令和4年度第4回沖縄県がん診療連携協議会協議会
議事次第

令和５年２月３日(金)　14：00～
場 所：管理棟３階　大会議室

特別講演

講師：藤　也寸志（国立病院機構九州がんセンター　院長）

演題：がん診療連携拠点病院等が目指すもの

議事要旨等	資　料	備　考
１．令和４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16日開催)	資料１	P4
２．令和４年度第３回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(11月18日開催)	資料２	P7
３．令和４年度第３回沖縄県がん診療連携協議会議事要録(11月18日開催)	資料３	P12
４．協議会・幹事会・部会委員について	資料４	P60
５．令和５年度の協議会・幹事会の開催の日時について	資料５	P67
有識者報告		
１．埴岡委員報告	資料６	P68
２．天野委員報告	資料７	当日資料
審議事項		
１．第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会案）について	資料８	当日資料
２．次年度の協議会活動の重点事項について	資料９	当日資料
３．その他		
報告事項		
１．患者会よりの報告	資料１０	P102
２．がん教育について	資料１１	P103（録画報告）
３．各拠点病院等が取り組んでいるがん対策について	資料１２	P113
４．医療者調査に関する進捗状況について	資料１３	P119
５．拠点病院と診療病院のグループ指定について	資料１４	P124（紙面報告）
６．大腸がん死激減プロジェクトの進捗状況について	資料１５	P133（紙面報告）
７．沖縄県がん患者等支援事業の活動報告	資料１６	P146（紙面報告）
８．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１７	P174（紙面報告）
９．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議		紙面報告
（１）第83回がん対策推進協議会	資料１８-（１）	P198
（２）第84回がん対策推進協議会	資料１８-（２）	P274
（３）第85回がん対策推進協議会	資料１８-（３）	P407
（４）第86回がん対策推進協議会	資料１８-（４）	P525
（５）第87回がん対策推進協議会	資料１８-（５）	P651
（６）第41回予防接種・ワクチン分科会	資料１８-（６）	P755
（７）第12回全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会	資料１８-（７）	P783
（８）第59回造血幹細胞移植委員会	資料１８-（８）	P864
（９）第21回がん登録部会	資料１８-（９）	P924
（１０）第7回がんとの共生のあり方に関する検討会	資料１８-（１０）	P978
（１１）第9回小児がん拠点病院の指定に関する検討会	資料１８-（１１）	P1095
（１２）第8次医療計画等に関する検討会	資料１８-（１２）	P1111
１０．その他		
部会報告事項		
１．医療部会	資料１９	P1149
２．緩和ケア・在宅医療部会	資料２０	P1157
３．小児・AYA部会	資料２１	P1171
４．離島・へき地部会	資料２２	P1174
５．情報提供・相談支援部会	資料２３	P1176
６．ベンチマーク部会	資料２４	P1184

がん診療連携拠点病院の評価指標策定のためのインタビュー調査

17：30～19：00(終了予定)　場所：小会議室 または大会議室(調整中)

令和４年度厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
「がん診療連携拠点病院等におけるがん診療の実態把握に係る適切な評価指標の確立に資する研究（22EA0501）

令和４年度第４回沖縄県がん診療連携協議会　資料一覧

１．令和４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 16 日開催)

２．令和４年度第３回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(11 月 18 日開催)

３．令和４年度第３回沖縄県がん診療連携協議会議事要録(11 月 18 日開催)

４．協議会・幹事会・部会委員について

５．令和５年度の協議会・幹事会の開催の日時について

６．埴岡委員報告

７．天野委員報告

８．第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会案）の進捗状況について

９．次年度の協議会活動の重点事項について

１０．患者会よりの報告

１１．がん教育について

１２．各拠点病院等が取り組んでいるがん対策について

１３．医療者調査に関する進捗状況について

１４．拠点病院と診療病院のグループ指定について

１５．大腸がん死激減プロジェクトの進捗状況について

１６．沖縄県がん患者等支援事業の活動報告

１７．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

１８．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議
(1)第 83 回がん対策推進協議会
(2)第 84 回がん対策推進協議会
(3)第 85 回がん対策推進協議会
(4)第 86 回がん対策推進協議会
(5)第 87 回がん対策推進協議会
(6)第 41 回予防接種・ワクチン分科会
(7)第 12 回全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会
(8)第 59 回造血幹細胞移植委員会
(9)第 21 回がん登録部会
(１０)第 7 回がんとの共生のあり方に関する検討会
(１１)第 9 回小児がん拠点病院の指定に関する検討会
(１２)第 8 次医療計画等に関する検討会

１９．医療部会

２０．緩和ケア・在宅医療部会

２１．小児・AYA 部会

２２．離島・へき地部会

２３．情報提供・相談支援部会

２４．ベンチマーク部会

資料１

令和４年度 第４回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨

日　　時　令和５年１月１６日（月）１４：００～１６：２０
場　　所　ＷＥＢ会議
構 成 員　８名（出席者７名）

（幹事会委員）以下は「幹事会幹事会運営に関する申し合わせ」第２条の号数

１号委員（がんセンター長）	増田 昌人
２号委員（沖縄県立中部病院）	吉田 幸生（朝倉委員の代理出席）
２号委員（那覇市立病院）	宮里 浩
３号委員（沖縄県立宮古病院）	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）

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

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４年度第３回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨（10月3日開催）について
２．令和４年度第３回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨（11 月 18 日開催）について
３．令和４年度第３回沖縄県がん診療連携協議会議事録（11月18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４年度第３回幹事会議事要旨（令和４年 10 月３日開催）、令和４年度第３回協議会議事要旨及び議事録（令和４年 11 月 18 日開催）について報告があった。

４．協議会・幹事会・部会委員について
５．令和５年度の協議会・幹事会の開催の日時について

増田議長から資料5に基づき、令和５年度の協議会・幹事会の開催の日時について確認があった。

審議事項

１．第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会案）の進捗状況について

増田議長から資料６（当日資料）に基づき、第４次沖縄県がん対策推進計画の進捗状況について説明があった。今回は第４次沖縄県計画（協議会案）の中でも根幹である「がん医療提供体制等」について審議するとの説明があった。

増田議長から、資料 6-6 中間アウトカムの「医療提供体制の均てん化・集約化ができている」について、個別施策を５項目作成したがこれでよいかとの確認があり、宮里委員から、罹患の多いがんの均てん化について、がん種等の項目分けを考えてはどうかとの意見があった。

増田議長から、他の中間アウトカムの項目についても説明及び確認があった。

松村委員より、手術の項目について、ロボットを使用することだけが高度な手術療法というわけではないのではとの意見があった。また、宮里委員より高度な手術療法だけでなく、低侵襲な手術療法を加えてはどうかとの意見があった。続いて増田議長から、人材養成について確認があり、松村委員より資格を持った人材と言う文言を加えてはどうかとの意見があった。

有賀先生より放射線療法の項目について、「放射線治療専門放射線技師及び医学物理士または放射線治療品質管理士」との記載にしてはどうかとの意見があった。

菊池委員から薬物療法の項目について、合併症ではなく、基礎疾患と記載した方が良いのではとの意見があった。
増田議長からリハビリテーションの項目について、個別施策を 1 つにまとめるか、現状のまま 2 つにするか確認があり、現状のままにすることとなった。
有賀先生から新規に認可された医薬品等の項目について、30 日以内ではなく、医薬品に関しては 30～60 日、医療機器に関しては 1 年以内等の表現にしてはどうかとの意見があり、導入期間について検討することとなった。また、宮里委員から機器や技術によって状況が違うため、一律の期間を設けることはどうかとの意見があり、医薬品に絞り個別施策を作成することとなった。
柴山委員から社会連携の項目について、専門医療機関連携薬局がどのような薬局か質問があり、その内容について確認することとなった。
有賀先生からがんに関する研究の項目について、主体を沖縄県にしてはどうか、また、最終アウトカムである患者本位のがん医療とどう結びつけるのかとの意見があり、記載方法を検討することとなった。また、非大学の組織に県の予算が届く施策にすべきではとの意見があった。

２．次年度の協議会活動の重点事項について
増田議長から資料７(当日資料)に基づき、次年度の協議会活動の重点事項について説明があった。
吉田先生から、膵臓がんのスクリーニング検査の援助のような、早期発見のための検診率を上げる等の取組が必要ではないか（例えば、大腸がんの二次検診の検診率がかなり低いため）との意見があった。
増田議長から、新規の案件については検討し、まとめて作成した後、もう一度確認依頼する旨説明があった。

<u>報告事項</u>

１．患者会よりの報告
増田議長から資料8に基づき、やいまゆんたく会の活動について報告があった。また、患者支援事業について、患者会の支援に力を入れるよう沖縄県から依頼があった旨説明があった。

２．がん教育について
増田議長から資料9に基づき、学校におけるがん教育の取組について報告があった。

３．各拠点病院等が取り組んでいるがん対策について
各病院から資料10に基づき、拠点病院として取り組んでいるがん対策について報告があった。増田議長から、協議会でも各病院から報告していただくよう説明があった。

４．医療者調査に関する進捗状況について
増田議長から資料11に基づき、ベンチマーク部会の意見について報告があった。医療者調査に10項目ほど質問事項を追加することと、アンケートをWEBで実施し、年度明けに調査を開始する予定である旨の説明があった。

（以下については、紙面報告となった）

５．拠点病院と診療病院のグループ指定について
６．大腸がん死激減プロジェクトの進捗状況について
７．沖縄県がん患者等支援事業の活動報告
８．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について
９．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議
（１）第８３回がん対策推進協議
（２）第８４回がん対策推進協議
（３）第８５回がん対策推進協議
（４）第８６回がん対策推進協議
（５）第８７回がん対策推進協議

（６）第４１回予防接種・ワクチン分科会
（７）第１２回全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会
（８）第５９回造血幹細胞移植委員会
（９）第２１回がん登録部会
（１０）第７回がんとの共生のあり方に関する検討会
（１１）第９回小児がん拠点病院の指定に関する検討会
（１２）第８次医療計画等に関する検討会

（以下については、紙面報告となった）

部会報告事項

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

以上

資料２

令和４年度 第３回 沖縄県がん診療連携協議会議事要旨

日　　時　　令和４年１１月１８日（金）　１４：００～１６：３０
場　　所　　琉球大学医学部 管理棟３階　大会議室
構 成 員　　３６名（出席者２６名）

（出席者）

１号委員	（琉大病院長）	大屋　祐輔
２号委員	（県立中部病院長）	玉城　和光（代理出席：森　隆弘）
３号委員	（北部地区医師会病院長）	諸喜田　林
４号委員	（沖縄県医師会長）	安里　哲好（代理出席：玉城　研太郎）
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
１０号委員	（琉大がんセンター長）	増田　昌人
１１号委員	（琉大がんセンター運営委員会委員長）	青木　陽一
１３号委員	（琉大薬剤部長）	中村　克徳
１４号委員	（琉大看護部長）	眞栄城　智子
１５号委員	（琉大事務部長）	加藤　善一
１６号委員	（県立中部病院血液腫瘍内科部長）	朝倉　義崇（代理出席：吉田　幸生）
	（那覇市立病院副院長）	宮里　浩
	（那覇市立病院がん看護専門看護師）	東恩納　貴子
１７号委員	（県立宮古病院外科部長）	松村　敏信
	（県立八重山病院消化器内科部長）	菊池　馨
	（県立八重山病院副院長）	石田　浩子
	（北部地区医師会病院副院長）	柴山　順子
１８号委員	（NPO 乳がん患者の会 ぴんく・ぱんさぁ代表）	与儀　淑恵
	（やいまゆんたく会(八重山のがん患者を支援する会)会長）	田盛　亜紀子
	（サバイバーナースの会「ピアナース」代表）	上原　弘美
	（パンキャンジャパン沖縄アフィリエート）	島袋　百代
１９号委員	（国際医療福祉大学大学院教授）	埴岡　健一
	（一般社団法人ｸﾞﾙｰﾌﾟ・ﾈｸｻｽ理事長）	天野　慎介
２０号委員	（琉大病院病理部長）	和田　直樹
	（県立中部病院放射線科副部長）	戸板　孝文

（欠席者）

２号委員	（那覇市立病院長）	外間　浩
３号委員	（県立宮古病院長）	岸本　信三
	（県立八重山病院長）	篠﨑　裕子
７号委員	（沖縄県看護協会長）	平良　孝美
９号委員	（沖縄県保健医療部長）	糸数　公
１２号委員	（琉大医療福祉支援センター長）	平田　哲生
１６号委員	（県立中部病院副病院長）	前田　純子
１７号委員	（県立宮古病院副院長）	新崎　博美
	（北部地区医師会病院看護部長）	我如古　春美
１９号委員	（琉球新報取締役編集局長）	島　　洋子

（陪席者）

小児・AYA部会	浜田　聡
緩和ケア部会	笹良　剛史
情報提供・相談支援部会	大久保　礼子
沖縄県保健医療部健康長寿課がん対策班	新垣　真太郎

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

資料確認等

１．令和４年度第３回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨（10月3日開催）
２．令和４年度第２回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨（8月5日開催）
３．令和４年度第２回沖縄県がん診療連携協議会議事録（8月5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

増田委員（10 号委員）から資料及び議事要旨等について確認があった。

有識者報告事項

１．埴岡委員報告

埴岡委員（19号委員）から資料6に基づき、がん対策のロジックモデルと指標による47都道府県と沖縄県のデータについて報告があった。

部位別の地域ごとの指標データの見方や、沖縄県の位置について説明があった。

続いて、分野別のロジックモデル例と指標データについて説明があった。

（主な確認事項）

Q.天野委員：部位別でいくつかのがん種を挙げてもらったが、沖縄県独特の事情で指標データに反映されていないことなどはあるのか。

A.増田委員：がん登録推進法が作成され、全ての病院は全国がん登録が義務付けられている。しかし、診療所に関しては登録の義務は無く、手上げ方式になっているため、都道府県によって差がある。
乳がんに関して、沖縄県では4つのクリニックで多くの乳がん患者を診ている。うち3つのクリニックは全国がん登録をしており、残り1つのクリニックについても今年登録することになっている。また院内がん登録についても4つのクリニックにお願いする予定である。

２．天野委員報告

天野委員（19号委員）から、資料7に基づき、ゲノム法案について報告があった。

「良質かつ適切なゲノム医療を国民が安心して受けられるようにするための施策の総合的な推進に関する法律」の早期成立に向けて、計185の団体等から要望する旨説明があった。

審議事項

１．当協議会要項の変更について

増田委員（10 号委員）から資料 8 に基づき当協議会要項の変更について説明があった。

がん診療連携拠点病院等の指定要件について、主に下記の 5 項目の変更があった。

① 拠点病院の定義を明確にした。
② 協議会のあり方を大幅に変更した。
③ がん相談支援センターに治療の開始前に訪問することが都道府県拠点病院は義務化され、地域拠点病院は努力目標になった。
④ 指定要件全体の項目を 4 分の 3 程度に減らしている。
⑤ 現況調査の項目を減らしている。

指定要件の変更に伴う当協議会要項の協議事項の改正案について説明があり、原案のとおり承認された。

２．がん診療連携拠点病院等の指定要件変更後の各病院の充足状況について

増田委員（10 号委員）から資料 9 に基づき説明があり、指定要件変更後の各病院の充足状況について確認があった。

（琉球大学病院）増田委員より、資料 9-(2)P276 のとおり A 要件を満たしていない項目及び現状と対応策について、説明があった。

（那覇市立病院）宮里委員より次のとおり報告があった。人員配置について、専従、専任の放

射線技師やそれ以外の職種についても専従要件がどうなっているのか等、Q&A 等を確認しながら準備を進めていきたい。また、今回の届出を提出した後、沖縄県から診療実績について問い合わせがあり、薬物療法の患者数の算定の仕方等について、算定方法が少し変わっており、急遽数え直し等があり苦労した。

（県立中部病院）吉田委員代理より次のとおり報告があった。人員配置については問題なく充足している。しかし、がん相談支援センターで必要に応じてオンラインでの相談を受け付ける等の情報通信技術を活用している点が未充足となっている。今後は HP 上でも ZOOM での面談も可能であることを周知し、利用しやすい環境を整備していく予定である。

（県立宮古病院）松村委員より次のとおり報告があった。緩和ケア研修会について、年内に 1 回開催と認識しており 2 月に開催していたが、沖縄県よりもう一度開催するようにとの依頼があったため、12 月に開催予定である。沖縄県と年内なのか年度内なのか調整する予定である。

（北部地区医師会病院）諸喜田委員より次のとおり報告があった。指定要件は全てクリアしている。ただ、緩和ケアに関する医師の専従がギリギリなので、今後検討していく予定である。また、相談員についても要件は満たしているが、人数が少ないため、募集しているがなかなか集まらない状況である。

（県立八重山病院）石田委員から次のとおり報告があった。指定要件で未充足の項目が 4 点ある。1 点目は、術後管理体制の一環としての手術部位感染に関するサーベイランスの実施がまだ出来ていない。人員配置を含めた実施体制の構築を検討している。2 点目と 3 点目は、がん患者の自殺リスクに対し、院内で共通したフローを使用し、対応方法や関係機関との連携について明確にしているという点と、がん患者の自殺リスクに対し、対応方法や関係機関との連携について関係職種に情報共有を行う体制を構築しているという 2 点について、対応フローや情報共有の諮り方について体制が明確化されていない部分が一部あるため、年度内を目途に準備する予定である。4 点目は、院内の看護師を対象にしたがん看護に関する総合的な研修について、総合的な研修が出来ていないところもあったため、こちらも次年度に向けて取り組んでいけるように準備を進めていく予定である。

３．働き盛り世代のがん死についての調査結果及び提案について

増田委員（10 号委員）から資料 10 に基づき、働き方世代のがん死について説明があった。不十分なデータではあるが、働き盛り世代において、近年の罹患率に関しての全国順位の低下が注意すべき点である。

宮里委員から、全体を見ると全年齢と同様の傾向だが、働き盛り世代はがんになると、就労支援が大事になるため、そこに関しては当協議会で意識しておくべきではとの意見があった。

４．膵臓がんの早期発見に対する調査結果及び提案について

増田委員（10 号委員）から資料 11 に基づき、沖縄県における膵臓がんについて説明があった。

島袋委員から、患者団体でも膵臓がんの早期発見率の向上を目指して何ができるかを考えていきたいと思っている。引き続き、各施設のご協力及び協議会の後援をお願いしたいとの意見があった。

玉城委員代理から、尾道方式は検診のエビデンスレベルとしてはまだまだ低い状況である。沖縄県医師会としては、エビデンスの無い状況では予算を投じることがなかなか難しい状況である。ただ、尾道方式を研究ベースとして沖縄県で実施することを立ち上げ、そこでエビデンスを作っていくことが大事なのではないかとの意見があった。

報告事項

１.患者会よりの報告

（１）田盛委員報告

田盛委員（18号委員）から資料12-(1)に基づき、やいまゆんたく会（八重山のがん患者を支援する会）の活動について報告があった。

（２）島袋委員報告

島袋委員（18号委員）から資料12-(2)に基づき、「膵臓がん早期発見セミナーシリーズ2022沖縄」と「北海道支部主催セミナーのご案内」の報告があった。

与儀委員から、乳がんについて知ってもらうため、12月3日にピンクリボンカーニバルin浦添が開催されることについて報告があった。

２.第4次沖縄県がん対策推進計画（当協議会案）の進捗状況について

増田委員（10号委員）から資料13に基づき報告があった。

３.医療者調査に関する進捗状況について

増田委員（10 号委員）から資料 14 に基づき報告があった。前回は問 28 までだったが、問 31 まで 3 問質問項目を追加している。

４. 大腸がん死激減プロジェクトの進捗状況について

増田委員（10号委員）から資料15に基づき報告があった。

５.第3次沖縄県がん対策推進計画（2018～23年）の中間評価の進捗状況について

沖縄県健康長寿課の新垣氏から、第3次沖縄県がん対策推進計画（2018～23年）の中間評価の進捗状況について報告があった。今年9月に沖縄県がん対策推進計画検討会を開催しており、各委員からの意見を取りまとめ中間評価報告書を作成し、県のHPで10月末から公開している。

６.がん検診について

沖縄県健康長寿課の新垣氏から、資料16-(1)に基づきがん検診について報告があった。

増田委員から、資料16-(2)に基づきがん検診について報告があった。

７.北部、宮古及び八重山医療圏における疾患別対応状況について

増田委員（10号委員）から資料17に基づき、離島・へき地おける疾患別対応状況について報告があった。

８.厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議

(1) 第８１回がん対策推進協議会
(2) 第８２回がん対策推進協議会
(3) 第２０回厚生科学審議会がん登録部会
(4) 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
(5) 第１４回がん診療提供体制のあり方に関する検討会
(6) 第１１回全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会
(7) 第３６回がん検診のあり方に関する検討会
(8) 第６回がんの緩和ケアに係る部会

増田委員（10号委員）から資料18-(1)～(8)に基づき、厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議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）

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.その他

青木委員から、子宮頸がんの予防ワクチンについて接種率が上がってないため、研修会を開催し周知活動を行っている。委員においても各自治体へ、接種率向上へ働きかけのご協力をお願いしたいとの意見があった。

部会報告事項

１．緩和ケア・在宅医療部会

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

２.小児・AYA部会

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

３.離島・へき地部会

松村部会長から資料23に基づき、離島・へき地部会の活動・取組状況について報告があった。

４.情報提供・相談支援部会

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

以上

資料３

令和４年度第３回沖縄県がん診療連携協議会議事録

日　　時　　令和４年11月18日（金）１４：００～

場　　所　　管理棟３階　大会議室

○大屋祐輔議長（琉球大学病院　病院長）

（冒頭通信トラブルのため音声なし）・・・その意味では、こういうふうな会がしっかり議論が必要なのかなという感じでいるところであります。当然ながらウェブ等の長所を生かしながら引き続きやっていきたいと考えております。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、まずは資料の確認ということで、これは当センターの増田のほうからお願いします。

○増田昌人委員（琉球大学病院がんセンター　センター長）

琉大病院がんセンターの増田と申します。資料の確認をさせていただきます。メインの資料は皆様の机の上にあります iPad となっています。これに基本的にはメインの資料が入っております。その資料なんですが、今日差し込んだ iPad の資料がありまして、それが資料 10 となっております。皆様のお手元に今日の議事次第が紙１枚で、多分一番上に置かれているかと思いますが、その紙のほうをご覧になりながらお聞きになっていただきたいと思います。

その中で資料番号が１番から 24 番まで付いておりますが、そのうちのほとんどの資料は iPad のメインのところに入っております。ただ、資料 10 が iPad の別の項目立てで入っておりますのでご注意ください。その際には、また申し上げたいと思います。

また、ちょうどこの紙１枚の中ほどにあります資料 13、14、15、16 に関しましては、皆様の机の上に当日資料として印刷した紙資料を置いてありますので、そちらをご参考にしていただければと思います。

それ以外に、もしかしたらあとで患者委員のほうからお話があるかと思いますが、リレー・フォー・ライフのチラシが入っております。置いてありますので、ご確認をお願いいたします。私からは以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。もし足りないものがありましたらご連絡のほうをよろ

しくお願いします。

それでは早速、議事等に入っていきますが、これは増田のほうから議事要旨等というところで、幹事会を含めて報告をお願いいたします。よろしくお願いします。

議事要旨等

１.令和４年度第３回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨(10 月 3 日開催)

２.令和４年度第２回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(8 月 5 日開催)

３.令和４年度第２回沖縄県がん診療連携協議会議事録(8 月 5 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

では、議事要旨等の報告をこの１枚紙の議事次第でいきますと、１番から５番までを私のほうから報告をさせていただきます。

１番目が、皆さんの iPad のほうの資料をご覧ください。iPad の資料の４～68 ページまでが今お話しさせていただく資料となっております。最初が資料１。４ページが、この本協議会に先立って行われた議題調整といたします幹事会の議事要旨となっております。

また７ページからは資料２としまして、前回の本協議会の議事要旨、そして 12 ページから資料３といたしまして本協議会の議事録がありますので、時間の関係上、それぞれ確認をお願いいたします。

また資料４、そして 61 ページに協議会・幹事会・部会委員の一覧がありますので、大きな変更はございませんので、今日はそこの読み上げは割愛させていただきます。

資料５、68 ページまで動かしていただけますでしょうか。一番右上の欄外にありますしおりの資料５のところをタッチしていただきますと、68 ページの予定表にダイレクトに行きますので、それを利用していただければと思います。今回が令和４年度第３回となっておりますが、次回の本協議会は来年、令和５年２月３日を予定しておりますので、それぞれご確認をお願いいたします。また、それに先立って行われます幹事会のほうは、来年１月 16 日を予定しております。それぞれご確認をお願いいたします。私からは以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございました。ただいまの過去に行われた議事録系です。そして、今後の開

催予定ということにつきまして､何かご意見･ご質問等がありましたらお願いいたします。そして、議事録等の修正等ありましたら、ご連絡いただければと思います。

いかがでしょうか。よろしいですか。

それでは次にいきます。次は有識者報告をいただきたいと思います。まずは埴岡委員から「がん対策のロジックモデルと指標で 47 都道府県と沖縄県のデータを読む」ということで、お話をお聞きしたいと思います。よろしくお願いします。

有識者報告

１.埴岡委員報告

（がん対策のロジックモデルと指標で 47 都道府県と沖縄県のデータを読む）

○埴岡健一委員（国際医療福祉大学大学院　教授）

埴岡です。こんにちは。それでは少しデータのご紹介をしたいと思います。かねてよりときどき沖縄県のがん対策の状況を見るために役立つかもしれないデータをご紹介しておりますが、その一環で、また今日も少し資料を追加したというところです。

スライドは 69 ページを見ていただいたと思うんですけれども、めくっていただいて、概要は 70 ページです。「がん対策指標の地域差の全国の動向と、その中での沖縄県の位置を確認する」ということで、全国の中で沖縄県はどの辺りなのかなというところ。それをある都市の１点で見たり、できれば２点で見たり、将来的には毎年データを蓄積して、５年なり 10 年の動向を見ていかなきゃいけないと思うんですけれども､今後はどのように見ていくかというヒントになればというところになります。

72 ページ。２枚めくっていただいて概要の説明ですが、まず部位別に見てみました。このところロジックモデルで考えるということをやっておりますけれども、それに併せてデータを一部だけではなくて、全体像を見ていこうということです。そして、１点だけではわかりにくいので、２点見てみようということで、出典は「がん対策地域別データ集」。ここで大体、数年を経てビフォーとアフターの数字が見れますので、そこにあるものを拾ってみました｡もっと直近のデータもありますので適宜補っていただければということです。

次の 73 ページですが、ロジックモデルの形のおさらいです。右端に死亡率があって、死亡率を下げるためには、右から２番目にあります罹患、早期発見、治療。罹患を減らす。早期発見を高める。治療成績を上げるということをすればいいのではないか。ですので、この４つほどの部分の数字をまとめてみることで、気付きがあるのではないかということ

です。

この形でデータをまとめてみました。74 ページ、次のページが全体のまとめ図です。構成は先ほど見た図と同じで右上が死亡率、そして少しはしょりますが、左側に３本柱の罹患率、早期発見、治療成績を示すデータです。

見方はこれから説明いたします。では、これは１枚にまとめずに、ここのページはなっているんですけども、部分図ごとに拡大してご説明していきたいと思います。

１枚めくっていただきますと、右上の箱は死亡率を示しております。ここに４本の縦棒がありますが、まず見方のご説明です。箱ひげ図といいますけれども、例えば一番左を見ていただくと、点々というのが縦に並んでいます。この１つの点が県を表しますので、47 個の点が並んでいます。そして薄い灰色と濃い灰色の境界線が全国の中央値を示します。そして、上にある薄い灰色の上限のバーが、47 県の上４分の１の図１。下の濃い灰色の下の棒が、下４分の１の場所です。上に飛び出した横線が上限値。下に飛び出した横線が下限値です。それを超えて上にあるのは外れ値になっているものです。

さて、この左端を見ますと死亡率を表していますので、低いほどいいということになります。これは 2014 年の大腸がんの男性の死亡率を示しておりますので、当時のデータで沖縄県は死亡率ワースト２だったということを示しています。

ここからこの図の全体の見方になりますが、４本のうち左２本が男性。右側が女性です。それぞれの左側が 2014 年値、右側が 2020 年の値です。ですので、一番左端が男性のある意味ビフォー、そして左から２番目がアフターというか、近めの数字です。間６年を経ております。

よい状況というのは、左から右にかけて全体が下がっており、幅が圧縮しているとなれば均てん化になります。この図を見ますと、中央値がほとんど下がっておらず、ばらつきが広がっています。ですので、大腸がん男性死亡率の均てん化はなされず、むしろ逆均てん化の状況にあるということがわかります。その全国の動向の中で、沖縄県はワースト２からワースト３～４番目ぐらいになっていますが、ワーストレベルであることに変わりがないということを示しています。

右肩をわかっていただくと、あとは同様に見ていただければ、女性の死亡率は全国でたいして良くなっておりません。沖縄は悪いままですということです。

では、ここからずっとめくっていっていただけますと、次の 76 ページ、罹患率では左側の男性はビフォー・アフターで、全国悪くなっており、沖縄はさらに悪くなっている。右

側の女性は全国悪くなっており、沖縄はより悪くなっている。

生存率は２ページを飛ばしていただいて、３枚目、早期発見率を見ますと、早期発見率の右端が限局の状況ですが、全国としては良くなっておらず、幅が縮まっていて、平均化が少し行われています。沖縄は限局が下がっている。右から２番目の箱は 2012 年と 15 年の比較ですが、これも良い数値ではないです。

次に治療成績をめくっていただきまして 80 ページ。限局ですが、男性の生存率がやや下がり女性はやや上がっていますが、全国値より悪いという状況です。領域は、男性は全国改善し、沖縄も改善しておりますが、全国値に至っていない。女性は、全国は改善があまり見られません。沖縄は微妙に良くなったが、全国値に足りないという状況になっています。

以下、ざっとはしょりますので、ここのデータを見ていただければということになります。

あと何が載っているかだけをご紹介しますと、しおりからか、ページ指定からか、101 ページに飛んでいただくか、たくさんめくっていただいて 101 ページ。なお、これは全国値の値と沖縄の位置が見られるよい見方だと思いますし、１つの数字ではなくて全貌が見られるのでよい見方と思います。また１点ではなくて２点を見ているところがありますが、２点だけでもわからないところはあります。やっぱり１年ごとに数値は動きますし、５年、10 年のトレンドを見た上で見ていかなければいけないところがあるという限界はご承知おきください。

乳がんに関しては、右上、2010 年～2020 年に関して、沖縄県は死亡率が高いところから全国並みですが、意外と全国ベスト４ではなくて、それぐらいの位置付けです。罹患率はこの数字では 12 年から 15 年で大きく上がっているということで懸念されます。

この後、全国がん登録データが出てきていますので、全国がん登録データの 2018 か 2019、最新データも見る必要があると思います。

早期発見に関しては、限局がやや高めで領域がやや低めですので、早期発見は、ややよくできている方向に入っております。

治療成績に関して、限局は全国並みか、やや高めぐらい。それから領域に関しては全国並みから、2009～2011 年はやや低めに出ているというところになります。

あと、ずっと飛ばしていただくと肺がんについても出ておりますので見ていただければと思います。それは 118 ページになります。

以上、部位別はここで終了いたしまして、この後、簡単なご紹介ですけれども、132 ページから、がんの部位別ではなくて、緩和ケアとか医療提供体制とか４療法ということで、分野別に見ております。こちらは１点だけの情報になります。

133 ページはおさらいで、緩和ケアのロジックモデルの概要です。右端の最終ゴールは「患者さんの痛みが取れている」になります。中間アウトカムは、そのために希望する場所で迅速に受けられるといったようなことが入ってきます。全国値と沖縄県の値を示しておりますが、全国の分布も含めて見てみたいということになりますと、次の 134 ページになります。

右側を見ますと最終アウトカム、患者さんの痛みが取れていますかというのは、取れている率が高いということで、沖縄県は比較的高めにございます。左側の上は、良い医療を、緩和ケアを受けられていますかということを患者さんに聞いたところです。これもやや高めに出ています。一方、下側は緩和ケアの医療行為の頻度ですが、これはかなり低めに出ているという状況です。

緩和ケアだけご紹介しましたが、目次だけご紹介しておきますと、149 ページに医療提供体制に関する同様の図、そして 158 ページから４療法に関する概要図。そして、この後４療法それぞれに関して手術療法・放射線療法・薬物療法・免疫療法に関して、医療行為の頻度などが出ているところです。例えば、この中には主な術式が行われている頻度ですとか、そういうものが出ております。また、先ほどの緩和ケアのところでは、患者さんへの相談対応の頻度ですとか、そういうものが出ております。

167 ページには、例えばがん患者指導管理料。医療者が説明を行った頻度などが出ていますが、多くのものが低めに出ているという状況がございます。

最後は 170 ページ、まとめですが、全国の地域差が大きい。均てん化の余地は大きい。沖縄は全国値より数値が悪い項目が多く見られます。そこで定期的な確認、議論、実施が必要かと思われます。今日は限界のある数字ですけれども、皆さんが患者さんの思いですとか医療者の疑問点などを深めるための材料の一助になればということでご紹介したものです。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。ご報告をいただいたように、均てん化というキーワードで全国を見ると結構幅が広いと。その中で沖縄県の課題というのも、部分的にはこうい

う資料から見えてくると思います。しかし、また地域地域、二次医療圏とか、各地域ではそれなりの問題点も抱えていると思いますので、そこをうまく取り上げながら、がん対策を行っていっていただきたいと思っております。

いかがでしょうか。ご質問、ご意見、ございますでしょうか。どうぞ。

○天野慎介委員（一般社団法人グループ・ネクサス・ジャパン　理事長）

埴岡委員、ご説明をありがとうございます。１点質問がございます。

今部位別ということで､例えば幾つかのがん種を挙げていただいていたんですけれども、埴岡委員ご自身も「限界があるデータだ」ということをおっしゃっていたと思いますが、例えばほかの都道府県の例を挙げると、鹿児島県とかですと乳がんに関しては、一時期、鹿児島県内で非常に多くの乳がんの患者さんを診ている相良病院ががん登録の施設に入っていなかったということで、全国の都道府県の中で、乳がんの治療成績が鹿児島県はあまり良くないという時期が一時期あって、今はもうがん登録に加わっているので変わっていますが、そういった沖縄県独特の事情というか限界みたいなものはあるのでしょうか。

○大屋祐輔議長

では、埴岡先生か増田先生か、よろしくお願いします。

○埴岡健一委員

多分、私は当地の事情はわからないので増田先生からお話しいただいたら。

○増田昌人委員

がん登録といいますが、がんのデータでいいますと、がん登録推進法ができまして、日本中の病院という病院は全て、全国がん登録が義務づけられています。これは精神科の単科の病院も含めて、病院というカテゴリーにある場合は全て、全国がん登録が義務づけられておりますが、診療所に関しましては義務づけはありませんで、手挙げ方式になっております。それがあるものですから、47 都道府県で診療所が全国がん登録に参加できている都道府県と、参加できていない都道府県があります。

沖縄県はどちらでもないんですけど、ただ経緯としまして、特に消化器系で内視鏡をしている病院に声を掛けて全国がん登録に入っていただいているということになります。そ

れが一般的なお話になります。

乳がんに関しましては現在、沖縄県では４つのクリニックで、かなりの乳がん患者さんを診ている現状があるかと思います。皆さんご存じのとおり、那覇西クリニックと那覇西クリニックまかびと、マンマ家クリニックと宮良クリニックの４か所がかなりの乳がん患者さんを診断し、かつ治療をしているということがあります。

もちろんその３施設は全国がん登録には参加していただいていたわけですけれども、今年、その中の１施設に関しましては、今まで全国がん登録への登録をしていなかったのですが､今年からしていただけるということの確約というか､ご回答をいただきましたので、これで沖縄県における４つのクリニック全てが、全国がん登録が可能になったということにはなります。

ただ問題点は、全国がん登録自体はかなり項目が限られているものですから、本来であれば、院内がん登録も参加していただくということが必要ではあります。ただ、なかなかクリニックの設備の中で、人員の中で、院内がん登録をすることは難しいという部分もありますので、これは努力目標ということになるんでしょうか、ということになります。

そういった意味もありまして、沖縄県の場合は毎年詳しい、全国のお手本になるような院内がん登録の報告書が出ているわけですが、乳がんに関しましてはカバー率がだいぶ低いので、今のところ細かいデータがなかなか把握できていないという状況が、今生じているということです。

引き続き４つのクリニックに対しては、院内がん登録をぜひしていただけるようにお願いはしていこうかと思っております。ただ、全国がん登録をしていただいた施設が、来年からは４施設全てになりますので、院内がん登録の分析報告書の中に、乳がんだけは別ページをつくりまして、全国がん登録のデータの解析のページをつくっておりますので、それに完全に変わるものではありませんけど、ある程度変わるのではないかと思っております。私からは以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。全国のがん登録から言えば大きな課題というか、バイアスとして何か問題点があるということではないと。しかしながら、詳細なデータを比較するためには、院内がん登録を専門クリニックのほうでも入れていただくということで、今現在対応しているという。このデータについて、上に下にというので何かどこかが抜けているか

ら悪いとかいいとかというわけではないということで、よろしいですよね。

○増田昌人委員

そうですね。もう１つ、日本の問題点は、学会における個別の臓器がん登録は極めて脆弱で、かつ全国レベルの組織もあるにもかかわらず、研究論文にはいいんですけれども、例えば一般の住民の方に還元するとか、あとは政策をつくるためのデータとして毎年出していくとか、そういうことに関しましては諸外国に比べるとかなり遅れていて、30 年ほど遅れているというふうに言われているので、そういうところは１個問題点なので、ここのところは今後、詰めていく必要があるのかなとは思っております。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。どうぞ。

○埴岡健一委員

もちろん今日のデータはそういう趣旨でつくっているものではありませんので、101 ページの図のデータをもって沖縄の乳がんに関する何らかの問題点があるということを明らかにしたものではございませんが、やらなければいけないと考えられていることは、沖縄の乳がんのがん診療が大丈夫であるということを担保する、保証する情報を提供することでありまして、これで悪いとわからないということではなくて、これで大丈夫ですというものを示すことが重要になってきていて、それができる状況になっているのでそれを出していくことが必要だと、そういうふうに認識しております。

今日、乳がん患者団体の与儀さんもいらっしゃいますけれども、患者の視点から沖縄が全体に面的に乳がん診療に関して安心安全であるということを示せるかどうかということだと思います。

101 ページを見ていただきますと、これは不完全なデータですけれども、これがもし５年、10 年蓄積されて、動向が見られた上で死亡率が日本全国値より高いということであれば､それを共有すると同時に､罹患率が最近の全国がん登録データで見て多いか少ないか。これは焦点ですよね。多いとなれば、５年後、10 年後、それが誰が受け止めるのかということを見る必要がありますので、大変不完全なデータで申し訳ありませんが、全国がん登録の 2018､2019 年を見ていただいて､将来のキャパシティービルディングをしていただく

のが必要かと思います。

治療成績の部分も、領域に関して大丈夫かということを最新のデータをもって確認していただくと同時に、先ほど来ありますように、沖縄では乳がんのがん登録のカバー率が低かった部分があって、全体のモニタリングが十分できていたのかどうかということがありますので、これ以外のデータにも、ステージ別の採用手技率ですとかレジメンの率ですとか、そういうデータを皆さんはお持ちなわけですから。それからクリニックと病院の間の連携が行われるときに、どういう状況で行われているかということもご存じなわけですから、そうしたデータも含めて検証していただいて、沖縄の乳がん診療は万全であるということを示していくということ。

あるいは、当然どの地域でもこういうことを見る中で、ここはやや弱点、あるいはここは要検証ポイントだということが出てくるわけですから、それについて検証して示していただくことが必要かもしれないということですけれども、もし皆さんに問題意識があるのであればそうでしょうし、いやいや、大丈夫であるということであれば大丈夫なんだと思うんですけれども、そういう意味で皆さんに議論していただいて、ご確認が必要であればご確認をというような意味でございます。以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。ほかに何かご意見ございますか。玉城先生。

○玉城研太郎委員

沖縄県医師会の玉城でございます。乳がんの専門医です。乳がんの均てん化というところで、乳がんの施設間における治療成績といいますか、対応をされているレジメンというのも、やっぱり差があるというのは現実だと思います。沖縄県は全国と比較しましても、アップ・ツー・デートの治療がやや遅れがちかなというふうなイメージは持っておりますが、ただ、だいぶ均てん化はされつつあるのかなとは思います。

沖縄県に乳がんの専門医は 11 名なのです。全国と比較しても若干少ないんですが、ほとんどが那覇とか沖縄市、ほぼ中南部に全員いらっしゃって、北部であったり石垣、宮古、離島地域には全くいないという状況なのです。でも、あの地域でも年間 100 名以上の方が罹患しますので、この辺の均てん化をどうしていくかということが、今乳がんのグループの中では、日々ディスカッションしているところだと思います。

どうしても、この東西一千キロの医療圏をカバーするための次の一手が必要ですので、これを、県を挙げてやっていく必要があると思っております。おそらく治療成績は今後良くなると思っておりますので、またぜひデータをご覧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。大事なことは確実に取れるデータ、指標ということを定めて、それを経年的に見ていきながら改善していっているのか、悪くなっているのか。良くなっていれば、どういう要因がいいのか。悪くなっているようであれば、何の対策が不足しているのかということを明らかにするということでの第一歩として、徐々にこういうデータがしっかり出てくる。こういうものは全国と比較すると、また地域内で比較するということが重要ですので、引き続きこの形で進めていただければと思います。ありがとうございます。

それでは次に移らせていただきます。有識者報告の２として、天野委員から「ゲノム法案について」ということでお話をいただきます。よろしくお願いします。

２.天野委員報告(ゲノム法案について)

○天野慎介委員

資料は７となります。171 ページをご参照いただければと思います。

ご承知のとおり、国内では 2019 年にがん遺伝子パネル検査が保険適用されておりますし、またゲノム医療が急速に進展し、全ゲノム解析も始まっております。一方で米国では雇用分野、保険分野における遺伝情報の取得やその不適切な取り扱いによって、社会的不利益を被ることがないようにということで、遺伝情報差別禁止法（ジーナ法）が成立していますが、国内では個人情報保護法による対応にのみとどまっているという現状がございます。

本年４月に日本医師会と日本医学会が連名で、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発表しておりまして、やはり法整備、規制を求める共同声明が発表されたということでございます。

でも、これを受ける形になりますが、国内では超党派議連、こちらの資料の冒頭にもありますが、適切な遺伝医療を進めるための社会的環境の整備を生み出す議員連盟という国会議員の連盟の議連がございまして、こちらのほうで、かねてより法律案を検討されてきましたが、法案提出の直前まで進みながら、一部の政党で意見がまとまらずに法案提出が

見送られたこともございましたが、本年 10 月の総会で、この議連において、「良質かつ適切なゲノム医療を国民が安心して受けられるようにするための施策の総合的な推進に関する法律案」というものが了承されまして、今国会での提出成立を目指して、今議連が活動しているところでございます。

この法案について、ぜひこの法案を今国会で成立させていただきたいという思いがございまして、東京大学医科学研究所の公共政策研究分野の武藤香織先生、また、日本人類遺伝学会理事長の慶應義塾大学の小崎健次郎理事長らが中心となりまして、今回この要望書をとりまとめたということでございまして、私も全国がん患者団体連合会として、とりまとめに協力をさせていただきました。

この要望書は、いわゆる学術団体については、がん関連ですと日本がん学会、がん治療学会、臨床腫瘍学会など、主要学会も賛同をいただいていますし、患者団体についても私の所属団体の全がん連をはじめとして、沖縄県がん患者会連合会も含めて、学会や患者会と合計 185 団体が賛同しているという非常に大規模な要望書になっておりまして、今国会でこの成立を求めた要望活動を引き続き行っているということで、簡単にご報告させていただきました。

私からは以上でございます。ありがとうございました。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。ただいまご報告をいただきました法律を目指しているというような内容についてのご質問・ご意見はございますか。

議員立法ですから、全部の政党が賛成しないといけないという、まずハードル。そして、国会に出して、何かいろんな問題があって、ドミノ倒しで閣僚が辞めているようだと廃案、廃案で、結局、また一からやり直しみたいなことになっちゃうので、本当に難しいところを皆さんのご尽力でここまで来ているというようなことだろうと思います。

いかがでしょうか。本当にこれは関係者の皆さん、大変苦労されているはずなので、ぜひ成立することを祈っております。

よろしいですか。それでは次へ移らせていただきます。

審議事項となります「当協議会要綱の変更について」ということで、これは増田委員からお願いいたします。

審議事項

１.当協議会要綱の変更について

〇増田昌人委員

資料８、178 ページをご覧ください。

既に前回の８月の第２回本協議会におきまして、がん拠点病院等に関する指定要件の４年ぶりに大変更につきまして､資料を少し説明させていただいたところではあるのですが、本協議会はその指定要件に基づきまして都道府県拠点病院が組織し運営するものということになっておりますので、この指定要件の変更に伴いまして本協議会の要綱の改定をしたいと思います。

今回の４年ぶりの大改定につきましては、おおよそ５つの特徴があります。今回指定要件に関しましては、多分これまでで一番大きな変更をしております。

１つ目が拠点病院の定義を明確にしました。具体的には自分の病院だけクリアするということではなく、都道府県拠点病院は自分の県全体のがん医療及び地域拠点病院は、自分の置かれているがん医療圏、実際はニアリーイコール二次医療圏なんですが、二次医療圏のがん医療全体に責任を持つということが定義づけられております。

２つ目が協議会のあり方を大幅に変更しております。この拠点病院組織ができまして初めての大幅変更になっております。

また３つ目が、相談支援センターに必ず治療の開始前までに立ち寄ることが都道府県拠点は義務づけられ、また地域拠点は努力目標になり、さらに地域拠点に関しましては４年後には義務になるということが明記されました。

４つ目が指定要件全体の項目を減らしております。おおよそ４分の３ぐらいになったと思います。ですから２割から３割減らしております。毎回今までは指定要件の変更のたびに２割ずつ増えていたのが、今回初めて３割弱減りました。

そして５つ目が、皆さんお気づきだと思いますけれども、９月に行われた現況調査に関しまして、項目がだいぶ減ってきたんじゃないかと思います。これを今後も続けていく予定で、ただ今回の改定には間に合わなかったものですから、新たに今月新しく研究班が立ち上がりまして、その拠点病院のあり方も含めて、現況調査の方法に関して抜本的な改革をしていくということで、２年をめどに厚労省側に答申書を出す予定になっております。

以上、５つの大幅な改定点がございました。その中の１つが協議会になりまして、皆様のお手元にありますように、新旧対照表で赤くなっているところが今回の改定部分でござ

います。

ここにありますように、沖縄県における対策を強力に推進する役割を担うこと。そして具体的には以下のことをするということで、地域の実情に応じて、以下のアからケを参考に考えていくということで、アが薬物療法、イが手術療法、ウが特別な放射線治療、エとして緩和ケアセンターのこと。オとして希少がん・難治がんのこと。

次のページなんですが、カとして小児がんの長期フォローアップを行う体制、キとしましてＡＹＡ世代のがんの支援体制、クとしましてがん生殖医療に関して、ケとしてがんゲノム医療。個別に関しましてはそれぞれ、この協議会が責任を持って遂行していくということになります。

②は今までと同じで、グループ指定の組み合わせを調整・決定すること。③としましては、種々のデータをきちんと見ていくと同時に、特に県とも連携しまして、Quality Indicator を積極的に利用して、自県のがんの質の向上の評価をし、かつその計画等を立てていくこと。④としましては連携体制を行っていくこと。

１枚めくりまして⑤としまして、特定機能病院である拠点病院、実際には琉球大学病院なんですが、地域における診療従事者の育成と適正配置の調整を行っていくこと。⑥としまして、医師に対する緩和ケアに関する研修をはじめとする各種研修を計画的に行っていくこと。⑦としまして、ここにありますようなことをしっかり広報していくこと。⑧としまして、国協議会との連携体制を構築すること。⑨としまして、国がん等で行われる研修及びいろんな協議事項がスムーズに県内で共有されるようにしていくこと。

⑩として、感染症のまん延や災害等の状況において、必要ながん医療を提供する体制を確保するため、沖縄県や各がん医療県におけるＢＣＰについて議論を行うこと。そして最後の⑪が、地域における医療情報の共有の取り組みについて行っていくこと。ということになっておりますので、よろしければご議論した上で、要綱の改定のご承認をいただければと思います。私からは以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。審議事項の１と２は、最近変更された要綱に基づいて、沖縄県においても変えていこうと。特に今話が出ていたのは拠点病院としての役割ですし、この後もいろいろな地域拠点病院等のお話も出てまいります。

ご意見はいかがでしょうか。

ちょっと気がついてしまったのですが、この内容は県も承知しているというか、十分理解されているのでしょうか。先生、これを説明しに行きましたか。

○増田昌人委員

いえ、行っておりません。

○大屋祐輔議長

これは沖縄県が基本的には拠点病院にお願いする案件ですよね。

○増田昌人委員

そうですね。

○大屋祐輔議長

お願いしたつもりがなかったら困るので、先生、言っていただいて、当然ながら予算等も伴って、業務だけ増えて、どうぞ勝手にやっておきますというわけにはいかないかなと思ったんですけれども。

○増田昌人委員

そうですね。おっしゃるとおりですね。沖縄県での調整は済んでおりません。

○大屋祐輔議長

すみません。そういう意味で、やるべきことはここに書いてあるということで。

いかがでしょうか。内容については、増田委員が全国のこの手の話し合いのほうに出ていってやっていますので、ほぼこの協議会なり拠点病院がやっていることの発展系ということで書いてありますので、一から始めることはほぼ含まれておりません。我々としても体制を立て直しながら改善していくということを、これでやっていこうということになりますが、よろしいでしょうか。

それではこの形でお認めいただいて変更させていただきたいと思います。

休憩がそろそろとなっていたんですけど、できれば審議事項が全部終わってからにしたいと思います。

それでは次、「がん診療連携拠点病院等の指定要件変更後の各病院の充足状況について」ということで、これも増田委員からお願いします。

２.がん診療連携拠点病院等の指定要件変更後の各病院の充足状況について

○増田昌人委員

今回の指定要件の変更の特徴５点につきまして申し上げましたが、それぞれ各病院で８月１日付けで見て、これから取り組んでいる最中だと思いますが、比較的簡単に対応ができた部分、かなり難しい部分、現状ではなかなか実現が難しい部分がいろいろあるかと思いますので、この場でそれぞれの病院の充足状況について少し問題を共有させていただければよろしいかなと思います。

まず琉大病院からお話をしたいんですが、資料は 191 ページからなんですが、新しい指定要件及び古いものの新旧対照表を 80 ページぐらい入れておりますので、そこを飛ばしていただきまして、具体的な内容に関しましては 275 ページからになるかと思います。

琉球大学病院としましては現在、実現できていないものがおおよそ２つありまして、そのことを申し上げたいと思います。具体的には 276 ページにありますが、真ん中よりちょっと上の１．外来初診時から治療開始までを目途に、がん患者及びその家族が必ず一度はがん相談支援センターを訪問（必ずしも具体的な相談を伴わない。場所等の確認も含む）することができる体制を整備している。これは義務です。

２．地域の病院や在宅療養支援診療所、ホスピス・緩和ケア病棟等の診療従事者と共同して、緩和ケアにおける連携協力に関するカンファレンスを月１回程度、定期的に開催している。

この２点とも都道府県拠点病院では義務になっております。この２点につきまして、まだうちの病院では不十分だということで今回、回答しております。具体的には今回の１番の部分、必ず治療開始前までにがん相談支援センターを訪れることが義務になりましたが、まだできていません。今のところは外来化学療法室を利用している患者さんは全例行っていただいておりますが、ほかは難しいところです。

私どもの病院では今、外来の電子カルテを少し改良いたしまして、全ての治療前までのがん患者さんに関しましては、基本的には主治医から、がん相談支援センターという外来部門をつくりまして、そこに予約をしていただくことを 12 月１日から開始する予定でおります。

そうしますと、主治医がもし入れ忘れた場合でも、外来の看護師さんが代わりにがん相談支援センター外来に予約を入れることによって、あとは医療者であれば看護助手も含めて、そこに行かせることは、例えば内科の患者さんを泌尿器科に行かせるとか、逆に脳外科の患者さんを整形外科に行かせることは普通にやっていましたので、それでうまくいくんじゃないかと。

また最後に会計担当の事務課がチェックできますので、そういうシステムを構築していることを電カル上はできておりまして、あとは12月1日からそれを開始する予定で、院内に対してこれから周知を図っていくことで、クリアできるのかなと考えております。

また２番目の在宅療養、ホスピス・緩和ケアに関しての地域連携のカンファレンスをやることに関しましては、実は新型コロナの前まではある程度できておりまして、今までの既存のホスピスの年４回から６回程度やっておりました研修会に、私どもも一緒に合同で参加するようになりました。それで年間４回から６回。あとは別のカンファのための研究会を年４回やっておりましたので、そこにプラス、新たに連携のためのカンファレンスを４回やる予定でいて、大体年間10回から14回程度今まで行われてきたんですが、新型コロナにより､残念なことに既存の２つの研究会･研修会が止まってしまったものですから、琉大病院で主催している年４回のものしかできていないということがありましたので、なかなか新型コロナが完全に収束が難しいだろうということで、うちが主催していた研修会を今年度からは年６回に増やしまして、来年度からは毎月やるような方向で少し関係各所と調整を図っているところです。

なので一応クリアできそうだと。ただ、ほかの病院でも多々、ここは難しいと、特に人の配置等が難しいと昔から聞いておりますので、ここで共有できればと思います。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。準備はしていると。特にがん患者さん全員がしっかり相談支援センターを訪れるというところが、どうやって患者さんに知らせるか、主治医にわかってもらうかということになっております。

がんがやはりこの分野で患者支援という意味では一番進んでいることになっているわけですけれども、例えば循環器や脳卒中患者についても、このように相談支援センターをまず訪問して話を聞くという体制を整備せよということで進んできていますので、将来的に

はほかの難病も含めて、病院に来られた方全員が、拠点と言われているところの場合は、必ずそのような支援センターを訪れる必要があるというふうになってくるかなと思います。

この点、がんで進んでいて、がんの中で職員を置けとなっていますけど、どちらかというと将来的にはワンストップ、相談支援センターに行って、あなたはがんだから、こっちの担当者ですねみたいな形に将来はなるべきかなと思っていますが、そうすると人の問題もある程度解決してくるのかなという感じはしますが、まだまだがんが進んでいて、ほかがまだ遅れておりますので、いい手本をしっかり我々でつくっていくことが大事かなと考えております。

いかがでしょうか。ご質問、ご意見はよろしいでしょうか。

○増田昌人委員

入院のところでは、人数が極めて難しい、いろいろな人員の配置ですとか、それは大丈夫だったんでしょうか。幹事会のときはいろいろ大変だということで、何とかなりそうのようなことは、皆さん方が…。

○大屋祐輔議長

ソーシャルワーカーの人と看護師さんが中心になる案件ではあろうと思うんですけれど、それぞれおられるので、それは増員しないといけないみたいな話でしょう。

ただ、今お話を申し上げたように、多くの疾患で相談支援に乗るというのが病院の役割になってきますので、長期的な目から見ると院長先生は多少覚悟しないといけないのかなと。もちろん、これは患者さんのためということでありますので、電気代で苦労されているところはありますけれども、ちょっと次元が違う話なのでしっかりと取り組んでいただきたい…。

○増田昌人委員

各病院に報告していただくようにお願いはしている。

○大屋祐輔議長

そうですか。では、すみません。各病院、ご苦労されているかと思うんですが、整備状況といいましょうか。人員の配置なり相談支援体制が今後どうなっていくかということで、

拠点病院のほうからご報告をいただければと思いますが、那覇市立病院、よろしくお願いします。

○宮里浩委員（那覇市立病院　副院長）

那覇市立病院の宮里です。本日は院長が出張中で私のほうでお答えさせていただきます。

多分、増田先生からのご要望は、今の相談支援だけではなくて、人的な配置のこと全般だと思うんですけど、そこに関しては今回、大幅な改訂でかなり厳しくなるということがあったので、特に気になるのは専従とか専任とかいうところの、医師はある程度計画的にできるんですけれども、放射線の技師さんとか、あるいはそれ以外の職種のところはチェックをして、いわゆる当直業務に関して、それが入ると専従要件にどうなのかとか、そういうところも一応、Ｑ＆Ａを確認しながら準備をして、それに併せて充足するしかないので、そういう体制を取っています。

それから、今回の届け出を出した後に、県のほうから診療実績に関しての問い合わせがあって、薬物療法の患者数の算定の仕方とか、がん診療をしている地域の診療実績に関して、計算方法が少し微妙に変わったということがあって、特に薬物療法に関しては内服とかレジメンの変更とかのどこに含めるか。要するに、年度の新患とか新レジメンだけを対象にするということがあったので、ここは急きょ数を数え直して、ぎりぎり間に合ったという苦労があったと思います。

それから、二次医療圏の診療実績に関しては、ここの算定の仕方もよくわからないんですけど、がん登録を見ると、うちのところは 2019 年で県全体で 8.7%の診療実績があるんですが、厚労省から与えられたデータと数式を使うと、二次医療圏で 6.9%という訳のわからない数値になるので、その辺がどういうことを根拠にそれを求めているかというのが、もし増田先生のほうでわかれば教えていただきたいんですけれども。

○増田昌人委員

私もよくわからないです。ただ、それは一般的には診療病院と地域拠点を分けるための話とか、もう１つは、同じ二次医療圏に複数の拠点病院があった場合に、そこの指定のときにちょっと使うとか、そういったことだと思いますので、一般的には各二次医療圏に１つの場合は、それをもって何か使うということにはならないかと。運用上はそうだと思います。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。

次は中部病院でよろしいですか。お願いいたします。

○戸板孝文委員（沖縄県立中部病院　放射線科副部長）

本日はZoomのほうで血液腫瘍内科の吉田医師が入っておりますので、吉田のほうから報告をさせていただきます。よろしくお願いします。

○吉田幸生（沖縄県立中部病院　血液腫瘍内科）

院長の代理で私のほうから説明させていただきます。

まず人員の配置につきましては、当院では現時点では問題なく充足しております。

続いて指定要件で未充足の点が２点ありまして、まず１点目は、がん相談支援センターにおいて必要に応じてオンラインでの相談を受け付けるなど、情報通信技術等も活用しているという点が未充足になっておりまして、現在、がん相談支援センターでは、対面または電話での相談対応を行っておりまして、Zoomなどの情報通信技術の整備は行っているんですけれども、ホームページ等でのアナウンスを行っていないのが現状でありまして、今後、ホームページ上でZoom等での面談も対応可能であるということを周知して、利用しやすいような状況を今年度中に整備していく予定であります。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。ある程度対応されておりますＩＣＴを利用して、さらに進めるということだったと思います。

それでは、宮古病院のほうからお願いしてよろしいでしょうか。

○松村敏信委員（県立宮古病院　外科部長）

宮古病院の松村と申しますけれども、今日は院長が会議のほうで欠席しておりますので、代理で状況についてご報告します。

宮古病院の現況届については、チェックいたしましたところ、指定項目は全て出たということで出しました。出しましたが、県のほうからの問い合わせで、「緩和ケア研修会は年

度内に１回、共同でも」ということだった思うんですけれども、その年度内のカウントが１月から 12 月なのか、４月から３月なのかがはっきりしませんでした。当院では２月に開催しておりますので、今年はもう２回目は要らないだろうと思っていましたけれども、県のほうからもう一度やってもらわないと困るということでしたけれども、12 月にそれを予定しております。でも、これは年度に１回というカウントが、１月から 12 月までと僕は理解しておりますので、これも調整さ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。対応をいただいているということで。

次に北部地区医師会病院のほうからお願いいたします。

○諸喜田林委員（北部地区医師会病院　病院長）

北部地区医師会病院は、指定要件は一応クリアしていまして、緩和ケア研修会も先月終了しました。ただドクターの数はやっぱりどうしても足りなくて、特に緩和ケアに関する医師の専従度というか、その辺がぎりぎりなので、今後はその辺をできるだけ厚くしていかないといけないかなというのと、あと相談員の数は一応足りているんですけれども、もうちょっと増やしたいんですけれども、募集してもなかなか人材が集まらないというのが地域的に少し課題かなと思います。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。最後に八重山病院からお願いいたします。

○石田浩子委員（沖縄県立八重山病院　副院長）

八重山病院のほうから報告いたします。篠﨑院長が出張で不在のため、私、石田のほうでご報告いたします。

未充足要件は４点ほどございます。まず１点目が術後管理体制の一環としての手術部位感染に関するサーベイランスの実施がまだできておりません。これに関しては、今の体制では部位感染に関するサーベイランスの実施が困難ということで、人員配置を含めた実施体制の構築が必要と考えており、次年度以降、実施に向けて人事のほうとも対応していきたいと考えております。

残り３点のほうは、がん患者の自殺リスクに対し院内で共通したフローを使用し、対応方法や関係機関との連携について明確にしているという点と、がん患者の自殺リスクに対し、対応方法や関係機関との連携について、関係職種と情報共有を行う体制を構築しているという、この２点が、現在、関係職種と連携して対応は行っているんですが、対応方法や情報共有の図り方について、体制が明確化されていない部分が一部あるというところで、年度内を目途にその準備をいたしたいと思っております。

最後に、院内の看護師を対象としてのがん看護に関する総合的な研修というところで、化学療法や緩和ケアなど、それぞれのテーマに関する研修会の実施はありますが、総合的な研修計画ができていないところもありますので、これもまた次年度に取り組んでいけるように体制を整えているところです。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。各病院とも準備をいただいているということだったと思いますが、情報交換しながら、沖縄県全体でしっかり取り組めるようにやっていきたいと思います。

ただいまのご報告等でご質問、ご意見はございますか。

私は国の医療計画関係に関わっているんですけれども、改めて思ったことは、医療はやっぱり二次医療圏単位でしっかりやっていくことが非常に重要であるということを国もしっかり強調していますし、それをベースに、いろいろな地域医療構想なり、医師配置なり、いろいろなものがつくられていますので、そういう面で各二次医療圏に１つずつ、今地域の拠点病院がありますので、そこがその地域の連絡の中心となって、さまざまな対策を進めていただければと考えております。よろしくお願いいたします。

それでは次に移ります。３．働き盛り世代のがん死についての調査結果及び提案についてということで、これは以前、医師会の安里会長より、働き盛り世代はどうなんだというようなご質問を受けましたので、今回、がんセンターの増田のほうで少し資料を整えさせていただいております。どうぞよろしくお願いいたします。

３.働き盛り世代のがん死についての調査結果及び提案について

○増田昌人委員

iPad の別のフォルダーに入っているものですから、一番上の iPad を最初のページにし

ていただけますとありがたいんですが、一番左の矢印をタッチしていただくと初期ページに戻りますので、それで改めて資料 10 をタッチしていただきますと、２枚の資料に当たるかと思います。

前回、安里会長から、例えば生活習慣病等も含めて、ここの部分がなかなか沖縄県は課題だということもありまして、がん医療はどうなんだということがありましたので少し調べてまいりました。がんの場合は 40 歳から 65 歳、ないしはここら辺の世代を切り出した正確なデータというのが公表されておりません。基本的には評価のためにも死亡率と罹患率と５年生存率で評価するのが基本ですので、ここの部分を持ってまいりました。

死亡率に関しましても、40 歳から 65 歳の働き盛り世代のところだけ正式な公表データはなく、今回、福井大学の公衆衛生教室等で開発しましたソフトを使わせていただいて計算をしました。今日は全て全国順位だけを持ってきております。なので、絶対値としては持ってきてまいりませんが、47 都道府県上での順位ということで、ある程度の傾向がつかめるかと思います。

ここにありますように、2004 年～2016 年にかけての３年刻みの死亡率では、男性が大体 35～40 歳の間ぐらい。女性が大体この程度で、2010 年以降に悪くなってきているということがあります。ただ、この傾向自体は、全年例で見た場合の死亡率と同じような感じです。

次に罹患率なんですが、まさに罹患率は全く公表データがなく、それに関する対応が今のところはできないものです。ただ、ある程度の傾向に関していえば、非常に乱暴なやり方なんですが、各年代ごとの罹患率を単純に加えて、それである程度の順位は出しています。この順位は、おおよその順位となっております。ここにありますように罹患率では、この５年、10 年でいいますと、沖縄県はちょっとずつ悪くなってきています。ただ、これもある程度、全年齢での罹患率の悪化傾向と、そんなに変わらないのかなという気はいたします。

３番目の５年生存率に関しましては全く公表データがなく、さすがにここだと、そういう乱暴なやり方も通じないものですから、全年齢での５年生存率を出しておりまして、今のところは、ここにある状況になっております。トータルで言いますと、この年代のがんに関するデータは、全年齢のデータと大体同じような傾向を示しておりますというのが、結論かと思います。

１枚めくっていただきまして、幹事会でも少し意見を戦わせましたが、基本的にはもちろん罹患率に関しての全国順位が低下していることはしっかり注意していかないといけな

いのですが、ただ、この年代に特化して注力する必要はなく、本当に今までどおり全体を対象として、予防検診も県や市町村マターだと思いますが、全年齢を対象に地道な対策が引き続き必要であるということで、特別、協議会で、ここで何か介入するということは必要ないのではないかという意見の集約を見ました。私からは以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございました。死亡率等、ここに挙がっていることから考えると、全年齢とほぼ一緒ではあるということになるかと思います。罹患率等がどんどん順位が落ちてきていたり、死亡率も順位が落ちてきていますので、全体で沖縄県としてしっかり、こういう面では長寿復活でいろいろやっておりますけれども、改めてしっかり取り組む必要があると。

これは医療関係、病院を中心とした連携の協議会でございますので、予防という観点からいくと、必ずしもこの会が役割をいただいているものではないということになりますけれども、連携して発信はしていかない。国でも沖縄県でも多分、がん対策をやっている部署と予防をやっている部署は別なので、そういう面で我々が縦切りになったらいけないんですけれども、連絡を取りながら連携をしっかりやっていくということで、この協議会としては、全年齢と同じような形で進めていくと。ただ、検診等、そして検診後の再精査、沖縄県は受診率が非常に悪いですので、そこら辺は我々としてもしっかり取り組んでいくべきで、情報発信をしていくということでいいかなと思う。

いかがでしょうか、この件についてよろしいですか。また安里会長のほうにはお伝えしておきます。

どうぞ。

○宮里浩委員（那覇市立病院　副院長）

宮里です。ちょっと補足なんですけれども、確かに全体を見ると全年齢と同様の傾向なんですけど、安里先生がおっしゃっていたのは、働き盛り世代というのは、ここでがんになると就労支援が大事になるので、そこに関してはこの協議会で一応は頭の中に置いていたほうがよろしいかと思います。

○大屋祐輔議長

そうですね。就労支援の部分は、今度の指定要件でも強化すべきというふうになっておりますので、しっかりやっていくようにいたしたいと思います。

この前半部分で最後になりますけれども、４．膵臓がんの早期発見に対する調査結果及び提案についてということで、この内容も増田のほうからご報告をお願いいたします。

４.膵臓がんの早期発見に対する調査結果及び提案について

〇増田昌人委員

元の iPad の資料に戻っていただけますでしょうか。資料 11、278 ページをお開けください。

前回、患者委員を中心に膵臓がんの尾道方式に基づいて早期発見者に対するアプローチをしていくことをこの協議会で検討してはどうかというご提案もありましたので、データの確認と、あとは幹事会でも話し合わせていただきました。

その結果が２枚のスライドなんですが、１枚目がデータの現状についてです。ここには全部で５つのデータを持ってきております。具体的には年齢調整死亡率、罹患率、進展度ですので、これは全国がん登録によります進行の具合。４つ目が全国がん登録によります５年生存率。一番最後が院内がん登録によります拠点病院、沖縄３病院と全国の 400 程度の拠点病院の５年生存率を比較しております。

まずは年齢調整死亡率に関しましては、沖縄県はかなり低いということで、全国では総合で２位、男性３位、女性４位、これはいいほうからなんですが、ということで最も低いグループです。罹患率に関しましては、男女とも、もちろん合計も含めて一番罹患が少ない県だということです。進展度に関しましては、全国の限局が 17％で、沖縄県が 11.8％ですので、全国よりは進行して、早期発見が少ない傾向はあるかと思います。５年生存率でいいますと、全国がん登録の日本平均と沖縄県の平均は同等の成績ではないかと思います。また、拠点病院の５年生存率も大きな差は出ないと。括弧にしてありますが、ちょっとｎが少なくて、よく出ているということがありますので、それ以外も大体同じような傾向ではないかと思います。

ということで１枚めくっていただきますと、さらに尾道方式に関して、早期発見を県全体で取り組むかということに関して、それぞれ５人、５人ほどの消化器内科及び消化器外科、特にこれは膵臓をメインにお仕事をされている先生方に直接電話でお伺いしたところ、皆さん異口同音に尾道方式はやりたいと。ただ、現状としては予算やマンパワーの面から、

膵がんを専門にしている医師たちが手弁当で尾道方式を導入することは難しいんじゃないかと。ぜひ沖縄県、または県医師会が音頭をとって、十分な予算がつけば実現可能なのかもしれない。逆に言うと、現状においては専門家だけで頑張ってやるのは難しいので、今の現状では難しいかなというのが大体皆さんのご意見の集約でした。

あと、それを受けて幹事会でも検討いたしましたが、特に膵がんに関しては沖縄県が特にデータが悪いわけではなく、ご存じのように対策型の検診に関してのエビデンスがございません。また、腹部エコーをする実際の研修会も含めて、まだ環境が整っていない中で、協議会としてはもしスタートするのであればバックアップはしたいと思うんですけれども、現時点において私たち協議会が先頭を切って尾道方式を沖縄県に導入することに関しては、ちょっと時期尚早なのか、もうちょっと検討が必要だということで、幹事会としてはそういう意見でした。以上です。

○大屋祐輔議長

ご報告をどうもありがとうございました。

上腹部エコーで嚢胞性の疾患を見つけておいて、将来がんになっていくとか、そういうものを早めに診ておこうと。１回がんになってしまうと非常に手術も難しいですし、予後も悪いということで、積極的な対応というのがいいんじゃないかと言われているところではあるんですけれども、現状でエコーの技士さんたちの数とか、またこれを検診でするのであれば、保険診療でやるわけにはいかない案件となってきますので、そことのバランスですかね。

尾道の場合は尾道市が金を出しているという話ですので、そういう面では行政への要望とか、そういうものをやっていく必要があるのかなとは思いますが、まずは市民への啓発、そして医師会、人、いろいろと相談しながら、この協議会としては、講演なり情報提供というところからスタートかなということです。

いかがでしょうか。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）

膵臓がん患者支援団体のパンキャンジャパンの島袋です。ご検討をしてくださり大変ありがとうございます。感謝しております。

早期発見率に関しましても、ワースト１ではなかったというデータも非常に助かりまし

た。ありがとうございます。

しかし、膵臓がんはやはり厳しいがん種で、ずっと来ております。患者団体のほうでも患者さんから問い合わせがありまして、結構「膵臓がんの患者団体のくせに、なぜ早期発見率を上げるような行動を起こしていないのか」とお叱りを受けたこともあります。今後、私たち患者団体としても、沖縄の早期発見率の向上を目指して何ができるかを考えていきたいと思っております。

引き続き各施設の方々の協力、それから今おっしゃっていただきました協議会の講演をお願いしたいと思っております。今後、膵臓がんの患者さま、ご家族のために、何か取り組んでいただけることをご提示とか提案がありましたら、ぜひご教授をいただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

○大屋祐輔議長

ありがとうございました。先ほど埴岡委員からご紹介をいただいたロジックモデルからいけば、予防、検診、医療、共生、患者支援の検診のところを、まずはこの形で早期発見を進めようというようなところではないかなと思います。まだ予防についてはっきりわかってきていませんし、あとは医療のほうでも各医療機関が情報共有をしていくということだろうと思いますが、これからスタートしますので、他のがんをやっている医療者や患者団体等の好事例という表現が正しいのかどうかわかりませんけれども、「こうやったらうまくいくんだ」というところのアイデアをもらっていただいて、ということで乳がんを。

○玉城研太郎委員

非常に重要なご提言ではないかと思いますが、この尾道方式というものが検診のエビデンスレベルとしてはまだまだ低い状況だと思っております。沖縄県医師会として、まだエビデンスのない状況下で予算を投じるのはなかなか難しいのではないかと思います。ただ、やはり早期発見、早期治療、それから検診のアウトカムとしては死亡率減少というところが、まずエンドポイントだと思っております。

となりますと、これをもしやるのであれば、スタディーベースでやっていく必要があると思うんです。この尾道方式というものをスタディーとして沖縄県でやっていくというものをもし立ち上げるのであれば、これは私もＯＫなのではないか。そこでエビデンスをつくっていくことがまず大事だと思います。

乳がんにおいても全国規模で行われましたJ-STARTというものがございまして、これは７万人規模、私が東北大学時代にやらせていただいた研究ですが、こういうふうにエビデンスをつくっていくという作業が必要になるかと思いますので、またこの辺も医師会を含めて一緒に検討させ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。検診については、患者さんから言えば「うまく見つかってよかった」となりますし、検診を受けていなかった人は、「ああ、もうこれで早期発見できなかったから残念だった」となってしまうんですけど、本当にマスで、全体でその地域なりでやっていったときに、必ずしも「この検診をしたことで死亡率が落ちたよ」ということは、なかなか出ないということがあるんですね。そういう意味で、なかなか行政等が金を出したりしてくれないケースが多いということはあります。

ただ、いわゆる啓発だったりとか、そういうふうな検査をする医療者、技師さんの技能向上というところは、皆さん医療者としては前向きに取り組むことじゃないかなと思っておりますので、そういうところから医師会と協力しながら情報提供等をやっていければと思いますので、それは少し進めたいと思います。

どうぞ。

○天野慎介委員

今の委員のご指摘に関連して、今、国のがん対策推進協議会では第４期がん対策推進基本計画が策定されておりますが、協議会の議論を拝聴していると、やはり同じように尾道方式を検討してはどうかという意見があって、研究ベースでまずエビデンスをつくることが必要だというご指摘があったと承知しておりますので、研究ベース的には、まず始めてみるということは、今の委員のご指摘のように十分あり得る対応かと思いましたので付け加えさせていただきます。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した。ある意味、全国での検討も進んでいくということのようです。

少し早めに進んでいたので、次のテーマということで、ここまでやったら結局、延びてしまいました。

それでは今から40分まで休憩としたいと思います。また15時40分から再スタートしますのでよろしくお願いいたします。

（休憩）

○大屋祐輔議長

それでは時間となりましたので、後半の部を始めたいと思います。報告事項へ移ります。最初は患者会よりの報告ということで、田盛委員から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。

報告事項

１.患者会よりの報告

(1)田盛委員報告

○田盛亜紀子委員（やいまゆんたく会（八重山のがん患者を支援する会）　会長）

皆さん、お疲れさまです。資料の280ページは活動報告として事務局に提出したものが掲載されているんですけども、本日は口頭で説明したいと思います。よろしくお願いいたします。

2012年４月に八重山のがん患者を支援することを目的に設立されたがん患者会です。今年11年目を迎えました。コロナ禍の影響で２年半にわたり活動を休止してきましたが、本年７月に再スタートをいたしました。長期の休会で会員の士気の低下が大きく、スタートの手始めに楽しく活動ができることとして、８月に帯バッグの制作販売をボランティア価格で行いまして、その販売で得た利益の全てを社会福祉協議会に寄贈いたしました。ちょうど得た金額、利益でお米30袋を寄贈しまして、今、こども食堂というのが大変はやっていますよね。このこども食堂と、あと小さなお子さんを抱えてご苦労なさっているお母さま方に配布しましたらすぐなくなったそうです。

今回、第２回目としまして、来る26日にまた２回目のボランティア価格での販売会を進めるために、うちの副会長、黒島富士子さんと申し上げるんですけども、彼女が一手に引き受けてこのバッグを制作しているんです。これもかなりの数を今回つくりまして、26日に第２回目の帯バッグの販売会を同じようにボランティア価格で行う予定でおります。

今後、やっぱり毎月の定例会を行いまして、新たな会員の入会の促進を行いまして、コロナ禍の前の活発な会にしていきたいと思っております。一番困っておりますのが、会員さんがなかなか加入してくださらないということが悩みの種です。だから、ぜひほかの患

者会の皆さんのお知恵を拝借しまして、どのようにすれば会員さんが増えるのかということを教えていただければと思っております。

つくった商品を持ってきましたので皆さんに紹介したいと思います。これは今回つくったきれいなポスターなんですけども、ちょっと見にくいですよね。これは高価な着物帯を裁断しましてバッグをつくるんですね。ひもも付けまして、これで3,000円で、奉仕価格なんですよ。本当に生地だけでも大変と思うような価格でございます。これは私自身のものなんですが、こういうポシェットとか、ちょっとしたペンケース、もう全て一点物ですね。同じのは２点はないというような商品です。

皆さんにご紹介したいのが、カブリーナといいまして、がん治療のために髪の毛が抜け落ちてしまいますよね。そういう方のために工夫して、このような帽子をつくりました。これも副会長がつくったものなんですけども、今回、これを10枚つくりまして、必要としている方に差し上げるということで準備をしてあります。

このようにしまして、一応、私たち患者会を、以前はとても活発にしていたんですよ。ところが今は本当に呼び掛けても参加してくれない、なかなか足を運んでくれないという悩みを抱えております。以上、ご報告を申し上げます。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。コロナでどうしてもさまざまな活動がやりづらくなっている中、また復活ということでご尽力をいただいているお話でした。必ずしもがんそのものでなくても、まずは会員を増やすことからの素晴らしい取り組みではないかなと聞いておりました。どうやったらまただんだん会員が増えているかということについては、他の患者会からのアドバイス等がありましたらぜひお願いしたいなと思います。

がん相談支援センターに必ず患者さんが寄るということであれば、そこでご紹介いただけるようにパンフレットを渡していただけるようにしておくというのもひとつかなと思いましたので、これは多分、八重山病院さんのほうでいろいろ考えていただくことかもしれませんが、いろんな形があると思いますので皆さんでいろいろ工夫していただければと思います。

ご質問等はありますでしょうか。ありがとうございました。

それでは次に島袋委員のほうからご報告をお願いいたします。

(2)島袋委員報告

○島袋百代委員

ＮＰＯ法人パンキャンジャパン沖縄支部から報告させていただきます。９月と10月に早期発見の啓発セミナーを２件ほどさせていただきました。９月18日は、本来なら対面で行う予定だったんですけど、台風の影響でオンラインになってしまったのが残念でした。玉城デニー沖縄県知事からも挨拶をいただいて開催することができ、96名の方がオンラインで参加していただきました。３名の先生方に早期発見についての沖縄県の現状からどういうふうにしていったらいいかとか、遺伝子パネル検査についてもご講演をいただきました。県立宮古病院の新里先生、浦添総合病院の小橋川先生、琉球大学病院の宮里先生にご講演をいただいています。

もう１つ、10月30日に「膵臓がんの早期発見を目指して」ということで、こちらは北海道と大阪、沖縄の先生方にご登壇をいただいて行いました。こちらもオンラインだったんですけども、ちょっと少なくて50名ほどだったんですけれども、入ってきていただいて無事に終了しております。

昨日、そして11月17日が世界膵臓がんデーになっていまして、全国をライトアップでつなぐというイベントも開催しました。北海道はテレビ塔、大阪は大阪市庁舎、沖縄は琉球新報社のほうをライトアップして、パープルに染めております。膵臓がんの啓発になるかと思い、やっております。

患者さま等から感想等をいただいております。「わかりやすく勉強になりました」「膵臓がんでない患者にも使用される抗がん剤がよくわかりました」「標準治療とゲノム治療の内容と関係、ゲノム治療の現状と今後の展望、課題が簡潔に解説され、免疫療法を含めて、今後の私自身の治療を考える上で大変参考になった」など、ご感想をいただいております。以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございました。

ご質問、ご意見はいかがでしょうか。これだけのしっかりした啓発の会が行えるということですから、活動がとても今は充実されてきているかなと思って見せていただいたところですが、いかがでしょうか。沖縄県でも興味を持っている方は多いと思いますので、これからもまたこういう機会があるように、拠点、こういう連携の会でも医師会でも考えて

いきたいなと思っています。

どうぞ。

○与儀淑恵委員（ＮＰＯ乳がん患者の会　ぴんく・ぱんさぁ　代表）

ＮＰＯ乳がん患者の会、ぴんく・ぱんさぁの与儀です。今日は乳がんについて、埴岡委員、また玉城先生からもいろいろ話を伺い、ありがとうございました。

私たちは、やはりコロナで表立った活動はできなかったんですが、浦添市の私たちのリボンズハウスという拠点で相談会を設けたり、またいろいろ来られる方の対応は人数を制限し、感染対策を取りながら継続をしています。

それで12月３日なんですが、浦添市のまちづくりプランの助成金をいただきまして、ピンクリボンカーニバル in 浦添を開催します。これは浦添市のスポーツパークがイルミネーションになるんですが、ここでモニュメントをピンクにライトアップしていただき、みんなに乳がんのことを知ってもらいたい。乳がんの啓発活動もコロナ禍でなかなかできなかったんですが、サバイバーだけではなく一人でも多くの方に乳がんについて知ってもらい、そして啓発活動を身の回りの方にしていただきたいという思いを込めまして、今回、開催いたします。

浦添市長が点灯式をやってくださいます。12月３日の18時から開催いたしますので、お近くをお通りの際にはぜひ入っていただきたいと思います。１か月間、点灯をしている予定です。以上です。突然ですが、どうもありがとうございました。

○大屋祐輔議長

ありがとうございました。追加で乳がんの患者会の活動報告も併せていただきました。いかがでしょうか。ありがとうございます。

それでは次へ進ませていただきます。次は報告事項２～４ですか。増田委員から報告をお願いいたします。

２.第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会案）の進捗状況について

○増田昌人委員

前回、前々回で本協議会におきまして審議事項で検討され、方向性がついたものに関しまして、その後の進捗状況について３項目の報告をさせていただきます。今日、紙資料と

してお配りしている資料13-１、資料14、資料15の３つをそれぞれご用意いただければと思います。

まず最初に、第４次の沖縄県がん対策推進計画（当協議会案）の作成の進捗状況についてです。この協議会で第２次の沖縄県がん計画及び第３次の沖縄県がん計画の策定に先立ちまして、協議会案を都合２回、作成をして、県知事のほうに提案書という形でその当時の議長から提出をさせていただいております。

既に今現在、第４期の国のがん対策推進基本計画のものが急ピッチで、がん対策推進協議会で検討されております。先週は全体の項目及び皆さんがお持ちのものの１枚をめくっていただきまして、３ページに当たるところに基本ロジックモデルが出まして、その次から検診や医療提供体制につきまして、それぞれ個別のロジックモデルが出ております。

当協議会におきましては、既に第２次の沖縄県計画の協議会案の段階でロジックモデルを使ったものを県知事のほうに出しておりまして、今日、有識者で入っていらっしゃる埴岡先生からも14年前に「ロジックモデルでぜひ導入を」ということで、既に13年前から本格的に当協議会では、ようやく何か日本全体が追いついてきた感じもあります。

引き続き国のロジックモデルと国の分野分けが出てからと思っておりましたので、先週出ましたので、それをあくまでも参考に、ベンチマーク部会がたたき台をつくりまして、当協議会案を提出して、皆様のご審議をいただきたいと考えております。

ただ、ここら辺は天野さんもお詳しいと思いますけど、いろんな諸事情で、せっかく今回、国のほうはロジックモデルを出して検討していただいていると思うんですけど、同時に先週出ました国の計画の文章化した計画案に関しましてはかなり不十分なところが多々見られるので、やはり沖縄県は沖縄県の実情に合わせて非常にハイレベルな計画といいますか、きちんと最終アウトカム、中間アウトカムをはっきりさせて、またそれぞれのアウトカムに対する指標もきちんとくっつけた上で、そういう形の計画案をつくっていこうかなと考えているところであります。これに関しましては以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。先ほどありましたように、推進計画づくりというところで、国のほうもロジックモデルを今回は出してこられているということで、沖縄県は従来の流れでしっかり、今回の国のロジックモデルは次につくるときの参考にするということで、我々としては沖縄県がつくったものを参考に推進計画をつくっていくことになるだ

ろうということでございます。また全国的にこういう形になれば、比較できるようなデータも増えてくるし、全体としてはとてもいいことではないかなと考えております。

いかがでしょうか。ご質問、ご意見がなければ次へ移りたいと思います。増田先生、引き続き報告をお願いします。

３.医療者調査に関する進捗状況について

○増田昌人委員

では、資料14をご覧ください。これは後でお話もありますが、もともとは第３次の沖縄県のがん対策推進計画の評価のためにと思っていたものですが、７年前に引き続きまして、医療者調査の第２回をやることが本協議会で決議されましたので、その後の進捗状況につきましてご報告いたします。

１枚めくっていただきまして、医療者調査の依頼文と、実際の「医療者のみなさまへ」というＡ４の質問用紙の裏表、これは実際にはＡ３でいく予定なんですけど、今日はＡ４にしていますけど、これは案になっておりますのでご覧いただければと思います。

具体的には前回が問28までだったんですが、今回は３つ質問を加えております。一番最後の４ページ目です。赤で示しておりますが、問29.「あなたの施設では、がん患者に対する就労支援が実践されていますか」、問30.「あなたの施設では、がん医療の質の向上などに対するモニタリングとその結果のフィードバックが実践されていますか」、問31.「あなたの担当するがん患者で、新規治療開始患者のうち、がん相談支援センター（または、がんについての相談窓口）やがんピアサポートの情報を提供した症例は何パーセントぐらいですか」と。ベンチマーク部会の委員の方々からのご意見を頂戴して、この３つを新たに加えたものでいきたいと考えております。

急なので、残りの28に関しましては前回と一緒です。また、中には医療者の年齢や経験年数を聞いてもというご意見もございました。それも含めて皆様から後ほどメールでご意見を頂戴できればと思っております。

一番最初の紙に戻っていただきまして、対象は前回が3,000人弱の方にお願いをしたわけですが、今回はその程度の数、対象も前回と同じ、がん拠点病院等６施設とがん診療を行う診療施設17施設、合わせて23施設を対象にして、医師が約1,000名、看護師は約2,000名程度。これは各医療機関の在籍する医師数及び看護師と薬剤師、メディカルソーシャルワーカーの数に応じてそれぞれお願いをする予定で考えております。

また、今日は持ってまいりませんでしたが、今、出した紙の、郵送での質問とＷＥＢ上でも答えられるような形の開発を始めているところでございます。

ちなみに、関連することで言いますと、来年早々に第３回目の患者体験調査が皆様のところにまいります。私も研究班にいて、前回は私の増田小班のほうで第３次の体験調査をさせていただいたこともあって、天野さんをはじめ、全がん連には多大な協力をいただましたが、その第３回目の患者体験調査が来年、多分４月以降に具体的には入りますので、その前に終えたいと思っております。来年の年明け早々に皆さんのお手元に行くような形を想定しております。あとは委員の皆さんにはメールでいろいろご審議をいただければと考えております。ご意見があればよろしくお願いいたします。以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございました。このような形で医療者調査を行うということで、前回のものとの比較ということもありますので、大幅な変更はございません。追加項目が幾つかあるということでございます。この形で進めさせていただいて、ご意見をいただきまして、修正はしたいと思いますが、大筋、この形でよろしいでしょうか。ありがとうございます。

それでは次へ行きましょう。増田さん。

○増田昌人委員

医療者調査にぜひご協力をよろしくお願いいたします。

４．大腸がん死激減プロジェクトの進捗状況について

○増田昌人委員

次に最後なんですけど、大腸がん死激減プロジェクトに関しましては、資料15をご覧ください。

こちらは残念なことに、本来、大腸がんの死亡を激減させるためのプロジェクトですので、当然、予防・検診と医療の部分が車の両輪ということだったんですが、県も保健所も医師会も含めて新型コロナの対応に追われた２年半だったということで、関係者のご出席がなかなか難しくて、医療の部分は少し進んではいるんですけど、予防・検診のところがちょっといろんなものが頓挫している状況でありまして、その反省を基になるべく早めに体制をつくり直して整えて、対応していこうかと考えております。

詳しい説明は時間の関係上、省きますが、大腸がん相談室という形でコンサルテーションシステムがある程度、軌道に乗ってまいりまして、現在、10症例のコンサルトが来るようになってきましたので、今まではちょっと難しい症例が多かったんですが、これからは簡単な症例で、例えば比較的中規模ぐらいの病院で、１人で頑張っている外科の先生方がちょっと確認したいためにちょっと利用するとか、そういうことにもぜひ応えていきたいなと思って、今は症例のレベルが上がり過ぎている感じがあるので、１人でやっていて確証を持ちたいからちょっとだけ聞くとか、そういう症例を今後はそれもメインでやっていきたいと考えております。また進展がありましたら皆様にご報告したいと思います。

２枚めくっていただきまして、資料の４ページをご覧ください。大腸がん死激減プロジェクトのロジックモデルになっております。本来であれば、確認という意味でも最終アウトカムは大腸がんの死亡率が減少しているということで、これに対する指標としましては、年齢調整死亡率がどういうふうに変化していくかの変化率、この２つが大きな指標になっております。また、予防に関しましては中間アウトカムにありますように、大腸がんの罹患が減少している。これは二次医療圏ごとの罹患率。次に検診としましては早期診断割合が増加しているということ。そして、医療に関しましては進行度別の５年相対生存率及び病期別の５年相対生存率。これはそれぞれ院内がん登録、全国がん登録から出すことができます。

現在、問題なのは、二次医療圏ごとに出せないということがありまして、二次医療圏ごとに全国がん登録から５年相対生存率を出すことは可能ですので、また大腸がんぐらいの罹患数であれば、ある程度の正確な傾向は見つけられますので、さっき議長もお話しされましたけど、やはり二次医療圏ごとにきちんと評価をして細かい対応をすることは非常に大事だと考えておりますので、それを県のほうにまた、今までもお願いしているんですが、改めてまたお願いしたいなと考えております。

この協議会は主に医療の部分の協力を進めるところがありますが、実際には標準治療実施率、Quality Indicatorを測定して、それのフィードバックを掛けてというところがなかなかきちんとシステムができていないので、そこが今は課題かなと思っております。それ以降は今までのデータを参考のために入れておりますので、それぞれご覧ください。私からは以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございました。大腸がんについては課題もあり、対策も考えられ、実行に移したところでコロナになって、進みがまだ不十分ということでありますけれども、今後は関係者の皆さんに頑張っていただくということだろうと思います。

ご意見はいかがでしょうか。よろしくお願いします。

次は報告事項５となりますが、これは県の担当者のほうからご報告をお願いいたします。５と６でしょうか。お願いいたします。まずは５から。

５．第３次沖縄県がん対策推進計画（2018～23年）の中間評価の進捗状況について

○新垣真太郎（沖縄県保健医療部健康長寿課がん対策班）

沖縄県健康長寿課の新垣と申します。委員が欠席のため、代理でご報告だけさせていただきます。報告事項５番の資料はないので口頭でご説明させていただきます。

第３次沖縄県がん対策推進計画の中間評価の進捗状況については、今年９月に沖縄県がん対策推進計画検討会を開催しています。各委員からご意見を取りまとめて、中間評価報告書を作成、県のホームページのほうで10月末から公開をしております。概要版を作成することのご意見がありましたので、中間評価報告の概要版を作成して、同じく県のホームページのほうに公開をしております。以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。県のホームページのほうにこの中間評価が出たということでした。そこからの課題もまた取り上げながら、皆さんとこの場で話していくこともあるかと思いますが、どうぞよろしくお願いします。

では、次はがん検診についてということで、これも県と、あとは増田の両方からになっております。よろしくお願いします。では、県のほうから最初にお願いします。

６．がん検診について

○新垣真太郎（沖縄県保健医療部健康長寿課がん対策班）

では、引き続き新垣のほうからご報告させていただきます。資料は284ページをご覧ください。

がん検診については、健康増進法に基づいて、市町村が健康増進事業の１つとしてがん検診を実施しております。本資料は５つのがん種について、平成27年から令和元年までの

全国ベスト都道府県、沖縄県のがん検診受診率を求めています。県内の全41市町村受診率については参考資料として別にしております。次のページからになっております。本資料のデータの出典は地域保健健康増進事業報告からとなっております。

がん検診受診率は全国と比べおおむね同程度となっております。市町村別のがん検診受診率については、公表されている対象者数と受診者数を用いて、県健康長寿課のほうで算出した値になっております。対象がいない場合には「－」としております。また、算出に当たり、欠損値があった場合には「…」で表示させていただいております。

平成28年と27年度の間で対象者の把握方法が変更されておりまして、平成28年度には対象者把握方法を全国統一した影響で、それ以前と比べて胃がんは上昇、ほかの４種のがん検診は減少する傾向になっております。対象方法が変更になったため、平成27年度の数値と28年度以降の数値の単純比較は困難かと思っています。以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。16-２は増田さんのほうからお願いします。

○増田昌人委員

本日配付の１枚紙の資料で、青やオレンジの表があるもの、上のほうには「がん検診受診率（国民生活基礎調査)」というものをご覧ください。

県のほうから報告していただいたのは市町村がやっている対策型検診ということです。これは見てのとおりでありまして、先ほどもいろんな方がお話ししていますように、市町村ごとに分けて細かく見ていくとやっぱり頑張っている市町村とそこまででではない市町村に明確に分かれると思いますので、特に検診率が低いところに関しましてはそれぞれいろんな団体のほうで地道にアプローチを掛けていくことが必要かと思います。特に市町村マターになっているので、県が先頭を切ってということはありませんが、沖縄県の場合は、特に離島に関しましては県がだいぶ関わってくださっていると聞いておりますので、ぜひ引き続きよろしくお願いしたいと思います。

もう１つ、前回、委員の方からもご質問を受けたり、誤解が生じやすいんじゃないかというご指摘も受けましたので、１枚紙の資料は、国民生活基礎調査のほうから出てきているがん検診受診率。一般的にはこちらのデータががん検診の受診率として用いられることが多いかと思います。いろんな立場の方がいらっしゃるので裏を見ていただければと思い

ます。

国民生活基礎調査、多くの方にとっては、私がわざわざ説明するのも釈迦に説法で恐縮なんですが、検診のことだけではなく保健、医療、福祉、年金、所得などの国民生活の基礎的な事柄について調査することで、今から30年以上前から毎年実施しているものです。がん検診に関しましては、喫煙と一緒に2001年から３年に１度、調査が入っております。今はアンケート調査の結果を用いて、日本全体の検診受診率を出している状況です。

ご存じのように、市町村がやっている対策型検診と、例えば職場で行っている検診、あとは人間ドック等のことも、本来であればそういうところに全部、きちんと公的に統合する必要があるんですが、現状としてはそれが難しい。それで別の指標としてこれが使われることになります。

表に戻っていただきますとこのような形になっております。胃がん、大腸がん、肺がん。右の真ん中が私のミスで、上が乳がんで正しいんですが、下は子宮がんの間違いです。

乳がん、子宮がんに関しましては、全国平均より良くて、全国の検診受診率でいうと１桁台なんですが、左側の胃がん、大腸がん、肺がんに関しましては平均以下になっております。多少変動がありますが、大体、沖縄県はこのような状況で、長年来ているということがありますので、一応、それぞれ皆さんのほうでご確認をいただければと思います。

特にこの分野に関しましては、山形県が非常に予算や人をつぎ込んで、本当に頑張っていると。ただ、それでも一般的に欧米でいわれている７割の検診率をキープしないと、いわゆるエビデンスを持った意味が出てこないということもありますので、ぜひ皆さん、引き続きそれぞれの立場でご協力して検診率を上げていく必要があるかと思います。私からは以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございました。ただいまご報告をいただいた内容についてご質問等はございますでしょうか。

玉城先生、お願いします。

○玉城研太郎委員

これを拝見しますと、大腸がんをどうにかしないといけないと思うんですね。検診受診率もさることながら、実は未把握率が30％ぐらいあって、検診を受けていても、その後、

どうなっているかというのも全然わかっていない状況なんですね。そこまでパッケージでやっていかないと、死亡率減少効果というのも見えてこないと思います。大腸がん検診は検便検査ですのでそんなに難しくないですよね。何かいい方法はないですか。

例えば４年前に那覇市は国保健診の大腸がん無料化を、政策協定を結んでやったんですね。これも全県の市町村でそこまでお願いができないかなというところも含めてぜひ。どうにか大腸がんをやっていかないと、なかなか沖縄県のこの状況というのは改善できないと思っているんですね。

○大屋祐輔議長

ありがとうございました。大腸がん対策については先ほども少し、全体が進んでいないということもありましたので、改めて力を入れて何らかの形を、関係者で考えていくということでやっていきたいと思います。

それでは次へ移ります。北部、宮古及び八重山医療圏における疾患別対応状況ということです。これは増田委員から、よろしくお願いします。

７．北部、宮古及び八重山医療圏における疾患別対応状況について

○増田昌人委員

iPadに戻っていただきまして、資料17、290ページをお開けください。第６次及び第７次の医療計画に基づいて担当者が集まりまして医療機関の選定を行いました。それとの裏表をなすことでありまして、ある程度の集約化とともにきちんと離島・へき地における対応状況を明らかにして､なるべく地元の病院を利用していただくということに基づきまして、うちな～がんネットがんじゅう、本協議会のホームページで半年ごとに調査を行って、15のがん種につきましては公開しているというものであります。

今回、また新しい情報をここに載せておりますので、患者会の皆様方を中心に、まずは地元の診療所にかかっていただく。その上で地元の診療所から紹介状を持って地元の拠点病院を受診していただくことを徹底していただいて、そういったことの啓発活動に患者会の方々もぜひご協力をいただければと思います。まずは地元のかかりつけの先生、ないしは地元の診療所。離島でしたら診療所が１つしかありませんので、そこの診療所に行っていただき、そこで紹介状を書いていただき、地元の拠点病院、診療病院を受診していただくというルート、特に北部、宮古、八重山では啓発活動をお願いいたします。私からは以

上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございました。診療連携という意味では、今お話があったような形を進めていくということで、またそのこと自身が地域の医療の質を保つことにもなりますし、医師確保にもつながっていくと思いますのでどうぞよろしくお願いいたします。

ご質問、ご意見はございますでしょうか。

これは毎回、アップデートされることになっておりますので、また折々、見ていただければと思います。

それでは次に行きます。厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議ということで、これは増田委員からお願いします。

８．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議

(1)第81回がん対策推進協議会

(2)第82回がん対策推進協議会

(3)第20回厚生科学審議会がん登録部会

(4)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

(5)第14回がん診療提供体制のあり方に関する検討会

(6)第11回全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会

(7)第36回がん検診の在り方に関する検討会

(8)第６回がんの緩和ケアに係る部会

○増田昌人委員

本協議会におきましては、国の政策等や関係する審議会等をこの委員の皆様に伝達をして、きちんと国の方針が隅々まで行き渡るような形を取るということが１つの目的でありますので、毎回ご報告させていただきます。今日は予定の時間よりだいぶ延びておりますので、少し簡潔に申し述べたいと思います。

現在、がん対策推進協議会が81回、82回、そして先週83回が終わっておりまして、既に先ほど少し述べましたが、ロジックモデルが出てきたり、次の第４期のがん対策推進基本計画の案が文書として出ておりますので、それぞれご参考に確認していただければと思います。

また、がん登録部会でもがん登録内容の利用につきまして審議が行われておりますし、またここ５年、７年の懸案でありましたＨＰＶワクチンに関しましても、部会のほうである程度、方針が決まって、実際の推奨が改めてされるようになりましたし、またそれで受けられなかった空白といいますか、７学年分に関しましてはキャッチアップができて、お金の補助もつくようになったと、そういったことがこのワクチン部会のほうでもいわれております。

(5)のがん診療提供体制のあり方に関する検討会におきましては､本日出ました拠点病院の指定要件及びゲノムの拠点病院の指定要件、そして小児がん拠点の指定要件につきましてまとめて審議が行われたことが記載されております。

あとは全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会でも、多分、これはがん登録部会も含めて、天野委員のほうが委員をされていますので、後で天野委員のほうからコメントを出していただければと思います。

(7)(8)、がん検診のあり方に関する検討会及び緩和ケアに関する部会のほうからも、今回の指定要件の改定につきまして、検討会及び部会のほうからも要望書が出ましたので、それを含めて今回の指定要件の改定につながっていることだけご報告して、全体の会議の報告を少し簡単ではありますが、終えたいと思います。

あと、天野さんのほうから補足していただけるとありがたいです。以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございました。パーツパーツはこれまでの報告の中にある程度、含まれていたものではございますけれども、天野委員から追加して情報をいただければと思います。よろしくお願いいたします。

○天野慎介委員

がん登録部会につきましては、いわゆるがん登録推進法が成立してもう５年以上が経過しているということで、法案の改正について、論点整理を毎回行っているというところかと思います。

あとはいわゆる海外の企業に対して、海外だけじゃないですね。いわゆる民間企業に対して、どこまでがん登録データを提供すべきかということも最近は話し合われていると承知しています。

また、全ゲノム解析の推進に関する専門委員会については、全ゲノム解析は研究班が主体となって行っているわけですが、負担も非常に大きいということで、いわゆる実施組織というものを新たに国のほうでつくることになっていまして、その準備室が今年度の補正予算で予算がついたということで、今年度中に新たに準備室が立ち上がる予定になっていると聞いております。私からは以上でございます。

○大屋祐輔議長

ありがとうございました。さまざまな面でがん対策が進んできているということです。

いかがでしょうか。

もしないようでしたら、次は資料19と資料20の項目になりますが、これについては紙面報告となります。沖縄県がん患者等支援事業ですね。これはがんサポートハンドブック等を行っているものであります。

また、沖縄県地域統括相談支援センター、ピアサポート等ですね。ピアサロン等の運営、活動と。またそこの人材育成、体制づくりを行っているということでございます。ご参考にしていただければと思います。

それでは部会報告に移りたいと思います。まずは緩和ケア・在宅医療部会、笹良部会長よりご報告をお願いいたします。

紙面報告

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

部会報告事項

１．緩和ケア・在宅医療部会

○笹良剛史　緩和ケア・在宅医療部会長

緩和ケア・在宅医療部会のほうから報告させていただきます。1,551ページの資料21のほうをご覧ください。会議録が載っておりますが、内容をかいつまんでお話しさせていただきます。

緩和ケア・在宅医療部会は緩和ケアの在宅ワーキンググループと、それから教育研修グループのワーキングをつくって緩和ケアの提供について話し合いを進めております。緩和

ケアの部会のほうでは、がん対策の中で示されている痛みのスクリーニング、それから新たに診療報酬の中で、ホスピス等で痛みのモニタリングという項目が追加されておりますけれども、そういったことについて、過去にずっと沖縄県の中で協働してみんなでやってきたものを新たに見直す作業をしていて、そのスクリーニング、それからモニタリングで患者さんの心身の苦痛をしっかりと把握する体制をどのようにするかということについて話し合っております。

在宅医療部会のほうは、このコロナの影響で、非常に在宅医療の質も量も変化してまいりましたので、がん患者さんの在宅医療についてどのような問題があるのかについて、現在、アンケート調査等を行って、がん診療協議会、この緩和ケア部会としての調査をこれから進めていく予定でございます。

また、この教育研修に関しましては、これまでがん拠点病院の必須項目にもなっている緩和ケア基本研修会を継続してずっと行っておりますが、コロナの間にＷＥＢで行われることが多かったんですけども、今年から実地の集合研修という形にまた復活してまいっております。ただ、コロナの影響も見ながら、みんなで県内のがん拠点病院及び教育研修に携わっている病院を中心に連携しながら教育研修を行って、今現在の変わりつつあるがん医療に即した緩和ケアの基本的な教育を全ての医師に、関わる医師及び医療者、多職種に普及できるように連携していくということで進めております。以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございました。いかがでしょうか。ご質問等はございますでしょうか。

ないようでしたら、次に小児・ＡＹＡ部会報告を浜田部会長からお願いいたします。

２．小児・ＡＹＡ部会

○浜田聡　小児・ＡＹＡ部会長

小児・ＡＹＡ部会のほうでは、小児がんのサバイバーの方たちの20歳以降の移行医療として、長期フォローアップ外来を設立して、それと関連する部署と連携するために構築を進めているところです。血液疾患においては血液内科の先生たちとタイアップして、もうだいぶ出来上がって、整形外科の先生たちとも協力して。今後はほかの診療科との連携を随時、進めている段階です。

あともう１点は、妊孕性温存療法という大事な問題点では、銘苅委員のほうが連携施設

と協議、関連する病院はもうだいぶ研修施設として認定されて、どんどん患者さんも紹介されて、卵巣凍結保存、精子保存など、今現在進行形でやっております。以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございました。移行医療に関しましては、心臓病のほうが先行しがちで、そちらにいろいろな政治家の先生方も含めてそっちに寄ってしまってはいるものの、小児がんの長期フォローということでも非常に重要なポイントでありますので、これは関係している委員の皆様が構築中になっておりますので引き続きどうぞよろしくお願いいたします。

また、妊孕性保存療法のほうも、これが行われているという周知がいまひとつだったんですけれども、急激に広まってきておりますので、また患者さんのほうにもさっきの相談支援センターの窓口のほうでしっかりとこの情報も出していただくということで進めていただいていることと思います。

よろしいでしょうか。

ないようでしたら、次に離島・へき地部会、松村部会長からお願いいたします。

３．離島・へき地部会

○松村敏信　離島・へき地部会長

部会長の松村ですが、報告させていただきます。資料は23になります。

資料の中にありますけれども、離島・へき地部会としては、地元の島民に対して情報提供をしたいということで、先ほど報告にもありました離島における疾患別対応状況のホームページにおける公開、並びにがんサポートハンドブックにおける離島の対応状況の内容を検討いたしましてバージョンアップをさせていただいております。

あともう１つは、委員のほうから渡航費補助の際の証明書に対する文書料を無料にしてくれという嘆願書をこの協議会名で各病院に出してほしいという要望がありましたけども、文書料というのはもともと各病院が決めるものであり、協議会としてその文書を作成するのは好ましくないという結論にしております。以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございました。均てん化という意味では、いろいろ課題といいましょうか、ご苦労も多いかと存じますけれども、引き続きどうぞよろしくお願いいたします。相談等、

情報、そして患者会との連携も含めてよろしくお願いいたします。

次は情報提供・相談支援部会報告、大久保副部会長からの報告をお願いいたします。

４．情報提供・相談支援部会

○大久保礼子　情報提供・相談支援部会副部会長

本日は部会長が欠席のため、代理で副部会長のほうからご報告いたします。資料は24、令和４年７月開催の部会議事要旨となります。ご参照ください。

がん相談件数や患者サロンの開催について報告をしております。各病院での実施内容を報告しております。相談件数については各病院ともに大きな変動はありません。内容については不安・精神的苦痛への対応や家族と疎遠だったり、本人への告知に対する意向の違いや療養方針の違い、意向の違いなどを了とした患者・家族間のコミュニケーションに関すること、あと在宅緩和ケアやホスピスなどの療養に関する相談が多い傾向が報告されています。

患者サロンの開催につきましては、各拠点病院でコロナ禍のため、少し対面での実施ができない状況が続いておりましたけれども、感染対策を講じながら対面での開催が再開されつつある状況です。

会には地域統括相談支援センター所属のピアサポーターの参加や地域の患者会から講師としてのご協力を得ながら開催されています。また、地域統括相談支援センターの開催するオンラインゆんたく会の場にがん相談員が参加するなどして、運営に関しては相互協力をしながら実施しています。

議題としましては、インターネット環境を用いたがん相談の実施について主に検討しています。相談員も含めて、オンライン環境の活用能力について個人差があることについては念頭に置きつつ、従来の対面と電話相談と同様、相談方法の１つの選択肢としてしっかり対応できるよう準備を進めるという意向でまとまっております。

各病院では家族面談やカンファレンスなどでオンラインでの面談自体は可能な環境が整ってきていますので、院内のＷＥＢ環境を活用しつつ、特に他院の患者さんからオンライン相談を受け付ける際のルート整備などが課題となっておりますので、このあたりは次回の部会でも引き続き検討する予定です。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。患者支援は先ほどからたびたび出てきていますけれども、より充実した方向へ進もうと、全国でその方向で進んでいると理解しております。

また、非常に貴重なインターネット環境を用いたがん相談ということでの課題等のお話をいただきました。確かに各施設ごとに違うやり方でやり、各施設ごとにもなかなか難しい、うまくいったりいかなかったりということがあるので、ある程度、関係者の皆さんが知恵を出し合って、共通のやり方やシステムができていくのは本当にいいことではないかと思いました。ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

５.ベンチマーク部会 今回は報告なし

６.医療部会 今回は報告なし

○大屋祐輔議長

あと、ベンチマーク部会と医療部会については、今回は報告はないということでございます。以上、部会報告について、全体を通じて何かご意見、ご質問はございますでしょうか。

青木先生、どうぞ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）

最後に申し訳ないですが､大学産婦人科の青木と申します｡子宮頸がんの予防ワクチン、ＨＰＶワクチンなんですが、ずっと積極的勧奨が止まっていまして、この４月から勧奨が再開になったんですが、なかなか接種率が上がってこないという問題がありまして、コロナのまん延等があって、それぞれの自治体がお忙しくて周知がなかなかうまくいかなかったんじゃないかと思うんですが、我々も研修会等を開いて、自治体の方とか、あと医療関係者、それから看護学校の学生さんとか、その辺に周知して、ようやく今度、うるま市から「うちのほうで研修会をやってください」とかそういった反応が出てきました。

ですから、今日、参加をいただいている皆さんも地元に戻られたら、ぜひ自治体のほうに働き掛けていただいて、接種率が上がるようにぜひご協力をいただけたらと思います。お時間いただきまして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した。各ワクチン等も、検診等も含めて、市町村単位ということで、いかにも身近でよさげには見えるんですけれども、そこの差がどうしても出てきてしまいますので、そこは我々のような医療者の連携でしっかり行政にも働き掛けるということで、均てん化といいましょうか、どこでも同じような保健医療をして、さまざまな支援が得られるようにしていくことも大事かなと思います。

それでは今日はこれで終えたいと思います。次回は先ほどありましたように、２月になっていたと思います。それでは今日はご参加をどうもありがとうございました。

資料４

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

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

令和4年度 沖縄県がん診療連携協議会幹事会委員一覧

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

沖縄県がん診療連携協議会委員名簿（案）

2023/1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
榮　昌美	沖縄県保健医療部健康長寿課		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	婦人科部長	地域がん診療連携拠点病院
朝川　恵利	沖縄県立宮古病院	がん専門看護師	**地域がん診療病院**
酒井　達也	沖縄県立八重山病院	地域診療科医師	地域がん診療病院
野里　栄治	北部地区医師会病院	医局長/外科外来医長	地域がん診療病院
久志　一朗	国立病院機構沖縄病院	緩和医療科医長	緩和ケア研修会開催病院
新里　誠一郎	浦添総合病院	緩和ケアセンター長	緩和ケア研修会開催病院
笹良　剛史	豊見城中央病院	麻酔科部長	緩和ケア研修会開催病院
西原　実	ハートライフ病院	副院長	緩和ケア研修会開催病院
林　正樹	中頭病院	血液腫瘍内科部長	緩和ケア研修会開催病院
友利　健彦	沖縄赤十字病院	第二外科副部長	緩和ケア研修会開催病院
新屋　洋平	西崎病院	総合診療科　在宅・緩和ケア	
神山　佳之	南部医療センター・こども医療センター	地域医療科副部長	緩和ケア研修会開催病院
増田　昌人	琉球大学病院	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

緩和ケア・在宅医療部会　在宅ワーキング

氏名	所属	役職	備考
金城　隆展	琉大病院地域医療部	臨床倫理士	都道府県がん診療連携拠点病院
長野　宏昭	沖縄県立中部病院	呼吸器内科医師	地域がん診療連携拠点病院
東恩納　貴子	那覇市立病院	看護師	地域がん診療連携拠点病院
金城　美奈子	沖縄県立宮古病院	地域連携室がん相談員副師長	**地域がん診療病院**
屋比久　倫子	沖縄県立八重山病院	地域連携室看護師	地域がん診療病院
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	友愛会豊見城中央病院
喜納　美津男	きなクリニック	院長	きなクリニック
宮城　愛子	沖縄セントラル病院	訪問看護認定看護師	訪問看護ステーションはえばる
德盛　裕元	すまいるサポート株式会社	代表取締役	すまいるサポート株式会社
新屋　洋平	西崎病院	総合診療科　在宅・緩和ケア	
高江洲　あやこ	那覇市医師会	ＭＳＷ	
崎　辰子	那覇市役所	ちゃーがんじゅう課　副参事	
仲門　文子	沖縄県介護支援専門員協会	理事	
増田　昌人	琉球大学病院	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

小児・AYA部会

氏名	所属	役職	備考
浜田　聡	琉球大学病院	小児科講師	都道府県がん診療連携拠点病院
森島　聡子	琉球大学病院	第二内科准教授	都道府県がん診療連携拠点病院
銘苅　桂子	琉球大学病院	周産母子センター教授	都道府県がん診療連携拠点病院
當銘　保則	琉球大学病院	整形学科学講座准教授	都道府県がん診療連携拠点病院
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
屋 宜 孟	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	小児血液・腫瘍内科　医長	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
山本 真充	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	小児専門看護師	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	友愛医療センター
銘苅　桂子	琉球大学病院	周産母子センター教授	都道府県がん診療連携拠点病院
平敷　千晶	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
比嘉　猛	南部医療センター・こども医療センター	小児科　部長	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
阿部　典恵	中頭病院	乳腺科　医長	中頭病院
安次嶺　宏哉	沖縄協同病院	腫瘍内科	沖縄協同病院
當銘　保則	琉球大学病院	整形外科講座　准教授	都道府県がん診療連携拠点病院
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
長嶺　英樹	琉球大学病院	脳神経外科　助教	都道府県がん診療連携拠点病院
仲地　佐和子	琉球大学病院	第二内科　助教	都道府県がん診療連携拠点病院
浜田　聡	琉球大学病院	小児科　講師	都道府県がん診療連携拠点病院
赤嶺　こずえ	琉球大学病院	周産母子センター　助教	都道府県がん診療連携拠点病院
外間　早紀子	沖縄県	保健医療部健康長寿課　主査	
増田　昌人	琉球大学病院がんセンター	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

小児・AYA部会　小児がん相談支援マニュアルワーキング

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

離島・へき地部会

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

情報提供・相談支援部会

氏名	所属	役職	備考
大久保　礼子	琉球大学病院がんセンター	医療ソーシャルワーカー	都道府県がん診療連携拠点病院
友利　晃子	琉球大学病院がんセンター	医療ソーシャルワーカー	
玉城　佐笑美	沖縄県立中部病院	連携室看護師□	地域がん診療連携拠点病院
仲宗根　恵美	那覇市立病院	医療ソーシャルワーカー	地域がん診療連携拠点病院
糸数　真理子	那覇市立病院	医療ソーシャルワーカー	
伊禮　智則	那覇市立病院	医療ソーシャルワーカー	
金城　美奈子	沖縄県立宮古病院	地域連携室看護師	**地域がん診療病院**
岩崎　奈々子	沖縄県立八重山病院	地域連携室看護師	地域がん診療病院
仲村渠　美奈子	北部地区医師会病院	医療ソーシャルワーカー	地域がん診療病院
上原　弘美	友愛医療センター	相談員	友愛医療センター
冨里　果林	南部医療センター・こども医療センター	社会福祉士	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
小波津　真紀子	沖縄県保健医療部健康長寿課	主査	沖縄県
島袋　百代	パンキャンジャパン沖縄アフェリエート	支部長	患者関係者
調整中	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
天野　慎介	全国がん患者団体連合会	理事長	
井岡　亜希子	まるレディースクリニック	院長	
伊藤　ゆり	大阪医科薬科大学医学研究支援センター 医療統計室	室長・准教授	
埴岡　健一	国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科	教授	
東　尚弘	国立がん研究センターがん対策研究所がん登録センター	センター長	
平田　哲生	琉球大学病院診療情報管理センター	センター長・特命教授	都道府県がん診療連携拠点病院
調整中			患者関係者
調整中			患者関係者
伊佐　奈々	琉球大学病院がんセンター	診療情報管理士	都道府県がん診療連携拠点病院
増田　昌人	琉球大学病院がんセンター	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

ベンチマーク部会　がん登録ワーキング

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

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

資料５

●令和 5 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 5 年 5 月 12 日（金）14:00～17:00	大会議室	
第２回	令和 5 年 8 月 4 日（金）　14:00～17:00	大会議室	
第３回	令和 5 年 11 月 10 日（金）14:00～17:00	大会議室	
第４回	令和 6 年 2 月 2 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 5 年 4 月 10 日（月）14:00～17:00	大会議室	
第２回	令和 5 年 7 月 3 日（月）　14:00～17:00	大学院セミナー室	
第３回	令和 5 年 10 月 2 日（月）14:00～17:00	小会議室	
第４回	令和 6 年 1 月 15 日（月）14:00～17:00	大会議室	

資料６

沖縄県がん診療連携協議会

沖縄県のがん対策関連データアップデート

2023年2月3日

国際医療福祉大学大学院　教授

埴岡健一

趣旨

■沖縄県のがん対策に関連したいくつかのトピックに関するデータを紹介する。

■①寿命（平均余命）とがん要因度

■②罹患率と年齢階級別罹患率

■③進行度（早期発見率）

■④超過死亡数と、がんの超過死亡数（新型コロナ感染症関連）

■①～④に特に関連性はない。地域のがん対策を考える上で、何か有益なデータが含まれていれば幸いである。

■これまで提供したデータ集と併せて分析していただきたい。

①寿命とがん要因度

危機感

NHK NEWS WEB

沖縄 NEWS WEB

沖縄県民の平均寿命 女性が１６位 男性が４３位に後退

12月23日　17時40分



沖縄県民の平均寿命の都道府県別の順位は、女性が７位から１６位に、男性が３６位から４３位に後退したことが厚生労働省の調査で分かりました。

厚生労働省は５年に１度、都道府県ごとの平均寿命を調査していて、おととし（令和２年）の結果を２３日、公表しました。

071

出典：NHKウェブサイト

県のコメント

【県の保健医療部長が会見】

■都道府県別の平均寿命の発表を受けて、県の糸数公 保健医療部長が急きょ、記者会見を行いました。

■糸数部長の説明では、県としては今回の結果は、飲酒やそれに伴う食事などが原因による糖尿病や肝疾患による合併症での死亡率が高い状況にあることが背景にあると分析しています。

■このため、糸数部長は「平均寿命を延ばすため、働き盛り世代の対策が重要で、企業が従業員の健康づくりに取り組む施策を推進し、生活習慣病の発症と重症化の予防に向けて取り組んでいきたい」と話していました。

072

出典：NHKウェブサイト

医師会のコメント

【沖縄県医師会がコメント】

■沖縄県医師会はコメントを発表しました。

■それによりますと「男女とも今回も順位を下げる残念な結果となっております。この要因には、働き盛り世代における年齢調整死亡率が全国よりも高い状況にあることが示されております。長寿県復活のためには、働き盛り世代の健康・死亡率の改善を行うことが喫緊の課題であります。働き盛り世代の死亡割合は高く、死亡原因の１位は高血圧関連疾患（脳内出血、急性心筋梗塞、くも膜下出血など）で、その改善が最重要であります。また、自殺対策、大腸がん対策、女性特有のがん対策、肺がん対策、アルコール性肝疾患対策も重要な課題であります。沖縄県医師会では、平成２９年より『６５歳未満健康・死亡率改善プロジェクト』を立ち上げ、上記課題のうち、『高血圧対策』を重点課題に定め、沖縄県や関係団体と密な連携を図り、実践的かつ効果的な取り組みを実行しています。今回の結果を受け、本プロジェクトを加速・強化させるとともに、県民が自身の健康増進に能動的に取り組んでいただくための取り組みにも一層取り組んでまいります」としています。

073

出典：NHKウェブサイト

平均寿命の年次推移（男）（上）

（単位：年）

順位	昭和60年(1985)		順位	平成7年(1995)		順位	平成17年(2005)		順位	平成27年(2015)		順位	令和2年(2020)	
	都道府県	平均寿命		都道府県	平均寿命		都道府県	平均寿命		都道府県	平均寿命		都道府県	平均寿命
	全　国	74.95		全　国	76.70 (76.72)		全　国	78.79		全　国	80.77		全　国	81.49
1	沖　縄	76.34	1	長　野	78.08	1	長　野	79.84	1	滋　賀	81.78	1	滋　賀	82.73
2	長　野	75.91	2	福　井	77.51	2	滋　賀	79.60	2	長　野	81.75	2	長　野	82.68
3	福　井	75.64	3	熊　本	77.31	3	神奈川	79.52	3	京　都	81.40	3	奈　良	82.40
4	香　川	75.61	4	沖　縄	77.22	4	福　井	79.47	4	奈　良	81.36	4	京　都	82.24
5	東　京	75.60	5	静　岡	77.22	5	東　京	79.36	5	神奈川	81.32	5	神奈川	82.04
6	神奈川	75.59	6	神奈川	77.20	6	静　岡	79.35	6	福　井	81.27	6	石　川	82.00
7	岐　阜	75.53	7	岐　阜	77.17	7	京　都	79.34	7	熊　本	81.22	7	福　井	81.98
7	静　岡	75.48	8	石　川	77.16	8	石　川	79.26	8	愛　知	81.10	8	広　島	81.95
9	愛　知	75.44	9	富　山	77.16	9	奈　良	79.25	9	広　島	81.08	9	熊　本	81.91
10	京　都	75.39	10	奈　良	77.14	10	熊　本	79.22	10	大　分	81.08	10	岡　山	81.90
11	滋　賀	75.34	11	京　都	77.14	11	岡　山	79.22	11	東　京	81.07	11	岐　阜	81.90
12	島　根	75.30	12	滋　賀	77.13	12	富　山	79.07	12	石　川	81.04	12	大　分	81.88
13	石　川	75.28	13	香　川	77.12	13	広　島	79.06	13	岡　山	81.03	13	愛　知	81.77
14	岡　山	75.28	14	岡　山	77.03	14	愛　知	79.05	14	岐　阜	81.00	14	東　京	81.77
15	千　葉	75.27	15	宮　城	77.00	15	埼　玉	79.05	15	宮　城	80.99	15	富　山	81.74
16	熊　本	75.24	16	山　形	76.99	16	岐　阜	79.00	16	千　葉	80.96	16	兵　庫	81.72
17	埼　玉	75.20	17	新　潟	76.98	17	大　分	78.99	17	静　岡	80.95	17	山　梨	81.71
18	広　島	75.19	18	群　馬	76.98	18	千　葉	78.95	18	兵　庫	80.92	18	宮　城	81.70
19	宮　城	75.11	19	埼　玉	76.95	19	香　川	78.91	19	三　重	80.86	19	三　重	81.68
20	群　馬	75.11	20	東　京	76.91	20	三　重	78.90	20	香　川	80.85	20	島　根	81.63
21	山　梨	75.02	21	愛　知	76.90	21	山　梨	78.89	21	山　梨	80.85	21	静　岡	81.59
22	山　形	74.99	22	島　根	76.90	22	群　馬	78.78	22	埼　玉	80.82	22	香　川	81.56
23	三　重	74.87	23	千　葉	76.89	23	新　潟	78.75	23	島　根	80.79	23	千　葉	81.45

出典：厚生労働省

平均寿命の推移（男）（下）

順位	昭和60年(1985)		順位	平成7年(1995)		順位	平成17年(2005)		順位	平成27年(2015)		順位	令和2年(2020)	
	都道府県	平均寿命		都道府県	平均寿命		都道府県	平均寿命		都道府県	平均寿命		都道府県	平均寿命
24	奈　良	74.87	24	大　分	76.83	24	兵　庫	78.72	24	新　潟	80.69	24	埼　玉	81.44
25	新　潟	74.83	25	山　梨	76.82	25	沖　縄	78.64	25	福　岡	80.66	25	佐　賀	81.41
26	大　分	74.82	26	広　島	76.77	26	宮　崎	78.62	26	佐　賀	80.65	26	山　形	81.39
27	富　山	74.81	27	三　重	76.76	27	宮　城	78.60	27	富　山	80.61	27	福　岡	81.38
27	愛　媛	74.75	28	北海道	76.56	28	山　形	78.54	28	群　馬	80.61	28	鳥　取	81.34
29	北海道	74.50	29	宮　崎	76.53	29	島　根	78.49	29	山　形	80.52	29	新　潟	81.29
29	兵　庫	74.47	30	福　島	76.47	30	茨　城	78.35	30	山　口	80.51	30	徳　島	81.27
29	山　口	74.45	31	愛　媛	76.43	31	福　岡	78.35	31	長　崎	80.38	31	宮　崎	81.15
32	鳥　取	74.40	32	山　口	76.36	32	佐　賀	78.31	32	宮　崎	80.34	32	愛　媛	81.13
33	宮　崎	74.39	33	岩　手	76.35	33	北海道	78.30	33	徳　島	80.32	33	群　馬	81.13
34	福　島	74.38	34	茨　城	76.32	34	鳥　取	78.26	34	茨　城	80.28	34	山　口	81.12
35	栃　木	74.36	35	佐　賀	76.26	35	愛　媛	78.25	35	北海道	80.28	35	和歌山	81.03
36	茨　城	74.35	36	徳　島	76.21	36	大　阪	78.21	36	沖　縄	80.27	36	長　崎	81.01
37	徳　島	74.35	37	高　知	76.18	37	長　崎	78.13	37	高　知	80.26	37	栃　木	81.00
38	佐　賀	74.32	38	長　崎	76.15	38	山　口	78.11	38	大　阪	80.23	38	鹿児島	80.95
38	岩　手	74.27	39	鹿児島	76.13	39	徳　島	78.09	39	鳥　取	80.17	39	北海道	80.92
40	和歌山	74.19	40	福　岡	76.12	40	栃　木	78.01	40	愛　媛	80.16	40	茨　城	80.89
41	福　岡	74.19	41	栃　木	76.12	41	和歌山	77.97	41	福　島	80.12	41	大　阪	80.81
42	秋　田	74.12	42	鳥　取	76.09	42	福　島	77.97	42	栃　木	80.10	42	高　知	80.79
43	長　崎	74.09	43	和歌山	76.07	43	鹿児島	77.97	43	鹿児島	80.02	43	沖　縄	80.73
44	鹿児島	74.09	44	秋　田	75.92	44	高　知	77.93	44	和歌山	79.94	44	岩　手	80.64
45	高　知	74.04	45	大　阪	75.90	45	岩　手	77.81	45	岩　手	79.86	45	福　島	80.60
46	大　阪	74.01	46	兵　庫	75.54	46	秋　田	77.44	46	秋　田	79.51	46	秋　田	80.48
47	青　森	73.05	47	青　森	74.71	47	青　森	76.27	47	青　森	78.67	47	青　森	79.27

2）平成7年の（　）内の数値は、阪神・淡路大震災の影響を除去した場合の数値である。

075

出典：厚生労働省

主な年齢の平均余命（男）

令和2年(2020)
（単位:年）

都道府県	0歳		20歳		40歳		65歳		75歳	
	平均余命	順位	平均余命	順位	平均余命	順位	平均余命	順位	平均余命	順位
全　　国	81.49		61.84		42.43		19.89		12.47	
沖　　縄	80.73	43	61.08	43	41.71	43	20.07	15	12.93	2

076

出典：厚生労働省

特定死因を除去した場合の平均寿命の延び（男）

令和2年(2020)
（単位：年）

都道府県	悪性新生物＜腫瘍＞		心疾患（高血圧性を除く）		脳血管疾患		悪性新生物＜腫瘍＞、心疾患（高血圧性を除く）及び脳血管疾患		肺炎		不慮の事故		交通事故（再掲）	
	延び	順位	延び	順位	延び	順位	延び	順位	延び	順位	延び	順位	延び	順位
全国	3.51		1.43		0.71		6.63		0.50		0.39		0.09	
沖縄	3.45	29	1.48	19	0.83	9	6.64	22	0.39	42	0.40	31	0.10	19

都道府県	自殺		腎不全		肝疾患		糖尿病		高血圧性疾患		新型コロナウイルス感染症（COVID-19）	
	延び	順位	延び	順位	延び	順位	延び	順位	延び	順位	延び	順位
全国	0.57		0.16		0.24		0.11		0.05		0.05	
沖縄	0.53	42	0.17	16	0.56	1	0.16	3	0.09	4	0.11	2

077

出典：厚生労働省

パートまとめ

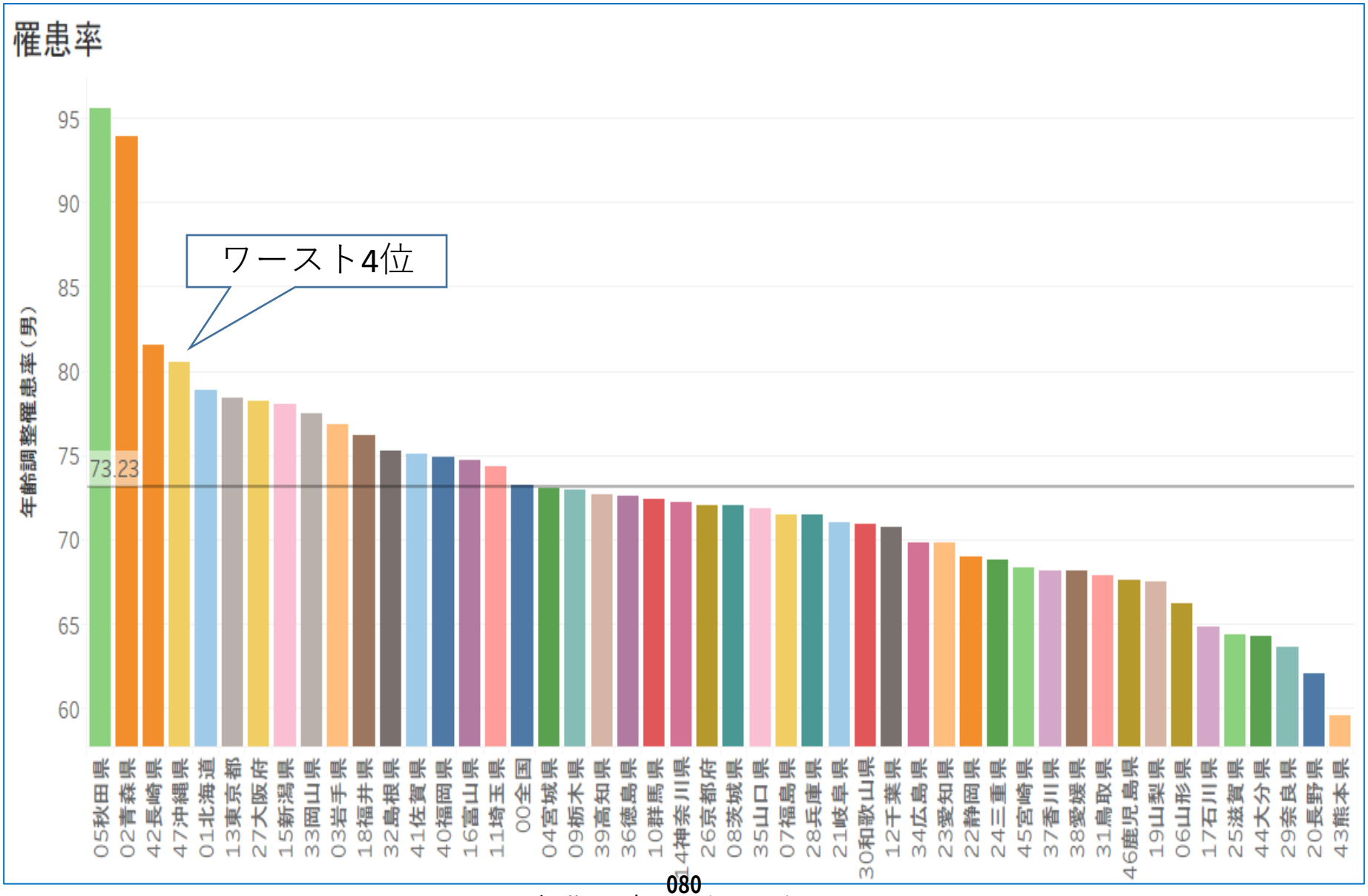
・寿命ランキングが下がっている

・特に働き盛りの世代で寿命の低下が著しい

・がんの改善が与えられる影響の余地がある

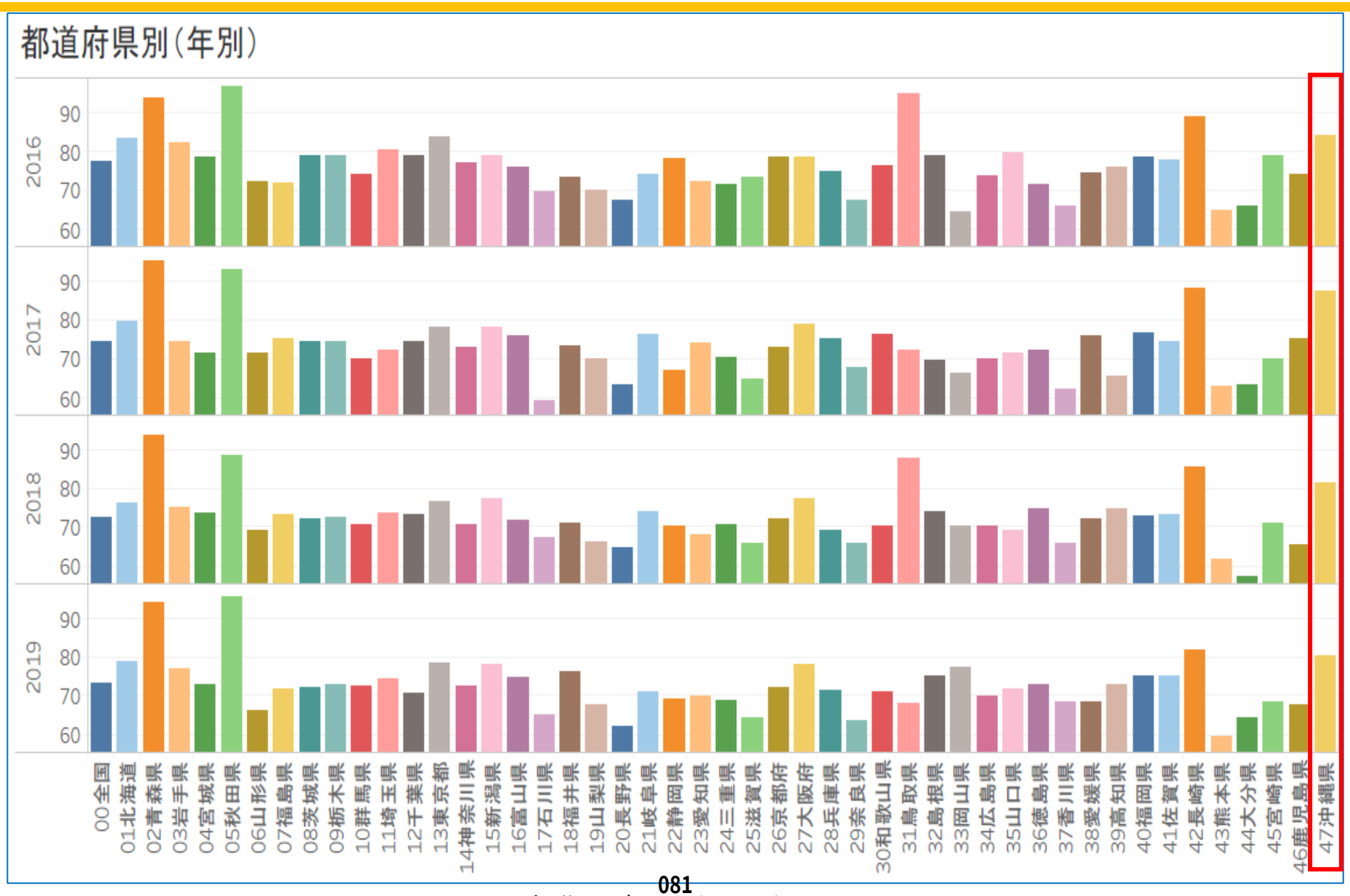
②罹患率と
年齢階級別罹患率

大腸がん罹患率（男、2019年、年齢調整済）



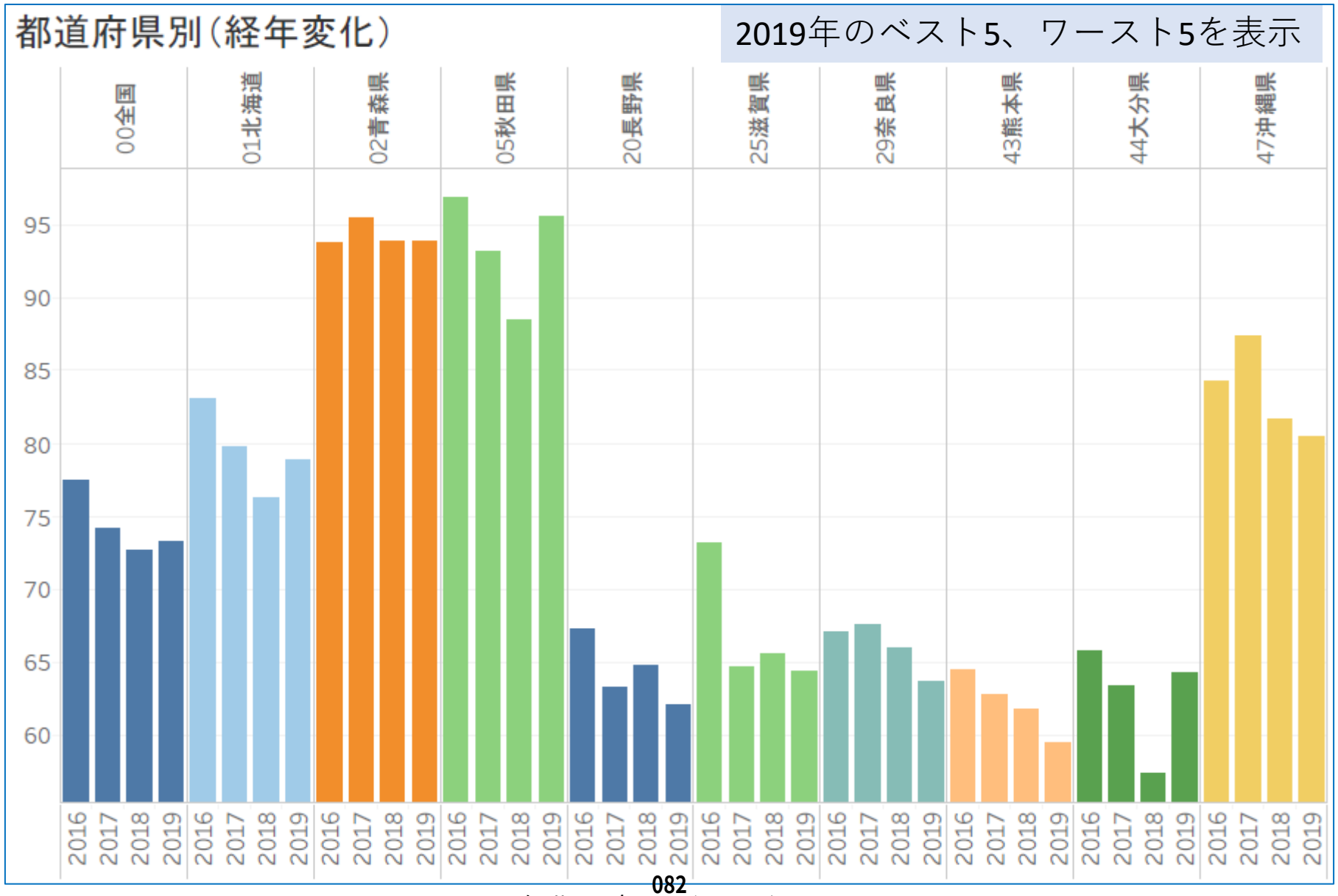
出典：全国がん登録

大腸がん罹患率（男、2016-19年推移）



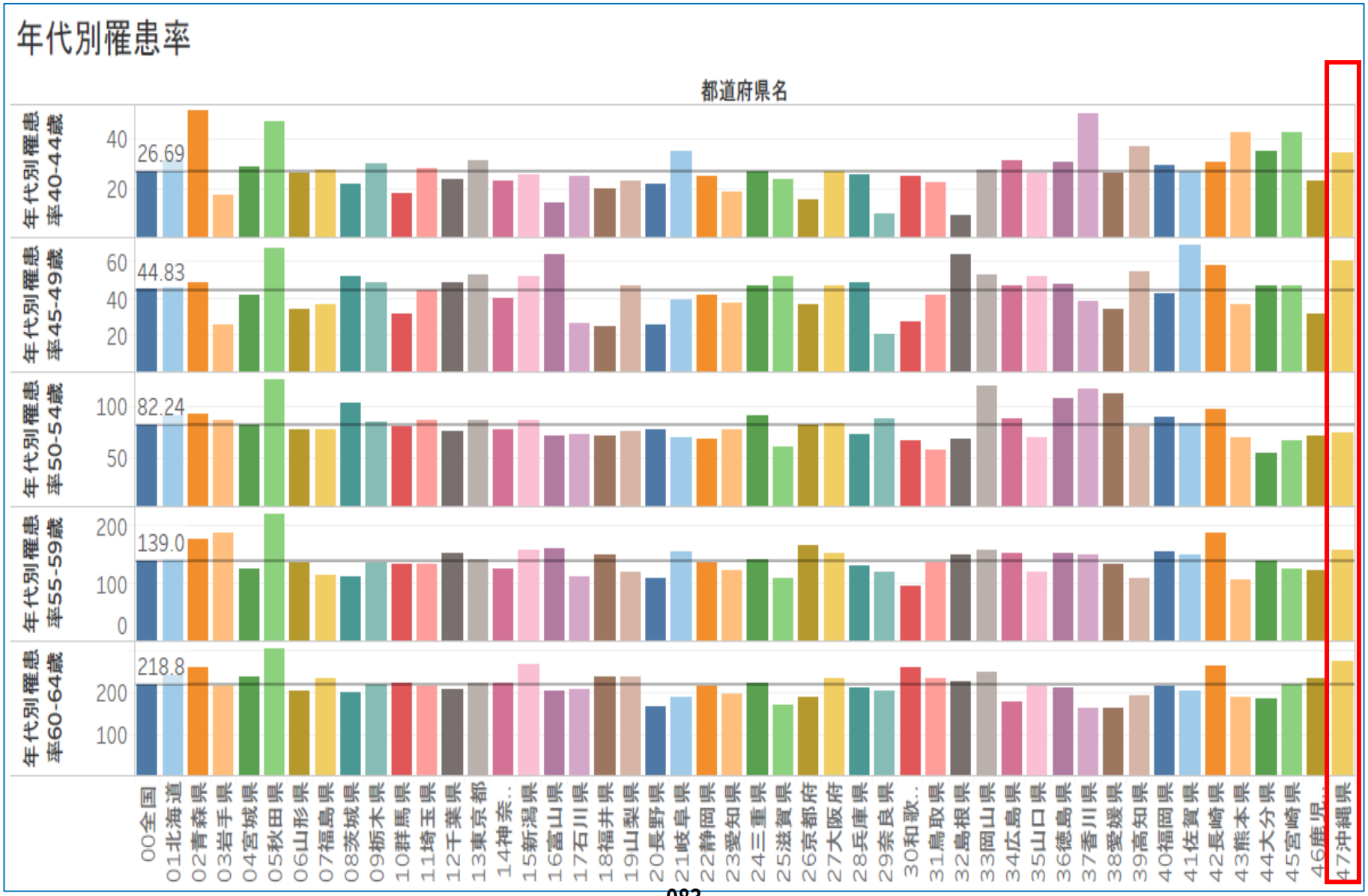
出典：全国がん登録

大腸がん罹患率（男、2016-19年推移）



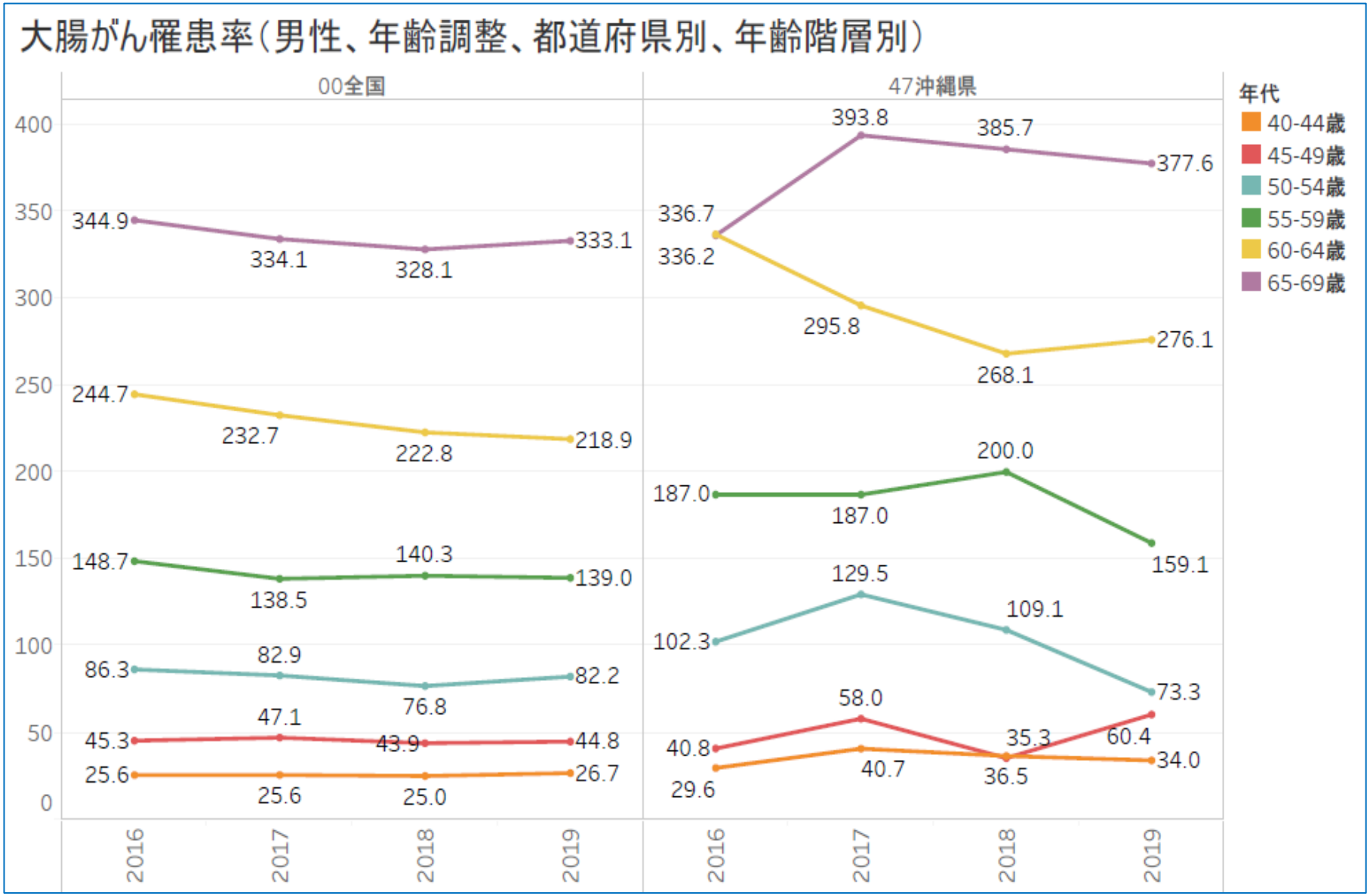
出典：全国がん登録

大腸がん　男　年代別罹患率　2019年



出典：全国がん登録

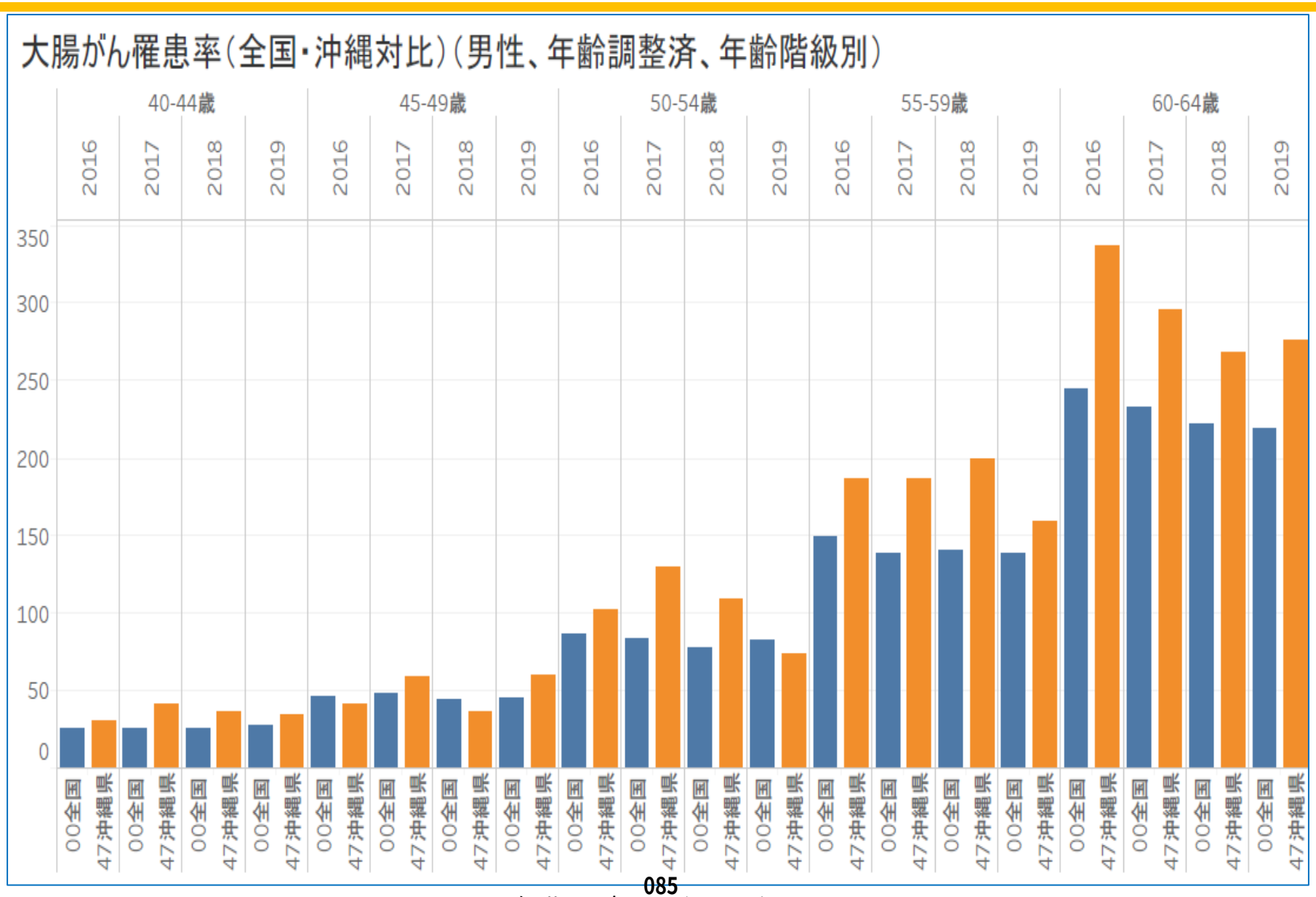
大腸がん　男　年代別罹患率（4年推移）



084

出典：全国がん登録

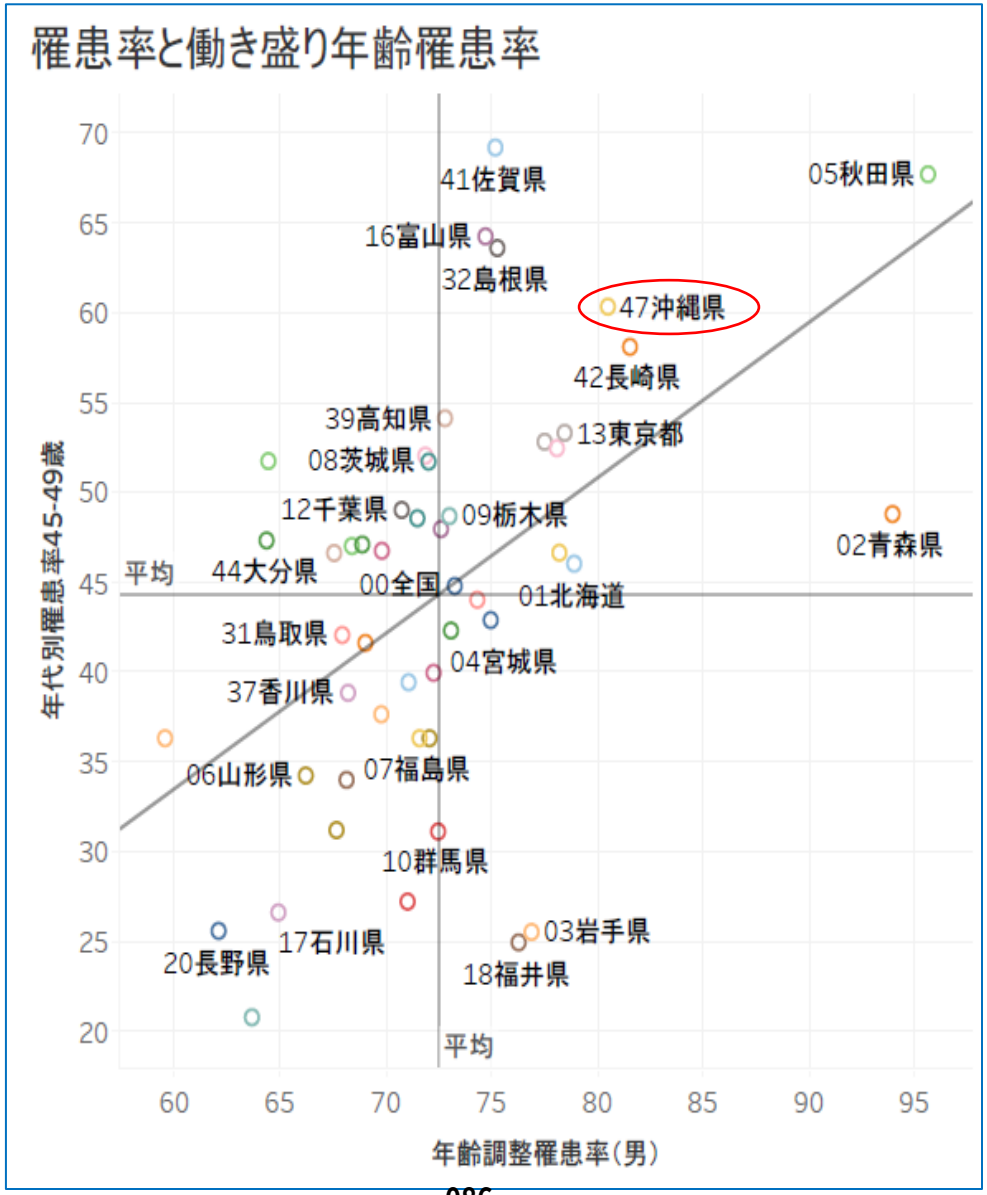
大腸がん　男　年代別罹患率（4年推移）



085

出典：全国がん登録

罹患率×45-49歳罹患率



086

出典：全国がん登録

パートまとめ

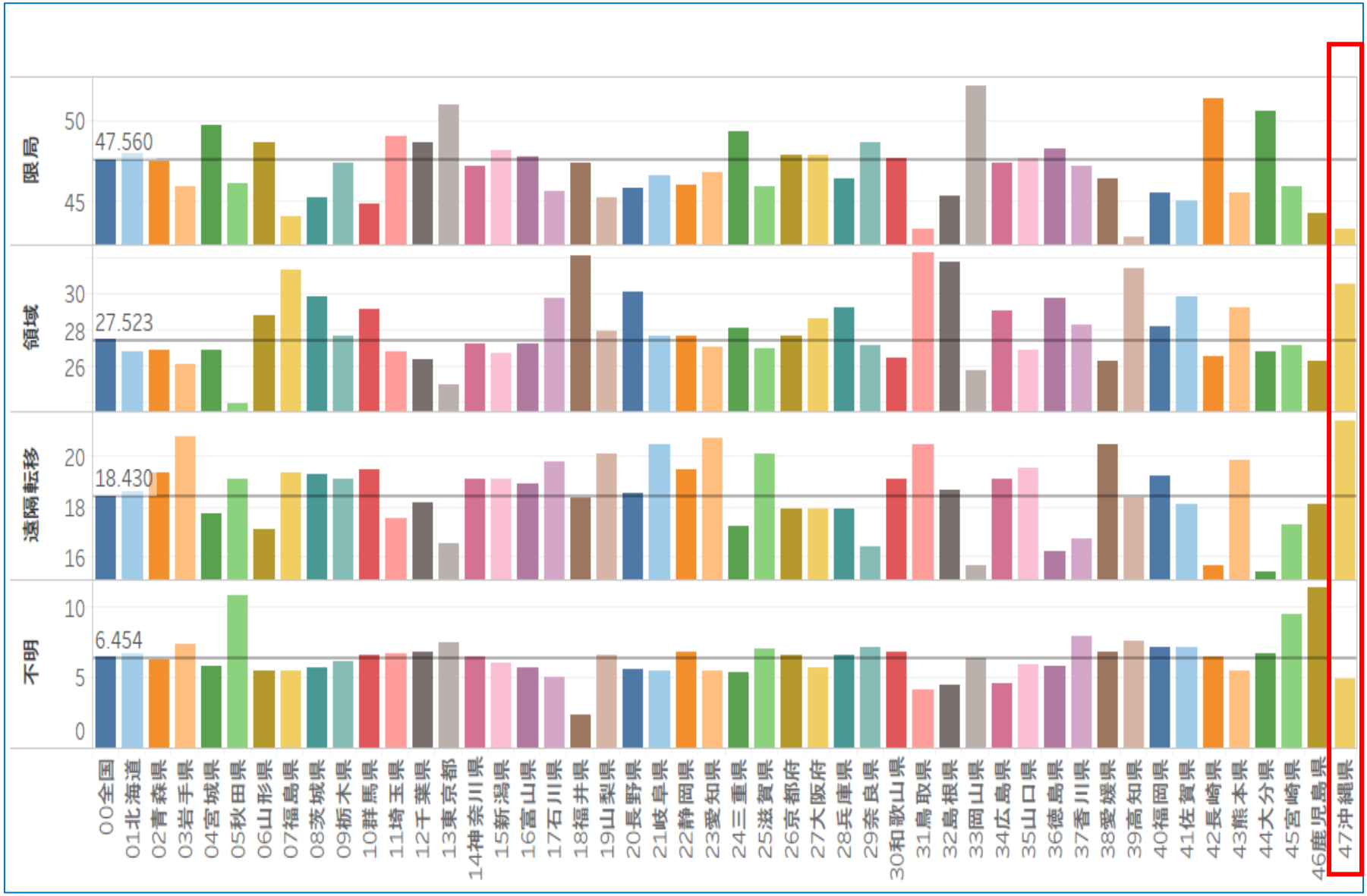
・沖縄県の男性大腸がん罹患率は高いまま

・働き盛り年代の罹患率が高い

087

③進行度
（早期発見率）

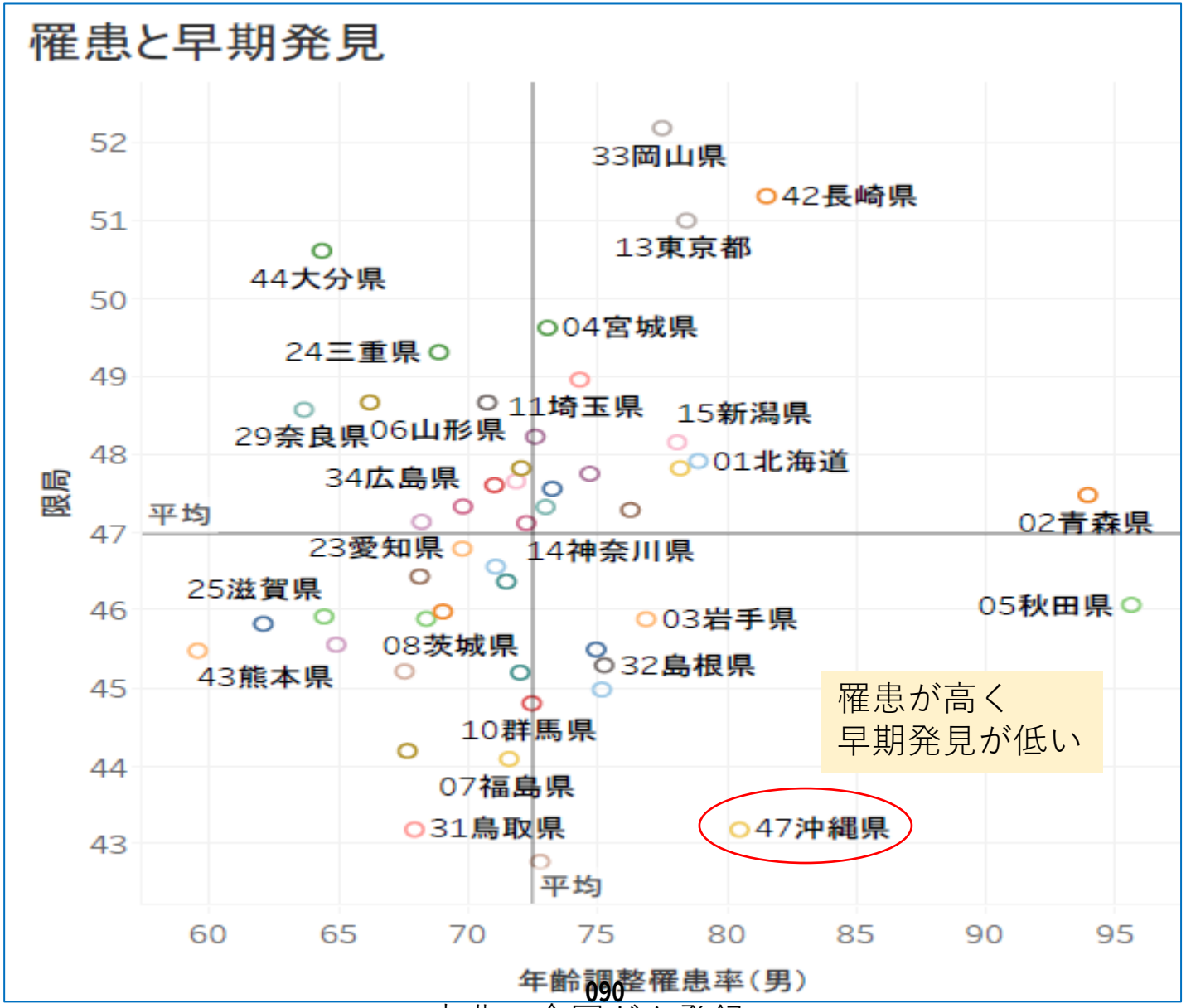
大腸がん進行度　2019年



089

出典：全国がん登録

罹患と早期発見



罹患が高く
早期発見が低い

出典：全国がん登録

パートまとめ

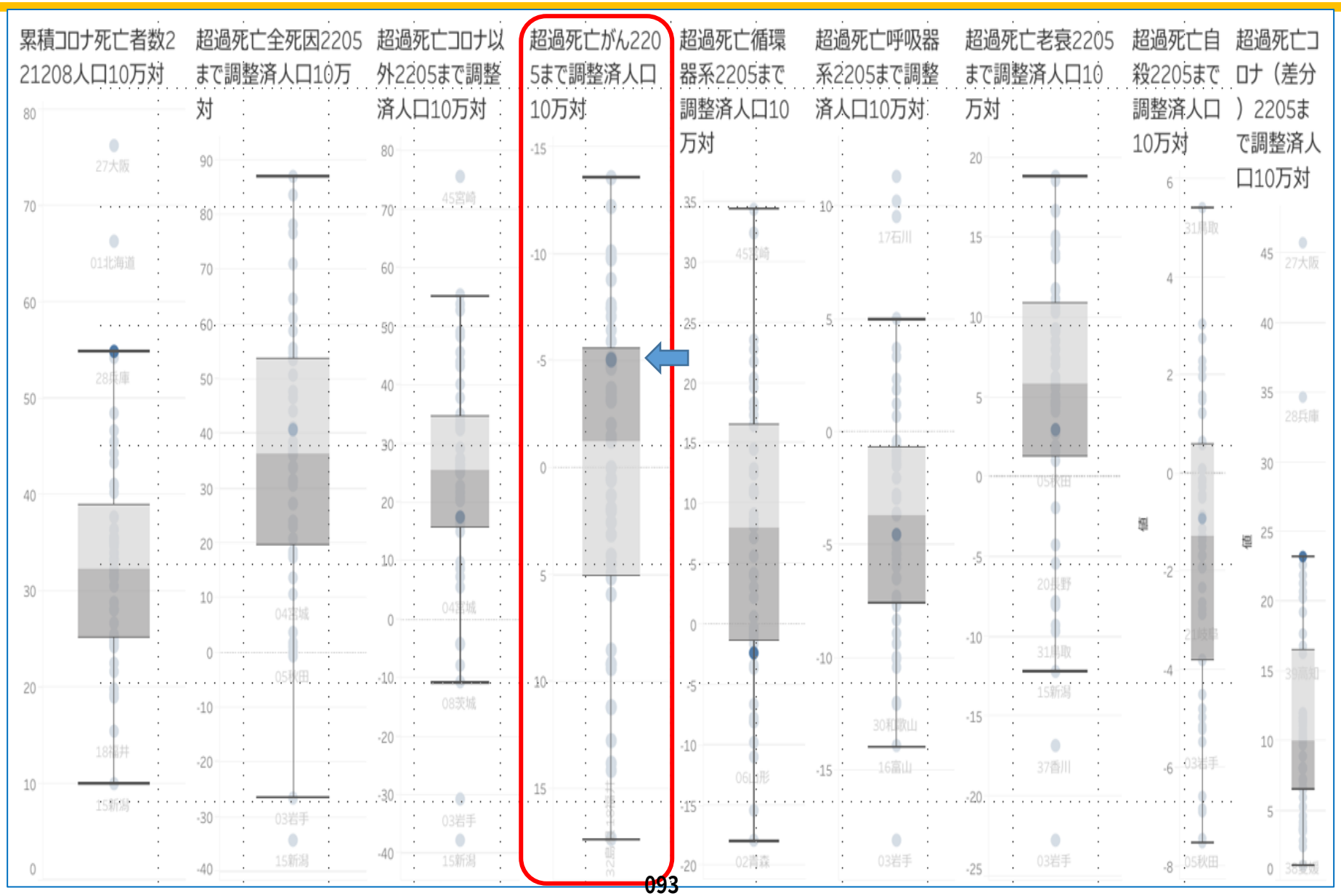
・限局が低く、領域と遠隔が高い。早期発見ができていない

・罹患が高く、早期発見が低いのは、課題が大きい。医療に負担がかかることにもつながる

091

④超過死亡数と
がんの超過死亡数
（新型コロナ感染症関連）

死亡数と超過死亡数（がん等）



093

超過死亡とは

感染症による死亡だけでなく、他疾患を含めたすべての死亡数が平年に比べて増減したか示す指標。インフルエンザの流行が社会に与えた影響を把握するため開発され、世界保健機関（WHO）が評価指標として推奨している。

感染症は直接死因になるだけでなく、慢性疾患の患者の状態を悪化させ間接的な死因にもなる。厳しい感染対策で適切な医療を受けられなくなったり、自殺など感染症以外の死亡が増えたりした影響も評価できる。検査体制が不十分な国での影響も分かり、国際比較の指標になっている。

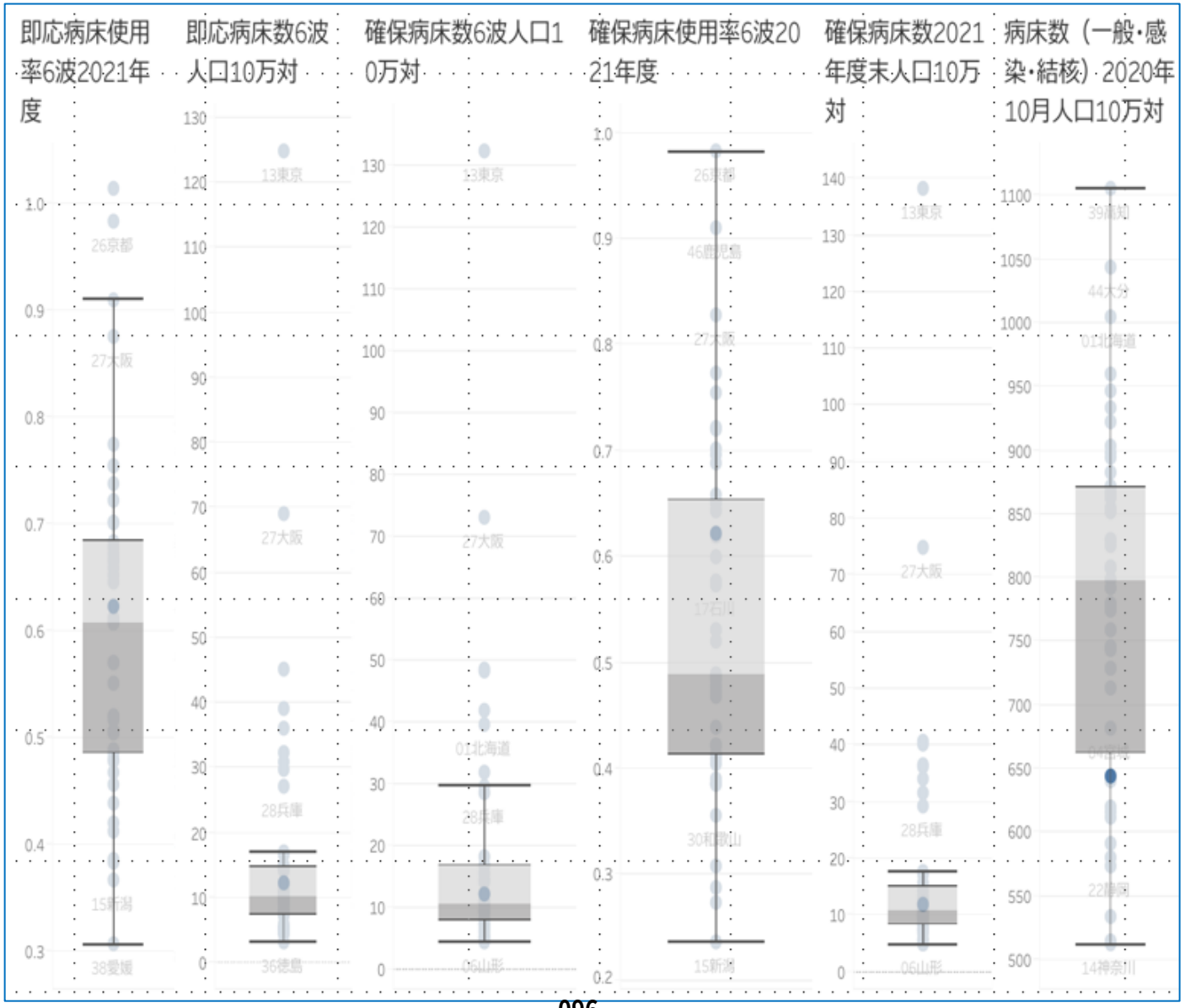
（日本経済新聞　2021年3月28日）

指標

	指標名		指標名
1	コロナ死亡者数（2022年12月8日時点、累積、人口10万対）	13	確保病床使用率（６波、2021年度）
2	超過死亡・全死因（2022年8月末まで、調整済み、人口10万対）	14	確保病床数（2021年度末）人口10万対
3	超過死亡・コロナ以外（2022年5月末まで、調整済み、人口10万対）	15	病床数（一般＋感染症＋結核、2020年10月時点）人口10万対
4	超過死亡・がん（2022年5月末まで、調整済み、人口10万対）	16	病床確保料（人口10万対、2020+21年度、円）
5	超過死亡・循環器系（2022年5月末まで、調整済み、人口10万対）	17	病床確保料(2020-21年度)/累積陽性者数（2021年度末、円）
6	超過死亡・呼吸器系（2022年5月末まで、調整済み、人口10万対）	18	病床確保料/確保１床当たり（2021年度末、円）
7	超過死亡・老衰（2022年5月末まで、調整済み、人口10万対）	19	累積陽性者数/人口10万人（2021年度末、人）
8	超過死亡・自殺（2022年5月末まで、調整済み、人口10万対）	20	入院者数（６波、2021年度）人口10万対
9	超過死亡・コロナ（22年5月末まで、調整済み、人口10万対）※差分	21	コロナ重症者数（１日平均、2022年12月8日時点、人口10万対）
10	即応病床使用率（６波、2021年度）	22	累積陽性者/確保病床数（2021年度末）
11	即応病床数（６波、2021年度）人口10万対	23	ワクチン・総接種割合（2022年12月7日時点、１人当たり、回）
12	確保病床数（６波、2021年度）人口10万対		

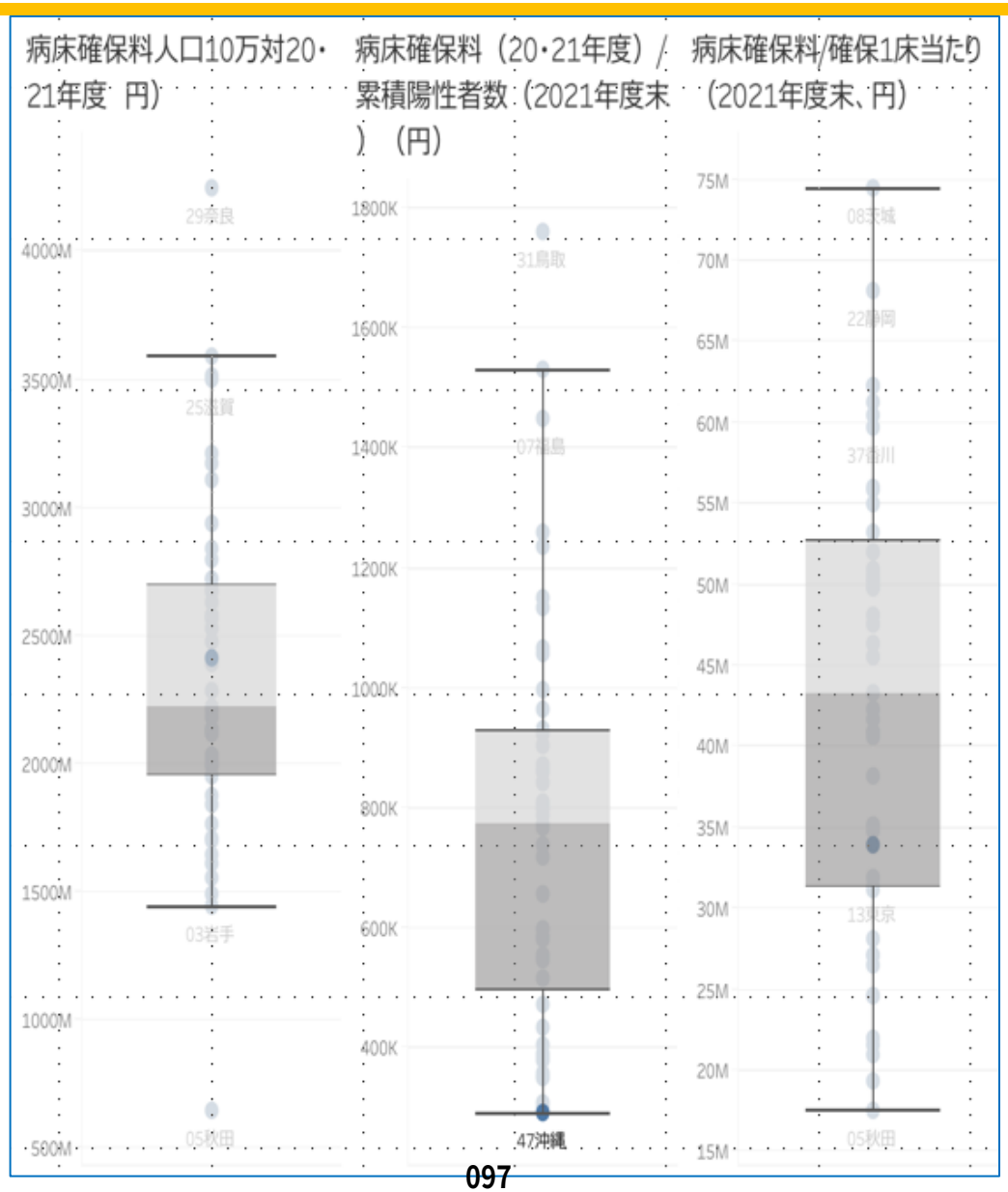
出典：厚生労働省「データからわかる－新型コロナウイルス感染症情報－」、厚生労働省「新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システム（G-MIS）」、厚生労働省「療養状況等及び入院患者受入病床数等に関する調査について」、厚生労働省「2022年医療施設（動態）・病院報告の概況」、「日本の超過および過少死亡数ダッシュボード」、総務省「住民基本台帳」等から引用もしくは算出

参考：病床の状況


即応病床使用率6波2021年度
即応病床数6波人口10万対
確保病床数6波人口10万対
確保病床使用率6波2021年度
確保病床数2021年度末人口10万対
病床数（一般・感染・結核）2020年10月人口10万対
26京都
27大阪
38愛媛
15新潟
13東京
28兵庫
36徳島
01北海道
06山形
46鹿児島
17石川
30和歌山
44大分
14神奈川
22静岡

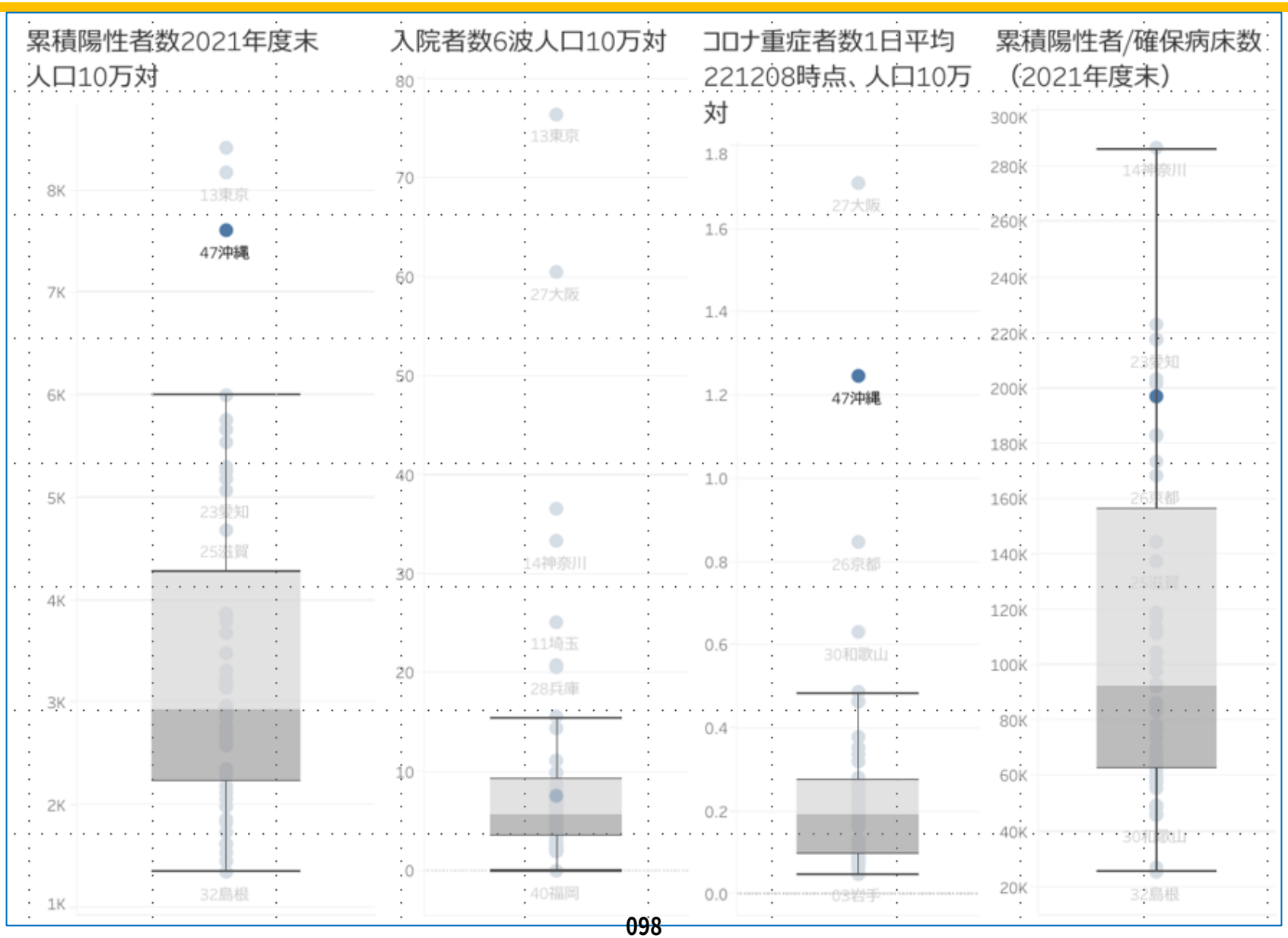
096

参考：病床確保料の状況

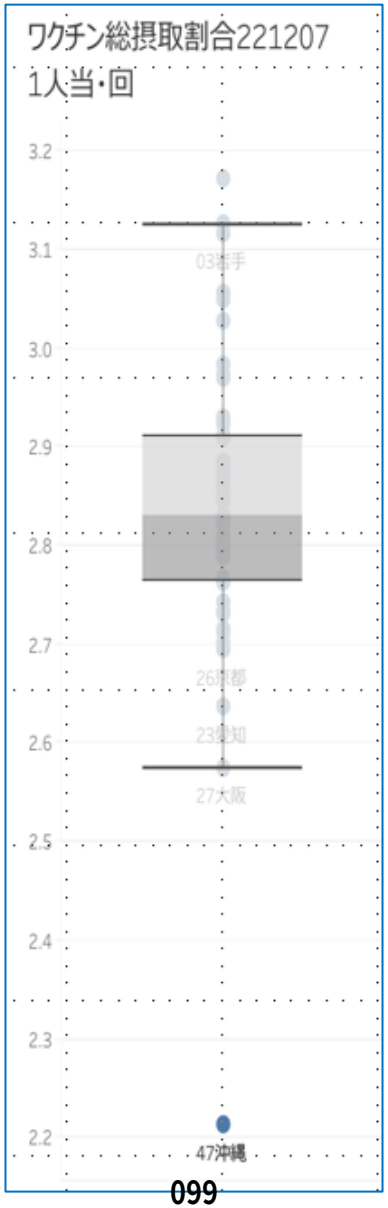


097

参考：陽性者数、入院者数、重症者数の状況



参考：ワクチン接種の状況



パートまとめ

・超過死亡数に留意する必要がある

・がんの超過死亡数が高めの可能性がある

・がんの超過死亡数は遅れて出現することも考えられるため、今後とも注視を続ける必要がある

全体まとめ

【大腸がん（男）について】

・罹患率が高く、早期発見率が低いことは、医療への負担がかかる

・高齢者患者も課題、働き盛り患者も課題である

・「健康危機」の沖縄で、大腸がん対策などに取り組むことは、がん対策における意義と、健康長寿県回復の意義の両方の意義がある

資料１０

令和 4 年 12 月 21 日

沖縄県がん診療連携協議会
議長　大屋　祐輔　殿

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

やいまゆんたく会（八重山のがん患者を支援する会）の活動について（報告）

令和 4 年 11 月 26 日に第 2 回愛鞄（着物帯バッグ）の展示即売会を行いました。第 1 回目の販売会以上に多くの来場者に恵まれ、今回も売上利益金の 50 パーセントをダウン症等障害者の就業支援を行っている団体に寄贈することができました。愛鞄販売会や売上利益金の寄贈が地元の新聞紙上に掲載された事がきっかけで、患者会に入会したいとの申し込みが 5 件あり、会員の増に繋がりました。令和 5 年 1 月に、新年会を 3 年ぶりに開催致します。新会員も増え、今後の活動が以前のように活発化する事を期待しております。

以上

資料１１

R4.12.22.

「令和４年度第４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

５　実施内容

【教材普及・啓発】

（１）研 修 会 名：令和４年度　がん教育教材作成研修会

（２）趣　　旨：文部科学省及び県推奨がん教育教材を参考とした教材の作成

（３）内　　容：１　開会　　２　日程説明　３　講師・実践報告者紹介

４　講義：学校におけるがん教育について

講師：奥間　あさみ、前城　優子

５　実践報告　報告者：(小)平良　理奈(中)後島　明子、笠原　健市

(高)本村　優、友寄　雅人

６　PP 教材作成・教材の共有　　７　アンケート記入

（４）期日・場所：

第１回：令和４年７月28日(木)10：00 ～ 12：00　県立総合教育センター

第２回：令和４年８月19日(金)10：00 ～ 12：00　県立総合教育センター

第３回：令和４年８月22日(月)14：30 ～ 16：30　県立総合教育センター

第４回：令和４年８月24日(水)14：30 ～ 16：30　県立総合教育センター

（５）参　加　者：

第１回：県立学校保健体育科教諭初任者・中堅教諭等　　（９名）
第２回：県立学校保健体育科教諭２年目・５年目教諭等　（４名）
第３回：夏季短期研修（小学校教諭）　　（10名）
第４回：夏季短期研修（中高保健体育教諭）　　（６名）
計 29名

（６）研修評価・課題（アンケート等より）

① 講義について「がん教育の必要性や資料がどこにあるか教材のことについて知れて本当によかった。」「これまで詳しく扱ってこなかった単元だけど、時代に合わせてしっかり生徒に伝えていくべき項目だと感じた。」等の感想があった。講義内容について「大変良い・とてもわかりやすかった」との評価が 90 %。

② 実践報告について「実践発表を聞き、感動しました。次年度、是非、活用したい。」「生徒や学校の実態に合わせてどう授業を組み立てて行くのかというのが何よりもまず大事であると改めて感じた（生徒理解)。」「実践発表の例はとても参考になりました。養護教諭と連携しながら授業を作っていけるとよいのかなと感じた。」実践報告について「大変良い・とてもわかりやすかった」との評価が 90 %。

③ 教材作成について「積極的に教材作りに取り組んでいる本県の教育機関、その教材はとても素晴らしいもので、ぜひ活用したい。」「文科省や教育センターからの資料も使用されており信憑性もあって心強く感じた。」等がん教育への意欲に繋がる内容であったと捉える事ができる。

④ 大人数を対象とした講義のみの研修では､実際の教材に触れてみることが難しい。今回、県総合教育センターと協力し、一人１台端末を用い、実際にPP教材を作成することができ、推奨教材の普及・啓発に繋がった

⑤ 次年度も教育センターと連携し研修会を実施する予定であるが、小学校の研修内容については検討する必要がある。小学校学習指導要領解説においてはがんについて「触れるようにする」とあることから、他の単元との研修バランスを含め、調整が必要である。

【外部講師養成研修】

（１）研修会名：令和４年度がん教育外部講師のためのオンライン研修会 in　Okinawa
共催：琉球大学医学部保健学科　成人・がん看護学
沖縄がん教育サポートセンター
協力：沖縄県教育庁保健体育課、NPO 法人がんサポートかごしま

（２）趣　　旨：

国はがん対策基本推進計画において、がん教育を効果的なものとするため、医師やがん患者・経験者等の外部講師を活用することを推進している。

令和３年度がん教育実施状況調査において、外部講師を活用したがん教育の実施率は全国平均も 8.9 %と低いが、沖縄県はさらに低く 2.9 %であり本県において外部講師の養成が急務となっている。

そこで、本研修会を教育委員会としてサポートし、学校で活用できる「がん教育外部講師」を養成することとした。

（３）内　容　（作成：琉球大学医学部保健学科成人・がん看護学分野　教授　照屋典子）

がん教育外部講師のための オンライン研修会 in OKINAWA

◆がん教育とは？

健康教育の一環として、「がんについての正しい理解、がんと向き合う人々への共感的理解を深め、自他の健康と命の大切さについて学ぶ教育」です。わが国のがん対策でも、学校や社会における「がん教育」を推進しています。

◆がん教育の外部講師とは？　沖縄でも外部講師による授業は始まっているの？

医師やがん経験者等の外部講師から、がんについて学ぶことは、児童・生徒にとって、がんやがんと向き合う人々への理解を深めるために、有意義で効果的とされています。文部科学省でも、学校の教員と外部講師が連携してがん教育を進めていくことを推奨しています。沖縄県でも外部講師を活用したがん教育を行う学校が増えてきていますが、外部講師がまだ少ない現状です。

◆外部講師（がん経験者）は、何を、どのように話せばいいの？

今回の研修では、学校におけるがん教育で、がん経験者が自身の体験を伝える際、「何を」「どのように伝えればいいの？」という問いにお答えできるような講義内容やワークショップを盛り込んでいます。がん教育に関心のあるがん経験者の方は、ぜひご参加ください！

日　時：2022年11月26日（土）12:30開場（12:50開始）～17:00終了
　　11月27日（日）　9:30開場（　9:50開始）～17:00終了
受講方法：ZOOMによるオンライン研修
受講対象：沖縄県内在住のがん患者・がん経験者（定員30名）
（＊参加にあたっては２日間参加可能で，ZOOMによるオンライン受講が可能な方）
内　容：講義，ワークショップ（裏面プログラム参照）
申込み：右記QRコードにアクセスの上、お申込みいただくか、下記サイトからお申込みください。
https://forms.gle/n8D9c4p5m1qAoUog7
申込期限：2022年11月15日（火）
共　催：琉球大学医学部保健学科　成人・がん看護学
沖縄がん教育サポートセンター
協　力：沖縄県教育庁保健体育課・NPO法人がんサポートかごしま
問合せ先：琉球大学医学部保健学科　成人・がん看護学　照屋
☎/FAX 098-895-1272　teruya@med.u-ryukyu.ac.jp

がん教育外部講師のためのオンライン研修会 in OKINAWA

【1日目】2022年 11月26日(土) 12:30開場 12:50開始 17:00終了

時間	内容	担当者
12:30～12:50 12:50～13:00 13:00～13:10	受付（ZOOM 入室） オリエンテーション 開会の挨拶	琉球大学医学部保健学科 照屋 典子 琉球大学病院がんセンター 増田 昌人 沖縄がん教育サポートセンター 徳元 亮太
13:10～13:25	参加者自己紹介	
13:30～14:30	講義① 学校におけるがん教育 外部講師に知ってもらいたい基本的なこと	聖心女子大学 植田 誠治
14:30～14:50 14:50～15:00	講義② 沖縄県におけるがん教育の取り組み （休憩）	沖縄県教育庁 奥間 あさみ
15:00～16:30	講義③ こんな風にがん教育やってます ～がん経験者の立場から～ 講師： 一般社団法人全国がん患者団体連合会 理事長 天野 慎介 NPO法人愛媛がんサポートおれんじの会 理事 吉森 公恵 NPO法人がんサポートかごしま 副理事長 野田真記子 沖縄がん教育サポートセンター 代表 徳元 亮太 （令和３年度がん教育総合支援事業 がん教育外部講師実践者） 新垣 志乃	
16:30～16:50 16:50～17:00	講師の先生方へ外部講師についての疑問や不安を聴いてみよう！ 明日のスケジュール説明・まとめ	

【2日目】2022年 11月27日(日) 9:30開場 9:50開始 17:00終了

時間	内容	担当者
9:30～9:50 9:50～10:00	受付（ZOOM 入室） 開会のあいさつ・オリエンテーション	琉球大学医学部 照屋 典子
10:00～10:50 10:50～10:55	講義④ がんの知識をどんな言葉で伝えればわかりやすいか（誤解を与えないか） 質疑応答	国立がん研究センター がん対策研究所 事業統括 若尾 文彦
10:55～11:55 11:55～12:00	講義⑤ がん教育の実際 外部講師に求められるもの 質疑応答	NPO法人がんサポートかごしま 理事長 三好 綾
12:00～13:00	（休憩）	
13:00～14:00	ワークショップ① 話したいことを整理してみよう	
14:00～15:30	ワークショップ② 自分の体験をみんなに伝える練習をしてみよう	
15:40～16:30	ワークショップ③ 自分の体験をみんなに伝えてみよう	
16:30～16:55	まとめ ～受講者の感想・今後の活動に向けて～	
16:55～17:00	閉会のあいさつ	

共 催：琉球大学医学部保健学科 成人・がん看護学，沖縄がん教育サポートセンター
協 力：沖縄県教育庁保健体育課，NPO法人がんサポートかごしま

（４）期日・場所：ZOOM を活用したオンライン研修

（５）参　加　者：

【申込み人数】(16)名がん患者・経験者(11)名、医療従事者(3)名、患者家族(2)名

【1日目】出席者（12）名、(欠席者)(4) 名：(理由)仕事、不明

【2日目】出席者（13）名、(欠席者)(3) 名：(理由)仕事、不明

【サポートスタッフ】

一般社団法人全国がん患者会連合会　理事長：天野 慎介

愛媛がんサポートオレンジの会　理事長：松本 陽子

NPO 法人がんサポートかごしま　理事長：三好 綾・野田真記子

琉球大学病院がんセンター長：増田昌人(開会のあいさつ)

（６）研修評価・課題（アンケート等より）

① 令和２・３年度は「がん教育総合支援事業」の一環として実施してきた本研修を今年度から外部へ移管（保健体育課は協力団体）し、外部団体と連携し研修体制の構築に向けて取り組んだ。今後も継続したがん教育外部講師養成の取り組みとして、大変貴重な一歩を踏み出すことができた。

② 昨年まで実施してきたプログラムの内容を踏襲し、全国からがん専門の医療者や大学教授、がん教育の外部講師として経験豊富な方を講師として招聘でき、質の高い研修が開催できた。

③ 受講者アンケート（11 名回答）

研修会全体の評価 avg.(4.9 点／５満点)、 ZOOM 研修方式 avg.(4.7 点／５満点)

外部講師への意欲 avg.(4.6 点／５満点)、 外部講師の登録の承諾(８人／ 11 人)

がん教育サポートセンターへの登録(10 人／ 11 人)

④ 「学校のがん教育の内容や、外部講師の必要性、伝えるためのわかりやすい伝え方について学べた。」「改めて講義を受けることでブラッシュアップできたように思います。」「「聞き手を意識した話し言葉」の大切さ、難しさを感じています。若尾先生のお話しと引用されていた資料等を更に勉強したいと思います。」等、受講者が前向きに研修を受講している様子がうかがえ又、外部講師への登録についても積極的な回答が得られた。

⑤ 昨年度本研修会を受講した有志が中心となり、本県のがん対策（がん教育）に貢献できる団体である(代表：徳元亮太)が設立された。本研修会は令和５年度からは、「沖縄がん教育サポートセンター」が主団体となり開催予定である。活動のための資金面(講師の謝金・旅費・運営費等)の確保が大きな課題である。

【外部講師を活用したがん教育】

（１）那覇市立小学校６年生（保健領域：病気の予防）

①令和５年９月27日（火）:(担任教諭・養護教諭）がんを正しく理解する

②令和５年９月 30 日(日):(痰飲教諭・外部講師）がん経験者の共感的理解

（２）授業計画

次頁参照

時	目標	知	思	態	評価規準・評価方法
1	**病気の起こり方** 【目標】病気は，病原体，体の抵抗力，生活行動，環境が関わり合って起こることについて，理解できるようにするとともに、病気の起こり方に関わる事象から課題を見付けることができるようにする。	○	○		【知識・技能】（発言・ノート） 病気は，病原体，体の抵抗力，生活行動，環境が関わり合って起こることを言ったり書いたりしている。 【思考・判断・表現】（発言・ノート） 病気の起こり方について，課題を見付け，その解決に向けて考え，それを説明したり伝え合ったりしている。
2	**感染症の予防** 【目標】病原体が主な原因となって起こる病気の予防には，病原体が体に入るのを防ぐことや体の抵抗力を高めることが必要であることについて，理解することができるようにするとともに，学習したことを活用して，予防の方法を考えたり適切な方法を選んだりすることができるようにする。	○	○		【知識・技能】（発言・ノート） 感染症の予防には，病原体が体に入るのを防ぐことや病原体に対する体の抵抗力を高めること，感染症にかかったら早めに治療を受け，安静にすることで回復を早めることが必要であることを，言ったり書いたりしている。 【思考・判断・表現】（発言・ノート） 感染症の予防について，課題を見付け，その解決に向けて考え，それを説明したり伝え合ったりしている。
3	**生活習慣病の予防①** 【目標】生活行動が主な要因となって起こる病気には，心臓や脳の血管が硬くなったり詰まったりする病気があることや，その予防には，望ましい生活習慣を身につける必要があることについて，理解することができるようにするとともに，学習したことを活用して，生活習慣を予防する方法を考えることができるようにする。	○	○		【知識・技能】（発言・ノート） 心臓病や脳卒中などの生活習慣病の予防には，適切な運動を行い，栄養の偏りのない食事をとることなど，望ましい生活習慣を身につける必要があることを，言ったり書いたりしている。 【思考・判断・表現】（発言・ノート） 生活行動が主な要因となって起こる病気の予防について，学習したことを自分の生活と比べたり，関連付けたりするなどして適切な解決方法を考えている。
4	**がんを正しく理解する** ※養護教諭との TT 【目標】がんになる仕組みやがんの主な原因，早期発見・早期治療でがんは治る可能性が高くなることについて学習することを通して，がんを正しく理解できるようにする。	○		○	【知識・技能】（発言・ワークシート） がんになる仕組みやがんの主な原因，早期発見・早期治療によりがんは治る可能性が高くなることなどを，言ったり書いたりしている。 【主体的な態度】（発言・ワークシート・ジャムボード） がんの原因について、タブレットや教科書、本で調べたり、わかったことをまとめたり伝えたりして，進んで学習に取り組もうとしている。
5 本時	**がん経験者への共感的な理解** ※外部講師（がん経験者） 【目標】がんと向き合う人に対する共感的な理解を深め，自他の健康や命の大切さ，自己の生き方について進んで考えることができるようにする。		○	○	【思考・判断・表現】（発言・ワークシート・ジャムボード） 自分の大切な人や身近な人ががんになったら，どのように接したいかについて理由と一緒に考えたことをジャンボードにまとめたり，友達に説明したりできるようにする。 【主体的な態度】（発言・ワークシート・ジャムボード） がん体験者の話を聴いたり，質問したりする学習や自分の大切な人や身近な人ががんになったら，どのように接したいかについて考えたり伝えたりする学習に進んで取り組もうとしている。

6	**生活習慣病の予防②** 【目標】生活行動が主な要因となって起こる病気には，むし歯や歯茎の病気があることや，その予防には，望ましい生活習慣を身につける必要があることを理解できるようにするとともに，学習したことを自分の生活と比べたり関連付けたりするなどして適切な解決方法を考えることができるようにする。	○	○		【知識・技能】（発言・ワークシート） 生活行動が主な要因となって起こる病気の予防には，口腔の衛生を保ったりすることなど，健康によい生活習慣を身に付ける必要があることについて，理解したことを言ったり書いたりしている。 【思考・判断・表現】（発言・ノート） 生活行動が主な要因となって起こる病気の予防について，学習したことを自分の生活と比べたり，関連付けたりするなどして適切な解決方法を考えている。
7	**喫煙の害と健康** 【目標】喫煙の行為は，健康を損なう原因となることを理解できるようにする。	○			【知識・技能】（発言・ノート） 喫煙は，呼吸や心臓のはたらきに対する負担などの影響がすぐに現れることや受動喫煙により周囲の人の健康にも影響を及ぼすことについて理解したことを言ったり書いたりしている。
8	**飲酒と薬物乱用の害と健康** 【目標】飲酒や薬物乱用は健康を損なう原因となることを理解できるようにする。		○		【知識・技能】（発言・ノート） 飲酒は，判断力が鈍る，呼吸や心臓が苦しくなるなどの影響がすぐに現れること，薬物乱用は，一回の乱用でも死に至ることがあり，乱用を続けると止められなくなり，心身の健康に深刻な影響を及ぼすことについて，理解したことを言ったり書いたりしている。
9	**保健活動** 【目標】地域の保健に関わる様々な活動について調べたり友達に伝えたりする学習が進んでできるようにする。			○	【主体的な態度】（発言・ジャムボード・ノート） 地域の保健にかかわる様々な活動についてインターネットや教科書を使って調べたり，ジャムボードにまとめたり，友達に説明したりして学習に進んで取り組もうとしている。

（２）那覇市立中学校（保健分野：健康な生活と病気の予防　がんとその予防）

①令和５年 11 月 22 日（火）（保健体育科教諭）

がんの疾病の概念や予防などや適切な生活習慣を身に付けることが有効であることについて理解できるようにする

②令和５年 12 月２日（金）（保健体育科教諭・外部講師２名）

外部講師の話をとおして「がん」のリスクの軽減方法や克服をしていくための方法を考えられるようにする。

※外部講師：沖縄がん教育サポートセンターより２名（がん経験者）派遣

（３）県立定時制高等学校（特別活動：キャリア教育）

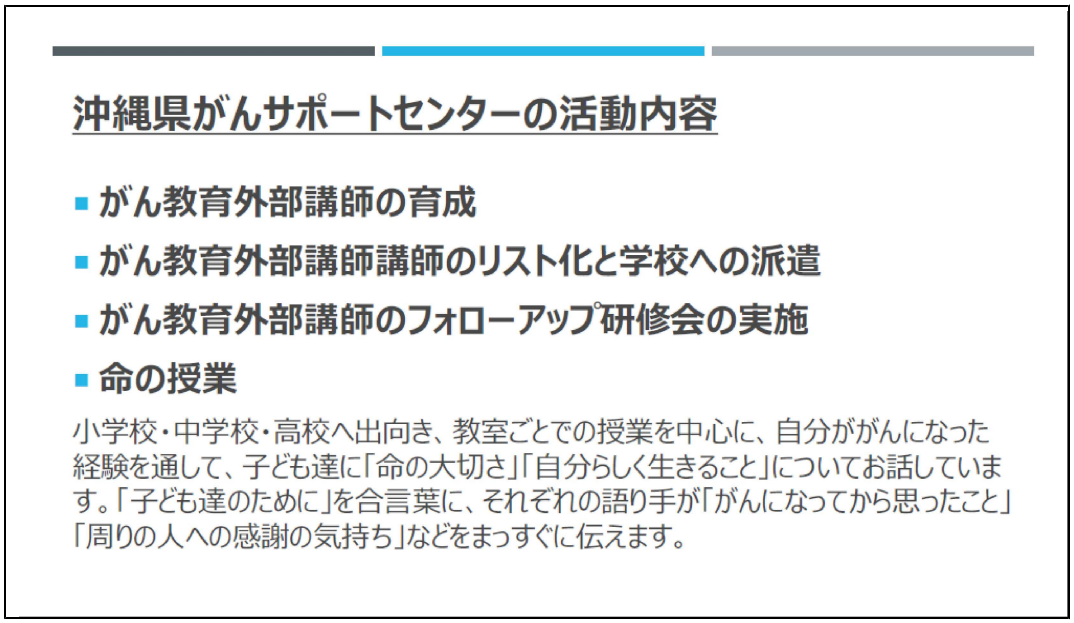
①令和５年12月９日（金）２校時：がんの正しい知識（専門医）

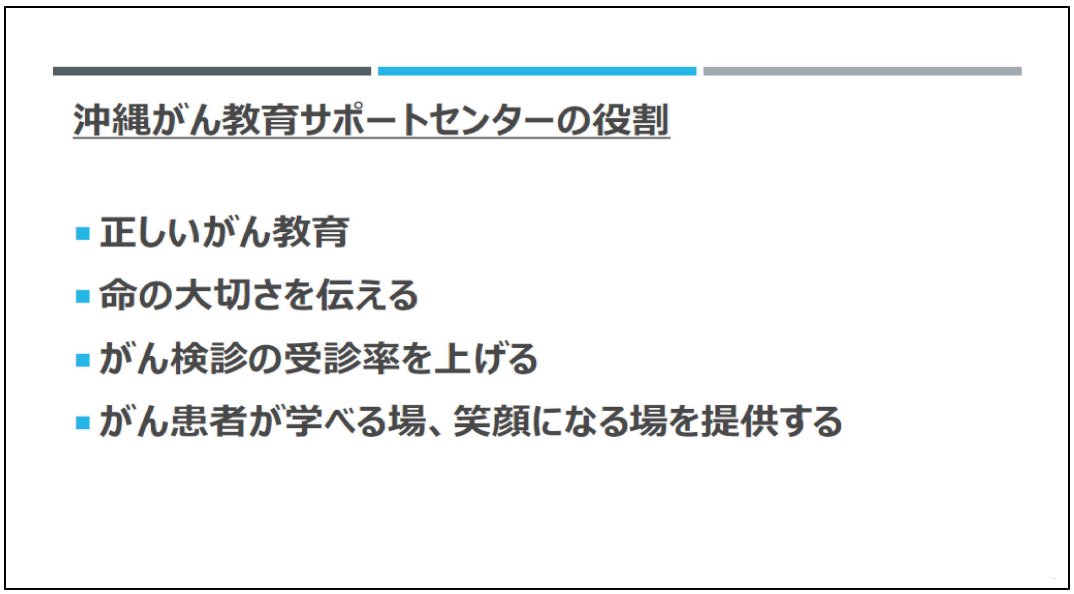
①令和５年12月９日（金）３浩司：がん経験者の共感的理解（がん経験者）

※外部講師：沖縄がん教育サポートセンターより2名（専門医・がん経験者）派遣

【（市民団体）沖縄がん教育サポートセンター】
設　立　日：令和 4 年 10 月 26 日
代　　表：徳元　亮太
登録者数：15 名

【資料提供：沖縄がん教育サポートセンター】





資料１２-(１)

2023 年 1 月 16 日

幹事会委員各位

琉球大学病院がんセンター
増田昌人

琉球大学病院が、今年度取り組んだがん対策について

１　終末期のがん患者に対する意思決定支援に関する指針を策定した

新整備指針の『患者や家族に対し、必要に応じて、アドバンス・ケア・プランニングを含めた意思決定支援を提供できる体制を整備していること』に対応。

診療報酬の「がん患者指導管理料イ」の施設基準にもかかわる事項である。

２　がんに関わる診療科に対して、高齢のがん患者に対して、意思決定能力を含む機能評価を行うように、各種委員会で啓発を行っている

新整備指針の『高齢者のがんに関して、(中略)、意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応 をしていること』に対応。

３　治療開始までを目途に、がん患者及びその家族が必ず一度はがん相談支援センターを訪問することができる体制を整備した

新整備指針の『外来初診時から治療開始までを目途に、がん患者及びその家族が必ず一度 はがん相談支援センターを訪問（必ずしも具体的な相談を伴わない、場所等の確認も含む）することができる体制を整備すること』に対応。

具体的には、電子カルテの外来予約枠に「がん相談支援センター」を新設し、治療開始前までに、外来主治医からがん相談支援センターを予約できるようにした。予約が入っている場合は、外来看護師、看護助手および会計窓口にて複数確認して、がん相談支援センターに誘導する体制を整えた（昨年１２月）。

しかし、まだ開始したばかりで、実際には対象患者のごく少数のみが訪問している状況である。

４　外来のがん患者に対して、自殺防止の対応策を策定した

新整備指針の『がん患者の自殺リスクに対し、院内で共通したフローを使用し、対応 方法や関係機関との連携について明確にしておくこと』に対応。

これまで、(疾患共通の）入院患者の自殺（防止）に対する対応文書はあったが、外来患者に対する文書はなかったので策定した、しかし、まだ不十分なので、現在改訂中である。

５　がん相談に関して、オンラインでの相談ができるように体制を整えた

新整備指針の『(がん相談）必要に応じてオンラインでの相談を受け付けるなど、情報通信技術等も活用すること』に対応。

資料１２-(２)

北部地区医師会病院

報告事項３： 各拠点病院等が取り組んでいるがん対策について
(各施設、特に重点的に取り組んでいる内容を中心に、ご報告をお願い致します。)

・がんの早期発見、がん検診
　当院の健康管理センターにて、住民健診、企業検診、人間ドックを実施。
　その中でがん検診も行っており、精査が必要な方を外来へ紹介する仕組みがある。
・がん医療と人材育成
　年１回の緩和ケア研修会の実施、学会認定医の取得推奨
　がん関連の認定看護師の育成の強化
　がん相談支援に関する研修会への参加
・医療提供体制
　手術療法・化学療法に対応可能ながん
　　消化器系がん（胃がん・大腸がん・膵がん・胆管がん）
　　乳がん
　　皮膚がん
　化学療法のみに対応可能ながん
　　肺がん
　ストーマケア外来、セカンドオピニオン対応
　※上記以外については、琉球大学病院や中部病院と連携し医療提供を実施
・在宅医療
　基本的には地域の訪問診療・訪問看護へつないでいる
　一部の患者については、当院医師の訪問、看護師の退院前後の訪問指導
・緩和ケア
　週１回の緩和ケア外来
　緩和ケアチームにより、入院中の患者さんの緩和ケアへの介入
　院内看護師向けの緩和ケア研修会の実施
・相談支援と情報提供
　がん相談支援センターの案内、外来へのパンフレット設置等
　ピアサポートの活用、患者会の紹介
・がん登録
　がん登録研修会の受講促進し、正確ながん登録が可能な人材の確保

資料１２-(３)

沖縄県立中部病院で取り組んでいるがん対策について

・がんゲノム医療連携病院の申請手続きに向けて準備を行っている。

・外来化学療法連携充実加算取得に向けて準備を行っている。

・化学療法のレジメンを中部病院ホームページで公開するための準備をおこなっている。

・がん薬物療法認定看護師の育成（今年度、２名が資格を取得した）

・がんのリハビリテーション研修の受講および受講できる体制づくり。

資料１２-(４)

那覇市立病院の地域癌拠点病院としての取り組み

基本的には、地域癌拠点病院として提供を求められている医療を提供する体制を構築することを意識した取り組みを行っている。

今回、拠点病院の更新に当たって、当院の提供体制が弱いと考えている、緩和ケア外来の充実を図るための体制整備に取り組んでいる。

また、以前より取り組んでいるが、COVID-19 のパンデミックにより、ここ数年取り組みができなかった、がん患者の就労支援のための講演会開催に向けて準備を進めている。

さらに、新要件にて 2 次医療圏におけるがん医療の質の向上、医療の提供に責任を持つことが提示されたため、その実現に向けての方策を検討しているところである。
院内職員への拠点病院職員としての事業内容の周知、理解、意識の啓蒙に関しては、引き続き取り組んでいきたい。

資料１２-(５)
県立宮古病院

当院ががん対策で取り組んでいる事項

１）化学療法室の充実

稼働ベッド数の増加　６床→１０床　化学療法室の増築

化学療法延べ患者数　１２６０（２０２１年）→１３０８（２０２２年）調剤件数から

認定看護師の常勤専従化

２）地域連携センター開設

相談員配置

資料１２-(６)

沖縄県立八重山病院における癌対策の取り組みについて

当院では、地域がん診療病院として、医療圏内に提供を求められている医療体制の構築、医療の実践に注力している。令和 4 年度は、特に、地域との連携の強化に取り組んでいるので、その内容を報告する。

（１）化学療法委員会の取り組み：化学療法に携わる医療従事者の連携強化
当医療圏内では、３病院（石垣徳洲会病院、かりゆし病院、県立八重山病院）が癌の化学療法を行なっているが、情報の共有はほとんど行われていなかった。最近、他院で化学療法を行なっている患者が、化学療法の副作用と思われる症状で当院救急を受診すると云うことがあり、情報共有の必要性に対する認識が高まった。化学療法に携わる３病院の看護師､薬剤師の合同カンファレンスが､2023 年 2 月 3 日に計画されている。これを契機に、医療圏内で化学療法に携わるメディカルスッタフの情報共有、連携強化に継続的に取り組んでいく計画である。

（２）緩和ケア委員会の取り組み：ケアに携わる医療従事者との連携強化
がん患者の在宅での療養や看取り、施設内での看取りが増えてきており、訪問看護師、施設で働く看護師、ケアマネージャーなども、がん患者のケアに携わる機会が増えている。緩和ケアを中心に以下の研修会、カンファレンスを行なった。

（イ）地域の医療機関のメディカルスタッフを対象とした、がんの専門知識・技術の習得のための研修会の開催（外部講師も招聘）

（ロ）老健施設での看取りの勉強会、デスカンファレンスの開催

（ハ）養護施設での AYA 世代のがんに関するカンファレンスの開催

資料１３

令和４年度 第２回沖縄県がん診療連携協議会 ベンチマーク部会 議事要旨

開催日時：令和 4 年 12 月 23 日(金)　9：00～10：10
開催場所：Zoom を利用した Web 会議
参加者：8 名
井岡亜希子(まるレディースクリニック院長)、伊藤ゆり(大阪医科大学研究支援センター医療統計室室長・准教授)、埴岡健一(国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科教授)、東尚弘(国立がん研究センターがん対策情報センターがん登録センター長)、平田哲生(琉球大学病院診療情報管理センター長)、伊佐奈々(琉球大学病院がんセンター・診療情報管理士)、増田昌人(琉球大学病院がんセンター長)、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)
欠席者：1 名
天野慎介(全国がん患者団体連合会理事長)
陪　席：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 4 年度 第 1 回ベンチマーク部会 議事要旨について
増田委員より資料 1 に基づき、第 1 回ベンチマーク部会 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．医療者調査の内容について
　増田委員より資料 2 に基づき、医療者調査案について前回行ったアンケートへ 3 つ(問 29～31)の設問を新たに加えたとの説明があった。Web で調査を行う場合は、所属施設別のアンケートも必要になるとの説明があった。また問 15「がん診療拠点病院、がん診療病院についてお尋ねします」へ修正するとの説明があった。
　埴岡委員より評価の為のものになっているのか少し分かりにくく、分野として抜けがあるのではないかとのコメントがあった。また持ち場を聞くことに意義があるのではないかとの意見があった。
　東委員より、内容について回答者に直に意見を聞いたかとの質問があった。「拠点の役割を果たしていると思いますか」という設問は連携の為に重要だが、分かりづらいの

ではないかとの意見があった。
有賀委員より、適切な回答数について質問があった。埴岡委員より、沖縄には回答率が高いという実績がある為、質問数を増やしても大丈夫ではないか、かつ Web 調査にすれば負担が軽減するのではないかとのコメントがあった。
東委員より、レイアウトに関して圧迫感があるのではないかとの意見があった。またリッカートスケールにするかどうか検討しなければならないとのコメントがあった。
伊藤委員より、問 21 の苦痛のスクリーニングに関する設問についてスクリーニング後の展開について質問を加えてはどうかと。社会的苦痛についても含めて聞いてはどうか。就労支援に関する質問についても具体的な問いにしてはどうか等の意見があった。質問事項に関して、施設に対して聞く質問と個人に聞く質問が混在している為、個人に対する質問に絞ってはどうかとのコメントがあった。また今回出た案で修正し、できたものを身近な臨床医に回答してもらって意見をもらってはどうかとの意見があった。
埴岡委員より、20 個は 8 分野に関する質問を 2-3 個ずつ、残り 10 個はアクションベースの質問(妊孕性に関すること等)を入れてはどうかとの意見があった。
東委員より質問事項について、質問をブロックごとに分けた方がいいのではないかとの意見があった。問題を追加するには、パイロットをして回答者がどう考えているかを把握すべきであるとの意見があった。
井岡委員より、施設に関しては現況報告書からとれるので、アンケートは個人に対する質問にしてはどうかとの意見があった。また選択肢の数についても、比較できるようそろえた方がいいのではないかとの意見があった。

２．Web アンケートについて
増田委員より資料 3 に基づき、Web アンケートを実施するとの説明があった。Web アンケートは Google フォームを利用して進めることとなった。

３．調査対象者の人数について
増田委員より資料 4 に基づき、前回の配布人数と現在のがん診療を行う施設の医師数・看護師数・薬剤師数について説明があった。配布人数については次回の部会にて協議することとなった。

４．第 4 次沖縄県がん対策推進計画について
増田委員より 2 月の協議会にて第 4 次がん計画案を作成するとの説明があった。
来年の 4 月か 5 月までに県へ提出できるようすすめていくとの説明があった。

５．次回ベンチマーク部会開催日程について
増田委員より 3 月頃まで毎月 1 回 Zoom を利用した Web 会議を開催するとの説明があった。

６．その他
①部会・副部会長について
今年度の部会長は増田委員、副部会長は埴岡委員に決定した。

（2022 版）

医療者のみなさまへ（案）

～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～

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

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

裏面に続きます

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．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 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

問 29. あなたの施設では、がん患者に対する就労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 30. あなたの施設では、がん医療の質の向上などに対するモニタリングとその結果のフィードバック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 31.あなたの担当するがん患者で、新規治療開始患者のうち、がん相談センター(または、がんについての相談窓口)やピアサポートの情報を提供した症例は何%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

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。
令和〇年〇月〇日（〇）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。

資料１４-(1)

令和 4 年度　第 1 回
北部地区医師会病院・琉球大学病院「グループ指定」に関するがん診療連携会議
議事要旨

日時：令和 4 年 12 月 13 日（火）16：30～17：02
場所：ＷＥＢ開催

（参加者 4 名）
北部地区医師会病院　病院長　諸喜田林先生
副院長　柴山順子先生
副院長　照屋淳先生
琉球大学病院　増田昌人（がんセンター）
（欠席者 1 名）
北部地区医師会病院　外科外来医長　野里栄治先生
(陪席者 2 名)
琉球大学病院　有賀　拓郎　先生(診療情報管理センター)
がんセンター事務

＜報告事項＞

１．令和 3 年度第 2 回北部地区医師会病院・琉球大学病院「グループ指定」に関するがん診療連携会議　議事要旨の確認

資料 1 の確認がされ、承認された。

＜協議事項＞

１.整備に関する指針における「グループ指定」の更新について

資料 2 に基づき、変更のあった指定要件に関する指針からグループ指定について報告された。地域がん診療病院とがん診療拠点病院との組み合わせを調整決定するという点は大きな変更はなかった。協議事項 2～8、下記 7 項目の連携に関して、不足がないか確認し合った。

①.連携協力による手術療法、放射線療法、薬物療法の提供体制の整備について

肺がん手術と放射線療法については、琉大に依頼をかけており対応出来ている。薬物療法に関しては、第 1 外科同士でやり取りできている。

②.標準的な薬物療法を提供するためのレジメン審査等における支援について

北部地区医師会でもレジメン審査を行っており、一部、第 1 外科と相談する内容もある

が、特に問題なく出来ている。

③.連携体制を確保するための定期的な合同カンファレンスの開催について

毎月１回、第１金曜の北部地区医師会病院のキャンサーボードに、有賀先生が参加しており、放射線療法や治療法についてディスカッションし、患者さんを紹介しているので、クリアしている。

④.連携協力により相談支援や緩和ケアを充実させる体制整備について

③のキャンサーボードで出た症例から、緩和ケアに関することも含めて対応している。北部地区医師会には、認定看護師が３名在籍しており、医師と調整して対応しているが、困った事例等は確認し合っている。琉大でも緩和照射を受けているので、必要な症例は琉大に回しており、入院・外来・転院も含めて、連携室を通して調整できている。神経ブロックについて、北部地区医師会の麻酔科では対応できることを医師に確認がとれているが、症例がそこまであるわけではない。週２回、琉大から麻酔科の医師が北部地区医師会へ来ているので、必要な状況を早めにキャッチし連携とれる状況を作っていく予定。

⑤.診療機能確保のための支援等に関する人材交流の計画策定及び実行体制の整備について

琉大の第１外科と第１内科から、北部地区医師会へ行っている。現状、特に確認することや問題はないようだった。

⑥.診療機能確保のための診療情報の共有体制の整備について

③のキャンサーボードで、有賀先生が提供している放射線治療の情報があたるので、満たしている。また、離島へき地部会で、診療体制について確認し、内容を HP でオープンにしている。

⑦.病院 HP、パンフレット等による連携内容、実績等の広報について

両院、不足なく、広報できている。

以上

令和４年度　第１回　中部・宮古・八重山病院合同 WEB 会議　議事録
令和４年７月２５日（月）　17：00～18：00

≪中部病院≫
吉田先生（腫瘍・血液内科）、森先生（腫瘍・血液内科）、戸板先生（放射線科）、友利副薬局長、屋良師長、玉城さん（**情報提供･相談支援部会）、検査技師1名**

≪八重山病院≫
吉嶺先生（呼吸器科）、菊地先生（消化器内科）、看護師３名、薬剤師３名

≪宮古病院≫
松村先生（外科）

議題１　指定要件の見直しについて｜吉田先生
がん診療連携拠点病院の項目の中にグループ指定についてまとめられています。
P20～地域がん指定病院の指定要件について書かれています。
吉田先生：松村先生、菊池先生、幹事会には出席されましたか？幹事会で要件について何かありましたか？
松村先生：出席しました。連携室の方はあまり変化なかった。それ以外も特になかった。
吉田先生：幹事会とかで、何か話が上がって確認事項などありませんか？
松村先生：A を A´のような形になっているものについて、努力目標ではないので A にするようにと話がありました。特に、専任・専従・常勤という言葉ですかね。週１回勤務の人は常勤ではないですが、専任と呼べるのか？常勤じゃないから専任とは呼べないのか？専従というのが常勤を意味するのか？そこの言葉が微妙ですね。幹事会で質問したが、結局分からないままでした。
吉田先生：いくつかの項目で、現在常勤じゃない方が専任になっていることがありますか？
松村先生：あります。特に連携室です。
吉田先生：わかりました。こちらからも問い合わせてみます。中部病院の方でも確認が必要かと思いますので。
松村先生：もう一つ、化学療法室の専任認定看護師は専任だけど常勤じゃない場合はどうなんでしょうか。３２時間以上働いてないので常任ではないが、出勤したら専任としてやってもらっている看護師もいます。
吉田先生：わかりました。そちらも含めて確認をしてみます。
八重山病院の方も松村先生からお話があった専任・専従で常勤となっていない方が担当になっているようなことがありますか？
八重山病院：八重山はすべて常勤になっています。
吉田先生：この件についてはおそらく８月５日の協議会でお話があるかと思います。指定要件が決まれば周知があるかと思いますので、その際に問題や不明な点があればお話しいただくということでよろしいでしょうか？先ほどの件については、確認しておきます。
松村先生：資料 P22 の（２）診療従事者のところ、『緩和ケアチームに専任の身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を１人以上配置すること。なお当該医師については専従であることが望ましい。』
専任が５０％以上。これが日替わりではいけないのか。専任なので常勤じゃないといけないですよね。化学療法室では、化学療法委員会の委員長として外科医をあててたんですが、外科医は 50%以上手術しているんですよね。これが引っ掛かりますね。専任ではない。これが日替わりであれば大丈夫なんですよ。5 人の外来医師を外来と化学療法を半分ずつとしてやっていました。月曜日はだれ、火曜日はだれ、というような感じでした。本当は A ではない項目を我々は A として報告しているが要件が厳しくなれば A として報告するのは難しくなるかと思います。
吉田先生：わかりました。今回議題にも上がったということで確認しておきます。

議題２　緩和ケア研修会の共催について｜屋良師長

屋良師長：緩和ケア研修会の開催についての（イ）に記載されている内容を満たしていれば共催で開催できるということで、中部病院では 10/22（土）に緩和ケア研修会を行いたいと思っています。
八重山病院か宮古病院の方で去年のように共催できたらいいなと思っていますが、いかがでしょうか。

吉田先生：昨年は、八重山病院と宮古病院で 1 回ずつ共催をさせていただいて、今年も先ほどの資料の①～⑤の要件、特に①各々の 4 施設の効率が 85%以上であること、宮古も八重山も 85%以上を超えているということで、②共催する病院に所属する 2 名以上の医療従事者が、主催する病院の研修開催に協力すること。で、2 名以上の医療従事者がきていただければ共催で開催できるということです。
昨年の話では、今後も基本的には共催でやっていく方がいいだろうということになっていました。
とりあえず、今年は 10/22 に開催予定ということしか決まっていません。

屋良師長：研修部会に参加している方には開催の情報は伝わっているとは思いますが、まだプログラムも出来ていなくて案内もまだかけていない段階ですが、共催ができたらと思っています。

吉田先生：松村先生、宮古病院の方では緩和ケア研修会について相談とかされてますか？

松村先生：宮古病院の方で単独で開催する予定はないですが、共催があればやらないといけないですね。
でも、そのためには 1 回につき 1 施設との共催なので中部病院が 2 回やらないといけないですよね。

吉田先生：確か毎年開催の義務はなかったですよね？

松村先生：それが疑問ですね。85%という縛りでいくのか、毎年やらないといけないのか。
増田先生は毎年やるべきだと。私は 2 年に 1 回でいいと思っていますが。

吉田先生：昨年は 2 年に 1 回でいいとの認識だったんですが…
八重山病院の方では緩和ケア研修会について相談とかされていますか。

八重山病院：宮古病院と同じです。八重山病院だけでは開催できないので共催で参加させていただくことになると思います。
回数についてですが、少し前の協議会の中で今までは隔年で 1 年おきに宮古と八重山が順番で参加させていただいてたんですが、毎年やらないといけないという様な雰囲気で、中部病院に 2 回共催でやっていただかないと厳しいんじゃないかと話になっていました。

吉田先生：その辺りは確認してみますが、屋良さん 2 回というのは可能ですか？

屋良師長：10/22 に向けて募集をかけてみて、対面で研修するには 20 名が限界だと思っていますので、応募が 20 名超えるのであれば 2 回目をやらないといけないと思います。
宮古とか八重山では現地で研修会を開催するニーズはありますか？

松村先生：宮古病院で単独開催は今のところできないと思います。

屋良師長：宮古病院で受けたい方はあまりいませんか。

松村先生：研修医が 3 名おりますので、受ける予定です。

屋良師長：宮古の方で 10 名ほどの参加者はいないですか。10 名参加者がいれば逆にこちらから医師が行って宮古で開催することも出来るのかなと思いますが。

松村先生：3 名くらいですね。

屋良師長：わかりました。うちの開催での人数が 20 名超えるようなことがあると思います。他の病院で受けることが出来なかった先生などもいたので 20 名超える可能性があると思いますので 2 回開催することも十分にあると思いますが、募集かけてみないとわからないです。

吉田先生：募集はいつごろかけますか。

屋良師長：2 ヶ月前くらいからなので、そろそろ募集をかけないといけないと思います。

吉田先生：まず、宮古病院と八重山病院の方でどちらから共催するか相談してもらえますか。

松村先生：八重山病院の方から先にどうぞ。宮古は次の回で結構です。

八重山病院：わかりました。調整させていただきます。
可能性としては、中部病院から来ていただいて宮古なり八重山なりで開催する方向も可能ということですよね。

屋良師長：はい。可能だと思います。

松村先生：最低参加人数が決まってると思うんですが、10 何人は必要じゃないでしょうか。
八重山病院：とりあえず 10/22 は共催で参加させていただくということで検討します。

