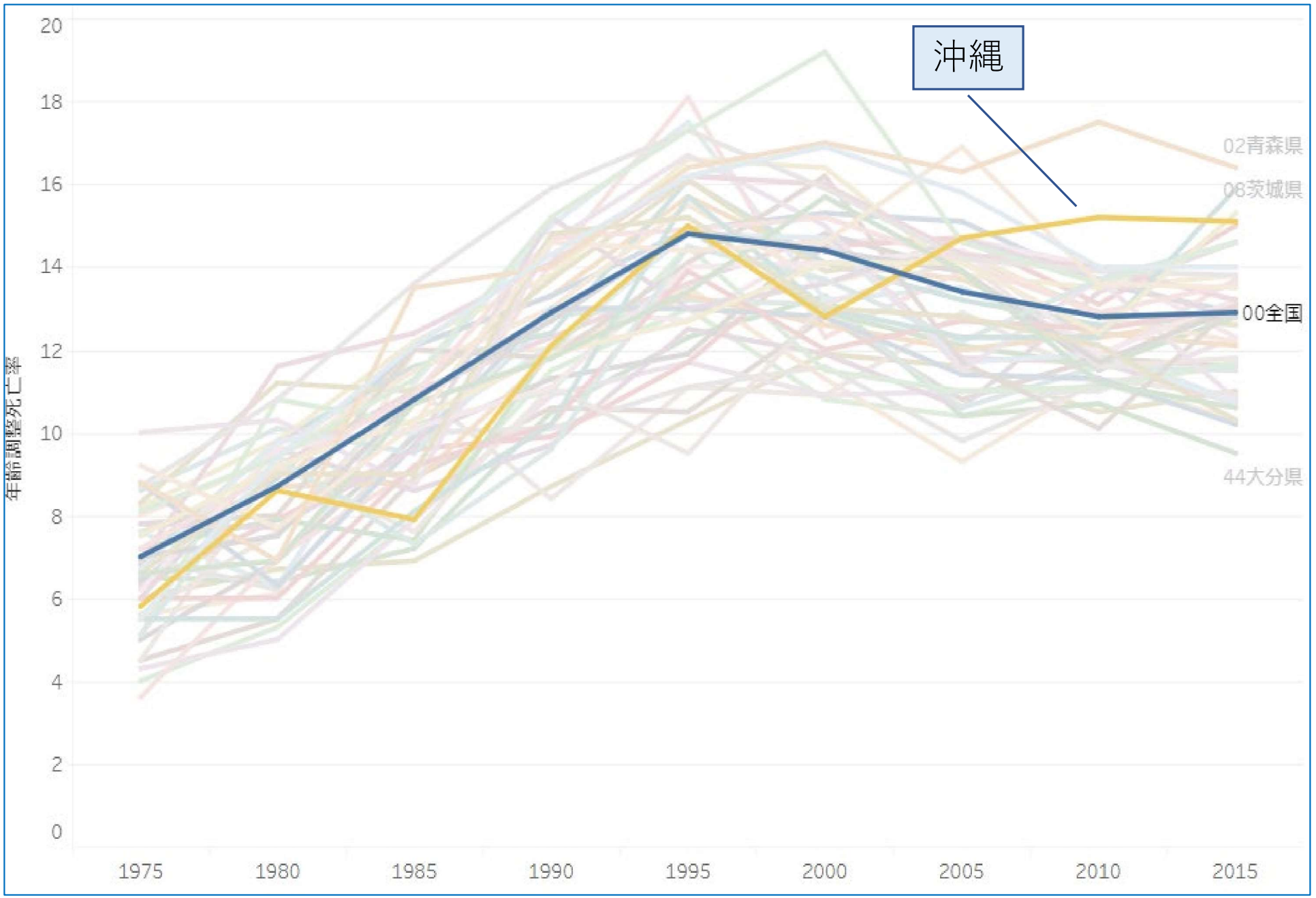
https://public.tableau.com/app/profile/ken.hanioka/viz/4519602015/45

年齢調整死亡率40年推移　大腸がん（男）。全がんでは目立たないが大腸がんに注意



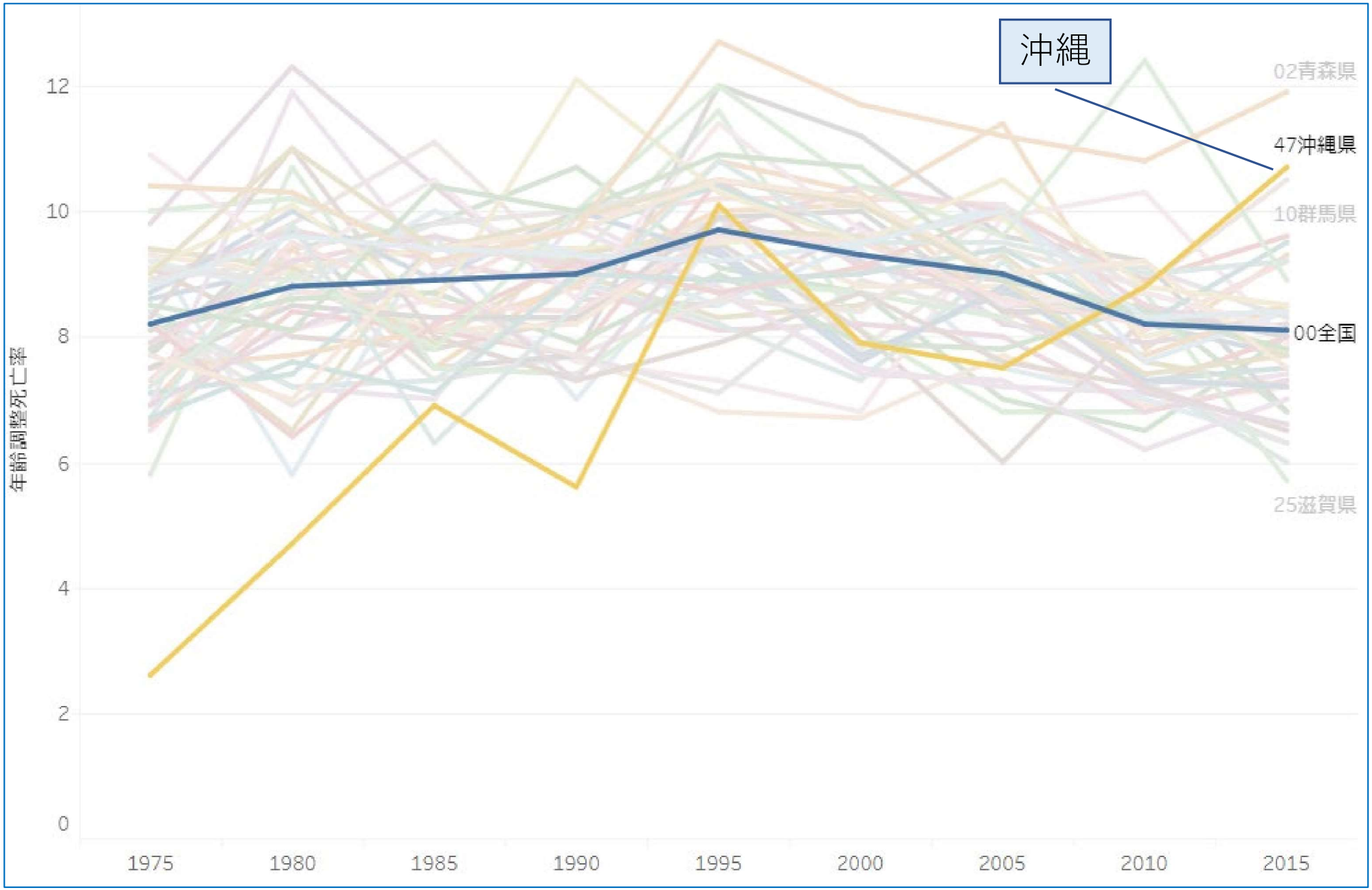
https://public.tableau.com/app/profile/ken.hanioka/viz/4519602015/45

年齢調整死亡率40年推移　大腸がんのうち結腸がん（男）



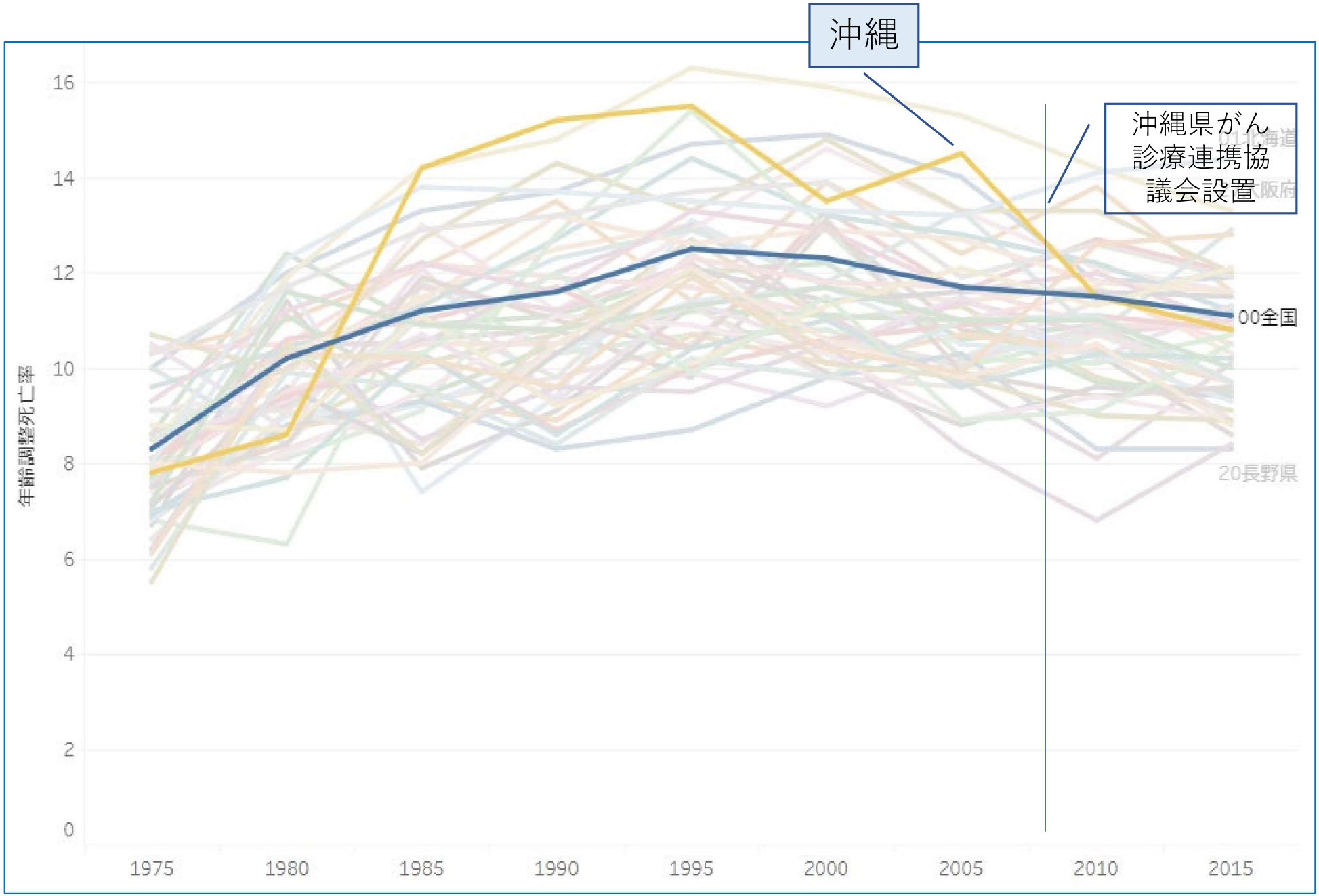
https://public.tableau.com/app/profile/ken.hanioka/viz/4519602015/45

年齢調整死亡率40年推移　大腸がんのうち直腸がん（男）



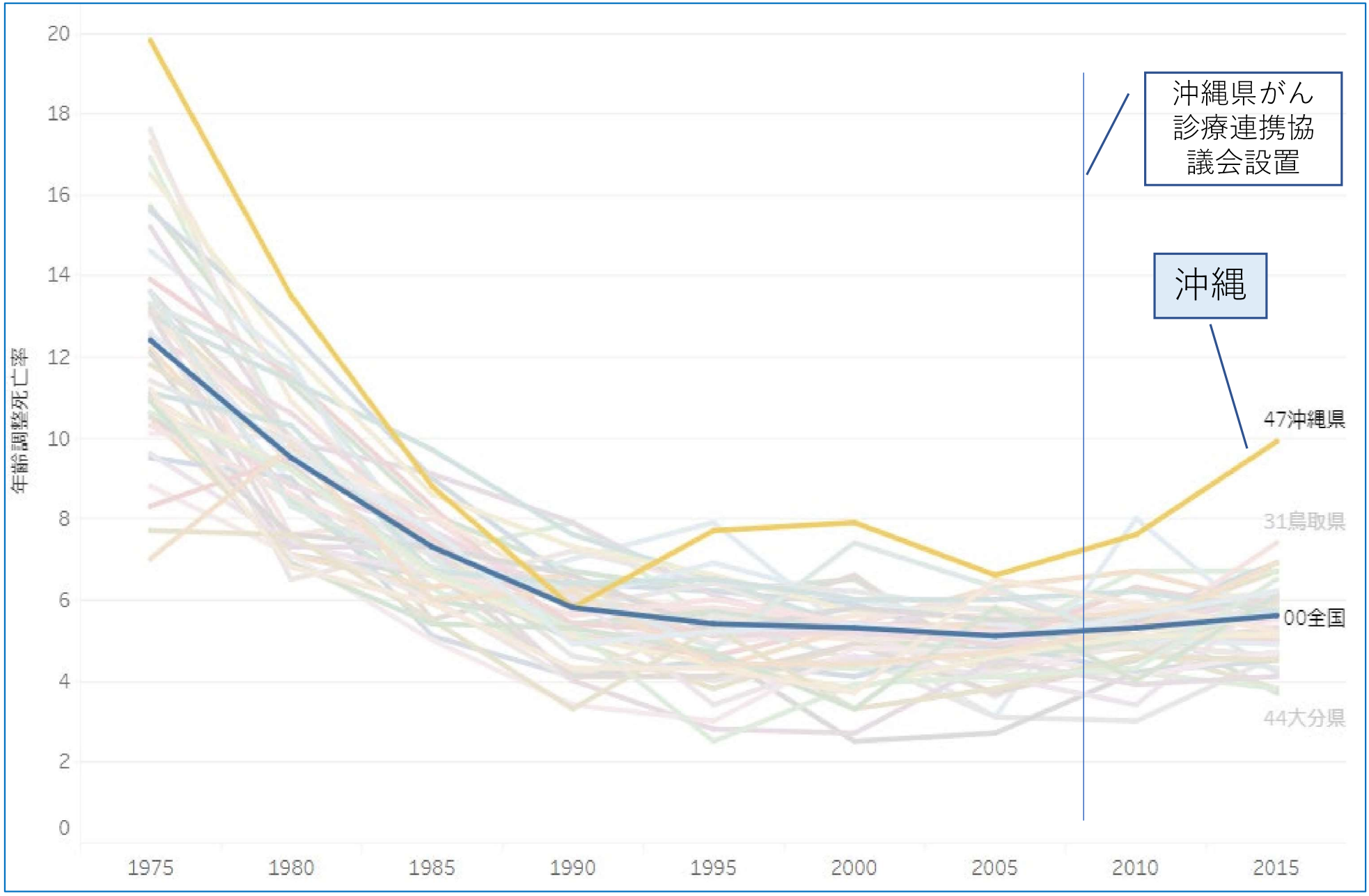
https://public.tableau.com/app/profile/ken.hanioka/viz/4519602015/45

年齢調整死亡率40年推移　肺がん（女）　県全体では中位だが、高い医療圏が残る



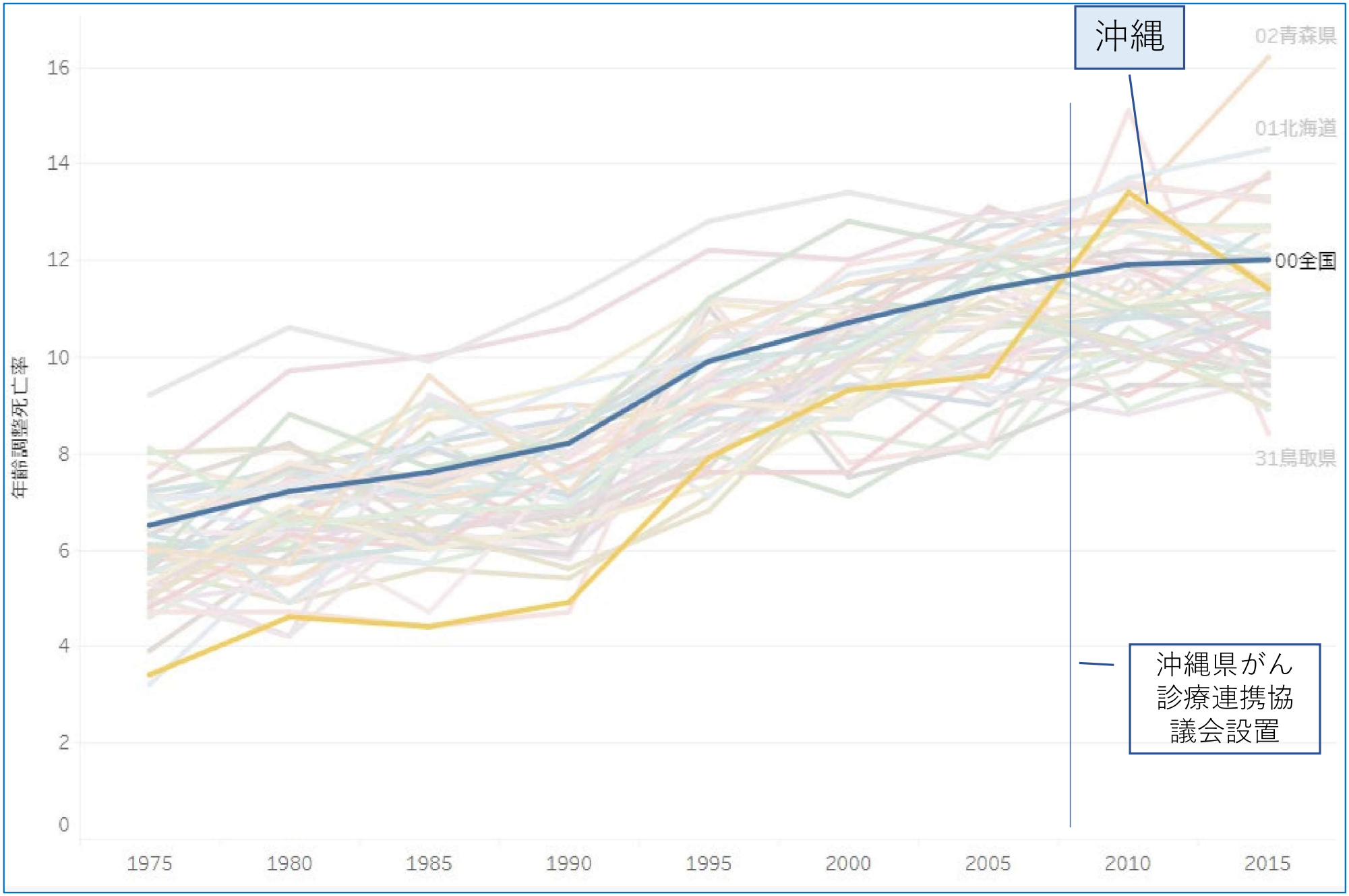
https://public.tableau.com/app/profile/ken.hanioka/viz/4519602015/45

年齢調整死亡率40年推移　子宮がん　全国値は下げ止まり。沖縄は増加



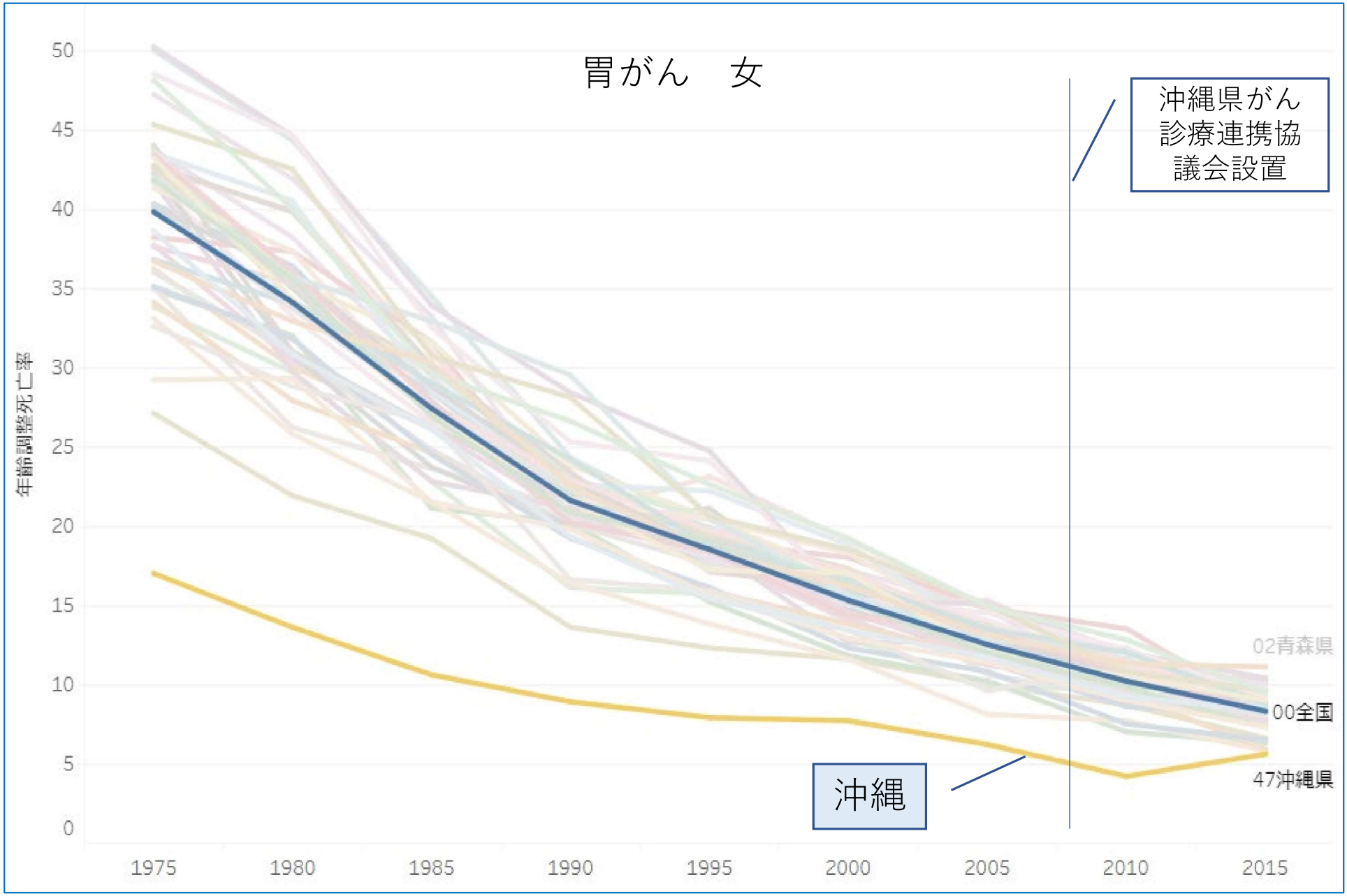
https://public.tableau.com/app/profile/ken.hanioka/viz/4519602015/45

年齢調整死亡率40年推移　乳がん　全国値は上昇　沖縄はベストから中位へ



https://public.tableau.com/app/profile/ken.hanioka/viz/4519602015/45

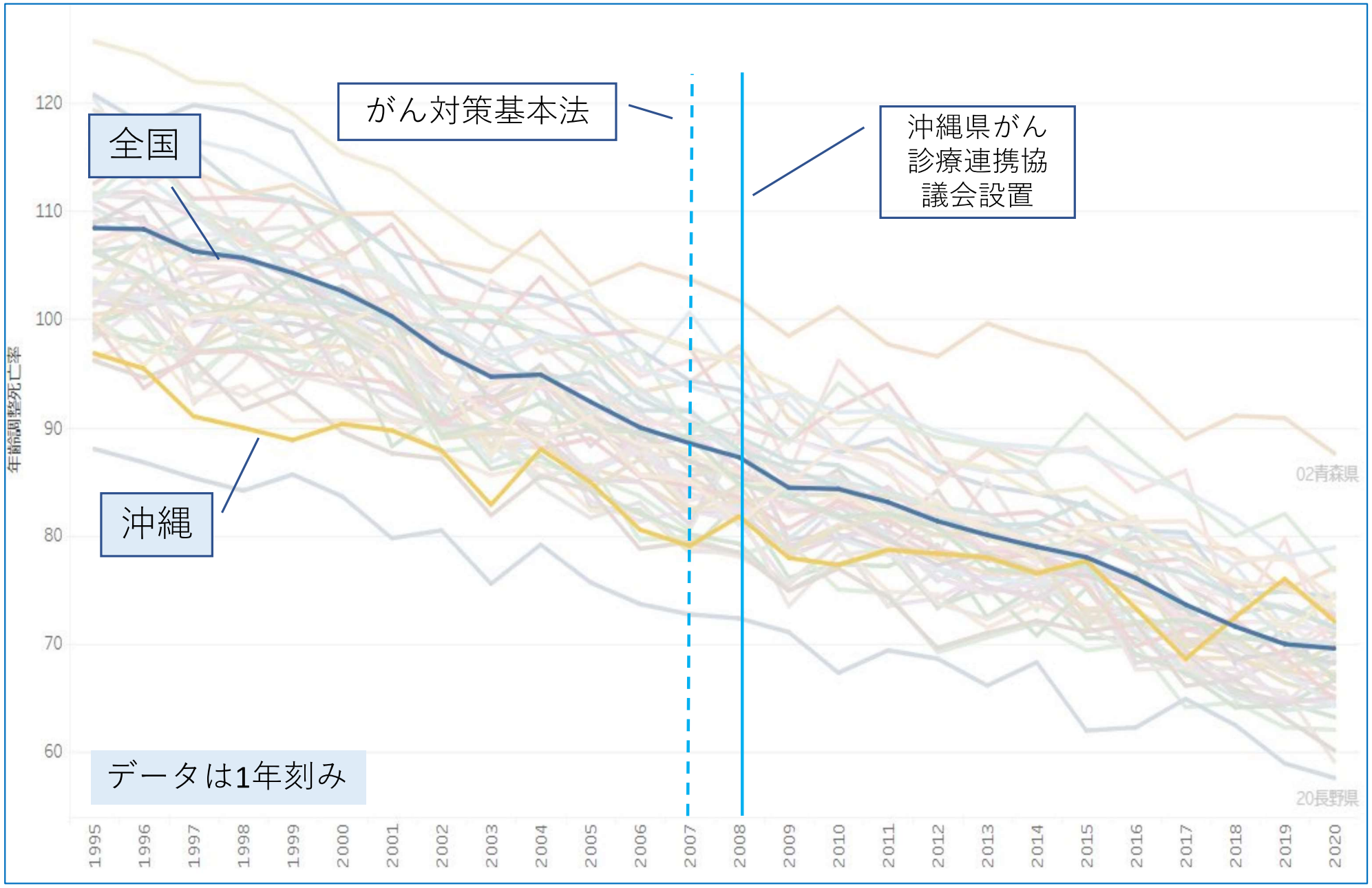
年齢調整死亡率40年推移　胃がん（女）　全国値は急減、沖縄は増加し中位方向へ



https://public.tableau.com/app/profile/ken.hanioka/viz/4519602015/45

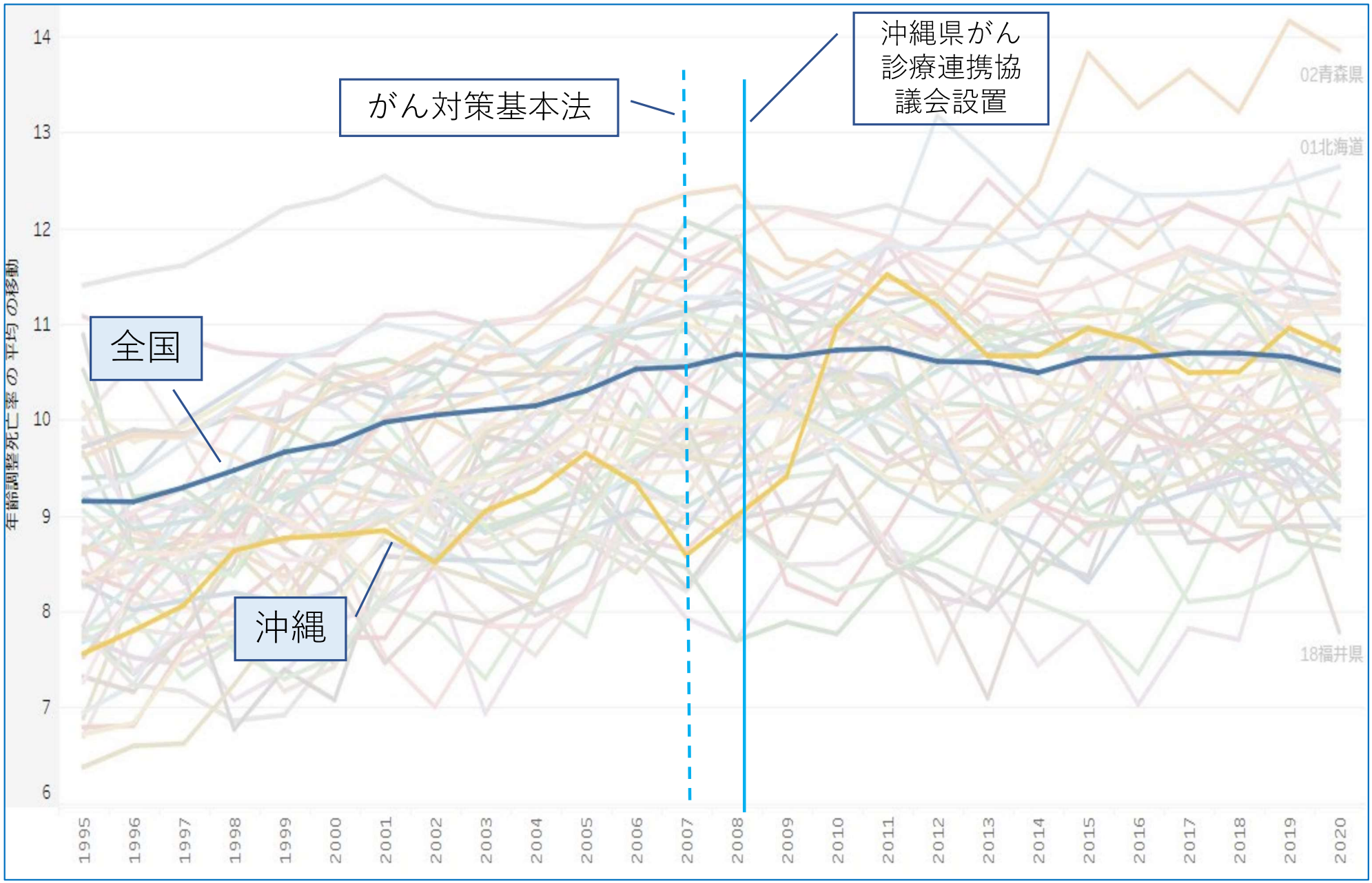
パート3
都道府県別
年齢調整死亡率
25年間長期動向

死亡率25年推移　全がん（男女）。全国値、減少の加速なし。沖縄県は相対的に上昇



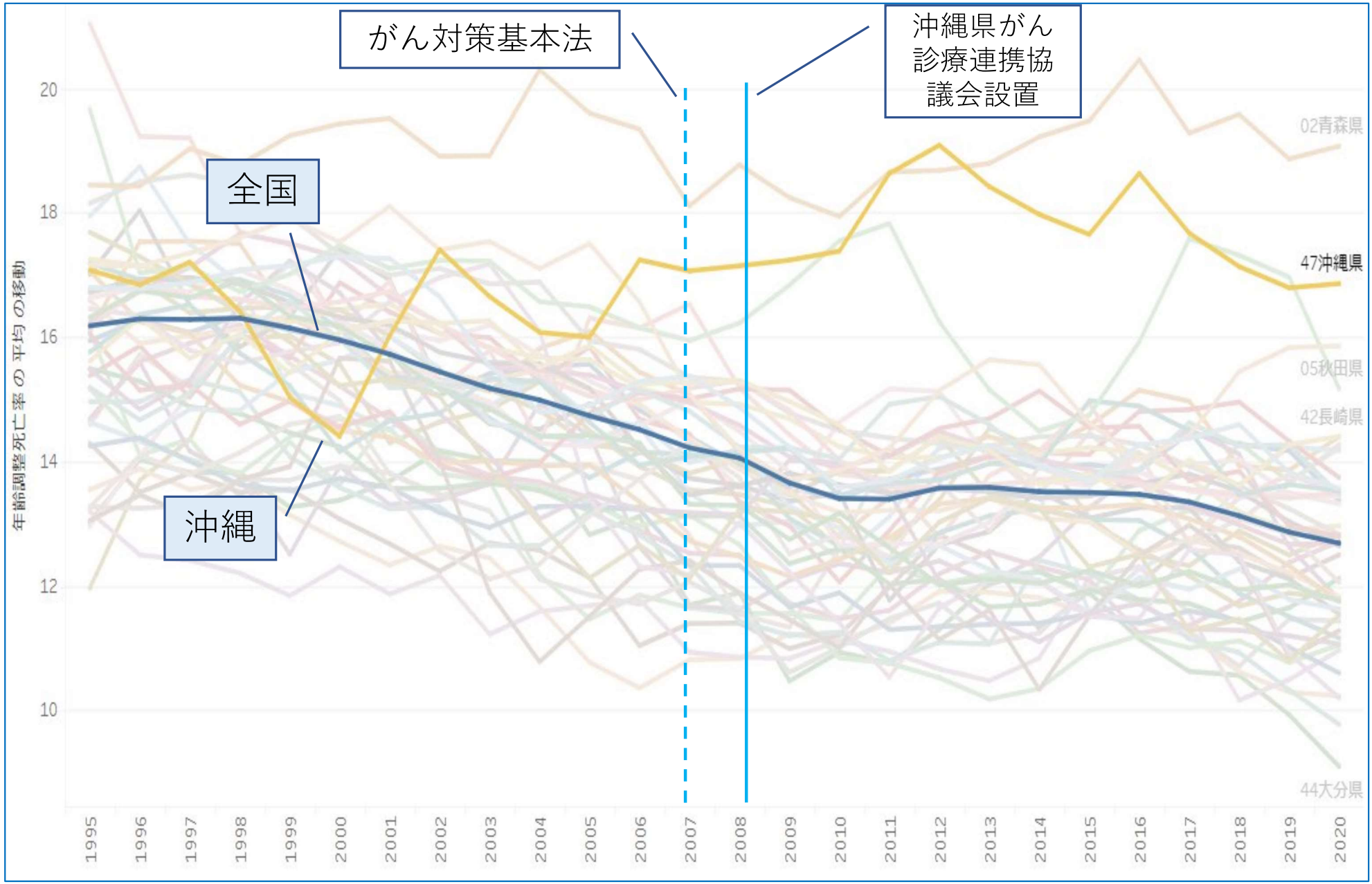
https://public.tableau.com/app/profile/ken.hanioka/viz/19952020/sheet0

死亡率25年推移（3年移動平均）　乳がん。全国より下から上へ。



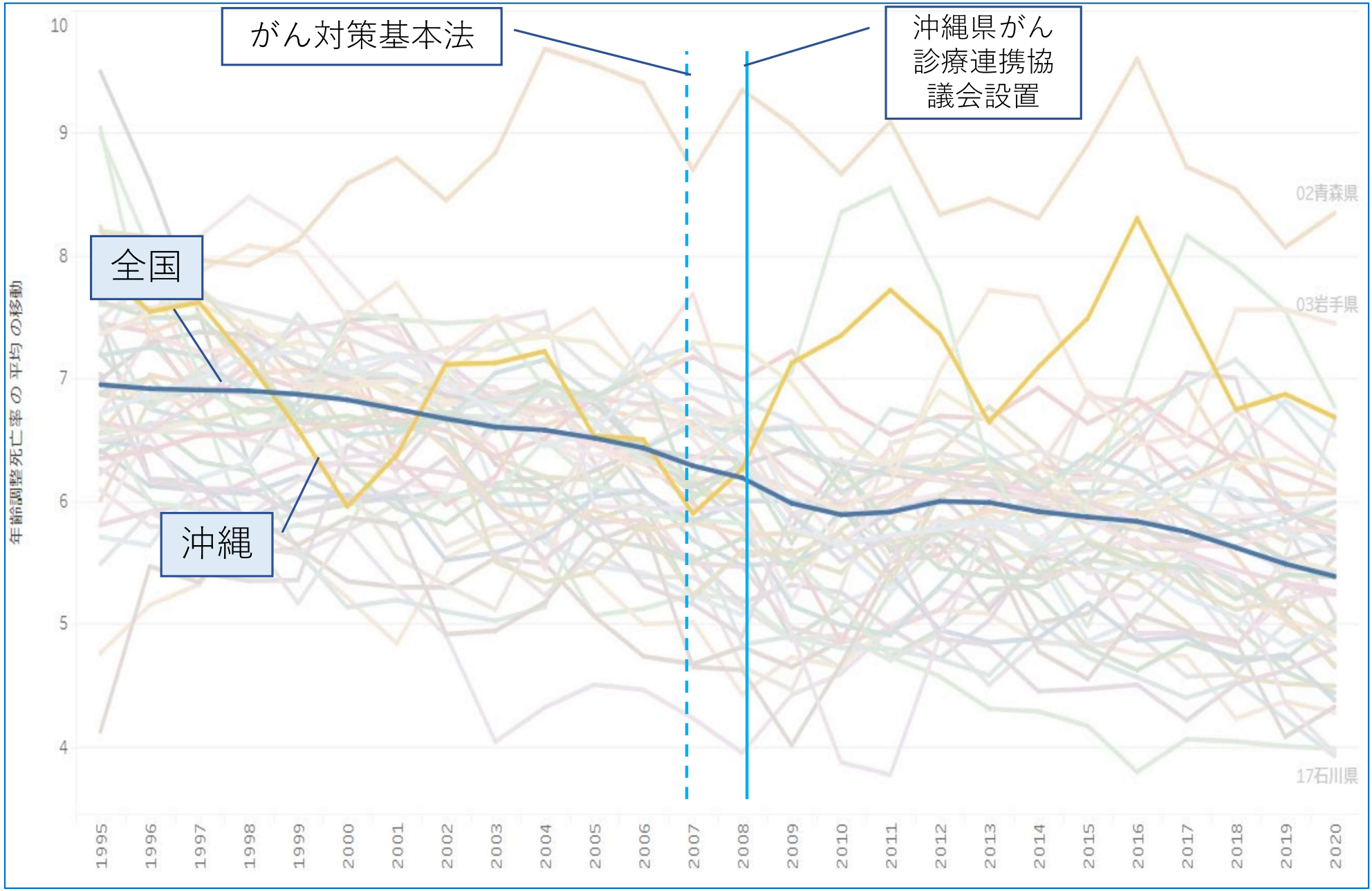
https://public.tableau.com/app/profile/ken.hanioka/viz/19952020/sheet0

死亡率25年推移（3年移動平均）　大腸がん（男）。全国ワーストレベルへ



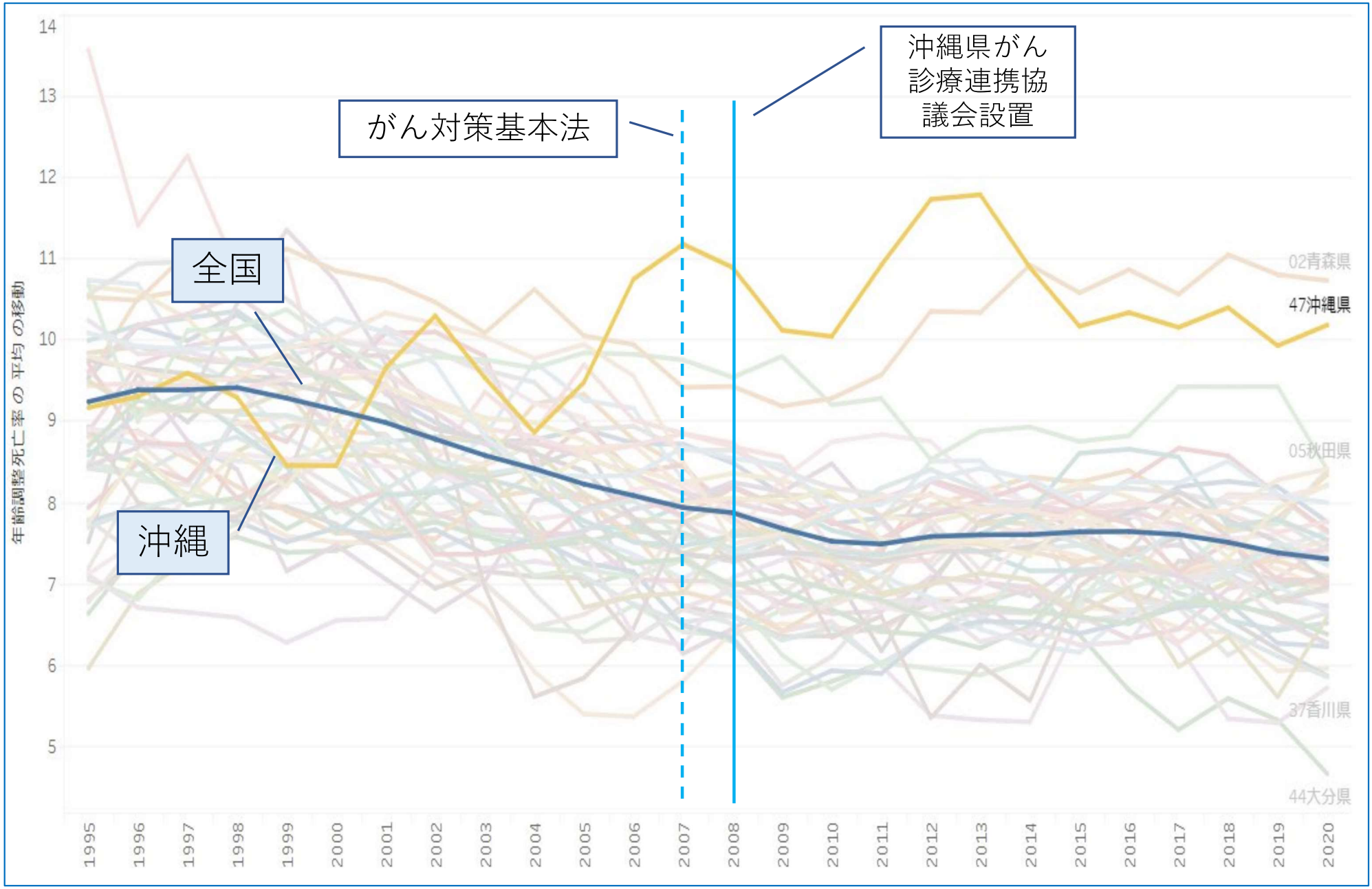
https://public.tableau.com/app/profile/ken.hanioka/viz/19952020/sheet0

死亡率25年推移（3年移動平均）　直腸がん（男）



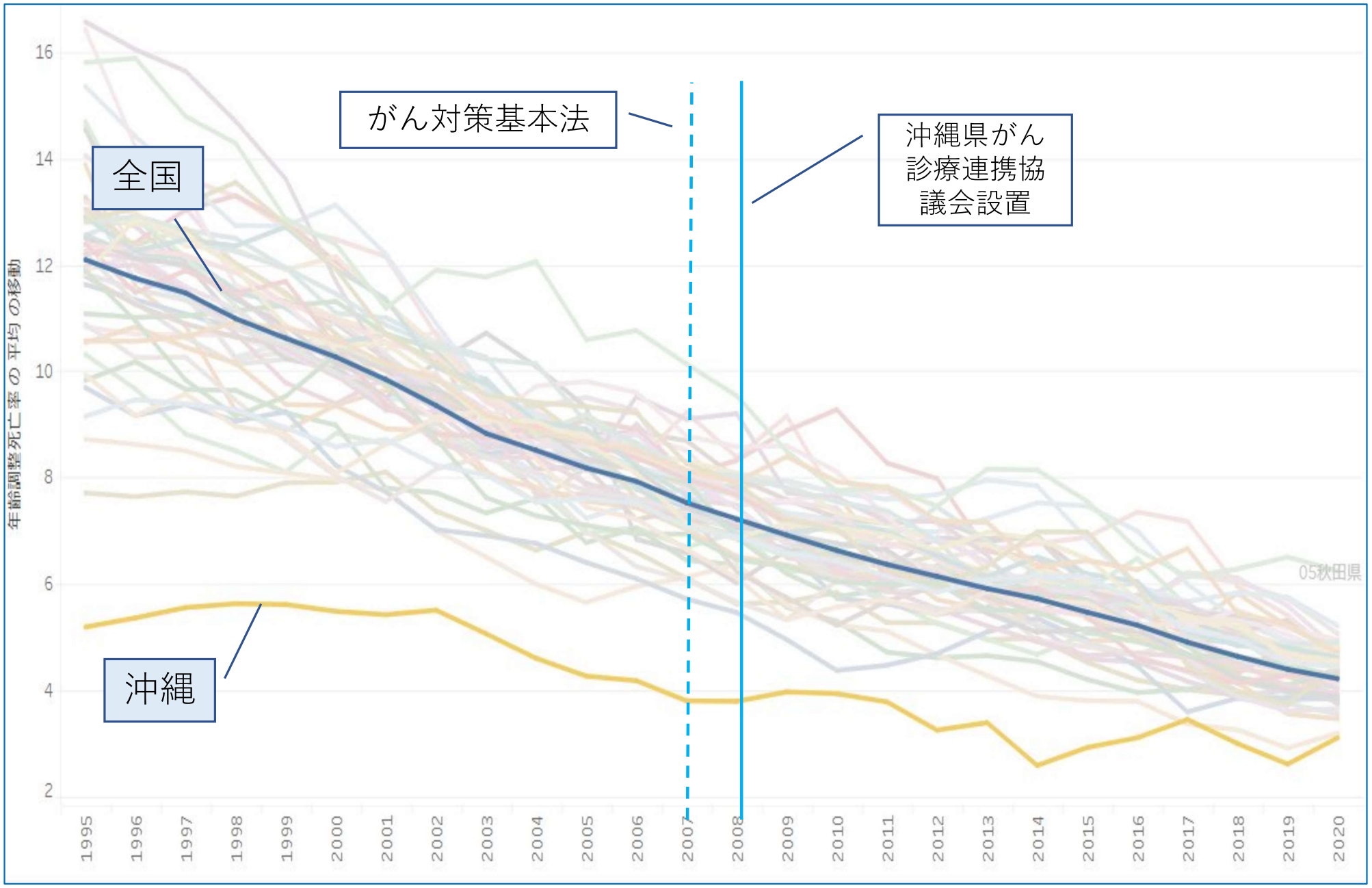
https://public.tableau.com/app/profile/ken.hanioka/viz/19952020/sheet0

死亡率25年推移（3年移動平均）　結腸がん（男）



https://public.tableau.com/app/profile/ken.hanioka/viz/19952020/sheet0

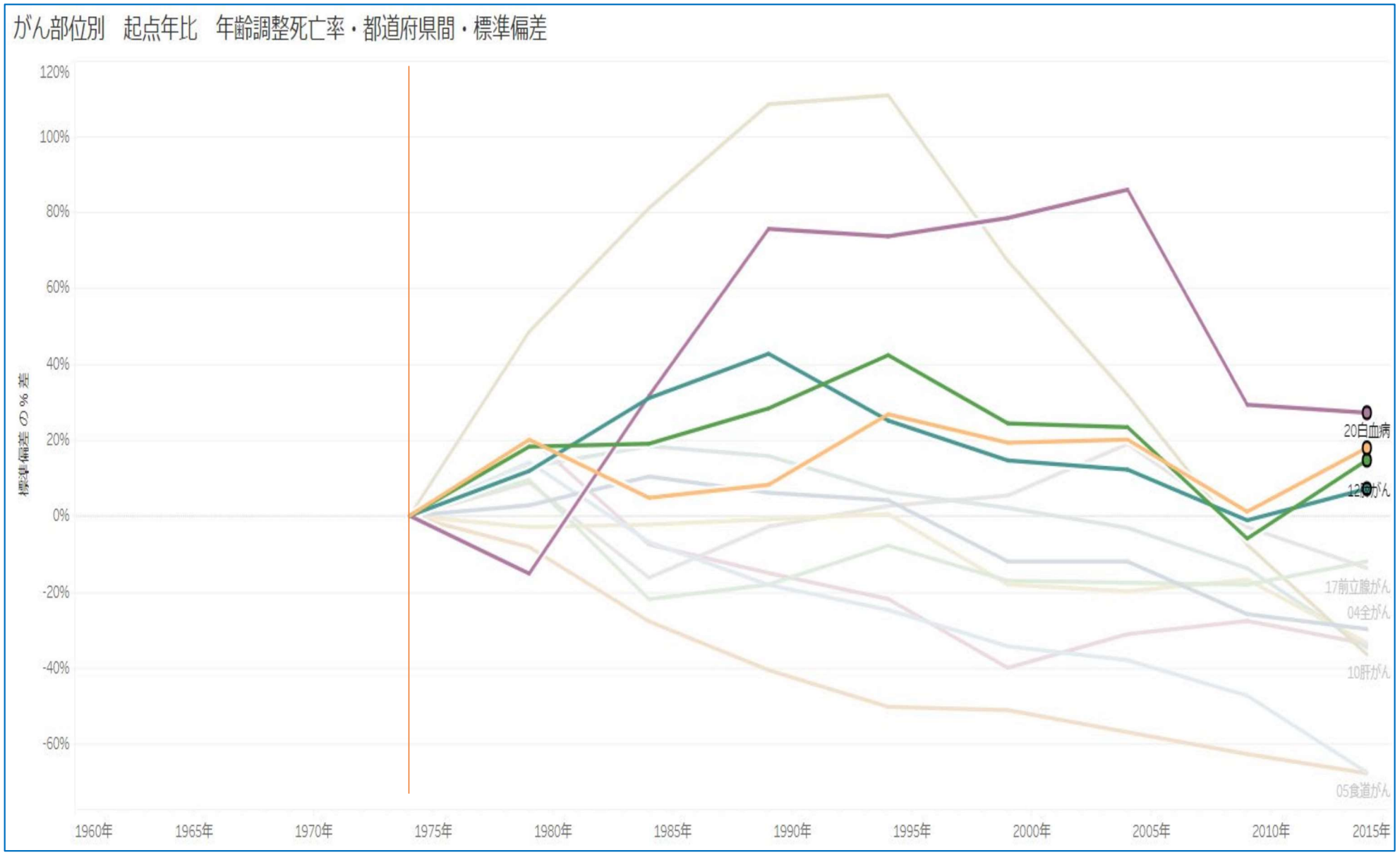
死亡率25年推移（3年移動平均）　胃がん（女）。ベストから急速に中位方向へ



https://public.tableau.com/app/profile/ken.hanioka/viz/19952020/sheet0

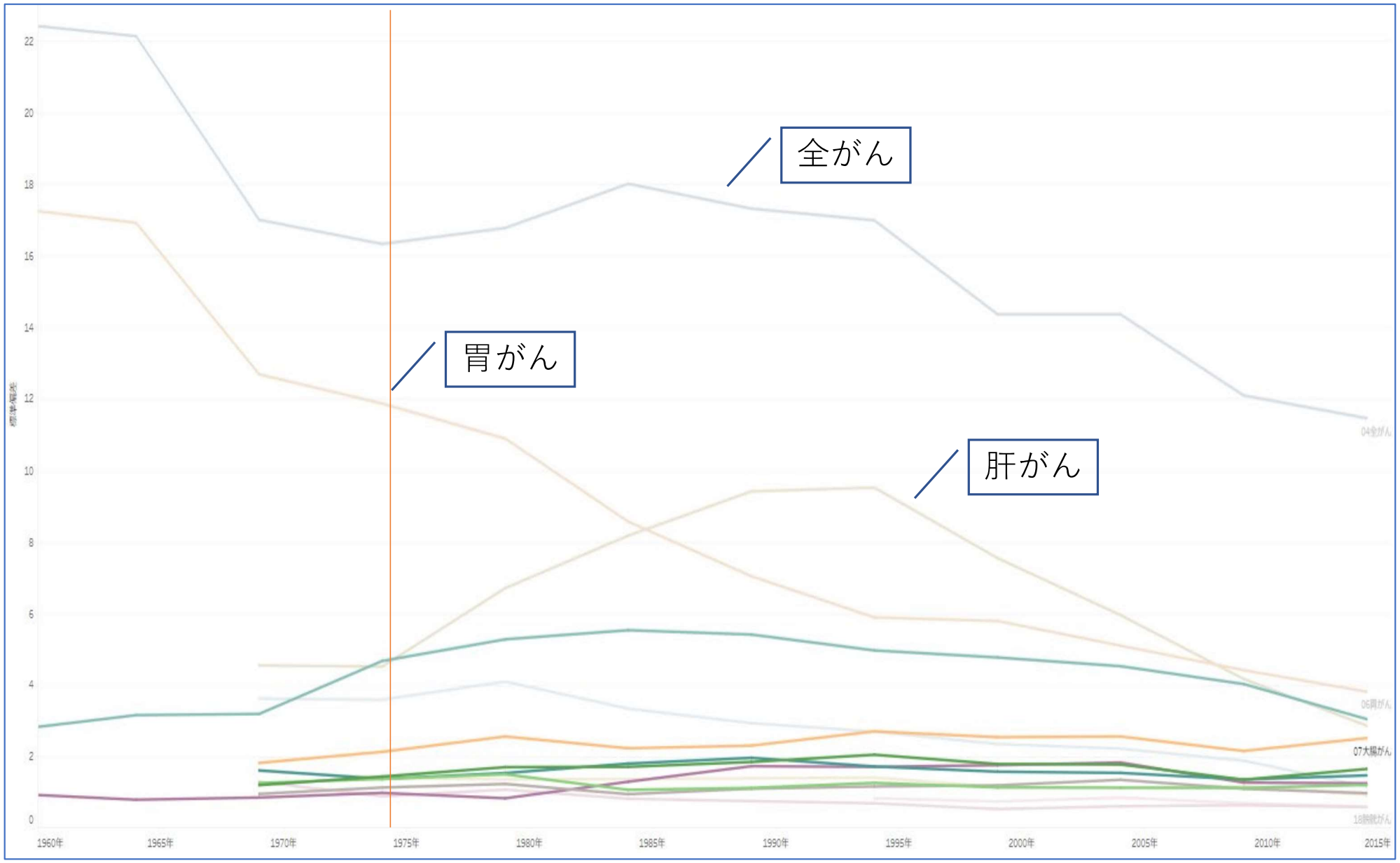
パート4
都道府県別
年齢調整死亡率
県間差
40年間長期動向

47都道府県間　標準偏差　部位別　男　1975年比40年推移（1975-2015年）



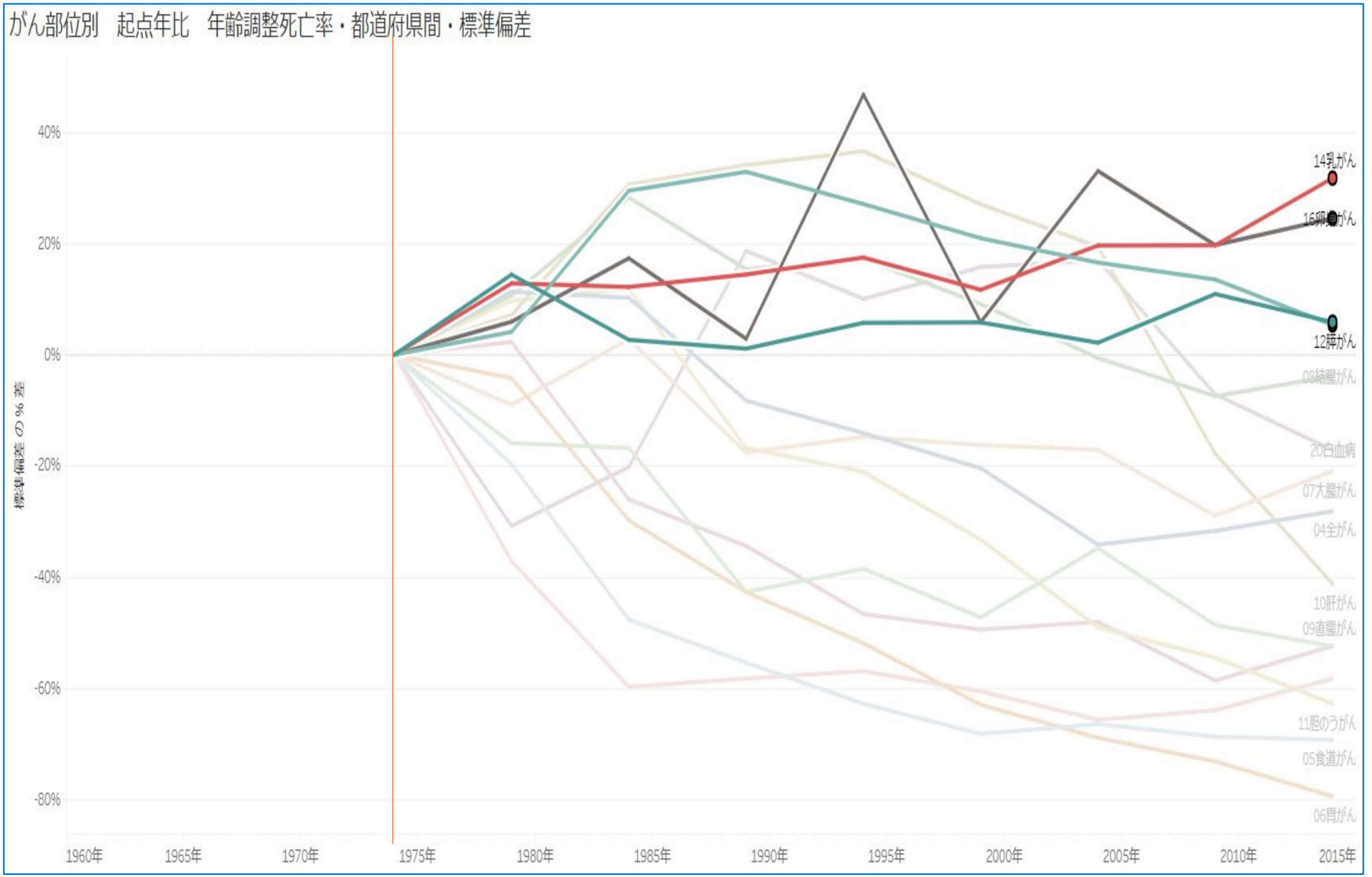
全がんより県間差縮小が小さい部位にマーク。白血病、大腸、前立腺、肺、膵

47都道府県間　標準偏差　部位別　男　55年推移（1960-2015年）



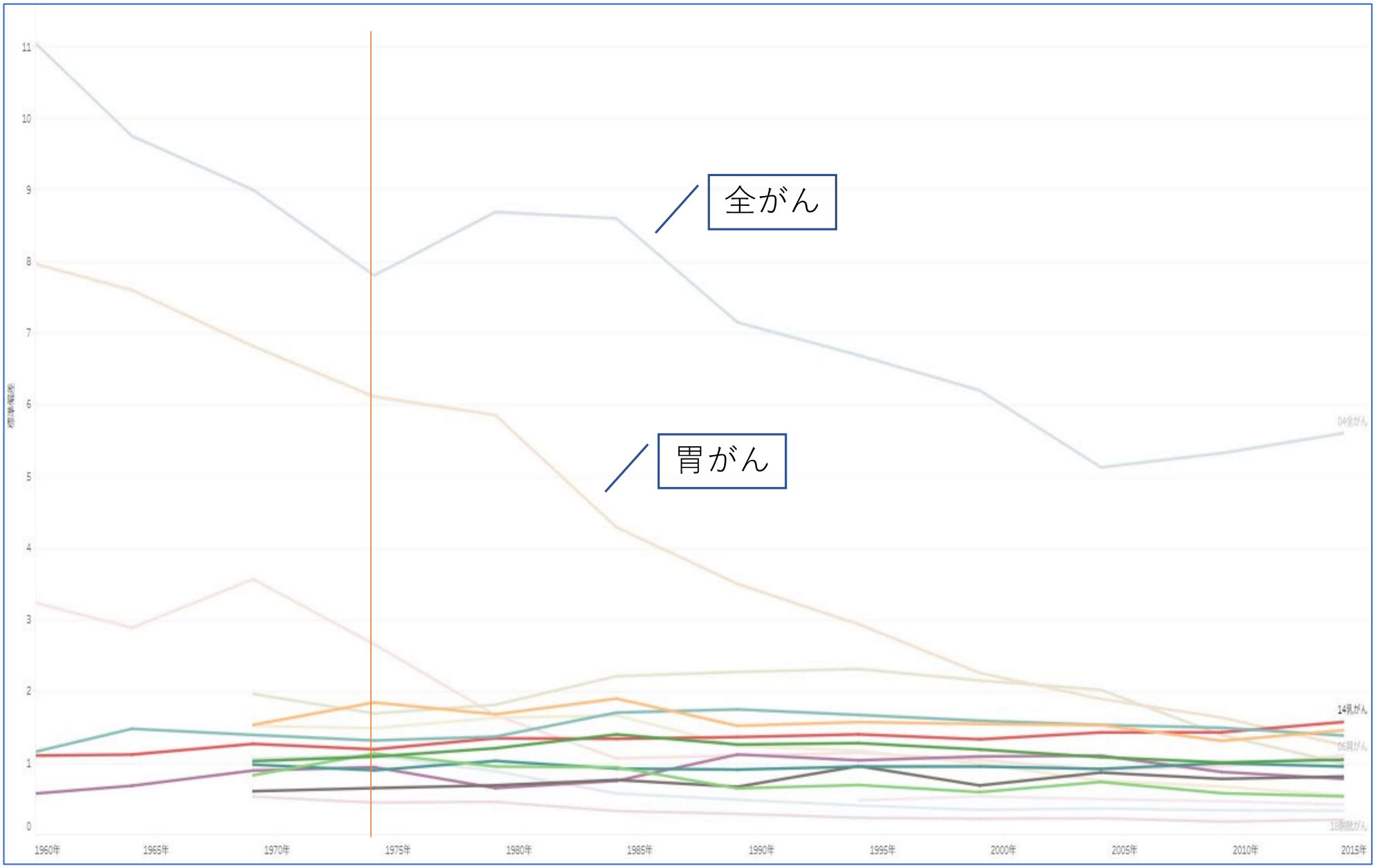
前ページにマークした部位にマーク。胃、肝のように縮小していない

47都道府県間　標準偏差　部位別　女　1975年比40年推移（1975-2015年）



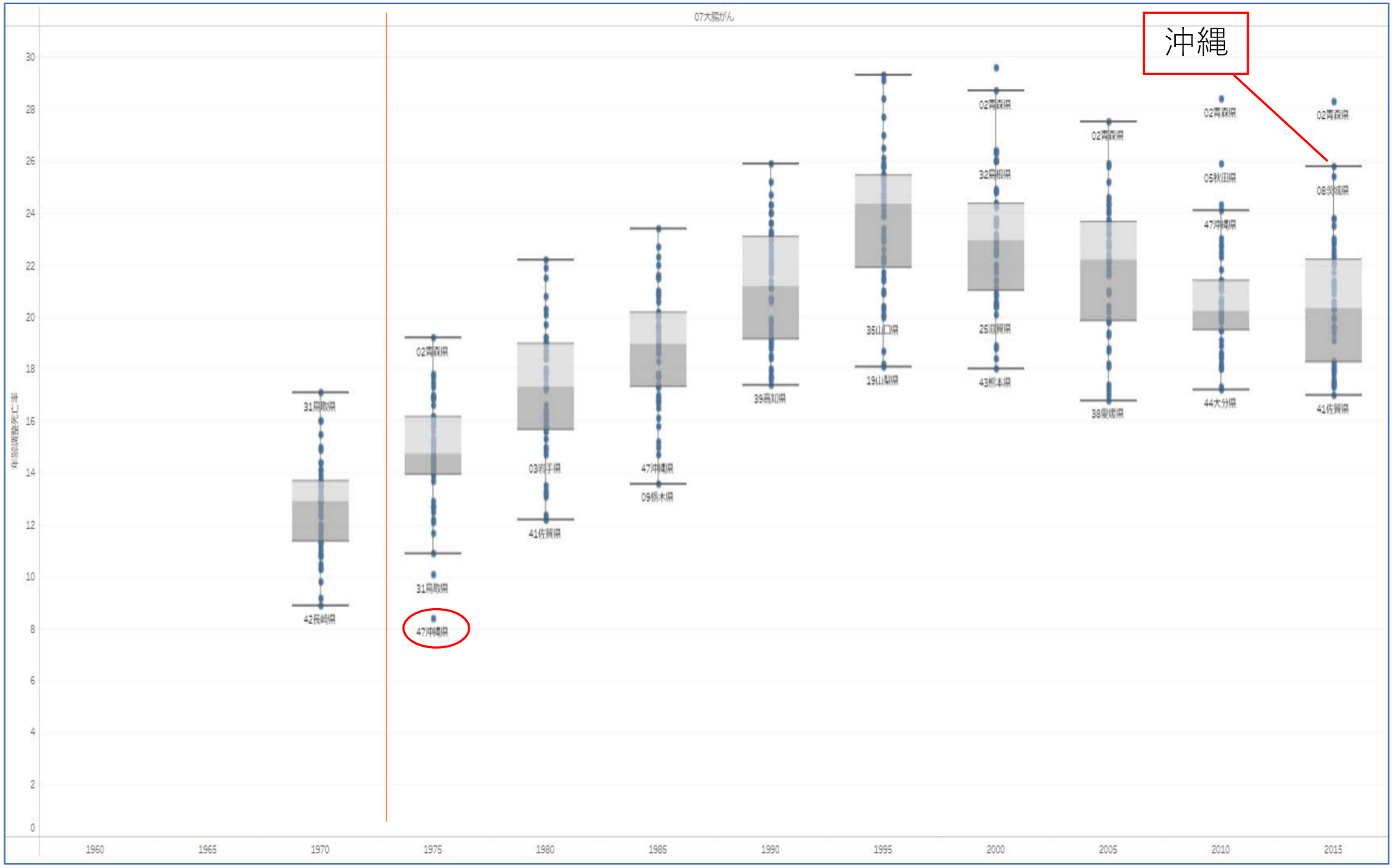
全がんより県間差縮小が小さい部位にマーク。乳、卵巣、肺、膵

47都道府県　標準偏差　部位別　女　55年推移（1960-2015年）



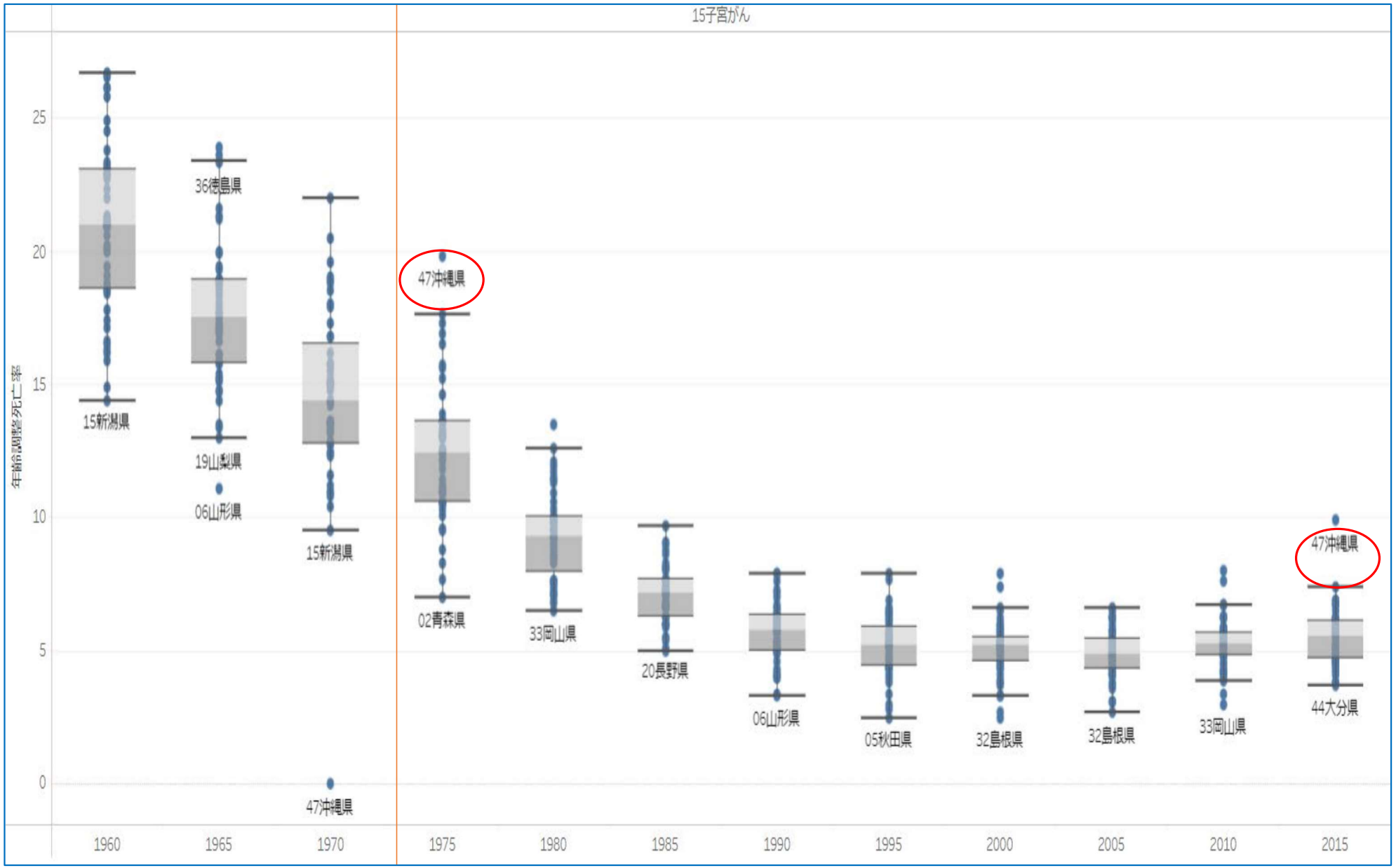
前ページにマークした部位にマーク。胃のように縮小していない

47都道府県　年齢調整死亡率　大腸がん（男）45年推移（1970-2015年）箱ひげ図



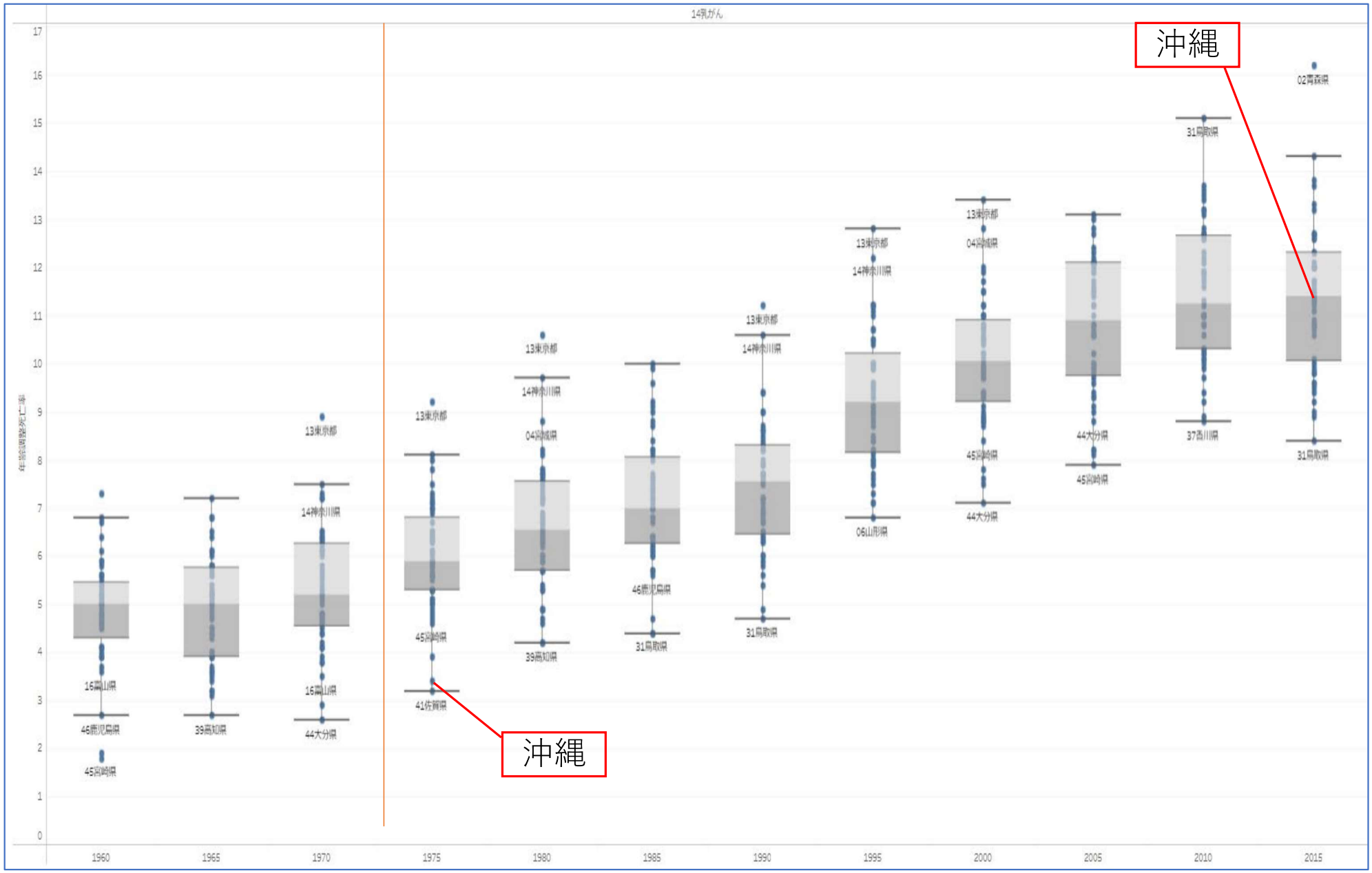
死亡率上昇後緩やかな下降。県間差縮小わずか。沖縄はベストからワースト2へ

47都道府県　年齢調整死亡率　子宮がん　45年推移（1970-2015年）箱ひげ図



リバウンドぎみ。沖縄は1975年も2015年もワースト

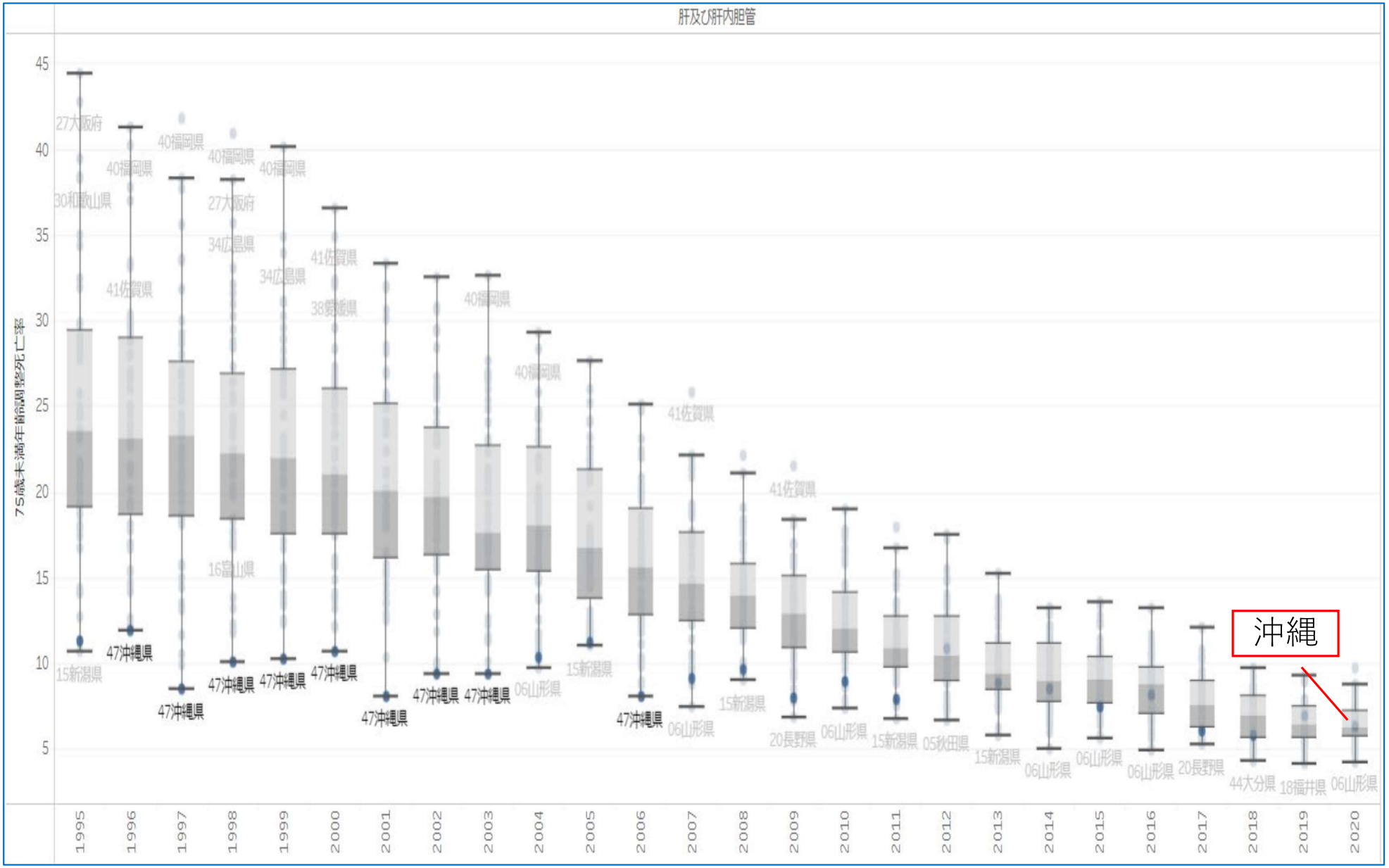
47都道府県　年齢調整死亡率　乳がん　55年推移（1960-2015年）箱ひげ図



死亡率は上昇、県間差は縮小なし。沖縄はベストクラスから中位へ

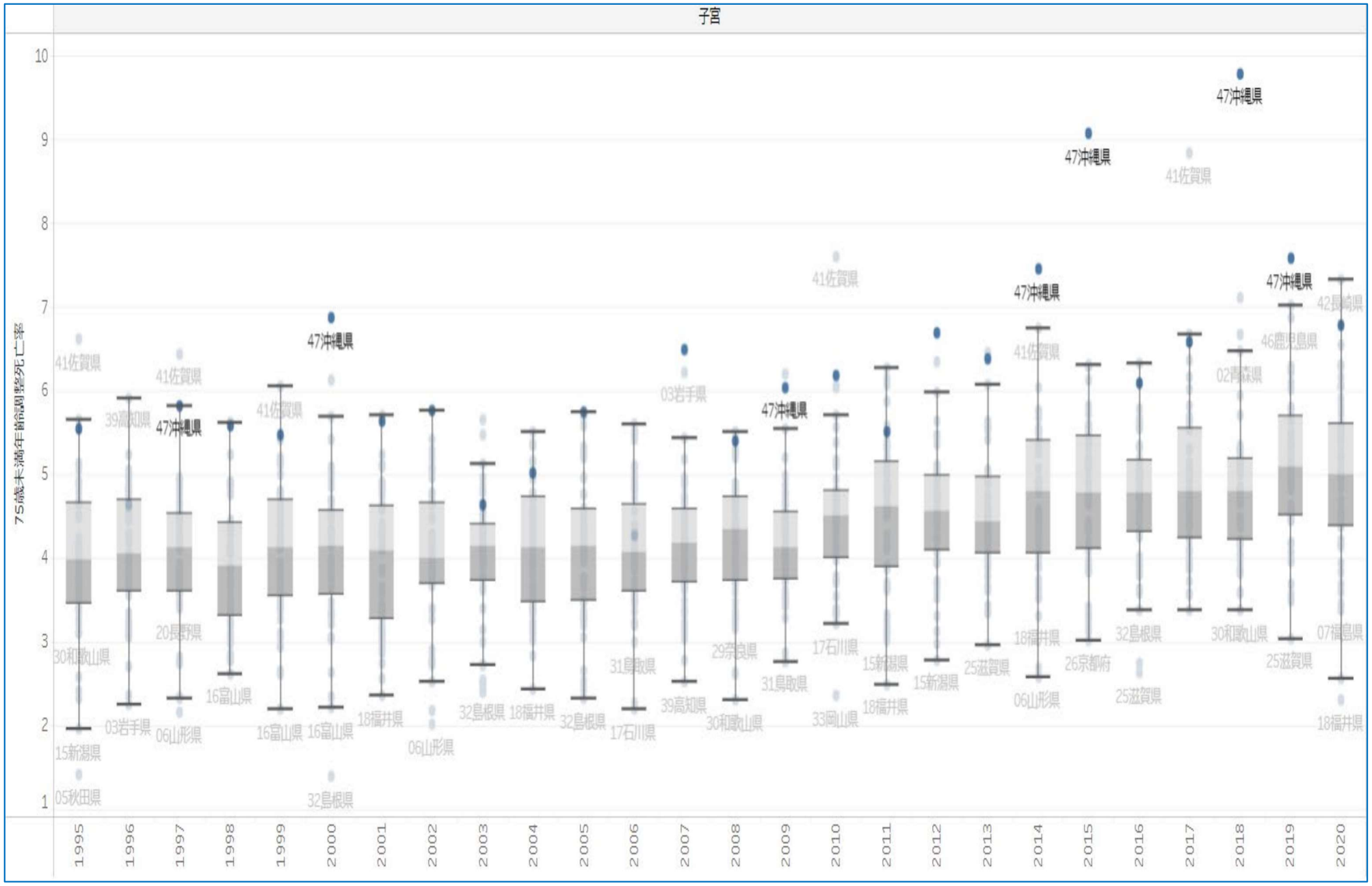
パート5
都道府県別
年齢調整死亡率
県間差
25年間長期動向

肝がん（男）死亡率25年間推移。均てん化が比較的進んだ部位。全体動向と沖縄の位置



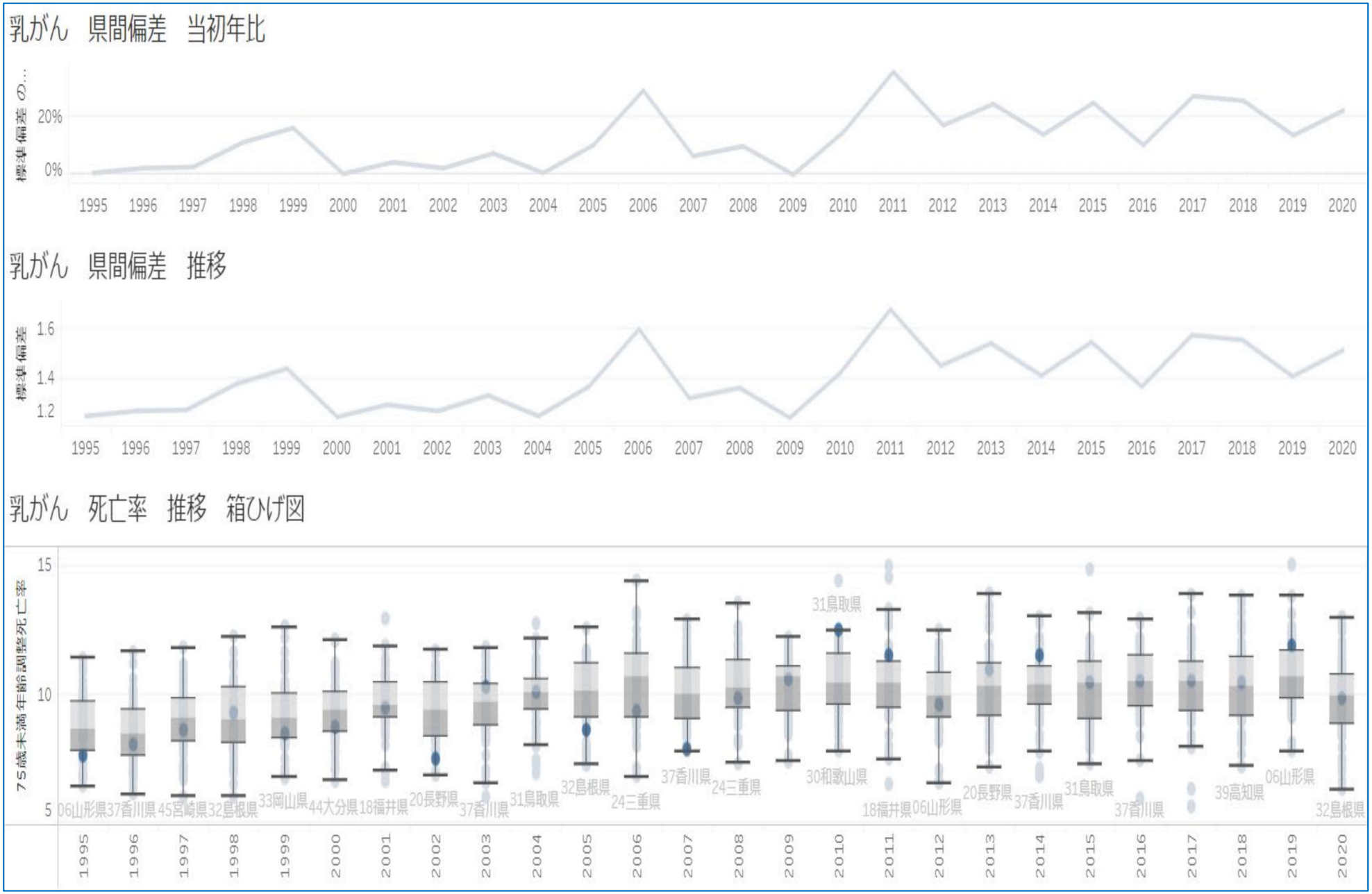
全体に死亡率低下、差縮小。沖縄はベストから中位へ

子宮がん死亡率25年間推移。均てん化が比較的進まなかった部位。全体と沖縄の位置



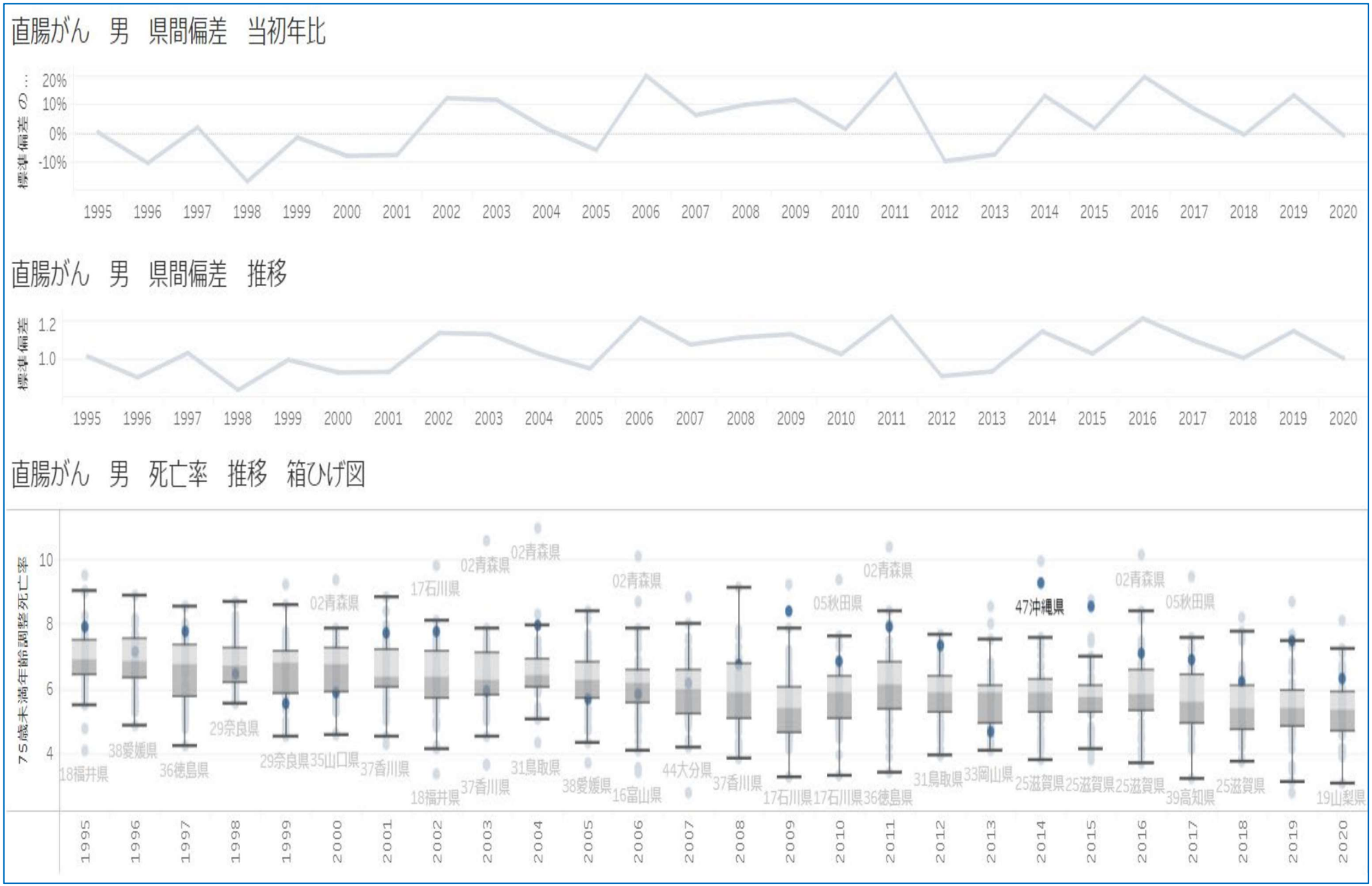
全国は、死亡率上昇、差拡大の懸念。沖縄はワーストレベル

乳がん死亡率25年間推移。均てん化が比較的進まなかった部位。全体と沖縄の位置



全国は顕著な死亡率低下、差縮小が見られない。沖縄は中位

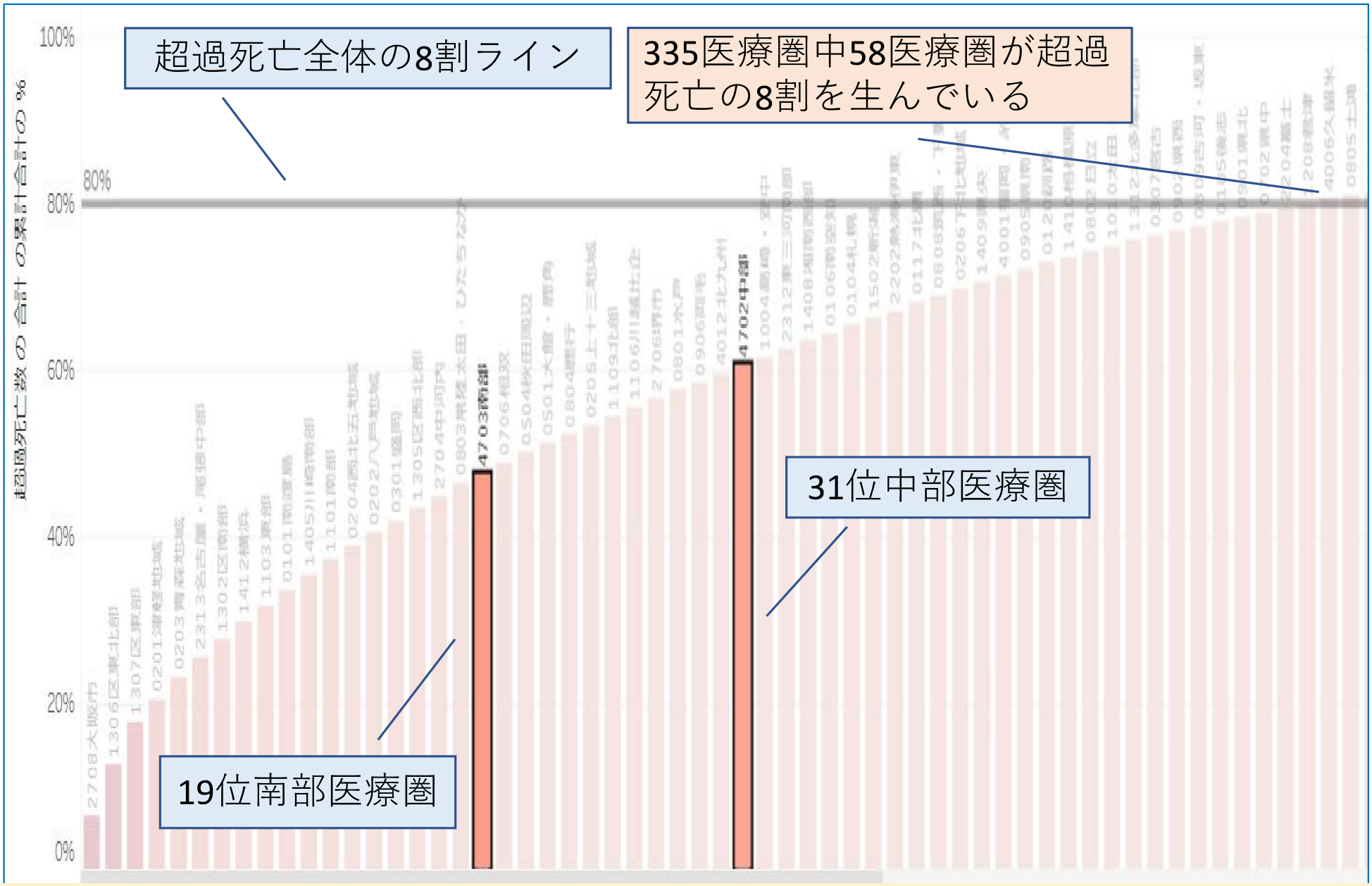
直腸がん（男）死亡率25年間推移。均てん化が比較的進まなかった。全体と沖縄の位置



全国は死亡率微減、差は縮小なし。沖縄は高位で推移

パート6
医療圏別
超過死亡数

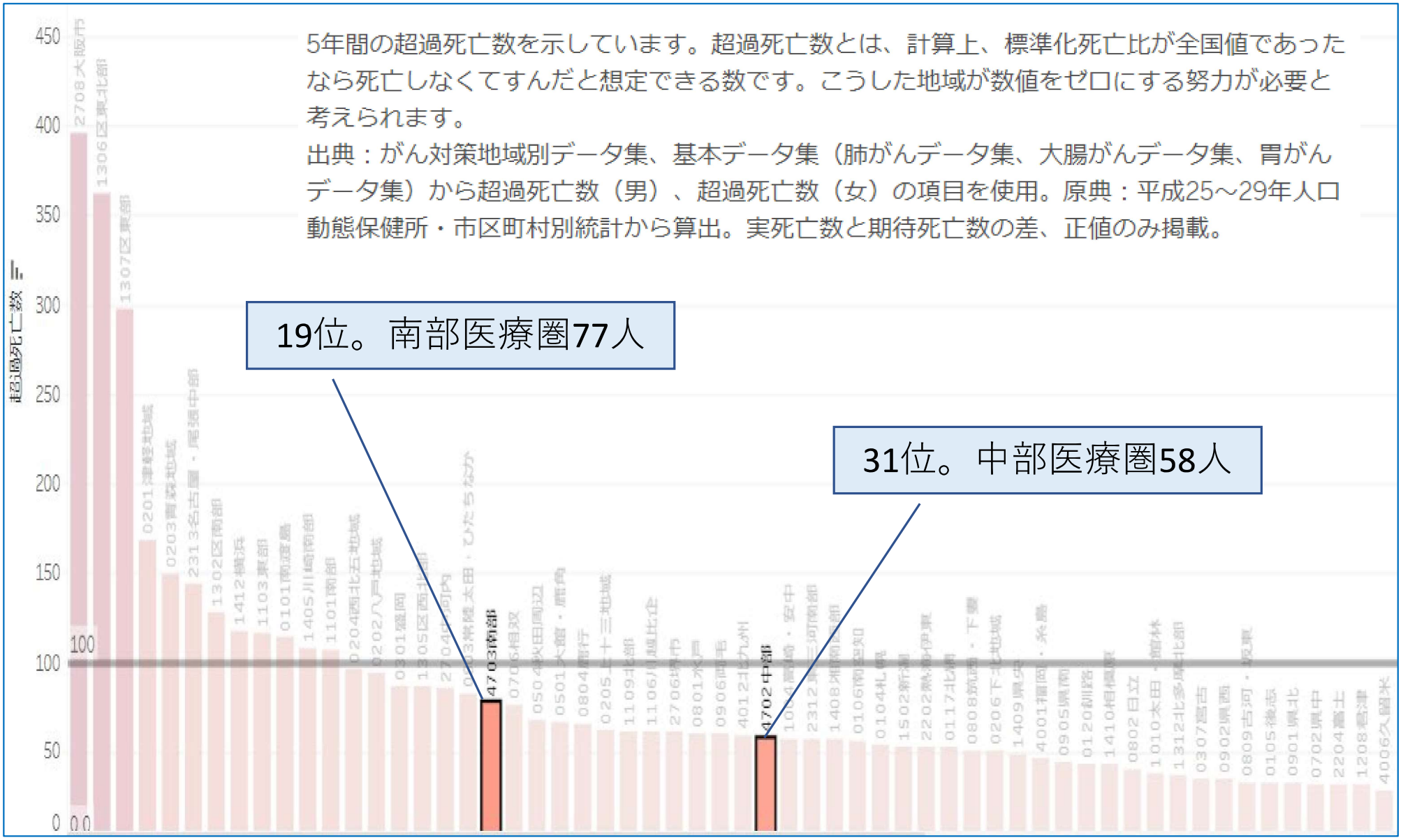
大腸がん（男）　58の医療圏が超過死亡の8割を生じさせている



超過死亡8割を生む58医療圏に沖縄からは2医療圏が入っている

https://public.tableau.com/app/profile/ken.hanioka/viz/_1646436055890/sheet0

そのうち南部医療圏は19位で77人を中部医療圏は31位で58人の超過死亡がある



沖縄が2医療圏の超過死亡をゼロにすれば、地域にも全国にも朗報

https://public.tableau.com/app/profile/ken.hanioka/viz/_1646436055890/sheet0

パート7
遺族調査結果

遺族調査結果（全国値と沖縄県値）　改善余地を検討



原注：都道府県別の結果は、対象者数が少ないため誤差が非常に大きいとともに、各都道府県の状況が異なるため、単純な比較は困難であり、参考値とすべきである。

出典：厚生労働省委託事業 がん患者の療養生活の最終段階における実態把握事業 患者さまが受けられた医療に関するご遺族の方への調査 平成30年度調査結果報告書 国立がん研究センターがん対策情報センター 2020年10月

パート8
がん部位別
化学療法実施状況

オーバーユース、アンダーユースがないか確認

＊医療機関所在地ベース。

＊医療機関数が３未満となる場合は表示されない。

大腸がん化学療法　標準化レセプト出現比（NDB-SCR）（2019年）入院・外来医療圏別

大腸がん　主病名　入院・外来

	医療圏名	4701北部	4702中部	4703南部	4704宮古	4705八重山
1	42xxxxx化学療法剤全体	96.0	95.0	79.3	94.4	57.3
2	4211002経口用エンドキサン原末			376.6		
3	4211401注射用エンドキサン		65.7	132.3		
4	4223005ゼローダ錠３		94.9	161.1		
5	4223401５－ＦＵ注		92.5	70.0		
6	4224403ジェムザール注射用			14.8		
7	4229100ユーエフティＥ配合顆粒		12.8	31.6		
8	4229101ティーエスワン配合顆粒		49.0	118.2		
9	4231400マイトマイシン注用			42.6		
10	4235402ドキシル注		61.1	165.1		
11	4240404トポテシン点滴静注		89.6	101.2		
12	4240405タキソテール点滴静注用		96.0	43.1		
13	4240406タキソール注射液		75.7	89.3		
14	4240407ナベルビン注		218.6	293.4		
15	4240409アブラキサン点滴静注用			12.6		
16	4291009カソデックス錠		35.9	8.1		
17	4291010アリミデックス錠			42.9		
18	4291011グリベック錠			13.4		
19	4291015フェマーラ錠		41.4	247.6		
20	4291018スーテントカプセル			157.5		
21	4291024レブラミドカプセル		207.3			
22	4291029スチバーガ錠		46.4	36.6		
23	4291401動注用アイエーコール		17.4	58.6		
24	4291403パラプラチン注射液		87.4	44.1		
25	4291410エルプラット点滴静注液		108.4	83.5		
26	4291413アバスチン点滴静注用		85.6	85.8		
27	4291415アービタックス注射液		130.2	113.3		
28	4291417ベクティビックス点滴静注		103.4	56.3		
29	4291419ビダーザ注射用			700.6		
30	4291421フェソロデックス筋注			100.5		
31	4291427オプジーボ点滴静注			286.4		
32	4291429サイラムザ点滴静注液		148.8	92.2		
33	4291435キイトルーダ点滴静注		83.1	28.1		
34	4291436ザルトラップ点滴静注			69.0		
35	4299100ロンサーフ配合錠Ｔ			46.1		

出典：内閣府 医療提供状況の地域差 SCRデータ一覧 令和元(2019)年度診療分 癌の化学療法 二次医療圏

大腸がん化学療法　標準化レセプト出現比（NDB-SCR）（2019年）入院　医療圏別

	大腸がん　主病名　入院					
	医療圏名	4701北部	4702中部	4703南部	4704宮古	4705八重山
1	42xxxxx化学療法剤全体	10.2	39.4	85.8	63.6	115.6
2	4211002経口用エンドキサン原末			919.8		
3	4223005ゼローダ錠３		74.7	80.0		
4	4223401５－ＦＵ注		30.4	87.9		
5	4229100ユーエフティＥ配合顆粒		31.0			
6	4229101ティーエスワン配合顆粒		59.9	96.5		
7	4231400マイトマイシン注用			58.9		
8	4235402ドキシル注			118.6		
9	4240404トポテシン点滴静注		34.2	104.3		
10	4240406タキソール注射液			72.2		
11	4240409アブラキサン点滴静注用			206.9		
12	4291009カソデックス錠		68.5	23.1		
13	4291010アリミデックス錠			87.9		
14	4291011グリベック錠			198.8		
15	4291015フェマーラ錠		199.5	132.5		
16	4291018スーテントカプセル			943.0		
17	4291024レブラミドカプセル		5157.0			
18	4291029スチバーガ錠		161.9	21.9		
19	4291401動注用アイエーコール		28.2	57.1		
20	4291403パラプラチン注射液			51.4		
21	4291410エルプラット点滴静注液		38.4	82.0		
22	4291413アバスチン点滴静注用		23.5	109.3		
23	4291415アービタックス注射液		89.9	170.5		
24	4291417ベクティビックス点滴静注		45.4	74.3		
25	4291427オプジーボ点滴静注			1520.6		
26	4291429サイラムザ点滴静注液		37.5	43.4		
27	4291435キイトルーダ点滴静注		229.8	155.2		
28	4291436ザルトラップ点滴静注			38.3		
29	4299100ロンサーフ配合錠Ｔ			68.1		

出典：内閣府 医療提供状況の地域差 SCRデータ一覧 令和元(2019)年度診療分 癌の化学療法 二次医療圏

大腸がん化学療法　標準化レセプト出現比（NDB-SCR）（2019年）外来　医療圏別

大腸がん　主病名　外来

	医療圏名	4701北部	4702中部	4703南部	4704宮古	4705八重山
1	42xxxxx化学療法剤全体	122.2	111.9	77.3	103.8	39.7
2	4211401注射用エンドキサン		78.1	157.3		
3	4223005ゼローダ錠３		104.7	200.5		
4	4223401５－ＦＵ注		127.2	60.0		
5	4224403ジェムザール注射用			15.8		
6	4229100ユーエフティＥ配合顆粒		9.9	36.6		
7	4229101ティーエスワン配合顆粒		43.8	128.5		
8	4235402ドキシル注		93.5	189.8		
9	4240404トポテシン点滴静注		109.2	100.1		
10	4240405タキソテール点滴静注用		107.0	48.0		
11	4240406タキソール注射液		92.1	92.9		
12	4240407ナベルビン注		234.9	315.1		
13	4291009カソデックス錠		18.4			
14	4291010アリミデックス錠			28.4		
15	4291015フェマーラ錠			277.7		
16	4291024レブラミドカプセル		71.0			
17	4291029スチバーガ錠		10.2	41.2		
18	4291401動注用アイエーコール			61.0		
19	4291403パラプラチン注射液		122.4	41.2		
20	4291410エルプラット点滴静注液		137.2	84.2		
21	4291413アバスチン点滴静注用		101.5	79.8		
22	4291415アービタックス注射液		142.3	96.2		
23	4291417ベクティビックス点滴静注		125.0	49.6		
24	4291419ビダーザ注射用			875.3		
25	4291421フェソロデックス筋注			102.1		
26	4291429サイラムザ点滴静注液		203.9	116.3		
27	4291435キイトルーダ点滴静注		60.1	8.1		
28	4291436ザルトラップ点滴静注			82.9		
29	4299100ロンサーフ配合錠Ｔ			39.3		

出典：内閣府 医療提供状況の地域差 SCRデータ一覧 令和元(2019)年度診療分 癌の化学療法 二次医療圏

乳がん化学療法　標準化レセプト出現比（NDB-SCR）（2019年）入院・外来　医療圏別

乳がん（主病名）　入院・外来

	医療圏名	4701北部	4702中部	4703南部	4704宮古	4705八重山
1	42xxxxx化学療法剤全体	37.7	60.9	193.0	73.8	59.0
2	4211002経口用エンドキサン原末			315.5		
3	4211401注射用エンドキサン		80.2	117.8		
4	4222400メソトレキセート点滴静注液			74.1		
5	4223005ゼローダ錠３			334.3		
6	4223401５－ＦＵ注		18.1	24.6		
7	4224403ジェムザール注射用		44.1	77.0		
8	4229100ユーエフティＥ配合顆粒			2297.5		
9	4229101ティーエスワン配合顆粒		41.6	260.4		
10	4235402ドキシル注		283.8	51.4		
11	4235404ファルモルビシンＲＴＵ注射液		4.5	156.7		
12	4240400オンコビン注射用			675.8		
13	4240404トポテシン点滴静注			100.9		
14	4240405タキソテール点滴静注用		88.2	99.4		
15	4240406タキソール注射液		51.9	135.4		
16	4240407ナベルビン注		12.1	114.4		
17	4240409アブラキサン点滴静注用		20.2	98.6		
18	4291003ノルバデックス錠		28.7	344.0	38.5	66.2
19	4291007フェアストン錠			122.0		
20	4291010アリミデックス錠	30.9	4.2	243.0		
21	4291012アロマシン錠		8.8	671.7		
22	4291015フェマーラ錠	34.2	62.2	302.9		283.8
23	4291022タイケルブ錠			650.8		
24	4291023アフィニトール錠			862.2		
25	4291024レブラミドカプセル			923.8		
26	4291051イブランスカプセル			197.3		
27	4291401動注用アイエーコール			199.5		
28	4291403パラプラチン注射液		116.6	166.2		
29	4291406ハーセプチン注射用		97.1	136.0		
30	4291410エルプラット点滴静注液		75.9	67.3		
31	4291413アバスチン点滴静注用		34.6	70.9		
32	4291420ハラヴェン静注		27.5	181.1		
33	4291421フェソロデックス筋注		90.8	126.9		
34	4291424パージェタ点滴静注		107.7	176.2		
35	4291426カドサイラ点滴静注用			132.9		
36	4299400ピシバニール注射用			347.2		
37	4299405ユニタルク胸膜腔内注入用懸濁剤		101.0	68.3		

出典：内閣府 医療提供状況の地域差 SCRデータ一覧 令和元(2019)年度診療分 癌の化学療法 二次医療圏

乳がん化学療法　標準化レセプト出現比（NDB-SCR）（2019年）入院　医療圏別

	乳がん　主病名　入院					
	医療圏名	4701北部	4702中部	4703南部	4704宮古	4705八重山
1	42xxxxx化学療法剤全体	72.5	60.0	139.5	105.9	30.2
2	4211401注射用エンドキサン		29.0	122.1		
3	4223005ゼローダ錠３			108.3		
4	4223401５－ＦＵ注			5.3		
5	4224403ジェムザール注射用		111.8	225.3		
6	4229101ティーエスワン配合顆粒		61.3			
7	4235402ドキシル注		140.6	77.8		
8	4235404ファルモルビシンＲＴＵ注射液		3.0	154.2		
9	4240405タキソテール点滴静注用		15.6	68.9		
10	4240406タキソール注射液		32.6	68.9		
11	4240409アブラキサン点滴静注用			103.4		
12	4291003ノルバデックス錠		185.5	244.4	157.8	161.1
13	4291007フェアストン錠			355.7		
14	4291010アリミデックス錠	491.8	48.3	272.3		
15	4291012アロマシン錠		149.5	40.3		
16	4291015フェマーラ錠	175.1	294.2	316.2		
17	4291022タイケルブ錠			468.2		
18	4291023アフィニトール錠			198.4		
19	4291024レブラミドカプセル			5660.4		
20	4291401動注用アイエーコール			101.0		
21	4291403パラプラチン注射液			245.2		
22	4291406ハーセプチン注射用		20.6	124.0		
23	4291413アバスチン点滴静注用		19.9	60.6		
24	4291420ハラヴェン静注		45.3	173.2		
25	4291421フェソロデックス筋注		44.6	45.0		
26	4291424パージェタ点滴静注		10.7	133.6		
27	4291426カドサイラ点滴静注用			148.5		
28	4299400ピシバニール注射用			526.7		
29	4299405ユニタルク胸膜腔内注入用懸濁剤		102.0	68.9		

出典：内閣府 医療提供状況の地域差 SCRデータ一覧 令和元(2019)年度診療分 癌の化学療法 二次医療圏

乳がん化学療法　標準化レセプト出現比（NDB-SCR）（2019年）外来　医療圏別

乳がん　主病名　外来

	医療圏名	4701北部	4702中部	4703南部	4704宮古	4705八重山
1	42xxxxx化学療法剤全体	34.9	61.0	197.4	71.1	61.4
2	4211002経口用エンドキサン原末			360.9		
3	4211401注射用エンドキサン		94.2	116.6		
4	4222400メソトレキセート点滴静注液			85.2		
5	4223005ゼローダ錠３			349.7		
6	4223401５－ＦＵ注		22.9	29.7		
7	4224403ジェムザール注射用		38.3	64.3		
8	4229100ユーエフティＥ配合顆粒			2340.9		
9	4229101ティーエスワン配合顆粒		39.5	288.4		
10	4235402ドキシル注		320.6	44.6		
11	4235404ファルモルビシンＲＴＵ注射液		5.0	157.4		
12	4240400オンコビン注射用			762.7		
13	4240404トポテシン点滴静注			114.2		
14	4240405タキソテール点滴静注用		105.1	106.5		
15	4240406タキソール注射液		54.6	144.4		
16	4240407ナベルビン注		13.2	124.1		
17	4240409アブラキサン点滴静注用		23.3	97.9		
18	4291003ノルバデックス錠		22.5	348.0	33.4	62.4
19	4291007フェアストン錠			111.0		
20	4291010アリミデックス錠		1.3	241.2		
21	4291012アロマシン錠			710.8		
22	4291015フェマーラ錠	25.0	47.7	302.0		301.6
23	4291022タイケルブ錠			664.1		
24	4291023アフィニトール錠			900.3		
25	4291024レブラミドカプセル			578.2		
26	4291051イブランスカプセル			202.4		
27	4291401動注用アイエーコール			295.4		
28	4291403パラプラチン注射液		144.5	147.2		
29	4291406ハーセプチン注射用		103.0	136.9		
30	4291410エルプラット点滴静注液		81.6	72.4		
31	4291413アバスチン点滴静注用		36.2	72.1		
32	4291420ハラヴェン静注		25.9	181.8		
33	4291421フェソロデックス筋注		91.4	128.0		
34	4291424パージェタ点滴静注		117.3	180.4		
35	4291426カドサイラ点滴静注用			131.9		

出典：内閣府 医療提供状況の地域差 SCRデータ一覧 令和元(2019)年度診療分 癌の化学療法 二次医療圏

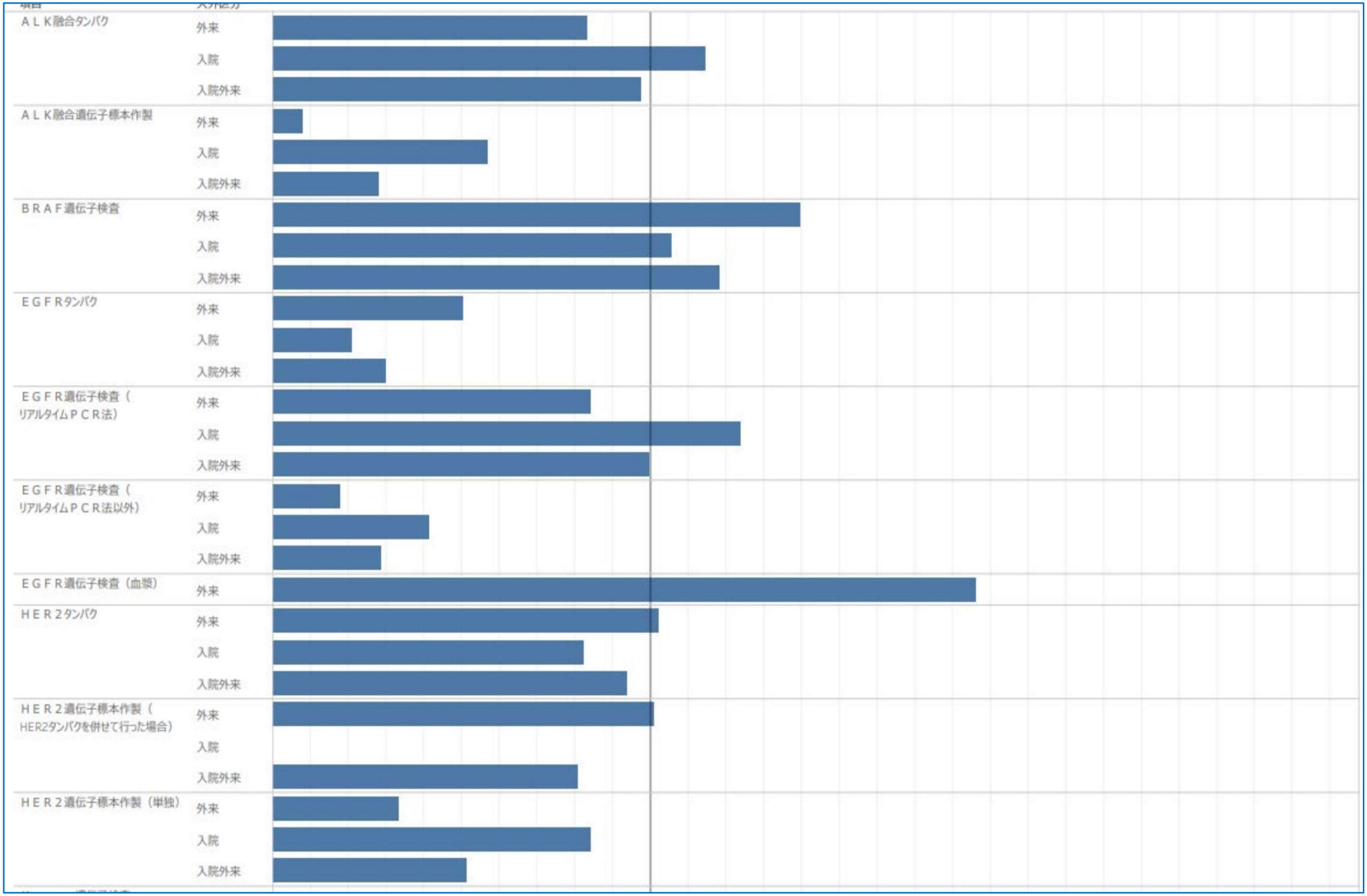
パート9
遺伝子マーカー等検査実施状況

オーバーユース、アンダーユースがないか確認

＊医療機関所在地ベース。

＊医療機関数が３未満となる場合は表示されない。

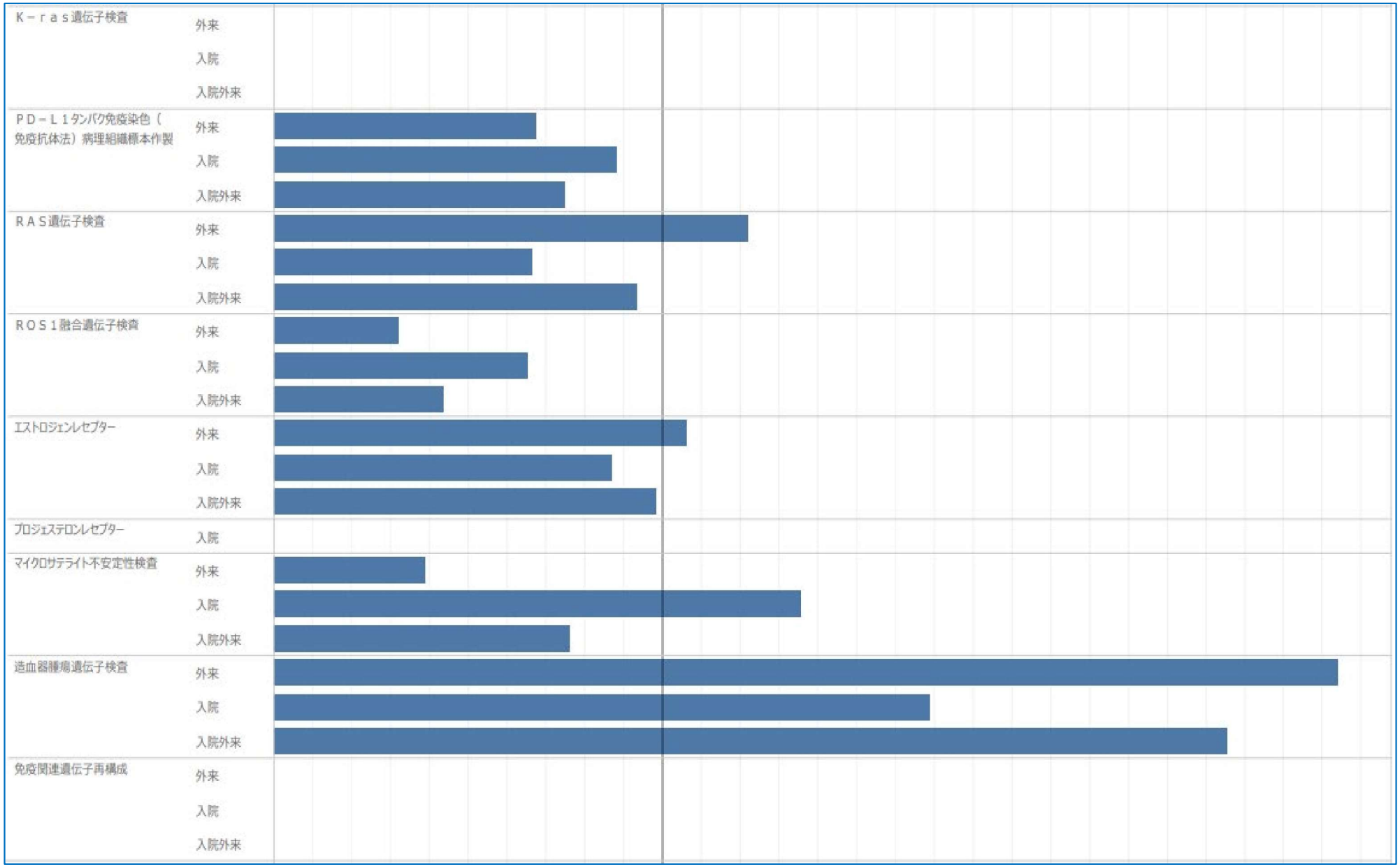
がん遺伝子マーカー検査等　レセプト出現比（NDB-SCR）（2019年）中部医療圏①



https://public.tableau.com/app/profile/ken.hanioka/viz/NDB-SCR2019_16493289092960/sheet0

出典：内閣府　医療提供体制の地域差　SCRデータ一覧　2019年　二次医療圏　診療行為コード

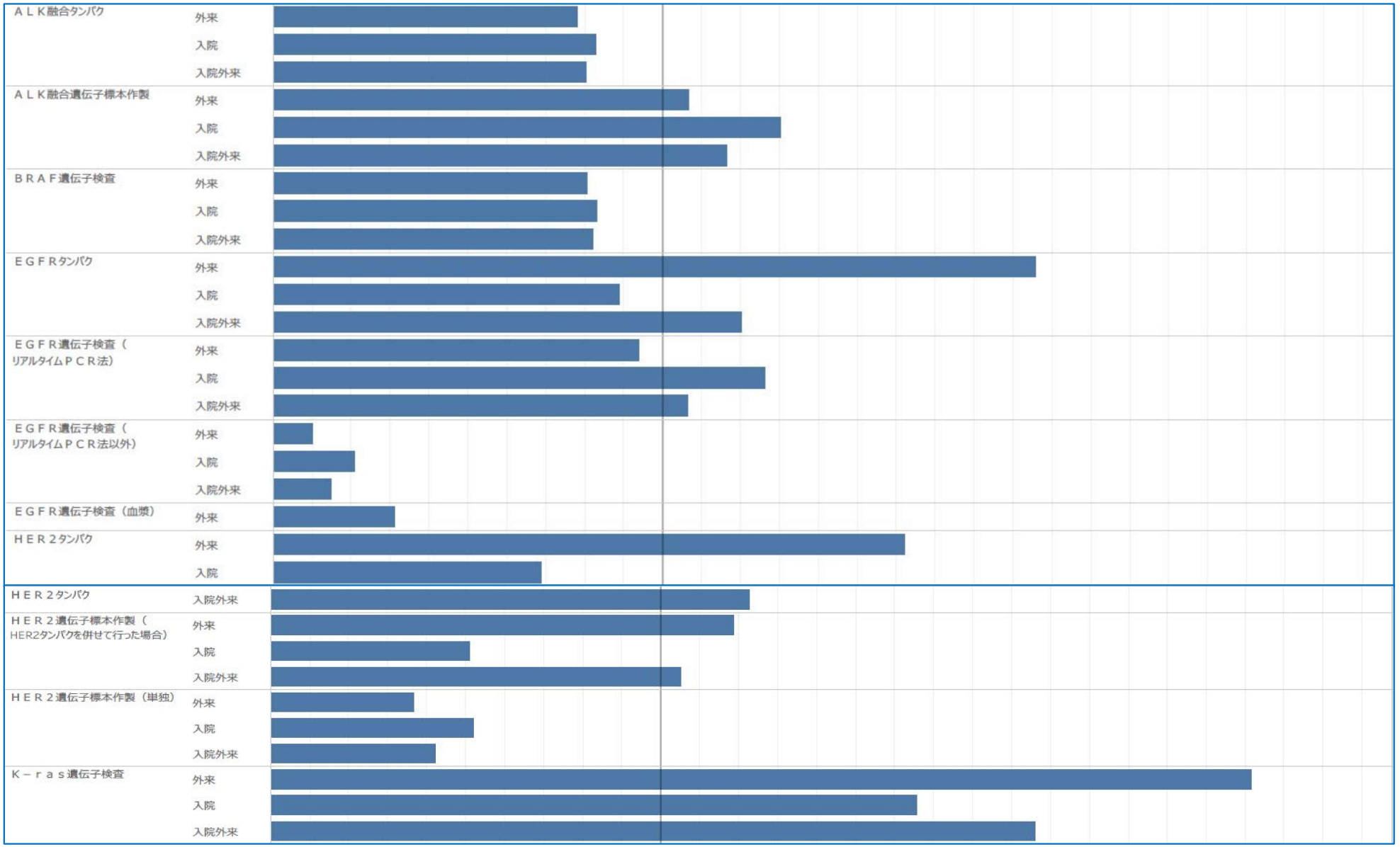
がん遺伝子マーカー検査等　レセプト出現比（NDB-SCR）（2019年）中部医療圏②



https://public.tableau.com/app/profile/ken.hanioka/viz/NDB-SCR2019_16493289092960/sheet0

出典：内閣府　医療提供体制の地域差　SCRデータ一覧　2019年　二次医療圏　診療行為コード

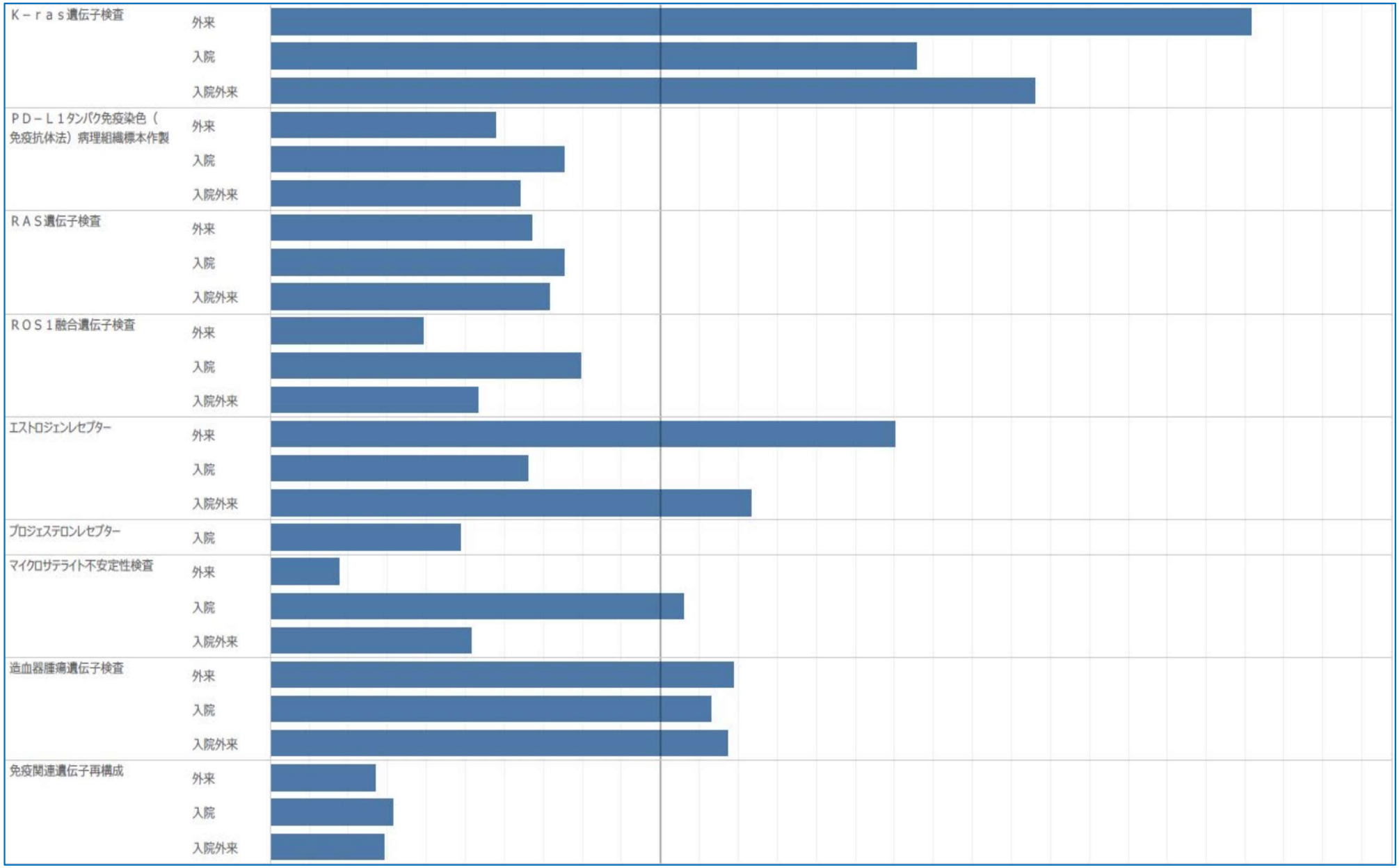
がん遺伝子マーカー検査等　レセプト出現比（NDB-SCR）（2019年）南部医療圏①



https://public.tableau.com/app/profile/ken.hanioka/viz/NDB-SCR2019_16493289092960/sheet0

出典：内閣府　医療提供体制の地域差　SCRデータ一覧　2019年　二次医療圏　診療行為コード

がん遺伝子マーカー検査等　レセプト出現比（NDB-SCR）（2019年）南部医療圏②



https://public.tableau.com/app/profile/ken.hanioka/viz/NDB-SCR2019_16493289092960/sheet0

出典：内閣府　医療提供体制の地域差　SCRデータ一覧　2019年　二次医療圏　診療行為コード

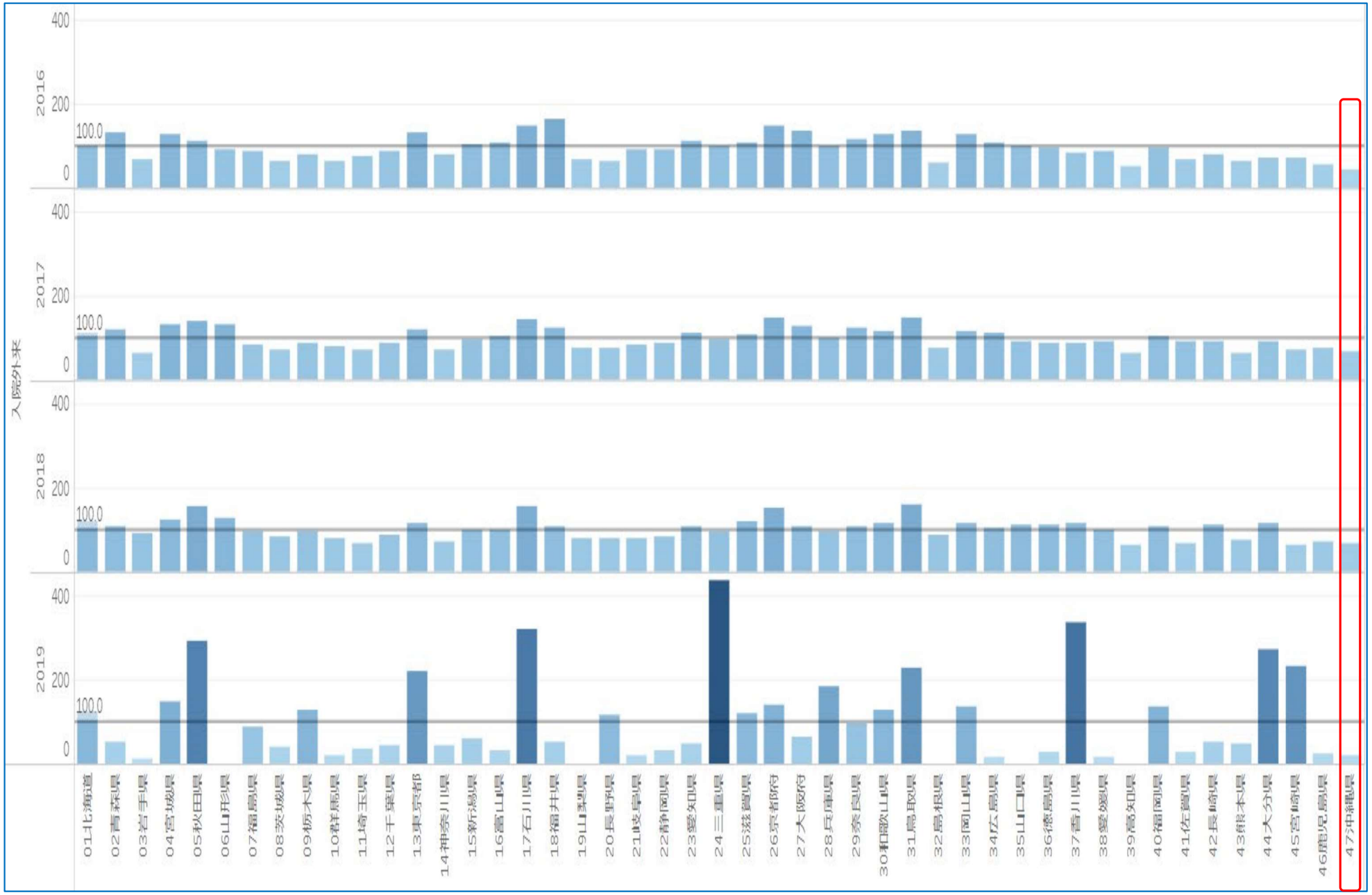
パート10
免疫チェックポイント阻害薬使用状況

オーバーユース、アンダーユースがないか確認

＊医療機関所在地ベース。

＊医療機関数が３未満となる場合は表示されない。

オプジーボ　標準化レセプト出現比（NDB-SCR）　入院・外来（2016-2019年）



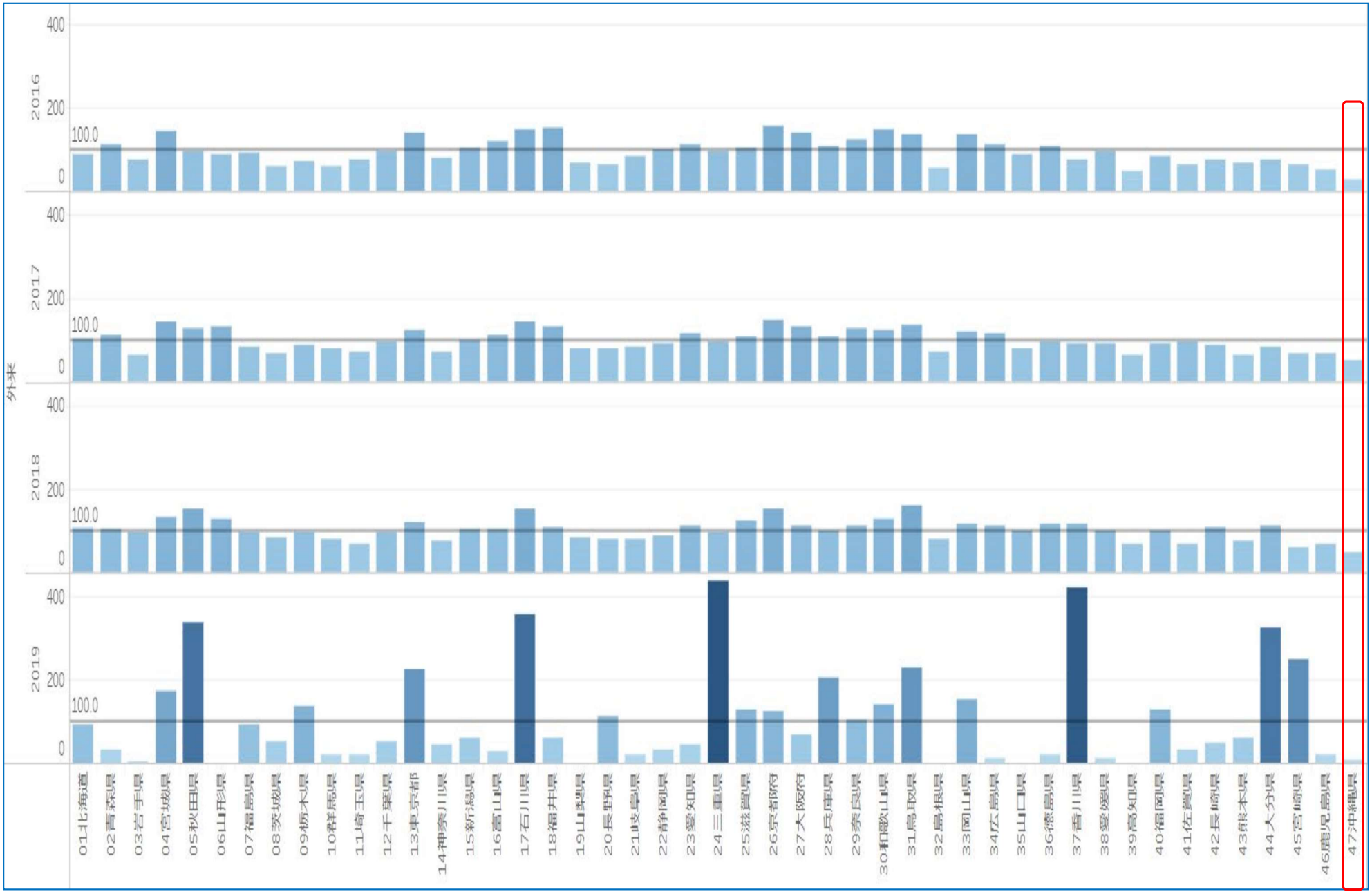
出典：内閣府　医療提供体制の地域差　SCRデータ一覧　2019年、2018年、2017年、2016年　都道府県　薬剤薬効7桁

オプジーボ　標準化レセプト出現比（NDB-SCR）　入院（2016-2019年）



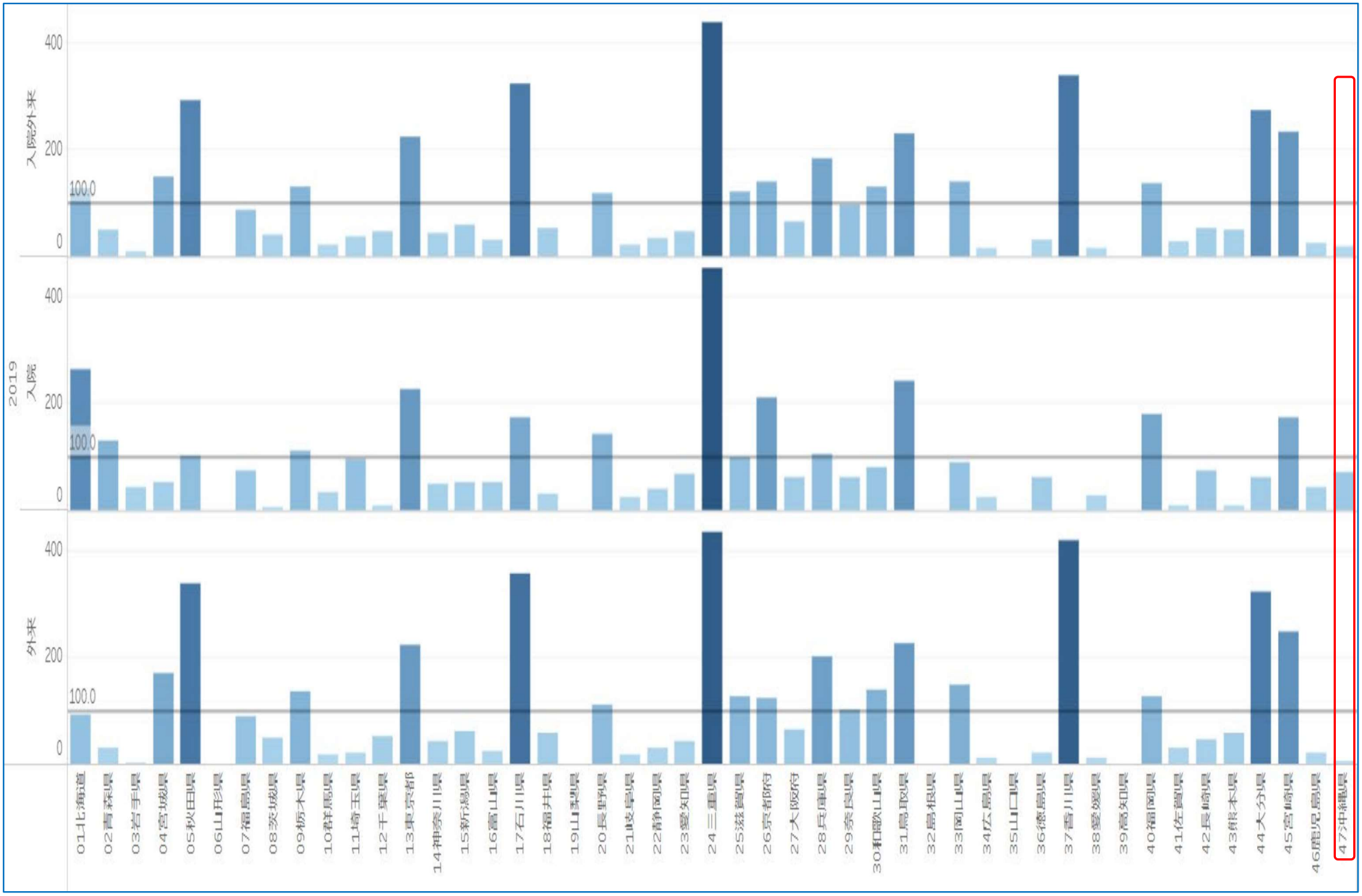
出典：内閣府　医療提供体制の地域差　SCRデータ一覧　2019年、2018年、2017年、2016年　都道府県　薬剤薬効7桁

オプジーボ　標準化レセプト出現比（NDB-SCR）　外来（2016-2019年）



出典：内閣府　医療提供体制の地域差　SCRデータ一覧　2019年、2018年、2017年、2016年　都道府県　薬剤薬効7桁

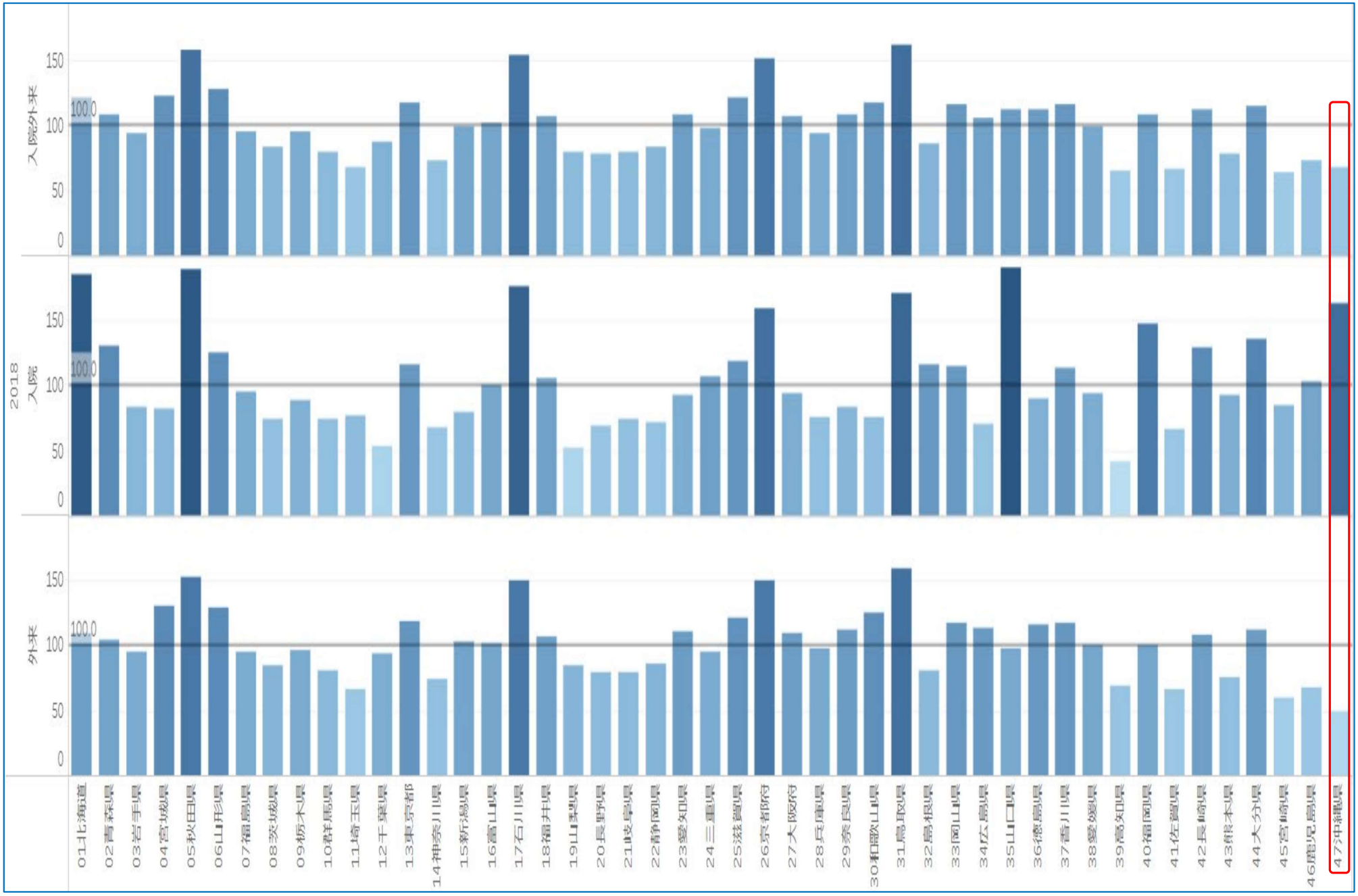
オプジーボ　標準化レセプト出現比（NDB-SCR）　入院外来、入院、外来（2019年）



出典：内閣府　医療提供体制の地域差　SCRデータ一覧　2019年、2018年、2017年、2016年　都道府県　薬剤薬効7桁

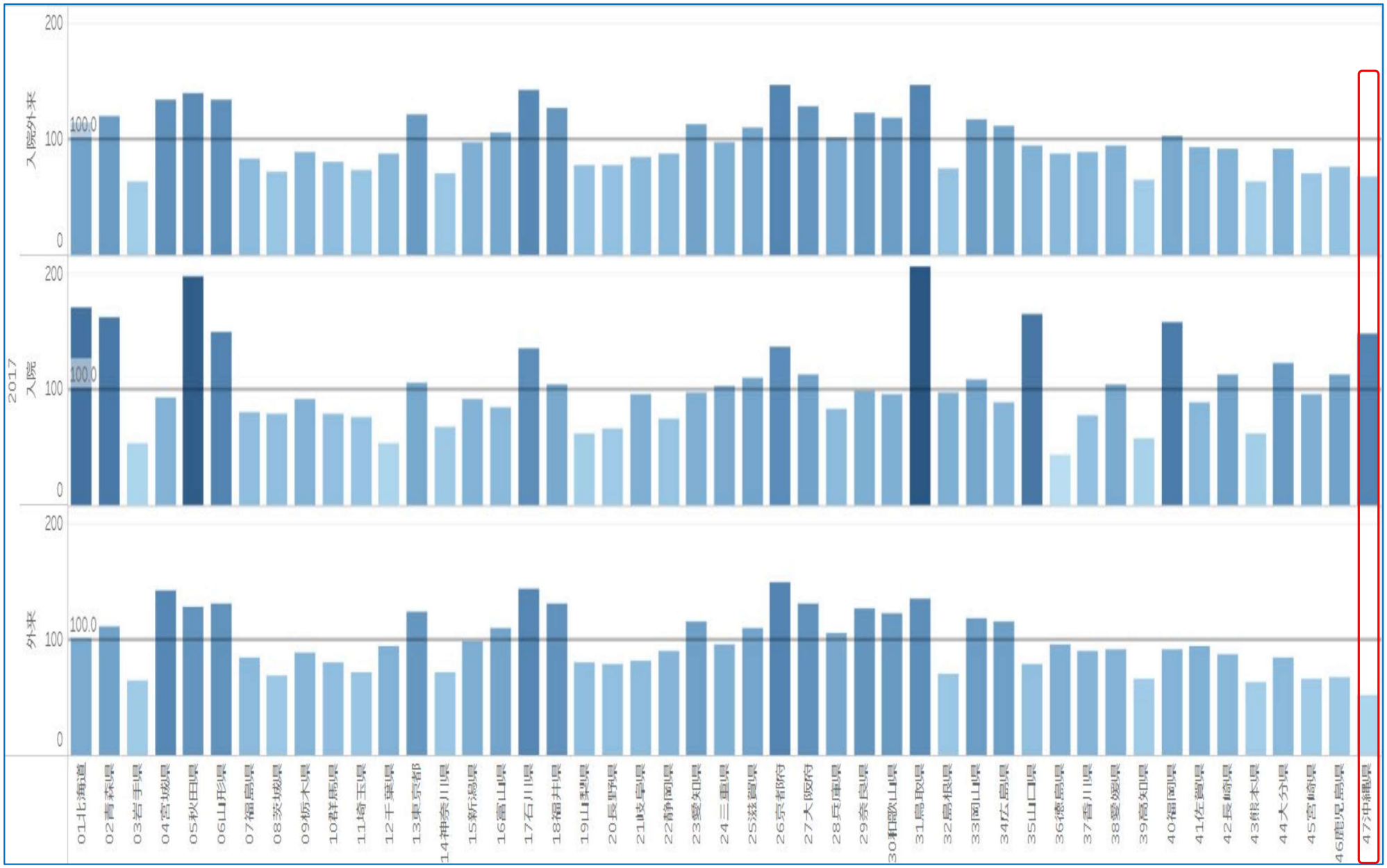
127

オプジーボ　標準化レセプト出現比（NDB-SCR）　入院外来、入院、外来（2018年）



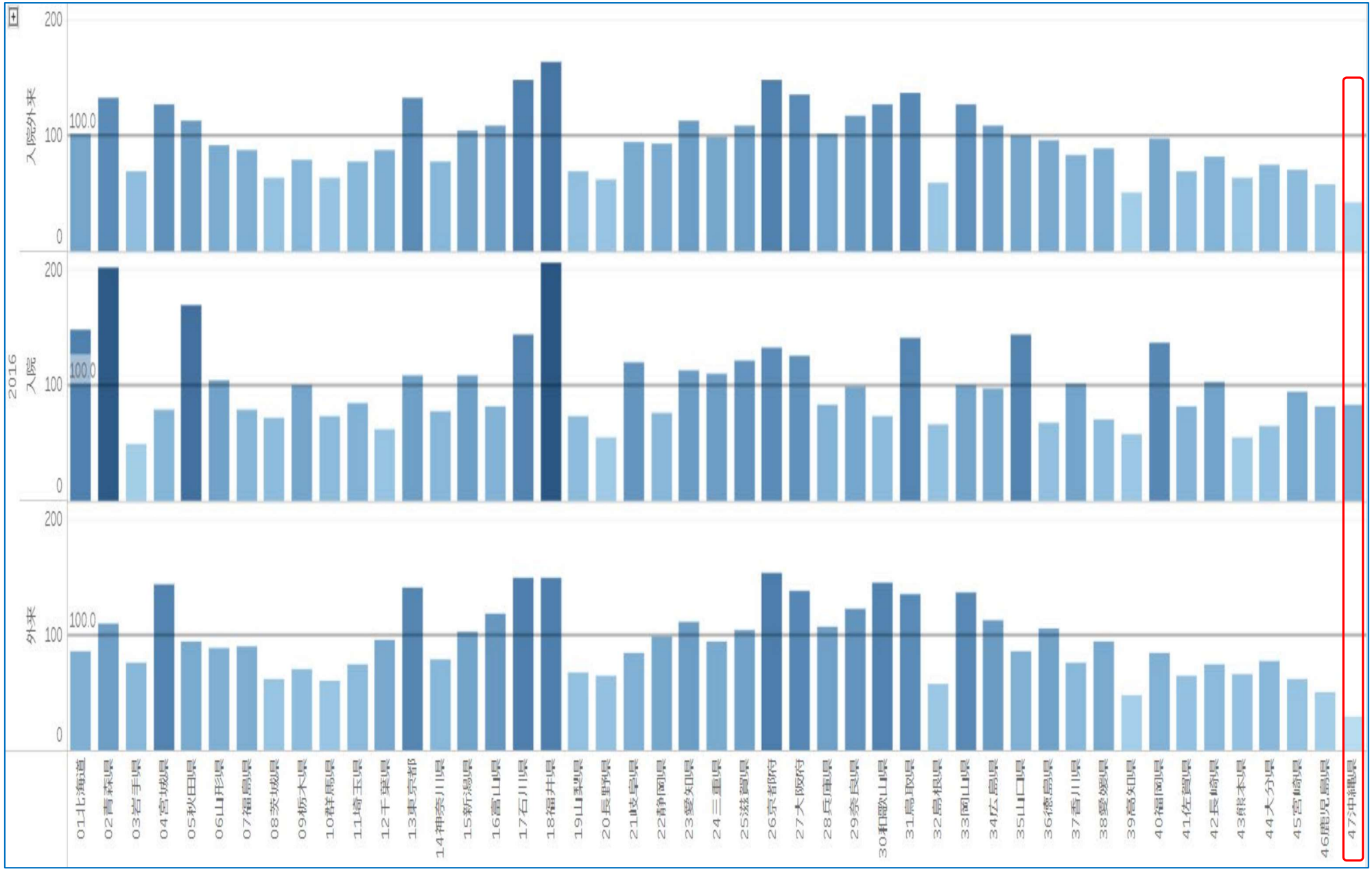
出典：内閣府　医療提供体制の地域差　SCRデータ一覧　2019年、2018年、2017年、2016年　都道府県　薬剤薬効7桁

オプジーボ　標準化レセプト出現比（NDB-SCR）　入院外来、入院、外来（2017年）



出典：内閣府　医療提供体制の地域差　SCRデータ一覧　2019年、2018年、2017年、2016年　都道府県　薬剤薬効7桁

オプジーボ　標準化レセプト出現比（NDB-SCR）　入院外来、入院、外来（2016年）



出典：内閣府　医療提供体制の地域差　SCRデータ一覧　2019年、2018年、2017年、2016年　都道府県　薬剤薬効7桁

まとめ

まとめ

- オープンデータから沖縄県のがんの状況を理解することができる部分があるだろう。
- これまで適宜紹介してきたところだが、いくつか追加的にご紹介した。
- 議論や考察の一助になるところがあれば、幸いである。議論や考察を進めていただきたい。
- 沖縄県連携協議会として、重要データに関して、恒常的・定点観測的にデータ集がレポートされることが望ましいと考える。

資料７

2022 年　4 月　6 日

日本医学会長・日本医学会連合会長　門田　守人
日本医師会長　中川　俊男

「遺伝情報・ゲノム情報による不当な差別や社会的不利益の防止」についての共同声明

個人の遺伝情報・ゲノム情報に基づき、個々人の体質や病状に適した、より効果的・効率的な疾患の診断、治療、予防が可能となる「ゲノム医療」の実現が、様々な診療領域で広がっています。特に、がんや難病の分野では既に実用化が進んでおり、その人の病状に適した治療法の選択や迅速な診断の実現などの恩恵が得られています。また、糖尿病や肥満症、心血管疾患や免疫・アレルギー疾患、精神・神経疾患を含む多因子疾患についても、世界的に医療応用を目指した研究が進んでいます。

一方で、生殖細胞系列の遺伝情報・ゲノム情報は生まれながらに持っていて、生涯変化せず、子孫にも受け継がれ得ることから、国民が安心してゲノム医療を受けるためには社会環境を整備する必要があることが指摘されています。[1)]　仮に不適切に扱われた場合には、患者とその血縁者に、保険や雇用、結婚、教育など医療以外の様々な場面で不当な差別や社会的不利益がもたらされる可能性があるためです。

日本も加盟する UNESCO の「ヒトゲノムと人権に関する世界宣言」(1997) では、「ヒトゲノムは、人類の遺産であり、何人も、その遺伝的特徴の如何を問わず、その尊厳と人権を尊重される権利を有する」とされ、「何人も、遺伝的特徴に基づいて、人権、基本的自由及び人間の尊厳を侵害する意図又は効果をもつ差別を受けることがあってはならない」と述べられています。[2)]　諸外国では 2000 年代から保険や雇用を中心として、医療以外の分野における遺伝情報・ゲノム情報の取り扱いに関するルールの策定が行われており、また、ゲノム医療の実装に伴い、その見直しの議論も進められています。[3)]

しかし、我が国の社会環境の整備としては、個人情報の取得や第三者提供に本人同意の取得を求めるという個人情報保護法による対応のみに留まっており、不当な差別や社会的不利益の防止については、法律あるいは自主ルールのいずれの形でも定められていません。我が国では、国民皆保険の制度が整備され、公的健康保険の加入に際して、遺伝情報・ゲノム情報の提示を求められることはありません。しかし、いわゆるがん保険や死亡保険等の、民

間保険の引受・支払実務における遺伝情報・ゲノム情報の取り扱いに関するルールは不明瞭な状況にあり、業界の自主規制の検討状況を待っている状況にあります。[4]　また、事業所における採用、配置、職責の決定や労働者の健康診断等における、個人の遺伝情報・ゲノム情報の取扱いについても不明瞭なままです。

現在、全ゲノム解析研究が国策として進められ、[5]　患者とその血縁者を対象としたゲノム解析や遺伝学的検査が急速に医療の場で展開されようとしていますが、前述のような我が国の現況においては、患者やその家族が遺伝情報・ゲノム情報に基づく不当な差別や社会的不利益を受ける可能性を払拭できず、当事者には強い不安を引き起こします。患者・家族だけではなく、現時点では遺伝との関連を自覚していない、現在は健康な多くの方々にも不安が広がる恐れがあります。

国民がゲノム解析を伴う医学研究への参加や遺伝学的検査の利用を控えることも考えられ、我が国での遺伝情報・ゲノム情報を用いた新規医薬品開発やゲノム医療の導入の障壁となることも懸念されます。[6]　また、ゲノムと疾患の関係には集団間の違いや民族差が存在するため、我が国での遺伝情報・ゲノム情報を用いた新規医薬品開発やゲノム医療が世界から遅れを取れば、国民に長期間の不利益をもたらす可能性があります。

全ての医療関係者は、遺伝情報・ゲノム情報を取り扱う際、情報によっては保険や雇用、結婚、教育など医療以外の様々な場面で、患者や血縁者に対する不当な差別や社会的不利益につながるものが含まれる可能性があることについて十分に留意すべきです。

日本医学会、日本医学会連合並びに日本医師会は、遺伝情報・ゲノム情報を活用した医療や公衆衛生の実現に向けて、教育や研究、啓発に尽力するだけでなく、不当な差別や社会的不利益の防止にも貢献したいと考えています。今後、我が国でゲノム医療が普及し、国民が安心してゲノム医療を受けられるようにするため、私どもは、国、監督官庁、遺伝情報・ゲノム情報を取り扱う可能性のある保険会社等の事業者および関係団体に対し、遺伝情報・ゲノム情報による不当な差別や社会的不利益を防止するため下記を要望します。

1．　国は、遺伝情報・ゲノム情報による不当な差別や社会的不利益を防止するための法的整備を早急に行うこと、及び関係省庁は、保険や雇用などを含む社会・経済政策において、個人の遺伝情報・ゲノム情報の不適切な取り扱いを防止したうえで、いかに利活用するかを検討する会議を設置し、我が国の実情に沿った方策を早急に検討すること。
2．　監督官庁においては、遺伝情報・ゲノム情報を取り扱う可能性のある保険会社等の事業者および関係団体に対し、遺伝情報・ゲノム情報の取扱いに関する自主規制が早急に進むよう促すとともに、その内容が消費者にわかりやすく適正なものとなるよう、指導・監督を行う仕組みを構築すること。

３．　遺伝情報・ゲノム情報を取り扱う可能性のある保険会社等の事業者および関係団体は、遺伝情報・ゲノム情報の取扱いについて開かれた議論を行い、自主的な方策を早急に検討し公表すること。

［註］用語の定義

厚生労働省「ゲノム医療等の実現・発展のための具体的方策について（意見とりまとめ）」（2016 年）では,「ゲノム情報」は、塩基配列に解釈を加え意味を有するもの,「遺伝情報」はゲノム情報の中で子孫へ受け継がれるものと定義している。
[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkanboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/0000140440.pdf]

１）厚生労働省「ゲノム医療等の実現・発展のための具体的方策について（意見とりまとめ）」（2016 年）
[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkanboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/0000140440.pdf]

２）ヒトゲノムと人権に関する世界宣言（1997）
[https://www.mext.go.jp/unesco/009/1386506.htm]

３）ACMG Statement: Points to consider to avoid unfair discrimination and the misuse of genetic information: A statement of the American College of Medical Genetics and Genomics (ACMG). Genetics in Medicine (2021)
[https://www.gimjournal.org/article/S1098-3600(21)05379-X/fulltext]

４）健康・医療戦略室ゲノム医療実現推進協議会「中間とりまとめに対する最終報告書」（2019）
[https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryou/genome/genome_dai3/sankou3.pdf]

５）厚生労働省 「全ゲノム解析等実行計画（第 1 版）」（2019）
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08564.html]

６）厚生労働科学特別研究「社会における個人遺伝情報利用の実態とゲノムリテラシーに関する調査研究」研究報告書（2017）[https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/25825]

2022 年 4 月 6 日

一般社団法人ゲノム医療当事者団体連合会　代表理事　太宰　牧子
一般社団法人全国がん患者団体連合会　理事長　天野　慎介

遺伝情報・ゲノム情報による差別や社会的不利益の防止のための法規制を求める共同声明

個人の遺伝情報やゲノム情報に基づき、がんや難病をはじめとする治療の最適化や予後予測、発症の予防などに用いる「ゲノム医療」の進歩は、未だ治癒が期待し難い難治性疾患や、罹患者数の少ない希少疾患をはじめ、多くの患者に個別化医療（プレシジョン・メディシン）を通じた新たな希望をもたらし得るものであり、その推進に期待が寄せられています。

一方でがんを例とすると、その発症の原因となる遺伝子変異には、「生殖細胞変異」（親から受け継ぐ先天的な遺伝子変異）と「体細胞変異」（生まれたあとに起こる後天的な遺伝子変異）があり、前者の遺伝子変異を有する「遺伝性腫瘍のがん患者」や「遺伝子変異陽性のがん未発症者」が一定の割合で存在することが知られていますが、ゲノム医療と研究の進展に伴い、これら「遺伝性腫瘍のがん患者」や「遺伝子変異陽性のがん未発症者」が検査や治療の過程で見出される可能性があります。加えて、国内でも進む全ゲノム解析等実行計画により、がんや難病などを既に発症されている患者の方々だけでなく、現在健常とされる未発症の方々についても、さまざまな疾病の発症リスクなどについて新たな知見が得られていく可能性があります。

米国では 2008 年に遺伝情報差別禁止法（GINA 法）が成立しており、雇用分野では事業者による遺伝情報取得の規制、採用・昇進・解雇における遺伝情報に基づく取扱いの禁止、保険分野では遺伝情報に基づく加入制限や保険料等の調整の禁止などが規定されています。英国においても、雇用分野における規定や、保険分野における政府と英国保険業協会（ABI）との協定などが存在しますが、日本国内ではゲノム医療が推進されていながらも、このような法規制が無いのが現状です。

一般社団法人全国がん患者団体連合会は、2018 年 12 月に大口善徳厚生労働副大臣に対して、「ゲノム医療の適切な推進並びに患者等の社会的不利益からの擁護を目的とする法規制を求める要望書」を提出し、一般社団法人ゲノム医療当事者団体連合会も、2017 年より関係省庁や国会議員の皆さまに対して、「遺伝性疾患の患者」や「遺伝子変異陽性の未発症者」が、雇用分野や保険分野などにおける遺伝情報の取得やその不適切な取扱いによって差別や社会的不利益を被ることが無いように、国内においても法規制を速やかに講じるよう求めてきました。

政府の「経済財政運営と改革の基本方針 2019」では「ゲノム医療の推進に当たっては、国民がゲノム・遺伝子情報により不利益を被ることのない社会を作るため、必要な施策を進める」とされ、「全ゲノム解析等実行計画（第 1 版）」では「全ゲノム解析等の結果により、社会の様々な場面で不適切な取扱いを受けたり、不利益を被ったりすることがないよう、相談支援体制の確保やゲノム研究及び医療に関する知識の普及・啓発など社会環境の整備が重要である」とされているにもかかわらず、国内では差別や社会的不利益の防止について、法律や自主規制など、現時点でいずれの形でも定められていません。

日本医学会と日本医師会は、2022 年 4 月 6 日に「遺伝情報・ゲノム情報による不当な差別や社会的不利益の防止についての共同声明」を公開し、「遺伝情報・ゲノム情報による不当な差別や社会的不利益を防止するための法的整備を早急に行うこと」などを求めました。一般社団法人全国がん患者団体連合会並びに一般社団法人ゲノム医療当事者団体連合会は、この共同声明に強く賛同の意を表明するとともに、改めて国に以下の要望をいたします。

記

- 国は、個人の遺伝情報やゲノム情報による差別や社会的不利益を防止するため、法規制を早急に行うこと。
- 関係省庁は、雇用分野や保険分野などにおいて、遺伝情報の取得やその不適切な取扱いによって差別や社会的不利益が生じることがないように、実効性のある対策を検討すること。
- ゲノム医療に関わる倫理的法的社会的課題解決へ向けて更なる体制整備の確立。

以上

LIVE 高速道路の状況は 大型連休



ゲノム医療“不当な差別受けないよう法整備を”日本医学会など

2022年4月7日 6時48分

遺伝子を調べてそれぞれの患者に応じた治療を行う「ゲノム医療」について、日本医学会などは病気のなりやすさなどが判明すると保険の加入や雇用や結婚などで不当な差別を受ける可能性があるとして、防止するための早急な法整備を求める声明を発表しました。

声明は日本医学会と日本医師会が6日、東京都内で記者会見を開いて発表しました。

国はがんや難病などの患者の遺伝子を調べて最適な治療法や薬を選ぶ「ゲノム医療」を進めていますが、国内では遺伝情報によって病気のかかりやすさなどが分かることによって差別や不利益を被ることを防ぐための法律などが十分整備されていないと指摘されています。

このため声明では、今の状況では患者やその家族が保険の加入や雇用、結婚などさまざまな場面で不当な差別や社会的な不利益を受ける可能性を払拭（ふっしょく）できないと懸念を示しました。

そのうえで
▽国に対して遺伝情報による差別を防ぐための法整備を早急に行うことや
▽保険会社など事業者に対して、遺伝情報の取り扱いについて自主的な方策を早急に検討

あなたの天気・防災

ソーシャルランキング

この2時間のツイートが多い記事です

1 

ペンギンがこいのぼりのマフラー巻いて散歩 よちよち歩く 松江

2 “ホームレス”の平均年齢は63歳超 最も高齢化に 厚労省が調査

3 維新 夏の参院選に向け 党の重点政策をマンガで紹介

4 友人などと一緒に笑う高齢者 要介護リスク低くなる 東北大など

5 ホワイトハウス報道官に初の黒人女性 性的マイノリティー公表

ランキング一覧へ

アクセスランキング

この24時間に多く読まれている記事です

1 

俳優の渡辺裕之さん 死去

2 プーチン大統領 外相のユダヤ人めぐる発言をイスラエルに謝罪

3 大幸薬品 「クレベリン」の広告表示 景品表示法違反を認める

4 知床 観光船沈没 「KAZU 1」 以前か

し公表することなどを求めました。

記者会見で日本医学会の門脇孝 副会長は「ここ数年でゲノム医療は格段に進歩を遂げ、将来の病気のリスクを調べる技術の応用も進んでいる。新たな差別を生まないために、今こそ社会的な議論を進める必要がある」と話しています。

科学・文化ニュース一覧へ戻る

シェアする ?