合同 WEB 会議の開催時期について｜吉田先生
吉田先生：協議会の後に開催して、協議会で問題になった議題について相談した方がいいのかと思ったんですが、いかがでしょうか。
松村先生：協議会は報告会のようなものなので、協議会の前に前もって相談する方が意味があると思います。
八重山病院：幹事会のときに、いろいろな問題点が明らかになることが多いので、幹事会の後・協議会の前がいいのかと思います。
吉田先生：わかりました。幹事会の後で協議会の前で今後設定させていただきます。
次回の協議会 11/18 で幹事会は 1 ヶ月前くらいだと思いますのでその期間で、その次は協議会が 2/3 なのでその前に開催させていただこうと思います。

その他
屋良師長：教えていただきたいのですが、宮古病院と八重山病院の方で患者サロンはどのような感じになっているか教えていただけますか。
松村先生：宮古病院では、患者サロンは開催はあるんですが参加者がいない状況です。コロナの影響だと思います。
八重山病院：患者サロンはまったく動いていません。以前開催したことはあるようですが参加者が集まらないということでほとんど開催してない状態です。
吉田先生：コロナ禍に入ってからですか。
八重山病院：コロナ禍の前からですね。参加者がいないようです。
吉田先生：中部病院は今どのような感じですか。
屋良師長：中部病院では患者会を開いてほしいという要望が多いですが、コロナ禍の影響で 4～6 月開催できずに、7 月にやっと開催できました。感染対策をして 5 名の方が集まっていました。
「どうしても参加したかった。同じ患者さんと話したかった」という方がいて、やってよかったなと思いました。
WEB でやるのも難しい部分がありますので、なんとか対面式で開催できたらいいなと思っています。
WEB でも対面式でもやってほしいという声がありますので、どちらでもやっていきたいと思います。

令和４年度　第２回　中部・宮古・八重山病院合同 WEB 会議　議事録
令和４年１０月３１日（月）　17：00～18：00

≪中部病院≫
前田副院長、吉田先生（腫瘍・血液内科）、森先生（腫瘍・血液内科）、與那嶺放射線技術科技師長、**金城検査技師長、安座間先生（緩和ケア）、村田先生（緩和ケア）、照喜名（がん登録）、宮城（総務課係長）、比嘉（総務課）**

≪八重山病院≫
薬剤師二名、看護師三名、総務課一名
≪宮古病院≫
新崎副院長、松村先生（外科）、認定看護師一名

議題１　緩和ケア研修会報告｜安座間先生

安座間先生：緩和ケア研修会を 10/22 に開催させていただきましたのでそのご報告をさせていただきたいと思います。ほとんどが当院からの二年目、三年目の研修医で院外からは八重山病院の呼吸器内科の先生と、琉大の腎臓内科の先生、それからうちの近くで開業されている和花クリニックの先生が参加されています。今回はプログラムの内容を一部変えて行いました。本来患者さんからにお話しをお願いしております、“がん患者等への支援”の部分なんですけれども最後の方になっていたんですけども、それを e ラーニングの復習の後に持ってきて、e ラーニングの復習の後に患者さんの話を聞いてもらってモチベーションを保ってもらって午後のワークショップに繋げられるように工夫して行いました。実際には患者さんが体調不良で来られなかったのでお手紙を朗読する形にはなってしまったんですけれども、今後もこの形の方が受講者もモチベーションを保ってできるのかなと思って、やっていこうと思います。ファシリテーターは八重山病院のほうから当初参加予定だった先生がコロナの濃厚接触者になってしまって来れなくなったので、後期研修でこれまで緩和ケア研修会を受講したことのある先生に来ていただきました。また、緩和の認定看護師さんにもファシリテーターとしてご協力いただきました。
プレテストとポストテストの正答率なんですけれども、ポストテストではだいぶ正答率も改善しており良い結果が得られたかなとは考えております。点数の低かった、吐き気に関して 8 割以上の患者さんは吐き気をおこすという質問等に関しては正答率が低かった。それらについては一覧を記載した用紙を配布してポイントと正解の内容と解説をつけて皆さんにお配りしています。研修会の内容自体は色んな年代の先生がおりましたが皆さん積極的に発言して下さってスムーズに研修会を終えることができたかなと思います。以上簡単ですがご報告になります。何かご質問はありますでしょうか。

吉田先生：ありがとうございます。今回八重山病院との共催ということで、八重山病院からのファシリテーター以外の医師も、一名受講生として参加されたという感じですかね。

安座間先生：はい、そうですね。研修医の先生も一名参加予定だったんですけれどもこっちもコロナの影響で参加できなくなってしまって、スタッフの先生が一名参加したっていう感じになります。

吉田先生：八重山病院のほうで参加された方っては今日の会議に出席いただいておりますか？認定看護師の方とかいらっしゃいますか？今はまだ来ていないですか？

八重山病院：はい。

安座間先生：ちょっと逆に私の方からご質問なんですけれども、来年以降もこの共催の形は継続しないといけないっていう理解でよろしいでしょうか。

吉田先生：はい。一年に一度連携病院のほうも開催することが望ましいという形にはなってまして、グループ指定病院以外の病院との共催は基本的には認められないということなので中部病院で二回行って、それぞれの病院と共催という方向が望ましいと考えております。松村先生その方向で

よろしかったですか？

吉田先生：松村先生、一年に一回連携病院のほうも開催が望ましいということで、毎年一回ずつ共催をするっていう方向で望ましいっていうことだったと思うんですけども。

松村先生：僕は毎年は必要はないと思います、二年に一回でいいという認識です。

吉田先生：二年に一回ですね、確認します。

吉田先生：結局二年に一回でいいっていうことでしたっけ？

松村先生：いや違う、あれには望ましいという表記だったので望ましいという認識である。

吉田先生：なるほど、必須ではない。

松村先生：毎年、二年に一回も必須ではない。ただ研修医が 100%できるように配慮すること。

吉田先生：そういう体制を整えることっていう。

松村先生：受けさせることっていうのは必須ですけど、開催は望ましいと思っています。

吉田先生：いつだかの協議会で毎年開催が必要なんじゃないかっていうご意見があったかなと思うんですけども。

松村先生：望ましいを強調されていたような気がします。

吉田先生：であれば一年から二年に一回行うっていう方向でよろしいですか？

松村先生：今年は宮古はやってないですよね？

吉田先生：でしたね、12 月にもう一回開催する予定です。

安座間先生：うちとしては研修医がやっぱり二回やらないと受講できないので、12/10 予定通りやる予定ではあるんですけれども、もし共催であれば共催でもいいですし。

吉田先生：そこはまだすいません、病院間ではまだ詰めてはいなかったですね。共催という方向では無かったでしたっけ？

安座間先生：なんかこの県が出してる予定表みたいなのには共催で決定したように書いてあったので、すいません私もてっきり共催だと思ってはいたんですけれどもちょっと確認が必要なのかもしれないです。

吉田先生：わかりました、すいませんあのちょっと今年一回だけか二回だけか、もし二回だったら宮古との共催っていう方向だったと思うんですけれども。

松村先生：現況報告の記載して期間があるかと思います。たしか１月～１２月だったのではないかと記憶しています。であれば今年の２月に共催したので必要要件は満たしたと考えています。

吉田先生：わかりました、すみません確認不足で。今年の 12 月の開催は共催ではなく中部病院単独で行うということでよろしいですかね。

松村先生：はい。

吉田先生：承知いたしました。１２月開催研修会の定員募集はまだ受けてるところですか。

安座間先生：はいこれから募集をかけるところなんですけども、うち 21 名受講希望者がすでにいて結構いっぱいなのでもし宮古病院さんからどうしても受講させたいっていうことで受講者を送りたいっていうことであれば、可能であればファシリテーターがちょっと足りなくなってしまうのでファシリテーターも出していただけると一応受け入れて一緒にやることはできるかなとは思うんですけれども。

松村先生：当院研修医の受講希望日がまだ分からない。

村田先生：すいませんちょっと確認させてもらいたくて、ちょっと年度で決められてるものだと思ってたんですけど今の話だと多分１月から 12 月までの括りで開催を求められていて、例えば宮古病院さんとか八重山病院さんにいる研修医の、まあ後期研修医がメインだと思うんですけどその先生方で受けられていない方がいたら中部病院の開催と同時に共催っていう形でそこの専攻医の先生たちを受けてもらうっていう認識でいいんですかね？今後のやり方として。

松村先生：はい、宮古としてはそれでもいいとは思うんですけど、今回の研修医は今のところ申し込んだのは友愛医療センターだそうです。ですので中部病院の研修会には行かないとは思います。

村田先生：沖縄県内で友愛医療センターや那覇市立病院、琉大病院でも開催されているので、八重山病院、宮古病院の専攻医が当院以外での受講を希望していて、特に当院で受講する必要がなければ共催せずに単独でもいいのかと思います。中部病院の研修医の数が多いもんですから当院の研修

医を中心に受講させるという認識でいいんですかね。

松村先生：今回の 12 月の開催に関しては、それでお願いします。ただ、ノルマとして年に一回の共催を、ノルマというか望ましいという形で予定する場合は共催をさせていただくことが求められると思います。

安座間先生：分かりました、じゃあ来年また必要でしたらよろしくお願いします。

松村先生：よろしくお願いいたします。

吉田先生：松村先生よろしいですか？結局あの中部病院は一年に二回開催せざるを得ないっていう状況なので、それであれば毎年各病院八重山と宮古と一度ずつ共催させていただいて、それで望ましい要件を満たしておくっていうのも。そのほうがあの研修医も中部病院とか受講しやすいでしょうしいいのかとは思うんですけれどもいかがでしょうか。

松村先生：こちらにも引き続きご案内ください、よろしくお願いします。

吉田先生：はい、そうさせていただきます。ありがとうございます。菊池先生、八重山病院とは毎年一回共催していくっていうことでよろしいでしょうか。

菊池先生：お願いしたいと思います。やはり年に一回努力目標ですけどもマストに近いような形みたいなので緩和ケア講習会をやらないといけないとは思います。八重山病院単独での開催は難しいので、共催という形でお願いしたいと思います。私達のところにも年に 2～3 人ずつぐらい後期研修医が来るようになりましたんで、彼ら彼女らが必ずしも初期研修医の時に緩和ケア研修を受けてるとは限らない。初期研修医の研修期間中に全員受講しているものだと思ったんですけどそうじゃない方もいる。その後、後期研修でうちに来てくれた先生の何人かはやっぱり緩和ケア研修をうちにいる間に受けてもらわないと研修が終了出来ないので、基本的には中部病院と共催でやってるところに参加してもらう必要がある。どうしても日にちが合わなければ宮古病院さんと共催の時に行ってもらう。というような形で考えていますので是非、二回のうち一回はうちと共催していただきたいと思っております。以上です。

吉田先生：ありがとうございます。他に何かこの緩和ケア研修会についてご意見とかありますでしょうか。よろしいでしょうか。

議題 2　指定要件の見直し、現況報告について｜吉田先生

吉田先生：“指定要件の見直しと現況報告について”ですけれど、もう既に現況報告のほうはもう締め切りが過ぎてますので県のほうに提出されたと思いますが、各病院で要件を満たせなかった項目とか、それに対する対策、今後の課題等ありましたら共有したいと思います。中部病院は、指定要件で未充足の要件がありまして、がん相談支援センターのオンライン等を必要に応じて用いるような体制を整えることっていうそこの件については現在まだ満たせてないということで“いいえ”で出しています。今年度中にオンラインでの相談を受けるのはすぐには難しいですけども、がん相談支援室のメールアドレスを作成して、メールでも相談が受けれるような体制を整えるということで出しています。二点目としては今年は問題は無いんですけれど、がん薬物療法の述べ治療数の目安が 1000 件となっていまして、こちらは大体毎年 700～800 件になってるんですけれど、医療圏に一つしか拠点病院がなければまあ概ね満たしているということで今のところは問題はないのですが、2025 年度に琉大が中部医療圏に移ってきますのでそうなると同一医療圏に二つの拠点病院があるということでその場合は 1000 件満たさないといけないということになっています。延べ件数の数え方も少し幅がありまして、まあそういったところももう一回確認していこうとは思いますけれど、2025 年度に向けて化学療法の件数をどうするかということが今回課題として上がっていました。中部病院からは以上ですけれど次、八重山病院のほうはいかがでしょうか。

菊池先生：八重山病院では大体、現在出来てないものもありますけども今後の取り組みで大体指定要件の中でも充足が可能と考えています。今日はちょっと一番今後頑張らないといけないこととして、感染のサーベイランスがあると思うんですけども、ICT とか巻き込んでやらないといけない活動なんですけれどもちょっとうちではまだ出来てなくて、ICT にもお願いして確かこれ次の改訂ぐらいまでにはマストになるような話だったとは思うんで、それに合わせてうちでもサ

ーベイランスが進められるようにする予定です。ちょっとこれが一番ハードルが高いかなという風に言ってるんですけども、それ以外は大体満たせるんじゃないかと考えています。以上です。

吉田先生：院内のサーベイランスですね、分かりました。あとこの前も僕伺ったかなとは思うんですけども病理、えっと迅速診断の連携は南部医療センターと行っていますか？

菊池先生：どこだっけ、出来てるよね？

八重山病院総務課現況報告担当：一応回答自体は技師長にしてもらった回答ではなってはいるんですけれどもちょっと僕も詳しいことが分からなくてですね。

菊池先生：これ確認はしてないんですけれども出来てるとは思います。外科に確認しないとちょっとあれなんですけども。ちょっと担当というか外科系の先生とかであれなんですけどもこれは出来てるとは思います。ちょっと確認しておきます。

吉田先生：分かりました、ありがとうございます。じゃ次、宮古病院のほういかがでしょうか。

松村先生：はい、今のテレパスの話からいきます。テレパスはやはりグループ指定病院とのテレパスじゃないといけないとのことで、中部病院とのテレパスじゃないといけない。結論からなんですけども。ただ、病理医は非常勤で宮古病院の職員です。その職員がテレパスを行ってますので、当院の職員がテレパスを行ってるという形で県からは了解を得ました。ですので、職員じゃないと難しい。職員がテレパスするのは構わないが他の病院とテレパスするのは難しそう。去年もこれでもめたんですけど、まあ職員ということで去年ももめて今年も。これの他にも照会が数件ありましたけど全部要件を満たしているということで提出しました。県のほうも上のほうに出したそうです。

吉田先生：はい、ありがとうございました。確かにちょっとテレパスのほうは中部病院の病理が常勤一名なので、なかなか今のところは大変難しいんですけれども、慶応大学のほうから月に一回非常勤の先生が今月から応援に来られたり、一応そういうちゃんと応援体制が少し増えている状況ですけれど、ちょっと病理がもう少しでも増えれば可能であれば対応できる体制を取っていきたいんですがちょっと現状は難しいという状況です。その他、現況報告の件で何かありますでしょうか。中部病院も結構ぎりぎり充足してるという項目もいくつもあるので毎年の現況報告に向けてまた改善出来るところは取り組んでいきたいと思いますので各病院そういう点もあるかなとは思いますのでまた連携してやっていければと思います。現況報告についての報告は終わります。本日の議題はこの二件だったんですけれども、何か議論しておきたいこととか共有しておきたいこととかあればお願いします。それでは、次回の予定なんですけれども、次の幹事会が 1 月 16 日、第四回の協議会が 2 月 3 日なので 1 月 16 日から 2 月 3 日の間でまた日程調整させていただこうと思います。それでは、今年度の第二回の合同Ｗｅｂ会議終了したいと思います。ありがとうございました。

資料１５

令和４年度第２回大腸がん死激減プロジェクト連絡会議　議事要旨

日時：令和４年７月27日（水）　19：00～20：20
場所：Zoomを利用したWeb開催
出席５名：佐村博範(浦添総合病院)、浅野志麻(宮古病院)、有賀拓郎(琉球大学病院診療情報管理センター)、金城徹(琉球大学病院光学医療診療部)、増田昌人(琉球大学病院がんセンター)
欠　席７名：宮里達也(北部地区医師会病院健康管理センター)、仲宗根正(那覇市保健所)、仲地厚(友愛医療センター)、宮里浩(那覇市立病院)、糸数公(沖縄県保健医療部)、岸本信三(宮古病院)、豊見山良作(那覇市立病院)
陪席１名：西銘亜希(琉球大学病院がんセンター)

【報告事項】
１．令和４年度 第１回大腸がん死激減プロジェクト連絡会議議事要旨について
増田委員より、令和４年度第１回の連絡会議の議事要旨(資料１)について説明があった。

【協議事項】
１．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議の委員の追加について
増田委員より、前回の会議において、宮古病院の浅野志麻委員と琉球大学病院光学医療情報部の金城徹委員が本会議の委員として追加された旨の報告があった。次に委員の追加依頼の有無を確認したところ、佐村委員より、琉球大学病院第一外科の金城達也先生を委員として追加いただきたいとの依頼があり、委員加入にむけて調整を行うこととなった。

２．大腸がんの治療方針に関するコンサルとシステムの構築について
【佐村委員】これまでは文書のみでの報告だったが、管理協力機関・システム・広報の３項目に分けて表にまとめた。管理協力機関はこの大腸がん死激減プロジェクト連絡会議とし、目標として自動化を目指し、事務局をがんセンターとする。次にシステムについて、現在は津梁トークでカンファレンスを行っており、システムのさらなる自動化を求めている。いずれ津梁トークに通知機能が追加されると聞いているが、対応いただけていない。また相談内容を書き込むコメント欄が書き込みにくいので、書き込めるスペースを拡大していただき、津梁ネットワークの未加入施設に対しても対応いただけるようお願いしたいと考えている。これまで医師会の津梁ネットワークの会議で１度説明しただけで、比嘉理事にも口頭でしか伝えられていないので、文書でも依頼を行い、最終的には「大腸がん相談室」の設置を目指していきたい。今は相談件数を増やすことに専念している。カンファレンス室の作成には毎回時間と手間がかかっている。また通知機能がないため、相談症例の書き込みを行うたびに、相談員全員にメールで通知しなくてはならず、こちらも手間で

ある。徐々に発展していけば、特別な症例と一般的な症例を分けていきたいと考えている。一つはセカンドオピニオン的な対応になり、診療報酬がいずれはカルテの記載内容から取れることになると思うので、対応できるようにしていきたい。一部の参加者から、いつまでもボランティアのような形を続けることはあまり良くないという意見もいただているので、その辺も勘案して進めていきたい。次に広報については、周知不足を認識している。これまでは真鍋先生が発表してくださったり、各医療機関や関連学会などで、私や浅野委員の講演会の内容をパンフレットにして配布し、相談室の取り組みについて報告を行ったりしている。その際、遺伝についての報告があったのだが、この相談室に、遺伝の診察が十分できる方も相談員として入っていただくことを提案したところ、遺伝における診察が難しい地域もあるので、そういうシステムがあるとよいだろうと多くの方から評価と賛同を得られた。今後の予定としては来月に開催される日本大腸検査学会の九州支部会の特別企画として、「大腸がん死を減らすための取り組みについて」ということで報告する予定である。他に癌治療学会での報告も予定している。そして相談症例不足という課題に対しては、周知のためのポスターを作りたいと考えている。具体的には津梁ネットワーク内の相談室説明ページにアクセスできるよう QR コードを貼って、多くの方に相談していただけるようにしたい。この津梁ネットワークの相談室にアクセスしていただけると、作成済の要綱や同意書などの関連文書も準備されていて、ダウンロードして使っていただけるようになれば、相談がより簡単にできるようになり、患者さんがそれを見て、私の症例も相談できそうだと感じていただけたら、より多くの方に利用していただけるのではないか。ただポスターを作っても行き先がないと困るので、送り先についても検討していく。そして現在、14 施設から 22 名の方に相談員として参加いただいており、小児科医 1 名に参加依頼中である。肺や肝臓の症例の際には、肝臓外科や呼吸器外科をそれぞれ追加している。今後は、津梁ネットワーク内での相談室を固定化していただいたうえで相談員を増員し、さらなる自動化に向けたシステムの構築を津梁ネットワーク側にお願いしていきたい。相談内容の開示については、すでに相談を終えた症例も結構あるが、開示できる場所がないため、津梁ネットワーク側にこれまでの症例を閲覧できる場所を作っていただけるようお願いしたい。それが実現すれば、どういった症例の相談があったのかを知ったうえで、この症例も相談できるのではと思っていただけるようになると思う。直近では、北部地区医師会病院から 9 例目の相談が入った。COPD の既往歴のある肺転移の症例で、どの程度までどのような手術や治療を行えるかという問い合わせに対して、呼吸器外科と放射線科から回答があり、今後の方針も固まり、沖縄病院で手術を行うことが決まった。

【浅野委員】ロードマップ化することで、誰がどこを担当するのか、色を変えて名前を明記することで、それぞれの役割を把握、分担していくうえでわかりやすくなり、相談症例を重ねつつ、後から参加した方も、今はどこまで進み、何を目指していて、どこが足りないのか俯瞰して把握できるようになる。システム構築の目標は、がん相談室を設置、自動化し、誰でも簡単に相談できるようにするとし、医療者への周知不足解消への目標として、県内の医

療者に津梁ネットワークでのがんの相談室を知っていただくとあるが、さらに踏み込み、「相談したことがある」、「相談している」を最終目標としてはどうか。これは患者さんへの周知不足解消でも同じことが言える。
【佐村委員】浅野委員の意見をふまえて目標を修正することとする。
【有賀委員】システムの観点からだと、自動化するときに、この大腸がん相談室に縛られない方が予算化しやすいだろう。卵巣がんや肺がんなどの他のがん種で相談したいときに、例えば腫瘍内科、当該領域の外科に内科、放射線科、緩和の専門医というように大枠を作り、私の場合だと、名前に担当分野が放射線治療というように、リスト化しておいたマスターを作り、佐村委員が依頼する際に、これは放射線治療医に送る、放射線診断医に送るというようにラジオボックスを設けて、私が大腸がんも担当すると登録しておけば、勝手にメールが届く仕組みを作成できる。大腸がんにしか使えないリストマスターを作成してしまうと、医師会としては横展開ができないのに、開発工程は同程度かかってしまうので、全がんで使えるような粗い粒度のものを作っておいて、まずは大腸がんで走らせるという形で進めていけばよいのではないか。比嘉理事がメッセージを送信されることがあるが、ログインすると、左側に、メール受診のアラートが出る機能が、既に津梁ネットワーク上にある。これと同じ仕組みを使って、大腸がんに新しい症例が登録されたことを通知することは可能である。
【佐村委員】そうなると津梁ネットワークのホームページを開いて度々確認する必要がある。できれば普段利用しているメールに配信されるシステムを構築いただきたい。実際にそれは可能だと聞いている。ここで実際にどのように相談を受けているかを見ていただきたい。当院（浦添総合病院）の場合は、同じ PC で電子カルテと津梁ネットワークを容易に開くことができる。毎回私が行っているのは、グループ作成で、まず参照の画面を開き、相談内容を記入したあと、相談員に該当する患者さんの情報を見てくださいと連絡をし、協議が始まるのだが、多くの施設ではデータが重く閲覧に時間がかかり、だいぶ負担となっている。
【有賀委員】琉大病院で津梁トーク内の画像を見ようとすると、先ほど佐村委員が画像を表示するまでにかかった時間の 3 倍かかる。
【佐村委員】便利だと言いながら難儀をさせていることについては申し訳なく思う。相談を始める際に、グループを作成して、そこにタイトルを付けて、その都度、症例ごとに該当する相談員を 20 名ほど一人ずつ追加していく作業を行っている。指定されたメンバー以外の人は見ることできない。作成した相談室の中に入ると、LINE のようにやりとりをすることができて、相談員の方が結真面目にいろいろ書いていただけるので本当ありがたい。方針が決まるときは 2 日もかからず相談員の皆さんから回答が出され、大体の治療の道筋が早くわかったりする。本当によいものではあるが、症例ごとに相談室を作成する度に、入ってその中での人を探さなければならず、毎回作成する必要がある。私が一番望んでいるのは、ホームページのトップに「大腸がん相談室」を固定して作っていただくことだ。その中に相談症例ごとに作成したグループごとのトークルームのスレッドが表示できるようなれば、参加している相談員の確認ができようになり、相談室の開設が自動化できるのではないか。そ

の中でトークを新しく作って、そこに相談内容を書いて送れば、それだけで相談ができるという形になる。そこにメール機能がついていれば、そのままメールを開いて、相談が始まるというのが理想で、まだメール送信の機能はないが、それができれば、前に回ってきたメールにそのまま症例に回答いただき、回答したことを回答者が発信すればそれで済むことになる。相談室への参加者を随時増やしながら固定化していく形にすれば、手間も省けて、簡単に入りやすいものになっていくのではないかと考え、医師会にお願いしたい。有賀委員のおっしゃっているものとは異なるが、この方法がもっとも簡単に行なえるのではないか。
【有賀委員】佐村委員が操作している画面に、例えば肺メタセット、肝メタセットといったボタンがあって、そちらを押すと事前に決められているメンバーが表示されれば、ミニマムながらも他のがん種においても適応可能となる。しかし今は新規でトークルームを立ち上げ、佐村委員が 1 人 1 人をアサインする作業をしている状況である。それに対してトークルームを立ち上げると、そこに登録されているメンバーのリストがあって、一般大腸外科向け、ステージ 4 のケモフリー向け、肺メタ、肝メタといったリストなどが登録できると楽になるのではないか。ところで津梁ネットワークの左下をご覧になったことがあるだろうか。
【佐村委員】「何々さんが登録されましたとか」というのが良く載っているかと思う。
【有賀委員】津梁ネットワーク自体に全体通知の機能は持っているので、ここがうまく使えるとよい。正直なところ、トークでのやりとりがカジュアルになりすぎていて、そろそろニーズに合わなくなってきている。それは医師会の方もわかっていると思うが、そのトークベースを超えた先を最初から開発した方がよいのではないか。リソースが限られているので、他のがん種でも使えるという話にすると、予算取り、開発も含めてしやすいのではないか。
【浅野委員】新しくネットワークを立ち上げることになるのか。
【有賀委員】佐村委員が 9 スライド目で示されたところに、新しくアイコンを追加するだけでよい。吹き出しが二つ重なったアイコンを押すと、津梁トークが立ち上がるようになっている。それと同じイメージで、がん相談室が立ち上がるというかたちにしていくとよい。
【浅野委員】中に大腸がんや肺がんといったがん種ごとの相談室があるということか。
【有賀委員】その通りである。全がん種を並べ、それぞれのページに遷移できるようにするのである。すでに相談を終えた症例のリストも並べ、今アクティブな症例の場合は、申し込みフォームに年齢、性別、原発はどこかを明記し、メイントークのテーマを申し込みの際に入れさせて、それがそのままタイトルに吸い上げられる形のリストにし、そこをクリックすると、また別のページが開いてトークが始まるというようにして、次に、全員に告知するのか、一部のドクターに告知するのかといった階層機能をつけておくとよい。津梁ネットワークには、薬剤師の方など他の職位の方も入るため、ID ごとに、職位と持っているサブスペシャリティ、相談できるがん種というように、職責部分を追加登録しておけば、薬剤師さんが閲覧しようとしても、管理者権限ではじかれるというのが画面遷移のイメージである。
【佐村委員】最初からそのように作るのは難しいが、結果として「沖縄県がん相談室」ができたら、そちらに並んで収納されるとよいのではないか。現在、大腸がん以外に乳がんでも

似たような取り組を始めているようなので、それぞれの良いところを、紹介し合ってさらによいものを作り上げていけるとよい。それがある程度出来たら、全がん種に対象を広げられる。何より参加いただく人はもちろん、管理いただく人がいないと継続することは難しい。
【有賀委員】システムに関しては私が作業主体となる。乳がんの相談は、診療ネットワーク外で、圧縮して送った FTP ファイルを解凍のうえ見ていただき、津梁トークで会話をする道具立てになっており、肝心の議論の部分は、こちらと同じである。津梁ネットワークに依存せずに画像を共有しているので、それをどうここに吸収するか、一度議論する必要がある。
【佐村委員】津梁ネットワーク外で画像共有した場合の安全性はどうなっているのか。
【有賀委員】津梁ネットワーク回線で V-LAN を切って使用している。セキュリティ自体はこちらと同じポリシーで、津梁ネットワークに入らなくても、P2P で画像共有ができる。
【佐村委員】各病院の電子カルテから簡単に結びつけられるのか。
【有賀委員】おそらく電子カルテ外になる。
【佐村委員】1 度、CD か何かでデータを出力して、それを取り込む作業が必要になるのか。
【有賀委員】浦添総合病院の電子カルテのシステムは、津梁ネットワークと同じ SSI なので、同じ端末でどちらも閲覧できるが、多くの中小規模の病院では、別々で運用されている。送信する際、匿名化したファイルを電子カルテ閲覧用ではない PC に移し、FTP で圧縮送信し、受け取る側も端末は 2 台体制で、電子カルテが搭載されていない端末で見ている。
【佐村委員】受け取る側は電子カルテを見る端末ではなく、別の端末で見ているのか。
【有賀委員】乳がんの方は、送り手が離島などの診療所で、受け手のほとんどが那覇西クリニックで相談対応を行っている。ほとんどの病院では、今説明した環境で都合がいい。
【佐村委員】そうなるとカンファレンスというより二者間でのやりとりなので、私がやりたいこととは少し違っているように思う。
【有賀委員】一方で、宮古病院の岸本委員もおっしゃっていたが、できれば津梁ネットワークは使いたくないというニーズは完全に吸収できている。乳がんの方では、宮古病院から送られた画像を浦添総合病院でわざわざ取り込んで ID を作る作業も発生しない。そこで両方のいいとこ取りという観点から、うまくシステムとして吸収できればよい。
【佐村委員】津梁ネットワーク側で画像の表示が速くなりさえすればよい。ひとつの症例に対して、様々な判断や意見が出ることで、知見が広がって深まり、治療の選択肢も増え、ちょっとした勉強の積み重ねとなる場を作りたい。そのため二方向間だけで行うのは難しい。
【浅野委員】どこかがホストになって、やるのであればそれでもいいのかもしれない。
【有賀委員】完全に大腸がんの方は、佐村委員が個人でホストをしていただいているので、医師会かがんセンターの事務局にホストポジションを置くのが、運営としては一番よい。
【佐村委員】その点からも、自動化できるようになればよいと考えている。
【有賀委員】医師会としても津梁ネットワークを作ったものの、利用数が伸びず、ユーザー側に作業の工程数が多すぎるという点でも問題視はしていて、何とかしたという問題意識はあるようだが、打開策は見つかっていない。先日医師会の方とメールでやりとりしたのだ

が、画像の表示にどれほど時間がかかるのか尋ねられたので、とても時間がかかって遅いと答えた。浦添総合病院が最も快適な環境で、先ほど、佐村委員はボタン一つをクリックするだけで立ち上がったが、当院は津梁ネットワークに入る前に、まず電子カルテに入り、僕らはボタンを押すとブラウザベースで津梁ネットワークを立ち上げてよいかというアラートが出る。今度はその ID が引き継がれてないシングルサインオンになってないので、津梁ネットワーク用の ID とパスワードを入れて、またログインし直すのだが、そのログインがまた遅く、そこで初めてトップ画面にたどり着くという状態である。多くのユーザーは端末が異なり、入るのに何重にもあるファイアウォールの向こうへと進んでいかないと入れない。そもそもコミュニティとしてこの津梁ネットワークにくっつきたくないというところもニーズとしてあるので、どのようにコントロールしていくか難しいところである。
【佐村委員】津梁ネットワークに付きたくないというのは自分の施設の電子カルテとの連携を取りたくないということだと思うが、なかなかその点でハードルは高いと感じている。
【有賀委員】実は浦添総合病院では電子カルテ本体で佐村委員が症例を相談する際に書かれた記事が読めて、出された処方も注射も検査も私の方で全て見ることができる。
【佐村委員】私も自分だけでなく、他の人のカルテも読めると思っていたが読めなかった。
【有賀委員】開示しているのは浦添総合病院だけではないか。
【佐村委員】PET の情報なども電子カルテに貼り付けて読めるつもりでいたのだが、他の施設では読めなかったりすることが多くて難しいところである。
【有賀委員】私が担当した患者さんの放射線治療の線量分布などの情報は見られるが、他の医師が関わった患者さんの情報は自分で送ってないため見られない。津梁ネットワークの理解度によって得られる情報、送信できる情報が限られ、その点もハードルではある。
【佐村委員】システムの開発を進めていただくにあたって、私の要望を有賀委員から医師会の担当者に伝えていただいているが、口頭で伝言しただけでは少し弱いように感じている。
【有賀委員】一緒にかけあい、医師会の方に開発向けのプロジェクトチームを立ち上げていただくようにしたほうがよい。これまでも私と佐村委員で要望を伝え、医師会の方からもこちらに聞きに来てくれているが、会議で決議を行わず予算取りもできていないので、できることが限られ、プロジェクトとしてしっかりと動いてない状況である。気軽な会話の延長線上でしかない状況なので、もう少しフレームワークをしっかりとしていく必要がある。
【佐村委員】これまで何度も要望は伝えているが、一度も改善されていない。通知機能を追加できるということだったが、追加される様子がない。特に困っているのは、コメントの記入欄である。3 行しか書けず、相談内容を書き込むのが大変難しい。別の場所で下書きを作ってコピペする作業が必要でやりづらい。返信する際も、以前書いた文を直す作業にとても手間がかかる。何とか書き込める行数を増やしていただきたいが改善される兆しがない。
【有賀委員】HTML でシンプルな仕組みにすれば、書き込み欄の枠を広げることはできる。
【佐村委員】横には広げられるが縦に広げることができないので困っている。
【有賀委員】このシステムの構築に高額の費用がかかったそうだ。実際の執行額は不明だが、

その費用に見合うものとは信じがたい。さらに大胆に変えるとなると、さらに費用がかかる。
【佐村委員】私としてはなるべく小さな変更で済むようにしたいと考えて提案している。
【浅野委員】佐村委員が各学会でこの取り組みを発表し広報活動されているので、行政も巻き込み、オーソライズされたプロジェクトとして取り組む方が資金も集まるのではないか。
【有賀委員】最初のコンセプトで県民に広くあまねく寄与するというか、要は 1 人袋小路で診療されている先生方の相談の要になるというところが目標だったはずなので、そういう意味では県に働きかけたり、予算を取ってきたりするというのはとてもよい提案である。ただ、ここではシステム的な開発ができないということもあり、医師会と SSI はここに付かず離れず結びついてはいるが、プロジェクトとして正式な結びつきはないため、進捗が遅くなってしまい、何か新しいことを始めようとすると、工程がかかりすぎている。今日話した内容をふまえて、医師会に連絡し、今後どうするか働きかける必要がある。
【佐村委員】以前、増田委員に作っていただいた「大腸がん相談室設置要綱」において、絡会議を設置する旨を明記しているが、こちらを連絡会議ではなく「運営委員会」を設置するとし、その構成員を室長と副室長、そして室員とすると決めていたが、大腸がん死激減プロジェクト連絡会議が運営の主体であるということで、本会議の委員も構成員として追加し、この運営委員からの要望という形で、医師会の方に文書として送った方が力は強いのではないか。どうしても今までのやり方だと、動いてくれそうにない。
【有賀委員】思い切って医師会の方に、どうすれば動いていただけるか、会議で要望を通す必要があるなら、どの会議に要望を提出すればよいか、その会議に要望を提出するにはどのように手順を踏めばよいかを伺ったほうがよい。一医師の意見でよいのか、オーソライズされた団体としての意見が必要なのか、委員会もしくは病院といった何かしらの単位元で発出した文書があれば動けるということなら、そのように対応していけばよいのではないか。
【佐村委員】私が今考えているのは、要綱の変更をもって、大腸がん死激減プロジェクト連絡会議の委員が大腸がん相談室の運営委員とし、そこから要望書を出すという案である。この大腸がん死激減プロジェクト連絡会議は、沖縄県がん診療連携協議会の一組織として沖縄のがん医療について考え議論を重ねているところなので、要望書の提出先は津梁ネットワークの会議になると思うが、どういう反応を示すか見てみる必要はある。
【有賀委員】要綱を作る必要はあるので、この作業は進めていった方がよい。アプローチの仕方として、我々と医師会の考えていることが合致していれば、佐村委員のやり方が正解だと思う。しかしずれている場合もあるかもしれないので、確認したほうがよい。
【浅野委員】津梁ネットワークのシステム担当に委員として入っていただくのはどうか。
【有賀委員】この大腸がん死激減プロジェクト連絡会議のワーキンググループの委員要綱に技術職員が入ることが仮定されているか確認する必要がある。
【浅野委員】今後は技術面において、システム担当者の立場の方を切り離せないので、大腸がん死を減らすという目的のもと、技術職の人が入り、使い勝手を良くするためにシステムを構築していただくうえで、ここでの議論を彼らにも聞いていただいた方がよい。

【有賀委員】規約の中で末番号の委員にその他、室長とか委員長が必要と認める者という感じで、インクルージョンできる文言があるので、その枠を作って追加していけばよい。
【佐村委員】連絡会議の要綱に明記していくのは難しいが、相談室の要綱の方で追加、明記して入れることはできる。ただ相談室の要綱に沿って参加いただいた人が、この連絡会議に参加いただくことになるが、その点は大丈夫か。
【増田委員】決まり事はないので、佐村委員がいいように進めていただいて構わない。
【佐村委員】ぜひ、システム担当の方にも参加いただけると助かる。
【有賀委員】医師会としても加入者増という明らかにわかりやすい利益があるので、その点は大丈夫だと思う。
【佐村委員】何らかのアクションを起こすには、これまでのやり方では弱いと感じていて、せっかくこの大腸がん死激減プロジェクト連絡会議プロジェクトで後押ししていただいているので、こちらでの議論をふまえて医師会に動いていただきたいと考えている。
【有賀委員】そのように進めていただくべきで、それをしないとつまるところまで来ている。
【増田委員】どこに働きかけるのか整理をして少し詰める必要がある。次に実績を作っていただきたい。一つはコンサルテーションをかけて、キャンサーボードのように、ある程度の方向性はあるが、それで本当によいのかというところで、おそらくちょっとした後押しをもらえば自信を持って治療に臨めるようになるのではないか。例えば抗がん剤のメニューを出す際に、ほとんど迷うことはないが、少し自信がない程度のレベルと、これはもう他の医師に聞かないとわからないというレベルの二つに分け、おそらく佐村委員がこれまで対応された症例は、難しい症例が中心だと思うので、簡単な症例も出せるようにしていただけると、相談依頼が増えるのではないか。医師会や行政、そして拠点病院に説明するときに、50程度の症例実績があると一気に話も進むと思うが、10 程度だとまだ始まったばかりだという印象を与え、少し様子を見ようということになってしまう。症例数が 30 とか 50 あると、そこまでニーズがあるということを皆さんに理解していただける。特に医師会の場合、がんを専門にしている人はほとんど理事にいないので、症例を積み上げることもあわせて考えていただきたい。要するに難しい症例Aと簡単な症例Bというように2段階方式で分けて、それぞれで相談実績を重ねていくことも検討いただきたい。もちろん今なされていることも一番メインで大事だと思うが、もう一つはやはり 1 人医長とか、2 人で治療にあたっているが、相談できず迷っている方に後押しをしてあげるという作業も必要だと思う。1 人で悩みながらやっていらっしゃる方は結構多いと思う。特に離島だとバタバタした中で、自分で様々な文献を広げてやっている暇もない人に対して、多分これだろうけど、それでいいよねという相談に対し、それでよいですよと答えられればそれで済むことも多いと思うので、2段構えで対応していただけると、より支持は広がりやすいと思うので、ご検討いただきたい。
【佐村委員】垣根は設けていないが、これまでは意見を述べやすい症例を出していたところがある。臨床で外科医による処置が必要な症例だと、画像を見ながら廓清範囲はどうなっていてどこまでやるべきか、リンパ節が見えていれば、血流がなくなるのを避けるためにリン

パ節だけは切除して血管は残すべきかという話は当然出てくる。しかし画像を細部まで見られないということもあって、なかなか症例数を増やすまでに至っていない。
【浅野委員】30～50 例ほどの相談実績ができると説得力があると思うが、まだ数例の場合だと、相談室に参加したメンバーのアンケートや相談したドクターや患者のアンケートで、良い結果の出た事例を集めることで、一つ実績になるのではないか。また認知度という点で、この相談室を始めた当初において低かった認知度が、相談対応を始めたことでどれだけ増えたかというように、短期間でも 30 例、50 例に至るまでの間の実績として評価できるものになるのではないか。6 ヶ月、1 年というように、短く期間を決め、認知度が 30%、50%というように段階的に目標を決め、それに向かうように広報活動をし、短期間で実績を積み上げて、最終的に 30 例から 50 例の相談実績に繋げていく形にできればよいのではないか。
【増田委員】事務局としては交通整理が少し必要で、この相談室は、沖縄県がん診療連携協議会の事業として始めたが、実際は、医師会にだいぶ依存している状況である。医師会として積極的に取り組んでいただく機運をどのように熟成していくかということになるので、コミュニケーションをとり、医師会の会長、副会長の理解を得ることが必要である。
【浅野委員】医師会の知名度を高める活動でもあるとアピールしてみてはどうか。
【増田委員】医師会で開かれている理事会で、全員の賛同を得ることも必要なので、そのための材料作りをすることが大事だと思う。ロードマップで言うと、どの方から支持、承諾を得なくてはいけないのか、予算を取るにはどのような手続きが必要なのかなど、まとめていくとよい。現在取り組まれていることは、そのまま進めていただいて、先ほど浅野委員がおっしゃっていたように、症例数が少なければ、別の側面から証明していくこともやってみる必要がある。その点については事務でも考えていきたい。金城委員が参加されているかと思うが、この相談室の取り組みが、沖縄県の医師であれば、消化器内科、消化器外科の先生が誰でも簡単に利用、アクセスできて、予算もしっかりとあって、高いレベルのコンサルティングもできるが、ちょっとしたことでの相談であってもしっかりと後押しできるというのが理想的なあり方だと考えている。ただこれまでは佐村委員が、ほぼ 100%頑張ってやってくださってきたのだが、次第にこの取り組みに様々な人が関わってきたことで、少し佐村委員の負荷を取ることも必要だとも感じているが、金城委員に率直な感想をお願いしたい。
【金城委員】佐村委員が以前、この取り組みに関して内視鏡会で発表していただいた際にお話を伺って、非常に良い取り組みだと思った。先ほどもお話があったと思うが、様々な施設からのアクセスを画像や情報も含めて、周りの協力やサポートを得たうえで取り組んでいければ非常に良いと思う。大腸がんが非常に多い沖縄なので、できるだけそういった形で大腸癌死を減らせるようにアプローチしていくことは非常に重要だと思った。
【佐村委員】金城委員には、本会議の委員としてだけでなく、相談室にもご参加いただきたい。ギリギリの症例なども結構あるので、それらも含めてみんなで議論できれば幅広く取り組んでいけると思うので、ぜひよろしくお願いしたい。現時点ではそんなに力を使っているわけではないので大変ではないが、非常に助けになるのは相談症例が増えることである。な

るべく様々な施設から参加していただけるようになると、この相談室を活用されている印象も与えられるようになるだろう。浅野委員にはお手数かと思うが、私が既に相談にのっている症例でよいのでそちらを浅野委員に出していただきたい。
【増田委員】津梁ネットワーク未加入の宮古病院や八重山病院に症例を出していただくのもよいと思う。こういう方向性でよいかどうか確認できるだけでも十分良いのではないか。
【浅野委員】システムでのデータ掲載の方法がわかりにくくて、そこが一番ハードルになっているので、ひとつボタンを押したらすぐ相談室に入って、すぐに相談できるようになればまずは聞いてみようという形になると思う。
【増田委員】現状としてはシステムを介さずに、宮古、八重山には A41 枚に、普通にワードで作成して相談を出していただくとよい。津梁ネットワークを使える病院については比較的簡単な方法はあると思う。とりあえず浅野委員のところだけでも、例えば今年の 1 月症例から出してもらえると、症例を重ねることになると思う。先ほどは A41 枚と言ったが、実際は 10 行程度でもよいと思う。多分それで質問を三つ程度にして、これで良かったのだろうかという感じで相談を出していただいて、それを公開すると、こういう簡単な症例でも相談してよいのかという話になり、他の病院からの相談も増えるのではないか。
【浅野委員】簡単な A 症例、困難な B 症例というように分けると、相談を出しやすくなるのではないか。前回の議事録にあったが、簡単な症例でも出してもよいのかと迷われる方もいるだろうとのことだったので、二つの枠を設けておくと、難易度に合わせてそれぞれ症例を出そうという気もちになるのではないか。
【佐村委員】現段階では、部屋を分けられないので、一緒くたにして進めているが、セカンドオピニオン的な相談の場合は別扱いにする必要があると考えている。ただそこも症例数が増えてからでないとその対応はできないというのが現状である。いずれ診療報酬をどのようにしたら取っていけるかということについても検討しなくてはいけない。単純なカンファレンスルームとセカンドオピニオン的なコンサルティングルームというように後々は分けていくことになると思うが、今は混在してやっていくしかない。
【浅野委員】どのような症例でもよいという温かい感じで進めるということで承知した。
【佐村委員】強調しすぎていたところもあるが、津梁ネットワークにおいて画像共有ができ、その画像を見ながら相談ができると話していたため、画像を見ながら相談する症例に限られてきたところがあった。実際は画像を見るところと津梁トークは別で存在しているので、相談トークを行う部屋の作り方さえわかれば、画像なしで相談することも可能である。相談室を固定化できない間は、毎回メンバーの名前を入れ、文書で全員に相談症例を送り回答を得ることは、比較的簡単にできる。そういう使い方もしながら、症例数を増やしていきたい。
【増田委員】交渉を重ねていくには 2 、3 か月の時間を要するので、その間に浅野委員の方から、10 例でも相談を入れてもらうと、交渉する側としてはだいぶ説得しやすくなる。先々月までは月に 1 例もなかったが、先月は 5 例、そして今月は 10 例でしたというように。医師会の場合だと、糖尿病の先生や、整形外科の先生方が多いので、話は通しやすくなる。臨

床的な部分は佐村委員に進めていただき、事務的な交渉は有賀委員と調整いただくとよい。
【佐村委員】まずは医師会の方に、私が依頼していることが簡単にあまりお金をかけずにできるのか、ある程度まとまった予算が必要なのか確認する必要がある。
【有賀委員】佐村委員と私と医師会とでミーティングしたいということで連絡してみる。
【増田委員】今回から金城委員に、前回は浅野委員に入っていただき、次第に輪が広がってきたので、さらに様々な方にご協力をいただけるようにしたい。方向性も良いので、なるべく失敗のないようにした方がよい。私は一度、悪性リンパ腫のコンサルティングで失敗したことがある。原因は一重に相談内容のレベルが高くなってしまったためだ。少し気になる症例を持ち寄り、特に 1 人医長で頑張っている方々の後押しをしてあげようということで始まったが、次第に評判を聞きつけ持ち寄られる症例のレベルが高くなってしまった。そのため市中の病院の先生にとっては相談しづらくなってしまった。開業の先生や 1 人医長で頑張っていらっしゃる先生が気楽に相談できて、その方向性でよいと後押ししてもらえるという雰囲気づくりができれば、失敗しないのではないか。この取り組みは医師会の事業として行うものでもあるので、広く浅くメリットがあるということも強調していく必要がある。もちろんレベルが上に突き抜けてもよいと思うが、底辺のほうも支えていく必要がある。事務方への要望があれば、メールでご連絡いただきたい。なるべく佐村委員には頭の部分で動いていただいて、佐村委員の頭の中をみんなが理解して、取り組んでいくのが望ましい。
【浅野委員】増田委員がおっしゃっていた、「一人医長を取り残さない」という理念を、文章にしっかり残しておいて、常にそこをずらさず、ぶれないようにあった方がよい。
【増田委員】そろそろ会議を閉じたいと思う。てよろしいだろうか。委員追加についての確認だが、金城達也先生にご参加いただきたいということでよろしかったか。
【佐村委員】金城達也先生と相談室をよく利用していただいている野里先生の 2 人に入っていただいきたいと考えている。
【増田委員】野里先生の加入も希望するとのことだが、その交渉は佐村委員がされるのか。
【佐村委員】金城達也先生には了承いただいている。野里先生には、私のほうで依頼し了承いただくこととする。
【増田委員】許可が得られたら、ご連絡いただきたい。最後にもう 1 点、この会議は本来であれば、予防と、検診と治療を軸に協議を重ねる場であるが、治療が先行しているので、予防と検診のところでは議論を進めることができていない。新型コロナで県や保健所が全然ご参加いただけていないためなのだが、前回の 4 月の会議の際は、県の部長の糸数委員に出席いただけたが、何とかそこは事務局の方で引っ張っていきたいと思う。

３．次回の開催日程について
　引き続き来月に日程調整のうえ、会議を開催することとなった。

以上

令和４年度 第３回大腸がん死激減プロジェクト連絡会議 議事要旨

日　時：令和４年 10 月 31 日(月)19：00～20：00
場　所：Zoom を利用した Web 会議
出　席：7 名
岸本信三(沖縄県立宮古病院)、豊見山良作(那覇市立病院)、仲地厚(友愛医療センター)、佐村博範(浦添総合病院)、増田昌人(琉球大学病院がんセンター)、有賀拓郎(琉球大学病院)、金城徹(琉球大学病院)
欠　席：3 名
糸数公(沖縄県保健医療部長)、宮里浩(那覇市立病院)、浅野志麻(沖縄県立宮古院)
陪　席：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４年度第２回大腸がん死激減プロジェクト連絡会議議事要旨について
増田委員より資料１に基づき、第２回大腸がん死激減プロジェクト連絡会議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．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議委員の追加について
豊見山委員より予防・検診班に内科系の先生、治療系を外科系の先生にしてはどうかとの意見があった。
有賀委員より医療者のみだと限界があるため、病院の外にアクセスが可能な委員(市町村職員、マスコミ関係者等)を入れてはどうかとの意見があった。

２．大腸がん治療方針に関するコンサルとシステムの構築について
佐村委員より８月 29 日に津梁ネット事務局との会議に有賀委員、佐村委員が参加し、相談室の運営・方針について説明したとの報告があった。また、10 月癌治療学会にて報告したとの報告があった。システムについては９月より通知機能が使えるようになったとの説明があった。
症例については９症例目、10 症例目が追加されたとの報告があった。

【大腸がん相談室の周知について】

岸本委員よりがん相談室の周知に関する文書を作成し、各施設へ送付してはどうかとの提案があった。文書作成の際には、相談室設置の経緯やこれまでに出された症例、沖縄県と全国との比較データを加えてはどうかとの提案があった。増田委員より事務局で文書の作成、マニュアルの整備を行い、文書作成後、委員の皆さんへ確認をお願いするとの説明があった。

２．大腸がんの予防について

３．大腸がんの早期発見について

増田委員より資料３及び資料４－１について、各自確認するよう説明があった。また、市町村の検診や予防についての現状についての確認が必要になってくるとのコメントがあった。

仲地委員より、主に治療の事だった為、メンバーに検診、消化器内科医に集中的に参加してもらってはどうかとの意見があった。増田委員より、予防・検診グループがあったが、現在全然できていない状況なのでもう一度グループを編成しなおすことが必要になってくるとのコメントがあった。

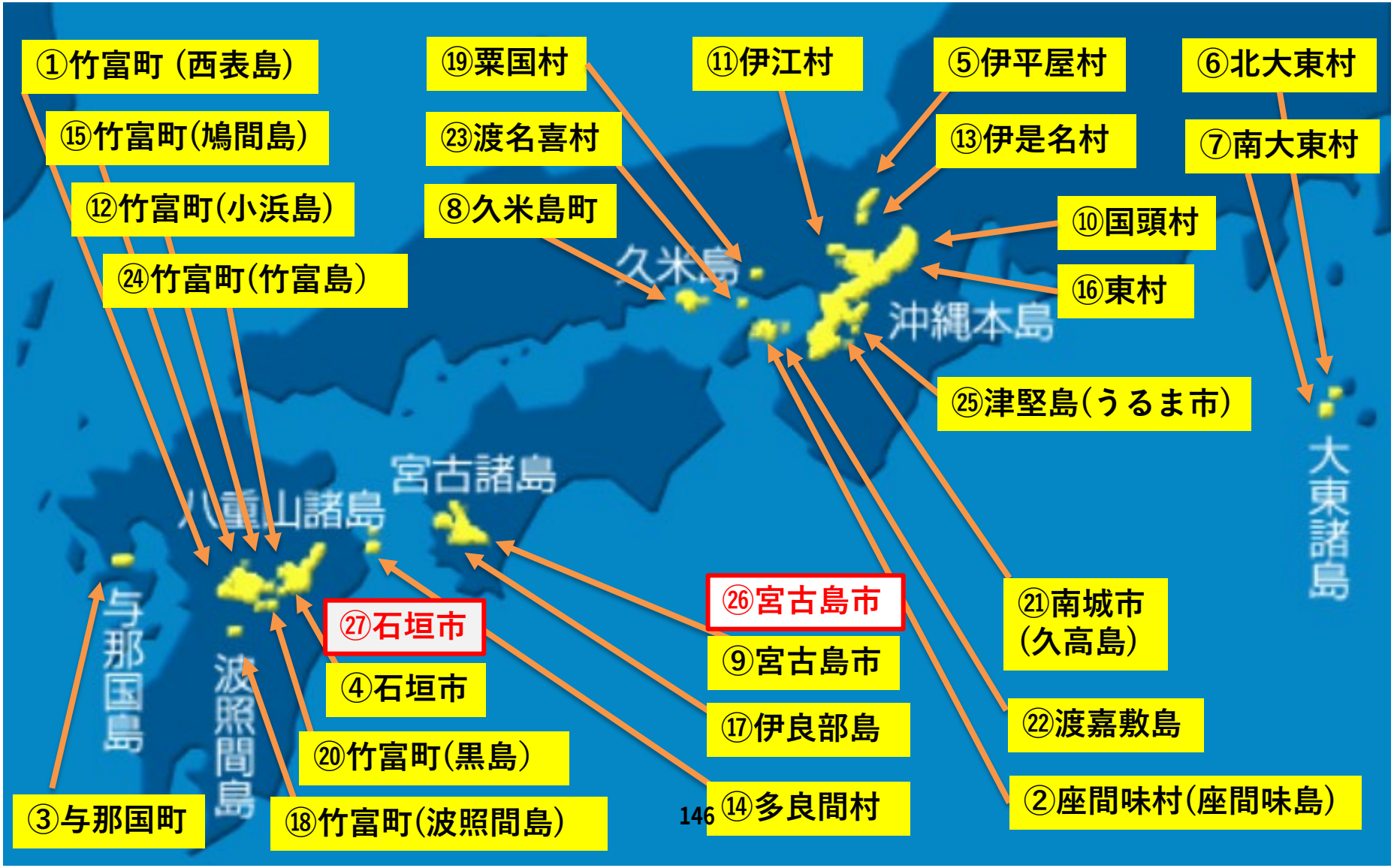
４．大腸がんの治療の質の評価について

５．その他

特になし。

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１６



【がん情報提供講演会　開催一覧】

年度		離島訪問一覧	開催日時	備考
2015年度（H27年度）	①	西表島（竹富町）	H28.3.18	がん療養場所ガイドブック活用説明会
	②	座間味島（座間味村）	H28.3.22	がん療養場所ガイドブック活用説明会
2016年度（H28年度）	③	与那国島（与那国町）	H28.7.15	がん療養場所ガイドブック活用説明会 in 与那国島
	④-1	久米島（久米島町）	H28.9.16	もしも島でがんになったら
	⑤	伊平屋島（伊平屋村）	H28.9.30	もしも島でがんになったら
	⑥	北大東島（北大東村）	H28.12.9	もしも島でがんになったら
	⑦	南大東島（南大東村）	H28.12.10	もしも島でがんになったら
	⑧-1	石垣島（石垣市）	H29.1.21	もしも島でがんになったら 図書館でまるごと一日「がん」のこと
2017年度（H29年度）	⑨-1	宮古島（宮古島市）	H29.9.9	がん専門医に学ぶ 医師とのコミュニケーション
		那覇市	H29.11.19	がんで後悔しないためのヘルスリテラシーってなんだ？
	⑨-2	宮古島（宮古島市）	H30.1.13	もしも宮古島でがんになったら
2018年度（H30年度）	⑩	国頭村	H30.7.27	もしも国頭村でがんになったら
	⑪	伊江村	H30.9.13	もしも伊江島でがんになったら
	⑫	小浜島（竹富町）	H30.10.5	もしも小浜島でがんになったら
	⑧-2	石垣市	H30.10.6	がん相談できる島づくりがんピアキャラバン
	⑬	伊是名村	H30.11.2	もしも伊是名村でがんになったら
	⑭	多良間村	H30.11.30	もしも多良間村でがんになったら
	⑮	鳩間島（竹富町）	H31.2.22	もしも鳩間島でがんになったら
2019年度（R1年度）	⑯	東村	R1.5.17	もしも東村でがんになったら
	⑰	伊良部島（宮古島市）	R1.6.7	もしも伊良部島でがんになったら
	⑱	波照間島（竹富町）	R1.7.12	もしも波照間島でがんになったら
	⑲	粟国村	R1.9.26	もしも粟国村でがんになったら
	⑳	黒島（竹富町）	R1.10.17	もしも黒島でがんになったら
	㉑	久高島（南城市）	R2.2.20	もしも久高島でがんになったら
2020年度（R2年度）	㉒	渡嘉敷村	R2.9.24	もしも渡嘉敷島でがんになったら
	㉓	渡名喜村	R2.11.10	もしも渡名喜島でがんになったら
	㉔	竹富島（竹富町）	R2.11.26	もしも竹富島でがんになったら
2021年度（R3）	㉕	津堅島（うるま市）	R3.11.5	もしも津堅島でがんになったら
2022年度（R4年度）	㉖	宮古島市	R4.9.18	離島がんセミナー in 宮古島
	㉗	石垣市	R4.10.10	離島がんセミナー in 八重山

琉球大学病院　がんセンター

令和４年度　がん患者支援事業

「離島がんセミナーin 宮古島」

報告書

離島がんセミナーin 宮古島　概要

宮古島住民対象に県主催の離島がんセミナーを実施した。センター長増田から、宮古島市全体における医療の在り方や課題点などについても普及し、地域の住民を対象にがん情報提供の講演会および相談会を実施した。

■離島がんセミナーin 宮古島

日時：令和４年９月 18 日(日)１２：30～１５：30

場所：宮古島市未来創造センター

参加人数２３名 (受講者１５名、スタッフ８名)

内容（１）講演「もしも宮古島でがんになったらがんになってもあわてない情報の探し方」

琉球大学病院　がんセンター長　増田　昌人

（２）講演「相談支援センター利用のすすめ」

沖縄県立宮古病院　がん相談支援センター　地域連携室

看護師長　金城　美奈子様

（３）質疑応答・個別相談会

琉球大学病院　地域統括相談支援センター　相談員　上地　久美子様

※セミナー会場の感染対策として、入場時に、入口にて手指のアルコール消毒、受付で検温・体調確認・連絡先・渡航歴の記入をお願いした。記入用ボールペンは参加者全員に配布した。

また、席は間隔を空けて配置し、資料も事前に席へ配布しておいた。会場内はエアコンを使用したが、窓や扉を解放して換気するようにした。

告知ツール(チラシ)



■広報手段：丸正印刷協力のもと、宮古島保健所、宮古市未来創造センター

宮古市役所健康増進課 健康づくり係 、沖縄県立宮古病院 へチラシ配布

講演内容(スライド資料)

増田先生スライド表紙など

2022離島がんセミナーin宮古島

もしも宮古島でがんになったら

～がんになってもあわてない、情報の探し方～

琉球大学病院がんセンター
増田昌人

推奨できる書籍①;患者必携三部作

- 「(第1次)がん対策推進基本計画」(2007年策定)にて、その作成等が定められたのがきっかけで作成された
- がん患者にとって必要ながんに関する情報を取りまとめた冊子で、がんと診断されたすべての方に、患者必携に含まれる情報を届けることで、患者がより良い療養生活を送ることを目指している
- 「おきなわがんサポートハンドブック」は、2011年から毎年25,000部発行して、がん患者さんとその家族に無料配布中(累計26.5万部配布)。現在は、第12版(2022年版)

自分らしい向き合い方を考えていくために読む
『がんになったら手にとるガイド』
(税別950円) 2015年10月改訂



思いたり調べたりして理解したことを書きとめて整理する『私の療養手帳』
(ガイドに附属) 2015年10月改訂



相談窓口などの情報をとりまとめた
『地域の療養情報』(無料)
(A5判サイズ) 2022年3月発行



最 後 に

1. 万が一の時に備えて、
(1)再発した場合のこと
(2)治療が難しくなった場合のこと
(3)最期を迎える場所 (自宅 or 病院)を、家族や大切な人と相談しておく
2. 相談して決めたことを、紙に書いて、日付と署名と印鑑を押しておく

＊がんになってもならなくても、普段から自分自身がどのような医療を望むのか、人生の最期はどのように迎えたいのかを考えておくこと、その考えを家族や大切な人に伝えたり、相談したり、理解を得ておくこと、その結果を文書に残しておくことは、とても大切なことです (≒アドバンス・ケア・プランニング)

金城様スライド表紙など

がん相談支援センター利用のすすめ

沖縄県立宮古病院
地域連携室　がん相談支援センター　金城美奈子

宮古病院　がん相談支援センター

当センターでは、患者さまやご家族が‘がん’とうまくつきあいながら安心して生活できるようお手伝いさせていただきます。

1人で、あるいはご家族だけでは悩まずに、まずはお気軽にご相談ください。



＊相談は無料です。
＊相談時間は30～60分です。
＊相談内容につきましては、秘密を厳守いたします。

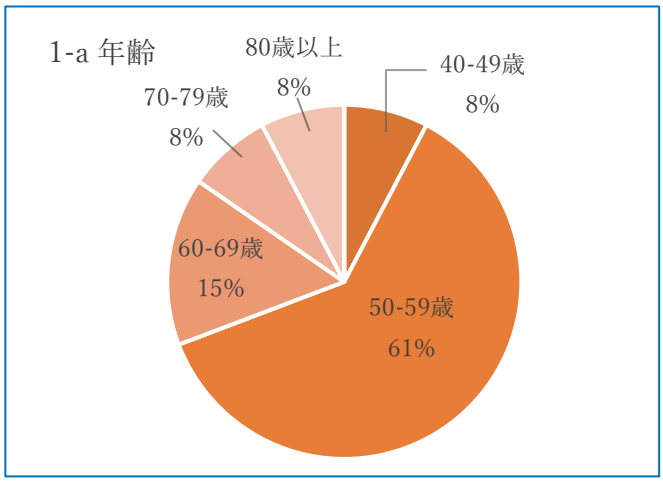
自分らしさを大切に

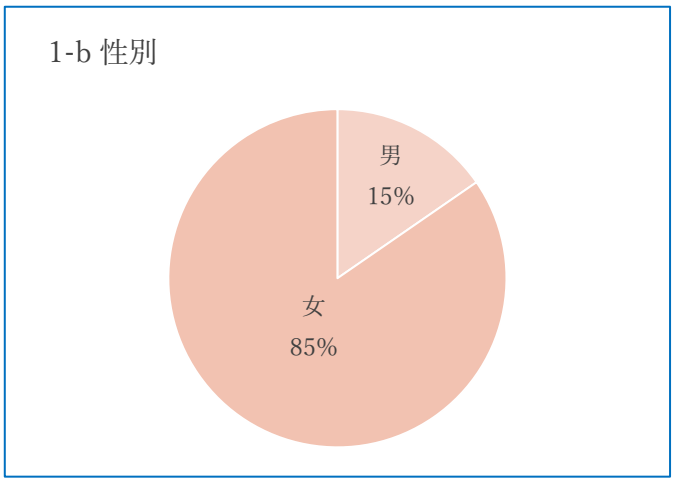
- 病気は自分らしい選択を難しくする
- 悩みごとは様々
- 結論をだすことを急がない
- 自身にとっての幸せや大切なこと

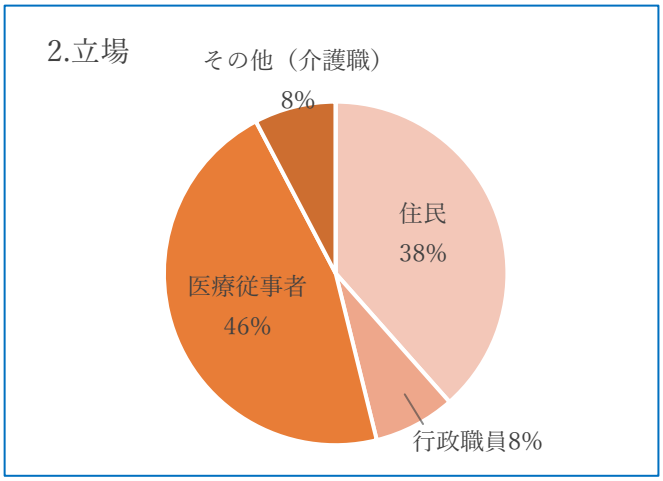
人それぞれ違う　今を頑張る意味は何だろう

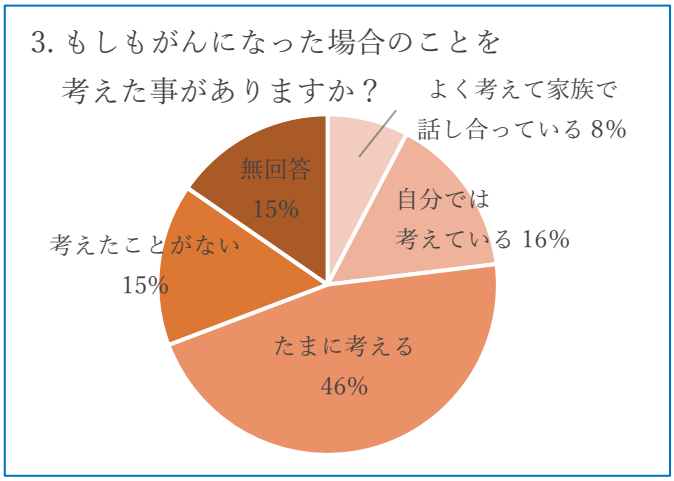
アンケート結果

■受講者 15 名 アンケート回収 13 名 アンケート回答率 80 %

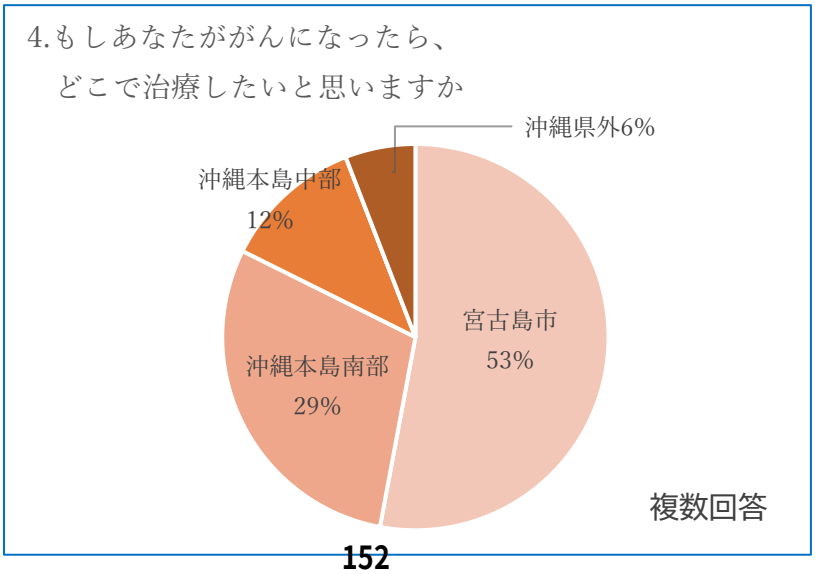




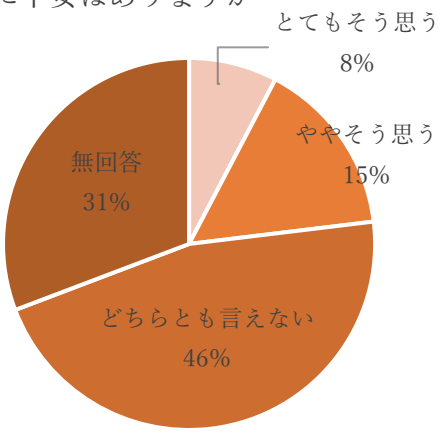




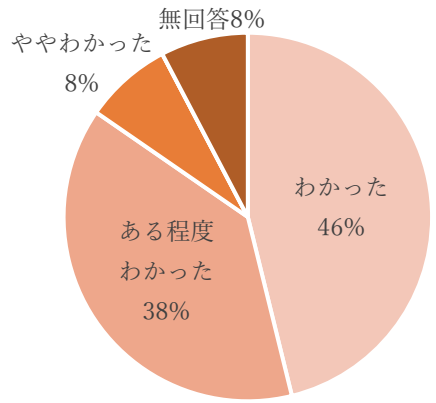
3.その他の理由を教えてください。
2 年前に家族ががんになり自宅で看取りを経験してから。
前立腺がんらしいです。



5.もしがんになったとき、宮古島で治療することに不安はありますか



6.この説明会で、病院が携わることができるがん医療の範囲を理解できましたか



7.がんセミナーの感想や、要望など何かあれば自由に記載してください。
年に一度やってほしいです。
この様な機会があるとお話し等お聞かせいただけると幸いです。担当医と相談しながら頑張ります。
いろいろな情報がもらえて良かったです。
先生の分かりやすい講話で参加して良かったです。理解しやすく納得することが多く、今後のがん治療に役立つと思います。
がん治療が宮古でも出来るのであれば宮古で受けたいと思う。今は本島に通っています。現在年 2 回～4 回
がん検診の重要性を再認識しました。友達の家族ががん治療中で、力になりたくてセミナーに参加しました。色々分かったこともあり、とても勉強になりました。ありがとうございました。
改めてがんについて考えさせてくださるセミナーでした。ありがとうございます。これまでは人事でしたが、自分ががんになったらと考えて行動する、生活習慣を改めることなど、自分自身に出来る事を頑張りたいと思います。
増田先生のお話は働きざかり世代の多くに聴いてもらいたいと思いました。金城看護師のお話はがん患者・家族・支援者が相談支援センターの役割をもっっと知ってもらうことが大切と思いました。地域統括相談支援センター上地さんの温かい語りかけ寄り添いが印象に残りました。とても貴重な講話でした。ありがとうございます。要望として治療と仕事の両立についての内容もあると良かったです。

当日の様子(セミナー)

■宮古島市未来創造センター





内容（１）講演「もしも宮古島でがんになったらがんになってもあわてない情報の探し方」

琉球大学病院　がんセンター長　増田　昌人

（２）講演「相談支援センター利用のすすめ」

沖縄県立宮古病院　がん相談支援センター　地域連携室

看護師長　金城　美奈子様

（３）質疑応答・個別相談会

琉球大学病院　地域統括相談支援センター　相談員　上地　久美子様





琉球大学病院　がんセンター

令和４年度　がん患者支援事業

「離島がんセミナーin 八重山」

報告書

離島がんセミナーin 八重山　概要

石垣島住民対象に県主催の離島がんセミナーを実施した。センター長増田から、石垣市全体における医療の在り方や課題点などについても普及し、地域の住民を対象にがん情報提供講演会および相談会を実施した。

■離島がんセミナーin 八重山

日時：令和４年 10 月 10 日 (月祝日) 12：30～15：30

場所：石垣市健康福祉センター

参加人数 29 名 (受講者 18 名、講演者 5 名、スタッフ 6 名)

内容（１）講演「もしも石垣島でがんになったらがんになってもあわてない情報の探し方」

琉球大学病院　がんセンター長　増田 昌人

（２）講演「地域連携室利用のすすめ」

八重山病院　地域連携室　看護師　岩崎 奈々子

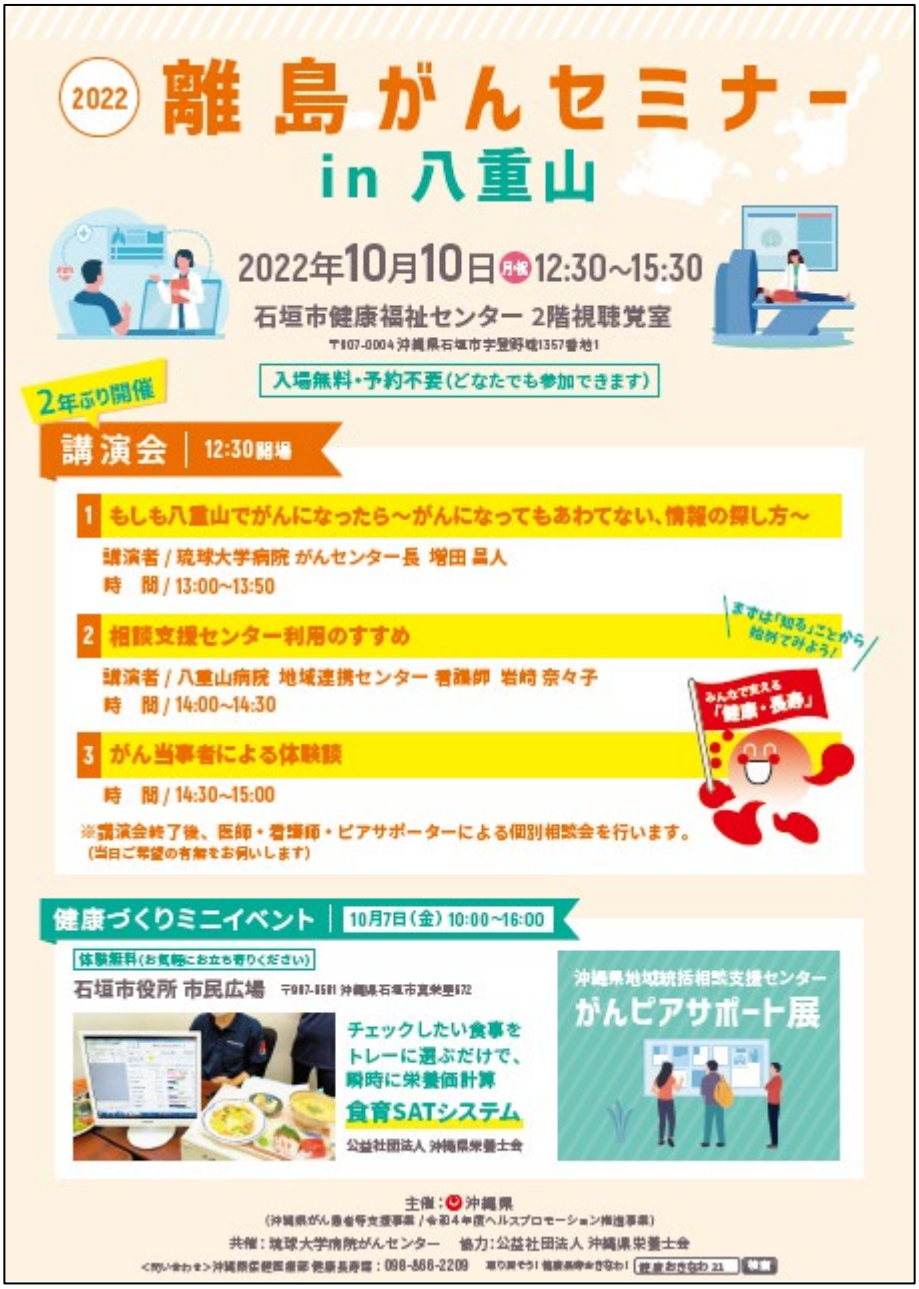
がん当事者による体験談

沖縄県地域統括相談支援センター　西村 克敏

※セミナー会場の感染対策として、入場時に、入口にて手指のアルコール消毒、受付で検温・体調確認・連絡先・渡航歴の記入をお願いした。記入用ボールペンは参加者全員に配布した。

また、席は間隔を空けて配置し、資料も事前に席へ配布しておいた。会場内はエアコンを使用したが、窓や扉を解放して換気するようにした。

告知ツール(チラシ)



■広報手段：丸正印刷の協力のもと、八重山保健所、石垣市健康福祉センター
石垣市役所、八重山病院へチラシ配布

講演内容(スライド資料)

増田先生スライド表紙など

2022離島がんセミナーin石垣島

もしも石垣島でがんになったら

～がんになってもあわてない、情報の探し方～

琉球大学病院がんセンター
増田昌人

推奨できる書籍①;患者必携三部作

- 「(第1次)がん対策推進基本計画」(2007年策定)にて、その作成等が定められたのがきっかけで作成された
- がん患者にとって必要な**がん**に関する情報を取りまとめた冊子で、がんと診断されたすべての方に、患者必携に含まれる情報を届けることで、患者がより良い療養生活を送ることを目指している
- 「おきなわがんサポートハンドブック」は、2011年から**毎年25,000部発行**して、がん患者さんとその家族に**無料配布中(累計26.5万部配布)**。現在は、第12版(2022年版)

自分らしい向き合い方を考えていくために読む『がんになったら手にとるガイド』(税別950円) 2015年10月改訂

聞いたり調べたりして理解したことを書きとめて整理する『私の療養手帳』(ガイドに附属) 2016年10月改訂

相談窓口などの情報をとりまとめた『地域の療養情報』(無料) (A5判サイズ) 2022年3月発行



最 後 に

1. 万が一の時に備えて、
(1)再発した場合のこと
(2)治療が難しくなった場合のこと
(3)最期を迎える場所 (自宅 or 病院)を、家族や大切な人と相談しておく
2. 相談して決めたことを、紙に書いて、日付と署名と印鑑を押しておく

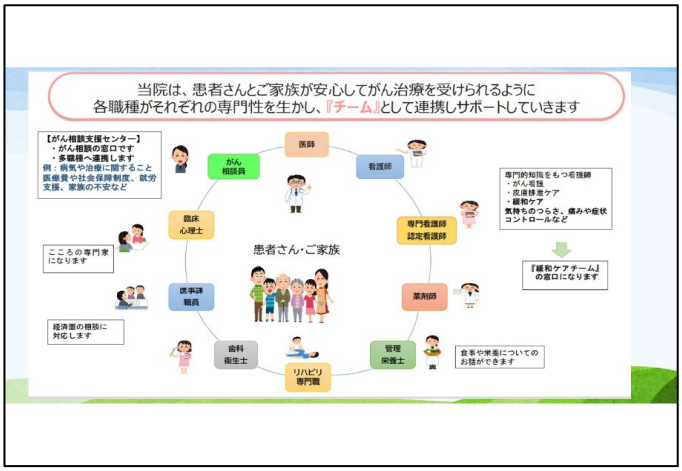
＊がんになってもならなくても、普段から自分自身がどのような医療を望むのか、人生の最期はどのように迎えたいのかを考えておくこと、その考えを家族や大切な人に伝えたり、相談したり、理解を得ておくこと、その結果を文書に残しておくことは、とても大切なことです (≒アドバンス・ケア・プランニング)

金城様スライド表紙など



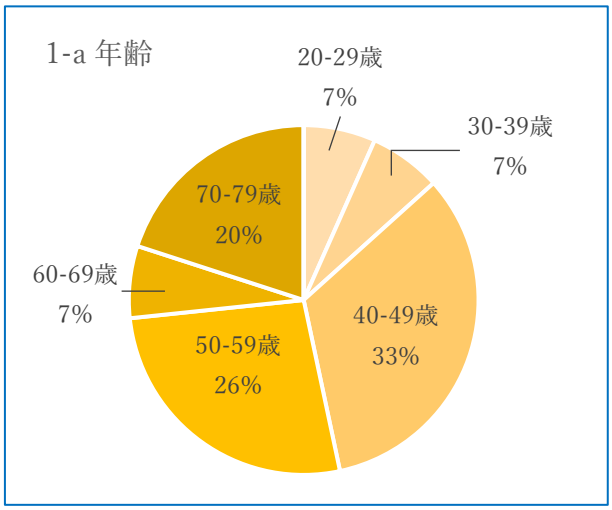
一度に決めない
一人で決めない
何度も繰り返し話し合いましょう。

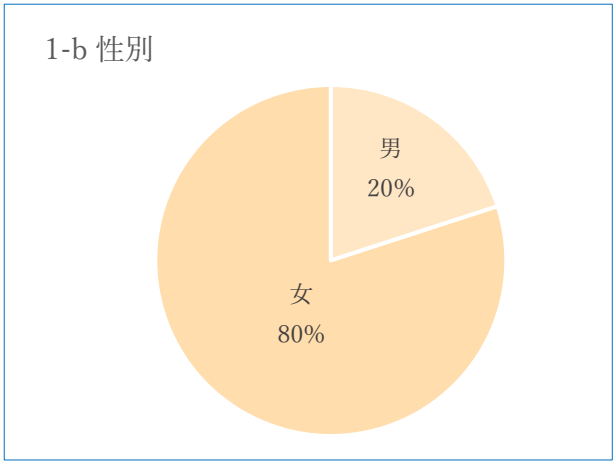


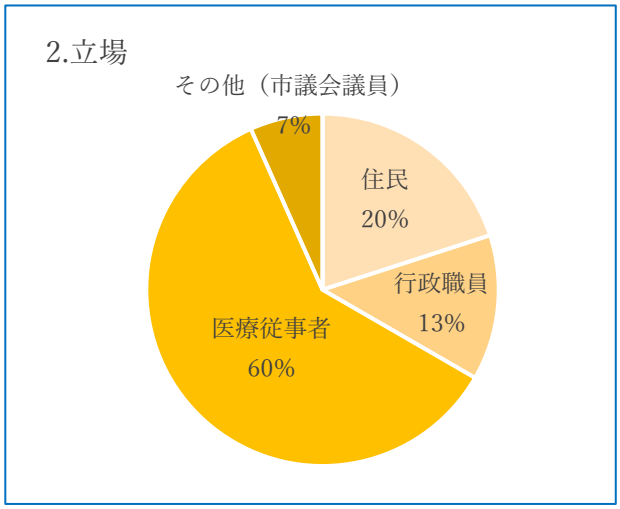


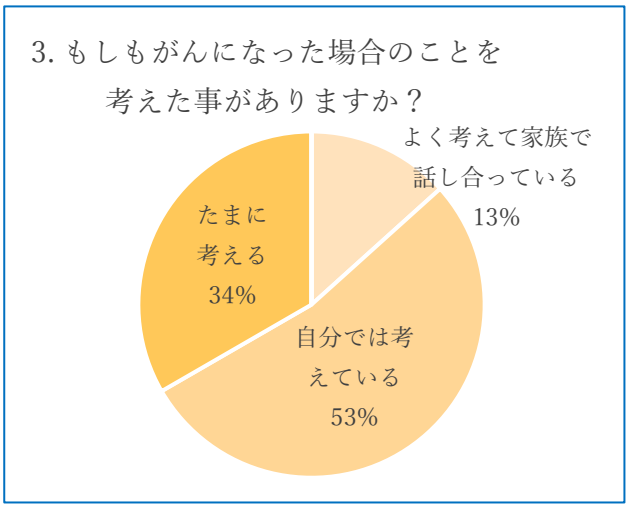
アンケート結果

■受講者 18 名 アンケート回収 15 名 アンケート回答率 83 %



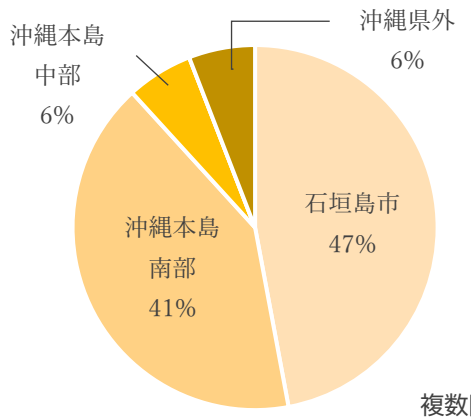






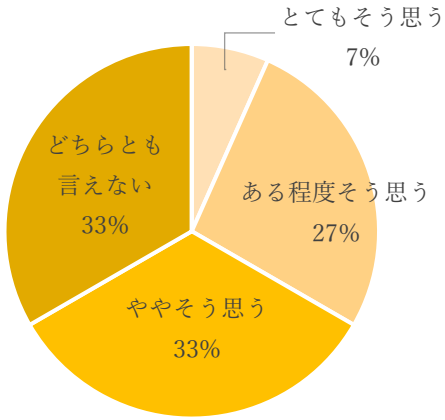
3.その他の理由を教えてください。
独身であるため、頼る人を考えるどうするか。
両親とも癌で死去しており、母は在宅看取りで八重山病院の訪問診療やサービスを利用し、家族の中で旅立ちました。死と向き合う、家族に伝えると、と考え常に家族とどうある方がベストを話し合っています。
義父をがんで亡くした経験から。

4.もしあなたががんになったら、
どこで治療したいと思いますか

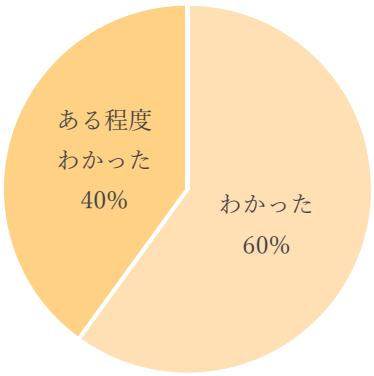


複数回答

5.もしがんになったとき、石垣島で
治療することに不安はありますか



6.この説明会で、病院が携わることができるがん医療の範囲を理解できましたか



7.がんセミナーの感想や、要望など何かあれば自由に記載してください。
告知して多くの方に聞いてほしい
がんの予防から、治療に関することまでわかりやすくとても勉強になりました。なかなか離島ではこのような機会がないので、今後も企画していただきたいです。
経験者のお話を聞く事で色々考えさせられました。つらい経験を聞かせていただき感謝です。ありがとうございました。
体験者の経験談とても貴重な話でした。自分自身に元気なふりをする。当事者しかわからない心情を知れて寄り添う事の大切さを確心しました。ありがとうございました。
患者さんや家族の声を聞けて良かったです。医療者は頑張っている方に元気をもらってます。
初めて参加しましたがとても良かったです。相談することが大事。話を聞く事。

当日の様子(セミナー)

■石垣市健康福祉センター



内容（１）講演「もしも石垣島でがんになったらがんになってもあわてない情報の探し方」

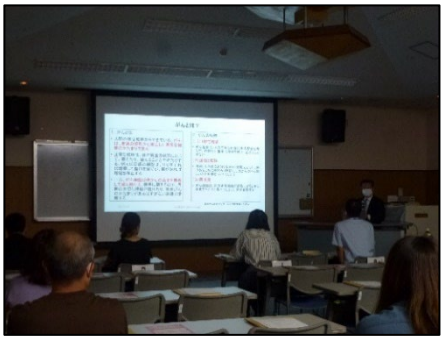
琉球大学病院　がんセンター長　増田 昌人

（２）講演「地域連携室利用のすすめ」

八重山病院　地域連携室　看護師　岩崎 奈々子







がん当事者による体験談

沖縄県地域統括相談支援センター　西村 克敏







2022年版／令和3年度 沖縄県委託事業

地域の療養情報

おきなわ がんサポート ハンドブック



Web版でも
ご覧になれます。
ダウンロードは
コチラから



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

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



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

「面談にのぞむときの質問集」「わたしのメモ」付き

がんと言われたとき、すぐに役立つヒント&リスト
巻頭綴じ込み内容

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

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

地域の療養情報

おきなわがんサポートハンドブック

サイト内検索



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

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

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. 沖縄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。

患者必携3点セット

各冊子の概要についてはこちら

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】



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。

- おきなわがんサポートハンドブック（2022年版）
- 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)

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
がん患者会
患者サロン
沖縄県地域医療相談支援センター
医療福祉の情報について
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
希少がん患者さん及び医療者へ
患者サロン
患者サロン
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（2022年版）
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)


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


リンク集






沖縄県がん患者会連合会



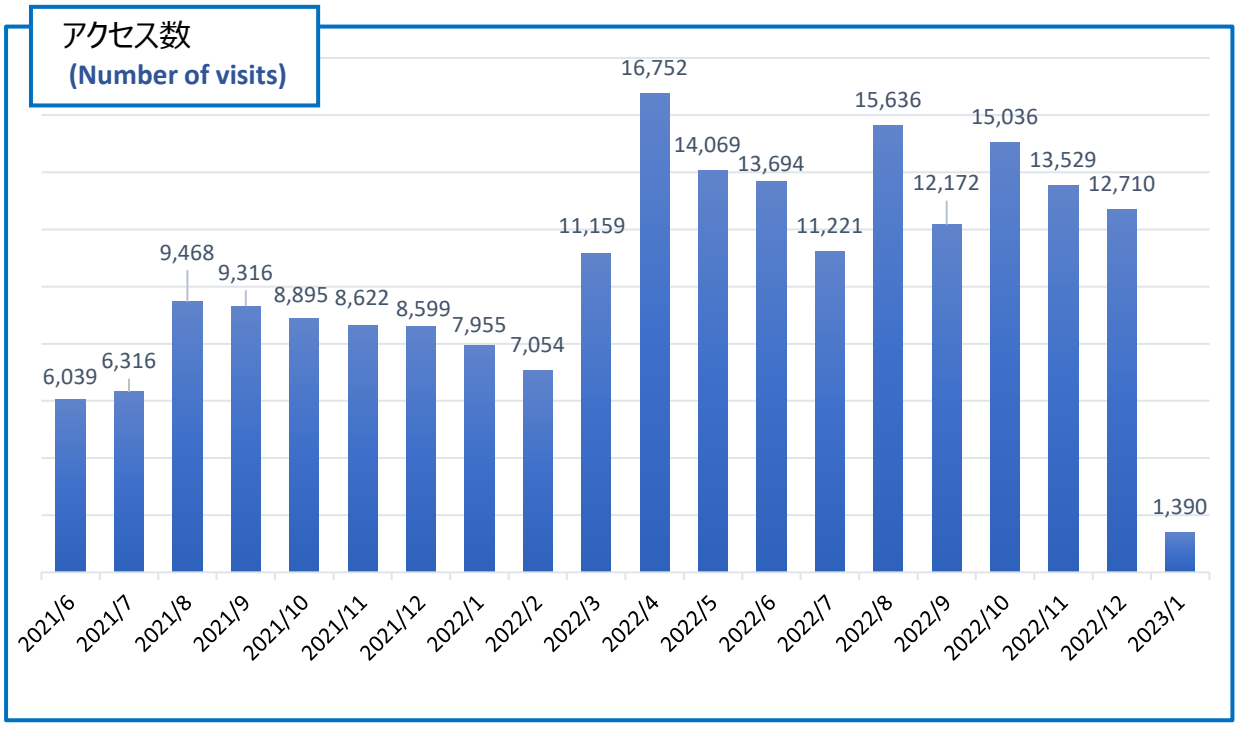


Copyright © 沖縄県がん診療連携協議会 All Rights Reserved.

おきなわがんサポートハンドブック・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
2021/6	6,039	
2021/7	6,316	
2021/8	9,468	
2021/9	9,316	
2021/10	8,895	
2021/11	8,622	
2021/12	8,599	
2022/1	7,955	
2022/2	7,054	
2022/3	11,159	
2022/4	16,752	
2022/5	14,069	
2022/6	13,694	
2022/7	11,221	
2022/8	15,636	
2022/9	12,172	
2022/10	15,036	
2022/11	13,529	
2022/12	12,710	
2023/1	1,390	2023.1.6時点



おきなわがんサポートハンドブック2022年版　配布リスト

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

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

※　赤字は印刷業者より直接納品、それ以外は宅配業者にて納品　145

※　青地　④がん登録指定診療所⑥希望医療機関はがんセンターより発送　93

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

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

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

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

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

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

（87-8）79件　158部

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

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

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

	2　患者連合会	配布数
1	沖縄県がん患者会連合会	50
	計	50

3　市町村配布内訳

※　市：100部、町･読谷村：50部、村：25部

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

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

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

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

資料１７

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

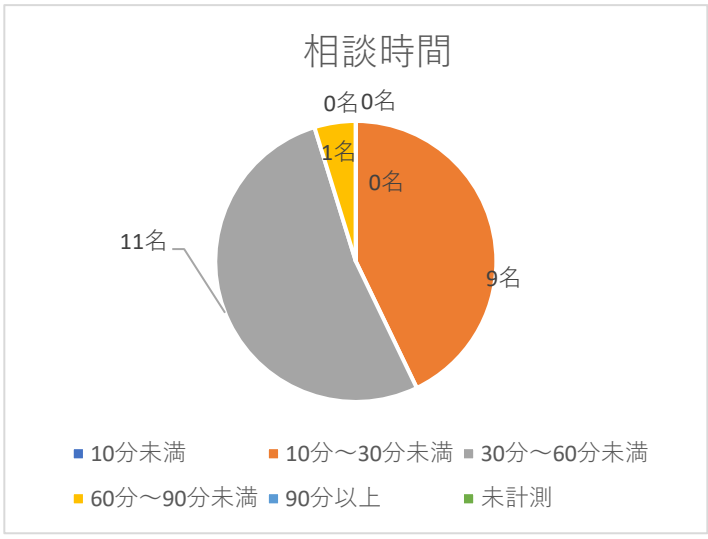
実施期間：令和４年10月１日～令和４年12月31日

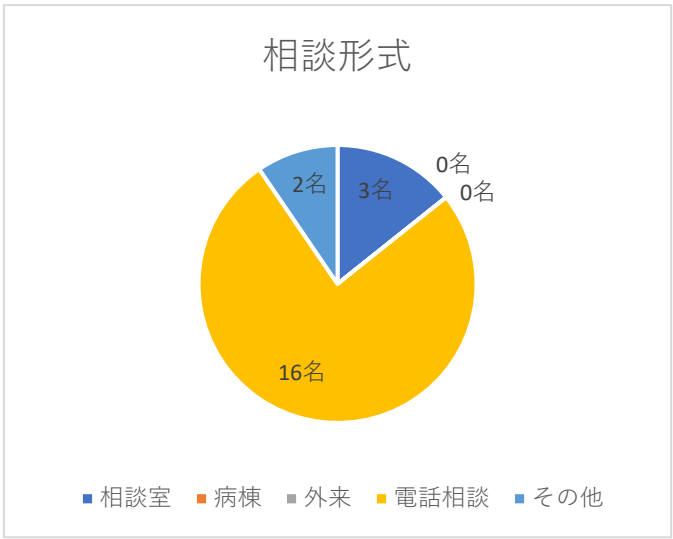
沖縄県地域統括相談支援センター

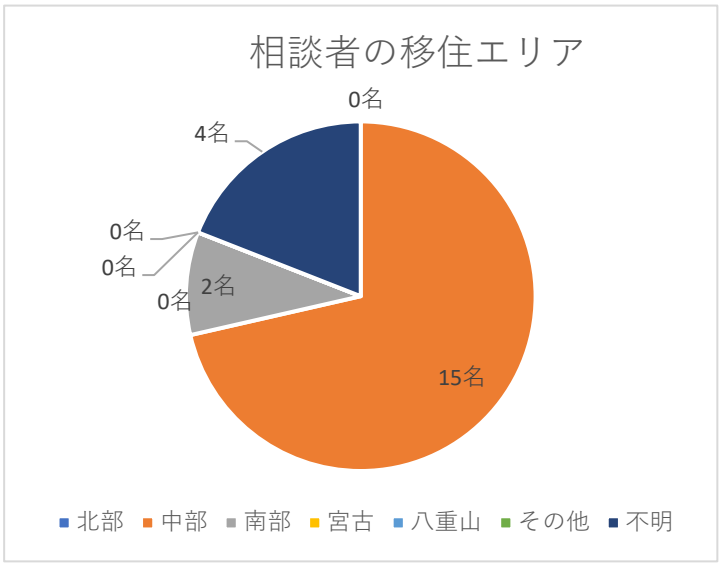
がん相談業務（院内におけるピアサポート）集計結果

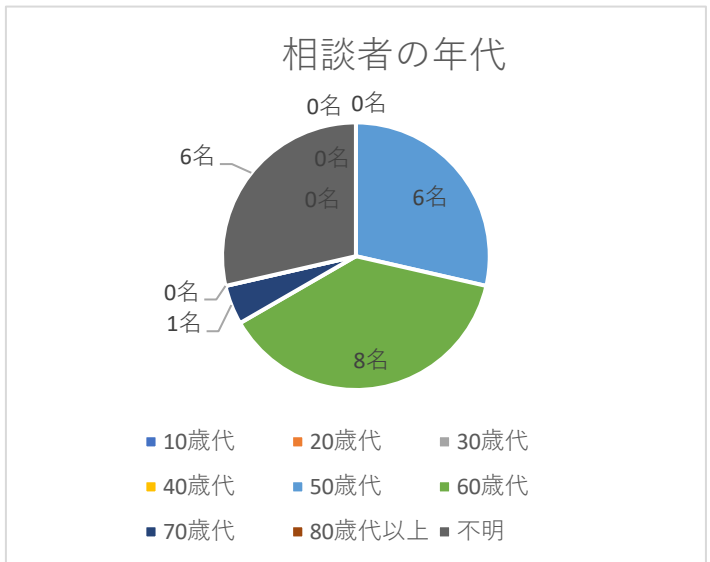
■ 調査対象期間　　令和4年10月1日～令和4年12月31日
■ 調査件数　　21件

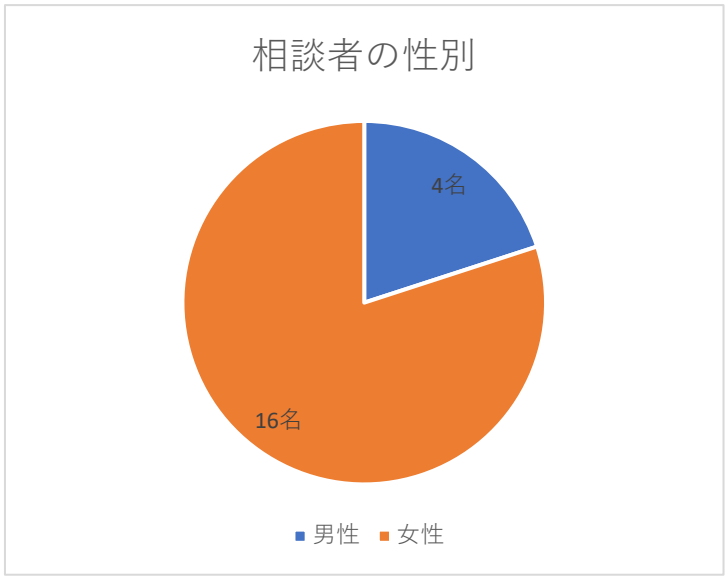
相談月	件　数
4月	7
5月	11
6月	3
合　計	21

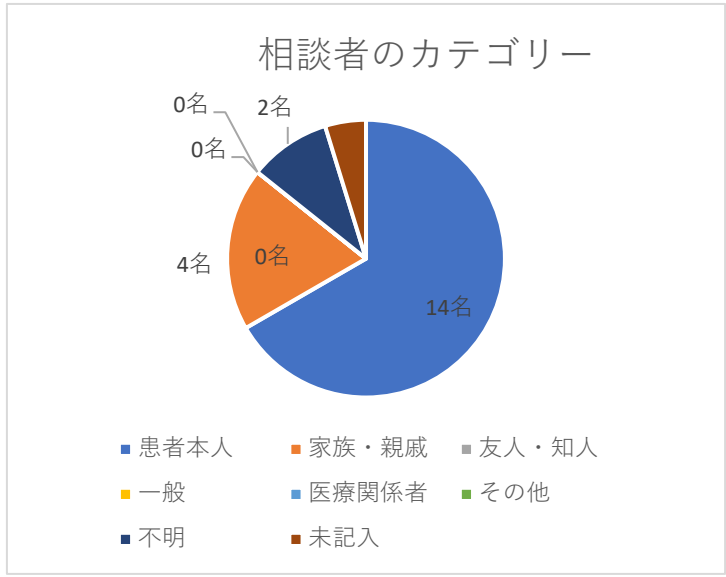


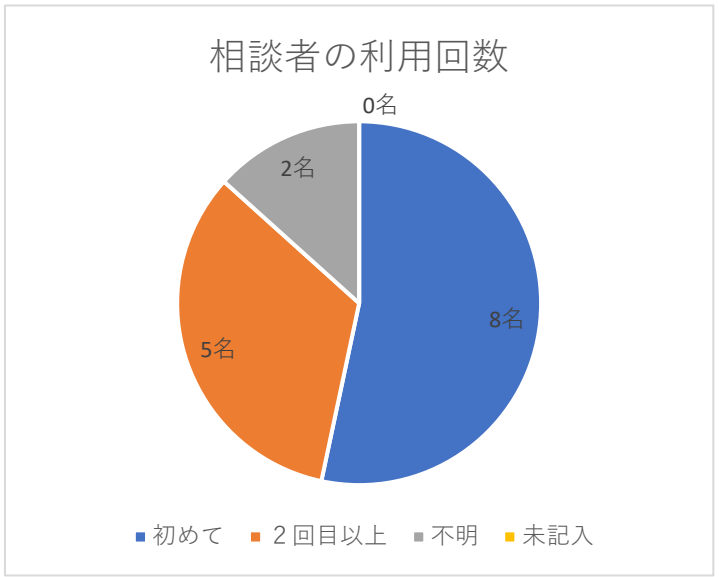


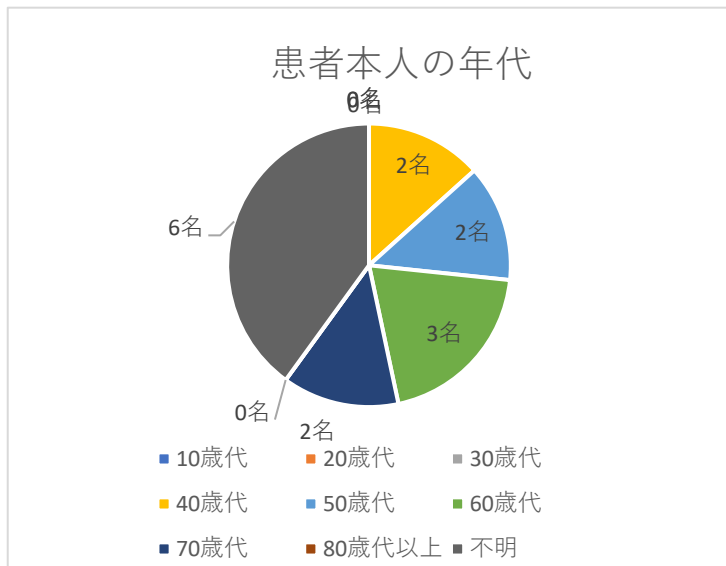


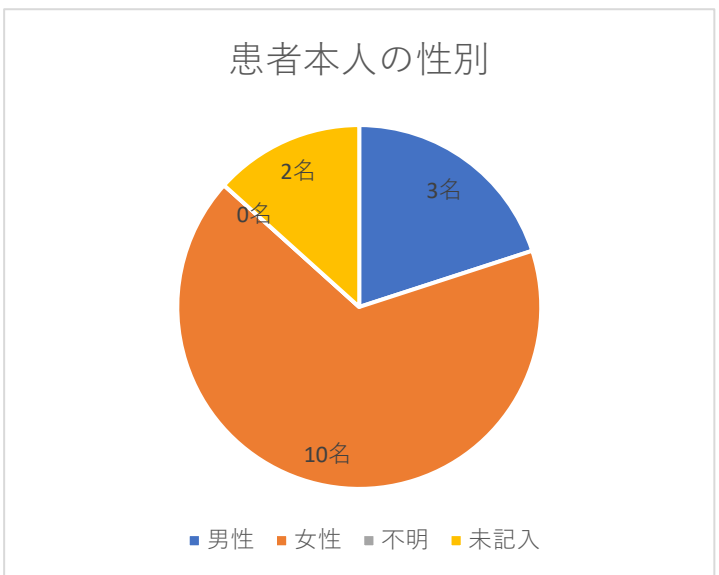


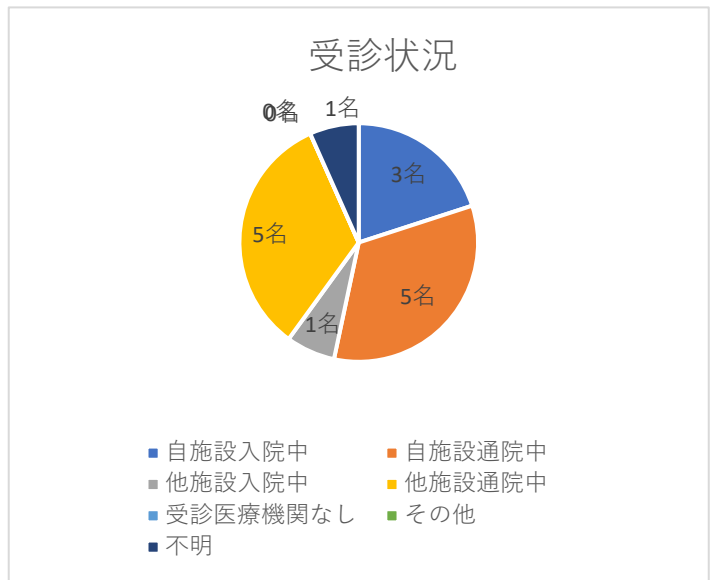

相談者の性別
4名
16名
男性
女性

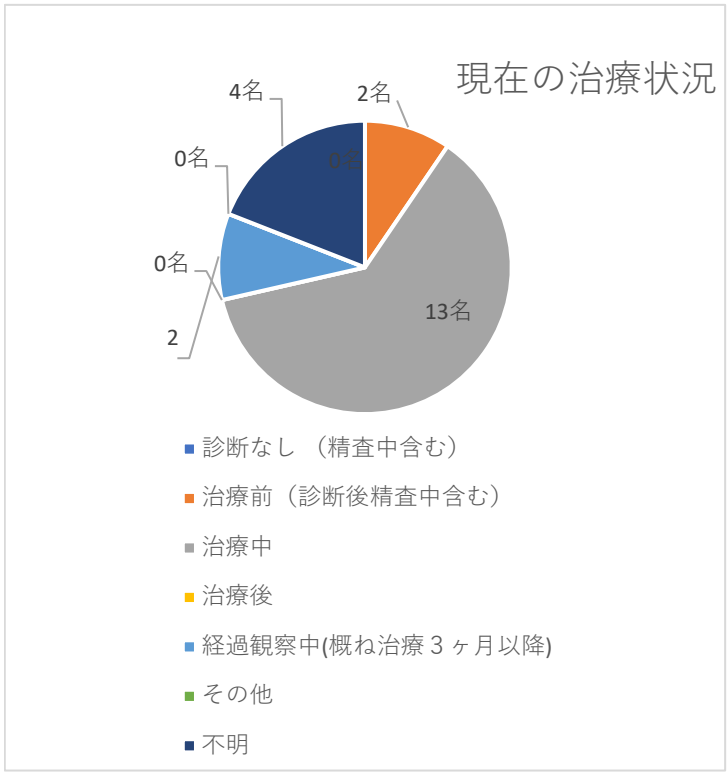

相談者のカテゴリー
0名
2名
0名
4名
0名
14名
患者本人
家族・親戚
友人・知人
一般
医療関係者
その他
不明
未記入

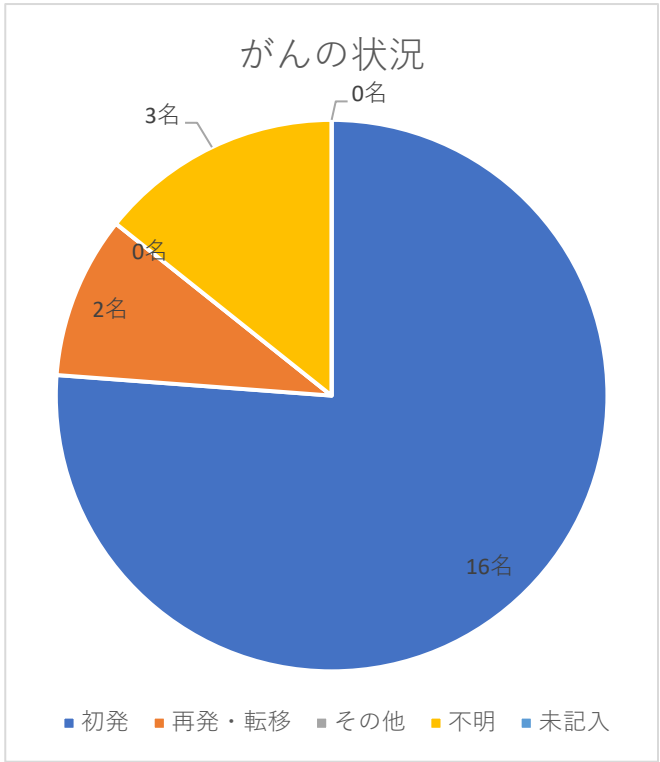

相談者の利用回数
0名
2名
8名
5名
初めて
2回目以上
不明
未記入

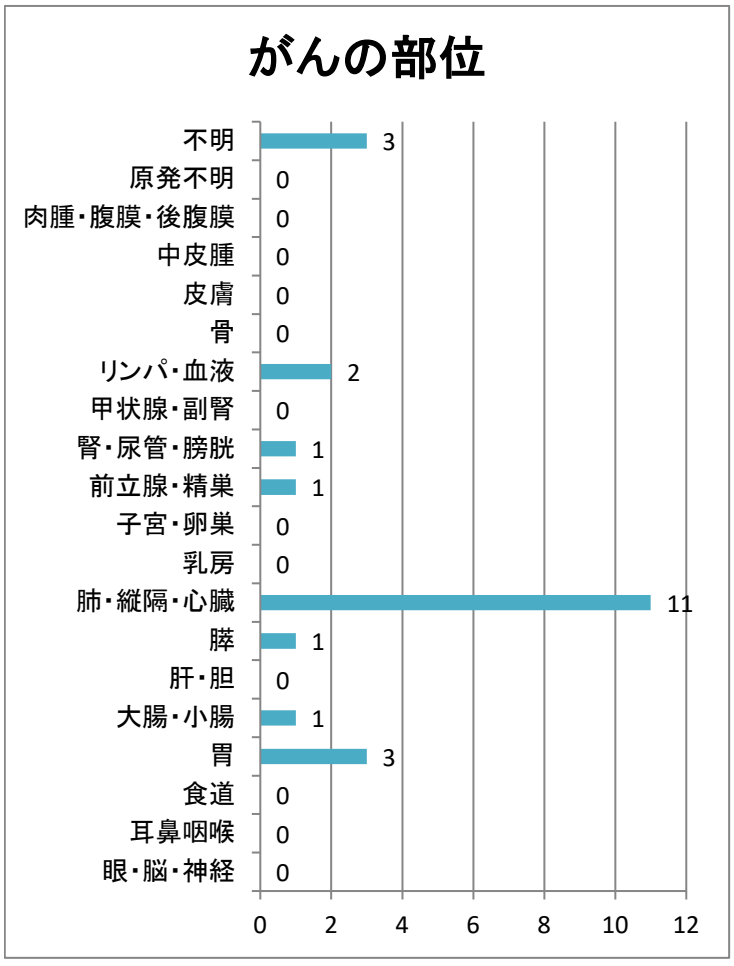

患者本人の年代
0名
2名
2名
6名
3名
0名
2名
10歳代
20歳代
30歳代
40歳代
50歳代
60歳代
70歳代
80歳代以上
不明

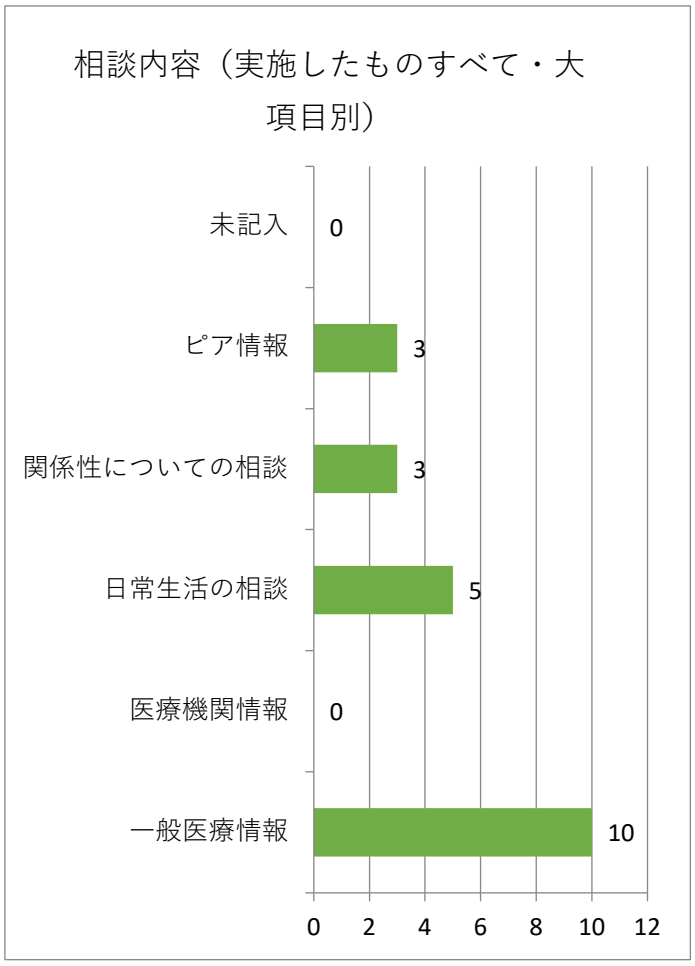

患者本人の性別
2名
3名
0名
10名
男性
女性
不明
未記入

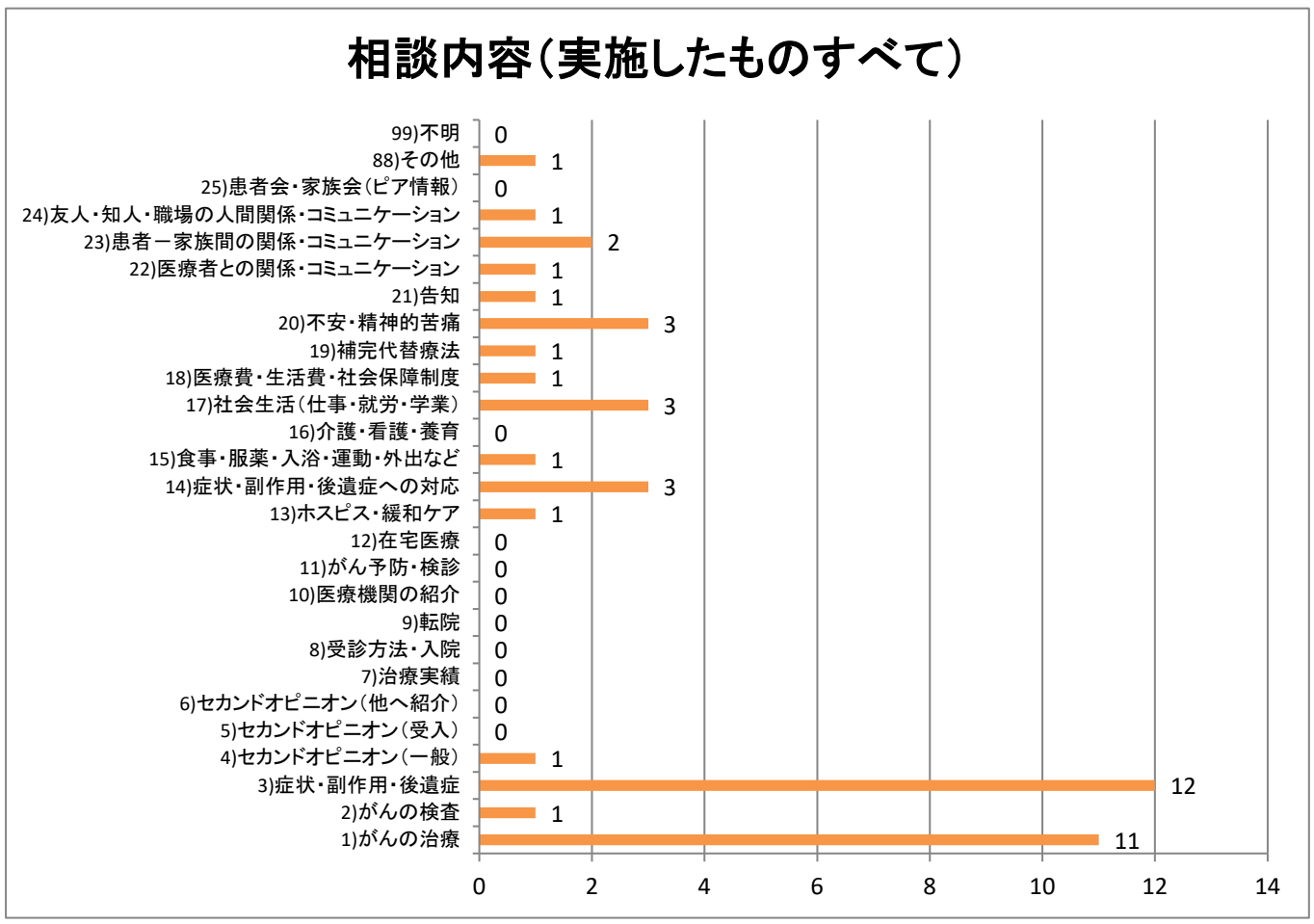

受診状況
0名
1名
3名
5名
5名
1名
自施設入院中
自施設通院中
他施設入院中
他施設通院中
受診医療機関なし
その他
不明

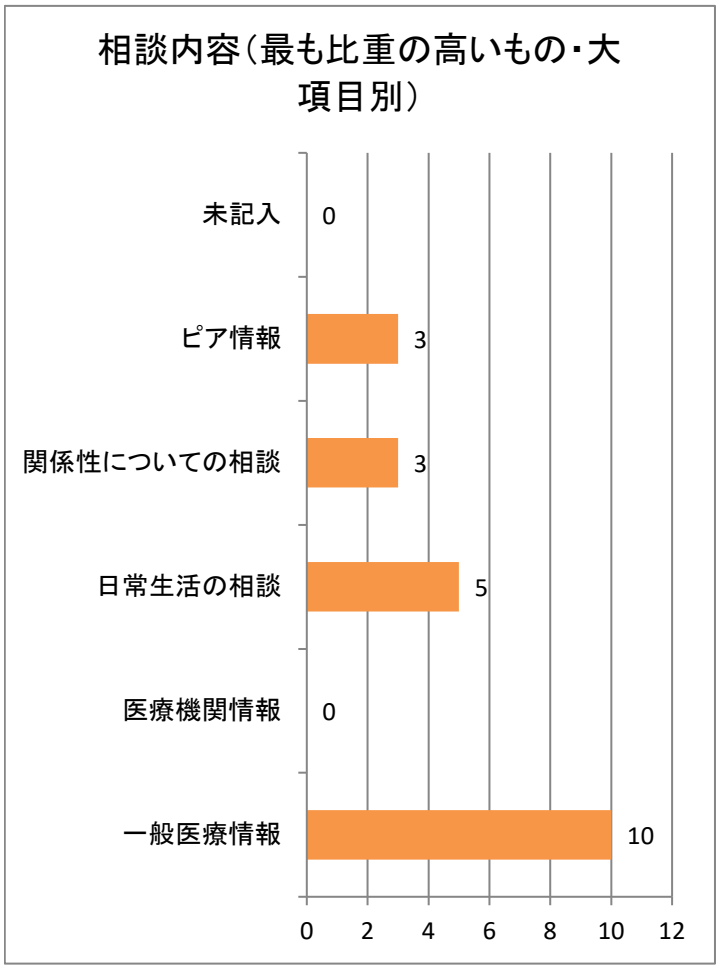

現在の治療状況
4名
2名
0名
0名
0名
2
13名
診断なし（精査中含む）
治療前（診断後精査中含む）
治療中
治療後
経過観察中(概ね治療３ヶ月以降)
その他
不明

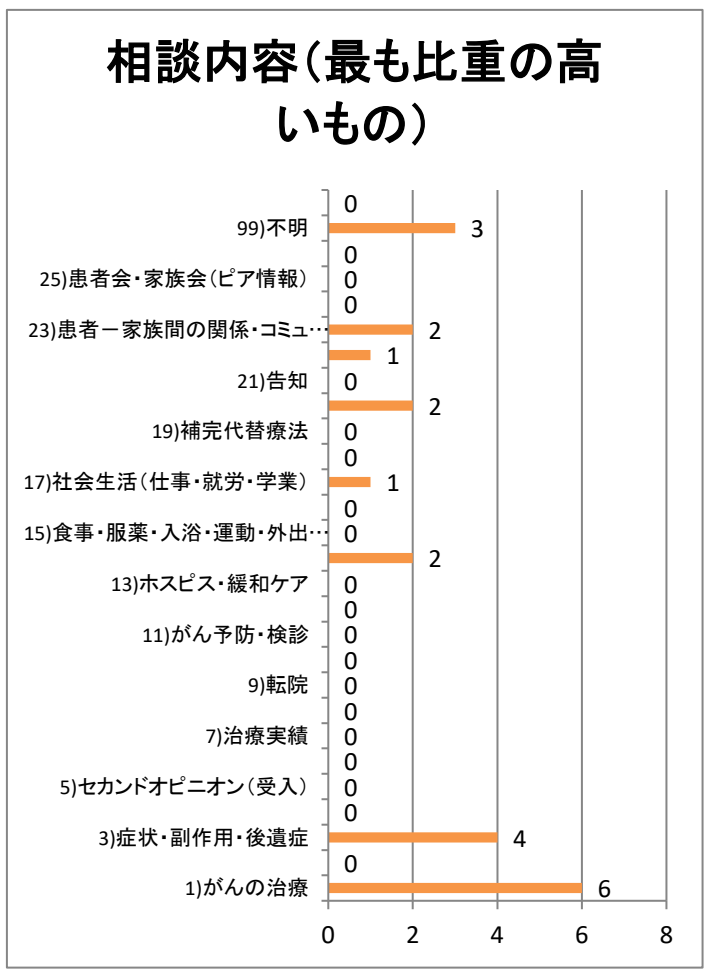

がんの状況
0名
3名
0名
2名
16名
初発
再発・転移
その他
不明
未記入

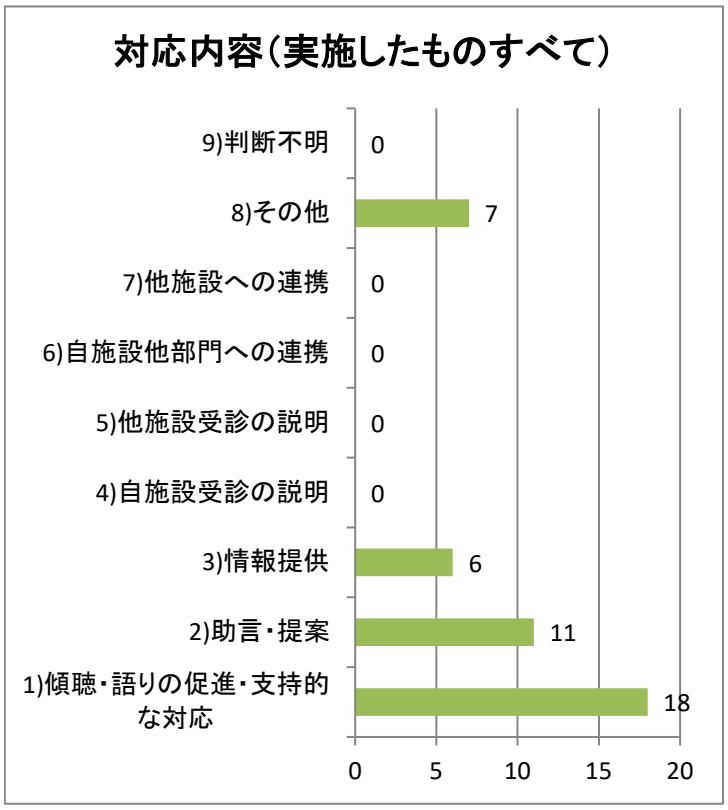

がんの部位
不明 3
原発不明 0
肉腫・腹膜・後腹膜 0
中皮腫 0
皮膚 0
骨 0
リンパ・血液 2
甲状腺・副腎 0
腎・尿管・膀胱 1
前立腺・精巣 1
子宮・卵巣 0
乳房 0
肺・縦隔・心臓 11
膵 1
肝・胆 0
大腸・小腸 1
胃 3
食道 0
耳鼻咽喉 0
眼・脳・神経 0
0 2 4 6 8 10 12

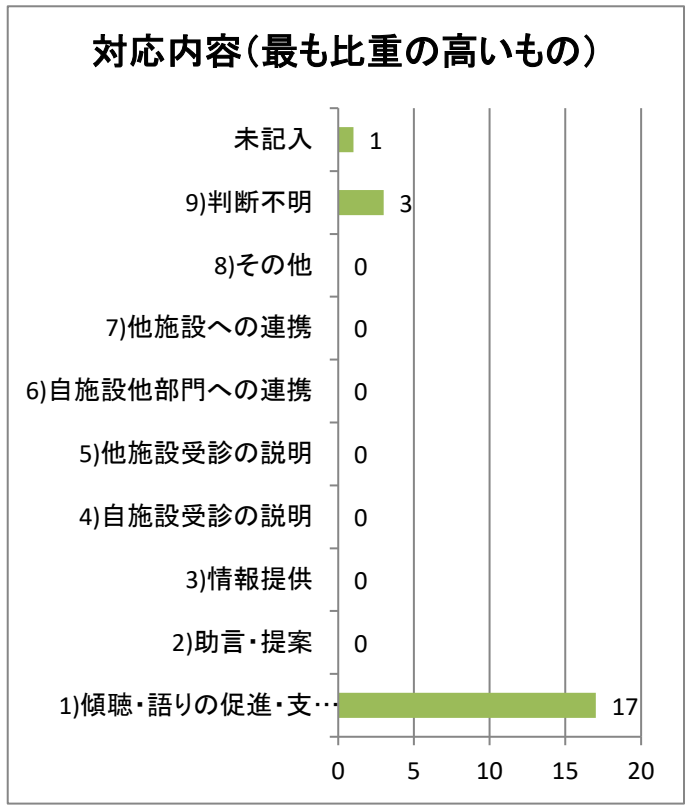

相談内容（実施したものすべて・大項目別）
未記入 0
ピア情報 3
関係性についての相談 3
日常生活の相談 5
医療機関情報 0
一般医療情報 10
0 2 4 6 8 10 12

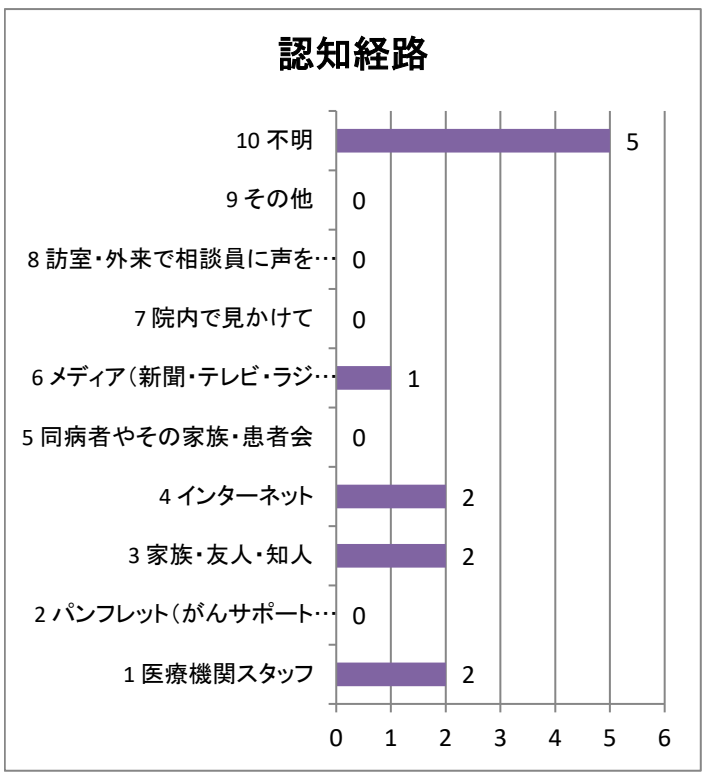

相談内容（実施したものすべて）
99)不明 0
88)その他 1
25)患者会・家族会（ピア情報） 0
24)友人・知人・職場の人間関係・コミュニケーション 1
23)患者－家族間の関係・コミュニケーション 2
22)医療者との関係・コミュニケーション 1
21)告知 1
20)不安・精神的苦痛 3
19)補完代替療法 1
18)医療費・生活費・社会保障制度 1
17)社会生活（仕事・就労・学業） 3
16)介護・看護・養育 0
15)食事・服薬・入浴・運動・外出など 1
14)症状・副作用・後遺症への対応 3
13)ホスピス・緩和ケア 1
12)在宅医療 0
11)がん予防・検診 0
10)医療機関の紹介 0
9)転院 0
8)受診方法・入院 0
7)治療実績 0
6)セカンドオピニオン（他へ紹介） 0
5)セカンドオピニオン（受入） 0
4)セカンドオピニオン（一般） 1
3)症状・副作用・後遺症 12
2)がんの検査 1
1)がんの治療 11
0 2 4 6 8 10 12 14

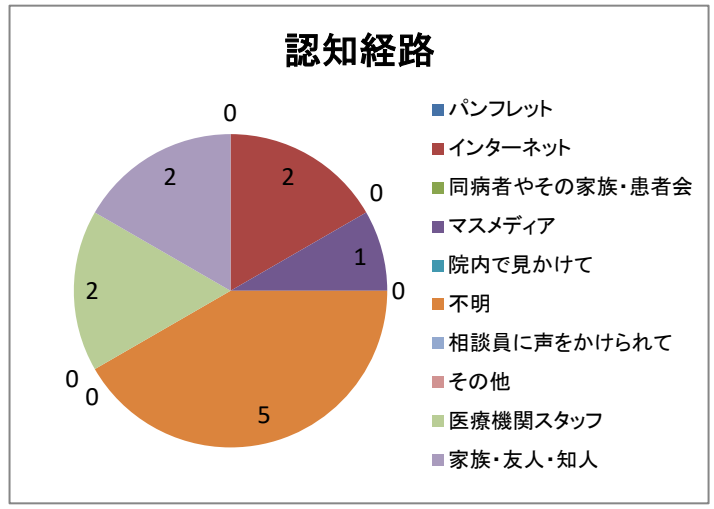

相談内容（最も比重の高いもの・大項目別）
未記入 0
ピア情報 3
関係性についての相談 3
日常生活の相談 5
医療機関情報 0
一般医療情報 10
0 2 4 6 8 10 12


相談内容（最も比重の高いもの）
99)不明 3
25)患者会・家族会（ピア情報） 0
23)患者－家族間の関係・コミュ… 2
21)告知 2
19)補完代替療法 0
17)社会生活（仕事・就労・学業） 1
15)食事・服薬・入浴・運動・外出… 2
13)ホスピス・緩和ケア 0
11)がん予防・検診 0
9)転院 0
7)治療実績 0
5)セカンドオピニオン（受入） 0
3)症状・副作用・後遺症 4
1)がんの治療 6
0 2 4 6 8


対応内容（実施したものすべて）
9)判断不明
8)その他
7)他施設への連携
6)自施設他部門への連携
5)他施設受診の説明
4)自施設受診の説明
3)情報提供
2)助言・提案
1)傾聴・語りの促進・支持的な対応
0
7
0
0
0
0
6
11
18
0
5
10
15
20


対応内容（最も比重の高いもの）
未記入
9)判断不明
8)その他
7)他施設への連携
6)自施設他部門への連携
5)他施設受診の説明
4)自施設受診の説明
3)情報提供
2)助言・提案
1)傾聴・語りの促進・支…
1
3
0
0
0
0
0
0
17
0
5
10
15
20


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


認知経路
0
2
0
1
0
5
0
0
2
2
パンフレット
インターネット
同病者やその家族・患者会
マスメディア
院内で見かけて
不明
相談員に声をかけられて
その他
医療機関スタッフ
家族・友人・知人

がんピアサポーター養成講座　開催報告

日時：令和 4 年 12 月 10 日（土）9：00～17：00
場所：おきなわクリニカルシミュレーションセンター（琉球大学医学部キャンパス内）
対象：下記①～⑤すべてに該当する方

① がん患者及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

主催：沖縄県地域統括相談支援センター（令和 4 年度委託事業）
課題：事前学習有り＜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。

・ピアサポートとは（30 分）
・ピアサポーターの役割と活動指針（60 分）
・よりよいコミュニ ケーションのために（40 分）
・相手を大切にすること、自分を大切にすること（40 分）
・診断の基礎知識と情報提供の注意点（50 分）

事前学習動画内において、一番印象に残ったことを原稿用紙に各テーマ 100 文字～200 文字にまとめ、事前学習に関する質疑についての課題提出あり。

内容：①ピア・サポートについて　川口市立医療センター精神腫瘍科　比嘉　謙介先生
②事前学習の復習　NPO 法人支えあう会α　副理事長　野田　真由美　様
③バウンダリーについて　相手を大切にすること、自分を大切にすること
川口市立医療センター　精神腫瘍　比嘉　謙介先生
④自分の体験を語る　NPO 法人支えあう会α　副理事長　野田　真由美　様
⑥ 沖縄県のピアサポート事業について
沖縄県地域統括相談支援センター　相談員　西村　克敏

対面での開催は令和元年以降 3 年ぶりの開催。新型コロナウイルス感染症対策として換気やマイクの消毒を都度行った。研修会場は完全飲食禁止のため、受講生・講師ともに控室を準備し、こまめな休憩を挟みつつプログラム通りに進行。大きなトラブルなく比較的時間通りに無事終了。離島からの参加者 1 名を含め参加者は 5 名。



▲当日の様子

【振り返り】

・新型コロナウィルス感染症によりこれまではオンライン開催だったが令和元年以降 3 年ぶりとなる現地開催となった。

・がんピアサポーター養成講座修了生/がんピアサポーターフォローアップ研修会修了生（令和 4 年 3 月末がんピアサポーター登録者）がん診療を行う県内医療施設、がん患者支援登録団体、がん患者会登録団体、合計 163 ヵ所へ案内送付、ホームページ等でも掲載し、5 名参加。

・参加予定者は 5 名と少人数となったが、前日に電話連絡を入れ当日欠席者もいなく当日変更など特になくスムーズに開催ができた。

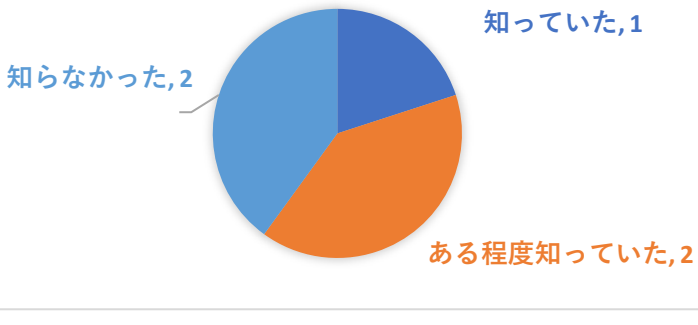
・事前学習有りでの研修だったため、当日復習もでき、さらに理解を深めることができたの

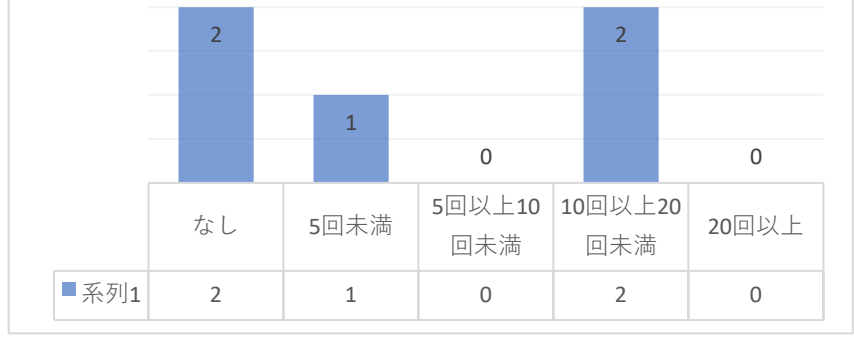
ではないかと感じた。
・1 日通しての研修会だったが、こまめに休憩を入れたプログラム作成は受講生にとって負担も減っている印象を受けた。研修会場が全面飲食禁止だったため、受講生・講師ともに控室を用意し、各々リラックスして休憩をとり、研修会場での学ぶ姿勢などメリハリがとれ控室と研修会場を分けることは良かった。
【反省点】
・参加者を募ってから事前学習までの提出期限が短かったので、受講生に対して負担が多かったのではないかと感じた。次回からはもっと早めの周知と余裕を持っての提出期限を設けたいと思う。
・ロールプレイ役を分かりやすく表示する名札が紙でしか用意がなかったので、使い回しができなかった。ラミネートで加工し、アルコール消毒でしっかり消毒できるとなおよかったのではないかと感じた。
【今後の課題】
研修会を早めからプログラム作成と周知を行い、早めに呼びかけをして参加者を募りたい。今後の周知方法では、書面送付のみだけでなくＳＮＳも活用できるよう環境を整える必要がある。

令和4年度　がん　ピア・サポーター養成講座　アンケート集計

Q1.養成講座に参加しようと思ったきっかけは何ですか？

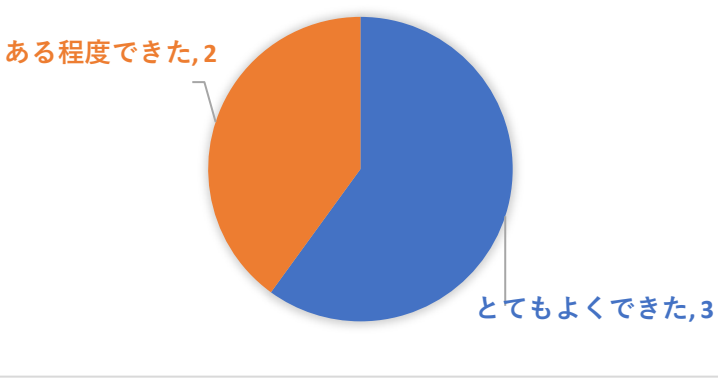
・がんサポートブックの編集委員に携わることになり、肩書に「ピアサポーター」となっていたので、ならば研修せねばと来ました。
・肺がんで主人のサポートができないかと（発症3年4ヶ月で死亡）
・がん相談員に勧められてピアサポーターに興味を持ちました。
・コロナ禍で活動ができなかったため参加。



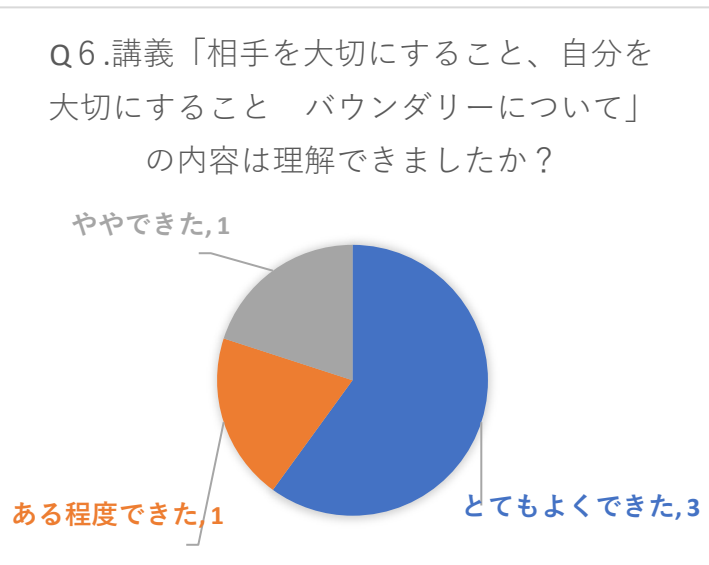




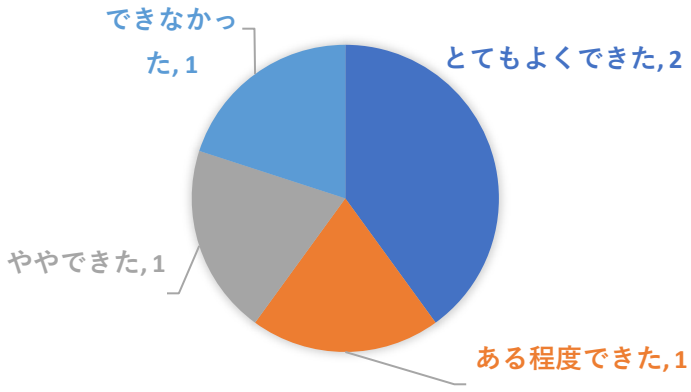
その理由
・資料が丁寧で良かったです。進行もスモールステップで良かったです。
・自分の位置を知った。
・詳しく丁寧にひとつひとつ講義してくれていて、ゆっくりじっくり考えながら取り組めたので、理解しやすかった。
・ピアサポートする上で何が大事か、何に気を付けたらいいのかなど詳しく話してくれていてとても理解ができた。



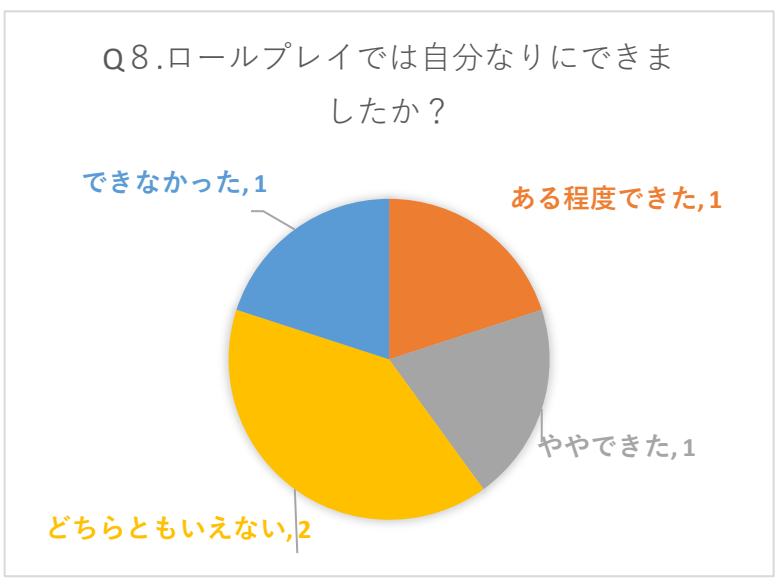
その理由
・一度学習したことで、内容がすんなり入り考えを深めることができた。



その理由
・距離感・バランス感覚とても大切だと思いました。
・バウンダリーの言葉を初めて聞いたので、今までのことを振り返り、なるほど！そこを大切にするのかという気づきがあった。



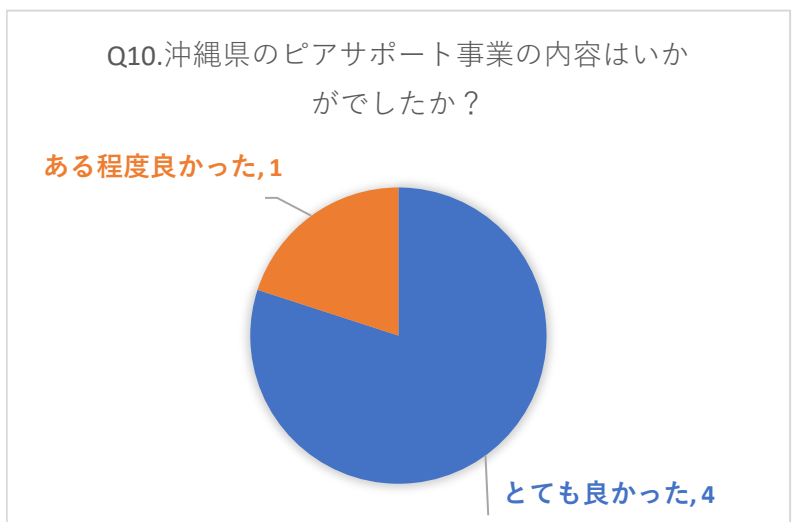
その理由
・自分でしかできないことを知る
・初めて自分の体験を話したので上手く話すことが出来たのか心配です。
・時間内に話す難しさを感じた。



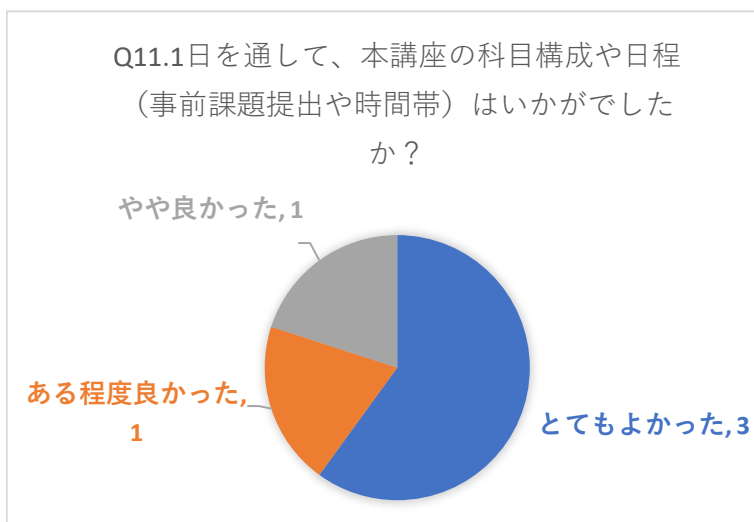
その理由
・難しかったです。
・正解がないだけに難しかったです。
・話が行き詰まり、どうしようという気持ちになる場面がありました。
・シナリオの患者役のところでどうやって相談したらいいか難しかった。
・これでいいのか？という気持ちが強かった。

Q9.ロールプレイを通してのご感想をお書きください。

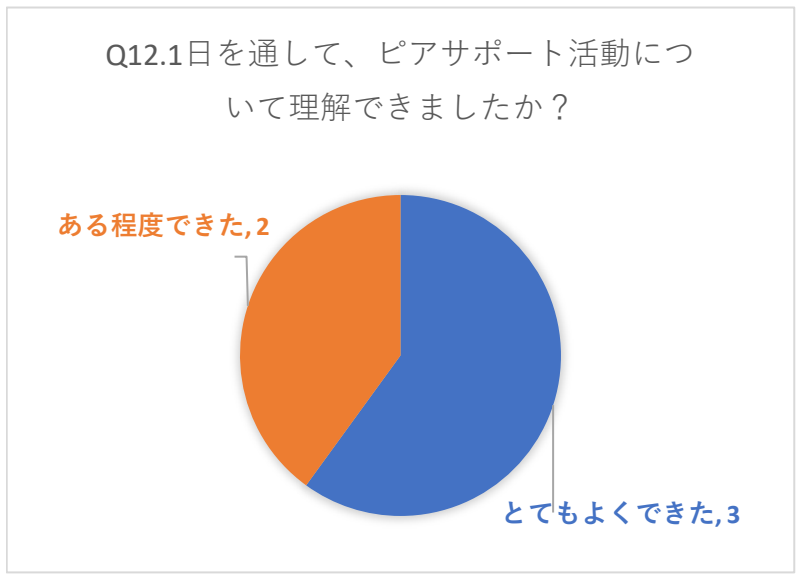
・自分の体験を語ることは慣れていて抵抗ないが、全く異なる癌の患者さんに寄り添うのは難しいと思った。
・いろんな人の話を聴くことの重要性を感じた。
・利用者役、ピアサポート役、観察者役を体験してみてそれぞれの見方・考え方を学ぶ事ができました。
・理解してあげたい気持ちが強いからセルフコントロールが必要と感じた
・とても勉強になった。対面でのロールプレイをしたのは初めてだが気付きが多かった。



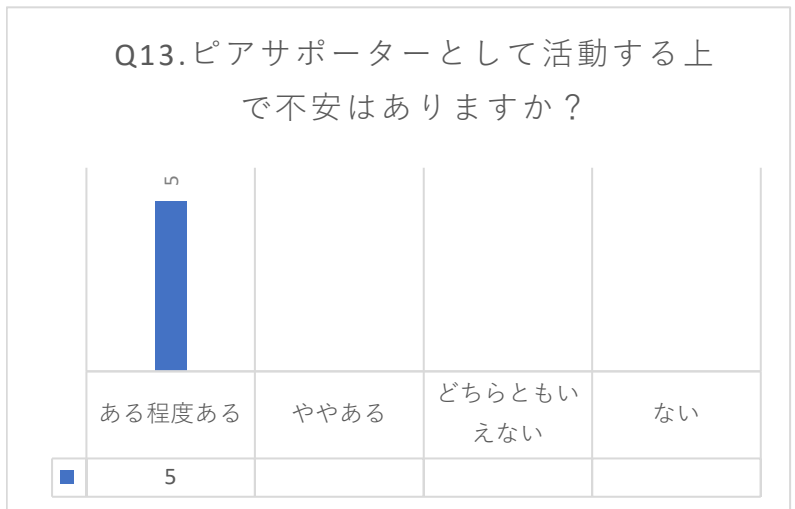
その理由
・沖縄県の事業が分かり良かった



その理由
・疲れないように細かく休憩がとれて良かったです。
・視力の低下で読み込みの時間がかかったので字の大きさが気になった。
・1日だったのでゆっくりできたと思う。



その理由
・活動するには、どう活動していけばいいのかということが分かって、気づきもあり大変良かった。



その理由
・重いです。
・不安はあるが、経験を積むことで解消するかと。
意欲的に前向きに取り組んでいこうと思った。

Q14.ピアサポーターとして活動する上で、どのようなフォロー体制があると安心ですか？

先輩ピアサポーターがいてくれたら助かります。
地域でピアサポートをする上で繋がるパイプ（連携など）があるといいなと思う。
病院、連携室との連携が必要だと思う。

Q15.本講座へのご意見、ご感想をお書きください。

・講師の方の進行も素晴らしくとても勉強になりました。ピアサポーターの方々の経験をきくこともよい刺激になりました。
どなたも「人の役に立ちたい」との思いを共有できたので。
・がん患者同士がなんでも話せるサロンを各病院内で持てたら嬉しいです。
・この講座を受けて、自分の位置（遺族）になっても話し（体験）が出来るか自問自答してきた。これからの生きていく自信（死ぬとは思っていないが）出来た。目標を見つけてとはまだ無理だが指針が少しずつ見えた感じがする。家族が癌で亡くした悲しみは当人しか分からないので、包み込める相談相手になればと。傾聴と共感の大切さがしみじみと解るようになりました。
講座の先生方、お手伝いの方々、本当に今日の開催ご苦労様でした。ありがとうございました。
・今回のような勉強会に参加させていただきありがとうございました。この様な講座をもっと体験したいと思いました。
すごく勉強になりました。本当にありがとうございました。
・すごく迷っている所があったけど、心理学を学んでスキルアップをしたい。アドバイザーみたいなことをしたい。
・気づきの多い、学びの多い1日でした。ありがとうございました。

第７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
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 10 月 18 日（火）14：30～15：30 場　所　　各自施設(患者) / 琉球大学病院がんセンター内（講師・ピアサポーター）
派遣者	がんピアサポーター　１名
引率者	沖縄県地域統括相談支援センター　事務補佐員１名
主　催	琉球大学病院　がんセンター内　沖縄県地域統括相談支援センター
当日の様子	・今回もいつも参加していただける患者さん２名が参加。オンライン注意事項のお約束を読み上げ共通認識を図る。 ・自身の近況報告に加えてご家族のお話もでる。 ・ピアサポーターや医療ソーシャルワーカーへの質問で、転移についてもご相談があった。また、不安な気持ちを話してくれた。傾聴を大切にし助言指導を行った。患者さん自身もデリケートな話をゆんたく会でお話でき少し不安軽減している様子だった。 ・また、日頃の運動についてや日々の生活について患者さん同士で励ましあったりする場面もあり交流もできた。 ・15：30 に時間通り閉会となる。 ＊参加者（患者様２名・ピアサポーター1 名、院内スタッフ２名、計５名）



第８回　　オンラインサロン報告書

名　称	第8回　オンラインゆんたく会
目　的	がん患者等関係者並びにがん対策関係者へ沖縄県地域統括相談支援センターで養成したがんピアサポーターを派遣し活動の場の創出を図る。
日　程	日　時　　令和４年 11 月 15 日（火）14：30～15：30 場　所　　各自施設(患者) / 琉球大学病院がんセンター内（講師・ピアサポーター）
派遣者	がんピアサポーター　１名
引率者	沖縄県地域統括相談支援センター　事務補佐員１名
主　催	琉球大学病院　がんセンター内　沖縄県地域統括相談支援センター
当日の様子	・新規の患者さんを含め患者さん２名とピアサポーター、琉大スタッフ１名で開催。本日事務補佐員は欠席の計４名で開催。 ・お互いの共通点で植物鑑賞などにお話にも花が咲いた。また、お互いの趣味の話なども行い患者さん同士での交流も見られた。 ・新しく挑戦したいことや、日々の楽しみなどを見つけながら過ごしていきたいと抱負もお互いお話があった。 ・今回１名参加者の電波状況が良くない時もあり、オンラインでのトラブルもあったが傾聴に重きを置き、臨機応変に対応していただけたと感じる。参加者も２名と少ないが、今後も引き続き継続開催し参加者の増加に期待したい。 ＊参加者（患者様２名・ピアサポーター1 名、院内スタッフ１名）



第９回　　オンラインサロン報告書

名　称	第9回　オンラインゆんたく会
目　的	がん患者等関係者並びにがん対策関係者へ沖縄県地域統括相談支援センターで養成したがんピアサポーターを派遣し活動の場の創出を図る。
日　程	日　時　　令和４年 12 月 20 日（火）14：30～15：30 場　所　　各自施設(患者) / 琉球大学病院がんセンター内
派遣者	がんピアサポーター　欠席
引率者	沖縄県地域統括相談支援センター　事務補佐員１名
主　催	琉球大学病院　がんセンター内　沖縄県地域統括相談支援センター
当日の様子	・ピアサポーターが欠席とのことで、がん相談支援センターの医療ソーシャルワーカーと事務員により開催。 ・オンライン注意事項とここでのお約束を読み共通認識を図る。 ・各々今年１年の振り返りを行った。コロナ過になり人と会うことができなくなっていたが、今年は忘年会に行ってきたことや、がんを疾患したが、経験を活かしてがん講師のセミナーを受講したなど新たに挑戦したことなども聞けた。また、特に変わったことはなかったとの声もあったが、普通って当たり前のようで当たり前ではないことも気づけたのではないのだろうか。 ・2 名の参加者は毎回参加していただける方で、がんについての悩みや相談をすることよりも人の話を聞いたり、自分の話をしてオンラインで交流できることが日々の励みになっているように感じた。 ・今年は養成講座やフォローアップ研修会で養成したピアサポーターが参加がなかったので、出来るだけ参加できるように声掛けの強化したい。あわせて、新規の患者さんも参加できるように周知方法を見直したいと考える。 ・次回の案内をし 15：30 に閉会となる。 ＊参加者（患者様２名・院内スタッフ１名・事務補佐員１名）計４名



沖縄県内各拠点病院　院内患者サロン

名称　ゆんたく会
場所　琉球大学病院　臨床研究棟１階大学院大セミナー室
日時　令和４年　10月　４日（火）　14：00　～　16：00
派遣者　がんピアサポーター（がん経験者）　１名
参加者　一般参加者　３名
関係者・スタッフ　８名（講師含む）　計11名
琉球大学病院　薬剤師　国場訓先生による講演会。テーマ「がんとお薬」を行った。講演会後のフリートークでは、がん相談員、ピアサポーターさんと直接お話しが出来るのがとても良く、ゆんたく会へ参加しているなどの声や、がんサポートハンドブックがカフェに置いてあって、とても良いなと思ったなどの声が聞けた。



◀当日の会場様子

名称　ゆんたく会
場所　琉球大学病院　臨床研究棟１階大学院大セミナー室
日時　令和４年　11月　１日（火）　14：00　～　16：00
派遣者　がんピアサポーター（がん経験者）　１名
参加者　一般参加者　４名
関係者・スタッフ　４名（講師含む）　計８名
琉球大学病院　小児科　臨床心理・公認心理師　知念純先生による講演会「がんとつきあっていく」がんとこころの基礎知識＆メンテナンスを行った。講演会後のフリートークでは、ご家族のメンテナンスケアやフォローが必要な話や病気をきっかけに特別扱いはしないなど心理師の先生ならではの助言指導を受ける。



◀当日の様子

名称　ゆんたく会
場所　琉球大学病院　臨床研究棟 1 階大学院大セミナー室
日時　令和 4 年　12 月　6 日（火）　14：00　～　16：00
派遣者　がんピアサポーター（がん経験者）　1 名
参加者　一般参加者　8 名
関係者・スタッフ　7 名（講師含む）　計 15 名

NPO 法人パンキャンジャパン沖縄支部（膵臓がん患者会）支部長島袋百代様とピアサポーター豊見山博子様による「体験談スピーチ」を行った。講演会後、質疑・応答を行い、その後フリートークを行った。参加者がそれぞれの悩みを話し合い、講師・看護師・ピアサポーターを交えてや各々情報共有を行った。




▲当日の会場様子

沖縄県内各拠点病院　院内患者サロン

名称　中部地区ゆんたく会
場所　中部病院
日時　令和４年　10月　27日（木）　16：00　～　17：00
派遣者　がんピアサポーター（がん経験者）　1名
参加者　一般参加者　5名
　　中部病院　スタッフ　5名（講師含む）
　　今年度に入り初めての中部病院ゆんたく会への参加。最上階の講堂で広く座席間隔を空けゆんたく会を開催。各々自己紹介を含め、栄養士による栄養相談も同時開催。ピアサポーターへの質問もあり患者さんへ助言指導を行った。


◀当日の会場様子

名称　那覇がん患者ゆんたく会
場所　那覇市立病院
日時　令和４年　11月　17日（木）　14：00　～　15：00
派遣者　がんピアサポーター（がん経験者）　1名
参加者　一般参加者　2名
　　那覇市立病院　スタッフ６名（講師含む）
　　今年度の対面での開催は初めて参加。薬剤師からの講演でがん治療におけるくすりの話をしていただいた後、あまり飲む機会のない栄養剤（医薬品）や栄養ドリンクの試飲会を行った。色んな味を試し、和気あいあいと各々で意見交換をした。講演後の試飲会があったこともあり、患者同士の交流よりも先生への質問が多くピアサポーターへの相談とうはなく終了した。


◀当日の様子

名称　中部地区ゆんたく会
場所　中部病院
日時　令和４年　12 月　22 日（木）　16：00　～　17：00
派遣者　がんピアサポーター（がん経験者）　１名
参加者　一般参加者　８名
　　中部病院　スタッフ　４名

新型コロナウィルス感染症対策として、各自３D マスクと目の保護するフェイスシールドを配布し対策をしっかりと行いゆんたく会を開催。今回はクリスマス前とのことで、患者さんによる三味線の演奏と統括相談支援センターの相談員によるサックス演奏を行った。患者さんみなさん演奏を楽しんでいたような印象。近くの人と交流するだけではなく、みんなで悩みを共有しており終始和やかに会が行われた。




▲当日の会場様子

開　催　概　要

がんピアキャラバン（相談会）

離島やへき地を含む沖縄全域に出向き、がん患者支援を行うものである。主たる内要はがんピアサポーターや医療者によるがん相談となる。

対象：地域住民のみなさま、がん患者およびそのご家族、関心のある方

目的：がん患者や家族の不安軽減とがんピアサポートの周知

料金：参加無料・相談無料

1）離島がんセミナーin 八重山

① 健康づくりミニイベント～ピアサポート展～

日時　令和 4 年 10 月 7 日（金）10：00～16：00

場所　石垣市役所　市民広場

〒907-8501　沖縄県石垣市真栄里 672

② 離島がんセミナーin 八重山

日時　令和 4 年 10 月 10 日（月・祝）12：30～15：30

場所　石垣市健康福祉センター　2 階視聴覚室

〒907-0004　沖縄県石垣市字登野城 1357 番地 1

ピアサポーター派遣　1 名

【振り返り】

本来なら講演セミナーと同会場でのピアサポート展の開催となるが、今回の会場では展示スペースがないことから、別日で栄養相談と同時にピアサポート展を開催。市役所には多くの方に足を止めてもらい、がん冊子や療養場所ガイドを持ち帰っていただき、地域統括相談支援センターについて知ってもらうことができたのでないか。また、講演セミナー当日は、医療関係者やがんについて関心がある方が参加し、多くの方にピアサポーターの体験談を含め相談員の活動について講演を聞いていただいた。地域統括相談支援センターの活動内容も紹介し、ピアサポーターの存在を知ってもらうきっかけになったのではないだろうか。前回の宮古島での反省を活かし、今回は質問箱を設けた。ピアサポーターについての質問もあり、地域統括相談支援センターについても知っていただけたと感じた。

参加者　18 名（スタッフ除く）




▲離島がんセミナーin 八重山




▲ピアサポート展@石垣市役所

2）第 46 回　沖縄の産業まつり　2022

がん患者によるがん患者のための相談会及びがんピアサポート展

日時　令和 4 年 10 月 21 日（金）～　令和 4 年 10 月 23 日（日）

展示 10：00～19：00／相談会 13：00～16：00

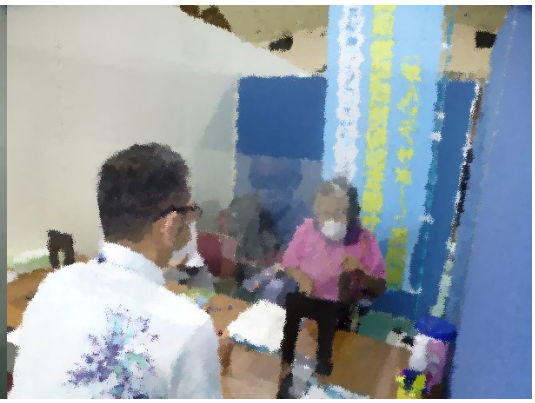
場所　奥武山公園　武道館アリーナ棟

ピアサポーター派遣　各日 1 名

【振り返り】

沖縄の産業まつりへ参加するのは初めてとなる。会場では、一角をパーテーションで区切りプライバシーを守るように設営。隣ではがん冊子などを置いたピアサポート展を開催。がんピアサポート展では多くのがん冊子とがんサポートハンドブックなど手に取っていただいた。あわせて地域統括相談支援センターの活動内容についてじっくり見る方も見受けられた。相談会では 3 日間通して 2 件のみの相談だったが、フォローアップ研修会修了生にとってピアサポートする場を提供でき、あわせて地域統括相談支援センターの相談員と交流も持てたことは良かったと感じた。



▲当日会場の様子

令和 4 年度 沖縄県委託事業

ラジオ広報　報告

実施日：FM21 株式会社

令和 4 年 10 月日（金）～ 令和 4 年 10 月日（金）

毎週金曜日　17：00　～　18：00

開　催　概　要

１．名　称　　ラジオ広報（がん ピア・サポート相談室）

２．日　時　　FM21 株式会社
〒901-2102　浦添市前田 1-54-1-7 F
令和 4 年 10 月 7 日（金）　～　令和 4 年 10 月 28 日（金）
毎週金曜日　17：00　～　18：00

３．目　的　　沖縄県地域統括相談支援センター普及広報
がん患者やその家族が抱えている不安や心配ごとなどをがん体験者（ピアサポーター）が自身の経験に基づき、同じ立場で話をしたり、聴いたりすることで軽減や、気持ちの整理を共につける場でもあることを広く紹介。また、活動の概要、がんピアサポート相談室の利用方法や事業イベントについて広報する。

４．内　容　　ＦＭ２１株式会社より特別番組
昨年同様に 10 月の毎週金曜日放送。事前打合せ 1 回と収録を 2 回に分けて行い、あわせ YouTube での収録配信を同時に行った。

・センター概要、がんピアサポート相談室の活動内容、相談対応時間、これまでの実績、事業イベントなどの案内
・がんピアサポーターによる体験談（家族のサポートなど)、また当時の思い出の曲を配信
・がんサポートハンドブック、設置場所などの案内



▲FM21 での様子

資料１８-(１)

第83回がん対策推進協議会　議事次第

日　時：令和4年10月13日（木）17：00～20：00
WEB開催

議　事　次　第

１　開　会

２　議　題

（1）　がん対策推進基本計画の見直しについて

①「がん医療の充実」分野

②「これらを支える基盤の整備」分野

・がん研究

・がん教育、知識の普及啓発

・人材育成

・がん登録

・患者・市民参画の推進

・デジタル化の推進

【資　料】

資料１－１　「がん医療の充実」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

資料１－２　「がん医療の充実」分野に関して事前にいただいたご意見

資料２－１　中釜委員提出資料

資料２－２　「がん教育」に関する文部科学省の取組

資料２－３　若尾参考人提出資料

資料２－４　「人材育成」に関する文部科学省の取組

資料２－５　木澤委員提出資料

資料２－６　森内委員提出資料

資料２－７　石岡委員提出資料

資料２－８　茂松委員提出資料

資料２－９　有賀参考人提出資料

資料２－10　大井委員提出資料

資料２－11　「これらを支える基盤の整備」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

資料２－12　「これらを支える基盤の整備」分野に関して事前にいただいたご意見

参考資料１　がん対策推進協議会委員名簿

参考資料２　がん対策基本法

参考資料３　がん対策推進基本計画（平成 30 年３月）

参考資料４　がん対策推進基本計画中間評価報告書（令和４年６月）

参考資料５　「経済財政運営と改革の基本方針 2022」より抜粋

参考資料６　「がん医療の充実」分野に係る参考資料集

参考資料７　がん診療連携拠点病院等の整備について

参考資料８　小児がん拠点病院等の整備について

参考資料９　がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について

参考資料 10　第４期がん対策推進基本計画に関するリンパ浮腫に関する要望書
（前田委員提出資料）

参考資料 11　第４期がん対策推進基本計画の希少がんに関する要望
（谷島委員提出資料）

第83回がん対策推進協議会	資料1-1
令和４年10月13日	

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

「がん医療の充実」分野に係る がん対策推進基本計画の見直しについて

厚生労働省

健康局　がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

「がん医療の充実」分野

１．がん診療提供体制等の充実

①がん診療提供体制
②治療法の充実
③チーム医療の推進
④病理診断
⑤支持療法
⑥リハビリテーション
⑦妊孕性温存療法

２．希少がん・難治性がん対策

３．小児がん・AYA世代のがん対策

４．高齢者がん対策

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

１．がん診療提供体制等の充実

①がん診療提供体制
②治療法の充実
③チーム医療の推進
④病理診断
⑤支持療法
⑥リハビリテーション
⑦妊孕性温存療法

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

「がん診療提供体制等の充実」分野の見直しの検討の視点①

■ 拠点病院等の整備指針（令和４年８月改定）の考え方並びに第３期基本計画中間評価及び前回の議論も踏まえ、以下の主な論点についてどのように考えるか。

【診療提供体制】

- がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、均てん化に加えて、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進してはどうか。

- 新型コロナウイルス感染症の拡大時等においても、必要ながん診療を提供できるよう、平時における準備等の対応を含めて、地域の実情に応じた連携体制を整備する等、取組を進めることとしてはどうか。

- がんゲノム医療をより一層推進する観点から、がんゲノム医療中核拠点病院等を中心としたこれまでの取組を引き続き進めることとしてはどうか。

「がん診療提供体制等の充実」分野の見直しの検討の視点②

■ 拠点病院等の整備指針（令和４年８月改定）の考え方並びに第３期基本計画中間評価及び前回の議論も踏まえ、以下の主な論点についてどのように考えるか。

【各治療法の充実】

- 患者が、それぞれの状況に応じた適切ながん医療を受けられるよう、標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく高度な治療法の提供についても、医療機関間の連携体制の整備等の取組を進めることとしてはどうか。
- 国民が、がん医療に関する正しい情報を得ることができるよう、科学的根拠に基づく治療法に関する情報提供及び普及啓発を推進することとしてはどうか。

【チーム医療の推進】

- 多職種連携によるチーム医療の提供をさらに充実させる観点から、拠点病院等において、地域の医療機関との連携も含め、チーム医療の提供体制の整備を進めるとともに、都道府県拠点病院連絡協議会において、拠点病院等と地域の医療機関との多職種による連携体制について議論することとしてはどうか。

「がん診療提供体制等の充実」分野の見直しの検討の視点③

■ 拠点病院等の整備指針（令和４年８月改定）の考え方並びに第３期基本計画中間評価及び前回の議論も踏まえ、以下の主な論点についてどのように考えるか。

【支持療法】

- 患者が、治療に伴う副作用への見通しを持ち、身体的苦痛や外見の変化等があった際に容易に相談できるよう、多職種による相談支援体制の整備や医療従事者への研修の実施等を進めることとしてはどうか。
- 支持療法の更なる充実に向けて、実態把握を進めるとともに、科学的根拠に基づく支持療法が実施されるよう、関係団体等と連携し、専門的なケアが受けられる体制の整備等に取り組むこととしてはどうか。

【リハビリテーション】

- がん患者に対する適切なリハビリテーションの提供の観点から、引き続き、拠点病院等を中心にがんのリハビリテーション研修を実施するとともに、研修の内容も必要に応じて見直すこととしてはどうか。また、研修を受講した医師や看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の、拠点病院等への配置を推進することとしてはどうか。

「がん診療提供体制等の充実」分野の見直しの検討の視点④

■ 拠点病院等の整備指針（令和４年８月改定）の考え方並びに第３期基本計画中間評価及び前回の議論も踏まえ、以下の主な論点についてどのように考えるか。

【妊孕性温存療法】

- 妊孕性温存療法の一層の推進に向けて、研究班からの報告を踏まえ、がん診療と生殖医療の連携の下、情報提供と意思決定支援のための人材育成等の体制整備をさらに推進するとともに、研究促進事業を通じたエビデンス創出に引き続き取り組むこととしてはどうか。

【評価】

- 評価については、引き続き、現況報告書及び患者体験調査等を用いることとしてはどうか。併せて、デジタル化の議論も踏まえ、情報の収集について、効率的な手法を検討することとしてはどうか。

２．希少がん・難治性がん対策

３．小児がん・AYA世代のがん対策

４．高齢者がん対策

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

「希少がん・難治性がん対策」分野の見直しの検討の視点

■ 拠点病院等の整備指針（令和４年８月改定）の考え方並びに第３期基本計画中間評価及び前回の議論も踏まえ、以下の主な論点についてどのように考えるか。

- 患者及びその家族等への情報提供をさらに推進する観点から、拠点病院等における対応状況や、医療機関間の連携体制等について、患者及びその家族等の目線に立った分かりやすい情報提供を進めることとしてはどうか。
- がんゲノム医療等の高度かつ専門的な医療へのアクセシビリティをさらに向上させるため、拠点病院等の役割分担に基づく連携体制の整備を進めることとしてはどうか。
- 適切な診断に基づく治療を提供するため、病理診断に係る希少がん中央機関と拠点病院等との連携体制の整備を引き続き進めることとしてはどうか。
- 地域の実情に応じた診療提供体制の整備を推進する観点から、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会において、希少がん及び難治性がんの診療に係る連携体制について議論することとしてはどうか。
- 評価については、現況報告書や患者体験調査等を用いることとしてはどうか。併せて、デジタル化の議論も踏まえ、情報の収集について、効率的な手法を検討することとしてはどうか。

「小児がん・ＡＹＡ世代のがん対策」分野の見直しの検討の視点

■ 拠点病院等の整備指針（令和４年８月改定）の考え方並びに第３期基本計画中間評価及び前回の議論も踏まえ、以下の主な論点についてどのように考えるか。

- 小児・AYA世代のがん対策をさらに充実させるため、小児がん拠点病院と、がん診療連携拠点病院等や地域の医療機関、かかりつけ医等との連携を含め、地域の実情に応じた小児・AYA世代のがん診療提供体制の整備を進めることとしてはどうか。また、小児がん拠点連絡協議会において、引き続き、地域ブロックを超えた連携体制の整備を含め、小児・AYA世代のがん診療提供体制について議論することとしてはどうか。
- 患者及びその家族等への情報提供をさらに推進する観点から、小児がん拠点病院等における対応状況や、医療機関間の連携体制等について、患者及びその家族等の目線に立った分かりやすい情報提供を進めることとしてはどうか。
- より良い長期フォローアップを推進する観点から、小児がん拠点病院と地域の医療機関及びかかりつけ医等の連携を含め、地域の実情に応じた小児がんの長期フォローアップのあり方に係る検討を進めてはどうか。
- 小児がん領域における薬剤アクセス改善に向けて、小児がん中央機関等と関係学会等が連携し、研究開発を推進することとしてはどうか。
- 評価については、現行の院内がん登録等に加えて、現況報告書や厚生労働科学研究班の報告等を用いることとしてはどうか。併せて、デジタル化の議論も踏まえ、情報の収集について、効率的な手法を検討することとしてはどうか。

「高齢者のがん対策」分野の見直しの検討の視点

■ 拠点病院等の整備指針（令和４年８月改定）の考え方並びに第３期基本計画中間評価及び前回の議論も踏まえ、以下の主な論点についてどのように考えるか。

- 高齢がん患者が、例えば、他臓器の合併症を併発している、介護施設等に入居しているなど、それぞれの状況に応じた適切ながん医療を受けられるよう、拠点病院等と地域の医療機関及び介護施設等との連携体制の整備を進めるとともに、都道府県がん診療連携協議会において、高齢がん患者に係る診療提供体制について議論することとしてはどうか。
- 高齢がん患者に対する適切な治療及びケアの提供を推進する観点から、これまでの議論を踏まえ、高齢者がん診療の実態把握を進めるとともに、関係団体等と連携し、更なるガイドラインの充実を進めることとしてはどうか。
- 高齢がん患者が適切な意思決定に基づき治療等を受けることができるよう、高齢がん患者及び家族等の意思決定支援に係る取組を推進することとしてはどうか。
- 評価については、現況報告書、患者体験調査及び遺族調査等を用いることとしてはどうか。併せて、デジタル化の議論も踏まえ、情報の収集について、効率的な手法を検討することとしてはどうか。

第83回がん対策推進協議会	資料１－２
令和４年10月13日	

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

「がん医療の充実」分野に関して事前にいただいたご意見

厚生労働省

健康局　がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

資料１－２　「がん医療の充実」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
阿久津　友紀	医師不足、担い手不足、地方との格差が懸念されることから、『均てん化』は外せない。一方で拠点病院等の役割分担を踏まえて集約させるのには同意できる。しかしながら、患者さんが物理的な理由で拠点病院にたどり着かないことで新たな治療や治験、勧められるべき医療が受けられないことにつながらないかが懸念。乳がんであれば個人クリニックも多いわけだが、（具体的には病院を移動しないとエンハーツが受けられない現状など）医療機関の連携のより一層の整備が必須。**がんゲノム医療に関しては、患者の立場としては『たどりつけないこと』が課題。一層推進するのであれば、より簡便に早期から選択ができるようにすべき。このままではたどりついても治療に結び付かないことが多い印象がぬぐいきれず、さらに地域格差も広がるばかり。**妊孕性温存に関しては主治医の情報提供とその意思決定のための人材育成と環境の整備が重要。どのくらいの人がどのような選択をして、その結果どうだったのか、という意思決定を助けるための『リアルベースのデータの蓄積』が必要。 小児・AYA・希少がんに関しては治療成果含めて中央で結果を共有、その共有をもとに地域を超えた連携をしていくことで個々の体験する『症例』を増やしていくことがより早く治療に結びつく。どの問題にも結びつくが、これらのデータベースとして**デジタル化、ビックデータを活用**し、日本全国どこにいてもどういう結果でどうなっているということが共有されるようになることが（個人情報を保護の上で）日本人のデータとなり、次の誰かの治療に結びつくのではないか。 高齢者のがんに関しては『エンドポイント』が見えないという話があった。人によってどういった治療をして、どういう道を選ぶかは異なる。認知症や介護の度合いなどによってもその治療の判断は異なる。結局決断するのは患者本人であり、家族である。難しい治療のエビデンスも蓄積しながら、これら**意思決定をする人が納得できるような『事実ベース』の統計資料が開示され、だれもが触れられるところにあることが必要**。絶対的にデータベース化が必須。在宅の緩和ケアを含む終末期ケアの地域格差が大きい。治療しながら最期の場所を探し、結果、なかなかたどりつけないでいる人もいる。ニーズが増えるであろう**適切な『終末期の場所』の整備も一方で大事**であると考える。
大井　賢一	○「がん医療の充実」分野への「緩和ケア」組み込みについて要検討 第81回協議会の際に、山口参考人から「緩和ケア」について、医療者の提供する医療の一環であることから「緩和ケア」を「がん医療の充実」分野に組み込むべきではないかとの発言があったと記憶するが、シームレスながん医療、また緩和ケアにおける骨転移に対する放射線照射等を考えると、一体化した検討を求める。 ○「高齢者のがん対策」に関し前立腺がん患者の増加を踏まえ核医学診療について要検討 第3期において「核医学」が明記されたが、今後の高齢化と相まった前立腺がん患者の増加を踏まえ、介護の問題等も視野に入れて、後遺症の少ない治療選択、骨転移のある去勢抵抗性前立腺がんに対する塩化ラジウム223の適用においても、作用機序からして骨転移当初からの利用は可能。また国民皆保険制度の維持を前提とするならば、長期ホルモン療法による薬剤費増大との兼ね合いをみて、核医学診療の積極的導入の検討を求める。 （続く）

資料１－２　「がん医療の充実」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
大井　賢一	（続き） ○「がん医療に関する正しい情報」について要検討 憲法第13条に規定されている幸福追求権から導かれる患者の自己決定権において、2002年の最高裁判決で患者家族へのがん告知は「医師の義務」とされ、2006年にがん対策基本法が成立、2007年の第5次医療法改正において第1条の4として「インフォームド・コンセント条項」が加わった。今日の情報社会において薬機法第66～68条に規定される広告規制により、がんは特に患者が得られる情報が制限されている。米国では1971年にNational Cancer Actが成立、1972年のCanterbury事件判決で前立腺がんの代替治療の説明における説明範囲に関し、1960年のNatanson事件判決の「合理的医師基準」から変更し「合理的患者基準」を採用、1990年に「患者自己決定権法（Patient Self-Determination Act）」が成立。「がん医療に関する正しい情報」を提供するために情報社会に適合させる視点での検討を求める。 ○小児がん患者の「長期フォローアップ」について要検討 小児がん患者が将来、就職や民間保険の加入において不利益が生じないよう、また国民皆保険の負担軽減のために、大賀委員の発言にあったように、期間を定めて「治癒」とする、定めた期間を超えて再発や転移した場合は新たに患者として治療を開始する新たな仕組みの検討を求める。 ○小児がん領域における「ドラッグラグ」解消について要検討 米国では2017年に「小児のための治療法および公平化促進のための研究法（Research to Accelerate Cure and Equity（RACE） for Children Act）」が制定され、がん治療薬を開発する企業に対し小児用の薬の開発を義務付けている。小児における薬剤開発には成人と異なる障壁があり、将来において日本を支える人材の生命を守る視点から米国のような取り組みを参考に検討を求める。 ○「妊孕性温存療法」等についてライフステージ全体で要検討 小児がん治療においても親権者による代諾のもと治療が行われ、将来の妊孕性に関わることは予想される。ライフステージ全体での検討を求める。また憲法第26条に教育を受ける権利が規定されている。小児がん患者はもちろん他の疾患や障がい者も同様で、子ども家庭庁での議論かもしれないが「子ども」という枠組みでの検討ないし記載を求める。それとは別に診療体制において「小児がん」の継続的な検討を行う部会等の設置を求める。

資料１－２　「がん医療の充実」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
木澤　義之	○本内容に、がん患者の終末期医療についての記載がないことについて大変残念に感じています。治療中から、及び早期からの緩和ケアの充実と同時に、終末期ケアについて（特に人生の最終段階の意思決定や、緩和ケア病棟や在宅医療に関することを含めて）記載することが望ましいのではないかと考えます。 ○同様に、地域包括ケアの視点に立って、地域包括ケアとがん医療がどのように連携、協働していくかについても記載が必要ではないかと考えました。 ○P6,リハビリテーションについて：外来でのリハビリテーションや緩和ケア病棟を始め、緩和ケア期のリハビリテーションは患者のQOL向上に大きく資するものであり、特に重点的に扱っていただければと思います。（外来では保険算定できず、緩和ケア病棟も包括内のため実施できない施設が多いです） ○P10 AYA世代のがん対策についてですが、特に小児慢性特定疾病医療費助成制度が切れる18歳以上で、かつ介護保険サービスの適応にならない40歳未満までの年齢の方々は、制度のはざまに入っているため支援が届きにくい状況が続いています。自治体の中には独自で支援が届けられるところもありますが、その均てん化のために、好事例の横展開を含めて国としての制度整備が必要と考えますがいかがでしょうか。
谷口　栄作	○がん治療により定期予防接種で獲得した免疫機能が失われた小児・AYA世代の患者に対し、現在自己負担となっている予防接種の再接種費用を保険適用にする等の支援ができないか。 ○希少がん及び難治性がんについて、患者が中央機関へアクセスできるよう、都道府県や地域でのネットワーク構築・参画を指定要件にしてはどうか。 （例：地域がん診療連携拠点病院は地域の一般の病院・診療所とネットワーク構築、都道府県がん診療連携拠点病院は都道府県内の地域がん診療連携拠点病院等とネットワーク構築） ○人材育成だけでなく、適正配置も重要。医師の配置については、都道府県がん診療連携拠点病院（大学病院が多いのではないか）が、県内の拠点病院体制をサポートするような役割を担えないか。 ○高齢者のがん対策に関連して、意思決定が難しい障がい者（精神障がい者を含む）の意思決定支援、治療継続支援などの課題についても議論が必要ではないか。
土岐　祐一郎	○P4：医療圏ごとの格差を明らかにする必要があると感じる。その結果により、均てん化には限界があることを認識し、一部の医療については集約化＋連携化に進むべきであろう。何を均てん化し何を集約化するかを検討する必要がある。 ○P5：ドラッグラグを埋め、患者の治療選択を増やすために、手続の簡略化などにより、患者申出療養や評価療養を一層促進すべきではないか？ ○P6：薬剤の副作用や手術の合併症、後遺症について、患者への情報提供がまだ不十分であると感じる。患者が諦めている、もしくは副作用と認識していない場合も多いのではないか？ ○P9：難治がん、希少がん、小児がんについては、遺伝子パネル検査などがんゲノム医療を治療初期から取り入れるべきである。 ○P11：高齢がん患者については、介護支援の認定のように、がんと診断される前から高齢者機能評価を行い、治療方針決定の参考とする。

資料１－２　「がん医療の充実」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
中釜　斉	○　がんゲノム、小児、希少がんなど各種拠点病院との連携ができるように、都道府県拠点病院が地域における相談窓口となり、各都道府県のがん診療連携協議会において各地域における連携体制を確認しておくこととしてはどうか。 ・希少がんについては診断・治療の質を確保するため、希少がん中央機関等は病理診断に限定せず、診療・情報提供、治療開発などを含め、集約化と連携を進めていく必要があるのではないか。 ・小児がん領域における「ドラッグラグ」解消に向けて、米国における「優先審査バウチャー」などの海外の取り組みを参考にして、国内企業も積極的に小児がんの薬剤開発を行えるような具体的な推進方策を打ち出す必要があるのではないか。 ・小児がん治療薬を含む特に希少ながん種に対する薬剤開発において、欧米で一定の安全性と有効性情報が得られている薬剤などについては、「施設限定の条件付き承認」などによる限定的な承認を行い、これらの施設において安全性情報・有効性情報を収集しながら使用し、正式な承認へと進めるなどの制度を検討しても良いのではないか。 ・診療ガイドラインの普及・実装を促進するため、関連学会等の協力を得て、標準的治療の実施割合（QI研究）や実装科学研究などを発展させていくべきではないか。 ・地域医療構想の実現に向けた制度改革が進む中、がん診療連携拠点病院のあり方や地域の医療機関との連携についても、それぞれの地域の実情を踏まえた検討を進める必要があるのではないか。
樋口　麻衣子	○新型コロナウイルスの拡大時に緩和ケア病棟が閉鎖され利用できない地域、それに伴い在宅看取りが増えたために往診の受け入れが難しくなった地域があった。患者が望む場所で看取りを行えない事態も生じたため、感染症や災害などの有事の際に必要ながん診療を提供できるように都道府県の中での役割を決め、少しでも患者への影響が少なくなるよう連携体制を整備することを今のうちから進めていただきたい。 ○医療機関の中でも科学的根拠に乏しい治療法や支持療法を行っている実態があり、院内の倫理審査を通過している場合もある。医療者の中でも科学的根拠や倫理的な妥当性に関する知識は十分とは言えず、判断出来るとも限らない。まずは医療者が知る機会を持ち情報提供や普及啓発に繋げる必要がある。また、そのような情報を提供している媒体やサイトに関して幅広く患者の目に触れることができるため、適切に規制していく環境が必要と考える。 ○リハビリテーションの推進は引き続き必要と考えるが、現在外来でのリハビリテーションに関して診療報酬上の加算が得られないことで体制の整備が進んでいない。がん治療は手術直前まで外来で診療され、手術後は早期に退院する。また、化学療法は外来で行われることも多く、外来で体力低下やケモブレインなどの症状が起きていることも多い。治療を少しでも安全に長く遂行し、治療しながら社会生活に支障がないように支援するために、外来でのリハビリテーションの体制確保について検討していただきたい。 ○高齢者のがん医療について、現在は高齢者機能評価後に治療をどのようにマネジメントしていけばよいのか指針がなく、治療は治療医の個々の判断で行なわれていることが多いが、その結果どのような経過を辿っているのか現状が把握できていない。実態を把握し、高齢者のがん医療に関して治療効果とQOLへの影響、意思決定支援を含めたガイドラインの策定と臨床での応用が必要と考える。 （続く）

資料１－２　「がん医療の充実」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
樋口　麻衣子	（続き） ○長期生存が可能となり、小児がん・AYA世代のがんにおいて晩期合併症や二次がんのリスクが明らかとなってきたが、経験者の中でもどのように経過を追えば良いのか情報が伝わっていない。罹患後十数年経てから発症することもあり、病院だけではなくかかりつけ医との連携も重要になってくるが、どの場所なら対応が可能なのか各地域で整理されていない状態である。診療の体制を整えた上で各都道府県の中で対応可能な病院や医院を選定し、繋ぐことが出来る窓口を設定して頂きたい。 ○第3期の計画の中では難治性がんの定義が無く評価指標が設定できていなかった。疾患により、または疾患の中でもサブタイプにより難治性の場合もある。対策を講じるためにも定義を設定し確かな診断のためにAI等も利用しその診断の精度を上げる、その疾患や遺伝子、病理などにターゲットをしぼって治療開発につなげるなど、重点的な取り組みを計画していただきたい。 ○希少がんや小児がんなどにおいて、地域の病院ではいまだに情報が届かず、専門で関わる人が少ないために適正な治療や治験に繋がれていない患者もいる。中央や拠点の専門家の目が入るような仕組み、どの地域にいてもオンラインでセカンドオピニオンができる体制、ここに相談すれば必要な情報に繋がるように采配してもらえるというような窓口を整備して頂きたい。 ○小児がんにおいては、海外と比較しドラッグラグが生じている現状がある。小児がんは希少がんが多くゲノム医療も関わってくるが、候補薬があっても保険診療下で使用できず、小児用量が決まっていないため患者申出療養制度の使用ができない。現在日本の臨床試験が圧倒的に少なくなっているが、患者数の少ない小児がんにおいて企業で開発することは難しいことも多く、打開するには医師主導の治験が必要となる。治験を実施するための環境整備(予算、インセンティブの検討など)に国をあげた支援を検討して頂きたい。
前田　留里	○チーム医療についての情報が早期から患者に届くよう、連携のさらなる強化と、セカンドオピニオンや妊孕性、両立支援など初診時に医療者から相談員につながるよう情報提供を望みます。 ○支持療法のさらなる充実に向けて、目に見えにくい副作用（倦怠感、認知機能障害、リンパ浮腫等）の実態把握も進め、ケアに繋げる施策を検討していただきたい。また、がんの治療成績の向上に伴う寿命の改善で、一部ではがんの再発よりも心血管疾患をはじめとするその他の病気により死亡することが問題となっているため、腫瘍循環器という新しい診療分野についても連携や推進をしていただきたい。 ○リハビリテーション研修修了者が実践に繋がる体制を整備し、若年者は早期の社会復帰に向けて、高齢者は体力の低下を防ぐため、どの患者も早期から受けられるように。 （続く）

資料１－２　「がん医療の充実」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
前田　留里	（続き） ○希少がんについては地域の診療実態調査を行い、希少がんセンターへの情報の集約化と地域を結ぶネットワークの構築を、難治がんについては必要な評価指標を検討し、生存率アップに向けた対策（好事例の検証やAIの普及等）を検討いただきたい。また治療法の少ない希少がん、難治がんの患者には、初回治療から遺伝子パネル検査が保険で受けられるよう検討を。 ○小児、AYA世代のがんについても地域の診療実態調査を行い、情報の集約化やネットワークの構築で治療成績の更なる向上とドラッグラグの問題に取り組み、長期フォローアップのためのサバイバーシップケアプランの作成の検討を。また就学については学校ごと（校長の判断）で配慮が違い、転校や退学を余儀なくされる場合もあり、治療により元の居場所が失われるという二重の苦しみとならないよう、省をまたいでの支援や配慮を検討いただきたい。AYA世代については、在宅療養支援制度を全国に広めるための施策を。
松田　一夫	１．診療提供体制について ・均てん化に加えて、集約化も重要と思う。 ・ただし地理的格差、経済格差によって適切ながん医療が受けられない状況をなくす努力が必要である。 ２．各治療法の充実について 現在の日本のがん診療体制に問題がないかどうか、諸外国との対比を含めて検討が必要である。 ３．希少がん・小児がん・AYA世代のがん対策について 症例数は多くなくとも、極めて重要な課題であることを今まで以上に認識すべきである。 ４．難治性がんについて 膵癌を始めとする難治性がん対策は極めて重要。 ただし、いつまでも難治性がんと呼ばれないようにするため、診断・治療法の開発が急務である。 ５．高齢者のがんについて ・高齢になると、がんの罹患が多くなる半面、基礎疾患や合併症の併発によって適切な治療ができないことも少なくない。 ・現行の５つのがん検診では、「積極的に受診勧奨すべき年齢」を69歳以下とした。決して70歳以上の元気な高齢者の受診機会を奪うものではないが、とりわけ80歳以上の高齢者に受診勧奨する際には、要精検となったら精検が可能か、がんと診断されたら治療可能かどうかを十分に吟味する必要がある。 ・高齢者の身体状況を十分に考慮せずにやみくもに受診勧奨することは、厳に慎まなければならない。

資料１－２　「がん医療の充実」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
谷島　雄一郎	【希少がん・難治性がん対策】 ○診療実態の正確な把握と情報の公開 各医療機関における希少がんのがん種ごとの診療実態を把握し、患者が容易にアクセスできる情報として整備、公開を進めていただきたい。患者が医療機関の選択の参考にすることで、患者側の動きとしても、おのずと集約化が生まれる状況をつくっていくことが必要である。（現状では、希少がんに関しての詳細ながんの種類別の治療実績は、一部のがん種で一部の医療機関のものしかわからない） ○専門家と治療内容に関する情報の整理と可視化 そのがん種の専門家がどこにいて、どんな治療が受けられるのかが、誰にでもわかるようにしていただきたい。また希少がんにおいては、医療機関の実績以上に、そのがん種の専門家である個人の医師が拠り所となっている場合が多い。よって、がん種ごとの専門家の情報を、患者が容易にアクセスでき、十分な専門性、経験のある医師につながれる形で整備することが必要ではないか。それが主治医の異動時の対応や、医療機関同士のシームレスな連携にもつながると考える。 ○オンラインの活用やアプリケーションの開発等、DXの推進 治療方針や病理診断のセカンドオピニオン等でオンラインを有効活用することで、患者は住む地域や体調によらず、専門家及び専門性の高い医療機関へのアクセスが容易となり、地域間及び医療機関間における差の是正につながると考える。 ○遺伝子パネル検査の保険適用による検査タイミング、回数の最適化 治療法が乏しく予後が不良とされる、希少がん及び難治性がんにおいては、標準治療終了（見込み含む）を待たない、初期段階からの遺伝子パネル検査実施をお願いしたい。治療終了見込みになってからの検査では手遅れになる。また、新たな病変に変異が考えられる場合や、パネル検査ごとの特性を鑑み、複数回の検査における保険適用を検討し、治験をはじめ、できるだけ多くの治療機会とつながれる状況をつくっていただきたい。 ○情報公開、拠点整備、DXが有機的に機能するネットワーク形成と患者サポートの充実 情報が公開されても、それがどう意味を持ち、自身はどう動くべきか、突然がん罹患を告げられ、混乱の中にいる患者は判断が難しい。またオンラインセカンドオピニオン等、新たな取り組みが行われていても、診断を受け間もない患者が自発的に利用するにはハードルが高い。正確な情報をもとに伴走してくれる存在が必要である。がん相談支援センター、希少がんセンター、中央、地域が役割分担し、患者を適切にサポートする体制の構築をお願いしたい。 （続く）

資料１－２　「がん医療の充実」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
谷島　雄一郎	（続き） 【小児がん・AYA世代のがん対策】 ○長期フォローアップのための新たな仕組みの検討 小児がん・AYA世代のがん経験者は、時間の経過とともに病院から離れていき、気になることがあってもどこに相談していいか悩む場合が多い。従来のような医療機関を通じた小児がん拠点病院の長期フォローアップ外来の紹介だけでなく、SNSやアプリ等を利用した、若者がアクセスしやすい仕組みの検討が必要ではないか。

第83回がん対策推進協議会	資料2-11
令和４年10月13日	

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

「これらを支える基盤の整備」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

厚生労働省

健康局　がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

がん研究

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

がん研究10か年戦略の概要 （平成26年3月31日　文部科学、厚生労働、経済産業3大臣合意）

「根治・予防・共生　～患者・社会と協働するがん研究～」

戦略目標

我が国の死亡原因第一位であるがんについて、患者・社会と協働した研究を総合的かつ計画的に推進することにより、がんの根治、がんの予防、がんとの共生をより一層実現し、「基本計画」の全体目標を達成することを目指す。

「基本計画」の全体目標【平成19年度からの10年目標】

（1） がんによる死亡者の減少 （75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少）	（2） すべてのがん患者とその家族の 苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上	（3） がんになっても安心して暮らせる 社会の構築

今後のあるべき方向性

・産官学が一体となり、「がんの本態解明研究」と「実用化をめざしたがん研究」が一体的かつ融合的につながった疾患研究として推進
・臨床現場から新たな課題や国民のニーズを抽出し研究へと還元する、循環型の研究開発
・研究成果等の国民への積極的な公開による、国民ががん研究に参加しやすい環境の整備と、がん研究に関する教育・普及啓発
・研究推進における利益相反マネジメント体制の整備

【研究開発において重視する観点】

・がんの根治をめざした治療 ・がん患者とその家族のニーズに応じた 苦痛の軽減	・がんの予防と早期発見	・がんとの共生

具体的研究事項

（1）がんの本態解明に関する研究
（2）アンメットメディカルニーズに応える新規薬剤開発
に関する研究
（3）患者に優しい新規医療技術開発に関する研究
（4）新たな標準治療を創るための研究
（5）ライフステージやがんの特性に着目した重点研究領域
1）小児がん　2）高齢者のがん
3）難治性がん　4）希少がん等　に関する研究
（6）がんの予防法や早期発見手法に関する研究
（7）充実したサバイバーシップを実現する
社会の構築をめざした研究
（8）がん対策の効果的な推進と評価に関する研究

・がん研究を継続的に推進していくため、
研究者の育成等にも取り組む。

革新的がん医療実用化研究事業

事業概要（背景・目的）

本研究事業では、文部科学省・経済産業省と連携し、基礎的・基盤的研究成果を確実に医療現場に届けるため、主に応用領域後半から臨床領域にかけて予防・早期発見、診断・治療等、がん医療の実用化をめざした研究を「健康・医療戦略」及び「がん研究10か年戦略」に基づいて強力に推進し、健康長寿社会を実現するとともに、経済成長への寄与と世界への貢献を達成することをめざす。

令和５年度概算要求のポイント

第3期がん対策推進基本計画およびがん研究10カ年戦略に基づき、小児・AYA世代のがん、高齢者のがん、難治性がん、希少がん等に関する研究や治療法の開発、がんの治療に伴う副作用・合併症・後遺症に対する予防と支持療法といった患者のQOL向上に資する研究等を重点的に支援する。

がん患者のより良い医療の推進のため、特に、個別化医療に資するコンパニオン診断薬の研究・開発及び新たながん治療薬、遺伝子改変免疫細胞（CAR-T）に係る臨床研究、小児がん・希少がん等に係る臨床試験、がん・難病に係る全ゲノム解析等、高額化する医療費（薬剤費）を鑑みた治療法開発、非翻訳領域におけるゲノム異常の臨床的意義付けと新規医療シーズ開発に資する研究を推進する。

これまでの成果概要等

がんの生物学的本態解明に迫る研究開発や、患者のがんゲノム情報等の臨床データに基づいた研究開発、個別化治療に資する診断薬・治療薬の開発、免疫療法や遺伝子治療等をはじめとする新しい治療法の開発等を実現してきた。（令和４年３月時点）

①医薬品プロジェクト

【アウトプット】
・非臨床POCの取得件数　実績 6件
・臨床POCの取得件数　2件
【アウトカム】
・シーズの企業への導出件数　6件
・研究成果を活用した臨床試験・治験への移行 3件
・薬事承認件数（新薬、適応拡大）　3件

②医療機器プロジェクト

【アウトプット】
・クラスⅢ・Ⅳ医療機器の開発を計画する課題採択　1件
【アウトカム】
・クラスⅢ・Ⅳ医療機器の薬事承認　0件

③再生・細胞医療・遺伝子治療プロジェクト

【アウトプット】
・治験に移行した研究課題数　5件　（うち、遺伝子治療 3件）
【アウトカム】
・企業へ導出される段階に至った研究課題数　3件　（うち遺伝子治療の件数　0件）
・研究成果を活用した臨床試験・治験への移行　6件
・薬事承認件数（新薬、適応拡大）　1件

④ゲノム・データ基盤プロジェクト

・臨床POCの取得件数　3件
・研究成果の科学誌への論文掲載状況（インパクトファクター５以上）　322件
・研究成果の科学誌（インパクトファクター5未満等の他の科学誌）への論文掲載 298件

⑤疾患基礎研究プロジェクト

【アウトカム】
・シーズの他の統合プロジェクトや企業等への導出
1件

がん対策推進総合事業

事業概要（背景・目的）

がん研究については「がん対策推進基本計画」に基づく新たながん研究戦略として文部科学省、厚生労働省、経済産業省の3大臣確認のもと、平成26年3月に「がん研究10 か年戦略」が策定された。本戦略を踏まえ、がんの根治・予防・共生の観点に立ち、患者・社会と協働するがん研究を念頭において推進することとし、本研究事業では、がん対策に関するさまざまな政策的課題を解決するため、「がん研究10 か年戦略」で掲げられた「充実したサバイバーシップを実現する社会の構築をめざした研究領域」と「がん対策の効果的な推進と評価に関する研究領域」の2領域について、介入評価研究も含めた調査研究等を中心に推進する。また、平成30年に策定された第3期基本計画では、「がん予防」「がん医療の充実」「がんとの共生」を3つの柱としており、これらのがん対策における横断的な対応が必要とされる基盤として、がん研究を推進する。

令和５年度概算要求のポイント

- 継続研究課題のうち、がん全ゲノム解析等の推進に向けた患者還元、解析・データセンター、ELSI等に係る技術評価、体制構築についての研究について優先的に推進する。
- 新規に、がん対策推進基本計画におけるがん予防に資する研究、がん対策推進基本計画におけるがん医療の充実に資する研究、がん対策推進基本計画におけるがんとの共生に資する研究等を推進する。

これまでの成果概要等

・乳がん検診の適切な情報提供に関する研究（令和2年度に終了）
ブレスト・アウェアネス（乳房を意識する生活習慣）の啓発のため、自治体等で活用できるリーフレットを作成した。
・進行がん患者に対する効果的かつ効率的な意思決定支援に向けた研究（令和4年度において継続中）
進行がん患者の療養に関するモバイル端末による意思決定支援プログラムを開発し、これに基づいてモバイルアプリケーションを作成した。また、介入マニュアルを作成し、これを用いて介入者を養成した。
・がんリハビリテーションの均てん化に資する効果的な研修プログラムの策定のための研究（令和4年度において継続中）
がん患者の社会復帰や社会協働という観点を踏まえ、がんのリハビリテーション研修の学習目標を設定、研修プログラム見直し、e-learningシステムを開発し、研修マニュアルを作成した。
・がん患者に対する質の高いアピアランスケアの実装に資する研究（令和4年度において継続中）
アピアランスケアの質の担保と均てん化を図るため、e-learningシステムによる医療者向けアピアランスケア教育プログラムを作成した。
・障害のあるがん患者のニーズに基づいた情報普及と医療者向け研修プログラムの開発に関する研究（令和4年度において継続中）
視覚に障がいのある方が新型コロナウイルスに感染し入院した際の医療従事者と支援スタッフのためのサポートガイドに関する資材を作成した。

「がん研究10か年戦略」の中間評価について

- **「第3期がん対策推進基本計画」（平成30年3月9日　閣議決定）**
  - ➢「がん研究10か年戦略」は、本基本計画を踏まえ、中間評価や内容を見直すこととしており、国は、現状のニーズや我が国に求められる研究について、有識者の意見を参考にしつつ見直す。
- **「がん研究10カ年戦略の進捗評価に関する研究」**（代表研究者　国立がん研究センター　藤原康弘）を基にした**「今後のがん研究のあり方に関する有識者会議」**（座長　国立がん研究センター理事長　中釜斉）の議論を踏まえ、平成31年4月にがん研究10か年戦略の中間評価を行った。

- がん研究全体として、**概ね順調に進捗している。**
- 10か年戦略の枠組みである**8つの柱（具体的研究事項）**については維持し、第3期がん対策推進基本計画で「取り組むべき施策」への対応を含め、各柱毎に現状の課題と後半期間で取り組むべき研究の方向性をまとめた。
- また、シーズの探索的研究、ゲノム医療や免疫療法などの新たな治療法に係る研究といった各柱にまたがる研究については、**「横断的事項」**としてまとめた。

8つの柱　（具体的研究事項）

（1）がんの本態解明に関する研究

（2）アンメットメディカルニーズに応える新規薬剤開発に関する研究

（3）患者に優しい新規医療技術開発に関する研究

（4）新たな標準治療を創るための研究

（5）ライフステージやがんの特性に着目した重点研究領域
（小児がん・高齢者のがん・希少がん・難治性がんに関する研究）

（6）がんの予防法や早期発見手法に関する研究

（7）充実したサバイバーシップを実現する社会の構築をめざした研究

（8）がん対策の効果的な推進と評価に関する研究

横断的事項

シーズ探索、ゲノム医療、免疫療法、リキッドバイオプシー、AI等の新たな科学技術の利活用、基盤整備など

第9回　今後のがん研究のあり方に関する有識者会議（平成31年３月８日）　参考資料１より抜粋･一部改変

全ゲノム解析等実行計画（第１版）

全ゲノム解析の目的

○　**全ゲノム解析等は、**一人ひとりの治療精度を格段に向上させ、治療法のない患者に新たな治療を提供するといったがんや難病等の医療の発展や、個別化医療の推進等、**がんや難病等患者のより良い医療の推進のために実施**する。

具体的な進め方

○　**がんの全ゲノム解析等**を進めるにあたり、まず先行解析で日本人のゲノム変異の特性を明らかにし、本格解析の方針決定と体制整備を進める。このため、最大3年程度を目処に当面は、**主要なバイオバンクの検体(現在保存されている最大6.4万症例(13万ゲノム))及び今後提供される新たな検体数αを解析対象**とする。

○　がんの先行解析では、そのうち、当面は解析結果の利用等に係る患者同意の取得の有無、保管検体が解析に十分な品質なのか、臨床情報の有無等の条件を満たして研究利用が可能なものを抽出した上で、**５年生存率が低い難治性のがんや稀な遺伝子変化が原因となることが多い希少がん（小児がんを含む）、遺伝性のがん（小児がんを含む）（約1.6万症例（3.3万ゲノム））及び今後提供される新たな検体数β**について現行の人材設備等で解析が可能な範囲で全ゲノム解析等を行う。※有識者会議での意見、体制整備や人材育成等の必要性を踏まえ、これらのがん種を優先して全ゲノム解析等を実施

○　**難病の全ゲノム解析等**を進めるに当たり、まず先行解析で本格解析の方針決定と体制整備を進める。このため、最大３年程度を目処に当面は、**ゲノム解析拠点の検体（現在保存されている最大約2.8万症例（約3.6万ゲノム））及び今後提供される新たな検体数αを解析対象**とする。

○　難病の先行解析では、そのうち、当面は解析結果の利用等に係る患者同意の取得の有無、保管検体が解析に十分な品質なのか、臨床情報の有無等の条件を満たして研究利用が可能なものを抽出した上で、**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、成果が期待できる疾患（約5500症例（6500ゲノム））及び今後提供される新たな検体数β**について現行の人材設備等で解析が可能な範囲で全ゲノム解析等を行う。※有識者会議での意見、体制整備や人材育成等の必要性を踏まえ、これらの疾患を優先して全ゲノム解析等を実施

○　がん・難病の先行解析後の本格解析では、先行解析の結果や国内外の研究動向等を踏まえ、新たな診断・治療等の研究開発が期待される場合等に数値目標を明確にして、新規検体を収集して実施する。数値目標は、必要に応じて随時見直していく。

体制整備・人材育成・今後検討すべき事項

○　本格解析に向けた体制整備・人材育成、倫理的・法的・社会的な課題への対応、産学連携・情報共有の体制構築、知的財産等・費用負担の考え方、先行研究との連携について引き続き検討を進める。

事業目的

○　全ゲノム解析等の成果をより早期に患者に還元する（※）。

○　新たな個別化医療等を実現し、日常診療への導入を目指す。

○　全ゲノム解析等の解析結果を研究・創薬などに活用する。

（※）全ゲノム解析等の成果のうち診療に役立つデータは速やかに可能な限り当該患者に還元する。

「全ゲノム解析等実行計画 2022」（令和４年９月策定）

がん・難病等の克服

患者への還元

○医薬品開発による新規治療法等の提供
○臨床研究、治験等への参加機会の提供
○個々のゲノム情報に基づく予防法、
　早期発見・診断法、治療法等の提供



PPI, ELSIの推進

戦略的なデータ蓄積

国民へ質の高い医療を届ける

蓄積されたデータを用いた研究・創薬



新たな個別化医療の実現



解析結果の日常診療への導入



全ゲノム解析等

データ提供と
データ利活用

質の高い情報基盤の構築



○全ゲノムデータ
○マルチオミックスデータ
○臨床情報等

※ 患者・市民参画（Patient and Public Involvement, PPI）、倫理的・法的・社会的課題（Ethical, Legal and Social Issues, ELSI）
※ 本実行計画における「がん」とは、難治性がん、稀少がん、小児がん、遺伝性がん等の全ゲノム解析等による一定の効果が見込まれるが民間だけでは研究・創薬等が困難ながん種を想定。

「全ゲノム解析等実行計画」の目的と出口戦略（がん領域）

目的	出口戦略	対応案
○全ゲノム解析等の成果をより早期に患者に還元する。	適切な治療方法の選択や新たな診断技術としてエビデンスが得られたものについては、順次、先進医療等として実施したうえで、保険適用を目指す。 比較的短期間での成果を目指す。	○出口戦略チームの基本コホート ・既知の変異に対して承認済みの既存薬剤を、速やかに臨床的に適応がある患者へ届けるシステム等の構築
○新たな個別化医療等を実現し、日常診療への導入を目指す。	新規臨床試験（治験含む）により新たな個別化医療等を実現し、日常診療への導入を目指す。 成果を得るまでには、一定期間（数年程度）を要する。	○出口戦略チームの戦略コホート ・既知および新規の変異に対する既存薬剤の適応拡大のシステム等の構築 ・新たな個別化医療のための治験や臨床試験等の実施
○全ゲノム解析等の結果を研究・創薬などに活用する。	アカデミアや産業界と連携した取組を推進し、蓄積されたゲノムデータ等の利活用による研究・創薬等を推進する。 成果を得るまでには、一定期間を要する。	○事業実施組織準備室の支援によるアカデミアフォーラム、産業フォーラムの構築 ○事業実施組織による利活用推進 ○高度な横断的解析の推進

基本コホート

・既知の変異に対して承認済みの既存薬剤を、速やかに臨床的に適応がある患者へ届けるシステム等の構築

- 戦略コホートa：・既存および新規の変異に対する既存薬剤の適応拡大に向けた治験等（システム構築を含む）
- 戦略コホートb：・例：免疫ゲノムコホート構築および、新たな個別化医療等のための治験や臨床試験等
- 戦略コホートc：・例：リキッド、オミックス解析追加コホート構築および、新たな個別化医療等のための治験や臨床試験等
- 戦略コホートd：・例：臓器別コホート（スキルス胃がん、膵がん、TN乳がん等）、AI解析コホートなど

①集中管理、②全ゲノム解析、③臨床情報収集、④データ共有及び研究支援システムの構築

※基本コホートと、戦略コホートaは全例登録を想定。戦略コホートは臨床医が主体となり、A班等の経験を生かし構築する。各コホートには責任者を設置し、独自のコホート設定をしつつも、症例のコホート重複は可能とする。各戦略コホートは、R4年度中に前向き臨床研究の開始を目指す。

「がん研究」に関する第３期中間評価について
（第３期がん対策推進基本計画中間評価報告書より抜粋）

（中間評価指標及び指標測定結果）

		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（ＪＣＲＰ現況報告）	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（ＪＣＲＰ現況報告）	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（ＪＣＲＰ現況報告）	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 括弧内は、当該年度において新規採択した課題数 （ＪＲＣＴ・ＡＭＥＤ調査）	70課題 （14課題）	61課題 （19課題）

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

「がん研究10か年戦略」に基づき、順調な進捗であるが、各研究分野について、患者及びがん経験者の参画をより一層推進し、患者及びがん経験者目線で必要とされている領域の研究や、臨床現場でニーズの高い領域の研究を推進していく必要がある。

「がん研究」分野の見直しの検討の視点

■ 第３期中間評価及びこれまでの議論を踏まえ、以下の点についてどのように考えるか。

- 「がん研究10か年戦略中間評価報告書」も踏まえ、がん研究のさらなる充実に向けて、次期「がん研究10か年戦略」に盛り込むべき視点について検討してはどうか。

  （例）

  - 小児・ＡＹＡ世代のがんに対する治療薬開発に向けた研究
  - 小児がん及び希少がん領域におけるドラッグラグの解消に向けた早期開発に資する研究
  - 新しい治療法開発に向けて、工学・理学等の医学以外の分野と連携した研究
- がんゲノム医療の推進に向けて、「全ゲノム解析等実行計画」の着実な実行についても盛り込んではどうか。
- がん対策の一層の推進に向けて、基本計画の見直しの中で指摘された各分野の政策課題の解決に資する研究を推進することとしてはどうか。
- 患者目線の分かりやすい情報提供に向けて、適切な臨床研究等の情報提供のあり方について検討し、拠点病院等を中心に展開することとしてはどうか。
- 評価については、日本発の医薬品等の創出に向けて導出された治験数等を用いてはどうか。

人材育成

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

「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会」の概要

１　背景

平成28年12月にがん対策基本法（平成18年法律第98号）が改正され、緩和ケアについて定義された。また、「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」では、がん以外の患者に対する緩和ケアや医師・歯科医師以外の医療従事者を対象とすることが必要との指摘があったこと等から、がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会を実施する。

２　目的

基本的な緩和ケアについて正しく理解し、緩和ケアに関する知識、技術、態度を修得することで、緩和ケアが診断の時から、適切に提供されることを目的とする。

３　研修対象者

- がん等の診療に携わる全ての医師・歯科医師
  - がん診療連携拠点病院等で働く者
  - がん診療連携拠点病院と連携する在宅療養支援診療所・病院、緩和ケア病棟を有する病院で働く者
- 緩和ケアに従事するその他の医療従事者

４　研修会の構成

- 「e-learning」＋「集合研修」





５　研修会の内容

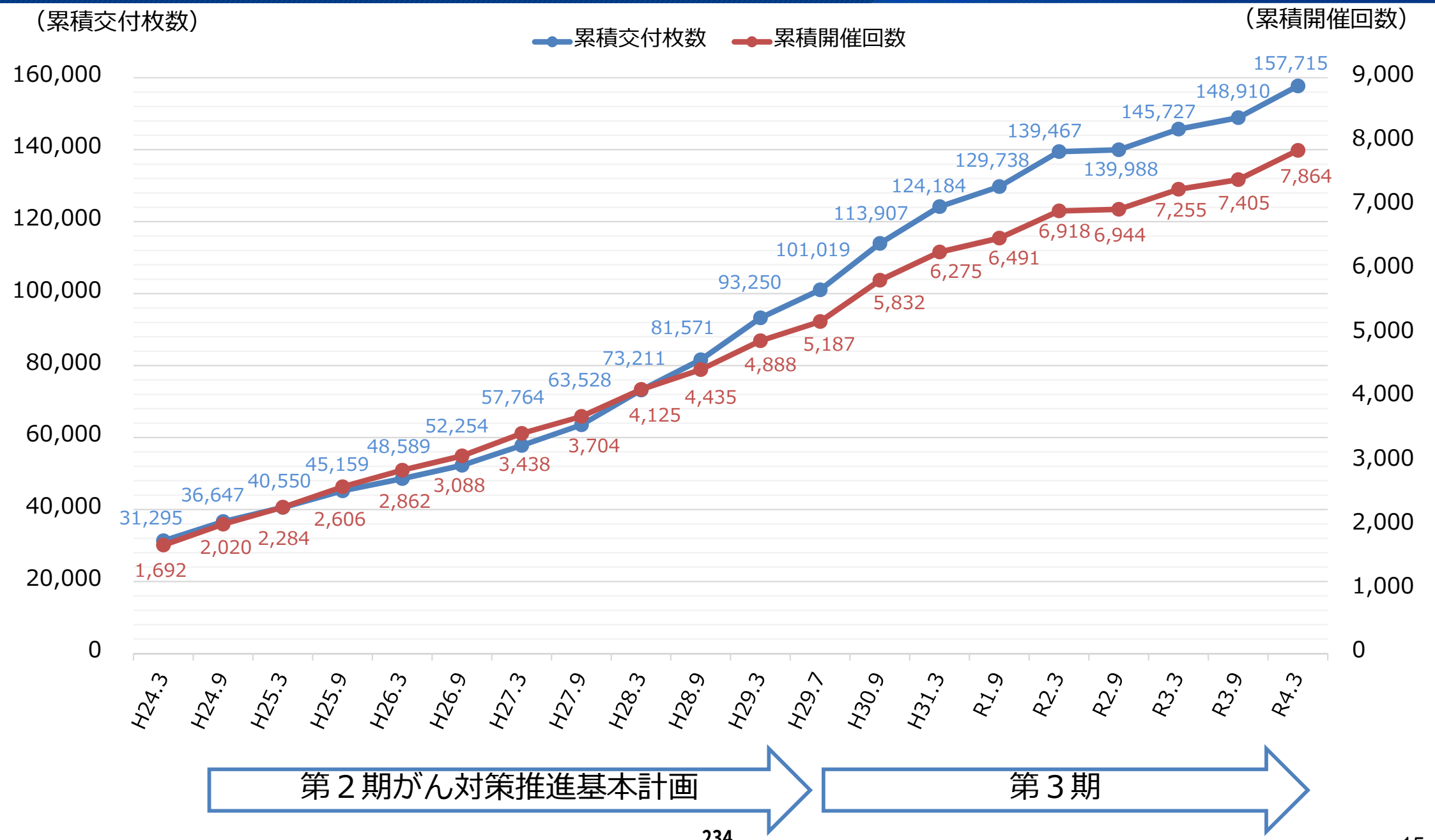
ⅰ）必修科目

患者の視点を取り入れた全人的な緩和ケア／苦痛のスクリーニングと、その結果に応じた症状緩和及び専門的な緩和ケアへのつなぎ方／がん疼痛の評価や具体的なマネジメント方法／呼吸困難・消化器症状・不安・抑うつ・せん妄等に対する緩和ケア／コミュニケーション／療養場所の選択、地域における連携、在宅における緩和ケア／アドバンス・ケア・プランニングや家族、遺族へのケア

ⅱ）選択科目

がん以外に対する緩和ケア／疼痛・呼吸困難・消化器症状以外の身体的苦痛に対する緩和ケア／不安・抑うつ・せん妄以外の精神心理的苦痛に対する緩和ケア／緩和的放射線治療や神経ブロック等による症状緩和／社会的苦痛に対する緩和ケア

「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会」開催回数と修了証書の交付枚数の推移（累積）



がんのゲノム医療従事者研修事業（平成29年度～）

日本臨床腫瘍学会に委託

がんのゲノム医療の実用化に必要な医療従事者を育成するとともに、がん相談支援センターにおけるゲノム医療に関する相談の対応方法等について検討することにより、がんのゲノム医療の医療現場での実用化を進める。

(1)がんのゲノム医療の実用化に必要な医療従事者の育成

- がん診療連携拠点病院等に勤務するがんのゲノム医療に携わる医療従事者が、がんのゲノム医療に関する遺伝子関連検査、患者・家族への伝え方、多職種との連携、意思決定支援等について必要な知識を習得できるよう、効果的に研修を実施するためのプログラム及び教材について、委員会を設置し検討を行う。
- 委員会において検討された内容に基づく教材等を活用し、がん診療連携拠点病院等に勤務するがんのゲノム医療に携わる医療従事者に対して研修を実施する。
- 研修の周知や参加申込み等を行うホームページを開設し、運用する。



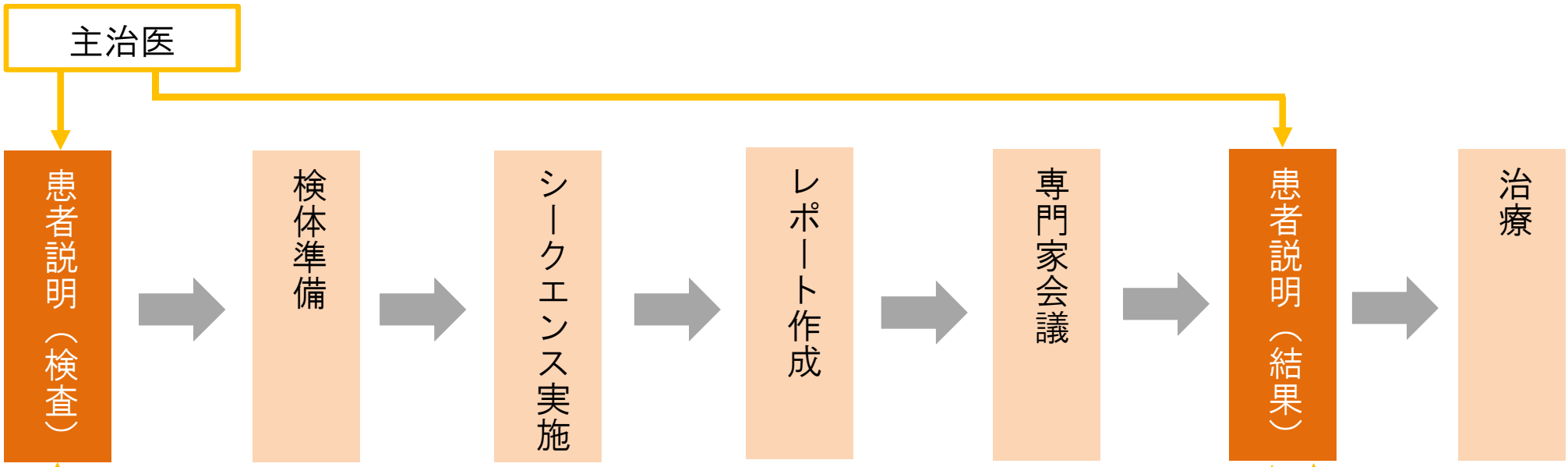
http://www.jsmocgt.jp/

(2)がん相談支援センターにおける相談の対応方法等について

- がん相談支援センターにおける相談の対応方法等について検討委員会を設置する。
- がん診療連携拠点病院に設置されたがん相談支援センターにおいて、がんのゲノム医療に関する相談にどのように対応すべきが検討する。
- 上記で得られた検討結果を、がん相談支援センターの相談支援員にわかりやすく伝えるための資料を作成する。



遺伝子パネル検査に関するカウンセリングに係る職種の業務について



がんゲノム医療のコーディネーター

■業務
＜遺伝子パネル検査前＞
・パネル検査に関する説明や、二次的所見(ゲノム検査等の過程において見いだされる偶発的所見)が発見される可能性を説明
＜遺伝子パネル検査後＞
・二次的所見を認めた患者を対象に、遺伝カウンセラーへの紹介を調整
・治療標的となる遺伝子異常が見つかった患者を対象に、治験等の紹介を調整
■想定される者
・厚生労働省事業「がんのゲノム医療従事者研修事業」(平成29年度～)の研修修了者（「がんゲノム医療コーディネーター」）等を想定

遺伝カウンセラー

■業務
・倫理的・法的・社会的課題(ELSI)への対応を含めた専門的な遺伝カウンセリングの提供
・主治医や他の診療部門との協力関係の構築・維持
■想定される者
日本遺伝カウンセリング学会及び日本人類遺伝学会が認定する「認定遺伝カウンセラー」(遺伝カウンセラー養成課程の修士学位取得者)等を想定

遺伝医学の専門的医師

■業務
・すべての診療科からのコンサルテーションに応じ、適切な遺伝医療を実行
・医療機関において発生することが予想される遺伝子に関連した問題の解決
■想定される者
日本人類遺伝学会が認定する「臨床遺伝専門医」等を想定

ゲノム医療実現推進に関するアドバイザリーボード平成29年度報告より抜粋

「人材育成」に関する第３期中間評価について
（第３期がん対策推進基本計画中間評価報告書より抜粋）

（中間評価指標及び指標測定結果）

4021	緩和ケア研修修了者数（医師・医師以外） （がん等における緩和ケア研修等事業）	2021年度 157,715人	2020年度 145,727人	2019年度 139,467人
4022	がんゲノム医療コーディネーター研修会参加人数 （がんのゲノム医療従事者研修事業）	2021年度 976人 （累計2,202人）	2020年度 674人 (累計1,226人)	2019年度 216人
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 （小児・ＡＹＡ世代の長期フォローアップ体制整備事業）	2021年度 257人 （累計946人）	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 （文部科学省調査）	2021年度 28大学	2020年度 24大学	2016年度 18大学

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がん医療の人材育成については、医学教育、各種教育・研修課程、拠点病院等におけるOn the Job Trainingなどが進んでおり、評価できる。

一方で、高度化するがん医療現場を担う人材の不足が解消しておらず、対処が必要である。また、「がんとの共生」の実現に向けて患者・家族ケアを実践する医療従事者の育成も重要である。さらに、創薬、ビッグデータの活用等、高度化したがん医療・研究を支える学際的専門職の育成も今後の課題である。

今後のがん医療・研究のあり方を踏まえ、必要な職種・人員、育成のあり方、具体的なスケジュールなどについて、文部科学省のがん専門医療人材養成事業などとも連携しつつ、医療関係職能団体、各種学会、拠点病院等の協力を得て推進していく必要がある。

「人材育成」分野の見直しの検討の視点

■ 第３期中間評価及びこれまでの議論を踏まえ、以下の点についてどのように考えるか。

- がん医療の高度化が進む中で、がん対策を一層の推進する観点から、特に拠点病院等は、専門的な人材の育成を行うとともに、専門的な人材を積極的に配置していくこととしてはどうか。

  （例）第３期中間評価の議論で指摘されたもの

  - 高度化するがん医療現場を担う人材
  - 患者・家族ケアを実践する医療従事者
  - 創薬、ビッグデータの活用等、高度化したがん医療・研究を支える学際的専門職

- 専門的な人材の育成を推進する観点から、関係団体及び文部科学省と引き続き連携して取り組んでいくことを盛り込んではどうか。
- 専門的な人材の育成のあり方については、高齢化や人口減少等の背景を踏まえ、人材の効率的な活用等を含め、引き続き検討することとしてはどうか。
- 評価については、現況報告書や各研修修了者数等を用いることとしてはどうか。また、専門的な人材に関する質的な評価については、患者体験調査等を用いてはどうか。

3

がん教育・

がんに関する知識の普及啓発

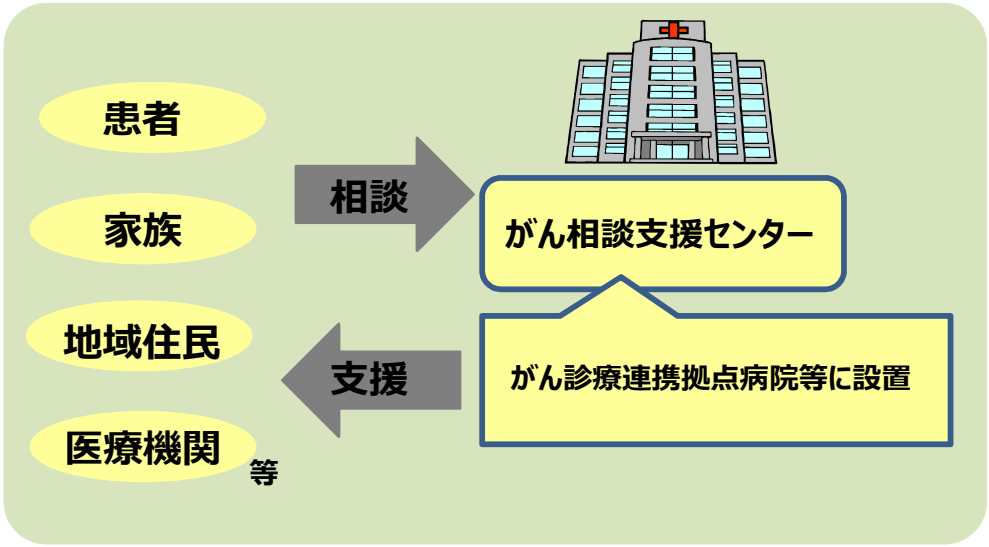
ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

国民に対するがんの普及啓発

がん相談支援センター

○ 全てのがん診療連携拠点病院等に設置
（令和4年4月1日時点、453施設）

○ 主な業務
- がんの病態や標準的治療法等の情報提供
- 地域の医療機関に関する情報の提供
- セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介
- 地域における医療機関の連携事例の紹介　　等



国立がん研究センターがん対策研究所 がん情報サービス

○ 運営：国立研究開発法人国立がん研究センター がん対策研究所（http://ganjoho.jp）

○ 主な内容
- 各がんの解説、情報提供
- 診断・治療について
- 生活・療養について
- 予防・検診について
- がんの統計
- がん診療連携拠点病院等の検索　　等



がん対策推進企業等連携事業

○ 事 務 局：業務委託 （https://www.gankenshin50.mhlw.go.jp）

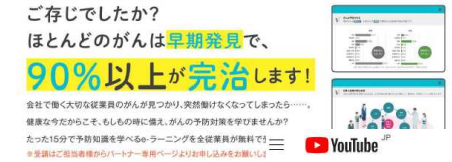
○ パートナー企業数：4,０６５社（令和３年度末現在）

○ 予算額：７９，５５０千円（令和４年度）

○ 事業目的：職域におけるがん対策推進
（がん検診受診率向上、がん患者の就労支援）

○ 事業内容：
- 啓発資料の作成、SNS等を通じた情報発信
- 企業向けセミナーによる意識啓発
- アンケート調査等による職域がん対策に関する現状、課題把握
- 意見交換会等による企業間の連携促進　等