特集



支持率トップは"独裁者の息子" なぜ？フィリピン大統領選挙 5月3日



ヨーロッパ ファッションの変化 "もう動物を傷つけない" 5月2日



「相対性理論」はわかるけど 学校の宿題は難しい 5月2日



ロッテ 佐々木朗希 "令和の怪物" 覚醒の背景 4月29日

特集一覧を見る

スペシャルコンテンツ



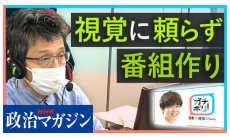
母を亡くした大学生は白バイ隊員になった～関越道バス事故10年



みんなとわたしの憲法 ～施行から75年～



「更年期離職」キャリア絶たれ… 莫大な経済損失も 国が調査へ



視覚に頼らずテレビ番組を作るには？～記者の経験から～



"18歳成人"スタートから1か月 若者への影響は



しゃべるよりも好きなこと 岸田奈美さんの書き続けるコツ



憲法記念日特集 憲法施行75年で各党の主張は



埋もれかけた踏切事故 ～A4 2枚の報告書の真相

スペシャルコンテンツ一覧を見る

4 ら不適切な無線連絡の疑い
5 【詳細】ロシア ウクライナに軍事侵攻（5月5日の動き）

ランキング一覧へ

ニュースを検索 検索

ウクライナ関連
ウクライナへの寄付先一覧 国連機関やNGOなどの連絡先は？

ウクライナ関連
ウクライナ避難民受け入れ 自治体の相談窓口は？【一覧あり】

特設サイト
おすすめ特設サイト

特設サイト
コロナで人口どう変わる!? 地方への潮流

特設サイト
成人年齢引き下げ 18歳どうなる？

新着ニュース 地域ニュース

NEW 新型コロナ 都内の感染者数減少も上から2番目の警戒レベル維持 16時36分

NEW 山梨 道志村 6日も山中の沢で警察が捜索 16時35分

NEW 三重県 新型コロナ 新たに183人感染確認 16時27分

NEW 宮崎県 新型コロナ 1人死亡 新たに287人感染確認 16時26分

NEW 岐阜県 新型コロナ 新たに355人感染確認 16時19分

NEW 岩手県 新型コロナ 新たに181人感染確認 16時18分

NEW 日本航空 最終的な損益 1775億円の赤字 コロナの影響が長期化 16時13分

NEW 47都道府県 レベル判断のための2指標10項目（5月5日時点） 16時11分

第８回全ゲノム解析等の推進に関する専門委員	資料
令和４年３月２日	４－１

全ゲノム解析等実行計画（第２版）に向けた検討

検討にあたっての基本的な考え方

〈検討の視点〉

「全ゲノム解析等実行計画（第２版）」（以下、「実行計画（第２版）」）の策定にあたっては、技術的事項等については、これまで検討してきた内容を基本としながら、その着実な実施に向けた体制等について、必要な検討を行うこととしてはどうか。

〈対応〉

実行計画（第２版）の策定にあたり、主に技術的事項等については、「「全ゲノム解析等実行計画」の推進に向けての検討」（令和３年２月）、「全ゲノム解析等のさらなる推進に向けた体制整備」（令和３年３月）及び「全ゲノム解析等実行計画ロードマップ２０２１」（令和３年６月）の内容とも整合的なものとすることを基本とする。

その上で、全ゲノム解析等を着実に推進する観点から、下記の項目について、今後の対応方針の検討を行う。

なお、実行計画（第２版）の計画期間は、令和４年度から令和８年度までの５年間とする。

対象患者について

〈検討の視点〉

全ゲノム解析等の対象患者については、これまでの知見を踏まえ、既存の医療では根治できないが、全ゲノム解析等を用いることにより、より高い診断、治療に係る効果が見込まれる患者とすることとし、その対象を明確化することが必要。

〈対応〉

【がん領域】

原則として、別途定める条件（※１）を満たす患者で、十分な説明の上、新たに同意が得られた患者を対象とする。ただし、疾患の重要性等に鑑み、専門委員会で承認された場合に限り、これら以外の患者も解析の対象とする。

（※１）以下の３つの条件の全てを満たす患者を対象とする。

- 手術、生検、採血（血液腫瘍）等により十分な量の検体が確保出来る患者
- 手術等において根治の可能性が低い難治性のがん（切除不能進行や、再発の可能性が高いがん等）の患者
- 解析開始時に生存しており、何らかの治療の提供が期待できる状態の患者

【難病領域】

難病については、単一遺伝子性疾患、多因子性疾患、診断困難な疾患に分類し、それぞれの疾患の特性に応じて成果が期待しやすい症例を対象とする。

- 単一遺伝子性疾患は、遺伝子性疾患の診断がついたが、全エクソーム解析を行っても既知の原因遺伝子がみつからない疾患
- 多因子性疾患は、診断のために遺伝子解析を必要としない疾患も含め、全ゲノム情報を用いた治療法開発が期待でき、かつ一定の症例数を確保できる疾患

・診断困難な疾患は、既存の遺伝学的解析等を行っても診断困難と思われる症例

症例数について

〈検討の視点〉

全ゲノム解析等に要する体制や必要な予算などを検討するにあたり、全ゲノム解析等の対象となる患者数や必要な期間について推計する必要がある。

〈対応〉

【がん領域】

前述の対象患者に対する全ゲノム解析については、令和３年度の半年間で、３医療機関において 600 症例程度から開始したところである。令和４年度以降は、がんゲノム医療中核拠点病院 12 施設及びがんゲノム医療拠点病院 33 施設（令和４年１月現在）のうち、必要な体制が整備されていると専門委員会が承認した医療機関において、当該解析を実施していくこととする。そのため、段階的に年間の症例数を増加させ、令和８年度には年間 15,000 症例程度の全ゲノム解析を実施することを目標とし、それに対応できる体制の構築を目指す。

なお、年間の症例数については、各医療機関での受診者数に変動が見込まれるため、それらに対応できるような柔軟かつ安定的な制度設計を検討すべきである。

【難病領域】

難病領域においては、先行研究の結果を踏まえ、令和４年度において少なくとも年間約 4,000 症例程度の解析を見込んでいる。令和５年度以降については、令和４年度の解析の実績も踏まえ検討する。

患者還元体制について

〈検討の視点〉

患者が、地域によらず、全ゲノム解析等の結果に基づき質の高い医療を受けられるようにするためには、国内で統一した解析形式やレポート作成形式等に基づき患者還元が行われる体制に一本化することが求められる。

〈対応〉

【がん領域】

・令和３年度：Ａ体制（※２）として３医療機関で患者還元に係る研究を開始。Ｂ体制（※２）として６領域（班）での研究を開始。

・令和４年度：令和３年度の研究体制を維持。それに加え、体制の整った医療機関（Ｂ体制）を専門性や地域性を考慮しつつ追加する。また、適切なＢ体制の整備に向けた比較検討を行う。

・令和５年度以後：Ｂ体制に一本化し、順次対応可能な医療機関を増加させる。

（※２）現在、がん患者に対する診断・治療への還元は、２つの体制、すなわち「自施設完結型体制（Ａ体制）」及び「解析・データセンター体制（Ｂ体制）」において行われている。これは、それぞれの解析方法を比較検討することにより、適切な体制整備、最善のシステム構築を目指すことを目的としている。

【難病領域】
　中央一元的に解析・レポート作成を行うことで均一で質の高い情報を患者に還元する。また、難病領域の特性や、難病全ゲノム解析等実証事業の結果を踏まえつつ、患者への説明を適切に行うことができる体制を構築する。特に患者数が少ない希少疾病については、国際共同的な症例収集やデータシェアリングの枠組みを整えることにより早期診断が可能となるようにする。

患者還元を行う医療機関について

〈検討の視点〉
　全ゲノム解析等の結果を患者に適切に還元するためには、当該医療機関には全ゲノム解析に関する専門的な人材、検体の保管・管理体制、ELSI への対応、高度な診療機能、臨床試験や治験の実施体制等が備わっていることが求められる。

〈対応〉
【がん領域】
　患者還元を行う医療機関に求められる主な要件は以下の通り。新たに要件を満たした医療機関については、毎年１回、専門委員会において審査及び承認を行い、翌年度より患者還元を行う医療機関として追加する。追加された医療機関の体制、実績等については、毎年１回、専門委員会において評価を行う。また、必要に応じて要件の見直しも行う。
・がんゲノム医療中核拠点病院、もしくはがんゲノム医療拠点病院であること。
・がんゲノム医療に従事する医療者に対して、全ゲノム解析を含んだ必修の研修が行われ、ゲノムリテラシーの向上が図られていること。
・全ゲノム解析結果の科学的妥当性を判断できる体制が整っていること（以下の項目に習熟したゲノム研究者が複数名従事していること）。
  ▸ 解析データ（元データ含む）の確認と各種コールエラーの検出
  ▸ ゲノム変化の解釈と意義づけ
  ▸ 適切な他の手法によるゲノム変化の検証
・患者の同意の下で、検体が、適切に保管・管理される体制が整備されていること。
・臨床試験・治験等の実施について、自らもしくは連携して、適切な体制を備え、一定の実績を有していること。

【難病領域】
　令和３年度には、難病全ゲノム解析等実証事業において、難病ゲノムに関する専門家が在籍し、ゲノム情報の取扱と難病の診断・治療において拠点的な役割を果たし得る５医療機関の協力を得て、患者還元の手法に関する実証を行った。令和４年度以降は、本実証に協力する医療機関を段階的に増やすとともに、これまでに行った全ゲノム解析等の結果を踏まえ、難病の全ゲノム解析等を実施する医療機関が備えるべき具体的要件を検討する。

検体の保管、利活用について

〈検討の視点〉

創薬や診断技術の研究及び開発等を推進するためには、ゲノムデータのみならず、組織等の検体（余剰検体、残余検体）についても、ゲノム情報、臨床情報と合わせて、必要な場合に追加のオミックス解析等を第三者が行えるような検体の分譲体制の構築が求められる。

〈対応〉

新規の患者の検体については、既存の施設を用いて一括管理することが可能な仕組みを構築する。一方で、一括管理する場合と同様の質で保管・管理され、必要な場合には、同様の手続きで分譲可能な体制が整備されている場合に限り各医療機関での保管も可能とする。

検体の利活用については、保管場所によらず、検体の種類、残量、同意の種別（共同研究での試料の分譲が可能か、産業界単独での試料の分譲が可能かなど）等について、把握できる仕組みを構築する。

既存の施設を用いて、追加解析可能な検体の集中管理を行うシステムを令和４年度中に試行的に構築し、令和５年度以後の本格的な運用を目指す。

臨床情報収集システムの構築について

〈検討の視点〉

複数の医療機関における臨床情報を、比較可能な臨床情報として収集するシステムを事業実施組織が主体となり検討の上、構築することが必要。

〈対応〉

令和４年度中に、複数の医療機関における臨床情報の標準化、及び、臨床情報収集システムの検討を行う。

令和５年度以後には、電子カルテから必要なデータを、再度転記入力するなどの方法ではなく、API（Application Programming Interface）等を使って、解析・データセンターが直接データを取得できる方法を活用した臨床情報収集システムの構築を目指す。

利活用システム構築について

〈検討の視点〉

事業実施組織が主体となり、本事業で収集されたゲノム情報、臨床情報、検体については、創薬や診断技術の研究及び開発等を推進するためにも、公平で、速やかかつ安全に利活用できるシステムを構築することが必要。

〈対応〉

令和４年度中に、共有ルール、利活用ポリシーを確定し、事業実施組織内のデータ利活用審査委員会の設置に向けた検討及びデータ利活用のための研究支援システムの検討を行う。またデータ等の利活用については、データ利用者の負担を原則とする。ただし、データ利活用審査委員会がアカデミアのみの利用と認めた場合においては負担を減免するなどの利用者負担制度を検討する。令和５年度中にデータ共有の開始を目指す。

事業実施組織について

〈検討の視点〉

事業実施組織は、強固なガバナンスと透明性、説明責任を有する自律性の高い組織であることが求められる。公的な性格をもつ存在として、国立高度専門医療研究センター医療研究連携推進本部がその準備段階から主体的に関与し、広くアカデミアや産業界から参画を募り、幅広い人材からなるボードメンバーが最新の知見に基づく柔軟で迅速な運営判断を行える体制を構築することが求められる。

〈対応〉

令和４年度中に事業実施準備室を国立高度専門医療研究センター医療研究連携推進本部内に設置し、令和５年度中に事業実施組織を構築する。その際、責任者を含む事業実施組織の運営に必要となる外部有識者を中心に構成されるボード、それに紐付く研究部門、ELSI 部門、患者・市民参画部門、利活用部門等の各部門、諮問委員会等を設置し、公的な性格を持ちながら、柔軟で迅速な運営判断を行える体制を構築する。

アカデミアの役割について

〈検討の視点〉

全ゲノム解析等により得られたデータや臨床情報をもとに、ゲノム医療にかかる研究の進展を目指す。そのためには、アカデミアが、主体的に、全ゲノム解析等に係る学術的協議を行うためのオールジャパンの学術組織を構築することが求められる。

〈対応〉

アカデミアが主催する組織である「アカデミアフォーラム」につき、令和４年度末までの発足を目指す。アカデミアフォーラムには、ゲノム情報や臨床情報等を利用できる対価として、領域別に専門家によるグループを設置し、高度な横断的解析等によって新たに指摘された変異等の知見についての臨床的意義、病理学的意義を協議し、必要なデータを取りそろえたのち、患者還元に値するものかどうかなどを判断するなどの役割が求められる。

その他、アカデミアフォーラムへの組織単位での入会審査、その所属研究者の登録、共同研究に係る調整など具体的な運用ルールを定める。

産業界の役割について

〈検討の視点〉

全ゲノム解析等により得られたデータや臨床情報をもとに、新たな診断技術や治療薬の開発等を目指す。そのためには、産業界が主体的に、データ収集の過程を含めて当該計画に、計画の当初から参画できるような組織を構築することが求められる。

〈対応〉

全ゲノム解析等に係るデータ利活用による創薬や診断技術の研究及び開発等を推進することを主目的とし、製薬企業をはじめとする産業界が主催する組織として、「産業フォーラム」の令和４年度末までの発足を目指す。

また、各企業による人的、技術的、経済的協力に応じてデータの利活用にインセンティブ

を設けるなど、具体的な運用ルールを定める。

事業実施組織によるアカデミア、産業界への支援について

〈検討の視点〉

事業実施組織は、アカデミアフォーラム、産業フォーラムの運営支援や、アカデミアフォーラムの参画研究者及び産業フォーラムの参画企業のマッチング支援を行うことにより、新規知見の速やかな国民への還元を行うべきではないか。

〈対応〉

アカデミアフォーラムへの参画研究者のデータ利活用により、研究開発がさらに推進されるよう、事業実施組織にアカデミアフォーラムへの運営支援部門を設置し、新規研究の提案や産業フォーラムとの連携、研究者間連携等のマッチング支援等を行う。

産業フォーラムへの参画企業のデータ利活用により、開発事業がさらに推進されるよう、事業実施組織に産業フォーラムへの運営支援部門を設置し、データ利活用、知財管理、新規研究の提案やアカデミアフォーラムとの連携、企業間連携等のマッチング支援等を行う。

ELSI について

〈検討の視点〉

全ゲノム解析等の結果を患者に還元するにあたっては、国内では前例のない規模で全ゲノム解析等を実施するとともに、データベースを構築し、創薬や診断技術の研究開発を促進し、診療に役立てる事業であるため、ELSI への適切な対応と、そのための体制の整備が求められる。

〈対応〉

事業実施組織に ELSI 部門を設置する。ゲノム情報に関連した不利益の防止や、情報漏えい・悪用の防止に必要なガイドラインや、諸外国の法律等の現状等を研究、調査し、組織全体として必要な制度設計についての検討および対応を行う。

患者・市民参画（PPI: Patient and Public Involvement）について

〈検討の視点〉

全ゲノム解析等の結果を患者に還元するにあたっては、対象患者への周知、説明だけでなく、広く国民や社会に対して継続的な情報発信を行うとともに、患者や市民参画の仕組みを確保すべきではないか。

〈対応〉

事業実施組織に患者・市民参画部門を設置するとともに、各医療機関においても患者・市民の視点を取り入れるための担当者を配置し、広く国民向けの普及啓発を担わせるとともに、PPI に必要な人材を育成するための支援を行い、患者・市民からの意見を広く吸い上げるための体制を構築する。また、国民向けの教育体制の整備等、より適切な PPI 実施のための方法についての研究や検討を実施する。

全ゲノム解析等の出口戦略について

〈検討の視点〉

全ゲノム解析等について、成果の得られた領域から、実用化を目指すことが求められる。

〈対応〉

全ゲノム解析等を行う中で、適切な治療方法の選択や疾病の診断を目的とする技術として新たに一定のエビデンスが得られたものについては、将来的な保険適用を目指す。全ゲノム解析等に基づく先進的かつ効率的な診断・治療等を可能にするとともに、更なる個別化医療としての新規臨床試験（治験含む）の実施や新薬の創出へと繋げる。

また、蓄積されたゲノムデータ等を用いた研究・創薬等が活性化されるようアカデミアフォーラムや産業界と連携した取組を推進し、全ゲノム解析等の成果を広く患者に還元する。

ゲノム情報に基づく差別に関する法制度のあり方について

横野　恵（早稲田大学）

「がんゲノム医療の推進と患者等の社会的不利益からの擁護を求める国会院内集会」
2019年12月5日（参議院議員会館）

1

ゲノム情報による差別は存在する？

■高校教科書における記載の例

ヒトゲノム研究

2003年，ヒトゲノム（human genome）（人間の遺伝情報の全体[9]）の解読完了が宣言され，ヒトゲノム研究は，医療などへの応用をめざす段階へと進んだ。遺伝子レベルでの病気の予防や治療，医薬品の開発など，多方面で画期的な応用が期待されている[10]。

しかし，大きな期待の反面，さまざまな倫理的・法的・社会的問題を引きおこすことが心配されている。すでに，就職，結婚，生命保険契約などで，遺伝情報による差別や排除の問題が現実に発生している。

Source: 村上隆夫他『高等学校　現代倫理　最新版』（清水書院，2014）183頁

2

諸外国の研究で指摘されていること

5か国42件の研究（1996-2014）による系統的文献レビュー（2016）による[1]

■遺伝差別に対する懸念や不安の存在

すべての研究で懸念や不安の存在を確認（有無や程度は疾患によって異なる）

遺伝差別の事実を立証する研究は少ない

懸念や不安が個人の選択に影響している（検査受検や研究参加の判断）

■差別に対する懸念や不安が大きいのは保険分野

保険＞雇用

英国での調査（2018）でも同様の指摘[2]

■差別禁止の法律・政策だけでは懸念や不安を完全には払拭できない

ただし法的・政策的コントロールの導入は各国で進んでいる

・ゲノム解析技術の発達への対応　・カナダ（2017），オーストラリア（2019）

議論は次のフェーズに入っている（公的コントロールの存在が前提）

・大規模ゲノム解析イニシアチブ　・ポストGINAの議論　・

1. Wauters, A., & Van Hoyweghen, I. (2016). Global trends on fears and concerns of genetic discrimination: a systematic literature review. Journal of Human Genetics, 61(4), 275–282. https://doi.org/10.1038/jhg.2015.151
2. Ipsos MORI, A Public Dialogue on Genomic Medicine: Time for a New Social Contract: Final Report (2019)

3

■諸外国にみる規制のパターン

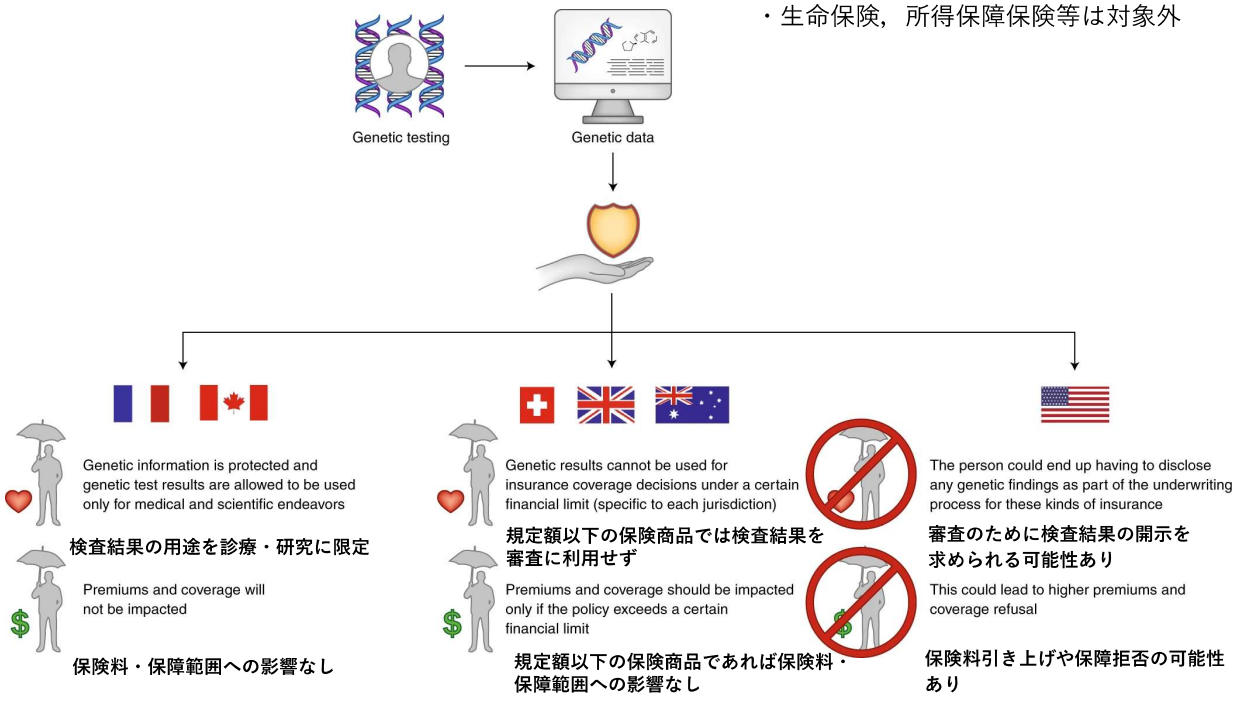
当局の規制	具体的状況	背景・考え方	
なし	1）規制なし	• 他の医療情報と同様の取り扱いでよいという判断or規制の検討が進んでいない	中国，フィンランド インド，スペイン アメリカ
	2）保険業界の自主ルール（明文化されていないものも含む）が存在	• 自主規制により，規制の空白を埋めるor当局による規制を回避する目的	ギリシャ，（日本）
あり	3）加入希望者に対する受検要請および要請を拒否した場合の不利益な取り扱いを禁止	• 保険実務で遺伝情報による差別的な取り扱いがなされないという信頼が確保できない	（オーストラリア）
	4）一定限度額以下の商品について既存の検査結果の利用を禁止または一時停止	• 一定限度以下の保険は必要不可欠だが一定限度を超えるものは選択的	ドイツ，オランダ スイス，（イギリス）
	5）家族歴を含め既存の検査結果（場合によっては家族歴を含む）の利用一切を禁止	• 様子見の段階との判断	オーストリア，ベルギー，（カナダ），デンマーク，フランス，アイルランド，ポーランド，ポルトガル，シンガポール

The Geneva Association, Genetics and Life Insurance: A View Into the Microscope of Regulation 2017)に基づき作成

4

■米国GINA制定から10年：ポストGINAの議論が進んでいる

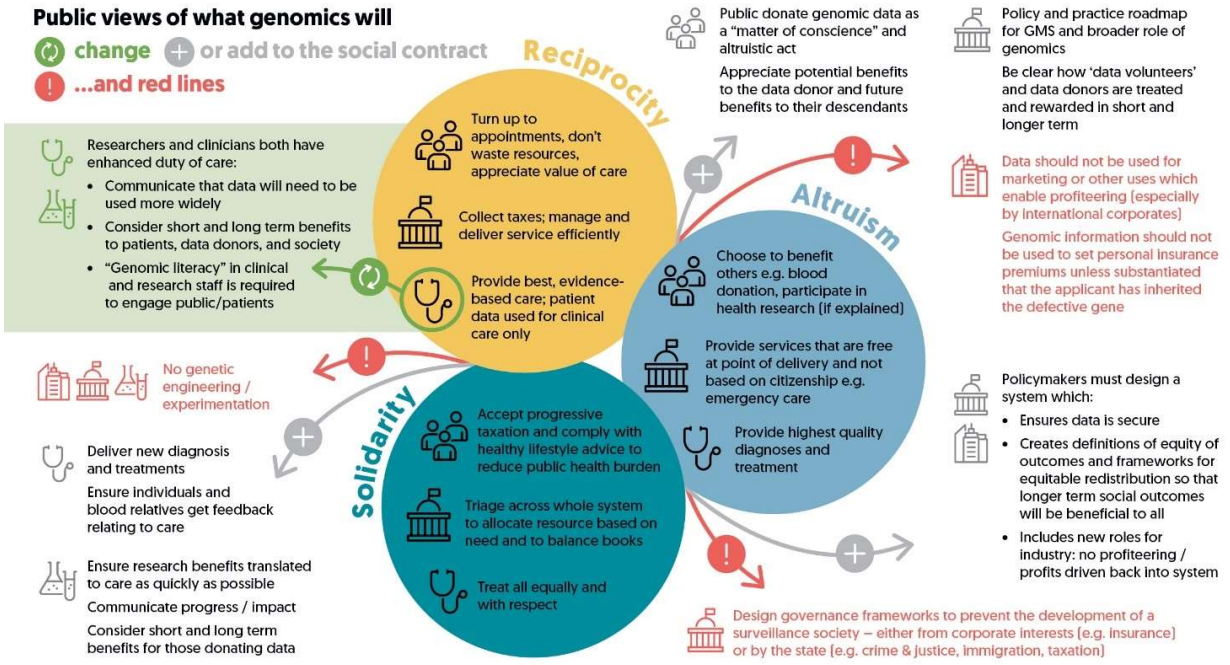
・GINAの規制対象は健康保険と雇用
・生命保険，所得保障保険等は対象外



From: Bélisle-Pipon, J.-C., Vayena, E., Green, R. C., & Cohen, I. G. (2019). Genetic testing, insurance discrimination and medical research: what the United States can learn from peer countries. Nature Medicine, 25(8), 1198–1204. https://doi.org/10.1038/s41591-019-0534-z

■英国ではゲノム医療の実装に向け社会状況の把握が進められている

Public Red Lines（超えてはならない一線）
①ゲノム編集，②企業・政府による個人監視，③行政機関による利用（福祉給付等），
④保険での利用，⑤ターゲットマーケティング等の営利活動



Source: Ipsos MORI, A Public Dialogue on Genomic Medicine: Time for a New Social Contract: Final Report (2019)

これまでの研究でわかっていること（国内）

■遺伝差別に対する懸念や不安の存在

平成28年度　厚生労働科学特別研究事業
「社会における個人遺伝情報利用の実態とゲノムリテラシーに関する調査研究（研究代表者：武藤香織）」の調査結果

①遺伝情報の利用および遺伝情報による差別に関する市民を対象とした意識調査

国民の懸念事項の例

1. 遺伝情報が、医療機関や行政機関で適切に扱われるか疑わしい。
2. 保険の加入や保険料について不利な取り扱いがされる可能性があるので心配だ。
3. 結婚や妊娠に際して不利益が生じる可能性があるので心配だ。
4. 就労で不利な取り扱いがされる可能性があるので心配だ。

ゲノム情報の取扱いに係る実態の例

1. 保険加入拒否・高い保険料設定を受けた。
2. 学校や職場でいじめを受けた。
3. 交際相手やその親族から交際を拒否／反対された。

原因となった情報は、「家族歴」「遺伝性疾患の家系である事実」が多い

遺伝情報に基づく不利益をこうむった経験が一定程度認められた (回答者全体の3.2%)

②遺伝情報の利用および遺伝情報による差別に関する患者・障害者のヒアリング調査

ゲノム情報の取扱いに係る実態の例

- 「学資保険加入時に、遺伝学的検査の受検の事実を申告し、加入を拒否された」
- 「生命保険の高度障害特約の査定で、遺伝性疾患だったという理由で支払い拒否された」
- 「婚約者や配偶者の家族から、遺伝学的検査の受検や、検査結果の提出を求められた」

Source: 第 9 回ゲノム医療実現推進協議会資料 5 ＜https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryou/genome/dai9/siryou5.pdf＞

「遺伝」の記載をめぐる動き

■**一部の保険商品の約款に「遺伝」の記載との報道**（2017年11月14日）

「健康状態，遺伝，既往症等が会社の定める基準に適合しない場合でも，保険契約の責任を負うことがある」

■**金融庁の対応**

1. 「削除するなど，保険契約者等の誤解を招くことのないよう適切に対応してもらいたい」（2017年11月17日）
2. 各社の保険商品の調査

   4社の約款＋33社の事業方法書等に記載あり

   →2017年末までに削除（変更認可）
3. 「引き続き適切に対応してほしい」として以下を指摘（2018年2月16日）

   役職員への教育の徹底

   リテラシー向上等について業界全体としての取組みのあり方を検討

   業界としての研究・検討

生命保険協会の見解

- 現在、生命保険の引受・支払実務において、発症前遺伝学的検査や易罹患性検査の収集・利用は行っていない。
  また、この取扱いを継続することを会員各社の共通認識としている。
- 発症前遺伝学的検査や易罹患性検査の結果が陽性というだけでは、引受の判断等に使わないが、
  ある疾患にかかっていることが診断されていた場合には、その事実は引受判断に使う。
- 多くの生命保険会社では、３カ月以内の医師による診察・検査等を、加入時に告知するよう求めている。

① 医師による遺伝カウンセリングを含む、医師の診察を受けた診療歴は告知が必要だが、
検査結果の収集・利用はしていない。

② 民間のいわゆる遺伝子検査ビジネスとして行われている検査は、告知事項に該当しない。

③ ①②のいずれも、顧客が自発的に告知したとしても、引受・支払判断には利用していない。

Source: 武藤香織「ゲノム連を取り巻くニュースたち」一般社団法人ゲノム医療当事者団体連合会『GENETIC LEAGUE』2019 Spring（2019年3月）13-14頁

9

今後の議論で視野に入れるべきこと

■諸外国での議論の変化

法的・政策的コントロールの有無や必要性についての議論

▼

法的・政策的コントロールの存在を前提とした議論

■診療と研究の接近

研究として行う解析のデータにも注目することが必要

■個人がゲノムデータをもつ時代になる

個人のオーナーシップやデータのポータビリティ

■プライバシー保護に関しては規制強化の流れがある

GDPR（2018）やGAFA規制の影響

パーソナルデータの不適切な利用には巨額の制裁もありうる

10

資料９

2022 年 4 月 10 日

幹事会委員各位

沖縄県がん診療連携協議会幹事長
増田昌人

今年度の協議会の運営基本方針について

がん対策の効果をより高めるために、沖縄県のがん対策および当・がん対策推進協議会に関して、評価と PDCA サイクルに関するマネジメントを強化する。
具体的には、下記 3 点をより高める。

1. 協議内容については、沖縄県がん対策の進捗評価（プログラム評価の考えに基づいて）を毎回の中心に据える。
2. 部会の活動報告については、1 と対応した部会の進捗評価（プログラム評価の考えに基づいて）とする。それにより、1 と 2 の相乗効果を出すように努める。
3. 1 と 2 のための資料については、ロジックモデルと指標セットを作成し、毎回確認する。計測された指標データを毎回追加し定点確認しディスカッションする。

離島・へき地における疾患別対応状況

画像をクリックすると対応表が表示されます。

※2022年３月現在

(最終更新：2022/3/28)



部会について

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







脳腫瘍

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

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

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


沖縄県がん診療連携拠点病院


沖縄県セカンドオピニオン実施医療機関リスト

頭頸部(口腔/咽頭/喉頭/鼻腔・副鼻腔/唾液腺)

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

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

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





甲状腺

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

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

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


沖縄県がん診療連携拠点病院


沖縄県セカンドオピニオン実施医療機関リスト

食道

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

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

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





肺

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

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

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





乳房

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

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

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





胃

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

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

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





大腸

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

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

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





肝

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

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

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





胆道(胆のう、胆管)

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

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

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





膵臓

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

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

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





腎・尿管・膀胱・前立腺

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

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

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





子宮(子宮頸がん、子宮体がん)/卵巣

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

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

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







皮膚

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

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

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





リンパ腫/白血病/骨髄腫

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

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

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







疾患別対応状況一覧

○：対応可 / △：一部対応/ ×：診断のみで治療対応不可	診断	手術			薬物療法		
		北部地区医師会病院	県立宮古病院	県立八重山病院	北部地区医師会病院	県立宮古病院	県立八重山病院
脳腫瘍	○	×	△	△	×	△	○
頭頸部 (口腔/咽頭/喉頭/鼻腔・副鼻腔/唾液腺)	○	×	○	△	×	×	○
甲状腺	○	○	○	×	○	△	×
食道	○	△	△	△	○	○	○
肺	○	×	△	×	○	○	○
乳房	○	○	○	×	○	○	○
胃	○	○	○	○	○	○	○
大腸	○	○	○	○	○	○	○
肝	○	○	○	○	○	○	○
胆道 (胆のう・胆管)	○	○	○	○	○	○	○
膵臓	○	○	○	○	○	○	○
腎・尿路・前立腺	○	×	○	○	×	○	○
子宮 (子宮頸がん、子宮体がん)	○	×	×	○	×	○	○
皮膚	○	○	△	△	△	△	△
血液	○	適応なし	適応なし	適応なし	△	△	△

※放射線治療に関しては以下のようなかたちで治療の適応等を検討しています。
①北部地区医師会病院：琉球大学病院より放射線治療専門医が月1回**キャンサーボード**に参加している。
②県立八重山病院：県立中部病院より放射線治療専門医1名が月1回来院し診療している。
③県立宮古病院：県立南部医療センターより放射線治療専門医が月1回来院し診療している。

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

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


沖縄県がん診療連携拠点病院


沖縄県セカンドオピニオン実施医療機関リスト

資料１１-（１）

令和４年１月 21 日

協議会委員各位

琉球大学病院がんセンター
増田　昌人

第３次沖縄県がん対策推進計画の評価のための医療者調査の実施について（提案）

第３次沖縄県がん対策推進計画の評価のために、新たに「医療者調査」を行いたい。

患者体験調査は、これまでに、①2014 年厚労省、②2015 年沖縄県、③2018 年厚労省で行われ、それぞれ第２期および第３期がん対策推進基本計画と第２次沖縄県がん対策推進計画の中間評価に活用されている。

医療者調査は、沖縄県では 2015 年に患者体験調査と同時期に行われ、第２次沖縄県がん対策推進計画の中間評価に活用された。がん医療の実態を検証、特に地域連携ができているかどうか、患者とのコミュニケーションができているかなどは、やはり医療者からの情報が不可欠である。

そのため、今年７年ぶりに医療者調査を行うように、沖縄県に提案したい。

調査時期：令和４年度上半期
対　象　：がん診療連携拠点病院等 6 施設と「がん診療を行う医療施設」17 施設を合わせた 23 施設に勤務する医師と看護師（場合によっては、薬剤師、MSW 等）
調査人数：各施設　医師１～100 名（勤務する医師数に応じて決定）
　　看護師 2～200 名（勤務する看護師数に応じて決定）
質問項目：資料 10-2 の前回の沖縄県の調査項目を基本として、昨年度施行された資料 10-3 の秋田県の調査項目を参考に選定する。おおよそ 30 項目。
主　体　：沖縄県（委託先として、琉球大学または本協議会）

資料１１-（２）

秋田県医療者調査

アンケート「医療者のみなさまへ」の集計結果

1．調査時期

2020 年７月～2020 年8月

2．調査方法

がん診療連携拠点病院等の計 12 施設*の協力を得て、これら施設の医療者 2,000 名に対して、アンケート調査を実施しました。

*調査協力医療機関 12 施設は次のとおりです。

秋田大学医学部附属病院、大館市立総合病院、秋田厚生医療センター、秋田赤十字病院、大曲厚生医療センター、平鹿総合病院、能代厚生医療センター、由利組合総合病院、雄勝中央病院、市立秋田総合病院、中通総合病院、北秋田市民病院

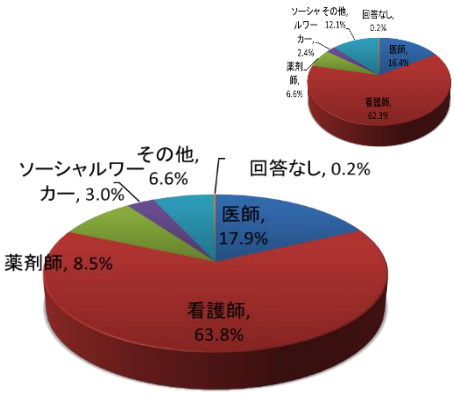
3．回収率

アンケートの回収率は 77.3%でした。

4．集計結果一覧

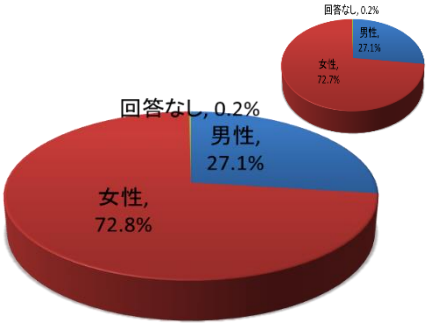
問1．あなたの職種をお答えください。

	観察数	(%)
医師	277	(17.9)
看護師	985	(63.8)
薬剤師	131	(8.5)
ソーシャルワーカー	47	(3.0)
その他	102	(6.6)
回答なし	3	(0.2)
計	1,545	(100.0)



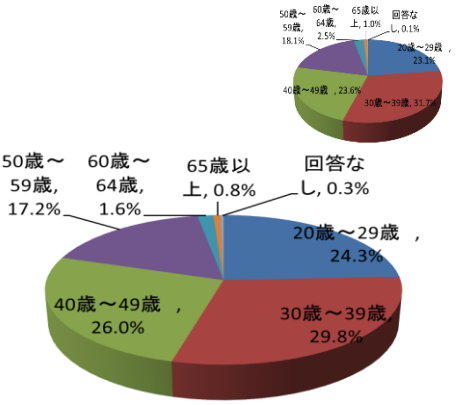
問2．あなたの性別をお答えください。

	観察数	(%)
男性	418	(27.1)
女性	1,124	(72.8)
回答なし	3	(0.2)
計	1,545	(100.0)



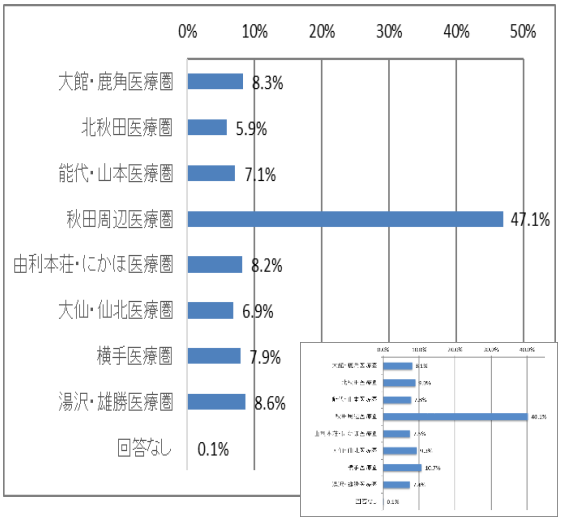
問3．あなたの年齢をお答えください。

	観察数	(%)
20 歳～29 歳	375	(24.3)
30 歳～39 歳	461	(29.8)
40 歳～49 歳	402	(26.0)
50 歳～59 歳	266	(17.2)
60 歳～64 歳	25	(1.6)
65 歳以上	12	(0.8)
回答なし	4	(0.3)
計	1,545	(100.0)



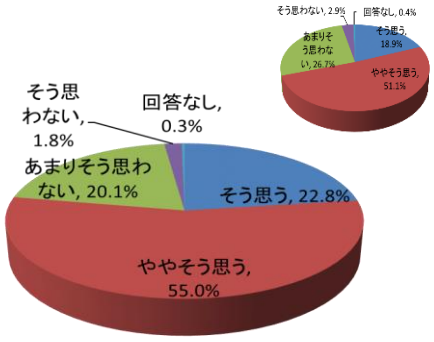
問4．あなたの施設の医療圏域をお答えください。

	観察数	(%)
大館・鹿角医療圏	128	(8.3)
北秋田医療圏	91	(5.9)
能代・山本医療圏	110	(7.1)
秋田周辺医療圏	727	(47.1)
由利本荘・にかほ医療圏	126	(8.2)
大仙・仙北医療圏	106	(6.9)
横手医療圏	122	(7.9)
湯沢・雄勝医療圏	133	(8.6)
回答なし	2	(0.1)
計	1,545	(100.0)



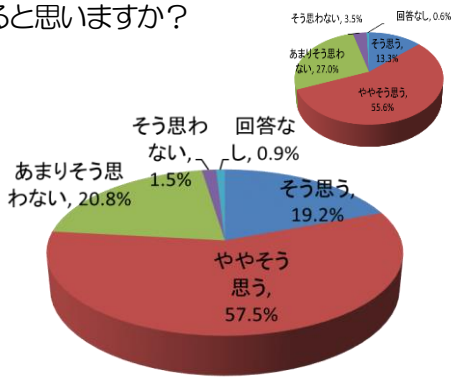
問5．異職種間で自由に意見できる雰囲気ですか？

	観察数	(%)
そう思う	353	(22.8)
ややそう思う	850	(55.0)
あまりそう思わない	310	(20.1)
そう思わない	28	(1.8)
回答なし	4	(0.3)
計	1,545	(100.0)



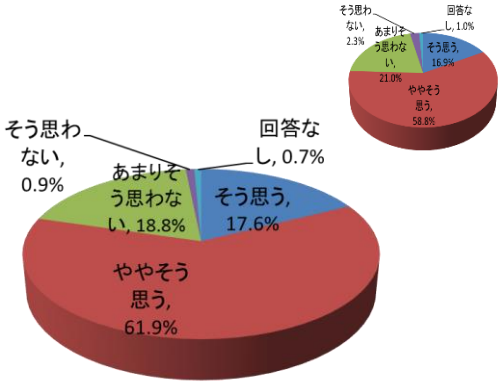
問6．医師は必要な情報を医療スタッフ（or あなた）と共有していると思いますか？

	観察数	(%)
そう思う	297	(19.2)
ややそう思う	889	(57.5)
あまりそう思わない	322	(20.8)
そう思わない	23	(1.5)
回答なし	14	(0.9)
計	1,545	(100.0)



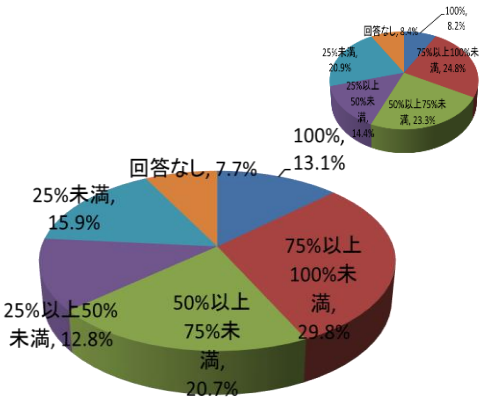
問7．あなたは、必要に応じて自分の職種以外の役割を、補いつつ仕事をするようつとめていると思いますか？

	観察数	(%)
そう思う	272	(17.6)
ややそう思う	957	(61.9)
あまりそう思わない	291	(18.8)
そう思わない	14	(0.9)
回答なし	11	(0.7)
計	1,545	(100.0)



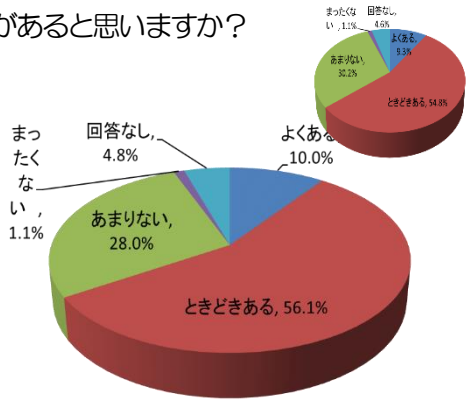
問8．あなたの担当するがん患者で、治療方針（告知等）の説明の際に、医師以外の職種も参加している割合は何%ぐらいですか。

	観察数	(%)
100%	202	(13.1)
75%以上 100%未満	461	(29.8)
50%以上 75%未満	320	(20.7)
25%以上 50%未満	198	(12.8)
25%未満	245	(15.9)
回答なし	119	(7.7)
計	1,545	(100.0)



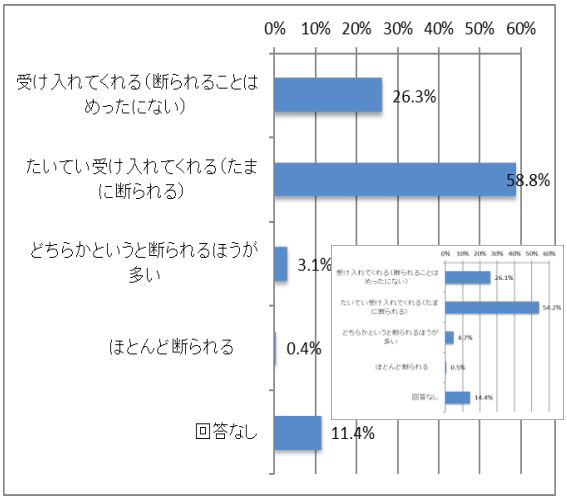
問9．がん医療を行っていくうえで、他の医療機関との連携に困難感があると思いますか？

	観察数	(%)
よくある	154	(10.0)
ときどきある	867	(56.1)
あまりない	433	(28.0)
まったくない	17	(1.1)
回答なし	74	(4.8)
計	1,545	(100.0)



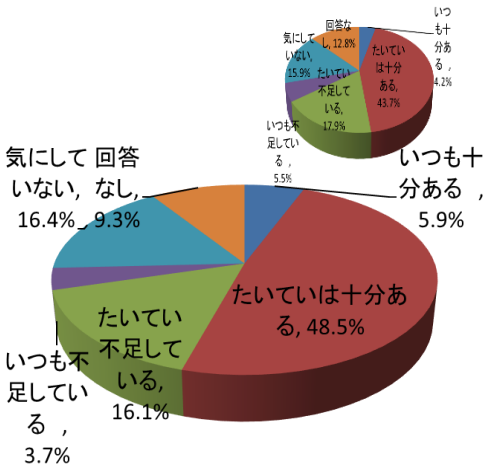
問 10．専門医療機関に対してがん患者を紹介したときに受け入れてもらえますか？

	観察数	(%)
受け入れてくれる（断られることはめったにない）	406	(26.3)
たいてい受け入れてくれる（たまに断られる）	909	(58.8)
どちらかというと断られるほうが多い	48	(3.1)
ほとんど断られる	6	(0.4)
回答なし	176	(11.4)
計	1,545	(100.0)



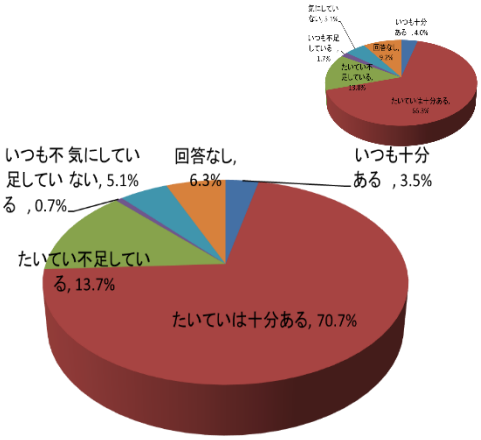
問 11．他院へがん患者を紹介した際に、その後の経過について紹介先医療機関からの情報提供がありますか？

	観察数	(%)
いつも十分ある	91	(5.9)
たいていは十分ある	750	(48.5)
たいてい不足している	249	(16.1)
いつも不足している	57	(3.7)
気にしていない	254	(16.4)
回答なし	144	(9.3)
計	1,545	(100.0)



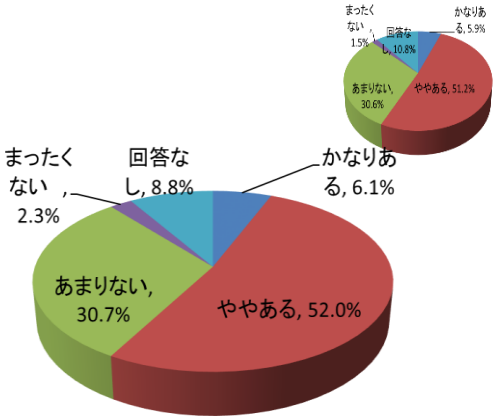
問 12. 他院からがん患者が紹介されてきた際に、その後の診療を継続するのに患者にとって十分な情報が紹介元医療機関から提供されていますか？

	観察数	(%)
いつも十分ある	54	(3.5)
たいていは十分ある	1,092	(70.7)
たいてい不足している	212	(13.7)
いつも不足している	11	(0.7)
気にしていない	79	(5.1)
回答なし	97	(6.3)
計	1,545	(100.0)



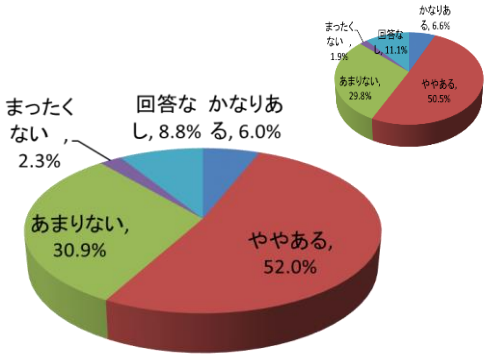
問 13. より専門的な医療機関へがん患者を紹介するときに、どの医療機関に紹介するかを決めるための情報が足りないと感じることはありますか？

	観察数	(%)
かなりある	95	(6.1)
ややある	804	(52.0)
あまりない	474	(30.7)
まったくない	36	(2.3)
回答なし	136	(8.8)
計	1,545	(100.0)



問 14. がん患者を定期的なフォローアップのために紹介するときに、どの医療機関に紹介するかを決めるための情報が足りないと感じることはありますか？

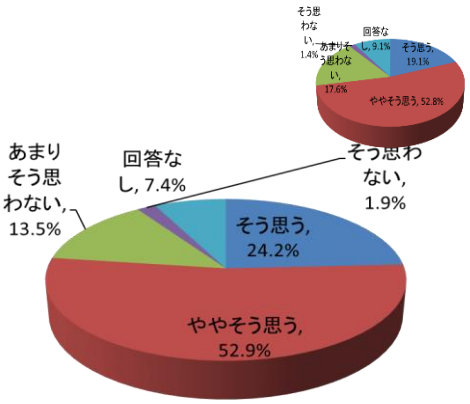
	観察数	(%)
かなりある	92	(6.0)
ややある	803	(52.0)
あまりない	478	(30.9)
まったくない	36	(2.3)
回答なし	136	(8.8)
計	1,545	(100.0)



問 15. がん診療連携拠点病院、がん診療病院、がん診療連携推進病院についてお尋ねします。

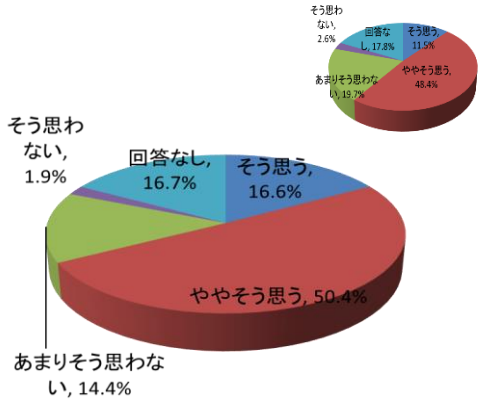
①都道府県がん診療連携拠点病院である秋田大学医学部附属病院は、がん診療連携拠点病院の指定要件に示された役割を十分に担っていると思いますか？

	観察数	(%)
そう思う	374	(24.2)
ややそう思う	818	(52.9)
あまりそう思わない	209	(13.5)
そう思わない	30	(1.9)
回答なし	114	(7.4)
計	1,545	(100.0)



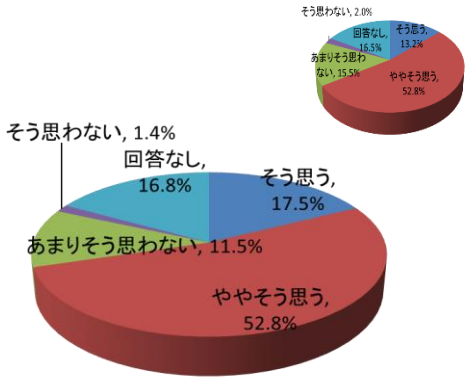
②地域がん診療連携拠点病院である大館市立総合病院は、がん診療連携拠点病院の指定要件に示された役割を十分に担っていると思いますか？

	観察数	(%)
そう思う	257	(16.6)
ややそう思う	779	(50.4)
あまりそう思わない	222	(14.4)
そう思わない	29	(1.9)
回答なし	258	(16.7)
計	1,545	(100.0)



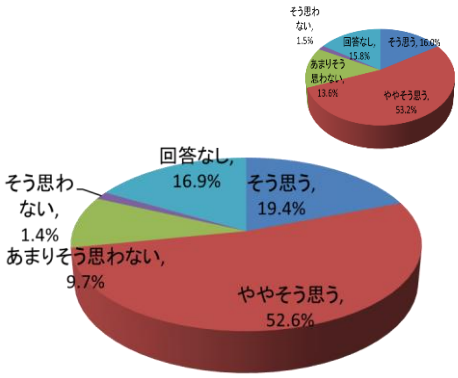
③地域がん診療連携拠点病院である秋田厚生医療センターは、がん診療連携拠点病院の指定要件に示された役割を十分に担っていると思いますか？

	観察数	(%)
そう思う	270	(17.5)
ややそう思う	815	(52.8)
あまりそう思わない	178	(11.5)
そう思わない	22	(1.4)
回答なし	260	(16.8)
計	1,545	(100.0)



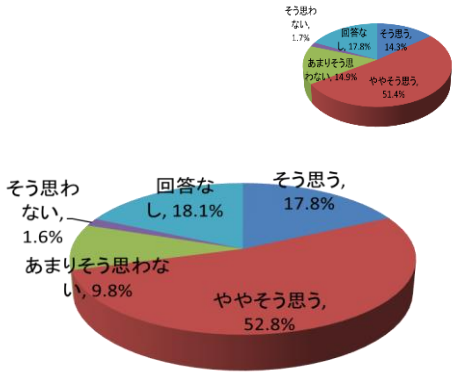
④地域がん診療連携拠点病院である秋田赤十字病院は、がん診療連携拠点病院の指定要件に示された役割を十分に担っていると思いますか？

	観察数	(%)
そう思う	299	(19.4)
ややそう思う	813	(52.6)
あまりそう思わない	150	(9.7)
そう思わない	22	(1.4)
回答なし	261	(16.9)
計	1,545	(100.0)



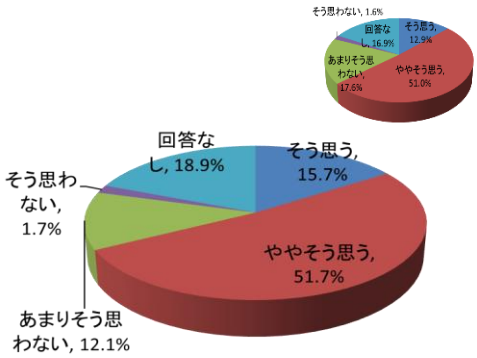
⑤地域がん診療病院である大曲厚生医療センターは、がん診療病院の指定要件に示された役割を十分に担っていると思いますか？

	観察数	(%)
そう思う	275	(17.8)
ややそう思う	815	(52.8)
あまりそう思わない	151	(9.8)
そう思わない	25	(1.6)
回答なし	279	(18.1)
計	1,545	(100.0)



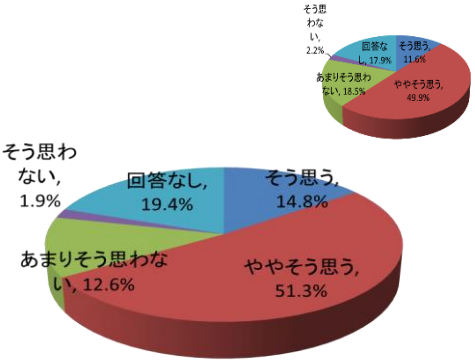
⑥地域がん診療病院である平鹿総合病院は、がん診療病院の指定要件に示された役割を十分に担っていると思いますか？

	観察数	(%)
そう思う	242	(15.7)
ややそう思う	798	(51.7)
あまりそう思わない	187	(12.1)
そう思わない	26	(1.7)
回答なし	292	(18.9)
計	1,545	(100.0)



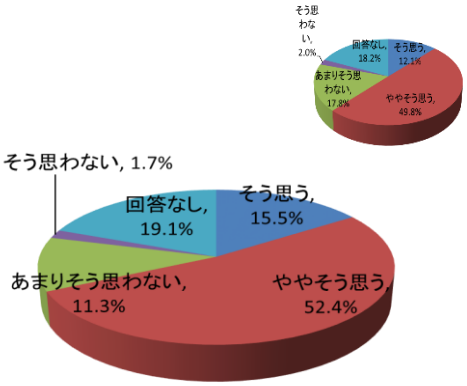
⑦地域がん診療病院である能代厚生医療センターは、がん診療病院の指定要件に示された役割を十分に担っていると思いますか？

	観察数	(%)
そう思う	229	(14.8)
ややそう思う	792	(51.3)
あまりそう思わない	194	(12.6)
そう思わない	30	(1.9)
回答なし	300	(19.4)
計	1,545	(100.0)



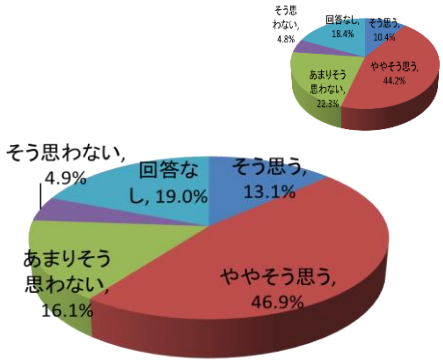
⑧地域がん診療病院である由利組合総合病院は、がん診療病院の指定要件に示された役割を十分に担っていると思いますか？

	観察数	(%)
そう思う	240	(15.5)
ややそう思う	809	(52.4)
あまりそう思わない	174	(11.3)
そう思わない	27	(1.7)
回答なし	295	(19.1)
計	1,545	(100.0)



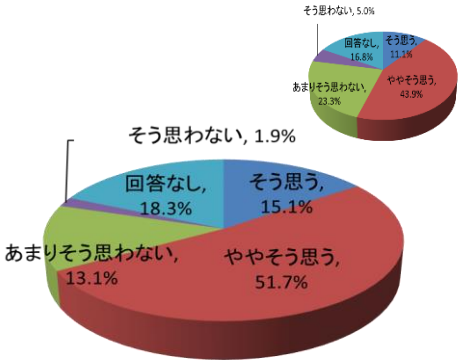
⑨地域がん診療病院である雄勝中央病院は、がん診療病院の指定要件に示された役割を十分に担っていると思いますか？

	観察数	(%)
そう思う	203	(13.1)
ややそう思う	725	(46.9)
あまりそう思わない	249	(16.1)
そう思わない	75	(4.9)
回答なし	293	(19.0)
計	1,545	(100.0)



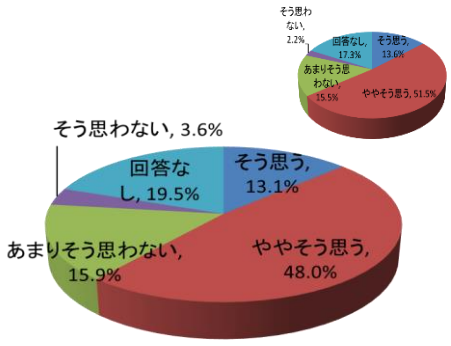
⑩地域がん診療病院である北秋田市民病院は、がん診療病院の指定要件に示された役割を十分に担っていると思いますか？

	観察数	(%)
そう思う	233	(15.1)
ややそう思う	798	(51.7)
あまりそう思わない	203	(13.1)
そう思わない	29	(1.9)
回答なし	282	(18.3)
計	1,545	(100.0)



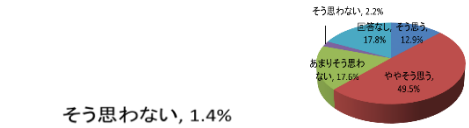
⑪市立秋田総合病院は、がん診療連携推進病院の役割を十分に担っていると思いますか？

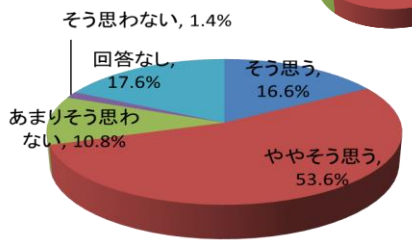
	観察数	(%)
そう思う	203	(13.1)
ややそう思う	741	(48.0)
あまりそう思わない	245	(15.9)
そう思わない	55	(3.6)
回答なし	301	(19.5)
計	1,545	(100.0)



⑫中通総合病院は、がん診療連携推進病院の役割を十分に担っていると思いますか？

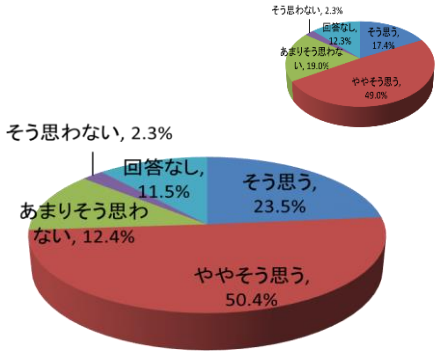
	観察数	(%)
そう思う	256	(16.6)
ややそう思う	828	(53.6)
あまりそう思わない	167	(10.8)
そう思わない	22	(1.4)
回答なし	272	(17.6)
計	1,545	(100.0)





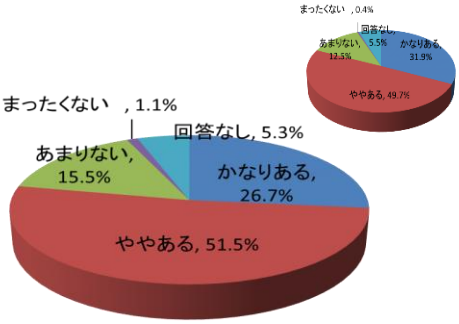
⑬都道府県がん診療連携拠点病院である秋田大学医学部附属病院は、県内のがん診療の連携体制の整備構築の役割を十分に担っていると思いますか？

	観察数	(%)
そう思う	363	(23.5)
ややそう思う	778	(50.4)
あまりそう思わない	192	(12.4)
そう思わない	35	(2.3)
回答なし	177	(11.5)
計	1,545	(100.0)



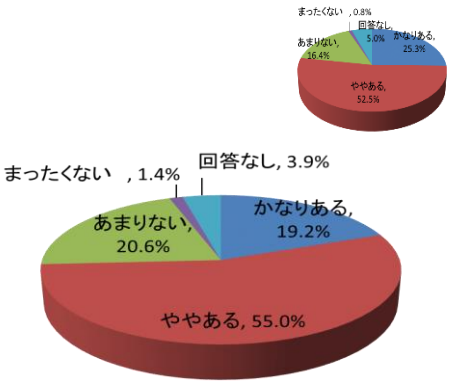
問 16. 秋田県でがん医療を提供するとき、専門医の不足を感じることはどの程度ありますか？

	観察数	(%)
かなりある	412	(26.7)
ややある	795	(51.5)
あまりない	239	(15.5)
まったくない	17	(1.1)
回答なし	82	(5.3)
計	1,545	(100.0)



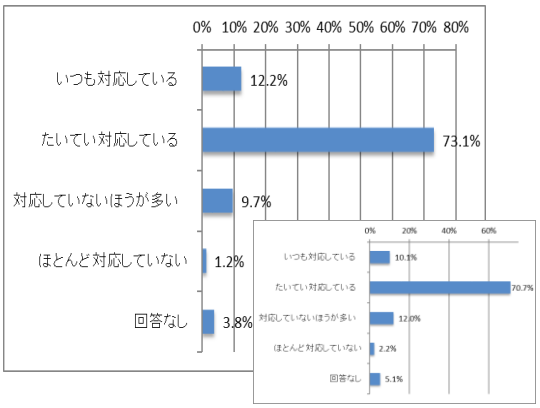
問 17. 秋田県でがん医療を提供するとき、医師以外の専門的な医療従事者（がん化学療法看護認定看護師、緩和ケア認定看護師、がん薬物療法認定薬剤師、など）の不足を感じることはどの程度ありますか？

	観察数	(%)
かなりある	296	(19.2)
ややある	849	(55.0)
あまりない	319	(20.6)
まったくない	21	(1.4)
回答なし	60	(3.9)
計	1,545	(100.0)



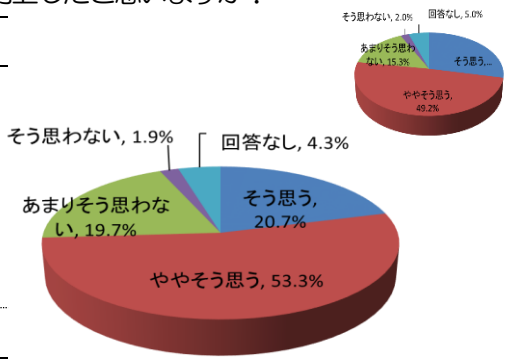
問 18. あなたは、がん患者の話に耳を傾け、患者が置かれている状況を踏まえ対応していると思いますか？

	観察数	(%)
いつも対応している	189	(12.2)
たいてい対応している	1,129	(73.1)
対応していないほうが多い	150	(9.7)
ほとんど対応していない	19	(1.2)
回答なし	58	(3.8)
計	1,545	(100.0)



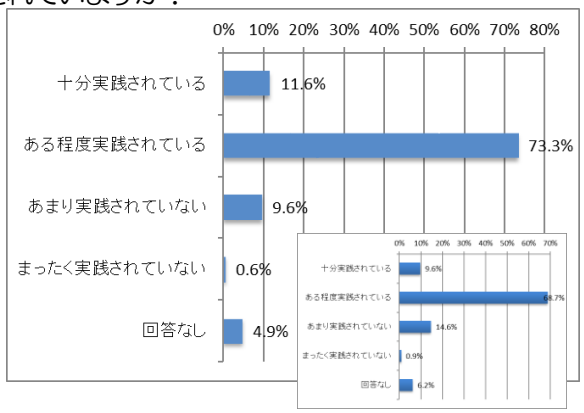
問 19. あなたの施設では、緩和ケアのレベルが３年前と比較して向上したと思いますか？

	観察数	(%)
そう思う	320	(20.7)
ややそう思う	823	(53.3)
あまりそう思わない	305	(19.7)
そう思わない	30	(1.9)
回答なし	67	(4.3)
計	1,545	(100.0)



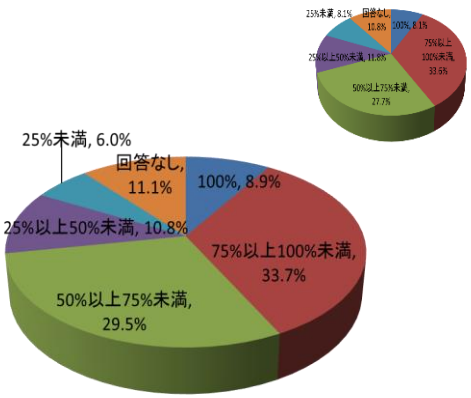
問 20. あなたの施設では、がん患者に対する意思決定支援が実践されていますか？

	観察数	(%)
十分実践されている	179	(11.6)
ある程度実践されている	1,133	(73.3)
あまり実践されていない	149	(9.6)
まったく実践されていない	9	(0.6)
回答なし	75	(4.9)
計	1,545	(100.0)



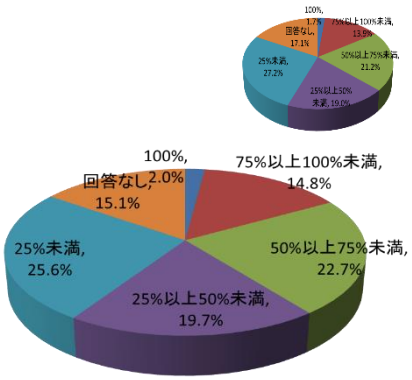
問 21. あなたの担当するがん患者で、精神的痛みを含む痛みの評価を何%ぐらいの患者に実施していますか？

	観察数	(%)
100%	138	(8.9)
75%以上 100%未満	520	(33.7)
50%以上 75%未満	456	(29.5)
25%以上 50%未満	167	(10.8)
25%未満	92	(6.0)
回答なし	172	(11.1)
計	1,545	(100.0)



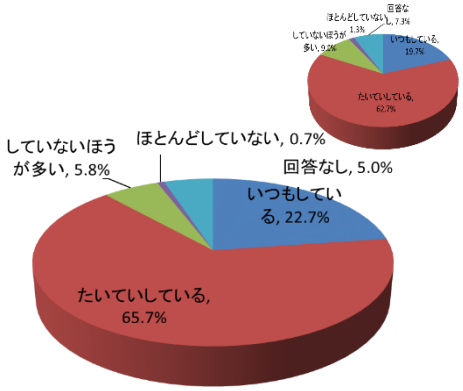
問 22. あなたの担当するがん患者で、在宅医療を希望された患者のうち、在宅医療に移行した症例は何%ぐらいですか？

	観察数	(%)
100%	31	(2.0)
75%以上 100%未満	228	(14.8)
50%以上 75%未満	351	(22.7)
25%以上 50%未満	305	(19.7)
25%未満	396	(25.6)
回答なし	234	(15.1)
計	1,545	(100.0)



問 23. 医師ががん患者とその家族に、治療の説明など必要な説明と情報を提供していますか？

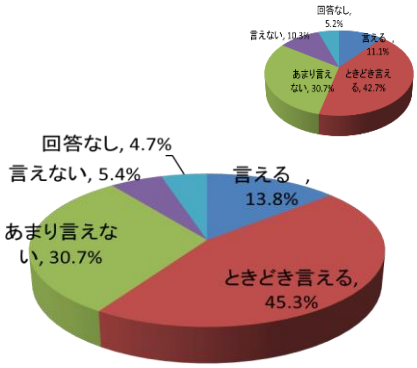
	観察数	(%)
いつもしている	351	(22.7)
たいていしている	1,015	(65.7)
していないほうが多い	90	(5.8)
ほとんどしていない	11	(0.7)
回答なし	78	(5.0)
計	1,545	(100.0)



問 24. 医師以外の医療スタッフの方にお聞きします。

がん患者のケアに関して、自分の意見を医師に対して自由に言えますか？

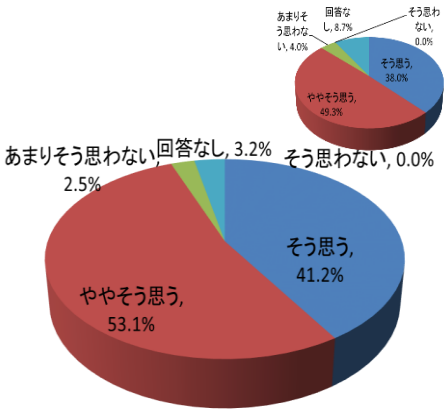
	観察数	(%)
言える	175	(13.8)
ときどき言える	575	(45.3)
あまり言えない	389	(30.7)
言えない	69	(5.4)
回答なし	60	(4.7)
計	1,268	(100.0)



問 25. 医師の方にお聞きします。

他の医療スタッフの話に耳を傾けていますか？

	観察数	(%)
そう思う	114	(41.2)
ややそう思う	147	(53.1)
あまりそう思わない	7	(2.5)
そう思わない	0	(0.0)
回答なし	9	(3.2)
計	277	(100.0)



資料１１-（３）

沖縄県がん対策推進計画（第2次）分析報告書
(医療従事者調査結果のみ)

平成 27 年度沖縄県委託事業「がん対策推進計画中間評価検討業務委託事業」

沖縄県がん対策推進計画（第２次）
分析報告書



国立大学法人　琉球大学
（国立大学法人　琉球大学医学部附属病院がんセンター）

平成２８年３月

資料６

アンケート「医療者のみなさまへ」の集計結果一覧

１．調査時期

2015 年 11 月～2015 年 12 月

２．調査方法

がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、沖縄県がん診療連携支援病院、専門医療機関の計 20 施設*の協力を得て、これら施設の医療者 2724 名に対して、アンケート調査を実施しました。

*調査協力医療機関 20 施設は次のとおりです。

琉球大学医学部附属病院、沖縄県立中部病院、那覇市立病院、沖縄県立宮古病院、北部地区医師会病院、沖縄県立八重山病院、中部徳洲会病院、中頭病院、ハートライフ病院、沖縄病院、浦添総合病院、沖縄赤十字病院、南部医療センター・こども医療センター、豊見城中央病院、南部徳洲会病院、ちばなクリニック、Dr.久高のマンマ家クリニック、宮良クリニック、那覇西クリニック、那覇西クリニックまかび

３．回収率

アンケートの回収率は 75.7%でした。

４．集計結果一覧

問１．あなたの職種をお答えください。

	観察数	(%)
医師	400	(19.4)
看護師	1276	(61.9)
薬剤師	164	(8.0)
ソーシャルワーカー	73	(3.5)
その他	149	(7.2)
計	2062	(100.0)

問２．あなたの性別をお答えください。

	観察数	(%)
男性	628	(30.5)
女性	1433	(69.5)
回答なし	1	(0.1)
計	2062	(100.0)

問３．あなたの年齢をお答えください

	観察数	(%)
20 歳～29 歳	496	(24.1)
30 歳～39 歳	695	(33.7)
40 歳～49 歳	559	(27.1)
50 歳～59 歳	269	(13.1)
60 歳～64 歳	29	(1.4)
65 歳以上	11	(0.5)
回答なし	3	(0.2)
計	2062	(100.0)

問４．あなたの施設の医療圏域をお答えください。

	観察数	(%)
北部医療圏	102	(5.0)
中部医療圏	731	(35.5)
南部医療圏	1023	(49.6)
八重山医療圏	86	(4.2)
宮古医療圏	120	(5.8)
計	2062	(100.0)

問５．異職種間で自由に意見できる雰囲気ですか？

	観察数	(%)
そう思う	536	(26.0)
ややそう思う	1090	(52.9)
あまりそう思わない	381	(18.5)
そう思わない	34	(1.7)
回答なし	21	(1.0)
計	2062	(100.0)

問6．医師は必要な情報を医療スタッフ（or あなた）と共有していると思いますか？

	観察数	(%)
そう思う	305	(14.8)
ややそう思う	1215	(58.9)
あまりそう思わない	489	(23.7)
そう思わない	37	(1.8)
回答なし	16	(0.8)
計	2062	(100.0)

問7．あなたは、必要に応じて自分の職種以外の役割を、補いつつ仕事をするようつとめていると思いますか？

	観察数	(%)
そう思う	381	(18.5)
ややそう思う	1230	(59.7)
あまりそう思わない	409	(19.8)
そう思わない	23	(1.1)
回答なし	19	(0.9)
計	2062	(100.0)

問8．あなたの担当するがん患者で、治療方針（告知等）の説明の際に、医師以外の職種も参加している割合は何%ぐらいですか。

	観察数	(%)
100%	177	(8.6)
75%以上 100%未満	506	(24.5)
50%以上 75%未満	531	(25.8)
25%以上 50%未満	347	(16.8)
25%未満	325	(15.8)
回答なし	176	(8.5)
計	2062	(100.0)

問9．がん医療を行っていくうえで、他の医療機関との連携に困難感があると思いますか？

	観察数	(%)
よくある	137	(6.6)
ときどきある	1166	(56.6)
あまりない	602	(29.2)
まったくない	24	(1.2)
回答なし	133	(6.5)
計	2062	(100.0)

問 10．専門医療機関に対してがん患者を紹介したときに受け入れてもらえますか？

	観察数	(%)
受け入れてくれる（断られることはめったにない）	504	(24.4)
たいてい受け入れてくれる（たまに断られる）	1139	(55.2)
どちらかというと断られるほうが多い	85	(4.1)
ほとんど断られる	9	(0.4)
回答なし	325	(15.8)
計	2062	(100.0)

問 11．他院へがん患者を紹介した際に、その後の経過について紹介先医療機関からの情報提供がありますか？

	観察数	(%)
いつも十分ある	81	(3.9)
たいていは十分ある	867	(42.1)
たいてい不足している	439	(21.3)
いつも不足している	153	(7.4)
気にしていない	242	(11.7)
回答なし	280	(13.6)
計	2062	(100.0)

問 12. 他院からがん患者が紹介されてきた際に、その後の診療を継続するのに患者にとって十分な情報が紹介元医療機関から提供されていますか？

	観察数	(%)
いつも十分ある	60	(2.9)
たいていは十分ある	1307	(63.4)
たいてい不足している	374	(18.1)
いつも不足している	26	(1.3)
気にしていない	99	(4.8)
回答なし	196	(9.5)
計	2062	(100.0)

問 13. より専門的な医療機関へがん患者を紹介するときに、どの医療機関に紹介するかを決めるための情報が足りないと感じることはありますか？

	観察数	(%)
かなりある	102	(5.0)
ややある	1060	(51.4)
あまりない	610	(29.6)
まったくない	33	(1.6)
回答なし	257	(12.5)
計	2062	(100.0)

問 14. がん患者を定期的なフォローアップのために紹介するときに、どの医療機関に紹介するかを決めるための情報が足りないと感じることはありますか？

	観察数	(%)
かなりある	137	(6.6)
ややある	1039	(50.4)
あまりない	575	(27.9)
まったくない	44	(2.1)
回答なし	267	(13.0)
計	2062	(100.0)

問 15. がん診療連携拠点病院、がん診療病院、がん診療連携支援病院についてお尋ねします。

①都道府県がん診療連携拠点病院である琉球大学医学部附属病院は、がん診療連携拠点病院の指定要件に示された役割を十分に担っていると思いますか？

	観察数	(%)
そう思う	217	(10.5)
ややそう思う	1016	(49.3)
あまりそう思わない	477	(23.1)
そう思わない	64	(3.1)
回答なし	288	(14.0)
計	2062	(100.0)

②地域がん診療連携拠点病院である那覇市立病院は、がん診療連携拠点病院の指定要件に示された役割を十分に担っていると思いますか？

	観察数	(%)
そう思う	179	(8.7)
ややそう思う	1050	(50.9)
あまりそう思わない	450	(21.8)
そう思わない	33	(1.6)
回答なし	350	(17.0)
計	2062	(100.0)

③地域がん診療連携拠点病院である沖縄県立中部病院は、がん診療連携拠点病院の指定要件に示された役割を十分に担っていると思いまか？

	観察数	(%)
そう思う	182	(8.8)
ややそう思う	1052	(51.0)
あまりそう思わない	420	(20.4)
そう思わない	45	(2.2)
回答なし	363	(17.6)
計	2062	(100.0)

④地域がん診療病院である沖縄県立宮古病院は、がん診療病院の指定要件に示された役割を十分に担っていると思いますか？

	観察数	(%)
そう思う	116	(5.6)
ややそう思う	888	(43.1)
あまりそう思わない	560	(27.2)
そう思わない	65	(3.2)
回答なし	433	(21.0)
計	2062	(100.0)

⑤北部地区医師会病院は、がん診療連携支援病院の役割を十分に担っていると思いますか？

	観察数	(%)
そう思う	100	(4.9)
ややそう思う	844	(40.9)
あまりそう思わない	597	(29.0)
そう思わない	84	(4.1)
回答なし	437	(21.2)
計	2062	(100.0)

⑥沖縄県立八重山病院は、がん診療連携支援病院の役割を十分に担っていると思いますか？

	観察数	(%)
そう思う	110	(5.3)
ややそう思う	855	(41.5)
あまりそう思わない	577	(28.0)
そう思わない	74	(3.6)
回答なし	446	(21.6)
計	2062	(100.0)

⑦都道府県がん診療連携拠点病院である琉球大学医学部附属病院は、県内のがん診療の連携体制の整備構築の役割を十分に担っていると思いますか？

	観察数	(%)
そう思う	156	(7.6)
ややそう思う	933	(45.3)
あまりそう思わない	556	(27.0)
そう思わない	79	(3.8)
回答なし	338	(16.4)
計	2062	(100.0)

問 16. 沖縄県でがん医療を提供するとき、専門医の不足を感じることはどの程度ありますか？

	観察数	(%)
かなりある	410	(19.9)
ややある	1093	(53.0)
あまりない	358	(17.4)
まったくない	23	(1.1)
回答なし	178	(8.6)
計	2062	(100.0)

問 17. 沖縄県でがん医療を提供するとき、医師以外の専門的な医療従事者（がん化学療法看護認定看護師、緩和ケア認定看護師、がん薬物療法認定薬剤師、など）の不足を感じることはどの程度ありますか？

	観察数	(%)
かなりある	581	(28.2)
ややある	1079	(52.3)
あまりない	254	(12.3)
まったくない	25	(1.2)
回答なし	123	(6.0)
計	2062	(100.0)

問 18. あなたは、がん患者の話に耳を傾け、患者が置かれている状況を踏まえ対応していると思いますか？

	観察数	(%)
いつも対応している	167	(8.1)
たいてい対応している	1450	(70.3)
対応していないほうが多い	310	(15.0)
ほとんど対応していない	38	(1.8)
回答なし	97	(4.7)
計	2062	(100.0)

問 19. あなたの施設では、緩和ケアのレベルが３年前と比較して向上したと思いますか？

	観察数	(%)
そう思う	325	(15.8)
ややそう思う	989	(48.0)
あまりそう思わない	450	(21.8)
そう思わない	76	(3.7)
回答なし	222	(10.8)
計	2062	(100.0)

問 20. あなたの施設では、がん患者に対する意思決定支援が実践されていますか？

	観察数	(%)
十分実践されている	151	(7.3)
ある程度実践されている	1382	(67.0)
あまり実践されていない	325	(15.8)
まったく実践されていない	19	(0.9)
回答なし	185	(9.0)
計	2062	(100.0)

問 21. あなたの担当するがん患者で、精神的痛みを含む痛みの評価を何%ぐらいの患者に実施していますか？

	観察数	(%)
100%	128	(6.2)
75%以上 100%未満	624	(30.3)
50%以上 75%未満	643	(31.2)
25%以上 50%未満	254	(12.3)
25%未満	148	(7.2)
回答なし	265	(12.9)
計	2062	(100.0)

問 22. 離島に居住しているがん患者が、適切な医療を受けていると思いますか？

	観察数	(%)
そう思う	45	(2.2)
ややそう思う	538	(26.1)
あまりそう思わない	1109	(53.8)
そう思わない	183	(8.9)
回答なし	187	(9.1)
計	2062	(100.0)

問 23. 現在離島でがん医療に従事している方、または過去に離島でがん医療に従事した方にお聞きします。離島に居住しているがん患者のうち、より専門的な医療機関へ紹介したい場合、大きな支障なく紹介できた症例は何%ぐらいですか？

	観察数	(%)
100%	12	(0.6)
75%以上 100%未満	123	(6.0)
50%以上 75%未満	170	(8.2)
25%以上 50%未満	82	(4.0)
25%未満	44	(2.1)
回答なし	1631	(79.1)
計	2062	(100.0)

問 24. 現在本島でがん医療に従事している方、または過去に本島でがん医療に従事した方にお聞きします。離島に居住しているがん患者のフォローアップのために、地元の医療機関へ紹介したい場合、大きな支障なく紹介できた症例は何%ぐらいですか？

	観察数	(%)
100%	50	(2.4)
75%以上 100%未満	293	(14.2)
50%以上 75%未満	398	(19.3)
25%以上 50%未満	193	(9.4)
25%未満	106	(5.1)
回答なし	1022	(49.6)
計	2062	(100.0)

問 25. あなたの担当するがん患者で、在宅医療を希望された患者のうち、在宅医療に移行した症例は何%ぐらいですか？

	観察数	(%)
100%	29	(1.4)
75%以上 100%未満	268	(13.0)
50%以上 75%未満	453	(22.0)
25%以上 50%未満	389	(18.9)
25%未満	487	(23.6)
回答なし	436	(21.1)
計	2062	(100.0)

問 26. 医師ががん患者とその家族に、治療の説明など必要な説明と情報を提供していますか？

	観察数	(%)
いつもしている	359	(17.4)
たいていしている	1309	(63.5)
していないほうが多い	180	(8.7)
ほとんどしていない	20	(1.0)
回答なし	194	(9.4)
計	2062	(100.0)

問 27. 医師以外の医療スタッフの方にお聞きします。
がん患者のケアに関して、自分の意見を医師に対して自由に言えますか？

	観察数	(%)
言える	246	(11.9)
ときどき言える	724	(35.1)
あまり言えない	516	(25.0)
言えない	80	(3.9)
回答なし	496	(24.1)
計	2062	(100.0)

問 28. 医師の方にお聞きします。

他の医療スタッフの話に耳を傾けていますか？

	観察数	(%)
そう思う	141	(6.9)
ややそう思う	229	(11.1)
あまりそう思わない	8	(0.4)
そう思わない	0	(0.0)
回答なし	1684	(81.7)
計	2062	(100.0)

医療者のみなさまへ

～沖縄県におけるがん医療をより充実させるため、ご協力をお願いします～

沖縄県では、平成 25 年 4 月に沖縄県がん対策推進計画（第 2 次）を策定し、県と市町村、保健医療関係者、県民、事業者、関係機関・団体等が一体となって、がんの予防、がんの早期発見、がん医療などのがん対策に取り組んでいます。今年度はこれら取り組みの評価を行う年です。

本アンケートは、沖縄県のがん医療をより充実させるため、国立大学法人琉球大学医学部附属病院が沖縄県からの依頼を受け実施することになりました。がん医療に携わっている医療者のみなさまに調査用紙をお送りしますので、大変お手数ですが、ご協力をお願いします。

このアンケートの回答は任意であり、回答しないことで不利益が生じることはありません。また、回答いただいた内容を調査の目的以外に使用することは一切ありません。

お手数をおかけし大変申し訳ございませんが、ご記入の上、平成 27 年 12 月 11 日（金）までにご記入のうえ、貴院のアンケート調査ご担当者様へお渡しください。

ご記入についてのお願い

がん医療についてお答えください。

◆アンケートは、医療者ご自身（医師・看護師・その他医療スタッフ）についてお伺いするものです。

◆設問の回答は、直接この調査票の該当する項目に、鉛筆またはボールペンで○をお付けください。

＜調査票の返送について＞

平成 27 年 12 月 11 日(金)までに、貴院のアンケート調査ご担当者様へお渡しください。

無記名調査ですので、調査票には住所・氏名を記入しないでください。

＜この調査に関するお問い合わせ先＞

調査受託先：琉球大学医学部附属病院　がんセンター

〒903-0215 沖縄県西原町字上原 207 番地

TEL：098-895-1374

※電話受付時間：平日 9：00 ～ 17：00

【質問スタートです 】

あなたの考えや状況に近い回答を **1 つ**選び、数字に「○」をお付けください。

問 1．あなたの職種をお答えください。

1．医師　2．看護師　3．薬剤師　4．ソーシャルワーカー　5．その他（＿＿＿＿＿＿）

問 2．あなたの性別をお答えください。

1．男性　　2．女性

問 3．あなたの年齢をお答えください。

1．20 歳～29 歳　2．30 歳～39 歳　3．40 歳～49 歳　4．50 歳～59 歳
5．60 歳～64 歳　6．65 歳以上

問 4．あなたの施設の医療圏域をお答えください。

1．北部医療圏　2．中部医療圏　3．南部医療圏　4．八重山医療圏　5．宮古医療圏

問 5．異職種間で自由に意見できる雰囲気ですか？

1．そう思う　2．ややそう思う　3．あまりそう思わない　4．そう思わない

問 6．医師は必要な情報を医療スタッフ（or あなた）と共有していると思いますか？

1．そう思う　2．ややそう思う　3．あまりそう思わない　4．そう思わない

問 7．あなたは、必要に応じて自分の職種以外の役割を、補いつつ仕事をするようつとめていると思いますか？

1．そう思う　2．ややそう思う　3．あまりそう思わない　4．そう思わない

問 8．あなたの担当するがん患者で、治療方針（告知等）の説明の際に、医師以外の職種も参加している割合は何%ぐらいですか。

1．100%　2．75%以上 100%未満　3．50%以上 75%未満　4．25%以上 50%未満　5．25%未満

問 9．がん医療を行っていくうえで、他の医療機関との連携に困難感があると思いますか？

1．よくある　2．ときどきある　3．あまりない　4．まったくない

問 10．専門医療機関に対してがん患者を紹介したときに受け入れてもらえますか？

1．受け入れてくれる（断られることはめったにない）　2．たいてい受け入れてくれる（たまに断られる）
3．どちらかというと断られるほうが多い　4．ほとんど断られる

問 11．他院へがん患者を紹介した際に、その後の経過について紹介先医療機関からの情報提供がありますか？

1．いつも十分ある　2．たいていは十分ある　3．たいてい不足している
4．いつも不足している　5．気にしていない

問 12．他院からがん患者が紹介されてきた際に、その後の診療を継続するのに患者にとって十分な情報が紹介元医療機関から提供されていますか？

1．いつも十分ある　2．たいていは十分ある　3．たいてい不足している
4．いつも不足している　5．気にしていない

問 13．より専門的な医療機関へがん患者を紹介するときに、どの医療機関に紹介するかを決めるための情報が足りないと感じることはありますか？

1．かなりある　2．ややある　3．あまりない　4．まったくない

裏面に続きます

問 14. がん患者を定期的なフォローアップのために紹介するときに、どの医療機関に紹介するかを決めるための情報が足りないと感じることはありますか？

1．かなりある	2．ややある	3．あまりない	4．まったくない

問 15. がん診療連携拠点病院、がん診療病院、がん診療連携支援病院についてお尋ねします。

①都道府県がん診療連携拠点病院である琉球大学医学部附属病院は、がん診療連携拠点病院の指定要件に示された役割を十分に担っていると思いますか？

1．そう思う	2．ややそう思う	3．あまりそう思わない	4．そう思わない

②地域がん診療連携拠点病院である那覇市立病院は、がん診療連携拠点病院の指定要件に示された役割を十分に担っていると思いますか？

1．そう思う	2．ややそう思う	3．あまりそう思わない	4．そう思わない

③地域がん診療連携拠点病院である沖縄県立中部病院は、がん診療連携拠点病院の指定要件に示された役割を十分に担っていると思いまか？

1．そう思う	2．ややそう思う	3．あまりそう思わない	4．そう思わない

④地域がん診療病院である沖縄県立宮古病院は、がん診療病院の指定要件に示された役割を十分に担っていると思いますか？

1．そう思う	2．ややそう思う	3．あまりそう思わない	4．そう思わない

⑤北部地区医師会病院は、がん診療連携支援病院の役割を十分に担っていると思いますか？

1．そう思う	2．ややそう思う	3．あまりそう思わない	4．そう思わない

⑥沖縄県立八重山病院は、がん診療連携支援病院の役割を十分に担っていると思いますか？

1．そう思う	2．ややそう思う	3．あまりそう思わない	4．そう思わない

⑦都道府県がん診療連携拠点病院である琉球大学医学部附属病院は、県内のがん診療の連携体制の整備構築の役割を十分に担っていると思いますか？

1．そう思う	2．ややそう思う	3．あまりそう思わない	4．そう思わない

問 16. 沖縄県でがん医療を提供するとき、専門医の不足を感じることはどの程度ありますか？

1．かなりある	2．ややある	3．あまりない	4．まったくない

問 17. 沖縄県でがん医療を提供するとき、医師以外の専門的な医療従事者（がん化学療法看護認定看護師、緩和ケア認定看護師、がん薬物療法認定薬剤師、など）の不足を感じることはどの程度ありますか？

1．かなりある	2．ややある	3．あまりない	4．まったくない

問 18. あなたは、がん患者の話に耳を傾け、患者が置かれている状況を踏まえ対応していると思いますか？

1．いつも対応している	2．たいてい対応している
3．対応していないほうが多い	4．ほとんど対応していない

問 19. あなたの施設では、緩和ケアのレベルが3年前と比較して向上したと思いますか？

1．そう思う	2．ややそう思う	3．あまりそう思わない	4．そう思わない

問 20. あなたの施設では、がん患者に対する意思決定支援が実践されていますか？

1．十分実践されている	2．ある程度実践されている	3．あまり実践されていない
4．まったく実践されていない		

問 21. あなたの担当するがん患者で、精神的痛みを含む痛みの評価を何%ぐらいの患者に実施していますか？

1．100%	2．75%以上 100%未満	3．50%以上 75%未満	4．25%以上 50%未満	5． 25%未満

問 22. 離島に居住しているがん患者が、適切な医療を受けていると思いますか？

1．そう思う	2．ややそう思う	3．あまりそう思わない	4．そう思わない

問 23. 現在離島でがん医療に従事している方、または過去に離島でがん医療に従事した方にお聞きします。離島に居住しているがん患者のうち、より専門的な医療機関へ紹介したい場合、大きな支障なく紹介できた症例は何%ぐらいですか？

1．100%	2．75%以上 100%未満	3．50%以上 75%未満	4．25%以上 50%未満	5．25%未満

問 24. 現在本島でがん医療に従事している方、または過去に本島でがん医療に従事した方にお聞きします。離島に居住しているがん患者のフォローアップのために、地元の医療機関へ紹介したい場合、大きな支障なく紹介できた症例は何%ぐらいですか？

1．100%	2．75%以上 100%未満	3．50%以上 75%未満	4．25%以上 50%未満	5．25%未満

問 25. あなたの担当するがん患者で、在宅医療を希望された患者のうち、在宅医療に移行した症例は何%ぐらいですか？

1．100%	2．75%以上 100%未満	3．50%以上 75%未満	4．25%以上 50%未満	5．25%未満

問 26. 医師ががん患者とその家族に、治療の説明など必要な説明と情報を提供していますか？

1．いつもしている	2．たいていしている	3．していないほうが多い	4．ほとんどしていない

問 27. 医師以外の医療スタッフの方にお聞きします。
がん患者のケアに関して、自分の意見を医師に対して自由に言えますか？

1．言える	2．ときどき言える	3．あまり言えない	4．言えない

問 28. 医師の方にお聞きします。
他の医療スタッフの話に耳を傾けていますか？

1．そう思う	2．ややそう思う	3．あまりそう思わない	4．そう思わない

以上で質問は終わりです。調査にご協力いただき、ありがとうございました。
平成 27 年 12 月 11 日（金）までに、貴院のアンケート調査ご担当者様へお渡しください。

平成 27 年度沖縄県委託事業「がん対策推進計画中間評価検討業務委託事業」
沖縄県がん対策推進計画（第２次）分析報告書

発行者／国立大学法人　琉球大学
（国立大学法人　琉球大学医学部附属病院がんセンター）

〒903-0215　沖縄県中頭郡西原町字上原 207 番地
TEL：098-895-1369　FAX：098-895-1497

発行／平成２８年３月

資料１２

2022 年 5 月 5 日

協議会委員各位

沖縄県がん診療連携協議会幹事長
増田昌人

昨年度の沖縄県がん診療連携協議会の実績について

１．第３次沖縄県がん対策推進計画(2018～2023)（以下、県計画）について、協議会として進捗状況を評価した

県計画の分野では、下線部の７つの分野について検討を行い、今後の活動方針について協議した。

第２章　分野別施策と個別目標

２ 患者本位のがん医療の実現

（２）「医療提供体制」

（３）「在宅医療」

（５）「ライフステージに応じたがん対策」

（６）それぞれのがんの特性に応じた対策」

（７）「離島及びへき地対策」

３ 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

（１）「相談支援と情報提供」

第３章 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

２ 計画の進捗管理体制

２．患者委員からの要望書をきっかけに、**希少がんの診療** について、協議会として審議を行い、以下のことを決定および公開を行った

（１）希少がんは、原則として都道府県がん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）である琉球大学病院で診療を行う

（２）県内の各医療機関は、原則として全例琉球大学病院へ紹介する

（３）上記の決定事項を、「うちなーがんネットがんじゅう（本協議会のホームページ)」で公開し、かつ「おきなわがんサポートハンドブック」の本文中に開設ページを新設し周知を行った

３．患者委員からの要望書をきっかけに、**ICT を用いたがんサロン**について協議会で審議を行い、拠点病院では通常のがんサロン（ゆんたく会）以外に、原則としてオンライン上でのがんサロンも開催することを決定した。その結果、琉球大学病院では、毎月第３火曜日に「WEB ゆんたく会」が定期開催されている。

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

５．第３次沖縄県がん対策推進計画の評価のために協議会として独自に**医療者調査**を令和４年度に行うことを決定した。

資料１３

2022 年 4 月 4 日

令和 4 年度　第 1 回沖縄県がん診療連携協議会

NPO 法人パンキャンジャパン沖縄支部　報告　資料

1、オンライン患者会開催

日時：2022 年 3 月 26 日(土)　13:00～15:00

場所：Web 開催

内容：茶話会

参加者：患者・家族～県内 3 名　県外 2 名

ボランティアスタッフ～パンキャン沖縄支部 6 名（看護師・薬剤師・栄養士）

パンキャン神奈川支部 1 名（オンラインサポート）

某病院より、放射線科医師 1 名　看護師 1 名

実際の内容：自己紹介後に相談・悩み等に対応、お互いの生活から工夫したことなどを語り合った。

・治療の抗がん剤の副作用について～薬剤師・看護師・参加者より回答

・膵臓がんの放射線治療について～放射線科医師より回答

・中高生の子供に対する対応について～参加者より回答

・食欲がないときの対応～栄養士・参加者より回答

・オンラインでの顔と名前を出すことに抵抗のあった入院中の患者に対し、入院施設の看護師 1 名が、オンラインサポート共に一緒に参加してくださり本人に代わって、相談を行うことができた。

・オンラインでの開催であったが、会話が途切れることなく、スムーズな流れで終了した。

参加者の感想：A 様より、同じがんで、がんばっておられる皆さんのお話を直接伺え、とても励みになりました。特に、母親の立場で、子育てをしながら治療をうけているお話はとても元気をもらいました。

B 様より、いままでいくつかの患者会に参加しました。パンキャンの患者会はほんとうにしっかりしていて、昨日も感心いたしました。特に沖縄は医療従事者が多く頼りになりました。

課題：対面でのサロン開催時は申込者が多くあったが、オンライン開催は新規での県内参加者は 0 名であった。県外からは毎回 2 名以上は新規で申し込みがある状況。

県内患者へオンライン開催時のサポートは、必須であり、サポートシステムを検討していく。

今回、病院から医療者が参加し、患者のオンライン等のサポートを行っていただけた。今回のように、患者会が病院等と協働していくことができれば、患者・家族をとりこぼさず、患者サロン参加へと促していけると感じた。

2、今年度活動予定

膵臓がん早期発見に向けて

令和 3 年度第 4 回沖縄県がん診療連携協議会において、沖縄県の膵臓がん早期発見率がワースト 1 であることの報告を受けた。
また、沖縄県内での膵臓がん罹患者は、年々少数であるが増加傾向であり、死亡数は男女ともに 4 位となっている（沖縄県がん登録事業報告：平成 30 年症例）。

本年度、東京本部および支部の 5 か所で、「尾道方式」の JA 尾道総合病院　副院長　花田敬士先生を招聘し、膵臓がん早期発見シリーズを開催予定。

●『膵臓がん早期発見セミナーシリーズ 2022 年』

4 月 30 日（土）膵臓がん早期発見―花田先生・行政・臨床医による「尾道方式」の詳細
5 月 29 日（日）膵癌研究の最前線と神奈川で進む早期診断プロジェクト
8 月 21 日（日）大阪の早期発見プロジェクト―チェックリストと拾上げ
9 月 18 日（日）沖縄の膵がん早期発見と地域の課題
10 月 23 日（日）東北大学－加速する研究と個別化医療
形式：オンラインセミナー（Zoom で開催予定）

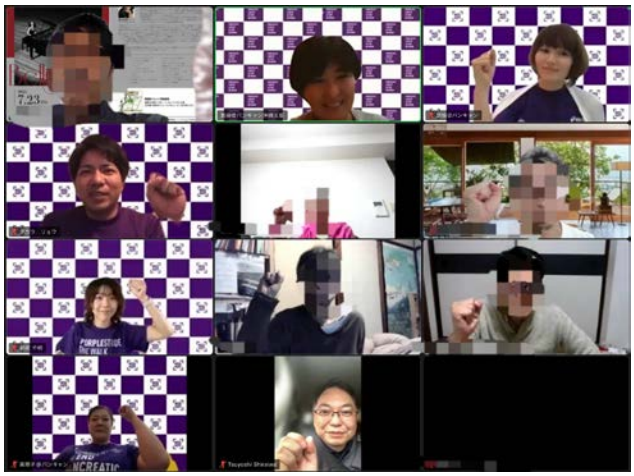
沖縄支部でも、沖縄県での膵臓がん早期発見啓蒙活動において、
１．県民自身による検診時のエコー検査を自己申告
２．沖縄県内の医療機関において、膵臓がん早期発見にむけてのエコー検査増加
となることを目指したい。

要望

地域の医療機関（かかりつけ医）にご協力をいただき、スムーズに地域の中核病院への精密検査・フォローを受けられる仕組みづくり

本年度セミナーシリーズの告知および沖縄支部開催セミナー参加へのご協力

参考資料１：オンラインサロンの様子



参考資料２：４月 30 日セミナーちらし

膵臓がん早期発見シリーズ
キックオフセミナーin東京2022
KICK-OFF SEMINAR IN TOKYO 2022

尾道方式を知る ―― 膵臓がんをステージ0･1で発見する検査法

膵臓がんハイリスクの方を早期発見に導く医療ネットワークとがんの兆候の拾い上げシステム

症状がなく、発見時に既に進行しているケースが多い膵臓がん。キックオフセミナーでは、2007年から始まった膵臓がん早期発見の「尾道方式」を取り上げ、「がん拠点病院、行政、プライマリーケアの臨床医」の3つの立場から、地域でどのように展開し早期発見を実現したのかをご解説いただきます。



2022年
4/30(土)
13:00 参加無料
オンラインセミナー

対 象：膵臓がんハイリスクの方、患者家族、遺族、医療関係者、行政機関、企業の方、一般の皆様など
どなたでもご参加いただけます

後 援
千代田区、日本医師会、
東京都医師会、日本看護協会、
東京都看護協会

一般社団法人芳心会「2021年度第2期助成金」助成事業

PROGRAM

第1部 セミナー

講演1 膵臓がんの早期発見 ―尾道方式とは
講師：花田敬士先生（JA尾道総合病院 副院長／内視鏡センター長）

講演2 尾道方式 ―行政の立場から
講師：岡野智佐子先生（尾道市 福祉保健部 健康推進課）

講演3 尾道方式 ―プライマリーケアの立場から
講師：正岡智子先生（正岡クリニック 院長）

第2部 パネルディスカッション パネリスト：ご登壇の先生方

〈お問合せ先〉
NPO法人パンキャンジャパン TEL 03-3221-1421 E-Mail info@pancan.jp

参加のお申込み方法
お申込みフォームから
https://ws.formzu.net/fgen/S71766784/



花田 敬士 先生

今年度の早期発見セミナーは、
神奈川（5月）、大阪（8月）、沖縄（9月）、宮城（10月）
で開催予定です

資料１４

R4.4.4.

「令和４年度第１回　沖縄県がん診療連携協議会＜幹事会＞」 資料

【沖縄県】学校におけるがん教育の取組

１　がん教育の目標

（１）がんについて正しく理解することができるようにする。

がんが身近な病気であることや、がんの予防、早期発見・検診等について関心をもち、正しい知識を身に付け、適切に対処できる実践力を育成する。また、がんを通じて様々な病気についても理解を深め、健康の保持増進に資する。

（２）健康と命の大切さについて主体的に考えることができるようにする。

がんについて学ぶことや、がんと向き合う人々と触れ合うことを通じて、自他の健康と命の大切さに気付き、自己の在り方や生き方を考え、共に生きる社会づくりを目指す態度を育成する。

２　学習指導要領及び学習指導要領解説におけるがん教育について

（１）小学校：第６学年　教科：体育(保健領域)

【新学習指導要領(Ｒ２より全面実施）】

（３）病気の予防　(エ)喫煙、飲酒、薬物乱用と健康

ア　～（中略）また，喫煙を長い間続けるとがんや心臓病などの病気にかかりやすくなるなどの影響があることについても触れるようにする

（２）中学校：第２学年　教科：保健体育(保健分野)

【新学習指導要領(Ｒ３より全面実施）】

（１）健康な生活と疾病の予防

ウ　生活習慣病などの予防

イ がんの予防

がんは，異常な制帽であるがん細胞が増殖する疾病であり、(中略)また，がんの予防には，生活習慣の予防と同様に，適切な生活習慣を身につけさせることが有効であることを理解できるようにする。

（３）高等学校　教科：保健体育(科目保健)

【新学習指導要領(Ｒ４より全面実施）】

（１）現代社会と健康

（ア）　国民の健康課題

ア　国民の健康課題について，(～中略～)，がん，生活習慣病、感染症、精神疾患及び少子高齢化における健康課題等(～中略～)

（ウ）生活習慣病などの予防と回復

がん，脳血管疾患，虚血性心疾患、高血圧症、糖尿病などを適宜取り上げ，(～中略～)その際，がんについては，肺がん、大腸がん，胃がん，など様々な種類があり，(～中略～)がんの回復においては，手

術療法，化学療法(抗がん剤など)，放射線療法などの治療法があること，(～中略～)適時触れるようにする。
また，(～中略～)がん検診の普及,正しい情報などの社会的対策が必要であることを理解できるようにする。

3　令和３年文部科学省委託事業がん教育総合支援事業より

【今後の課題及びその取組の方向性】

（１）カリキュラム・マネジメントによるがん教育の推進

がん教育の目標を達成するためには、がんに対する正しい知識を保健体育の保健学習で身に付けさせ関連教科、特活等を通じて健康と命の大切さやがん患者への正しい理解についての学習を実践していくことが重要である。

体育科・保健体育の学習を中核に他の教科と連携した指導（カリキュラム・マネジメントの視点）が、引き続きの課題となる。

（２）外部講師の活用について

ア　外部講師養成プログラム策定委員会が策定した、プログラムにより外部講師養成研修会を県教育委員会が主体となり実施した。次年度からの外部講師養成研修会は外部団体が引き継ぎ実施する方向で調整中である。外部団体、県教育委員会、県保健医療部、県医師会等関連団体が協力・連携し、実施方法や外部講師の授業後のフォローアップ体制を構築していく事が課題である。

イ　がん教育の外部講師の引き受け手が少なく、継続した養成が必要であるが、財源の確保が難しく、次年度においても県独自の財源を確保できていない。今後の課題である。

（３）研修会等の充実と普及・推進

ア　がん教育実施状況調査が令和３年度は実施されたことから、調査結果等を活用したがん教育研修の充実が課題である。

イ　コロナ禍のためモデル校において参加者を限定した検証授業を実施した。そのため、広く教材等を周知することができなかった。今後、管理職研修会や教諭向け研修会等において、教材の活用について周知し、がん教育を推進していくことが課題である。

4　今年度の取組

（１）管理職等向け周知

県立高校校長会、県立高校教頭会、小中校長会、指導主事研修会における周知

（２）保健教育担当者向け研修会の実施

県総合教育センターとの連携による研修会の開催予定

①夏期短期研修

ア　小学校体育講座　８月22日(月)

イ　中・高体育講座　８月24日(水)

②経年研修

ウ　県立高等学校初任者研修・中堅研修　７月２８日(水)

エ　県立高等学校２年研修・５年研修　　８月１９日(木)

（３）令和３年度作成指導教材の県立総合教育センター HP への掲載及び周知

【掲載データ】（令和４年４月）

① R3 小学校モデル校指導案　② R3 小学校モデル校スライド
③ R3 小学校モデル校ワークシート　④ R3 中学校モデル校指導案
⑤ R3 中学校モデル校パワーポイント　⑥ R3 中学校モデル校ワークシート
⑦ R3 高等学校モデル校指導案　⑧ R3 高等学校モデル校パワーポイント
② R3 高等学校モデル校ワークシート
⑩学校におけるがん教育外部講師連携シート

（４）がん教育外部講師養成研修

【関係者へ依頼文書発出】（令和４年３月）

①がん教育外部講師養成プログラム内容について

県教育委員会が令和２　・３　年度策定したプログラム内容を参考に組み立てる。

②他関係団体との連携

一般社団法人全国がん患者団体連合会やがん教育に先進的に取り組んでいる関係団体等と連携頂し、研修会を開催する。

③沖縄県教育庁保健体育課との連携

養成プログラム内容や開催方法、時期等について沖縄県教育庁保健体育課と連携する。

④養成研修会に係る費用等について

沖縄県教育庁の経費負担は「無し」とする。

⑤養成研修期間

令和４　年度から当面の期間

資料１５

2022 年 4 月 5 日

沖縄県がん診療連携協議会
委員各位

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

大腸がん相談室開設のお知らせ

１．目的

沖縄県内の治療方針の選択に難渋する大腸がん症例を抱える医師を支援するシステムを「おきなわ津梁ネットワーク」内に設け、相談症例の治療方針を協議すること、および検討の経過とその結果の開示を通して、県内医療機関の大腸がん診療の均てん化とレベルの向上を図る。

２．おきなわ津梁ネットワーク利用の理由

（1）ネットを利用した、時間と空間にとらわれないカンファレンスが構築できる。カンファレンス参加者を確保（質の担保）ができ、協議内容は自動的に議事録として残される。

（2）相談症例の検査データや画像情報等を相談員自ら確認できることから資料の準備が最小限で済む。LINE の様なチャット機能で協議が可能。

３．運用方法

相談員は相談室室長が大腸がん相談室相談員を選任：大腸外科医・肝臓外科医・呼吸器外科医・消化器内科医・腫瘍内科医・放射線科医・その他必要に応じて緩和医師等を加え構成される。

相談員はできる限り迅速に回答する。原則としては、一両日中での回答を予定している。

４．事例紹介

（1）60 歳代、女性、A 病院。直腸癌、子宮浸潤、多発肝転移、多発リンパ節（Virchow、傍大動脈）転移例。治療レジメン選択は？

（2）60 歳代、男性、B 病院。直腸癌術後、多発肺転移再発、化学療法中。Conversion 可能か？

（3）50 歳代、女性、C 病院。直腸癌術後再発。播種または局所再発症例。治癒切除につなげられるか？

（4）60 歳代、女性、A 病院。上行結腸癌術後、多発肺転・移肺転移症例。Conversion 可能か？

（5）40 歳代、男性、A 病院。右総腸骨リンパ節転移再発症例、サイバーナイフ後最増大例。手術か重粒子か化学療法か？

（6）80 歳代、男性、A 病院。S 状結腸癌、多発肝転移、リンパ節転移症例。Conversion の可

能性は？

（7）50 歳代、男性、B 病院。肝転移、仙骨転移直腸癌症例。集学的治療の方法は？

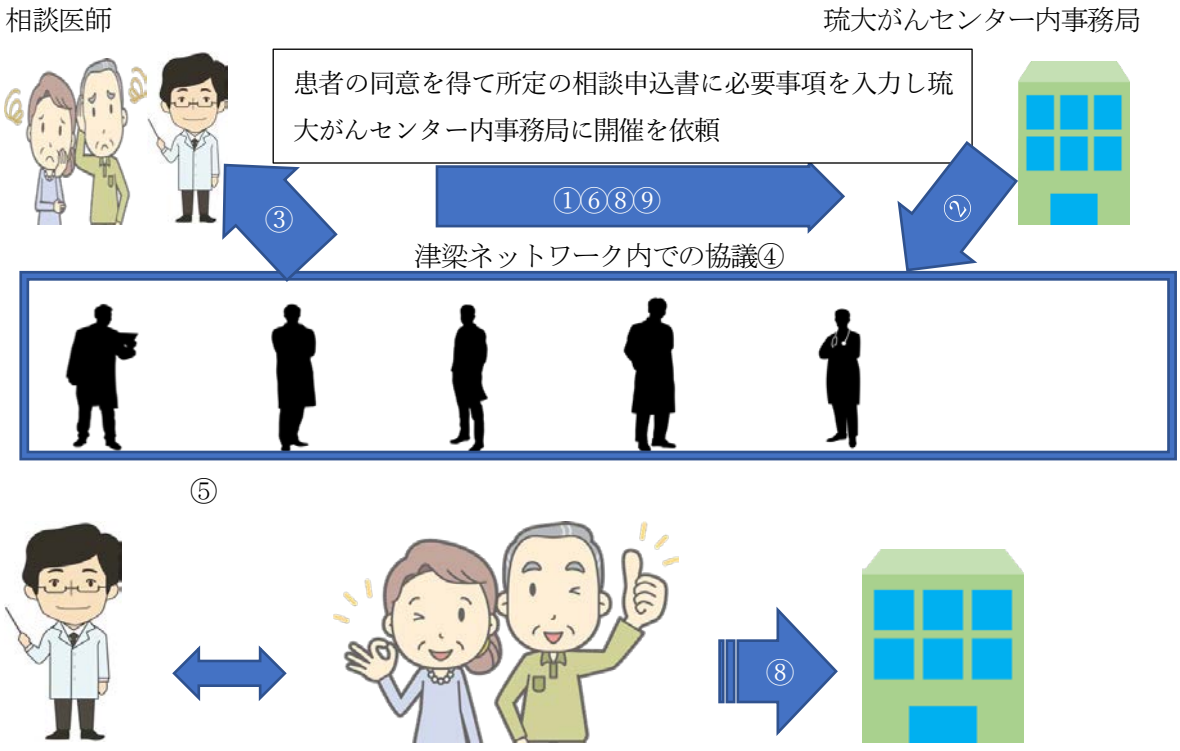
（8）50 歳代、女性、A 病院。下行結腸癌多発肝転移症例。化学療法奏功しているが非治癒因子あり。今後何ができるか？

＜沖縄県大腸がん相談室利用方法＞

相談の流れ

相談したい医師が患者（津梁ネットワーク登録症例）の相談同意 *を得て症例提示資料を津梁ネットワーク内に作成し、相談申込書 *と事務局（琉大がんセンター内に設置予定）または浦添総合病院外科佐村に相談会開催を依頼。（*準備されたものがあります。）

① 事務局または佐村から相談室メンバーに相談症例が有ることを通知。
② 相談員が資料を確認し、推奨治療方針とその選択の理由を回答。
③ 相談医師と相談室メンバーで必要に応じ協議（津梁ネットワーク内津梁トークを使用）。
④ 相談医師が方針を決定。
⑤ 相談医師は治療経過を適宜報告。
⑥ 今回の治療方針が決定した時点で症例検討終了。
⑦ 必要に応じて再度相談可。
⑧ 相談医師より最終経過報告で相談会終了。



管理部は報告書を患者匿名の形でアーカイブし津梁ネットワークに保存。ネットワーク加入医師が閲覧できるようにする。

資料１６

2021 年 12 月 13 日

琉球大学病院「がんゲノム医療外来」への紹介方法について（ Ver.5.0 ）

１　「がんゲノム医療外来」
毎週水曜日（２０２０年７月１日（水）開設）

２　開設場所
琉球大学病院内科外来（外来棟 2 階）

３　担当医
琉球大学病院がんセンター　増田昌人（がん薬物療法専門医・指導医）

４　対象患者
「がん遺伝子パネル検査」のみを目的として紹介された患者
具体的には、資料１の患者チェックリストをすべて満たしている患者
＊従来の精査、診断、治療目的のがん患者の紹介は対象外
＊いわゆる「コンパニオン診断」のための紹介は対象外
＊例外　前立腺がんは当院腎泌尿器外科と直接やりとりして下さい。

５　外来の内容
（１）１回目の外来は、「がん遺伝子パネル検査」に関する説明と同意を行う。原則として水曜日の午後に、完全予約制で行う。その際には、患者さん（必須）とそのご家族（または信頼できるご友人等）の合計 3～5 名が同席していただく。おおよそ１時間を想定している。
（２）２回目の外来は、琉球大学病院遺伝カウンセリング外来（毎週金曜日）にて、プレ遺伝カウンセリングを受けていただく。その際には、患者さん（必須）とそのご家族（または信頼できるご友人等）の合計 3～5 名が同席していただく。おおよそ 30 分を想定している。
（３）３回目の外来は、「がん遺伝子パネル検査」の結果の説明を行う。原則として水曜日の午後に、完全予約制で行う。その際には、患者さん（必須）とそのご家族（または信頼できるご友人等）の合計 3～5 名が同席していただく。おおよそ１時間を想定している。
※当院における COVID-19 感染対策のため、当面の間（今年度中）は外来受診は３名までとしています。ご協力お願いします。

６　紹介の具体的な手続き
通常の紹介患者と同様に、各医療機関の医療連携室等から、琉球大学病院医療福祉支援センター（シエント）を通じて予約を取っていただく（資料２）

７　紹介時に準備していただくもの
資料１を参照

琉球大学病院「がんゲノム医療外来」紹介のための
事前チェックリスト（Ver. 5.0）

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

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

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

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

チェックした日　＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

チェックした病院代表医師名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自署）

申込日　　平成　　年　　月　　日

琉球大学医学部附属病院

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

紹介患者・予約　申込書（FAX 送信票）

以下の項目についてご記入の上、診療情報提供書と併せて送信して下さい。

紹介元	医療機関名	診療科
	担当医師	ＴＥＬ
	申込担当者名	ＦＡＸ

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

紹介患者基本データ

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

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

保険情報	保険者番号		公費負担者番号	
	記号		公費負担医療の受給者番号	
	番号		公費負担者番号	
	開始日	昭・平　年　月　日	公費負担医療の受給者番号	
	終了日	平成　年　月　日		
	国民保険の場合の個人負担割合	割	老人保険の場合の個人負担割合	割

※　当院受診歴	□なし　□不明　□あり（診察券番号　　－　　－　　）

■ＦＡＸ受付時間　平日９：００～１５：００（土日・祝日・年末年始は除く）

□専用ＦＡＸ　**０９８－８９５－１４９８**

□専用ＴＥＬ　０９８－８９５－１３７１

琉球大学医学部附属病院　医療福祉支援センター　シエント

資料３

直接入力用

エキスパートパネル開催前　臨床情報　（ Ver.5.0 ）

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

項目	内容
病理診断名	
診断日	(西暦) 2001/01/01
喫煙歴	□なし　□あり　□不明 喫煙年数　年 1 日の本数　本
アルコール多飲歴	□なし　□あり　□不明
ECOG PS	□0　□1　□2　□3　□4　□不明
重複がん	□なし □あり　部位： （実際の入力に必要ですので、詳細な病名を入力してください。） □活動性　□非活動性　□不明 □不明
多発がん	□なし □あり (活動性：　□有　□無　□不明) □不明

家族歴（血縁者におけるがんの発生について）

□なし　□あり　□不明

家族歴詳細①：続柄　がん種　その他の場合　罹患年齢

家族歴詳細②：続柄　がん種　その他の場合　罹患年齢

家族歴詳細③：続柄　がん種　その他の場合　罹患年齢

家族歴詳細④：続柄　がん種　その他の場合　罹患年齢

家族歴詳細⑤：続柄　がん種　その他の場合　罹患年齢

家族歴詳細⑥：続柄　がん種　その他の場合　罹患年齢

家族歴詳細⑦：続柄　がん種　その他の場合　罹患年齢

登録時転移	□なし □あり □不明 □脊髄 □脳 □眼 □腔 □咽頭 □喉頭 □鼻・副鼻腔 □唾液腺 □甲状腺 □肺 □胸膜 □胸腺 □乳腺 □食道 □胃 □十二指腸乳頭部 □十二指腸 □小腸 □虫垂 □大腸 □肛門 □肝 □胆道 □膵 □腎 □腎盂 □副腎 □膀胱 □尿管 □前立腺 □精巣 □陰茎 □子宮体部 □子宮頚部 □卵巣/卵管 □膣 □皮膚 □骨 □筋肉 □軟部組織 □腹膜 □髄膜 □骨髄 □リンパ節/リンパ管 □末梢神経 □血液 □原発不明 □その他
肺がん症例	EGFR ：○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明 or 未検査
	EGFR-type: ○G719 ○exon-19 決失 ○S768I ○T790M ○exon-20 挿入 ○L858R ○L861Q ○その他 ○不明
	EGFR-検査方法: ○cobasV2 ○therascreen ○その他 ○不明
	EGFR-TKI 耐性後 EGFR-T790M：○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明 or 未検査
	ALK 融合：○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明 or 未検査
	ALK 検査方法：○ IHC のみ ○FISH のみ ○IHC+FISH ○RT-PCR のみ ○RT-PCR+FISH ○その他 ○不明
	ROS-1: ○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明 or 未検査
	BRAF(V600)：○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明 or 未検査
	PD-L1(IHC)：○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明 or 未検査
	PD-L1(IHC)：検査方法 ○Nivolumab/Dako28-8(BMS/小野) ○Pembrolizumab/Dako22C3(Merck) ○その他 ○不明 陽性率：[ ]%
	アスベスト暴露歴：○なし ○あり ○不明
乳がん症例	HER2(IHC)：○陰性 ○陰性(1+) ○境界域(2+) ○陽性(3+) ○判定不能 ○不明 or 未検査
	HER2(FISH)：○陰性 ○equivocal ○陽性 ○判定不能 ○不明 or 未検査
	ER：○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明 or 未検査
	PgR：○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明 or 未検査
	gBRCA1：○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明 or 未検査
	gBRCA2：○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明 or 未検査
食道がん、 胃がん、 小腸がん、 大腸がん症例	KRAS：○陰性 ○陽性 ○判定不能 ○不明 or 未検査
	KRAS-type：○codon12 ○codon13 ○codon59 ○codon61 ○codon117 ○codon146 ○不明
	KRAS 検査方法：○PCR-rSSO 法 ○その他 ○不明

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

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

資料４

エキスパートパネル開催前　検体情報（ Ver.5.0 ）

直接入力用

・検査に提出する検体

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

資料５　直接入力用

エキスパートパネル開催前　薬物療法詳細一覧と有害事象一覧　（Ver.5.0）（　／　）

１．エキスパートパネル(EP)の開催時に薬物療法の情報が必要となります。
　　これまでに投与したレジメンすべてについて、正確な記載をお願いします。
２．右上に〇／△（総枚数）の形式で記入してください。
３．２枚目以降も、この書式をコピーしてお使いください。
４．薬剤名は必ず実際に使用した商品及び規格（100mg/v 等）の記入をお願いします。
　　例）シスプラチン点滴静注 25mg「マルコ」

薬物療法（ＥＰ前）

薬物療法実施の有無　〇なし　〇あり

レジメン内容１

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

治療方針　〇企業治験　〇医師主導治験　〇先進医療　〇患者申出治療
〇保険診療　〇その他

治療ライン　〇１次治療　〇2 次治療　〇３次治療　〇４次治療
〇５次治療以降　〇不明

実施目的　〇術前補助療法　〇術後補助療法　〇根治　〇緩和　〇その他

実施施設　〇自施設　〇他施設

レジメン名

薬剤１　**※下記の欄に正確な商品名を記載して下さい。**

薬剤名（一般名）

薬剤名（商品名）

薬剤２

薬剤名（一般名）

薬剤名（商品名）

薬剤３

薬剤名（一般名）

薬剤名（商品名）

レジメン内容変更情報

投与開始日　（日付・曖昧指定可）

投与終了日　（日付・曖昧指定可）

□継続中

終了理由　〇計画通り修了　〇無効中止　〇副作用等で中止
〇本人希望により中止　〇その他理由で中止　〇不明

最良総合効果　〇CR　〇PR　〇SD　〇PD　〇NE

有害事象（ＥＰ前）

Grade３以上有害事象の有無　〇Grade3 以上なし　〇Grade3 以上あり　〇不明

※Grade３以上の血液毒性は必須ではありません。

有害事象１

発現日　（日付・曖昧指定可）

CTCAEv5.0

名称日本語　（日付・曖昧指定可）

名称英語　（日付・曖昧指定可）

コード　（日付・曖昧指定可）

最悪 Grade　〇Grade3　〇Grade4　〇Grade5　〇不明

エキスパートパネル開催後　薬物療法（ Ver.5.0 ）

直接入力用

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

薬物療法（ＥＰ後）

レジメン内容１

エキスパートパネル開催日

EP の結果治療薬の選択肢が提示された　○はい　○いいえ

提示された治療薬を投与した　○投与した　○投与しなかった　○不明

（他院で投薬した場合を含む）

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

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

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

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

実施施設　○自施設　○他施設

レジメン名

身長　（ｃｍ）

体重　（ｋｇ）

薬剤１

薬剤名（一般名）

薬剤名（商品名）

(初回)投与量

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

薬剤２

レジメン内容変更情報

投与開始日　（日付・曖昧指定可）

投与終了日　（日付・曖昧指定可）

○継続中

最良総合効果　○CR　○PR　○SD　○PD　○NE

増悪確認日　（日付・曖昧指定可）

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

※Grade３以上の血液毒性は必須ではありません。

提示された治療薬を投与しなかった理由

○提示された治療薬以外の化学療法を行った
○患者が治験等を希望したが、適格・除外基準や登録期間外のため参加できなかった
○患者の経済的事情により化学療法ができなかった
○患者の前身の状態不良により化学療法ができなかった
○患者が化学療法を希望しなかった
○死亡
○その他・不明

資料７

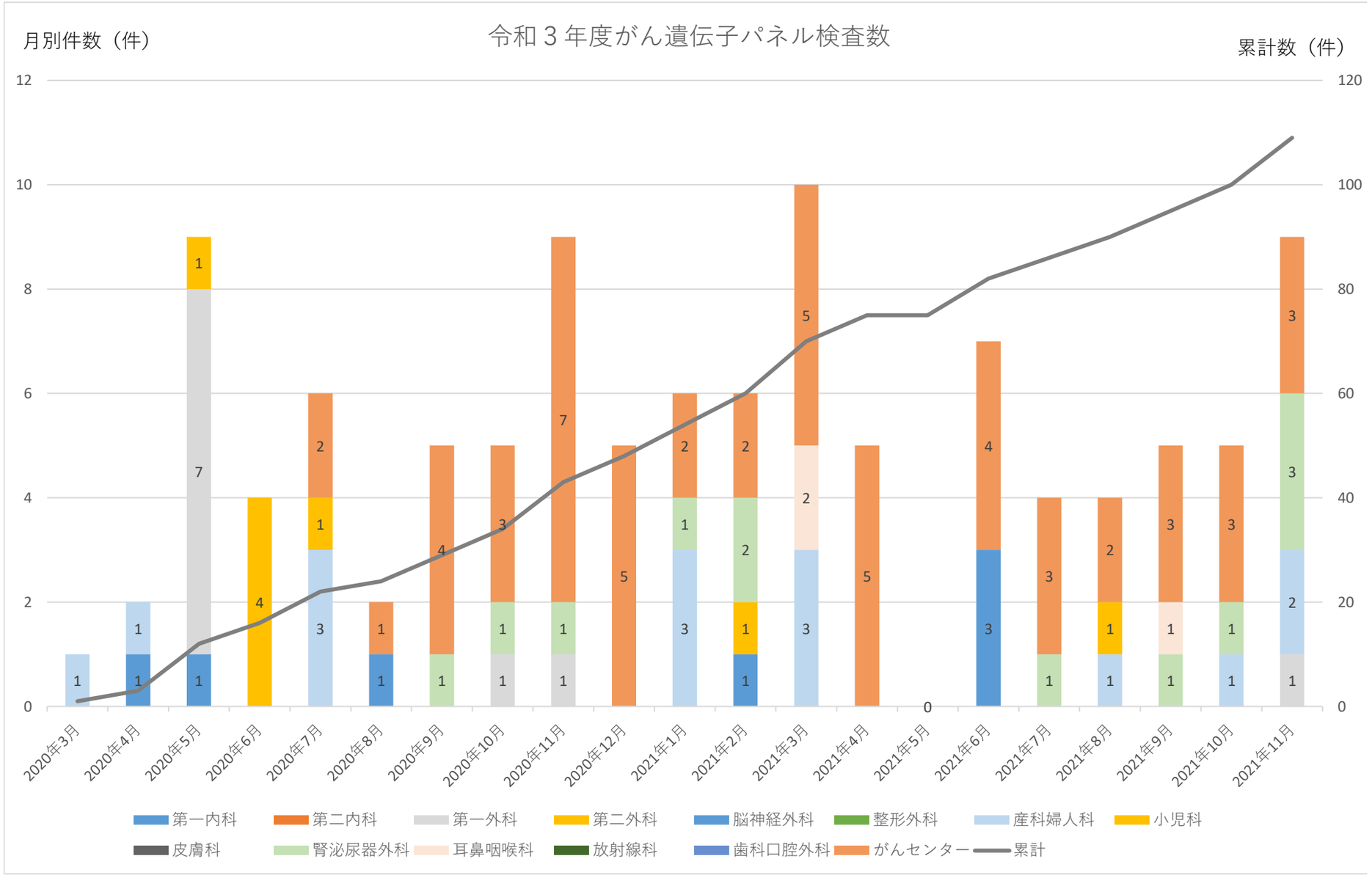
直接入力用

エキスパートパネル開催後　転帰情報　（ Ver.5.0 ）

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

転帰情報

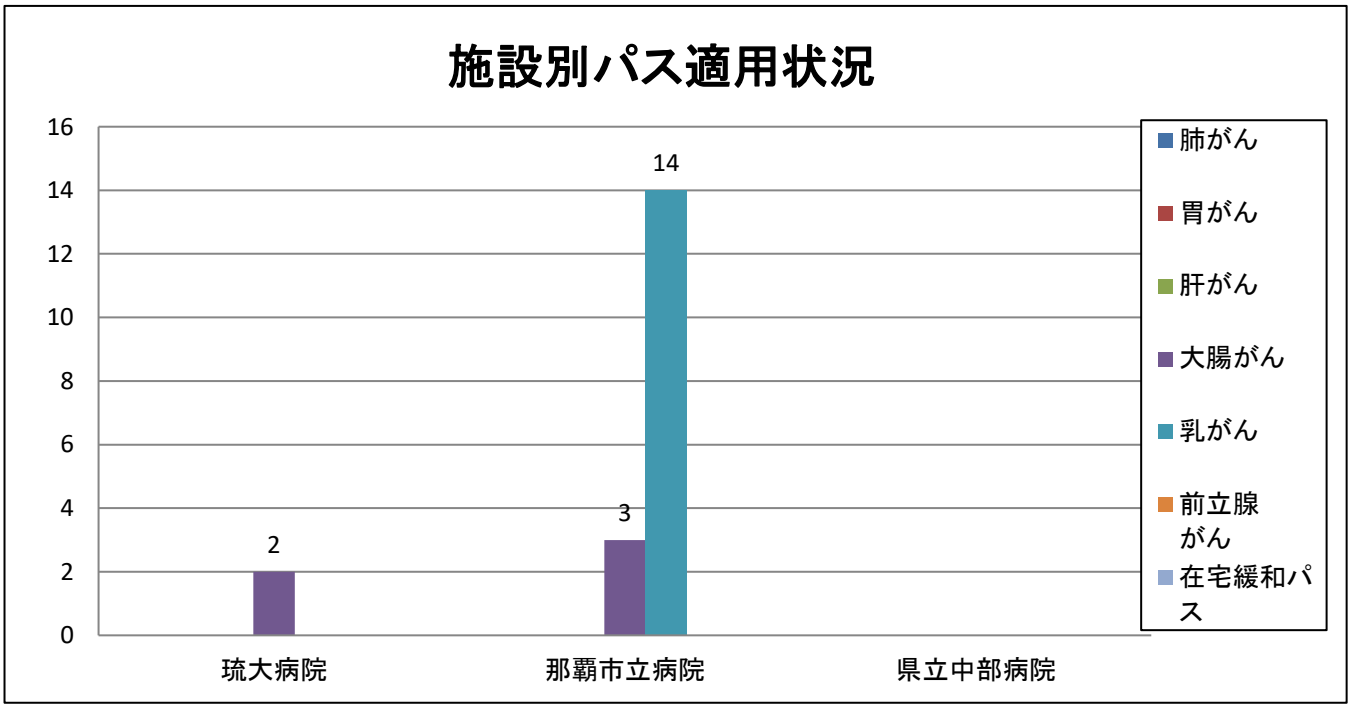
転帰	○生存　○死亡　○不明もしくは追跡不可
最終生存確認日	（日付・曖昧指定可）
死亡日	（日付）
死因	○原病死　○他部位のがん死　○他病死　○不明

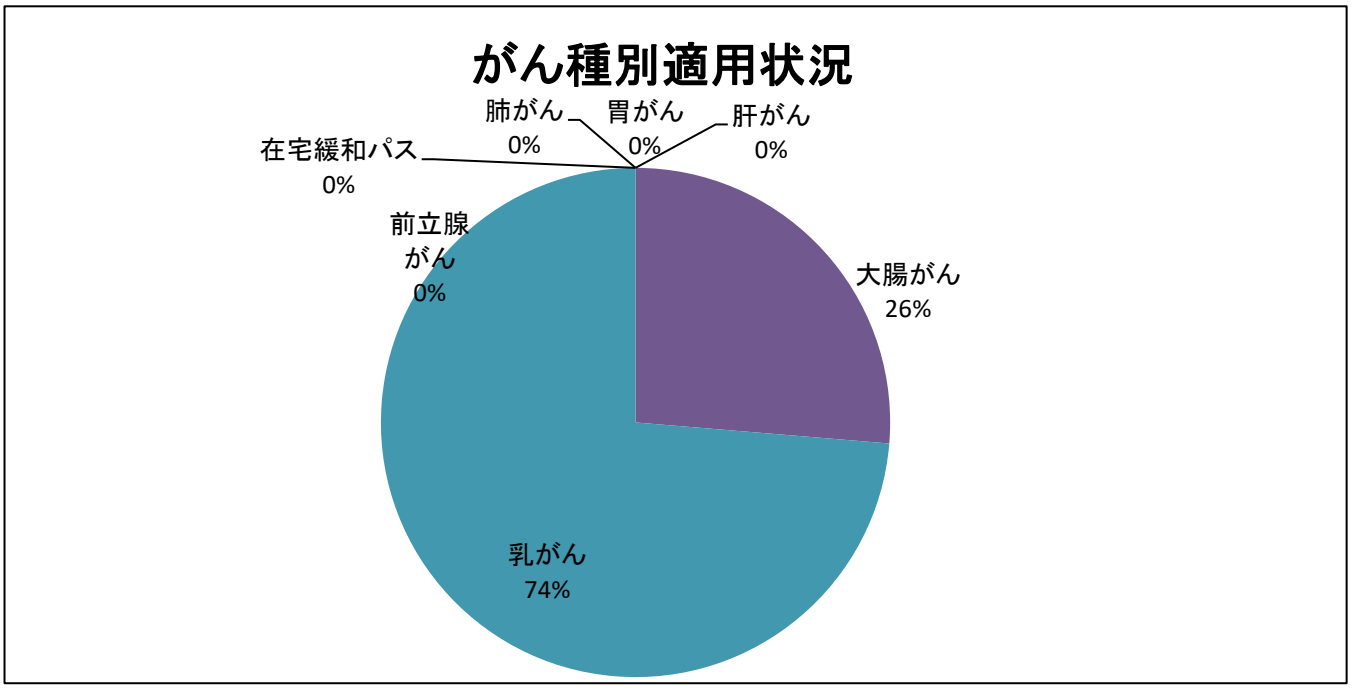

令和３年度がん遺伝子パネル検査数
月別件数（件）
累計数（件）
12
10
8
6
4
2
0
120
100
80
60
40
20
0
2020年3月
2020年4月
2020年5月
2020年6月
2020年7月
2020年8月
2020年9月
2020年10月
2020年11月
2020年12月
2021年1月
2021年2月
2021年3月
2021年4月
2021年5月
2021年6月
2021年7月
2021年8月
2021年9月
2021年10月
2021年11月
第一内科
第二内科
第一外科
第二外科
脳神経外科
整形外科
産科婦人科
小児科
皮膚科
腎泌尿器外科
耳鼻咽喉科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