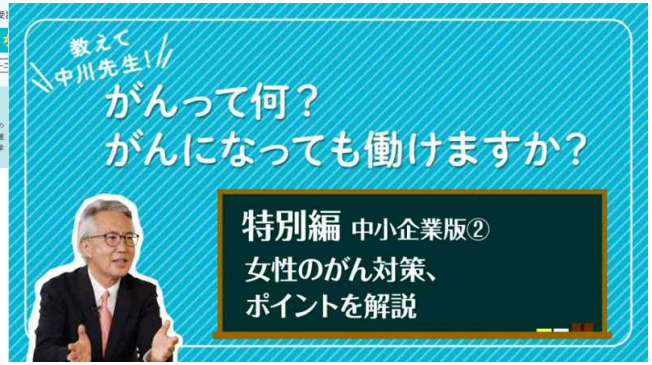












○ 推進パートナーの役割：

社内における啓発活動	事業的・社会的な価値の創出
■ ポスター、小冊子、パンフレット等の掲載、配付 ■ 社員のがん検診の受診勧奨、受診状況の把握 ■ 社員ががんに罹患した場合の仕事と治療の両立支援のための制度の検討・導入　　など	■ 顧客などのステークホルダーに対する啓発や情報提供 ■ 企業方針としての打ち出し（顧客や従業員をがんから守るCSR活動など）　など

241

「がん教育、がんに関する知識の普及啓発」に関する第３期中間評価について
（第３期がん対策推進基本計画中間評価報告書より抜粋）

（中間評価指標及び指標測定結果）

4031	外部講師を活用してがん教育を実施した学校の割合 （がん教育実施状況調査）	2018年度 8.1%	2017年度 7.2%
4032	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 （患者体験調査・小児患者体験調査）	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 （厚生労働省調査）	2020年度 3,553	2018年度 2,908

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

学校教育及び社会教育におけるがん教育やがんに関する知識の普及啓発については、更なる推進が必要とされている。特に、学校教育において、文部科学省と連携し、外部講師の更なる活用を含め、地域の実情に応じたがん教育の効果的な取組について引き続き検討していく必要がある。

「がん教育・がんに関する知識の普及啓発」分野の見直しの検討の視点

■ 第３期中間評価及びこれまでの議論を踏まえ、以下の点についてどのように考えるか。

- がん教育の更なる充実に向けて、引き続き、文部科学省と連携して、小学校・中学校・高等学校の各段階に応じた教育を実施することとしてはどうか。

- 地域の実情に応じたがん教育の実施に向けて、文部科学省と連携し、医療従事者やがん患者等の外部講師も積極的に活用いただけるよう周知を進めるとともに、オンラインも活用した取組を推進することとしてはどうか。

- がん患者を含む国民に対して周知・啓発すべき内容について、資材のデジタル化といった工夫や、重点的に啓発すべき対象者にフォーカスする等、これまでの取組の効果や関係者の意見を踏まえ、より効果的な手法を用いて進めることとしてはどうか。

- 評価については、文部科学省の調査や患者体験調査、世論調査等を用いることとしてはどうか。

4 がん登録

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

がん登録の種類

	全国がん登録	院内がん登録	臓器がん登録
根拠法	がん登録等の推進に関する法律	がん登録等の推進に関する法律 （院内がん登録の実施に係る指針）	―
目的	がん対策の一層の充実	がん医療の質の向上 医療機関の実態把握　等	より適切な進行度分類のあり方の検討等
実施主体	国が主体となり 都道府県が法的受託	がん診療連携拠点病院等 都道府県推薦病院	学会・研究会
登録対象	全ての病院と指定診療所の がん(注)患者	実施主体施設のがん(注)患者	実施主体により異なる
収集項目	26項目 （氏名、生年月日、住所、がんの種類・進行度、発見経緯、治療内容、死亡日等）	99項目 （氏名、生年月日、がんの種類・進行度、発見経緯、病名の告知の有無、 TNM分類、治療内容、生存情報等）	臓器により異なるが、項目数は多い
備考	• 平成28年1月 地域がん登録より移行 ※都道府県知事が認める場合、 地域がん登録事業も継続可能 • 平成28年症例より集計開始	• 平成18年よりがん診療連携拠点病院では実施が指定要件 • 登録様式等は国立がん研究センターが提示	• 胃、大腸、肺 等

（注）悪性新生物その他の政令で定める疾病

245「地域がん登録の手引き改訂第５版（２０１３年版）」（２０１３年４月）　改変

がん登録推進法の概要　1

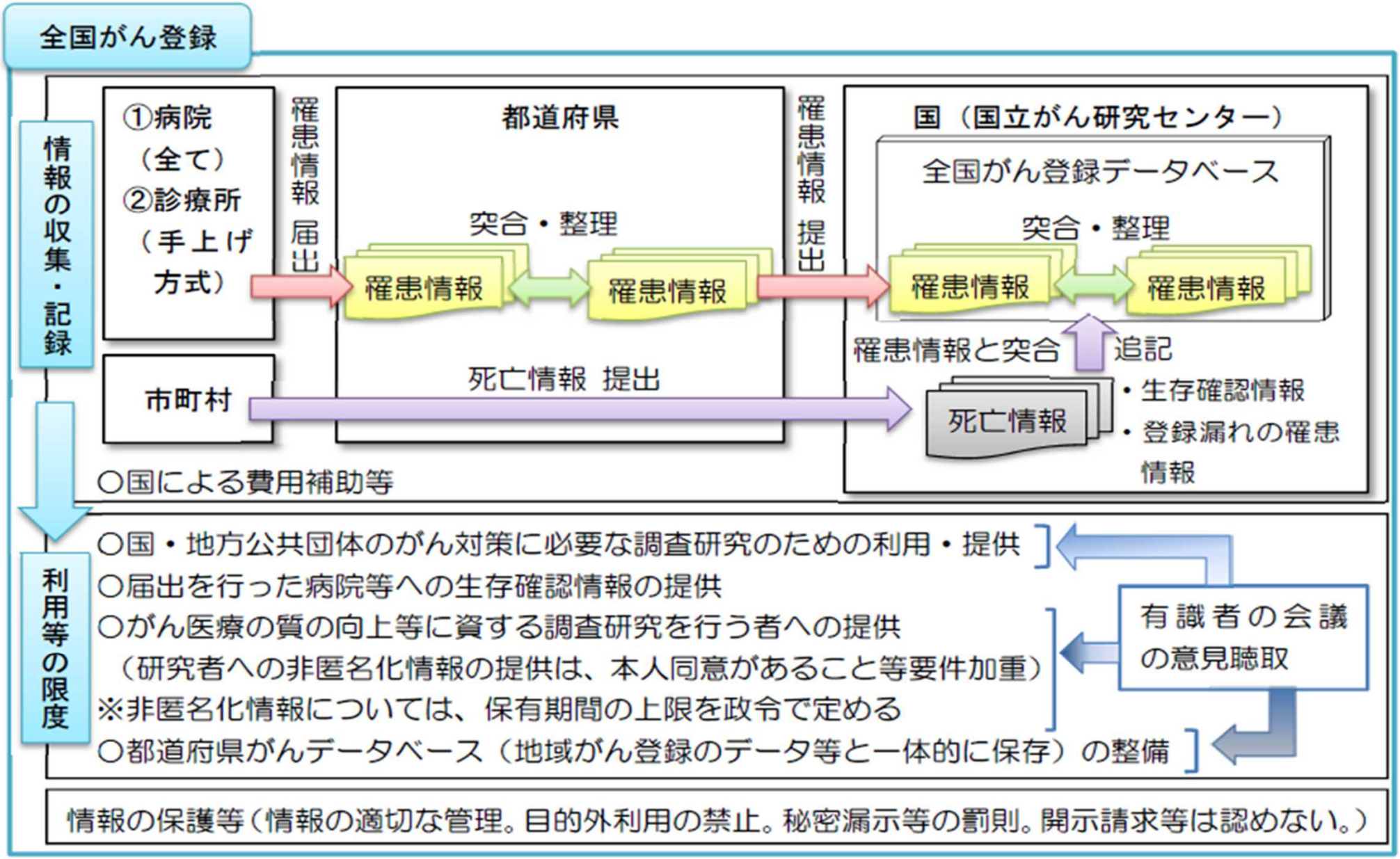
（平成25年12月成立・平成28年1月施行）

○「全国がん登録」：国が国内におけるがんの罹患、診療、転帰等に関する情報をデータベースに記録し、保存すること
○「院内がん登録」：病院において、がん医療の状況を適確に把握するため、当該病院において行われたがんの罹患、診療、転帰等に関する詳細な情報を記録し、保存すること

基本理念

1　全国がん登録：広範な情報収集により、罹患等の状況をできる限り正確に把握する
2　院内がん登録：全国がん登録を通じて必要な情報を確実に得させ、普及・充実を図る
3　がん対策の充実のため、がんの診療に関する詳細な情報の収集を図る
4　民間を含めがんに係る調査研究に活用、その成果を国民に還元
5　がん登録等に係る個人に関する情報を厳格に保護

がん登録推進法の概要　2



がん登録推進法の概要　3

院内がん登録等の推進

院内がん登録の推進、国によるがん治療情報の収集等のための体制整備

人材の育成

全国がん登録等の事務に従事する人材確保等のための必要な研修等

がん登録等の情報の活用

○国・都道府県等
　⇒がん対策の充実、医療機関への情報提供、統計等の公表、
　　患者等への相談支援
○医療機関
　⇒患者等に対する適切な情報提供、がん医療の分析・評価等、
　　がん医療の質の向上
○がん登録等の情報の提供を受けた研究者
　⇒がん医療の質の向上等に貢献

国民への情報提供を充実させ、がん医療の質の向上等を図り、がん対策を科学的知見に基づき実施

１．全国がん登録情報等の利用範囲、匿名化の定義等の明確化（民間事業者の利用について）

第20回厚生科学審議会　がん登録部会（令和４年８月５日）資料１より抜粋

課題の整理

・全国がん登録情報等の提供に係る規定のうち、第21条第３項、第４項、第８項及び第９項の利用目的（②がんに係る調査研究（がんの医療の質の向上等に資するもの）のため）については、民間事業者による利用がどこまで認められるか等、利用範囲が不明瞭である点が課題とされている。

検討に当たっての論点

・全国がん登録情報等の提供に係る規定のうち、第21条第３項、第４項、第８項及び第９項の利用目的（②がんに係る調査研究（がんの医療の質の向上等に資するもの）のため）について、民間事業者による利用を認めて良いか。またその際の基準についてどのように考えるべきか。

１．全国がん登録情報等の利用範囲、匿名化の定義等の明確化（民間事業者の利用について）

第20回厚生科学審議会　がん登録部会（令和４年８月５日）資料１より抜粋

【これまでの主なご意見】（民間事業者の利活用について）

- 民間事業者による利用は、その利用目的や安全管理措置等が適切であれば認めるべき。
- ただし、海外の企業への情報提供の場合は、国内より慎重に検討すべきではないか。
- 営利活動と研究活動は必ずしも明確に区別できないため、何らかのルール・基準が必要。
- 利用目的の判断に当たっては、高齢者医療確保法等の規定に準ずるのが適当ではないか。
- 個人情報保護法の考え方に即して、主たる目的が何かというところで判断してはどうか。

対応方針（案）

- DBに蓄積した情報の利活用をより広い主体に認めることは、がん医療の向上のために必要であるから、第21条第３項、第４項、第８項及び第９項の利用主体（「がんに係る調査研究を行う者」）については、民間事業者が除外されるものではない。
- 一方で、健康関連情報という機微な情報を扱うものであること、公費を用いて収集したデータであり、提供の可否について一定の基準が必要。
- 具体的には、利用目的が、がん登録推進法に定めるがんに係る調査研究であって「がんの医療の質の向上等に資するもの」であることを前提に、かつそれが治療法や医薬品の開発等を通じ、広く一般国民の利益となることが期待できるか、特定の商品又は役務の広告又は宣伝に利用するために行うものでないか等を個別に審査し、「相当の公益性」が認められる場合には、提供を可能とする。
- 今後、運用上の実績を蓄積していくことで、基準の明確化を図る。

２．院内がん登録全国収集データの利活用

課題の整理

・院内がん登録は、専門的ながん医療の提供を行う病院等において、がん登録推進法の施行前から実施されており、国立がん研究センターによる全国収集が平成19年より実施されてきた。
・その後、平成25年のがん登録推進法の制定により、専門的ながん医療の提供を行う病院その他の地域におけるがん医療の確保について重要な役割を担う病院における努力義務という形で、法的に位置づけられ、実際の運用については、「院内がん登録の実施に係る指針」（平成27年厚生労働省告示第470号）が定められている。
・これについては、法制定後に、国立がん研究センターによる院内がん登録の全国収集の法的位置づけや利用範囲、利用手続等が明確に整理されてこなかったため、院内がん登録全国収集データの利活用が進んでいないことが課題とされている※。

※がん登録推進法施行前は、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会で策定したルールに基づき、国立がん研究センターに置かれた審査会の個別審査・承認を経て、院内がん登録全国収集データの利活用が行われてきたが、法施行後は、この運用が一時停止されている。

検討に当たっての論点

・院内がん登録全国収集データの利活用にあたって、がん登録推進法上に規定がないことから、当面の運用として法的整理及び具体的な提供ルールをどのように考えるべきか。
・全国収集データの更なる利活用を促進するため、今後どのような提供体制とすべきか。
・また、院内がん登録制度の位置づけについて、今後のあり方をどのように考えるべきか。

２．院内がん登録全国収集データの利活用

【これまでの主なご意見】

（利活用について）

- 院内がん登録全国収集は、病院が実施主体である院内がん登録データを国立がん研究センターが収集している事業であり、全国がん登録のような国の事業ではないため、その利活用は拠点病院連絡協議会がん登録部会において運用すべき。
- 当面は、一般法である個人情報保護法の規定に従って運用していくことするのが適当。個情法の規定との整理が必要。
- 利活用を進めて行くにあたっては、がん登録推進法の中でも一定のルールを定めておくことが必要ではないか。
- がん登録のデータ自体が直接的に患者に還元される患者還元の仕組みや、提供した情報が役に立っていることを患者が実感できるような方策について、患者側の意見も聴きながら検討していくことが必要ではないか。
- 患者個人に対しての情報提供については、相談支援センターでがん登録のデータベースを用いた情報提供体制の整備を進めているが、データそのものを患者に公開できない不完全な仕組みであり、更なる検討が必要。
- 院内がん登録から収集できる治療成績等をもとに医療の質の向上を図る体制を構築すべき。例えば都道府県のがん対策においては、院内がん登録のデータに拠点病院ごとの治療成績とか治療の内容とかを基に比較することが可能。

（今後のあり方について）

- 全国がん登録と院内がん登録の両者を独立、維持していく意義は何か。課題を整理し、役割を明確化することが必要。
- 院内がん登録の取組は、医療機関によって差がある。何らかのルールの明確化や均てん化が必要ではないか。
- 院内がん登録はがん医療の拠点となる病院のデータ収集が目的であり、実施率の向上よりも質の向上を図ることが重要。
- 院内がん登録は、全国がん登録と比較して、病院単位での集計が可能、翌年には統計が出る、詳細な医療情報等が収集されているためより詳細な分析が可能。一方で、全国がん登録は悉皆性のある統計データである。両者は目的が異なるため、２つの仕組みを維持することは必要。

２．院内がん登録全国収集データの利活用

対応方針

・院内がん登録全国収集データの利活用については、当面の間、院内がん登録の全国収集の実施主体である国立がん研究センターが、個人情報保護法第27条第１項第４号、第６号又は第７号に基づき、全国がん登録情報等の提供と同様の基準で、その利用・提供を進める。
・一方で、院内がん登録全国収集データの更なる利活用を促進するため、がん登録推進法等の規定の整備を含め、対応を検討する。

３．技術的課題の進め方について

課題の整理（安全管理措置基準の見直し）

・法第33条は情報の提供を受けた者に対し、その漏洩、滅失及び毀損の防止、その他の適切な管理のために必要な措置を講じなければならないとしており、その具体的な安全管理措置等が、提供マニュアルにおいて定められている。
・提供マニュアルでは、非匿名化情報と匿名化情報で異なる安全管理措置基準を設けている。
・これらについては、その基準の厳しさから自治体、医療機関、研究機関等において、全国がん登録情報等の利用が制限されていること、また現在の情報セキュリティの在り方に沿った見直しが必要であること等が指摘されており、その見直しが課題とされている。

課題の整理（全国がん登録情報等の提供におけるリモートアクセスの体制整備）

・全国がん登録情報等の提供におけるリモートアクセスとは、例えば全国がん登録情報等を提供された研究者のPC等に、別の研究者が遠隔でインターネット回線を通じてアクセスすることや、共通クラウドでの全国がん登録情報等の提供・利用をいう。
・新型コロナウイルス感染症の影響下でリモートでの作業のニーズが高まったことや、利便性向上の観点等から、リモートアクセスの可否及びその安全管理措置等の検討が課題とされている。

対応方針（案）

・いずれも令和５年度において調査研究事業を行い、検討結果を踏まえ、マニュアルの見直し等を行う。

４．法第20条に基づいて提供された情報の取扱い

課題の整理

・全国の病院等から収集された全国がん登録情報は、第20条に基づき国立がん研究センター、都道府県がん登録室から、届出施設の院内がん登録を取扱う管理室に還元されている 。
・第20条に基づき各病院に提供される情報は、第30条から第34条に基づく管理が求められることから、目的外利用となる診療録への転記が許されていない。
・一方で、生存確認情報（死亡及び死因情報）は、病院等で生存確認調査を行うことが難しく、また、死亡情報の有無は治療法の評価に直結するなど医学研究において重要なデータであり、実務上、診療録への転記に係るニーズが大きいことから、第20条に基づいて提供された情報の取扱いが課題とされている。
・特に、保有期間については第32条の規定による制限を受けるため、最長で15年間とされており、院内がん登録に還元した場合等における当該保有期間の考え方についても見直しが課題とされている。

４．法第20条に基づいて提供された情報の取扱い

検討に当たっての論点（案）

・法第20条に基づいて提供された情報（特に生存確認情報）を診療録へ転記できる体制の整備について、どのように考えるべきか。特に転記された情報について、がん登録推進法との関係をどのように考えるか。
・また、院内がん登録への情報の還元及び診療録への転記において、還元又は転記後の情報に保有期間を設けることの、実務上の必要性や適正について、どのように考えるべきか。

「がん登録」に関する第３期中間評価について
（第３期がん対策推進基本計画中間評価報告書より抜粋）

（中間評価指標及び指標測定結果）

			2019年	2017年	2016年
2111	全国がん登録の精度指標としてのMI比・%DCO	全国（男女）MI比	0.38	0.38	0.37
		%DCO	1.92%	2.06%	3.23%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

精度管理については一定の成果が見られ、引き続き、がん登録情報を用いた研究や患者への情報提供等、さらに利活用が推進されるよう取組を進めていく必要がある。

「がん登録」分野の見直しの検討の視点

■ 第３期中間評価及びこれまでの議論を踏まえ、以下の点についてどのように考えるか。

- 登録される情報の精度は向上してきており、がん対策の充実に向けて、がん登録情報の利活用を推進する観点から、引き続き、質の高い情報収集に資する精度管理に取り組むこととしてはどうか。

- 利活用の推進について、がん登録推進法等の規定の整備を含めた現行の課題の克服に向けた議論を、がん登録部会において引き続き進めてはどうか。

- 評価については、精度管理指標に加えて、利活用推進の観点から提供した事例数等を盛り込むこととしてはどうか。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

5

患者・市民参画の推進

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

「患者・市民参画の推進」分野に関連する第３期基本計画の記載

（第３期がん対策推進基本計画　「『がん研究』取り組むべき施策」より抜粋）

ＡＭＥＤは、海外の研究体制と同様、我が国でも患者やがん経験者が研究のデザインや評価に参画できる体制を構築するため、平成30（2018）年度より、患者及びがん経験者の参画によって、がん研究を推進するための取組を開始する。また、国は、研究の計画立案と評価に参画可能な患者を教育するためのプログラムの策定を開始する。

（第３期がん対策推進基本計画「第３　がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項」より抜粋）

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。

「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」に関する第３期中間評価について

（第３期がん対策推進基本計画中間評価報告書より抜粋）

（中間評価指標及び指標測定結果）

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	2020年度 13.7%	2019年度 13.6%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

都道府県計画の策定過程におけるがん患者を代表する者の参加については、国のがん対策推進協議会の参加割合を参考にし、各都道府県とも連携し、偏りのない性別や世代、様々ながん種のがん患者等の意見の把握及び施策への反映を推進していく体制を確保する必要がある。

「患者・市民参画の推進」分野の検討の視点

■ 第３期中間評価及びこれまでの議論を踏まえ、以下の点についてどのように考えるか。

- 患者本位のがん対策の充実に向けて、国におけるがん対策推進基本計画の策定過程、及び各都道府県における都道府県がん対策計画策定過程について、引き続き、性別、世代、がん種等、多様ながん患者等に参画いただくこととしてはどうか。

- 患者・市民参画の推進に向けて、様々な分野から参画できる仕組みについて諸外国の事例も踏まえ、検討することとしてはどうか。

- 第３期において、特にがん研究分野で推進してきたところであるが、研究成果も踏まえ、その知見を各分野に展開することとしてはどうか。

- 患者・市民参画を推進するにあたって、医療者側にも十分な理解が得られるよう啓発等に取り組むこととしてはどうか。

6

デジタル化の推進

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

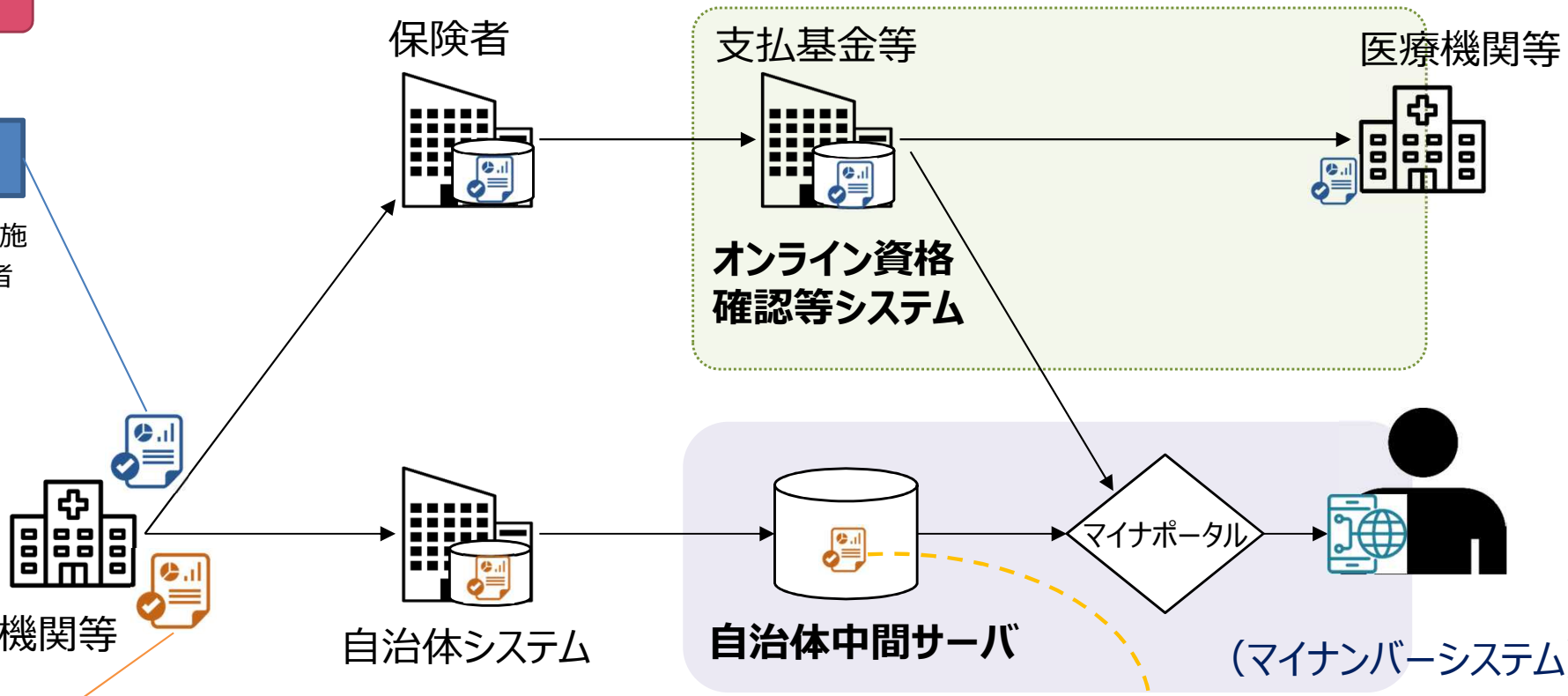
オンライン資格確認等システムと自治体中間サーバ

特定健診等については、本人同意があれば、医療機関等で閲覧できる

現状

特定健診等

- 高確法に基づき実施
- 実施主体は保険者



自治体検診・予防接種歴・乳幼児健診

- 健康増進法等に基づき実施
- 実施主体は自治体

自治体検診については、令和４年６月より副本（※）が格納
予防接種歴・乳幼児健診については、すでに副本が格納済

（※）自治体システムに格納されたデータのコピー

第36回がん検診のあり方に関する検討会（令和４年７月15日）　資料１より抜粋

「デジタル化の推進」分野の検討の視点

■ 第３期中間評価及びこれまでの議論を踏まえ、以下の点についてどのように考えるか。

- 自治体や拠点病院等における取組をより効果的かつ効率的に推進する観点から、「がん予防」、「がん医療の充実」、「がんとの共生」の各分野において、デジタル技術の活用等を検討することとしてはどうか。

  （例）
  - 「がん予防」：PHRの推進、がん検診受診勧奨や検診申込のオンライン化　等
  - 「がん医療の充実」：現況報告書のオンライン化、連携する医療機関とのオンライン会議　等
  - 「がんとの共生」：相談支援のオンライン化、効果的な情報提供

- デジタル化を推進するにあたって、がん患者等の機微な情報を取り扱う場合もあり、個人情報保護の観点には十分留意することとしてはどうか。

（参考）個人情報保護等に関するがん対策基本法における記載

がん対策基本法

（基本理念）

第二条　がん対策は、次に掲げる事項を基本理念として行われなければならない。

～

四　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。

～

八　がん患者の個人情報(個人に関する情報であって、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの(他の情報と照合することにより、特定の個人を識別することができることとなるものを含む。)をいう。)の保護について適正な配慮がなされるようにすること。

（がん医療に関する情報の収集提供体制の整備等）

第十八条　国及び地方公共団体は、がん医療に関する情報の収集及び提供を行う体制を整備するために必要な施策を講ずるとともに、がん患者（その家族を含む。第二十条及び第二十二条において同じ。）に対する相談支援等を推進するために必要な施策を講ずるものとする。

第83回がん対策推進協議会	資料２－12
令和４年10月13日	

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

「これらを支える基盤の整備」分野に関して事前にいただいたご意見

厚生労働省

健康局　がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

資料２－12　「これらを支える基盤の整備」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
阿久津　友紀	『全ゲノム解析等実行計画』の着実な実行について盛り込むことに賛成。その結果や研究情報も速やかに患者にわかりやすく正しく共有されることを求めたい。 次世代のがんプロフェッショナル養成プランには極めて賛成。対面がベストだが、**デジタルでできることもあり、オンライン相談、LINEや自動応答のアプリなどの整備促進なども、民間のサービスだけでなく、それを公的に援助するなどのオンラインの活用に努めるべき。医療過疎地域でのオンラインでの相談も特に進めるべき。**特に、がんに罹患してからすぐ受けられる緩和ケアの周知と人材の育成が何より大事であり、そして、それを補助する、医療者ではない専門的な人材の育成も視野に入れるべき。 そもそもがん相談支援センターは拠点病院にあるけれどもたどり着けない人が多い。相談するということ自体に躊躇する方も多い。自治体の庁舎内に、予約制でいいので専用の相談窓口を設けるなど、拠点病院以外の機会の創出に努めるべきではないか。最後はもちろんマンツーマンだが、オンライン化でできることは増えると思う。 **がん教育**にがん経験者がいけない最大の理由は、教師が代わりにやっている、ということだったが、同時に理解不足、がんに触れたくない教員に対し、改善についての議論は？必要な人材の育成についての議論は？また、外部講師の活用について、学校の予算の兼ね合いでなかなか外部講師を呼べない、そのためにカリキュラムが組めないなどの悩みもある。これらを整備する具体策への言及は？質も担保するべきだが、まずは機会の創出と考える。 がん教育は今年度、高校まで導入。ただ、適切な生活習慣ばかり強調されていて、がんになったことが悪い、ととらえられてしまいかねない表記が多い。また、一定の遺伝もあるけれどもこれらは全く記述がないモノが多い。どう議論、現状の教育をどう中間評価されているのか？を知りたい。『がんになっても生きやすい社会』のために『がん教育』は最重要点。がんについての正しい知識とがん教育は『生きるための教育』。オトナ世代もやるべきだが、思い込み、アンコンシャスバイアスを払しょくするのは難しい。若い世代への教育が小児、AYA世代の患者さんへの支援にもつながる。**患者講師活用についての具体的な数値目標も設定してもいいのではないか。** **患者市民参画**は、最近特に、学会などで非常に盛んに患者さんのプログラムがあり、参加する方も多い。それをどう広げていくかが課題。この患者、市民の意義やそれによって何がもたらされるかの意義を広めることが重要。 一方で、その活動のための経済的な支援が大事、いまやたくさんの患者団体のみなさんがいるけれども、小規模なところが圧倒的に多く、ボランティア精神に支えられていることが多い。もちろん、個々の企業などをスポンサーにして活動されているが、『一部の意識高い人』に留まるのが課題と思う。**活躍の場を想定したカリキュラム開発にも賛成で研究者・患者と市民のマッチングが何よりも大事。** これは、患者と市民の学校教育現場へのマッチングがない、というのと同じ。私も取得しているが乳房健康研究会ピンクリボンアドバイザーやがん教育、CNJの体験者コーディネーター、全がん連のがん教育などを受けて、ｗｅｂなどに記名があるけれどもそれを生かせる場とつなぐ機能がない。これらへの具体策を都道府県単位・市町村単位で作ることを盛り込んではどうか。

資料２－12　「これらを支える基盤の整備」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
大井　賢一	○全ゲノム解析等実行計画の推進と合わせて、遺伝子差別に関する対策も要検討 米国では2008年に成立した「遺伝子情報差別法（Genetic Information Nondiscrimination Act: GINA）」として①遺伝情報に基づく差別的扱いの禁止、②本人・家族に対して遺伝子検査を受けることの要望・要求の原則禁止、③本人・家族の遺伝情報を提供するよう要望・要求の原則禁止、その他、雇用に関する規定がある。研究と倫理は両輪であることから検討を求める。 ○「がん教育」について要検討 平成29年に中学校、平成30年に高等学校に「がん教育」が明記されたが、がん検診の普及に寄与するのであれば、その対象を大学生や社会人に広げていくことの検討を求める。また、その内容について、「がん」だけで亡くなるのは3分の1であり、がん以外に他の生活習慣病や事故なども死亡原因となるため、ロシアのノーベル医学生理学賞を受賞したメチニコフ博士が1903年にGerontology（老年学）とThanatology（死生学）を提唱したように、病気の概念だけでなく、生命として捉える内容にしていくことの検討を求める。また外部講師についても選抜方法や後進育成について検討を求める。
木澤　義之	○人材育成に関してですが、がん医療には多職種連携が必須であり、心のつらさを含む苦痛を抱える患者のケアに看護師による支援は欠かせないと考えます。認定・専門看護師の養成や配置、看護師に対する基本的な緩和ケア教育の実施、ELNEC (End-of-Life Nursing Education Consortium) 研修の活用などが重要と考えていますがいかがでしょうか？看護師の育成に関する記述がないのは大変残念です。 ○P40:患者市民参画についてですが素晴らしい取り組みだと思います。その一方で、がん分野だけでこの取組が進んで、がんのPPIはこう、循環器は、、、難病は、、、となってしまうのは、重要な分野だけに非効率的で残念だと感じますので、疾患の枠を超えた取り組みになるよう工夫をしていただければと思います。 ○P44:デジタル化の推進ですが、医療資源が十分でない環境でその質の向上を図るために、遠隔診療を用いた緩和ケアコンサルテーション診療体制の整備は有効と思われます。
谷口　栄作	○がん研究に必要な様々なデータは、各データベースやシステムに散在しているところだと思われるが、研究を進めるにあたっては、データを集約した情報基盤が必要ではないか。 ○がん教育については、職域の取り組み、学校教育だけでなく、公民館などと連携した社会教育も必要。 ○がん検診の精密検査結果については、その把握のために自治体や一次検診機関が精密検査実施医療機関に照会している実情があるが、デジタル化の推進により、精密検査結果が速やかに集約される仕組みがあるとよい。 ○デジタル化の推進により、自治体業務を効率化して、患者や住民への直接サービスを充実すると同時に、受診勧奨など患者や住民へのさらなるサービス向上を推進することが必要である。

資料２－12　「これらを支える基盤の整備」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
土岐　祐一郎	○P12:医師主導の臨床研究の促進が急務である。１）臨床研究法の見直しに期待、２）自社製品に関する企業との共同研究の促進、３）奨学寄附金に代わる企業からの研究資金 ○P19:医師、看護師以外の人材育成についてがんプロに期待したい。がんプロ（大学）と拠点病院との連携を強化すべきである。 ○P39:全国がん登録の生存確認情報の診療録への転記は是非進めていただきたい。
中釜　斉	○　臨床研究基盤の整備 ・薬剤の開発において対象患者の絞り込みが進み、肺がんのような患者数が多い対象であっても、特定の遺伝子変異などを対象とするため少数のフラクションを前提とした開発体制の整備が不可欠ではないか。 ・企業開発が困難な場合にも、医師主導治験で開発するための公的予算・研究費の増額、公的な継続的実施基盤の整備が必要。特に受け皿試験については、治療手段がない患者にとっての最後の砦でもある重要な臨床試験であり、一層の拡充が必要ではないか。 ○がん登録やC-CATのがんゲノム情報レポジトリーは公的に管理された貴重なデータである。デジタルトランスフォーメーションが進むことを前提に、一層利活用が進むように工夫をしていく必要がある。NDBをはじめとする医療介護データ等解析基盤等への連結について、検討を進めてはどうか。 ○新型コロナウイルス感染症のような公衆衛生上の緊急事態に対応できるよう、がん登録やがん検診、拠点病院の診療状況等について、リアルタイムで把握できるシステムが必要ではないか。
樋口　麻衣子	○人材育成において、緩和ケア研修の修了者の伸びは著しいが、患者体験調査で身体的な苦痛を抱える患者の割合、精神心理的な苦痛を抱える患者の割合はほとんど変化が見られていない。その知識を定着させること、患者に実際の支援が繋がるような体制まで持って行く必要があると考える。 ○がん教育においてがん患者の外部講師を活用するにあたり、都道府県によって活用の仕方や内容に差が見られている。一定の質を担保できるよう利用する資材や研修の内容を統一する必要があると考える。また、都道府県のがん対策推進協議会においては患者が参画するにあたり、ずっと担当の変更がなく、がん種、年代など偏りがある場合もあるとの声も聞かれることから多様な声を取り入れるためにも配慮をお願いしたい。 ○ゲノム解析の推進に期待したいが、個々のゲノム情報が明らかになることで国民が雇用分野や保険分野等において遺伝情報による差別を受けることがないよう、不利益を被らないように、日本版のGINA法の整備などを並行して進めていただきたい。

資料２－12　「これらを支える基盤の整備」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
前田　留里	○がんゲノム医療の推進にあたり、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の対策（法整備）が不足している。遺伝子パネル検査は受けた患者だけでなく家族や親戚、子孫にまで影響し、国民の誰もが当事者になり得る問題であるため、患者保護の議論を置き去りにせず、推進と保護の両輪で進めていただきたい。 ○人材育成について、公認心理師の活用を広げて頂きたい。公認心理師は、医療、福祉、教育、司法、産業の分野を学び横断的な支援ができる人材であるが、まだ新しい資格のため臨床心理士との違いの理解不足や病院に一人しかいないことによる課題などが見受けられる。チーム医療で活躍できる公認心理師の育成をさらに強化し、またがん患者への認知行動療法や集団療法（グループセラピー）などの心理療法を診療加算にするなど、がん患者のメンタル支援の強化につなげていただきたい。 ○がん登録の利活用について、DPC、レセプトや院内がん登録等の今あるデータベースとの親和性を検証し、さらなる解析を広げて患者還元に繋がる施策を。 ○患者、市民参画について、各都道府県におけるがん対策計画策定委員は、活発な議論に繋がる多様ながん患者等が参画できるよう人選の見直しを適宜行うなど、推進に向けて取り組んでいただきたい。 ○デジタル化の推進にあたり、デジタル情報へのアクセスが容易ではない方に配慮やサポートを行いつつ推進を進めるなど、取り残されない政策を。
松田　一夫	１．がん研究について 大いに期待したい。すべての人に、恩恵が届くように配慮していただきたい。 ２．人材育成について 全国一律ではなく、それぞれの地域において医療従事者及びがん患者が、足りない（あるいは必要だ）と考える人材を育成すべきである。 ３．がん教育・がんに関する知識の普及啓発について ・がんに関する正しい情報を知るため、国立がん研究センターが提供しているがん情報サービスは極めて有意義である。ただし、がん患者や家族が情報にたどり着きやすいかどうか、検索が容易かどうか検討が必要である。 ・大企業のみならず中小零細企業においても、がんが目の前にある世代（従業員）に対するがん教育は極めて重要である。産業医向けの講習、産業医によるがん教育に力を入れる必要がある。 ・小学校・中学校・高等学校で行われたがん教育で、児童・生徒がどう変わったか、家族がどう変わったか検証することも重要と思う。 ４．がん登録について がん対策が奏功しているかどうかを検証するためにも、がん登録の利活用は重要である。 ５．市民参加について ・市民参加は重要であるが、特定の個人、特定の団体の声のみが取り上げられることがないように、配慮が必要である。 ・声を上げられない、弱者の意見を吸い上げるように努力していただきたい。 （続く）

資料２－12　「これらを支える基盤の整備」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
松田　一夫	（続き） ６．デジタル化の推進について ・日本には、がん検診の受診率を正確に把握する手段がない。（現行は、3年に1度行われる国民生活基礎調査で受診率を把握している） ・自治体で受けたがん検診はマイナポータルで確認できるようになったが、職域で受けたがん検診を見ることはできない。 ・日本の年齢調整子宮頸がん・大腸がん死亡率を諸外国並みに減らすには、がん検診が極めて重要であるが、そのためには、誰ががん検診を受け、誰が受けていないか（すなわち誰に再勧奨すべきか）、一目瞭然のシステム、すなわちすべての国民をマイナンバーを活用してデータベースで管理することによる組織型検診が必要である。 ・すべての国民が地域・職域を問わず必要ながん検診を平等に受けられ、個別に受診勧奨・再勧奨するにはデジタル化が不可欠であり、加えて職域におけるがん検診の法整備も必要である。
谷島　雄一郎	【がん研究】 ○（全ゲノム解析）倫理的・法的・社会的な課題への対応の議論を研究と両輪で進めるべき 全ゲノム解析等実行計画（第１版）P1下段の体制整備・人材育成・今後検討すべき事項として「本格解析に向けた体制整備・人材育成、倫理的・法的・社会的な課題への対応、産学連携・情報共有の体制構築、知的財産等・費用負担の考え方、先行研究との連携について引き続き検討を進める。」とあるが、倫理的・法的・社会的な課題への対応は記載されている通り、研究と両輪で進めなければならない喫緊の課題であると考える。分野横断的な社会全体の課題ではあるが、ゲノム医療が最も進むがん領域が中心となり、いつどこでどんなメンバーで何をゴールにするか、具体的に議論を進めるべきではないか。 【がん教育】 ○がん教育にゲノムに関する基礎知識を組み込むことの検討 遺伝子変異の先天的なものと後天的なものの違いについてなど、がんに関する遺伝子の基礎的な部分について、発達段階に合わせ、がん教育に組み込んではどうか。遺伝子の情報は非常にプライバシー性の高い情報であり、その重要性をすべての人が認識し、社会的議論として成熟させなくてはならない。加速するゲノム医療を保険適用として進めていく我が国において、国民すべてがゲノムの基礎的な知識と倫理について学ぶ必要があると考える。

がん対策推進協議会委員名簿

第 83 回がん対策推進協議会	参考資料
令和 4 年 10 月 13 日	1

	氏名	所属・役職
	阿久津（あくつ）　友紀（ゆき）	北海道テレビ放送株式会社東京編成業務部長 SODANE 編集長
	石岡（いしおか）　千加史（ちかし）	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
	大井（おおい）　賢一（けんいち）	特定非営利活動法人がんサポートコミュニティ事務局長
	大賀（おおが）　正一（しょういち）	九州大学大学院医学研究院成長発達医学分野教授 一般社団法人日本小児・血液がん学会理事長
	小原（おはら）　眞知子（まちこ）	学校法人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（きざわ）　義之（よしゆき）	筑波大学医学医療系緩和医療学教授 特定非営利活動法人日本緩和医療学会理事長
	黒瀬（くろせ）　巌（いわお）	公益社団法人日本医師会常任理事
	齋藤（さいとう）　朋子（ともこ）	株式会社松下産業ヒューマンリソースセンター長
	佐谷（さや）　秀行（ひでゆき）	一般社団法人日本癌学会理事長 藤田医科大学がん医療研究センター特命教授兼センター長
	茂松（しげまつ）　直之（なおゆき）	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（たにぐち）　栄作（えいさく）	島根県健康福祉部医療統括監
	鶴岡（つるおか）　優子（ゆうこ）	つるかめ診療所所長 一般社団法人日本在宅医療連合学会理事
◎	土岐（どき）　祐一郎（ゆういちろう）	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 一般社団法人日本癌治療学会理事長
○	中釜（なかがま）　斉（ひとし）	国立研究開発法人国立がん研究センター理事長
	樋口（ひぐち）　麻衣子（まいこ）	富山 AYA 世代がん患者会 Colors 代表
	久村（ひさむら）　和穂（かずほ）	学校法人金沢医科大学医学部公衆衛生学非常勤講師 石川県がん安心生活サポートハウス　ソーシャルワーカー 一般社団法人日本サイコオンコロジー学会代議員
	前田（まえだ）　留里（るり）	特定非営利活動法人京都ワーキング・サバイバー理事長 一般社団法人全国がん患者団体連合会　理事
	松田（まつだ）　一夫（かずお）	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
	森内（もりうち）　みね子（みねこ）	公益社団法人日本看護協会常任理事
	谷島（やじま）　雄一郎（ゆういちろう）	ダカラコソクリエイト 発起人・世話人 / カラクリ Lab. 代表

◎・・・会長　○・・・会長代理　（50 音順、敬称略）

資料１８-(２)

第84回がん対策推進協議会　議事次第

日　時：令和4年10月27日（木）10：00～13：00
WEB開催

議　事　次　第

１　開　会

２　議　題

（1）　がんとの共生のあり方に関する検討会からの提言について

（2）　がん対策推進基本計画の見直しについて

・緩和ケア

・相談支援及び情報提供

・社会連携

・サバイバーシップ支援

・ライフステージに応じたがん対策

【資　料】

資料1　　第4期がん対策推進基本計画に対するがんとの共生のあり方に関する検討会からの提言

資料2　　「教育支援」に係る文部科学省の取組

資料3　　鶴岡委員提出資料

資料4　　藤間参考人提出資料

資料5　　藤森参考人提出資料

資料6　　清水参考人提出資料

資料7　　大隅参考人提出資料

資料8　　「がんとの共生」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

資料9　　事前にいただいたご意見

参考資料1　がん対策推進協議会委員名簿

参考資料2　がん対策基本法

参考資料3　がん対策推進基本計画（平成 30 年3月）

参考資料4　がん対策推進基本計画中間評価報告書（令和4年6月）

参考資料5　「経済財政運営と改革の基本方針 2022」より抜粋

参考資料6　第4期がん対策推進基本計画に対するがんとの共生のあり方に関する検討会からの提言の参考資料

参考資料7　患者体験調査・小児患者体験調査の結果概要

参考資料8　「患者さまが受けられた医療に関するご遺族の方への調査」2019-2020 年調査結果概要

参考資料9　第4期がん対策推進基本計画における AYA 世代のがんの医療と支援に関する要望書（樋口委員提出資料）

参考資料 10　次期がん対策推進基本計画への要望書（一般社団法人日本サイコオンコロジー学会）（久村委員提出資料）

参考資料 11　厚生労働科学研究「現場や地域の実情に即したがん治療と並行する緩和ケアの実装の推進に関する研究」班提出資料

第84回がん対策推進協議会	資料１
令和４年10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

第４期がん対策推進基本計画に対する がんとの共生のあり方に関する検討会からの提言

がんとの共生のあり方に関する検討会座長

西田　俊朗

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1．がんと診断された時からの緩和ケアの推進
①緩和ケアの提供について
②がん診療連携拠点病院等以外における緩和ケアの推進
③実地調査について
④緩和ケアチームの質について
⑤専門的な疼痛治療について
⑥外来における緩和ケアについて
⑦緩和ケア研修会について
⑧緩和ケアの普及啓発について
⑨感染症流行時における緩和ケアの提供体制について

2．相談支援及び情報提供

3．社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

4．がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）

5．ライフステージに応じたがん対策

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

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

- がんと診断された時からの緩和ケアの推進

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

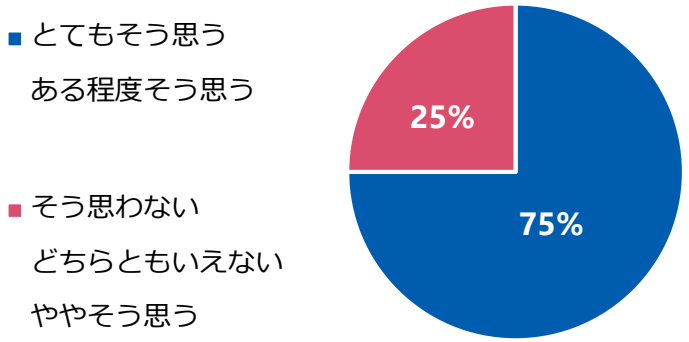
- 緩和ケアの提供について

治療中の体験について：患者体験調査（２０１８年）

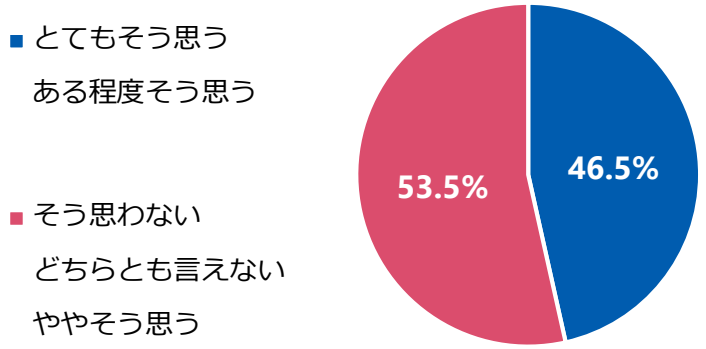
第３回がんの緩和ケアに係る部会
資料３　令和３年11月５日

症状に対する対応の評価：症状が把握されれば速やかに対応されているが、必ずしも毎回聞かれるわけではなく、すぐに相談できているわけでもない。聞かれても伝えない、聞かれる頻度が少ないなどにより、患者の苦痛が十分に把握されていない可能性があるのではないか。

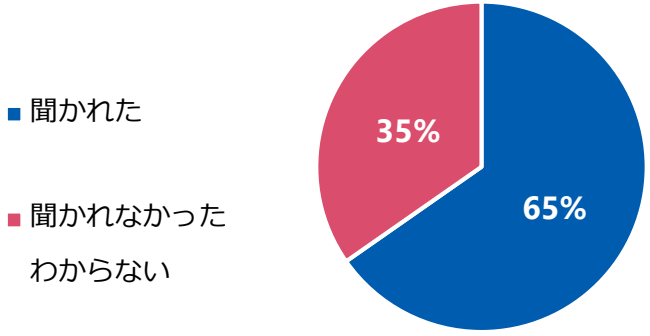
つらい症状にはすみやかに対応してくれた



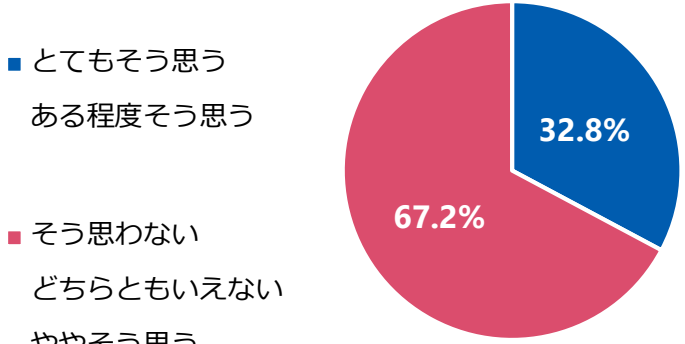
身体的なつらさがある時に、
すぐに医療スタッフに相談できる割合



がんの治療、あるいは治療後で受診した時には
毎回、痛みの有無について聞かれた割合



心のつらさがある時に、
すぐに医療スタッフに相談できる割合



1－①．緩和ケアの提供について

現状と課題

- 治療開始前の段階から、抑うつや不安などに対する心理的な支援が必要であることが示されている。
- がんの診断や検査については、がん診療連携拠点病院等に限らず、検診医療機関やかかりつけ医などの役割が大きいと考えられるが、これらの場面における緩和ケアの実態が十分に把握されていない。
- 主治医や担当看護師を含む医療従事者は、患者の苦痛の把握を行うことを徹底し、そのフィードバックを行いながら改善していくことが重要である。
- 患者の苦痛について、医療従事者が、患者自身の評価よりも過小な評価をしがちな点や、医療従事者に対して患者自らは苦痛を表出しにくい点があることに留意する必要がある。
- 医療機関毎に、苦痛の把握がどのようになされ、患者側がそれをどのように評価しているのかは明らかでない。
- がん診療連携拠点病院等におけるがんの治療が終了した患者について、他院への転院や在宅への移行など、終末期医療の個々の経過については、明らかではない。

1－①．緩和ケアの提供について

提言

- 国は、拠点病院等を中心としたがん診療に携わる医療機関において、全てのがん患者に対して入院、外来を問わず苦痛の把握に努め、必要な緩和ケアが提供され、また、がん患者の苦痛や問題等の把握及びそれらに対する適切な対応が、診断時から一貫して経時的に行われるよう、必要な支援体制の整備を進める。
- 特に、がんの診断時は、がん患者及びその家族にとって、診断による衝撃への対応や今後の治療・生活への備えが必要となる重要な時期であることを踏まえ、これらの精神的苦痛や社会的苦痛に対する適切な支援を提供できるよう、医療従事者への普及啓発策等を含め、必要な体制の整備を進める。
- 国は、拠点病院等を中心としたがん診療に携わる医療機関において、苦痛の把握や患者からのフィードバックが、どのようになされているか等の実態について把握し、適切にフィードバックを受けられる方法について検討を行う。
- 国は、患者体験調査や小児患者体験調査、遺族調査等を継続し、がんの診断や検査の場面における緩和ケアの実態についても把握したうえで、診断時から十分な緩和ケアが提供されるよう、方策を検討する。

1－①．緩和ケアの提供について

提言

- 拠点病院等は、がん診療に携わる全ての診療従事者の対応能力を向上させる観点から、組織上明確に位置付けられた緩和ケアチームによりこれを支援する、定期的な病棟ラウンドやカンファレンス、必要に応じた助言・指導等が行われる体制を整備する。
- 拠点病院等は、院内の緩和ケアに係る情報を把握し、課題等について検討する場を設置するとともに、その検討内容を踏まえた組織的な改善策を講じる等、自施設における緩和ケアの提供体制の改善に努める。
- 拠点病院等は、緩和ケアに係る地域連携を推進する観点から、当該がん医療圏において、地域の医療・介護従事者と緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討する場を設けるとともに、緩和ケアチームが地域の医療機関等から定期的に連絡・相談を受ける体制を確保する。
- 都道府県がん診療連携協議会は、都道府県全体のがん医療等の質の向上のために、都道府県内の拠点病院等の緩和ケア、相談支援の実績等の共有、分析、評価、公表等を行うとともに、都道府県とも連携し、具体的な計画を立案・実行する。また、地域における相談支援や緩和ケアの提供体制・連携体制について協議を行い、拠点病院等の間で情報共有や役割分担を含む連携体制を整備する。さらに、都道府県内の医療機関における緩和ケア外来、がん相談支援センターについて情報を集約し医療機関間で共有するとともに、冊子やホームページ等でわかりやすく広報する。
- 拠点病院等におけるがんの治療が終了した後の患者について、他院への転医や在宅への移行なども含め、終末期医療の提供の場や療養場所の決定に至る意思決定、および、これらの場所における終末期医療の実態などについて研究を行い、これらの質の向上について検討を行う。

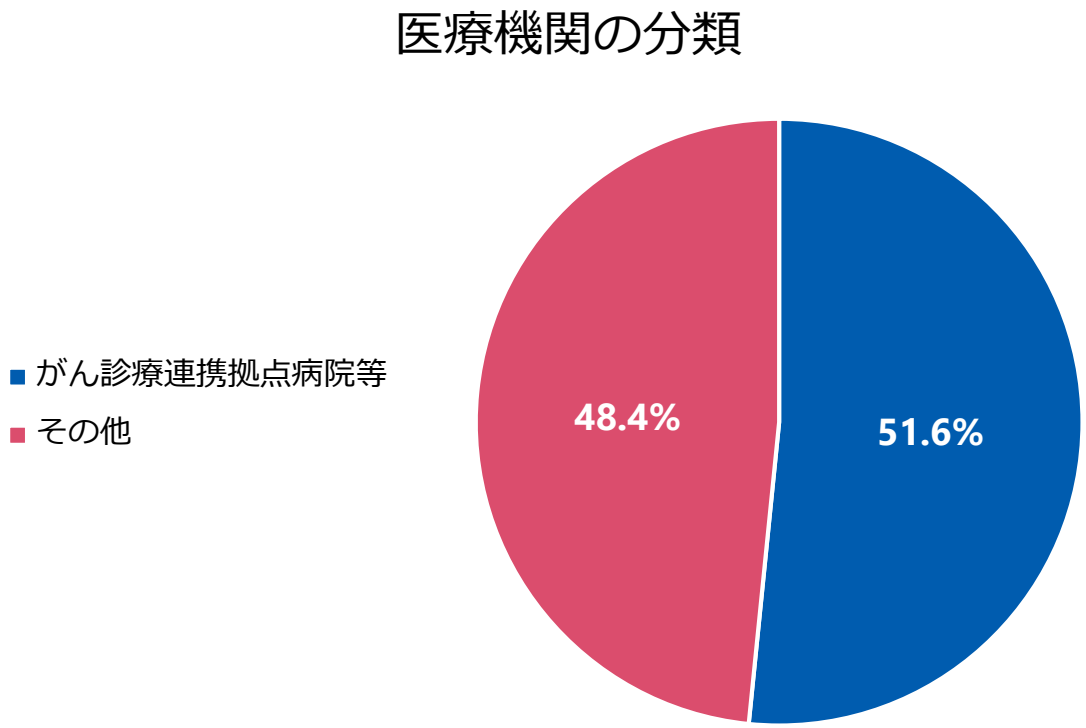
- がん診療連携拠点病院等以外における緩和ケアの推進

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

がんの診断が行われる医療機関

第２回がんの緩和ケアに係る部会　資料２
令和３年９月３日

院内がん登録におけるがんの登録割合（対全国がん登録, 初回治療開始例）



約半数のがん患者が拠点病院以外で初回治療を開始しており、その前段にあたる診断については、さらに多くの割合が拠点病院以外でなされていることが推察されるが、十分なデータがない。

285

がん診療連携拠点病院等院内がん登録, 2017年全国集計報告書

1－②．がん診療連携拠点病院等以外における緩和ケアの推進について

現状と課題

- がん診療連携拠点病院等は現況報告書により一定の実態の把握がなされているが、それ以外のがん診療を実施している医療機関の中には、緩和ケアの提供が十分になされていない施設も存在することが示唆されるものの、その実態の把握は十分ではない可能性がある。

提言

- 国は、がん診療連携拠点病院等以外においても緩和ケアを推進する必要があり、その検討のために、がん診療連携拠点病院等以外における緩和ケアの提供体制等について、実態の把握を行う。
- また、がん診療連携拠点病院等以外における緩和ケアの質の向上のために、がん診療連携拠点病院等の緩和ケアに関する専門家により、連携する医療機関の支援等が可能な体制について検討を行う。

- 実地調査について

都道府県による実地調査（パイロット調査）（概要）

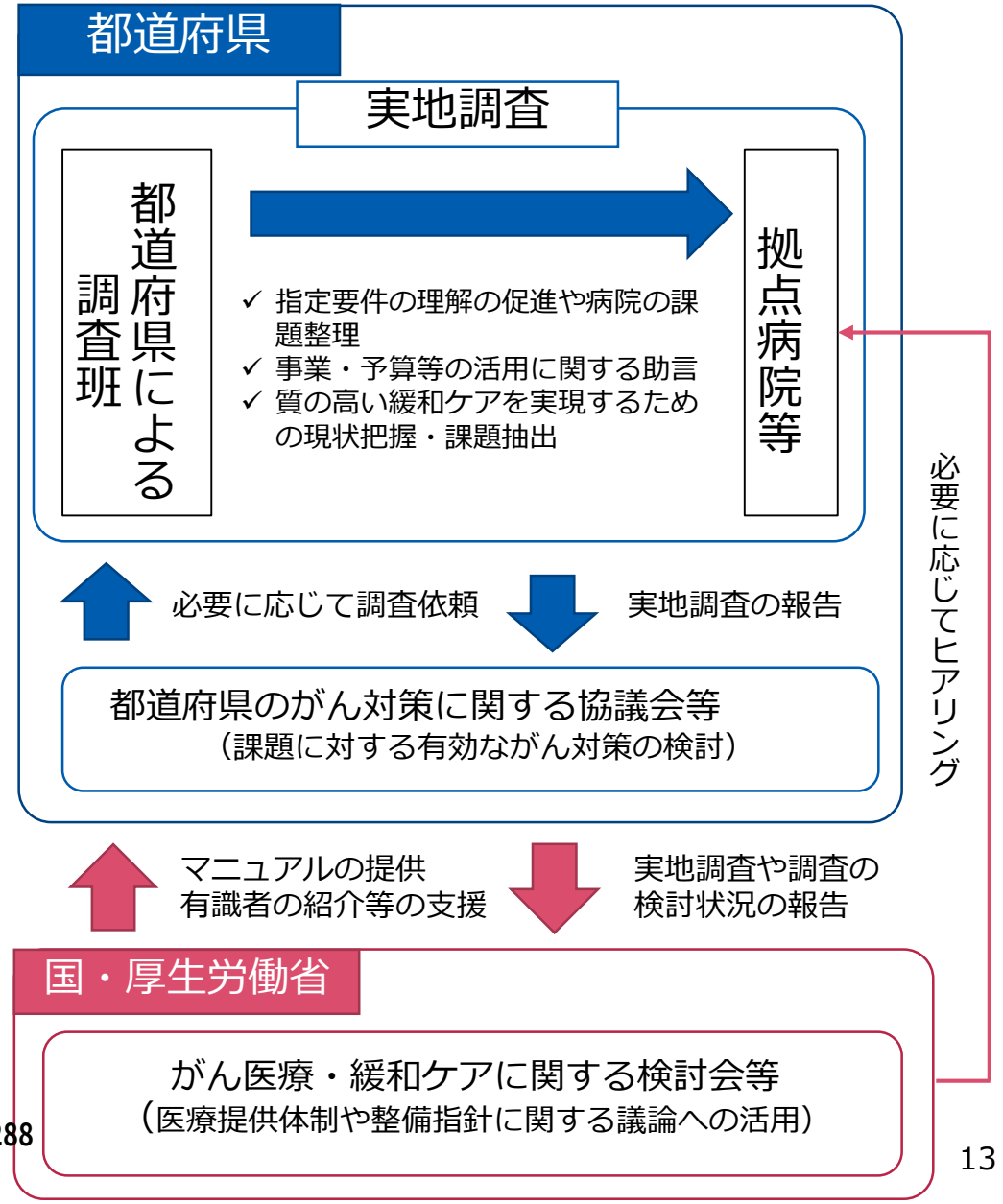
- 目的
  - 拠点病院等における指定要件に関する理解の促進や病院の課題整理
  - 調査から得られた課題とその解決策について、都道府県のがん対策・国のがん対策に活用
- 方法
  - 緩和ケアに関する有識者を含む都道府県による調査班により施設を訪問し、厚生労働省作成の実地調査マニュアルを参考に、概ね半日程度で以下の調査を実施。結果は、がん対策に関する協議会や厚生労働省に報告。

    １．指定要件に関する具体的な整備状況の確認

    ２．病院幹部・緩和ケア等に関わる医療従事者からのヒアリング

    ３．課題抽出後の問題解決に向けた指導や相談
- 調査対象病院

  拠点病院等の中で、診療実績が少ない、経過措置が含まれる病院等を優先的に調査
- 2019年度にパイロット調査を実施。結果を踏まえ、課題の整理を行った。



都道府県による実地調査における主な課題

第４回がんとの共生のあり方に関する検討会において、以下の課題が挙げられた。

１．実地調査の目的について
病院同士のピアレビューとの違いを理解し、棲み分けて行うが必要があるのではないか。

〈ピアレビュー〉
- 現場がより良い医療を提供するために、どのような工夫ができるか話し合い、診療の質を高めていくこと。

〈実地調査〉
- 拠点病院等の指定要件を充足しているかを確認し、問題がある場合、改善策を話し合うことではないか。

２．実地調査の方法について
〈評価の方法〉
- ドナベディアンモデルの３要素（ストラクチャー、プロセス、アウトカム）に項目を分ける等、チェックリストを見直してはどうか。
- 病院と都道府県の負担が大きく、実施方法について検討が必要である。
- 専門的緩和ケアのコンサルテーション等、アウトカムは本調査と別で評価してはどうか。（例：関係団体）
- ＰＤＣＡを基本としており、繰り返しがあってこそ改善されるのではないか。（例：次年度に報告を求める）

〈訪問メンバー〉
- 評価者の均質化が必要ではないか。（例：学会等が推薦した人でグループをつくり、回数を重ねる）
- 適切な評価ができるよう、評価者には全体を比較できる人がいたほうがよいのではないか。

〈対象施設〉
- まずは都道府県がん診療連携拠点病院を対象とし、徐々に広げていくほうが混乱が少なくないのではないか。
- 指定要件上、ボーダーライン、それ以下を中心に対象としつつ、適宜制度自体を見直すことも大切。
- 対象病院については、都道府県が決定することとしてはどうか。

1－③．実地調査について

現状と課題

- 第３期がん対策推進基本計画において、緩和ケアについて、実地調査等を定期的かつ継続的に実施することを通じて、緩和ケアの質の向上に努めていくこととしている。
- 「第４回がんとの共生のあり方に関する検討会」では、病院と都道府県の負担が大きく、実地調査の方法について検討が必要であるとの指摘があった。この他、ピアレビューとの棲み分け、チェックリストの見直しの必要性、評価者の選定方法など、様々な課題が示された。

提言

- 国は、実地調査の方法について、示された様々な課題を踏まえ、また感染症流行時等においても実施できる等、実効性のある方法について厚生労働科学研究を実施し、改めて検討を行う。

- 緩和ケアチームの質について

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

緩和ケアチームの新規介入患者数

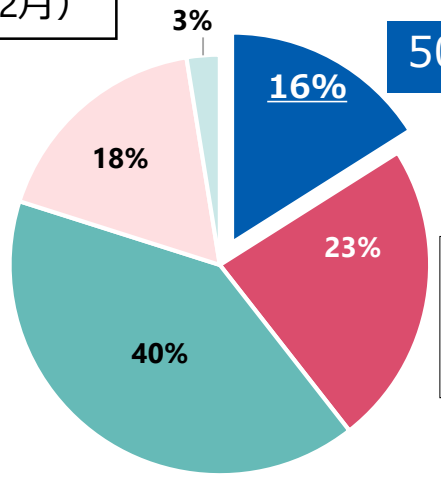
第４回がんの緩和ケアに係る部会　資料１
（令和４年１月14日）

平成28年度、令和元年度の現況報告書データより集計して比較

緩和ケアチームの新規介入患者数が50件未満であった施設は大きく減少が見られた。

平成28年度現況報告書（集計期間：平成27年１月～12月）

- **50件未満**
- 50件以上100件未満
- 100件以上250件未満
- 250件以上500件未満
- 500件以上



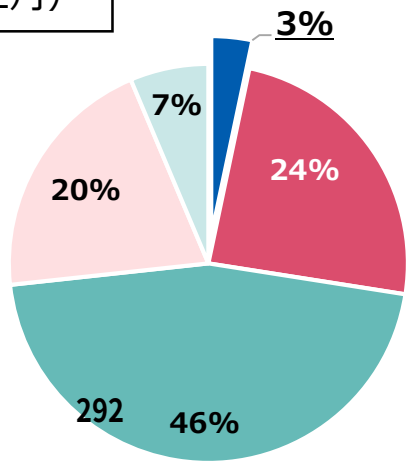
50件未満：63施設

がん診療連携拠点病院等※　３９３施設
（７施設はデータなしのため除外）

（※地域がん診療病院を除く）

令和元年度現況報告書（集計期間平成30年１月～12月）

- **50件未満**
- 50件以上100件未満
- 100件以上250件未満
- 250件以上500件未満
- 500件以上



50件未満：13施設

がん診療連携拠点病院等※　３９３施設

（※地域がん診療病院を除く）

1－④．緩和ケアチームの質について

現状と課題

- がん診療連携拠点病院等が提出する現況報告書によると、緩和ケアチームの新規介入患者数は増加傾向が見られた一方、年間新規介入患者数が50件未満の拠点病院等も依然として存在している。
- 現況報告書によるデータでは、依頼件数等の数的な評価しかできず、チームの質の評価は困難である。そのため、緩和ケアチームの技術や提供するケアの質を評価し、その向上を図るための方策を検討する必要がある。

提言

- 国は、緩和ケアチームの技術や提供するケアの質の評価、チームの構成との関係等について、厚生労働科学研究等で研究を行う。その結果を踏まえ、緩和ケアチームにより提供されるケアの質を高める方策について検討を行う。

- 専門的な疼痛治療について

疼痛への対応

放射線治療や神経ブロック等は、薬物治療のSTEPに関わらず考慮することとされている。

評価

- 以前からの痛みかを確認する
- 持続痛か突出痛かを区別する
- 神経障害性疼痛かを評価する

治療

痛みの種類に関わらず考えること
- 放射線治療・骨転移に対するビスホスホネート製剤・神経ブロック・装具

疼痛の種類に応じた、STEPごとの薬物治療

STEPに関わらず考えること
- 放射線治療・神経ブロック

治療目標

痛みの種類ごとに、効果判定を行う

治療目標未達成

※コンサルテーション

※ここでのコンサルテーションは、症状緩和等に関する専門家（緩和ケアチームや緩和ケアを専門とする医師、ペインクリニシャン、がん治療医、精神科・心療内科医など）に相談することを指す

がん緩和ケアガイドブック（監修日本医師会, 平成28年度厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」）を基に作成

1－⑤．専門的な疼痛治療について

現状と課題

- 患者に苦痛があった理由について、医師が対応したものの、十分な苦痛の緩和が得られなかったケースが一定程度存在していると考えられる。
- 主治医や担当医は、把握した患者の苦痛について、薬物治療等の基本的緩和ケアを行うとともに、その段階に関わらず放射線治療や神経ブロック等の専門的な疼痛治療について考慮するべきである。
- がん診療連携拠点病院等のうち自施設で腹腔神経叢ブロックを実施している割合は約半数にとどまり、主に実施できる医師に関する障壁があることが示唆された。
- 一方、拠点病院以外の病院や在宅療養支援診療所においては、腹腔神経叢ブロックや緩和的放射線治療を自施設で実施、もしくは他施設に紹介して利用できる割合は限定的であった。適応が判断できないことや、それを相談できる窓口が分からないこと、実施可能な施設に関する情報や繋がりがないことが障壁となっている可能性が示唆された。

提言

- 国は、拠点病院等を中心としたがん診療に携わる医療機関において、神経ブロックや緩和的放射線治療等の専門的な疼痛治療が適切に活用されるよう、医療従事者への理解を促す。
- 拠点病院等は、地域におけるがん診療に携わる医療機関、関係団体及び自治体等と連携し、専門的な疼痛治療に係る普及啓発及び実施体制の整備を進める。
- 国は、緩和ケアの充実に資する専門的な人材の育成について、関係省庁と連携しながら進める。

- 外来における緩和ケアについて

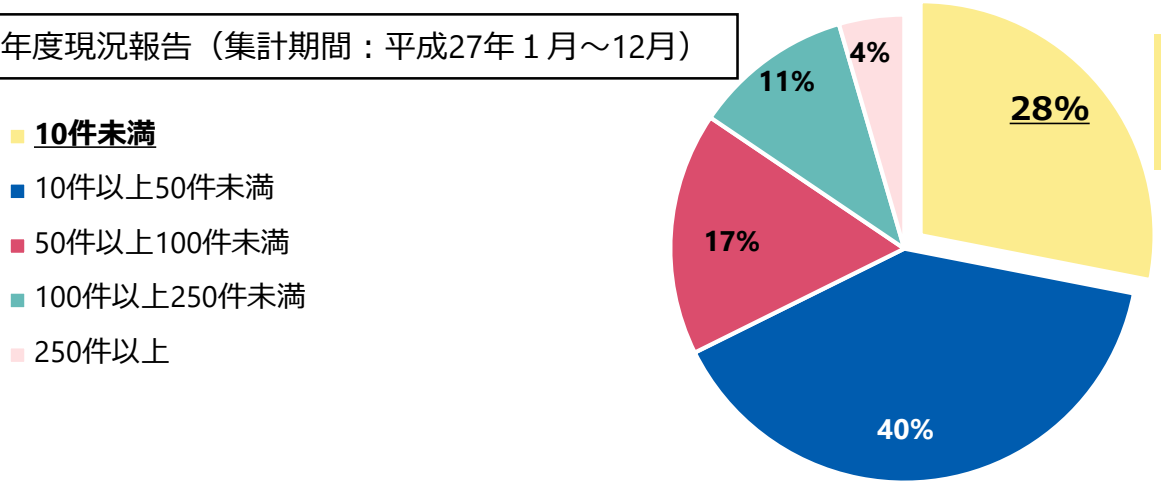
緩和ケア外来の年間新規診療症例数

第４回がんの緩和ケアに係る部会　資料１
令和４年１月14日

平成28年度、令和元年度の現況報告書データより集計して比較

緩和ケア外来の年間新規診療症例数が10件未満であった施設の数は、平成28年度と令和元年度の現況報告書では大きく変わっていない。

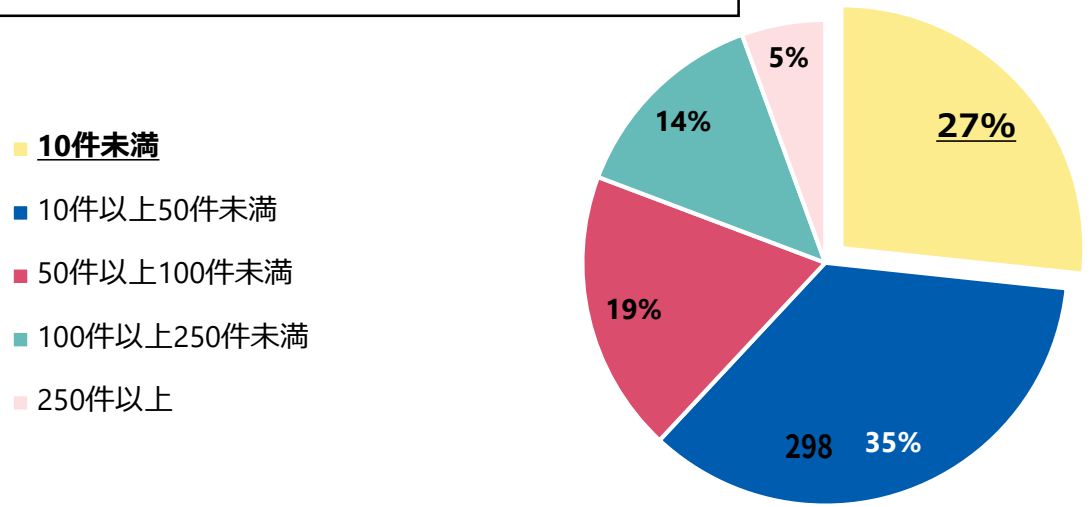
平成28年度現況報告（集計期間：平成27年１月～12月）



１０件未満：112施設
０件/年：30施設

がん診療連携拠点病院等※　399施設
（データが欠損している１施設と、
地域がん診療病院34施設を除外）

令和元年度現況報告（集計期間：平成30年１月～12月）



１０件未満：115施設
０件/年：24施設

がん診療連携拠点病院等　431施設
（データが欠損している５施設を除外）

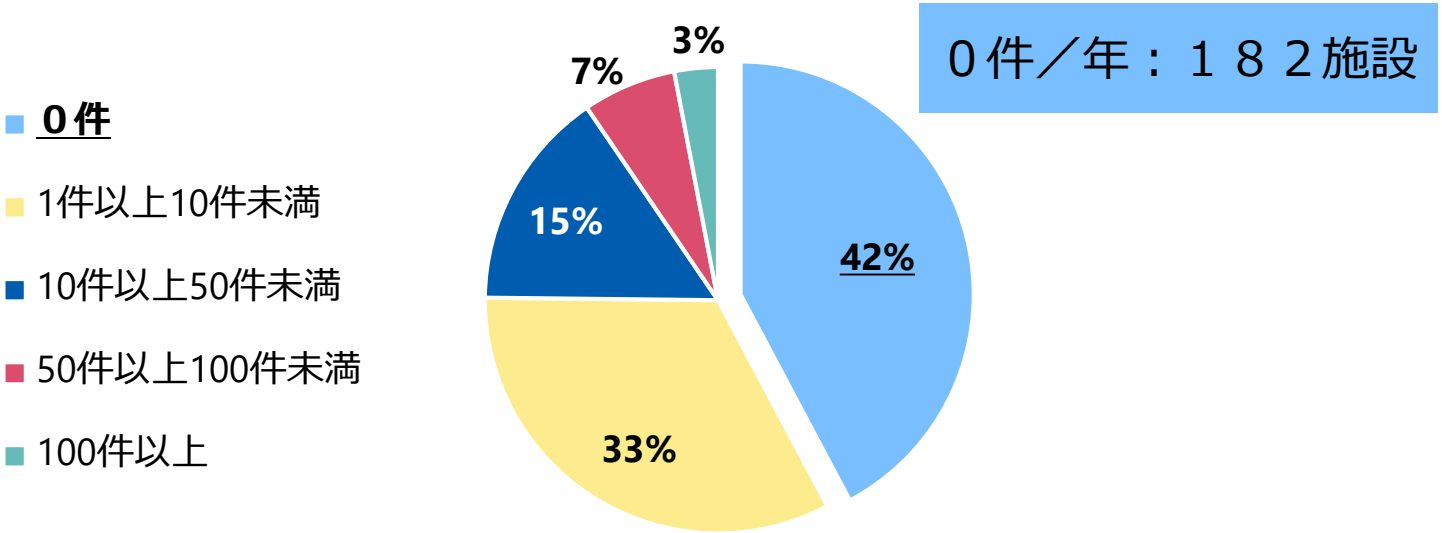
緩和ケア外来への地域の医療機関からの年間新規紹介患者数

第４回がんの緩和ケアに係る部会　資料１
令和４年１月14日

令和元年度現況報告書データより集計

地域の医療機関からの年間新規紹介患者数は、４２%の施設で０件であった。

令和元年度現況報告（集計期間：平成30年１月～12月）



がん診療連携拠点病院等　４３１施設
（データ欠損等で５施設を除外）

1－⑥．外来における緩和ケアについて

現状と課題

- 外来通院によるがん治療が増加していることから、入院だけでは無く外来通院においても、がん患者の苦痛を緩和する体制の確保が必要である。そのため、がん診療連携拠点病院等の指定要件において、外来における専門的な緩和ケアを提供する体制の整備を求めている。
- がん診療連携拠点病院の現況報告書によると、全ての施設が緩和ケア外来を設定していると回答している。また、多くの施設が、他の施設でがん診療を受けている、または受けていたがん患者を受け入れていると回答している。
- 一方で、現況報告書によると、緩和ケア外来における新規診療症例数や、地域からの紹介患者数は極めて少なく、外来での緩和ケアの提供が十分に進んでいない可能性がある。

提言

- 国は、外来における緩和ケアの提供体制、実績について現況報告書等で継続的に把握し、外来においても全てのがん患者の苦痛の緩和が図れるよう、その提供体制を改善するための方策について引き続き検討する。

- 緩和ケア研修会について

「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会」の概要

1　背景

平成28年12月にがん対策基本法（平成18年法律第98号）が改正され、緩和ケアについて定義された。また、「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」では、がん以外の患者に対する緩和ケアや医師・歯科医師以外の医療従事者を対象とすることが必要との指摘があったこと等から、がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会を実施する。

2　目的

基本的な緩和ケアについて正しく理解し、緩和ケアに関する知識、技術、態度を修得することで、緩和ケアが診断の時から、適切に提供されることを目的とする。

3　研修対象者

- がん等の診療に携わる全ての医師・歯科医師
  - がん診療連携拠点病院等で働く者
  - がん診療連携拠点病院と連携する在宅療養支援診療所・病院、緩和ケア病棟を有する病院で働く者
- 緩和ケアに従事するその他の医療従事者

4　研修会の構成

- 「e-learning」＋「集合研修」





5　研修会の内容

ⅰ）必修科目

患者の視点を取り入れた全人的な緩和ケア／苦痛のスクリーニングと、その結果に応じた症状緩和及び専門的な緩和ケアへのつなぎ方／がん疼痛の評価や具体的なマネジメント方法／呼吸困難・消化器症状・不安・抑うつ・せん妄等に対する緩和ケア／コミュニケーション／療養場所の選択、地域における連携、在宅における緩和ケア／アドバンス・ケア・プランニングや家族、遺族へのケア

ⅱ）選択科目

がん以外に対する緩和ケア／疼痛・呼吸困難・消化器症状以外の身体的苦痛に対する緩和ケア／不安・抑うつ・せん妄以外の精神心理的苦痛に対する緩和ケア／緩和的放射線治療や神経ブロック等による症状緩和／社会的苦痛に対する緩和ケア

302

（下線付は平成30年4月から新しく追加されたもの）

1－⑦．緩和ケア研修会について

現状と課題

- 2008年度より、がん診療に携わるすべての医師が緩和ケアの基本的な知識等を習得し、基本的な緩和ケアを提供できるよう、緩和ケア研修会の開催が始まった。
- 研修会の充実のために、2018年度からは緩和ケアに従事する医師・歯科医師以外の医療従事者を研修対象者へ追加し、e-learningシステムを導入するとともに、適宜研修プログラムの追加等の見直しを行ってきた。
- 患者体験調査では身体的苦痛、精神的苦痛を抱えるがん患者の割合はそれぞれ44.6%、38.0%であり、また遺族調査では、療養生活の最終段階において身体的苦痛を抱える患者の割合が40.4%であり改善が必要である。
- 緩和ケア研修会受講後の知識や技術を維持・向上するための仕組みは十分ではなく、国や都道府県がその仕組みを構築する必要があると指摘されている。

今後の方向性

- 国は、がんに携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを実施でき、その知識や技能を維持・向上できるよう、緩和ケア研修会における学習内容や、フォローアップ研修について見直しを検討する。
- 国は拠点病院等の整備指針を見直すなど、 都道府県がん診療連携協議会が、緩和ケア研修を受講した者の知識や技術の維持・向上について検討するために必要な施策を実施する。

- 緩和ケアの普及啓発について

がん等における新たな緩和ケア研修等事業

事業の概要

- がん対策基本法第17条に、「がん患者の状況に応じて緩和ケアが診断の時から適切に提供されるようにすること」、「医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保すること」等のために必要な施策を講ずることと規定され、また、「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」等では、がん患者以外の患者にも緩和ケアが必要であるとの指摘があった。
- このようなことから、がんその他の特定の疾病において、適切に緩和ケアが提供されるように、**「e-learning」と「集合研修」の双方により構成された緩和ケア研修会を開催し、がん等の緩和ケアの底上げ・充実を図るとともに、がんの緩和ケアに関する普及啓発を行う。**

緩和ケア研修

- すべての医療従事者が身につけるべき基本的な緩和ケア研修の開催
- 緩和ケア研修会における受講者の管理
- 座学部分におけるe-learningを用いた研修会の運営支援





指導者の育成

集合研修において講師及び企画・運営を務めることができる能力を有する指導者の育成



普及啓発

緩和ケアに関する正しい知識やその必要性等に関する普及啓発





305

（特定非営利活動法人 日本緩和医療学会への委託費）

1－⑧．緩和ケアの普及啓発について

現状と課題

- 「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。
- 国民の緩和ケアに関する認識に関して、第３期がん対策推進基本計画の中間評価報告書では、今後、さらに国民が正しい知識を持てるように普及啓発に取り組む必要があるとされた。

提言

- 国は、国民が緩和ケアに関する正しい知識を持てるように、引き続き普及啓発を継続する。

- 感染症流行時等における

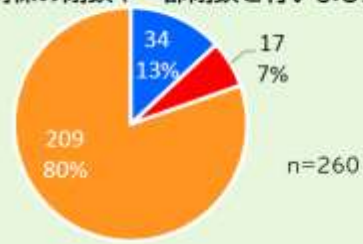
  緩和ケアの提供体制について

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

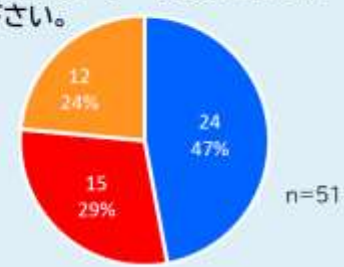
緩和ケア病棟におけるCOVID-19の影響

調査対象：10月30日時点で日本ホスピス緩和ケア協会の正会員に登録している緩和ケア病棟381施設
調査実施期間：2021年10月31日～11月22日
調査対象期間：2021年８月１日～2021年10月末
回答方法：Googleフォーム、ファックスでの書面回答またはメール添付
回 答 率：68.2%（回答施設数260）

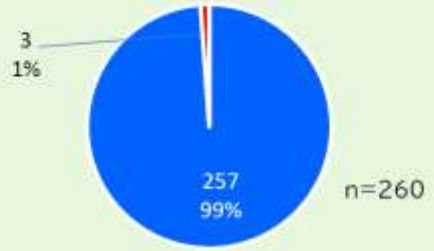
1. COVID-19患者の入院受け入れなどのために、緩和ケア病棟の閉鎖や一部閉鎖を行いましたか。



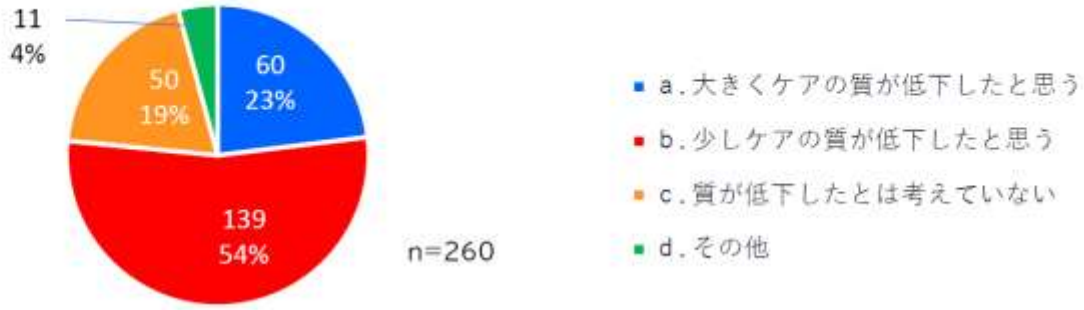
2. 緩和ケア病棟の閉鎖ないし一部閉鎖を行った理由を教えて下さい。



8. 緩和ケア病棟において、新型コロナウイルスの感染対策として面会制限を行いましたか。



16. 患者家族の視点からみて、COVID-19の流行が緩和ケア病棟のケアの質に影響を与えたと考えますか。



308

日本ホスピス緩和ケア協会の調査より

１－⑨．感染症流行時における緩和ケアの提供体制について

現状と課題

- 緩和ケア病棟への調査によると、緩和ケア病棟の新型コロナウイルス感染症の専用病床への転用や、緩和ケア病棟スタッフの配置転換等のために、緩和ケア病棟の閉鎖や一部閉鎖が約２割の施設で行われた。また、感染対策として面会制限がほとんどの施設で行われた。
- 緩和ケア病棟への上記の調査の結果、新型コロナウイルス感染症の流行により、 77%の施設が緩和ケア病棟におけるケアの質に対して一定の影響があったと回答している。
- 今般のがん診療連携拠点病院等の指定要件の見直しにより、都道府県がん診療連携協議会は、感染症のまん延や災害等の状況においても必要ながん医療を提供する体制を確保するため、当該都道府県や各がん医療圏におけるＢＣＰ（事業継続計画）について議論を行うこと、と定められた。また、地域がん診療連携拠点病院については、医療機関としてのＢＣＰを策定することが望ましい、と定められた。

提言

- 拠点病院等は、感染症のまん延や災害等の状況においても必要な緩和ケアの提供体制が地域で確保されるよう、事前に緩和ケアを含むＢＣＰを策定する等の対応を連携する医療機関と共に検討する。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

- 相談支援及び情報提供

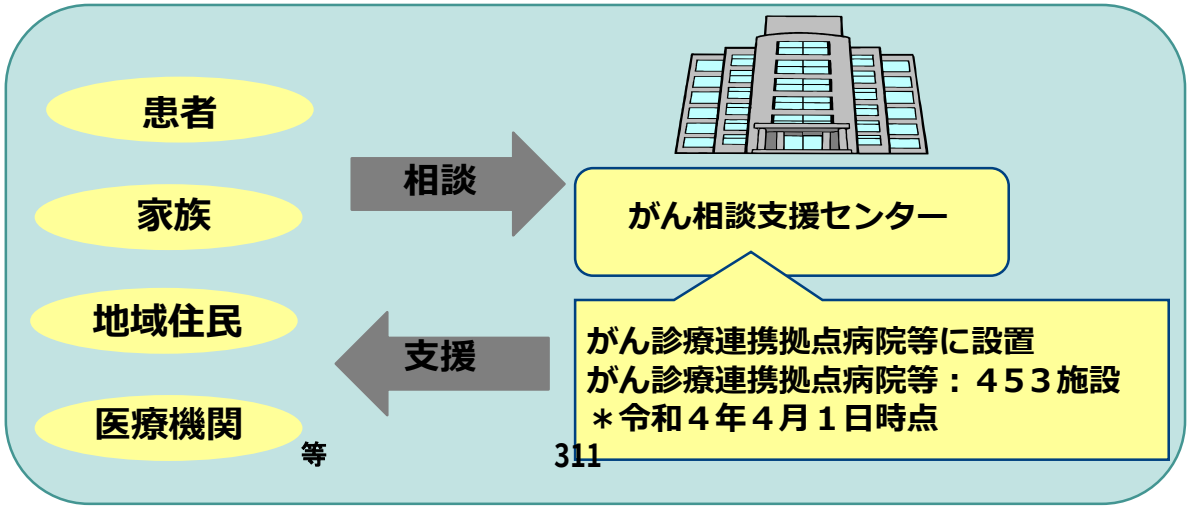
ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

がん相談支援センター（がん診療連携拠点病院等）

○ 全国のがん診療連携拠点病院等に設置されているがんの相談窓口。
○ 院内及び地域の医療従事者の協力を得て、院内外のがん患者や家族、地域の住民及び医療機関等からの相談に対応する。
国立がん研究センターがん対策情報センターによる「相談支援センター相談員研修・基礎研修」(1)～(3) を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者をそれぞれ1人ずつ配置している。
（地域がん診療病院については、１名は(1) (2) を、もう１名は(1)～(3) を修了している者を配置している。）

<がん相談支援センターの主な業務>

○ がんの病態や標準的治療法等、がん治療に関する一般的な情報の提供
○ セカンドオピニオンの提示が可能な医師や医療機関の紹介
○ がん患者の療養生活に関する相談
○ 就労に関する相談（産業保健総合支援センターや職業安定所等との効果的な連携による提供が望ましい。）
○ 医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援
○ AYA世代にあるがん患者に対する治療療養や就学、就労支援、生殖医療等に関する相談



がん総合相談に携わる者に対する研修事業

1．これまでの取組と現状

※ピアサポート：がん患者・経験者やその家族がピア（仲間）として体験を共有し、共に考えることで、患者や家族などを支援すること。

平成23～25年度に「がん総合相談に携わる者に対する研修プログラム策定事業」を実施し、ピアサポーターの育成や患者サロン運営のための研修プログラムとテキストを作成。令和元年度から、都道府県からのピアサポーターの養成研修や活用方法等に関する相談対応を実施。

（ピアサポーター研修）



（がんサロン研修）



2．ピアサポートに関する指摘

「がん対策に関する行政評価・監視結果に基づく勧告」（平成28年9月・総務省）

ピアサポート自体は、基本的にがん患者及びその家族の自主性や主体性を尊重すべきものであるが、それを重んじる余り、ピアサポート活動の普及が阻害されている側面もあるものと考えられる。

厚生労働省は、がん患者及びその家族に対する相談支援等を推進する観点から、患者団体や関係学会の意見を踏まえつつ、ピアサポート研修の開催指針の策定や研修プログラムの改訂を検討するなどにより、ピアサポートを更に普及させるための措置を講ずること。

「がん診療提供体制のあり方に関する検討会における議論の整理」（平成28年10月）

患者活動を更に推進するために、ピアポートに関する研修を実施する等、がん患者・経験者との協働を進め、ピアサポートや患者サロン等の取組を更に充実するよう努める必要がある。

3．事業概要

患者団体及び関係学会と連携し、研修プログラムを改訂するとともに、がん患者・経験者、がん診療連携拠点病院の医療従事者、都道府県担当者に対して、ピアサポートや患者サロンに関する研修を実施する。

（参考）
がん総合相談に携わる者に対する研修事業ＨＰ：http://www.peer-spt.org/
研修会案内ＨＰ：http://www.peer-spt.org/annai/



312

（一般社団法人 日本サイコオンコロジー学会へ委託）

がんに関する情報提供

国立がん研究センターがん対策研究所 がん情報サービス

○ 運営：国立研究開発法人国立がん研究センター がん対策研究所（http://ganjoho.jp）

○ 主な内容
- 各がんの解説、情報提供
- 診断・治療について
- 生活・療養について
- 予防・検診について
- がんの統計
- がん診療連携拠点病院等の検索　　等



日本癌治療学会ホームページ （http://www.jsco.or.jp）

○医療関係者向けとは別に、患者・市民向けのホームページ（「がん治療の案内板」）を運営

○主な内容
- 市民公開講座の案内
- 患者・家族の支援に関するプログラムの案内
- ESMO（ESMO/Anticancer Fund Guides for Patients）診療ガイドラインに基づいた患者向け情報日本語訳版手引きの掲載



２．相談支援及び情報提供について

相談支援について

現状と課題

- がん診断後に退職・廃業をしている患者が多数いる一方で、がん相談支援センターを知らない者も一定数おり、適切な相談支援が行われた上での判断であったかに疑問がある。
- 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は成人76.3%、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・家族の割合は成人48.7%、小児39.7%であり、がんと診断された時から家族等も含めた相談支援体制のさらなる改善が求められている。
- 全てのがん患者に対して、がん相談支援センターの存在や受けられる支援について、診断された時点より周知する必要がある。
- がん相談支援センターの認知度や、離職等の社会的苦痛等について、継続的に評価し検証する必要がある。
- ピア・サポートを知っているがん患者の割合は、27.3%と認知度が低く、ピア・サポーターに相談ができる体制について周知が行われていないことや、院内での活動が広まっていない可能性がある。一方で、都道府県が所管する民間団体が開設している窓口において、ピア・サポーターや専門職が相談に応じられる活動が行われている。
- ピア・サポーターの質を担保するために、養成研修の実施（委託事業により作成された資材の活用）や受講後の登録、専門職との協働、マッチングの仕組みなどが求められている。

2．相談支援及び情報提供について

相談支援について

提言

- 拠点病院等は、がん相談支援センターを設置し、引き続きがん患者や家族等が持つ医療や療養等の課題に関して、病院を挙げて全人的な相談支援を行う。その周知のため、全てのがん患者およびその家族が、外来初診時から治療開始までを目処に、一度はがん相談支援センターを訪問することができる等の体制の整備に努める。また、地域の住民や医療・在宅・介護福祉等の関係機関に対し、がん相談支援センターに関する広報を行い、自施設に通院していない者からの相談にも対応する。さらに、相談支援センターの認知度の継続的な改善に努める。
- 都道府県がん診療連携協議会は、都道府県全体のがん医療等の質の向上のために、都道府県内のがん相談支援センターについて情報を集約し医療機関間で共有するとともに、冊子やホームページ等で分かりやすく広報する。
- 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、がん相談支援センターの質の確保及び、持続可能な相談支援体制のあり方等について検討を行い、効率的・効果的な体制を構築する。
- 国は、がん相談支援センターの認知度や活用状況、がんの診断後の離職率等を、患者体験調査等で継続的に調査・評価する。
- 国は、がん診療連携拠点病院等と民間団体による相談機関やピア・サポーター等の連携体制を構築する。また相談支援の一層の拡充を図るためICTや患者団体、社会的人材リソースの活用、必要に応じ自治体等の協力を得られる体制整備の方策について検討を行う。
- がん患者がピア・サポーターからの支援を受けやすくなるよう、相談支援等に携わる者からピア・サポーターにつなげるための仕組みについても検討する。

2．相談支援及び情報提供について

情報提供について

現状と課題

- 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は71.0%であり、患者や家族等がどのような情報が必要であり、またどのような提供体制であれば有用であるか検証する必要性がある。
- がん情報サービスにおける点字資料・音声資料数等は2021年には93コンテンツと増加傾向であり、障害があるがん患者等に対する情報提供体制の整備を進めている。
- 「情報の均てん化」に向けて、患者と家族のニーズや課題等を把握した上で更なる活用を進めるとともに、相談支援ネットワーク体制の構築や、より効果的な手法等について検討が必要である。

提言

- 国は、「情報の均てん化」に向けて、患者及び家族等が必要な時に、正しい情報を入手し、適切な医療・生活等に関する選択ができるよう、そのニーズや課題を把握し、適切な情報提供について検討を行う。
- 国及び国立がん研究センターは、関連学会等と協力し、障害等によりコミュニケーションに配慮が必要な者や日本語を母国語としていない者の情報や医療へのアクセスを確保するために、普及啓発に努めるとともに、現状の実態や課題を把握し、その提供体制の整備について検討を行う。
- 国、国立がん研究センター及び関係学会等は、企業等の医療や療養生活に関する情報を活用する仕組みについて検討を行う。またウェブサイト等での情報提供の適正化の取組を踏まえ、注意喚起等を行う。
- 国は、患者及び家族等が簡便で効果的に医療や社会保障制度等の情報が得られるよう、デジタルコンテンツ等を活用した情報提供等の方法について検討し、その普及を図る。

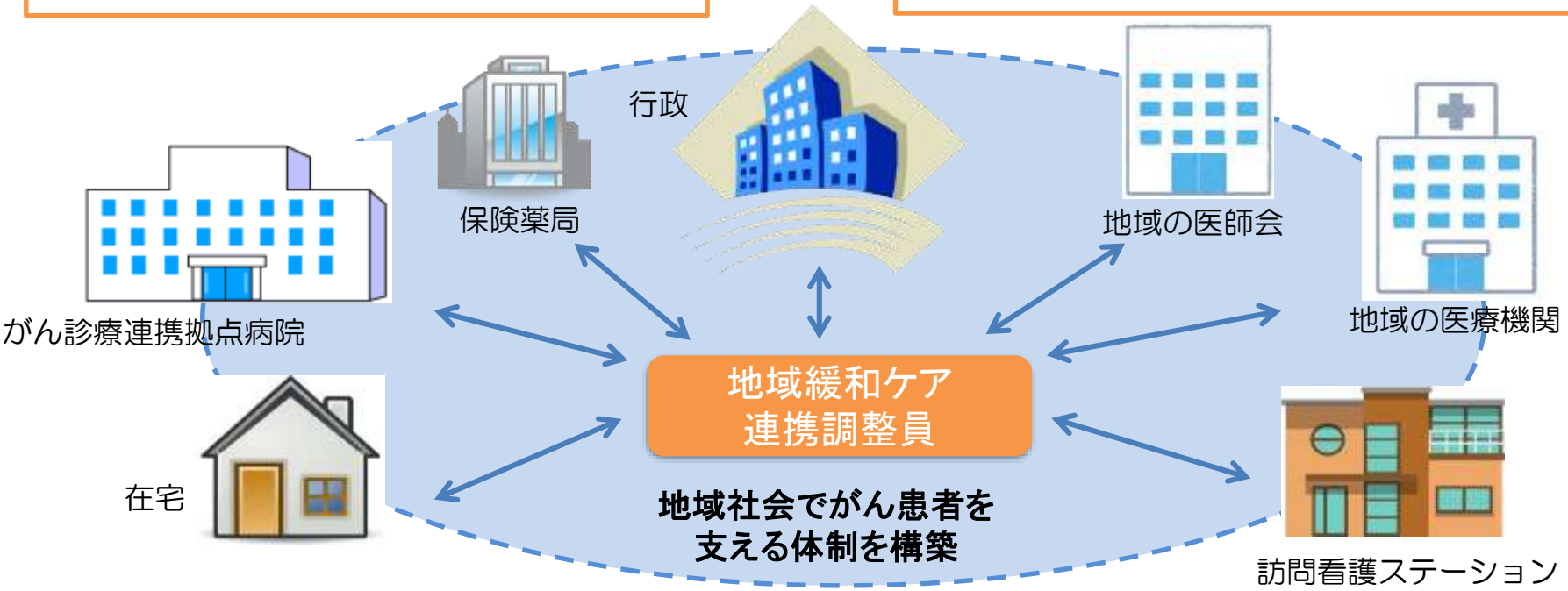
- 社会連携に基づく

  がん対策・がん患者支援

地域緩和ケア等ネットワーク構築事業

【課題】
地域で緩和ケアを提供するに当たって、地域の資源を連携させる地域拠点（コーディネーター）機能が十分ではない。

【対応】
拠点病院や診療所等の**関係施設間の連携・調整を行う「地域緩和ケア連携調整員」を育成**し、それぞれの地域リソースを最大限活用する。



地域緩和ケアの提供体制について（議論の整理）（緩和ケア推進検討会・平成27年8月）【抜粋】
○地域緩和ケアの提供体制の構築に向けて
　拠点病院、緩和ケア棟診療所 、保険薬局、訪問看護ステーション 等が協力して、それぞれの地域状況に応じた緩和ケア提供体制を構築する。
1.　拠点病院 の緩和ケアセンター 等が中心となり、「地域緩和ケア連携調整員（仮称）」のような関係者間・施設を調整する人員の配置を伴う事務局機能を有する地域拠点を、地域の状況に応じて整備する。

３．社会連携に基づくがん対策・がん患者支援について

現状と課題

- 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34.9%に留まっており、がん治療開始前に、医療者からの情報提供が十分になされていない可能性がある。
- がん患者の多くが、がん診療連携拠点病院等以外の病院で看取られている現状がある。
- がん診療連携拠点病院等から連携する地域の医療機関へ転院後、提供されていた緩和ケアが断絶する等の指摘がある。
- 望んだ場所で過ごせたがん患者の割合は47.7%に留まっており、拠点病院と地域の医療機関・介護施設等との連携や療養環境の体制整備が求められている。
- 地域包括ケアシステムなどの地域ごとのネットワークにおいて、医療・介護のつながりの中で緩和ケアに関する方策を検討する必要がある。
- がん診療連携拠点病院等と、それ以外の医療機関の間で、緩和ケアに関する地域連携を推進するための情報共有・議論の場が十分にもたれていない可能性がある。
- 地域のがん患者へ緩和ケアを提供するに当たって、それぞれの地域のリソースを最大限活用するために、拠点病院や診療所等の関係施設間の連携・調整を行う「地域緩和ケア連携調整員」の育成を行っている。しかし、地域により地域緩和ケア連携調整員研修への拠点病院等の参加状況には差がある。

３．社会連携に基づくがん対策・がん患者支援について

提言

- 国は、セカンドオピニオンの利用状況などの実態把握を行い、適切な情報提供体制のあり方について検討を行う。
- 都道府県がん診療連携協議会は、都道府県全体のセカンドオピニオンを受けられる医療機関や、緩和ケア、在宅医療等へのアクセスに関する情報提供のあり方について検討を行う。
- 拠点病院等は、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護を担う機関、関係団体、自治体等と連携し、地域における緩和ケアの状況や課題を把握したうえで、望んだ場所で療養が出来るよう、それぞれの地域の状況に応じた緩和ケアの提供体制を構築することにより、その課題等を解決する。そのために、実務者による話し合いの場だけでなく、それぞれの代表者同士による話し合いの場を設置するよう努める。
- 拠点病院等は、地域の関係機関で顔の見える関係の構築や困難事例等への対応について協議を行い、患者支援の充実を図る。国は、地域の関係者間のネットワーク構築や地域の課題を抽出し解決に向けた取り組みが行えるよう施設間の連携・調整を担う者の育成に努める。

4

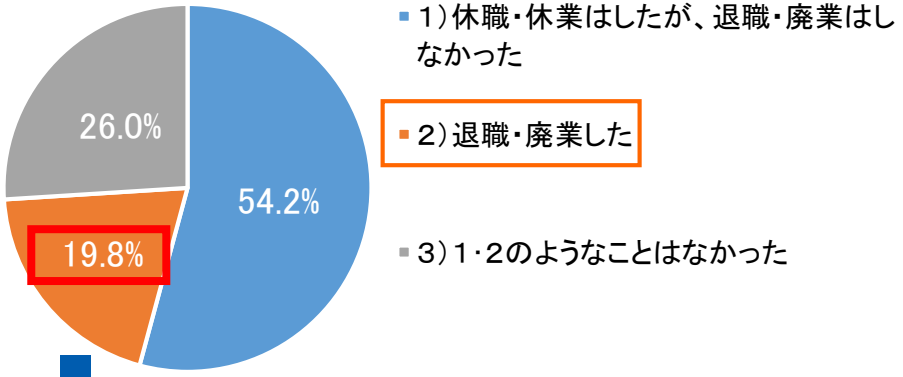
- がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）

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

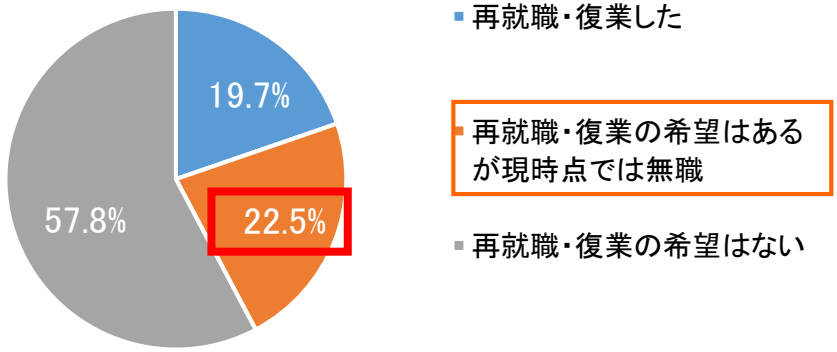
がん患者・経験者の就労の状況

- 診断時に収入のある仕事をしていた人（就労者）の割合は44.2%で、平成26年度の調査の時点と大きな変化はなかった。
- がんと診断を受けて**退職・廃業した人は就労者の19.8%**を占めており、そのうち、**初回治療までに退職・廃業した人は56.8%**、**再就職・復職の希望はあるが無職の人は22.5%**であった。

がん診断後の就労への影響

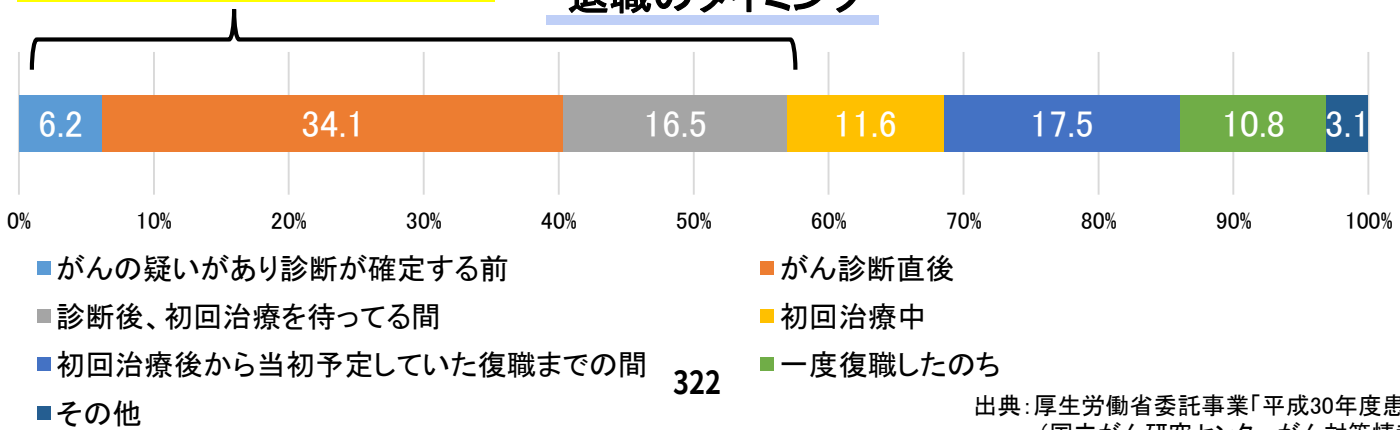


退職後について



治療開始前に離職　56.8%

退職のタイミング



322

出典：厚生労働省委託事業「平成30年度患者体験調査報告書」
（国立がん研究センターがん対策情報センター）

アピアランスケアについて

【定義】

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」

※治療で外見が変化したら必ずアピアランスケアを行わなければならない、ということではない。
（国立がん研究センター中央病院アピアランス支援センターHPより）

【アピアランスケアの必要性】

がん医療の進歩により治療を継続しながら社会生活を送るがん患者が増加している。がんの治療と学業や仕事との両立を可能とし、治療後も同様の生活を維持する上で、治療に伴う外見変化に対する医療現場におけるサポートの重要性が認識されている。

治療の種類	代表的な外見の変化
化学療法	脱毛（頭髪、まつげ、まゆげ）、手足症候群、皮膚色素沈着、爪の割れやはがれ、変色など
分子標的治療	手足症候群、ざ瘡様皮疹、皮膚乾燥（乾皮症）、爪囲炎など
放射線治療	放射線皮膚炎など
手術療法	手術痕、身体の部分的な欠損、むくみなど

【各研究班の取り組み】

	期間	研究課題	研究代表
がん対策推進総合研究事業	H29-R1	がん患者に対するアピアランスケアの均てん化と指導者教育プログラムの構築に向けた研究	野澤 桂子
	R2-	がん患者に対する質の高いアピアランスケアの実装に資する研究	藤間 勝子
ＡＭＥＤ	H26-28	がん治療に伴う皮膚変化の評価方法と標準的ケア確立に関する研究	野澤 桂子
	H29-30	分子標準治療薬によるざ瘡様皮膚炎に対する標準的ケア方法の確立に関する研究	野澤 桂子

がん患者の自殺対策について

自殺総合対策

自殺対策基本法（平成18年10月制定）

自殺対策基本法（平成28年4月1日改正）

自殺総合対策大綱（平成29年7月閣議決定）
　－専門的、精神心理的なケアにつなぐことができるよう、がん相談支援センターを中心とした体制の構築と周知を行うことを記載

がん対策

がん対策基本法（平成18年6月成立）

がん対策基本法（平成28年12月9日改正）
　－がん患者が尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築を目指すことを掲載

第63回がん対策推進協議会（平成28年12月21日）
　－がん患者の自殺対策について議論

第3期がん対策推進基本計画（平成30年3月9日）
　－専門的、精神心理的なケアにつなぐことができるよう、がん相談支援センターを中心とした体制の構築と周知を行うことを記載

- 各研究班の取り組み

	期間	研究課題	研究代表
がん対策推進総合研究事業	H30-R2	WHOの自殺予防戦略に基づくがん患者自殺予防プログラムの開発	松岡　豊
	R3-	がん患者の自殺予防プログラムの開発に向けた研究	藤森麻衣子
革新的自殺研究推進プログラム	H29-30	がん医療における自殺ならびに専門的・精神心理的ケアの実態把握	内富庸介
	R1	がん患者の専門的・精神心理的なケアと支援方策に関する研究	内富庸介

４．がん患者の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）について

就労支援について

現状と課題

- 国は、事業場における治療と仕事の両立支援ガイドライン等の作成や両立支援コーディネーターの育成・配置、普及啓発に努めている。
- 治療開始前に、就労継続について説明を受けたがん患者の割合は39.5%に留まっている。またがん治療のため退職・廃業したがん患者の割合は19.8%、そのうちがん治療開始前までに退職した割合が56.8%であり、診断時における適切な情報提供・相談支援体制が必要である。また体力低下を理由に就労継続を断念せざるを得ない方がおり、リハビリ等も含めた就労支援が必要とされている。
- 治療と仕事を両立するために社内制度等を利用した人の割合は36.1%に留まり、職場における両立支援制度の導入や中小企業における普及が課題である。

提言

- 国は、がん患者・経験者、その家族等の生活の質を向上できるよう、既存の両立支援の効果及び課題を明らかにし、施策の強化や産業保健との連携、普及啓発等について検討を行う。また、就労支援に携わる者は、個々の実情を把握した上で産業医等と連携し、患者と事業主との間で治療と仕事の両立へ向けた調整を支援する。
- 国は、就職支援において、地域の実情を踏まえつつ、拠点病院等とハローワークとの連携を推進する。
- 国は、がん治療に関連する離職の実態の把握や、リハビリ等も含めた就労支援の介入効果に関するエビデンスづくり、プログラムの検討を行い、効果的な支援体制の整備を行う。
- 国は、中小企業も含めて、がん患者が治療と仕事を両立できるよう、企業における支援体制等の環境整備を推進するため、産業保健総合支援センター等の更なる活用や助成金等による支援、普及啓発について検討を行う。
- 両立支援コーディネーターについては、更なる活用に向けて、その活動状況を把握するとともに、地域職域連携の観点からより効果的な配置について検討を行う。

４．がん患者の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）について

就労以外の社会的な問題について

現状と課題

- 治療に伴う外見の変化に対する支援は、がん治療と学業や社会生活を維持する上で重要であるが、外見の変化に関する相談ができた割合は成人28.3%、小児51.8%であり、医療機関にアピアランスケアに関する研修を受けた者を配置し、情報提供・相談支援体制を整備することが求められている。
- がん患者の自殺については、がんと診断された患者546,148人のうち、がん診断後6ヶ月以内に144人が自殺で亡くなっている。同じ時期の一般人口と比較すると2.7倍であり、診断からの期間が短いほど高く、がん診断時において、自殺リスクが高い患者への支援が必要である。
- がん患者の経済的な課題の把握や利用可能な施策の更なる周知が求められている。

提言

- 国は、アピアランスケアや自殺対策に関する必要な支援について、医療従事者等が知識を身につけられるよう、研修等の開催や相談支援及び情報提供のあり方について検討を行う。
- 国は、拠点病院等において、アピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制の構築ができるよう、その方策について検討を行う。
- 国は、がん患者における自殺リスクやその背景等について実態調査を行い、必要な体制の整備を進める。
- 国は、がん患者・経験者、その家族等の生活の質を向上させるために、経済的な課題等を明らかにし、利用可能な社会保障制度に関する周知や課題解決に向けた施策について検討を行う。

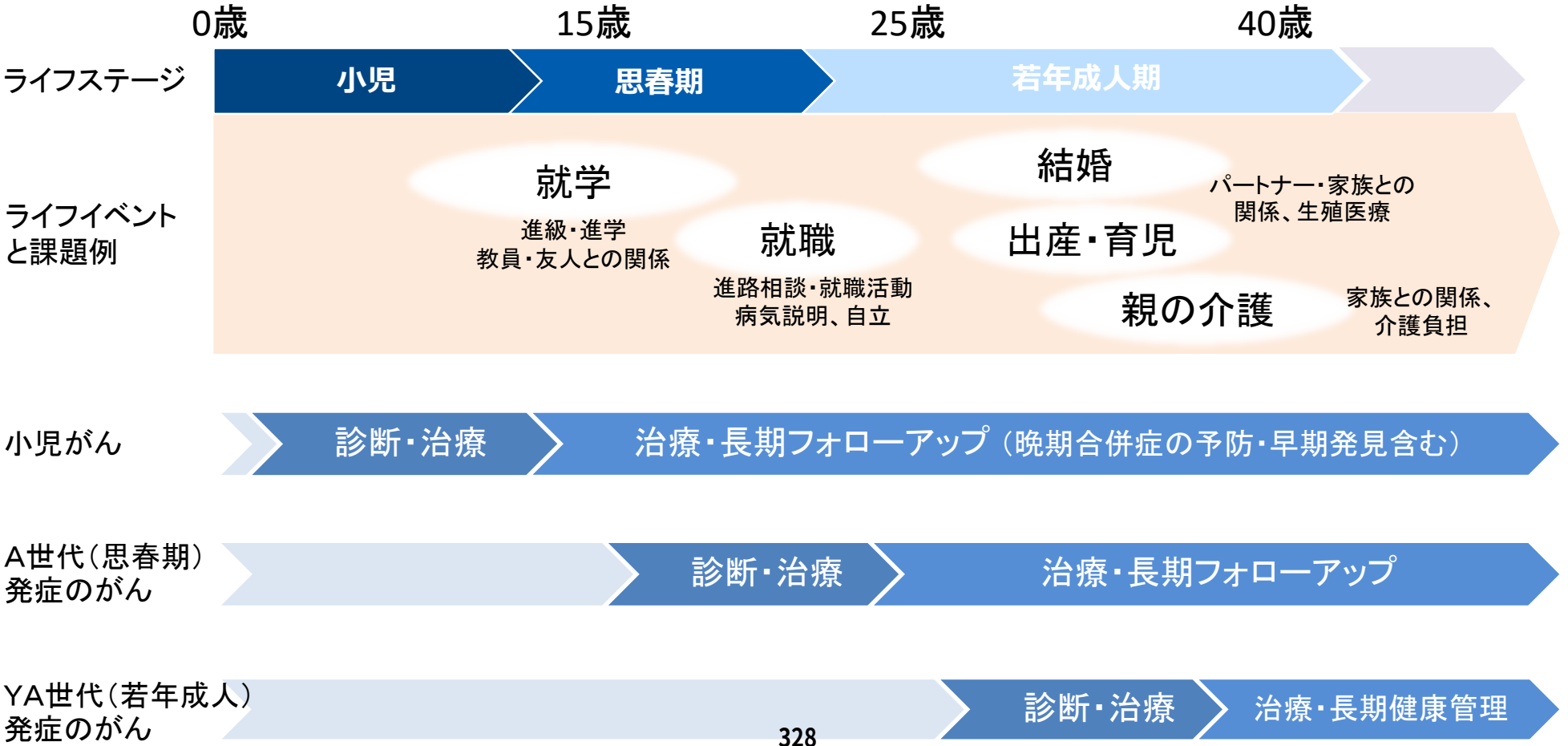
5

- ライフステージに応じたがん対策

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

ライフステージに応じた生活課題（小児・AYA世代）

○ ライフステージの早い段階で発症し、治療期と心身の成長が重なり、長期にわたる合併症を起こすリスクがある。また晩期合併症のため、治療後も長期にわたりフォローアップを要する。
○ 年代によって就学、就労、生殖機能等の状況が異なり、心理社会的状況も様々で、個々の状況に応じた多様なニーズが存在する。



328

第5回がんとの共生のあり方に関する検討会資料（2021.12.23）より抜粋

小児・AYA世代にあるがん患者とその家族への支援に関する取組の状況

第5回がんとの共生のあり方に関する検討会資料（2021.12.23）より抜粋・一部改変

取り組むべき施策	主な内容
①院内学級体制・宿泊施設の整備	• 小児がん拠点病院施設整備事業
②教育支援	• 高等学校段階の病気療養中等の生徒に対するICTを活用した遠隔教育の調査研究事業
③ライフステージに応じた相談支援	• 小児・ＡＹＡ世代の長期フォローアップ体制整備事業 • 小児及び成人の拠点病院における支援と連携 （相談員研修、拠点病院連絡協議会相談支援部会の合同開催等）
④就労支援	• がん患者等就職支援事業（平成25年度～モデル事業、平成28年度～全国展開） • がん患者の就労に関する総合支援事業（平成25年度～、令和2年度改変）
⑤緩和ケア	• 小児の緩和ケアチームの整備 • 緩和ケアチームのための小児緩和ケア教育研修　（日本緩和医療学会主催）

【厚生労働科学研究の取組】

期間	研究課題	研究代表
H30-R2	思春期・若年成人（AYA）世代がん患者の包括的ケア提供体制の構築に関する研究	清水 千佳子
R1-R2	小児がん患者に対する在宅医療の実態とあり方に関する研究	大隅 朋生
R1-R3	AYA世代がん患者に対する精神心理的支援プログラムおよび高校教育の提供方法の開発と実用化に関する研究	堀部 敬三
R2-	小児がん拠点病院等及び成人診療科との連携による長期フォ ローアップ体制の構築のための研究	松本 公一
R2-	小児・AYA世代がん患者に対する生殖機能温存に関わる心理支援体制の均てん化と安全な長期検体保管体制の確立を志向した研究－患者本位のがん医療の実現を目指して	鈴木 直
R3-	小児がんの子どもに対する充実した在宅医療体制整備のための研究	大隅 朋生

5．ライフステージに応じたがん対策について

小児・AYA世代の支援について

現状と課題

- 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・家族の割合は68.1%、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は76.6%であり、時期に応じた適切な情報提供・相談支援が必要である。
- 小児がん拠点病院において院内学級・宿泊施設について整備が進められている。また、児童生徒に対するICTを活用した教育環境整備が進められており、遠隔教育の要件緩和などが行われたが、拠点病院以外や自宅等における教育支援の充実や、治療と教育の更なる推進が求められている。
- 晩期合併症等により就職が困難な場合があり、また年代によって心理社会的な課題も様々である。相談したかったができなかったアンメットニーズがあり、利用可能な制度や相談機関が周知または活用されていない可能性がある。
- AYA世代の終末期がん患者が在宅療養において利用できる支援制度が限られているが、実態等が明らかではない。

提言

- 国及び地方公共団体は、医療従事者と教育関係者との連携に努めるとともに、療養中に適切な教育を受けることのできる環境の整備、就学・復学支援等の体制整備を行う。また情報技術（ICT)を活用した遠隔教育について、実態を把握した上で課題等を明らかにし、一層の推進を行う。
- 国は、晩期合併症などに対する長期フォローアップや移行期支援など、ライフステージに応じて、成人診療科と連携した切れ目のない相談支援体制が構築できるよう、医療・支援のあり方について検討を行う。
- 国は、がん経験者の就労における課題を踏まえ、ハローワークや地域若者サポートステーション等を含む就労支援に関係する機関や患者団体との連携を強化する。
- 国は、小児・AYA世代のがん患者の療養環境における課題について実態把握を行い、緩和ケア提供体制や在宅療養環境等の体制整備について検討を行う。330

5．ライフステージに応じたがん対策について

高齢がん患者の支援について

現状と課題

- 高齢者の特徴として認知機能低下により、身体症状や意思決定能力、治療のアドヒアランス、有害事象の管理などに影響を及ぼす可能性があることや、認知症の進行により日常生活における支援が必要となるなど、身体的な状況や社会的背景などに様々な配慮をしていく必要がある。
- 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48.7%であった。特に高齢がん患者については、認知症の発症や家族による介護の必要性など、家族の負担が大きくなることから、家族等に対する早期からの情報提供・相談支援体制が必要である。
- 第３期においては、中間評価指標がなく十分な評価ができていない。多様な高齢がん患者の療養生活を支えるための対策が必要である。

提言

- 拠点病院等は、高齢がん患者を支援するために、地域包括ケアシステムの中で地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護を担う機関、関係団体、自治体等と連携し、患者、家族等の療養生活を支えるための体制を整備するとともに、地域の課題について検討を行う。
- 国は、高齢がんサバイバーのQOL向上を目指し、患者を含むサバイバーが抱える課題について実態調査を行い、長期で生じる有害事象などに対応ができるよう患者の健康管理や、地域における療養状況、再発・二次がん、他併存疾病へのフォローアップなど、その方策について検討を行う。

第84回がん対策推進協議会	資料２
令和４年10月27日	

高等学校段階の病気療養中等の生徒に対するICTを活用した遠隔教育の調査研究事業について

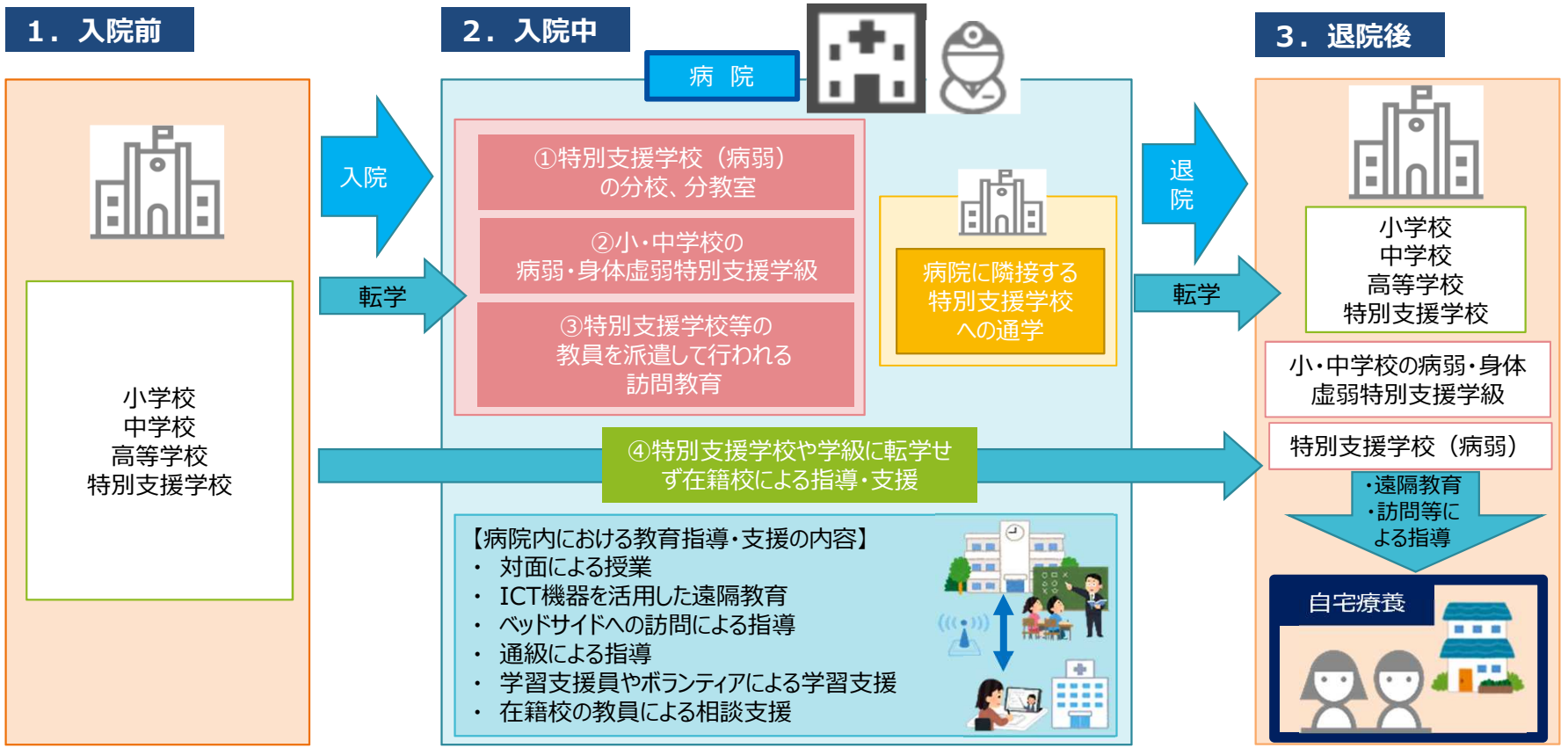
文部科学省
MEXT
MINISTRY OF EDUCATION, CULTURE, SPORTS, SCIENCE AND TECHNOLOGY-JAPAN

初等中等教育局特別支援教育課

病気療養中の児童生徒の学びの場（イメージ）

概　要

- 病気等により病院に入院している児童生徒に対しては、病院内において多様な教育の場が提供されている。
- 特別支援学校（病弱）の分校・分教室や小中学校の特別支援学級（病弱）に転学したり、転学をせずに在籍している学校の教員による指導や支援を受けたりすることができる。
- これら学びの場においては、対面による授業やＩＣＴ機器を活用した遠隔教育、ベッドサイドへの訪問による指導などが行われている。
- 学習支援として、学習支援員やボランティアを活用している場合もある。
- 退院後に自宅療養をする場合であっても、訪問による指導やＩＣＴ機器を活用した遠隔教育を受けることができる。



がん患者等の教育支援に係る主な施策の経緯

平成6年12月	「病気療養児の教育について」 （旧：文部省初等中等教育局長通知）
平成19年4月	「学校教育法」における特別支援教育の位置づけ
平成24年6月	「第２期がん対策推進基本計画」閣議決定 小児がん拠点病院の指定
平成25年3月	「病気療養児に対する教育の充実について」 （文部科学省初等中等教育局特別支援教育課長通知）
平成28～30年度	入院児童生徒等への教育保障体制整備事業（文部科学省）
平成30年3月	「第３期がん対策推進基本計画」閣議決定 ライフステージに応じたがん対策として教育支援の取組推進
令和元年～ 令和2年度	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（文部科学省）
令和3年度～	ICTを活用した障害のある児童生徒等に対する指導の充実（文部科学省）

高等学校段階の病気療養中等の生徒に対するICTを活用した遠隔教育

ICTを活用した障害のある児童生徒等に対する指導の充実

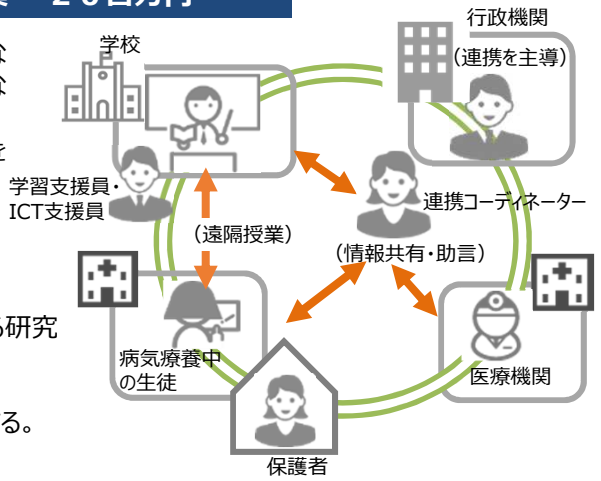
背景 ICTを活用した障害のある児童生徒等に配慮した効果的な指導法の確立が求められている。また、感染症対策で登校できない、あるいは、病気療養中の児童生徒等に対する遠隔指導による学習の保障や、働き方が大きく変化している現状を踏まえた進路選択を想定した指導・支援が重要になってきている。

高等学校段階の病気療養中等の生徒に対するICTを活用した遠隔教育の調査研究事業　２０百万円

小・中学校の義務教育段階に比べ、これまで十分な教育機会の確保や復学支援がなされてこなかった、高等学校段階における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活用方法等の研究を実施。

※　長期入院又は入退院を繰り返す生徒、退院後も引き続き治療継続のため通学が困難で自宅療養をせざるを得ない生徒等

① 病気療養中の生徒の教育機会や復学支援に関する実態調査
（ＩＣＴ機器の整備状況、通信環境等）
② 保護者・医療機関・教育機関等の連携による遠隔教育の教育環境整備に関する研究
③ 遠隔教育時の教師の派遣や学習支援員の配置等による遠隔教育の効果的な活用方法に関する研究
④ 学習状況の確認方法、単位認定及び評価等に関する研究



成果　調査研究事業の実績を踏まえ、優良事例集やマニュアルを作成し、他自治体に周知する。

対象校種	高等学校、特別支援学校(高等部)	委託先	教育委員会	箇所数、単価、期間	5箇所、400万円/箇所、2年	委託対象経費	研究事業の実施に必要な経費（謝金、委員等旅費、消耗品費等）

（委託先）北海道教育委員会、宮城県教育委員会、栃木県教育委員会、神奈川県教育委員会、長野県教育員会、京都市教育委員会

高等学校段階の病気療養中等の生徒に対するICTを活用した遠隔教育の調査研究事業の取り組み状況について（令和３・４年度）

文部科学省

- ●中間成果報告会の実施（令和４年1月）
  - 受託自治体の報告による取組や知見の共有、医療関係及び教育関係の有識者からの助言等を通じた次年度に向けた取組の改善
  - 教育委員会のみならず学校・医療・福祉関係者に対し、高等学校段階における入院生徒に対する教育保障について理解を促す
- ●令和3年度の成果報告書をHPに掲載（令和4年8月）





北海道教育委員会成果報告

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

趣 旨

高等学校段階における入院生徒（以下、「入院生徒」という。）に対する教育の機会を確保するため、ICT機器や特別支援学校のセンター的機能を活用して、本道の状況に応じた教育保障体制の整備に努める。

目 的

(1) ICT機器を活用した授業の実施等により、入院生徒に対する、入院から自宅療養、復学までの単認定等を含めた切れ目のない教育保障体制の整備を図る。
(2) 特別支援学校のセンター的機能の活用による、病弱教育の専門性を生かした在籍高等学校への助言及び入院生徒への教育相談実施体制の整備を図る。

「高等学校段階における入院生徒に対する教育保障体制検討会議」

【目的】
本道の高等学校段階における入院生徒に対する教育保障体制の在り方及び本事業の効果的な推進について検討

【構成員】

有識者（大学教員等）
関係団体(難病連、当事者・保護者団体等)
医療機関（協力病院医師等）
高等学校等
特別支援学校
道保健福祉部
道教委

会議の開催

専門的な見地からの助言

北海道教育庁　高校教育課・特別支援教育課

○ 単位認定・復学に向けた支援の在り方に関する検討（高校教育課）
○ 病院への訪問教育の在り方に関する検討（特別支援教育課）

○ タブレット・Wi－Fiルーターの貸与等

研究協力校
（病弱訪問を実施している特別支援学校）

センター的機能の活用
○ 病弱教育に関する理解啓発
○ 遠隔教育実施に向けた調整

研究推進校
（入院生徒が在籍している高等学校）

○ 教育支援実施に関する要望

○ 希望する生徒に対する教育相談の実施

○ 「同時双方向」又は「オンディマンド配信」による教育支援

協力病院　入院生徒が入院している病院
札幌北楡病院　札幌厚生病院
札幌医大病院　北大病院

退院

自宅

普 及

○入院生徒に対する教育保障に関する専用ウェブページの開設
○取組事例や研究成果をまとめたリーフレットの配布
○入院生徒に対する教育保障に関するシンポジウムの開催

6

令和３年度「高等学校段階の病気療養中等の生徒に対するICTを活用した遠隔教育の調査研究事業　成果報告書（概要版）

北海道教育委員会

１　背景・目的

○　高等学校における、入院、自宅療養時等の単位認定、復学の在り方の検討及び構築
○　遠隔機器を利用した同時双方向型、オンデマンド型の授業配信を活用した、入院生徒等に対する、入院から自宅療養、復学までの切れ目のない教育保障体制の整備
○　特別支援学校のセンター的機能の活用による、病弱教育の専門性を生かした在籍高校への助言及び入院生徒等への教育相談実施体制の整備

２　事業の内容及び成果

ＩＣＴを活用した遠隔教育（同時双方向型・オンデマンド型）

入院生徒及び在籍高校の双方にタブレット端末や、モバイルWi-Fiルーター等を貸与して、授業を遠隔配信したり、授業を録画して、入院生徒が、体調のよいときに視聴して学習できるよう、支援を行いました。




教員から入院生徒への授業配信の様子

◆推進校における教育保障の実施内容及び成果等

主な教育保障の実施内容	生徒の取組	主な成果等
・Google Meetを活用した同時双方向型の授業 ・Googleドライブを活用したオンデマンド学習 ・学習課題の配付 ・学習日誌の活用	・在籍クラスの時間割に合わせて同時双方向で遠隔授業を受講 ・治療内容や体調不良により遠隔授業に欠席する場合は録画した授業を、学習内容の定着を図るためのオンデマンド教材として活用	・本事業により、休学や転学以外の選択肢が増え、入院生徒のモチベーションが向上 ・オンライン学習における授業方法や機器の対応等について全教員で共通理解を図ったことで、ＩＣＴに関するスキルが向上

◆本事業を活用した生徒の声

・クラスの学習の進度を把握して、体力と相談しながら、自分のペースで学ぶことができたのでよかったです。
・入院中、同級生とオンラインでコミュニケーションを取れたことが、闘病、学習、進級に取り組むための、モチベーションの向上につながりました。
・本事業について知る機会を得たことや、学校や病院など周りの方々が理解をしてサポートしてくれたおかげで、治療をしながらも学習することができました。学習課題に取り組み、同級生と一緒に卒業することが、恩返しだと思っています。ありがとうございました。



教室と入院生徒を結ぶ授業配信の様子

事業周知リーフレット（高校、市町村教育委員会等に配布）

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

～入院・自宅療養中の高校生の学びを支援します～

入院生徒への支援

北海道教育委員会では、令和２年度から文部科学省の委託を受け、入院・自宅療養中の高校生に対する教育保障に取り組んでいます。

①同時双方向型オンライン授業
タブレット等を使用して、学校の授業がリアルタイムに配信され、授業へ参加することができます。

②オンデマンド（録画）教材による学習支援
授業の録画や学校が用意した動画教材等を視聴して、自分のペースで学習に取り組むことができます。

③特別支援学校教諭による教育相談
希望者は、病弱教育の専門スキルを持った特別支援学校教諭による教育相談を受けることができます。



手続きの流れ

入院生徒・保護者
相談 ↓　↑ 相談
在籍高校　協力病院
申請 ↓
北海道教育委員会

協力病院
札幌北楡病院　札幌厚生病院　北大病院　札幌医大病院

留意事項

・平成27年の学校教育法施行規則の改正により、高等学校において、インターネット等のメディアを利用して、同時双方向で行う授業が実施できることになりました。
・インターネット等のメディアを利用して行う授業では、教科・科目に応じて一定時間数の対面授業を受ける必要があります。
・オンデマンド（録画）型授業による学習を、授業の出席と扱うためには、高校が文部科学大臣の指定を受ける必要があります。
・本事業は、単位の認定や進級、卒業を保障するものではありません。



【問い合わせ先】　北海道教育庁高校教育課　高校教育指導係
〒060-8544　札幌市中央区北３条西７丁目
TEL　011-204-5764　FAX　011-232-1108
E-Mail　kyoiku.kokyo1@pref.hokkaido.lg.jp
URL　http://www.dokyoi.pref.hokkaido.lg.jp/hk/kkl/nyuinseito.htm

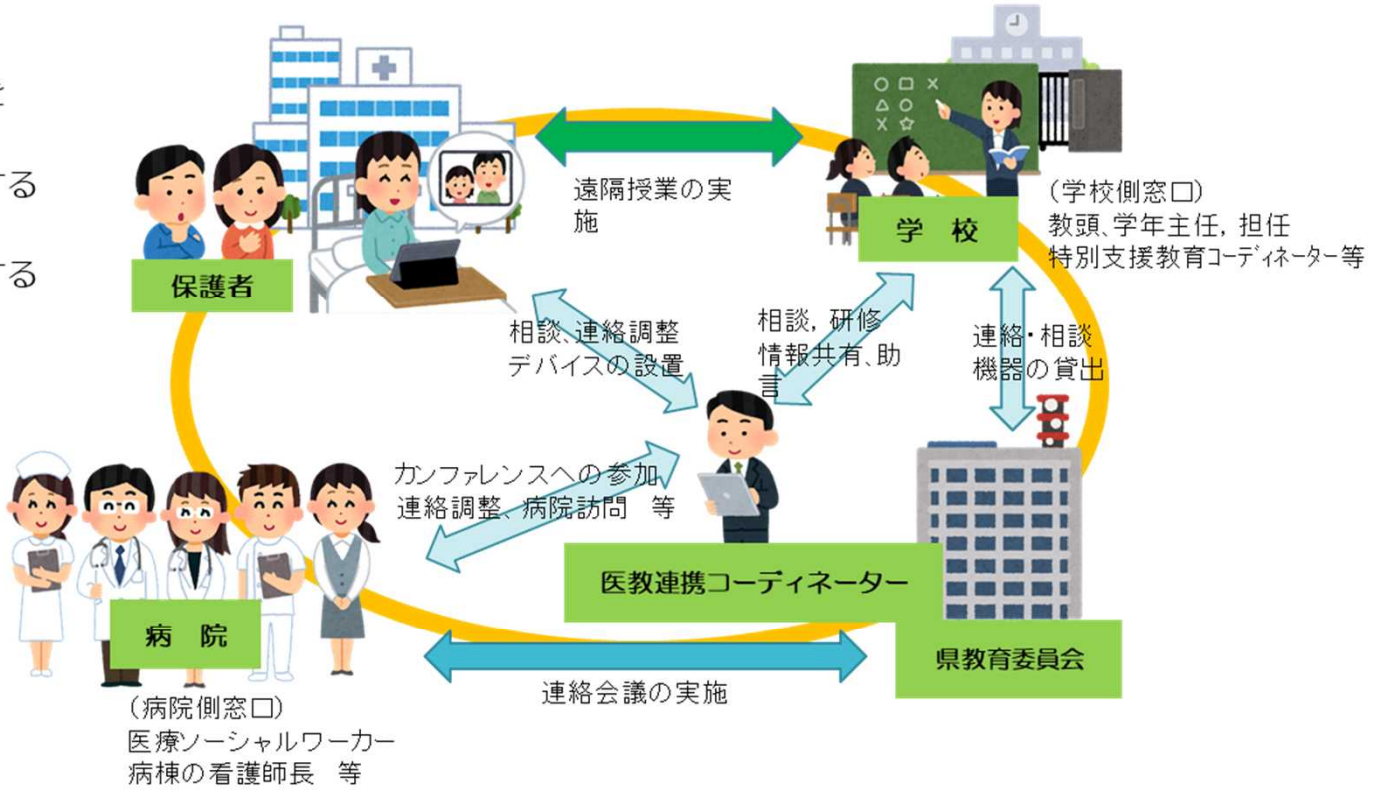
宮城県教育委員会成果報告

令和３年度「高等学校段階の病気療養中等の生徒に対するICTを活用した遠隔教育の調査研究事業
宮城県教育委員会

病気療養中等の生徒が治療を受けながら学業を継続できるよう、入院中や退院後の自宅療養中における教育支援の環境を整備にし、学校、医療機関及び教育委員会の関係機関が連携して、ＩＣＴを活用した効果的な遠隔教育の活用方法等を始め、教育の保障の在り方について調査研究を実施。

（調査研究の内容）
○医教連携コーディネーターを活用した病院と学校の連携
○同時双方向型遠隔授業に関する環境整備
○同時双方向型遠隔授業に関するデバイス整備と活用
○実態調査及び事業の周知
○学校等への理解啓発

（学習支援の実施）
○Google Workspace for Education （Classroom）の活用
○テレプレゼンスロボット（Kubi）の活用



宮城県では、入院中の高校生に対する教育機会を継続的に保障するため、医療機関と教育機関をつなぎ、連携をコーディネートする「医教連携コーディネーター」を配置。生徒が入院している病院と学校の連携、ＩＣＴを活用した学習支援を実施するための環境整備及び支援の実践を積み重ねるとともに、支援の重要性について高等学校及び病院関係者に理解啓発を図る。

令和３年度「高等学校段階の病気療養中等の生徒に対するICTを活用した遠隔教育の調査研究事業
宮城県教育委員会

入院生徒に対する教育機会を継続的に保障していくため、医療機関と教育機関をつなぎ、連携をコーディネートする役割が必要であることから、本県では医教連携コーディネーターを配置して2年目となる。医教連携コーディネーターは、対象生徒の入院している病院と学校の連携、ＩＣＴを活用した学習支援を実施するための環境整備及び支援の実践を積み重ねるとともに、支援の重要性について高等学校及び病院関係者に理解啓発を図る。

医教連携コーディネーター



入院先



入院先窓口：医療ソーシャルワーカーや
病棟の看護師長　等

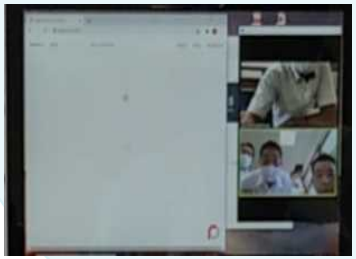




学校



学校窓口：教頭、学年主任、担任、特別
支援教育コーディネーター　等





県教委PC・学校のタブレット等
病院の回線を使用※入院先の環境による

同時双方向遠隔
授業の実施
GoogleClassroo
mの活用







テレプレゼンスロボット
「Ｋｕｂｉ（クビ）」

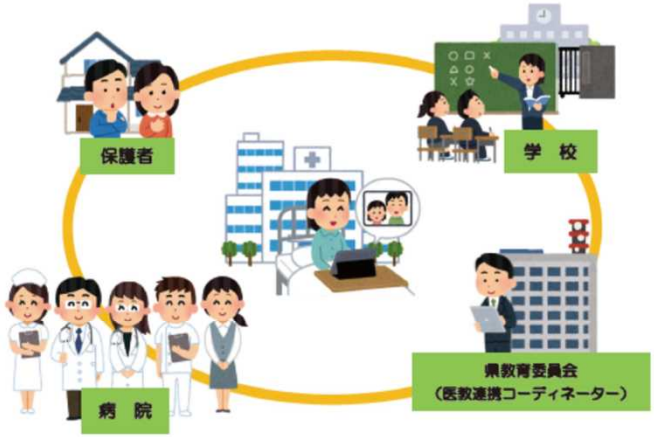
カンファ参加
連絡調整
病院訪問　等

相談、研修
デバイスの設置
接続テスト　等

「入院している高校生に対する学習支援」リーフレット（病院、高校、特別支援学校に配布）

入院している高校生への学習支援

～入院・自宅療養中の高校生の学びをサポートします～



高校生の中には，長期間入院する生徒や病状に応じて短期入院を繰り返す生徒，退院後も引き続き治療や生活規制のため，自宅療養が必要な生徒もいます。宮城県教育委員会では，病気療養中等の生徒に対して，医療機関と連携しながら在籍校と相談のうえ，カンファレンスの実施や，ＩＣＴを活用した遠隔授業を行うなど，それぞれの状況に応じた学習機会の確保や復学に向けた支援を行っています。

宮城県教育委員会

病気で入院している高校生の状況



病気で入院している高校生は，自分の病気や体調，治療等についての不安から，心理的に不安定になることがあります。入院が長期にわたる場合，「学校を離れることで学習が遅れるのではないか」，「自分の存在を忘れられてしまうのではないか」，「休学や退学をしなければならないのではないか」などの様々な不安を抱えることもあります。

そのような高校生にとって，入院中や自宅療養中であっても，学校とつながりを持ち，学習を継続できることが，大きな意味を持つことになります。

入院している高校生への学習支援

入院やその後の自宅療養のため，学校で授業を受けることができない高校生に対して，必要な学習を途切れなく受けることができるよう，学校と病院，教育委員会が連携を図りながら，ＩＣＴ等を活用して学習支援を行います。

○同時双方向型遠隔授業

ＩＣＴを利用して，学校の授業がリアルタイムに配信され，病室から授業に参加することができます。教室で授業を受けているクラス
が可能です。



同時双方向型遠隔授業

インターネットで学校と病院をつなぎ，授業に参加します。

高校においては，入院している生徒の健康面や安全
学習支援を検討し，実施します。

入院している生徒は，同時双方向型遠隔授業等の学
交流したり，教室の様子を見ながら授業を受けたりす
とのつながりを感じ，治療にも意欲的に立ち向かうこ

※同時双方向型の配信授業を視聴し参加することによって，出席
ただし，同時双方向型遠隔授業による学習を出席として扱うた
間の対面による授業を受けることが必要となります。

※入院中や療養中の治療の状況により，同時双方向型遠隔授業の
で指導したり，プリントによる学習課題を提供したりするなど

同時双方向型遠隔授業の様子

ＩＣＴ（タブレット端末やインターネット，テレプレゼンスロボット等）を活用した支援を行います。

タブレット端末等を活用して，リアルタイムで学校の授業を受けたり，先生から課題を受け取ったりして学習に取り組んでいます。



（写真提供：東北大学病院）

東北大学病院では，高校生が学習するための「AYAスペース」があり，同じ境遇の患者さんと一緒に学習することができます。



教室間にテレプレゼンスロボット「Kaki」を設置して，病室から遠隔操作，教室の見たいところを見ることができます。

学習支援が行われた事例から

【入院中に学習支援を経験したAさんから，現在入院している高校生へのメッセージ】

「勉強とかその他のことで焦ったり悩んだりするかもしれないけどあきらめないこと！！最後までやってみなきゃわかんない。何でも『あー自分は○○だからできない，○○だから仕方ない』とかじゃなくて，『○○だけどやってみたい。挑戦する権利はある』っていう前向きな気持ちでいくこと，みんなより不利な分，気持ちで勝てばいい。

ただ必死にもがいてがんばれば，道は開けてくるしチャンスがふってくるから。何でも，諦めず，最後まで，必死にがんばってください。」

【入院していた高校生Bさんに寄り添う医療ソーシャルワーカーから】

「やっと（自分の居場所に）戻ることができます。」Bさんは，高校入学と同時に入院したため，校舎に入ることもできず，入学式や学級開きにも参加できませんでした。同じようなこれまでのケースでは，「学校に行くのが不安だ」という生徒がほとんどでした。

学習支援というと「勉強」にフォーカスされがちですが，この事例は「安心して学校に戻る・通うことができる」ためには，オンラインによる友達とのふれ合いや，おしゃべりなどが非常に重要であることを物語っています。学級担任の先生はじめ，友達のあたたかな言葉が力や気遣いが，Bさんのつらい治療や孤独な学習のモチベーションになっていました。

同時双方向型遠隔授業に関する制度について

○　入院している高校生に対する教育保障は，全国的に課題とされており，平成２５年度に実施された文部科学省の調査では，長期入院をした高校生の約７０％が入院中に学習支援を受けることができていないことが分かっています。

○　そのような状況に対して，教育支援を受けることができ，進級・単位認定ができるよう，制度の見直しが図られ，要件緩和等が進んでいます。

□平成２７年（学校教育法施行規則改正）
　遠隔教育の制度化（メディアを活用した同時双方向型遠隔授業が正規の授業に。）
□令和元年　（文部科学省通知）
　受信側の教員の配置要件の緩和（病室等への当該高等学校の教員の配置は必ずしも要しない。）
□令和２年　（学校教育法施行規則改正）
　修得単位数等の上限（３６単位）の算定を緩和

ICTを活用した障害のある児童生徒等に対する指導の充実

令和5年度要求・要望額　144百万円
（前年度予算額　128百万円）

文部科学省

背景

ICTを活用した障害のある児童生徒等に配慮した効果的な指導法の確立が求められている。また、感染症対策で登校できない、あるいは、病気療養中の児童生徒等に対する遠隔指導による学習の保障や、働き方が大きく変化している現状を踏まえた進路選択を想定した指導・支援が重要になってきている。

※事業開始年度：令和３年度

事業内容

１．文部科学省著作教科書のデジタルデータを活用した指導の実践研究

１０５百万円（８３百万円）

○文部科学省著作教科書（特別支援学校用）のデジタルデータについて関連するアプリなどデジタル教材を開発・活用しつつ、障害の特性に応じた効果的な指導の在り方について研究を実施する。

- 委託先:教育委員会、大学、民間団体
- 委託期間：2年間（2年目）
- 件数・単価：5箇所×21百万円

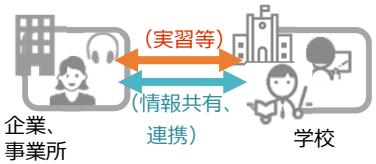


２．企業等と連携したICT人材育成のための指導の在り方に関する調査研究

９百万円（新規）

○企業等と連携して、将来の職業生活において求められるICT活用に係る知識や技能等を習得するために必要な指導方法、教材・コンテンツ等の開発を行い、効果的な指導の在り方について研究する。

- 委託先:都道府県教育委員会
- 委託期間：2年間（1年目）
- 件数・単価：3箇所×3百万円



３．病気療養中等の児童生徒に対するオンデマンド型の授業に係る調査研究

２６百万円（新規）

○病気療養中等の児童生徒（※）に対するオンデマンド型の授業について、実施方法や評価方法等に関する調査研究を実施

※疾病による療養のため又は障害のため、病院や自宅等において相当の期間学校を欠席している児童生徒

- 委託先:教育委員会、民間事業者
- 委託期間：2年間（1年目）
- 件数・単価：１０箇所×２百万円
- 研究費：６００万円



アウトプット（活動目標）	アウトカム（成果目標）	インパクト（国民・社会への影響）
ICTを活用した指導・支援の手法・知見の獲得	・モデル事例の周知による他自治体の取組促進 ・ICT活用の充実（デジタル教科書等の普及、ICT関係の就職増、病気療養中等の児童生徒に対するオンデマンド型の授業の実施増）	全ての児童生徒の学びが保障され、障害の有無に関係なくその能力を発揮できる共生社会の実現

参考資料

高等学校・特別支援学校高等部における遠隔教育の経緯

文部科学省

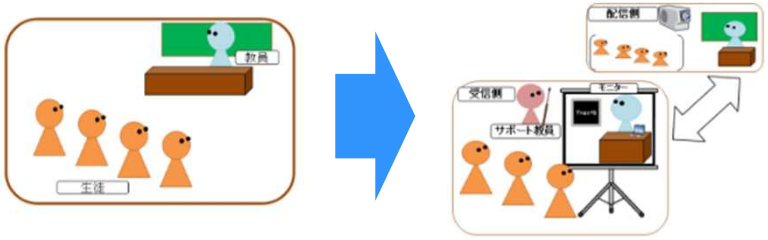
平成27年4月、学校教育法施行規則の改正等により、高等学校・特別支援学校高等部の遠隔教育を制度化。

① メディアを利用して行う授業（同時双方向型）の制度化　【全ての高等学校・特別支援学校高等部】
多様なメディアを高度に利用して、当該授業を行う教室等以外の場所で履修させる授業（メディアを利用して行う授業）を、授業の形態の一つとして、学校教育法施行規則に位置づけ

② オンデマンド型教育の特例の創設　【文部科学大臣の指定を受けた高等学校のみ】
文部科学大臣の指定を受けた高等学校において、療養中等のために通学し教育を受けることが困難な生徒に対し、特別な教育課程の編成を可能とし、オンデマンド型（一方向・非同期型）の授業も実施できることとする特例制度を創設

③ 訪問教育における遠隔教育の導入　【特別支援学校高等部のみ】
療養中及び訪問教育の対象である生徒にする「通信により行う教育」の手法として、従来の添削指導及び面接指導に加え、メディア授業（同時双方向型）及びオンデマンド型の授業を新たに追加

① メディアを利用して行う授業（同時双方向型）の制度化

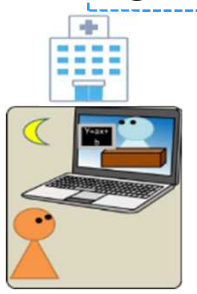


※全日制・定時制課程における遠隔授業については、担当教諭の指導の下で行う場合を除き、原則認められていなかった

○ 74単位のうち、36単位を上限（制定当初）
※ただし、科目ごとに、一部、直接対面による授業を行う
※ 特別支援学校において、修了要件が異なる場合は、その1／2未満までを上限（制定当初）

○ 配信側教員は、担当教科の免許保持者かつ受信側高校に属する教員
※受信側は、原則として当該高校の教員（担当教科外でも可）の立会いの下で実施

② オンデマンド型教育の特例の創設



○ 通信の方法を用いた教育（オンデマンド型を含む）により、36単位を上限（制定当初）として単位認定を行うことが可能
○ 対象は、疾病による療養又は障害のため通学して教育を受けることが困難な生徒のみ
※不登校生徒を対象とした既存の特例の対象を拡大するもの

③ 訪問教育における遠隔教育の導入

○ 修了要件のうち、1／2未満までを上限（制定当初）
※ただし、科目ごとに、一部、直接対面による授業を行う



○ 対象は、療養中及び訪問教育を受ける生徒のみ
○ 同時双方向型、オンデマンド型ともに実施可能

※同時双方向型：学校から離れた空間へ、インターネット等のメディアを利用して、リアルタイムで授業配信を行うとともに、質疑応答等の双方向のやりとりを行うことが可能な方式
※オンデマンド型：別の空間・時間で事前に収録された授業を、学校から離れた空間で、インターネット等のメディアを利用して配信を行うことにより、視聴したい時間に受講をすることが可能な方式

高等学校段階の病気療養中等の生徒に対する、遠隔教育（メディアを利用して行う授業）の要件緩和について

文部科学省

新時代の学びを支える先端技術活用推進方策（最終まとめ）（令和元年６月）

【取り組むべき施策】
高等学校段階の病気療養中等の生徒に対する遠隔教育の要件（受信側の教員の配置要件や単位修得数等の上限）を緩和。

遠隔教育（メディアを利用して行う授業※）の要件・留意事項

●対面による授業の実施
教科・科目等の特質に応じ、対面により行う授業を相当の時間数行うこと。
（27年告示第92号）

●単位修得数等の上限
全課程の修了要件として修得すべき**74単位のうち、36単位を超えないもの**とすること。
※特別支援学校高等部において、修了要件が異なる場合は、その１／２未満までを上限とすること。
（学校教育法施行規則第96条第２項、第135条第２項）

●受信側の教員配置
原則として当該高等学校等の教員を配置
（当該教科の免許保有者以外でも可）
（27年施行通知）

●配信側の教員配置
高等学校教諭等の身分を有する当該教科の免許保有者
（27年施行通知）

病気療養中等の生徒に対する特例

●単位修得数等の上限の緩和
令和２年４月、学校教育法施行規則改正

病気療養中等の生徒の教育機会を確保する観点から、**上限を超える単位修得等を認める。**
※訪問教育において、メディアを利用して行う授業を実施する場合も上限を超える単位修得数等を認める。

●受信側の教員の配置要件の緩和
令和元年11月通知

受信側の病室等に当該高等学校等の教員を配置することは必ずしも要しない。ただし、以下の点に留意すること。

◆当該高等学校等と保護者が連携・協力し、当該生徒の状態等を踏まえ、**体調の管理や緊急時に適切な対応を行うことができる体制を整えること。**
◆配信側の教員は、受信側の病室等で当該対応を行う者と連携・協力し、**当該生徒の日々の様子及び体調の変化を確認すること。**



※メディアを利用して行う授業：同時双方向型（学校から離れた空間へ、インターネット等のメディアを利用して、リアルタイムで授業配信を行うとともに、質疑応答等の双方向のやりとりを行うことが可能な方式）の授業であって、対面により行う授業に相当する教育効果を有すると認めたもの。

第84回がん対策推進協議会	資料８
令和４年10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

「がんとの共生」分野に係る がん対策推進基本計画の見直しについて

厚生労働省

健康局　がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

緩和ケア

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

がん等における新たな緩和ケア研修等事業

事業の概要

- がん対策基本法第17条に、「がん患者の状況に応じて緩和ケアが診断の時から適切に提供されるようにすること」、「医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保すること」等のために必要な施策を講ずることと規定され、また、「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」等では、がん患者以外の患者にも緩和ケアが必要であるとの指摘があった。
- このようなことから、がんその他の特定の疾病において、適切に緩和ケアが提供されるように、**「e-learning」と「集合研修」の双方により構成された緩和ケア研修会を開催し**、**がん等の緩和ケアの底上げ・充実を図るとともに、がんの緩和ケアに関する普及啓発を行う。**

緩和ケア研修

- すべての医療従事者が身につけるべき基本的な緩和ケア研修の開催
- 緩和ケア研修会における受講者の管理
- 座学部分におけるe-learningを用いた研修会の運営支援





指導者の育成

集合研修において講師及び企画・運営を務めることができる能力を有する指導者の育成



普及啓発

緩和ケアに関する正しい知識やその必要性等に関する普及啓発





348

（特定非営利活動法人 日本緩和医療学会への委託事業）

「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会」の概要

1　背景

平成28年12月にがん対策基本法（平成18年法律第98号）が改正され、緩和ケアについて定義された。また、「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」では、がん以外の患者に対する緩和ケアや医師・歯科医師以外の医療従事者を対象とすることが必要との指摘があったこと等から、がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会を実施する。

2　目的

基本的な緩和ケアについて正しく理解し、緩和ケアに関する知識、技術、態度を修得することで、緩和ケアが診断の時から、適切に提供されることを目的とする。

3　研修対象者

- がん等の診療に携わる全ての医師・歯科医師
  - がん診療連携拠点病院等で働く者
  - がん診療連携拠点病院と連携する在宅療養支援診療所・病院、緩和ケア病棟を有する病院で働く者
- 緩和ケアに従事するその他の医療従事者

4　研修会の構成

- 「e-learning」＋「集合研修」





5　研修会の内容

ⅰ）必修科目

患者の視点を取り入れた全人的な緩和ケア／苦痛のスクリーニングと、その結果に応じた症状緩和及び専門的な緩和ケアへのつなぎ方／がん疼痛の評価や具体的なマネジメント方法／呼吸困難・消化器症状・不安・抑うつ・せん妄等に対する緩和ケア／コミュニケーション／療養場所の選択、地域における連携、在宅における緩和ケア／アドバンス・ケア・プランニングや家族、遺族へのケア

ⅱ）選択科目

がん以外に対する緩和ケア／疼痛・呼吸困難・消化器症状以外の身体的苦痛に対する緩和ケア／不安・抑うつ・せん妄以外の精神心理的苦痛に対する緩和ケア／緩和的放射線治療や神経ブロック等による症状緩和／社会的苦痛に対する緩和ケア

緩和ケア推進事業（緩和ケアセンターの整備）



がん診療連携拠点病院　等

緩和ケアセンター

- 緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等を有機的に統合
- 専門的緩和ケアを提供する院内拠点組織の整備

緩和ケアチームを軸とした多職種による人員の適正配置

構成
- センター長
- ジェネラルマネージャー
- 身体症状担当医師
- 精神症状担当医師
- 緩和ケア関連認定看護師
- 緩和薬物療法認定薬剤師
- 相談支援に携わる者
- 歯科医師
- 医療心理に携わる者
- 理学療法士
- 管理栄養士
- 歯科衛生士　等

緩和ケア提供における院内機能の強化

機能
- ○緩和ケアチームや緩和ケア外来の運営
- ○緊急緩和ケア病床における症状緩和
- ○がん看護カウンセリング（がん看護外来）
- ○外来や病棟看護師等との看護カンファレンス
- ○診療従事者に対する院内研修会等の運営
- ○緩和ケアセンターの運営に関するカンファレンスの定期開催

350

管理・運営

外来

緩和ケア外来

・外来において（医師による全人的な緩和ケアを含めた）専門的な緩和ケアの提供

入院

緩和ケアチーム
緩和ケア病棟

・専門的緩和ケアに関するチーム医療の提供（病棟ラウンド、カンファレンス）
・外来看護業務を支援・強化（がん患者カウンセリング）
・がん診療に関するカンファレンスおよび病棟回診に参加

緊急緩和ケア病床

・症状増悪等の対応のための緊急入院体制の整備
・難治性症状への対応　　等



管理・運営



地域

地域緩和ケア連携拠点機能の強化

・地域の医療機関の診療従事者と協働した緩和ケアにおける連携協力に関するカンファレンスの定期開催
・連携協力している医療機関等を対象にした患者の診療情報に係る相談等、いつでも連絡を取れる体制
・患者・家族に対する緩和ケアに関する高次の専門相談支援　　等

連携

在宅緩和ケア

・緊急緩和ケア病床を確保し、かかりつけ医や連携協力リストを作成した在支診等からの緊急受け入れ体制の整備



「緩和ケア」に関する第３期基本計画中間評価について
（第３期がん対策推進基本計画中間評価報告書より抜粋）

（中間評価指標及び指標測定結果）

3011	心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合	2018年度　32.8%		
3012	身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	2018年度 44.6%	2014年度 42.6%	
3013	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	2018年度 38.0%	2014年度 38.5%	
3014	身体的・精神心理的な苦痛により日常生活に支障を来しているがん患者の割合	2018年度　30.8%		
3015	療養生活の最終段階において、身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	2018年度 40.4%（痛み） 47.2%（からだの苦痛）		
3016	療養生活の最終段階において、精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	2018年度　42.3%		
3017	緩和ケア研修修了者数（医師・医師以外）	2021年度 157,715人	2020年度 145,727人	2019年度 139,467人
3018	国民の緩和ケアに関する認識	2019年度 52.2%	2016年度 56.1%	
3019	国民の医療用麻薬に関する認識	2019年度 48.3%	2016年度 52.7%	

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

緩和ケアの提供について、地域の実情や今後のがん診療提供体制のあり方を踏まえ、提供体制やそれらを担う人材のあり方を検討する必要がある。その上で、緩和ケアの質の向上に向けて、専門的な緩和ケアを提供する人材の育成についても検討する必要がある。身体的・精神心理的・社会的苦痛等の緩和、苦痛を感じている患者への相談支援の体制や、緩和ケアに係る国民への普及啓発について、更なる取組の充実が求められており、「がんとの共生のあり方に関する検討会」や「がんの緩和ケアに係る部会」等での議論を踏まえ、今後の取組について、引き続き検討が必要である。

「緩和ケア」分野の見直しの検討の視点①

■ がんとの共生のあり方に関する検討会からの提言並びに第３期中間評価及びこれまでの議論を踏まえ、以下の点について、どのように考えるか。

- 緩和ケアについて、基本的には、引き続き「がんとの共生」分野において記載することとした上で、緩和ケアの提供体制の整備をより一層推進する観点から、「がん医療の充実」分野においても、緩和ケアの提供等に係る記載を加えることとしてはどうか。

- 緩和ケアの一層の充実に向けて、全てのがん患者に対して入院、外来を問わず身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的な問題等の把握及び、それらに対する適切な対応を診断時から一貫して経時的に行われるよう、拠点病院等を中心に地域の実情に応じた取組を進めることとしてはどうか。

- 緩和ケア提供体制の実態把握を進めるため、患者体験調査及び遺族調査等を引き続き実施し、診断時から適切な緩和ケアが提供される提供体制について検討することとしてはどうか。

「緩和ケア」分野の見直しの検討の視点②

■ がんとの共生のあり方に関する検討会からの提言並びに第３期中間評価及びこれまでの議論を踏まえ、以下の点について、どのように考えるか。

- がん医療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを実施でき、その知識や技能を維持・向上できるよう、関係団体等と連携し、緩和ケア研修会の学習内容や、フォローアップ研修等について検討することとしてはどうか。
- 緩和ケアに関する正しい知識やその必要性等を普及させるため、関係学会等と連携し国民に対する普及啓発を引き続き推進することとしてはどうか。
- これまで拠点病院等を中心に取組を進めてきたが、拠点病院等以外の医療機関における緩和ケアの充実の観点から、実態や課題等について把握を行うこととしてはどうか。また、拠点病院等については入院だけでなく外来等における充実に向けた検討を進めることとしてはどうか。
- 評価については、引き続き、患者体験調査、遺族調査等を用いつつ、必要に応じて現況報告書等も活用することとしてはどうか。

2

相談支援及び情報提供

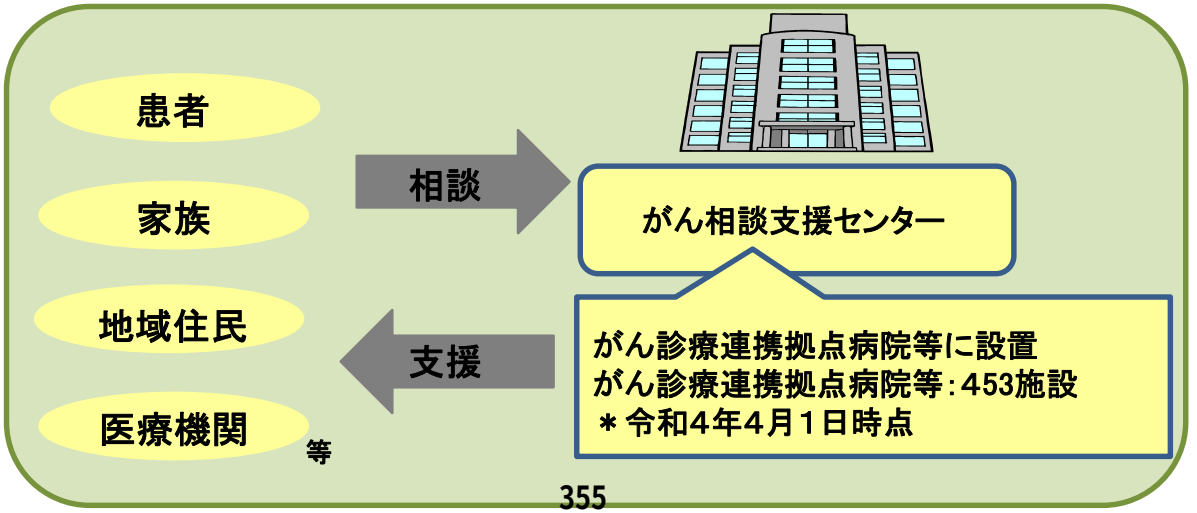
ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

がん相談支援センター（がん診療連携拠点病院等）

○ 全国のがん診療連携拠点病院等に設置されているがんの相談窓口。
○ 院内及び地域の医療従事者の協力を得て、院内外のがん患者や家族、地域の住民及び医療機関等からの相談に対応する。
国立がん研究センターがん対策情報センターによる「相談支援センター相談員研修・基礎研修」(1)～(3) を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者をそれぞれ1人ずつ配置している。
（地域がん診療病院については、１名は(1) (2) を、もう１名は(1)～(3) を修了している者を配置している。）

＜がん相談支援センターの主な業務＞

○ がんの病態や標準的治療法等、がん治療に関する一般的な情報の提供
○ セカンドオピニオンの提示が可能な医師や医療機関の紹介
○ がん患者の療養生活に関する相談
○ 就労に関する相談（産業保健総合支援センターや職業安定所等との効果的な連携による提供が望ましい。）
○ 医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援
○ AYA世代にあるがん患者に対する治療療養や就学、就労支援、生殖医療等に関する相談

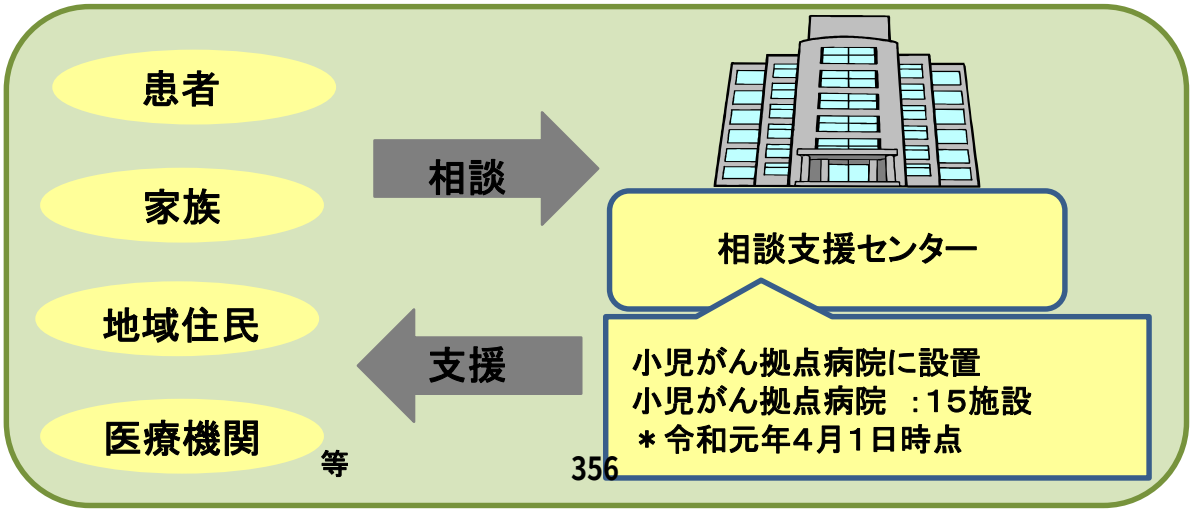


相談支援センター（小児がん拠点病院）

○ 全ての小児がん拠点病院に設置されている小児がんの相談窓口。
○ 院内及び地域の医療従事者の協力を得て、院内外の小児がん患者・AYA世代にある患者及びその家族並びに地域の住民及び医療機関等からの相談に対応する。
○ 国立がん研究センターがん対策情報センターによる「相談支援センター相談員研修・基礎研修」(1) を受講の後、国立成育医療研究センターが実施する「小児がん相談員専門研修」を修了した、小児がん患者及びその家族等の抱える問題に対応できる専任の相談支援に携わる者を1名以上配置している。

＜相談支援センターの主な業務＞

○ 小児がんの病態、標準的治療法等、小児がん治療に関する一般的な情報の提供
○ 小児がん患者の発育及び療養上の相談及び支援
○ 小児がん患者の教育上の相談及び支援
○ 医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援
○ AYA世代にあるがん患者に対する治療や就学、就労支援、生殖医療等に関する相談及び支援（自施設での対応が困難な場合は、がん診療連携拠点病院等の相談支援センター等と連携を図り、適切に対応する）



国立がん研究センター高山智子氏より提供（2022.10.19）

国立がん研究センターで提供している 相談員研修プログラムの提供形式・内容・定員（2022年度）

形式	プログラムカテゴリ	指定要件	主目的	科目数/研修日数	定員
	相談対応の学習の手引き		全相談員が利用できる相談員研修の副読本		–
E-ラーニング	基礎研修(1)(2) (研修修了／知識確認)	○	基礎的知識の習得	22科目	–
	継続研修 (認定取得／認定更新)	–	基礎的知識のアップデート・専門的知識の習得	30科目	–
グループディスカッションを主とした集合研修	基礎研修(3)	○	対象者理解と相談対応の基本 （地域のファシリテータの育成）	2日間	378
	指導者研修	○ 都道府県拠点	地域の研修企画者の養成	4日間	80-100
	指導者等スキルアップ研修	–	地域の研修企画のトピック提供 例：質保証、情報支援等	半日～2日間 (研修毎に異なる)	10-100名 (研修毎に異なる)

：がん診療連携拠点病院等が、整備指針で受講することが示されている研修

国立がん研究センター高山智子氏より提供（2022.10.19）

E-learning研修　2022年度

赤字：2021年度収録/内容確認→2022年度公開
紫字：2020年度収録→2021年度公開
緑字：2019年度収録→2020年度公開

研修名	コース名	構成	コース別科目数	テスト	受講料
基礎研修(1)(2)	**研修修了** ※国指定の現任者のみ対象	緩和ケア／薬物療法／がん検診／がん情報サービスの使い方／ヘルスリテラシー／がんゲノム医療／相談支援／相談対応の質評価／診療ガイドライン・エビデンス／臨床腫瘍学／精神腫瘍学／がん予防／がん対策／社会資源*1／放射線治療／支持療法*2／臨床試験　【基礎科目】	22	なし	無料
	知識確認 ※所属施設問わず	肺がん／胃がん／乳がん／大腸がん／肝胆膵がん　【疾患理解】		あり	有料
継続研修	**認定取得** ※基礎(1)(2)修了者	血液がん／食道がん／婦人科がん／泌尿器がん　【疾患理解】	30	あり	有料
	認定更新 ※認定取得済みの方のみ対象	妊孕性／高齢者とがん／家族ケア／AYA世代とがん　【トピック】	30 ※うち必須9講義（赤字部分）	あり	有料

基礎科目　17科目　疾患理解　9科目　トピック　4科目

*1：就労・関連施策を含む
*2：アピアランスに関連する内容を含む

国立がん研究センター高山智子氏より提供（2022.10.19）

グループディスカッションを主とした研修の2022年度の開催分

研修名	定員	日程数／日数	開催形式	受講料
基礎研修(3)				
国指定コース	378	5日程／2日間	オンライン／グループワーク演習	無料
非拠点コース		5日程／2日間		有料
指導者研修				
指導者	80-100	1日程／4日間*1	オンライン／グループワーク演習	有料
指導者スキルアップ研修				
相談対応のQAを学ぶ	50-100	1日程／1日間	オンライン／グループワーク演習	有料
情報から始まるがん相談支援	50-100	1日程／2日間	オンライン／グループワーク演習	有料
情報支援・相談対応モニタリング	10	1日程／2日間	オンライン／グループワーク演習	有料

*1前期日程（2日間）、後期日程（2日間）に分かれて実施、各都道府県のメンバー3名1組で参加

国立がん研究センター高山智子氏より提供（2022.10.19）

がん相談支援センターと公立図書館との連携による「がん相談支援センター」の周知
～いつでも、どこでも、だれでもが、がんの情報を得られる地域づくりをめざして～

“がん相談の空白をなくしたい”

➔ がん患者の高齢化、家族の高齢化も進む中で地域にある身近な場、**図書館・公民館など、地域の公共施設**の場を活用して、病気になってから初めて訪れる医療機関ではなく、生活の場の中で“がんの情報”を届けていくことは、「がんになっても安心」の社会づくりに有用

- 図書館で、“がんの情報”をわかりやすく設置、がん相談支援センターと連携が始まっている地域もある
- **➔部会や地域ブロックフォーラム、図書館との連携WSの開催**により**好事例の紹介・共有、「がん情報ギフト」の寄贈による情報普及**
  （全国の図書館3,400館（町立590館、村立53館）*）のうち、554館に寄贈



大分県立図書館
エントランスホールで
「出張相談」



大阪府堺市立西図書館
健康・がん情報のコーナー

がん相談支援センターと公立図書館の連携ワークショップ（WS）開催状況

- ■九州・沖縄ブロック　第1弾　H28/1/25
- ■第18回図書館総合展in パシフィコ横浜　H28/11/9
- ■九州・沖縄ブロック　第2弾　H28/11/28（大分）
- ■東北ブロック　H29/1/23(岩手)
- ■東海・北陸ブロック：H29/11/10(金)
- ■中四国ブロック：H30 /12/14
- ■東京地区：H31/2/1
- ■北海道ブロック：R1/9/5(木)
- ■近畿ブロック：R2/10/9（金）オンライン、R2/11～R3/10　オンデマンド配信
- ■図書館総合展：R3/11/13(土)オンライン、R3/11～オンデマンド配信



図書館総合展
R3/11/13(土)
オンライン

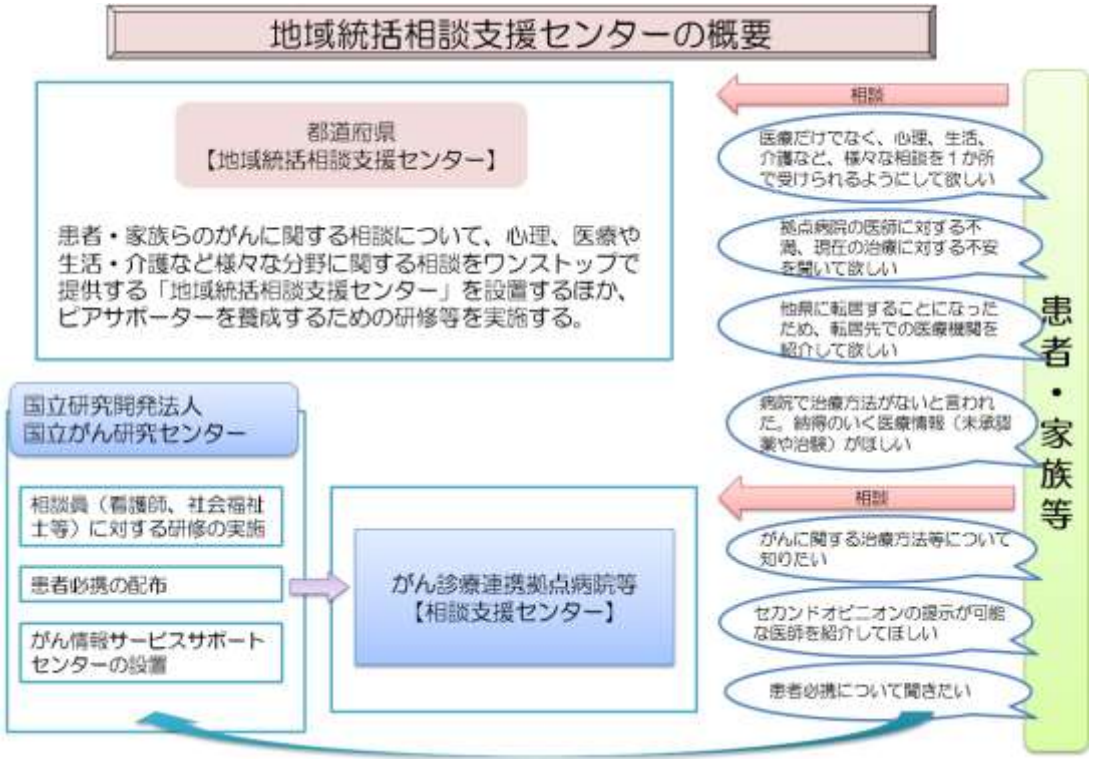
*：文部科学省　令和3年度社会教育調査 https://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa02/shakai/index.htm

地域統括相談支援センターについて

患者・家族らのがんに関する相談について、心理、医療や生活・介護など様々な分野に関する相談をワンストップで提供する体制を支援するもの。

【補助先】都道府県　　【補助率】1/2

【事業内容】ピアサポーターなど様々な分野に関する相談に対応するための相談員の確保及びその研修、
相談内容の分析、がん患者サロンの整備等



361

地域統括相談支援センター等で相談を受ける相談員（ピアサポーター）を養成するために必要なプログラム





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（日本サイコオンコロジー学会委託）

ホームページ　：http://www.peer-spt.org/

がん総合相談に携わる者に対する研修事業

※ピアサポート：がん患者・経験者やその家族がピア（仲間）として体験を共有し、共に考えることで、患者や家族などを支援すること。

1．これまでの取組と現状

平成23～25年度に「がん総合相談に携わる者に対する研修プログラム策定事業」を実施し、ピアサポーターの育成や患者サロン運営のための研修プログラムとテキストを作成。令和元年度から、都道府県からのピアサポーターの養成研修や活用方法等に関する相談対応を実施。

（ピアサポーター研修）



研修テキスト


模擬相談DVD


研修の手引き

（がんサロン研修）







2．事業概要

患者団体及び関係学会と連携し、研修プログラムを改訂するとともに、がん患者・経験者、がん診療連携拠点病院の医療従事者、都道府県担当者に対して、ピアサポートや患者サロンに関する研修を実施する。



（参考）
がん総合相談に携わる者に対する研修事業ＨＰ：http://www.peer-spt.org/
研修会案内ＨＰ：http://www.peer-spt.org/annai/

362

（一般社団法人 日本サイコオンコロジー学会へ委託）

がんに関する情報提供

国立がん研究センターがん対策研究所 がん情報サービス

○ 運営：国立研究開発法人国立がん研究センター がん対策研究所（http://ganjoho.jp）

○ 主な内容
- 各がんの解説、情報提供
- 診断・治療について
- 生活・療養について
- 予防・検診について
- がんの統計
- がん診療連携拠点病院等の検索　　等



日本癌治療学会ホームページ （http://www.jsco.or.jp）

○医療関係者向けとは別に、患者・市民向けのホームページ（「がん治療の案内板」）を運営

○主な内容
- 市民公開講座の案内
- 患者・家族の支援に関するプログラムの案内
- ESMO（ESMO/Anticancer Fund Guides for Patients）診療ガイドラインに基づいた患者向け情報日本語訳版手引きの掲載



「相談支援及び情報提供」に関する第３期基本計画中間評価について（第３期がん対策推進基本計画中間評価報告書より抜粋）

（中間評価指標及び指標測定結果）

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	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	2018年度 成人：48.7%（補正値：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%		
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	2021年度 71.0%	2019年度 71.6%	2018年度 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	2021年度 93コンテンツを更新	2019年度 更新なし	2018年度 ８コンテンツ（音声）を更新

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がん診療連携拠点病院等を中心として、患者と家族への相談支援や情報提供についての体制整備が進められてきているが、あらゆる分野で、がんに係る正しい情報の提供及びがん患者を含めた国民への普及啓発の推進が求められている。「情報の均てん化」に向けて、患者と家族のニーズや課題等を把握した上で更なる活用を進めるとともに、相談支援ネットワーク体制の構築や、より効果的な手法等について検討が必要である。また、ピア・サポーターについては、認知度が低く、改善が必要である。ピア・サポートを含む相談支援や情報提供体制の活用状況の改善について、どのような対策が効果的であるか、「がんとの共生のあり方に関する検討会」での議論も踏まえ、引き続き検討が必要である。

「相談支援及び情報提供」分野の見直しの検討の視点①

■ がんとの共生のあり方に関する検討会からの提言並びに第３期中間評価及びこれまでの議論を踏まえ、以下の点について、どのように考えるか。

- 効率的・効果的な体制を構築する観点から、多様化・複雑化する相談支援のニーズに対応できるよう、質の高い相談支援体制の確保とともに、持続可能な相談支援体制のあり方等について検討することとしてはどうか。
- がん相談支援センターやピア・サポートに関する認知度を向上させるため、拠点病院等を中心に、患者及び家族等へ適時に周知することについて、引き続き取り組むこととしてはどうか。
- 相談支援の質の確保の観点から、これまで取り組んできた、がん相談員研修やピア・サポート育成事業等について、引き続き関係団体等と連携し取り組むこととしてはどうか。
- 必要な患者･家族等へ相談支援体制のアクセス改善の観点から、オンラインなどを活用した体制整備等について検討することとしてはどうか。

「相談支援及び情報提供」分野の見直しの検討の視点②

■ がんとの共生のあり方に関する検討会からの提言並びに第３期中間評価及びこれまでの議論を踏まえ、以下の点について、どのように考えるか。

- 「情報の均てん化」に向けて、患者及び家族等が必要な時に正しい情報を入手し、適切な医療・生活等に関する選択ができるよう、そのニーズや課題等について把握を進め、適切な情報提供のあり方について検討することとしてはどうか。
- 正しい情報提供を推進する観点から、インターネット等を通じて行われる情報提供について、科学的根拠に基づいているとは言えない情報もあることについて国民に注意喚起等を行い、引き続き、国立がん研究センターや関係団体等と連携して正しい情報の普及に取り組むこととしてはどうか。
- 障害等によりコミュニケーションに配慮が必要な者や日本語を母国語としていない者の情報や医療へのアクセスを確保するために、現状及び課題等を把握し、提供体制のあり方について検討することとしてはどうか。
- 評価については、引き続き、患者体験調査等を用いることとしてはどうか。

3

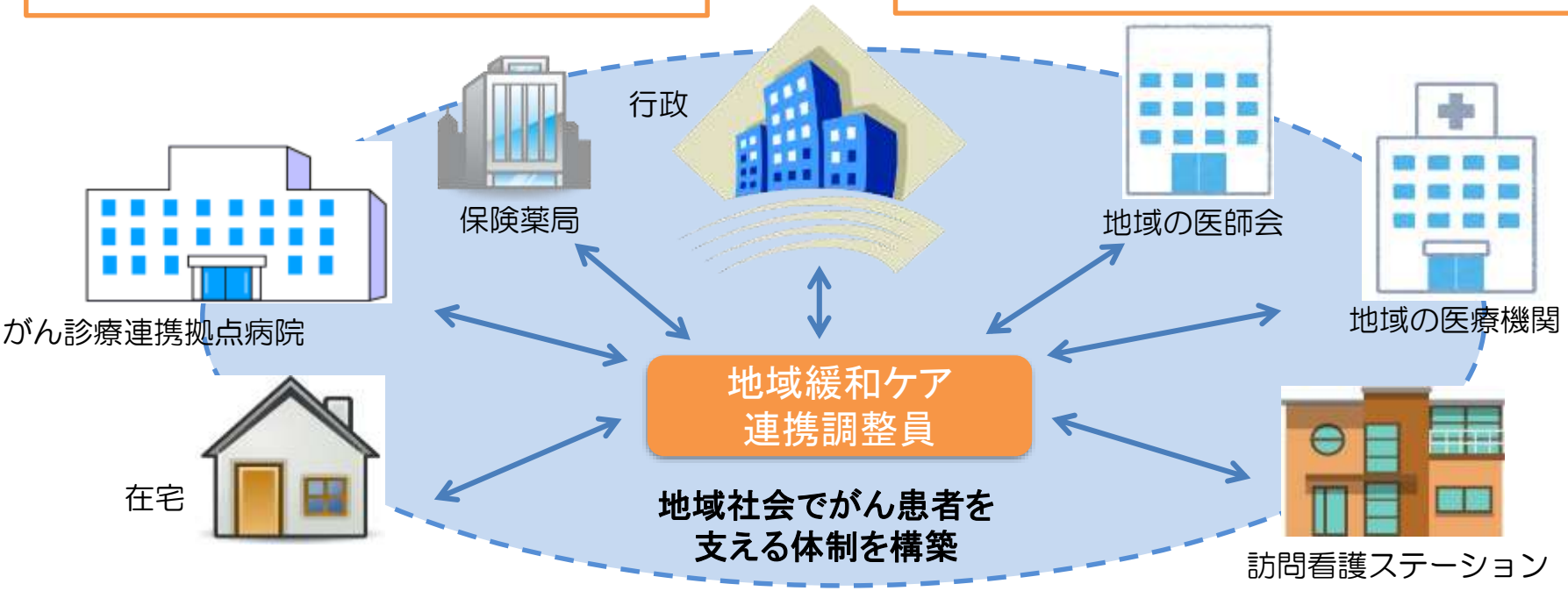
社会連携

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

地域緩和ケア等ネットワーク構築事業

【課題】
地域で緩和ケアを提供するに当たって、地域の資源を連携させる地域拠点（コーディネーター）機能が十分ではない。

【対応】
拠点病院や診療所等の**関係施設間の連携・調整を行う「地域緩和ケア連携調整員」を育成**し、それぞれの地域リソースを最大限活用する。



地域緩和ケアの提供体制について（議論の整理）（緩和ケア推進検討会・平成27年8月）【抜粋】
○地域緩和ケアの提供体制の構築に向けて
　拠点病院、緩和ケア棟診療所 、保険薬局、訪問看護ステーション 等が協力して、それぞれの地域状況に応じた緩和ケア提供体制を構築する。
1.　拠点病院 の緩和ケアセンター 等が中心となり、「地域緩和ケア連携調整員（仮称）」のような関係者間・施設を調整する人員の配置を伴う事務局機能を有する地域拠点を、地域の状況に応じて整備する。

特定の機能を有する薬局の認定

○　薬剤師・薬局を取り巻く状況が変化する中、患者が自身に適した薬局を選択できるよう、以下の機能を有すると認められる薬局について、都道府県の認定により名称表示を可能とする。

- **入退院時の医療機関等との情報連携や、在宅医療等に地域の薬局と連携しながら一元的・継続的に対応できる薬局（地域連携薬局）** → 患者のための薬局ビジョンの「かかりつけ薬剤師・薬局機能」に対応
- **がん等の専門的な薬学管理に関係機関と連携して対応できる薬局（専門医療機関連携薬局）** → 患者のための薬局ビジョンの「高度薬学管理機能」に対応

地域連携薬局

※2022年8月末時点で3,017件



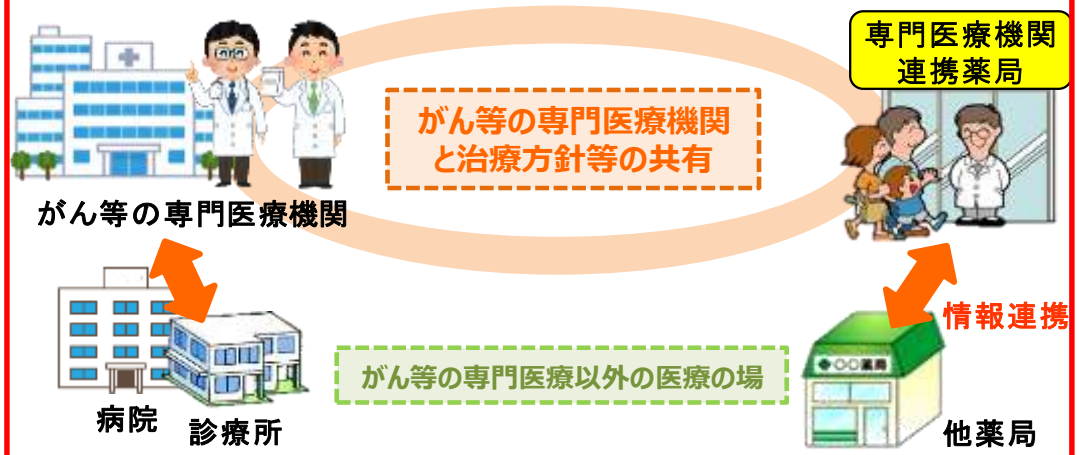
〔主な要件〕
- **関係機関との情報共有**（入院時の持参薬情報の医療機関への提供、退院時カンファレンスへの参加等）
- **夜間・休日の対応を含めた地域の調剤応需体制の構築・参画**
- **地域包括ケアに関する研修を受けた薬剤師の配置**
- **在宅医療への対応**（麻薬調剤の対応等）

等

専門医療機関連携薬局

※傷病の区分ごとに認定
（現在規定している区分は「がん」）

※2022年8月末時点で120件



〔主な要件〕
- **関係機関との情報共有**（専門医療機関との治療方針等の共有、患者が利用する地域連携薬局等との服薬情報の共有等）
- **学会認定等の専門性が高い薬剤師の配置**

等

369
＜専門性の認定を行う団体＞
- 日本医療薬学会（地域薬学ケア専門薬剤師（がん））
- 日本臨床腫瘍薬学会（外来がん治療専門薬剤師）

専門医療機関連携薬局の基準

●専門医療機関連携薬局：がん等の専門的な薬学管理に関係機関と連携して対応できる薬局

① 新法第６条の３第１項の厚生労働省令で定める傷病の区分は、がんとすること。

	法律	基準
1	構造設備が、利用者の心身の状況に配慮する観点から必要なものとして厚生労働省令で定める基準に適合するものであること。	利用者のプライバシーに配慮した相談しやすい構造設備 ○ 利用者が座って服薬指導等を受ける個室等の設備の設置 ○ 高齢者、障害者等の円滑な利用に適した構造
2	利用者の薬剤及び医薬品の使用に関する情報を他の医療提供施設と共有する体制が、厚生労働省令で定める基準に適合するものであること。	利用者に専門的な薬学的知見に基づく指導を行うために、専門的な医療の提供等を行う地域の他の医療提供施設と情報を共有する体制 ○ 専門的な医療の提供等を行う医療機関との会議への継続的な参加 ○ 専門的な医療の提供等を行う医療機関に勤務する薬剤師その他の医療関係者に対し、①の傷病の区分に該当する利用者の薬剤等の使用情報について随時報告・連絡できる体制の整備 ○ 専門的な医療の提供等を行う医療機関に勤務する薬剤師その他の医療関係者に対し、①の傷病の区分に該当する利用者の薬剤等の使用情報について報告・連絡を行った実績（①の傷病の区分に係る患者の半数以上報告・連絡した実績） ○ 地域の他の薬局に対し、①の傷病の区分に該当する利用者の薬剤等の使用情報について報告・連絡できる体制の整備
3	専門的な薬学的知見に基づく調剤及び指導の業務を行う体制が、厚生労働省令で定める基準に適合するものであること。 <専門性の認定を行う団体> ●日本医療薬学会（地域薬学ケア専門薬剤師（がん）） ●日本臨床腫瘍薬学会（外来がん治療専門薬剤師）	①に係る専門的な調剤や指導に関して、地域の他の医療提供施設との連携を行いつつ、適切に実施できる体制 ○ 開店時間外の相談応需体制の整備 ○ 休日及び夜間の調剤応需体制の整備 ○ 地域の他の薬局への①の傷病の区分に係る医薬品提供体制の整備 ○ 麻薬の調剤応需体制の整備 ○ 医療安全対策の実施 ○ 継続して１年以上勤務している常勤薬剤師の半数以上の配置 ○ ①の傷病の区分に係る専門性を有する常勤薬剤師の配置 ○ 薬事に関する実務に従事する全ての薬剤師に対する①の傷病の区分に係る専門的な研修の計画的な実施 ○ 地域の他の薬局に対する①の傷病の区分に関する研修の継続的な実施 ○ 地域の他の医療提供施設に対する①の傷病の区分に係る医薬品の適正使用に関する情報の提供実績

専門医療機関連携薬局における取組

◆ レジメン*1情報等に基づく服薬指導等

*1　薬物療法を行う上で、薬剤の用量や用法、治療期間を明記した治療計画のこと（がん情報サービス　がんに関する用語集（国立がん研究研究センター））

➢ 患者への副作用対策・予防の指導、支持療法の指導

- がんの専門医療機関から共有されたレジメン情報等から、治療概要、スケジュール及び説明すべき事項等を確認
- 定例で開催される専門医療機関との研修会や症例検討報告会への参加を通じ、専門医療機関と指導内容や副作用評価の擦り合わせや情報交換を実施

➢ 医療機関へ必要な情報をフィードバック

- 電話等によりフォローアップを実施
  - 専門医療機関と連携し、予めフォローアップの内容、頻度、報告様式（有害事象の有無やGrade*2評価等）を定め、それに基づき情報提供を実施

*2　CTCAE（有害事象共通用語規準）における有害事象の重症度

◆ 地域の医療機関・薬局との連携

➢ 患者の利用する地域の薬局への情報提供

- 患者の受けている化学療法の状況等を踏まえ、患者に処方された場合、相互作用等の観点から飲み合わせに注意が必要な医薬品等の情報を提供

【情報提供の例】
現在、アロマターゼ阻害薬による治療を行っており、SERMであるラロキシフェンと併用すべきでないとガイドラインで推奨されています。万が一上記薬剤処方された場合、ビスホスホネート等への切替を提案していただきますようよろしくお願いします。

➢ 患者の利用する地域の医療機関への情報提供

- 患者の受けている化学療法の状況等を踏まえ、患者が利用する他の医療機関に対し、処方提案等を実施

【情報提供の例】
ビカルタミド錠服用開始に伴い、すでに服用されているワルファリンとの相互作用によって抗凝固作用の増強のおそれあり。PT-INRの測定を行っていただき、必要に応じてワルファリンの減量又は他剤への変更をご検討ください。

「社会連携」に関する第３期基本計画中間評価について
（第３期がん対策推進基本計画中間評価報告書より抜粋）

（中間評価指標及び指標測定結果）

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	2018年度 34.9%	2014年度 40.3%
3033	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	2018年度　78.8%	
3034	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合	2018年度　47.7%	

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

「がんとの共生のあり方に関する検討会」や「がんの緩和ケアに係る部会」での議論も踏まえ、セカンドオピニオンに関する情報提供や、患者の望む場所で過ごすことができるような在宅を含めた地域における緩和ケア提供体制の検討、在宅緩和ケアの一層の周知が必要である。

「社会連携」分野の見直しの検討の視点

■ がんとの共生のあり方に関する検討会からの提言並びに第３期中間評価及びこれまでの議論を踏まえ、以下の点について、どのように考えるか。

- 患者及び家族等への情報提供の充実の観点から、セカンドオピニオンに関する情報提供及び利用状況等の実態把握を行い、適切な情報提供のあり方について検討することとしてはどうか。
- 地域の実情に応じた体制構築の観点から、都道府県がん診療連携協議会において、都道府県内のセカンドオピニオンを受けられる医療機関や、緩和ケア及び在宅医療等へのアクセスに関する情報提供のあり方について検討することとしてはどうか。
- がん患者が望んだ場所で過ごすことができるよう、拠点病院等を中心に、在宅を含めた地域における緩和ケア提供体制について検討することとしてはどうか。
- 地域の実情に応じた患者支援体制の充実の観点から、拠点病院等が中心となって、地域の関係機関と連携体制や困難事例等への対応について協議することとしてはどうか。また、地域の関係者間の連携体制構築や地域における課題の解決に向けて、拠点病院等を中心に施設間の連携・調整を担う者の育成に引き続き取り組むこととしてはどうか。
- 評価については、引き続き、患者体験調査や遺族調査等を用いることとしてはどうか。

サバイバーシップ支援（※）

（※）「サバイバーシップ支援」とは、がんになったその後を生きていく上で直面する課題を乗り越えていくためのサポートのこと。

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

がん患者の就労に関する総合支援事業

趣　旨

○平成27年度の厚生労働省研究班による調査では、がんと診断され、退職した患者のうち、診断がなされてから最初の治療が開始されるまでに退職した者が４割を超えている。また、その退職理由としては、「職場に迷惑をかけると思った」「がんになったら気力・体力的に働けないだろうと予測したから」等といった、がん治療への漠然とした不安が上位に挙がっているため、がん患者が診断時から正しい情報提供や相談支援を受けることが重要となっている。

○平成25年度より、拠点病院等のがん相談支援センターに、就労に関する専門家（社労士等）を週１日で配置した。また、がん患者が安心して仕事の継続や復職に臨めるように、平成30年度～令和元年度に「がん患者等の仕事と治療の両立支援モデル事業」を実施し、一定の効果がみられた。

○このような状況を踏まえ、令和２年度より、就労に関する専門家の配置に追加して、主治医と会社の連携の橋渡し役となり、患者に寄り添って積極的な介入を行う両立支援コーディネーターを週４日で配置することにより、がん患者に対する切れ目のないフォローを実現するとともに、個々のがん患者ごとの治療、生活、勤務状況等を総合的にまとめた「治療と仕事両立プラン」の作成等の両立支援を実施している。

多様な相談ニーズ

就労（就業継続、復職等）

○早期のニーズ把握と介入による望まない離職の予防
○勤務時間の短縮等、治療や生活に応じた勤務形態の調整
○治療、仕事、生活への漠然とした不安の軽減
→患者の相談支援及び主治医や企業・産業医との調整の支援が必要

○事業者による不当解雇等の不利益に対する支援
○休職や社会保障に関する支援　等

※「がん患者等の仕事と治療の両立支援モデル事業」の効果の例
（平成30年度～令和元年度の２ヶ年で実施）

・医療従事者への啓発：コンサルテーションや介入依頼の増加
・お役立ちノート（両立プラン）の活用：職場との対話に「役立った」
・患者向けツール作成、セミナーの開催：就労への準備性の向上



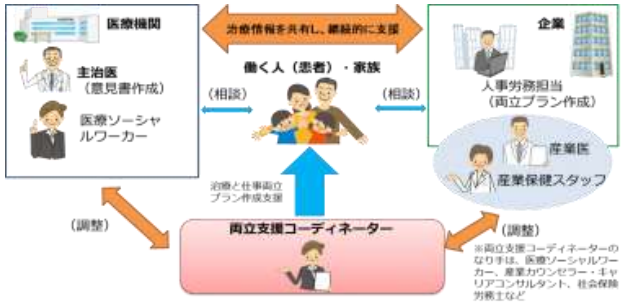
がん診療連携拠点病院における支援体制

がん患者の就労に関する総合支援事業（平成25年度～）

（１）拠点病院等に就労の専門家（社労士等）を配置し、相談等に対応する。【平成25年度～】

（２）拠点病院等に両立支援コーディネーターの研修を受講した相談支援員を配置し、がん患者の診断時からニーズの把握と、継続的に適切な両立支援を行う。【令和２年度～】

※（１）もしくは（２）のいずれかの事業を実施する。



治療と仕事の両立支援の促進

○ 労働人口の３人に１人が、何らかの病気を抱えながら働いている。
○ 病気を理由に退職せざるを得ない方々や、仕事を続けていても職場の理解が乏しいなど、治療と仕事の両立が困難な場合も少なくない。
○ 事業場において、治療が必要な労働者が、業務によって疾病を増悪させることがないよう、適切な就業上の措置や治療に対する配慮が適切に行われるような支援が必要である。
○「働き方改革実行計画」では、① 企業における意識改革と受入れ体制の整備、② 主治医、企業・産業医、両立支援コーディネーターのトライアングル型のサポート体制の構築の２つを軸に、治療と仕事の両立を図ることとしている。
＊両立支援コーディネーター：労働者の依頼を受けて、労働者に寄り添いながら相談支援を実施し、労働者、主治医、企業・産業医の連携をサポートする者。
○ 具体的には、省内各局や各種関係機関と連携して以下の取組を推進している。

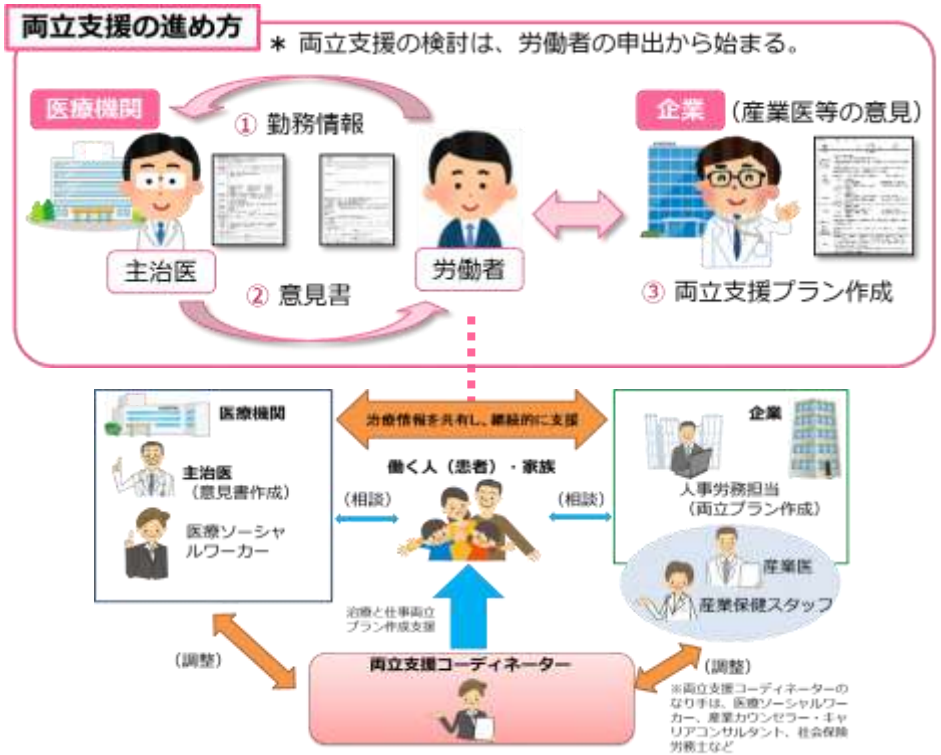
➢ **ガイドライン・マニュアルの作成・周知啓発**
- 「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」
  事業場において、反復・継続して治療が必要となる疾患に対して両立支援を行うための環境整備、個別の両立支援の進め方など、具体的な取組方法や留意事項等をまとめたガイドライン　※ 平成28年2月公表
- 「企業・医療機関連携マニュアル」
  企業と医療機関の連携を促進するため、疾患別に、治療方法や症状の特徴等、両立支援に当たっての留意事項等を示した、疾患別サポートマニュアル（がん、脳卒中、肝疾患、難病、心疾患、糖尿病）

➢ **地域両立支援推進チームの設置と運営**
各都道府県労働局を事務局として、自治体、医療機関、支援機関等との連携した取組を推進

➢ **広報活動**
シンポジウム・セミナーの開催、ポータルサイト「治療と仕事の両立支援ナビ」による情報発信等

➢ **労働者健康安全機構・都道府県産業保健総合センター等の支援**
- 両立支援コーディネーターの養成、助成金
- 相談支援等

➢ **診療報酬の順次改定（療養・就労両立支援指導料）**
平成30年度新設 対象疾患：がん
令和２年度対象疾患追加：脳卒中・肝疾患・指定難病
令和４年度対象疾患追加：糖尿病・心疾患・若年性認知症



（資料出所）厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課作成資料

長期療養者就職支援事業

1 事業の概要

○　がん患者の５年後の生存率が向上している状況の中、がんの疾病により長期にわたる治療等を受けながら再就職を希望する者に対する就職支援を推進することが社会的課題となっている。（がんの他、肝炎、糖尿病のような長期間の療養を必要とする者も含む）

○　支援策として、

・　ハローワークでの職業相談
・　がん診療連携拠点病院などへの出張相談
・　院内のがん相談支援センターと治療状況等を共有しながら、院内での職業相談・職業紹介を実施。

令和３年度
就職者数：3,992人

※就職支援ナビゲーター（専門相談員）　：134名

2 スキーム・実施主体等

連携先拠点病院
（がん診療連携拠点病院等）



長期療養者

本人、相談支援センター相談員も交えた相談

相談



相談支援センター

協定締結



➢相談支援センターへの**出張相談**

➢労働市場、求人情報等雇用関係情報の提供

・就職希望者の誘導
・本人の医療関係情報の提供

ハローワーク
（全国４７都道府県）



○個々の長期療養者の希望や治療状況等を踏まえた職業相談、職業紹介

○長期療養者の希望する労働条件に応じた求人の開拓、求人条件の緩和指導

○長期療養者の就職後の職場定着の支援

○連携先拠点病院等と連携した事業主等向けセミナー

専任の就職支援ナビゲーターが連携体制を構築

➢医療ソーシャルワーカー・医師・看護師と信頼関係を構築し、セミナーを企画、実行

アピアランスケアについて

【定義】

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」

※治療で外見が変化したら必ずアピアランスケアを行わなければならない、ということではない。
（国立がん研究センター中央病院アピアランス支援センターHPより）

【アピアランスケアの必要性】

がん医療の進歩により治療を継続しながら社会生活を送るがん患者が増加している。がんの治療と学業や仕事との両立を可能とし、治療後も同様の生活を維持する上で、治療に伴う外見変化に対する医療現場におけるサポートの重要性が認識されている。

治療の種類	代表的な外見の変化
化学療法	脱毛（頭髪、まつげ、まゆげ）、手足症候群、皮膚色素沈着、爪の割れやはがれ、変色など
分子標的治療	手足症候群、ざ瘡様皮疹、皮膚乾燥（乾皮症）、爪囲炎など
放射線治療	放射線皮膚炎など
手術療法	手術痕、身体の部分的な欠損、むくみなど

【各研究班の取り組み】

	期間	研究課題	研究代表
がん対策推進総合研究事業	H29-R1	がん患者に対するアピアランスケアの均てん化と指導者教育プログラムの構築に向けた研究	野澤 桂子
	R2-	がん患者に対する質の高いアピアランスケアの実装に資する研究	藤間 勝子
ＡＭＥＤ	H26-28	がん治療に伴う皮膚変化の評価方法と標準的ケア確立に関する研究	野澤 桂子
	H29-30	分子標準治療薬によるざ瘡様皮膚炎に対する標準的ケア方法の確立に関する研究	野澤 桂子

新規 推進枠

アピアランス支援モデル事業

令和５年度概算要求額　26百万円（－）※（）内は前年度当初予算額

1 事業の目的

〇治療に伴う外見の変化は、社会生活に大きく影響することから、医療現場における適切なアピアランスケア体制の構築が必要。
〇アピアランスケア体制の構築に当たっては、がん治療を行う医療機関と都道府県とが連携し社会全体で患者を支援する必要があるが、どのような体制が効果的であるかを検証した上で全国展開を図る。

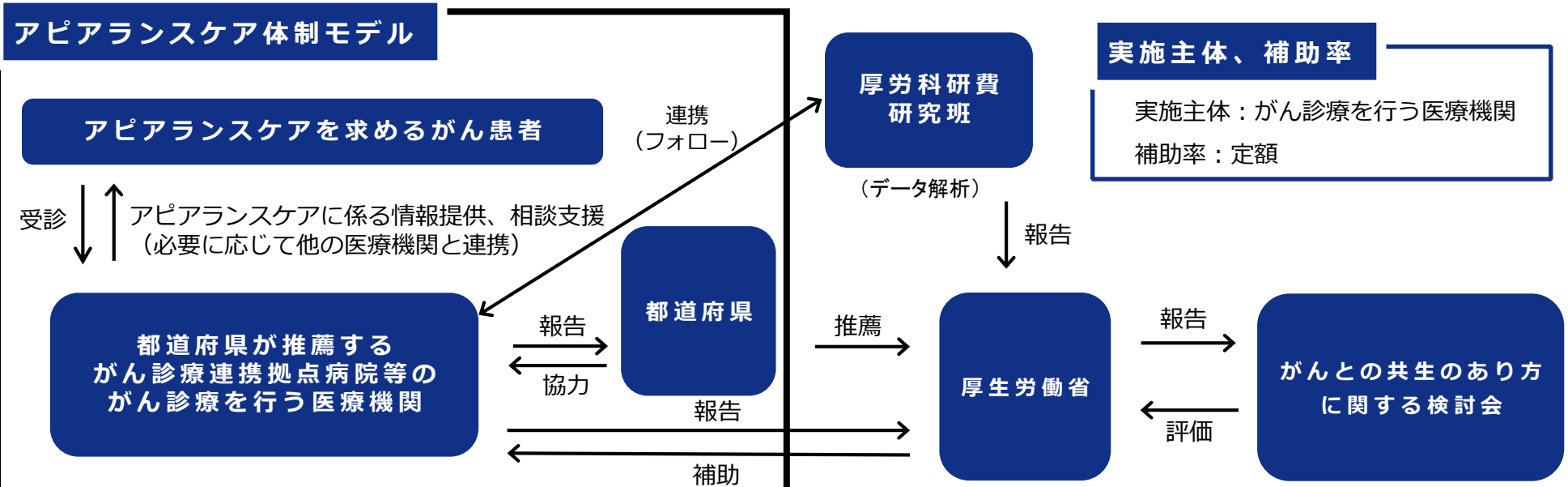
2 事業の概要

〇がん診療連携拠点病院等のがん診療を行う医療機関において、アピアランスケアを必要とするがん患者に対し、研修を受けた医療従事者による情報提供や相談支援等を行い、効果的な支援体制について検証するモデル事業を実施する。

〇検証に当たっては厚労科研費研究班と連携し、分析を行う。

3 事業のスキーム、実施主体等

アピアランスケア体制モデル



実施主体、補助率

実施主体：がん診療を行う医療機関
補助率：定額

379

がん患者の自殺対策について

自殺総合対策	がん対策
自殺対策基本法（平成18年10月制定）	がん対策基本法（平成18年6月成立）
自殺対策基本法（平成28年4月1日改正）	がん対策基本法（平成28年12月9日改正） －がん患者が尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築を目指すことを掲載 第63回がん対策推進協議会（平成28年12月21日） －がん患者の自殺対策について議論
自殺総合対策大綱（平成29年7月閣議決定） －専門的、精神心理的なケアにつなぐことができるよう、がん相談支援センターを中心とした体制の構築と周知を行うことを記載	第3期がん対策推進基本計画（平成30年3月9日） －専門的、精神心理的なケアにつなぐことができるよう、がん相談支援センターを中心とした体制の構築と周知を行うことを記載

● 各研究班の取り組み

	期間	研究課題	研究代表
がん対策推進総合研究事業	H30-R2	WHOの自殺予防戦略に基づくがん患者自殺予防プログラムの開発	松岡　豊
	R3-	がん患者の自殺予防プログラムの開発に向けた研究	藤森麻衣子
革新的自殺研究推進プログラム	H29-30	がん医療における自殺ならびに専門的・精神心理的ケアの実態把握	内富庸介
	R1	がん患者の専門的・精神心理的なケアと支援方策に関する研究	内富庸介

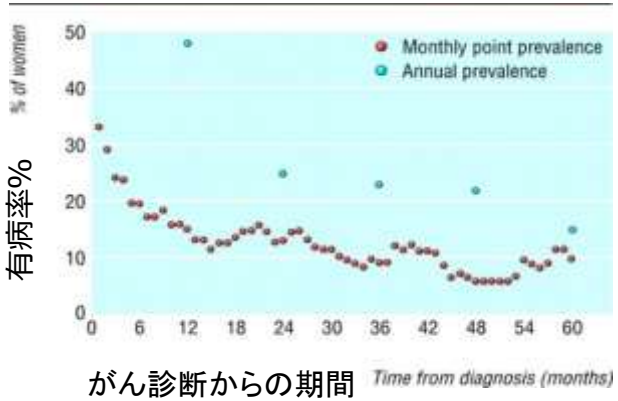
がん診断後のストレスと自殺

第63回がん対策推進協議（H28.12.21）
資料７（内富参考人資料）より抜粋

がん診断後のストレス

早期乳がん患者222名のうつと不安を面接調査：一ヶ月有病率%）

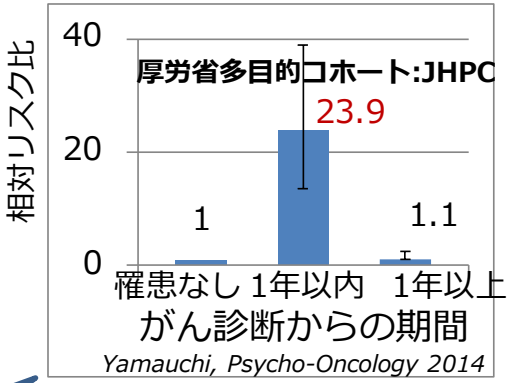
Burgess, C. et al. BMJ 2005



102,843人中11,187人ががん発症、34人が自殺.
そのうち13人(0.12%、RR=23.9)が1年以内に自殺.二年目以降21人が自殺(RR=1.1).
→がん患者100万人/年にあてはめると、がん罹患後1年以内の自殺者は**1,162人（全自殺者の約5%を占める）.**
罹患後2年目以降は？

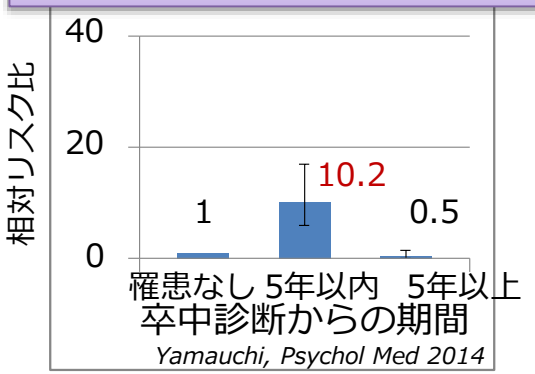
がん診断後自殺リスク24倍

40歳以上の男女約14万人を20年以上追跡



Yamauchi, Psycho-Oncology 2014

卒中後自殺リスク10倍

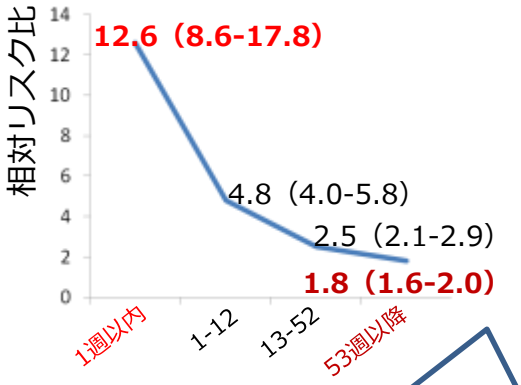


Yamauchi, Psychol Med 2014

がん診断後1週間13倍

***30*歳以上の一般住民*600*万人スウェーデン住民コホート（追跡期間*1991*年-*2006*年）**

Fang F et al, N Engl J Med 2012



6,073,240人中534,154人ががん発症、786人が自殺.そのうち、
最初の1週以内に29人(0.005%、RR=12.6)が自殺.
最初の12週の自殺は110人（RR＝4.8）.
最初の52週の自殺は260人（0.05%、RR＝3.1）
53週以降の自殺は526人（RR＝1.8）
*最初の12週の自殺を比較すると、
食道・肝・膵（RR＝16.0）＞肺（12.3）＞脳（7.8）＞大腸（4.7）＞乳（3.4）＞前立腺（3.2）＞皮膚（1.4）.