資料１７

令和3年度沖縄県がん地域連携クリティカルパス適用状況について
（令和4年1月1日～3月末まで）

施設名	肺がん	胃がん	肝がん	大腸がん	乳がん	前立腺がん	在宅緩和パス	合計
琉大病院				2				2
那覇市立病院				3	14			17
県立中部病院								0
合計	0	0	0	5	14	0	0	19

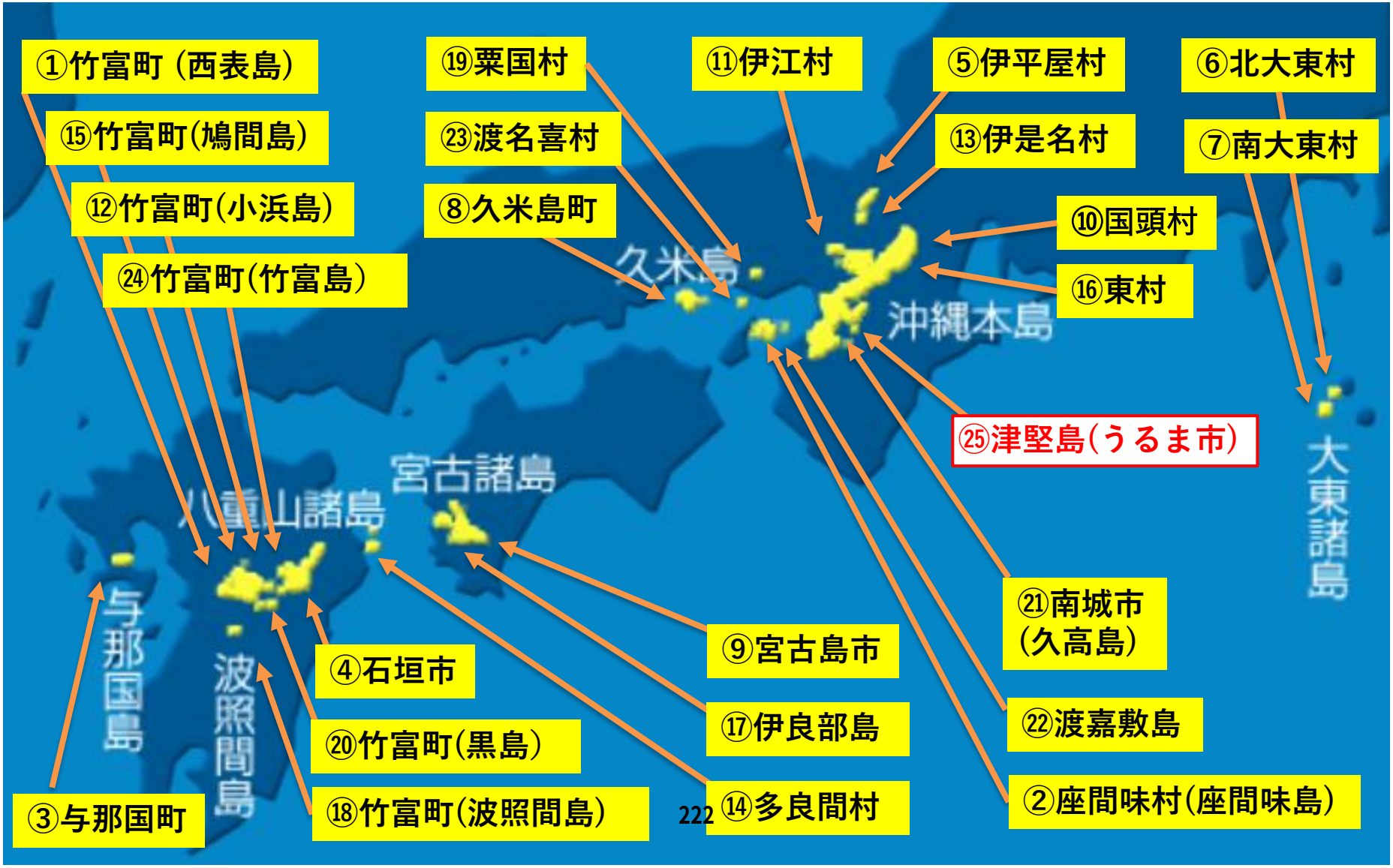




令和3年3月31日現在

普及啓発活動をパッケージで行った離島・へき地市町村

資料１８



【がん情報提供講演会　開催一覧】

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

2021年版／令和2年度 沖縄県委託事業

地域の療養情報
おきなわ がんサポート ハンドブック



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

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



ネットでもより
検索しやすくなりました。

ダウンロードは
コチラから



「がんと言われたとき、すぐに役立つヒント&リスト」巻頭綴じ込み付

おきなわがんサポートハンドブックは**無料**です。このポスターが貼ってある施設やがん診療を行っている病院や診療所、がん相談支援センターで配布しています。ぜひお手に取ってご覧ください。

「面談にのぞむときの質問集」「わたしのメモ」付き

診断後にどうすればいいか？

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



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



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

患者必携・地域の療養情報「おきなわがんサポートハンドブック」

患者必携とは？

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

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

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

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

がんサポートブック



おきなわ小児がん 相談支援マニュアル 第1版



事業所と働く人のためのがん治療と仕事その両立支援のポイント



地域の療養情報「おきなわがんサポートハンドブック」



患者必携 がんになったら 手にとるガイド

■ 1．がんになったら手にとるガイド



（普及新版）

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

詳しくはこちら→　国立がん研究センター　がん情報サービス　ホームページ

■ 2．わたしの療養手帳



（普及新版）

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

詳しくはこちら→　国立がん研究センター　がん情報サービス　ホームページ

■ 3．地域の療養情報　「おきなわがんサポートハンドブック」

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

【ウェブサイト版】



案内サイトもリンクしてます。

PDFをご覧になりたい方は画像をクリックしてください。

【PDF版】



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



沖縄県がん診療連携拠点病院



沖縄県セカンドオピニオン実施医療機関リスト



過去の版もみれます。



地域の療養情報　沖縄県(試作版)



PDFをご覧になりたい方は画像をクリックしてください

■ 患者必携の役割

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

がん医療に関する一般市民向け講演会の開催をお考えの方へ



がん医療に関する医療者向け講演会の開催をお考えの方へ



沖縄県在宅緩和ケアマップ



タウンミーティング



がん情報ブース



リンク集

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

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



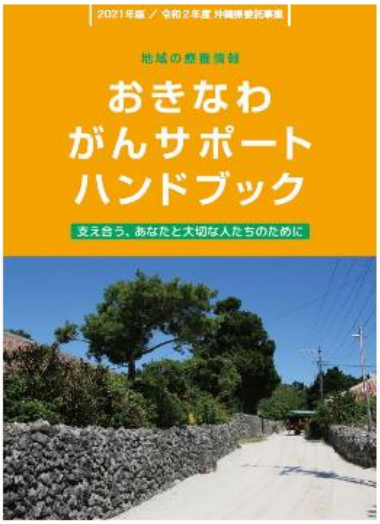
沖縄県がん患者会連合会

おきなわがんサポートハンドブック（2021年版）

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

ＰＤＦはこちらからご確認いただけます。

（一括してPDFをご覧になりたい方は下記画像をクリックしてください）





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

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

＜本編＞

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

患者サロン
セカンドオピニオンについて
グループ指定について
患者サロン


沖縄県がん診療連携拠点病院


沖縄県セカンドオピニオン実施医療機関リスト


がん医療に関する一般市民向け講演会の開催をお考えの方へ


がん医療に関する医療者向け講演会の開催をお考えの方へ


沖縄県在宅緩和ケアマップ


タウンミーティング


がん情報ブース

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

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

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

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

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

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

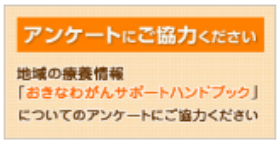
5．離島に住む人向けの制度を知る（第3部 第5章 ＰＤＦ P87 ）
（1）がん治療の渡航費助成
（2）離島・へき地のがん患者等の宿泊支援

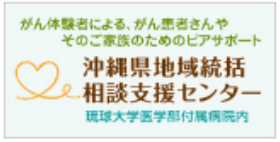
6．障害についての支援を受ける （第3部 第6章 ＰＤＦ P88-P89 ）
（1）障害年金
（2）障害手当金（厚生年金）
（3）身体障害者手帳

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



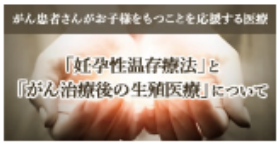
リンク集











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

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

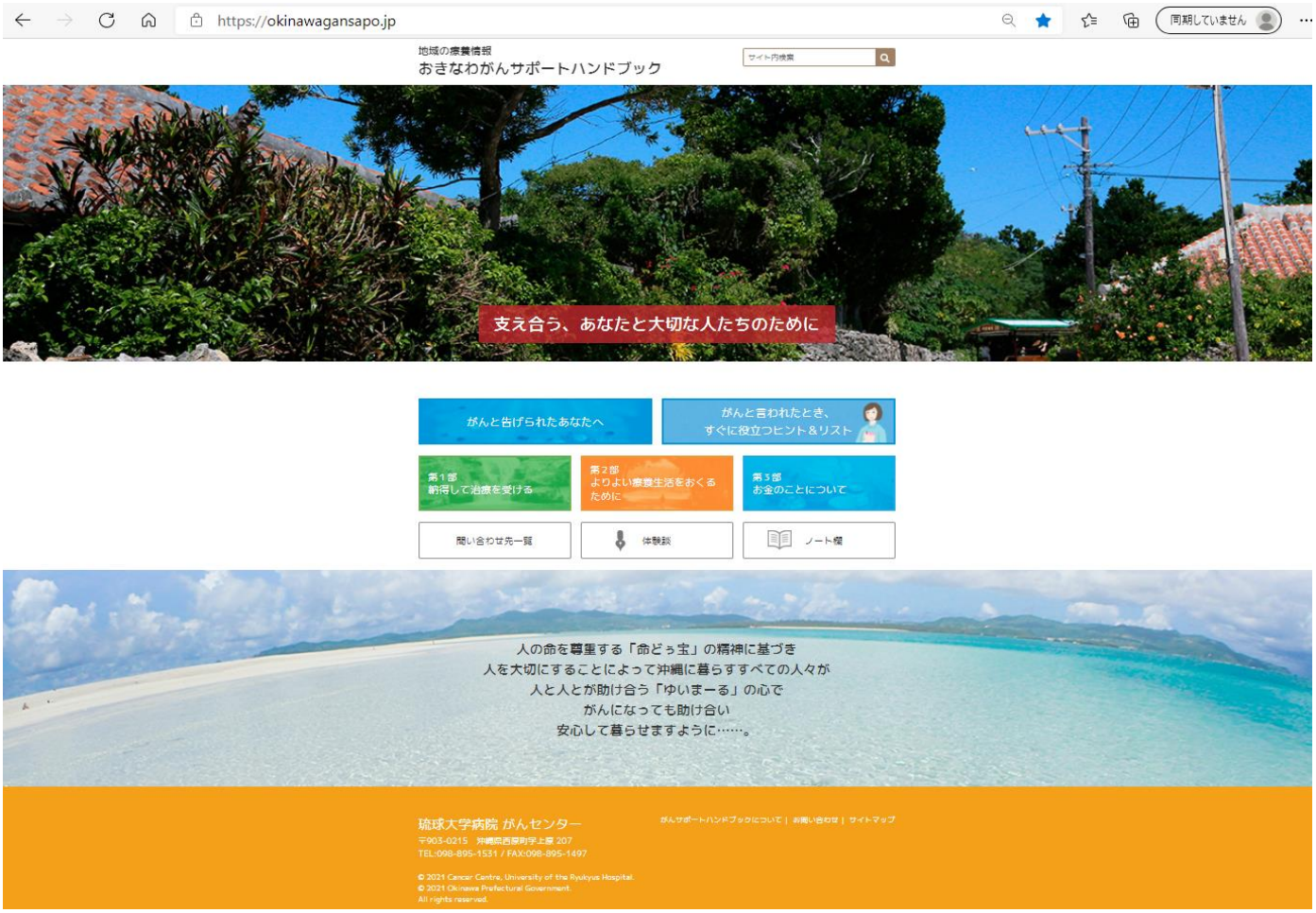
あとがき 編集委員 編集協力 （ＰＤＦ P103 ）
奥付 がんの冊子（ＰＤＦ P104-P105 ）

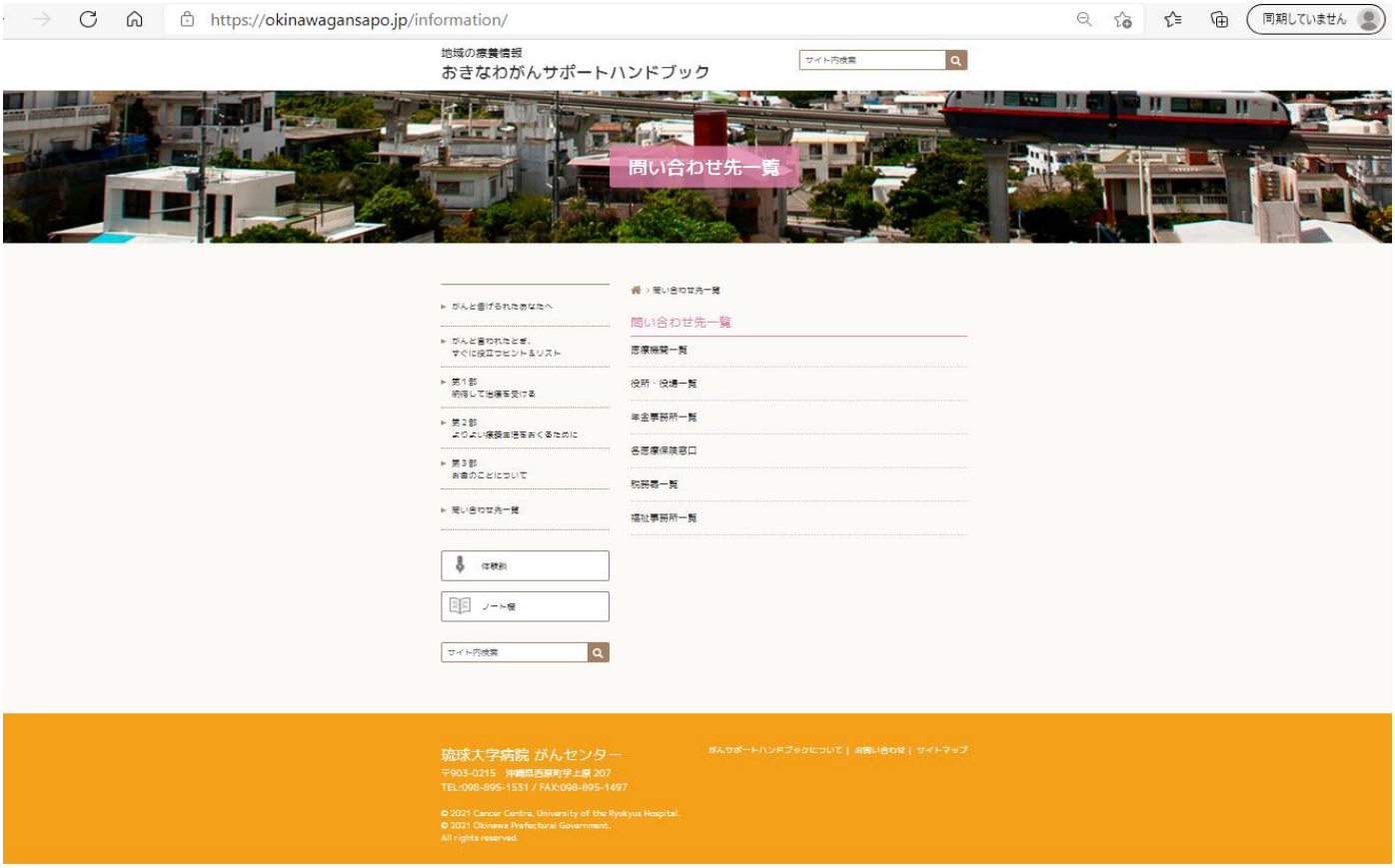
医療関係者の方へ | 患者さん・ご家族・県民の方へ | 緩和ケア研修会 | 沖縄県がん診療連携協議会 | 部会について

うちな～がんネット がんじゅう

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

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


https://okinawagansapo.jp
同期していません
地域の療養情報
おきなわがんサポートハンドブック
サイト内検索
支え合う、あなたと大切な人たちのために
がんと告げられたあなたへ
がんと言われたとき、
すぐに役立つヒント＆リスト
第1部
納得して治療を受ける
第2部
よりよい療養生活をおくるために
第3部
お金のことについて
問い合わせ先一覧
体験談
ノート欄
人の命を尊重する「命どぅ宝」の精神に基づき
人を大切にすることによって沖縄に暮らすすべての人々が
人と人とが助け合う「ゆいまーる」の心で
がんになっても助け合い
安心して暮らせますように……。
琉球大学病院 がんセンター
〒903-0215 沖縄県西原町字上原 207
TEL:098-895-1531 / FAX:098-895-1497
© 2021 Cancer Centre, University of the Ryukyus Hospital.
© 2021 Okinawa Prefectural Government.
All rights reserved.
がんサポートハンドブックについて | お問い合わせ | サイトマップ


https://okinawagansapo.jp/information/
同期していません
地域の療養情報
おきなわがんサポートハンドブック
サイト内検索
問い合わせ先一覧
がんと告げられたあなたへ
がんと言われたとき、
すぐに役立つヒント＆リスト
第1部
納得して治療を受ける
第2部
よりよい療養生活をおくるために
第3部
お金のことについて
問い合わせ先一覧
体験談
ノート欄
サイト内検索
問い合わせ先一覧
医療機関一覧
役所・役場一覧
年金事務所一覧
各医療保険窓口
税務署一覧
福祉事務所一覧
琉球大学病院 がんセンター
〒903-0215 沖縄県西原町字上原 207
TEL:098-895-1531 / FAX:098-895-1497
© 2021 Cancer Centre, University of the Ryukyus Hospital.
© 2021 Okinawa Prefectural Government.
All rights reserved.
がんサポートハンドブックについて | お問い合わせ | サイトマップ

第１回「がん情報提供資材 2022 年版」編集委員会　議事要旨

日　　時：令和３年６月 23 日　14 時～17 時

場　　所：Zoom による WEB 会議

編集委員：12 名（敬省略）参加 11 名

患者の立場	田盛 亜紀子(患者会・やいまゆんたく会会長)
患者の立場	片倉　政人（がんの子どもを守る会沖縄支部 代表幹事）
患者の立場	島袋　百代（ﾊﾟﾝｷｬﾝｼﾞｬﾊﾟﾝ沖縄支部 支部長）
患者の立場	大湾　盛治（がんピアサポーター）
	※欠席／事前意見提出・電話にて対応
地域統括相談員	中山 富美　（がんピアサポーター）
社会保険労務士	金城 由紀子(ｷｬﾘｱ自立・人財ﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄｵﾌｨｽ PDCA)
社会保険労務士	高嶺 志乃（高嶺社会保険労務士事務所）
ﾁｬｲﾙﾄﾞ・ﾗｲﾌ・ｽﾍﾟｼｬﾘｽﾄ	佐久川 夏実
	（沖縄県立南部医療センター・こども医療センター）
訪問看護認定看護師	宮城 愛子(訪問看護ステーションアレグリア所長)
医療ソーシャルワーカー	大久保 礼子(琉球大学病院 がん相談支援センター)
血液・腫瘍内科医師	増田 昌人(琉球大学病院 がんセンター センター長)
事務補佐員	城間 久美子(琉球大学病院 がんセンター)

開催の様子：WEB 画面



内　　容：議事次第により進行

１．　開会

１４：０５より開始

２．　センター長の挨拶

琉球大学病院 がんセンター長 増田昌人より編集委員への挨拶及び 2022 年版についての抱負を述べた。

３． 編集委員自己照会（資料 1）

資料 1「編集委員名簿」順に参加者１１名が自己紹介を行った。

３． 見直し案の検討及び意見交換（資料 2）

※本会議より先に意見用紙の提出を求め、集約した資料 2 を基に本会議での各自答弁にて意見交換を行った。

2021 年版についての感想 →意見項目 1 から 9 までを事務局より代読。	
1	これまで以上に内容が充実し良い冊子に仕上がってると好評を得ている。 自身も実感している。 ×3 名
2	がんと診断され最初に見る冊子として浅く広い分野で紹介されているので良い。
3	膵臓がん支援団体への相談は、治療は他にないか、ゲノム医療はどういったものか、仕事はできるのかということが最も多い内容です。P78～の就労については、どこに行けば情報を得られるのかが詳細で、安心できる内容のようです。しかし、治療・セカンドオピニオン・ゲノムなどは、より具体的な内容が必要かと感じています。
4	診断されたばかりの患者様は、がんサポをすぐに受け取らない方も多く存在している印象です（精神的に読む気持ちにならない感じです）。しかし、側にいる家族にとっては非常に重要な内容が多いと感じる。
5	巻頭綴じ込み・巻頭タイトルページの写真及びメッセージ、各部巻頭の写真等はハンドブック全体を通して温かみが伝わってきます。
6	体験談／P13.32.49.53.92　面談にのぞむときの質問集／P100　良いと思います。
7	P14.15 第 1 部 2.ライフコースは治療の流れが可視化されており、がん治療のイメージの助けになると思います。専門用語の説明があることで、フローの理解につながる。
8	誠実で温かみを感じる冊子である
9	読み込んで行くと、最終的には患者、主治医、看護師、ソーシャルワーカー等の専門的な指示・指導にならざるを得ない。このハンドブックとの項目・内容はすばらしいものであり、市町村レベルの健康福祉担当者の支援ハンドブックとして活用する方法を考えて行きたい。
2022 年版に関する変更・要望・提案 ※以下は、具体的な答弁や他の方の意見を交えてのディスカッションを目的に、記名の承諾を得た。 →2021 年版がんサポートハンドブックを参照の上意見交換を開始	

1	冊子の作成が目的ではなく、活用されることが大前提です。 これまで通り、増田先生はじめ、編集委員の各専門分野の意見を基に構成され、より活用しやすい冊子となることを望んでいます。→欠席のため、事務局が代弁した。	（大湾様）
2 3	P2～P6 もくじをフローチャート（図）にする （片倉）フローチャート式にすることで、得たい項目が探しやすいと思い提案した。 →（田盛）P2～6 についての目次についての提案か、全体的に図式化したほうが良いという事か、であればページを削減ではなく更にページ数が増えるのではないか。 →（片倉）例えば、がんになった、病院はどこに、次はお金の問題はこのページ、という風に図式化すると分かりやすい。現行は項目ごとにページが並んでいるが、フロー化した目次の中に、問合せ先の一覧を入れ込むのはどうか。詳細は〇〇ページと記載すればより分かりやすいのではないか。QR コードの記載まであれば更に情報取得が早くなる。 →（田盛）私は患者会の代表という立場で係わっており、年齢層から察するに現行のとおりを望む方が多数である。スマホや QR コードを使わない方が多く、フロー化するとページ数が増える。 →（片倉）であれば問合せ先一覧を省いて QR コード記載のみに変更するとよい。 →（田盛）幅広い年齢層が活用するには誌面が良いと思う →（片倉）私自身も小児がん患者会を主催している。本会議にてページ削減箇所を求められたため提案している。また、65 歳以上 70 パーセント以上がスマホを使っている。今後 5 年 10 年先を見据えての提案である。→意見を集約し事務局で審議し、議議事要旨にて報告することをつたえた。 →（中山）ホームページの照会(誌面上)を QR コード標記にしてはどうか例えば P18 や P24 など。→議題内容により今後委員各位にメール等にて再検討課題として問うこともあるとつたえた。	（片倉様） （中山様）
	事務局として検討し、各ホームページの照会を URL と併せて QR コードの記載を決定した。	
4	P13,32,49,53,61,77,92　項目毎（相談、お金、仕事、保険等）の体験談の追加 （片倉）ピアサポートの活動の中で、お金や仕事、生命保険など、細かい内容を聞かれることが多く、体験談に追加してはどうか　→　検討	（片倉様）
	事務局として検討し、コストの問題上、削るページが必要になる。体験談は基本的に年度毎に入替える。また提供者の生存を確認する(ご家族への配慮は必須）各位に承諾を得る。さらに体験談の提供者も募る。（削除 20 回答同じ）	
5	P20～22　3.「情報を集める」の項目は患者が知りたいことで、特に重要だと思う。 →事務局代弁 P20～22 など分かりやすく、簡潔に箇条書きではどうか。 （宮城）冊子をコンパクトにするのであれば、例えば病名や性質について箇条書や小見出しに分けるなど書き方の工夫を提案 →（田盛）患者会の意見としては、患者さんが不安な中で手にとり、よく読んで納得できる大切な内容が記載されているため簡素化する必要はないと感じる。 →（宮城）改めて読み返すと優しくて丁寧だと思った。他に削除項目が見つからず、本冊子をコンパクトにするならこの項目をと提案した。 →（田盛）初見の方にはより詳しく分かりやすいためこのままでよいと思う。　→検討	（大湾様） （宮城様）
	事務局として検討し、タイトルを変更するとした。→ 再検討	

6	P22 セカンドオピニオンについて、国立がん研究センターはオンラインで診断している。 追記を検討してほしい。 （中山）国立がんセンターで実施している事を最近知った。記載はないが、がん種の中でも希少がんの方が対象だったと思う。その情報が記載されていれば、移動せずともセカンドオピニオンが可能である。ただ期間があるのか、詳細は分からない。→同意見の島袋様へ繋ぐ	（中山様） （島袋様）
7	P22　セカンドオピニオンの受診方法について、図式化した方が解りやすいのではないかと思います。 （島袋）実際に希少がん患者さんから相談があり、私自身が SNS で国立がんセンターの情報を持っていたため情報提供すると、患者さん自身はそこまでたどり着けない情報であったと喜ばれた。そういう方に届く情報提供が必要ではないか。コロナ禍において、国立がんセンターではオンラインでのセカンドオピニオンが始まっています。その情報および、県内でオンライン診断ができる病院があれば掲載してはどうか。 →（中山）県内でもオンラインで受診可能な病院があれば増田先生教えてください。 →（増田）現時点ではないかもしれないが、どこの病院もオンライン開設に向けて検討中。民間病院の方が実施しやすいかもしれない。実際オンライン受診は非常にハードルが高い、当院も暗礁に乗り上げているのが現状。一番にセキュリティ面で苦慮している。究極の個人情報となり、国立病院であるため、情報管理の厳しさ故、民間病院の方が先行できると感じている。当審議内容は、コロナ禍で全国統一課題であり、一定の地域を起源に一斉に広がるのではと感じている。実施は必要であり今後の情報収集に努め皆さんに提供する。 →国立がん研究センターに確認し追加記載を検討する。	（島袋様）
	事務局として検討し、受診方法の図式化は難しいため不採用。P23 の一覧表に追記する。	
8	漫画形式でセカンドオピニオンや治療に関する用語（緩和ケア・寛解・ターミナルケア） などを説明する方法もあるのでは。(参考資料あり) （佐久川）増田先生の仰る通り、活字離れの状況と、子供と接している立場から新しい提案を考えた時に漫画形式のページもあると興味が沸き手にとる世代も増えると感じて提案した。 →意見を求めるも特になし。事前に佐久川様より漫画の参考資料を受取っており、興味のある方は事務局から送付する旨を伝えた。佐久川様へは新たな資料等があれば提供をお願いした。	（佐久川様）
	事務局として検討し、小児がんの場合本冊子の対象は保護者となるたるため、漫画形式は不採用	
9	P28.29　小児がんについての医療機関の記載 P30　沖縄本島と離島病院との連携についての記載 （片倉）各医療機関の一覧に小児がん治療を行っている病院名の追記の要望と、現在、診療の度に宮古と本島を往復しているが、本島と離島の連携先の病院が分かれば、継続的な治療につながると思い提案 →（増田）これまでは病院側からの表示により掲載しているが、4 月より県側が精査した結果、県 HP 上大幅に減っており正しい情報を記載してる «2022 年版要訂正»	（片倉様）
	事務局として検討し、P28.29 一覧表は沖縄県保健医療部医療政策課 HP を転記することが仕様要件であることから、追記はできない。また県内小児がん医療機関は 2 か所（南部医療センター・琉球大学病院）でありる。P30 連携先の掲載については、症例によって連携先の変更などもあり一元化できないため、記載は現実的ではない。	

10	P37 (2)アドバンスケアプランニング→ P46 以降 3.「自分らしく毎日を過ごす」内に移動を検討 （金城）専門的知識からの観点ではなく、一読者として感じた意見であるが、違和感を覚えた。	
11	P47 (2)さまざまな身体的症状への対応 → P36 以降 1.「痛みやつらさを和らげる」内に移動を検討 (金城)同じく項目の内容で移動が適当かと感じた。 →（田盛）→P37・P47 同意見である。 →担当者と事務局間で検討	（金城様）
	事務局として検討し、10、11 について大項目（P36～48）の順番を変更し、更に項目の移動を決定した。 **新）** 1 痛みやつらさを和らげる(1)緩和ケア(2)さまざまな身体的症状への対応 2 自分らしく毎日を過ごす(1)外見ケア(2)がんとセクシャリティ(3)アドバンスケアプランニング(ACP) 3 お直治病気の人の話を聞いてみる(1)がんピアサポーター(2)患者会(3)患者支援団体(4)患者サロン	
12	下記内容の追記紹介が出来るか？ご検討をお願いします。 55 ページの AYA 世代のがんを考える http://www.ccaj-found.or.jp/materials_report/cancer_material/ の AYA 内容は、 平成 27-29 年度厚生労働科学研究費補助金(がん対策推進総合研究事業)「総合的な思春期・若年成人 (AYA)世代のがん対策のあり方に関する研究」（研究代表者 堀部 敬三）において行った患者家族の実態調査の結果に基づいた患者家族向け冊子です。（2018 年 2 月 12 日発行 一般社団法人 AYA がんの医療と支援のあり方研究会:AYA 研（https://aya-ken.jp/）の発行です。（片倉）HP 情報を追記できないか提案した。→ 検討	2021/2/15 メール内容 （片倉様）
	事務局として検討し、上記 HP 情報は構成上スペースを削減できれば追記は可能である。	
13	P57 （2）訪問診療 ・・・ 修正案 «1 行目» 訪問看護とは、医師が・・・ 自宅訪問し → **自宅や施設を訪問し** «4～5 行目»・・・送ることができる体制を整えます。 → **できるよう支援します。** （宮城）4～5 行目の文言について、現在関わっている訪問診療の先生と再考→回答まち	
14	P77 体験談／治療と仕事の両立支援 ・・・ 修正案 «4 行目»・・・本当に両立できるか心配する相談です。 → **本当に両立できるか心配していると言う相談です。**	（宮城様）
	事務局として検討し、提案通り文言を修正する。	
15	P78～81「治療を受けながら働く」について (1)～(5)の配置変更が必要かを検討しています。 （金城）前任の見解で引き継いでいるが、項目内容と、相談窓口等の専門性にずれがある。校正«原稿»の変更等を提案 →（大久保）当初制作に携わり、病院での出張相談なども開始前で、その時の校正«原稿»がそのままである。現状にアレンジすることに賛成。医療機関での就労相談とかそのあたりを順番として最初に挙げて、労働トラブルなどは後回しでも良いのであれば項目を 5 番ぐらいにするなどのアレンジは有効だと感じた。 → 金城・高嶺・事務局にて検討と回答	（金城様）
	事務局として検討し、大項目の順番を変更とした。担当者金城先生及び高嶺先生へ報告し承諾を得る。→両名の承諾を得た。 **新）** 2.治療を受けながら働く (1)医療機関での就労相談 (2)治療と仕事の両立支援 (3) 労働問題全般についての相談 (4)生活から就職までの総合相談 (5)女性の就業相談、仕事と子育ての両立などの相談 (6)働く患者の支援団体、冊子	

16	P87 (2)離島・へき地のがん患者等の宿泊支援 «1 行目»放射線治療を…とあるが 放射線治療だけが制度対象と考えてしまいやすい。実際は放射線以外での適応もある。 文言の検討依頼 → 放射線治療をから放射線治療等と追記するだけで解釈が広がると思う。 →（田盛）等を追記で良い。→ 他の意見無く決定。	（宮古島在：相談員）
17	拝読し易い文字の色についてがん患者の皆さんは比較的高齢者が多く、視力の衰え等でハンドブックの文字が読みづらいとの声が多く寄せられています。 カラー5 色で構成されているが、第 1 部や 2 部のイラストにある会話部分のグリーンやオレンジの文字等は特に読み辛く、眼鏡無しでは読めないと不評です。連絡先の電話番号や問い合わせ先の P○○の文字なども其々のカラー使いを無くして黒にした方が目立って良いと思う。（田盛）P12・25 のイラストに掛かる文字が特に薄く以前化から伝えているが変わらない、また P 36 の問合せ先→P 10 表記同様に黒文字に変更を要望→（大久保）色弱の方などにも対応できるよう事務局含めデザイン制作側とも相談したほうが良いと思う→（田盛）黒文字にしない理由があるのか→制作会社オフィスユニゾン担当者の三枝氏に議事内容を理解していただき調整する→（片倉） P 63 の様に色で囲んで文字を黒にするとよい → （田盛）読めることが第一要件であり見た目（で在院重視）より優先してほしい。→制作会社へ議事説明時に P 63 の表記の参照を加える。	（田盛様）
	事務局として検討し、制作会社担当者の三枝氏との調整により変更する。	
18	全体的に文字が多いので、図や表を増やし、情報が患者に入りやすくする工夫も必要では。 （島袋）フローチャートや漫画、QR コード記載などを提案 → 検討	（島袋様）
	事務局として検討し、情報取得を容易にする工夫として QR コードの記載を決定した。	
19	初めの折り込みページおよび相談をする項目 緩和ケア認定看護師やがん看護専門看護師が存在する病院もあると思います。活用できるよう情報として掲載はいかがでしょうか。 他、乳がん、嚥下、皮膚創傷などがんに関連した看護師の存在の掲載は必要でしょうか。 →（島袋）主治医だけではなく認定看護師の情報提供を要望。相談先が分からない患者さんが多々いるため。→検討	（島袋様）
	事務局として検討し、認定看護師及び専門看護師の重要性は現場で従事している者や患者さんは実感するが、各医療機関により配置の有無が生じており、情報提供には混乱を招く懸念があるため、不採用とした。	
20	医療者にとっても患者様、ご家族への説明には非常に役立つリソースとなっています。今後、医療者へもサポートブックの感想や使いやすさなどのアンケートを実施してみるのはいかがでしょうか。その際に、がんサポの利用率・知名度なども合わせて集計してみることで、今後の活用拡充につながるのではと思います。（島袋）本冊子の医療従事者への認知度を高めるためにもアンケート実施を提案 → 以下 22 でアンケート実施について説明する。	（島袋様）
21	「“がん”て何だろう」と定義するのはどうでしょうか。そこで、がんの治療のために抗がん剤治療、手術、放射線治療が必要なことを伝えてはいかがでしょうか。患者様は治療がきつくて、治療を辞めたくなることがあると思いますが、治療の必要性を伝えてはどうでしょうか。心のケアの専門家、精神科医、心療内科医等への相談は可能でしょうか。意見を促した→田盛様より賛同を得た。検討	（高嶺様）
	事務局として検討し、各医療機関によって科、担当医の有無等状況が複雑であり、情報提供には混乱を招く懸念があるため、不採用とした。	

22	沖縄県がん患者会連合会様より 「がんサポートハンドブック」のサイズを現在の 1／2 ほどにし、ポケットサイズにする方が、患者や家族の方々に手に取っていただきやすいとのご意見がありました。 つきましては、上記について委員会開催時に委員の皆さまへお伝え いただけますでしょうか。 2022 年版では難しいかと思いますが、2023 年版以降の作成時に 患者会連合会様のご意見をご検討いただければ幸いです。（メール抜粋） →（田盛）現サイズが適当。本島との往復で機上でも病室や待合室でも広げやすく携帯にも丁度良い。2/1 サイズとなれば、厚みが増す懸念とページを減らすには文字の縮小となり更に読みづらくなる懸念がある。 →（金城）今後は世代交代に併せてスマホ等«デジタル化»に移行していくにしても、現世代«概ね 70 代»の間ではまだ誌面を通して情報を得ていることを考慮して、現サイズがベストである。 →（片倉）小さくするとは、文字を単純に縮小することではなく、例えばがんの部位毎に記載されたQR コードを写すと YouTube に飛ぶ、または音声で説明が聞けるなど、今からを見据えてのサイズ縮小の提案ではないですか？県内でも新聞 2 紙はﾃﾞｼﾞﾀﾙ版が普及しており紙面発行部数は減少している。医療講演会も YouTube で一方的に流し質問等はメール対応の形態が増えている →（増田）県への要望として「沖縄県がん患者連合会」から上がってきたようです。15 年前ほど前から医学科の学生 30 人を受け持っているが全員新聞を読む習慣がない。彼らの親世代でさえも読まない。そのあたりも踏まえて皆さんに考えて頂きたい。 →（金城）増田先生や片倉さんの意見等も理解できるが、やはり高齢者の事を考えると、ちょうど今過渡期なので、増田先生両誌作成することは可能か。 →（増田）予算の問題がある。実務的に可能であっても、今年度の予算に組み込まれていないため、次年度以降の計画に向けての検討課題。皆さんには最終的にどの年齢層が読むのかなどを考えて頂きたい。2022 年版は部分的に変えていく必要はある。片倉さんや他の方も述べられたとおり YouTube での提示の工夫も必要になってくる。昨年度、情報提供相談支援のワーキングで全がん連理事長の天野氏より、現状は HP でさえも読まない、検索し動画で情報を得るのが主体であるため YouTube 配信を促されている。、更に国立がん研究所の希少がンセンターは全て YouTube で動画配信している。しかし逆に、がん対策情報センターは活字で情報提供を考えており、私自身も携わっている。過渡期であるため、良し悪しではなく、本委員会では沖縄県の実情を、型にはめずに少しフレキシブルに意見を交換し合い、徐々に意見をまとめて形にしていけば良いと思う。 →（金城）過渡期であることは承知した。実際に患者さんにハンドブックを手渡しする方々の意見をリサーチするためアンケート等で結果を判断材料にするのはどうか。用務的には可能か。 →（田盛）アンケートについては患者会代表に取りまとめてもらい実施する方法はスムーズだと思う →（増田）その時お願いしたいのは、患者会でまとめて、会員以外の方にお願いしたい。全がん連での認識として、患者会会員はプロ化しており、皆さんも編集委員のプロフェッショナルであるため、冊子の内容が頭にインプットされている。必要な判断材料は、告知され頭が真っ白な状態で人に会いたくないとか、主治医にも会いたくないとか、それでも何とかしなければという状態の患者さんが対象の冊子なので、究極は告知直後の方の意見が望ましいが、現実問題としてそのような方々に依頼はできない。よって一般の方で 70 代前後の方を対象に実施計画中である。	沖縄県保健医療部健康長寿課 がん対策班　喜屋武様　（会長：田名様）

	→（事務局）現在、かりゆし長寿大学同窓会の事務局と交渉しており、県との調整を踏まえてアンケート実施予定。対象は、県内広域在住、70 代前後、男女 10 名。選別は同窓会事務局の方に一任しているため、依頼者の中にはがん患者、患者家族、医療従事経験者が含まれている可能性もある。 →（田盛）患者会活動の中で、会員を募るため八重山病院に働きかけるが個人情報保護法により情報は得られない。入会される方は支援センター経由若しくは知人などからの口コミによるもので、告知間もない方を探すことはできない。 →（金城）やはり医療従事者・ソーシャルワーカーさんの意見も必要ではないか。 →（事務局）これまでも患者さん及び医療従事者に実施している（実績：第 1 版・第 3 版）が 2022 年版は冊子を一新したい意向であるため、新鮮な目線での参考意見と見識を広げるためにも必要との考えから一般の方を主体に行う予定である。その結果を踏まえて再度検討する。	
	事務局として検討、以下のとおり。 ・7/25 実施のアンケート結果も踏まえてサイズ変更の必要はないと判断した。 ・You Tube は今後の検討課題として扱う ・本冊子の対象年齢はがん患者 16 歳から 74 歳(後期高齢者除く)、またその家族(40 代～60 代)のネットを使わない方。更に冊子を読まない方対象には Web 版を提供している。	
23	2022 年度発行の時期について、制度改正が間に合うなら慣例通り 3 月末（**新年度版**発行）で良いか。制度改正に間に合わなければ 12 月末（**新年版**発行）でよいのか？(入稿から校了のタイミングで図る) →（増田）問の意図は、これまでに、自身若しくは配布先にて、表紙の表記上、西暦と年号の両方が記されているが混乱したことはないか、2021 年版であり、令和 2 年度県委託事業とあるため、2021 年は令和 3 年にあたるが、事業年度は令和 2 年度であるため統一する策を一考頂きたく提案した。 →（田盛）定年まで石垣市職員であったため説明します。行政事業は発注した年度で予算執行とするため、予算会計年度が令和 2 年度であり、冊子は 2021 年版と理解できれば混乱はないと思う。 →（大久保）病院で多く配布しているが、疑問に持たれたことはない。表紙にある令和 2 年度沖縄県委託事業はタイトルではないので、、混乱を招く並列を避けて例えば裏表紙に令和 2 年度沖縄県委託事業を移動できるか、検討してはどうか。 →（片倉）例えば表紙上に 2021 年版を記して、写真の中の一番下に令和 2 年度県委託事業でいいのでは、裏表紙では県が承知しないと思う。若しくは「地域の療養情報 2021 年版」を下にし、令和 2 年度版を上に等（レイアウトの変更案） →（増田）県からの要望上、必ず表紙に県委託事業を明記する必要がある、また裏表紙への明記案も過年度に訂正の経緯がある。改めて（レイアウトの変更）案を県に提示する。	（事務局）
	事務局で検討し、レイアウトの変更案を県に確認し制作委託先と調整する。	

24	**▷4_資料-5　P14-15　緩和ケア図案【画面の】共有　表示** ▷緩和ケア図表を提示し説明する（ライフコース）の図が見開きの為矢印の方向が分かりづらいと感じ、タテの 1 ページで収まる図を作成してみた。あくまでもラフ（草案）である。 →（田盛）一目見ただけでこの図が見やすいので変更を推奨します。 →（金城）同意見です。→礼を述べ、制作委託先との調整により、決定する旨を伝えた。	（事務局）
	事務局として検討し、制作委託先と調整。図内の線の色や太さの強弱をつける（原稿図を参照）	
25	**▷5_資料-6　表紙案　【画面の共有】表示** ▷初めにお断りいたしますが、この表紙案はあくまでも草案です。これまで表紙をはじめ扉やキャプション等のビジュアル面をお任せしていました、垂水健吾氏の写真から、他の方に変更するというのはいかがでしょうか。制作委託先との相談により決定いたしますが、先に編集委員皆様のご意見やご提案を伺い、本会議での総意をまとめてお伝えいたします。 →（田盛）明るくて良い。但しタイトルは黒文字で大変読みやすい反面、以前患者さんから、人前で読むには抵抗がる、タイトルでがん患者だと他者に気づかれたくない。という意見がある、表紙にブックカバーをつけることを提案した経緯がある。しかし、予算上かなわなかった。 → 礼を述べた。«意見を参考にタイトル色、フォント等含め各位に変更案の提案を試みる。»	（事務局）
	事務局として検討し、制作委託先と調整、その後、各位と調整	
	削除したい項目等	
1	・表 2「がんや療養生活について・・・」 ・巻頭綴じ込み 「信頼できるインターネット情報」 いずれも P24「書籍とインターネットで情報をさがす」と同様であるためまとめてはどうか →（金城）削除項目を探すのが大変であったため内容を削除するよりも、まとめられるページを提案した。 →（田盛）提案内容が分かりにくいため説明を求めた。 →（金城）巻頭綴じ込みページに「がんになったら手にとるガイド」と P24 にも同本の紹介があり重複しているのでまとめてはどうか。→重複している箇所は審議の必要がある旨を伝えた。 →（中山）「がんになったら手にとるガイド」はがんに関する一番大事な情報が網羅されている。がんサポを手にとったときに最初に目につくように、「がんになったら手にとるガイド」とホームページの情報を掲載してほしい。出来れば P24 そのまま記載してほしい。ピアサポーターの用務に於いて、ネットで様々な情報が氾濫している中で、最も信頼できる情報として案内している。 →（金城）割愛するのではなく、レイアウト上どちらかにまとめた方がより伝わるかと感じた。 →（中山）何度記載されても良いと思うほど重要な情報であると思う。→記載の方法(構成)などを検討	（金城様）
	事務局として検討し、削除候補である。再度編集委員各位と調整し決定する。※12 宮城さん意見も含む	

2	・P7 第 1 部 納得して治療を受ける →上半分の枠の中に p9 の説明文を入れ、下半分の写真を縮小する。 P8.9 の写真を無くす事により 2 ページ削除できる。 ・P8. 9 写真 文章は P7 に移動 ・P8.9 写真を半面にする （田盛）毎年写真«扉、リード»ページを入替えているが写真を入れる効果についてお聞きしたい →（増田）基本的に 10～20 ページ以上の冊子の場合、活字だけでは飽きてしまい、冊子を捨てるというのが定説であり、読んでもらうため 10 ページに 1 ページ程度、概ね一割は捨てページを割り当てている。最後まで読んで頂けないのが実情であり、写真やイラストを入れてしっかり読んで頂く工夫をしている。現在進行中«国の直轄事業»の全がん患者さん対象の 28～32 ページの冊子を編集しているが、大部分をイラストにして、活字は 3/1 程度でなければ読まないというプロ編集者の意見である。 →（田盛）昨年 100 ページの記念誌を作成し、50 ページは写真を掲載したところ、大変喜ばれ、写真の効果を実感した経験もある。本会の議事内容で、削除したい箇所を求められたので、あえて提案した。 →（増田）意見を否定するわけではなく、改めて皆さんに本文の削減をお願いしたい。。ページ数及び文字数が非常に多く、おそらく情報過多になっているため活字を減らしたい。最終的には皆さんのご意見をまとめて作成する。 →同意見の 3 名に答弁を促すも意見無し	
3	・P33 第 2 部 よりよい療養生活をおくるために →上半分の枠の中に p35 の説明文を入れる。 P34.35 の写真掲載を無くす事により 2 ページ削除できる。 ・P34.35 写真 文章は P33 に移動 ・P34.35 写真を半面にする ※項目 2 同内容のため割愛する旨を伝え全員の承諾を得た	（田盛様）
4	・P65 第 3 部 お金のことについて →上半分の枠の中に P67 の説明文を入れ、P66.67 の写真掲載を無くす事で 2 ページ削除できる。結果 6 ページ分の削除が可能となります。 ・P66.67 写真 文章は P65 に移動 ・P66.67 写真を半面にする ※項目 2 同内容のため割愛する旨を伝え全員の承諾を得た	（大湾様） （島袋様） （片倉様） （金城様）
2.3.4 について事務局として検討し、制作担当と調整の上で進行する。→ 調整中		
5	P10 ・第 1 部 1 章がんについて相談するについて、他項目での相談窓口情報もあり重複しているため削除して良いのでは。 ・吹き出しによるページ照会 削除を希望 （佐久川）まとめられる箇所を探して相談窓口の情報がいくつかあり統一を提案した。→（中山）吹き出しの部分は特に必要ないと思う →検討	
6	P11.12 イラスト削除希望 P12 イラスト削除検討若しくは縮小 → 検討 事務局として検討し、P11 と連動するため削除とする	（中山様） （宮城様） （金城様）

事務局として検討し以下のとおり決定した。 （大久保）→5.6 について、相談支援センターの紹介ページとして吹き出し表記にすることで利用者が反映しやすいため削除しない。イラストも相談室の堅苦しいしいイメージを緩和するために必要である。スペースをあける案としては、吹き出しとイラストを縮小し、吹き出し 2 件削除＜①セカンドオピニオン P22②退院すること…P56＞更に（1）がん相談支援センターの項目と■沖縄県内のがん相談支援センターをまとめることで文章を縮小する。また、P12 の SW 協会案内を P11 の病院一覧の下に移動する。 →再検討（P11 イラスト縮小、吹き出し残す。P12 イラスト削除とする。）⇒P12 の（2）沖縄医療安全センターの情報も P11 に移動し、P12 を削減<レイアウト変更案作成済み>		
7	P16　写真 写真と歌詞　→　検討	（宮城様） （島袋様）
アンケート結果も踏まえて、制作委託先と調整し、ページ削減に伴って一部削除等、検討中。		
«全般的な意見として» →（増田）削る項目ではなく、必要な項目について、改めてディスカッションしても良い。 例えば 50 ページの予算しかないと仮定した場合、残したい項目を考えた方が判断しやすい。 冊子創刊の経緯：国から本冊子の必要性について、当初«がんになったら手にとるガイド»を全がん患者に無料配布を示唆するも、結果、定価千円の購買形式となり、本冊子は補足の役割として地域に絞り込んだ情報を掲載すること（地域の療養情報）を目的に発行した。しかし«がんになったら手にとるガイド»が全く普及せず、おのずと«がんに…»の重要な項目を掲載する必要性に伴って本冊子が徐々に肥大化している。本来は«がんに・・・»を読んで頂き、問題があればがん相談支援センターを利用し、そこでローカル情報を得るために本冊子を活用して頂くのが本筋である。 ただし本冊子を否定するものではなく、他県の指標となっている。今後、本冊子の中で強調したいことを、例えば、一つは文章、一つはイラスト、一つは表を用いて、ページを 23 ページ程度にし、余った時間を YouTube 作成に充てた方が、患者さんの為にも良いのかと思案している。 «今後の情報提供手段として YouTube への移行をリサーチする»		（増田先生）
8	P17（3）臨床試験　（4）補完代替療法　→　推奨しているような印象を受ける （中山）ページを割いて載せる必要はないと思う　→　検討	（中山様）
事務局として検討、以下のとおり。 （大久保）→推奨する文面ではなく、また補完代替療法は相談支援センターへの問合せが多いため、注意喚起の観点からも必要な項目である。 →増田先生と再調整し現状通りとした。		
9	P18（5）ゲノム医療　<7 行目>「治療選択に役立つ・・・　<15 行目>・・・他の治療を検討します。」	（大湾様）
事務局として検討し、上記の箇所を削除とする。		
10	P18（6）口腔ケアとがん治療　（島袋）病院での指導があり、掲載の必要はないと思う。	（島袋様） （中山様）
事務局として検討し、削除とする。		

11	P21（2）主治医の説明を聞く →（田盛）患者会(やいまゆんたく会)の立場からすると、必要な情報であり、残してほしい。→検討«簡潔にしてはどうか»	（中山様）
	事務局として検討、以下のとおり。 （大久保）削除の必要があるならば、①«2 行目…このときひとりやふたりではなく 3～5 人→簡潔に» ②«4 行目…よく「家族に心配は･･･」とか「こどもが内地で･･･」という患者さんがいますが» ③«10 行目･･･30 分以上の時間をもらいましょう» ★«19 行目･･･説明は一度限り･･に伝えてください。»は重要で残すべき。 →増田先生により本文修正中	
12	P24 書籍とインターネットで情報を探す･･･はじめの 3 行は削除、若しくは文章を短くする。 例）推奨書籍：国立がん研究センター･･･「患者必携･･･ガイド」と記載してはどうか →検討	（宮城様）
	※1と同じ	
13	P36 イラストを変えるか削除 （宮城）イラストの表情が辛そうで、変更若しくは削除してはどうか →（金城）同意見 → 変更もしくは削除	（宮城様） （金城様）
	事務局として検討し、イラストを変更とする。	
14	・P48（3）がんとセクシャリティを 1～2 行にまとめて、P47 に加える。1 ページ要する必要はないため P48 削除希望 ・P46～48 自分らしく毎日を過ごす 2 ページくらいにまとめる ・P47 以下の症状が･･･以降削除してはどうか、P48 がんとセクシャリティがイラストとともに半ページで良い （中山）項目としては大事だが、P48 は特に 1 ページ分は必要ないと感じた。 →（島袋）大事な項目ではあるが、情報を削減し、2 ページ程度にまとめられると思う。 →（宮城）2 名に同意見 → 情報量の削減とイラスト縮小を検討	（中山様） （島袋様） （宮城様）
	事務局として検討、以下のとおり （増田）→がんとセクシャリティは重要な情報。項目は全て残す 項目の移動あり（意見 15 のとおり） （大久保）→ がんとセクシャリティは必要な情報であり文面も縮小せず掲載希望。イラストに若干違和感があり、若い男女だけの問題ではなく現状は同姓婚等、多様化している。変更し縮小、削除でも良い。 ▷文章は現状通り、イラストを変更（例：シェイクハンドのアップなど） ⇒P47 項目（2）下記、箇条書きを縮小するため、中山さん、島袋さん、宮城さんに再度検討を依頼した。 →増田先生と再度調整の結果、箇条書きを削除し、本文を修正し簡潔な内容にまとめた。	
15	P50～51■院内学級の特色について、小児がんの長期入院は、琉大病院と南部医療センターに集中しており、入院直後に情報を得られるため、情報を省略し 1 ページにまとめてはどうか。 （佐久川）従事先院では診断が付くとすぐに院内学級の先生が挨拶に来て情報を伝えるのが基本であるため、本冊子から親が情報を得る事はほとんどない。自分が本冊子を活用し、情報提供をするのであれば、1 ページにまとめた方が良い、更に子どもは集中力がないため YouTube にリンクできる QR コードがあれば活用の範囲が広がると思う。 → 検討	（佐久川様）
	※県内院内学級情報の QR と、YouTube があればその QR コードも記載する	
16	~~P61 体験談~~ （宮城）意見削除 → 承諾	（宮城様）

17	P62 第 2 部 7 章のタイトル「最期まで自分らしく生きる」について、最期までの文言がドキッとする。告知を受けたかばかりの方が冊子を読んだ時にイヤだと思う。 また、緩和ケア＝ターミナルケアではない。情報が古い印象があるため P63 削除を希望 →（宮城）中山さんと同じ意見である。ページ担当として悩みながら校正を行い、緩和ケアにおけるターミナルケア«緩和ケアの中の一部分»であることを強調したつもりである。P62.63 は SW ワーカーの方が患者さんへの説明時に活用されている重要なページということですが、私«看護師»の立場からは、がんと告知されたばかりの患者さんがこの項目«P62～P64»を見た時にどう感じるか、皆さんのご意見を聞かせてください。 →（田盛）やいまゆんたく会患者会の立場から、離島に住んでいる私たちにとって、離島の病院に入院していると、最期をどこで看取るか、あるいは自身が最期は楽に生きたい、しかしどこに行けばよいか、家族でも分からない、そういった場合にとても貴重な情報である。→検討	（中山様）
	事務局として検討し、P62 タイトル最後までを削除し「自分らしく生きる」に変更とする。 P63 は削除。しかし、田盛さんの意見を鑑みて、離島の看取り施設（老健施設の情報等※診療所は看取りなし）の有無等の新設ページ（1ｐ追加）もしくは現状のまま→各位に問う →（大久保）P62 個々により要望が違うため連携先施設も違ってくる。患者と家族間の相違等も含め複雑な案件である。離島地域の施設の充実度や対応の差もあり、情報提供は非常に難しい。提供するのであれば療養場所ガイド＜医療機関一覧＞ページが適している。本冊子上で新設するのであれば、P30 が適していると。 P63 に関しての現状は、主治医から紹介状を渡された後の説明が不足しているため、情報提供が必然であり削除は望まない。 →増田先生と再度調整し、現状通りとした。	
18	P72（6）確定申告による医療費等の控除 （中山）社労士の先生を前に提案しづらいが、P72(6)確定申告による･･･その前の P71 の年齢区分の箇所から含めて、私もがん患者であったので、役所に行くと説明を受ける内容である。どこまで本冊子に載せる必要性があるのか教えてほしい。 →（金城）私が直接担当のページではないが、高額療養費の制度についての項目内容は、充分ではない。制度説明には個々の収入額が必要であり、対応も様々で難しい制度なため、詳細を記載するよりは、制度を紹介するのみで良いかもしれない。昨年度編集委員で SW 山田さんから、表«P69･70»を使って説明をしたいということで質問が何度もあったが、やはり表だけでは補えない制度である。 →（大久保）相談支援センターの立場から P68～P71 は実際にフル活用しているページである。まず、役場に相談に行くという発想がない方がほとんどであり、社保か国保かすら自覚していない方も多いため、SW の実務的には過不足なく、必要な情報であり、状況に応じて窓口（役所等）を案内する。患者さんの家計のやりくりに使われる表«P70»また年齢区分箇所«P71»も含め、継続掲載を希望する。P72 に関しては貸付を利用する方も少なく確定申告も同様であるため、削除でよいのかもしれない。 →（金城）高額療養医療制度は社会的な資源であり患者さんにとって大きな支援になる。相談支援の現場でこの表を使って説明されることに感謝します。年度毎に数字が変動するため法改正に伴い情報を提供できるようにする。 →（片倉）先日、熊本の病院に入院した際に高額療養医療制度については、地域連携相談室から 6 ページ程の説明書を頂いた。がんではなく脊髄損傷に対する再生医療の件ですが、各病院で	（中山様）

	«高額医療制度等の説明書»が作られているので、がんになったばかりの人に、高額療養医療制度の取得は促すが、細かく説明する必要があるのか、また本冊子の当該項目全てを読まなくては申請できないという誤解を招く。制度の照会と窓口の案内だけの記載でよいのではないか。 →（田盛）P72（6）確定申告による医療費の控除は、削除の方向で進んでいるようですが、実情は、医療費の控除が受けられる事を知らない方が多く、役所や税務署へ出向いても職員が教えてくれるわけではないため掲載を希望する。«2 行目»税金を軽減します。→**軽減出来ます。**文言訂正を提案。→検討	
	事務局として検討、以下のとおり 増田→P71 集約できないか。 → 改めてご専門の金城先生、高嶺先生に検討して頂き、変更内容を基に各位に承認していただく。 →金城先生、高嶺先生のご意見を踏まえて、事務局案を再度検討中。	
19	P96.97 役所･役場一覧 削除検討 （金城）就労支援の現場で患者さんに対応するが、自分の自治体を知らないことはないので掲載の必要はないのでは。→反対意見特に無し。検討	（金城様）
	役場一覧は削除。県社協の掲載必要か、大久保に確認し削除とした。	
20	体験談の掲載について（意見)同一人による体験談は単年度のみの掲載にして、掲載する人数を制限して行えばページ数の削除にもなります。又、年度版毎に新たな体験談の掲載を行うことで、より多くの患者さんの体験談を掲載できるようになるので、会員さんがより関心を持つようになって、良い結果に繋がるものと思慮します。 ･理由：ハンドブックは発行される度に患者会の会員に配布される為、殆どの会員が年度版を全て手にしています。したがって、複数年同一体験談を拝読するよりも新たな体験談の拝読をできる方が良く、掲載を単年版で行う事によりハンドブックの有効活用が図れると思われます。 →（増田）患者の体験談は冊子に必要か、改めて検討していただきたい。また、第 3 部「お金のことについて」は、制度が複雑であり年度毎に改正がある、片倉さんのお話し通り各病院で制度の案内があるので、本冊子では例えば項目だけを挙げ、手続きが難しいためがん相談支援センターにご相談ください。という情報提供のみというのはどうか。大久保さん含め検討いただきたい。 →（大久保）これまでも医療制度に関する項目掲載の検討があっての現状だと思いますが、田盛さんからのお話しがあったように、制度を知らない方のためにも項目だけでも掲載したほうが良いというところから、詳しく載せる必要があるところはどこか、という増田先生の質問の意図かと思いますが、片倉さんがお話ししたように、各病院の医事課や入院準備室からの説明はあると思う。割愛する事も可能かもしれない。ただ、69 ページが良く作られており相談支援施設のない病院等や、相談員によっては詳しく説明できない場合も«制度額区分表»を用いることで患者さんの理解が得られる。活用の一端として継続掲載してもいいと思う。 →検討	（田盛様）
	事務局として検討し、体験談は基本的に年度毎に入替える。また提供者の生存を確認する(ご家族への配慮は必須) 各位に承諾を得る。 更に、読者の負担を考慮し文字数を概ね 550 字、高齢者の体験談も取り入れるとした。 但し、ページ割の状況に伴い 1 話程度の削減も考慮するとした。	

21	第３部「お金のことについて」は、制度が複雑であり年度毎に改正がある、片倉さんのお話し通り各病院で制度の案内があるので、本冊子では例えば項目だけを挙げ、手続きが難しいためがん相談支援センターにご相談ください。という情報提供のみというのはどうか。大久保さん含め検討いただきたい。 →（大久保）これまでも医療制度に関する項目掲載の検討があっての現状だと思いますが、田盛さんからのお話しがあったように、制度を知らない方のためにも項目だけでも掲載したほうが良いというところから、詳しく載せる必要があるところはどこか、という増田先生の質問の意図かと思いますが、片倉さんがお話ししたように、各病院の医事課や入院準備室からの説明はあると思う。割愛する事も可能かもしれない。ただ、69 ページが良く作られており相談支援施設のない病院等や、相談員によっては詳しく説明できない場合も«制度額区分表»を用いることで患者さんの理解が得られる。活用の一端として継続掲載してもいいと思う。 →検討	（増田先生）
事務局として検討、以下のとおり （大久保）P73（■計算方法 ■対象となる主な費用）削除しても良い） 相談支援センターを利用される（物理的、心情的に利用できる）方はほんの一部であり、本冊子による情報提供は必然と考えている。 →P73（■計算方法 ■対象となる主な費用）を削除とする。	

５． 各コンテンツの分担確認及び決定（資料 3）

事前配布資料 3「2022 年版」台割表を共有画面に提示し説明。昨年度の分担を基に作成し、新たに参加された高嶺様については用務招聘時に担当箇所等説明済みである旨を伝え、時間超過により詳細は割愛する旨、各位変更希望等あれば連絡をお願いした。→（金城）一箇所変更を希望（P87）「離島やへき地に住む人向けの制度を知る」担当は高嶺さんだが、実際に離島で利用されている田盛さんが適任と考えるが、どうか →（田盛）離島へき地部会の委員もしているためその兼ね合いもあり承諾。

→全員の承諾を得、担当を変更「P78 高嶺 →田盛」

６． 制作スケジュール確認（資料 4）

資料 4. 制作フローチャートを共有画面に提示し、編集委員用務終了予定期間及び、印刷から納品期間の 3 月上旬を目標に掲げ、詳細説明は割愛した。

７． 閉会

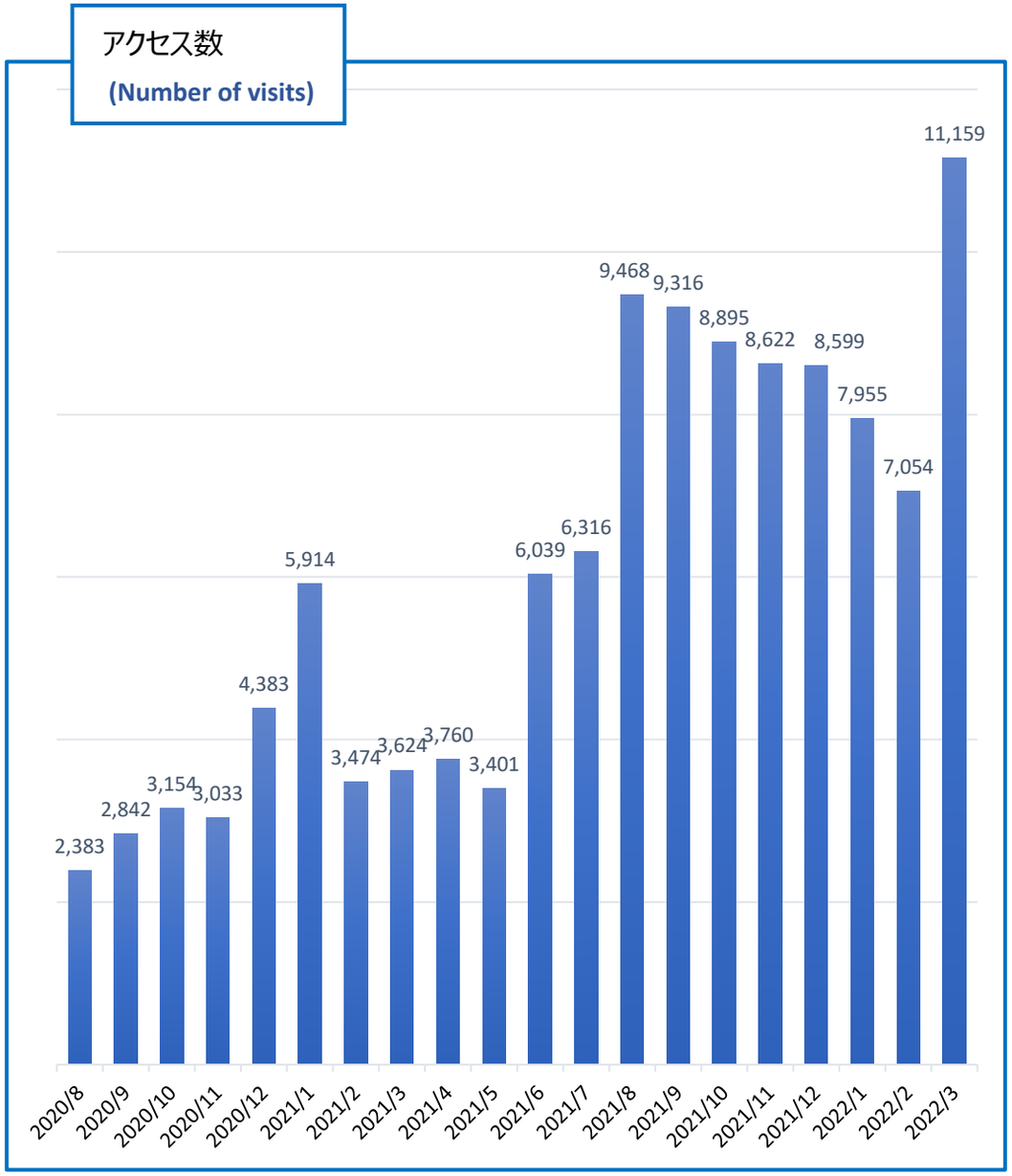
本日の協議内容は議事要旨にて各位に送付の旨を伝え、次回は必要に応じて開催とする。

以上により「第 1 回がん情報提供資材 2022 年版編集委員会」を閉会した。

予定超過により 17：07 閉会。

おきなわがんサポートハンドブック・サイト版アクセス数

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



月別	アクセス数 (Number of visits)	備考
2020/8	2,383	アクセス数カウント開始
2020/9	2,842	
2020/10	3,154	
2020/11	3,033	
2020/12	4,383	
2021/1	5,914	
2021/2	3,474	
2021/3	3,624	
2021/4	3,760	
2021/5	3,401	
2021/6	6,039	
2021/7	6,316	
2021/8	9,468	
2021/9	9,316	
2021/10	8,895	
2021/11	8,622	
2021/12	8,599	
2022/1	7,955	
2022/2	7,054	
2022/3	11,159	2022.3.30時点
合計	119,391	

資料１９

がん相談業務
（院内におけるピアサポート）

相談記録シート集計報告

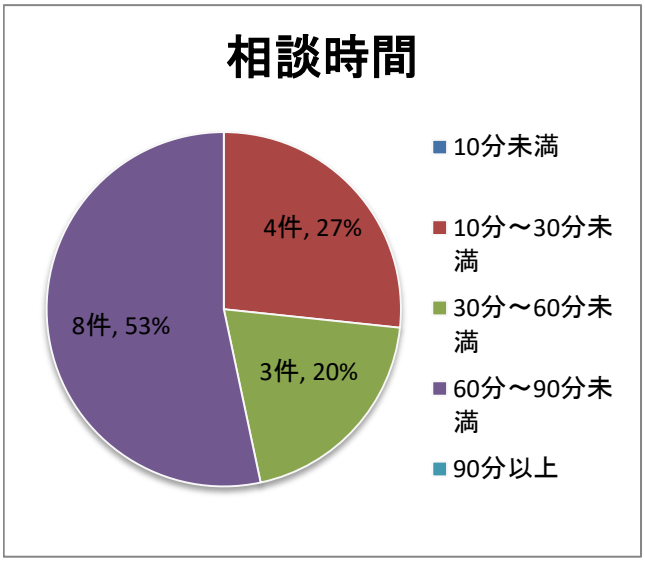
実施期間：令和4年1月1日～令和4年3月31日

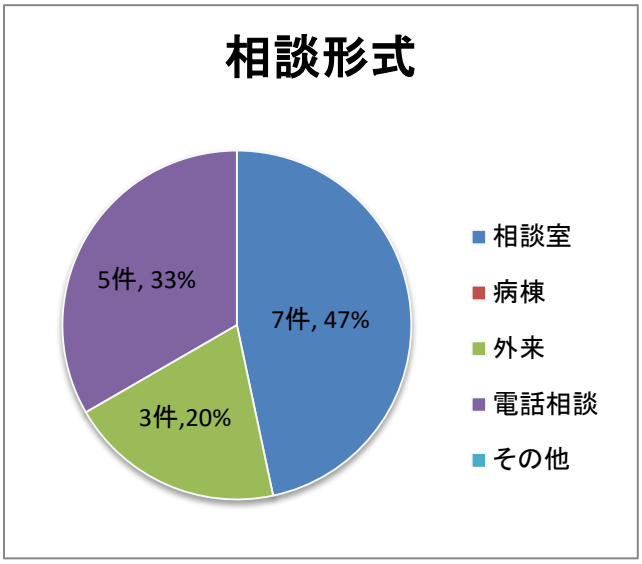
沖縄県地域統括相談支援センター

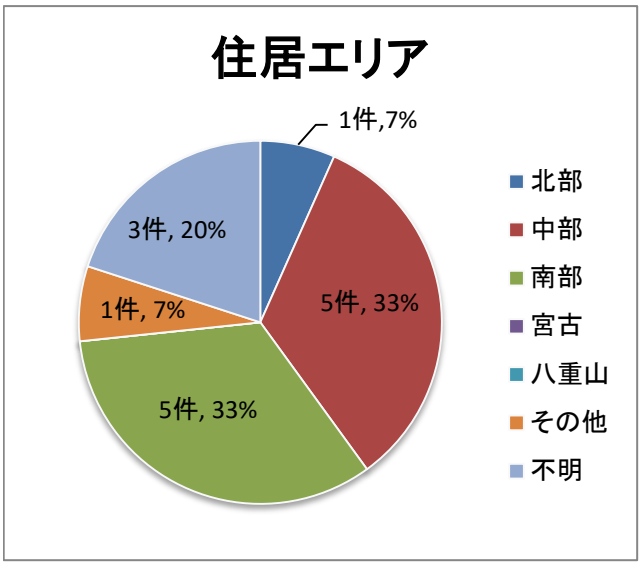
がん相談業務（院内におけるピアサポート）集計結果

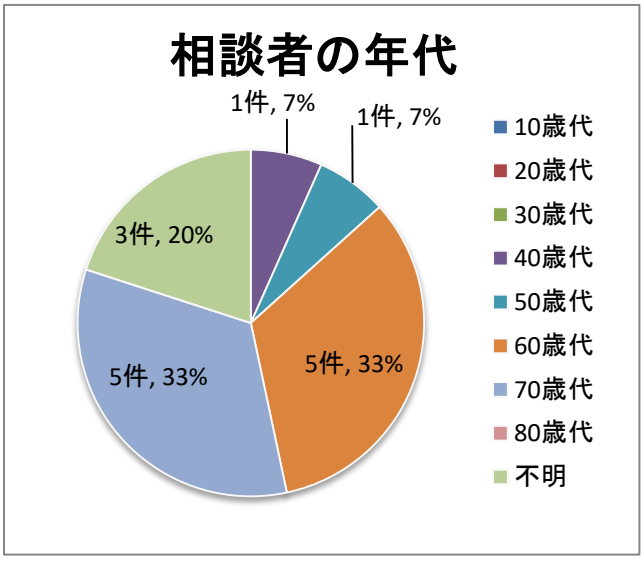
■ 調査対象期間　令和4年1月1日～令和4年3月31日
■ 調査件数　15　件

相談月	件　数
1月	5
2月	4
3月	6
合　計	15

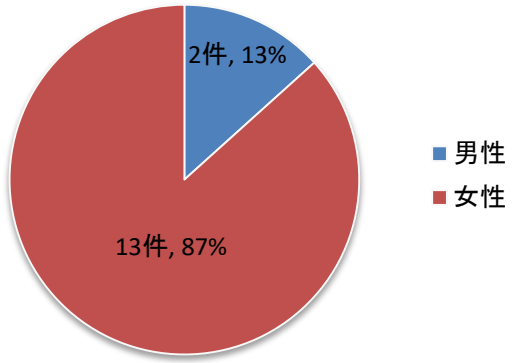




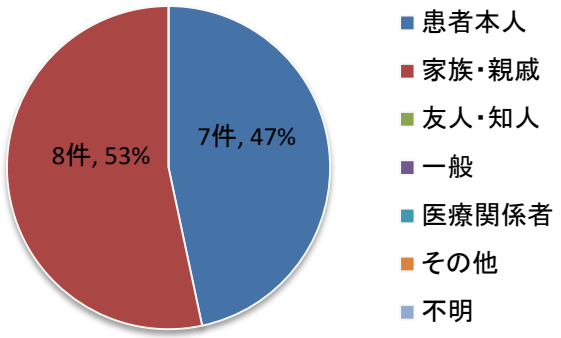




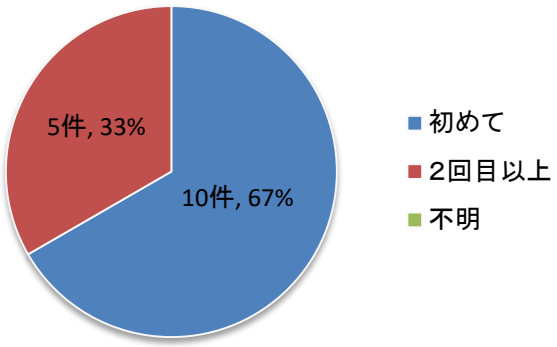
相談者の性別



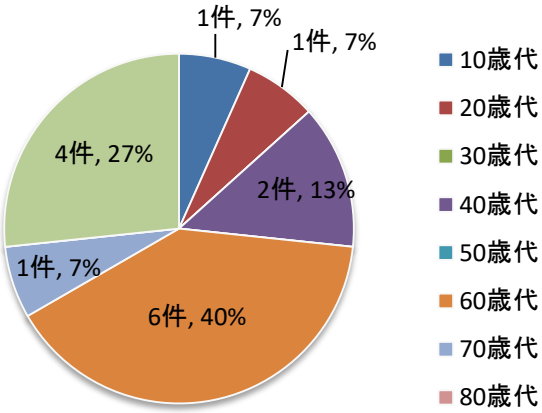
相談者のカテゴリー



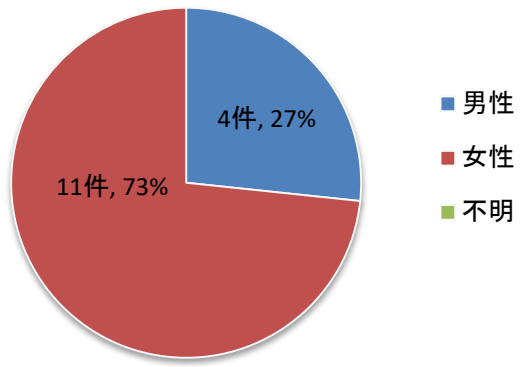
相談者の利用回数



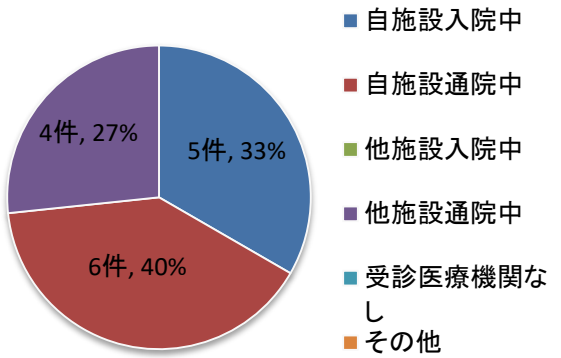
患者本人の年代

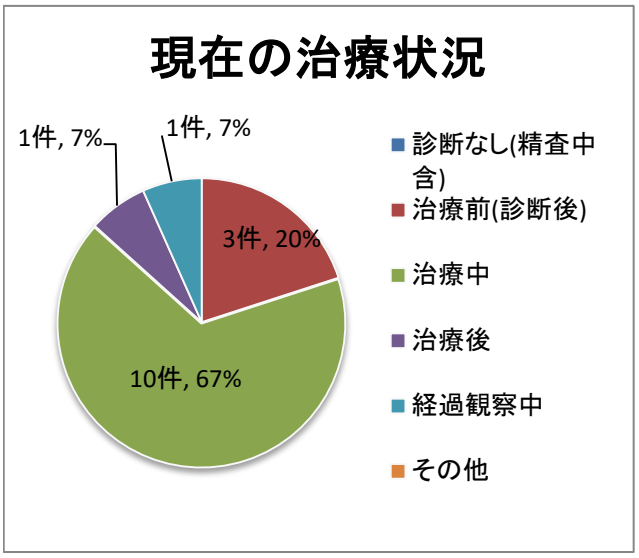


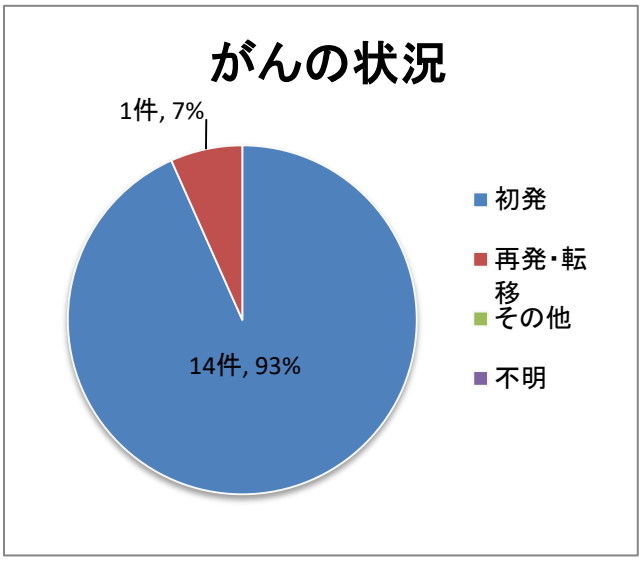
患者本人の性別

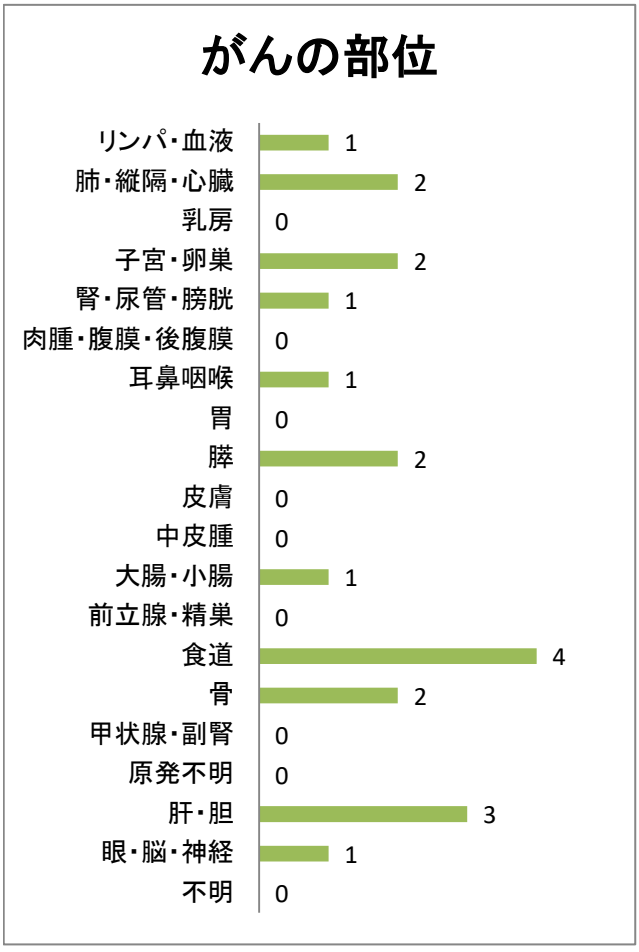


受診状況

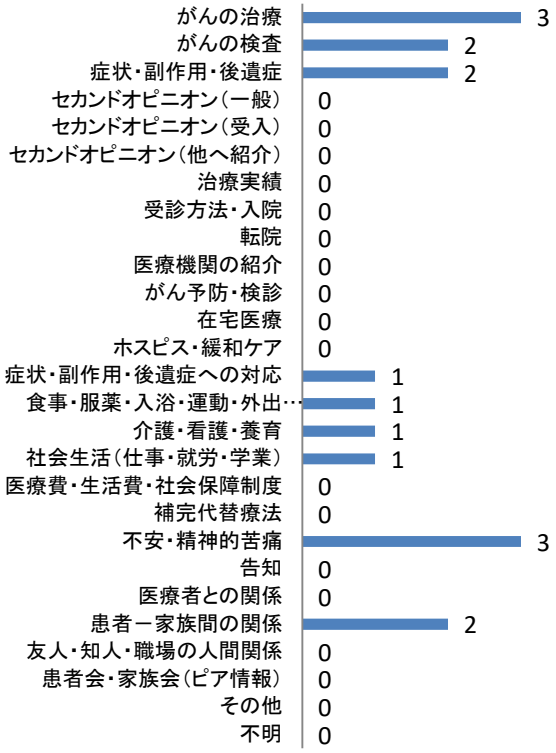



現在の治療状況
1件, 7%
1件, 7%
3件, 20%
10件, 67%
診断なし(精査中含)
治療前(診断後)
治療中
治療後
経過観察中
その他

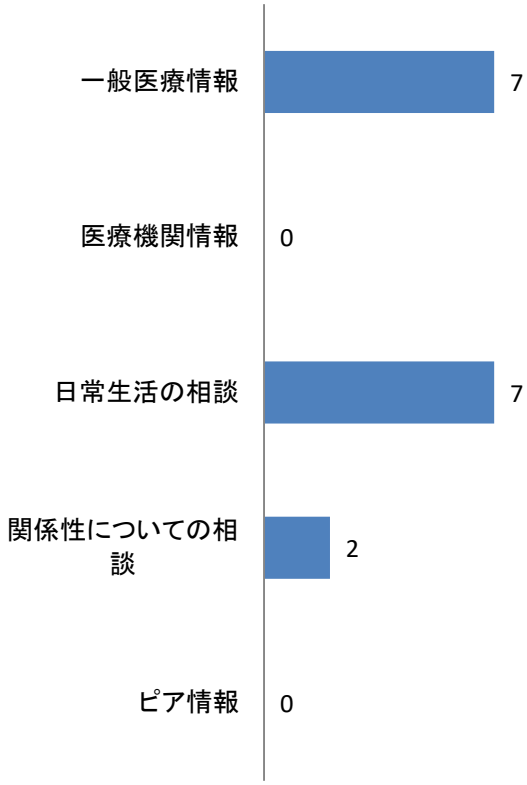

がんの状況
1件, 7%
14件, 93%
初発
再発・転移
その他
不明


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

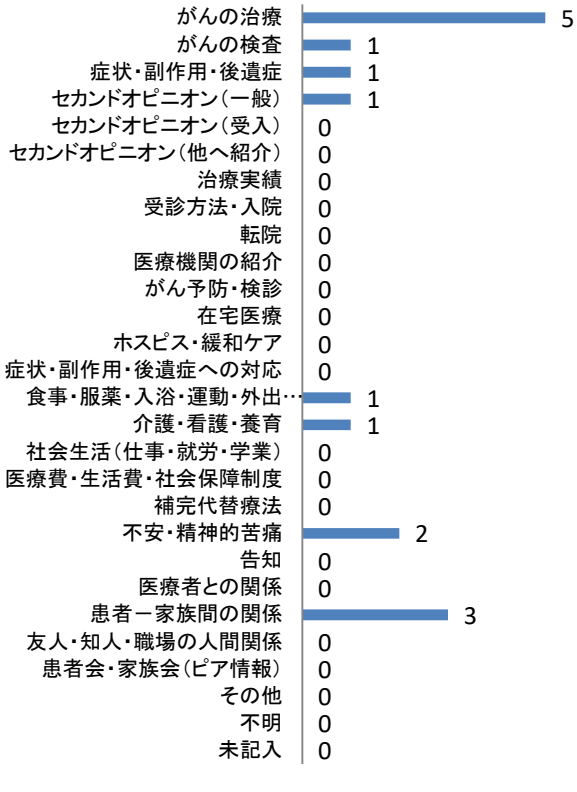
相談内容
（実施したものすべて）



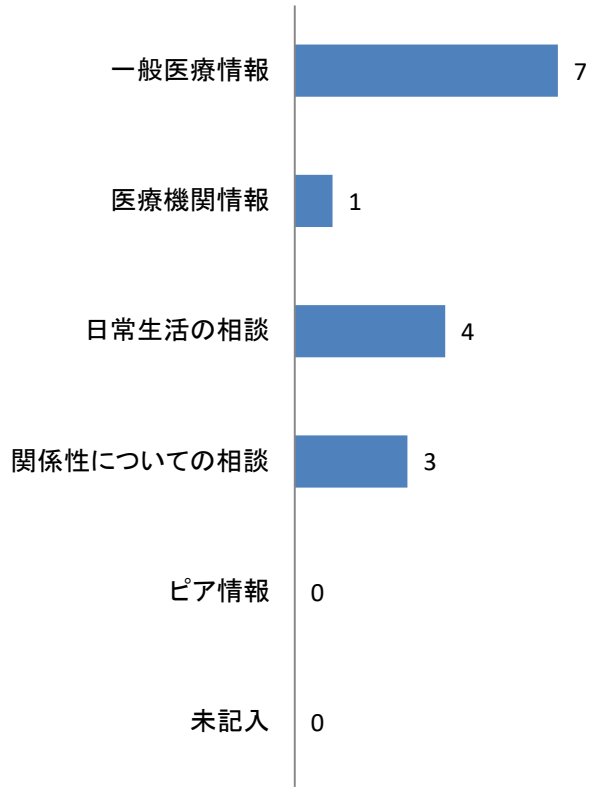
相談内容
（実施したものすべて・大項目別）



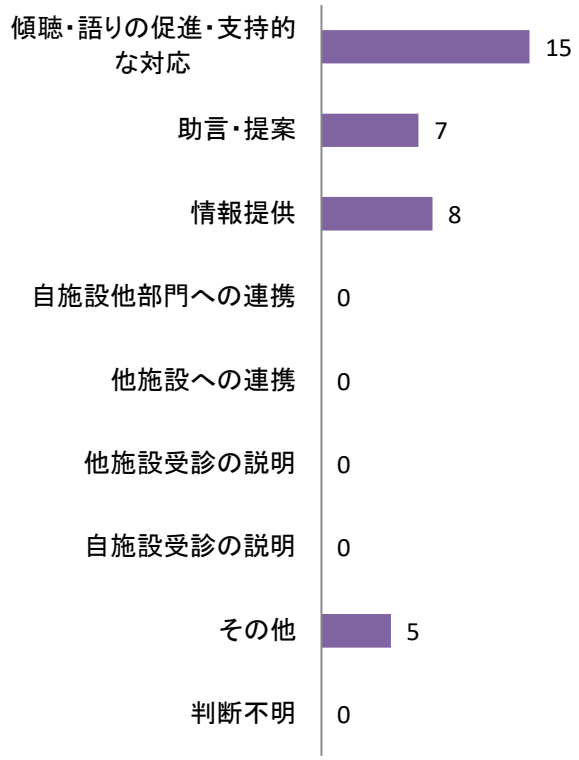
相談内容
（最も比重の高いもの）



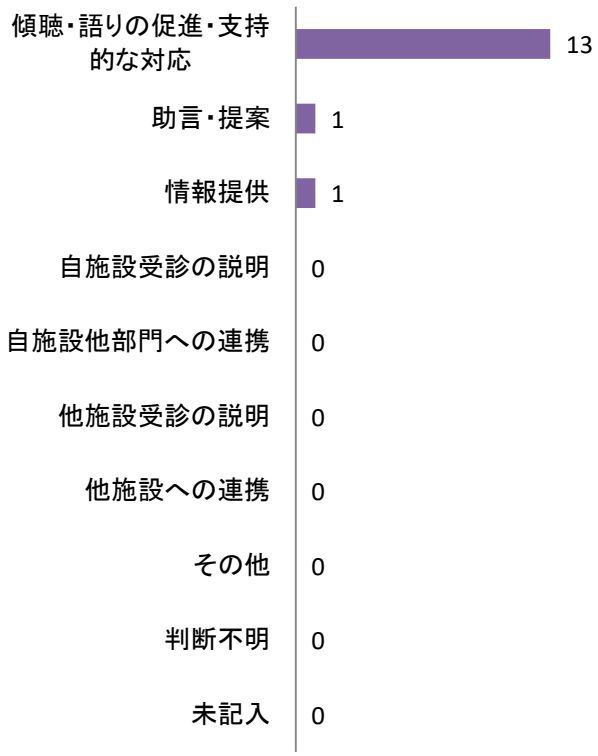
相談内容
（最も比重の高いもの・大項目別）



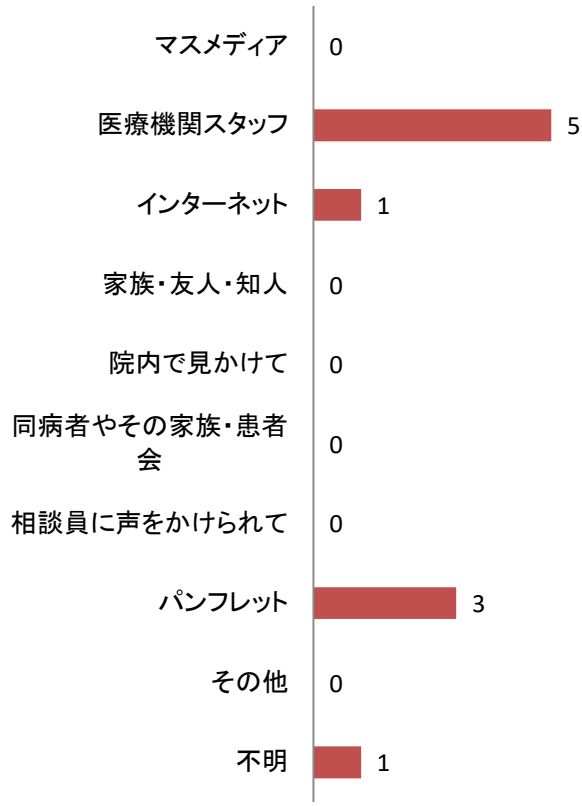
対応内容
（実施したものすべて）



対応内容
（最も比重の高いもの）



認知経路



がんピアサポーター養成講座

開催報告

実施日：令和４年１月 22 日（土）

【名称】
令和３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４年１月 22 日（土）12：40～16：45

２.形　式　　オンライン（ZOOM）　事務局：琉球大学病院がんセンター内

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最終治療後２年以上が経過し、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３年度　沖縄県委託事業）

５.参加費　　無料

６.プログラム
＜動画視聴＞ 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 2019 年度版」のテキスト等に準拠し、
神奈川県がん患者団体連合会より、ご提供頂いた動画を使用。

＜講　　義＞ 「私たちの目指すピアサポート」とは
沖縄県地域統括相談支援センター　がんピアサポーター　中山　富美

＜研 修 会＞ 「より良いサポートのためにロールプレイによる実践的トレーニング」
NPO 法人　支え合う会「α」
副理事長　野田　真由美

【プログラム別内容】

私たちの目指すピアサポートとは
・沖縄県地域統括相談支援センター発足理由と経緯、また当センターの活動概要等について学び、養成講座終了後の実践に役立てる。

ピアサポートとは
・ピアサポートの定義、重要性、意義、活動内容や活動場所などを学ぶ。
・自分の意見を押し付けない、個人情報を守る、医療行為に踏み込まないなどのピアサポートを行うにあたって、最低限知っておいてほしいことや、必ず守ってほしいことを学ぶ。

より良いコミュニケーションのために
・服装や言葉使いなど接遇の基本的なことから、話しやすい雰囲気作り、相談者の目線や表情、仕草から読み取れること等を学ぶ。

自分の体験を語る
・ピアサポート時に自身のことを話す場合もあることから、自己の体験を語れるように整理する。
・他の受講生が語っている内容を聴くことで傾聴を学ぶ。

がんの基礎知識
（事前学習プログラム動画/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。神奈川県がん患者団体連合会）
・相談者の話を聴く際に知っておくと役に立つ医学的知識を学ぶ。
・がん診療の流れ、がんの基本的知識と情報提供の注意点など。

ロールプレイ
・事前学習プログラム動画や当日の講義に学んだことを実践のロールプレイで学び、良い面も悪い面も全員で情報共有することで個々の対応に活かす。

オンラインでのピアサポート活動における注意点
・昨今の新型コロナウィルス感染症に伴い、対面での相談に制限がかかる状況。
人との繋がりには様々なツールを活用する事が出来る。オンラインでのデメリットやメリットを学び、自身のピアサポート活動に役立てる。

【参加者：本島地区】　7 名参加

	名　前	備　　考
1	男性	・福祉職（児童） ・ピアサポート経験なし
2	女性	・ピアサポート経験なし
3	男性	・がん患者会
4	女性	・ピアサポート経験なし
5	女性	・福祉職 ・ピアサポート経験なし
6	女性	・看護師 ・がん患者会
7	女性	・がん患者会

【参加者：本島離島町】　1 名参加

	名前	備　　考
8	女性	・福祉職 ・ピアサポート経験なし

計人数：　8 名

【講師・スタッフ】

名前	所属	担当
・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 ・神奈川県がん患者団体連合会	・ピアサポーター養成テキスト ２０１９年度版のテキスト ・一般社団法人 神奈川県がん患者団体連合会	講義動画提供
野田　真由美　様	NPO 法人支えあう会「α」副理事長	研修会講師 アドバイザー
増田　昌人	沖縄県地域統括相談支援センター センター長	責任者
仲田　ひろ子	沖縄県地域統括相談支援センター 相談員	講師及びロールプレイ ファシリテーター
中山　富美		
西村　克敏		
上地　久美子		
仲嶺　いずみ	沖縄県地域統括相談支援センター 事務補佐員	担当者／記録等

【タイムスケジュール】

開始	終了	時間	内　　容	講師・担当者
11:30	12:15	45 分	事務局は琉大へ集合・打合 オンライン（ＺOOM）準備	＊講義内容確認
12:15	12:40	25 分	オンライン（ZOOM） 受付開始	受講者名簿確認・ZOOM 状況確認
12:40	12:43	3 分	開会のあいさつ	沖縄県地域統括相談支援センター センター長　増田　昌人
12:43	12:58	15 分	自己紹介 （講師・センター長・ファシリテーター・受講生）	
13:00	13:10	10 分	講義 「私たちの目指すピアサポート」とは	沖縄県地域統括相談支援センター がんピアサポーター　中山　富美
13:10	13:15	5 分	休憩	
13:15	13:55	40 分	自分の体験を語る	受講生８名
13:55	14:15	20 分	ロールプレイ（導入）	NPO 法人支えあう会「α」 副理事長　野田　真由美　氏
14:15	14:35	20 分	ロールプレイ 第１セッション	
14:35	14:40	5 分	休憩	
14:40	15:00	20 分	ロールプレイ 第２セッション	
15:00	15:05	5 分	休憩	
15:05	15:25	20 分	ロールプレイ 第３セッション	
15:25	15:33	8 分	グループ毎に振り返り	
15:35	16:10	35 分	全体の振り返り ロールプレイの講評 オンライン相談の注意点	アドバイザー　野田　真由美氏 ファシリテーター 仲田・中山・西村・上地
16:10	16:45	35 分	事前学習における質疑や 講座を受けての質疑応答	司会：西村　克敏
16:45	16:50	5 分	受講修了書（後日郵送） 閉会のあいさつ	センター長　増田　昌人

【参加者数】
受講者：8名

【振り返り】
・オンラインでの開催であったが、受講者、事務局側も大きなトラブルなく無事に終えることができた。
・今回、がんピアサポートにおける基礎知識について事前学習プログラム（動画）で復習し、当日はロールプレイ（模擬相談演習）を中心に研修会を行った。
各グループ（ブレイクアウトルーム）に分かれ、ピアサポーター、利用者、観察者をそれぞれ演じてもらい、当事者の立場だけでなくそれぞれの役を通して感じたことや相談者へ何か答えを出してあげたいという気持ちなど、ピアサポート(模擬相談演習)について学ばれていました。
受講者には複数名患者会の方も参加されており、これまで実践してきた事が正しいのか、また、自分の気持ちとの向き合い方などを学習されていた。
サポートを行う際の音量や言葉の速度などに気を配り、伝える事を注視したり、感情（泣いてしまう場面）もみられ、ピアサポートの難しさを痛感したものの、必要性・重要性を改めて感じたとの感想が聞かれた。
・今回の講座は千葉県の講師とWebで繋ぎ開催をした。
講師からの意見としては、研修時間（タイムスケジュール）に少しゆとりを持たせ、昼食を挟んで午前中から開催してもよいのではとのアドバイスを頂いた。
次年度は昼食時間も挟みながら、午前中から開催し、夕方は早めに切り上げるスケジュールの提案が聞かれた。
開催前までに何度か、打ち合わせを行ったことでスムーズに会を進める事ができた。

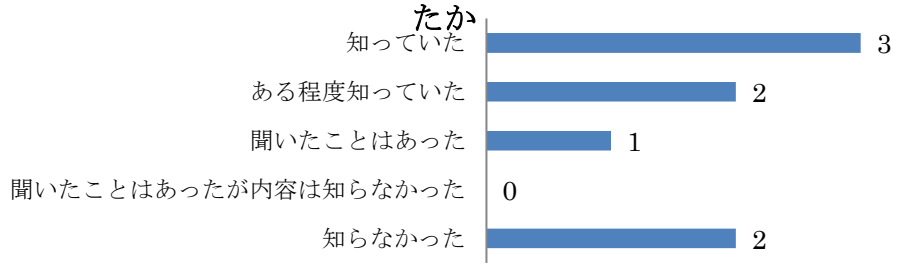
【反省点/今後の課題】
・今年度は新型コロナウィルス感染症予防の観点から、オンラインでの開催となり、タイトなタイムスケジュールとなった為、開催方法としてハイブリット式での開催や、受講者同士での交流、講師やファシリテーターとの情報交換ができる時間を設けていきたい。
・今年度もがん診療を行う県内医療機関、行政機関（社協含む）などへの案内文書を発送し、参加を募った。離島（久米島町）からの参加もあり、オンラインのメリットが活かされた講座となった。しかし参加人数が少ないことは否めない。今後は事業周知方法（講座案内）について、ホームページや案内文書だけではなく、登録サポーターからの情報収集や患者会との情報共有も密に図り、当センターの事業周知などを行っていく。

【アンケート集計結果／回答者８名】

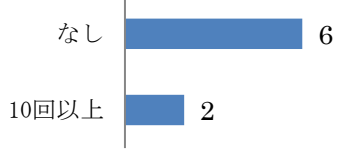
Ｑ１．養成講座に参加したきっかけ

・小児がんの親で経験した事や脊髄損傷での経験をピアサポートに活かすため参加。
・友人がピアサポーターとして活動しており、同じ体験をした方の力になりたいと感じた事がきっかけです。ピンクリボンアドバイザーの資格をもっている事もきっかけのひとつです。
・ピアサポーターの制度を知り、自身の体験が活かされればとの思いから参加。
・約３年間の長男との闘病生活。高校生という夢を実現していくための準備期間である時に、予後が悪いという癌。様々な事があって乗り越えられた事、乗り越えられなかった事もありました。同じような思いで頑張っている人がいるかもしれない。
家族も頑張っているはず。何かの助けになれないだろうかと思い参加しました。
・乳がん患者会からのお知らせで知りました。
・患者会を運営している立場から、今後サロン参加者へピアサポーターを依頼することを検討しております。その上でピアサポーターとしての心構えや注意していく事など、知っておく必要があると思い、参加しました。
・沖縄県がん患者会の久米島フォーラムに初回から関わらせて頂いたり、公立病院での勉強会に参加させて頂く機会があり、久米島でのサロン立上げの準備として必要だと思い受講した。
・「やってみたい」という気持ちで参加しました。

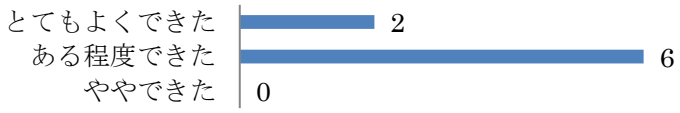
Q2.ピアサポート活動（またはピアサポーター）を知っていたか



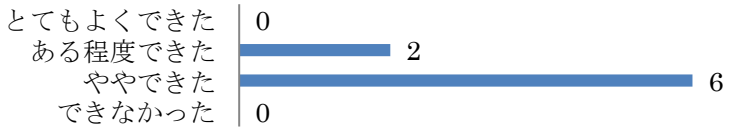
Q3.ピアサポート歴



Q４．「私たちの目指すピアサポート」とは内容は理解できたか



Q５．「自分の体験を語る」では、自分なりに語れたか



Q６．講義「ロールプレイ」についての内容は理解できましたか



・講師も分かりやすく話して頂いたので良かった。
・参加者の雰囲気や進め方が良かった。
・表現や言葉かけの仕方が勉強になった。
・ロールプレイについてはある程度理解出来、グループメンバーからアドバイスを頂いた事で気づきがあった。しかし実際に患者の相談への対応が出来るまでには時間を要すると思う。
・ある程度理解が出来ました。実際の雰囲気や表情がわからないのが残念です。
・ロールプレイで、少しイメージはつかめましたが、シナリオの相談と実際の相談では違いがあると感じること、対面ではなく画面越しの対応の難しさも感じました。表現の大切さ、声かけを意識したいと思っています。
・事前に資料の配布があり予習出来た事や、講師の懇切な説明があったこともあり、ある程度理解することができたと思っています。
・やってみようという気持ちを奮い立たせることができた。
・障碍者団体に所属しているので、年に数回ロールプレイに参加することがあります。

Ｑ７．ロールプレイでは自分なりにできましたか



Ｑ８．ロールプレイを通してのご感想

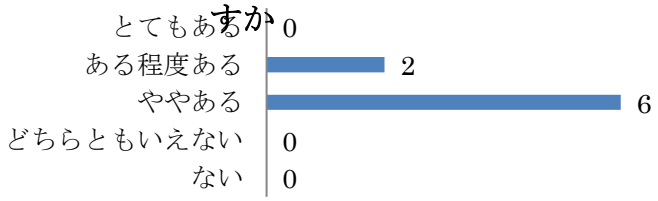
・時間やピアサポーターとして、意識しすぎてしまい、うまく表現できなかったように思いました。しかしピアサポーター役では普段行っている傾聴（医療者として）ではない、患者に近い立場での傾聴を感じ取ることが出来たように思います。大変勉強になったと思います。
・自分を美化している感じがあったが、綺麗にまとめようという気持ちではなく、傾聴するということ、その重要性がとても分かったロールプレイでした。
・ロールプレイを通して感じたことは、相談者の話を聞いていて辛くなったらギブアップしていいと思いました。
・利用者、ピアサポーター、観察者それぞれの役柄を演じることが出来良かった。
肝心のピアサポーター役については満足のいく役を演じることが難しく、経験を積まなければと強く思った。
・寄り添う傾聴を意識しているつもりでも、どうしてもアドバイス的な表現になってしまう感じがあり、難しいと感じました。経験を積むことで良くなるのでしょうか。
・相手の表現や雰囲気をつかむことが難しいと感じました。自分の話す内容の整理が必要だと感じました。
・「傾聴」に重きを置き、あいづちや相談者を傷つけない適切な言葉選びを考えながら話す・聞くことの難しさを実感。特にロールプレイは時間制限がある中で実施する事も難しかった。
・個々の経験がいかされていた。

Q9. オンラインでの講座の科目構成や日程はいかがでしたか。



・講座がわかりやすく、休憩もタイミングよくさせて頂き、とても良かった。
・離島からの参加であること、平日は仕事があり参加できない為、休日でのオンライン開催であったので参加出来た。
・科目構成は良いと思います。時間が少し足らない様に感じました。
・とても充実していたと思います。私個人では資料をもっと読み込んでおくこと、事前学習の動画を見直ししておけばよかったと反省しました。
・事前学習に関する質疑を事前に提出したところであるが、それに対する回答の時間が設定されてなかったのは残念。皆さんの質疑も参考にしたかったとの思いもある。
・オンラインだったので参加する事が出来ました。対面ではなかったので、話すタイミングが少し難しかったです。日程や時間帯は良いと思いました。
・オンラインで開催できたことは、大変嬉しく思います。しかし対面で様々な方と対話し、その中から学びを得ることは多いので、やはり対面が一番だと思いました。科目構成・日程に関しましてはとても良かったと思います。
・ゆっくりと時間があったので、仕事をしながらでもどうにか頑張れたと思います。自分のペースで受講出来たので、事前の学習プログラム動画や配布資料を見直し学べ良かったです。
オンラインは現場に行かなくても済み、時間の有効利用が出来て助かりました。講義といっても自分達で参加型で、一方的に講義を聴くものではなかったので、とても有意義な時間として学べたので良かった。

Q１０.ピアサポーターとして活動する上で不安はありますか



Q11. どのようなフォロー体制があると安心ですか

・困った時に助言をしてくださる体制があると助かります。
・一人での活動はないということなので、活動してみないとわからないのだろうなと思う。
・サポーター同士の情報交換
・実務経験を積まれたサポーターが実際に相談に対応される場に何度か同席させて
頂き、勉強させてもらう機会があればと考えている。
・独りよがりにならないようにまずは先輩と一緒に活動をして自信をつけて行きたいです。先輩メンバーとの交流もお願いしたいです。
・先輩の方々の相談支援があると助かります。
・コロナ終息後本島でのサロンの見学。久米島でのサロン立ち上げ。久米島で活動する際の病院への協力要請など。経験豊富なピアサポーターとの情報交換など。
・活動前の注意事項等の説明があると安心。

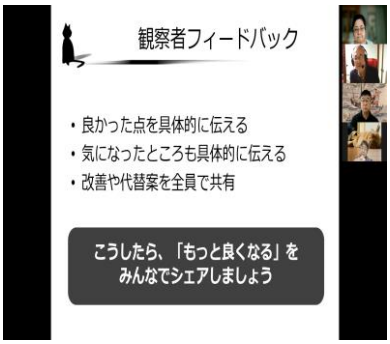
Q12. ご意見・ご感想

・がんピアサポーターの活動を知りませんでした。皆さんの応援や支えで治療をされ
ている患者様がいる事がわかり、素晴らしい活動だと思いました。
・とても勉強になりました。がんが良くなり健康でいられることに感謝し、何かお役に立ちたいと思っているところにピアサポーター養成講座のお話を頂きました。他に同じ思いの方はいると思うので、今後も継続して頂き、「仲間」を島でも増やしていきたいです。
・今後も継続的に講座の開催をお願いします。
・自身の都合の良い場所で参加出来るWEBも良かったのですが、コロナが落ち着けば対面での講座や補習も期待しています。
・参加者の体験を聞けたことは非常に良かった。またロールプレイでそれぞれの役柄を経験できたことも良かった。先述したことであるが、事前学習における質疑回答の時間を設けてほしかった。
・受講申し込みから、受講終了まで、本当に丁寧に対応して頂きました。
とても感謝しております。不安が大きかったのですが、「仲間」という感じがとても
実感できたと思っています。泣きたい時には泣いていい。無理なものは無理でいい。気が楽になりました。やってみたいと思いました。
・普段は医療者として当事者、ご家族と関わっています。今回はがん患者の家族、遺族として医療者の役割は隅に置き参加いたしました。改めて寄り添う事の難しさ、しかし重要性を感じ取ることができ、大変勉強になったと思います。様々なお立場
の方々と今後も交流を深め、自分自身の傾聴、謙虚さを深めていければと思います。

【当日の様子】

【①：講話】







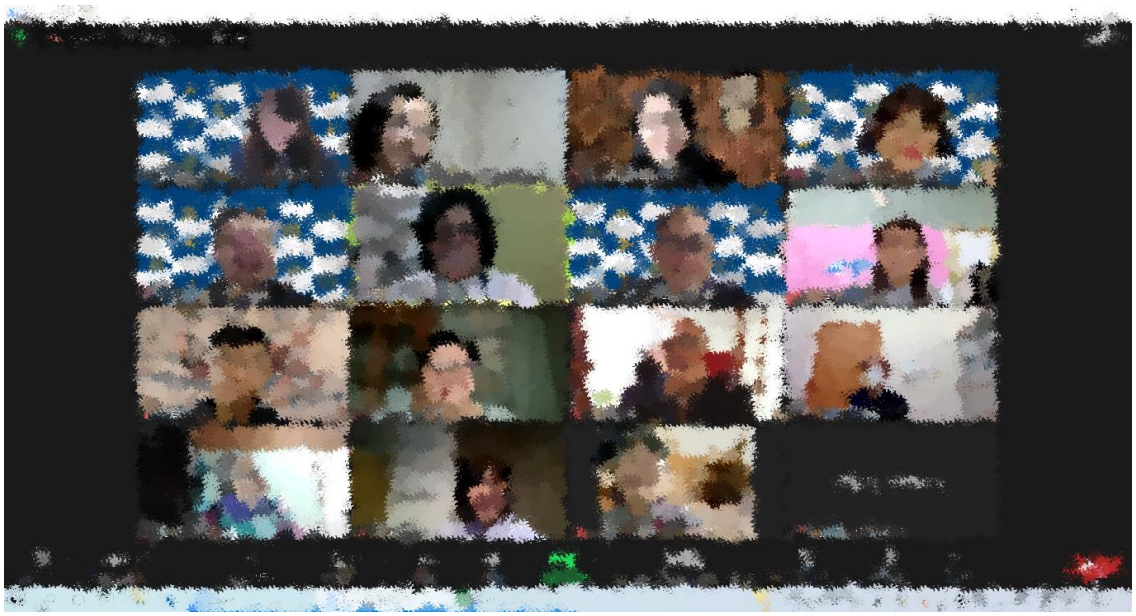
【②：ロールプレイ】



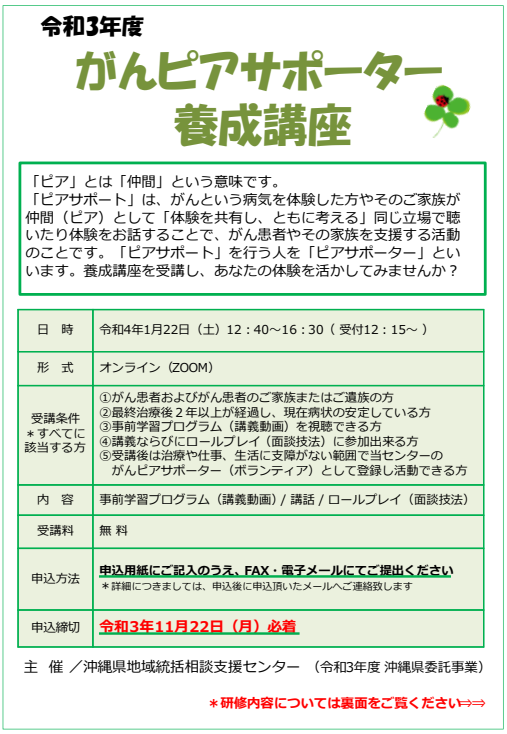




【受講者・講師】



【案内チラシ】



令和3年度

がんピアサポーター養成講座

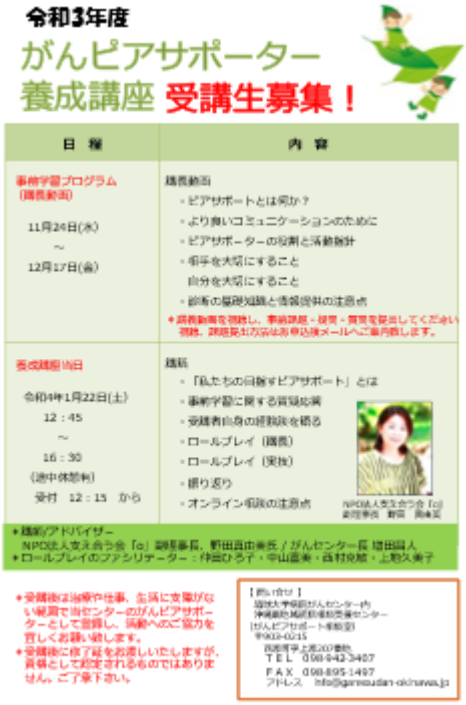
「ピア」とは「仲間」という意味です。
「ピアサポート」は、がんという病気を体験した方やそのご家族が仲間（ピア）として「体験を共有し、ともに考える」同じ立場で聴いたり体験をお話することで、がん患者やその家族を支援する活動のことです。「ピアサポート」を行う人を「ピアサポーター」といいます。養成講座を受講し、あなたの体験を活かしてみませんか？

日　時	令和4年1月22日（土）12：40～16：30（受付12：15～）
形　式	オンライン（ZOOM）
受講条件 ＊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またはご遺族の方 ②最終治療後２年以上が経過し、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（面談技法）に参加出来る方 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
内　容	事前学習プログラム（講義動画）/ 講話 / ロールプレイ（面談技法）
受講料	無 料
申込方法	**申込用紙にご記入のうえ、FAX・電子メールにてご提出ください** ＊詳細につきましては、申込後に申込頂いたメールへご連絡致します
申込締切	**令和3年11月22日（月）必着**

主　催 ／沖縄県地域統括相談支援センター　（令和3年度 沖縄県委託事業）

＊研修内容については裏面をご覧ください⇒⇒

▲チラシ表面



令和3年度

がんピアサポーター養成講座 受講生募集！

日　程	内　容
事前学習プログラム（講義動画） 11月26日(水) ～ 12月17日(金)	講義動画 ・ピアサポートとは何か？ ・より良いコミュニケーションのために ・ピアサポーターの役割と活動指針 ・傾聴を大切にすること 自分を大切にすること ・診断の基礎知識と情報資料の注意点 ＊講義動画を視聴し、事前課題・疑問・質問を提出してください。課題、課題提出方法はお申込後メールへご案内致します。
養成講座当日 令和4年1月22日(土) 12：45 ～ 16：30 （途中休憩有） 受付　12：15　から	講義 ・「私たちの目指すピアサポート」とは ・事前学習に関する質疑応答 ・受講者自身の経験談を語る ・ロールプレイ（講義） ・ロールプレイ（実技） ・振り返り ・オンライン傾聴の注意点

＊講師/アドバイザー
NPO法人支え合う会「o」副理事長、野田真由美氏 / がんセンター長 増田昌人
＊ロールプレイのアシスリーター：仲田ひろ子・中山恵美・西村克館・上間久美子

＊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、活動へのご協力を宜しくお願い致します。
＊受講後に修了証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。ご了承下さい。

【問い合せ】
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
（がんピアサポート事務室）
〒903-0215
西原町字上原207番地
ＴＥＬ　098-942-3407
ＦＡＸ　098-895-1497
アドレス　info@ganpeersupport-okinawa.jp

▲チラシ裏面

がんピアサロン

開催報告

実施日

①令和４年２月 15 日（火）
②令和４年３月 15 日（火）

開　催　概　要

１．名　称　がんピアサロン

２．日　時　①令和４年２月15日（火）　14：30　～　15：05（第１回）
②令和４年３月15日（火）　14：30　～　15：05（第２回）

３．形　式　オンライン（ZOOM）
講師・スタッフ：琉球大学病院　大学院セミナー室

４．対　象　がん患者、家族、遺族、医療関係者及び関心のある方

５．目　的　ピアサポーターや他の参加者と語り合うことで不安や気持ちを分かち合い、情報を交換しながら病気に対する不安軽減に繋げる。
他の催し物と併せて開催することでリラックスし、参加者同士が打ち解け、話しやすい雰囲気をつくる。
また、サロンで対応経験を重ねることにより、ピアサポーターの資質を高める。

６．内　容　①令和４年２月15日（火）　14：30　～　15：05
オンラインゆんたく会と併用してがんピアサロンを開催。
新型コロナウィルス感染症拡大防止の観点から、オンライン開催。
参加者へは事前に準備する物をお伝えし、参加者のペースに合わせ、ゆったりと自室からヨガ（クールダウン）の体験を行った。

②令和４年３月15日（火）　14：30　～　15：05
2/15に引き続き、オンラインゆんたく会と併用してがんピアサロンを開催。呼吸の方法や筋肉の伸ばし方などを画面越しに今回は対話を交え、患者さんごとの体の可動域を確認しながらヨガ体験交流を図った。

７．課　題　①オンライン開催のため、直接参加者の体に触れて、呼吸や体の痛みへの確認と助言が手薄になったことが課題である。
また体の浮腫みや浅い呼吸に対応する方法など時間をかけ参加された方々がリラックスして、日々の生活が出来るようサポートを今後も続けていくことが課題である。

②2/15の課題を下に、患者さん一人一人の状態を確認しながら、呼吸の浅さや、筋肉の可動域など、画面越しでもお一人づつ対話を行うことが出来た。しかし対話に時間を要したため、交流の時間を十分にとることが出来ず課題が残ったため、次年度は時間配分に工夫を行っていく。

【当日の様子】





▲①2 月 15 日　参加者の様子





▲②3 月 15 日　参加者の様子

【案内チラシ】



令和3年度沖縄県委託事業

がんピアサロン

参加無料

リンパの流れを整えて、ココロもカラダもリフレッシュ！

がんについて心配ごとはありませんか？「がんピアサロン」とは、がん患者さんやそのご家族の方のための交流会です。サロンには自身のがん体験を語ることのできるピア（仲間）サポーターがいます。不安な気持ちや日常のことなど、がんに関するいろいろなことをピアサポーターにお話したり、尋ねてみてください。今回はヨガ体験で心と体をクールダウン」と併せて開催します。皆様のご参加お待ちしております！

当日はフェイスタオル持参 動きやすい服装でご参加ください。

講師はヨーガ指導法士 知念 真由美様

日　時：令和4年 2 月 15 日（火）14:30～15:30
● ヨーガ体験　14:30～15:00
● サロン（フリートーク）15:00～15:30
場　所：各自施設（Web/ZOOM）
参加費：無料　令和4年2月10日（木）締め切り
●FAX メールにてお申し込みください
●お申込み後ZOOM URLをお知らせ致します。オンラインは経験が少ないので不安という方はスタッフがお手伝いいたしますのでお気軽にご相談下さい。
●3月15日にもサロンを開催致します。詳細は 化なります。

主　催：沖縄県地域統括相談支援センター（琉大病院がんセンター内）
TEL 098-942-3407　FAX 098-895-1497
メール info@gansoudanokinawa.jp

がんピアサポートに関する意見交換会

参加報告

参加日：令和 4 年 1 月 28 日（金）

令和 3 年度

沖縄県がんピアサポート関する意見交換会

日　時　　令和 4 年 1 月 28 日（金） 13：30～15：30
形　式　　オンライン
出席者　　がん診療連携拠点病院及び県内患者会（参加者名簿参照）
増田 昌人 （沖縄県地域統括相談支援センター センター長）
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）
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）
仲嶺 いずみ （沖縄県地域統括相談支援センター 事務補佐員）

【講話】

①. 「ピアサポートについて」
講演者：一般社団法人　　日本サイコオンコロジー学会
委託事業委員長　小川　朝生

【意見交換議題】

① 医療者のピサポートに対する認知度について
② ピアサポーターの確保について
③ オンラインでのがんサロン開催について
④ チャット、メール、SNS 使用したピアサポートについて
⑤ 希少がんの方へのピアサポートについて

【議題 1】

① 医療者のピアサポートに対する認知度

・ サバイバーナースの会 「ピアナース」：上原
医療者側にピサポートの重要性を伝える際、管理者に伝えても現場（看護師）への情報共有の徹底が不十分である。

・ 中部病院：傳道
がん患者との関わりが薄い医療者関係者は「ピアサポーター」の認知度が低い。

・ 患者会やいまゆんたく会：会長田盛
医療者へピアサポート（ピアサポーター）がいる事の認識や交流を図りたい。
その方法について講師より伺いたい。

＊ 小川講師より
周知方法として、イベントの中で紹介をすることや院内研修にて周知を行う事で、医療者側にも患者の言葉（意見）がフィードバック出来、次へのステップにも繋がる。

＊ 佐々木講師より
周知方法にどのような媒体を使用するかが大切。
熊本県の事例では連携パスを活用している。がんサロン（イベントなど）の詳細を一覧で閲覧でき、医療者や患者などへ情報提供を行っている。
北里大学病院（神奈川県）内ではサロン運営委員会を医療者側にも必須とし、月 1 回の会議を開き、企画運営を行っている。トップダウン方式ではあるが、行動変容が起こり患者、医療者間にとっても周知がなされている。

＊ 渡辺講師より
看護師の立場からの助言として、医療者側への周知には組織の壁が考えられる。
自主的な周知方法として、患者のヘルスヘルプグループ（オストミービジター・ストマケア・乳がん）などに協力頂き周知を行っている。

【議題 2】

② ピサポーターの確保について

・ 沖縄県地域統括相談支援センター：事務仲嶺
今年度はオンラインで研修会等を開催しピアサポーターの確保を行った。
しかし、新型コロナウィルス感染症拡大に伴い、各拠点病院サロン開催が停止され、登録サポーターを派遣することができない現状。
那覇市立病院サロン担当者が運営方法などの確認のため、サロンへ参加。
今後も拠点でのサロン開催には登録サポーターの派遣を再開する為にも、オンラインや対面での研修会などを開催し、ピアサポーターの確保に努め、各サロンとの連携強

化を図っていきたい。

・ 沖縄県地域統括相談支援センター：増田センター長
患者サロンに対して5〜6年前より登録サポーターの派遣を行っているが、新型コロナウィルス感染症拡大の観点から現状は派遣が出来ていない。

・ 中部病院：傳道
当院においても2ヶ月に1回ほど派遣の依頼を行ってきたが新型コロナウィルス感染症拡大防止の観点から1年半サロンの開催を停止している状況である。
現状は外来の待ち時間に患者同士が会話する程度はみられるが、養成講座を受講したピアサポーターが活動できる状況ではない。

＊ 小川講師
サポーターの確保には様々なニーズが考えられる。
複合的なグループや同がん種のグループの話を聞いてみたいなどのニーズがある。
地域統括が間を取り持ってマッチングするように潤沢に養成されている県など、日本ではまだ整っていない現状である。
対象者（AYA世代等）を絞り、県ぐらいの規模で考えていくのも一つの方法である。

＊ 佐々木講師
がん種別で、サポートのニーズが多い。
個人的には全国レベルでネットワークの中に誘導していくことも患者のためにもなるのではと思う。

・ 若年性がん患者会Bestyle： 金城
がん種が被る方とのマッチングを心がけサロン参加を誘導している。
患者さんには自分に合った情報を自身で拾って頂くようコーディネイトをしている。

・ サバイバーナースの会「ピアナース」：上原
北里大学病院内でのがんサロン運営委員会について詳しく知りたい。

＊ 佐々木講師より
医療者のがんサロン活動は病院の理念（患者中心の医療）に明記されているため、事業計画を立て、運営委員会が立ち上がり、まずは執行部側に認めてもらい委員（医療関係者）は仕事として参加出来るよう環境整備を整え、興味が薄い人にも意識の改革ができている。

＊ 渡辺講師より
第3期がん対策推進基本計画で「ピアサポート」についての明記がある。(講話資料1)
明確に根拠が表記されている物を使用するのもよい。

・ やいまゆんたく会：会長田盛
がんピアサポーター養成講座を受講しても、医療者側との連携が取れず、ピアサポート活動の場が島には少ない。どのような方法があるが教示頂きたい。

＊　八重山病院 相談支援センター：眞喜志
新型コロナウィルス感染症や人事異動に伴い、患者会との連携が途絶えている。
また狭い地域故にがん患者同士の交流を控えたいという方もいる。
今回の場にて様々な意見を伺い、今後の参考にしていきたい。

＊　沖縄県地域統括相談支援センター：事務仲嶺
今年度離島からも複数名オンラインで研修会へ参加頂きました。
今後も八重山病院と連携を図り、ピアサポート事業に関する情報交換を行っていく。

＊　沖縄県地域統括相談支援センター：増田センター長
ピアサポーターは有資格ではない為、様々な場所で相談を受けている事がピアサポートを行っていることになる。今後も本島での研修会などへの参加は旅費を提供する。
しかし、昨今のコロナの状況ではWeb開催を検討せざるを得ない。
離島では、患者会員（若い方）のリクルートが課題だと思う。コロナ終息後対面での事業開催を行っていく予定。現状を踏まえ当面はWebイベントへの参加を検討頂きたい。

【議題3】

③ オンラインサロン開催について

・　沖縄県地域統括相談支援センター：事務仲嶺
オンラインサロン参加者には様々な方が参加されます。患者同士での温度を感じた際に、例えば他県でブレイクアウトルームなど活用している事などありましたら紹介頂きたい。

＊　小川講師講師
運営主体としては、病院、地域統括、県と様々である。課題としては操作方法について参加者へどのように伝えたらよいか苦慮している。拠点病院にきてもらい、オンラインで繋ぎ研修などを開いている県もある。
またネットに強いAYA世代や若い方は操作に慣れているため、物理的な問題などは少なく、テーマ（仕事や人間関係など）を設けて開催している所は幾つかある。

＊　佐々木講師より
(1) 周知方法としてSNSで大々的に発信。しかし参加者（院内ｻﾊﾞｲﾊﾞｰと院外ｻﾊﾞｲﾊﾞｰ）が二極化する問題も発生する。その為がん種ごとにブレイクアウトルームを活用し、運営を行っている。
(2) 個人情報の確認が必要
事前登録制とし、事前にどのようながん種なのか情報収集を行い、ブレイクアウトルームの活用を図っている。
(3) 既存の団体（がんサロン外部委員）の活用

高齢者向けオンライン用のレクチャーを行い、患者同士の横の繋がりを図っている。

・ 沖縄県地域統括相談支援センター：増田センター長
小川講師のアドバイスにあった、拠点にきてもらいオンラインを繋ぐ方法について詳しく伺いたい。

＊ 小川講師
オンラインサロンの紹介県は長崎での事例。
養成講座を開催する際にコロナの影響により、ネット環境がない方がおられた為、拠点病院に集まってもらい、オンラインビデオを繋ぎ（ハイブリット）方式を行った。

＊ 佐々木講師
北里大学病院では、病院内患者と外部のピアサポーターとオンラインで繋ぎ、面談を行うことを計画中。

・ 沖縄県地域統括相談支援センター：仲嶺
現在オンラインでの開催をしている団体（サバイバーナースの会・若年がん患者会 Bestyle）より、活動内容などご紹介頂きたい。

・ サバイバーナースの会「ピアナース」：上原
運営側で参加出来そうな方を事前に選びその方へ情報提供を行い、3～4 人程で開催。またチラシを作成し、通院患者へ少しづつ声を掛け、配っているため顔見知りの方が参加している状況。

・ 若年性がん患者会 Bestyle：金城
周知方法として、Facebook やメールを活用。
新しい患者さんにたくさん話してもらえる環境づくりをし、参加者が増えた際はブレイクアウトルームを活用し、事前に情報収集を行った上でサロン開催を検討している。

・ パンキャンジャパン沖縄（膵臓がん患者会）：島袋
今年度は数回オンラインにて開催をしましたが、高齢の方が通えなくなってしまい、ハイブリット形式でも開催をした。しかし司会進行や視線をどちらに向けたらよいか苦労した。他の団体や講師より助言を頂きたい。

＊ 佐々木講師
司会進行とオンライン担当（操作）など役割分担を行わないと運営は厳しい。
視線については、最後だけ参加者皆の一体感を出せるよう工夫が必要。

・ サバイバーナースの会「ピアナース」：上原
対面だと表情を確認することは可能だが、オンラインでは表情をつかみづらいことがあり、その際はブレイクアウトルームの活用などあると思います。またサロン終了後にフォローが必要な方へのアプローチ方法など伺いたい。

＊ 佐々木講師
パニックになっている患者さんへの事例の対応として、ファシリテーターでの振り返りの際に、看護師と情報共有を行い、患者さんへフォローの連絡を入れています。

対応についてマニュアル化や、ファシリテーター（気付き）の人数を増やし、参加者に対して目を配らせる体制を整えることが必要である。

【議題 4】

④ チャット、メール、SNS 使用したピアサポートについて

・ 若年性がん患者会 Bestyle：金城
SNS の活用方法として Facebook はオフシャルであり､若い世代は Instagram や Twitter を使用している方が多い為、メールで返信するよりは line を使用する方が早く伝達出来る。今後は line のアカウントを作成し周知していきたい。

＊ 小川講師
SNS 活用には病院が絡むと個人情報やネットを伴うセキュリティー問題が発生する為ハードルを越えられない医療機関が多いように思う。
運用方法について、メールや SNS は AYA 世代を中心に活用されているが、対応（メッセージへの返答）をしなければとピアサポート側のメンタル的な負担が大きいことが懸念される。

＊ 佐々木講師
SNS は 24 時間送信してくる患者も想定できる。一生懸命なピアサポーターの方ほど、答えてあげたいと思うこともある。
バウンダリ（自分を守ることが依頼者を守る）を大切にし、対応に対してはトレーニングが必要だと思う。

・ 若年性がん患者会 Bestyle：金城
自分のペースでメール返信やサロン（ZOOM）の様子など掲載している。
特に活動報告については SNS では行っていない。

・ ｻﾊﾞｲﾊﾞｰナースの会 Bestyle：上原
ピアサポーターが定期的に集まり、情報共有を図る機会などについて伺いたい。

＊ 小川講師
対面と併用をしている事例がある。例えば AYA 世代では石川県でオンラインでのイベントを開催している。しかしオンラインでは表情の読み取りづらさや、言葉がきつく出てしまうこともあり、全国的に開催方法が定まっておらず、試行錯誤している状況。

＊ 佐々木講師
個人的にはピアサポーター連合のような仕組みはどうか。またサポーターの振り返りの場を医療者と連携を図り、ピアサポーターが辛い気持ちを持ち帰らない仕組みが大切だと思う。増田センター長が患者会に参加して交流を図っているお話が聞かれましたが、面前になった際は必要だと思う。

【議題 5】

⑤ 希少がんの方へのピアサポートについて

・ 那覇市立病院相談支援センター：仲宗根
希少がんのピアサポートが難しく、AYA 研の line 版内で患者さんへ伝えられる情報を提供している。

・ 沖縄県地域統括相談支援センター：仲田ピアサポーター
琉大病院相談支援センターと連携、情報共有を図り患者さんを繋いでいる。

・ 沖縄県地域統括相談支援センター：増田センター長
がん種が異なっても、患者さんに合わせた質問にお答え出来るよう、ピアサポートの養成（研修）を行い、情報の検索や患者会を紹介することは大原則論である。また医療的なことは全て琉大病院へ紹介するようになっているのはコンセンサスできている。
本土への治療を希望する患者さんには、都道府県拠点病院のがん相談支援センターで情報の検索ができることも大前提である。

＊ 小川講師
他のがん種も交えたグループを複合的に使い分けしている方（患者など）もおいでで、支援者は広く情報をお伝えする事が大切である。

【増田センター長より情報提供】

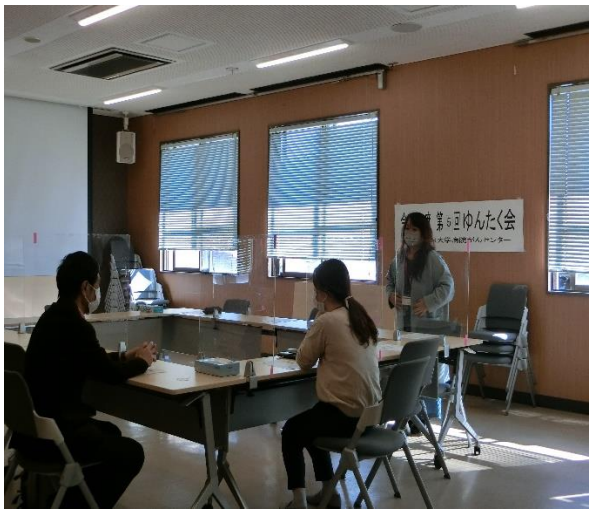
(1) 2022 年度版　おきなわがんサポートハンドブックでは、がん種ごとの対応病院を掲載し、2022.4.1 には全ての病院へ発送を行う予定。
具体的な内容として、希少がんは全て琉大病院へ紹介。また小児がんは全てこども医療センターと琉大病院へ紹介としている。

(2) 難治がんに関しては、うちな～がんネットがんじゅうのホームページより、沖縄県におけるがん診療を行っている医療施設の情報を確認する事ができる。
15 のがん種に関して、手術と薬物療法についても明記し、放射線治療装置がないことに関して、説明文が記載されていることを情報提供する。

がんピアサポーター派遣事業

第５回　沖縄県内各拠点病院院内患者サロン参加報告書

名　称	ゆんたく会（がんピアサロン）
参加目的	沖縄県地域統括相談支援センターで養成したがんピアサポーターを各拠点病院の院内患者サロンへ派遣し活動の場の創出を図る。
日　程	日　時　　令和４年１月４日（火）14：00～16：00 場　所　　琉球大学病院　大学院セミナー室
派遣者	がんピアサポーター　１名
引率者	沖縄県地域統括相談支援センター事務補佐　１名
主　催	琉球大学病院　がん相談支援センター
当日の様子	・14：00 より、フリトークにてゆんたく会を開催予定。 ピアサポーターは参加者がみえるまで待機とした。 年始より新型コロナウィルス感染者数が増えている事を鑑み、開始より遅れて２名の参加者がお見えになったが、安全を期す為、今回のゆんたく会は閉会とした。 ＊参加者（患者２名）・看護婦２名・琉大相談員１名





がんピアサポーター派遣事業

第６回　沖縄県内各拠点病院院内患者サロン参加報告書

名　称	ゆんたく会（がんピアサロン）
参加目的	沖縄県地域統括相談支援センターで養成したがんピアサポーターを各拠点病院の院内患者サロンへ派遣し活動の場の創出を図る。
日　程	日　時　　令和４年３月１日（火）14：00～16：00 場　所　　琉球大学病院　大学院セミナー室
派遣者	がんピアサポーター　１名
引率者	沖縄県地域統括相談支援センター事務補佐　１名
主　催	琉球大学病院　がん相談支援センター
当日の様子	＊14：00 より「自分で出来るリンパドレナージ」 講師：琉大病院（緩和ケア看護師/棚原陽子） ・リンパ浮腫は、予防や早期発見・早期治療により悪化させないための自己管理が大切。講話を通して、マッサージの方法や大切にすることや注意点について、実践を交えながら講話を行った。 ・地肌に手を当て力は入れず、血液の流れを感じながら摩ることが良い。 血流が滞ってしまうと日常生活にも支障が出てしまうので、体を動かすことや摩る事を毎日意識して行う事は良い。また摩る（マッサージ）ことでがん細胞がリンパ管をとおして、位置を移動する事があるため、むやみに摩る行為はせず、主治医と相談するよう助言があった。 ・15：00 よりフリートーク ①治療について（気を付けていること） ②病をオープンにしたくない人へのサポートについて ③サロンへの要望についてなど ・がんピアサポーター自身の体験を下に、参加者と情報共有を図る。辛い時は当事者（がんピアサポーター）や看護師に気持ちを伝えたりし、前向きな気持ちで毎日を過ごすことを大切にし、今を乗り越えている体験談が聞かれた。 ＊参加者（患者２名）・看護婦３名・琉大相談員１名







がんピアサポーター派遣事業

第７回　　オンラインサロン報告書

名　称	オンラインゆんたく会（がんピアサロン）
目　的	がん患者等関係者並びにがん対策関係者へ沖縄県地域統括相談支援センターで養成したがんピアサポーターを派遣し活動の場の創出を図る。
日　程	日　時　　令和４年１月 18（火）14：30～15：30 場　所　　各自施設 ピアサポーター：琉球大学病院　大学院セミナー室
派遣者	がんピアサポーター　１名
引率者	沖縄県地域統括相談支援センター　事務補佐　１名
主　催	琉球大学病院　がんセンター内　沖縄県地域統括相談支援センター
当日の様子	・14：30 よりオンラインゆんたく会開始 ・始めに会の約束事及びオンライン時の注意事項、守秘義務について了解を得た。 ・以前にも参加された方のため自己紹介は割愛し交流の時間とした。 ・交流の内容として、今年の目標や気持ちが落ち込んだ時にしている対処方法などについて交流を図った。 １人目の方は、琉大がかかりつけ医なので、「病院が（新地）移転する前には、完治出来るようにしたい」と話し、毎日の服薬、血圧、体温状況など、携帯を活用し記録を残し、治療に役立てている事や、土（花や食物）を触り、気持ちがコントロール出来るよう努力している話が聞かれた。 ２人目の方は自身の体調管理をしっかりする事で、母親の介護が出来ると話してくれた。参加者より意見として、オンライン上で出来る簡単なストレッチ方法や治療について、専門の方の話を伺う等の提案が出され、今後検討していく事をお伝えしたまた、まん延防止が発令されて、外出もままならないが、オンラインで皆と繋がる事が出来るのは安心との意見も聞かれた。次回の案内を行い 15：30 に会を終えた。 ・参加者が退室後、那覇市立病院サロン担当者との意見交換では、オンラインでのサロン運営方法（那覇市立が進行等を琉大サポーターがアドバイスを挟みながら進行する等）今後のサロン運営について情報共有を図った。 ＊参加者（患者様２名・那覇市立病院サロン担当者１名）





がんピアサポーター派遣事業

第８回　　オンラインサロン報告書

名　称	オンラインゆんたく会（がんピアサロン）
目　的	がん患者等関係者並びにがん対策関係者へ沖縄県地域統括相談支援センターで養成したがんピアサポーターを派遣し活動の場の創出を図る。
日　程	日　時　　令和４年２月 15（火）14：30～15：40 場　所　　各自施設 ピアサポーター：琉球大学病院　大学院セミナー室
派遣者	がんピアサポーター　１名（上地久美子）
引率者	沖縄県地域統括相談支援センター　事務補佐　１名
主　催	琉球大学病院　がんセンター内　沖縄県地域統括相談支援センター
当日の様子	・14：30 よりオンライン時の注意事項（約束事等）、守秘義務について了解を得て、会を進行。各自自己紹介を行った後、ヨガ体験へと移った。 ・14：35～15：05 着座を基本としたヨガ体験では、画面越しに講師が参加者の様子を確認しながら進め、参加した皆さんも自身の体調に合わせ、リラックスした状態でヨガ体験を行った。がん治療をしている中で体との対話（運動やストレットなど）の時間をつくることがなかなかできていないと話す方もおり、今回のオンラインゆんたく会で心と体のクールダウンを図っている様子が伺えた。 ・15：05 からの交流の時間では、足の浮腫みを解消する方法の質問があがり、講師から血流が良くなる（足を温めたり、深呼吸）方法などのアドバイスが聞かれた。また講師自身もがんサバイバーであり、自身が経験したことを基に参加者へ声を掛けながら交流を図った。 ・新型コロナウィルス感染症によるまん延防止措置が発令され、一同に介して交流を行う事ができない状況であった。しかし今回のように画面越し（オンライン）でも皆と繋がる事が出来るのは安心との意見も聞かれた。次回の案内（ヨガ体験第２弾）を行い、15：40 に会を終えた。 ・参加者が ZOOM 退室後、那覇市立病院サロン担当者との意見交換では、次年度より那覇市立でもオンラインでのサロン開催の準備を進めている旨報告が聞かれ、今後のサロン運営について情報共有を図った。 ＊参加者（患者様３名・那覇市立病院サロン担当者１名）





がんピアサポーター派遣事業

第９回　　オンラインサロン報告書

名　称	第7回　オンラインゆんたく会（がんピアサロン）
目　的	がん患者等関係者並びにがん対策関係者へ沖縄県地域統括相談支援センターで養成したがんピアサポーターを派遣し活動の場の創出を図る。
日　程	日　時　　令和４年３月 15（火）15：05～15：40 （14：30～がんピアサロン/15：05～オンラインゆんたく会） 場　所　　各自施設(患者) / 琉球大学病院大学院セミナー室（講師・ピアサポーター）
派遣者	がんピアサポーター　１名
引率者	沖縄県地域統括相談支援センター　事務補佐　１名
主　催	琉球大学病院　がんセンター内　沖縄県地域統括相談支援センター
当日の様子	・14：30 よりオンラインでの注意事項（約束事等）、守秘義務について了解を得て、会を進行。２月開催時の参加者と同様のため、自己紹介を割愛しヨガ体験へと移った。 ・14：30～15：05 着座を基本としたヨガ体験では、画面越しに講師が参加者の様子を確認しながら進め、参加した皆さんも自身の体調に合わせ、リラックスした状態で呼吸の仕方や筋肉の伸ばし方など対話を交え、参加者ごとの体の可動域を確認しながらヨガ体験を行った。 ・15：05 からの交流の時間では、2/14 開催のヨガ体験の感想や、呼吸の癖（口呼吸を鼻呼吸へ意識する）への対処方法について、交流を行った。治療のことだけではなく、ヨガも日常の生活に取り入れ気持ちをリラックスして過ごすことで、迷いや不安の解消にもつながる話があがった。また那覇市立病院サロン担当者より、次年度は隔月でオンラインサロン（ゆんたく会）開催予定との情報提供があり、今回参加の方へも案内するとのことであった。 ・次年度も当センターより各イベントの案内について周知を行い、会を終えた。 ＊参加者（患者様２名・那覇市立病院サロン担当者２名）





資料２０-(1)

第 76 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会、令和３年度第 28 回薬事・食品衛生審議会薬事分科会医薬品等安全対策部会安全対策調査会（合同開催）

令 和 ４ 年 ２ 月 18 日 （ 金 ）
１ ３ ： ０ ０ ～ １ ５ ： ０ ０
WEB 会議（厚生労働省専用第 21 会議室）

議　事　次　第

１　開会

２　議題
（１）新型コロナワクチンの接種及び副反応疑い報告の状況並びに接種後の健康状況に係る調査等について
（２）HPV ワクチンの情報提供について
（３）その他

３　閉会

第 76 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会
令和３年度第 28 回薬事・食品衛生審議会薬事分科会医薬品等安全対策部会安全対策調査会
（合同開催）
委員・参考人一覧

日時：令和４年２月 18 日（金）13:00～15:00
場所：WEB 会議（専用第 21 会議室）

【副反応検討部会】
＜委員＞

伊藤　澄信	独立行政法人国立病院機構本部総合研究センター長
倉根　一郎	国立感染症研究所名誉所員
多屋　馨子	国立感染症研究所感染症疫学センター予防接種総括研究官
永井　利三郎	桃山学院教育大学人間教育学部教授
長谷川　秀樹	国立感染症研究所インフルエンザ・呼吸器系ウイルス研究センター長
濱田　篤郎	東京医科大学病院渡航者医療センター特任教授
宮川　政昭	公益社団法人日本医師会常任理事
○森尾　友宏	東京医科歯科大学発生発達病態学分野小児科教授
山縣　然太朗	山梨大学大学院総合研究部医学域社会医学講座教授

○：部会長

＜参考人＞

鈴木　基	国立感染症研究所感染症疫学センター長

【安全対策調査会】
＜委員＞

石井　伊都子	千葉大学医学部附属病院　薬剤部長
伊藤　清美	武蔵野大学薬学部薬物動態学研究室　教授
○岡　明	埼玉県立小児医療センター　病院長
柿崎　暁	独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター　臨床研究部長
佐藤　薫	国立医薬品食品衛生研究所薬理部第一室長
舟越　亮寛	亀田総合病院　薬剤管理部長

○：調査会長

（敬称略、五十音順）

第76回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会、 令和３年度第28回薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会	資料２
2022(令和４)年２月18日	

HPVワクチンの情報提供について

HPVワクチンの情報提供について

2021年11月12日副反応検討部会・
安全対策調査会資料１より

情報提供の目的

- 公費によって接種できるワクチンの一つとしてＨＰＶワクチンがあることについて知っていただく
- ＨＰＶワクチン接種について検討・判断するためのワクチンの有効性・安全性に関する情報等や、接種を希望した場合の円滑な接種のために必要な情報を、接種対象者及びその保護者に届ける

情報提供の内容

- **読みやすさ、わかりやすさを重視**する
  - ✓ 行政用語、専門用語を極力排除する
  - ✓ 読みやすく簡潔な文章にする　等

ＨＰＶワクチンの情報提供については、令和２年９月25日に本部会でまとめられた、情報提供の目的や読みやすさ・わかりやすさを重視する視点を踏襲しつつ、主に以下の点についてリーフレットを更新する。

- **本人・保護者向け概要版（ピンク）、本人保護者向け詳細版（水色）**
  - ・表紙メッセージの更新
  - ・各種データの更新、最新のエビデンスを踏まえたＨＰＶワクチンの「効果」と「リスク」の追記・修正
  - ・情報がアップデートされるもの（例：国内の接種率、９価ワクチンなど）については、厚労省ＨＰとリンクした情報提供
  - ・「積極的勧奨の差し控え」に関する記載の見直し　等

- **医療従事者向け（緑）**
  - ・医療従事者にとっても読みやすいレイアウトへ変更
  - ・各種データの更新、最新のエビデンスを踏まえたＨＰＶワクチンの「効果」と「リスク」の追記・修正
  - ・詳細な情報（例：ＨＰＶワクチンのエビデンスのまとめ、副反応疑い報告の提出方法）や、情報がアップデートされるもの（例：９価ワクチンなど）は、厚労省ＨＰとリンクした情報提供　等

本人・保護者向けリーフレット（概要版・詳細版）の主な改訂内容

改訂前　　**改訂後**

※下記の他、データの更新、表現の一部修正等を行っています。

表紙メッセージ



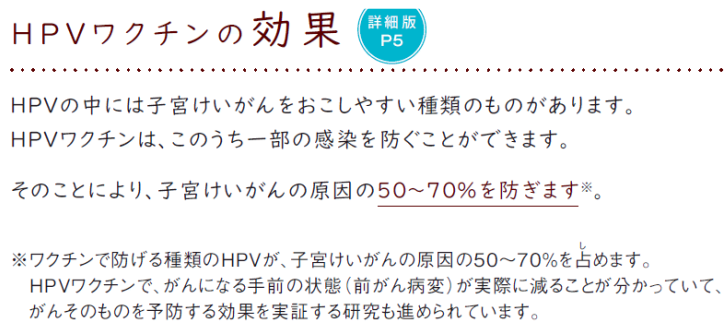


あなたと
関係のあるがんがあります

追記・修正

ＨＰＶワクチンについて知ってください
～あなたと関係のある“がん”があります～

ＨＰＶワクチンの効果（概要版）





追記・修正

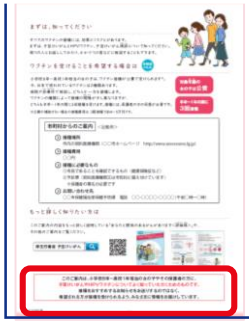
ＨＰＶの中には子宮けいがんをおこしやすい種類のものがあります。
ＨＰＶワクチンは、このうち一部の感染を防ぐことができます。

そのことにより、子宮けいがんの原因の50～70%を防ぎます※。

また、ＨＰＶワクチンで、がんになる手前の状態（前がん病変）が減るとともに、がんそのものを予防する効果があることも分かってきています。

※ワクチンで防げる種類のＨＰＶが、子宮けいがんの原因の50～70%を占めます。

「積極的勧奨の差し控え」に関する記載



このご案内は、小学校６年～高校１年相当の女の子やその保護者の方に、

子宮けいがんやＨＰＶワクチンについて知っていただくためのものです。

接種をおすすめするお知らせをお送りするのではなく、

希望される方が接種を受けられるよう、みなさまに情報をお届けしています。

削除

289

本人・保護者向けリーフレット（詳細版）の主な改訂内容

改訂前

改訂後

※下記の他、データの更新、表現の一部修正等を行っています。

日本の接種率（詳細版）

HPVワクチンのはじまりと世界での状況

HPVワクチンは、2006年に欧米で生まれ、使われ始めました。
日本では、2009年12月にワクチンとして承認され、接種が始まりました。

世界保健機関（WHO）が接種を推奨しており、
現在では100カ国以上で公的な予防接種が行われています。
イギリス、オーストラリアでは接種率は約8割です。

100カ国以上で公的接種

イギリス、オーストラリアでは接種率 約8割

<HPVワクチンを接種した女の子の割合（2018年）>

アメリカ	55%
カナダ	83%
イギリス	82%
イタリア	67%
ドイツ	31%
フランス*	24%
オーストラリア*	80%

※2017年のデータ

追記

日本の接種状況が参照できるよう以下のとおり追記。なお、最新値が確認できるよう、具体的な数字を記載するのではなく、厚生労働省ホームページを参照するような記載とする。

日本での接種者は近年徐々に増えています。
日本の最新の接種状況は厚生労働省ホームページからご確認いただけます。
厚生労働省「定期の予防接種実施者数」
https://www.mhlw.go.jp/topics/bcg/other/5.html

9価（詳細版）

追記

新しいHPVワクチンであるシルガード®９については、現在、専門家により公費による接種の対象とするか検討中です。
最新の情報は、厚生労働省ホームページをご覧ください。
厚生労働省「９価HPVワクチンについて」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou/hpv_9-valentHPVvaccine.html

HPVワクチンの効果（詳細版）

HPVワクチンの効果

HPVワクチンは、子宮けいがんをおこしやすいタイプであるHPV16型と18型の感染を防ぐことができます。
そのことにより、子宮けいがんの原因の50～70%を防ぎます※1。

※1 ワクチンで防げるHPV16型と18型が、子宮けいがんの原因の50～70%を占めます。

HPVワクチン（サーバリックス®）の接種により、自然に感染したときの数倍の量の抗体を少なくとも9.4年維持できることがこれまでの研究でわかっています※2。

※2 ワクチンの誕生（2006年）以降、期待される効果について研究が続けられています。

海外や日本で行われた疫学調査（集団を対象として病気の発生などを調べる調査）では、
HPVワクチンを導入することにより、
子宮けいがんの前がん病変を予防する効果が示されています。
また、接種が進んでいる一部の国では、まだ研究の段階ですが、
子宮けいがんを予防する効果を示すデータも出てきています。



HPVワクチンの接種を1万人が受けると、受けなければ
子宮けいがんになっていた約70人※3ががんにならなくてすみ、
約20人※4の命が助かる、と試算されています。

※3 59～86人
※4 14～21人

追記・修正

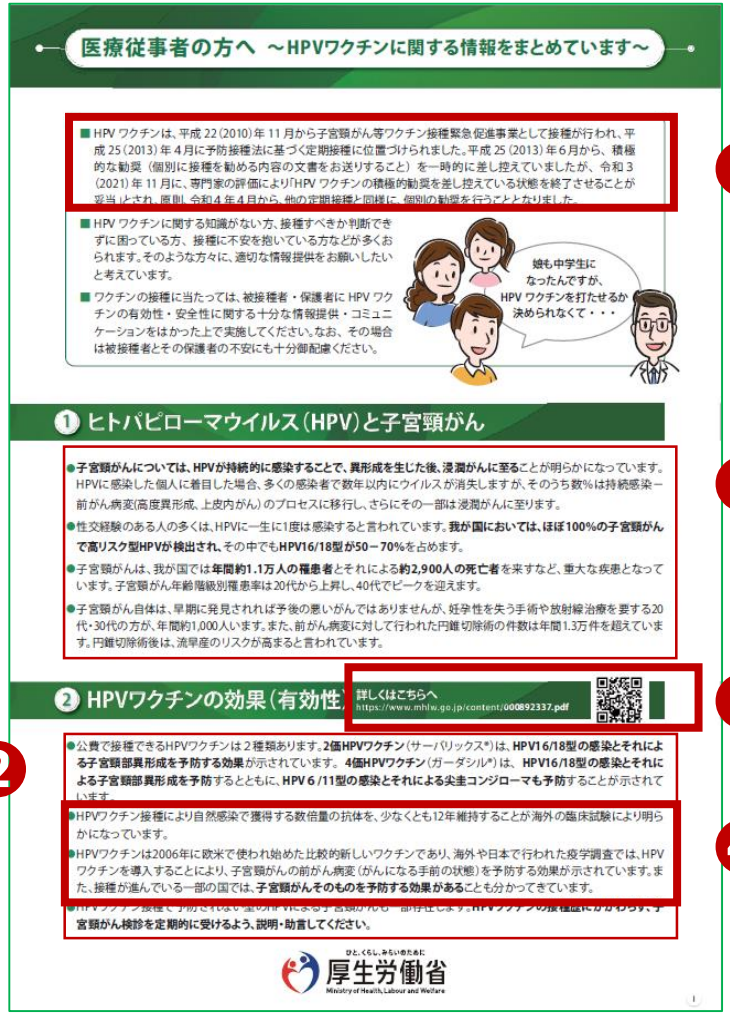
公費で受けられるHPVワクチンは、子宮頸がんをおこしやすいタイプであるHPV16型と18型の感染を防ぐことができます。
そのことにより、子宮けいがんの原因の50～70%を防ぎます※1。
※1 HPV16型と18型が、子宮けいがんの原因の50～70%を占めます。

公費で受けられるHPVワクチンの接種により、感染予防効果を示す抗体は少なくとも12年維持される可能性があることが、これまえの研究でわかっています※2。
※2 ワクチンの誕生（2006年）以降、期待される効果について研究が続けられています。

海外や日本で行われた疫学調査（集団を対象として病気の発生などを調べる調査）では、HPVワクチンを導入することにより、子宮頸がんの前がん病変を予防する効果が示されています。
また、接種が進んでいる一部の国では、**子宮頸がんそのものを予防する効果があることも分かってきています。**

290

医療従事者向けリーフレットの主な改訂内容①



医療従事者の方へ ～HPVワクチンに関する情報をまとめています～

■ HPV ワクチンは、平成 22（2010）年 11 月から子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業として接種が行われ、平成 25（2013）年 4 月に予防接種法に基づく定期接種に位置づけられました。平成 25（2013）年 6 月から、積極的な勧奨（個別に接種を勧める内容の文書をお送りすること）を一時的に差し控えていましたが、令和 3（2021）年 11 月に、専門家の評価により「HPV ワクチンの積極的勧奨を差し控えている状態を終了させることが妥当」とされ、原則、令和 4 年 4 月から、他の定期接種と同様に、個別の勧奨を行うこととなりました。

■ HPV ワクチンに関する知識がない方、接種すべきか判断できずに困っている方、接種に不安を抱いている方などが多くおられます。そのような方々に、適切な情報提供をお願いしたいと考えています。

■ ワクチンの接種に当たっては、被接種者・保護者に HPV ワクチンの有効性・安全性に関する十分な情報提供・コミュニケーションをはかった上で実施してください。なお、その場合は被接種者とその保護者の不安にも十分御配慮ください。

① ヒトパピローマウイルス（HPV）と子宮頸がん

●**子宮頸がんについては、HPVが持続的に感染することで、異形成を生じた後、浸潤がんに至る**ことが明らかになっています。HPVに感染した個人に着目した場合、多くの感染者で数年以内にウイルスが消失しますが、そのうち数%は持続感染－前がん病変(高度異形成、上皮内がん）のプロセスに移行し、さらにその一部は浸潤がんに至ります。

●性交経験のある人の多くは、HPVに一生に1度は感染すると言われています。**我が国においては、ほぼ100%の子宮頸がんで高リスク型HPVが検出され、**その中でも**HPV16/18型が50－70%**を占めます。

●子宮頸がんは、我が国では**年間約1.1万人の罹患者**とそれによる**約2,900人の死亡者**を来すなど、重大な疾患となっています。子宮頸がん年齢階級別罹患率は20代から上昇し、40代でピークを迎えます。

●子宮頸がん自体は、早期に発見されれば予後の悪いがんではありませんが、妊孕性を失う手術や放射線治療を要する20代・30代の方が、年間約1,000人います。また、前がん病変に対して行われた円錐切除術の件数は年間1.3万件を超えています。円錐切除術後は、流早産のリスクが高まると言われています。

② HPVワクチンの効果（有効性）

詳しくはこちらへ https://www.mhlw.go.jp/content/000892337.pdf

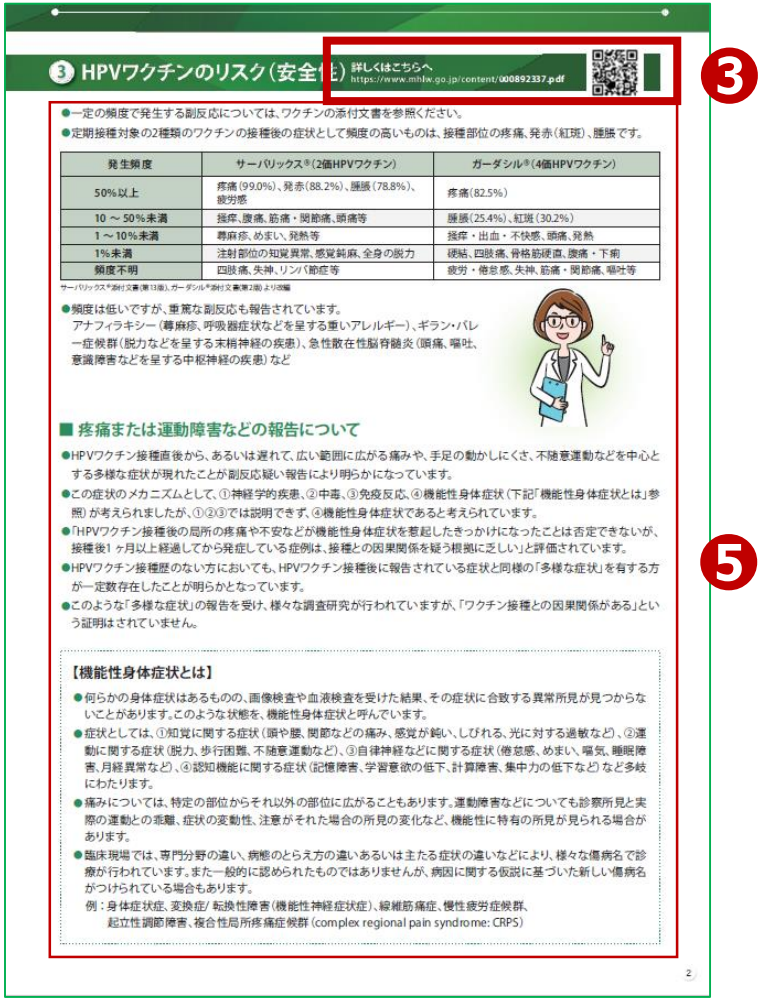
●公費で接種できるHPVワクチンは２種類あります。**2価HPVワクチン**（サーバリックス®）は、**HPV16/18型の感染とそれによる子宮頸部異形成を予防する効果**が示されています。**4価HPVワクチン**（ガーダシル®）は、**HPV16/18型の感染とそれによる子宮頸部異形成を予防**するとともに、**HPV 6 /11型の感染とそれによる尖圭コンジローマも予防**することが示されています。

●HPVワクチン接種により自然感染で獲得する数倍量の抗体を、少なくとも12年維持することが海外の臨床試験により明らかになっています。

●HPVワクチンは2006年に欧米で使われ始めた比較的新しいワクチンであり、海外や日本で行われた疫学調査では、HPVワクチンを導入することにより、子宮頸がんの前がん病変（がんになる手前の状態）を予防する効果が示されています。また、接種が進んでいる一部の国では、**子宮頸がんそのものを予防する効果があること**も分かってきています。

宮頸がん検診を定期的に受けるよう、説明・助言してください。

厚生労働省 Ministry of Health, Labour and Welfare



③ HPVワクチンのリスク（安全性）

詳しくはこちらへ https://www.mhlw.go.jp/content/000892337.pdf

●一定の頻度で発生する副反応については、ワクチンの添付文書を参照ください。

●定期接種対象の2種類のワクチンの接種後の症状として頻度の高いものは、接種部位の疼痛、発赤（紅斑）、腫脹です。

発生頻度	サーバリックス®（2価HPVワクチン）	ガーダシル®（4価HPVワクチン）
50%以上	疼痛（99.0%）、発赤（88.2%）、腫脹（78.8%）、疲労感	疼痛（82.5%）
10 ～ 50%未満	掻痒、腹痛、筋痛・関節痛、頭痛等	腫脹（25.4%）、紅斑（30.2%）
1 ～ 10%未満	悪寒症、めまい、発熱等	掻痒・出血・不快感、頭痛、発熱
1%未満	注射部位の知覚異常、感覚鈍麻、全身の脱力	硬結、四肢痛、骨格筋硬直、腹痛・下痢
頻度不明	四肢痛、失神、リンパ節症等	疲労・倦怠感、失神、筋痛・関節痛、嘔吐等

サーバリックス®添付文書（第13版）、ガーダシル®添付文書（第12版）より改編

●頻度は低いですが、重篤な副反応も報告されています。
アナフィラキシー（蕁麻疹、呼吸器症状などを呈する重いアレルギー）、ギラン・バレー症候群（脱力などを呈する末梢神経の疾患）、急性散在性脳脊髄炎（頭痛、嘔吐、意識障害などを呈する中枢神経の疾患）など

■ 疼痛または運動障害などの報告について

●HPVワクチン接種直後から、あるいは遅れて、広い範囲に広がる痛みや、手足の動かしにくさ、不随意運動などを中心とする多様な症状が現れたことが副反応疑い報告により明らかになっています。

●この症状のメカニズムとして、①神経学的疾患、②中毒、③免疫反応、④機能性身体症状（下記「機能性身体症状とは」参照）が考えられましたが、①②③では説明できず、④機能性身体症状であると考えられています。

●「HPVワクチン接種後の局所の疼痛や不安などが機能性身体症状を惹起したきっかけになったことは否定できないが、接種後1 ヶ月以上経過してから発症している症例は、接種との因果関係を疑う根拠に乏しい」と評価されています。

●HPVワクチン接種歴のない方においても、HPVワクチン接種後に報告されている症状と同様の「多様な症状」を有する方が一定数存在したことが明らかとなっています。

●このような「多様な症状」の報告を受け、様々な調査研究が行われていますが、「ワクチン接種との因果関係がある」という証明はされていません。

【機能性身体症状とは】

●何らかの身体症状はあるものの、画像検査や血液検査を受けた結果、その症状に合致する異常所見が見つからないことがあります。このような状態を、機能性身体症状と呼んでいます。

●症状としては、①知覚に関する症状（頭や腰、関節などの痛み、感覚が鈍い、しびれる、光に対する過敏など）、②運動に関する症状（脱力、歩行困難、不随意運動など）、③自律神経などに関する症状（倦怠感、めまい、嘔気、睡眠障害、月経異常など）、④認知機能に関する症状（記憶障害、学習意欲の低下、計算障害、集中力の低下など）など多岐にわたります。

●痛みについては、特定の部位からそれ以外の部位に広がることもあります。運動障害などについても診察所見と実際の運動との乖離、症状の変動性、注意がそれた場合の所見の変化など、機能性に特有の所見が見られる場合があります。

●臨床現場では、専門分野の違い、病態のとらえ方の違いあるいは主たる症状の違いなどにより、様々な傷病名で診療が行われています。また一般的に認められたものではありませんが、病因に関する仮説に基づいた新しい傷病名がつけられている場合もあります。
例：身体症状症、変換症/ 転換性障害（機能性神経症状症）、線維筋痛症、慢性疲労症候群、起立性調節障害、複合性局所疼痛症候群（complex regional pain syndrome: CRPS）

①HPVワクチン導入から今日に至るまでの経緯を記載

②データの更新、文言等の整理

③詳細なエビデンスは参考資料にリンク

④がん予防効果について追記・修正

⑤記載の場所や文言等の整理

医療従事者向けリーフレットの主な改訂内容②



④ HPVワクチンの接種

●**定期接種対象者**　小学校６年～高校１年相当の女子

●**定期接種対象ワクチン**　２価（サーバリックス®）、４価（ガーダシル®）

サーバリックス®　ガーダシル®

0か月 1か月 6か月 0か月 1か月 6か月

※1 1回目から1か月以上あけます。　※3 1回目から1か月以上あけます。
※2 1回目から5か月以上、2回目から2か月半以上あけます。　※4 2回目から3か月以上あけます。

■9価（シルガード®9）について

●9価HPVワクチン（シルガード®9）は、令和2（2020）年7月に薬事承認され、令和3（2021）年2月に国内の販売が開始されました。

●現在、専門家により定期接種化の是非について検討されています。

●最新の情報は、厚生労働省ＨＰ「9価HPVワクチンについて」をご参照ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou/hpv_9-valentHPVvaccine.html

■ 接種時の注意点

●痛みなどの頻度が高いワクチンであることを被接種者と保護者に伝えてください。

●接種の痛みや緊張のために、血管迷走神経反射が出現し、失神することがあります。接種後は**少なくとも30分間**は背もたれのある椅子に座っていただき、座位で様子を見てください。前に倒れる場合がありますので、注意して様子を観察してください。

■ 接種を判断する際のポイント

●ワクチンを接種した後や、けがの後などに原因不明の痛みが続いたことがある方は「機能性身体症状」が出現する可能性が高いと考えられているため、被接種者と保護者に十分確認してください。

●接種後に現れた症状により、以降の接種を中止もしくは延期することが可能です。2回目以降の接種時には、前回接種後の症状の有無を被接種者と保護者に確認してください。

⑤ 接種後に体調の変化などを訴える方が受診した場合の対応

●ワクチン接種直後から、あるいは遅れて接種部位や接種部位と異なる部位の持続的な痛み、倦怠感、運動障害、記憶など認知機能の異常、その他の体調の変化などを訴える患者が受診した場合には、**HPVワクチン接種との関連を疑い症状を訴える患者が存在することを念頭に置き、傾聴の態度（受容、共感）を持って接し、共感を表明しつつ、診療にあたってください。**

●患者が落ち着いて診療を受けられるよう、また治療方針が首尾一貫するように取りはからいつつ、自分が主治医として診療するか、協力医療機関、専門医療機関の医師に紹介するかを検討してください。**患者の行き場が無くなる状況とならないように**、紹介する際も、主治医が決定するまでは責任を持ってご自身で診療にあたってください。

●副反応疑い報告を行うか検討してください。

（参照）日本医師会・日本医学会発刊「HPV ワクチン接種後に生じた症状に対する診療の手引き」
www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou28/dl/tyobou-tebiki_20190329-2.pdf

<HPVワクチン接種にかかる協力医療機関などによる支援体制のイメージ>

HPVワクチン接種後に生じた症状の診療に係る協力医療機関
https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou28/medical_institution/index.html

被接種者が接種後に生じた症状で困ったときの相談窓口（都道府県ごとに整理）
https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou28/madoguchi/index.html

3



Q&A

Q：副反応疑い報告って何ですか？

●ワクチン接種による副反応が疑われる症例については、ワクチン接種との因果関係を問わず、報告を集めています。詳しくは、厚生労働省ホームページ「予防接種法に基づく医師等の報告のお願い」をご参照ください。
https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou20/hukuhannou_houkoku/index.html

●令和3（2021）年6月末までに報告※1されたHPVワクチンの副反応疑いの総報告数は3,353人（1万人あたり約10人※2）で、うち医師又は企業が重篤と判断した報告数は1,928人（1万人あたり約6人※3）です。

●接種との因果関係を問わず、接種後に起こった健康状態の異常について副反応疑いとして報告された症例については、厚生労働省の審議会において、報告頻度や症例の概要などを確認し、安全性に係る定期的な評価を継続的に実施しています※4。

※1 企業報告は販売開始から、医療機関報告は平成22（2010）年11月26日からの報告
※2 出荷数量より推計した接種者数336万人（サーバリックス®241万人、ガーダシル®95万人）を分母として1 万人あたりの頻度を算出
※3 ワクチン接種に伴って一般的に起こりうる過敏症など機能性身体症状以外の認定者も含んだ人数
※4 審議会における議論の詳細についてはhttps://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-kousei_284075.html に掲載

Q：予防接種健康被害救済制度って何ですか？

●予防接種の副反応による健康被害は、極めて稀ですが、不可避的に生ずるものですので、接種に係る過失の有無にかかわらず、予防接種と健康被害との因果関係が認定された方を迅速に救済する制度を設けています。詳しくは厚生労働省ホームページ「予防接種健康被害救済制度について」をご参照ください。
https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou20/hukuhannou_houkoku/index.html

●我が国の従来からの救済制度の基本的な考え方「厳密な医学的な因果関係までは必要とせず、接種後の症状が予防接種によって起こることを否定できない場合も救済の対象とする」に沿って、救済の審査を実施しています。

●令和3(2021)年3月末までにHPV ワクチン接種との因果関係が否定できないとして救済制度の対象となった方は、審査された583人中、347人です。(予防接種法に基づく救済の対象者が、審査した計57人中、30人、PMDA 法に基づく救済の対象者が、審査した計526人中、317人となっています。)

お役立ち資料集

厚生労働省「ヒトパピローマウイルス感染症～子宮頸がんとHPVワクチン～」
HPVワクチンに関する情報を一元的にお知らせしています。
www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou28/index.html

厚生労働省「予防接種情報」
HPVワクチンを含む、予防接種法に基づいて行われる各ワクチンの定期接種に関する情報をお知らせしています。
www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/yobou-sesshu/index.html

厚生労働省「厚生科学審議会 予防接種・ワクチン分科会 副反応検討部会」
HPVワクチンを含む各ワクチンの安全性の評価などを定期的に行っている審議会です。
www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-kousei_284075.html

筋肉内注射の注意とポイント（動画）
新型コロナワクチン（HPV ワクチンと同じく筋肉内注射です）を安全に接種するためのポイントを説明しています。
（厚生労働行政推進調査事業費補助金「新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業」「ワクチンの有効性・安全性と効果的適用に関する疫学研究」）
www.youtube.com/watch?v=vcEVMi3DtCY

接種対象者とその保護者向けのリーフレット（３種）を厚生労働省ホームページからダウンロードしてお使いいただけます。

厚労省　HPV　検索

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

令和4（2022）年

4

⑥対象者や接種間隔について新規記載

⑦９価HPVワクチン（シルガード® ９）について新規記載

⑧記載の場所や文言等の整理

⑨協力医療機関などによる支援体制のイメージを新規記載

⑩文言等の整理

⑪関連資料のリンク集を新規記載

HPVワクチンの情報提供に関する今後のスケジュールイメージ

HPVワクチンに関するリーフレット

- 以下の４種類の既存リーフレットについては、2022年版として２月中可能な限り早く公表する
  - 小学校６年～高校１年の女の子と保護者の方向け（概要版）　（ピンク）
  - 小学校６年～高校１年の女の子と保護者の方向け（詳細版）（水色）
  - HPVワクチンを受けたお子様と保護者の方向け（オレンジ）
  - 医療従事者の方向け（緑）

※キャッチアップ接種対象者向けの情報提供資材は、必要な情報を精査し、３月中に公表予定

概要版

詳しく知りたい方向けの詳細版もあります。

小学校6年～高校1年相当の女の子と
保護者の方へ大切なお知らせ



HPVワクチンについて知ってください

～あなたと関係のある“がん”があります～

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

ウイルス感染でおこる子宮けいがん

詳細版 P2~3

「がんってたばこでなるんでしょ？」
「オトナがなるものだから私は関係ない」って思っていませんか？
実はウイルスの感染がきっかけでおこる“がん”もあります。その1つに子宮けいがんがあります。

HPV（ヒトパピローマウイルス）の感染が原因と考えられています。
このウイルスは、女性の多くが“一生に一度は感染する”といわれるウイルスです※。
感染しても、ほとんどの人ではウイルスが自然に消えますが、
一部の人でがんになってしまうことがあります。

現在、感染した後にどのような人ががんになるのかわかっていないため、
感染を防ぐことががんにならないための手段です。



※HPVは一度でも性的接触の経験があればだれでも感染する可能性があります。

女性の多くがHPV（ヒトパピローマウイルス）に“一生に一度は感染する”といわれる ▶ **がんになる場合も** ▶ **感染を防ぐことがんにならないための手段**

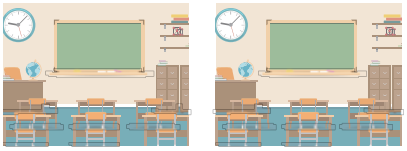
＜何人くらいが子宮けいがんになるの？＞

日本では毎年、約1.1万人の女性が子宮けいがんになり、毎年、約2,900人の女性が亡くなっています。患者さんは20歳代から増え始めて、30歳代までにがんの治療で子宮を失ってしまう（妊娠できなくなってしまう）人も、1年間に約1,000人います。

＜一生のうち子宮けいがんになる人＞

1万人あたり132人

2クラスに1人くらい



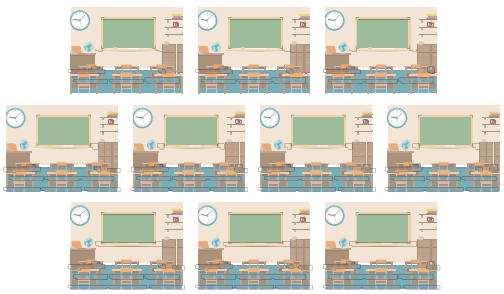
つまりこれってどのくらい？



＜子宮けいがんで亡くなる人＞

1万人あたり34人

10クラスに1人くらい



1クラス約35人の女子クラスとして換算

出典 国立がん研究センター がん情報サービス　2018年全国推計値に基づく累積罹患リスク、2019年累積死亡リスク、2019年人口動態統計がん死亡データより

子宮けいがんで苦しまないために、できることが2つあります

詳細版 P4

① 今からできること

日本では、小学校6年～高校1年相当の女の子を対象に、
子宮けいがんの原因となるHPVの感染を防ぐ
ワクチンの接種を提供しています。
HPVの感染を防ぐことで、
将来の子宮けいがんを予防できると
期待されています。
カナダ、イギリス、オーストラリアなどでは
女の子の約8割がワクチンを受けています。



② 20歳になったらできること

HPVワクチンを受けていても、
子宮けいがん検診は必要です。
2年に1度
検診を受けることが
大切です。



HPVワクチンの効果

詳細版 P5



HPVの中には子宮けいがんをおこしやすい種類のものがあります。
HPVワクチンは、このうち一部の感染を防ぐことができます。

そのことにより、子宮けいがんの原因の50～70%を防ぎます※。

また、HPVワクチンで、がんになる手前の状態（前がん病変）が減るとともに、
がんそのものを予防する効果があることも分かってきています。

※ワクチンで防げる種類のHPVが、子宮けいがんの原因の50～70%を占めます。

HPVワクチンのリスク

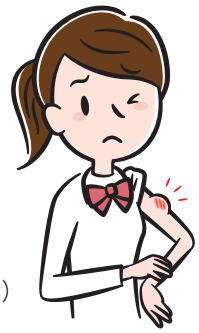
詳細版 P6

多くの方に、接種を受けた部分の痛みや腫れ、赤みなどの症状が起こることがあります。
筋肉注射という方法の注射で、インフルエンザの予防接種等と比べて、痛みが強いと感じる方もいます。

ワクチンの接種を受けた後に、まれですが、重い症状※1が起こることがあります。

また、広い範囲の痛み、手足の動かしにくさ、不随意運動※2といった多様な症状が報告されています。

ワクチンが原因となったものかどうかわからないものをふくめて、
接種後に重篤な症状※3として報告があったのは、ワクチンを受けた1万人あたり約6人です。



ワクチンを合計3回接種しますが、1回目、2回目に気になる症状が現れたら、
それ以降の接種をやめることができます。
接種後に気になる症状が出たときは、まずはお医者さんや周りの大人に相談してください※4。

※1 重いアレルギー症状（呼吸困難やじんましんなど）や神経系の症状（手足の力が入りにくい、頭痛・嘔吐・意識の低下）
※2 動かそうと思っていないのに体の一部が勝手に動いてしまうこと
※3 重篤な症状には、入院相当以上の症状などがふくまれていますが、
報告した医師や企業の判断によるため、必ずしも重篤でないものも重篤として報告されることがあります。
※4 HPV ワクチン接種後に生じた症状の診療を行う協力医療機関をお住まいの都道府県ごとに設置しています。

HPVワクチンについて知ってください



すべてのワクチンの接種には、効果とリスクとがあります。
まずは、子宮けいがんとHPVワクチン、子宮けいがん検診について知ってください。
周りの人とお話ししてみたり、かかりつけ医などに相談することもできます。

HPVワクチンを受けることを希望する場合は

詳細版 P5,8

小学校6年～高校1年相当の女の子は、
2種類のHPVワクチンを公費で受けられます※。
病院や診療所で相談し、どちらか一方を接種します。
ワクチンの種類によって接種の間隔が少し異なりますが、
どちらも半年～1年の間に3回接種を受けます。接種には、保護者の方の同意が必要です。
※公費の補助がない場合の接種費用は、3回接種で約4～5万円です。

対象年齢の女の子は公費

半年～1年の間に3回接種

市町村からのご案内 ＜記載例＞

接種場所
市内の契約医療機関（○○市ホームページ　http://www.xxxxxxxxxx.lg.jp）

接種費用
○○円

接種に必要なもの
①市民であることを確認できるもの（健康保険証など）
②予診票（契約医療機関又は市町村に備え付けています）
※保護者の署名が必要です

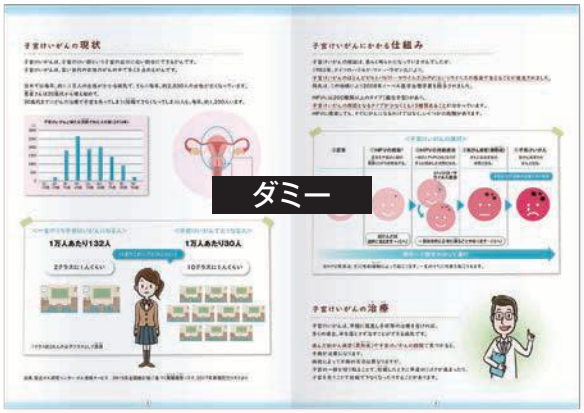
お問い合わせ先
○○市保健福祉部保健予防課　電話　○○-○○○○-○○○○（午前○時～○時）

HPVワクチンについて、もっと詳しく知りたい方は

このご案内の内容をもっと詳しく説明している「HPVワクチンについて知ってください＜詳細版＞」や、
その他のご案内をご覧ください。

厚労省　ＨＰＶ

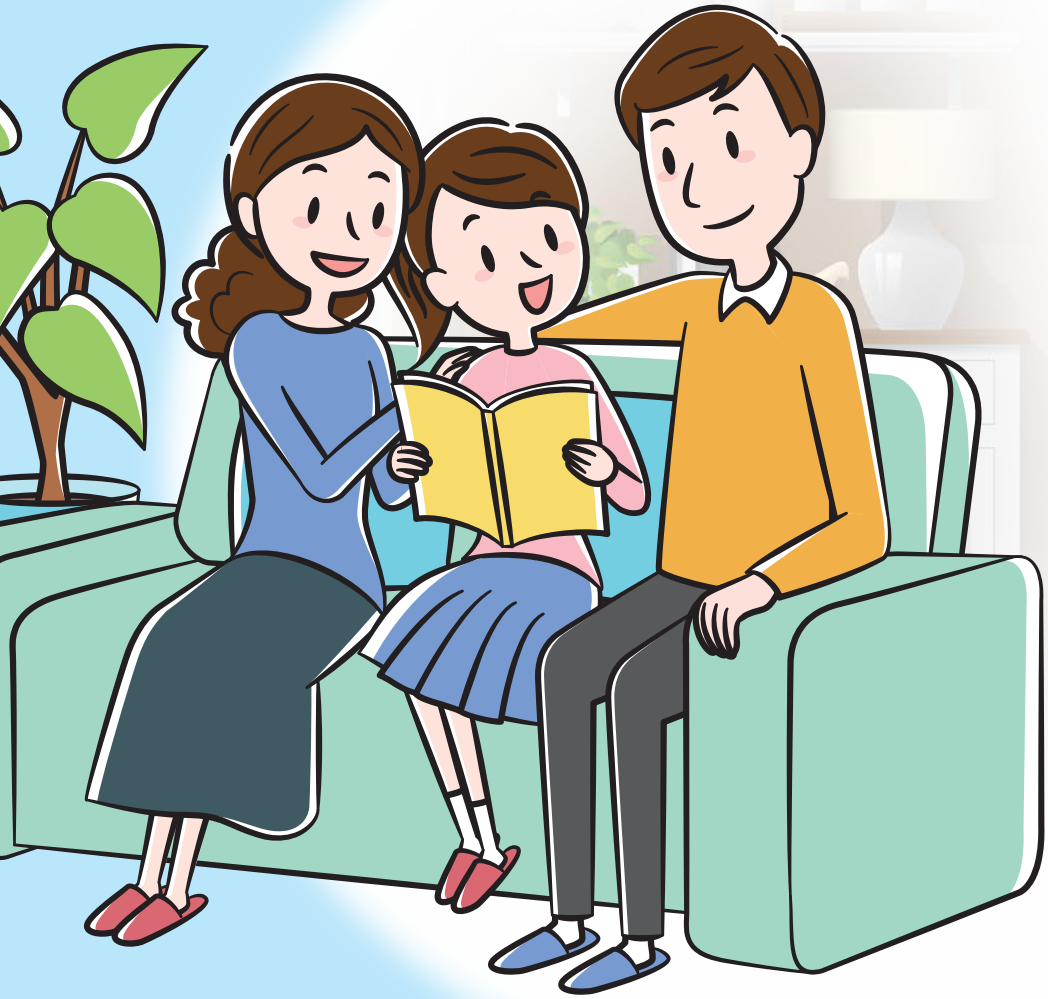




詳細版

お子様にもわかりやすい概要版もあります。

小学校6年～高校1年相当の女の子と保護者の方へ大切なお知らせ



目次

・子宮頸がんの現状 ―― 2

・子宮頸がんにかかる仕組み ―― 3
・子宮頸がんの治療 ―― 3

・HPVワクチンのはじまりと世界での状況 ―― 4
・HPVワクチンと子宮頸がん検診 ―― 4
・子宮頸がん検診について ―― 4

・HPVワクチンの接種について ―― 5
・HPVワクチンの効果 ―― 5

・HPVワクチンのリスク ―― 6

・安全性を定期的に確認しています ―― 7
・健康被害が起きたときは ―― 7
・ワクチン接種の注意点 ―― 7

・HPVワクチンについて知ってください ―― 8

HPVワクチンについて知ってください

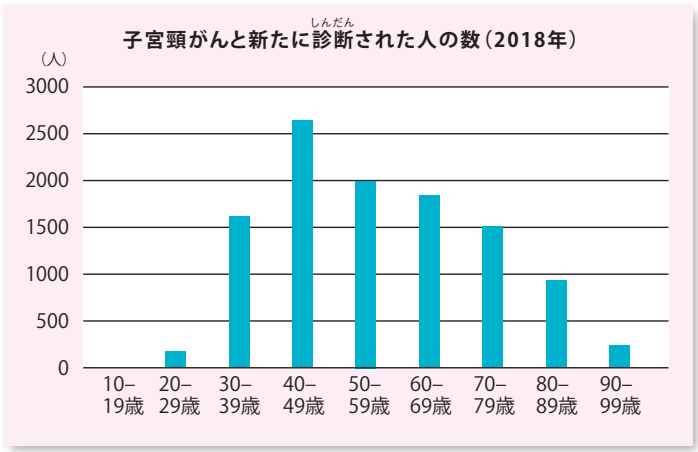
～あなたと関係のある“がん”があります～

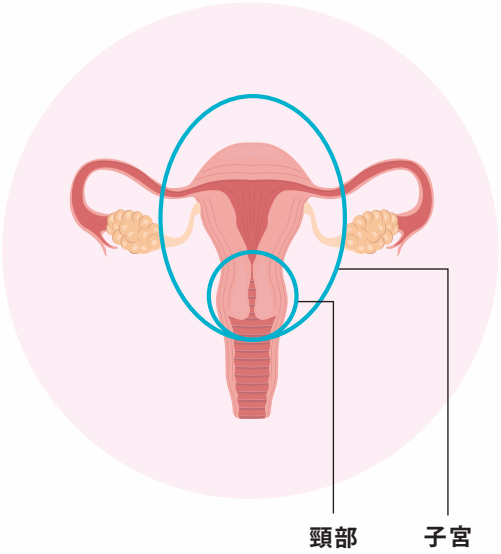
ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

子宮頸がんの現状

子宮頸がんは、子宮の頸部という子宮の出口に近い部分にできるがんです。
子宮頸がんは、若い世代の女性のがんの中で多くを占めるがんです。

日本では毎年、約1.1万人の女性がかかる病気で、さらに毎年、約2,900人の女性が亡くなっています。
患者さんは20歳代から増え始めて、
30歳代までにがんの治療で子宮を失ってしまう(妊娠できなくなってしまう)人も、1年間に約1,000人います。





<一生のうち子宮頸がんになる人>

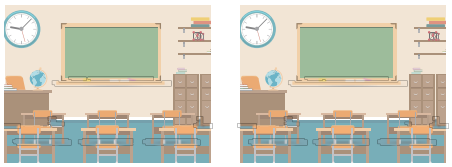
1万人あたり132人

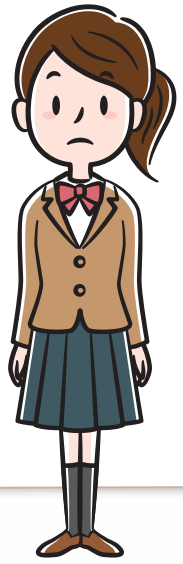
<子宮頸がんで亡くなる人>

1万人あたり34人

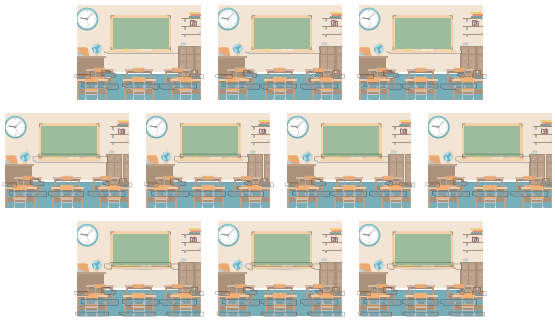
つまりこれってどのくらい?

2クラスに1人くらい





10クラスに1人くらい



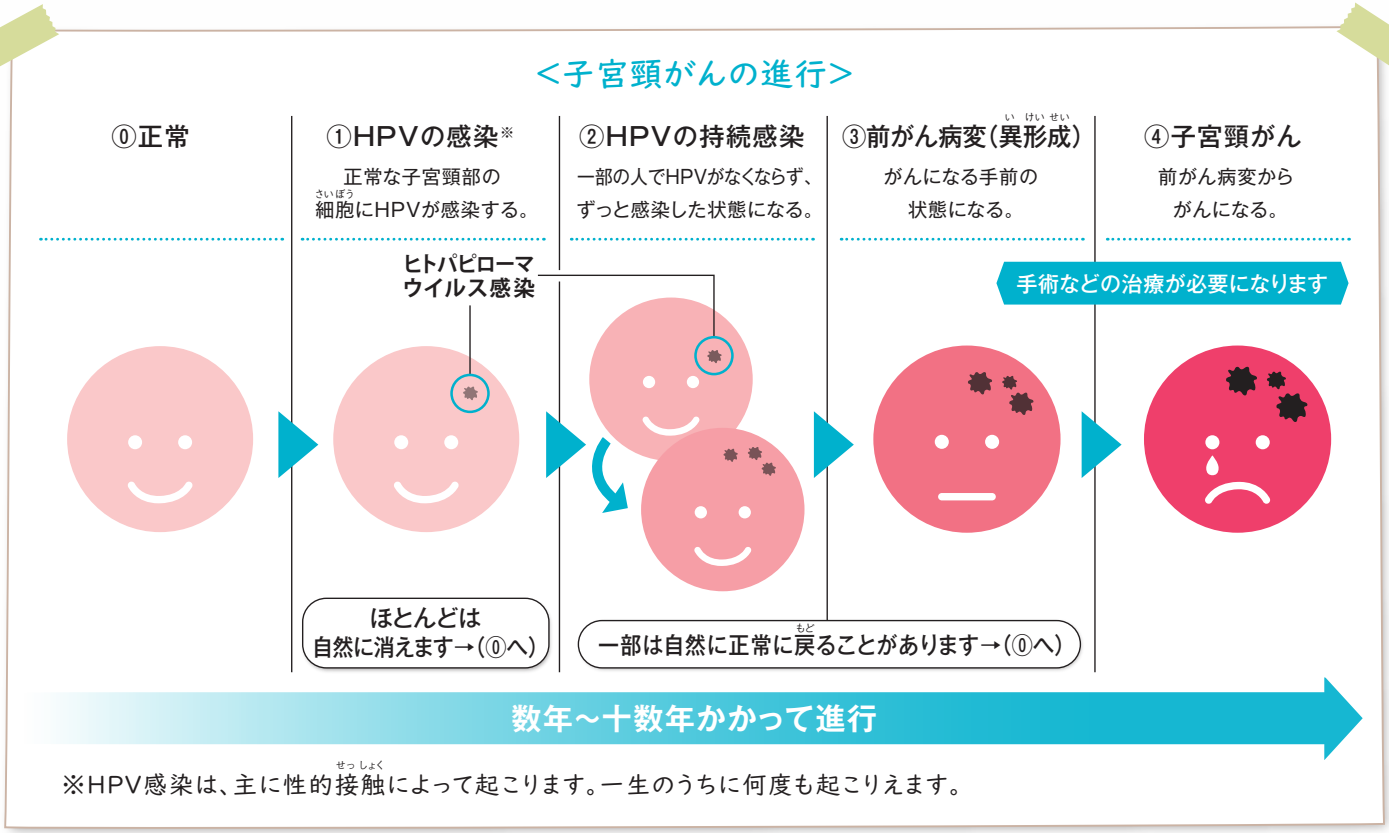
1クラス約35人の女子クラスとして換算

出典 国立がん研究センター がん情報サービス　2018年全国推計値に基づく累積罹患リスク、2019年累積死亡リスク、
2019年人口動態統計がん死亡データより

子宮頸がんにかかる仕組み

子宮頸がんの原因は、長らく明らかになっていませんでしたが、
1982年、ドイツのハラルド・ツァ・ハウゼン氏により、
子宮頸がんのほとんどがヒトパピローマウイルス（HPV）というウイルスの感染で生じることが発見されました。
同氏は、この功績により2008年ノーベル医学生理学賞を授与されました。

HPVには200種類以上のタイプ（遺伝子型）があり、
子宮頸がんの原因となるタイプが少なくとも15種類あることが分かっています。
HPVに感染しても、すぐにがんになるわけではなく、いくつかの段階があります。



※HPV感染は、主に性的接触によって起こります。一生のうちに何度も起こりえます。

子宮頸がんの治療

子宮頸がんは、早期に発見し手術等の治療を受ければ、
多くの場合、命を落とさず治すことができる病気です。

進んだ前がん病変（異形成）や子宮頸がんの段階で見つかると、
手術が必要になります。
病状によって手術の方法は異なりますが、
子宮の一部を切り取ることで、妊娠したときに早産のリスクが高まったり、
子宮を失うことで妊娠できなくなったりすることがあります。



HPVワクチンのはじまりと世界での状況

HPVワクチンは、2006年に欧米で生まれ、使われ始めました。
日本では、2009年12月にワクチンとして承認され、接種が始まりました。

世界保健機関（WHO）が接種を推奨しており、
2020年11月時点では110カ国で公的な予防接種が行われています。
カナダ、イギリス、オーストラリアなどの接種率は約8割です。

日本での接種者は近年徐々に増えています。
日本の最新の接種状況は厚生労働省ホームページからご確認いただけます。

厚生労働省「定期の予防接種実施者数」https://www.mhlw.go.jp/topics/bcg/other/5.html

<HPVワクチンを接種した女の子の割合（2019年）>

アメリカ	49%
カナダ	83%
イギリス	82%
イタリア	52%
ドイツ	43%
フランス	33%
オーストラリア	79%

110カ国で公的接種

カナダ、イギリス、オーストラリアなどでは接種率 約8割

日本でも接種率は徐々に上昇中

HPVワクチンと子宮頸がん検診

子宮頸がんで苦しまないために、私たちができることは、
HPVワクチンの接種と子宮頸がん検診の受診の2つです。



ポイント 1
HPVワクチンで
HPVの感染を予防

＋

ポイント 2
子宮頸がん検診で
がんを早く見つけて
治療

子宮頸がん検診について

20歳になったら、子宮頸がんを早期発見するため、
子宮頸がん検診を定期的に受けることが重要です※。
※HPVワクチンで防げないタイプのHPVもあります。

検診では、前がん病変（異形成）や
子宮頸がんがないかを検査します。



**ワクチンを接種していても、していなくても、20歳になったら
2年に1回、必ず子宮頸がん検診を受けて下さい。**

HPVワクチンの接種について

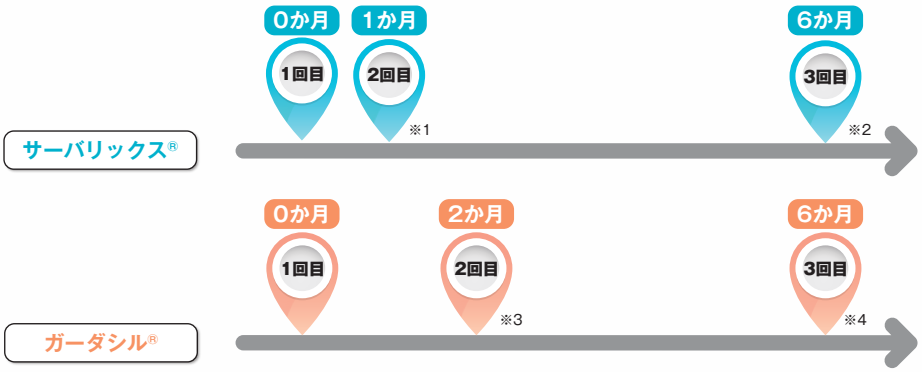


HPVワクチンの定期接種の対象者は、小学校6年～高校1年相当の女の子です。
これらの対象者は公費により接種を受けることができます。

現在日本において公費で受けられるHPVワクチンは2種類（サーバリックス®、ガーダシル®）あります。
間隔をあけて、同じワクチンを合計3回接種します。
接種するワクチンによって接種のタイミングが異なります。
どちらを接種するかは、接種する医療機関に相談してください。

新しいHPVワクチンであるシルガード®9については、現在、専門家により公費による接種の対象とするか検討中です。
最新の情報は、厚生労働省ホームページをご覧ください。
厚生労働省「9価HPVワクチンについて」https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou/hpv_9-valentHPVvaccine.html

<一般的な接種スケジュール>



2回目と3回目の接種がそれぞれ1回目の1か月後と6か月後にできない場合、2回目は1回目から1か月以上（※1）、3回目は1回目から5か月以上、2回目から2か月半以上（※2）あけます。

2回目と3回目の接種がそれぞれ1回目の2か月後と6か月後にできない場合、2回目は1回目から1か月以上（※3）、3回目は2回目から3か月以上（※4）あけます。

ともに、1年以内に接種を終えることが望ましい。

HPVワクチンの効果

公費で受けられるHPVワクチンは、子宮頸がんをおこしやすいタイプであるHPV16型と18型の感染を防ぐことができます。
そのことにより、子宮頸がんの原因の50～70%を防ぎます※1。
※1 HPV16型と18型が、子宮頸がんの原因の50～70%を占めます。

公費で受けられるHPVワクチンの接種により、
感染予防効果を示す抗体は少なくとも12年維持される可能性があることが、これまでの研究でわかっています※2。
※2 ワクチンの誕生（2006年）以降、期待される効果について研究が続けられています。

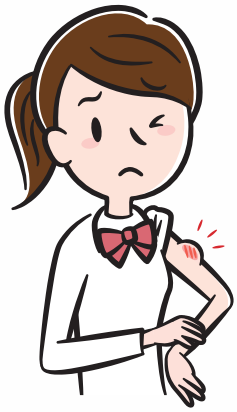


海外や日本で行われた疫学調査（集団を対象として病気の発生などを調べる調査）では 、
HPVワクチンを導入することにより、
子宮頸がんの前がん病変を予防する効果が示されています。
また、接種が進んでいる一部の国では、
子宮頸がんそのものを予防する効果があることも分かってきています。

HPVワクチンの接種を1万人が受けると、
受けなければ子宮頸がんになっていた約70人※3ががんにならなくてすみ、
約20人※4の命が助かる、と試算されています。

※3 59～86人
※4 14～21人

HPVワクチンのリスク



HPVワクチン接種後には、
多くの方に、接種部位の痛みや腫れ、赤みなどが起こることがあります。
まれですが、重い症状（重いアレルギー症状、神経系の症状）※1が起こることがあります。

発生頻度	ワクチン：サーバリックス®	ワクチン：ガーダシル®
50%以上	疼痛・発赤・腫脹、疲労感	疼痛
10~50%未満	掻痒（かゆみ）、腹痛、筋痛・関節痛、頭痛など	腫脹、紅斑
1~10%未満	じんましん、めまい、発熱など	掻痒・出血・不快感、頭痛、発熱
1%未満	注射部位の知覚異常、感覚鈍麻、全身の脱力	硬結、四肢痛、筋骨格硬直、腹痛・下痢
頻度不明	四肢痛、失神、リンパ節症など	疲労・倦怠感、失神、筋痛・関節痛、嘔吐など

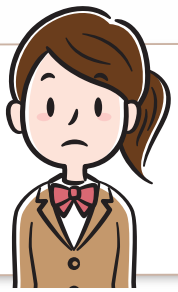
サーバリックス®添付文書（第13版）、
ガーダシル®添付文書（第2版）より改編

因果関係があるかどうかわからないものや、接種後短期間で回復した症状をふくめて、
HPVワクチン接種後に生じた症状として報告があったのは、接種1万人あたり、約10人です。
このうち、報告した医師や企業が重篤※2と判断した人は、接種1万人あたり、約6人です※3。

※1 重いアレルギー症状：呼吸困難やじんましん等（アナフィラキシー）、神経系の症状：手足の力が入りにくい（ギラン・バレー症候群）、頭痛・嘔吐・意識低下（急性散在性脳脊髄炎（ADEM））等

※2 重篤な症状には、入院相当以上の症状などがふくまれていますが、報告した医師や企業の判断によるため、必ずしも重篤でないものも重篤として報告されることがあります。

※3 HPVワクチン接種後に生じた症状として報告があった数（副反応疑い報告制度における報告数）は、企業からの報告では販売開始から、医療機関からの報告では平成22（2010）年11月26日から、令和3（2021）年6月末時点までの報告の合計。
出荷数量より推計した接種者数336万人を分母として1万人あたりの頻度を算出。



〈 HPVワクチン接種後に
生じた症状の報告頻度 〉

1万人あたり10人

〈 HPVワクチン接種後に
生じた症状（重篤）の報告頻度 〉

1万人あたり6人

<痛みやしびれ、動かしにくさ、不随意運動について>

- ワクチンの接種を受けた後に、広い範囲に広がる痛みや、手足の動かしにくさ、不随意運動（動かそうと思っていないのに体の一部が勝手に動いてしまうこと）などを中心とする多様な症状が起きたことが報告されています。
- この症状は専門家によれば「機能性身体症状」（何らかの身体症状はあるものの、画像検査や血液検査を受けた結果、その身体症状に合致する異常所見が見つからない状態）であると考えられています。
- 症状としては、①知覚に関する症状（頭や腰、関節等の痛み、感覚が鈍い、しびれる、光に対する過敏など）、②運動に関する症状（脱力、歩行困難、不随意運動など）、③自律神経等に関する症状（倦怠感、めまい、睡眠障害、月経異常など）、④認知機能に関する症状（記憶障害、学習意欲の低下、計算障害、集中力の低下など）などいろいろな症状が報告されています。
- 「HPVワクチン接種後の局所の疼痛や不安等が機能性身体症状をおこすきっかけとなったことは否定できないが、接種後1か月以上経過してから発症している人は、接種との因果関係を疑う根拠に乏しい」と専門家によって評価されています。
- また、同年代のHPVワクチン接種歴のない方においても、HPVワクチン接種後に報告されている症状と同様の「多様な症状」を有する方が一定数存在することが明らかとなっています。
- このような「多様な症状」の報告を受け、様々な調査研究が行われていますが、「ワクチン接種との因果関係がある」という証明はされていません。
- ワクチンの接種を受けた後や、けがの後などに原因不明の痛みが続いたことがある方は、これらの状態が起きる可能性が高いと考えられているため、接種については医師とよく相談してください。

安全性を定期的に確認しています



接種が原因と証明されていなくても、
接種後に起こった健康状態の異常について報告された場合は、
審議会（ワクチンに関する専門家の会議）※において一定期間ごとに、
報告された症状をもとに、
ワクチンの安全性を継続して確認しています。

※厚生科学審議会 予防接種・ワクチン分科会 副反応検討部会等

健康被害が起きたときは

極めてまれですが、予防接種を受けた方に重い健康被害を生じる場合があります。

HPVワクチンに限らず、日本で承認されているすべてのワクチンについて、ワクチン接種によって、
医療機関での治療が必要になったり、生活に支障が出るような障害が残るなどの健康被害が生じた場合は、
法律に基づく救済（医療費・障害年金等の給付）が受けられます。

その際、「厳密な医学的な因果関係までは必要とせず、
接種後の症状が予防接種によって起こることを否定できない場合も救済の対象とする」という
日本の従来からの救済制度の基本的な考え方にそって、救済の審査を実施しています。
令和3（2021）年3月末までに救済制度の対象となった方※1は、審査された583人中、347人※2です。

予防接種による健康被害についてのご相談は、お住まいの市区町村の予防接種担当部門にお問い合わせください。

※1 ワクチン接種に伴って一般的に起こりえる過敏症など機能性身体症状以外の認定者もふくんだ人数
※2 予防接種法に基づく救済の対象者については、審査した計57人中、30人
独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（PMDA法）に基づく救済の対象者については、審査した計526人中、317人です。

HPVワクチン接種の注意点



- 筋肉注射という方法の注射で、うでなどに接種します。
（インフルエンザの予防接種等と比べて、痛みが強いと感じる方もいます。）
- 注射針を刺した直後から、強い痛みやしびれを感じた場合はすぐに医師にお伝えください。
- 痛みや緊張等によって接種直後に一時的に失神や立ちくらみ等が生じることがあります。
接種後30分程度は安静にしてください。
- 接種を受けた日は、はげしい運動は控えましょう。
- 接種後に体調の変化が現れたら、まずは接種を行った医療機関などの医師にご相談ください。
HPVワクチン接種後に生じた症状の診療を行う協力医療機関をお住まいの都道府県ごとに設置しています。
協力医療機関の受診は、接種を行った医師又はかかりつけの医師にご相談ください。
- HPVワクチンは合計3回接種しますが、1回目、2回目に気になる症状が現れた場合は、
2回目以降の接種をやめることが出来ます。

HPVワクチンについて知ってください

すべてのワクチンの接種には、効果とリスクとがあります。
まずは、子宮頸がんとHPVワクチン、子宮頸がん検診について知ってください。
周りの人とお話ししてみたり、かかりつけ医などに相談することもできます。

市町村からのご案内 ＜記載例＞

接種場所
市内の契約医療機関（○○市ホームページ　http://www.xxxxxxxxxx.lg.jp）

接種費用
○○円

接種に必要なもの
①市民であることを確認できるもの（健康保険証など）
②予診票（契約医療機関又は市町村に備え付けています）
※保護者の署名が必要です

お問い合わせ先
○○市保健福祉部保健予防課　電話　○○-○○○○-○○○○（午前○時～○時）

HPVワクチンに関する相談先一覧

接種後に、健康に異常があるとき
→ 接種を行った医師・かかりつけの医師、HPVワクチン接種後に生じた症状の診療に関する協力医療機関
※協力医療機関の受診については、接種を行った医師又はかかりつけの医師にご相談ください

不安や疑問があるとき、困ったことがあるとき
→ お住まいの都道府県に設置された相談窓口

HPVワクチンを含む予防接種、インフルエンザ、性感染症、その他感染症全般についての相談
→ 厚生労働省　感染症・予防接種相談窓口

予防接種による健康被害救済に関する相談
→ お住まいの市町村の予防接種担当部門

厚生労働省のホームページでは、
HPVワクチンに関する情報をご案内しています。

厚労省　ＨＰＶ

HPVワクチンを受けた お子様と保護者の方へ

ワクチンを受けた後は、体調に変化がないか充分に注意してください。



もしも、気になる体調変化があった場合は、
このリーフレットを参考に、医師に相談してください。

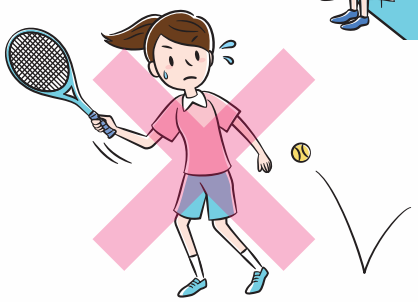
当日

ワクチンを受けた後30分ほどは座って様子をみてください。※



※ワクチンを受けることに対する緊張や、強い痛みをきっかけに、
立ちくらみがしたり、血の気が引いて、時に気を失うことがあります 。
血管迷走神経反射という誰にでも起こる可能性がある反応で、
通常、横になって休めば自然に回復します 。
倒れてケガをしないように
背もたれのあるイスに座って休みましょう。

ワクチンを受けた日ははげしい運動はやめてください。



数日後から数週間後

気になる症状が出たときはすぐにお医者さんや周りの大人に相談してください。

具体的な症状を裏面に掲載していますので、参考にしてください。

ワクチンを受けても、子宮けいがん検診は必要です

ワクチンを受けた人も、20歳をすぎたら2年に1回、必ず検診を受けてください。
ワクチンで防げないタイプのHPV（ヒトパピローマウイルス）もあります。

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

以下のような症状が出たら、お医者さんや周りの大人にワクチンを受けたことを伝えて、相談してください。

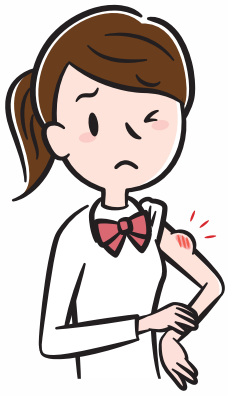


- 注射の針を刺したときに強い痛みやしびれを感じた
- ワクチンを受けた後に、注射した部分以外のところで痛みや手足のしびれ・ふるえなど気になる症状や体の変化がある

起こるかもしれない体の変化

多くの人に起こる症状※	● 注射した部分の痛み、腫れ、赤み ● 疲れた感じ、頭痛、腹痛、筋肉や関節の痛み
その他の症状	● 注射した部分のかゆみ、出血、不快感 ● 発熱、めまい ● 発しん、じんましん ● 緊張や不安、痛みなどをきっかけに気を失う

※接種を受けた人の10%以上に起こった症状



まれですが、起こるかもしれない重い症状

- 呼吸困難、じんましんなどを症状とする重いアレルギー（アナフィラキシー）
- 手足の力が入りにくいなどの症状（ギラン・バレー症候群）
- 頭痛、嘔吐、意識の低下などの症状（急性散在性脳脊髄炎（ADEM））

＜痛みやしびれ、動かしにくさ、不随意運動について＞

- ワクチンを受けた方に、広い範囲に広がる痛みや、手足の動かしにくさ、不随意運動（動かそうと思っていないのに体の一部が勝手に動いてしまうこと）などを中心とする多様な症状が起きたことが報告されています。
- ワクチンを受けていなくても、こうした症状のある方もいることが分かっています 。

HPVワクチンに関する相談先一覧

接種後に、健康に異常があるとき

→ 接種を行った医師・かかりつけの医師、HPVワクチン接種後に生じた症状の診療に関する協力医療機関
※協力医療機関の受診については、接種を行った医師又はかかりつけの医師にご相談ください

不安や疑問があるとき、困ったことがあるとき

→ お住まいの都道府県に設置された相談窓口

HPVワクチンを含む予防接種、インフルエンザ、性感染症、その他感染症全般についての相談

→ 厚生労働省　感染症・予防接種相談窓口

予防接種による健康被害救済に関する相談

→ お住まいの市町村の予防接種担当部門

厚生労働省のホームページでは、
HPVワクチンに関する情報をご案内しています。

厚労省　HPV

医療従事者の方へ　～HPVワクチンに関する情報をまとめています～

■ HPV ワクチンは、平成 22（2010）年 11 月から子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業として接種が行われ、平成 25（2013）年４月に予防接種法に基づく定期接種に位置づけられました。平成 25（2013）年６月から、積極的な勧奨（個別に接種を勧める内容の文書をお送りすること）を一時的に差し控えていましたが、令和３（2021）年 11 月に、専門家の評価により「HPV ワクチンの積極的勧奨を差し控えている状態を終了させることが妥当」とされ、原則、令和４年４月から、他の定期接種と同様に、個別の勧奨を行うこととなりました。

■ HPV ワクチンに関する知識がない方、接種すべきか判断できずに困っている方、接種に不安を抱いている方などが多くおられます。そのような方々に、適切な情報提供をお願いしたいと考えています。

■ ワクチンの接種に当たっては、被接種者・保護者に HPV ワクチンの有効性・安全性に関する十分な情報提供・コミュニケーションをはかった上で実施してください。なお、その場合は被接種者とその保護者の不安にも十分御配慮ください。



① ヒトパピローマウイルス（HPV）と子宮頸がん

●**子宮頸がんについては、HPVが持続的に感染することで、異形成を生じた後、浸潤がんに至る**ことが明らかになっています。HPVに感染した個人に着目した場合、多くの感染者で数年以内にウイルスが消失しますが、そのうち数%は持続感染－前がん病変(高度異形成、上皮内がん）のプロセスに移行し、さらにその一部は浸潤がんに至ります。

●性交経験のある人の多くは、HPVに一生に1度は感染すると言われています。**我が国においては、ほぼ100%の子宮頸がんで高リスク型HPVが検出され、**その中でも**HPV16/18型が50－70%**を占めます。

●子宮頸がんは、我が国では**年間約1.1万人の罹患者**とそれによる**約2,900人の死亡者**を来すなど、重大な疾患となっています。子宮頸がん年齢階級別罹患率は20代から上昇し、40代でピークを迎えます。

●子宮頸がん自体は、早期に発見されれば予後の悪いがんではありませんが、妊孕性を失う手術や放射線治療を要する20代・30代の方が、年間約1,000人います。また、前がん病変に対して行われた円錐切除術の件数は年間1.3万件を超えています。円錐切除術後は、流早産のリスクが高まると言われています。

② HPVワクチンの効果（有効性）

詳しくはこちらへ
https://www.mhlw.go.jp/content/000892337.pdf

●公費で接種できるHPVワクチンは２種類あります。**2価HPVワクチン**（サーバリックス®）は、**HPV16/18型の感染とそれによる子宮頸部異形成を予防する効果**が示されています。 **4価HPVワクチン**（ガーダシル®）は、 **HPV16/18型の感染とそれによる子宮頸部異形成を予防**するとともに、**HPV６/11型の感染とそれによる尖圭コンジローマも予防**することが示されています。

●HPVワクチン接種により自然感染で獲得する数倍量の抗体を、少なくとも12年維持することが海外の臨床試験により明らかになっています。

●HPVワクチンは2006年に欧米で使われ始めた比較的新しいワクチンであり、海外や日本で行われた疫学調査では、HPVワクチンを導入することにより、子宮頸がんの前がん病変（がんになる手前の状態）を予防する効果が示されています。また、接種が進んでいる一部の国では、**子宮頸がんそのものを予防する効果がある**ことも分かってきています。

●HPVワクチン接種で予防されない型のHPVによる子宮頸がんも一部存在します。**HPVワクチンの接種歴にかかわらず、子宮頸がん検診を定期的に受けるよう、説明・助言してください。**

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare
2018

③ HPVワクチンのリスク（安全性）

詳しくはこちらへ
https://www.mhlw.go.jp/content/000892337.pdf

●一定の頻度で発生する副反応については、ワクチンの添付文書を参照ください。

●定期接種対象の2種類のワクチンの接種後の症状として頻度の高いものは、接種部位の疼痛、発赤（紅斑）、腫脹です。

発生頻度	サーバリックス®（2価HPVワクチン）	ガーダシル®（4価HPVワクチン）
50%以上	疼痛（99.0%）、発赤（88.2%）、腫脹（78.8%）、疲労感	疼痛（82.5%）
10 ～ 50%未満	掻痒、腹痛、筋痛・関節痛、頭痛等	腫脹（25.4%）、紅斑（30.2%）
1 ～ 10%未満	蕁麻疹、めまい、発熱等	掻痒・出血・不快感、頭痛、発熱
1%未満	注射部位の知覚異常、感覚鈍麻、全身の脱力	硬結、四肢痛、骨格筋硬直、腹痛・下痢
頻度不明	四肢痛、失神、リンパ節症等	疲労・倦怠感、失神、筋痛・関節痛、嘔吐等

サーバリックス®添付文書(第13版)、ガーダシル®添付文書(第2版) より改編

●頻度は低いですが、重篤な副反応も報告されています。
アナフィラキシー（蕁麻疹、呼吸器症状などを呈する重いアレルギー）、ギラン・バレー症候群（脱力などを呈する末梢神経の疾患）、急性散在性脳脊髄炎（頭痛、嘔吐、意識障害などを呈する中枢神経の疾患）など



■ 疼痛または運動障害などの報告について

●HPVワクチン接種直後から、あるいは遅れて、広い範囲に広がる痛みや、手足の動かしにくさ、不随意運動などを中心とする多様な症状が現れたことが副反応疑い報告により明らかになっています。

●この症状のメカニズムとして、①神経学的疾患、②中毒、③免疫反応、④機能性身体症状（下記「機能性身体症状とは」参照）が考えられましたが、①②③では説明できず、④機能性身体症状であると考えられています。

●「HPVワクチン接種後の局所の疼痛や不安などが機能性身体症状を惹起したきっかけになったことは否定できないが、接種後1ヶ月以上経過してから発症している症例は、接種との因果関係を疑う根拠に乏しい」と評価されています。

●HPVワクチン接種歴のない方においても、HPVワクチン接種後に報告されている症状と同様の「多様な症状」を有する方が一定数存在したことが明らかとなっています。

●このような「多様な症状」の報告を受け、様々な調査研究が行われていますが、「ワクチン接種との因果関係がある」という証明はされていません。

【機能性身体症状とは】

●何らかの身体症状はあるものの、画像検査や血液検査を受けた結果、その症状に合致する異常所見が見つからないことがあります。このような状態を、機能性身体症状と呼んでいます。

●症状としては、①知覚に関する症状（頭や腰、関節などの痛み、感覚が鈍い、しびれる、光に対する過敏など）、②運動に関する症状（脱力、歩行困難、不随意運動など）、③自律神経などに関する症状（倦怠感、めまい、嘔気、睡眠障害、月経異常など）、④認知機能に関する症状（記憶障害、学習意欲の低下、計算障害、集中力の低下など）など多岐にわたります。

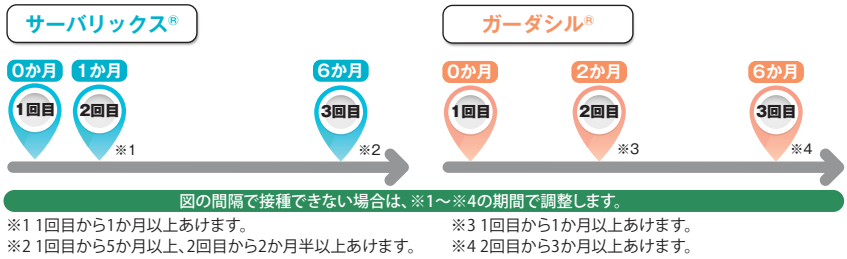
●痛みについては、特定の部位からそれ以外の部位に広がることもあります。運動障害などについても診察所見と実際の運動との乖離、症状の変動性、注意がそれた場合の所見の変化など、機能性に特有の所見が見られる場合があります。

●臨床現場では、専門分野の違い、病態のとらえ方の違いあるいは主たる症状の違いなどにより、様々な傷病名で診療が行われています。また一般的に認められたものではありませんが、病因に関する仮説に基づいた新しい傷病名がつけられている場合もあります。
例：身体症状症、変換症/ 転換性障害（機能性神経症状症）、線維筋痛症、慢性疲労症候群、
起立性調節障害、複合性局所疼痛症候群（complex regional pain syndrome: CRPS）

4 HPVワクチンの接種

●**定期接種対象者**　小学校６年～高校１年相当の女子

●**定期接種対象ワクチン**　２価（サーバリックス®）、４価（ガーダシル®）



※1 1回目から1か月以上あけます。
※2 1回目から5か月以上、2回目から2か月半以上あけます。
※3 1回目から1か月以上あけます。
※4 2回目から3か月以上あけます。

■9価（シルガード®9）について

●9価HPVワクチン（シルガード® 9）は、令和2（2020）年7月に薬事承認され、令和3（2021）年2月に国内の販売が開始されました。

●現在、専門家により定期接種化の是非について検討されています。

●最新の情報は、厚生労働省ＨＰ「9価HPVワクチンについて」をご参照ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou/hpv_9-valentHPVvaccine.html

■ 接種時の注意点

●痛みなどの頻度が高いワクチンであることを被接種者と保護者に伝えてください。

●接種の痛みや緊張のために、血管迷走神経反射が出現し、失神することがあります。接種後は**少なくとも30分間**は背もたれのある椅子に座っていただき、座位で様子を見てください。前に倒れる場合がありますので、注意して様子を観察してください。

■ 接種を判断する際のポイント

●ワクチンを接種した後や、けがの後などに原因不明の痛みが続いたことがある方は「機能性身体症状」が出現する可能性が高いと考えられているため、被接種者と保護者に十分確認してください。

●接種後に現れた症状により、以降の接種を中止もしくは延期することが可能です。2回目以降の接種時には、前回接種後の症状の有無を被接種者と保護者に確認してください。

5 接種後に体調の変化などを訴える方が受診した場合の対応

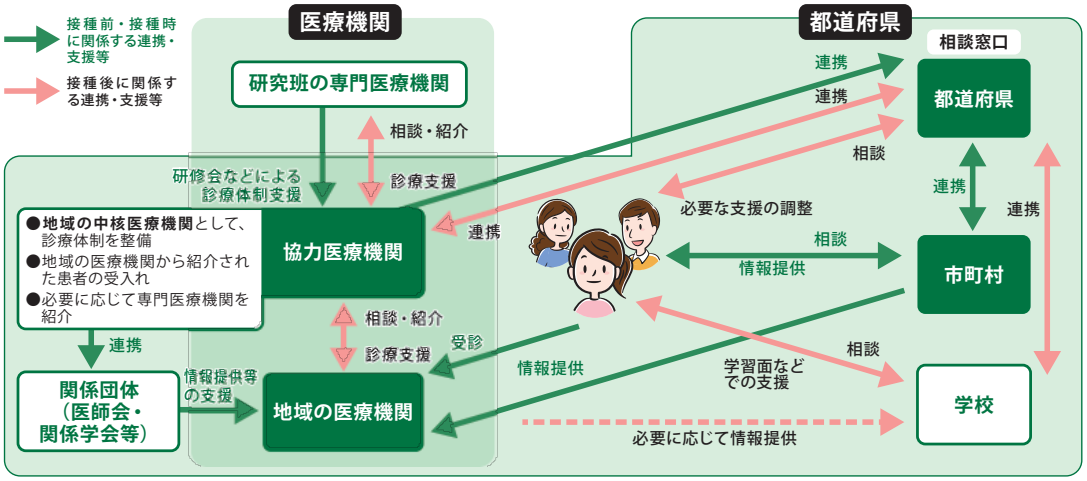
●ワクチン接種直後から、あるいは遅れて接種部位や接種部位と異なる部位の持続的な痛み、倦怠感、運動障害、記憶など認知機能の異常、その他の体調の変化などを訴える患者が受診した場合には、**HPVワクチン接種との関連を疑い症状を訴える患者が存在することを念頭に置き、傾聴の態度（受容、共感）を持って接し、共感を表明しつつ、診療にあたってください。**

●患者が落ち着いて診療を受けられるよう、また治療方針が首尾一貫するように取りはからいつつ、自分が主治医として診療するか、協力医療機関、専門医療機関の医師に紹介するかを検討してください。**患者の行き場が無くなる状況とならないよう**に、紹介する際も、主治医が決定するまでは責任を持ってご自身で診療にあたってください。

●副反応疑い報告を行うか検討してください。

（参照）日本医師会・日本医学会発刊「HPV ワクチン接種後に生じた症状に対する診療の手引き」
www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou28/dl/yobou150819-2.pdf

<HPVワクチン接種にかかる協力医療機関などによる支援体制のイメージ>



HPV ワクチン接種後に生じた症状の診療に係る協力医療機関
https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou28/medical_institution/index.html

被接種者が接種後に生じた症状で困ったときの相談窓口
（都道府県ごとに設置）
https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou28/madoguchi/index.html

Q&A

Q：副反応疑い報告って何ですか?

●ワクチン接種による副反応が疑われる症例については、ワクチン接種との因果関係を問わず、報告を集めています。
詳しくは、厚生労働省ホームページ「予防接種法に基づく医師等の報告のお願い」をご参照ください。
https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou20/hukuhannou_houkoku/index.html

●令和3（2021）年6月末までに報告※1されたHPVワクチンの副反応疑いの総報告数は3,353人（1万人あたり約10人※2）で、うち医師又は企業が重篤と判断した報告数は1,928人（1万人あたり約6人※3）です。

●接種との因果関係を問わず、接種後に起こった健康状態の異常について副反応疑いとして報告された症例については、厚生労働省の審議会において、報告頻度や症例の概要などを確認し、安全性に係る定期的な評価を継続的に実施しています※4。

※1 企業報告は販売開始から、医療機関報告は平成22（2010）年11月26日からの報告
※2 出荷数量より推計した接種者数336万人（サーバリックス®241万人、ガーダシル®95万人）を分母として1 万人あたりの頻度を算出
※3 ワクチン接種に伴って一般的に起こりうる過敏症など機能性身体症状以外の認定者も含んだ人数
※4 審議会における議論の詳細についてはhttps://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-kousei_284075.html に掲載

Q：予防接種健康被害救済制度って何ですか?

●予防接種の副反応による健康被害は、極めて稀ですが、不可避的に生ずるものですので、接種に係る過失の有無にかかわらず、予防接種と健康被害との因果関係が認定された方を迅速に救済する制度を設けています。
詳しくは厚生労働省ホームページ「予防接種健康被害救済制度について」をご参照ください。
https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou20/hukuhannou_houkoku/index.html

●我が国の従来からの救済制度の基本的な考え方「厳密な医学的な因果関係までは必要とせず、接種後の症状が予防接種によって起こることを否定できない場合も救済の対象とする」に沿って、救済の審査を実施しています。

●令和3(2021)年3月末までにHPV ワクチン接種との因果関係が否定できないとして救済制度の対象となった方は、審査された583人中、347人です。(予防接種法に基づく救済の対象者が、審査した計57人中、30人、PMDA 法に基づく救済の対象者が、審査した計526人中、317人となっています。)

お役立ち資料集

厚生労働省「ヒトパピローマウイルス感染症～子宮頸がんとHPVワクチン～」
HPV ワクチンに関する情報を一元的にお知らせしています。
www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou28/index.html

厚生労働省「予防接種情報」
HPV ワクチンを含む、予防接種法に基づいて行われる各ワクチンの定期接種に関する情報をお知らせしています。
www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/yobou-sesshu/index.html

厚生労働省「厚生科学審議会 予防接種・ワクチン分科会 副反応検討部会」
HPV ワクチンを含む各ワクチンの安全性の評価などを定期的に行っている審議会です。
www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-kousei_284075.html

筋肉内注射の注意とポイント（動画）
新型コロナワクチン（HPV ワクチンと同じく筋肉内注射です）を安全に接種するためのポイントを説明しています。
（厚生労働行政推進調査事業費補助金"新興・再興感染症及び予防接種政策推進研究事業"「ワクチンの有効性・安全性と効果的適用に関する疫学研究」）
www.youtube.com/watch?v=rcEVMi2OtCY

接種対象者とその保護者向けのリーフレット（3種）を厚生労働省ホームページからダウンロードしてお使いいただけます。

厚労省　HPV　検索

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

令和4（2022）年

資料２０-(２)

第 47 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会
予防接種基本方針部会

令和４年１月 27 日(木)
１０：００～ １２：００
専用第 21 会議室

議　事　次　第

１　開会

２　議題

（１）HPV ワクチンについて

（２）その他

３　閉会

配付資料

資料１　HPV ワクチンについて

資料２　ワクチンの開発状況等について（報告）

厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会
予防接種基本方針部会

【委員】

	池田　俊也	国際医療福祉大学公衆衛生学教授
	磯部　哲	慶應義塾大学法務研究科教授
	伊藤　澄信	独立行政法人国立病院機構本部総合研究センター長
	釜萢　敏	公益社団法人日本医師会常任理事
	川俣　純子	那須烏山市長
	坂元　昇	川崎市健康福祉局医務監
	白井　千香	枚方市保健所長
	多屋　馨子	国立感染症研究所感染症疫学センター第三室長
○	中野　貴司	川崎医科大学小児科教授
	中山　ひとみ	霞ヶ関総合法律事務所・弁護士
	宮入　烈	浜松医科大学小児科学講座教授
◎	脇田　隆字	国立感染症研究所長

◎：部会長　　○：部会長代理

（５０音順・敬称略）

第47回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会 予防接種基本方針部会	資料１
2022(令和４)年１月２７日	

HPVワクチンについて

キャッチアップ接種※開始に向けてご審議いただきたい事項
- 長期にわたり接種を中断している者の取扱いについて
- 交互接種について

※HPVワクチンの積極的な勧奨の差し控えにより接種機会を逃した方への対応

HPVワクチンについて　目次

1．HPVワクチンにかかるこれまでの議論について

2．長期にわたりHPVワクチンの接種を中断している者の取扱いについて

3．HPVワクチンの交互接種について

HPVワクチンについて　目次

1．HPVワクチンにかかるこれまでの議論について

2．長期にわたりHPVワクチンの接種を中断している者の取扱いについて

3．HPVワクチンの交互接種について

HPVワクチンに関するこれまでの経緯と課題

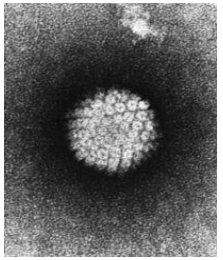
2021年10月1日副反応検討部会・
安全対策調査会資料１－１より

【子宮頸がんについて 】

○ 日本で年間約1.1万人が罹患、約2,800人が死亡。

○ 40歳までの女性でがん死亡の第2位。

○ ほとんどの子宮頸がんはＨＰＶ（ヒトパピローマウイルス）への感染が原因。



ヒトパピローマウイルス

【 ＨＰＶワクチンについて 】

○ ＨＰＶワクチンは、ＨＰＶへの感染を防ぐことで、子宮頸がんの罹患を予防。

○ ＨＰＶワクチンは、子宮頸がんの原因の50～70%を占める２つのタイプ（HPV16型と18型）のウイルスの感染を防ぐ。

※ 子宮頸がんの予防に当たっては、併せてがん検診を受診することが重要。

【海外の状況 】

○ 世界保健機関（WHO）が接種を推奨。

○ 米、英、独、仏等の先進各国において公的接種として位置づけられている。

平成22年11月26日～ 平成25年３月31日	平成22、23年度補正予算により、子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業（基金）を実施
平成25年４月１日	予防接種法の一部を改正する法律が施行され、ＨＰＶワクチンの定期接種が開始された
⇒ 以降、疼痛又は運動障害を中心とした多様な症状が報告され、マスコミ等で多く報道された	
平成25年６月14日	厚生労働省の審議会※で、**「ワクチンとの因果関係を否定できない持続的な疼痛の発生頻度等がより明らかになり、国民に適切な情報提供ができるまでの間、定期接種を積極的に勧奨すべきではない」**とされ、**積極的勧奨差し控え**（厚生労働省健康局長通知） ※ 厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会と薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会の合同開催

⇒ 以降、

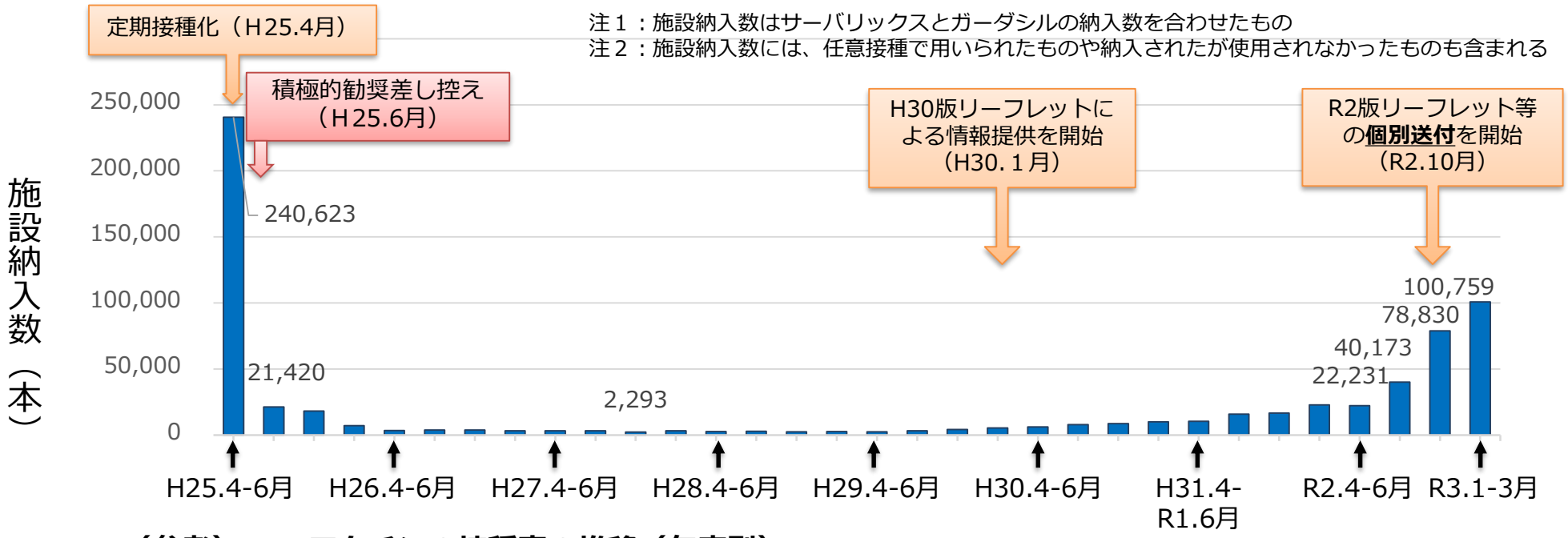
①HPVワクチンのリスク（安全性）とベネフィット（有効性）を整理
②HPVワクチン接種後に生じた症状に苦しんでいる方に寄り添った支援をどう進めていくのか
③HPVワクチンの安全性・有効性等に関する情報提供をどう進めていくのか

審議会において検討

HPVワクチンの接種状況の推移

2021年10月1日副反応検討部会・安全対策調査会資料１－１より

○　HPVワクチンは、積極的勧奨の差し控え以降、接種数が低い状態が続いていたが、過去２～３年の間に徐々に接種数が増加してきている。



（参考）HPVワクチンの接種率の推移（年度別）

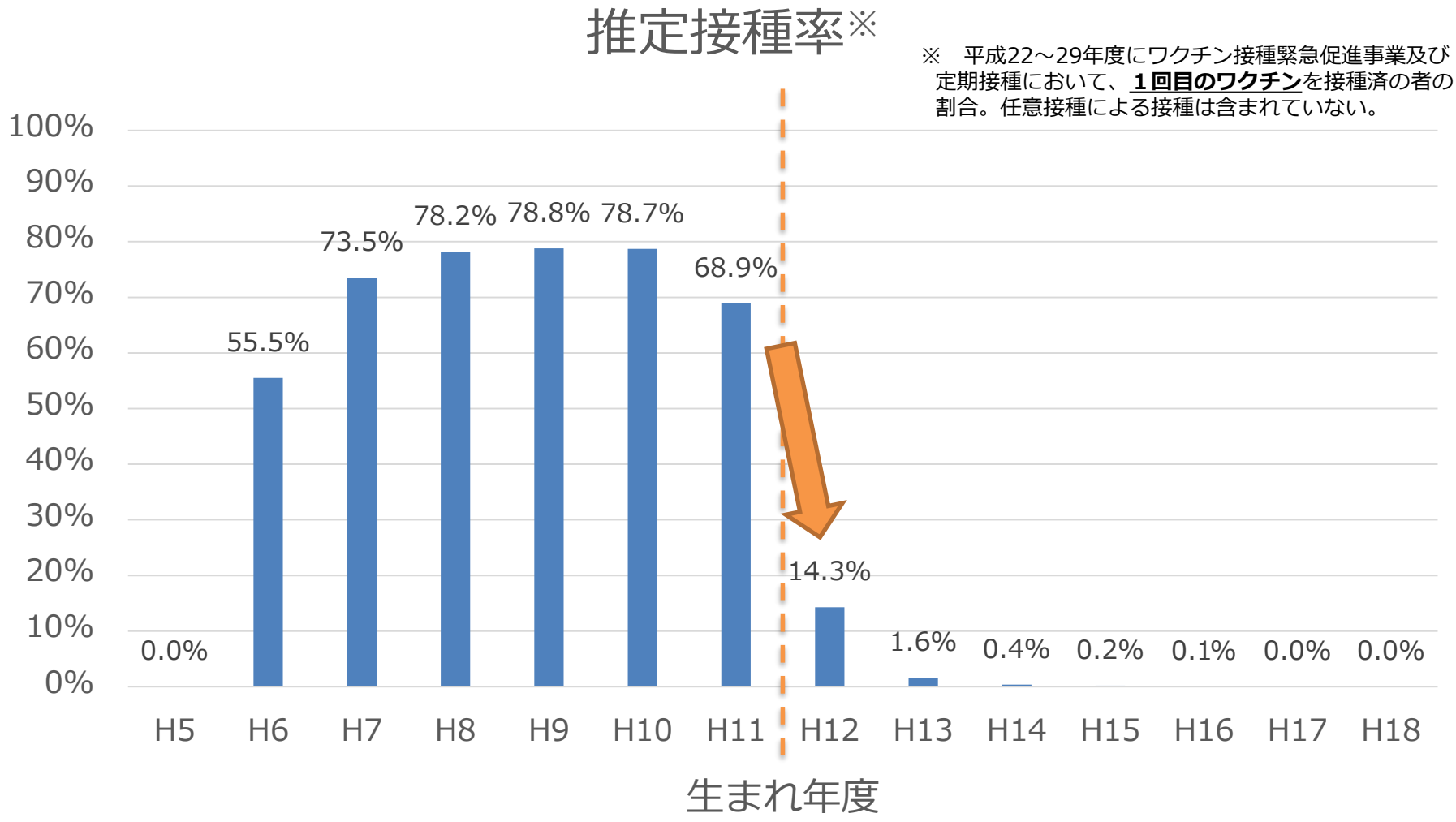
		H25	H26	H27	H28	H29	H30	R１
１回目	接種者数	98,656	3,895	2,711	1,834	3,347	6,810	17,297
	接種率（%）	17.2%	0.7%	0.5%	0.3%	0.6%	1.3%	3.3%
２回目	接種者数	66,568	4,172	2,669	1,805	2,666	5,746	13,571
	接種率（%）	11.6%	0.7%	0.5%	0.3%	0.5%	1.1%	2.6%
３回目	接種者数	87,233	6,238	2,805	1,782	1,847	4,184	9,701
	接種率（%）	15.2%	1.1%	0.5%	0.3%	0.3%	0.8%	1.9%

※接種率は接種者数（地域保健・健康増進事業報告の「定期の予防接種被接種者数」より計上）を対象人口（標準的な接種年齢期間の総人口を総務省統計局推計人口（各年１０月１日現在）から求め、これを１２ヶ月相当人口に推計したもの）で除して算出。

１回目のHPVワクチンを接種済の者の割合（2017年度接種分までの推計データ）

令和３年11月15日第26回厚生科学審議会
予防接種・ワクチン分科会資料5-1より

○　ワクチン接種緊急促進事業の対象であったH11年度以前の生まれの世代では接種率が７割程度である一方、定期接種の積極的な勧奨が差し控えられたH25年度以降に標準的な接種期間（13歳の学年）であったH12年度生まれ以降の世代では接種率が低くなっている。



320

出典：Nakagawa S et al. Cancer Sci. 2020 Jun;111(6):2156-2162. Table 2をもとに予防接種室が作成

厚生科学審議会副反応検討部会・安全対策調査会合同会議（令和３年10月１日、11月12日開催）
HPVワクチンの積極的勧奨の取扱いに関する議論と結論

１．HPVワクチンの安全性・有効性に関する最新のエビデンスについて

○　安全性・有効性に関する近年の主要なエビデンスが示され、現在のエビデンスによれば、ワクチンの安全性についての特段の懸念は認められない。今後も、合同会議において新たなエビデンスを収集しつつ、安全性の評価を行っていく。

２．HPVワクチン接種後に生じた症状に苦しんでいる方に寄り添った支援について

○　協力医療機関において必要な診療を提供するための体制が維持されている一方で、近年、ワクチン接種後に生じた症状で受診する患者がいない医療機関も多い。これまでも実施してきた協力医療機関向けの研修会について、ニーズ等を踏まえ内容の充実を行っていく。また、協力医療機関同士の相談体制の構築、協力医療機関と都道府県等が必要な情報を共有できるような連携の強化を行っていく。併せて、協力医療機関の診療実態を把握するための調査を継続的に実施していく。

○　地域の医療機関がワクチン接種後に生じた症状への適切な対応や協力医療機関等への紹介を円滑に実施できるよう、また、学校医に他の医療機関や都道府県等と必要な連携を取っていただけるよう、地域の医療機関に必要な情報の周知を行っていく。

○　地域における相談支援体制について衛生部局と教育部局との連携が重要であり、関係機関との一層の連携を図っていく。

３．HPVワクチンに関する情報提供について

○　接種対象者等が情報に接する機会を確保し、接種について検討・判断できるよう、自治体からの情報提供資材（リーフレット等）の個別送付が広がった結果、国民の理解が進み、接種者数が増えてきている。

○　最新のエビデンス等を踏まえてリーフレットを改訂する。

積極的勧奨を差し控えている状態を終了させることが妥当との結論

厚生労働省として、来年度からの積極的な勧奨の再開を決定
（令和３年11月26日に健康局長通知＊を発出）

＊通知の概要
- 個別勧奨を、基本的に令和４年４月から順次実施すること。（準備が整った場合には今年度中に実施可）
- 積極的勧奨差し控えの間に接種の機会を逃した方への接種機会の提供について、審議会で検討すること。

HPVワクチンのキャッチアップ接種の基本的な考え方

令和３年11月15日第26回厚生科学審議会
予防接種・ワクチン分科会資料5-1より

○　予防接種法においては、疾病の発生及びまん延の予防という観点から、接種した場合のリスクとベネフィットを比較考量した上で、**投与することでベネフィットがリスクを最も上回ると期待できる者を定期接種の対象者**として定めており、HPVワクチンについては、12歳から16歳になる年度中の女子とされている。

○　一方で、キャッチアップ接種については、HPVワクチンの積極的な勧奨の差し控えにより接種機会を逃した方に対して**公平な接種機会を確保する観点**から、時限的に、従来の定期接種の対象年齢を超えて接種を行うこととなる。

HPVワクチンのキャッチアップ接種の対象者、期間、周知・勧奨の取扱いについて

令和３年12月23日第28回厚生科学審議会
予防接種・ワクチン分科会資料４より改訂

対象者	H9年度生まれ～H17年度生まれの**９学年**
期間	**３年間（令和４年４月～令和７年３月）**
周知・勧奨	対象者が接種について検討・判断できるよう、**ワクチンの有効性・安全性について丁寧な情報提供を実施。情報提供資材等を個別送付するなど対象者への確実な周知**に努める。

対象者 ⇒ ９学年

	H9生	H10生	H11生	H12生	H13生	H14生	H15生	H16生	H17生	H18生	H19生	H20生	H21生
推定接種率※	78.8%	78.7%	68.9%	14.3%	1.6%	0.4%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%			
H22	13歳	12歳	11歳	10歳	9歳	8歳	7歳	6歳	5歳	4歳	3歳	2歳	1歳
H23	14歳	13歳	12歳	11歳	10歳	9歳	8歳	7歳					
H24	15歳	14歳	13歳	12歳	11歳	10歳	9歳	8歳					
H25	16歳	15歳	14歳	**13歳**	12歳	11歳	10歳	9歳					
H26	17歳	16歳	15歳	14歳	**13歳**	12歳	11歳	10歳					
H27	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳	**13歳**	12歳	11歳	10歳	9歳	8歳	7歳	6歳
H28	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳	**13歳**	12歳	11歳	10歳	9歳	8歳	7歳
H29	20歳	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳	**13歳**	12歳	11歳	10歳	9歳	8歳
H30	21歳	20歳	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳	**13歳**	12歳	11歳	10歳	9歳
R1	22歳	21歳	20歳	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳	**13歳**	12歳	11歳	歳
R2	23歳	22歳	21歳	20歳	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳	**13歳**	12歳	11歳
R3	24歳	23歳	22歳	21歳	20歳	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳	歳	12歳
R4	25歳	24歳	23歳	22歳	21歳	20歳	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳	**13歳**
R5	26歳	25歳	24歳	23歳	22歳	21歳	20歳	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳
R6	27歳	26歳	25歳	24歳	23歳	22歳	21歳	20歳	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳

緊急促進事業

定期接種

積極的勧奨差し控え

キャッチアップ接種

期間 ⇒３年間

○歳 緊急促進事業の接種対象者。12歳は例外として対象とされた場合

○歳 定期接種の接種対象者。13歳は標準的接種期間にある者

※ 年齢については、**各年度生まれ**の者が**当該年度内**に達する年齢を記載（例:13歳→中１）

※接種機会の確保の観点から、キャッチアップ接種の期間中に定期接種の対象から新たに外れる世代についても、順次キャッチアップ接種の対象者とする

HPVワクチンのキャッチアップ接種の開始に向けたスケジュールのイメージ

令和３年12月23日第26回厚生科学審議会
予防接種・ワクチン分科会資料４より

令和３年	11～12月	予防接種・ワクチン分科会にてHPVワクチンのキャッチアップ接種について議論　⇒　方針を了承
令和４年	１月～２月	予防接種法施行令（政令）の改正案要綱について、予防接種・ワクチン分科会にて**諮問**
	２月～３月	予防接種法施行令（政令）について**パブリックコメント**を実施
	３月	予防接種法施行令（政令）の**公布**
	４月１日	予防接種法施行令（政令）の**施行**

・HPVワクチンの接種対象年齢の一時的な拡大
・自治体による広報　等

HPVワクチンのキャッチアップ接種にかかるその他の論点について

令和３年12月23日第26回厚生科学審議会
予防接種・ワクチン分科会資料４より

１１月１５日分科会における主なご意見

過去にワクチンを１回又は２回接種した後、接種を中断し、接種のスケジュールを最後まで完了していない方への対応や、ワクチンの交互接種※の可否についても検討すべきではないか。

※１回目（又は１・２回目）と異なるHPVワクチンを２・３回目（又は３回目）に接種すること

事務局案

技術的な要素を多く含む課題であることから、今後、予防接種基本方針部会において議論することとしてはどうか。

HPVワクチンについて　目次

1．HPVワクチンにかかるこれまでの議論について

2．長期にわたりHPVワクチンの接種を中断している者の取扱いについて

3．HPVワクチンの交互接種について

HPVワクチンの接種間隔についての現在の取扱い

HPVワクチンの接種間隔についての現在の取扱い

＜添付文書＞

	サーバリックス（GSK、２価）	ガーダシル（MSD、４価）
用法・用量	10歳以上の女性に、通常、１回0.5mLを０、１、６ヵ月後に３回、上腕の三角筋部に筋肉内接種する。	９歳以上の者に、１回0.5mLを合計３回、筋肉内に注射する。通常、２回目は初回接種の２ヵ月後、３回目は６ヵ月後に同様の用法で接種する。
用法・用量に関連する注意（接種間隔）	本剤の接種上、やむを得ず接種間隔の変更が必要な場合は、２回目の接種は１回目の接種から１～2.5ヵ月の間で、**３回目の接種は１回目の接種から５～12ヵ月の間で調整**すること。	**１年以内に３回の接種を終了することが望ましい**。なお、本剤の２回目及び３回目の接種が初回接種の２ヵ月後及び６ヵ月後にできない場合、２回目接種は初回接種から少なくとも１ヵ月以上、３回目接種は２回目接種から少なくとも３ヵ月以上間隔を置いて実施すること。

＜定期接種実施要領＞

サーバリックス（GSK、２価）	ガーダシル（MSD、４価）
13 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を標準的な接種期間とし、標準的な接種方法として、１月の間隔をおいて２回行った後、１回目の注射から６月の間隔をおいて１回行うこと。ただし、**当該方法をとることができない場合は、１月以上の間隔をおいて２回行った後、１回目の注射から５月以上、かつ２回目の注射から２月半以上の間隔をおいて１回行うこと。**	13 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を標準的な接種期間とし、標準的な接種方法として、２月の間隔をおいて２回行った後、１回目の注射から６月の間隔をおいて１回行うこと。ただし、**当該方法をとることができない場合は、１月以上の間隔をおいて２回行った後、２回目の注射から３月以上の間隔をおいて１回行うこと。**

キャッチアップ接種の対象者の中には、過去にワクチンを１回又は２回接種した後、長期にわたり接種を中断していた方が一部存在すると想定されることから、これらの者が改めて接種を希望した場合の取扱いについて[327]検討が必要。

15歳～25歳の女性において２価HPVワクチンの３回目接種までの期間が延びた場合のワクチンの安全性と有効性（ヨーロッパ18カ国、無作為化試験）

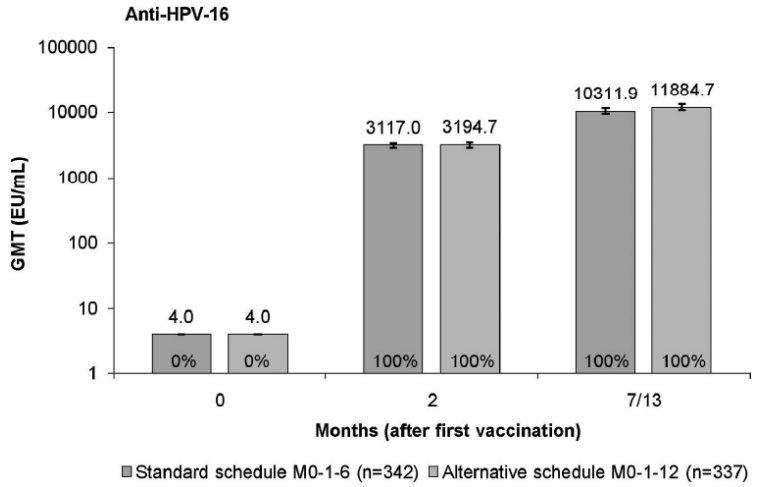
○　２価ワクチンの標準的な接種スケジュール（0, 1, 6ヶ月）と、代替接種スケジュール（0, 1, 12ヶ月）における免疫原性と安全性を比較した。

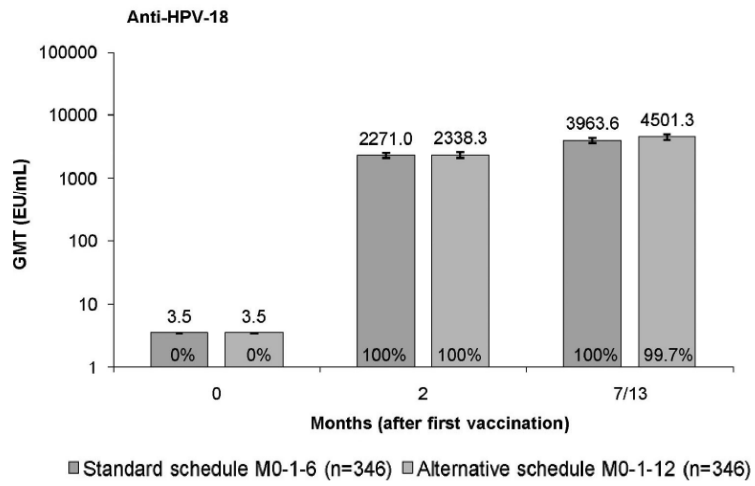
○　対象者はヨーロッパ18カ国（ルーマニア、スロバキア、イタリアの18地域）で15歳から25歳の間に初回接種が実施された健康な女性。標準接種スケジュール群は401名、 代替接種スケジュール群は403名が登録された。

○　初回接種前と、両群での接種１ヶ月後（標準スケジュールでは初回接種後２ヶ月と７ヶ月、代替接種スケジュールでは初回接種後２ヶ月と13ヶ月）に抗体測定が実施され、標準接種スケジュールに対する代替接種スケジュールの非劣性の評価が行われた。併せて、安全性の評価も実施された。

○　HPV16型、18型のどちらにおいても、代替スケジュールは標準スケジュールに対して非劣性であった。安全性においても両群で差は認めなかった。

○　**２価ワクチンの３回目接種について、初回接種から6ヶ月から12ヶ月のどちらのタイミングに接種しても有効性と安全性が同等である可能性が示唆された。**





328

出典：Susanna Esposito et al. Pediatr Infect Dis J .2011; 30: e49-e55

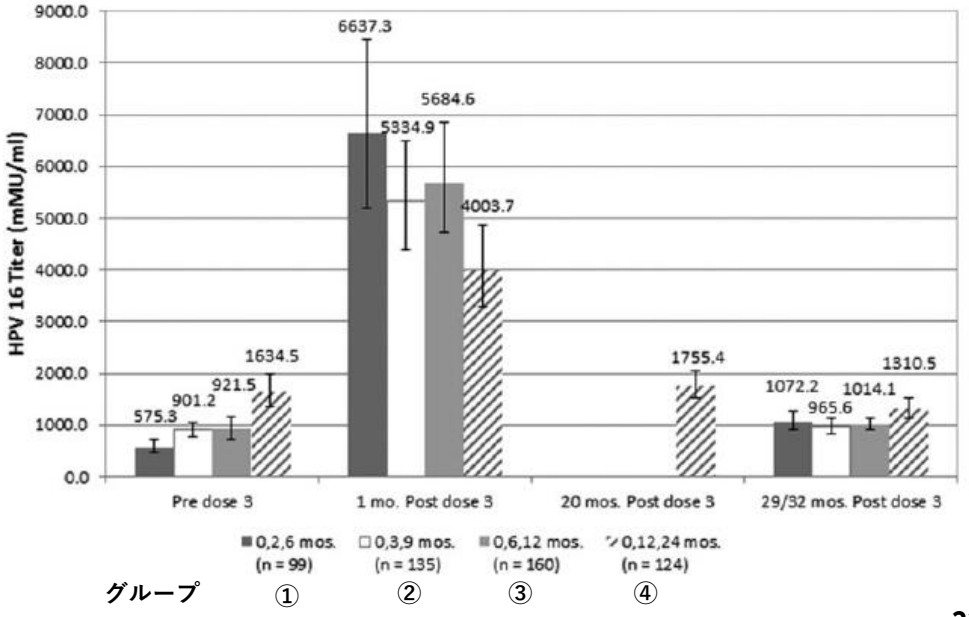
4価HPVワクチンの異なる接種スケジュールでの免疫原性の比較（ベトナム、横断研究）

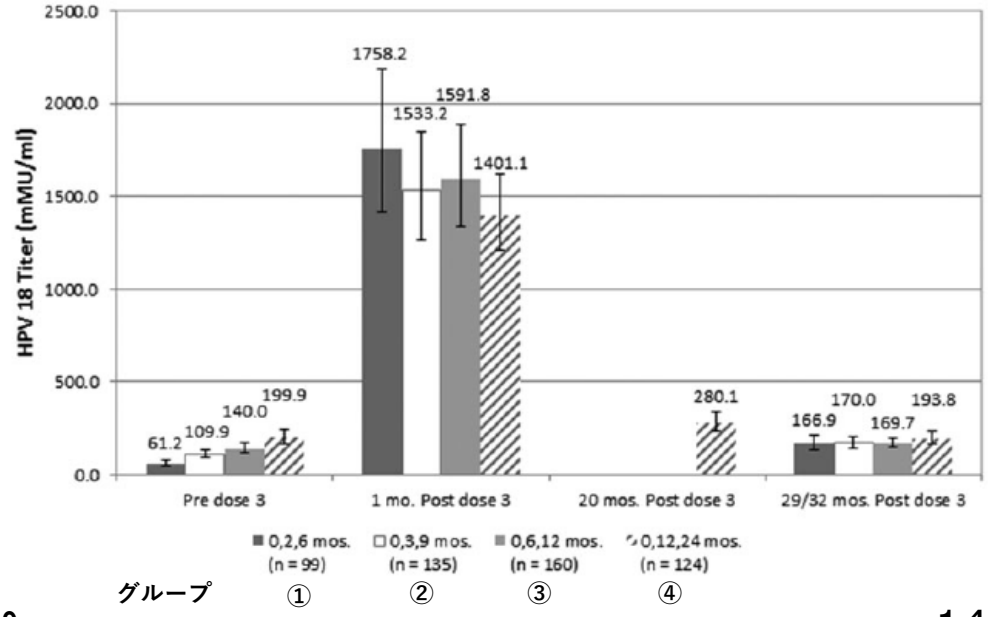
○　ベトナムの11歳から13歳の女子を対象として、異なるワクチン接種スケジュールにおける、３回目接種から２年以上経過した後の免疫状態について調査した横断研究。

○　異なるワクチン接種スケジュールの４群（①0, 2, 6ヶ月（通常プログラム群）：99例、②0, 3, 9ヶ月：135例、③0, 6, 12ヶ月：160例、④0, 12, 24ヶ月：124例）における抗体価の比較が行われた。

○　中和抗体価の測定は、初回接種前、３回目接種１ヶ月後、20ヶ月後（グループ④のみ）、29ヶ月後（グループ①のみ）又は32ヶ月後（グループ②③④のみ）に行われた。

○　**どのスケジュールにおいても、３回目接種から29ヶ月以上経過後の抗体価について標準スケジュールに対する非劣性が示された。**





出典：D. Scott LaMontagne et al. Journal of Infectious Diseases 2013; 208: 1325-34

４価HPVワクチン２回接種から３年後の２価または４価ワクチンの追加接種の免疫原性と安全性の評価（カナダ、無作為化試験）

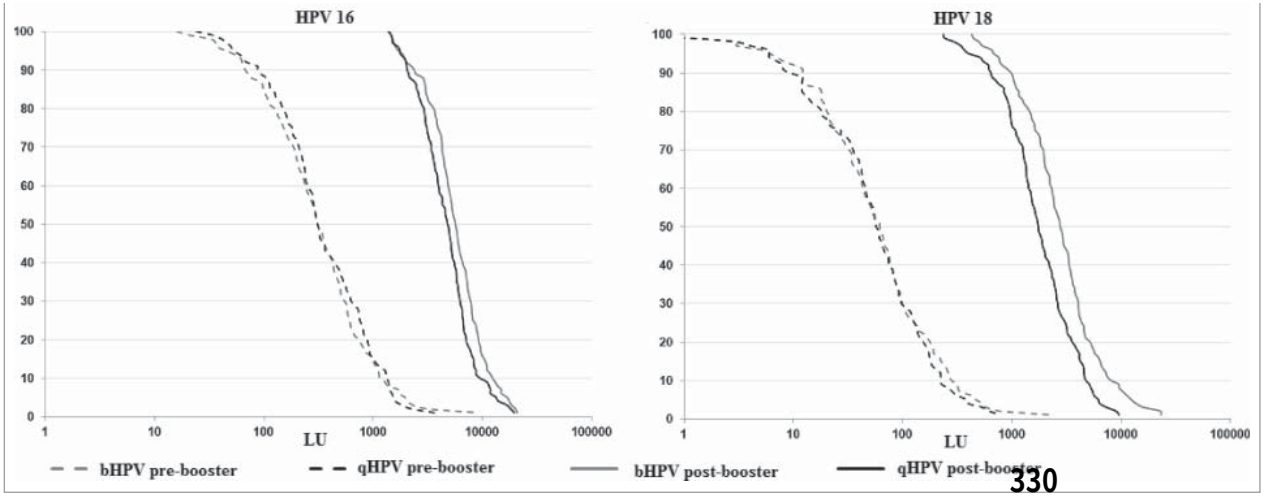
○　9 - 10歳時に４価を２回接種（0, 6ヶ月）し、３年後に２価または４価ワクチンの追加接種を行った対象者（12-13歳：366名）における免疫原性と安全性の比較が行われた（無作為盲検）。

○　追加接種として、４価接種群（181名）と２価接種群（182名）における、HPV 6, 11, 16, 18型に対するそれぞれの接種直前と接種１ヶ月後の抗体価が比較された。

○　４価ワクチンの２回接種から３年後の時点でほぼ全ての対象者で検出可能レベルの抗体価（４つのHPV型）を有していた。４価接種群では、直前に比べて４つのHPV型全てで４倍以上の抗体価上昇を認め、２回目接種から１ヶ月後よりも1.1 - 1.8倍の抗体価であった。２価接種群では16型、18型で４倍以上の抗体価上昇を認め、２回目接種から１ヶ月後より1.4-1.6倍の抗体価上昇が認められた。どちらも安全性について忍容性が認められた。

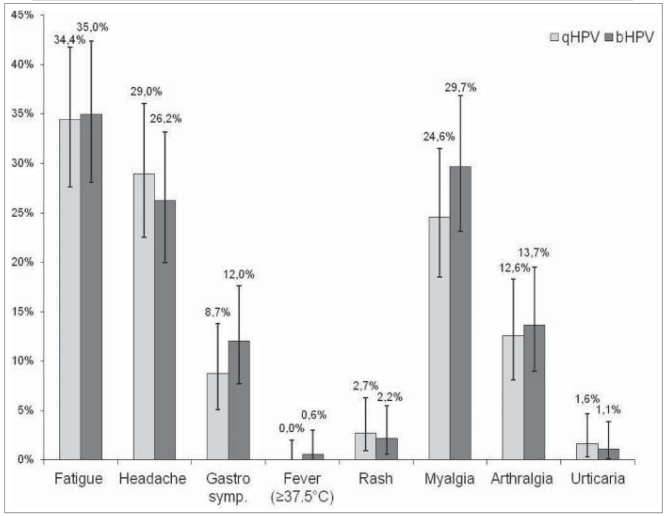
○　**４価ワクチンの２回接種の３年後に３回目の接種を行う場合、２価ワクチンと４価ワクチンともに同等の免疫原性と安全性を有している可能性が示された。**

２価、４価ワクチンのブースター接種前後の抗体価



330

２価、４価ワクチンのブースター接種後の副反応の比較



出典：Vladimir Gilca et al. Human Vaccines & Immunotherapeutics. 2015; 11:3, 732-738

4価HPVワクチンの異なる接種スケジュールによる抗体反応の差異に関する研究（米国、多施設前向き研究）

○　4価ワクチンの接種スケジュールの違いで、免疫原性に差があるかどうかを調査するために、米国の様々な地域で、4価ワクチンの3回目接種後の女子（9～17歳、1321名）が対象となった。

○　全ての対象者は3回目接種後1ヶ月、6ヶ月に抗体価（4価に含まれるHPV型）を、また3回目を予定通り接種した対象者では2回目接種後1，6ヶ月の抗体価を測定した。

○　グループ1（対照群）：2、3回目を予定通り（0,2,6ヶ月）接種（n=224）、グループ2：予定通り2回目接種、3回目接種が遅れ（n=173）、グループ3：2回目接種が遅れ、予定通り3回目接種（n=222）、グループ4：2，3回目ともに遅れ（n=235）の各群に分けられ、3回目接種後1，6ヶ月の中和抗体価、2回目接種遅れによる影響、2回目接種後と3回目接種後の比較を年齢調整の上で行った。2回目からの3回目接種の遅れは、グループ2，4において、中央値でそれぞれ381日（240-1893）、392日（241-1251）であった。

○　3回目接種1ヶ月後の中和抗体価は、対照群と比べ、グループ3、4で同等、グループ2で高かった。3回目接種6ヶ月後の中和抗体価は、対照群と比べ、グループ2、3（HPV18を除く）、4で高かった。2回接種後と3回目接種後の抗体価を比較（年齢調整後）したところ、抗体価測定のタイミングが異なることから単純比較は難しいが、2回目接種が遅れた群の2回目接種後の抗体価は、スケジュール通り（0,2,6ヶ月）の接種群の3回目接種後の抗体価に劣らず高い抗体価が得られた。

○　**2回目、3回目接種が遅れた場合でも、スケジュール通りの接種と比較して劣らない抗体価が得られた。**

3回目接種から1ヶ月後の中和抗体価の比較

グループ	1	2	3	4
One month after dose 3	n = 219	n = 162	n = 212	n = 219
HPV 6				
LS means of GMTs[e]	239.9	**490.23**	258.1	253.6
95% CI of LS means	212.9, 270.4	**427.1, 562.8**	228.7, 291.3	224.8, 286.1
97% CI of difference in LS means[f]		**−0.40, −0.22**[*,+]	−0.11, 0.05[*]	−0.11, 0.06[*]
HPV 11				
LS means of GMTs[e]	271.2	**666.6**	**337.6**	318.0
95% CI of LS means	241.2, 304.8	**582.6, 763.0**	**299.9, 380.0**	282.6, 357.8
97% CI of difference in LS means[f]		**−0.48, −0.30**[*,+]	**−0.17, −0.02**[*,+]	−0.15, 0.01[*]
HPV 16				
LS means of GMTs[e]	1026.0	**1899.4**	1119.2	1101.9
95% CI of LS means	918.2, 1146.4	**1671.1, 2159.1**	1000.4, 1252.2	985.3, 1232.4
97% CI of difference in LS means[f]		**−0.35, −0.19**[*,+]	−0.11, 0.04[*]	−0.11, 0.05[*]
HPV 18				
LS means of GMTs[e]	362.2	**648.3**	344.5	390.5
95% CI of LS means	317.2, 413.5	**556.3, 755.5**	301.2, 393.9	341.7, 446.4
97% CI of difference in LS means[f]		**−0.35, −0.16**[*,+]	−0.07, 0.11[*]	−0.12, 0.06[*]

3回目接種から6ヶ月後の中和抗体価の比較

グループ	1	2	3	4
Six months after dose 3	n = 200	n = 142	n = 191	n = 194
HPV 6				
LS means of GMTs[e]	62.6	**184.2**	**90.9**	**100.1**
95% CI of LS means	53.8, 72.8	**154.1, 220.2**	**77.9, 106.0**	**85.8, 116.8**
97% CI of difference in LS means[f]		**−0.58, −0.36**[*,+]	**−0.27, −0.06**[*,+]	**−0.31, −0.10**[*,+]
HPV 11				
LS means of GMTs[e]	70.9	**236.9**	**128.8**	**127.5**
95% CI of LS means	61.4, 81.9	**199.8, 280.9**	**111.2, 149.2**	**110.1, 147.8**
97% CI of difference in LS means[f]		**−0.63, −0.42**[*,+]	**−0.36, −0.16**[*,+]	**−0.36, −0.15**[*,+]
HPV 16				
LS means of GMTs[e]	311.1	**858.3**	**439.7**	**491.7**
95% CI of LS means	272.3, 355.5	**733.3, 1004.6**	**383.7, 503.7**	**429.1, 563.5**
97% CI of difference in LS means[f]		**−0.54, −0.34**[*,+]	**−0.24, −0.06**[*,+]	**−0.29, −0.11**[*,+]
HPV 18				
LS means of GMTs[e]	84.9	**231.1**	100.4	**135.6**
95% CI of LS means	71.8, 100.4	**189.6, 281.8**	84.6, 119.2	**114.3, 161.0**
97% CI of difference in LS means[f]		**−0.56 to 0.31**[*,+]	−0.19 0.04[*]	**−0.32 to 0.09**[*,+]

出典：Lea E. Widdice et al. Vaccine.2018; 36: 881-889

4価HPVワクチンの接種スケジュールが長期間に延びた場合のワクチンの有効性（メキシコ、非無作為化試験）

○　ワクチン接種のスケジュールが長期間に延びた場合の免疫原性を調査するため、メキシコの300名の女子（９～10歳）を対象に、通常のスケジュールと、代替スケジュールでHPVワクチンを接種し、初回接種から7, 21, 51ヶ月後のHPV16,18型に対する抗体価を調べた。（非無作為化試験）

○　標準スケジュール（0, 2, 6ヶ月: n=150）と、代替スケジュール（0, 6, 50ヶ月: n=150）の２群で比較が行われた。

○　通常スケジュール接種群（解析は128名）と代替スケジュール接種群（解析は55名）の３回目接種１ヶ月後（接種後７ヶ月と接種後51ヶ月）の中和抗体価の比較では、代替スケジュール群の方がHPV16では1.55倍（95%CI: 1.15-2.08）、HPV18では1.53倍（95%CI: 1.12-2.09）であった。両群とも、血清中の抗体価陽性率は99％以上であった。

○　**代替スケジュールでの３回接種（0, 6, 50ヶ月）でも、通常スケジュールに比べて非劣性が示唆された。**

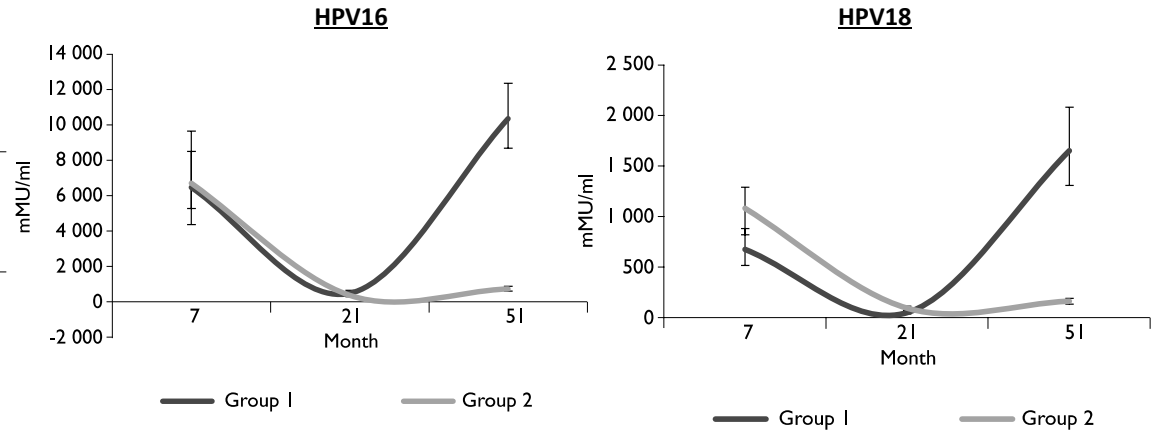
中和抗体価の比較

		*GMT ratio alternative schedule girls/standard schedule girls**
HPV16	Month 7/7	0.97 (0.61-1.53)
	Month 7/51	1.55 (1.15 - 2.08)
HPV18	Month 7/7	0.62 (0.44-0.88)
	Month7/51	1.53 (1.12 - 2.09)

* ratio with 95% confidence interval in brackets

HPV: human papilloma virus, GMT: geometric mean titer

それぞれのスケジュールにおける抗体価の推移



Group1: 代替スケジュール（0,6,50ヵ月）での接種
Group2: 通常スケジュール（0,2,5ヶ月）での接種

出典：Eduardo Lazcano-Ponce et al. Salud Publica Mex. 2018; 60: 666-673

HPVワクチンの接種間隔が長期にわたる場合のエビデンスのまとめ

（15歳～25歳の女性において２価HPVワクチンの３回目接種までの期間が延びた場合のワクチンの安全性と有効性（ヨーロッパ18カ国、無作為化試験））

○　２価ワクチンの３回目接種について、初回接種から6ヶ月から12ヶ月のどちらのタイミングに接種しても有効性と安全性が同等である可能性が示唆された。

出典：Susanna Esposito et al. Pediatr Infect Dis J .2011; 30: e49-e55

（４価HPVワクチンの異なる接種スケジュールでの免疫原性の比較（ベトナム、横断研究））

○　どのスケジュールにおいても、３回目接種から29ヶ月以上経過後の抗体価について標準スケジュールに対する非劣性が示された。

出典：D. Scott LaMontagne et al.Journal of Infectious Diseases 2013; 208: 1325-34

（４価HPVワクチン２回接種から３年後の２価または４価ワクチンの追加接種の免疫原性と安全性の評価（カナダ、無作為化試験））

○　４価ワクチンの２回接種の３年後に３回目の接種を行う場合、２価ワクチンと４価ワクチンともに同等の免疫原性と安全性を有している可能性が示された。

出典：Vladimir Gilca et al. Human Vaccines & Immunotherapeutics. 2015; 11:3, 732-738

（４価HPVワクチンの異なる接種スケジュールによる抗体反応の差異に関する研究（米国、多施設前向き研究））

○　２回目、３回目接種が遅れた場合でも、スケジュール通りの接種と比較して劣らない抗体価が得られた。

出典：Lea E. Widdice et al. Vaccine.2018; 36: 881-889

（４価HPVワクチンの接種スケジュールが長期間に延びた場合のワクチンの有効性（メキシコ、非無作為化試験））

○　代替スケジュールでの３回接種（0, 6, 50ヶ月）でも、通常スケジュールに比べて非劣性が示唆された。

出典：Eduardo Lazcano-Ponce et al. Salud Publica Mex. 2018; 60: 666-673

⇒ **HPVワクチンの接種スケジュールについては、８年以上の接種間隔が空いた場合のエビデンスは国内外で認められていないが、現状入手可能なエビデンスによれば、１～５年の接種間隔が空いた場合の海外の研究においては、通常の接種スケジュールと比較して一定程度の免疫原性と安全性が示されている。**

注）これらの研究は、キャッチアップ接種の対象年齢よりも若年者が含まれていることや、研究が小規模であることに留意する必要がある。

（参考） HPVワクチンの接種間隔が長期にわたる場合の諸外国の取扱い

○　**諸外国においては、接種間隔が長期にわたる場合について、接種間隔に上限を設けず、また、接種を初回からやり直すことなく残りの回数の接種を行うこととしている。**

	接種間隔が長期にわたる場合の取扱い
米国 （CDC）	規定の間隔から外れても、接種を初回からやり直す必要はない。 （**接種間隔の上限はない**）
英国 （NHS）	規定の間隔から外れた場合、なるべく速やかに規定の接種回数を完了する必要がある。
カナダ （Government of Canada）	規定の間隔から外れても、接種を初回からやり直す必要はない。
オーストラリア （Department of Health）	**２回目もしくは３回目までの間隔の上限はない**が、予防効果を最大にするために、初交前に規定の間隔で接種を完了させることが望ましい。
ニュージーランド （Ministry of Health）	**間隔が空いた期間に関わらず**、規定の回数の接種を終了させる。（初回からやり直す必要なし）

（注）いずれの国においても、過去にワクチンを１回接種した後、接種間隔が長期間空いた場合に、２回目と３回目の接種間隔をどの程度置くのが良いのかについては、特段考え方を示していない。なお、これらの国においては、通常、２回目と３回目の接種間隔については最低３月の間隔を置くこととしている。

長期にわたりHPVワクチンの接種を中断している者の取扱いについて　論点

○　キャッチアップ接種の対象者の中には、過去にワクチンを１回又は２回接種した後、長期にわたり接種を中断していた方が一部存在すると想定されることから、これらの者が改めて接種を希望した場合の取扱いについて検討が必要。

＜ HPVワクチンの長期間隔接種に関するエビデンス＞

○　HPVワクチンの接種スケジュールについては、８年以上の接種間隔が空いた場合のエビデンスは国内外で認められていないが、現状入手可能なエビデンスによれば、１～５年の接種間隔が空いた場合の海外の研究においては、通常の接種スケジュールと比較して一定程度の免疫原性と安全性が示されている。

＜HPVワクチンの接種間隔が長期にわたる場合の諸外国の取扱い＞

○　諸外国においては、接種間隔が長期にわたる場合について、接種間隔に上限を設けず、また、接種を初回からやり直すことなく残りの回数の接種を行うこととしている。

＜２回目と３回目の接種間隔について＞

○　定期接種実施要領においては、標準的な接種方法によらない場合、サーバリックス（２価）については２月半以上、ガーダシル（４価）については３月以上の間隔をおくこととしている。

○　諸外国において、接種間隔が長期にわたる場合の接種間隔について示しているものは認められないが、通常、２回目と３回目の接種間隔については最低３月の間隔を置くこととしている。

論点

○　定期接種実施要領で示された標準的な接種スケジュールで接種を行うことが原則である旨を示しつつ、長期にわたり接種を中断していた方についても、接種間隔に上限を設けず、また、接種を初回からやり直すことなく残りの回数の接種（２・３回目又は３回目）を行えることとしてはどうか。

○　この場合、過去にワクチンを１回接種していた方について、２回目と３回目の接種間隔については、どのように考えるか。

HPVワクチンについて　目次

1．HPVワクチンにかかるこれまでの議論について

2．長期にわたりHPVワクチンの接種を中断している者の取扱いについて

3．HPVワクチンの交互接種について

HPVワクチンの交互接種についての現在の取扱い

HPVワクチンの互換性についての現在の取扱い

＜添付文書＞

	サーバリックス（GSK、２価）	ガーダシル（MSD、４価）
互換性	本剤と他のHPVワクチンの**互換性に関する安全性、免疫原性、有効性のデータはない**。	本剤と他のHPVワクチンの**互換性に関する安全性、免疫原性、有効性のデータはない**。

＜定期接種実施要領＞

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と組換え沈降４価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンの互換性に関する安全性、免疫原性及び有効性に関するデータはないことから、**同一の者には、同一のワクチンを使用**すること。

（参考）サーバリックス、ガーダシルの医療機関への納入数量

	サーバリックス（GSK、２価）	ガーダシル（MSD、４価）
H25年4月1日～7月31日	84,903本	165,399本
R3年4月1日～6月30日	745本	108,360本

キャッチアップ接種の対象者の中には、過去にワクチンを１回又は２回接種した後、長期にわたり接種を中断していた方が一部存在すると想定される。過去に接種したワクチンの種類が不明で、医療機関や自治体等からどちらのワクチンを接種したかの情報が得られない場合には、中断していた接種の再開に当たって、結果として以前と異なる種類のワクチンが接種される（交互接種）可能性があることから、こうした場合の取扱いについて検討が必要。

＜参考＞Ｂ型肝炎ワクチン、ロタウイルスワクチンの交互接種についての考え方

Ｂ型肝炎ワクチンに関するＱ＆Ａ（厚生労働省ＨＰ）

定期接種について　問８

Ｑ　第１回目は化血研製のB型肝炎ワクチン、第２回目はMSD社製といったように、ワクチンの種類を変えて接種することは可能ですか？また、その場合の安全性や有効性はどうなっていますか？

Ａ　基本的には、３回の接種を同一の製剤で行うことが望ましいと考えられますが、切り替えて使用する場合であっても、定期の予防接種としての実施は可能です。なお、切り替えて使用した場合の有効性及び安全性については厚生科学審議会の中で厚生労働科学研究の研究結果として報告されており、有用性が確認されています。（http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkanboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/0000137138.pdf ※）

ロタウイルスワクチンに関する定期接種実施要領の記載

10 ロタウイルス感染症の定期接種

（５）接種方法

ロタウイルス感染症の定期の予防接種は、接種歴を確認した上で、原則として、経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチンを 27 日以上の間隔をおいて２回経口投与、又は五価経口弱毒生ロタウイルスワクチンを 27 日以上の間隔をおいて３回経口投与することとし、初回接種については、生後２月に至った日から出生 14 週６日後までの間を標準的な接種期間として実施すること。

ただし、１回又は２回投与した後に転居した際、転居後の定期接種を実施する市町村において、経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン又は五価経口弱毒生ロタウイルスワクチンのいずれか一方の接種しか実施していない等の理由により、原則によることができないやむを得ない事情があると当該市町村長が認める場合には、次に掲げる方法で接種することできる。

ア 経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチンを１回経口投与した後、第１回目の経口投与から 27 日以上の間隔をおいて、五価経口弱毒生ロタウイルスワクチンを 27 日以上の間隔をおいて２回経口投与する。

イウ　（略）

４価HPVワクチン２回接種から３年後の２価または４価ワクチンの追加接種の免疫原性と安全性の評価（カナダ、無作為化試験）

再掲

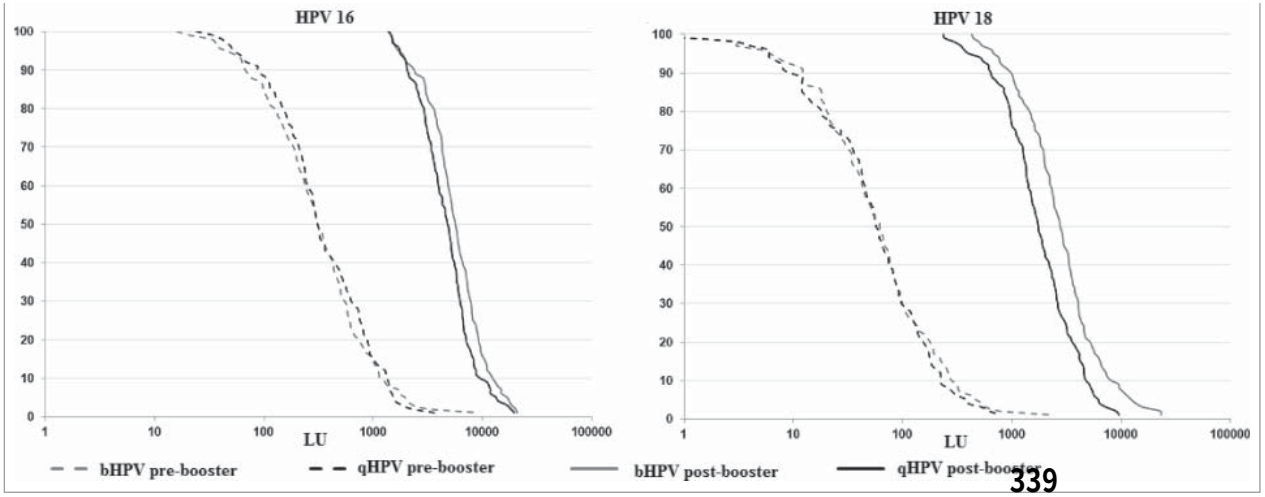
○　９ - 10歳時に４価を２回接種（0, 6ヶ月）し、３年後に２価または４価ワクチンの追加接種を行った対象者（12-13歳：366名）における免疫原性と安全性の比較が行われた（無作為盲検）。

○　追加接種として、４価接種群（181名）と２価接種群（182名）における、HPV６, 11, 16, 18型に対するそれぞれの接種直前と接種１ヶ月後の抗体価が比較された。

○　４価ワクチンの２回接種から３年後の時点でほぼ全ての対象者で検出可能レベルの抗体価（４つのHPV型）を有していた。４価接種群では、直前に比べて４つのHPV型全てで４倍以上の抗体価上昇を認め、２回目接種から１ヶ月後よりも1.1 - 1.8倍の抗体価であった。２価接種群では16型、18型で４倍以上の抗体価上昇を認め、２回目接種から１ヶ月後より1.4-1.6倍の抗体価上昇が認められた。どちらも安全性について忍容性が認められた。

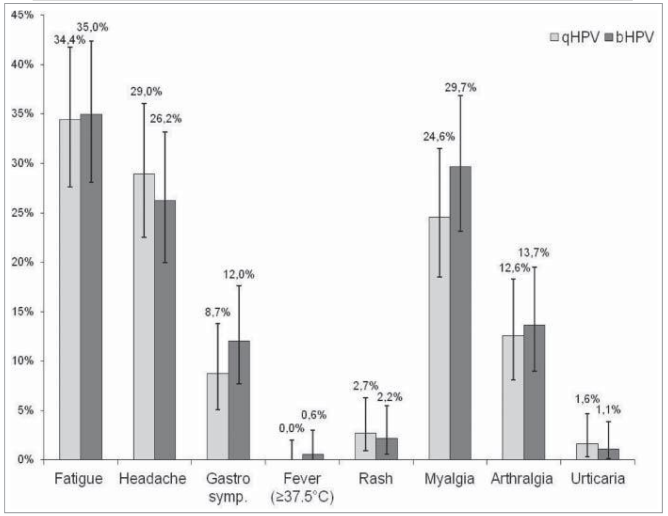
○　**４価ワクチンの２回接種の３年後に３回目の接種を行う場合、２価ワクチンと４価ワクチンともに同等の免疫原性と安全性を有している可能性が示された。**

２価、４価ワクチンのブースター接種前後の抗体価



339

２価、４価ワクチンのブースター接種後の副反応の比較



出典：Vladimir Gilca et al. Human Vaccines & Immunotherapeutics. 2015; 11:3, 732-738

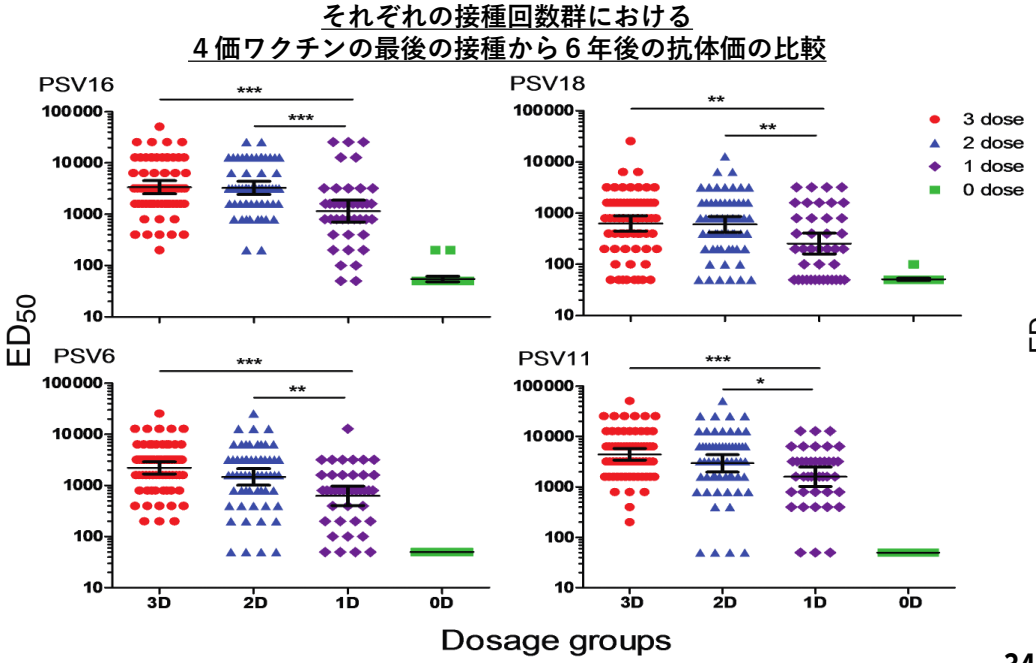
4価HPVワクチンの最後の接種から6年後の2価ワクチン追加接種の免疫反応についての調査（フィジー、前向きコホート）

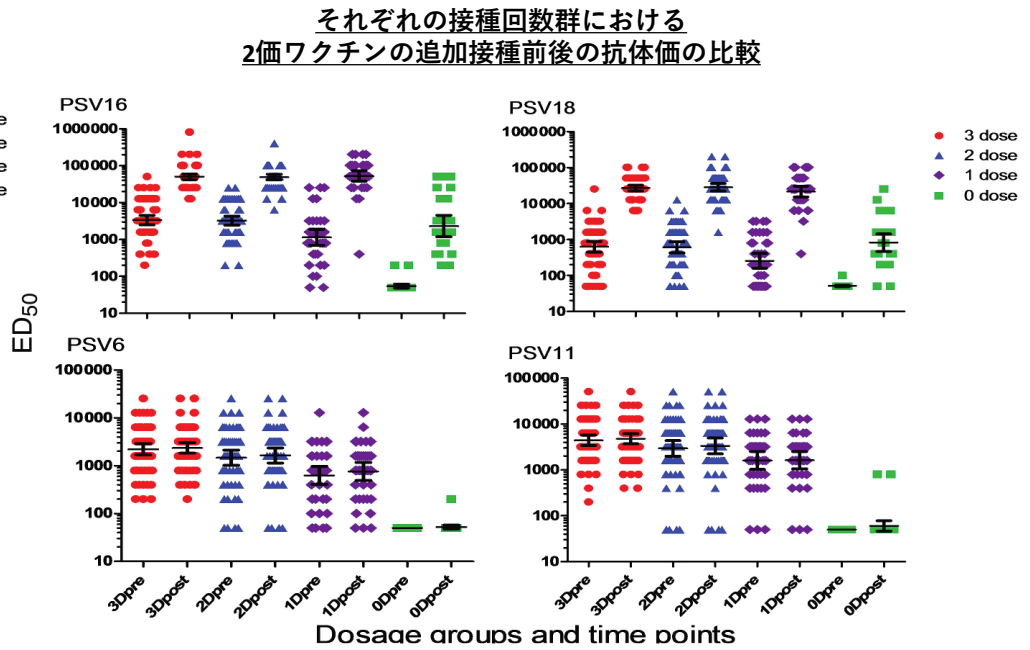
○　フィジーの15歳～19歳に対し、2価ワクチンを追加接種した場合の追加接種前と追加接種28日後のHPVに対する抗体価を、過去（6年前）の4価ワクチンの接種回数別（0回～3回）に評価。

○　対象年齢（追加接種時）の200名の女子を対象とした前向きコホートスタディ。過去の接種回数が0回（非接種群）：32名、1回接種群：40名、2回接種群：60名、3回接種群：66名が対象となった。

○　追加接種前の抗体価では、2回接種群と3回接種群で有意な差は見られなかった。1回接種では2、3回接種と比較して有意に低かったが、非接種群と比較して、5-30倍の抗体価を有していた。2価ワクチンの追加接種後のHPV16,18型に対する抗体価は全ての接種回数群において、接種前に比べて有意に高かった。2価ワクチンの追加接種後の安全性も示された。

○　**4価ワクチン接種の6年後に2価ワクチンの接種を行う場合の免疫原性と安全性が示された。**





340

出典：Zheng Quan Toh et al. Clinical Infectious Diseases. 2017; 64(7): 852-859

HPVワクチンの交互接種に関するエビデンスのまとめ

（４価HPVワクチン２回接種から３年後の２価または４価ワクチンの追加接種の免疫原性と安全性の評価（カナダ、無作為化試験））

○　４価ワクチンの２回接種の３年後に３回目の接種を行う場合、２価ワクチンと４価ワクチンともに同等の免疫原性と安全性を有している可能性が示された。

出典：Vladimir Gilca et al. Human Vaccines & Immunotherapeutics. 2015; 11:3, 732-738

（４価HPVワクチンの最後の接種から６年後の２価ワクチン追加接種の免疫反応についての調査（フィジー、前向きコホート））

○　４価ワクチン接種の６年後に２価ワクチンの接種を行う場合の免疫原性と安全性が示された。

出典：Zheng Quan Toh et al. Clinical Infectious Diseases. 2017; 64(7): 852-859

⇒ **HPVワクチンの交互接種については、現状入手可能なエビデンスによれば、２価ワクチンと４価ワクチンの交互接種について、同一のワクチンを使用した場合と比較して一定程度の免疫原性と安全性が示されたエビデンスが存在する。**

注）これらの研究は、キャッチアップ接種の対象年齢よりも若年者が含まれていることや、研究が小規模であることに留意する必要がある。

（参考）HPVワクチンの交互接種に関する諸外国の取扱い

○　**諸外国においては、以前に接種した種類のHPVワクチンが入手できない場合や不明な場合などについて、他の種類のHPVワクチンで接種の完了が可能としている。**

	交互接種に関する取扱い
米国 （CDC）	**以前に接種したワクチンの種類に関わらず、現在使用可能なワクチンで接種を完了させる**べき。
英国 （NHS）	４価ワクチンで始めた場合にも、９価ワクチンで残りを代用することが可能
カナダ （Government of Canada）	過去に接種したのと同じ種類が望ましいが、**以前に接種した種類のワクチンが入手できない場合や不明な場合には国内で承認されている他の種類でも可能**
オーストラリア （Department of Health）	２価ワクチン又は４価ワクチンで接種を開始した人は、９価ワクチンで接種を完了することが可能。
ニュージーランド （Ministry of Health）	過去に接種したもの（４価ワクチン）と同じ種類が望ましいが、４価ワクチンの在庫が無い場合には残りを９価ワクチンで代用が可能

HPVワクチンの交互接種について　論点

○　キャッチアップ接種の対象者の中には、過去にワクチンを１回又は２回接種した後、長期にわたり接種を中断していた方が一部存在すると想定される。過去に接種したワクチンの種類が不明で、医療機関や自治体等からどちらのワクチンを接種したかの情報が得られない場合には、中断していた接種の再開に当たって、結果として以前と異なる種類のワクチンが接種される（交互接種）可能性があることから、こうした場合の取扱いについて検討が必要。

<HPVワクチンの交互接種に関するエビデンス>

○　HPVワクチンの交互接種については、現状入手可能なエビデンスによれば、２価ワクチンと４価ワクチンの交互接種について、同一のワクチンを使用した場合と比較して一定程度の免疫原性と安全性が示されたエビデンスが存在する。

<HPVワクチンの交互接種に関する諸外国の取扱い>

○　諸外国においては、以前に接種した種類のHPVワクチンが入手できない場合や不明な場合などについて、他の種類のHPVワクチンで接種の完了が可能としている。

論点

○　サーバリックス（２価）又はガーダシル（４価）のいずれか同一の製剤で接種を完了することが原則である旨を示しつつ、過去に接種したワクチンの種類が不明で、医療機関や自治体等からどちらのワクチンを接種したかの情報が得られない場合には、中断していた接種の再開に当たって、医師と被接種者等がよく相談した上で、どちらのワクチンを選択しても差し支えないこととしてはどうか。

※　ただし、既に１回のワクチン接種を行っている方が、上記の理由によりワクチンを選択して接種を再開する場合については、２回目と３回目の接種については同一のワクチンを用いることとしてはどうか。

第47回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会 予　防　接　種　基　本　方　針　部　会	資料 2
2022（令和４）年１月27日	

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

ワクチンの開発状況等について（報告）

開発優先度の高いワクチンの開発状況（2021年10月現在）

分類		開発企業	開発状況
MRワクチンを含む混合ワクチン	MMRワクチン	第一三共/GSK	Ph3
DPT-IPVワクチンを含む混合ワクチン	DPT-IPV-Hib	微研/田辺三菱	申請準備中
		KMB	申請準備中
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	経鼻	第一三共/AZ	承認申請中
		微研	Ph3終了
	高用量	Sanofi	Ph3
	不活化全粒子	KMB	Ph1-2
	mRNA	Pfizer	海外Ph1-2
RSウイルスワクチン		Janssen	海外Ph3、国内 Ph1
		Pfizer	海外Ph3
		GSK	Ph3
ノロウイルスワクチン		HilleVax/武田	海外Ph2

日本製薬工業協会調べ

※既承認ワクチンが存在する帯状疱疹ワクチンを除く。

開発後期のワクチンに係る想定スケジュール等

企業からの聞き取り情報

ワクチンの種類	開発企業名	備考	2022年	2023年	2024年	2025年
麻しん・風しん混合ワクチン（MRワクチン）	阪大微研	風しんワクチンの培養細胞の変更（ウズラ卵→ヒト培養細胞） 予防接種実施規則による予防接種の対象は「乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン」 変更後も引き続き「乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン」として扱う方向で関係各局と調整中	承認申請？		承認されれば、定期接種の対象となる見込み	
百日せき・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ・ヘモフィルスインフルエンザb型混合ワクチン（DPT-IPV-Hibワクチン）	KMバイオロジクス	現状では、定期接種の対象となっているDPT-IPVワクチンとHibワクチンの接種対象者・接種時期が一部異なっている	承認申請？			
百日せき・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ・ヘモフィルスインフルエンザb型混合ワクチン（DPT-IPV-Hibワクチン）	阪大微研	現状では、定期接種の対象となっているDPT-IPVワクチンとHibワクチンの接種対象者・接種時期が一部異なっている	承認申請？			

DPT-IPV、Hib、B肝についての海外での推奨 (生後1歳まで)

米国の推奨 (DPT-IPV/Hib、DPT-IPV/B肝が承認)
- DPT-IPV: 生後2月、4月、6月
- Hib: 生後2月、4月、6月
- B肝: 生後直後、生後1-2月、生後6月

英国の推奨
- DPT-IPV/Hibを生後2月、3月、4月に

WHO推奨
- ジフテリア: 生後6週以降に開始　4週間以上の間隔をあけて合計3回のprimary
- 百日咳: 生後6週以降に4-8週間の間隔をあけて合計3回
- 破傷風: 生後6週間以降に開始し、4週間以上の間隔をあけて合計3回
- IPV: 生後2月以降に4週間以上の間隔をあけて合計3回
- B肝: 生後24時間以内に1回目接種、4週間以上の間隔をあけて残り2回接種

今後、DPT-IPVを含む混合ワクチンの開発にあたって、現在のHibワクチンの接種時期 (生後2月-7月に開始し、20日から56日 (注) の間隔をおいて3回) にあわせる形で接種時期を検討する方向を示すこととしてはいかがか。

(注) 接種間隔については現在厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会等で検討中である。

NHSホームページ　CDCホームページ
WHO position paper

DPT-IPV-Hibワクチン（５混ワクチン）について

企業からの聞き取り情報

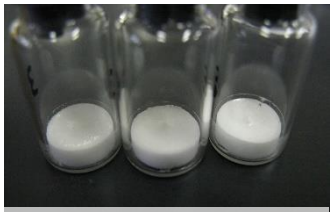
KMバイオロジクス



クアトロバック皮下注シリンジ（４混ワクチン）

＋

用時溶解



Hib製剤

○ いずれの原薬（４混、Hib）もKMバイオロジクス製

○ Hibは、アクトヒブと同じ破傷風トキソイド結合体

○ 生後２か月から接種を開始（注）し、計４回の接種を想定した治験を実施

○ 皮下接種と筋肉内接種の両方を想定

阪大微研



液状シリンジ製剤

用時調製不要

※写真は４混のもの

○ ４混の原薬は、テトラビック皮下注シリンジと同一

○ Hibは、田辺三菱から導入する国内未承認品で、無毒性変異ジフテリア毒素（CRM_{197}）※結合体

※既承認ワクチンで使用されている

○ 生後２か月から接種を開始（注）し、計４回の接種を想定した治験を実施

○ 皮下接種と筋肉内接種の両方を想定

（注）　定期接種実施要領において、４混ワクチン（DPT-IPV）の標準的な接種開始時期は生後３か月からと規定されている（詳細は次項参照）

DPT-IPV-Hibワクチン（５混ワクチン）の定期化に関わる論点

課題

- ５混ワクチンの接種対象者・接種時期（※下の「現状の定期接種の概要」を参照）
  - ４混ワクチンを含めた接種開始時期の取扱い（生後２ヵ月への前倒しを行うか）
  - 標準的な期間の長さ、終期の取扱い（４混ワクチンとHibで異なる）
- ４混ワクチン＋Hibワクチンから５混ワクチンへの切替の方法等
  - ４混ワクチン及びHibワクチンの供給量・スケジュールと５混ワクチンの供給開始可能時期・供給可能量
- これらを踏まえた定期接種化の可否　　等々

（参考）現状の定期接種の概要

○DPT-IPVワクチン

本剤の接種は、生後３か月から90か月までの間にある者に行うが、初回免疫については、標準として生後３か月から12か月までの者に３～８週間の間隔で、追加免疫については、標準として初回免疫終了後12か月から18か月を経過した者に接種する。

○Hibワクチン

本剤の接種は２ヵ月齢以上５歳未満の間にある者に行うが、標準として２ヵ月齢以上７ヵ月齢未満で接種を開始すること。

＜接種開始齢が７ヵ月齢以上12ヵ月齢未満の場合＞

初回免疫：通常、２回、４～８週間の間隔で皮下に注射する。ただし、医師が必要と認めた場合には、３週間の間隔で接種することができる。

追加免疫：通常、初回免疫後おおむね１年の間隔をおいて、１回皮下に注射する。

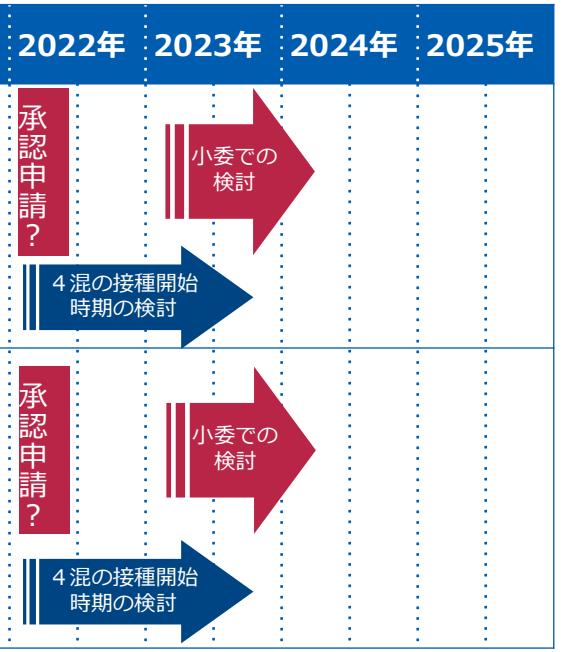
＜接種開始齢が１歳以上５歳未満の場合＞

通常、１回皮下に注射する。

Hibワクチンでは、接種開始年齢が遅くなると接種回数が少なくなる。

5混のワクチンに係る検討の想定スケジュール等

ワクチンの種類	開発企業名	備考
百日せき・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ・ヘモフィルスインフルエンザb型混合ワクチン（DPT-IPV-Hibワクチン）	KMバイオロジクス	現状では、定期接種の対象となっているDPT-IPVワクチンとHibワクチンの接種対象者・接種時期が一部異なっている
百日せき・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ・ヘモフィルスインフルエンザb型混合ワクチン（DPT-IPV-Hibワクチン）	阪大微研	現状では、定期接種の対象となっているDPT-IPVワクチンとHibワクチンの接種対象者・接種時期が一部異なっている



5混ワクチンに関する今後の対応方針（案）

ワクチン評価小委員会において、

- 5混ワクチンの開発データを踏まえ、4混ワクチンの接種開始時期の変更の可否を先行して検討する。
- 5混ワクチンの薬事承認後、速やかにファクトシートを作成し、定期接種化の可否を検討する。

（参考）予防接種に関する基本的な計画（抄）

第一　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基本的な方向

二.　科学的根拠に基づく予防接種に関する施策の推進

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について可能な限り収集を行い、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。）の意見を聴いた上で、予防接種施策に関する評価及び検討を行う。

具体的には、既に医薬品、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（昭和三十五年法律第百四十五号）上の製造販売承認を得、定期の予防接種に位置付けられたワクチンについては、ワクチンの有効性、安全性及び費用対効果について、分科会等の意見を聴いた上で、法上の位置付けも含めて評価及び検討を行う。

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。

（参考）予防接種に関する基本的な計画（抄）

第三　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

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。

（参考）予防接種に関する基本的な計画（抄）

第五　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

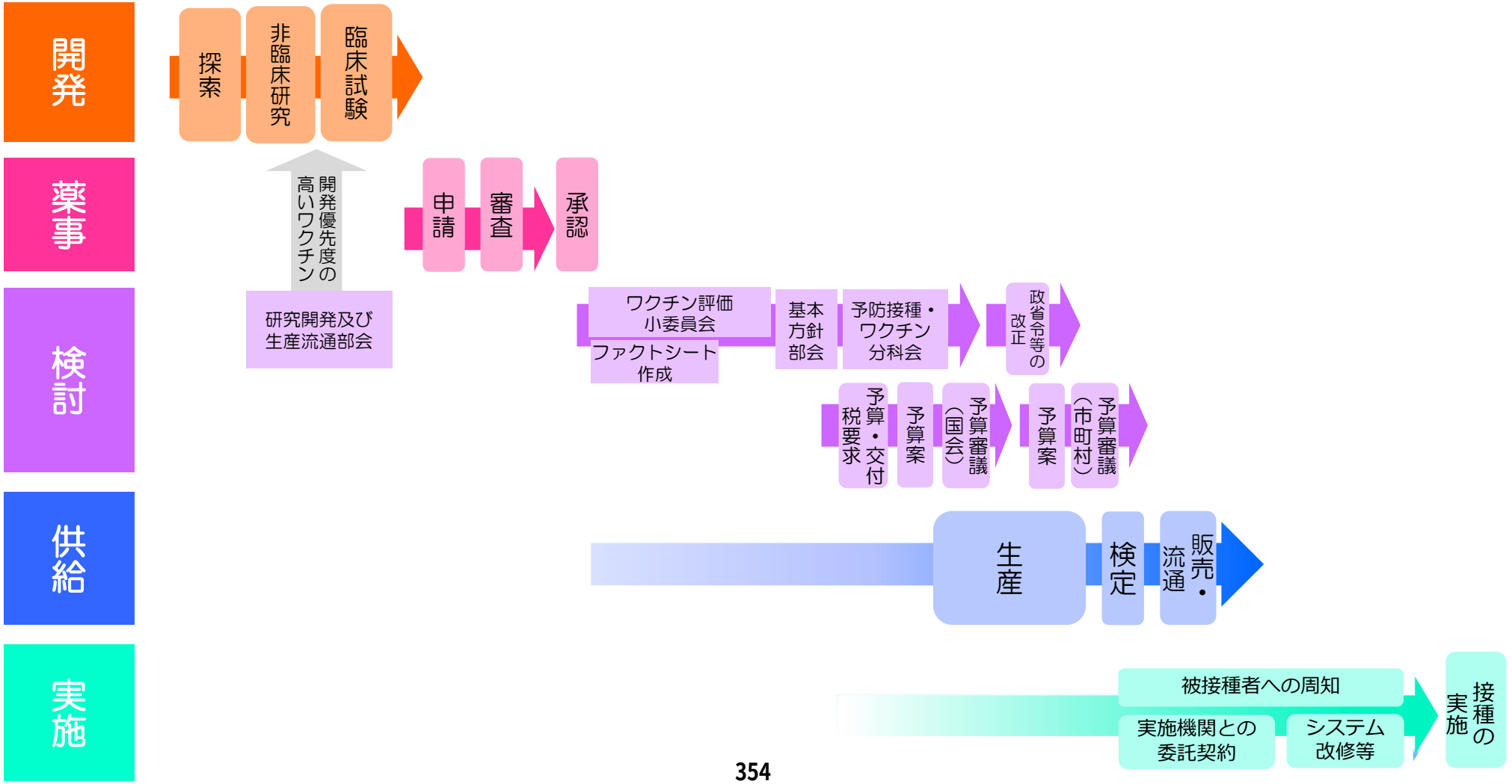
二．開発優先度の高いワクチン

これまで、細胞培養法による新型インフルエンザワクチンの開発、経鼻投与ワクチン等の新たな投与経路によるワクチンの開発及び新たなアジュバントの研究等、新たなワクチンの開発が進められている。一方、現在でも多くの感染症に対するワクチンが未開発又は海外では開発されているが国内では未開発であるといった状況がある。