381

「サバイバーシップ支援」に関する第３期基本計画中間評価について（第３期がん対策推進基本計画中間評価報告書より抜粋）

（中間評価指標及び指標測定結果）

3041	治療開始前に、就労継続について説明を受けたがん患者の割合	2018年度　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	2021年度 257病院	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	2021年度 29,528件	2019年度 29,070件	2018年度 22,497件
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：70.8%）	2014年度 68.3%	
3048	外見の変化に関する相談ができたがん患者の割合	2018年度　成人：28.3% 2019年度　小児：51.8%		
3049	治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合	成人（40歳未満）	2018年度 52.0%	2014年度 48.2%
		小児	2019年　53.8%	
3050	がん患者の自殺数	2016年度（１～６月）　144人 2016年度（１～12月）　449人 2017年度（１～12月）　439人		

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

サバイバーシップ支援について、治療開始前における就労支援に係る情報提供をはじめとして、がん患者だけでなく、その家族及び企業等の支援者に対しても引き続き支援を充実させていく取組が必要である。また、大企業だけでなく中小企業に勤務している患者に対する治療と仕事を両立するための制度等の利用など、医療機関だけでなく、企業や雇用・労働関係機関における取組についても一層の推進が求められる。

がん患者の経済的な課題の把握や利用可能な施策の更なる周知が求められる。また、アピアランスケア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。

「サバイバーシップ支援」分野の見直しの検討の視点①

■ がんとの共生のあり方に関する検討会からの提言並びに第３期中間評価及びこれまでの議論を踏まえ、以下の点について、どのように考えるか。

- がん患者・経験者及び家族等の生活の質を向上できるよう、既存の両立支援の効果及び課題を明らかにし、施策の強化や産業保健との連携、普及啓発等について検討することとしてはどうか。また、就労支援に携わる者は、個々の実情を把握した上で産業医等と連携し、患者と事業主との間で治療と仕事の両立へ向けた調整を支援することとしてはどうか。
- 再就職支援を推進する観点から、拠点病院等とハローワークとの連携する事業に引き続き取り組むこととしてはどうか。
- 就労支援のさらなる充実に向けて、がん治療に関連する離職の実態を把握し、それを踏まえた就労支援の提供体制について検討することとしてはどうか。
- 中小企業も含めて、がん患者が治療と仕事を両立できるよう、企業における支援体制等の環境整備を推進するため、産業保健総合支援センター等の更なる活用や助成金等による支援について検討することとしてはどうか。
- 両立支援コーディネーターの更なる活用に向けて、その活動状況を把握するとともに、地域職域連携の観点からより効果的な配置について検討することとしてはどうか。

「サバイバーシップ支援」分野の見直しの検討の視点②

■ がんとの共生のあり方に関する検討会からの提言並びに第３期中間評価及びこれまでの議論を踏まえ、以下の点について、どのように考えるか。

- アピアランスケアや自殺対策について、医療従事者等が正しい知識を身につけられるよう、研修等の開催や相談支援及び情報提供のあり方について検討することとしてはどうか。
- アピアランスケアの充実の観点から、拠点病院等を中心としたアピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制の構築に向けた検討を進めることとしてはどうか。
- がん診断後の自殺対策を充実させるため、がん患者における自殺リスクやその背景等について実態把握を行い、その上で必要な対応について検討することとしてはどうか。
- がん患者・経験者、その家族等の生活の質を向上させるために、経済的な課題等を明らかにし、利用可能な施策に関する周知や課題解決に向けた施策について検討することとしてはどうか。
- 評価については、引き続き、現況報告書や患者体験調査等を用いつつ、必要に応じて、厚生労働科学研究班等の報告を用いることとしてはどうか。

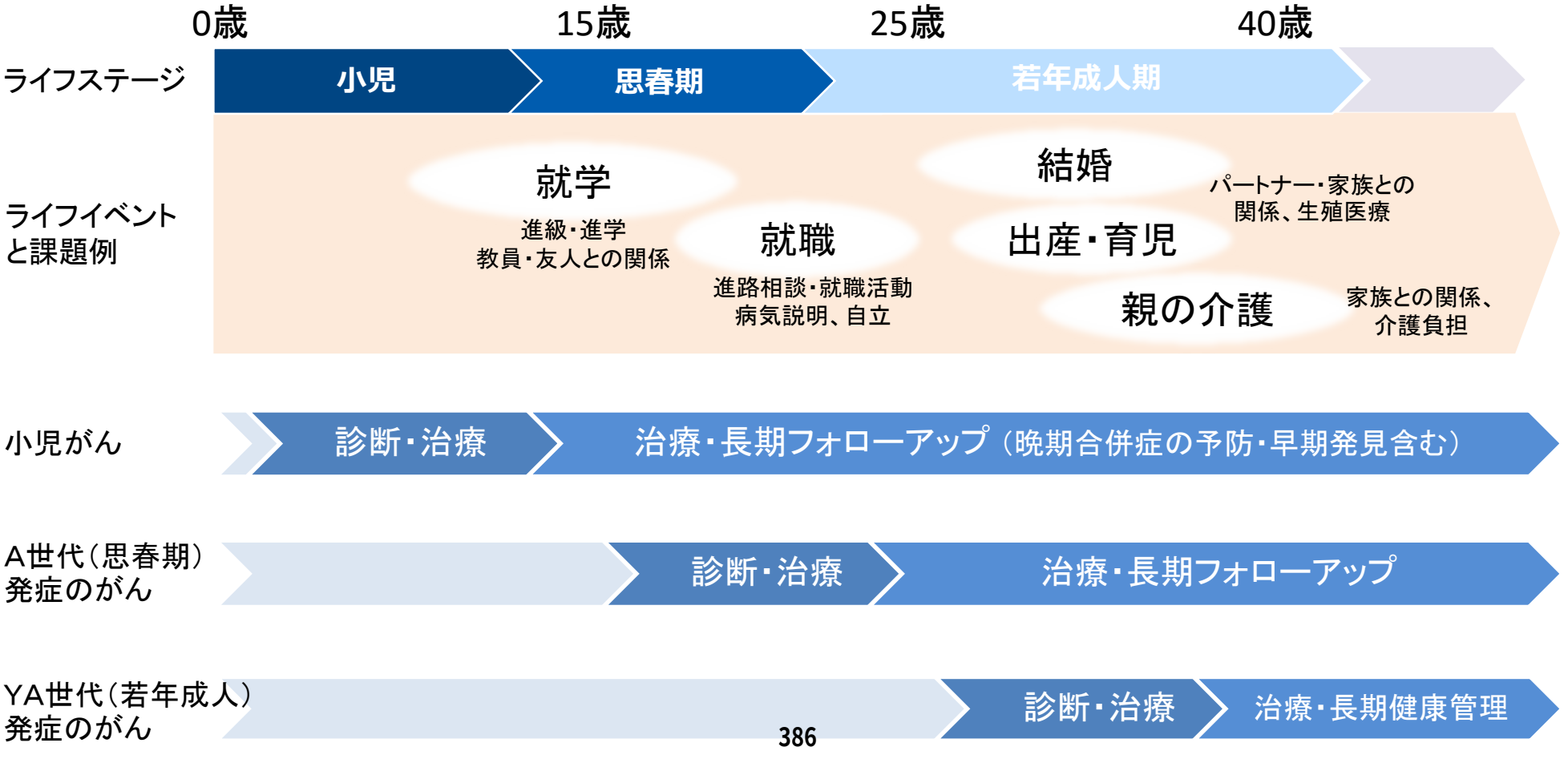
5

ライフステージに応じたがん対策

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

ライフステージに応じた生活課題（小児・AYA世代）

○ ライフステージの早い段階で発症し、治療期と心身の成長が重なり、長期にわたる合併症を起こすリスクがある。また晩期合併症のため、治療後も長期にわたりフォローアップを要する。
○ 年代によって就学、就労、生殖機能等の状況が異なり、心理社会的状況も様々で、個々の状況に応じた多様なニーズが存在する。



小児・AYA世代にあるがん患者とその家族への支援に関する取組の状況

取り組むべき施策	主な内容
①院内学級体制・宿泊施設の整備	• 小児がん拠点病院施設整備事業
②教育支援	• 高等学校段階の病気療養中等の生徒に対するICTを活用した遠隔教育の調査研究事業
③ライフステージに応じた相談支援	• 小児・ＡＹＡ世代の長期フォローアップ体制整備事業 • 小児及び成人の拠点病院における支援と連携 （相談員研修、拠点病院連絡協議会相談支援部会の合同開催等）
④就労支援	• がん患者等就職支援事業（平成25年度～モデル事業、平成28年度～全国展開） • がん患者の就労に関する総合支援事業（平成25年度～、令和2年度改変）
⑤緩和ケア	• 小児の緩和ケアチームの整備 • 緩和ケアチームのための小児緩和ケア教育研修　（日本緩和医療学会主催）

【厚生労働科学研究の取組】

期間	研究課題	研究代表
H30-R2	思春期・若年成人（AYA）世代がん患者の包括的ケア提供体制の構築に関する研究	清水 千佳子
R1-R2	小児がん患者に対する在宅医療の実態とあり方に関する研究	大隅 朋生
R1-R3	AYA世代がん患者に対する精神心理的支援プログラムおよび高校教育の提供方法の開発と実用化に関する研究	堀部 敬三
R2-	小児がん拠点病院等及び成人診療科との連携による長期フォ ローアップ体制の構築のための研究	松本 公一
R2-	小児・AYA世代がん患者に対する生殖機能温存に関わる心理支援体制の均てん化と安全な長期検体保管体制の確立を志向した研究－患者本位のがん医療の実現を目指して	鈴木 直
R3-	小児がんの子どもに対する充実した在宅医療体制整備のための研究	大隅 朋生

AYA世代にあるがん患者への支援に関する情報

AYA世代がん患者家族向けの冊子

AYA　：Adolescent and Young Adult



AYA世代とは／AYA世代のがん／AYA世代の悩み
／友達、恋人、家族のこと／学校のこと／仕事のこと／性と生殖のこと
／お金のこと／治療が終わってから／家族、きょうだいの悩み

H27-29厚労科研「総合的な思春期・若年成人（AYA）世代がん対策のあり方に関する研究」班（研究代表：堀部 敬三先生）
【URL】https://ayateam.jp/wp-content/uploads/2019/04/AYA.pdf

妊よう性温存療法に関する情報提供・相談支援

将来の出産をご希望の患者さんへ（乳がん）



これからがんの治療を開始される患者さんへ





がんと妊娠の相談窓口（がん専門相談員向け）



H28厚労科研「小児・若年がん長期生存者に対する妊孕性のエビデンスと生殖医療ネットワーク構築に関する研究」（研究代表：三善 陽子先生）
【URL】 http://www.j-sfp.org/ped/index.html

全国AYAがん支援チームネットワーク

がん診療連携拠点病院における多職種支援チームと地域ネットワークのモデル構築



H30-R2厚労科研「思春期・若年成人（AYA）世代がん患者の包括的ケア提供体制の構築に関する研究」班（研究代表：清水 千佳子先生）
【URL】https://ayateam.jp/

「ライフステージに応じた対策」に関する第３期基本計画中間評価について（第３期がん対策推進基本計画中間評価報告書より抜粋）

（中間評価指標及び指標測定結果）

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	2021年度 100%	2019年度 100%	2018年度 100%
3052	治療開始前に教育支援等について、 医療従事者から説明を受けたがん患者・家族の割合	2019年度　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	2018年度 成人：48.7% （比較値：57.6%） 2019年度 小児：39.7%		2014年度 成人：37.1%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

小児・ＡＹＡ世代については、拠点病院等以外の医療機関や自宅等における教育支援の充実や、小中学生だけでなく、高校生に対する教育支援についても治療と教育の両立の更なる推進が必要である。また、教育支援も含めた、医療機関におけるオンライン環境の整備について検討する必要がある。

高齢者に係る「がんとの共生」分野のがん対策については、第３期の基本計画において、中間評価指標の設定がなかったため、十分な評価ができなかった。厚生労働科学研究の結果も踏まえ、次期基本計画においては、多様な高齢のがん患者の療養生活を支えるための対策や、評価指標の設定、医療と介護の連携の更なる強化について、引き続き、検討を行っていく必要がある。

「ライフステージに応じたがん対策」分野の見直しの検討の視点①

■ がんとの共生のあり方に関する検討会からの提言並びに第３期中間評価及びこれまでの議論を踏まえ、以下の点について、どのように考えるか。

- 教育支援充実の観点から、医療従事者と教育関係者との連携に努めるとともに、療養中に適切な教育を受けることのできる環境の整備、就学・復学支援等の体制整備を行うこととしてはどうか。また、情報技術（ICT)を活用した遠隔教育について、課題等を明らかにするため、実態把握を進めることとしてはどうか。

- 長期フォローアップや移行期支援など、成人診療科と連携した切れ目ない支援体制が構築できるよう、医療・支援のあり方について検討することとしてはどうか。

- がん経験者の就労における課題の克服に向けて、ハローワークや地域若者サポートステーション等を含む就労支援に関係する機関や患者団体と引き続き連携して取り組むこととしてはどうか。

「ライフステージに応じたがん対策」分野の見直しの検討の視点②

■ がんとの共生のあり方に関する検討会からの提言並びに第３期中間評価及びこれまでの議論を踏まえ、以下の点について、どのように考えるか。

- 小児・AYA世代のがん患者の療養環境の充実に向けて、課題等について実態把握を行い、緩和ケア提供体制や在宅療養環境等の体制整備について検討することとしてはどうか。
- 高齢がん患者への支援を充実させる観点から、拠点病院等は、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護を担う機関、関係団体、自治体等と連携し、患者及び家族等の療養生活を支えるための体制を整備するとともに、地域における課題について検討することとしてはどうか。
- 高齢がんサバイバーのQOL向上を目指し、高齢がん患者が抱える課題について実態把握を行い、長期療養の中で生じる有害事象などに対応ができるよう患者の健康管理や、地域における再発・二次がんへのフォローアップ体制等について検討することとしてはどうか。
- 評価については、引き続き、患者体験調査や現況報告書等を用いることとしてはどうか。

第84回がん対策推進協議会	資料９
令和４年10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

事前にいただいたご意見

厚生労働省

健康局　がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

資料９　「がんとの共生」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
阿久津　友紀	早期からの緩和ケアは共生部分だけではなく、がん医療の充実の分野にも記載がないと進まないと考える。拠点病院だけでは届かない問題で、地域のクリニックなどからもアクセスしやすい構造まで踏み込んでほしい。がんになった瞬間の心理的なものが一番の課題。 そして、他院への転院や在宅への移行など終末期の個々の経過が明らかではなく、生きていける期間が長いからこその大事な側面。緩和ケア外来への地域の医療機関からの年間新規紹介患者数も４２%の施設で０件とのショックな数字、年間新規症例数も少ない、という数字と、患者の悩みの多さからは実態と運用が乖離している。拠点病院だけに患者がいるのではない。拠点病院と地域のクリニックの連携について、もっと議論検討されるべき。さらに緩和ケアの一部である、終末期医療の受け皿についての記述が社会連携のところだけに入っている理由は？また、検討だけにとどまっている表記が多く、具体的に数値目標を掲げにくいまとめになっているのはなぜか？ 相談支援・情報へのアクセスが不十分なのは、ひとえに最初の診断の段階でのインフォメーションの問題。フローにならないのか。ピア・サポーターの質の向上とそれを支える組織を助け、さらにそれが職業として認められるべき段階にも来ているのではないか。一方で個別化された悩み・治療の悩みを支援できる、拠点病院だけではない両立支援する専門員等の配置などを検討研究してもらいたい。行くのがおっくう、行くと自分ががんであることを知られるので行けないという声もあることからオンラインなどでのサービスの拡充も求められる。そうした取り組みを行う（正しい）団体への援助も必須か。 また、その社会とのつながりには欠かせないアピアランスケアに関しては治療の段階での予防効果に関する研究やウイッグや補整などへの市町村単位でもいいので一層の個人への助成推奨もしていただきたい。 高齢者にかかる中間指標の設定はどうするのか。医療と介護の連携、終末期の受け皿など、どの世代にわたっても必須で、在宅緩和ケアなどにもつながるのにこのままだとまた患者が途方に暮れる。 がんとの共生の中で、表現が今回不足しているのはボリュームゾーンである【働く世代（就労世代）】（ＡＹＡ／小児の方々の連携としてつながる世代でもあるはず）。定年延長で第5期になるころにはかなりの対象者数になるゾーン。診断後の産業医の活用などに数値目標・指標を設けるなどその変化が目に見える形にしてほしい。がん治療前に退職した割合が５６．８%ということからも患者自身の「思い込み」と職場に蔓延る「思い込み」がその理由と患者サイドは感じる部分が多い。就労世代のニーズが書かれていないので早急に調査報告をしたい。「がんと共生」の分野にも【職場・家庭等での正しいがんへの理解】という表現を組み入れていただきたい。
大井　賢一	●「相談支援及び情報提供」分野について 全国のがん診療連携拠点病院等にがん相談支援センターは設置されている。その認知の向上とあるが、院内で設置されている場所や院内での開設状況について実態を把握することを求める。また、がん相談支援センターはがん診療連携拠点病院等の設置要件となっていることから質問件数に拘ってしまうため、実態としての質問内容を精査することを求める。 （続く）

資料９　「がんとの共生」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
大井　賢一	（続き） ●「サバイバーシップ支援」分野について 国民皆保険制度における有限な医療資源の中で何事も終身で支援し続けられるものはなく、小児がんにおける長期フォローアップの検討同様に社会生活における不利益とならないよう、段階的な出口戦略の検討を求める。 ●「社会連携」分野について セカンドオピニオンに関して保険診療における「診療情報提供料Ⅱ」に該当するが、実質的な相談件数の実態を把握することを求める。「診療情報提供料Ⅱ」の請求件数がプラトー状態になっていると記憶するが、その場合、社会的需要は満たされていると推察できる。一方、セカンドオピニオンの実施には、複数の大学医学部附属病院が所在する東京都では患者さんが視点の異なる意見を聞くことが容易であるものの、東京都以外では所在する大学医学部附属病院が一つないし少数のためセカンドオピニオンにおいて異なる意見を求めることが難しく、患者さんお住いの都道府県以外にセカンドオピニオンを求めることが多いと聞く。そうした実態を把握し、地域格差の是正に向けた取り組みを求める。 ●「ライフステージに応じたがん対策」分野について 小児・AYA世代、就労、妊孕性、高齢者など個別に対策として検討されている課題が「ライフステージに応じたがん対策」において再掲されており、重複している。小児・AYA世代、就労、妊孕性、高齢者におけるがんとの関わりは、それぞれのライフステージ特有の課題となることから、「ライフステージに応じたがん対策」として、そのすべてを対策に取りまとめることを求める。
小原　眞知子	1.拠点病院以外の医療機関における緩和ケアの具体的体制整備の推進 拠点病院での看取りは全体の2割程度が示されており（ｉ）看取りまで対応できる仕組みには、拠点病院に加え、拠点病院以外の緩和ケアの充実が求められています。そのため緩和ケアの専門家による連携で体制の検討のみではなく、拠点病院以外の医療機関でも、診断時から一貫して経時的に緩和ケアが提供される具体的システムの整備を希望します。 2.地域の医療・介護・福祉機関の連携に向けた専門的支援体制の具体的方策の推進 緩和ケアは、医療機関のみではなく、特に在宅で療養・生活する患者には、医療だけではなく、福祉・介護サービス等の活用が必要になることから、院内がん相談支援センター、緩和ケアセンターから、院外の地域がん医療・介護・福祉機関を含めた専門的支援体制の構築に向けた具体的方策（各機関の役割の明確化、地域関係機関の支援フローやガイドライン作成）の検討を希望します。 （続く）

資料９　「がんとの共生」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
小原　眞知子	（続き） 3.がん相談支援相談センターの持続可能な支援体制構築を見据えた実態調査の実施 今回のがん診療連携拠点病院等の整備指針の改定において、外来初診時から治療開始までを目処に、がん患者及びその家族が必ず一度はがん相談支援センターを訪問することができる体制を整備するとの記載に伴い、周知の効果性は向上すると見込まれると思われます。一方、「持続可能な支援体制」を推進するために、国としてがん支援相談センターの実態調査を行い、相談の質と量の確保からエビデンスに基づく適切な人員配置などを含めた体制整備の検討を希望します。 4.がん相談支援センターの活用促進のための取組み 中間報告では相談室の認知度と実際の利用者数との乖離があったことから、相談ニーズのある患者・家族に対して、院内相談室の周知のみではなく、相談ニーズのある方が確実に相談室を活用できるよう院内フローを含めた具体的アクションや方策の検討を行い、患者・家族が適時・適切に質の高い相談サービスを利用できる体制整備を希望します。 5.がん患者の社会的苦痛に関する実態把握と支援策の充実 がん患者の身体・精神的苦痛に加え、経済的課題を含めた社会的苦痛に対する実態調査を患者体験調査等に加えて頂き、がん相談支援を含む支援策に反映できるようにすること、さらに次の中間評価の指標として明示して頂くことを希望します。 6.がん患者の家族に対する支援策検討のための実態調査の実施 がん患者を支援する家族もまた、一人一人が尊厳を持って自分の人生を送る権利を有します。患者の療養を支える家族のQOLの維持向上のための支援策が必要です。既存の遺族調査に加えて、今を生きるがん患者の家族に対する生活上の困りごとに関する実態調査を行い、必要な支援策を講じることを希望します。 7.自殺の危険性の高い患者の早期発見と院内外の精神科医療との連携促進・強化 拠点病院であっても、精神科病棟のない医療機関があることや、また精神科医が不在の医療機関においては、自殺の危険性の高い人を発見しても、適切な精神科医療につなげることが困難な現状があります。このように、精神科医のいない医療機関、若しくは精神科病棟のない医療機関が、地域の精神科医療機関と連携協働できる体制作りの検討を行い、自殺予防の更なる推進を希望します。 （続く）

資料９　「がんとの共生」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
小原　眞知子	（続き） 8.小児期から成人期への円滑な移行期医療と発達段階に応じた生活支援の推進 小児がんの子どもが成人後も適切な医療を受けられているとは限らず、途中で医療機関との関係が切れてしまうことや、小児診療からスムーズに成人診療に移行できない実態があります。また、就学、進学、就職、結婚、妊娠、出産など様々なライフステージにおいて生活課題を抱える（ⅱ）こともすでに多くの研究から明らかになっています（ⅲ）。このような移行期に対しての医療を含む包括的支援体制の整備を希望します。 ⅰ　（H4年8月開催　第６回 がんの緩和ケアに係る部会　厚生労働省人口動態統計、がん診療連携拠点病院現況報告のデータに基づいてがん・疾病対策課で作成） ⅱ 武井優子・尾形明子・小澤美和(2013)「小児がん経験者の病気のとらえ方の特徴と退院後の生活における困難との関連」『行動療法研究』39(1),23-33. ⅲ 石田也寸志(2018)「小児がん経験者の長期フォローアップに関する問題点」『日本小児血液・がん学会雑誌』55(2),141–147.
黒瀬　巌	P7「緩和ケア分野」の見直しの検討の視点 「がんとの共生」分野のみならず「がん医療の充実」分野でも緩和ケアの提供等に係る記載を加えることについて、緩和ケアについて多面的に捉えることも大切であるため基本的に賛成します。その中で、治療と緩和ケアのシームレスな対応が重要と考えますので、両分野で全く別個にということではなく横断的な取り組みを考慮いただきたいと思います。 同ページの「拠点病院を中心に地域の実情に応じた取り組み」という記載がありますが、その実現には地域包括ケアを参考とした在宅医療機関や自治体等も取り込んだ「がん患者のための地域医療（介護）多職種連携システム」のような仕組み作りを推奨してはいかがでしょうか？ P21「相談支援及び情報提供」分野の見直しの検討の視点 正しい情報提供の観点から、必ずしも科学的根拠に基づいているとは言えないインターネット等を通じた情報提供に対する注意喚起が記されていますが、これに異論はありません。ただし、正しい情報が提供されたとしても、アクセスの問題や、それを十分に理解できなかったり、間違った理解をしてしまうなどの問題があります。従って、正しい情報を提供するだけではなく、それを共有しながら正しい理解に導くためのかかりつけ医や地域の相談員との関わりについての視点も必要と考えます。 （続く）

資料９　「がんとの共生」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
黒瀬　巌	（続き） P27「社会連携」、P37「サバイバーシップ支援」及びP44「ライフステージに応じたがん対策」分野の見直しの検討の視点 地域の関係者間の連携体制構築や、サバイバーの健康管理・再発等へのフォローアップ体制において、その実現には前述のように地域包括ケアを参考とした在宅医療機関や自治体等も取り込んだ「がん患者のための地域医療（介護）多職種連携システム」のような仕組み作りを推奨してはいかがでしょうか？ また「サバイバーシップ支援」分野について、産業医との連携、ハローワークや産保センターの活用などを提言していただきありがとうございます。特に小規模事業所や中小企業の場合、就労と両立支援においては経営者・事業主並びに周囲の就業者の理解が欠かせない場合もありますので、本人への支援だけではなく（個人情報の問題で難しいこともありますが）企業側関係者への啓発活動をより充実いただけますようお願いしたいと思います。 P43「高校生に対する教育支援についても治療と教育の両立の更なる推進が必要である」について賛成です。高校生の教育保障（学習保障と心のサポート等の充実含む）、ICTの活用と環境整備、医療と教育の連携コーディネーターの配置も重要と考えます。
谷口　栄作	【緩和ケア】 ○患者体験調査や遺族調査については、その評価が病院に伝わると改善につなげやすいと考えます。一方で、質問項目を細かくしすぎると、誰が書いたのかわかるなどの恐れがあることからあるがままのご回答をいただけず、正確性が失われる心配もあります。少なくとも、都道府県等の評価ができるような仕組みにしたほうがいいと考えます。 【相談支援及び情報提供】 ○持続可能な相談支援体制については、がん相談支援センターやがん専門相談員だけでなく、ピアサポーターや各専門機関などの相談支援に係る社会資源を含めたネットワークを構築し、地域社会が一体となって患者家族を支えることが重要。 【社会連携】 ○都道府県がん診療連携協議会については、比較的大きな病院が参加しているため、地域がん診療連携拠点病院等を中心とした地域単位で小さな病院や診療所を含めたネットワークをつくり、さらに都道府県がん診療連携協議会との連携ができるとよいと考えます。 〇上記のようなネットワークに、相談支援、情報の均てん化、両立支援などのネットワークを関係づけることで、患者さんに必要な支援がスムーズに提供できる体制が出来上がることを期待したい。 【サバイバーシップ支援】 ○アピアランスケアについて、研修会修了者がどこの病院にいるか、わかりやすい周知が必要ではないか。 ○自殺対策に関するガイドラインの普及啓発をどのような場（研修）で行うか、整理が必要ではないか。 （続く）

資料９　「がんとの共生」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
谷口　栄作	（続き） 【ライフステージに応じたがん対策】 ○教育支援充実のためには、医療従事者と教育関係者は“連携に努める”のではなく“連携しなければならない”と考え、医療側と教育側の双方において体制整備や課題等の実態把握を進める必要がある。 ○高齢がん患者への支援について、介護者との連携は必須である。
土岐　祐一郎	○P 8：拠点病院以外での緩和ケア・終末期医療の地域での実態や課題把握等は誰が行うのか？各医療圏の拠点病院が行うのか？ ○P21：科学的根拠に基づいていない情報をどのように検出し、どのように注意喚起するのか？方法が見えにくい。 ○P28：セカンドオピニオンは都道府県をまたいで受診することが多い。学会等の情報を活用した方が良いのではないか？ ○P39：自殺に関しては抑うつの延長なので抑うつのスクリーニングを積極的に進めるべきではないのか？また、癌の進行度と抑うつは関係すると思われる。早期癌でも抑うつになる人は的確な情報提供で改善できるのではないか？ ○P46：高齢がんサバイバーについては、栄養、フレイル、二次がん検診などかかりつけ医との連携が期待される。
中釜　斉	○緩和ケアの推進について拠点病院等以外に外来等における充実が提案されているが、緩和ケアの提供は医療機関内だけではなく、在宅や施設においても重要であるため、その充実についても明記してはどうか。 ○がん患者・経験者の長期フォローアップや高齢がん患者の支援等において、拠点病院と地域の医療・介護施設等の一層の連携強化が求められる。医療・介護の提供体制においては、拠点病院完結型から連携強化型、さらには地域完結型を含め、地域や疾患の特性を考慮したレジリエントながん診療提供体制の構築を進めるべきではないか。 ○がん患者の自殺対策について、がん患者やその遺族への対応に加え、自殺した患者を担当していた医療関係者についても、関係学会とも協力し、病院内での相談先や専門的なケアについて対応が推進されるようにする必要があるのではないか。 ○相談支援及び情報提供について、医療機関等からの提供とともに、同じ疾患の患者体験を有し、がんの悩み・苦しみに共感できる患者会の役割は大きくなっている。がん患者・家族が自らの悩みや心身の痛みを共有できる様々な機会・場についての検討が必要ではないか。 （続く）

資料９　「がんとの共生」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
中釜　斉	（続き） ○メディアが多様化し、情報があふれている現代において、患者国民が必要な情報を受け取るためには、正しい情報の普及に努めるだけではなく、情報の受け手を意識した取組も必要ではないか。例えば、拠点病院のがん専門相談員やピアサポートに携わる者の他、患者の相談支援に携わる人材が多様化していることを踏まえ、これらの人材とも連携して、患者・国民の情報リテラシーを高める取り組みを進めてはどうか。
樋口　麻衣子	○AYA世代のがんの医療と支援に関する要望書を提出させていただき、・AYA世代支援チームの質を担保し、ニーズのある患者を確実に相談支援につなぐ取り組みの推進　・AYA世代の医療や終末期の在宅療養における費用助成に関わる地域格差を是正する施策の推進　・AYA世代のがん経験者の包括的な健康管理とサバイバーシップケアに関わる体制の構築　・AYA世代のピアサポーターの確保とピアサポート活動の継続を支援する対策の推進　について要望致します ○緩和ケア研修を終了した修了者の伸びは著しいが、患者体験調査で身体的な苦痛を抱える患者の割合、精神心理的な苦痛を抱える患者の割合はほとんど変化が見られていない。研修内容を臨床で実践できているか確認出来る機会を作り、その知識を維持出来るようフォローアップ研修を検討していただきたい。 ○がんに関する相談に関して相談支援センターの役割がますます大きくなってきている。しかし、病院として役割について理解され人材を手厚く配置し、多様化複雑化する支援のニーズに合わせて学ぶ機会を支援されているとは言えず、機能が強化されるような体制を構築していただきたい。 ○ピアサポート育成事業に関して、都道府県によって活用の仕方や内容に差が見られている。育成した人数で評価されることがあるため、一定の質を担保できるよう利用する資材や研修の内容を吟味し統一する必要があると考える。 ○在宅や拠点病院以外の病院で亡くなる患者さんも半数以上を占めており、終末期の緩和ケアの均てん化のためにも、地域でも対応できる人材を育成し、拠点病院の緩和ケアセンターなどが中心となって地域の関連機関と連携をとり、気軽にコンサルテーション出来る環境や日頃から事例を共有できるような体制作りが必要である。 （続く）

資料９　「がんとの共生」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
樋口　麻衣子	（続き） ○在宅や拠点病院以外の病院で亡くなる患者さんも半数以上を占めており、終末期の緩和ケアの均てん化のためにも、地域でも対応できる人材を育成し、拠点病院の緩和ケアセンターなどが中心となって地域の関連機関と連携をとり、気軽にコンサルテーション出来る環境や日頃から事例を共有できるような体制作りが必要である。 ○コロナ禍もあり、高等学校段階の療養中におけるICTを活用した遠隔教育の体制が進んだが、単位を認定するかは各校長の裁量によるという実態がある。前例がないために進級が認められなかったという生徒もいるため、基準を設けて本人の学びを評価し進学をサポートして頂きたい。 ○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は32.8%とまだ低い状況である。自分自身の状況を振り返り、患者自身の状況を見える化するためにも、毎回でなくても診断時、治療変更時、再発時、機能低下がみられた時、治療中止時など変化があるタイミングでは身体症状や心理状態に加えて時に仕事、経済、生殖やアピアランス支援や自殺予防の側面を含めたスクリーニングを行ない、必要時は緩和ケア外来や関連部門につなぐような体制作りが必要ではないか。 ○アピアランスケアは、美容の側面だけの問題ではなく社会・心理的な支援が必要となる。その人に合った方策を見出し、必要な支援先に繋げられるようまずはアピアランスケアに関する研修を受けた医療者が窓口となり対応して頂きたい。 ○遺族調査では約30%の遺族が最近1カ月で悲嘆の症状を訴えているとある。日本における遺族に対するグリーフケア体制は、通常の訪問や診療の合間をぬって各施設が自主的に行なっているのが現状である。持続可能な活動となるように、診療報酬などを含めた体制を整えて頂きたい。
久村　和穂	1．緩和ケアについて ○がん医療や緩和ケアに精通する専門・認定看護師の養成は重要であるが、専門・認定資格を有しない**一般の看護師**の方が、患者さんやご家族、患者さんにとって大切な方々（例：パートナー）等をケアする機会は圧倒的に多いと思います。がん診療連携拠点病院はもとより非拠点病院を含めて一般看護師が**緩和ケアや苦痛のアセスメント**に関する基本的知識・技能を習得しておくことは非常に重要であり、**緩和ケア研修会**の受講を一層奨励すべきと考えます。 （続く）

資料９　「がんとの共生」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
久村　和穂	（続き） 2．相談支援および情報提供について ○がん患者・サバイバーおよびその家族・遺族等の医療や生活に関わる困りごとや悩みは多様化・複雑化しています。相談支援センターの業務量の増加、業務内容が専門化する中でも相談支援の質を担保するためには、がん診療連携拠点病院は**相談支援センターのスタッフ増員**に加えて、**がん相談支援に関わる地域のネットワーク作り**が必要と考えます。拠点病院は医療・介護関連施設との地域連携だけではなく、地域の実情に応じて地域統括相談支援センター、患者会・患者支援団体、福祉・保健・法律・教育関係機関等のそれぞれの機能・人材等の特性を活かしたがん相談支援のネットワーク化を進めていくことが、相談内容の多様化・複雑化に対応し、かつ、相談支援の質と持続可能な相談支援体制を保持するために重要と考えます。 3．社会連携について ○がん患者が最期まで望んだ場所で過ごすためには、地域の医療・介護関係機関の連携だけでは困難な問題があり、**行政機関による協力・連携が不可欠**と考えます。特に身寄りのない独居がん患者が最期まで在宅療養を希望し、在宅医療・介護従事者からの協力が得られるにも関わらず、公営住宅の場合、当該自治体から最終段階で入院を求められるケースもあります（公営住宅で亡くなった場合、死亡届の届出人は家屋管理人である自治体の長となるが、その協力が得られないため）。また、身寄りのない患者の場合、ADLが低下して介護施設への入所を希望したとしても、家族や身元引受人・保証人、成年後見人（がん患者は最期まで認知機能が保たれることが少なくないため、成年後見制度の対象者に該当しない場合も多い）がいないと介護施設への入所を断られるケースもあります。 ○このような**身寄りのない独居がん患者の看取り**にあたっては、死後事務（死亡届等の手続きを含む）、ご遺体の管理・埋葬、土日・時間外の行政機関の対応、医療費・介護料等支払い、親族・相続人調査等について終末期ケアを担う医療介護従事者と行政機関との事前の協議が必要であり、行政機関、地域包括支援センター、必要に応じて葬儀業者・墓地管理者等との連携・協力が不可欠です。今後は身寄りがいたとしても、高齢・遠方等の事情のために親族から協力が得られないがん患者は増加することも予想されます。がん診療連携拠点病院は、当該がん医療圏の行政担当者を含めて関係する医療機関・介護関連施設等と協働し、がん患者の緩和ケア・終末期ケアの提供体制の現状や困難事例・課題を共有し、関係機関との連携の在り方について協議する必要があると考えます。 4．サバイバーシップ支援（外見ケア）について ○石川県内で実施した調査では、ウィッグ購入費の中央値は80,000円（資料4最終頁-1では38,000円）であり、外見ケアに関する情報や社会資源の地域格差についてあらためて認識いたしました。まずは、がん治療施設において**医療従事者による適切な外見ケアおよび情報提供**が行われることは極めて重要と考えます。 （続く）

資料９　「がんとの共生」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
久村　和穂	（続き） ○治療終了後も継続して外見の悩みを抱えながら生活しているがんサバイバーも少なくありません。治療終了後は日常生活上の悩みを医療従事者に直接相談できるような機会も減るため、サバイバーの外見変化について、身近な相談相手となる地域の**美容業関係者に対する外見ケアの研修機会の提供**も重要と考えます。美容業従事者の中には、がんサバイバーへのサービス提供について不安を抱き躊躇している者も少なくありません。サバイバーが孤独に外見変化に向き合わず、安心して社会生活を送るためには、外見ケアについて地域の医療従事者と美容業従事者が協働していくことも今後益々重要になると考えます。
前田　留里	【緩和ケア】 ○診断時の全員に、アセスメントと情報提供、治療時のモニタリング、終末期のフォローアップといずれの時期においても必要な方に緩和ケアが受けられる環境整備をしていただきたい。また拠点病院以外の地域の病院でも緩和ケアの実態把握を行い、緩和ケアにつながれるよう取り組んで頂きたい。また患者には痛みを我慢しなくよいことの情報提供も。 【相談支援及び情報提供】 ○患者会活動への理解と支援、医療者との協働ができるよう地域統括相談支援センター―の全国的な充実を期待しています。 【社会連携】 ○セカンドオピニオンは診断時から受ける権利があることを伝えられ、また各病院ではオンラインでの相談を可能とし、低料金で受けられる工夫もしてほしい。都道府県がん診療連携協議会での地域の患者会の参画も必要。 【サバイバーシップ支援】 ○相談支援員は両立支援コーディネーターを必須とし、フォロー研修が受けられる体制を。 ○両立支援コーディネーターの活動状況の把握を。 ○両立支援の助成金については、中小企業の支援を手厚くするなど支援を。 ○自殺対策については、公認心理師などによる医療スタッフの心のケアなどもできるように。 【ライフステージに応じたがん対策】 ○高齢者が普段から高齢者機能評価を受けられる環境を作ってはどうか。たとえば、後期高齢者の自治体健診に高齢者機能評価（簡易的なものでもよいので）を追加することで、がん治療を受ける際の目安にするだけでなく、治療の影響でのフレイルの変化などデータを活用できるのではないか。 ○40～64歳の介護保険の利用率の調査を。 （続く）

資料９　「がんとの共生」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
前田　留里	（続き） 〇小児がんの教育について、第３期がん対策推進基本計画中間評価では、医療従事者からの説明や教育関係者からの支援は約７割があったとの回答ですが、満足度や役に立ったか、希望する学びや復学が出来たかどうかが重要ではないか。子どもにとっての学校や友人は世界の中心といっても過言ではないほど大切なもの。受験生や学力の差、求める学びを考慮し、本人が希望する学び、復学ができたかの検証とさらなる支援が必要。 〇AYA世代の長期フォローアップは、当事者が気軽にアクセスしやすいよう、オンライン診察やチャットでの相談など、AYAの特性に合った支援が必要ではないか。
松田　一夫	１．緩和ケアについて 身体的・精神心理的苦痛を抱える患者の割合が減っていないことから、緩和ケアが十分に機能しているとは言えないと思う。 緩和ケアは、がんと診断された時点から開始すべきとされている。がんの診断は約半数ががん診療拠点病院以外でなされていること、がんに係る自殺もがんと診断されてから短期間に起こっていることを考えれば、緩和ケアが拠点病院以外においても広く行われなければならない。そのためには、拠点病院以外の医療従事者をも対象として、広く、緩和ケア研修を行うべきである。また、がん患者および国民全体に対しても、「がんと診断された時点から精神的苦痛を減らすことが重要である」こと、何処に相談すればよいかを、啓発することが重要と考える。 ２．相談支援及び情報提供について 対面や電話に加えて、インターネットによる24時間対応の相談体制を整備する必要がある。また回答はできるだけ速やかにして欲しい。チャットによる相談も有用と思う。情報提供においてもインターネットをもっと活用する必要がある。がん患者や家族が、求める正しい情報に速やかにたどり着けるよう、ＮＨＳ等のＨＰも参考にしてワンストップの情報提供に努めて欲しい。 ３．社会連携について 多職種の連携によってがん患者を支える必要があるが、とりわけ“かかりつけ医”の関わりが重要と思う。 ４．サバイバーシップ支援について 治療と仕事の両立支援に関しては、『がんと診断されても仕事を続けられること、すぐに仕事を辞めてはいけない』ことを国民に広く啓発し、困ったら何処に相談すればよいかを周知することが重要である。アピアランスに関しても、公的な支援等に関する情報にすぐにたどり着けるようにして欲しい。 （続く）

資料９　「がんとの共生」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
松田　一夫	（続き） ５．ライフステージに応じたがん対策について 　個々の状況に応じた多様なニーズがあるため、がん患者や患者団体・学会等からの様々な意見・要望を踏まえて対策を講ずる必要がある。高齢がん患者においては、身体機能・認知機能評価に加えて、家族や社会の支援の状況を踏まえて治療法を決定することが重要とされる。社会的支援は高齢がん患者のみならず、あらゆる年齢層のがん治療において重要であり、その体制整備に努めることが必要である。
谷島　雄一郎	【緩和ケア】 緩和ケアを知っていても知らなくても、必要とするすべての患者に適切に届くことが重要である 。(「アピアランスケア」も同様) P7に記載されている通り、まさに「診断時から適切な緩和ケアが提供される提供体制」が望まれている。国民の緩和ケアに関する認識向上のための普及啓発や質の向上はもちろんだが、最も大切なのは、必要としているすべての患者に、適切に届くかどうかである。患者からは、緩和ケアの有効性を知り、身体的・精神心理的・社会的苦痛等の緩和を希望しながらも、上手くつながれないケースも聞かれる。「知らないから、つながれない」「知っていても、つながれない」ではなく、「知らなくても知っていても、つながれる」ことが必要である。よって緩和ケアにおいては以下2点をご提案したい。サバイバーシップ支援の項目で言及されているアピアランスケアについても同様であるし、自殺に関する課題解決にもつながると考える。 ①緩和ケアに患者が自動的につながれるような仕組みの検討 診断と同時に、患者が自動的に緩和ケアを知り、つながる仕組み・ルール作りを行うことで、主治医と患者、及び、主治医と緩和ケアチームの間にある壁を、取り払っていただきたい。 また地域間格差を是正し、今苦しんでいる患者に届けるためにもP23にある地域緩和ケア等ネットワーク構築は加速した推進が必要である。 ②緩和ケアが必要とされる患者を取りこぼさないためのスクリーニングと、適切なタイミングで、適切に患者に届いているかどうかの評価を、より高い精度で実施してはどうか 診断時から治療ステージ、終末期等、要所要所、適切なタイミングでスクリーニングを行い、その評価を、患者体験調査、遺族調査、現況報告書等でより高い精度で実施。確実に患者に届く状況と、その確認を進めていただきたい。 【相談支援及び情報提供】 ○がん相談支援センターへの適切な体制の構築と予算の確保 がん相談支援センターの重要度と役割は増える一方である。仕事の質も量も増加し続ける状況下で、それに対応できる人材の確保・育成と体制の構築に必要な予算を検討いただきたい。 （続く）

資料９　「がんとの共生」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
谷島　雄一郎	（続き） ○希少がんセンターにおいても相談支援センターの充実を図る P12～14にあるように、支援センターのアップデートと研鑽には大変感謝申し上げたい。P10でがん相談支援センター、同様にP11で小児がん拠点病院の相談支援センターについて記載されているように、今後全国でネットワーク化されていく希少がんセンターでも同じように相談支援部門を配置して支えていただきたい。 【社会連携】 ○希少がん、難治性がん、小児がんに関しては特に、情報公開、拠点整備、相談支援等の充実とともに、それらが有機的に機能する医療連携を大きく進めていただきたい 情報公開、拠点整備、相談支援の充実やDX等はあくまでツールであり、特に情報提供と集約化が必要な、希少がん、難治性がん、小児がんにおいては、相談支援センター、希少がんセンター、中央、地域が役割分担し、患者に確実に情報を届け、最適な治療につなげ、適切にサポートする医療連携が不可欠である。 【サバイバーシップ支援】 ○患者の経済的課題について明らかにし、具体的解決策についての検討を進める P39最下段にあるように、がん患者・経験者、その家族等の生活の質を向上させるために、経済的な課題等を明らかにし、利用可能な施策に関する周知や課題解決に向けた施策について、引き続き検討していただきたい。3期の基本計画の就労では傷病手当金の分割支給が可能になった。今後については、継続した治療による医療費や医学の進歩に伴う高額な治療が生活を圧迫すること等、経済的課題について継続して議論し、具体的解決策に結び付けることが必要である。 ○アピアランスケアについては、先述の緩和ケア同様、認知度や質の向上と同時に、緩和ケアを知っていても知らなくても、適切に必要とするすべての患者に届く仕組みを構築いただきたい 【ライフステージに応じたがん対策】 ○AYA世代の在宅療養支援制度の策定 P46の最初にあるように、小児・AYA世代のがん患者の療養環境の充実に向けて、課題等について実態把握と、緩和ケア提供体制や在宅療養環境等の体制整備については喫緊で対応すべきと考える。 40歳未満であるAYA世代は介護保険が使えず、自宅で療養する際に、介護用ベッドや訪問介護サービスを利用しようとすると、自己負担が高額になる。いくつかの自治体でAYA世代のがん患者の支援策として小児・AYA世代が在宅療養をする際の費用を助成する制度はあるものの、まだまだ数は少なく地域間格差が生まれている。財源や国と自治体の分担等、難しい課題もあるが、今苦しんでいる患者にフォーカスし、誰がいつどうするかについて、具体的に議論していくべきではないか。AYA世代のがん患者が金銭的な理由で、在宅療養をあきらめなくても済むような環境を整えていただきたい。 （続く）

資料９　「がんとの共生」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
谷島　雄一郎	（続き） ○AYA世代のピアサポート特有の課題に対応できる医療者サポートグループの必要性（相談支援及び情報提供の項目にも関連） AYA世代は患者も相談内容も多種多様な上、ピアサポーター側もライフステージの変化の激しい当事者であるため、安定及び持続可能なピアサポートの提供が難しい。AYA世代のピアサポート特有の課題やニーズに対応でき、ピアサポーターのサポートと成長を促せる、受け皿としての医療者によるサポートグループが必要ではないか。 以下、主に小児がん関連意見 ○P46に記載されている、小児の緩和ケア、在宅療養環境は、特に患者及び関係者の精神面のケアも含めて対策が喫緊の課題である。実態把握を早急に行い、地域格差の無い支援体制の強化をお願いしたい。検討するという文言にとどまらず、支援をすぐに強化していただきたい。 ○P45「教育支援充実の観点から、医療従事者と教育関係者との連携に務めるとともに」とあるがここに「医教連携コーディネーター」という表現を明確に入れていただきたい。 ○P45「長期フォローアップや移行期支援など、成人診療科と連携した切れ目ない支援体制が構築できるよう、医療・支援のあり方について検討する」とあるが、具体的に何を検討するのか明確にしていただきたい。検討だけでなく、一分一秒でも早く患者や患者家族に支援届けることを意識したアクションをお願いしたい。 ○小児がん拠点病院の集約化・均てん化の目的は治療成績の向上であるはず。よって、成人になる小児がんサバイバーが増えるのだから、当然移行期支援を並行して進めるべきであったはず。検討にとどまらず、早急に実施いただきたい。 ○小児（15歳まで）・AYAの中でも若年AYA世代（高校生から大学生世代）は、思春期であることや、就労や大学受験などライフステージの大きな節目のため特化した支援が必要ではないか。 ○小児がん支援においては、治療・療養中の患児患者に加えて、家族への支援という観点も必要である。よって「きょうだいも含めた家族支援」という文言を入れていただきたい。特に小児がん治療中の親は若年（20歳代、30歳代）であることが多い。

資料１８-(３)

第85回がん対策推進協議会　議事次第

日　時：令和4年11月11日（金）14：00～17：00
WEB開催

議　事　次　第

１　開　会

２　議　題

（1）　がん対策推進基本計画の見直しについて

・がんの一次予防

（2）　第4期がん対策推進基本計画案について

【資　料】

資料1－1　「がんの一次予防」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

資料1－2　「がんの一次予防」分野について事前にいただいたご意見

資料2－1　第4期がん対策推進基本計画（案）の考え方について

資料2－2　第4期がん対策推進基本計画（案）

資料2－3　第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル作成の基本的な考え方
（国立がん研究センターがん対策研究所提供資料）

資料2－4　第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル（案）
（国立がん研究センターがん対策研究所提供資料）

資料2－5　第4期がん対策推進基本計画（案）について事前にいただいたご意見

参考資料1　がん対策推進協議会委員名簿

参考資料2　がん対策基本法

参考資料3　がん対策推進基本計画（平成 30 年3月）

参考資料4　がん対策推進基本計画中間評価報告書（令和4年6月）

参考資料5　「経済財政運営と改革の基本方針 2022」より抜粋

参考資料6　次期プランにおける目標（案）

第85回がん対策推進協議会	資料1-1
令和４年11月11日	

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

「がんの一次予防」分野に係る がん対策推進基本計画の見直しについて

厚生労働省

健康局　がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1

生活習慣について

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

健康日本21（第二次）の概要

健康増進法　第７条　厚生労働大臣は、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針を定めるものとする。

国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針

（平成24年厚生労働省告示第430号）

二十一世紀における第二次国民健康づくり運動：健康日本21（第二次）

健康の増進に関する基本的な方向

① 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

② 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCD（非感染性疾患）の予防）

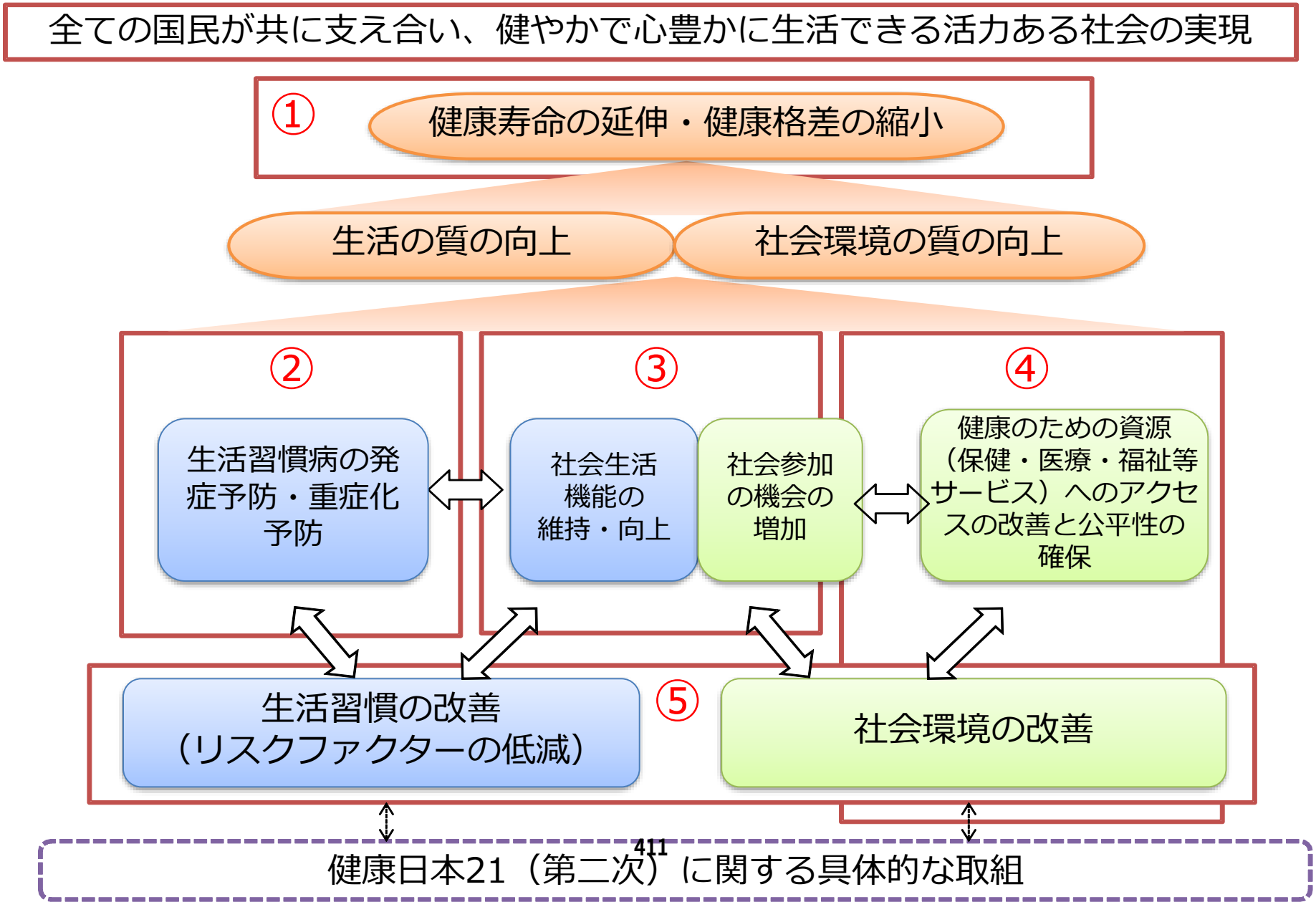
③ 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

④ 健康を支え、守るための社会環境の整備

⑤ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善

410

健康日本21（第二次）の概念図



健康日本21（第二次）最終評価 53項目の評価のまとめ

策定時のベースライン値と直近の実績値を比較	項目数（再掲除く）
A　目標値に達した	8（15.1%）
B　現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある	20（37.7%）
C　変わらない	14（26.4%）
D　悪化している	4（7.5%）
E　評価困難	7（13.2%）
合計	53（100.0%）

	＜基本的な方向※＞					
評価	1	2	3	4	5	全体
A	1 <50.0%> (1.9%)	3 <25.0%> (5.7%)	3 <25.0%> (5.7%)		1 <4.5%> (1.9%)	**8 (15.1%)**
B		3 <25.0%> (5.7%)	4 <33.4%> (7.5%)	2 <40.0%> (3.8%)	11 <50.0%> (20.8%)	**20 (37.7%)**
C	1 <50.0%> (1.9%)	4 <33.3%> (7.5%)	3 <25.0%> (5.6%)	1 <20.0%> (1.9%)	5 <22.7%> (9.4%)	**14 (26.4%)**
D		1 <8.3%> (1.9%)	1 <8.3%> (1.9%)		2 <9.1%> (3.8%)	**4 (7.5%)**
E		1 <8.3%> (1.9%)	1 <8.3%> (1.9%)	2 <40.0%> (3.8%)	3 <13.6%> (5.7%)	**7 (13.2%)**
合計	**2 <100%> (3.8%)**	**12 <100%> (22.6%)**	**12 <100%> (22.6%)**	**5 <100%> (9.4%)**	**22 <100%> (41.5%)**	**53**

目標値に達した項目（A）

- 健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）
- 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）
- 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）
- 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（HbA1cがＪＤＳ値8.0%（ＮＧＳＰ値 8.4%）以上の者の割合の減少）
- 小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加
- 認知症サポーター数の増加
- 低栄養傾向（ＢＭＩ20以下）の高齢者の割合の増加の抑制
- 共食の増加（食事を１人で食べる子どもの割合の減少）

悪化している項目（D）

- メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少
- 適正体重の子どもの増加
- 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少
- 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（一日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）の割合の減少

（※）基本的な方向
1：健康寿命の延伸と健康格差の縮小
2：生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCD（非感染性疾患）の予防）
3：社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
4：健康を支え、守るための社会環境の整備
5：栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善

最終評価における目標達成状況の概要①

項目	評価
１．健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標	
①健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）	A
②健康格差の縮小（日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小）	C
２．主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に関する目標	
（１）がん	
①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	A
②がん検診の受診率の向上	B
（２）循環器疾患	
①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	A
②高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）	B*
③脂質異常症の減少	C
④メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	D
⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	B*
（３）糖尿病	
①合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少	C
②治療継続者の割合の増加	C
③血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（HbA1cがＪＤＳ値8.0%（ＮＧＳＰ値8.4%）以上の者の割合の減少）	A
④糖尿病有病者の増加の抑制	E※（参考B*）
⑤メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（再掲）	D
⑥特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲）	B*
（４）ＣＯＰＤ	
①ＣＯＰＤの認知度の向上	C

※は、新型コロナウイルス感染症の影響でデータソースとなる調査が中止となった項目

最終評価における目標達成状況の概要②

項目	評価
３．社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標	
（１）こころの健康	
①自殺者の減少（人口10万人当たり）	B
②気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少	C
③メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加	B*
④小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加	A
（２）次世代の健康	
①健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加	C
ア 朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合の増加	
イ 運動やスポーツを習慣的に行っていない子どもの割合の減少	
②適正体重の子どもの増加	D
ア　全出生数中の低出生体重児の割合の減少	
イ　肥満傾向にある子どもの割合の減少	
（３）高齢者の健康	
①介護保険サービス利用者の増加の抑制	B*
②認知症サポーター数の増加	A
③ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合の増加	C
④低栄養傾向（ＢＭＩ20以下）の高齢者の割合の増加の抑制	A
⑤足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（1,000人当たり）	B*
⑥高齢者の社会参加の促進（就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加）	E※（参考Ｂ）

※は、新型コロナウイルス感染症の影響でデータソースとなる調査が中止となった項目

最終評価における目標達成状況の概要③

項目	評価
４．健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標	
①地域のつながりの強化（居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の増加）	C
②健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加	E※
③健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業等登録数の増加	B
④健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加	E（参考Ｂ）
⑤健康格差対策に取り組む自治体の増加（課題となる健康格差の実態を把握し、健康づくりが不利な集団への対策を実施している都道府県の数）	B
５．栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標	
（１）栄養・食生活	
①適正体重を維持している者の増加（肥満（ＢＭＩ25以上）、やせ（ＢＭＩ18.5未満）の減少）	C
②適切な量と質の食事をとる者の増加	C
ア　主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が１日２回以上の日がほぼ毎日の者の割合の増加	
イ　食塩摂取量の減少	
ウ　野菜と果物の摂取量の増加	
③共食の増加（食事を１人で食べる子どもの割合の減少）	A
④食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加	B*
⑤利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加	B*
（２）身体活動・運動	
①日常生活における歩数の増加	C
②運動習慣者の割合の増加	C
③住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加	B*
（３）休養	
①睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	D
②週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少	B*

415

※は、新型コロナウイルス感染症の影響でデータソースとなる調査が中止となった項目

最終評価における目標達成状況の概要④

項目	評価
５．栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標	
（４）飲酒	
①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（一日当たりの純アルコール摂取量が男性40ｇ以上、女性20ｇ以上の者）の割合の減少	D
②未成年者の飲酒をなくす	B
③妊娠中の飲酒をなくす	B
（５）喫煙	
①成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）	B*
②未成年者の喫煙をなくす	B
③妊娠中の喫煙をなくす	B*
④受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の減少	B*
（６）歯・口腔の健康	
①口腔機能の維持・向上（60歳代における咀嚼良好者の割合の増加）	C
②歯の喪失防止	E※（参考B）
ア　80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	
イ　60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	
ウ　40歳で喪失歯のない者の割合の増加	
③歯周病を有する者の割合の減少	E※
ア　20歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少	
イ　40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	
ウ　60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	
④乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加	B
ア　３歳児でう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県の増加	
イ　12歳児の一人平均う歯数が1.0歯未満である都道府県の増加	
⑤過去１年間に歯科検診を受診した者の割合の増加	E※

※は、新型コロナウイルス感染症の影響でデータソースとなる調査が中止となった項目

次期プランのビジョン（案）

これまでの成果

- 基本的な**法制度**の整備・**枠組み**の構築
- 自治体のみならず、保険者・企業など**多様な主体**が健康づくりの取組を実施
- データヘルス・ICT利活用、社会環境整備、ナッジ・インセンティブなど**新しい要素**も

課題

- 一部の**指標が悪化**
- 全体としては改善していても、一部の**性・年齢階級では悪化**している指標がある
- データの**見える化・活用**が不十分
- **PDCAサイクル**の推進が不十分

予想される社会変化

- 総人口減少、高齢化の進展、独居世帯の増加
- 女性の社会進出、労働移動の円滑化、多様な働き方の広まりによる社会の多様化
- あらゆる分野でデジタルトランスフォーメーションが加速
- 次なる新興感染症も見据えた新しい生活様式への対応

ビジョン

全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現

①誰一人取り残さない健康づくりを展開する（Inclusion）

②より実効性をもつ取組を推進する（Implementation）

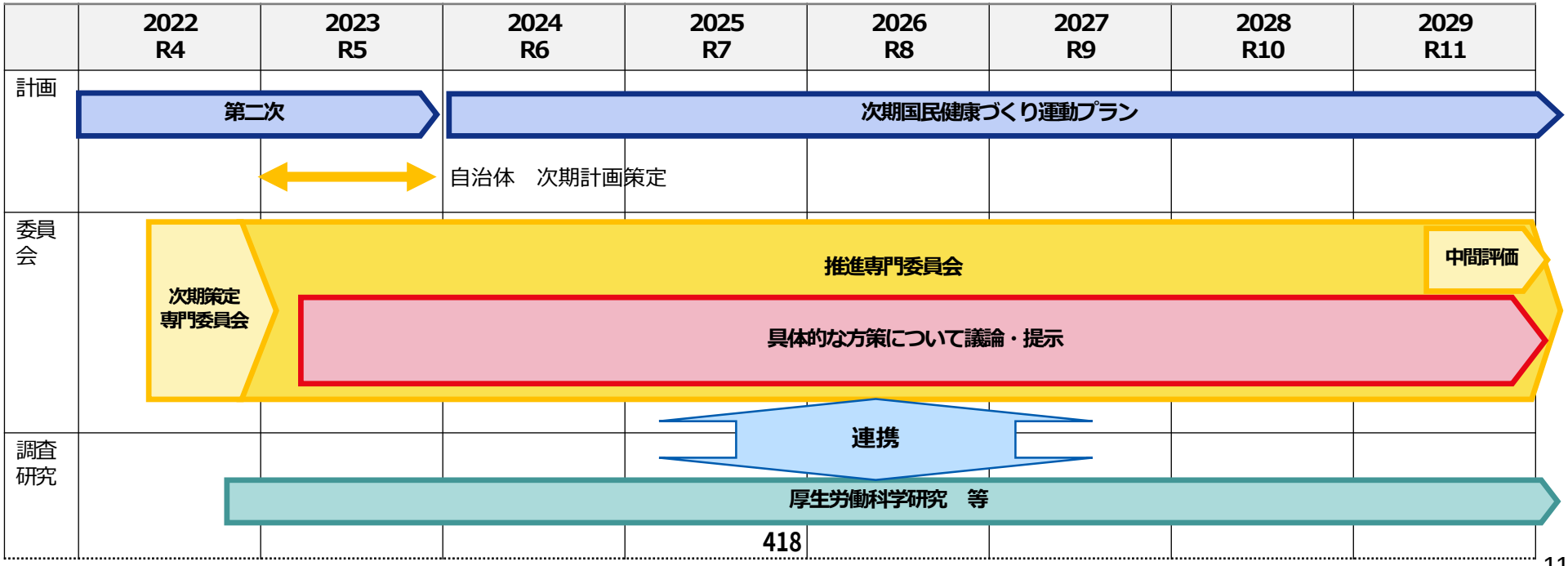
- 多様化する社会において、個人の特性をより重視した最適な支援・アプローチの実施
- 様々な担い手（プレーヤー）の有機的な連携や、社会環境の整備により、個人を支える
- テクノロジーも活用したPDCAサイクル推進の強化

次期プランの推進について（案）

- 次期プランにおいて「より実効性のある取組」を進めるためには、目標達成のための具体的な方策を、取組を実践する自治体等の関係者や国民に示していく必要がある。
- このため、本委員会において次期プランを策定したのち、地域保健健康増進栄養部会において、別途専門委員会（推進専門委員会）を立ち上げ、当該委員会において、具体的な方策を議論・提示することとしてはどうか。

※本委員会では、次期プランの方向性及び目標項目を中心に議論を行い、それに基づく具体的な方策については、来年度以降の専門委員会で議論・提示。

- 具体的な方策については、科学的なエビデンス等に基づき、作成・更新を継続的に行い、コンテンツを充実させていくこととしてはどうか。また、自治体・保険者など様々な主体が関係することを念頭に作成・更新することとしてはどうか。



2

感染症対策について

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

肝炎について

○肝炎　：　肝臓の細胞が破壊されている状態

病因別の分類

- 肝炎
  - ウイルス性（A型、B型、C型、D型、E型　等）
  - 非ウイルス性
    - 薬物性
    - 自己免疫性
    - アルコール性
    - その他（非アルコール性脂肪性肝炎 等）

臨床経過による分類

①急性肝炎；
- A、B、E型肝炎ウイルスによるものが多い
- 急激に肝細胞が障害される
- 自然経過で治癒する例が多い

②慢性肝炎（少なくとも６ヶ月以上炎症が持続）
- B型、C型肝炎ウイルスによるものが多い
- 長期間にわたり肝障害が持続
- 肝硬変や肝がんに進行する

・**B型肝炎、C型肝炎**
- 持続感染者（2015年）　約２００～２５０万人（推計）※1
（B型：約１１０～１２０万人、C型：約９０～１３０万人）（推計）※1

⇒　**国内最大級の感染症**

- 感染を放置すると肝硬変や肝がんに進行する

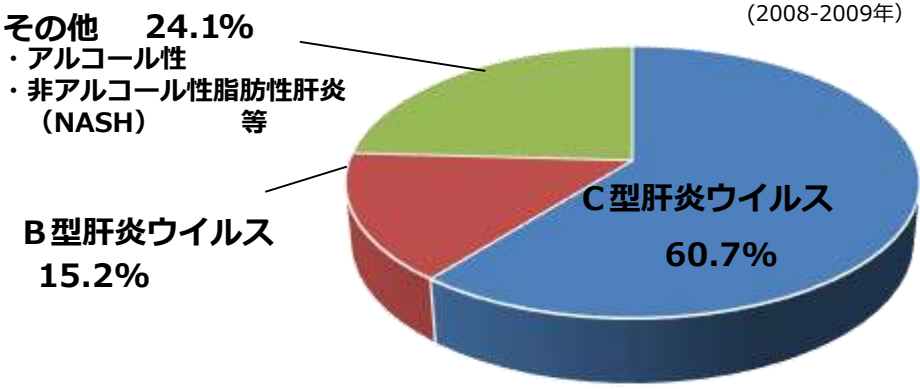
※１　令和元年度　厚生労働科学研究費補助金　肝炎等克服政策研究事業　田中班報告書より。

・**非アルコール性脂肪性肝炎（NASH※2）**
- ウイルスやアルコール等以外による脂肪肝を伴う肝炎
- 肥満、糖尿病、脂質異常症、高血圧患者に多いとされる

※２　NASH：nonalcoholic steatohepatitis

肝がんの原因内訳

出典：第２０回全国原発性肝癌追跡調査報告（2008-2009年）



約75%　B型・C型肝炎ウイルスが原因

肝炎総合対策は、B型肝炎及びC型肝炎に係る対策を中心に行っている

肝炎対策基本法（平成２１年法律第９７号）

目　的（第１条）

・肝炎対策に関する**基本理念**を定める（第2条）
・国、地方公共団体、医療保険者、国民及び医師等の**責務**を明らかにする（第3条～第7条）
・肝炎対策の推進に関する**指針の策定**を定める（第9条～第10条）
・肝炎対策の**基本となる事項**を定める（第11条～第18条）

基本的施策（第11条～第18条）

予防・早期発見の推進（第11条～第12条）

- 肝炎の予防の推進
- 肝炎検査の質の向上　等

研究の推進（第18条）

肝炎医療の均てん化の促進（第13条～第17条）

- 医師その他の医療従事者の育成
- 医療機関の整備
- 肝炎患者の療養に係る経済的支援
- 肝炎医療を受ける機会の確保
- 肝炎医療に関する情報の収集提供体制の整備　等

実施に当たり肝炎患者の人権尊重・差別解消に配慮（第２条第４号）

肝炎対策基本指針策定（第９条～第10条）

肝炎対策推進協議会

- 肝炎患者等を代表する者
- 肝炎医療に従事する者
- 学識経験のある者

関係行政機関

設置 ⇄ 意見

資料提出等、要請 ⇄ 協議

厚生労働大臣

策定

肝炎対策基本指針

平成23年5月16日策定
平成28年6月30日改正
令和４年３月７日改正

●公表

●**少なくとも5年ごとに検討、必要に応じ変更**

9つの項目に関して取り組む内容を規定

・基本的な方向　・肝炎予防　・肝炎検査　・肝炎医療体制
・人材育成　・調査研究　・医薬品研究　・啓発人権
・その他重要事項

肝炎の進行と対策のイメージ

感染

10～40年

無症候 | 慢性肝炎 | 肝硬変 | 肝がん



肝炎ウイルス検査（保健所や委託医療機関で実施。原則無料）

検査結果が陽性の場合

重症化予防対策

初回精密検査(無料。職域、妊婦健診、手術前の肝炎ウイルス検査で陽性の場合も含む)

経過観察を要する場合

定期検査（年2回、所得等に応じ、無料、2000円/回又は3000円/回）

肝炎医療費助成

- **インターフェロン治療** B型 C型
- **核酸アナログ製剤治療** B型 （肝がんについては、慢性肝炎、肝硬変の段階から助成を受けている者）
- **インターフェロンフリー治療** C型 （非代償性肝硬変も含む）

所得に応じ、自己負担
１万円/月又は２万円/月

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業
（年収約370万円以下、高額療養費3ヶ月目以降、自己負担1万円）
入院治療 | **肝がんの通院治療**（分子標的薬を用いた化学療法に限る）

障害認定(肝硬変)／自立支援医療(移植のみ)
障害年金（肝硬変）

一般施策

特措法対象者

	無症候	慢性肝炎	肝硬変	肝がん
B型肝炎特措法	無症候性キャリア 600万円（50万円）	慢性肝炎 1,250万円（300万円/150万円）	肝硬変（軽症） 2,500万円（600万円/300万円）	肝硬変（重度）・肝がん 3,600万円（900万円）
C型肝炎特措法	無症候性キャリア 1200万円	慢性肝炎 2,000万円	422	肝硬変・肝がん 4,000万円

HTLV-1総合対策の骨子

推進体制

国、地方公共団体、医療機関、患者団体等の密接な連携を図り、HTLV-1対策を強力に推進

●厚生労働省：

・HTLV-1対策推進協議会の設置

患者、専門家等が参画し、協議会での議論を踏まえて、総合対策を推進

・省内連携体制の確立と、窓口担当者の明確化

●都道府県： HTLV-1母子感染対策協議会

●研究班： HTLV-1・ATL・HAMに関連する研究班の総括的な班会議 研究班の連携強化、研究の戦略的推進

重点施策

1 感染予防対策

○全国的な妊婦のHTLV-1抗体検査と、保健指導の実施体制の整備
○保健所におけるHTLV-1抗体検査と、相談指導の実施体制の整備

2 相談支援（カウンセリング）

○HTLV-1キャリアやATL・HAM患者に対する相談体制の整備
・相談従事者への研修の実施やマニュアル等の配布
※相談体制の構築や手引きの作成等において、患者団体等の協力も得ながら実施

3 医療体制の整備

○検査精度の向上や発症リスクの解明に向け、標準的なHTLV-1ウイルスのPCR検査方法等の研究の推進
○ATL治療に係る医療連携体制等の整備、地域の中核的医療機関を中心としたHAMの診療体制に関する情報提供
○ATL及びHAMの治療法の開発・研究の推進、診療ガイドラインの策定・普及

4 普及啓発・情報提供

○厚労省のホームページの充実等、国民への正しい知識の普及
○母子感染予防のため、ポスター、母子健康手帳に挟むリーフレット等を配布
○医療従事者や相談担当者に対して、研修等を通じて正しい知識を普及

5 研究開発の推進

○実態把握、病態解明、診断・治療等の研究を総合的・戦略的に推進
○HTLV-1関連疾患研究領域を設け、研究費を大幅に拡充

子宮頸がんに対してできること　～ＨＰＶワクチンと子宮頸がん検診～

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

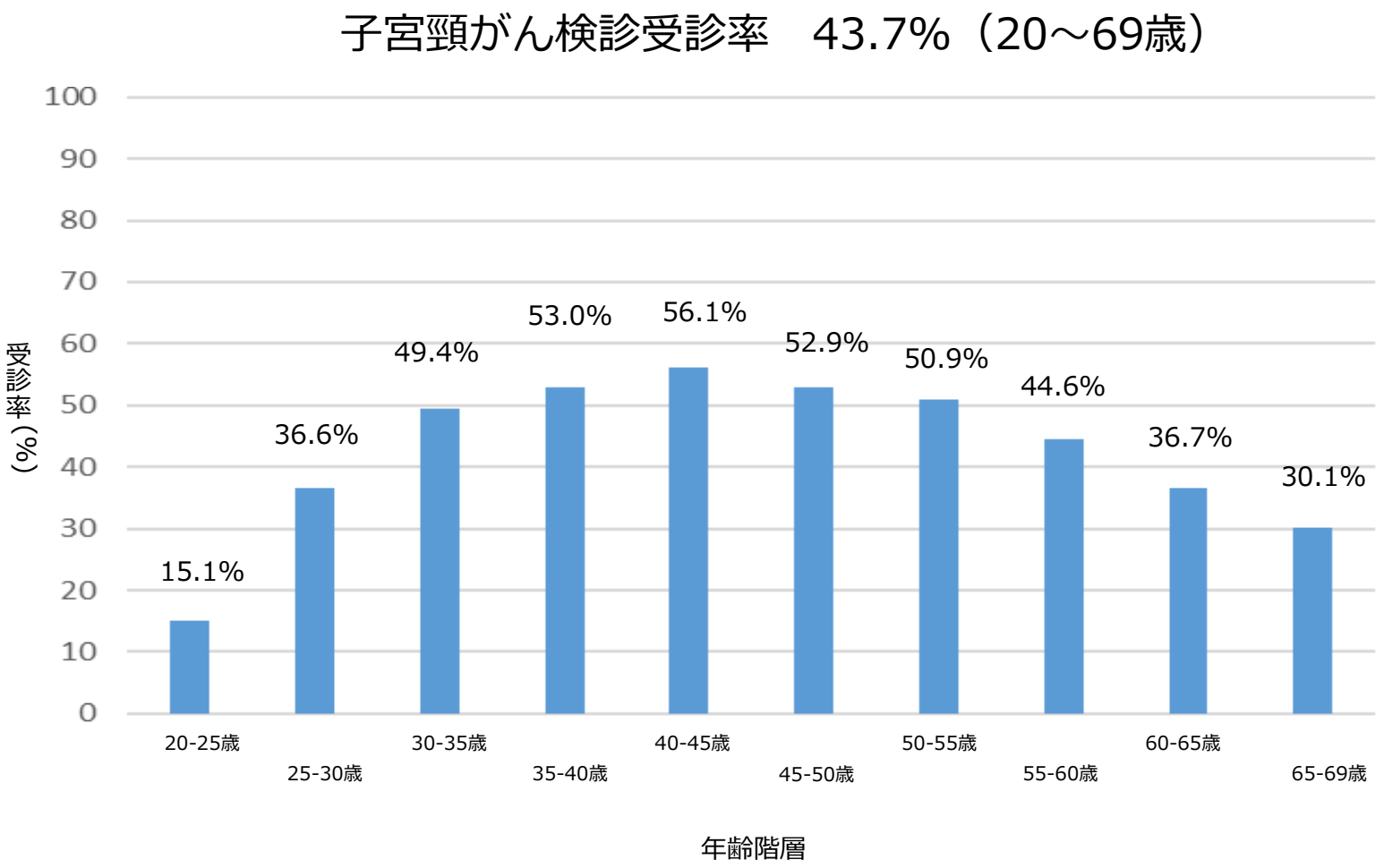
子宮頸がん検診で
がんを早く見つけて
治療



出典：厚生労働省　HPVワクチに関するリーフレット「小学校６年～高校１年の女の子と保護者の方へ大切なお知らせ（詳細版）」令和４（2022）年版

年齢（５歳階級）別　子宮頸がん検診受診率

○　他の年齢層と比べ、特に20～25歳の子宮頸がん検診受診率は低い。

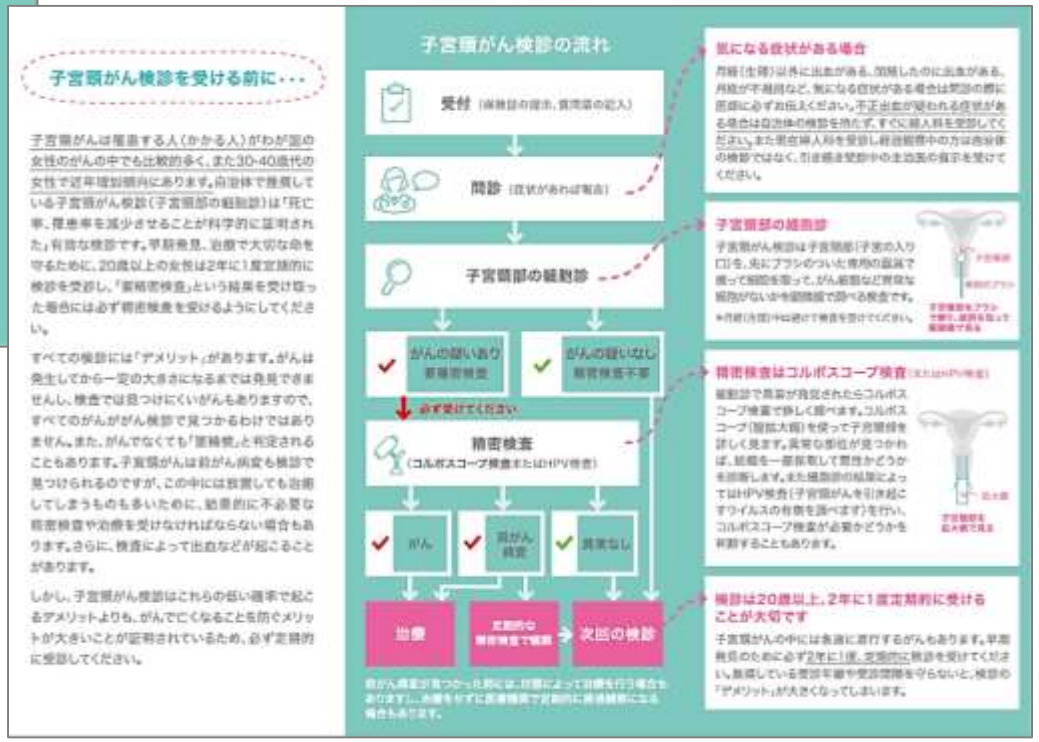


425

※2019年国民生活基礎調査

（参考）子宮頸がん検診リーフレット





【子宮頸がん検診】
対 象 者：20歳以上
受診間隔：２年に１回
検査項目：問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診

発行：国立がん研究センターがん対策情報センター　がん医療支援部検診実施管理支援室

協力：厚生労働行政推進調査事業費補助金「検診効果の最大化に資する職域を加えた新たながん検診精度管理手法に関する研究」班

https://ganjoho.jp/public/qa_links/brochure/leaflet/screening.html

HPVワクチンの接種状況の推移①

HPVワクチン定期接種被接種者数・実施率※の推移

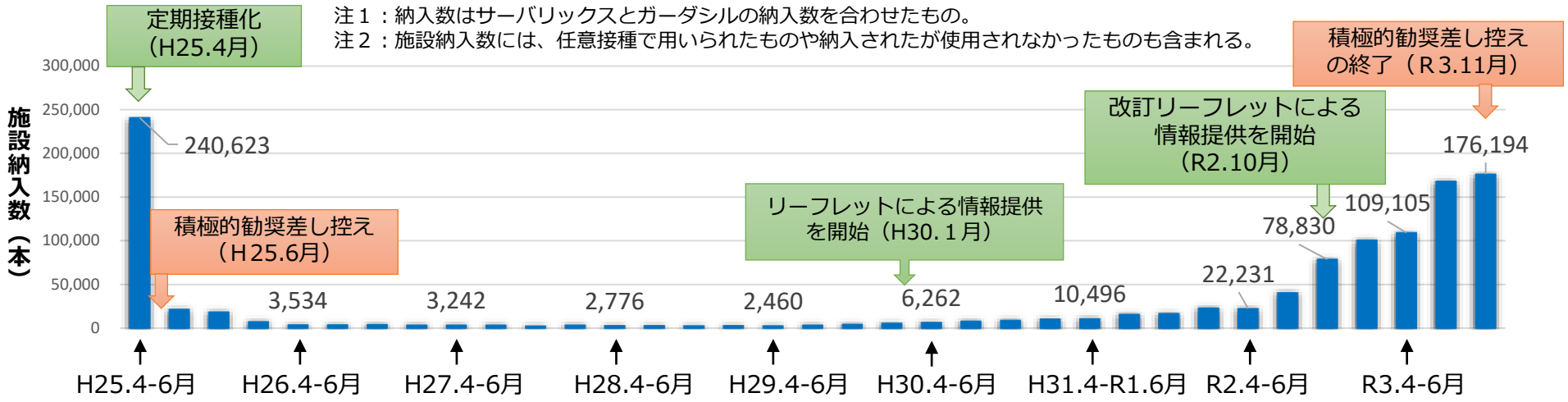
地域保健・健康増進事業報告「定期の予防接種被接種者数」より

年度		H25	H26	H27	H28	H29	H30	R１	R２
１回目	接種者数	98,656	3,895	2,711	1,834	3,347	6,810	17,297	83,735
	実施率※（%）	17.2%	0.7%	0.5%	0.3%	0.6%	1.3%	3.3%	15.9%
２回目	接種者数	66,568	4,172	2,669	1,805	2,666	5,746	13,571	61,266
	実施率※（%）	11.6%	0.7%	0.5%	0.3%	0.5%	1.1%	2.6%	11.6%
３回目	接種者数	87,233	6,238	2,805	1,782	1,847	4,184	9,701	37,556
	実施率※（%）	15.2%	1.1%	0.5%	0.3%	0.3%	0.8%	1.9%	7.1%

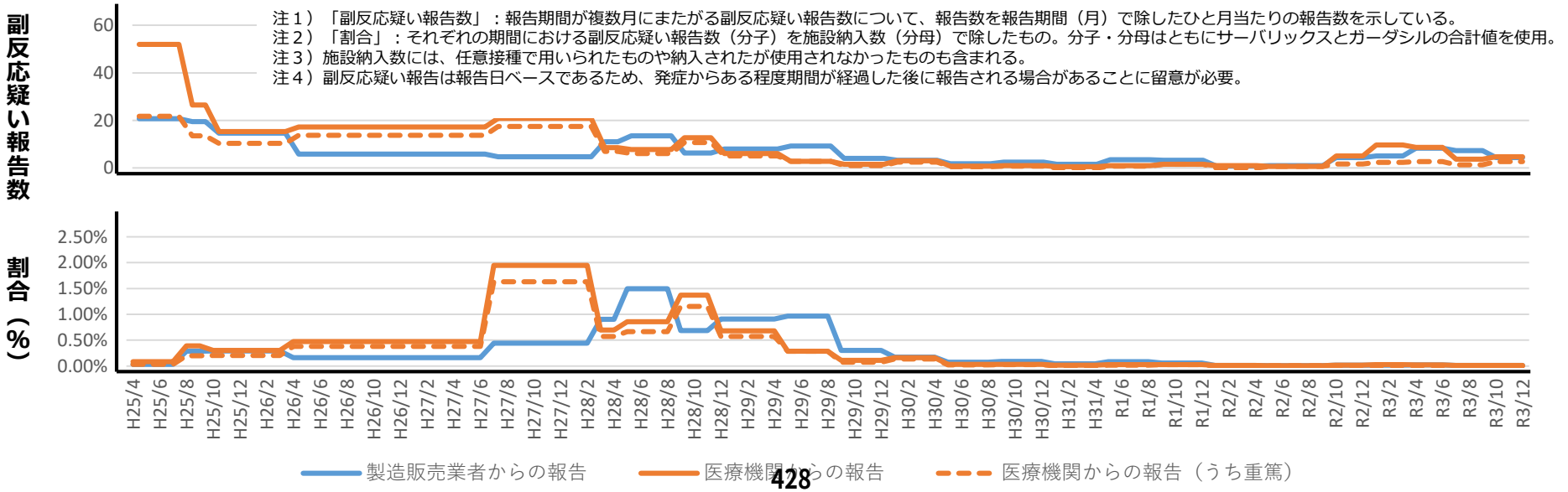
※「実施率」
　接種者数（地域保健・健康増進事業報告の「定期の予防接種被接種者数」より計上）を、対象人口（標準的な接種年齢期間の総人口を総務省統計局推計人口《各年１０月１日現在》から求め、これを１２ヶ月相当人口に推計したもの）で除して算出したもの。

HPVワクチンの接種状況の推移②

定期接種化（平成25年４月）から令和３年12月までの医療施設へのワクチン納入数の推移



定期接種化（平成25年４月）から令和３年12月までの副反応疑い報告の推移



（注）製造販売業者からの報告には、医療機関から報告された症例と重複している症例が含まれている可能性があり、重複症例は、医療機関報告として計上している。

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

429

※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

９価HPVワクチンの定期接種化について

平成22年11月	子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業開始。
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 ファクトシートについて（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。
令和４年３月	第18回ワクチン評価に関する小委員会において、ファクトシートに基づいて議論が行われ、定期接種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、引き続き議論していくこととなった。
令和４年８月	第19回ワクチン評価に関する小委員会において、対象者の年齢、接種回数、ワクチンの種類の切り替えについて議論され、9価定期接種化は技術的な問題はないと結論付けられた。
令和４年10月	基本方針部会において、9価の定期接種化に向けて具体的な議論が行われた。

９価HPVワクチンの定期接種化に関する基本方針部会の議論のまとめ

第50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11月8日）

（１）９価HPVワクチンの定期接種開始時期について

○　令和５年度から９価HPVワクチンの安定的な供給が可能であることから、令和５年４月から定期接種を開始する。

（２）接種方法・標準的な接種期間について

○　９価HPVワクチンの添付文書における用法・用量、用法・用量に関連する接種上の注意（接種間隔）の記載が４価HPVワクチンと同様であることから、（予防接種実施規則において、）４価HPVワクチンと同様の取扱いとする。

（３）２価または４価HPVワクチンとの交互接種について

○　同じ種類のHPVワクチンで接種を完了することを原則とするが、交互接種における安全性と免疫原性が一定程度明らかになっていることや海外での交互接種に関する取扱いを踏まえ、すでに２価あるいは４価HPVワクチンを用いて定期接種の一部を終了した者が残りの接種を行う場合には、適切な情報提供に基づき、医師と被接種者等がよく相談した上で、９価HPVワクチンを選択しても差し支えないこととする。

（４）キャッチアップ接種における取扱いについて

○　同じ種類のHPVワクチンで接種を完了することを原則とするが、すでに２価あるいは４価HPVワクチンを用いてキャッチアップ接種の一部を終了した者が残りの接種を行う場合には、適切な情報提供に基づき、医師と被接種者等がよく相談した上で、９価HPVワクチンを選択しても差し支えないこととする。

（５）２回接種について

○　MSD社によると、製造販売承認に向けて申請中である。承認が下りた際は、基本方針部会において速やかに定期接種への導入に向けた議論を行う予定である。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

3

第３期中間評価・
見直しの論点について

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

「がんの一次予防」に関する第３期基本計画中間評価について①
（第３期がん対策推進基本計画中間評価報告書より抜粋）

（生活習慣に関する中間評価指標）

1011	成人喫煙率	2019年 16.7%	2018年 17.8%	2017年 17.7%

1012	未成年者喫煙率		2017年	2014年
		中学１年生　男子	0.5%	1.2%
		中学１年生　女子	0.5%	0.8%
		高校３年生　男子	3.1%	5.6%
		高校３年生　女子	1.3%	2.5%

1013	妊娠中の喫煙率	2020年 2.0%	2017年 2.7%	2013年 3.8%

			2019年度	2018年度	2017年度
1014	禁煙希望者の割合		26.1%	32.4%	28.9%
1015	望まない受動喫煙の機会を有する者の割合	飲食店	29.6%	36.9%	42.4%
		行政機関	4.1%	7.0%	8.1%
		医療機関	2.9%	5.4%	7.4%
		職場	26.1%	28.0%	30.1%
1016	ハイリスク飲酒者の割合	男性	14.9%	15.0%	14.7%
		女性	9.1%	8.7%	8.6%
1017	運動習慣のある者の割合	20～64歳　男性	23.5%	21.6%	26.3%
		20～64歳　女性	16.9%	16.6%	20.0%
		65歳以上　男性	41.9%	42.9%	46.2%
		65歳以上　女性	33.9%	36.5%	39.0%
1018	適正体重を維持している者の割合	肥満者 20～60歳代男性	35.1%	33.6%	32.8%
		肥満者 40～60歳代女性	22.5%	22.0%	22.2%
		やせ 20歳代女性	20.7%	19.8%	21.7%
1019	食塩摂取量		10.1g	10.1ｇ	9.9ｇ
1020	野菜の摂取量		280.5g	281.4ｇ	288.2ｇ
1021	果物の摂取不足の者の割合		61.6%	60.5%	58.6%

「がんの一次予防」に関する第３期基本計画中間評価について②
（第３期がん対策推進基本計画中間評価報告書より抜粋）

（感染症対策に関する中間評価指標）

			2012-2016年初回供血者	2007-2011年初回供血者
参１	B型・C型肝炎ウイルス感染率	HBs抗原陽性	0.18%	0.20%
		HCV抗体陽性	0.13%	0.16%

			2020年	2017年	2011年
参２	B型・C型肝炎ウイルス検査受検率	HBV認識受検	17.1%	20.1%	17.6%
		HBV受検率	71.1%	71.0%	57.4%
		HCV認識受検	15.4%	18.7%	17.6%
		HCV受検率	59.8%	61.6%	48.0%

			2019年	2018年	2017年
参３	B型肝炎定期予防接種実施数	第1回	870,662（97.4%）	889,585（94.4%）	944,509（98.1%）
		第2回	872,752（97.6%）	891,987（94.7%）	938,825（97.5%）
		第3回	854,998（95.6%）	869,588（92.3%）	960,948（99.8%）

参４	ヒトT細胞白血病ウイルス１型感染率	2014-2015年　0.12%	2006-2007年　0.32%

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

たばこ対策については、2022年度までに成人喫煙率を12%とすることを目標としていたが、中間評価の時点で目標を達成できておらず、より一層のたばこ対策を推進していく必要がある。また、ハイリスク飲酒や運動習慣についても、目標値に対して進捗状況が不十分であるため、引き続きの取組が求められる。食塩摂取量については、2009年から2019年までの10年間でみると男性は減少し、女性は2015年までは減少していたものの同年以降は変化が見られないため、引き続き取組を推進していく必要がある。野菜や果物の摂取量については、更なる改善が必要であり、引き続きの取組が求められる。生活習慣改善に向けた普及啓発については、がん診療連携拠点病院等を中心に、特にがん経験者に対して、一層取り組む必要がある。

2022年４月より、ＨＰＶワクチンの個別の接種勧奨が実施されていること等を踏まえ、引き続き、接種状況を注視するとともに、子宮頸がん検診の受診勧奨を進め、子宮頸がんの年齢調整罹患率の推移を踏まえた適切な対応を行っていく必要がある。

「がんの一次予防」分野の見直しの検討の視点

■ 第３期中間評価及びこれまでの議論を踏まえ、以下の主な論点について、どのように考えるか。

- がんの一次予防については、がんの年齢調整罹患率を引き続き低下させるため、第３期計画における取組を継続することとしはどうか。また、その取組内容については「健康日本21」の見直し内容も踏まえることとしてはどうか。
- 2022年４月より個別の接種勧奨が実施されているHPVワクチンの接種状況と子宮頸がんの年齢調整罹患率の国内外の推移を確認し、必要に応じて子宮頸がん検診の指針を見直す等、科学的根拠に基づく子宮頸がん対策を推進してはどうか。
- 評価については、「健康日本21」の指標や第３期計画で用いた指標等を引き続き活用することとしてはどうか。

第85回がん対策推進協議会	資料1-2
令和４年11月11日	

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

「がんの一次予防」分野について 事前にいただいたご意見

厚生労働省

健康局　がん・疾病対策課

資料１－２　「がんの一次予防」分野について事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
阿久津　友紀	成人喫煙率はほぼ横ばいで改善のない中、他者に迷惑をかける受動喫煙の表記を強調してほしいし、本文に科学的根拠を入れた強いものを希望する。一方、がん教育の際にも投げかけたが、すべてが生活習慣病ベースの表現が一次予防の大枠を占めているのに違和感がある。この一次予防に遺伝性・家族性の話はそぐわないのか。このあと6年を考えると遺伝性の社会的な思い込みを含めて、研究、知識の啓発などは取り組むべき課題ではないか。また、感染症からがんにつながるという知識がない人も多く、特に子宮頸がんは顕著。特に重点的に海外の事例などを含めた丁寧な啓発と理解、そして、偏見の払しょくを含めた日本の現状に合わせた対策が必要と考える。他法律の下~~元~~行われている方針との整合性・複合利用は進めるべきで、健康日本２１との指標合わせに同意。
石岡　千加史	がんの1次予防で効果が確実で大きい物として喫煙対策がある。目標を従来よりも高く設定する必要がある。健康日本21の喫煙者割合の目標よりも低く設定するのが妥当である。なぜなら、がんの場合、喫煙が疾病に及ぼす影響（特に罹患リスク）は健康日本21が対象としている疾患全体へ及ぼす影響よりも深刻であるからである。中間評価の際に発言したように、がん対策推進基本計画はがん対策基本法に基づいて計画されるべきで有り、健康日本21の目標と併せることには賛成できない（合理性に欠ける）。
黒瀬　巌	健康日本21などの他の計画との整合性を取ることは重要であり、提案に賛成。科学的根拠に基づく子宮頸がん対策の推進にも賛成。
谷口　栄作	○肝炎・肝がん対策についても記載が必要であり、その取組のひとつとして、マイナンバーの活用など、肝炎検査の受検者数を正確に把握し、その人にピンポイントで受診勧奨できるような仕組みについて検討してはどうか。
土岐　祐一郎	○がん種により生活習慣の発がんに対するリスクは異なる。生活習慣の改善を一括して一次予防の目標にすることで良いのか？がん種別の精度の高い情報発信が求められる。 ○HBOCなど、感染症以外に医療としての予防が今後増えてくるのではないか？どこに位置付けるのか？
中釜　斉	○ゲノム医療の推進により、次期の基本計画においては、ゲノム情報に基づいた個別化予防の実装も重要なテーマとなると考えるが、その点についても触れておいてはどうか。
樋口　麻衣子	子宮頸がん対策について ○男女間で感染を繰り返すため男性に対するHPVワクチン接種の公的助成についても検討頂きたい ○子宮頸がんの検診に細胞診とあわせてHPV検診を組み入れることでその後の経過観察の頻度を適切に設定し、発症を予防する体制を整えていただきたい
前田　留里	○望まない受動喫煙の機会を有する者の割合では飲食店や職場がまだ高く、分煙などたばこ対策のより一層の推進が必要ですので、目標を設定し具体的な改善施策をお願いしたい。
松田　一夫	がんの一次予防としては引き続きたばこ対策に努める必要があり、加えてハイリスク飲酒、運動習慣改善に対して更なる取り組みが重要である。これまでに肝炎検査を受けたことがある国民の割合、また陽性が判明した人のうちどの程度が治療や経過観察につながっているか示して欲しい。令和4年4月から接種勧奨が再開された437Vワクチンに関しては、接種率とともに年齢調整子宮頸がん死亡率の諸外国との比較が必要である。

第85回がん対策推進協議会	資料2-1
令和４年11月11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（案）の考え方について

厚生労働省

健康局　がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

各分野に記載すべき事項の考え方について（案）

■ これまでの議論を踏まえ、以下のような考え方に基づき各分野に記載すべき事項を整理してはどうか。

「がん予防」分野

- ●がんの一次予防、二次予防（がん検診）に係る事項について引き続き記載する。

「がん医療」分野

- ●がん医療提供体制や、がんに対する治療に係る事項について引き続き記載する。
- ●また、治療と併せて医療者が提供すべき事項（リハビリテーションや支持療法等）について引き続き記載することとし、同様の観点から、新たに緩和ケアの提供についても記載する。
- ●希少がん・難治性がんや、世代に応じたがん医療について引き続き記載する。

「がんとの共生」分野

- ●「緩和ケア」は治療と併せて提供されるものであるが、身体的苦痛だけでなく、社会的苦痛・精神的苦痛等といった全人的な苦痛に対し、医療者を含めた多職種で、さらには地域で連携して提供するものであるため、引き続き当該分野にも記載する。
- ●就労を含めた社会的問題、サバイバーシップ支援、ライフステージに応じた対策について引き続き記載する。

「これらを支える基盤」分野

- ●分野横断的な事項について記載する。
- ●「患者・市民参画の推進」及び「デジタル化の推進」を新設する。また、「がん登録」については、がん検診の精度管理等、医療分野以外における利活用を推進する観点から当該分野に記載する。

ロジックモデルの活用及び評価指標の設定について（案）

- 第３期基本計画中間評価において指摘された以下の課題を克服するため、第４期基本計画ではロジックモデルを活用し、計画本文と評価指標を併せて議論・策定することとしてはどうか。

（第３期基本計画中間評価報告書より抜粋）

- 第４期の基本計画では、それらの中間評価指標を検討するとともに、新たに指標を設定する場合には、施策が行われる前の数値を明確にしておくことが望ましい。
- 第３期の基本計画では、計画策定時に評価指標は決定しておらず、目標への達成状況について評価が困難な施策があったため、第４期の基本計画策定時には、目標の設定と併せて、それらをモニタリングする指標についても検討することが望ましい。

- 取り組むべき施策の評価指標に関しては、国だけでなく都道府県がん対策推進計画においても活用できるよう、公表されている統計データや調査結果等を活用することを基本とすることとしてはどうか。

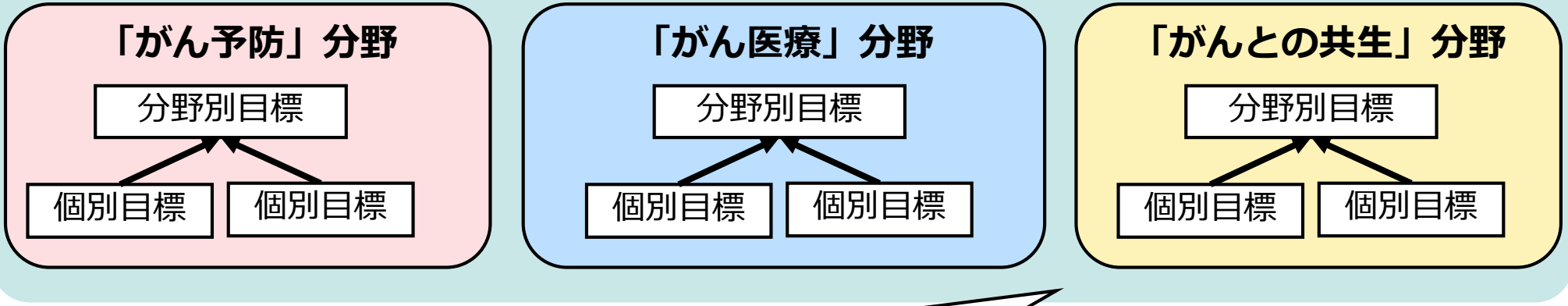
- 評価指標の設定に当たっては、各分野の施策の効果を正しく評価できるか、という観点にも留意することとしてはどうか。

目標・評価指標の設定について（案）

■ これまでの議論やロジックモデルの活用も踏まえ、第４期基本計画においては、目標について以下のように整理し、設定することとしてはどうか。

● 「全体目標」には第３期基本計画で設定された全体のコンセプトを引き続き設定してはどうか。

全体目標　「○○○○」



- 「分野別目標」の進捗管理は分野別アウトカム・最終アウトカムを活用し、「個別目標」の進捗管理は、中間アウトカム・アウトプット指標を活用することとしてはどうか。
- 各目標について、研究成果等から数値目標を掲げられる分野については、積極的に数値目標を設定することとしてはどうか。

第４期がん対策推進基本計画の骨子（案）

- 第３期基本計画における全体目標の３本柱（「がん予防」、「がん医療」、「がんとの共生」）及び「これらを支える基盤の整備」については、引き続き重要な視点であり、維持する。
- 各分野の施策については、これまでの協議会における議論を踏まえ、以下のように構成を整理することとしてはどうか。

１．がん予防

（１）がんの１次予防
（２）がんの２次予防（がん検診）

２．がん医療

（１）がん医療提供体制等
①医療提供体制の均てん化・集約化について
②各治療法について
③チーム医療の推進について
④がんのリハビリテーションについて
⑤支持療法の推進について
⑥妊孕性温存療法について
（２）希少がん及び難治性がん対策
（３）小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策
（４）高齢者のがん対策

３．がんとの共生

（１）がんと診断された時からの緩和ケアの推進
①緩和ケアの提供について
②緩和ケア研修会について

３．がんとの共生（続き）

（２）相談支援及び情報提供
①相談支援について
②情報提供について
（３）社会連携に基づくがん対策
（４）がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）
①就労支援について
②アピアランスケアについて
③がん診断後の自殺対策について
④その他の社会的な問題について
（５）ライフステージに応じたがん対策
①小児・ＡＹＡ世代について
②高齢者について

４．これらを支える基盤

（１）がん研究の推進
（２）人材育成の強化
（３）がん教育及びがんに関する知識の普及啓発
（４）がん登録の利活用の推進
（５）患者・市民参画の推進
（６）デジタル化の推進

第 85 回がん対策推進協議会	資料 2-2
令和４年 11 月 11 日	

がん対策推進基本計画（案）

令和●年●月

目次

はじめに 1

第１　全体目標と分野別目標 3

１．　科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 3

２．　患者本位で持続可能ながん医療の提供 3

３．　尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築 3

第２　分野別施策と個別目標 4

１．　科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 4

（１）　がんの１次予防 4

（２）　がんの２次予防（がん検診） 4

２．　患者本位で持続可能ながん医療の提供 9

（１）　がん医療提供体制等 9

（２）　希少がん及び難治性がん対策 16

（３）　小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策 18

（４）　高齢者のがん対策 20

３．　尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築 21

（１）　がんと診断された時からの緩和ケアの推進 21

（２）　相談支援及び情報提供 24

（３）　社会連携に基づくがん対策 28

（４）　がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援） 30

（５）　ライフステージに応じたがん対策 35

４．　これらを支える基盤の整備 38

（１）　がん研究の推進 38

（２）　人材育成の強化 40

（３）　がん教育及びがんに関する知識の普及啓発 42

（４）　がん登録の利活用の推進 44
（５）　患者・市民参画の推進 45
（６）　デジタル化の推進 46
第３　がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項 47
１．　関係者等の連携協力の更なる強化 47
２．　都道府県による計画の策定 47
３．　がん患者を含めた国民の努力 47
４．　必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化 48
５．　目標の達成状況の把握 48
６．　基本計画の見直し 49

はじめに

我が国において、がんは、昭和 56（1981）年より死因の第１位であるとともに、令和３（2021）年には、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など、依然として、国民の生命と健康にとって重大な問題である。

我が国は、これまで、昭和 59（1984）年に策定された「対がん 10 カ年総合戦略」等に基づき、がん対策に取り組んできた。平成 18（2006）年６月には、がん対策の一層の充実を図るため、がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号。以下「法」という。）が成立し、平成 19（2007）年６月には、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）が策定された。

第１期基本計画では、拠点病院の整備、緩和ケア提供体制の強化及び地域がん登録の充実が図られた。平成 24（2012）年に策定された第２期基本計画では、小児がん、がん教育及びがん患者の就労を含めた社会的な問題等への取組が盛り込まれた。また、平成 27（2015）年 12 月には、取組が遅れている分野の強化を図るため、「がん対策加速化プラン」が策定された。平成 30（2018）年に策定された第３期基本計画では、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」ことを目標とし、「がん予防」、「がん医療」及び「がんとの共生」の３つの柱に沿った総合的ながん対策が推進されたほか、新たな課題として、ＡＹＡ（Adolescent and Young Adult）世代（思春期世代と若年成人世代）のがん、高齢者のがんといったライフステージに応じたがん対策やがんゲノム医療の推進等が盛り込まれた。

令和４（2022）年６月に取りまとめられた第３期基本計画の中間評価報告書においては、がん医療の均てん化のため、がん診療連携拠点病院等（以下「拠点病院等」という。）を中心とした医療提供体制の整備が進められてきた一方で、地域間及び医療機関間で進捗状況に差があることや、あらゆる分野で、情報提供及び普及啓発の更なる推進が必要であることが指摘された。また、今般の新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、感染症のまん延や災害時における対応を検討するとともに、ＩＣＴの活用やデジタル化など、流行下で普及した保健医療サービスの提供方法のあり方についても検討を進める必要がある。

これらを踏まえ、法第 10 条第７項の規定に基づき、第３期基本計画の見直しを行い、第４期基本計画（以下「本基本計画」という。）を策定する。本基本計画では、「●●●」を全体目標とした上で、第３期基本計画の「がん予防」、「がん医療」及び「がんとの共生」の３つの柱を維持しつつ、各分野における現状・課題、それらに対する取り組むべき施策を定める。また、施策の評価にあたっては、全体目標、分野別目標及び個別目標と各施策の関連性を明確にし、ＰＤＣＡサイクルの実効性を確保するため、ロジックモデルを活用する。実行期間は、令和５（2023）年度から令和 10（2028）年度までの６年を目安とする。

第１　全体目標と分野別目標

本基本計画は、全体目標を「●●●」とし、がん患者を含めた国民が、がんの克服を目指し、がんに関する正しい知識を持ち、避けられるがんを防ぐことや、様々ながんの病態に応じて、いつでもどこに居ても、安心かつ納得できるがん医療や支援を受け、尊厳を持って暮らしていくことができるよう、「がん予防」、「がん医療の提供」及び「がんとの共生」の３つの柱に沿った総合的ながん対策を推進する。

１．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実
～がんを知り、がんを予防する～

がんを予防する方法を普及啓発するとともに、地方公共団体、関係学会等の連携による取組を推進し、科学的根拠を積極的に収集・分析した上で、その結果に基づいた施策を実施することにより、がんの罹患者を減少させる。国民が利用しやすい検診体制を構築し、がんの早期発見・早期治療を促すことで、効率的かつ持続可能ながん対策を進め、がんの死亡者の減少を実現する。

２．患者本位で持続可能ながん医療の提供
～適切な医療を受けられる体制を充実させる～

患者本位の医療を展開するとともに、がん医療の質の向上、それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化及び効率的かつ持続可能ながん医療を提供する。

３．尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築
～がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する～

がん患者やその家族等が住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境を整備する。国と地方公共団体、がん患者を含めた国民、医療従事者、医療保険者、事業主、関係学会、患者団体等の関係団体、マスメディア等（以下「関係者等」という。）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・保健サービスの提供や、就労支援等を行う仕組みを構築することで、がん患者が、いつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する。

第２　分野別施策と個別目標

１．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実
～がんを知り、がんを予防する～

（１） がんの１次予防

① 生活習慣について

（現状・課題）
追って記載

（取り組むべき施策）
追って記載

② 感染症対策について

（現状・課題）
追って記載

（取り組むべき施策）
追って記載

【個別目標】
追って記載

（２） がんの２次予防（がん検診）

① 受診率向上対策について

（現状・課題）
現在、対策型がん検診としては、健康増進法に基づく市町村（特別区を含む。以下同じ。）の事業が行われている。科学的根拠に基づくがん検診の受診は、が

んの早期発見・早期治療につながるため、がんの死亡者を更に減少させていくためには、がん検診の受診率向上が必要不可欠である。

がん検診の受診率向上に向けて、国は、これまで、対象者一人一人への個別受診勧奨（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・リコールの推進については、コールは約８割、リコールは約４～５割の市町村で実施されている。また、平成 31（2019）年４月には、「ナッジ理論」に基づいた受診勧奨の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）」を公表した。

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るものの、令和元（2019）年時点で、男性の肺がん検診を除き、第３期基本計画における目標の50%を達成できていない[1]。新型コロナウイルス感染症の影響により、検診の受診者が 1～２割程度減少しているとの報告もある[2]。

また、がん検診を受けた者のうち、30～60%程度[3]は職域において受診しているが、職域におけるがん検診は、保険者や事業主が福利厚生の一環として任意で実施しているものであり、実施割合、実施されているがん検診の種類、対象者数及び受診者数等を継続的に把握する仕組みがない。

（取り組むべき施策）

国は、がん検診受診率をより正確かつ精緻に、また、個人単位で把握することができるよう検討する。

国は、受診率向上に向けて、これまでの取組から得られた知見を踏まえつつ、関係学会や企業等の協力を得て、より科学的かつ効率的な受診勧奨策を、都道府県及び市町村と連携して推進する。また、保険者への財政上のインセンティブを活用したがん検診の推進、がん検診と特定健診の同時実施の推進、事業主健診時における市町村等で実施するがん検診の受診勧奨の推進、女性・障害者・非正規

---

1 令和元（2019）年の「国民生活基礎調査」によると、胃がん（男性）：48.0%、胃がん（女性）：37.1%、肺がん（男性）：53.4%、肺がん（女性）：45.6%、大腸がん（男性）：47.8%、大腸がん（女性）：40.9%、子宮頸がん：43.7%、乳がん：47.4%となっている。（胃がん、肺がん、大腸がん、乳がんは 40～69 歳、子宮頸がんは 20～69 歳。健診等（健康診断、健康診査及び人間ドック）において受診したものを含む。）

2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」（令和２（2020）年度～令和４（2022）年度）

3 平成 28（2016）年の「国民生活基礎調査」によると、胃がん：57.9%、肺がん：62.7%、大腸がん：55.3%、子宮頸がん：32.3%、乳がん：35.8%となっている。

雇用者等が受診しやすい環境整備など、受診者の立場に立ったがん検診を受診する上での利便性の向上に努める。

市町村及び検診実施機関においては、受診者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、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（以下「指針」という。）に基づくがん検診の意義及び必要性について、国民が正しく理解できるよう普及啓発を行う。

国は、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、感染症のまん延時等にがん検診の提供体制を一時的に縮小した場合でも、状況に応じて速やかに提供体制及び受診行動を回復させることができるよう、平時における準備等の対応について検討する。

国は、職域におけるがん検診について、実施状況の継続的な把握及び適切な実施に向けた課題の整理を行う。その上で、必要に応じて、法的な位置付けも含めた対応の検討を行う。

② がん検診の精度管理等について

（現状・課題）

がんの早期発見・早期治療につなげ、がんによる死亡率を減少させるためには、がん検診における精度管理が必要不可欠である。

現在、精密検査未受診者への郵送や電話などによるリコールの取組が、市町村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ない。精密検査未受診率及び精密検査未把握率についても、更なる減少に向けた取組が必要である。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与えた影響については評価ができていない。

国は、精度管理の指標として「事業評価のためチェックリスト」を設定しており、当該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いる。チェックリストに沿った検診を実施している市区町村の割合は、令和２（2020）年度で60%～80%となっており、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」を平成 30（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。

（取り組むべき施策）

国は、レセプトやがん登録情報を活用したがん検診の精度管理について、技術的支援等を行う。

精密検査受診率について、都道府県やがん種による差が大きくなっていることから、国は、市町村における適切な精度管理の実施のため、精密検査受診率の低い市町村の実態把握を行う仕組みについて検討するとともに、都道府県による指導・助言等の取組を推進する。市町村は、都道府県による指導・助言等を踏まえ、引き続き、指針に基づいたがん検診の実施及び精度管理の向上に取り組む。

国は、職域におけるがん検診の実態把握に係る方法を検討した上で、職域におけるがん検診の精度管理を推進するための取組について、保険者に対する技術的支援等を含め検討する。

国及び都道府県は、精密検査受診率向上のため、要精密検査とされた受診者に対する「精密検査を受けられる医療機関リスト」の提供等、職域を含めた、がん検診の実施者による分かりやすい情報提供を推進する。

③ 科学的根拠に基づくがん検診の実施について

（現状・課題）

がん検診は、一定の集団を対象として、がんに罹患している疑いのある者や、がんに罹患している者を早期に発見し、必要かつ適切な診療につなげることにより、がんの死亡者の減少を目指すものである。このため、国は、がん検診の有効性や精度管理についての検討会[4]を開催するなど、科学的根拠に基づくがん検診の実施を推進してきた。

指針に基づかないがん検診を実施している市町村の割合は、令和２（2020）年度時点で 81.3%と、高い状況が続いている。これらの検診のうち、最も多いものは、前立腺がん検診（ＰＳＡ検査）となっており、その他、子宮体がん検診や

[4] 平成 24（2012）年に厚生労働省健康局長の下に開催した「がん検診のあり方に関する検討会」

肝臓がんの検診（エコー）などがある。

国は、統一されたプログラムのもと、適格な対象集団を特定し、対象者を個別に勧奨する組織型検診の実現を目指し、指針に基づかないがん検診が、十分な検証なしに実施されている点に係る対策を進めるとともに、指針に基づくがん検診についても、がんの疫学的動向を踏まえ、その効果を継続的に評価できるようにする必要がある。

また、現在、がん検診の分野における研究開発の進展は著しく、より正確に、低侵襲に、簡便に、安価に、がんを発見できる方法が提案されている。一方で、それらの対策型検診への導入にあたっては、死亡率減少効果の確認や実施体制の確保に時間を要すること、導入までのプロセスが不透明かつ煩雑であることが指摘されている。

（取り組むべき施策）

国は、我が国におけるがん検診の進捗及び課題を整理するため、諸外国における取組との経年的な比較調査を実施する仕組みについて検討する。

国は、より効率的・効果的ながん検診の実施を推進する観点から、指針に基づくがん検診の科学的根拠に基づいた効果検証を進めるとともに、対策型検診の項目の導入に係るプロセスの明確化等について検討する。

国は、指針に基づかないがん検診に係る効果検証の方法について検討するとともに、指針に基づかないがん検診の効果検証を希望する関係学会や企業等と、地方公共団体のマッチングを促進する仕組みについて検討する。

国は、我が国における組織型検診の構築に向け、科学的根拠に基づくがん検診の実施に向けた取組により精度管理を向上させつつ、課題を整理し、その対応を検討する。

【個別目標】

追って記載

２．患者本位で持続可能ながん医療の提供
～適切な医療を受けられる体制を充実させる～

（１） がん医療提供体制等

① 医療提供体制の均てん化・集約化について

（現状・課題）

国は、これまで、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（以下「整備指針」という。）に基づき、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、院内がん登録及び多職種によるカンファレンスの実施等を推進し、医療の質の向上や均てん化に向けた取組を進めてきた。

令和４（2022）年８月には、がん医療の更なる充実のため、整備指針の見直しを行い（以下「令和４（2022）年整備指針改定」という。）、拠点病院等の役割分担を図る必要がある項目については、患者の適切ながん医療へのアクセスを確保した上で、一定の集約化を求めることとしたほか、都道府県がん診療連携協議会の体制を強化し、拠点病院等の役割分担や連携体制の構築、感染症のまん延や災害等への対応等が新たな要件として盛り込まれた。

がんゲノム医療については、平成 29（2017）年 12 月に「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備に関する指針」を策定し、がんゲノム医療中核拠点病院及びがんゲノム医療連携病院の整備が進められた。その後、令和元（2019）年７月の一部改正によってがんゲノム医療拠点病院の類型が新設された。令和４（2022）年９月時点で、全ての都道府県に、計 233 施設のがんゲノム医療中核拠点病院等が整備されている。

また、令和元（2019）年度には、がん遺伝子パネル検査の保険収載により、保険診療下でのがんゲノム医療が実装され、がん遺伝子パネル検査を受けた延べ患者数は、令和４（2022）年８月までに、およそ３万９千例となった。

（取り組むべき施策）

国及び都道府県は、がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、地域の実情に応じ、均てん化に加えて、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する。その際、国は、都道府県がん診療連携協議会等に対し、検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う。

国及び都道府県は、感染症のまん延や災害等の状況下においても、必要ながん医療を提供できるよう、診療機能の役割分担や各施設が協力した人材育成や応援体制の構築等、地域の実情に応じた連携体制を整備する取組を平時から推進する。

国は、拠点病院等、小児がん拠点病院等、がんゲノム医療中核拠点病院等が相互に連携可能となるよう検討する。

国は、がんゲノム医療をより一層推進する観点から、がんゲノム医療中核拠点病院等を中心とした取組を引き続き推進する。

② 各治療法について

（現状・課題）

我が国では、がんに対する質の高い医療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等の診療従事者の配置を行ってきた。拠点病院等における標準的治療の実施割合については、厚生労働科学研究等で検討されている。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増加しており、関係学会等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。

加えて、ロボット支援下手術や高精度放射線治療、免疫チェックポイント阻害薬等の新しい治療法について、保険適用が拡大され、がんの治療法の充実が図られてきた。

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いる。また、患者体験調査及び小児患者体験調査（以下「患者体験調査等」という。）[5]によると、７～８割の患者が医療の進歩を実感しているほか、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いる[6]。

---

[5] 国立研究開発法人国立がん研究センターへの委託事業「がん対策評価事業」において実施。「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。

[6] 平成 30（2018）年度の「患者体験調査」によると、医療が進歩していることを実感している患者の割合は 75.6%、納得のいく治療を受けられた患者の割合は 81.4%、令和元（2019）年度の「小児患者体験調査」によると、医療が進歩していることを実感している患者の割合は 71.7%となっている。

一方で、全ての拠点病院等では対応が難しいがん種や治療法等が存在することから、役割分担の明確化と連携体制の整備によって、全ての患者が適切ながん医療にアクセスすることができるようにしていく必要がある。

また、一部の免疫療法等についてインターネット上で科学的根拠に乏しい情報が多く見られることから、患者ががん医療に関する正しい情報を得ることができるよう、取組を進める必要がある。

（取り組むべき施策）

国及び都道府県は、患者が、それぞれの状況に応じた適切ながん医療を受けられるよう、標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく高度な治療法の提供についても、医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整備等の取組を進める。

国は、国立がん研究センターや関係学会と連携し、国民が、がん医療に関する正しい情報を得ることができるよう、科学的根拠に基づく治療法に関する情報提供及び普及啓発を推進する。

③ チーム医療の推進について

（現状・課題）

患者とその家族が抱える様々な苦痛、悩み及び負担に応え、安全かつ安心で質の高いがん医療を提供するため、多職種によるチーム医療の推進が必要である。

これまで、拠点病院等において、医療従事者間の連携体制の強化に係る環境整備に向けて、緩和ケアチームを含む様々な専門チームの設置が進められてきた。

現在、全ての拠点病院等において、専門チームが設置されており、その多くの施設で複数の専門チームが設置されている。一方で、拠点病院等以外の医療機関においては、専門チームの設置が進んでいない。

主治医以外にも相談しやすいスタッフがいたと回答した患者の割合は、成人で 48.8%、小児で 78.0%となっている。

（取り組むべき施策）

拠点病院等は、多職種連携をさらに推進する観点から、拠点病院等におけるチーム医療の提供体制の整備を進めるとともに、都道府県がん診療連携協議会において、拠点病院等と地域の医療機関との連携体制の議論を行う。

④ がんのリハビリテーションについて

（現状・課題）

がん治療の影響から、患者の嚥下（えんげ）や呼吸運動等に障害が生じることがある。また、病状の進行に伴い、次第に日常生活動作に障害を来し、生活の質の著しい低下が見られることから、がん領域でのリハビリテーションの重要性が指摘されている。

がんのリハビリテーションが適切に提供されることを目的として実施されているがんリハビリテーション研修について、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や、国内各地で研修を受講できる体制の整備が進められてきた。

また、拠点病院等におけるリハビリテーション提供体制の整備を推進していくため、令和４（2022）年整備指針改定において、拠点病院等は、がんのリハビリテーションに携わる専門的な知識及び技能を有する医師や理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の診療従事者を配置することが望ましいとした。

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は令和３（2021）年度で 51.0%、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令和３（2021）年度で 49,491 人と、それぞれ増加している。

（取り組むべき施策）

国は、がん患者に対する適切なリハビリテーションの提供のため、引き続き、関係団体と連携し、がんのリハビリテーション研修を実施するとともに、研修内容の見直しについて検討する。

国及び都道府県は、研修を受講した医師や看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の拠点病院等への配置を推進し、入院に加え外来においても、効果的・継続的なリハビリテーション提供体制の整備を推進する。

⑤ 支持療法の推進について

（現状・課題）

がん治療における副作用・合併症・後遺症対策として、支持療法の適切な推進が重要である。さらに、身体的・精神心理的・社会的苦痛等の「全人的な苦痛」への対応（全人的なケア）である緩和ケアが、がん医療に携わる全ての医療従事者により、診断時から提供されることで、がん患者の苦痛が十分に緩和されることが重要である。

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の支持療法が、一定の割合で実施されている[7]。また、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。

患者体験調査等によると、治療による副作用の見通しを持てた患者の割合は、成人について 61.9%、小児について 69.2%、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は、成人について 46.5%、外見の変化に関する相談ができた患者の割合は、成人について 28.3%、小児について 51.8%となっている[8]。

専門的なケアを実施する外来については、拠点病院等を中心に設置が進められてきた。リンパ浮腫外来が設置されている拠点病院の割合は、令和３（2021）年度で 56.1%、ストーマ外来が設置されている拠点病院等の割合は、90.3%となっており、いずれも増加しているが、一層の充実が求められる。また、リンパ浮腫については、「リンパ浮腫研修」[9]により人材育成が推進されている。

（取り組むべき施策）

国は、患者が、治療に伴う副作用への見通しを持ち、身体的苦痛や外見の変化等があった際に容易に相談できるよう、多職種による相談支援体制の整備や医

---

7 平成 28（2016）年の「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」によると、拠点病院等において支持療法に関する標準診療を実施された患者の割合は、高リスク嘔吐化学療法時予防的制吐剤を処方された割合は 75.0%（リンパ浮腫を除外した割合は 86.0%）、外来麻薬鎮痛開始時緩下剤を処方された割合は 61.0%となっている。

8 成人について：平成 30（2018）年度「患者体験調査」、小児について：令和元（2019）年度「小児患者体験調査」

9 厚生労働省の後援事業として、一般財団法人ライフプランニングセンターにおいて実施。

療従事者への研修の実施等を推進する。

国は、支持療法の更なる充実に向けて、実態把握を行うとともに、科学的根拠に基づく支持療法が実施されるよう、関係団体等と連携し、専門的なケアが受けられる体制の整備等を推進する。

⑥ 妊孕性温存療法について

（現状・課題）

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（にんようせい）が低下することは、将来子どもを産み育てることを望む小児・ＡＹＡ世代のがん患者にとって大きな課題である。患者体験調査等によると、治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合は、成人（40 歳未満）で平成 30 年度において 52.0%、小児で令和元（2019）年において 53.8%となっている。

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は、高額な自費診療であり、がん患者等にとって経済的負担となっているほか、未受精卵子凍結や卵巣組織凍結については、有効性等の更なるエビデンス集積が求められている。

このような状況を踏まえ、国は、令和３（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」を開始し、有効性等のエビデンス集積を進めつつ、若いがん患者等が希望を持って病気と闘い、将来子どもを持つことの希望をつなぐ取組を行っている。令和４（2022）年度からは、がん患者等で妊孕性温存療法を行った方が、その後妊娠を希望する際に凍結保存した検体を用いる生殖補助医療（保存後生殖補助医療）も当該事業の対象となっている。
また、妊孕性についてはがん治療前だけでなく、がん治療後も長期間にわたって、がん・生殖医療に関する情報・相談支援を継続的に提供できる体制の整備が求められている。

令和４（2022）年整備指針改定において、拠点病院等には各地域のがん・生殖医療ネットワークに加入し、「小児・ＡＹＡ世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」へ参画すること、妊孕性温存療法及びがん治療後の生殖補助医療に関する情報提供及び意思決定支援を行う体制を整備することを求めている。

（取り組むべき施策）

国は、妊孕性温存療法の一層の推進に向けて、がん医療と生殖医療の連携の下、妊孕性温存療法及びがん治療後の生殖補助医療に関する情報提供と意思決定支援が適切に行われるよう、人材育成等の体制整備を推進するとともに、研究促進事業を通じたエビデンス創出に引き続き取り組む。

【個別目標】

追って記載

（２） 希少がん及び難治性がん対策

（現状・課題）

希少がん及び難治性がんについては、平成 28（2016）年の法の一部改正において、法第 19 条第２項に「罹患している者の少ないがん及び治癒が特に困難であるがんに係る研究の促進について必要な配慮がなされるものとする」と明記されるなど、更なる対策が求められている。

希少がんについて、国は、平成 30（2018）年に国立がん研究センターを希少がん医療を統括する希少がん中央機関として位置づけ、希少がんコンサルテーション体制の整備による診断支援や希少がん対策ワーキンググループによるガイドラインの作成等の取組を通じて、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拠点病院等や小児がん拠点病院等との連携を推進し、患者が全国どこにいても、適切な医療につなげる対策を講じている。

希少がん患者の初診から診断までの時間が１か月未満であった割合は、平成 30（2018）年度で 66.4%、診断から治療開始までの時間が１か月未満であった割合は 72.3%であった[10]。また、患者に有効性の高い診断法・早期発見法・治療法を速やかに提供するための体制整備を進めた結果、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平成 30（2018）年度において 80.0%となった。

希少がんの情報の集約及び発信については、国立がん研究センターがん対策研究所がん情報サービス（以下「がん情報サービス」という。）における情報提供や、希少がんセンターにおける情報発信、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の整備等を進めている。また、平成 29（2017）年より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。

膵がんをはじめとした、いわゆる難治性がんは、治療成績の向上が喫緊の課題である。

早期発見が困難であるために難治性がんとなっているものについては、がんの存在診断のための革新的技術を開発するとともに、転移・再発したがんを克服するための第一歩として、浸潤・転移といったがんの特性を解明する研究をさら

[10] 平成 30（2018）年度の「患者体験調査」によると、希少がん患者の初診から診断までの時間は、２週間未満が 38.1%、２週間以上１か月未満が 28.3%、診断から治療開始までの時間は、２週間未満が 31.2%、２週間以上１か月未満が 41.1%となっている。

に推進することが求められる。

（取り組むべき施策）

国及び都道府県は、患者及びその家族等への情報提供の更なる推進のため、拠点病院等における診療実績や、医療機関間の連携体制等について、患者及びその家族等の目線に立った分かりやすい情報提供を推進する。

国は、希少がん患者及び難治性がん患者の、高度かつ専門的な医療へのアクセシビリティを向上させるため、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会における地域の実情を踏まえた議論を推進し、拠点病院等の役割分担に基づく医療機関間の連携体制の整備を推進する。

国は、希少がんについて、適切な診断に基づく治療を提供するため、病理診断に係る希少がん中央機関と拠点病院等との連携体制の整備を引き続き推進する。

国は、希少がん及び難治性がんについて、がんの存在診断、治療法の開発のための研究を引き続き推進する。

【個別目標】

追って記載

（３） 小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策

（現状・課題）

がんは、小児及びＡＹＡ世代の病死の主な原因の１つであるが、多種多様ながん種を含むことや、成長発達の過程においても、乳幼児から小児期、活動性の高い思春期・若年成人世代といった特徴あるライフステージで発症することから、これらの世代のがんは、成人のがんとは異なる対策が求められる。

国は、小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるよう、全国に 15 か所の小児がん拠点病院及び２か所の小児がん中央機関を整備し、診療の一部集約化と小児がん拠点病院を中心としたネットワークによる診療体制の構築を進めてきた。

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世代のがん患者について、適切な医療を提供できる体制の構築等を指定要件としている。あわせて、拠点病院等では、ＡＹＡ世代の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、自施設または連携施設のがん相談支援センターで対応できる体制を整備することとしており、小児がん拠点病院等と拠点病院等が連携しつつ、ＡＹＡ世代の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。

さらに、令和４（2022）年８月の「小児がん拠点病院等の整備に関する指針」の改定では、患者の適切な集約化に向けた連携病院の類型の見直しや、長期フォローアップに関する適切な連携体制の整備が盛り込まれた。

また、小児がんにおいては、治療薬の候補が見つかっても保険診療下で使用できる薬が少ない、参加可能な治験が少ない等、薬剤アクセスの改善が課題となっている。

（取り組むべき施策）

国は、小児がん拠点病院等と、拠点病院等や地域の医療機関等との連携を含め、地域の実情に応じた小児・ＡＹＡ世代のがん医療提供体制の整備を推進する。また、小児がん拠点病院連絡協議会における地域ブロックを超えた連携体制の整備に向けた議論を推進する。

小児がん拠点病院等は、自施設の診療実績、診療機能や、他の医療機関との連携体制等について、患者及びその家族等の目線に立った分かりやすい情報提供

を推進する。

国は、長期フォローアップの更なる推進のため、小児がん拠点病院等と、拠点病院等、地域の医療機関、かかりつけ医等の連携を含め、地域の実情に応じた小児・ＡＹＡ世代のがん患者の長期フォローアップのあり方を検討する。

国は、小児がん領域における薬剤アクセス改善に向けて、小児がん中央機関、小児がん拠点病院等及び関係学会等と連携した研究開発を推進する。

【個別目標】

追って記載

（４） 高齢者のがん対策

（現状・課題）

我が国においては、人口の高齢化が急速に進んでおり、令和７（2025）年には、65 歳以上の高齢者の数が 3,677 万人（全人口の 30.0%）に達すると推計されている。[11]これに伴い、高齢のがん患者も増加しており、令和元（2019）年度には、新たにがんと診断された人のうち 65 歳以上の高齢者の数は 75 万人（がん患者全体の 75%）となっている[12]。

令和４（2022）年整備指針改定では、高齢のがん患者に対する意思決定支援の体制整備や、地域の医療機関及び介護施設等との連携体制の整備等が指定要件として盛り込まれた。

高齢者のがんについては、全身状態や併存疾患を加味して、標準的治療の適応とならない場合等があるが、こうした判断は、医師の裁量に任されていることが課題とされていた。そのため現在、厚生労働科学研究[13]において、高齢者がん診療に関するガイドラインの策定を行っている。

（取り組むべき施策）

高齢のがん患者が、例えば、他臓器の合併症を有している、介護施設等に入居しているなど、それぞれの状況に応じた適切ながん医療を受けられるよう、拠点病院等は、地域の医療機関及び介護施設等との連携体制の整備を進める。

国は、高齢のがん患者に対する適切な治療及びケアの提供を推進するため、高齢のがん患者に対するがん医療の実態把握を行うとともに、関係団体等と連携し、更なるガイドラインの充実を推進する。

国は、高齢のがん患者が適切な意思決定に基づき治療等を受けられるよう、高齢のがん患者及び家族等の意思決定支援に係る取組を推進する。

【個別目標】

追って記載

---

11 平成 29（2017）年４月「日本の将来推計人口」（国立社会保障・人口問題研究所）
12 令和元（2019）年度「全国がん登録　罹患数・率　報告」
13 厚生労働科学研究がん対策推進総合研究事業「高齢者がん診療ガイドライン策定とその普及のための研究」（令和３（2021）年度～令和４（2022）年度）

３．尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築
～がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する～

（１） がんと診断された時からの緩和ケアの推進

① 緩和ケアの提供について

（現状・課題）

緩和ケアについては、法第 15 条において、「がんその他の特定の疾病に罹患した者に係る身体的若しくは精神的な苦痛又は社会生活上の不安を緩和することによりその療養生活の質の維持向上を図ることを主たる目的とする治療、看護その他の行為をいう」と定義されている。また、法第 17 条において、がん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策として、「緩和ケアが診断の時から適切に提供されるようにすること」と明記されている。このように、緩和ケアとは、身体的・精神心理的・社会的苦痛等の「全人的な苦痛」への対応（全人的なケア）を診断時から行うことを通じて、患者とその家族のＱＯＬの向上を目標とするものである。

国は、令和３（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、緩和ケアに係る課題及び取組について議論を開始している。

拠点病院等については、整備指針において、がんの診断時から適切な緩和ケアが提供されるよう、専門的な知識及び技能を有する医療従事者で組織された緩和ケアチームの組織や、外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制の整備を推進してきた。緩和ケア外来については、全ての拠点病院等が緩和ケア外来を設置しており、その多くが他の医療機関で治療を受けているがん患者の受け入れを行っているとしているものの、実際の症例数や地域からの紹介患者数は依然少ない。また、がんの診断や検査については、拠点病院等に限らず検診医療機関やかかりつけ医などの役割が大きいと考えられるが、これらの場面における緩和ケアの実態は十分に把握されていないとの指摘がある。

患者体験調査によると、平成 30（2018）年度時点で、心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合、身体的・精神心理的な苦痛を抱えている患者の割合、苦痛により日常生活に支障を来している

患者の割合は、約３～４割と一定の割合を占めている[14]。また、遺族調査によると、亡くなる前１か月間の療養生活について、身体的な苦痛を抱える患者の割合、精神心理的な苦痛を抱える患者の割合は、約４～５割となっており[15]、更なる緩和ケアの充実が必要である。

国は、関係学会と連携し、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[16]。

国民の緩和ケアに関する認識として、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約半数に留まっており[17]、正しい知識の更なる普及啓発に取り組む必要がある。

（取り組むべき施策）

国は、拠点病院等を中心としたがん診療に携わる医療機関において、がん患者の身体的苦痛や、がん患者及びその家族等の精神心理的苦痛、社会的な問題等の把握及びそれらに対する適切な対応が、地域の実情に応じて、診断時から一貫して行われる体制の整備を推進する。特に、がんの診断時は、がん患者及びその家族にとって、診断による衝撃への対応や今後の治療・生活への備えが必要となる重要な時期であることを踏まえ、これらの精神心理的苦痛や社会的苦痛に対する適切な支援を提供できるよう、医療従事者への普及啓発策等を含め、必要な体制の整備を推進する。

拠点病院等は、地域におけるがん診療に携わる医療機関、関係団体及び地方公共団体と連携し、専門的な疼痛治療に係る普及啓発及び実施体制の整備を進め

---

14 平成 30（2018）年度の「患者体験調査」によると、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は 32.8%、身体的な苦痛を抱える患者の割合は 44.6%、精神心理的な苦痛を抱える患者の割合は 38.0%、身体的・精神心理的苦痛により日常生活に支障を来している患者の割合は 30.8%となっている。

15 平成 30（2018）年度の「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」によると、療養生活の最終段階において、身体的な苦痛を抱える患者の割合は、40.4%（痛み）、47.2（からだの苦痛）、精神心理的な苦痛を抱える患者の割合は、42.3%となっている。

16 特定非営利活動法人日本緩和医療学会への委託事業として、「オレンジバルーンプロジェクト」を実施している。

17 令和元（2019）年度の「世論調査」によると、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は 52.2%、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 48.3%となっている。

る。

国は、拠点病院等以外の医療機関における緩和ケアの充実に向けて、緩和ケア提供体制の実態や課題等を把握するための調査及び研究を行う。

国は、入院だけでなく外来等における緩和ケアの充実について検討する。

国は、関係学会等と連携し、国民に対する、緩和ケアに関する正しい知識の普及啓発を引き続き推進する。

② 緩和ケア研修会について

（現状・課題）

国は、がん医療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを正しく理解し、知識、技術、態度を習得することで、緩和ケアが診断時から適切に提供されることを目指し、関係学会と連携し、緩和ケア研修会を実施してきた。平成 30（2018）年度には、e-ラーニングを導入するとともに、対象疾患をがん以外に、研修の対象者を医師以外の医療従事者に拡大し、研修会の内容にがん患者の家族、遺族等に対するグリーフケア[18]を盛り込む等の見直しを行った。

緩和ケア研修会の修了者数は、令和３（2021）年度には、累計でおよそ 15 万人に達し、着実に増加している。

（取り組むべき施策）

国は、がん医療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを実践し、その知識や技能を維持・向上できるよう、緩和ケア研修会の更なる推進に努めるとともに、関係団体等と連携し、緩和ケア研修会の学習内容や、フォローアップ研修等について検討する。

【個別目標】

追って記載

[18] 「グリーフケア」とは、大切な人を失い、残された家族等の身近な者が悲しみを癒やす過程を支える取組をいう。また、「ビリーブメントケア」ともいう。

（２） 相談支援及び情報提供

① 相談支援について

（現状・課題）

患者の療養生活が多様化する中で、拠点病院等や小児がん拠点病院等のがん相談支援センターが中心となって、患者とその家族等の精神心理・社会的な悩みに対応していくことが求められている。

国は、がん患者が必要に応じて確実に支援を受けられるよう、整備指針において、初診時等にがん相談支援センターについて説明することや、広報を行うことを定め、その取組を促してきた。令和４（2022）年整備指針改定においては、更なる相談支援体制の整備を推進するために、「外来初診時から治療開始までを目処に、がん患者及びその家族が必ず一度はがん相談支援センターを訪問（必ずしも具体的な相談を伴わない、場所等の確認も含む）することができる体制を整備することが望ましい」ことを盛り込んだ。

患者体験調査等によると、がん患者・家族の３人に２人ががん相談支援センターについて知っている[19]ものの、利用したことがある人の割合は、成人で 14.4%、小児で 34.9%となっている。実際に利用した者のうち、「役立った」と回答した人が、８割を越えていることを踏まえると、利用していない患者について、本当にニーズがなかったのか、十分に留意する必要がある。

また、質の高い相談支援体制を持続可能なものとするため、院内体制や地域資源によって、相談件数やニーズは異なり、全てのがん相談支援センターで持つべき機能や対応の範囲について検討し、地域の実情に応じた集約化や役割分担が必要ではないかとの指摘がある。

がん患者にとって、同じような経験を持つ者による相談支援や情報提供及び患者同士の体験共有ができる場の存在は重要であることから、国は、都道府県におけるピア・サポーターの養成を推進してきた。また、ピア・サポート活動の質の担保も重要であることから、「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

[19] 平成 30（2018）年度の「患者体験調査」によると、がん相談支援センターについて知っているがん患者・家族の割合は、66.4%、令和元（2019）年度の「小児患者体験調査」によると、66.4%となっている。

等・都道府県向けの研修等を行っている。令和４（2022）年整備指針改定では、拠点病院等が患者サロン等の場を設ける際に、一定の研修を受けたピア・サポーターの活用に努めることとされた。

一方で、ピア・サポーターについて知っているがん患者の割合は、平成 30(2018)年度時点で 27.3%と低い。

治療開始前に病気や療養生活に関して相談することができたと感じる患者の割合、家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じている患者・家族の割合は、増加している[20]。

（取り組むべき施策）

拠点病院等は、がん相談支援センターの認知度向上及びその役割の理解の促進のため、自施設に通院していない者も含む患者及び家族等への適切なタイミングでの周知に引き続き取り組む。また、相談支援体制へのアクセシビリティを向上させるため、オンライン等を活用した体制整備を進める。

国は、相談支援の質を担保するため、関係団体等と連携し、がん相談支援に係る研修等に引き続き取り組む。

国は、効率的・効果的な体制を構築する観点から、多様化・複雑化する相談支援のニーズに対応できる質の高い相談支援体制の整備を推進するとともに、持続可能な相談支援体制のあり方等について検討する。

国は、拠点病院等と民間団体による相談機関やピア・サポーター等の連携体制の構築について検討する。また、それも踏まえ、相談支援の一層の充実を図るためＩＣＴや患者団体、社会的人材リソースの活用、必要に応じて地方公共団体等との協力を得られる体制整備の方策について検討する。

国は、がん患者がピア・サポーターからの支援を受けやすくなるよう、相談支援等に携わる者からピア・サポーター等につなげるための仕組みについても検討する。

---

[20] 平成 26（2014）年度の「患者体験調査」によると、がん診断～治療開始前に病気や療養生活に関して相談することができたと感じる患者の割合は、67.4%、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、37.1%なっており、平成 30（2018）年度では、前者は 76.3%、後者は 48.7%と増えている。また、令和元（2019）年度の「小児患者体験調査」によると、家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じている患者・家族の割合は、39.7%となっている。

② 情報提供について

（現状・課題）

がんとの共生を目指す社会にとって、患者と家族、医療従事者等が、確実に、必要な情報及び正しい情報にアクセスできる環境を整備することが重要である。

がんに関する情報があふれる中で、科学的根拠に基づいているとは言えない情報が含まれていることがある。がん情報サービスにおいて、各がんの解説、診断・治療、治験、療養等に関する情報提供を行っているものの、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、令和３（2021）年度で、71.0%となっており、平成 30（2018）年度の 71.1%から横ばいである。

また、国は、拠点病院等に対し、整備指針において、自施設で対応できるがんについて提供可能な診療内容を病院ホームページ等で広報すること、希少がん、小児がん、ＡＹＡ世代のがん患者への治療及び支援（妊孕性温存療法を含む）やがんゲノム医療についても、自施設で提供できる場合や連携して実施する場合はその旨を広報することを求めている。

情報取得や意思疎通に配慮が必要な人に対する情報提供のため、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いる。また、視覚や聴覚等の障害をもつ人に対して、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。

（取り組むべき施策）

国は、患者及び家族等が、必要な時に正しい情報を入手し、適切な選択ができるよう、ニーズや課題等の把握を進め、「情報の均てん化」に向けた適切な情報提供のあり方について検討する。

国は、インターネット等に掲載されているがんに関する情報については、科学的根拠に基づいているとは言えない情報が含まれることを、国民に対して注意喚起するなど、引き続き、国立がん研究センターや関係団体等と連携して、がんに関する正しい情報の提供及び理解の促進に取り組む。

国は、障害等により情報取得や意思疎通に配慮が必要な人や、日本語を母国語

としていない人への情報提供を適切に行うことで医療へのアクセスを確保するために、現状及び課題等を把握し、情報提供体制のあり方について検討する。

【個別目標】

追って記載

（３） 社会連携に基づくがん対策

（現状・課題）

がん患者がいつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現するためには、拠点病院等と地域の医療機関とが連携して取り組む相談支援、緩和ケア、セカンドオピニオン等の取組を推進し、積極的な患者・家族支援を実践することが必要である。

拠点病院等は、切れ目のないがん医療を提供するため、整備指針[21]において、「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」とされている。このようなカンファレンスの１拠点病院あたりの平均開催数（年間）は、令和元（2019）年度で、5.5 回となっている。

令和４（2022）年整備指針改定においては、当該指定要件に、医療提供体制や社会的支援と並んで、「緩和ケア」を盛り込んだほか、さらに「緩和ケアチームが地域の医療機関や在宅療養支援診療所等から定期的に連絡・相談を受ける体制を確保し、必要に応じて助言等を行っていること」を追記し、連携体制の強化を図っている。

拠点病院等は、都道府県と連携し、二次医療圏内の在宅療養支援診療所等リストの作成や、在宅療養支援診療所等の医師に対する緩和ケアに関する知識・技術の研修を実施している。また、地域緩和ケアネットワーク構築事業において、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、平成 28（2016）年度～令和３（2021）年度で、延べ 388 チーム、1,280 名が修了している。

令和３（2021）年８月より、がん等の専門的な薬学管理が必要な患者が自身に適した薬局を選択できるよう、がんの薬物療法に係る専門性を有する薬剤師が配置されており、拠点病院等の専門医療機関や他薬局等の関係機関と連携してがん等の専門的な薬学管理に対応できる薬局を、都道府県が「専門医療機関連携薬局」と認定する制度が開始された。専門医療機関連携薬局として認定された薬局の件数は、令和４（2022）年９月時点で 122 件となっている。

在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度は、平成 30（2018）年度で 78.8%となっており、緩和ケア病棟で亡くなった方の満足度（82.4%）に次いで

[21] ここでは、令和４（2022）年整備指針改定前の整備指針の記載を引用している。

高かった。望んだ場所で過ごせたがん患者の割合は、平成 30(2018)年度で 47.7%となっており、半数程度に留まっている[22]。

セカンドオピニオンについては、令和４（2022）年整備指針改定において、「医師からの診断結果や病状の説明時及び治療方針の決定時等において、すべてのがん患者とその家族に対して、他施設でセカンドオピニオンを受けられることについて説明すること」等が追加され、更なる推進を図っている。

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、平成 26（2014）年度で 40.3%、平成 30（2018）年度で 34.9%と、減少している。「話はなかった」と回答した人（65.1%）のうち、9.1%が自分や家族からセカンドオピニオンについて尋ねており、患者や家族のニーズに対応できていないとの指摘がある。

（取り組むべき施策）

拠点病院等は、地域の実情に応じた患者支援体制の構築のため、都道府県がん診療連携協議会において、都道府県内のセカンドオピニオンを受けられる医療機関や、緩和ケア及び在宅医療等へのアクセスに関する情報提供のあり方について検討する。

拠点病院等は、地域包括ケアシステムの仕組みも踏まえつつ、介護施設や薬局等の地域の関係機関との連携や困難事例等への対応に取り組む。国は、地域の関係者間の連携体制を構築することで、地域における課題の解決を促すため、拠点病院等を中心とした施設間の連携・調整を担う者の育成に、引き続き取り組む。

国は、がん患者が望んだ場所で過ごすことができるよう、拠点病院等を中心に、在宅を含めた地域における緩和ケア提供体制について検討する。

国は、セカンドオピニオンに関する情報提供及び利用状況等の実態把握を行い、関係団体等と連携した適切な情報提供のあり方について検討する。

【個別目標】

追って記載

[22] 平成 30（2018）年度「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」

（４） がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援[23]）

① 就労支援について

（現状・課題）

平成 24（2012）年時点で、がん患者の約３人に１人は、20 歳から 64 歳までの就労可能年齢でがんに罹患している[24]。また、がん医療の進歩により、我が国の全がんの５年相対生存率の上昇に伴い、がん患者・経験者が長期生存し、働きながらがん治療を受けられる可能性が高まっている。

このため、がんになっても自分らしく活き活きと働き、安心して暮らせる社会の構築が重要となっており、働く世代のがん患者の離職防止や再就職のための就労支援を充実させていくことが強く求められている。

国は、がん患者等が治療と仕事を両立できるよう、「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」を公開するとともに、両立支援コーディネーターの育成・配置や「企業・医療機関連携マニュアル」等の作成・普及啓発による、病院、企業と両立支援コーディネーターによるトライアングル型の社会的なサポート体制の構築に取り組んできた。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」 を開発し、「がん患者の就労に関する総合支援事業」において、同プランを活用した就労支援を実施している。

また、転職や再就職の相談対応について、国は、ハローワークに「就職支援ナビゲーター」を配置し、拠点病院等を含む医療機関と連携した就職支援事業に取り組んでいる。令和３（2021）年度時点で、134 名の就職支援ナビゲーターを配置し、257 の医療機関と連携を行っている。

加えて、がん患者の離職防止や再就職のための就労支援を充実させるためには、職場における、柔軟な勤務制度や休暇制度の導入やがん患者への理解や協力の推進が必要である。

平成 28（2016）年に実施した「がん対策に関する世論調査（内閣府）」では、がん患者が働き続けるために必要な取組として、「通院のために短時間勤務が活用できること」、「１時間単位の休暇や長期の休暇が取れるなど柔軟な休暇制度」等が上位に挙がっている。また、がん患者の実態調査 [32] では、離職理由として

[23] 「サバイバーシップ支援」とは、がんになったその後を生きていく上で直面する課題を乗り越えていくためのサポートをいう。

[24] 平成 24（2012）年の地域がん登録全国推計値によると、全がん罹患者数 86.5 万人のうち、20 歳から 64 歳の者は 26 万人となっている。

「仕事を続ける自信がなくなった」、「会社や同僚、仕事関係の人々に迷惑をかけると思った」及び「治療や静養に必要な休みをとることが難しかった」が上位に挙がっている。

国は、企業の意識改革と受け入れ体制の整備を進めるために、助成金の活用促進やポータルサイトによる情報発信、シンポジウム等を行うとともに、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、地域における関係者のネットワーク構築を図っている。令和元（2019）年には、全ての労災病院及び各都道府県の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、特に中小企業等における両立支援の充実に向けた社内制度導入や教育等についての具体的な支援を実施している。

平成 30(2018）年に実施された患者体験調査では、がんと診断を受けて退職・廃業した人は就労者の 19.8%を占めており、そのうち初回治療までに退職・廃業した人は 56.8%となっている。また、がんの診断時、収入のある仕事をしていた人のうち、治療開始前に就労の継続について、病院の医療スタッフから説明が「あった」と回答した人は、平成 30（2018）年度で 39.5%に留まっている。さらに、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は、平成 30（2018)年度で 36.1%、勤務上の配慮がなされていると回答した患者の割合は、65.0%となっている。

（取り組むべき施策）

国は、がん患者・経験者及び家族等の生活の質の向上のため、現在の両立支援制度の効果及び課題を明らかにし、施策の強化や産業保健との連携、普及啓発等について検討する。また、国は、就労支援に携わる者が、産業医等と連携し、患者・事業主間の治療と仕事の両立へ向けた調整を支援できる体制の整備に取り組む。

国は、再就職支援を推進する観点から、拠点病院等とハローワークとの連携体制の整備に引き続き取り組む。

国は、就労支援のさらなる充実に向けて、がん患者の離職の実態を把握し、それを踏まえた就労支援の提供体制について検討する。

国は、がん患者が治療と仕事を両立できるよう、中小企業も含めて、企業における支援体制等の環境整備を更に推進するため、産業保健総合支援センター等の活用や助成金等による支援、普及啓発について検討する。

国は、両立支援コーディネーターの更なる活用に向けて、その活動状況を把握するとともに、地域職域連携の観点からより効果的な配置について検討する。

② アピアランスケアについて

（現状・課題）

アピアランスケアは、広義では「医学的・整容的・心理社会的支援を用いて、外見の変化を補完し、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケア」のことをいう。

がん医療の進歩によって治療を継続しながら社会生活を送るがん患者が増加している。がんの治療と学業や仕事との両立を可能とし、治療後も同様の生活を維持する上で、治療に伴う外見変化に対する医療現場におけるサポートの重要性が認識されている。

国は、平成 30（2018）年 12 月に、運転免許申請書等に添付する写真について、令和２（2020）年４月には、障害者手帳の交付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や身体障害者福祉法施行規則等の一部改正を行った。

また、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、医療従事者教育プログラムの実装化に向けた研究[25]が進められたほか、令和３（2021）年度にはがん治療におけるアピアランスケアガイドラインの改訂が行われた。

がん治療に伴う外見の変化に関する相談ができた患者の割合は、成人で、平成 30（2018）年度で 28.3%、小児で令和元（2019）年度で 51.8%となっている。

（取り組むべき施策）

国は、アピアランスケアについて、患者や家族等が正しい知識を身につけられるよう、医療従事者を対象とした研修等の開催や相談支援及び情報提供のあり方について検討する。

国は、アピアランスケアの充実に向けて、拠点病院等を中心としたアピアラン

[25] 厚生労働科学研究「がん患者に対する質の高いアピアランスケアの実装に資する研究」（令和２（2020）年度～令和４（2022）年度）

スケアに係る相談支援・情報提供体制の構築について、検討する。

③ がん診断後の自殺対策について

（現状・課題）

がん患者の自殺については、平成 28（2016）年１月から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か月以内に 144 人が自殺で亡くなっており（がん患者 10 万観察人年あたり 58.21 人、６か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いる。また、自殺リスクは診断後の期間が短いほど高く、１か月以内では 4.1 倍、３か月以内では 3.3 倍となっている。

このように、がん患者の自殺は、がん対策における重要な課題であり、医療従事者等により自殺リスクの高い患者へ適切な支援が行われる体制の整備が必要である。令和４（2022）年整備指針改定において、拠点病院等は、がん患者の自殺リスクに対する対応方法や関係機関との連携についての共通フローの作成、関係職種に情報共有を行う体制の構築、自施設に精神科等がない場合の地域の医療機関との連携体制の確保が定められた。

（取り組むべき施策）

国は、がん患者の診断後の自殺対策について、医療従事者等が正しい知識を身につけられるよう、研修等の開催や、相談支援及び情報提供のあり方について検討する。

国は、がん診断後の自殺対策を推進するため、がん患者の自殺リスクやその背景等について実態把握を行い、必要な対応について検討する。

④ その他の社会的な問題について

（現状・課題）

がんに罹患して治療を受けている者は、現在 163 万人である[26]。がんの治療成績の向上に伴い、がん経験者は増加しており、就労支援、アピアランスケア、自殺対策に留まらない、がん患者・経験者のＱＯＬ向上に向けた取組が求められる。

[26] 平成 26（2014）年「患者調査」

がん患者における社会的な問題として、離島、僻地における通院等に伴う経済的な課題等が指摘されている。また、障害があるがん患者については、がん診断の遅れや標準的治療への障壁があるなどの指摘がされているが、その詳細が把握できていないことや、対応が医療機関ごとに異なることが課題である。

また、がんに対する「偏見」について、地域によっては、がんの罹患そのものが日常生活の大きな障壁となること、自身ががんであることを自由に話すことができず、がん患者が社会から隔離されてしまうことがあることが指摘されている。

平成 30(2018) 年の患者体験調査によると、がん経験者のうち、周囲から不要に気を遣われていると感じる割合は 12.3%、家族以外の周囲の人からがんに対する偏見を感じると思う割合は 5.3%となっており[27]、がん診断後には、疎外感や以前とは異なる特別な扱いを受けていると感じるがん患者がいる。
また、がんの治療後、日常生活に復帰して一定期間経過した後も、「がん患者」であったことで周囲から異なる扱いをされることがあるなど、本当の意味での「がんの克服」について理解が不十分ではないかとの指摘もある。

（取り組むべき施策）
国は、高度化する治療へのアクセスを確保するため、患者・経験者・家族等の経済的な課題等を明らかにし、関係機関や関係学会等と協力して、利用可能な施策に関する周知や課題解決に向けた施策について検討する。

国は、障害がある等により情報取得や意思疎通に配慮が必要ながん患者の実態やニーズ、課題を明らかにし、がん検診や医療へのアクセス等のあり方について検討する。

地方公共団体は、がんに対する「偏見」の払拭や国民に対する正しい理解につながるよう、民間団体や患者団体等と連携し、普及啓発に努める。

【個別目標】
追って記載

27 「とてもそう思う」「ある程度そう思う」「ややそう思う」「どちらともいえない」「そう思わない」のうち、「とてもそう思う」「ある程度そう思う」を選択した患者の割合。

（５） ライフステージに応じたがん対策

① 小児・ＡＹＡ世代について

（現状・課題）

がんによって、個々のライフステージごとに、異なった身体的問題、精神心理的問題及び社会的問題が生じることから、患者のライフステージに応じたがん対策を講じていく必要がある。

小児・ＡＹＡ世代のがん患者に対する教育については、法第 21 条において、「国及び地方公共団体は、小児がんの患者その他のがん患者が必要な教育と適切な治療とのいずれをも継続的かつ円滑に受けることができるよう、必要な環境の整備その他の必要な施策を講ずるものとする」とされている。

現在、国は、小児がん拠点病院を全国に 15 か所指定しており、その指定要件として、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）又はこれに準じる施設が整備されていることを定めている。

また、国は、高等学校段階の取組が遅れているとの指摘を踏まえ、令和元（2019）年度及び令和２（2020）年度に、「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、在籍校・病院・教育委員会等の関係機関が連携して病気療養児を支援する体制の構築方法に関する調査研究を行った。令和３（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を活用した遠隔教育の調査研究事業」を実施し、ＩＣＴを活用した効果的な遠隔教育の活用方法等の調査研究を行っている。さらに、厚生労働科学研究において、がん患者の高校教育の支援の好事例の収集や実態・ニーズ調査を実施し、高校教育の提供方法の開発と実用化に向けた研究を進めている。

治療開始前に、教育支援等について医療従事者から説明があったと回答した人の割合は、令和元（2019）年度で 68.1%、治療中に学校や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は 76.6%となっており[28]、全ての患者に対応できるよう更なる対策が求められる。

また、小児期にがんに罹患したがん経験者について、晩期合併症などの長期フォローアップや移行期支援など、ライフステージに応じて、成人診療科と連携した切れ目ない相談支援体制を構築することが求められているほか、小児・ＡＹＡ世代のがん経験者は、晩期合併症等により、就職が困難な場合があるため、就労

[28] 令和元（2019）年度「小児患者体験調査」

支援に当たっては、成人でがんを発症した患者と、ニーズや課題が異なることを踏まえる必要がある。

さらに、人生の最終段階における療養場所として、一定数のがん患者が自宅で過ごすことを希望している中、ＡＹＡ世代のがん患者は、利用できる支援制度に限りがある等の理由から、在宅で療養することを希望しても、その費用に対する負担が大きいことが指摘されている。これに対して、独自の支援を行っている地方公共団体も複数存在しているが、その実態については明らかではない。

（取り組むべき施策）

国は、教育支援の充実に向けて、医療従事者と教育関係者との連携に努めるとともに、療養中に適切な教育を受けることのできる環境の整備、就学・復学支援等の体制整備を行う。また、情報技術（ＩＣＴ）を活用した遠隔教育について、課題等を明らかにするため、実態把握を行う。

国は、長期フォローアップや移行期支援など、成人診療科と連携した切れ目ない支援体制が構築できるよう、医療・支援のあり方について検討する。

国は、小児・ＡＹＡ世代のがん経験者の就労における課題の克服に向けて、ハローワークや地域若者サポートステーション等を含む就労支援に関係する機関や患者団体と連携した取組を、引き続き推進する。

国は、小児・ＡＹＡ世代のがん患者の療養環境の課題等について実態把握を行い、緩和ケア提供体制や在宅療養環境等の体制整備について検討する。

② 高齢者について

（現状・課題）

高齢のがん患者については、認知機能低下により、身体症状や意思決定能力、治療のアドヒアランス、有害事象の管理などに影響を及ぼす可能性があることや、認知症の進行により日常生活における支援が必要となることなどが指摘されており、身体的な状況や社会的背景などに合わせた様々な配慮をしていく必要がある。

また、高齢のがん患者については、認知症の発症や家族による介護の必要性など、家族の負担が大きくなることから、家族等に対する早期からの情報提供・相談支援体制が必要であり、本人の意見を尊重しつつ、これらに取り組む必要があ

る。

国は、厚生労働科学研究において、高齢のがん患者に対する多職種による意思決定支援プログラムの研究・開発を行っている。また、意思決定支援の取組を推進するため、令和４（2022）年整備指針改定において、拠点病院等は、高齢者のがんに関して、「意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応をしていること」とした。

（取り組むべき施策）

拠点病院等は、高齢のがん患者への支援を充実させるため、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護を担う機関、関係団体、地方公共団体等と連携し、患者及び家族等の療養生活を支えるための体制を整備するとともに、地域における課題について検討する。

国は、高齢のがん経験者のＱＯＬの向上を目指し、高齢のがん患者が抱える課題について実態把握を行い、長期療養の中で生じる有害事象などに対応ができるよう、患者の健康管理の方法、地域における療養のあり方、再発・二次がん・併存疾患のフォローアップ体制等について検討する。

国は、高齢のがん患者の、人生の最終段階における療養場所等の選択に関する意思決定を支援するための方策について検討する。

【個別目標】

追って記載

４．これらを支える基盤の整備

（１） がん研究の推進

（現状・課題）

我が国のがん研究の総合的かつ計画的な推進に向けて、平成 26（2014）年度に、厚生労働大臣、文部科学大臣、経済産業大臣により「がん研究 10 か年戦略」（以下「戦略」という。）が策定された。戦略においては、平成 27（2015）年４月に設立された国立研究開発法人日本医療研究開発機構（Japan Agency for Medical Research and Development。以下「ＡＭＥＤ」という。）と協力しながら、長期的視点を持って研究成果を産み出すこととしている。

平成 30（2018）年には、第３期基本計画の策定等を踏まえ、戦略の中間評価を行い、「がん研究全体として概ね順調に進捗している」とされた。また、我が国のがん研究に関する現在の課題を把握するとともに、戦略の後半期間にあたる令和元（2019）年から令和５（2023）年に重点的に取り組むべき研究について取りまとめた。

一方で各研究分野について、患者及びがん経験者の参画をより一層推進し、患者及びがん経験者目線で必要とされている領域の研究や、臨床現場でニーズの高い領域の研究を推進していく必要があることが指摘された。

また、厚生労働省の「がん対策推進総合研究事業」においては、戦略及び第３期基本計画に基づくさまざまな政策的課題を解決するための研究を行っている。

我が国における全ゲノム解析等を推進するため、令和元（2019）年 12 月にがんや難病領域の「全ゲノム解析等実行計画（第１版）」が策定された。その後、臨床情報と全ゲノム解析の結果等の情報を連携させ搭載する情報基盤を構築し、がん・難病に係る研究・創薬等への利活用を更に推進するため、令和４（2022）年９月に、「全ゲノム解析等実行計画 2022」が策定された。

「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画」(令和４年６月７日閣議決定）においても、重点投資すべき分野として、「人への投資と分配」及び「科学技術・イノベーションへの重点的投資」が盛り込まれ、大学等をはじめとする研究開発の体制整備が期待されており、こうした中で、がん医療についても人材育成や研究基盤の整備を加速させていく必要がある。

健康・医療分野におけるムーンショット型研究開発事業については、令和３

（2021）年４月 16 日の日米共同声明（日米競争力・強靱性（コア）パートナーシップ）に「がんムーンショット」が盛り込まれたことを踏まえ、ＡＭＥＤにおいて、日米連携による「がんゼロ社会」に向けた研究開発のＰＭ（プロジェクトマネジャー）が令和４（2022）年９月に採択された。

（取り組むべき施策）

国は、「がん研究 10 か年戦略中間評価報告書」や本基本計画を踏まえ、がん研究の更なる充実に向け、戦略の見直しを行う。

ＡＭＥＤは、基礎的な研究から実用化に向けた研究までを一体的に推進するため、有望な基礎研究の成果の厳選及び医薬品・医療機器の開発と企業導出を速やかに行うための取組を引き続き推進する。

国は、「全ゲノム解析等実行計画 2022」を着実に進め、ゲノム情報等による不利益が生じないよう留意しつつ、新たな予防・早期発見法等の開発を含めた患者還元や、がんや難病に係る研究・創薬への利活用等を推進する。

国は、がん対策の一層の推進に向けて、本基本計画における各分野の政策課題の解決に資する研究を推進する。

国は、拠点病院等における臨床研究等の推進に引き続き取り組むとともに、患者目線の分かりやすい情報提供のあり方について検討し、拠点病院等に対し周知する。拠点病院等は、患者に対し、臨床研究等の適切な実施及び情報提供を行うとともに、必要に応じて適切な医療機関への紹介を行う。

【個別目標】

追って記載

（２） 人材育成の強化

（現状・課題）

がん医療の現場を担う人員が不足しており、病院間、地域間格差の要因の一つとなっている。集学的治療等の提供については、引き続き、手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法を専門的に行う医療従事者を養成するとともに、こうした医療従事者と協力して、がん医療に関する基本的な知識や技能を有し、がん医療を支えることのできる医療従事者を養成していく必要がある。

国は、これまで、拠点病院等を中心に、医療チームによる適切な集学的治療等を提供するため、「がん対策推進総合研究事業」等における緩和ケア研修、がんゲノム医療コーディネーター研修会、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等の人材育成のための支援を行ってきた。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、それぞれ増加している。

また、平成 29（2017）年度から令和３（2021）年度まで、多様な新ニーズに対応する「がん専門医療人材（がんプロフェッショナル）」養成プランを行い、がん専門医療人材の養成として、特にゲノム医療や希少がん及び小児がんに対応できる高度がん医療人材の育成や、ライフステージに応じたがん対策を推進する人材の育成に取り組む大学への支援を実施し、がん医療人材養成の拠点大学における優れた取組の他大学等への普及を推進してきた。

今後、臨床面では、がん診療に従事する専門職や、がん患者の症状緩和やがん経験者のケアにあたる人材、ＱＯＬの向上及び終末期医療を担う人材などの育成が必要とされている。また、同時に、急速に高度化するがん医療において、分野横断的な対応が必要となり、関連学際領域に対応できる人材や医療ビッグデータの解析専門家、個別化医療・創薬研究を担う人材など、新たに必要とされるスペシャリストの育成が重要な課題となっている。

（取り組むべき施策）

国は、がん医療の現場で顕在化している課題に対応する人材、がん予防の推進を行う人材、新たな治療法を開発できる人材等の専門的な人材の育成を推進する。また、専門的な人材の育成のあり方を検討するにあたっては、高齢化や人口減少等の背景を踏まえ、人材の効率的な活用等の観点を含め、検討する。

がん医療の高度化が進む中で、がん対策を一層の推進する観点から、拠点病院

等を中心に、専門的な人材の育成及び配置に積極的に取り組む。

【個別目標】

追って記載

（３） がん教育及びがんに関する知識の普及啓発

（現状・課題）

子どもが健康と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理するとともに、がんに対する正しい知識、がん患者への理解及び命の大切さに対する認識を深めることが大切である。これらをより一層効果的なものとするため、医師やがん患者・経験者等の外部講師を活用し、子どもに、がんの正しい知識やがん患者・経験者の声を伝えることが重要である。

国は、学習指導要領に対応したがん教育を推進するため、教材、指導参考資料、外部講師活用のガイドラインの改訂・周知を行うとともに、外部講師の活用体制の整備や研修会の実施など、地域の取組を支援している。しかし、地域によって取組状況に差があることから、地域の実情に応じた取組が一層推進されるよう、各地域の取組の成果を全国へ普及する必要がある。

国は、国民に対するがんに関する知識の普及啓発について、がん情報サービスや拠点病院等における相談支援センターの広報により、取組を進めてきた。一方で、インターネットの普及等により、科学的根拠に乏しい情報が多く存在すること、患者が必要な情報に適切にアクセスすることが難しいことなどが指摘されている。

また、平成 21（2009）年度から職場におけるがんに関する知識の普及啓発として、「がん対策推進企業等連携事業（がん対策推進企業アクション）」を実施している。本事業の趣旨に賛同する企業・団体数は、事業開始から着実に増加し、令和３（2021）年度末で 4,065 社・団体となった。

（取り組むべき施策）

国は、引き続き、学習指導要領に基づく、児童生徒の発達段階に応じたがん教育を推進する。その際、地域の実情に応じたがん教育の取組が充実されるよう、医療従事者やがん患者等の外部講師の積極的な活用について周知を行うとともに、ＩＣＴの活用を推進するなど、各地域の取組の成果の普及を図る。

国は、都道府県及び市町村において、教育委員会及び衛生主管部局が連携して会議体を設置し、医師会や患者団体等の関係団体とも協力しながら、また、学校医やがん医療に携わる医師、がん患者・経験者等の外部講師を活用しながら、がん教育が実施されるよう、必要な支援を行う。

国及び地方公共団体、拠点病院等を中心とした医療機関は、患者や家族等の関係団体等の協力を得ながら、国民に対するがんに関する正しい知識の普及啓発に引き続き取り組む。その際には、啓発資材のデジタル化や対象者に応じた周知方法の工夫等により、より効果的な手法を用いる。

事業主や医療保険者は、がん対策推進企業アクション等の国や地方公共団体の事業を活用することも含め、雇用者や被保険者・被扶養者が、がんに関する正しい知識を得ることができるよう努める。

【個別目標】

追って記載

（４） がん登録の利活用の推進

（現状・課題）

がん患者のがんの罹患、転帰その他の状況を収集し、がん対策の一層の推進を図るため、平成 28（2016）年１月より、「がん登録等の推進に関する法律」（平成 25 年法律第 111 号。以下「がん登録推進法」という。）に基づく全国がん登録が開始された。

平成 28（2016）年より全国がん登録の届出件数は増加してきており、精度指標については、令和元（2019）年時点で、ＭＩ比が 0.38、％ＤＣＯが 1.92%であるなど、登録情報の内容が充実してきている。

また、がん登録情報の効果的な利活用については、がん登録情報を活用した市区町村におけるがん検診の感度・特異度の算出に向けた検討や、現行制度の課題の整理及び見直しに向けた議論を行っている。

（取り組むべき施策）

国は、がん対策の充実に向けて、がん登録情報の利活用を推進する観点から、引き続き、質の高い情報収集に資する精度管理に取り組む。

国は、がん登録情報の利活用の推進について、現行制度における課題を整理し、がん登録推進法等の規定の整備を含め、見直しに向けて検討する。利活用の推進にあたっては、保健・医療分野のデジタル化に関する他の取組とも連携し、より有用な分析が可能となる方策を検討する。

【個別目標】

追って記載

（５） 患者・市民参画の推進

（現状・課題）

法第 22 条は、国及び地方公共団体は、民間の団体が行うがん患者の支援に関する活動、がん患者の団体が行う情報交換等の活動等を支援するため、情報提供その他の必要な施策を講ずるものとするほか、第 25 条第２項により、がん対策推進協議会の委員は、がん患者及びその家族又は遺族を代表する者も含め、任命することとしている。

さらに、がん患者を含めた国民は、法第６条により、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ほか、がん患者に関する理解を深めるよう努めなければならないとされている。

患者本位のがん対策を推進するためには、国と地方公共団体と、患者団体等の関係団体やがん患者を含めた国民が協力して、取組を進めていくことが必要である。また、その際には、多様な患者・市民が参画できる仕組みを整備するとともに、患者・市民参画に係る周知啓発等もあわせて推進することが必要である。

（取り組むべき施策）

国及び都道府県は、患者本位のがん対策を推進するため、基本計画及び「都道府県がん対策推進計画」（以下「都道府県計画」という。）の策定過程について、性別、世代、がん種等を考慮し、多様ながん患者等の参画を推進する。また、諸外国の事例も踏まえ、患者・市民参画の更なる推進に向けた仕組みを検討する。

国は、これまでがん研究分野で推進されてきた、がん患者及びがん経験者の参画の取組に係る知見を、患者・市民参画に関する研究成果も踏まえ、各分野にへの横展開を行う。

国は、患者・市民参画を推進するにあたって、参画する患者・市民への啓発に加え、医療従事者や関係学会に対しても、患者・市民参画に係る十分な理解が得られるよう、啓発等に取り組む。

【個別目標】

追って記載

（６） デジタル化の推進

（現状・課題）

近年、我が国においては、デジタル技術の進展や新型コロナウイルス感染症への対応により、日本のデジタル社会の実現に向け、デジタル・オンラインの活用が多方面で進められている。

がん対策においても、地方公共団体や拠点病院等における取組をより効果的かつ効率的に推進する観点から、個人情報の保護やデジタル技術に不慣れな人等へのサービス提供の観点に留意しつつ、デジタル技術の活用等を検討する必要がある。

（取り組むべき施策）

国は、がん医療の質の向上と分かりやすい情報提供等を一層推進するため、「がん予防」、「がん医療」、「がんとの共生」の各分野において、ＰＨＲの推進、現況報告書のオンライン化、オンラインを活用した相談支援や効果的な情報提供等、デジタル技術の活用による医療のデータ化とその利活用の推進について検討する。

また、国は、患者・家族等のアクセス向上や、医療・福祉・保健サービスの効率的・効果的な提供の観点から、地方公共団体や医療機関における会議や相談支援のオンライン化に向けた取組を推進する。

【個別目標】

追って記載

第３　がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

１．関係者等の連携協力の更なる強化

がん対策を総合的かつ計画的に推進し、実効性を担保するためには、関係者等が、適切な役割分担の下、相互の連携を図り、一体となって努力することが重要である。

国及び地方公共団体は、民間団体が行うがん患者の支援に関する活動、がん患者の団体が行う情報交換等の活動等を支援するため、情報提供その他の必要な施策を講ずるものとする。

また、国及び地方公共団体は、がん教育、がんに関する知識の普及啓発等により、がん患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境への理解を図るとともに、関係者等の意見の把握に努め、がん対策に反映させていくことで、国民とともに、「がんとの共生」社会の実現に取り組んでいくこととする。

２．都道府県による計画の策定

都道府県は、本基本計画を基本としながら、当該都道府県におけるがん患者に対するがん医療の提供の状況等を踏まえ、都道府県計画を策定する。都道府県計画は、医療計画等のがん対策に関連する事項を定めるその他の計画と調和が保たれたものとする。また、地域の実情に応じた自主的かつ主体的な施策や普及啓発の取組を盛り込むことが望ましい。

都道府県は、都道府県計画の策定過程において、患者・市民参画を含め、関係者等の意見の聴取に努める。

また、都道府県は、都道府県計画に基づくがん対策の進捗管理に関するＰＤＣＡサイクルを回し、施策に反映させるよう努めるとともに、当該都道府県におけるがん医療に関する状況の変化やがん対策の効果に関する評価を踏まえ、必要があるときには、都道府県計画を変更するよう努める。

国は、都道府県計画の作成手法等について必要な助言を行う。

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条に基づき、がんに関する正しい知識を持ち、がんの予防に必要な注意を払い、必要に応じ、がん検診を受けるよう努めるほか、がん患者に関する理解を深めるよう努めるものとする。

また、今後のがん医療の向上に資するよう、以下の点についても努力していく

ことが望まれる。

- がん医療は、がん患者、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。

- 患者本位のがん対策を推進するため、がん患者を含めた国民は、国、地方公共団体、関係者等と協力して、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。

４．必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化

がん対策を総合的かつ計画的に推進するためには、各取組の適切な評価と、各取組の着実な実施に向けて必要な財政上の措置を行っていくこと等が重要である。

一方、厳しい財政事情の下で限られた予算を最大限有効に活用し、がん対策の成果を上げていくためには、選択と集中の徹底、各施策の重複排除、関係省庁間の連携強化とともに、官民の役割と費用負担の分担を図ることが必要である。

また、将来にわたって必要かつ適切ながん医療を提供するため、効率的かつ持続可能ながん対策を実現することが重要である。

５．目標の達成状況の把握

国は、全体目標、分野別目標及び各施策の個別目標の達成状況について、適宜調査を実施しその結果を公表するとともに、本基本計画の進捗状況を適切に把握し、管理するため、３年を目途に中間評価を行う。その際、各分野の取り組むべき施策が、全体目標、分野別目標及び各施策の個別目標の達成に向けて効果をもたらしているか、ロジックモデルを活用した科学的・総合的な評価を行い、必要に応じてその結果を施策に反映する。

また、がん対策推進協議会は、本基本計画の進捗状況を踏まえ、必要に応じて、がん対策の推進に資する提言を行うとともに、検討会等の積極的な活用を行う。

６．基本計画の見直し

国は、法第 10 条第７項に基づき、がん医療に関する状況の変化を勘案し、及びがん対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも６年ごとに、基本計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更するものとする。なお、本基本計画の計画期間が終了する前であっても、必要があると認めるときは、本基本計画を変更するものとする。

第85回がん対策推進協議会	資料2-3
令和４年11月11日	

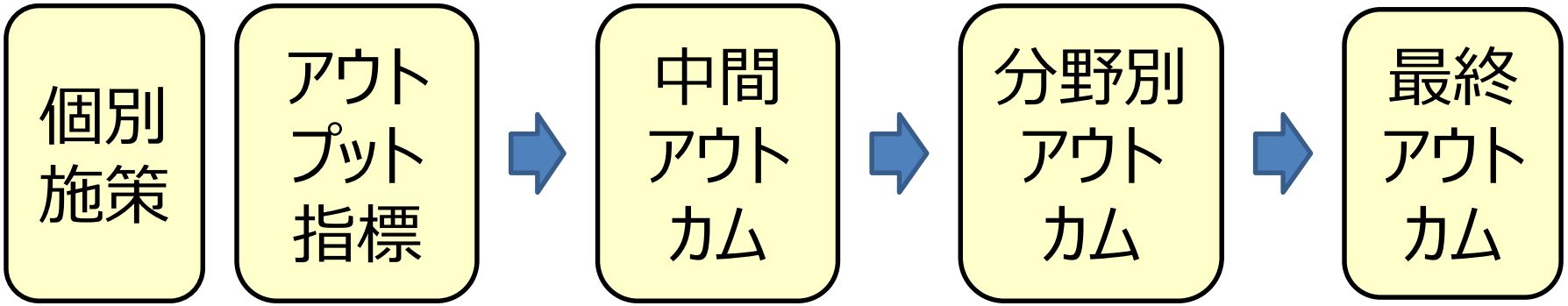
第4期基本計画ロジックモデル作成の基本的な考え方

国立がん研究センターがん対策研究所
副所長　祖父江友孝
(大阪大学大学院医学系研究科環境医学教授)

ロジックモデル作成の目的

- 構成を図示して、全体像を把握する。
- アウトカムを共通認識として共有する。
- 個別施策とアウトカム（中間、分野別、最終）のつながりを確認することにより、個別施策の適切さを検討する。
- 指標を設定して、評価につなげる。

ロジックモデルの構造



具体的な施策内容と施策の直接成果

対象者に起こった変化

- アウトプットとアウトカムが区別しにくいこともある
- 各アウトカムに指標を設定

- 個別施策ごとにアウトプット指標を設定
- 幾つかの個別施策で共通のアウトカム
- 分野ごとに特有のアウトカム
- 対策全体のアウトカム

指標について

- 指標は、公開されたデータソースがあり、適切な目標値の設定と評価が可能なものを中心に検討する。

指標のデータソース

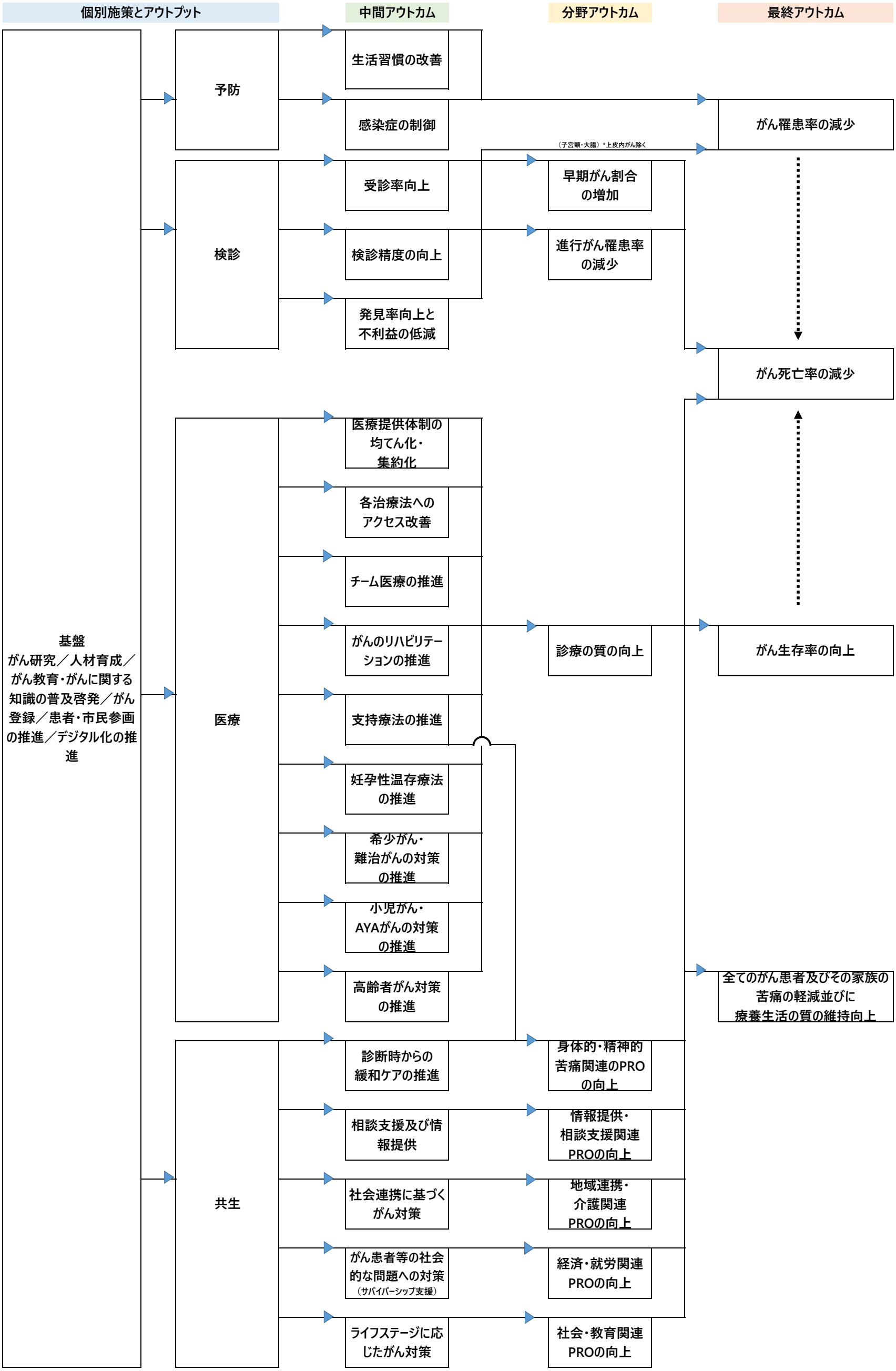
- 通常指標（死亡率、罹患率、喫煙率、検診受診率）
  - がん登録（全国がん登録、院内がん登録全国集計等）
  - その他の既存統計
    人口動態統計・国民健康栄養調査・地域保健事業報告・国民生活基礎調査等
- 患者体験指標（満足度、痛み、不安）
  【Patient Reported Outcome (PRO)】
  - 患者体験調査
  - 遺族調査

- 都道府県単位で評価ができる指標が望ましい。
- 必要に応じて、格差を検討する（地域、施設、特性別）。
- 全体の指標数について、管理可能な数にとどめる。

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：基本ロジックモデル

第85回がん対策推進協議会	資料2-4
令和４年11月11日	

2022年11月9日時点版（未定稿）



第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#2 がん予防＜がんの２次予防（がん検診）＞

2022年11月9日時点版（未定稿）

受診率対策について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	効果的な受診勧奨策の推進	受診勧奨実施市町村*数	新	検討中
1-2	職域での実施状況の継続的な把握	指針に基づく検診の実施率	新	検討中（保険者データヘルス全数調査または厚労科研）

*特別区を含む。以下、同じ。

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	受診率の向上	検診受診率	1031	国民生活基礎調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	検診がん種の早期がん割合の増加	がん種別早期がん割合	新	全国がん登録
3-2	検診がん種の進行がん罹患率の減少	がん種別進行がん罹患率	新	全国がん登録

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	検診がん種の死亡率減少	がん種別年齢調整死亡率	1002	人口動態統計
4-2	がん罹患率（子宮頸・大腸）*; 減少　※	がん種別年齢調整罹患率	1004	全国がん登録

*；上皮内がん除く。
※がん検診により子宮頸部・大腸の前がん病変を早期発見して治療介入すれば、子宮頸がん・大腸がんの罹患数が減少する。

がん検診の精度管理等について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-3	レセプトやがん登録情報の活用に係る技術的支援	市町村への支援数	新	検討中（厚生労働科学研究（仮））
1-4	精密検査受診率の低い市町村に対する都道府県による指導・助言	実施都道府県数	新	都道府県用チェックリスト実施率調査
1-5	職域における精度管理向上のための保険者への技術的支援	支援保険者数	新	検討中（厚生労働科学研究（仮））
1-6	市町村での精密検査実施医療機関リストの提供	実施市町村数	新	検討中（市区町村におけるがん検診の実施状況調査）

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-2	精検受診率の向上	精検受診率	1032	地域保健・健康増進事業報告
2-3	がん発見率の向上	がん発見率	新	地域保健・健康増進事業報告
2-4	不利益の低減	偽陽性割合	新	地域保健・健康増進事業報告

科学的根拠に基づくがん検診の実施について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-7	対象年齢・検診間隔を含めた指針に基づくがん検診の完全遵守	遵守市町村数	新	市区町村におけるがん検診の実施状況調査
1-8	指針に基づかないがん検診の中止	中止市町村数	新	市区町村におけるがん検診の実施状況調査
1-9	対策型検診の項目変更に係るプロセスの明確化と普及実装研究の推進	研究実施数	新	検討中

凡例：

・#：　ロジックモデル内の便宜上の通し番号 ※全体確認後、改めて付番。
・3期：第3期中間評価指標で採用されていた指標は当時の番号。新規の場合、「新」。
・データソース：用いる調査等。既存のデータベースでは情報が取得できない場合、「検討中」と記載。具体的には、既存調査の見直しや厚労科研等での対応を検討している。想定される調査について（）内に記載。

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：3. がん医療提供体制等＜医療提供体制の均てん化・集約化＞

2022年11月9日時点版（未定稿）

医療提供全般

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	地域特性に応じた拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化の推進	役割分担に関する議論が行われている都道府県の数	新	現況報告
1-2	地域の実情に応じた危機対応連携体制の整備	ＢＣＰに関する議論が行われている都道府県の数	新	現況報告
1-3		（参考）BCPを整備している病院の数	新	現況報告
1-4	がん診療連携拠点病院等、小児がん拠点病院等、がんゲノム医療中核拠点病院等の相互連携の検討推進	都道府県協議会に小児がん拠点病院等が参加している都道府県の数※	新	現況報告

※ゲノム拠点は自動的に連携される。

がんゲノム医療

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-5	がんゲノム医療連携体制整備	がんゲノム医療中核拠点病院等の数	2013	現況報告（がんゲノム）
1-6		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（臨床遺伝専門医）	2015	現況報告（がんゲノム）
1-7		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（認定遺伝カウンセラー）	2016	現況報告（がんゲノム）
1-8		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（がんゲノム医療コーディネーター）	2017	現況報告（がんゲノム）
1-9		薬物療法に専門的な知識及び技能を有する医師の数	2018	現況報告（がんゲノム）

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	医療機関の機能分担を通じた質の高い安心な医療の効率的な提供	専門的な医療を受けられたと思う患者の割合	新	患者体験調査
2-2	がんゲノム医療へのアクセシビリティの向上	がんゲノム情報管理センターに登録された患者数	2019	ＣＧＡＴ
2-3		がんゲノム医療拠点病院等において遺伝性腫瘍に関する遺伝カウンセリングを実施した患者数	2018	現況報告（がんゲノム）
2-4		がん遺伝子パネル検査を実施した患者のうち、エキスパートパネルで推奨された薬剤が投与された患者の割合	新	ＣＧＡＴ
2-5		ゲノム情報を活用したがん医療についてがん患者が知っていると回答した割合	2020	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	がんの死亡率の減少	がんの年齢調整死亡率	2001	人口動態統計
4-2	がんの生存率の向上	がん種別５年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
4-3	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：4. がん医療提供体制等＜各治療法＞

2022年11月9日時点版（未定稿）

手術療法

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	低侵襲性の新しい治療法の普及	がんの鏡視下手術の割合	2031	現況報告
1-2	科学的根拠に基づく手術療法が安全に実施できる体制の整備	厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業(JANIS)へ登録している拠点病院等の割合	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	安全かつタイムリーな手術治療の実施	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	2032	検討中（院内がん登録+DPCを利用（仮））
2-2		診断から手術までの日数	新	検討中（院内がん登録+DPCを利用（仮））

放射線療法

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-3	科学的根拠に基づく放射線療法が安全に実施できる体制の整備	IMRT加算をとっている拠点病院の割合	2035	院内がん登録+DPC、現況報告
1-4	放射線療法に関わる必要な人材配置の整備	放射線治療専門医が常勤で配置されている拠点病院の割合	2036	現況報告
1-5		診療放射線技師が２名以上配置されている拠点病院等の割合	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-3	必要な患者に対する、最適な放射線治療のタイムリーかつ安全な実施	放射線治療関連QI	新	検討中
2-4		手術から放射線治療開始までの期間	新	検討中

化学療法

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-6	科学的根拠に基づく化学療法が安全に実施できる体制の整備	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	2040	現況報告
		１拠点病院あたりの、がん薬物療法専門医数	2041	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-5	最新の知見に基づく適切な化学療法のタイムリー・安全な実施	化学療法/薬物療法関連QI	2021	検討中
2-6		手術から化学療法開始までの期間	新	検討中（院内がん登録+DPC（仮））

免疫療法

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-7	科学的根拠に基づく免疫療法を安全に提供する体制の整備	免疫関連有害事象を含む有害事象に対して、他診療科や他病院と連携等して対応している拠点病院等の割合	新	現況報告
1-8	科学的根拠に基づく治療法に関する情報提供及び普及啓発	自施設で対応できるがんについて提供可能な診療内容を病院HP等でわかりやすく広報している拠点病院等の割合	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-7	国民が免疫療法に関する正しい情報を取得	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	2043	世論調査

病理診断

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-9	病理診断に係る専門的な知識及び技能を有する医師の配置推進	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	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-8	タイムリーな病理診断	初診時から確定診断までの１ヶ月未満の人の割合	新	検討中（患者体験調査or院内がん登録＋DPCorNDB（仮））

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査
3-2	（標準的な）診断・医療の進歩	一般の人が受けられるがん医療は数年前と比べて進歩したと思う患者の割合	2003	患者体験調査
3-3	治療選択についての情報提供の充実（必要な情報へのアクセス改善）	治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合	新	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	がんの死亡率の減少	がんの年齢調整死亡率	2001	人口動態統計
4-2	がんの生存率の向上	がん種別５年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
4-3	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#5 がん医療＜チーム医療の推進＞

2022年11月9日時点版（未定稿）

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	拠点病院等におけるチーム医療の提供体制の整備の推進	緩和ケア診療加算の算定回数	新	検討中（NDB等を活用し研究班で対応予定）
1-2		栄養サポートチーム加算の算定回数	新	検討中（NDB等を活用し研究班で対応予定）
1-3	都道府県がん診療連携協議会における拠点病院等と地域の医療機関との連携体制についての議論推進	都道府県協議会における地域の連携状況に関する議論実施状況	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	多職種（医師以外）による相談支援環境の充実	主治医以外にも相談しやすいスタッフがいた患者の割合	2055	患者体験調査
2-2	医療スタッフ間での情報連携の改善	医療スタッフ間で情報が十分に共有されていると感じた患者の割合	新	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	がんの死亡率の減少	がんの年齢調整死亡率	2001	人口動態統計
4-2	がんの生存率の向上	がん種別５年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
4-3	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#6 がん医療＜がんのリハビリテーションの推進＞

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	がんリハビリテーション研修の実施（と研修内容の見直し）	がんリハビリテーション研修プログラム終了している医療従事者の人数	2063	ライフプランニングセンターからのデータ提供
1-2	がんリハビリテーション提供体制の整備（人材の配置）	リハビリテーションに携わる専門的な知識及び技能を有する医師が配置されている拠点病院の割合	2061	現況報告
1-3		がんのリハビリテーションに係る業務に携わる専門的な知識及び技能を有する療法士等を配置している拠点病院の数	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	がんリハビリテーションの適切な提供	拠点病院等に通院・入院中のがん患者でリハビリテーションを受けた患者の割合	2062	がん対策評価検証事業

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	がんの死亡率の減少	がんの年齢調整死亡率	2001	人口動態統計
4-2	がんの生存率の向上	がん種別５年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
4-3	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#7 がん医療＜支持療法の推進＞

2022年11月9日時点版（未定稿）

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	相談支援体制の整備	がん相談支援センターでのアピアランスケアの相談件数	新	現況報告
1-2	医療従事者への研修の実施	リンパ浮腫研修の受講者数	新	ライフプランニングセンターからのデータ提供
1-3	専門的なケアが受けられる体制の整備	リンパ浮腫外来が設置されている拠点病院の割合	2077	現況報告
1-4		ストーマ外来が設置されている拠点病院の割合	2078	現況報告
1-5		１拠点病院あたりの薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する専任常勤の薬剤師の数	新	現況報告
1-6		１拠点病院あたりの、がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する専従常勤の医師数	新	現況報告
1-7		支持療法に関するガイドラインの数	2073	Minds登録数

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	治療に伴う副作用への見通しの改善	治療による副作用の見通しを持てた患者の割合	2074	患者体験調査
2-2	身体的なつらさに関する相談環境の改善	身体的なつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談ができると思う患者の割合	2075	患者体験調査
2-3	外見の変化に関する相談環境の改善	外見の変化に関する相談ができた患者の割合	2076	患者体験調査
2-4	支持療法の均てん化	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	2071	がん対策評価検証事業

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	身体的な苦痛を抱えるがん患者の減少	がんやがん治療に伴う身体の苦痛がないと感じる患者の割合	3012	患者体験調査
3-2	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の減少	がんやがん治療に伴い気持ちがつらくないと感じる患者の割合	3013	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	がんの死亡率の減少	がんの年齢調整死亡率	2001	人口動態統計
4-2	がんの生存率の向上	がん種別５年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
4-3	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#8 がん医療＜妊孕性温存療法の推進＞

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	妊孕性温存療法研究促進事業を通じたエビデンスの収集	日本がん・生殖医療登録システム JOFRへの登録症例数	新	日本・がん生殖医療学会よりデータ提供
1-2	がん・生殖医療に関する人材育成の推進	がん・生殖医療の意思決定支援に関する人材育成を実施している拠点病院の割合	新	現況報告
1-3	がん・生殖医療に関する相談支援体制の整備	相談支援センターにおける「妊孕性・生殖機能」に関する相談件数	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	妊孕性温存と温存後生殖補助医療に係るエビデンスの創出	がん・生殖医療に関するガイドラインの数／臨床研究実施数	新	検討中（Minds登録数／臨床研究データベース（仮））
2-2	生殖機能への影響についての説明・意思決定支援の実施	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	2075	患者体験調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#9 がん医療＜希少がん、難治性がん対策の推進＞

2022年11月9日時点版（未定稿）

希少がん対策

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	（希少がんに関する）患者及びその家族等の目線に立ったわかりやすい情報提供の推進	希少がんホットラインへの問い合わせ数	新	国立がん研究センターよりデータ提供
1-2	（希少がんに関する）拠点病院等の役割分担に基づく医療機関間の連携体制の整備	希少がん診療を積極的に受け入れている拠点病院の数と他施設へ紹介する拠点病院の数	新	現況報告
1-3	病理診断に係る希少がん中央機関と拠点病院等との連携体制の整備	中央病理コンサルテーションの数	新	国立がん研究センターよりデータ提供
1-4	（希少がんに関する）存在診断、治療法の開発のための研究推進	希少がんに対する治験を実施している拠点病院数	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	希少がんの患者の診療情報へのアクセス拡充	治療スケジュールの見通しに関する情報を十分得ることができた希少がん患者の割合	新	患者体験調査
2-2	希少がん患者の集約化	希少がん診療を積極的に受け入れている拠点病院等における治療開始数	新	現況報告＋院内がん登録
2-3	連携の円滑化（速やかな医療の提供）	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	2082	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	希少がん患者の高度かつ専門的な医療へのアクセシビリティの向上	希少がんについて、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	2083	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	希少がんの生存率向上	希少がんの5年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
4-2	希少がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じる希少がん患者の割合	3001	患者体験調査

難治性がん対策

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-5	（難治性がんに関する）患者及びその家族等の目線に立ったわかりやすい情報提供の推進	難治がんに関するHP等の整備を行っている拠点病院等の数	新	現況報告
1-6	（難治性がんに関する）拠点病院等の役割分担に基づく医療機関間の連携体制の整備	難治性がん診療を積極的に受け入れている拠点病院の数と他施設へ紹介する拠点病院の数	新	現況報告
1-7	（難治性がんに関する）存在診断、治療法の開発のための研究推進	難治性がんに対して臨床試験を行っている拠点病院等の数	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-4	難治性がん患者の集約化	難治性がん（※１）診療を積極的に受け入れている拠点病院等における治療開始数	新	患者体験調査

※１．膵がんを代表例として想定。難治性がんの定義について、今後検討が必要。

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-2	（難治性がんを含む）全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）（※２）	2005	患者体験調査

※２．がん種別で評価が困難なため全体の評価で代替。

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	難治性がんの年齢調整死亡率の減少	難治性がん（代表例：膵がん）の年齢調整死亡率	2002	人口動態統計
4-2	難治性がんの生存率向上	難治性がん（代表例：膵がん）の5年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
4-3	（難治性がんを含む）がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合（※２）	3001	患者体験調査

※２．がん種別で評価が困難なため全体の評価で代替。

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#10 がん医療＜小児がん・AYA世代のがん対策の推進＞

2022年11月9日時点版（未定稿）

小児がん対策

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	小児がん医療提供体制の整備	小児がん拠点病院で小児がんの薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師の数	新	現況報告（小児がん）
1-2		小児がん拠点病院で小児の手術に携わる、小児がん手術に関して専門的な知識及び技術を有する医師の人数	新	現況報告（小児がん）
1-3		小児がん拠点病院で小児がんの放射線療法に携わる専門的な知識および技能を有する医師の人数	新	現況報告（小児がん）
1-4	地域の実情に応じた長期フォローアップの在り方に係る検討の推進	都道府県協議会でフォローアップの連携体制について議論している都道府県数	新	現況報告（小児がん）
1-5	長期フォローアップの更なる推進	長期フォローアップ外来を設置している小児がん拠点病院等の施設数	新	現況報告（小児がん）

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	小児がん診療の集約化	小児がん拠点病院で治療を受けた小児がん患者の割合	新	現況報告＋院内がん登録
2-2	小児がん相談支援の拡充	がん患者の家族の悩みや負担を相談できる支援・サービス・場所が十分あると思う小児がん患者の割合	新	小児患者体験調査
2-3	長期フォローアップの認知・利用拡充	長期フォローアップについて知っていると回答した小児がん患者の割合	新	小児患者体験調査
2-4	小児がん領域での研究開発の推進	小児がん拠点病院において実施されている治験数	新	現況報告＋臨床研究情報ポータルサイト

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	小児がん診療の質の向上・均てん化	小児がん患者のがんの診断・治療全般の総合評価（平均点又は評価が高い人の割合）	2083	小児患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	小児がん患者の生存率向上	小児がん患者の5年生存率	2091	院内がん登録

AYA世代のがん対策

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-6	AYA世代のがん医療提供体制の整備	多職種からなるAYA支援チームを設置している拠点病院数	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-5	AYA患者の状況や希望に応じた支援の拡充	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若年がん患者の割合	3002	患者体験調査
2-6		外見の変化に関する相談ができた若年患者の割合	2076	患者体験調査
2-7		妊よう性に関する説明を受けた若年がん患者の割合 ※再掲	2093	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-2	AYA世代のがん診療の質の向上・均てん化	若者がん患者の診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-2	若年がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じる若年がん患者の割合	3001	患者体験調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#11 がん医療＜高齢者のがん対策の推進＞

2022年11月9日時点版（未定稿）

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	拠点病院等による、地域医療機関・介護施設等との連携体制の整備	当該がん医療圏において、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討を行っている拠点病院等の数	新	現況報告
1-2			新	現況報告
1-3	高齢のがん患者及び家族等の意思決定支援に係る取組推進	意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応をしている拠点病院数	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	多職種連携の評価	医師・看護師・介護職員など医療者同士の連携は良かったと評価した人の割合	新	遺族調査
2-2	療養場所に対する希望を踏まえた対応の拡充	患者と医師間で最期の療養場所に関する話し合いがあったと評価した人の割合	新	遺族調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

第85回がん対策推進協議会	資料２－５
令和４年11月11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（案）について 事前にいただいたご意見

厚生労働省

健康局　がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

資料２－５　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
阿久津　友紀	資料２－１　第４期がん対策推進基本計画（案）の考え方について 全体） その進捗が評価できる目標の設定とそれらの効果を測ることができる指標を共に検討するべき。これまでにないデータの蓄積にも踏み込んでほしい。その目標のあいまいさが本質をクリアにする利点があるではないか。ピアサポートなどは量と質、両方の担保が必要なので、数値目標は受講・育成された人数よりも、つながることができた人数で評価すべきと考える。細かすぎるのかもしれないが、『がんになったときに・・』等のパンフを早期からの緩和ケアや精神的ケアのひとつとして患者へ配布した率など、複合的な効果を踏まえて掘りこんだ指標のほうがよいのではないかと考える。 本体） ○検診の数を正確に把握するための施策に踏み込んでいただいたが、検診の精度管理と表裏一体なのでこのあたりをどう指標とするかを検討いただきたい。組織型検診、精度管理、正確な検診数はすべてリンクしてくるのでそのあたりを個別目標のところに入れてもらいたい。 ○標準的治療の海外との（ドラッグ）ラグについての表記がないが、あまり論点になっていないのか。難治性がん含めて、海外では標準治療となっているものの日本が第3相以降に入れていないことから認可されない例も多い。標準治療を残念ながら終えると医師から宣告されて、終末期ケアまでの間の戸惑い・医療不信などは根強い。働く世代だと体が動けるだけになおさら。増えるこうした人たちをどの施策で助けるのか（緩和ケア・社会連携の部分に一部表記があるが）。 ○就労支援のところのがん患者の実態調査に、離職理由として例に挙げられているのが、自分の気持ちに特化されているが、往々にして、『会社や同僚、仕事関係の人々に迷惑がかかると思った』の“裏側”にある、自分ではなく、“周り”、会社のがんに対する偏見、思い込みによるものも大きい。後日、例を示させていただきたいが、企業側の実態の調査も必須であり、この部分に『（知識・認識不足による）企業内の問題も根強くある』と明記いただきたい。 資料２－３　第４期がん対策推進基本計画ロジックモデル作成の基本的な考え方 基本的には賛成。ポジティブな意味でこれまでのデータではなく、新しい指標を用いないとできないものがあり、相応の時間を要するものもあるのではないか。ロジックモデルの個別案に対する検討の時間が必要。
石岡　千加史	資料２－１　第４期がん対策推進基本計画（案）の考え方について ○「がん医療」分野に関する考え方に関して：「治療と併せて医療者が提供すべき事項（リハビリテーションや支持療法等）」とあるが、引き続き記載することは同意するが、リハビリテーションや支持療法、さらには緩和ケアも治療である。「治療」の定義付けをこの際見直す必要があろう。 ○「希少がん」や「難治がん」の定義をある程度明確にする必要があると考える。「希少がん」や「難治がん」の対策は重要だが、従来の希少がんに加え、５大がんの中の希少分画（例えば非小細胞肺癌のCLIP1遺伝子融合例は全体の0.4%）を「希少がん」と最近学会等で呼称する場合が有りがん対策上、明確にした方が良い。「難治がん」はそもそも明確な定義がないので、ある程度範囲を定めた方が良いと考える（参考「希少がん・難治がん診療ハンドブック」南江堂2021年間刊行、石岡千加史監修、元雄良治編集）。 （続く）

資料２－５　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
石岡　千加史	（続き） ○「がんとの共生」には社会的問題に関する事を残し、この際、緩和ケアは治療として「がん医療」の分野に記載した方が分かりやすいと考える。3期の「ライフステージに応じた対策」の用語は一人歩きして、実質的な対策は十分行われなかったのではないか。この際、「ライフステージ」の定義やステージ毎の対策の例示をする必要があろう。 ○「これらを支える基盤の整備」の「分野横断的な事項」とは何を指すのか？デジタル化の推進こそ、健康日本21を参照するのが良いのではないか。 ※以下、本文へのご意見 3ページ（9ページ冒頭も） 「患者本位」の用語はまだ続けるのか。「患者本位」は医療従事者に十分浸透したと考え、見出しからは外しても良いと考える。「患者本位の医療を展開する」との書きぶりは、以前は「患者本位ではなかった」反省を踏まえての書き方と理解するが、これを継続することは未だに「患者本位」が達成できていないことになる。そのような理解で良いか？予防、検診のところには「国民本位」と書かないのと同じレベルの記載が良いと考える。また、「患者本位」と言うスローガンを引き継ぐのは新しさに欠ける。「患者本位」はある程度達成できたとして、第4期は「人に優しい」などのスローガンに変更するのも1案であろう。 9ページ 「国や都道府県は、・・・・地域の実情に応じ、均てん化に加えて、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する。その際、国は、都道府県協議会等に対し、検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う。」について、「検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う。」は是非残して欲しいが、多くの都道府県協議会は拠点病院の指定更新推薦の際に既存の枠組みにとらわれ、新しい改革には消極的な都道府県が少なくないと感じる。更に踏み込んだ記載があると都道府県協議会の審議に役立つ。例えば、「国や都道府県は、・・・・地域の実情に応じ、均てん化に加えて、拠点病院等の役割分担を適宜見直し集約化を推進する。その際、国は、都道府県協議会等に対し、地域間格差や医療機関間格差など検討に必要なデータの提供などの技術的支援と指導を行う。」としてはどうか。 さらに、(個々に記載するのが適当か分からないが)都道府県協議会の委員には県外の専門性の高い委員を加えるように要件を加えるのが良いと考える。理由は、都道府県別の地域間格差が多くの面で明らかであるから（罹患率、５年生存率、喫煙率、検診受診率、医療提供、人材育成など）。一向に格差が縮まらない理由の１つに、先進他県の情報や批評が生かされていない多くの協議会の現状があると考える。 10ページ 「各治療法」には、治療法の主体となる手術、放射線治療、がん薬物療法の項目を立てるのが良い。3期この部分の記載が弱まったので、人材不足や地域間格差や医療機関間格差の課題解決のためには、あらためて数行ずつ記載することが良いと考える。 また、10ページの緩和ケアの提供は「緩和医療」として「各治療法」に記載すべきであろう。医療従事者が行うべき事は、「がん医療の提供体制」の中に一括した方が理解しやすいと考える。 （続く）

資料２－５　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
石岡　千加史	（続き） 11ページ 多職種によるチーム医療は以前から手術、化学療法や放射線治療で行われて来た。緩和ケアチームが取り分け注目され2～3期にも強調されてきたと思うが、がんゲノム医療など高度で新しい医療においてもチーム医療が必要でかつ現在不十分な状況にある。これまでの計画のように新たに推進すべき課題を強調するために、第4期では「緩和ケアチームを含む様々な専門チーム」を「がんゲノム医療提供チームを含む様々な専門チーム」にようにするのが良いと考える。 「一方で、拠点病院以外での医療機関においては、専門チームの設置が進んでいない」のところは、その後の取り組むべき施策にある「・・・拠点病院と地域の医療機関との連携体制について議論を行う。」との記載との兼ね合いが不明確ではないか。「拠点病院以外での医療機関においては、・・・進んでいない」ので、設置を推進するのか、それが出来ないので「拠点病院と・・連携体制について議論を行い」集約化するのかが不明確である。チーム医療は「患者家族への苦痛、悩み及び負担に応え、安全かつ安心で質の高いがん医療を提供する・・」のが目的。質の高い医療提供のためのチーム医療は拠点病院では実現が不可能なものも少なくないはずである。 12ページ がんのリハビリテーションは必要である。しかし、この項目だけ理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの公的な職種の記載がある。医師、看護師、薬剤師などの資格と同じように国が認定する資格を記載することに異義はない。しかし、他の項目とのバランスを考慮するとやや記載が不十分では無いか。新専門医制度がスタートした時期と重なる第4期は、この際、専門医の名称など学会認定の専門医療従事者も積極的に記載するのが良いと考える。例：放射線治療専門医、がん看護専門看護師、がん専門薬剤師など。 15ページ 希少がん、難治がんの定義をより明確にすべき（これは資料２－１に関するコメントに記載）。 21ページ 緩和ケアの提供体制については、前述したように、各治療法に記載するのが良いと考える。緩和ケアの医療部分とそれ以外の部分を切り分けた方が良いと考える。医療従事者が取り組むべき（推進すべき）緩和医療と社会的な支援は分けた方が良いと考える。緩和ケア（医療）の目標設定にもその方が良いと思う。 23ページ 緩和ケア研修会も医療提供体制そのものであり、「各治療法」に新たに設ける「緩和ケア（医療）」の中に記載する方が良いと考える。 35ページ（と18~19ページ） 小児・AYA世代と高齢者のがん対策が「医療の提供」の中で（３）小児・AYA世代、（４）高齢者、（５）ライフステージ（①小児・AYA世代、②高齢者）とする項目立ては読む人にとって理解しにくいであろう。それぞれ1箇所にまとめるのが良いと考える。例えば、（３）小児・AYA世代、（４）高齢者をのこり（５）ライフステージは削除して、（３）と（４）に「ライフステージ」の用語を説明しての記載にしてはどうか。さもなければ、（３）ライフステージ（小児・AYA世代）、（４）ライフステージ（高齢者）とするか。 （続く）

資料２－５　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
石岡　千加史	（続き） 40ページ 人材育成について、「人員が不足し、さらに病院間、地域間格差の要因の１つ」とあるが、その例外の要因も記載すべき。「がん医療の現場を担う人員が不足しており、がん医療を担う人材育成の病院間、医療機関格差が患者（国民）に提供される医療の病院間、地域間格差の要因となっている」とより課題を明確にしてはどうか。この格差の現状に関連して、「各治療法」同様に外科医、放射線治療医、腫瘍内科医など主要な治療の担い手の不足を記載する必要があると考える（第83回協議会で石岡が資料で説明したデータがその根拠）。 新しく記載される「関連学際領域」については何を指すか理解を容易にするため「腫瘍循環器学や腫瘍腎臓病学などのがん関連学際領域」のように具体例を付記してはどうか。 46ページ デジタル化の推進に必要で重要な項目に「オンライン診療」の推進があるはず。集約化と均てん化に必要な「オンライン診療」の推進を記載して欲しい。 資料２－３　第４期がん対策推進基本計画ロジックモデル作成の基本的な考え方 基本的にはロジックモデルの導入に賛成である。指標については、十分吟味する必要があるが、健康日本21で「健康格差の縮小（・・都道府県格差の縮小）」があり、これを種々の指標に取り入れるのが良いと考える。具体例としては、「これらを支える基盤」の人材の育成に関して、石岡が過日この協議会で示したように格差は数値化が容易であり、客観的な指標として時系列で評価することが可能である。 なお、アウトプット指標も「中間アウトプット」を入れてはどうか。
黒瀬　巌	資料２－１　第４期がん対策推進基本計画（案）の考え方について 目標・評価指標の設定について、提案に賛成。 資料２－３　第４期がん対策推進基本計画ロジックモデル作成の基本的な考え方 ロジックモデルの作成の考え方、指標の設定について賛成。
谷口　栄作	資料２－１　第４期がん対策推進基本計画（案）の考え方について ○評価指標に活用する統計データや調査結果等については、継続的な調査計画のもと、きちんとした評価が可能な調査であることが重要。 また、患者や遺族に関する調査については、国が拠点病院等で治療した患者や遺族から直接回答を収集する仕組みを検討することが必要ではないか。 【資料２－２】 ○６ページ目　受診率向上対策について：「市町村及び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･･･」とあるが、このような従来の周知方法に加えて、SNSやマスメディアの活用など、必要な人に直接情報が届く新たな周知方法についても記載が必要ではないか。 （続く）

資料２－５　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
谷口　栄作	（続き） ○11ページ目　チーム医療の推進について：「都道府県がん診療連携協議会において、拠点病院等と地域の医療機関との連携体制について議論を行う」とある。適切な治療へのアクセス、相談対応、共生に向けた社会資源へのアクセスなどの確保の均てん化を図るために、都道府県がん診療連携協議会が中心となった都道府県の連携ネットワークの構築に加え、より住民に近い立場での連携体制として、地域がん診療連携拠点病院が中心となった地域（医療圏など）での連携ネットワークの構築が必要ではないか。 ○20ページ目　高齢者のがん対策：高齢者のほか、知的障がい者や精神障がい者など意思決定が困難な患者への支援について、どこかに記載が必要ではないか。 ○42ページ目　がん教育及びがんに関する知識の普及啓発：学校教育だけでなく、生涯教育の観点においても記載が必要ではないか。
土岐　祐一郎	資料２－１　第４期がん対策推進基本計画（案）の考え方について ○予防P5：受診率の個人単位での把握について、マイナンバーの活用などもう少し具体的に書いても良いのではないか？ ○医療p9：均てん化から集約化に転換するためには、診療へのアクセスなどの地域格差の実態を都道府県に任せるのではなく、国として把握する必要があるのではないか？ ○医療p16：希少がんと難治性がんは分けた方がよいのではないか？難治性がんというカテゴリーは成立しにくくなっていると感じる。 ○医療p19：高齢者については年齢一律ではなくフレイルや機能評価を判断材料にして進めないと医療として適応の決定が困難である。 ○共生p26：情報提供は科学的根拠（ガイドラインや保険適応）と研究段階（治験や臨床研究）だけなのか？p39にもあるように臨床研究の情報提供がまず第一であるが、標準治療の終了というのが、多くのがん難民を生んでいる現況を考えると、自費診療など少しでも可能性のある情報が欲しいという心理もよくわかる。非常に難しい問題である。 ○基盤p39：上記に関連するが、患者への臨床研究の情報の提供を拠点病院が行うのは困難ではないか？国立がん研究センターか関連学会が行うべきであると思う。 ○基盤p40：人材育成については、がんプロや高度医療人育成など文部科学省との連携が行われており、今後も推進されると思う。 資料２－３　第４期がん対策推進基本計画ロジックモデル作成の基本的な考え方 基本：がん医療とは、「がんの治療」と「症状の緩和」に大別されると感じています。分野別アウトカムに加えることは可能か？ 医療均てん化：分野別アウトカムに医療圏、都道府県を超えて治療を受けた患者の割合を患者体験調査で調べられないか？ 医療各治療法：1-1鏡視下手術の割合は古すぎる指標ですので、ロボット支援手術を行っている施設の割合が良いと思います。

資料２－５　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
中釜　斉	資料２－１　第４期がん対策推進基本計画（案）の考え方について ○「第２分野別施策と個別目標　２．患者本位で持続可能ながん医療の提供」において、「（５）新規医薬品・医療機器及び医療技術の速やかな医療実装・患者還元」の項目追加が必要ではないか。近年医薬品・医療機器などの開発が加速化しており、例えば、全ゲノム解析等においても速やかな患者還元が求められており、患者申出療養（受け皿試験）、がんゲノム中核・拠点病院を中心とした臨床治験、適応外使用などが「研究」的な要素は含みつつ、速やかな患者還元につながっている。実臨床と一体となった臨床ネットワーク基盤の構築の推進が一層必要であり、単に「研究開発」ではなく「医療実装」を同時に実施しすることが必要不可欠である。 ○医薬品・医療機器の開発、治験の推進に関する項目については、医療に還元されるべき事項であることから、「がん医療の提供」の分野に記述するべきではないか。ゲノム医療等の研究開発促進に資する取組が、研究にとどまらず、治験等の取組を通じて確実に臨床現場へ還元されるように、希少がん、小児がん、難治性がんに対する医療提供体制の中で議論されるべきではないか。 ○社会連携における地域の医療機関と拠点病院の連携については、がんの予防、診断初期（両立支援等）から、治療中の併診や支援、治療後のサバイバーシップ支援、長期フォローアップ、緩和ケアなど、経過に沿ってがん患者に関与していくことを示していくべきではないか。 ○緩和ケアを含むがん患者・経験者の長期フォローアップや高齢がん患者の支援等において、拠点病院と地域の医療・介護施設等の一層の連携強化が求められる。医療・介護の提供体制においては、「拠点病院完結型」から「連携強化型」、さらには「地域完結型」を含め、地域や疾患の特性を考慮したレジリエントながん診療提供体制の構築を進めるべきではないか。 ○都道府県におけるがんの医療提供体制の均てん化と集約化の議論を進めていく上で、都道府県拠点病院連絡協議会の体制強化が必要ではないか。 ○デジタル化の推進については、新型コロナウイルス感染症のような公衆衛生上の緊急事態に対応できるよう、がん検診や医療等の受療状況やがんの罹患数等について、リアルタイムで把握できる仕組みの構築が必要ではないか。 ○検診受診率の向上、がんに関する情報提供など、これらの目標値を達成するためのアプローチ（戦略）等に関して、「普及・実装科学」の必要性と強化・推進について触れてはどうか。設定された目標を実現するための「作業仮説」に基づき、「実証」を行い、その成果を国民の行動変容につなげる「実装科学の推進」は極めて重要と考える。 ○臨床研究基盤の整備 ・薬剤の開発において対象患者の絞り込みが進み、肺がんのような患者数が多い対象であっても、特定の遺伝子変異などを対象とするため少数のフラクションを前提とした開発体制の整備が不可欠ではないか。この際、患者負担の軽減の観点から、オンラインでの外来フォローアップや治験参加の同意についてe-コンセントを活用するなど、治験や医師主導治験に参加しやすい環境を整えてはどうか。 ○企業開発が困難な場合にも、医師主導治験で開発するための公的予算・研究費の増額、公的な継続的実施基盤の整備が必要。 特に受け皿試験については、治療手段がない患者にとっての最後の砦でもある重要な臨床試験であり、一層の拡充が必要ではないか。 ○C-CATのがんゲノム情報レポジトリーは公的に管理された貴重なデータである。一層利活用が進むようにNDBをはじめとする医療介護データ等解析基盤等への連結について、がん登録とともに検討を進めてはどうか。

資料２－５　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
樋口　麻衣子	資料２－１　第４期がん対策推進基本計画（案）の考え方について (2)がんの2次予防 ①受診率向上対策について まずは実態が分からなければ対策がうてないため、国は、がん検診受診率をより正確かつ精緻に、また、個人単位で把握することが出来る方法を推進するべく動いて頂きたいです。 ③科学的根拠に基づくがん検診の実施について 指針に基づかないがん検診に係る効果検証の方法について検討するとありますが、身体的、費用的負担もあることからまず効果があると見えてきてから導入されるべきではないでしょうか。 (1)がん医療提供体制等 ④がんのリハビリテーションについて 効果的・継続的なリハビリテーション提供体制の整備とは外来リハの概念も含まれるのでしょうか？治療は外来がメインになってきているため推進するためにも外来リハビリという単語を入れ、診療報酬を含めた体制について考えていただきたいです。 (2)希少がん及び難治性がん対策 ○地域の実情を踏まえた議論を推進し、拠点病院等の役割分担に基づく医療機関間の連携体制の整備を進めるとありますが、希少がんに関しては地域により体制やリソースの差があります。拠点病院との連携ではなく地域だけでは解決せずに中央機関との連携、コンサルテーションの仕組みが重要となると考えます。 ○治療法の開発のための研究を引き続き推進するとありますが、希少がんなどは企業治験を行なうのが困難で研究自体を起こすことが難しいです。研究を行ないやすいように費用補助や実施機関へのインセンティブなどを通して研究の環境を支援していただきたいです。(小児がんの研究にも言えます) (3)小児がん及びAYA世代のがん対策 地域の実情に応じた小児・AYA世代のがん患者の長期フォローアップのあり方に係る検討を進めるとありますが、検討を進める以前に日本の患者の晩期合併症に関するデータがありません。まずは日本のデータを集め、それを基にヘルスケアプロバイダーや患者が活用出来るようなガイドラインやケアプランを整備し、医療者に対する研修を検証して患者への情報提供のあり方を考えていただきたいです。 (4)高齢者のがん対策 地域の医療機関及び介護施設等との連携体制の整備とありますが、それだけではなく、その都度患者の心身の状況をスクリーニングしつつ家族を含めて状況を確認しながら治療を設定し、介護保険の利用実態を把握した上で必要ならば患者の状態に応じて地域包括とがん医療の連携を強化し生活を整えることが必要と考えます。 （続く）

資料２－５　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
樋口　麻衣子	（続き） (1)がんと診断された時からの緩和ケアの推進 ①緩和ケアの提供について 診断時から一貫して行なわれる体制の整備を推進する。特に、がんの診断時は、とありますが現在も診断時からの緩和ケア。ということが言われていると思います。しかし苦痛が取れていない現状があり、より発展させるために治療変更時、再発時、機能低下時など必要なタイミングでのスクリーニングと現状の評価を行なうことを取り入れていただきたいです。 (2)相談支援及び情報提供 ①相談支援について 持続可能な相談支援体制のあり方等について検討とありますが、現在何かあったら相談支援センターへという体制になってきています。そのような体制にするからには現状以上の人数配置が必要と考えます。人材確保について言及して頂きたいです。 (4)がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援） ②アピアランスケアについて 医療従事者や地域の関係者等が正しい知識を身につけられるようとありますが、必要なのは地域の関係者ではなく、まずは患者が正しい知識や支援を得られることです。あくまでも患者主体です。患者は適切な情報が得られれば自分で対処できます。そのためにも、病院の医療者が知識を習得し患者に伝え心理的な支援を含めて関わりつつ必要な場所につなぐ仕組みが整うようにする必要があると考えます。 (5)ライフステージに応じたがん対策 ①小児・AYA世代について 小児・AYA世代のがん患者の療養環境の課題等について実態把握を行い、緩和ケア提供体制や在宅療養環境等の体制整備について検討する。と有りますが、研究ではすでに在宅療養のニーズが多くあっても利用できない環境があります。現在地域により支援の差があるため、格差の是正を行なって頂きたいです。
久村　和穂	資料２－２　第４期がん対策推進基本計画（案）の考え方について ○次期基本計画におけるロジックモデルの活用や基本計画の骨子等について特に異論はないが、計画（案）の3頁「全体目標及び分野別目標」について以下の2点を検討していただけたらと考える。 ○3-4行目「様々ながんの病態に応じて、いつでもどこに居ても、**誰もが**安心かつ納得できるがん医療や支援を受け、」（＊下線部を追加）としては如何か。「いつでも」（診断時から）、「どこでも」（地域格差の縮小）に加えて、「誰もが」と明記し、患者の経済・雇用状況、家族状況、障害の有無、年代・性別、文化的背景等に関係なく（患者特性による格差の縮小）、誰もが安心かつ納得できるがん医療や支援を受けられるようにすること、即ち、誰一人取り残さない（leave no one behind）、**包摂性・多様性**といった価値を全体目標の中で示すことができたら良いのではないかと考える。同様に、3頁下から3行目「**全ての**がん患者が、いつでもどこに居ても、安心して生活し、」と下線部を追加すると一貫性のある内容になると考える。 （続く）

資料２－５　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
久村　和穂	（続き） ○下から4行目「医療・福祉・介護・産業保健・就労・**教育**支援分野等と連携し、効率的な保健・医療・福祉サービスの提供や、就労・**教育**支援等を行う仕組みを構築することで、」（＊下線部を追加）としては如何か。次期がん対策において小児・AYA世代のがん対策として教育支援の充実は重要な個別施策の1つであり（35-36頁に記載）、就労と併せて教育支援も分野別目標の中で明記すべきと考える。 ○計画（案）12-13頁「⑤支持療法の推進について」の後、または、15頁の最後に「緩和ケア（医療）の推進」に関する内容を含める必要がある。 ○計画（案）33－34頁「④その他の社会的な問題について」では、がんに対する偏見の問題が主に記載されているが、本邦の多くのがん患者が困っていて支援を必要としている社会的問題の1つは**経済的問題**であるため1、関連する患者体験調査のデータ（例：問18. 治療費負担のためにがん治療を変更・断念した人、問19．金銭的負担が原因で生活に影響があった人）を含めて記載し、個別目標・アウトカム指標を設定してはどうかと考える。また、東京都保健福祉局の調査2によれば、がん患者で傷病手当金を利用した者は31.5%、「知らなかったために利用せず」が39.5%という報告があり、可能であれば、将来的にがん患者にとって有用な社会保障制度（例：障害年金、介護保険）の捕捉率についても中間アウトカム指標として用いて、モニタリングしていけたらと良いのではないかと考える。 ○計画（案）48頁：「家族**等**」「がん患者やその家族**等**」「がん患者とその家族**等**」と記載していただくと良いと考える。本邦では同性婚や夫婦別姓が公的に認められていないこともあり、様々な事情から患者の「家族」「遺族」にはなれない方がいる。実際に患者を生活面・心理面を実際に支えている方が必ずしも法律上の家族や血縁者ではなく、パートナー・友人・後見人である方も少なくないため、**患者にとって家族と同様に大切な人々への配慮**が必要と考える。今後は独居者、生涯独身の方、身寄りのない方も増加することも予想される。「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（厚生労働省、平成30年3月改訂）では「家族等」という表現が使われており、次期基本計画でもこの表現に合わせると良いと考える。 1．Hisamura K, Matsushima E, Tsukayama S, Murakami S, Motoo Y. An exploratory study of social problems experienced by ambulatory cancer patients in Japan: Frequency and association with perceived need for help. Psycho-Oncology 27(7):1704-1710, 2018. 2．東京都保健福祉局、「がん患者の就労等に関する実態調査」報告書（平成26年5月） 資料２－３　第４期がん対策推進基本計画ロジックモデル作成の基本的な考え方 ○次期基本計画におけるロジックモデル作成の基本的な考え方について特に異論はないが、ロジックが分かりづらい部分もある。例えば、資料2-4「患者本位で持続可能ながん医療の提供　3．がん医療提供体制等」の分野別アウトカムと最終アウトカムのロジックが分かりづらい。この分野の最終アウトカム指標は、死亡率・生存率だけではなく、「**患者本位**」の医療が提供されたかを評価する必要もあり、患者体験調査「問23. がんの診断・治療全般に関する総合的な評価の平均点」「問20-10. これまで受けた治療に納得している人」といった**患者報告アウトカム**（PRO）も含めるべきではないかと考える。ただし、このようなロジックの組み立てについては様々な考え方があるため、各分野についてしっかり議論して合意する必要があるだろう。 ○がん罹患率、生存率、死亡率等については地域格差の評価指標として活用可能と考えられるため、地域別データの最高値と最低値のギャップを「がん医療の均てん化」に関する中間アウトカム指標として採用することを検討してはどうかと考える。 （続く）

資料２－５　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
久村　和穂	（続き） ○「尊厳をもって安心して暮らせる社会の構築」「地域共生社会の実現」を評価するにあたっても、**格差縮小**の視点を取り入れることを検討していただけたらと考える。中間・最終アウトカム指標として用いる患者体験調査のデータについて、性別・年代・地域・がん腫の他、所得・雇用状況・婚姻状況・教育歴等の**サブグループ解析**を行い、**がん情報、緩和ケア、ピアサポートを含む心理社会的支援等が届きにくく、苦痛を抱えやすい集団を特定し対応する**ことで、格差縮小に取り組むことも可能ではないかと考える。
前田　留里	資料２－１　第４期がん対策推進基本計画（案）の考え方について 2.（１）がん医療提供体制等 〇 P10　感染性のまん延や災害等の状況下においても必要ながん医療ができるよう、「薬の安定供給」についても言及が必要ではないでしょうか。 ○P10　標準治療が限られている希少がんや難治性がんについては初回治療から遺伝子パネル検査が保険で受けられるよう、ゲノム医療の活用を広げて頂きたい。 〇P12-13 副作用後遺症対策として、容易に相談できるだけでなく他科（循環器等）の受診へつながる連携や理解が必要。 〇P14　妊孕性温存についての情報提供は「診断時等の早期」においてが重要で、対象年齢のすべての方へ挙児希望の確認や支援の説明ができる体制が必要。 3.(5)ライフステージに応じたがん対策 〇P35-36 AYA世代の終末期の支援制度について、自治体の実態把握を行い、地域差をなくすような文言にしていただきたい。 4.(2)人材育成 〇P40 専門的な研修の中にコミュニケーションスキル研修も一緒に入れるなど普及に努めていただきたい。
松田　一夫	資料２－１　第４期がん対策推進基本計画（案）の考え方について 第２ 分野別施策と個別目標 １. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実　～がんを知り、がんを予防する～ ＜（２） がんの２次予防（がん検診）について＞ 本邦のがん検診は、受診率が低く、精検受診率も低いため、諸外国ほどの年齢調整死亡率減少を達成していない。一番の問題は、市区町村よりも多く行われている職域におけるがん検診に法的な根拠がないことである。そのため正確な受診率が不明で、職域でがん検診を受けられない人が少なからずいる。がん検診を受けにくい状況のままではナッジ理論も効力を発揮しないし、名簿管理がなされなければコール・リコールも効率よく行えない。 がん検診の目的は死亡率減少であり、すべての国民が科学的根拠のあるがん検診を受けられなければならない。まず市区町村は、指針外検診を極力止める必要がある。職域におけるがん検診は義務ではないが、現にがん検診を行っている事業所においては、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」に基づいて行うことが従業員の利益につながる。がん検診を行っていない事業所においては、従業員が市区町村のがん検診を受けるため特別休暇を与えて欲しい。 （続く）

資料２－５　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
松田　一夫	（続き） 将来的には、職域におけるがん検診を法的に規定し、マイナンバーと紐づけてすべての対象者を名簿管理する組織型検診organized screeningの導入が必要である。受診率の算定をいつまでも国民生活基礎調査に頼っていてはならない。 ３. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築 ～がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する～ （２） 相談支援及び情報提供 <② 情報提供について> 正しい情報は、がんとの共生のみならず、一次予防・二次予防、治療、就労支援においても、極めて重要である。がん患者や家族等がアクセスしやすい正しい情報の発信に努める必要がある。 資料２－３　第４期がん対策推進基本計画ロジックモデル作成の基本的な考え方 <がん検診に関して> 最終アウトカムであるがん死亡率減少を達成するために、がん検診は重要な位置を占める。しかしながら精検受診率等に関するデータソースは専ら地域におけるがん検診である。職域においても地域と同様に結果を収集する仕組みが必要である。受診率は国民生活基礎調査に依らず、プログラムデータとして示せる体制を構築したい。
谷島 雄一郎	資料２－１　第４期がん対策推進基本計画（案）の考え方について **【P4　目標・評価指標の設定について（案）】** 第4期の全体目標には「格差を是正し、誰も取りこぼさない」という考え方をベースに、「多様性とWell-being」をキーワードとしたメッセージを入れてはどうか。 ex.第3期全体目標「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」 ↓ 第４期全体目標案**「がん患者を含めた国民すべてが、がんを知り、関わり、一人ひとりのWell-beingを実現する。」** 【理由】第４期の概要は、**第３期を基本的には踏襲しつつ、社会の変化と医学の進歩に合わせてアップデートする**ものと認識している。つまりは、「やるべきこと」と「やれるようになったこと」を、より効率的に、より高い精度で、より適切な指標に基づいて進めていくことであるが、**本計画は全国民に関わることであるので、社会変化を捉え、より国民へ伝わりやすい表現で発信すべき**である。 そして、アップデートすべき社会の変化と医学の進歩の持つテーマは**「格差を是正し、誰も取りこぼさない」という考え方をベースにした「多様性とWell-being」**であると考える。多様なリソースを最大限活かし、多様な環境に置かれる多様な患者の多様ながんに対応し、それぞれのWell-beingを支える。つまりは、均てん化、集約化、個別化、ネットワーク化、可視化、それらを適切な指標をもとにWell-beingの視点で最適化していく。ただ、患者一人一人と社会全体のWell-beingは異なることもある（ゲノム医療、高額医療、ドラッグロス・ドラッグラグ等は特に）。そこをどう最適化していくか。そのためにもPPIとDXを推進して議論し、具体的に進めていく必要がある。これらは内閣府が掲げる方向性と合致する第4期の特徴であり、社会全体へ発信していくべきメッセージではないかと考える。 （続く）

資料２－５　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
谷島 雄一郎	（続き） **【P5　第４期がん対策推進基本計画の骨子（案）】** 《２．がん医療の提供部分について》 第３期にあった**「ゲノム医療」が項目として無くなっている**が、様々な分野で関わり言及はされているものの、まだ課題の多い黎明期であるため、**項目として外出し**した方が良いのではないか。（資料２－４のロジックモデルには指標が考えられているので項目及び計画本文にもきちんと落とし込みが必要ではないか） さらにゲノム医療は項目として独立させたうえで、その中で、**「遺伝子パネル検査の保険適用による検査タイミング、回数の最適化」**について言及し、一人でも多くの患者を、治験をはじめ、治療機会につなげることができるよう、指標を設けて推進いただきたい。 第３期にあった「医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組」が項目として無くなっているが、ドラッグラグの解消は進んできたものの、新たなドラッグロス等の問題が表面化してきており、かつ、現在苦しむ患者を治療機会につなげる最も重要な事項であるため、**「新たな医薬品・医療機器の早期開発・アクセス改善・承認し、いち早く患者につなげるための取組」を項目化**してはどうか。 《３．がんとの共生（４）がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）について》 就労同様、就学支援も項目化してはどうか。 資料２－２　第４期がん対策推進基本計画（案）本体への意見 （構成について）第3期にあった、各治療法について言及する記載がない。資料２－４　ロジックモデルのP4　「第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：4. がん医療提供体制等＜各治療法＞」で示されているところを項目別に記載すべきではないか。 また、計画本体のP10に「②各治療法」としてまとめるのであれば、資料２－４　ロジックモデルのP4　資料２－４　ロジックモデルのP4　「第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：4. がん医療提供体制等＜各治療法＞」の箇所に、痛みをとる治療として、緩和治療が含まれるべきではないか。 P16「（２）希少がん及び難治性がん対策（現状・課題）」に「（３）小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策」同様に、以下の項目を追記いただきたい。 「希少がん及び難治性がんは治療薬の候補が見つかっても保険診療下で使用できる薬が少ない、参加可能な治験が少ない等、薬剤アクセスの改善が課題となっている。」 P17「（２）希少がん及び難治性がん対策（取り組むべき施策）」に「（３）小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策」同様に、以下の項目を追記いただきたい。 「国は、希少がん及び難治性がん領域における薬剤アクセス改善に向けて、小児がん中央機関、小児がん拠点病院等及び関係学会等と連携した研究開発を推進する。」 P17「（２）希少がん及び難治性がん対策（取り組むべき施策）」において、下線部を追記いただきたい。 「国及び都道府県は、患者及びその家族等への情報提供の更なる推進のため、**すべてのがん種について、**拠点病院等における診療実績や、医療機関間の連携体制等について、患者及びその家族等の目線に立った分かりやすい情報提供**と相談支援体制の構築、ガイドラインの作成**を推進する」 （続く）

資料２－５　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
谷島 雄一郎	（続き） P18「（３）小児がん及びAYA世代のがん対策（現状と課題）」において、以下二重線部を削除し、下線部を追記いただきたい。 「国は、小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるよう、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~~**標準治療が確立していないがん種の**集約化と小児がん拠点病院を中心としたネットワークによる診療体制の構築を進めてきた。」 P19「（３）小児がん及びAYA世代のがん対策（取り組むべき施策）」において、以下二重線部を削除し、下線部を追記いただきたい。 「国は、長期フォローアップの更なる推進のため、小児がん拠点病院等と、拠点病院等、地域の医療機関、かかりつけ医等の連携を含め、地域**や個別**の実情に応じた小児・ＡＹＡ世代のがん患者の長期フォローアップのあり方**に関して経験者の実態調査に基づく対策**を検討する。 「国は、小児がん領域における薬剤アクセス改善に向けて、**国際共同治験への参加の促進も含め、**小児がん中央機関、**がん診療連携拠点病院、**小児がん拠点病院等及び関係学会**、企業、規制当局**等と連携した研究開発を推進する。」 P22「（１）がんと診断された時からの緩和ケアの推進　① 緩和ケアの提供について（取り組むべき施策）」において、以下下線部を追記いただきたい。 「国は、拠点病院等を中心としたがん診療に携わる医療機関において、がん患者の身体的苦痛や、がん患者及びその家族等の精神心理的苦痛、社会的な問題等の把握及びそれらに対する適切な対応が、地域の実情に応じて、診断時から一貫して行われる体制の整備を推進する。特に、がんの診断時は、がん患者及びその家族にとって、診断による衝撃への対応や今後の治療・生活への備えが必要となる重要な時期であることを踏まえ、これらの精神心理的苦痛や社会的苦痛に対する適切な支援を**ライフステージや個別の状況に応じて**提供できるよう、医療従事者への普及啓発策等を含め、必要な体制の整備を推進する。」 P29「（３）社会連携に基づくがん対策（取り組むべき施策）」において、以下二重線部を削除してはどうか。→理由：セカンドオピニオンは都道府県内を意識すると選択肢が限定される。（特に希少がん、小児がん） 「拠点病院等は、地域の実情に応じた患者支援体制の構築のため、都道府県がん診療連携協議会において、~~都道府県内の~~セカンドオピニオンを受けられる医療機関や、緩和ケア及び在宅医療等へのアクセスに関する情報提供のあり方について検討する。」 P31「（４）がん患者等の社会的な問題（サバイバーシップ支援）①就労支援について（取り組むべき施策）」において、現在手薄になっている、**非正規雇用や自営業・フリーランスの方々への支援**を進めることについても明記いただきたい。 P31「（４）がん患者等の社会的な問題（サバイバーシップ支援）①就労支援について（取り組むべき施策）」において、**助成金等の支援策について、自治体先行事例について検証し、アップデートを加えて取り入れることの検討**についても言及いただきたい。 P34「（４）がん患者等の社会的な問題（サバイバーシップ支援）④その他の社会的な問題について（現状・課題）」において、以下下線部を追記いただきたい。（医療費介護費用など支援の少ない20代30代および高齢者は経済的にも脆弱であることが知られているため） 「がん患者における社会的な問題として、**ライフステージや**離島、僻地における通院等に伴う経済的な課題等が指摘されている。」 （続く）