その中でも医療ニーズ及び疾病負荷等を踏まえると、開発優先度の高いワクチンは、麻しん・風しん混合（ＭＲ）ワクチンを含む混合ワクチン、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、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、ノロウイルスワクチン、ＲＳウイルスワクチン及び帯状疱疹ワクチンである。

ワクチンの定期接種化までのプロセス（全体像）

ワクチンが定期接種化されるまでには、ワクチンの研究開発から、薬事承認、当審議会等における検討、予算の確保、ワクチンの生産、実施体制の確保など、数多くのプロセスがある。



※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。

（参考）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

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）

（④ 提案・指示）

（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

③ 報告

① 論点整理等

協力

研究班等

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

・　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。

国立感染症研究所にファクトシートの作成依頼

②依頼

国立感染症研究所等において６か月を目処に作成

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

355

（参考）定期接種化を検討しているワクチンの審議内容

○新たな対象疾病に関する検討

ワクチン名	審議会における委員からの主な意見・審議内容等
おたふくかぜワクチン	• 仮に広く接種をするに当たっては、より高い安全性が期待出来るワクチンの承認が前提であり、新たなＭＭＲワクチンの開発が望まれる。（平成25年７月第３回予防接種基本方針部会） • 単味ワクチンについて、副反応に関するデータを整理して、引き続き検討することとなった。（平成30年９月第11回ワクチン評価に関する小委員会） • 単味ワクチンの副反応に関して、現在あるデータは不十分であり、さらなる調査研究が必要であるとされた。（令和２年１月第15回ワクチン評価に関する小委員会）
帯状疱疹ワクチン	• 帯状疱疹ワクチンによる疾病負荷は一定程度明らかとなったものの、引き続き、期待される効果や導入年齢に関しては検討が必要とされた。（平成30年６月 第９回ワクチン評価に関する小委員会）

○既に対象疾病となっている疾患についての、接種回数や年齢、接種するワクチンの種類に関する検討

ワクチン名	審議会における委員からの主な意見・審議内容等
不活化ポリオワクチン	• 不活化ポリオワクチンの５回目接種の必要性が議論され、４種混合ワクチンでの接種の検討も合わせて、引き続き議論することとなった。（平成30年９月 第11回ワクチン評価に関する小委員会） • 定期接種化に向けて、今後の論点を整理した。（令和元年7月第13回・11月第14回ワクチン評価に関する小委員会）
沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン	• 平成31年度以降も、引き続き65歳の者に対して、PPSVを用いた定期接種を継続することが望ましいとされた。 • PPSVの再接種や、PCV13を用いたハイリスク者への接種については引き続き検討することとなった。（平成30年９月 第11回ワクチン評価に関する小委員会） • 令和２年５月に適応が追加となった対象に関する知見についてファクトシートに追加可能な情報があれば追加していただくことを国立感染症研究所に依頼することについて、継続審議となった。（令和２年８月第16回・令和３年17回ワクチン評価に関する小委員会）
沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン	• 百日せきワクチンの定期接種化の検討にあたり、感染症発生動向調査の必要なデータがまとまった段階で、再度検討することとなった。（平成29年11月 第７回ワクチン評価に関する小委員会） • 定期接種化に向けて、今後の論点を整理した。（令和元年7月第13回・11月第14回・令和２年１月第15回ワクチン評価に関する小委員会）
9価HPVワクチン	• 令和２年７月に9価HPVワクチンが薬事承認された。 • 定期接種として用いるワクチンとするかについて検討すべきとされ、ファクトシートの作成を国立感染症研究所に依頼した。（令和２年８月第16回ワクチン評価に関する小委員会） • 論点を整理し、引き続き検討することとなった。（令和３年４月第17回ワクチン評価に関する小委員会）

資料２０-(3)

第 18 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会
予防接種基本方針部会ワクチン評価に関する小委員会

令 和 ４ 年 ３ 月 ４ 日（金）

１ ６ ： ０ ０ ～ １ ８ ： ０ ０

中央合同庁舎５号館　専用第２１会議室

議　事　次　第

１　開会

２　議題

（１） 組換え沈降９価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（９価 HPV ワクチン）について

（２） 沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン（DTaP）を含む混合ワクチンについて

３　閉会

資料１　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について
資料２　沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン（DTaP）を含む混合ワクチン
参考資料１－１　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について（第 17 回ワクチン評価に関する小委員会資料２－１）
参考資料１－２　MSD 株式会社 説明資料（第 17 回ワクチン評価に関する小委員会資料２－２）
参考資料１－３　9 価 HPV ワクチンファクトシート
参考資料２－１　ワクチンの開発状況等について（報告）（第 47 回予防接種基本方針部会資料 2）
参考資料２－２　沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン（DTaP）（第 15 回ワクチン評価に関する小委員会資料１）
参考資料２－３　沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン（DTaP）（第 14 回ワクチン評価に関する小委員会資料１－２）
参考資料２－４　百日せきワクチン ファクトシート

厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会予防接種基本方針部会
ワクチン評価に関する小委員会

【委員】

池田　俊也	国際医療福祉大学公衆衛生学教授
氏家　無限	国立研究開発法人国立国際医療研究センター 国際感染症センタートラベルクリニック医長
◎大西　真	国立感染症研究所　副所長
大藤　さとこ	大阪市立大学大学院医学研究科公衆衛生学　准教授
近藤　正英	筑波大学医学医療系教授
菅沼　明彦	新古賀病院　総合診療科　部長
多屋　馨子	国立感染症研究所感染症疫学センター予防接種総括研究官
原　めぐみ	佐賀大学医学部社会医学講座予防医学分野准教授

◎：委員長

【参考人】

岡田　賢司	福岡看護大学基礎・基礎看護部門基礎・専門基礎分野教授
鈴木　基	国立感染症研究所感染症疫学センター長

（５０音順・敬称略）

第18回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会 予防接種基本方針部会　ワクチン評価に関する小委員会	資料１
2022(令和４)年３月４日	

組換え沈降９価
ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン
（９価HPVワクチン）について

目次

１．９価HPVワクチンの定期接種化に係る検討の経緯

２．前回以降のHPVワクチンをめぐる議論について

３．今回ご議論いただきたい内容について

３-１．9価HPVワクチンの定期接種化の是非について

３-２．仮に9価HPVワクチンを定期接種のワクチンとして用いることになった場合に検討を要する論点について

目次

１．９価HPVワクチンの定期接種化に係る検討の経緯

２．前回以降のHPVワクチンをめぐる議論について

３．今回ご議論いただきたい内容について

３-１．9価HPVワクチンの定期接種化の是非について

３-２．仮に9価HPVワクチンを定期接種のワクチンとして用いることになった場合に検討を要する論点について

９価HPVワクチンの定期接種化に向けた検討の経緯

平成22年７月　第11回感染症分科会予防接種部会において「ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチンに関するファクトシート」が報告。

平成22年11月　子宮頸がん等ワクチン接種緊急対策促進事業開始。

平成25年４月　２価・４価HPVワクチンの定期接種開始。

令和２年７月　９価HPVワクチンの製造販売が承認。

令和２年８月　第16回ワクチン評価に関する小委員会において、下記の方針が了承。
・９価HPVワクチンを定期接種で使用することの是非に関する検討。
・国立感染症研究所への９価HPVワクチンに関するファクトシートの作成依頼。

令和３年１月　国立感染症研究所より、「９価ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチン ファクトシート」が提出

令和３年４月　第17回ワクチン評価に関する小委員会において、下記について議論。
・９価HPVワクチンの概要（MSD株式会社）
・９価ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチン ファクトシート
（多屋委員、池田委員）
・９価HPVワクチンの定期接種化に向けて検討を要する論点の整理

第17回ワクチン評価に関する小委員会での議論

９価HPVワクチンの概要について（MSD株式会社）

９価HPVワクチンの製造販売業者であるMSD株式会社より、ワクチンの概要について説明の上、以下の議論が行われた。

○ 安全性について：日本人の治験での安全性についての委員からの質問に対し、MSD社より、「国内の臨床試験では、安全性の大きな懸念は認められていない」との回答があった。

○ 供給量について

・安定供給の時期はいつごろになるか、という委員からの質問に対して、MSD社より、「定期接種化のための安定的な供給量が確保できるのは2023年頃になる」との回答があった。

・安定的な供給量とは、どの年齢層のカバーを想定しているのか、という委員からの質問に対して、 MSD社より、「過去の実績等を踏まえた上で想定しているが、積極的勧奨の状況を踏まえ、今後厚生労働省と協議していきたい」との回答があった。

○ ２回接種について：世界的にはほとんど２回で接種されているが、日本での接種回数についてどう考えるか、という委員からの質問に対して、 MSD社より、「現在開発途中である」との回答があった。

○ 男性接種について：日本での開発状況についての委員からの質問に対し、MSD社より、「現在臨床試験を実施中である」との回答があった。

「９価ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチン ファクトシート」について

ファクトシートの内容について、執筆担当の多屋委員と池田委員からご説明いただいた。

○ 多屋委員より、ファクトシート中の以下の項目についてご説明いただいた。
- 対象疾患の基本的知見、疾患の特性（p.7～p.12）
- 国内外の疫学状況（p.12～p.29）
- 有効性（p.31～p.44 ）
- 安全性（p.44～p.53 ）
- 諸外国の導入状況（p.64～p.80 ）

○ 池田委員より、ファクトシート中の医療経済学的な観点（費用対効果）（p.54～p.63 ）についてご説明いただいた。

第17回ワクチン評価に関する小委員会での議論
９価HPVワクチンの定期接種化に向けて検討すべき論点の整理

定期接種化の是非について検討を要する論点	
接種の目的	９価HPVワクチンの接種の目的は何か。
疾病負荷の大きさ（疾病の蔓延状況、重症度）	日本でのHPV感染によって生じる疾病の特徴や疾病負荷をどのように考えるか。
国民の免疫の保有状況	わが国のHPV遺伝子型の分布、抗体保有率より期待される9価HPVワクチンの効果はあるのか。
ワクチンの有効性	９価HPVワクチンによる子宮頸がん等への期待される効果が明らかとなっているか。
ワクチンの安全性	９価HPVワクチンの安全性について、一定程度明らかになっていると考えられるか。２価・４価HPVワクチンと比較し、特に留意すべき点はあるか。
費用対効果	国内で９価HPVワクチンを導入した場合の医療経済学的評価について、明らかとなっているか。費用対効果は良好か。

仮に定期接種のワクチンとして用いることになった場合に検討を要する論点	
接種対象者	２価・４価HPVワクチンと同様として良いか。
定期接種に用いるワクチンの種類	定期接種にどのワクチン（２価・４価・９価）を用いるべきか。

※第17回ワクチン評価に関する小委員会
資料2-1より抜粋、追記修正あり

第17回ワクチン評価に関する小委員会

今後これらの論点について議論していくことが了承された。

目次

１．９価HPVワクチンの定期接種化に係る検討の経緯

２．前回以降のHPVワクチンをめぐる議論について

３．今回ご議論いただきたい内容について

３-１．9価HPVワクチンの定期接種化の是非について

３-２．仮に9価HPVワクチンを定期接種のワクチンとして用いることになった場合に検討を要する論点について

HPVワクチンに関するこれまでの経緯と課題

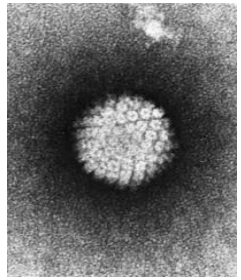
2021年10月1日副反応検討部会・安全対策調査会資料１－１より

【子宮頸がんについて 】

○ 日本で年間約1.1万人が罹患、約2,800人が死亡。

○ 40歳までの女性でがん死亡の第2位。

○ ほとんどの子宮頸がんはＨＰＶ（ヒトパピローマウイルス）への感染が原因。



ヒトパピローマウイルス

【 ＨＰＶワクチンについて 】

○ ＨＰＶワクチンは、ＨＰＶへの感染を防ぐことで、子宮頸がんの罹患を予防。

○ ＨＰＶワクチンは、子宮頸がんの原因の50～70%を占める２つのタイプ（HPV16型と18型）のウイルスの感染を防ぐ。

※ 子宮頸がんの予防に当たっては、併せてがん検診を受診することが重要。

【海外の状況 】

○ 世界保健機関（WHO）が接種を推奨。

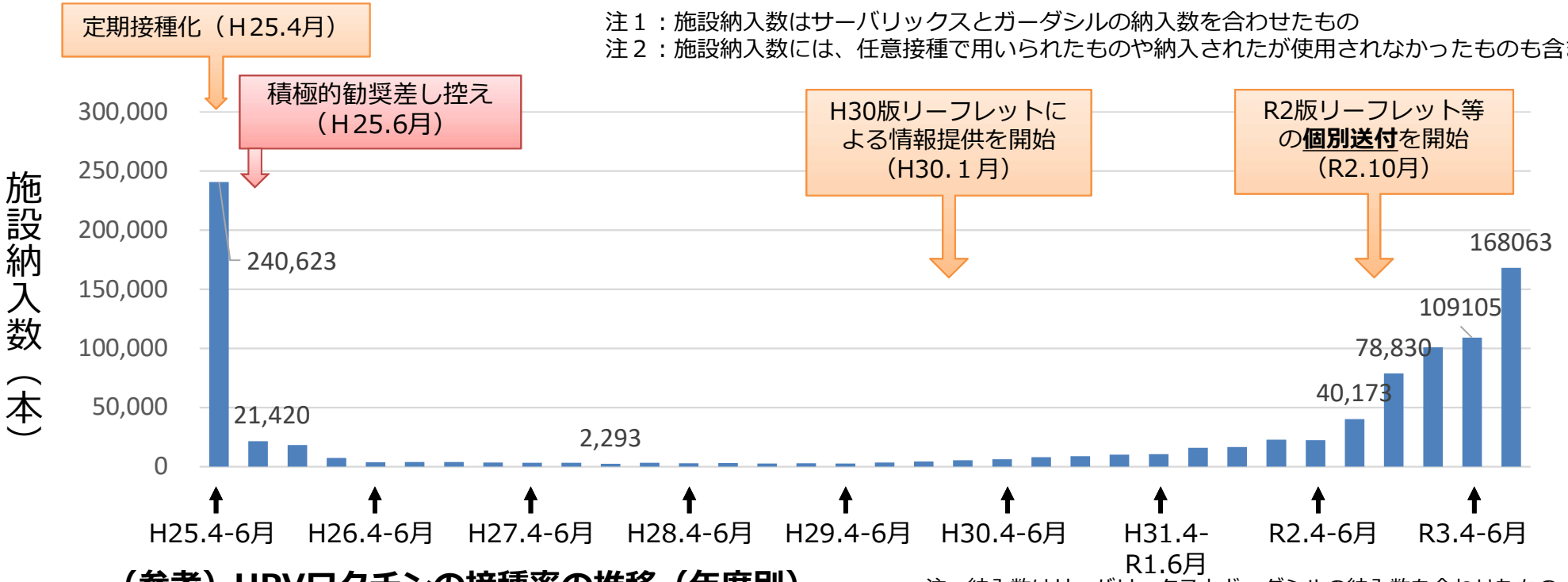
○ 米、英、独、仏等の先進各国において公的接種として位置づけられている。

平成22年11月26日～ 平成25年３月31日	平成22、23年度補正予算により、子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業（基金）を実施
平成25年４月１日	予防接種法の一部を改正する法律が施行され、ＨＰＶワクチンの定期接種が開始された
⇒ 以降、疼痛又は運動障害を中心とした多様な症状が報告され、マスコミ等で多く報道された	
平成25年６月14日	厚生労働省の審議会※で、**「ワクチンとの因果関係を否定できない持続的な疼痛の発生頻度等がより明らかになり、国民に適切な情報提供ができるまでの間、定期接種を積極的に勧奨すべきではない」**とされ、**積極的勧奨差し控え**（厚生労働省健康局長通知） ※ 厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会と薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会の合同開催
⇒ 以降、①HPVワクチンのリスク（安全性）とベネフィット（有効性）を整理 ②HPVワクチン接種後に生じた症状に苦しんでいる方に寄り添った支援をどう進めていくのか ③HPVワクチンの安全性・有効性等に関する情報提供をどう進めていくのか　審議会において検討	

HPVワクチンの接種状況の推移

2021年10月1日副反応検討部会・安全対策調査会資料１－１より（一部改変）

○　HPVワクチンは、積極的勧奨の差し控え以降、接種数が低い状態が続いていたが、過去２～３年の間に徐々に接種数が増加してきている。



注１：施設納入数はサーバリックスとガーダシルの納入数を合わせたもの
注２：施設納入数には、任意接種で用いられたものや納入されたが使用されなかったものも含まれる

（参考）HPVワクチンの接種率の推移（年度別）

注：納入数はサーバリックスとガーダシルの納入数を合わせたもの

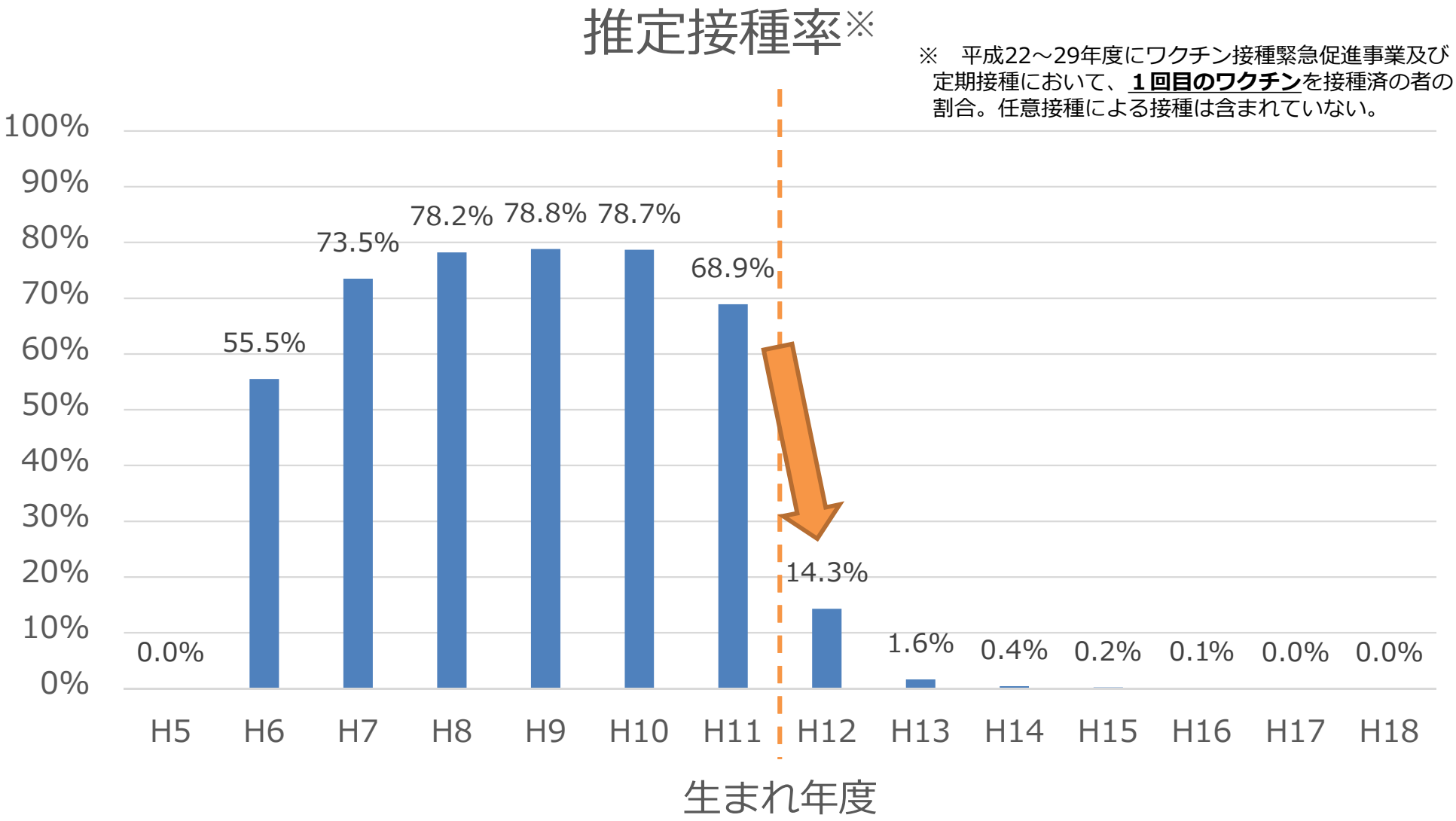
		H25	H26	H27	H28	H29	H30	R１
１回目	接種者数	98,656	3,895	2,711	1,834	3,347	6,810	17,297
	接種率（%）	17.2%	0.7%	0.5%	0.3%	0.6%	1.3%	3.3%
２回目	接種者数	66,568	4,172	2,669	1,805	2,666	5,746	13,571
	接種率（%）	11.6%	0.7%	0.5%	0.3%	0.5%	1.1%	2.6%
３回目	接種者数	87,233	6,238	2,805	1,782	1,847	4,184	9,701
	接種率（%）	15.2%	1.1%	0.5%	0.3%	0.3%	0.8%	1.9%

※接種率は接種者数（地域保健・健康増進事業報告の「定期の予防接種被接種者数」より計上）を対象人口（標準的な接種年齢期間の総人口を総務省統計局推計人口（各年１０月１日現在）から求め、これを１２ヶ月相当人口に推計したもの）で除して算出。

１回目のHPVワクチンを接種済の者の割合（2017年度接種分までの推計データ）

令和３年11月15日第26回厚生科学審議会
予防接種・ワクチン分科会資料5-1より

○　ワクチン接種緊急促進事業の対象であったH11年度以前の生まれの世代では接種率が７割程度である一方、定期接種の積極的な勧奨が差し控えられたH25年度以降に標準的な接種期間（13歳の学年）であったH12年度生まれ以降の世代では接種率が低くなっている。



369

出典：Nakagawa S et al. Cancer Sci. 2020 Jun;111(6):2156-2162. Table 2をもとに予防接種室が作成

厚生科学審議会副反応検討部会・安全対策調査会合同会議（令和３年10月１日、11月12日開催）
HPVワクチンの積極的勧奨の取扱いに関する議論と結論

令和４年１月27日第47回予防接種基本方針部会資料１より

１．HPVワクチンの安全性・有効性に関する最新のエビデンスについて

○　安全性・有効性に関する近年の主要なエビデンスが示され、現在のエビデンスによれば、ワクチンの安全性についての特段の懸念は認められない。今後も、合同会議において新たなエビデンスを収集しつつ、安全性の評価を行っていく。

２．HPVワクチン接種後に生じた症状に苦しんでいる方に寄り添った支援について

○　協力医療機関において必要な診療を提供するための体制が維持されている一方で、近年、ワクチン接種後に生じた症状で受診する患者がいない医療機関も多い。これまでも実施してきた協力医療機関向けの研修会について、ニーズ等を踏まえ内容の充実を行っていく。また、協力医療機関同士の相談体制の構築、協力医療機関と都道府県等が必要な情報を共有できるような連携の強化を行っていく。併せて、協力医療機関の診療実態を把握するための調査を継続的に実施していく。

○　地域の医療機関がワクチン接種後に生じた症状への適切な対応や協力医療機関等への紹介を円滑に実施できるよう、また、学校医に他の医療機関や都道府県等と必要な連携を取っていただけるよう、地域の医療機関に必要な情報の周知を行っていく。

○　地域における相談支援体制について衛生部局と教育部局との連携が重要であり、関係機関との一層の連携を図っていく。

３．HPVワクチンに関する情報提供について

○　接種対象者等が情報に接する機会を確保し、接種について検討・判断できるよう、自治体からの情報提供資材（リーフレット等）の個別送付が広がった結果、国民の理解が進み、接種者数が増えてきている。

○　最新のエビデンス等を踏まえてリーフレットを改訂する。

積極的勧奨を差し控えている状態を終了させることが妥当との結論

厚生労働省として、来年度からの積極的な勧奨の再開を決定
（令和３年11月26日に健康局長通知＊を発出）

＊通知の概要
- 個別勧奨を、基本的に令和４年４月から順次実施すること。（準備が整った場合には今年度中に実施可）
- 積極的勧奨差し控えの間に接種の機会を逃した方への接種機会の提供について、審議会で検討すること。

HPVワクチンのキャッチアップ接種の基本的な考え方

令和３年11月15日第26回厚生科学審議会
予防接種・ワクチン分科会資料5-1より

○　予防接種法においては、疾病の発生及びまん延の予防という観点から、接種した場合のリスクとベネフィットを比較考量した上で、**投与することでベネフィットがリスクを最も上回ると期待できる者を定期接種の対象者**として定めており、HPVワクチンについては、12歳から16歳になる年度中の女子とされている。

○　一方で、キャッチアップ接種については、HPVワクチンの積極的な勧奨の差し控えにより接種機会を逃した方に対して**公平な接種機会を確保する観点**から、時限的に、従来の定期接種の対象年齢を超えて接種を行うこととなる。

HPVワクチンのキャッチアップ接種の対象者、期間、周知・勧奨の取扱いについて

令和３年12月23日第28回厚生科学審議会
予防接種・ワクチン分科会資料４より改訂

対象者	H9年度生まれ～H17年度生まれの**９学年**
期間	**３年間（令和４年４月～令和７年３月）**
周知・勧奨	対象者が接種について検討・判断できるよう、**ワクチンの有効性・安全性について丁寧な情報提供を実施。情報提供資材等を個別送付するなど対象者への確実な周知**に努める。

対象者 ⇒ ９学年

	H9生	H10生	H11生	H12生	H13生	H14生	H15生	H16生	H17生	H18生	H19生	H20生	H21生
推定接種率※	78.8%	78.7%	68.9%	14.3%	1.6%	0.4%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%			
H22	13歳	12歳	11歳	10歳	9歳	8歳	7歳	6歳	5歳	4歳	3歳	2歳	1歳
H23	14歳	13歳	12歳	11歳	10歳	9歳	8歳	7歳					
H24	15歳	14歳	13歳	12歳	11歳	10歳	9歳	8歳					
H25	16歳	15歳	14歳	**13歳**	12歳	11歳	10歳	9歳					
H26	17歳	16歳	15歳	14歳	**13歳**	12歳	11歳	10歳					
H27	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳	**13歳**	12歳	11歳	10歳	9歳	8歳	7歳	6歳
H28	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳	**13歳**	12歳	11歳	10歳	9歳	8歳	7歳
H29	20歳	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳	**13歳**	12歳	11歳	10歳	9歳	8歳
H30	21歳	20歳	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳	**13歳**	12歳	11歳	10歳	9歳
R1	22歳	21歳	20歳	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳	**13歳**	12歳	11歳	
R2	23歳	22歳	21歳	20歳	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳	**13歳**	12歳	11歳
R3	24歳	23歳	22歳	21歳	20歳	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳		12歳
R4	25歳	24歳	23歳	22歳	21歳	20歳	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳	**13歳**
R5	26歳	25歳	24歳	23歳	22歳	21歳	20歳	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳
R6	27歳	26歳	25歳	24歳	23歳	22歳	21歳	20歳	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳

緊急促進事業
積極的勧奨差し控え
定期接種
キャッチアップ接種

○歳 緊急促進事業の接種対象者。12歳は例外として対象とされた場合

○歳 定期接種の接種対象者。13歳は標準的接種期間にある者

※ 年齢については、**各年度生まれ**の者が**当該年度内**に達する年齢を記載（例:13歳→中１）

期間 ⇒３年間

※接種機会の確保の観点から、キャッチアップ接種の期間中に定期接種の対象から新たに外れる世代についても、順次キャッチアップ接種の対象者とする

目次

１．９価HPVワクチンの定期接種化に係る検討の経緯

２．前回以降のHPVワクチンをめぐる議論について

３．今回ご議論いただきたい内容について

３-１．9価HPVワクチンの定期接種化の是非について

３-２．仮に9価HPVワクチンを定期接種のワクチンとして用いることになった場合に検討を要する論点について

今回ご議論いただきたい内容

○　第17回ワクチン評価に関する小委員会で整理された論点のうち、「定期接種化の是非について検討を要する論点」については、ファクトシートの内容を基に検討が可能。

○　「仮に定期接種のワクチンとして用いることになった場合に検討を要する論点」については、「接種対象者」や「定期接種に用いるワクチンの種類」について議論していくこととされていたが、最近のHPVワクチンをめぐる議論の中で改めて論点を整理する必要がある。

○ まず「定期接種化の是非について検討を要する論点」について、ファクトシートをベースに議論することとしてはどうか。

○　「仮に定期接種のワクチンとして用いることになった場合に検討を要する論点」について、どのような論点が想定されるか、改めて整理してはどうか。

目次

１．９価HPVワクチンの定期接種化に係る検討の経緯

２．前回以降のHPVワクチンをめぐる議論について

３．今回ご議論いただきたい内容について

３-１．9価HPVワクチンの定期接種化の是非について

３-２．仮に9価HPVワクチンを定期接種のワクチンとして用いることになった場合に検討を要する論点について

定期接種化の是非について検討を要する論点
①「接種の目的」 ②「疾病負荷の大きさ」

○ **９価HPVワクチンの接種の目的は何か。**
○ **日本でのHPV感染によって生じる疾病の特徴や疾病負荷をどのように考えるか。**

９価HPVワクチンの接種の目的、疾病負荷の大きさ（ファクトシートより）

9価HPVワクチンの接種の目的（p.12,30-31）

○ 対象となる遺伝子型のHPV感染を予防し、子宮頸がん及びその前がん病変の罹患率を減少させ、**子宮頸がんの死亡率を減少**させること。
○ 細胞診による子宮頸がん検診は病変の早期発見に有効だが、子宮頸管の奥から発生する病変は検出感度が低い。HPVワクチンによるHPV感染の予防は、**子宮頸がん検診の弱点をカバー**し、罹患率の減少効果を期待できる。
○ さらに、9価HPVワクチンは、子宮頸がんの発生に関連するHPVのうち9種類の遺伝子型へのウイルス様粒子を有効成分として含有し、**従来の2価・4価HPVワクチンより多くのHPV遺伝子型を標的とする**ことができる。

※なお、HPVは性交渉を介して感染することから、思春期女子で接種を行うことが重要である。一方、HPV感染から子宮頸がんの発症まで通常10年以上の時間がかかることから、罹患率の減少効果を確認するには高いワクチン接種率の維持が必要である。

疾病負荷の大きさ（p.7-21）

○ 子宮頸がんの96%は、HPV感染に起因することが示唆されている。
○ 我が国の子宮頸がんの罹患者数は年間11,012例（2017年全国がん登録）、死亡者数は年間2,871人（2018年人口動態統計）と報告されている。
○ 罹患率は、20歳代後半から40歳代まで増加した後、徐々に下がる傾向がある。女性のがん全体の3%であるが、20歳代では最多、30歳代では乳がんに次いで多い。
○ 早期治療が可能な前がん病変であるCIN3の段階で発見されることも多い。
○ 年齢調整罹患率・死亡率は、減少傾向にある欧米諸国及び韓国と比べて、日本は高い水準にある。

９価HPVワクチンは、従来の2価・4価HPVワクチンより多くのHPV遺伝子型を標的とし、子宮頸がんの死亡率の減少に寄与する可能性がある。

定期接種化の是非について検討を要する論点③「国民の免疫の保有状況」

○　**わが国のHPV遺伝子型の分布、抗体保有率より期待される9価HPVワクチンの効果はあるのか。**

HPV遺伝子型の分布、国民の免疫の保有状況（ファクトシートより）

HPV遺伝子型の分布（p.23~28）

世界における地理的分布

○ 軽度扁平上皮内病変（n=8,308）の55報の研究論文を元にしたメタアナリシスでは、世界におけるHPV遺伝子型の分布には地理的な違いを認め、北米では病変の80%にHPVを認めたが、他の地域では70%未満であった。（ファクトシート文献54）

○ 浸潤子宮頸がん（n=10,575）の調査では、病変の85%にHPV感染を確認し、その91%がHPV16,18,31,33,35,45,52,58型に関連していた。（ファクトシート文献58）

国内の年齢分布

○ 日本人女性の子宮頸がんにおけるHPV遺伝子型の分布は、2価・4価HPVワクチンの標的であるHPV16,18型の割合を合計すると、64.9%（文献60），71.2%（文献62），65.4%（文献63）であった。9価HPVワクチンの標的であるHPV16,18,31,33,45,52,58型の割合を合計すると、81.0%（文献60），90.7%（文献62），88.3%（文献63）であった。（ファクトシート図18、文献60, 62, 63）

○ 日本人女性のCIN3におけるHPV遺伝子型分布は、HPV16,18型の割合を合計すると、45.3%（文献63），50.6%（文献65）であった。HPV16,18,31,33,45,52,58型の割合を合計すると、80.9%（文献63），84.1（文献65）であった。（ファクトシート図19、文献63, 65）

○ 日本人女性の子宮頸がんにおける年齢層別のHPV感染割合は、HPV16,18型は年齢とともに低下する一方、HPV16,18,31,33,45,52,58型は年齢に依らずほぼ一定であり、40歳未満の約90%が9価HPVワクチンの標的となり得ることが示唆された。（ファクトシート文献66）

国民の免疫の保有状況（p.12,29）

○ 病変発生前の潜伏感染状態ではHPV抗原は殆ど産生されないため、免疫誘導により抗体価が自然に上昇することが期待できない。よって、HPV感染者であっても血清中の抗HPV抗体価は一般的に低い。（ファクトシート文献16）

○ 高リスク型のHPV16型に対する国内の抗体保有調査（平成27～31年度）では、20-24歳群の女性の抗体保有率が経時的に上昇しているが、当該年齢層にはワクチン接種緊急促進事業（平成23～24年度）で接種した女性が調査対象に含まれている。（ファクトシート図20）

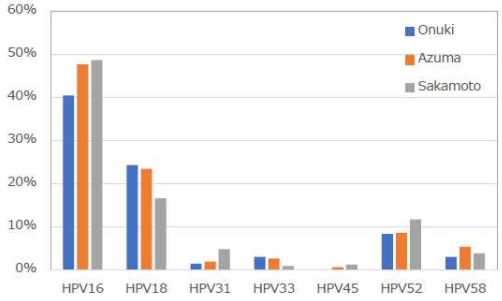


図18
日本人女性の子宮頸がんでの HPV 遺伝子型分布

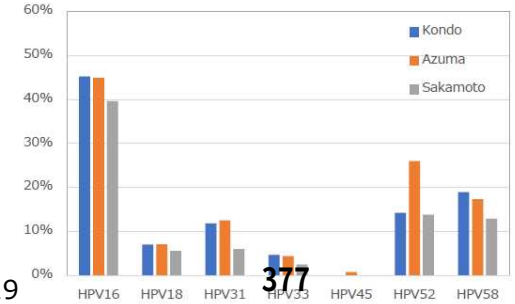
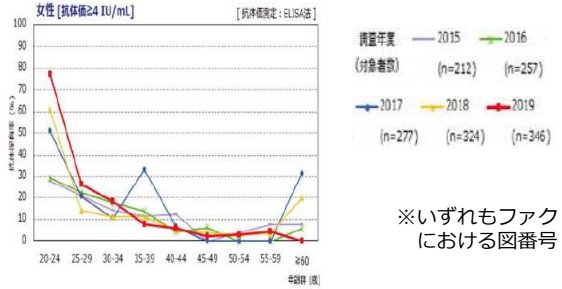


図19
日本人女性の CIN3 での HPV 遺伝子型分布



※いずれもファクトシートにおける図番号

図20
感染症流行予測調査事業に基づくHPV16に対する ELISA 抗体保有状況(2015-2019年度比較)感染症流行予測調査

定期接種化の是非について検討を要する論点④「ワクチンの有効性」

○ ９価HPVワクチンによる子宮頸がん等への期待される効果が明らかとなっているか。

９価HPVワクチンの臨床試験成績（ファクトシートより）

海外での臨床試験（p.36~38）

（北欧を中心とした６ヵ国で9-15歳の女性を対象とした４価HPVワクチンと９価HPVワクチンの免疫原性の比較（３回接種））

○ ４価HPVワクチンと比較して、初回接種7ヶ月後のHPV6,11,16,18型に対する９価HPVワクチンの免疫原性の非劣性が認められ、ほぼ全ての対象者でその他のHPV型（31,33,45,52,58型）に対する抗体陽転が認められた。（ファクトシート文献90）

（日本を含む18カ国で16-26歳の健康な女性を対象とした４価HPVワクチンと９価HPVワクチンの有効性の比較（３回接種、無作為化二重盲検試験））

○ 初回接種後7-42ヶ月までの期間、４価HPVワクチンと比較して、両ワクチンで共通のHPV型（6,11,16,18型）に対する９価HPVワクチンの免疫原性の非劣性が認められ、９価HPVワクチンで追加されたHPV型（31,33,45,52,58型）についても、ワクチン初回接種から最長６年（中央値４年）後の時点で、前がん病変などの発生に対し、９価HPVワクチンで高い有効性が認められた。（ファクトシート文献89）

国内での臨床試験（p.39）

（日本人の9-15歳の女性を対象とした９価HPVワクチンの免疫原性の検討（３回接種））

○ 初回接種から7ヶ月後、被接種者の全てで9価HPVワクチンが標的とする遺伝子型に対する抗体陽性を示し、血清抗体価のレベルは下記の16-26歳の日本人女性を対象とした試験と同等であった。３回目接種から２年間、 9価HPVワクチンが標的とする遺伝子型に対する抗体応答の持続性も示された。（ファクトシート文献95）

（日本人の16-26歳の健康な女性を対象とした４価HPVワクチンと９価HPVワクチンの有効性の比較（３回接種、無作為化二重盲検試験））

○ ４価HPVワクチンと比較して、 ９価HPVワクチンの接種群において、HPV31,33,45,52,58型の持続感染の９割が抑制された。１回目の接種から７ヶ月後の９価HPVワクチンのHPV6,11,16,18型に対する抗体価は４価HPVワクチンと同等であった。（ファクトシート文献94）

定期接種化の是非について検討を要する論点⑤「ワクチンの安全性」

○ ９価HPVワクチンの安全性について、一定程度明らかになっていると考えられるか。
○ ２価・４価HPVワクチンと比較し、特に留意すべき点はあるか。

９価HPVワクチンの安全性の評価（ファクトシートより）

接種部位の症状（p.44）

（９価HPVワクチンに関する臨床試験結果（複数の研究結果のまとめ））
○ ワクチン接種後に何らかの接種部位の症状が見られた者の割合は72-95%で、痛みが最も報告頻度が高く（55-93%）、腫れ（9-49%）、紅斑（9-42%）が続いた。
○ ４価HPVワクチンと比較した試験において、９価HPVワクチン被接種者における接種部位の症状発現は多かった。
（ファクトシート文献90, 106,108,113）

（米国における９価HPVワクチン承認後の有害事象報告）
○ 米国における９価HPVワクチン承認後の有害事象報告（VAERS）において、ワクチン接種後の接種部位の痛みは有害事象中4.5%、紅斑が4.4%であった。米国のワクチンの安全性を評価する制度（VSD）において、接種部位の症状に関する報告数は想定範囲内であった。
（ファクトシート文献116,117）

全身症状（p.45~46）

（９価HPVワクチンの全身症状に関する臨床試験結果（複数の研究結果のまとめ））
○ ９価HPVワクチン被接種者のうち、全身症状が見られた者の割合は35-60%で、研究者によりHPVワクチン接種と関連のある全身症状と判断された者の割合は14-31%であった。報告頻度が高かった症状は頭痛（2-20%）、発熱（2-9%）、嘔気（1-4%）、めまい（1-3%）、疲労感（0-3%）であった。研究者が重篤と判断した症状（致死的、重篤な後遺症、入院例など）は0-3%であり、ワクチンに関連していると判断された症例は0-0.3%であった。
（ファクトシート文献90,94,95,106-113）

（９価HPVワクチンと４価HPVワクチンの安全性を比較した臨床試験のメタアナリシス（複数の研究結果のまとめ））
○ ９価HPVワクチン被接種者では４価HPVワクチン被接種者に比較して、頭痛、めまい、疲労感、発熱、消化器症状の頻度がそれぞれ、1.07倍（95%CI 0.99-1.15）、1.09倍（0.93-1.27）、1.09倍（0.91-1.3）、1.18倍（1.03-1.36）、1.24倍（1.09-1.45）であった。
（ファクトシート文献90,106,113,114,118）
○ 9-15歳女児と16-26歳女性における安全性の比較試験において、全身症状の内容と頻度は９価HPVワクチン被接種者と４価HPVワクチン被接種者で同様であった。
○ 自己免疫性疾患を示唆する症状は４価HPVワクチン被接種者と同程度に認められ、症状の内容も２つのワクチンで同様であった。報告頻度が高かったのは、関節痛、甲状腺の異常（いずれも1-2%）で、その他の症状は0.1%未満であった。
○ ９価HPVワクチンと複合性局所疼痛症候群（CRPS）と体位性頻脈症候群（POTS）との関連は示唆されなかった。（ファクトシート文献106）

定期接種化の是非について検討を要する論点⑥「費用対効果」

○ **国内で９価HPVワクチンを導入した場合の医療経済学的評価について、明らかとなっているか。**
○ **費用対効果は良好か。**

９価HPVワクチンの費用対効果（ファクトシートより）

- ファクトシートでは、国内外の先行研究を参考に、HPV感染から子宮頸がんに至る自然史モデルを構築し、ジェノタイプ分布・QOLデータについても国内データを組み込んだ上で、
  １）　ワクチン接種を行わない
  ２）　４価HPVワクチンの接種
  ３）　９価HPVワクチンの接種
  の３つの戦略の比較を実施。
- 接種なしを比較対照として算出された増分費用効果比（ICER）(※１)は、４価HPVワクチン接種が712万円/ QALY (※２)、９価HPVワクチン接種が420万円/ QALYとなった。(※３)
- ４価HPVワクチンを比較対照とした９価HPVワクチンのICERは228万円/ QALYであった。

⇒ **接種なしと比較して、９価HPVワクチンの３回接種の方が、４価HPVワクチンの３回接種よりも費用対効果に優れていると試算された。**

（※１） 介入ごとの費用の差分を、効果（獲得QALY）の差分で割り算することで得られる費用対効果の指標。費用には、ワクチン費用、細胞診費用、CIN及び子宮頸がんの治療費を組み込んだ。（下記）

費用項目（ファクトシートp.58 表21より）	費用
ワクチン費用（ワクチン代＋接種費用）４価	47,345円
ワクチン費用（ワクチン代＋接種費用）９価	71,154円
細胞診費用	6,600円
CIN2/3治療費	270,275円
子宮頸がん治療費（初年度）	1,506,177円
子宮頸がん治療費（２年目以降）	228,879円

（※２） 質調整生存年。生存年数LYを1点満点のQOL値で重み付けした数値で、費用対効果評価の効果指標として一般的に用いられる。

（※３） 一般的に、費用対効果の基準値は１QALY獲得あたり500-600万円と言われており、これを下回ると「費用対効果が良好」とされる。

定期接種化の是非について検討を要する論点

定期接種化の是非について検討を要する論点	
接種の目的	９価HPVワクチンの接種の目的は何か。
疾病負荷の大きさ（疾病の蔓延状況、重症度）	日本でのHPV感染によって生じる疾病の特徴や疾病負荷をどのように考えるか。
国民の免疫の保有状況	わが国のHPV遺伝子型の分布、抗体保有率より期待される9価HPVワクチンの効果はあるのか。
ワクチンの有効性	９価HPVワクチンによる子宮頸がん等への期待される効果が明らかとなっているか。
ワクチンの安全性	９価HPVワクチンの安全性について、一定程度明らかになっていると考えられるか。２価・４価HPVワクチンと比較し、特に留意すべき点はあるか。
費用対効果	国内で９価HPVワクチンを導入した場合の医療経済学的評価について、明らかとなっているか。費用対効果は良好か。

※第17回ワクチン評価に関する小委員会
資料2-1より抜粋、追記修正あり

９価HPVワクチンを定期接種化することの是非について、どのように考えられるか。

目次

１．９価HPVワクチンの定期接種化に係る検討の経緯

２．前回以降のHPVワクチンをめぐる議論について

３．今回ご議論いただきたい内容について

３-１．9価HPVワクチンの定期接種化の是非について

３-２．仮に9価HPVワクチンを定期接種のワクチンとして用いることになった場合に検討を要する論点について

仮に9価HPVワクチンを定期接種のワクチンとして用いることになった場合に検討を要する論点について

仮に定期接種のワクチンとして用いることになった場合に検討を要する論点	
接種対象者	２価・４価HPVワクチンと同様として良いか。
定期接種に用いるワクチンの種類	定期接種にどのワクチン（２価・４価・９価）を用いるべきか。

※第17回ワクチン評価に関する小委員会
資料2-1より抜粋、追記修正あり

キャッチアップ接種の導入など、今般のHPVワクチン（２価・４価）をめぐる議論を踏まえ、追加で検討すべき論点としてどのようなものが考えられるか。

資料２０-(４)

第１９回厚生科学審議会がん登録部会
議事次第

日時：令和４年３月９日（水）１３：００～１４：００

方法：オンライン開催

議　事　次　第

１　開　　会

２　議　　題

（１）新規申出の全国がん登録情報の提供について【非公開】

【資　料】

資料１－１　申出文書一式（X2021-0007）　【非公開】

資料１－２　申出文書一式（X2021-0007）　【非公開】

資料２－１　申出文書一式（X2021-0008）　【非公開】

資料２－２　申出文書一式（X2021-0008）　【非公開】

資料２－３　申出文書一式（X2021-0008）　【非公開】

資料３　申出者に対する質問事項と回答書　【非公開】

参考資料１　厚生科学審議会がん登録部会委員名簿　【公開】

参考資料２　厚生科学審議会がん登録部会運営規則　【公開】

参考資料３　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４　全国がん登録　情報の提供マニュアル　第２版　【公開】

参考資料５　全国がん登録 情報の提供の利用規約　2021 年 10 月 15 日改訂　【公開】

参考資料６　諮問書・付議書　【公開】

参考資料７　申出書類の形式点検書（申出番号 X2021-0007-0008）　【非公開】

参考資料８　審査委員会　審査報告書のまとめ　【非公開】

資料２０-(５)

第78回がん対策推進協議会議事次第

日　時：令和4年3月16日（水）13：00～16：00
WEB開催

議　事　次　第

１　開　会

２　議　題

（1）　報告事項

①　中間評価指標に関連する各種データについて

②　がん対策推進協議会と基本計画に基づく主な検討会等について

（2）　第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書案について

【資　料】

資料1　　片野田参考人提出資料

資料2　　がん対策推進協議会と基本計画に基づく主な検討会等について

資料3　　第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書案

参考資料1　がん対策推進協議会委員名簿

参考資料2　がん対策推進基本計画（平成 30 年3月）

参考資料3　第2期がん対策推進基本計画中間評価報告書

参考資料4　子宮頸がん検診について

第78回がん対策推進協議会	資料１
令和４年３月16日	

第78回がん対策推進協議会
資料提供

国立がん研究センター　がん対策研究所
片野田耕太

資料提供（敬称略）

HPVワクチン接種率：大阪大学医学部産婦人科学　上田豊

罹患率・死亡率：国立がん研究センターがん対策研究所予防検診政策研究部　片野田耕太

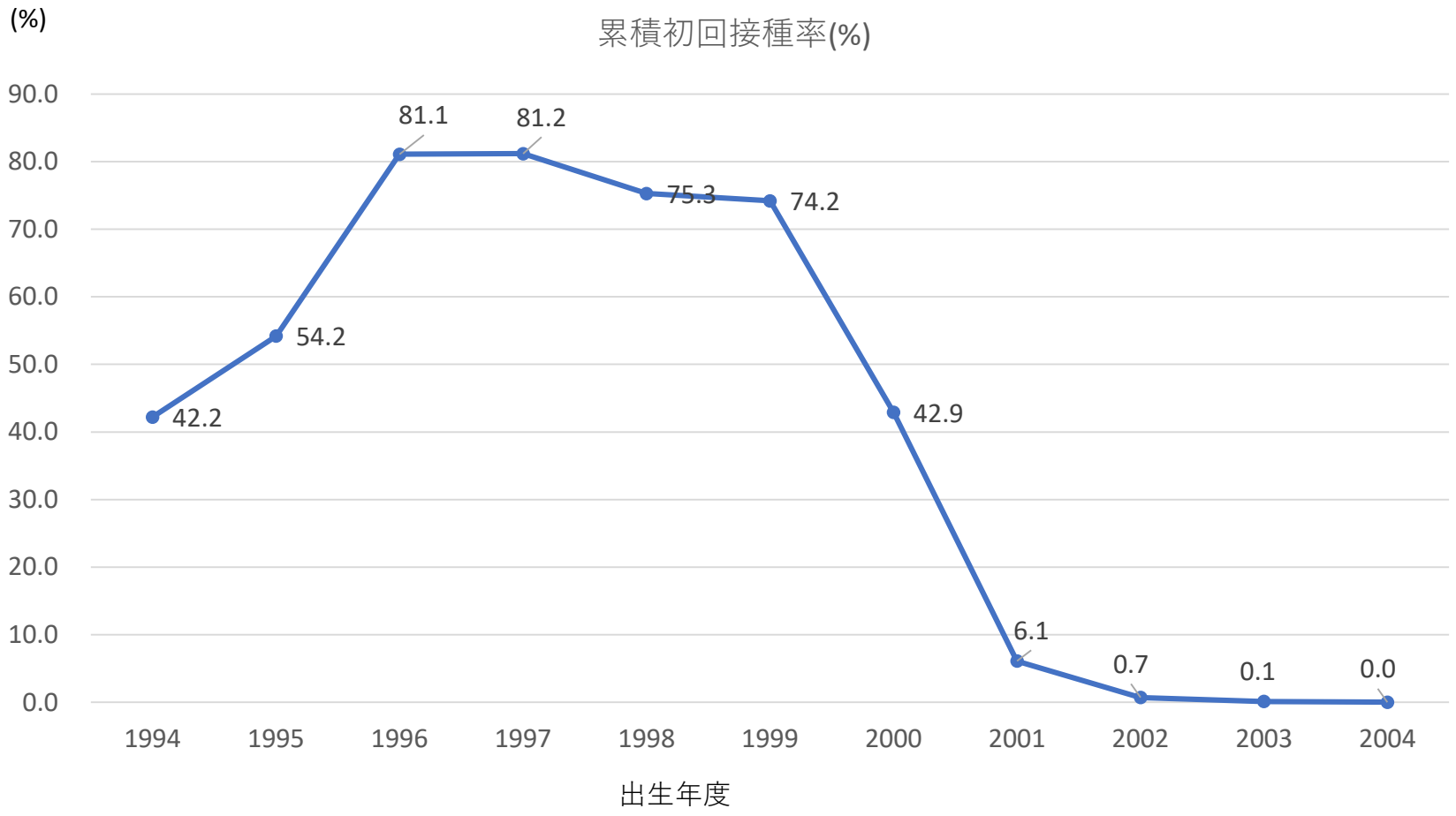
検診受診率：国立がん研究センターがん対策研究所検診研究部　中山富雄

生活習慣などリスク因子保有割合；国立がん研究センターがん対策研究所予防研究部　田中詩織

国際標準分類による希少がんの疫学・統計：国立がん研究センターがん対策研究所国際政策研究部　松田智大

①HPVワクチン接種率と
子宮頸がん罹患者数のデータ

出生年度別HPVワクチン接種率

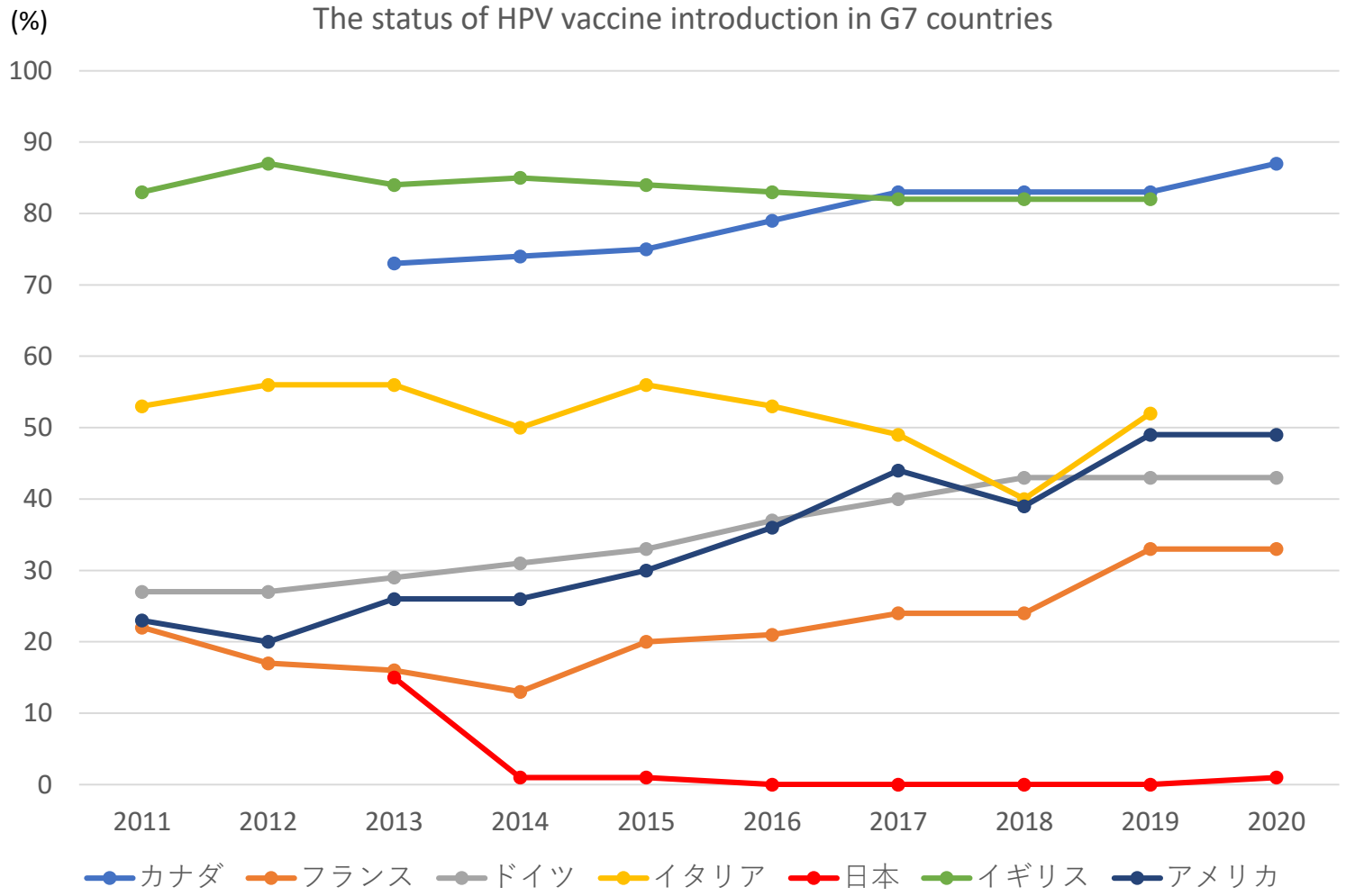


累積初回接種率：2010-2015年度に少なくとも1回接種したことがある人の割合

388

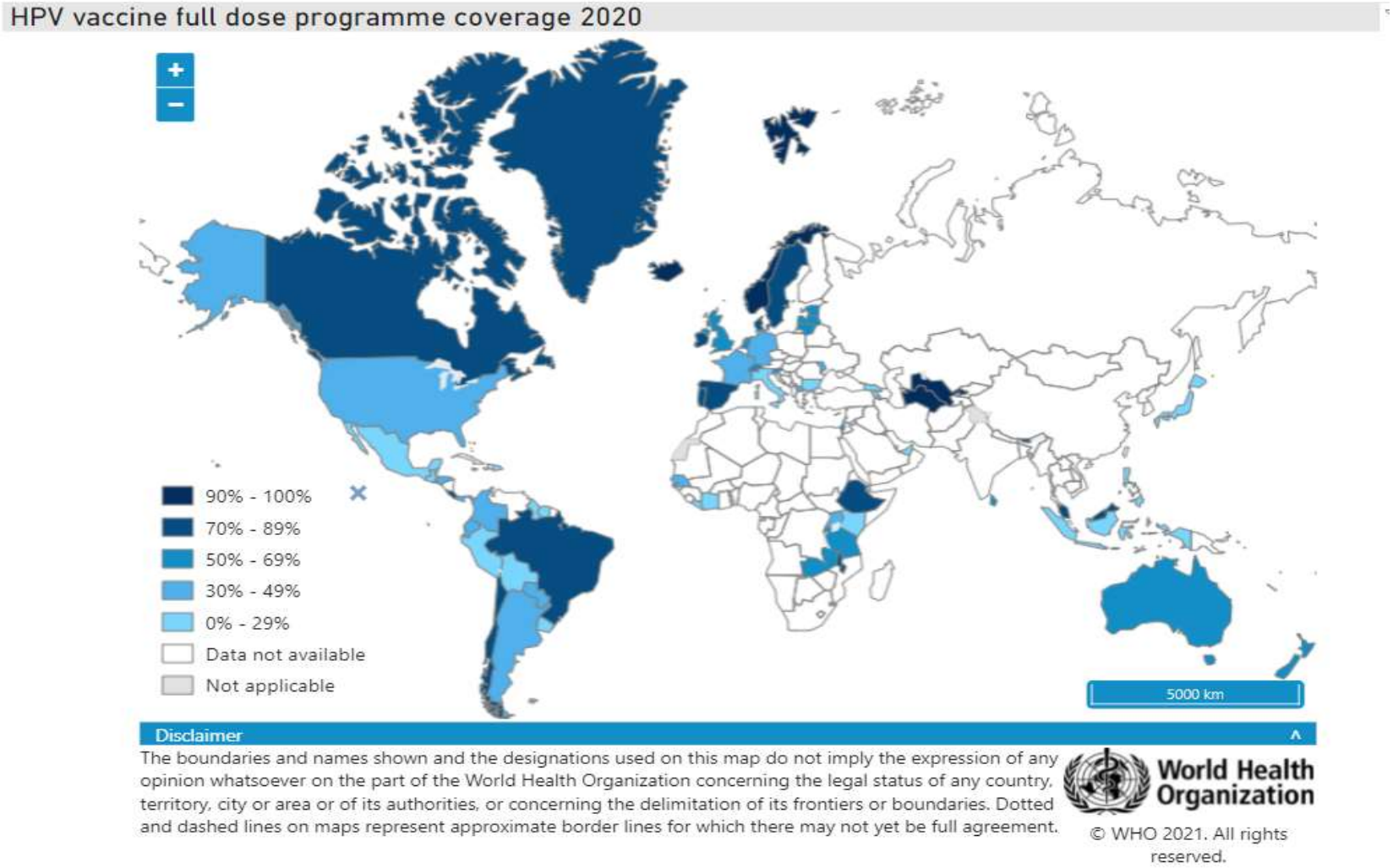
Nakagawa et al, Cancer Sci 2020

HPVワクチン接種　国際比較



WHOデータ（HPV full dose）より抜粋作成
https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNDIxZTFkZGUtMDQ1Ny00MDZkLThiZDktYWFlYTdkOGU2NDcwIiwidCI6ImY2MTBjMGI3LWJkMjQtNGIzOS04MTBiLTNkYzI4MGFmYjU5MCIsImMiOjh9

HPVワクチン接種　国際比較

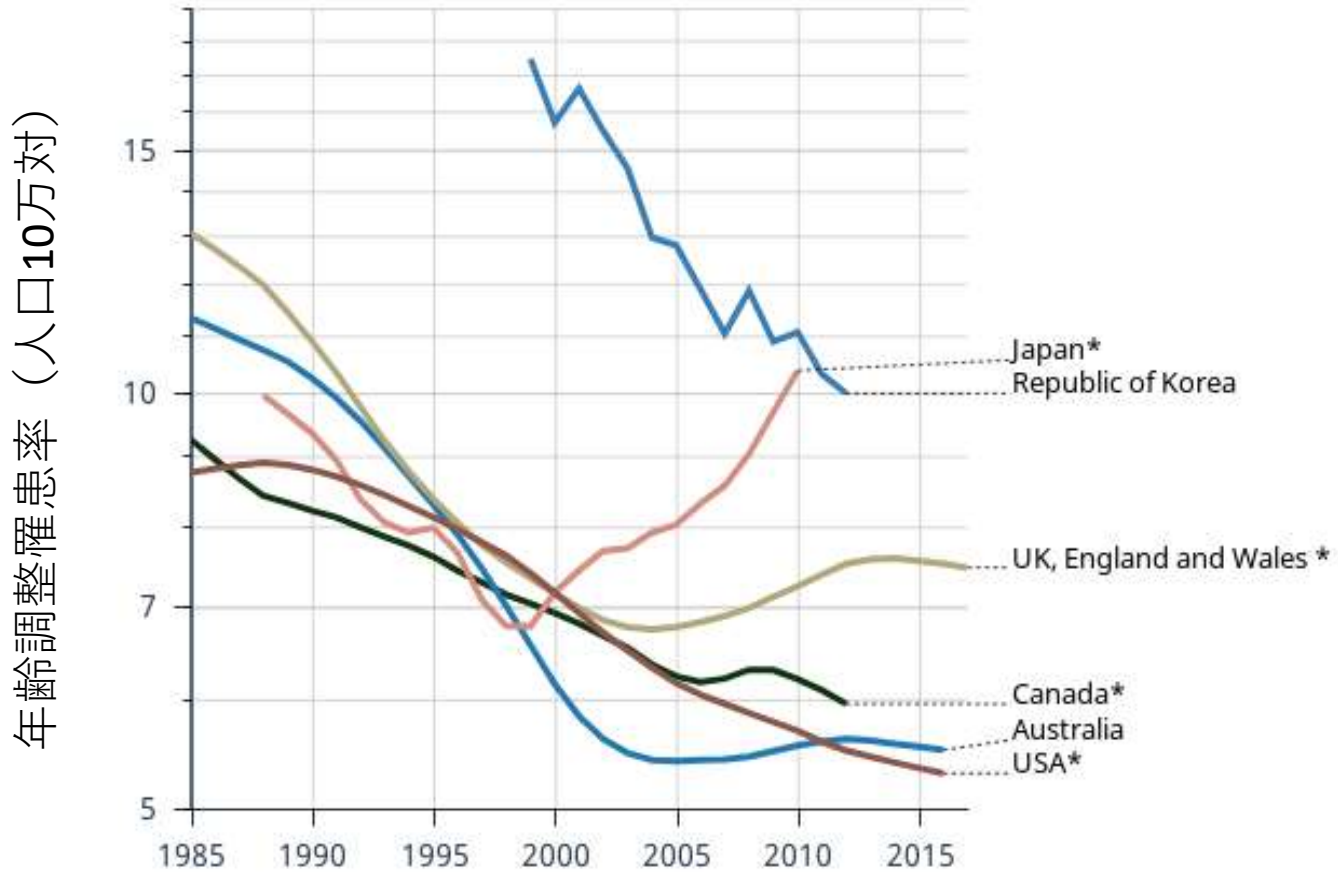


日本におけるHPVワクチン接種は世界から遅れをとっている

WHOデータより
https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNDIxZTFkZGUtMDQ1Ny00MDZkLThiZDktYWFlYTdkOGU2NDcwIiwidCI6ImY2MTBjMGI3LWJkMjQtNGIzOS04MTBiLTNkYzI4MGFmYjU5MCIsImMiOjh9

390

子宮頸がん年齢調整罹患率

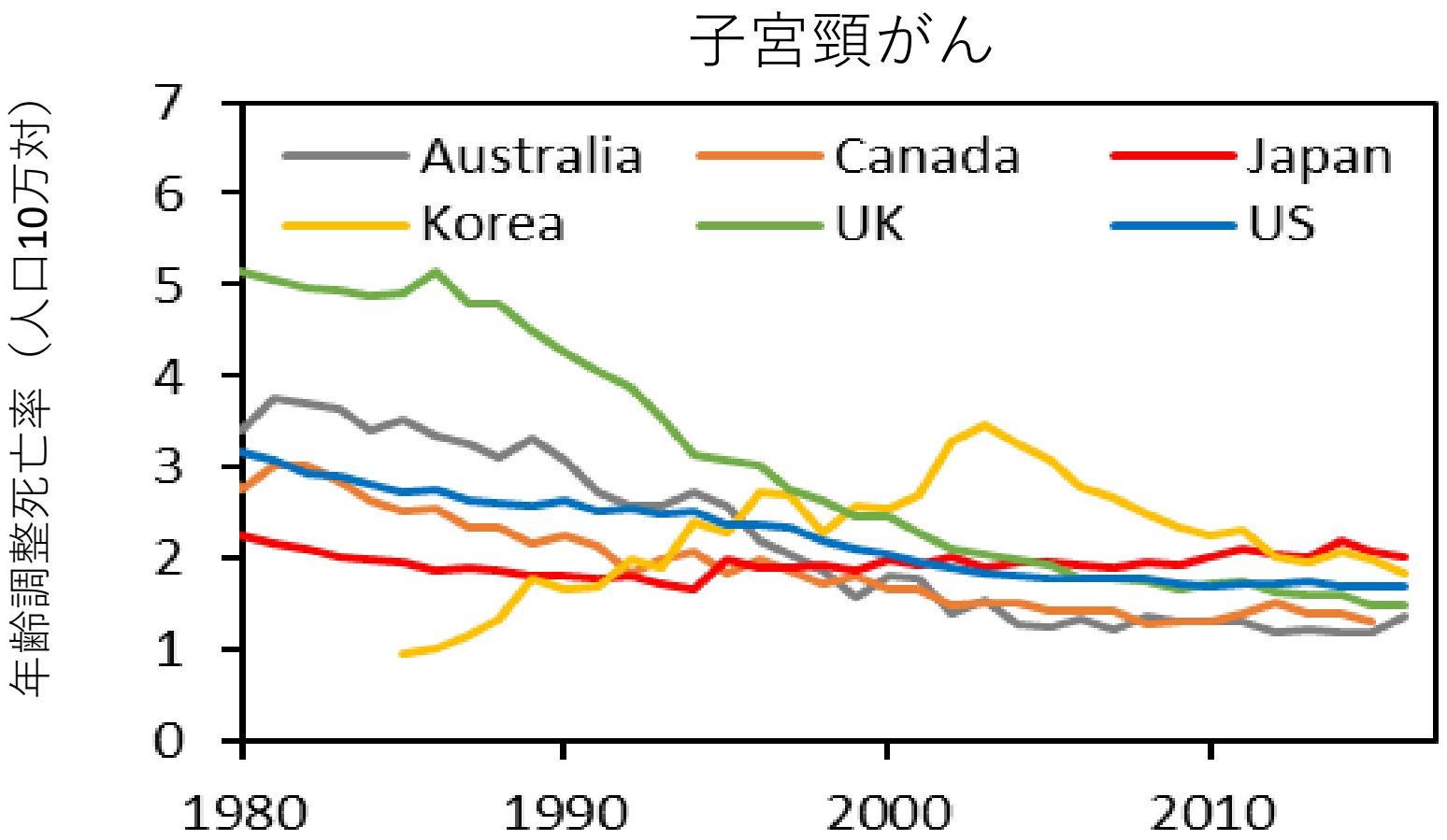


・子宮頸がん罹患率でも、諸外国で2000年代にかけて減少したが日本では増加
・その結果、日本の子宮頸がん罹患率は欧米諸国より高くなり韓国に近い水準に

391

https://gco.iarc.fr/overtime/en
年齢調整における基準人口は昭和60年日本人モデル人口
*一部の地域のデータ

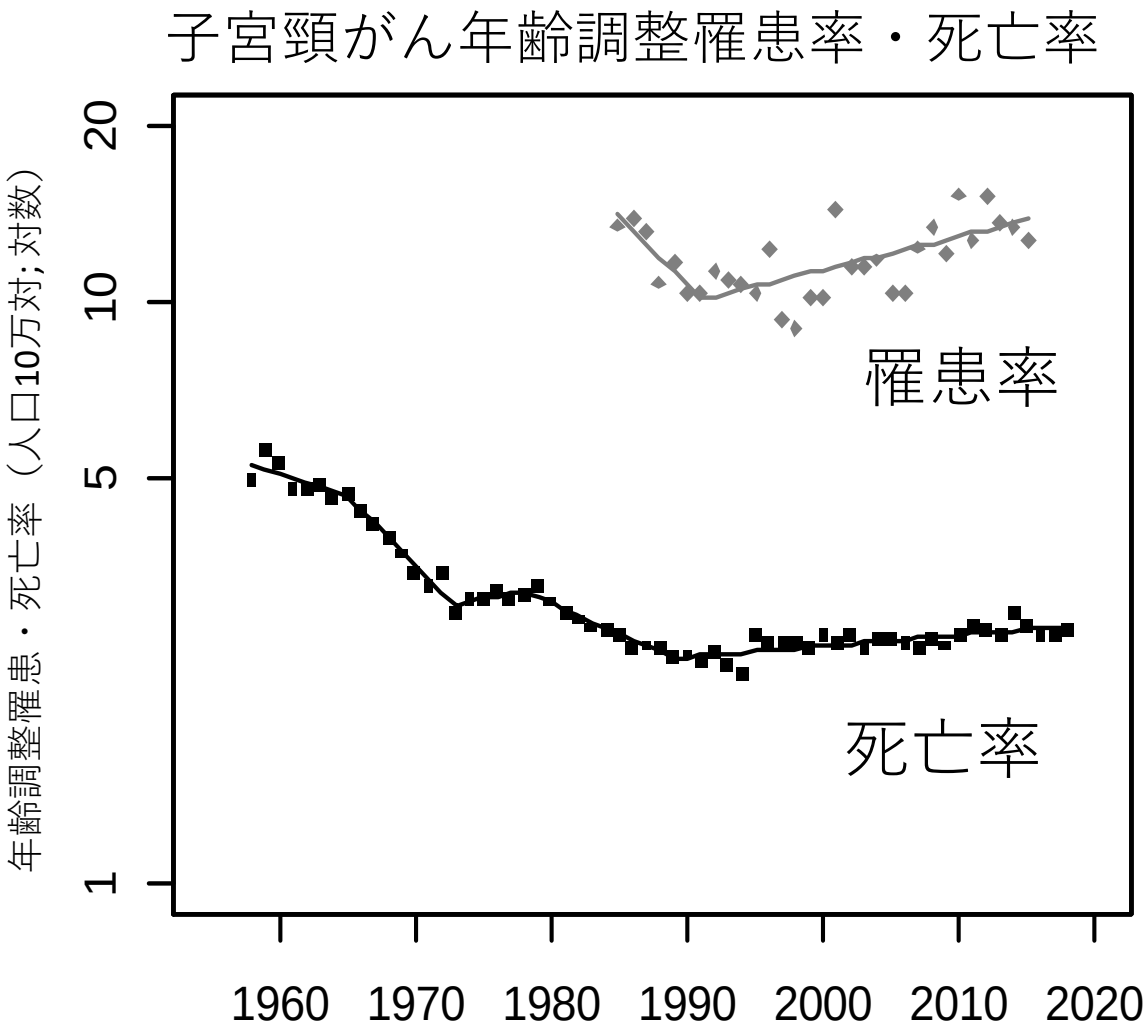
子宮頸がん年齢調整死亡率



・子宮頸がん死亡率は諸外国で減少傾向が、日本では増加が続いている
・その結果、日本の子宮頸がん死亡率は欧米諸国だけでなく韓国よりも高くなった

392 Katanoda K, Ito Y, Sobue T. Jpn J Clin Oncol. 2021;51(11):1680-1686
年齢調整における基準人口は昭和60年日本人モデル人口

日本の子宮頸がん年齢調整罹患率・死亡率トレンドの統計学的検討



年齢調整罹患率：

1985-1991年　年5.3%減少

1991-2015年　年1.3%増加

年齢調整死亡率：

1958-1965年　年1.9%減少

1965-1973年　年5.1%減少

1973-1978年　（横ばい）

1978-1989年　年2.4%減少

1989-2018年　年0.4%増加

増減はいずれも統計学的に有意（P<0.05）

393

Katanoda K, et al. J Epidemiol. 2021;31(7):426-450

年齢調整における基準人口は昭和60年日本人モデル人口

死亡率は全国、罹患率は高精度3県データ

HPVワクチンと子宮頸がんについてまとめ

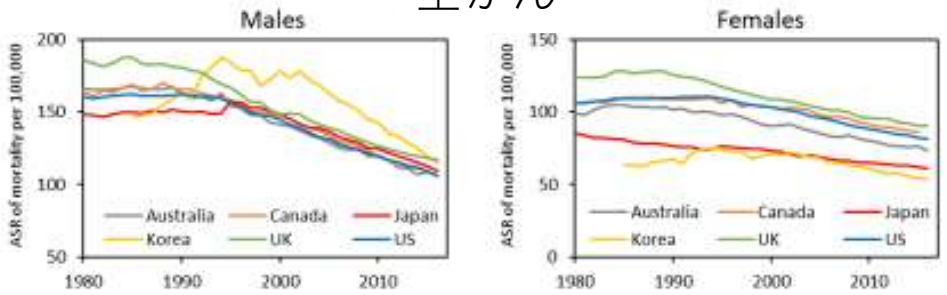
- 日本では2014年以降HPVワクチン接種率がほぼゼロのレベルまで落ち込んでいる
- その結果、2001年生まれ以降の女性はほぼすべてワクチン接種がされていない
- これは、諸外国で高い接種率が維持、あるいは接種率が増加しているのとは対照的である

- 日本の子宮頸がんは年齢調整罹患率・死亡率ともに統計学的に有意な増加が続いている
- これは、諸外国で年齢調整罹患率・死亡率が減少、あるいは低い水準で推移しているのとは対照的

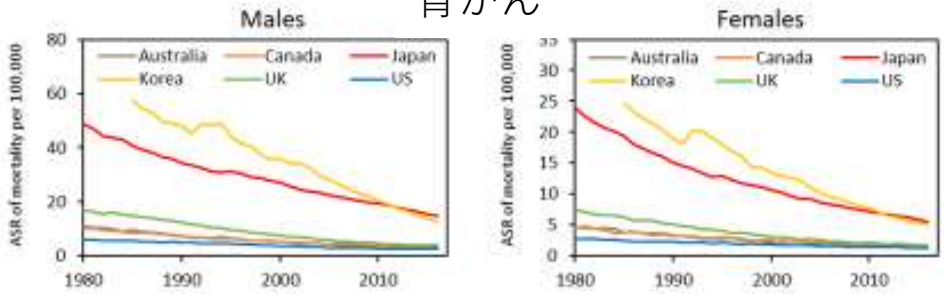
②５がん以外のがん種（例えば、膵がん）の罹患率や死亡率に係るデータ

5大がんその他がん種別死亡率の国際比較1

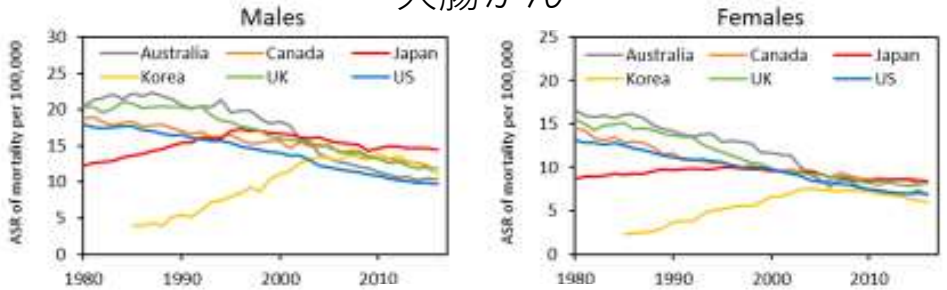
全がん



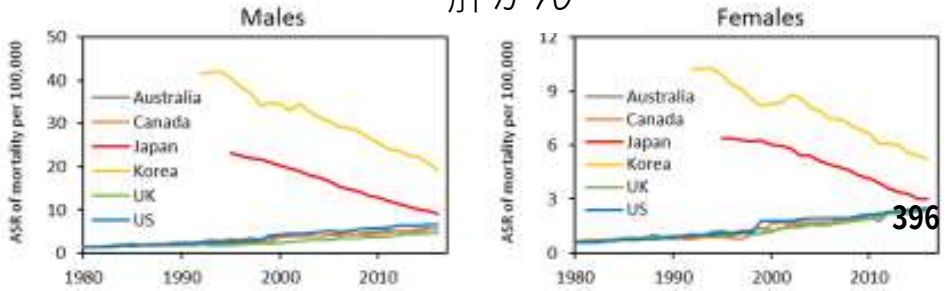
胃がん



大腸がん



肝がん



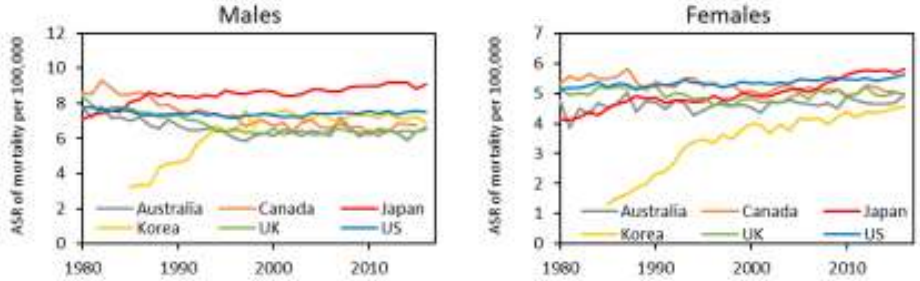
396

- 全がんでは諸外国と同様減少傾向
- 日本と韓国は胃がん、肝がんは死亡率自体は高いが顕著な減少傾向
（ただし胃がんは韓国のほうが減少が早い）
- 大腸がんは諸外国に比べて減少が鈍く、近年は欧米諸国より高いレベルになった

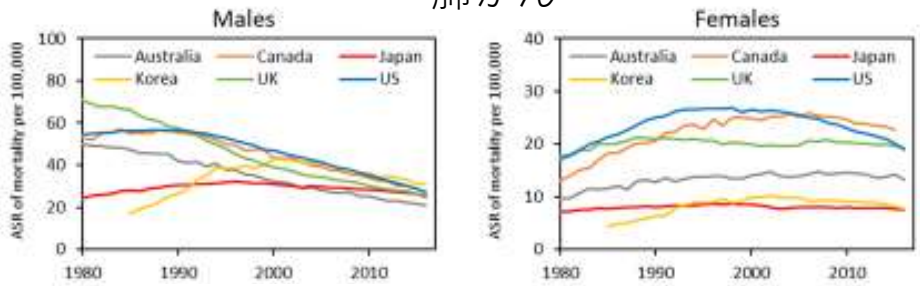
Katanoda K, Ito Y, Sobue T. Jpn J Clin Oncol. 2021;51(11):1680-1686
いずれも年齢調整死亡率（昭和60年日本人モデル人口）

5大がんその他がん種別死亡率の国際比較2

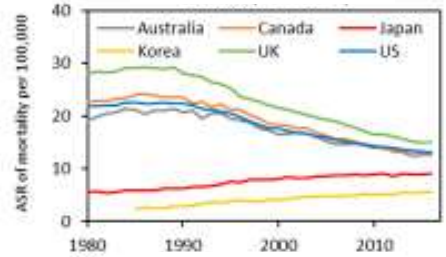
膵がん



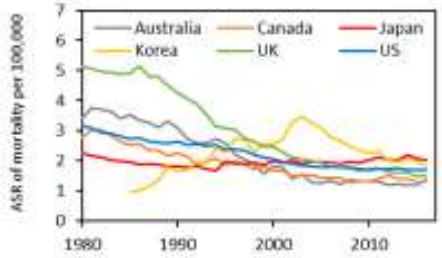
肺がん



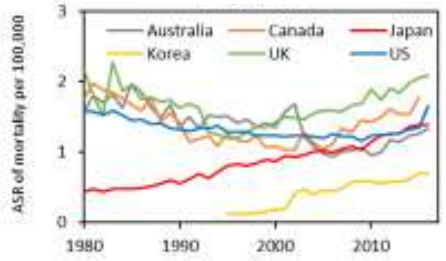
女性乳がん



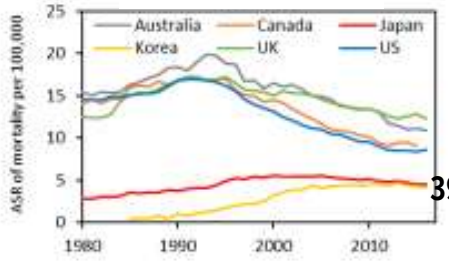
子宮頸がん



子宮体がん



前立腺がん

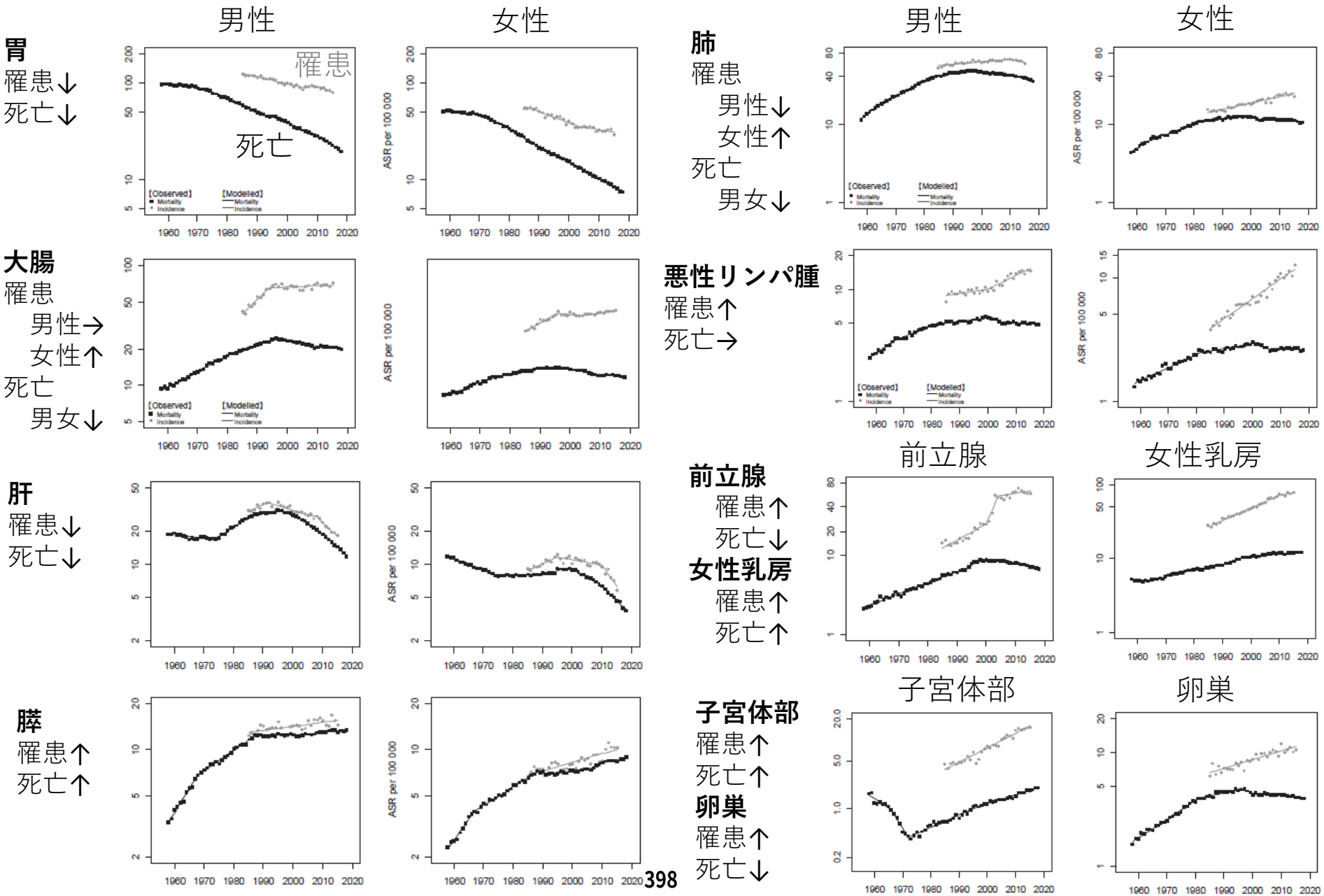


- 膵がんは諸外国より増加が急で、近年は欧米諸国より高いレベル
- 肺がんは諸外国に比べて減少が鈍く、近年は欧米諸国と同じレベルになりつつある
- 女性乳がんは欧米諸国の減少と対照的に増加傾向が続いている
- 子宮体がんは欧米諸国同様に増加傾向が続いている
- 前立腺がんは欧米諸国より低い水準が続いている

397 Katanoda K, Ito Y, Sobue T. Jpn J Clin Oncol. 2021;51(11):1680-1686

いずれも年齢調整死亡率（昭和60年日本人モデル人口）

5大がんその他がん種年齢調整罹患率・死亡率トレンドの統計学的検討



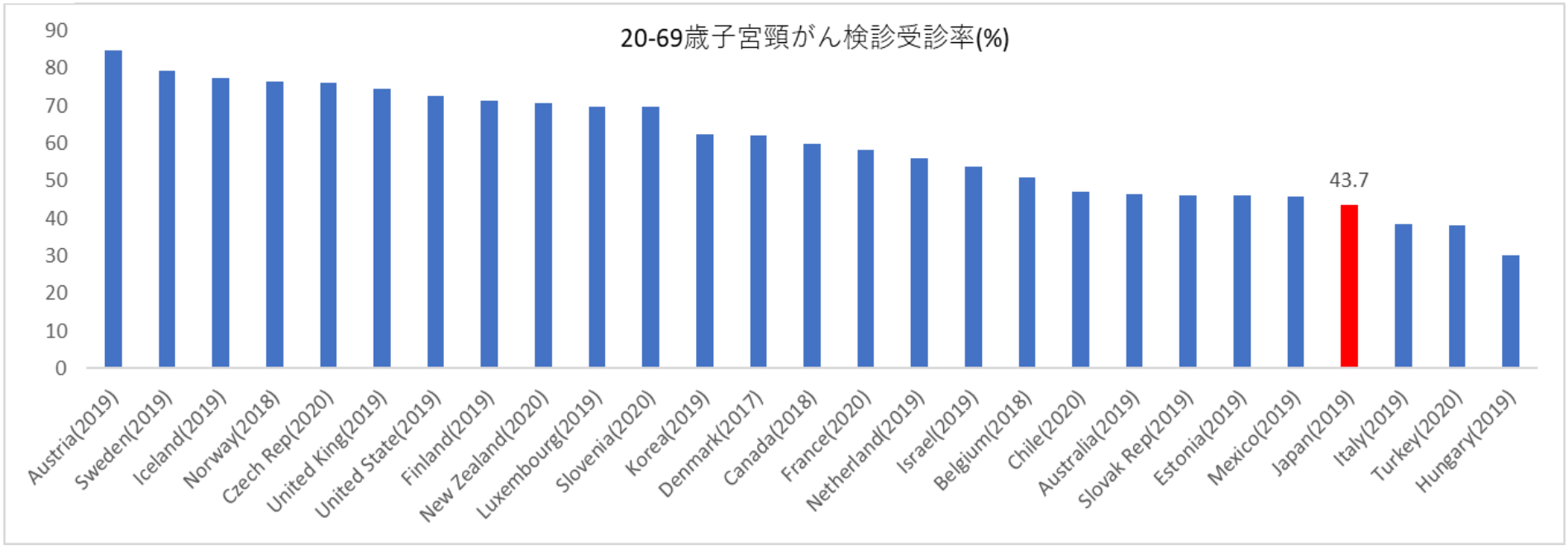
Katanoda K, et al. J Epidemiol. 2021;31(7):426-450。死亡率（黒色）は全国、罹患率（灰色）は高精度3県。増減は直近のトレンド（↑増加、↓減少、→横ばい）

③がん検診＊について
諸外国との比較

＊国際比較可能な子宮頸がん、乳がん、大腸がん検診を採用した。

子宮頸がん検診受診率　国際比較

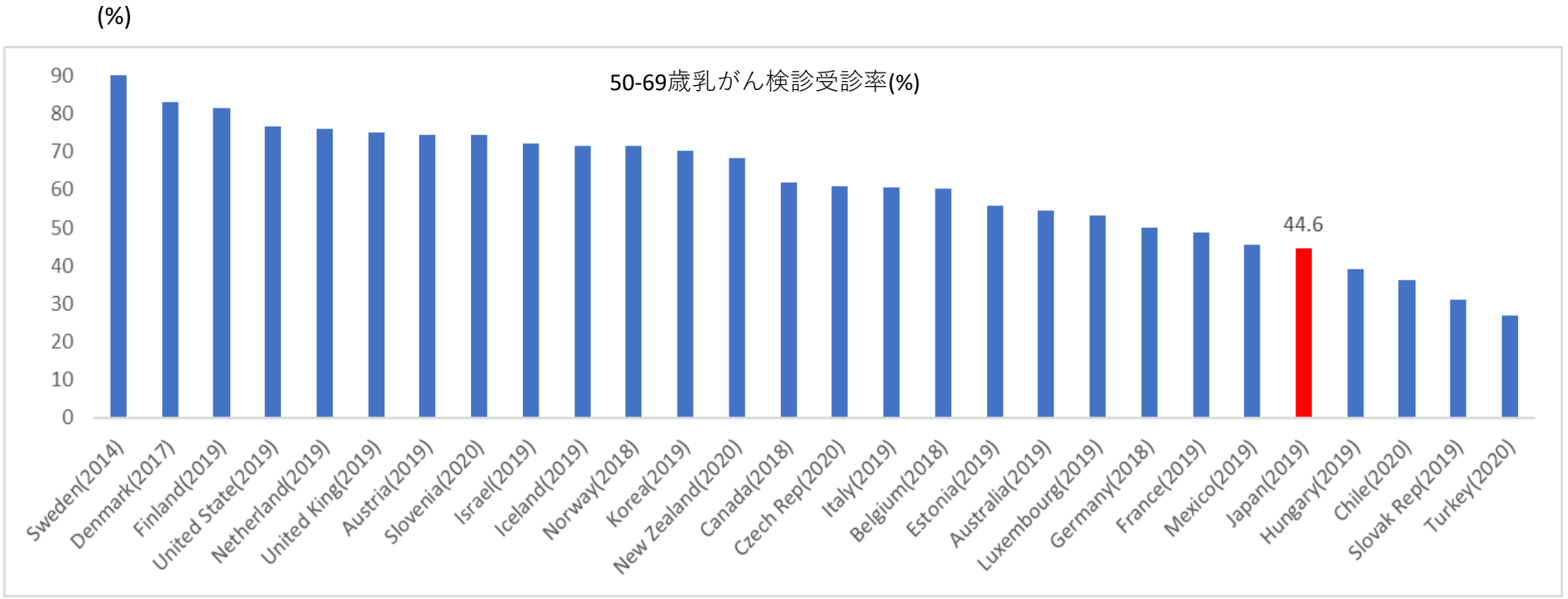
(%)



400

OECD Statistics
https://stats.oecd.org/#

乳がん検診受診率　国際比較

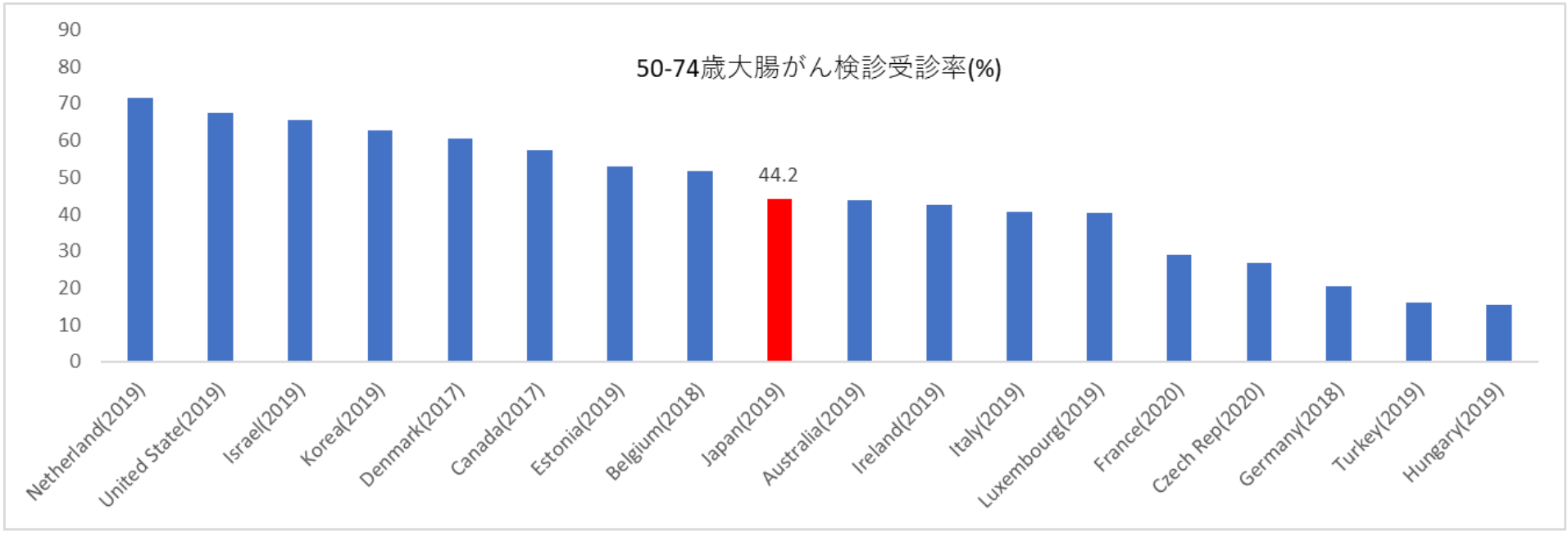


401

OECD Statistics
https://stats.oecd.org/#

大腸がん検診受診率　国際比較

(%)



402

OECD Statistics
https://stats.oecd.org/#

がん検診受診率国際比較のまとめ

- 子宮頸がん、乳がんについてはOECD加盟国内ではワースト5位に位置する。
- 大腸がん検診は、中位に位置する。
（ただし、大腸がん検診は比較的歴史が浅く、精密検査である大腸内視鏡のキャパシティが総じて低い、国レベルのがん対策プログラムとして運用されていない国がある、対象年齢が異なるなど、比較可能性に注意が必要）

④糖尿病罹患者数や喫煙者数など
がん患者の背景となる基礎的なデータ

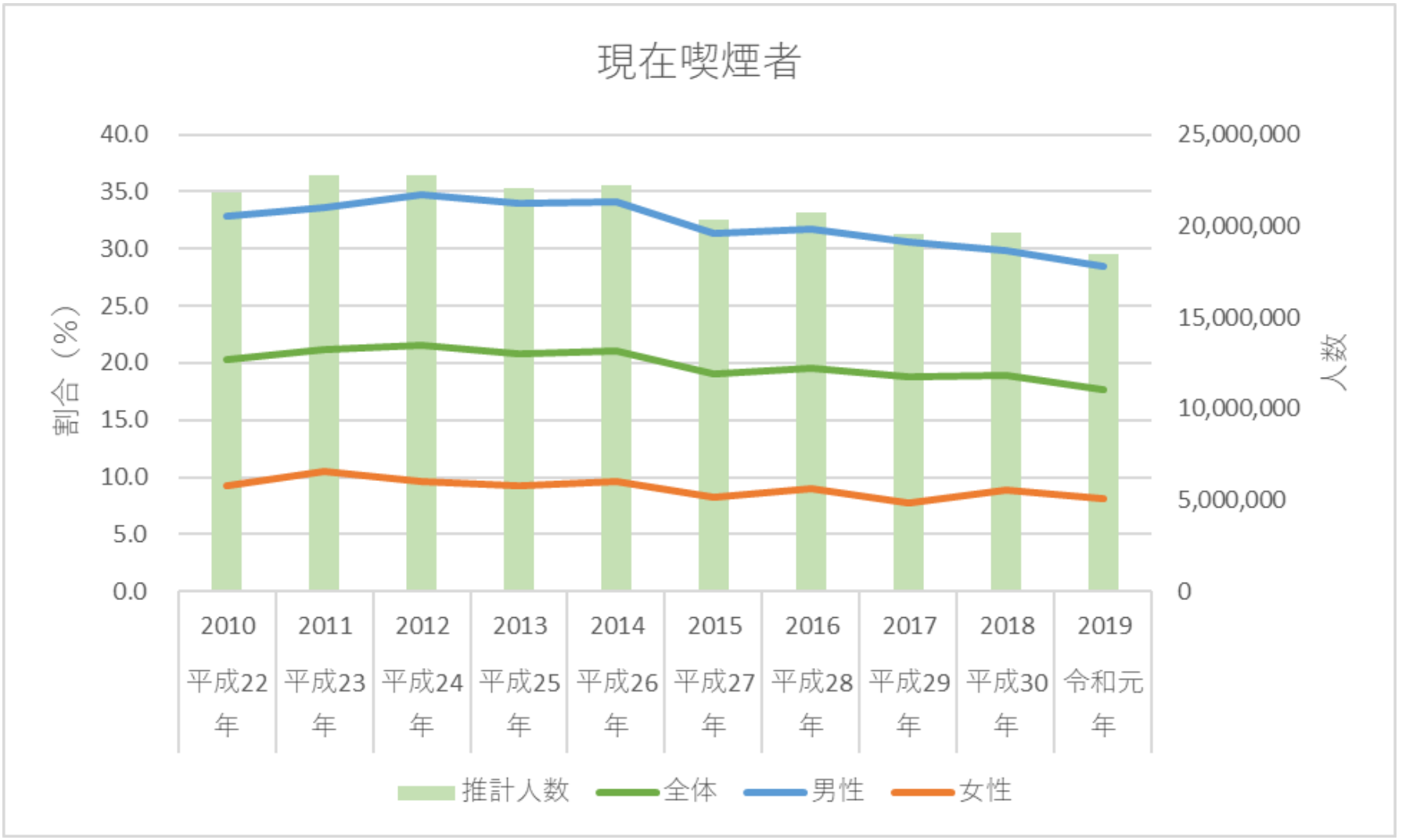
まとめ

- 喫煙、飲酒、肥満・やせ、糖尿病、食生活・栄養などの国レベルのデータは国民健康・栄養調査で収集されている（[ ]内は健康日本21（第二次）専門委員会の評価*）
- 成人喫煙率は男女とも減少傾向だが、男性では依然高い[評価B]
- 受動喫煙曝露割合も減少傾向だが飲食店と職場では依然として30%近い[評価B]
- リスクの高い飲酒者は微増 [評価D]、肥満・やせは横ばい[評価C]
- 糖尿病有病者割合は著明な変化なし [評価E]
- 食塩摂取量は長期的には減少傾向にあったが近年横ばい [評価C]
- 野菜摂取量、果物摂取は著明な変化なし [評価C]

＊ 健康日本21（第二次）専門委員会での評価
A: 目標に達した　B: 目標に達していないが、改善傾向にある　C: 変わらない
D: 悪化している　E: 評価困難

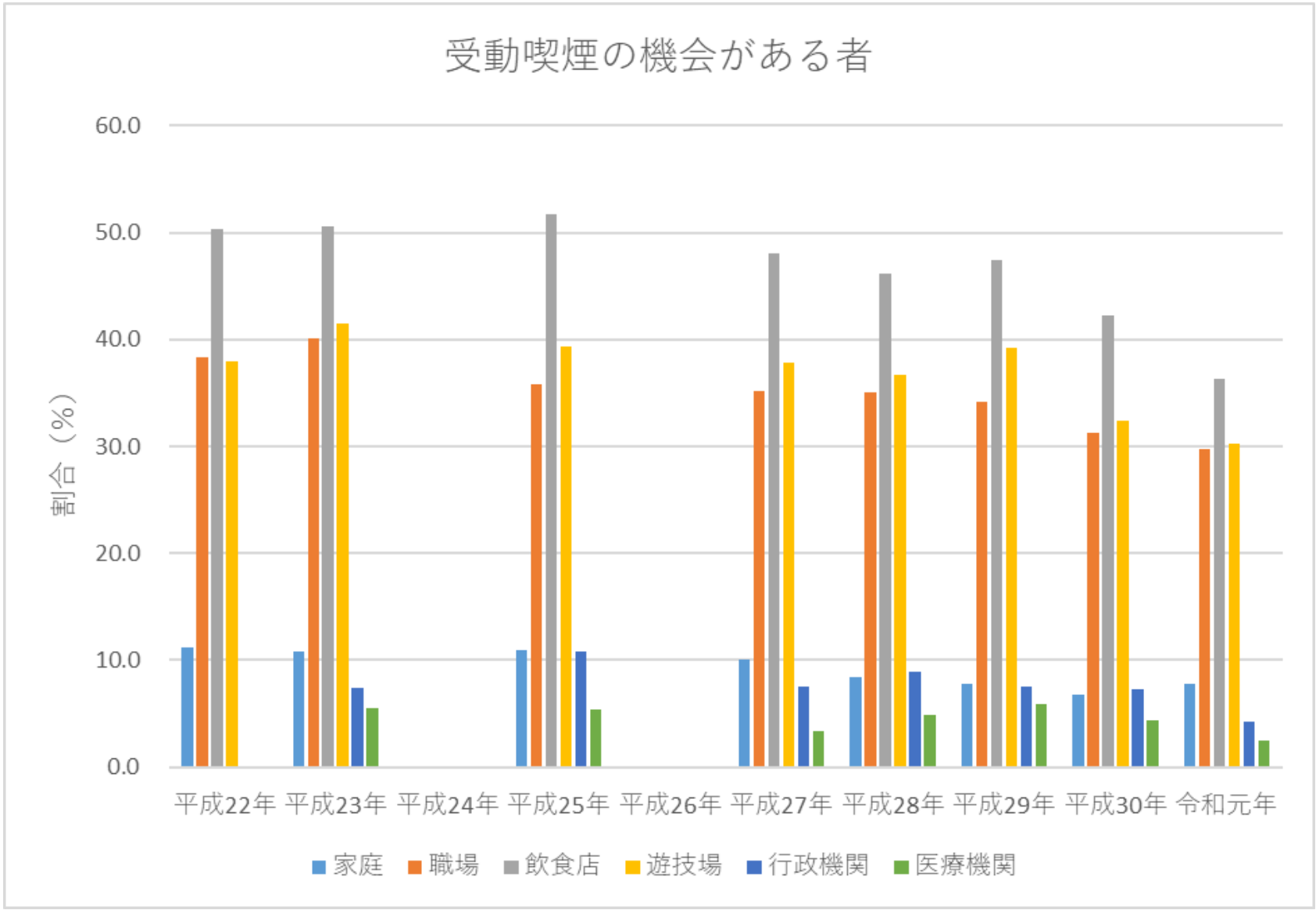
405

第16回健康日本21（第二次）推進専門委員会資料（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_22740.html）



国民健康・栄養調査の公表値

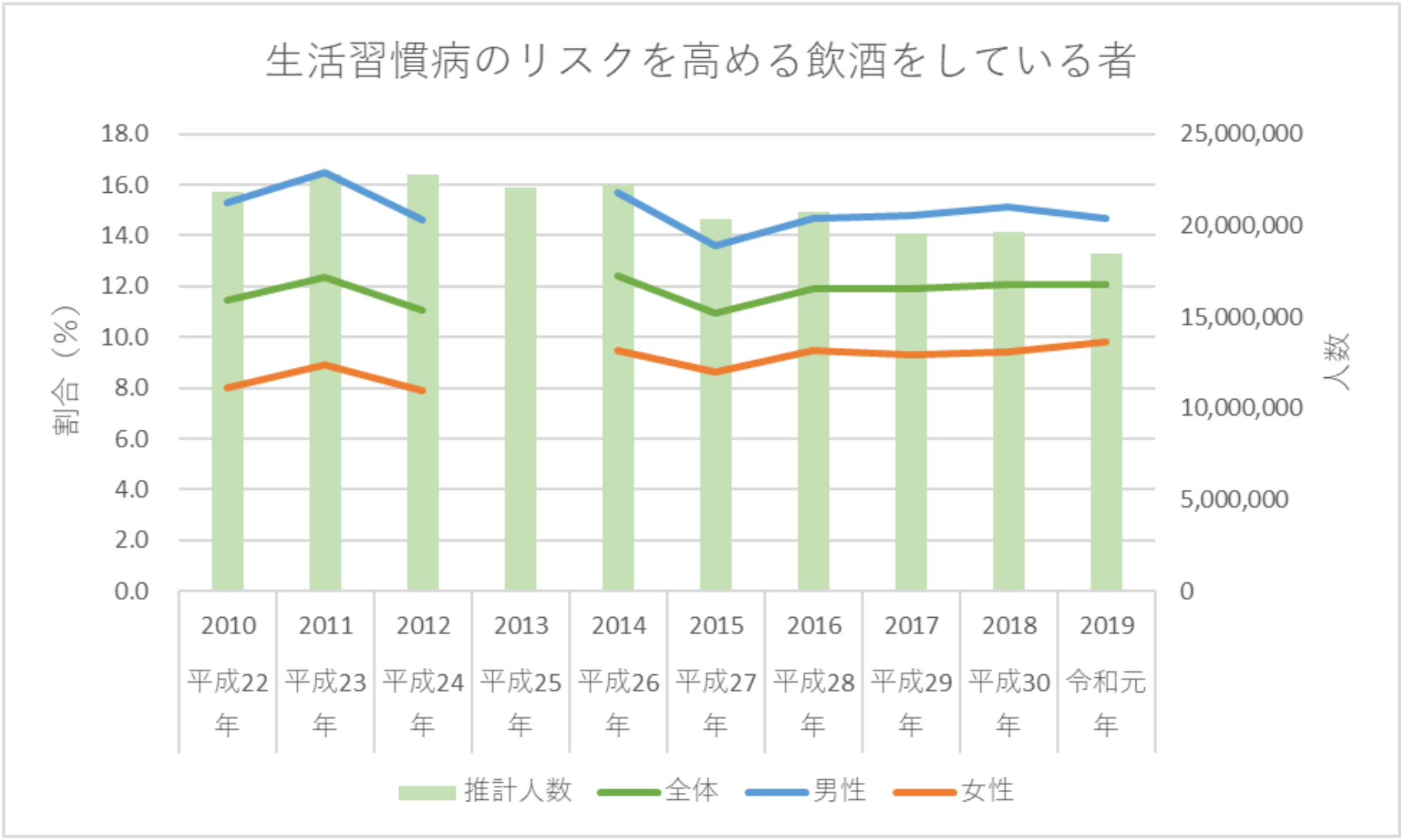
年齢調整値など一部報告がなかったデータについては国民健康・栄養調査と同様の方法で集計



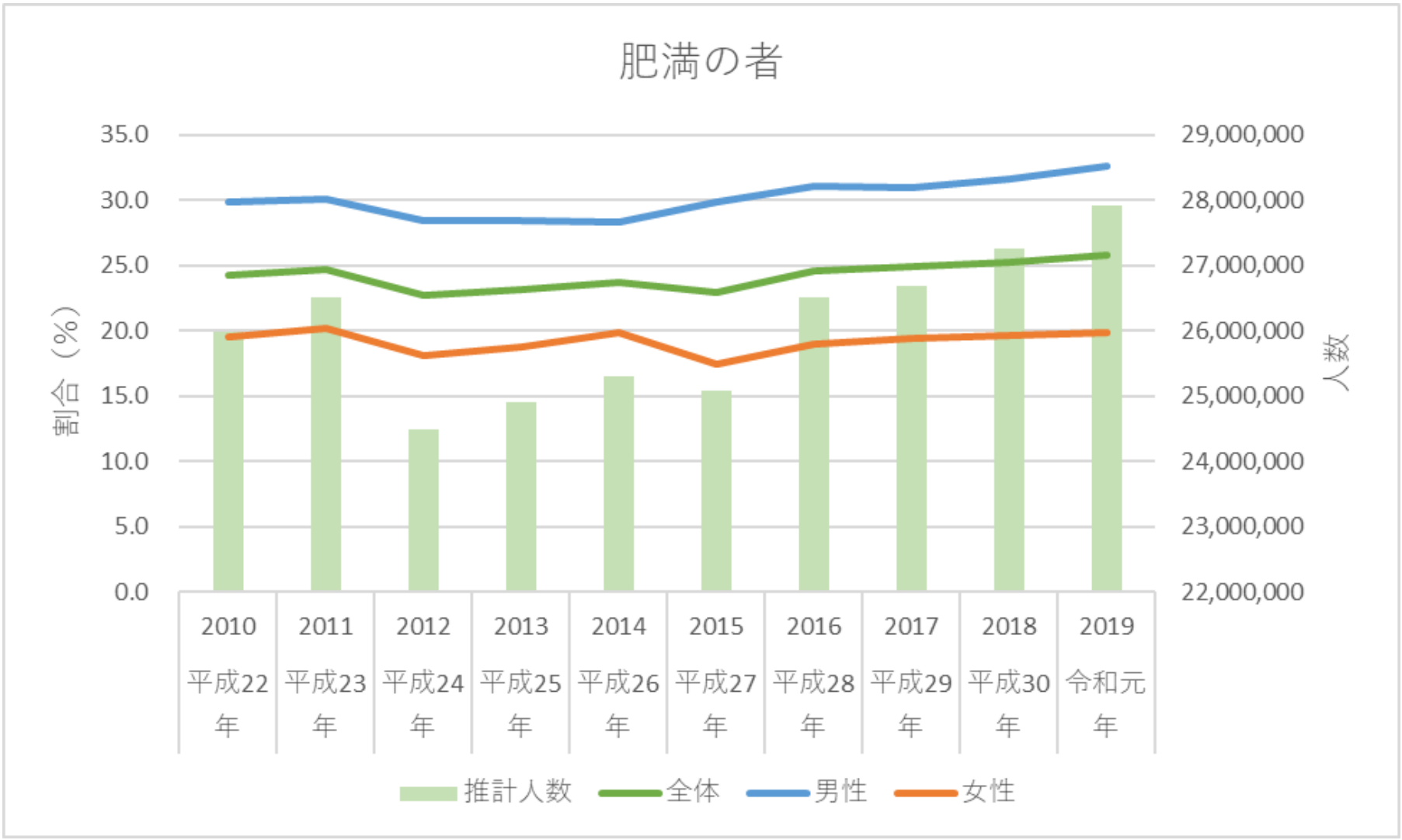
国民健康・栄養調査の公表値

年齢調整値など一部報告がなかったデータについては国民健康・栄養調査と同様の方法で集計

調査において該当項目がなかった年度は欠損として示している。

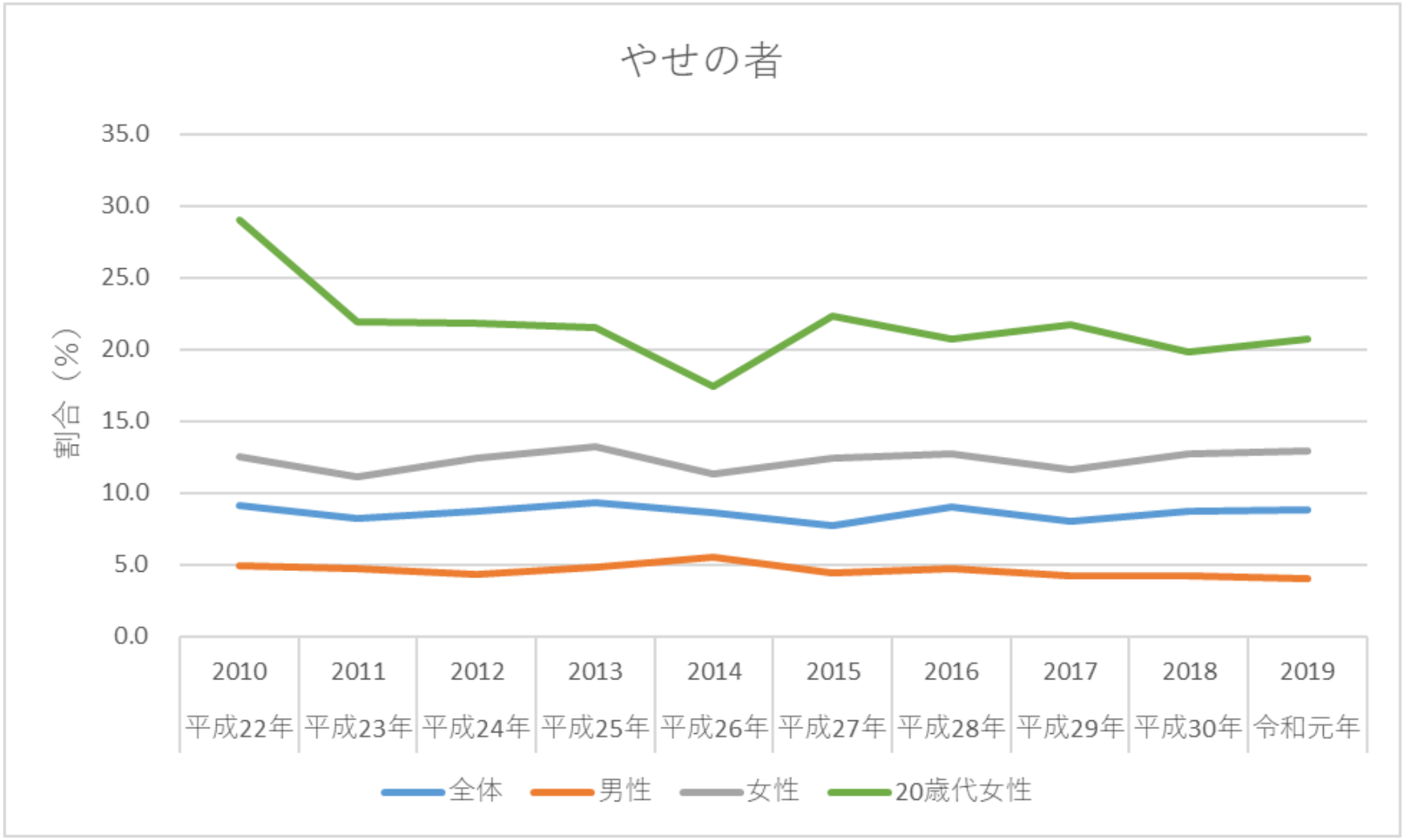


国民健康・栄養調査の公表値
年齢調整値など一部報告がなかったデータについては国民健康・栄養調査と同様の方法で集計
調査において該当項目がなかった年度は欠損として示している。



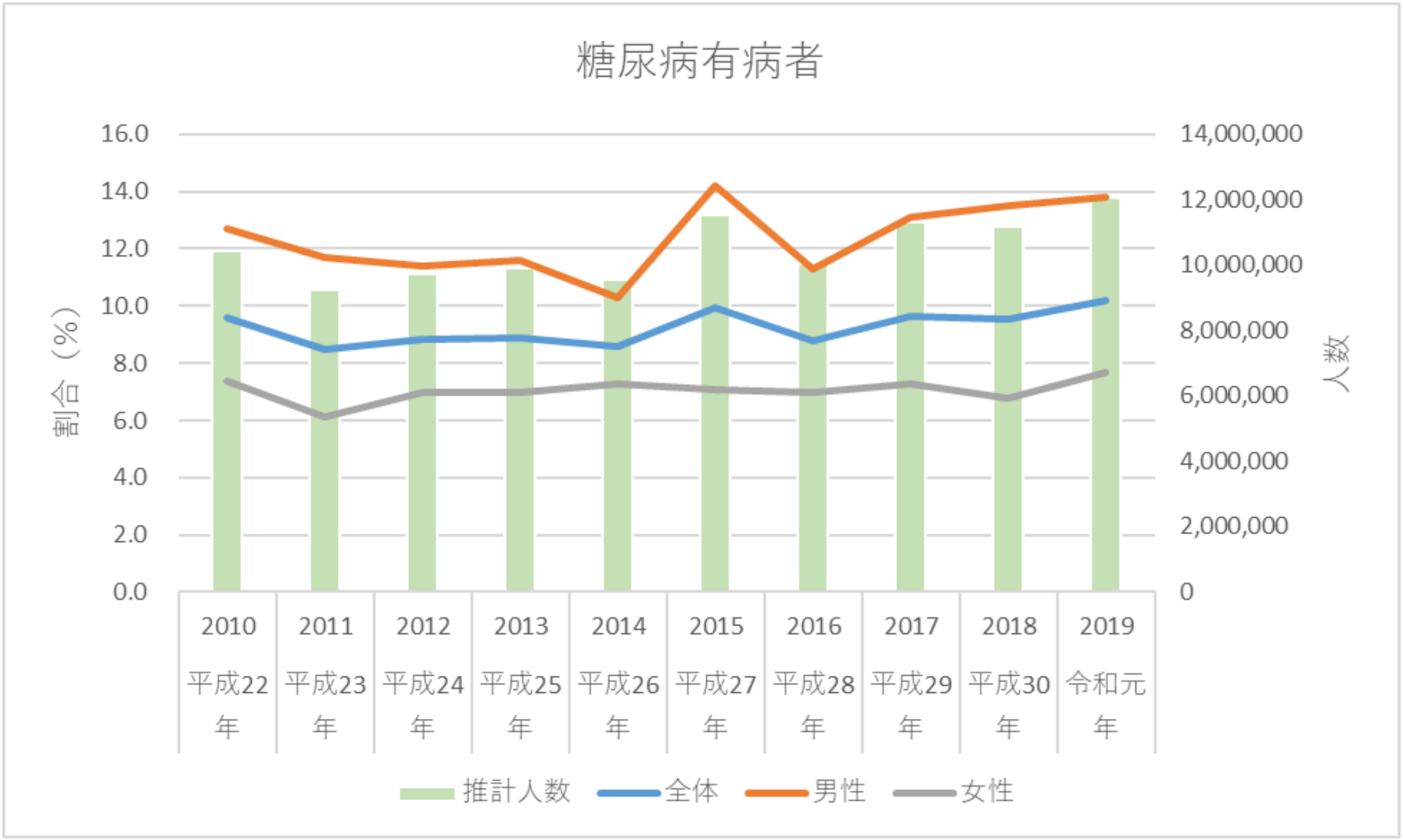
国民健康・栄養調査の公表値

年齢調整値など一部報告がなかったデータについては国民健康・栄養調査と同様の方法で集計



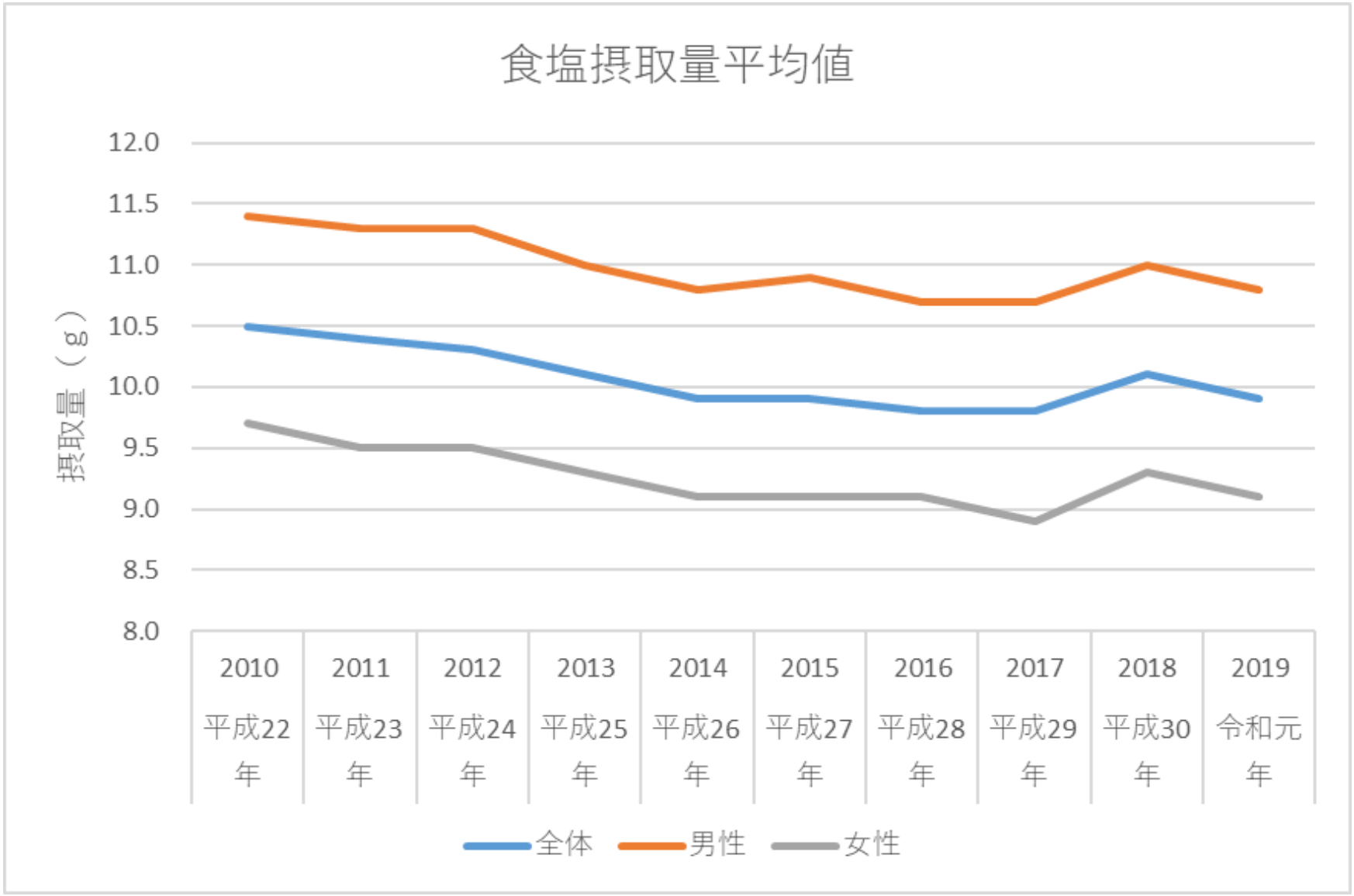
国民健康・栄養調査の公表値

年齢調整値など一部報告がなかったデータについては国民健康・栄養調査と同様の方法で集計



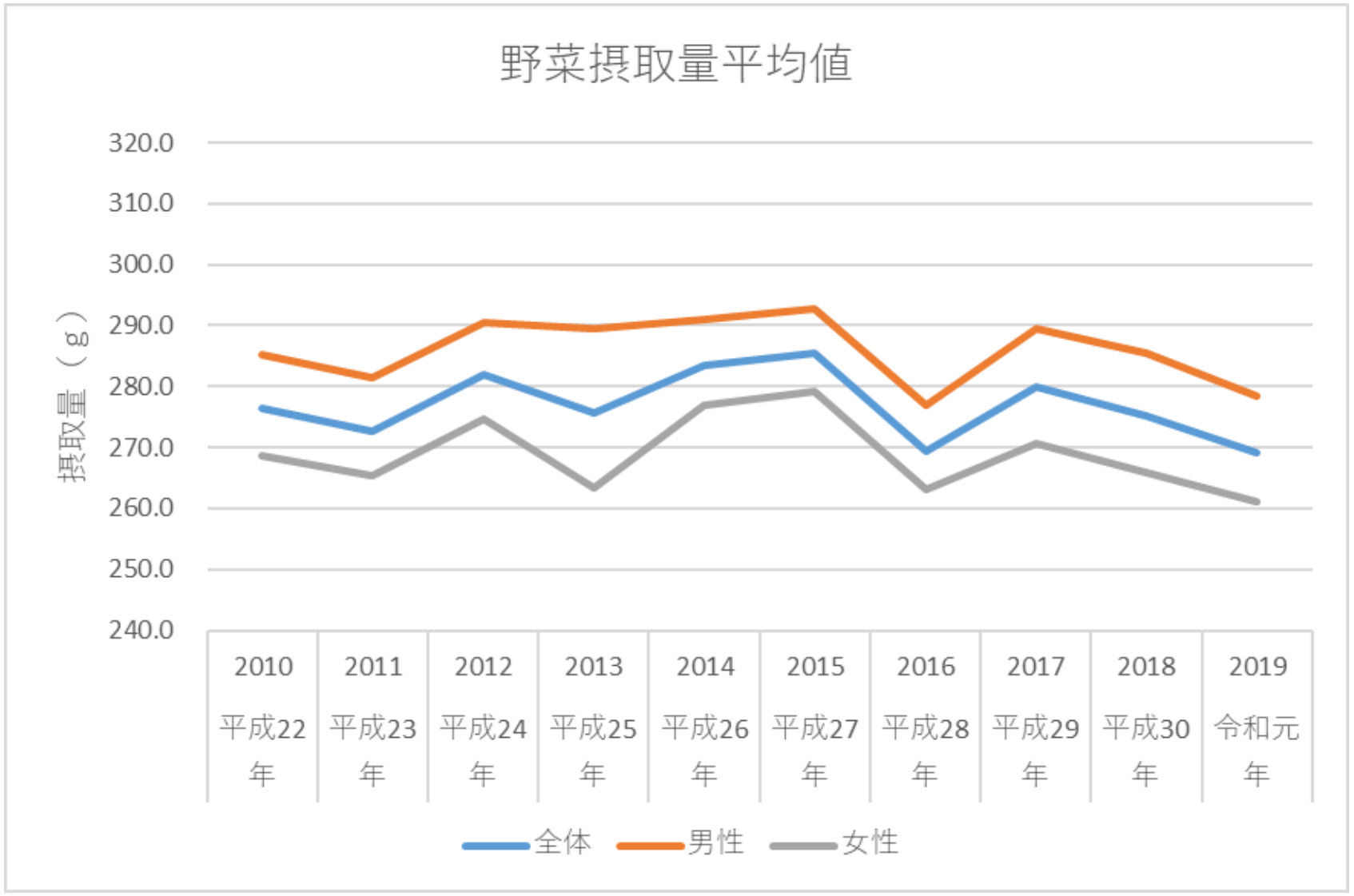
国民健康・栄養調査の公表値

年齢調整値など一部報告がなかったデータについては国民健康・栄養調査と同様の方法で集計



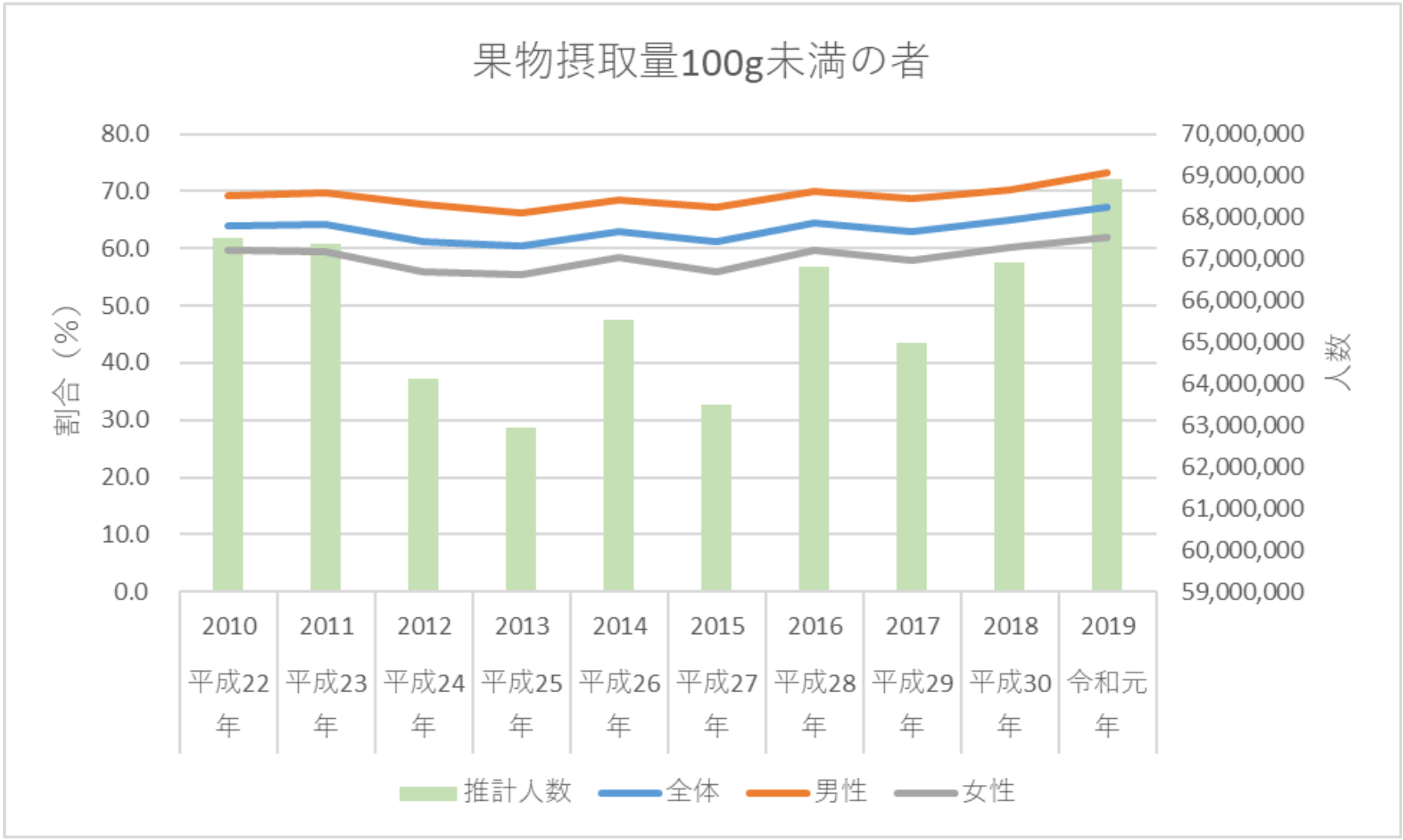
国民健康・栄養調査の公表値

年齢調整値など一部報告がなかったデータについては国民健康・栄養調査と同様の方法で集計



国民健康・栄養調査の公表値

年齢調整値など一部報告がなかったデータについては国民健康・栄養調査と同様の方法で集計



国民健康・栄養調査の公表値

年齢調整値など一部報告がなかったデータについては国民健康・栄養調査と同様の方法で集計

⑤希少がんの５年生存率のデータ

国際標準希少がん分類（RARECAREnetリスト）の特徴

- イタリアの国立がんセンターを中心とした欧州グループが開発
- 腫瘍の新しい分類ではなく、ICD-Oの局在と形態コードに準拠
- 利用目的に応じた4階層構造
- IACR、NCI-SEER等で採用されている国際基準

群（Family）

分類単位：臓器の系統

用途：医療政策、希少がんに対する治療の集約化

（例）

消化器　希少

12の希少がん群
＋
6の一般がん群
＝
18のがん群

第1層（Tier1）

分類単位：臓器別

用途：臨床

（例）

小腸の上皮性腫瘍

肛門管の上皮性腫瘍

胆嚢の上皮性腫瘍とEBT

68のがんグループ

第2層（Tier2）

分類単位：局在と組織型

用途：研究

（例）

小腸の変種を伴う腺癌

小腸の変種を伴う扁平上皮癌

216のがんグループ

第3層（Tier3）

分類単位：ICD-O-3形態

用途：病理学



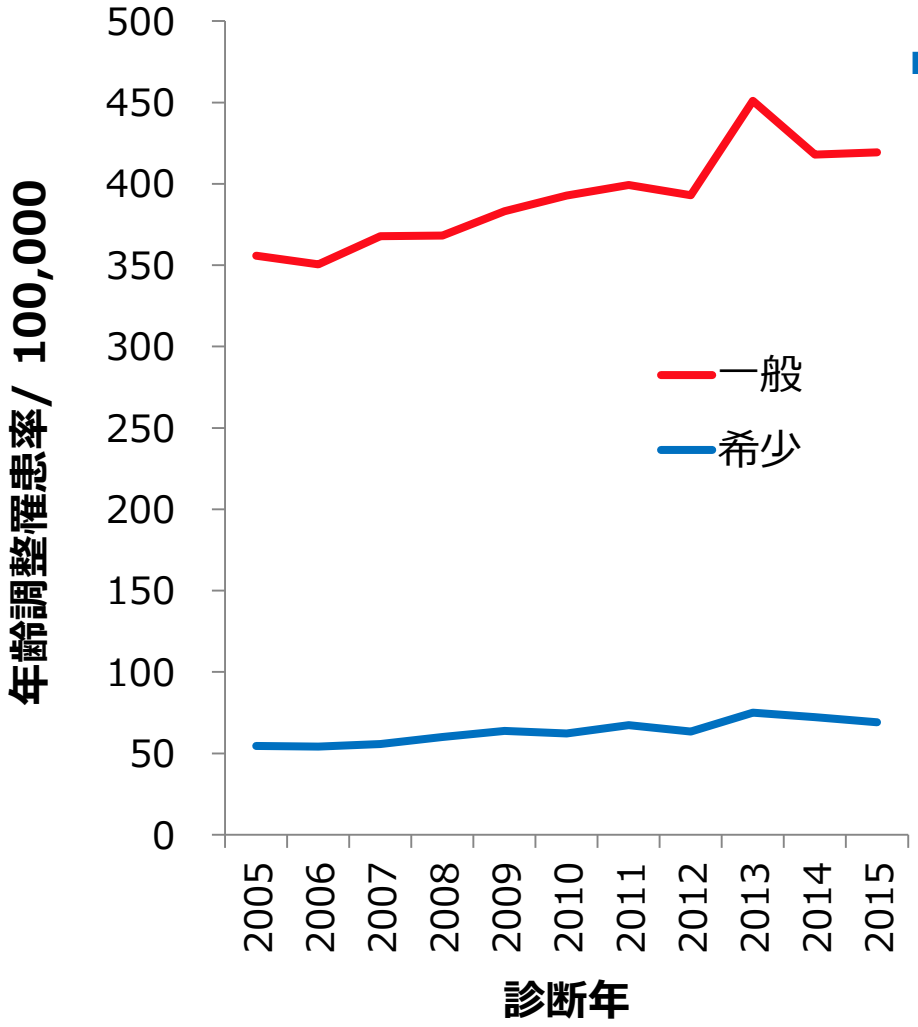
416

12の希少がん群と6の一般がん群

1. 頭頸部
2. 消化器（希少）
3. 胸部（希少）
4. 女性生殖器（希少）
5. 男性生殖器・泌尿器（希少）
6. 皮膚（希少）
7. 小児
8. 肉腫
9. 神経内分泌
10. 内分泌器官
11. 中枢神経系（CNS）
12. 血液

1. 消化器（一般）
2. 女性生殖器（一般）
3. 胸部（一般）
4. 乳房
5. 男性生殖器・泌尿器（一般）
6. 皮膚（一般）

RARECAREnet Asia
高精度県での希少がん年齢調整罹患率の年次推移



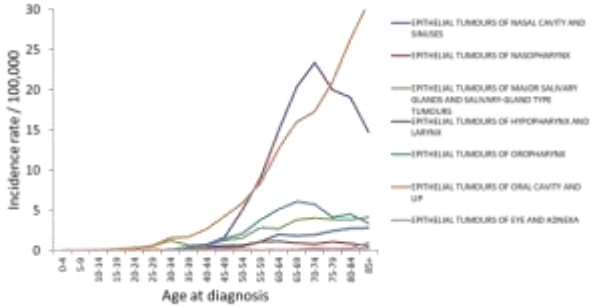
418

- 一般がん、希少がんともに増加傾向にあるが、一般がんの増加に比して希少がんの増加のペースは緩やか

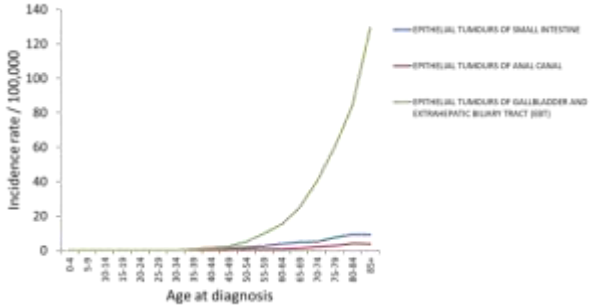
厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業「都道府県がん登録の全国集計データと診療情報等との併用・突合によるがん統計整備及び活用促進の研究」2020年度報告書（研究代表者　松田智大）広島県地域がん登録に基づく希少がん群と一般がん群の年齢調整罹患率の年次推移（2005－2015年）杉山裕美

12の希少がん群ごとの年齢階級別罹患率

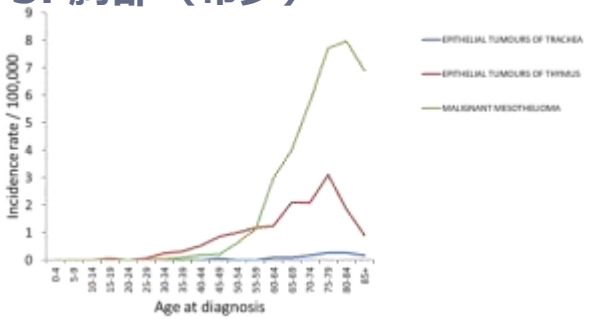
1. 頭頸部



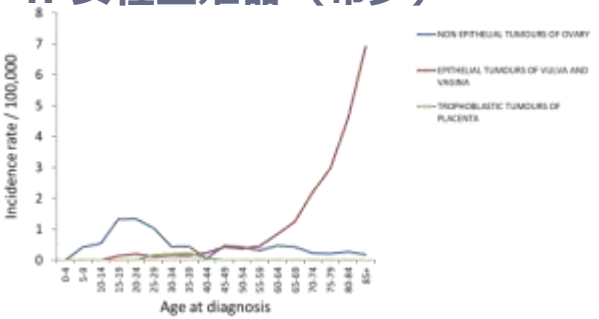
2. 消化器（希少）



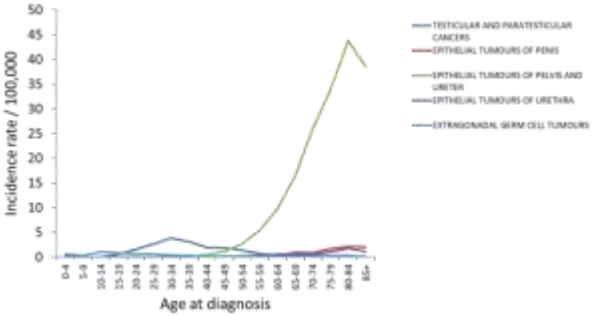
3. 胸部（希少）



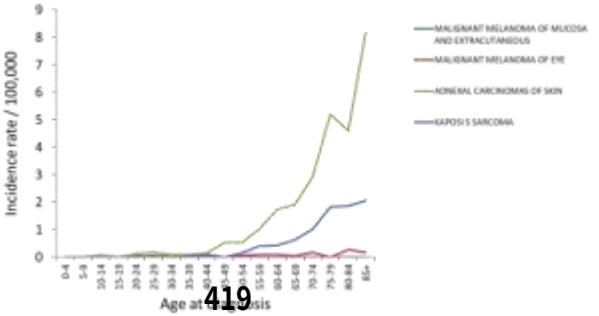
4. 女性生殖器（希少）



5.男性生殖器･泌尿器（希少）



6. 皮膚（希少）

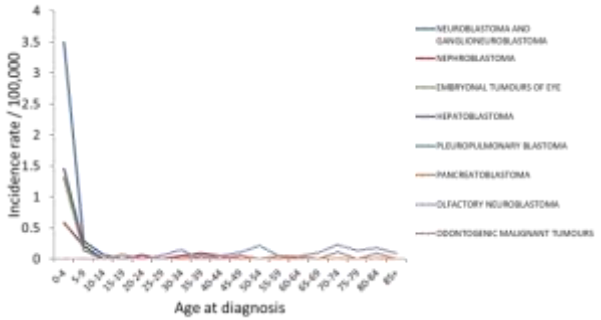


- 希少がんの年齢階級のカーブは一般がんと異なるものが多い

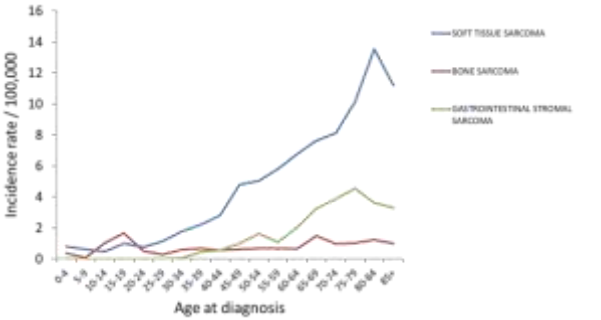
厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業「都道府県がん登録の全国集計データと診療情報等との併用・突合によるがん統計整備及び活用促進の研究」2020年度報告書（研究代表者　松田智大）広島県地域がん登録に基づく希少がん群と一般がん群の年齢調整罹患率の年次推移（2005－2015年）杉山裕美

12の希少がん群ごとの年齢階級別罹患率

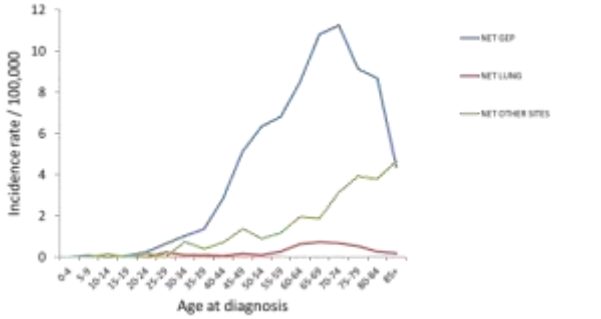
7. 小児



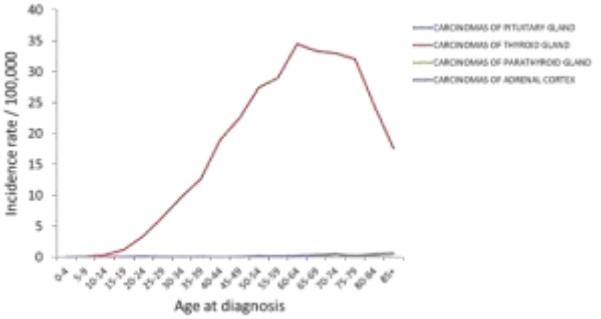
8. 肉腫



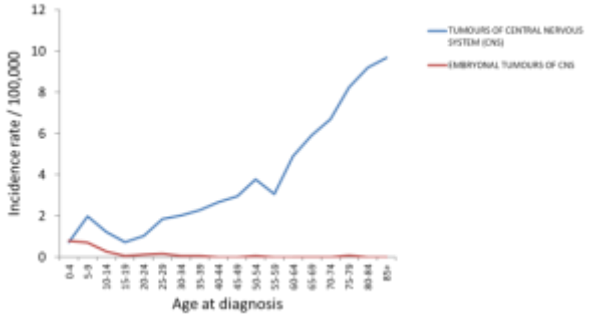
9. 神経内分泌



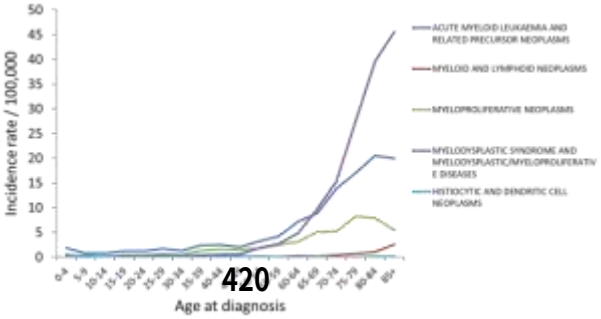
10. 内分泌器官



11. 中枢神経系（CNS）



12. 血液



- 希少がんの年齢階級のカーブは一般がんと異なるものが多い

厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業「都道府県がん登録の全国集計データと診療情報等との併用・突合によるがん統計整備及び活用促進の研究」2020年度報告書（研究代表者　松田智大）広島県地域がん登録に基づく希少がん群と一般がん群の年齢調整罹患率の年次推移（2005－2015年）杉山裕美

希少がん罹患率のまとめ

- 東アジア3カ国と欧州とのデータ比較において、生活習慣や環境要因などが明らかなもの以外に顕著な差が見られない
- 罹患率に大きな差があるもの
  - 欧州＞＞＞アジア：皮膚がん、皮膚の悪性黒色腫、乳がん、前立腺がん、CNS
  - アジア＞＞＞欧州：胃がん、肝がん、胆のうがん、甲状腺がん（韓国）
- 一般がんに比べ、希少がんの年次推移は安定している
- 年齢階級別罹患率は、一般がんのそれとは大きく異なり、グラフ形状は多種多様である

Matsuda T, et al. Cancer Epidemiol. 2020;67:101702

希少がんの5年相対生存率（RS, Ederer II）

韓国、台湾、日本：コホート法（2009年～2011年）、欧州：コンプリート法（2000年～2007年）

	群	韓国		台湾		日本		ヨーロッパ	
		N	RS	N	RS	N	RS	N	RS
希少がん	1. 頭頸部	11,800	**64.6%**	26,619	**59.7%**	19,892	**62.5%**	256,238	**52.2%**
	2. 消化器（希少）	16,501	**28.6%**	3,405	**23.1%**	21,380	**23.5%**	93,425	**23.6%**
	3. 胸部（希少）	1,317	**55.6%**	902	**50.3%**	2,381	**30.2%**	36,917	**10.8%**
	4. 女性生殖器（希少）	1,097	**83.7%**	690	**77.6%**	1,237	**68.4%**	34,594	**61.4%**
	5. 男性生殖器･泌尿器（希少）	3,605	**65.4%**	4,637	**62.0%**	8,090	**56.8%**	89,086	**78.4%**
	6. 皮膚（希少）	1,181	**72.4%**	908	**69.0%**	1,614	**68.4%**	21,855	**69.7%**
	7. 肉腫	7,669	**70.6%**	5,475	**68.0%**	6,792	**62.1%**	90,776	**57.7%**
	8. 神経内分泌腫瘍(NET)	7,162	**84.8%**	1,839	**57.8%**	4,514	**67.1%**	54,328	**53.5%**
	9. 内分泌器官	109,468	**99.5%**	7,485	**94.7%**	11,609	**91.6%**	82,525	**88.1%**
	内分泌系臓器（甲状腺を除く）	306	**57.8%**	100	**42.7%**	224	**48.4%**	4,011	**41.0%**
	10. 中枢神経系（CNS）	4,508	**38.5%**	1,991	**31.2%**	3,812	**29.7%**	108,972	**20.3%**
	11. 小児	565	**82.4%**	244	**72.0%**	365	**77.5%**	6,064	**78.8%**
	12. 血液	24,482	**57.3%**	14,712	**50.5%**	38,024	**52.0%**	593,950	**53.1%**
一般がん	消化器（一般）	228,778	**59.5%**	92,889	**41.0%**	297,936	**53.2%**	1,577,133	**37.0%**
	女性生殖器（一般）	21,570	**76.7%**	12,560	**73.1%**	26,647	**71.3%**	410,434	**61.4%**
	胸部（一般）	58,721	**23.4%**	32,124	**19.4%**	89,680	**31.8%**	846,985	**10.5%**
	乳房	44,026	**91.6%**	28,399	**87.7%**	56,936	**90.6%**	1,026,371	**83.0%**
	男性生殖器･泌尿器（一般）	45,135	**85.1%**	22,076	**77.8%**	99,047	**88.1%**	1,297,080	**75.5%**
	皮膚（一般）	10,148	**90.0%**	7,621	**88.6%**	12,574	**90.3%**	1,048,075	**95.6%**

Matsuda T. et al. European Society for Medical Oncology, 2021 (https://dailyreporter.esmo.org/esmo-asia-virtual-oncology-week-2021/opinions/how-can-quantifying-the-burden-of-rare-cancers-in-asia-improve-patient-outcomes)

希少がん生存率のまとめ

- 日本の希少がんの生存率は、一般がん同様、概ね欧州より高い
- 東アジアでは、胸部がんで韓国、台湾より低い傾向があったが、他に大きな差異は見られなかった
- 日本では、消化器、男性生殖器・泌尿器、皮膚では同じ部位のがんでも希少がんグループのほうが一般がんグループより生存率が低かった
- 要因については細かいがん種や発見経緯など詳細な分析が必要

第78回がん対策推進協議会	資料２
令和４年3月16日	

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

がん対策推進協議会と基本計画に基づく主な検討会等について

厚生労働省

健康局　がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

がん対策推進協議会と基本計画に基づく主な検討会等について

がん対策推進基本計画の各分野に対応するように以下の検討会等にて、分野別の議論を進めている。

がん予防

- がん検診のあり方に関する検討会

がんとの共生

- がんとの共生のあり方に関する検討会
  - がんの緩和ケアに係る部会

基盤の整備

- 今後のがん研究のあり方に関する有識者会議

がん対策推進協議会

がん医療の充実

- がん診療提供体制のあり方に関する検討会
  - 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
  - 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
- がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会
- 小児がん拠点病院等の指定に関する検討会
- がんゲノム医療中核拠点病院等の指定に関する検討会

第４期基本計画策定に向けた今後のスケジュール（案）

2021年度	2022年度			2023年3月
		上半期	夏頃	

がん対策推進協議会

第３期中間評価の議論

中間評価報告書　公表

第４期基本計画策定に向けた議論

第３期中間評価及び各検討会からの提言内容を踏まえ議論を進めていく

第４期がん対策推進基本計画　閣議決定（予定）

第４期基本計画に係る各検討会からの提言

主な各検討会

第４期基本計画に向けた課題整理・提言内容とりまとめ

- **がん検診のあり方に関する検討会**
- **がん診療提供体制のあり方に関する検討会**
- **がんとの共生のあり方に関する検討会**

第４期基本計画に係る協議会への提言とりまとめ

426

※第４期基本計画策定の議論の進捗を踏まえ、適宜スケジュールの見直しを行う。

第 78 回がん対策推進協議会	資料３
令和４年３月 16 日	

がん対策推進基本計画
中間評価報告書（案）

令和４年●月

厚生労働省

がん対策推進協議会

目次

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

第2章　中間評価の主旨・・・6

第3章　中間評価・・7
Ⅰ　要旨・・・7
Ⅱ　全体目標についての進捗状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9
　1．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9
　2．患者本位のがん医療の実現・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・10
　3．尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・12
Ⅲ　分野別施策の個別目標についての進捗状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・14
　1．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・14
　　（1）がんの1次予防・・・14
　　（2）がんの早期発見、がん検診（2次予防）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・18
　2．患者本位のがん医療の実現・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・22
　　（1）がんゲノム医療・・・22
　　（2）がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法の充実・・・・・・・・・・・・24
　　（3）チーム医療の推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・30
　　（4）がんのリハビリテーション・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・32
　　（5）支持療法の推進・・33
　　（6）希少がん、難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策）・・・・35
　　（7）小児がん、AYA世代のがん、高齢者のがん対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・37
　　（8）病理診断・・・39
　　（9）がん登録・・・39
　　（10）医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組・・・・・・・・・・・・・・・・40
　3．尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・41
　　（1）がんと診断された時からの緩和ケアの推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・41
　　（2）相談支援、情報提供・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・44
　　（3）社会連携に基づくがん対策・がん患者支援・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・46
　　（4）がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）・・・・・48
　　（5）ライフステージに応じたがん対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・51
　4．これらを支える基盤の整備・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・53
　　（1）がん研究・・・53
　　（2）人材育成・・・54