資料２－５　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
谷島 雄一郎	（続き） P36「（５）ライフステージに応じたがん対策　① 小児・ＡＹＡ世代について（現状・課題）」において以下下線部を追記いただきたい。 「さらに、人生の最終段階における療養場所として、一定数のがん患者が自宅で過ごすことを希望している中、**小児がんの在宅医療の環境や質は地域格差が大きく、また、**ＡＹＡ世代のがん患者は、利用できる支援制度に限りがある等の理由から、在宅で療養することを希望しても、その費用に対する負担が大きいことが指摘されている。これに対して、独自の支援を行っている地方公共団体も複数存在しているが、その実態については明らかではない。」 P36「（５）ライフステージに応じたがん対策　① 小児・ＡＹＡ世代について（取り組むべき施策)」において、以下下線部を追記いただきたい。 「国は、教育支援の充実に向けて、**医教連携コーディネーター等を活用し**医療従事者と教育関係者との連携に努めるとともに、療養中に**教育を必要とするすべての患者、きょうだいが**適切な教育を受けることのできる環境の整備、就学・復学支援等の体制整備を行う。また、情報技術（ＩＣＴ)を活用した遠隔教育について、課題等を明らかにするため、実態把握を行う。 「国は、長期フォローアップや移行期支援など、成人診療科と連携した切れ目ない支援体制が構築できるよう、**小児がん拠点病院とがん診療連携拠点病院、地域の医療機関と連携をする体制を整備し、小児・AYA世代のがん経験者の医学的実態に応じたがん検診と、小児がん経験者の人間ドック提供体制の整備等を含め**医療・支援のあり方について検討する。 P36「（５）ライフステージに応じたがん対策　①小児・ＡＹＡ世代について（取り組むべき施策）」において、二重線部を削除し、下線部を追記いただきたい。 「国は、小児・ＡＹＡ世代のがん患者の療養環境の課題等について実態把握を行い、**診断時からの**緩和ケア提供体制や在宅療養環境等の体制整備**及びピアサポーターの活用**について~~検討する~~**進める**。」 P44「（４）がん登録の利活用の推進（取り組むべき施策）」において、「**がん登録情報を国民に開かれた情報として、医師・研究者の治療開発にも、患者の治療選択にも活かせる形での公開を検討する**」ことを追記いただきたい。 P46「（６）デジタル化の推進（取り組むべき施策）」において、以下二重線部を削除し、下線部を追記いただきたい。（小児においてはタブレット端末の長時間視聴に対する健康への影響が懸念され、また高齢者においてはオンライン利用が可能でない場合があり、情報弱者となりうるため) 「国は、がん医療の質の向上と分かりやすい情報提供等を一層推進するため、「がん予防」、「がん医療」、「がんとの共生」の各分野において、ＰＨＲの推進、現況報告書のオンライン化、オンラインを活用した相談支援や効果的な情報提供等、デジタル技術の活用による医療のデータ化とその利活用の推進**とその影響や配慮**について検討する。 資料２－３　第４期がん対策推進基本計画ロジックモデル作成の基本的な考え方 **《治療や施策が必要とする患者に確実に届くように》** 状況並びに患者ニーズ（潜在的なものも含む）両方の観点から、それが必要とされる患者がどれだけいて、そこにどれだけちゃんと届いているかという視点を重視していただきたい。 （続く）

資料２－５　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
谷島 雄一郎	（続き） 緩和ケアについて どれだけの患者が、診断時から緩和ケアについて説明を受け、希望し、つながることができたのか。 資料２－４　P3　3. がん医療提供体制等＜医療提供体制の均てん化・集約化＞ 「がんゲノム医療」において、標準治療終了（終了見込み含む）の患者が、どれだけパネル検査を受けることができたのか。 **《Well-being及びサバイバーシップの視点を組み込む》** 生存率同様に、Well-being及びサバイバーシップ視点での指標を設け、その向上を目指してはどうか。 さらに、そのための調査方法及び、項目の作成に患者・患者家族の声（PPI）をより取り入れることとしてはどうか。 **《その他検討が必要と考える項目》** 資料２－４　P4　4. がん医療提供体制等＜各治療法＞ 「放射線療法」において、緩和的放射線療法についての項目あっても良いのではないか。 「免疫療法」において、科学的根拠に基づかない治療の減少についての評価が必要ではないか。 「病理診断」において、病理の誤りの減少や中央病理診断との連携についての指標が必要ではないか。 小児や希少がんをはじめ、治療開発に関してのロジックモデルも評価指標に加えるべきではないか。米国か欧州で承認され、日本未承認であるがん領域の医薬品については0を目指していただきたい。

資料１８-(４)

第86回がん対策推進協議会　議事次第

日　時：令和4年11月30日（水）13：00～16：00
WEB開催

議　事　次　第

１　開　会

２　議　題

（1）　第4期がん対策推進基本計画案について

【資　料】

資料1　　第4期がん対策推進基本計画（案）

資料2　　第4期がん対策推進基本計画全体目標について

資料3　　第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル（案）
（国立がん研究センターがん対策研究所提供資料）

資料4　　事前にいただいたご意見

参考資料1　がん対策推進協議会委員名簿

参考資料2　がん対策基本法

参考資料3　がん対策推進基本計画（平成 30 年3月）

参考資料4　がん対策推進基本計画中間評価報告書（令和4年6月）

参考資料5　「経済財政運営と改革の基本方針 2022」より抜粋

参考資料6　阿久津委員提出資料

第 86 回がん対策推進協議会	資料 1
令和４年 11 月 30 日	

がん対策推進基本計画（案）

令和●年●月

目次

はじめに 1

第１　全体目標と分野別目標 3

１．　科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 3

２．　患者本位で持続可能ながん医療の提供 3

３．　尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築 3

第２　分野別施策と個別目標 5

１．　科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 5

（１）　がんの１次予防 5

①　生活習慣について 5

②　感染症対策について 7

（２）　がんの２次予防（がん検診） 10

①　受診率向上対策について 10

②　がん検診の精度管理等について 11

③　科学的根拠に基づくがん検診の実施について 12

２．　患者本位で持続可能ながん医療の提供 15

（１）　がん医療提供体制等 15

①　医療提供体制の均てん化・集約化について 15

②　がんゲノム医療について 16

③　手術療法・放射線療法・薬物療法について 16

④　チーム医療の推進について 19

⑤　がんのリハビリテーションについて 19

⑥　支持療法の推進について 20

⑦　がんと診断された時からの緩和ケアの推進 21

⑧　妊孕性温存療法について 25

（２）　希少がん及び難治性がん対策 27
（３）　小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策 29
（４）　高齢者のがん対策 31
（５）　新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装 32
３．　尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築 33
（１）　相談支援及び情報提供 33
①　相談支援について 33
②　情報提供について 35
（２）　社会連携に基づくがん対策 37
（３）　がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援） 39
①　就労支援について 39
②　アピアランスケアについて 41
③　がん診断後の自殺対策について 42
④　その他の社会的な問題について 42
（４）　ライフステージに応じたがん対策 45
①　小児・ＡＹＡ世代について 45
②　高齢者について 46
４．　これらを支える基盤の整備 48
（１）　全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進 48
（２）　人材育成の強化 50
（３）　がん教育及びがんに関する知識の普及啓発 52
（４）　がん登録の利活用の推進 54
（５）　患者・市民参画の推進 55
（６）　デジタル化の推進 56
第３　がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項 ... 57
１．　関係者等の連携協力の更なる強化 57

２．　感染症のまん延や災害等を見据えた対策.....57
３．　都道府県による計画の策定.....57
４．　がん患者を含めた国民の努力.....58
５．　必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化.....58
６．　目標の達成状況の把握.....59
７．　基本計画の見直し.....59

はじめに

我が国において、がんは、昭和 56（1981）年より死因の第１位であるとともに、令和３（2021）年には、生涯のうちに約２人に１人が罹患すると推計されているなど、依然として、国民の生命と健康にとって重大な問題である。

我が国は、これまで、昭和 59（1984）年に策定された「対がん 10 カ年総合戦略」等に基づき、がん対策に取り組んできた。平成 18（2006）年６月には、がん対策の一層の充実を図るため、がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号。以下「法」という。）が成立し、平成 19（2007）年６月には、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）が策定された。

第１期基本計画では、がん診療連携拠点病院の整備、緩和ケア提供体制の強化及び地域がん登録の充実が図られた。平成 24（2012）年に策定された第２期基本計画では、小児がん、がん教育及びがん患者の就労を含めた社会的な問題等への取組が盛り込まれた。また、平成 27（2015）年 12 月には、取組が遅れている分野の強化を図るため、「がん対策加速化プラン」が策定された。平成 30（2018）年に策定された第３期基本計画では、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す」ことを目標とし、「がん予防」、「がん医療」及び「がんとの共生」の３つの柱に沿った総合的ながん対策が推進されたほか、新たな課題として、ＡＹＡ（Adolescent and Young Adult）世代（思春期世代と若年成人世代）のがん、高齢者のがんといったライフステージに応じたがん対策やがんゲノム医療の推進等が盛り込まれた。

令和４（2022）年６月に取りまとめられた第３期基本計画の中間評価報告書においては、がん医療の均てん化のため、がん診療連携拠点病院等（以下「拠点病院等」という。）を中心とした医療提供体制の整備が進められてきた一方で、地域間及び医療機関間で進捗状況に差があることや、あらゆる分野で、情報提供及び普及啓発の更なる推進が必要であることが指摘された。また、今般の新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、感染症のまん延や災害時における対応を検討するとともに、ＩＣＴの活用やデジタル化など、流行下で普及した保健医療サービスの提供方法の在り方についても検討を進める必要がある。

これらを踏まえ、法第 10 条第７項の規定に基づき、第３期基本計画の見直し

を行い、第４期基本計画（以下「本基本計画」という。）を策定する。本基本計画では、「●●●」を全体目標とした上で、第３期基本計画の「がん予防」、「がん医療」及び「がんとの共生」の３つの柱を維持しつつ、各分野における現状・課題、それらに対する取り組むべき施策を定める。また、施策の評価にあたっては、全体目標、分野別目標及び個別目標と各施策の関連性を明確にし、ＰＤＣＡサイクルの実効性を確保するため、ロジックモデルを活用する。実行期間は、令和５（2023）年度から令和 10（2028）年度までの６年を目安とする。

第１　全体目標と分野別目標

本基本計画は、全体目標を**「●●●」**とし、がん患者を含めた国民が、がんの克服を目指し、がんに関する正しい知識を持ち、避けられるがんを防ぐことや、様々ながんの病態に応じて、**誰もが、**いつでもどこに居ても、安心かつ納得できるがん医療や支援を受け、尊厳を持って暮らしていくことができるよう、「がん予防」、「がん医療の提供」及び「がんとの共生」の３つの柱に沿った総合的ながん対策を推進する。

１．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実
～がんを知り、がんを予防することで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す～

がんを予防する方法を普及啓発するとともに、地方公共団体、関係学会等の連携による取組を推進し、科学的根拠を積極的に収集・分析した上で、その結果に基づいた施策を実施することにより、がんの罹患率を減少させる。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、がんの死亡率の減少を実現する。

２．患者本位で持続可能ながん医療の提供
～適切な医療を受けられる体制を充実させることで、がん生存率の向上・がん死亡率の減少を目指す～

がんゲノム医療をはじめとした高度ながん医療の提供を推進するとともに、患者本位のがん医療を展開することで、がん医療の質を向上させる。また、それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化を進め、効率的かつ持続可能ながん医療を提供する**ことで、がん生存率を向上させ、がん死亡率を減少させる**。

３．尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築
～がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す～

がん患者やその家族等が住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境を整備する。国と地方公共団体、がん患者を含めた国民、医療従事者、医療保険者、事業主、関係学会、患者団体等の関係団体、

マスメディア等（以下「関係者等」という。）が、医療・福祉・介護・産業保健・就労**・教育**支援分野等と連携し、効率的な医療・福祉・保健サービスの提供や、就労**・教育**支援等を行う仕組みを構築することで、**全ての**がん患者が、いつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現**し、それにより全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質を向上させる**。

第２　分野別施策と個別目標

１．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実
～がんを知り、がんを予防することで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す～

（１） がんの１次予防

① 生活習慣について

（現状・課題）

がんの１次予防は、がん対策の第一の砦であり、避けられるがんを防ぐことは、がんによる死亡者の減少につながる。予防可能ながんのリスク因子としては、喫煙（受動喫煙を含む。）、飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩蔵食品の過剰摂取等の生活習慣など、様々なものがある。

生活習慣の中でも、喫煙は、種々のがんのリスク因子となっており、がんに最も大きく寄与する因子でもあるため、がん予防の観点からも、たばこ対策を進めていくことが重要である。

また、平成 28（2016）年８月に取りまとめられた「喫煙の健康影響に関する検討会報告書[1]」の中で、我が国では、受動喫煙を原因として死亡する人が日本国内で年間１万５千人を超えることや、受動喫煙によって、非喫煙者の肺がんのリスクが約３割上昇すること等が報告され、受動喫煙と肺がん等の疾患の因果関係を含め、改めて、受動喫煙の健康への影響が明らかになった。

我が国においては、これまで、スマート・ライフ・プロジェクト[2]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、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、母子健康手帳を通じた普及啓発等による妊娠中の喫煙率０％を目指した取組や、健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）

---

1 厚生労働省健康局長の下に開催した「喫煙の健康影響に関する検討会」において、平成 28（2016）年８月に取りまとめた。

2 「スマート・ライフ・プロジェクト」とは、「健康寿命をのばそう！」をスローガンに、国民全体が人生の最後まで元気に健康で楽しく毎日が送れることを目標とした国民運動のこと。

の改正により受動喫煙防止を実施してきた。

成人喫煙率、未成年者の喫煙率、妊娠中の喫煙率及び望まない受動喫煙の機会を有する者の割合についてはいずれも改善傾向にある[3]。一方で、成人喫煙率については令和元（2019）年で 16.7%であり、令和４（2022）年度までに 12%とする目標達成には改善が不十分であった。

飲酒、身体活動、食生活等の生活習慣については、「健康日本 21（第二次）」等で適切な生活習慣の普及・啓発等を行ってきた。「国民健康・栄養調査」によると、平成 22（2010）年と比較し令和元（2019）年では、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者[4]の割合は、男性では横ばい、女性では増加しており[5]改善が必要である。また、運動習慣のある者[6]の割合は横ばい、食塩摂取量は男性では減少、女性は減少していたが平成 27（2015）年以降は横ばい、野菜・果物の摂取量については悪化しており[7]、これらについても更なる改善が必要である。

（取り組むべき施策）

国及び地方公共団体は、生活習慣について、「次期国民健康づくり運動プラ

---

3 平成 29（2017）年（（　）内は平成 22（2010）年の数字）の厚生労働科学研究補助金による研究班の調査によると、未成年の喫煙率は、中学１年生男子：0.5%（1.6%）、中学１年生女子：0.5%（0.9%）、高校３年生男子：3.1%（8.6%）、高校３年生女子：1.3%（3.8%）となっている。また、令和元（2019）年（（　）内は平成 22（2010）年の数字）の厚生労働省の調査によると、妊娠中に喫煙した者の割合は 2.3%（5.0%）となっている。さらに、令和元（2019）年の「国民健康・栄養調査」によると、受動喫煙の機会を有する者の割合は、行政機関：4.1%（16.9%：平成 20（2008）年）、医療機関：2.9%（13.3%：平成 20（2008）年）、家庭：6.9%（10.7%：平成 22（2010）年）、飲食店：29.6%（50.1%：平成 22（2010）年）となっている。また、平成 30（2018）年度（（　）内は平成 23（2011）年度の数字）の「労働安全衛生調査（実態調査）」によると、受動喫煙防止対策（全面禁煙又は空間分煙）を講じている職場の割合は、71.8%（64%）となっている。

4 「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」とは、１日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者をいう。

5 令和元（2019）年（（　）内は平成 22（2010）年の数字）の「国民健康・栄養調査」によると、生活習慣病のリスクを高める飲酒をしている者の割合は、男性で 14.9%（15.3%）、女性で 9.1%（7.5%）となっている。

6 「運動習慣のある者」とは、30 分・週２回以上の運動を１年以上継続している者をいう。

7 令和元（2019）年（（　）内は平成 22 年の数字）の「国民健康・栄養調査」によると、運動習慣のある者の割合は、20～64 歳男性で 23.5（26.3）%、20～64 歳女性で 16.9（22.9）%、65 歳以上男性で 41.9（47.6）%、65 歳以上女性で 33.9（37.6）%、食塩摂取量は、20 歳以上男性で 10.9（11.4）ｇ、20 歳以上女性で 9.3（9.8）ｇ、野菜の摂取量は 281（282）ｇ、果物の摂取不足の者の割合は 63.3（61.4）%となっている。

ン」に沿った取組を引き続き推進する。

拠点病院等は、地域におけるがん対策を牽引する立場から、地域へのがんの予防に関する普及啓発を実施するとともに、必要に応じてがん相談支援センターが窓口となり、病院全体でがんの予防に関する情報を提供できる体制を整備する。

② 感染症対策について

（現状・課題）

発がんに寄与する因子としては、ウイルスや細菌の感染は、男性では喫煙に次いで２番目に、女性では最も発がんに大きく寄与する因子となっている。発がんに大きく寄与するウイルスや細菌としては、子宮頸（けい）がんの発がんと関連するヒトパピローマウイルス（以下「ＨＰＶ」という。）、肝がんと関連する肝炎ウイルス、ＡＴＬ（成人Ｔ細胞白血病）と関連するヒトＴ細胞白血病ウイルス１型（以下「ＨＴＬＶ－１」という。）、胃がんと関連するヘリコバクター・ピロリ等がある。

子宮頸がんの年齢調整罹患率[8]は、平成 17（2005）年は、人口 10 万人あたり 10.3 であったものが、平成 22（2010）年には 15.3、平成 27（2015）年には 12.8 と増加傾向にある。子宮頸がんの発生原因の多くがＨＰＶ感染であり、子宮頸がんの予防のためには、ＨＰＶ感染への対策が必要である。

ＨＰＶワクチンについて、国は、積極的な勧奨を差し控えることとした取扱いを終了し、予防接種法（昭和 23 年法律第 68 号）に基づく個別の接種勧奨を令和４（2022）年４月から実施している。また、積極的な勧奨の差し控えにより接種機会を逃した方に対しては、公平な接種機会を確保する観点から、令和４（2022）年度から３年間、従来の定期接種の対象年齢を超えて接種を行う「キャッチアップ接種」を実施している。また、令和５（2023）年度から９価ＨＰＶワクチンの安定的な供給が可能であることから、令和５（2023）年４月から９価ＨＰＶワクチンの定期接種を開始することとしている。

8 「年齢調整罹患率」とは、高齢化の影響等により年齢構成が異なる集団の間で罹患率を比較したり、同じ集団の罹患率の年次推移を見るため、集団全体の罹患率を基準となる集団の年齢構成（基準人口）に合わせた形で算出した罹患率をいう。

肝炎対策について、国は、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推進している。

肝炎ウイルス検査の受検率は増加傾向である[9]。また、地方自治体で行っている肝炎ウイルス検査では、ＨＢｓ抗原・ＨＣＶ抗体陽性率が経年的に低下している傾向が認められた[10]。

Ｂ型肝炎の予防接種については、平成 28（2016）年 10 月から予防接種法に基づく定期接種に位置付けられ、接種率は、平成 29 年度以降、いずれの年も９割を越えている[11]。

ＨＴＬＶ―１について、国は、平成 22（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。また、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（Japan Agency for Medical Research and Development。以下「ＡＭＥＤ」という。）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関する研究を行っている。

胃がんの年齢調整死亡率 は、人口 10 万人あたり 40.1（昭和 50（1975）年）から 10.1（平成 27（2015）年）へと大幅に減少しているものの、依然として、がんによる死亡原因の第３位となっており、引き続き対策が必要である。ヘリコバクター・ピロリの除菌が胃がん発症予防に有効であるかは、明らかではないものの、ヘリコバクター・ピロリの感染が胃がんのリスクであることは、科学的に証明されている 。

（取り組むべき施策）

国は、令和４（2022）年４月に再開したＨＰＶワクチンの個別の接種勧奨の実施を踏まえ、ＨＰＶワクチンの接種状況と子宮頸がんの年齢調整罹患率の国内

---

9 平成 29 年（平成 23 年）の「肝炎ウイルス検査状況等実態把握調査」によると、Ｂ型肝炎ウイルス検査受検率は 71.0%(57.4%)、Ｃ型肝炎ウイルス検査受検率は 61.6%(48.0%)となっている。

10 令和元（2019）年度の「地域保健・健康増進事業報告 （健康増進編）」及び「特定感染症検査等事業実績報告」によると、ＨＢｓ抗原陽性率は 0.54%、ＨＣＶ抗体陽性率は 0.25%となっている。（平成 23（2011）年度「特定感染症検査等事業実績報告」：ＨＢｓ抗原陽性率 0.87%、ＨＣＶ抗体陽性率 0.60%）

11 予防接種の接種者数については、毎年、「地域保健・健康増進事業報告」において調査を行い、厚生労働省のＨＰ（https://www.mhlw.go.jp/topics/bcg/other/5.html）にて公表している。

外の推移を把握し、必要に応じて子宮頸がん検診の指針を見直す等、科学的根拠に基づく子宮頸がん対策を推進する。また、令和５（2023）年４月の９価ＨＰＶワクチンの定期接種の開始に向けた準備を進める。

国は、肝炎の早期発見・早期治療及びそれによる肝がんの発症予防のため、肝炎ウイルス検査体制の充実やウイルス陽性者の受診勧奨、普及啓発を引き続き推進する。また、Ｂ型肝炎については、予防接種法に基づく定期接種及びウイルス排除を可能とする治療薬・治療法の開発に向けた研究を、引き続き推進する。

国は、感染予防対策を含めたＨＴＬＶ－１総合対策等を引き続き推進する。

国は、引き続き、ヘリコバクター・ピロリの除菌の胃がん発症予防における有効性等について、国内外の知見を速やかに収集し、科学的根拠に基づいた対策について検討する。

【個別目標】

栄養・食生活、身体活動・運動、飲酒、喫煙といった生活習慣の改善（リスクファクターの低減）については、「次期国民健康づくり運動プラン」で定める目標値の達成を目指す。また、ＨＰＶ、肝炎ウイルス、ＨＴＬＶ－１といった発がんに寄与するウイルスや細菌への感染の減少を目指す。

（２） がんの２次予防（がん検診）

① 受診率向上対策について

（現状・課題）

現在、対策型がん検診としては、健康増進法に基づく市町村（特別区を含む。以下同じ。）の事業が行われている。科学的根拠に基づくがん検診の受診は、がんの早期発見・早期治療につながるため、がんの死亡者を更に減少させていくためには、がん検診の受診率向上が必要不可欠である。

がん検診の受診率向上に向けて、国は、これまで、対象者一人一人への個別受診勧奨（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・リコールの推進については、コールは約８割、リコールは約４～５割の市町村で実施されている。また、平成 31（2019）年４月には、「ナッジ理論」に基づいた受診勧奨の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）」を公表した。

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るものの、令和元（2019）年時点で、男性の肺がん検診を除き、第３期基本計画における目標の50%を達成できていない[12]。新型コロナウイルス感染症の影響により、検診の受診者が 1～２割程度減少しているとの報告もある[13]。

また、がん検診を受けた者のうち、30～60%程度[14]は職域において受診しているが、職域におけるがん検診は、保険者や事業主が福利厚生の一環として任意で実施しているものであり、実施割合、実施されているがん検診の種類、対象者数及び受診者数等を継続的に把握する仕組みがない。

（取り組むべき施策）

国は、がん検診受診率をより正確かつ精緻に、また、個人単位で把握すること

---

12 令和元（2019）年の「国民生活基礎調査」によると、胃がん（男性）：48.0%、胃がん（女性）：37.1%、肺がん（男性）：53.4%、肺がん（女性）：45.6%、大腸がん（男性）：47.8%、大腸がん（女性）：40.9%、子宮頸がん：43.7%、乳がん：47.4%となっている。（胃がん、肺がん、大腸がん、乳がんは 40～69 歳、子宮頸がんは 20～69 歳。健診等（健康診断、健康診査及び人間ドック）において受診したものを含む。）

13 厚生労働行政推進調査事業費補助金がん対策推進総合研究事業「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」（令和２（2020）年度～令和４（2022）年度）

14 平成 28（2016）年の「国民生活基礎調査」によると、胃がん：57.9%、肺がん：62.7%、大腸がん：55.3%、子宮頸がん：32.3%、乳がん：35.8%となっている。

ができるよう検討する。

国は、受診率向上に向けて、これまでの取組から得られた知見を踏まえつつ、より科学的かつ効率的な受診勧奨策を、関係学会や企業等の協力を得て、都道府県及び市町村と連携して推進する。また、保険者への財政上のインセンティブを活用したがん検診の推進、がん検診と特定健診の同時実施の推進、事業主健診時における市町村等で実施するがん検診の受診勧奨の推進、女性・障害者・非正規雇用者等が受診しやすい環境整備など、受診者の立場に立ったがん検診を受診する上での利便性の向上に努める。

市町村及び検診実施機関においては、受診者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、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（以下「指針」という。）に基づくがん検診の意義及び必要性について、国民が正しく理解できるよう普及啓発を行う。

国は、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、感染症のまん延時等にがん検診の提供体制を一時的に縮小した場合でも、状況に応じて速やかに提供体制及び受診行動を回復させることができるよう、平時における準備等の対応について検討する。

国は、職域におけるがん検診について、実施状況の継続的な把握及び適切な実施に向けた課題の整理を行う。その上で、必要に応じて、法的な位置付けも含めた対応の検討を行う。

② がん検診の精度管理等について

（現状・課題）

がんの早期発見・早期治療につなげ、がんによる死亡率を減少させるためには、がん検診における精度管理が必要不可欠である。

現在、精密検査未受診者への郵送や電話などによるリコールの取組が、市町村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ない。精密検査未受診率及び精密検査未把握率についても、更なる減少に向けた取組が必要である。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与えた影響については評価ができていない。

国は、精度管理の指標として「事業評価のためチェックリスト」を設定しており、当該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いる。チェックリストに沿った検診を実施している市町村の割合は、令和２（2020）年度で 60%～80%となっており、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」を平成 30（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。

（取り組むべき施策）

国は、レセプトやがん登録情報を活用したがん検診の精度管理について、技術的支援等を行う。

精密検査受診率について、都道府県やがん種による差が大きくなっていることから、国は、市町村における適切な精度管理の実施のため、精密検査受診率の低い市町村の実態把握を行う仕組みについて検討するとともに、都道府県による指導・助言等の取組を推進する。市町村は、都道府県による指導・助言等を踏まえ、引き続き、指針に基づいたがん検診の実施及び精度管理の向上に取り組む。

国は、職域におけるがん検診の実態把握に係る方法を検討した上で、職域におけるがん検診の精度管理を推進するための取組について、保険者に対する技術的支援等を含め検討する。

国及び都道府県は、精密検査受診率向上のため、要精密検査とされた受診者に対する「精密検査を受けられる医療機関リスト」の提供等、職域を含めた、がん検診の実施者による分かりやすい情報提供を推進する。

③ 科学的根拠に基づくがん検診の実施について

（現状・課題）

がん検診は、一定の集団を対象として、がんに罹患している疑いのある者や、がんに罹患している者を早期に発見し、必要かつ適切な診療につなげることにより、がんの死亡者の減少を目指すものである。このため、国は、がん検診の有

効性や精度管理についての検討会[15]を開催するなど、科学的根拠に基づくがん検診の実施を推進してきた。

指針に基づかないがん検診を実施している市町村の割合は、令和２（2020）年度時点で 81.3%と、高い状況が続いている。これらの検診のうち、最も多いものは、前立腺がん検診（ＰＳＡ検査）となっており、その他、子宮体がん検診や肝臓がんの検診（エコー）などがある。

国は、統一されたプログラムのもと、適格な対象集団を特定し、対象者を個別に勧奨する組織型検診の実現を目指し、指針に基づかないがん検診が、十分な検証なしに実施されている点に係る対策を進めるとともに、指針に基づくがん検診についても、がんの疫学的動向を踏まえ、その効果を継続的に評価できるようにする必要がある。

また、現在、がん検診の分野における研究開発の進展は著しく、より正確に、低侵襲に、簡便に、安価に、がんを発見できる方法が提案されている。一方で、それらの対策型検診への導入にあたっては、死亡率減少効果の確認や実施体制の確保に時間を要すること、導入までのプロセスが不透明かつ煩雑であることが指摘されている。

（取り組むべき施策）

国は、我が国におけるがん検診の進捗及び課題を整理するため、諸外国における取組との経年的な比較調査を実施する仕組みについて検討する。

国は、より効率的・効果的ながん検診の実施を推進する観点から、指針に基づくがん検診の科学的根拠に基づいた効果検証を進めるとともに、対策型検診の項目の導入に係るプロセスの明確化等について検討する。

国は、指針に基づかないがん検診に係る効果検証の方法について検討するとともに、指針に基づかないがん検診の効果検証を希望する関係学会や企業等と、地方公共団体のマッチングを促進する仕組みについて検討する。

国は、我が国における組織型検診の構築に向け、科学的根拠に基づくがん検診の実施に向けた取組により精度管理を向上させつつ、課題を整理し、その対応を検討する。

[15] 平成 24（2012）年に厚生労働省健康局長の下に開催した「がん検診のあり方に関する検討会」

【個別目標】

がん検診受診率を向上させ、指針に基づく全てのがん検診において、受診率60%を目指す。がん検診の精度管理を向上させるとともに、精密検査受診率については、90%を目指す。

２．患者本位で持続可能ながん医療の提供

～適切な医療を受けられる体制を充実させることで、がん生存率の向上・がん死亡率の減少を目指す～

（１） がん医療提供体制等

① 医療提供体制の均てん化・集約化について

（現状・課題）

国は、これまで、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（以下「整備指針」という。）に基づき、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、**病理診断、**緩和ケア等の提供、がん相談支援センターの整備、院内がん登録及び多職種によるカンファレンスの実施等を推進し、医療の質の向上や均てん化に向けた取組を進めてきた。

令和４（2022）年８月には、がん医療の更なる充実のため、整備指針の見直しを行い（以下「令和４（2022）年整備指針改定」という。）、拠点病院等の役割分担を図る必要がある項目については、患者の適切ながん医療へのアクセスを確保した上で、一定の集約化を求めることとしたほか、都道府県がん診療連携協議会の体制を強化し、拠点病院等の役割分担や連携体制の構築、感染症のまん延や災害等への対応等を新たな要件として盛り込んだ。**さらに、適切な病理診断を速やかに提供するため、全ての拠点病院等に、病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を配置することとした。**

（取り組むべき施策）

国及び都道府県は、がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、地域の実情に応じ、均てん化に加えて、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する。その際、国は、都道府県がん診療連携協議会等に対し、**他の地域や医療機関との比較が可能となるような**検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う。

国は、質の高い病理診断や細胞診断を提供するための体制の整備を引き続き推進する。

国及び都道府県は、感染症のまん延や災害等の状況下においても、必要ながん医療を提供できるよう、診療機能の役割分担や各施設が協力した人材育成や応

援体制の構築等、地域の実情に応じた連携体制を整備する取組を平時から推進する。

国は、拠点病院等、小児がん拠点病院等、がんゲノム医療中核拠点病院等が相互に連携可能となるよう検討する。

② がんゲノム医療について

（現状・課題）

がんゲノム医療については、平成 29（2017）年 12 月に「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備に関する指針」を策定し、がんゲノム医療中核拠点病院及びがんゲノム医療連携病院の整備が進められた。その後、令和元（2019）年７月の一部改正によってがんゲノム医療拠点病院の類型が新設された。

令和４（2022）年９月時点で、全ての都道府県に、計 233 施設のがんゲノム医療中核拠点病院等が整備されている。

また、**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、平成 30（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た。**

令和元（2019）年度には、がん遺伝子パネル検査の保険収載により、保険診療下でのがんゲノム医療が実装され、がん遺伝子パネル検査を受けた延べ患者数は、令和４（2022）年８月までに、およそ３万９千例となった。

（取り組むべき施策）

国は、がんゲノム医療をより一層推進する観点から、がんゲノム医療中核拠点病院等を中心とした医療提供体制の整備等を引き続き推進するとともに、**関係学会等と連携し、がん遺伝子パネル検査等の更なる有効性に係る科学的根拠の収集に引き続き取り組む。**

③ 手術療法・放射線療法・薬物療法について

（ア）手術療法について

（現状・課題）

国は、がんに対する質の高い手術療法を安全に提供するため、拠点病院等を

中心に、適切な実施体制の整備や専門的な知識及び技能を有する医師等の医療従事者の配置を行ってきた。また、鏡視下手術等の低侵襲な手術療法の普及を進め、ロボット支援下手術等の新しい治療法についても保険適用が拡大されるなど、手術療法の充実が図られてきた。

一方で、手術療法の高度化に伴い、全ての施設で対応が難しいようなものについては、医療機関間で連携し、地域の実情に応じて集約化を行う等、手術療法の連携体制の整備が必要である。

（取り組むべき施策）

国及び都道府県は、患者が、それぞれの状況に応じた適切かつ安全な手術療法を受けられるよう、標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づき、ロボット支援下手術を含む鏡視下手術等の高度な手術療法の提供についても、医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整備等の取組を進める。

（イ）放射線療法について

（現状・課題）

国は、がんに対する質の高い放射線療法を安全に提供するため、拠点病院等を中心に、適切な実施体制の整備や、専門的な知識及び技能を有する医師等の医療従事者の配置、リニアック等の機器の整備を行ってきた。また、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ：Intensity Modulated Radiation Therapy）や核医学治療（ＲＩ：Radioisotope 内用療法等）等の新しい放射線療法について、保険適用が拡大されたほか、それらに対応できる放射線治療病室の整備に向けて、診療報酬上の要件を見直す等、取組を進めてきた。

拠点病院等のうちＩＭＲＴを実施している割合は増加している[16]が、更なる推進に向けては、放射線療法を担う専門的な医療従事者の育成が課題とされている。

また、有効性が認められた一部のがん種については、粒子線治療が保険診療下で実施されており、今後は安全性・有効性等の検証を進めるとともに、粒子線治療施設の効率的かつ持続可能な運用について検討を進める必要がある。

（取り組むべき施策）

国及び都道府県は、患者が、それぞれの状況に応じた適切な放射線療法を受

16 平成 30（2018）年度の現況報告書によると、ＩＭＲＴ加算を取っている拠点病院等の割合は、52.2%、令和元（2019）年度の現況報告書によると、57.8%となっている。

けられるよう、科学的根拠に基づく高度な放射線療法の提供について、医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整備等の取組を進める。

国は、関係学会等と連携し、粒子線治療等の高度かつ特殊な放射線療法の提供体制の在り方について検討する。

（ウ）薬物療法

（現状・課題）

国は、がんに対する質の高い薬物療法を安全に提供するため、拠点病院等を中心に、継続的にレジメン[17]を審査し管理する体制の整備や、専門的な知識及び技能を有する医師等の医療従事者の配置を行ってきた。また、免疫チェックポイント阻害薬や遺伝子情報に基づく治療薬等の新しい薬物療法について保険適用が拡大されたほか、外来での薬物療法の拡大が進められてきた。

一方で、高齢のがん患者等の合併症リスクの高い患者の増加や新しい薬物療法の普及に伴う、新たな副作用や学際領域への対応に向け、薬物療法に係る専門的な医療従事者の配置について、地域間及び医療機関間における差の改善が求められている。

科学的根拠に基づく正しい薬物療法に関する知識の普及について、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増加しており、関係学会等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が、インターネット上で科学的根拠に乏しい情報が多く見られている。特に、近年研究開発が進み、有力な治療選択肢の一つとなっている免疫療法をはじめ、がん患者が治療法に関する正しい情報を得ることができるよう、取組を進める必要がある。

（取り組むべき施策）

国及び都道府県は、患者が、それぞれの状況に応じた適切かつ安全な薬物療法を受けられるよう、標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく高度な薬物療法の提供についても、医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整備等の取組を進める。

国は、国立がん研究センターや関係学会と連携し、国民が、薬物療法等に関す

17 「レジメン」とは、薬物療法における薬剤の種類や量、期間、手順などを時系列で示した計画をいう。

る正しい情報を得ることができるよう、科学的根拠に基づく治療法に関する情報提供及び普及啓発を推進する。

④ チーム医療の推進について

（現状・課題）

患者やその家族等が抱える様々な苦痛、悩み及び負担に応え、安全かつ安心で質の高いがん医療を提供するため、多職種によるチーム医療の推進が必要である。

これまで、拠点病院等において、医療従事者間の連携体制の強化に係る環境整備に向けて、緩和ケアチームを含む様々な専門チームの設置が進められてきた。

現在、全ての拠点病院等において、専門チームが設置されており、その多くの施設で複数の専門チームが設置されている。一方で、拠点病院等以外の医療機関においては、専門チームの設置が進んでいない。

主治医以外にも相談しやすいスタッフがいたと回答した患者の割合は、成人で 48.8%、小児で 78.0%となっている。

（取り組むべき施策）

拠点病院等は、多職種連携をさらに推進する観点から、拠点病院等におけるチーム医療の提供体制の整備を進めるとともに、都道府県がん診療連携協議会において、拠点病院等と地域の医療機関との連携体制の議論を行う。

⑤ がんのリハビリテーションについて

（現状・課題）

がん治療の影響から、患者の嚥下（えん）や呼吸運動等に障害が生じることがある。また、病状の進行に伴い、次第に日常生活動作に障害を来し、生活の質の著しい低下が見られることから、がん領域でのリハビリテーションの重要性が指摘されている。

がんのリハビリテーションが適切に提供されることを目的として実施されているがんリハビリテーション研修について、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や、国内各地で研修を受講できる体制の整備が進められてきた。

また、拠点病院等におけるリハビリテーション提供体制の整備を推進していくため、令和４（2022）年整備指針改定において、拠点病院等は、がんのリハビリテーションに携わる専門的な知識及び技能を有する医師や理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の診療従事者を配置することが望ましいとした。

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は令和３（2021）年度で 51.0%、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令和３（2021）年度で 49,491 人と、それぞれ増加している。

（取り組むべき施策）

国は、がん患者に対する適切なリハビリテーションの提供のため、引き続き、関係団体と連携し、がんのリハビリテーション研修を実施するとともに、研修内容の見直しについて検討する。

国及び都道府県は、研修を受講した医師や看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の拠点病院等への配置を推進し、入院に加え外来においても、効果的・継続的なリハビリテーション提供体制の整備を推進する。

⑥ 支持療法の推進について

（現状・課題）

がん治療における副作用・合併症・後遺症対策として、支持療法の適切な推進が重要である。

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の支持療法が、一定の割合で実施されている[18]。また、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

[18] 平成 28（2016）年の「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」によると、拠点病院等において支持療法に関する標準診療を実施された患者の割合は、高リスク嘔吐化学療法時予防的制吐剤を処方された割合は 75.0%（リンパ浮腫を除外した割合は 86.0%）、外来麻薬鎮痛開始時緩下剤を処方された割合は 61.0%となっている。

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。

患者体験調査等によると、治療による副作用の見通しを持てた患者の割合は、成人について 61.9%、小児について 69.2%、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は、成人について 46.5%、外見の変化に関する相談ができた患者の割合は、成人について 28.3%、小児について 51.8%となっている[19]。

専門的なケアを実施する外来については、拠点病院等を中心に設置が進められてきた。リンパ浮腫外来が設置されている拠点病院の割合は、令和３（2021）年度で 56.1%、ストーマ外来が設置されている拠点病院等の割合は、90.3%となっており、いずれも増加しているが、一層の充実が求められる。また、リンパ浮腫については、「リンパ浮腫研修」[20]により人材育成が推進されている。

（取り組むべき施策）

国は、患者が、治療に伴う副作用への見通しを持ち、身体的苦痛や外見の変化等があった際に容易に相談できるよう、多職種による相談支援体制の整備や医療従事者への研修の実施等を推進する。

国は、支持療法の更なる充実に向けて、実態把握を行うとともに、科学的根拠に基づく支持療法が実施されるよう、関係団体等と連携し、専門的なケアが受けられる体制の整備等を推進する。

⑦ がんと診断された時からの緩和ケアの推進

（ア）緩和ケアの提供について

（現状・課題）

緩和ケアについては、法第 15 条において、「がんその他の特定の疾病に罹患した者に係る身体的若しくは精神的な苦痛又は社会生活上の不安を緩和することによりその療養生活の質の維持向上を図ることを主たる目的とする治療、看護その他の行為をいう」と定義されている。また、法第 17 条において、がん患

[19] 成人について：平成 30（2018）年度「患者体験調査」、小児について：令和元（2019）年度「小児患者体験調査」

[20] 厚生労働省の後援事業として、一般財団法人ライフプランニングセンターにおいて実施。

者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策として、「緩和ケアが診断の時から適切に提供されるようにすること」と明記されている。このように、緩和ケアとは、身体的・精神心理的・社会的苦痛等の「全人的な苦痛」への対応（全人的なケア）を診断時から行うことを通じて、患者やその家族等のＱＯＬの向上を目標とするものである。

国は、令和３（2021）年から「がんの緩和ケアに係る部会」において、緩和ケアに係る課題及び取組について議論を行**うとともに、診断時の緩和ケアを実践するポイントを整理したリーフレット[21]や、診断時の必要事項についての説明文書[22]、専門的な治療の活用を含む対応のポイントを整理したリーフレット[23]を作成し、がん診療を行う全ての医療機関等に対し周知を行った。**

拠点病院等については、整備指針において、がんの診断時から適切な緩和ケアが提供されるよう、専門的な知識及び技能を有する医療従事者で組織された緩和ケアチームの組織や、外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制の整備を推進してきた。

現況報告書によると、緩和ケアチームの新規介入患者数は増加傾向が見られた一方、年間新規介入患者数が 50 件未満の拠点病院等も依然として存在している。また、現況報告書では、依頼件数等の数的な評価しかできず、緩和ケアチームの技術や提供されるケアの質を評価するための方策を検討する必要がある。

緩和ケア外来については、全ての拠点病院等が緩和ケア外来を設置しており、その多くが他の医療機関で治療を受けているがん患者の受け入れを行っているとしているものの、実際の症例数や地域からの紹介患者数は依然少ない。また、がんの診断や検査については、拠点病院等に限らず検診医療機関やかかりつけ医などの役割が大きいと考えられるが、これらの場面における緩和ケアの実態は十分に把握されていないとの指摘がある。

さらに、拠点病院等で実施されている緩和ケアについて、実地調査等を定期的かつ継続的に実施し、緩和ケアの質の向上を図る必要があることが指摘されているが、その具体的な方策や実効可能性等に課題がある。

---

21 「診断時の緩和ケア」（第３回がんの緩和ケアに係る部会（令和３年 11 月５日）において作成（https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000950864.pdf））

22 「病状、治療方針とあわせて、医療チームからお伝えしたいこと」（第３回がんの緩和ケアに係る部会（令和３年 11 月５日）において作成（https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000950865.pdf））

23 「痛みへの対応について」（第５回がんの緩和ケアに係る部会（令和４年４月 13 日）において作成（https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000950866.pdf）

患者体験調査によると、平成 30（2018）年度時点で、心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合、身体的・精神心理的な苦痛を抱えている患者の割合、苦痛により日常生活に支障を来している患者の割合は、約３～４割と一定の割合を占めている[24]。また、遺族調査によると、亡くなる前１か月間の療養生活について、身体的な苦痛を抱える患者の割合、精神心理的な苦痛を抱える患者の割合は、約４～５割となっており[25]、更なる緩和ケアの充実が必要である。**一方、拠点病院等におけるがんの治療が終了した患者について、他院への転院や在宅への移行など、終末期医療の個々の経過については、明らかではない。**

国は、関係学会と連携し、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[26]。国民の緩和ケアに関する認識として、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約半数に留まっており[27]、正しい知識の更なる普及啓発に取り組む必要がある。

（取り組むべき施策）

国は、拠点病院等を中心とした医療機関において、**がん診療に携わる全ての医療従事者により、**がん患者の身体的苦痛や、がん患者やその家族等の精神心理的苦痛、社会的な問題等の把握及びそれら**の個別の状況に応じた**適切な対応が、地域の実情に応じて、診断時から一貫して行われる体制の整備を推進する。特に、がんの診断時は、がん患者やその家族等にとって、診断による衝撃への対応や今後の治療・生活への備えが必要となる重要な時期であることを踏まえ、**緩和ケアチームとの速やかな連携など、**これらの精神心理的苦痛や社会的苦痛に対する

---

24 平成 30（2018）年度の「患者体験調査」によると、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は 32.8%、身体的な苦痛を抱える患者の割合は 44.6%、精神心理的な苦痛を抱える患者の割合は 38.0%、身体的・精神心理的苦痛により日常生活に支障を来している患者の割合は 30.8%となっている。

25 平成 30（2018）年度の「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」によると、療養生活の最終段階において、身体的な苦痛を抱える患者の割合は、40.4%（痛み）、47.2（からだの苦痛）、精神心理的な苦痛を抱える患者の割合は、42.3%となっている。

26 特定非営利活動法人日本緩和医療学会への委託事業として、「オレンジバルーンプロジェクト」を実施している。

27 令和元（2019）年度の「世論調査」によると、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は 52.2%、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 48.3%となっている。

適切な支援を提供できるよう、医療従事者への普及啓発策[23,24]等を含め、必要な体制の整備を推進する。

国は、がん患者が望んだ場所で過ごすことができるよう、拠点病院等を中心に、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護を担う機関と連携した、在宅を含めた地域における緩和ケア提供体制の整備を推進する。

国は、関係学会等と連携し、国民に対する、緩和ケアに関する正しい知識の普及啓発を引き続き推進する。**また、拠点病院等は、地域の医療従事者も含めた緩和ケアに関する研修を定期的に開催するとともに**、地域におけるがん診療に携わる医療機関、関係団体及び地方公共団体と連携し、専門的な疼痛治療に係る普及啓発[25]及び実施体制の整備を進める。

国は、入院だけでなく外来等における**専門的な人材の配置等、**緩和ケアの充実について検討する。

国は、緩和ケアに係る実地調査等を定期的かつ継続的に実施するための方策について、研究を行い、研究結果を踏まえ検討する。

国は、緩和ケアチームにより提供されるケアの質の向上のため、専門的な緩和ケアの質の評価等の方策について研究を行う。また、患者体験調査や遺族調査等により、患者やその家族等に、適切な緩和ケアが提供されているかどうかを、引き続き定期的かつ継続的に把握する。

国は、拠点病院等以外の医療機関における緩和ケアの充実に向けて、緩和ケア提供体制の実態や課題等を把握するための調査及び研究を行う。また、**拠点病院等における治療が終了した後の患者について、望んだ場所で適切な治療やケアが受けられるように、他院への転院や在宅への移行なども含め、終末期医療の提供の場や療養場所の決定に至る意思決定や、これらの場所における終末期医療の実態等について研究を行い、その質の向上について検討する。**

（イ）緩和ケア研修会について

（現状・課題）

国は、がん医療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを正しく理解し、知識、技術、態度を習得することで、緩和ケアが診断時から適切に提供されることを目指し、関係学会と連携し、緩和ケア研修会を実施してきた。平成 30

（2018）年度には、e-ラーニングを導入するとともに、対象疾患をがん以外に、研修の対象者を医師以外の医療従事者に拡大し、研修会の内容にがん患者の家族、遺族等に対するグリーフケア[28]を盛り込む等の見直しを行った。

緩和ケア研修会の修了者数は、令和３（2021）年度には、累計でおよそ 15 万人に達し、着実に増加している。

（取り組むべき施策）

国は、がん医療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを実践し、その知識や技能を維持・向上できるよう、緩和ケア研修会の更なる推進に努めるとともに、関係団体等と連携し、**医療用麻薬の適正使用や、専門的な緩和ケアへのつなぎ方等の観点も踏まえ、**緩和ケア研修会の学習内容や、フォローアップ研修等について検討し、必要な見直しを行う。

⑧ 妊孕性温存療法について

（現状・課題）

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（にんようせい）が低下することは、将来子どもを産み育てることを望む小児・ＡＹＡ世代のがん患者にとって大きな課題である。患者体験調査等によると、治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合は、成人（40 歳未満）で平成 30（2018）年度において 52.0%、小児で令和元（2019）年において 53.8%となっている。

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は、高額な自費診療であり、がん患者等にとって経済的負担となっているほか、未受精卵子凍結や卵巣組織凍結については、有効性等の更なるエビデンス集積が求められている。

このような状況を踏まえ、国は、令和３（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」を開始し、有効性等のエビデンス集積を進めつつ、若いがん患者等が希望を持って病気と闘い、将来子どもを持つことの希望をつなぐ取組を行っている。令和４（2022）年度からは、がん患者

[28] 「グリーフケア」とは、大切な人を失い、残された家族等の身近な者が悲しみを癒やす過程を支える取組をいう。また、「ビリーブメントケア」ともいう。

等で妊孕性温存療法を行った方が、その後妊娠を希望する際に凍結保存した検体を用いる生殖補助医療（保存後生殖補助医療）も当該事業の対象となっている。

また、妊孕性についてはがん治療前だけでなく、がん治療後も長期間にわたって、がん・生殖医療に関する情報・相談支援を継続的に提供できる体制の整備が求められている。

令和４（2022）年整備指針改定において、拠点病院等には各地域のがん・生殖医療ネットワークに加入し、「小児・ＡＹＡ世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」へ参画すること、妊孕性温存療法及びがん治療後の生殖補助医療に関する情報提供及び意思決定支援を行う体制を整備することを求めている。

（取り組むべき施策）

国は、妊孕性温存療法の一層の推進に向けて、がん医療と生殖医療の連携の下、妊孕性温存療法及びがん治療後の生殖補助医療に関する情報提供と意思決定支援が適切に行われるよう、人材育成等の体制整備を推進するとともに、研究促進事業を通じたエビデンス創出に引き続き取り組む。

【個別目標】

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

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

国民の緩和ケアに対する正しい認識を促すとともに、身体的・精神心理的な苦痛を抱える全ての患者が、資料[24]を用いる等により分かりやすい説明を受け、速やかに医療従事者へ相談でき、適切なケア・治療を受けられる体制を目指す。

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

（２） 希少がん及び難治性がん対策

（現状・課題）

希少がん[29]及び難治性がんについては、平成 28（2016）年の法の一部改正において、法第 19 条第２項に「罹患している者の少ないがん及び治癒が特に困難であるがんに係る研究の促進について必要な配慮がなされるものとする」と明記されるなど、更なる対策が求められている。

希少がんについて、国は、平成 30（2018）年に国立がん研究センターを希少がん医療を統括する希少がん中央機関として位置付け、希少がんコンサルテーション体制の整備による診断支援や希少がん対策ワーキンググループによるガイドラインの作成等の取組を通じて、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拠点病院等や小児がん拠点病院等との連携を推進し、患者が全国どこにいても、適切な医療につなげる対策を講じている。

希少がん患者の初診から診断までの時間が１か月未満であった割合は、平成 30（2018）年度で 66.4%、診断から治療開始までの時間が１か月未満であった割合は 72.3%であった[30]。また、患者に有効性の高い診断法・早期発見法・治療法を速やかに提供するための体制整備を進めた結果、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平成 30（2018）年度において 80.0%となった。

希少がんの情報の集約及び発信については、国立がん研究センターがん対策研究所がん情報サービス（以下「がん情報サービス」という。）における情報提供や、希少がんセンターにおける情報発信、患者やその家族等だけでなく、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の整備等を進めている。また、平成 29（2017）年より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。

膵（すい）がんをはじめとした、いわゆる難治性がんは、治療成績の向上が喫緊の課題

---

29 平成 27（2015）年に開催された「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会」においては、希少がんを「概ね罹患率人口 10 万人当たり６例未満、数が少ないため診療・受療上の課題が他のがん種に比べて大きい」がん種と定義し、医療や支援の在り方に関する検討を行った。

30 平成 30（2018）年度の「患者体験調査」によると、希少がん患者の初診から診断までの時間は、２週間未満が 38.1%、２週間以上１か月未満が 28.3%、診断から治療開始までの時間は、２週間未満が 31.2%、２週間以上１か月未満が 41.1%となっている。

である。
早期発見が困難であるために難治性がんとなっているものについては、がんの存在診断のための革新的技術を開発するとともに、転移・再発したがんを克服するための第一歩として、浸潤・転移といったがんの特性を解明する研究をさらに推進することが求められる。

また、希少がん及び難治性がんにおいては、治療薬の候補が見つかっても保険診療下で使用できる薬が少ない、参加可能な治験が少ない等、薬剤アクセスの改善が課題となっている。

（取り組むべき施策）
国及び都道府県は、患者やその家族等への情報提供の更なる推進のため、拠点病院等における診療実績や、医療機関間の連携体制等について、患者やその家族等の目線に立った分かりやすい情報提供を推進する。

国は、希少がん患者及び難治性がん患者の、高度かつ専門的な医療へのアクセシビリティを向上させるため、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会における地域の実情を踏まえた議論を推進し、拠点病院等の役割分担に基づく医療機関間の連携体制の整備を推進する。

国は、希少がんについて、適切な診断に基づく治療を提供するため、病理診断に係る希少がん中央機関と拠点病院等との連携体制の整備を引き続き推進する。

国は、希少がん及び難治性がんについて、がんの存在診断、治療法の開発のため**、希少がん中央機関、拠点病院等、関係学会及び企業等と連携した**研究を引き続き推進する。**また、国は、希少がん及び難治性がん領域における薬剤アクセスの改善に向けて、課題を整理し、その対応のための方策を検討する。**

【個別目標】
希少がん患者及び難治性がん患者が、必要な診療情報にアクセスでき、そこから速やかに適切な医療につながれることを目指す。

（３） 小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策

（現状・課題）

がんは、小児及びＡＹＡ世代の病死の主な原因の１つであるが、多種多様ながん種を含むことや、成長発達の過程においても、乳幼児から小児期、活動性の高い思春期・若年成人世代といった特徴あるライフステージで発症することから、これらの世代のがんは、成人のがんとは異なる対策が求められる。

国は、小児がん患者とその家族等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を進めてきた。

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世代のがん患者について、適切な医療を提供できる体制の構築等を指定要件としている。あわせて、拠点病院等では、ＡＹＡ世代の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、自施設または連携施設のがん相談支援センターで対応できる体制を整備することとしており、小児がん拠点病院等と拠点病院等が連携しつつ、ＡＹＡ世代の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。

さらに、令和４（2022）年８月の「小児がん拠点病院等の整備に関する指針」の改定では、患者の適切な集約化に向けた連携病院の類型の見直しや、長期フォローアップに関する適切な連携体制の整備が盛り込まれた。

また、小児がんにおいては、治療薬の候補が見つかっても保険診療下で使用できる薬が少ない、参加可能な治験が少ない等、薬剤アクセスの改善が課題となっている。

（取り組むべき施策）

国は、小児がん拠点病院等と、拠点病院等や地域の医療機関等との連携を含め、地域の実情に応じた小児・ＡＹＡ世代のがん医療提供体制の整備を推進する。また、小児がん拠点病院連絡協議会における地域ブロックを超えた連携体制の整備に向けた議論を推進する。

小児がん拠点病院等は、自施設の診療実績、診療機能や、他の医療機関との連携体制等について、患者やその家族等の目線に立った分かりやすい情報提供を

推進する。

国は、長期フォローアップの更なる推進のため、小児がん拠点病院等と、拠点病院等、地域の医療機関、かかりつけ医等の連携を含め、地域の実情に応じた小児・ＡＹＡ世代のがん患者の長期フォローアップの在り方を検討する。

国は、小児がん領域における薬剤アクセスの改善に向けて、**治験の実施（国際共同治験への参加を含む。）を促進する方策を検討するとともに、**小児がん中央機関、小児がん拠点病院等、関係学会**及び企業**等と連携した研究開発を推進する。

【個別目標】

小児がん患者及びＡＹＡ世代のがん患者やその家族等が、悩みを相談できる支援つながり、適切な治療や長期フォローアップを受けられることを目指す。さらに小児がん領域での研究開発を進める。

（４） 高齢者のがん対策

（現状・課題）

我が国においては、人口の高齢化が急速に進んでおり、令和７（2025）年には、65 歳以上の高齢者の数が 3,677 万人（全人口の 30.0%）に達すると推計されている。[31]これに伴い、高齢のがん患者も増加しており、令和元（2019）年度には、新たにがんと診断された人のうち 65 歳以上の高齢者の数は 75 万人（がん患者全体の 75%）となっている[32]。

令和４（2022）年整備指針改定では、高齢のがん患者に対する意思決定支援の体制整備や、地域の医療機関及び介護施設等との連携体制の整備等が指定要件として盛り込まれた。

高齢者のがんについては、全身状態や併存疾患を加味して、標準的治療の適応とならない場合等があるが、こうした判断は、医師の裁量に任されていることが課題とされていた。そのため現在、厚生労働科学研究[33]において、高齢者がん診療に関するガイドラインの策定を行っている。

（取り組むべき施策）

高齢のがん患者が、例えば、他臓器の合併症を有している、介護施設等に入居しているなど、それぞれの状況に応じた適切ながん医療を受けられるよう、拠点病院等は、地域の医療機関及び介護施設等との連携体制の整備を進める。

国は、高齢のがん患者に対する適切な治療及びケアの提供を推進するため、高齢のがん患者に対するがん医療の実態把握を行うとともに、関係団体等と連携し、更なるガイドラインの充実を推進する。

国は、高齢のがん患者が適切な意思決定に基づき治療等を受けられるよう、高齢のがん患者やその家族等の意思決定支援に係る取組を推進する。

【個別目標】

多職種での連携を強化し、患者が望んだ場所で適切な医療を受けられることを目指す。

31 平成 29（2017）年４月「日本の将来推計人口」（国立社会保障・人口問題研究所）
32 令和元（2019）年度「全国がん登録　罹患数・率　報告」
33 厚生労働科学研究がん対策推進総合研究事業「高齢者がん診療ガイドライン策定とその普及のための研究」（令和３（2021）年度～令和４（2022）年度）

（５） 新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装

（現状・課題）

がん研究により、医薬品、医療機器及び医療技術の開発を加速させるとともに、それらの速やかな医療実装が求められている。

先進医療の実施に当たっては、平成 26（2014）年に「最先端医療迅速評価制度」を創設し、評価の迅速化・効率化に取り組んでいる。また、平成 28（2016）年４月には、国内未承認の医薬品等を、安全性・有効性を確認しつつ、身近な医療機関で迅速に使用できるよう、保険外併用療養費制度の中に、「患者申出療養制度」を創設した。さらに、平成 27（2015）年より、世界に先駆けて我が国での開発が見込まれる医薬品、医療機器等の迅速な実用化を図るため、「先駆け審査指定制度」（現：先駆的医薬品指定制度等）を開始している。

国は、拠点病院等において、治験も含めた医薬品等の臨床研究、先進医療、患者申出療養等に関する適切な情報提供や、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、がん患者に対する情報提供体制の充実に取り組んできたほか、厚生労働科学研究において、公益社団法人や企業等と協力しながら、情報提供に係るパイロット事業の検討を行っている。

臨床試験・治験に関する窓口がある拠点病院等の割合は、令和３（2021）年度で 78.1%となっているほか、令和２（2020）年度で 320 件の抗がん剤に関する治験が実施されている。

（取り組むべき施策）

国は、拠点病院等における臨床研究等の推進に引き続き取り組むとともに、患者目線の分かりやすい情報提供の在り方について検討し、拠点病院等に対し周知する。拠点病院等は、患者に対し、臨床研究等の適切な実施及び情報提供を行うとともに、必要に応じて適切な医療機関への紹介を行う。

国は、最先端医療迅速評価制度、患者申出療養制度及び先駆け審査指定制度等の既存の制度を活用しつつ、がん研究の成果の速やかな実装を、科学的根拠に基づき、引き続き推進する。

【個別目標】

がん患者が十分な情報を得て治療を選択でき、治験への参加等によりがん医療の進歩を享受できることを目指す。

３．尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築
～がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す～

（１） 相談支援及び情報提供

① 相談支援について

（現状・課題）

患者の療養生活が多様化する中で、拠点病院等や小児がん拠点病院等のがん相談支援センターが中心となって、患者やその家族等の精神心理・社会的な悩みに対応していくことが求められている。

国は、がん患者が必要に応じて確実に支援を受けられるよう、整備指針において、初診時等にがん相談支援センターについて説明することや、広報を行うことを定め、その取組を促してきた。令和４（2022）年整備指針改定においては、更なる相談支援体制の整備を推進するために、「外来初診時から治療開始までを目処に、がん患者及びその家族が必ず一度はがん相談支援センターを訪問（必ずしも具体的な相談を伴わない、場所等の確認も含む）することができる体制を整備することが望ましい」ことを盛り込んだ。

患者体験調査等によると、がん患者・家族の３人に２人ががん相談支援センターについて知っている[34]ものの、利用したことがある人の割合は、成人で 14.4%、小児で 34.9%となっている。実際に利用した者のうち、「役立った」と回答した人が、８割を越えていることを踏まえると、利用していない患者について、本当にニーズがなかったのか、十分に留意する必要がある。

また、院内体制や地域資源によって、対応可能な相談件数や患者の相談ニーズは異なることから、質の高い相談支援体制を持続可能なものとするためには、全てのがん相談支援センターで持つべき機能や対応の範囲について検討し、地域の実情に応じた集約化や役割分担が必要ではないかとの指摘がある。

がん患者にとって、同じような経験を持つ者による相談支援や情報提供及び患者同士の体験共有ができる場の存在は重要であることから、国は、都道府県に

[34] 平成 30（2018）年度の「患者体験調査」によると、がん相談支援センターについて知っているがん患者・家族の割合は、66.4%、令和元（2019）年度の「小児患者体験調査」によると、66.4%となっている。

おけるピア・サポーターの養成を推進してきた。また、ピア・サポート活動の質の担保も重要であることから、「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。令和４（2022）年整備指針改定では、拠点病院等が患者サロン等の場を設ける際に、一定の研修を受けたピア・サポーターの活用に努めることとされた。

一方で、ピア・サポーターについて知っているがん患者の割合は、平成 30（2018）年度時点で 27.3%と低い。

治療開始前に病気や療養生活に関して相談することができたと感じる患者の割合、家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じている患者・家族の割合は、増加している[35]。

（取り組むべき施策）

拠点病院等は、がん相談支援センターの認知度向上及びその役割の理解の促進のため、自施設に通院していない者も含む患者やその家族等への適切なタイミングでの周知に引き続き取り組む。また、相談支援体制へのアクセシビリティを向上させるため、オンライン等を活用した体制整備を進める。

国は、相談支援の質を担保するため、関係団体等と連携し、がん相談支援に係る研修等に引き続き取り組む。

国は、効率的・効果的な体制を構築する観点から、多様化・複雑化する相談支援のニーズに対応できる質の高い相談支援体制の整備を推進するとともに、持続可能な相談支援体制の在り方等について検討する。

国は、拠点病院等と民間団体による相談機関やピア・サポーター等の連携体制の構築について検討する。また、それも踏まえ、相談支援の一層の充実を図るため、ＩＣＴや患者団体、社会的人材リソースの活用、必要に応じて地方公共団体等との協力を得られる体制整備の方策について検討する。

---

35 平成 26（2014）年度の「患者体験調査」によると、がん診断～治療開始前に病気や療養生活に関して相談することができたと感じる患者の割合は、67.4%、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、37.1%なっており、平成 30（2018）年度では、前者は 76.3%、後者は 48.7%と増えている。また、令和元（2019）年度の「小児患者体験調査」によると、家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じている患者・家族の割合は、39.7%となっている。

国は、がん患者がピア・サポーターからの支援を受けやすくなるよう、相談支援等に携わる者からピア・サポーター等につなげるための仕組みについても検討する。

② 情報提供について

（現状・課題）

がんとの共生を目指す社会にとって、患者やその家族等、医療従事者等が、確実に、必要な情報及び正しい情報にアクセスできる環境を整備することが重要である。

がんに関する情報があふれる中で、科学的根拠に基づいているとは言えない情報が含まれていることがある。がん情報サービスにおいて、各がんの解説、診断・治療、治験、療養等に関する情報提供を行っているものの、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、令和３（2021）年度で、71.0%となっており、平成 30（2018）年度の 71.1%から横ばいである。

また、国は、拠点病院等に対し、整備指針において、自施設で対応できるがんについて提供可能な診療内容を病院ホームページ等で広報すること、希少がん、小児がん、ＡＹＡ世代のがん患者への治療及び支援（妊孕性温存療法を含む。）やがんゲノム医療についても、自施設で提供できる場合や連携して実施する場合はその旨を広報することを求めている。

情報取得や意思疎通に配慮が必要な人に対する情報提供のため、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いる。また、視覚や聴覚等の障害をもつ人に対して、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。

（取り組むべき施策）

国は、患者やその家族等が、必要な時に正しい情報を入手し、適切な選択ができるよう、ニーズや課題等の把握を進め、「情報の均てん化」に向けた適切な情報提供の在り方について検討する。

国は、インターネット等に掲載されているがんに関する情報については、科学

的根拠に基づいているとは言えない情報が含まれることを、国民に対して注意喚起するなど、引き続き、国立がん研究センターや関係団体等と連携して、がんに関する正しい情報の提供及び理解の促進に取り組む。

国は、障害等により情報取得や意思疎通に配慮が必要な人や、日本語を母国語としていない人への情報提供を適切に行うことで医療へのアクセスを確保するために、現状及び課題等を把握し、情報提供体制の在り方について検討する。

【個別目標】

がん相談支援センターやがん情報サービスの認知度及び質を向上させ、精神心理・社会的な悩みを持つ患者やその家族等が適切な相談支援を受けることができ、また、患者やその家族等、医療従事者等を含む全ての国民が、必要な時に、自分に合った正しい情報にたどりつくことができることを目指す。

（２） 社会連携に基づくがん対策

（現状・課題）

がん患者がいつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現するためには、拠点病院等と地域の医療機関とが連携して取り組む相談支援、緩和ケア、セカンドオピニオン等の取組を推進し、積極的な患者やその家族等への支援を実践することが必要である。

拠点病院等は、切れ目のないがん医療を提供するため、整備指針[36]において、「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」とされている。このようなカンファレンスの１拠点病院あたりの平均開催数（年間）は、令和元（2019）年度で、5.5 回となっている。

令和４（2022）年整備指針改定においては、当該指定要件に、医療提供体制や社会的支援と並んで、「緩和ケア」を盛り込んだほか、さらに「緩和ケアチームが地域の医療機関や在宅療養支援診療所等から定期的に連絡・相談を受ける体制を確保し、必要に応じて助言等を行っていること」を追記し、連携体制の強化を図っている。

拠点病院等は、都道府県と連携し、二次医療圏内の在宅療養支援診療所等リストの作成や、在宅療養支援診療所等の医師に対する緩和ケアに関する知識・技術の研修を実施している。また、地域緩和ケアネットワーク構築事業において、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、平成 28（2016）年度～令和３（2021）年度で、延べ 388 チーム、1,280 名が修了している。

令和３（2021）年８月より、がん等の専門的な薬学管理が必要な患者が自身に適した薬局を選択できるよう、がんの薬物療法に係る専門性を有する薬剤師が配置されており、拠点病院等の専門医療機関や他薬局等の関係機関と連携してがん等の専門的な薬学管理に対応できる薬局を、都道府県が「専門医療機関連携薬局」と認定する制度が開始された。専門医療機関連携薬局として認定された薬局の件数は、令和４（2022）年９月時点で 122 件となっている。

在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度は、平成 30（2018）年度で 78.8%となっており、緩和ケア病棟で亡くなった方の満足度（82.4%）に次いで

[36] ここでは、令和４（2022）年整備指針改定前の整備指針の記載を引用している。

高かった。望んだ場所で過ごせたがん患者の割合は、平成 30(2018)年度で 47.7%となっており、半数程度に留まっている[37]。

セカンドオピニオンについては、令和４（2022）年整備指針改定において、「医師からの診断結果や病状の説明時及び治療方針の決定時等において、すべてのがん患者とその家族に対して、他施設でセカンドオピニオンを受けられることについて説明すること」等が追加され、更なる推進を図っている。

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、平成 26（2014）年度で 40.3%、平成 30（2018）年度で 34.9%と、減少している。「話はなかった」と回答した人（65.1%）のうち、9.1%が自分や家族からセカンドオピニオンについて尋ねており、患者や家族のニーズに対応できていないとの指摘がある。

（取り組むべき施策）

拠点病院等は、地域の実情に応じた患者支援体制の構築のため、都道府県がん診療連携協議会において、セカンドオピニオンを受けられる医療機関や、緩和ケア及び在宅医療等へのアクセスに関する情報提供の在り方について検討する。

拠点病院等は、地域包括ケアシステムの仕組みも踏まえつつ、介護施設や薬局等の地域の関係機関との連携や困難事例等への対応に取り組む。国は、地域の関係者間の連携体制を構築することで、地域における課題の解決を促すため、拠点病院等を中心とした施設間の連携・調整を担う者の育成に、引き続き取り組む。

国は、セカンドオピニオンに関する情報提供及び利用状況等の実態把握を行い、関係団体等と連携した適切な情報提供の在り方について検討する。

【個別目標】

地域における医療機関等の連携や、医療従事者と患者とのコミュニケーションにより、患者がその療養する場所にかかわらず、質の高いがん医療を受けることができることを目指す。

[37] 平成 30（2018）年度「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」

（３） がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援[38]）

① 就労支援について

（現状・課題）

令和元（2019）年時点で、がん患者の約４人に１人は、20 歳から 64 歳までの間にがんに罹患している[39]。また、がん医療の進歩により、我が国の全がんの５年相対生存率の上昇に伴い、がん患者・経験者が長期生存し、働きながらがん治療を受けられる可能性が高まっている。

このため、がんになっても自分らしく活き活きと働き、安心して暮らせる社会の構築が重要となっており、働く世代のがん患者の離職防止や再就職のための就労支援を充実させていくことが強く求められている。

国は、がん患者等が治療と仕事を両立できるよう、「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」を公開するとともに、両立支援コーディネーターの育成・配置や「企業・医療機関連携マニュアル」等の作成・普及啓発による、病院、企業と両立支援コーディネーターによるトライアングル型の社会的なサポート体制の構築に取り組んできた。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」 を開発し、「がん患者の就労に関する総合支援事業」において、同プランを活用した就労支援を実施している。

また、転職や再就職の相談対応について、国は、ハローワークに「就職支援ナビゲーター」を配置し、拠点病院等を含む医療機関と連携した就職支援事業に取り組んでいる。令和３（2021）年度時点で、134 名の就職支援ナビゲーターを配置し、257 の医療機関と連携を行っている。

加えて、がん患者の離職防止や再就職のための就労支援を充実させるためには、職場における、柔軟な勤務制度や休暇制度の導入やがん患者への理解や協力の推進が必要である。

平成 28（2016）年に実施した「がん対策に関する世論調査（内閣府）」では、がん患者が働き続けるために必要な取組として、「通院のために短時間勤務が活用できること」、「１時間単位の休暇や長期の休暇が取れるなど柔軟な休暇制度」

[38] 「サバイバーシップ支援」とは、がんになったその後を生きていく上で直面する課題を乗り越えていくためのサポートをいう。

[39] 令和元（2019）年の「全国がん登録　罹患数・率　報告」によると、全がん罹患者数 99.9 万人のうち、20 歳から 64 歳までの者は 24 万人となっている。

等が上位に挙がっている。また、がん患者の実態調査[32]では、離職理由として「仕事を続ける自信がなくなった」、「会社や同僚、仕事関係の人々に迷惑をかけると思った」及び「治療や静養に必要な休みをとることが難しかった」が上位に挙がっており、職場における治療と仕事の両立支援のための体制整備や理解を着実に推進することが必要との指摘がある。

国は、企業の意識改革と受け入れ体制の整備を進めるために、助成金の活用促進やポータルサイトによる情報発信、シンポジウム等を行うとともに、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、地域における関係者のネットワーク構築を図っている。令和元（2019）年には、全ての労災病院及び各都道府県の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、特に中小企業等における両立支援の充実に向けた社内制度導入や教育等についての具体的な支援を実施している。

平成30(2018）年に実施された患者体験調査では、がんと診断を受けて退職・廃業した人は就労者の19.8%を占めており、そのうち初回治療までに退職・廃業した人は56.8%となっている。また、がんの診断時、収入のある仕事をしていた人のうち、治療開始前に就労の継続について、病院の医療スタッフから説明が「あった」と回答した人は、平成30（2018）年度で39.5%に留まっている。さらに、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は、平成30（2018)年度で36.1%、勤務上の配慮がなされていると回答した患者の割合は、65.0%となっている。

（取り組むべき施策）

国は、がん患者・経験者やその家族等の生活の質の向上のため、現在の両立支援制度の効果及び課題を明らかにし、施策の強化や医療機関等と産業保健との連携、普及啓発等について検討する。また、国は、就労支援に携わる者が、産業医等と連携し、患者・事業主間の治療と仕事の両立へ向けた調整を支援できる体制の整備に取り組む。

国は、再就職支援を推進する観点から、拠点病院等とハローワークとの連携体制の整備に引き続き取り組む。

国は、就労支援のさらなる充実に向けて、がん患者の離職の実態を把握し、それを踏まえた就労支援の提供体制について検討する。

国は、がん患者が治療と仕事を両立できるよう、中小企業も含めて、企業にお

ける支援体制等の環境整備を更に推進するため、産業保健総合支援センター等の活用や助成金等による支援、普及啓発について検討する。

国は、両立支援コーディネーターの更なる活用に向けて、その活動状況を把握するとともに、地域職域連携の観点からより効果的な配置について検討する。

② アピアランスケアについて

（現状・課題）

アピアランスケアは、広義では「医学的・整容的・心理社会的支援を用いて、外見の変化を補完し、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケア」のことをいう。

がん医療の進歩によって治療を継続しながら社会生活を送るがん患者が増加している。がんの治療と学業や仕事との両立を可能とし、治療後も同様の生活を維持する上で、治療に伴う外見変化に対する医療現場におけるサポートの重要性が認識されている。

国は、平成 30（2018）年 12 月に、運転免許申請書等に添付する写真について、令和２（2020）年４月には、障害者手帳の交付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（昭和 35 年総理府令第 60 号）や身体障害者福祉法施行規則（昭和 25 年厚生省令第 15 号）等の一部改正を行った。

また、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、医療従事者教育プログラムの実装化に向けた研究[40]が進められたほか、令和３（2021）年度にはがん治療におけるアピアランスケアガイドラインの改訂が行われた。

がん治療に伴う外見の変化に関する相談ができた患者の割合は、成人で、平成 30（2018）年度で 28.3%、小児で令和元（2019）年度で 51.8%となっている。

（取り組むべき施策）

国は、アピアランスケアについて、患者やその家族等が正しい知識を身につけられるよう、医療従事者を対象とした研修等の開催や相談支援及び情報提供の

[40] 厚生労働科学研究「がん患者に対する質の高いアピアランスケアの実装に資する研究」（令和２（2020）年度～令和４（2022）年度）

在り方について検討する。

国は、アピアランスケアの充実に向けて、拠点病院等を中心としたアピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制の構築について、検討する。

③ がん診断後の自殺対策について

（現状・課題）

がん患者の自殺については、平成 28（2016）年１月から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か月以内に 144 人が自殺で亡くなっており（がん患者 10 万観察人年あたり 58.21 人、６か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いる。また、自殺リスクは診断後の期間が短いほど高く、１か月以内では 4.1 倍、３か月以内では 3.3 倍となっている。

このように、がん患者の自殺は、がん対策における重要な課題であり、医療従事者等により自殺リスクの高い患者へ適切な支援が行われる体制の整備が必要である。令和４（2022）年整備指針改定において、拠点病院等は、がん患者の自殺リスクに対する対応方法や関係機関との連携についての共通フローの作成、関係職種に情報共有を行う体制の構築、自施設に精神科等がない場合の地域の医療機関との連携体制の確保が定められた。

（取り組むべき施策）

国は、がん患者の診断後の自殺対策について、医療従事者等が正しい知識を身につけられるよう、研修等の開催や、相談支援及び情報提供の在り方について検討する。

国は、がん診断後の自殺対策を推進するため、がん患者の自殺リスクやその背景等について実態把握を行い、必要な対応について検討する。

④ その他の社会的な問題について

（現状・課題）

がんに罹患して治療を受けている者は、現在 163 万人である[41]。がんの治療成

[41] 平成 26（2014）年「患者調査」

績の向上に伴い、がん経験者は増加しており、就労支援、アピアランスケア、自殺対策に留まらない、がん患者・経験者のＱＯＬ向上に向けた取組が求められる。

がん患者における社会的な問題として、離島、僻地（へき）における通院、**高額な医療費の負担、患者やその家族等の離職・休職に伴う収入の減少**等による経済的な課題等が指摘されている。また、障害があるがん患者については、がん診断の遅れや標準的治療への障壁があるなどの指摘がされているが、その詳細が把握できていないことや、対応が医療機関ごとに異なることが課題である。

また、がんに対する「偏見」について、地域によっては、がんの罹患そのものが日常生活の大きな障壁となること、自身ががんであることを自由に話すことができず、がん患者が社会から隔離されてしまうことがあることが指摘されている。

平成 30(2018) 年の患者体験調査によると、がん経験者のうち、周囲から不要に気を遣われていると感じる割合は 12.3%、家族以外の周囲の人からがんに対する偏見を感じると思う割合は 5.3%となっており[42]、がん診断後には、疎外感や以前とは異なる特別な扱いを受けていると感じるがん患者がいる。
また、がんの治療後、日常生活に復帰して一定期間経過した後も、「がん患者」であったことで周囲から異なる扱いをされることがあるなど、本当の意味での「がんの克服」について理解が不十分ではないかとの指摘もある。

（取り組むべき施策）
国は、高度化する治療へのアクセスを確保するため、患者・経験者・家族等の経済的な課題等を明らかにし、関係機関や関係学会等と協力して、利用可能な施策に関する周知や課題解決に向けた施策について検討する。

国は、障害がある等により情報取得や意思疎通に配慮が必要ながん患者の実態やニーズ、課題を明らかにし、がん検診や医療へのアクセス等の在り方について検討する。

地方公共団体は、がんに対する「偏見」の払拭や国民に対する正しい理解につながるよう、民間団体や患者団体等と連携し、普及啓発に努める。

42 「とてもそう思う」「ある程度そう思う」「ややそう思う」「どちらともいえない」「そう思わない」のうち、「とてもそう思う」「ある程度そう思う」を選択した患者の割合。

【個別目標】

就労支援及び治療と仕事の両立支援の推進、アピアランスの変化や自殺、偏見等への対策により、患者ががんと診断を受けた後も社会的課題による苦痛を受けることがないような社会を目指す。

（４） ライフステージに応じたがん対策

① 小児・ＡＹＡ世代について

（現状・課題）

がんによって、個々のライフステージごとに、異なった身体的問題、精神心理的問題及び社会的問題が生じることから、患者のライフステージに応じたがん対策を講じていく必要がある。

小児・ＡＹＡ世代のがん患者に対する教育については、法第 21 条において、「国及び地方公共団体は、小児がんの患者その他のがん患者が必要な教育と適切な治療とのいずれをも継続的かつ円滑に受けることができるよう、必要な環境の整備その他の必要な施策を講ずるものとする」とされている。

現在、国は、小児がん拠点病院を全国に 15 か所指定しており、その指定要件として、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）又はこれに準じる施設が整備されていることを定めている。

また、国は、高等学校段階の取組が遅れているとの指摘を踏まえ、令和元(2019)年度及び令和２（2020）年度に、「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、在籍校・病院・教育委員会等の関係機関が連携して病気療養児を支援する体制の構築方法に関する調査研究を行った。令和３（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を活用した遠隔教育の調査研究事業」を実施し、ＩＣＴを活用した効果的な遠隔教育の活用方法等の調査研究を行っている。さらに、厚生労働科学研究において、がん患者の高校教育の支援の好事例の収集や実態・ニーズ調査を実施し、高校教育の提供方法の開発と実用化に向けた研究を進めている。

治療開始前に、教育支援等について医療従事者から説明があったと回答した人の割合は、令和元（2019）年度で 68.1%、治療中に学校や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は 76.6%となっており[43]、全ての患者に対応できるよう更なる対策が求められる。

また、小児期にがんに罹患したがん経験者について、晩期合併症などの長期フォローアップや移行期支援など、ライフステージに応じて、成人診療科と連携した切れ目ない相談支援体制を構築することが求められているほか、小児・ＡＹＡ世代のがん経験者は、晩期合併症等により、就職が困難な場合があるため、就労

[43] 令和元（2019）年度「小児患者体験調査」

支援に当たっては、成人でがんを発症した患者と、ニーズや課題が異なることを踏まえる必要がある。

さらに、人生の最終段階における療養場所として、一定数のがん患者が自宅**や地域**で過ごすことを希望している中、ＡＹＡ世代のがん患者は、利用できる支援制度に限りがある等の理由から、在宅で療養することを希望しても、**患者やその家族等の身体的・精神心理的・経済的な**負担が大きいことが指摘されている。これに対して、独自の支援を行っている地方公共団体**や民間団体等**も複数存在しているが、その実態については明らかではない。

（取り組むべき施策）

国は、教育支援の充実に向けて、医療従事者と教育関係者との連携に努めるとともに、療養中に**教育を必要とする患者が**適切な教育を受けることのできる環境の整備、就学・復学支援等の体制整備を行う。また、ＩＣＴを活用した遠隔教育について、課題等を明らかにするため、実態把握を行う。

国は、長期フォローアップや移行期支援など、成人診療科と連携した切れ目ない支援体制が**、地域の実情に応じて**構築できるよう、**患者の健康管理の方法、地域における療養の在り方、再発・二次がん・併存疾患のフォローアップ体制等の**医療・支援の在り方について検討する。

国は、小児・ＡＹＡ世代のがん経験者の就労における課題の克服に向けて、ハローワークや地域若者サポートステーション等を含む就労支援に関係する機関や患者団体と連携した取組を、引き続き推進する。

国は、小児・ＡＹＡ世代のがん患者の療養環境の課題等について実態把握を行い、**診断時からの**緩和ケア提供体制や在宅療養環境等の体制整備について**、関係省庁と連携して**検討する。

② 高齢者について

（現状・課題）

高齢のがん患者については、認知機能低下により、身体症状や意思決定能力、治療のアドヒアランス、有害事象の管理などに影響を及ぼす可能性があることや、認知症の進行により日常生活における支援が必要となることなどが指摘されており、身体的な状況や社会的背景などに合わせた様々な配慮をしていく必

要がある。
　また、高齢のがん患者については、認知症の発症や介護の必要性など、家族**等**の負担が大きくなることから、家族等に対する早期からの情報提供・相談支援体制が必要であり、本人の意見を尊重しつつ、これらに取り組む必要がある。

　国は、厚生労働科学研究において、高齢のがん患者に対する多職種による意思決定支援プログラムの研究・開発を行っている。また、意思決定支援の取組を推進するため、令和４（2022）年整備指針改定において、拠点病院等は、高齢者のがんに関して、「意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応をしていること」とした。

（取り組むべき施策）
　拠点病院等は、高齢のがん患者への支援を充実させるため、地域の医療機関や**かかりつけ医、**在宅療養支援診療所等の医療・介護を担う機関、関係団体、地方公共団体等と連携し、患者やその家族等の療養生活を支えるための体制を整備するとともに、地域における課題について検討する。

　国は、高齢のがん経験者のＱＯＬの向上を目指し、高齢のがん患者が抱える課題について実態把握を行い、長期療養の中で生じる有害事象などに対応ができるよう、患者の健康管理の方法、地域における療養の在り方、再発・二次がん・併存疾患のフォローアップ体制等について検討する。

　国は、高齢のがん患者の、人生の最終段階における療養場所等の選択に関する意思決定を支援するための方策について検討する。

【個別目標】
小児・ＡＹＡ世代の患者への教育、就労、長期フォローアップ等の支援や、高齢のがん患者への療養環境への支援を行うことで、がん患者がライフステージごとに抱える問題に対し、適切な支援を受けられることを目指す。

４．これらを支える基盤の整備

（１） 全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進

（現状・課題）

我が国のがん研究の総合的かつ計画的な推進に向けて、平成 26（2014）年度に、厚生労働大臣、文部科学大臣、経済産業大臣により「がん研究 10 か年戦略」（以下「戦略」という。）が策定された。戦略においては、平成 27（2015）年４月に設立されたＡＭＥＤと協力しながら、長期的視点を持って研究成果を産み出すこととしている。

平成 30（2018）年には、第３期基本計画の策定等を踏まえ、戦略の中間評価を行い、「がん研究全体として概ね順調に進捗している」とされた。また、我が国のがん研究に関する現在の課題を把握するとともに、戦略の後半期間にあたる令和元（2019）年から令和５（2023）年に重点的に取り組むべき研究について取りまとめた。

一方で各研究分野について、患者及びがん経験者の参画をより一層推進し、患者及びがん経験者目線で必要とされている領域の研究や、臨床現場でニーズの高い領域の研究を推進していく必要があることが指摘された。

また、厚生労働省の「がん対策推進総合研究事業」においては、戦略及び第３期基本計画に基づくさまざまな政策的課題を解決するための研究を行っている。

我が国における全ゲノム解析等を推進するため、令和元（2019）年 12 月にがんや難病領域の「全ゲノム解析等実行計画（第１版）」が策定された。その後、臨床情報と全ゲノム解析の結果等の情報を連携させ搭載する情報基盤を構築し、がん・難病に係る研究・創薬等への利活用を更に推進するため、令和４（2022）年９月に、「全ゲノム解析等実行計画 2022」が策定された。

「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画」（令和４年６月７日閣議決定）においても、重点投資すべき分野として、「人への投資と分配」及び「科学技術・イノベーションへの重点的投資」が盛り込まれ、大学等をはじめとする研究開発の体制整備が期待されており、こうした中で、がん医療についても人材育成や研究基盤の整備を加速させていく必要がある。

健康・医療分野におけるムーンショット型研究開発事業については、令和３（2021）年４月 16 日の日米共同声明（日米競争力・強靭性（コア）パートナー

シップ）に「がんムーンショット」が盛り込まれたことを踏まえ、ＡＭＥＤにおいて、日米連携による「がんゼロ社会」に向けた研究開発のＰＭ（プロジェクトマネジャー）が令和４（2022）年９月に採択された。

（取り組むべき施策）

国は、「がん研究 10 か年戦略中間評価報告書」や本基本計画を踏まえ、がん研究の更なる充実に向け、戦略の見直しを行う。**また、関係省庁が協力し、多様な分野を融合させた先端的な研究を推進することにより、治療法の多様化に向けた取組をより一層推進する。**

ＡＭＥＤは、基礎的な研究から実用化に向けた研究までを一体的に推進するため、有望な基礎研究の成果の厳選及び医薬品・医療機器の開発と企業導出を速やかに行うための取組を引き続き推進する。

国は、「全ゲノム解析等実行計画 2022」を着実に進め、ゲノム情報等による不利益が生じないよう留意しつつ、新たな予防・早期発見法等の開発を含めた患者還元や、がんや難病に係る研究・創薬への利活用等を推進する。

国は、がん対策の一層の推進に向けて、本基本計画における各分野の政策課題の解決に資する研究を推進する。

【個別目標】

がん研究の更なる促進により、がん予防に資する技術開発の推進や医薬品・医療機器等の開発によるがん医療の充実を図るとともに、がん患者やその家族等の療養生活に関する政策課題の解決を図る。

（２） 人材育成の強化

（現状・課題）

がん医療の現場を担う人員の不足や、**がん医療を担う人材育成の医療機関間における差が、患者に提供される医療の医療機関**間、地域間における差の要因の一つとなっている。集学的治療等の提供については、引き続き、手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法を専門的に行う医療従事者を養成するとともに、こうした医療従事者と協力して、がん医療に関する基本的な知識や技能を有し、がん医療を支えることのできる医療従事者を養成していく必要がある。

国は、これまで、拠点病院等を中心に、医療チームによる適切な集学的治療等を提供するため、「がん対策推進総合研究事業」等における緩和ケア研修、がんゲノム医療コーディネーター研修会、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等の人材育成のための支援を行ってきた。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、それぞれ増加している。

また、平成 29（2017）年度から令和３（2021）年度まで、多様な新ニーズに対応する「がん専門医療人材（がんプロフェッショナル）」養成プランを行い、がん専門医療人材の養成として、特にゲノム医療や希少がん及び小児がんに対応できる高度がん医療人材の育成や、ライフステージに応じたがん対策を推進する人材の育成に取り組む大学への支援を実施し、がん医療人材養成の拠点大学における優れた取組の他大学等への普及を推進してきた。

今後、臨床面では、がん診療に従事する専門職や、がん患者の症状緩和やがん経験者のケアにあたる人材、ＱＯＬの向上及び終末期医療を担う人材などの育成が必要とされている。また、同時に、急速に高度化するがん医療において、分野横断的な対応が必要となり、**腫瘍循環器学や腫瘍腎臓病学等のがん**関連学際領域に対応できる人材や医療ビッグデータの解析専門家、個別化医療・創薬研究を担う人材など、新たに必要とされるスペシャリストの育成が重要な課題となっている。

（取り組むべき施策）

国は、がん医療の現場で顕在化している課題に対応する人材、がん予防の推進を行う人材、新たな治療法を開発できる人材等の専門的な人材の育成を推進する。また、専門的な人材の育成の在り方を検討するにあたっては、高齢化や人口減少等の背景を踏まえ、人材の効率的な活用等の観点を含め、検討する。

がん医療の高度化が進む中で、がん対策を一層の推進する観点から、拠点病院等を中心に、専門的な人材の育成及び配置に積極的に取り組む。

【個別目標】

がん医療における人材育成の強化により、がん専門医療人材が拠点病院等を中心に、適正に配置されることを目指す。

（３） がん教育及びがんに関する知識の普及啓発

（現状・課題）

子どもが健康と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理するとともに、がんに対する正しい知識、がん患者への理解及び命の大切さに対する認識を深めることが大切である。これらをより一層効果的なものとするため、医師やがん患者・経験者等の外部講師を活用し、子どもに、**遺伝性がんも含めた**がんの正しい知識やがん患者・経験者の声を伝えることが重要である。

国は、学習指導要領に対応したがん教育を推進するため、教材、指導参考資料、外部講師活用のガイドラインの改訂・周知を行うとともに、外部講師の活用体制の整備や研修会の実施など、地域の取組を支援している。しかし、地域によって取組状況に差があることから、地域の実情に応じた取組が一層推進されるよう、各地域の取組の成果を全国へ普及する必要がある。

国は、国民に対するがんに関する知識の普及啓発について、がん情報サービスや拠点病院等における相談支援センターの広報により、取組を進めてきた。一方で、インターネットの普及等により、科学的根拠に乏しい情報が多く存在すること、患者が必要な情報に適切にアクセスすることが難しいことなどが指摘されている。

また、平成 21（2009）年度から職場におけるがんに関する知識の普及啓発として、「がん対策推進企業等連携事業（がん対策推進企業アクション）」を実施している。本事業の趣旨に賛同する企業・団体数は、事業開始から着実に増加し、令和３（2021）年度末で 4,065 社・団体となった。

（取り組むべき施策）

国は、引き続き、学習指導要領に基づく、児童生徒の発達段階に応じたがん教育を推進する。その際、地域の実情に応じたがん教育の取組が充実されるよう、医療従事者やがん患者等の外部講師の積極的な活用について周知を行うとともに、ＩＣＴの活用を推進するなど、各地域の取組の成果の普及を図る。

国は、都道府県及び市町村において、教育委員会及び衛生主管部局が連携して会議体を設置し、医師会や患者団体等の関係団体とも協力しながら、また、学校医やがん医療に携わる医師、がん患者・経験者等の外部講師を活用しながら、がん教育が実施されるよう、必要な支援を行う。

国及び地方公共団体、拠点病院等を中心とした医療機関は、患者やその家族等の関係団体等の協力を得ながら、国民に対するがんに関する正しい知識の普及啓発に引き続き取り組む。その際には、啓発資材のデジタル化や対象者に応じた周知方法の工夫等により、より効果的な手法を用いる。

事業主や医療保険者は、がん対策推進企業アクション等の国や地方公共団体の事業を活用することも含め、雇用者や被保険者・被扶養者が、がんに関する正しい知識を得ることができるよう努める。

【個別目標】

国民ががん予防や早期発見の重要性を認識するとともに、がんを正しく理解することを目指す。

（４） がん登録の利活用の推進

（現状・課題）

がん患者のがんの罹患、転帰その他の状況を収集し、がん対策の一層の推進を図るため、平成 28（2016）年１月より、「がん登録等の推進に関する法律」（平成 25 年法律第 111 号。以下「がん登録推進法」という。）に基づく全国がん登録が開始された。

平成 28（2016）年より全国がん登録の届出件数は増加してきており、精度指標については、令和元（2019）年時点で、ＭＩ比が 0.38、ＤＣＯが 1.92%であるなど、登録情報の内容が充実してきている。

また、がん登録情報の効果的な利活用については、がん登録情報を活用した市町村におけるがん検診の感度・特異度の算出に向けた検討や、現行制度の課題の整理及び見直しに向けた議論を行っている。

（取り組むべき施策）

国は、がん対策の充実に向けて、がん登録情報の利活用を推進する観点から、引き続き、質の高い情報収集に資する精度管理に取り組む。

国は、がん登録情報の利活用の推進について、現行制度における課題を整理し、がん登録推進法等の規定の整備を含め、見直しに向けて検討する。利活用の推進にあたっては、保健・医療分野のデジタル化に関する他の取組とも連携し、より有用な分析が可能となる方策を検討する。

【個別目標】

<u>がん登録情報の更なる利活用を目指す。</u>

（５） 患者・市民参画の推進

（現状・課題）

法第 22 条は、国及び地方公共団体は、民間の団体が行うがん患者の支援に関する活動、がん患者の団体が行う情報交換等の活動等を支援するため、情報提供その他の必要な施策を講ずるものとしており、また、法第 25 条第２項は、がん対策推進協議会の委員は、がん患者やその家族・遺族を代表する者も含め、任命することとしている。

さらに、がん患者を含めた国民は、法第６条により、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ほか、がん患者に関する理解を深めるよう努めなければならないとされている。

患者本位のがん対策を推進するためには、国と地方公共団体と、患者団体等の関係団体やがん患者を含めた国民が協力して、取組を進めていくことが必要である。また、その際には、多様な患者・市民が参画できる仕組みを整備するとともに、患者・市民参画に係る啓発**・育成**もあわせて推進することが必要である。

（取り組むべき施策）

国及び都道府県は、**国民本位の**がん対策を推進するため、基本計画及び「都道府県がん対策推進計画」（以下「都道府県計画」という。）の策定過程について、性別、世代、がん種等を考慮し、多様ながん患者等の参画を推進する。また、諸外国の事例も踏まえ、患者・市民参画の更なる推進に向けた仕組みを検討する。

国は、これまでがん研究分野で推進されてきた、がん患者及びがん経験者の参画の取組に係る知見を、患者・市民参画に関する研究成果も踏まえ、各分野への横展開を行う。

国は、患者・市民参画を推進するにあたって、参画する患者・市民への啓発**・育成を行う。また、**医療従事者や関係学会に対しても、患者・市民参画に係る十分な理解が得られるよう、啓発等に取り組む。

【個別目標】

がん患者とその家族等を含む国民が、がん対策の重要性を認識し、がん医療に関する正しい理解を得て、医療従事者とも連携しながら、がん対策に主体的に参画する社会を目指す。

（６） デジタル化の推進

（現状・課題）

近年、我が国においては、デジタル技術の進展や新型コロナウイルス感染症への対応により、日本のデジタル社会の実現に向け、デジタル・オンラインの活用が多方面で進められている。

がん対策においても、地方公共団体や拠点病院等における取組をより効果的かつ効率的に推進する観点から、個人情報の保護やデジタル技術に不慣れな人等へのサービス提供の観点に留意しつつ、デジタル技術の活用等を検討する必要がある。

（取り組むべき施策）

国は、がん医療の質の向上と分かりやすい情報提供等を一層推進するため、「がん予防」、「がん医療」、「がんとの共生」の各分野において、ＰＨＲの推進、現況報告書のオンライン化、オンラインを活用した相談支援や効果的な情報提供等、デジタル技術の活用による医療のデータ化とその利活用の推進について検討する。

また、国は、患者やその家族等のアクセス向上や、医療・福祉・保健サービスの効率的・効果的な提供の観点から、**安心かつ安全なオンライン診療の提供や**地方公共団体や医療機関における会議**のオンライン化**、相談支援のオンライン化に向けた取組を推進する。

【個別目標】

デジタル技術の活用等により、患者やその家族等の医療・福祉・保健サービスへのアクセシビリティを向上させるとともに、国、地方公共団体及び医療機関等が効率的かつ効果的にサービスを提供できることを目指す。

第３　がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

１．関係者等の連携協力の更なる強化

がん対策を総合的かつ計画的に推進し、実効性を担保するためには、関係者等が、適切な役割分担の下、相互の連携を図り、一体となって努力することが重要である。

国及び地方公共団体は、民間団体が行うがん患者の支援に関する活動、がん患者の団体が行う情報交換等の活動等を支援するため、情報提供その他の必要な施策を講ずるものとする。

また、国及び地方公共団体は、がん教育、がんに関する知識の普及啓発等により、がん患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境への理解を図るとともに、関係者等の意見の把握に努め、がん対策に反映させていくことで、国民とともに、「がんとの共生」社会の実現に取り組んでいくこととする。

なお、国及び地方公共団体は、他の疾患等に係る対策と関連する取組については、それらの対策と連携して取り組んでいくこととする。

２．感染症のまん延や災害等を見据えた対策

がん検診の受診率について、新型コロナウイルス感染症の影響により、検診の受診者が1～２割程度減少しているとの報告もある。

国は、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、感染症のまん延時等にがん検診の提供体制を一時的に縮小した場合でも、状況に応じて速やかに提供体制及び受診行動を回復させることができるよう、平時における準備等の対応について検討する。

令和４（2022）年整備指針改定において、都道府県がん診療連携協議会の体制を強化し、拠点病院等の役割分担や連携体制の構築、感染症のまん延や災害等への対応等を新たな要件として盛り込んだ。

国及び都道府県は、感染症のまん延や災害等の状況下においても、必要ながん医療を提供できるよう、診療機能の役割分担や各施設が協力した人材育成や応援体制の構築等、地域の実情に応じた連携体制を整備する取組を平時から推進する。

３．都道府県による計画の策定

都道府県は、本基本計画を基本としながら、当該都道府県におけるがん患者に

対するがん医療の提供の状況等を踏まえ、都道府県計画を策定する。都道府県計画は、医療計画**、都道府県健康増進計画、都道府県介護保険事業支援計画**等のがん対策に関連する事項を定めるその他の計画と調和が保たれたものとする。また、地域の実情に応じた自主的かつ主体的な施策や普及啓発の取組を盛り込むことが望ましい。

都道府県は、都道府県計画の策定過程において、患者・市民参画を含め、関係者等の意見の聴取に努める。

また、都道府県は、都道府県計画に基づくがん対策の進捗管理に当たって、ＰＤＣＡサイクル**の実効性確保のため、ロジックモデル等のツールの活用を検討する**とともに、当該都道府県におけるがん医療に関する状況の変化やがん対策の効果に関する評価を踏まえ、必要があるときには、都道府県計画を変更するよう努める。

国は、都道府県計画の作成手法等について必要な助言を行う。

４．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条に基づき、がんに関する正しい知識を持ち、がんの予防に必要な注意を払い、必要に応じ、がん検診を受けるよう努めるほか、がん患者に関する理解を深めるよう努めるものとする。

また、今後のがん医療の向上に資するよう、以下の点についても努力していくことが望まれる。

- がん医療は、がん患者やその家族**等**と、医療従事者の人間関係を基盤として成り立っていることから、医療従事者のみならず、がん患者やその家族**等**も、医療従事者と信頼関係を築くことができるよう努めること。

- がん患者が適切な医療を受けるためには、セカンドオピニオンに関する情報の提示、がんに関する十分な説明、相談支援等が重要であるが、がん患者やその家族**等**も、医療従事者からの説明を受けながら、病態や治療内容等について、理解するよう努めること。

- 患者本位のがん対策を推進するため、がん患者を含めた国民は、国、地方公共団体、関係者等と協力して、**主体的に**がん対策の議論に参画するなど、がん医療や、がん患者やその家族**等**に対する支援を充実させることの重要性を認識し、**正しい知識・理解を得て、**行動するよう努めること。

５．必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化

がん対策を総合的かつ計画的に推進するためには、各取組の適切な評価と、各取組の着実な実施に向けて必要な財政上の措置を行っていくこと等が重要である。

一方、厳しい財政事情の下で限られた予算を最大限有効に活用し、がん対策の成果を上げていくためには、選択と集中の徹底、各施策の重複排除、関係省庁間の連携強化とともに、官民の役割と費用負担の分担を図ることが必要である。

また、将来にわたって必要かつ適切ながん医療を提供するため、効率的かつ持続可能ながん対策を実現することが重要である。

６．目標の達成状況の把握

国は、分野別目標及び個別目標の達成状況について、適宜調査を実施しその結果を公表するとともに、本基本計画の進捗状況を適切に把握し、管理するため、３年を目途に中間評価を行う。その際、各分野の取り組むべき施策が、分野別目標及び個別目標の達成に向けて効果をもたらしているか、ロジックモデルを活用した科学的・総合的な評価を行い、必要に応じてその結果を施策に反映する。**また、分野別目標及び個別目標の達成状況及び計画の進捗状況の把握に当たって、適切な指標が設定されているか、必要に応じて見直しを行う。**

がん対策推進協議会は、本基本計画の進捗状況を踏まえ、必要に応じて、がん対策の推進に資する提言を行うとともに、検討会等の積極的な活用を行う。

７．基本計画の見直し

国は、法第 10 条第７項に基づき、がん医療に関する状況の変化を勘案し、及びがん対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも６年ごとに、基本計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更するものとする。なお、本基本計画の計画期間が終了する前であっても、必要があると認めるときは、本基本計画を変更するものとする。

第86回がん対策推進協議会	資料２
令和４年11月30日	

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

第４期がん対策推進基本計画全体目標について

厚生労働省

健康局　がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

これまでの基本計画における全体目標について

第１期がん対策推進基本計画（平成19年度～平成23年度）

「がんによる死亡者の減少」
「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」

第２期がん対策推進基本計画（平成24年度～平成28年度）

「がんによる死亡者の減少」
「全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」
「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」

第３期がん対策推進基本計画（平成29年度～令和４年度）

「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」
①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実
②患者本位のがん医療の実現
③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

全体目標に関してこれまでいただいた主なご意見

- 「いつでも」、「どこでも」に加えて、「誰もが」と明記し、患者の経済・雇用状況、家族状況、障害の有無、年代・性別、文化的背景等に関係なく、誰もが安心かつ納得できるがん医療や支援を受けられるようにすること、即ち、誰一人取り残さない（leave no one behind）、包摂性・多様性といった価値を全体目標の中で示すことができたら良いのではないかと考える。

- 第4期の全体目標は「がん患者を含めた国民すべてが、がんを知り、関わり、一人ひとりのWell-beingを実現する。」のようにしてはどうか。全体目標は社会の変化と医学の進歩を捉えた、国民に伝わりやすい表現へとアップデートすべきである。「格差を是正し、誰も取りこぼさない」という考え方をベースにした「多様性とWell-being」がこれからの社会のキーワードであり、本計画においても発信すべきメッセージであると考える。

- 患者、家族、遺族を代表する者ががん対策推進協議会に参画し、切れ目なく将来のがん対策に寄与していくために人材育成や世代交代を行っていくという視点で、患者・市民参画は非常に重要なことである。

第４期基本計画の全体目標（案）

■ これまでの基本計画及び協議会でのご意見、第３期中間評価を踏まえ、以下についてどのように考えるか。

全体目標（案）

誰もが、正しくがんを知り、納得できるがん医療を受けられ、

自分らしく生きられる社会を、全ての国民でつくりあげる。

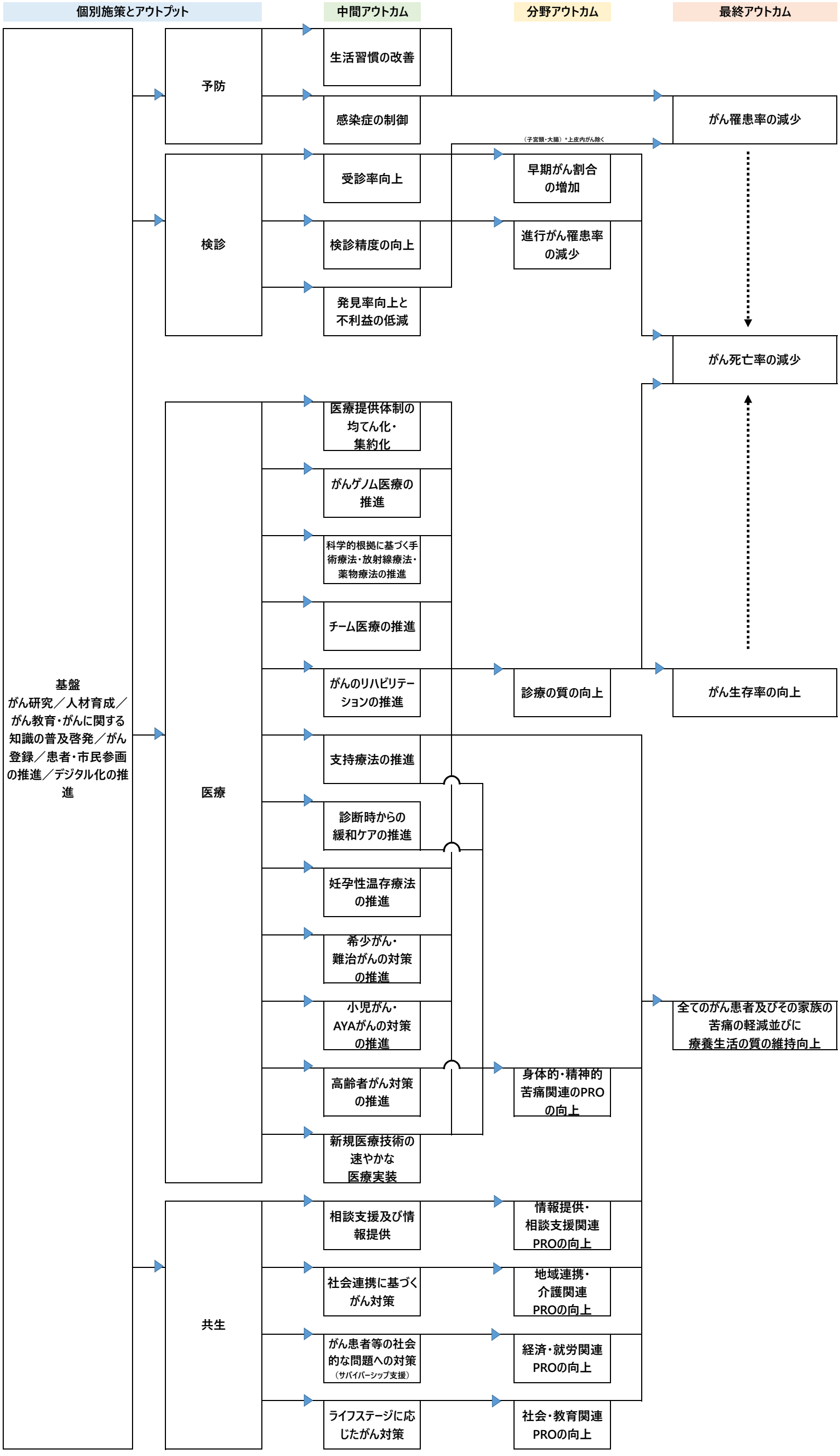
全体目標に含める要素（案）

- 第３期中間評価やこれまでの協議会でご意見の多かった「情報の均てん化」、「地域間及び医療機関間における取組状況の差」について
- 基本計画の３本の柱である「がん予防」、「がん医療」、「がんとの共生」について
- 新たに「基盤」に位置づけられる「患者・市民参画の推進」について

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：基本ロジックモデル

第86回がん対策推進協議会	資料３
令和４年11月30日	

11月30日時点版（未定稿）



第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#2 がん予防＜がんの２次予防（がん検診）＞

11月30日時点版（未定稿）

①受診率対策について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
-	がん検診受診率をより正確かつ精緻に、個人単位で把握できるよう検討	施策を検討する段階のため、指標設定無し（着実に検討を推進すること）	–	–
1-1	科学的かつ効果的な受診勧奨策の推進、利便性向上	受診勧奨実施市町村*数	新	検討中
1-2	がん検診の意義・必要性についての正しい理解の普及啓発	普及啓発キャンペーンの実施状況（実施都道府県数）（仮）	新	検討中
-	感染症まん延時等で提供縮小した後にも速やかに検診行動を回復できる準備等の対応検討	施策を検討する段階のため、指標設定無し（着実に検討を推進すること）	–	–
1-3	職域での実施状況の継続的な把握に向けた課題の整理	指針に基づく検診の実施率	新	検討中（保険者データヘルス全数調査または厚労科研）

*特別区を含む。以下、同じ。

②がん検診の精度管理等について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-4	レセプトやがん登録情報の活用による精度管理の技術的支援	市町村への支援数	新	検討中（厚生労働科学研究（仮））
1-5	精密検査受診率の低い市町村に対する都道府県による指導・助言	実施都道府県数	新	都道府県用チェックリスト実施率調査
1-6	職域における精度管理向上のための保険者への技術的支援	支援保険者数	新	検討中（厚生労働科学研究（仮））
1-7	市町村での精密検査実施医療機関リストの提供等のわかりやすい情報提供	実施市町村数	新	検討中（市区町村におけるがん検診の実施状況調査）

③科学的根拠に基づくがん検診の実施について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
-	諸外国との比較調査を実施する仕組みの検討	指標設定無し（着実に検討を推進すること）	–	–
1-8	対象年齢・検診間隔を含めた指針に基づくがん検診の遵守（指針に基づかないがん検診の中止）	遵守市町村数	新	市区町村におけるがん検診の実施状況調査
1-9		中止市町村数	新	市区町村におけるがん検診の実施状況調査
-	対策型検診の項目変更に係るプロセスの明確化についての検討	指標設定無し（着実に検討を推進すること）	–	–
-	指針に基づかないがん検診に係る効果検証の方法について検討	指標設定無し（着実に検討を推進すること）	–	–
-	組織型検診に向けた課題の整理と対応の検討	指標設定無し（着実に検討を推進すること）	–	–

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	受診率の向上	検診受診率	1031	国民生活基礎調査
2-2	精検受診率の向上	精検受診率	1032	地域保健・健康増進事業報告
2-3	がん発見率の向上	がん発見率	新	地域保健・健康増進事業報告
2-4	不利益の低減	偽陽性割合	新	地域保健・健康増進事業報告

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	検診がん種の早期がん割合の増加	がん種別早期がん割合	新	全国がん登録
3-2	検診がん種の進行がん罹患率の減少	がん種別進行がん罹患率	新	全国がん登録

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	検診がん種の死亡率減少	がん種別年齢調整死亡率	1002	人口動態統計
4-2	がん罹患率（子宮頸・大腸）*; 減少　※	がん種別年齢調整罹患率	1004	全国がん登録

*；上皮内がん除く。
※がん検診により子宮頸部・大腸の前がん病変を早期発見して治療介入すれば、子宮頸がん・大腸がんの罹患数が減少する。

凡例：
・#：　ロジックモデル内の便宜上の通し番号 ※全体確定後、改めて付番。
・3期：第3期中間評価指標で採用されていた指標は当時の番号。新規の場合、「新」。
・データソース：用いる調査等。既存のデータベースでは情報が取得できない場合、「検討中」と記載。具体的には、既存調査の見直しや厚労科研等での対応を検討している。想定される調査について（）内に記載。

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：3. がん医療提供体制等＜医療提供体制の均てん化・集約化＞

11月30日時点版（未定稿）

医療提供全般

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	国及び都道府県による、地域特性に応じた拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化の推進	役割分担に関する議論が行われている都道府県の数	新	現況報告
1-2	国及び都道府県による、地域の実情に応じた危機対応時の連携体制を整備する取組の推進（平時から）	ＢＣＰに関する議論が行われている都道府県の数	新	現況報告
1-3		（参考）BCPを整備している病院の数	新	現況報告
1-4	がん診療連携拠点病院等、小児がん拠点病院等、がんゲノム医療中核拠点病院等の相互連携についての検討推進	都道府県協議会に小児がん拠点病院等が参加している都道府県の数※	新	現況報告

※ゲノム拠点は自動的に連携される。

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	医療機関の機能分担を通じた質の高い安心な医療の効率的な提供	専門的な医療を受けられたと思う患者の割合	新	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	がんの死亡率の減少	がんの年齢調整死亡率	2001	人口動態統計
4-2	がんの生存率の向上	がん種別５年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
4-3	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

病理診断

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-5	質の高い病理診断や細胞診断を提供するための体制の整備	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	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-2	タイムリーな病理診断	初診時から確定診断までの１ヶ月未満の人の割合	新	検討中（患者体験調査or院内がん登録＋DPCorNDB（仮））

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#4. がん医療提供体制等＜がんゲノム医療＞

11月30日時点版（未定稿）

がんゲノム医療

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	がんゲノム医療中核病院を中心としたゲノム医療提供取組の継続	がんゲノム医療中核拠点病院等の数	2013	現況報告（がんゲノム）
1-2		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（臨床遺伝専門医）*	2015	現況報告（がんゲノム）
1-3		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（認定遺伝カウンセラー）*	2016	現況報告（がんゲノム）
1-4		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（がんゲノム医療コーディネーター）*	2017	現況報告（がんゲノム）
1-5		薬物療法に専門的な知識及び技能を有する医師の数*	2018	現況報告（がんゲノム）

*がんゲノム中核拠点病院における人員数

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	がんゲノム医療へのアクセシビリティの向上	がんゲノム情報管理センターに登録された患者数	2019	Ｃ－ＣＡＴ
2-2		がんゲノム医療拠点病院等において遺伝性腫瘍に関する遺伝カウンセリングを実施した患者数	2018	現況報告（がんゲノム）
2-3		がん遺伝子パネル検査を実施した患者のうち、エキスパートパネルで推奨された薬剤が投与された患者の割合	新	Ｃ－ＣＡＴ
2-4		ゲノム情報を活用したがん医療についてがん患者が知っていると回答した割合	2020	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	がんの死亡率の減少	がんの年齢調整死亡率	2001	人口動態統計
4-2	がんの生存率の向上	がん種別５年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
4-3	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：5. がん医療提供体制等＜手術療法・放射線療法・薬物療法について＞

11月30日時点版（未定稿）

手術療法

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	科学的根拠に基づき、高度な手術療法の提供についても、医療機関間の役割分担の明確化・連携体制の整備等の取組推進	がんの鏡視下手術の割合	2031	現況報告
1-2		厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業(JANIS)へ登録している拠点病院等の割合	新	現況報告

放射線療法

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-3	科学的根拠に基づく高度な放射線療法について、医療機関間の役割分担の明確化・連携体制の整備等の取組推進	IMRT加算をとっている拠点病院の割合	2035	院内がん登録+DPC、現況報告
1-4		放射線治療専門医が常勤で配置されている拠点病院の割合	2036	現況報告
1-5		診療放射線技師が２名以上配置されている拠点病院等の割合	新	現況報告
1-6	関係学会等と連携し、粒子線治療等の高度かつ特殊な放射線療法の提供体制のあり方検討	あり方の検討段階のため、指標設定無し（着実に検討を推進すること）	-	-

薬物療法

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-7	科学的根拠に基づく高度な薬物療法が安全に実施できるような、医療機関間の役割分担の明確化、連携体制の整備等の取組推進	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	2040	現況報告
1-8		１拠点病院あたりの、がん薬物療法専門医数	2041	現況報告
1-9		免疫関連有害事象を含む有害事象に対して、他診療科や他病院と連携等して対応している拠点病院等の割合	新	現況報告
1-10	（国民が薬物療法等に関する正しい情報を取得できるよう）科学的根拠に基づく治療法に関する情報提供及び普及啓発	自施設で対応できるがんについて提供可能な診療内容を病院HP等でわかりやすく広報している拠点病院等の割合	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	安全かつタイムリーな手術治療の実施	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	2032	検討中（院内がん登録+DPCを利用（仮））
2-2		診断から手術までの日数	新	検討中（院内がん登録+DPCを利用（仮））
2-3	必要な患者に対する、最適な放射線治療のタイムリーかつ安全な実施	放射線治療関連QI	新	検討中
2-4		手術から放射線治療開始までの期間	新	検討中
2-5	最新の知見に基づく適切な化学療法のタイムリー・安全な実施	化学療法/薬物療法関連QI	2021	検討中
2-6		手術から化学療法開始までの期間	新	検討中（院内がん登録+DPC（仮））
2-7	国民が免疫療法に関する正しい情報を取得	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	2043	世論調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査
3-2	（標準的な）診断・医療の進歩	一般の人が受けられるがん医療は数年前と比べて進歩したと思う患者の割合	2003	患者体験調査
3-3	治療選択についての情報提供の充実（必要な情報へのアクセス改善）	治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合	新	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	がんの死亡率の減少	がんの年齢調整死亡率	2001	人口動態統計
4-2	がんの生存率の向上	がん種別５年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
4-3	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#6 がん医療＜チーム医療の推進＞

11月30日時点版（未定稿）

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	拠点病院等におけるチーム医療の提供体制の整備の推進	緩和ケア診療加算の算定回数	新	検討中（NDB等を活用し研究班で対応予定）
1-2		栄養サポートチーム加算の算定回数	新	検討中（NDB等を活用し研究班で対応予定）
1-3	都道府県がん診療連携協議会における拠点病院等と地域の医療機関との連携体制についての議論推進	都道府県協議会における地域の連携状況に関する議論実施状況	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	多職種（医師以外）による相談支援環境の充実	主治医以外にも相談しやすいスタッフがいた患者の割合	2055	患者体験調査
2-2	医療スタッフ間での情報連携の改善	医療スタッフ間で情報が十分に共有されていると感じた患者の割合	新	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	がんの死亡率の減少	がんの年齢調整死亡率	2001	人口動態統計
4-2	がんの生存率の向上	がん種別５年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
4-3	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#7 がん医療＜がんのリハビリテーションの推進＞

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	がんリハビリテーション研修の実施（と研修内容の見直し）	がんリハビリテーション研修プログラムを修了している医療従事者の人数	2063	ライフプランニングセンターからのデータ提供
1-2	がんリハビリテーション提供体制の整備（研修を受講した人材の拠点病院等への配置の推進）	リハビリテーションに携わる専門的な知識及び技能を有する医師が配置されている拠点病院の割合	2061	現況報告
1-3		がんのリハビリテーションに係る業務に携わる専門的な知識及び技能を有する療法士等を配置している拠点病院の数	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	がんリハビリテーションの適切な提供	拠点病院等に通院・入院中のがん患者でリハビリテーションを受けた患者の割合	2062	がん対策評価検証事業

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	がんの死亡率の減少	がんの年齢調整死亡率	2001	人口動態統計
4-2	がんの生存率の向上	がん種別５年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
4-3	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#8 がん医療＜支持療法の推進＞

11月30日時点版（未定稿）

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	多職種による相談支援体制の整備や医療従事者への研修実施等の推進	がん相談支援センターでのアピアランスケアの相談件数	新	現況報告
1-2		リンパ浮腫研修の受講者数	新	ライフプランニングセンターからのデータ提供
1-3	専門的なケアが受けられる体制の整備等の推進	リンパ浮腫外来が設置されている拠点病院の割合	2077	現況報告
1-4		ストーマ外来が設置されている拠点病院の割合	2078	現況報告
1-5		１拠点病院あたりの薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する専任常勤の薬剤師の数	2040	現況報告
1-6		１拠点病院あたりの、がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する専従常勤の医師数	新	現況報告
1-7		支持療法に関するガイドラインの数	2073	Minds登録数

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	治療に伴う副作用への見通しの改善	治療による副作用の見通しを持てた患者の割合	2074	患者体験調査
2-2	身体的なつらさに関する相談環境の改善	身体的なつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談ができると思う患者の割合	2075	患者体験調査
2-3	外見の変化に関する相談環境の改善	外見の変化に関する相談ができた患者の割合	2076	患者体験調査
2-4	支持療法の均てん化	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	2071	がん対策評価検証事業

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	身体的な苦痛を抱えるがん患者の減少	がんやがん治療に伴う身体の苦痛がないと感じる患者の割合	3012	患者体験調査
3-2	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の減少	がんやがん治療に伴い気持ちがつらくないと感じる患者の割合	3013	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	がんの死亡率の減少	がんの年齢調整死亡率	2001	人口動態統計
4-2	がんの生存率の向上	がん種別５年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
4-3	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#9 がん医療＜緩和ケア＞

11月30日時点版（未定稿）

緩和ケアの提供

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	個別の状況に応じた適切な対応が、地域の実情に応じて、診断時から一貫して行われる体制の整備	拠点病院の緩和ケアチーム新規診療症例数	新	現況報告
1-2		特定疾患治療管理料　がん患者指導管理料イの算定数	新	検討中（NDB等を活用し研究班で対応予定）
1-3	拠点病院等を中心とした在宅を含む地域における緩和ケア提供体制の整備推進	緩和ケア外来の新規診療患者数（地域の医療機関からの年間新規紹介患者数）	新	現況報告
1-4		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	新	現況報告
1-5	拠点病院等による、拠点病院による地域医療従事者も含めた研修の定期開催、専門的な疼	神経ブロックの実施数 L101-神経ブロック(神経破壊剤又は高周波凝固法使用)-腹腔神経叢ブロック(神経破壊剤又は高周波凝固法使用)の件数	新	NDB
1-6	痛治療に係る普及啓発及び実施体制の整備	緩和的放射線照射の実施数 M001-3(直線加速器による放射線治療)の2（1以外の場合）の件数	新	NDB
1-7	国民に対する、緩和ケアに関する正しい知識の普及啓発	測定困難であるため指標設定無し	-	-
1-8	入院以外での外来等における緩和ケアの充実についての検討	緩和ケア外来の新規診療症例数	新	現況報告
1-9		緩和ケア外来への、地域の医療機関からの紹介件数	新	現況報告
1-10	緩和ケアに係る実地調査等を定期的かつ継続的に実施するための方策についての研究と検討	方策の検討段階のため、指標設定無し	-	-
1-11	専門的な緩和ケアの質の評価等の方策の研究、緩和ケアの提供状況についての継続把握	指標設定無し（方策の検討段階、及び引き続き実施する取組のため）	-	-
1-12	拠点病院等以外の緩和ケアの充実に向けた提供体制の実態や課題の把握	緩和ケア診療加算の算定回数	-	検討中（NDB等を活用し研究班で対応予定）
1-13	終末期医療の実態等についての研究と質の向上についての検討	検討段階のため指標設定無し（着実に検討を進めること）		

緩和ケア研修会

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-14	医療従事者の緩和ケア研修会の更なる推進とフォローアップ研修等の検討	緩和ケア研修修了者数	3017	がん等における新たな緩和ケア研修等事業

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	苦痛に対する適切なケア・治療の普及（緩和ケアチームの質向上）	医療者はつらい症状にすみやかに対応していたと感じる割合（患者体験・遺族）	新規	患者体験調査・遺族調査
2-2		患者報告アウトカム（PRO）の症状改善率 ＊期中に指標を開発予定	新規	検討中（緩和医療学会からのデータ提供）＊
2-3	がん患者が、医療者に苦痛の表出ができること	身体的なつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談ができると思う患者の割合	2075	患者体験調査
2-4		心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合	3011	患者体験調査
2-5		がん診断～治療開始前に病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合	3002	患者体験調査
2-6		家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合	3003	患者体験調査
2-7		医療従事者が耳を傾けてくれたと感じた患者の割合	2006	患者体験調査
2-8	国民の緩和ケアへの理解度向上	国民の緩和ケアに関する認識	3018	世論調査
2-9		国民の医療用麻薬に関する認識	3019	世論調査

＊中間評価に向けてデータを整備予定

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	患者・家族のQOL向上（苦痛の緩和）	身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3012	患者体験調査
3-2		精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3013	患者体験調査
3-3		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	3015	遺族調査
3-4		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	3016	遺族調査
3-5	緩和ケアの質の向上	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	3033	遺族調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#10 がん医療＜妊孕性温存療法の推進＞

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	がん・生殖医療に関する人材育成等の体制整備推進	がん・生殖医療の意思決定支援に関する人材育成を実施している拠点病院の割合	新	現況報告
1-2		相談支援センターにおける「妊孕性・生殖機能」に関する相談件数	新	現況報告
1-3	妊孕性温存療法研究促進事業を通じたエビデンスの収集	日本がん・生殖医療登録システム JOFRへの登録症例数	新	日本・がん生殖医療学会よりデータ提供

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	がん患者・家族が生殖機能への影響についての情報提供を受け、納得できる意思決定ができること	治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合	2075	患者体験調査
2-2	妊孕性温存と温存後生殖補助医療に係るエビデンスの創出	がん・生殖医療に関するガイドラインの数／臨床研究実施数	新	検討中（Minds登録数／JRCT（仮））

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	身体的な苦痛を抱えるがん患者の減少	がんやがん治療に伴う身体の苦痛がないと感じる患者の割合	3012	患者体験調査
3-2	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の減少	がんやがん治療に伴い気持ちがつらくないと感じる患者の割合	3013	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	がんの死亡率の減少	がんの年齢調整死亡率	2001	人口動態統計
4-2	がんの生存率の向上	がん種別５年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
4-3	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#11 がん医療＜希少がん、難治性がん対策の推進＞

11月30日時点版（未定稿）

希少がん対策

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	（希少がんに関する）患者及びその家族等の目線に立ったわかりやすい情報提供の推進	希少がんホットラインへの問い合わせ数	新	国立がん研究センターよりデータ提供
1-2	（希少がんに関する）拠点病院等の役割分担に基づく医療機関間の連携体制の整備	希少がん診療を積極的に受け入れている拠点病院の数と他施設へ紹介する拠点病院の数	新	現況報告
1-3	病理診断に係る希少がん中央機関と拠点病院等との連携体制の整備	中央病理コンサルテーションの数	新	国立がん研究センターよりデータ提供
1-4	（希少がんに関する）存在診断、治療法の開発のための研究推進	希少がんに対する臨床試験を実施している拠点病院数	新	現況報告
1-5	希少がん領域における薬剤アクセスの改善に向けた課題の整理、その対応のための方策の検討	方策の検討段階のため、指標設定無し（着実に検討を推進すること）	-	-

難治性がん対策

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-6	（難治性がんに関する）患者及びその家族等の目線に立ったわかりやすい情報提供の推進	難治がんに関するHP等の整備を行っている拠点病院等の数	新	現況報告
1-7	（難治性がんに関する）拠点病院等の役割分担に基づく医療機関間の連携体制の整備	難治性がん診療を積極的に受け入れている拠点病院の数と他施設へ紹介する拠点病院の数	新	現況報告
1-8	（難治性がんに関する）存在診断、治療法の開発のための研究推進	難治性がんに対して臨床試験を行っている拠点病院等の数	新	現況報告
1-9	難治がん領域における薬剤アクセスの改善に向けた課題の整理、その対応のための方策の検討	方策の検討段階のため、指標設定無し（着実に検討を推進すること）	-	-

→

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	希少がんの患者の診療情報へのアクセス拡充	治療スケジュールの見通しに関する情報を十分得ることができた希少がん患者の割合	新	患者体験調査
2-2	希少がん診療における適切な役割分担の実現	希少がん診療を積極的に受け入れている拠点病院等における治療開始数	新	現況報告＋院内がん登録
2-3	連携の円滑化（速やかな医療の提供）	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	2082	患者体験調査
2-4	難治性がん診療における適切な役割分担の実現	難治性がん（※１）診療を積極的に受け入れている拠点病院等における治療開始数	新	現況報告＋院内がん登録

※１．膵がんを代表例として想定。難治性がんの定義について、今後検討が必要。

→

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	希少がん患者の高度かつ専門的な医療へのアクセシビリティの向上	希少がんについて、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	2083	患者体験調査
3-2	（難治性がんを含む）全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）（※２）	2005	患者体験調査

※２．がん種別で評価が困難なため全体の評価で代替。

→

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	希少がんの生存率向上	希少がんの5年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
4-2	希少がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じる希少がん患者の割合	3001	患者体験調査
4-3	難治性がんの年齢調整死亡率の減少	難治性がん（代表例：膵がん）の年齢調整死亡率	2002	人口動態統計
4-4	難治性がんの生存率向上	難治性がん（代表例：膵がん）の5年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
4-5	（難治性がんを含む）がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合（※２）	3001	患者体験調査

※２．がん種別で評価が困難なため全体の評価で代替。

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#12 がん医療＜小児がん・AYA世代のがん対策の推進＞

11月30日時点版（未定稿）

小児がん対策

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	小児がん医療提供体制の整備推進	小児がん拠点病院で小児がんの薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師の数	新	現況報告（小児がん）
1-2		小児がん拠点病院で小児の手術に携わる、小児がん手術に関して専門的な知識及び技術を有する医師の人数	新	現況報告（小児がん）
1-3		小児がん拠点病院で小児がんの放射線療法に携わる専門的な知識および技能を有する医師の人数	新	現況報告（小児がん）
–	小児がん拠点病院等による患者・家族目線に立った分かりやすい情報提供推進	適切な測定指標が無いため指標なし（※拠点病院では整備指針で必須要件のため100%となる）	–	–
1-4	地域の実情に応じた長期フォローアップのあり方に係る検討の推進	都道府県協議会でフォローアップの連携体制について議論している都道府県数	新	現況報告（小児がん）
1-5		（参考）長期フォローアップ外来を設置している小児がん拠点病院等の施設数	新	現況報告（小児がん）
–	小児がん領域の治験実施（国際共同治験への参加含む）を促進する方策検討、研究開発推進	施策の検討段階のため、指標なし（着実に検討を進めること）	–	–

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	小児がん診療の集約化	小児がん拠点病院で治療を受けた小児がん患者の割合	新	現況報告＋院内がん登録
2-2	小児がん相談支援の拡充	がん患者の家族の悩みや負担を相談できる支援・サービス・場所が十分あると思う小児がん患者の割合	新	小児患者体験調査
2-3	長期フォローアップの認知・利用拡充	長期フォローアップについて知っていると回答した小児がん患者の割合	新	小児患者体験調査
2-4	小児がん領域での研究開発の推進	小児がん拠点病院において実施されている治験数	新	現況報告＋JRCT

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	小児がん診療の質の向上・均てん化	小児がん患者のがんの診断・治療全般の総合評価（平均点又は評価が高い人の割合）	2083	小児患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	小児がん患者の生存率向上	小児がん患者の5年生存率	2091	院内がん登録

AYA世代のがん対策

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-6	地域の実情に応じたAYA世代のがん医療提供体制の整備	多職種からなるAYA支援チームを設置している拠点病院数	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-5	AYA患者の状況や希望に応じた支援の拡充	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若年がん患者の割合	3002	患者体験調査
2-6		外見の変化に関する相談ができた若年患者の割合	2076	患者体験調査
2-7		妊よう性に関する説明を受けた若年がん患者の割合 ※再掲	2093	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-2	AYA世代のがん診療の質の向上・均てん化	若者がん患者の診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-2	若年がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じる若年がん患者の割合	3001	患者体験調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#13 がん医療＜高齢者のがん対策の推進＞

11月30日時点版（未定稿）

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	拠点病院等による、地域医療機関・介護施設等との連携体制の整備	当該がん医療圏において、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討を行っている拠点病院等の数	新	現況報告
1-2			新	現況報告
-	高齢のがん患者に対するがん医療の実態把握、関係団体等と連携、更なるガイドラインの充実の推進	実態把握の段階／適切な測定指標が無いため、指標なし（着実に推進すること）	-	-
1-3	高齢のがん患者及び家族等の意思決定支援に係る取組推進	意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応をしている拠点病院数	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	多職種連携の評価	医師・看護師・介護職員など医療者同士の連携は良かったと評価した人の割合	新	遺族調査
2-2	療養場所に対する希望を踏まえた対応の拡充	患者と医師間で最期の療養場所に関する話し合いがあったと評価した人の割合	新	遺族調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#14 がん医療＜新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装＞

11月30日時点版（未定稿）

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
-	拠点病院等における臨床研究等の推進と患者目線の分かりやすい情報提供のあり方についての検討、拠点病院等への周知	あり方の検討段階のため、指標設定無し（着実に検討を進めること）	-	-
1-1	拠点病院等による患者に対する臨床研究等の適切な実施、情報提供、及び、適切な医療機関への紹介	臨床試験に参加していない地域の患者さんやご家族向けの問い合わせ窓口を設置している拠点病院数	新	現況報告
-	患者申出療養制度や先駆け審査指定制度等の既存の制度を活用しつつ、がん研究の成果の速やかな実装を、科学的根拠に基づき、引き続き推進	指標設定無し（既存制度の適切な活用を引き続き実施。指標が必要と認められた場合には見直し）	-	-

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	医薬品、医療機器及び医療技術の開発の加速とそれらの速やかな医療実装	拠点病院において実施されている臨床研究数	新	検討中（現況報告＋JRCT）

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査
3-2	（標準的な）診断・医療の進歩	一般の人が受けられるがん医療は数年前と比べて進歩したと思う患者の割合	2003	患者体験調査
3-3	治療選択についての情報提供の充実（必要な情報へのアクセス改善）	治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合	新	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	がんの死亡率の減少	がんの年齢調整死亡率	2001	人口動態統計
4-2	がんの生存率の向上	がん種別５年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
4-3	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#15 共生＜相談支援・情報提供＞

11月30日時点版（未定稿）

①相談支援について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	拠点病院等による、相談支援センターの認知度の継続的改善	がん相談支援センターでの新規相談件数（全国の拠点病院等での総数）	新	現況報告
1-2	関係団体等と連携し、がん相談支援に係る研修等の推進	相談員研修を受講したがん相談支援センターの相談員の人数	新	現況報告
1-3		上記の内、フォローアップ研修を受講したがん相談支援センターの相談員の人数	新	現況報告
-	持続可能な相談支援体制のあり方についての検討	あり方の検討段階のため指標設定無し（着実に検討を進めること）	－	－
1-4	拠点病院等と民間団体による相談機関やピア・サポーター等の連携体制の構築／ICTや患者団体、社会的人材リソースの活用方策検討	１拠点病院あたりの、連携している患者団体の数	新	現況報告
1-5	相談支援等に携わる者からピア・サポーター等につなげるための仕組みの検討	１拠点病院あたりの体験を語り合う場の開催数	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	相談支援センターの認知度	がん相談支援センターの認知度（成人＋小児）	3023	患者体験調査
2-2	がん相談支援センターの一般の人の認知度	治療法や病院についてがん相談支援センターで情報入手しようと思う人の割合	新	世論調査
2-3	がんの治療開始前までに相談することができること	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	3021	患者体験調査
2-4	ピアサポーターの認知度	ピアサポーターの認知度	3024	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	がん患者が、相談を利用し、役だったと思えること	相談支援センターを利用したことのある人が役に立ったがん患者の割合	新	患者体験調査
3-2		ピアサポートを利用したことがある人が役に立ったがん患者の割合	新	患者体験調査
3-3	がん患者の家族が、悩みや負担を相談できること	がん患者の家族の悩みや負担を相談できる支援・サービス・場所が十分にあると回答する者の割合	3022	患者体験調査
3-4				

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

②情報提供について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-6	ニーズ・課題の把握を進め情報提供のあり方について検討	あり方の検討段階のため現時点で指標設定無し（着実に検討を進めること）	－	－
1-7	がんに関する正しい情報の提供及び理解の促進の取り組み	がん情報サービスにアクセスした件数	新	国立がん研究センターからのデータ提供
1-8		がん情報サービスにおけるコンテンツ更新数	新	国立がん研究センターからのデータ提供
1-9	障害等によりコミュニケーションに配慮が必要な人や、日本語を母国語としていない人への情報提供を適切に行うことで医療へのアクセスを確保するために、現状及び課題等を把握し、情報提供体制のあり方について検討	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	3026	国立がん研究センターからのデータ提供

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-5	がん情報サービスの一般の人の認知度	治療法や病院についてがん相談支援センターで情報入手しようと思う人の割合	新	世論調査（内閣府） *H28年調査で取った実績有り
2-6	探しているがんの情報にたどりつけること	がん情報サービスにアクセスし、探していた情報にたどり着くことができた人の割合	3025	がん情報サービスによる調査（国立がん研究センターからのデータ提供）
2-7	がんの治療開始前までに相談することができること	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	3021	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-5	がん患者が、治療に関する十分な情報を得ることができること	がんの治療を決めるまでの間に、医療スタッフから治療に関する十分な情報が得られたがん患者の割合	3021	患者体験調査 小児患者体験調査
3-6	がん患者は、がんに対して正しい認識を持てること	新たな医療に関する情報の中には、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人の割	新	世論調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#16 共生＜社会連携＞

11月30日時点版（未定稿）

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
-	拠点病院等による、都道府県がん診療連携協議会におけるセカンドオピニオンや緩和ケア及び在宅医療等へのアクセスに関する情報提供のあり方についての検討	あり方の検討段階のため、指標設定無し（着実に検討を進めること）	-	-
1-1	拠点病院等による、介護施設や薬局等の地域の関係機関との連携や困難事例等への対応	専門医療機関連携薬局の認定数	新	厚生労働省
1-2	国による、拠点病院等を中心とした施設間の連携・調整を担う者の育成への取組	地域緩和ケア連携調整員研修受講者数	新	国立がん研究センター
1-3	セカンドオピニオンに関する情報提供及び利用状況等の実態把握と適切な情報提供のあり方についての検討	Ｂ０１０ 診療情報提供料（Ⅱ）の算定回数	新	NDB

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	希望時にセカンドオピニオンを受けられる割合の向上	がん治療前に、セカンドオピニオンに関する話を受けたがん患者の割合	3032	患者体験調査
2-2	療養場所に関する話し合いの普及	患者と医師間で最期の療養場所に関する話し合いがあった	新	遺族調査
2-3	切れ目ない転院・療養体制の拡充	紹介先の医療機関を支障なく受診できた患者の割合	新	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	がん患者が、納得のいく療養先を見つけることができること	希望通りの医療機関に転院することができた患者の割合	新	患者体験調査
3-2	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合の増加	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合	3034	遺族調査
3-3	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度の向上	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	3033	遺族調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#17 共生＜サバイバーシップ＞

11月30日時点版（未定稿）

① 就労支援について（医療機関側）

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	拠点病院等とハローワークとの連携体制の整備	ハローワークと連携した就職支援をおこなっている拠点病院等の数	3044	長期療養者就職支援事業報告
1-2	就労支援に携わる者が、産業医等と連携し、患者・事業主間の治療と仕事の両立に向けた調整を支援できる体制の整備	がん相談支援センターにおける就労に関する相談件数	3045	現況報告
1-3		療養・就労両立支援指導料算定件数* *がんについて	新	NDB
1-4		拠点病院等における就労の専門家による相談会の回数	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	がんと診断された後の仕事の変化	がんと診断後も仕事を継続していたがん患者の割合	3042	患者体験調査
2-2	がんと診断された後の仕事の変化	退職したがん患者のうち、がん治療の開始前までに退職した者の割合	3043	患者体験調査
2-3	診断時からの情報提供	治療開始前に、就労継続について説明を受けたがん患者の割合	3041	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	経済・就労関連 PROの向上	治療費用の負担が原因で、がんの治療を変更・断念したがん患者の割合	新	患者体験調査
3-2		金銭的負担が原因で生活に影響があったがん患者の割合	新	患者体験調査
3-3	すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	がん診断～治療開始前に病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合	3002	患者体験調査
3-4		家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合	3003	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

① 就労支援について（職場側）

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-5	企業における支援体制等の環境整備の更なる推進、両立支援コーディネーターの活動状況の把握と効果的な配置の検討	両立支援コーディネーター研修修了者数（所属機関別にも算出可）	新	事業報告（労働者健康安全機構）
1-6		長期療養者就職支援事業を活用した就職者数 *がんについて	新	長期療養者就職支援事業報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-4	両立支援の制度利用	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	3046	患者体験調査
2-5	両立のための職場環境整備	治療と仕事を両立するための勤務上の配慮がなされているがん患者の割合	3047	患者体験調査

② アピアランスについて

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-7	医療従事者を対象とした研修等の開催、相談支援・情報提供のあり方検討	アピアランス支援研修修了者数	新	事業報告
1-8	拠点病院等を中心としたアピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制の構築についての検討	拠点病院におけるアピアランスに関する相談件数	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-6	アピアランスケアに関する相談支援の利用	外見の変化に関する相談ができたがん患者の割合（再掲）	3048	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-5	患者のQOL向上	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（再掲）	3014	患者体験調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#17 共生＜サバイバーシップ＞

11月30日時点版（未定稿）

③ がん診断後の自殺対策について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-9	がん患者の診断後の自殺対策について、医療従事者が正しい知識を習得できるよう、研究等の開催・相談支援及び情報提供のあり方について検討	緩和ケア研修修了者数	3017	がん等における新たな緩和ケア研修等事業
1-9		自殺リスクに関する研修を実施した拠点病院の数	新	現況報告
1-10		特定疾患治療管理料がん患者指導管理料イ算定数	新	NDB
1-11		特定疾患治療管理料がん患者指導管理料ロ算定数	新	NDB
-	がん患者の自殺リスクやその背景等について実態把握、必要な対応について検討	実態把握の段階のため、指標設定無し（着実に検討を推進すること）	-	-

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-7	気持ちのつらさに対する支援の利用	心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合	3011	患者体験調査
2-8		精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3013	患者体験調査
2-9		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	3016	患者体験調査
2-10	身体的なつらさに対する支援の利用	身体的なつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談ができると思う患者の割合	2075	患者体験調査
2-11		身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3012	患者体験調査
2-12		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	3015	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-6	患者のQOL向上	がん患者の自殺数	3050	革新的がん自殺研究推進プログラム

④ その他の社会的な問題について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
-	経済的な課題等の把握と利用可能な施策についての周知や課題解決に向けた施策の検討	検討段階のため指標設定無し（着実に検討を進めること）	-	-
1-12	障害等、情報取得や意思疎通に配慮が必要なが患者に対する配慮	情報取得や意思疎通に配慮が必要な者に対するマニュアルを作成している拠点病院の数	新	現況報告書
1-13	地方公共団体による、がんに対する「偏見」の払拭や、がんに対する国民の正しい理解につなげるための普及啓発	拠点病院等で実施した、地域を対象とした、がんに関するセミナー等の開催回数（総数）	新	現況報告書

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-13	がん患者の疎外感の解消	がんと診断されてから周囲に不必要な気を遣われている割合	新	患者体験調査
2-14	がんに対する偏見の払拭	（家族以外の）周囲の人からがんに対する偏見を感じる割合	新	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-7	がんによる社会からの隔離の解消	がんであることを話せる割合	新	世論調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#18 共生＜ライフステージ＞

11月30日時点版（未定稿）

①小児・AYA世代について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	医療従事者と教育関係者との連携、療養中に適切な教育を受けることのできる環境の整備、就学・復学支援等の体制整備	相談支援センターにおける、小児・AYA世代のがん患者の発育及び療養上の相談への対応・支援のうち、教育に関する相談件数	新	現況報告
1-2		国立がん研究センターによる「がん相談支援センター相談員基礎研修」(1)(2)を受講後、国立成育医療研究センターが実施する「小児がん相談員専門研修」を修了した者の数	新	現況報告
1-3	成人診療科と連携した切れ目ない支援体制が構築できるよう、医療・支援のあり方について検討	小児・AYA世代のがんの長期フォローアップに関する研修会参加人数	新	事業報告
1-4		長期フォローアップ外来を開設している小児がん拠点病院等の数※	新	現況報告
1-5	就労支援に関係する機関や患者団体と連携した取組を継続推進	相談支援センターにおける、小児・AYA世代のがん患者に対する就労に関する相談件数	新	現況報告
1-6		小児がん拠点病院が連携している、小児がんに関する患者団体の数	新	現況報告
1-7	診断時からの緩和ケア提供体制や在宅療養環境等の体制整備について関係省庁と連携し検討	あり方の検討の段階のため、指標設定無し（着実に検討を推進すること）	-	-

※小児がん拠点病院と、小児がん連携病院の類型１を分母とする想定

②高齢者について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-8	拠点病院等による、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護を担う機関、関係団体、自治体等と連携、患者及び家族等の療養生活を支えるための体制の整備、地域課題の検討	地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討を行っている拠点病院等の数	新	現況報告 ※必須要件 （再掲）
1-9		介護支援等連携指導料（B005-1-2）の算定回数（がん患者に限定）	新	NDB
1-10		退院時共同指導料１（B004）の算定回数（がん患者に限定）	3017	NDB
–	患者の健康管理の方法、地域における療養のあり方、再発・二次がん・併存疾患のフォローアップ体制等について検討	あり方・施策の検討段階のため、指標無し（着実に検討を進めること）	–	–
1-11	高齢のがん患者の人生の最終段階における療養場所等の選択に関する意思決定を支援するための方策について検討	意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応をしている拠点病院数	新	現況報告 ※必須要件 （再掲）

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	教育支援に関する医療スタッフからの説明	治療開始前に教育の支援等について医療スタッフから話があったと回答した人の割合	3052	小児体験調査
2-2	就学支援制度の利用	がん治療のため転校・休学・退学したと回答した人のうち、患者の治療中に何らかの就学支援制度を利用したと回答した人の割合	新	小児体験調査
2-3	がん治療と教育の両立	治療中に学校や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	3053	小児体験調査
2-4	長期フォローアップの認知度	長期フォローアップについて知っていると回答した人の割合	新	小児体験調査
2-5	医療者側からの就労支援（説明）の徹底	治療開始前に就労の継続について医療スタッフから話があった人の割合	新	患者体験調査＜若年がん患者のみ＞
2-6	つらい症状への速やかな対応	つらい症状には速やかに対応してくれたと思うと回答した人の割合	新	小児体験調査

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-7	家族の介護負担感	介護をしたことで、全体的に負担感が大きかった	新	遺族調査のサブグループ解析（仮）
2-8	死亡場所で患者が受けた医療の構造・プロセス	医師・看護師・介護職員など医療者どうしの連携はよかった	新	遺族調査のサブグループ解析（仮）
2-9	最後の療養場所の希望や医療に関する話し合い	患者と医師間で最期の療養場所に関する話し合いがあった	新	遺族調査のサブグループ解析（仮）

※サブグループ解析は、遺族調査の結果を、75歳以上に限定して解析することを想定

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	家族への支援・サービス・場所	家族の悩みや負担を相談出来る支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合	3054	患者体験調査
3-2	就学の継続	がん治療前に就学していた者のうち、「がん治療のために患者が転校・休学・退学したと回答した人」以外の割合	新	小児体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-3	死亡前１ヶ月間の患者の療養生活の質	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合	新	遺族調査のサブグループ解析（仮）
3-4	死亡場所で受けた医療に対する全般的満足度＞在宅かつ高齢者	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	新	遺族調査のサブグループ解析（仮）
3-5	死亡前１ヶ月間の患者の療養生活の質	人生をまっとうしたと感じていた	新	遺族調査のサブグループ解析（仮）

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	小児体験調査 患者体験調査：全体

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#19 基盤＜がん研究の推進＞

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	がん研究の更なる充実に向けた戦略の見直し	戦略を検討するものであるので指標設定無し　※次期「がん研究10か年戦略」を令和５年度中に策定	-	-
1-2	AMEDによる、有望な基礎研究の成果の源泉・医薬品・医療機器の開発と企業導出を速やかに行うための取組継続推進	「革新的がん医療実用化研究事業」事後評価	新	AMED
1-3	「全ゲノム解析等実行計画2022」の着実な推進	日本臨床研究実施計画・研究概要公開システム（JRCT）に登録されたゲノム変異にもとづくがんを対象とした臨床研究の数	新	JRCT、AMED
1-4	本基本計画における各分野の政策課題の解決に資する研究推進	日本臨床研究実施計画・研究概要公開システム（JRCT）に登録されたジャパンキャンサーリサーチプロジェクトの研究数	新	JRCT、AMED
1-5		厚労科研の採択課題における事後評価の平均	新	厚労省
1-6		「がん政策研究事業」成果に関する評価	新	厚労省

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	がん研究論文数、引用数の増加	CSO(Common Scientific Outline)分類別・部位別論文数、引用数	4014	論文データベースDimensions
2-2	基礎的研究成果として日常診療への導入を目指して推進される医療技術数の増加	日本発の治療薬の創出に向けて導出された治験の数	4011	ＪＣＲＰ現況報告
2-3		日本発の診断薬の創出に向けて導出された治験の数（ＪＣＲＰ現況報告）	4012	ＪＣＲＰ現況報告
2-4		日本発の医療機器の創出に向けて導出された治験の数（ＪＣＲＰ現況報告）	4013	ＪＣＲＰ現況報告

#20 基盤＜人材育成の強化＞

11月30日時点版（未定稿）

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	がん医療の現場で顕在化している課題に対応する専門的な人材の育成の推進	がん専門医療人材（がんプロフェッショナル）養成プラン「次世代のがんプロフェッショナル養成プラン」事業評価	新	文科省からのデータ提供
–	高齢化や人口減少等の背景を踏まえ、人材の効率的な活用等の観点を含めた専門的な人材の育成のあり方の検討	施策の検討段階のため、指標設定無し（着実に検討を進めること）		
1-2	がん医療の高度化が進む中での拠点病院等を中心とした専門的な人材の育成及び配置	がんゲノム医療コーディネーター研修会参加人数	4022	がんのゲノム医療従事者研修事業
1-3		がんリハビリテーション研修プログラム終了している医療従事者の人数（医療の再掲）	2063	ライフプランニングセンターからのデータ提供
1-4		小児・AYA世代のがんの長期フォローアップに関する研修会参加人数	4023	小児・AYA世代の長期フォローアップ体制整備事業
1-5		緩和ケア研修修了者数	4021	がん等における新たな緩和ケア研修等事業
1-6		緩和ケアに特化した講座を設置している大学の数	4024	文科省からのデータ提供

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	必要な知識を身に着けた専門的人材の増加	第４期がんプロで支援されたがん専門医療人材の人数	新	事業における取組状況調査
2-2	専門的人材の適正配置	拠点病院における専門人材の配置状況に係る各種指標（※各分野で設定した人材の指標。列挙は割愛）	–	–

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#21 基盤＜がん教育・知識＞

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	児童生徒の発達段階に応じたがん教育の推進	外部講師を活用してがん教育を実施した学校の割合	4031	文科省からのデータ提供
1-2	都道府県及び市町村における、がん教育が実施されるよう必要な支援の実施			
1-3	国及び地方公共団体、拠点病院等を中心とした医療機関による、国民に対するがんに関する正しい知識の普及啓発（患者や家族等の関係団体等の協力）（啓発資材のデジタル化や対象者に応じた周知方法の工夫等の効果的な手法活用）	がん情報サービスに含まれる項目数	新	国立がん研究センターからのデータ提供
1-4		１拠点病院あたりの、連携している患者団体の数	新	現況報告
1-5	事業主や医療保険者による、雇用者や被保険者・被扶養者に対する正しいがん知識習得の支援	がん対策推進企業アクションの参加企業数	4033	厚生労働省

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	国民ががん予防や早期発見の重要性を認識し、がんを正しく理解し向き合う	がんは、誰もがかかる可能性のある病気である「そう思う」と回答した割合	新	がん教育総合支援事業事業成果報告書
2-2		がん検診を受けられる年齢になったら検診を受けようと思うと回答した割合	新	がん教育総合支援事業事業成果報告書
2-3		がんの新しい治療法に関する情報の中には、十分な科学的根拠がなく、注意を要するものがあると思う人の割合	新	検討中（世論調査）

#22 基盤＜がん登録の利活用推進＞

11月30日時点版（未定稿）

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	質の高い情報収集に資する精度管理への継続取組	全国がん登録の精度指標としてのMI比・%DCO	2111	全国がん登録
1-2	現行制度における課題の整理を踏まえたがん登録推進法等の規定の整備を含めた見直しの検討、デジタル化に関する他の取組とも連携し、有用な分析が可能となる方策の検討	指標設定無し（着実に検討を推進すること）		

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	全国がん登録/院内がん登録の利用の推進	利用件数（総数・年あたり）	新	厚生労働省／国立がん研究センター

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#23 基盤＜患者・市民参画推進＞　#24 基盤＜デジタル化＞

11月30日時点版（未定稿）

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	国及び都道府県による、基本計画及び「都道府県がん対策推進計画」の策定過程における性別、世代、がん種等を考慮し、多様ながん患者等の参画推進	都道府県がん対策推進計画の策定過程におけるがん患者を代表する者の参加割合（参考：性別、年代等の多様性（仮））	4001	厚生労働省
1-2	患者・市民参画に関する研究成果を踏まえた、がん患者及びがん経験者の参画取組の横展開 参画する患者・市民への啓発・育成	厚生労働省科学研究を基に開催された研修会の開催回数	新	厚労科研班からのデータ提供
1-3	医療従事者や関係学会に対する啓発等への取組	年度中に都道府県協議会の参加者について、がん患者・経験者やその家族や患者団体などの意見を代表する者の参加があった、都道府県の数	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	がん対策の重要性を認識し、がん医療について正しい理解を得、医療の向上に向け自らも協力する国民（がん患者含む）の割合増加	がん医療に対する国民の向きい方（自らも協力する必要がある（自分ごと）と理解する人の割合）（仮）	新	検討中（世論調査（仮））
2-2	医療従事者の意識向上	関係学会において患者・市民参画を知っていると回答した医療者の割合	新	日本癌治療学会

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	デジタル技術の活用による医療のデータ化とその利活用の推進についての検討	個別施策を検討する段階のため、指標設定無し（着実に検討を進めること）	-	-
1-2	安心安全なオンライン診療の提供、地方公共団体や医療機関における会議や相談支援のオンライン化に向けた取組の推進	患者とその家族が利用可能なインターネット環境を整備しししている拠点病院等の数（or割合）	新	現況報告
1-3		セカンドオピニオンを提示する場合は、必要に応じてオンラインでの相談を受け付けることができる体制を確保している拠点病院等の数（or割合）	新	現況報告
1-4		集学的治療等の内容や治療前後の生活における注意点等に関する、冊子や視覚教材等がオンラインでも確認できる拠点病院等の数（or割合）	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	（デジタルにより）がん患者・家族を含む国民が、適切な情報・医療資源・支援にアクセスしやすくなる	適切ながん医療へのアクセスや支援の利用過程において、デジタル技術の活用が役立った人の割合（仮）	新	検討中（患者体験調査）

第86回がん対策推進協議会	資料４
令和４年11月30日	

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

第４期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

厚生労働省

健康局　がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1.全体目標と分野別目標

2.がん予防

3.がん医療

4.がんとの共生

5.基盤の整備

資料４　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
阿久津　友紀	**『誰もが正しくがんを知り、“つなげる　つながる”がん医療で自分らしく生きられる社会へ』** ※**つなげる**・・・情報の均てん化と格差の是正　治療につなげる　自分らしく生きられるよう医療・制度など数々の支援に切れ目なくつなげる　医療の研究・進歩にもつなげる ＊**つながる**・・・患者・市民参画の推進　検診等予防含めて自分ごと化してもらうために「大人のがん教育」含めてつながること　そして、患者自身も医療に患者支援につながるように促す意味を込めている。制度も準備しているのにつながれない人がいる。これも課題。自発的な流れを患者本位という言葉から離れ、上から目線に見えずに、理解しやすく難しくもなく、自然にキーワードして溶け込んでもらいたく『**つなげる　つながる**』をキーワードにしてはどうかと提案したい。
石岡　千加史	**全体目表：** 案1：国民全てが満足できる（する）がん医療と社会基盤を構築する。 案2：国民全てが満足できるがん医療と社会基盤を**国が**構築する。 意見 「国民全て」：格差是正、誰もが、多様性、社会的・文化的背景の違い等の条件を包括する。 「満足する」：いつでも、どこでも、切れ目ない、自分らしく等の条件を包括できる。 キャッチコピーは短い方が良い。 構築する責任はあくまで「国」であり、患者や市民では無い。この基本計画は「国の責任で策定した」との覚悟も示せる。 **分野別目標を含め第4期計画案の目次構成について→別紙に意見を記しました。**
小原　眞知子	全体目標に関しては、「自分らしく生きられる社会」 全体目標に関しては、概ね賛成です。「自分らしく生きられる社会」に関しては前回のご意見のあったように「ウェルビーイング(well-being)を実現できる社会」にしてはどうか。ウェルビーイングに関しては、1946年のWHO憲章前文にも登場して以来、WHOの様々な領域で用いられている。また、SDGsのゴール3の「Good Health and　Well-being」が示されており 、健康と密接に関連していることがわかります。日本語では、「安寧」「良好な状態」「福利」などと訳されています。ウェルビーイングは肉体的、精神的、社会的すべてにおいて満たされた状態を指す ことから、今回の第4期全体の概要からも、この文言若しくは日本語でわかりやすくした文言を入れることを提案します。

資料４　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
黒瀬　巌	P3の3.について、「地域社会で生活していく中で、、、環境を整備する。国と地方自治体、がん患者を、、、」とありますが、関係学会、患者団体等の関係団体、マスメディア等の他に、「地域のかかりつけ医機能と多職種連携・地域包括ケアシステムなどを支援する医師会など医療関係団体」を加えた方が良いと考えます。
土岐　祐一郎	P3：２．医療の提供のところが、記載が他の分野に比べて少なく、診療体制の話が大半をしめている。「がん医療の質の向上」に含まれるのかもしれないが、ゲノム医療、免疫療法など最新の癌治療を促進することを個別目標にすべきではないか？また、癌そのものの治療ではない緩和ケア・支持療法など身体的精神的苦痛を医療介入により改善することも目標の一つであると感じる。 P3：医療の提供に「持続可能」という文言を入れたことは素晴らしいが、国民の多くは増大する医療費のことを心配しており、持続可能というとまず医療費の問題を想起する。しかしながら実際の本文には経済的観点からの記載は乏しく、持続可能が何を指しているのかわかりにくいと感じる。
中釜　斉	全体目標の「・・・、納得できるがん医療を受けられ、・・・」の部分は「・・・、納得できるがん医療に参加し、・・・」としてはどうか。がん医療は患者・家族、医療者、行政など様々な主体がそれぞれの立場から関わり創りあげるものとして考える必要がある。
久村　和穂	全体目標について 全体目標（案）は、がん対策の主旨を国民に分かりやすく伝えることができるよう、簡潔な文章にすると更に良いものになると思われるが、資料2、4頁に記載された全ての要素を含めることは非常に難しい。第3期の全体目標はシンプルな文で分かりやすいが、「がんの克服を目指す」という部分について、がんの根治治療・治癒を目指すという印象を受けてしまう人も少なくないのではないかと考える。「がんの克服」の意味するところは、がんの治癒だけではなく、がんやがん治療による心身の苦痛の克服やがんによる偏見・不利益や様々な格差（例：地域格差、健康格差、情報格差、経済格差）の克服、すなわち、「がんとの共生＝がんに負けない社会をつくる」ことも意味していることが、より明確に伝わるように改訂したらどうかと考える。例えば、「全ての国民が正しくがんを知り、がんの撲滅（または、征圧）とがんによる苦痛（・格差）の克服を目指す」、あるいは、「全ての国民が正しくがんを知り、がんに負けない社会をつくる」など、多くの人に分かりやすく簡潔な文章にする方が良いのではないか 分野別目標について 1のがん予防に関する文章の3行目「**全ての**国民が利用しやすい検診体制を構築し、」（＊下線部を追記）とし、障害の有無、性別・年代、雇用・経済状況、文化的背景等に関係なくすべての国民が、がん検診が受けられるよう環境整備を一層推進すること＝「誰も取り残さないがん検診」を目指すことを強調してはどうかと考える。

資料４　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
松田　一夫	**資料１** **P3　第１ 全体目標と分野別目標** 1行目 がん患者を含めた**すべての**国民が、がんの克服を目指し、 **１．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実　～がんを知り、がんを予防することで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す～** 上から３行目 **すべての**国民が**受診しやすい**検診体制を構築し、がんの早期発見・早期治療を構築し、・・・ 資料２ P2 「誰もが」を明記して、**がん対策のあらゆる分野において、誰一人取り残さない**という視点は極めて重要であり、第4期計画の肝である。 P４　全体目標 誰もが、正しくがんを知り、納得できる**がん検診・**がん医療**・支援**を受けられ・・・
谷島　雄一郎	「誰もが、正しくがんを知り、納得できるがん医療を受けられ、**多様な人がそれぞれの幸せを実現できる社会**を、全ての国民でつくりあげる。」としてはどうか。 （理由・背景）前回協議会で申し上げた通り、健康日本21のビジョンにもある「格差を是正し、誰一人取り残さない」という考え方をベースにした「多様性とWell-being」が次代のキーワードであり、本計画においても発信すべきメッセージであると考える。「自分らしく生きる」は、Well-beingの形のひとつに過ぎず、一部では個性や才能による格差を助長し、生きづらさを感じる人もいる表現であるとの声もある。よって「自分らしく生きられる社会」よりも、より包括的かつ多様性を意識した「**多様な人がそれぞれの幸せを実現できる社会**」の方が相応しいのではないか。 ロジックモデルについて ロジックモデルは第3期計画との大きな違いであり、国民すべてが計画を具体的にイメージし、進めていく上で重要な役割を果たすものと捉えている。よって項目、指標、用いるデータソース等、本当にこれで適切なのか、十分な議論が必要ではないかと考える。ロジックモデルは、今後、第4期基本計画策定後も議論しアップデートしていくものなのか。それとも、基本計画と共に今年度中に個別の項目や指標、用いるデータソースも確定させるものなのか。また、がん対策推進協議会だけでなく、関連する様々な検討会・ワーキンググループでも議論されているのか。

資料４　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

石岡委員

別紙

★石岡の目次の修正案：現在の案の目次立ては第３期引き継いでいる。第 85 回で意見を述べたように、国民に広く「新しくなった」と印象づける見出しにすべきと考える。第３期の見出しは第２期から改善されており、現在も基本骨格はそのままで良いと考えるが、計画内容を十分考慮した上で用語を少し変更し、目を引くように工夫してはどうか。~~赤字＝削除~~、青字＝挿入、*イタリック体＝修正意見*

目次

はじめに……1

第１ 全体目標と分野別目標……3

1. 疫学（科学）~~的根拠~~に基づくがん予防・がん検診の充実……3

（修正意見：がん予防やがん検診はそもそも「科学的」。しかし、いかがわしい予防法や検診が横行しないようにとの意図で付けた用語だったと思う。「科学的根拠に基づく」は専門家が良く使用する「evidence-based（科学的）根拠に基づく」のことであろうが、国民には「疫学に基づく」（科学の中の疫学的データが根拠なので）や「科学に基づく science-based」のほうが馴染みやすい（理解しやすい）。第４期はより簡潔に「疫学に基づく」または「科学に基づく」ではどうか。）

2. ~~患者本位で~~持続可能ながん医療の提供……3

（修正意見：医療は元々患者中心。患者をないがしろにする医療が横行しているとの懸念から第３期にはそうなっていたが、すでに患者本位は定着した。敢えて患者本位と書かなくて良いのでは。加えて、「患者本位」は英語で patient-centered。PubMed 検索によれば、海外では patient-centered care として医療の一部として使われることが多く、医療全体を'patient-centered'と考えるのは必ずしも一般的では無いようである。また、第４期は新しいキャッチコピーとして「持続可能な」を入れるので併記はくどい。第３期では「患者本位」の意味するところの説明が見当たらないこともあり、第４期では下記の様に２の③に記載してはどうか。）

3. がん患者が尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築……3

（修正意見：１と２は「がん」が入るが、３には無い。大項目なので「がん患者」と特定した方が良いと考える。）

第２ 分野別施策と個別目標……5

1. 疫学（科学）~~的根拠~~に基づくがん予防・がん検診の充実……5
   - （1）がんの１次予防……5
     - ①生活習慣について……5
     - ② 感染症対策について……7
   - （2）がんの２次予防(がん検診)……10
     - ① 受診率向上対策について……10
     - ②がん検診の精度管理等について……11
     - ③科学的根拠に基づくがん検診の実施について……12
2. ~~患者本位で~~持続可能ながん医療の提供……15
   - （1）がん医療提供体制等……15
     - ① 医療提供体制の均てん化・集約化について……15
     - ②がんゲノム医療について……16
     - ③ 治療法の質向上と格差是正
       - ア. 手術療法、放射線療法、薬物療法および免疫療法
       - イ. 緩和ケア
       - ウ. 支持療法
       - エ. がんリハビリテーション
       - オ. （妊孕性温存療法）
       - カ. チーム医療
     - ④患者本位のがん医療
     - ~~⑤手術療法・放射線療法・薬物療法について……16~~
     - ~~⑥チーム医療の推進について……19~~
     - ~~⑦がんのリハビリテーションについて……19~~
     - ~~⑧支持療法の推進について……20~~
     - ~~⑨がんと診断された時からの緩和ケアの推進……21~~
     - ~~⑩妊孕性温存療法について……25~~

（修正意見：手術療法等の各治療法について、記載内容は質向上と格差是正に関することなので「治療法の質向上と格差是正」としてはどうか。治療法に関しては一括し、新たに項目だてするのが分かりやすい。第３期の「術療法、放射線療法、薬物療法および免疫療法」に関連する記載があるので復活。緩和ケア、支持療法、チーム医療はこの順番で中に。「患者本位のがん医療」について新たにどのようなことを指すのか具体的に記載してはどうか。）

   - （2）希少がん及び難治~~性~~がん対策……27

妊孕性温存療法はここが良いか？

（修正意見：「難治がん」が一般的（がん情報サービスも）。「希少がん」は希少性がんとしないのと同様に難治性がんとしない方がすっきりする。）

   - （3）小児~~がん~~及び AYA 世代のがん対策……29

（修正意見：「小児のがん対策、AYA 世代のがん対策、高齢者のがん対策）」との意図。現状だと、「小児がんのがん対策」と言う意味になる。）

   - （4）高齢者のがん対策……31
   - （5）新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装……32

3. がん患者が尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築……33
   - （1）相談支援及び情報提供……33
     - ①相談支援について……33
     - ②情報提供について……35

（修正意見：「・・・について」と引きされている事項とされていない事項が混在。「・・・について」はこの際、全て削除するのはどうか。別案は全てに「・・について」を付ける。）

   - （2）社会連携に基づくがん対策……37
   - （3）がん患者等の社会的な問題への対策(サバイバーシップ支援)……39
     - ①就労支援について……39
     - ②アピアランスケアについて……41
     - ③がん診断後の自殺対策について……42
     - ④その他の社会的な問題について……42
   - （4）ライフステージに応じたがん対策……45
     - ① 小児・AYA 世代について……45
     - ② 働く世代（就労世代）について
     - ③ ~~㋐~~高齢者について……46

資料４　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

石岡委員

別紙

（修正意見：第 85 回に「働く世代」にも焦点を当てるべきとの意見が合ったので。）

4. がん対策に必要な~~それらを支える~~基盤の整備.....48

（修正意見：「これら」は何を指すか不明確。また、「基盤」はそもそも「支える」ものなので「支える基盤」は冗長。）

(1) 全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進.....48
(2) 人材育成の強化.....50
(3) がん教育及びがんに関する知識の普及啓発.....52
(4) がん登録の利活用の推進.....54
(5) 患者・市民参画の推進.....55
(6) デジタル化の推進.....56

第 3 国を上げてがん対策を~~総合的かつ~~計画的に推進するために必要な事項... 57

（修正意見：「計画的」には「総合的」も含まれるはず。以下の項目は国の施策に都道府県と国民が協力し国も財政措置を強化するとの意味があるので、この際「国を上げて」のほうが「総合的」よりインパクトがあると考える）

1. 関係者等の連携協力の更なる強化 57
2. 都道府県による計画の策定.....57
3. がん患者を含めた国民の努力 58
4. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化.....58
5. 目標の達成状況の把握.....59
6. 基本計画の見直し.....59

621

1.全体目標と分野別目標

2.がん予防

3.がん医療

4.がんとの共生

5.基盤の整備

6.必要な事項

資料４　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
阿久津　友紀	やはり『遺伝』についての表記がないが、何か理由があるのか？遺伝という言葉を入れることで悪影響が懸念されるのであればそのように書いたうえでどう伝えるかを研究するような表記を加えられないか。遺伝性とわかっても治療法や予防が確立していない部分もあるが、遺伝性がんはもはや無視していい人数ではない。このあたりも正しく伝えることが今後の制度整備の設計などの礎にもなるのではないかと思う。
石岡　千加史	4頁「・・喫煙（受動喫煙を含む）、~~過剰~~飲酒、低身体活動、肥満・・塩蔵食品~~の過剰摂取~~・・・・」 →「・・喫煙（受動喫煙を含む）、飲酒、低身体活動、肥満・・塩蔵食品・・・・」 （因子を併記しているが、一部だけ量的なものを記載するのはバランスが悪い。5頁に過剰量摂取の解説があるので、ここは「過剰」は削除するのが妥当であろう） 4頁「・・喫煙は、~~肺がんをはじめとする~~種々のがんの・・・」 →「・・喫煙は、種々のがんの・・・」 （記載は正しいが、国民に喫煙＝肺がんと思われないように。別案として「肺がん、食道がん、胃がん、乳がん、膵がんなど・・」 8頁　【個別目表】は未記載。事前説明では他の政策（健康日本21等）との摺り合わせを行うとのことであるが、本協議会が主体的に妥当と考えうる目標を先に議論しておくべきであろう。
小原　眞知子	病院全体でがんの予防に関する情報を提供できる体制整備をがん相談支援センターが窓口になり、病院全体でがんの予防に関する情報を提供できる体制を整備することが、取り組むべき施策に入っているが、拠点病院の多くの患者には予防の視点も必要であるが、主に診断・治療のニーズが高いと思います。がんの予防に関する情報を国民全体に周知するためには、拠点病院だけではなく、幅広く拠点病院以外においても情報提供できる体制整備の推進を図る必要があると考えますので、そのような文言の追記をご検討いただきたいと思います。 がん検診受診率に関しては、目標値が50%から、第4期では60%へ、さらに精密検査受診率が90%という数値になっています。今後6年間のロジックモデル全体に関連することから、その目標値の妥当性を明示する必要があると思います。他の施策との整合性から提示しているのであれば、注にその内容を記述し、国民に分かりやすく示す必要があると思います。
黒瀬　巌	がんの二次予防P10及び精度管理P11～12に関して、 職域検診の受診率向上や精密検査受診率など精度管理向上には、産業医及び地域の産業保健センターの関与と協力が欠かせないと考えます。

資料４　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
谷口　栄作	○P10　受診率向上対策について、取り組むべき施策の１段落目に「がん検診受診率をより正確かつ精緻に、また、個人単位で把握することができるよう検討する」とあるが、マイナンバーを活用し、対象者にピンポイントでプッシュ型の受診勧奨ができるような仕組みづくりを検討していただきたい。（P56　デジタル化の推進とも関連）また、そのような仕組みをもって、マイナンバーが自身の健康管理に役立つという事例を国民に周知していただきたい。 〈がん予防〉 〈がん医療〉　　３分野に関連すること 〈がんとの共生〉 ○都道府県がん診療連携協議会が中心となった都道府県の連携ネットワークの構築に加え、より住民に近い立場での連携体制として、地域がん診療連携拠点病院が中心となった地域での連携ネットワークの構築が必要と考えることから、がん相談支援センターのある拠点病院等を中心に、地域の中核病院や医師会、保健所等と連携し、二次医療圏の予防・医療・共生について情報提供や意見交換ができる場が必要ではないか。また、拠点病院等のない二次医療圏については、都道府県拠点病院が参加することとしてはどうか。
土岐　祐一郎	P10：検診受診率の評価の対象を69歳までにしているのは何故か？胃癌大腸癌は高齢になるに従い罹患率は上昇する。70歳以上の受診率も非常に気になる。
松田　一夫	**（２）がんの２次予防（がん検診）** ① 受診率向上対策について P10　（現状・課題）の３段落目 **国民生活基礎調査によるがん検診受診率は**、いずれの検診においても・・・ P10　（現状・課題）の４段落目 職域におけるがん検診**には法的な根拠がなく、**保険者や事業主が福利厚生の一環として任意で実施しているものであり、・・・。 **また、職域でがん検診を受けられない者も少なくない。** **（取り組むべき施策）** １段落目 国は、がん検診受診率を**国民生活基礎調査に代わって、**より正確かつ精緻に、また**マイナンバーの活用等によって**個人単位で把握することができるよう検討する。 ２段落目 受診しやすい環境整備など、**すべての国民ががん検診を受診しやすい体制の整備に努める。** （続く）

資料４　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
松田　一夫	（続き） P13　（取り組むべき施策）の１段落目 　国は、我が国における組織型検診の構築に向け、**地域・職域を問わずすべての国民が科学的根拠のあるがん検診を受けられる体制の整備とともに、**科学的根拠に基づくがん検診の実施に向けた取組により精度管理を向上させつつ、課題を整理し、その対応を検討する。 ロジックモデルについて、がん検診の中間アウトカムを評価するためのデータソースである国民生活基礎調査や地域保健・健康増進事業報告は、最終アウトカムを評価するためのデータソースである人口動態統計やがん登録に比べて網羅性や正確性に欠ける。既存のデータソースを利用する第4期計画では仕方ないが、次期計画に向けて国民生活基礎調査や地域保健・健康増進事業報告に代わる新たなデータソースの構築が必要である。
谷島　雄一郎	P8～9「② 感染症対策について　(取り組むべき施策) 」において、以下二重線部を削除し、下線部を追記いただきたい。 「国は、令和4(2022)年4月に再開したHPVワクチンの個別の接種勧奨の実施を踏まえ、HPVワクチンの接種状況と子宮頸がんの年齢調整罹患率の国内外の推移を把握し、必要に応じて子宮頸がん検診の指針を見直す等、科学的根拠に基づく子宮頸がん対策を推進する。また、令和5(2023)年4月の9価HPVワクチンの定期接種の開始に向けた準備を進~~る。~~**め、積極的な勧奨を差し控えた世代や、ＨＰＶワクチンの接種対象である若い世代への正確な情報提供を推進する。」** （理由・背景：小児がん経験者からは、寛かいを維持し日常を過ごせているのに、ワクチンの副作用で障害をかかえてしまったらとの恐怖が強く、キャッチアップ接種に消極的との話も聞く。健常者若者も同様に副作用の不安が根強くある。そうした世代は今、大学生や社会に出たばかりの環境下で、がん教育やHPVワクチンの正しい情報に触れる機会が無い。「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)」では届かない環境への、更なる啓発が必要と考える）

1.全体目標と分野別目標

2.がん予防

3.がん医療

4.がんとの共生

5.基盤の整備

6.必要な事項

資料４　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
阿久津　友紀	がんと診断されたときからの緩和ケアの推進の項目は評価。緩和ケア=終末期ケアという言葉のイメージを変えてもらえるような取り組みを望む。「終末期ケアに限らず」と一文添えてほしい。そのほか実態の研究、意思決定など治療が終了した患者について書き加えられた表記には具体的な検討を望める表記で同意。
石岡　千加史	16頁「国は、がんゲノム医療を~~より~~一層推進する観点から、がんゲノム医療中核拠点病院等を中心とした取組を引き続き推進するとともに、がん遺伝子パネル検査等の更なる有効性に係る科学的根拠の収集に引き続き取り組む。」 →「国は、がんゲノム医療を一層推進する観点から、がんゲノム医療中核拠点病院等を中心とした取り組みを引き続き推進する。また、関連学会等と連携し保険適用となった（がん遺伝子パネル）検査を普及させる（または・・・検査の普及に努める）。」 （保険診療で行われているがん遺伝子パネル検査（がんゲノムプロファイリング検査）の実施要件は「科学的根拠に基づき」実施される体制が条件になっているので敢えて記載する必要は無いと考えた。） 27頁　希少がん・難治性がん →「難治がん」が一般的（国の「がん情報サービス」も「難治がん」）。「希少がん」は希少性がんとしないのと同様に難治性がんとしない方がすっきりする。 →また、希少がんに注釈を付けたように、難治がんにも注釈を付けるのが良い。
小原　眞知子	緩和ケアの提供に関して、報告書の中には、(p21)には社会的苦痛の文言がありますが、分野別アウトカムの中には、身体的苦痛、精神心理的な苦痛を抱く患者さんの減少となっています。社会的苦痛も、身体・精神心理的側面と切り離すことができないものであり、それぞれの側面が影響して発生するものです。ここに社会的苦痛に関するものを提示して頂けると、報告書と連動するかと思います。例えば、（3002）、（3003）をアウトカム指標として設定するか、新たに調査を加えるなどで提示して頂くことを提案します。 チーム医療に関しての課題は拠点病院以外の医療機関の専門チームの設置が課題であるとされています。それに関連した取り組むべき施策は、都道府県がん診療連携協議会での拠点病院等と地域の医療機関との連携体制の議論を行うとされていますが、「議論」にとどまらず、連携体制整備を推進することまで踏み込んだ記述を提案します。 高齢者のがん対策に関する個別目標には、多職種連携の強化とあるが、それだけではなく、高齢者の場合、患者の望んだ場所で適切な医療とは、在宅療養を鑑みると地域の保健医療機関の連携も必要になるので、地域の医療機関・多職種連携の強化することを記載する必要があると思います。 高齢者がん対策については、がんの罹患率は高齢になれば高くなることや、高齢者は一般的に65歳以上であるが、年齢の幅が広く、ADL、認知機能、フレイルの状況など多様であります。アウトカムの指標として、現在示されている遺族調査は患者のご家族からの調査であることから、今後患者体験調査の中で65歳以上の方の項目を設定・調査しデータソースに加える必要があるのではないかと思います。

資料４　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
木澤　義之	p.15　がん医療提供体制等　①医療提供体制の均てん化・集約化について （取り組むべき施策） 国及び都道府県は、がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、地域の実情に応じ、均てん化に加えて、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する。その際、国は、都道府県がん診療連携協議会等に対し、**当該施設における経年的な比較、および**他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う。 **→加筆しました。経年的なデータがあるとより良いと感じました。** 緩和ケアについて 診断時の衝撃への対応をすべての医療者が行い、かつ人員配置、外来機能の改善をするという点を盛り込み、「診断を伝える時から患者の気持ちに配慮した適切なコミュニケーションをとることができるようなトレーニングを積む機会を得られるような取り組みを検討する。しかしながらそれでも受けてしまう これらの精神心理的苦痛や社会的苦痛に対してすべての医療者が初期対応を行うことができ」とすることを提案致します。 専門的な疼痛治療とするとがん以外の疼痛も入ってしまい、また苦痛は痛みだけではないので、包括的な苦痛を対象とした緩和ケアの実施体制の整備が必要なため「拠点病院等は、地域におけるがん診療や在宅ケアに携わる医療機関、関係団体及び地方公共団体と連携し、難治性がん疼痛を含めた苦痛に対する専門的な緩和ケアに係る普及啓発及び実施体制の整備を進める。」とすることを提案します。
黒瀬　巌	※がんとの共生へのご意見も含む 緩和ケアP21～、社会連携に基づくがん対策P37～38、及びライフステージに応じたがん対策P45～47のためには、地域の実情に合わせた決めの細かい医療提供体制が必要です。個々の（取り組むべき施策）等には「在宅ケアを含めた地域における緩和ケア提供体制」、「地域包括ケアシステムの仕組み、、、」「地域の医療機関やかかりつけ医、、、」の重要性を指摘いただいており感謝いたします。 これらがうまく働くためには関係者個々の育成と関係者間の密な連携が欠かせません。 その点に関して、P50～の人材育成の強化でも「‘地域の”がん診療や緩和ケアなど医療提供体制を担う全ての人材の適切な育成と向上を、がん拠点病院、地域の医師会が中心となって行っていく」という視点を明記していただくと幸いです。

資料４　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
茂松　直之	新しい画像誘導放射線治療の推進 これまでのCTによる画像誘導放射線治療では腫瘍及び近接臓器の位置・形状の変化を照射直前および照射中に検知して、即時に再計画することは困難であった。これを可能にするMR画像誘導即時適応放射線治療（MR guided online adaptive radiotherapy, MRgOART）が 海外で普及しつつある。これまで生存期間中央値が18か月程度であった膵がんに対して MRgOARTを適用した初期の連続症例30名の治療成績 が報告されたが、治療開始後22か月における全生存率が70%程度で、 グレード3以上の消化管有害事象は０件であった。今後の切除不能進行性膵がんの標準治療になる可能性がある。 一方、わが国では、MR画像誘導放射線治療装置の導入が遅れており、診療報酬を含めた検討が必要である。 放射線治療専門医の不足 がん患者の高齢化により、低侵襲ながん治療である放射線治療への需要増加が予測される。更には、強度変調放射線治療や定位放射線治療、粒子線治療の保険適用拡大から、放射線治療適応患者の増加も見込まれる。一方、全国のがん診療拠点病院（454施設）に勤務する放射線治療専門医の令和3年度総計は821名であり、常勤0名（83施設:18.2%）、常勤1名(177施設:39.0%)と半数以上の施設で1名以下の配置で放射線治療が実施されている。放射線治療専門医1名以下での診療体制では安全性、恒常性、信頼性等の面で明らかに脆弱であり、今後の放射線治療専門医の増加が必要とされていると考える。 医学物理面の充実 高精度放射線治療では、先進的な科学技術が数多く応用されている。これを病院で安定的に提供するために、医療と科学技術の双方に対して十分な知見を有する「医学物理士」の活躍が極めて重要である。欧米では理工学部出身の研究者が病院で医学物理士として雇用され、高精度放射線治療およびその技術開発を行っているが、日本では診療放射線技師が従来の多忙な技師業務と兼務するのが一般的である。このような医学物理体制の遅れは、国民が世界最新の治療を容易に享受することを阻んでおり、また本邦発信の技術開発が乏しいことから、外資の高額な放射線治療装置を導入し続ける必要があり、国益を損なう状況が続いている。医学物理士の教育と雇用を拡充し、医師の働き方改革・タスクシフトと連携した新体制を構築することが急務である。

資料４　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
土岐　祐一郎	P21：緩和ケアは医療という側面と共生という側面と両方がある。今回、医療に移動したことに対して十分な議論が必要である。小児・AYAと高齢者が医療と共生の両方に位置づけられたのに対し、どのような違いがあるのか不明確だと感じる。 P22：国による緩和ケアの実地調査や実態調査などの記載が混在しており、やや理解しづらい。 P25：妊孕性は国策として推進を始めたところであるが、基本的には小児・AYAに含めるべきでないか？また、妊孕性温存は医療行為であるがその本質は社会生活の維持の一部であり共生に含めるべきではないか？ P31：高齢者への医療介入に関してガイドラインに任せるだけで具体性にかける。高齢者への医療介入は、第一に、高齢者の機能評価をして標準的治療に適さない集団を見極める、第二にその集団に対して標準治療に代わる治療を提案する、第三にその集団にフレイル対策を行い、状態を改善させて標準治療等の適切な治療を提供する、であるが、第三の視点が欠けている。支持療法やリハビリの多くは高齢者の治療の忍容性の向上を目的にするものであるので、その点を強調すべきである。 ロジックモデルについて 医療（均てん化、集約化） ・直接的な集約化の指標を中間アウトカムに入れることはできないか？（例）大腸癌手術を年間100件以上行っている施設の割合、 ・1－5：がんゲノム医療のアウトプット指標が中核拠点ではなく、連携まで含めた病院数とした方が良い。患者がアクセスできる病院数が増えないと意味がない。 医療（各治療法） ・1－1：内視鏡手術は今や殆どの病院で行われている。ロボット支援手術を実施している病院数の方が適切である。 ・2－1：癌の手術で30日以内は殆ど存在しない、安全な医療が提供できていることを示すには90日以内死亡率の方がよい。もしくは術後在院日数は安全性の指標になるが、国民には長いのか短いのかイメージしにくいという弱点もある ・2－2：術前化学療法が増えているので「診断から手術までの日数」は不適切である。ステージ0、１に絞れば「診断から手術までの日数」はタイムリーな医療の提供と言えるかもしれない。それが医療の質を反映するとは思えない。 ・手術に関して：医療の質に関係するとしたら、「施設の手術成績（5年生存率）もしくは手術数をHPに公表している割合」、「外保連試案技術難易度DEの手術の実施割合」などが手術の質に関係するのではないか？

資料４　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
久村　和穂	（1）がん医療提供体制等、⑤がんのリハビリテーションについて （取り組むべき施策）について「入院に加え外来や**在宅**においても」（20頁最終行）と追記しては如何か。在宅で療養されている患者さんが、訪問リハビリを受けられるようになると、療養生活の質に良い影響を与えるだけではなく、ご家族の介護負担の軽減にもつながる。拠点病院を退院した患者さんが自宅でも継続的にリハビリが受けられる体制を整えることは、スムーズな療養の場の移行という意味でも重要である。また、緩和ケア・終末期ケアにおいても、リハビリは重要な役割を果たしている。がんリハビリテーション研修会の受講者を、在宅医療や訪問リハビリ事業所のスタッフにも広げていく取り組みも含めて、がんリハビリテーションを一層推進していくと良いと考える。
前田　留里	＜支持療法の推進について＞ 〇P21専門的なケアを実施する外来については、拠点病院等を中心に設置が進められてきた。リンパ浮腫外来が設置されている拠点病院の割合は、令和３（2021） 年度で 56.1%、ストーマ外来が設置されている拠点病院等の割合は、90.3%と なっており、いずれも増加しているが、**リンパ浮腫は半数強にとどまり、他施設からの患者受け入れはさらに少ない。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など、適切な診療体制の整備が求められる。** （取り組むべき施策） P21国は、患者が、治療に伴う副作用**や後遺症**への見通しを持ち・・としていいただきたい。 ロジックモデルについて ＜支持療法の推進＞ リンパ浮腫研修の受講者数や外来設置数ではリンパ浮腫の患者にどれだけ治療に繋がったか測れない。リンパ節を郭清した患者数の把握と治療に結びついた数をレセプトから抽出し、リンパ浮腫の原因となる治療（手術や放射線等）の見直しと支援の状況を明らかにしていただきたい。

資料４　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
谷島　雄一郎	P16「②手術療法・放射線療法・薬物療法について（取り組むべき施策）」において、「**ガイドラインの更なる充実と随時改定を進める**」旨を記載いただきたい。特に患者にとって道標の少ない希少がんにおいてはどこに繋がればいいのかという相談先の明確化と、どう治療を進めるのかのガイドラインの充実が重要である。 よってP28「（２）希少がん及び難治性がん対策（取り組むべき施策）」においても、下線部を追記いただきたい。 「国及び都道府県は、患者及びその家族等への情報提供の更なる推進のため、すべてのがん種について、拠点病院等における診療実績や、医療機関間の連携体制等について、患者及びその家族等の目線に立った分かりやすい情報提供**と相談支援体制の構築、ガイドラインの作成**を推進する」 さらに、**個別目標、またはロジックモデルにおいても、ガイドラインの充実を測る指標（絶対数またはがん種に対する作成率等）を取り入れることを検討**してはどうか。 また、P27「「（２）希少がん及び難治性がん対策（現状・課題）」において、「希少がんについて、国は、平成 30（2018）年に国立がん研究センターを希少がん医療を統括する希少がん中央機関として位置づけ、希少がんコンサルテーション体制の整備による診断支援や希少がん対策ワーキンググループによるガイドラインの作成等の取組を通じて、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拠点病院等や小児がん拠点病院等との連携を推進し、患者が全国どこにいても、適切な医療につなげる対策を講じている。」と記載されているが、**すべての患者がどこに繋がればいいかわかるようにするべく、ロジックモデルにがん情報サービスで公開している専門病院とがん種の数を入れていただきたい。** P16「２．患者本位で持続可能ながん医療の提供　（１）がん医療提供体制等　④がんのリハビリテーションについて（取り組むべき施策）」において、以下二重線部を削除し、下線部を追記いただきたい。 「国及び都道府県は、研修を受講した医師や看護師、理学療法士、作業療法士、 言語聴覚士等の拠点病院等への配置を推進し、入院に加え~~外来~~**地域の外来や在宅**においても、効果的・継続的なリハビリテーション提供体制の整備を推進する。」 （理由・背景：病院内でのリハビリテーションの目的は、「日常生活が送れる」所までである。学校での生活上、仕事上での動作でリハビリが必要の場合は、地域でのリハビリテーション施設、もしくは、小児の場合、地域にフォローしてもらえる施設は少ない。小児以外の患者特に高齢者は地域や在宅のリハビリが重要である。効果的・継続的なリハビリテーション提供体制の推進をお願いしたい） （続く）

資料４　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
谷島　雄一郎	（続き） P29「（３）小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策（現状・課題）」において、以下二重線部を削除し、下線部を追記いただきたい。 「国は、小児がん患者とその家族**等**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~~**集約化と役割分担を**小児がん拠点病院を中心としたネットワークによる診療体制の構築~~を~~**の中で**進めてきた。」 （理由・背景：小児がん拠点病院への集約率は小児がん患者全体の35%程度で、まだまだ少なく、「一部集約化を進めてきた」という表現では、元々そこを目指してきたように取れるため適切ではない。参考　小児がん拠点病院連絡協議会資料 https://ganjoho.jp/med_pro/liaison_council/child/liaison_council/20200626/pdf/shiryo1_2.pdf　） P30下線部を追記いただきたい。「国は、小児がん領域における薬剤アクセス改善に向けて、治験の実施(国際共同治験への参加を含む。)を促進する方策を検討するとともに、小児がん中央機関、小児がん拠点病院等、関係学会及び企業**、審査機関**等と連携した研究開発を推進する。」 （質問：文頭の「国は」にはPMDAも含まれますか） P30【個別目標】 に以下下線部を追記いただきたい。 「小児がん患者及びＡＹＡ世代のがん患者やその家族等が、**適切な情報が得られ、**悩みを相談できる支援**に**つながり、適切な治療や長期フォローアップを受けられることを目指す。 さらに小児がん領域での研究開発を進める。 （理由・背景：小児・AYAがんにおいて、地域に拠点病院があるにも関わらず、中央とのたらい回しにあい、未だに適切な治療に繋がれないケースが患者コミュニティより聞かれる） ロジックモデルについて #10 がん医療＜希少がん、難治性がん対策の推進＞ 治療開発とガイドライン作成の進捗が測れるような指標を入れていただきたい。（例えばガイドラインの数やがん種に対する作成率、適切な改定がなされているか等） #11 がん医療＜小児がん・AYA世代のがん対策の推進＞　「治験実施（国際共同治験への参加含む）を促進する方策検討、研究開発推進」の項目が希少がんにも欲しい。

1.全体目標と分野別目標

2.がん予防

3.がん医療

4.がんとの共生

5.基盤の整備

6.必要な事項

資料４　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
阿久津　友紀	追記いただいた内容を評価。そのうえで非正規フリーランスなど働き方も多様化していることからP36下段　国は、就労支援の更なる充実に向けて、さまざまな就労形態におけるがん患者の離職と就労の実態を把握し、それを踏まえた就労支援の提供体制について検討する　を追記。さらに産保センターは要と言えるが両立実現に伴う課題の多くが患者よりも周りの無理解と誤解であることから官民合わせて支援していくことが肝要。P36下段。国は、がん患者が治療と仕事を両立できるよう、中小企業も含めて、企業における支援体制等の環境整備を更に推進するため、産業保健総合支援センターや民間団体等の活用や助成金等に支援、普及啓発について検討する。 P49中段。国は、国民に対するがんに関する知識の普及啓発について、がん情報サービス や拠点病院等における相談支援センターの広報により、取組を進めてきた。一方 で、インターネットの普及等により、科学的根拠に乏しい情報が多く存在すること、患者や患者を取り巻く家族や市民が必要な情報に適切にアクセスすることが難しいことなどが指摘されている。P50上段　事業主や医療保険者は、がん対策推進企業アクション等の国や地方公共団体 の事業を活用することも含め、雇用者や被保険者・被扶養者が、がんや仕事との両立・がんとの共生に関する正しい知識を得ることができるよう努める。【個別目標】国民ががんを正しく理解し、がん予防や早期発見・治療の重要性を認識するとともに、がんとともに生きるために必要な知識を得ることを目指す はどうか。 ロジックモデル 「高齢者」　がん医療の実態把握が入っていることを評価。どのように家族や本人が意思決定したのか、意思決定するための材料を提示するためには●●のような状況のとき、●●のような決定をした人がどれくらいいて、●●のような決定をした人が●●いる、など【その内容・項目】が網羅されていてほしい。決して、個別の状況を踏まえた対応をした拠点病院の数では測れないと思うのだがいかがか？ 「相談支援・情報提供」　がん患者はがんに対して正しい認識を持てること、とあるが、患者だけに限るのが正解かどうか。 「社会連携」　ピアサポーターの認知度向上だけ若干ここにあるのが違和感。社会連携とはいえるけれども次のアウトカムとつながりずらい気がするがどうか。ここでも量も質も問われるべきだがこの指標でよいのか。「相談支援・情報提供」にも表記あるのでまとめてでよいか。むしろ、「社会連携」の文脈だと、相談できるべき医療従事者・在宅コーディネーター・ソーシャルワーカーなどへのつながりのほうが妥当か。
小原　眞知子	その他の社会的な問題に「経済的課題の把握と利用可能な施策についての周知や課題解決に向けた施策の検討」を個別施策に加えて頂けたことは評価できます。アウトプット指標は、都道府県がん診療連携拠点病院51箇所などのがん相談支援センターで経済的課題の相談件数など、相談内容がまとめられていると思うので、それらの情報を収集し分析することでデータソースとして活用できないかと考えます。ここから紐づく中間アウトカムが示されていないので、現在示されている項目以外に別途項目を立てる必要があると考えます。

資料４　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
木澤　義之	p.30（１）相談支援及び情報提供　①相談支援について （取り組むべき施策） 拠点病院等は、がん相談支援センターの認知度向上及びその役割の理解の促進のため、**地方公共団体および関連団体と共に、**自施設に通院していない者も含む患者やその家族等への適切なタイミングでの周知に引き続き取り組む。また、相談支援体制へのアクセシビリティを向上させるため、オンライン等を活用した体制整備を進める。 **→（加筆）自施設に通院していない患者の対応については地域ぐるみで取り組まないと混乱を生む可能性があるためこのように加筆しました。** p.34　（２）社会連携に基づくがん対策 （取り組むべき施策） 拠点病院等は、地域の実情に応じた患者支援体制の構築のため、都道府県がん診療連携協議会において、セカンドオピニオンを受けられる医療機関や、**緩和ケア及び訪問診療・訪問看護等へ**のアクセスに関する情報提供のあり方について検討する。 **→（加筆修正）より具体的な記載が望ましいと考え加筆しました。** 拠点病院等は、地域包括ケアシステムの仕組みも踏まえつつ、訪問看護ステーションや介護施設・薬局等の地域の関係機関との連携や困難事例等への対応に取り組む。国は、地域の関係者間の連携体制を構築することで、地域における課題の解決を促すため、**拠点病院等を中心として地域包括ケアシステムを活用した施設間の連携・調整を担う者の育成**に、引き続き取り組む。 **→（加筆修正）地域包括ケアとの協働を意識したほうがいいと考えて加筆しました** P.42　①小児・AYA世代について （取り組むべき施策） 国は、小児・AYA世代のがん患者の療養環境の課題等について実態把握を行い、診断時からの緩和ケア提供体制や在宅療養環境等の体制整備について、関係省庁と連携して検討する。 **→（意見です）特に病院入院中の小児がん患者への専門的緩和ケアの充実が重要と思っています。在宅の支援はリソースが増えてきており後は質の問題になってきていますが、入院中の患者については緩和ケアチーム登録データからも小児患者への介入件数はここ１０年変化がないことが課題と感じています（この5年間で年間のコンサルテーション件数は400件程度と変わらず、終末期に痛みのある小児がん患者の20%に介入しているに過ぎません。*Yotani N, et al. J Pain Symptom Manage 2018;56:582 587*）。まずは実態調査を、施策として今後の提供体制の整備を考えていく必要があると思っています。**

資料４　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
齋藤　朋子	身体的苦痛だけでなく、社会的・精神的苦痛を受けることがないよう、がん医療の分野だけでなく、がんとの共生の分野についても引き続き、「緩和ケア、支持療法、アピアランスケア、相談支援センター」について記載いただきたい。医療者を含めた多職種で、さらには地域で連携して、患者とその家族に情報が提供されることが望ましい。
久村　和穂	（1）相談支援及び情報提供　①相談支援について （取り組むべき施策）30頁、下から4行目「国は、拠点病院等と民間団体による相談機関やピア・サポーター等の連携体制の構築について検討する。」とあるが、ここは「国は、拠点病院等と**地域統括相談支援センター**、民間団体による相談機関やピア・サポーター等の連携体制の構築**を推進する**。」（＊下線部は追加・改訂部分）として既存の公的機関のリソースと民間団体等を含めた相談支援ネットワーク化の推進について明記しても良いのではないか。前文中の「多様化・複雑化する相談支援ニーズへの対応」や「持続可能な相談支援体制」を整備するためには、業務内容が広範かつ人員が限られる相談支援センターのみでは限界があり、他の社会資源との連携強化は不可欠と考える。また、直後の文章（患者団体、社会的人材リソース）と次段落の文（相談員からピア・サポーターにつなげる仕組み）の中で、具体的な連携体制の整備について検討すると述べているので、連携体制を構築していくという方向性は明らかであり、重要な施策と考える。 （2）社会連携に基づくがん対策について 今後、高齢世帯や独居のがん患者・がんサバイバーの増加が予想されることから、がん患者が地域社会の中で尊厳を持って安心して暮らすためには、医療連携（医療機関や医療者間の連携）に加えて、**医療以外の日常生活・社会生活に関わる分野**（例：介護・福祉事業者、行政機関窓口、配食サービスや安否確認サービスを行う事業者、法律専門家・社会保険労務士）や地域住民の理解・協力を含めた社会連携の整備や充実が一層必要となる。このセクションでは、緩和ケアの医療以外の部分（例：心理社会的ケア、遺族ケア）を含めて、社会連携や社会的支援の重要性をより明確に伝えられたら良いのではないか。がんに罹患したことで、あるいは、がん治療を生活圏外の医療機関で受けることで、患者やその家族等が強い孤独感を抱いたり、**社会的に孤立することがないような地域社会を作る**ことは、がん患者の自殺予防にもつながり得ると考える。 上記の考えを施策として文章に表現するのは大変難しいが、一つの案として、（取り組むべき施策）の2段落目、「拠点病院等は、地域包括ケアシステムの仕組みも踏まえつつ、介護施設や薬局等の地域の関係機関との連携や困難事例等への対応に取り組む。」という部分について、「拠点病院等は、**当該地域の実情に合わせて**地域包括ケアシステム**に関与し**（あるいは、「地域包括ケアシステムとの連携（統合？）を図り」）、**地域包括支援センター、**介護施設や薬局等の地域の関係機関との連携や困難事例等への対応**と共に、がん医療・緩和ケアに関する知識や医療提供体制、相談支援センターやピア・サポーターなどの社会資源を含めて、地域の医療介護福祉関係者との情報の共有に取り組む**。」（＊下線部を修正・追加）など、もう一歩踏み込んだ内容を盛り込むことを検討としては如何だろうか。地域包括支援センターは地域包括ケアシステムの要となる機関であり、地域の介護福祉・生活支援・住まい等に関わる情報を把握しており、資料4、12頁の「#14共生＜社会連携＞」の中間アウトカム指標には、「ピア・サポーターの認知度」が含まれている。 （続く）

資料４　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
久村　和穂	（続き） また、令和4年8月1日厚生労働省健康局長通知「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」10頁、Ⅱ地域がん連携拠点病院の指定要件について 2診療体制（1）診療機能 ④地域連携の推進体制 キ「当該がん医療圏において、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討する場を年１回以上設けること。」という内容と整合性のある書き方が適切かもしれない。実際のところ、がん医療やがん患者とあまり接点のない介護福祉従事者は、がん医療や緩和ケアに関する知識や地域のリソース関する活用方法を知る機会が殆どなく、その結果としてがん患者・サバイバーやその家族等が必要としている情報や支援が行き届いていないのが現状ではないかと考える。 上記の内容に合わせて「個別目標」を「地域における医療機関や**介護福祉関係者等と**の連携や、医療従事者と患者**・家族等**とのコミュニケーションにより、患者**・家族等**がその療養する場所にかかわらず、質の高いがん医療**や緩和ケア、心理社会的支援**を受けることができることを目指す。」（＊下線部を改訂・追加）としてはどうか。 「社会連携に基づくがん対策」という見出しを、例えば「**患者の療養生活を支える社会連携**（あるいは、社会支援体制、社会支援ネットワーク）**の整備**」など、より分かりやすい文言を用いることも含めて検討しては如何かと考える。
前田　留里	P36 その原因は、職場における体制整備や理解の不足が根強くあるとの指摘がある。 →その原因は、治療開始前に病院医療スタッフからの説明が足りていないことで患者に支援が繋がらないことや、医学的な問題の指摘がある。ではないか。 しくみや窓口はあるが必要としている人がそこに繋がっていない。**確実に（100%）繋がる仕組みを作ることこそ必要。就労支援の中心は「患者」。「患者からの申し出で両立はスタートする」ため**、就労支援に携わる者への施策や企業教育より、**がんと診断された患者への早期の情報提供やエンパワーメント支援を優先すべき重点施策にしていただきたい。** また、医学的要素（薬物療法による影響など）も離職の原因になっているため、医療者の支援がさらに必要。 具体的には、 ①患者全員にアセスメントシートで懸念や不安をキャッチし確実に専門職へ繋げるシステム作り**（診断時にひとりぼっちにさせない）**。 ②中小企業への経済的支援（治療と仕事の両立支援助成金は2022年11月9日公表でストップになっています） ③企業教育は、非正規雇用者や扶養家族などの健康格差の是正や受動喫煙の防止に取り組むなど、企業内で誰も取りこぼさないがん対策、両立支援を検討して頂きたい。 なお、医療機関でのアセスメントシートに仕事のほか、痛み、アピアランスケア、妊孕性、心の不安など一度に聞き取れば（治療のタイミングごとに）、必要とする専門職に必要な時に確実に繋げられ、緩和ケアやサバイバーシップのそれぞれの問題にも同時に支援が届くのではないか。 （続く）

資料４　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
前田　留里	（続き） ロジックモデルについて ＃13共生＜相談支援・情報提供＞ 1-4 病院と連携している患者団体の数では、連携せずとも登録しているだけで好きな数を言える。連携を取っているということは、年に1回以上の会議の機会を設けていることや、患者会へ案内した人数の報告など実情が測れる指標の検討していただきたい。 ＃15共生＜サバイバーシップ＞ 2-3「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」を上げるためのアウトプット指標になっていない。1-2相談支援センターの相談件数を測るだけでは意味がない。アクションに向けて「医療者調査」で患者に就労継続の説明をしたかの調査をし、それを上げる施策にしていかなければ結果が変わっていかない。 ＃16共生＜ライフステージ＞ ①小児、AYA世代について 2-1、2-2、2-3など、「話があった」「制度を利用した」「支援を受けた」と、患者家族が「満足のいく学びや復学ができたか」は違うと思う。3-2就学の継続についての事実だけでなく、その状態を患者家族が希望したものか、満足しているのかを測って、満足度を高める施策にしてほしい。 また、3-1家族の支援として、親の就労支援や経済的困難などを調査もし、少しでも改善に繋げていただきたい。 ②高齢者 2-7家族の介護の経済的負担の原因にもなる、介護保険の利用率の調査（40～64歳、65歳以上）をしていただきたい。
松田　一夫	**（１） 相談支援及び情報提供** **P31　情報提供について　下から5行目** **国は、すべての国民に対して、がんの原因、がん検診、治療法、治療および共生に必要な緩和ケア、受けられる支援に関して情報提供に努める必要がある。がん患者やその家族等が、必要な時に正しい情報を入手し、適切な選択ができるよう、ニーズや課題等の把握を進め、「情報の均てん化」に向けた適切な情報提供のあり方について検討する。**

資料４　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
森内　みね子	（４）ライフステージに応じたがん対策 ①小児・AYA世代について ・（P46）（取り組むべき施策　4段落目の2行目）「在宅療養環境等の体制整備」の例示として、「看護小規模多機能型居宅介護への医療保険の適用等」と追記いただきたい。 若年層のがん患者は、訪問看護による居宅での支援を受けることはできるが、介護保険サービスである看護小規模多機能型居宅介護（看多機）の「通い」「泊まり」のサービスを利用することができない。重度な状態にある人のケアニーズは、世代を問わず共通している。訪問看護同様、医療保険でも介護保険でも看多機を利用できるよう、制度面での対応が求められる。 ②高齢者について ・（P47）（取り組むべき施策　1段落目の2行目）「在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション等」と追記いただきたい。 特に人生の最終段階に、在宅での療養を支えるために訪問看護が果たす役割は大きい。地域の資源のひとつとして訪問看護をより有効に活用していただくためにも、明記してほしい。 【個別目標】 ・（P47）【個別目標】について、高齢のがん患者だけでなく、小児・AYA世代に対しても「療養環境への支援」の記載を追記いただきたい。
谷島　雄一郎	P39～41「（３）がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）　① 就労支援について」において、非正規雇用、及び非正規雇用や自営業・フリーランスの方々への支援が抜け落ちている。**（取り組むべき施策）のところに「非正規や自営、フリーランスを含む」と加える**か、せめて**（現状・課題）のところでここに対する対応が未だなされていないことを記載**し、今後の検討へ進めていただきたい。「格差を是正し、誰一人取り残さない」社会を目指すうえで、国民への強いメッセージとなると考える。（コロナ禍では非正規や自営、フリーランスへの支援が薄いことに対し政府への批判があった） P40、41「①就労支援について（取り組むべき施策）」において、**助成金等の支援策について、自治体先行事例について検証し、アップデートを加えて取り入れることの検討**についても言及いただきたい。 P45、46「（４）ライフステージに応じたがん対策　①小児・ＡＹＡ世代について（現状・課題）」において、以下下線部を追記いただきたい。 「また、小児期にがんに罹患したがん経験者について、晩期合併症などの長期フォローアップや移行期支援など、ライフステージに応じて、成人診療科と連携した切れ目ない相談支援体制を構築することが求められているほか、小児・AYA世代のがん経験者は、晩期合併症等により、就職が困難な場合があるため、就労支援に当たっては、成人でがんを発症した患者と、ニーズや課題が異なることを踏まえる必要がある**。また、就労の困難に加えて小児慢性特定疾病医療費助成制度が20歳で途切れることによる、経済的負担が課題となっている。」** （続く）

資料４　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
谷島　雄一郎	（続き） **P46「（４）ライフステージに応じたがん対策　①小児・ＡＹＡ世代について（現状・課題）」**において、以下下線部を追記いただきたい。 「さらに、人生の最終段階における療養場所として、一定数のがん患者が自宅や地域で過ごすことを希望している中、**小児・AYA世代の在宅医療の環境整備が求められている。**ＡＹＡ世代のがん患者は、利用できる支援制度に限りがある等の理由から、在宅で療養することを希望しても、患者及び家族の身体的・精神的・経済的な負担が大きいことが指摘されている。これに対して、独自の支援を行っている地方公共団体や民間団体等も複数存在しているが、その実態については明らかではない。」 （理由・背景：小児においてはホスピスの整備が非常に遅れている。小児のホスピスケアは、成人の医療的ケアを含むホスピスケアと異なり、遊んだり、毎日の日常を家族と共に過ごしながら、終末期においても成長できる在宅や地域での環境が必要である。病院内ではない、独立した小児ホスピスは日本には2つしかなく、民間団体が民間資金や地方自治体の支援により設立運営している。AYA世代においては、介護保険が受けられず、在宅支援が非常に手薄である。） **P46「（４）ライフステージに応じたがん対策① 小児・ＡＹＡ世代について（取り組むべき施策））において、以下二重線部を削除し、下線部を追記いただきたい。** 「国は、教育支援の充実に向けて、**各地方公共団体の取り組みなどを参考に**、医療従事者と教育関係者との連携に努めるとともに、療養中に**教育を必要とする患者とその家族が**適切な教育を受けることのできる環境の整備、就学・復学支援 等の体制整備を行う。また、情報技術（ＩＣＴ)を活用した遠隔教育について、**健康への影響も含めた**課題等を明らかにするため、実態把握を行う。」 （理由・背景：ICTを活用した遠隔教育が進むことは非常に有難い。ただその裏側で、視力の低下等も指摘されているため、接触時間等、平行して検討を進める必要がある。） 「国は、長期フォローアップや移行期支援など、成人診療科と連携した切れ目ない支援体制が、地域の事情に応じて構築できるよう、患者の健康管理の方法、地域における療養のあり方、再発・二次がん・併存疾患のフォローアップ体制や**検査体制等、**~~の~~**また、その経済的負担に関する相談支援も含めた**医療・支援のあり方について検討する。」 （厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）小児がん拠点病院等及び成人診療科との連携による長期フォローアップ体制の構築のための研究よりhttps://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/20EA1022-sokatsu.pdf） 「国は、小児・ＡＹＡ世代のがん患者の療養環境の課題等について実態把握を行い、診断時からの緩和ケア提供体制や在宅療養環境等の体制整備**及び民間団体の活用に**ついて、関係省庁と連携して検討する。」 （続く）

資料４　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
谷島　雄一郎	（続き） P47【個別目標】「小児・AYA世代の患者への教育、就労、長期フォローアップ、**移行期**等の支援や、高齢のがん患者への療養環境への支援を行うことで、がん患者がライフステージごとに抱える問題に対し、適切な支援を受けられることを目指す。」 （理由・背景）長期フォローアップの中でも特に小児科から成人科への移行が現在課題となっている。成人科の医師にとって、小児がんは超希少疾患であり、情報が極端に少ない。研修の強化などが必要。 ロジックモデルについて #17 共生＜サバイバーシップ＞　就労について。中小企業での指標として例えば産業保健支援センターの利用実績や助成金の活用数等を活用することで、より実態が見えてくるのではないか。

1.全体目標と分野別目標

2.がん予防

3.がん医療

4.がんとの共生

5.基盤の整備

6.必要な事項

資料４　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
阿久津　友紀	患者体験調査へのデータ依存が大きいのでどのような形でこれを実現ざせるのか、次世代型の患者体験調査のやり方方法を計画の中に書き加えておく必要があるのではないか。（患者市民参画のロジックのもと）
石岡　千加史	32頁　「国は、最先端医療迅速評価制度、患者申出療養制度や先駆け審査指定制度等の既存の制度を活用しつつ、がん研究の成果の速やかな実装を、科学的な根拠に基づき、引き続き推進する。」 →「国は、医薬品医療機器法等に基づき、がん研究の成果の実装を推進する。がん研究者等は成果の速やかな実装を目指し患者申出療養制度や先駆け審査指定制度等の既存の制度を活用する。」 （「患者申出療養制度や先駆け審査指定制度等の既存の制度を活用」するのは国？研究開発者？後者と考えて修正案を提示した。） 52頁　子どもに、「遺伝性がんも含めた・・・」 →「遺伝性腫瘍（しゅよう）も含めた・・・」 （一般社団法人日本遺伝性腫瘍学会は、一般の方向けに「遺伝性腫瘍」と言う用語を使用しています。） 53頁　「国民ががん予防や早期発見の重要性を認識する・・・」 →「国民ががん予防やがん検診による早期発見の重要性を認識する・・・」 （この基本計画ではがん予防とがん検診がセット。）
木澤　義之	**・緩和ケアを担う人材が全体的に不足しています。特に医師の不足により拠点病院を中心とした緩和ケア体制構築に支障がでており喫緊の課題となっています。また、大学によっては緩和ケアの専門家を養成する材が不足していることも大きな課題です。以上より計画に緩和ケア専門家の人材育成に関する記載を追加すべきではないかと考えます。** **・また、実際の育成にあたっては、「どの程度の育成が必要か」を把握した上で、具体的な方略を考えるべきだと考えます。** **・また、全ての医療従事者が緩和ケアに関する基本的な能力を習得するために、大学等医育機関と地域の病院が人事連携することにより、緩和ケアに関する学部教育および初期教育に力を入れ、すべての医療者が緩和ケアを当たり前に提供できる体制の構築について検討する必要があると考えます。**
黒瀬　巌	P50、51 がんゲノム医療は今後極めて期待される分野ですが、その適切な普及のためには「必要とする誰もが、必要な時に受けられる」ことが必要です。一方で、わが国では少子超高齢社会で“担い手”も減少する中、負担と給付の問題は避けて通れません。コストの効率化の視点を踏まえたがんゲノム医療の発展普及のための政策を期待しています。 （続く）

資料４　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
黒瀬　巌	（続き） P52、53 またこういった医療の進歩により、生活習慣と発癌だけではなく遺伝的要因による発癌の病態がより詳細にわかってくるものと期待しますが、一方で、「遺伝性がん」という言葉が一人歩きしてしまう危険性も否定できません。「遺伝性がん」について多くの国民に正しく理解していただけるよう、丁寧な説明を広く行っていくことが肝要と考えます。 P56 オンライン診療については、「関連学会及び日本医師会の意見を参考に、信頼性を基本とする患者にとって本当に安心安全なオンライン診療を検討する。」という姿勢を明確に示していただきたいと思います。
谷口　栄作	○P.52　がん教育について、取り組むべき施策の２段落目に「教育委員会及び衛生主管部局が連携して～」とあるが、学校教育だけでなく社会教育もここに含まれているのでしょうか？
中釜　斉	「第２分野別施策と個別目標　２．患者本位で持続可能ながん医療の提供」において、「（５）新規医薬品・医療機器及び医療技術の速やかな医療実装・患者還元」の項目追加が必要ではないか。例えば、ゲノム医療は研究開発を行いながら、並行して治療に薬事承認薬以外のものも活用しながら、患者還元を同時に行っている状況である。臨床研究開発基盤を強化・拡大し、国内外の新薬の導入や適応拡大等を速やかに治験・医師主導治験を実施することにより、一刻も早く最新の治療を患者に届けるよう医療実装に繋げる必要がある。 ・（p56）下線部の追記をしてはどうか。 「また、国は、患者やその家族等のアクセス向上や、医療・福祉・保健サービス の効率的・効果的な提供の観点から、オンライン診療・治験や地方公共団体や医療機関における会議のオンライン化、相談支援のオンライン化に向けた取組を推進する。」 　患者負担の軽減の観点から、オンラインでの外来フォローアップや治験参加の同意についてe-コンセントを活用するなど質を確保しつつ、治験や医師主導治験に参加しやすい環境を整えていくことが重要である。 (p56) 下線部の追記をしてはどうか。 「国は、がん医療の質の向上と分かりやすい情報提供等を一層推進するため、「がん予防」、「がん医療」、「がんとの共生」の各分野において、ＰＨＲの推進、現況報告書のオンライン化、レセプトやがん登録情報等を活用したがん対策の評価、オンラインを活用した相談支援や効果的な情報提供等、デジタル技術の活用による医療のデータ化と即時性の高い利活用の推進について検討する。」 （続く）

資料４　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
中釜　斉	（続き） 　がん検診（p.12）に記載された、レセプトやがん登録情報等を用いた分析は、がん対策全般に実施されるべきである。また、新型コロナウイルス感染症への対応では、がん検診やがん医療等の状況をリアルタイムで把握し、速やかな対策立案が必要であることが明らかとなった。次期計画期間では、即時性の高いデータ収集を図るとともに、現在収集可能なデータの収集方法についても改めて検討する必要があるのではないか。
前田　留里	○薬剤の安定供給や新たなドラッグラグの解消について。 　近年、海外で生産されているがん治療薬などの供給がストップするなど不安定になる事例や、海外で承認され日本未承認の薬品数が急激に増えていることについてその現状と要因の調査を進め、新たなドラッグラグの解消に向けた必要な施策を追加してください。 P52 子どもに、遺伝性がんも含めた　については慎重な記載が必要で、入れるなら「**ゲノム医療も含めた**」にしてはどうか。 伝え方によって血縁者にがん患者がいる子どもが不安になったり、不当な差別や偏見につながることは避けなければならない。地域差やさまざまな外部講師、教育者が関わることから、子どもの発達段階や学習レベル、教育者の理解度を踏まえて内容を慎重に検討し、安易な伝え方にならないよう記載を。 （6）デジタル化の推進 利便性と精度の向上、格差の是正のために推進して頂きたい。 紹介状やCDの持参や郵送など医療側にとっても患者にとっても負担であり、電子カルテ間やオンラインでのやり取りができると不要な検査の重複を避け治療歴の共有化などメリットなど多い。また、AIやロボット手術などの技術を導入して手技による見落としや技術の差、遠隔診断などで地域差を埋めてほしい。セキュリティや機器の親和性など課題はあると思うが、格差是正にデジタル化は有効。また、薬局や保険者などデータの利活用が広がることで、データで不当な扱いにならない文言も必要。 ロジックモデルについて ＃19基盤＜がん研究の推進＞ 1-1がん研究のさらなる充実に向けた戦略の見直しのためには、「何が問題」で、「どこに格差があるのか」の調査が欠かせない。患者体験調査だけではなく「医療者の意識調査」も重要ではないか。 **第４期は誰も取り残さないというテーマから、どんなところに格差があるのかをさまざまな分野で調査し、それを是正するために動いていかないといけない。**

資料４　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
谷島　雄一郎	（前回の協議会で＜がん医療＞において、４期案から個別項目ではなくなった、治療法に乏しく、新たな治療機会へつながることを望んでいる患者にとって最も重要な「ゲノム医療」と「新たな医薬品・医療機器の早期開発・アクセス改善・承認し、いち早く患者につなげるための取組」を再度項目化して欲しいと要望した。） 4期案ではP48、49「４. これらを支える基盤の整備（１） がん研究の推進」のカテゴリーに、「ゲノム医療」や「医薬品・医療機器等の開発」を持ってくるのであれば、（現状・課題）に、「**新たなドラッグラグの発生（ドラッグロス）**」について、また、（取り組むべき施策）には「**世界に後れをとることのない医薬品・治療の開発**」を明記いただきたい。高い効果があるにもかかわらず、日本にいるから受けられない治療があってはならない。医学の進歩に希望を託し、一日一日を懸命に生き抜く患者を明日につなぐための取り組みを確実に進めて欲しい。 P48、49「４. これらを支える基盤の整備（１）がん研究の推進」において、以下下線部を追記いただきたい。 （取り組むべき施策）「国は、患者申出療養制度や先駆け審査指定制度等の既存の制度を、**より活用できるよう制度の改善の検討も視野に入れ**がん研究の成果の速やかな実装を、科学的根拠に基づき、引き続き推進する。」 **（理由・背景：**現状の患者申出療養制度では患者に有効な薬が届いていない。小児がんでは申出すら2～3例で、制度はあっても実用的ではない現状がある。） P52「（３）がん教育及びがんに関する知識の普及啓発（現状・課題）」において、以下二重線部を削除し、下線部を追記いただきたい。 「子どもが健康と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理するとともに、がんに対する正しい知識、がん患者への理解及び命の大切さに対する認識を深めることが大切である。これらをより一層効果的なものとするため、医師やがん患者・経験者等の外部講師を活用し、子どもに、~~遺伝性がん~~**遺伝子についての基礎的な内容**も含めた正しい知識やがん患者・経験者の声を伝えることが重要である。」 （理由・背景：いきなり遺伝性がんの話では伝え方によっては、差別や根拠のない不安をあおることにつながりかねない。発達段階に合わせた遺伝子についての基礎的な知識習得が先にあるべきである。） （続く）

資料４　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
谷島　雄一郎	（続き） P53【個別目標】に下線部を追記いただきたい。 「国民ががん予防や早期発見の重要性を認識するとともに、**多種多様な**がんを正しく理解することを目指す。」 （理由・背景：遺伝性でもない、生活習慣病でもない、予防できない小児がんについても触れるべきである。現行のがん教育は、成人がんに対する啓発傾向である。また予防に主軸の教育内容は、子どもたちには小児がんのメカニズムに対して、親がたばこを吸っていたから、妊娠中お酒を飲んだから、などの偏見にもなりかねない。小中学どの世代の教材にも科学的差異の啓発が重要である。） ロジックモデルについて #19 基盤＜がん研究の推進＞　中間アウトカム2-2～4において、日本発でない治験等の数も指標にいれていただきたい。例えば新規適応薬数や、国際共同治験への参加数等。 #21基盤＜がん教育・知識＞　1-5のアウトプット指標はがん対策推進企業アクション参加企業数でいいのか。参加率が4,500社/1,780,000社で0.25%とかなり低く、有効な指標となり得ないのではないか。 #23 基盤＜患者・市民参画推進＞　がん患者等の参加についての記載はあるが、それ以外の多様な市民の参画に関しても施策や指標が必要ではないか。

1.全体目標と分野別目標

2.がん予防

3.がん医療

4.がんとの共生

5.基盤の整備

6.必要な事項

資料４　第４期がん対策推進基本計画（案）について
事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
阿久津　友紀	P55　**患者本位→患者参加型**　というわかりやすい表現はどうか。後段のロジックモデルのところの〈自分ごと化〉にもつながる。

資料１８-(５)

第87回がん対策推進協議会　議事次第

日　時：令和4年12月7日（木）14：00～17：00
WEB開催

議　事　次　第

１　開　会

２　議　題

（1）　第4期がん対策推進基本計画案について

【資　料】

資料1　　第4期がん対策推進基本計画（案）について

資料2　　第4期がん対策推進基本計画（案）

資料3　　第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル（案）
（国立がん研究センターがん対策研究所提供資料）

資料4　　第4期がん対策推進基本計画指標一覧（案）
（国立がん研究センターがん対策研究所提供資料）

参考資料1　がん対策推進協議会委員名簿

参考資料2　がん対策基本法

参考資料3　がん対策推進基本計画（平成 30 年3月）

参考資料4　がん対策推進基本計画中間評価報告書（令和4年6月）

参考資料5　「経済財政運営と改革の基本方針 2022」より抜粋

参考資料6　土岐会長提出資料

第87回がん対策推進協議会	資料１
令和４年12月７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（案）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

各分野に記載すべき事項の考え方について（案）

■ これまでの議論を踏まえ、以下のような考え方に基づき各分野に記載すべき事項を整理してはどうか。

「がん予防」分野

- ●がんの一次予防、二次予防（がん検診）に係る事項について引き続き記載する。

「がん医療」分野

- ●がん医療提供体制や、がんに対する治療に係る事項について引き続き記載する。
- ●また、治療と併せて医療者が提供すべき事項（リハビリテーションや支持療法等）について引き続き記載することとし、同様の観点から、新たに緩和ケアの提供についても記載する。
- ●希少がん・難治性がんや、世代に応じたがん医療について引き続き記載する。

「がんとの共生」分野

- ●「緩和ケア」は治療と併せて提供されるものであるが、身体的苦痛だけでなく、社会的苦痛・精神的苦痛等といった全人的な苦痛に対し、医療者を含めた多職種で、さらには地域で連携して提供するものであるため、引き続き当該分野にも記載する。
- ●就労を含めた社会的問題、サバイバーシップ支援、ライフステージに応じた対策について引き続き記載する。

「これらを支える基盤」分野

- ●分野横断的な事項について記載する。
- ●「患者・市民参画の推進」及び「デジタル化の推進」を新設する。また、「がん登録」については、がん検診の精度管理等、医療分野以外における利活用を推進する観点から当該分野に記載する。

ロジックモデルの活用及び評価指標の設定について（案）

- 第３期基本計画中間評価において指摘された以下の課題を克服するため、第４期基本計画ではロジックモデルを活用し、計画本文と評価指標を併せて議論・策定することとしてはどうか。

（第３期基本計画中間評価報告書より抜粋）

- 第４期の基本計画では、それらの中間評価指標を検討するとともに、新たに指標を設定する場合には、施策が行われる前の数値を明確にしておくことが望ましい。
- 第３期の基本計画では、計画策定時に評価指標は決定しておらず、目標への達成状況について評価が困難な施策があったため、第４期の基本計画策定時には、目標の設定と併せて、それらをモニタリングする指標についても検討することが望ましい。

- 取り組むべき施策の評価指標に関しては、国だけでなく都道府県がん対策推進計画においても活用できるよう、公表されている統計データや調査結果等を活用することを基本とすることとしてはどうか。

- 評価指標の設定に当たっては、各分野の施策の効果を正しく評価できるか、という観点にも留意することとしてはどうか。

がん対策推進基本計画の見直しの概要（案）

- 第４期がん対策推進基本計画の全体目標は、「誰もががんとともに自分らしく生きられるよう、全ての国民でがんの克服を目指す（P）」とする。

- 分野別目標及び個別目標と、各分野の取り組むべき施策の関係性を明確化するとともに、それらの達成状況をモニタリングし、PDCAサイクルの実効性を確保するため、国立がん研究センターと連携し、ロジックモデルを活用した計画策定を行った。

- 「がん予防」「がん医療」「がんとの共生」の３本の柱及び「これらを支える基盤」は引き続き重要な視点であるため維持しつつ、各分野の項目を以下の通り見直した。

＜主な見直し内容＞

- 「がん医療」の「小児がん・ＡＹＡ世代のがん対策」と「高齢者のがん対策」を別項目とした。
- 「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」を「がんとの共生」から「がん医療」に位置づけた。
- 「がん登録の利活用の推進」を「がん医療」から「これらを支える基盤」に位置づけた。
- 「これらを支える基盤」に、新たに「患者・市民参画の推進」及び「デジタル化の推進」を盛り込んだ。

等

第４期基本計画の全体目標及び分野別目標（案）

■ 前回の協議会において
- 全体目標は基本計画の趣旨を伝える役割であり簡潔で分かりやすいものにすべきである
- ３本の柱の要素を全て盛り込むのではなく、分野別目標との棲み分けを整理すべき
- 誰一人取り残さないという観点は第４期において重要な要素である
- 全ての国民で、という観点に加えて、がんの撲滅・征圧といった観点は重要である

等のご意見があった。全体目標を以下の通りとしてはどうか。

全体目標（案）
「誰もががんとともに自分らしく生きられるよう、全ての国民でがんの克服を目指す。」

１．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

分野別目標
「がんを知り、がんを予防することで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す」

２．患者本位で持続可能ながん医療の提供

分野別目標
「適切な医療を受けられる体制を充実させることで、がん生存率の向上・がん死亡率の減少・全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す」

３．がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

分野別目標
「がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す」

第４期がん対策推進基本計画（令和●年●月閣議決定）　概要（案）

第１．全体目標及び分野別目標　／　第２．分野別施策

全体目標：「誰もがんとともに自分らしく生きられるよう、全ての国民でがんの克服を目指す。」

「がん予防」分野の分野別目標
がんを知り、がんを予防することで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す

「がん医療」分野の分野別目標
適切な医療を受けられる体制を充実させることで、がん生存率の向上・がん死亡率の減少・全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

「がんとの共生」分野の分野別目標
がんになっても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ことで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

１．がん予防
（１）がんの一次予防
①生活習慣について
②感染症対策について
（２）がんの二次予防（がん検診）
①受診率向上対策について
②がん検診の精度管理等について
③科学的根拠に基づくがん検診の実施について

２．がん医療
（１）がん医療提供体制等
①医療提供体制の均てん化・集約化について
②がんゲノム医療について
③手術療法・放射線療法・薬物療法について
④チーム医療の推進について
⑤がんのリハビリテーションについて
⑥支持療法の推進について
⑦がんと診断された時からの緩和ケアの推進
⑧妊孕性温存療法について
（２）希少がん及び難治性がん対策
（３）小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策
（４）高齢者のがん対策
（５）新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装

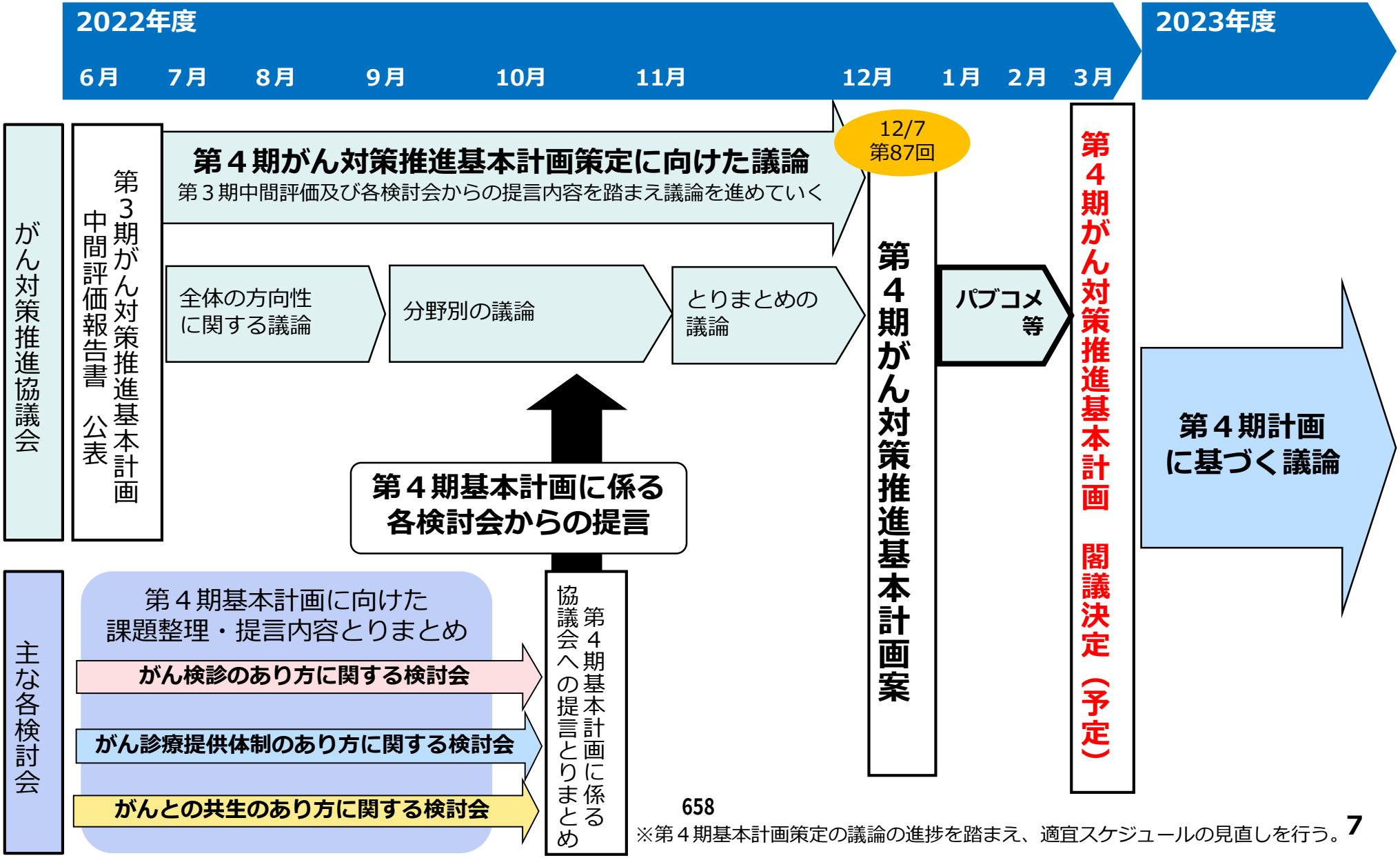
３．がんとの共生
（１）相談支援及び情報提供
①相談支援について
②情報提供について
（２）社会連携に基づくがん対策
（３）がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）
①就労支援について
②アピアランスケアについて
③がん診断後の自殺対策について
④その他の社会的な問題について
（４）ライフステージに応じた療養生活への支援
①小児・ＡＹＡ世代について
②高齢者について

４．これらを支える基盤
（１）全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進
（２）人材育成の強化
（３）がん教育及びがんに関する知識の普及啓発
（４）がん登録の利活用の推進
（５）患者・市民参画の推進
（６）デジタル化の推進

第３．がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

１．関係者等の連携協力の更なる強化
２．感染症のまん延や災害等を見据えた対策
３．都道府県による計画の策定
４．がん患者を含めた国民の努力
５．必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化
６．目標の達成状況の把握
７．基本計画の見直し

がん対策推進基本計画の見直しに向けたスケジュール（案）



※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。

（参考）医療計画と関係計画との一体的な策定

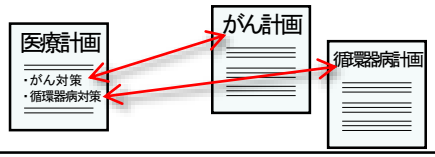
現行

○都道府県策定の医療計画には、がん、脳卒中及び心筋梗塞等の心血管疾患等の治療・予防に関する事項を記載しなければならない

○別途、個別疾患に係る計画として、都道府県がん対策推進計画、都道府県循環器病※対策推進計画を策定しなければならない

※ 脳卒中、心臓病その他の循環器病を意味する

○他にも、様々な医療関係計画が存在する

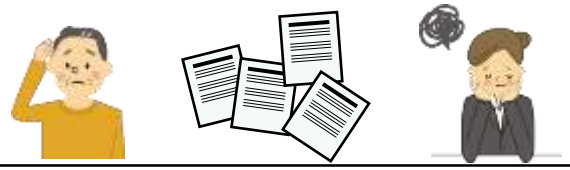


支障

○内容が重複する計画を複数策定することで、

・都道府県において、計画策定に係る事務負担が大きい

・住民にとっても、地域の行政がどういった計画に基づいて行われているかわかりにくい



都道府県に通知

見直し後

○ 医療関係計画を一体的に策定できることを明確化

○ 併せて、策定手続を合理化できることを明確化

効果

○地方公共団体の計画策定に係る負担が軽減され、計画に基づく施策の実施に集中できる

○バラバラだった計画が統合されることで、住民にとって分かりやすさが向上し、理解が深まる



第 87 回がん対策推進協議会	資料２
令和４年 12 月７日	

がん対策推進基本計画（案）

令和●年●月

目次

はじめに 1

第１　全体目標と分野別目標 3

１．　科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 3

２．　患者本位で持続可能ながん医療の提供 3

３．　がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築 3

第２　分野別施策と個別目標 5

１．　科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 5

（１）　がんの１次予防 5

①　生活習慣について 5

②　感染症対策について 7

（２）　がんの２次予防（がん検診） 10

①　受診率向上対策について 10

②　がん検診の精度管理等について 11

③　科学的根拠に基づくがん検診の実施について 12

２．　患者本位で持続可能ながん医療の提供 15

（１）　がん医療提供体制等 15

①　医療提供体制の均てん化・集約化について 15

②　がんゲノム医療について 16

③　手術療法・放射線療法・薬物療法について 16

④　チーム医療の推進について 19

⑤　がんのリハビリテーションについて 19

⑥　支持療法の推進について 20

⑦　がんと診断された時からの緩和ケアの推進 22

⑧　妊孕性温存療法について 25

（２）　希少がん及び難治性がん対策 28
（３）　小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策 30
（４）　高齢者のがん対策 32
（５）　新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装 33
３．　がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築 35
（１）　相談支援及び情報提供 35
①　相談支援について 35
②　情報提供について 37
（２）　社会連携に基づくがん対策 39
（３）　がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援） 41
①　就労支援について 41
②　アピアランスケアについて 43
③　がん診断後の自殺対策について 44
④　その他の社会的な問題について 45
（４）　ライフステージに応じた療養環境への支援 47
①　小児・ＡＹＡ世代について 47
②　高齢者について 48
４．　これらを支える基盤の整備 50
（１）　全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進 50
（２）　人材育成の強化 52
（３）　がん教育及びがんに関する知識の普及啓発 54
（４）　がん登録の利活用の推進 56
（５）　患者・市民参画の推進 57
（６）　デジタル化の推進 58
第３　がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項 59
１．　関係者等の連携協力の更なる強化 59

２．　感染症のまん延や災害等を見据えた対策.....59
３．　都道府県による計画の策定.....59
４．　がん患者を含めた国民の努力.....60
５．　必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化.....60
６．　目標の達成状況の把握.....61
７．　基本計画の見直し.....61

はじめに

我が国において、がんは、昭和 56（1981）年より死因の第１位であるとともに、令和３（2021）年には、生涯のうちに約２人に１人が罹患すると推計されているなど、依然として、国民の生命と健康にとって重大な問題である。

我が国は、これまで、昭和 59（1984）年に策定された「対がん 10 カ年総合戦略」等に基づき、がん対策に取り組んできた。平成 18（2006）年６月には、がん対策の一層の充実を図るため、がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号。以下「法」という。）が成立し、平成 19（2007）年６月には、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）が策定された。

第１期基本計画では、がん診療連携拠点病院の整備、緩和ケア提供体制の強化及び地域がん登録の充実が図られた。平成 24（2012）年に策定された第２期基本計画では、小児がん、がん教育及びがん患者の就労を含めた社会的な問題等への取組が盛り込まれた。また、平成 27（2015）年 12 月には、取組が遅れている分野の強化を図るため、「がん対策加速化プラン」が策定された。平成 30（2018）年に策定された第３期基本計画では、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す」ことを目標とし、「がん予防」、「がん医療」及び「がんとの共生」の３本の柱に沿った総合的ながん対策が推進されたほか、新たな課題として、ＡＹＡ（Adolescent and Young Adult）世代（思春期世代と若年成人世代）のがん、高齢者のがんといったライフステージに応じたがん対策やがんゲノム医療の推進等が盛り込まれた。

令和４（2022）年６月に取りまとめられた第３期基本計画の中間評価報告書においては、がん医療の均てん化のため、がん診療連携拠点病院等（以下「拠点病院等」という。）を中心とした医療提供体制の整備が進められてきた一方で、地域間及び医療機関間で進捗状況に差があることや、あらゆる分野で、情報提供及び普及啓発の更なる推進が必要であることが指摘された。また、今般の新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、感染症のまん延や災害時における対応を検討するとともに、ＩＣＴの活用やデジタル化など、流行下で普及した保健医療サービスの提供方法の在り方についても検討を進める必要がある。

これらを踏まえ、法第 10 条第７項の規定に基づき、第３期基本計画の見直し

を行い、第４期基本計画（以下「本基本計画」という。）を策定する。本基本計画では、「**誰もがんとともに自分らしく生きられるよう、全ての国民でがんの克服を目指す（P）**」を全体目標とした上で、第３期基本計画の「がん予防」、「がん医療」及び「がんとの共生」の３本の柱を維持しつつ、各分野における現状・課題、それらに対する取り組むべき施策を定める。また、施策の評価にあたっては、全体目標、分野別目標及び個別目標と各施策の関連性を明確にし、ＰＤＣＡサイクルの実効性を確保するため、ロジックモデルを活用する。実行期間は、令和５（2023）年度から令和 10（2028）年度までの６年を目安とする。

第１　全体目標と分野別目標

本基本計画の全体目標を**「誰もががんとともに自分らしく生きられるよう、全ての国民でがんの克服を目指す（P）」**とし、がん患者を含めた**全ての**国民ががんに関する正しい知識を持ち、避けられるがんを防ぐことや、誰もが、いつでもどこに居ても、様々ながんの病態に応じた、安心かつ納得できるがん医療や支援を受け、尊厳を持って暮らしていくことができる**ことを目指し、こうした「がんの克服」のための、国民本位のがん対策に取り組むこととする。また、全体目標の下に**、「がん予防」、「がん医療の提供」及び「がんとの共生」の**分野別目標を定め、**３本の柱に沿った総合的ながん対策を推進する。

１．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実
～がんを知り、がんを予防することで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す～

がんを予防する方法を普及啓発するとともに、地方公共団体、関係学会等の連携による取組を推進し、科学的根拠を積極的に収集・分析した上で、その結果に基づいた施策を実施することにより、がんの罹患率を減少させる。**全ての**国民が**受診**しやすい検診体制を構築し、がんの早期発見・早期治療を促すことで、効率的かつ持続可能ながん対策を進め、がんの死亡率の減少を実現する。

２．患者本位で持続可能ながん医療の提供
～適切な医療を受けられる体制を充実させることで、がん生存率の向上・がん死亡率の減少・全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す～

がんゲノム医療をはじめとした高度ながん医療の提供を推進するとともに、患者本位のがん医療を展開することで、がん医療の質を向上させる。また、それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化を進め、効率的かつ持続可能ながん医療を提供することで、がん生存率を向上させ、がん死亡率を減少させる。**さらに、支持療法や緩和ケアが適切に提供される体制を整備することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質を向上させる。**

３．がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築
～がんになっても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ことで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す～

がん患者やその家族等が住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境を整備する。国と地方公共団体、がん患者を含めた国民、医療従事者、医療保険者、事業主、関係学会、患者団体**及び職能団体**等の関係団体、マスメディア等（以下「関係者等」という。）は、医療・福祉・介護・産業保健・就労・教育支援分野等と連携し、効率的な医療・福祉・保健サービスの提供や、就労・教育支援等を行う仕組みを構築することで、**社会的な課題を解決し、がん患者及びその家族等の「全人的な苦痛」の緩和を図る。これらにより、**全てのがん患者が、いつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現し、それにより全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質を向上させる。

第２　分野別施策と個別目標

１．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実
～がんを知り、がんを予防することで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す～

（１） がんの１次予防

① 生活習慣について

（現状・課題）

がんの１次予防は、がん対策の第一の砦であり、避けられるがんを防ぐことは、がんによる死亡者の減少につながる。予防可能ながんのリスク因子としては、喫煙（受動喫煙を含む。）、飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩蔵食品の過剰摂取等の生活習慣など、様々なものがある。

生活習慣の中でも、喫煙は、種々のがんのリスク因子となっており、がんに最も大きく寄与する因子でもあるため、がん予防の観点からも、たばこ対策を進めていくことが重要である。

また、平成 28（2016）年８月に取りまとめられた「喫煙の健康影響に関する検討会報告書[1]」の中で、我が国では、受動喫煙を原因として死亡する人が日本国内で年間１万５千人を超えることや、受動喫煙によって、非喫煙者の肺がんのリスクが約３割上昇すること等が報告され、受動喫煙と肺がん等の疾患の因果関係を含め、改めて、受動喫煙の健康への影響が明らかになった。

我が国においては、これまで、スマート・ライフ・プロジェクト[2]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、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、母子健康手帳を通じた普及啓発等による妊娠中の喫煙率０％を目指した取組や、健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）

---

1 厚生労働省健康局長の下に開催した「喫煙の健康影響に関する検討会」において、平成 28（2016）年８月に取りまとめた。

2 「スマート・ライフ・プロジェクト」とは、「健康寿命をのばそう！」をスローガンに、国民全体が人生の最後まで元気に健康で楽しく毎日が送れることを目標とした国民運動のこと。

の改正により受動喫煙防止を実施してきた。

成人喫煙率、未成年者の喫煙率、妊娠中の喫煙率及び望まない受動喫煙の機会を有する者の割合についてはいずれも改善傾向にある[3]。一方で、成人喫煙率については令和元（2019）年で 16.7%であり、令和４（2022）年度までに 12%とする目標達成には改善が不十分であった。

飲酒、身体活動、食生活等の生活習慣については、「健康日本 21（第二次）」等で適切な生活習慣の普及・啓発等を行ってきた。「国民健康・栄養調査」によると、平成 22（2010）年と比較し令和元（2019）年では、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者[4]の割合は、男性では横ばい、女性では増加しており[5]改善が必要である。また、運動習慣のある者[6]の割合は横ばい、食塩摂取量は男性では減少、女性は減少していたが平成 27（2015）年以降は横ばい、野菜・果物の摂取量については悪化しており[7]、これらについても更なる改善が必要である。

（取り組むべき施策）

国及び地方公共団体は、生活習慣について、「次期国民健康づくり運動プラン」に沿った取組を引き続き推進する。

---

3 平成 29（2017）年（（　）内は平成 22（2010）年の数字）の厚生労働科学研究補助金による研究班の調査によると、未成年の喫煙率は、中学１年生男子：0.5（1.6）%、中学１年生女子：0.5%（0.9%）、高校３年生男子：3.1（8.6）%、高校３年生女子：1.3（3.8）%となっている。また、令和元（2019）年（（　）内は平成 22（2010）年の数字）の厚生労働省の調査によると、妊娠中に喫煙した者の割合は 2.3（5.0）%となっている。さらに、令和元（2019）年の「国民健康・栄養調査」によると、受動喫煙の機会を有する者の割合は、行政機関：4.1%（16.9%：平成 20（2008）年）、医療機関：2.9%（13.3%：平成 20（2008）年）、家庭：6.9%（10.7%：平成 22（2010）年）、飲食店：29.6%（50.1%：平成 22（2010）年）となっている。また、平成 30（2018）年度（（　）内は平成 23（2011）年度の数字）の「労働安全衛生調査（実態調査）」によると、受動喫煙防止対策（全面禁煙又は空間分煙）を講じている職場の割合は、71.8（64）%となっている。

4 「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」とは、１日当たりの純アルコール摂取量が男性 40g 以上、女性 20g 以上の者をいう。

5 令和元（2019）年（（　）内は平成 22（2010）年の数字）の「国民健康・栄養調査」によると、生活習慣病のリスクを高める飲酒をしている者の割合は、男性で 14.9（15.3）%、女性で 9.1（7.5）%となっている。

6 「運動習慣のある者」とは、30 分・週２回以上の運動を１年以上継続している者をいう。

7 令和元（2019）年（（　）内は平成 22 年の数字）の「国民健康・栄養調査」によると、運動習慣のある者の割合は、20～64 歳男性で 23.5（26.3）%、20～64 歳女性で 16.9（22.9）%、65 歳以上男性で 41.9（47.6）%、65 歳以上女性で 33.9（37.6）%、食塩摂取量は、20 歳以上男性で 10.9（11.4）g、20 歳以上女性で 9.3（9.8）g、野菜の摂取量は 281（282）g、果物の摂取不足の者の割合は 63.3（61.4）%となっている。

拠点病院等は、地域におけるがん対策を牽引する立場から、地域へのがんの予防に関する普及啓発を実施するとともに、必要に応じてがん相談支援センターが窓口となり、病院全体でがんの予防に関する情報を提供できる体制を整備する。

② 感染症対策について

（現状・課題）

発がんに寄与する因子としては、ウイルスや細菌の感染は、男性では喫煙に次いで２番目に、女性では最も発がんに大きく寄与する因子となっている。発がんに大きく寄与するウイルスや細菌としては、子宮頸がんの発がんと関連するヒトパピローマウイルス（以下「ＨＰＶ」という。）、肝がんと関連する肝炎ウイルス、ＡＴＬ（成人Ｔ細胞白血病）と関連するヒトＴ細胞白血病ウイルス１型（以下「ＨＴＬＶ－１」という。）、胃がんと関連するヘリコバクター・ピロリ等がある。

子宮頸がんの年齢調整罹患率[8] は、平成 17（2005）年は、人口 10 万人あたり 10.3 であったものが、平成 22（2010）年には 15.3、平成 27（2015）年には 12.8 と増加傾向にある。子宮頸がんの発生原因の多くがＨＰＶ感染であり、子宮頸がんの予防のためには、ＨＰＶ感染への対策が必要である。

ＨＰＶワクチンについて、国は、積極的な勧奨を差し控えることとした取扱いを終了し、予防接種法（昭和 23 年法律第 68 号）に基づく個別の接種勧奨を令和４（2022）年４月から実施している。また、積極的な勧奨の差し控えにより接種機会を逃した方に対しては、公平な接種機会を確保する観点から、令和４（2022）年度から３年間、従来の定期接種の対象年齢を超えて接種を行う「キャッチアップ接種」を実施している。また、令和５（2023）年度から９価ＨＰＶワクチンの安定的な供給が可能であることから、令和５（2023）年４月から９価ＨＰＶワクチンの定期接種を開始することとしている。

8 「年齢調整罹患率」とは、高齢化の影響等により年齢構成が異なる集団の間で罹患率を比較したり、同じ集団の罹患率の年次推移を見るため、集団全体の罹患率を基準となる集団の年齢構成（基準人口）に合わせた形で算出した罹患率をいう。

肝炎対策について、国は、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推進している。

肝炎ウイルス検査の受検率は増加傾向である[9]。また、地方自治体で行っている肝炎ウイルス検査では、ＨＢｓ抗原・ＨＣＶ抗体陽性率が経年的に低下している傾向が認められた[10]。

Ｂ型肝炎の予防接種については、平成 28（2016）年 10 月から予防接種法に基づく定期接種に位置付けられ、接種率は、平成 29 年度以降、いずれの年も９割を越えている[11]。

ＨＴＬＶ―１について、国は、平成 22（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。また、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（Japan Agency for Medical Research and Development。以下「ＡＭＥＤ」という。）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関する研究を行っている。

胃がんの年齢調整死亡率 は、人口 10 万人あたり 40.1（昭和 50（1975）年）から 10.1（平成 27（2015）年）へと大幅に減少しているものの、依然として、がんによる死亡原因の第３位となっており、引き続き対策が必要である。ヘリコバクター・ピロリの除菌が胃がん発症予防に有効であるかは、明らかではないものの、ヘリコバクター・ピロリの感染が胃がんのリスクであることは、科学的に証明されている 。

（取り組むべき施策）

国は、令和４（2022）年４月に再開したＨＰＶワクチンの個別の接種勧奨の実施を踏まえ、ＨＰＶワクチンの接種状況と子宮頸がんの年齢調整罹患率の国内

---

9 平成 29（2017）年（（　）内は平成 23（2011）年の数字）の「肝炎ウイルス検査状況等実態把握調査」によると、Ｂ型肝炎ウイルス検査受検率は 71.0(57.4)%、Ｃ型肝炎ウイルス検査受検率は 61.6 (48.0)%となっている。

10 令和元（2019）年度の「地域保健・健康増進事業報告 （健康増進編）」及び「特定感染症検査等事業実績報告」によると、ＨＢｓ抗原陽性率は 0.54%、ＨＣＶ抗体陽性率は 0.25%となっている。（平成 23（2011）年度「特定感染症検査等事業実績報告」：ＨＢｓ抗原陽性率 0.87%、ＨＣＶ抗体陽性率 0.60%）

11 予防接種の接種者数については、毎年、「地域保健・健康増進事業報告」において調査を行い、厚生労働省のＨＰ（https://www.mhlw.go.jp/topics/bcg/other/5.html）にて公表している。

外の推移を把握し、必要に応じて子宮頸がん検診の指針を見直す等、科学的根拠に基づく子宮頸がん対策を推進する。また、令和５（2023）年４月からの９価ＨＰＶワクチンの定期接種の開始に向けた準備を進め**、定期接種及びキャッチアップ接種の対象者に対する適切な情報提供を実施する**。

国は、肝炎の早期発見・早期治療及びそれによる肝がんの発症予防のため、肝炎ウイルス検査体制の充実やウイルス陽性者の受診勧奨、普及啓発を引き続き推進する。また、Ｂ型肝炎については、予防接種法に基づく定期接種及びウイルス排除を可能とする治療薬・治療法の開発に向けた研究を、引き続き推進する。

国は、感染予防対策を含めたＨＴＬＶ－１総合対策等を引き続き推進する。

国は、引き続き、ヘリコバクター・ピロリの除菌の胃がん発症予防における有効性等について、国内外の知見を速やかに収集し、科学的根拠に基づいた対策について検討する。

【個別目標】

栄養・食生活、身体活動・運動、飲酒、喫煙といった生活習慣の改善（リスクファクターの低減）については、「次期国民健康づくり運動プラン」で定める目標値の達成を目指す。また、ＨＰＶ、肝炎ウイルス、ＨＴＬＶ－１といった発がんに寄与するウイルスや細菌への感染の減少を目指す。

（２） がんの２次予防（がん検診）

① 受診率向上対策について

（現状・課題）

現在、対策型がん検診としては、健康増進法に基づく市町村（特別区を含む。以下同じ。）の事業が行われている。科学的根拠に基づくがん検診の受診は、がんの早期発見・早期治療につながるため、がんの死亡者を更に減少させていくためには、がん検診の受診率向上が必要不可欠である。

がん検診の受診率向上に向けて、国は、これまで、対象者一人一人への個別受診勧奨（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・リコールの推進については、コールは約８割、リコールは約４～５割の市町村で実施されている。また、平成 31（2019）年４月には、「ナッジ理論」に基づいた受診勧奨の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）」を公表した。

国民生活基礎調査によると、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るものの、令和元（2019）年時点で、男性の肺がん検診を除き、第３期基本計画における目標の 50%を達成できていない[12]。新型コロナウイルス感染症の影響により、検診の受診者が 1～２割程度減少しているとの報告もある[13]。

また、がん検診を受けた者のうち、30～60%程度[14]は職域において受診しているが、職域におけるがん検診は、保険者や事業主が福利厚生の一環として任意で実施しているものであり、実施割合、実施されているがん検診の種類、対象者数及び受診者数等を継続的に把握する仕組みがない。

（取り組むべき施策）

国は、受診率向上に向けて、がん検診受診率をより正確かつ精緻に、また、個

12 令和元（2019）年の「国民生活基礎調査」によると、胃がん（男性）：48.0%、胃がん（女性）：37.1%、肺がん（男性）：53.4%、肺がん（女性）：45.6%、大腸がん（男性）：47.8%、大腸がん（女性）：40.9%、子宮頸がん：43.7%、乳がん：47.4%となっている。（胃がん、肺がん、大腸がん、乳がんは 40～69 歳、子宮頸がんは 20～69 歳。健診等（健康診断、健康診査及び人間ドック）において受診したものを含む。）

13 厚生労働行政推進調査事業費補助金がん対策推進総合研究事業「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」（令和２（2020）年度～令和４（2022）年度）

14 平成 28（2016）年の「国民生活基礎調査」によると、胃がん：57.9%、肺がん：62.7%、大腸がん：55.3%、子宮頸がん：32.3%、乳がん：35.8%となっている。

人単位で把握することができるよう検討する。

国は、受診率向上に向けて、これまでの取組から得られた知見を踏まえつつ、より科学的かつ効率的な受診勧奨策を、関係学会や企業等の協力を得て、都道府県及び市町村と連携して推進する。また、**全ての国民ががん検診を受診しやすい体制の整備に向け、**保険者への財政上のインセンティブを活用したがん検診の推進、がん検診と特定健診の同時実施の推進、事業主健診時における市町村等で実施するがん検診の受診勧奨の推進、女性・障害者・非正規雇用者等が受診しやすい環境整備など、受診者の立場に立ったがん検診を受診する上での利便性の向上に努める。

市町村及び検診実施機関においては、受診者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、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（以下「指針」という。）に基づくがん検診の意義及び必要性について、国民が正しく理解できるよう普及啓発を行う。

国は、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、感染症のまん延時等にがん検診の提供体制を一時的に縮小した場合でも、状況に応じて速やかに提供体制及び受診行動を回復させることができるよう、平時における準備等の対応について検討する。

国は、職域におけるがん検診について、実施状況の継続的な把握及び適切な実施に向けた課題の整理を行う。その上で、必要に応じて、法的な位置付けも含めた対応の検討を行う。

② がん検診の精度管理等について

（現状・課題）

がんの早期発見・早期治療につなげ、がんによる死亡率を減少させるためには、がん検診における精度管理が必要不可欠である。

現在、精密検査未受診者への郵送や電話などによるリコールの取組が、市町村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ない。精密検査未受診率及び精密検査未把握率についても、更なる減少に向けた取組が必要である。また、新型コロナウイルス感染症の流行が精密検査受診

率に与えた影響については評価ができていない。

国は、精度管理の指標として「事業評価のためチェックリスト」を設定しており、当該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いる。チェックリストに沿った検診を実施している市町村の割合は、令和２（2020）年度で 60%～80%となっており、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」を平成 30（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。

（取り組むべき施策）

国は、レセプトやがん登録情報を活用したがん検診の精度管理について、技術的支援等を行う。

精密検査受診率について、都道府県やがん種による差が大きくなっていることから、国は、市町村における適切な精度管理の実施のため、精密検査受診率の低い市町村の実態把握を行う仕組みについて検討するとともに、都道府県による指導・助言等の取組を推進する。市町村は、都道府県による指導・助言等を踏まえ、引き続き、指針に基づいたがん検診の実施及び精度管理の向上に取り組む。

国は、職域におけるがん検診の実態把握に係る方法を検討した上で、職域におけるがん検診の精度管理を推進するための取組について、保険者に対する技術的支援**や、産業保健総合支援センターを通じた事業場の産業保健スタッフに対する周知**等を含め検討する。

国及び都道府県は、精密検査受診率向上のため、要精密検査とされた受診者に対する「精密検査を受けられる医療機関リスト」の提供等、職域を含めた、がん検診の実施者による分かりやすい情報提供を推進する。

③ 科学的根拠に基づくがん検診の実施について

（現状・課題）

がん検診は、一定の集団を対象として、がんに罹患している疑いのある者や、がんに罹患している者を早期に発見し、必要かつ適切な診療につなげることに

より、がんの死亡者の減少を目指すものである。このため、国は、がん検診の有効性や精度管理についての検討会[15]を開催するなど、科学的根拠に基づくがん検診の実施を推進してきた。

指針に基づかないがん検診を実施している市町村の割合は、令和２（2020）年度時点で 81.3%と、高い状況が続いている。これらの検診のうち、最も多いものは、前立腺がん検診（ＰＳＡ検査）となっており、その他、子宮体がん検診や肝臓がんの検診（エコー）などがある。

国は、統一されたプログラムのもと、適格な対象集団を特定し、対象者を個別に勧奨する組織型検診の実現を目指し、指針に基づかないがん検診が、十分な検証なしに実施されている点に係る対策を進めるとともに、指針に基づくがん検診についても、がんの疫学的動向を踏まえ、その効果を継続的に評価できるようにする必要がある。

また、現在、がん検診の分野における研究開発の進展は著しく、より正確に、低侵襲に、簡便に、安価に、がんを発見できる方法が提案されている。一方で、それらの対策型検診への導入にあたっては、死亡率減少効果の確認や実施体制の確保に時間を要すること、導入までのプロセスが不透明かつ煩雑であることが指摘されている。

（取り組むべき施策）

国は、我が国におけるがん検診の進捗及び課題を整理するため、諸外国における取組との経年的な比較調査を実施する仕組みについて検討する。

国は、より効率的・効果的ながん検診の実施を推進する観点から、指針に基づくがん検診の科学的根拠に基づいた効果検証を進めるとともに、対策型検診の項目の導入に係るプロセスの明確化等について検討する。

国は、指針に基づかないがん検診に係る効果検証の方法について検討するとともに、指針に基づかないがん検診の効果検証を希望する関係学会や企業等と、地方公共団体のマッチングを促進する仕組みについて検討する。

国は、我が国における組織型検診の構築に向け、科学的根拠に基づくがん検診の実施に向けた取組により精度管理を向上させつつ、課題を整理し、その対応を

[15] 平成 24（2012）年に厚生労働省健康局長の下に開催した「がん検診のあり方に関する検討会」

検討する。

【個別目標】

がん検診受診率を向上させ、指針に基づく全てのがん検診において、受診率60%を目指す。がん検診の精度管理を向上させるとともに、精密検査受診率については、90%を目指す。

２．患者本位で持続可能ながん医療の提供

～適切な医療を受けられる体制を充実させることで、がん生存率の向上・がん死亡率の減少・全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す～

（１） がん医療提供体制等

① 医療提供体制の均てん化・集約化について

（現状・課題）

国は、これまで、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（以下「整備指針」という。）に基づき、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、病理診断、緩和ケア等の提供、がん相談支援センターの整備、院内がん登録及び多職種によるカンファレンスの実施等を推進し、医療の質の向上や均てん化に向けた取組を進めてきた。

令和４（2022）年８月には、がん医療の更なる充実のため、整備指針の見直しを行い（以下「令和４（2022）年整備指針改定」という。）、拠点病院等の役割分担を図る必要がある項目については、患者の適切ながん医療へのアクセスを確保した上で、一定の集約化を求めることとしたほか、都道府県がん診療連携協議会の体制を強化し、拠点病院等の役割分担や連携体制の構築、感染症のまん延や災害等への対応等を新たな要件として盛り込んだ。さらに、適切な病理診断を速やかに提供するため、地域がん診療病院を除く全ての拠点病院等に、病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を配置することとした。

（取り組むべき施策）

国及び都道府県は、がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、**持続可能ながん医療の提供に向け、**拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する。その際、国は、都道府県がん診療連携協議会等に対し、他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う。

国は、質の高い病理診断や細胞診断を提供するための体制の整備を引き続き推進する。

国及び都道府県は、感染症のまん延や災害等の状況下においても、必要ながん医療を提供できるよう、診療機能の役割分担や各施設が協力した人材育成や応

援体制の構築等、地域の実情に応じた連携体制を整備する取組を平時から推進する。

国は、拠点病院等、小児がん拠点病院等、がんゲノム医療中核拠点病院等が相互に連携可能となるよう検討する。

② がんゲノム医療について

（現状・課題）

がんゲノム医療については、平成 29（2017）年 12 月に「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備に関する指針」を策定し、がんゲノム医療中核拠点病院及びがんゲノム医療連携病院の整備が進められた。その後、令和元（2019）年７月の一部改正によってがんゲノム医療拠点病院の類型が新設された。

令和４（2022）年９月時点で、全ての都道府県に、計 233 施設のがんゲノム医療中核拠点病院等が整備されている。

また、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、平成 30（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た。

令和元（2019）年度には、がん遺伝子パネル検査の保険収載により、保険診療下でのがんゲノム医療が実装され、がん遺伝子パネル検査を受けた延べ患者数は、令和４（2022）年８月までに、およそ３万９千例となった。

（取り組むべき施策）

国は、がんゲノム医療をより一層推進する観点から、がんゲノム医療中核拠点病院等を中心とした医療提供体制の整備等を引き続き推進するとともに、関係学会等と連携し、がん遺伝子パネル検査等の更なる有効性に係る科学的根拠の収集に引き続き取り組む。

③ 手術療法・放射線療法・薬物療法について

（ア）手術療法について

（現状・課題）

国は、がんに対する質の高い手術療法を安全に提供するため、拠点病院等を中

心に、適切な実施体制の整備や専門的な知識及び技能を有する医師等の医療従事者の配置を行ってきた。また、鏡視下手術等の低侵襲な手術療法の普及を進め、ロボット支援下手術等の新しい治療法についても保険適用が拡大されるなど、手術療法の充実が図られてきた。

一方で、高度な技術を要する手術療法のような、全ての施設で対応が難しいようなものについては、医療機関間で連携し、地域の実情に応じて集約化を行う等、手術療法の連携体制の整備が必要である。

（取り組むべき施策）

国及び都道府県は、患者が、それぞれの状況に応じた適切かつ安全な手術療法を受けられるよう、標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づき、ロボット支援下手術を含む鏡視下手術等の高度な手術療法の提供についても、医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整備等の取組を進める。

（イ）放射線療法について

（現状・課題）

国は、がんに対する質の高い放射線療法を安全に提供するため、専門的な知識及び技能を有する医師等の医療従事者の配置、リニアック等の機器の整備を行い、拠点病院等を中心に、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ：Intensity Modulated Radiation Therapy）を含む放射線療法の適切な実施体制の整備を進めてきた。また、粒子線治療や核医学治療（ＲＩ：Radioisotope 内用療法等）、ホウ素中性子捕捉療法（ＢＮＣＴ：Boron Neutron Capture Therapy）等の新しい放射線療法について、保険適用が拡大されたほか、それらに対応できる放射線治療病室の整備に向けて、診療報酬上の要件を見直す等、取組を進めてきた。

拠点病院等のうちＩＭＲＴを実施している割合は増加している[16]が、**ＩＭＲＴを含む高度な放射線治療の**更なる推進に向けては、放射線療法を担う専門的な医療従事者の育成が課題とされている。また、今後は**、粒子線治療を含む高度な放射線治療に係る**安全性・有効性等の検証を進めるとともに、粒子線治療施設の効率的かつ持続可能な運用について検討を進める必要がある。

（取り組むべき施策）

国及び都道府県は、患者が、それぞれの状況に応じた適切な放射線療法を受け

16 平成 30（2018）年度の現況報告書によると、ＩＭＲＴ加算を算定している拠点病院等の割合は、52.2%、令和元（2019）年度の現況報告書によると、57.8%となっている。

られるよう、**標準的治療の提供に加えて、**科学的根拠に基づく高度な放射線療法の提供についても、医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整備等の取組を進める。

国は、関係学会等と連携し、粒子線治療、核医学治療等の高度な放射線療法の提供体制の在り方について検討する。

（ウ）薬物療法

（現状・課題）

国は、がんに対する質の高い薬物療法を安全に提供するため、拠点病院等を中心に、継続的にレジメン[17]を審査し管理する体制の整備や、専門的な知識及び技能を有する医師等の医療従事者の配置を行ってきた。また、免疫チェックポイント阻害薬や遺伝子情報に基づく治療薬等の新しい薬物療法について保険適用が拡大されたほか、外来での薬物療法の拡大が進められてきた。

一方で、高齢のがん患者等の合併症リスクの高い患者の増加や新しい薬物療法の普及に伴う、新たな副作用や学際領域への対応に向け、薬物療法に係る専門的な医療従事者の配置について、地域間及び医療機関間における差の改善が求められている。

科学的根拠に基づく正しい薬物療法に関する知識の普及について、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増加しており、関係学会等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が、インターネット上で科学的根拠に乏しい情報が多く見られている。特に、近年研究開発が進み、有力な治療選択肢の一つとなっている免疫療法をはじめ、がん患者が治療法に関する正しい情報を得ることができるよう、取組を進める必要がある。

（取り組むべき施策）

国及び都道府県は、患者が、それぞれの状況に応じた適切かつ安全な薬物療法を受けられるよう、標準的治療の提供に加えて、**高度な薬物療法の提供**についても、医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整備等の取組を進める。

国は、国立がん研究センターや関係学会と連携し、国民が、薬物療法等に関す

17 「レジメン」とは、薬物療法における薬剤の種類や量、期間、手順などを時系列で示した計画をいう。

る正しい情報を得ることができるよう、科学的根拠に基づく治療法に関する情報提供及び普及啓発を推進する。

④ チーム医療の推進について

（現状・課題）

患者やその家族等が抱える様々な苦痛、悩み及び負担に応え、安全かつ安心で質の高いがん医療を提供するため、多職種によるチーム医療の推進が必要である。

これまで、拠点病院等において、医療従事者間の連携体制の強化に係る環境整備に向けて、緩和ケアチームを含む様々な専門チームの設置が進められてきた。

現在、全ての拠点病院等において、専門チームが設置されており、その多くの施設で複数の専門チームが設置されている。一方で、拠点病院等以外の医療機関においては、専門チームの設置が進んでいない。

主治医以外にも相談しやすいスタッフがいたと回答した患者の割合は、成人で 48.8%、小児で 78.0%となっている。

また、療養生活の質の維持・向上の観点から、食事を通して栄養を摂取することは重要であり、がん患者に対する口腔の管理に、歯科医師や歯科衛生士等と連携しつつ対応することが求められている。

（取り組むべき施策）

拠点病院等は、多職種連携をさらに推進する観点から、拠点病院等におけるチーム医療の提供体制の整備を進めるとともに、都道府県がん診療連携協議会において地域の医療機関と議論を行**い、拠点病院等と地域の医療機関との連携体制の整備に取り組む**。

拠点病院等は、院内や地域の歯科医師、歯科衛生士等と連携し、医科歯科連携によるがん患者の口腔の管理の推進に引き続き取り組む。

⑤ がんのリハビリテーションについて

（現状・課題）

がん治療の影響から、患者の嚥下や呼吸運動等に障害が生じることがある。また、病状の進行に伴い、次第に日常生活動作に障害を来し、生活の質の著しい低下が見られることから、がん領域でのリハビリテーションの重要性が指摘されている。

がんのリハビリテーションが適切に提供されることを目的として実施されているがんリハビリテーション研修について、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や、国内各地で研修を受講できる体制の整備が進められてきた。

また、拠点病院等におけるリハビリテーション提供体制の整備を推進していくため、令和４（2022）年整備指針改定において、拠点病院等は、がんのリハビリテーションに携わる専門的な知識及び技能を有する医師や理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の診療従事者を配置することが望ましいとした。

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は令和３（2021）年度で 51.0%、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令和３（2021）年度で 49,491 人と、それぞれ増加している。

（取り組むべき施策）

国は、がん患者に対する適切なリハビリテーションの提供のため、引き続き、関係団体と連携し、がんのリハビリテーション研修を実施するとともに、研修内容の見直しについて検討する。

国及び都道府県は、研修を受講した医師や看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の拠点病院等への配置を推進し、入院に加え外来においても、効果的・継続的ながんのリハビリテーション提供体制の整備を推進する。

⑥ 支持療法の推進について

（現状・課題）

がん治療における副作用・合併症・後遺症対策として、支持療法の適切な推進が重要である。

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の支持療法が、一定の割合で実施されている[18]。また、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。

患者体験調査等によると、治療による副作用の見通しを持てた患者の割合は、成人について 61.9%、小児について 69.2%、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は、成人について 46.5%、外見の変化に関する相談ができた患者の割合は、成人について 28.3%、小児について 51.8%となっている[19]。

専門的なケアを実施する外来については、拠点病院等を中心に設置が進められてきた。リンパ浮腫外来が設置されている拠点病院の割合は、令和３（2021）年度で 56.1%、ストーマ外来が設置されている拠点病院等の割合は、90.3%となっており、いずれも増加しているが、**支持療法の提供体制の整備の**一層の充実が求められる。また、リンパ浮腫については、「リンパ浮腫研修」[20]により人材育成が推進されている。

（取り組むべき施策）

国は、患者が、治療に伴う副作用**・合併症・後遺症**への見通しを持ち、身体的苦痛や外見の変化等があった際に容易に相談できるよう、多職種による相談支援体制の整備や医療従事者への研修の実施等を推進する。

国は、支持療法の更なる充実に向けて、実態把握を行うとともに、科学的根拠に基づく支持療法が実施されるよう、関係団体等と連携し、専門的なケアが受けられる体制の整備等を推進する。

---

18 平成 28（2016）年の「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」によると、拠点病院等において支持療法に関する標準診療を実施された患者の割合は、高リスク嘔吐化学療法時予防的制吐剤を処方された割合は 75.0%（リンパ腫を除外した割合は 86.0%）、外来麻薬鎮痛開始時緩下剤を処方された割合は 61.0%となっている。

19 成人について：平成 30（2018）年度「患者体験調査」、小児について：令和元（2019）年度「小児患者体験調査」

20 厚生労働省の後援事業として、一般財団法人ライフプランニングセンターにおいて実施。

⑦ がんと診断された時からの緩和ケアの推進

（ア）緩和ケアの提供について

（現状・課題）

緩和ケアについては、法第 15 条において、「がんその他の特定の疾病に罹患した者に係る身体的若しくは精神的な苦痛又は社会生活上の不安を緩和することによりその療養生活の質の維持向上を図ることを主たる目的とする治療、看護その他の行為をいう」と定義されている。また、法第 17 条において、がん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策として、「緩和ケアが診断の時から適切に提供されるようにすること」と明記されている。このように、緩和ケアとは、身体的・精神心理的・社会的苦痛等の「全人的な苦痛」への対応（全人的なケア）を**、全ての医療従事者が診断時から行うとともに、地域の関係機関等とも連携して取り組まれるものであり、こうした取組を**通じて、患者やその家族等のＱＯＬの向上を目標とするものである。

国は、令和３（2021）年から「がんの緩和ケアに係る部会」において、緩和ケアに係る課題及び取組について議論を行うとともに、診断時の緩和ケアを実践するポイントを整理したリーフレット[21]や、診断時に説明する必要がある事項についての説明文書[22]、専門的な治療の活用を含む対応のポイントを整理したリーフレット[23]を作成し、がん診療を行う全ての医療機関等に対し周知を行った。

拠点病院等については、整備指針において、がんの診断時から適切な緩和ケアが提供されるよう、専門的な知識及び技能を有する医療従事者で組織された緩和ケアチームの組織や、外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制の整備を推進してきた。

現況報告書によると、緩和ケアチームの新規介入患者数は増加傾向が見られた一方、年間新規介入患者数が 50 件未満の拠点病院等も依然として存在している。また、現況報告書では、依頼件数等の数的な評価しかできず、緩和ケアチームの技術や提供されるケアの質を評価するための方策を検討する必要がある。

---

21 「診断時の緩和ケア」（第３回がんの緩和ケアに係る部会（令和３（2021）年 11 月５日）において作成（https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000950864.pdf））

22 「病状、治療方針とあわせて、医療チームからお伝えしたいこと」（第３回がんの緩和ケアに係る部会（令和３（2021）年 11 月５日）において作成（https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000950865.pdf））

23 「痛みへの対応について」（第５回がんの緩和ケアに係る部会（令和４（2022）年４月 13 日）において作成（https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000950866.pdf））

緩和ケア外来については、全ての拠点病院等が緩和ケア外来を設置しており、その多くが他の医療機関で治療を受けているがん患者の受け入れを行っているとしているものの、実際の症例数や地域からの紹介患者数は依然少ない。また、がんの診断や検査については、拠点病院等に限らず検診医療機関やかかりつけ医などの役割が大きいと考えられるが、これらの場面における緩和ケアの実態は十分に把握されていないとの指摘がある。

さらに、拠点病院等で実施されている緩和ケアについて、実地調査等を定期的かつ継続的に実施し、緩和ケアの質の向上を図る必要があることが指摘されているが、その具体的な方策や実効可能性等に課題がある。

患者体験調査によると、平成 30（2018）年度時点で、心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合、身体的・精神心理的な苦痛を抱えている患者の割合、苦痛により日常生活に支障を来している患者の割合は、約３～４割と一定の割合を占めている[24]。また、遺族調査によると、亡くなる前１か月間の療養生活について、身体的な苦痛を抱える患者の割合、精神心理的な苦痛を抱える患者の割合は、約４～５割となっており[25]、更なる緩和ケアの充実が必要である。一方、拠点病院等におけるがんの治療が終了した患者について、他院への転院や在宅医療への移行など、終末期医療の個々の経過については、明らかではない。

国は、関係学会と連携し、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[26]。国民の緩和ケアに関する認識として、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約半数に留まっており[27]、正しい知識の更なる普及啓発に取り組む必要がある。

---

24 平成 30（2018）年度の「患者体験調査」によると、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は 32.8%、身体的な苦痛を抱える患者の割合は 44.6%、精神心理的な苦痛を抱える患者の割合は 38.0%、身体的・精神心理的苦痛により日常生活に支障を来している患者の割合は 30.8%となっている。

25 平成 30（2018）年度の「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」によると、療養生活の最終段階において、身体的な苦痛を抱える患者の割合は、40.4%（痛み）、47.2（からだの苦痛）、精神心理的な苦痛を抱える患者の割合は、42.3%となっている。

26 特定非営利活動法人日本緩和医療学会への委託事業として、「オレンジバルーンプロジェクト」を実施している。

27 令和元（2019）年度の「世論調査」によると、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は 52.2%、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 48.3%となっている。

（取り組むべき施策）

国は、拠点病院等を中心とした医療機関において、がん診療に携わる全ての医療従事者により、がん患者の身体的苦痛や、がん患者やその家族等の精神心理的苦痛、社会的な問題等の把握及びそれらの個別の状況に応じた適切な対応が、地域の実情に応じて、診断時から一貫して行われる体制の整備を推進する。特に、がんの診断時は、がん患者やその家族等にとって、診断による衝撃への対応や今後の治療・生活への備えが必要となる重要な時期であることを踏まえ、これらの精神心理的苦痛や社会的苦痛に対する適切な支援**が全ての医療従事者により提供され、また、必要に応じて緩和ケアチームとの速やかな連携が図られるよう**、医療従事者への普及啓発策[21,22]等を含め、必要な体制の整備を推進する。

国は、がん患者が望んだ場所で過ごすことができるよう、拠点病院等を中心に、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護を担う機関と連携した、在宅を含めた地域における緩和ケア提供体制の整備を推進する。

国は、関係学会等と連携し、国民に対する、緩和ケアに関する正しい知識の普及啓発を引き続き推進する。また、拠点病院等は、地域の医療従事者も含めた緩和ケアに関する研修を定期的に開催するとともに、地域におけるがん診療**や在宅医療**に携わる医療機関、関係団体及び地方公共団体と連携し、専門的な疼(とう)痛治療に係る普及啓発[23]及び実施体制の整備を進める。

国は、入院だけでなく外来等における緩和ケアの充実に向け、専門的な人材の配置等も含め、検討する。

国は、緩和ケアに係る実地調査等を定期的かつ継続的に実施するための方策について、研究を行い、研究結果を踏まえ検討する。

国は、緩和ケアチームにより提供されるケアの質の向上のため、専門的な緩和ケアの質の評価等の方策について研究を行う。また、患者体験調査や遺族調査等により、患者やその家族等に、適切な緩和ケアが提供されているかどうかを、引き続き定期的かつ継続的に把握する。

国は、拠点病院等以外の医療機関における緩和ケアの充実に向けて、緩和ケア提供体制の実態や課題等を把握するための調査及び研究を行う。また、拠点病院等における治療が終了した後の患者について、望んだ場所で適切な治療やケアが受けられるように、他院への転院や在宅**医療**への移行なども含め、終末期医療

の提供の場や療養場所の決定に至る意思決定及びこれらの場所における終末期医療の実態等について研究を行い、その質の向上について検討する。

（イ）緩和ケア研修会について

（現状・課題）

国は、がん医療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを正しく理解し、知識、技術、態度を習得することで、緩和ケアが診断時から適切に提供されることを目指し、関係学会と連携し、緩和ケア研修会を実施してきた。平成 30（2018）年度には、e-ラーニングを導入するとともに、対象疾患をがん以外に、研修の対象者を医師以外の医療従事者に拡大し、研修会の内容にがん患者の家族、遺族等に対するグリーフケア[28]を盛り込む等の見直しを行った。

緩和ケア研修会の修了者数は、令和３（2021）年度には、累計でおよそ 15 万人に達し、着実に増加している。

（取り組むべき施策）

国は、がん医療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを実践し、その知識や技能を維持・向上できるよう、緩和ケア研修会の更なる推進に努めるとともに、関係団体等と連携し、医療用麻薬の適正使用や、専門的な緩和ケアへのつなぎ方等の観点も踏まえ、緩和ケア研修会の学習内容や、フォローアップ研修等について検討し、必要な見直しを行う。

⑧ 妊孕性温存療法について

（現状・課題）

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、将来子どもを産み育てることを望む小児・ＡＹＡ世代のがん患者にとって大きな課題である。患者体験調査等によると、治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合は、成人（40 歳未満）で平成 30（2018）年度において 52.0%、小児で令和元（2019）年において 53.8%となっている。

[28] 「グリーフケア」とは、大切な人を失い、残された家族等の身近な者が悲しみを癒やす過程を支える取組をいう。また、「ビリーブメントケア」ともいう。

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は、高額な自費診療であり、がん患者等にとって経済的負担となっているほか、未受精卵子凍結や卵巣組織凍結については、有効性等の更なるエビデンス集積が求められている。

このような状況を踏まえ、国は、令和３（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」を開始し、有効性等のエビデンス集積を進めつつ、若いがん患者等が希望を持って病気と闘い、将来子どもを持つことの希望をつなぐ取組を行っている。令和４（2022）年度からは、がん患者等で妊孕性温存療法を行った方が、その後妊娠を希望する際に凍結保存した検体を用いる生殖補助医療（保存後生殖補助医療）も当該事業の対象となっている。

また、妊孕性についてはがん治療前だけでなく、がん治療後も長期間にわたって、がん・生殖医療に関する情報・相談支援を継続的に提供できる体制の整備が求められている。

令和４（2022）年整備指針改定において、拠点病院等には各地域のがん・生殖医療ネットワークに加入し、「小児・ＡＹＡ世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」へ参画すること、妊孕性温存療法及びがん治療後の生殖補助医療に関する情報提供及び意思決定支援を行う体制を整備することを求めている。

（取り組むべき施策）

国は、**適切ながん・生殖医療の提供を推進するため**がん医療と生殖医療の連携の下、**がん治療が妊孕性に与える影響に関する説明と、**妊孕性温存療法及びがん治療後の生殖補助医療に関する情報提供や意思決定の支援が**、個々の患者の状態に応じて**適切に行われるよう、人材育成等の体制整備を推進するとともに、研究促進事業を通じたエビデンス創出に引き続き取り組む。

【個別目標】

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

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

国民の緩和ケアに対する正しい認識を促すとともに、身体的・精神心理的・**社会的**な苦痛を抱える全ての患者が、資料[22]を用いる等により分かりやすい説明を受け、速やかに医療従事者へ相談でき、適切なケア・治療を受けられる体制を目指す。

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

（２） 希少がん及び難治性がん対策

（現状・課題）

希少がん[29]及び難治性がんについては、平成 28（2016）年の法の一部改正において、法第 19 条第２項に「罹患している者の少ないがん及び治癒が特に困難であるがんに係る研究の促進について必要な配慮がなされるものとする」と明記されるなど、更なる対策が求められている。

希少がんについて、国は、平成 30（2018）年に国立がん研究センターを希少がん医療を統括する希少がん中央機関として位置付け、希少がんコンサルテーション体制の整備による診断支援や希少がん対策ワーキンググループによるガイドラインの作成等の取組を通じて、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拠点病院等や小児がん拠点病院等との連携を推進し、患者が全国どこにいても、適切な医療につなげる対策を講じている。

希少がん患者の初診から診断までの時間が１か月未満であった割合は、平成 30（2018）年度で 66.4%、診断から治療開始までの時間が１か月未満であった割合は 72.3%であった[30]。また、患者に有効性の高い診断法・早期発見法・治療法を速やかに提供するための体制整備を進めた結果、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平成 30（2018）年度において 80.0%となった。

希少がんの情報の集約及び発信については、国立がん研究センターがん対策研究所がん情報サービス（以下「がん情報サービス」という。）における情報提供や、希少がんセンターにおける情報発信、患者やその家族等だけでなく、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の整備等を進めている。また、平成 29（2017）年より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。

膵（すい）がんをはじめとした、いわゆる難治性がんは、治療成績の向上が喫緊の課題

[29] 平成 27（2015）年に開催された「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会」においては、希少がんを「概ね罹患率人口 10 万人当たり６例未満、数が少ないため診療・受療上の課題が他のがん種に比べて大きい」がん種と定義し、医療や支援の在り方に関する検討を行った。

[30] 平成 30（2018）年度の「患者体験調査」によると、希少がん患者の初診から診断までの時間は、２週間未満が 38.1%、２週間以上１か月未満が 28.3%、診断から治療開始までの時間は、２週間未満が 31.2%、２週間以上１か月未満が 41.1%となっている。

である。
早期発見が困難であるために難治性がんとなっているものについては、がんの存在診断のための革新的技術を開発するとともに、転移・再発したがんを克服するための第一歩として、浸潤・転移といったがんの特性を解明する研究をさらに推進することが求められる。

また、希少がん及び難治性がんにおいては、治療薬の候補が見つかっても保険診療下で使用できる薬が少ない、参加可能な治験が少ない等、薬剤アクセスの改善が課題となっている。

（取り組むべき施策）
国及び都道府県は、患者やその家族等への情報提供の更なる推進のため、拠点病院等における診療実績や、医療機関間の連携体制等について、患者やその家族等の目線に立った分かりやすい情報提供を推進する。

国は、希少がん患者及び難治性がん患者の、高度かつ専門的な医療へのアクセシビリティを向上させるため、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会における地域の実情を踏まえた議論を推進し、拠点病院等の役割分担に基づく医療機関間の連携体制の整備を推進する。

国は、希少がんについて、適切な診断に基づく治療を提供するため、病理診断に係る希少がん中央機関と拠点病院等との連携体制の整備を引き続き推進する。

国は、希少がん及び難治性がんについて、がんの存在診断、治療法の開発のため、希少がん中央機関、拠点病院等、関係学会及び企業等と連携した研究を引き続き推進する。また、国は、**関係学会等と連携した診療ガイドラインの充実を図るとともに、**希少がん及び難治性がん領域における薬剤アクセスの改善に向けて、課題を整理し、その対応のための方策を検討する。

【個別目標】
希少がん患者及び難治性がん患者が、必要な診療情報にアクセスでき、そこから速やかに適切な医療につながれることを目指す。

（３） 小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策

（現状・課題）

がんは、小児及びＡＹＡ世代の病死の主な原因の１つであるが、多種多様ながん種を含むことや、成長発達の過程においても、乳幼児から小児期、活動性の高い思春期・若年成人世代といった特徴あるライフステージで発症することから、これらの世代のがんは、成人のがんとは異なる対策が求められる。

国は、小児がん患者とその家族等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を進めてきた。

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世代のがん患者について、適切な医療を提供できる体制の構築等を指定要件としている。あわせて、拠点病院等では、ＡＹＡ世代の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、自施設または連携施設のがん相談支援センターで対応できる体制を整備することとしており、小児がん拠点病院等と拠点病院等が連携しつつ、ＡＹＡ世代の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。

さらに、令和４（2022）年８月の「小児がん拠点病院等の整備に関する指針」の改定では、患者の適切な集約化に向けた連携病院の類型の見直しや、長期フォローアップに関する適切な連携体制の整備が盛り込まれた。

また、小児がんにおいては、治療薬の候補が見つかっても保険診療下で使用できる薬が少ない、参加可能な治験が少ない等、薬剤アクセスの改善が課題となっている。

（取り組むべき施策）

国は、小児がん拠点病院等と、拠点病院等や地域の医療機関等との連携を含め、地域の実情に応じた小児・ＡＹＡ世代のがん医療提供体制の整備を推進する。また、小児がん拠点病院連絡協議会における地域ブロックを超えた連携体制の整備に向けた議論を推進する。

小児がん拠点病院等は、自施設の診療実績、診療機能や、他の医療機関との連携体制等について、患者やその家族等の目線に立った分かりやすい情報提供を

推進する。

国は、長期フォローアップの更なる推進のため、**小児がん経験者の晩期合併症について実態把握を行うとともに、**小児がん拠点病院等と、拠点病院等、地域の医療機関、かかりつけ医等の連携を含め、地域の実情に応じた小児・ＡＹＡ世代のがん患者の長期フォローアップの在り方を検討する。

国は、小児がん領域における薬剤アクセスの改善に向けて、治験の実施（国際共同治験への参加を含む。）を促進する方策を検討するとともに、小児がん中央機関、小児がん拠点病院等、関係学会及び企業等と連携した研究開発を推進する。

【個別目標】

小児がん患者及びＡＹＡ世代のがん患者やその家族等が、**適切な情報を得て、**悩みを相談できる支援につながり、適切な治療や長期フォローアップを受けられることを目指す。さらに小児がん領域での研究開発を進める。

（４） 高齢者のがん対策

（現状・課題）

我が国においては、人口の高齢化が急速に進んでおり、令和７（2025）年には、65 歳以上の高齢者の数が 3,677 万人（全人口の 30.0%）に達すると推計されている。[31]これに伴い、高齢のがん患者も増加しており、令和元（2019）年度には、新たにがんと診断された人のうち 65 歳以上の高齢者の数は 75 万人（がん患者全体の 75%）となっている[32]。

令和４（2022）年整備指針改定では、高齢のがん患者に対する意思決定支援の体制整備や、地域の医療機関及び介護事業所等との連携体制の整備等が指定要件として盛り込まれた。

高齢者のがんについては、全身状態や併存疾患を加味して、標準的治療の適応とならない場合等があるが、こうした判断は、医師の裁量に任されていることが課題とされていた。そのため現在、厚生労働科学研究[33]において、高齢者がん診療に関するガイドラインの策定を行っている。

（取り組むべき施策）

高齢のがん患者が、例えば、**複数の慢性疾患**を有している、介護事業所等に入居しているなど、それぞれの状況に応じた適切ながん医療を受けられるよう、拠点病院等は、地域の医療機関及び介護事業所等との連携体制の整備を進める。

国は、高齢のがん患者に対する適切な治療及びケアの提供を推進するため、**関係団体等と連携し、更なるガイドラインの充実を推進するとともに、**高齢のがん患者に対するがん医療の実態把握を行う。

国は、高齢のがん患者が適切な意思決定に基づき治療等を受けられるよう、高齢のがん患者やその家族等の意思決定支援に係る取組を推進する。

【個別目標】

多職種での連携**や地域の医療機関等との連携**を強化し、患者が望んだ場所で適切な医療を受けられることを目指す。

---

31 平成 29（2017）年４月「日本の将来推計人口」（国立社会保障・人口問題研究所）
32 令和元（2019）年度「全国がん登録　罹患数・率　報告」
33 厚生労働科学研究がん対策推進総合研究事業「高齢者がん診療ガイドライン策定とその普及のための研究」（令和３（2021）年度～令和４（2022）年度）

（５） 新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装

（現状・課題）

がん研究により、医薬品、医療機器及び医療技術の開発を加速させるとともに、それらの速やかな医療実装が求められている。

先進医療の実施については、医療における国民の選択肢を拡げ、利便性を向上するという観点から、保険外併用療養費制度の中で実施されている。また、平成28(2016)年４月には、国内未承認の医薬品等を、安全性・有効性を確認しつつ、身近な医療機関で迅速に使用できるよう、保険外併用療養費制度の中に、「患者申出療養制度」を創設した。さらに、平成 27（2015）年より、世界に先駆けて我が国での開発が見込まれる医薬品、医療機器等の迅速な実用化を図るため、「先駆け審査指定制度」（現：先駆的医薬品指定制度等）を開始している。

しかしながら、諸外国では承認されているものの国内において未承認の医薬品が増加しており、小児がんや希少がん領域に留まらない薬剤アクセスの改善が課題となっている。また、医薬品の生産拠点が海外にあるため、国内への供給が不安定になる事例が報告される等、承認後の安定供給に係る課題も指摘されている。

国は、拠点病院等において、治験も含めた医薬品等の臨床研究、先進医療、患者申出療養等に関する適切な情報提供や、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、がん患者に対する情報提供体制の充実に取り組んできたほか、厚生労働科学研究において、公益社団法人や企業等と協力しながら、情報提供に係るパイロット事業の検討を行っている。

臨床試験・治験に関する窓口がある拠点病院等の割合は、令和３（2021）年度で 78.1%となっているほか、令和２（2020）年度で 320 件の抗がん剤に関する治験が実施されている。

（取り組むべき施策）

国は、拠点病院等における臨床研究等の推進に引き続き取り組むとともに、患者目線の分かりやすい情報提供の在り方について検討し、拠点病院等に対し周知する。拠点病院等は、患者に対し、臨床研究等の適切な実施及び情報提供を行うとともに、必要に応じて適切な医療機関への紹介を行う。

国は、先進医療、患者申出療養制度等の評価療養及び先駆的医薬品等の指定制度等の既存の制度を活用しつつ、がん研究の成果の速やかな実装を、科学的根拠

に基づき、引き続き推進する。

国は、がん治療薬に係る薬剤アクセスの改善に向けて、課題を整理し、その対応のための方策を検討する。

【個別目標】

がん患者が十分な情報を得て治療を選択でき、治験へ参加できること等**を可能とするとともに、新たながん医療に係る技術の実装を推進すること**により、がん医療の進歩を享受できることを目指す。

３．がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築
～がんになっても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ことで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す～

（１） 相談支援及び情報提供

① 相談支援について

（現状・課題）

患者の療養生活が多様化する中で、拠点病院等や小児がん拠点病院等のがん相談支援センターが中心となって、患者やその家族等の精神心理的・社会的な悩みに対応していくことが求められている。

国は、がん患者が必要に応じて確実に支援を受けられるよう、整備指針において、初診時等にがん相談支援センターについて説明することや、広報を行うことを定め、その取組を促してきた。令和４（2022）年整備指針改定においては、更なる相談支援体制の整備を推進するために、「外来初診時から治療開始までを目処に、がん患者及びその家族が必ず一度はがん相談支援センターを訪問（必ずしも具体的な相談を伴わない、場所等の確認も含む）することができる体制を整備することが望ましい」ことを盛り込んだ。

患者体験調査等によると、がん患者・家族の３人に２人ががん相談支援センターについて知っている[34]ものの、利用したことがある人の割合は、成人で 14.4%、小児で 34.9%となっている。実際に利用した者のうち、「役立った」と回答した人が、８割を越えていることを踏まえると、利用していない患者について、本当にニーズがなかったのか、十分に留意する必要がある。

また、院内体制や地域資源によって、対応可能な相談件数や患者の相談ニーズは異なることから、質の高い相談支援体制を持続可能なものとするためには、全てのがん相談支援センターで持つべき機能や対応の範囲について検討し、地域の実情に応じた集約化や役割分担を行うことが必要ではないかとの指摘がある。

がん患者にとって、同じような経験を持つ者による相談支援や情報提供及び患者同士の体験共有ができる場の存在は重要であることから、国は、都道府県に

[34] 平成 30（2018）年度の「患者体験調査」によると、がん相談支援センターについて知っているがん患者・家族の割合は、66.4%、令和元（2019）年度の「小児患者体験調査」によると、66.4%となっている。

おけるピア・サポーターの養成を推進してきた。また、ピア・サポート活動の質の担保も重要であることから、「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。令和４（2022）年整備指針改定では、拠点病院等が患者サロン等の場を設ける際に、一定の研修を受けたピア・サポーターの活用に努めることとされた。

一方で、ピア・サポーターについて知っているがん患者の割合は、平成 30（2018）年度時点で 27.3%と低い。

治療開始前に病気や療養生活に関して相談することができたと感じる患者の割合、家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じている患者・家族の割合は、増加している[35]。

（取り組むべき施策）

拠点病院等は、がん相談支援センターの認知度向上及びその役割の理解の促進のため、**地域の関係機関等と連携して、**自施設に通院していない者も含む患者やその家族等への適切なタイミングでの周知に引き続き取り組む。また、相談支援体制へのアクセシビリティを向上させるため、オンライン等を活用した体制整備を進める。

国は、相談支援の質を担保するため、関係団体等と連携し、がん相談支援に係る研修等に引き続き取り組む。

国は、効率的・効果的な体制を構築する観点から、多様化・複雑化する相談支援のニーズに対応できる質の高い相談支援体制の整備を推進するとともに、持続可能な相談支援体制の在り方等について検討する。

国は、拠点病院等と民間団体による相談機関やピア・サポーター等の連携体制の構築について検討する。また、それも踏まえ、相談支援の一層の充実を図るため、ＩＣＴや患者団体、社会的人材リソースの活用、必要に応じて地方公共団体

35 平成 26（2014）年度の「患者体験調査」によると、がん診断～治療開始前に病気や療養生活に関して相談することができたと感じる患者の割合は、67.4%、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、37.1%なっており、平成 30（2018）年度では、前者は 76.3%、後者は 48.7%と増えている。また、令和元（2019）年度の「小児患者体験調査」によると、家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じている患者・家族の割合は、39.7%となっている。

等との協力を得られる体制整備の方策について検討する。

国は、がん患者がピア・サポーターからの支援を受けやすくなるよう、相談支援等に携わる者からピア・サポーター等につなげるための仕組みについても検討する。

② 情報提供について

（現状・課題）

がんとの共生を目指す社会にとって、**全ての**患者やその家族等、医療従事者等が、確実に、必要な情報及び正しい情報にアクセスできる環境を整備することが重要である。

がんに関する情報があふれる中で、科学的根拠に基づいているとは言えない情報が含まれていることがある。がん情報サービスにおいて、各がんの解説、診断・治療、治験、療養等に関する情報提供を行っているものの、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、令和３（2021）年度で、71.0%となっており、平成 30（2018）年度の 71.1%から横ばいである。

また、国は、拠点病院等に対し、整備指針において、自施設で対応できるがんについて提供可能な診療内容を病院ホームページ等で広報すること、希少がん、小児がん、ＡＹＡ世代のがん患者への治療及び支援（妊孕性温存療法を含む。）やがんゲノム医療についても、自施設で提供できる場合や連携して実施する場合はその旨を広報することを求めている。

情報取得や意思疎通に配慮が必要な人に対する情報提供のため、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いる。また、視覚や聴覚等の障害をもつ人に対して、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。

（取り組むべき施策）

国は、患者やその家族等が、必要な時に正しい情報を入手し、適切な選択ができるよう、ニーズや課題等の把握を進め、「情報の均てん化」に向けた適切な情報提供の在り方について検討する。

国は、インターネット等に掲載されているがんに関する情報については、科学的根拠に基づいているとは言えない情報が含まれることを、国民に対して注意喚起するなど、引き続き、国立がん研究センターや関係団体等と連携して、がんに関する正しい情報の提供及び理解の促進に取り組む。

国は、障害等により情報取得や意思疎通に配慮が必要な人や、日本語を母国語としていない人への情報提供を適切に行うことで医療へのアクセスを確保するために、現状及び課題等を把握し、情報提供体制の在り方について検討する。

【個別目標】

がん相談支援センターやがん情報サービスの認知度及び質を向上させ、精神心理的・社会的な悩みを持つ患者やその家族等が適切な相談支援を受けることができ、また、患者やその家族等、医療従事者等を含む全ての国民が、必要な時に、自分に合った正しい情報にたどりつくことができることを目指す。

（２） 社会連携に基づくがん対策

（現状・課題）

がん患者がいつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現するためには、拠点病院等と地域の医療機関とが連携して取り組む相談支援、緩和ケア、セカンドオピニオン等の取組を推進し、積極的な患者やその家族等への支援を実践することが必要である。

拠点病院等は、切れ目のないがん医療を提供するため、整備指針[36]において、「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」とされている。このようなカンファレンスの１拠点病院あたりの平均開催数（年間）は、令和元（2019）年度で、5.5 回となっている。

令和４（2022）年整備指針改定においては、当該指定要件に、医療提供体制や社会的支援と並んで、「緩和ケア」を盛り込んだほか、さらに「緩和ケアチームが地域の医療機関や在宅療養支援診療所等から定期的に連絡・相談を受ける体制を確保し、必要に応じて助言等を行っていること」を追記し、連携体制の強化を図っている。

拠点病院等は、都道府県と連携し、二次医療圏内の在宅療養支援診療所等リストの作成や、在宅療養支援診療所等の医師に対する緩和ケアに関する知識・技術の研修を実施している。また、地域緩和ケアネットワーク構築事業において、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、平成 28（2016）年度～令和３（2021）年度で、延べ 388 チーム、1,280 名が修了している。

令和３（2021）年８月より、がん等の専門的な薬学管理が必要な患者が自身に適した薬局を選択できるよう、がんの薬物療法に係る専門性を有する薬剤師が配置されており、拠点病院等の専門医療機関や他薬局等の関係機関と連携してがん等の専門的な薬学管理に対応できる薬局を、都道府県が「専門医療機関連携薬局」と認定する制度が開始された。専門医療機関連携薬局として認定された薬局の件数は、令和４（2022）年９月時点で 122 件となっている。

在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度は、平成 30（2018）年度で 78.8%となっており、緩和ケア病棟で亡くなった方の満足度（82.4%）に次いで

[36] ここでは、令和４（2022）年整備指針改定前の整備指針の記載を引用している。

高かった。望んだ場所で過ごせたがん患者の割合は、平成 30(2018)年度で 47.7%となっており、半数程度に留まっている[37]。

セカンドオピニオンについては、令和４（2022）年整備指針改定において、「医師からの診断結果や病状の説明時及び治療方針の決定時等において、すべてのがん患者とその家族に対して、他施設でセカンドオピニオンを受けられることについて説明すること」等が追加され、更なる推進を図っている。

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、平成 26（2014）年度で 40.3%、平成 30（2018）年度で 34.9%と、減少している。「話はなかった」と回答した人（65.1%）のうち、9.1%が自分や家族からセカンドオピニオンについて尋ねており、患者や家族のニーズに対応できていないとの指摘がある。

（取り組むべき施策）

拠点病院等は、地域の実情に応じた患者支援体制の構築のため、都道府県がん診療連携協議会において、セカンドオピニオンを受けられる医療機関や、緩和ケア及び在宅医療等へのアクセスに関する情報提供の在り方について検討する。

拠点病院等は、地域包括ケアシステムの仕組みも踏まえつつ、**地域の実情に応じて、**介護事業所や薬局等の地域の関係機関との連携や**、社会的支援や**困難事例等への対応に取り組む。国は、地域の関係者間の連携体制を構築することで、地域における課題の解決を促すため、拠点病院等を中心とした施設間の連携・調整を担う者の育成に、引き続き取り組む。

国は、セカンドオピニオンに関する情報提供及び利用状況等の実態把握を行い、関係団体等と連携した適切な情報提供の在り方について検討する。

【個別目標】

地域における**医療従事者や介護従事者等との**連携や、医療従事者と患者**やその家族等**とのコミュニケーションにより、患者がその療養する場所にかかわらず、質の高いがん医療**や緩和ケア等の支援**を受けることができることを目指す。

[37] 平成 30（2018）年度「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」

（３） がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援[38]）

① 就労支援について

（現状・課題）

令和元（2019）年時点で、がん患者の約４人に１人は、20 歳から 64 歳までの間にがんに罹患している[39]。また、がん医療の進歩により、我が国の全がんの５年相対生存率の上昇に伴い、がん患者・経験者が長期生存し、働きながらがん治療を受けられる可能性が高まっている。

このため、がんになっても自分らしく活き活きと働き、安心して暮らせる社会の構築が重要となっており、働く世代のがん患者の離職防止や再就職のための就労支援を充実させていくことが強く求められている。

国は、がん患者等が治療と仕事を両立できるよう、「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」を公開するとともに、両立支援コーディネーターの育成・配置や「企業・医療機関連携マニュアル」等の作成・普及啓発による、病院、企業と両立支援コーディネーターによるトライアングル型の社会的なサポート体制の構築に取り組んできた。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」 を開発し、「がん患者の就労に関する総合支援事業」において、同プランを活用した就労支援を実施している。

また、転職や再就職の相談対応について、国は、ハローワークに「就職支援ナビゲーター」を配置し、拠点病院等を含む医療機関と連携した就職支援事業に取り組んでいる。令和３（2021）年度時点で、134 名の就職支援ナビゲーターを配置し、257 の医療機関と連携を行っている。

加えて、がん患者の離職防止や再就職のための就労支援を充実させるためには、職場における、柔軟な勤務制度や休暇制度の導入やがん患者への理解や協力の推進が必要である。

平成 28（2016）年に実施した「がん対策に関する世論調査（内閣府）」では、がん患者が働き続けるために必要な取組として、「通院のために短時間勤務が活用できること」、「１時間単位の休暇や長期の休暇が取れるなど柔軟な休暇制度」

[38] 「サバイバーシップ支援」とは、がんになったその後を生きていく上で直面する課題を乗り越えていくためのサポートをいう。

[39] 令和元（2019）年の「全国がん登録　罹患数・率　報告」によると、全がん罹患者数 99.9 万人のうち、20 歳から 64 歳までの者は 24 万人となっている。

等が上位に挙がっている。また、がん患者の実態調査[40]では、離職理由として「仕事を続ける自信がなくなった」、「会社や同僚、仕事関係の人々に迷惑をかけると思った」及び「治療や静養に必要な休みをとることが難しかった」が上位に挙がっており、職場における治療と仕事の両立支援のための体制整備や理解を着実に推進すること**や、医療従事者により治療開始前に必要な支援についての説明が確実になされること**が必要との指摘がある。

国は、企業の意識改革と受け入れ体制の整備を進めるために、助成金の活用促進やポータルサイトによる情報発信、シンポジウム等を行うとともに、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、地域における関係者のネットワーク構築を図っている。令和元（2019）年には、全ての労災病院及び各都道府県の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、特に中小企業等における両立支援の充実に向けた社内制度導入や教育等についての具体的な支援を実施している。

平成 30(2018）年に実施された患者体験調査では、がんと診断を受けて退職・廃業した人は就労者の 19.8%を占めており、そのうち初回治療までに退職・廃業した人は 56.8%となっている。また、がんの診断時、収入のある仕事をしていた人のうち、治療開始前に就労の継続について、病院の医療スタッフから説明が「あった」と回答した人は、平成 30（2018）年度で 39.5%に留まっている。さらに、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は、平成 30（2018）年度で 36.1%、勤務上の配慮がなされていると回答した患者の割合は、65.0%となっている。

（取り組むべき施策）

国は、がん患者・経験者やその家族等の生活の質の向上のため、現在の両立支援制度の効果及び課題を明らかにし、施策の強化や医療機関等と産業保健との連携、普及啓発等について検討する。また、国は、**医療機関等において**就労支援に携わる者が、産業医等と連携し、患者・事業主間の治療と仕事の両立へ向けた調整を支援できる体制の整備に取り組む。

国は、再就職支援を推進する観点から、拠点病院等とハローワークとの連携体制の整備に引き続き取り組む。

---

40 平成 25（2013）年に静岡県立静岡がんセンターの「がんの社会学」に関する研究グループが実施した「がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査」。
（https://www.scchr.jp/book/houkokusho.html）

国は、就労支援のさらなる充実に向けて、**様々な就労形態における**がん患者の**就労及び**離職の実態を把握し、それを踏まえた就労支援の提供体制について検討する。

国は、がん患者が治療と仕事を両立できるよう、中小企業も含めて、企業における支援体制等の環境整備を更に推進するため、産業保健総合支援センター等の活用や助成金等による支援、普及啓発について検討する。

国は、両立支援コーディネーターの更なる活用に向けて、その活動状況を把握するとともに、地域職域連携の観点からより効果的な配置について検討する。

② アピアランスケアについて

（現状・課題）

アピアランスケアは、広義では「医学的・整容的・心理社会的支援を用いて、外見の変化を補完し、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケア」のことをいう。

がん医療の進歩によって治療を継続しながら社会生活を送るがん患者が増加している。がんの治療と学業や仕事との両立を可能とし、治療後も同様の生活を維持する上で、治療に伴う外見変化に対する医療現場におけるサポートの重要性が認識されている。

国は、平成 30（2018）年 12 月に、運転免許申請書等に添付する写真について、令和２（2020）年４月には、障害者手帳の交付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（昭和 35 年総理府令第 60 号）や身体障害者福祉法施行規則（昭和 25 年厚生省令第 15 号）等の一部改正を行った。

また、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、医療従事者教育プログラムの実装化に向けた研究[41]が進められたほか、令和３（2021）年度にはがん治療におけるアピアランスケアガイドラインの改訂が行われた。

がん治療に伴う外見の変化に関する相談ができた患者の割合は、成人で、平成

[41] 厚生労働科学研究「がん患者に対する質の高いアピアランスケアの実装に資する研究」（令和２（2020）年度～令和４（2022）年度）

30（2018）年度で 28.3%、小児で令和元（2019）年度で 51.8%となっている。

（取り組むべき施策）

国は、アピアランスケアについて、患者やその家族等が正しい知識を身につけられるよう、医療従事者を対象とした研修等の開催や相談支援及び情報提供の在り方について検討する。

国は、アピアランスケアの充実に向けて、拠点病院等を中心としたアピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制の構築について、検討する。

③ がん診断後の自殺対策について

（現状・課題）

がん患者の自殺については、平成 28（2016）年１月から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か月以内に 144 人が自殺で亡くなっており（がん患者 10 万観察人年あたり 58.21 人、６か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いる。また、自殺リスクは診断後の期間が短いほど高く、１か月以内では 4.1 倍、３か月以内では 3.3 倍となっている。

このように、がん患者の自殺は、がん対策における重要な課題であり、医療従事者等により自殺リスクの高い患者へ適切な支援が行われる体制の整備が必要である。令和４（2022）年整備指針改定において、拠点病院等は、がん患者の自殺リスクに対する対応方法や関係機関との連携についての共通フローの作成、関係職種に情報共有を行う体制の構築、自施設に精神科等がない場合の地域の医療機関との連携体制の確保が定められた。

（取り組むべき施策）

国は、がん患者の診断後の自殺対策について、医療従事者等が正しい知識を身につけられるよう、研修等の開催や、相談支援及び情報提供の在り方について検討する。

国は、がん診断後の自殺対策を推進するため、がん患者の自殺リスクやその背景等について実態把握を行い、必要な対応について検討する。

④ その他の社会的な問題について

（現状・課題）

がんに罹患して治療を受けている者は、現在 163 万人である[42]。がんの治療成績の向上に伴い、がん経験者は増加しており、就労支援、アピアランスケア、自殺対策に留まらない、がん患者・経験者のＱＯＬ向上に向けた取組が求められる。

がん患者における社会的な問題として、離島、僻地（へき）における通院、高額な医療費の負担、患者やその家族等の離職・休職に伴う収入の減少等による経済的な課題等が指摘されている。また、障害があるがん患者については、がん診断の遅れや標準的治療への障壁があるなどの指摘がされているが、その詳細が把握できていないことや、対応が医療機関ごとに異なることが課題である。

また、がんに対する「偏見」について、地域によっては、がんの罹患そのものが日常生活の大きな障壁となること、自身ががんであることを自由に話すことができず、がん患者が社会から隔離されてしまうことがあることが指摘されている。

平成 30(2018) 年の患者体験調査によると、がん経験者のうち、周囲から不要に気を遣われていると感じる割合は 12.3%、家族以外の周囲の人からがんに対する偏見を感じると思う割合は 5.3%となっており[43]、がん診断後には、疎外感や以前とは異なる特別な扱いを受けていると感じるがん患者がいる。

また、がんの治療後、日常生活に復帰して一定期間経過した後も、「がん患者」であったことで周囲から異なる扱いをされることがあるなど、本当の意味での「がんの克服」について理解が不十分ではないかとの指摘もある。

（取り組むべき施策）

国は、高度化する治療へのアクセスを確保するため、患者・経験者・家族等の経済的な課題等を明らかにし、関係機関や関係学会等と協力して、利用可能な施策に関する周知や課題解決に向けた施策について検討する。

国は、障害がある等により情報取得や意思疎通に配慮が必要ながん患者の実態やニーズ、課題を明らかにし、がん検診や医療へのアクセス等の在り方につい

---

[42] 平成 26（2014）年「患者調査」

[43] 「とてもそう思う」「ある程度そう思う」「ややそう思う」「どちらともいえない」「そう思わない」のうち、「とてもそう思う」「ある程度そう思う」を選択した患者の割合。

て検討する。

地方公共団体は、がんに対する「偏見」の払拭や国民に対する正しい理解につながるよう、民間団体や患者団体等と連携し、普及啓発に努める。

【個別目標】

就労支援及び治療と仕事の両立支援の推進、アピアランスの変化や自殺、偏見等への対策により、患者ががんと診断を受けた後も社会的課題による苦痛を受けることがないような社会を目指す。

（４） ライフステージに応じた療養環境への支援

① 小児・ＡＹＡ世代について

（現状・課題）

がんによって、個々のライフステージごとに、異なった身体的問題、精神心理的問題及び社会的問題が生じることから、患者のライフステージに応じたがん対策を講じていく必要がある。

小児・ＡＹＡ世代のがん患者に対する教育については、法第 21 条において、「国及び地方公共団体は、小児がんの患者その他のがん患者が必要な教育と適切な治療とのいずれをも継続的かつ円滑に受けることができるよう、必要な環境の整備その他の必要な施策を講ずるものとする」とされている。

現在、国は、小児がん拠点病院を全国に 15 か所指定しており、その指定要件として、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）又はこれに準じる施設が整備されていることを定めている。

また、国は、高等学校段階の取組が遅れているとの指摘を踏まえ、令和元（2019）年度及び令和２（2020）年度に、「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、在籍校・病院・教育委員会等の関係機関が連携して病気療養児を支援する体制の構築方法に関する調査研究を行った。令和３（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を活用した遠隔教育の調査研究事業」を実施し、ＩＣＴを活用した効果的な遠隔教育の活用方法等の調査研究を行っている。さらに、厚生労働科学研究において、がん患者の高校教育の支援の好事例の収集や実態・ニーズ調査を実施し、高校教育の提供方法の開発と実用化に向けた研究を進めている。

治療開始前に、教育支援等について医療従事者から説明があったと回答した人の割合は、令和元（2019）年度で 68.1%、治療中に学校や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は 76.6%となっており[44]、全ての患者に対応できるよう更なる対策が求められる。

また、小児期にがんに罹患したがん経験者について、晩期合併症などの長期フォローアップや移行期支援など、ライフステージに応じて、成人診療科と連携した切れ目ない相談支援体制を構築することが求められているほか、小児・ＡＹＡ世代のがん経験者は、晩期合併症等により、就職が困難な場合があるため、就労

[44] 令和元（2019）年度「小児患者体験調査」

支援に当たっては、成人でがんを発症した患者と、ニーズや課題が異なることを踏まえる必要がある。

さらに、人生の最終段階における療養場所として、一定数のがん患者が自宅や地域で過ごすことを希望している中、**小児・ＡＹＡ世代のがん患者の在宅での療養環境の整備が求められている。**ＡＹＡ世代のがん患者は、利用できる支援制度に限りがある等の理由から、在宅で療養することを希望しても、患者やその家族等の身体的・精神心理的・経済的な負担が大きいことが指摘されている。これに対して、独自の支援を行っている地方公共団体や民間団体等も複数存在しているが、その実態については明らかではない。

（取り組むべき施策）

国は、教育支援の充実に向けて、医療従事者と教育関係者との連携に努めるとともに、療養中に教育を必要とする患者が適切な教育を受けることのできる環境の整備、就学・復学支援等の体制整備を行う。また、ＩＣＴを活用した遠隔教育について、課題等を明らかにするため、実態把握を行う。

国は、長期フォローアップや移行期支援など、成人診療科と連携した切れ目ない支援体制が、地域の実情に応じて構築できるよう、患者の健康管理の方法、地域における療養の在り方、再発・二次がん・併存疾患のフォローアップ体制等の医療・支援の在り方について検討する。

国は、小児・ＡＹＡ世代のがん経験者の就労における課題の克服に向けて、ハローワークや地域若者サポートステーション等を含む就労支援に関係する機関や患者団体と連携した取組を、引き続き推進する。

国は、小児・ＡＹＡ世代のがん患者の療養環境の課題等について実態把握を行い、診断時からの緩和ケア提供体制や在宅療養環境等の体制整備について、関係省庁と連携して検討する。

② 高齢者について

（現状・課題）

高齢のがん患者については、認知機能低下により、身体症状や意思決定能力、治療のアドヒアランス、有害事象の管理などに影響を及ぼす可能性があることや、認知症の進行により日常生活における支援が必要となることなどが指摘さ

れており、身体的な状況や社会的背景などに合わせた様々な配慮をしていく必要がある。
　また、高齢のがん患者については、認知症の発症や介護の必要性など、家族等の負担が大きくなることから、家族等に対する早期からの情報提供・相談支援体制が必要であり、本人の意見を尊重しつつ、これらに取り組む必要がある。

　国は、厚生労働科学研究において、高齢のがん患者に対する多職種による意思決定支援プログラムの研究・開発を行っている。また、意思決定支援の取組を推進するため、令和４（2022）年整備指針改定において、拠点病院等は、高齢者のがんに関して、「意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応をしていること」とした。

（取り組むべき施策）
　拠点病院等は、高齢のがん患者への支援を充実させるため、地域の医療機関やかかりつけ医、在宅療養支援診療所**、訪問看護事業所**等の医療・介護を担う機関、関係団体、地方公共団体等と連携し、患者やその家族等の療養生活を支えるための体制を整備するとともに、地域における課題について検討する。

　国は、高齢のがん経験者のＱＯＬの向上を目指し、高齢のがん患者が抱える課題について実態把握を行い、長期療養の中で生じる有害事象などに対応ができるよう、患者の健康管理の方法、地域における療養の在り方、再発・二次がん・併存疾患のフォローアップ体制等について検討する。

　国は、高齢のがん患者の、人生の最終段階における療養場所等の選択に関する意思決定を支援するための方策について検討する。

【個別目標】
　小児・ＡＹＡ世代の患者への教育、就労、長期フォローアップ等の支援や、高齢のがん患者への療養環境への支援を行うことで、がん患者がライフステージごとに抱える問題に対し、適切な支援を受けられることを目指す。

４．これらを支える基盤の整備

（１） 全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進

（現状・課題）

我が国のがん研究の総合的かつ計画的な推進に向けて、平成 26（2014）年度に、厚生労働大臣、文部科学大臣、経済産業大臣により「がん研究 10 か年戦略」（以下「戦略」という。）が策定された。戦略においては、平成 27（2015）年４月に設立されたＡＭＥＤと協力しながら、長期的視点を持って研究成果を産み出すこととしている。

平成 30（2018）年には、第３期基本計画の策定等を踏まえ、戦略の中間評価を行い、「がん研究全体として概ね順調に進捗している」とされた。また、我が国のがん研究に関する現在の課題を把握するとともに、戦略の後半期間にあたる令和元（2019）年から令和５（2023）年に重点的に取り組むべき研究について取りまとめた。

一方で各研究分野について、患者及びがん経験者の参画をより一層推進し、患者及びがん経験者目線で必要とされている領域の研究や、臨床現場でニーズの高い領域の研究を推進していく必要があることが指摘された。

また、厚生労働省の「がん対策推進総合研究事業」においては、戦略及び第３期基本計画に基づくさまざまな政策的課題を解決するための研究を行っている。

我が国における全ゲノム解析等を推進するため、令和元（2019）年 12 月にがんや難病領域の「全ゲノム解析等実行計画（第１版）」が策定された。その後、臨床情報と全ゲノム解析の結果等の情報を連携させ搭載する情報基盤を構築し、がん・難病に係る研究・創薬等への利活用を更に推進するため、令和４（2022）年９月に、「全ゲノム解析等実行計画 2022」が策定された。

「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画」（令和４年６月７日閣議決定）においても、重点投資すべき分野として、「人への投資と分配」及び「科学技術・イノベーションへの重点的投資」が盛り込まれ、大学等をはじめとする研究開発の体制整備が期待されており、こうした中で、がん医療についても人材育成や研究基盤の整備を加速させていく必要がある。

健康・医療分野におけるムーンショット型研究開発事業については、令和３（2021）年４月 16 日の日米共同声明（日米競争力・強靭性（コア）パートナー

シップ）に「がんムーンショット」が盛り込まれたことを踏まえ、ＡＭＥＤにおいて、日米連携による「がんゼロ社会」に向けた研究開発のＰＭ（プロジェクトマネジャー）が令和４（2022）年９月に採択された。

内閣府原子力委員会において策定された「医療用等ラジオアイソトープ製造・利用推進アクションプラン」（令和４年５月 31 日）では、今後 10 年の間に実現すべき目標として「国産ラジオアイソトープによる核医学治療の患者への提供」等が掲げられ、その実現に向けた具体的取組として、ＲＩを用いた治療の研究開発に対する支援等を推進すること等が示されている。

（取り組むべき施策）

国は、「がん研究 10 か年戦略中間評価報告書」や本基本計画を踏まえ、がん研究の更なる充実に向け、戦略の見直しを行う。また、関係省庁が協力し、多様な分野を融合させた先端的な研究を推進することにより、治療法の多様化に向けた取組をより一層推進する。

ＡＭＥＤは、基礎的な研究から実用化に向けた研究までを一体的に推進するため、有望な基礎研究の成果の厳選及び医薬品・医療機器の開発と企業導出を速やかに行うための取組を引き続き推進する。

国は、「全ゲノム解析等実行計画 2022」を着実に進め、ゲノム情報等による不利益が生じないよう留意しつつ、新たな予防・早期発見法等の開発を含めた患者還元や、がんや難病に係る研究・創薬への利活用等を推進する。

国は、がん対策の一層の推進に向けて、本基本計画における各分野の政策課題の解決に資する研究を推進する。

【個別目標】

がん研究の更なる促進により、がん予防に資する技術開発の推進や医薬品・医療機器等の開発によるがん医療の充実を図るとともに、がん患者やその家族等の療養生活に関する政策課題の解決を図る。

（２） 人材育成の強化

（現状・課題）

がん医療の現場を担う人員の不足や、がん医療を担う人材育成の医療機関間の差が、患者に提供される医療の医療機関間、地域間における差の要因の一つとなっている。集学的治療等の提供については、引き続き、手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法を専門的に行う医療従事者を養成するとともに、こうした医療従事者と協力して、がん医療に関する基本的な知識や技能を有し、がん医療を支えることのできる医療従事者を養成していく必要がある。

国は、これまで、拠点病院等を中心に、医療チームによる適切な集学的治療等を提供するため、「がん対策推進総合研究事業」等における緩和ケア研修、がんゲノム医療コーディネーター研修会、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等の人材育成のための支援を行ってきた。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、それぞれ増加している。

また、平成 29（2017）年度から令和３（2021）年度まで、多様な新ニーズに対応する「がん専門医療人材（がんプロフェッショナル）」養成プランを行い、がん専門医療人材の養成として、特にゲノム医療や希少がん及び小児がんに対応できる高度がん医療人材の育成や、ライフステージに応じたがん対策を推進する人材の育成に取り組む大学への支援を実施し、がん医療人材養成の拠点大学における優れた取組の他大学等への普及を推進してきた。

今後、臨床面では、がん診療に従事する専門職や、がん患者の症状緩和やがん経験者のケアにあたる人材、ＱＯＬの向上及び終末期医療を担う人材などの育成が必要とされている。また、同時に、急速に高度化するがん医療において、分野横断的な対応が必要となり、腫瘍循環器学や腫瘍腎臓病学等のがん関連学際領域に対応できる人材や医療ビッグデータの解析専門家、個別化医療・創薬研究を担う人材など、新たに必要とされるスペシャリストの育成が重要な課題となっている。

（取り組むべき施策）

国は、がん医療の現場で顕在化している課題に対応する人材、がん予防の推進を行う人材、新たな治療法を開発できる人材等の専門的な人材の育成を推進する。また、専門的な人材の育成の在り方を検討するにあたっては、高齢化や人口減少等の背景を踏まえ、人材の効率的な活用等の観点を含め、検討する。

がん医療の高度化が進む中で、がん対策を一層の推進する観点から、拠点病院等を中心に、専門的な人材の育成及び配置に積極的に取り組む。**また、地域のがん医療や緩和ケア等を担う人材の育成及び配置について、拠点病院等や地域の職能団体が中心となって取り組む。**

【個別目標】

がん医療における人材育成の強化により、がん専門医療人材が拠点病院等を中心に、適正に配置されることを目指す。

（３） がん教育及びがんに関する知識の普及啓発

（現状・課題）

子どもが健康と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理するとともに、がんに対する正しい知識、がん患者への理解及び命の大切さに対する認識を深めることが大切である。これらをより一層効果的なものとするため、医師やがん患者・経験者等の外部講師を活用し、子どもに、**遺伝子についての基礎的な内容**も含めたがんの正しい知識やがん患者・経験者の声を伝えることが重要である。

国は、学習指導要領に対応したがん教育を推進するため、教材、指導参考資料、外部講師活用のガイドラインの改訂・周知を行うとともに、外部講師の活用体制の整備や研修会の実施など、地域の取組を支援している。しかし、地域によって取組状況に差があることから、地域の実情に応じた取組が一層推進されるよう、各地域の取組の成果を全国へ普及する必要がある。

国は、国民に対するがんに関する知識の普及啓発について、がん情報サービスや拠点病院等における相談支援センターの広報により、取組を進めてきた。一方で、インターネットの普及等により、科学的根拠に乏しい情報が多く存在すること、患者**やその家族等を含む国民**が必要な情報に適切にアクセスすることが難しいことなどが指摘されている。

また、平成 21（2009）年度から職場におけるがんに関する知識の普及啓発として、「がん対策推進企業等連携事業（がん対策推進企業アクション）」を実施している。本事業の趣旨に賛同する企業・団体数は、事業開始から着実に増加し、令和３（2021）年度末で 4,065 社・団体となった。

（取り組むべき施策）

国は、引き続き、学習指導要領に基づく、児童生徒の発達段階に応じたがん教育を推進する。その際、地域の実情に応じたがん教育の取組が充実されるよう、医療従事者やがん患者等の外部講師の積極的な活用について周知を行うとともに、ＩＣＴの活用を推進するなど、各地域の取組の成果の普及を図る。

国は、都道府県及び市町村において、教育委員会及び衛生主管部局が連携して会議体を設置し、地域のがん医療を担う医師や患者等の関係団体とも協力しながら、また、学校医やがん医療に携わる医師、がん患者・経験者等の外部講師を活用しながら、がん教育が実施されるよう、必要な支援を行う。

国及び地方公共団体、拠点病院等を中心とした医療機関は、患者やその家族等の関係団体等の協力を得ながら、国民に対するがんに関する正しい知識の普及啓発に引き続き取り組む。その際には、啓発資材のデジタル化や対象者に応じた周知方法の工夫等により、より効果的な手法を用いる。

事業主や医療保険者は、がん対策推進企業アクション等の国や地方公共団体の事業を活用することも含め、雇用者や被保険者・被扶養者が、**がん検診やがんの治療と仕事の両立といった**がんに関する正しい知識を得ることができるよう努める。

【個別目標】

国民ががん予防や**がん検診による**早期発見の重要性を認識するとともに、がんを正しく理解することを目指す。

（４） がん登録の利活用の推進

（現状・課題）

がん患者のがんの罹患、転帰その他の状況を収集し、がん対策の一層の推進を図るため、平成 28（2016）年１月より、「がん登録等の推進に関する法律」（平成 25 年法律第 111 号。以下「がん登録推進法」という。）に基づく全国がん登録が開始された。

平成 28（2016）年より全国がん登録の届出件数は増加してきており、精度指標については、令和元（2019）年時点で、ＭＩ比が 0.38、ＤＣＯが 1.92%であるなど、登録情報の内容が充実してきている。

また、がん登録情報の効果的な利活用については、がん登録情報を活用した市町村におけるがん検診の感度・特異度の算出に向けた検討や、現行制度の課題の整理及び見直しに向けた議論を行っている。

（取り組むべき施策）

国は、がん対策の充実に向けて、がん登録情報の利活用を推進する観点から、引き続き、質の高い情報収集に資する精度管理に取り組む。

国は、がん登録情報の利活用の推進について、現行制度における課題を整理し、がん登録推進法等の規定の整備を含め、見直しに向けて検討する。利活用の推進にあたっては、保健・医療分野のデジタル化に関する他の取組とも連携し、より有用な分析が可能となる方策を検討する。

【個別目標】

がん登録情報の更なる利活用を目指す。

（５） 患者・市民参画の推進

（現状・課題）

法第 22 条は、国及び地方公共団体は、民間の団体が行うがん患者の支援に関する活動、がん患者の団体が行う情報交換等の活動等を支援するため、情報提供その他の必要な施策を講ずるものとしており、また、法第 25 条第２項は、がん対策推進協議会の委員は、がん患者やその家族・遺族を代表する者も含め、任命することとしている。さらに、がん患者を含めた国民は、法第６条により、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ほか、がん患者に関する理解を深めるよう努めなければならないとされている。

国民本位のがん対策を推進するためには、国と地方公共団体と、患者団体等の関係団体やがん患者を含めた国民が協力して、取組を進めていくことが必要である。また、その際には、多様な患者・市民が参画できる仕組みを整備するとともに、患者・市民参画に係る啓発・育成もあわせて推進することが必要である。

（取り組むべき施策）

国及び都道府県は、国民本位のがん対策を推進するため、基本計画及び「都道府県がん対策推進計画」（以下「都道府県計画」という。）の策定過程について、性別、世代、がん種等を考慮し、多様ながん患者等の参画を推進する。また、諸外国の**公募制、代表制等の**事例も踏まえつつ、患者・市民参画の更なる推進に向けた仕組みを検討する。

国は、これまでがん研究分野で推進されてきた、がん患者及びがん経験者の参画の取組に係る知見を、患者・市民参画に関する研究成果も踏まえ、各分野への横展開を行う。

国は、患者・市民参画を推進するにあたって、参画する患者・市民への啓発・育成を行う。また、医療従事者や関係学会に対しても、患者・市民参画に係る十分な理解が得られるよう、啓発等に取り組む。

【個別目標】

がん患者とその家族等を含む国民が、がん対策の重要性を認識し、がん医療に関する正しい理解を得て、医療従事者とも連携しながら、がん対策に主体的に参画する社会を目指す。

（６） デジタル化の推進

（現状・課題）

近年、我が国においては、デジタル技術の進展や新型コロナウイルス感染症への対応により、日本のデジタル社会の実現に向け、デジタル・オンラインの活用が多方面で進められている。

がん対策においても、地方公共団体や拠点病院等における取組をより効果的かつ効率的に推進する観点から、**適切な利用も含めた**個人情報の保護やデジタル技術に不慣れな人等へのサービス提供の観点に留意しつつ、デジタル技術の活用等を検討する必要がある。

（取り組むべき施策）

国は、がん医療の質の向上と分かりやすい情報提供等を一層推進するため、「がん予防」、「がん医療」、「がんとの共生」の各分野において、ＰＨＲの推進、現況報告書のオンライン化、**レセプトやがん登録情報等を活用したがん対策の評価、**オンラインを活用した相談支援や効果的な情報提供等、**ＩＣＴやＡＩを含む**デジタル技術の活用による医療のデータ化とその利活用の推進について検討する。

また、国は、患者やその家族等のアクセス向上や、医療・福祉・保健サービスの効率的・効果的な提供の観点から、安心かつ安全なオンライン診療の提供や**ｅ－コンセント（電磁的方法によるインフォームド・コンセント）の活用、**地方公共団体や医療機関における会議のオンライン化、相談支援のオンライン化に向けた取組を推進する。

【個別目標】

デジタル技術の活用等により、患者やその家族等の医療・福祉・保健サービスへのアクセシビリティを向上させるとともに、国、地方公共団体及び医療機関等が効率的かつ効果的にサービスを提供できることを目指す。

第３　がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

１．関係者等の連携協力の更なる強化

がん対策を総合的かつ計画的に推進し、実効性を担保するためには、関係者等が、適切な役割分担の下、相互の連携を図り、一体となって努力することが重要である。

国及び地方公共団体は、民間団体が行うがん患者の支援に関する活動、がん患者の団体が行う情報交換等の活動等を支援するため、情報提供その他の必要な施策を講ずるものとする。

また、国及び地方公共団体は、がん教育、がんに関する知識の普及啓発等により、がん患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境への理解を図るとともに、関係者等の意見の把握に努め、がん対策に反映させていくことで、国民とともに、「がんとの共生」社会の実現に取り組んでいくこととする。

なお、国及び地方公共団体は、他の疾患等に係る対策と関連する取組については、それらの対策と連携して取り組んでいくこととする。

２．感染症のまん延や災害等を見据えた対策

がん検診の受診率について、新型コロナウイルス感染症の影響により、検診の受診者が1～２割程度減少しているとの報告もある。

国は、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、感染症のまん延時等にがん検診の提供体制を一時的に縮小した場合でも、状況に応じて速やかに提供体制及び受診行動を回復させることができるよう、平時における準備等の対応について検討する。

令和４（2022）年整備指針改定において、都道府県がん診療連携協議会の体制を強化し、拠点病院等の役割分担や連携体制の構築、感染症のまん延や災害等への対応等を新たな要件として盛り込んだ。

国及び都道府県は、感染症のまん延や災害等の状況下においても、必要ながん医療を提供できるよう、診療機能の役割分担や各施設が協力した人材育成や応援体制の構築等、地域の実情に応じた連携体制を整備する取組を平時から推進する。

３．都道府県による計画の策定

都道府県は、本基本計画を基本としながら、当該都道府県におけるがん患者に

対するがん医療の提供の状況等を踏まえ、都道府県計画を策定する。都道府県計画は、医療計画、都道府県健康増進計画、都道府県介護保険事業支援計画等のがん対策に関連する事項を定めるその他の計画と調和が保たれたものとする。また、地域の実情に応じた自主的かつ主体的な施策や普及啓発の取組を盛り込むことが望ましい。

都道府県は、都道府県計画の策定過程において、患者・市民参画を含め、関係者等の意見の聴取に努める。

また、都道府県は、都道府県計画に基づくがん対策の進捗管理に当たって、ＰＤＣＡサイクルの実効性確保のため、ロジックモデル等のツールの活用を検討するとともに、当該都道府県におけるがん医療に関する状況の変化やがん対策の効果に関する評価を踏まえ、必要があるときには、都道府県計画を変更するよう努める。

国は、都道府県計画の作成手法等について必要な助言を行う。

４．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条に基づき、がんに関する正しい知識を持ち、がんの予防に必要な注意を払い、必要に応じ、がん検診を受けるよう努めるほか、がん患者に関する理解を深めるよう努めるものとする。

また、今後のがん医療の向上に資するよう、以下の点についても努力していくことが望まれる。

- がん医療は、がん患者やその家族等と、医療従事者の人間関係を基盤として成り立っていることから、医療従事者のみならず、がん患者やその家族等も、医療従事者と信頼関係を築くことができるよう努めること。

- がん患者が適切な医療を受けるためには、セカンドオピニオンに関する情報の提示、がんに関する十分な説明、相談支援等が重要であるが、がん患者やその家族等も、医療従事者からの説明を受けながら、病態や治療内容等について、理解するよう努めること。

- 国民本位のがん対策を推進するため、がん患者を含めた国民は、国、地方公共団体、関係者等と協力して、主体的にがん対策の議論に参画するなど、がん医療や、がん患者やその家族等に対する支援を充実させることの重要性を認識し、正しい知識・理解を得て、行動するよう努めること。

５．必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化

がん対策を総合的かつ計画的に推進するためには、各取組の適切な評価と、各取組の着実な実施に向けて必要な財政上の措置を行っていくこと等が重要である。

一方、厳しい財政事情の下で限られた予算を最大限有効に活用し、がん対策の成果を上げていくためには、選択と集中の徹底、各施策の重複排除、関係省庁間の連携強化とともに、官民の役割と費用負担の分担を図ることが必要である。

また、将来にわたって必要かつ適切ながん医療を提供するため、効率的かつ持続可能ながん対策を実現することが重要である。

６．目標の達成状況の把握

国は、分野別目標及び個別目標の達成状況について、適宜調査を実施しその結果を公表するとともに、本基本計画の進捗状況を適切に把握し、管理するため、３年を目途に中間評価を行う。

その際、各分野の取り組むべき施策が、分野別目標及び個別目標の達成に向けて効果をもたらしているか、ロジックモデルを活用した科学的・総合的な評価を行い、必要に応じてその結果を施策に反映する。また、分野別目標及び個別目標の達成状況及び計画の進捗状況の把握に当たって、適切な指標が設定されているか、必要に応じて見直しを行う**とともに、数値目標の設定についても、引き続き検討を行う。**

がん対策推進協議会は、本基本計画の進捗状況を踏まえ、必要に応じて、がん対策の推進に資する提言を行うとともに、検討会等の積極的な活用を行う。

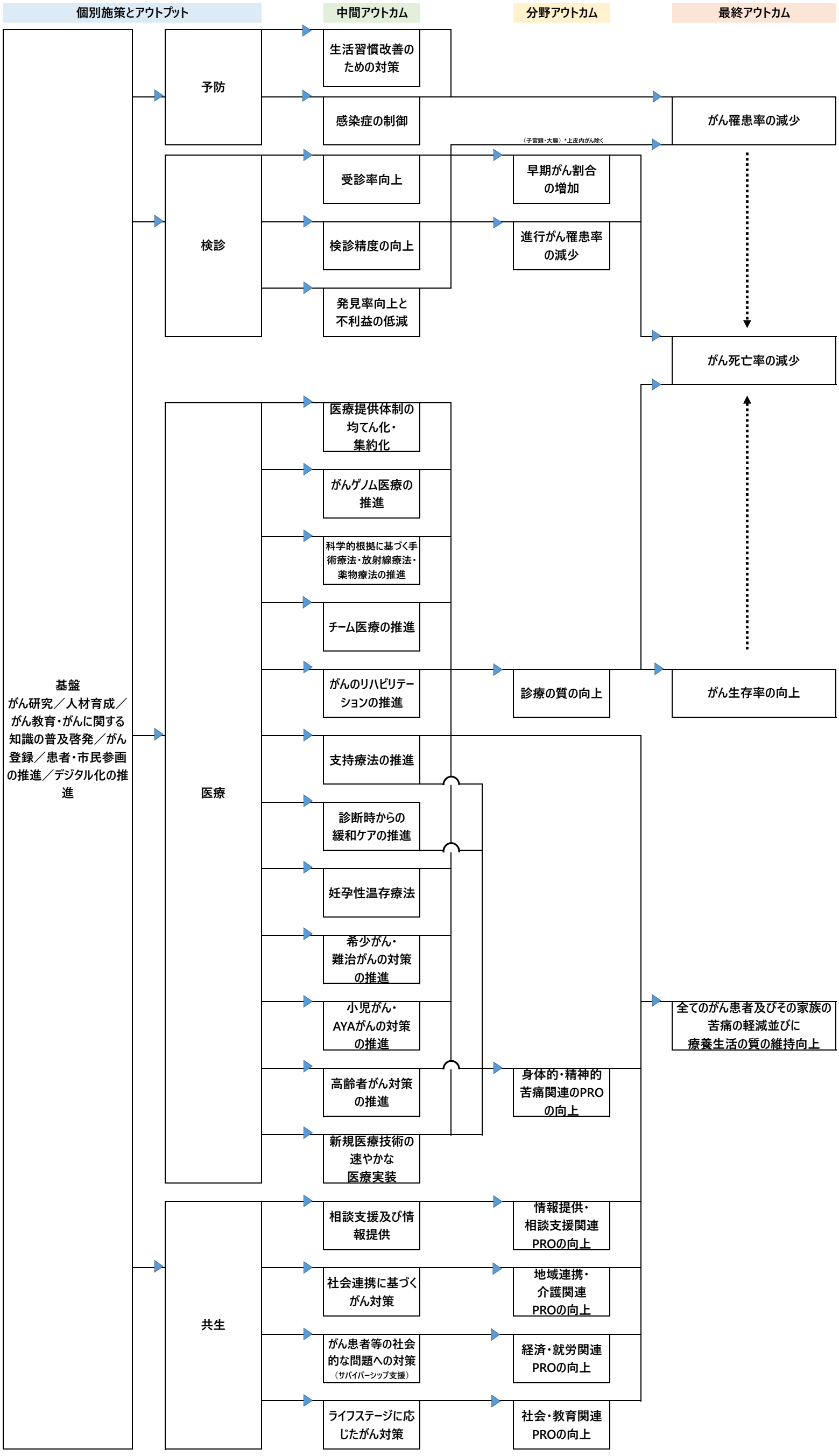
７．基本計画の見直し

国は、法第 10 条第７項に基づき、がん医療に関する状況の変化を勘案し、及びがん対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも６年ごとに、基本計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更するものとする。なお、本基本計画の計画期間が終了する前であっても、必要があると認めるときは、本基本計画を変更するものとする。

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：基本ロジックモデル

第87回がん対策推進協議会	資料３
令和４年12月7日	

12月7日時点版（未定稿）



第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#1 がん予防＜がんの１次予防＞

12月7日時点版（未定稿）

生活習慣について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	国及び地方公共団体による、「次期国民健康づくり運動プラン」に沿った取組の継続	指標設定無し（厚生労働審議会 地域保健健康増進栄養部会 次期プラン推進専門委員会（仮称）での取組評価を注視））	–	–
1-2	拠点病院等による、がん予防に関する普及啓発の実施及びがん予防の情報提供体制整備	地域を対象として、普及啓発に努めている拠点病院の割合	新	現況報告

参考：健康日本21（第二次）の目標より

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	生活習慣の改善：栄養・食生活	①適正体重を維持している者の増加	1018	国民健康・栄養調査
2-2		②食塩摂取量の減少	1019	国民健康・栄養調査
2-3		③野菜と果物の摂取量の増加	1020	国民健康・栄養調査
2-4	生活習慣の改善：身体活動・運動	①日常生活における歩数の増加	新	国民健康・栄養調査
2-5		②運動習慣者の割合の増加	1017	国民健康・栄養調査
2-6	生活習慣の改善：飲酒	①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少	1016	国民健康・栄養調査
2-7		②未成年者の飲酒をなくす	新	厚生労働科学研究班
2-8		③妊娠中の飲酒をなくす	新	厚生労働省調べ
2-9	生活習慣の改善：喫煙	①成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）	1011	国民健康・栄養調査
2-10		②未成年者の喫煙をなくす	1012	厚生労働科学研究班
2-11		③妊娠中の喫煙をなくす	1013	厚生労働省調べ

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	がん種別罹患率減少（胃・大腸・肺・女性乳房・喫煙関連がん）	がん種別罹患率（胃・大腸・肺・女性乳房・喫煙関連がん）	1004	全国がん登録

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	がんの年齢調整罹患率減少	がん罹患率	1003	全国がん登録

感染症対策について（HPV）

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
-	科学的根拠に基づく子宮頸がん対策の推進	指標設定無し（対策の状況を注視）	-	-

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-11	HPV感染率の減少	HPV感染率、CIN発見割合など（仮）	新	厚生労働行政推進調査事業費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-2	がん種別罹患率減少（肝・ATL・子宮頸部）	がん種別罹患率（肝・ATL・子宮頸部）	1004	全国がん登録

感染症対策について（肝炎）

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-3	肝炎ウイルス検査体制の充実およびウイルス陽性者の受診勧奨、普及啓発の継続推進	肝疾患専門医療機関数	新	地方自治体における肝炎対策実施状況調査
		肝炎医療コーディネーターの養成者数	新	地方自治体における肝炎対策実施状況調査
1-4	B型肝炎定期接種の実施（高い実施率の維持）	B型肝炎定期予防接種実施率	参3	地域保健・健康増進事業報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-12	B型・C型肝炎ウィルス検査受検率の増加	B型・C型肝炎ウイルス検査受検率	新	厚生労働科学研究班
2-13	B型・C型肝炎ウィルス陽性者数の減少	B型・C型肝炎ウイルス陽性者数	新	「地域保健・健康増進事業報告（健康増進編）」及び「特定感染症検査等事業実績報告」

感染症対策について（HTLV-1）

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-5	（HTLV-1に関する）患者及びその家族等の目線に立ったわかりやすい情報提供の推進	HTLV-1関連のホームページへの閲覧数	新	厚労省や研究班作成のホームページのPV数
1-6	HTLV-1キャリアやATL・HAM患者に対する相談体制の構築	HTLV-1関連の窓口数	新	結核感染症課調査
1-7	HTLV-1の保健所の検査体制の整備	HTLV-1の保健所の検査数	新	結核感染症課調査
1-8	妊婦に対するHTLV-1スクリーニング検査の継続（実施率100%の維持）	HTLV-1抗体検査の公費負担実施率	新	母子保健課調査

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-14	HTLV-1 感染率の減少	ヒトT細胞白血病ウイルス１型感染率	参4	厚生労働省HTLV-1総合対策

その他

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
-	ヘリコバクター・ピロリ除菌の胃がん発症予防における有効性等の国内外の知見収集・対策の検討	検討の段階のため、指標設定無し（着実に検討を推進すること）	-	-

＜凡例＞

・#：　ロジックモデル内の便宜上の通し番号　※現在は、指標一覧の通し番号と異なるが、指標確定後に、最終的に指標一覧と同一の通し番号を付記予定。

・3期：第3期中間評価指標で採用されていた指標は当時の番号。新規の場合、「新」。

・データソース：用いる調査等。既存のデータベースでは情報が取得できない場合、「検討中」と記載。具体的には、既存調査の見直しや厚労科研等での対応を検討している。想定される調査について（）内に記載。

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#2 がん予防＜がんの２次予防（がん検診）＞

12月7日時点版（未定稿）

受診率対策について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
-	がん検診受診率をより正確かつ精緻に、個人単位で把握できるよう検討	施策を検討する段階のため、指標設定無し（着実に検討を推進すること）	–	–
1-1	科学的かつ効果的な受診勧奨策の推進、受診者の立場に立ったがん検診を受診する上での利便性向上	受診勧奨実施市町村数	新	検討中
1-2	市町村及び検診実施期間における、がん検診の意義・必要性についての正しい理解の普及啓発、国による普及啓発	普及啓発キャンペーンの実施状況（実施都道府県数）（仮）	新	検討中（厚生労働省）
-	感染症まん延時等で提供縮小した後にも速やかに検診行動を回復できる準備等の対応検討	施策を検討する段階のため、指標設定無し（着実に検討を推進すること）	–	–
1-3	職域での実施状況の継続的な把握に向けた課題の整理	指針に基づく検診の実施率	新	検討中（保険者データヘルス全数調査または厚労科研）

*特別区を含む。以下、同じ。

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	受診率の向上	検診受診率	1031	国民生活基礎調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	検診がん種の早期がん割合の増加	がん種別早期がん割合	新	全国がん登録
3-2	検診がん種の進行がん罹患率の減少	がん種別進行がん罹患率	新	全国がん登録

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	検診がん種の死亡率減少	がん種別年齢調整死亡率	1002	人口動態統計
4-2	がん罹患率（子宮頸・大腸）*; 減少　※	がん種別年齢調整罹患率	1004	全国がん登録

*；上皮内がん除く。
※がん検診により子宮頸部・大腸の前がん病変を早期発見して治療介入すれば、子宮頸がん・大腸がんの罹患数が減少する。

がん検診の精度管理等について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-4	レセプトやがん登録情報の活用による精度管理の技術的支援	市町村への支援数（特別区を含む）	新	検討中（厚生労働科学研究（仮））
1-5	精密検査受診率の低い市町村に対する都道府県による指導・助言	実施都道府県数	新	都道府県用チェックリスト実施率調査
1-6	職域における精度管理推進のための取組（保険者に対する技術支援、産業保健総合センターを通じた事業者の産業保健スタッフに対する周知等）	支援保険者数	新	検討中（厚生労働科学研究（仮））
1-7	国及び都道府県による、市町村での精密検査実施医療機関リストの提供等のわかりやすい情報提供	実施市町村数	新	検討中（市区町村におけるがん検診の実施状況調査）

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-2	精検受診率の向上	精検受診率	1032	地域保健・健康増進事業報告
2-3	がん発見率の向上	がん発見率	新	地域保健・健康増進事業報告
2-4	不利益の低減	偽陽性割合	新	地域保健・健康増進事業報告

科学的根拠に基づくがん検診の実施について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
-	諸外国との経年的な比較調査を実施する仕組みの検討	指標設定無し（着実に検討を推進すること）	–	–
1-8	指針に基づくがん検診の科学的根拠に基づいた効果検証	指針の遵守市町村数	新	市区町村におけるがん検診の実施状況調査
1-9		指針に基づかないがん検診の中止市町村数	新	市区町村におけるがん検診の実施状況調査
-	対策型検診の項目変更に係るプロセスの明確化についての検討	指標設定無し（着実に検討を推進すること）	–	–
-	指針に基づかないがん検診に係る効果検証の方法について検討	指標設定無し（着実に検討を推進すること）	–	–
-	組織型検診の構築に向けた課題の整理と対応の検討	指標設定無し（着実に検討を推進すること）	–	–

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：3. がん医療提供体制等＜医療提供体制の均てん化・集約化＞

12月7日時点版（未定稿）

医療提供全般

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	国及び都道府県による、地域特性に応じた均てん化の推進と拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化の推進	役割分担に関する議論が行われている都道府県の数	新	現況報告
1-2	国及び都道府県による、感染症のまん延や災害等の状況下においても、必要ながん医療が提供できるための、地域の実情に応じた連携体制を整備する取組の推進（平時から）	ＢＣＰに関する議論が行われている都道府県の数	新	現況報告
1-3		（参考）BCPを整備している病院の数	新	現況報告
1-4	がん診療連携拠点病院等、小児がん拠点病院等、がんゲノム医療中核拠点病院等の相互連携についての検討推進	都道府県協議会に小児がん拠点病院等が参加している都道府県の数※	新	現況報告

※ゲノム拠点は自動的に連携される。

病理診断

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-5	質の高い病理診断や細胞診断を提供するための体制の整備	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	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	医療機関の機能分担を通じた質の高い安心な医療の効率的な提供	専門的な医療を受けられたと思う患者の割合	新	患者体験調査
2-2	タイムリーな病理診断	初診時から確定診断までの１ヶ月未満の人の割合	新	検討中（患者体験調査or院内がん登録＋DPCorNDB（仮））

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	がんの死亡率の減少	がんの年齢調整死亡率	2001	人口動態統計
4-2	がんの生存率の向上	がん種別５年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
4-3	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#4. がん医療提供体制等＜がんゲノム医療＞

12月7日時点版（未定稿）

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	がんゲノム医療中核拠点病院等を中心としたゲノム医療提供体制の整備等の継続推進	がんゲノム医療中核拠点病院等の数	2013	現況報告（がんゲノム）
1-2		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（臨床遺伝専門医）*1	2015	現況報告（がんゲノム）
1-3		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（認定遺伝カウンセラー）*1	2016	現況報告（がんゲノム）
1-4		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（がんゲノム医療コーディネーター）*1	2017	現況報告（がんゲノム）
1-5		がん薬物療法に専門的な知識及び技能を有する医師の数*2	2018	現況報告（がんゲノム）

*1. がんゲノム医療中核拠点病院等における人数

*2. がんゲノム医療中核拠点病院、がんゲノム医療拠点病院における人数

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	がんゲノム医療へのアクセシビリティの向上	がんゲノム情報管理センターに登録された患者数	2019	Ｃ－ＣＡＴ
2-2		がんゲノム医療拠点病院等において遺伝性腫瘍に関する遺伝カウンセリングを実施した患者数	2018	現況報告（がんゲノム）
2-3		がん遺伝子パネル検査を実施した患者のうち、エキスパートパネルで推奨された薬剤が投与された患者の割合	新	Ｃ－ＣＡＴ
2-4		ゲノム情報を活用したがん医療についてがん患者が知っていると回答した割合	2020	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	がんの死亡率の減少	がんの年齢調整死亡率	2001	人口動態統計
4-2	がんの生存率の向上	がん種別５年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
4-3	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：5. がん医療提供体制等＜手術療法・放射線療法・薬物療法について＞

12月7日時点版（未定稿）

手術療法について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づき、高度な手術療法の提供についても、医療機関間の役割分担の明確化・連携体制の整備等の取組推進	がんの鏡視下手術の割合	2031	現況報告
1-2		厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業(JANIS)へ登録している拠点病院等の割合	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	安全かつタイムリーな手術治療の実施	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	2032	検討中（院内がん登録+DPCを利用（仮））
2-2		診断から手術までの日数	新	検討中（院内がん登録+DPCを利用（仮））

放射線療法について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-3	標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく高度な放射線療法についても、医療機関間の役割分担の明確化・連携体制の整備等の取組推進	IMRT加算をとっている拠点病院の割合	2035	院内がん登録+DPC、現況報告
1-4		放射線治療専門医が常勤で配置されている拠点病院の割合	2036	現況報告
1-5		診療放射線技師が２名以上配置されている拠点病院等の割合	新	現況報告
1-6	関係学会等と連携し、粒子線治療、核医学治療等の高度かつ特殊な放射線療法の提供体制のあり方検討	あり方の検討段階のため、指標設定無し（着実に検討を推進すること）	-	-

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-3	必要な患者に対する、最適な放射線治療のタイムリーかつ安全な実施	放射線治療関連QI	新	検討中
2-4		手術から放射線治療開始までの期間（術前化学療法の対象外のがん種・ステージ患者に対象を限定）	新	検討中

薬物療法について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-7	高度な薬物療法が安全に実施できるような、医療機関間の役割分担の明確化、連携体制の整備等の取組推進	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	2040	現況報告
1-8		１拠点病院あたりの、がん薬物療法専門医数	2041	現況報告
1-9		免疫関連有害事象を含む有害事象に対して、他診療科や他病院と連携等して対応している拠点病院等の割合	新	現況報告
1-10	（国民が薬物療法等に関する正しい情報を取得できるよう）科学的根拠に基づく治療法に関する情報提供及び普及啓発	自施設で対応できるがんについて提供可能な診療内容を病院HP等でわかりやすく広報している拠点病院等の割合	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-5	最新の知見に基づく適切な化学療法のタイムリー・安全な実施	化学療法/薬物療法関連QI	2021	検討中
2-6		手術から化学療法開始までの期間	新	検討中（院内がん登録+DPC（仮））
2-7	国民が免疫療法に関する正しい情報を取得	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	2043	世論調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査
3-2	（標準的な）診断・医療の進歩	一般の人が受けられるがん医療は数年前と比べて進歩したと思う患者の割合	2003	患者体験調査
3-3	治療選択についての情報提供の充実（必要な情報へのアクセス改善）	治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合	新	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	がんの死亡率の減少	がんの年齢調整死亡率	2001	人口動態統計
4-2	がんの生存率の向上	がん種別５年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
4-3	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#6 がん医療＜チーム医療の推進＞

12月7日時点版（未定稿）

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	拠点病院等による、チーム医療の提供体制の整備の推進	緩和ケア診療加算の算定回数	新	検討中（NDB等を活用し研究班で対応予定）
1-2		栄養サポートチーム加算の算定回数	新	検討中（NDB等を活用し研究班で対応予定）
1-3	拠点病院等による、都道府県がん診療連携協議会における拠点病院等と地域の医療機関との連携体制の整備取組	都道府県協議会における地域の連携状況に関する議論実施状況	新	現況報告
1-4	拠点病院等による、医科歯科連携によるがん患者への口腔健康管理の推進の継続取組	がん患者の口腔健康管理のため院内又は地域の歯科医師と連携して対応している拠点病院の割合（*100%の維持）	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	多職種（医師以外）による相談支援環境の充実	主治医以外にも相談しやすいスタッフがいた患者の割合	2055	患者体験調査
2-2	医療スタッフ間での情報連携の改善	医療スタッフ間で情報が十分に共有されていると感じた患者の割合	新	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	がんの死亡率の減少	がんの年齢調整死亡率	2001	人口動態統計
4-2	がんの生存率の向上	がん種別５年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
4-3	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#7 がん医療＜がんのリハビリテーションの推進＞

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	がんリハビリテーション研修の実施（と研修内容の見直し）	がんリハビリテーション研修プログラムを修了している医療従事者の人数	2063	ライフプランニングセンターからのデータ提供
1-2	国及び都道府県による、がんリハビリテーション提供体制の整備（研修を受講した人材の拠点病院等への配置の推進）	リハビリテーションに携わる専門的な知識及び技能を有する医師が配置されている拠点病院の割合	2061	現況報告
1-3		がんのリハビリテーションに係る業務に携わる専門的な知識及び技能を有する療法士等を配置している拠点病院の数	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	がんリハビリテーションの適切な提供	拠点病院等に通院・入院中のがん患者でリハビリテーションを受けた患者の割合	2062	がん対策評価検証事業

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	がんの死亡率の減少	がんの年齢調整死亡率	2001	人口動態統計
4-2	がんの生存率の向上	がん種別５年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
4-3	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#8 がん医療＜支持療法の推進＞

12月7日時点版（未定稿）

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	多職種による相談支援体制の整備や医療従事者への研修実施等の推進	がん相談支援センターでのアピアランスケアの相談件数	新	現況報告
1-2		リンパ浮腫研修の受講者数	新	ライフプランニングセンターからのデータ提供
1-3	支持療法の更なる充実に向けた、実態把握と、科学的根拠に基づく専門的なケアが受けられる体制の整備等の推進	リンパ浮腫外来が設置されている拠点病院の割合	2077	現況報告
1-4		リンパ浮腫に対して専門的な治療を受けられた患者の数 :H007-4 リンパ浮腫複合的治療料の算定回数	新	NDB
1-5		ストーマ外来が設置されている拠点病院の割合	2078	現況報告
1-6		１拠点病院あたりの薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する専任常勤の薬剤師の数	2040	現況報告
1-7		１拠点病院あたりの、がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する専従常勤の医師数	新	現況報告
1-8		支持療法に関するガイドラインの数	2073	Minds登録数

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	治療に伴う副作用への見通しの改善	治療による副作用の見通しを持てた患者の割合	2074	患者体験調査
2-2	身体的なつらさに関する相談環境の改善	身体的なつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談ができると思う患者の割合	2075	患者体験調査
2-3	外見の変化に関する相談環境の改善	外見の変化に関する相談ができた患者の割合	2076	患者体験調査
2-4	支持療法の均てん化	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	2071	がん対策評価検証事業

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	身体的な苦痛を抱えるがん患者の減少	身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3012	患者体験調査
3-2	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の減少	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3013	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	がんの死亡率の減少	がんの年齢調整死亡率	2001	人口動態統計
4-2	がんの生存率の向上	がん種別５年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
4-3	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#9 がん医療＜緩和ケア＞

12月7日時点版（未定稿）

緩和ケアの提供について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	個別の状況に応じた適切な対応が、地域の実情に応じて、診断時から一貫して行われる体制の整備	拠点病院の緩和ケアチーム新規診療症例数	新	現況報告
1-2		特定疾患治療管理料　がん患者指導管理料イの算定数	新	検討中（NDB等を活用し研究班で対応予定）
1-3	拠点病院等を中心とした在宅を含む地域における緩和ケア提供体制の整備推進	緩和ケア外来の新規診療患者数（地域の医療機関からの年間新規紹介患者数）	新	現況報告
1-4		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	新	現況報告
1-5	拠点病院等による、地域医療従事者も含めた研修の定期開催、専門的な疼痛治療に係る普及啓発及び実施体制の整備	神経ブロックの実施数: L101-神経ブロック(神経破壊剤又は高周波凝固法使用)-腹腔神経叢ブロック(神経破壊剤又は高周波凝固法使用)の件数	新	NDB
1-6		緩和的放射線照射の実施数: M001-3(直線加速器による放射線治療)の2（1以外の場合）の件数	新	NDB
1-7	入院以外での外来等における緩和ケアの充実についての検討	緩和ケア外来の新規診療症例数	新	現況報告
1-8		緩和ケア外来への、地域の医療機関からの紹介件数	新	現況報告
-	緩和ケアに係る実地調査等を定期的かつ継続的に実施するための方策についての研究と検討	方策の検討段階のため、指標設定無し	-	-
-	専門的な緩和ケアの質の評価等の方策の研究、緩和ケアの提供状況についての継続把握	指標設定無し（方策の検討段階、及び引き続き実施する取組のため）	-	-
1-9	拠点病院等以外の緩和ケアの充実に向けた提供体制の実態や課題の把握	緩和ケア診療加算の算定回数	-	検討中（NDB等を活用し研究班で対応予定）
-	終末期医療の実態等についての研究と質の向上についての検討	検討段階のため指標設定無し（着実に検討を進めること）		

緩和ケア研修会について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-11	医療従事者の緩和ケア研修会の更なる推進とフォローアップ研修等の検討	緩和ケア研修修了者数	3017	がん等における新たな緩和ケア研修等事業

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	苦痛に対する適切なケア・治療の普及（緩和ケアチームの質向上）	医療者はつらい症状にすみやかに対応していたと感じる割合（患者体験・遺族）	新規	患者体験調査・遺族調査
2-2		患者報告アウトカム（PRO）の症状改善率 ＊期中に指標を開発予定	新規	検討中（緩和医療学会からのデータ提供）＊
2-3	がん患者が、医療者に苦痛の表出ができること	身体的なつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談ができると思う患者の割合	2075	患者体験調査
2-4		心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合	3011	患者体験調査
2-5		がん診断～治療開始前に病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合	3002	患者体験調査
2-6		家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合	3003	患者体験調査
2-7		医療従事者が耳を傾けてくれたと感じた患者の割合	2006	患者体験調査
2-8	国民の緩和ケアへの理解度向上	国民の緩和ケアに関する認識	3018	世論調査
2-9		国民の医療用麻薬に関する認識	3019	世論調査

＊中間評価に向けてデータを整備予定

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	患者・家族のQOL向上（苦痛の緩和）	身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3012	患者体験調査
3-2		精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3013	患者体験調査
3-3		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	3015	遺族調査
3-4		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	3016	遺族調査
3-5	緩和ケアの質の向上	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	3033	遺族調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#10 がん医療＜妊孕性温存療法＞

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	がん・生殖医療に関する人材育成等の体制整備推進	がん・生殖医療の意思決定支援に関する人材育成を実施している拠点病院の割合	新	現況報告
1-2		相談支援センターにおける「妊孕性・生殖機能」に関する相談件数	新	現況報告
1-3	妊孕性温存療法研究促進事業を通じたエビデンスの収集	日本がん・生殖医療登録システム JOFRへの登録症例数	新	日本・がん生殖医療学会よりデータ提供

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	がん患者・家族が生殖機能への影響についての情報提供を受け、納得できる意思決定ができること	治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合	2075	患者体験調査
2-2	妊孕性温存と温存後生殖補助医療に係るエビデンスの創出	がん・生殖医療に関するガイドラインの数／臨床研究実施数	新	検討中（Minds登録数／JRCT（仮））

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	身体的な苦痛を抱えるがん患者の減少	身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3012	患者体験調査
3-2	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の減少	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3013	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	がんの死亡率の減少	がんの年齢調整死亡率	2001	人口動態統計
4-2	がんの生存率の向上	がん種別５年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
4-3	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#11 がん医療＜希少がん、難治性がん対策の推進＞

12月7日時点版（未定稿）

希少がん対策

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	（希少がんに関する）患者及びその家族等の目線に立ったわかりやすい情報提供の推進	希少がんホットラインへの問い合わせ数	新	国立がん研究センターよりデータ提供
1-2	（希少がんに関する）拠点病院等の役割分担に基づく医療機関間の連携体制の整備	希少がん診療を積極的に受け入れている拠点病院の数と他施設へ紹介する拠点病院の数	新	現況報告
1-3	病理診断に係る希少がん中央機関と拠点病院等との連携体制の整備	中央病理コンサルテーションの数	新	国立がん研究センターよりデータ提供
1-4	（希少がんに関する）存在診断、治療法の開発のための研究推進	希少がんに対する臨床試験を実施している拠点病院数	新	現況報告
1-5	関係学会等との連携による希少がん領域における診療ガイドラインの充実	希少がんに関するガイドラインの数（がん種に対するガイドラインの作成率）	新	Minds登録数
1-6	希少がん領域における薬剤アクセスの改善に向けた課題の整理、その対応のための方策の検討	方策の検討段階のため、指標設定無し（着実に検討を推進すること）	-	-

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	希少がんの患者の診療情報へのアクセス拡充	治療スケジュールの見通しに関する情報を十分得ることができた希少がん患者の割合	新	患者体験調査
2-2	希少がん診療における適切な役割分担の実現	希少がん診療を積極的に受け入れている拠点病院等における治療開始数	新	現況報告＋院内がん登録
2-3	連携の円滑化（速やかな医療の提供）	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	2082	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	希少がん患者の高度かつ専門的な医療へのアクセシビリティの向上	希少がんについて、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	2083	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	希少がんの生存率向上	希少がんの5年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
4-2	希少がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じる希少がん患者の割合	3001	患者体験調査

難治性がん対策

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-7	（難治性がんに関する）患者及びその家族等の目線に立ったわかりやすい情報提供の推進	難治がんに関するHP等の整備を行っている拠点病院等の数	新	現況報告
1-8	（難治性がんに関する）拠点病院等の役割分担に基づく医療機関間の連携体制の整備	難治性がん診療を積極的に受け入れている拠点病院の数と他施設へ紹介する拠点病院の数	新	現況報告
1-9	（難治性がんに関する）存在診断、治療法の開発のための研究推進	難治性がんに対して臨床試験を行っている拠点病院等の数	新	現況報告
1-10	難治性がん領域における薬剤アクセスの改善に向けた課題の整理、その対応のための方策の検討	方策の検討段階のため、指標設定無し（着実に検討を推進すること）	-	-

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-4	難治性がん診療における適切な役割分担の実現	難治性がん（※１）診療を積極的に受け入れている拠点病院等における治療開始数	新	現況報告＋院内がん登録

※１．膵がんを代表例として想定。難治性がんの定義について、今後検討が必要。

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-2	（難治性がんを含む）全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）（※２）	2005	患者体験調査

※２．がん種別で評価が困難なため全体の評価で代替。

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-3	難治性がんの年齢調整死亡率の減少	難治性がん（代表例：膵がん）の年齢調整死亡率	2002	人口動態統計
4-4	難治性がんの生存率向上	難治性がん（代表例：膵がん）の5年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
4-5	（難治性がんを含む）がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合（※２）	3001	患者体験調査

※２．がん種別で評価が困難なため全体の評価で代替。

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#12 がん医療＜小児がん・AYA世代のがん対策の推進＞

12月7日時点版（未定稿）

小児がん対策

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	地域の実情に応じた小児がん医療提供体制の整備推進	小児がん拠点病院で小児がんの薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師の数	新	現況報告（小児がん）
1-2		小児がん拠点病院で小児の手術に携わる、小児がん手術に関して専門的な知識及び技術を有する医師の人数	新	現況報告（小児がん）
1-3		小児がん拠点病院で小児がんの放射線療法に携わる専門的な知識および技能を有する医師の人数	新	現況報告（小児がん）
–	小児がん拠点病院等による患者・家族目線に立った分かりやすい情報提供推進	適切な測定指標が無いため指標設定無し（※拠点病院では整備指針で必須要件のため100%となる）	–	–
1-4	地域の実情に応じた小児・AYA世代がん患者の長期フォローアップの在り方に係る検討の推進	都道府県協議会でフォローアップの連携体制について議論している都道府県数	新	現況報告（小児がん）
1-5		（参考）長期フォローアップ外来を設置している小児がん拠点病院等の施設数	新	現況報告（小児がん）
–	小児がん領域の治験実施（国際共同治験への参加含む）を促進する方策検討、研究開発推進	施策の検討段階のため、指標設定無し（着実に検討を進めること）	–	–

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	小児がん診療の集約化	小児がん拠点病院で治療を受けた小児がん患者の割合	新	現況報告＋院内がん登録
2-2	小児がん相談支援の拡充	がん患者の家族の悩みや負担を相談できる支援・サービス・場所が十分あると思う小児がん患者の割合	新	小児患者体験調査
2-3	長期フォローアップの認知・利用拡充	長期フォローアップについて知っていると回答した小児がん患者の割合	新	小児患者体験調査
2-4	小児がん領域での研究開発の推進	小児がん拠点病院において実施されている治験数	新	現況報告＋JRCT

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	小児がん診療の質の向上・均てん化	小児がん患者のがんの診断・治療全般の総合評価（平均点又は評価が高い人の割合）	2083	小児患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	小児がん患者の生存率向上	小児がん患者の5年生存率	2091	院内がん登録

AYA世代のがん対策

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-6	地域の実情に応じたAYA世代のがん医療提供体制の整備	多職種からなるAYA支援チームを設置している拠点病院数	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-5	AYA患者の状況や希望に応じた支援の拡充	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若年がん患者の割合	3002	患者体験調査
2-6		外見の変化に関する相談ができた若年患者の割合	2076	患者体験調査
2-7		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	患者体験調査、小児患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-2	AYA世代のがん診療の質の向上・均てん化	若者がん患者の診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-2	若年がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じる若年がん患者の割合	3001	患者体験調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#13 がん医療＜高齢者のがん対策の推進＞

12月7日時点版（未定稿）

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	拠点病院等による、地域医療機関・介護施設等との連携体制の整備	当該がん医療圏において、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討を行っている拠点病院等の数	新	現況報告
1-2				
-	関係団体等と連携、更なるガイドラインの充実の推進、高齢のがん患者に対するがん医療の実態把握	実態把握の段階／適切な測定指標が無いため、指標設定無し（着実に推進すること）	-	-
1-3	高齢のがん患者及び家族等の意思決定支援に係る取組推進	意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応をしている拠点病院数	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	多職種連携の評価	医師・看護師・介護職員など医療者同士の連携は良かったと評価した人の割合	新	遺族調査
2-2	療養場所に対する希望を踏まえた対応の拡充	患者と医師間で最期の療養場所に関する話し合いがあったと評価した人の割合	新	遺族調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#14 がん医療＜新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装＞

12月7日時点版（未定稿）

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
-	拠点病院等における臨床研究等の推進と患者目線の分かりやすい情報提供のあり方についての検討、拠点病院等への周知	あり方の検討段階のため、指標設定無し（着実に検討を進めること）	-	-
1-1	拠点病院等による患者に対する臨床研究等の適切な実施、情報提供、及び、適切な医療機関への紹介	臨床試験に参加していない地域の患者さんやご家族向けの問い合わせ窓口を設置している拠点病院数	新	現況報告
-	先進医療、患者申出療養等の評価療養及び先駆的医薬品等の指定制度等の既存制度を活用しつつ、がん研究の成果の速やかな実装を、科学的根拠に基づき、引き続き推進	指標設定無し（既存制度の適切な活用を引き続き実施。指標が必要と認められた場合には見直し）	-	-
-	がん治療薬に係る薬剤アクセスの改善に向けた課題の整理と対応のための方策検討	課題整理・方策検討の段階のため、指標設定無し（着実に検討を進めること）	-	-

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	医薬品、医療機器及び医療技術の開発の加速とそれらの速やかな医療実装	拠点病院において実施されている臨床研究数	新	検討中（現況報告＋JRCT）

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査
3-2	（標準的な）診断・医療の進歩	一般の人が受けられるがん医療は数年前と比べて進歩したと思う患者の割合	2003	患者体験調査
3-3	治療選択についての情報提供の充実（必要な情報へのアクセス改善）	治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合	新	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	がんの死亡率の減少	がんの年齢調整死亡率	2001	人口動態統計
4-2	がんの生存率の向上	がん種別５年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
4-3	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#15 共生＜相談支援・情報提供＞

12月7日時点版（未定稿）

①相談支援について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	拠点病院等による、相談支援センターの認知度の継続的改善	がん相談支援センターでの新規相談件数（全国の拠点病院等での総数）	新	現況報告
1-2	関係団体等と連携し、がん相談支援に係る研修等の推進	相談員研修を受講したがん相談支援センターの相談員の人数	新	現況報告
1-3		上記の内、フォローアップ研修を受講したがん相談支援センターの相談員の人数	新	現況報告
-	持続可能な相談支援体制のあり方についての検討	あり方の検討段階のため指標設定無し（着実に検討を進めること）	－	－
1-4	拠点病院等と民間団体による相談機関やピア・サポーター等の連携体制の構築／ICTや患者団体、社会的人材リソースの活用方策検討	１拠点病院あたりの、連携している患者団体の数	新	現況報告
1-5	相談支援等に携わる者からピア・サポーター等につなげるための仕組みの検討	１拠点病院あたりの体験を語り合う場の開催数	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	がん相談支援センターの認知度	がん相談支援センターの認知度	3023	患者体験調査 小児患者体験調査
2-2	がん相談支援センターの一般の人の認知度	治療法や病院についてがん相談支援センターで情報入手しようと思う人の割合	新	世論調査
2-3	がんの治療開始前までに相談することができること	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	3021	患者体験調査
2-4	ピアサポーターの認知度	ピアサポーターの認知度	3024	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	がん患者が、相談を利用し、役だったと思えること	相談支援センターを利用したことのある人が役に立ったがん患者の割合	新	患者体験調査
3-2		ピアサポートを利用したことがある人が役に立ったがん患者の割合	新	患者体験調査
3-3	がん患者の家族が、悩みや負担を相談できること	がん患者の家族の悩みや負担を相談できる支援・サービス・場所が十分にあると回答する者の割合	3022	患者体験調査
3-4				

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

②情報提供について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-6	ニーズ・課題の把握を進め情報提供のあり方について検討	あり方の検討段階のため現時点で指標設定無し（着実に検討を進めること）	－	－
1-7	がんに関する正しい情報の提供及び理解の促進の取り組み	がん情報サービスにアクセスした件数	新	国立がん研究センターからのデータ提供
1-8		がん情報サービスにおけるコンテンツ更新数	新	国立がん研究センターからのデータ提供
1-9	障害等により情報取得や意思疎通に配慮が必要な人や、日本語を母国語としていない人への情報提供を適切に行うことで医療へのアクセスを確保するために、現状及び課題等を把握し、情報提供体制のあり方について検討	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	3026	国立がん研究センターからのデータ提供

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-5	がん情報サービスの一般の人の認知度	治療法や病院についてがん相談支援センターで情報入手しようと思う人の割合	新	世論調査
2-6	探しているがんの情報にたどりつけること	がん情報サービスにアクセスし、探していた情報にたどり着くことができた人の割合	3025	がん情報サービスによる調査（国立がん研究センターからのデータ提供）
2-7	がんの治療開始前までに相談することができること	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	3021	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-5	がん患者が、治療に関する十分な情報を得ることができること	がんの治療を決めるまでの間に、医療スタッフから治療に関する十分な情報が得られたがん患者の割合	3021	患者体験調査 小児患者体験調査
3-6	がん患者が、がんに対して正しい認識を持てること	新たな医療に関する情報の中には、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人の割合	新	世論調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#16 共生＜社会連携＞

12月7日時点版（未定稿）

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
-	拠点病院等による、都道府県がん診療連携協議会におけるセカンドオピニオンや緩和ケア及び在宅医療等へのアクセスに関する情報提供のあり方についての検討	あり方の検討段階のため、指標設定無し（着実に検討を進めること）	-	-
1-1	拠点病院等による、介護事業所や薬局等の地域の関係機関との連携や社会的支援、困難事例等への対応	専門医療機関連携薬局の認定数	新	厚生労働省
1-2	国による、拠点病院等を中心とした施設間の連携・調整を担う者の育成への取組	地域緩和ケア連携調整員研修受講者数	新	厚生労働省
1-3	セカンドオピニオンに関する情報提供及び利用状況等の実態把握と適切な情報提供のあり方についての検討	診療情報提供料（Ⅱ）の算定数	新	NDB

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	希望時にセカンドオピニオンを受けられる割合の向上	がん治療前に、セカンドオピニオンに関する話を受けたがん患者の割合	3032	患者体験調査
2-2	療養場所に関する話し合いの普及	患者と医師間で最期の療養場所に関する話し合いがあった	新	遺族調査
2-3	切れ目ない転院・療養体制の拡充	紹介先の医療機関を支障なく受診できた患者の割合	新	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	がん患者が、納得のいく療養先を見つけることができること	希望通りの医療機関に転院することができた患者の割合	新	患者体験調査
3-2	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合の増加	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合	3034	遺族調査
3-3	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度の向上	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	3033	遺族調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#17 共生＜サバイバーシップ＞

12月7日時点版（未定稿）

就労支援について（医療機関側）

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	医療機関等において就労支援に携わる者が、産業医等と連携し、患者・事業主間の治療と仕事の両立に向けた調整を支援できる体制の整備	がん相談支援センターにおける就労に関する相談件数	3045	現況報告
1-2		療養・就労両立支援指導料の算定件数* *がんについて	新	NDB
1-3		拠点病院等における就労の専門家による相談会の回数	新	現況報告
1-4	拠点病院等とハローワークとの連携体制の整備	ハローワークと連携した就職支援をおこなっている拠点病院等の数	3044	長期療養者就職支援事業報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	がんと診断された後の仕事の変化	がんと診断後も仕事を継続していたがん患者の割合	3042	患者体験調査
2-2	がんと診断された後の仕事の変化	退職したがん患者のうち、がん治療の開始前までに退職した者の割合	3043	患者体験調査
2-3	診断時からの情報提供	治療開始前に、就労継続について説明を受けたがん患者の割合	3041	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	経済・就労関連PROの向上	治療費用の負担が原因で、がんの治療を変更・断念したがん患者の割合	新	患者体験調査
3-2		金銭的負担が原因で生活に影響があったがん患者の割合	新	患者体験調査
3-3	がん患者・経験者の両立支援・就労支援に関する相談・支援体制へのアクセスの向上	がん診断～治療開始前に病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合	3002	患者体験調査
3-4		家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合	3003	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

就労支援について（職場側）

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-5	企業における支援体制等の環境整備の更なる推進、両立支援コーディネーターの活動状況の把握と効果的な配置の検討	両立支援コーディネーター研修修了者数（所属機関別にも算出可）	新	事業報告（労働者健康安全機構）
1-6		長期療養者就職支援事業を活用した就職者数 *がんについて	新	長期療養者就職支援事業報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-4	両立支援の制度利用	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	3046	患者体験調査
2-5	両立のための職場環境整備	治療と仕事を両立するための勤務上の配慮がなされているがん患者の割合	3047	患者体験調査

アピアランスケアについて

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-7	医療従事者を対象とした研修等の開催、相談支援・情報提供の在り方の検討	アピアランス支援研修修了者数	新	事業報告
1-8	拠点病院等を中心としたアピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制の構築についての検討	拠点病院におけるアピアランスに関する相談件数	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-6	アピアランスケアに関する相談支援の利用	外見の変化に関する相談ができたがん患者の割合（再掲）	3048	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-5	外見の変化に起因する苦痛の軽減	身体的・精神心理的な苦痛により日常生活に支障を来しているがん患者の割合（再掲）	3014	患者体験調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#17 共生＜サバイバーシップ＞

12月7日時点版（未定稿）

がん診断後の自殺対策について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-9	がん患者の診断後の自殺対策について、医療従事者が正しい知識を習得できるよう、研究等の開催・相談支援及び情報提供のあり方について検討	緩和ケア研修修了者数	3017	がん等における新たな緩和ケア研修等事業
1-9		自殺リスクに関する研修を実施した拠点病院の数	新	現況報告
1-10		特定疾患治療管理料 がん患者指導管理料イ 算定数	新	NDB
1-11		特定疾患治療管理料 がん患者指導管理料ロ 算定数	新	NDB
-	がん患者の自殺リスクやその背景等について実態把握、必要な対応について検討	実態把握の段階のため、指標設定無し（着実に検討を推進すること）	-	-

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-7	気持ちのつらさに対する支援の利用	心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合	3011	患者体験調査
2-8		精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3013	患者体験調査
2-9		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	3016	遺族調査
2-10	身体的なつらさに対する支援の利用	身体的なつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談ができると思う患者の割合	2075	患者体験調査
2-11		身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3012	患者体験調査
2-12		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	3015	遺族調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-6	がん患者の自殺の要因の解消	がん患者の自殺数	3050	革新的がん自殺研究推進プログラム

その他の社会的な問題について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
-	経済的な課題等の把握と利用可能な施策についての周知や課題解決に向けた施策の検討	検討段階のため指標設定無し（着実に検討を進めること）	-	-
1-12	障害がある等により、情報取得や意思疎通に配慮が必要ながん患者の実態やニーズ、課題を明らかにし、がん検診や医療へのアクセスの在り方を検討	情報取得や意思疎通に配慮が必要な者に対するマニュアルを作成している拠点病院の数	新	現況報告書
1-13	地方公共団体による、がんに対する「偏見」の払拭や、がんに対する国民の正しい理解につなげるための普及啓発	拠点病院等で実施した、地域を対象とした、がんに関するセミナー等の開催回数（総数）	新	現況報告書

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-13	がん患者の疎外感の解消	がんと診断されてから周囲に不必要な気を遣われている割合	新	患者体験調査
2-14	がんに対する偏見の払拭	（家族以外の）周囲の人からがんに対する偏見を感じる割合	新	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-7	がんによる社会からの隔離の解消	がんであることを話せる割合	新	世論調査

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#18 共生＜ライフステージ＞

12月7日時点版（未定稿）

小児・AYA世代について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	医療従事者と教育関係者との連携、療養中に適切な教育を受けることのできる環境の整備、就学・復学支援等の体制整備	がん相談支援センターにおける、小児・AYA世代のがん患者の発育及び療養上の相談への対応・支援のうち、教育に関する相談件数	新	現況報告
1-2		国立がん研究センターによる「がん相談支援センター相談員基礎研修」(1)(2)を受講後、国立成育医療研究センターが実施する「小児がん相談員専門研修」を修了した者の数	新	現況報告
1-3	成人診療科と連携した切れ目ない支援体制が構築できるよう、医療・支援のあり方について検討	小児・AYA世代のがんの長期フォローアップに関する研修会参加人数	新	事業報告
1-4		長期フォローアップ外来を開設している小児がん拠点病院等の数※	新	現況報告
1-5	就労支援に関係する機関や患者団体と連携した取組を継続推進	がん相談支援センターにおける、小児・AYA世代のがん患者に対する就労に関する相談件数	新	現況報告
1-6		小児がん拠点病院が連携している、小児がんに関する患者団体の数	新	現況報告
1-7	診断時からの緩和ケア提供体制や在宅療養環境等の体制整備について関係省庁と連携し検討	あり方の検討の段階のため、指標設定無し（着実に検討を推進すること）	-	-

※小児がん拠点病院と、小児がん連携病院の類型１を分母とする想定

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	教育支援に関する医療スタッフからの説明	治療開始前に教育の支援等について医療スタッフから話があったと回答した人の割合	3052	小児患者体験調査
2-2	就学支援制度の利用	がん治療のため転校・休学・退学したと回答した人のうち、患者の治療中に何らかの就学支援制度を利用したと回答した人の割合	新	小児患者体験調査
2-3	がん治療と教育の両立	治療中に学校や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	3053	小児患者体験調査
2-4	長期フォローアップの認知度	長期フォローアップについて知っていると回答した人の割合	新	小児患者体験調査
2-5	医療者側からの就労支援（説明）	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	新	患者体験調査＜若年がん患者のみ＞
2-6	つらい症状への速やかな対応	つらい症状には速やかに対応してくれたと思うと回答した人の割合	新	小児患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	家族への支援・サービス・場所	家族の悩みや負担を相談出来る支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合	3054	患者体験調査
3-2	就学の継続	がん治療前に就学していた者のうち、「がん治療のために患者が転校・休学・退学したと回答した人」以外の割合	新	小児患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	小児体験調査 患者体験調査：全体

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#18 共生＜ライフステージ＞

12月7日時点版（未定稿）

高齢者について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-8	拠点病院等による、地域の医療機関やかかりつけ医、在宅療養支援診療所、訪問看護事業所等の医療・介護を担う機関、関係団体、地方公共団体等と連携、患者及び家族等の療養生活を支えるための体制の整備と地域課題の検討	地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討を行っている拠点病院等の数	新	現況報告
1-9		介護支援等連携指導料の算定数（がん患者に限定）	新	NDB
1-10		退院時共同指導料１の算定数（がん患者に限定）	新	NDB
–	高齢のがん患者の健康管理の方法、地域における療養のあり方、再発・二次がん・併存疾患のフォローアップ体制等について検討	あり方・施策の検討段階のため、指標無し（着実に検討を進めること）	–	–
1-11	高齢のがん患者の人生の最終段階における療養場所等の選択に関する意思決定を支援するための方策について検討	意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応をしている拠点病院数	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-7	家族の介護負担感	介護をしたことで、全体的に負担感が大きかったと回答した割合	新	遺族調査のサブグループ解析（仮）
2-8	死亡場所で患者が受けた医療の構造・プロセス	医師・看護師・介護職員など医療者同士の連携はよかったと回答した割合	新	遺族調査のサブグループ解析（仮）
2-9	最後の療養場所の希望や医療に関する話し合い	患者と医師間で最期の療養場所に関する話し合いがあったと回答した割合	新	遺族調査のサブグループ解析（仮）

※サブグループ解析は、遺族調査の結果を、75歳以上に限定して解析することを想定

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-3	死亡前１ヶ月間の患者の療養生活の質	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合	新	遺族調査のサブグループ解析（仮）
3-4	死亡場所で受けた医療に対する全般的満足度＞在宅かつ高齢者	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	新	遺族調査のサブグループ解析（仮）
3-5	死亡前１ヶ月間の患者の療養生活の質	人生をまっとうしたと感じていた患者の割合	新	遺族調査のサブグループ解析（仮）

第 4 期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#19 基盤＜がん研究の推進＞

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	がん研究の更なる充実に向けた戦略の見直し	戦略を検討するものであるので指標設定無し　※次期「がん研究10か年戦略」を令和５年度中に策定	-	-
1-2	AMEDによる、有望な基礎研究の成果の源泉・医薬品・医療機器の開発と企業導出を速やかに行うための取組継続推進	「革新的がん医療実用化研究事業」事後評価	新	AMED
1-3	「全ゲノム解析等実行計画2022」の着実な推進	日本臨床研究実施計画・研究概要公開システム（JRCT）に登録されたゲノム変異にもとづくがんを対象とした臨床研究の数	新	JRCT、AMED
1-4	本基本計画における各分野の政策課題の解決に資する研究推進	日本臨床研究実施計画・研究概要公開システム（JRCT）に登録されたジャパンキャンサーリサーチプロジェクトの研究数	新	JRCT、AMED
1-5		厚労科研の採択課題における事後評価の平均	新	厚生労働省
1-6		「がん政策研究事業」成果に関する評価	新	厚生労働省

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	がん研究論文数、引用数の増加	CSO(Common Scientific Outline)分類別・部位別論文数、引用数	4014	論文データベースDimensions
2-2	基礎的研究成果として日常診療への導入を目指して推進される医療技術数の増加	日本発の治療薬の創出に向けて導出された治験の数	4011	ＪＣＲＰ現況報告
2-3		日本発の診断薬の創出に向けて導出された治験の数	4012	ＪＣＲＰ現況報告
2-4		日本発の医療機器の創出に向けて導出された治験の数	4013	ＪＣＲＰ現況報告

#20 基盤＜人材育成の強化＞

12月7日時点版（未定稿）

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	専門的な人材の育成の推進（専門的な人材の育成の在り方を検討するにあたっては、高齢化や人口減少等の背景を踏まえ、人材の効率的な活用等の観点を含め検討する）	がん専門医療人材（がんプロフェッショナル）養成プラン「次世代のがんプロフェッショナル養成プラン」事業評価	新	文科省からのデータ提供
1-2	拠点病院等を中心とした、専門的な人材の育成及び配置、拠点病院等や地域の職能団体が中心となっての地域のがん診療や緩和ケア等を担う人材の育成及び配置についての取組	がんゲノム医療コーディネーター研修会参加人数	4022	がんのゲノム医療従事者研修事業
1-3		がんリハビリテーション研修プログラム終了している医療従事者の人数（医療の再掲）	2063	ライフプランニングセンターからのデータ提供
1-4		小児・AYA世代のがんの長期フォローアップに関する研修会参加人数	4023	小児・AYA世代の長期フォローアップ体制整備事業
1-5		緩和ケア研修修了者数	4021	がん等における新たな緩和ケア研修等事業
1-6		緩和ケアに特化した講座を設置している大学の数	4024	文科省からのデータ提供

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	必要な知識を身に着けた専門的人材の増加	第４期がんプロで支援されたがん専門医療人材の人数	新	事業における取組状況調査
2-2	専門的人材の適正配置	拠点病院における専門人材の配置状況に係る各種指標（※各分野で設定した人材の指標。列挙は割愛）	–	–

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#21 基盤＜がん教育・知識＞

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	児童生徒の発達段階に応じたがん教育の推進	外部講師を活用してがん教育を実施した学校の割合	4031	がん教育の実施状況調査
1-2	都道府県及び市町村においてがん教育が実施されるよう、必要な支援の実施			
1-3	国及び地方公共団体、拠点病院等を中心とした医療機関による、国民に対するがんに関する正しい知識の普及啓発（患者や家族等の関係団体等の協力）（啓発資材のデジタル化や対象者に応じた周知方法の工夫等の効果的な手法活用）	がん情報サービスに含まれる項目数	新	国立がん研究センターからのデータ提供
1-4		１拠点病院あたりの、連携している患者団体の数	新	現況報告
1-5	事業主や医療保険者による、雇用者や被保険者・被扶養者に対するがんに関する正しい知識習得の支援	がん対策推進企業アクションの参加企業数	4033	厚生労働省

→

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	国民ががん予防や早期発見の重要性を認識し、がんを正しく理解し向き合う	がんは、誰もがかかる可能性のある病気である「そう思う」と回答した割合	新	がん教育総合支援事業事業成果報告書
2-2		がん検診を受けられる年齢になったら検診を受けようと思うと回答した割合	新	がん教育総合支援事業事業成果報告書
2-3		がんの新しい治療法に関する情報の中には、十分な科学的根拠がなく、注意を要するものがあると思う人の割合	新	検討中（世論調査（仮））

#22 基盤＜がん登録の利活用推進＞

12月7日時点版（未定稿）

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	質の高い情報収集に資する精度管理への継続取組	全国がん登録の精度指標としてのMI比・%DCO	2111	全国がん登録
1-2	現行制度における課題の整理を踏まえたがん登録推進法等の規定の整備を含めた見直しの検討、デジタル化に関する他の取組とも連携し、有用な分析が可能となる方策の検討	指標設定無し（着実に検討を推進すること）	–	–

→

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	全国がん登録/院内がん登録の利用の推進	利用件数（総数・年あたり）	新	厚生労働省／国立がん研究センター

第４期がん対策推進基本計画　ロジックモデル（案）：#23 基盤＜患者・市民参画推進＞　#24 基盤＜デジタル化＞

12月7日時点版（未定稿）

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	国及び都道府県による、基本計画及び「都道府県がん対策推進計画」の策定過程における性別、世代、がん種等を考慮し、多様ながん患者等の参画推進。また、諸外国の事例も踏まえ、患者・市民参画の更なる推進に向けた仕組みの検討	都道府県がん対策推進計画の策定過程におけるがん患者を代表する者の参加割合（参考：性別、年代等の多様性（仮））	4001	厚生労働省
1-2	患者・市民参画に関する研究成果を踏まえた、がん患者及びがん経験者の参画取組の横展開 患者・市民参画を推進するにあたり、参画する患者・市民への啓発・育成を実施	厚生労働省科学研究を基に開催された研修会の開催回数	新	厚労科研班からのデータ提供
1-3	医療従事者や関係学会に対する啓発等への取組	年度中に都道府県協議会の参加者について、がん患者・経験者やその家族や患者団体などの意見を代表する者の参加があった、都道府県の数	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	がん対策の重要性を認識し、がん医療について正しい理解を得、医療の向上に向け自らも協力する国民（がん患者含む）の割合増加	がん医療に対する国民の向きい方（自らも協力する必要がある（自分ごと）と理解する人の割合）（仮）	新	検討中（世論調査（仮））
2-2	医療従事者の意識向上	関係学会において患者・市民参画を知っていると回答した医療者の割合	新	検討中（日本癌治療学会からのデータ提供（仮））

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	デジタル技術の活用による医療のデータ化とその利活用の推進についての検討	個別施策を検討する段階のため、指標設定無し（着実に検討を進めること）	-	-
1-2	安心安全なオンライン診療の提供、e-コンセントの活用、地方公共団体や医療機関における会議や相談支援のオンライン化に向けた取組の推進	患者とその家族が利用可能なインターネット環境を整備ししている拠点病院等の数（or割合）	新	現況報告
1-3		セカンドオピニオンを提示する場合は、必要に応じてオンラインでの相談を受け付けることができる体制を確保している拠点病院等の数（or割合）	新	現況報告
1-4		集学的治療等の内容や治療前後の生活における注意点等に関する、冊子や視覚教材等がオンラインでも確認できる拠点病院等の数（or割合）	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	（デジタルにより）がん患者・家族を含む国民が、適切な情報・医療資源・支援にアクセスしやすくなること	適切ながん医療へのアクセスや支援の利用過程において、デジタル技術の活用が役立った人の割合（仮）	新	検討中（患者体験調査（仮））

第4期がん対策推進基本計画指標一覧（案）

第87回がん対策推進協議会	資料４
令和４年12月7日	

分野	#	指標	3期	データソース
1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実				
がんの１次予防				
生活習慣について				
個別施策	11101	地域を対象として、普及啓発に努めている拠点病院の割合	新	現況報告
中間アウトカム	11201	①適正体重を維持している者の増加	1018	国民健康・栄養調査
	11202	②食塩摂取量の減少	1019	国民健康・栄養調査
	11203	③野菜と果物の摂取量の増加	1020	国民健康・栄養調査
	11204	①日常生活における歩数の増加	新	国民健康・栄養調査
	11205	②運動習慣者の割合の増加	1017	国民健康・栄養調査
	11206	①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少	1016	国民健康・栄養調査
	11207	②未成年者の飲酒をなくす	新	厚生労働科学研究班
	11208	③妊娠中の飲酒をなくす	新	厚生労働省調べ
	11209	①成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）	1011	国民健康・栄養調査
	11210	②未成年者の喫煙をなくす	1012	厚生労働科学研究班
	11211	③妊娠中の喫煙をなくす	1013	厚生労働省調べ
分野別アウトカム	11301	がん種別罹患率（胃・大腸・肺・女性乳房・喫煙関連がん）	1004	全国がん登録
感染症対策について				
HPV				
中間アウトカム	11212	HPV感染率、CIN発見割合など（仮）	新	厚生労働行政推進調査事業費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)
肝炎				
個別施策	11102	肝疾患専門医療機関数	新	地方自治体における肝炎対策実施状況調査
	11103	肝炎医療コーディネーターの養成者数	新	地方自治体における肝炎対策実施状況調査
	11104	B型肝炎定期予防接種実施率	参3	地域保健・健康増進事業報告
中間アウトカム	11213	B型・C型肝炎ウイルス検査受検率	新	厚生労働科学研究班
	11214	B型・C型肝炎ウイルス陽性者数	新	「地域保健・健康増進事業報告 （健康増進編）」及び「特定感染症検査等事業実績報告」
HTLV-1				
個別施策	11105	HTLV-1関連のホームページへの閲覧数	新	厚労省や研究班作成のホームページのPV数
	11106	HTLV-1関連の窓口数	新	結核感染症課調査
	11107	HTLV-1の保健所の検査数	新	結核感染症課調査
	11108	HTLV-1抗体検査の公費負担実施率	新	母子保健課調査
中間アウトカム	11215	ヒトT細胞白血病ウイルス１型感染率	参4	厚生労働省HTLV-1総合対策
その他				
分野別アウトカム	11302	がん種別罹患率（肝・ATL・子宮頸部）	1004	全国がん登録
最終アウトカム	11401	がん罹患率	1003	全国がん登録
がん予防＜がんの２次予防（がん検診）＞				
受診率対策について				
個別施策	12101	受診勧奨実施市町村数（特別区を含む、以下同じ）	新	検討中
	12102	普及啓発キャンペーンの実施状況（実施都道府県数）（仮）	新	検討中（厚生労働省）
	12103	指針に基づく検診の実施率	新	検討中（保険者データヘルス全数調査または厚労科研）
中間アウトカム	12201	検診受診率	1031	国民生活基礎調査
がん検診の精度管理等について				
個別施策	12104	市町村への支援数	新	検討中（厚生労働科学研究（仮））
	12105	実施都道府県数	新	都道府県用チェックリスト実施率調査
	12106	支援保険者数	新	検討中（厚生労働科学研究（仮））
	12107	実施市町村数	新	検討中（市区町村におけるがん検診の実施状況調査）
中間アウトカム	12202	精検受診率	1032	地域保健・健康増進事業報告
	12203	がん発見率	新	地域保健・健康増進事業報告
	12204	偽陽性割合	新	地域保健・健康増進事業報告
科学的根拠に基づくがん検診の実施について				
個別施策	12108	指針の遵守市町村数	新	市区町村におけるがん検診の実施状況調査
	12109	指針に基づかないがん検診の中止市町村数	新	市区町村におけるがん検診の実施状況調査
中間アウトカム	12205	精検受診率	1032	地域保健・健康増進事業報告
	12206	がん発見率	新	地域保健・健康増進事業報告
	12207	偽陽性割合	新	地域保健・健康増進事業報告
分野別アウトカム	12301	がん種別早期がん割合	新	全国がん登録
	12302	がん種別進行がん罹患率	新	全国がん登録
最終アウトカム	12401	がん種別年齢調整死亡率	1002	人口動態統計
	12402	がん種別年齢調整罹患率	1004	全国がん登録
２．患者本位で持続可能ながん医療の提供				
がん医療提供体制等				
医療提供体制の均てん化・集約化				
個別施策	21101	役割分担に関する議論が行われている都道府県の数	新	現況報告
	21102	ＢＣＰに関する議論が行われている都道府県の数	新	現況報告
	21103	（参考）BCPを整備している病院の数	新	現況報告
	21104	都道府県協議会に小児がん拠点病院等が参加している都道府県の数※	新	現況報告
	21105	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	新	現況報告
中間アウトカム	21201	専門的な医療を受けられたと思う患者の割合	新	患者体験調査
	21202	初診時から確定診断までの１ヶ月未満の人の割合	新	検討中（患者体験調査or院内がん登録＋DPCorNDB（仮））
分野別アウトカム	21301	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査

分野		#	指標	3期	データソース
がんゲノム医療					
	個別施策	21106	がんゲノム医療中核拠点病院等の数	2013	現況報告（がんゲノム）
		21107	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（臨床遺伝専門医）*2	2015	現況報告（がんゲノム）
		21108	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（認定遺伝カウンセラー）*2	2016	現況報告（がんゲノム）
		21109	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（がんゲノム医療コーディネーター）*2	2017	現況報告（がんゲノム）
		21110	がん薬物療法に専門的な知識及び技能を有する医師の数*3	2018	現況報告（がんゲノム）
	中間アウトカム	21203	がんゲノム情報管理センターに登録された患者数	2019	Ｃ－ＣＡＴ
		21204	がんゲノム医療拠点病院等において遺伝性腫瘍に関する遺伝カウンセリングを実施した患者数	2018	現況報告（がんゲノム）
		21205	がん遺伝子パネル検査を実施した患者のうち、エキスパートパネルで推奨された薬剤が投与された患者の割合	新	Ｃ－ＣＡＴ
		21206	ゲノム情報を活用したがん医療についてがん患者が知っていると回答した割合	2020	患者体験調査
	分野別アウトカム	21302	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査
手術療法・放射線療法・薬物療法について					
	手術療法				
	個別施策	21111	がんの鏡視下手術の割合	2031	現況報告
		21112	厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業(JANIS)へ登録している拠点病院等の割合	新	現況報告
	中間アウトカム	21207	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	2032	検討中（院内がん登録+DPCを利用（仮））
		21208	診断から手術までの日数	新	検討中（院内がん登録+DPCを利用（仮））
	放射線療法				
	個別施策	21113	IMRT加算をとっている拠点病院の割合	2035	院内がん登録+DPC、現況報告
		21114	放射線治療専門医が常勤で配置されている拠点病院の割合	2036	現況報告
		21115	診療放射線技師が２名以上配置されている拠点病院等の割合	新	現況報告
	中間アウトカム	21209	放射線治療関連QI	新	検討中
		21210	手術から放射線治療開始までの期間（術前化学療法の対象外のがん種・ステージ患者に対象を限定）	新	検討中
	薬物療法				
	個別施策	21116	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	2040	現況報告
		21117	１拠点病院あたりの、がん薬物療法専門医数	2041	現況報告
		21118	免疫関連有害事象を含む有害事象に対して、他診療科や他病院と連携等して対応している拠点病院等の割合	新	現況報告
		21119	自施設で対応できるがんについて提供可能な診療内容を病院HP等でわかりやすく広報している拠点病院等の割合	新	現況報告
	中間アウトカム	21211	化学療法/薬物療法関連QI	2021	検討中
		21212	手術から化学療法開始までの期間	新	検討中（院内がん登録+DPC（仮））
		21213	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	2043	世論調査
	分野別アウトカム	21303	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査
		21304	一般の人が受けられるがん医療は数年前と比べて進歩したと思う患者の割合	2003	患者体験調査
		21305	治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合	新	患者体験調査
チーム医療の推進					
	個別施策	21120	緩和ケア診療加算の算定回数	新	検討中（NDB等を活用し研究班で対応予定）
		21121	栄養サポートチーム加算の算定回数	新	検討中（NDB等を活用し研究班で対応予定）
		21122	都道府県協議会における地域の連携状況に関する議論実施状況	新	現況報告
		21123	がん患者の口腔健康管理のため院内又は地域の歯科医師と連携して対応している拠点病院の割合（*100%の維持）	新	現況報告
	中間アウトカム	21214	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	2055	患者体験調査
		21215	医療スタッフ間で情報が十分に共有されていると感じた患者の割合	新	患者体験調査
	分野別アウトカム	21306	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査
がんのリハビリテーションの推進					
	個別施策	21124	がんリハビリテーション研修プログラムを修了している医療従事者の人数	2063	ライフプランニングセンターからのデータ提供
		21125	リハビリテーションに携わる専門的な知識及び技能を有する医師が配置されている拠点病院の割合	2061	現況報告
		21126	がんのリハビリテーションに係る業務に携わる専門的な知識及び技能を有する療法士等を配置している拠点病院の数	新	現況報告
	中間アウトカム	21216	拠点病院等に通院・入院中のがん患者でリハビリテーションを受けた患者の割合	2062	がん対策評価検証事業
	分野別アウトカム	21307	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査
支持療法の推進					
	個別施策	21127	がん相談支援センターでのアピアランスケアの相談件数	新	現況報告
		21128	リンパ浮腫研修の受講者数	新	ライフプランニングセンターからのデータ提供
		21129	リンパ浮腫外来が設置されている拠点病院の割合	2077	現況報告
		21130	リンパ浮腫に対して専門的な治療を受けられた患者の数 :H007-4 リンパ浮腫複合的治療料の算定回数	新	NDB
		21131	ストーマ外来が設置されている拠点病院の割合	2078	現況報告
		21132	１拠点病院あたりの薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する専任常勤の薬剤師の数	2040	現況報告
		21133	１拠点病院あたりの、がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する専従常勤の医師数	新	現況報告
		21134	支持療法に関するガイドラインの数	2073	Minds登録数
	中間アウトカム	21217	治療による副作用の見通しを持てた患者の割合	2074	患者体験調査
		21218	身体的なつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談ができると思う患者の割合	2075	患者体験調査
		21219	外見の変化に関する相談ができた患者の割合	2076	患者体験調査
		21220	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	2071	がん対策評価検証事業

分野		#	指標	3期	データソース
	分野別アウトカム	21308	身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3012	患者体験調査
		21309	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3013	患者体験調査
がんと診断された時からの緩和ケアの推進					
緩和ケアの提供					
	個別施策	21135	拠点病院の緩和ケアチーム新規診療症例数	新	現況報告
		21136	特定疾患治療管理料　がん患者指導管理料イの算定数	新	検討中（NDB等を活用し研究班で対応予定）
		21137	緩和ケア外来の新規診療患者数（地域の医療機関からの年間新規紹介患者数）	新	現況報告
		21138	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	新	現況報告
		21139	神経ブロックの実施数:L101-神経ブロック(神経破壊剤又は高周波凝固法使用)-腹腔神経叢ブロック(神経破壊剤又は高周波凝固法使用)の件数	新	NDB
		21140	緩和的放射線照射の実施数: M001-3(直線加速器による放射線治療)の2（1以外の場合）の件数	新	NDB
		21141	緩和ケア外来の新規診療症例数	新	現況報告
		21142	緩和ケア外来への、地域の医療機関からの紹介件数	新	現況報告
		21143	緩和ケア診療加算の算定回数	-	検討中（NDB等を活用し研究班で対応予定）
緩和ケア研修会					
	個別施策	21144	緩和ケア研修修了者数	3017	がん等における新たな緩和ケア研修等事業
	中間アウトカム	21221	医療者はつらい症状にすみやかに対応していたと感じる割合（患者体験・遺族）	新規	患者体験調査・遺族調査
		21222	患者報告アウトカム（PRO）の症状改善率 ＊期中に指標を開発予定	新規	検討中（緩和医療学会からのデータ提供）＊
		21223	身体的なつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談ができると思う患者の割合	2075	患者体験調査
		21224	心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合	3011	患者体験調査
		21225	がん診断～治療開始前に病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合	3002	患者体験調査
		21226	家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合	3003	患者体験調査
		21227	医療従事者が耳を傾けてくれたと感じた患者の割合	2006	患者体験調査
		21228	国民の緩和ケアに関する認識	3018	世論調査
		21229	国民の医療用麻薬に関する認識	3019	世論調査
	分野別アウトカム	21310	身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3012	患者体験調査
		21311	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3013	患者体験調査
		21312	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	3015	遺族調査
		21313	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	3016	遺族調査
		21314	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	3033	遺族調査
妊孕性温存療法					
	個別施策	21145	がん・生殖医療の意思決定支援に関する人材育成を実施している拠点病院の割合	新	現況報告
		21146	相談支援センターにおける「妊孕性・生殖機能」に関する相談件数	新	現況報告
		21147	日本がん・生殖医療登録システムJOFRへの登録症例数	新	日本・がん生殖医療学会よりデータ提供
	中間アウトカム	21230	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	2075	患者体験調査、小児患者体験調査
		21231	がん・生殖医療に関するガイドラインの数／臨床研究実施数	新	検討中（Minds登録数／JRCT（仮））
	分野別アウトカム	21315	身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3012	患者体験調査
		21316	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3013	患者体験調査
希少がん、難治性がん対策の推進					
希少がん対策					
	個別施策	22101	希少がんホットラインへの問い合わせ数	新	国立がん研究センターよりデータ提供
		22102	希少がん診療を積極的に受け入れている拠点病院の数と他施設へ紹介する拠点病院の数	新	現況報告
		22103	中央病理コンサルテーションの数	新	国立がん研究センターよりデータ提供
		22104	希少がんに対する臨床試験を実施している拠点病院数	新	現況報告
		22105	希少がんに関するガイドラインの数（がん種に対するガイドラインの作成率）	新	Minds登録数
	中間アウトカム	22201	治療スケジュールの見通しに関する情報を十分得ることができた希少がん患者の割合	新	患者体験調査
		22202	希少がん診療を積極的に受け入れている拠点病院等における治療開始数	新	現況報告＋院内がん登録
		22203	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	2082	患者体験調査
	分野別アウトカム	22301	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	2083	患者体験調査
	最終アウトカム	22401	希少がんの5年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
		22402	現在自分らしい日常生活を送れていると感じる希少がん患者の割合	3001	患者体験調査
難治性がん対策					
	個別施策	22106	難治がんに関するHP等の整備を行っている拠点病院等の数	新	現況報告
		22107	難治性がん診療を積極的に受け入れている拠点病院の数と他施設へ紹介する拠点病院の数	新	現況報告
		22108	難治性がんに対して臨床試験を行っている拠点病院等の数	新	現況報告
	中間アウトカム	22204	難治性がん*4診療を積極的に受け入れている拠点病院等における治療開始数	新	現況報告＋院内がん登録
	分野別アウトカム	22302	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）　*5	2005	患者体験調査
	最終アウトカム	22403	難治性がん（代表例：膵がん）の年齢調整死亡率	2002	人口動態統計
		22404	難治性がん（代表例：膵がん）の5年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
		22405	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合 *5	3001	患者体験調査
小児がん・AYA世代のがん対策					
小児がん対策					
	個別施策	23101	小児がん拠点病院で小児がんの薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師の数	新	現況報告（小児がん）
		23102	小児がん拠点病院で小児の手術に携わる、小児がん手術に関して専門的な知識及び技術を有する医師の人数	新	現況報告（小児がん）
		23103	小児がん拠点病院で小児がんの放射線療法に携わる専門的な知識および技能を有する医師の人数	新	現況報告（小児がん）
		23104	都道府県協議会でフォローアップの連携体制について議論している都道府県数	新	現況報告（小児がん）
		23105	（参考）長期フォローアップ外来を設置している小児がん拠点病院等の施設数	新	現況報告（小児がん）

分野		#	指標	3期	データソース
	中間アウトカム	23201	小児がん拠点病院で治療を受けた小児がん患者の割合	新	現況報告（小児がん）＋院内がん登録
		23202	がん患者の家族の悩みや負担を相談できる支援・サービス・場所が十分あると思う小児がん患者の割合	新	小児患者体験調査
		23203	長期フォローアップについて知っていると回答した小児がん患者の割合	新	小児患者体験調査
		23204	小児がん拠点病院において実施されている治験数	新	現況報告＋JRCT
	分野別アウトカム	23301	小児がん患者のがんの診断・治療全般の総合評価（平均点又は評価が高い人の割合）	2083	小児患者体験調査
	最終アウトカム	23401	小児がん患者の5年生存率	2091	院内がん登録
	AYA世代のがん対策				
	個別施策	23106	多職種からなるAYA支援チームを設置している拠点病院数	新	現況報告
	中間アウトカム	23205	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若年がん患者の割合	3002	患者体験調査
		23206	外見の変化に関する相談ができた若年患者の割合	2076	患者体験調査
		23207	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	患者体験調査、小児患者体験調査
	分野別アウトカム	23302	若者がん患者の診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査
	最終アウトカム	23402	現在自分らしい日常生活を送れていると感じる若年がん患者の割合	3001	患者体験調査
	高齢者のがん対策				
	個別施策	24101	当該がん医療圏において、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討を行っている拠点病院等の数	新	現況報告
		24102	意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応をしている拠点病院数	新	現況報告
	中間アウトカム	24201	医師・看護師・介護職員など医療者同士の連携は良かったと評価した人の割合	新	遺族調査
		24202	患者と医師間で最期の療養場所に関する話し合いがあったと評価した人の割合	新	遺族調査
	分野別アウトカム	24301	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査
	新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装				
	個別施策	25101	臨床試験に参加していない地域の患者さんやご家族向けの問い合わせ窓口を設置している拠点病院数	新	現況報告
	中間アウトカム	25201	拠点病院において実施されている臨床研究数	新	検討中（現況報告＋JRCT）
	分野別アウトカム	25301	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査
		25302	一般の人が受けられるがん医療は数年前と比べて進歩したと思う患者の割合	2003	患者体験調査
		25303	治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合	新	患者体験調査
	最終アウトカム	25401	がんの年齢調整死亡率	2001	人口動態統計
		25402	がん種別５年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
		25403	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査
３．がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築					
相談支援及び情報提供					
相談支援について					
	個別施策	31101	がん相談支援センターでの新規相談件数（全国の拠点病院等での総数）	新	現況報告
		31102	相談員研修を受講したがん相談支援センターの相談員の人数	新	現況報告
		31103	上記の内、フォローアップ研修を受講したがん相談支援センターの相談員の人数	新	現況報告
		31104	１拠点病院あたりの連携している患者団体の数	新	現況報告
		31105	１拠点病院あたりの体験を語り合う場の開催数	新	現況報告
	中間アウトカム	31201	がん相談支援センターの認知度	3023	患者体験調査、小児患者体験調査
		31202	治療法や病院についてがん相談支援センターで情報入手しようと思う人の割合	新	世論調査
		31203	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	3021	患者体験調査
		31204	ピアサポーターの認知度	3024	患者体験調査
	分野別アウトカム	31301	相談支援センターを利用したことのある人が役に立ったがん患者の割合	新	患者体験調査
		31302	ピアサポートを利用したことがある人が役に立ったがん患者の割合	新	患者体験調査
		31303	がん患者の家族の悩みや負担を相談できる支援・サービス・場所が十分にあると回答する者の割合	3022	患者体験調査
情報提供について					
	個別施策	31106	がん情報サービスにアクセスした件数	新	国立がん研究センターからのデータ提供
		31107	がん情報サービスにおけるコンテンツ更新数	新	国立がん研究センターからのデータ提供
		31108	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	3026	国立がん研究センターからのデータ提供
	中間アウトカム	31205	治療法や病院についてがん相談支援センターで情報入手しようと思う人の割合	新	世論調査
		31206	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	3025	がん情報サービスによる調査（国立がん研究センターからのデータ提供）
		31207	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	3021	患者体験調査
	分野別アウトカム	31304	がんの治療を決めるまでの間に、医療スタッフから治療に関する十分な情報が得られたがん患者の割合	3021	患者体験調査、小児患者体験調査
		31305	新たな医療に関する情報の中には、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人の割合	新	世論調査
社会連携に基づくがん対策					
	個別施策	32101	専門医療機関連携薬局の認定数	新	厚生労働省
		32102	地域緩和ケア連携調整員研修受講者数	新	厚生労働省
		32103	診療情報提供料（Ⅱ）の算定数	新	NDB
	中間アウトカム	32201	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	3032	患者体験調査
		32202	患者と医師間で最期の療養場所に関する話し合いがあった	新	遺族調査
		32203	紹介先の医療機関を支障なく受診できた患者の割合	新	患者体験調査
	分野別アウトカム	32301	希望通りの医療機関に転院することができた患者の割合	新	患者体験調査
		32302	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合	3034	遺族調査
		32303	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	3033	遺族調査

分野		#	指標	3期	データソース
がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）					
就労支援について					
	個別施策	33101	がん相談支援センターにおける就労に関する相談件数	3045	現況報告
		33102	療養・就労両立支援指導料の算定件数　*がんについて	新	NDB
		33103	拠点病院等における就労の専門家による相談会の回数	新	現況報告
		33104	ハローワークと連携した就職支援をおこなっている拠点病院等の数	3044	長期療養者就職支援事業報告
		33105	両立支援コーディネーター研修修了者数（所属機関別にも算出可）	新	事業報告（労働者安全機構）
		33106	長期療養者就職支援事業を活用した就職者数　*がんについて	新	長期寮長者就職支援事業報告
	中間アウトカム	33201	がんと診断後も仕事を継続していたがん患者の割合	3042	患者体験調査
		33202	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	3043	患者体験調査
		33203	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	3041	患者体験調査
		33204	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	3046	患者体験調査
		33205	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	3047	患者体験調査
	分野別アウトカム	33301	治療費用の負担が原因で、がんの治療を変更・断念したがん患者の割合	新	患者体験調査
		33302	金銭的負担が原因で生活に影響があったがん患者の割合	新	患者体験調査
		33303	がん診断～治療開始前に病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合	3002	患者体験調査
		33304	家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合	3003	患者体験調査
アピアランスケアについて					
	個別施策	33107	アピアランス支援研修修了者数	新	事業報告
		33108	拠点病院におけるアピアランスに関する相談件数	新	現況報告
	中間アウトカム	33206	外見の変化に関する相談ができたがん患者の割合	3048	患者体験調査
	分野別アウトカム	33305	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	3014	患者体験調査
がん診断後の自殺対策について					
	個別施策	33109	緩和ケア研修修了者数	3017	がん等における新たな緩和ケア研修等事業
		33110	自殺リスクに関する研修を実施した拠点病院の数	新	現況報告
		33111	特定疾患治療管理料　がん患者指導管理料イ算定数	新	NDB
		33112	特定疾患治療管理料　がん患者指導管理料ロ算定数	新	NDB
	中間アウトカム	33207	心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合	3011	患者体験調査
		33208	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3013	患者体験調査
		33209	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	3016	遺族調査
		33210	身体的なつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談ができると思う患者の割合	2075	患者体験調査
		33211	身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3012	患者体験調査
		33212	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	3015	遺族調査
	分野別アウトカム	33306	がん患者の自殺数	3050	革新的がん自殺研究推進プログラム
その他の社会的な問題について					
	個別施策	33113	情報取得や意思疎通に配慮が必要な者に対するマニュアルを作成している拠点病院の数	新	現況報告書
		33114	拠点病院等で実施した、地域を対象とした、がんに関するセミナー等の開催回数（総数）	新	現況報告書
	中間アウトカム	33213	がんと診断されてから周囲に不必要な気を遣われている割合	新	患者体験調査
		33214	（家族以外の）周囲の人からがんに対する偏見を感じる割合	新	患者体験調査
	分野別アウトカム	33307	がんであることを話せる割合	新	世論調査
ライフステージに応じた療養環境への支援					
小児・AYA世代について					
	個別施策	34101	がん相談支援センターにおける、小児・AYA世代のがん患者の発育及び療養上の相談への対応・支援のうち、教育に関する相談件数	新	現況報告
		34102	国立がん研究センターによる「がん相談支援センター相談員基礎研修」(1)(2)を受講後、国立成育医療研究センターが実施する「小児がん相談員専門研修」を修了した者の数	新	現況報告
		34103	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	新	事業報告
		34104	長期フォローアップ外来を開設している小児がん拠点病院等の数 *6	新	現況報告
		34105	がん相談支援センターにおける、小児・AYA世代のがん患者に対する就労に関する相談件数	新	現況報告
		34106	小児がん拠点病院が連携している、小児がんに関する患者団体の数	新	現況報告
	中間アウトカム	34201	治療開始前に教育の支援等について医療スタッフから話があったと回答した人の割合	3052	小児患者体験調査
		34202	がん治療のため転校・休学・退学したと回答した人のうち、患者の治療中に何らかの就学支援制度を利用したと回答した人の割合	新	小児患者体験調査
		34203	治療中に学校や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	3053	小児患者体験調査
		34204	長期フォローアップについて知っていると回答した人の割合	新	小児患者体験調査
		34205	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	新	患者体験調査 <若年がん患者のみ>
		34206	つらい症状には速やかに対応してくれたと思うと回答した人の割合	新	小児患者体験調査
	分野別アウトカム	34301	家族の悩みや負担を相談出来る支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合	3054	患者体験調査
		34302	がん治療前に就学していた者のうち、「がん治療のために患者が転校・休学・退学したと回答した人」以外の割合	新	小児患者体験調査
高齢者について					
	個別施策	34107	地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討を行っている拠点病院等の数	新	現況報告
		34108	介護支援等連携指導料の算定数（がん患者に限定）	新	NDB
		34109	退院時共同指導料１の算定数（がん患者に限定）	新	NDB
		34110	意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応をしている拠点病院数	新	現況報告（再掲）
	中間アウトカム	34207	介護をしたことで、全体的に負担感が大きかったと回答した割合	新	遺族調査のサブグループ解析（仮）*7
		34208	医師・看護師・介護職員など医療者同士の連携はよかったと回答した割合	新	遺族調査のサブグループ解析（仮）*7
		34209	患者と医師間で最期の療養場所に関する話し合いがあったと回答した割合	新	遺族調査のサブグループ解析（仮）*7

分野		#	指標	3期	データソース
	分野別アウトカム	34303	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合	新	遺族調査のサブグループ解析（仮）*7
		34304	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	新	遺族調査のサブグループ解析（仮）*7
		34305	人生をまっとうしたと感じていた患者の割合	新	遺族調査のサブグループ解析（仮）*7
	最終アウトカム	34401	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	小児体験調査、患者体験調査：全体
4．これらを支える基盤の整備					
全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進					
	個別施策	41101	「革新的がん医療実用化研究事業」事後評価	新	AMED
		41102	日本臨床研究実施計画・研究概要公開システム（JRCT）に登録されたゲノム変異にもとづくがんを対象とした臨床研究の数	新	JRCT、AMED
		41103	日本臨床研究実施計画・研究概要公開システム（JRCT）に登録されたジャパンキャンサーリサーチプロジェクトの研究数	新	JRCT、AMED
		41104	厚労科研の採択課題における事後評価の平均	新	厚生労働省
		41105	「がん政策研究事業」成果に関する評価	新	厚生労働省
	中間アウトカム	41201	CSO(Common Scientific Outline)分類別・部位別論文数、引用数	4014	論文データベース Dimensions
		41202	日本発の治療薬の創出に向けて導出された治験の数	4011	ＪＣＲＰ現況報告
		41203	日本発の診断薬の創出に向けて導出された治験の数	4012	ＪＣＲＰ現況報告
		41204	日本発の医療機器の創出に向けて導出された治験の数	4013	ＪＣＲＰ現況報告
人材育成の強化					
	個別施策	42101	がん専門医療人材（がんプロフェッショナル）養成プラン「次世代のがんプロフェッショナル養成プラン」事業評価	新	文科省からのデータ提供
		42102	がんゲノム医療コーディネーター研修会参加人数	4022	がんのゲノム医療従事者研修事業
		42103	がんリハビリテーション研修プログラム終了している医療従事者の人数（医療の再掲）	2063	ライフプランニングセンターからのデータ提供
		42104	小児・AYA世代のがんの長期フォローアップに関する研修会参加人数	4023	小児・AYA世代の長期フォローアップ体制整備事業
		42105	緩和ケア研修修了者数	4021	がん等における新たな緩和ケア研修等事業
		42106	緩和ケアに特化した講座を設置している大学の数	4024	文科省からのデータ提供
	中間アウトカム	42201	第４期がんプロで支援されたがん専門医療人材の人数	新	事業における取組状況調査
がん教育及びがんに関する知識の普及啓発					
	個別施策	43101	外部講師を活用してがん教育を実施した学校の割合	4031	がん教育の実施状況調査
		43102	がん情報サービスに含まれる項目数	新	国立がん研究センターからのデータ提供
		43103	１拠点病院あたりの、連携している患者団体の数	新	現況報告
		43104	がん対策推進企業アクションの参加企業数	4033	厚生労働省
	中間アウトカム	43201	がんは、誰もがかかる可能性のある病気である 「そう思う」と回答した割合	新	がん教育総合支援事業事業成果報告書
		43202	がん検診を受けられる年齢になったら検診を受けようと思うと回答した割合	新	がん教育総合支援事業事業成果報告書
		43203	がんの新しい治療法に関する情報の中には、十分な科学的根拠がなく、注意を要するものがあると思う人の割合	新	検討中（世論調査（仮））
がん登録の利活用の推進					
	個別施策	44101	全国がん登録の精度指標としてのMI比・%DCO	2111	全国がん登録
	中間アウトカム	44201	利用件数（総数・年あたり）	新	厚生労働省／国立がん研究センターからのデータ提供
患者・市民参画の推進					
	個別施策	45101	都道府県がん対策推進計画の策定過程におけるがん患者を代表する者の参加割合（参考：性別、年代等の多様性（仮））	4001	厚生労働省
		45102	厚生労働省科学研究を基に開催された研修会の開催回数	新	厚労科研班からのデータ提供
		45103	年度中に都道府県協議会の参加者について、がん患者・経験者やその家族や患者団体などの意見を代表する者の参加があった、都道府県の数	新	現況報告
	中間アウトカム	45201	がん医療に対する国民の向きい方（自らも協力する必要がある（自分ごと）と理解する人の割合）（仮）	新	検討中（世論調査（仮））
		45202	関係学会において患者・市民参画を知っていると回答した医療者の割合	新	検討中（日本癌治療学会からのデータ提供（仮））
デジタル化の推進					
	個別施策	46101	患者とその家族が利用可能なインターネット環境を整備ししている拠点病院等の数（or割合）	新	現況報告
		46102	セカンドオピニオンを提示する場合は、必要に応じてオンラインでの相談を受け付けることができる体制を確保している拠点病院等の数（or割合）	新	現況報告
		46103	集学的治療等の内容や治療前後の生活における注意点等に関する、冊子や視覚教材等がオンラインでも確認できる拠点病院等の数（or割合）	新	現況報告
	中間アウトカム	46201	適切ながん医療へのアクセスや支援の利用過程において、デジタル技術の活用が役立った人の割合（仮）	新	検討中（患者体験調査（仮））

注釈 *1. 上皮内がん除く。※がん検診により子宮頸部・大腸の前がん病変を早期発見して治療介入すれば、子宮頸がん・大腸がんの罹患数が減少する。
*2. がんゲノム医療中核拠点病院等における人数。
*3. がんゲノム医療中核拠点病院、がんゲノム医療拠点病院における人数。
*4. 膵がんを代表例として想定。難治性がんの定義について、今後検討が必要。
*5. がん種別で評価が困難なため全体の評価で代替。
*6. 小児がん拠点病院と、小児がん連携病院の類型１を分母とする想定。
*7. サブグループ解析は、遺族調査の結果を、75歳以上に限定して解析することを想定。

資料１８-(6)

第 41 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会

令和４年１１月１８日（金）
１３：００～１４：００
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）その他

３　閉会

配付資料

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（９価 HPV 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等の接種スケジュールの前倒しについて

資料３　「予防接種法施行令の一部を改正する政令案要綱」等について（付議）

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 50 回予防接種基本方針部会資料 1）

参考資料1－2　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 49 回予防接種基本方針部会資料 1-1）

参考資料1－3　【基本方針部会報告用資料】_9 価ＨＰＶワクチンの定期接種化に係る技術的な課題についての議論のまとめ（第 50 回予防接種基本方針部会資料 1-2）

参考資料1－4　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 19 回ワクチン評価に関する小委員会資料 1-1）

参考資料1－5　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 18 回ワクチン評価に関する小委員会資料１）

参考資料1－6　9 価 HPV ワクチンファクトシート

参考資料1－7　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2－1　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（第 49 回予防接種基本方針部会資料２-1）

参考資料2－2　【基本方針部会報告用資料】_百日せきワクチンを含む混合ワクチンの接種開始時期の前倒しについての議論のとりまとめ（第 49 回予防接種基本方針部会資料２－２）

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）を含む混合ワクチン（第 18 回ワクチン評価に関する小委員会資料２）

参考資料2－4　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2－5　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2－6　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2－7　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・ワクチン分科会委員

【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　定勉	全国町村会理事（滋賀県豊郷町長）
伊藤　澄信	順天堂大学革新的医療技術開発研究センター　特任教授
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
合田　幸広	国立医薬品食品衛生研究所長
坂元　昇	川崎市健康福祉局医務監
佐藤　好美	産経新聞社　論説委員
白井　千香	大阪府枚方市保健所長
鈴木　基	国立感染症研究所　感染症疫学センター長
○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
沼尾　波子	東洋大学国際学部国際地域学科　教授
福島　若葉	大阪公立大学大学院医学研究科公衆衛生学　教授
森尾　友宏	東京医科歯科大学大学院発生発達病態学分野　教授
◎脇田　隆字	国立感染症研究所長

◎：分科会長　○：分科会長代理

【参考人】

丹下　由紀子

日野　麻美

（５０音順・敬称略）

第41回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会	資料1
2022（令和４）年11月18日	

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

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

1. 報告事項：９価HPVワクチンの定期接種化の議論

2. 諮問事項：今後の対応（関係法令の改正）について

1. **報告事項：９価HPVワクチンの定期接種化の議論**

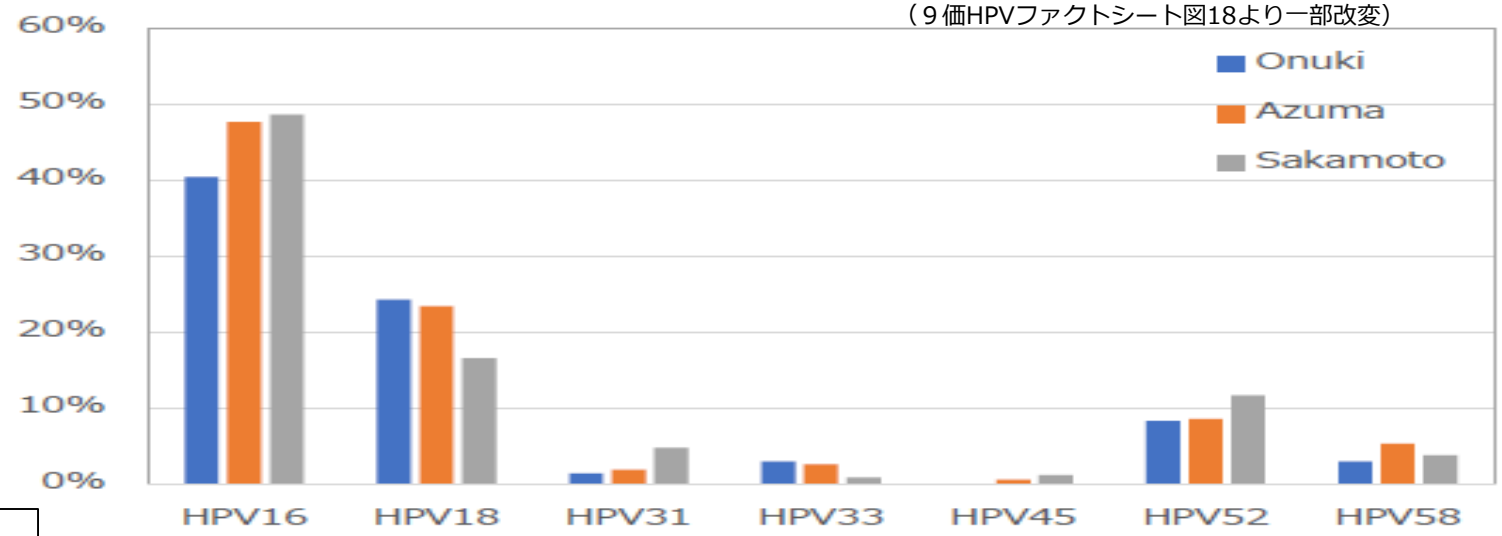
2. **諮問事項：今後の対応（関係法令の改正）について**

９価HPVワクチンについて

ヒトパピローマウイルス（HPV）感染症を予防する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、現在定期接種で使用されている２価・４価HPVワクチンよりも多くの、９種類の遺伝子型を標的としており、子宮頸がん及びその前がん病変の罹患率の減少、子宮頸がんの死亡率の減少が期待される。

日本人女性の子宮頸がんにおけるＨＰＶ 遺伝子型の分布

（９価HPVファクトシート図18より一部改変）



尖圭コンジローマ（※）
HPV６　HPV11

２価ワクチン

４価ワクチン

64.9～71.2%を標的

９価ワクチン

81.0～90.7%を標的

※　HPV6、11型は、尖圭コンジローマの主な原因となる遺伝子型である。

９価HPVワクチンの定期接種化の検討の経緯

平成22年11月	子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業開始。
平成25年４月	**ヒトパピローマウイルス感染症に対するHPVワクチン（２価・４価）の定期接種開始。**
令和２年７月	**９価HPVワクチンが製造販売承認**された。
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、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が開始され、国立感染症研究所に９価HPVワクチンに関するファクトシートの作成を依頼。
令和３年１月	**「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**された。
令和３年４月 令和４年３月	第17回・第18回ワクチン評価に関する小委員会において、ファクトシートに基づき、**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及び議論が行われた**。
令和４年８月	第19回ワクチン評価に関する小委員会において、**９価定期接種化は技術的な問題はないと結論付けられ、議論の取りまとめ文書（基本方針部会への報告書）が作成**された。
令和４年 10月・11月	第49回・第50回基本方針部会において、**9価の定期接種化に向けて具体的な議論が行われ、令和５年度からの定期接種化等について了承**された。

９価HPVワクチンの定期接種化に関する基本方針部会の議論のまとめ

第49・50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10月４日・11月8日）

（１）９価HPVワクチンの定期接種開始時期について

○　令和５年４月からの定期接種の開始に向けて準備をする。

（２）接種方法・標準的な接種期間について

○　９価HPVワクチンの添付文書における用法・用量、用法・用量に関連する接種上の注意（接種間隔）の記載が４価HPVワクチンと同様であることから、関係法令についても、４価HPVワクチンと同様の取扱いとする。

（３）２価または４価HPVワクチンとの交互接種について

○　同じ種類のHPVワクチンで接種を完了することを原則とするが、交互接種における安全性と免疫原性が一定程度明らかになっていることや海外での交互接種に関する取扱いを踏まえ、すでに２価あるいは４価HPVワクチンを用いて定期接種の一部を終了した者が残りの接種を行う場合には、適切な情報提供に基づき、医師と被接種者等がよく相談した上で、９価HPVワクチンを選択しても差し支えないこととする。

（４）キャッチアップ接種における取扱いについて

○　同じ種類のHPVワクチンで接種を完了することを原則とするが、すでに２価あるいは４価HPVワクチンを用いてキャッチアップ接種の一部を終了した者が残りの接種を行う場合には、適切な情報提供に基づき、医師と被接種者等がよく相談した上で、９価HPVワクチンを選択しても差し支えないこととする。

（５）２回接種について

○　製造販売承認に向けて申請中であることから、承認後速やかに、基本方針部会において、定期接種への導入に向けた議論を行うこととする。

９価HPVワクチンの定期接種化に伴う副反応疑い報告に係る取扱いについて

第88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４年度第18回薬事・食品衛生審議会薬事分科会医薬品等安全対策部会安全対策調査会（令和４年11月11日）

<添付文書の記載および審議会での議論について>

○ ９価HPVワクチンの添付文書において、重大な副反応として挙げられている症状は、4価HPVワクチンと同様であり、いずれも現状の「ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種の副反応疑い報告基準」に入っている（以下）。

症状	期間
アナフィラキシー	４時間
急性散在性脳脊髄炎	28日
ギラン・バレ症候群	28日
血管迷走神経反射（失神を伴うもの）	30分
血小板減少性紫斑病	28日
疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状	―
その他医師が予防接種との関連性が高いと認める症状であって、入院治療を必要とするもの、死亡、身体の機能の障害に至るもの又は死亡若しくは身体の機能の障害に至るおそれのあるもの	―

○ ９価HPVワクチンの安全性について、４価と比較し、接種部位の症状の発現は多いが、全身症状は同程度であるとされている。

○　９価HPVワクチンを予防接種法の対象として追加するにあたり、「ヒトパピローマウイルス感染症に係る予防接種の副反応疑い報告基準」は、引き続き、現行と同様の取扱いとすることが妥当である。

764

1. 報告事項：９価HPVワクチンの定期接種化の議論

2. **諮問事項：今後の対応（関係法令の改正）について**

諮問事項

○　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）の定期接種化について

（１）基本方針部会における結論を踏まえた今後の対応について

（２）関係法令の改正内容について

1. 基本方針部会における結論を踏まえた今後の対応について

- **基本方針部会における結論を踏まえ、来年度からの定期接種における開始に向け、関係法令上の必要な手続きを進めていくこととしてはどうか。**

９価HPVワクチン定期接種化に向けたスケジュールのイメージ

令和４年	11月18日	予防接種実施規則（省令）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**
	11月～ 12月	予防接種実施規則（省令）について**パブリックコメント**を実施
令和５年	１月頃	予防接種実施規則（省令）の**公布**
	４月１日	予防接種実施規則（省令）の**施行**

2. 関係法令（予防接種実施規則）の改正について

○　９価HPVワクチンに関する基本方針部会の結論を踏まえ、予防接種実施規則の記載について、以下の記載変更をすることとしてはどうか。

基本方針部会における結論

（２）接種方法・標準的な接種期間について
９価HPVワクチンの添付文書における用法・用量、用法・用量に関連する接種上の注意（接種間隔）の記載が４価HPVワクチンと同様であることから、関係法令についても、４価HPVワクチンと同様の取扱いとする。

予防接種実施規則の改正案

第十九条　ヒトパピローマウイルス感染症の定期の予防接種は、次の各号に掲げるいずれかの方法により行うものとする。

一　組換え沈降二価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを一月以上の間隔をおいて二回筋肉内に注射した後、第一回目の注射から五月以上かつ第二回目の注射から二月半以上の間隔をおいて一回筋肉内に注射するものとし、接種量は、毎回〇・五ミリリットルとする方法

二　組換え沈降四価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを一月以上の間隔をおいて二回筋肉内に注射した後、三月以上の間隔をおいて一回筋肉内に注射するものとし、接種量は、毎回〇・五ミリリットルとする方法

三　組換え沈降九価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを一月以上の間隔をおいて二回筋肉内に注射した後、三月以上の間隔をおいて一回筋肉内に注射するものとし、接種量は、毎回〇・五ミリリットルとする方法

参考資料

（参考）HPVワクチンの接種方法・標準的な接種期間について

＜添付文書＞

	2価（サーバリックス®）	4価（ガーダシル®）	9価（シルガード®９）
用法･用量	10歳以上の女性に、通常、1回0.5mLを０、１、６カ月後に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カ月後、３回目は６カ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カ月の間で、３回目の接種は１回目の接種から５～12カ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カ月後及び６カ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カ月以上、３回目接種は２回目接種から少なくとも３カ月以上間隔を置いて実施すること。	

＜予防接種実施規則＞

第十九条　ヒトパピローマウイルス感染症の定期の予防接種は、組換え沈降二価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを一月以上の間隔をおいて二回筋肉内に注射した後、第一回目の注射から五月以上かつ第二回目の注射から二月半以上の間隔をおいて一回筋肉内に注射するか、又は、組換え沈降四価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを一月以上の間隔をおいて二回筋肉内に注射した後、三月以上の間隔をおいて一回筋肉内に注射するものとし、接種量は、毎回〇・五ミリリットルとする。

（参考）定期接種におけるＨＰＶワクチンの接種対象者と標準的な接種スケジュール

第50回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会
予防接種基本方針部会
2022(令和４)年11月８日
資料1

	時期	接種対象者
予防接種法に基づく定期接種	平成25年４月１日～	**12歳**となる日の属する年度の初日から**16歳**となる日の属する年度の末日までの間にある女子 ※　**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**とする



（※1）標準的なスケジュールで接種できない場合、2回目は1回目から1か月以上、3回目は1回目から5か月以上、2回目から2か月半以上空けて接種する。



（※2）標準的なスケジュールで接種できない場合、2回目は1回目から1か月以上、3回目2回目から3か月半以上空けて接種する。

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

積極的勧奨差し控え

定期接種

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

772

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）の添付文書における、副反応に関する記載について

○　９価HPVワクチンの添付文書において、重大な副反応として挙げられているのは、「過敏症反応（(アナフィラキシー(頻度不明)、気管支痙攣(頻度不明)、蕁麻疹(頻度不明）等）」、「ギラン・バレー症候群(頻度不明)」、「血小板減少性紫斑病(頻度不明）」、「急性散在性脳脊髄炎(ADEM)(頻度不明）」であり、4価HPVワクチンと同じものとなっている。

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(酵母由来)　添付文書　（抄）

4. 副反応

国際共同試験（001 試験、16～26 歳女性、ガーダシル®水性懸濁筋注シリンジ（以下、ガーダシル）対照）承認時

注射部位の副反応は、本剤接種後 5 日間に 7,071 例中 6,414 例（90.7%）に認められ、主なものは疼痛 6,356 例（89.9%）、腫脹 2,830 例（40.0%）、紅斑 2,407 例（34.0%）、そう痒感 388 例（5.5%）、内出血 137 例（1.9%）、腫瘤 90 例（1.3%）、出血 69 例（1.0%）であった。また、ガーダシル接種後 5 日間に 7,078 例中 6,012 例（84.9%）に認められ、主なものは疼痛 5,910 例（83.5%）、腫脹 2,035 例（28.8%）、紅斑 1,810 例（25.6%）、そう痒感 282 例（4.0%）、内出血 134 例（1.9%）であった。全身性の副反応は、本剤接種後 15 日間に 7,071 例中 2,090 例（29.6%）に認められ、主なものは頭痛 1,033 例（14.6%）、発熱 357 例（5.0%）、悪心 312 例（4.4%）、浮動性めまい 211 例（3.0%）、疲労 166 例（2.3%）、下痢 87 例（1.2%）、口腔咽頭痛 73 例（1.0%）、筋肉痛 69 例（1.0%）であった。

日本人においては、注射部位の副反応は、本剤接種後 5 日間に 127 例中 104 例（81.9%）に認められ、主なものは疼痛 104 例（81.9%）、腫脹 57 例（44.9%）、紅斑 51 例（40.2%）、そう痒感 12 例（9.4%）、出血 5 例（3.9%）、腫瘤 4 例（3.1%）、熱感 2 例（1.6%）、知覚消失 2 例（1.6%）であった。また、ガーダシル接種後 5 日間に 127 例中 101 例（79.5%）に認められ、主なものは疼痛 100 例（78.7%）、腫脹 53 例（41.7%）、紅斑 48 例（37.8%）、そう痒感 14 例（11.0%）、熱感 4 例（3.1%）、不快感 3 例（2.4%）、内出血 2 例（1.6%）であった。全身性の副反応は、本剤接種後 15 日間に 127 例中 15 例（11.8%）に認められ、主なものは頭痛 5 例（3.9%）、発熱 4 例（3.1%）、悪心 3 例（2.4%）であった。

国内試験（008 試験、9～15 歳女性）承認時

注射部位の副反応は、本剤接種後 5 日間に 100 例中 95 例（95.0%）に認められ、主なものは疼痛 93 例（93.0%）、腫脹 42 例（42.0%）、紅斑 33 例（33.0%）、そう痒感 4 例（4.0%）、出血 3 例（3.0%）、熱感 3 例（3.0%）であった。また、全身性の副反応は、本剤接種後 15 日間に 100 例中 14 例（14.0%）に認められ、主なものは発熱 3 例（3.0%）、頭痛 2 例（2.0%）、悪心 2 例（2.0%）、感覚鈍麻 2 例（2.0%）、腹痛 2 例（2.0%）であった。

(1) 重大な副反応†

1) 過敏症反応（アナフィラキシー（頻度不明†）、気管支痙攣（頻度不明†）、蕁麻疹（頻度不明†）等）：接種後は観察を十分に行い、異常が認められた場合には適切な処置を行うこと。

2) ギラン・バレー症候群（頻度不明†）：四肢遠位から始まる弛緩性麻痺、腱反射の減弱ないし消失等の症状があらわれた場合には適切な処置を行うこと。

3) 血小板減少性紫斑病（頻度不明†）：紫斑、鼻出血、口腔粘膜出血等の異常が認められた場合には、血液検査等を実施し、適切な処置を行うこと。

4) 急性散在性脳脊髄炎（ADEM）（頻度不明†）：接種後数日から 2 週間程度で発熱、頭痛、痙攣、運動障害、意識障害等があらわれることがある。本症が疑われる場合には、MRI 等で診断し、適切な処置を行うこと。

†本剤又はガーダシルの自発報告で認められた副反応

(2) その他の副反応

	10% 以上	1～10% 未満	1% 未満	頻度不明‡
全身症状		発熱		無力症、悪寒、疲労、倦怠感
局所症状（注射部位）	疼痛、腫脹、紅斑	そう痒感、出血、熱感、腫瘤、知覚消失		内出血、血腫、硬結
精神神経系		頭痛、感覚鈍麻		失神（強直間代運動を伴うことがある）、浮動性めまい
筋・骨格系			四肢痛	関節痛、筋肉痛
消化器		悪心	腹痛、下痢	嘔吐
血液				リンパ節症
感染症				蜂巣炎、インフルエンザ
呼吸器、胸郭及び縦隔障害				口腔咽頭痛

‡国際共同試験、外国臨床試験、本剤又はガーダシルの自発報告で認められた副反応

773

出典：https://www.pmda.go.jp/PmdaSearch/iyakuDetail/GeneralList/631341C

＜参考＞２価・４価HPVワクチンの添付文書における、副反応に関する記載

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（イラクサギンウワバ細胞由来） 添付文書 （抄）

※4. 副反応

国内臨床試験において、本剤接種後７日間に症状調査日記に記載のある612例のうち、局所（注射部位）の特定した症状の副反応は、疼痛606例（99.0％）、発赤540例（88.2％）、腫脹482例（78.8％）であった。また、全身性の特定した症状の副反応は、疲労353例（57.7％）、筋痛277例（45.3％）、頭痛232例（37.9％）、胃腸症状（悪心、嘔吐、下痢、腹痛等）151例（24.7％）、関節痛124例（20.3％）、発疹35例（5.7％）、発熱34例（5.6％）、蕁麻疹16例（2.6％）であった。

海外臨床試験において、本剤接種後７日間に症状調査日記に記載のある症例のうち、局所（注射部位）の特定した症状の副反応は7870例中、疼痛7103例（90.3％）、発赤3667例（46.6％）、腫脹3386例（43.0％）であった。また、全身性の特定した症状の副反応は、疲労、頭痛、胃腸症状（悪心、嘔吐、下痢、腹痛等）、発熱、発疹で7871例中それぞれ2826例（35.9％）、2341例（29.7％）、1111例（14.1％）、556例（7.1％）、434例（5.5％）、筋痛、関節痛、蕁麻疹で7320例中それぞれ2563例（35.0％）、985例（13.5％）、226例（3.1％）であった。

局所の上記症状は大部分が軽度から中等度で、３回の本剤接種スケジュール遵守率へ影響はなかった。また全身性の上記症状は接種回数の増加に伴う発現率の上昇はみられなかった。（承認時）

(1) 重大な副反応

1) **ショック、アナフィラキシー**（頻度不明[注1]）：ショック又はアナフィラキシーを含むアレルギー反応、血管性浮腫があらわれることがあるので、接種後は観察を十分に行い、異常が認められた場合には適切な処置を行うこと。

2) **急性散在性脳脊髄炎（ADEM）**（頻度不明[注1]）：急性散在性脳脊髄炎（ADEM）があらわれることがある。通常、接種後数日から２週間程度で発熱、頭痛、痙攣、運動障害、意識障害等があらわれる。本症が疑われる場合には、MRI等で診断し、適切な処置を行うこと。

3) **ギラン・バレー症候群**（頻度不明[注1]）：ギラン・バレー症候群があらわれることがあるので、四肢遠位から始まる弛緩性麻痺、腱反射の減弱ないし消失等の症状があらわれた場合には適切な処置を行うこと。

(2) その他の副反応

	10%以上	1～10%未満	0.1～1%未満	頻度不明[注1]
過敏症	瘙痒	発疹、蕁麻疹		
局所症状（注射部位）	疼痛、発赤、腫脹	硬結	知覚異常	
消化器	胃腸症状（悪心、嘔吐、下痢、腹痛等）			
筋骨格	筋痛、関節痛			四肢痛
精神神経系	頭痛	めまい	感覚鈍麻（しびれ感）	失神・血管迷走神経反応[注2][注3]
肝臓				AST(GOT)、ALT(GPT)の上昇等
眼				ぶどう膜炎、角膜炎
その他	疲労	発熱（38℃以上を含む）、上気道感染	全身脱力	リンパ節症

注1）自発報告又は海外のみで認められている副反応については頻度不明とした。

注2）血管迷走神経反応としてふらふら感、冷や汗、血圧低下、悪寒、気分不良、耳鳴り、徐脈、頻脈等の症状が発現する。

注3）失神・血管迷走神経反応は強直間代性運動を伴うことがある。

774

出典： https://www.pmda.go.jp/PmdaSearch/iyakuDetail/GeneralList/631340Q

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（酵母由来） 添付文書 （抄）

11. 副反応

次の副反応があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には適切な処置を行うこと。

11.1 重大な副反応

＊11.1.1 過敏症反応（アナフィラキシー（頻度不明）、気管支痙攣（頻度不明）、蕁麻疹（0.4%）等）

＊11.1.2 ギラン・バレー症候群（頻度不明）
四肢遠位から始まる弛緩性麻痺、腱反射の減弱ないし消失等の症状があらわれた場合には適切な処置を行うこと。

＊11.1.3 血小板減少性紫斑病（頻度不明）
紫斑、鼻出血、口腔粘膜出血等の異常が認められた場合には、血液検査等を実施し、適切な処置を行うこと。

＊11.1.4 急性散在性脳脊髄炎（ADEM）（頻度不明）
接種後数日から2週間程度で発熱、頭痛、痙攣、運動障害、意識障害等があらわれることがある。本症が疑われる場合には、MRI等で診断し、適切な処置を行うこと。

＊11.2 その他の副反応

	10%以上	1～10%未満	0.1～1%未満	頻度不明
感染症及び寄生虫症				蜂巣炎
血液及びリンパ系障害				リンパ節症
＊神経系障害		頭痛	浮動性めまい、感覚鈍麻、傾眠	失神（強直間代性運動を伴うことがある）
＊耳及び迷路障害			回転性めまい	
胃腸障害			下痢、腹痛、悪心	嘔吐

	10%以上	1～10%未満	0.1～1%未満	頻度不明
＊筋骨格系及び結合組織障害			四肢痛、筋骨格硬直、四肢不快感	関節痛、筋肉痛
＊一般・全身障害及び投与部位の状態	注射部位疼痛（67.8%）、注射部位紅斑、注射部位腫脹	注射部位そう痒感、発熱	注射部位硬結、注射部位出血、注射部位不快感、注射部位内出血、注射部位変色、注射部位知覚低下、注射部位熱感、倦怠感	注射部位血腫、無力症、悪寒、疲労
臨床検査			白血球数増加	

＊注）発現頻度は国内臨床試験（027試験、028試験、122試験及び200試験）に基づき算出した。

出典： https://www.pmda.go.jp/PmdaSearch/iyakuDetail/GeneralList/631340T

９価HPVワクチンの安全性に関する、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における議論のまとめ（令和４年９月20日）

○　９価HPVワクチンの安全性については、予防接種基本方針部会ワクチン評価に関する小委員会において、９価HPVワクチンの安全性は一定程度明らかになっていること、４価と比較し接種部位の症状の発現は多いが、全身症状は同程度であることが取りまとめられた。

- **接種部位の症状**

  ９価HPVワクチンに関する臨床試験結果では、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価と比較した試験において、９価の被接種者における接種部位の症状発現は多かった。

  米国における９価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。

- **全身症状**

  ９価HPVワクチンの全身症状に関する臨床試験結果では、９価の被接種者のうち、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。９価と４価の安全性を比較した臨床試験のメタアナリシスでは、９価の被接種者では４価の被接種者と比較して、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。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、被接種者における全身症状の内容と頻度は９価と４価で同様であった。

- **自己免疫性疾患を示唆する症状**

  ４価HPVワクチンの被接種者と同程度であり、症状の内容も同様であった。報告頻度が高かったのは、関節痛と甲状腺異常（いずれも1-2%）で、その他の症状は0.1%未満であった。

- **複合性局所疼痛症候群（CRPS）と体位性頻脈症候群（POTS）**

  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。

出典：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「９価HPVワクチンの定期接種化に係る技術的な課題についての議論のまとめ」

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

- 平成２７年５月に予防接種基本方針部会に提示された以下の方針に基づいて、ワクチンの予防接種法上の位置づけ等に関する検討が行われている。

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

（平成２７年５月　第１３回予防接種基本方針部会資料抜粋）

1. 疾病・ワクチンの「予防接種法上の位置付け」に関する検討について

- ワクチンが新たに製造販売承認を得た際には、ワクチン評価に関する小委員会において、予防接種法上の位置付けに関して審議を行うこととする。
- その審議結果については、予防接種・ワクチン基本方針部会に報告し、改めて審議を実施する。
- 広く接種を促進することの是非に関して検討を行うこととなった際には、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を行う。

2.ファクトシートの作成について

- すでにファクトシートが作成されている疾患を対象とするワクチンを検討する際には、新規ワクチンの評価・検討に必要となる科学的知見を中心に情報収集を行い、既存のファクトシートに追加するものとする。
- 作成は国立感染症研究所において行い、必要に応じて、予防接種推進専門協議会等に協力を求めることとする。
- ファクトシート作成のために必要な標準作業期間を、原則として６ヶ月を目処とし、作成が終了していない場合においても、ワクチン評価に関する小委員会へ進捗を報告するものとする。
- ファクトシート作成後には、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する。

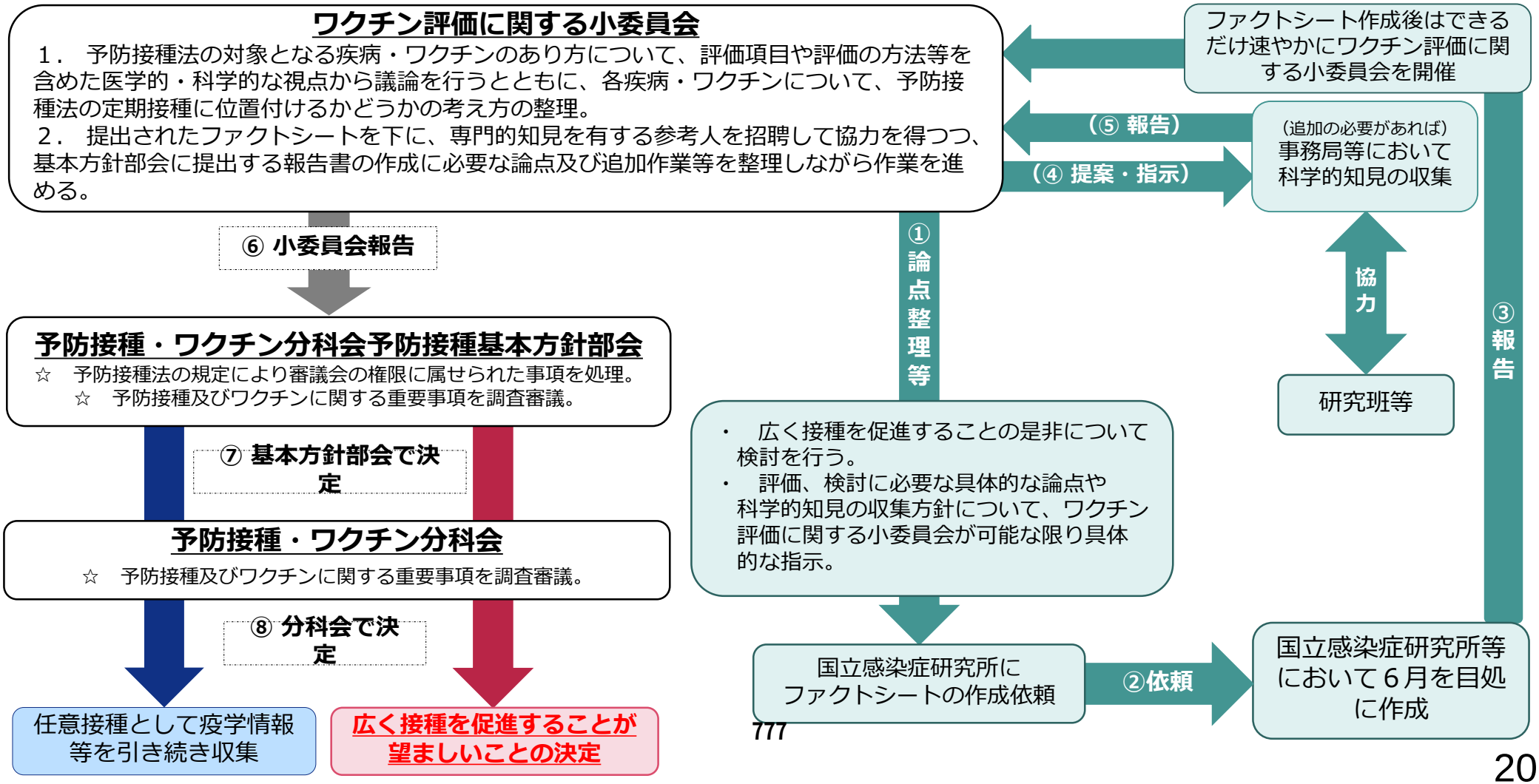
3. ワクチン評価に関する小委員会における評価・検討について

- ワクチン評価に関する小委員会は、報告されたファクトシートをもとに、専門的知見を有する参考人の協力を得つつ、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こととする。
- 報告書作成の進捗状況については、適宜、予防接種・ワクチン基本方針部会へ報告を行うものとする。
- ワクチン評価に関する小委員会が、評価に必要となる科学的知見（例：国内の臨床試験における有効性の評価、疾病負荷等の疫学状況等）が不足していると判断した場合には、必要に応じて、必要となる科学的知見の収集を具体的に提案・指示することとする。
- 評価に必要となる科学的知見等を追加収集する場合には、報告書の作成を一時的に中断し、評価に必要となる知見が収集され次第、再度、報告書の作成を再開することとする。

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

参考資料1-2
第15回厚生科学審議会
予防接種・ワクチン
分科会　資料2

○　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。【予防接種に関する基本的な計画　第一より】
○　新規のワクチンについては、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律上の手続きを経て製造販売承認が行われた際には、国は、速やかに、当該ワクチンの法上の位置付けについて分科会等の意見を聴いた上で検討し、必要な措置を講じるよう努める。【予防接種に関する基本的な計画　第三より】