（3）がん教育、がんに関する知識の普及啓発・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・55
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・・・・・・・・・・・・・57

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

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

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

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

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

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

しかしながら、平成 19（2007）年度からの 10 年間の目標である「がんの年齢調整死亡率（75 歳未満）の 20%減少」については、達成することができなかった。その原因としては、喫煙率やがん検診受診率の目標値が達成できなかったこと等が指摘されている。今後、がんの年齢調整死亡率（75 歳未満）を着実に低下させていくためには、がんに罹（かか）る国民を減らすことが重要であり、予防のため

の施策を一層充実させていくことが必要である。また、がんに罹った場合にも、早期発見・早期治療につながるがん検診は重要であり、その受診率を向上させていくことが必要である。

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

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

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

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

第2章　中間評価の主旨

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

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

第3章　中間評価

Ⅰ　要旨

がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。

がん診療連携拠点病院等を中心に、がん医療の均てん化のため、診療提供体制の整備が進められてきており、一定の進捗が認められる。一方で、あらゆる分野で、がんに係る正しい情報の提供及びがん患者を含めた国民への普及啓発の推進が求められており、より効果的な手法等について検討が必要である。

全体目標について

1）　科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

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

○「がんの死亡者の減少を実現する」としていたところ、75 歳未満のがんの年齢調整死亡率については着実に減少していきている。ただし、がん種別の年齢調整死亡率を踏まえると、感染症対策や治療方法の進歩により一部のがん種の減少傾向が影響した可能性があるものの、引き続き、死亡率減少に寄与する取組を地道に積み上げていく必要がある。また、がん検診受診率は上昇傾向であるものの、多くの領域で目標を達成できていなかった。諸外国におけるデータとも比較しながら、引き続き年齢調整死亡率の減少及びがん検診受診率を向上させていくための対策を検討する必要がある。

2）　患者本位のがん医療の実現

○「がん医療の質の向上、それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化及び効率化かつ持続可能ながん医療を実現する」としていたところ、がんの５年生存率は多くのがん種で上昇傾向を認め、年齢調整死亡率は減少傾向にあり、その他の指標も概ね評価できる結果となっている。今後、中間評価指標にない5大がん以外のがん種も含め、対象を明確化し、改善の手法についても工夫を凝らしていくとともに、更なる充実に向けて地道な取組を着実に積み上げていく必要がある。

3）　尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

○「がん患者が、いつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する」としているところ、自分らしい日常

生活をおくることができていると感じるがん患者の割合、家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合については、十分なレベルには達しておらず、より一層の相談支援及び情報提供に係る取組が必要である。

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

Ⅱ　全体目標についての進捗状況

1．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

（目標の詳細）

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

（進捗状況及び指標測定結果）

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

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

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

年齢調整罹患率の数値は減少しているが、がん登録法に基づく全国がん登録の開始直後のデータであり、2016 年の罹患数には、2015 年以前の診断例の一部が含まれているなど、患者数が過大評価されている可能性があり、正確な評価のためにはさらに数年の傾向を確認することが必要である。[2]

[1] 人口 10 万人対で、1995 年が 108.4、1998 年が 105.6、2008 年が 87.2。

[2] 2016 年のデータについては届出対象が拡大したことや地域がん登録と全国がん登録での照合

			2017 年	2016 年
1003	がんの年齢調整罹患率		389	402
1004	がん種別の 年齢調整罹患率の変化	胃がん	45.3	48.2
		大腸がん	58.5	61.4
		肺がん	43.3	44.4
		子宮頸がん	14.1	14.5
		乳がん	97.6	102.3
		肝がん	13.3	14.7

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

年齢調整死亡率については減少傾向にあるが、これを引き続き低減させていくため、がん検診による早期診断を含む予防や治療の改善について、取組の対象を明確化し、改善の手法についても工夫を凝らし、国民が利用しやすいがん検診の体制について検討を進めていく必要がある。また、予防等の評価をするため、諸外国のデータとも比較しながら、中間評価指標にないがん種の年齢調整罹患率についても引き続き注視していく必要がある。

2. 患者本位のがん医療の実現

（目標の詳細）

ビッグデータや人工知能（Artificial Intelligence。以下「AI」という。）を活用したがんゲノム医療等を推進し、個人に最適化された患者本位のがん医療を実現する。また、がん医療の質の向上及びそれぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化により、効率的かつ持続可能ながん医療を実現する。

（進捗状況及び指標測定結果）

5年生存率は、多くのがん種で少しずつではあるものの上昇傾向となり、年齢調整死亡率は、継続的に減少傾向であった。医療が進歩していることを実感している患者の割合、納得のいく治療を受けられたがん患者の割合は増加傾向であった。2018 年度におけるがんの診断・治療全体の総合的評価や医療従事者が耳を傾けてくれたと感じた患者の割合については7割～8割となっており、一定の評価はできるものの改善の余地がありうるものであった。

が不十分であった等の理由により実際よりも多く見積もられている可能性がある。

2001	がんの 5年生存率		2012-2013 年診断例	2010-2011 年診断例
		胃がん	62.0%	61.5%
		大腸がん	63.3%	63.5%
		肺がん	小細胞肺がん 10.4% 非小細胞肺がん　41.1%	36.3% 小細胞肺がん 10.6% 非小細胞肺がん　38.8%
		乳がん	87.7%	87.9%
		肝臓がん	肝細胞がん　38.7% 肝内胆管がん　16.8%	35.1%

2002	がんの年齢調整死亡率 （75 歳未満）	2018 年 71.6	2017 年 73.6
2003[3]	医療が進歩していることを実感している患者の割合	2018 年度 成人：75.6%　（比較値[4]：84.8%） 2019 年度 小児 71.7%	2014 年度 成人：80.1%
2004	納得のいく治療を受けられたがん患者の割合	2018 年度 成人:81.4%　（比較値：90.7%）	2014 年度 成人：84.5%
2005	がんの診断・治療全体の総合的評価	2018 年度 成人:7.9 点　　小児：8.4 点	
2006	医療従事者が耳を傾けてくれたと感じた患者の割合	2018 年度 成人: 71.9%　　小児：81.6%	

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

患者本位のがん医療の実現について、一定の評価はできるものの、中間評価指標にないがん種、特に小児がん、AYA世代[5]のがん、高齢者のがん、希少がん、難治性がんについては、拠点病院等との連携を含む医療提供体制の更なる充実と均てん化を目指し、改善すべき領域を明確化し、その対策に取り組む必要がある。

[3] 項目番号 2003-2006 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

[4] 前回調査と比較するために、実測値に比較補正係数をかけた値。

[5] Adolescent and Young Adult（思春期世代と若年成人世代）の頭文字をとったもので、主に思春期（15 歳以上）から 30 歳代までの世代。（出典：国立研究開発法人　国立がん研究センター　がん情報サービス）

3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

（目標の詳細）

がん患者が住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境を整備する。関係者等が、医療・福祉・介護・産業保健・就労支援分野等と連携し、効率的な医療・福祉サービスの提供や、就労支援等を行う仕組みを構築することで、がん患者が、いつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する。

（進捗状況及び指標測定結果）

これまでに、拠点病院等に設置しているがん相談支援センターや地域統括相談支援センター、民間団体による相談窓口、国立がん研究センターのがん対策研究所が運営する「がん情報サービス」等の様々な支援を充実させてきた。また、がんとの共生のあり方に関する検討会を発足し、緩和ケアや相談支援・情報提供に関する質の向上、多様なニーズへの対応の向上にむけて、対策を検討しながら取組を進めている。

自分らしい日常生活を送ることができていると感じるがん患者の割合や、治療開始前に病気のことや療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合は、それぞれ増加し、一定の評価はできるものの、改善の余地がある。また、家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合は、増加しているものの更なる充実が望まれるものであった。

3001[6]	自分らしい日常生活が送ることができていると感じるがん患者の割合	2018 年度 70.5%（比較値[7]：80.8%）	2014 年度 77.7%
3002	がん診断～治療開始前に 病気や療養生活について 相談できたと感じるがん患者の割合	2018 年度 76.3%	2014 年度 67.4%
3003	家族の悩みや負担を 相談できる支援が十分である と感じているがん患者・家族の割合	2018 年度 成人：48.7% （比較値：57.6%） 2019 年度 小児：39.7%	2014 年度 成人：37.1%

[6] 項目番号 3001-3003 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

[7] 前回調査と比較するために、実測値に比較補正係数をかけた値。

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がんの診断時から、必要な支援を受け、患者が自分らしく日常生活を送ることができるよう、病気や療養生活に関する相談支援や、患者家族の悩みや負担に関する相談支援の体制整備に向けて、ピアサポート[8]体制の充実、相談支援センターやがん情報サービス等の更なる周知等の取組が必要である。

[8] がん患者・経験者やその家族が、同じような経験を持つ者と体験を共有し、問題解決のために共に考える取組のこと

Ⅲ　分野別施策の個別目標についての進捗状況

1．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

（1）がんの１次予防

（個別目標）

喫煙率については、「健康日本 21（第二次）」と同様、令和4（2022）年度までに、禁煙希望者が禁煙することにより、成人喫煙率を 12%とすること、妊娠中の喫煙をなくすこと及び 20 歳未満の者の喫煙をなくすことを目標とする。

令和2（2020）年東京オリンピック・パラリンピックに向けて受動喫煙対策を徹底し、第3期基本計画の計画期間中において、望まない受動喫煙のない社会をできるだけ早期に実現することを目標とする。

その他の生活習慣改善については、令和4（2022）年度までに、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者について、男性13.0%（13.9%）・女性6.4%（8.1%）とすること、運動習慣のある者について、20～64歳：男性36.0%（24.6%）・女性33.0%（19.8%）、65歳以上：男性58.0%（52.5%）・女性48.0%（38.0%）とすること等を実現することとする。

※（ ）内は、平成 27（2015）年のデータ。

①生活習慣について

（進捗状況及び指標測定結果）

これまでに、スマート・ライフ・プロジェクトや5月 31 日の世界禁煙デーに合わせた「禁煙週間」を含めた、各自治体と連携した普及啓発の実施、「禁煙支援マニュアル」の改訂や周知、がん診療連携拠点病院等の「たばこクイットライン」事業による禁煙相談等の取組を実施している。また、母子健康手帳を通じた普及啓発等の妊娠中の喫煙率0%を目指した取組や、健康増進法の改正に基づく受動喫煙防止の取組を実施している。

現在習慣的に喫煙している者の割合については改善が不十分であり、目標達成には更に 5.8%の減少が必要であった。未成年者の喫煙率は減少傾向であり、健康日本 21（第2次）の中間評価においても、目標値の達成が見込まれるとの評価を受けている。妊娠中の喫煙率、望まない受動喫煙の機会を有する者の割合については減少傾向であり、一定の評価ができるものとなった。

生活習慣病のリスクを高める量を飲酒しているハイリスク飲酒については、ウェブサイトを通じた普及啓発や地方自治体等の担当者向けの講習会、アルコール使用障害が疑われる者を専門医療機関への受診につなげることを推奨する等、「アルコール健康障害対策推進基本計画」に基づくアルコール健康障害対策を総合的に推進して

いる。ハイリスク飲酒者[9]の割合は、2010 年からの推移で見ると、男性では横ばい、女性では増加しており改善が必要である。

「健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）」の周知を行うほか、「プラス・テン」（毎日プラス 10 分身体を動かそう）をテーマに掲げた周知等の取組、健康増進施設の活用等を含む運動しやすい環境づくりの整備に取り組んでいる。運動習慣のある者の割合は、減少傾向であり改善が必要である。

特定健診・特定保健指導による肥満の改善指導のほか、文部科学省、厚生労働省、農林水産省が連携して策定している「食生活指針」の項目に「適度な運動とバランスのよい食事で適正体重の維持を。」を追加し、運動と食事の重要性について普及啓発を行っている。適正体重を維持している者の割合は、20 歳～60 歳代男性の肥満、40 歳～60 歳代女性の肥満、20 歳代女性のやせについて、更なる改善が必要である。

食塩摂取量、野菜・果物の摂取量についても更なる改善が必要で、スマート・ライフ・プロジェクトや食生活指針、食事バランスガイド等による等普及啓発を行っている。

1011	成人喫煙率	2018 年 17.8%	2017 年 17.7%
1012	未成年者喫煙率	2017 年 中学1年生 男子　0.5%　女子　0.5% 高校3年生 男子　3.1%　女子　1.3%	2014 年 中学1年生 男子　1.2%　女子　0.8% 高校3年生 男子　5.6%　女子　2.5%
1013	妊娠中の喫煙率	2017 年 2.7%	2013 年 3.8%
1014	禁煙希望者の割合	2018 年 32.4%	2017 年 28.9%
1015	望まない受動喫煙 の機会を有する者の割合	2018 年 飲食店　36.9% 行政機関　7.0% 医療機関　5.4% 職場　28.0%	2017 年 飲食店　42.4% 行政機関　8.1% 医療機関　7.4% 職場　30.1%
1016	ハイリスク飲酒者の割合	2018 年度 男性：15.0% 女性：8.7%	2017 年度 男性：14.7% 女性：8.6%

[9]国民健康・栄養調査における生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者

		2018 年度	2017 年度
1017	運動習慣のある者の割合	（20～64 歳） 男性：21.6%　女性：16.6% （65 歳以上） 男性：42.9%　女性：36.5%	（20～64 歳） 男性：26.3%　女性：20.0% （65 歳以上） 男性：46.2%　女性：39.0%
1018	適正体重を維持している者の割合	〈肥満者〉 20～60 歳代男性：33.6% 40～60 歳代女性：22.0% 〈やせ〉 20 歳代女性：19.8%	〈肥満者〉 20～60 歳代男性：32.8% 40～60 歳代女性：22.2% 〈やせ〉 20 歳代女性：21.7%
1019	食塩摂取量	10.1g	9.9g
1020	野菜・果物の摂取量	野菜　281.4g	野菜　288.2g
1021	野菜・果物の摂取不足の者の割合	果物　60.5%	果物　58.6%

②感染症対策について

（進捗状況及び指標測定結果）

HPVワクチンについては、積極的な勧奨を差し控えることとした取扱いを終了し、個別の接種勧奨を基本的に 2022 年４月から順次実施することとした。これまでに接種機会を逃した方に対し、公費による接種機会を提供すること等について、引き続き厚生科学審議会において議論していく。

肝炎対策については、肝炎の治療促進のための環境整備、肝炎ウイルス検査の促進、肝炎に係る診療及び相談体制の整備、国民に対する肝炎に係る正しい知識の普及啓発並びに肝炎に係る研究の推進の５本の柱からなる肝炎総合対策を進めている。

HBs 抗原・HCV 抗体陽性率はわずかに低下しており、出生年が後になるほど HBs 抗原・HCV 抗体陽性率が低い傾向が認められた。肝炎ウイルス検査の受検率・認識受検率いずれにおいても増加傾向であった。B型肝炎の予防接種については、2016 年 10 月から予防接種法に基づく定期の予防接種に位置づけられ、接種率が9割を越えるている。これらについては、概ね評価できる内容となった。

成人T細胞白血病と関連するヒトT細胞白血病ウイルス１型（以下、「HTLV―1」という。）については、2010 年に取りまとめられたHTLV―1総合対策に基づき対策を進めている。対策の推進に当たっては、患者団体、学識経験者その他の関係者から意見を求めるため、HTLV―1対策推進協議会を年１，２回程度開催している。また、H

TLV―1関連研究については、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（Japan Agency for Medical Research and development。以下「AMED」という。）の研究班等において、HTLV-1 の実態把握と感染メカニズム解析や HTLV-1 の検査法の改善等に対しての研究を行っている。

参1	B 型・C 型 肝炎ウイルス感染率	2012-2016 年初回供血者 HBs 抗原陽性　0.18% HCV 抗体陽性　0.13%	2007-2011 年初回供血者 HBs 抗原陽性　0.20% HCV 抗体陽性　0.16%
参2	B 型・C 型 肝炎ウイルス検査受検率[10]	2017 年 HBV 認識受検　20.1% HBV 受検率　71.0% HCV 認識受検　18.7% HCV 受検率　61.6%	2011 年 HBV 認識受検　17.6% HBV 受検率　57.4% HCV 認識受検　17.6% HCV 受検率　48.0%
参3	B 型肝炎 定期予防接種実施数	2018 年 第 1 回　889,585（94.4%） 第 2 回　891,987（94.7%） 第 3 回　869,588（92.3%）	2017 年 第 1 回　944,509（98.1%） 第 2 回　938,825（97.5%） 第 3 回　960,948（99.8%）
参4	ヒト T 細胞白血病ウイルス 1型感染率[11]	2014-2015 年 0.12%	2006-2007 年 0.32%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

たばこ対策については、2022 年度までに成人喫煙率 12%とすることを目標としていたが、中間評価の時点で目標を達成できておらず、より一層のたばこ対策を推進していく必要がある。

また、ハイリスク飲酒や運動習慣についても、目標値に対して進捗状況が不十分であるため、引き続きの取組が求められる。食塩摂取量については、この 10 年間でみると男性では減少しているが、女性はここ数年では減少は見られないため、引き続き取組を推進していく必要がある。野菜や果物の摂取量については、さらなる改善が必要であり、引き続きの取組が求められる。

2022 年4月より、HPVワクチンの個別の接種勧奨が順次実施されていくこと等を踏まえ、子宮頸がんの年齢調整罹患率の推移を注視し、それを踏まえて適切な対応を

[10] 認識受検とは、肝炎検査を受検したことがあり、かつ受診者自身が肝炎ウイルス検査を受診していることを自覚して受ける検査。

[11] HTLV-1 について、2006 年・2007 年はIF法による判定、2014 年・2015 年はWB法による判定を行った。

行っていく必要がある。

（2）がんの早期発見、がん検診（2次予防）

（個別目標）

国は、男女とも対策型検診で行われている全てのがん種において、がん検診の受診率の目標値を50%とする。

国は、精密検査受診率の目標値を 90%とする。

国は、「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」を１年以内に策定し、職域での普及を図る。

①受診率向上対策について

（進捗状況及び指標測定結果）

がん検診の受診率向上に向けて、これまでに、対象者一人一人への受診勧奨・受診再勧奨や、子宮頸がん検診・乳がん検診の受診クーポン券の配布等に取り組んできた。2019 年４月には、「ナッジ理論[12]」に基づいた好事例等を紹介した「受診率向上施策ハンドブック第２版」を公表し、受診率向上に向けた取組を行っている。

がん検診の受診率は、いずれの検診においても増加傾向であったものの、ほとんどの領域で目標の 50%には達成していない。また、比較できるデータがないため正確な評価は困難であるが、新型コロナウイルス感染症の影響により、検診の受診者が 1～2割程度減少しているとの報告もあり、新型コロナウイルス感染症が目標達成に向けて後退する要素となっていることも踏まえ、更なる受診率向上の取組が必要である。

個別受診勧奨（コール）・個別受診再勧奨（リコール）の推進にも取り組んでおり、個別の受診勧奨は約8割、再勧奨については約5割の自治体で実施され、いずれの実施割合も増加傾向であった。

[12] 対象者に選択の余地を残しながらも、より良い方向に誘導する手法

			2019 年		2016 年	
			男性	女性	男性	女性
1031	がん検診受診率[13]	胃がん	48.0%	37.1%	46.4%	35.6%
		肺がん	53.4%	45.6%	51.0%	41.7%
		大腸がん	47.8%	40.9%	44.5%	38.5%
		子宮頸がん	―	43.7%	―	42.4%
		乳がん	―	47.4%	―	44.9%

			2018 年		2017 年	
			個別受診勧奨	個別受診勧奨を実施した自治体のうち、検診未受診者に対する個別再勧奨（全員又は一部）を実施した自治体	個別受診勧奨	個別受診勧奨を実施した自治体のうち、検診未受診者に対する個別再勧奨（全員又は一部）を実施した自治体
参5	コールリコールを実施している市区町村の割合	胃がん	83.3%	46.1%	81.2%	44.7%
		肺がん	82.3%	44.7%	79.8%	42.7%
		大腸がん	85.2%	52.5%	84.0%	50.4%
		子宮頸がん	86.7%	60.2%	81.9%	57.3%
		乳がん	85.4%	58.5%	82.5%	57.3%

②がん検診の精度管理等について

（進捗状況及び指標測定結果）

精密検査未受診者への郵送や電話などによる個別受診再勧奨の取組が、自治体において行われているが、精密検査受診率については、多くのがん種で十分とは言えず、改善が必要である。また、新型コロナウイルス感染症の流行が、精密検査受診率にどのような影響を与えたかについては評価ができていない。

精密検査未把握率や精密検査未受診率については、未だ一定程度の割合が認め

[13] 胃がん、肺がん、乳がん、大腸がんは 40 歳～69 歳。子宮頸がんは 20 歳～69 歳。健診等（健康診断、健康診査及び人間ドック）の中で受診したものを含む。乳がん・子宮頸がんは過去2年に受診したもの。2016 年の数値は、熊本県を除いたもの。

られ、更なる減少に向けた取組が必要である。

指針に基づくがん検診を実施している市区町村の割合は、胃がんが特に低いが、これは指針に基づく年齢・間隔を 2016 年度に変更したところ、当分の間は従前の取り扱いでも差し支えないとしているためであり、評価が困難である。また、乳がん検診の 40 歳未満での実施、乳がん検診や子宮頸がん検診の逐年実施を行っている市町村が多いと考えられる。

指針に基づかないがん検診の実施率は、85.4%と高い状況が続いていた。これらの検診のうち、最も多いものは、前立腺がん検診（PSA 検査）となっており、その他、子宮体がん検診や肝臓がんの検診（エコー）などである。

がん検診の「事業評価のためチェックリスト」等により実施状況を把握することとしており、自治体において、チェックリストの全項目のうち、60～80%の項目を実施するなど、実施率は向上している。

職域におけるがん検診については、「職域におけるがん検診に関するワーキンググループ」の報告書として、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を 2018 年3月に公表し、科学的根拠に基づくがん検診の普及啓発に取り組んでいるところであり、取組について評価はできる。

			2016 年度	2015 年度
1032	精密検査受診率 精検機関より精検結果の報告があったもの。もしくは、受診者が詳細（精検日・受診機関・精検法・精検結果の 4 つ全て）を申告したもの。	胃がん（X線）	80.7%	81.7%
		胃がん（内視鏡）[14]	83.6%	―
		肺がん	83.0%	83.5%
		大腸がん	70.6%	70.1%
		子宮頸がん	75.4%	74.4%
		乳がん	87.8%	92.9%
参6	精密検査未把握率 精検受診の有無がわからないもの。および（精検受診したとしても）精検結果が正確にわからないもの全て（すなわち、上記の精検受診、未受診以外のもの全て）。	胃がん（X線）	11.5%	7.4%
		胃がん（内視鏡）	13.6%	―
		肺がん	10.6%	10.0%
		大腸がん	16.6%	17.2%
		子宮頸がん	17.6%	18.3%
		乳がん	8.9%	9.1%

[14] 胃がん（内視鏡）は、2016 年から指針に導入。

			2016 年度	2015 年度
参7	精密検査未受診率 要精検者が精検機関に行かなかったことが判明しているもの（精検として不適切な検査とは、1）大腸がん検診における便潜血検査の再検、および2）肺がん検診における喀痰細胞診要精検者に対する喀痰細胞診の再検を指す）。	胃がん（X線）	7.7%	10.9%
		胃がん（内視鏡）	2.6%	―
		肺がん	6.4%	6.5%
		大腸がん	12.8%	12.7%
		子宮頸がん	6.9%	7.3%
		乳がん	3.3%	3.5%

			2018 年度	2017 年度
1033	指針に基づくがん検診を実施している市区町村の割合[15]	胃がん	対象年齢　4.8% 受診間隔　5.3%	対象年齢　4.2% 受診間隔　4.6%
		肺がん	対象年齢　80.1% 受診間隔　98.8%	対象年齢　79.4% 受診間隔　98.7%
		大腸がん	対象年齢　76.4% 受診間隔　99.6%	対象年齢　75.7% 受診間隔　99.7%
		子宮頸がん	対象年齢　97.1% 受診間隔　35.1%	対象年齢　96.4% 受診間隔　34.1%
		乳がん	対象年齢　61.3% 受診間隔　40.3%	対象年齢　60.2% 受診間隔　39.8%
参8	指針に基づかないがん検診を実施している市区町村の割合		85.4%	87.2%

15 胃がん検診については、指針に基づく年齢・間隔を 2016 年度よりそれまでの 40 歳以上・逐年から 50 歳以上・隔年と変更してたため、当該調査についても変更後の定義用いて実施しているが、指針において、当分の間は従前の取り扱いでも差し支えないとしていることから、他のがん種に比べて実施率が低くなっている。肺がん、乳がん、大腸がんは 40 歳～74 歳。子宮頸がんは 20 歳～74 歳。胃がんは、エックス線は 40 歳～74 歳、内視鏡は 50～74 歳。数値については、四捨五入により 100%とならない場合がある。

				2018 年度	2017 年度
1034	「事業評価のためのチェックリスト」を実施している市区町村の割合	胃がん	集団	X 線　79.1% 内視鏡　66.5%	76.0%
			個別	X 線　67.4% 内視鏡　66.3%	63.6%
		大腸がん	集団	78.6%	75.6%
			個別	68.0%	64.0%
		肺がん	集団	78.5%	75.5%
			個別	66.3%	61.6%
		乳がん	集団	79.1%	75.7%
			個別	69.8%	65.8%
		子宮頸がん	集団	78.9%	75.5%
			個別	69.9%	66.2%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がん検診の受診率は、男女とも全てのがん種で上昇傾向にあるが、男性の肺がん検診を除いて、目標値の 50%を達成できていない。さらに新型コロナウイルス感染症の影響により後退していることも想定され、受診率の推移については注視していく必要がある。

引き続き、がん検診のあり方に関する検討会での議論も踏まえ、がん検診に関する情報提供、受診率向上の取組や受診勧奨を推進し、国民が利用しやすい体制を整備していく必要がある。

職域におけるがん検診については、その位置づけが不明確であり、実施状況や精密検査の受診状況を把握する仕組みがないため、その手法について引き続き検討が必要である。

また、がん検診の精度管理について、がん検診受診後の精密検査受診に繋げる取組を推進しつつ、指針に基づくがん検診の実施や、チェックリストの実施について、市区町村への働きかけをより一層推進していく必要がある。

2. 患者本位のがん医療の充実

（1）がんゲノム医療

（個別目標）

国は、ゲノム情報等を活用し、個々のがん患者に最適な医療を提供するため、「ゲ

ノム情報を用いた医療等の実用化推進タスクフォース」や「がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会」の報告書を踏まえ、本基本計画に基づき、段階的に体制整備を進める。また、「がんゲノム医療推進コンソーシアム」を形成すること、2年以内に拠点病院等の見直しに着手することなど、がんゲノム医療を提供するための体制整備の取組を進める。

（進捗状況及び指標測定結果）

2018 年8月に、がんゲノム医療の第三者的立場での科学的評価と、それに基づくがんゲノム医療の方向性の策定等の役割を担うがんゲノム医療推進コンソーシアム運営会議が発足し、第 1 回の会議が開催された。その後、2019 年6月に、がんに関する遺伝子パネル検査2品目が保険収載されて以降、がんゲノム医療が本格的に開始された。全ての都道府県でがんゲノム医療中核拠点病院等が整備され、がんゲノム医療中核拠点病院等の数は、2020 年度には 206 施設となった。がんゲノム医療に従事する者の数も、それぞれ増加した。その結果、2021 年3月までに、年間およそ1万例、総計およそ1万5千例の患者がパネル検査を受検した。また、これらに伴い、がんゲノム医療中核拠点病院等において遺伝カウンセリングを実施した患者数についても増加傾向となった。これら一連の対応については、概ね評価できるものであった。

ゲノム情報及び臨床情報等の集約・管理・利活用を目的として、2018 年6月にがんゲノム情報管理センターが開設され、関連情報の収集、利活用に向けた取組等を開始している。全てのがん患者のうち、ゲノム情報を活用したがん医療について必要な情報を取得できたと感じている割合は、2018 年度は 17.0%であり、更なる周知が必要である。

また、2019 年 12 月に「全ゲノム解析等実行計画（第1版）」が作成され、全ゲノム解析についても日常診療への導入を目指す研究開発を加速させている。

2011	がんゲノム医療中核拠点病院等の数	2020 年度　206 中核拠点病院：12 拠点病院：33 連携病院：161	2019 年度　167 中核拠点病院：11 拠点病院：34 連携病院：122
2012	がんゲノム医療中核拠点病院等が整備されている都道府県数	2020 年度 47	2018 年度 47
2013	遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師数	2020 年度 938	2019 年度 801

2014	遺伝医学に関する専門的な 遺伝カウンセリング技術を有する者の数	2020 年度 542	2019 年度 437
2015	遺伝カウンセリング等を行う部門に つないだりする者の数	2020 年度 1,049	2019 年度 871
2016	薬物療法に専門的な知識及び技能を 有する医師の数	2020 年度 725	2019 年度 687
2017	遺伝子パネル検査を受けた患者数	2020 年 7,467	2019 年 927
2018	遺伝カウンセリングを実施した患者数	2020 年度 11,562	2019 年度 7,373
2019	がんゲノム情報管理センターに 登録された患者数	2020 年度 10,547	2019 年度 4,332
2020	ゲノム情報を活用したがん医療について がん患者が必要な情報を取得できた割合	2018 年度 17.0%	なし

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がんゲノム医療の診療提供体制の整備について一定の評価はできる。がんゲノム医療を一層推進していくために、遺伝子パネル検査後に当該検査結果に基づいて提示された治療薬を投与された患者数等、アウトカムに係る評価の手法の検討や、関係する医療従事者の必要数を踏まえた人材育成、ゲノム医療に関する情報提供及び普及啓発について、引き続き、一層の取組が必要である。また、「全ゲノム解析等実行計画」の着実な推進も必要である。

（2）がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法の充実

（個別目標）

国は、新たながん医療提供体制について、2年以内に検討する。必要に応じて拠点病院等の整備指針の見直しを行い、拠点病院等の機能を更に充実させる。

国は、がん医療の質の担保と効率的・効果的な推進に資するため、手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法に関するそれぞれの専門的な学会が、それらの治療法に関する最新の情報について互いに共有した上で、周知啓発を行うよう要請する。

①がん医療提供体制について（医療提供体制の均てん化・集約化、医療安全、制度の持続可能性等）

（進捗状況及び指標測定結果）

がん医療提供体制について、2018 年7月にがん診療連携拠点病院等の整備に関する指針を改定し、拠点病院等を中心として、標準的な手術療法、放射線療法、薬物療法、緩和ケア等の提供、がん相談支援センターの整備、院内がん登録及びキャンサーボードの実施等を推進しており、全体としての医療の質の向上や均てん化に向けた取組を進めている。

がんの５年生存率は、多くのがん種で少しずつではあるものの上昇傾向となっており、７～８割の患者が医療の進歩を実感している。また、９割を越える患者が納得のいく治療を受けられたとしており、がんの診断・治療全体の総合的評価について、2018 年度は、10 点満点中成人で 7.9 点、小児で 8.4 点であった。これらの内容については、概ね評価できるものの改善の余地があるものであった。

標準的治療の実施割合については、QI研究[16]が行われており、一定の割合で適切な治療がなされているとは考えられるものの、これらの評価については、患者の背景や標準的治療の推奨の程度、最終的な結果としての５年生存率等を踏まえて、評価をする必要があり、更なる知見の集積が必要である。

がん相談支援センターでは、セカンドオピニオンの提示が可能な医師の配置や医療機関の紹介ができるような体制整備を行っているところであり、がん治療前に、セカンドオピニオンに関する話を受けたがん患者の割合は、2018 年度で 34.9%であった。この数値については、どの程度であれば適切な割合なのかという点についても議論が必要ではあるが、更なる増加が望まれるものである。

また、EBM 普及推進事業Mindsに登録されているがんに関連した診療ガイドラインの数、患者用診療ガイドラインの数は、それぞれ増加している。学会やアカデミアの努力によりエビデンスを活用しやすい環境の整備が進められている状況が評価できるが、患者用診療ガイドラインについては、更なる取組の推進が求められる。

[16] 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会　がん登録部会　Quality Indicator 研究

2021	標準的治療の実施割合		2017 年	2016 年
		Stage Ⅲと診断された大腸癌患者のうち、術後8週間以内に標準的化学療法が施行された割合	54.8%	54.1%
		胃癌に対して根治手術を受け組織学的に取り扱い規約 Stage Ⅱ、Ⅲ(pT1,pT3N0 を除く)の進行癌と診断され6週以内に退院した患者のうち S-1 または CapeOX による術後化学療法が施行された割合	66.9%	68.1%
		Stage I～II の非小細胞肺癌と診断された患者のうち、外科治療又は定位放射線治療が実施された割合	88.8%	88.1%
		Stage Ⅱ、ⅢA の非小細胞肺癌と診断された患者のうち、プラチナ製剤を含む術後化学療法が行われた割合	40.2%	41.9%
		乳房温存術を受けた 70 歳以下の患者のうち、術後全乳房照射が行われた割合	74.9%	76.6%
		乳房切除術が行われ再発ハイリスクの患者のうち、術後照射が行われた割合	38.0%	40.1%
		催吐高リスクの抗がん剤が処方された患者のうち、同時に予防的制吐剤が使用された割合	90.9%	86.0%
		外来で麻薬が開始された患者のうち、同時あるいはそれ以前1か月以内に緩下剤の処方がされた割合	59.7%	61.0%

2022	がんの 5年生存率 (2001 の再掲)		2012-2013 年診断例	2010-2011 年診断例
		胃がん	62.0%	61.5%
		大腸がん	63.3%	63.5%
		肺がん	小細胞肺がん 10.4% 非小細胞肺がん 41.1%	36.3% 小細胞肺がん 10.6% 非小細胞肺がん 38.8%
		乳がん	87.7%	87.9%
		肝臓がん	肝細胞癌 38.7% 肝内胆管癌 16.8%	35.1%

2023[17]	医療が進歩していることを実感している患者の割合 （2003 の再掲）	2018 年度 成人：75.6%（比較値[18]：84.8%） 2019 年度 小児 71.7%	2014 年度 80.1%
2024	納得のいく治療を受けられたがん患者の割合 （2004 の再掲）	2018 年度 成人：81.4%（比較値：90.7%）	2014 年度 成人：84.5%
2025	がん治療前にセカンドオピニオンに関する話を受けたがん患者の割合	2018 年度 成人：34.9%	2014 年度 成人：40.3%
2026	がんの診断・治療全体の総合的評価 （2005 の再掲）	2018 年度 成人：7.9 点 2019 年度 小児：8.4 点	―
2027	診療ガイドラインの数	2021 年度 385	2020 年度 268
2028	患者用診療ガイドラインの数	2021 年度 35	2020 年度 28

②各治療法について

（ア）手術療法について

（進捗状況及び指標測定結果）

身体への負担の少ない手術療法や侵襲性の少ない治療等の普及に関わる取組を推進しており、ロボット支援下手術も含むがんの鏡視下手術が広く実施されていることについて一定の評価はできるが、鏡視下手術の割合がどの程度であれば適切かの判断に当たっては、さらに知見を集積する必要がある。

がんに対する質の高い手術療法を安全に提供するため、拠点病院等を中心に適切な実施体制や専門的な知識及び技能を有する医師の配置を推進してきたところであり、拠点病院における5大がん患者の術後 30 日以内の死亡率は、低いレベルに保たれている。

[17] 項目番号 2023-2026 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

[18] 前回調査と比較するために、実測値に比較補正係数をかけた値。

			2016 年	2015 年
2031	がんの鏡視下手術 （保険診療に係るもの） の割合	胃がん	48.9%[334 施設] 参考値[19]:47.1%[433 施設]	―
		大腸がん	67.8% [334 施設] 参考値:65.3% [433 施設]	
		肺がん	86.4%[310 施設] 参考値:81.9%[393 施設]	
		前立腺がん	83.1%[299 施設] 参考値:82.1%[379 施設]	
2032	拠点病院における 5大がん患者の 術後 30 日以内の死亡率	胃がん	0.26%	0.26%
		大腸がん	0.35%	0.31%
		肺がん	0.33%	0.29%
		乳がん	0.02%	0.02%
		肝がん	0.6%	0.38%
		5大がん	0.25%	0.22%

（イ）放射線療法について

（進捗状況及び指標測定結果）

がん診療連携拠点病院等のうち、外来放射線照射、直線加速器による定位放射線治療、IMRT[20]を行っている割合、放射線治療専門医が常勤で配置されている拠点病院等の割合は増加傾向であり、評価できるものであった。

また、緩和ケア研修の中でも緩和的放射線療法が教育項目として組み込まれているが、その修了者数は増加しており評価できる。

2033	外来放射線照射診療料を とっている拠点病院等の割合	2019 年度 70.6%	2018 年度 65.9%
2034	直線加速器による定位放射線治療加算を とっている拠点病院等の割合	2019 年度 72.5%	2018 年度 67.0%

[19] 2031 の参考値は院内がん登録データのみ

[20] 強度変調放射線治療

2035	IMRT加算をとっている拠点病院等の割合 （※IMRT：強度変調放射線治療）	2019 年度 57.8%	2018 年度 52.2%
2036	放射線治療専門医が 常勤で配置されている拠点病院等の割合	2019 年度 78.7%	2018 年度 76.4%
2037	自施設で核医学治療を 実施している拠点病院等の割合	2019 年度 57.8%	2018 年度 56.5%
2038	緩和ケア研修修了者数 （医師・医師以外）	2020 年度 145,727 人	2019 年度 139,467 人

（ウ）薬物療法について

（進捗状況及び指標測定結果）

がん診療拠点病院等において、転移・再発5大がん患者の化学療法を内科医が担当している拠点病院等の割合、がん専門薬剤師またはがん薬物療法認定薬剤師が配置されている拠点病院の割合、1拠点病院等あたりのがん薬物療法専門医数はいずれも横ばいであった。患者の病態に応じた適切な薬物療法を提供するため、専門的な医師や薬剤師、看護師、がん相談支援センターの相談員等の人材育成、適正配置に努め、それらの専門職等が連携し、患者に適切な説明を行うための体制整備が進められているところであり、また、学会等の取組による、専門人材の増加も進めているところであるが、更なる充実に向けた取組の工夫が必要である。

2039	転移・再発5大がん患者の化学療法を内科医が担当している拠点病院等の割合[21]	2019 年度 28.9%	2018 年度 30.0%
2040	がん専門薬剤師またはがん薬物療法認定薬剤師が配置されている拠点病院等の割合	2019 年度 86.7%	2018 年度 86.5%
2041	1拠点病院等あたりの がん薬物療法専門医数	2019 年度 1.90 人	2018 年度 1.90 人

（エ）科学的根拠を有する免疫療法について

（進捗状況及び指標測定結果）

近年「免疫チェックポイント阻害剤」等の免疫療法が治療選択肢の一つとなっているが、免疫療法については保険適用外で科学的根拠が十分でないものも多い。拠点病院等の整備指針において、「保険適応外の免疫療法を提供する場合は、原則として治験を含めた臨床研究、先進医療の枠組みで行うこと。」と定めており、拠点病院等

[21] 5大がんの転移・再発症例の全身化学療法のうち、8割以上を内科医が主となり担当している拠点病院の割合

に対して科学的根拠の乏しい免疫療法が適切な評価を行うことなく提供されることのないよう求めている。正しい知識の普及啓発のため、がん情報サービス等において、がん免疫療法に関する情報提供を行っているところであるが、「がんの免疫療法の中には、十分な科学的根拠がなく、注意を要するものがあると思う」という認識を持つ国民の割合は低く、更なる取組が求められる。

2042	臨床研究または先進医療の枠組みで 免疫療法を実施している拠点病院の割合	2019 年度 35.8%	2018 年度 42.6%
2043	科学的根拠を有する免疫療法について 国民が必要な情報を取得できている割合	2019 年 9.5%[22]	

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がんの医療提供体制及び各治療法については一定の取組の成果が見られるが、適切な評価のためには更なる知見の集積や、より適切な中間評価指標の設定が必要な項目も認められた。また、科学的根拠を有する免疫療法についての適切な普及啓発、セカンドオピニオンに関する情報提供、患者用診療ガイドラインの整備など、患者への適切な情報提供や普及啓発に関して、より一層の取組が必要である。

（3）チーム医療の推進について

（個別目標）

国は、がん患者が入院しているときや、外来通院しながら在宅で療養生活を送っているときなど、それぞれの状況において必要なサポートを受けられるようなチーム医療の体制を強化する。

（進捗状況及び指標測定結果）

拠点病院等における医療従事者間の連携をさらに強化するために、緩和ケアチームを含む様々な専門チームに依頼する等により、一人ひとりの患者に必要な治療やケアについて、それぞれの専門的な立場から議論がなされた上で、患者が必要とする連携体制が取られるよう環境の整備が進められている。

全てのがん診療連携拠点病院等において、専門チームが整備されており、殆どの施設で多数の専門チームが整備されていることは評価できる。一方で、がん診療連携拠点病院等以外の医療機関においては更なる改善が求められる。

[22] 複数選択の中の「がんの免疫療法の中には、十分な科学的根拠がなく、注意を要するものがあると思う」と回答した者の割合

がん診療を統括する診療部（腫瘍センター等）はがん診療連携拠点病院等のおよそ半数に設置されており、1拠点病院あたりのキャンサーボード[23]開催数は、年間約200回と総合的ながん診療の推進が進んできており、評価できる。主治医以外にも相談しやすいスタッフがいた患者の割合は、成人で48.8%、小児で78.0%と小児で高くなっており、成人に対しても更なる取組が求められる。

2051	専門チームを整備し、がん患者に関してコンサルテーションを行っている拠点病院の割合	2019年度 100%	2018年度 100%
2052	緩和ケアチームを設置している 一般病院の割合[24]	2017年度 14.8%	2014年度 13.3%
2053	拠点病院以外の病院で緩和ケアチームの新規介入患者数が、年間50件以上の病院数	2018年度 215病院	
2054	がん診療を統括する診療部（腫瘍センター等）が設置されている拠点病院の割合	2019年度 51.4%	2018年度 47.8%
2055[25]	主治医以外にも 相談しやすいスタッフがいた患者の割合	2018年度　成人：48.8% 2019年度　小児：78.0%	
2056	1拠点病院あたりのキャンサーボード開催数	2018年度 192.5回	2017年度 206.6回

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

拠点病院等では、チーム医療の体制整備が進められているが、拠点病院等以外の医療機関における取組の充実や、医療機関同士の連携が求められる。特に拠点病院等以外の医療機関に対しては、人員や体制の確保など課題も多く、がん診療提供体制のあり方に関する検討会やがんの緩和ケアに係る部会等での議論を踏まえ、引き続き、拠点病院等における取組との連携も含め、どのような取組を進めていくべきか検討が必要である。

[23] 手術、放射線療法および化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師や、その他の専門医師及び医療スタッフ等が参集し、がん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンスをいう。

[24] 一般病院とは精神科病院以外の病院をさす。

[25] 項目番号2055の患者体験調査の対象となる患者は19歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は18歳以下で回答者はその家族等。

（4）がんのリハビリテーション

（個別目標）

国は、がんのリハビリテーションに携わる有識者の意見を聴きながら、拠点病院等におけるリハビリテーションのあり方について、3年以内に検討し、その結果について、拠点病院等での普及に努める。

（進捗状況及び指標測定結果）

リハビリテーション専門医が配置されている拠点病院等の割合、通院・入院中のがん患者でリハビリテーションを受けた患者の割合、がんリハビリテーション研修プログラムを修了している医療従事者の人数は、それぞれ増加しており評価できる。

がんリハビリテーションが適切に提供されるよう、がんリハビリテーション研修が実施され、国内各地で研修を受講できる体制が構築されている。また厚生労働科学研究において、グループワークを中心とした集合学習とe-ラーニングシステムを組み合わせた効果的な研修プログラムの策定に関する研究が行われており、引き続き、その効果について検証が行われている。

他方で、がんのリハビリテーションについては、拠点病院等の整備指針に明記されておらず、施設ごとのリハビリテーション提供体制に差異がある状況である。整備指針の改定に向けて議論をする方針であったが、予定に遅れがあり、2022年の改定に向けて検討していく方針となっている。

2061	リハビリテーション専門医が配置されている拠点病院の割合	2019年度 46.6%	2018年度 43.9%
2062	拠点病院に通院・入院中のがん患者でリハビリテーションを受けた患者の割合	2016年度 30.7%	2012年度 19.7%
2063	がんリハビリテーション研修プログラムを修了した医療従事者の人数	2019年度 43,324	2018年度 38,141

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

拠点病院等を中心とした取組の成果が見られているが、リハビリテーションは患者の残された機能を最大限に活かす観点や、社会復帰の観点から重要なテーマであり、拠点病院等以外の医療機関や在宅医療等においても推進していくことが求められており、がん診療提供体制のあり方に関する検討会等での議論を踏まえ、引き続き検討及び対策の充実が必要である。

（5）支持療法の推進

（個別目標）

国は、がん治療による副作用・合併症・後遺症により、患者とその家族のQOLが低下しないよう、患者視点の評価も重視した支持療法に関する診療ガイドラインを作成し、医療機関での実施につなげる。

（進捗状況及び指標測定結果）

拠点病院等では高リスク催吐化学療法時の予防的制吐剤の処方や、外来麻薬鎮痛開始時の緩下剤の処方など、一定の支持療法が実施されており、評価できる。さらに、厚生労働科学研究において、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症を軽減し、患者の QOL を向上させるため、支持療法に関する実態の把握、均てん化を目指した研究等が行われているほか、薬物療法による合併症に関するガイドラインの改訂、がん患者の精神心理的な支援に関する診療ガイドラインの作成等が進められている。

患者支援も重視した支持療法に関するガイドラインの作成が進められており、ガイドライン数が増加していることについて一定の評価はできるものの、更なる充実が必要である。

治療による副作用の見通しを持てた患者の割合、身体的つらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談ができると思う患者の割合、外見の変化に関する相談ができた患者の割合はいずれも初めて調査が実施され、一定の取組がなされていることが明らかになったが、今回の調査結果のみをもって評価することは難しく、相談できなかった理由の把握等、更なる知見の集積が必要である。いずれにせよ、より適切な情報提供や相談支援ができるよう、取組を充実させる必要がある。

リンパ浮腫外来、ストーマ外来が設置されている拠点病院等の割合は、いずれも増加傾向で評価はできるが、対象となるがん診療を実施している全ての拠点病院等での実施が求められる。リンパ浮腫については、がんリハビリテーション研修の一環として行われる「新・リンパ浮腫研修」により、人材育成が進められている。

			2016 年	2015 年
2071	拠点病院において 支持療法に関する標準診療を 実施された患者の割合	高リスク催吐化学療法時 予防的制吐剤処方率	75.0%	75.5%
		高リスク催吐化学療法時 予防的制吐剤処方率 （リンパ腫を除外[26]）	86.0%	85.9%
		外来麻薬鎮痛開始時 緩下剤処方率	61.0%	61.7%

			2018 年度	
			拠点	非拠点
2072	支持療法に関する 標準診療を実施して いる医師の割合[27]	①がん疼痛に対するオピオイドの処方を適切に実施している医師の割合	69.1%	70.7%
		②神経障害性疼痛に関する標準的診療を実施している医師の割合	59.4%	59.1%
		③呼吸困難に関する標準的診療を実施している医師の割合	65.4%	66.7%
		④せん妄に関する標準的診療を実施している医師の割合	47.6%	48.8%

2073	支持療法に関するガイドラインの数	2021 年度 20	2020 年度 13
2074[28]	治療による副作用の見通しを持てた 患者の割合	2018 年度　成人：61.9% 2019 年度　小児：69.2%	
2075	身体的なつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談ができると思う患者の割合	2018 年度　成人：46.5%	

[26] リンパ腫については、催吐高リスクに該当する化学療法が行われ得るものの、レジメンによっては多量のステロイドを併用することがあり、催吐高リスクの化学療法で推奨されている「アプレピタント、５－HT3 受容体拮抗型制吐剤、デキサメサゾン」の3剤併用による予防的制吐剤の投与が必要かは議論があるところである。そのため、リンパ腫も含めて計算すると過小評価となる可能性があり、リンパ腫を除外した割合についても記載している。

[27] がん疼痛、神経障害性疼痛、呼吸困難、せん妄に関し、それぞれの標準的な支持療法を行っているかどうかについて、そう思う、または、とてもそう思う、と回答した医師の割合を拠点病院と非拠点病院について算出。

[28] 項目番号 2074-2076 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

2076	外見の変化に関する相談ができた患者の割合	2018 年度　成人：28.3% 2019 年度　小児：51.8%	
2077	リンパ浮腫外来が設置されている拠点病院等の割合	2019 年度 51.6%	2018 年度 49.9%
2078	ストーマ外来が設置されている拠点病院等の割合	2019 年度 89.2%	2018 年度 86.3%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

支持療法について、一定の実態把握がなされたものの、適正な評価のためには更なる知見の集積が必要である。一方で、治療による副作用の見通しが持て、身体的苦痛や外見の変化等あった際に医療スタッフに容易に相談できるような体制、リンパ浮腫やストーマ管理などの専門的なケアが受けられる、外来も含めた、体制の確保・充実に向けて、更なる取組が必要である。

（6）希少がん、難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策）

（個別目標）

国は、希少がん患者が適切な医療を受けられる環境を整備するため、中核的な役割を担う機関を整備し、希少がん対策を統括する体制を2年以内に整備する。

国は、希少がん及び難治性がんに対するより有効性の高い診断・治療法の研究開発を効率的に推進するため、国際的な研究ネットワークの下で行うなど、がん研究を推進するための取組を開始する。患者に有効性の高い診断法・早期発見法・治療法を速やかに提供するための体制づくりを進める。

（進捗状況及び指標測定結果）

国立がん研究センターにおいて、希少がんの各地域における診療実績を公開しているが、2018 年度の公開がん種数は2種類と少なく、更なる充実が強く求められる。

また、がん情報サービスでは、希少がんを含めたがんの解説などの情報提供を行っており、希少がんセンターでは、希少がんに関する情報発信や、患者やその家族だけでなく医療従事者も相談することのできる希少がんホットラインなどを整備している。

がん診療提供体制のあり方に関する検討会にて、国立がん研究センターを希少がん中央機関として位置づけ、希少がん医療を統括することとし、希少がん患者の集約化や専門施設の整備、希少がんに対応できる病院と地域の拠点病院等や小児がん拠点病院との連携を推進し、専門医の少ない地方の患者を適切な医療につなげる対策を講じている。一方で、希少がん患者の初診から診断までの時間が1ヶ月以内であ

った割合はやや減少し、診断から治療開始までの時間が1ヶ月以内であった割合は増加したものの、2週間未満の割合は減少しており、円滑な連携のための更なる取組が求められている。

希少がんについて、専門的な医療を受けられたと感じているがん患者の割合は80.0%と評価できるものであった。患者に有効性の高い診断法・早期発見法・治療法を速やかに提供するための体制作りを進めている。

厚生労働科学研究において、国立がん研究センターに加えて、国内数か所に広域拠点となる地域希少がんセンターを整備し、これらのセンターを中核として、希少がん患者ができるかぎり住み慣れた場所の近くで、納得のいく信頼できる診療や医療相談を受けられる体制・ネットワークを構築するためのモデルを作成することを目指している。

2081	希少がん情報公開専門施設における公開がん種数	2018 年度 2種類

2082	希少がん患者の初診から診断までの時間、診断から治療開始までの時間			2018 年度	2014 年度
		初診から診断	2週間未満	38.1%	42.1%
			2週間以上1ヶ月未満	28.3%	28.4%
		診断から治療開始	2週間未満	31.2%	34.4%
			2週間以上1ヶ月未満	41.1%	31.1%

2083	希少がんについて、専門的な医療を受けられたと感じているがん患者の割合	80.0%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

希少がん対策について、取組の成果が見られている部分もあるが、患者への情報提供や医療機関の連携について、より一層の推進が必要である。また、より適切に評価できる中間評価指標についても、次期基本計画において検討が必要である。

また、難治性がん対策については、第3期基本計画において、がん研究を推進することで取組を進めてきたが、中間評価指標の設定がなかったため、次期基本計画

において、どのような評価指標を用いることが可能かについて、検討を行う。

（7）小児がん、AYA世代のがん、高齢者のがん対策

（個別目標）

国は、小児がん、AYA世代のがんを速やかに専門施設で診療できる体制の整備を目指して、「小児がん医療・支援のあり方に関する検討会」及び「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」で検討を行い、3年以内に、小児がん拠点病院とがん診療連携拠点病院等の整備指針の見直しを行う。

国は、高齢者のがん診療に関する診療ガイドラインを策定した上で、診療ガイドラインを拠点病院等に普及することを検討する。

（進捗状況及び指標測定結果）

小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるよう、全国に15か所の小児がん拠点病院及び2か所の小児がん中央機関を整備し、診療の一部集約化と小児がん拠点病院を中心としたネットワークによる診療体制の構築が進められている。整備指針の見直しについては、新型コロナウイルス感染症への対応等により進捗が遅れているが、2022年中に実施するべく、ワーキンググループが発足している。

小児がん患者、AYA世代で発症したがん患者の3年生存率は、それぞれ85%を越えており、一定の評価ができるが、今後はより長期間の指標で評価をする必要がある。

小児がん拠点病院は、「AYA世代への対応の強化」にも重点を置き、AYA世代がん患者について、がん診療連携拠点病院等への紹介も含めた適切な医療を提供できる体制を構築することとしている。一方で、がん診療連携拠点病院等では、AYA世代がん患者について治療、就学、就労、生殖機能等に関する状況や希望について確認し、必要に応じて、対応できる医療機関やがん相談支援センターに紹介することとして、小児がん拠点病院等とがん診療連携拠点病院等とが互いに連携をとりながらAYA世代がん患者への対応を行えるような体制の構築が進められている。

治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合は、成人（40歳未満）、小児のそれぞれで5割を越え、一定の周知はされていると評価できるものの更なる改善が求められるものであった。2021年度から、「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」が開始され、有効性等のエビデンスの集積も進めつつ、若いがん患者等が希望を持って病気と闘い、将来子どもを持つことの希望を繋ぐ取組の全国展開が図られており、評価できるものとなっている。

高齢者のがん対策については、厚生労働科学研究において、高齢者がん診療に対するがん種共通のガイドラインの策定を行っている。

		2015 年	2014 年
2091	小児がん患者の3年生存率	86.7%	87.7%
2092	AYA世代で発症したがん患者の3年生存率	87.8%	87.2%

2093[29]	治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合	成人（40 歳未満）	2018 年度 52.0%	2014 年度 48.2%
		小児	2019 年　53.8%	

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

小児がん、AYA世代のがん、高齢者のがん対策は、第3期基本計画の「がんとの共生」分野のライフステージに応じたがん対策の項目にも記載されている。次期基本計画においては、「がん医療」分野と「がんとの共生」分野のそれぞれで取り組むべき事項をより明確化していくとともに、それぞれの分野における取組の棲み分けを再検討することも求められる。

小児がん及びAYA世代のがん対策については、含まれる分野が幅広く、必ずしも均一な対策が適切とは言えない可能性もあり、次期基本計画においては、それらの特徴を考慮した対策を、がん診療提供体制のあり方に関する検討会等における検討内容も踏まえ、検討する必要がある。また、晩期合併症等に対し長期のフォローアップが求められることを考慮した中間評価指標を検討していく必要がある。

2021年より、妊よう性温存の事業が開始されたところではあるが、必要な方に支援が届くことが重要であり、普及啓発にも取り組む必要がある。

また、高齢者のがんについては、様々な部分で高齢化の影響を考慮する必要があり、第3期基本計画において評価指標設定のための研究を開始したところではあるが、未だ十分な評価ができていない。次期基本計画においては、当該研究結果も踏まえ、高齢者のがん対策について基本計画の中でどのように位置づけ、どのような対策及びその評価指標の設定が可能であるか、引き続き検討が必要である。

[29] 項目番号 2093 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

（8）病理診断

（個別目標）

国は、より安全で迅速な質の高い病理診断や細胞診断を提供するための環境を整備する。

（進捗状況及び指標測定結果）

がん診療連携拠点病院等の整備指針においては、がん診療連携拠点病院の病理診断の体制について「専従の病理診断に携わる常勤の医師を１人以上配置すること」と定め、拠点病院への病理医の配置を推進しているところ、常勤の病理専門医が１名以上配置されている拠点病院等の割合は微増していた。

「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会」において、正しく迅速な病理診断が必須とされたことを踏まえ、希少がん病理診断力の向上、国民の希少がん医療への貢献を目的に、日本病理学会と連携し、希少がん診断のための病理医育成事業が2018年度より行われている。

2101	常勤の病理専門医が1名以上配置されている拠点病院等の割合	2019年度 83.5%	2018年度 82.2%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がんの診療提供体制のあり方に関する検討会での議論を踏まえ、引き続き質の高い病理診断や細胞診断を提供する体制整備を進めていく必要がある。

（9）がん登録

（個別目標）

国は、がん登録によって得られた情報を利活用することによって、正確な情報に基づくがん対策の立案、各地域の実情に応じた施策の実施、がんのリスクやがん予防等についての研究の推進及び患者やその家族等に対する適切な情報提供を進める。

（進捗状況及び指標測定結果）

平成 28 年のがん登録法の施行後から届出件数は増加している。全国がん登録の精度管理については、MI 比は横ばいであるものの、%DCO は低下しており、登録情報の内容がより充実してきていると考えられる。また、安全管理に留意しつつも、がん登録情報の効果的な利活用についても検討しており、例えば、がん登録情報を活用して、市区町村におけるがん検診の感度・特異度の算出や、予後調査ができるような

体制を構築することについて検討が進められている。

2111	全国がん登録の精度指標としての MI 比[30]・%DCO[31]		2017 年	2016 年
		全国（男女）MI 比	0.38	0.37
		%DCO	2.06%	3.23%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

精度管理については一定の成果が見られており、引き続き、がん登録情報を用いた研究や患者への情報提供等、さらに利活用が推進されるよう取組を進めて行く必要がある。

（10）医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

（個別目標）

国は、拠点病院等や小児がん拠点病院の医師が、患者や家族に対して臨床研究、先進医療、医師主導治験、患者申出療養制度等についての適切な説明を行い、必要とする患者を専門的な施設につなぐ仕組みを構築する。また、がん患者に対し、治験や臨床試験に関する情報を提供する体制を整備する。

（進捗状況及び指標測定結果）

臨床試験・治験に関する窓口がある拠点病院等の割合は8割近くにのぼり、抗がん剤に関する治験については、2020 年度で 320 件と多くの治験が実施されている点は評価できる。拠点病院等において、臨床試験を行う場合は、患者に対して適切な情報提供を行うこと及び必要に応じて適切な医療機関に患者を紹介することを求めており、がん患者に対し、治験や臨床試験に関する情報を提供する体制の充実に向け、取組が進められた。また情報提供において、厚生労働科学研究では公益社団法人や企業等との協力によるパイロット事業の検討を行っている。

「がん研究 10 か年戦略」に基づき、革新的な治療法等を創出するための研究開発を推進しており、AMEDを通じて、アンメットメディカルニーズに応える新規薬剤開発についても研究が進められているが、これらの評価については、AMED 以外の状況も踏まえる必要があるものと考えられる。

---

[30] 一定期間におけるがん死亡数の、がん罹患数に対する比。Mortality/Incidence Ratio の略。

[31] がん登録において、死亡情報のみで登録された患者のこと。Death Certificate Only（DCO）の略。

また、がんゲノム医療に関連し、がんゲノム情報管理センターに集約しているゲノム情報及び臨床情報等を利活用するとともに、「全ゲノム解析等実行計画」によって収集される全ゲノム情報等の利活用についても併せて推進し、革新的な新規薬剤を開発するための環境整備に向けた取組が行われている。

2121	臨床試験・治験に関する窓口がある拠点病院の割合	2019 年度 78.0%	2018 年度 76.4%
2122	抗がん剤に関する治験の数	2020 年度 320 件 企業治験 287 件 医師主導治験 33 件	2019 年度 282 件 企業治験 237 件 医師主導治験 45 件

2123	アンメットメディカルニーズに応える新規薬剤開発		2020 年度	2019 年度
		①医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議において要望され抗がん WG における検討品目とされた数	6件	4件
		②抗がん WG にて検討され、医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議において開発要請した数	3件	3件
		③抗がん WG にて検討され、医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議において開発要請した品目のうち、承認された数	2件	1件

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がん研究については、「がん研究 10 か年戦略」に基づき、順調に進められている。「がん研究 10 か年戦略」中間評価の結果も踏まえつつ、患者のニーズに応じたがん研究が推進されるよう、次期戦略や次期基本計画の策定において、引き続き検討が必要である。また、がん患者に対し、治験や臨床試験に関する情報を提供する体制の整備についても、引き続き推進が必要である。

3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

（1）がんと診断された時からの緩和ケアの推進

（個別目標）

がんによる身体的な痛みは、患者の日常生活に重大な支障を来し、QOLを大きく

損ねる。このため、がん診療に携わる医療機関において、医療従事者は、徹底した疼痛ケアを行い、患者の日常生活動作に支障が出ないようにする。

国及びがん診療に携わる医療機関は、関係学会等と協力して、医師はもちろんのこと、がん診療に携わる全ての医療従事者が、精神心理的・社会的苦痛にも対応できるよう、基本的な緩和ケアを実施できる体制を構築する。

都道府県がん診療連携拠点病院においては、「緩和ケアセンター」の機能をより一層充実させる。地域がん診療連携拠点病院における「緩和ケアセンター」のあり方について、設置の要否も含め、3年以内に検討する。

拠点病院等以外の病院や緩和ケア病棟における緩和ケアの実態及び患者のニーズを調査し、その結果を踏まえ、緩和ケアの提供体制について検討を進める。

①緩和ケアの提供について

（進捗状況及び指標測定結果）

緩和ケアの提供に係る患者のニーズを把握するために、患者調査や遺族調査を実施したことは評価できる。これら調査により、心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合、身体的・精神心理的な苦痛を抱えている患者の割合、苦痛に伴い日常生活に支障を来している患者の割合は、それぞれ約3～4割と一定の割合を占めており、更なる緩和ケアの充実が求められている。

亡くなる前1か月間の療養生活について、痛みが少なくなかった割合、からだの苦痛が少なくなかった割合、おだやかな気持ちで過ごせなかった割合は、それぞれ約4～5割と、こちらも更なる改善が求められた。

都道府県がん診療連携拠点病院における「緩和ケアセンター」の機能を充実させるため、2018 年7月の整備指針改定において、ジェネラルマネージャーに関する要件の強化等を行った。 また、地域がん診療連携拠点病院における「緩和ケアセンター」のあり方については「がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」において設置の要否について検討されたが、その人員の要検等については十分な検討を行う必要があることから、慎重な議論が必要であるとされた。

2021 年からがんとの共生のあり方に関する検討会のもとにがんの緩和ケアに係る部会を発足し、緩和ケアに関する課題に対して、改めて課題を整理し、必要な取組について議論を開始したところである。

3011[32]	心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合	2018 年度　32.8%

[32] 項目番号 3011-3014 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

3012	身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	2018 年度 44.6%	2014 年度 42.6%
3013	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	2018 年度 38.0%	2014 年度 38.5%
3014	身体的・精神心理的な苦痛により日常生活に支障を来しているがん患者の割合	2018 年度　30.8%	
3015	療養生活の最終段階において、 身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	2018 年度 40.4%（痛み） 47.2%（からだの苦痛）	
3016	療養生活の最終段階において、精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	2018 年度　42.3%	

②緩和ケア研修会について

（進捗状況及び指標測定結果）

緩和ケア研修の修了者数は累計でおよそ 14 万人に達し、着実に増加している。引き続き研修を充実するために、2018 年度より e-ラーニングを導入し、また、患者の家族、遺族等に対するグリーフケアの提供についての研修プログラムを追加する等の見直しを行った。さらに、対象疾患をがん以外の疾患、受講者を医師以外の医療従事者、開催病院を拠点病院等以外に拡大した。

3017	緩和ケア研修修了者数（医師・医師以外） （2038 の再掲）	2020 年度 145,727 人	2019 年度 139,467 人

③普及啓発について

（進捗状況及び指標測定結果）

「がんと診断されたときからの緩和ケア」を推進するために、日本緩和医療学会に事業委託し、国民に対する緩和ケアの普及啓発活動を行っている。この中で「オレンジバルーンプロジェクト」として、市民公開講座や動画配信等を通じて、緩和ケアに関する基本的な知識や、医療用麻薬に関する正しい知識の普及啓発等を進めている。「緩和ケアを開始すべき時期」について、「がんと診断されたときから」と回答した者の割合や、医療用麻薬について、「正しく使用すれば安全だと思う」と回答した者の割合はおよそ半数に留まり、今後、さらに国民に正しい知識を持って頂けるよう普及啓発に取り組む必要がある。

		2019 年度	2016 年度
3018	国民の緩和ケアに関する認識[33]	52.2%	56.1%
3019	国民の医療用麻薬に関する認識[34]	48.3%	52.7%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

身体的・精神的等の苦痛の緩和、また苦痛を感じている患者への相談支援の体制や、緩和ケアに係る国民への普及啓発について、更なる取組の充実が求められており、がんとの共生のあり方に関する検討会やがんの緩和ケアに係る部会等での議論を踏まえ、今後の取組について、引き続き検討が必要である。

（2）相談支援及び情報提供

（個別目標）

国は、多様化・複雑化する相談支援のニーズに対応できるよう、関係学会との連携や相談支援従事者の研修のあり方等について、3年以内に検討し、より効率的・効果的な相談支援体制を構築する。

国は、ピア・サポートの実態調査、効果検証を行った上で、3年以内に研修内容を見直し、ピア・サポートの普及に取り組む。

国は、国民が必要な時に、自分に合った正しい医療情報を入手し、適切に治療や生活等に関する選択ができるよう、科学的根拠に基づく情報を迅速に提供するための体制を整備する。

①相談支援について

（進捗状況及び指標測定結果）

がん患者が、必要に応じて確実に支援を受けられるよう、拠点病院等の整備指針において、初診時等にがん相談支援センターについて説明することや、広報を行うことを定め取組を促している。

そのような中で、患者の3人中2人ががん相談支援センターについて知っているものの、利用したことがある人は、成人で 14.4%、小児で 34.9%に留まっている。実際に利用した者のうち、「役立った」と回答した人は、8割を越えていることを踏まえると、利用していない者に、本当にニーズがなかったのかを十分に見極める必要がある。その観点から、少なくとも成人については、利用者の更なる増加が求められる可能性があるものと考えられる。

33 「緩和ケアを開始すべき時期」について、「がんと診断されたときから」と回答した者の割合

34 「医療用麻薬に対する認識」について、「正しく使用すれば安全だと思う」と回答した者の割合

ピアサポーターについて知っているがん患者の割合、利用したことがある人の割合は低く、課題である。また、ピアサポート[35]活動の質の充実も必要である。「がん総合相談に携わる者に対する研修事業」において、患者団体及び関係学会と連携し、研修プログラム・テキストの改訂、都道府県に対する研修の企画やフォローアップに関する支援、がん患者・拠点病院等・都道府県向けの研修等を行っている。

治療開始前に病気のことや療養生活に関して相談することができたと感じる患者の割合、家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じている患者・家族の割合は、成人では増加しており、一定の評価はできるが、更なる充実が必要である。

3021	がん診断～治療開始前に病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合[36]（3002 の再掲）	2018 年度 76.3%	2014 年度 67.4%
3022	家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合（3003 の再掲）	2018 年度成人：48.7% （補正値[37]：57.6%） 2019 年度小児：39.7%	2014 年度 成人：37.1%
3023	がん相談支援センター/相談支援センターについて知っているがん患者・家族の割合	2018 年度成人：66.4% 2019 年度小児：66.4%	2014 年度 成人：56.0%
3024	ピアサポーターについて知っているがん患者の割合	2018 年度　27.3%	

②情報提供について

（進捗状況及び指標測定結果）

がんに関する情報は、膨大で、科学的根拠に基づいているとは言えない情報が含まれていることがあり、国民にとって分かりやすく正しい情報を届けることが重要である。そのため、がん情報サービスにおいて、標準治療や治験、療養等に関する情報提供を行うとともに、がん診療連携拠点病院等の整備指針において、自施設で標準的治療を提供できるがん種についてホームページ等で広報することや、がんゲノム医療や AYA 世代にあるがん患者への治療・支援などについて、患者への情報提供を求めている。また、がん教育についても、がん診療連携拠点病院等に対して、学校な

[35] がん患者・経験者やその家族が、同じような経験を持つ者と体験を共有し、問題解決のために共に考える取組のこと。

[36] 項目番号 3021-3024 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上。項目番号 3022・3023 の小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下。回答者はその家族等。

[37] 前回調査と比較するために、実測値に比較補正係数をかけた値。

どに医療従事者を外部講師として派遣し、がんに関する正しい知識の普及啓発につとめるよう求めるなど、関係各所と連携して普及啓発に取り組んでいる。

がん情報サービスにアクセスし、探していた情報にたどり着くことができた人の割合は、概ね7割でほぼ横ばいとなっており、一定の評価はできるが、さらに高みを目指すべきである。

コミュニケーションに配慮が必要な人に対しての、情報へのアクセスを確保するため、国立がん研究センターがん対策研究所は関係団体と協力し、点字資料や音声資料等を作成しており、順次更新作業を行っている。また、視覚や聴覚等の障がいをもつ人に対して、情報資料を継続的に提供できるよう、研究を推進している。

		2019 年度	2018 年度
3025	がん情報サービスにアクセスし、探していた情報にたどり着くことができた者の割合	71.6%	71.1%
3026	がん情報サービスにおける点字資料、音声資料数、資料の更新数	更新なし	8コンテンツ（音声）を更新

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

患者への相談支援や情報提供についての体制整備が進められてきているが、その更なる活用が求められている。活用状況の改善について、どのような対策が効果的であるか、「がんとの共生のあり方に関する検討会」での議論も踏まえ、引き続き検討が必要である。

（3）社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

（個別目標）

国は、がん患者がその療養する場所にかかわらず、質の高いがん医療を受けられるよう、２年以内に、地域連携体制について検討し、必要に応じて拠点病院等の整備指針の見直しを行い、拠点病院等の機能を更に充実させる。

拠点病院等は、医療と介護との連携を図りつつ、地域における緩和ケアの状況を把握し、地域における緩和ケアの提供体制について検討する場を３年以内に設けるなど、地域における他の医療機関との連携を図る。都道府県は、その開催状況を把握することに努める。

①拠点病院等と地域との連携について

（進捗状況及び指標測定結果）

地域連携体制や、拠点病院等の地域における緩和ケアの提供体制について検討を行い、拠点病院等の整備指針に「当該医療圏において、地域の医療機関や在宅診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援のあり方について情報を共有し、役割分担や支援等について議論する場を年1回以上設けること。」を新たに定めており、1拠点病院あたりの平均開催数（年間）は、5.5 回となっており、評価できるものとなっている。

一方で、がん治療前に、担当医からセカンドオピニオンについて話を受けたがん患者の割合は、減少している。「話はなかった」と回答した人（65.1%）のうち、9.1%が自分や家族からセカンドオピニオンについて尋ねており、ニーズに対応できていないものと考えられる。

3031	1拠点病院あたりの地域連携推進のための多施設合同会議の開催数	2019 年度 5.5 回	2018 年度 5.0 回
3032	がん治療前に、セカンドオピニオンに関する話を受けたがん患者の割合（2025 の再掲）	2018 年度 34.9%	2014 年度 40.3%

②在宅緩和ケアについて

（進捗状況及び指標測定結果）

がん患者とその家族が、望んだ場所で、適切な医療や支援を利用しながら過ごすことができるよう、取組を進めている。拠点病院等において都道府県と連携し、二次医療圏内の在宅療養支援診療所リストの作成や、在宅療養支援診療所の医師に対する緩和ケアに関する知識・技術の研修を実施するとともに、地域緩和ケアネットワーク構築事業で関係施設間の連携・調整を行う「地域緩和ケア連携調整員」を育成している（平成 28（2016）年度～令和元（2019）年度修了：延べ 307 チーム、959 名）。

在宅で亡くなったがん患者の満足度は、緩和ケア病棟で亡くなった方の満足度（82.4%）に次いで割合が高かった。望んだ場所で過ごせたがん患者の割合は他の疾患と比較すると最も高かったが、半数程度に留まり、一定の評価はできるものの更なる改善に向けた取組が求められる。

3033	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	2018 年度　78.8%
3034	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合	2018 年度　47.7%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

セカンドオピニオンに関する情報提供や、患者の望む場所で過ごすことができるよう

な在宅を含めた地域における緩和ケア提供体制の推進が必要である。

（4）がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）

（個別目標）

国は、3年以内に、「治療と仕事両立プラン（仮称）」を開発するとともに、そのプランを活用した、がん相談支援センターの相談員をはじめとする就労支援の関係者間の連携についてモデルを構築し、「治療と仕事両立プラン（仮称）」を用いた生活、介護及び育児の状況など、個々の事情に応じた就労支援を行うための体制整備を進める。

国は、3年以内に、医療機関向けに企業との連携のためのマニュアルを作成し、その普及を開始する。

国は、がん患者・経験者、その家族の生活の質を向上させるため、がん患者や家族に関する研究を行うことによって、その課題を明らかにする。また、既存の施策の強化や普及啓発など、更なる施策の必要性について検討する。

①就労支援について

（ア）医療機関等における就労支援について

（進捗状況及び指標測定結果）

がん患者等が治療と仕事を両立できるよう、両立支援コーディネーター[38]の育成・配置や、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」「企業・医療機関連携マニュアル」等を作成し、普及啓発を進めている点は評価できる。

また、診断時から、個々の事情に応じた就労支援を行うための「治療と仕事両立プラン」[39]を開発し、モデル事業を経て「がん患者の就労に関する総合支援事業」を拡充し、同プランを活用した就労支援を実施している点についても評価できる。

診断時、収入のある仕事をしていた人のうち、治療開始前に就労の継続について、病院の医療スタッフから話が「あった」と回答した人は4割程度に留まり、がん治療の開始前までに退職した人が多い点については、課題である。

がん相談支援センターにおける就労に関する相談件数は、年間 25,000 件の目標値を超えており、評価できる。

[38] 独立行政法人労働者健康安全機構において研修を実施し、2021 年3月末時点で 7,531 人を養成。（目標：2020 年度までに 2,000 人養成）

[39] 2017 年度厚労科研「働くがん患者の就労継続および職場復帰に資する研究」の研究班で作成。

3041[40]	治療開始前に、就労継続について 説明を受けたがん患者の割合	2018 年度　39.5%	
3042	がんと診断後も仕事を継続していたがん患者の割合	2018 年度　82.3%	
3043	退職したがん患者のうち、 がん治療の開始前までに退職した者の割合	2018 年度　56.8%	
3044	ハローワークと連携した就職支援を行っている 拠点病院等の数	2019 年度 216 病院	2018 年度 158 病院
3045	がん相談支援センターにおける 就労に関する相談件数[41]（※）	2019 年度 29,070 件	2018 年度 22,497 件

（イ）職場や地域における就労支援について

（進捗状況及び指標測定結果）

社内制度の導入を進めるために、「治療と仕事の両立支援助成金」の活用を促している。また、ポータルサイトによる情報発信や、シンポジウムの開催等を行うとともに、都道府県労働局を事務局とした「地域両立支援推進チーム」を設置し、企業文化の抜本改革、両立支援の普及推進を図っている。2019 年には全ての都道府県産業保健総合支援センターに両立支援コーディネーターを配置し、産業医が不在の中小企業等に対し、制度導入や教育等について具体的な支援を実施している。

治療と仕事を両立するための社内制度等を利用した人の割合は 36.1%、勤務上の配慮がなされていると回答した人の割合は、増加しており、一定の評価ができるものの更なる改善の余地がありうるものと考えられる。

3046	治療と仕事を両立するための社内制度等 を利用した患者の割合	2018 年度　36.1%	
3047	治療と仕事を両立するための勤務上の配 慮がなされているがん患者の割合	2018 年度 65.0% （比較値[42]：70.8%）	2014 年度 68.3%

[40] 項目番号 3041-3043、3046-3047 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上。

[41] 2019 年度報告の対象は 436 病院で、1 病院あたり平均 66.7 件、2018 年度報告の対象は 437 病院で、1 病院あたり平均 51.5 件となっている。

[42] 前回調査と比較するために、実測値に比較補正係数をかけた値。

②就労以外の社会的な問題について

（進捗状況及び指標測定結果）

治療による脱毛や爪の変化等について身近な医療従事者に相談し、苦痛を軽減できるよう、ガイドラインの改訂や医療従事者プログラムの実装化に向けた研究を進めている。また、2018 年 12 月には、運転免許証の申請時の写真について、医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布等で覆うこと（帽子やウィッグを使用すること）が認められるよう、道路交通法施行規則の一部改正を行った。同様に、2020 年4月、障害者手帳の交付申請時の写真について、身体障害者福祉法施行規則、療育手帳制度要綱及び精神障害者保健福祉手帳制度実施要領の一部改正を行った。

がん治療に伴う外見の変化に関する相談ができた人は、初めて調査が実施され、成人で 28.3%、小児で 51.8%であり、一定の取組がなされていることが明らかになったが、今回の調査結果のみをもって評価することは難しく、相談できなかった理由の把握等、更なる知見の集積が必要である。（再掲）

治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合は、成人（40歳未満）、小児のそれぞれで5割を越え、一定の周知はなされていると評価できるものの更なる徹底が求められるものであった。2021年度から、「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」が開始され、有効性等のエビデンスの集積も進めつつ、若いがん患者等が希望を持って病気と闘い、将来子どもを持つことの希望を繋ぐ取組の全国展開が図られており、評価できるものとなっている。（再掲）

がん患者の自殺については、2016 年1～6月にがんと診断された患者 546,148 人のうち、がん診断後6ヶ月以内に 145 人が自殺で亡くなっていた（がん患者 10 万観察人年あたり 58.21 人、6ヶ月以内に死亡した全がん患者の 0.17%）。これは同じ時期の一般人口と比較すると 2.7 倍の自殺者がいることを示しており、このリスクは診断後の期間が短いほど高く（1ヶ月以内では 4.1 倍、3ヶ月以内では 3.3 倍）、大きな課題の一つと認識された。

<table>
<tr><td>3048[43]</td><td>外見の変化に関する相談ができたがん患者の割合（2076 の再掲）</td><td colspan="3">2018 年度　成人：28.3%
2019 年度　小児：51.8%</td></tr>
<tr><td rowspan="2">3049</td><td rowspan="2">治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合（2093 の再掲）</td><td>成人
（40 歳未満）</td><td>2018 年度
52.0%</td><td>2014 年度
48.2%</td></tr>
<tr><td>小児</td><td colspan="2">2019 年　53.8%</td></tr>
</table>

[43] 項目番号 3048・3049 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上。項目番号 3048・3049 の小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下。回答者はその家族等。

3050	がん患者の自殺数	2016 年度　145 人[44]

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

サバイバーシップ支援について、治療開始前における就労支援に係る情報提供や大企業だけでなく中小企業に勤務している患者に対する治療と仕事を両立するための制度等の利用など、医療機関だけでなく、企業や雇用・労働関係機関における取組についても一層の推進が必要である。

また、アピアランスケア[45]や生殖機能への影響に関する説明、がん患者の自殺など、社会的な問題について、がんとの共生のあり方に関する検討会での議論も踏まえ、引き続き検討が必要である。

（5）ライフステージに応じたがん対策

（個別目標）

国は、小児・AYA世代のがんの経験者が治療後の年齢に応じて、継ぎ目なく診療や長期フォローアップを受けられる体制の整備を進める。そのため、3年以内に、「小児がん医療・支援のあり方に関する検討会」及び「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」で検討を行い、小児がん拠点病院とがん診療連携拠点病院等の整備指針の見直しを行う。

また、高齢のがん患者の意思決定の支援に関する診療ガイドラインを策定し、拠点病院等に普及させることを検討する。

（進捗状況及び指標測定結果）

小児・AYA世代のがん患者については、小児がん拠点病院とがん診療連携拠点病院等の連携が重要であるとの視点に立ち、2018 年7月に「小児がん拠点病院等の整備に関する指針」を改定し、小児がん拠点病院に求められる要件を明確化した。現時点で全国に 15 か所指定している小児がん拠点病院では、院内学級体制及び家族等が利用できる宿泊施設（長期滞在施設）またはこれに準じる施設が整備されていることを指定要件に定めており、すべての小児がん拠点病院に設置されている点は評価できる。

治療開始前に、教育の支援等について医療従事者から話があったと回答した人の

[44] 2016 年1～6月にがんと診断されたがん患者 546,148 人のうち、がん診断後6ヶ月以内に自殺で亡くなった方の人数。

[45]広義では「医学的・整容的・心理社会的支援を用いて、外見の変化を補完し、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケア」と定義 （出典：国立がん研究センター中央病院アピアランス支援センターHP より）

割合は 68.1%、治療中に、学校や教育関係者から治療と教育を両方続けられるような配慮があったと回答した人の割合は 76.6%と、一定の評価はできるものの全ての患者に対応できるよう更なる充実が求められた。

また、高等学校段階の取組が遅れていることが指摘されていることから、文部科学省では、2019 年度及び 2020 年度において「高等学校段階における入院生徒に対する教育保障体制整備事業」を実施した。また、2021 年度からは「高等学校段階の病気療養中等の生徒に対する ICT を活用した効果的な遠隔教育の調査研究事業」を実施している。厚生労働科学研究において、がん患者の高校教育の支援の好事例の収集や実態・ニーズ調査を実施し、高校教育の提供方法の開発と実用化にむけた研究を進めている。

さらに、厚生労働科学研究において、高齢がん患者に対する多職種による意思決定支援プログラムの研究・開発を行っている。

3051	小児がん拠点病院のうち院内学級体制・宿泊施設を整備している施設の割合[46]	2019 年度 100%	2018 年度 100%
3052[47]	治療開始前に、教育支援等について、医療従事者から説明を受けたがん患者・家族の割合	2019 年度　68.1%	
3053	治療中に、学校・教育関係者から、治療と教育の両立に関する支援を受けた家族の割合	2019 年度　76.6%	
3054	家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合（3003 の再掲）	2018 年度 成人：48.7% （比較値[48]：57.6%） 2019 年度 小児：39.7%	2014 年度 成人：37.1%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

小児・AYA世代については、拠点病院等以外の医療機関における教育支援や、小中学生だけでなく、高校生に対する教育支援の体制整備など治療と教育の両立にお

[46] 新型コロナウィルス感染拡大による現場の状況を鑑み、2019 年実績の報告は一部の医療機関を除き中止したため、小児がん拠点病院のみのデータとなっている。
[47] 項目番号 3052-3054 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。
[48] 前回調査と比較するために、実測値に比較補正係数をかけた値。

ける更なる推進が必要である。
　高齢者に係る「がんとの共生」分野のがん対策については、第3期基本計画において、中間評価指標の設定がなかったため、厚生労働科学研究の結果も踏まえ、次期基本計画において指標の設定を行い進捗管理を行っていく必要がある。

4. これらを支える基盤の整備

(1)がん研究

(個別目標)

　国は、2年以内に、「がん研究10か年戦略」のあり方について検討を行い、新たな課題や重点的に進めるべき研究を盛り込む。その際、必要に応じて、現在AMEDで行われている事業の研究領域を見直し、科学技術の進展や臨床ニーズに見合った研究を推進する。

(進捗状況及び指標測定結果)

　2018 年に「がん研究 10 か年戦略」の中間評価を行い改定を行った点、「健康・医療戦略」等におけるがん領域における研究開発に関する目標を達成している点などについては評価ができる。中間評価の指標としては、主にAMEDにおける研究開発の状況を踏まえたものになっているが、全体の評価については、民間の研究開発の状況等も踏まえて実施する必要がある可能性がある。

		2019 年度	2018 年度
4011	日本発の治療薬の創出に向けて導出された治験の数	1件 累積 15 件	1件 累積 14 件
4012	日本発の診断薬の創出に向けて導出された治験の数	1件 累積2件	1件 累積1件
4013	日本発の医療機器の創出に向けて導出された治験の数	2件 累積2件	0件 累積0件
4014	日本臨床研究実施計画・研究概要公開システム(JRCT)に登録された研究数[49]	70 課題 (14 課題)	61 課題 (19 課題)

(がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

「がん研究 10 か年戦略」に基づき、順調な進捗であるが、各研究分野について、患者及びがん経験者の参画をより一層推進し、患者及びがん経験者目線で、必要とされている研究領域の研究や臨床現場でニーズの高い領域の研究を推進していく必

[49] 括弧内は、当該年度における新規採択した課題数。

要がある。

（2）人材育成

（個別目標）

国は、2年以内に、今後のがん医療や支援に必要な人材と、幅広い育成のあり方について検討し、そのために必要な具体的なスケジュールを策定する。

（進捗状況及び指標測定結果）

緩和ケア研修修了者数、がんゲノム医療コーディネーター研修会参加人数、小児・AYA世代のがんの長期フォローアップに関する研修会参加人数は、それぞれ増加しており一定の評価はできるものの更なる充実が望まれる。

文部科学省では 2017 年より5年間、多様な新ニーズに対応する「がん専門医療人材（がんプロフェッショナル）」養成プランを行い、がん専門医療人材の養成として、特にゲノム医療や希少がん及び小児がんに対応できる高度がん医療人材の育成や、ライフステージに応じたがん対策を推進する人材の育成に取り組む大学への支援を実施しており、がん医療人材養成の拠点大学における優れた取組の他大学等への普及を推進している。その結果、がん緩和ケアに特化した講座を設置している医学部医学科を置く大学の数は増加しており評価できる。

4021	緩和ケア研修修了者数 （医師・医師以外） （2038 の再掲）	2020 年度 145,727 人	2019 年度 139,467 人
4022	がんゲノム医療コーディネーター研修会参加人数[50]	2020 年度 674 人 （累計 1226 人）	2019 年度 216 人[51]
4023	小児・AYA世代のがんの長期フォローアップに関する研修会参加人数	2019 年度 214 人 （累計 527 人）	2018 年度 204 人
4024	緩和ケアに特化した講座を設置している大学の数	2020 年度 24 大学	2016 年度 18 大学

[50] 厚生労働省委託事業「がんゲノム医療従事者研修事業」の修了者を算出。

[51] 2019 年度は2回開催予定であったが、新型コロナウィルス感染症の影響により 1 回とした。

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

各専門職種に関して研修事業等を進めているところであるが、がんゲノム医療コーディネーター等の順調に増加している職種も含め、量的な推進だけでなく、今後のがん医療のあり方も踏まえた取組を、引き続き、文部科学省とも連携しつつ、推進していく必要がある。

（3）がん教育、がんに関する知識の普及啓発

（個別目標）

国は、全国での実施状況を把握した上で、地域の実情に応じて、外部講師の活用体制を整備し、がん教育の充実に努める。

国民が、がん予防や早期発見の重要性を認識し、自分や身近な人ががんに罹患しても、そのことを正しく理解し向き合うことができるよう、国は、がんに関する知識の普及啓発を更に進める。

（進捗状況及び指標測定結果）

新学習指導要領に基づくがん教育及び地域の実情に応じた取組を支援するとともに、各自治体等での取組の成果を横展開することにより、がん教育の促進に努めている。また、がん教育実施上の留意事項や効果的な進め方についての講義、先進事例の発表や協議等を盛り込んだ実践的な研修会等が実施されており、「2020 年度がん教育研修会・シンポジウム」では計 1,293 名の参加申込があった。さらに、外部講師によるがん教育の一層の充実を図るために、がん教育推進のための教材、外部講師を活用したがん教育ガイドライン、指導参考資料の改訂を行い、周知啓発を行うとともに、外部講師の活用体制を整備するための各都道府県の取組への支援が行われている。

学校でのがん教育について、がん教育への外部講師の活用は進みつつあるものの、がん教育をより効果的なものにするためにも一層その活用を促す必要がある。ただし、現場の負担等を考慮すると、同等の効果が得られるような教材の充実などによる対応も検討すべきであると考えられる。

職場におけるがんに関する知識の普及啓発として、「がん対策推進企業等連携事業（がん対策推進企業アクション）」が実施している。本事業に賛同する企業・団体（推進パートナー）の参加を促進してきた結果、参加企業数は、事業開始から着実に増加してきており、2020 年度で 3,553 社・団体となった。参加企業数については一定の評価はできるものの、それぞれが実際にどの程度の活動を行っているかが重要である。

4031	外部講師を活用して がん教育を実施した学校の割合[52]	2018 年度 8.1%	2017 年度 7.2%
4032[53]	がん相談支援センター/相談支援センターを知っている患者・家族の数 （3023 の再掲）	2018 年度 成人：66.4% 2019 年度 小児：66.4%	2014 年度 成人：56.0%
4033	がん対策推進企業アクションの 参加企業数	2020 年度 3,553	2018 年度 2,908

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

学校教育及び社会教育におけるがん教育やがんに関する知識の普及啓発については、更なる推進が必要とされているところ。特に、学校教育において、文部科学省と連携し、外部講師のさらなる活用を含め、がん教育の効果的な取組について引き続き検討していく必要がある。

[52] 外部講師を活用してがん教育を実施した学校／調査校の総数。

[53] 項目番号 4032・4033 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上。項目番号 4032 の小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下。回答者はその家族等。

Ⅳ　がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

1. 関係者等の連携協力の更なる強化

がん対策を実効あるものとして、総合的に展開していくためには、国、地方公共団体、関係者等が、適切な役割分担の下、相互の連携を図りつつ、一体となって努力することが重要である。

国及び地方公共団体は、関係者等の意見の把握に努め、がん対策に反映させていくことが重要である。

国及び地方公共団体は、がん教育、がんに関する知識の普及啓発等により、がん患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境の整備への理解を図るとともに、相談支援や情報提供を行うことにより、国民とともに、地域における「がんとの共生社会」を目指して、共に取り組んでいくことが重要である。

2. 都道府県による計画の策定

都道府県においては、本基本計画を基本としながら、本基本計画と、平成30（2018）年度からの新たな医療計画等との調和を図ることが望ましい。また、がん患者に対するがん医療の提供の状況等も踏まえ、地域の特性に応じた自主的かつ主体的な施策も盛り込みつつ、なるべく早期に、「都道府県がん対策推進計画」（以下「都道府県計画」という。）の見直しを行うことが望ましい。

なお、都道府県計画の見直しの際には、都道府県の協議会等にがん患者等が参画するなど、都道府県は、関係者等の意見の聴取に努める。また、がん対策の課題を抽出し、その解決に向けた目標を設定すること、必要な施策を検討し、実施すること、施策の進捗状況を把握し、評価すること等を実施しながら、必要があるときには、都道府県計画を変更するよう努める。国は、都道府県のがん対策の状況を定期的に把握し、積極的に都道府県に対して好事例の情報提供を行うなど、都道府県との情報共有に努める。

都道府県計画の作成に当たり、国は、都道府県計画の作成手法等について、必要な助言を行う。都道府県は、がん検診のみならず、普及啓発や地域における患者支援等の市町村の取組についても都道府県計画に盛り込むことが望ましい。

3. がん患者を含めた国民の努力

がん患者を含めた国民は、法第6条のとおり、がんに関する正しい知識を持ち、がんの予防に必要な注意を払い、必要に応じ、がん検診を受けるよう努めることとされており、今後のがん医療の向上に資するよう、以下の点についても努力していくことが望まれる。

- がん医療は、がん患者、家族、医療従事者の人間関係を基盤として成り立っていることから、医療従事者のみならず、がん患者やその家族も、医療従事者と信

頼関係を築くことができるよう努めること。

- がん患者が適切な医療を受けるためには、セカンドオピニオンに関する情報の提示、がんに関する十分な説明、相談支援等が重要であるが、がん患者やその家族も、医療従事者からの説明を受けながら、病態や治療内容等について、理解するよう努めること。
- がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策を実現させるため、がん患者を含めた国民も、国、地方公共団体、関係者等と協力して、都道府県におけるがん対策の議論に参画するなど、がん医療や、がん患者とその家族に対する支援を充実させることの重要性を認識し、行動するよう努めること。
- 国や地方公共団体が国民の理解を得るために行う普及啓発は重要であるが、治験を含む臨床試験を円滑に進めていくためには、がん患者の協力が不可欠であることから、がん患者を含めた国民も、がんに関する臨床試験の意義を理解するよう努めること。

4. 患者団体等との協力

国及び地方公共団体は、民間団体が行うがん患者の支援に関する活動、がん患者の団体が行う情報交換等の活動等を支援するため、情報提供その他の必要な施策を講ずるよう努める。

5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化

基本計画による取組を総合的かつ計画的に推進し、全体目標を達成するためには、がん対策を推進する体制を適切に評価していくこと、各取組の着実な実施に向けて必要な財政措置を行っていくこと等が重要である。

一方、近年の厳しい財政事情の下では、限られた予算を最大限有効に活用することによって、がん対策の成果を上げていくという視点が必要となる。

このため、より効率的に予算の活用を図る観点から、選択と集中の徹底、各施策の重複排除及び関係省庁間の連携強化を図るとともに、官民で役割と費用負担の分担を図る。

また、将来にわたって必要かつ適切ながん医療を提供するため、効率的かつ持続可能ながん対策を実現する。

6. 目標の達成状況の把握

国は、全体目標とそれを達成するために必要な分野別施策の個別目標等について、ロードマップを作成し、公表する。

国は、基本計画に定める目標及びロードマップについては、適宜、その達成状況に

ついての調査を行い、その結果を公表する。また、がん対策の評価に資する医療やサービスの質も含め、分かりやすい指標の策定について、引き続き必要な検討を行い、施策の進捗管理と必要な見直しを行う。

なお、国は、計画期間全体にわたり、基本計画の進捗状況を把握し、管理するため、3年を目途に、中間評価を行う。その際、個々の取り組むべき施策が個別目標の達成に向けて、どれだけの効果をもたらしているか、施策全体として効果を発揮しているかという観点から、科学的・総合的な評価を行い、その評価結果を踏まえ、課題を抽出し、必要に応じて施策に反映するものとする。また、協議会は、がん対策の進捗状況を踏まえ、施策の推進に資する上で必要な提言を行うとともに、必要に応じて、検討会等の積極的な活用を行うこととする。

また、都道府県は、都道府県計画に基づくがん対策の進捗管理に関するPDCAサイクルを回し、施策に反映するよう努める。

（進捗状況及び指標測定結果）

全ての都道府県で対策推進計画の策定が行われており、その協議の場において患者委員の参画を認めている点は評価できる。一方で、全委員に対する患者委員の割合は、13.7%と国のがん対策推進協議会の割合（5/20＝25%）よりも低くなっている点については、改善の余地がありうる可能性がある。

4001	都道府県がん対策推進計画の策定過程におけるがん患者を代表する者の参加割合[54]	2020 年度 13.7%	2019 年度 13.6%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

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については、国のがん対策推進協議会への参加割合を参考にし、各都道府県とも連携し、がん患者等の意見の把握及び施策への反映を推進していく体制を確保する必要がある。

[54] 計算方法は、患者代表委員の人数／都道府県がん対策推進協議会委員総数。
（分子・分母ともに4月1日時点の各都道府県の合計）

第4章　おわりに
（議論を踏まえて追記予定）

（1） 中間評価を活かし第 4 期基本計画を策定することが望ましい。

（2） 高齢者のがん対策、難治性がん対策など中間評価指標が設定できなかった施策があり、また、施策が行われる前の数値が評価されていない項目が多かったため、第4期基本計画では、施策が行われる前の数値を明確にしておくことが望ましい。

（3） 一部の中間評価指標は、指標の数値の推移が1～2年間しかなく、評価が困難であった。第4期基本計画においては、十分に評価できる期間を設定することが望ましい。

「がん対策推進協議会」委員名簿（令和4年●月時点）

	氏名	所属・役職
	飯野　奈津子	ジャーナリスト
	池田　真実	小児がん経験者の会　Fellow Tomorrow　メンバー
	石岡　千加史	東北大学大学院医学系研究科臨床腫瘍学分野教授 東北大学病院腫瘍内科長 公益社団法人日本臨床腫瘍学会理事長
	大賀　正一	九州大学大学院医学研究院成長発達医学分野教授 日本小児・血液がん学会理事長
	大西　啓之	特定非営利活動法人キュアサルコーマ理事長 一般社団法人日本希少がん患者会ネットワーク副理事長
	小原　眞知子	日本社会事業大学社会福祉学部教授 公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会　副会長
	木澤　義之	神戸大学医学部附属病院特命教授 特定非営利活動法人日本緩和医療学会理事長
	茂松　直之	慶應義塾大学医学部放射線科学教室教授 公益社団法人日本放射線腫瘍学会理事長
	谷口　栄作	島根県健康福祉部医療統括監
	鶴岡　優子	つるかめ診療所所長 日本在宅医療連合学会理事
	土岐　祐一郎	大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学教授 日本癌治療学会理事長
○	中釜　斉	国立研究開発法人国立がん研究センター理事長
	根岸　茂登美	藤沢タクシー株式会社代表取締役
	長谷川　一男	特定非営利活動法人肺がん患者の会ワンステップ理事長 日本肺がん患者連絡会理事長
	羽鳥　裕	公益社団法人日本医師会常任理事
	久村　和穂	学校法人金沢医科大学医学部腫瘍内科学学内講師 一般社団法人日本サイコオンコロジー学会代議員
	松田　一夫	公益財団法人福井県健康管理協会副理事長 一般社団法人日本消化器がん検診学会監事
	三上　葉子	東京女子医科大学病院脳神経外科家族の会「にじいろ電車」代表
	森内　みね子	公益社団法人日本看護協会　常任理事
◎	山口　建	静岡県立静岡がんセンター総長

◎･･･会長　　○･･･会長代理

がん対策推進協議会開催状況

（今後の開催状況に応じて追記予定）

【第69回】
日　時：　平成30年6月27日（水）　16：00～18：00
場　所：　全国都市会館　3階　第2会議室
議題：
（1）会長の選任等について
（2）我が国のこれまでのがん対策について
（3）第3期がん対策推進基本計画の今後の進め方について
（4）その他

【第70回】
日　時：　平成30年8月30日（木）　13：00～15：00
場　所：　全国都市会館　3階　第2会議室
議題：
（1）がん診療連携拠点病院等の整備について
（2）治療と仕事の両立支援に関する報告
・働き方改革関連法について
（3）がん予防分野に関する報告
・健康増進法の一部を改正する法律について
・がん検診の実情について
（4）中間評価について①
・がん予防分野の指標について
・中間評価に用いる調査について
（ア）患者体験調査
（イ）緩和ケアに関する医療従事者調査・施設調査
（5）その他

【第71回】
日　時：　平成30年11月21日（水）　13：00～15：00
場　所：　厚生労働省　18階　専用第22会議室
議題：
（1）中間評価指標①
・がん予防分野の指標について
（2）中間評価指標②－1
・がん医療分野の指標について
（3）その他

【第72回】
日　時：　平成31年1月31日（木）　16：00～18：00
場　所：　厚生労働省　12階　専用第15会議室
議題：
（1）中間評価に用いる調査について
・患者体験調査（小児版）について
（2）中間評価指標について
・②－2がん医療分野の指標について
・③がんとの共生分野の指標について
（3）その他

【第73回】
日　時：　令和元年6月28日（金）　14：00～16：00
場　所：　TKP 赤坂駅カンファレンスセンター　ホール14B（14階）
議題：
（1）がん診療連携拠点病院等の整備について
（2）がん研究 10 か年戦略報告書（中間評価）について
（3）中間評価指標について
・④基盤整備
・中間評価指標のとりまとめ
（4）その他

【第74回】
日　時：　令和2年10月16日（金）　13：00～15：00
場　所：　TKP 新橋カンファレンスセンター　ホール14E（14階）
議題：
（1）会長の選任等について
（2）第3期がん対策推進基本計画と中間評価の実施について
（3）がん予防分野の中間評価について
（4）その他

【第75回】
日　時：　令和3年3月11日（木）　15：00～17：00
WEB開催
議題：
（1）報告事項
① 小児・AYA 世代のがん患者等に対する妊孕性温存療法に関する検討会について
② 新型コロナウイルス感染症下におけるがん検診受診状況の変化について
③ 新型コロナウイルス感染症下におけるがん診療実施状況の変化について
④ 患者体験調査・小児患者体験調査の結果について
⑤ 遺族調査の結果（がん患者の療養生活の最終段階における実態把握事業）について
（2）第 74 回がん対策推進協議会でのご意見に対する対応について
（3）「がんとの共生」「これらを支える基盤の整備」分野の中間評価について
（4）その他

【第76回】
日　時：　令和3年10月7日（木）　14：00～17：00
WEB開催
議題：
（1）第 75 回がん対策推進協議会での主なご意見に対する対応について
（2）「がんとの共生」「これらを支える基盤の整備」分野の中間評価について
（3）「医療の充実」分野の中間評価について

【第77回】
日　時：令和3年12月3日（金）13：00～16：00
WEB開催
議題：
（1）第 76 回がん対策推進協議会での主なご意見に対する対応について
（2）第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書案について

資料２０-(６)

第 34 回がん検診のあり方に関する検討会
議事次第

日　時：令和４年２月４日（金）
場　所：持ち回り開催

１　議　題

（１）　報告事項

・職域におけるがん検診について
・今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について
・新型コロナウイルス感染症が発生している中でのがん検診・がん診療の状況について

（２）　今後のがん検診の受診率向上に資する方策について

（３）　第４期がん対策推進基本計画に向けた議論について

【資　料】

資料１－１　2020 年度　職域におけるがん検診の実態調査報告
資料１－２　「職域におけるがん検診に関するマニュアル」に沿った職域におけるがん検診の実態把握(高橋参考人提出資料)
資料１－３　レセプト情報による新規がん診断判定ロジックの妥当性研究と職域における新プロセス指標（感度、特異度、精検受診率、がん有病割合）測定
（祖父江構成員提出資料）
資料１－４　「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について報告書（平成 20 年３月）」の改定(高橋参考人提出資料)
資料１－５　新型コロナウイルス感染症によるがん検診及びがん診療などへの影響(がん罹患者数、受療行動について)（高橋参考人提出資料)
資料２　今後のがん検診の受診率向上に資する方策について
資料３　第４期がん対策推進基本計画に向けた議論について

参考資料１　「がん検診のあり方に関する検討会」構成員名簿
参考資料２　がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針
(健発第 0331058 号平成 20 年３月 31 日厚生労働省健康局長通知別添)
参考資料３　職域におけるがん検診に関するマニュアル（平成 30 年３月）
参考資料４　今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について報告書
(平成 20 年３月がん検診事業の評価に関する委員会)
参考資料５　がん検診事業のあり方について（案）(高橋参考人提出資料)
参考資料６　令和３年度市区町村におけるがん検診の実施状況調査
参考資料７　「がんの早期発見のための受診勧奨を進めます～啓発動画の公開～」プレスリリース

第34回がん検診のあり方に関する検討会	資料1-1
令和４年２月４日	

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

2020年度　職域におけるがん検診の実態調査報告

調査委託先：有限責任監査法人　トーマツ

厚生労働省

健康局　がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

- 調査の概要
- WEBアンケート調査
- ヒアリング調査

調査の概要

背景

- 職域におけるがん検診の調査は、平成27年度に健康保険組合を対象として実施している。検査項目など様々な方法で行われている状況が明確となり、職域においても精度管理を確認する必要がある等の議論が行われた。
- 平成30年３月に厚生労働省から「職域におけるがん検診に関するマニュアル」が発出された。
- また、厚生労働科学研究において、職域におけるがん検診の実態把握方法及び精度管理指標の開発並びに新たな把握方法等に関する妥当性の検証を実施しており、研究内容を踏まえ、職域におけるがん検診の調査手法や項目等の検討が必要である。

概要

- 調査は有限責任監査法人 トーマツが行った。
- 調査目的は、職域におけるがん検診の対象者数や受診者数等のデータの把握や精度管理に向けた検討を行うために必要となる項目について、調査委員会を設置して調査を行い、手法を検討することである。
- 令和２年９月にWebアンケート調査を事業主、保険者、検診機関、 約4,000か所を対象に調査を実施し、1,166機関（事業主=169社、保険者=916組合、検診機関=81機関）の回答を得た。
- さらに、令和２年11月～12月にヒアリング調査を12機関（事業主=４社、保険者=５組合、検診機関=２機関、代行機関=１機関）に実施した。

WEBアンケート調査

調査要旨

- 第3期がん対策推進基本計画において、「国は、（中略）将来的に、職域におけるがん検診の対象者数、受診者数等のデータの把握や精度管理を可能とするため、保険者、事業主及び検診機関で統一されたデータフォーマットを使用し、必要なデータの収集等ができる仕組みを検討する」こととしており、また、経済財政運営と改革の基本方針2019において、「がん検診受診率の向上のため、職域におけるがん検診実施状況の把握方法を確立する」こととされている。
- 厚生労働省では、平成30年度から、厚生労働科学研究において、職域における検診の実態把握方法及び精度管理指標の開発並びに新たな把握方法等に関する妥当性の検証を実施している。

調査目的

- 職域におけるがん検診の保険者及び検診実施団体等を対象として、今後、職域におけるがん検診の対象者数や受診者数等のデータの把握や精度管理に向けた検討を行うために必要となる項目について、調査委員会を設置して調査を行い、手法を検討することとした。

調査方法

- 調査対象ごとに団体経由又はハガキによる依頼によって、Webアンケートによる調査票で回答を得た。

調査期間

- 令和2年9月2日（水）～9月28日（月）

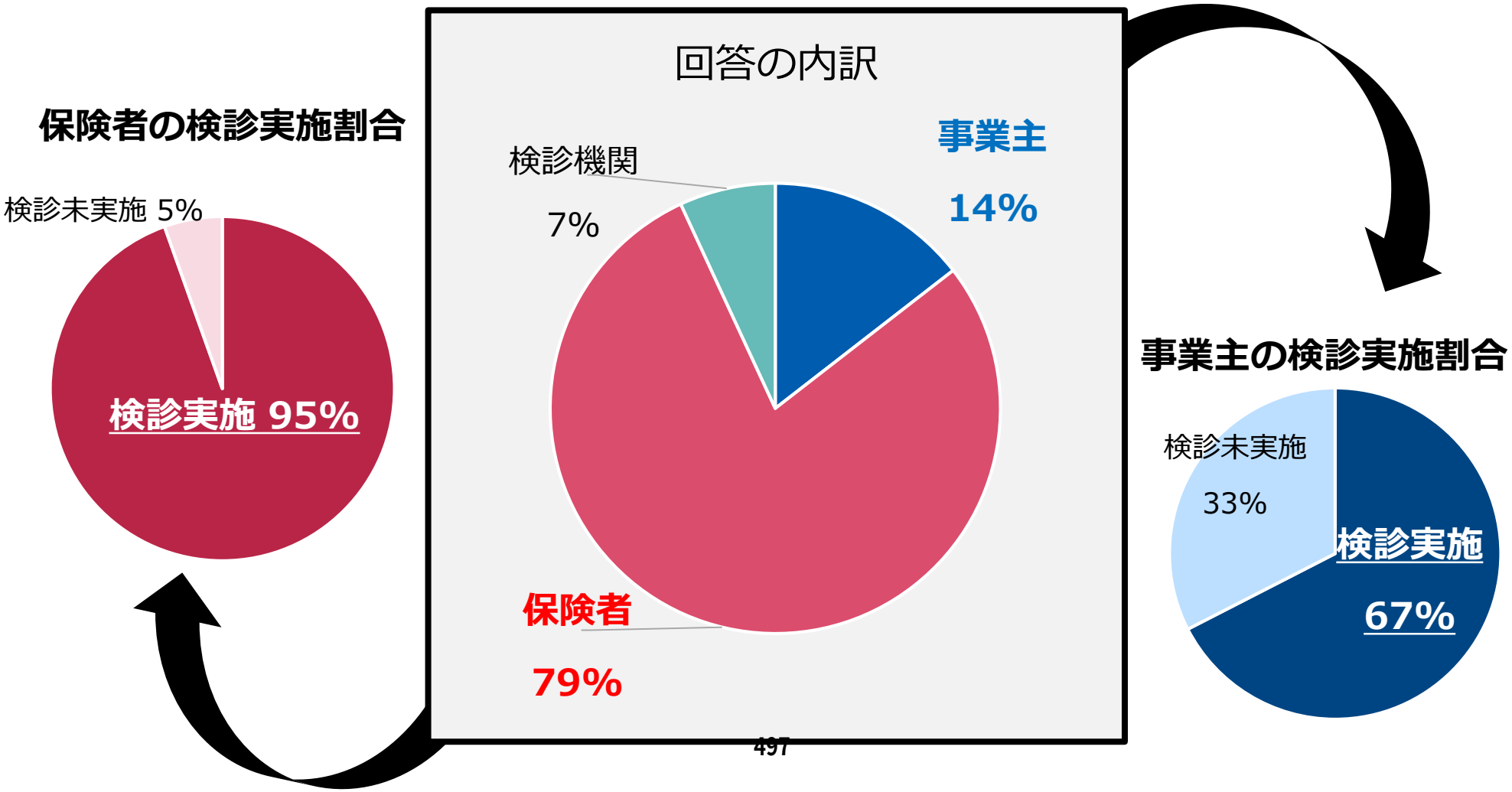
調査対象

- 約4,000ヵ所にアンケート調査を実施し、下記の回答数を得た。

調査対象		条件	依頼数	回答数（回答割合）
事業主	日本商工会議所等の参画企業	従業員50人未満	—	31 （-）
	企業DBより業種・従業員数を勘案し無作為抽出	従業員50人以上	2,742	138（11.8%）
保険者	健康保険組合は健康保険組合連合会に加入保険者	各保険者	1,389	916（78.6%）
検診機関	全国労働衛生団体連合会加入機関		170	81（47.6%）

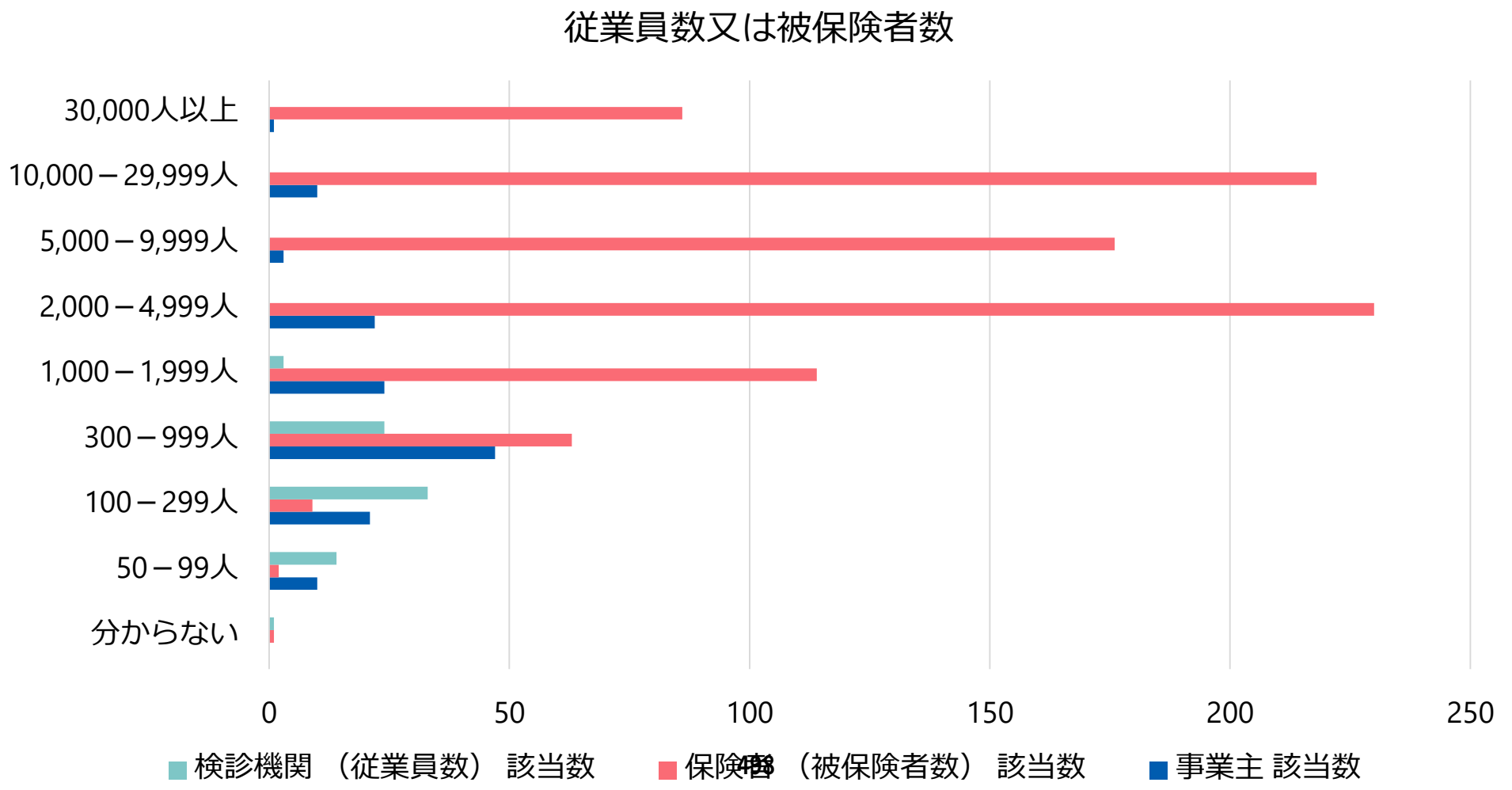
回答の内訳

- 回答の内訳は、事業主が全体の14.5%、保険者が78.6%、検診機関が6.9%であった。
- がん検診の実施割合は、保険者で95%、事業主で67%であった。



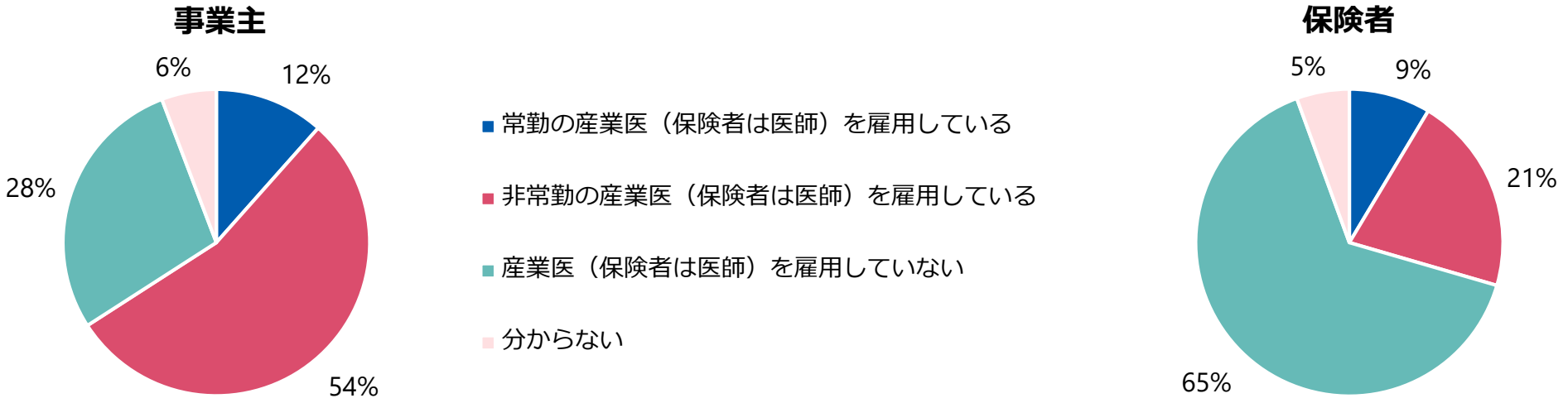
回答の概要

- 規模としては、事業主（従業員）は300-999人が27.8%、保険者（被保険者）は2,000-4,999人が25.1%、検診機関（従業員）は100-299人が40.7%であった。
- 従業員又は被保険者の平均年齢は、事業主で41-45歳が42.0%、保険者でも41-45歳が59.4%であった。

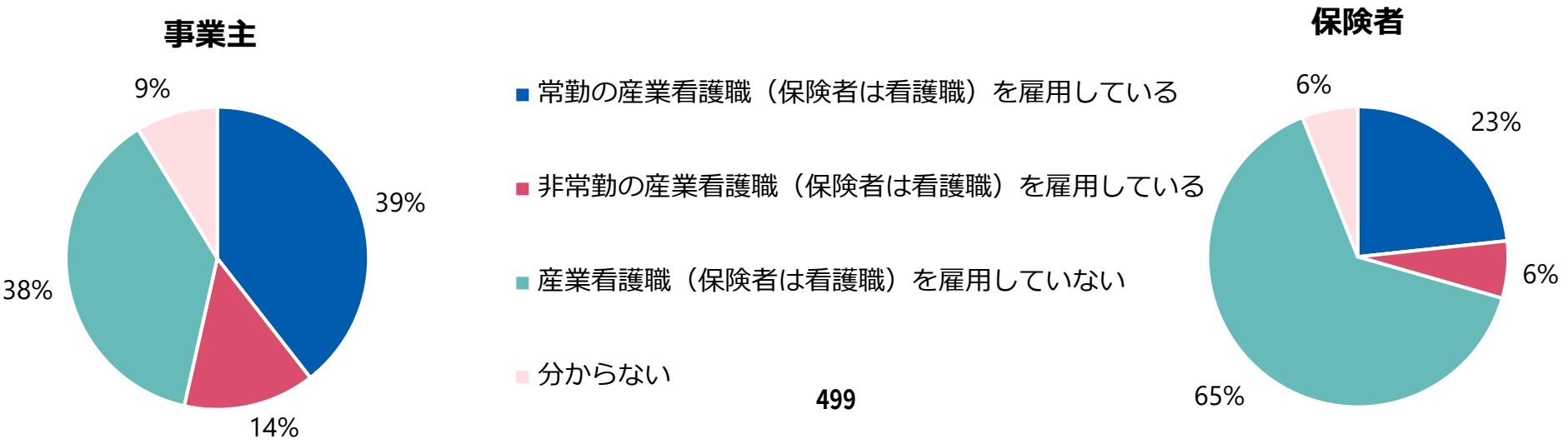


産業医・産業看護職の勤務状況

■ 産業医の勤務状況（事業主*N*=169、保険者*N*＝916 ）



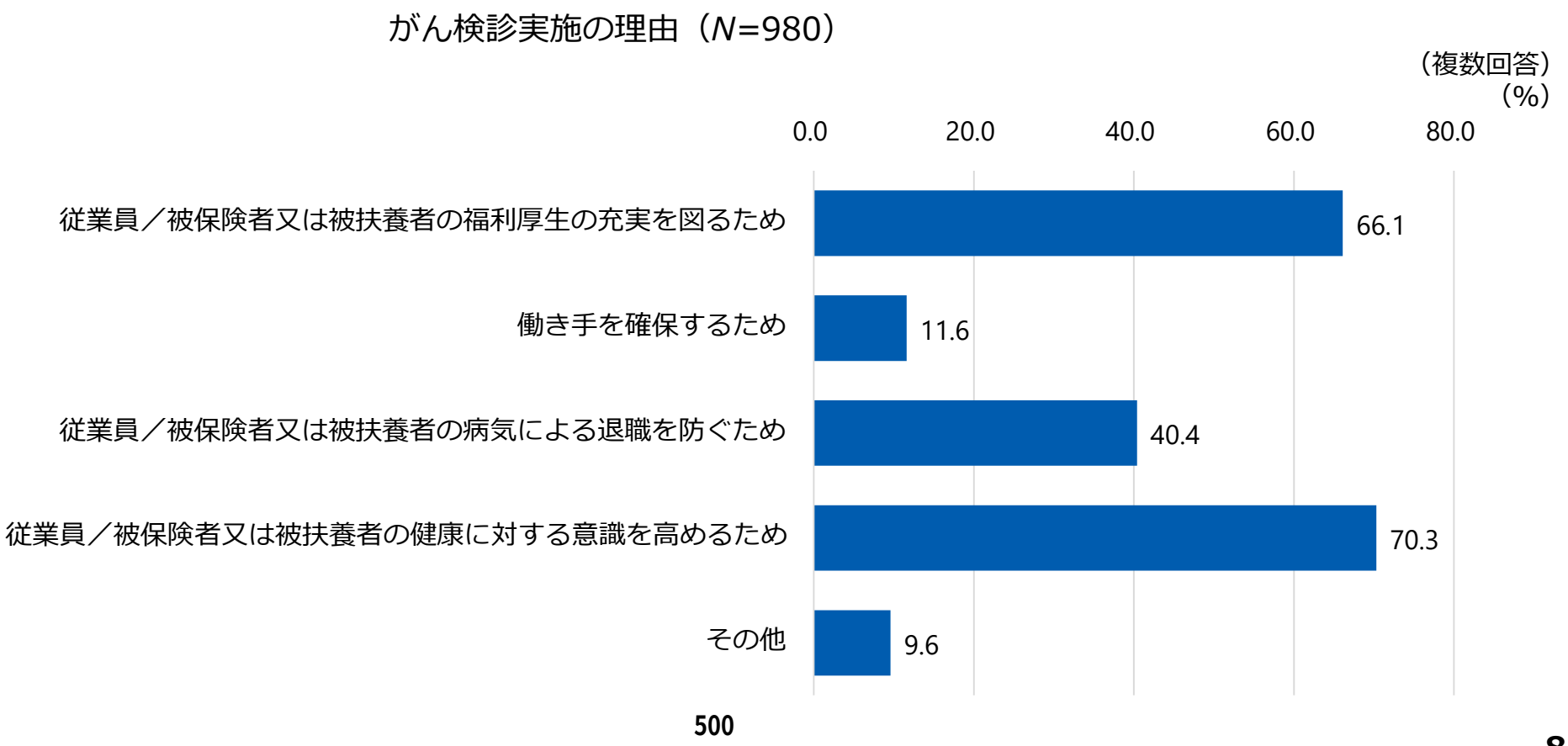
■ 産業看護職の勤務状況（事業主*N*=169、保険者*N*＝916 ）



499

がん検診の重要性の認識について

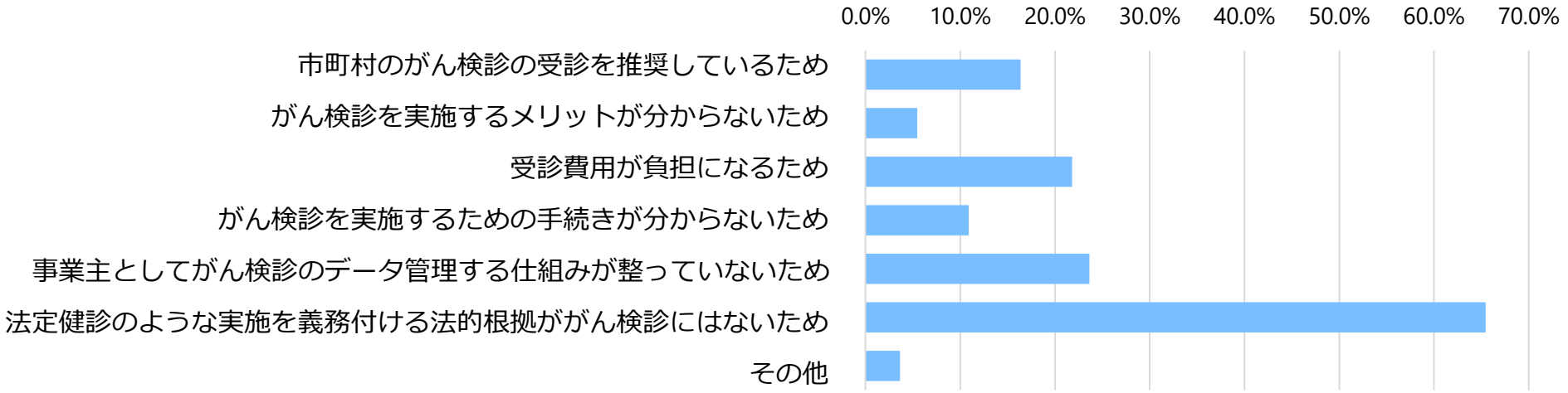
- がん検診の重要性の認識は高いものの、がん検診を実施しない理由としては、法的根拠やデータ管理の仕組みが充分でない点が挙げられた。
- がん検診の重要性について、「重要だと思う」 、「やや重要だと思う」を合わせて97.7%の回答であった。



がん検診未実施の理由について

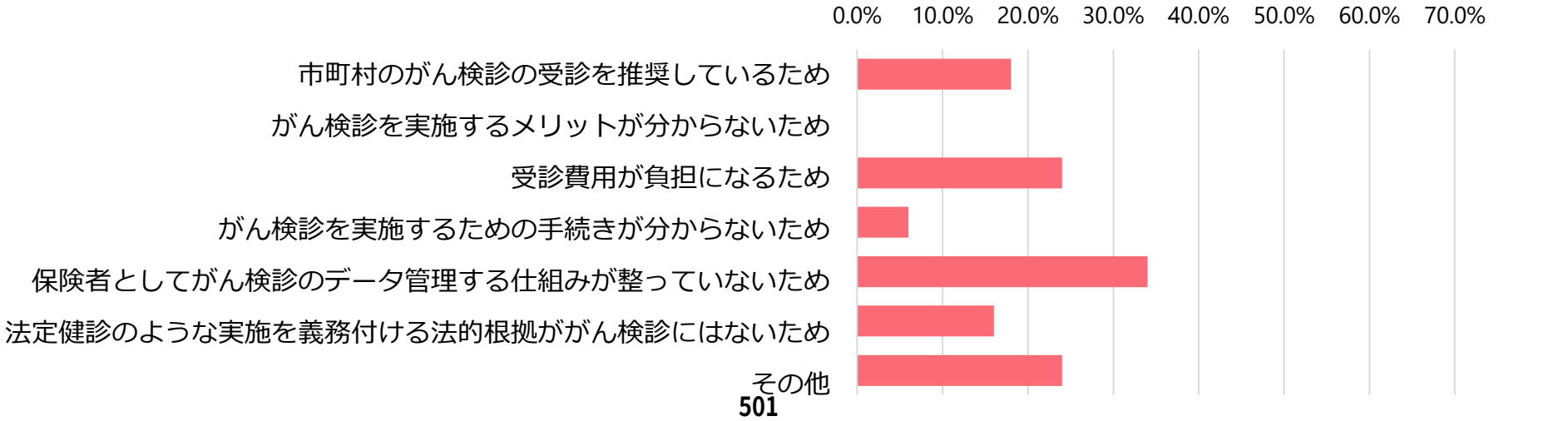
がん検診未実施の理由　事業主（N=55）

（複数回答）



がん検診未実施の理由　保険者（N=50）

（複数回答）

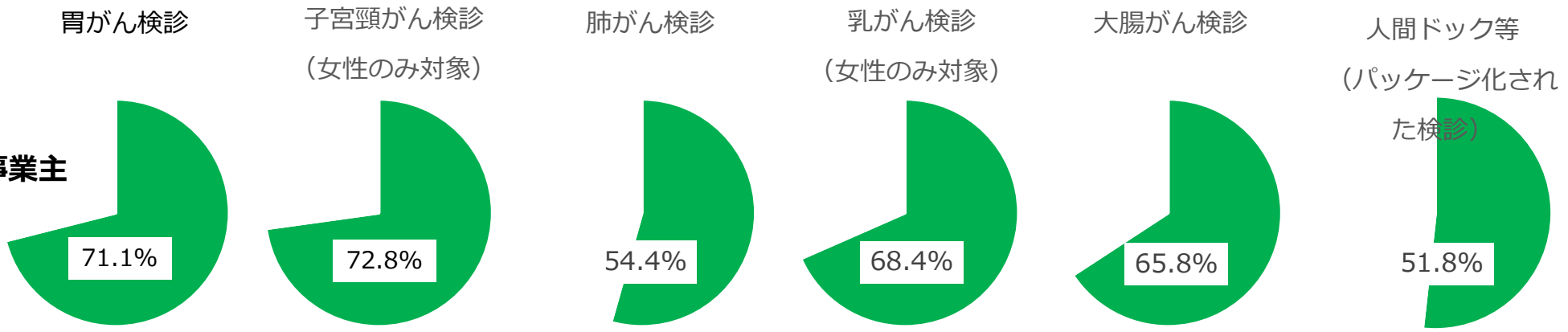


501

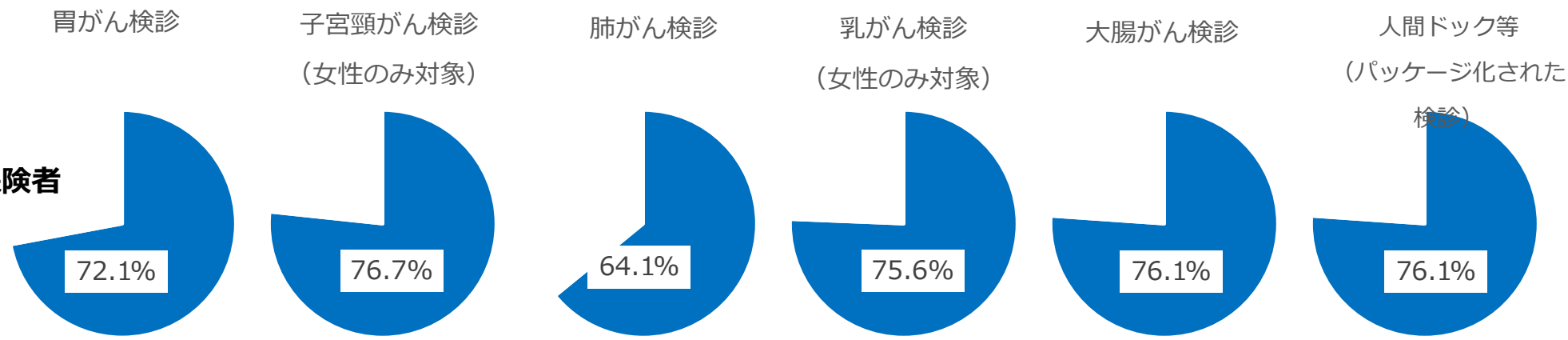
がん種別　検診の実施率

- 子宮頸がん検診の実施率が高く、次いで大腸がん、胃がんであるが、実施方法、対象者、実施間隔はばらつきがあった。

事業主



保険者



502

がん検診の実施について

■がん検診の受診の周知方法

- 事業主は「事業主のホームページ上で周知」が34.9%、「メールで周知」が31.4%の回答であった。
- 保険者は「保険者のホームページ上で周知」が56.6%、「 案内用のチラシを配布」が48.7%の回答であった。

■受診率を高める取組

- 事業主は「がん検診の費用を負担している」が49.7%、「がん検診を勤務中に受診できる体制を設けている」が45.6%の回答であった。
- 保険者は「がん検診の費用を負担している」が80.6%、「がん検診を勤務中に受診できる体制を設けている」が36.9%の回答であった。

■ がん検診の対象者数、受診者数の把握（全アンケート回答者に対する割合）

- 受診者数等の把握は、一次検診で約50～60%であり、一方で、精検受診率等の精密検査の把握、精検未把握率、がんの発見率、陽性反応適中度は、全体で約90%が分からないと回答していた。

がん検診の精度管理について

■要精密検査者の受診勧奨方法

- 要精密検査の受診勧奨は個別に連絡している割合は事業主では57.9%、保険者では35.5%であった。

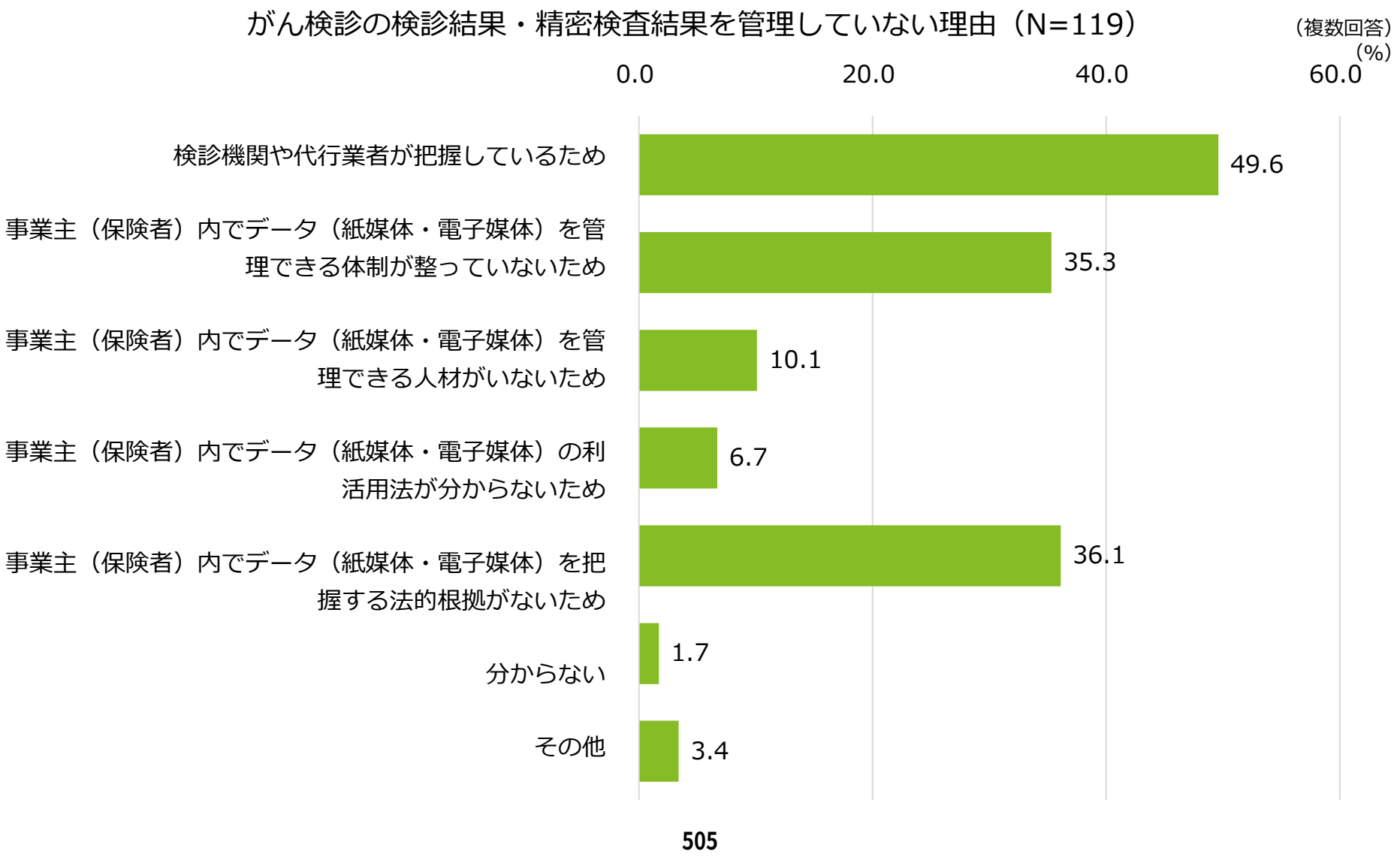
■「職域におけるがん検診に関するマニュアル」の認知、活用状況

- 「聞いたことはあるが、実際にみたことはない」が約40%、「聞いたことがあり、実際に見たこともある」約20%であった。
- 「活用したことがある」が約55%、「活用したことがない」が約40%の回答であった。

■ 検診結果・精密検査結果データの管理状況

- データの管理主体は、「事業主もしくは保険者が主体」が約60%、「検診機関が主体」が約25%の回答であった。
- データの管理状況は、「全てのデータを管理している」が約40%、「事業主（保険者）が一部の必要なデータを管理して、検診機関や代行機関が全てのデータを管理」が約30%の回答であった。

がん検診の検診結果・精密検査結果を管理していない理由



505

ヒアリング調査

調査要旨	• アンケート調査からヒアリング候補施設のリストアップしたところ、94施設が対応可能と回答した。 事業主：12施設、保険者：68施設、検診機関：14施設 • 以下の絞り込み条件を満たしたヒアリング候補施設に対して、ヒアリングシートを送付、1週間でヒアリングを実施した。 事業主：がん検診の実施/未実施、従業員数 保険者：組合種類別、検診データの保管状況、受診率向上の取組施策数 検診機関：検診スタッフ数
調査期間	• 令和２年11月30日（月）～12月４日（金）
調査対象	• 12機関（事業主＝４社、保険者＝５組合、検診機関＝２機関、代行機関＝１機関） 事業主：4事業所（埼玉県10,000～29,999人従業員、東京都300~900人従業員、埼玉県2,000～4,999人従業員、東京都100~200人従業員） 保険者：5組合（神奈川県国保組合、山梨県共済組合、愛知県単一健保、京都府総合健保、東京都総合健保） 検診機関：2機関（愛知県、熊本県）、1代行機関（東京都） • アンケート調査において、ヒアリング調査協力の許諾者を対象に、対象者候補を選定した結果、調査に協力的な機関は好事例が多くなり、全体の傾向とは一致しなかった。

ヒアリング結果概要-1

	ヒアリング結果抜粋
がん検診の必要性に関する理解	• 早期発見できれば、就労しながら治療できる疾患なので、社員にとっても会社にとっても投資をする価値があると考えた。（事業主） • がん検診を積極的に推進しない理由は主にコストと必要性、効果、検査の負担。がんを早期発見するメリットはあると思うが、現時点でがんが要因で退職などに至ったケースは10年に1～2人程度しかいない。ビジネスの目線で考えると、がん検診の充実によって従業員が採用しやすくなったり、がんの罹患で就労に影響が出る場合は重要度（会社として取り組むメリット）が高いと感じるが、現時点でそこまで重要度が高いと感じない。（事業主） • 日本において、大勢の方ががんを理由に亡くなっており、健康にとって重大な課題であることからがん対策の一環として取り組んでいる。（事業主） • 従業員のためには、検診を実施した方が良いとは理解しているが、がん検診とがん治療の有効性に対する疑問と、どこまで会社が従業員の健康管理をすべきか判断に迷う。（事業主） • 職域の死亡原因の上位ががんであるため、早期発見による治癒を目指すために必要と考えている。（保険者）
がん検診の実施方法、対象者、受診間隔	• 基本的に契約している検診機関のメニューに従っている。内容を見直していないわけではなく、最近、血液検査の項目を変更した。がん検診にメリット・デメリットがあるのは分かるが、がん検診項目を細かく再設定するのは業務的に負荷が大きいと感じる。（事業主） • 保険者の役割はがん検診の年齢・検査項目や補助金額を設定、検診機関との契約、事業主の役割は従業員の予約・その後の受診フォローになる。（保険者） • 保険者が発出する要綱等の中で取り決めている。検査項目等の見直しは（高確法に基づく）特定健康診査の見直し時期等に合わせて、実施することがある。（乳がん検査における触診を原則廃止扱いとした等）（保険者） • 運用しているがん検診は職域がん検診マニュアルと一部乖離があることは理解しているが、多大な労力と保険者だけの判断で見直すことは難しく、国からの指針（法律の根拠）が無ければ、抜本的に見直すことは難しい。（保険者） • 敷地内検診の場合、婦人科検診が複数日設けられない。女性従業員が少ないため、1日限定の設定になってしまう。（事業主）
がん検診の周知方法、取組施策	• がん検診に関する説明ビデオを作成している。（事業主） • 健康教育が一番足りないと感じている。健康診断を福利厚生と認識している従業員が多い。会社として健康経営を取り組んでいるが道半ばである。健康教育するにも人員も不足している。（事業主） • 弊社のがん検診の対象年齢ではない人対しては、検診案内時に自治体のがん検診についても案内をしている。（事業主） • 会社の掲示板等での周知や2年前から受診希望をWeb上でエントリーできる方法に変更したら受診者が増えた。（事業主） • 1事業所の事例だが、健保から事業所の検診担当者に説明し、店舗に出向いて婦人科検診の受診勧奨をしたところ、20代受診者が増えた。（保険者）

ヒアリング結果概要-2

	ヒアリング結果抜粋
要精密検査者への取組	• 精検受診率以降は全ての従業員から二次検診結果を吸い上げる必要があるが、結果の提供は本人の意思によるので難しい。（事業主） • 社員については、産業保健師・産業医の介入があるため実施可能かと思われるが、社員以外については、専門の外部委託先に委託しないと本格的な把握は困難かと思われる。把握したとしても、その先が不明である。先の事業が見えなければ把握をしようと思えない。（保険者）
データの管理状況	• がん検診の結果のまとめ方は検診機関によって異なる、産業医がいれば数値のデータで良い。（事業主） • 会社の健診以外で受診されている方を把握する手段がないため、個人で検診機関に赴いた検診データは管理できていない。（事業主） • がん検診結果は個人情報のため管理できない。がん検診結果は精密検査受診奨励するためのものであるため、医療従事者がいない健保事務局では管理すべきでないと考えている。事業主と健保と役割分担から、データに関しては事業主が保管している。（保険者） • 生活習慣病予防健診のデータ分析は本部で実施しているが、がん検診のデータ分析は実施できていない。 （保険者） • 検診機関から電子データでもらっていても、データ記載方法にばらつきがある。国でフォーマットを統一してくれた方が分析等しやすい。（保険者） • 検診機関からがん検診結果は自治体に国が指定しているフォーマットを使って共有しているが、精密検査の情報は自治体が独自に把握しており、検診機関から自治体に提供を求めることになる。（検診機関） • 課題は医療機関から受領するデータ、未だにパンチをしてデータ化するのが半分くらいある。電子化されていてもデータが形式が異なる。コンバーターを使っているが、データ整理に時間がかかるので、介入するのも遅くなる。厚労省が特定健診をXML形式で統一しているが、判定がなかったり、所見も一部の範囲しかない。クリーンなデータになっていないので、未だにパンチに頼らざるを得ない。正確な情報を入手できればがん発見率等のプロセス指標も把握は可能と考える。なかなか1社ではできないので、複数社で協業してやろうとしている。（検診代行機関）

調査方法の妥当性の検証

- 事業主へのアンケート調査方法、ヒアリング調査の対象者選定方法は再考が必要である。全体の規模や業種の比率と調査依頼・回答の比率が同様であること等が担保されることが好ましい。
- 回答結果は、事業主<<検診機関<保険者となっており、事業主の意見収集が難しく、今後の調査は、保険者と検診機関を中心に設計した方が好ましい。また、代行機関も調査対象にすることが望まれる。事業主への大規模調査を行う際には、規模・業種を考慮する必要がある。事業主の調査を行う場合、中小零細企業が中心となるため、回答しやすいアンケート方法を検討することが必要である。同一調査方式では限界があるため、属性別の調査が望まれる。
- Webでのアンケート調査は回答者の利便性などにより回収率に寄与するため、メールによる依頼等アンケート調査へのアクセスが容易でなければ難しい。検診機関・保険者は取りまとめを行っている団体からの依頼が望まれる。事業主については、特定の地域で事業主が把握できている地域の悉皆調査もしくは、取りまとめ機関や所轄部署の協力体制での推進などの工夫が望まれる。アンケートで、多くの質問を設定すると後半の回答の未回答や同一回答となる傾向があるので、工夫が必要である。
- ヒアリング調査協力の許諾者は好事例に関する調査になる傾向にあり、全体の傾向とは一致しない。対象者を広く抽出することが必要である。特に、困難事例等の調査も行うことが好ましい。ヒアリング調査は、Webミーティング、電話ヒアリング、対面と方法はいくつかあるが、調査環境などを踏まえて柔軟に実施することが必要である。ヒアリング調査では専門的な知見がある方が参加できるようにすることが望まれる。

「職域におけるがん検診の実態調査一式報告書（有限責任監査法人 トーマツ）」より抜粋

第34回がん検診のあり方に関する検討会	資料1-2
令和４年２月４日	

「職域におけるがん検診に関するマニュアル」に沿った職域におけるがん検診の実態把握

厚生労働行政推進調査費補助金がん対策推進総合研究事業
「がん検診の精度管理における指標の確立に関する研究」
国立がん研究センター研究開発費
「働く世代におけるがん検診の適切な情報提供に関する研究」

国立がん研究センター　高橋宏和

目的

保険者が検診を実施する際に不足している情報の把握

方法

2021年7-9月に、研究協力保険者12組合に対して個別にWebヒアリングを実施し、項目別に集計・分析

調査項目

1．基本事項

- 検診対象者の特性
- がん検診の内容

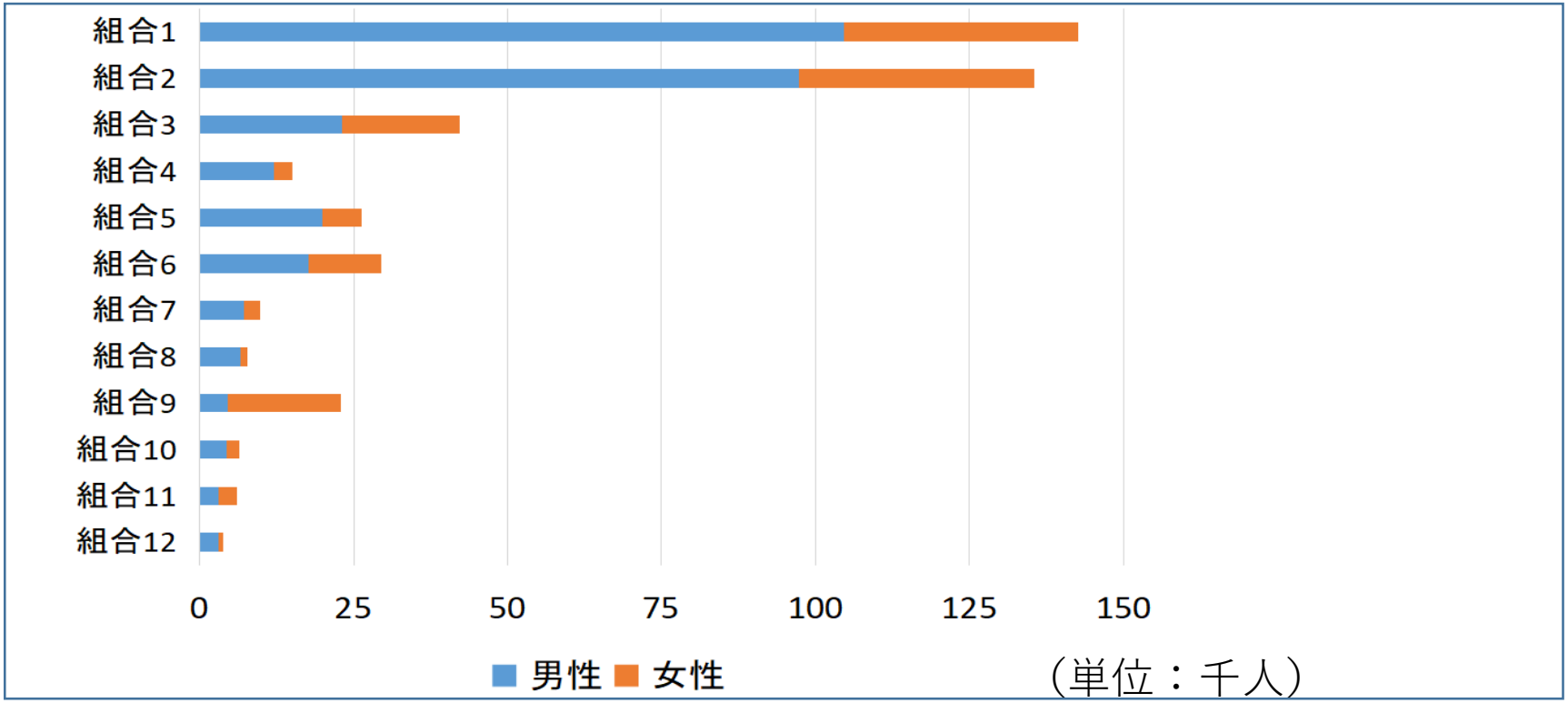
2．がん検診実施方法の現状と課題など

- 職域におけるがん検診に関するマニュアル（以下、マニュアル）の活用状況
- がん検診の企画における決定プロセス
- がん検診の企画の際に参考としている情報
- 検診機関の委託形態

511

検診対象者の特性

○被保険者数および男女



○被保険者の平均年齢：37.0～45.9歳

○居住地域：概ね全国に分布

※　研究協力保険者は、「がん検診の精度管理における指標の確立に関する研究」に研究協力者として参加している健康保険組合のうち、ヒアリングに了承いただいた保険者であり、業種は製造・運輸・製薬・サービスなど多岐にわたる

※　被保険者数には、一部非正規雇用者も含まれる

512

がん検診の内容（被保険者）

○検診項目

検診項目		組合数
マニュアルで推奨する5がん検診（胃がん・大腸がん・肺がん・乳がん・子宮頸がん検診）を実施		12（100%）
	5 がんのみ実施	3
	5がん＋推奨されていない検診（※１）も追加	9

5 がんの検査法	組合数
マニュアルで推奨する検査法（※２）に完全に準拠	0
マニュアルで推奨されていない検査法も追加、もしくは一部未実施（※３）	12（100%）

※１：前立腺(PSA)、腹部エコー、子宮体がん、腫瘍マーカーのいずれか
※２：胃X線もしくは内視鏡、便潜血検査、胸部X線及び高危険群への喀痰細胞診、マンモグラフィ、細胞診
※３：①マンモグラフィ、胸部CT、ピロリ菌/ペプシノーゲン検査、大腸内視鏡検査、HPVのいずれかも追加
②高危険群への喀痰細胞診未実施

対象年齢・受診間隔（被保険者）

○被保険者の検診対象年齢（12組合の内訳）

	年齢下限							年齢上限		
	なし	18歳	20歳	25歳	30歳	35歳	40歳	なし	49歳	74歳
胃がん	1				1	7	3	9		3
大腸がん	2				1	6	3	9		3
肺がん	6	2			1	3		9		3
乳がん	3	3	1		4		1	10		2
子宮頸がん	4	3	4	1				9	1	2

マニュアルで推奨される年齢

○被保険者の受診間隔

全て毎年実施
（1組合のみ、胃がん検診は35歳以上の節目年齢）

がん検診の実施方法の概要

		A（4健保）	B（5健保）	C（1健保）	D（2健保）
がん検診の企画者		健保組合		保険者と事業主※1	事業主
精度管理	検診機関の選定	代行機関※2を介して選定		検診機関と直接契約	
	精検機関との連携	なし		あり※3	なし
	健保による指標の集計（検診結果取得に関する受診者の同意）	実施※4（あり）		実施（あり）	未実施（不明※5）
	指標の活用	実施※5	未実施	実施※3	未実施
	産業医等の関与	なし		あり	なし