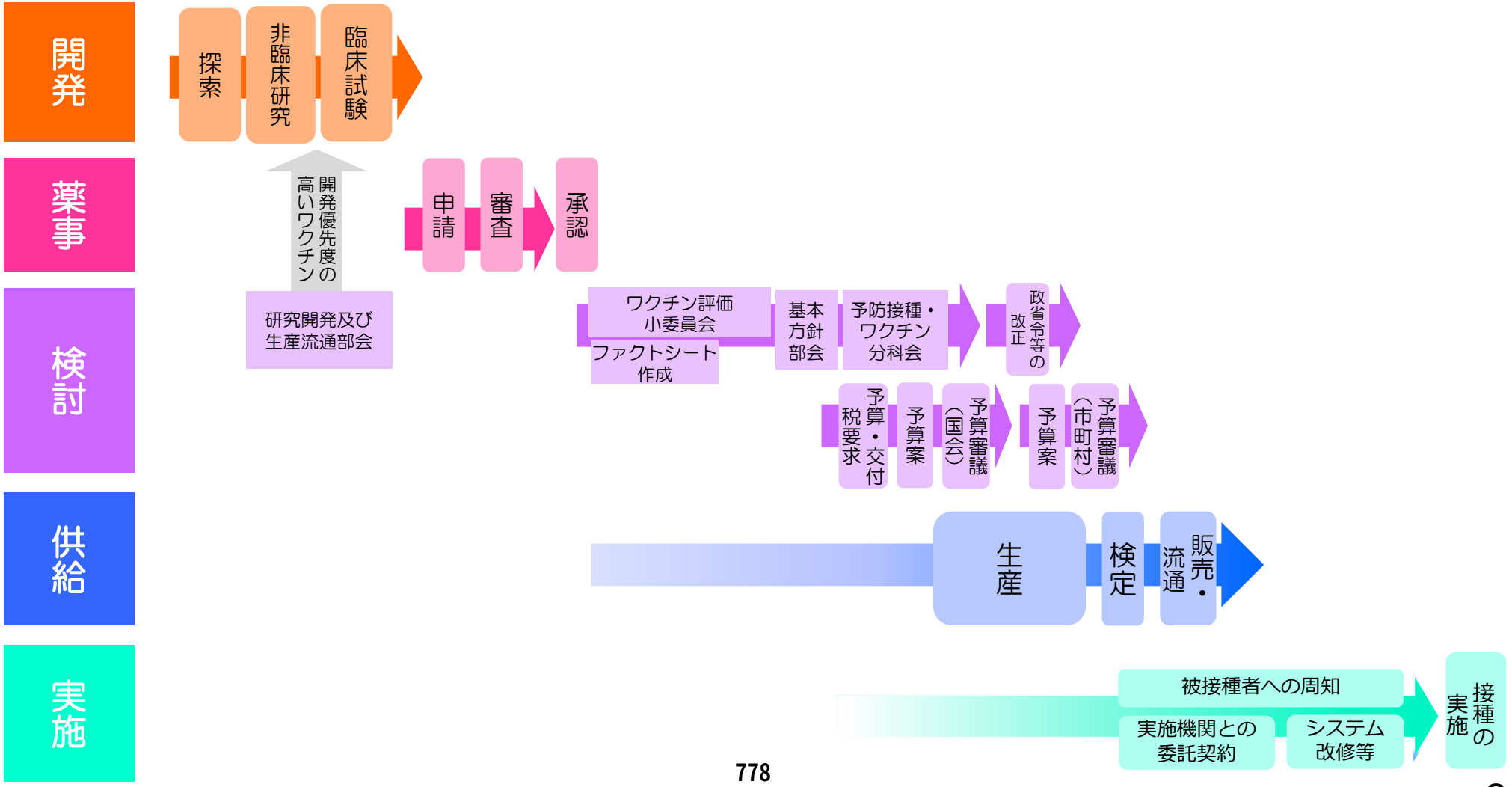


777

ワクチンの定期接種化までのプロセス（全体像）

参考資料２
第37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３－４

○　現在は、主に、予防接種法の対象疾病に加えられておらず、新たに薬事承認されるワクチンを前提に、薬事承認後に定期接種化のために必要な情報の収集及び検討をはじめるプロセスになっている。



※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。

第41回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会	資料3
2022（令和4）年11月18日	

厚 科 審 第 67 号
令和 4 年 11 月 18 日

予防接種・ワクチン分科会長
脇 田 隆 字 殿

厚生科学審議会長
福 井 次 矢

「予防接種法施行令の一部を改正する政令案要綱」等について（付議）

標記について、令和 4 年 11 月 18 日付け厚生労働省発健 1118 第 1 号をもって厚生労働大臣から諮問があったので、厚生科学審議会運営規程第 3 条の規定に基づき、貴分科会において審議方願いたい。

厚生労働省発健１１１８第１号
令和４年１１月１８日

厚生科学審議会長
福井　次矢　殿

厚生労働大臣　加藤　勝信



諮問書

予防接種法（昭和23年法律第68号）第24条第１号及び第５号の規定に基づき、別紙１「予防接種法施行令の一部を改正する政令案要綱」及び別紙２「予防接種実施規則の一部を改正する省令案要綱」について、貴会の意見を求めます。

別紙１

予防接種法施行令の一部を改正する政令案要綱

第一　ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎及び破傷風に係る定期の予防接種の対象者を拡大すること。（第一条の三関係）

第二　この政令は、令和五年四月一日から施行すること。（附則第一条関係）

別紙２

予防接種実施規則の一部を改正する省令案要綱

第一　予防接種実施規則の一部改正

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種の方法に、組換え沈降九価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチンを一月以上の間隔をおいて二回筋肉内に注射した後、三月以上の間隔をおいて一回筋肉内に注射するものとし、接種量は、毎回〇・五ミリリットルとする方法を加えること。

第二　施行期日

この省令は、令和五年四月一日から施行すること。

資料１８-(7)

厚生科学審議会 科学技術部会
全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会（第 12 回）
議事次第

日　時：令和４年 11 月 15 日（火）
16:00～18:00
場　所：（WEB 開催）

１　開　会
２　議　題
（１）全ゲノム解析等に係る検討状況等について
（２）全ゲノム解析等に係る AMED 研究について
（３）全ゲノム解析等に係る厚生労働科学研究について
（４）その他

【資料】
資料１－１ 全ゲノム解析等に係る検討状況等について
資料１－２「全ゲノム解析等実行計画」に係る事業実施組織に求められる機能等について（案）
資料２　　全ゲノム解析等に係る AMED 研究について(中間報告)
資料３　　全ゲノム解析等に係る厚生労働科学研究について(中間報告)

参考資料１　全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会　運営細則
参考資料２　委員名簿・参考人名簿
参考資料３　「全ゲノム解析等実行計画（第 1 版）」（令和元年 12 月）
参考資料４　「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）
参考資料５　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）
参考資料６　「全ゲノム解析等実行計画ロードマップ 2021」
参考資料７　「全ゲノム解析等実行計画」説明文書モデル文案確定版（令和３年 10 月）
参考資料８　「全ゲノム解析等実行計画 2022」（概要）
参考資料９　「全ゲノム解析等実行計画 2022」

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

第12 回全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会	資料 1-1
令和４年11月15日	

全ゲノム解析等に係る検討状況等について

令和４年11月15日

厚生労働省

全ゲノム解析等実行計画の推進（政府方針など）

○**経済財政運営と改革の基本方針2022**（令和４年６月７日閣議決定）

がん・難病に係る創薬推進等のため、**臨床情報と全ゲノム解析の結果等（※）の情報を連携させ搭載する情報基盤を構築し、その利活用に係る環境を早急に整備する**。がん専門医療人材を養成するとともに、「がん対策推進基本計画」（※※）の見直し、**新たな治療法を患者に届ける取組を推進する**等がん対策を推進する。

（※）10万ゲノム規模を目指した解析結果のほか、マルチ・オミックス（網羅的な生体分子についての情報）解析の結果等を含む。
（※※） 平成30 年３月９日閣議決定。

○**新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画**（令和４年６月７日閣議決定）

がん・難病に係る創薬推進等のため、**臨床情報と全ゲノム解析の結果等の情報を連携させ搭載する情報基盤を構築し、その利活用に係る環境を早急に整備する。**

なお、当該結果等には、**10万ゲノム規模**を目指した解析結果の他、**マルチ・オミックス（網羅的な生体分子についての情報）解析の結果等を含む**。

○**新しい資本主義実行計画フォローアップ**（令和４年６月７日閣議決定）

がん・難病患者に対し、2022年度から集中的に全ゲノム解析を行い、英国等での**10万ゲノム規模**の取組を目指すとともに、より早期に解析結果を日常診療に導入する。また、**研究・創薬の推進のため**、全ゲノム解析結果と併せたマルチオミックス解析結果を我が国の強みである**詳細な経時的臨床情報と戦略的に組み合わせたデータとして蓄積する**。

○**統合イノベーション戦略2022**（令和４年６月３日閣議決定）

第２章 4. (5) 健康・医療

「全ゲノム解析等実行計画」を速やかに改定し、がん・難病に関して、2022年度から集中的に全ゲノム解析等を行い、英国等での**10万ゲノム規模の取組**を目指し、**蓄積されたデータを用いた研究・創薬等を推進する**。

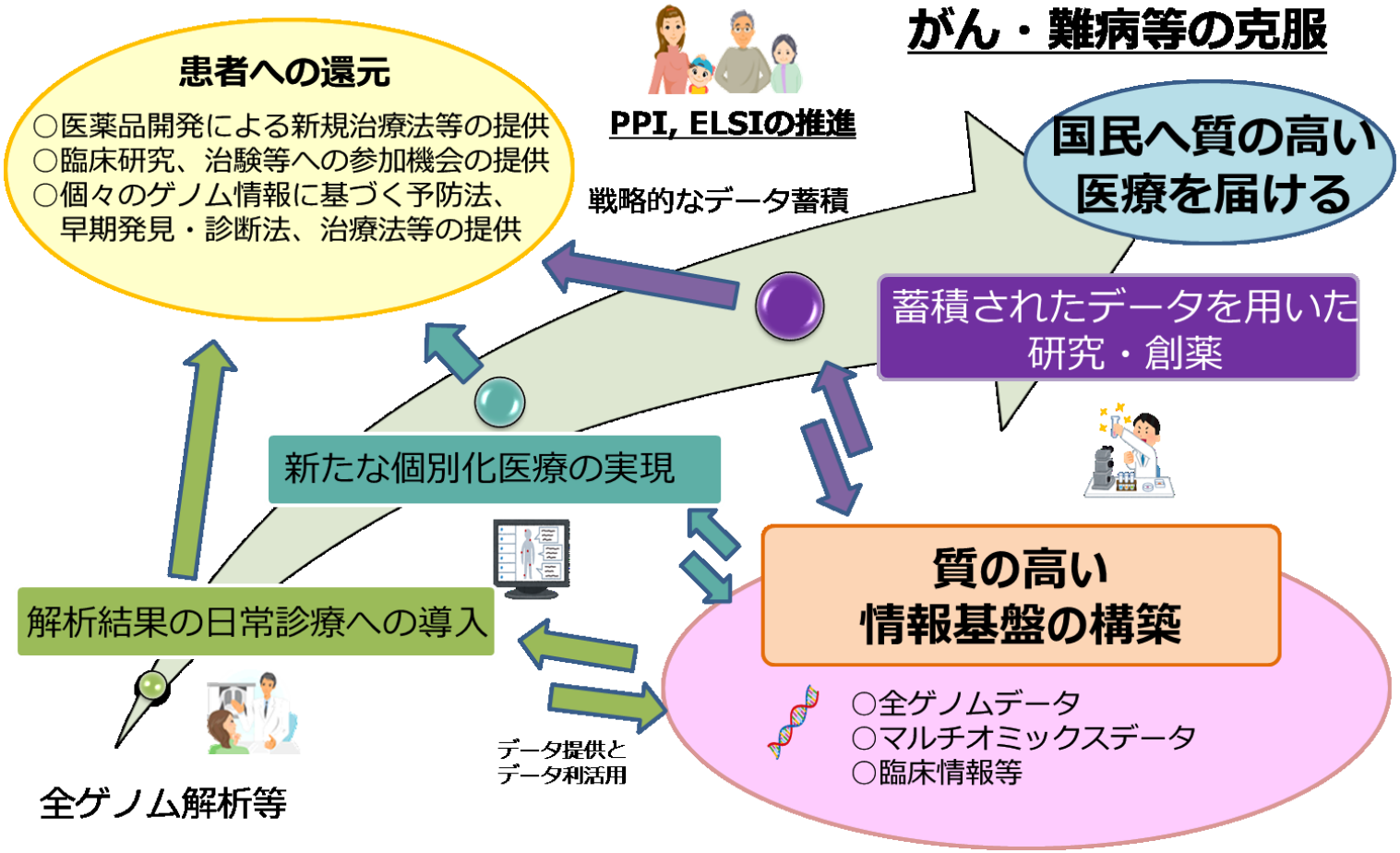
令和４年度のスケジュール

令和４年	専門委員会等	内容
５月	第9回専門委員会 （持ち回り開催）	・令和４年度のがん領域AMED研究について
７月７日	第10回専門委員会	・令和４年度の方針等について ・「全ゲノム解析等実行計画2022（仮称）」（案）について
8月19日	第11回専門委員会	・「全ゲノム解析等実行計画2022（仮称）」（案）とりまとめ
９月５~12日	第131回厚生科学審議会 科学技術部会（持ち回り開催）	・「全ゲノム解析等実行計画2022（仮称）」（案）
9月30日	厚生労働省ゲノム医療推進チーム	・「全ゲノム解析等実行計画2022」策定
11月15日	第12回専門委員会	・令和４年度 中間報告 ・令和５年度 AMED研究体制の概要案
	年度末までに１～2回開催	・令和４年度 最終報告 ・令和５年度 方針案
令和５年		

「全ゲノム解析等実行計画2022」(令和4年9月30日策定)

全ゲノム解析等の推進によって目指す医療の姿

国民へ質の高い医療を届けるために、戦略的なデータの蓄積を進め、それらを用いた研究・創薬などを促進することで、将来的な「がん・難病等の克服」を目指すことが、全ゲノム解析等の推進によって目指す医療の姿である。
また、解析結果の日常診療への早期導入や、新たな個別化医療の実現についても更に推進する。



※ 患者・市民参画（Patient and Public Involvement, PPI）、倫理的・法的・社会的課題（Ethical, Legal and Social Issues, ELSI）
※ 本実行計画における「がん」とは、難治性がん、稀少がん、小児がん、遺伝性がん等の全ゲノム解析等による一定の効果が見込まれるが民間だけでは研究・創薬等が困難ながん種を想定。

「全ゲノム解析等実行計画2022」概要　（令和4年9月策定）

目的
○これまでの先行解析においては、解析結果をより早期に日常診療へ導入し、新たな個別化医療等の推進を進めてきた。
○今後の本格解析においては、国民へ質の高い医療を届け、将来的な「がん・難病等の克服」を目指す。そのためには、戦略的なデータの蓄積を進め、それらを用いた研究・創薬等を促進することが重要であることから、本実行計画においては、全ゲノム解析等の解析結果を研究・創薬等に活用することを推進する。

	令和元年度～３年度	令和４年度	令和５年度	令和６年度	令和７年度～
解析フェーズ	先行解析（既存検体）	本格解析（新規患者の検体）			
実行計画	第１版	実行計画2022			
	○本格解析の方針決定と体制整備	○戦略的なデータの蓄積 ○解析結果の日常診療への早期導入 ○新たな個別化医療の実現 ⇒ 国民へ質の高い医療を届ける			
解析実績・予定	約19,200症例 ・がん領域(※1)：約13,700症例（新規患者 600症例を含む） ・難病領域(※2)：約5,500症例	○10万ゲノム規模を目指した解析のほか、マルチ・オミックス（網羅的な生体分子についての情報）解析を予定。			
患者還元	○患者還元体制の構築	○患者が、地域によらず、全ゲノム解析等の解析結果に基づく質の高い医療を受けられるようにする。			
情報基盤	○技術的課題の検証 ○統一パイプライン構築	○がん・難病に係る創薬推進等のため、臨床情報と全ゲノム解析の結果等の情報を連携させ搭載する情報基盤を構築し、その利活用に係る環境を整備する。			
事業実施組織	○本格解析に向けて事業実施組織に係る事項について検討	○令和４年度中に事業実施準備室を国立高度専門医療研究センター医療研究連携推進本部（JH:Japan Health Research Promotion Bureau）内に設置し、組織、構成等を検討する。 ○厚生労働省が主体となって、令和７年度からの事業実施組織の発足のため、令和５年度をめどに最も相応しい事業実施組織の組織形態を決定する。			
ELSI・PPI	○本格解析に向けてELSI・PPIに係る事項について検討	○事業実施組織にELSI部門を設置し、専門性を備えた人員を配置して、事業全体としてELSIに適切に配慮しつつ計画を実施するために必要な取り組みについて、検討、対応を行う。 ○事業実施組織に患者・市民参画部門を設置することに加え、本計画に参画する研究機関・医療機関においても患者・市民の視点を取り入れるための体制を設ける。			

788

※1 難治性のがん、希少がん（小児がん含む）、遺伝性がん(小児がん含む)等
※2 単一遺伝子性疾患、多因子疾患、診断困難な疾患

「全ゲノム解析等実行計画2022」（第11回専門委員会からの主な変更点）

５．これまでの取組を踏まえた基本方針

（１）全ゲノム解析等の対象患者等

これまでの全ゲノム解析等によって得られた知見を踏まえ、全ゲノム解析等の対象患者は、既存の医療では診断困難もしくは根治の可能性が低いものの、全ゲノム解析やマルチオミックス解析等を用いることにより、より精度の高い診断・治療に係る効果が見込まれる患者

【がん】

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）、希少がん、AYA世代のがん、小児がん、遺伝性のがん、治療抵抗性の難治性のがん、症例数が少なく日本人に特徴的に多いがん（成人T細胞性白血病等）、症例数が多いものの日本人症例のゲノム情報が十分に集積されていないがん種等。

【難病】

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

（２）対象症例数

がん・難病の全ゲノム解析については、令和元年から令和３年度にかけて約19,200症例（がん領域；約13,700症例、難病領域;約5,500症例）の解析を行い、令和４年度には新たに同意を得た患者について約4,500症例（がん領域;約2,000症例、難病領域;約2,500症例）の解析及び患者還元を予定している（※）。

(※) 10万ゲノム規模を目指した解析結果のほか、マルチ・オミックス（網羅的な生体分子についての情報）解析の結果等を含む。

（４）事業を構成する組織について

①医療機関	【がん】患者還元を行う医療機関に求められる主な要件を記載 なお、要件は必要に応じ専門委員会において見直すこととする。 (追記) 全ゲノム解析結果の分析的妥当性および臨床的有用性についての評価ができる体制が整っていること。 【難病】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。
②シークエンス企業	本実行計画においては、統一化された手法を用いて、均一で高品質な解析データを収集することとする。解析手法が確立された技術については、以下の１）～５）の条件をすべて満たす企業に外部委託することとする。 また、一定のシークエンス精度の確保及びその向上等のため、各シークエンス企業においては、自主的かつ定期的に品質の評価・検証を行うとともに、外部精度管理の実施を求める。

「全ゲノム解析等実行計画2022」（第11回専門委員会からの主な変更点）

5．これまでの取組を踏まえた基本方針

③解析・データセンター	解析・データセンターは、シークエンス企業から収集したシークエンス結果や医療機関から収集した臨床情報の保存・共有・利活用支援等を行う 求められる主な役割は以下の４つである。 １）ゲノムデータの解析 ２）臨床情報等の収集 ３）データ利活用 ４）人材育成
④検体･情報集中管理部門	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。 また、各医療機関で保管されている検体も含めて、検体の種類、残量、同意の種別（産業界単独での試料の分譲が可能かなど）等について、検体集中管理センターが把握できる仕組みを構築する。
⑤産業フォーラム、アカデミアフォーラム	創薬や診断技術の研究開発を促進し、患者にいち早く成果を届けるため、産業界・アカデミアが参画するフォーラムを形成し、産学連携のデータ利活用の推進を図る。 【産業界の役割について】全ゲノム解析等により得られたデータをもとに、新たな診断技術や治療薬の開発等を目指す。そのために、産業界が主体的に、データ収集の過程を含めて本事業に、計画の当初から参画できるよう、産業界が主催する「産業フォーラム」を構築する。 【アカデミアの役割について】全ゲノム解析等により得られたデータをもとに、ゲノム医療にかかる研究の進展を目指す。そのために、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として、アカデミアが主催する「アカデミアフォーラム」を構築する。 （修正） アカデミアフォーラムには、全ゲノム解析等に係るデータを共有し、幅広いデータ利活用の権限を付与する対価として、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、エキスパートパネル等における患者還元に値するものかどうか判断するなどの役割が求められる。
⑥事業実施組織	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。そのため、事業実施組織は公的な性格をもつ存在とし、産業界やアカデミアから募った幅広い人材からなるボードメンバーが、最新の知見に基づき柔軟で迅速な運営判断を行える体制を構築する。 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（Japan Health Research Promotion Bureau。以下「JH」という。）内に設置し、組織、構成等を検討する。厚生労働省が主体となって、令和７年度からの事業実施組織の発足のため、令和５年度をめどに最も相応しい事業実施組織の組織形態を決定する。

「全ゲノム解析等実行計画2022」（第11回専門委員会からの主な変更点）

7. 倫理的・法的・社会的課題（Ethical, Legal and Social Issues, ELSI）に係る事項

本実行計画は、国内において前例のない規模での全ゲノム解析等の実施やデータベースの構築、創薬や診断技術等の研究開発の促進、全ゲノム解析等の成果の患者への還元等を定めている。これらの事業の実施には、様々な倫理的・法的・社会的課題（ELSI）が付随すると想定される。本事業が社会の理解と信頼に基づき適切に実施されるためにはELSIへの適切な対応と、そのための体制の整備が必要不可欠である。

　具体的には、事業実施組織にELSI部門を設置し、専門性を備えた人員を配置して、事業全体としてELSIに適切に配慮しつつ計画を実施するために必要な取り組みについて、検討、対応を行う。

ELSIへの対応にあたっては、特に以下の点については留意が必要である。

（追記）

・ゲノム情報等による不利益が生じないようにするために社会環境の整備をする上での制度面での課題を把握したうえで、本事業における対応方針を検討する。

8. 患者・市民参画（Patient and Public Involvement, PPI）に係る事項

本実行計画の実施にあたっては、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に情報発信を行うとともに、患者・市民参画の仕組みを構築して透明性の確保と患者・市民の視点の導入に努めることが必要である。

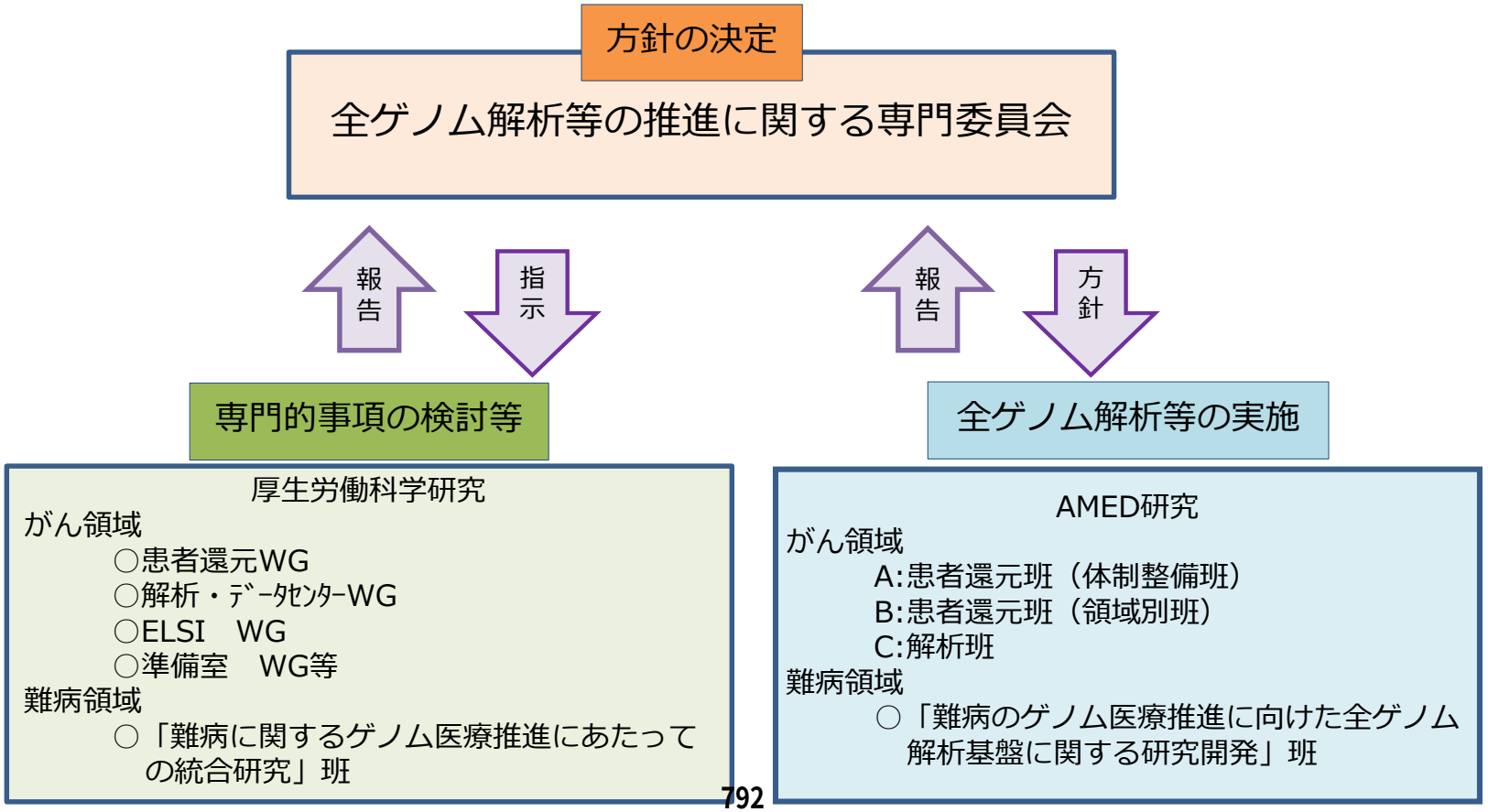
具体的には、事業実施組織に患者・市民参画部門を設置することに加え、本計画に参画する研究機関・医療機関においても患者・市民の視点を取り入れるための体制を設ける。これらを通じて広く国民向けの情報発信・周知活動を実施するとともに、患者・市民からの意見を集約し事業に反映させるための体制を構築する。また、PPIに必要な人材を育成するための支援を行い、国民向けの教育体制の整備等、より適切なPPI実施のための方法についての研究や検討を実施する。

全ゲノム解析等の実施体制（令和４年度）

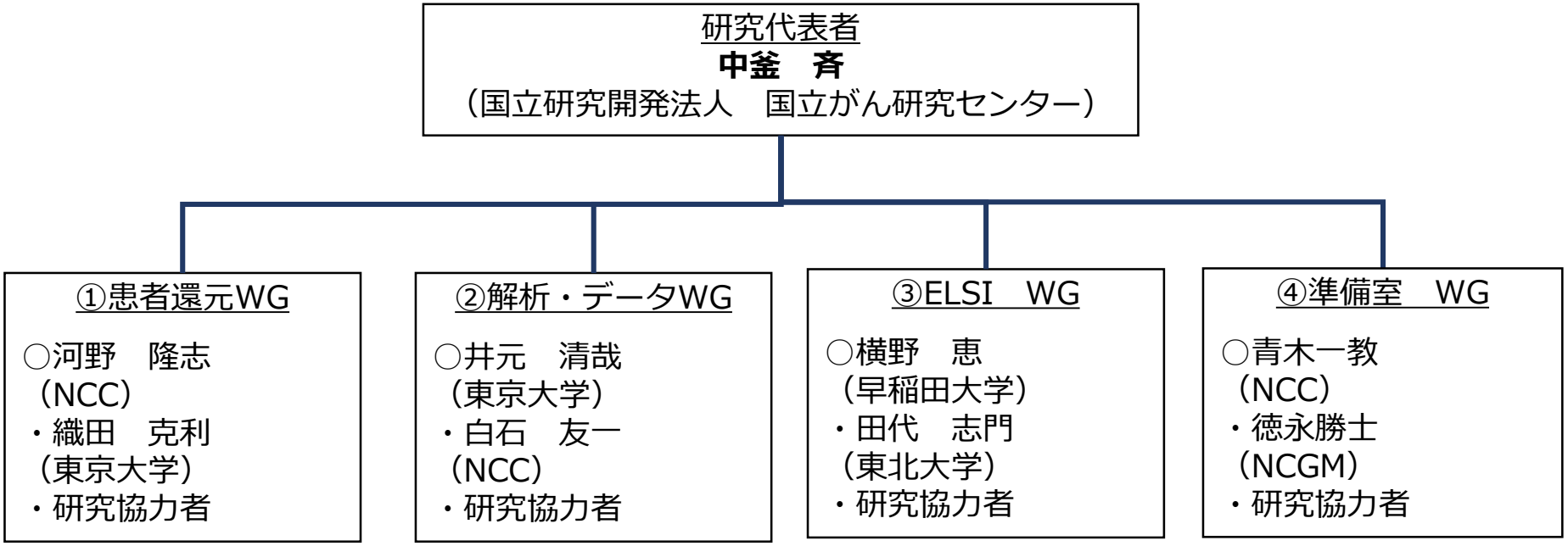
○「全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会」は「全ゲノム解析等実行計画」に基づき実施される全ゲノム解析等の実施状況について評価・検証を行い、方針の決定及び必要な指示を行う。

○「厚生労働科学研究班」は専門的事項について検討等を行い、専門委員会における検討に供する。

○「全ゲノム解析等に係るAMED研究班」は解析状況等の報告を専門委員会に行い、同委員会の方針に従い、適切な進捗管理のもと研究を行う。



「全ゲノム解析を基盤としたがんゲノム医療の実装に向けた患者還元、解析・データセンター、ELSI体制構築についての研究」班（厚労科研中釜班）体制



※①、②、③のWGは、様々な分野の専門家、関係学会、患者団体、データ利活用団体等と意見交換を行い、取りまとめた上、全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会に報告する。
※④のWGは事業実施組織発足に向けた事業実施準備室の設置のための検討を行う。

令和４年度ＡＭＥＤ研究班の概要（がん領域）

Ａ班：既存の３医療機関で400症例の患者還元を行う（Ａ体制：自施設完結型体制）とともに、患者還元体制の整った医療機関を、専門性や地域性を考慮しつつ分担医療機関として追加する。順次Ａ体制（自施設完結型体制）から（Ｂ体制：解析・データセンター体制）へ移行する。
Ｂ班：臨床情報の登録を行うとともに、蓄積された全ゲノムデータを用いた研究を行う。
また、Ａ班とも連携しＢ班全体としての成果をまとめる。
Ｃ班：臨床情報を収集するとともに、統一パイプラインによる解析及びレポート作成を行う。また、集中管理システムの構築、全ゲノム解析結果に基づいた臨床応用のための出口戦略の構築を行う。

○各班は連携し、臨床情報等の収集及び高度な横断的解析等を行う。
○各班は、実施状況について「全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会」に報告し、当該委員会の方針に沿って解析等を行う。
○A班、B班に各班を取りまとめる研究総括者を任命する。C班は研究代表者が研究総括者となる。

公募の種類	がん種	研究代表者	研究代表機関	追加医療機関	令和４年度の症例数
A班：患者還元班（体制構築班）	難治がん等	角南久仁子	国立がん研究センター	国立がん研究センター東病院 成育医療研究センター 岡山大学病院	600症例＋α（※）
	難治がん等	浦上研一	静岡がんセンター	近畿大学病院	600症例＋α（※）
	難治がん等	上野貴之	がん研有明病院	慶応義塾大学病院 大阪大学病院	600症例＋α（※）
B班：患者還元班（領域別班）	消化器がん	柴田龍弘	東京大学		
	血液がん	南谷泰仁	京都大学		
	小児がん	加藤元博	東京大学		
	希少がん	松田浩一	東京大学		
	婦人科がん	森誠一	がん研有明病院		
	呼吸器がん他	河野隆志	国立がん研究センター		
C班：解析班		井元清哉	東京大学医科学研究所	①集中管理チーム ②ゲノム解析チーム ③臨床情報チーム ④レポート作成チーム ⑤データ共有チーム ⑥出口戦略チーム	

（※）600症例の内訳は、新規の患者400症例と、分担医療機関の新規の患者200症例。また、進捗状況に応じて、＋αとして、合わせて最大200症例を追加配分予定。

AMED研究 患者還元班のこれまでの成果（がん領域）

R3年度：3医療機関において、600症例の前向き症例
R4年度： 6医療機関が追加され、全体で2000症例を解析予定
解析結果に基づく治療へのつながりの構築を進める。

全ゲノム解析等の結果に基づくエキスパートパネル実施：677症例
（令和4年10月20日時点）

治療薬の選択やがん種の診断、遺伝性疾患の診断に有用なActionable変異の検出：381症例

既存の検査では検出できないがんに関与するゲノム異常の検出*：113症例

全ゲノム解析の結果が診断に有用であった例*：32症例

がん以外の疾患に関与する可能性が高いゲノム異常の検出*：30症例

*症例数はのべ数

出口戦略の加速による創薬の促進や患者還元の拡大

既存の治療・診断等

- 新規に発見した異常に対する新規治療薬の開発
- 全ゲノム解析等の結果に基づく既存の治療薬の適応拡大
- 新しい診断技術の確立
- 遺伝情報に基づく疾患の予防

795

造血器腫瘍を対象とした本格解析の実施について

【現状と課題】

- 「全ゲノム解析等実行計画」にもとづく全ゲノム解析等の推進については、厚労科研中釜班において専門的事項が検討され、専門委員会で審議・承認された方針に基づき、AMED研究班において実施される。
- 現状、造血器腫瘍を対象に保険承認された遺伝子パネル検査は存在せず、遺伝子パネル検査にもとづくゲノム医療提供体制の在り方については、まさに議論の途上である。
- そのような状況下での、造血器腫瘍を対象とした全ゲノム解析結果にもとづく患者還元（本格解析）については、エキスパートパネルの実施方法、確認検査の体制等、検討すべき課題が山積している。

【対応方針案】

- 厚労科研中釜班の患者還元ＷＧにおいて、造血器腫瘍を対象とした本格解析の実施に向けた課題の整理および対応方針について整理することとしてはどうか。
- また、厚労科研中釜班での検討に際しては、必要に応じ、造血器腫瘍の専門家に参画していただくこととしてはどうか。

【〇全ゲノム解析等実行計画2022の推進】
施策名：全ゲノム解析等実行計画2022の推進

令和4年度第二次補正予算案　49億円

医政局研究開発政策課
（内線4041）
健康局がん・疾病対策課、難病対策課
（内線3825, 2353）

①　施策の目的

がん(※)や難病患者を対象として、全ゲノム解析及びマルチオミックス解析等を実施し、得られる全ゲノムデータ、マルチオミックスデータ、臨床情報等を搭載した質の高い情報基盤を構築し、それらを民間企業やアカデミア等が利活用することにより、創薬や新規治療法などの開発を目指す。さらに解析結果等の速やかな日常診療への導入や、新たな個別化医療の推進を通して、国民へ質の高い医療を届けることを目指す。

※ 本実行計画における「がん」とは、難治性がん、希少がん、小児がん、遺伝性がん等の、全ゲノム解析等による一定の効果が見込まれるが、民間だけでは研究・創薬等が困難ながん種を想定。

②　対策の柱との関係

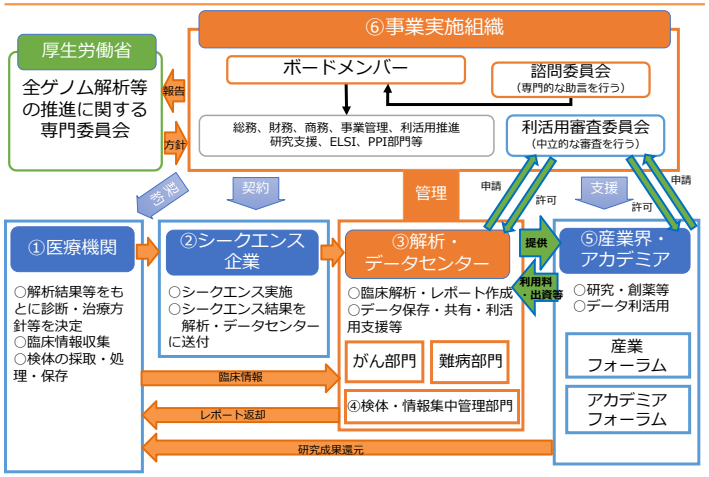
1	2	3	4
		○	

③　施策の概要

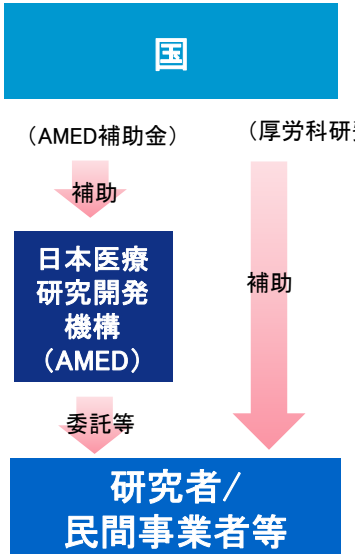
「全ゲノム解析等実行計画2022」（令和4年9月策定）を推進するため、①全ゲノム解析等及びその結果の患者還元、②データ利活用の準備等（全ゲノム解析等による出口を加速するための臨床研究、利活用環境の整備等）、③事業実施組織の構築に向けた検討に必要な研究費用について措置を行う。

④　施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等

事業実施組織発足後の事業実施体制（案）



（「全ゲノム解析等実行計画2022」抜粋）



⑤ 成果イメージ（経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む）

現在闘病中のがん患者・難病患者の診断、治療に役立つデータを速やかに患者に還元し、がん・難病の患者に新たな個別化医療を提供するとともに、産官学の関係者が幅広く分析・活用できる質の高い情報基盤の構築に向けた検討を行うことで、新たな診断技術や革新的新薬を開発する民間企業が成長できる環境を整備し、我が国発のイノベーションの創出を目指す。

令和５年度ＡＭＥＤ研究体制の概要（がん領域）（案）

○Ａ班（患者還元・出口戦略班）：

① 基本コホート（横断）チーム

基本コホートの全登録症例について、全ゲノム解析等の結果収集されるゲノムデータおよび臨床情報等の分析を行い、全ゲノム解析等の臨床的有用性を検証する。また、各機関からの依頼にもとづき、確認検査の提供を行う。その他、厚労科研中釜班と連携し、全ゲノム解析等の実用化も見据え、標準レポートフォーマットの改良等、患者還元における課題の抽出及び対応策の検討を行う。

② 患者還元・戦略コホートチーム

代表医療機関を中心に患者還元を行う（Ａ体制：自施設完結型体制、Ｂ体制：解析・データセンター体制いずれかを選択）。全例を基本コホートに登録するとともに、全体の50%以上の症例を目標に、出口戦略に基づいた臨床研究等(※) に登録する。レポートについては、令和4年度に作成される標フォーマットの使用を前提に、外部機関の活用を基本とする。

代表機関毎に、１～２程度の臨床研究（戦略コホート）を実施する。なお、日本を代表する臨床研究グループと連携した研究実施体制が構築されることが望ましい。

○Ｂ班（アカデミアフォーラム班）：

準備室と連携し、フォーラムの構築に協力すると共に、蓄積された全ゲノムデータ等を用いた研究を行い、新たに指摘された変異等の知見について、その臨床的意義等を協議し、得られたコンセンサスをA班、C班及び厚労科研 中釜班に提供し、患者還元に役立てる。

○Ｃ班（解析・データセンター班）：

ゲノムデータ・臨床情報の収集を行うとともに、統一パイプラインの改善及び解析、クラウドへの展開（セキュリティ等システム構築を含む）、Visiting解析環境（オンプレミス・クラウド）の構築・改修を行う。また、検体・ゲノムデータ・臨床情報の集中管理システムの構築・運用、臨床情報自動収集システムの構築・試行・改修及びデータ共有・利活用支援システム（ＡＰＩ等）の検証を行う。その他、厚労科研中釜班および準備室等と連携し、解析・データセンターの構築に必要な研究を行う。

※ 各班は、実施状況について「全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会」に報告し、当該委員会の方針に沿って解析等を行う。
※ 各班は、臨床情報等の収集、レポート作成に係る要件の整理等について、A～C班による合同の班会議の開催等を通じ協力する。

令和5年度の研究体制（がん領域）案

研究班		課題数	研究内容
A班： 患者還元・出口戦略班	基本コホート（横断）チーム	1班	• A班に参画するすべての医療機関が協力 • 全症例を対象に、全ゲノム解析等の臨床的有用性等を研究 • 厚労科研中釜班とも連携し、全ゲノム解析等の実用化を見据えた患者還元における課題の抽出や検討
	患者還元・戦略コホートチーム	数班程度	• 全ゲノム解析等の結果にもとづく患者還元を行う。 • 代表機関毎に１～２程度の臨床研究を実施する。 • 全例を基本コホートに登録するとともに、全体の50%以上の症例について出口戦略に基づいた臨床研究等に登録する。
B班： アカデミアフォーラム班（仮）	領域別およびがん種横断的解析等	数班程度	• 蓄積されたデータを用い、領域別およびがん種横断的解析を行う。 • ゲノム情報の新しい知見を整理し、患者還元に役立てる。 • 産学連携による研究開発を推進する。
C班： 解析・データセンター班		1班	• 統一パイプラインを用いたゲノム解析（オンプレミス）とそのクラウドへの展開およびゲノムデータの収集 • 臨床情報の自動収集システムの開発とデータ収集 • 検体・ゲノム・臨床情報の集中管理システムの開発 • データ共有および利活用支援システムの検証

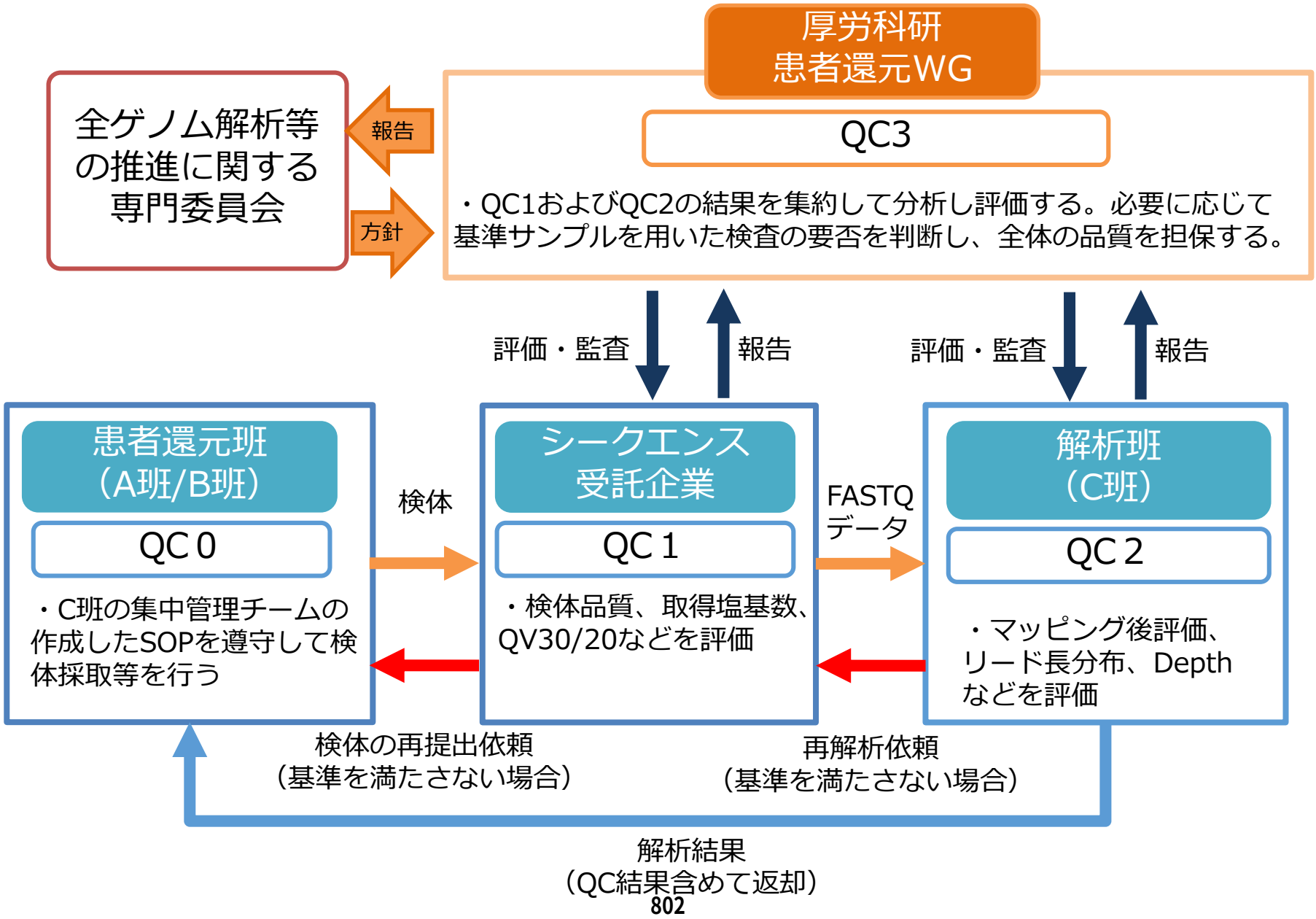
参考

「全ゲノム解析等に係る厚生労働科学研究班」の検討事項等

専門WG	令和３年度の検討・実施事項		令和４年度の検討・実施事項
患者還元WG（河野隆志）	患者還元	ICT/AI技術	電子的ICに応用可能な統一ICFの作成および管理体制の整備
		対象疾患、患者数	
		医療機関要件	医療機関の拡充方法について検討
		出口戦略について（R４年度より）	出口戦略および体制構築について（産業、アカデミアフォーラムとの連携）
	検体の保存・利活用	保管、管理ルール	令和４年度からは、AMED研究班（C班）が実行し、患者還元WGが新規技術要件、QC体制の構築等について検討
	シークエンス	受託要件	
		技術的要件	
		クオリティーコントロール（QC)	
	データ利活用	アカデミア、産業界の役割について	令和４年度からは、準備室WG（準備室）で検討等を継続
		データ共有ルール（データシェアリングポリシー）	
		データ利活用審査委員会	
	人材育成	遺伝カウンセリングなど	
解析・データセンターWG（井元清哉）	ゲノム解析	ゲノムデータベース構築	・令和４年度からは、AMED研究班（C班）が実行し、解析・データセンターWGが専門的事項について検討 ・準備室WG等と連携してＡＩを活用できる人材育成の体制ついて検討
		統一パイプライン	
		高度な横断的解析（AI活用含む）	
	臨床情報等の活用	臨床情報ＤＢ構築（API自動収集）	
		レポート作成システム	
	データ共有システム	研究支援システム	
	集中管理システム	集中管理システム	
	情報管理・システム構築に関して	情報管理	
		システム開発や環境構築	
	人材育成	バイオインフォマティシャン等について	厚生労働省の人材育成事業が主体として実行
ELSI　WG（横野　恵）	ICF	統一ICF挿入文作成	ICF運用の課題抽出および必要に応じた改定
	ガイダンス	IC手法、2次所見・結果還元在り方等	継続して検討
	患者・市民視点	PPIの推進	情報発信の在り方や、PPIのスキームを患者還元WGおよび準備室WGと連携して検討
準備室　WG（青木一教）	事業実施組織準備室に係る事項		データ利活用（産業、アカデミアフォーラム発足支援を含む）および準備室発足に係る事項

801

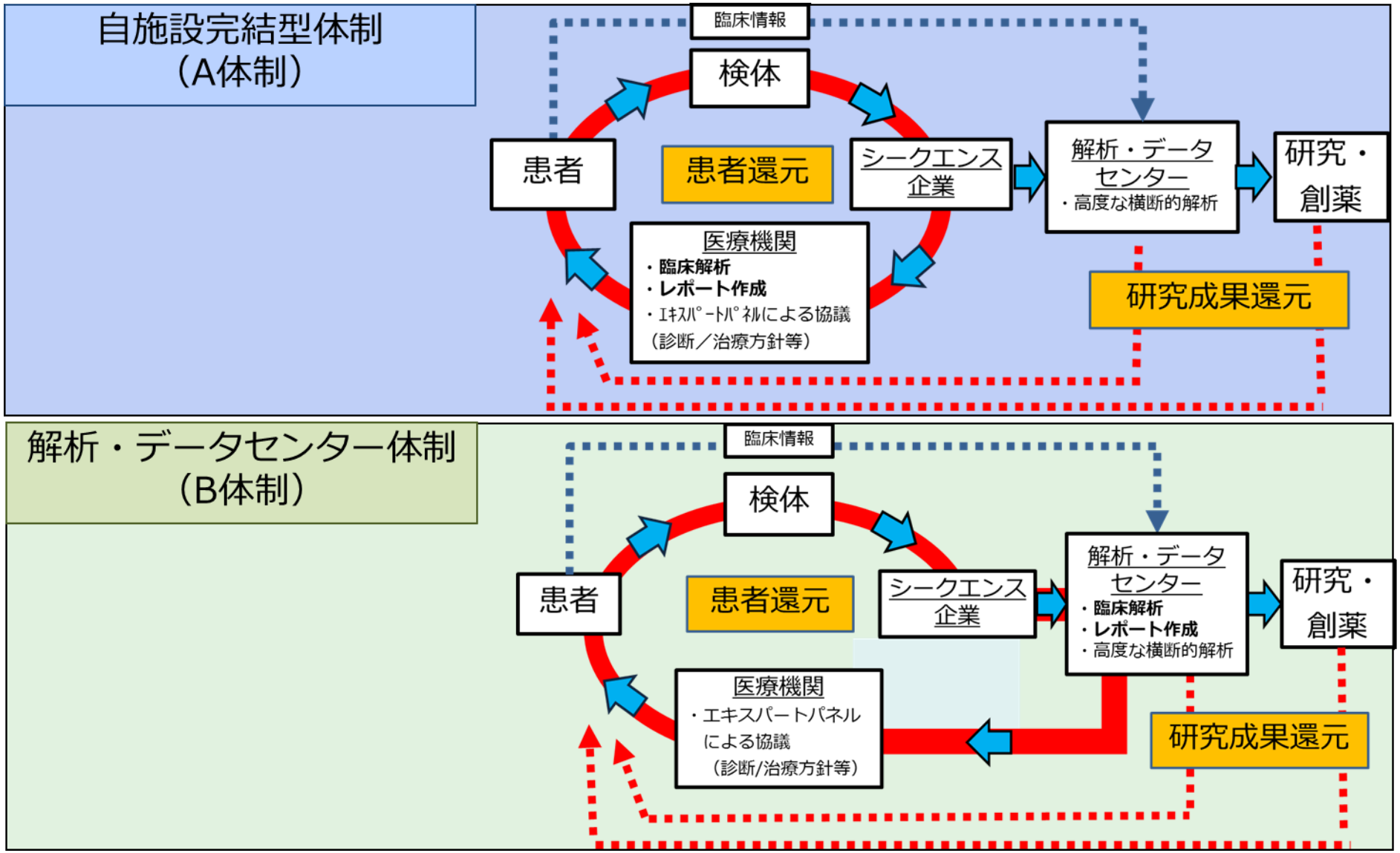
「全ゲノム解析等に係る厚生労働科学研究班」によるQC管理体制



802

第10 回全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会資料3　患者還元WG資料より抜粋

A班の患者還元体制について(令和４年度)



※令和４年度は、がんゲノム医療中核拠点、拠点病院を主体として8医療機関でスタートし、順次AからB体制へ移行する。今後、全ゲノム体制の整った医療機関を専門委員会の承認の後追加予定。令和５年度以後については、がんゲノム医療連携病院の参加が可能となるように体制整備を進める。また、令和４年度中にC班のレポート作成チームはA班と協力し、標準的レポートを作成し、令和５年度以後はレポートの要件を取りまとめ民間企業の参入を進める。B体制医療機関についてはC班のレポート作成チームの作成したレポートを用いる事を原則とする。

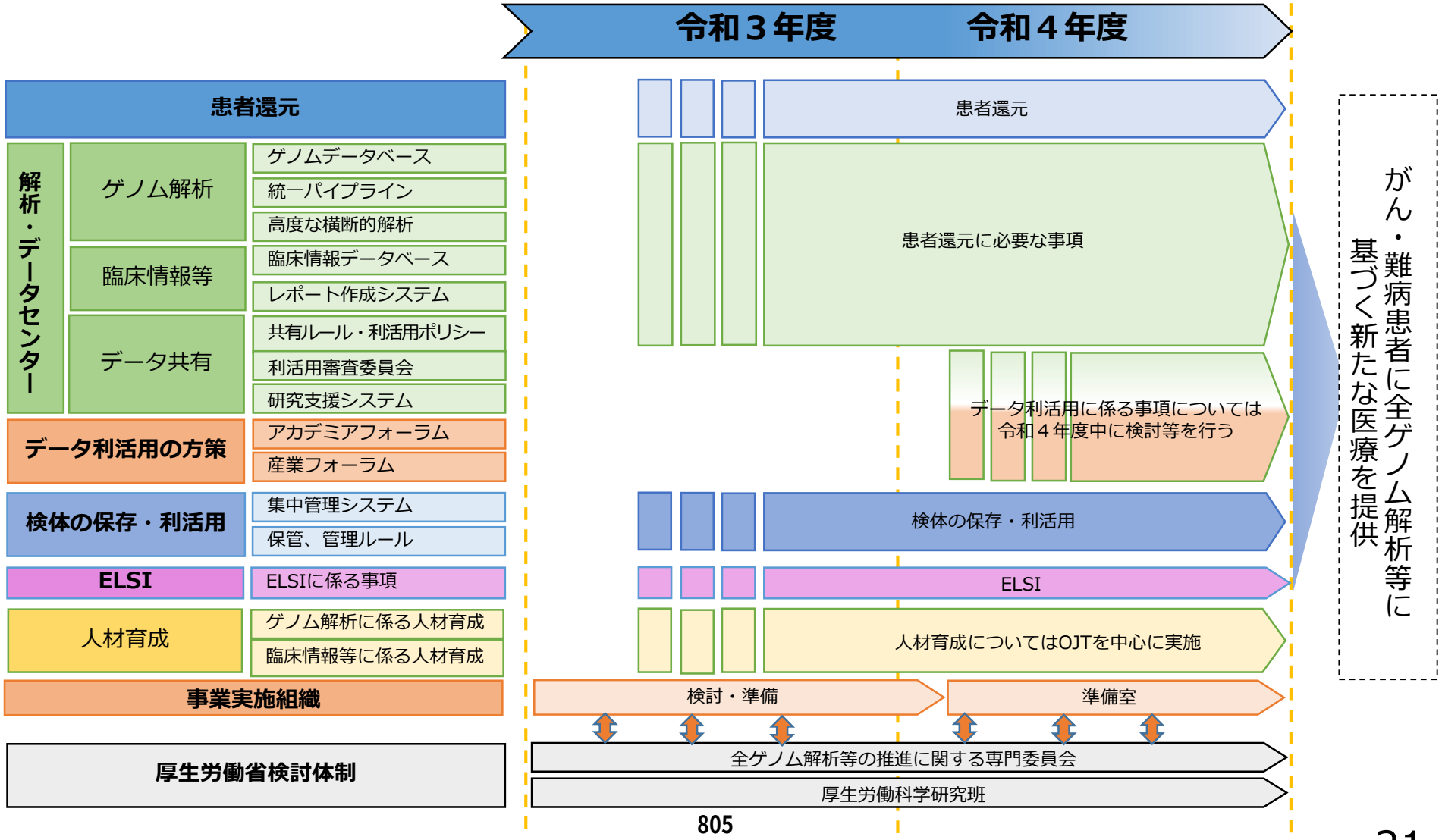
C班（解析班）の体制について（令和４年度）

	分担	担当	令和４年度の目標
解析班（C班）井元　清哉	集中管理システム	①集中管理チーム ○松田 浩一（東京大学） 日本病理学会 日本衛生検査所協会	WGSデータ、臨床情報、検体および検体情報を紐付けて管理するシステムの構築（ID管理含む）を行う。また、がん組織バンク運営事務局の設置と関係機関との連携体制構築、組織型別サンプル保管手順書の作成、サンプル輸送・処理プロトコール作成、オンラインを活用した試料の登録・匿名化システムの構築、バンキングのための統一ICと研究計画書の作成等を行う。
	ゲノム解析・クラウド基盤・監視	②ゲノム解析チーム ○井元 清哉・片山 琴絵 （東京大学）	統一解析パイプラインのクラウドでの比較研究、システム運用とセキュリティ対策の調査研究を実施し事業実施組織に繋げる。また、シークエンス企業からのデータの受け取りを自動化し解析結果を返却するまでの時間の短縮や、ロングリードシークエンスへの対応等を行う。
	臨床情報等の活用	③臨床情報チーム ○美代 賢吾 （国立国際医療研究センター） 新谷 歩・太田 恵子 （大阪公立大学）	Web APIを用いてデータ収集が可能な医療情報標準規格であるHL7 FHIRを用い、収集するデータと通信の仕様検討と策定し、A班の3施設からの臨床情報の自動収集を試み、データ共有、基盤研究支援・臨床研究支援システムと連携させ幅広い利活用を目指す。また、電子カルテと臨床データベースへの二重登録を回避できるシステム、臨床研究支援システムの構築等を行う。
		④レポート作成チーム ○間野 博行 （国立がん研究センター）	A班と臨床情報チームと連携の上、個々の症例の臨床情報を反映させた、臨床的なエビデンスや有効性が見込まれる治療薬・臨床試験等の必要情報のアノテーションにより患者レポートを作成する。また、関連するアプリケーションの開発等を行う。同時に、SOPや運用体制を確立する。
	データ共有・研究支援システム	⑤データ共有チーム ○白石 友一・河野 隆志 （国立がん研究センター）	ゲノムデータ、臨床情報の抽出APIを備えたデータ共有システムおよび、実際に患者レポートのアプリケーション、基盤研究支援のためのポータルサイトのアプリケーションなどをAPIを経由した形式で構築する。
	出口戦略の構築	⑥出口戦略チーム ○山本 昇 （国立がん研究センター・中央病院） 吉野 孝之 （国立がん研究センター・東病院） 北野 滋久（がん研有明病院） 釼持 広和（静岡がんセンター病院）	全ゲノム解析およびオミックス解析対象を戦略的に検討する。承認済み既存薬剤を速やかに臨床的適正のある患者へ届けるシステムを基本コホートとして構築する。更に、戦略コホートして、全ゲノム解析結果およびオミックス解析等に基づいた新たな個別化医療のための臨床試験をA班と連携し立案し、一部は令和4年度中に症例登録を開始する。また、出口戦略チームとして成果等を共有出来るシステムの構築や、集中管理チーム、臨床情報チームと協力し、全てのコホートにおいて統合的な臨床情報収集・集中管理、臨床試験支援体制の構築を目指す。

「全ゲノム解析等実行計画ロードマップ2021」概要

○　「全ゲノム解析等実行計画」（以下、実行計画）に基づき、全ゲノム解析等により明らかとなった当該疾患の治療等のために有益な情報等を患者に還元するとともに、研究・創薬などに向けた利活用を進め、新たな個別化医療等を患者に届けることを目指す。

○　この取組を着実に前進させるために、患者還元、解析・データセンター、データ利活用、検体保存・利活用、事業実施組織、厚労省検討体制について、令和３年度および４年度中に実施する事項をまとめた「全ゲノム解析等実行計画ロードマップ2021」を策定した。



「難病に関するゲノム医療推進にあたっての統合研究」班（厚労科研 水澤班）　体制

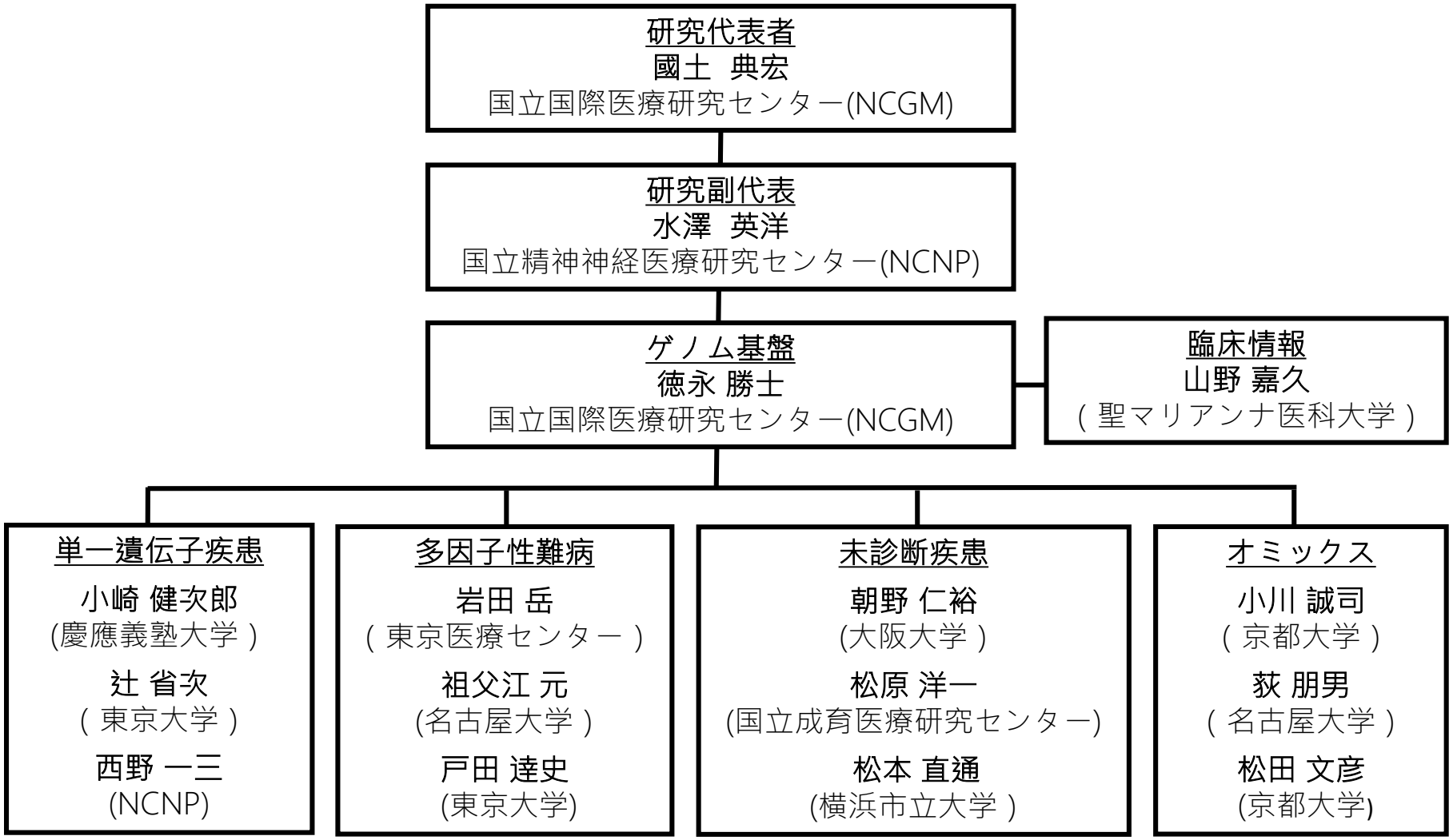
水澤班会議

構成員（8名）：○水澤英洋、竹内勤、武藤香織、山野嘉久、徳永勝士、林義治、小杉眞司、鎌谷洋一郎

協力医療機関 | 同意書 | 臨床情報 | ゲノム基盤 | 医薬品開発 | 人材育成等

検討事項	**①協力医療機関について（医療機関が具備すべき要件）**	**②同意書の検討、国民への普及啓発**	**③臨床情報の検討**	**④ゲノム基盤の運営・管理方法について**	**⑤医薬品開発の促進に向けたゲノムデータ基盤のあり方**	**⑥人材育成等**
構成員	竹内勤	武藤香織	山野嘉久	徳永勝士	林義治	小杉眞司 鎌谷洋一郎
具体的内容例	○診療部門 ○エキスパートパネル ○臨床情報の収集方法・検体の取扱方法	○産業利用・本格解析への移行を想定した同意書 ○各種法令・指針等の整理	○臨床情報項目及び収集方法（疾患共通及び疾患毎の症例報告書）	○ゲノム基盤の運営・管理方法 ○検体の保存・管理、シークエンス、データ保存・管理	○医薬品開発の促進につながるゲノムデータ基盤構築 ○各国の産業利用の状況	○専門的人材育成の現状把握、育成方法 ○国外希少疾患データベースと指定難病の相関関係、国際連携

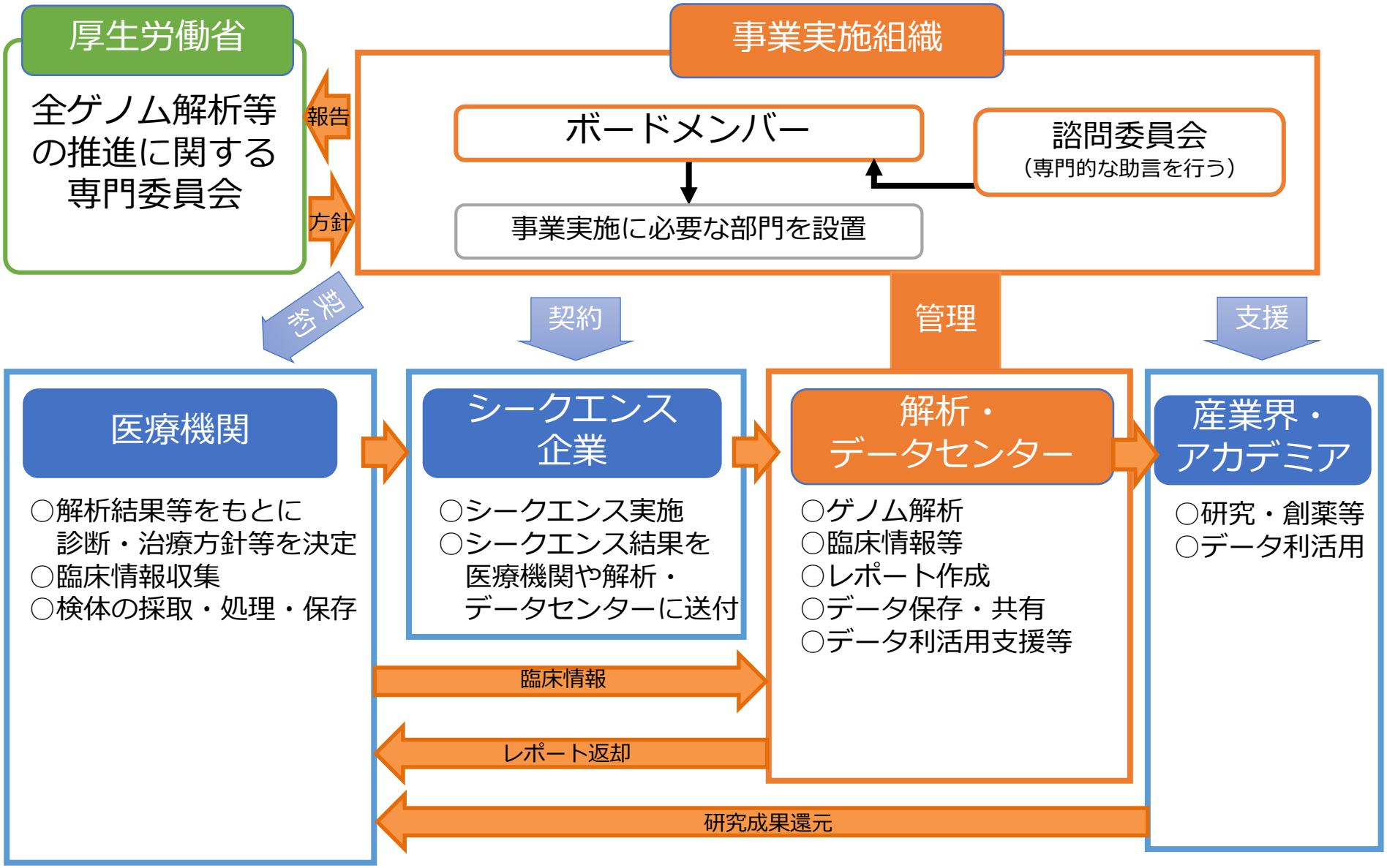
「難病のゲノム医療推進に向けた全ゲノム解析基盤に関する研究開発」班（AMED 國土班）体制



807

【國土班　徳永研究分担者資料（難病対策課により一部改変）】

（参考）　全ゲノム解析等の実施体制の将来像（案）



※ 全ゲノム解析等の実施体制の将来像については、引き続き、全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会をはじめ、事業実施準備室検討ワーキング等で検討を進める。

全ゲノム解析等実行計画に係る事業実施組織事業概要（案）

第12回全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会
令和４年11月15日
資料1-2
（別添1）

□事業概要

名称　全ゲノム解析等実行計画に係る事業【全ゲノム解析等実行計画に係る事業実施組織（仮称）】
事業内容　全ゲノム解析等の結果および成果の速やかな患者還元の支援、個別化医療の推進、および戦略的に蓄積されたデータの利活用を推進するための情報基盤の構築・運用を行い、研究・創薬を促進し、国民へ質の高い医療を届ける。

□事業背景

近年、全ゲノム情報等を活用した研究等がグローバルに進展しており、患者起点・患者還元原則の下、患者および患者家族や市民の視点を取り入れながら、がん・難病に係る創薬推進等のため、臨床情報と全ゲノム解析の結果等の情報を連携させ搭載する情報基盤を構築し、その利活用に係る環境を早急に整備し、研究・創薬などへの活用、新たな個別化医療の導入を進めるとともに、より早期の患者還元を着実に進めて行く事が求められている。

□事業目的

国民へ質の高い医療を届け、将来的な「がん・難病等の克服」を目指す。

□基本戦略

○対象
【がん領域】難治性のがん、希少がん、AYA世代のがん、小児がん、遺伝性のがん等
【難病領域】単一遺伝子性疾患、多因子性疾患、診断困難な疾患に分類し、それぞれの疾患の特性に応じて成果が期待しやすい症例
○戦略
（1）研究・創薬などに活用するための基本戦略
・戦略的なデータの蓄積
・産業界、アカデミアとの連携と能動的な支援
（2）早期に日常診療へ導入するための基本戦略
・医療機関内の体制整備支援
・臨床研究等を通した速やかな薬剤提供システムの構築支援
（3）新たな個別化医療等を実現するための基本戦略
【がん領域】マルチオミックスデータを加えた予防法、早期発見、早期再発診断新規治療法等の研究開発
【難病領域】・難病の早期診断：全ゲノム解析等により疾病の絞り込みが可能になると考えられる患者に対して、全ゲノム解析等を受けられる体制整備。特に患者数が少ない希少疾患については、国際共同的な枠組みの整備。
809
・難病の本態解明：質の高い臨床情報と全ゲノム解析情報による難病の本態解明と、治療・診断方法の開発

□事業内容

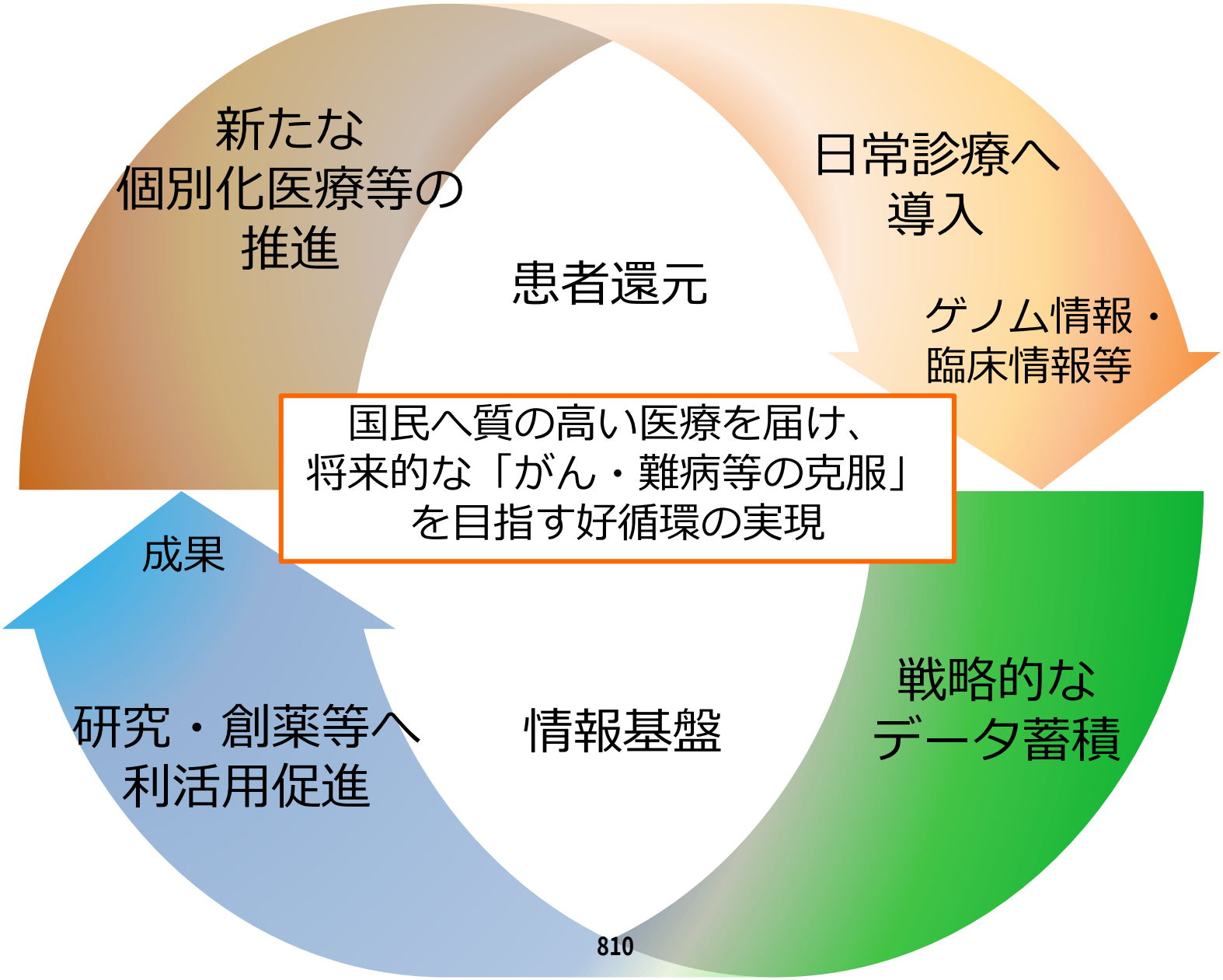
1）全ゲノム解析等の結果および成果の速やかな患者還元支援
・医療機関の体制整備等の支援
・ICT/AI技術を用いた患者支援
2）個別化医療の推進支援
・臨床試験、治験等の支援
3）質の高い情報基盤の構築と運用
・戦略的なデータの収集と、セキュアな管理
・APIを用いた自動的な臨床情報収集
・アカデミア、産業界の連携等のマッチング支援等
・迅速かつ公平で安全性の担保されたデータ等共有システムの構築と、利活用支援
4）患者・市民参画推進、国民向けの情報発信・周知活動支援
5）ELSI支援
6）人材育成支援

□ボードメンバー

ボードメンバーは、総括責任者(CEO)および、アカデミアや産業界を含む幅広い分野からなる外部有識者で構成される。CEOは事業内容に必要な専門知識と経験を有する者とする。

全ゲノム解析等実行計画に係る事業実施組織のビジョン

第12 回全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会
令和４年11月15日
資料1-2
（別添２）



第 12 回全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会	資料 1-2
令和４年 11 月 15 日	

「全ゲノム解析等実行計画」に係る
事業実施組織に求められる機能等について（案）

令和４年 11 月

厚生労働省

１．公益性・公共性

＜検討の視点＞

〇事業実施組織は、全ゲノム解析等の実施により集積されたデータを個別の患者の診断・治療に活用する又は創薬等の研究開発に利用するといった取組を推進する役割を担うものであり、当該取組は中長期にわたり安定的かつ着実に実施される必要がある。

〇事業実施組織の運営を営利目的の市場原理に全面的に委ねることとすると、各種取組が必ずしも適切に実施されない可能性がある。

＜対応方針案＞

〇事業実施組織は、何らかの法的根拠に基づいた公的な性格を有するものであるべきである。

２．機微情報・個人情報管理

＜検討の視点＞

〇事業実施組織は、機微情報・要配慮個人情報（ゲノム情報）を取り扱うため、事業全体の情報保護・管理やサイバー攻撃への対策を含めた安全性等の対策を徹底すべき。

＜対応方針案＞

〇プライバシー保護及び情報セキュリティに関する対応方針を明確化し、その実施に必要な部門を事業実施組織に設置するとともに、これらにより情報管理を徹底していることについて国民への周知を図る。

〇事業実施組織において、法人だけでなく、そこに従事する職員についても、何らかの法的根拠に基づいた守秘義務が必要。

３．データ等の利活用の公平性

＜検討の視点＞

〇事業実施組織においては、企業やアカデミアによる研究・創薬等を円滑に進めるため、迅速かつ公平で安全性の担保されたデータ等共有システムの構築が必要。

＜対応方針案＞

〇企業やアカデミアがデータ等を迅速かつ公平で安全に利活用することが可能となるよう、データ共有システムをオンプレミスやクラウド上に構築すると共に、利活用のためのルールや手続き等を整備し、その利活用を支援する部門を事業実施組織に設置する。

４．ガバナンス

＜検討の視点＞

〇事業実施組織は、上記１．２．３．の観点から、強固なガバナンスに基づく公平性・信頼性があり、患者や創薬メーカーなど利用者視点を取り入れた最新の知見に基づき柔軟で迅速な運営判断が可能な自立性および透明性の高い組織であるべき。

＜対応方針案＞

〇事業実施組織は、その運営を自立的に行う一方で、厚生労働省による監督・命令、報告徴収、立入検査、役員の選任・解任等の手段を確保することにより、十分にガバナンスが発揮された、透明性の高い組織とする。
〇人事等を通じて、民間の経営視点等を活用しつつ、柔軟性、機動性、効率性、顧客志向等を高めた運営体制とする。

５．産業界・アカデミアの参画、患者・市民参画（Patient and Public Involvement, PPI）

＜検討の視点＞

〇事業実施組織は、産業界・アカデミアがそれぞれ自主的に構築する産業フォーラム・アカデミアフォーラムと連携し研究・創薬等を推進する必要がある。
〇事業実施組織は、その事業の実施に当たり、対象患者への周知、説明だけでなく、広く国民や社会に対して継続的に情報発信を行うとともに、患者・市民の視点を取り入れる必要がある。

＜対応方針案＞

〇産業界･アカデミアによるデータ利活用により研究･創薬等がさらに推進されるよう、新規研究・創薬等の提案や、産業フォーラムとアカデミアフォーラムとの連携、研究者間の連携等のマッチング支援等を行うための部門を事業実施組織に設置する。
〇国民向けの情報発信・周知活動を実施するとともに、患者・市民からの意見を事業に反映させるための部門を事業実施組織に設置する。

６． 倫理的・法的・社会的課題（ Ethical, Legal and Social Issues, ELSI）

＜検討の視点＞

〇事業実施組織は､全ゲノム解析等の結果により､患者等が医療現場を含め､社会の様々な場面で不適切な取扱いを受けたり不利益を被ることがないよう､社会の理解と信頼を得ながら適切に業務を行うべき。

＜対応方針案＞

〇ELSI に係る専門性を備えた人員を配置し、事業全体として ELSI に適切に配慮しつつ計画を実施するための部門を事業実施組織に設置する。

７．人材育成

＜検討の視点＞

〇事業実施組織においては､解析･データセンターの運用､稼働維持及び改善のために、生命情報学、医療情報、情報セキュリティ、臨床遺伝学、ハイパフォーマンスコンピューティング、クラウドコンピューティング等、多様な専門性を備えた人材の確保を柔軟に行える必要がある。また、そのための人員育成・確保の計画が必要である。
〇事業実施組織は､遺伝カウンセラー等の臨床情報等の活用に係る人材育成の支援を行う必要がある。

＜対応方針案＞

〇民間企業や大学院等と連携し、データ解析や情報基盤の設計・構築、データ管理、情報セキュリティ対策等に加え、各種最先端の情報科学に係る研究を支援する部門を事業実施組織に設置し、その実施に当たって必要な人材の専門性や規模について検討を行い、柔軟に人材育成・確保を行うための計画を策定する。

〇全ゲノム解析等の解析結果を患者に還元する医療機関と協力し、遺伝カウンセラー等の育成を支援するための部門を事業実施組織に設置する。

第12 回全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会	資料 2
令和４年11月15日	

第12回全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会

全ゲノム解析等に係るAMED研究について（中間報告）

目次

1. データベース構築に関する進捗状況
2. エキスパートパネル実施体制構築に関する進捗状況
3. C班（解析班）進捗状況
4. R4年度スケジュール

令和4年11月15日

国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）
ゲノム・データ基盤事業部　ゲノム医療基盤研究開発課

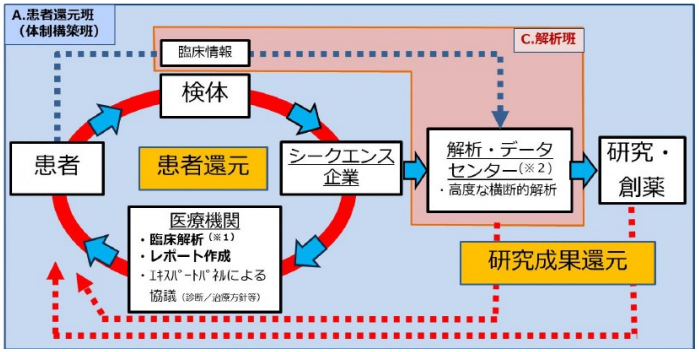
815

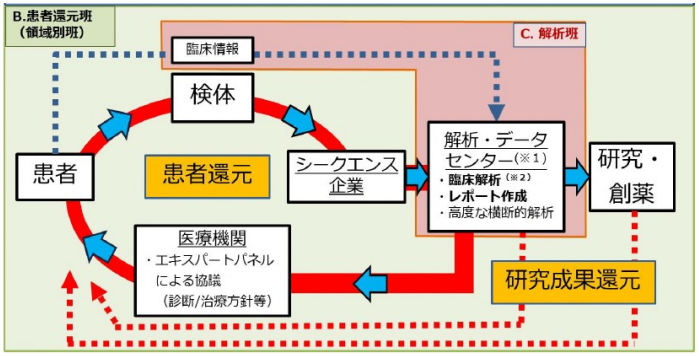
R4年度 AMED研究概要

● 患者還元体制について

(参考：専門委員会（8/19）資料1-1_全ゲノム解析等に係る検討状況等について, p9, p18)

- ✓ 既存の3医療機関で400症例の患者還元を行う（A体制：自施設完結型体制）とともに、患者還元体制の整った医療機関を、専門性や地域性を考慮しつつ分担医療機関として追加する。
- ✓ R4年度は、A体制を維持するとともに、分担医療機関を追加し、B体制（解析・データセンター体制）の整備に向けた比較検討を開始する。





● 全ゲノムプロジェクト症例内訳とR4年度実施内容

公募の種類	がん種	代表機関・代表者		令和3年度	
A班：患者還元班（体制構築班）	難治がん等	国立がん研究センター	角南久仁子	500症例（内新規の患者200症例）	計 9,900症例
	難治がん等	静岡がんセンター	浦上研一	500症例（内新規の患者200症例）	
	難治がん等	がん研有明病院	上野貴之	500症例（内新規の患者200症例）	
B班 患者還元班（領域別班）	消化器がん	東京大学	柴田龍弘	1,400症例	
	血液がん	京都大学	南谷泰仁	1,400症例	
	小児がん	東京大学	加藤元博	1,400症例	
	希少がん	東京大学	松田浩一	1,400症例	
	婦人科がん	がん研有明病院	森誠一	1,400症例	
	呼吸器がん他	国立がん研究センター	河野隆志	1,400症例	
C班：解析班		東京大学医科学研究所	井元清哉	A班、B班併せて、9,900症例の解析	

令和4年度体制・実施内容		
代表：国立がん研究センター 分担：国立がん研究センター東病院 分担：成育医療研究センター	600症例+α	600症例の内訳は、新規の患者400症例と、分担医療機関の新規の患者200症例。また、進捗状況に応じて、+αとして、合わせて最大200症例を追加解析予定。
代表：静岡がんセンター 分担：近畿大学病院	600症例+α	
代表：がん研有明病院 分担：慶應義塾病院 分担：大阪大学病院	600症例+α	
臨床情報の登録を行うとともに、蓄積された全ゲノムデータを用いた研究を行う。また、A班とも連携しB班全体としての成果をまとめる。		
臨床情報を収集するとともに、統一パイプラインによる解析及びレポート作成を行う。また、集中管理システムの構築、全ゲノム解析結果に基づいた臨床応用のための出口戦略の構築を行う。		

816

- ✓ 各班は連携し、臨床情報等の収集及び高度な横断的解析等を行う。
- ✓ 各班は、実施状況について「全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会」に報告し、当該委員会の方針に沿って解析等を行う。

データベース構築に関する進捗状況　～A班～ (7/20→ 10/20)

R3年度

- **FASTQデータ受領数（T/Nペア確定数）**
  - **WGS　: 1,448 → 1,486**
  - **RNA-seq :　0 →　477**
- **データ確定数（QC完了数）**
  - **WGS　: N : 1,209 → 1,487　T :　1,210 → 1,488**
  - **RNA-seq :　0**

R4年度

- **FASTQデータ受領数（T/Nペア確定数）**
  - **WGS　:　69 →　227**
  - **RNA-seq :　0 →　24**
- **データ確定数（QC完了数）**
  - **WGS　: N :　0 →　94　T :　0 →　96**
  - **RNA-seq :　0**

※データ確定数：塩基数，QV共に確定した数

		R3年度				R4年度			
代表機関・代表者		**出検数 計画：500症例**		**FASTQ データ 受領数 (T/Nペア確定数)**	**データ確定数 (QC完了数) 塩基数，QV**	**出検数 計画：600+α症例**	**FASTQ データ 受領数 (T/Nペア確定数)**	**データ確定数 (QC完了数) 塩基数，QV**	**前向き症例の同意取得数**
国立がん研究センター	**角南 久仁子**	**WGS**	500 (出検完了)	499	N:500/500,500/500 T:501/501,501/501※	24 → **109**	0 → **24**	N:24/24,24/24 T:24/24,24/24	42 → **204**
		RNA-seq	478 (出検完了)	0 → **477**		24 → **109**	0 → **24**		
静岡がんセンター	**浦上 研一**	**WGS**	500 (出検完了)	452	N:452/452, 452/452 T:452/452, 452/452	161 → **418**	0		202 → **470**
		RNA-seq	500 (出検完了)	0		0 → **323**	0		
がん研有明病院	**上野 貴之**	**WGS**	535 (出検完了)	497 → **535**	N:535/535, 535/535 T:525/535, 535/535	159 → **299**	69 → **203**	N:70/70, 70/70 T:43/72, 71/72	181 → **342**
		RNA-seq	535 (出検完了)	0		149 → **264**	0		

※角南班：500症例の中に重複がん（1症例で腫瘍検体が2つ）が2症例含まれるため、腫瘍検体（T）受領数は502の予定。

注１：FASTQデータは、症例IDに基づきペアをカウント
注２：QCは、研究班から提供されたペアリストを元に集計
注３：分割納品によるデータ統合が必要な症例の統合前のものが一部症例に含まれる。(それらの症例は塩基数が不足)

817

データベース構築に関する進捗状況　～B班～ (7/20→ 10/20)

全体
- FASTQデータ受領数（T/Nペア確定数）
  - WGS　：7,441 → 8,161
  - RNA-seq：　50 → 4,734
- データ確定数（QC完了数）
  - WGS　：N：6,735 → 7,826　T：6,755 → 7,884
  - RNA-seq：　0

※データ確定数：塩基数，QV共に確定した数

がん種	代表機関・代表者		出検数 計画：1,400症例		FASTQ データ受領数 (T/Nペア確定数)	データ確定数 (QC完了数) 塩基数，QV	備考
消化器がん	東京大学	柴田龍弘	WGS	1,400 (出検完了)	988 → **1,209**	N:1184/1194, 1194/1194 T:1162/1209, 1209/1209	
			RNA-seq	1,400 (出検完了)	50 → **709**		
血液がん	京都大学	南谷泰仁	WGS	1,400 (出検完了)	1,315	N: 1309/1315, 1315/1315 T: 1278/1315, 1314/1315	
			RNA-seq	747 (出検完了)	0 → **747**		
小児がん	東京大学	加藤元博	WGS	1,472 (出検完了)	1,157 → **1,375**	N:1368/1375, 1168/1375 T:1368/1375, 1168/1375	
			RNA-seq	1,015 (出検完了)	0 → **909**		
希少がん	東京大学	松田浩一	WGS	1,558 (出検完了)	1,481 → **1,484**	N:1407/1417, 1409/1417 T:1427/1441, 1436/1441	
			RNA-seq	1,396 (出検完了)	0 → **1,351**		
婦人科がん	がん研有明病院	森誠一	WGS	1,400 (出検完了)	1,400	N:1368/1391, 1391/1391 T:1272/1391, 1391/1391	FASTQデータ受領数は再確認中。
			RNA-seq	1,366 (出検完了)	0		
呼吸器がん他	国立がん研究センター	河野隆志	WGS	1,400 (出検完了)	1,100 → **1,387**	N:1128/1134, 1128/1134 T:1150/1153, 1148/1153	
			RNA-seq	1,149 (出検完了)	0 → **932**		

818

注１：FASTQデータは、症例IDに基づきペアをカウント
注２：QCは、研究班から提供されたペアリストを元に集計
注３：分割納品によるデータ統合が必要な症例の統合前のものが一部症例に含まれる（それらの症例は塩基数が不足）

臨床情報の収集に関する進捗状況　～B班～　(7/20→ 10/20)

班	施設数	①グローバルIPアドレスの登録依頼	②クライアント電子証明書のインポート	③Webブラウザ詳細設定のTLS1.2の有効化	④倫理審査
柴田班 代表		代表で患者情報を直接収集しないため対象外			
食道G(※1)	5	4	3 → **4**	3 → **4**	5
肝臓G	1	1	1	1	1
胆道・膵G	9	6 → **9**	6 → **9**	6 → **9**	0 → **5**
胃G	1	1	1	1	1
南谷班 代表	1	代表で患者情報を直接収集しないため対象外			1
分担機関(※2)	39	10 → **15**	9 → **15**	6 → **15**	33 → **34**
加藤班 代表	1	1	1	1	0 → **1**
分担機関	2	2	2	2	0 → **2**
松田班 代表		代表で患者情報を直接収集しないため対象外			
分担機関(※3)	53	15 → **31**	10 → **28**	10 → **28**	10 → **34**
森班 代表	1	1	1	1	1
分担機関	5	4 → **5**	2 → **5**	2 → **5**	5
河野班 代表	1	1	1	1	1
分担機関	7	4 → **5**	4 → **5**	4 → **5**	4 → **5**

：完了

柴田班：（※1）①②③は最大で4施設。
南谷班：（※2）①②③は最大で16施設。
松田班：（※3）①②③は最大で32施設。参加施設数は再集計した結果、53施設に変更。

- **EDC入力開始に向けた調整事項**
  - ✓ EDC用Excelファイルを各班に配付
    → 臨床情報のExcelでの取り込みシステムは11月14日から運用開始

EDC入力に関する進捗状況　～B班～　(10/31時点)

班	症例数合計	臨床情報（基本項目）	臨床情報（全項目）	備考欄
柴田班	1,428	475	475	Excelフォーマットによる入力を並行して準備中
南谷班	1,400	1,206	0	
加藤班	1,472	0	0	入力準備中 大部分の症例でExcelフォーマットを使用予定
松田班	1,423	304	25	Excelフォーマットによる入力を並行して準備中
森班	1,390	956	303	
河野班	1,400	822	822	

基本項目：患者基本情報シートまで入力した数
全項目：すべて入力を完了した数

注：症例数合計は再確認中

820

エキスパートパネル体制構築班の進捗状況　～A班～　(7/20→10/20)

項目	角南班	浦上班	上野班	全体
エキスパートパネル実施数	134 → **205**	111 → **152**	154 → **320**	399 → **677**
WGS解析により検出された診療に関連する遺伝子異常				
Actionable genomic alterationの検出数	64 → **115**	49 → **72**	87 → **194**	200 → **381**
生殖細胞系列に開示対象の病的バリアントの検出数	12 → **19**	2 → **4**	15 → **20**	29 → **60**

WGSを用いたエキスパートパネルにより得られた成果

- **既存の検査では検出できないがんに関与するゲノム異常の検出**

✓ long insertion/deletion変異（ *CDKN2A , CDKN2B, CHEK2, TP53, CDK12*など）
✓ inversion変異（*BRCA1, RB1*）
✓ 病的と強く疑えるバリアント（BRCA2）
✓ 構造異常や転座・欠失等

- **全ゲノム解析の結果が診断や治療に有用であった例**

✓ 構造異常や融合遺伝子を、多様で診断が難しい希少がん（肉腫等※）などの診断や予後に活用
- 頭頸部腫瘍（篩骨洞）の組織型不明症例において、融合遺伝子の検出によりBiphenotypic sinonasal sarcomaと診断

※）腺様嚢胞癌, 孤発性線維性腫瘍, 骨外性ユーイング肉腫, 悪性末梢神経鞘腫, 類上皮血管内皮腫瘍, 脱分化型脂肪肉腫, 滑膜肉腫, 胞巣状軟部肉腫など

✓ 融合遺伝子の確認検査後、推奨薬剤を投与し有効性あり

- **がん以外の疾患に関与する可能性が高いゲノム異常の検出**

✓ 生殖細胞系列において非腫瘍関連遺伝子（循環器疾患等）を検出

821

提案：全ゲノム解析研究に参加する施設の拡大

がんゲノム医療中核拠点病院の参画：東京大学（角南班）

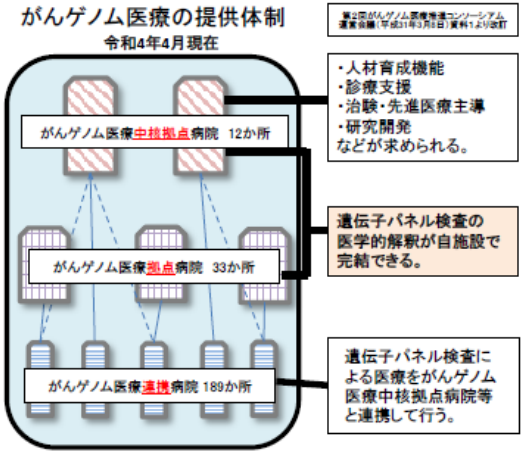
- 中核拠点病院として全ゲノムに対するエキスパートパネルを介した患者還元体制を構築する。
- 東京大学病院は、全ゲノム解析等実行計画2022に記載された医療機関の要件を満たしている。
- 小児がんの症例数集積の加速が期待できる。
- 小児がん、その他の固形がんの50症例を検討予定。

医療機関の拡充方法

全ゲノム解析研究に参加する施設の要件

3. 医療機関要件：EP、全ゲノム解析体制の要件など（R4.3.2 第8回ゲノム専門委員会資料3-2より）

がんゲノム医療中核拠点を主体とし、中核拠点の施設要件をすべて満たしている等、準備*の整ったがんゲノム医療拠点病院を含める。
R3年度中に要件を整備し、R4年度からはこの要件を満たす医療機関で全ゲノム解析等を行う。



*以下が準備されていること
- 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、臓器横断的に検体が、適切に保管・管理される体制が整備されていること。
- 臨床研究中核病院、もしくは、それに準じた診療機能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適切な体制を備え、一定の実績を有していること

ゲノム医療を必要とするがん患者が、全国どこにいても、がんゲノム医療を受けられるよう段階的に、全ての都道府県でがんゲノム医療の提供が可能となることを目指す

822

（出典：専門委員会, (7/7) 資料3_「全ゲノム解析等に係る厚生労働科学研究班」からの報告, p5）

C班（解析班）の体制について（令和４年度）

	分担	担当	令和４年度の目標
解析班（C班）井元 清哉	集中管理システム	①集中管理チーム ○松田 浩一（東京大学） 日本病理学会 日本衛生検査所協会	WGSデータ、臨床情報、検体および検体情報を紐付けて管理するシステムの構築（ID管理含む）を行う。また、がん組織バンク運営事務局の設置と関係機関との連携体制構築、組織型別サンプル保管手順書の作成、サンプル輸送・処理プロトコール作成、オンラインを活用した試料の登録・匿名化システムの構築、バンキングのための統一ICと研究計画書の作成等を行う。
	ゲノム解析・クラウド基盤・監視	②ゲノム解析チーム ○井元 清哉・片山 琴絵 （東京大学）	統一解析パイプラインのクラウドでの比較研究、システム運用とセキュリティ対策の調査研究を実施し事業実施組織に繋げる。また、シークエンス企業からのデータの受け取りを自動化し解析結果を返却するまでの時間の短縮や、ロングリードシークエンスへの対応等を行う。
	臨床情報等の活用	③臨床情報チーム ○美代 賢吾 （国立国際医療研究センター） 新谷 歩・太田 恵子 （大阪公立大学）	Web APIを用いてデータ収集が可能な医療情報標準規格であるHL7 FHIRを用い、収集するデータと通信の仕様検討と策定し、A班の3施設からの臨床情報の自動収集を試み、データ共有、基盤研究支援・臨床研究支援システムと連携させ幅広い利活用を目指す。また、電子カルテと臨床データベースへの二重登録を回避できるシステム、臨床研究支援システムの構築等を行う。
		④レポート作成チーム ○間野 博行 （国立がん研究センター）	A班と臨床情報チームと連携の上、個々の症例の臨床情報を反映させた、臨床的なエビデンスや有効性が見込まれる治療薬・臨床試験等の必要情報のアノテーションにより患者レポートを作成する。また、関連するアプリケーションの開発等を行う。同時に、SOPや運用体制を確立する。
	データ共有・研究支援システム	⑤データ共有チーム ○白石 友一・河野 隆志 （国立がん研究センター）	ゲノムデータ、臨床情報の抽出APIを備えたデータ共有システムおよび、実際に患者レポートのアプリケーション、基盤研究支援のためのポータルサイトのアプリケーションなどをAPIを経由した形式で構築する。
	出口戦略の構築	⑥出口戦略チーム ○山本 昇 （国立がん研究センター・中央病院） 吉野 孝之 （国立がん研究センター・東病院） 北野 滋久（がん研有明病院） 釼持 広和（静岡がんセンター病院）	全ゲノム解析およびオミックス解析対象を戦略的に検討する。承認済み既存薬剤を速やかに臨床的適正のある患者へ届けるシステムを基本コホートとして構築する。更に、戦略コホートして、全ゲノム解析結果およびオミックス解析等に基づいた新たな個別化医療のための臨床試験をA班と連携し立案し、一部は令和4年度中に症例登録を開始する。また、出口戦略チームとして成果等を共有出来るシステムの構築や、集中管理チーム、臨床情報チームと協力し、全てのコホートにおいて統合的な臨床情報収集・集中管理、臨床試験支援体制の構築を目指す。

(出典：専門委員会, (8/19) 資料1-1 _全ゲノム解析等に係る検討状況等について, p10)

C班（解析班）進捗状況 (10/20時点)

集中管理チーム

○：開始予定 ●：終了予定 ：完了 ：実施中

実施項目	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	進捗状況
WGSデータ、臨床情報、検体及び検体情報を紐付けて管理するシステムの構築														
1 システム要件検討/確定作業の実施		○								●				・井元班で行うゲノムデータ管理システムとの連携・ID共有を実施。 ・医療機関から受託会社へのオーダーシートの統一をNGS解析SOP作成とも連携して実施。 ・システム要件の検討作業を実施中。システム設計作業の発注を実施。 ・バンキングのための研究計画書の作成開始。 ・関連機関との定期ミーティングを実施し、がん組織バンク運営体制の構築を実施中。
2 要件確定/委託先企業の決定							○				●			
3 システム構築/納品								○					●	
4 システム検証作業												○	●	
オンラインを活用した試料の登録・匿名化システムの構築														
1 仕様の検討									○				●	
バンキングのための統一ICと研究計画書の作成等														
1 研究計画書の作成、倫理審査の承認								○					●	
がん組織バンク運営事務局の設置と関係機関との連携体制構築														
1 運営体制の構築		○											●	
組織型別サンプル保管手順書の作成（臓器別検体取扱SOP作成）														
1 病理学会での検体採取方法の検証作業の実施					○								●	・ゲノム解析に関する倫理審査は承認。 ・日本病理学会と連携し、臓器別検体取扱SOP作成作業を実施中。
2 SOPのドラフト作成					○								●	
3 SOPの確定作業											○		●	
サンプル輸送・処理プロトコール作成														
1 サンプル処理・輸送プロトコールのドラフト作成					○								●	・プロトコールの作成作業を実施中。 ・A班B班に核酸抽出のアンケートを実施し、集計作業を実施中。 ・BBJのシステム改修発注作業は準備中。
2 サンプル処理・輸送プロトコールの確定作業						○							●	
3 保管のためのBBJのシステム改修						○							●	
サンプル輸送・処理プロトコール作成（NGS解析SOP作成）														
1 受託会社・解析機関(A/B班)でのSOP(NGS/核酸抽出)ヒアリング					○						●			・日本衛生検査所協会と連携し実施中。 ・NGS受託会社のヒアリングが完了し、各社のSOPの内容を取りまとめ実施。 ・NGS解析SOPの骨子を作成。
2 SOPのドラフト作成								○			●			
3 SOPの確定作業											○		●	

C班（解析班）進捗状況 (10/20時点)

ゲノム解析チーム

○：開始予定 ●：終了予定 ：完了 ：実施中

実施項目	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	進捗状況
シークエンス企業からのデータ受け取り自動化　解析結果の返却　（統一パイプラインを用いたゲノムデータ解析）														
1 データの受け取り		○											●	・WGSのデータ受取はほぼ完了し、現在はRNAseqを中心にデータ受け取りが進行中。 ・WGSは、約40症例/日 で処理が進行中。RNAseq はパイプライン検証のための試行を繰り返し実施。 ・解析結果の返却は進行中。 ・データ受け取りのスキーマを整理し、データの整合性確認における不整合の事例を整理。 ・ロングリード解析の受け取りデータについて、310症例でsubreadまで含めて約2PBの受け取りのスキームを検討し、検証データを用いたパイプラインのチューニングを実施。
1 解析の実施		○											●	
1 解析結果の返却						○							●	
1 他のチームとの連携		○											●	
2 データ受け取り自動化				○									●	
3 ロングリード対応						○							●	
4 統一パイプライン振り返り											○		●	
統一パイプラインのクラウドでの比較研究														
1 課題抽出		○		●										・統一パイプラインのクラウドでの比較研究の課題抽出、検証準備は完了。 ・基準計画書の検討やクラウド選定検討、環境構築のための制約条件の整理。クラウドベンダーヒアリング実施。
2 検証準備					○	●								
3 解析環境の構築、性能・コスト検証							○						●	
システム運用・セキュリティ対策														
1 課題抽出			○		●									・システム運用・セキュリティ対策の課題抽出、検証準備は完了。 ・基準計画書や検証する攻撃シナリオの検討を実施。調査・検証製品の選定検討を実施。
2 検証準備						○	●							
3 プロトタイピング、性能・コスト検証								○					●	

C班（解析班）進捗状況 (10/20時点)

臨床情報チーム

○：開始予定 ●：終了予定 ：完了 ：実施中

	実施項目	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	進捗状況
EDCによる臨床情報収集体制の構築															
1	現行EDCによる臨床情報収集		○					●							・EDC項目の改修が終了し運用開始。運用開始後も研究者から追加改修要望があり対応中。 ・一括入力用エクセルファイルが完成し、A班B班に配付。 ・一括入力システムの構築が終了し、11月14日より運用開始。
2	出口戦略コホート・重複がん対応用EDC改修		○					●							
2	EDC改修項目調査		○					●	○	追加改修要望対応					
2	一括入力システム						○			●					
2	改修EDCによる臨床情報収集改修EDCによる臨床情報収集								○						
Web APIを用いたデータ収集体制の検討															
1	DDCに向けた検討項目の整理			○		●									・医療機関側システム構成検討は1病院の構成はほぼFIXし、残り２病院の構成を打ち合わせ中。 ・EDC項目のDDC移行の検討はFHIR Questionnare開発と合わせて検討中であり、FHIR Questionnare開発の発注を行う予定。 ・システムプロトタイプ開発は収集基盤システムの仕様書作成し、医療機関側は1病院の契約作業を開始。
2	医療機関側システム構成検討			○		●	○	各医療機関の構成検討							
3	EDC項目のDDC移行の検討				○		●	○	最新のEDC項目で検討						
4	FHIR Questionnaire定義					○									
5	収集基盤側システムプロトタイプ開発						○								
6	医療機関側システムプロトタイプ開発								○						
7	３病院DDC P-Type導入													○	

826

C班（解析班）進捗状況 (10/20時点)

レポート作成チーム

○：開始予定 ●：終了予定 ：完了 ：実施中

実施項目	月 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	進捗状況
患者レポートの作成													
1 ゲノム情報と臨床情報の統合ロジ構築	○	●			○		他施設用 →					●	・レポート様式は確定し、既存の臨床試験DBやレポート作成パイプライン、レポート返却システムの構築が完了。 引き続き造血器腫瘍用のロジを構築中。東大医科研で作成したVCFの確認、造血器腫瘍用の臨床試験DBを構築や造血器腫瘍用のパイプライン改変を実施中。
2 レポート様式の確定	○		●										
3 臨床試験DBの構築	○				●		○ 血液がんDB →					●	
4 レポート作成パイプライン構築	○					●	○ 血液がん用 →					●	
5 返却システムの構築			○			●							
6 レポート返却													
SOPや運用体制を確立													
1 全ゲノムレポート作成運用体制の構築	○					●							

出口戦略：ポート内

データ共有チーム

実施項目	月 4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	進捗状況
ゲノムデータ、臨床情報の抽出APIを備えたデータ共有システムの構築													
1 課題の抽出・検討	○		●										・PoC実施に向けた課題抽出が完了。 ・EDC/ゲノムデータの取り込み試験やセキュリティ基盤の構築に着手。
2 ゲノム・臨床情報登録等、運用体制の検討・実施				○								●	
3 振り返り、さらなる課題抽出、まとめ										○		●	
APIを経由したアプリケーション構築													
1 課題の抽出・検討	○		●										・PoC実施に向けた課題抽出が完了。 ・レポート連携の接続調整や例示アプリケーション（IGV閲覧等の機能を含む）の構築に着手。
2 レポート作成システムとの連携、PoC実施							○				●		
3 患者還元補助システムの開発・連携、PoC実施							○				●		
4 振り返り、さらなる課題抽出、まとめ										○		●	

827

C班（解析班）進捗状況 (10/20時点)

出口戦略チーム（基本コホート）

○：開始予定 ●：終了予定 ：完了 ：実施中

実施項目	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	進捗状況
基本コホートの体制構築														
1 体制構築		○												・症例登録フローや改修EDCのプロトタイプが完成（患者還元に関する項目追加）。 ・EDC改修研究用 CGP 検査の事務局を構築し、10月18日に基本コホートキックオフ会議を実施。 ・11月より順次登録が開始される予定。
2 EDC改修														
3 観察研究プロトコール作成・IRB承認														
4 研究用CGP検査契約														
5 登録フロー構築														
6 症例登録開始								○						

出口戦略チーム（戦略コホート：ENSEMBLE試験）

実施項目	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	進捗状況
ENSEMBLE試験の体制構築、症例登録開始														
1 PRT／ICF 準備		○			●									・CRB審査は9月2日に承認。 ・jRCTへの登録は関東厚生局に打診中。 ・実施施設の管理者許可は実施医療機関に打診中。 ・本試験EDCの最終調整が終わり、10月11日にリリース。 ・本試験のキックオフミーティングを10月14日に開催。 ・症例登録は11月より開始予定。
2 CRB						○	●							
3 jRCT								○						
4 管理者許可								○						
5 本試験EDC構築		○						●						
6 登録（本年度目標100例）									○				●	
ENSEMBLE試験の各種委員会														
1 NOM委員会							○							・2週間に一度、治療効果判定の均一化を図るため、局所進行癌術前治療後の画像判定のデモを実施中。 ・SOP作成のため、切除標本の提出方法等や放射線治療の均一化のための相談。
2 病理委員会								○						
3 放射線治療委員会								○						

C班（解析班）進捗状況 (10/20時点)

出口戦略チーム（戦略コホート：乳癌のNAC観察研究）

○：開始予定 ●：終了予定 ：完了 ：実施中

	実施項目	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	進捗状況
乳癌のNAC観察研究の体制構築、症例登録開始															
1	体制構築		○										●		・当院乳腺センターとの定期打ち合わせを実施。 ・全ゲノム解析内容詳細について、研究所と打ち合わせを実施し、観察研究プロトコール作成を進行中。 ・EDCの費用については最小限になるように可能な限り院内で実施できるように調整中。
2	観察研究プロトコール作成			○							●				
3	EDC見積もり							○			●				
4	IRB申請準備→承認									○			●		
5	症例登録開始													○	

出口戦略チーム（戦略コホート：非小細胞肺癌の周術期観察研究）

	実施項目	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	進捗状況
非小細胞肺癌の周術期観察研究の体制構築、症例登録開始															
1	体制構築		○										●		・WJOG（臨床試験グループ）での検討が進行中。 ・中核拠点・拠点病院から開始する方針を確認。 ・観察研究プロトコール作成が進行中。
2	観察研究プロトコール作成				○						●				
3	IRB申請準備										○			●	
4	EDC見積もり											○			

R4年度スケジュール

R4年度-Ⅰ			Ⅱ			Ⅲ			Ⅳ		
4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
AMED研究班合同会議											
▲ 4/22	▲ 5/26	▲ 6/27	▲ 7/26	▲ 8/29	▲ 9/27	▲ 10/25	▲ 11/28	▲ 12/27	▲ 1/25	▲ 2/28	▲ 3/29
「全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会」											
	● 5/16		● 7/7	● 8/19			● 11/15				

- **今後の会議予定**
  1）AMED研究班合同会議：11月28日（月）10:30~11:30

全ゲノム解析等に係る厚生労働科学研究について（令和４年度 中間報告）

令和４年11月15日

全ゲノム解析を基盤としたがんゲノム医療の実装に向けた患者還元、解析・データセンター、ELSI体制構築についての研究班

中釜　斉　　（研究班長、国立がん研究センター・理事長)

患者還元WG
河野　隆志　（WG長、国立がん研究センター研究所・分野長)
織田　克利　（東京大学医学部附属病院・教授）

解析・データセンターWG
井元　清哉　（WG長、東京大学医科学研究所・教授）
白石　友一　（国立がん研究センター研究所・分野長)

ELSI WG
横野　　恵　（WG長、早稲田大学社会科学総合学術院・准教授)
田代　志門　（東北大学大学院文学研究科・准教授）

準備室WG
青木　一教　（WG長、国立がん研究センター・研究所・副所長)
徳永　勝士　（国立国際医療研究センター研究所・プロジェクト長）

「全ゲノム解析等に係る厚生労働科学研究班」からの報告

令和４年度　患者還元WGの活動

河野　隆志
（WG長、国立がん研究センター研究所・分野長)
織田　克利
（東京大学医学部附属病院・教授）

「全ゲノム解析等に係る厚生労働科学研究班」の検討事項等

専門WG	令和３年度の検討・実施事項		令和４年度の検討・実施事項
患者還元WG（河野隆志）	患者還元	ICT/AI技術	電子的ICFに応用可能な統一ICFの作成
		対象疾患、患者数	
		医療機関要件	医療機関の拡充方法について検討
		出口戦略について（R４年度より）	出口戦略および体制構築について（産業、アカデミアフォーラムとの連携）
	検体の保存・利活用	保管、管理ルール	令和４年度からは、AMED研究班（C班）が実行し、患者還元WGが新規技術要件、QC体制の構築等について検討
	シークエンス	受託要件	
		技術的要件	
		クオリティーコントロール（QC)	
	データ利活用	アカデミア、産業界の役割について	令和４年度からは、準備室WG（準備室）で検討等を継続
		データ共有ルール（データシェアリングポリシー）	
		データ利活用審査委員会	
	人材育成	遺伝カウンセリングなど	
解析・データセンターWG（井元清哉）	ゲノム解析	ゲノムデータベース構築	令和４年度からは、AMED研究班（C班）が実行し、解析・データセンターWGが専門的事項について検討
		統一パイプライン	
		高度な横断的解析（AI活用含む）	
	臨床情報等の活用	臨床情報ＤＢ構築（API自動収集）	
		レポート作成システム	
	データ共有システム	研究支援システム	
	集中管理システム	集中管理システム	
	情報管理・システム構築に関して	情報管理	
		システム開発や環境構築	
	人材育成	バイオインフォマティシャン等について	厚生労働省の人材育成事業が主体として実行
ELSI　WG（横野　恵）	ICF	統一ICF挿入文作成	令和４年度からは患者還元WGが主体で作成
	ガイダンス	IC手法、2次所見・結果還元在り方等	継続して検討
	患者・市民視点	PPIの推進	補助資料（パンフレット、動画）、ホームページについて患者還元WGと連携して作成
準備室　WG（青木一教）	事業実施組織準備室に係る事項		データ利活用（産業、アカデミアフォーラム発足支援を含む）および準備室発足に係る事項

令和４年度　患者還元WGの活動

1. 医療機関の拡充方法
   全ゲノム解析を行う施設の要件の検討
   C班基本レポートの要件の検討
   → ミニマルエッセンシャルな記載内容を決定

2. 出口戦略について
   出口戦略につながる臨床試験等の基本的な考え方の検討
   → C班山本Gと連携し、基本コホートを決定
   ドキュメント類の整備
   → 準備室WGと連携し、利活用ポリシー、データシェアリングポリシー
   情報利活用審査委員会規定のたたき台を準備

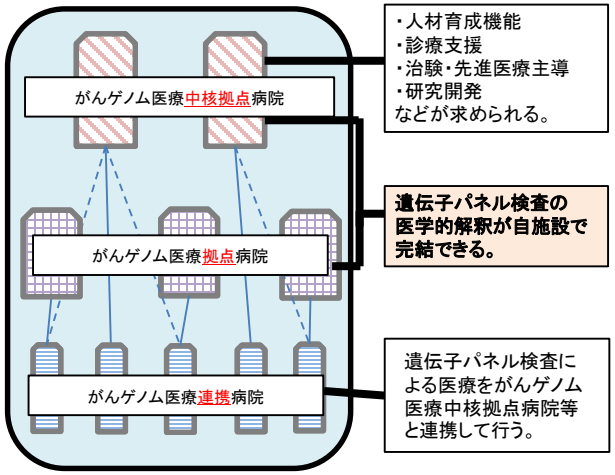
3. 新規技術要件、QC体制の構築
   → ロングリードシークエンスのデータ量について
   → 解析・データセンターWGと連携し、データQC体制を決定

4. 電子的ICFに応用可能な統一ICFの作成
   → 利点・欠点・稼働性を考慮した専門的検討班が必要

医療機関の拡充方法　(案)

全ゲノム解析等実行計画2022: 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とする。
毎年１回、新たに要件を満たした医療機関の審査及び承認を専門委員会において実施し、承認された医療機関を、翌年度より患者還元を行う医療機関として追加する。また、患者還元を行う医療機関の体制、実績等に係る評価を、毎年１回、専門委員会において実施する。なお、患者還元を行う医療機関に求められる主な要件は、必要に応じ専門委員会において見直すこととする。

がんゲノム医療の提供体制



患者還元を行う医療機関に求められる主な要件
・がんゲノム医療中核拠点病院又はがんゲノム医療拠点病院であること。
・全ゲノム解析結果の分析的妥当性および臨床的有用性についての評価ができる体制が整っていること。
　具体的には、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臨床的意義づけ
　► 一定の精度が担保された確認検査によるゲノム変化の検証
・がんゲノム医療連携病院を加える場合には、その診療体制を十分に把握し、適宜指導等を行い、適切な患者還元を実現させること
・がんゲノム医療連携病院を加える場合には自施設のみでなく、当該施設を含めて以下の要件を満たすこと
　・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。
　・がんゲノム医療に習熟した医療者と結果開示に関わる医療者が密に連携をとり、施設内で適切な患者還元を実施できる診療体制が整備されていること。
　・検体が、患者の同意の下で、適切に保管・管理される体制が整備されていること。
　・ゲノム解析情報に基づく臨床試験・治験等の実施について、自らもしくは他の医療機関と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。

【現状と課題】本AMED研究（出口戦略班を含む）においては、中核拠点および準備の整った拠点病院から患者登録を開始する。
　一方で、国際的競争力の観点から、希少がん（希少組織型、希少フラクションを含む）等を対象に、症例集積力が不可欠な試験の実現可能性も求められる。
　患者IC、検体提出、結果説明、ELSIの体制を十分に整えるとともに、上記要件を満たす拠点(連携)病院の確保等、適切な実施体制のもとで参加施設数を拡充していくことも必要である。
（第10回全ゲノム専門委員会）

【対応策案】　患者IC、検体提出、結果説明、ELSIの体制を十分に整えるとともに、症例集積性等を勘案したうえで、要件を満たす拠点(連携)病院を加え、エキスパートパネルを含めた適切な実施体制を構築していくことが必要である。
　連携病院の追加にあたっては、当該中核拠点（又は拠点）病院から必要性および追加を希望する連携病院の実施体制等について理由書を提出することとし、患者還元WGにおいて取りまとめて専門委員会に報告し、専門委員会で必要性や実施体制の準備状況について審議することとしてはどうか。

新規技術要件: ロングリードシークエンスについて

全ゲノム解析等実行計画2022: 統一化された手法を用いて、均一で高品質な解 析データを収集することとする。解析手法が確立された技術については、以下の１）～５）の条件をすべて満たす企業に外部委託することとする。１）国内に解析拠点があり、アクセス権限を有する者の範囲の制限、アクセスモニタリング、本人認証の強化（多要素認証の導入）、データの無害化、不正アクセスのリアルタイム検知等、セキュリティが担保されていること。第三者によるリスク評価、セキュリティ評価を定期的に行っており、指摘があった場合には責任者が適切に対処していること。２）一定数以上の検体のシークエンス実績があり、多数検体のシークエン スが可能であること。３）遺伝子検査にかかる精度管理5を実施している衛生検査所等であること。 ４）ゲノム解析の先進諸国との国際共同研究にも対応できるシークエンスが可能であること。５）均質なデータを得る観点から、統一されたシステムの次世代シークエンサーを複数台有すること。

技術的要件：WGSデプス、RNA seq範囲/QC方法、タイミング：標準手法によるシークエンスの場合

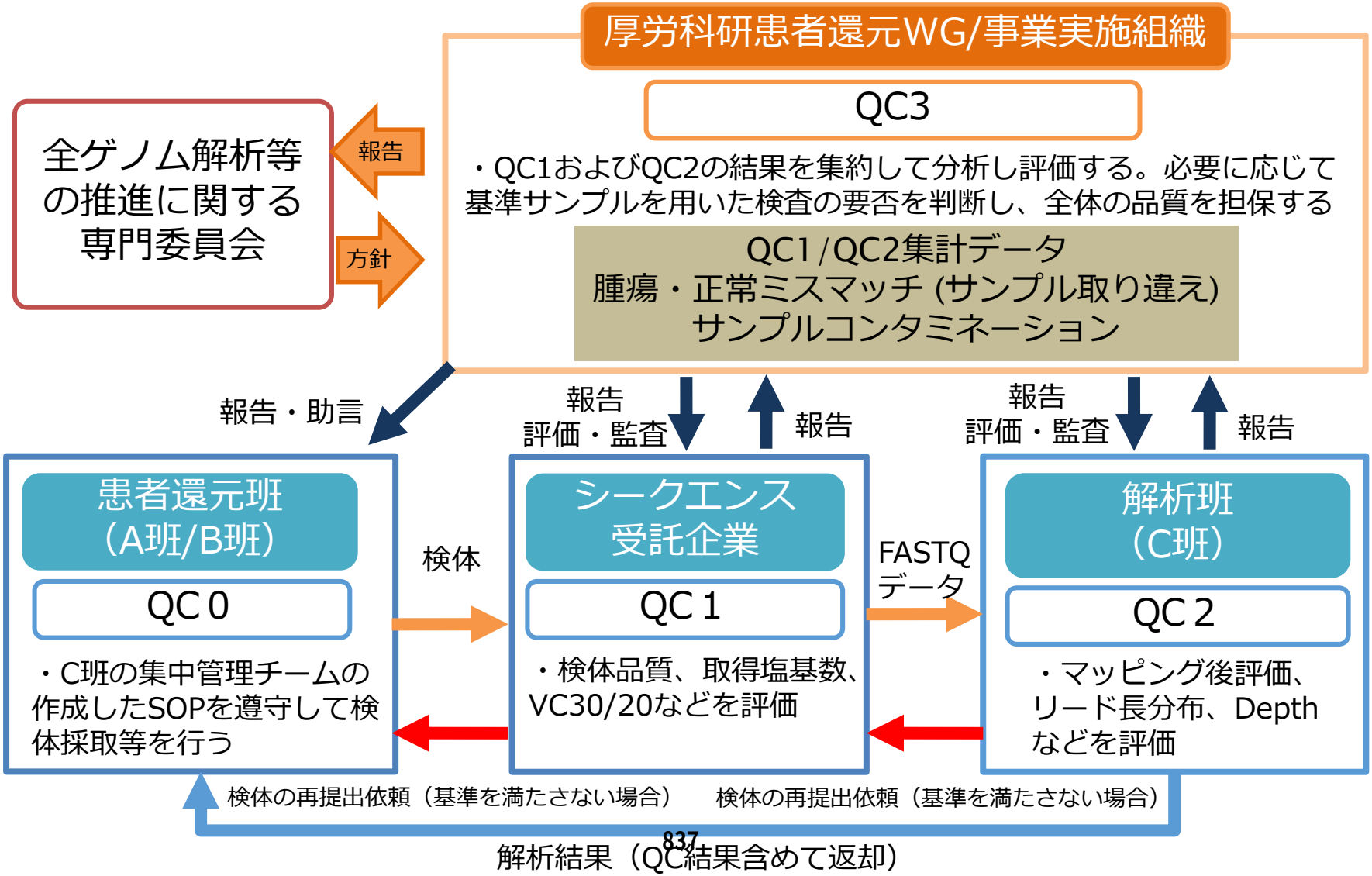
受託企業：ヒトゲノムマッピング前のデータを用いて質・量の評価を行い、基準値を満たすデータを取得する。
解析・データセンター：ヒトゲノムマッピング後のデータを用い、質・量の多面的評価を行う。

機関	受託企業		解析・データセンター	
QCタイミング	ヒトゲノム配列へのマッピング前に行う		ヒトゲノム配列へのマッピング後に行う	
	項目	基準値*	項目	方針
WGS	QV30/20以上の塩基割合（短鎖）	75%/90%以上	-	
	重複リード除去後の塩基数（短鎖）	N: 90G塩基以上/T: 360G塩基以上	-	
	取得塩基数（長鎖）	N: 30G塩基以上/T: 90G塩基以上**	リード長分布	
	-	-	マッピング率	・中央モニタリングに用いるとともに、各サンプルごとの値を研究者及び受託企業に返却 ・がん種や試料の種類、ライブラリー作成法、受託企業等の条件別に集計**** →次年度以降のデータ追加取得等の方針検討に利用
	-	-	重複率	
	-	-	インサート長	
	-	-	読み取り深度	
	-	-	他者ゲノムの混入	
RNAseq	リード数	2,000万リード以上***	-	
			アライメント率	
	RIN値	参考情報として収集	-	-

*試料の制限により、標準手法での委託でない際には、それに準じたQC基準を定める。なお、当該基準値を超えたデータ取得を各研究班の予算内で行うことは可能である。
**データ精度の確保ため、最新versionの試薬を用いることを推奨する。
PacBioでのデータ取得の際は、補償ポリシーに基づき10%の公差を許容する。
***ポリA精製ライブラリー調整を標準手法とし、その下限を示す。rRNA枯渇処理ライブラリー調整の際は、上記に見合うmRNA由来リードデータ量の取得を目標値とする。
****厚労科研「がん全ゲノム解析等の推進に向けた患者還元、解析・データセンター、ELSI 等に係る技術評価、体制構築についての研究」班において、各受託企業のシークエンス精度や、当該集計値及びマッピング前のQC値を用いた精度把握を行う。

データQC体制の構築

全ゲノム解析等実行計画2022: 令和４年度中は、厚生労働科学研究「がん全ゲノム解析等の推進に向けた患者還元、解析・データセンター、ELSI等に係る技術評価、体制構築についての研究」班において、各企業のシークエンス精度や、当該集計値及びマッピング前の QC 値を用いた外部精度管理を行う。事業実施組織発足以降は事業実施組織においてこれを行う。



ICT/AI技術: 電子的ICFに応用可能な統一ICFの作成

全ゲノム解析等実行計画2022: e-コンセントの利用にあたっては、その利点及び留意点について十分に理解することが必要である。e-コンセントを医療現場に導入する際には、病院でのIC情報の授受・管理の手法や解析・データセンターとの連携手段について、医療現場での実働性を踏まえた問題の抽出と開始に向けた具体案の検討が必要である。

利点
- ICFの内容の修正やトラッキング、一元的管理が容易化による効率化
- 個々のペースに合わせた説明コンテンツの利用や、同意内容の振り返り・確認、家族等との共有がしやすくなることによる患者の理解の向上
- 本事業への参加率の向上
- 患者への再連絡（リコンタクト）に係る利便性の向上

留意点
- ICTに不慣れな患者にとって、内容の理解や意思表示が困難。
- 対面に比べ質問の機会が減少することにより、患者に対する丁寧な対応が損なわれやすい。
- 代諾者が必要な場合の対応や要件の確認が困難。

検討すべき点
- 病院での IC 情報の授受・管理手法
- 解析データセンターとの連携手段
- 患者が主体となって情報管理が行えるオンライプットフォームの整備

研究・導入状況の調査

主な機能等 ＼ 商品名	遠隔診療システム SmartCure	WEB問診システム SymView	オンライン診療・服薬指導アプリ CLINICS	オンライン診療サービス curon	オンライン診療 ポケットドクター	クラウド型IC支援システム MediOS
導入施設	・亀田総合病院 ・長野県立こども病院 ・国立がん研究センター東病院	・広島県オンライン診療センター	・藤田医科大学病院 ・東北大学病院 ・国立循環器病研究センター ・国立病院機構三重病院	・がん研有明病院 ・愛知県がんセンター ・聖マリアンナ医科大学病院 ・国立精神・神経医療研究センター ・東京医療センター ・名古屋医療センター	・国立国際医療研究センター国府台病院（臨床研究ツール）	・恵佑会札幌病院 ・山形県立中央病院 ・関西医科大学病院 ・川崎市立多摩病院
マイページ	○	○	○	○	○	○
本人確認証の登録	○	○	○	○	○	×
WEB問診	○	○	○	○	△	○
WEB同意書（電子署名）	○	○	×	×	×	×

→ 利点・欠点・稼働性を考慮した専門的検討班が必要

「全ゲノム解析等に係る厚生労働科学研究班」からの報告

令和４年度　解析・データセンターWGの活動

解析・データセンターに関する要点とその後の対応

解析・データセンターWG
井元　清哉
（WG長、東京大学医科学研究所・教授）
白石　友一
（国立がん研究センター研究所・分野長）

品質基準

全ゲノム解析では、WGSとRNAseqに対し、品質基準を定め、均一で高品質な解析データを収集する取り組みを実施してきた。

6. 技術的要件：WGSデプス、RNA seq範囲/ 7. QC方法、タイミング：標準手法によるシークエンスの場合

受託企業：ヒトゲノムマッピング前のデータを用いて質・量の評価を行い、基準値を満たすデータを取得する。
解析・データセンター：ヒトゲノムマッピング後のデータを用い、質・量の多面的評価を行う。

機関	受託企業		解析・データセンター	
QCタイミング	ヒトゲノム配列へのマッピング前に行う		ヒトゲノム配列へのマッピング後に行う	
	項目	基準値*	項目	方針
WGS	QV30/20以上の塩基割合（短鎖）	75%/90%以上	-	
	重複リード除去後の塩基数（短鎖）	N: 90G塩基以上/T: 360G塩基以上	-	
	取得塩基数（長鎖）	N: 30G塩基以上/T: 90G塩基以上**	リード長分布	
	-	-	マッピング率	・中央モニタリングに用いるとともに、各サンプルごとの値を研究者及び受託企業に返却 ・がん種や試料の種類、ライブラリー作成法、受託企業等の条件別に集計****
	-	-	重複率	
	-	-	インサート長	
	-	-	読み取り深度	
	-	-	他者ゲノムの混入	
RNAseq	リード数	2,000万リード以上***	-	→次年度以降のデータ追加取得等の方針検討に利用
			アライメント率	
	RIN値	参考情報として収集	-	-

*試料の制限により、標準手法での委託でない際には、それに準じたQC基準を定める。なお、当該基準値を超えたデータ取得を各研究班の予算内で行うことは可能である。
**データ精度の確保ため、最新versionの試薬を用いることを推奨する。
***ポリA精製ライブラリー調整を標準手法とし、その下限を示す。rRNA枯渇処理ライブラリー調整の際は、上記に見合うmRNA由来リードデータ量の取得を目標値とする。
****厚労科研「がん全ゲノム解析等の推進に向けた患者還元、解析・データセンター、ELSI 等に係る技術評価、体制構築についての研究」班において、各受託企業のシークエンス精度や、当該集計値及びマッピング前のQC値を用いた精度把握を行う。

[出典] 第９回厚生科学審議会科学技術部会全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会
資料3-1 P.9 より抜粋
https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000943883.pdf

QC1（受託企業において実施）

機関	受託企業	
QCタイミング	ヒトゲノム配列へのマッピング前に行う	
	項目	基準値*
WGS	QV30/20以上の塩基割合（短鎖）	75%/90%以上
	重複リード除去後の塩基数（短鎖）	N: 90G塩基以上/T: 360G塩基以上
	取得塩基数（長鎖）	N: 30G塩基以上/T: 90G塩基以上**
	-	-
	-	-
	-	-
	-	-
	-	-
RNAseq	リード数	2,000万リード以上***
	RIN値	参考情報として収集

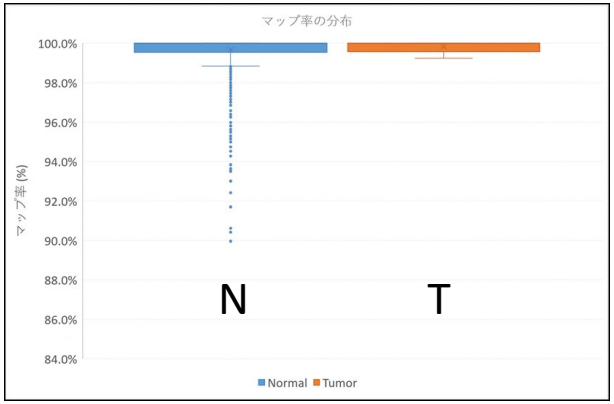
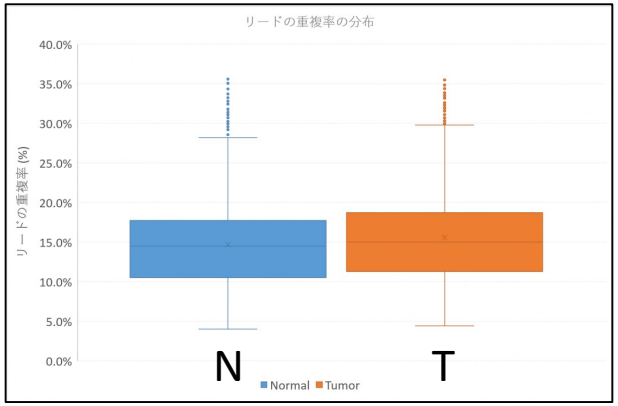
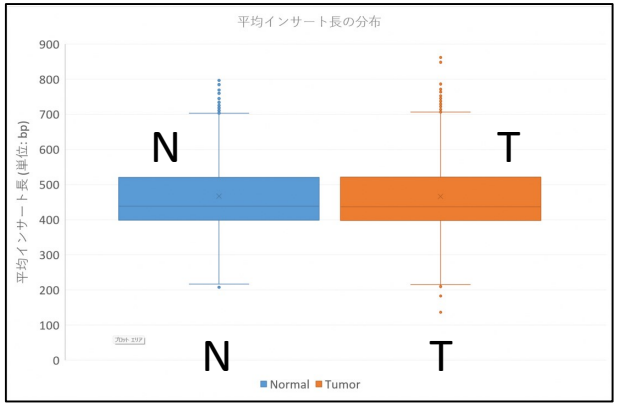
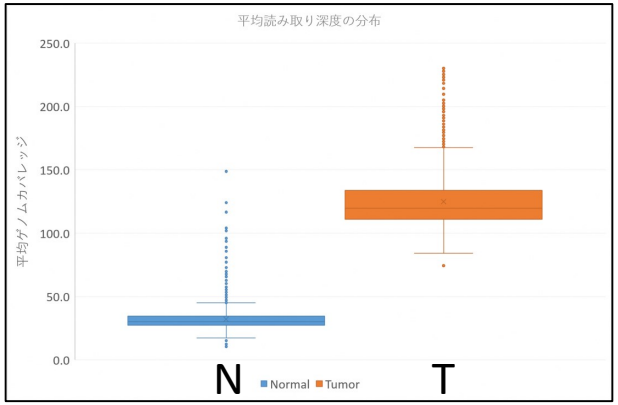
約9,000検体

正常 N	腫瘍 T
99.4%	99.5%
99.3%	97.4%

の検体が基準をクリア

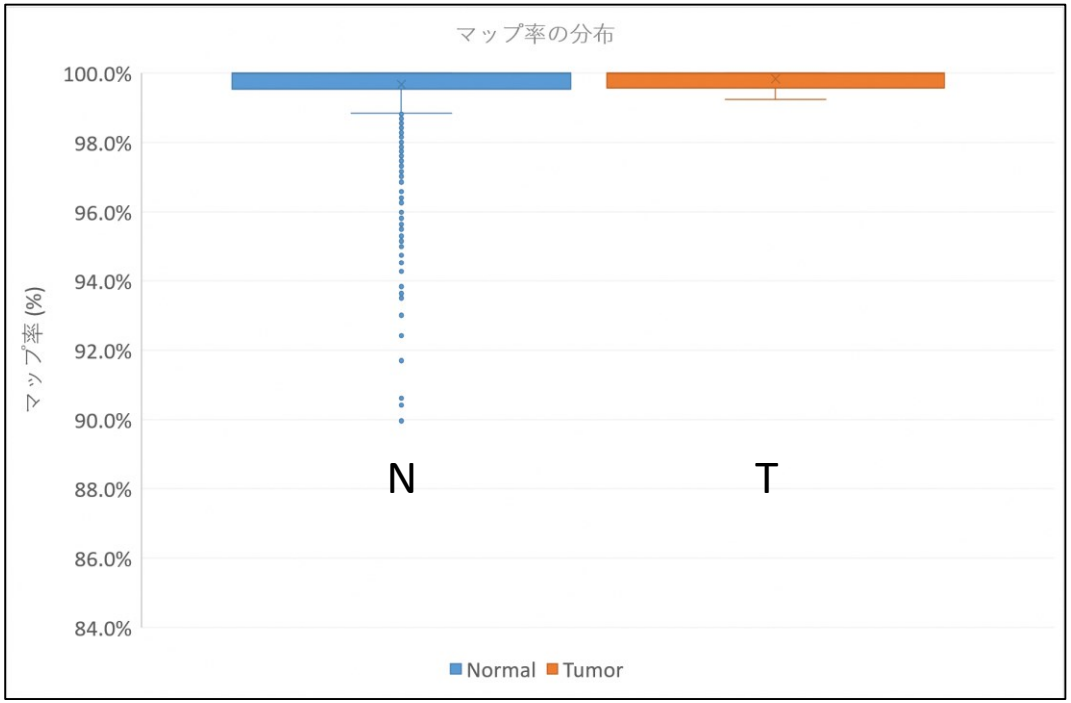
841

QC2 （解析・データセンターで実施）

①マッピング率	②重複率
	
③インサート長	④読み取り深度
	

842

解析・データセンターで行うQC
①マップ率



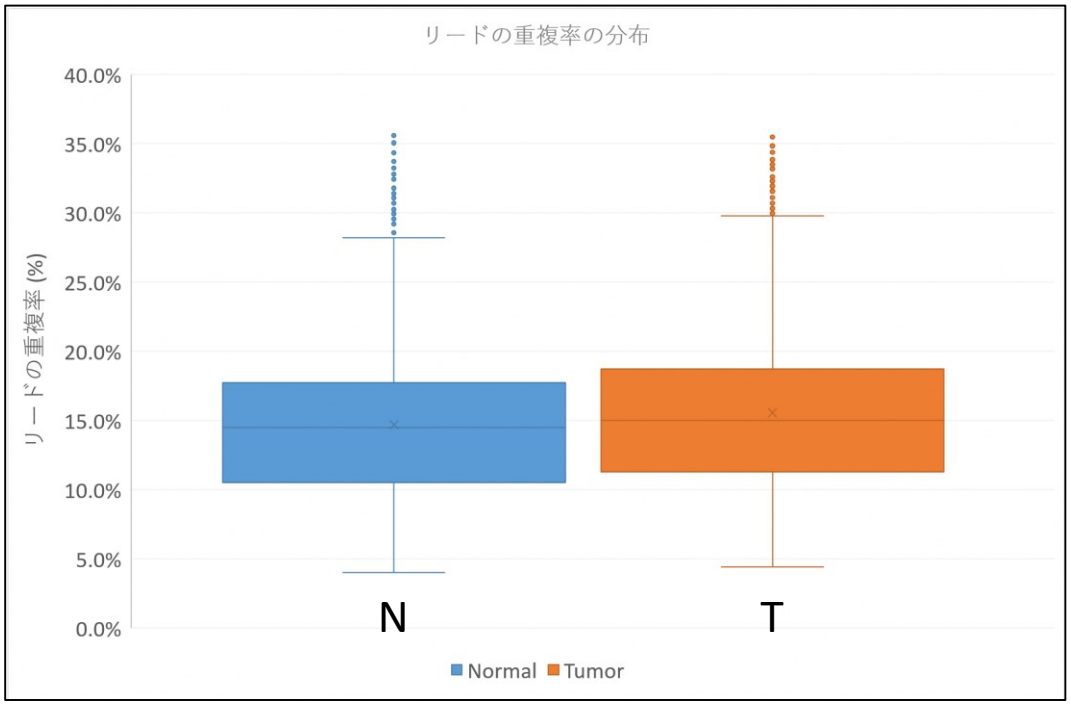
	正常 N	腫瘍 T
平均	99.7%	99.8%
中央値	100.0%	100.0%
最小値	90.0%	99.2%
最大値	100.0%	100.0%

3,649症例

99.0% 以下の検体の割合：Normal　約 6.8%
Tumor　0.0%

843

解析・データセンターで行うQC
② 重複率

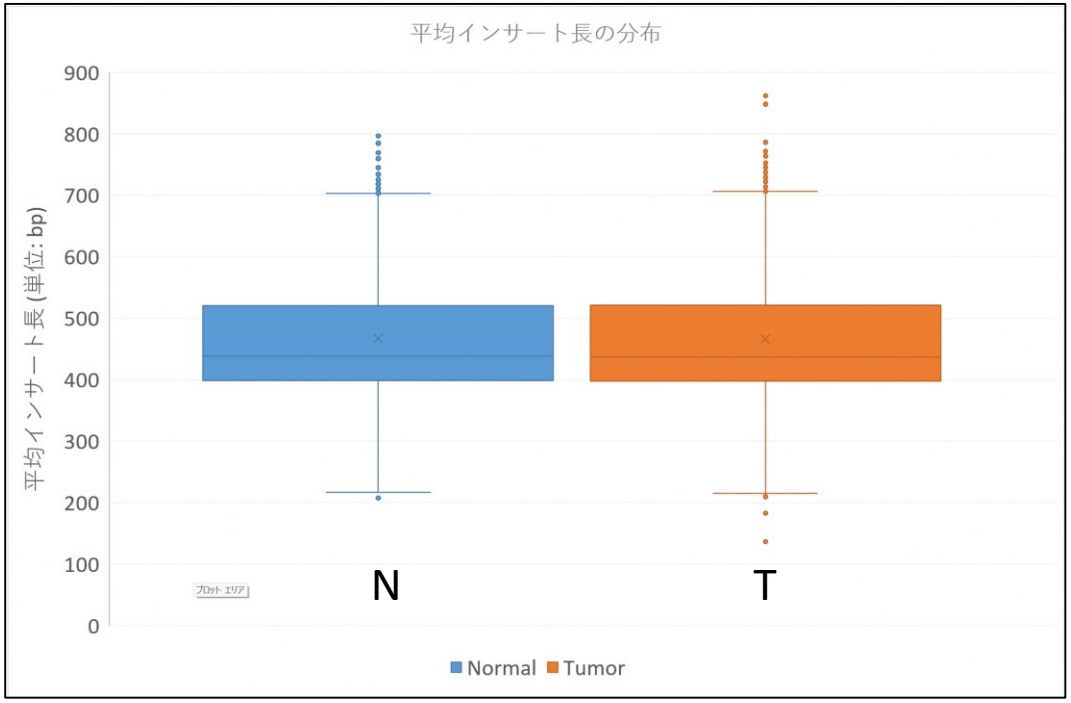


	正常 N	腫瘍 T
平均	14.7%	15.6%
中央値	14.5%	15.0%
最小値	4.0%	4.4%
最大値	35.8%	35.7%

3,649症例

20.0% 以上の検体の割合：Normal 約14.7%　Tumor 約18.5%
30.0% 以上の検体の割合：Normal 約1.4%　Tumor 約1.1%

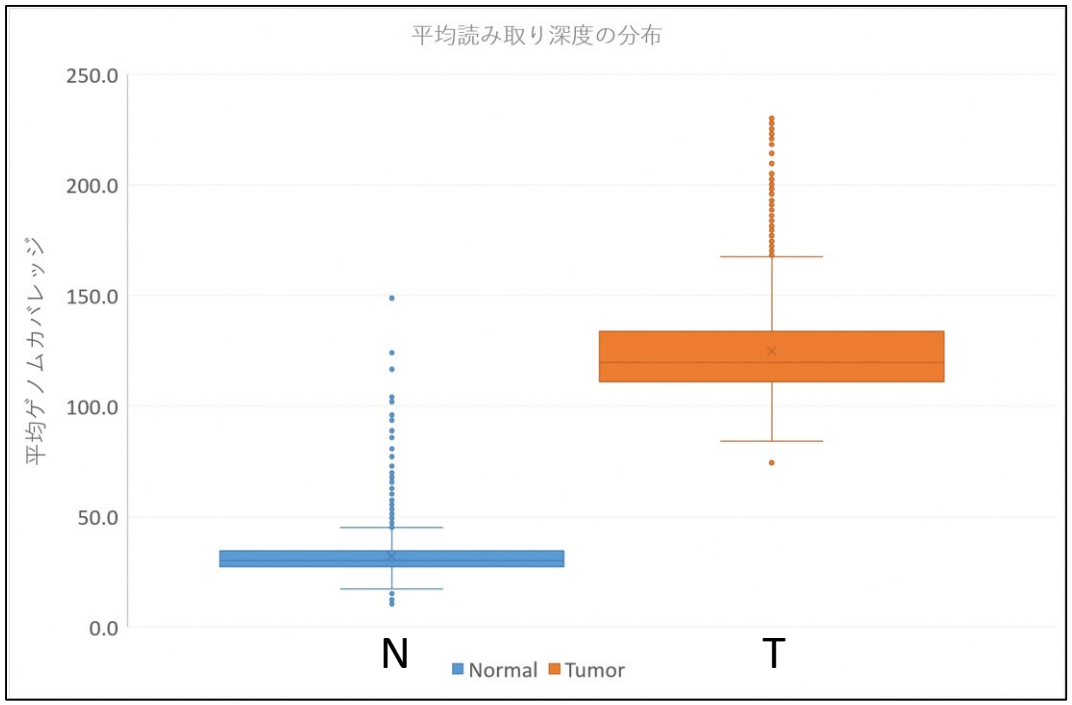
解析・データセンターで行うQC
③インサート長



	正常 N	腫瘍 T
平均	467	466
中央値	438	437
最小値	331	137
最大値	797	862

3,649症例

解析・データセンターで行うQC
④ 読み取り深度（bam）



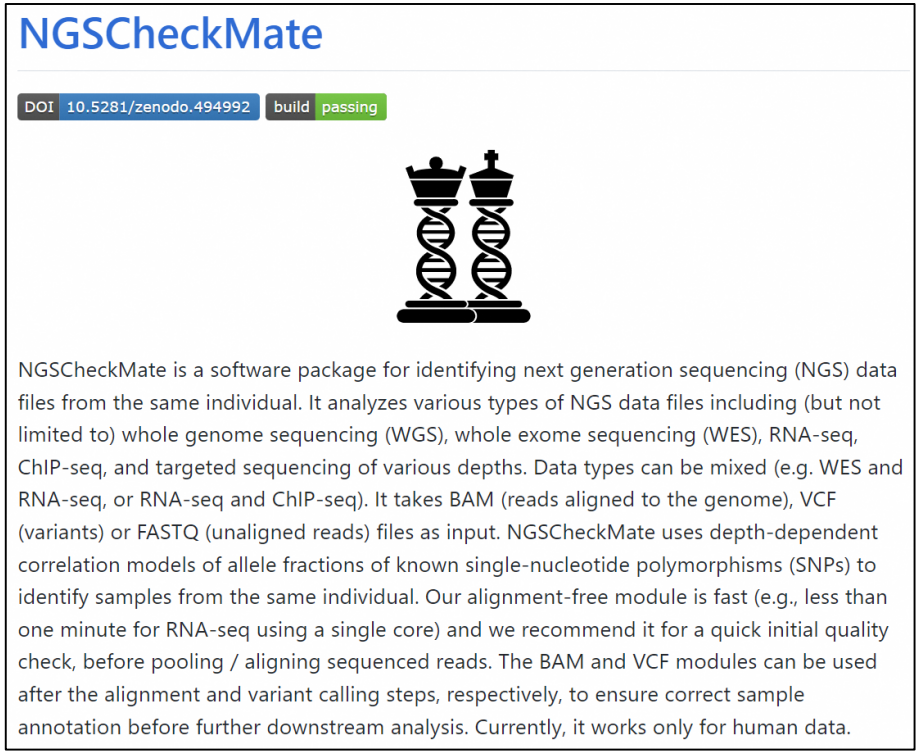
	正常 N	腫瘍 T
平均	32.1x	124.9x
中央値	30.3x	119.8x
最小値	6.2x	74.4x
最大値	148.8x	231.2x

3,649症例

Normal　30x 未満の検体の割合　約48.0%
Tumor　120x 未満の検体の割合　約50.5%

解析・データセンターで行うQC
⑤他者ゲノムの混入

NとTのアンマッチの割合：5,072 症例の中で 44 症例（約0.87%）



[出典] https://github.com/parklab/NGSCheckMate

847

■判定手法

NGSCheckMateというツールを用い、正常（N）と腫瘍（T）が同一の個体から得られたデータと見なせるか否かを、 Variant allele frequencies（VAF）の相関係数で判定する手法

QC3（中釜班にて実施）

- QC1（受託会社）とQC2（解析DC）の結果を統合し、ゲノムデータの品質の評価と管理を行う。
- QC2の各項目について、全体の分布も考慮し詳細に品質を検討するべき検体を抽出する。
- 上記の抽出検体について、QC1 で得られている FastQC の結果や QC2 の結果を総合的に評価すること。加えて、特定の受託会社、がん種、解析プロトコルに偏っていないかを調査すること。

「全ゲノム解析等に係る厚生労働科学研究班」からの報告

令和４年度　ELSI WGの活動

横野　　恵
（WG長、早稲田大学社会科学総合学術院・准教授)
田代　志門
（東北大学大学院文学研究科・准教授）

「全ゲノム解析等に係る厚生労働科学研究班」の検討事項等

専門WG	令和３年度の検討・実施事項		令和４年度の検討・実施事項
患者還元WG（河野隆志）	患者還元	ICT/AI技術	電子的ICFに応用可能な統一ICFの作成
		対象疾患、患者数	
		医療機関要件	医療機関の拡充方法について検討
		出口戦略について（R４年度より）	出口戦略および体制構築について（産業、アカデミアフォーラムとの連携）
	検体の保存・利活用	保管、管理ルール	令和４年度からは、AMED研究班（C班）が実行し、患者還元WGが新規技術要件、QC体制の構築等について検討
	シークエンス	受託要件	
		技術的要件	
		クオリティーコントロール（QC)	
	データ利活用	アカデミア、産業界の役割について	令和４年度からは、準備室WG（準備室）で検討等を継続
		データ共有ルール（データシェアリングポリシー）	
		データ利活用審査委員会	
	人材育成	遺伝カウンセリングなど	
解析・データセンターWG（井元清哉）	ゲノム解析	ゲノムデータベース構築	令和４年度からは、AMED研究班（C班）が実行し、解析・データセンターWGが専門的事項について検討
		統一パイプライン	
		高度な横断的解析（AI活用含む）	
	臨床情報等の活用	臨床情報ＤＢ構築（API自動収集）	
		レポート作成システム	
	データ共有システム	研究支援システム	
	集中管理システム	集中管理システム	
	情報管理・システム構築に関して	情報管理	
		システム開発や環境構築	
	人材育成	バイオインフォマティシャン等について	厚生労働省の人材育成事業が主体として実行
ELSI　WG（横野　恵）	ICF	統一ICF挿入文作成	令和４年度からは患者還元WGが主体で作成
	ガイダンス	IC手法、2次所見・結果還元在り方等	継続して検討
	患者・市民視点	PPIの推進	補助資料（パンフレット、動画）、ホームページについて患者還元WGと連携して作成
準備室　WG（青木一教）	事業実施組織準備室に係る事項		データ利活用（産業、アカデミアフォーラム発足支援を含む）および準備室発足に係る事項

ELSIワーキング

● 全体にかかる活動

外部有識者を含むワーキング会合をこれまでに3回開催し，方針の検討を行った

国内外の関連動向について随時調査を実施した

● ICF関係

モデル文案についてAMED研究班からのフィードバックを得たほか，説明の実務担当者を対象とした調査の準備を進めている

難病領域での検討状況も鑑みてモデル文案改訂の要否を検討する

● 情報発信

準備室WGおよび難病領域の武藤先生のグループと合同会議をこれまでに3回開催しWebサイトを中心に情報発信のあり方について検討

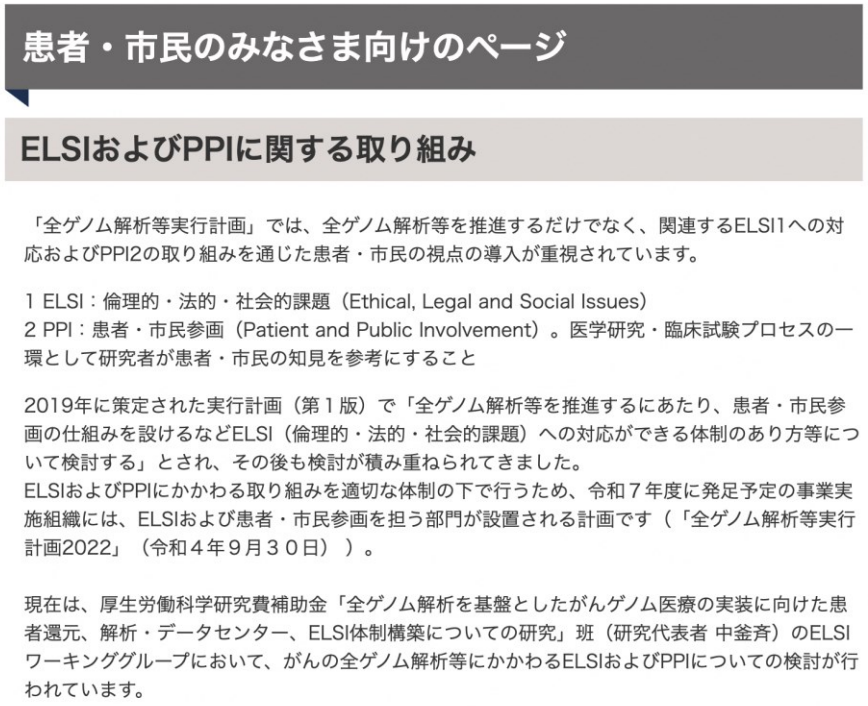
今年度は準備室WGとしてWebページを作成・公開した

実施組織準備室発足以降のWebサイトのあり方・管理体制等について引きつづき検討を進めている

851

準備室WGウェブサイト

患者・市民のみなさま向けのページ



患者・市民のみなさま向けのページ

ELSIおよびPPIに関する取り組み

「全ゲノム解析等実行計画」では、全ゲノム解析等を推進するだけでなく、関連するELSI1への対応およびPPI2の取り組みを通じた患者・市民の視点の導入が重視されています。

1 ELSI：倫理的・法的・社会的課題（Ethical, Legal and Social Issues）
2 PPI：患者・市民参画（Patient and Public Involvement）。医学研究・臨床試験プロセスの一環として研究者が患者・市民の知見を参考にすること

2019年に策定された実行計画（第１版）で「全ゲノム解析等を推進するにあたり、患者・市民参画の仕組みを設けるなどELSI（倫理的・法的・社会的課題）への対応ができる体制のあり方等について検討する」とされ、その後も検討が積み重ねられてきました。
ELSIおよびPPIにかかわる取り組みを適切な体制の下で行うため、令和７年度に発足予定の事業実施組織には、ELSIおよび患者・市民参画を担う部門が設置される計画です（「全ゲノム解析等実行計画2022」（令和４年９月３０日））。

現在は、厚生労働科学研究費補助金「全ゲノム解析を基盤としたがんゲノム医療の実装に向けた患者還元、解析・データセンター、ELSI体制構築についての研究」班（研究代表者 中釜斉）のELSIワーキンググループにおいて、がんの全ゲノム解析等にかかわるELSIおよびPPIについての検討が行われています。

本事業におけるELSI・PPIに関する取り組みを紹介

PPI

PPIイベント

- 第6回ゲノム交流会

  2022年9月19日（月・祝）開催

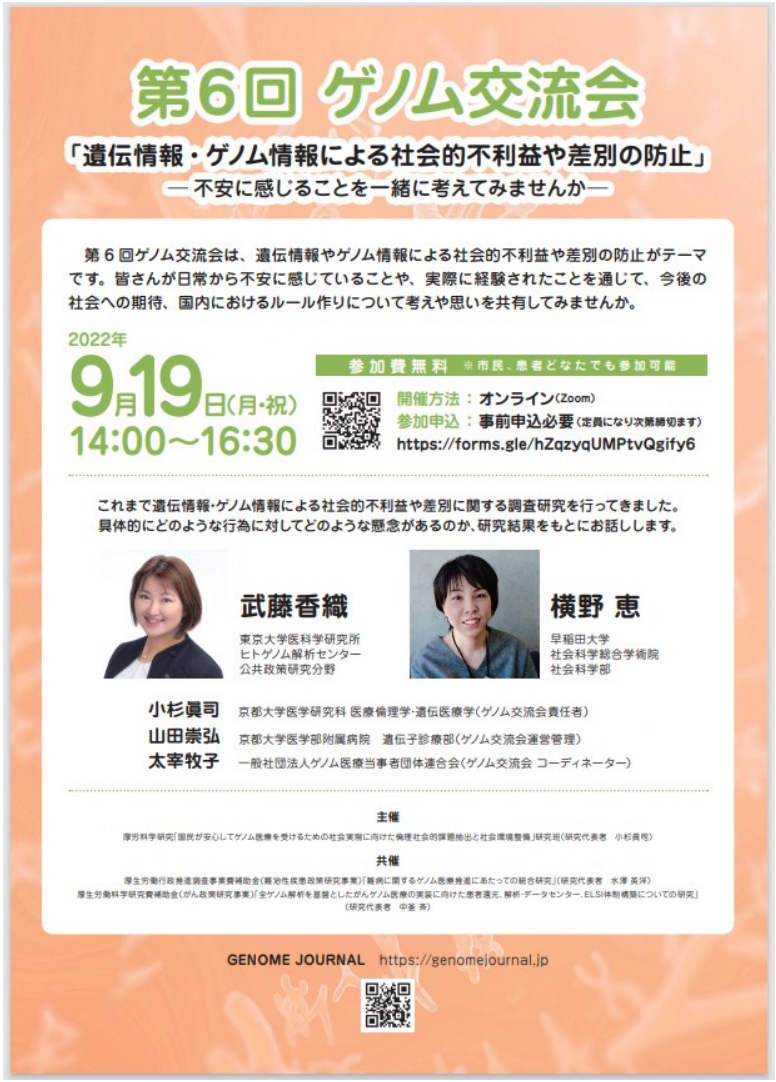
  厚労科研小杉班・水澤班と共催

  参加者38名

  認定遺伝カウンセラーらがファシリテーターを務める形でスモールグループディスカッションを実施

  活発な議論が行われ，同様のテーマでの企画の継続的実施を期待する声も寄せられている

  今後のPPI活動を行う上での課題も確認された



- 国立がん研究センター「患者・市民パネル検討会」

  2022年12月10日（土）オンライン開催予定

  患者・市民パネル検討会事務局と本研究班が共同で実施

  全ゲノム解析に関する情報・意見交換のほかゲノム研究・ゲノム医療にかかわるPPIのあり方についても検討予定

852

結果還元のあり方

「全ゲノム解析等実行計画2022」

① 患者還元を行う医療機関

全ゲノム解析等の結果を適切に患者に還元するため、患者還元を行う医療機関には、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・治験等の実施体制等が備わっていることが求められる。

患者還元の実装にあたり
ELSIへの対応体制の整備
が重要

ELSIワーキングでは，本事業におけるエキスパートパネルの運用実態やELSI面での課題把握の必要性が指摘された

医療機関の拡充も視野に入れて，ELSI面を含め適切な患者還元体制が構築できるよう検討を行う必要がある

1. 現在の患者還元体制下での課題の把握と対応方針の検討

患者還元の体制（A体制・B体制）やがん種によって課題が異なる可能性

すでに一定の実績があるがんゲノムプロファイリング検査の場合との比較も有益

2. 医療機関の追加を想定した検討

上記1.の検討成果を活用しつつ，機関ごとの体制や環境が多様な中で患者還元を適切に実施するための体制の検討（ガイダンスの整備を含む）および支援を行う枠組みの構築が必要と考えられる

「全ゲノム解析等に係る厚生労働科学研究班」からの報告

令和４年度　事業実施準備室WGの活動

青木　一教
（WG長、国立がん研究センター・研究所・副所長)
徳永　勝士
（国立国際医療研究センター研究所・プロジェクト長）

「全ゲノム解析等に係る厚生労働科学研究班」の検討事項等

専門WG	令和３年度の検討・実施事項		令和４年度の検討・実施事項
患者還元WG（河野隆志）	患者還元	ICT/AI技術	電子的ICFに応用可能な統一ICFの作成および管理体制の整備
		対象疾患、患者数	
		医療機関要件	医療機関の拡充方法について検討
		出口戦略について（R４年度より）	出口戦略および体制構築について（産業、アカデミアフォーラムとの連携）
	検体の保存・利活用	保管、管理ルール	令和４年度からは、AMED研究班（C班）が実行し、患者還元WGが新規技術要件、QC体制の構築等について検討
	シークエンス	受託要件	
		技術的要件	
		クオリティーコントロール（QC)	
	データ利活用	アカデミア、産業界の役割について	令和４年度からは、準備室WG（準備室）で検討等を継続
		データ共有ルール（データシェアリングポリシー）	
		データ利活用審査委員会	
	人材育成	遺伝カウンセリングなど	
解析・データセンターWG（井元清哉）	ゲノム解析	ゲノムデータベース構築	・令和４年度からは、AMED研究班（C班）が実行し、解析・データセンターWGが専門的事項について検討 ・準備室WG等と連携してAIを活用できる人材育成の体制について検討
		統一パイプライン	
		高度な横断的解析（AI活用含む）	
	臨床情報等の活用	臨床情報ＤＢ構築（API自動収集）	
		レポート作成システム	
	データ共有システム	研究支援システム	
	集中管理システム	集中管理システム	
	情報管理・システム構築に関して	情報管理	
		システム開発や環境構築	
	人材育成	バイオインフォマティシャン等について	厚生労働省の人材育成事業が主体として実行
ELSI　WG（横野　恵）	ICF	統一ICF挿入文作成	ICF運用の課題抽出および必要に応じた改定
	ガイダンス	IC手法、2次所見・結果還元在り方等	継続して検討
	患者・市民視点	PPIの推進	情報発信の在り方や、PPIのスキームを患者還元WGおよび準備室WGと連携して検討
準備室　WG（青木一教）	事業実施組織準備室に係る事項		データ利活用（産業、アカデミアフォーラム発足支援を含む）および準備室発足に係る事項

855

R４年8月19日専門委員会資料より

準備室WGの中間報告

がんと難病で連携

- 利活用推進の仕組みの構築：患者還元WGと連携
  - R5年度にデータ利活用を開始するために、下記ポリシー案や規定案を作成し、専門委員及び製薬協のコメントに対応中
    1) データ利活用ポリシー案
    2) データシェアリングポリシー案
    3) 利活用審査委員会設置・運用規定案
  - 事業実施組織及び準備室データ利活用システムの検討
- 準備室発足に係る事項の検討
  - コンサルとともに、事業実施組織設立に係る論点整理・マスタープラン案を検討
  - 11月半ばから、準備室発足や利活用の仕組みの構築等に関する総合調整コンサルを委託する予定
- PPIの推進：ELSI WGと連携
  - 情報発信を目的に、中釜班準備室WGの成果としてウェブサイトを医療研究連携推進本部(JH)のHPに作成（10月11日公開）
  - 情報発信の在り方や、PPIのスキームを、ELSI/PPIのがん・難病合同会議で検討

事業組織立上げで検討すべき論点を、準備室WG及びそれ以外の領域で整理

大論点	中論点	小論点	準備室WG/準備室での実施内容（例）
オールジャパンでの全ゲノム計画を推進するため、どのように事業実施組織を構築するか	準備室で検討すべき内容は何か	どのような計画を立てるか	● 事業実施組織設立に向けたグランドデザイン作成 　● 事業内容・組織構成・バリューチェーン 　● 実行計画 　● 財務計画　等
		どのように計画を実行していくか	● プロジェクト管理 ● 定款等、文書類の準備 ● 人材の確保　等
		どのような利活用の仕組みを構築するか	● 利活用・患者還元計画作成 ● 利活用・患者還元モデルの詳細化 ● アカデミア等へのデータ提供
	他WG等の検討内容をどのように取り込むか	ゲノムデータ利活用の実績をどのように積み上げるか	● 産業/アカデミアフォーラム運営方法検討・運営 　● 公開データでのシステム利用 　● 実データでの試験的な活用
		現行の解析用データシステムをどのように事業実施組織に移行するか	● 解析用データシステム等の移行計画・準備 ● 追加開発要件の整理 ● システムの運用移行
		人材育成体制をどのように構築するか	● 人材育成体制構築計画作成 ● アカデミア・企業等との人材育成・交流の協議 ● 人材育成に関する契約等
		ELSI・PPIをどのように実施するか	● ELSI・PPIの実施方法の整理 ● eICの業務要件整理、システム開発 ● データ利活用に関する患者市民に向けた広報準備

857

事業組織稼働までに向けて、準備室WG及び準備室で各WGでの検討内容を取り込んだ組織設立準備が必要

■ 計画・設計関連タスク
□ 実運用関連タスク
↔連携

今後のプロセス		準備室稼働			事業組織稼働
		令和4年度	令和5年度	令和6年度	令和7年度
		令和7年度の組織設立を目指した計画を作成	利活用を試行しつつ、計画をブラッシュアップ	事業実施組織設立に向けた実務的な準備・実施	事業実施組織設立
マイルストーン		グランドデザインの承認★	法人形態の決定★	（必要に応じて法改正等を実施）	法人設立★
準備室WG・準備室	全体管理	■ 事業実施組織設立に向けたグランドデザイン作成 □ プロジェクト管理	■ 計画の詳細化・具体化 □ バックオフィスの業務機能準備 □ プロジェクト管理	□ 組織の設立等準備 □ バックオフィスの業務機能準備 □ プロジェクト管理	• 法人運営開始
	患者還元検討	■ 利活用・患者還元計画作成 □ 産業/アカデミアフォーラム運営方法検討・運営	■ 利活用・患者還元モデルの詳細化 □ 産業/アカデミアフォーラム運営支援	□ アカデミア等での利活用支援 □ 産業向け利活用・患者還元モデル運用準備 □ 産業/アカデミアフォーラム運営支援	• 産業含めた、データ利活用の開始
	解析・データセンター運用	■ 解析用データシステム等の移行計画・準備	■ 業務要件の追加整理・追加開発※1 □ 解析用データシステム等の移行準備	□ 業務要件の追加整理・追加開発※1 □ 運用体制の構築・準備	• 解析用データシステムの運用
	人材育成体制構築	■ 人材育成体制構築計画作成	□ 人材育成体制構築準備・運用（アカデミアや企業等との連携）	□ 人材育成体制構築準備・運用（人材確保・トレーニング体制構築・契約）	• 人材育成体制の開始
	ELSI・PPI運用	■ ELSI・PPIの実施方法の整理・計画	□ ポリシー等の修正 □ eICの業務要件整理	□ データ利活用に関する患者・国民に向けた広報準備※2	• 情報公開活動等の実施
患者還元WG		• 公開データでの試験的なデータ活用	• 実データでの試験的なデータ活用	• 諮問委員会設立準備支援	
解析・データセンターWG/AMED C班		• システムの構築・運用 • 人材育成体制の検討	• システムの運用 • 準備室との協議	• 諮問委員会設立準備支援	
ELSI WG		• IC手法・結果還元等検討 • PPI検討	• 準備室との協議	• 諮問委員会設立準備支援	

※1：データ利活用に必要なシステム開発はAMED_C班で実施
※2：最終的に広報は事業実施組織内の部署が利活用促進及びELSI・PPIを合わせて実施する想定
ELSI・PPIは患者・国民理解の醸成に向けた広報内容の検討が主と想定。

令和4年度に準備室WG及び受託会社で実施すべきタスク（1/2)

令和4年度タスク		
大分類	中分類	小分類
全体管理	事業実施組織設立に向けた計画作成	事業実施組織設立に向けたグランドデザイン作成
	プロジェクト管理	進捗管理
		課題・リスク管理
		ステークホルダーマネジメント
利活用・患者還元検討	利活用・患者還元計画作成	外部調査（机上分析、想定ユーザーへのヒアリング、海外組織ヒアリング・調査）等
		利活用・患者還元モデルの整理
		利活用・患者還元計画作成
	産業/アカデミアフォーラム運営方法検討・運営	フォーラムの運営方法・あり方の検討
		フォーラムでの検討内容整理、ドラフト作成
		ロジ・アドミン（会則整理、日程調整等）

令和4年度に準備室WG及び受託会社で実施すべきタスク（2/2)

令和4年度タスク		
大分類	中分類	小分類
解析・データセンター運用	解析用データシステム等の移行計画・準備	現状アセスメント
		システム等移行計画作成
		運用ルール等の整備
人材育成体制構築	人材育成体制構築計画作成	人材育成体制構築計画作成
		人材育成体制・外部調査
ELSI・PPI運用	ELSI・PPIの実施方法の整理・計画	ELSI・PPIの実行計画
		海外先行事例の調査や市民・患者の意識調査等
		ELSI・PPIの実施方法の整理/ポリシー等の整備

国立高度専門医療研究センター医療研究連携推進本部（JH） ホームページ





中釜班WG「概要」ページ (10/11公開済)

「全ゲノム解析等実行計画」の推進について～厚労科研中釜班準備室WGの取り組み～

概要

我が国において、全ゲノム解析等を推進するため、がんや難病領域の「全ゲノム解析等実行計画（第１版）」（令和元年12月）が策定されました。その後、「経済財政運営と改革の基本方針2022」(令和４年６月７日閣議決定)において、「がん・難病に係る創薬推進等のため、臨床情報と全ゲノム解析の結果等の情報を連携させ搭載する情報基盤を構築し、その利活用に係る環境を早急に整備する」とされています。

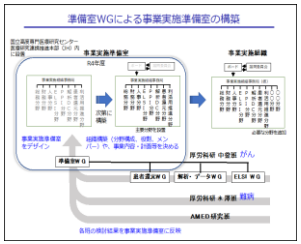
「全ゲノム解析等実行計画」の推進にあたっての基本的な方向性を厚生労働省の設置する専門委員会で決定し、事業実施組織がその具体的な運用を担うことを想定しています。事業実施組織は、強固なガバナンスと透明性、説明責任を有する自律性の高い組織であることが求められています。

事業実施組織発足のため、事業実施準備室を令和４年度中に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、組織、構成等を検討します。厚生労働省が主体となって、令和７年度からの事業実施組織の発足のため、令和５年度をめどに最も相応しい事業実施組織の組織形態を決定します（「全ゲノム解析等実行計画2022」（令和４年９月３０日））。

事業実施準備室を設置するにあたり、令和４年４月より、厚生労働科学研究費補助金「全ゲノム解析を基盤としたがんゲノム医療の実装に向けた患者還元、解析・データセンター、ELSI体制構築についての研究」班（研究代表者 中釜斉）に準備室WGが作られました。準備室WGでは、がんや難病領域の厚生労働科学研究班、AMED研究班と連携し、データ利活用および準備室発足に係る事項として、事業実施準備室の組織設計および人材確保等の検討を開始しています。具体的には組織運営部門や事業部門を設置することや、それに携わる必要人材等について検討を行っています。

※ELSI：倫理的・法的・社会的課題（Ethical, Legal and Social Issues）

準備室WGによる事業実施準備室の構築のイメージ図



※PPI：患者・市民参画（Patient and Public Involvement）

関連サイト・研究班のご紹介

- 厚生科学審議会科学技術部会 全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会
  https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-kousei_467561_00004.html
- 厚生労働科学研究班
  ・がん領域
  全ゲノム解析を基盤としたがんゲノム医療の実装に向けた患者還元、解析・データセンター、ELSI体制構築についての研究
  （研究代表者 中釜斉）
  ※上記、専門委員会URLの各回資料に記載がありますのでご参照ください

  ・難病領域
  難病に関するゲノム医療推進にあたっての統合研究（研究代表者 水澤英洋）
  https://www.nanbyo-genome-tkh.org
- 国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）研究班
  ・がん領域
  A班：患者還元班（体制構築班）
  B班：患者還元班（領域別班）
  C班：解析班
  ※上記、専門委員会URLの各回資料に記載がありますのでご参照ください

  ・難病領域
  難病のゲノム医療推進に[redacted]全ゲノム解析基盤に関する研究開発（研究代表者 國土典宏）
  https://genome-toyama.ncgm.go.jp/researches/nanbyo.html

ELSI/PPIがん・難病合同会議

- 目的：ELSI/PPIに関するがん・難病の情報共有・意見調整、情報発信の在り方の検討、事業実施組織におけるELSI/PPI部門の構築に向けた検討を行う

- 2022年9月より月1回開催（8/30, 9/26, 10/24）

- メンバー：横野恵（ＥLSI WG）、武藤香織（東京大学大学院）、徳永勝士（準備室WG)、青木一教（準備室ＷＧ）ら

- これまでの主な議題
  - 情報発信（ウェブサイト）の目的・方針
    ・情報発信の目的と方針を定めた上で、コンテンツ案を作成する
  - サイトマップ、ロードマップの作成
    ・コンテンツ案から優先度の高いものや制作時期について議論し、コンテンツを作成する
  - ウェブサイトの運営・管理
    ・専属のWebサイト管理者や広報全般を担当するクリエイティブ・ディレクターの必要性を検討
  - 動画制作
    ・「がんゲノム医療とは？」といった2-3分程度の動画制作を検討する
  - コンサルタントへの依頼内容の検討（PPIの調査等を含む）
    ・ ELSI/PPIの実施方法の整理・計画を策定する

資料１８-(８)

厚生科学審議会疾病対策部会造血幹細胞移植委員会（第 59 回）

日時：令和４年 12 月１日（木）17：00～19：00
場所：Ｗｅｂ開催（AP 虎ノ門 RoomI）

＜ 議　事　次　第 ＞

１．開　会

２．議　事

（１）造血幹細胞移植の現状について
（２）造血幹細胞移植推進拠点病院事業について
（３）その他

３．閉　会

[配布資料]

資料１　　造血幹細胞移植の現状について
資料２　　造血幹細胞移植推進拠点病院事業について
参考資料　　造血幹細胞移植の概要について

造血幹細胞移植委員会委員名簿

	氏　　名	所　　属　　・　　役　　職
	梅田　正造（うめだ　しょうぞう）	千葉骨髄バンク推進連絡会 会長
	大橋　一輝（おおはし　かずてる）	東京都立多摩総合医療センター 副院長
○	岡本　真一郎（おかもと　しんいちろう）	日本造血細胞移植データセンター 理事長
◎	小澤　敬也（おざわ　けいや）	自治医科大学 名誉教授・客員教授
	鎌田　麗子（かまた　れいこ）	弁護士法人ALG＆Associates 横浜法律事務所 弁護士
	神田　善伸（かんだ　よしのぶ）	自治医科大学 内科学講座血液学部門 教授
	香西　豊子（こうざい　とよこ）	佛教大学 社会学部 教授
	齋木　桂子（さいき　けいこ）	特定非営利活動法人骨髄バンクサポート新潟 理事長
	境田　未緒（さかいだ　みお）	中日新聞名古屋本社 編集局教育報道部長
	野崎　亜紀子（のざき　あきこ）	京都薬科大学　基礎科学系一般教育分野教授
	張替　秀郎（はりがえ　ひでお）	東北大学大学院医学系研究科 血液・免疫病学分野教授
	山口　照英（やまぐち　てるひで）	日本薬科大学 客員教授
	山本　隆司（やまもと　りゅうじ）	東京大学大学院 法学政治学研究科 教授
	渡辺　弘司（わたなべ　こうじ）	日本医師会 常任理事

◎印は委員長、○印は委員長代理

（敬称略、五十音順）

厚生科学審議会 疾病対策部会 造血幹細胞移植委員会（第59回）	資料１
令和４(2022)年12月１日	

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

造血幹細胞移植の現状について

厚生労働省健康局難病対策課

移植医療対策推進室

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1

1．造血幹細胞移植の状況

2．骨髄バンク、さい帯血バンクの状況

3．新型コロナウイルス感染症に対する取組状況

4．造血幹細胞移植推進法上の造血幹細胞移植の対象疾病について

ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

造血幹細胞移植の実施体制

ドナー登録者



ドナー登録者数
53万7,821人

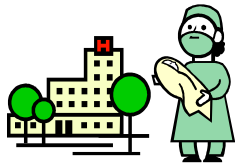
①ドナー登録

造血幹細胞提供支援機関（日本赤十字社）

- ドナー登録やその他造血幹細胞提供関係事業者※の事業に対する協力
- 造血幹細胞提供関係事業者※の行う事業についての連絡調整
- 造血幹細胞の情報（HLA情報等）について、一元的な管理と提供の実施
- 造血幹細胞の提供に関する普及啓発

※骨髄・末梢血幹細胞提供あっせん事業者及び臍帯血供給事業者

臍帯血採取施設



採取施設　100施設

年間出生数（令和３年）
約81万人

①臍帯血の提供

⑥コーディネート

④ドナー検索等

⑤ドナー情報の提供等

②骨髄等ドナー、保存臍帯血の有無の検索

④、⑤保存臍帯血の情報提供

骨髄・末梢血幹細胞提供あっせん事業者（日本骨髄バンク）

- 骨髄・末梢血幹細胞移植のコーディネート業務

・患者登録者数　1,732人
・移植実施数（令和３年度）　1,173人

③患者登録

⑦コーディネート

医療機関

・骨髄採取施設　197施設
・末梢血幹細胞採取施設 130施設
・移植実施施設　256診療科





③提供申込

⑥、⑦臍帯血の提供

臍帯血供給事業者（さい帯血バンク）

- 臍帯血の調製保存
- 移植医療機関とのやりとり

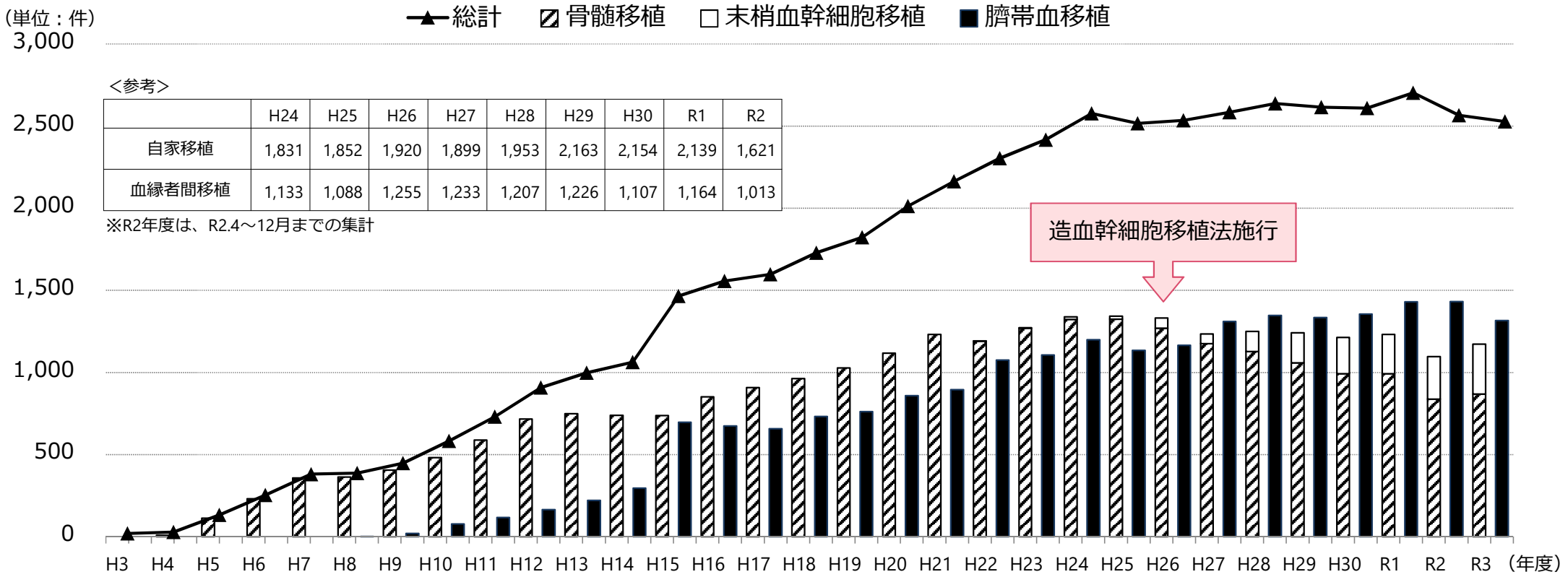
・全国に６バンク
・公開臍帯血数（令和４年４月）9,617本
・移植実施数（令和３年度）　1,316人

868

※令和４年３月末日現在

造血幹細胞移植件数の推移（非血縁者間）

○造血幹細胞移植件数は、近年ほぼ横ばいであったが、令和２・３年度は新型コロナウイルス感染症の影響等もあり減少が見られた。
○平成27年度以降、臍帯血移植が骨髄・末梢血幹細胞移植を上回っている。
○末梢血幹細胞移植が増加傾向、骨髄移植が減少傾向にある。



＜参考＞

	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2
自家移植	1,831	1,852	1,920	1,899	1,953	2,163	2,154	2,139	1,621
血縁者間移植	1,133	1,088	1,255	1,233	1,207	1,226	1,107	1,164	1,013

※R2年度は、R2.4～12月までの集計

	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3
骨髄	0	8	112	231	358	363	405	482	588	716	749	739	737	851	908	963	1,027	1,118	1,232	1,191	1,269	1,323	1,324	1,269	1,176	1,127	1,059	992	992	838	869
末梢血	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	3	15	19	62	58	123	182	222	240	258	304
臍帯血	0	0	0	0	0	1	19	77	117	165	221	296	697	674	658	732	762	859	895	1,075	1,107	1,199	1,134	1,165	1,311	1,347	1,334	1,355	1,430	1,431	1,316
総計	0	8	112	231	358	364	424	559	705	881	970	1,035	1,434	1,525	1,566	1,695	1,789	1,977	2,127	2,267	2,379	2,537	2,477	2,496	2,545	2,597	2,575	2,569	2,662	2,527	2,489

※末梢血幹細胞移植は平成22年10月より導入。

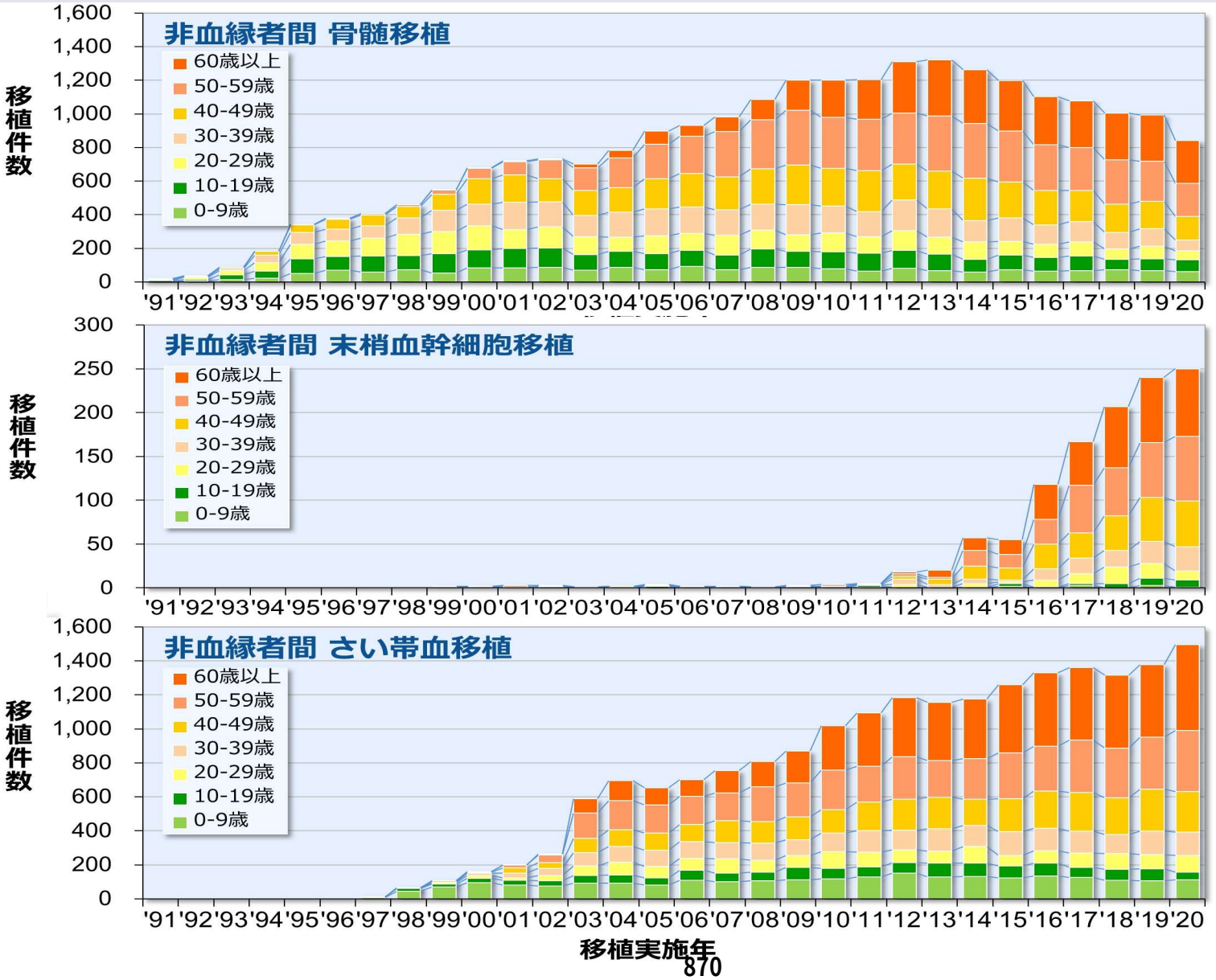
（各年度末現在）

869

（資料）日本赤十字社、(公財)日本骨髄バンク及び日本造血細胞移植データセンターが提供した情報を元に厚生労働省健康局難病対策課移植医療対策推進室で加工

造血幹細胞移植件数の推移（非血縁者間・患者年齢階級別）

いずれの移植においても高齢者の移植件数が増加しており、近年50歳以上の移植が約半数を占めている。

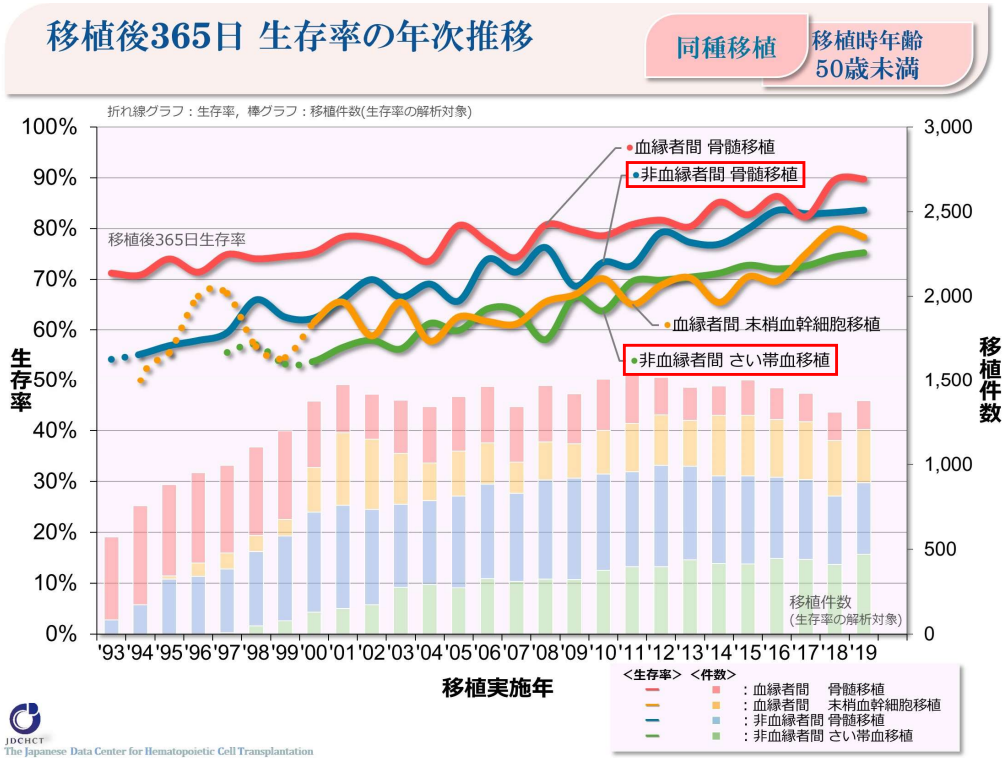


（出典）「一般社団法人 日本造血細胞移植データセンター 2021年度 全国調査報告書　別冊」より

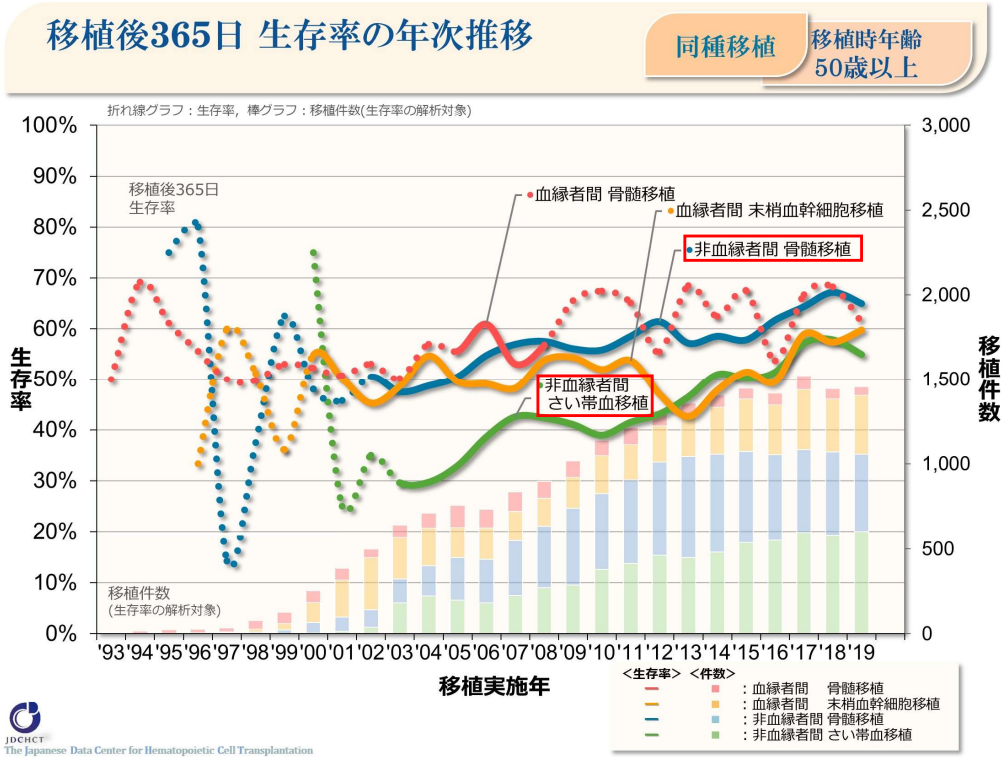
造血幹細胞移植後365日の生存率の推移

非血縁者間の同種移植後365日生存率は、この10年で約10%程度向上している。

同種移植（移植時年齢50歳未満）



同種移植（移植時年齢50歳以上）



※１　初回の移植例を対象とした解析結果。

※２　点線(…)は、移植件数が100件未満で算出した生存率を示している。

（出典）「一般社団法人 日本造血細胞移植データセンター 2021年度 全国調査報告書　別冊」より

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

2

1．造血幹細胞移植の状況

2．骨髄バンク、さい帯血バンクの状況

3．新型コロナウイルス感染症に対する取組状況

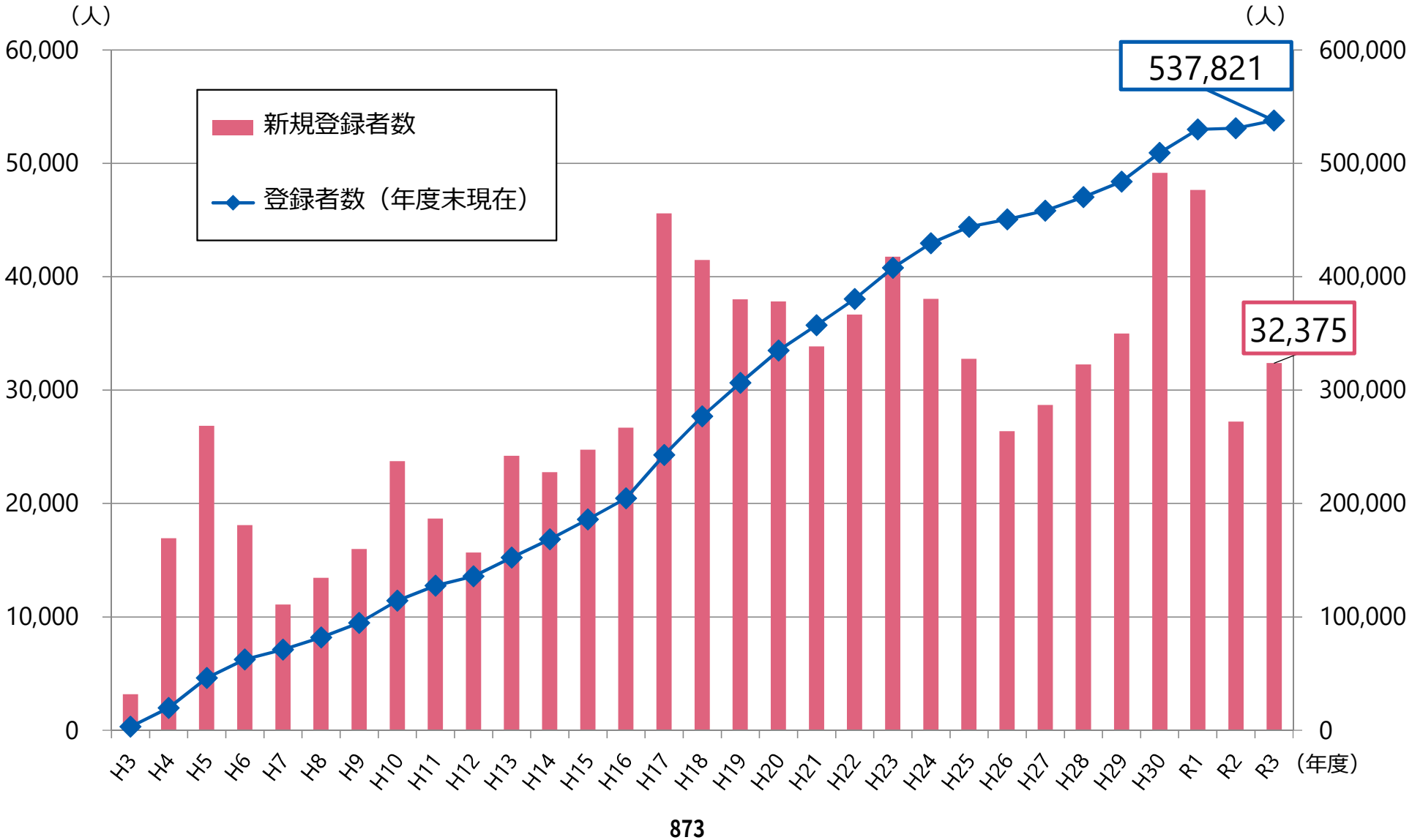
4．造血幹細胞移植推進法上の造血幹細胞移植の対象疾病について

ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

骨髄バンクドナー登録者数の推移

骨髄バンクのドナー登録者数は年々増加している。



（資料）日本赤十字社及び(公財)日本骨髄バンクが提供した情報を元に厚生労働省健康局難病対策課移植医療対策推進室で加工

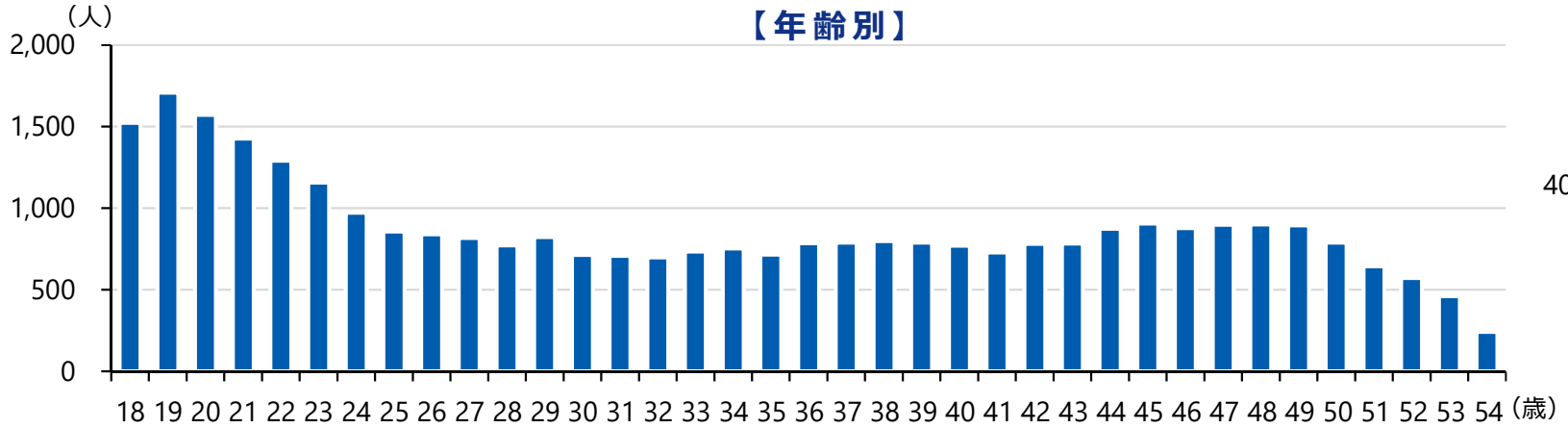
骨髄バンクドナーの登録者数・提供者数

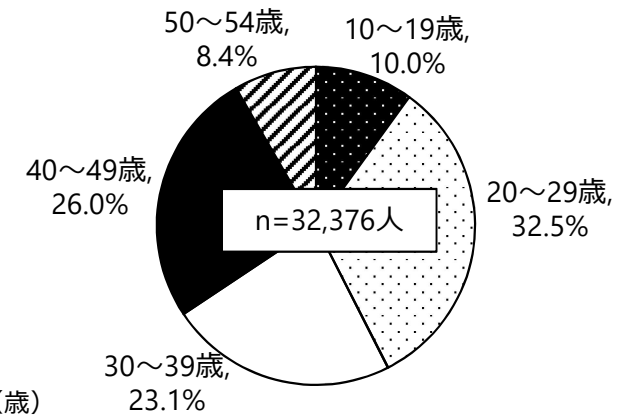
骨髄バンクについて

○ 令和３年度中の新規ドナー登録者は、20代が最も多く、次いで40代、30代となっている。

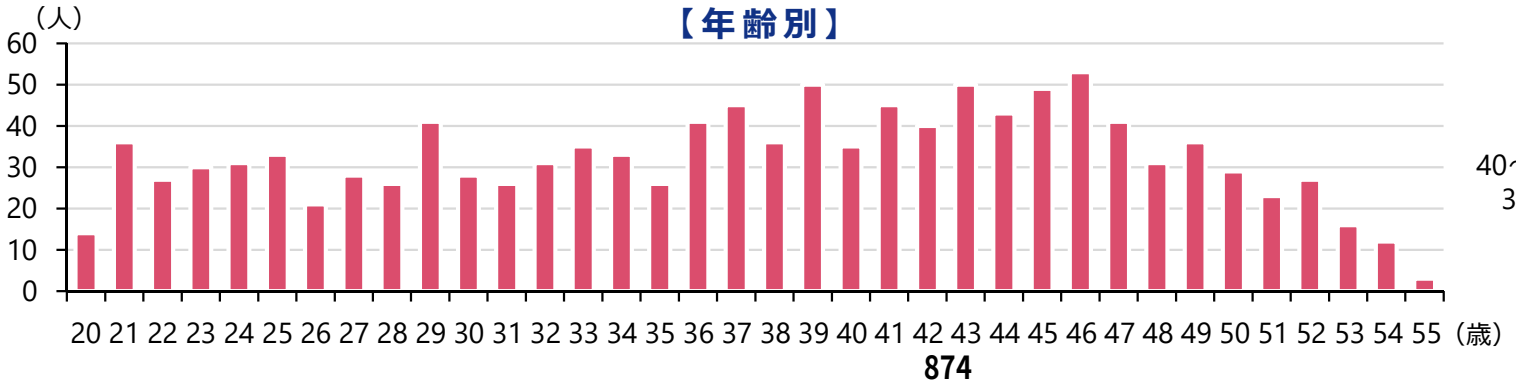
○ 令和３年度中に骨髄・末梢血幹細胞を提供したドナーは、40代が最も多く、次いで30代、20代となっている。
また、40代後半から年齢が高くなるにつれて提供者数が少なくなっている。

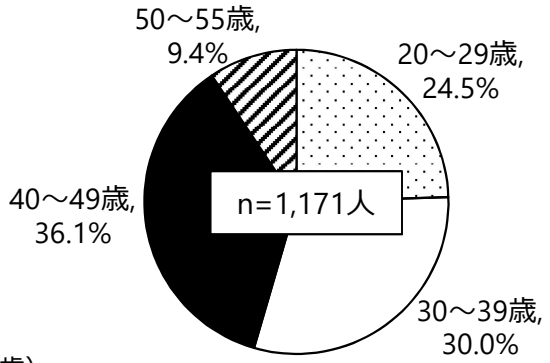
令和３年度中の骨髄バンクドナー新規登録者数





令和３年度中の骨髄・末梢血幹細胞提供ドナー数





874

（資料）日本赤十字社及び(公財)日本骨髄バンクが提供した情報を元に厚生労働省健康局難病対策課移植医療対策推進室で加工

若年層ドナー登録者の確保

課　題

- 骨髄バンクドナー登録者のうち、最も多い年齢層は令和４年３月末時点で49歳（10年前は39歳）と高齢化が顕著になってきている。
- 高齢ドナーは健康理由等によりコーディネート中止となる割合が高い傾向にある。骨髄等の提供ができる年齢は54歳以下のため、今後、ドナー登録者数の減少、ひいてはコーディネートへの影響が懸念されている。

対　策

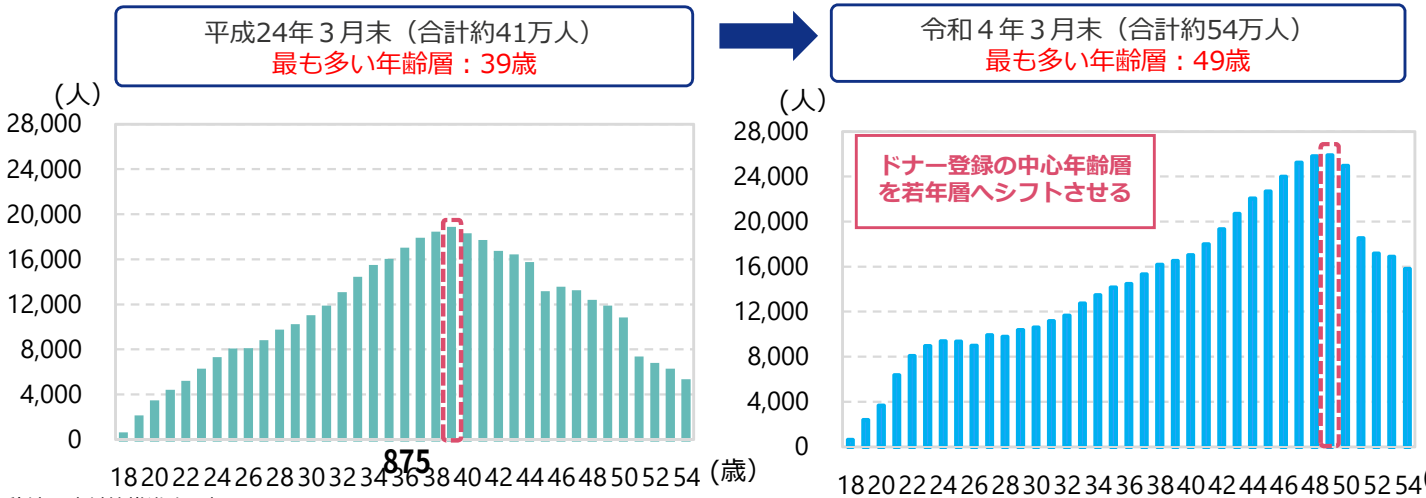
実際に**若年層が多く集まる献血ルームに**、献血に関する知識及び骨髄移植に関する知識を習熟した**骨髄バンクの登録説明員等を**、骨髄バンクが指定する日時・場所に**派遣し、若年層ドナーの確保を図っている**（令和元年度より予算措置）。併せて、**関係団体において学域でのドナー登録会推進を図っている。**

⇒　**若年層のドナー登録者数は増えてきているが、引き続き、実際にドナーとなる可能性が高い若年層に対して働きかけを進めることが重要。**



年齢別ドナー登録者数（直近、10年間の比較）

	平成24年3月末	令和４年3月末	対増減
18～29歳	72,296	87,728	121%
30～39歳	152,458	136,173	89%
40～49歳	147,395	220,591	150%
50～54歳	35,731	93,329	261%
合計	407,880	537,821	132%

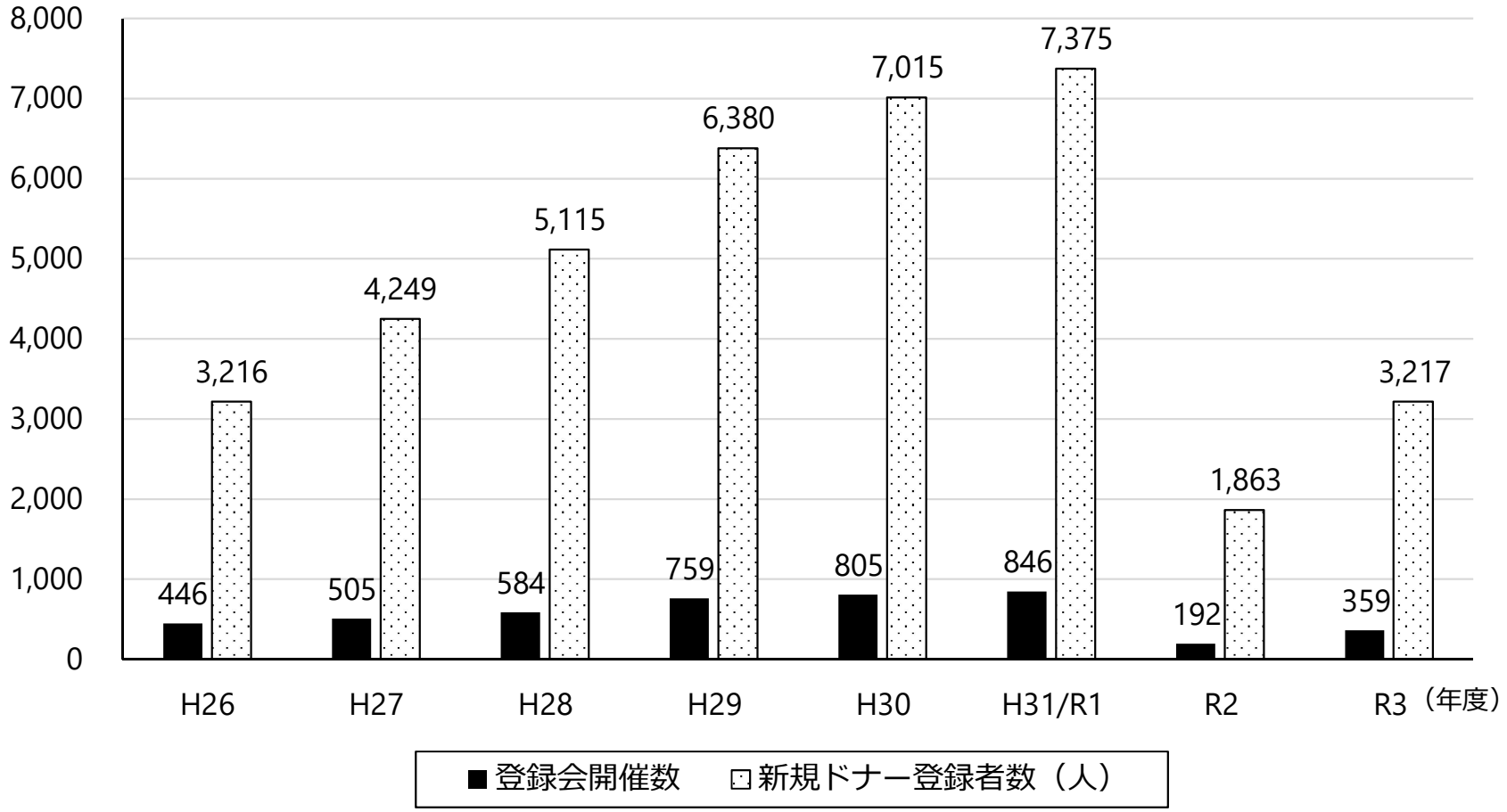


（資料）日本赤十字社が提供した情報を元に厚生労働省健康局難病対策課移植医療対策推進室で加工

学域におけるドナー登録会実施状況について

骨髄バンクのドナー登録について、学域（大学・専門学校・高校等）における登録会開催数と登録者数は、令和元年度までは増加傾向にあったが、令和２・３年度は新型コロナウイルス感染症の影響により大幅に減少している。

学域におけるドナー登録会開催数及び登録者数の推移



876

（資料）日本赤十字社が提供した情報を元に厚生労働省健康局難病対策課移植医療対策推進室で加工

ドナー年齢が移植成績に与える影響について

造血器悪性腫瘍に対する非血縁者間骨髄・末梢血幹細胞移植後の転帰とドナー特性との関連を調べたところ、ドナー年齢とHLA適合度が移植後の全生存期間と関係していた。（Craig Kollman et al. Blood 2016;127:260）

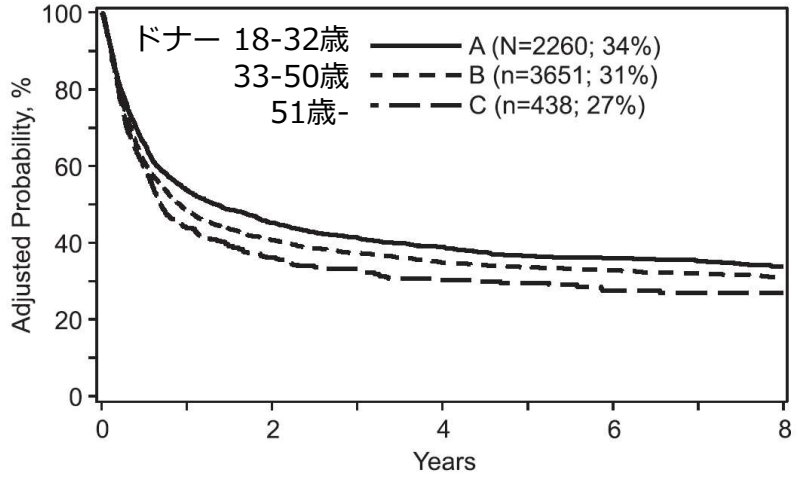
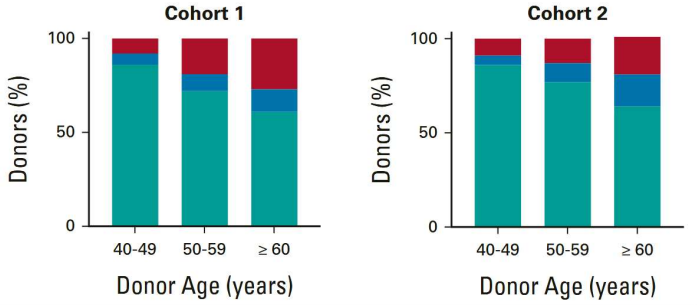


Table 5. Donor characteristics associated with survival for transplantation period 2007 to 2011

Outcome	HR (95% CI)	*P* value
Overall survival*		
Donor age (10-year increments)	1.055 (1.013-1.099)	.01
Donor-recipient HLA-match		
8/8 HLA-match	1.00	
7/8 HLA-match	1.37 (1.25-1.51)	<.001

*Adjusted for recipient age, disease, disease status, performance score, recipient, and cytomegalovirus serostatus.