※1　産業医が健保組合の顧問医師も兼務しており、事業主と健保が連携して企画している

※2　代行機関は、保険者などから健診・検診を委託され、全国の機関との連絡・調整などを行う役割を担う

※3　健康保険組合立病院

※4　集計している指標の種類や活用の程度は健保により異なる

※5　事業主の受診者に対する同意取得について、健保は把握していない

がん検診の企画における決定プロセス

今年度 → 次年度

夏～秋にかけて次年度のがん検診の企画・検討

（A・B）保険者主体で検討 →

嘱託医/産業医/外部専門家に相談できる健保がある一方で、医療職不在の健保もある

（C）事業主と保険者の連携で検討 →

産業医（兼健保組合の顧問医師）が中心となり健保組合の医療職と相談して企画

（D）事業主主体で検討 ⇢

詳細な決定プロセスは不明（健保は関与しない）

組合会で決裁 → 全国の事業所や産業医等に周知 ⇒ 検診内容が変更

がん検診の企画の際に参考としている情報

- 職域におけるがん検診に関するマニュアル
- がん検診のあり方に関する検討会資料
- 国立がん研究センターホームページ（がん情報サービス）
- その他

  人間ドック学会ホームページ

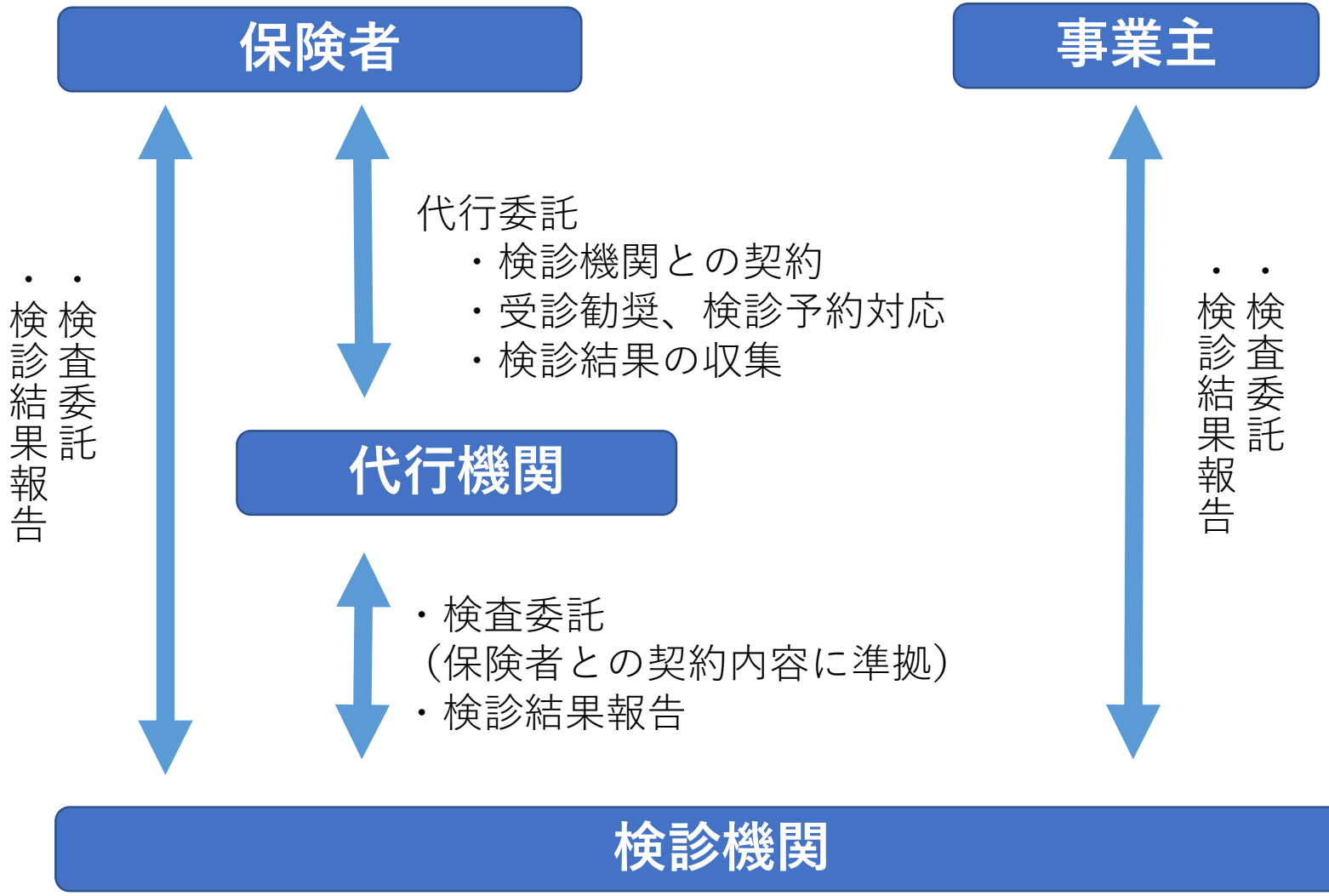
  日本対がん協会ホームページ

  居住地の住民検診のリーフレット

  産業医大からの情報

  民間のセミナー、他健保との勉強会

検診機関の委託形態


保険者
事業主
代行委託
・検診機関との契約
・受診勧奨、検診予約対応
・検診結果の収集
・検査委託
・検診結果報告
代行機関
・検査委託
（保険者との契約内容に準拠）
・検診結果報告
・検査委託
・検診結果報告
検診機関

職域におけるがん検診の望ましい実施方針と必要な情報（研究班からの提案）

望ましい実施方針	必要な情報
がん検診の正しい企画	• マニュアルのわかりやすい解説（産業医、検診機関、代行機関、医療職以外向け） • マニュアルで推奨するがん検診以外の検診を提供する際の注意点（受診前の不利益の説明方法等） • がん検診を企画する者の目に届きやすい情報媒体の活用 • 検診精度管理の仕組み
受診者への適切な情報提供	• 受診者に対するがん検診の基本的知識の提供 • がん検診の利益と不利益 • マニュアルで推奨するがん検診以外の検診を受ける際の注意点
精度管理の実施	• がん検診のプロセスおよび各工程における精度管理の要点の解説 • 精度管理指標とその活用方法 • 委託先検診機関選定時の最低限の要件（チェックリスト）とその意味の解説、検診機関の評価方法

第34回がん検診のあり方に関する検討会	資料1-3
令和４年２月４日	

レセプト情報による新規がん診断判定ロジックの妥当性研究と職域における新プロセス指標（感度、特異度、精検受診率、がん有病割合）測定

厚生労働行政推進調査費補助金がん対策推進総合研究事業
「職域がん検診における精度管理指標の測定・基準値設定と新指標測定法の開発・実用化に関する研究」

大阪大学大学院医学系研究科環境医学　祖父江友孝
摂南大学農学部食品栄養学科公衆衛生学教室　小川 俊夫

厚生労働行政推進調査費補助金がん対策推進総合研究事「がん検診の適切な把握方法及び精度管理手法の開発に関する研究」（主任研究者　高橋宏和）との共同研究

がん検診精度管理におけるプロセス指標の考え方

		がん		合計
		あり	なし	
検査	陽性	A	C	A+C
	陰性	B	D	B+D
合計		A+B	C+D	A+B+C+D

従来の精度管理指標

- 精検受診率、
  未把握率、精検未受診率、
  精検未受診・未把握率
- 要精検率 = (A+C)/(A+B+C+D)
  ←特異度とがん有病率で決定
- がん発見率 = A/(A+B+C+D)
  ←感度とがん有病割合で決定
- 陽性反応適中度 = A/(A+C)
  ←要精検率とがん発見率で決定

解釈が複雑

偽陰性例（B）が測定できない

がん登録・レセプトとの照合により
偽陰性例（B）が測定可能に

今後検討すべき精度管理指標

- 感度 = A/(A+B)
  特異度 = D/(C+D)
  →スクリーニングの性能評価
- 精検受診率
  →精検実施体制評価
- がん有病割合 = (A+B)/(A+B+C+D)
  →スクリーニング対象者の適切性評価

解釈が単純明快

521

レセプトを用いての判定ロジックの概要

レセプト情報を用いて、新規がん診断例を以下のロジックで判定

- 月毎の傷病名と治療内容の組み合わせからがんフラッグを立てる
  治療内容：診療行為（手術、放射線）、医薬品（化学、免疫療法）
  ←該当コードを各がん部位の臨床専門家により決定
- 過去2年間がんフラッグがなく新規にがんフラッグが立った月を診断月と判断

レセプト情報を用いて、精密検査受診例を以下のロジックで同定

- 要精検者（検診で陽性）の中で
- 検診受診後数か月内に精検該当診療行為ありで判断
  ←該当コードを各がん部位の臨床専門家により決定

レセプト情報による新規がん診断例判定ロジックの妥当性研究

I. 頻度による妥当性
- 全国性年齢別罹患率と比較

II. 個別症例に対する判断の妥当性

1. 院内がん登録との照合
- 一施設のレセプトデータに限られる
- がん症例数を確保しやすい

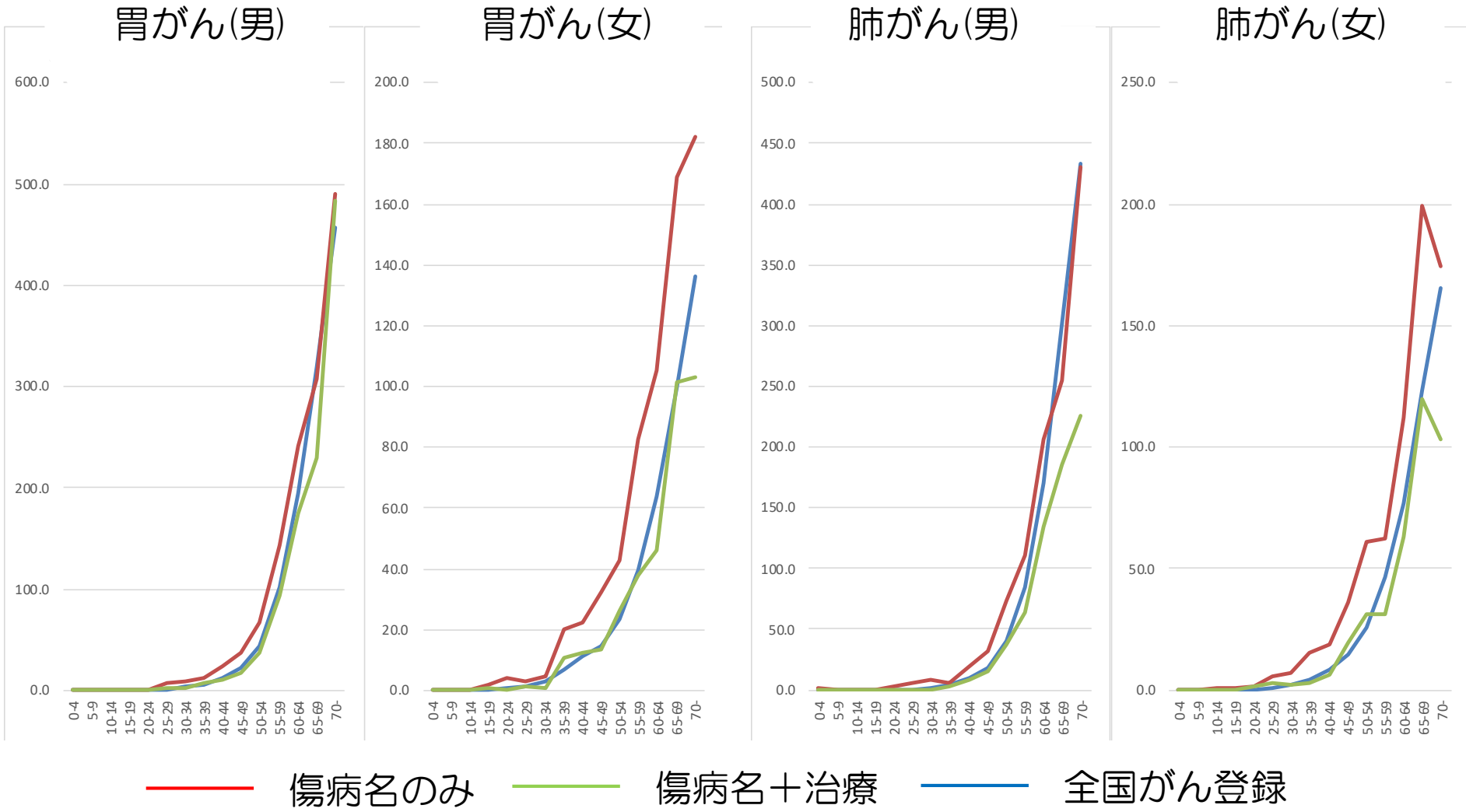
2. 地域がん登録との照合
- 国保レセプトを利用
  →複数施設のデータ利用可
- がん症例数を確保しにくい

I.　頻度による妥当性

JMDCデータ:複数の健保組合のレセプトを匿名化した商用データベース
2008-2019年(12年間) 338万人
(個人によりカバーされている年数は異なる)

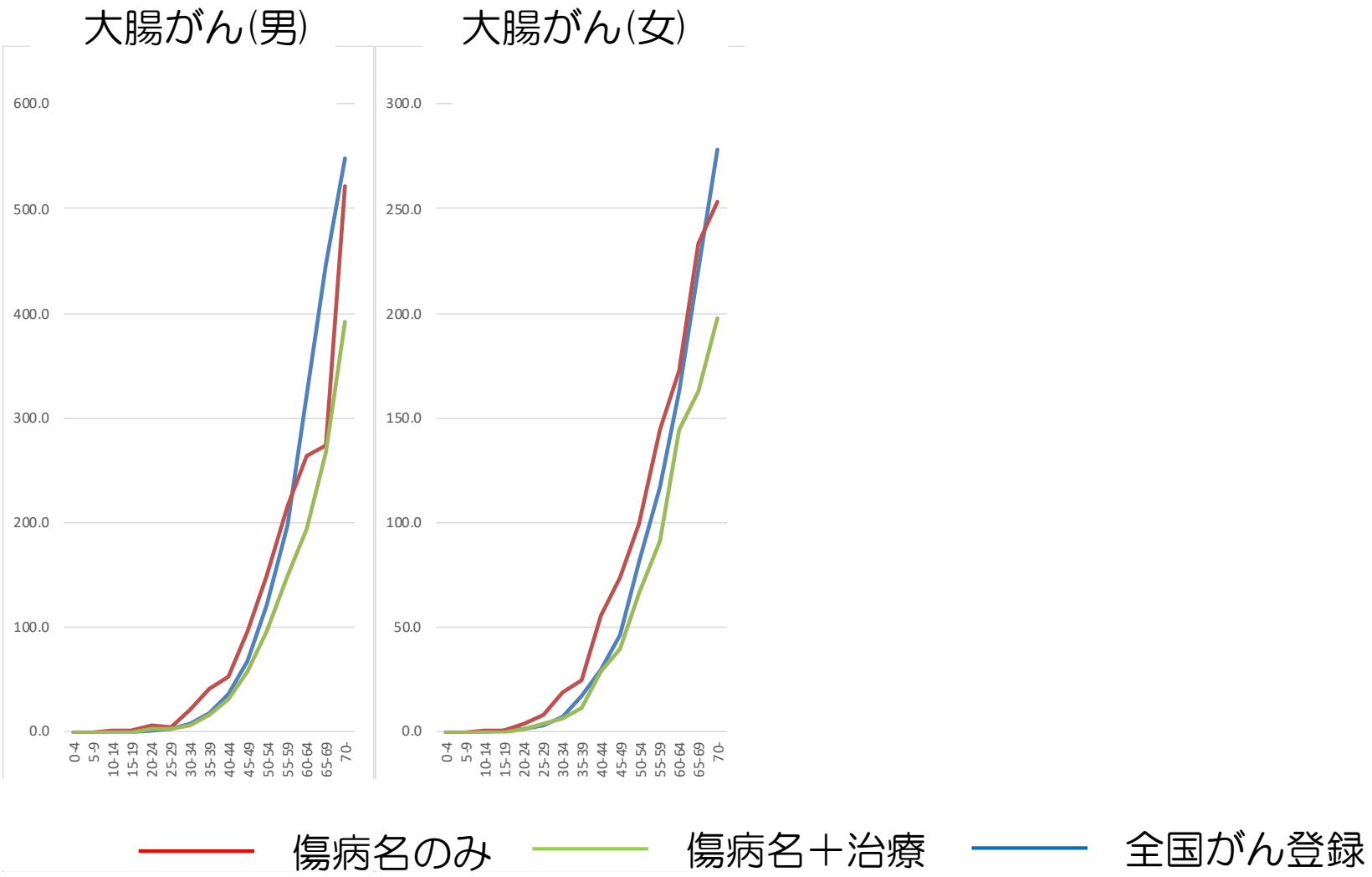
年齢（歳）	男	女	合計
0-4	78,004	73,373	151,377
5-9	122,010	115,761	237,771
10-14	123,152	116,707	239,859
15-19	123,944	118,265	242,209
20-24	120,203	77,829	198,032
25-29	135,926	71,935	207,861
30-34	151,614	103,832	255,446
35-39	163,389	129,980	293,369
40-44	193,905	165,762	359,667
45-49	194,089	164,905	358,994
50-54	178,248	133,760	312,008
55-59	139,982	103,144	243,126
60-64	106,827	71,242	178,069
65-69	43,555	32,559	76,114
70-74	13,253	12,637	25,890
合計	1,888,101	1,491,691	3,379,792

新規がん診断例判定ロジックをJMDCデータに適用して得られたがん罹患率と全国がん登録による実測罹患率との比較(2017年)



- 胃・肺がんは、全国がん登録と「傷病名＋治療」がおおむね一致

新規がん診断例判定ロジックをJMDCデータに適用して得られたがん罹患率と全国がん登録による実測罹患率との比較(2017年)

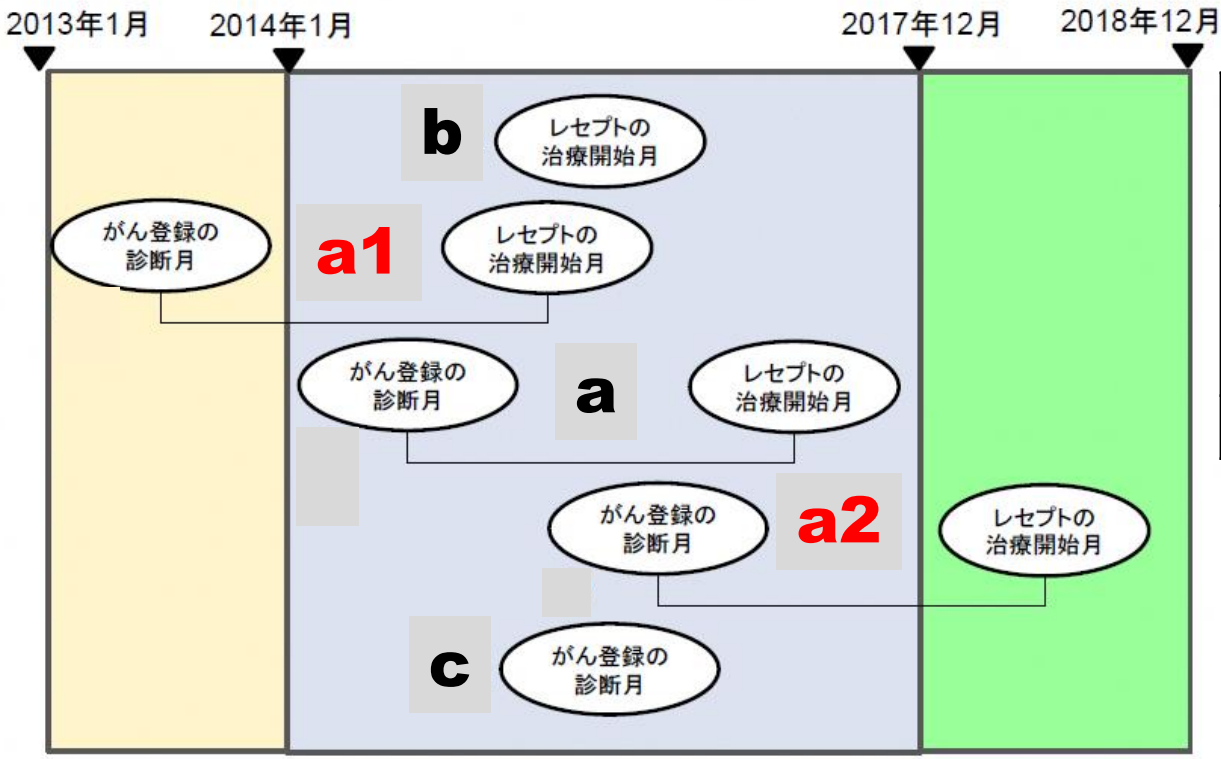


- 大腸は、全国がん登録と「傷病名＋治療」がおおむね一致

Ⅱ. 個別症例に対する判断の妥当性

1. 院内がん登録との照合

大阪大学医学部付属病院におけるレセプトデータ・DPCデータ（2012-2018)と院内がん登録データ(2013-2017)を個人単位に突合



		がん登録		合計
		あり	なし	
レセプト	あり	a	b	a+b
	なし	c		
合計		a+c		

$$\text{陽性予測値} = \frac{a+a1}{a+a1+b}$$

$$\text{感度} = \frac{a+a2}{a+a2+c}$$

a, a1, a2いずれもTrue positiveに当たりますが、分母を一定期間に発生した例としてカウントすると、a1, a2については、がん登録かレセプトかの片方が一定期間から外れてしまいます。そこで、陽性予測値の場合は分母にレセプトが入る例(a1)のみ、感度の場合は分母にがん登録が入る例(a2)のみをカウントして計算しました。

陽性予測値

	胃がん	胃＋腹部食道がん	肺がん	大腸がん	乳がん	子宮頸がん	子宮頸がん+CINIII
レセ上治療開始検出	919	919	775	904	1277	391	391
がん登録 当該がんの診断あり	810	847	659	763	1043	313	348
陽性予測値	**0.88**	**0.92**	**0.85**	**0.84**	**0.82**	**0.81**	**0.89**

感度

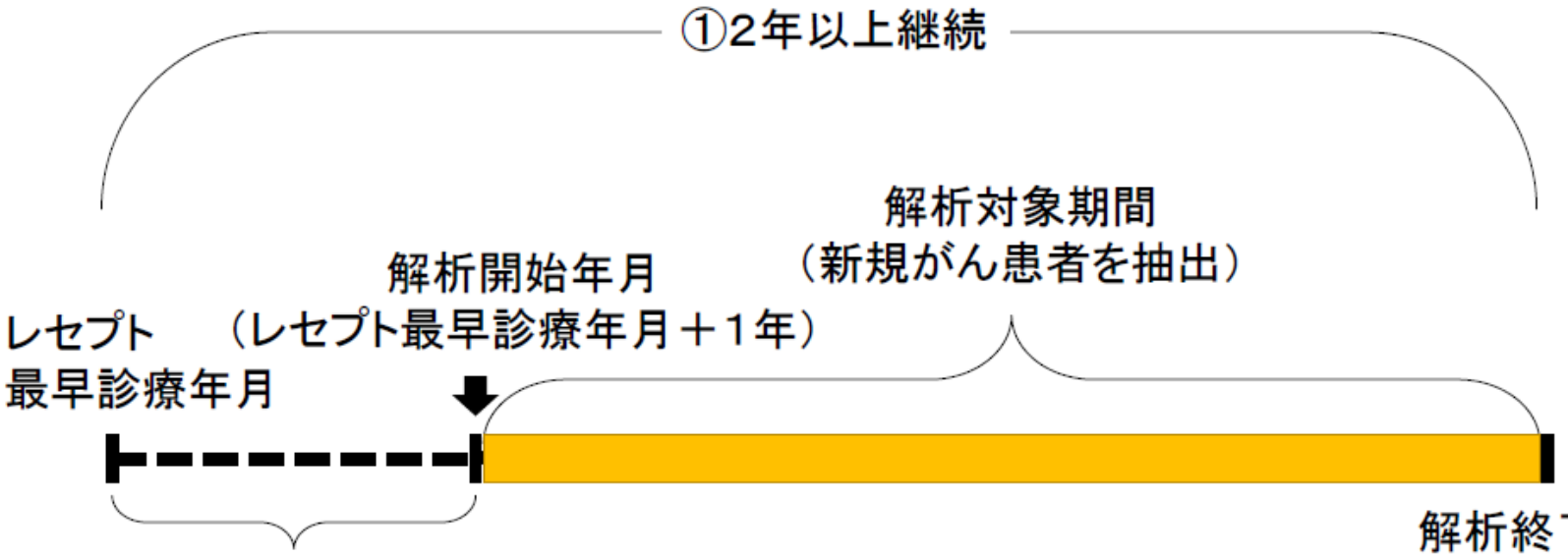
	胃がん	肺がん	大腸がん	乳がん	子宮頸がん
がん登録患者数	1223	921	1162	1297	488
内自院治療あり患者数	**1014**	**758**	**967**	**1099**	**367**
自院治療あり&レセ＋	**831**	**677**	**769**	**1027**	**320**
自院治療あり&レセー	183	81	198	72	47
内他がんのレセ＋	49	61	85	44	4
自院治療あり内の感度	**0.82**	**0.89**	**0.8**	**0.93**	**0.87**
内自院治療なし患者数	209	163	195	198	121
全体の感度	0.68	0.74	0.66	0.79	0.66

新規がん診断の判定ロジックは、院内がん登録をGold standardとした場合、陽性予測値、感度とも80～90%となり、良好な結果であった。

Ⅱ.　個別症例に対する判断の妥当性
2. 地域がん登録との照合

解析対象者: 佐久市・横手市の対象者　①2年以上継続してレセプトがある者7585名

4



レセプト最早診療年月から解析開始年月までの1年間をウォッシュアウト期間とし、この間にがん登録、レセプトにがんの傷病名・診療行為がある者は既往者として除外

解析終了年月
2015/12/31（がん登録が使用できる期間）もしくは、がん登録が使用できる期間内のレセプトの最終診療月

＊がん登録：性状2，3を対象とし、2011/8/1から2015/12/31までの情報を使用

4

	a	b	c	d	感度	特異度	PPV	NPV	K	SE	95%CI	95%CI
胃がん	36	12	8	7504	81.8	99.89	75.0	99.89	0.78	0.01	0.76	0.79
大腸がん	25	10	14	7512	64.1	99.81	71.4	99.81	0.67	0.01	0.65	0.69
肺がん	27	5	3	7540	90.0	99.96	84.4	99.96	0.87	0.01	0.85	0.88
乳がん	18	1	0	7543	100.0	100.00	94.7	100.00	0.82	0.01	0.80	0.83
子宮頸がん	0	0	1	4337	0.0	99.98		99.98				
五大がん	103	25	24	7352	81.1	99.67	80.5	99.67	0.80	0.01	0.78	0.82

		がん登録		合計
		あり	なし	
レセプト	あり	a	b	a+b
	なし	c	d	c+d
合計		a+c	b+d	a+b+c+d

$$\text{感度} = \frac{a}{a+c}$$

$$\text{陽性予測値（PPV）} = \frac{a}{a+b}$$

- 肺がん、乳がんについては、感度、陽性予測値とも80-90%と、良好な結果であった。
- 胃がん、大腸がんについては、陽性予測値がやや低かった。
  →ポリープ切除後の病理判定がレセプトでは確認できないため、偽陽性、偽陰性例が生じうるが、偽陽性例は検診で指摘すべき症例ではあるため、問題は小さいと考えられる。

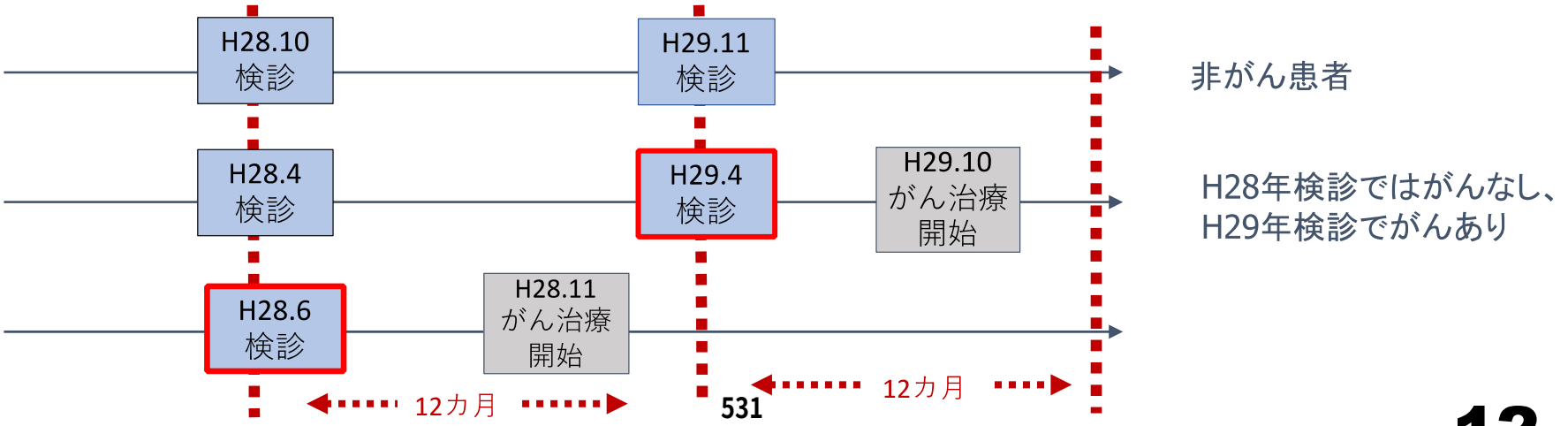
レセプトによる職域における新プロセス指標（感度、特異度、精検受診率、がん有病割合）測定

方法

Ⅰ　分析対象者の平成２６～３０年度のレセプトを用いて５部位（胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がん）のがん患者を、先行研究の手法を用いて特定

協会けんぽ大阪支部被保険者で、平成26～30年度における生活習慣病予防健診の５大がん検診いずれかの受診者を分析対象者とし、以下のⅠ～Ⅳを実施

Ⅱ　特定した患者から、分析対象年度のがん治療開始患者を新規がん患者として仮定



結果

協会けんぽ大阪支部の生活習慣病予防健診受診者の対象者数・受診率は以下のとおり

生活習慣病予防健診対象者数（35歳～74歳）

	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	合計
対象者数	1,161,853	1,215,198	1,257,927	1,320,072	1,388,987	6,344,037
受診率	33.2%	35.1%	36.3%	37.4%	39.0%	



		平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
胃がんX線	検診実施数	336,399	362,541	376,355	396,842	421,286
	陽性割合	5.09%	4.86%	4.65%	4.64%	4.40%
胃がん内視鏡	検診実施数	38,181	46,318	56,903	65,909	74,869
	陽性割合	10.21%	9.93%	9.57%	8.43%	8.35%
肺がん	検診実施数	456,329	494,653	532,652	577,187	630,852
	陽性割合	1.79%	1.76%	1.73%	1.69%	1.75%
大腸がん	検診実施数	420,814	455,353	490,826	532,756	582,525
	陽性割合	6.80%	6.62%	6.48%	6.45%	6.31%
乳がん	検診実施数	23,170	26,073	29,482	32,913	35,719
	陽性割合	7.43%	7.66%	7.02%	7.05%	6.94%
子宮頸がん	検診実施数	34,539	37,748	42,200	45,907	50,081
	陽性割合	4.11%	4.27%	4.16%	4.11%	4.28%

		がん		合計
		あり	なし	
検査	陽性	a	b	a+b
	陰性	c	d	c+d
合計		a+c	b+d	a+b+c+d

結果

- 5年累計のがん検診実施数のうち、最も多いのは肺がん検診で、抽出した新規がん患者のうち、最も多いのは大腸がんと推計された
- 5年累計の有病割合は、乳がん（0.25%）大腸がん（0.10%）、胃内視鏡（0.12%）がやや高く、胃がん、肺がん、子宮頸がんはやや低く、ほぼ同等と推計された

		がん		合計
		あり	なし	
検査	陽性	a	b	a+b
	陰性	c	d	c+d
合計		a+c	b+d	a+b+c+d

平成26年～30年度累計の新規がん患者数・有病割合

	胃がん		肺がん	大腸がん	乳がん	子宮頸がん
	X線	内視鏡				
5年累計 検診実施数 (a+b+c+d)	1,893,423	282,180	2,691,673	2,482,274	147,357	210,475
5年累計 新規がん患者数 (a+c)	822	343	952	2,579	371	83
有病割合 （年あたり） (a+c)/(a+b+c+d)	0.04%	0.12%	0.04%	0.10%	0.25%	0.04%

533

結果（部位別感度・特異度）

- がん検診の5年累計の感度が最も高いのは、胃内視鏡検査（88.2%）で、最も低いのは肺がん検診（53.8%）と推計され、検診により大きな差が見られた
- がん検診の5年累計の特異度は、検診種別を問わず90%以上と推計された

		がん		合計
		あり	なし	
検査	陽性	a	b	a+b
	陰性	c	d	c+d
合計		a+c	b+d	a+b+c+d

平成26年～30年度累計の感度・特異度

5年累計	胃部X線	胃内視鏡	肺がん	大腸がん	乳がん	子宮頸がん
検診実施数 (a+b+c+d)	1,893,423	282,180	2,691,673	2,482,274	147,357	210,475
感度 a/(a+c)	66.4%	88.2%	53.8%	73.7%	80.6%	84.5%
特異度 d/ (b+d)	95.3%	91.0%	98.3%	93.6%	93.0%	95.8%

職域保険者における大腸がん検診の精度管理指標

	A保険者（8年累計）	B保険者（8年累計）	C保険者（8年累計）	D保険者（8年累計）	E保険者（5年累計）
要精検率	6.05%	6.59%	6.14%	6.29%	8.15%
精検受診率	16.8～22.2%	19.9～25.4%	28.5～37.9%	19.1～23.6%	25.6～60.2%
陽性反応的中度	1.55%	1.18%	1.25%	1.12%	0.37%
がん有病割合	0.110%	0.104%	0.100%	0.099%	0.092%
がん発見率	0.090%	0.047%	0.050%	0.047%	0.030%
感度	85.3%	75.3%	77.4%	71.0%	71.7%
特異度	94.0%	93.5%	93.9%	93.8%	91.9%

- ５保険者で、がん有病割合はほぼ一定
- この条件下では、がん発見率は感度、要精検率は（１－特異度）と連動する（A保険者は感度もがん発見率も高い、E保険者は要精検率も（１-特異度）も高い、など）。
- 陽性反応的中度は、がん発見率と要精検率の割り算なので、独自の情報はない。
- 精検受診率（妥当性研究未実施のため参考値）は、地域保健事業報告（2018）70.3%に比べて極めて低い。
- **地域保健事業報告**（2018）では要精検率5.68%、がん発見率0.16%

まとめ

現在、市町村のがん検診は、地域保健事業報告において、要精検率、精検受診率、がん発見率をプロセス指標として、精度管理を行っており、職域がん検診マニュアルにおいてもこの方法を勧めている。精検受診率については、低ければ精検受診勧奨を進めることで改善が期待でき、事実、値の改善が認められているが、要精検率、がん発見率については、解釈が不明確なため、明らかな改善が見られない。

レセプト情報を用いて感度・特異度、がん有病割合を測定することで、感度・特異度によりがん検診の検査精度、がん有病割合により対象者の適切性が判断できるため、それぞれを改善するアクションにつながることが期待できる。また、職域においては、精検受診状況・精検結果の把握がほとんど行われていないのが現状であり、レセプト情報を用いて精検受診状況を把握して精検受診勧奨を保険者から行うことにより、職域における精度管理の推進のための大きなブレイクスルーとなりうる。

また、市町村においても国保レセプトを用いて同様の計測をすることで、国保加入者に対するがん検診ついて、次のアクションにつながる精度管理を進めることが可能となる。さらに、報告形式が複雑化して正確さが損なわれかねない地域保健事業報告の報告形式を大幅に簡素化しうる。

第34回がん検診のあり方に関する検討会	資料1-4
令和４年２月４日	

「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について報告書（平成20年３月）」の改定

厚生労働行政推進調査費補助金がん対策推進総合研究事業
「がん検診事業の評価に関する研究」
厚生労働行政推進調査費補助金がん対策推進総合研究事業
「がん検診の精度管理における指標の確立に関する研究」

国立がん研究センター　高橋宏和

厚生労働行政推進調査費補助金（がん対策推進総合研究事業）
「がん検診事業の評価に関する研究」（R2-3年度）

目的

　がん検診の精度管理・事業評価は、利益を最大化し不利益を最小化するために重要であるが、「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について 報告書」（以下、報告書）の見直しが10年以上行われていないため、現状を踏まえた修正などについて検討し整理すること

期待される成果

・市区町村や検診実施機関などが参考にすることによる、がん検診の質の向上

研究班構成（50音順）

青木大輔	慶應義塾大学
大内憲明	東北大学
笠原善郎	福井県済生会病院
加藤勝章	宮城県対がん協会
雑賀公美子	佐久総合病院
斎藤　博	青森県立中央病院
佐川元保	東北医科薬科大学
祖父江友孝	大阪大学
高橋宏和（代表）	国立がん研究センター
立道昌幸	東海大学
中山富雄	国立がん研究センター
羽鳥　裕	日本医師会
町井涼子	国立がん研究センター
松田一夫	福井県健康管理協会

報告書見直し前後の主な内容

「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について 報告書」

（平成20年3月がん検診事業の評価に関する委員会）

- 検診精度管理の指標
  - －技術体制指標
    （チェックリスト）
  - －プロセス指標
- 指標の活用方法
- 都道府県/市町村/検診機関の役割

「がん検診事業のあり方について」（案）

（令和2-3年度「がん検診事業の評価に関する研究」班）

- がん検診に関する基本的事項
  - －利益・不利益
  - －原則
- 日本におけるがん検診
  - －実施方法
  - －精度管理手法（住民・職域検診）
- 受診率向上
- 全体像・今後の課題

改定の要点

（　）に参考資料◯がん検診事業のあり方について（案）の該当するページを記載

◯　構成の変更
- 更新されない項目を本文に、更新されうる項目を別添に記載

◯　記載項目の追加
- 利益・不利益、健診・検診・診療の違い（P 2）
- 検診実施の原則（P 4）
- 国際的ながん検診のモデル（P 5）
- 職域におけるがん検診（P 9）
- 受診率向上の手法（P 30）

◯　事業評価の全体像を現状に合わせ修正（P 33）

◯　チェックリストの更新（P 46）

◯　プロセス指標の基準値は検討中のため未掲載

◯　積み残し案件として今後の検討課題を記載（P 152）

プロセス指標基準値算出の考え方

- 要精検率、がん発見率、陽性反応的中度を、感度、特異度、有病率より算出
- 算出に用いるデータは、地域保健・健康増進事業報告、地域がん登録などより抽出
- 5歳階級別に基準値を算出することにより、住民検診・職域検診によらず、年齢構成に合わせた基準値の個別の算出が可能
- がん種別に、平均的年齢構成における１つの基準値を算出
- 算出した基準値が、がん検診の現場で活用できるか検討

算出された基準値の妥当性評価

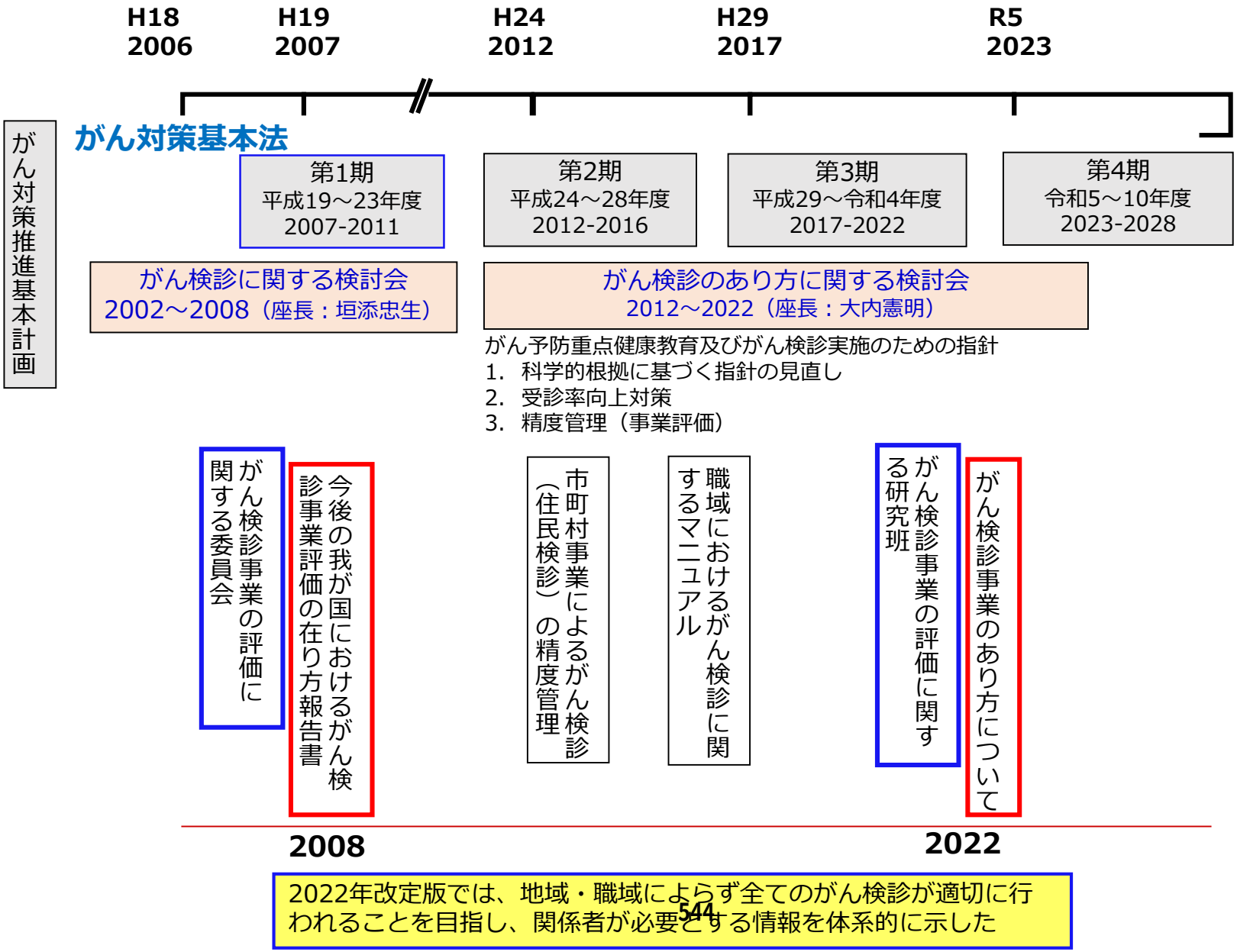
- 胃・大腸・子宮頚がんは妥当な範囲内
- 乳がんは、受診間隔などの調整が必要
  （現状では、2年に1度の受診間隔が守られていない）
- 肺がんは、現状との乖離が大きくなるため、基準値は変更しない
  （実際の感度が低い、判定基準が統一されていないなどが理由）

日本の目指すべきがん検診（研究班からの提案）

Organized screening（組織型検診）の構築

- 住民検診・職域検診によらず、「科学的根拠に基づくがん検診」を「適切な精度管理」のもとで行い「高い受診率」を維持するシステム、およびプログラムの各工程の質を高めるための、データ収集・モニタリング・評価のできるシステムの構築を目指す

がん対策基本計画とがん検診のあり方検討会



2022年改定版では、地域・職域によらず全てのがん検診が適切に行われることを目指し、関係者が必要とする情報を体系的に示した

第34回がん検診のあり方に関する検討会	資料1-5
令和４年２月４日	

新型コロナウイルス感染症による がん検診及びがん診療などへの影響 （がん罹患者数、受療行動について）

厚生労働行政推進調査費補助金がん対策推進総合研究事業
「新型コロナウイルス感染症によるがん診療及びがん検診などの受診状況の変化及び健康影響の解明にむけた研究」

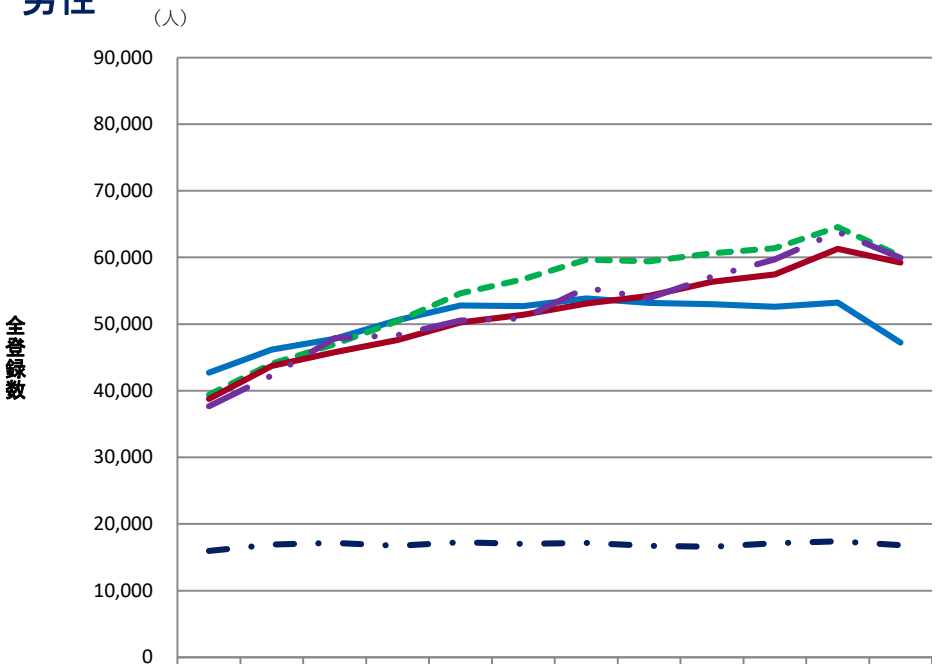
国立がん研究センター　高橋宏和

厚生労働行政推進調査費補助金（がん対策推進総合研究事業）
「新型コロナウイルス感染症によるがん診療及びがん検診などの
受診状況の変化及び健康影響の解明にむけた研究」（R3-4年度）

検討項目	担当	検討内容
がん検診受診者数	町井涼子 （国立がん研究センター）	・がん検診受診者数の月次変化
がん罹患者数	奥山絢子 （国立がん研究センター）	・院内がん登録によるがん罹患数の検討
受療行動	後藤温 （横浜市立大学）	・JMDCレセプトデータ解析
	佐藤靖祥 （がん研有明病院）	・がん診療状況の調査検討
	土岐祐一郎 （大阪大学）	・NCD データによる外科治療数の解析
	松本綾希子 （国立がん研究センター）	・Webによる全国調査
統括：高橋宏和（国立がん研究センター）　アドバイザー：祖父江友孝（大阪大学/国立がん研究センター）		

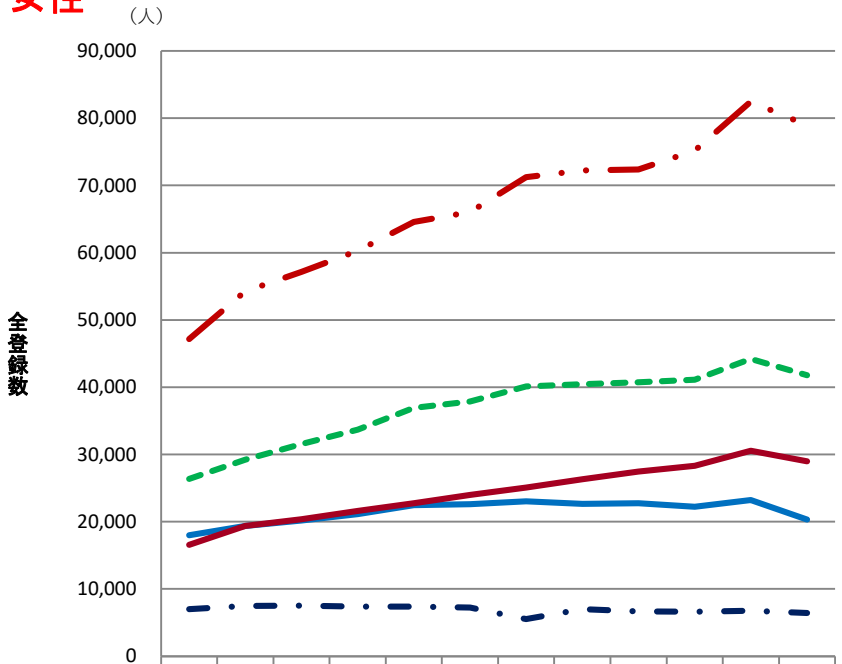
がん診療連携拠点病院等におけるがん種別がん登録数の推移

男性



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
胃	42,690	46,147	47,772	50,562	52,807	52,702	53,839	53,195	52,988	52,585	53,238	47,220
大腸	39,370	44,066	46,959	50,445	54,601	56,712	59,678	59,405	60,627	61,372	64,569	60,188
肝臓	15,981	16,929	17,178	16,749	17,266	17,036	17,148	16,731	16,561	17,092	17,386	16,826
肺	38,786	43,736	45,799	47,585	50,255	51,420	53,074	54,207	56,353	57,463	61,272	59,239
前立腺	37,658	42,256	47,874	48,341	50,527	50,846	55,424	53,916	57,111	59,705	63,846	59,938

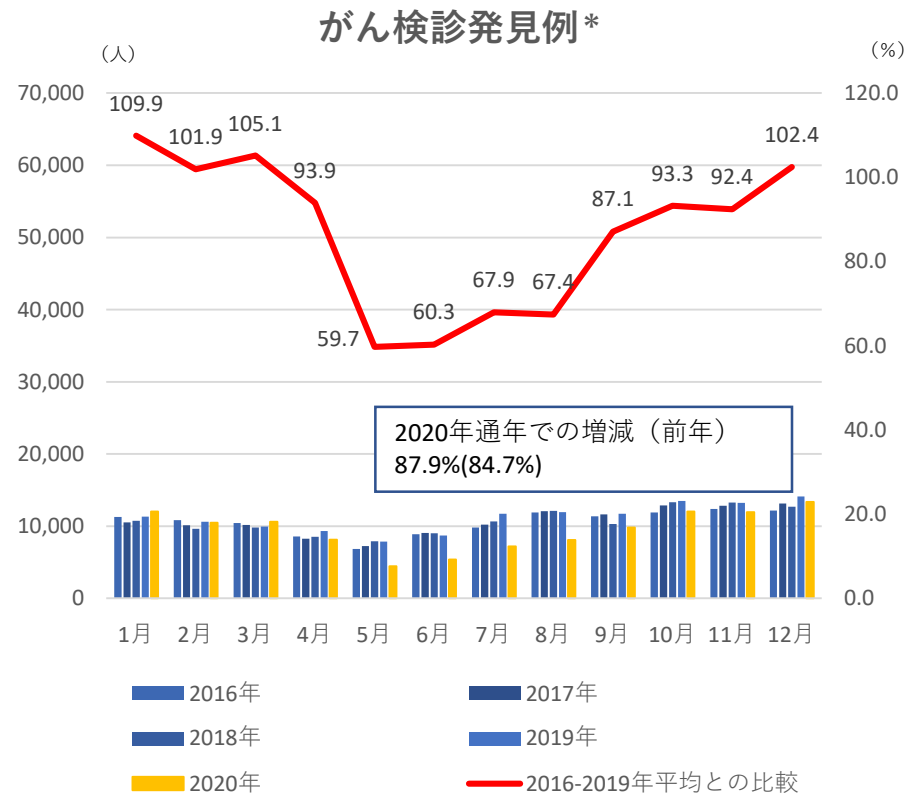
女性

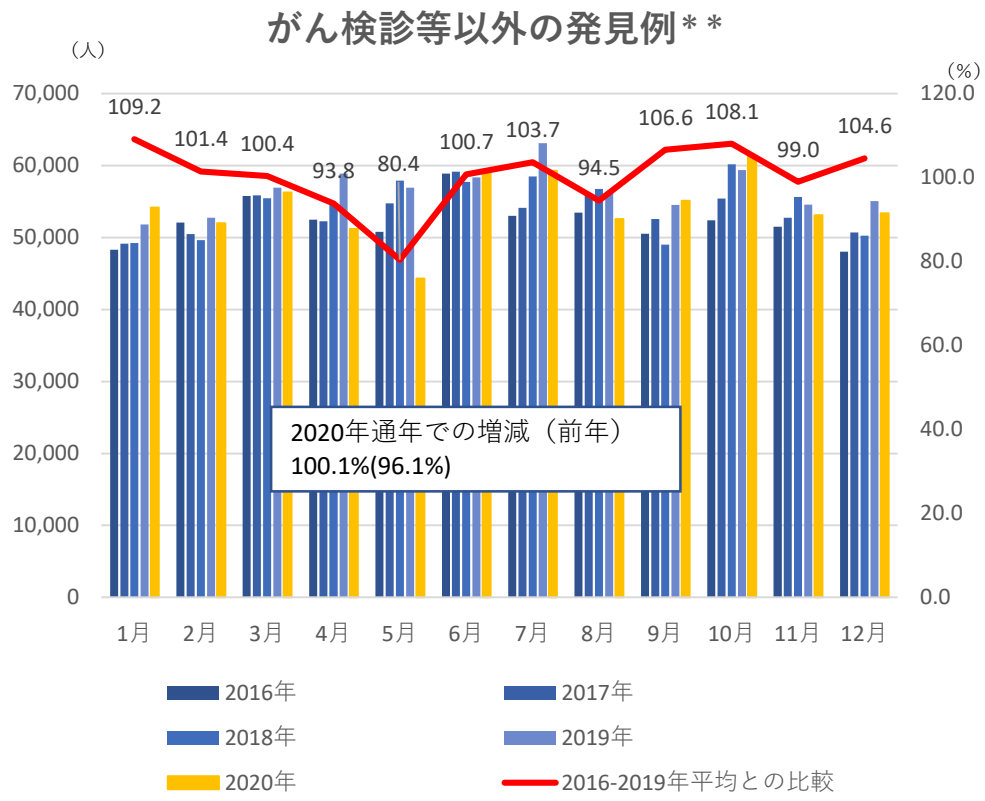


	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
胃	17,984	19,384	20,156	21,138	22,458	22,619	23,045	22,667	22,766	22,226	23,237	20,337
大腸	26,354	29,208	31,528	33,691	36,929	37,884	40,121	40,444	40,744	41,104	44,229	41,786
肝臓	6,989	7,468	7,534	7,397	7,394	7,234	5,514	7,020	6,673	6,637	6,779	6,437
肺	16,558	19,345	20,369	21,608	22,762	23,988	25,078	26,291	27,471	28,308	30,571	28,994
乳房	47,167	54,231	57,148	60,309	64,552	66,069	71,216	72,231	72,397	75,173	82,445	78,954

出典：院内がん登録2020年全国集計報告書

発見経緯別がん登録数の推移：全がん（検診発見、年度比較）

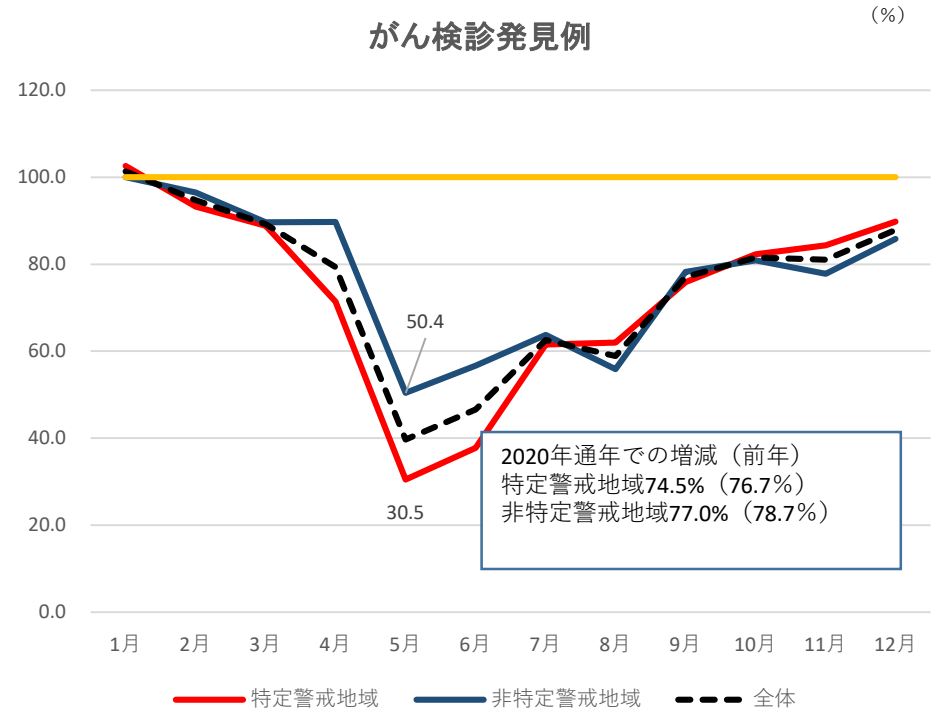


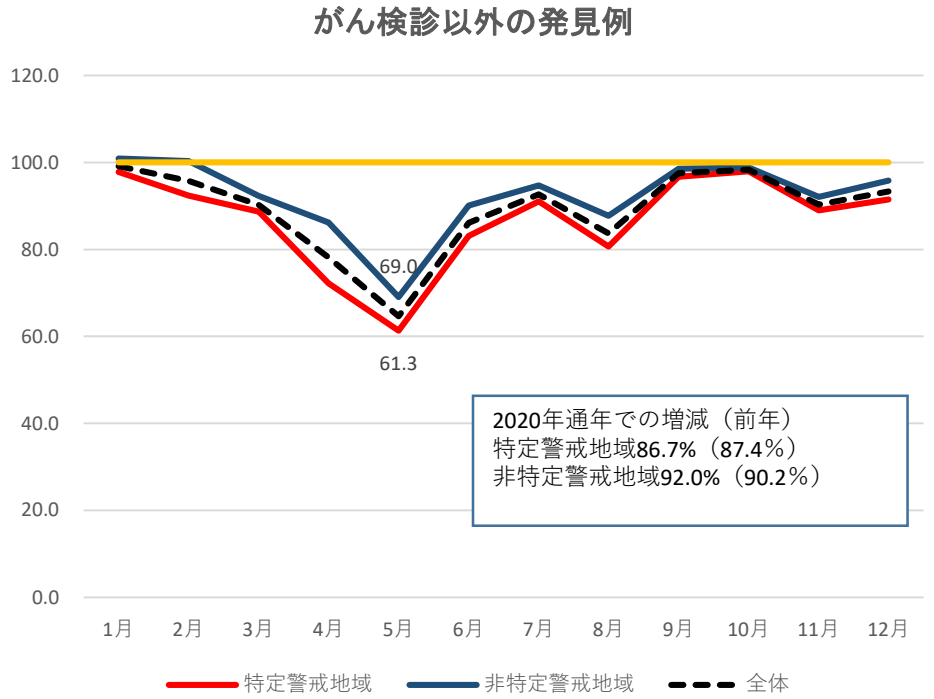


がん検診発見例*　　：がん検診・健康診断・人間ドックなどによる発見例
がん検診等以外の発見例**　：自覚症状および、他の疾患で経過観察中に実施された検査により偶然発見されたものなどによる発見例

出典：院内がん登録2020年全国集計報告書

発見経緯別がん登録数の推移：全がん（検診発見、特定警戒地域*）

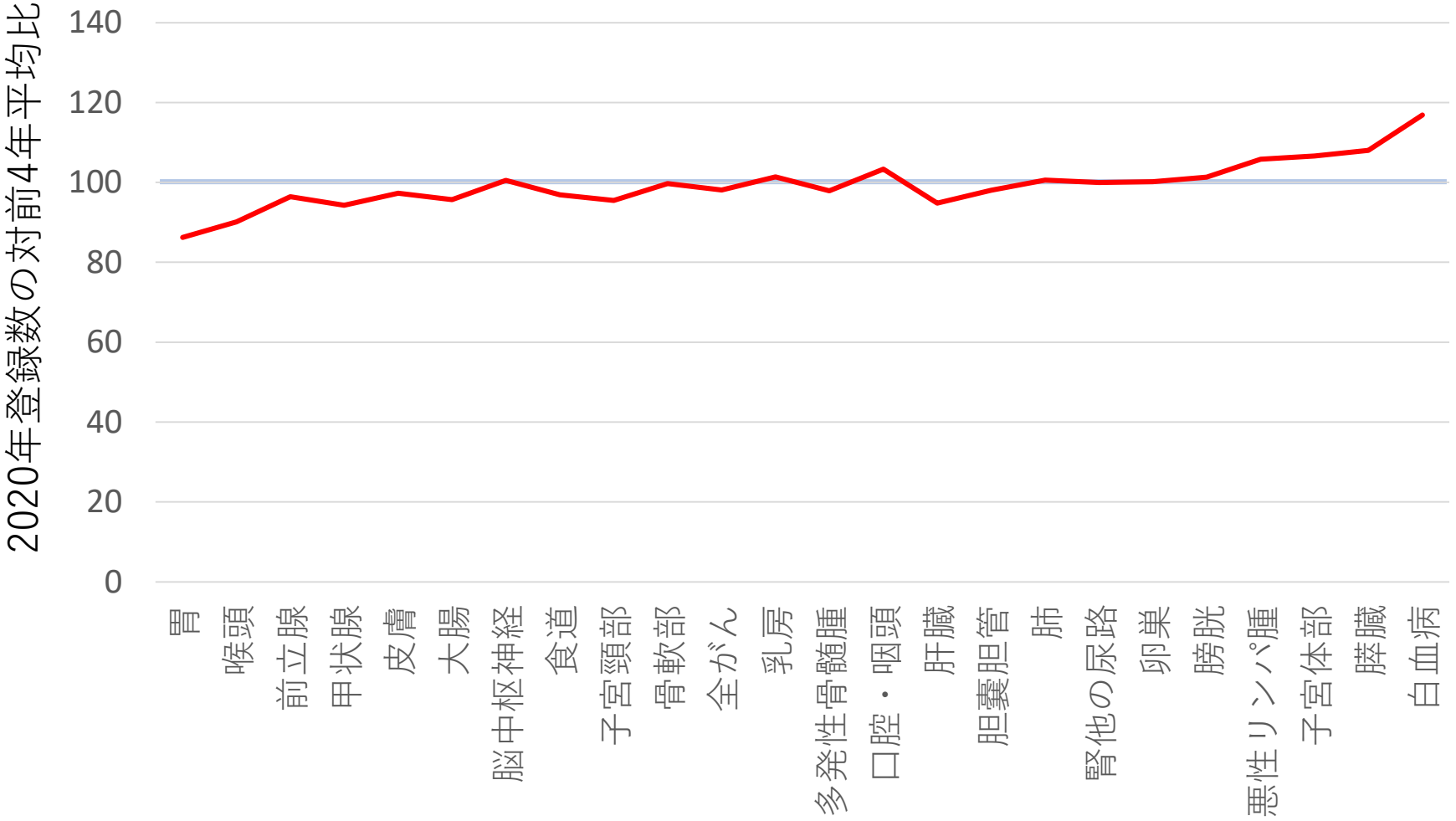




特定警戒地域*：　2020 年 4 月から 5 月の緊急事態宣言下において、特に重点的に感染拡大の防止に向けた取組を進めていく必要があるとして、特定警戒都道府県として位置づけられた 13 都道府県（北海道、茨城県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、石川県、岐阜県、愛知県、京都府、大阪府、兵庫県、福岡県）

出典：院内がん登録2020年全国集計報告書

2020年登録数におけるがん種別の増減率（対2016-2019年平均）



550

出典：院内がん登録2020年全国集計報告書

がん診療連携拠点病院等におけるがん登録数への影響

- 院内がん登録実施病院863施設の全登録数は、前年度と比較し594施設で減少（平均4.6％減、がん診療連携拠点病院等では平均5.3％減）
- 男性は胃・大腸、女性は乳房・胃の登録数が減少、肝臓は男女ともほぼ横ばい
- 2020年の全登録数は、2016-2019年の4年平均と比べ14,046件減小（98.6%）
- がん検診発見数は、それ以外と比べ登録数の減少割合が大きい
- 特定警戒地域は、その他の地域と比べ一時的に大きく減少し、その後差は縮小
- 2020年の部位別増減率は、 2016-2019年の4年平均と比べ胃・大腸・子宮頚・甲状腺・前立腺・皮膚などで減少

厚生労働省からの受診勧奨（令和3年11月26日プレスリリース）

「院内がん登録2020年全国集計」のポイント

- がん診療病院863施設（新規のがんの約72.5％をカバー）1,040,379例のデータを集計
- 2020年の全登録数が、前年の登録数と比べて60,409件減少（平均4.6％減少）

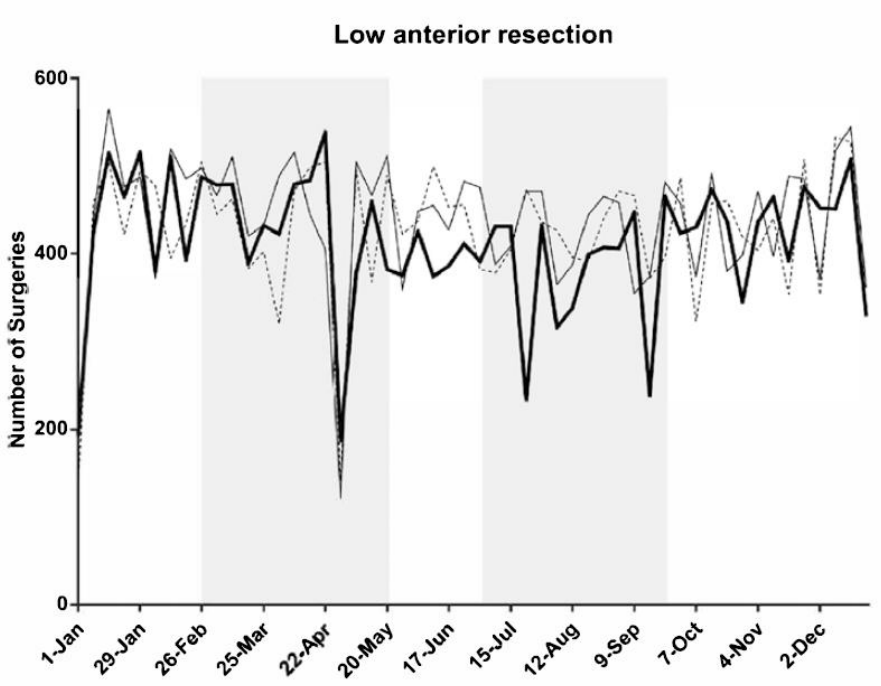
- 全登録数の減少は、がんの患者数そのものが減少したことに起因するものではない
- 2020年５月にがん罹患者数は、対前年同月比で22.0％減少、その後は回復傾向
- 同時期のがん検診受診者数は大幅に減少、その後回復傾向
- 症状が少なく検診などでの発見率が高い、比較的早期のがんにおける登録数の減少率が大きい

- がん検診の受診や医療機関への受診が遅れないようにする事が重要
- がん検診などの必要な受診は不要不急の外出にあたらない

NCD データ*による外科治療数の解析（胃がん、直腸がん）

NCDデータ＊：国内の手術や治療に関する大規模データベースであり、
5,000以上の施設から毎年150万件近くのデータが登録されている

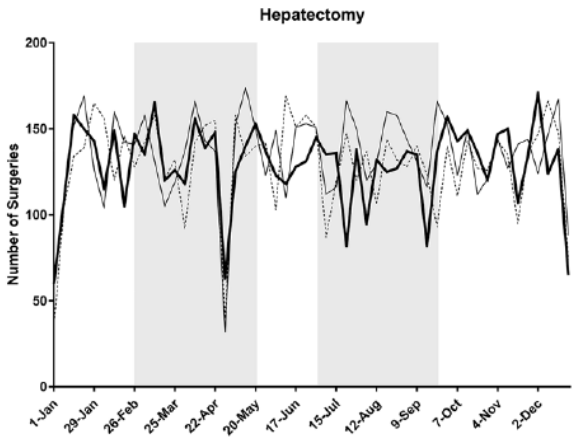


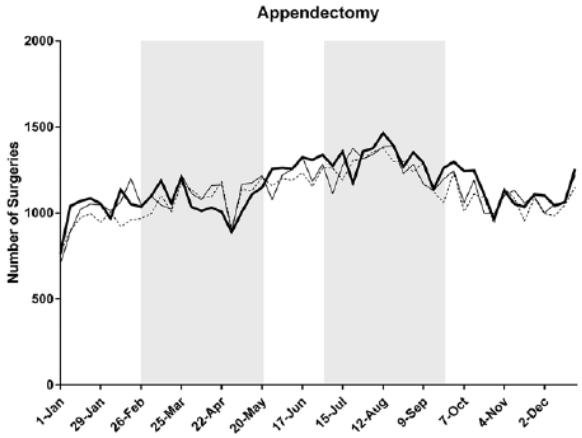


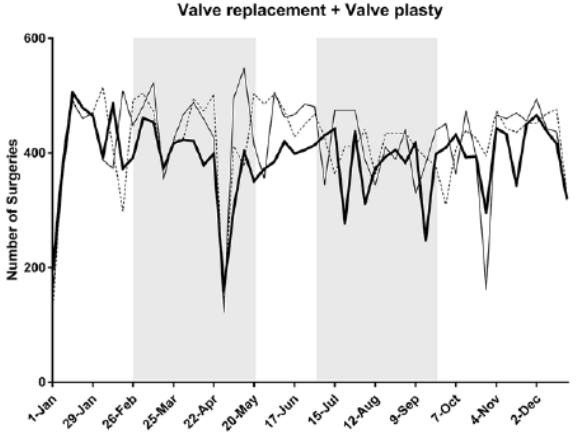
出典：The impact of COVID-19 on surgical procedures in Japan:
analysis of data from the National Clinical Database. Surg Today. 2021

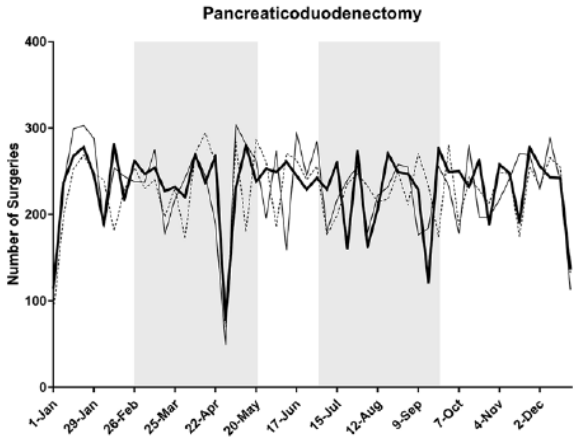
NCD データによる外科治療数の解析

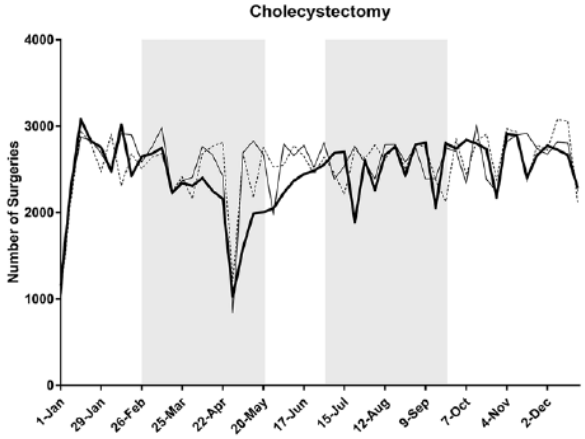
（肝がん、虫垂炎、弁置換形成術、膵がん、胆摘、大動脈弁置換術など）

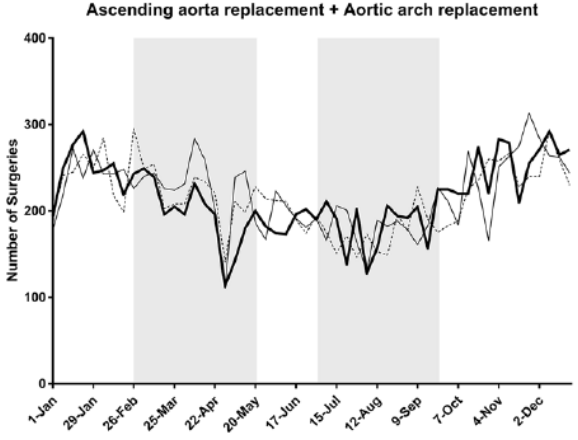






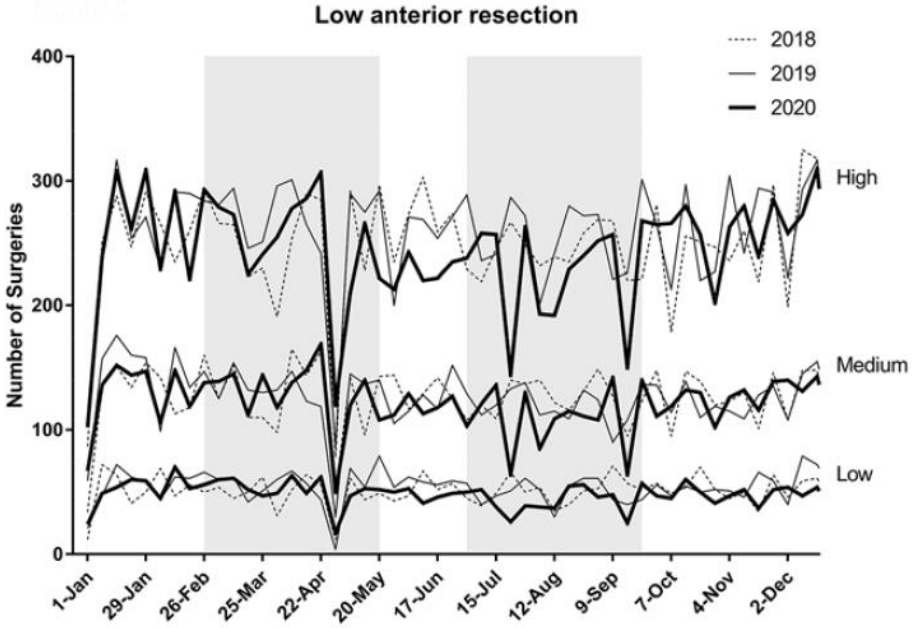


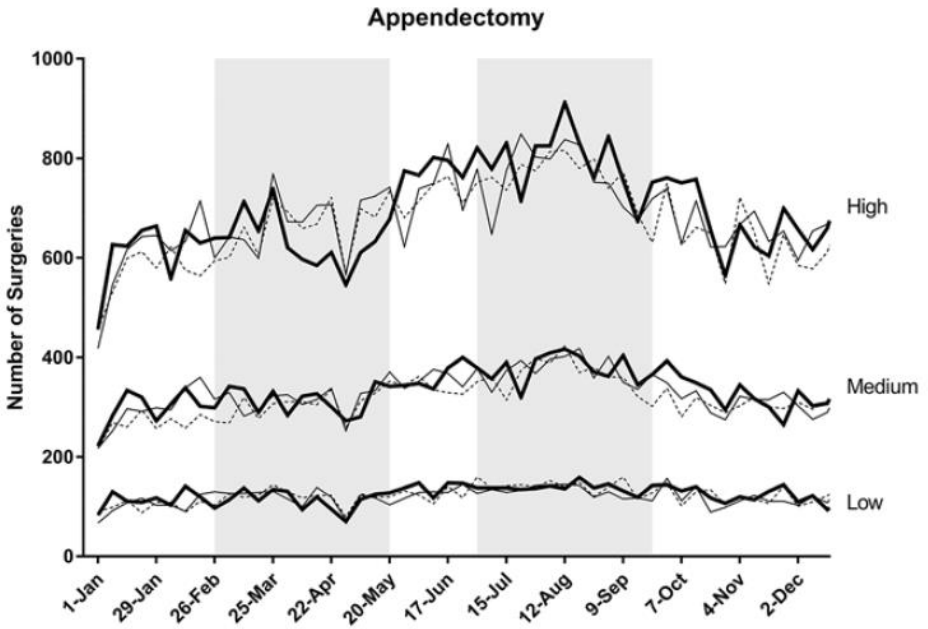




出典：The impact of COVID-19 on surgical procedures in Japan:
analysis of data from the National Clinical Database. Surg Today. 2021

NCD データによる外科治療数の解析（直腸がん、虫垂炎：感染程度別）





感染程度高：東京、沖縄、大阪、北海道、神奈川、愛知、埼玉、兵庫、千葉、京都、福岡、奈良

感染程度中：上記・下記以外

感染程度低：秋田、鳥取、新潟、徳島、島根、岩手、香川、愛媛、山形、青森、山口、長崎、福井

出典：The impact of COVID-19 on surgical procedures in Japan: analysis of data from the National Clinical Database. Surg Today. 2021

がん外科手術数への影響

- NCDデータによると、2020年の主要20外科手術数は前2年と比べ15％減小
- 胃がん、大腸がん、甲状腺がんほか小児鼠経ヘルニア、小児虫垂炎などが減少
- 膵がんのほか、成人虫垂炎、上行大動脈置換術などは変わらず
- 感染程度の高い地域は、他と比べ大きく減少

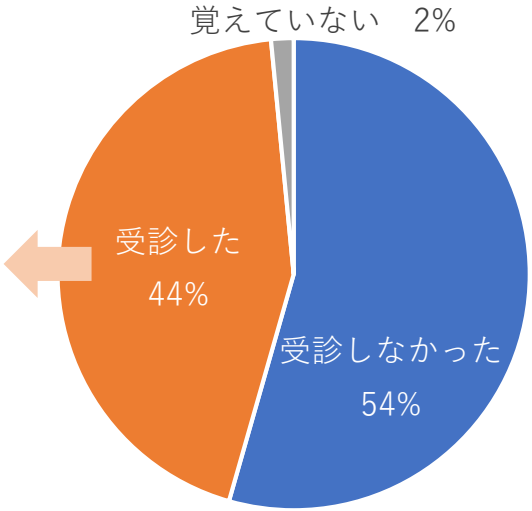


- 特に感染程度の高い地域において、症状のない疾患（検診に関わるがんを含む）ならびに緊急性が比較的低い手術数の減少が顕著

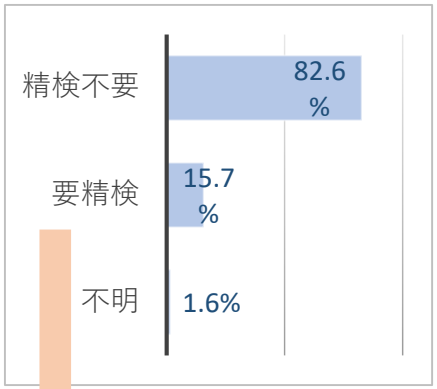
新型コロナウイルス感染症によるがん検診受診行動への影響

一般男女（40-69歳） 2080人に対するWeb調査
実施時期：2021年12月10-13日

2020/4-現在までに がん検診を受診したか？



検診結果は？



精密検査を受けたか？

	（%）
新型コロナウイルスと関係なく、精密検査を受診した	76.4
感染が心配だったが、最終的には受診した	13.9
感染が心配なので、精密検査を受診していない	6.9
新型コロナウイルスと関係なく、精密検査は受診しない	2.8

557

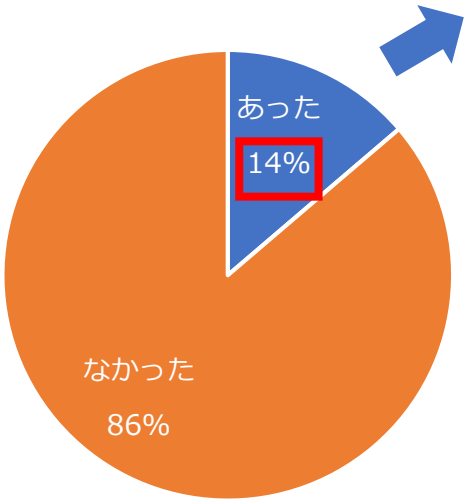
理由は？

	（%）
もともと受診するつもりはない	38.3
なんとなくやめた	23.4
感染が心配で受診しなかった	20.1
案内がなかった	9.4
新型コロナウイルスの影響で、がん検診がなくなった	2.9
収入が減ったから	2.4
その他	3.6

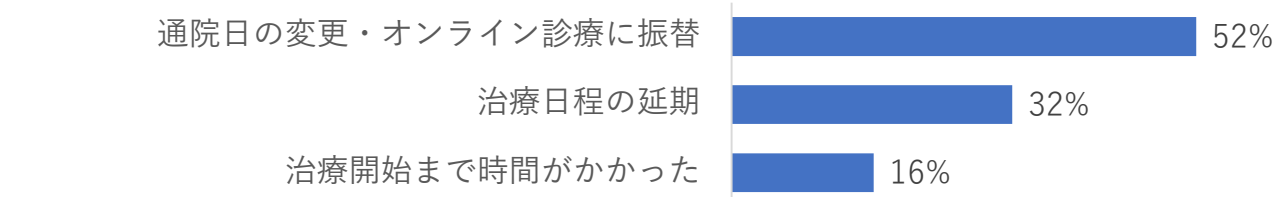
新型コロナウイルス感染症によるがん患者の受診行動への影響

がん患者男女（40-69歳） 1920人に対するWeb調査
実施時期：2021年12月10-13日

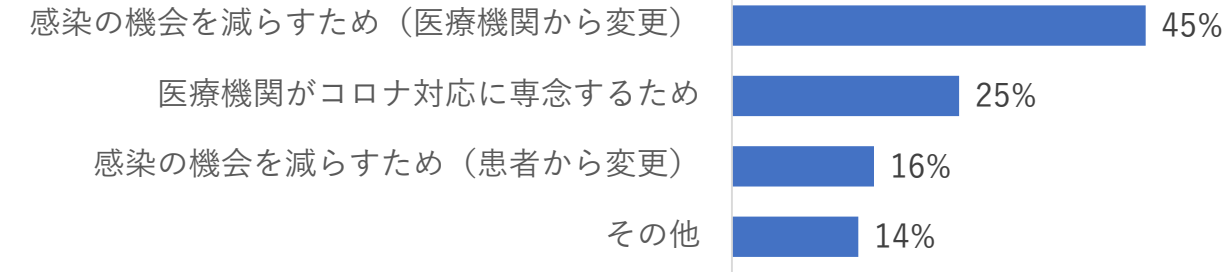
2020/4-現在までに、 コロナの影響でがんの治療や通院に延期や変更があったか？



延期や変更の内容は？(あったと回答した内の割合)



理由は？（あったと回答した内の割合）



558

がん検診およびがん治療の受療行動への影響

- がん検診を受けなかった理由の2-3割は、コロナの影響の可能性
- 要精密検査の7％は、感染が心配で精密検査を受けていない可能性
- がん患者の14％が、コロナの影響により治療や通院が延期・変更

（うち7割は、医療機関側の理由による）

日本におけるがん検診・がん診療受診者数減少の要因

1．緊急事態宣言に伴う政府や専門学会の通知

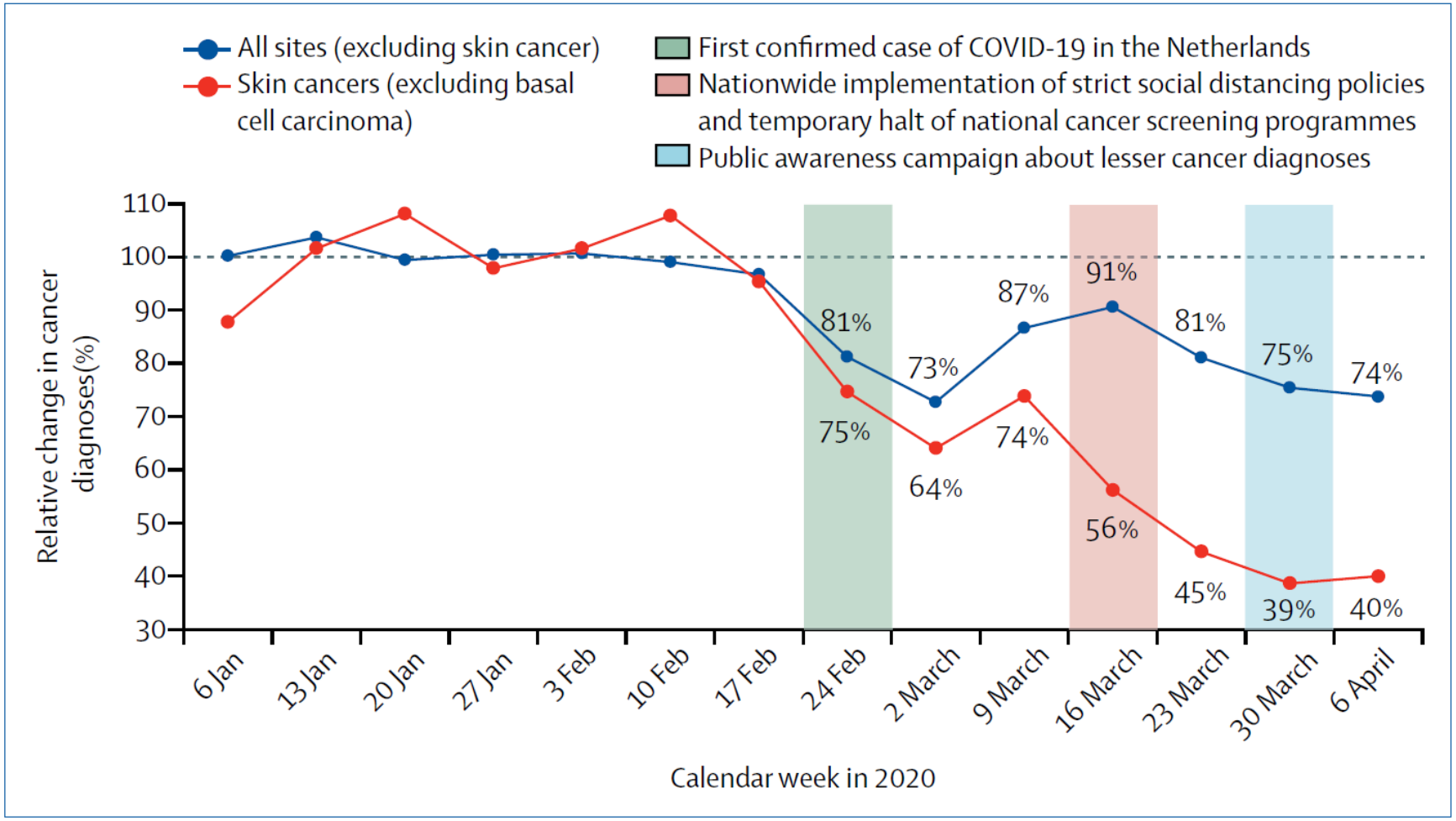
2．がん検診実施者（市区町村・保険者・事業主）による実施延期・中止

3．感染の恐れによる受診控え

4．がん検診実施機関・医療機関のキャパシティー減少

560

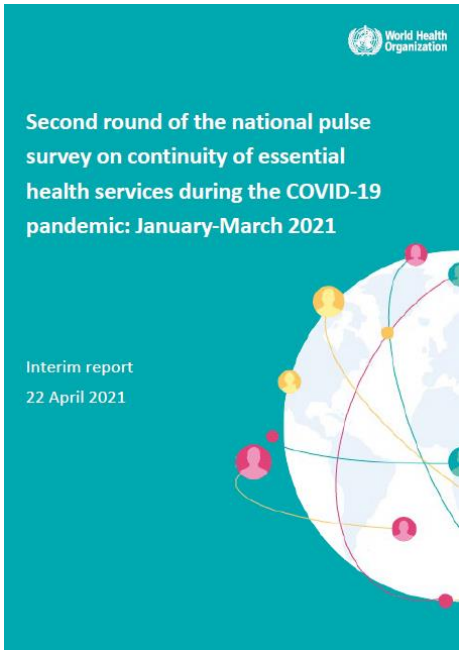
オランダにおけるがん登録者数の推移（皮膚がん以外、皮膚がん※）

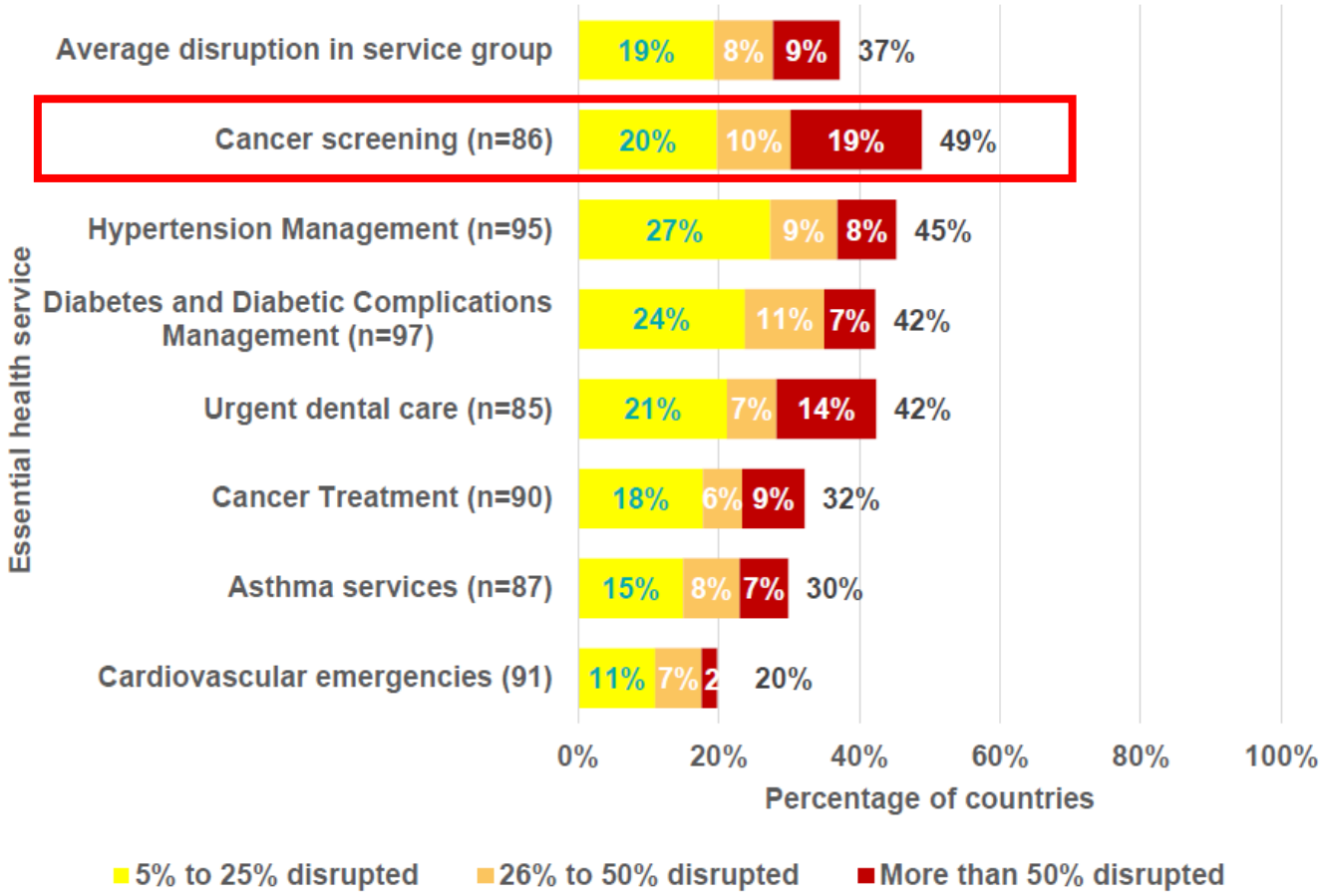


※　皮膚がん（赤線）が最も顕著に減少しているため、単独で取り上げられている

出典：Fewer cancer diagnoses during the COVID-19 epidemic in the Netherlands. Dinmohamed AG, et al. Lancet Oncol. 2020

非感染性疾患に対するサービスを中断している国の割合





出典：Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: January-March 2021（WHO 2021）

予定手術を受けることができなかった理由（61か国の施設調査）

COVID-19に関連する理由	複数回答による回答割合（%）
患者の感染リスクを避けるため多職種チームで決定	72.8
代替療法への変更	26.6
患者による決定	23.3
進行中のネオアジュバンド療法	18.9
病床の不足	14.9
社会的ガイドラインの推奨変更	11.0
病院へのアクセス困難	7.0
支援サービスの遅延による副次的影響	1.2
患者のCOVID-19感染	1.1
手術待機中のCOVID-19による死亡	0.6

出典：Effect of COVID-19 pandemic lockdowns on planned cancer surgery for 15 tumour types in 61 countries: an international, prospective, cohort study. COVIDSurg Collaborative. Lancet Oncol. 2021

予定手術を受けることができなかった理由（61か国の施設調査）

COVID-19に関連しない理由	複数回答による回答割合（%）
他疾患の進行	8.9
COVID-19に関連しない他の医療や手術状況の遅延	2.9
手術待機中のCOVID-19以外の死亡	1.7
手術不可能の患者	1.2
COVID-19に関連しない理由による患者による決定	1.7

出典：Effect of COVID-19 pandemic lockdowns on planned cancer surgery for 15 tumour types in 61 countries: an international, prospective, cohort study. COVIDSurg Collaborative. Lancet Oncol. 2021

新型コロナウイルス感染症ががん診療に与える影響因子

新型コロナウイルス感染症 → 予防・早期発見 → 診断 → 治療

診断・治療へのアクセスの減少
- 感染の恐れ
- 医療資源のキャパシティー減少
- 失業などによる経済的問題
- 緊急事態宣言による行動制限

診断の遅れ
- 治療法選択肢の減少
- より高度な治療法の選択

通常診療の遅れ
- 検診未受診
- 精検未受診
- 念のため受診の減少
- 定期通院の減少

治療の遅れ
- 治療の延期
- 治療法の選択肢の減少
- 適応外治療の増加

↓

がん死亡率増加の懸念

出典：2021 American Cancer Society, Inc., Surveillance Research

新型コロナウイルス感染症による
がん検診及びがん診療などへの国際的な動向

- がん罹患者数の減少（がん検診に関連するがんなど）
- 多くの国において、がん検診に関するサービスが中断
- 予定手術の遅延・中止
- 中・長期的ながん死亡率増加の懸念

研究班からの提案：今後の対応策

- モニタリングおよび分析の継続
- がん検診やがん医療へのアクセスの確保
- がん検診やがん医療に関する適切な情報提供
- 即時性のあるがん検診・がん罹患データ収集システムの構築

第34回がん検診のあり方に関する検討会	資料２
令和４年２月４日	

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

今後のがん検診の受診率向上に資する方策について

厚生労働省
健康局　がん・疾病対策課

新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業

■　がん検診受診率向上に効果の大きい個別の受診勧奨・再勧奨を実施するとともに、子宮頸がん検診・乳がん検診の初年度対象者にクーポン券を配布する。また、精密検査未受診者に対する受診再勧奨にも取り組む。

事業の概要

1．個別の受診勧奨・再勧奨

子宮頸がん、乳がん、胃がん、肺がん、大腸がん検診について、郵送や電話などによる個別の受診勧奨・　再勧奨を行う（注）とともに、かかりつけ医を通じた個別の受診勧奨・再勧奨にも取り組む。

注）個別受診勧奨・再勧奨の対象と受診間隔
- 子宮頸がん検診：20～69歳の女性　２年に１回
- 乳がん検診：40～69歳の女性　２年に１回
- 胃がん検診：50～69歳の男女　２年に１回
  （胃部エックス線検査は40歳以上も可　年１回）
- 肺がん検診：40～69歳の男女　年１回
- 大腸がん検診：40～69歳の男女　年１回



2．子宮頸がん検診・乳がん検診のクーポン券などの配布

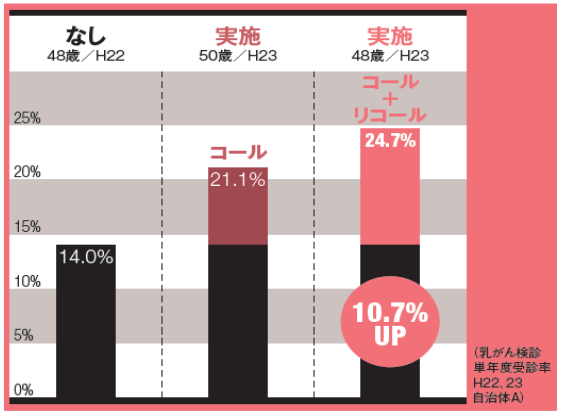
子宮頸がん検診・乳がん検診の初年度の受診対象者（子宮頸がん検診：20歳、乳がん検診：40歳）に対して、クーポン券と検診手帳を配付する。

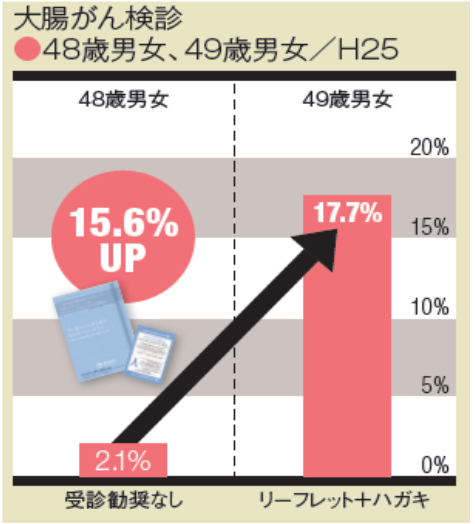
3．精密検査未受診者に対する受診再勧奨

子宮頸がん、乳がん、胃がん、肺がん、大腸がん検診の精密検査未受診者に対して、郵送や電話などによる個別の受診再勧奨を行う。

実施主体：市区町村　　補助率：1/2

（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

569

がんの早期発見・がんによる死亡者の減少

現状と課題

○　子宮頸がんの罹患は、20歳代で上昇するため、この年齢層での子宮頸がん検診受診率の向上は重要な課題である。

○　他方、子宮頸がん検診のクーポン券利用率は全国平均で10%を下回っている状況。この原因としては、主に以下の可能性が考えられる。
①　子宮頸がんの受診率が20～25歳で最も低いことが示す通り、クーポン券を配布された20歳の方ががん検診の必要性等について十分な理解がない可能性。
②　居住地と住民票が異なる等の理由により、クーポン券が本人の手元に速やかに届いておらず、利用の機会を逃している可能性。

○　クーポン券を初年度対象者に送付する意図は、子宮頸がん検診への啓発を含み、初回のみならず、その後も継続してがん検診を定期的に受診していただくよう受診行動の変容を促すことである。そのため、クーポン券の利用率を高めることは、将来的ながん検診受診率の向上にもつながる。

○　こうしたことから、特に子宮頸がん検診について、クーポン券の利用率向上を含めた、クーポン券の効果を高める方策について検討する必要がある。

第33回がん検診のあり方に関する検討会（令和３年８月５日）　資料３より引用

クーポン券利用率向上に係る前回の主なご意見

○　子宮頸がん検診の初年度の受診対象者である20歳では、自身が子宮頸がんに罹患するリスクや、子宮頸がん検診について知識が不足している者が多いのではないか。
○　10歳代後半、特に高校生や大学生等への教育や啓発が重要である。
○　子宮頸がんに関する知識等について、若い世代（10歳代後半～30歳代）の実態調査を行ってはどうか。
○　若い世代には、SNSを通じた啓発が有効ではないか。
○　成人式のときに、がん検診の受診を勧奨し、クーポン券や受診券を手渡してはどうか。
○　職域等において実施されている検診にも子宮頸がん検診を追加し、自治体検診以外の提供機会を増やせるとよいのではないか。
○　自治体と大学等が連携する仕組みを推進すべきではないか。
○　クーポン券が届いても受診しなかった者を対象に、未受診の理由等を調査してはどうか。

子宮頸がん検診の普及啓発、教育に関する自治体の取組例

○　成人式を活用した啓発（大阪府大阪市、神奈川県川崎市の取組）

成人式で新成人を対象に子宮頸がん検診啓発資材の配布を行っている。

※大阪府大阪市は、令和２年度は新型コロナウイルス感染症の影響で成人式が中止。
※神奈川県川崎市は、令和2年度、令和３年度は新型コロナウイルス感染症の影響で取組中止。

○　大学と連携した啓発①（大阪府大阪市の取組）

複数の健康行動の啓発（食育、骨粗しょう症検診、受動喫煙防止）と併せて子宮頸がん検診の受診勧奨資材の配布や短時間の動画の放映を行っている。動画放映は学生に関心を持っていただいた印象がある。

○　大学と連携した啓発②（山梨県の取組）

子宮頸がん検診の委託先や県内の大学と連携し、検診車で大学を巡回し、大学内において子宮頸がんに関する講習会、無料の子宮頸がん検診や健康相談を実施している。

○　大学と連携した啓発③（神奈川県横浜市の取組）

市内の大学生に子宮頸がん検診及び乳がん検診に係るポスターのデザインを公募し、作成されたポスターは、駅に掲示したり、クリアファイルにして配布するなどしている。

○　SNSを活用した啓発（静岡県浜松市の取組）

毎年5月末に郵送するクーポン券に加え、QRコード付きの子宮頸がん検診案内を送付している。QRコードから、市のLINEアカウントに友だち登録できるようにすることで、子宮頸がんに関する情報や、子宮頸がん検診を受診できる医療機関の情報等を定期的に配信している。

○　個人用アドレス等を活用した啓発（群馬県渋川市の取組）

同市では住民に防災メールが届くように個人メールアドレスを登録していただくようにしているが、同システムを活用して登録している住民に対して受診勧奨を行っている。

今後のがん検診の推進策の検討の視点

○　普及啓発・教育に関して、自治体における好事例について更なる情報収集を行い、本検討会として効果的と思われる取組例を周知してはどうか。特に20歳代への啓発について、クーポンの利用率向上にも繋がる好事例が求められる。

○　普及啓発・教育を勧めるに当たって、自治体にとってどのような点が障壁となっているのか。

○　市町村（特別区を含む）が実施するがん検診を受診する際に、受診対象者にとってどのような点が障壁となっているのか。

○　職域での受診機会を増やすことは、 20～30歳代の受診率向上に繋がるか。

○　クーポン券のあり方を見直す場合、精度管理を担保しながら受診率を向上させるためには、どのような仕組み（例えば自治体と大学等との連携、自治体を越えて受診できる体制づくり）を検討すべきか。

（参考）
個別の受診勧奨・再勧奨、精密検査受診者に対する再勧奨の取組について

○　米国疾患予防管理センター（CDC）によると、個別勧奨・再勧奨は、エビデンスが認められた取組である。現在、「予防・健康づくりに関する大規模実証事業」内の「がん検診のアクセシビリティ向上策等の実証事業」（Ｒ２～Ｒ４）において、個別勧奨・再勧奨以外の方法についても効果的な受診勧奨策の検証を行っているところであり、当該事業の成果を踏まえ、今後の取組について検討していきたい。

がん検診のアクセシビリティ向上策等の実証事業

令和4年度予算案：68百万円
（令和3年度予算額：72百万円）

● **ねらい：がん検診におけるアクセシビリティ向上等による受診率向上**

がん検診について、第３期がん対策推進基本計画で目標としている受診率50%は、肺がん(男)以外は達成していない。がんの死亡率減少を目指す中で、がんの早期発見・早期治療を促すため、がん検診の更なる受診率の向上に向け施策を重点化させる観点から、どのような手法で取り組むことがより受診率の向上等に効果的であるかについて検証する。効果検証に当たっては、がん検診受診率及び精密検査受診率を測定指標とする。

● **実証の手法**

現在、各自治体で実施されているがん検診の実態や既存研究による受診率向上策の効果検証結果等を整理した上で、効果検証を行う。市町村で、がん検診受診状況を把握するための名簿等を整備した上で、受診率向上策（ナッジ理論を活用した受診勧奨等）を講じた群と、当該向上策を講じなかった群を設定し、前者と後者の実施率の差異を検証・分析する。（「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に定められている検診に限る）また、受診率向上施策に対する受診率上昇等の医療経済効果の算出を行う。

【具体的な実証手法】
・ナッジ理論やソーシャル・マーケティングの手法等を用いた効果的な勧奨方法の活用
・特定健診とがん検診の同時実施（乳がん・子宮頸がん検診も含む）
・市町村等の境界を越えて受診できるがん検診　　等

【対象者】
・市町村等

● **実証のスケジュール**

(案)

2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
<11月～> ・市町村に対する実施状況調査 ・受診率向上パッケージ作成（効率の良い方法の収集） ・実証フィールドの選定 ・来年度介入準備 ・医療経済効果の検討 ・審査・評価委員会における指導助言	<4月～> ・実証フィールド（10～20程度の市町村等）に対し、介入実証を実施（ナッジ理論を用いた資材の送付及び受診体制の確保、特定健診との同時実施、受診しやすい受診体制に対する実証） ・医療経済効果の検討 ・審査・評価委員会における指導助言	<４月～> ・実証フィールド（10～20程度の市町村等）に対し、介入実証を実施 ・医療経済効果の検討 ・審査・評価委員会における指導助言 <２月> ・事業報告書提出 ・審査・評価委員会における指導助言 ・第4期がん対策推進基本計画の検討	・第４期がん対策推進基本計画施行 ・「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」等の見直しを検討

第34回がん検診のあり方に関する検討会	資料３
令和４年２月４日	

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

第４期がん対策推進基本計画に向けた議論について

厚生労働省
健康局　がん・疾病対策課

がん検診のあり方に関する検討会のスケジュール（案）

第４期基本計画策定に向けて、がん対策推進協議会への提言をとりまとめる予定。

＜これまでの主な議題＞
- 「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」改正について
- がん検診のあり方に関する検討会における議論の中間整理
- 新型コロナウイルス感染症が発生している中でのがん検診の推進策について
- 対象者のリスクに応じたがん検診のあり方について　　等

第34回以降で予定している議題
- 第４期がん対策推進基本計画策定に向けた議論
- 受診率向上対策について
- がん検診の精度管理等について
- 職域におけるがん検診について

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

１．がん検診受診率向上について

２．精度管理について

３．職域におけるがん検診について

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

1

がん検診受診率向上について

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

第３期基本計画における受診率向上対策について

■ 第３期がん対策推進基本計画において、受診率向上対策に係る「取り組むべき施策」として、次のように記載されている。

● 国、都道府県及び市町村は、これまでの施策の効果を検証した上で、受診対象者の明確化や、将来的には組織型検診のような検診の実施体制の整備など、効果的な受診率向上のための方策を検討し、実施する。市町村は、当面の対応として、検診の受診手続の簡素化、効果的な受診勧奨、職域で受診機会のない者に対する受診体制の整備、受診対象者の名簿を活用した個別受診勧奨・再勧奨、かかりつけ医や薬局の薬剤師を通じた受診勧奨など、可能な事項から順次取組を進める。

● 市町村や検診実施機関においては、受診者に分かりやすくがん検診を説明するなど、受診者が、がん検診の意義及び必要性を適切に理解できるように努める。

● また、国は、がん検診と特定健診の同時実施、女性が受診しやすい環境整備など、受診者の立場に立った利便性の向上や財政上のインセンティブ策の活用に努める。

がん検診受診率に係る第３期基本計画中間評価指標について

- 第３期がん対策推進基本計画において、受診率の目標値が50%とされているが、多くのがん種で達成できていなかった。
- 個別受診勧奨・再勧奨については、個別受診勧奨は約８割、再勧奨については約５割の自治体で実施されていた。

個別目標	男女とも対策が検診で行われている全てのがん検診の受診率の目標値を50%とする。

項目番号	中間評価指標	用いた調査	数値	参考数値
1031	がん検診受診率	令和元年国民生活基礎調査	令和元年 胃がん　（男）48.0%　（女）37.1% 肺がん　（男）53.4%　（女）45.6% 大腸がん　（男）47.8%　（女）40.9% 子宮頸がん　（女）43.7% 乳がん　（女）47.4%	平成28年 胃がん　（男）46.4%　（女）35.6% 肺がん　（男）51.0%　（女）41.7% 大腸がん　（男）44.5%　（女）38.5% 子宮頸がん（女）42.4% 乳がん　（女）44.9%
参５	個別受診勧奨・再勧奨を実施している市区町村の割合	令和元年度市区町村におけるがん検診の実施状況調査	平成30年 【個別受診勧奨】 胃がん　83.3% 肺がん　82.3% 大腸がん　85.2% 乳がん　86.7% 子宮頸がん　85.4% 【個別受診勧奨を実施した自治体のうち、検診未受診者に対する個別再勧奨（全員又は一部）を実施した自治体】 胃がん　46.1% 肺がん　44.7% 大腸がん　52.5% 乳がん　60.2% 子宮頸がん　58.5%	平成29年 【個別受診勧奨】 胃がん　81.2% 肺がん　79.8% 大腸がん　84.0% 乳がん　81.9% 子宮頸がん　82.5% 【個別受診勧奨を実施した自治体のうち、検診未受診者に対する個別再勧奨（全員又は一部）を実施した自治体】 胃がん　44.7% 肺がん　42.7% 大腸がん　50.4% 乳がん　57.3% 子宮頸がん　57.3%

備考　・胃がん、肺がん、乳がん、大腸がんは40歳～69歳。子宮頸がんは20歳～69歳。
・健診等（健康診断、健康診査及び人間ドック）の中で受診したものを含む。
・乳がん・子宮頸がんは過去２年に受診したもの。
・2016年（平成28）年の数値は、熊本県を除いたもの。

580

第74回がん対策推進協議会（令和２年10月16日）
資料3-1より抜粋・一部改変

受診率向上に係る第３期における取組について

○第３期における取組について

- がん検診の受診対象者に対する個別受診勧奨（コール）・個別受診再勧奨（リコール）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取り組んできた。
- コールは約８割、リコールは約５割の自治体で実施され、いずれの実施割合も増加傾向だった。
- 自治体における、かかりつけ医と連携した受診勧奨の取組を支援した。
- 2019年４月には、「ナッジ理論」に基づく好事例等を紹介した「受診率向上施策ハンドブック第２版」を公表し、受診率向上に向けた取組を継続して行っている。
- 「予防・健康づくりに関する大規模実証事業」内の「がん検診のアクセシビリティ向上策等の実証事業」（令和２～４年度）において、効果的な受診率向上策を検証中である。
- がん検診の実施効果を高めるため、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（以下、指針）内の、がん検診の受診対象者について、受診を特に推奨する者について明示した。
- 新型コロナウイルス感染症の流行による受診行動への影響をできるだけ少なくするため、がん検診などの必要な受診は不要不急の外出にあたらないことを改めて明確化するなど、必要な受診を呼びかけるための啓発動画等による受診勧奨に取り組んでいる。

受診率向上に係る第３期における課題について

○課題（案）

- がん検診の受診率は、いずれの検診においても増加傾向だったが、ほとんどのがん種で目標の50%には達成していない。
- 有効な科学的根拠に基づく受診率向上施策である、コール・リコールに加え、効果的な施策を評価し、自治体へ示していくことが必要である。
- がん検診の受診対象者が、がん検診の意義及び必要性を適切に理解できるよう、がん検診を分かりやすく説明する等の取組が引き続き必要である。特に、これまでがん検診を受診したことがない者に対する、自治体からのがん検診に関する情報提供について、より効果的なアプローチ方法等を検討していく必要がある。
- 職域で受診機会がない者には、市町村が実施するがん検診に関する情報提供を行う等、自治体と職域との連携に取り組んで行く必要がある。
- 女性のがん検診受診率向上のため、世代ごとに適した受診勧奨等の工夫の検討や、女性ががん検診を受診しやすい環境整備について引き続き検討が必要である。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

精度管理について

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

第３期基本計画における精度管理等について

■ 第３期がん対策推進基本計画において、精度管理等に係る「取り組むべき施策」として、次のように記載されている。

- 都道府県は、指針に示される５つのがんについて、指針に基づかない方法でがん検診を行っている市町村の現状を把握し、必要な働きかけを行うこと、生活習慣病検診等管理指導協議会の一層の活用を図ることなど、がん検診の実施方法の改善や精度管理の向上に向けた取組を検討する。また、市町村は、指針に基づいたがん検診の実施及び精度管理の向上に取り組む。

- 国、都道府県及び市町村は、がん検診や精密検査の意義、対策型検診と任意型検診の違い、がん検診で必ずしもがんを見つけられるわけではないこと及びがんでなくてもがん検診の結果が陽性となる偽陽性等のがん検診の不利益についても理解を得られるように、普及啓発活動を進める。

- 国は、関係団体と協力し、指針に基づいた適切な検診の実施を促すとともに、国内外の知見を収集し、科学的根拠に基づいたがん検診の方法等について検討を進め、必要に応じて導入を目指す。

精密検査受診率に係る第３期基本計画中間評価指標について

■ 第３期基本計画において、精密検査受診率の目標値は90%とされている。がん種によって異なるが、大腸がんでは約７割である一方、乳がんでは概ね目標を達成している。

個別目標	精密検査受診率の目標値を90%とする。

項目番号	中間評価指標	用いた調査	数値	参考数値
1032	精密検査受診率 精検機関より精検結果の報告があったもの。もしくは、受診者が詳細（精検日・受診機関・精検法・精検結果の4つ全て）を申告したもの。	平成29年度地域保健・健康増進事業報告 （出典）国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」	平成28年度 胃がん（X線）80.7%　（内視鏡）83.6% 肺がん　83.0% 大腸がん　70.6% 子宮頸がん　75.4% 乳がん　87.8%	平成27年度 胃がん（X線）81.7% 肺がん　83.5% 大腸がん　70.1% 子宮頸がん　74.4% 乳がん　92.9%
参６	精密検査未把握率 精検受診の有無がわからないもの。および（精検受診したとしても）精検結果が正確にわからないもの全て（すなわち、上記の精検受診、未受診以外のもの全て）。	平成29年度地域保健・健康増進事業報告 （出典）国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」	平成28年度 胃がん（X線）11.5%　（内視鏡）13.6% 肺がん　10.6% 大腸がん　16.6% 子宮頸がん　17.6% 乳がん　8.9%	平成27年度 胃がん　7.4% 肺がん　10.0% 大腸がん　17.2% 子宮頸がん　18.3% 乳がん　9.1%
参７	精密検査未受診率 要精検者が精検機関に行かなかったことが判明しているもの。および精検として不適切な検査が行われたもの。（精検として不適切な検査とは、１）大腸がん検診における便潜血検査の再検、および２）肺がん検診における喀痰細胞診要精検者に対する喀痰細胞診の再検を指す）。	平成29年度地域保健・健康増進事業報告 （出典）国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」	平成28年度 胃がん（X線）7.7%　（内視鏡）2.6% 肺がん　6.4% 大腸がん　12.8% 子宮頸がん　6.9% 乳がん　3.3%	平成27年度 胃がん　10.9% 肺がん　6.5% 大腸がん　12.7% 子宮頸がん　7.3% 乳がん　3.5%

備考　・肺がん、乳がん、大腸がんは40歳～74歳。子宮頸がんは20歳～74歳。胃がんは、エックス線は40歳～74歳、内視鏡は50～74歳。
・胃がん（内視鏡）は、H28（2016）から指針に導入。
・数値については、四捨五入により100%とならない場合がある。

585

第74回がん対策推進協議会（令和２年10月16日）資料3-1より抜粋・一部改変

がん検診の指針に係る第３期基本計画中間評価指標について

- 指針に基づかないがん検診の実施率は、85.4%と高い状況が続いている。
- 「事業評価のためのチェックリスト」については、自治体において、チェックリストの全項目のうち、60～80%の項目を実施しており、実施率は向上している。

項目番号	中間評価指標	用いた調査	数値	参考数値
1033	指針に基づくがん検診を実施している市区町村の割合※１	令和元年度市区町村におけるがん検診の実施状況調査	平成30年度 胃がん　：対象年齢　4.8%　受診間隔　5.3% 肺がん　：対象年齢　80.1%　受診間隔　98.8% 大腸がん　：対象年齢　76.4%　受診間隔　99.6% 子宮頸がん：対象年齢　97.1%　受診間隔　35.1% 乳がん　：対象年齢　61.3%　受診間隔　40.3%	平成29年度 胃がん　：対象年齢　4.2%　受診間隔　4.6% 肺がん　：対象年齢　79.4%　受診間隔　98.7% 大腸がん　：対象年齢　75.7%　受診間隔　99.7% 子宮頸がん：対象年齢　96.4%　受診間隔　34.1% 乳がん　：対象年齢　60.2%　受診間隔　39.8%
参８	指針に基づかないがん検診を実施している市区町村の割合	令和元年度市区町村における　がん検診の実施状況調査	平成30年度 85.4%	平成29年度 87.2%
1034	「事業評価のためのチェックリスト」を実施している市区町村の割合	平成30年度市区町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査	平成30年度 【チェックリストの実施率※２】 胃がん（X線）　：集団　79.1%　個別　67.4% 胃がん（内視鏡）：集団　66.5%　個別　66.3% 大腸がん　：集団　78.6%　個別　68.0% 肺がん　：集団　78.5%　個別　66.3% 乳がん　：集団　79.1%　個別　69.8% 子宮頸がん　：集団　78.9%　個別　69.9%	平成29年度 【チェックリストの実施率※２】 胃がん　：集団　76.0%　個別　63.6% 大腸がん　：集団　75.6%　個別　64.0% 肺がん　：集団　75.5%　個別　61.6% 乳がん　：集団　75.7%　個別　65.8% 子宮頸がん：集団　75.5%　個別　66.2%

備考　・指針に基づいた対象年齢は、大腸がん・肺がん・乳がん検診：40歳以上、胃がん検診は50歳以上、子宮頸がん検診は20歳以上。
・指針に基づいた受診間隔は、肺がん・大腸がんは毎年、胃がん・乳がん・子宮頸がんは２年に１回。
（※１）胃がん検診については、指針に基づく年齢・間隔を平成28年度よりそれまでの40歳以上・逐年から50歳以上・隔年と変更してたため、当該調査についても同じ定義を用いて実施しているが、指針において、当分の間、40歳以上・逐年で実施しても差し支えないとしていることから、他のがん種に比べて実施率が低くなっている。
（※２）実施率算出方法：集計対象市区町村が「実施した」と回答した調査項目数/（集計対象市区町村数×調査項目数）×100

第74回がん対策推進協議会（令和２年10月16日）資料3-1より抜粋・一部改変

精度管理に係る第３期の取組と課題について

○第３期における取組

- 精密検査未受診者への郵送や電話等による個別受診再勧奨の取組が、自治体において行われている。
- がん検診の「事業評価のためチェックリスト」等によりチェックリストの実施状況を把握することとしている。自治体においては、チェックリストの全項目のうち、60～80%の項目が実施されており、実施率は向上している。
- 「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」（平成20年３月、がん検診事業の評価に関する委員会報告）について、令和３年度中に見直し予定である。
- がん検診の受診対象者に対し、がん検診の利益・不利益を説明する重要性について、指針内で明確化した。
- 科学的根拠に基づいたがん検診の精度管理方法等については、厚生労働科学研究等で検討している。

○課題（案）

- 精密検査受診率は、多くのがん種で十分ではない。また、精密検査未把握率や精密検査未受診率については、依然として一定の水準で推移している。引き続き、がん検診の受診者に、要精密検査受診の必要性を説明し、自治体に、精密検査実施機関等からの精密検査結果の把握を徹底する等、精密検査実施率の改善に向けた対策を検討する必要がある。
- 指針に基づかないがん検診の実施率は、85.4%と高い状況が続いていたことから、市区町村は指針に基づいたがん検診の適切な実施に努め、都道府県は、管轄する市区町村のがん検診の実施状況を踏まえ、市区町村に対し必要な指導・助言等を行うよう体制を整備していくことが必要である。

職域におけるがん検診について

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

第３期基本計画における職域におけるがん検診について

■ 第３期基本計画では、職域におけるがん検診の「取り組むべき施策」について、次のように記載されている。

- 国は、職域におけるがん検診を支援するとともに、がん検診のあり方について検討する。また、科学的根拠に基づく検診が実施されるよう、職域におけるがん検診関係者の意見を踏まえつつ、「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」を策定し、保険者によるデータヘルス等の実施の際の参考とする。

- 保険者や事業主は、職域におけるがん検診の実態の把握に努める。また、「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」を参考に、科学的根拠に基づいたがん検診の実施に努める。

- 国は、職域におけるがん検診の重要性に鑑み、厚生労働省の「データヘルス改革推進本部」の議論を踏まえつつ、将来的に、職域におけるがん検診の対象者数、受診者数等のデータの把握や精度管理を可能とするため、保険者、事業主及び検診機関で統一されたデータフォーマットを使用し、必要なデータの収集等ができる仕組みを検討する。

職域におけるがん検診に係る第３期における取組と課題について

○第３期における取組

- 「職域におけるがん検診に関するワーキンググループ」の報告書として、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」（以下、マニュアル）を平成30年３月に公表し、科学的根拠に基づくがん検診の普及啓発に取り組んでいる。
- 職域における検診受診状況の把握や、精度管理、精検受診率の向上に関する取組については、引き続き厚生労働科学研究において研究を進めている。

○課題（案）

- マニュアルの普及状況や活用に当たっての課題等の把握を行いつつ、引き続き、マニュアルの普及に取り組むことが必要である。
- 職域におけるがん検診は、明確な法的根拠に基づき実施されているものではなく、保険者や事業主により福利厚生として実施されてきた経緯がある一方、有効性・安全性が確認された科学的根拠に基づく検診が実施されることが望ましいことから、厚生労働科学研究班等の結果を踏まえつつ、職域の関係者を踏まえた、幅広い対策を検討する必要がある。
- 職域における検診受診状況の把握や精度管理を可能とするため、将来的には、統一化されたデータ・フォーマットの作成や、データの集約について検討していくことも視野に入れる必要がある。

第74回、第77回がん対策推進協議会（令和2年10月16日、令和3年12月3日）における構成員からのご意見

○がん検診に関連する指標やデータ管理に関することについて

- 現在、がん検診の受診率は国民生活基礎調査を、精密検査受診率は地域保健・健康増進事業報告を使っているなど、調査方法が混在していて分かりにくい。
- がん検診の受診場所、受診方法を把握する仕組みを検討してはどうか。
- 子宮頸がん及びHPVワクチン接種に関するデータについて検討すべきでないか。
- 特に大腸がん、乳がん、子宮頸がん、ＨＰＶワクチンによる子宮頸がん対策について、諸外国の年齢調整死亡率との比較を念頭におく必要がある。

○女性のがん対策

- 女性のがん対策の強化が必要である。具体的に、女性の年齢調整死亡率が横ばいである原因と、女性のがん検診受診率が低い理由の分析が必要である。
- 女性の多様なライフスタイル、ニーズに合わせたがん予防やがん検診の勧奨方法など、受けやすい体制整備が必要である。

○職域におけるがん検診

- 非正規雇用の人等、職域でがん検診を受診できない人がいるため、誰もが受診できる体制づくりを目指す必要がある。
- 職域がん検診で指針に基づく検診をしている場合は、対策がん型検診としてデータを集められるようにするべきではないか。

資料２０-(７)

第３回　小児・ＡＹＡ世代のがん患者等に対する妊孕性温存療法に関する検討会

議事次第

日時：令和４年３月11日（金）１１：００～１３：００
場所：Web 開催

１　開会
２　議題
（１）保存後生殖補助医療にかかる助成について
（２）ネットワークの要件について
（３）その他

【資料】
資料１　小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業について
資料２　保存後生殖補助医療にかかる助成について
資料３　ネットワークの要件について（鈴木構成員提出資料）
参考資料１　「小児・ＡＹＡ世代のがん患者等に対する妊孕性温存療法に関する検討会」開催要綱
参考資料２　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実施要綱

第３回小児・ＡＹＡ世代のがん患者等に対する妊孕性温存療法に関する検討会	資料1
令和４年３月１１日	

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業について

厚生労働省健康局
がん・疾病対策課

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（概要）

令和4年度当初予算
予算案：11億円
（国庫補助率1／2）

〈背景〉

○若年者へのがん治療によって主に卵巣、精巣等の機能に影響を及ぼし、妊孕性が低下することは、妊娠・出産を希望する患者にとって大きな課題である。妊孕性温存療法として、胚（受精卵）、未受精卵子、卵巣組織、精子を採取し長期的に凍結保存することがあるが、**高額な自費診療となるため、特に若年のがん患者等にとって経済的負担**となっている。

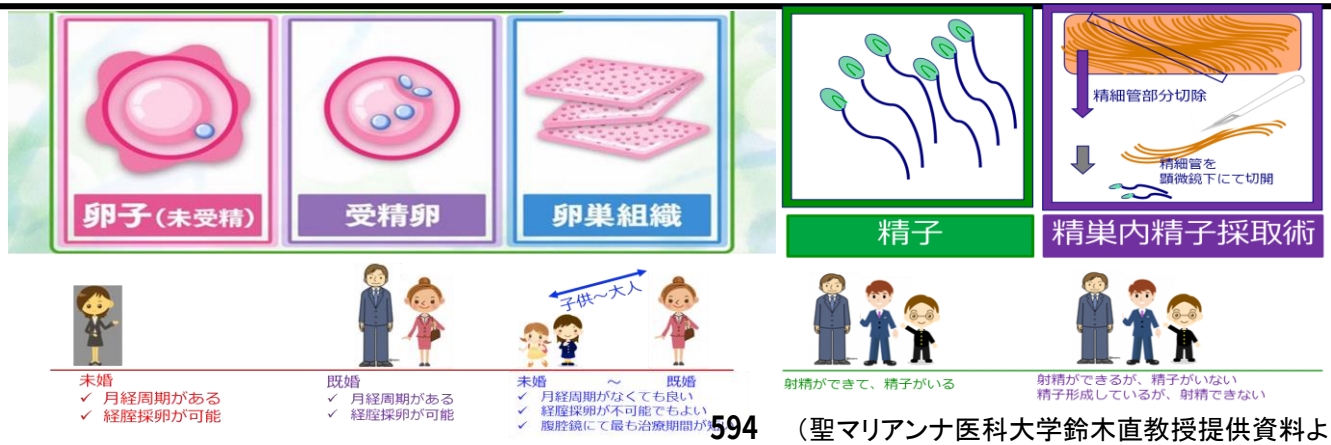
○一方で、妊孕性温存療法のうち、未受精卵子凍結や卵巣組織凍結については、**有効性等のエビデンス集積が更に求められている**。

○経済的支援に関しては、独自に妊孕性温存療法の経済的支援を行う自治体は増えてきているものの、**全国共通の課題**であり、自治体毎の補助の格差もあることから、**国による支援が求められていた**。

〈事業概要〉

○妊孕性温存療法にかかる**費用負担の軽減を図りつつ**、患者から臨床情報等を収集することで、妊孕性温存療法の有効性等のエビデンス創出や長期にかかる検体保存のガイドライン作成など、**妊孕性温存療法の研究を促進**するための事業を**令和3年度から開始**する。

○有効性等のエビデンスの集積も進めつつ、**若いがん患者等が希望をもって病気と闘い、将来子どもを持つことの希望を繋ぐ取り組みの全国展開を図る**。



（聖マリアンナ医科大学鈴木直教授提供資料より抜粋・一部改変）

第75回がん対策推進協議会（令和3年3月11日） 資料1より抜粋・一部改変

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の実施要件（1）

１．事業の対象とする妊孕性温存療法について
事業の対象とする妊孕性温存療法は、①胚（受精卵）凍結、②未受精卵子凍結、③卵巣組織凍結、④精子凍結、⑤精子凍結（精巣内精子採取術）とする。
※胚（受精卵）凍結は事実婚関係にある者も対象とする。

２．対象者の要件について
（1）対象者の年齢：年齢上限は男女ともに43歳未満（凍結保存時）、年齢下限は制限なし。
（2）対象疾患ならびに対象とする治療内容：
・「小児、思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン」（日本癌治療学会）の妊孕性低下リスク分類に示された治療のうち、高・中間・低リスクの治療。
・長期間の治療によって卵巣予備能の低下が想定されるがん疾患：乳がん（ホルモン療法）等。
・造血幹細胞移植が実施される非がん疾患：再生不良性貧血等。
・アルキル化剤が投与される非がん疾患：全身性エリテマトーデス等。
（3）対象者の選定方法：原疾患担当医師と、生殖医療を専門とする医師（妊孕性温存療法を担当する医師）の両者により検討が行われることを要件とする。
（4）説明及び同意：本人による書面同意、または未成年患者の場合は代諾者（保護者）による書面同意とする。



595
第75回がん対策推進協議会（令和3年3月11日） 資料1より抜粋・一部改変

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の実施要件（2）

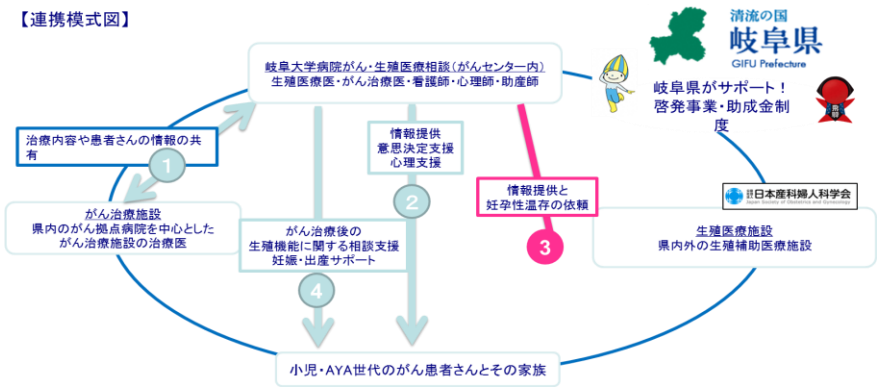
3. 実施医療機関の要件について

（1）がん等の治療と生殖医療の連携体制：都道府県でがん・生殖医療の連携ネットワーク体制が構築されていることを要件とする。

KanaOF-Net（神奈川県がん・生殖医療ネットワーク）



GPOFs（岐阜県がん・生殖医療ネットワーク）



（2）妊孕性温存療法実施医療機関

・日本産科婦人科学会の医学的適応による未受精卵子、胚（受精卵）および卵巣組織の凍結・保存に関する登録施設又は日本泌尿器科学会が指定した施設（※１）であり、かつ都道府県が指定した医療機関で実施された治療を事業の対象とする。（※２）

・原疾患の治療実施医療機関と連携して、患者への情報提供・相談支援・精神心理的支援を行うこと。

（※１）関係学会専門医の常勤、見解・ガイドラインの遵守、フォローアップ臨床情報の登録、地域がん・生殖医療ネットワークへの参加、妊孕性温存に関する診療・支援等の経験等の要件を満たす医療機関

（※２）検体保存機関と連携する医療機関において卵巣組織等の採取を行うことは可能

（3）原疾患の治療実施医療機関

・医学的適応判断に加えて、自施設あるいは他施設と連携して、患者への情報提供・相談支援・精神心理的支援を行うこと。

596

第75回がん対策推進協議会（令和3年3月11日） 資料1より抜粋・一部改変

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の実施要件（3）

4. 妊孕性温存療法の有効性等の検証について

（1）収集する臨床情報等の項目

・事業参加時点：原疾患の診断・治療に関する項目、妊孕性温存療法に関する項目等。

・フォローアップ時点：原疾患の転帰情報、妊娠・出産に関する項目、保存検体の保管状況に関する項目等。

（2）臨床情報等の収集・管理

・定期的（年１回以上）に、妊娠・出産・検体保管状況等の情報を収集。

・日本がん・生殖医療登録システム（Japan Oncofertility Registry:JOFR）に入力。

（3）主要なアウトカム

・妊孕性温存療法毎、保存期間毎の妊娠・出産に至る割合（有効性）

・妊孕性温存療法を受けた患者の原疾患治療成績、生殖補助医療の合併症（安全性）

5. 妊孕性温存療法にかかる助成について

（1）所得制限等

・制度の趣旨を踏まえ、所得制限は設けない。

・助成対象となる費用については、妊孕性温存療法に要した医療保険適用外費用の額を上限とする。

（2）助成上限額および助成回数

対象治療	助成上限額／1回	助成回数
① 胚（受精卵）凍結	35 万円	2回まで
② 未受精卵子凍結	20 万円	2回まで
③ 卵巣組織凍結	40 万円	2回まで（組織採取時に1回、再移植時に1回）
④ 精子凍結	2．5万円	2回まで
⑤ 精子凍結（精巣内精子採取）	35 万円	2回まで

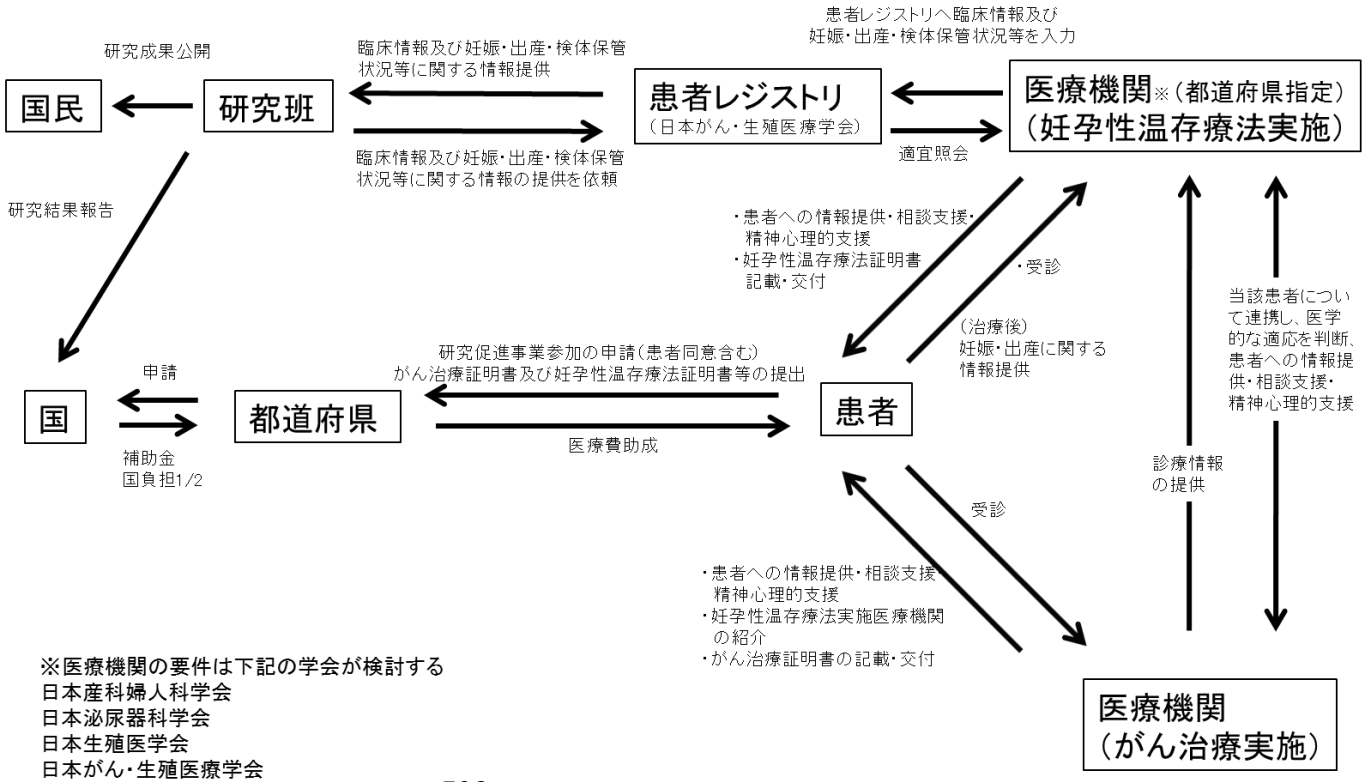
597

第75回がん対策推進協議会（令和3年3月11日） 資料1より抜粋・一部改変

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の実施要件（4）

6. 国と都道府県の役割について
（1）実施医療機関の指定等の手続き：関係学会の指定した医療機関からの申請に基づき、都道府県が指定等を行う。
（2）普及啓発
・国は、最新の知見に基づく普及啓発資材の開発等を行うこと。
・都道府県は、がん治療等を実施する医療機関、住民に対して普及啓発を進めること。
（3）人材育成：国、都道府県及び関係学会は協力の下、当該治療及び心理社会的ケアを担う人材の更なる育成を進めること。

7. 事業の全体像について



598
第75回がん対策推進協議会（令和3年3月11日） 資料1より抜粋・一部改変

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の実施状況

	実施都道府県数
事業開始	47（※）／47
ネットワーク体制の中の 会議体設置	12／47

※見込みも含む

第３回小児・ＡＹＡ世代のがん患者等に対する妊孕性温存療法に関する検討会	資料2
令和４年３月11日	

保存後生殖補助医療にかかる支援について

厚生労働省健康局
がん・疾病対策課

がん患者等の保存後生殖補助医療にかかる支援についての課題と対応案

《課題》

- これまで、がん患者等で妊孕性温存療法（卵子・精子等の凍結保存）を行った方が、その後に妊娠を希望する際、凍結保存した検体を用いた生殖補助医療（以下「保存後生殖補助医療」という。）を行う場合は、特定不妊治療費助成事業の活用が可能であった。
- 令和４年度から不妊治療が保険適用になることに伴い同事業は廃止される。また、保険適用の範囲は採卵時において不妊症であることが要件とされたため、保存後生殖補助医療は保険適用の対象外（※）となる。そのため、科学的知見の確実な集積や保存後生殖補助医療への支援について検討する必要がある。

《対応案》

- 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は、将来子どもを産み育てることを望む小児・AYA世代のがん患者等が、希望をもってがん治療等に取り組めるよう、その経済的負担の軽減を図るとともに、臨床データ等を患者から収集し、妊孕性温存療法の有効性・安全性のエビデンス創出することを目的とした事業であることを踏まえ、**小児・AYA世代のがん患者等で妊孕性温存療法を希望する方に対する「保存後生殖補助医療」についても本事業の対象に追加してはどうか。**

《期待される効果》

- 小児・AYA世代のがん患者等について、採卵・採精時のみならず保存後生殖補助医療の段階においても費用負担の軽減を図りつつ、出産までの長期にわたる臨床データ等を確実に収集することで、より精緻な有効性・安全性のエビデンスの創出が期待できる。

※令和４年度より不妊治療が保険適用になるため、特定不妊治療費助成事業は令和４年度以降廃止される。保険適用にあたっては、安全性や有効性が認められた治療である必要があり、採卵時に不妊症であることが要件とされた（長期の凍結保存を伴わない不妊治療）。したがって、（凍結保存を伴う）保存後生殖補助医療が必要な妊孕性温存療法研究促進事業の対象者の多くは保険適用の対象外となる。長期の凍結保存を伴う生殖補助医療の安全性や有効性に関する科学的知見の集積が必要である。

がん患者等の妊孕性温存療法の助成事業の見直し（案）

	妊孕性温存療法	
	卵子・精子等の凍結保存	保存後生殖補助医療
治療内容	①胚（受精卵）凍結 ②未受精卵子凍結 ③卵巣組織凍結 ④精子凍結 ⑤精子凍結（精巣内精子採取術）	①～⑤を用いた生殖補助医療 （体外受精、顕微授精、胚移植など）
令和２年度まで	（国の助成なし）	特定不妊治療費助成事業
令和３年度	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	特定不妊治療費助成事業 （Ｒ３年度末までで廃止予定）
令和４年度以降	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	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の追加を検討（※）

（※）令和４年度より不妊治療が保険適用になるため、特定不妊治療費助成事業は令和４年度以降廃止となるが、妊孕性温存療法研究促進事業の対象者の多くは、凍結保存を伴う不妊治療となるため保険適用の対象外となる。このため、凍結保存に加え、保存後生殖補助医療も本事業の対象に追加する方向で検討してはどうか。

がん患者等の妊孕性温存療法と助成事業（令和３年度）

妊孕性温存療法

卵子・精子等の凍結保存 → 保存後生殖補助医療

①胚（受精卵）凍結



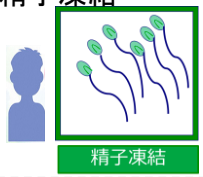
②未受精卵子凍結



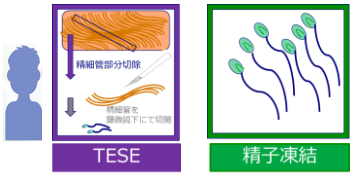
③卵巣組織凍結



④精子凍結



⑤精子凍結（精巣内精子採取術）



妊孕性温存療法
研究促進事業で助成

603

特定不妊治療費
助成事業で助成

令和４年度以降廃止



がん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業の見直し後のイメージ

卵子・精子等の凍結保存

保存後生殖補助医療

①胚（受精卵）凍結





②未受精卵子凍結



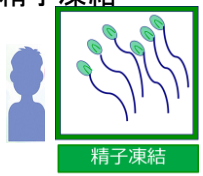


③卵巣組織凍結



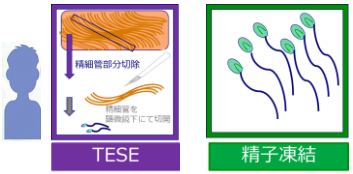


④精子凍結





⑤精子凍結（精巣内精子採取術）





妊孕性温存療法
研究促進事業で助成（案）

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（概要）

令和4年度当初予算
予算案：11億円
（国庫補助率1／2）

〈事業概要〉
○妊孕性温存療法にかかる**費用負担の軽減を図りつつ**、患者から臨床情報等を収集することで、妊孕性温存療法の有効性等のエビデンス創出や長期にかかる検体保存のガイドライン作成など、**妊孕性温存療法の研究を促進**するための事業である。
○有効性等のエビデンスの集積も進めつつ、**若いがん患者等が希望をもって病気と闘い、将来子どもを持つことの希望を繋ぐ取り組みの全国展開を図る**。

表１：凍結保存ごとの助成上限額

対象治療	助成上限額／1回
① 胚（受精卵）凍結	３５ 万円
② 未受精卵子凍結	２０ 万円
③ 卵巣組織凍結	４０ 万円
④ 精子凍結	２．５万円
⑤ 精子凍結（精巣内精子採取）	３５ 万円

表２：保存後生殖補助医療ごとの助成上限額（案）

対象治療	助成上限額／1回
①で凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療	１０ 万円
②で凍結した未受精卵子を用いた生殖補助医療	２５ 万円
③で凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療	３０ 万円
④及び⑤で凍結した精子を用いた生殖補助医療	３０ 万円

事業の改正にあたり検討が必要な事項

１．事業の対象とする保存後生殖補助医療について

２．対象者の要件について

３．実施医療機関の要件について

４．保存後生殖補助医療にかかる助成について
（１）所得制限等
（２）助成回数

1. 事業の対象とする保存後生殖補助医療について

〈検討の視点〉
〇現在実施されている療法のうち、これまでに一定程度の実績がある保存後生殖補助医療を当該事業の対象とすることが適当。

【妊孕性温存療法の種類】
①胚（受精卵）凍結　　－体外受精や顕微授精で受精・発育した受精卵を凍結保存する技術
②未受精卵子凍結　　－体外受精、顕微授精する前の卵子を凍結保存する技術
③卵巣組織凍結　　－卵巣を摘出し、卵巣に現存する卵母細胞を含む造卵機能を一度にすべて保存する技術
④精子凍結　　－体外受精、顕微授精する前の精子を凍結保存する技術
⑤精子凍結（精巣内精子採取術）　－精巣内から直接精子を採取して凍結保存する技術

※①～⑤で凍結された検体を用いて、国内・海外において妊娠・出産に至った臨床実績が一定程度ある。

〈対応方針（案）〉
〇事業の対象とする保存後生殖補助医療は、①胚（受精卵）凍結、②未受精卵子凍結、③卵巣組織凍結、④精子凍結、⑤精子凍結（精巣内精子採取術）で凍結された検体を用いた生殖補助医療としてはどうか。

２．対象者の要件について

〈検討の視点〉
〇事業の対象とする方の年齢上限については、以下の点に留意する必要がある。
・高年齢での妊娠・出産に伴うリスク
・小児・AYA世代の患者へ希望を与えるという政策目的
・特定不妊治療費助成事業や、保険適用における対象者の範囲との整合性　等
〇原疾患治療後の実際の妊孕性評価に応じて対象者を設定することが必要。
〇対象者の選定にあたっては、保存後生殖補助医療が対象者の健康状態に与える影響等についても考慮する必要がある。
〇保存後生殖補助医療について、十分な情報提供が行われた上で、患者が自己決定することが必要。

〈対応方針（案）〉
〇高年齢での妊娠・出産は様々なリスクがあること、特定不妊治療費助成事業や保険適用となる不妊治療とも同様の考え方をとる必要があることから、対象者の範囲は、保存後生殖補助医療の治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満である夫婦としてはどうか。
〇本事業の対象となる妊孕性温存療法を受けた夫婦であって、保存後生殖補助医療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないまたは極めて少ないと医師に診断された者を対象としてはどうか。
〇生殖医療を専門とする医師及び原疾患担当医師により、保存後生殖補助医療に伴う影響について評価を行い、生命予後に与える影響が許容されると認められる者を対象としてはどうか。
〇本人による書面同意を要件としてはどうか。

３．実施医療機関の要件について

〈検討の視点〉
〇卵子・精子等の凍結保存後に対象者が転居する等の可能性もあり、保存後生殖補助医療のみを担当する医療機関の指定を行う必要がある。
〇通常の生殖補助医療とは異なる医学的な留意点を有する治療を適切に行える必要がある。
〇患者への情報提供・相談支援・精神心理的支援を行うことが求められる。
〇定期的（年１回以上）に患者のフォローアップを行い、自然妊娠を含む妊娠・出産・検体保存状況及び原疾患の転帰等の情報を収集することが求められる。

〈対応方針（案）〉
〇日本産科婦人科学会が指定した保存後生殖補助医療実施施設であり、かつ都道府県が指定した医療機関で実施された治療を事業の対象としてはどうか。
〇保存後生殖補助医療実施施設は、定期的（年１回以上）に患者のフォローアップを行い、自然妊娠を含む妊娠・出産・検体保存状況及び原疾患の転帰等の情報を日本がん・生殖医療登録システムへ入力することとしてはどうか。
〇原疾患の治療実施医療機関と連携して、患者への情報提供・相談支援・精神心理的支援を行うこととしてはどうか。

４．保存後生殖補助医療にかかる助成について　（１）所得制限等

〈検討の視点〉
〇保存後生殖補助医療にかかる助成にあたっては、所得制限のあり方（※１）や助成対象となる費用の考え方（※２）について検討する必要がある。

当該事業の卵子・精子等の凍結保存にかかる費用助成においては、
※１　所得制限は設けていない。
※２　助成対象となる費用の決定方法としては以下の通りとしている。
　　卵子・精子等の凍結保存に要した医療保険適用外費用の額を上限

〈対応方針（案）〉
〇卵子・精子等の凍結保存にかかる助成と同様に、制度の趣旨を踏まえ、所得制限は設けないこととしてはどうか。
〇助成対象となる費用については、保存後生殖補助医療に要した医療保険適用外費用の額を上限としてはどうか。

４．保存後生殖補助医療にかかる助成について　（２）助成回数

〈検討の視点〉
〇保存後生殖補助医療については、１名の患者に複数回行われる場合があり、また、対象者への身体的リスクや成功率を考慮して助成回数のルールが必要である。
〇また、特定不妊治療費助成事業、保険適用におけるルールとの整合性に留意する必要がある。

〈対応方針（案）〉
〇助成回数について、初めて保存後生殖補助医療の助成を受けた際の治療期間の初日における妻の年齢が40歳未満である場合、通算６回（40歳以上であるときは通算３回）までとしてはどうか。
ただし、助成を受けた後、出産した場合及び妊娠12週以降に死産に至った場合は、これまで受けた助成回数をリセットすることとする。

厚生労働科学研究（19EA1015）がん・生殖医療連携ネットワークの全国展開と小児・AYA 世代がん患者に対する妊孕性温存の診療体制の均てん化にむけた臨床研究―がん医療の充実を志向して 研究① 本邦における小児・AYA 世代がん患者の生殖機能に関するがん・生殖医療連携体制の拡充と機能維持に向けた研究：古井辰郎、鈴木直

ネットワーク要件に関する研究班としての考え方

地域がん・生殖医療ネットワークの構成と機能に関する研究班の基本的考え

I. 地域がん・生殖医療ネットワーク設置の目的

各都道府県において、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を実施するにあたり、行政やがん等診療施設と妊孕性温存療法実施医療施設等における、医療連携や情報連携の推進および、患者に対する情報提供並びに意思決定支援体制の整備と質の向上を図るとともに、妊孕性温存を希望する患者が円滑に治療を受けられる体制を構築する。

II. 地域がん・生殖医療ネットワークの設置概要（構成と運営）

① 各都道府県において、がん等診療施設、妊孕性温存療法実施医療施設（注１）、関連する行政機関等が参加し、がん等診療医、生殖医療医、相談支援担当者（治療に関すること、生殖医療に関すること、精神・心理支援に関すること、その他社会的支援等を含む様々な相談に関すること）、行政の担当者等により構成されている。患者本位の体制を構築するにあたって、患者または患者家族の代表の参画が望ましい。

② 地域がん・生殖医療ネットワークには代表者をおき、全体の仕組みが円滑に進んでいるかを総括する。代表者は、ネットワークの構成員の互選で決定する。

③ 地域がん・生殖医療ネットワークには、事業の庶務等を担う事務局を置く。（注２）

④ ネットワークに参画している者の役割分担を明確にした上で、名簿を作成・共有し、患者がネットワーク内のどの医療機関を受診しても迅速に必要な紹介等ができる体制を整備する。

（注１）妊孕性温存療法実施医療施設は、上記研究促進事業に即して日本産科婦人科学会または日本泌尿器科学会の認定を受けていることを条件とするが、本ネットワークの目的達成に必要と認められる場合には、妊孕性温存療法実施医療施設以外の生殖医療専門医の参画も求めることができる。また、患者の受療行動を勘案し、当該自治体の外にある医療施設であっても参加を求めることができる

（注２）研究班で調査した結果、神奈川県では神奈川県健康医療局保健医療部がん・疾病対策課、島根県では県がん診療ネットワーク協議会（島根大学病院内）が事務局機能を担っていた。研究班では、各都道府県の実態を踏まえつつ、先行する地域がん・生殖医療ネットワークの活動を参考に、関係医療施設と地方自治体の協力の下、各地域のがん・生殖医療ネットワークに事務局を設置していくことが望ましいとの総意に至った。事務局の具体的な機能としては、普及啓発、医療施設や実施状況の情報把握や公表、運営検討会や人材育成のための研修等の開催等の業務等が想定される。

ネットワーク要件に関する研究班としての考え方

III. 地域がん・生殖医療ネットワークの事業

各地域のがん・生殖医療ネットワークは、がん等診療施設と妊孕性温存療法実施医療施設のがん・生殖医療の連携推進に資する事業を担う。研究班の検討において、以下の事業が挙げられた。

① OCjpn（注３）との連携による地域間の相互支援体制への参加

具体的には以下のとおり。

・地域がん・生殖医療ネットワークの事務局は構成施設やその他の情報に変更があった場合に OCjpn に情報提供する。

・がん・生殖医療に係る独自資料や資材などの提供等を通じて、OCjpn の支援に努める。

・OCjpn web サイト（JSFP 地域連携のページ）を自地域の web サイトとして利用できる。

（注３）OCjpn=Oncofertility Consortium Japan は厚生労働科学研究補助金(がん対策推進総合研究事業)「がん・生殖医療連携ネットワークの全国展開と小児・AYA 世代がん患者に対する妊孕性温存の診療体制の均てん化にむけた臨床研究―がん医療の充実を志向して」で提唱・構築された、各都道府県のネットワーク間の相互支援活動である（事務局：日本がん・生殖医療学会)。OCjpn は、web サイト(http://j-sfp.org/cooperation/)において各都道府県のネットワークおよび構成施設等に関する情報提供、補助説明資料や啓発資材の提供等を行うとともに、シンポジウムの開催等を行っている。なお、OCjpn への参加にあたり、日本がん・生殖医療学会への入会は条件としていない。

② 関連学会等と連携して、がん･生殖医療に携わる医療従事者に対して研修の機会を提供することによる、認定がん・生殖医療ナビゲーター、がん・生殖医療専門心理士、OFNN（オンコファティリティー・ナビゲーター・ナース）等の人材育成支援及びがん・生殖医療に関する医療者、患者・国民への啓発活動

③ がん・生殖医療の連携状況における課題の把握と解決に向けた検討会の開催

優先して検討されるべき課題として、以下に例を挙げる。

・連携体制に関する検討：

-1）がん等診療施設における妊孕性温存療法実施医療施設に対する妊孕性温存に関する相談件数並びに実態を把握し、患者に対する情報提供や、意思決定支援を受けた患者の妊孕性温存療法実施又は非実施の適正化を図る。（注４）

-2）施設間連携及び-1)に関する問題点の把握と解決策を検討

（注４）実態把握の方法として地域内での情報共有および JOFR*の登録データの活用などが挙げられる。JOFR*=2021 年 4 月から開始された、小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業における、エビデンス創出のための登録事業

・がん等治療開始前から治療開始後、妊娠・分娩後に至るまでの長期にわたるがん・生殖医療に関する支援のあり方及び情報提供や支援に携わる人材育成に関する検討

以上

資料２０-(８)

第 20 回 がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会
議事次第

日　時：令和４年３月４日（金）
１７：００～１９：００
場　所：オンライン開催

１ 開会
２ 議題
（１） がん診療連携拠点病院の指定等について
（２） その他

【資料】
議事次第
資料１　がん診療連携拠点病院の指定等について
資料２　新規指定・指定更新・指定類型変更の医療機関一覧（案）

参考資料１ がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会開催要綱
参考資料２ がん診療連携拠点病院等の整備について
（平成 30 年7月 31 日付健発 0731 第1号厚生労働省健康局長通知）
参考資料３ 都道府県の推薦について（都道府県提出資料）
参考資料４ 金沢大学附属病院に対する措置に関する意見書（村本構成員提出資料）

第20回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会	資料1
令和４年３月４日	

がん診療連携拠点病院の指定等について

厚生労働省健康局

がん・疾病対策課

がん診療連携拠点病院等の種類（H30.7月　整備指針）

地域がん診療連携拠点病院

- がんの医療圏に1カ所整備し、専門的ながん医療の提供、がん診療の連携協力体制の整備、がん患者に対する相談支援及び情報提供を担う。
- 診療体制、診療従事者、診療実績、研修の提供、情報の収集提供体制等について満たすべき要件がある。

地域がん診療連携拠点病院（高度型）

- 拠点病院の必須要件を満たし、望ましい要件を複数満たす。
- 同一医療圏のうち診療実績が最も優れている、高度な放射線治療の実施が可能、相談支援センターへの医療従事者の配置や緩和ケアセンターの整備、医療安全に関する取組、
  等の条件を満たし、診療機能が高いと判断された場合に**同一医療圏に1カ所のみ**指定。

地域がん診療連携拠点病院（特例型）

- **平成31年以後に既指定の拠点病院**で、指定要件の充足状況が不十分であると判断された場合に**経過措置的に**指定類型を見直す。

都道府県がん診療連携拠点病院

- 都道府県におけるがん診療の質の向上及びがん診療連携協力体制の構築、PDCAサイクルの確保に関し、中心的な役割を果たす。

国立がん研究センター

- 我が国全体のがん医療の向上を牽引していくために、医師、その他の診療従事者の育成、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会の開催などが要件化されている。

特定領域がん診療連携拠点病院

- 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医療機関を指定する。

地域がん診療病院

- 隣接するがんの医療圏のがん診療連携拠点病院との連携を前提にグループとして指定し、がん診療連携拠点病院の無いがんの医療圏に1カ所整備する。

がん診療連携拠点病院等

令和3年10月1日時点

がん診療連携拠点病院：405か所

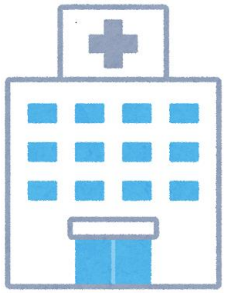
- 都道府県知事がその診療機能等が高いものとして推薦し指定の検討会で指定される。
- 高い診療機能、多様な治療法、緩和ケアの提供に加え、地域連携の推進、セカンドオピニオンの提示等に対応する。

都道府県がん診療連携拠点病院(51か所)



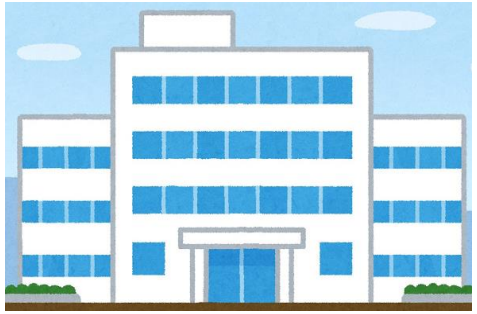
- 都道府県における中心
- 都道府県下の拠点病院等のとりまとめ

地域がん診療連携拠点病院(351か所*)



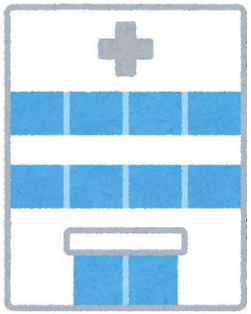
- がんの医療圏に原則1か所整備
- 専門的ながん医療の提供・連携体制の整備

国立がん研究センター(2か所)



- がん対策の中核的機関としてがん医療を牽引
- 都道府県拠点病院と連携し連絡協議会を開催

特定領域がん診療連携拠点病院(1か所)

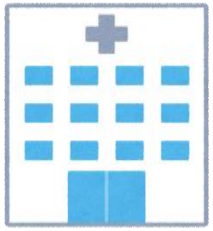


- 特定のがんについて都道府県内で最も多くの患者を診療

地域がん診療病院：46か所

- がん診療連携拠点病院のない医療圏でがん医療を担う。
- がん診療連携拠点病院とグループ指定を受ける。

地域がん診療病院(46か所)



- がん診療連携拠点病院のないがんの医療圏に1か所整備

＊地域がん診療連携拠点病院の中には更に類型が3つある。

地域がん診療連携拠点病院（高度型）：50か所
地域がん診療連携拠点病院：296か所
地域がん診療連携拠点病院（特例型）：5か所

617

類型の見直しについて

診療機能による分類

地域がん診療連携拠点病院（高度型）

指定類型の見直し

指定類型の見直し

地域がん診療連携拠点病院（一般型）

※便宜上、地域がん診療拠点病院を一般型とする

- 必須要件に加え、望ましい要件を複数満たす。
- 高度な放射線治療の実施が可能
- 同一医療圏のうち診療実績が最も優れている。
- 相談支援センターへの医療従事者の配置や緩和ケアセンターの整備
- 医療安全に関する取組

等の条件を満たし、診療機能が高いと判断された場合に**同一医療圏に1カ所のみ**指定。

従来の地域がん診療連携拠点病院と同様。

指定類型の見直し

指定要件を充足した場合復帰

地域がん診療連携拠点病院（特例型）

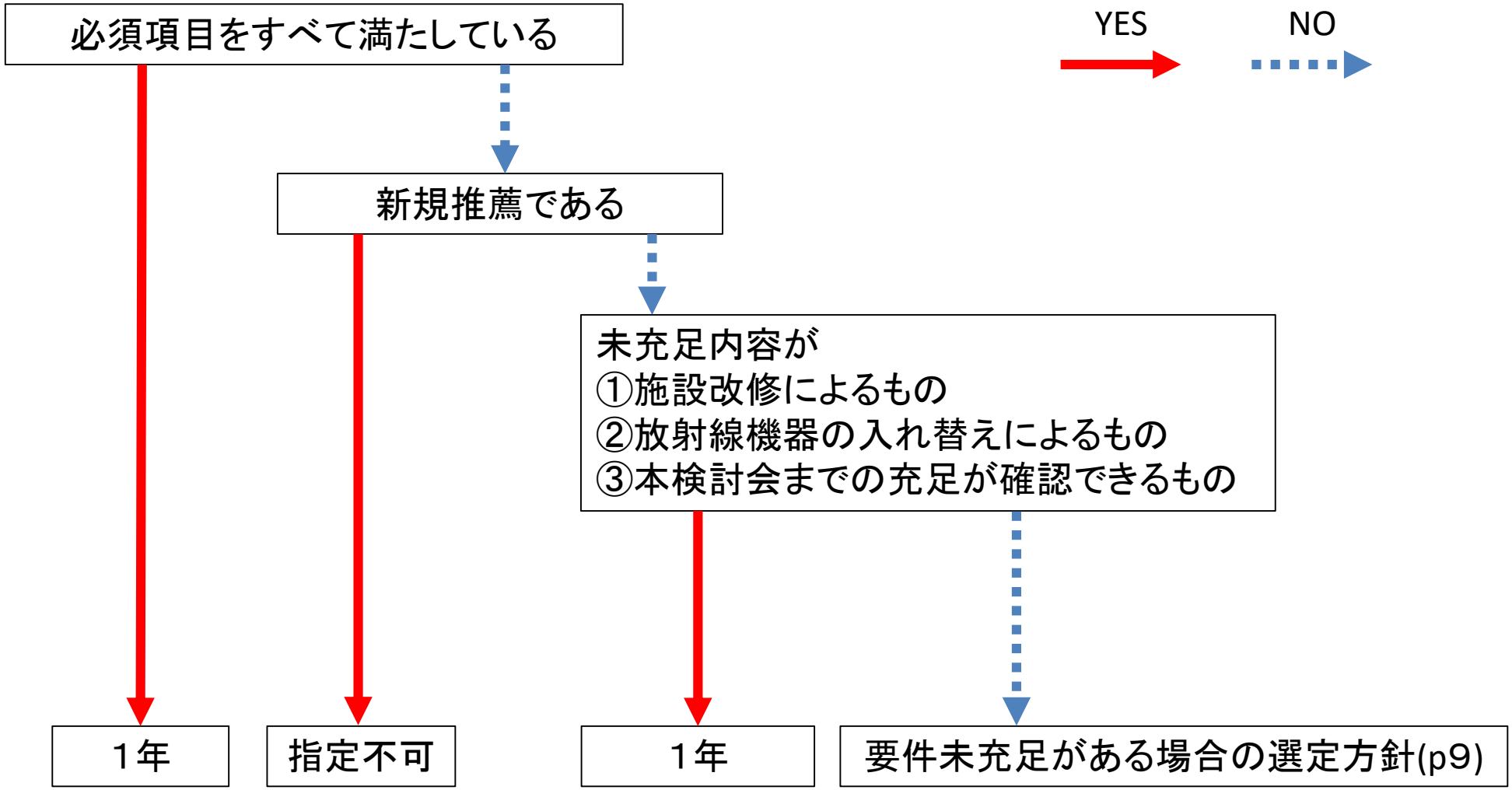
平成31年以後に既指定の拠点病院で、指定要件の充足状況が不十分であると判断された場合に**経過措置的に**指定類型を見直す。
更新時において地域拠点病院の指定要件を充足していない場合は、指定の更新は行わない。

618

第14回　がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会（平成31年3月7日）　資料2より抜粋・一部改変

拠点病院等の選定の方針について①

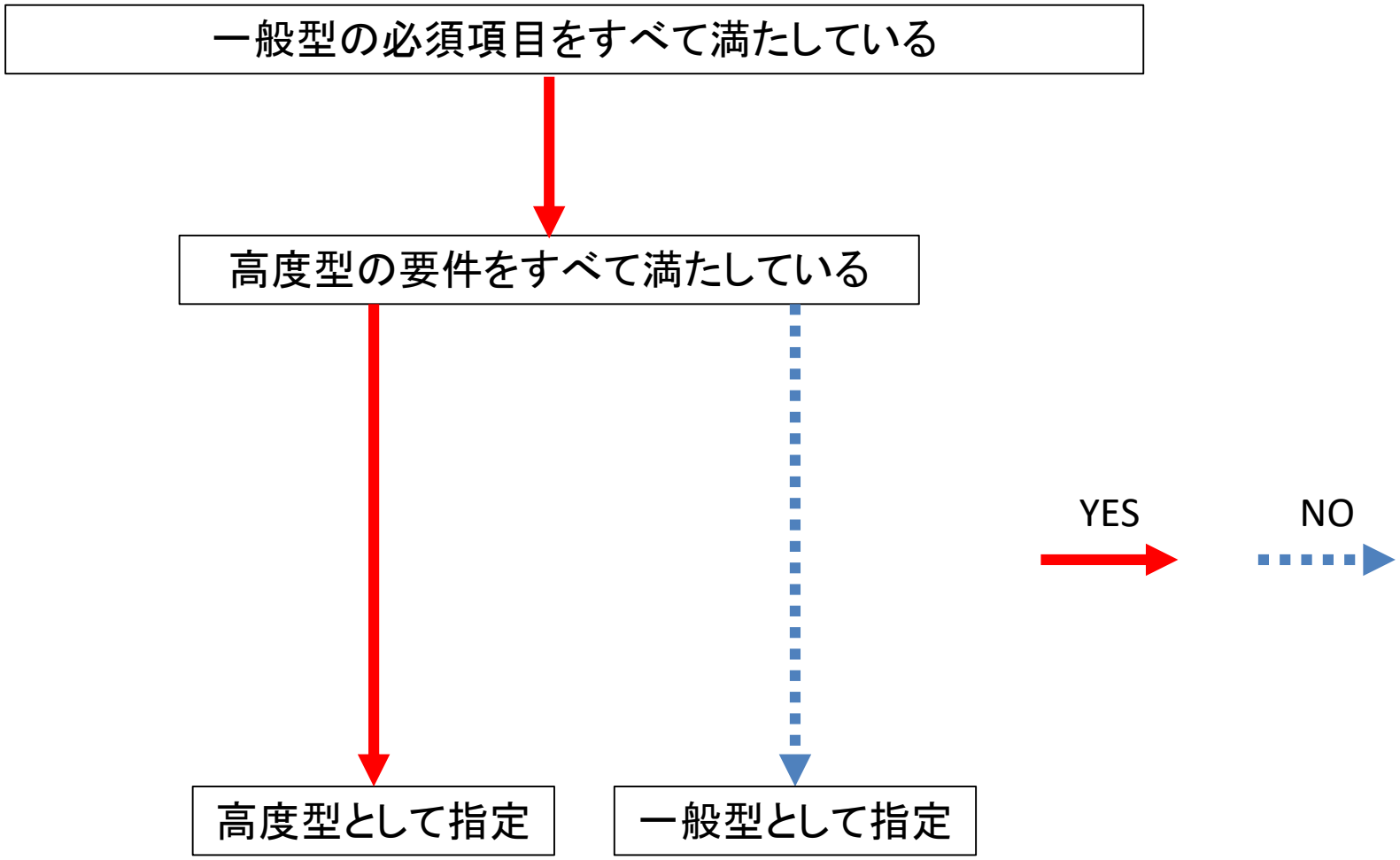
【すべての類型で共通の方針】



第14回　がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会（平成31年3月7日）　資料2より抜粋・一部改変

拠点病院等の選定の方針について②

【がん診療連携拠点病院（高度型）として推薦された場合の付加的方針】



第14回　がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会（平成31年3月7日）　資料2より抜粋・一部改変

今年度の拠点病院等の指定の推薦等の手続きについて

昨年度の状況

- 新型コロナウイルス感染症の流行等に伴う影響を考慮し、令和2年度の指定更新推薦書及び現況報告書については、
  ・令和元年度の新規指定推薦書及び指定更新推薦書並びに現況報告書
  ・令和元年度の新規指定推薦書及び指定更新推薦書並びに現況報告書の提出後から令和2年8月31日までに各都道府県より提出された各種報告書
  をもって代用するため、一律の提出は不要とした。

本年度の状況

- 例年同様に、都道府県を通じてすべての拠点病院等に、新規指定推薦書及び指定更新推薦書並びに現況報告書を提出していただいている。

要件未充足がある場合の対応について

① 指定要件の**充足状況に疑義がある**と判断された場合に**文書等での確認を行い**、指定要件の充足状況を確認する。
② 調査の結果、指定要件の未充足が確認された場合、**勧告、指定類型見直し、指定取り消し**の指導方針を指定の検討会に提案する。
③ 指定の検討会からの答申を受け、当該拠点病院等への通知を行う。

現況報告書にて充足状況を確認

↓ 充足状況に疑義がある場合

文書等での確認による充足状況の確認

①施設改修
②放射線機器の入れ替え

↓ ①②のいずれにも該当しない
未充足であることを確認した場合

指定の検討会にて対応を検討

↓ ↓ ↓

勧告

指定類型の見直し

・地域拠点病院の場合のみ

指定取り消し

622

第11回がん診療提供体制のあり方に関する検討会（平成30年4月11日　資料5より抜粋・一部改変

要件未充足がある場合の選定方針について

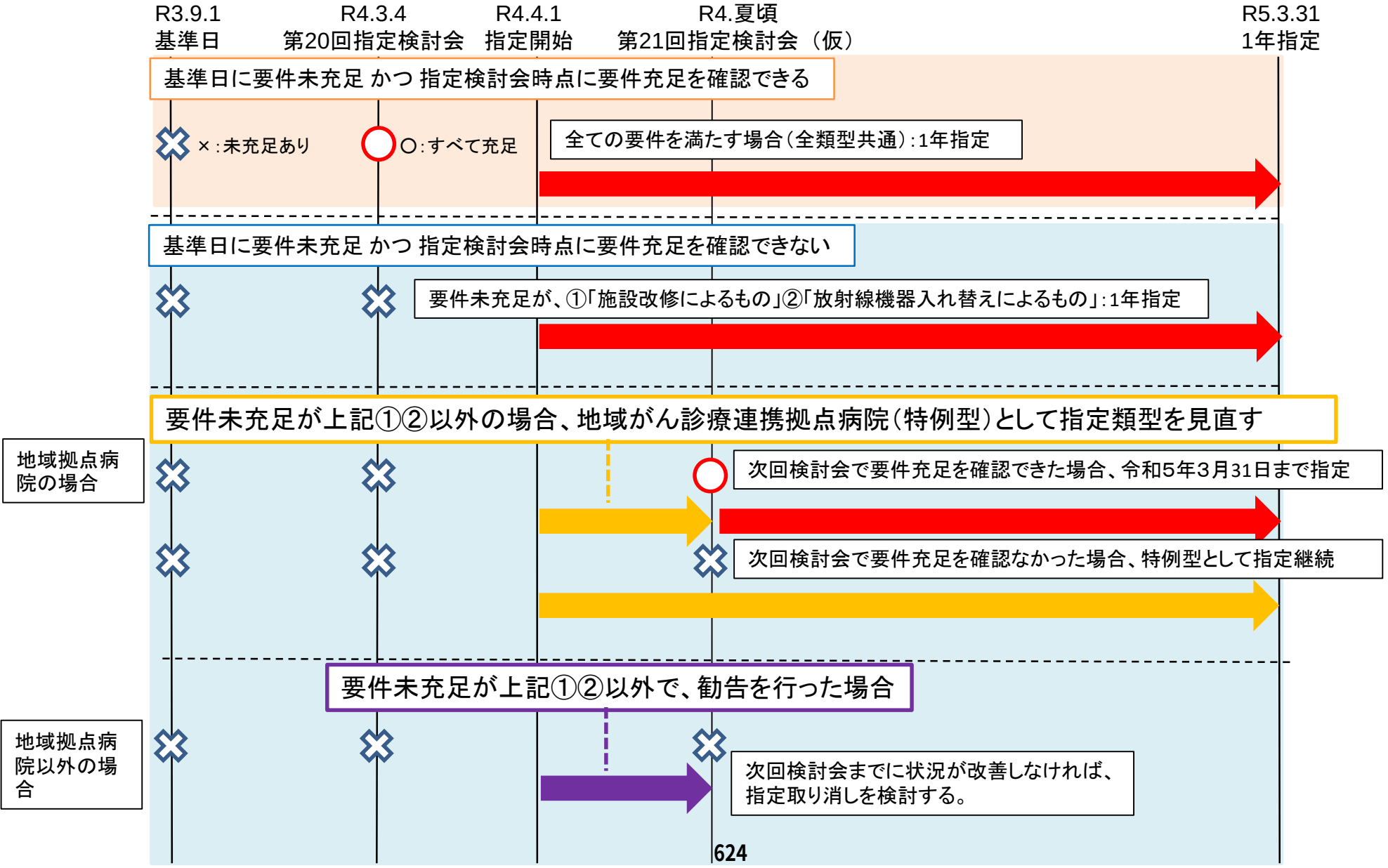
下記のような選定方針としてはどうか。

1）要件充足を確認する基準日としては、令和3年9月1日とする。
ただし、昨年の指定検討会と同様に、検討会時点に要件を充足したことを確認できた病院については、要件を充足したものとみなして選定する。

2）検討会時点に要件を充足していない病院で、未充足内容が①施設改修によるもの②放射線機器の入れ替えによるものである場合には、昨年の選定方針と同様に、1年指定とする。
未充足内容が上記の①～②に該当しない場合には、
（ア）地域拠点病院の場合、指定類型を見直す。
ただし、地域がん診療連携拠点病院（特例型）については更新時（令和3年度内）において地域拠点病院（一般型）の指定要件を充足していない場合は、指定の更新は行わない。
（イ）都道府県拠点病院及び地域がん診療病院の場合、勧告を行う。

3）上記の選定方針により、指定類型を見直された病院及び勧告を受けた病院については、令和4年夏頃を目途に検討会において再度審議を行う。

選定方針と指定年限について



個別医療機関の審議

一般型の指定更新について

- 令和4年3月31日まで地域がん診療連携拠点病院（一般型）に指定されている7医療機関について、本検討会の時点で一般型としての要件を充足していることを確認した。

- 当該医療機関を地域がん診療連携拠点病院（一般型）として令和5年3月31日まで指定してはどうか。

都道府県	医療機関名	指定年限（案）	対応（案）
北海道	旭川医科大学病院	令和5年3月31日	指定更新
北海道	JA北海道厚生連 帯広厚生病院	令和5年3月31日	指定更新
山形県	山形市立病院済生館	令和5年3月31日	指定更新
山形県	山形県立新庄病院	令和5年3月31日	指定更新
神奈川県	相模原協同病院	令和5年3月31日	指定更新
和歌山県	紀南病院	令和5年3月31日	指定更新
広島県	呉医療センター	令和5年3月31日	指定更新

特例型 → 一般型への指定類型変更について

- 地域がん診療連携拠点病院（特例型）に指定されている医療機関のうち、以下の４医療機関について、本検討会の時点で未充足要件の再充足を確認した。

- 当該医療機関を地域がん診療連携拠点病院（一般型）として令和５年３月31日まで指定してはどうか。

都道府県	医療機関名	指定年限（案）	対応（案）
栃木県	那須赤十字病院	令和５年３月31日	特例型から一般型へ指定類型変更
群馬県	藤岡総合病院	令和５年３月31日	特例型から一般型へ指定類型変更
東京都	東海大学医学部付属八王子病院	令和５年３月31日	特例型から一般型へ指定類型変更
和歌山県	南和歌山医療センター	令和５年３月31日	特例型から一般型へ指定類型変更

地域がん診療病院 → 一般型への指定類型変更について

- 地域がん診療病院に指定されている京都府立医科大学附属北部医療センターについて、地域がん診療連携拠点病院（一般型）への指定類型変更推薦があった。
- 当該医療機関のある医療圏には、他に地域がん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院は指定されていない。
- 推薦の時点で、一般型としての要件を充足していることを確認した。

- 当該医療機関を地域がん診療連携拠点病院（一般型）として令和５年３月31日まで指定してはどうか。

都道府県	医療機関名	指定年限（案）	対応（案）
京都府	京都府立医科大学附属 北部医療センター	令和５年３月31日	地域がん診療病院から地域がん診療連携拠点病院（一般型）へ指定類型変更

一般型の新規指定推薦について（1）

- 以下の医療機関について、地域がん診療連携拠点病院（一般型）としての新規指定推薦があった。
- すでに同一がんの医療圏に拠点病院等が指定されているが、がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針では「当該都道府県におけるがん診療の質の向上及びがん診療の連携協力体制の整備がより一層図られることが明確である場合には、」同一医療圏に複数の拠点病院等を指定することができるものとしている。
- 当該医療機関に対する神奈川県の推薦意見は以下の通りである。
  - 新百合ヶ丘総合病院は平成24年８月に開院後、平成28年３月24日に神奈川県がん診療連携指定病院（拠点病院に準じる病院。以下、「県指定病院」という）として県の指定を受け、その後も令和２年に186床増床し川崎北部医療圏で初の緩和ケア病棟（21床）を立ち上げる等、機能強化を図っている。
  - 緩和ケア診療の充実も図っており、薬物による疼痛コントロールや緩和ケア病棟を利用した終末期ケアだけではなく、サイバーナイフを用いた転移・再発に対する緩和的放射線治療も多く実施している。
  - 今後は緩和ケア診療の充実を図るだけではなく、地域における緩和ケアに関わる人材育成にも力を入れてれていくことが期待できるため、新百合ヶ丘総合病院を地域がん診療連携拠点病院に新規指定推薦することとした。
- 当該医療機関の指定について、どう考えるか。

都道府県	医療機関名
神奈川県	新百合ヶ丘総合病院

一般型の新規指定推薦について（2）

- 以下の医療機関について、地域がん診療連携拠点病院（一般型）としての新規指定推薦があった。
- 新百合ヶ丘総合病院と同様、すでに同一がんの医療圏に拠点病院等が指定されている。
- 当該医療機関に対する神奈川県の推薦意見は以下の通りである。
  - 川崎市立川崎病院は交通利便性の高い位置にあり、川崎南部医療圏だけでなく、隣接する横浜市鶴見区や東京都大田区からの患者も多い。
  - 平成29年３月23日に県指定病院として県の指定を受けており、病床数は川崎南部医療圏最大で、当該医療圏に居住するがん患者の診療割合は23%を占めている。
  - 医療機関からの要請に応じて24時間365日「断らない」ことをモットーに大腸がん閉塞や大腸がん穿孔などの急性腹症の緊急対応を行う「腹急ホットライン」を令和２年７月から運用しており、今後もさらに地域の診療所・病院との連携に力を入れることで地域のがん診療の質が向上することが期待されるため、川崎市立川崎病院を地域がん診療連携拠点病院に新規指定推薦することとした。

- 当該医療機関の指定について、どう考えるか。

都道府県	医療機関名
神奈川県	川崎市立川崎病院

がん診療連携拠点病院（高度型）の指定について

- 以下の４医療機関について、地域がん診療連携拠点病院（高度型）としての新規指定推薦があった。
- 各医療機関について、推薦の時点で一般型としての要件を充足していることを確認した。
- 高度型の要件は下表のとおりである。
- 当該医療機関を地域がん診療連携拠点病院（高度型）として令和５年３月31日まで指定してはどうか。

病院 （現行指定類型）	要件②　同一医療圏地域拠点病院の診療実績 がん登録／手術／薬物／放射線／緩和（順位）	要件③ IMRT/粒子線/密封小線源/核医学 当該年度治療（件）	高度型要件④ 緩和ケアセンター 身体症状医師/精神症状医師/看護師/薬剤師/社会福祉士/精神保健福祉士/歯科医師/医療心理に携わる者/理学療法士/管理栄養士/歯科衛生士/他（人）	高度型要件⑤ 相談支援センター 看護師/社会福祉士/精神保健福祉士/他（人）	高度型要件⑥ 医療安全管理の第三者評価/ 外部委員を含めた医療安全の監査委員会
石巻赤十字病院 （特例型）（※）	１／１／１／１／１ （１病院／医療圏）	０／０／０／２	３／１／６／２／１／０／０／１／１／１／１／０	２／２／０／０	病院機能評価／医療安全に関する相互ラウンド／医療監視（管轄保健所・管轄厚生局）
長岡赤十字病院 （一般型）	１／１／１／１／１ （２病院／医療圏）	２／０／０／９	３／１／３／１／０／０／０／１／１／１／０／１	２／１／０／０	病院機能評価／医療監視（管轄保健所）
磐田市立総合病院（一般型）	１／１／１／１／１ （１病院／医療圏）	９９／０／２３／３２	８／１／５／２／１／０／０／２／１／２／１／１	４／３／１／７	病院機能評価／ISO15189／医療監視（管轄保健所）／地域がん診療拠点病院相互評価／医療安全対策地域連携相互評価
加古川中央市民病院（一般型）	１／１／１／１／１ （１病院／医療圏）	０／０／０／１	２／１／３／０／０／０／０／１／０／０／０／１	２／２／０／１	病院機能評価／医療監視（管轄保健所）

（※）石巻赤十字病院は、令和３年８月１日に地域がん診療連携拠点病院（一般型）の必須要件が再充足された。

地域がん診療病院の新規指定推薦について

- 以下の医療機関について、地域がん診療病院としての新規指定推薦があった。
- がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針では、「地域がん診療病院にあっては基本的に隣接するがんの医療圏のがん診療連携拠点病院との連携を前提にグループとして指定（以下「グループ指定」という。）することにより、がん診療連携拠点病院の無いがんの医療圏に1カ所整備するものとする。（中略）ただし、当該都道府県におけるがん診療の質の向上及びがん診療の連携協力体制の整備がより一層図られることが明確である場合には、この限りでないものとする。」と定められているところ、当該病院の立地する姶良（あいら）・伊佐医療圏にはがん診療連携拠点病院が存在せず、地域がん診療病院が1か所指定されている。
- 今回新規指定推薦のあった医療機関は令和3年9月1日時点で「相談支援センターへの研修を修了した専従の相談員の配置」の要件が未充足である。

- 今回の検討会においては、当該医療機関の指定を見送ってはどうか。

都道府県	医療機関名	指定年限（案）	対応（案）
鹿児島県	霧島市立医師会医療センター	―	指定見送り

要件未充足の対応方針（地域がん診療連携拠点病院）（1）

- 令和5年3月31日まで地域がん診療連携拠点病院として指定されている**木沢記念病院及び上都賀総合病院**について、指定要件：**「緩和ケア研修会の開催」**が未充足であると報告された。
- 令和5年3月31日まで地域がん診療連携拠点病院として指定されている**都城医療センター**について、指定要件：**「医療安全管理者の医療安全対策に係る研修の受講」**が未充足であると報告された。

- 対応について、当該医療機関を地域がん診療連携拠点病院（特例型）として、令和5年3月31日まで指定してはどうか。

都道府県	医療機関名	指定類型変更（案）	指定年限（案）
岐阜県	社会医療法人厚生会 木沢記念病院	地域がん診療連携拠点病院（特例型）	令和5年3月31日
栃木県	上都賀総合病院（かみつがそうごうびょういん）	地域がん診療連携拠点病院（特例型）	令和5年3月31日
宮崎県	独立行政法人国立病院機構 都城医療センター	地域がん診療連携拠点病院（特例型）	令和5年3月31日

要件未充足の対応方針（地域がん診療連携拠点病院）（2）

- 令和5年3月31日まで地域がん診療連携拠点病院として指定されている**飯田市立病院**について、指定要件：**「専従かつ常勤の薬物療法医の配置」**が未充足であると報告された。
- 令和5年3月31日まで地域がん診療連携拠点病院として指定されている**公立八女総合病院**について、指定要件：**「放射線治療の品質管理」**が未充足であると報告された。
- 令和5年3月31日まで地域がん診療連携拠点病院として指定されている**熊本労災病院**について、指定要件：**「緩和ケアチームへの精神症状の緩和に携わる常勤の医師の配置」**が未充足であると報告された。

- 対応について、当該医療機関を地域がん診療連携拠点病院（特例型）として、令和5年3月31日まで指定してはどうか。

都道府県	医療機関名	指定類型変更（案）	指定年限（案）
長野県	飯田市立病院	地域がん診療連携拠点病院（特例型）	令和5年3月31日
福岡県	公立八女総合病院	地域がん診療連携拠点病院（特例型）	令和5年3月31日
熊本県	独立行政法人労働者健康安全機構 熊本労災病院	地域がん診療連携拠点病院（特例型）	令和5年3月31日

要件未充足の対応方針（地域がん診療病院）

- 令和５年３月31日まで地域がん診療病院として指定されている**芳賀赤十字病院**について、指定要件：**「緩和ケア研修会の開催」**が未充足であると報告された。

- 対応について、指定要件が未充足である状態が継続するようであれば、次回の検討会において指定の取り消しを含めて検討を行うことを前提に、今回については、まずは指定要件の充足に向けて適切に対応するよう勧告を行うこととしてはどうか。

都道府県	医療機関名	指定類型（案）	対応（案）
栃木県	芳賀赤十字病院	地域がん診療病院	勧告

参考資料

（参考）がん診療連携拠点病院の指定要件（抜粋）①

がん診療連携拠点病院等の整備について（平成30年7月31日付健康局長通知　健発0731第1号）

診療実績に関する要件	
診療実績	下記①または②を概ね満たすこと。 ただし、同一医療圏に複数の医療機関を推薦する場合は①をすべて満たすこと ①. 以下の項目をそれぞれ満たすこと。 • 院内がん登録数　500　件以上 • 悪性腫瘍の手術件数　400　件以上 • がんに係る化学療法のべ患者数　1000　人以上 • 放射線治療のべ患者数　200　人以上 • 緩和ケアチームの新規介入患者数　50　人以上 ②. 相対的な評価 • 当該医療圏に居住するがん患者のうち、2割程度について診療実績があること。

医療施設に関する要件	
医療施設	• 放射線治療に関する機器の設置（リニアックなど、体外照射を行うための機器であること。） • 外来化学療法室の設置 • 原則として集中治療室設置 • 白血病を専門とする分野に掲げる場合は、無菌室設置 • 術中迅速病理診断実施可能な病理診断室の設置

（参考）がん診療連携拠点病院の指定要件（抜粋）②

がん診療連携拠点病院等の整備について（平成30年7月31日付健康局長通知　健発0731第1号）

	診療従事者に関する要件
手術	• 手術療法に携わる常勤の医師
放射線診断・治療	• 放射線治療に携わる常勤かつ専従の医師 • 放射線診断に携わる常勤かつ専任の医師 • 常勤かつ専従の放射線技師（2名以上の配置が望ましい、専門資格の有資格者であることが望ましい） • 機器の精度管理、照射計画等に携わる常勤かつ専任の技術者（専門資格の有資格者であることが望ましい） • 放射線治療室に常勤かつ専任の看護師（専門資格の有資格者であることが望ましい）
薬物療法	• 化学療法に携わる常勤かつ専従の医師 • 常勤かつ専任薬剤師の配置（専門資格の有資格者であることが望ましい） • 外来化学療法室に常勤かつ専任の看護師（がん看護専門看護師等であることが望ましい）
病理	• 病理診断に携わる常勤かつ専従の医師 • 専任の細胞診断業務に携わる者（専門資格の有資格者であることが望ましい）
緩和ケアチーム	• 身体症状の緩和に携わる常勤かつ専任の医師（専従が望ましい） • 精神症状の緩和に携わる常勤の医師（専任が望ましい） • 専従かつ常勤の看護師（専門資格の有資格者であること） • 緩和ケアチームに協力する者の配置（薬剤師、医療心理に携わる者、相談支援に携わる者）が望ましい。
相談支援センター	• 専従と専任の相談支援に携わる者をそれぞれ1人ずつ（相談員基礎研修1～3を修了していること）
院内がん登録	• 国立がん研究センターが提供する研修で中級認定者の認定を受けた専従の院内がん登録実務者

（参考）がん診療連携拠点病院の指定要件（抜粋）③

がん診療連携拠点病院等の整備について（平成30年7月31日付健康局長通知　健発0731第1号）

地域拠点病院（高度型）の指定要件

- 地域拠点病院の指定要件において、「望ましい」とされる要件を複数満たしていること
- 同一医療圏に複数の地域拠点病院がある場合には、診療実績が当該医療圏において最も優れていること
- 強度変調放射線療法や核医学治療等の高度な放射線治療を提供できること
- 緩和ケアセンターに準じた緩和ケアの提供体制を整備していること
- 相談支援センターに看護師や社会福祉士、精神保健福祉士等の医療従事者を配置し、相談支援業務の強化が行われていること
- 医療に係る安全管理体制について第三者による評価を受けているか、外部委員を含めた構成員からなる医療安全に関する監査を目的とした監査委員会を整備していること

（参考）がん診療連携拠点病院の指定要件（抜粋）④

がん診療連携拠点病院等の整備について（平成30年7月31日付健康局長通知　健発0731第1号）

特定領域がん診療連携拠点病院の指定要件

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

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

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

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

（参考）医療安全について

がん診療連携拠点病院等の整備について（平成30年7月31日付健康局長通知　健発0731第1号）

<table>
<tr><th rowspan="2"></th><th rowspan="2">施設要件</th><th colspan="3">人的配置</th><th rowspan="2">その他</th></tr>
<tr><th>医師</th><th>薬剤師</th><th>看護師</th></tr>
<tr><td>都道府県拠点</td><td rowspan="3">・医療安全管理部門の設置
・医療安全管理者の配置（右記参照）
・未承認薬や適応外使用、高難度新規医療技術の実施等の事前審査・事後評価
・医療安全に関する窓口の設置</td><td>常勤かつ専任</td><td>常勤かつ専任
（専従が望ましい）</td><td>常勤かつ専従</td><td rowspan="3">・医療安全管理者の権限の付与
・医療安全管理者の研修の受講</td></tr>
<tr><td>地域拠点
・
特定領域</td><td>常勤</td><td>常勤かつ専任</td><td>常勤かつ専従</td></tr>
<tr><td>地域診療</td><td>常勤</td><td>常勤
（専任が望ましい）</td><td>常勤かつ専従</td></tr>
</table>

第20回がん診療連携拠点病院等の指定に	資料
令和４年３月４日	2

●新規指定・指定更新・指定類型変更の医療機関一覧（案）
※本日審議対象の医療機関を含む

【都道府県がん診療連携拠点病院】
新規指定及び指定類型変更の推薦なし

【地域がん診療連携拠点病院（高度型）】

	都道府県名	医療機関名	指定年限（案）	内容
1	宮城県	石巻赤十字病院	１年	特例型からの指定類型変更
2	新潟県	長岡赤十字病院	１年	一般型からの指定類型変更
3	静岡県	磐田市立総合病院	１年	一般型からの指定類型変更
4	兵庫県	加古川中央市民病院	１年	一般型からの指定類型変更
	計	４病院		

【地域がん診療連携拠点病院】
※新規推薦の場合、必須項目をすべて満たしていなければ新規指定不可

	都道府県名	医療機関名	指定年限（案）	内容
1	北海道	旭川医科大学病院	１年	指定更新
2	北海道	ＪＡ北海道厚生連 帯広厚生病院	１年	指定更新
3	山形県	山形市立病院済生館	１年	指定更新
4	山形県	山形県立新庄病院	１年	指定更新
5	栃木県	日本赤十字社栃木県支部那須赤十字病院	１年	特例型からの指定類型変更
6	群馬県	公立藤岡総合病院	１年	特例型からの指定類型変更
7	東京都	東海大学医学部付属八王子病院	１年	特例型からの指定類型変更
8	神奈川県	新百合ヶ丘総合病院	１年	新規推薦
9	神奈川県	川崎市立川崎病院	１年	新規推薦
10	神奈川県	神奈川県厚生農業協同組合連合会 相模原協同病院	１年	指定更新
11	京都府	京都府立医科大学附属北部医療センター	１年	地域がんからの指定類型変更
12	和歌山県	紀南病院	１年	指定更新
13	和歌山県	独立行政法人国立病院機構 南和歌山医療センター	１年	特例型からの指定類型変更
14	広島県	独立行政法人国立病院機構 呉医療センター	１年	指定更新
	計	14病院		

【地域がん診療連携拠点病院（特例型）】

	都道府県名	医療機関名	指定年限（案）	内容
1	栃木県	上都賀総合病院（かみつがそうごうびょういん）	１年	一般型からの指定類型変更
2	長野県	飯田市立病院	１年	一般型からの指定類型変更
3	岐阜県	社会医療法人厚生会 木沢記念病院	１年	一般型からの指定類型変更
4	福岡県	公立八女総合病院	１年	一般型からの指定類型変更
5	熊本県	独立行政法人労働者健康安全機構 熊本労災病院	１年	一般型からの指定類型変更
6	宮崎県	独立行政法人国立病院機構 都城医療センター	１年	一般型からの指定類型変更
	計	６病院		

【地域がん診療病院】

	都道府県名	医療機関名	指定年限（案）	内容
1	鹿児島県	霧島市立医師会医療センター	指定不可	推薦時に未充足要件あり
	計	１病院		

●勧告の医療機関一覧（案）
※本日審議対象の医療機関を含む

	都道府県名	医療機関名（グループ指定先医療機関名）	指定期間 指定類型	内容
1	栃木県	日本赤十字社栃木県支部芳賀赤十字病院 （自治医科大学附属病院）	令和５年３月31日まで 地域がん診療病院として 指定中	勧告
	計	１病院		

●指定期間内に地域がん診療連携拠点病院の指定要件を充足する見込みのない地域がん診療連携拠点病院（特例型）
該当なし

資料２０-(９)

第 21 回 がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会
持ち回り開催
議事次第

日　時：令和４年３月 16 日～17 日

１ 議題

地域がん診療連携拠点病院（高度型）の指定について

【資料】

議事次第
資料１　がん診療連携拠点病院の指定等について
資料２　新規指定・指定更新・指定類型変更の医療機関一覧（案）
参考資料１ がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会開催要綱
参考資料２ がん診療連携拠点病院等の整備について
（平成 30 年７月 31 日付健発 0731 第１号厚生労働省健康局長通知）
参考資料３ 都道府県の推薦について（都道府県提出資料）
別紙　御意見等確認票

第21回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会	資料1
令和４年３月16日～17日	

がん診療連携拠点病院の指定等について

厚生労働省健康局

がん・疾病対策課

がん診療連携拠点病院等の種類（H30.7月　整備指針）

地域がん診療連携拠点病院

- がんの医療圏に1カ所整備し、専門的ながん医療の提供、がん診療の連携協力体制の整備、がん患者に対する相談支援及び情報提供を担う。
- 診療体制、診療従事者、診療実績、研修の提供、情報の収集提供体制等について満たすべき要件がある。

地域がん診療連携拠点病院（高度型）

- 拠点病院の必須要件を満たし、望ましい要件を複数満たす。
- 同一医療圏のうち診療実績が最も優れている、高度な放射線治療の実施が可能、相談支援センターへの医療従事者の配置や緩和ケアセンターの整備、医療安全に関する取組、
  等の条件を満たし、診療機能が高いと判断された場合に**同一医療圏に1カ所のみ**指定。

地域がん診療連携拠点病院（特例型）

- **平成31年以後に既指定の拠点病院**で、指定要件の充足状況が不十分であると判断された場合に**経過措置的に**指定類型を見直す。

都道府県がん診療連携拠点病院

- 都道府県におけるがん診療の質の向上及びがん診療連携協力体制の構築、PDCAサイクルの確保に関し、中心的な役割を果たす。

国立がん研究センター

- 我が国全体のがん医療の向上を牽引していくために、医師、その他の診療従事者の育成、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会の開催などが要件化されている。

特定領域がん診療連携拠点病院

- 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医療機関を指定する。

地域がん診療病院

- 隣接するがんの医療圏のがん診療連携拠点病院との連携を前提にグループとして指定し、がん診療連携拠点病院の無いがんの医療圏に1カ所整備する。

がん診療連携拠点病院等

令和3年10月1日時点

がん診療連携拠点病院：405か所

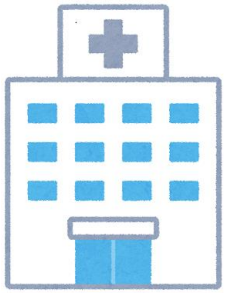
- 都道府県知事がその診療機能等が高いものとして推薦し指定の検討会で指定される。
- 高い診療機能、多様な治療法、緩和ケアの提供に加え、地域連携の推進、セカンドオピニオンの提示等に対応する。

都道府県がん診療連携拠点病院(51か所)



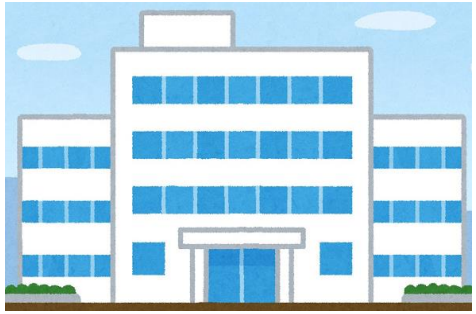
- 都道府県における中心
- 都道府県下の拠点病院等のとりまとめ

地域がん診療連携拠点病院(351か所*)



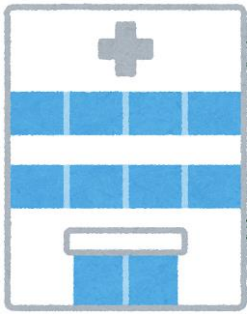
- がんの医療圏に原則1か所整備
- 専門的ながん医療の提供・連携体制の整備

国立がん研究センター(2か所)



- がん対策の中核的機関としてがん医療を牽引
- 都道府県拠点病院と連携し連絡協議会を開催

特定領域がん診療連携拠点病院(1か所)

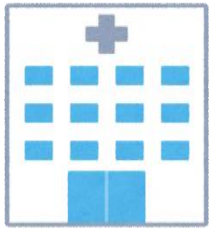


- 特定のがんについて都道府県内で最も多くの患者を診療

地域がん診療病院：46か所

- がん診療連携拠点病院のない医療圏でがん医療を担う。
- がん診療連携拠点病院とグループ指定を受ける。

地域がん診療病院(46か所)



- がん診療連携拠点病院のないがんの医療圏に1か所整備

＊地域がん診療連携拠点病院の中には更に類型が3つある。

地域がん診療連携拠点病院（高度型）：50か所
地域がん診療連携拠点病院：296か所
地域がん診療連携拠点病院（特例型）：5か所

646

類型の見直しについて

診療機能による分類

地域がん診療連携拠点病院（高度型）

指定類型の見直し

指定類型の見直し

地域がん診療連携拠点病院（一般型）

※便宜上、地域がん診療拠点病院を一般型とする

- 必須要件に加え、望ましい要件を複数満たす。
- 高度な放射線治療の実施が可能
- 同一医療圏のうち診療実績が最も優れている。
- 相談支援センターへの医療従事者の配置や緩和ケアセンターの整備
- 医療安全に関する取組

等の条件を満たし、診療機能が高いと判断された場合に**同一医療圏に1カ所のみ**指定。

従来の地域がん診療連携拠点病院と同様。

指定類型の見直し

指定要件を充足した場合復帰

地域がん診療連携拠点病院（特例型）

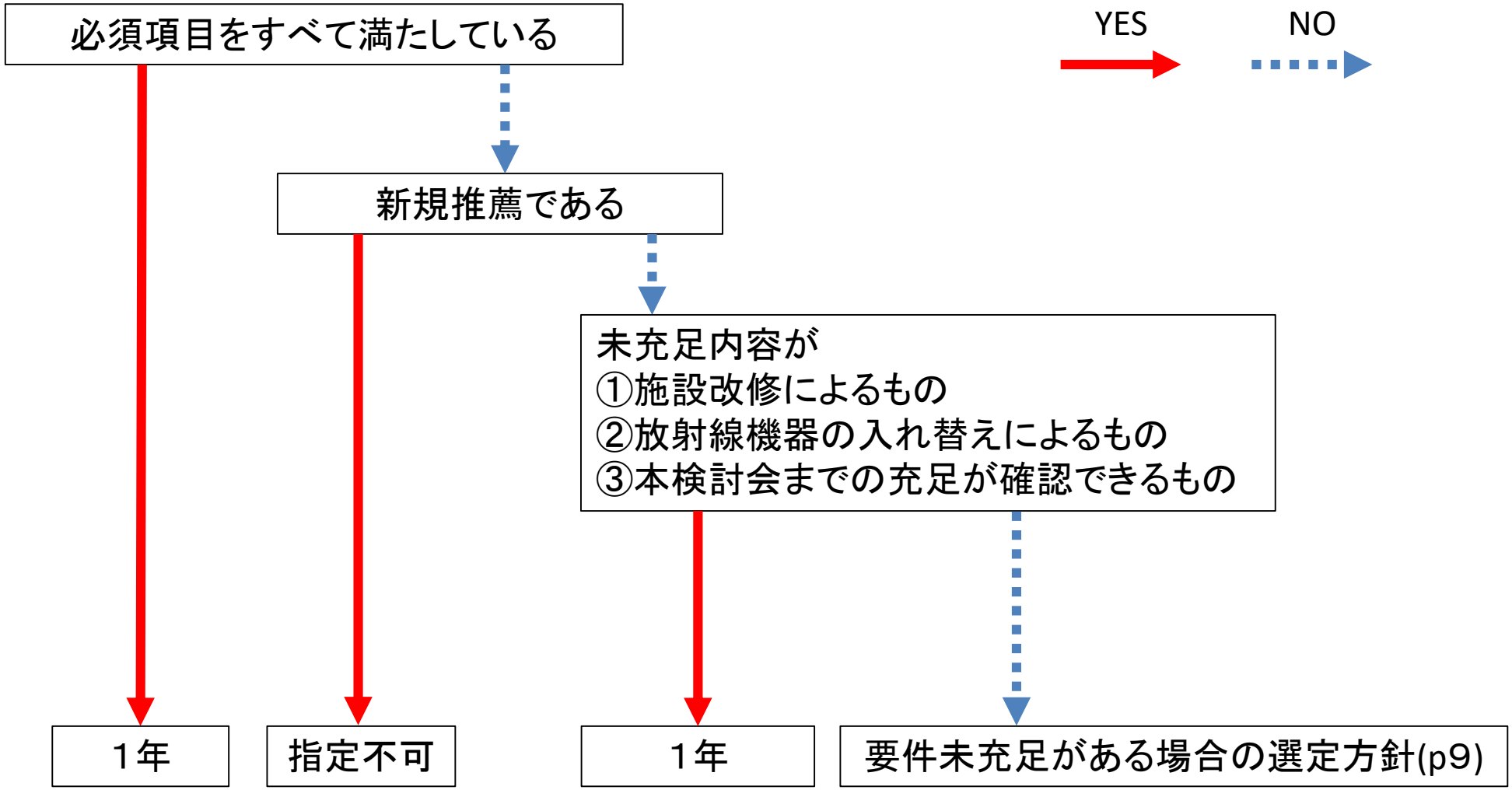
平成31年以後に既指定の拠点病院で、指定要件の充足状況が不十分であると判断された場合に**経過措置的に**指定類型を見直す。
更新時において地域拠点病院の指定要件を充足していない場合は、指定の更新は行わない。

647

第14回　がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会（平成31年3月7日）　資料2より抜粋・一部改変

拠点病院等の選定の方針について①

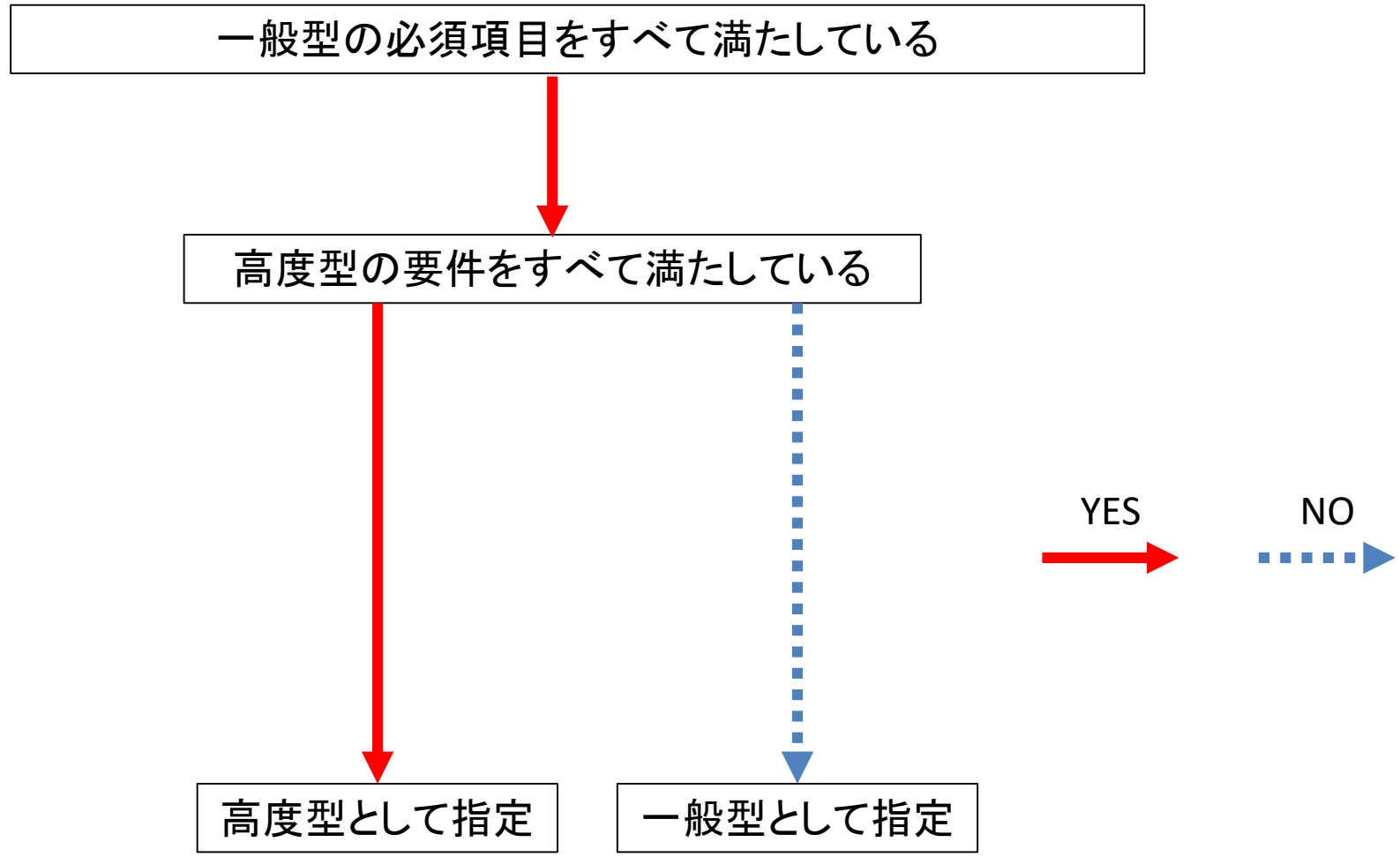
【すべての類型で共通の方針】



第14回　がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会（平成31年3月7日）　資料2より抜粋・一部改変

拠点病院等の選定の方針について②

【がん診療連携拠点病院（高度型）として推薦された場合の付加的方針】



第14回　がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会（平成31年3月7日）　資料2より抜粋・一部改変

今年度の拠点病院等の指定の推薦等の手続きについて

昨年度の状況

- 新型コロナウイルス感染症の流行等に伴う影響を考慮し、令和2年度の指定更新推薦書及び現況報告書については、
  ・令和元年度の新規指定推薦書及び指定更新推薦書並びに現況報告書
  ・令和元年度の新規指定推薦書及び指定更新推薦書並びに現況報告書の提出後から令和2年8月31日までに各都道府県より提出された各種報告書
  をもって代用するため、一律の提出は不要とした。

本年度の状況

- 例年同様に、都道府県を通じてすべての拠点病院等に、新規指定推薦書及び指定更新推薦書並びに現況報告書を提出していただいている。

要件未充足がある場合の対応について

① 指定要件の**充足状況に疑義がある**と判断された場合に**文書等での確認を行い**、指定要件の充足状況を確認する。
② 調査の結果、指定要件の未充足が確認された場合、**勧告、指定類型見直し、指定取り消し**の指導方針を指定の検討会に提案する。
③ 指定の検討会からの答申を受け、当該拠点病院等への通知を行う。

現況報告書にて充足状況を確認

↓ 充足状況に疑義がある場合

文書等での確認による充足状況の確認

①施設改修
②放射線機器の入れ替え

↓ ①②のいずれにも該当しない
未充足であることを確認した場合

指定の検討会にて対応を検討

↓ ↓ ↓

勧告

指定類型の見直し

・地域拠点病院の場合のみ

指定取り消し

651

第11回がん診療提供体制のあり方に関する検討会（平成30年4月11日　資料5より抜粋・一部改変

要件未充足がある場合の選定方針について

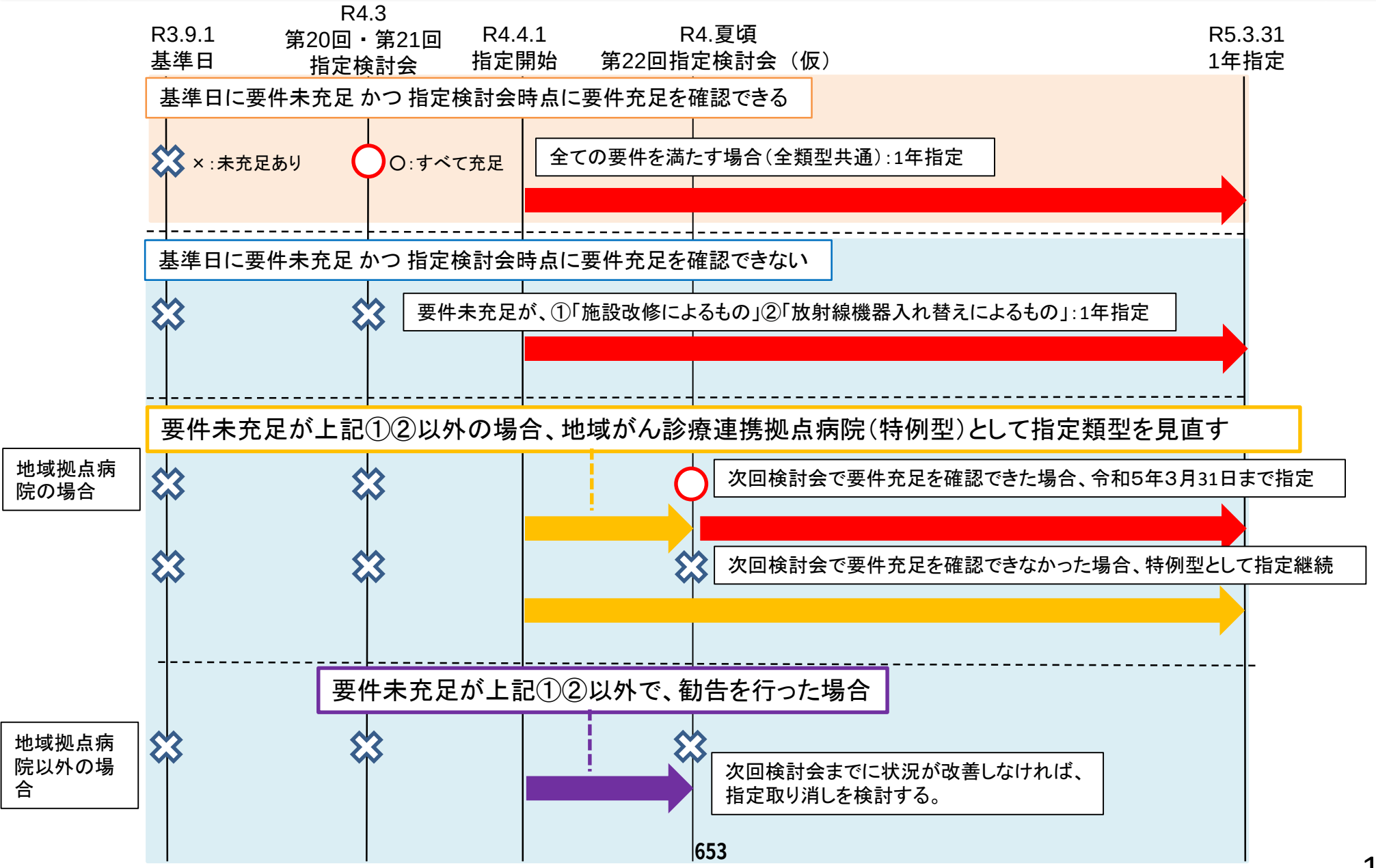
下記のような選定方針としてはどうか。

1）要件充足を確認する基準日としては、令和3年9月1日とする。
ただし、昨年の指定検討会と同様に、検討会時点に要件を充足したことを確認できた病院については、要件を充足したものとみなして選定する。

2）検討会時点に要件を充足していない病院で、未充足内容が①施設改修によるもの②放射線機器の入れ替えによるものである場合には、昨年の選定方針と同様に、1年指定とする。
未充足内容が上記の①～②に該当しない場合には、
（ア）地域拠点病院の場合、指定類型を見直す。
ただし、地域がん診療連携拠点病院（特例型）については更新時（令和3年度内）において地域拠点病院（一般型）の指定要件を充足していない場合は、指定の更新は行わない。
（イ）都道府県拠点病院及び地域がん診療病院の場合、勧告を行う。

3）上記の選定方針により、指定類型を見直された病院及び勧告を受けた病院については、令和4年夏頃を目途に検討会において再度審議を行う。

選定方針と指定年限について



個別医療機関の審議

がん診療連携拠点病院（高度型）の指定について

- 以下の医療機関について、地域がん診療連携拠点病院（高度型）としての新規指定推薦があった。
- 当該医療機関について、推薦の時点で一般型としての要件を充足していることを確認した。
- 高度型の要件は下表のとおりである。
- 当該医療機関を地域がん診療連携拠点病院（高度型）として令和5年3月31日まで指定してはどうか。

病院 （現行指定類型）	要件②　同一医療圏地域拠点病院の診療実績 がん登録／手術／薬物／放射線／緩和（順位）	要件③ IMRT/粒子線/密封小線源/核医学 当該年度治療（件）	高度型要件④ 緩和ケアセンター 身体症状医師/精神症状医師/看護師/薬剤師/社会福祉士/精神保健福祉士/歯科医師/医療心理に携わる者/理学療法士/管理栄養士/歯科衛生士/他（人）	高度型要件⑤ 相談支援センター 看護師/社会福祉士/精神保健福祉士/他（人）	高度型要件⑥ 医療安全管理の第三者評価/ 外部委員を含めた医療安全の監査委員会
厚生連高岡病院 （一般型）	1／1／1／1／1 （1病院／医療圏）	292／0／0／0	4／1／4／2／1／0／0／1／1／1／0／1	1／0／1／0	病院機能評価／医療安全地域連携加算での医療機関間の実施調査／医療監視（高岡厚生センター）

参考資料

（参考）がん診療連携拠点病院の指定要件（抜粋）①

がん診療連携拠点病院等の整備について（平成30年7月31日付健康局長通知　健発0731第1号）

診療実績に関する要件	
診療実績	下記①または②を概ね満たすこと。 ただし、同一医療圏に複数の医療機関を推薦する場合は①をすべて満たすこと ①. 以下の項目をそれぞれ満たすこと。 • 院内がん登録数　500　件以上 • 悪性腫瘍の手術件数　400　件以上 • がんに係る化学療法のべ患者数　1000　人以上 • 放射線治療のべ患者数　200　人以上 • 緩和ケアチームの新規介入患者数　50　人以上 ②. 相対的な評価 • 当該医療圏に居住するがん患者のうち、2割程度について診療実績があること。

医療施設に関する要件	
医療施設	• 放射線治療に関する機器の設置（リニアックなど、体外照射を行うための機器であること。） • 外来化学療法室の設置 • 原則として集中治療室設置 • 白血病を専門とする分野に掲げる場合は、無菌室設置 • 術中迅速病理診断実施可能な病理診断室の設置

（参考）がん診療連携拠点病院の指定要件（抜粋）②

がん診療連携拠点病院等の整備について（平成30年7月31日付健康局長通知　健発0731第1号）

	診療従事者に関する要件
手術	• 手術療法に携わる常勤の医師
放射線診断・治療	• 放射線治療に携わる常勤かつ専従の医師 • 放射線診断に携わる常勤かつ専任の医師 • 常勤かつ専従の放射線技師（2名以上の配置が望ましい、専門資格の有資格者であることが望ましい） • 機器の精度管理、照射計画等に携わる常勤かつ専任の技術者（専門資格の有資格者であることが望ましい） • 放射線治療室に常勤かつ専任の看護師（専門資格の有資格者であることが望ましい）
薬物療法	• 化学療法に携わる常勤かつ専従の医師 • 常勤かつ専任薬剤師の配置（専門資格の有資格者であることが望ましい） • 外来化学療法室に常勤かつ専任の看護師（がん看護専門看護師等であることが望ましい）
病理	• 病理診断に携わる常勤かつ専従の医師 • 専任の細胞診断業務に携わる者（専門資格の有資格者であることが望ましい）
緩和ケアチーム	• 身体症状の緩和に携わる常勤かつ専任の医師（専従が望ましい） • 精神症状の緩和に携わる常勤の医師（専任が望ましい） • 専従かつ常勤の看護師（専門資格の有資格者であること） • 緩和ケアチームに協力する者の配置（薬剤師、医療心理に携わる者、相談支援に携わる者）が望ましい。
相談支援センター	• 専従と専任の相談支援に携わる者をそれぞれ１人ずつ（相談員基礎研修１～3を修了していること）
院内がん登録	• 国立がん研究センターが提供する研修で中級認定者の認定を受けた専従の院内がん登録実務者

（参考）がん診療連携拠点病院の指定要件（抜粋）③

がん診療連携拠点病院等の整備について（平成30年7月31日付健康局長通知　健発0731第1号）

地域拠点病院（高度型）の指定要件

- 地域拠点病院の指定要件において、「望ましい」とされる要件を複数満たしていること
- 同一医療圏に複数の地域拠点病院がある場合には、診療実績が当該医療圏において最も優れていること
- 強度変調放射線療法や核医学治療等の高度な放射線治療を提供できること
- 緩和ケアセンターに準じた緩和ケアの提供体制を整備していること
- 相談支援センターに看護師や社会福祉士、精神保健福祉士等の医療従事者を配置し、相談支援業務の強化が行われていること
- 医療に係る安全管理体制について第三者による評価を受けているか、外部委員を含めた構成員からなる医療安全に関する監査を目的とした監査委員会を整備していること

（参考）がん診療連携拠点病院の指定要件（抜粋）④

がん診療連携拠点病院等の整備について（平成30年7月31日付健康局長通知　健発0731第1号）

特定領域がん診療連携拠点病院の指定要件

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

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

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

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

（参考）医療安全について

がん診療連携拠点病院等の整備について（平成30年7月31日付健康局長通知　健発0731第1号）

	施設要件	人的配置			その他
		医師	薬剤師	看護師	
都道府県拠点	・医療安全管理部門の設置 ・医療安全管理者の配置（右記参照） ・未承認薬や適応外使用、高難度新規医療技術の実施等の事前審査・事後評価 ・医療安全に関する窓口の設置	常勤かつ専任	常勤かつ専任 （専従が望ましい）	常勤かつ専従	・医療安全管理者の権限の付与 ・医療安全管理者の研修の受講
地域拠点 ・ 特定領域		常勤	常勤かつ専任	常勤かつ専従	
地域診療		常勤	常勤 （専任が望ましい）	常勤かつ専従	

第21回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会	資料2
令和４年３月16日～17日	

●新規指定・指定更新・指定類型変更の医療機関一覧（案）
※高度型に新規指定推薦された１病院のみを審議対象とする。

【地域がん診療連携拠点病院（高度型）】

	都道府県名	医療機関名	指定年限（案）	内容
1	富山県	厚生連高岡病院	１年	一般型からの指定類型変更
	計	１病院		

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

Press Release

令和４年３月 30 日
照会先　健康局がん・疾病対策課
　がん対策推進官　岩佐（内線３８２５）
　課　長　補　佐　成田（内線２９２４）
（代表番号）０３－５２５３－１１１１

がん診療連携拠点病院等の指定について

令和４年３月４日に開催された「第 20 回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会」及び令和４年３月 16 日～３月 17 日に持ち回り審議によって開催された「第 21 回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会」の検討を踏まえ、令和４年３月 24 日付けで以下のとおり、がん診療連携拠点病院等として新規指定等することとしましたので、お知らせいたします。（詳細は別紙）

新規指定

【地域がん診療連携拠点病院】　２施設

指定更新

【地域がん診療連携拠点病院】　７施設

指定類型変更

【地域がん診療連携拠点病院（高度型）】　５施設

【地域がん診療連携拠点病院】　５施設

【地域がん診療連携拠点病院（特例型）】　６施設

以上のとおり、令和４年４月１日時点で、がん診療連携拠点病院の数は 408 施設（都道府県がん診療連携拠点病院 51 施設、地域がん診療連携拠点病院（高度型）55 施設、地域がん診療連携拠点病院 293 施設、地域がん診療連携拠点病院（特例型）６施設、特定領域がん診療連携拠点病院１施設、国立がん研究センター２施設）、地域がん診療病院の数は 45 施設となります。

がん診療連携拠点病院等一覧（新規指定）

【地域がん診療連携拠点病院】

	都道府県名	医療機関名	指定年限
1	神奈川県	新百合ヶ丘総合病院	１年
2	神奈川県	川崎市立川崎病院	１年
	計	２病院	

がん診療連携拠点病院等一覧（指定更新）

【地域がん診療連携拠点病院】

	都道府県名	医療機関名	指定年限
1	北海道	旭川医科大学病院	1年
2	北海道	JA北海道厚生連 帯広厚生病院	1年
3	山形県	山形市立病院済生館	1年
4	山形県	山形県立新庄病院	1年
5	神奈川県	神奈川県厚生農業協同組合連合会 相模原協同病院	1年
6	和歌山県	紀南病院	1年
7	広島県	呉医療センター	1年
	計	7病院	

がん診療連携拠点病院等一覧（指定類型変更）

【地域がん診療連携拠点病院（高度型）】

	都道府県名	医療機関名	指定年限	参考：旧類型
1	宮城県	石巻赤十字病院	1年	地域がん診療連携拠点病院（特例型）
2	新潟県	長岡赤十字病院	1年	地域がん診療連携拠点病院
3	富山県	厚生連高岡病院	1年	地域がん診療連携拠点病院
4	静岡県	磐田市立総合病院	1年	地域がん診療連携拠点病院
5	兵庫県	加古川中央市民病院	1年	地域がん診療連携拠点病院
	計	5病院		

【地域がん診療連携拠点病院】

	都道府県名	医療機関名	指定年限	参考：旧類型
1	栃木県	那須赤十字病院	1年	地域がん診療連携拠点病院（特例型）
2	群馬県	公立藤岡総合病院	1年	地域がん診療連携拠点病院（特例型）
3	東京都	東海大学医学部付属八王子病院	1年	地域がん診療連携拠点病院（特例型）
4	京都府	京都府立医科大学附属北部医療センター	1年	地域がん診療病院
5	和歌山県	南和歌山医療センター	1年	地域がん診療連携拠点病院（特例型）
	計	5病院		

【地域がん診療連携拠点病院（特例型）】

	都道府県名	医療機関名	指定年限	参考：旧類型
1	栃木県	上都賀総合病院	1年	地域がん診療連携拠点病院
2	長野県	飯田市立病院	1年	地域がん診療連携拠点病院
3	岐阜県	中部国際医療センター	1年	地域がん診療連携拠点病院
4	福岡県	公立八女総合病院	1年	地域がん診療連携拠点病院
5	熊本県	熊本労災病院	1年	地域がん診療連携拠点病院
6	宮崎県	都城医療センター	1年	地域がん診療連携拠点病院
	計	6病院		

資料２１

令和３年度　第３回沖縄県がん診療連携協議会　医療部会　議事要旨

日時：令和４年１月 25 日（火）　15：00～16：45
場所：Zoom を利用した Web 開催
出席者：4 名：宮里浩(那覇市立病院)、照屋淳(北部地区医師会病院)、岸本信三(宮古病院)、増田昌人(琉球大学病院がんセンター)
欠席：4 名：伊波善之(沖縄県保健医療部健康長寿課)、朝倉義崇(中部病院)、松茂良力(八重山病院)、野村寛徳(琉球大学病院第一外科)
陪席者：3 名：有賀拓郎(琉球大学病院診療情報管理センター)、安次嶺宏哉(沖縄協同病院)、西銘亜希(琉球大学病院がんセンター)

【報告事項】
１．令和３年度 第２回沖縄県診療連携協議会 医療部会議事要旨について
　増田委員より、資料１に基づき令和３年度第２回議事要旨について説明があった。
２．その他
　特になし

【協議事項】
１．県内における免疫抑制・化学療法によるＨＢＶ再活性化への対策について
増田委員:琉大病院にはマニュアルはなく、組織的に対応していない。化学療法に詳しい薬剤師は、リツキサン等を使用する患者の場合、検査の有無の確認し、薬剤記録に記載しているが、それができていない薬剤師もおり、年度内に組織として方針を決める予定である。
宮里委員:過去に再活性化が予後に影響する症例があったため、前回の会議で伺った。当院では、電子カルテで既往の感染症を確認する項目に、HBc と HBs の抗体も含めている。ガイドラインに基づき、HBV の活性を高める可能性がある薬剤の一覧を作り、それを元にチェックする体制を整えている。初回に内服薬を処方する際、電子カルテにおいて、検査の有無を確認するアラートが出るが、再診時はコピーをして記録する際にアラートが出ないという課題がある。
照屋委員:当院で化学療法を行う際は、HBV の抗原が陰性でも、抗体が陽性の人は、DNA 定量化を行っている。基準値以上だと内科の先生と認定薬剤師が相談して、抗ウィルス薬を服用しながら化学療法を行っている。これは DNA 定量を行わなかったために、劇症肝炎を発症した過去の苦い経験から行っている。リウマチ薬といった系統の薬でも同様に行っている。
岸本委員:当院は組織的な取り組みをしておらず、勉強会等で注意喚起を行う程度である。
安次嶺先生:当院も定まった確認方法はなく、医者が見落としてしまうと、薬剤部でも見落とされがちだった。また院内は薬剤部の目が通るが、院外薬局については確認を行っていなかった。そこで院内外、注射、内服に関わらず、使用届を提出してもらい、電子カルテにおいて、HBV 感染の履歴が表示され、処方の度に薬剤師が確認できるようになる予定である。
宮里委員:院内の処方では対策が取られているが、院外が疎かになっている印象を受けた。先日当院でも、院外処方時の対処として、新しいシステムを組もうとしたが、様々な障壁があり、まずは院外薬局の方に啓蒙し協力いただくのがよいとの意見が出た。
増田委員:これは古典的な問題でドクターの責任に負わせているところがあるが、宮里委員と照屋委員の施設では、先進的に取り組まれていると思う。しかし多くの施設では抜けがあり、

処方については電子カルテの仕様に依存しており、そこを変えようとすると多額の費用が発生し、改変が難しいので、注意喚起の文書を出すのがよい。過去の苦い経験から対策をとっていても、メンバーが変わると忘れ去られがちになるので、注意喚起は必要である。

照屋委員:薬剤師や看護師から注意喚起がされても、主治医が外来対応に追われて取りこぼしてしまうことがある。そのため当院では、看護師サイドで検査を下ろせるシステムを電子カルテに組み込めないか検討している。また心毒性のある化学療法剤についても、患者の異常に備えて、看護師サイドから心エコーの必要性について報告があがるようにしている。

宮里委員:コロナで負担が増えているなかでも看護師が協力的で、対策を講じられていて素晴らしい。当院では、どこかの部署が新たに負担や責任を負うことになるとして議論が進んでいない。各施設で状況は異なるが、薬剤師と連名で注意喚起の文書を出すのがよいのではないか。

岸本委員:宮古もB型肝炎の多い地域のため対策が必要である。医師以外に薬剤師や看護師もチェックできるのが望ましいが、当院では組織上、難しい。それでも対策はとらなくてはいけないという共通認識は持つ必要がある。

照屋委員:薬剤師や看護師を巻き込まないと、確認漏れが生じる。実際その方が安全で、当院はそれでうまくいっている。

宮里委員:当院も看護師に情報を流して確認をお願いしている。現状では電子カルテなどのシステム上で対策を講じるとなると、難しいところがあるので、まずは注意喚起をし、そのあとでシステマティックにやっていく方策を皆で知恵を出していくというのはどうだろうか。

有賀先生:看護師が医師からの指示なしで判断し、オーダーを出して採血するには、まだ法律が追いついていない。タスクシフトして動脈ラインからの採血ができるようになったものの、医師の包括指示のもとでという話なので、必ず医師が承認する機能があれば問題ないと思う。薬剤を処方する際、注射や内服に関わらず、過去の検査値と診断された病名、処方された薬剤とを突合して、B 型肝炎の検査が必要だとアラートを出す機能は、費用はかかるが、電子カルテの中に実装することは可能である。ところが琉大の場合、そのアラートがたくさん出るために無視されていて、今はむしろ、このアラートを消せないかということになっており、そこに新たにB型肝炎に関するアラートを加えたとしても、効果がどこまであるのか疑問である。医師の性善説に基づいたシステムだけではなく、コメディカルの力もうまく利用していくべきだ。

宮里委員:電子カルテ上でも整備を進め、コメディカルの方々に協力いただくのがよい。朝倉委員と相談して注意喚起の文書を作り、この医療部会から発信するというのはどうか。

増田委員:安次嶺先生がこの取り組みをされた際、どれぐらいの労力を必要としたか。

安次嶺先生:当院では自前の電子カルテを運用しているので、新たな機能を加えることは他院よりやりやすい。薬剤師や看護師のチェックも重要だが、ヒューマンエラーは起きてしまうので、システムに委譲しようということで、化学療法を行う前に、使用届を提出しないとオーダーできないようにした。その使用届に、HBV 関連の感染状況が載るようにし、薬剤部がチェックする段取りを電子カルテに組み込むことができ、今は人の目とシステムでどうにかやっている。しかし、それでも抜けがあるのが院外処方である。抗癌剤を処方する場合に、DNA の検査結果などは外注なので、処方するその日に出ないという問題点はあるが、院外の薬剤師とどのように連携をとっていくか考えていく必要がある。

増田委員:朝倉委員に相談しながら、県内医療機関向けに注意喚起文を作っていただきたい。

安次嶺先生:朝倉委員にご指示を仰ぎながら、取り組ませていただきたい。

宮里委員:まずは安次嶺先生にとりまとめていただき、院内向けに注意喚起を促していきたい。

しかし院外薬局に対してはハードルが高く、当院でも院外の処方箋に HBV の情報掲載を検討したが、個人情報の点で課題があり、その点については委員の知恵をお借りしたい。

２．沖縄県庁ホームページに公開された「がん診療を行う県内医療施設」における掲載要件の定期的な改定に関する県への要望書について

増田委員:以前、委員の皆さんにお集まりいただき、臓器ごとに「がん診療を行う県内医療施設」の掲載要件を協議し、施設の選定を行った。第８次沖縄県医療計画は 2024 年からだが、現在、行政と医療が滞っているため、改定のための協議を県に提案したい。提案書の下書きでは、3 年ごとに改定するとしているが、あくまでたたき台なので、皆さんに協議いただきたい。

宮里委員:改定には皆さんも賛成だと思うが、何年ごとに改定にするかご検討いただきたい。がん診療を行う県内医療施設一覧は、機能評価をしたうえで選定・掲載されたものだが、掲載後はそのままでタイムラグや抜けもあり、いかに現状を反映したものにできるかが課題である。

増田委員:前回協議した際、選定条件だけでなく、様々なテーマで有意義な協議ができたので、メールや Web ではなく、1 度は一堂に会して顔を突き合わせて協議するのがよい。

岸本委員:私も 3 年改定でよいと思う。ただ、がん診療を行う県内医療施設一覧の全がん種で、我々離島の施設はないが、治療できるがんもある。施設基準に則っていないためだが、離島でがん治療はできないという印象を与えており、伝え方を工夫できないか気になるところである。

宮里委員:今の件は改定というよりも、表の見せ方、位置づけの問題になると思う。

有賀先生:６次は手挙げにして多くの施設が入ったという反省から、7 次では選定基準を設け施設を絞った経緯がある。未掲載の施設では治療をやっていないという印象を与えることになったが、各がん種のエキスパートで協議・決定した。そこで８次は７次の考え方は維持するが、5 年改定は長いため、免疫療法を加えた 3 年改定であれば賛成である。ただ患者さんが見たときのインパクトはあるので、宮古・八重山の書きぶりについては検討してもよいのではないか。

増田委員:集約化は必要だが、離島・へき地でできることは公表しようということで、離島・へき地部会で、北部地区医師会と宮古と八重山の３病院でできるがん治療を確認したところ、12～13 のがん種があった。それをがんじゅうのホームページで公開することを、次回のがん診療連携協議会で協議する予定である。公開が承認されたら、県のホームページで離島・へき地のがん医療ということでリンクしていただきたいと考えている。対応できないものもあるが、大腸がんや胃がん、乳がんなど、対応できるものもあるので、両面作戦になると思う。

宮里委員:サービスを受ける患者さん側の視点から考えれば、リアルタイムで新しい情報を出していく必要がある。それでも不十分な点はある。見せ方の問題になるが、選定基準を満たしていない施設だからといって、診療できないわけではないということを説明する必要がある。

有賀先生:治療を実施している施設と選定基準を満たしたエキスパートの施設という２段階表示について検討したが、複雑になりすぎるのではないかという話だった。

宮里委員:そこも含めて、一度検討してみたほうがよいかもしれない。

増田委員:次の改定は今年の 8 月に行い、問題がなければ 3 年後の 2025 年、次は 2028 年に行いたい。6 月頃に選定に関わる先生方に連絡し、集まりたい。症例数の多い上位 5～6 施設の医師にお願いしたいと考えている。日程調整には時間がかかるが何とか開催にこぎつけたい。

宮里委員:改定の時期を協議したいとして、県に提案書を提出するということでよいか。

増田委員:再度、集まって協議いただき、改定時期を早める必要はないという結論に達すれば、現状の 6 年ごとの改定でよい。望ましい改定時期の年限を協議していただきたい。

宮里委員:様々な意見が出ると思うが、そこをすり合わせていくことになるだろう。

増田委員:公開されれば当然、様々な意見が出るはずなので、定期的に改定していることを強調しないと納得いただけないと思う。そのためにも定期的に集まるのがよい。

宮里委員:選定基準は、QI でも生存率でもよいが、治療実績を見据えて評価・選定する必要がある。各施設の治療実績に即して公開する流れを構築するために、県に提案していきたい。

３．医療部会のロジックモデルと次年度の活動計画について

増田委員:資料 4 の専門部会の分野対応図にある通り、かなり広い領域を扱っている。そこで次年度は医療部会として何をテーマにどういうことを行うか協議いただきたい。

岸本委員:宮古ではここ 3、4 年、大腸がんや肺がんなど、進行がんで見つかることが多い。大腸がんだと、狭窄していてすぐにステントを入れる例も珍しくない。大腸カメラができる施設が少なく、当院と徳洲会など島内 4 施設で、検診での拾い上げに努めているが、人手の問題で早期発見に繋げられていない。当院の消化器外科医が化学療法を行い、治療効果も上がっているが、その先生方への負担が大きくなっている。八重山や本島ではどうなのだろうか。

宮里委員:大腸がん死激減プロジェクト連絡会議でも協議しているが、これは医療部会と離島へき地部会のどちらのテーマになるだろうか。

増田委員:宮古だけの問題ではいため、この部会で話し合ってもよい。肺がんと大腸がんの患者さんが増える中で、呼吸器内科の先生は化学療法をしているが、消化器の方では内科ではなく外科の先生が対応していて、かなり負荷がかかっている。そこをどうすべきか問題である。

安次嶺先生:県内の状況を俯瞰できているわけではないが、今後さらに細分化が進み、消化器内科医は内視鏡的治療を進め、治せる早期がんに対応してくださるだろう。化学療法を担える人材が少ない点については、腫瘍内科の研修医をしていた県外でも、その担い手が病院によって対応する科が異なっていた。県内では外科医が中心に担ってきたことは承知しているが、今後どのように進めていくべきかについては、各施設の人材配置の問題もあり何とも言えない。

照屋委員:どこの病院でも一緒だと思うが、肺がんが発見された時点で切除不能というのが多く、当院では、呼吸器内科の先生方が化学療法を行っている。ただ、発見当初から切除不能の胃がんや大腸がんなどの消化器がんは、手術適応がなくても、消化器外科が化学療法を行っている。化学療法科や緩和療法科があれば、手術の適用がない患者さんを消化器外科で対応する必要がなくなり負担は減るが、現状では外科に対応いただくことに慣れてしまって、手術適用がない患者さんを消化器内科に戻すわけにもいかず、どうすればよいか悩ましい問題である。

宮里委員:薬物療法による治療実績が向上したことで、放射線も含めた集学的治療においては、外科医も含めて診た方が、患者さんとってメリットがあるので、来年度は、分野対応図のがんの医療と人材育成に焦点をあてて取り組むのはどうか。あるいは疾患を決めて、そちらに焦点を当ててやっていくのがよいか。

増田委員:インオペのときは消化器内科の先生に対応いただきたいが、絶対数が足りず化学療法する状況にない。1～2 割でも携わっていただきたいが、ほぼ携わらず問題である。

安次嶺先生:私が研修を受けた病院では、消化器内科の先生が、インオペになった大腸がんと胃がんの化学療法を、ファーストラインぐらいまではやってくださっていた。その当時は、免疫チェックポイント阻害薬が標準治療に入ってきたところで、使い慣れてない新薬剤については、薬物療法専門医に依頼する流れがあった。ただ、薬物療法専門医が増えてファーストラインから回せるようになると、ほとんどの消化器内科の先生が対応されなくなった。しかし、担

い手がいない場合は、お願いせざるを得ない状況は出てくるだろう。

宮里委員:各施設で状況が異なり、琉大は歴史的に消化器内科で化学療法をやっておらず、その流れが残っている。当院は、手術にならない方の治療は、中堅の先生も含めて、研修会への参加を促し、消化器外科医が相談に乗る形で、内科の先生が主治医となり、化学療法をやってくださっている。このように取り組むと普及するのではないか。新たに胃がんのファーストラインでオプシーボが適用され、消化器内科の先生に対応いただいているが、足りない状況が続いている。次年度の部会のテーマとして何を取り上げるかということだが、人材育成であれば、当然、安次嶺先生のような腫瘍内科医が多く育つのが望ましいが、そこがなかなか難しい。

照屋委員:当院では、放射線科の有賀先生に月 1 回来ていただき、カンファレンスで問題症例を挙げ、読影や放射線治療の相談をし、治癒が難しい場合は、緩和、延命治療を行うといった幅ができている。外科、内科のみで対応するのではなく、放射線科にも参加いただくと治療選択の幅を広げて対応する体制を構築でき、当院ではそれでだいぶ助かっている。

宮里委員:各拠点病院では当然、キャンサーボードをしていると思うが、来年度は、多職種が参加して協議をしているかを確認するということか。安次嶺先生のところはどうか。

安次嶺先生：外科医が中心ではあるが、術前と術後に、消化器内科外科や病理医も含めたがんに関連する部署が参加して、キャンサーボードを週に 1 回開いている。

有賀先生:キャンサーボードの開催数が、ロジックモデルの指標になっているが、放射線治療を行っていない施設に放射線科医が、腫瘍内科がない施設に腫瘍内科医に参加いただいている施設をプラス評価するというように、評価項目を追加してはどうか。私自身も豊見城中央病院や浦添総合病院、沖縄病院に伺い、助言を行っている。腫瘍内科の先生にも同じように取り組んでいただけると、足りない部分を補えるのではないか。各施設でこうした取り組みが評価されることを知ったら、それならば呼んでみようという話になる可能性もあると思う。

増田委員:放射線の治療機器がない施設に、放射線科医が行くのはよい。少なくとも宮古・八重山には行った方がよい。北部は引き続き有賀先生にお願いしたい。化学療法ではいずれ腫瘍内科医が育ったら彼らに任せたいが、しばらくは外科と消化器内科で、最後に腫瘍内科が対応する流れを 10 年の時間軸で考えるしかない。現状調査を行うのはよいのではないか。

宮里委員:がん対策の取り組みをロジックモデルで評価していることを、拠点病院や二次医療圏にアナウンスしているのだろうか。

増田委員:アナウンスしているが周知されていない。沖縄は 6 拠点病院と 17 医療機関が選定されている。この 23 施設に協力いただくと様々な取り組みが進んでいくだろう。

宮里委員: 部会として重点課題を評価していることをアナウンスし、当院、中部病院、北部地区医師会、宮古、八重山で、二次医療圏で責任を持って、取り組んでいただくことになる。

増田委員:DPC 病院なので QI 評価し、ストラクチャー評価で、キャンサーボード後の治療実施の有無を聞いてもよい。対象 23 施設にアンケートは取れるので、それはそれで意味がある。

宮里委員:がんセンターで、各疾患の中心になる施設や医師の把握はできているのか。

増田委員:各がん種で中心となって治療にあたる医師は施設ごとに把握できている。

宮里委員:その方か病院長宛でアンケートを取り、客観的なデータを事務局で集めていただき、部会での取り組みをアナウンスしていくということでよいか。

岸本委員:宮古は病理の先生に週 1 回来て、外科と内科が毎回参加できていないが、緩和ケアの看護師、薬剤師、栄養士が参加してキャンサーボードを行っている。化学療法は内科と外科が一緒に行っている。消化器系は 3 名のところを 2 名で対応しており、負担が増えている。今

後がん診療を手厚くするには、手術・内視鏡・化学療法と、重層的に人を育てる戦略が必要だ。

宮里委員:ここまでは治療に関する取り組みが議論の中心だったが、岸本先生のご意見は、患者支援や連携といった人材育成についてのご意見だった。他にご意見はないか。

増田委員:有賀先生、今、沖縄県の放射線治療の専門医は何名いらっしゃるのか。

有賀先生:16 名程度いるが、北部・宮古・八重山にはいない状況である。

増田委員:適正配置ということを念頭おいて、23 の施設に月 1 もしくは週 1 で定期的にコンサルテーションにいくシステム作りを、次年度に検討の上、行っていただきたい。

有賀先生:沖縄は放射線科医同士で繋がっているので対応していきたい。ただ、機器の購入は病院の決定によるので、行政や国は介入できない。個人的には北部地区医師会、宮古、八重山に各 1 台、南部に 2 台あればバランスが取れると思う。

岸本委員:宮古では毎月、南部医療センターの放射線科の先生にも来ていただき、コンサルテーションしている。当院でも緩和治療のひとつとして放射線治療が浸透している。

宮里委員:放射線治療医によるコンサルテーション実施の有無については、先ほどの 23 施設にアンケートをとって現状を把握できれば、ある程度見えてくるのではないか。次年度はこれまであまり取り組んでいなかった分野での活動にとりかかってみることになるかと思う。

４．次年度の委員の選定について

まず今年度の懸案だった患者からの委員加入は、各委員から推薦したい方を事務局に連絡いただくことになった。そして陪席者として参加されている有賀先生と安次嶺先生に委員加入を承認、承諾いただき、部会長・副部会長を来年度初めの医療部会で選定いただきたいということだった。そして部会長および副部会長は、事務局以外から選出するのが原則なので、副部会長としての任期は今年度いっぱいということで了承いただきたいと増田委員より要望があった。協議のうえ、有賀先生と安次嶺先生の委員加入が承認・承諾された。さらにこの医療部会に、時代を担う中堅の外科の先生に委員として加わっていただきたいと、増田委員より提案があった。参加された委員も賛同し、がん対策に携わる 40 代の第二世代に入っていただくことになった。これは外科だけの課題ではなく、今回、腫瘍内科の先生が部会に入っていただくことになったが、分野を限定せず、がん治療を担う若手の人に入ってきていただきたいと照屋委員から意見があった。岸本委員からは、宮古病院からも外科の先生を参加させていただきたいとのことだった。外科医の推薦については、宮里委員と照屋委員が相談のうえ推薦いただくことになった。それ以外で加入いただきたい医師がいれば各委員から推薦いただくこととなった。

５．次年度の沖縄県がん診療連携協議会 医療部会の開催日程について

開催日は現時点で確定せず、4・7・10・1 月の予定でその都度、調整することとなった。

６．その他

照屋委員:ライフステージでのがん対策で、アドバンスケアプランニングはどうしているか。

宮里委員:ACP は現在はがんに関わらず、様々な疾患においても重要な課題となっている。

安次嶺先生:高齢者が増えたこともあり、元気なうちに意思確認をし、考える機会を設け、病気が発見もしくは進行した場合に備え、早い段階から患者さんへの啓蒙とスタッフ間での共有を行っておくべきである。しかし実際は救急室や ICU で、患者さんの意思を確認することになり、出遅れてしまっている。やはり ACP は大事だということで、各科で連携し、どのように

ACP を進めていくべきか検討しているところである。

岸本委員:宮古病院には緩和のナースが 2 人おり、ドクターによる緩和外来を設け、在宅医と連携をとっている。しかし島内で、緩和ケアを受けているがんの患者さんはわずかしかいない。

増田委員:大学は取り組んだのは早かったが、定着していないのが実情だ。全診療科で研修会を実施したが、熱心に参加される人は決まっていて、各診療科で 1、2 人いる程度である。

有賀先生:何か困れば、ワンストップでがんセンターに相談する体制があり、倫理的な問題のある方に関しては、臨床心理士の金城隆展先生に相談する流れもできている。

増田委員:ACP を中堅や若手の先生方に普及させるには、マニュアル化するなど、伝え方に工夫が必要だ。放射線科の方では勉強会を 1 回行えば、ある程度意識付けできるのではないか。

有賀先生:放射線治療は狭いコミュニティなので可能だと思うが、外科や内科だと人数も多く、臓器別にコミュニティが存在するので定着させるのは大変かもしれない。

宮里委員:大学のように人が入れ替わる施設だと、取り組みを継続するのは難しい。当院のように職員が固定していると、手術の手技の伝承と同じように引き継ぐことができる。ただ、現在の ACP は新しい段階に入っていて、がんだけでなく全ての疾患を対象に、組織としての対応が求められていることから、当院は、がん専門看護師を中心に取り組みを始めている。

有賀先生:琉大でも取り組みを強化しようとしているが、その際、見える化を意識してもよいのではないか。かつては非言語、ノンバーバルなコミュニケーションの中で ACP が行われていたと思うが、心不全を診ている循環器の先生がされていなかったはずはなく、記録するという点で捉えると、それががん領域でいう ACP だったという振り返りにもなる。

宮里委員:那覇市では、那覇市医師会が中心に取り組んでおり、在宅と施設も含めた救急隊との調整が必要である。また ACP で見える化を進めても、質の評価をどうするかが問題になる。しかし、そこはできていないので、実施の割合だけではなく、本当に意味があったのかを部会として評価していくことが求められる。

有賀先生:厚労省が芸能人を起用して人生会議の CM を打っても浸透しなかった。紙 1 枚程度でまとめた共通プラットフォームづくりで、救急隊の方と情報を共有する取り組みが那覇市も含めて各地域で行われているが、なかなか浸透していない。

宮里委員:ACP も引き続き、ロジックモデルに落とし込んで取り組むということでよいか。

増田委員:医療部会ではカバーするところが多いので、緩和ケア在宅医療部会に任せたい。

照屋委員:この部会に緩和の方を加入してほしい。難しい問題だが、ACP は大切である。度々、内科の先生と DNR の話で、看護師も含めて言い合いになる。自分には関係ないとせず、しっかりと対処できるようになることを期待しているが、まだその段階にない。

増田委員:中村准教授が作成された資料をお送りするので、参考にしていただきたい。

宮里委員:当院でも講演いただき非常に参考になるので、皆さんも使われてみてほしい。

岸本委員:当院は、内科も外科も若手の先生がローテーションで来てくださることで支えられているが、ACP に関しては、これまでどれだけ取り組んできたかで個人の力量にかなりの差がある。マニュアル等を導入し指導する形をとらないといけないが、まだできていない。

宮里委員:中村先生に Web などで講演をしていただいたり、マニュアルを取り入れていただいたりすると、標準化しやすいだろう。特に人の入れ替わりが多い施設だと、継続していくことは難しいので、そのあたりは協力いただくということでよいのではないか。

※ここまでで本協議を終了した。

以上

資料２２

第 4 回沖縄県がん診療連携協議会緩和ケア在宅医療部会　在宅ワーキング議事要旨

日　　時：令和 4 年 1 月 12 日（水）16：30　～　17：30

場　　所：ZOOM（WEB 会議）

出 席 者:5 名　喜納美津男（きなクリニック）、宮城愛子（訪問看護ステーションアレグリア）、東恩納貴子（那覇市立病院）、笹良剛史（豊見城中央病院）、増田昌人（琉大病院）

欠 席 者：8 名　金城隆展（琉大病院）、成田奈緒子（北部地区医師会病院）、嶺井朝美（北部地区医師会病院）、徳盛裕元（すまいるサポート株式会社）、荷川取尚樹（花あかり合資会社）、長野宏昭（中部病院）屋比久倫子（八重山病院）、金城美奈子（宮古病院）

陪 席 者：2 名　有賀拓郎（琉大病院）、三井清美(琉大病院)

報告事項

1. 令和 3 年度　第 3 回緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキング議事要旨

   喜納委員より、資料 1 に基づき、令和 3 年度第 3 回緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキング議事要旨の報告があった。

2. 令和 3 年度　第 3 回緩和ケア・在宅医療部会研修ワーキング議事要旨

   資料 2 に基づき、喜納委員より令和 3 年度第 2 回緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキング議事要旨の報告があった。

3. 令和 3 年度　第 2 回、第 3 回緩和ケア・在宅医療部会研修ワーキング議事要旨

   資料 3 に基づき、喜納委員より令和 3 年度第 2 回緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキング議事要旨の報告があった。

4. 令和 3 年度　緩和ケア在宅医療部会/在宅 WG/研修 WG/　委員名簿一覧

   喜納委員より資料 3 に基づき、令和 3 年度　緩和ケア在宅医療部会/在宅 WG/研修 WG/委員名簿一覧の報告があった。

5. 第 3 回日本緩和医療学会九州支部学術大会について

   第 3 回日本緩和医療学会九州支部学術大会について笹良委員からの共有画面で報告があった。参加者 962 名(会員：568 名、非会員：376 名、学生 10 名、ピアサポーター8 名)で過去の参加人数は 500 名程であるので WEB 開催の利点が感じられた。オンデマンドの時間が少し短かったのが反省点ですとの事だった。

6. 令和 3 年度　患者の意向を尊重した意思決定のための研修会(E-FIELD)開催について

   笹良委員より、E-FIELD 開催について報告があった(資料なし)。現在ファシリテーターミーティングの予定を立てており、沖縄県からも数施設参加予定となっている。詳細については改めて報告しますとの事だった。

   喜納委員より ACP の研修としては E-FIELD だけですか？と質問があり、国立長寿医療研究センター主催の研修会が行われているはずと笹良委員より回答があった。喜納委員より介護現場での ACP の研修が不足しており、一般の方向けの普及啓発も行っていかないと

いけないと感じていると意見があった。

7. 沖縄県緩和ケア研修会 2021　開催日程について

増田委員より、資料 5 に基づき報告があった。琉大で初の WEB 開催となり、ファシリテーターにホワイトボード機能など使用してもらうので説明などの事前準備が大変でしたが何とか開催できそうですと報告があった。

8. リレーフォーライフジャパン 2021　沖縄うらそえについて

笹良委員より、資料 6 に基づき報告があった。今年は 30～40 名の参加者で、セルフウォークリレーを行い、歩数の合計で企業からの募金が上乗せになるというシステムを用いた。他にはラジオイベントと小さいルミナリエの配信、新屋先生の講話があった。来年度以降も患者さんやご家族が参加しやすい様、ハイブリッド方式で 11 月 12 日(土)に開催予定との事だった。

喜納委員より、昨年の開催と今年のサイトについて質問があり、笹良委員より、昨年は WEB とラジオと現地で行い、サイトはフェイスブックと HP を立ち上げたとの事だった。

協議事項

1. 来年度の年間活動計画について

資料 7 に基づき、増田委員より来年度の活動計画について皆様の意見を頂戴したいと依頼があった。

喜納委員より、資料 7 のロジックモデルに基づいた意見をだしたら良いか、と質問があり、増田委員より、特に決まっておらず、このメンバーで何が出来るか意見を出して頂きたいと回答があった。

喜納委員より、在宅の現場でのコロナ対応をフォローできるような実際に動ける取り組み・仕組みがあればお知恵をお借りしたい、またオミクロン株について病院では 500 名程欠勤しているなど情報があるが、介護関係での情報が拾い上げられていないことが問題だなと思っていると意見があった。

2. 緩和ケアに関するクリティカルパスについて

増田委員より、特に進捗はなしと報告があった。

3. 次回の在宅ワーキングの開催日程について

2022 年 3 月 30 日(水)　16：30~

4. その他

増田委員より、那覇市立病院での在宅移行はどうかと質問があり、東恩納委員より面会制限があるということで在宅を希望している方が増えている印象ですと回答があった。

喜納委員より、当院では第 5 派以降に在宅患者さんの受け入れを止めていたため、紹介はあまりなかったが、今後は出てくる可能性もある。他の在宅専門のところは紹介が結構あるとのお話だった。

増田委員より、来年度の活動計画について事務局でまとめるので今月中にご連絡いただきたいと依頼があった。　（以上）

令和３年度　第４回緩和ケア・在宅医療部会 議事要旨

日　時：令和４年１月 26 日(水)　16：10　～17：20
場　所：琉球大学病院がんセンター(ZOOM 会議)

出席者 10 名：笹良剛史（豊見城中央病院)、野里栄治（北部地区医師会病院)、屋良尚美（県立中部病院)、中村清哉（琉大病院)、中島信久（琉大病院)、安次富直美（琉大病院)、足立源樹（那覇市立病院)、三浦耕子（県立中部病院)、名嘉眞久美（がん患者会連合会)、増田昌人（琉大病院）
欠席者３名：酒井達也（八重山病院)、朝川恵利（宮古病院)、小波津真紀子（沖縄県健康長寿課）
陪席者３名：安座間由美子(県立中部病院)、有賀拓郎（琉大病院)、三井清美(琉大病院)

報告事項

1. 令和３年度　第３回緩和ケア・在宅医療部会　議事要旨
　資料１に基づき、令和３年度第３回緩和ケア・在宅医療部会議事要旨が承認された。

2. 令和３年度　緩和ケア・在宅医療部会、在宅 WG、研修 WG　委員名簿
　資料２に基づき、在宅医療部会の沖縄県健康長寿課の担当者が小波津真紀子委員へ変更になった旨報告があった。

3. 令和３年度　緩和ケア研修会開催日程一覧表について
　笹良委員より、資料３の第５回友愛医療センターについて、コロナの影響で延期となり３月５日に WEB 開催の予定をしていると報告があった。

4. 令和３年度　第３回緩和ケア・在宅医療部会　在宅ワーキング議事要旨
　資料４に基づき、令和３年度第３回緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキング議事要旨が承認された。

5. 令和３年度　第３回緩和ケア・在宅医療部会　研修ワーキング議事要旨
　資料５に基づき、令和３年度第３回緩和ケア・在宅医療部会研修ワーキング議事要旨が承認された。

6. リレー・フォー・ライフ・ジャパン 2021 沖縄うらそえについて
　資料６に基づき、笹良委員より報告があった。リアル開催はできず、上原弘美さんが実行委員長、ボランティアの有志が運営を行った。セルフウォークリレーのソフトを使用した募金活動とネットとラジオのイベントを行ったとの事だった。

7. 令和３年度　緩和ケア研修会の報告書について
　①那覇市立病院(第１回)
　　資料７に基づき足立委員より報告があった。アンケートより、オピオイドの換算や種類

が分からず、今後は県で統一した資料を配布したらどうかと研修ワーキングで報告させて頂いた。また、事務の運営に問題があり、ファシリテーターや講師への連絡が前日であったためスタッフから不満があったが開催自体は問題なく行えたとの事だった。

②沖縄県立南部医療センター・こども医療センター(第2回)

報告なし

③県立中部病院・県立八重山病院共催(第3回)

資料9に基づき三浦委員より報告があり、特に大きな問題もなく終了したとの事だった。

④北部地区医師会病院(第4回)

資料10に基づき野里委員より報告があった。数年ぶりの開催となり、友利先生に企画・責任者をお願いした。参加者は北部地区医師会病院で受講する必要のある研修医1人、県立北部病院の研修医1人、宮古から精神科の先生1人、名護市内の歯科医1人など全体で9人だった。感染者が少ない時期であった為コロナ対策についてはストレスなく開催できた。薬剤の換算表については院内のマニュアルから抜粋して見てもらったとのことだった。

換算表の評判について足立委員より質問があり、野里委員よりその点については特に問題がなかったと返答があった。

⑤琉球大学病院(第6回)

資料11に基づき中村委員より報告があった。沖縄県で初めてのWEB開催となった。当日少しトラブルもあったが、全体を通して言うと特に問題なく開催できた。事前の準備は大切だと感じた。WEB開催の準備を約4か月前から始め、講師・ファシリテーター・受講者に対して何回かZOOMの予行演習を行った。また、不安や不具合のある人に対しては事務の方で個別に対応した。それぞれの講義で時間が超過したため、スケジュールに関しては再考する必要があると感じた。今後WEB開催を行う施設があればお声掛け下さいとのことだった。

有賀先生より、ブレイクアウトルームへの遷移が肝になるので、そのあたりの準備は行っていた方がよい。琉大でもCSVを作成して事前振り分けを行っておいたが当日上手く動かず、手動でブレイクアウトルームを作成しグループ分けを行ったと報告があった。

8. 第3回　日本緩和医療学会　九州支部学術大会について

資料12に基づき、笹良委員より報告があった。会員は補助が出たため無料、非会員は緩和ケアの普及を目的として1000円、学生・ピアサポーターは無料とした。全国的に前年度よりも1.5～2倍の参加者の数になっている。非会員と支部外からの参加が非常に多かったのが今回のWEB開催の特徴だった。WEB開催の利点を活かして、複数の先生方をお呼びしたのと、交流の場として一般演題の時間を作ったことや懇親会の場（ケアカフェ）を設けたことで、緩和ケアの広がりには繋がったかと思うとのこと。来年は大分でリアルでの大会を予定しているのでご参加下さいとの事だった。

9. 令和3年度　患者の意向を尊重した意思決定のための研修会(E-FIELD)開催日程について

資料13に基づき、笹良委員より報告があった。12月に在宅向けの研修会があり、今週の土曜

日には病院や地域連携向けのプログラムがWEBで開催される。1施設で1つのパソコンを使用してのグループワークや地区ごとのグループワークと特殊なため、ファシリテーターの運営が難しい。沖縄からも数チーム参加予定となっている。詳細は資料をご参照下さいとの事だった。

10. その他

特になし

協議事項

1. 来年度の事業計画について

増田委員より、資料14はあくまでも参考までに指定要件の変更のワーキングへ出したロジックモデルを共有したが、『来年度、在宅医療部会としてどういう活動をしていくか』のディスカッションを行って頂きたいと依頼があった。

がん拠点を中心とした話になりますか、と笹良委員より質問があった。拠点病院の指定要件のための資料だが、6拠点病院+17の専門医療機関＝23の病院でのシェアは95%以上となるので、全体を含めて緩和の部分をどうコントロールしていくかということになるとの事だった。

足立委員より、今年何をやってきたかというと、痛みのスクリーニングだけと思う。中島委員のおっしゃるように報告で終わっている。まずは今やっている事をどうするかを議論した方が良いのではないかと意見があった。

中島委員より、やったあとのアウトカムが「うまくいかないね」で止まっていて、どういう方向に持って行きたいのかを評価しないと進まないのでは。目的が見えてこない。毎回協議事項に挙がるが報告事項で止まってしまっているので、報告者が前に進めていけないのではないかと意見があった。今年度中に話し合って次年度に何をやるのかを決めないと来年も同じことになってしまうのではという気がしている。ロジックモデルもやってみたいものがあるので状況をみて足していけたらと思っている。5年以上前から痛みのスクリーニングは行っていると思うが、当初関わった方に何を目的にはじめられたか、何を明らかにしたいのかを今のメンバーに向けてわかるように教えて頂きたい。データの取り方(評価者間のバイアス)とか決まったメソドロジーでやらないと数字は信頼性がなくなるので、リライアビリティを上げるような評価方法を共有しないと施設ごとに発表を続けていっても先が厳しいのかなと思う、と意見があった。

足立委員より、スクリーニングはロジックモデルで言うと個別施策に入っているもので、最終的にはアウトカムに反映すべきものなので、アウトカムとして何が出ているか一度確認しないといけないと思っているとのこと。

中島委員より、一例として、4病院でそれぞれ何を目的でやってきたかお互い話し合って認識を整理した上で、4病院で見たいいくつかの項目を相談し、その数字を継時的に追われてみたらどうかと。介入しないと次の評価が出来ないが、同じやり方でここまで来られたと思うので、評定項目をいくつか抽出したものでどういう変化をしてきたかという所を並べてみたらどうかと。4者で苦労したところ、改善したいところ、こういう評価項目をやった方がいいのではというたたき台を経験のある施設間で出して頂いて、みんなで話し合うという事をやらない

と進まないのではないかと意見があった。

足立委員より、スクリーニングは個別施策の1番目なので、今後も続けていく必要があると思うし、続けないのなら施策に入っている意味もないと思う。指標として①～④があるので、4病院でこの数字を出していけば良いのでは。この数字を中間アウトカムや最終的に分野アウトカムに反映されているか、数字を1つずつ出していくしかないのでは。うまくいっていないのであればやり方を変更したり、別の事業計画を立てなければいけないということになると思う。評価の仕方を指標に沿って行っていけば良いのではないかと意見があった。

中島委員より、指標の①～④を見ると全てサロゲートエンドポイント(仮のエンドポイント)で、患者がどうなったかというトゥルーエンドポイントが入っていない。除痛率がトゥルーエンドポイントだと思うので、その辺を意識して項目選ばれた方が良いのかなと思うと。除痛率の数字が結構ばらつくのでリライアビリティが落ちている所が問題あるかと思うが、ベタで出されたらそれを土台に話し合えるかと思う。それは今までのデータを並べるだけで、先生のお手間を取らせるものではないので、出してもらって比べてみるのは如何でしょうかと提案があった。

増田委員より、中間アウトカムの①②がトゥルーエンドポイントにあたるのですかと中島委員へ質問があり、①②は指標に入れてもいいと思う。ロジックモデルの形は変えなくてもいいですが、実際やってみてどれだけ患者さんを笑顔にしたかどうかという指標で、このツールでやっていることが良い事か見るっていうのを一回出して頂くといいのかなと思いましたと。中間アウトカムの①②があれば、指標の①～④は細かく入れなくてもトゥルーエンドポイントだけで勝負できるかなという気はする。あくまでもロジックモデルなので、現場で出そうと思うデータはできるだけトゥルーなものが取れるのであれば見えやすいと思う。それで上手くいかなかったらツールを変えてスクリーニングを継続するというやり方もあっていいと思う。IPOS等も使えば有用だと思うと返答があった。

2. 痛みのスクリーニングと結果のフィードバック及び主治医(チーム)の行動変容について

(1)琉球大学病院

安次富委員より、資料15に基づき報告があった。入院患者「がん患者・非がん患者のつらさのスクリーニング」について、目標を80%以上とし、今年度は12月までの平均で82.8%となっており、目標は達成している。令和2年度と比較して今年度の平均除痛率はアップしているとの事だった。「外来スクリーニング」についても、昨年度と比較して今のところ上昇しているとの事だった。

(2)那覇市立病院

足立委員より資料16について報告があった。「令和3年度院内全体の除痛率」について、でこぼこしているのが問題となっていて、看護師が異動するとやり方が変わってしまう。また、実際のカルテの痛みのあるなしの表記と評価の数字が合わない病棟があるようで看護師が悩んでいるところと。「日常生活への影響」については、体動時の数字があまりとれていないことが問題となっている。評価するナースの教育をしなくてはいけない。鎮痛剤の処方率についてはレスキューの処方が少ないのが問題となっているとの事だった。

(3)県立中部病院

屋良委員より資料17に基づき報告があった。中部病院では看護師が、がん患者さんでなくても、患者さんを勝手に選んで行ってしまうので問題と感じている。全患者さんにできない状況をリンクナースさん達に説明していくことが難しいなと。何のためにこれをするのか、というのが問題で、緩和ケアチームに伝えたいという人のスクリーニングを行ってメッセージを伝えている状況だが、チームが手を出せない場合はやらなくなってしまう状況がある。チームのかかわり方を変えないと状況は変わらないと感じている、との事だった。

(4)友愛医療センター

笹良委員より、病院移転してシステムの中にスクリーニングを入れる機能と解析する部署が機能していない状態が続いている。IPOSに変えようかという話がでているが、看護部の中でコンセンサスが得られていない状況。何のためにやっていくのかという事を経営陣としっかりと話し合っていく必要があると感じていると報告があった。

また、4病院のスクリーニングについて、過去のものを並べて皆で見ることが必要なのかと。実際に関わっている人が話し合える環境を設けられたらなと考えていると意見があった。

増田委員より、事務局の方で出して頂くデータのリストをまとめてお渡しするのと、話し合いの場も提供しますと返答があった。

3. 緩和ケア情報シート（英語版）の公開について

安次富委員より、資料18に基づき報告があった。琉球大学病院では外国人の方が多いため、日本語の緩和ケア情報シートを英語の話せるスタッフで通訳して情報をまとめているが、文章を英文化することで患者さんがどのような説明を受けたかを確実にするために、地域国際医療部の方で英訳して頂いた。皆様へ共有したいと思っているが、英語で書かれるので、英語の解釈をしてホスピスへ伝えるなどの手間はあるが、患者さんがどのように理解したかという事は英語で書かれるので良いかと思うとの事だった。

足立委員より、隣の看護師さんよりいいなと思うと感想があったと。ただ英語を手書きで書かれると読めるのかなという不安もあるとの事だった。

笹良委員より、ExcelやWord形式のものをお渡ししてデータで記入して頂くという形もあるのかなと思うと意見があった。

中島委員より、校正しましたかと質問があり、かなりマニアックな英語になっているとの事。お金がそんなにかからないと思うので、英文校正会社に出した方がよいのでは。多分ベタで訳したのではないかと思うとの事。がんセンターのお金でもそんなにかからないので是非やられたらよいかと。また、なるべく答えが長くならないような質問の仕方にして、in detailのところは face to faceでやるとかした方が良いと思うと。校正と、どんな答えが来るかによる回答の導きはどなたかがやられた方が良いと思うと提案があった。

安次富委員より、確認して修正して公開いたします、と返答があった。

増田委員より、原案が出た時点でお渡しいただいたらがんセンターの方で業者に出したいと

思う、とお話があった。その後できたものをExcel、Word、PDF形式でがんじゅうのHP用に載せるのでできた時点で報告しますとのことだった。

4. 次回令和3年度第3回緩和ケア・在宅医療部会の日程について

令和4年3月頃　15:00～17：00の間で1時間予定としているが、調整さんで呼びかけ中

以上

令和３年度第４回緩和ケア・在宅医療部会 研修ワーキング 議事要旨

日　時：令和４年２月９日(水)16：00～16：45
場　所：ZOOMによるWeb会議

出席者10名：中村清哉（琉大病院)、三浦耕子（県立中部病院)、足立源樹（那覇市立病院)、笹良剛史（豊見城中央病院)、野里栄治（北部地区医師会病院)、新里誠一郎（浦添総合病院)、小林恵理香(南部医療センター・こども医療センター：神山佳之委員代理)、西原実(ハートライフ病院)、友利健彦（沖縄赤十字病院）増田昌人（琉大病院）
欠席者５名：久志一朗(沖縄病院)、酒井達也(県立八重山病院)、新屋洋平(西崎病院)、朝川恵利(県立宮古病院)、林正樹（中頭病院）
陪席者２名：渡慶次憲吾(友愛医療センター)、伊佐奈々(琉大病院)

報告事項

1.令和３年度　第３回 緩和ケア・在宅医療部会 研修ワーキング議事要旨について
　資料１に基づき、令和３年度第３回緩和ケア・在宅医療部会研修ワーキング議事要旨が承認された。

2.令和３年度　緩和ケア・在宅医療部会研修ワーキング委員名簿一覧について
　資料２に基づき、令和３年度　緩和ケア・在宅医療部会研修ワーキング委員名簿一覧が承認された。

3.令和３年度緩和ケア研修会開催日程一覧について
　資料３に基づき、令和３年度緩和ケア研修会開催日程一覧が確認された。

4.令和3年度　沖縄県緩和ケア研修会の報告書について
(1)沖縄県立中部病院・八重山病院
　三浦委員より、第3回緩和ケア研修会について報告があった。共催との事だったので、八重山病院からドクターと認定看護師に来て頂いた。トラブルもなく、コロナが落ち着いていた第5派と6派の間の時期だったので神経質にならず無事に開催ができたとのことだった。
(2)北部地区医師会病院
　野里委員より、第4回緩和ケア研修会について報告があった。医師会病院の方でも感染が落ち着いていた頃だったので感染対策にほとんど気を使うことなく開催できた。久しぶりの開催だったため、人数を少なく設定した。次回はもう少し参加人数を増やして開催できるかと思いますとの事だった。研修医は参加必須の研修医が院内1人、北部病院の先生1人で、合計2人だった、と報告があった。

(3)琉球大学病院

中村委員より、第6回緩和ケア研修会について報告があった。当初は9月予定だったが、延期し1月15日にWEB開催となった。事前の準備(参加者とファシリテーターの操作練習)を3回、他に個別対応で何度か行い、手間がかかったという印象。ZOOMを使用したが、ブレイクアウトルームに分ける時にトラブルがあったが放射線科の先生(ファシリテーター)がZOOMに詳しく、お手伝いいただき対応できた。ロールプレイに関してはそれぞれが話したいことを話せる雰囲気だったので対人よりWEBの方がよかった。ワークショップに関して、ZOOMのホワイトボード機能を使用したが、書き込みをする人の負担が多く、話に参加できないという事があったので次回からは書記はファシリテーターや、複数人で担当するなどの工夫が必要と感じた。全体的にみると、時間が超過したので、時間配分について次回から検討しないといけないと思った。WEB開催の印象は、少人数の10名くらいの規模だと感染の事も考えずにスムーズにできると思うのでWEBをお勧めしますとのことだった。

笹良委員より、友愛医療センターの開催がWEBで2月26日に開催されるため、WEB開催についていくつか質問があった。

①スタッフやファシリテーターなどは琉球大学病院に集まって参加されたか。

②ヘッドセット使っていてもハウリングはあるか。

③研修医の先生は自宅から参加が多かったか。

④落ちてしまった人はいたか、復帰できずに研修修了にならなかった人はいなかったか。

これに対して中村委員より、下記回答があった。

①ファシリはほとんど他の場所で参加、自信がない方は大学に来てもらったが、実際使用したPCは4台、講師も外部から参加なので集まった人数は最小限とした。

②研修医センターで数人受講を行ったがハウリングしてしまった。事前に違う場所で参加するか距離を十分に取るようにアナウンスが必要。

③ほとんどが自宅だった。ネット環境が不安定の人は大学に来ていたため上記の問題が起こってしまった。

④事前に想定して、落ちた時にZOOMのアドレスを一斉送信できるよう準備を行い、研修開始前に「落ちた時はメールを確認する様に」と伝えて研修会を行った。

また何かあればメール等くださいとのことだった。

5.第3回日本緩和医療学会九州支部学術大会について

笹良委員より、資料7に基づき11月19日(土)に開催された日本緩和医療学会九州支部学術大会について報告があった。ハイブリッド開催も模索していたが、学会の方からWEBで開催して欲しいという依頼がありWEB開催となった。参加者962名とかなり多くの方に参加して頂き、参加者の2/5くらいは非会員の方、他県の方も参加して頂いた。収支は赤字に見えるが、学会の補助費を除いているので、黒字で終わる事ができた。来年は大分で九州支部大会がリアルで行われる予定となっている。ケアカフェなどご協力いただいてありがとうございました、との事だった。

6.令和3年度患者の意向を尊重した意思決定のための研修会(E-FIELD)開催について

笹良委員より、資料8に基づき報告があった。去年からWEBの開催となっており、今年は在宅向けの研修会を個人と、施設ごとの申込で行うものの2段階ずつ、ブロックごとで開催された。内容としては昨年のものと同じとの事だった。資料を使用する際は神戸大学に一言許可を得てからであれば使用してよいと伺っているとの事だった。沖縄から3施設参加しており、がんだけではない、エンドオブライフの高齢者の意思決定の仕方のワークをZOOMで行った。詳細は資料をご覧下さいとの事だった。

7.その他

特になし

協議事項

1. 令和4年度　緩和ケア研修会の開催について

琉球大学に関しては6月～8月くらいにWEB開催が出来たらと思っていると中村委員より報告があった。南部医療センター・こども医療センターの小林様より、10月8日(土)に開催予定と連絡があった。他の施設でも決定したら連絡下さい、と中村委員より依頼があった。

2. 来年度WG長、副WG長の選出のについて

WG長は中村委員と三浦委員、足立委員で持ち回りとなっており、昨年が三浦委員だったため、足立委員に決定した。副WG長は中村委員、三浦委員となった。

3. WG委員について

新規追加や推薦のご連絡は特になく、現在の委員で継続となった。新しい委員の参加や異動がある場合はご連絡下さいと中村委員より依頼があった。

4.次回令和4年度第1回緩和ケア・在宅医療部会　研修ワーキングの日程について

後日、調整さんにて日程調整をすることとなった。

5.その他

笹良委員より、決定事項ではないが、緩和料学会の専門医・認定医認定制度について変更がある見通しとの情報提供があった。具体的に、現在は条件を満たした先生が認定医試験を受けて認定医になることができるが、その制度が廃止され、試験を受けると専門医になることができるようになり、現在の専門医の先生たちは指導医となる。過渡期を経て専門医と指導医の制度に移り変わるとの事だった。専門医のハードルが高い部分があるかもしれないので、論文の要件を下げても良いのではとの意見もある。指導医についてはロー

ルプレイを含めた試験だが、そちらは下げず、指導実績も含めた認定となっているとのことだった。

増田委員より、2点依頼があり、1つ目は今年の8月にがんの拠点病院の指定要件の4年ぶりの改定があるが、その文章を作成するワーキングのメンバーとなっており意見が通りやすくなっている。そこで、拠点病院以外の先生方も含めて要望をお伺いしたい。大きな流れとして、今後拠点病院は、全ての地域に対して責任を持つと明記する方向で調整をしている事と、新しい妊孕性の事とか、AYA、ピアサポートの事も入るが、根幹は手術と薬物と放射線治療との部分をどういう風に持って行くかと思うので、緩和の件だけでなく何でも良いので、今月中にメールで連絡をくださいとの事。2 つ目は昨年末からサイコオンコロジー学会の理事になっており、地方の声を出していけたらいいなと思っているので、ご意見をいただけるとありがたいとの事だった。

笹良委員より、ピアサポートの部分についてがん拠点病院に根付いている部分は他県より良いことと思っている。そういった文化、強みを沖縄から発信出来ていけたらいいなと思っているとのこと。

以上

資料２３

令和３年度　第４回沖縄県がん診療連携協議会　小児・AYA 部会　議事要旨

日　　時：令和 4 年 2 月 24 日（木）　16：00～17：30
場　　所：ＷＥＢ会議
構 成 員：17 名

出 席 者：13 名
比嘉猛(南部医療センター・こども医療センター小児科)、城間敏生(代理　奥間あさみ　沖縄県教育庁保健体育課)、玉城学(代理　濱元伸　沖縄県教育庁県立学校教育課)、新屋敷誠(森川特別支援学校)、金城敦子(がんの子どもを守る会　沖縄支部)、伊波善之（沖縄県保健医療部健康長寿課)、浜田聡(琉大病院小児科)、當銘保則(代理　大城裕理　琉大病院整形外科)、百名伸之(琉大病院小児科)、銘苅桂子(琉大病院産婦人科)、當山美奈子(琉大病院看護部)、増田昌人（琉大病院がんセンター)

欠　　席：4 名
朝倉義崇(中部病院血液・腫瘍内科)、大城一郁(南部医療センター・こども医療センター血液・腫瘍内科)、佐久川夏実(南部医療センター・こども医療センターＣＬＳ)、森島聡子(琉大病院第二内科)、

陪 席 者：2 名
有賀　拓郎 (琉大病院 診療情報管理センター)
石川　千穂 (琉大病院 がんセンター事務)

【報告事項】

１．令和３年度 第３回小児・ＡＹＡ部会　議事要旨(12 月１６日)
百名委員より、資料 1 に基づき説明があり、承認された。

2. 小児・AYA 部会　委員一覧
百名委員より資料 2 に基づき、委員について報告された。

3. 「妊孕性温存療法」と「がん治療後の生殖医療」WG　委員一覧
友愛医療センター産婦人科より委員が加わった旨説明があった。また、資料 3-2 の通り、各施設よりがん治療医と県担当者へも加わってもらえるよう依頼予定。

4. 沖縄県における妊孕性温存治療に関する試算
資料４に基づき、増田委員より説明があった。

5. 沖縄県共通の妊孕性温存の説明文書と「がんと生殖カウンセリングシート」の周知状況について
銘苅委員より、資料 5 の通り説明があった。

6. 沖縄県内の各医療機関での研修会について

銘苅委員より、資料6のように進んだことが説明された。３月には宮古病院で開催予定。

7. 「妊孕性温存療法」に対する医療補助について

伊波委員より、資料７に基づき、医療補助への申し込みの方法と、申し込み実績が報告された。実績の表とは別に、卵子凍結が２件、精子凍結が３件あったとのことで、合計９件の助成があった。

8. がん・生殖医療連携シートの改訂について

銘苅委員より、助成金を受ける為の登録に確認が必要な項目が増えたために改訂されたと説明された。

9. 妊孕性温存療法に関するオンライン診療について

初診のオンライン診療を行えるよう、琉大で準備中である。オンライン診療が開始されたら、がん生殖のオンライン診療も一緒に進められる予定とのことだった。開始は来年夏頃を目標としているとのことだった。

10. その他

【協議事項】

1. ロジックモデルと今年度の部会活動計画について

時間の都合で、他協議事項が優先で協議された。次回以降改めて協議される。

2. 沖縄小児がん相談支援マニュアルの改訂について

資料10のように、以前から百名委員より提案がある。現在、事務局で、マニュアルワーキング委員候補者へ依頼済み。南部医療センター・こども医療センター、那覇市立病院、がんの子どもを守る会より、委員承諾を頂いていることが事務局より報告された。

3. 小児がん保護者向けマニュアルの作成について

増田委員より、協議事項2のマニュアル改訂と共に進める予定であると説明された。

4. AYA 世代のがんの詳細なデータの登録について

5. AYA 世代のがんの中で横紋筋肉腫、骨肉腫、Ewing 肉腫等のいわゆる小児がんの罹患の分析について

6. AYA 世代の就学について

7. AYA 世代の就労支援について

8. AYA 世代のがんの長期フォローアップについて

九州大学病院が小児がん拠点病院であるが、琉大病院はその連携病院となっている。上記協

議事項４～8 については小児がん QI 調査対象項目にもなっているが、がん種によっては小児科が把握できていない患者データの収集をはじめ、課題が多いため、前回部会から引き続き、百名委員より AYA 世代のがんに関する課題が提起された。登録関連については、増田委員より、資料 11-2『小児・AYA 世代のがんの登録数とその推移』、資料 11-3『AYA 世代のがんの中で横紋筋肉腫、骨腫瘍、Ewing 肉腫等のいわゆる小児がんの罹患の分析について』のデータのように示す方法が、琉大がんセンターでまとめることができる方法であると説明があった上で、小児拠点の QI 調査に必要なデータついては、研究事業なので小児科の方でまとめて頂いてはどうかとの提案だった。今後、研究ではなく事業として病院全体で対応して頂けるようになるまでは、小児科の方でまとめていくこととなった。就労に関しては、主治医の紹介から相談支援センターつないでもらえれば、就労支援ナビゲーターや産保センター、ハローワークの支援につなげることもできるとの説明があった。新屋敷委員より、特別支援学校高等部の卒業生には、卒業後２年間は県教委で「進路状況追跡調査」を行って進路状況を確認している。また、各学校では卒業生の要望があれば、進学や就労に関する相談やフォローアップは行っているとの情報提供もあった。金城委員の周りの保護者から得る情報では、大学によって支援体制に差があるようだった。増田委員より、県内の各大学でフォローアップの充実をはかれないか、突破口となりそうな大学へ個別に声掛けしてみるとの発言があった。

9.AYA 世代への情報提供チラシの作成について

増田委員より A4 か A5 裏表のチラシで、産婦人科の妊孕性温存療法の情報提供チラシと情報が被らないように作成したらどうかと提案があった。妊孕性温存のチラシを先に流したうえで、就学・就労等の情報を載せた AYA 世代向けチラシを作成することとなった。

10.次年度の部会長及び副部会長について

現在部会長の百名委員が３月で琉大を退職となることもあり、次年度の部会長を担ってもらう委員をどうするか協議された。百名委員より、小児科後任の浜田委員の推薦があった。百名委員より、浜田委員へ確認する。

11. 次回開催日程について

５月か６月開催予定。後日事務局より日程調整依頼することとなった。

12.その他

金城委員より、別紙の通り、病院内ピアサポート、ボランティア、サロン等の活動が出来る場所に関する要望書が提出された。

① 付き添いをしている親の悩み相談(ピアサポート)が出来る場所
② 家で待っているきょうだいの支援が出来る場所
③ ボランティア活動が出来る場所
④ イベント、サロン等交流が出来る場所
⑤ 治療中、家族が過ごせる滞在する施設の創設

滞在施設候補としてマクドナルドハウスを病院として受け入れる話は無いか確認があった。南部・こども医療センターにある、がじゅまるハウスでは距離が遠いので、琉大の近くにも滞在施設があればとのことだったが、琉大は移設計画がすでに進んでいるので、現時点では難しいようだった。要望書の提出先を変えたり、クラウドファンディング等、今後も検討していくとのことだった。

令和３年度　第１回がん患者さんがお子様をもつことを応援する医療「妊孕性温存療法」と「がん治療後の生殖医療」ＷＧ
議事要旨

日　　時：令和４年２月 17 日（木）　15：00～16：00
場　　所：「Ｚｏｏｍ」を用いたＷＥＢ会議

出 席 者：６名
野里栄治(北部地区医師会病院　医局長・外科外来医長)、大畑尚子(県立中部病院　産婦人科副部長)、中上弘茂(県立八重山病院　産婦人科部長)、石川裕子(県立宮古病院　産婦人科医長)、白石康子(友愛医療センター)、銘苅桂子(琉大病院　周産母子センター教授)、増田昌人（琉大病院がんセンター長）

欠 席 者：
池宮城梢(那覇市立病院　産婦人科部長)

陪 席 者：２名
有賀拓郎(琉大病院　診療情報管理センター　副センター長)
石川千穂(がんセンター事務)

【報告事項】

１．前回　ＷＧ　議事要旨(令和２年 12 月 17 日)
資料１の通り、承認された。

２．令和３年度第３回　小児・ＡＹＡ部会　議事要旨　(令和３年 12 月 16 日)
資料２の通り、承認された。

３．妊孕性温存療法とがん治療後の生殖医療 WG　名簿
資料３に基づき、確認があった。今回から友愛医療センター産婦人科の白石康子先生が委員として加わった。

４．小児・AYA 部会　名簿
資料４に基づき、確認があった。

５.がんに関わる全ての医師に対する院内研修会の開催について
資料５に基づき、開催済みの施設が報告された。現在、県立宮古病院での現地開催(３月予定)で調整中。大畑委員より、症例検討会もあわせて、継続的に数年毎にでも研修会(オンライン可)を行って頂けないかとの提案もあった。

6．「妊孕性温存療法」に対する医療補助について

(1)医療補助申し込み文書

資料 6-1 に基づき、妊孕性温存の医療補助に関する説明があった。臨床研究登録に同意してもらえる患者さんに、この申込み用紙を提出し申請してもらう。

(2)申し込み実績(令和３年１月末時点)

現時点での実績は、資料 6-2 の通りである。

7.その他

増田委員より、AYA 世代がんに関するシンポジウムや『高校生活とがん治療の両立のための教育サポートブック』等について情報提供があった。

【協議事項】

1．妊孕性温存療法 WG 委員の追加について

この WG の主旨の一つが、「どうすれば、がん治療医の先生に小児・AYA 世代の患者さんへ、妊孕性温存療法についての情報を伝えてもらえるか」であることが改めて確認された上で、別紙のような委員追加の提案があり、がん治療医にも WG へ入って頂くよう依頼することとなった。大畑委員より、南部医療センター・こども医療センターの医師の加入はどうかと、提案があった。北部地区医師会病院に関しては、野里委員から、消化器がんや乳がんで手術の件数が多いところだと、県立中部病院・中頭病院・那覇市立病院・浦添総合病院・友愛医療センターなどは対象になる患者さんは多いのではないかとのことだった。友愛医療センターには精巣悪性腫瘍の患者さんも多いということだったので、同院泌尿器科へ、白石委員から紹介依頼のアナウンスを行って頂けないかと、銘苅委員より提案もあった。上記内容含めて、今後詰めていく。

2．がん・生殖医療連携シートの改訂について

臨床研究に登録するにあたり、必要事項を記載し改訂した。カウンセリングを受けたい患者さんがいて、治療医がカウンセリングシート全部を埋めるのが難しい場合は、必要最低限な箇所を埋めてもらい、残りどうしても確認が必要な部分は、琉大から電話で聞き取りを行っているので、今後もそのように進めて良いかの確認があり承認された。尚、カウンセリングシートさえしっかり埋めてもらっていれば、紹介状は簡単な記載で構わないとのことだった。事務局より、新しいデータを各施設に送付し、現在電カルに載せてもらっているデータと差し替えを依頼する。

3．妊孕性温存療法に関するオンライン診療について

陪席の有賀先生より、現在、琉大でオンラインセカンドオピニオン外来を構築中との説明があった。申し込みから会計処理までどのように行えばセキュリティ担保できるか、URL の発行や部外者がアクセスできない方法等、課題について調整中だが、セカンドオピニオンで、うまく進めば、妊孕性温存療法の方にも、どういうことができる・問題点はこういうところ、なども含めて提示したいとのことだった。

４．拠点病院および診療病院において、対象患者すべてに、
生殖機能の温存に関する説明を共用文書を用いて行うにはどうしたらよいか

５．琉大病院の『妊孕性温存療法についての専門外来』へ積極的に紹介するにはどうしたらよいか

６．症例検討会について
協議事項４から６については、WG に腫瘍の先生に入ってもらうこと、２回目以降の研修会(症例検討会含む)を行うことにより、現場の先生方に理解を深めて頂くこととなった。

７．次回 WG 開催日程について
オンラインセカンドオピニオンの構築について進捗が見込まれる６月頃を目安に開催する。尚、助成金について問題が発生した場合は６月前にでも開催調整を行う。

資料２４

令和３年度 第４回沖縄県がん診療連携協議会 離島・へき地部会議事要旨

日時：令和４年３月８日（火）15：00～16：15
場所：Zoom を利用した Web 会議
出席者：8 名
松村敏信（県立宮古病院)、菊池馨（県立八重山病院)、戸板孝文（県立中部病院)、友利寛文（那覇市立病院)、真栄里隆代（ゆうかぎの会)、平良美江（県立八重山病院)、田盛亜紀子（やいまゆんたく会)、増田昌人（琉球大学病院がんセンター）
欠席者：5 名
赤松道成(北部地区医師会病院)、見里悟美（県立宮古病院)、伊波善之（沖縄県保健医療部健康長寿課)、我如古春美（北部地区医師会病院)、朝倉義崇（県立中部病院）
陪席者：１名
並里亜衣（琉球大学病院がんセンター）

【報告事項】

１．令和３年度第３回離島・へき地部会議事要旨について
松村部会長より資料１に基づき、令和３年度第３回離島・へき地部会の議事要旨について説明があった。

２その他
特になし。

【協議事項】

1. 離島・へき地における疾患別対応状況・課題について
資料２-１に基づき、ホームページ(うちな～がんネットがんじゅう)上に掲載する、離島・へき地における疾患別対応状況について、疾患ごとに確認した。
増田委員より掲載については、協議会ホームページのトップページにバナーを設置し、ダイレクトに対応状況のページへアクセスできるようにするとの説明があった。
また凡例については、「症例数」は院内がん登録を使用し、医師数については常勤医師がいる場合は常勤医師のみ記載、常勤医師がいない場合は常勤医師、非常勤医師ともに記載しているとの説明があった。
北部地区医師会病院については委員が欠席の為、後日事務局から確認を行うこととなった。

【頭頸部】
修正なし
【食道】【胃】【大腸】【肝】【胆道】【膵臓】
宮　古：消化器外科医 5 名（うち消化器外科専門医 1 名）へ修正
八重山：医師数要確認
【肺】
修正なし
【血液】
手術はないため、適応なしへ修正。
宮　古：血液内科医の派遣状況 1 回/月を追加　※要確認
八重山：修正なし
【皮膚】
修正なし
【乳房】
宮　古：医師の派遣状況 2 回/月を追加
八重山：修正なし
【子宮】
見出しを子宮(子宮頸がん、子宮体がん)へ修正。
【腎・尿路・前立腺】
宮　古：常勤医 2 名へ修正。
八重山：修正なし
【脳腫瘍】
修正なし
【甲状腺】
内科医を削除
【疾患別対応状況一覧】
宮古の放射線治療に関する状況「県立南部医療センターより月 1 回放射線治療専門医 1 名が来院し診療している」を追加。
真栄里委員より、キャンサーボードを一般の患者さんが分かるような書き方にしてはどうかとの意見があり、事務局のほうで書き加えることとなった。また腫瘍内科医の派遣回数も記載してはどうかとの意見があり、事務局のほうで宮古、八重山に派遣状況を確認し、一覧表に書き加えることとなった。
戸板委員より、常勤医師の情報に関していつのデータかを記載してはどうかとの意見があり、事務局のほうで書き加えることとなった。また頭頸部がんの記載については、口腔がんなど詳細を記載することとなった。一覧表の記載順についても順番を修正することとなった。症例数の但し書きについては症例数の後ろに(診断症例

含む)と記載してはどうかとの意見があり、事務局で修正することとなった。

2．次年度の活動計画について

増田委員よりホームページに公開している情報の更新に関しては、4月以降に医師の人数等を再度確認し、修正版を公開するとの説明があった。

松村部会長より、何か協議案があれば事務局へ連絡するよう説明があった。

3．次回の開催日程について

日程を調整し、5月のゴールデンウィーク明けに一度開催することとなった。

4．その他

八重山病院の平良委員より次年度の委員が変更になるとの説明があった。後任については後日事務局へお知らせするとの説明があった。

資料２５

令和３年度第４回沖縄県がん診療連携協議会 情報提供・相談支援部会議事要旨

日　　時：令和４年２月 24 日（木）14：00～16：30
場　　所：Web（Zoom）会議のため、各施設にて
出 席 者：10 名
仲宗根るみ（北部地区医師会病院）、傳道聡子（県立中部病院）、仲宗根恵美（那覇市立病院）、金城美奈子（県立宮古病院）、眞喜志好枝(県立八重山病院)、島袋百代（ﾊﾟﾝｷｬﾝｼﾞｬﾊﾟﾝ沖縄ｱﾌｪﾘｴｰﾄ）、中山富美(地域統括支援センター)、小波津真紀子(沖縄県保健医療部)、増田昌人（琉球大学病院）、大久保礼子（琉球大学病院）、

欠 席 者：１名　樋口美智子（沖縄国際大学）

陪 席 者：２名　有賀拓郎(琉球大学病院)、石川千穂(琉球大学病院事務)

【報告事項】
１．令和３年度第３回情報提供・相談支援部会議事要旨(令和３年１０月１４日)
資料 1 に基づき、傳道委員より、令和３年度第３回沖縄県がん診療連携協議会情報提供・相談支援部会議事要旨について報告があり、承認された。

２．がん患者ゆんたく会（10～12 月）
中部病院からは１０月に、１年９カ月ぶりに、２時間から１時間に時間短縮し、フリートークのゆんたく会が参加された。参加者の中には、ゆんたく会に参加しようとしていたところにちょうどコロナがはじまった為、自身で情報を集めながら、会への参加を待ち望んでいた方もいらした。那覇市立病院からは、ゆんたく会は開催されなかったが、地域統括のゆんたく会に参加し運営等を見学している。また次年度開催に向けて、準備をしているところとの報告だった。琉大病院では、１月までの報告が提出された。コロナの間の感染対策や運動等の日常生活に関する事、ワクチンに関すること、コロナ禍ならではの情報交換等があった。田崎病院長の島袋盛洋先生による、『がん患者さんの気持ちのつらさ』をテーマとした講演や、パンキャンジャパン沖縄支部から『体験談スピーチ』が行われた。１月に関しては、参加者少数の為、３０分で閉会とした。パンキャンジャパン沖縄支部からは、１０月３０日に南風原にある「環境の杜　ふれあい」にて、ハイブリットで交流会を開催した。埼玉から１名、県内会場参加者は５名だった。診断されたばかりの方が３名、毎回参加される方が３名で、抗がん剤副作用についてや不安に関する心のサポートについての交流があった。セカンドオピニオンに関する質問があったが、医師も参加していたので、相談内容に対して対応があり、良い会となった。３月にもサロン開催の予定。

３.がん相談件数（10～12 月）

〇北部地区医師会病院

がん認定看護師がコロナ病棟から戻ったこともあり、件数は前回報告分よりも増加した。内容としては抗がん剤治療の効果は乏しいが治療という目的で通院することが生きがいであるという患者さん、治療にかけるお金を家族に残したい患者さん、ターミナルだがどうしても外出したい患者さんの支援等、稀な内容や本人の要望について相談を受けることが多かった。また、がん患者さんの自死のケースも経験したので、今後、病棟や外来での情報共有や連携を強化していく。家庭支援課や児童相談所が介入しているシングルマザーの患者さんのケースも数件あったが、行政と院内との連携が難渋し、今後の反省点となった。

〇県立中部病院

セカンドオピニオンや重粒子線、温熱療法等、院内だけでない県外施設へつなぐケースが多かった。コロナの影響のため、患者さんの状況が分からないという家族の方から、相談支援センターへ電話がかかってきて主治医と連携するというパターンも多々あった。

〇那覇市立病院

院内相談がほとんどだった。利用回数２回以上のリピーターが多く、院内関係者からの紹介も多いので、相談窓口の周知は少しずつ院内に広まっている印象だった。内容としては、症状や副作用、後遺症、食事、扶養、介護、ホスピス、在宅医療の相談等が上位を占めている。ホスピスの面会制限が続いていることもあり、直前まで悩んで在宅に行きたいと決断されるケースが多かった。また、情報や繋がりをもとめ、患者サロンの再開を望むような声もあった。

〇県立宮古病院

どの月も症状や副作用、不安、精神的苦痛の相談が多かった。面会制限の中、家族の意思決定支援に関わることで、面会承認の可否について、担当医によって判断基準が異なるところが難しい。訪問診療の先生やヘルパーの方が濃厚接触になってしまい、会議を急遽リモートに切り替える対応もあった。

〇県立八重山病院

在宅療養に関する相談、石垣で対応できない治療を他の病院への紹介・案内する対応や、キーパーソンがいないために不安や辛さを相談できる相手がいない方の話を聞く機会が多かった。相談員が外来を回り、一度相談に来た方に困っていることはないか直接聞きに行ったりして介入するケースも多かった。それにより、急に他院に入院になった場合も電話を頂くこともあり、地道な声掛けにより関係性が構築されていっているように感じているとのことだった。

〇琉球大学病院

病棟が稼働してきた影響もあるのか、相談件数自体は前回よりも減っていた。療養場所調整は、定期的に５件以上は対応しており、前年度は計８２例だったが、今年度はこれま

でに８４件なので、在宅調整は増えている。また、遠方から通われている方で、治療継続難しく、通院が負担になっているケースで入院療養希望された場合、どこに繋げたらよいか戸惑うところがあるので、情報交換できればとのことだった。仲宗根(るみ)委員より、告知状況や予後等をしっかり共有して繋げて頂ければ、連携課や緩和ケアチームの院内連携は取れているので、遠慮なく紹介していただければとの声掛けがあった。

その他、就労支援の取り組み状況に重点を置いた情報交換も行われた。

〇琉球大学病院

出張相談はコロナの影響のため定期開催ではなく予約があった際に感染対策に気を付けた上で面談を行っており、オンライン開催も１例あった。造血幹細胞移植後の患者さんの就労支援情報提供も行っており、移植後～退院の目途が立つ頃～退院後のように、時期を見て面談し、両立支援の共通シートの運用に至った例もあった。

〇那覇市立病院

定期出張相談が停止になっており、再開時期と周知について悩んでいるところである。ハローワーク等との連携はスムーズだが、患者さんが実際には入ってきていない状況があるようだった。

〇中部病院

ペースメーカーを入れた方や長期入院で悩んでいる方に就労支援で関わることがあった。主治医と相談し、アクリル板などで感染対策し、社労士やハローワークの方が病棟で面談したケースや、面談を予約していたが、オミクロン増加の影響で、社労士が電話で相談を受けたケースがあった。

〇北部地区医師会

もともと就労支援に関する相談は少ないが、コロナの影響で出勤日数、給料が減ったという相談が多かった。

〇県立八重山病院

両立支援ポスターを掲示はしているが、相談支援センターに直接相談の声がかかることが少なく、患者さんにお仕事について状況を伺う中で、必要な時に情報提供をしている。その場合も、患者さんと職場の間で調整可能そうだと言われるケースが殆どで、それ以上の介入にはつながっていない。また、体調不良をきっかけに、受診時にはすでにお仕事を辞めてしまって現在治療中の患者さんたちに、就労支援の案内ができるタイミングをみているとのことだった。

〇県立宮古病院

ポスター掲示はしているが、自営業が多く自分たちで解決しているケースが多く、会社勤めの方に傷病手当金の情報提供をするに留まっており、昨年４月依頼、社労士に実際繋げたケースはないとの報告だった。

４．がん相談件数集計（令和２年度及び３年度）

資料 4(別紙)の通り、６拠点別、相談件数集計の統計表に基づき報告があった。相談形式(方法)や、受診状況、相談者カテゴリー、治療状況等、各グラフからは、病院ごとの特色が見て取れ、同時に今後の課題も見えてくる。利用時間については、どの施設でも３０分未満が多かった。今後も各施設で相談件数データをまとめて、別紙のようにまとめ、比較等に使えるようにしていく。

５.がん相談支援センターの広報

資料 5 に基づき、がん相談支援センターの広報に関する報告があった。計 10 回の依頼中、6 回掲載された。引き続き広報依頼を行う。

６.地域統括相談支援センター活動報告

資料 6 に基づき、中山委員から昨年１０月～１２月の活動報告があった。３カ月の相談件数トータルは２９件、コロナの影響を受ける前と比べて全体的に３分の１以下程度に相談件数は減り、対面での相談ができなくなっている。コロナが落ち着いた時期に病棟に上がれるようにもなったが、再びのコロナ増加に伴い、電話相談や相談室での相談に切り替えた。入院中、面会制限があり、家族と話ができず、さみしさで病棟まできてもらえないかという相談もあり、コミュニケーションが減った影響で、不安が増している印象を受けた。琉大ゆんたく会が再開しピアサポーターも、毎月参加した。統括でのオンラインサロンも開催されているが、曜日や時間を固定したほうが参加者も参加しやすいのではということで、第４回目からは第３火曜日の１４：４５分からと固定化されることとなった。少しずつ参加者は増えてきている。オンライン開催が初めてということで試行錯誤もあったが、半年過ぎ、なんとか形になってきている印象。また、地域統括相談支援センター誕生１０周年を記念し、FM21 株式会社から特別番組を放送して頂いた。誕生の経緯や現在の活動などが紹介された。CM 放送もしてもらい、広報後、問合せが多少増えた印象だったが、相談件数としては減っている状況なので相談員の質の向上も試みながら、今後も啓発活動について検討していきたい。前回の部会での報告から引き続き、ピアサポート展開催についての紙面報告もあった。

７.第 2 回及び第３回がん相談員実務者研修会

中部病院で第２回の実務者研修会が、「がん治療に伴う不安をもつ相談者に寄り添う相談員を目指して」をテーマに、１０月９日にオンライン開催された。ポストアンケートとプレアンケートの結果からケアに関しての困難感は改善し、アセスメントは自信がついたことがわかった。１２月１１日には、第３回研修会が、「意思決定支援のプロセスを読み解く～認知症や精神疾患を持つ患者さんに対して～」をテーマに那覇市立病院で開催された。事前にアンケートで講師への質問を募り、それに対してディスカッ

ションを行った。パソコン操作や環境の問題で、プレテスト受講に影響があった受講者もいたが、感想としては、概ね満足度が高かったとのことだった。

８．第１７回都道府県がん診療連携協議会　情報提供・相談支援部会(令和２年 11 月 26 日)

資料８に基づき、増田委員より報告があった。拠点病院の指定要件について、がん相談、ピアサポート、患者サロンのオンライン対応は必須項目になるので、対応できるよう部会でも審議が必要だろうとの発言があった。大久保委員より、大阪府の「がん相談支援センター利用にあたってのアンケート」についての補足と、相談員研修の件で情報共有もあった。2022 年度の基礎研修は２月から申し込み開始となり、基礎研修 3(オンライン開催)については４月上旬からの申し込み開始となる。指導者研修については３病院から合同参加となるので、一緒に参加することを検討頂ければとことだった。

９．九州沖縄ブロック　地域相談支援フォーラム(令和３年２月１２日)

資料 9 に基づき、報告があった。相互評価 PDCA はどのように行われたかという質問があり、１病院に他施設が訪問して行われたと回答した。　がんサポートハンドブックが毎年更新されるのも、数少ない県であるようだった。

１０.拠点病院指定要件の改訂について

増田委員より、指定要件の改訂が行われていることが報告された。改訂について大きな流れ３つは以下となる。

①拠点病院の役割・在り方について、都道府県拠点病院はその県に責任を持ち、地域拠点病院はカバーしている医療圏のがん医療全般について責任を持つということを明記する。それに伴い、県全体や２次医療圏ごとの５年生存率等、いくつかの指標について県の指標を意識して運営する。

②外科治療・放射線・薬物療法の部分の規定を緩和する代わりに現況調査等についての指標を入れていくことになる。（５年生存率や QI、患者体験調査等）

③情報提供・相談支援分野では、がん相談やピアサポート、患者サロンなどに対して WEB 対応が義務付けられる。

他に、県拠点と高度型地域拠点においては、がん相談員は３名、地域拠点は、２．５名、診療病院は２名にするよう、要望書を提出したとの報告があった。

【協議事項】

１．相互訪問評価の次回開催について

当初、実務者研修会と重ならない月で実施していく予定だったが、コロナの影響でずれ込んでいる。今年度は院内の状況共有に留め、開催方法も含め、次年度に改めて

検討するという案が提案され承認された。

２．令和４年度部会計画

別紙の通り、令和４年度の活動計画が提案され承認された。島袋委員より、ピアサポーター養成講座受講の条件に、２年間状態が安定していること、という条件がある。すい臓がん患者さんの中でも研修を受講したい方がいるが、このがん種は２年間安定している方が少ないので、条件を緩和することは難しいか確認があった。条件確認をして次回以降情報共有するとのことだった。

３．部会委員構成について(案)

資料 11 の通り、拠点病院以外からの参加について提案があった。友愛医療センターの上原さんは立候補があったとの報告だった。資料には、ピアナースとあるが、相談員の立場から委員就任して頂く。南部医療センター・こども医療センターからは小児科関連について情報交換できればということで　追加が提案され、承認された。

４．その他

次回開催は５月１９日(木)、１４時から開催。