40歳以上のドナーのクローン性造血の頻度と、それが患者の転帰に与える影響を評価した。クローン性造血の頻度は22.5%で、DNMT3A変異（14.6%）、TET2変異（5.2%）の順で高かった。DNMT3A変異のあるドナーのクローン性造血（VAF 1％以上）は患者の全生存期間、無増悪生存期間の延長と関連していた。（Christopher J Gibson et al. J Clin Oncol 2022;40:189）



	Cohort 1			Cohort 2		
VAF 0.005-0.0099	22	36	27	16	26	19
VAF ≥ 0.01	40	58	31	22	51	40
No CH	455	296	95	246	175	72



クローン性造血の頻度：22.5%

DNMT3A変異：14.6%
TET2変異：5.2%



住所不明ドナー登録者への対応

現状・課題

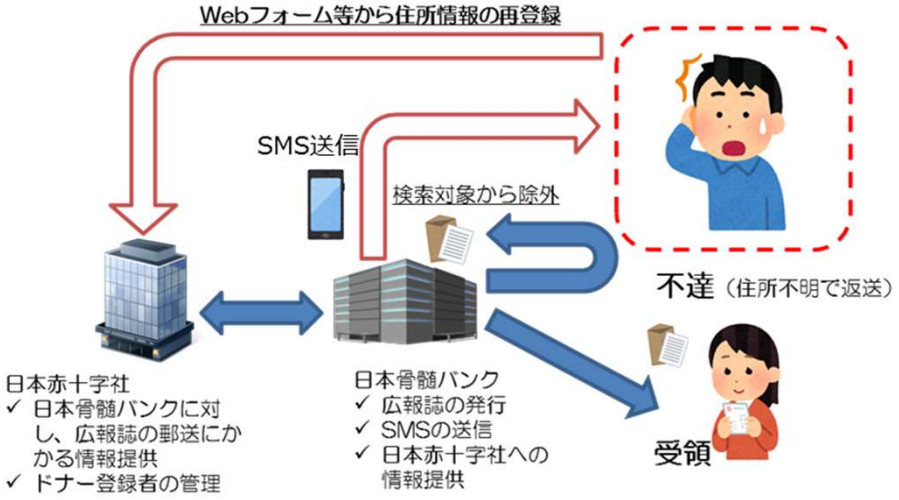
- 広報誌発送時に住所不明が判明した骨髄バンクのドナー登録者は、患者と適合するドナーを見つけるための検索の対象から除外される。
- 住所変更の際の手続については、骨髄バンクホームページ、広報誌、献血ルーム等で周知を図ってきたが、令和３年12月末時点で約10万人の住所不明ドナー登録者がおり、毎年約１万人が新たに住所不明となっている。

対策

ＳＭＳ送信呼び掛け【既存ドナー登録者に有効】

令和元年度より、ＳＭＳ送信による住所更新の呼び掛けを行っている（令和２年度より予算措置）。

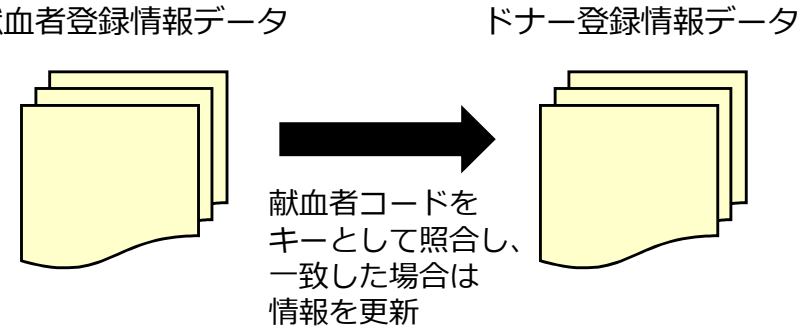
・これまでの実績（～R４年５月）
　送信数：約９万通　１万人程度が有効ドナーに復帰
・今後の予定
　無反応だった方に２回目の送信を検討中。



献血者情報との照合・更新【新規ドナー登録者に有効】

令和５年度中の運用開始を目指して、献血者情報を参照してドナー登録者情報を更新することにより（※）、住所不明ドナー登録者を解消するための機能を構築中。

※　ドナー登録のほとんどが献血会場にて実施。
※　献血では、献血実施毎に本人に対して住所確認を行っているため登録情報が最新に近い。



＊　新規のドナー登録時に献血経験がある方に対して、同意のもとに「献血者コード」を申込書に記載してもらっている。
（新規ドナー登録者のうち約９割が献血者コードを記入）

878

骨髄バンクドナー確保に係る今後の方向性について（論点）

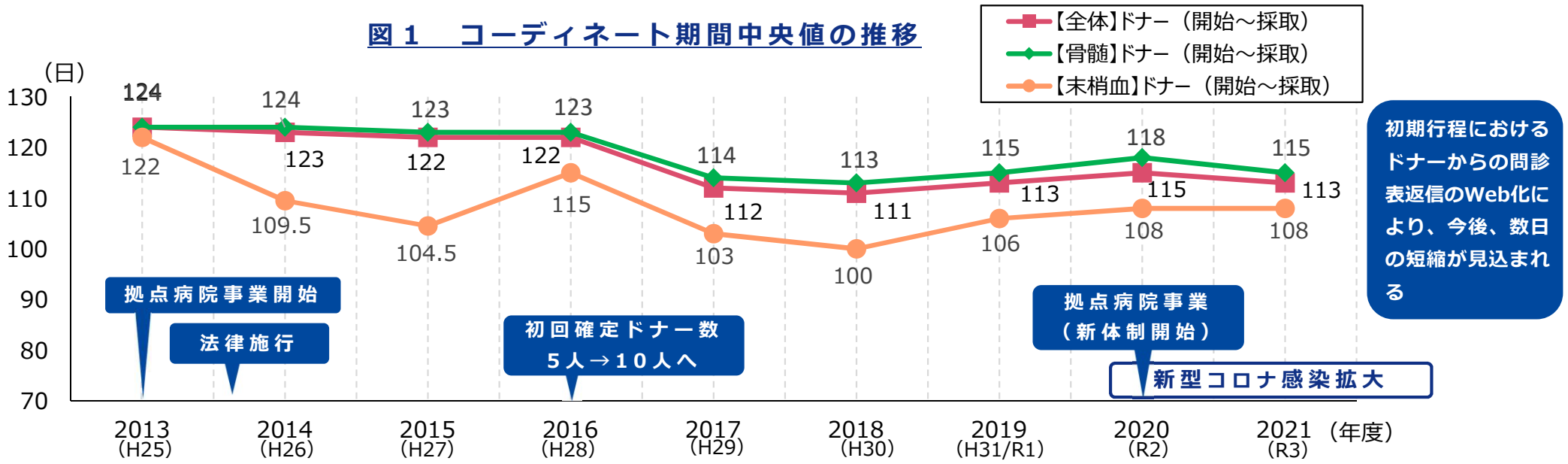
移植医療を円滑かつ適正に行うためにはドナー登録者数を維持する必要があるが、
今後、上限年齢を迎えるドナーが増加する中で、今まで以上に効果的・効率的なドナー確保が求められる。
特に、応諾率を向上させつつ若年ドナーを確保することが重要である。

ドナーの年齢構成や登録者の目標数、応諾率等についてどのように考えるか。
また、特に若年者へ普及啓発をどう進めるべきか。

骨髄バンクにおけるドナーコーディネート期間

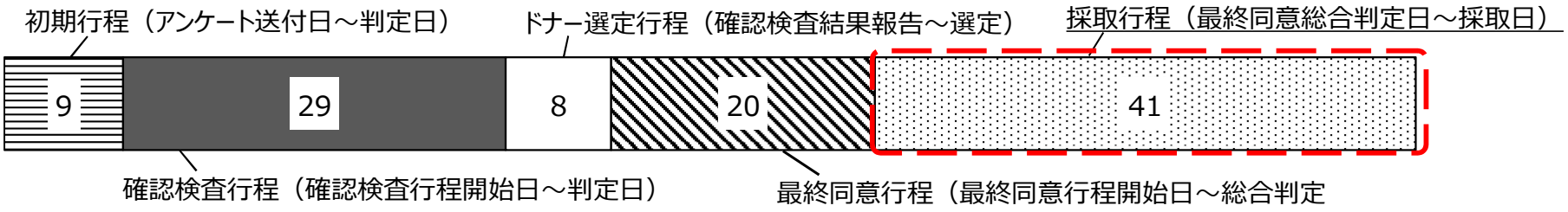
骨髄バンクにおけるドナーコーディネート期間は、
「移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進に関する法律」の施行以降、短縮が図られているが、
依然として最終同意確認から採取までの行程（骨髄採取等を行う病院の手術室の確保やドナーの仕事の都合の調整等）の期間が長い。

図１　コーディネート期間中央値の推移



初期行程におけるドナーからの問診表返信のWeb化により、今後、数日の短縮が見込まれる

図２　2021年度の行程別コーディネート期間中央値



※１　採取に至ったドナーがコーディネートを開始した日から採取の日までの期間である。日）
※２　図２のグラフ内の数値は各行程ごとの中央値であり、図１の全行程の中央値とは一致しない。

（資料）日本骨髄バンクが提供した情報を元に厚生労働省健康局
難病対策課移植医療対策推進室で加工

880

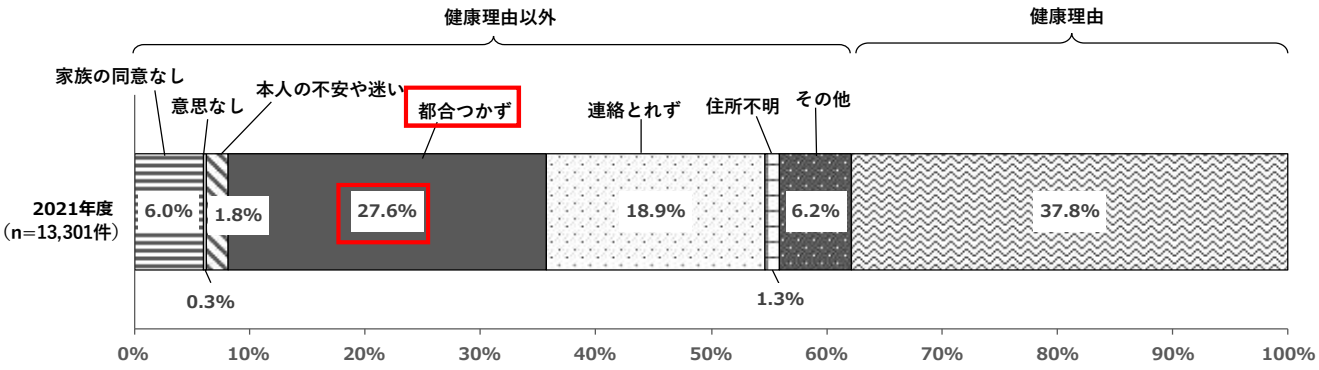
ここ数年、コーディネート期間の短縮が進んでいない。一層の期間短縮についてどのような方策が考えられるか。

ドナー休暇制度の導入促進

現状・課題

- 骨髄バンクのドナー登録者が実際にドナー候補となり骨髄等を提供する際には、検査や幹細胞採取等のために数日間の通院・入院が必要となる。働いている方がドナー候補になるには数日間の休暇を取得しなければならない。
- ドナー候補として選ばれても、仕事の都合等を理由にコーディネートを辞退する方が、全体の約３割程度存在している。

初期行程におけるドナー側のコーディネート終了理由



（資料）日本骨髄バンクが提供した情報を元に厚生労働省健康局難病対策課移植医療対策推進室で加工

対策

- ドナー登録者が骨髄等を提供しやすい環境整備の一環として、日本骨髄バンクにおいて、ドナー休暇制度導入に係る企業向けパンフレット等を作成するとともに専門職員を配置し、**ドナーとなるために必要な休暇を特別休暇として規定すること（ドナー休暇制度）を企業に働きかけ、また、必要に応じて直接導入支援を行う取組等を行っている**（令和元年度より予算措置）。
- 令和２年度より、経済産業省及び東京証券取引所が行う「健康経営銘柄」の選定にあたり実施されている「健康経営度調査」の中の特別休暇制度の一つに「骨髄等移植のドナー休暇制度」が追加された。**健康経営の指標の中に位置づけることで、企業に対しドナー休暇制度導入の動機付けを図っている**。

企業への働きかけ



導入支援パンフレット等



導入企業掲出POP



ドナー休暇制度導入企業数 ※日本骨髄バンクが把握している数	
平成30年３月末	３４６
平成31年３月末	３５８
令和２年３月末	５９２
令和３年３月末	６９７
令和４年３月末	７１５

ドナー休暇制度の導入企業数は徐々に増えているが、依然として仕事の都合等を理由にコーディネートを辞退する方が多い。
企業へのドナー休暇制度の導入を進めるためにはどのような取組が効果的か。

881

ドナー助成制度の導入状況

休業に伴うドナーの経済的負担を軽減し、骨髄等移植の促進を図るため、地方自治体の単独事業により、骨髄等の提供ドナーやドナーの勤務先に対して助成金を交付する制度が、920の市区町村（令和４年11月15日現在)で導入されている。

※　一部の都道府県では、管内市区町村が骨髄バンクドナー登録及び骨髄等の提供を行いやすい環境を整備するための助成制度を創設し、ドナー対象者等への助成を行った場合に、当該市区町村に対して補助金を交付している（令和４年11月１日現在：33都府県で実施）。

都道府県	導入市区町村数（導入率）	都道府県	導入市区町村数（導入率）	都道府県	導入市区町村数（導入率）	都道府県	導入市区町村数（導入率）	都道府県	導入市区町村数（導入率）
北海道	0（0.0%）	埼玉県	63（100%）	岐阜県	40（95.2%）	鳥取県	19（100%） ※県が事業実施	佐賀県	8（40.0%）
青森県	28（70.0%）	千葉県	52（96.3%）	静岡県	18（51.4%）	島根県	17（89.5%）	長崎県	8（38.1%）
岩手県	3（9.1%）	東京都	50（80.6%）	愛知県	54（100%）	岡山県	27（100%）	熊本県	5（11.1%）
宮城県	18（51.4%）	神奈川県	23（69.7%）	三重県	9（31.0%）	広島県	13（56.5%）	大分県	18（100%）
秋田県	1（4.0%）	新潟県	23（76.7%）	滋賀県	18（94.7%）	山口県	3（15.8%）	宮崎県	7（26.9%）
山形県	35（100%）	富山県	3（20.0%）	京都府	26（100%）	徳島県	24（100%）	鹿児島県	1（2.3%）
福島県	19（32.2%）	石川県	5（26.3%）	大阪府	10（23.3%）	香川県	17（100%）	沖縄県	5（12.2%）
茨城県	43（97.7%）	福井県	1（5.9%）	兵庫県	17（41.5%）	愛媛県	17（85.0%）	全国	920（53.4%）
栃木県	25（100%）	山梨県	3（11.1%）	奈良県	16（41.0%）	高知県	17（50.0%）		
群馬県	35（100%）	長野県	37（48.1%）	和歌山県	5（16.7%）	福岡県	34（56.7%）		

※１　導入市区町村数は、日本骨髄バンクが把握している数。導入率は、各都道府県・全国の市区町村数のうち導入市区町村数の占める割合。いずれも令和４年11月15日時点。
※２　「都道府県名に下線あり」は管内市区町村に補助金を交付している都道府県を指す。

・政令指定都市（20市）の状況
　助成制度がある･･･19市、助成制度がない･･･１市（札幌市）

・中核市（62市）の状況
　助成制度がある･･･54市、助成制度がない･･･８市（函館市、旭川市、盛岡市、秋田市、吹田市、高槻市、八尾市、寝屋川市）

ドナー助成制度の導入状況（続き）

ドナー助成制度は、地方自治体ごとに設定しているため、助成対象、助成要件及び助成額については違いがある。

市区町村の主な取組内容

対象	骨髄等の提供を行ったドナー	骨髄等の提供を行ったドナーが勤務する事業所 ※一部の市区町村のみ実施
主な要件	○　骨髄等の提供が行われた日において、当該市区町村内に住所を有していること。 ○　同様の目的の他の助成金等の交付を受けていないこと。 【対象となる通院及び入院】 ・健康診断に係る通院 ・自己血貯血に係る通院 ・骨髄等の採取に係る入院 ・その他骨髄等の提供に関し、骨髄バンクが必要と認めるもの 上記の要件の他、 ドナー休暇制度がある事業所に勤務している場合は除外対象としている自治体もある（逆もあり）。	○　当該市区町村内に住所を有するドナーを雇用している県内の事業所 ○　同様の目的の他の助成金等の交付を受けていないこと。 上記の要件の他、 ドナー休暇制度を導入していることを対象要件としている自治体もある。 ※ドナーへの助成のみで、事業所への助成はない場合もある。
助成額	１～３万円×骨髄等の提供に要した通院または入院の日数 （５～10日間を上限） 上記の他、通院と入院で1日当たりの助成額に差を設けたり、共通商品券で交付したりしている自治体もある。	１万円×ドナーが骨髄等の提供のために取得した休暇の日数 （５～10日間を上限）

※　地方自治体だけでなく、「那賀町の希望を創る株式会社（徳島県）」、「高知黒潮ライオンズクラブ（高知県）」といった民間企業・団体も独自にドナーへの助成を行っている。

○　都道府県における市区町村への補助金の有無や市区町村における助成制度の内容に違いがある中で、国として、ドナーが提供しやすい環境作りのためにできる取組は何か。

○　助成制度の導入により金銭が関わる場合に、ドナーの善意に基づく任意の提供という観点とのバランスについてどう考えるか。

（参考）移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進に関する法律（平成24年法律第90号）

第三条　２　移植に用いる造血幹細胞の提供は、任意にされたものでなければならない

883

「骨髄バンク推進連絡協議会」の設置について

■ **地域における骨髄バンク事業の推進等を目的とした会議体として、日本骨髄バンクから各自治体に対し「骨髄バンク推進連絡協議会」の設置をお願いしているところ。**

（参考）移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進を図るための基本的な方針（平成26年厚生労働省告示第七号）（抄）

第四　その他移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進に関し必要な事項

一　関係者の連携

国、地方公共団体、骨髄・末梢血幹細胞提供あっせん事業者、臍帯血供給事業者、造血幹細胞提供支援機関及び医療関係者は、場合に応じてボランティア等の協力も得つつ、移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進を図るため、相互に連携を図りながら協力する。

■ **骨髄バンク推進連絡協議会を設置している自治体は、全国で３５道府県（令和４年３月末現在）。**

■ **引き続き、関係者間の連携強化のため、<u>未設置の自治体は協議会の早期設置</u>、<u>設置済みの自治体は定期的な開催により、関係者間の相互理解の増進、ドナー登録会の円滑な開催及び効果的な普及啓発をお願いしている</u>。**

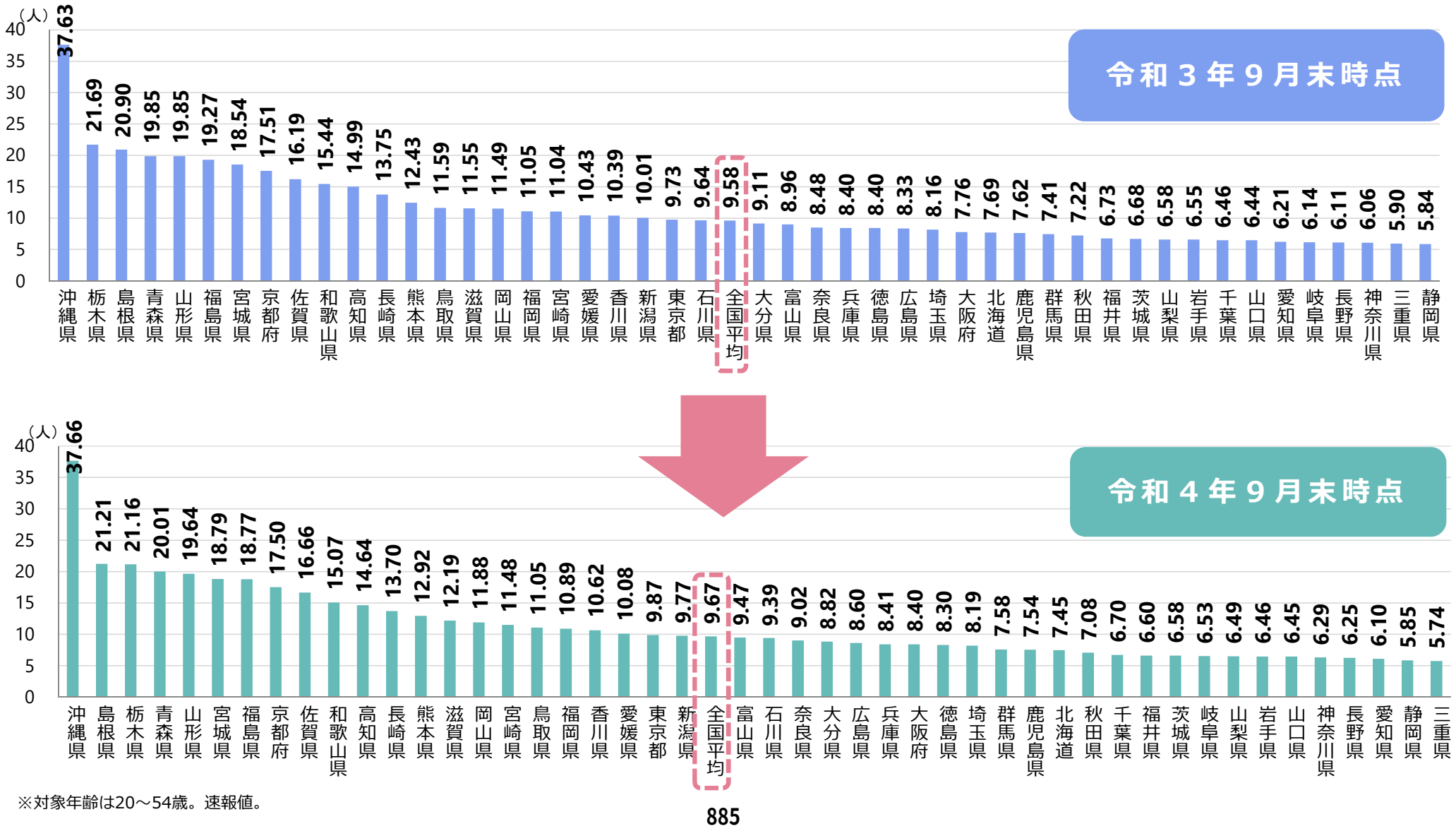
都道府県	設置状況	都道府県	設置状況	都道府県	設置状況	都道府県	設置状況	都道府県	設置状況
北海道	○	埼玉県	○	岐阜県	○	鳥取県	○	佐賀県	－
青森県	－	千葉県	○	静岡県	○	島根県	○	長崎県	－
岩手県	－	東京都	－	愛知県	○	岡山県	○	熊本県	－
宮城県	－	神奈川県	○	三重県	○	広島県	○	大分県	○
秋田県	－	新潟県	○	滋賀県	○	山口県	○	宮崎県	○
山形県	○	富山県	○	京都府	○	徳島県	○	鹿児島県	○
福島県	－	石川県	○	大阪府	○	香川県	○	沖縄県	－
茨城県	○	福井県	－	兵庫県	○	愛媛県	○		
栃木県	○	山梨県	－	奈良県	○	高知県	○		
群馬県	○	長野県	○	和歌山県	○	福岡県	○		

「○」：設置済み
「－」：未設置

884

都道府県別対象人口1,000人あたりにおけるドナー登録者数

全国平均値は前年度を上回っているが、依然として、<u>各都道府県においてばらつきがある</u>。



※対象年齢は20～54歳。速報値。

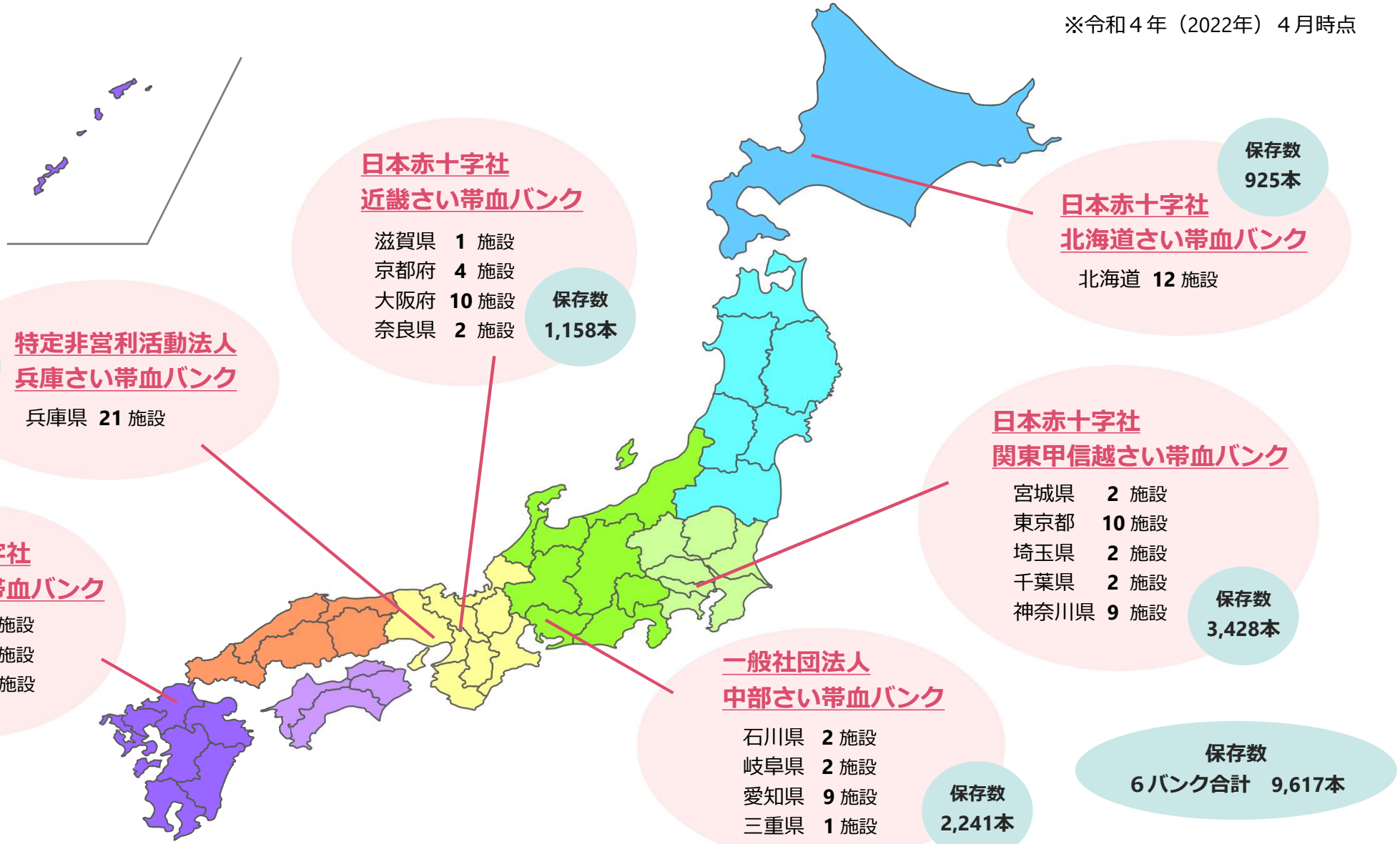
（資料）日本骨髄バンクの資料を元に厚生労働省健康局難病対策課移植医療対策推進室で加工

さい帯血バンクの現状

さい帯血バンク 全国6バンク

臍帯血採取施設（さい帯血バンクと提携している産科施設）全国100施設

※令和４年（2022年）４月時点



日本赤十字社 北海道さい帯血バンク
北海道 12 施設
保存数 925本

日本赤十字社 近畿さい帯血バンク
滋賀県 1 施設
京都府 4 施設
大阪府 10 施設
奈良県 2 施設
保存数 1,158本

特定非営利活動法人 兵庫さい帯血バンク
兵庫県 21 施設
保存数 1,208本

日本赤十字社 関東甲信越さい帯血バンク
宮城県 2 施設
東京都 10 施設
埼玉県 2 施設
千葉県 2 施設
神奈川県 9 施設
保存数 3,428本

日本赤十字社 九州さい帯血バンク
福岡県 9 施設
熊本県 1 施設
沖縄県 1 施設
保存数 657本

一般社団法人 中部さい帯血バンク
石川県 2 施設
岐阜県 2 施設
愛知県 9 施設
三重県 1 施設
保存数 2,241本

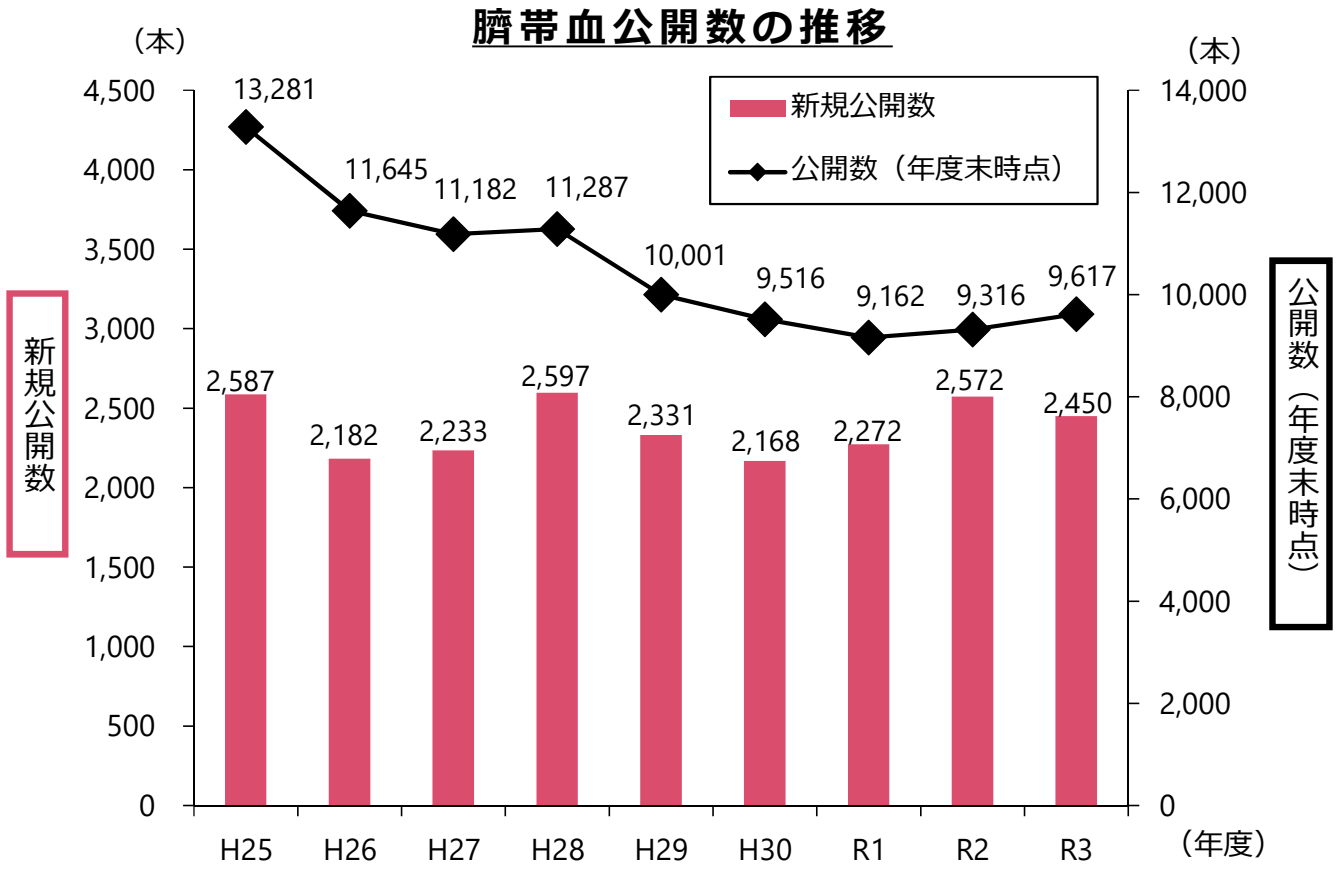
保存数 6バンク合計 9,617本

886

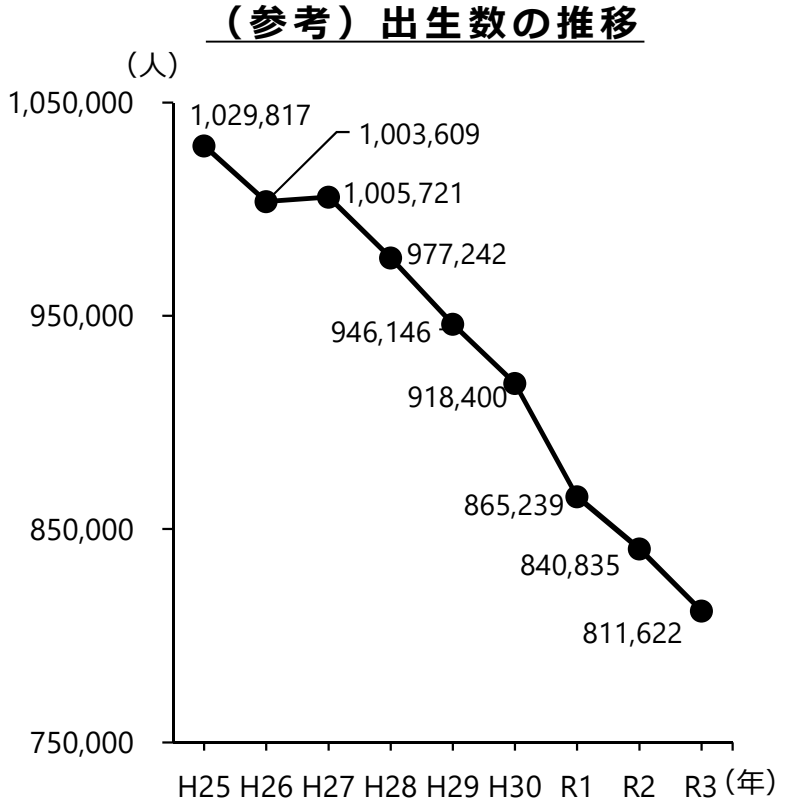
（資料）日本赤十字社「造血幹細胞移植情報サービス」及び各臍帯血バンクHPの情報を元に厚生労働省健康局難病対策課移植医療対策推進室で加工

臍帯血公開数の推移

○ 臍帯血公開数は、ここ数年横ばい傾向にある。
○ HLA-A, B, DRの６抗原中５抗原以上一致する臍帯血が95%以上の患者で得られるためには、約１万本の臍帯血が必要である。



（資料）日本赤十字社が提供した情報を元に厚生労働省健康局難病対策課移植医療対策推進室で加工



（出典：厚生労働省「人口動態統計（確定数）より）

移植医療を円滑かつ適正に行うためには臍帯血の公開本数を維持する必要があり、
出生率が低下している中でも今まで以上に効果的・効率的な臍帯血確保が求められるが、どのような方策が考えられるか。

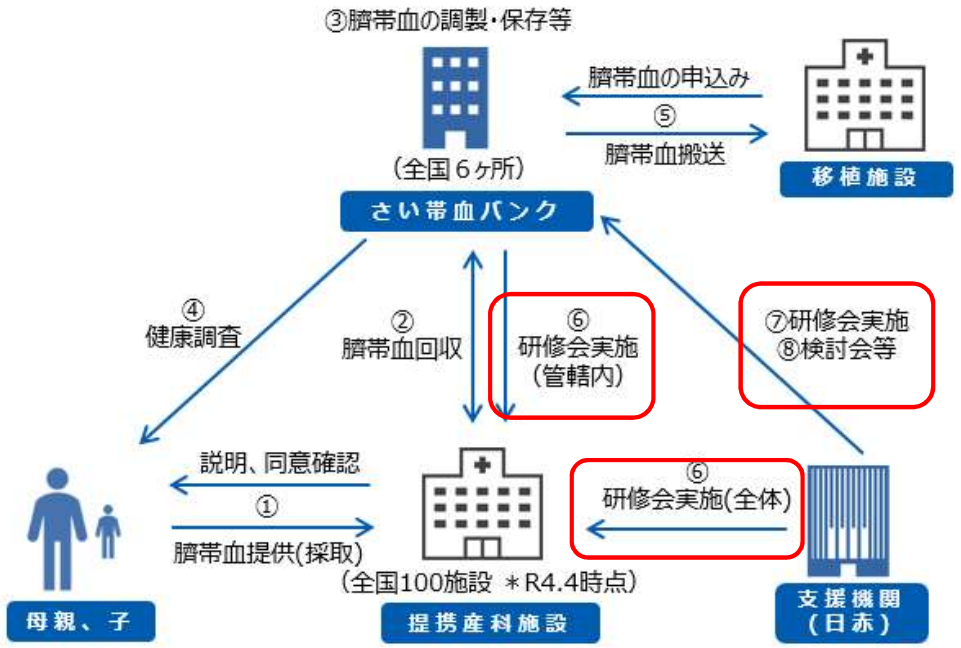
臍帯血移植に係る取組

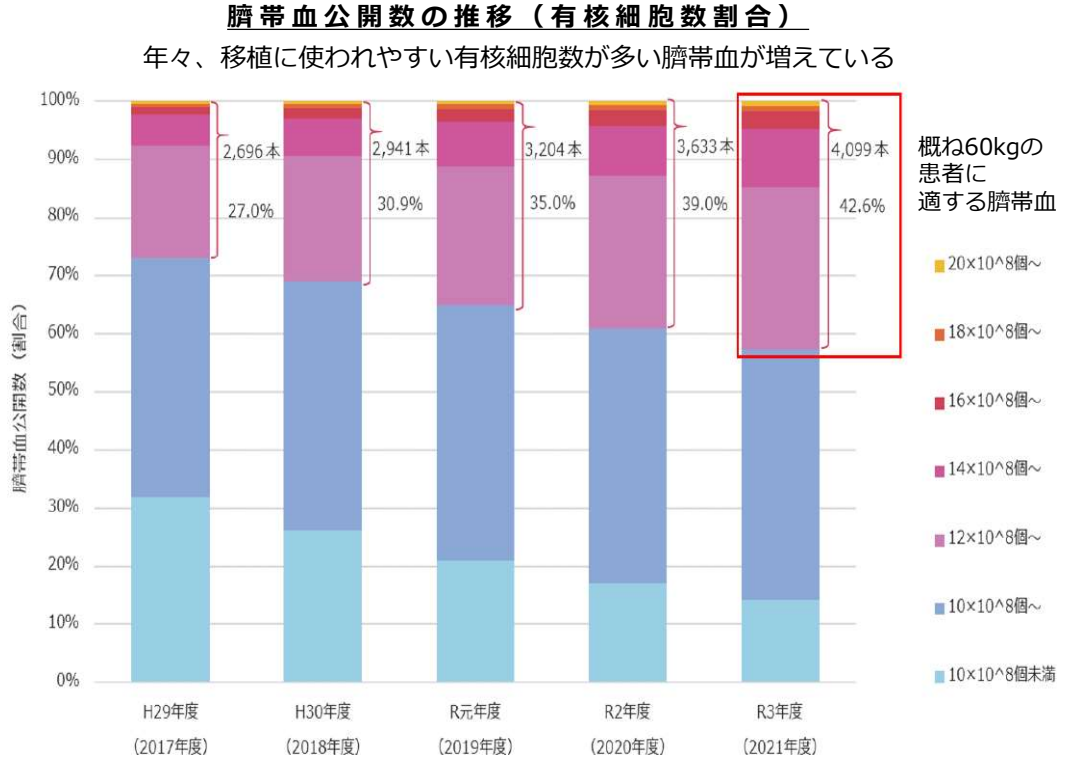
採取施設に対する厚生労働大臣感謝状の贈呈

臍帯血移植の更なる推進及び治療成績の向上を図るため、臍帯血採取施設であって、臍帯血の採取について、優れた技術を持ち、公開本数の確保において優れた実績を示し、臍帯血移植の治療成績向上等に貢献している施設に感謝の意を表すため、令和３年度より厚生労働大臣感謝状の贈呈を開始している。

臍帯血の採取技術向上や臍帯血の調製保存技術向上のための研修

造血幹細胞提供支援機関（日本赤十字社）及びさい帯血バンクにおいて、定期的に、採取施設向けに臍帯血の採取技術向上のための研修やさい帯血バンク向けに臍帯血の調製保存技術向上のための研修を実施している。





＊各年度末時点

888

（出典）日本赤十字社からの資料提供

令和４年度厚生労働科学研究　移植医療基盤整備研究事業

本研究事業により得られる、基礎データやより良い提供体制構築のための政策提言等を通じて、ドナーの安全性やドナー家族を含めた国民の移植に対する理解を確保しつつ、適切に移植医療を提供するための施策の見直しや制度設計、政策の立案・実行等につなげる。

	研究課題名・代表研究者	主な研究内容
1	**適切な末梢血幹細胞採取法の確立及びその効率的な普及による非血縁者間末梢血幹細胞移植の適切な提供体制構築と、それに伴う移植成績向上に資する研究（令和２～４年度）** 大阪公立大学　大学院医学研究科　血液腫瘍制御学 日野　雅之　教授	・安全情報一元管理システム構築と採取医向けの安全教育資材作成、研修会実施 ・適格性判定基準のWeb公開 ・採取に伴う有害事象分析と対策 ・採取医、採取施設負担軽減のための検討 ・18～20歳の血縁ドナーの安全性検証
2	**良質な臍帯血の効率的な採取と調整保存ならびに移植に用いる臍帯血の選択と安全性に関わる運用に関する研究（令和３～５年度）** 一般社団法人　中部さい帯血バンク 加藤　剛二　管理監督技術者	・採取施設での臍帯血採取向上に向けたマニュアル作成 ・質の高い臍帯血の調製保存の検討 ・臍帯血移植後の合併症把握システムの構築 ・移植臍帯血選択のためのマニュアル作成
3	**骨髄バンクドナーの提供体制強化と若年ドナーの確保・リテンションへ向けた適切な介入方法の確立のための研究（令和４～６年度）** 国立研究開発法人　国立がん研究センター 福田　隆浩　造血幹細胞移植科長	・若年ドナーを対象とした、初期コーディネート進行率を高めるための介入研究 ・若年ドナーを継続的に確保し、提供の意欲を維持・向上させる介入法についての検討 ・ドナーの家族同意率を高めるための対策 ・新規ドナーのWeb登録システム導入の検討

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

3

１．造血幹細胞移植の状況

２．骨髄バンク、さい帯血バンクの状況

３．新型コロナウイルス感染症に対する取組状況

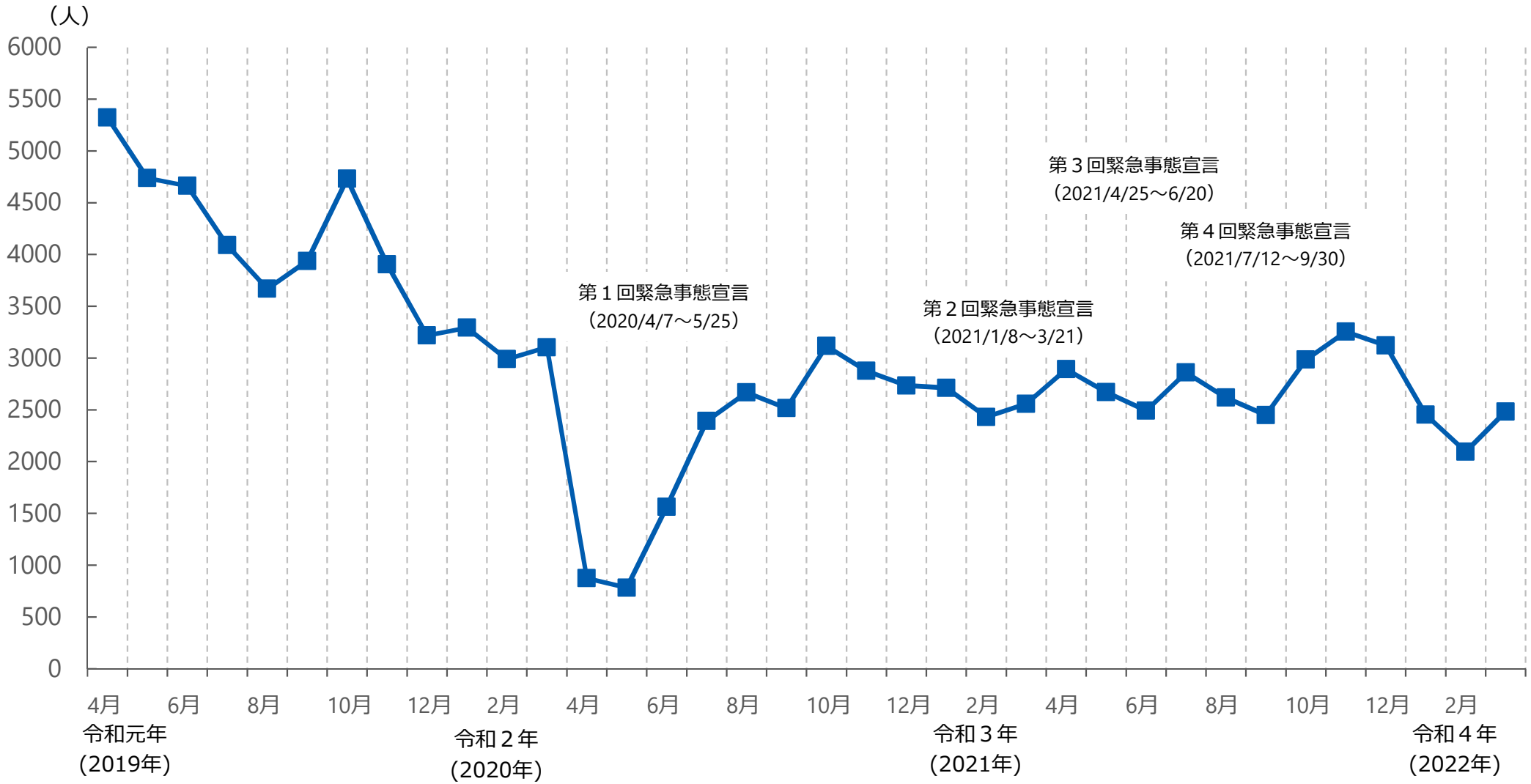
４．造血幹細胞移植推進法上の造血幹細胞移植の対象疾病について

ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

骨髄バンクドナー新規登録者数の推移（令和元年以降の月毎）

第１回緊急事態宣言が発令された令和２年４、５月に大幅な減少が見られたが、６月以降は徐々に回復し、平成30年度以前の水準に戻ってきている。

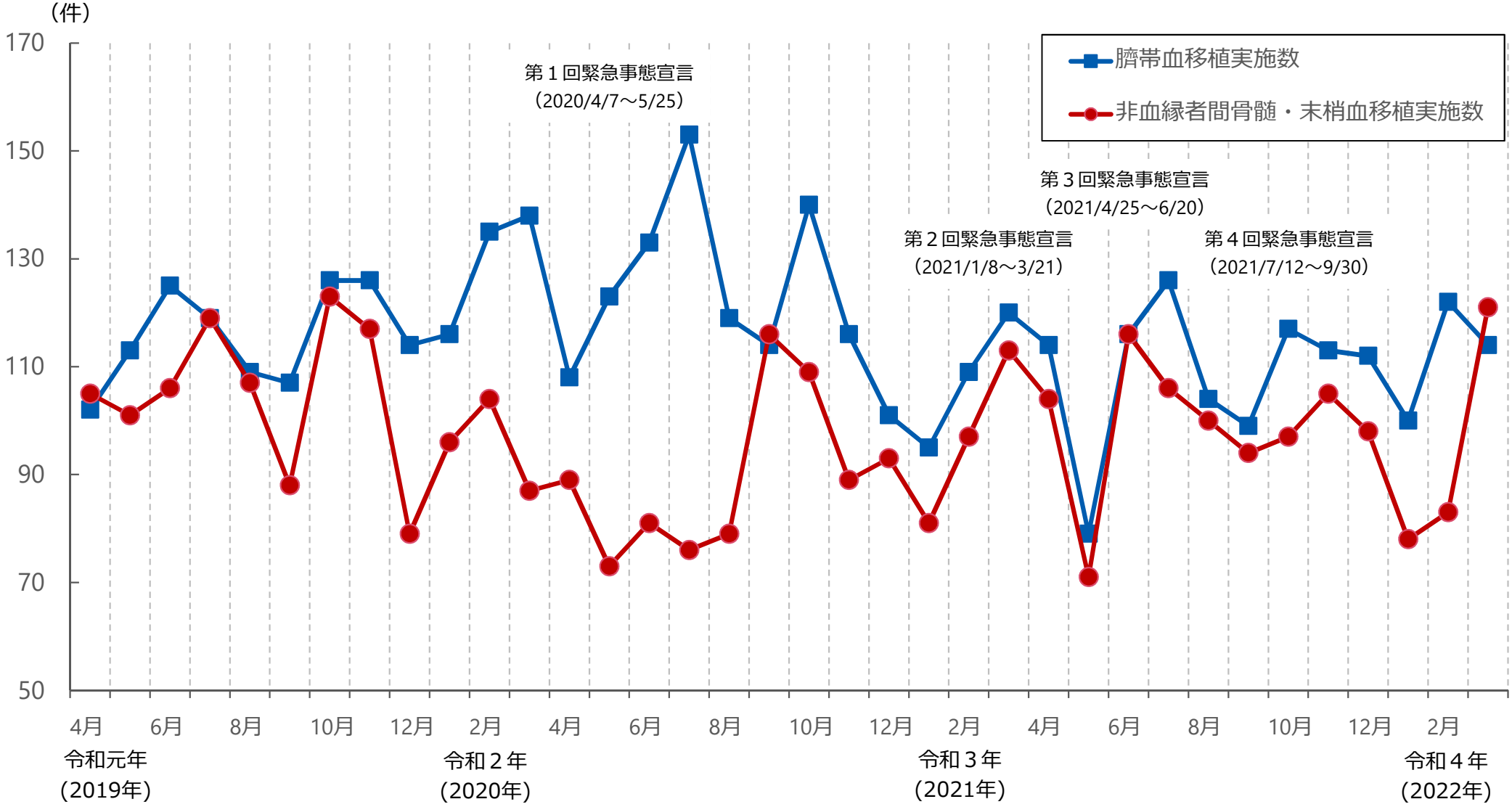


891

（資料）日本赤十字社及び日本骨髄バンクが提供した情報を元に厚生労働省健康局難病対策課移植医療対策推進室で加工

造血幹細胞移植実績の推移（非血縁者間）（令和元年以降の月毎）

第１回緊急事態宣言が発令された後の令和２年５～８月に、骨髄・末梢血幹細胞移植が減少し、臍帯血移植が増加した。



（資料）日本赤十字社及び日本骨髄バンクが提供した情報を元に厚生労働省健康局難病対策課移植医療対策推進室で加工

新型コロナウイルス感染症への対応について

令和２年３月からの新型コロナウイルス感染症の流行を受け、日本骨髄バンク・日本赤十字社・臍帯血バンク・ボランティアの方々等、関係者で連携して、移植医療への影響が最小限となるよう対応した。

新型コロナウイルス感染症流行を受けた対応の例

①感染予防策を導入したドナー登録、確認検査・最終同意面談

ドナー登録会場での感染予防策を徹底した。確認検査・最終同意面談の一部が延期となったが、リモート面談の導入や他県の医療機関への協力依頼、感染対策の徹底を行い、骨髄バンク事業を継続した。

②骨髄・末梢血幹細胞の凍結保存（令和２年４月～）

ドナー、ドナー家族の感染疑いや採取病院での医療スタッフの感染等により、患者の前処置開始後に移植延期／中止となった場合、致命的な状況となるため、採取した骨髄等が無事に移植施設に到着して凍結処理をした後に、前処置を開始することを可能とした。

（令和２・３年度について、凍結件数：463件、患者が前処置終了後に他の移植ソースに変更となった件数：８件）

③臍帯血バックアップ（令和２年４月～令和３年７月）

予定の骨髄等採取が直前で中止となる可能性があることから、臍帯血をバックアップとして準備できるようにした。バックアップとして出庫した件数が少なかったこと、緊急出庫で対応可能であることから、終了とした。

（令和３年１月までのバックアップ申し込み件数：260件）

感染症のまん延下や自然災害の発生時にも、移植医療を止めることなく進めることが重要である。

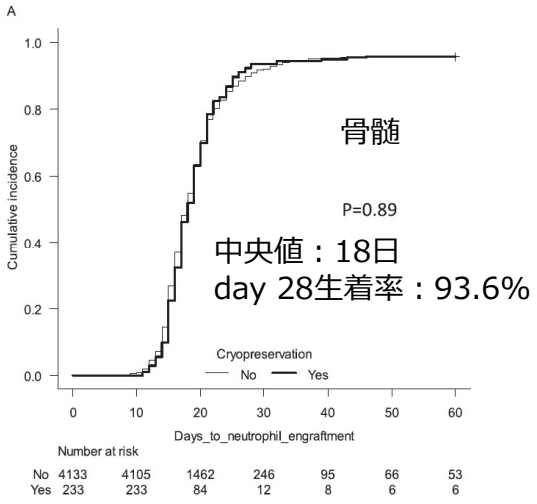
今回の新型コロナウイルス感染症への対応を振り返り、予め非常事態に備えた方策を検討してはどうか。

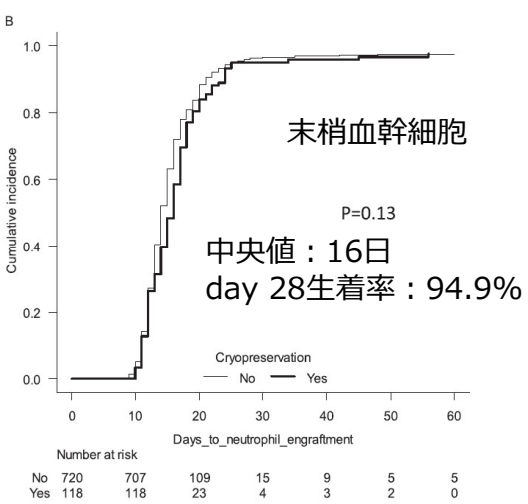
骨髄・末梢血幹細胞の凍結保存の安全性について

非血縁者間造血幹細胞移植（2020年４月～2021年10月）において、骨髄・末梢血幹細胞の凍結保存が好中球と血小板の生着に及ぼす影響について後方視的に解析した。凍結保存した場合は、しなかった場合と比較して好中球と血小板の生着がわずかに遅れた。また、好中球生着への影響は、骨髄よりも末梢血幹細胞の凍結保存で大きかったが、生着不全率は増加しなかった。

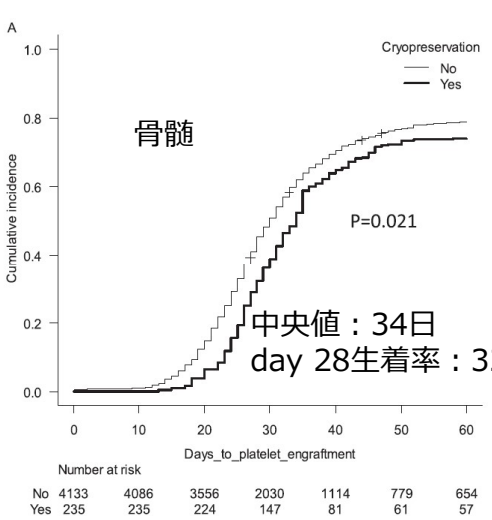
（Yoshinobu Kanda et al. Transplant Cell Ther 2022;28:677）

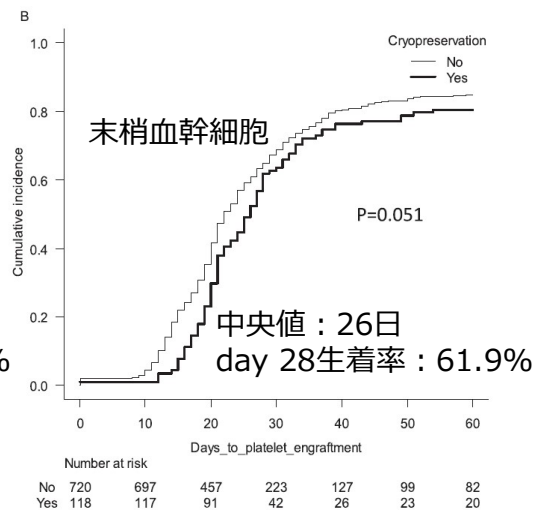
好中球生着





血小板生着





Multivariate Analyses for Neutrophil and Platelet Engraftment after Unrelated BMT and PBSCT

Factor	Neutrophil Engraftment		Platelet Engraftment	
	HR (95% CI)	*P* Value	HR (95% CI)	*P* Value
BMT				
Age	1.00 (1.00-1.00)	.27	1.00 (.99-1.00)	<.0001
Not in remission	.83 (.78-.88)	<.0001	.76 (.72-.82)	<.0001
Myeloid malignancies	.92 (.87-.98)	.0092	.98 (.91-1.04)	.48
HLA mismatch	.88 (.84-.93)	<.0001	.80 (.75-.86)	<.0001
Cryopreservation	.98 (.87-1.1)	.74	.75 (.66-.87)	<.0001
PBSCT				
Age	1.00 (.99-1.00)	.3	1.00 (.99-1.00)	.11
Not in remission	.90 (.79-1.02)	.11	.72 (.62-.83)	<.0001
Myeloid malignancies	1.01 (.87-1.16)	.92	1.07 (.92-1.24)	.4
HLA mismatch	1.02 (.9-1.16)	.75	.94 (.81-1.08)	.38
Cryopreservation	.82 (.69-.97)	.023	.74 (.61-.9)	.0029

894

多変量解析では、

PBSCTの好中球生着、
BMTとPBSCTの血小板生着
の遅れが凍結保存と関係していた。

凍結保存した場合の、生着に関する
移植源間の有意な差は見られなかった。
（好中球 P=0.067、血小板 P=0.90）

厚生労働科学特別研究事業における取組

新型コロナウイルス感染症の影響による、骨髄バンク新規ドナー登録者数の減少と臍帯血移植件数の増加を受け、以下の特別研究を実施した。

	研究課題名・研究代表者	主な研究内容
1	**新型コロナパンデミック下の造血幹細胞移植ドネーションを推進するためのシステム改革のための研究** 国立大学法人北海道大学　北海道大学病院 豊嶋　崇徳　教授	・リモートコーディネート体制の構築 ・ドナーのWeb登録システムのプロトタイプ作成 ・スワブを用いたHLA検査の導入の検討 ・若年ドナーの骨髄バンク新規登録者数増加を目指した動画作成
2	**コロナ禍における骨髄移植の補完を目的とした臍帯血バンクにおける保存臍帯血の質の向上と提供数増加に向けた研究** 一般社団法人　中部さい帯血バンク 加藤　剛二　管理監督技術者	・臍帯血バックアップ申し込みの調査 ・良質な臍帯血の調製保存の検討 ・臍帯血バンクと採取医療機関間のリモートワーク整備
3	**新型コロナウイルス感染症（COVID-19）拡大による臍帯血移植数増加に対応するための、移植用臍帯血のコロニーアッセイの自動化に向けた研究** 日本赤十字社　近畿ブロック血液センター 木村　貴文　部長	・自動判定装置による臍帯血コロニーアッセイ法の開発と検証 ・コロニーアッセイの自動化による臍帯血の安定供給の体制構築

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

4

1．造血幹細胞移植の状況

2．骨髄バンク、さい帯血バンクの状況

3．新型コロナウイルス感染症に対する取組状況

4．造血幹細胞移植推進法上の造血幹細胞移植の対象疾病について

ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

造血幹細胞移植推進法上の造血幹細胞移植の対象疾病

造血幹細胞移植推進法第２条第２項に規定する「造血幹細胞移植」(造血機能障害を伴う疾病その他の疾病であって厚生労働省令で定めるものの治療を目的として造血幹細胞を人に移植することをいう。）の対象疾病については、
「移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進に関する法律施行規則」（平成25年厚生労働省令第138号）及び
「移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）」（平成25年12月27日）
により定めている。

※移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進に関する法律（平成24年法律第90号）（抄）

（定義）
第二条　この法律において「移植に用いる造血幹細胞」とは、移植に用いる骨髄、移植に用いる末梢血幹細胞及び移植に用いる臍帯血をいう。
２　この法律において「移植に用いる骨髄」とは、造血幹細胞移植（造血機能障害を伴う疾病その他の疾病であって厚生労働省令で定めるものの治療を目的として造血幹細胞を人に移植することをいう。以下同じ。）に用いるために採取される人の骨髄をいう。

1	悪性リンパ腫	１１	骨肉腫	２１	表皮水疱症
2	横紋筋肉腫	１２	サラセミア	２２	副腎脊髄ニューロパチー
3	鎌状赤血球症	１３	神経芽腫	２３	副腎白質ジストロフィー
4	肝芽腫	１４	腎腫瘍	２４	慢性活動性EBウイルス感染症
5	急性白血病	１５	膵がん	２５	免疫不全関連リンパ増殖性疾患
6	血球貪食症候群	１６	組織球性及び樹状細胞性腫瘍	２６	ユーイング肉腫ファミリー腫瘍
7	原発性免疫不全症候群	１７	大理石骨病	２７	リソソーム病
8	骨髄異形成症候群	１８	中枢神経系腫瘍		
9	骨髄増殖性腫瘍	１９	低ホスファターゼ症		
１０	骨髄不全症候群	２０	乳がん		

「造血幹細胞移植」の解釈の明確化について

○　造血幹細胞移植法第２条第２項に規定する「造血幹細胞移植」とは、以下のアからエまでのすべての要件を満たすものが想定される。

ア　造血機能障害を伴う疾病その他の疾病であって厚生労働省令で定めるものについて行われていること。

イ　移植された造血幹細胞（骨髄、末梢血幹細胞又は臍帯血）が骨髄に生着することにより、造血機能又は免疫機能を再構築させることを目的としていること。当該目的で行われた行為であるか否かの判断は、以下（ⅰ及びⅱのいずれにも該当するかどうか）によって判断する。

ⅰ．移植された造血幹細胞の拒絶を防止し、又は、原疾患が腫瘍性疾患である場合にあっては腫瘍細胞を根絶又は減少させるため、移植を行う前に、レシピエント（造血幹細胞移植を受ける者をいう。ⅱにおいて同じ。）に対し、化学療法又は放射線治療による前処置を行っていること。

ⅱ．移植された造血幹細胞の拒絶を防止し、又は、移植片対宿主病を予防するため、移植を行う前又は後から、レシピエントに対し、免疫抑制薬の投与を行っていること。

ただし、原疾患が重症複合免疫不全症である場合、移植した造血幹細胞が生着不全であったため再度の移植を行う場合、採取した造血幹細胞を採取された者自身に移植を行う場合、その他厚生科学審議会等において医学的見地から妥当と個別に判断された場合は、移植前処置又は免疫抑制薬の投与を省略することがあるため、この限りではない。

ウ　造血幹細胞の移植が経静脈内投与（骨髄内投与を含む）によって行われていること。

エ　造血幹細胞の移植に用いられた医療技術が、「現在の科学技術水準に照らして，一定の効果があり広く行われる医療技術として評価」されたものであること。

【参照条文】

■移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進に関する法律（平成24年法律第90号）（抄）

（定義）

第二条　この法律において「移植に用いる造血幹細胞」とは、移植に用いる骨髄、移植に用いる末梢血幹細胞及び移植に用いる臍帯血をいう。

２　この法律において「移植に用いる骨髄」とは、造血幹細胞移植（造血機能障害を伴う疾病その他の疾病であって厚生労働省令で定めるものの治療を目的として造血幹細胞を人に移植することをいう。以下同じ。）に用いるために採取される人の骨髄をいう。

造血幹細胞移植推進法上の造血幹細胞移植の対象疾病の扱いについて

海外では造血幹細胞移植の有効性と安全性が一定程度示されているものの、省令に規定されていないために、国内では造血幹細胞移植ができない疾病がある。また、省令・ガイドラインに掲げられている規定疾病の分類が現在の疾病分類と一部合わない部分がある。

法律制定時（第34回、第43回造血幹細胞移植委員会）

○非血縁者間同種造血幹細胞移植を行う際に、法で定める公的バンクを介して移植を行うべき疾病として日本造血細胞移植学会（現在の日本造血・免疫細胞療法学会、以下学会という。）に御意見をいただき、27疾病が定められた。

法律改正時（第51回、第52回造血幹細胞移植委員会）

○経営破綻したプライベートバンクが採取・保管していた臍帯血が流出し、当該臍帯血が無届で再生医療等に利用された事案を受け、今後「造血幹細胞移植」と称して不適切な医療が提供されることのないよう、学会の協力を得て、「造血幹細胞移植」の解釈を医学的見地から明確化した。

→「造血幹細胞移植」の要件を満たさない医療技術については、再生医療等安全性確保法の規制の下、適切に提供されることをより確実にした。

→造血幹細胞移植推進法上の「造血幹細胞移植」（自家を含む）は27疾病について行うものであると整理された。

解釈が明確化された「造血幹細胞移植」の要件は変更しないこととした上で、
学会からの御意見をいただいた上で、省令・ガイドラインに定める規定疾病の見直しを検討してはどうか。

厚生科学審議会 疾病対策部会 造血幹細胞移植委員会（第59回）	資料２
令和４(2022)年12月１日	

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

造血幹細胞移植推進拠点病院事業について

厚生労働省健康局難病対策課

移植医療対策推進室

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1

1．造血幹細胞移植推進拠点病院事業の概要

2．事業の進捗状況等

ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

第52回造血幹細胞移植委員会における合意事項

第52回造血幹細胞移植委員会において、造血幹細胞移植医療体制の目指すべき方向性として、以下の4項目を満たす体制を構築することについて、御了解いただいた。

1．造血幹細胞移植を必要としている患者に対して、
適切な時期に、適切な種類の移植を提供できる体制

2．どこの地域にいても、
誰でも、より安全に造血幹細胞移植を受けることができる体制

3．造血幹細胞移植を受けた患者が、移植後も生活の質を保ち、
長期フォローアップを受けることができる体制

4．造血幹細胞移植を受けた患者が、
地域で安心して暮らしを続けていくことが出来るよう、関係者と連携して、
社会復帰できる環境整備を支援する体制

を構築することを目指す。

造血幹細胞移植医療体制整備事業

目　的

造血幹細胞移植を必要としている患者に対して、

- 患者の病状に応じて、適切な時期に、適切な造血幹細胞移植（骨髄移植、末梢血幹細胞移植、臍帯血移植）が実施できる体制を確保するために、各地域に造血幹細胞移植推進拠点病院を設置しており、全国９ブロック12施設にて実施中。
- 医療従事者の育成や骨髄等の早期採取に向けた各地域における連絡体制の強化を図ることで、どこの地域にいても、適切な診断に基づき造血幹細胞移植を受けることができる体制を整備し、 移植後患者に対しては、長期フォローアップ体制を確保し、移植後のQOLの向上を図る。

内　容

人材育成事業 ⇔（連携） 日本造血・免疫細胞療法学会



ブロック内での人材不足の抽出

- 診療支援等の人材派遣
- 学会と連携した人材育成（セミナー開催を含む）
  ⇒ そして**地域へ還元**

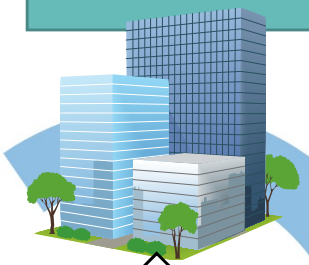
コーディネート支援事業 ⇔（連携） 日本骨髄バンク





現在までのコーディネート期間短縮に向けた取組の継続と強化

- 骨髄バンクとの連携構築
- HCTC等を活用したブロック内での採取や移植における情報共有
- 連携病院への**診療支援**



造血幹細胞移植推進拠点病院

地域全体の情報の収集と共有

造血幹細胞移植推進地域拠点病院
（拠点病院が指名）
903

※特に強化を目指す

地域連携事業 ⇔（連携） 地域の医療機関



移植後長期フォローアップ体制の構築

- **ブロック内でのLTFU(Long Term Follow-Up)外来設置施設の増加・共有化**
- **非専門医・診療所等も含めた地域の医療機関との連携強化**
  →連携のために必要な知識共有のためのセミナー開催
  →連携可能な医療機関を見える化し、関連施設での共有、患者への情報共有
  →地域連携センターによる地域の医療機関や患者からの相談への対応
  →造血細胞移植患者手帳の普及、配布
- **移植後患者の就労相談窓口の設置**



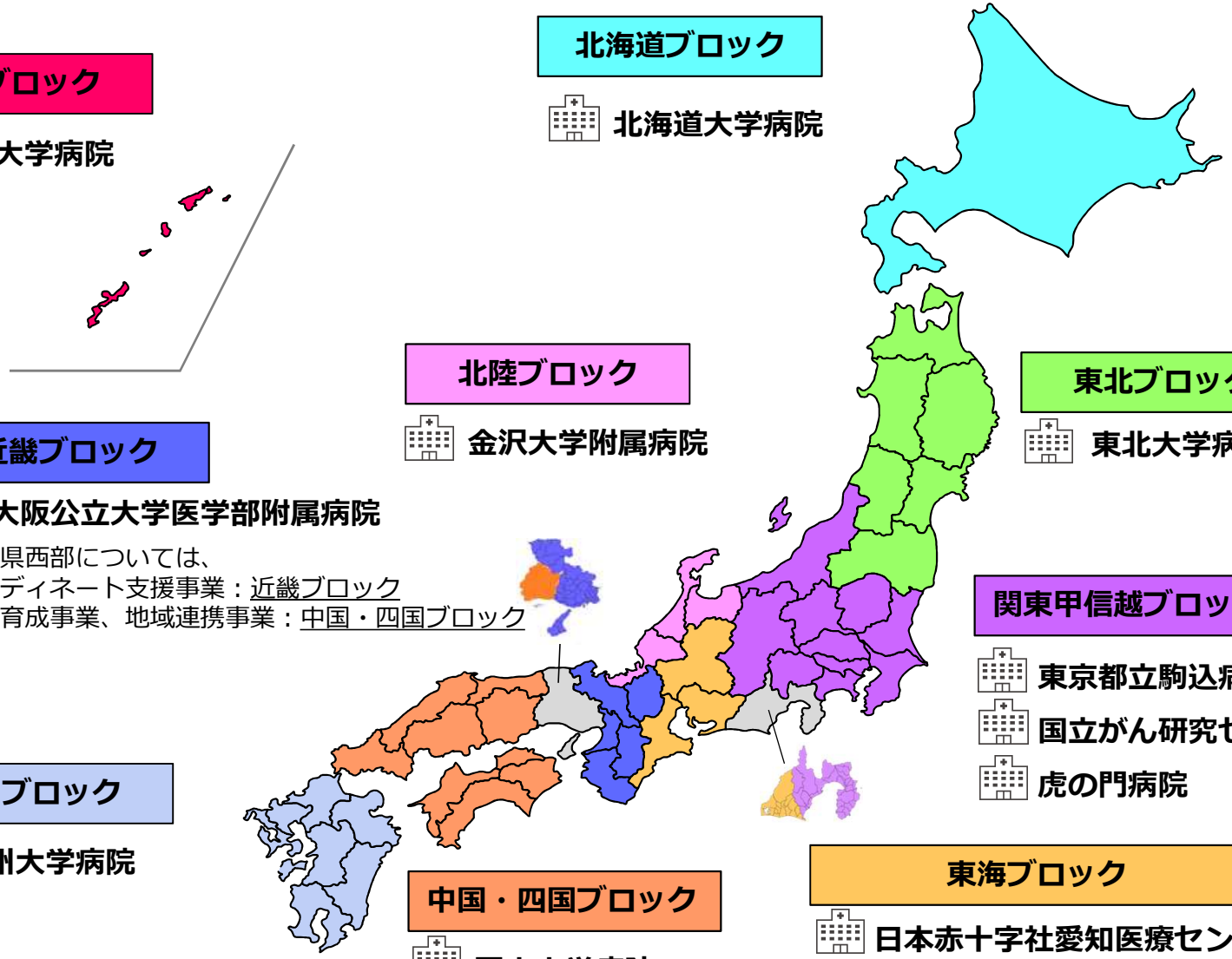




HCTC･･･造血細胞移植コーディネーター（Hematopoietic Cell Transplant Coordinator）

造血幹細胞移植医療体制整備事業

造血幹細胞移植推進拠点病院　全国９ブロック １２施設（令和２年度より）



沖縄ブロック
琉球大学病院

北海道ブロック
北海道大学病院

北陸ブロック
金沢大学附属病院

東北ブロック
東北大学病院

近畿ブロック
大阪公立大学医学部附属病院

※兵庫県西部については、
コーディネート支援事業：近畿ブロック
人材育成事業、地域連携事業：中国・四国ブロック

関東甲信越ブロック
東京都立駒込病院
国立がん研究センター中央病院
虎の門病院

九州ブロック
九州大学病院

東海ブロック
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院

中国・四国ブロック
岡山大学病院
愛媛県立中央病院

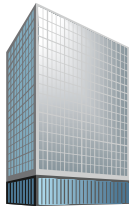
（参考）拠点病院選定後の事業取組の報告・評価の流れ

造血幹細胞移植推進拠点病院・地域拠点病院



拠点病院は、指名する地域拠点病院と協力し、年度毎に、担当ブロック内における各事業の進捗状況をとりまとめ、次年度の計画書とともに、厚労省に提出。

厚生労働省



厚労省は、提出のあった計画書を、選定・評価会議に付議。

選定・評価会議



各事業の計画書に基づいた進捗状況を評価するとともに、造血幹細胞移植委員会へ報告。

○人材育成
- 事業計画に則り人材育成が行われているか
- 育成した人材は計画通り、配置されているか

○コーディネート支援
- 採取数が維持又は向上しているか
- 期間短縮は進んでいるか

○地域連携
- 連携医療機関が増えているか
- LTFU外来受診患者数は増えているか
- 患者相談、就労支援は進んでいるか

905

造血幹細胞移植委員会



造血幹細胞移植委員会で、事業報告をもとに移植医療の課題の解決に向けた方向性の確認。

最終的に、造血幹細胞移植患者の生存率、生活の質のさらなる向上へ



Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

2

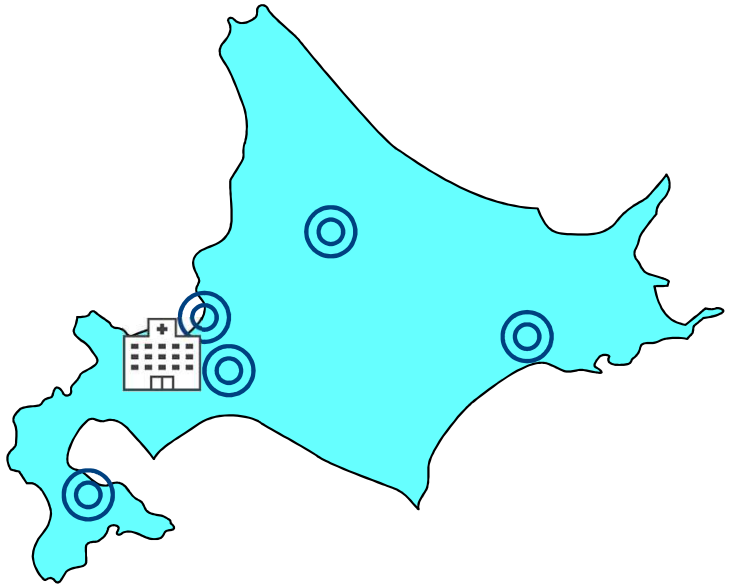
1．造血幹細胞移植推進拠点病院事業の概要

2．事業の進捗状況等

ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

1.北海道ブロック



拠点病院　　**北海道大学病院**

◎地域拠点病院（５ヶ所）

札幌医科大学附属病院
札幌北楡病院
旭川医科大学病院
釧路ろうさい病院
市立函館病院

事業計画の主なポイントと成果参考指標

■人材育成事業

課題　：全道的に、どの職種も不足している。
対策　：以下のように人材育成を実施し、不足地域に配置。
・移植認定医　：5年間で10名育成
・LTFU研修済看護師　：5年間で25名以上育成
・認定HCTC　：5年間で５名以上育成

（単位：名）

	R2‘	R3‘	R4‘	R5‘	R6‘	合計	目標
移植認定医	1	3				4	10名
LTFU研修済看護師	6	10				16	25名以上
認定HCTC	2	1				3	5名以上

■コーディネート支援事業

課題　：コーディネート期間が、全国平均より数日長い。
対策　：認定医・HCTCの育成による連携の円滑化により、数日のコーディネート期間短縮を図る。

		R2‘	R3‘	R4‘	R5‘	R6‘
患者の第一希望に採取できた割合（%）※1		60.0	67.3			
ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾄ期間（中央値）※2	ﾄﾞﾅｰ確定からﾄﾞﾅｰ選定（日）	51	49			
	ﾄﾞﾅｰ選定から採取（日）	59	57			

※１：ブロック内採取件数のうち患者希望週内での採取件数÷ブロック内の採取件数
※２：コーディネート期間は、ブロック内に居住するドナーの非血縁者間コーディネート期間の中央値

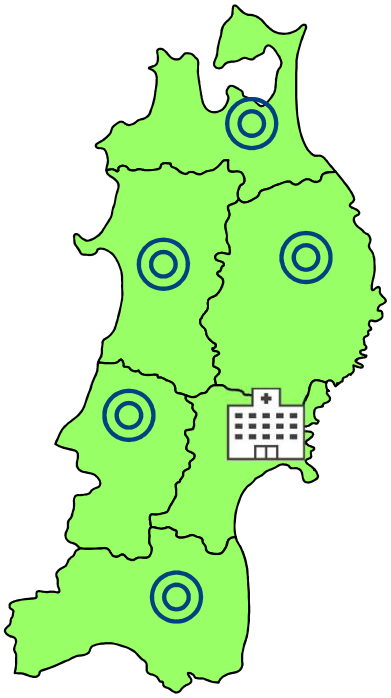
■地域連携事業

課題　：地域の連携が不十分。
対策　：拠点病院事業のアライアンスが主体となり、各地域における情報の把握や連携強化に努める。
LTFU外来の拡充と、移植後サバイバーに対する支援の強化を図る。

	R2‘	R3‘	R4‘	R5‘	R6‘
LTFU外来の数	5	5			
連携可能な地域医療機関数	11	16			

907

2.東北ブロック



拠点病院　　**東北大学病院**

◎地域拠点病院（５ヶ所）

青森県立中央病院
岩手医科大学附属病院
秋田大学医学部附属病院
山形大学医学部附属病院
福島県立医科大学附属病院

事業計画の主なポイントと成果参考指標

■人材育成事業

課題　：東北6県全てにおいて、どの職種も不足している。
対策　：以下のように人材育成を実施し、不足地域に配置。
・移植認定医　：5年間で12名以上育成
・LTFU研修済看護師　：5年間で30名以上育成
・認定HCTC　：5年間で10名以上育成

（単位：名）

	R2‘	R3‘	R4‘	R5‘	R6‘	合計	目標
移植認定医	0	6				6	12名以上
LTFU研修済看護師	17	16				33	30名以上
認定HCTC	3	3				6	10名以上

■コーディネート支援事業

課題　：コーディネート期間が、全国平均より10日以上長い地域がある。
対策　：以下により、全国平均レベルまで期間短縮を図る。
・採取可能施設情報の共有化や採取支援

		R2‘	R3‘	R4‘	R5‘	R6‘
患者の第一希望に採取できた割合（%）※1		56.2	53.1			
ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾄ期間（中央値）※2	ﾄﾞﾅｰ確定からﾄﾞﾅｰ選定（日）	48	49			
	ﾄﾞﾅｰ選定から採取（日）	71	73			

※1：ブロック内採取件数のうち患者希望週内での採取件数÷ブロック内の採取件数
※2：コーディネート期間は、ブロック内に居住するドナーの非血縁者間コーディネート期間の中央値

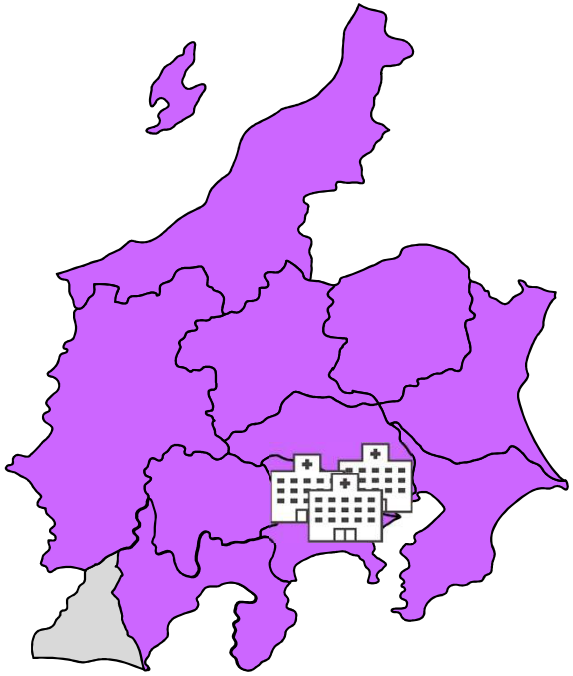
■地域連携事業

課題　：LTFU外来や非移植医のかかりつけ医が不十分。
対策　：LTFU外来やフォローアップに協力する地域の非移植施設の拡充や、
就労支援の強化等を図る。

	R2’	R3‘	R4‘	R5‘	R6‘
LTFU外来の数	10	10			
連携可能な地域医療機関数	30	22			

908

3.関東・甲信越ブロック



拠点病院と各拠点病院が主に担当する地域

東京都立駒込病院
群馬県・栃木県・茨城県・埼玉県

国立がんセンター中央病院
千葉県・神奈川県・山梨県・静岡県東部

虎の門病院
東京都・新潟県・長野県

<ブロックにおける各病院の役割分担について>

○ 拠点病院として地域をまとめることができる、余力のある病院は、東京都外にはほぼ認めない。

○ 関東の移植施設の多くは、KSGCT(関東造血幹細胞移植共同研究グループ：Kanto Study Group for Cell Therapy)の繋がりをもっている。

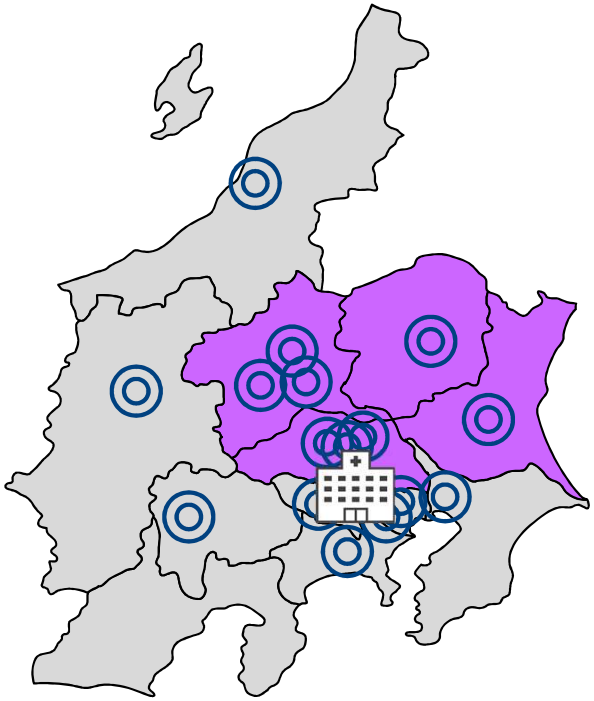
○ 関東甲信越地域を3ブロックに分け、各拠点病院が責任を持って事業を行う地域を明確化する。

その上で、「責任を持って事業を行う地域」以外の地域においても、各拠点病院が既に機能的に結びついている地域ついては、当該拠点病院が指定する地域拠点病院を配置し、効率的に事業を行うことができる体制とする。

○ 拠点病院群間での緊密な連携のため、各拠点病院が持ち回りで開催し、当該ブロック内の全ての拠点病院・地域拠点病院が集まる「関東甲信越ブロック拠点病院連絡会議」を設置し、年3回実施する。

これにより、同一地域における地域拠点病院間での連携も緊密に行い、効率的な事業実施を図る。

3-1.関東・甲信越ブロック（北関東）



拠点病院　　東京都立駒込病院

◎地域拠点病院（16ヶ所）

筑波大学附属病院
自治医科大学附属病院
群馬大学医学部附属病院
群馬県済生会前橋病院
埼玉県立がんセンター
聖マリアンナ医科大学病院
聖マリアンナ医科大学病院横浜市西部病院
順天堂大学医学部附属浦安病院
自治医科大学附属さいたま医療センター
東京医科歯科大学医学部附属病院
慶應義塾大学病院
信州大学医学部附属病院
新潟大学医歯学総合病院
山梨県立中央病院
深谷赤十字病院
群馬県立がんセンター

事業計画の主なポイントと成果参考指標

■人材育成事業

課題　：特に北関東地域において、どの職種も不足している。
対策　：以下のように人材育成を実施し、不足地域に配置。
・移植認定医　：5年間で５名以上育成
・LTFU研修済看護師　：5年間で５名以上育成
・認定HCTC　：5年間で５名以上育成

（単位：名）

	R2‘	R3‘	R4‘	R5‘	R6‘	合計	目標
移植認定医	0	5				5	５名以上
LTFU研修済看護師	7	5				12	５名以上
認定HCTC	0	1				1	５名以上

■コーディネート支援事業

課題　：HCTC等の不足により、円滑な採取病院の決定等が出来ていない。
対策　：採取可能施設情報の共有化や採取支援により、5日程度の期間短縮を図る。

		R2‘	R3‘	R4‘	R5‘	R6‘
患者の第一希望に採取できた割合（%）※1		46.3	48.1			
ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾄ期間（中央値）※2	ﾄﾞﾅｰ確定からﾄﾞﾅｰ選定（日）	53	51			
	ﾄﾞﾅｰ選定から採取（日）	70	65			

※1：ブロック内採取件数のうち患者希望週内での採取件数÷ブロック内の採取件数
※2：コーディネート期間は、ブロック内に居住するドナーの非血縁者間コーディネート期間の中央値

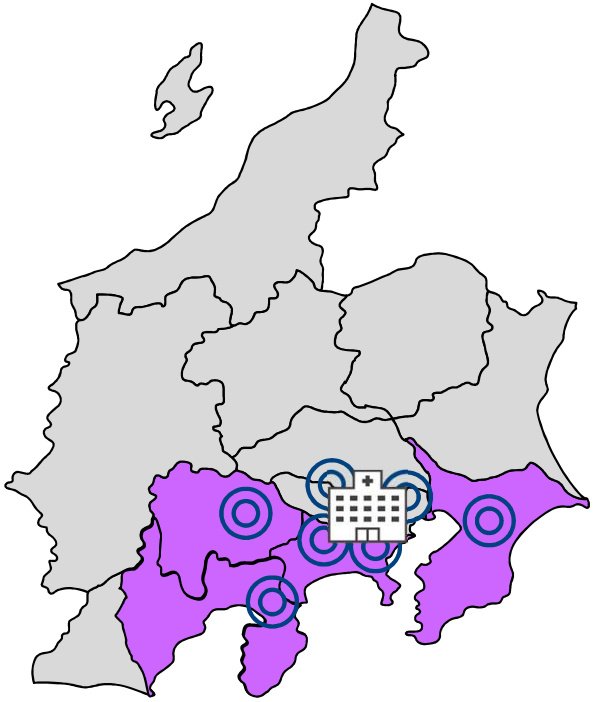
■地域連携事業

課題　：非移植医との連携、就労支援の体制整備等が不十分。
対策　：移植前・後の質の向上を目的として、非移植医を含む地域の医療機関や移植施設との連携を図る。
就労支援の強化等を図る。

	R2‘	R3‘	R4‘	R5‘	R6‘
LTFU外来の数	10	10			
連携可能な地域医療機関数	26	31			

910

3-2.関東・甲信越ブロック（南関東）



拠点病院　国立がん研究センター中央病院

◎地域拠点病院（７ヶ所）

東海大学医学部付属病院
神奈川県立がんセンター
静岡県立静岡がんセンター
千葉大学医学部附属病院
山梨大学医学部附属病院
東京慈恵会医科大学附属病院
東京大学医科学研究所附属病院

事業計画の主なポイントと成果参考指標

■人材育成事業

課題　：静岡県東部・山梨県を中心に人材が不足している。
対策　：以下のように人材育成を実施し、不足地域に配置。
・移植認定医　：5年間で25名育成
・LTFU研修済看護師　：5年間で150名育成
・認定HCTC：5年間で５名 資格取得要件を満たす者を育成

（単位：名）

	R2'	R3'	R4'	R5'	R6'	合計	目標
移植認定医	4	0				4	25名
LTFU研修済看護師	9	14				23	150名
認定HCTC	2	3				5	５名

■コーディネート支援事業

課題　：採取可能枠の有効利用が出来ていない。山梨県にPB採取可能施設がない。
対策　：採取可能情報の共有化により７日の期間短縮を図る。
診療支援による採取認定施設の増加（山梨県など）

		R2'	R3'	R4'	R5'	R6'
患者の第一希望に採取できた割合（%）※1		53.9	50.0			
ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾄ期間（中央値）※2	ﾄﾞﾅｰ確定からﾄﾞﾅｰ選定（日）	49	50			
	ﾄﾞﾅｰ選定から採取（日）	63	63			

※１：ブロック内採取件数のうち患者希望週内での採取件数÷ブロック内の採取件数
※２：コーディネート期間は、ブロック内に居住するドナーの非血縁者間コーディネート期間の中央値

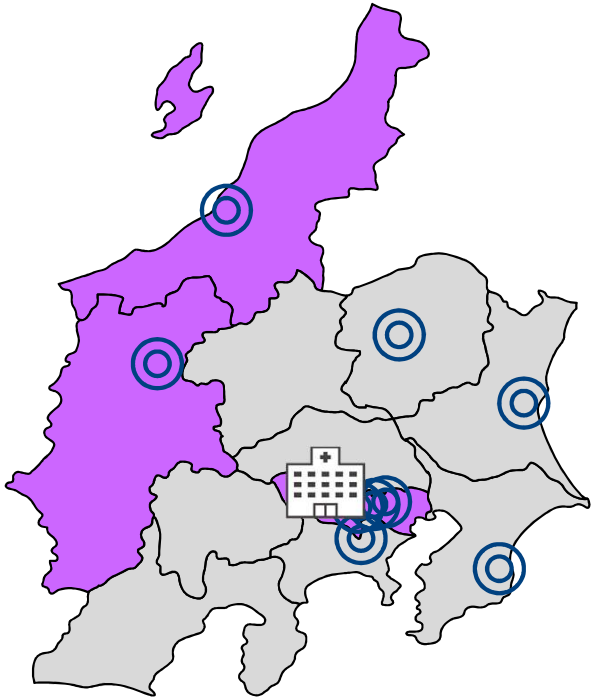
■地域連携事業

課題　：非移植医との連携、LTFU外来の設置や就労支援の体制整備等が不十分。
対策　：非移植医を含む地域の医療機関や移植施設との連携を強化するために、
年２回、地域拠点病院を中心とした連絡会議の実施等を行う。
LTFU外来の拡充（5年で10施設において外来を新設）や就労支援の強化等を図る。

	R2'	R3'	R4'	R5'	R6'
LTFU外来の数	13	14			
連携可能な地域医療機関数	54	63			

911

3-3.関東・甲信越ブロック（東京都・信越）



拠点病院　　虎の門病院

◎地域拠点病院（９ヶ所）

三宿病院　　茨城県立中央病院
虎の門病院分院　　亀田総合病院
長野赤十字病院　　昭和大学病院
新潟県立がんセンター新潟病院
栃木県立がんセンター
聖路加国際病院

事業計画の主なポイントと成果参考指標

■人材育成事業

課題　：東京都、新潟県を中心に人材が不足している。
対策　：以下のように人材育成を実施し、不足地域に配置。
・移植認定医　：５年間で８名育成
・LTFU研修済看護師　：５年間で60名育成
・認定HCTC：　５年間で８名育成

（単位：名）

	R2'	R3'	R4'	R5'	R6'	合計	目標
移植認定医	4	1				5	８名
LTFU研修済看護師	29	15				44	60名
認定HCTC	6	1				7	８名

■コーディネート支援事業

課題　：採取施設が少ない。
対策　：採取可能情報の共有化や採取認定施設の新設（新潟県）により約５０日の期間短縮を図る（BM・PB共に60日を目指す。）。

		R2'	R3'	R4'	R5'	R6'
患者の第一希望に採取できた割合（%）※1		55.1	58.6			
ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾄ期間（中央値）※2	ﾄﾞﾅｰ確定からﾄﾞﾅｰ選定（日）	50	49			
	ﾄﾞﾅｰ選定から採取（日）	64	61			

※１：ブロック内採取件数のうち患者希望週内での採取件数÷ブロック内の採取件数
※２：コーディネート期間は、ブロック内に居住するドナーの非血縁者間コーディネート期間の中央値

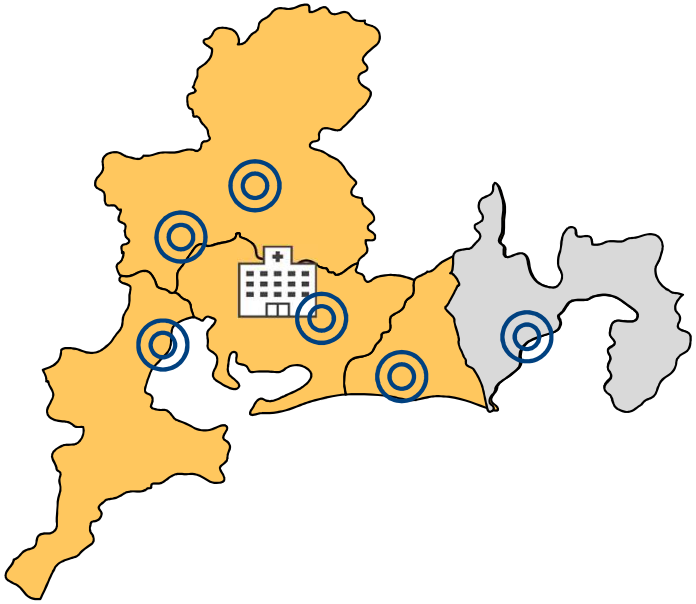
■地域連携事業

課題　：非移植医との連携、LTFU外来の設置や就労支援の体制整備等が不十分。
対策　：非移植医を含む地域の医療機関や移植施設との連携を強化するために、地域拠点病院を中心としたネットワークを構築。
LTFU外来の拡充や受診率向上、就労支援の強化等を図る。

	R2'	R3'	R4'	R5'	R6'
LTFU外来の数	7	8			
連携可能な地域医療機関数	104	102			

912

4.東海ブロック



拠点病院　日本赤十字社愛知医療センター
名古屋第一病院

◎地域拠点病院（７ヶ所）

名古屋大学医学部附属病院
安城更生病院
浜松医科大学医学部附属病院
三重大学医学部附属病院
岐阜市民病院
静岡県立こども病院
福井大学医学部附属病院

※福井大学医学部附属病院においては人材育成（医師1名）のみ実施

事業計画の主なポイントと成果参考指標

■人材育成事業

課題　：ブロック全体で、全ての職種の人材が不足している。
対策　：以下のように人材育成を実施し、不足地域に配置。
・移植認定医　：5年間で11名育成
・LTFU研修済看護師　：5年間で約70名育成
・認定HCTC　：5年間で11名育成

（単位：名）

	R2′	R3′	R4′	R5′	R6′	合計	目標
移植認定医	3	9				12	11名
LTFU研修済看護師	31	19				50	約70名
認定HCTC	4	1				5	11名

■コーディネート支援事業

課題　：HCTCや採取医師が不足している地域がある。
対策　：円滑なコーディネートの実施のため、HCTCの増員を図ると共に、採取支援などを行う。

		R2′	R3′	R4′	R5′	R6′
患者の第一希望に採取できた割合（%）※1		51.0	51.6			
ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾄ期間（中央値）※2	ﾄﾞﾅｰ確定からﾄﾞﾅｰ選定（日）	51	48			
	ﾄﾞﾅｰ選定から採取（日）	64	60			

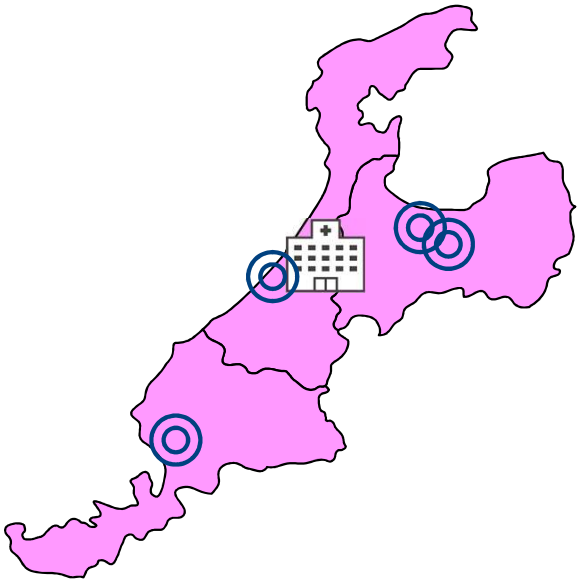
※1：ブロック内採取件数のうち患者希望週内での採取件数÷ブロック内の採取件数
※2：コーディネート期間は、ブロック内に居住するドナーの非血縁者間コーディネート期間の中央値

■地域連携事業

課題　：非移植医との連携、LTFU外来の設置や就労支援の体制整備等が不十分。
対策　：名古屋BMTグループを活用し、地域拠点病院やその他の移植施設との連携を図り、本事業の円滑な実施を図る。非移植医を含む地域の医療機関や移植施設との連携を強化するために、地域拠点病院を中心とした連携体制を構築。
LTFU外来の拡充や受診率向上、就労支援の強化等を図る。

	R2′	R3′	R4′	R5′	R6′
LTFU外来の数	11	17			
連携可能な地域医療機関数	61	66			

5.北陸ブロック



拠点病院　　**金沢大学附属病院**

◎地域拠点病院（４ヶ所）

福井大学医学部附属病院
富山県立中央病院
富山赤十字病院
石川県立中央病院

事業計画の主なポイントと成果参考指標

■人材育成事業

課題　：ブロック全体で、全ての職種の人材が不足している。
対策　：以下のように人材育成を実施し、不足地域に配置。
・移植認定医　：5年間で５名育成
・LTFU研修済看護師　：5年間で約７名育成（福井）
・認定HCTC　：5年間で２名育成（富山・福井）

（単位：名）

	R2′	R3′	R4′	R5′	R6′	合計	目標
移植認定医	4	3				7	５名
LTFU研修済看護師	6	6				12	約７名
認定HCTC	0	2				2	２名

■コーディネート支援事業

課題　：移植紹介元など、地域の医療機関との連携が取れていない。
対策　：地域の非移植医との円滑な連携を取り、1-2ヶ月のコーディネート期間短縮を図る。

		R2′	R3′	R4′	R5′	R6′
患者の第一希望に採取できた割合（%）※1		47.8	68.0			
ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾄ期間（中央値）※2	ﾄﾞﾅｰ確定からﾄﾞﾅｰ選定（日）	41	45			
	ﾄﾞﾅｰ選定から採取（日）	59	65			

※１：ブロック内採取件数のうち患者希望週内での採取件数÷ブロック内の採取件数
※２：コーディネート期間は、ブロック内に居住するドナーの非血縁者間コーディネート期間の中央値

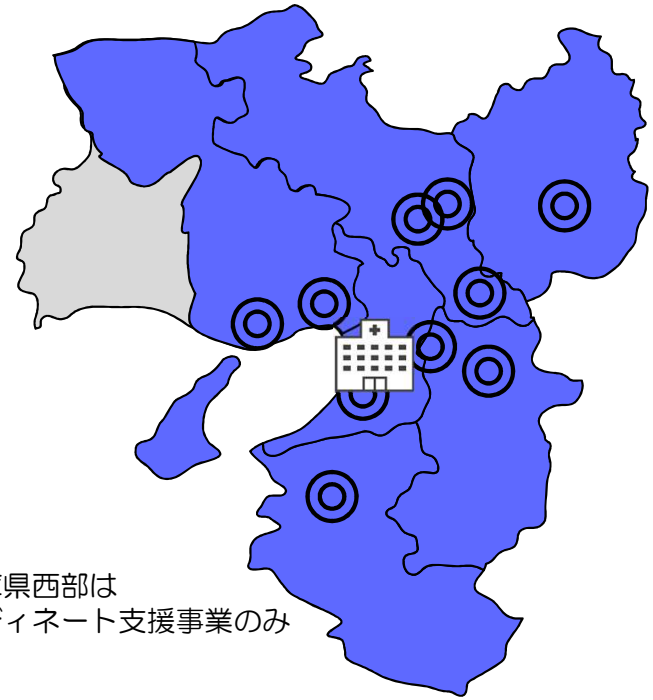
■地域連携事業

課題　：非移植医との連携、LTFU外来の受診率向上や就労支援の体制整備等が不十分。
対策　：地域拠点病院やその他の移植施設、非移植医を含む地域の医療機関との連携体制を構築。
地域の医師の理解の促進、LTFU外来の拡充や受診率向上、就労支援の強化等を図る。

	R2′	R3′	R4′	R5′	R6′
LTFU外来の数	5	5			
連携可能な地域医療機関数	18	18			

914

6.近畿ブロック



※兵庫県西部は
コーディネート支援事業のみ

拠点病院　**大阪公立大学医学部附属病院**

◎地域拠点病院（10ヶ所）

大阪市立総合医療センター　兵庫医科大学病院
大阪母子医療センター　滋賀医科大学医学部附属病院
大阪国際がんセンター　神戸大学医学部附属病院
京都府立医科大学附属病院
京都大学医学部附属病院
和歌山県立医科大学附属病院
奈良県立医科大学医学部附属病院

事業計画の主なポイントと成果参考指標

■人材育成事業

課題　：ブロック全体で、全ての職種の人材が不足している。
対策　：以下のように人材育成を実施し、不足地域に配置。
・移植認定医　：5年間で８名以上育成
・LTFU研修済看護師　：5年間で約７名以上育成
・認定HCTC　：5年間で23名以上育成

（単位：名）

	R2′	R3′	R4′	R5′	R6′	合計	目標
移植認定医	9	17				26	８名以上
LTFU研修済看護師	27	35				62	７名以上
認定HCTC	11	8				19	23名以上

■コーディネート支援事業

課題　：採取可能施設情報の共有化に関し、情報の質が担保出来ていない。
末梢血幹細胞採取が出来ない地域がある。
対策　：各県１箇所以上の末梢血幹細胞採取認定施設を設置する。
ブロック内の全施設で質の保たれた採取可能情報を共有する体制を構築する。

		R2′	R3′	R4′	R5′	R6′
患者の第一希望に採取できた割合（%）※1		72.2	77.9			
ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾄ期間（中央値）※2	ﾄﾞﾅｰ確定からﾄﾞﾅｰ選定（日）	44	44			
	ﾄﾞﾅｰ選定から採取（日）	58	61			

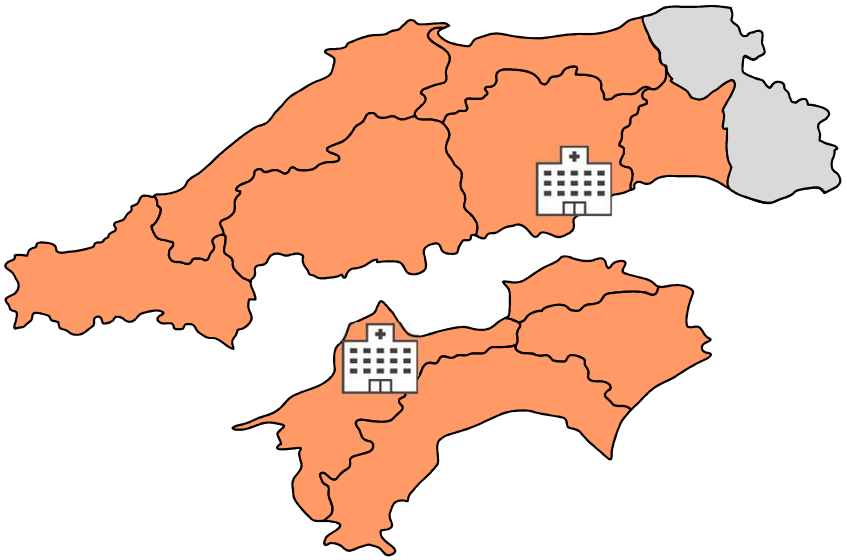
※１：ブロック内採取件数のうち患者希望週内での採取件数÷ブロック内の採取件数
※２：コーディネート期間は、ブロック内に居住するドナーの非血縁者間コーディネート期間の中央値

■地域連携事業

課題　：非移植医との連携、LTFU外来の設置や就労支援の体制整備等が不十分。
対策　：地域拠点病院を中心に、その他の移植施設や非移植を含む地域の医療機関との連携体制を構築。
LTFU外来の拡充や就労支援の強化等を図る。

	R2′	R3′	R4′	R5′	R6′
LTFU外来の数	33	37			
連携可能な地域医療機関数	96	78			

7.中国・四国ブロック



拠点病院と各拠点病院が主に担当する地域

岡山大学病院
中国地方・高知（医師の人材育成事業のみ）
兵庫県西部（人材育成事業・地域連携事業のみ）

愛媛県立中央病院
愛媛・香川・徳島・高知（医師の人材育成を除く）

＜ブロックにおける各病院の役割分担について＞

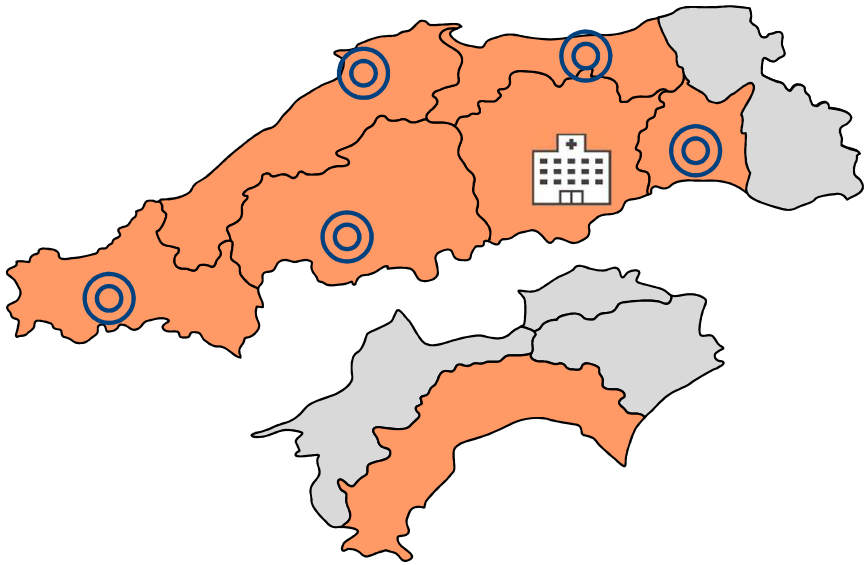
○ 医師の人材育成事業に関しては、岡山大学が中国地方に加え、以前よりつながりが深い高知県を担当する。愛媛県立中央病院は、香川県・徳島県・愛媛県を担当する。

○ 医師以外の人材育成事業及びコーディネート支援事業・地域連携支援事業においては、岡山大学病院が中国地方・愛媛県立中央病院が四国地方を主に担当する。

○ その上で、拠点病院群間での緊密な連携のため、当該ブロック内の全ての拠点病院・地域拠点病院が集まる「造血幹細胞移植拠点病院中四国ブロック連絡会議」を設置し、年２回実施する。

これにより、中四国ブロック内において緊密な連携をとり、確実で効率的な事業実施を図る。

7-1.中国・四国ブロック（中国）



※兵庫県西部（人材育成事業・地域連携事業のみ）
※高知（医師の人材育成のみ）

拠点病院　　岡山大学病院

◎地域拠点病院（５ヶ所）

山口大学医学部附属病院
広島大学病院
島根大学医学部附属病院
鳥取県立中央病院
姫路赤十字病院

事業計画の主なポイント

■人材育成事業

課題　：ブロックの各地域で人材が不足している。
対策　：以下のように人材育成を実施し、不足地域に配置。
・移植認定医　：5年間で５名育成（広島県東部・兵庫県西部・高知）
・LTFU研修済看護師　：5年間で70名育成
・認定HCTC：明示なし（必要とする施設に配置するよう育成）

（単位：名）

	R2‘	R3‘	R4‘	R5‘	R6‘	合計	目標
移植認定医	5	4				9	５名
LTFU研修済看護師	15	9				24	70名
認定HCTC	0	2				2	ー

■コーディネート支援事業

課題　：コーディネート期間が、全国平均より数日長い。
対策　：ブロック内にBM・PB採取認定施設を１箇所ずつ新規に設置する。
ブロック全体に調整医師を配置し、円滑なコーディネートを図る。

		R2‘	R3‘	R4‘	R5‘	R6‘
患者の第一希望に採取できた割合（%）※1		74.1	72.1			
ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾄ期間（中央値）※2	ﾄﾞﾅｰ確定からﾄﾞﾅｰ選定（日）	46	44			
	ﾄﾞﾅｰ選定から採取（日）	58	55			

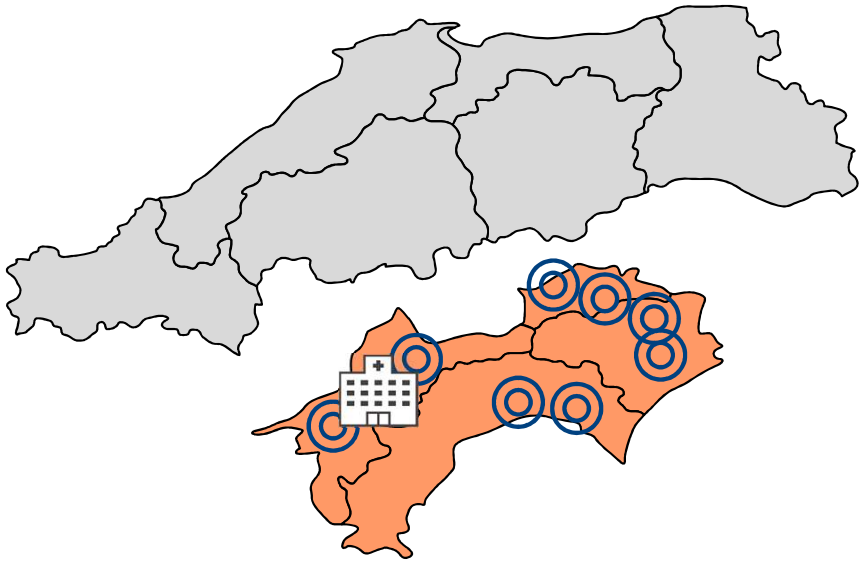
※１：ブロック内採取件数のうち患者希望週内での採取件数÷ブロック内の採取件数
※２：コーディネート期間は、ブロック内に居住するドナーの非血縁者間コーディネート期間の中央値

■地域連携事業

課題　：非移植医との連携、LTFU外来の設置や就労支援の体制整備等が不十分。
対策　：愛媛県立中央病院等と連携し、非移植医を含む地域の医療機関との連携体制を構築。
就労支援の強化等を図る。

	R2‘	R3‘	R4‘	R5‘	R6‘
LTFU外来の数	12	12			
連携可能な地域医療機関数	25	29			

7-2.中国・四国ブロック（四国）



※高知（医師の人材育成を除く）

拠点病院　　愛媛県立中央病院

◎地域拠点病院（８ヶ所）

高松赤十字病院　　高知医療センター
徳島赤十字病院　　松山赤十字病院
徳島大学病院
香川大学医学部附属病院
高知大学医学部附属病院
愛媛大学医学部附属病院

事業計画の主なポイント

■人材育成事業

課題　：ブロックの各地域で人材が不足している。
対策　：以下のように人材育成を実施し、不足地域に配置。
・移植認定医　：5年間で14名育成（愛媛・徳島・香川）
・LTFU研修済看護師　：5年間で42名育成
・認定HCTC　：5年間で７名育成

（単位：名）

	R2‘	R3‘	R4‘	R5‘	R6‘	合計	目標
移植認定医	0	3				3	14名
LTFU研修済看護師	15	8				23	42名
認定HCTC	5	2				7	7名

■コーディネート支援事業

課題　：非血縁者間末梢血幹細胞採取が少ない。
対策　：各施設１人以上の採取医を育成する。四国内のコーディネート期間を５日間短縮する。

		R2‘	R3‘	R4‘	R5‘	R6‘
患者の第一希望に採取できた割合（%）※1		53.2	80.0			
ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾄ期間（中央値）※2	ﾄﾞﾅｰ確定からﾄﾞﾅｰ選定（日）	45	47			
	ﾄﾞﾅｰ選定から採取（日）	61	58			

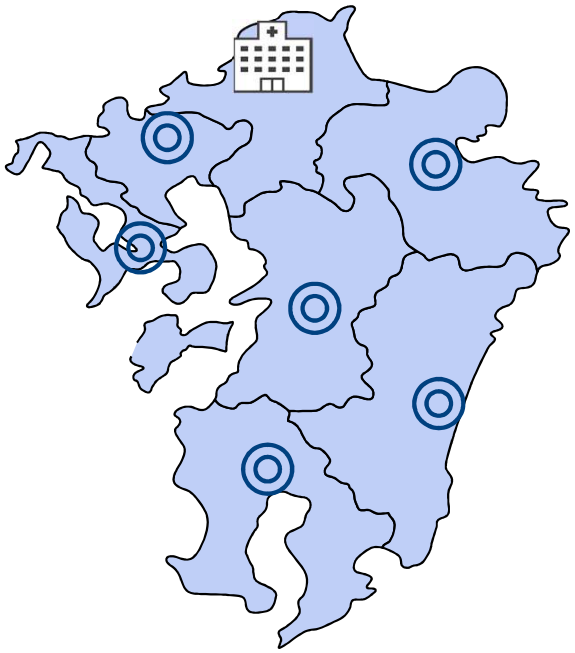
※１：ブロック内採取件数のうち患者希望週内での採取件数÷ブロック内の採取件数
※２：コーディネート期間は、ブロック内に居住するドナーの非血縁者間コーディネート期間の中央値

■地域連携事業

課題　：非移植医との連携、LTFU外来の設置率や就労支援の体制整備等が不十分。
対策　：地域拠点病院を主体として、非移植医を含む地域の医療機関との連携体制を構築。
LTFU外来を全ての移植施設で開設する。就労支援の強化等を図る。

	R2’	R3‘	R4‘	R5‘	R6‘
LTFU外来の数	7	8			
連携可能な地域医療機関数	36	25			

8.九州ブロック



拠点病院　　九州大学病院

◎地域拠点病院（６ヶ所）

長崎大学病院
大分大学医学部附属病院
宮崎大学医学部附属病院
熊本大学病院
鹿児島大学病院
佐賀県立医療センター好生館

事業計画の主なポイント

■人材育成事業

課題　：ブロックの各地域で人材が不足している。
対策　：以下のように人材育成を実施し、不足地域に配置。
・移植認定医　：5年間で３名育成
・LTFU研修済看護師　：5年間で10名育成
・認定HCTC　：明示なし（各地域拠点病院やHVCに配置）

（単位：名）

	R2'	R3'	R4'	R5'	R6'	合計	目標
移植認定医	9	5				14	３名
LTFU研修済看護師	30	39				69	10名
認定HCTC	9	5				14	ー

■コーディネート支援事業

課題　：調整医師の不足を認める。
対策　：調整医師をブロック内で30名程度育成する。
日本骨髄バンクと定期的な会議体をもつことで、コーディネート期間を数日間短縮する。

		R2'	R3'	R4'	R5'	R6'
患者の第一希望に採取できた割合（%）※1		59.9	48.8			
ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾄ期間（中央値）※2	ﾄﾞﾅｰ確定からﾄﾞﾅｰ選定（日）	45	45			
	ﾄﾞﾅｰ選定から採取（日）	59	60			

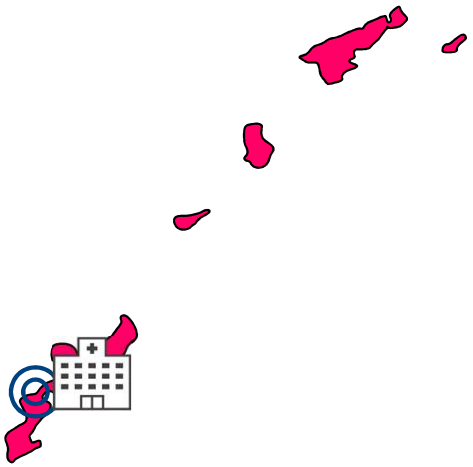
※１：ブロック内採取件数のうち患者希望週内での採取件数÷ブロック内の採取件数
※２：コーディネート期間は、ブロック内に居住するドナーの非血縁者間コーディネート期間の中央値

■地域連携事業

課題　：非移植医との連携、LTFU外来の設置率や就労支援の体制整備等が不十分。
対策　：地域の医療機関を対象とした移植医療の知識のブラッシュアップ。
地域拠点病院を主体として、非移植医を含む地域の医療機関との連携体制を構築。
LTFU外来の質の向上を図る。就労支援の強化等を図る。

	R2'	R3'	R4'	R5'	R6'
LTFU外来の数	23	25			
連携可能な地域医療機関数	61	62			

９.沖縄ブロック



拠点病院　　**琉球大学病院**

◎地域拠点病院（１ヶ所）

ハートライフ病院

※事業実施に際しては、必要に応じて、
都立駒込病院・国立がん研究センター中央病院・
虎の門病院及び九州大学病院と連携する。

事業計画の主なポイント

■人材育成事業

課題　：県内において人材が不足している。
対策　：以下のように人材育成を実施し、不足地域に配置。
・移植認定医　：5年間で６名育成（移植実施施設を２→３施設と増設）
・LTFU研修済看護師　：5年間で10名育成
・認定HCTC　：5年間で６名育成

（単位：名）

	R2′	R3′	R4′	R5′	R6′	合計	目標
移植認定医	0	2				2	６名
LTFU研修済看護師	1	2				3	10名
認定HCTC	0	2				2	６名

■コーディネート支援事業

課題　：幹細胞採取の可能な施設が少ない。
対策　：末梢血幹細胞採取認定施設を3施設新設する。骨髄採取認定施設を１施設新設する。
コーディネート期間を20日間程度短縮する。

		R2′	R3′	R4′	R5′	R6′
患者の第一希望に採取できた割合（%）※1		42.9	50.0			
ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾄ期間（中央値）※2	ﾄﾞﾅｰ確定からﾄﾞﾅｰ選定（日）	55	51			
	ﾄﾞﾅｰ選定から採取（日）	60	77			

※１：ブロック内採取件数のうち患者希望週内での採取件数÷ブロック内の採取件数
※２：コーディネート期間は、ブロック内に居住するドナーの非血縁者間コーディネート期間の中央値

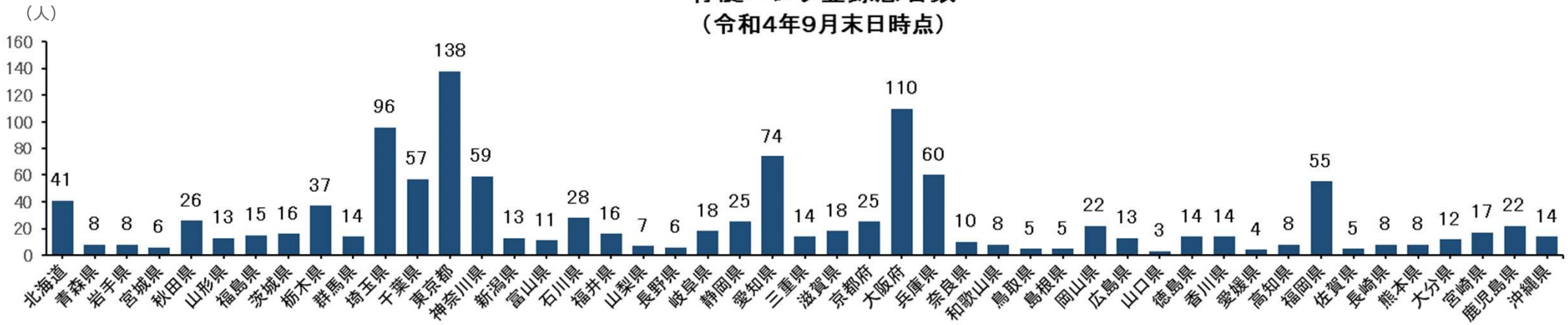
■地域連携事業

課題　：地域の医療機関における移植前を含む連携体制やLTFU外来の設置、就労支援の体制整備等が不十分。
対策　：非移植医を含む地域の医療機関との連携体制を構築。
LTFU外来を沖縄県北部でも実施出来るようにする。就労支援の強化等を図る。

	R2′	R3′	R4′	R5′	R6′
LTFU外来の数	2	3			
連携可能な地域医療機関数	0	1			

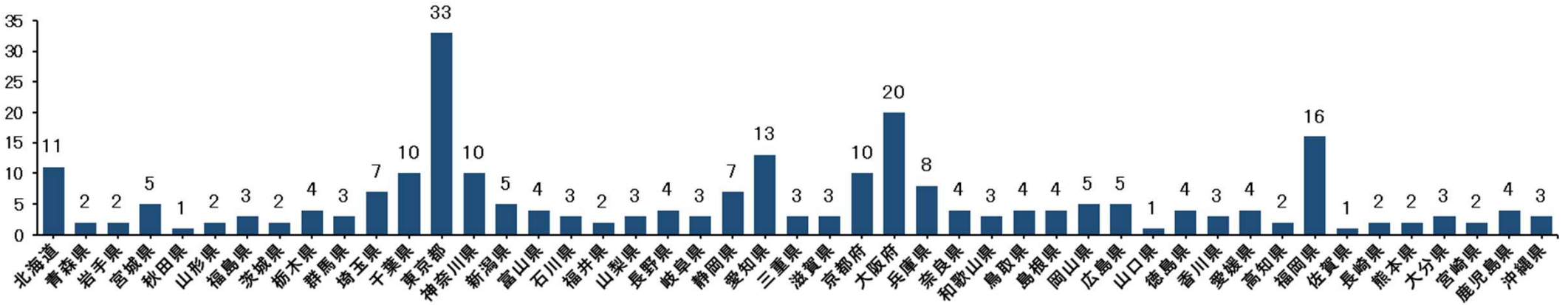
（参考）都道府県別データ

骨髄バンク登録患者数
（令和4年9月末日時点）



（資料）日本骨髄バンクＨＰの資料を元に厚生労働省健康局難病対策課移植医療対策推進室で加工

日本造血・免疫細胞療法学会　移植施設認定基準による認定診療科等数
（令和4年8月2日現在）

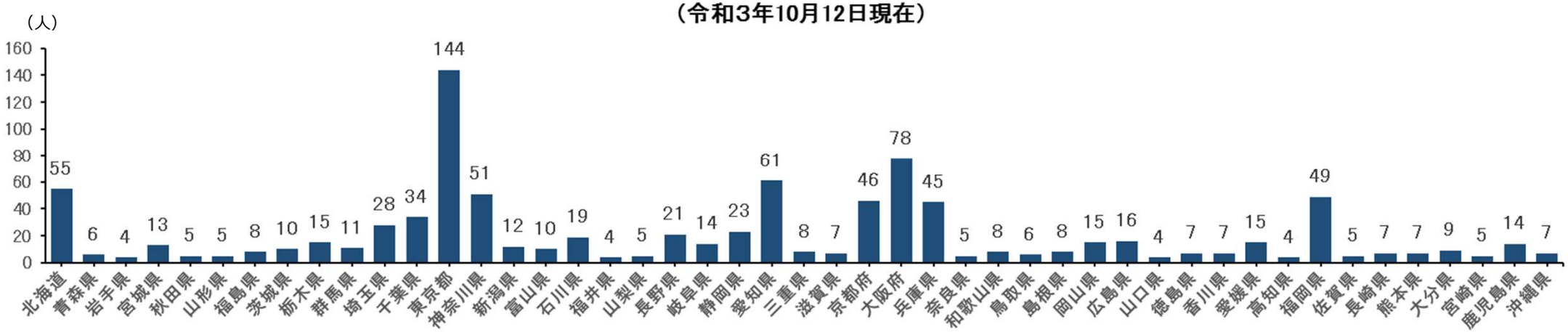


（資料）日本造血・免疫細胞療法学会ＨＰの資料を元に厚生労働省健康局難病対策課移植医療対策推進室で加工

（参考）都道府県別データ

日本造血・免疫細胞療法学会　認定医数

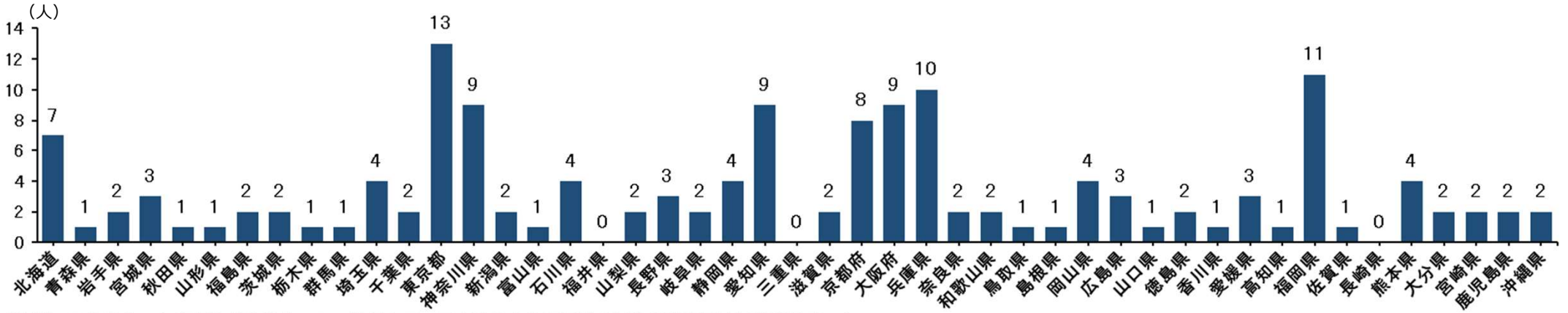
（令和3年10月12日現在）



（資料）日本造血・免疫細胞療法学会ＨＰの資料を元に厚生労働省健康局難病対策課移植医療対策推進室で加工

日本造血・免疫細胞療法学会　認定造血細胞移植コーディネーター（専門HCTC、暫定専門HCTC、認定HCTC）数

（令和4年8月10日現在）



（資料）日本造血・免疫細胞療法学会ＨＰの資料を元に厚生労働省健康局難病対策課移植医療対策推進室で加工

令和３年度選定・評価会議での主な御意見と今後の方向性について

主な御意見

○　人材育成事業

・実地研修の一部中止や延期があったものの、リモート研修やeラーニング等が有効に活用され、人材育成が概ね順調に進んでいる。

・どの職種も不足しているが、特に認定HCTCの不足が課題である。

○　コーディネート支援事業

・専従HCTCの配置により、採取医療機関と日本骨髄バンクとの連携が強化され、患者の第一希望週に採取できた割合が概ね向上している。

・一部のブロックで、骨髄等採取の受け入れ可否状況を関係者がリアルタイムで共有できるWebシステムが導入され、最適な採取計画の立案に役立てられている。

○　地域連携事業

・地域医療機関の診療支援やLTFU外来の開設支援が一部中止・延期となる例が見られたが、オンラインを活用した支援・連携が進んでいる。

・LTFU外来を支援する患者指導用リーフレット等が作成され、全国で活用されている。

・一部のブロックで、他診療科と連携した小児患者のLTFU強化に関する取組が進んでおり、評価できる。

・地域連携支援センターが設置されているものの、就学・就労支援はまだ不十分である。

今後の方向性について（論点）

・上記御意見等を踏まえて、造血幹細胞移植医療体制整備事業の今後の方向性についてどのように考えるか。

・各ブロックの評価については、それぞれの事業の成果に加えて、新型コロナウイルス感染症の影響や地理的制約、人材（なり手）不足等の各地域の実情を踏まえることとしてはどうか。

・概ね５か年計画で事業を進めているが、最終的な成果をどのように総括するか。

資料１８-(９)

第２１回厚生科学審議会がん登録部会
オンライン開催
議事次第

日　時：令和４年１２月５日（月）１６：００～１９：００

１　議　　題

（１）全国がん登録及び院内がん登録における課題について【公開】

（２）新規申出の全国がん登録情報の提供について【非公開】

２　資　　料

【資料１】全国がん登録及び院内がん登録における課題【公開】

【資料２】がん登録情報の提供に係る事項について【公開】

【資料３】民間事業者のがん登録情報の利用について【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】院内がん登録の実施に係る指針【公開】

【参考資料５】がん登録部会における議題の整理【公開】

【参考資料６】全国がん登録　情報の提供マニュアル 第３版【公開】

【参考資料７】全国がん登録 情報の提供の利用規約【公開】

【参考資料８】個人情報の保護に関する法律【公開】

【参考資料９】諮問書・付議書【公開】

【参考資料 10】申出文書の形式点検書（X2022-0004～0007）【非公開】

【参考資料 11】申出一覧と各申出の概要【非公開】

【参考資料 12】申出文書一式（X2022-0004～0007）【非公開】

【参考資料 13】審査委員会審査報告書のまとめ（申出番号 X2022-0004～0007）【非公開】

【参考資料 14】申出者に対する質問と回答書【非公開】

第21回　厚生科学審議会がん登録部会	資料１
令和４年12月５日	

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

全国がん登録及び院内がん登録における課題について

厚生労働省

健康局　がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

課題一覧

課題１．がん登録の整備について

①届出の照合・集約作業の効率化 ･････････････････････････････････････ P. 3

②住所異動確認調査の円滑化 ･･ P. 9

課題２．全国がん登録情報等の利用及び提供について

①全国がん登録情報等の利用範囲、匿名化の定義等の明確化 ････････････････････････ ●

②他のDBとの連結・解析 ･･ ●

③全国がん登録情報等の国外提供に係るルールの明確化 ･･････････････････････ P.14

④法第20条に基づいて提供された情報の取扱い ････････････････････････････････ P.19

課題３．情報の適切な取扱いについて

①申出から提供までの手続の簡略化 ･･････････････････････････････････････ ●

②安全管理措置基準の見直し ･･ ●

③全国がん登録情報等の提供におけるリモートアクセスの体制整備 ･････････････ ●

課題４．院内がん登録について

①院内がん登録全国集計データの利活用 ･･････････････････････････････････ ●

②がん登録推進法施行前に収集された症例の予後調査の取扱い ････････････････････ P.26

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

課題１．がん登録の整備について

①届出の照合・集約作業の効率化

②住所異動確認調査の円滑化

Ministry of Health, Labour and Welf

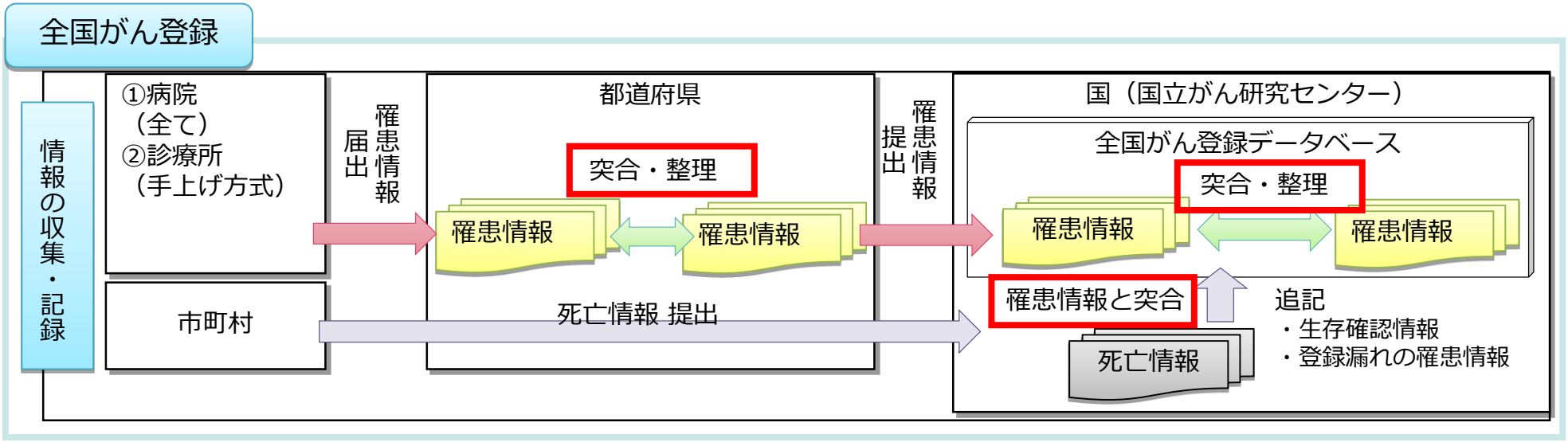
課題１－①：届出の照合・集約作業の効率化

課題の整理

・現在、病院等から提出のあった届出は、都道府県等及び国立がん研究センターがそれぞれで審査・整理を行った上で、全国がん登録データベースに記録されている（法第8条及び第９条）。
・審査・整理にあたっては、複数の医療機関からの届出を照合し患者を名寄せする作業が必要であり、現在はシステム上で、４情報（氏名・住所・性別・生年月日）を使って候補者を絞り込んだあと、住所変更等で一致しない項目がある場合は、目視で確認作業を行っている。
・これらについては、目視での確認作業に相当な労力と時間を要しているほか、見落としによる照合漏れが発生する可能性が高いことから、その効率化が課題とされている。

課題１－①：届出の照合・集約作業の効率化

○全国がん登録情報の届出手続においては、以下の通り都道府県及び国立がん研究センターにおいて、届出情報の度重なる照合が行われている。



課題１－①：届出の照合・集約作業の効率化

「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」概要

（１）オンライン資格確認の導入

①保険医療機関等で療養の給付等を受ける場合の被保険者資格の確認について、個人番号カードによるオンライン資格確認を導入する。

②国、保険者、保険医療機関等の関係者は、個人番号カードによるオンライン資格確認等の手続きの電子化により、医療保険事務が円滑に実施されるよう、協力するものとする。

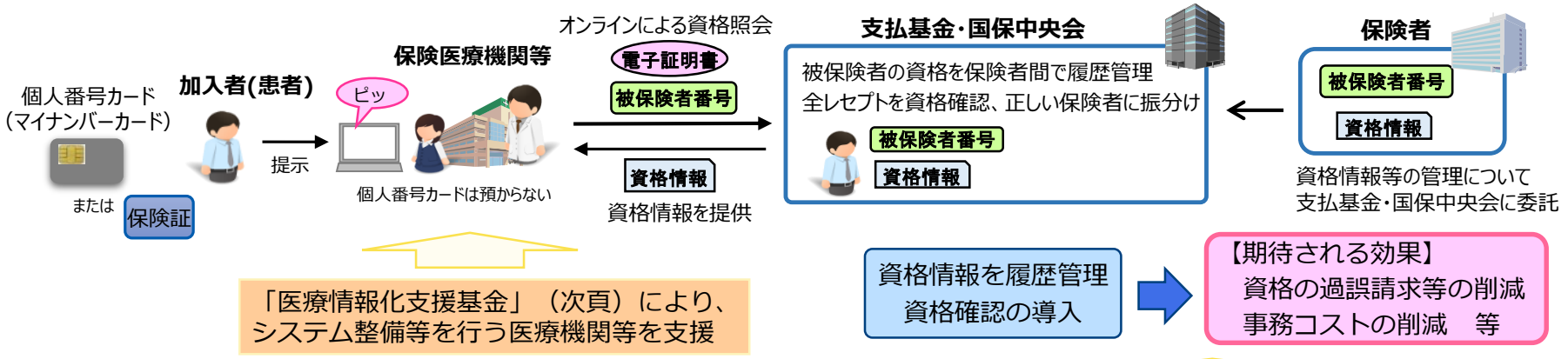
③オンライン資格確認の導入に向けた医療機関・薬局の初期導入経費を補助するため医療情報化支援基金を創設する（次頁参照）。

（２）被保険者記号・番号の個人単位化、告知要求制限の創設

①被保険者記号・番号について、世帯単位にかえて個人単位（被保険者又は被扶養者ごと）に定めることとする。
これにより、保険者を異動しても個々人として資格管理が可能となる。
※ 75才以上の方の被保険者番号は現在も個人単位なので変わらない。

②プライバシー保護の観点から、健康保険事業とこれに関連する事務以外に、被保険者記号・番号の告知を要求することを制限する。

※ 告知要求制限の内容（基礎年金番号、個人番号にも同様の措置あり）
①健康保険事業とこれに関連する事務以外に、被保険者記号・番号の告知を要求することを制限する。
②健康保険事業とこれに関連する事務以外で、業として、被保険者記号・番号の告知を要求する、又はデータベースを構成することを制限する。これらに違反した場合の勧告・命令、立入検査、罰則を設ける。



※　被保険者記号・番号の個人単位化、告知要求制限の創設については令和２年度より施行。

課題１－①：届出の照合・集約作業の効率化

○全国がん登録に係る事務は、被保険者番号等の利用が特に必要な場合として高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第118条の３第２項第４号及び第５号において定められており、告知要求制限の適用を受けない。

○高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）

（被保険者番号等の利用制限等）

第百六十一条の二　厚生労働大臣、後期高齢者医療広域連合、保険医療機関等、指定訪問看護事業者その他の後期高齢者医療の事業又は当該事業に関連する事務の遂行のため被保険者番号等（保険者番号（厚生労働大臣が後期高齢者医療の事業において後期高齢者医療広域連合を識別するための番号として、後期高齢者医療広域連合ごとに定めるものをいう。）及び被保険者番号（後期高齢者医療広域連合が被保険者の資格を管理するための番号として、被保険者ごとに定めるものをいう。）をいう。以下この条において同じ。）を利用する者として厚生労働省令で定める者（以下この条において「厚生労働大臣等」という。）は、当該事業又は事務の遂行のため必要がある場合を除き、何人に対しても、その者又はその者以外の者に係る被保険者番号等を告知することを求めてはならない。

２　厚生労働大臣等以外の者は、後期高齢者医療の事業又は当該事業に関連する事務の遂行のため被保険者番号等の利用が特に必要な場合として厚生労働省令で定める場合を除き、何人に対しても、その者又はその者以外の者に係る被保険者番号等を告知することを求めてはならない。

３～６　（略）

○高齢者の医療の確保に関する法律施行規則（平成十九年厚生労働省令第百二十九号）

（法第百六十一条の二第一項の厚生労働省令で定める者等）

第百十八条の三　（略）

２　法第百六十一条の二第二項の厚生労働省令で定める場合は、次の各号のいずれかに該当する場合とする。

一～三　（略）

四　国立研究開発法人国立がん研究センターが、がん登録等の推進に関する法律（平成二十五年法律第百十一号）第二十三条第一項の規定に厚生労働大臣から委任を受けた事務を行う場合

五　がん登録等の推進に関する法律第二十四条第一項の規定により都道府県知事から事務の委任を受けた者が、当該事務を行う場合

六～十二　（略）

課題１－①：届出の照合・集約作業の効率化

検討に当たっての論点（案）

・罹患情報届出の照合作業の効率化等に資するための方策について、一意性のある番号として被保険者番号の収集・活用に向けて調整を進めてはどうか。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

課題１．がん登録の整備について

①届出の照合・集約作業の効率化

②住所異動確認調査の円滑化

Ministry of Health, Labour and Welf

課題１－②：住所異動確認調査の円滑化

課題の整理

・住所異動確認調査は法令に基づく調査であるが、国立がん研究センター及び大学病院等の都道府県がん登録室が住民基本台帳法上の「国」及び「都道府県（自治体）」に該当しないこと等を理由に、市区町村において調査への対応を拒まれる場合があり、調査の円滑化が課題とされている。
・また、当該調査事務は、国立がん研究センターから通知を受けた都道府県が、封書にて、市区町村に対して住所異動確認調査票を送付し、住民票等の交付を請求、市区町村から返送された住民票等の写しを参照し、その結果を全国がん登録システムの端末に入力するなどしており、その効率化・デジタル化を検討することが必要である。

課題１－②：住所異動確認調査の円滑化

○住所異動確認調査は、がん登録推進法第10条及び第13条、住民基本台帳法（平成42年法律第81号）第12条の２第１項及び第15条の４第２項に基づき、毎年国立がん研究センターから都道府県に通知され、通知を受けた都道府県が市町村に住民票等の写しを請求することにより実施されている。

○全国がん登録における個人同定のための住所異動確認調査について（令和４年6月6日国がん発第15515号（各都道府県知事あて国立研究開発法人国立がん研究センター理事長通知）

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「法」という。）において、原発性のがんごとに、情報を審査整理してデータベースを整備することとされている。今般、データベース内の重複する個人の同定のため法第10条第１項及び法第13条第１項に基づき、調査を実施することとしたので、貴職におかれては調査のうえ、その結果を当職宛てに報告するようお願いする。

本調査は、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）第12条の２第１項又は第15条の４第２項の規定に基づき、都道府県から市町村に対し住民票の写し又は除票の写しの交付を請求することにより行うものである。なお、本取扱いについては、総務省自治行政局住民制度課と協議済である旨、念のため申し添える。

935

課題１－②：住所異動確認調査の円滑化

○がん登録推進法第23条は、法第10条第２項及び第13条第２項における厚生労働大臣の権限及び事務を国立がん研究センターに委任するものとしており、また法第24条は第10条第２項及び第13条第２項における都道府県知事の権限及び事務を、政令で定める者に委任できることとしている。

○がん登録等の推進に関する法律（平成25年法律第111号）

(厚生労働大臣の権限及び事務の委任)

第二十三条　次に掲げる厚生労働大臣の権限及び事務は、国立研究開発法人国立がん研究センター(以下「国立がん研究センター」という。)に行わせるものとする。

一　第五条第一項、第八条第一項、第九条、第十条、第十二条第一項、第十三条、第十四条並びに第十五条第一項及び第二項に規定する権限及び事務

二　第十七条の規定による提供に係る権限及び事務(全国がん登録情報の提供の決定及び当該提供を行おうとするときにおける意見の聴取を除く。)、第二十一条第一項から第四項までに規定する権限及び事務(全国がん登録情報の提供の決定を除く。)並びに同条第五項、第六項及び第七項(同条第一項から第三項までの規定による提供を行おうとするときに係る部分を除く。)に規定する権限及び事務

2　前項の場合においては、第十五条第二項中「厚生労働大臣」とあるのは「国立研究開発法人国立がん研究センター」と、「審議会等(国家行政組織法(昭和二十三年法律第百二十号)第八条に規定する機関をいう。)で政令で定めるもの」とあるのは「合議制の機関」と、同条第三項中「審議会等」とあるのは「合議制の機関」と、第十七条第二項中「厚生労働大臣」とあるのは「国立研究開発法人国立がん研究センター」と、「第十五条第二項に規定する審議会等」とあるのは「第二十三条第二項の規定により読み替えて適用する第十五条第二項の合議制の機関」と、第二十一条第七項中「厚生労働大臣」とあるのは「国立研究開発法人国立がん研究センター」と、「第一項から第三項までの規定による提供、第四項の規定による匿名化若しくは提供又は第五項の規定による匿名化」とあるのは「第四項の規定による匿名化若しくは提供又は第五項の規定による匿名化」と、「第十五条第二項に規定する審議会等」とあるのは「第二十三条第二項の規定により読み替えて適用する第十五条第二項の合議制の機関」とする。

(都道府県知事の権限及び事務の委任)

第二十四条　都道府県知事は、次に掲げる当該都道府県知事の権限及び事務を行うのにふさわしい者として政令で定める者に、これらの権限及び事務を行わせることができる。

一　第六条第一項、第八条、第十条第二項、第十三条第二項及び第十六条に規定する権限及び事務

二　第十八条第一項、第十九条第一項、第二十条並びに第二十一条第八項及び第九項の規定による提供に係る権限及び事務(当該提供の決定及び第十八条第一項第三号の規定により同項第二号に掲げる者に準ずる者を定めるものを除く。)

三　第二十二条第一項及び第三項に規定する権限及び事務(都道府県がんデータベースの整備に係る決定、都道府県がんデータベースに記録し、及び保存する情報の対象範囲の拡大に係る決定並びに同項の匿名化の方法に係る決定を除く。)

2　前項の規定により第十条第二項又は第十三条第二項の事務の委任が行われた場合においては、第十条第一項又は第十三条第一項中「関係都道府県知事」とあるのは、「関係都道府県知事から第二十四条第一項の規定により権限及び事務の委任を受けた者」とする。

課題１－②：住所異動確認調査の円滑化

検討に当たっての論点（案）

・住所異動確認調査が法令に基づいて実施されている調査である旨を、改めて国から市区町村へ周知徹底してはどうか。
・その上で、当該調査に係る事務負担を軽減するため、デジタル化を含め必要な見直しを検討してはどうか。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

課題２．全国がん登録情報等の利用及び提供について

③全国がん登録情報等の国外提供に係るルールの明確化

④法第20条に基づいて提供された情報の取扱い

Ministry of Health, Labour and Welf

課題２－③：全国がん登録情報等の国外提供に係るルールの明確化

課題の整理

・全国がん登録情報等の国外提供については、がん登録推進法等において明確な規定がなく、これまでも行われてきていなかった。こうした現在の運用については、国外での情報漏洩等を防止し、基本理念である情報の厳格な保護に資する反面、国際共同研究や国際機関へのデータ提供の機会が制限され十分な活用ができていないという指摘があった。
・これを踏まえ、令和３年9月29日第17回厚生科学審議会がん登録部会において、現行法における当面の運用として、法第17条第１項第２号に基づく申出について、一定の要件を満たす場合に国外適用を可能とする対応案を提示し、了承を得たところ。
・一方で、「国外にある第三者を直接の提供依頼申出者とする申出については、がん登録推進法に基づく安全管理措置等の実効性の担保について懸念があることから、現時点では提供を不可」とされ、引き続きの検討が求められている。

がん登録推進法第17条に基づく国外提供のイメージ

■ 国外にある第三者を直接の提供依頼申出者とする申出については、がん登録推進法に基づく安全管理措置等の実効性の担保について懸念があることから、現時点では提供を不可とし、引き続き慎重な検討を行う。

全国がん登録情報
厚生労働大臣

提供不可 ✕

国外にある第三者

本対応方針案における、「国外提供」の考え方

■ 第17条第１項第２号に該当する委託を受けた者等が外国政府又は日本が加盟している国際機関等の公的機関であって、かつ、委託等を行う国の行政機関若しくは独立行政法人が提供依頼申出者となり共同で責任を負う場合について、国外提供が可能。

全国がん登録情報
厚生労働大臣

提供可能 ○

提供先

国の行政機関若しくは独立行政法人
※提供依頼申出者

外国政府又は日本が加盟している国際機関等の公的機関
※第17条第１項第２号に該当

共同で責任を負う

課題２－③：全国がん登録情報等の国外提供に係るルールの明確化

（参考）全国がん登録情報等の提供に係る規定

①国のがん対策の企画立案等に必要な調査研究のための利用等の場合（第17条第１項）

厚生労働大臣は、国のがん対策の企画立案又は実施に必要ながんに係る調査研究のため、これに必要な限度で、全国がん登録データベースを用いて、全国がん登録情報又は特定匿名化情報を自ら利用し、又は次に掲げる者に提供することができる。ただし、当該利用又は提供によって、その情報により識別をすることができるがんに罹患した者又は第三者の権利利益を不当に侵害するおそれがあると認められるときは、この限りでない。

一　国の他の行政機関及び独立行政法人(独立行政法人通則法(平成十一年法律第百三号)第二条第一項に規定する独立行政法人をいう。次号において同じ。)

二　国の行政機関若しくは独立行政法人から国のがん対策の企画立案若しくは実施に必要ながんに係る調査研究の委託を受けた者又は国の行政機関若しくは独立行政法人と共同して当該がんに係る調査研究を行う者

三　前号に掲げる者に準ずる者として厚生労働省令で定める者

②その他の調査研究のための利用等の場合（第21条第３項　非匿名化情報の場合）

3　厚生労働大臣は、がんに係る調査研究を行う者から二以上の都道府県に係る都道府県がん情報の提供の求めを受けた場合において、次に掲げる要件のいずれにも該当するときは、当該がんに係る調査研究に必要な限度で、全国がん登録データベースを用いて、全国がん登録情報の提供を行うことができる。この場合においては、第十七条第一項ただし書の規定を準用する。

一　当該がんに係る調査研究が、がん医療の質の向上等に資するものであること。

二　当該がんに係る調査研究を行う者が、がんに係る調査研究であってがん医療の質の向上等に資するものの実績を相当程度有すること。

三　当該がんに係る調査研究を行う者が、当該提供を受ける全国がん登録情報を取り扱うに当たって、がんに罹患した者の当該がんの罹患又は診療に係る情報に関する秘密(以下「がんの罹患等の秘密」という。)の漏えいの防止その他の当該全国がん登録情報の適切な管理のために必要な措置を講じていること。

四　当該提供の求めを受けた全国がん登録情報に係るがんに罹患した者が生存している場合にあっては、当該がんに係る調査研究を行う者が、当該がんに罹患した者から当該がんに係る調査研究のために当該全国がん登録情報が提供されることについて同意を得ていること。

③その他の調査研究のための利用等の場合（第21条第４項　匿名化情報の場合）

4　厚生労働大臣は、がんに係る調査研究を行う者から二以上の都道府県に係る都道府県がん情報につき匿名化が行われた情報の提供の求めを受けた場合において、次に掲げる要件のいずれにも該当するときは、当該がんに係る調査研究に必要な限度で、全国がん登録データベースを用いて、全国がん登録情報の匿名化及び当該匿名化を行った情報の提供(当該提供の求めを受けた情報が特定匿名化情報である場合にあっては、その提供)を行うことができる。この場合においては、第十七条第一項ただし書の規定を準用する。

一　当該がんに係る調査研究が、がん医療の質の向上等に資するものであること。

二　当該がんに係る調査研究を行う者が、当該提供を受ける全国がん登録情報の匿名化が行われた情報を取り扱うに当たって、当該匿名化が行われた情報について、その漏えい、滅失及び毀損の防止その他の適切な管理のために必要な措置を講じていること。

課題２－③：全国がん登録情報等の国外提供に係るルールの明確化

検討に当たっての論点（案）

・法第17条第１項第２号に基づく申出のうち、一定の要件を満たす場合に国外提供を可能とする現在の対応について、がん登録推進法の整備も含め、更なる安全性の確保に向けて必要な対応を検討することとしてはどうか。
・さらに、国のがん対策の企画立案又は実施に必要ながんに係る調査研究以外の利用や、国外にある第三者を直接の提供依頼申出者とする利用等について、個人情報保護法等の他の制度との整合性、提供依頼申出者の属性、安全管理措置等の実効性等の観点から、どのようにすべきか。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

課題２．全国がん登録情報等の利用及び提供について

③全国がん登録情報等の国外提供に係るルールの明確化

④法第20条に基づいて提供された情報の取扱い

Ministry of Health, Labour and Welf

前回の議論：法第20条に基づいて提供された情報の取扱い

課題の整理

・全国の病院等から収集された全国がん登録情報は、第20条に基づき、都道府県がん登録室から、届出施設の院内がん登録を取扱う管理室に還元されている 。
・第20条に基づき各病院に提供される情報は、第30条から第34条に基づく管理が求められることから、目的外利用となる診療録への転記が許されていない。
・一方で、第20条に基づき各病院に提供される情報のうち、特に生存確認情報（死亡及び死因情報）は、病院等で生存確認調査を行うことが難しく、また、死亡情報の有無は治療法の評価に直結するなど医学研究において重要なデータであり、実務上、診療録への転記に係るニーズが大きいことから、第20条に基づいて提供された情報の取扱いが課題とされている。
・特に、保有期間については第32条の規定による制限を受けるため、最長で15年間とされており、院内がん登録に還元した場合等における当該保有期間の考え方についても見直しが課題とされている。

検討に当たっての論点

・法第20条に基づいて提供された情報（特に生存確認情報）を診療録へ転記できる体制の整備について、どのように考えるべきか。特に転記された情報について、がん登録推進法との関係をどのように考えるか。
・また、院内がん登録への情報の還元及び診療録への転記において、還元又は転記後の情報に保有期間を設けることの、実務上の必要性や適正について、どのように考えるべきか。

法第20条に基づいて提供された情報の取扱い

第20回　厚生科学審議会がん登録部会	資料１
令和４年８月５日	

○平成30年のがん登録部会において、

・第20条に基づいて提供された情報は、第30条から34条までの規定の適用を受けること

・特に第32条により、保有期間の制限を受けること

・保有期間を遵守するためには、その適切な管理や利用、保有等にあたっては、院内がん登録ＤＢ以外への転記や第三者提供は不可と整理すべきであることが示された。

第12回　厚生科学審議会がん登録部会	資料１（抜粋）
平成30年６月28日	

②病院等におけるがん登録法第20条に基づき受領した情報の取扱いについて

- 院内がん情報については、指針の第三「個人情報の取扱いについて」等の規定に基づき、適切な管理や利用、保有等が行われている。
- 加えて、病院等において、院内がん情報のうち、がん登録法第20条に基づき提供を受けた都道府県がん情報（生存確認情報等）については、各病院の院内がん登録データベースに記録・保存されるところ、がん登録法第30条から第34条までの規定に基づき、適切な管理や利用、保有等を行う必要がある。
- 上記に関して、特に（ア）管理方法や（イ）保存期間の取扱いは、以下のとおりとする。

（ア）管理方法について

- がん登録法第30条において、情報の提供を受けた者は、情報について適切な管理のために、必要な措置を講じなければならないとされている。

○　がん登録等の推進に関する法律

（受領者等による全国がん登録情報の適切な管理等）

第三十条　第三節の規定により全国がん登録情報若しくは都道府県がん情報又はこれらの情報の匿名化が行われた情報の提供を受けた者は、当該提供を受けたこれらの情報を取り扱うに当たっては、これらの情報について、その漏えい、滅失及び毀損の防止その他の適切な管理のために必要な措置を講じなければならない。

法第20条に基づいて提供された情報の取扱い

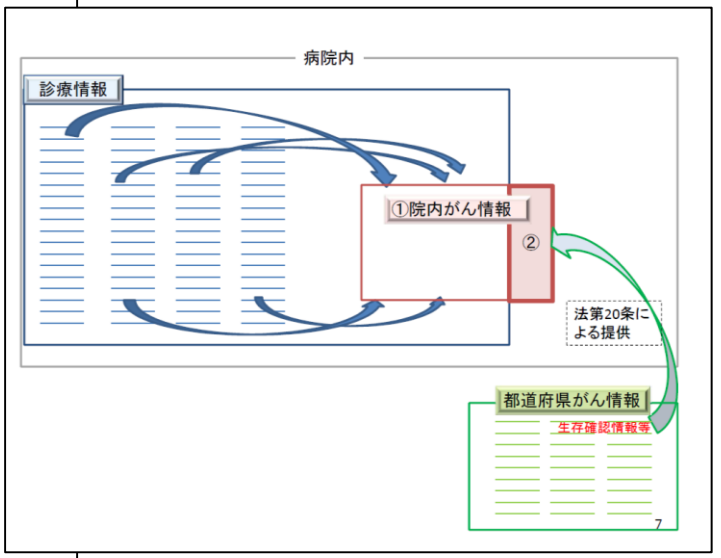
第20回　厚生科学審議会がん登録部会	資料１
令和４年８月５日	

第12回　厚生科学審議会がん登録部会	資料１ （抜粋）
平成30年６月28日	

②病院等におけるがん登録法第20条に基づき受領した情報の取扱いについて

- これらの規定等を踏まえ、がん登録法第20条に基づき提供された院内がん登録データベースに保存された都道府県がん情報（生存確認情報等）は、病院等において
  - ・院内がん登録データベースへ保存し、当該病院の診療情報と区別できるようにすること。
  - ・カルテに転記しないこと。
  - ・他のデータベース等への転用はしないこと。
  - ・前述の院内がん情報の活用にのみ利用すること。

  等の取扱いとする。



（イ）保有期間について

- がん登録法第32条の規定により、都道府県がん情報の提供を受けた者は、政令第10条第2項で定める期間を越えて保有してはならないとされている。

  具体的な保有期間としては、

  ①原則として、提供を受けた日から5年を経過した日の属する年の12月31日又は調査研究を実施する期間の末日のいずか早い日までの間だが、

  ②例外的には、都道府県がん情報を長期にわたり分析する必要がある場合等として都道府県の規則で定める場合は、提供を受けた日から15年を経過した日の属する年の12月31日又は調査研究を実施する期間の末日のいずか早い日までの間、保有できるとされている。

9

４．法第20条に基づいて提供された情報の取扱い

20条の概要	
提供の流れ	都道府県知事　→　病院等
利用目的	・院内がん登録 ・その他がんに係る調査研究
提供の判断	・都道府県知事には提供義務がある。 ※第18条及び21条に基づく提供は「できる」規定 ・ただし、患者又は第三者の権利利益を不当に侵害するおそれがあると認められるときはこの限りではない。
申出に係る手続	・法律上に規程はない。 ・提供マニュアルにおいて「必要に応じて審議会等に意見を聴く」こととされている。
安全管理措置等	・提供を受けた病院等は、第30条～34条の規定が適用される。 ・特に第32条において、保有期間の制限を受ける。 ・また、安全管理措置（第30条）について、調査研究への利用にあたっては、提供マニュアルにおいて、非匿名化情報の取扱いに準じた安全管理措置を求めている。ただし、院内がん登録に利用する場合には、院内がん登録運用マニュアルに従った管理で良い。 （※）院内がん登録運用マニュアルでは、PCの生体認証や二重に独立した区画といった安全管理措置は求められてない。

〈課題〉

・診療録や診療記録への転記、その他のDBへの転記を行いたいが、第30条から第34条までの規定に基づいた管理（特に保有期間の遵守）の観点から認められていない。

・院内がん登録DBへの転記にあたっては、保有期間の制限を受けることになるが、この必要性について疑義がある。

・第20条に基づき提供された情報に求められる安全管理措置基準が、マニュアル上明確でない。

・第20条により提供される生存確認情報には、生存する個人に関する情報と死者の情報の両方が含まれるところ、特に後者の研究利用等にあたって、同様の基準の安全管理措置を求めることについて、疑義がある。

○がん登録等の推進に関する法律（平成25年法律第111号）

（病院等への提供）

第二十条　都道府県知事は、当該都道府県の区域内の病院等における院内がん登録その他がんに係る調査研究のため、当該病院等の管理者から、当該病院等から届出がされたがんに係る都道府県がん情報（厚生労働省令で定める生存確認情報及び厚生労働省令で定める当該病院等に係る第五条第二項に規定する附属情報に限る。）の提供の請求を受けたときは、全国がん登録データベースを用いて、その提供を行わなければならない。この場合においては、第十七条第一項ただし書の規定を準用する。

947

課題２－④　：法第20条に基づいて提供された情報の取扱い

【これまでの主なご意見】（還元された情報の活用の必要性について）

- がん患者の最終的な予後情報は極めて重要。学会等では予後調査に関して非常に苦労している。各学会のDB（臓器別がん登録DB等）が全国がん登録DBと連結できないということで、病院診療録から予後情報を取得できると期待されたが、法20条の問題でがん登録の予後情報を診療録に記載できず、正確な予後の把握が困難となっている。学会での登録は病院からの報告のみに頼るため、転居等によって正確な予後が把握しにくく、苦労しているのが現状。診療録において、予後情報が明確になることで、学会登録等の予後調査が明確になることが期待される。
- 院内がん登録あるいは多くの学会が実施しているレジストリー研究等についても予後調査は実施しているし、可能な限り情報を診療録に転記する方針としている。診療録に転記できない理由は、機微ながん情報が漏えいすることに対するリスク管理に拠るが、診療録への記載にどれくらいリスクが含まれるか。確かに診療録は機微な個人情報の塊だが、死亡情報のみを漏えい対象として特段厳しく保護するものではないのではないか。情報セキュリティーは時々問題になるが、診療録システムは最も情報漏えいに対して厳しく対応しているところ。診療録と予後情報の連携によって、正しいがん情報に基づいた様々な治療措置と予防措置が講じられることのメリットは大きい。
- 診療録に予後情報が記載されないと、診療録上でいつまでも患者が生存している状況となり問題である。
- 診療録に転記できないとは法律上に何も書かれていない。なぜ転記できないかというと、転記した場合に、その情報の保存期間と第三者提供の制限について、情報の管理が難しくなるためである。制限を守るために診療録に転記しない方がいいだろうという判断による。しかし、本当に５年または15年以上持っていてはいけないものなのか、匿名化した後でも第三者提供してはいけないものなのか。
- 診療録に転記できない議論があった時は、診療録に転記することによる二次利用のリスクが議論された。しかし、転記されないことによるデメリットのほうが大きいのであれば見直しが必要である。

課題２－④　：法第20条に基づいて提供された情報の取扱い

【これまでの主なご意見】（対応方針について）

- 以前からこの議論はずっとなされている。現行法で認められない整理になるのであれば、法律を見直して診療録に転記できるよう検討すればよいのではないか。
- がん登録を実施する立場からも、死亡日を別個に保存することは非常に煩雑で、正しい情報を正確に記録することが重要。死亡情報は死亡したかどうかと、死亡日、死因の３つについて転記するか議論する必要がある。
- がん登録における情報の利活用と個人情報保護の観点があって、そのバランスを取る必要がある。情報の利活用として、一つは主治医側あるいは診療録の整合性という議論、もう一つは臓器別がん登録の予後情報がなかなか手に入らない現状の問題に対して、予後情報が利活用できれば正確かつ効率的に研究が進むという議論がある。診療録に書かれた情報の第三者提供をどこまでできるのか含めたところで、議論できれば望ましい。

対応方針（案）

・現行法では、 20条に基づいて提供された情報も保存期間等の制限が掛かるため、実務上、日常的な診療録への転記等は難しい。各病院で保有する診療録等の医療情報を充実させ、がんに係る研究を促進することは、がん登録推進法の理念に合致するところであるから、20条に基づき提供された情報について、診療録に転記する等の利活用ができるよう、必要な見直しを行い、がん登録推進法等の規定の整備を含め、対応を検討する。
・その際、20条に基づいて提供された情報の保有期間について、実務上の必要性や適正を勘案し、必要な見直しを行う。
・また、20条に基づいて提供された情報のうち、当該病院の診療録で保有していない情報は特に生存確認情報であるから、個人情報保護法上の「個人情報」の考え方も踏まえた上で、適切な安全管理の在り方を検討する。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

課題４－②.
がん登録推進法施行前に収集された症例の予後調査の取扱い

Ministry of Health, Labour and Welf

課題４－②：がん登録推進法施行前に収集された症例の予後調査の取扱い

課題の整理

・院内がん登録は、全国のがん診療連携拠点病院等で実施されており、2007年から毎年、国立がん研究センターにおいて院内がん登録全国集計として報告書を作成・公表している。
・院内がん登録情報を基とした生存率集計の算出に当たっては、信頼性の高い生存率を算定するために、患者の生存状況を把握する生存確認調査が必要となる。
・がん登録推進法施行後の症例については、法第20条による情報収集が可能である一方で、がん登録推進法施行前の症例における生存確認調査については、市町村等へ調査を依頼することとなる※。
・これについては、市町村等の対応にばらつきがあり、都道府県別の生存状況把握割合に大きな差が生じていることが課題とされている。

※　国立がん研究センターにおいて、各病院から調査の付託を受け、一括して市町村に問い合わせる「予後調査支援調査」を実施している。

検討に当たっての論点（案）

・法施行前の症例の予後調査について、市町村等から協力が得られるような方策及び調査の効率化に資する方策として、どのような対応が可能か、院内がん登録のがん登録推進法上の位置づけの検討と併せて、対応を検討することとしてはどうか。

第21回　厚生科学審議会がん登録部会	資料２
令和４年12月５日	

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

全国がん登録情報等の提供に係る事項について

厚生労働省

健康局　がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

１．法第17条申請について
２．被験者の同意について
３．被験者の同意代替措置について

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

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

法第17条申請について

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

法第17条申請について

＜現状・課題＞

- 法第17条申請の場合、利用目的が「国のがん対策の企画立案又は実施に必要ながんに係る調査研究のため」であり、提供依頼申出者が
  ○国の行政機関（都道府県知事/市町村の長）及び独立行政法人（地方独立行政法人）
  ○国の行政機関（都道府県知事/市町村の長）若しくは独立行政法人（地方独立行政法人）からの委託を受けた者又はそれらと共同して調査研究を行う者
  ○上記に準ずる者として省令（都道府県/市町村の長）で定める者　等
  であることから、本人の同意が取得が不要とされている。

- 17条が規定する「国のがん対策の企画立案又は実施に必要ながんに係る調査研究」について、一定の解釈を示すべきではないか。

全国がん登録情報等の利用範囲、匿名化の定義等の明確化

○厚生労働大臣による全国がん登録情報等の提供を利用目的の別で整理すると、以下の通り。

	利用目的	適用条文	利用情報	利用者・提供先	備考
①行政利用	国（都道府県/市町村）のがん対策の企画立案又は実施に必要ながんに係る調査研究のため	第17条、第18条、第19条、第21条第１項、第２項	全国がん登録情報（都道府県がん情報）又はその特定匿名化情報	○国の行政機関（都道府県知事/市町村の長）及び独立行政法人（地方独立行政法人） ○国の行政機関（都道府県知事/市町村の長）若しくは独立行政法人（地方独立行政法人）からの委託を受けた者又はそれらと共同して調査研究を行う者 ○上記に準ずる者として省令（都道府県/市町村の長）で定める者　等	
②その他の研究利用	がんに係る調査研究（がんの医療の質の向上等に資するもの）のため	第21条第３項、第４項、第８項及び第９項	全国がん登録情報、都道府県がん情報又はその匿名化が行われた情報	○がんに係る調査研究を行う者	非匿名化情報の提供に当たっては、原則として本人の同意が必要
③届出病院等への提供	病院等における院内がん登録その他のがんに係る調査研究のため	第20条	病院等から届出がされたがんに係る都道府県がん情報	○病院等の管理者	

956

※「がんに係る調査研究」は、法第２条第５項において、「がん、がん医療等及びがんの予防に関する統計の作成その他の調査研究」と定義されている。

がん登録推進法における全国がん登録情報等の提供に係る取扱い（１）

- 厚生労働大臣による全国がん登録情報等の提供については、がん登録推進法において以下の３つの規定がある。

①国のがん対策の企画立案等に必要な調査研究のための利用等の場合（第17条第１項）

厚生労働大臣は、国のがん対策の企画立案又は実施に必要ながんに係る調査研究のため、これに必要な限度で、全国がん登録データベースを用いて、全国がん登録情報又は特定匿名化情報を自ら利用し、又は次に掲げる者に提供することができる。ただし、当該利用又は提供によって、その情報により識別をすることができるがんに罹患した者又は第三者の権利利益を不当に侵害するおそれがあると認められるときは、この限りでない。

一　国の他の行政機関及び独立行政法人(独立行政法人通則法(平成十一年法律第百三号)第二条第一項に規定する独立行政法人をいう。次号において同じ。)

二　国の行政機関若しくは独立行政法人から国のがん対策の企画立案若しくは実施に必要ながんに係る調査研究の委託を受けた者又は国の行政機関若しくは独立行政法人と共同して当該がんに係る調査研究を行う者

三　前号に掲げる者に準ずる者として厚生労働省令で定める者

がん登録推進法における全国がん登録情報等の提供に係る取扱い（2）

②その他の調査研究のための利用等の場合（第21条第３項　非匿名化情報の場合）

3　厚生労働大臣は、がんに係る調査研究を行う者から二以上の都道府県に係る都道府県がん情報の提供の求めを受けた場合において、次に掲げる要件のいずれにも該当するときは、当該がんに係る調査研究に必要な限度で、全国がん登録データベースを用いて、全国がん登録情報の提供を行うことができる。この場合においては、第十七条第一項ただし書の規定を準用する。

一　当該がんに係る調査研究が、がん医療の質の向上等に資するものであること。

二　当該がんに係る調査研究を行う者が、がんに係る調査研究であってがん医療の質の向上等に資するものの実績を相当程度有すること。

三　当該がんに係る調査研究を行う者が、当該提供を受ける全国がん登録情報を取り扱うに当たって、がんに罹患した者の当該がんの罹患又は診療に係る情報に関する秘密(以下「がんの罹患等の秘密」という。)の漏えいの防止その他の当該全国がん登録情報の適切な管理のために必要な措置を講じていること。

四　当該提供の求めを受けた全国がん登録情報に係るがんに罹患した者が生存している場合にあっては、当該がんに係る調査研究を行う者が、当該がんに罹患した者から当該がんに係る調査研究のために当該全国がん登録情報が提供されることについて同意を得ていること。

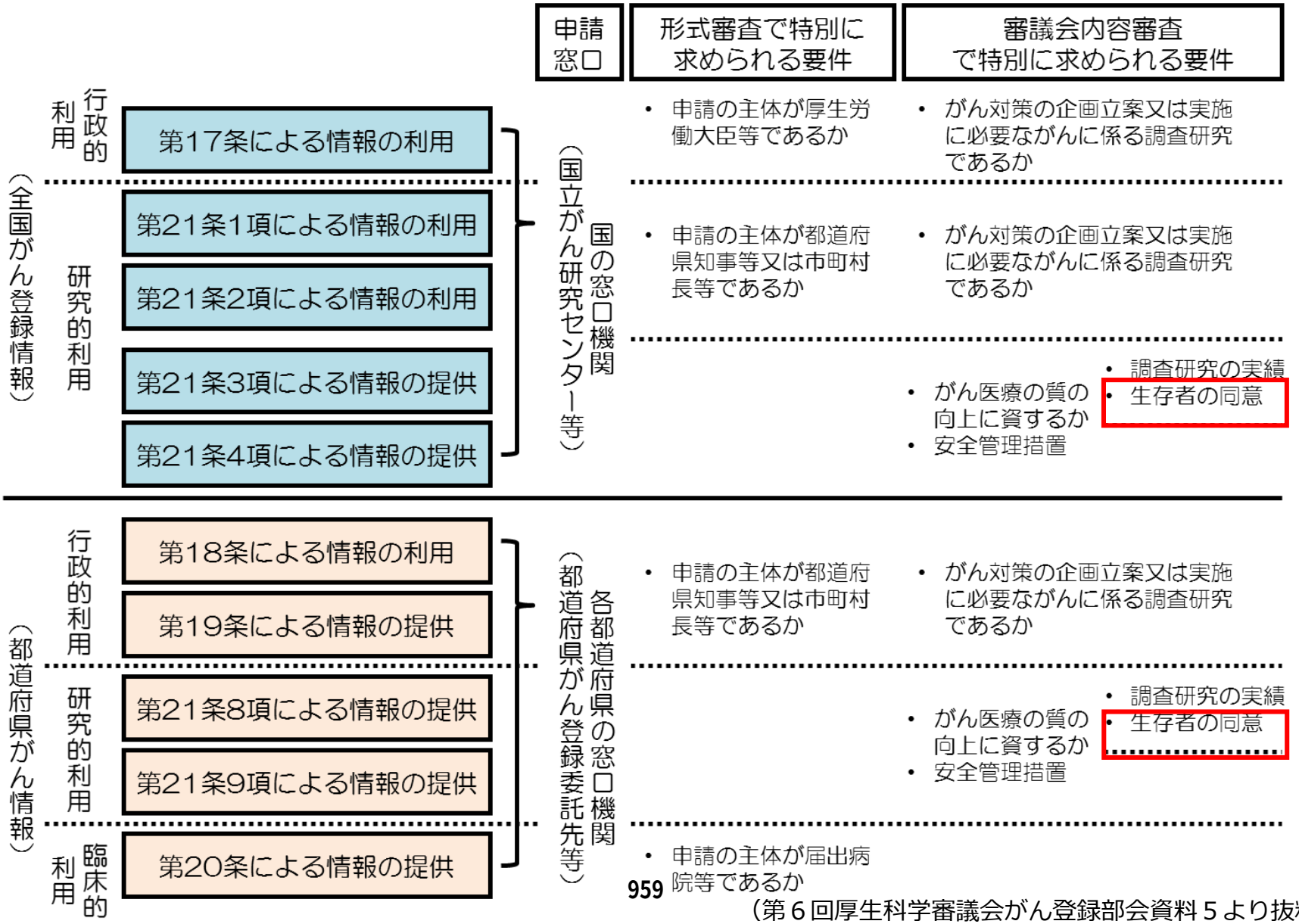
③その他の調査研究のための利用等の場合（第21条第４項　匿名化情報の場合）

4　厚生労働大臣は、がんに係る調査研究を行う者から二以上の都道府県に係る都道府県がん情報につき匿名化が行われた情報の提供の求めを受けた場合において、次に掲げる要件のいずれにも該当するときは、当該がんに係る調査研究に必要な限度で、全国がん登録データベースを用いて、全国がん登録情報の匿名化及び当該匿名化を行った情報の提供(当該提供の求めを受けた情報が特定匿名化情報である場合にあっては、その提供)を行うことができる。この場合においては、第十七条第一項ただし書の規定を準用する。

一　当該がんに係る調査研究が、がん医療の質の向上等に資するものであること。

二　当該がんに係る調査研究を行う者が、当該提供を受ける全国がん登録情報の匿名化が行われた情報を取り扱うに当たって、当該匿名化が行われた情報について、その漏えい、滅失及び毀損の防止その他の適切な管理のために必要な措置を講じていること。

データ利用・提供の申請と審査



（第６回厚生科学審議会がん登録部会資料５より抜粋）

法第17条申請について

＜検討の視点＞

- がん登録推進法は、国のがん対策の企画立案又は実施に必要な調査研究とそれ以外のがん医療の質の向上等に資する調査研究を区別して規定しており、前者については顕名での提供についても同意取得を求めていないところ。

- 適用条文については、窓口組織及び事務局で申出内容を確認し、利用目的に即した適切な適用条文になっているかを確認している。

＜対応（案）＞

- 国のがん対策の企画立案又は実施に必要な調査研究であることと、法第17条第１項第１～３号に定める者が申出者であることを前提とした上で、次の全ての要件を確認する。
  - ✓ 「申出時に必要な添付書類等の留意事項」として、提供の申出に係る調査研究の目的が、「国のがん対策の企画立案又は実施に必要ながんに係る調査研究」の場合、申出を行う当該機関の活動にとって必要不可欠であることを証明する書類（提供マニュアルp.8）（委託の場合、調査研究等の委託等に係る契約書等の写し）の提出が必要だが、事前相談の段階から、その提出を確認する。
  - ✓ 当該研究における研究計画書において、国のがん対策として実施されている記述があることを確認する。

被験者の同意について

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

背景

- 被験者等に対して、全国がん登録情報の利用に対する同意を取得する際、『全国がん登録　情報の提供マニュアル』に同意に関する説明はあるものの、最低限どの程度、研究者ががん登録について説明するか、その基準が明確でないため、申出申請によって、同意取得における説明にばらつきがある。申出書類として、どの程度の同意に関する記述を求めるべきか、方針を示す必要があるのではないか。

背景

（４）同意について

がんに係る調査研究を行う者が、全国がん登録情報又は都道府県がん情報の提供を受ける場合には、生存者については、当該がんに罹患した者から全国がん登録情報又は都道府県がん情報が提供されることについて、同意を得ている必要がある（法第21条第3項第4号及び第8項第4号）。なお、当該情報のオプトアウトによる第三者提供は認めていない。

①同意の取得について

当該がんに罹患した者から、がんに係る調査研究のために全国がん登録情報又は都道府県がん情報が提供されることについて、書面等の形式で適切に同意を得ていることが分かる書類を添付するものとする。

ただし、小児がん患者等の代諾者からの同意の取得が必要な場合においては、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」（令和３年文部科学省・厚生労働省・経済産業省告示第1号）の「第4章第9代諾者等からインフォームド・コンセントを受ける場合の手続等」に準じることとし、その旨が分かる書類も添付するものとする。

なお、同意書には、以下の記載が必要である。

・全国がん登録の説明

・当該調査研究のため、がんに罹患した場合には、当該調査研究を行う者が、対象者の全国がん登録情報又は都道府県がん情報の提供を受けること

（全国がん登録　情報の提供マニュアル第３版p.９－10より抜粋）

被験者の同意について

＜対応（案）＞

- がん登録情報の提供に当たっては、現行の提供マニュアル第３版p.9-10記載内容（前ページ下線部）を以下のように加筆・修正する。

同意取得に当たっては以下の条件を満たしている必要がある。
ア　以下の内容を説明文書に記載していること
・当該調査研究を行う者が、対象者の全国がん登録情報又は都道府県がん情報の提供を受け、調査情報と紐づけて集計や解析を行うこと
・全国がん登録情報又は都道府県がん情報の提供を申請する際は、対象者の個人情報（氏名、生年月日、住所、等）を国立がん研究センターに送付すること
イ　全国がん登録情報又は都道府県がん情報の説明及び提供を受けた情報の利用方法に関する説明を、説明文書または別添資料として配布していること（ホームページに公開し説明文書にリンクを示す等の対応も可）。

- 今回の同意についての追加説明は、マニュアルの内容を変更するものではなく、あくまで補足になるため、マニュアルを改訂せず、国立がん研究センターのホームページで明示する。窓口組織での審査基準や申請者への方針の示し方を明確化することが目的。

3

被験者の同意代替措置について

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

背景－１

（４）同意について

②同意代替措置が講じられている場合について
　申出に係る調査研究が、法の施行日（平成28年1月1日）前に、当該調査研究の実施計画において調査研究の対象とされる者の範囲が定められたものであり、その規模等の事情を勘案して、法の施行日後に、対象とされている者の同意を得ることが当該調査研究の円滑な遂行に支障を及ぼすものとして次の（1）（2）のいずれかに該当する場合においては、①の全国がん登録情報又は都道府県がん情報が提供されることについての同意は必要としないとされている（法附則第2条）。

（1）施行日前からがんに係る調査研究の対象とされている者が5000人以上の場合
（2）がんに係る調査研究を行う者が次のイ又は口に掲げる事情があることにより同意を得ることががんに係る調査研究の円滑な遂行に支障を及ぼすことについての厚生労働大臣の認定を受けた場合

イ 施行日前からがんに係る調査研究の対象とされている者と連絡を取ることが困難であること。
ロ がんに係る調査研究の対象とされている者の同意を得ることががんに係る調査研究の結果に影響を与えること。

また、（2）の認定を受けようとする際は、厚生労働大臣に次の（ｉ）～（ｖ）の事項を記載した申請書（様式例第3-2号）を厚生労働大臣に提出しなければならない（省令附則第2条）。さらに、様式例第3-2号には、当該申請を行うがんに係る調査研究の実施計画を添付するものとする。
（ｉ） 当該申請を行うがんに係る調査研究の代表者の氏名、生年月日及び住所
（ii） 当該申請を行うがんに係る調査研究の実施期間
（iii） 当該申請を行うがんに係る調査研究の対象者の範囲及び数
（iv） 同意を得ることが（1）又は（2）イ若しくはロのいずれに該当するかの別及びその理由
（ｖ） （ｉ）～（iv）に掲げるもののほか、必要な事項

（全国がん登録　情報の提供マニュアル第３版p.10－11より抜粋）

背景－２

（４）同意について

提供依頼申出者は、申請を行うがんに係る調査研究について「調査研究を行う者が講ずる同意代替措置に関する指針」（平成27年12月厚生労働省告示第471号）に即した措置が講じられている場合、様式例第2-1号と同時に、以下の書類を添付して提出することとする。
・同意代替措置が講じられていることがわかる書類
・（1）に該当する場合は、その旨証明する書類
・（2）の認定を受けようとする場合は、実施計画及び様式例3-2号の書類

都道府県の窓口組織では、（2）の認定を受けようとする提供依頼申出者から提供の申出を受け付けた場合、様式例第2-1号及び実施計画を添付した様式例第3-2号については、厚生労働省に送付し、当該調査研究が厚生労働大臣の認定を受けた後に、当該研究への情報の提供に係る審査を審議会その他合議制の機関で行うものとする。

（全国がん登録　情報の提供マニュアル第３版p.10－11より抜粋）

被験者の同意代替措置について

＜現状・課題＞

- がん登録情報の提供に当たっては、現行の提供マニュアル第３版p.10-11に同意代替措置について記載しているが、同意代替措置についての理解が必ずしも十分に浸透しておらず、利用者から解釈について照会が多い。
- 厚生労働省として同意代替措置について改めて見解を示し、周知徹底すべきではないか。

＜対応（案）＞

- 同意代替措置に関する疑義照会事務連絡を発出することとしてはどうか。

第21回　厚生科学審議会がん登録部会	資料３
令和４年12月５日	

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

がん登録情報等の民間事業者の利用について

厚生労働省

健康局　がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

１．前回の議論（振り返り）

Ministry of Health, Labour and Welf

１．民間事業者の利用についての議論（振り返り）

第20回厚生科学審議会がん登録部会資料１より抜粋

課題の整理

・全国がん登録情報等の提供に係る規定のうち、第21条第３項、第４項、第８項及び第９項の利用目的（②がんに係る調査研究（がんの医療の質の向上等に資するもの）のため）については、民間事業者による利用がどこまで認められるか等、利用範囲が不明瞭である点が課題とされている。

検討に当たっての論点

・全国がん登録情報等の提供に係る規定のうち、第21条第３項、第４項、第８項及び第９項の利用目的（②がんに係る調査研究（がんの医療の質の向上等に資するもの）のため）について、民間事業者による利用を認めて良いか。またその際の基準についてどのように考えるべきか。

１．民間事業者の利用についての議論（振り返り）

前回示された対応方針（案）

- DBに蓄積した情報の利活用をより広い主体に認めることは、がん医療の向上のために必要であるから、第21条第３項、第４項、第８項及び第９項の利用主体（「がんに係る調査研究を行う者」）については、民間事業者が除外されるものではない。
- 一方で、健康関連情報という機微な情報を扱うものであること、公費を用いて収集したデータであり、提供の可否について一定の基準が必要。
- 具体的には、利用目的が、がん登録推進法に定めるがんに係る調査研究であって「がんの医療の質の向上等に資するもの」であることを前提に、かつそれが治療法や医薬品の開発等を通じ、広く一般国民の利益となることが期待できるか、特定の商品又は役務の広告又は宣伝に利用するために行うものでないか等を個別に審査し、「相当の公益性」が認められる場合には、提供を可能とする。
- 今後、運用上の実績を蓄積していくことで、基準の明確化を図る。

前回部会議論の結論

- 特に以下に留意しつつ慎重に議論を進める前提において対応方針案（民間企業利用）を認める。
  - ✓ 公益性と企業の利益との関わり合い（主たる目的が何か）
  - ✓ 委託関係、及び、委託先での利用状況
- 当面は個別に議論しながら、その都度どのような理由でこのように判断したかという、その理由を明示する。判断基準を積み上げ、適宜オープンにしていく。

１．民間事業者の利用についての議論（振り返り）
参考：前回提示資料

第20回厚生科学審議会がん登録部会資料１より抜粋

○厚生労働大臣による全国がん登録情報等の提供を利用目的の別で整理すると、以下の通り。

	利用目的	適用条文	利用情報	利用者・提供先	備考
①行政利用	国（都道府県/市町村）のがん対策の企画立案又は実施に必要ながんに係る調査研究のため	第17条、第18条、第19条、第21条第１項、第２項	全国がん登録情報（都道府県がん情報）又はその特定匿名化情報	○国の行政機関（都道府県知事/市町村の長）及び独立行政法人（地方独立行政法人） ○国の行政機関（都道府県知事/市町村の長）若しくは独立行政法人（地方独立行政法人）からの委託を受けた者又はそれらと共同して調査研究を行う者 ○上記に準ずる者として省令（都道府県/市町村の長）で定める者　等	
②その他の研究利用	がんに係る調査研究（がんの医療の質の向上等に資するもの）のため	第21条第３項、第４項、第８項及び第９項	全国がん登録情報、都道府県がん情報又はその匿名化が行われた情報	○がんに係る調査研究を行う者 ↓ 民間事業者が含まれるか？	非匿名化情報の提供に当たっては、原則として本人の同意が必要
③届出病院等への提供	病院等における院内がん登録その他のがんに係る調査研究のため	第20条	病院等から届出がされたがんに係る都道府県がん情報	○病院等の管理者	

973

※「がんに係る調査研究」は、法第２条第５項において、「がん、がん医療等及びがんの予防に関する統計の作成その他の調査研究」と定義されている。

１．民間事業者の利用についての議論（振り返り）
参考：前回提示資料

第20回厚生科学審議会がん登録部会資料１より抜粋

（参考）NDB、介護DBについては、令和元年５月の法改正において、安全性の確保に配慮しつつ、幅広い主体による利活用を進め、学術研究、研究開発の発展等につなげていくため、相当の公益性を有する研究等を行う自治体・研究者・民間事業者等の幅広い主体に対して両データベースの情報を提供することができることを法律上明確化した。

（参考）NDBの規定

○高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）

（国民保健の向上のための匿名医療保険等関連情報の利用又は提供）

第十六条の二　厚生労働大臣は、国民保健の向上に資するため、匿名医療保険等関連情報（医療保険等関連情報に係る特定の被保険者その他の厚生労働省令で定める者（次条において「本人」という。）を識別すること及びその作成に用いる医療保険等関連情報を復元することができないようにするために厚生労働省令で定める基準に従い加工した医療保険等関連情報をいう。以下同じ。）を利用し、又は厚生労働省令で定めるところにより、次の各号に掲げる者であつて、匿名医療保険等関連情報の提供を受けて行うことについて**相当の公益性**を有すると認められる業務としてそれぞれ当該各号に定めるものを行うものに提供することができる。

一　国の他の行政機関及び地方公共団体　適正な保健医療サービスの提供に資する施策の企画及び立案に関する調査

二　大学その他の研究機関　疾病の原因並びに疾病の予防、診断及び治療の方法に関する研究その他の公衆衛生の向上及び増進に関する研究

三　民間事業者その他の厚生労働省令で定める者　医療分野の研究開発に資する分析その他の厚生労働省令で定める業務（特定の商品又は役務の広告又は宣伝に利用するために行うものを除く。）

１．民間事業者の利用についての議論（振り返り）
参考：前回提示資料

第20回厚生科学審議会がん登録部会資料１より抜粋

（参考）NDBの規定（続き）

○高齢者の医療の確保に関する法律施行規則（平成19年厚生労働省令第129号）

（法第十六条の二第一項第三号の厚生労働省令で定める業務）

第五条の七　法第十六条の二第一項第三号の厚生労働省令で定める業務は、次の各号に掲げる業務とする。

一　医療分野の研究開発に資する分析であって、次に掲げる要件の全てに該当すると認められる業務

イ　匿名医療保険等関連情報を医療分野の研究開発の用に供することを直接の目的とすること。

ロ　匿名医療保険等関連情報を利用して行った分析の成果物が公表されること。

ハ　個人及び法人の権利利益、国の安全等を害するおそれがないこと。

ニ　第五条の九に規定する措置が講じられていること。

二　適正な保健医療サービスの提供に資する施策の企画及び立案に関する調査であって、次に掲げる要件の全てに該当すると認められる業務

イ～ハ　（略）

三　疾病の原因並びに疾病の予防、診断及び治療の方法に関する研究であって、次に掲げる要件の全てに該当すると認められる業務

イ～ハ　（略）

四　保健医療の経済性、効率性及び有効性に関する研究であって、次に掲げる要件の全てに該当すると認められる業務

イ～ハ　（略）

五　国民保健の向上に資する業務であって前各号に掲げるものに準ずるもののうち、次に掲げる要件の全てに該当すると認められる業務

イ～ハ　（略）

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

２．今後の審査の進め方

Ministry of Health, Labour and Welf

2. がん登録情報等の民間事業者の利用申出の審査の進め方（案）

- 第20回厚生科学審議会がん登録部会の議論内容、および、その後がん登録部会・審査委員会の委員から募集した意見に基づき、民間事業者の利用申出の審査上で特に留意すべき点を事務局で抽出した。
- 当面のがん登録情報等の民間企業利用の審議にあたっては、これらの点に注意を払いつつ、申出の内容を精査、慎重に議論を行うこととしたい。（より詳細な審査基準は個別審査を通じて積み上げることとする。）

民間事業者の利用申出の審査上で特に留意すべき点

- **「がんの医療の質の向上等に資するもの」が直接の目的であることが明らかな調査研究であるか（他の目的に使われる可能性とそれに関するリスクの評価）。がん登録情報等の他では目的を達成できないか。**
- **特定の商品又は役務の広告又は宣伝に利用するために行うものではないか。**
- **がん登録情報を利用して行った研究の成果物が、がん患者及びその家族をはじめとする国民に還元される方法で公表される予定か。**
- **科学的な調査研究を実行する体制※であることが、研究計画等から明らかであるか。**
  ※法第21条第３項、第８項の規定に基づく提供の場合、がんに係る調査研究であってがん医療の質の向上等に資するものの実績を相当程度有することを含む。
- **個人情報保護を含め、がん患者・家族を含む国民の不利益につながらないか。**
  ※特に希少がんに係る情報など、個人識別性が高い情報の場合には特別な注意が必要。
- **顕名での提供の場合、有効な同意の取得があるか。**
- **全国がん登録情報等の適切な管理のために必要な措置を講じていることが※、規程等において確認できるか。利用者の範囲や管理措置、委託関係（再委託含む）についても明らかで懸念が無いか。**
  ※法第21条第３項、第４項、第８項及び第９項の規定

上記は、民間事業者の審査において現時点で挙げられた特に留意すべき点である。法令、マニュアルに則って個別審査を行う中で、この他に留意すべき点やより具体的な基準を設けるべき点が認められた場合は、マニュアルの改訂等も含めて、必要な対応を今後検討していく。

資料１８-(１０)

第7回がんとの共生のあり方に関する検討会

日　時: 令和 4 年 10 月 11 日(火)16:00-19:00

場　所: (WEB 開催)

議　事　次　第

１ 開　　会

２ 議　　題

（1)「第４期がん対策推進基本計画」に向けた議論について

（2)その他

【資　　料】

議事次第

資料１　前回の議論の整理

資料２　第４期がん対策推進基本計画に対するがんの緩和ケアに係る部会からの提案

資料３　藤参考人提出資料

資料４　小川参考人提出資料

資料５　第４期がん対策推進基本計画に対するがんとの共生のあり方に関する検討会からの提案

参考資料１　「がんとの共生のあり方に関する検討会」開催要綱

参考資料２　がん対策推進基本計画（平成３０年３月）

参考資料３　がん対策推進協議会中間評価報告書（令和４年６月）

参考資料４　がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針

参考資料５　患者体験調査・小児患者体験調査の結果の概要

参考資料６　「患者さまが受けられた医療に関するご遺族の方への調査」2019-2020 年調査結果概要

参考資料７　民間団体によるがん患者等の相談支援に関する実態調査報告書

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

第７回 がんとの共生のあり方に関する検討会	資料1
令和４年１０月１１日	

前回の議論の整理

厚生労働省 健康局がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

前回の議題

１．「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」の見直しについて

２．「がんの緩和ケアに係る部会」からの報告について

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針：令和4年8月1日（がんとの共生に係る部分の抜粋）

Ⅱ　地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

2 診療体制

（1）診療機能

③ 緩和ケアの提供体制

ア がん診療に携わる全ての診療従事者により、全てのがん患者に対し入院、外来を問わず日常診療の定期的な確認項目に組み込むなど頻回に苦痛の把握に努め、必要な緩和ケアの提供を行うこと。

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

ウ ア、イを実施するため、がん診療に携わる全ての診療従事者の対応能力を向上させることが必要であり、これを支援するために組織上明確に位置付けられた緩和ケアチームにより、以下を提供するよう体制を整備すること。

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

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

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

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

カ 院内の診療従事者と緩和ケアチームとの連携を以下により確保すること。

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

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

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針：令和4年8月1日（がんとの共生に係る部分の抜粋）

Ⅱ　地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

2 診療体制

（1）診療機能

③ 緩和ケアの提供体制

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

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

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

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

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

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

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

（注８）アドバンス・ケア・プランニング：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスのこと。

（注９）ＰＲＯ（患者報告アウトカム）：Patient Reported Outcome の略。自覚症状やＱＯＬに関する対応の評価のために行う患者の主観的な報告をまとめた評価のこと。医療従事者等による解釈が追加されない形での実施が望ましいとされる。治験等の領域において客観的な指標では計測できないが重要な自覚症状等について、各治療法の効果等を適切に評価するために発展してきた概念。

982

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針：令和4年8月1日（がんとの共生に係る部分の抜粋）

Ⅱ　地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

2 診療体制

（1）診療機能

④ 地域連携の推進体制

キ 当該がん医療圏において、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討する場を年１回以上設けること。また、緩和ケアチームが地域の医療機関や在宅療養支援診療所等から定期的に連絡・相談を受ける体制を確保し、必要に応じて助言等を行っていること。

ク 都道府県や地域の患者会等と連携を図り、患者会等の求めに応じてピア・サポート（注10）の質の向上に対する支援等に取り組むこと。

（2）診療従事者

① 専門的な知識及び技能を有する医師の配置

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

② 専門的な知識及び技能を有する医師以外の診療従事者の配置

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

エ 緩和ケアチームに、緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する薬剤師及び相談支援に携わる専門的な知識及び技能を有する者をそれぞれ１人以上配置すること。なお、当該薬剤師は緩和薬物療法に関する専門資格を有する者であることが望ましい。また、当該相談支援に携わる者は社会福祉士等であることが望ましい。これらは、他部署との兼任を可とする。

オ 緩和ケアチームに協力する、公認心理師等の医療心理に携わる専門的な知識及び技能を有する者を１人以上配置することが望ましい（＊）。

（注10）ピア・サポート：患者・経験者やその家族がピア（仲間）として体験を共有し、共に考えることで、患者や家族等を支援すること。

（注）本指針において「望ましい（＊）」と定める要件については、次期の指定要件の改定において、必須要件とすることを念頭に置いたもの。

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針：令和4年8月1日（がんとの共生に係る部分の抜粋）

Ⅱ　地域がん診療連携拠点病院の指定要件について
2　診療体制

（3）その他の環境整備等
③がんの治療に伴う外見の変化について、がん患者及びその家族に対する説明やアピアランスケアに関する情報提供・相談に応じられる体制を整備していること。
④がん患者の自殺リスクに対し、院内で共通したフローを使用し、対応方法や関係機関との連携について明確にしておくこと。また関係職種に情報共有を行う体制を構築していること。自施設に精神科、心療内科等がない場合は、地域の医療機関と連携体制を確保していること。

Ⅱ　地域がん診療連携拠点病院の指定要件について
4　人材育成

（6）自施設の診療従事者等に、がん対策の目的や意義、がん患者やその家族が利用できる制度や関係機関との連携体制、自施設で提供している診療・患者支援の体制について学ぶ機会を年１回以上確保していること。なお、自施設のがん診療に携わる全ての診療従事者が受講していることが望ましい。

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針：令和4年8月1日（がんとの共生に係る部分の抜粋）

Ⅱ　地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

5 相談支援及び情報の収集提供

（1）がん相談支援センター

相談支援を行う機能を有する部門（以下「がん相談支援センター」という。なお、病院固有の名称との併記を認めた上で、必ず「がん相談支援センター」と表記すること。）を設置し、①から⑧の体制を確保した上で、がん患者や家族等が持つ医療や療養等の課題に関して、病院を挙げて全人的な相談支援を行うこと。必要に応じてオンラインでの相談を受け付けるなど、情報通信技術等も活用すること。また、コミュニケーションに配慮が必要な者や、日本語を母国語としていない者等への配慮を適切に実施できる体制を確保すること。

②相談支援に携わる者は、対応の質の向上のために、がん相談支援センター相談員研修等により定期的な知識の更新に努めること。

④ がん相談支援センターについて周知するため、以下の体制を整備すること。

ア 外来初診時から治療開始までを目処に、がん患者及びその家族が必ず一度はがん相談支援センターを訪問（必ずしも具体的な相談を伴わない、場所等の確認も含む）することができる体制を整備することが望ましい（＊）。

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

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

⑧がん患者及びその家族が心の悩みや体験等を語り合うための患者サロン等の場を設けること。その際には、一定の研修を受けたピア・サポーターを活用する、もしくは十分な経験を持つ患者団体等と連携して実施するよう努めること。なお、オンライン環境でも開催できることが望ましい。

（3）情報提供・普及啓発

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

（注）本指針において「望ましい（＊）」と定める要件については、次期の指定要件の改定において、必須要件とすることを念頭に置いたもの。

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針：令和4年8月1日（がんとの共生に係る部分の抜粋）

Ⅳ　都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件について

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

3 都道府県拠点病院の診療機能強化に向けた要件

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

⑥ 緩和ケアセンターは、都道府県と協力する等により、都道府県内の各拠点病院等が、緩和ケア提供体制の質的な向上や、地域単位の緩和ケアに関する取組について検討できるように、支援を行っていること。

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

第７回 がんとの共生のあり方に関する検討会	資料２
令和４年10月11日	

第４期がん対策推進基本計画に対する「がんの緩和ケアに係る部会」からの提案について

厚生労働省健康局がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

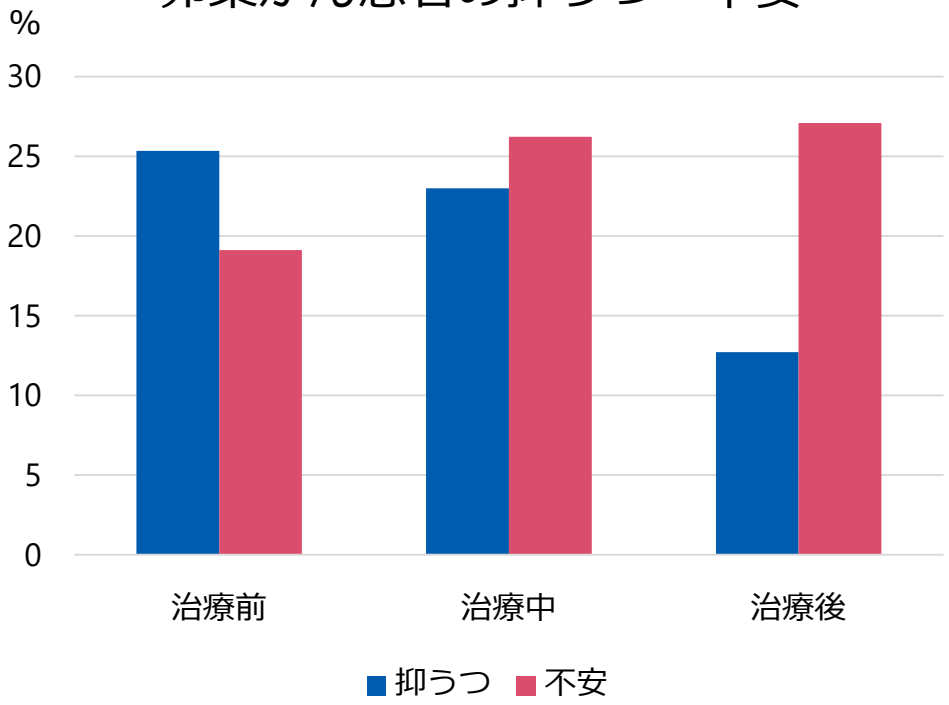
- がんと診断された時からの緩和ケアの推進

988

サバイバーの不安・抑うつ

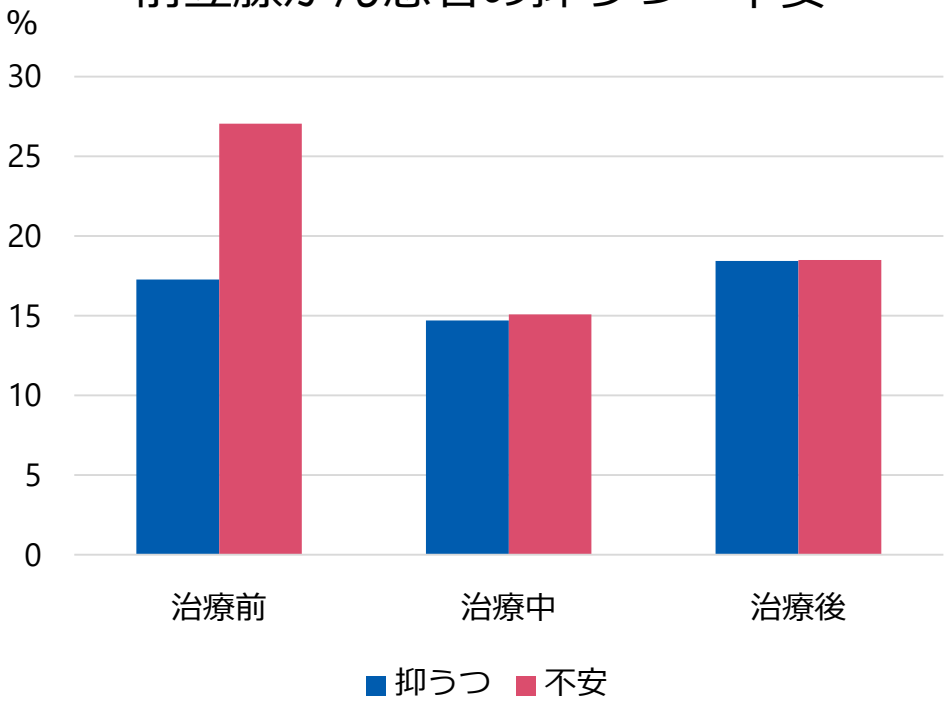
第２回がんの緩和ケアに係る部会
資料２　令和３年９月３日

卵巣がん患者の抑うつ・不安



卵巣がん患者の抑うつ・不安についての
システマティックレビュー、メタアナリシス
(Sam Watts et, al: BMJ Open, 2015)

前立腺がん患者の抑うつ・不安



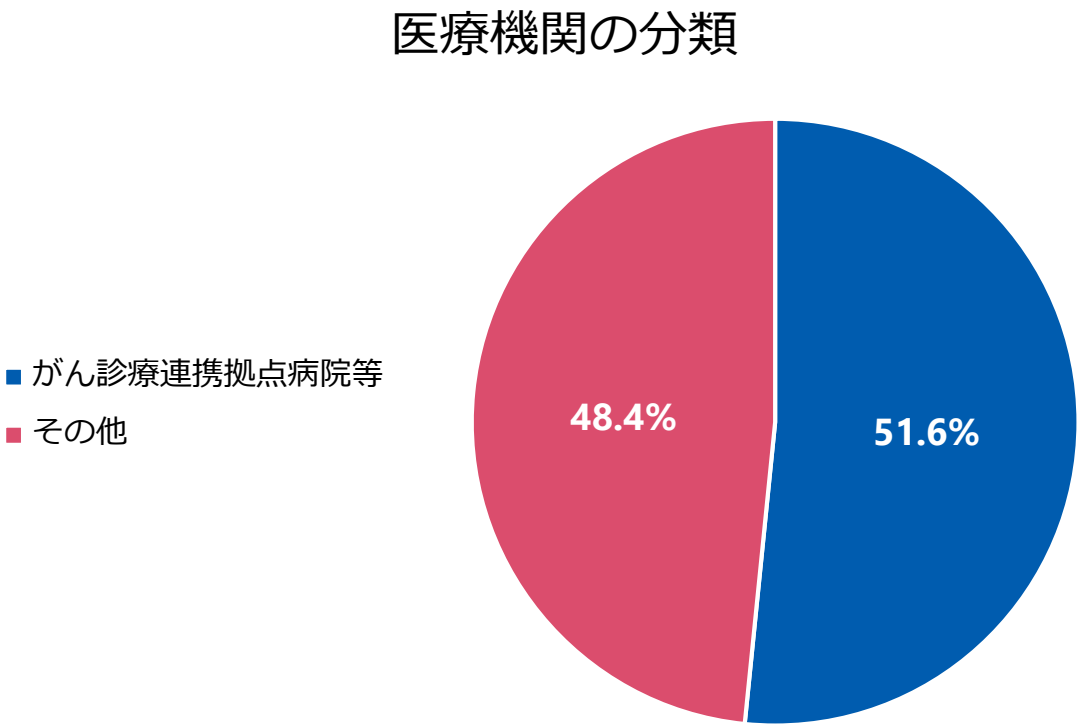
前立腺がん患者の抑うつ・不安についての
システマティックレビュー、メタアナリシス
(Sam Watts et, al: BMJ Open, 2014)

治療開始前の段階から、抑うつや不安などに対する心理的な支援が必要

がんの診断が行われる医療機関

第２回がんの緩和ケアに係る部会　資料２
令和３年９月３日

院内がん登録におけるがんの登録割合（対全国がん登録, 初回治療開始例）



約半数のがん患者が拠点病院以外で初回治療を開始しており、その前段にあたる診断については、さらに多くの割合が拠点病院以外でなされていることが推察されるが、十分なデータがない。

990

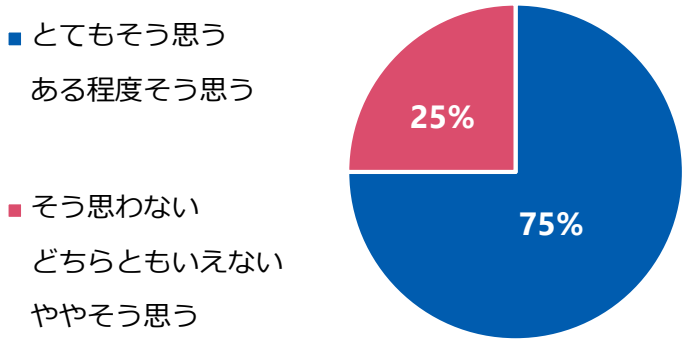
がん診療連携拠点病院等院内がん登録, 2017年全国集計報告書

治療中の体験について：患者体験調査（２０１８年）

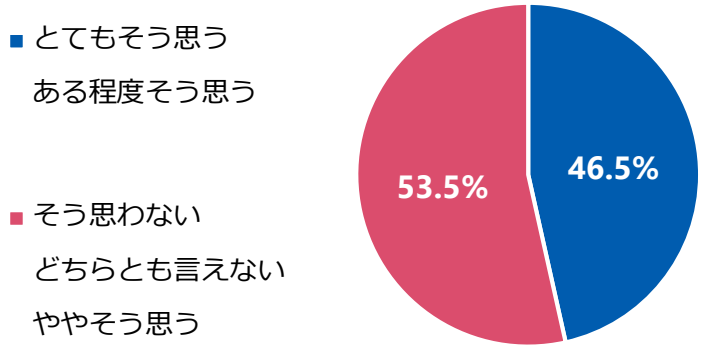
第３回がんの緩和ケアに係る部会
資料３　令和３年11月５日

症状に対する対応の評価：症状が把握されれば速やかに対応されているが、必ずしも毎回聞かれるわけではなく、すぐに相談できているわけでもない。聞かれても伝えない、聞かれる頻度が少ないなどにより、患者の苦痛が十分に把握されていない可能性があるのではないか。

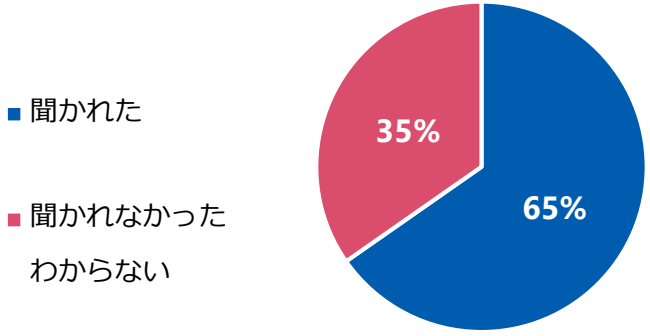
つらい症状にはすみやかに対応してくれた



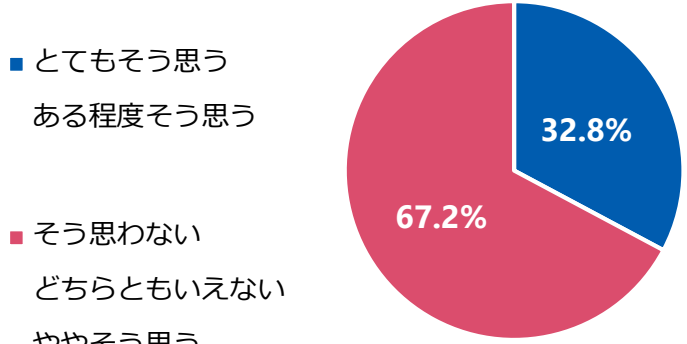
身体的なつらさがある時に、
すぐに医療スタッフに相談できる割合



がんの治療、あるいは治療後で受診した時には
毎回、痛みの有無について聞かれた割合



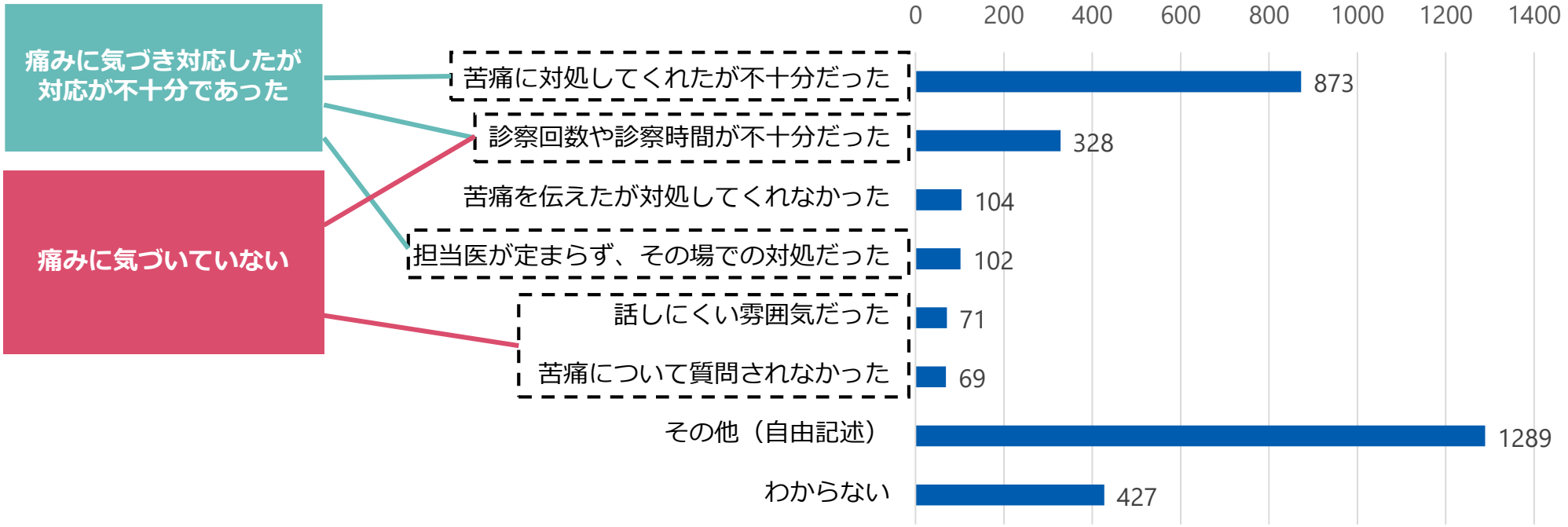
心のつらさがある時に、
すぐに医療スタッフに相談できる割合



991

痛みがあった理由に関する調査

亡くなる１週間前の痛みの強さが「ひどい」「とてもひどい」と回答した3250人について、
痛みがあった理由についての回答（複数回答可）



患者に痛みがあった理由については、
①医師が痛みに気づき対応したが、対応が不十分であった場合
②医師が痛みに気づいていない場合
に分けることができる

医師が患者の痛みに気づいていないケースが
一定程度存在している

※自由記述には、選択回答と同様の内容も含まれていた。
具体的には、以下のような回答があった。

- 医療従事者の疼痛管理の問題
- 認知機能等による痛みの評価の問題
- 併存症や医療処置など、がん以外の原因による疼痛
- 医療へのアクセスの問題

国立がん研究センター厚生労働省委託事業：遺族調査

992

症状に対する患者の訴えと医療従事者による評価の乖離

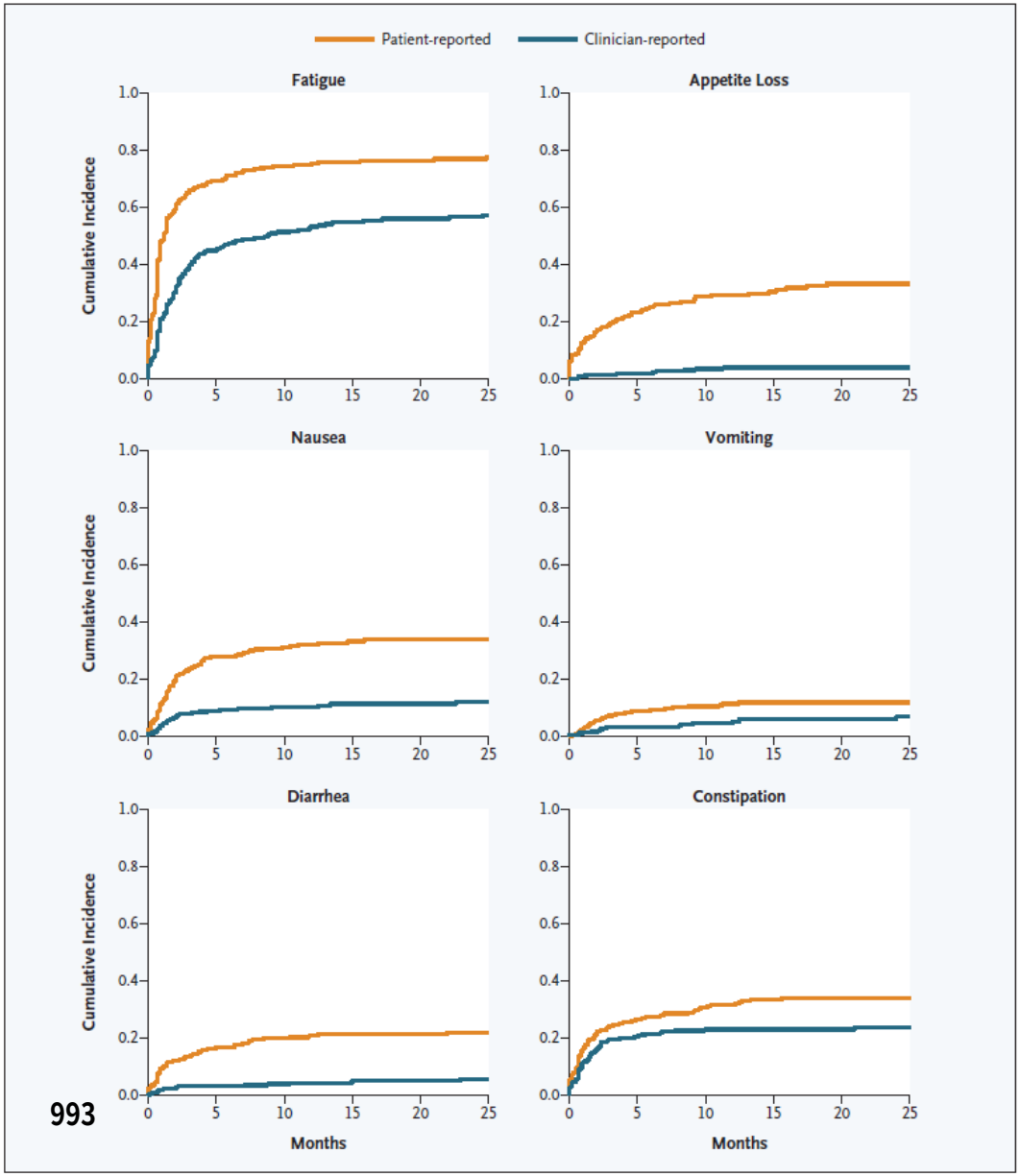
467人のがん患者について、

- 患者自身による症状の訴えと、
- 担当医や担当看護師による症状の評価

を比較した研究。

患者自身による評価と比較して、
医療従事者による評価は
過小評価となることが報告された。

医療従事者が十分に実施していると
思っていても、患者調査では不十分と
評価される可能性がある。



Ethan Basch, M.D. N Engl J Med 2010; 362:865-869

第４期がん対策推進基本計画に対する「がんの緩和ケアに係る部会」からの提案事項

第４期がん対策推進基本計画は「がん対策推進協議会」で別途議論されるが、
本部会における議論を踏まえ、以下のように提案してはどうか。

がんと診断された時からの緩和ケアの推進

現状と課題

- 治療開始前の段階から、抑うつや不安などに対する心理的な支援が必要であることが示されている。
- がんの診断や検査については、がん診療連携拠点病院等に限らず、検診医療機関やかかりつけ医などの役割が大きいと考えられるが、これらの場面における緩和ケアの実態が十分に把握されていない。
- 主治医や担当看護師を含む医療従事者は、患者の苦痛の把握を行うことを徹底し、そのフィードバックを行いながら改善していくことが重要である。
- 患者の苦痛について、医療従事者が、患者自身の評価よりも過小な評価をしがちな点や、医療従事者に対して患者自らは苦痛を表出しにくい点があることに留意する必要がある。
- 医療機関毎に、苦痛の把握がどのようになされ、患者側がそれをどのように評価しているのかは明らかでない。

第４期がん対策推進基本計画に対する「がんの緩和ケアに係る部会」からの提案事項

第４期がん対策推進基本計画は「がん対策推進協議会」で別途議論されるが、
本部会における議論を踏まえ、以下のように提案してはどうか。

がんと診断された時からの緩和ケアの推進

今後の方向性

- 国は、拠点病院等を中心としたがん診療に携わる医療機関において、全てのがん患者に対して入院、外来を問わず苦痛の把握に努め、必要な緩和ケアが提供され、また、がん患者の苦痛や問題等の把握及びそれらに対する適切な対応が、診断時から一貫して経時的に行われるよう、必要な体制の整備を進める。
- 特に、がんの診断時は、がん患者及びその家族にとって、診断による衝撃への対応や今後の治療・生活への備えが必要となる重要な時期であることを踏まえ、これらの精神的苦痛や社会的苦痛に対する適切な支援を提供できるよう、医療従事者への普及啓発策等を含め、必要な体制の整備を進める。
- 国は、拠点病院等を中心としたがん診療に携わる医療機関において、苦痛の把握や患者からのフィードバックが、どのようになされているか等の実態について把握し、適切にフィードバックを受けられる方法について検討を行う。
- 国は、患者体験調査や小児患者体験調査、遺族調査等を継続し、がんの診断や検査の場面における緩和ケアの実態についても把握したうえで、診断時から十分な緩和ケアが提供されるよう、方策を検討する。

第４期がん対策推進基本計画に対する「がんの緩和ケアに係る部会」からの提案について

第４期がん対策推進基本計画は「がん対策推進協議会」で別途議論されるが、
本部会における議論を踏まえ、以下のように提案してはどうか。

がんと診断された時からの緩和ケアの推進

今後の方向性

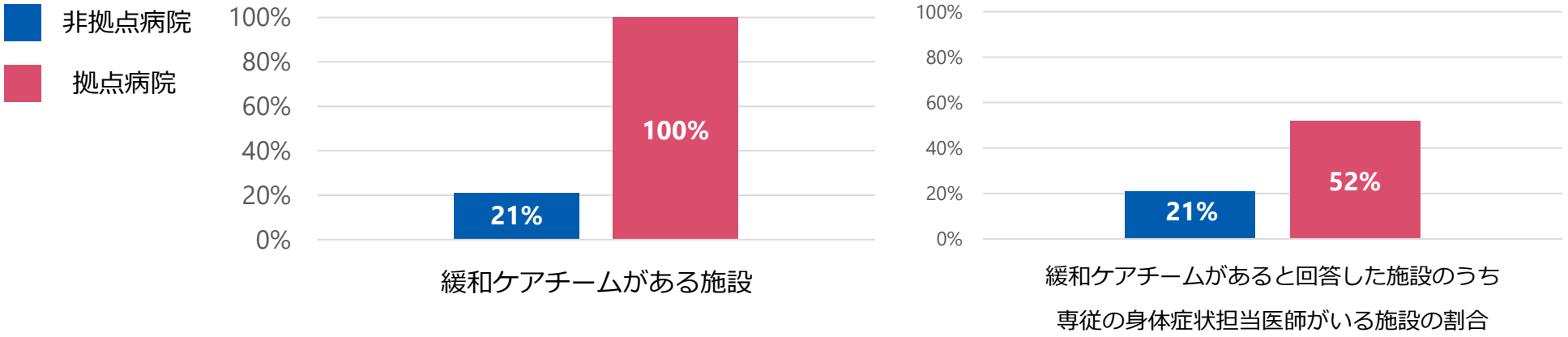
- 拠点病院等は、がん診療に携わる全ての診療従事者の対応能力を向上させる観点から、組織上明確に位置付けられた緩和ケアチームによりこれを支援する、定期的な病棟ラウンドやカンファレンス、必要に応じた助言・指導等が行われる体制を整備する。
- 拠点病院等は、院内の緩和ケアに係る情報を把握し、課題等について検討する場を設置するとともに、その検討内容を踏まえた組織的な改善策を講じる等、自施設における緩和ケアの提供体制の改善に努める。
- 拠点病院等は、緩和ケアに係る地域連携を推進する観点から、当該がん医療圏において、地域の医療・介護従事者と緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討する場を設けるとともに、緩和ケアチームが地域の医療機関等から定期的に連絡・相談を受ける体制を確保する。
- 都道府県がん診療連携協議会は、都道府県全体のがん医療等の質の向上のために、都道府県内の拠点病院等の緩和ケア、相談支援の実績等の共有、分析、評価、公表等を行うとともに、都道府県とも連携し、具体的な計画を立案・実行する。また、地域における相談支援や緩和ケアの提供体制・連携体制について協議を行い、拠点病院等の間で情報共有や役割分担を含む連携体制を整備する。さらに、都道府県内の医療機関における緩和ケア外来、がん相談支援センターについて情報を集約し医療機関間で共有するとともに、冊子やホームページ等でわかりやすく広報する。

- がん診療連携拠点病院等以外における緩和ケアの推進

拠点病院と非拠点病院における緩和ケアの提供における差

「全国の医療機関における緩和ケアの実施状況と医療従事者（医師・看護師）調査に基づくがん緩和ケアの推進に関する研究」（2017年-2019年度, 厚生労働科学研究）

- 拠点病院434施設と、非拠点病院6911施設を対象に、がん診療や緩和ケア提供体制等に関する調査票を送付。
- 回答率は拠点病院 76%、非拠点病院 24%。（※の項目のみ回答率は拠点病院 83%、非拠点病院 21%）



第４期がん対策推進基本計画に対する「がんの緩和ケアに係る部会」からの提案事項

第４期がん対策推進基本計画は「がん対策推進協議会」で別途議論されるが、
本部会における議論を踏まえ、以下のように提案してはどうか。

がん診療連携拠点病院等以外における緩和ケアの推進

現状と課題

- がん診療連携拠点病院等は現況報告書により一定の実態の把握がなされているが、それ以外のがん診療を実施している医療機関の中には、緩和ケアの提供が十分になされていない施設も存在することが示唆されるものの、その実態の把握は十分ではない可能性がある。

今後の方向性

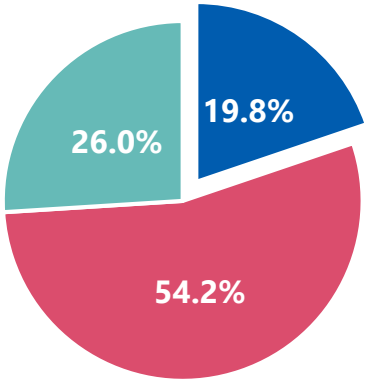
- 国は、がん診療連携拠点病院等以外においても緩和ケアを推進する必要があり、その検討のために、がん診療連携拠点病院等以外における緩和ケアの提供体制等について、実態の把握を行う。
- また、がん診療連携拠点病院等以外における緩和ケアの質の向上のために、がん診療連携拠点病院等の緩和ケアに関する専門家により、連携する医療機関の支援等が可能な体制について検討を行う。

- がん相談支援センターの活用について

1000

初診時からのがん相談支援センターの活用（患者体験調査：２０１８年）

がん診断後の就労への影響

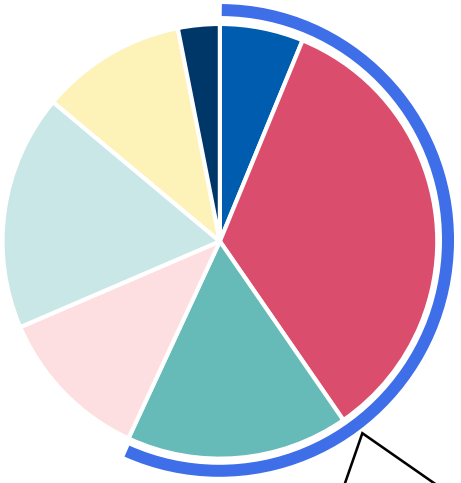


- 退職・廃業した
- 休職・休業はしたが、退職・廃業はしなかった
- その他

※分母は、診断時に収入のある仕事をしていたと回答したがん患者

退職のタイミングについて

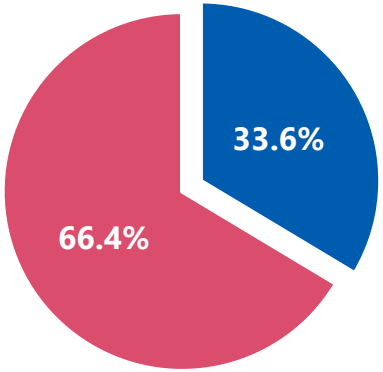
- 診断確定前
- がん診断直後
- 診断後、初回治療前
- 初回治療中
- 初回治療後、当初予定していた復職までの間
- 一度復職したのち
- その他



診断確定前から初回治療前までに退職・廃業した
56.8%

がん相談支援センターの認知度

- 知らない
- 知っている

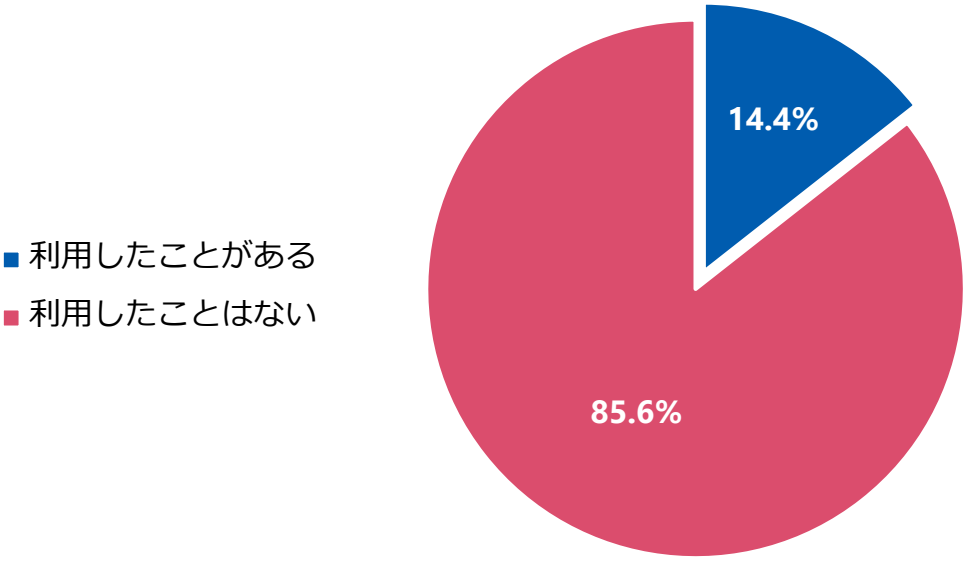


1001

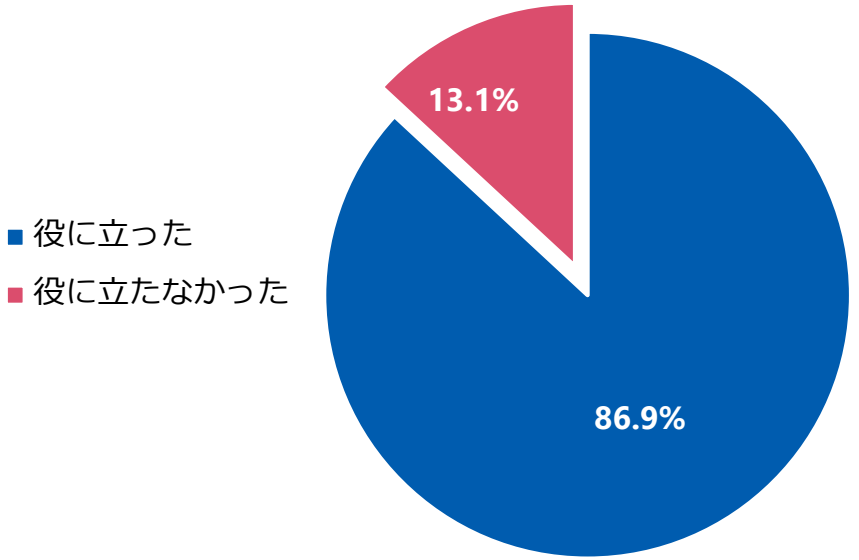
がん診断後に退職・廃業をしている患者が多数いる一方で、がん相談支援センターを知らない者も一定数おり、適切な相談支援が行われた上での判断であったかに疑問がある。

初診時からのがん相談支援センターの活用（患者体験調査：２０１８年）

相談支援センターの利用の有無について



相談支援センターが役に立った



相談支援センターを利用したことがあるがん患者の割合は14.4%にとどまるが、
そのうち役に立ったと回答した患者の割合は86.9%と高値であった。

相談支援センターの有用性がうかがえ、利用の更なる推進が望まれる。

1002

第４期がん対策推進基本計画に対する「がんの緩和ケアに係る部会」からの提案について

第４期がん対策推進基本計画は「がん対策推進協議会」で別途議論されるが、
本部会における議論を踏まえ、以下のように提案してはどうか。

がん相談支援センターの活用について

現状と課題

- がん診断後に退職・廃業をしている患者が多数いる一方で、がん相談支援センターを知らない者も一定数おり、適切な相談支援が行われた上での判断であったかに疑問がある。
- 全てのがん患者に対して、がん相談支援センターの存在や受けられる支援について、診断された時点より周知する必要がある。
- がん相談支援センターの認知度や、離職等の社会的苦痛等について、継続的に評価し検証する必要がある。

今後の方向性

- 拠点病院等は、がん相談支援センターを設置し、引き続きがん患者や家族等が持つ医療や療養等の課題に関して、病院を挙げて全人的な相談支援を行う。その周知のため、全てのがん患者およびその家族が、外来初診時から治療開始までを目処に、一度はがん相談支援センターを訪問することができる等の体制の整備に努める。また、地域の住民や医療・在宅・介護福祉等の関係機関に対し、がん相談支援センターに関する広報を行い、自施設に通院していない者からの相談にも対応する。さらに、相談支援センターの認知度の継続的な改善に努める。
- 都道府県がん診療連携協議会は、都道府県全体のがん医療等の質の向上のために、都道府県内のがん相談支援センターについて情報を集約し医療機関間で共有するとともに、冊子やホームページ等で分かりやすく広報する。
- 国は、がん相談支援センターの認知度や活用状況、がんの診断後の離職率等を、患者体験調査等で継続的に調査・評価する。

- 実地調査について

1004

第３期がん対策推進基本計画（実地調査にかかる事項）

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

（現状・課題）

患者とその家族に提供された緩和ケアの質については、施設間で格差がある等の指摘がある。（中略）「身体的苦痛や精神心理的苦痛の緩和が十分に行われていないがん患者が３～４割ほどいる」との指摘があり、がん診療の中で、患者とその家族が抱える様々な苦痛に対して、迅速かつ適切なケアが十分に提供されていない状況にある。

（取り組むべき施策）

- 実地調査や遺族調査等を定期的かつ継続的に実施し、評価結果に基づき、緩和ケアの質の向上策の立案に努める

がん診療連携拠点病院等の指定要件

６．PDCAサイクルの確保
（１）自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有したうえで、組織的な改善策を講じること。なお、その際には、Quality Indicatorの利用や、第三者による評価、拠点病院間の実地調査等を用いる等、工夫をすること。
（２）これらの実施状況につき都道府県拠点病院を中心に都道府県内のがん診療連携拠点病院、特定領域病院、地域がん診療病院において、情報共有と相互評価を行うとともに、地域に対してわかりやすく広報すること。

1005

国・都道府県の実地調査、ピアレビュー、第三者評価について

	国・都道府県の実地調査	ピアレビュー	第三者評価
利点	• 整備指針への準拠等について、一定の判断・相談ができる • 都道府県や医療圏全体の状況を鑑みた課題解決につなげることができる • 調査から抽出された課題を国・都道府県のがん対策に活用できる	• 拠点病院同士で問題点を共有し、改善に繋げることができる • 評価者は他の拠点病院の医療者であり、拠点病院の状況に関する理解がある • ニーズに基づく評価を確保しやすい	• 評価者の独立性が高い • 評価の方法や評価基準が一定であり、公開されている
課題	• 調査の頻度が、都道府県毎に異なる • 拠点病院以外の実施が困難である可能性がある	• 評価方法が全て統一されているわけではない • コストは地域の状況によって異なる	• 評価者の拠点病院に関する精通度が低い可能性がある • 評価の頻度が数年に一度である • 審査料がかかる（数百万円程度）

1006

都道府県による実地調査（パイロット調査）（概要）

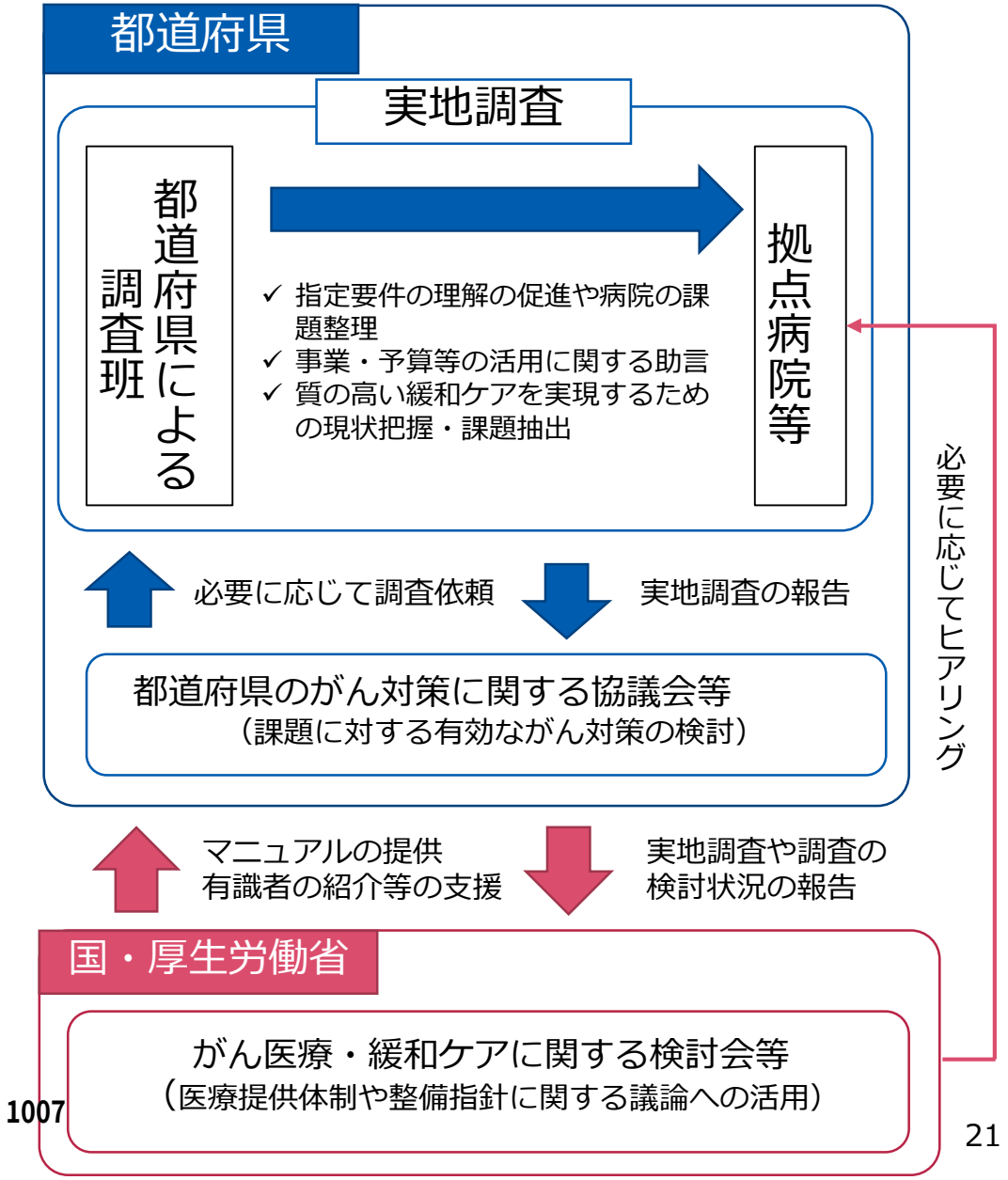
- 目的
  - 拠点病院等における指定要件に関する理解の促進や病院の課題整理
  - 調査から得られた課題とその解決策について、都道府県のがん対策・国のがん対策に活用
- 方法
  - 緩和ケアに関する有識者を含む都道府県による調査班により施設を訪問し、厚生労働省作成の実地調査マニュアルを参考に、概ね半日程度で以下の調査を実施。結果は、がん対策に関する協議会や厚生労働省に報告。

    １．指定要件に関する具体的な整備状況の確認

    ２．病院幹部・緩和ケア等に関わる医療従事者からのヒアリング

    ３．課題抽出後の問題解決に向けた指導や相談
- 調査対象病院

  拠点病院等の中で、診療実績が少ない、経過措置が含まれる病院等を優先的に調査
- 2019年度にパイロット調査を実施。結果を踏まえ、課題の整理を行った。



1007

都道府県による実地調査における主な課題

第４回がんとの共生のあり方に関する検討会において、以下の課題が挙げられた。

１．実地調査の目的について
病院同士のピアレビューとの違いを理解し、棲み分けて行うが必要があるのではないか。

〈ピアレビュー〉
- 現場がより良い医療を提供するために、どのような工夫ができるか話し合い、診療の質を高めていくこと。

〈実地調査〉
- 拠点病院等の指定要件を充足しているかを確認し、問題がある場合、改善策を話し合うことではないか。

２．実地調査の方法について
〈評価の方法〉
- ドナベディアンモデルの３要素（ストラクチャー、プロセス、アウトカム）に項目を分ける等、チェックリストを見直してはどうか。
- 病院と都道府県の負担が大きく、実施方法について検討が必要である。
- 専門的緩和ケアのコンサルテーション等、アウトカムは本調査と別で評価してはどうか。　（例：関係団体）
- ＰＤＣＡを基本としており、繰り返しがあってこそ改善されるのではないか。（例：次年度に報告を求める）

〈訪問メンバー〉
- 評価者の均質化が必要ではないか。（例：学会等が推薦した人でグループをつくり、回数を重ねる）
- 適切な評価ができるよう、評価者には全体を比較できる人がいたほうがよいのではないか。

〈対象施設〉
- まずは都道府県がん診療連携拠点病院を対象とし、徐々に広げていくほうが混乱が少なくないのではないか。
- 指定要件上、ボーダーライン、それ以下を中心に対象としつつ、適宜制度自体を見直すことも大切。
- 対象病院については、都道府県が決定することとしてはどうか。

1008

第４期がん対策推進基本計画に対する「がんの緩和ケアに係る部会」からの提案について

第４期がん対策推進基本計画は「がん対策推進協議会」で別途議論されるが、
本部会における議論を踏まえ、以下のように提案してはどうか。

実地調査について

現状と課題

- 第３期がん対策推進基本計画において、緩和ケアについて、実地調査等を定期的かつ継続的に実施することを通じて、緩和ケアの質の向上に努めていくこととしている。
- 「第４回がんとの共生のあり方に関する検討会」では、病院と都道府県の負担が大きく、実地調査の方法について検討が必要であるとの指摘があった。この他、ピアレビューとの棲み分け、チェックリストの見直しの必要性、評価者の選定方法など、様々な課題が示された。

今後の方向性

- 国は、実地調査の方法について、示された様々な課題を踏まえ、また感染症流行時等においても実施できる等、実効性のある方法について厚生労働科学研究を実施し、改めて検討を行う。

- 緩和ケアチームの質について

1010

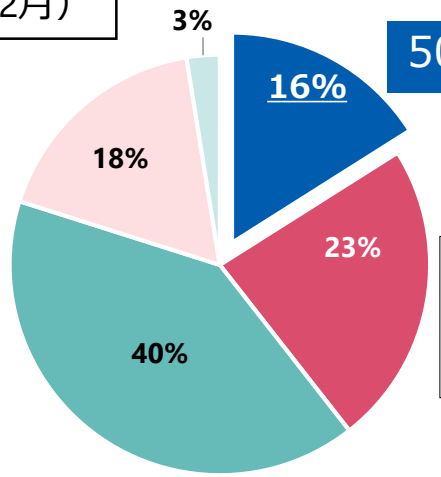
緩和ケアチームの新規介入患者数

平成28年度、令和元年度の現況報告書データより集計して比較

緩和ケアチームの新規介入患者数が50件未満であった施設は大きく減少が見られた。

平成28年度現況報告書（集計期間：平成27年１月～12月）

- **50件未満**
- 50件以上100件未満
- 100件以上250件未満
- 250件以上500件未満
- 500件以上



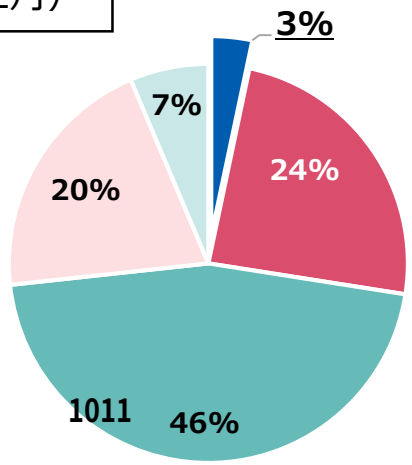
50件未満：63施設

がん診療連携拠点病院等※　３９３施設
（７施設はデータなしのため除外）

（※地域がん診療病院を除く）

令和元年度現況報告書（集計期間平成30年１月～12月）

- **50件未満**
- 50件以上100件未満
- 100件以上250件未満
- 250件以上500件未満
- 500件以上



50件未満：13施設

がん診療連携拠点病院等※　３９３施設

（※地域がん診療病院を除く）

第４期がん対策推進基本計画に対する「がんの緩和ケアに係る部会」からの提案について

第４期がん対策推進基本計画は「がん対策推進協議会」で別途議論されるが、
本部会における議論を踏まえ、以下のように提案してはどうか。

緩和ケアチームの質について

現状と課題

- がん診療連携拠点病院等が提出する現況報告書によると、緩和ケアチームの新規介入患者数は増加傾向が見られた一方、年間新規介入患者数が50件未満の拠点病院等も依然として存在している。
- 現況報告書によるデータでは、依頼件数等の数的な評価しかできず、チームの質の評価は困難である。そのため、緩和ケアチームの技術や提供するケアの質を評価し、その向上を図るための方策を検討する必要がある。

今後の方向性

- 国は、緩和ケアチームの技術や提供するケアの質の評価、チームの構成との関係等について、厚生労働科学研究等で研究を行う。その結果を踏まえ、緩和ケアチームにより提供されるケアの質を高める方策について検討を行う。

- 専門的な疼痛治療について

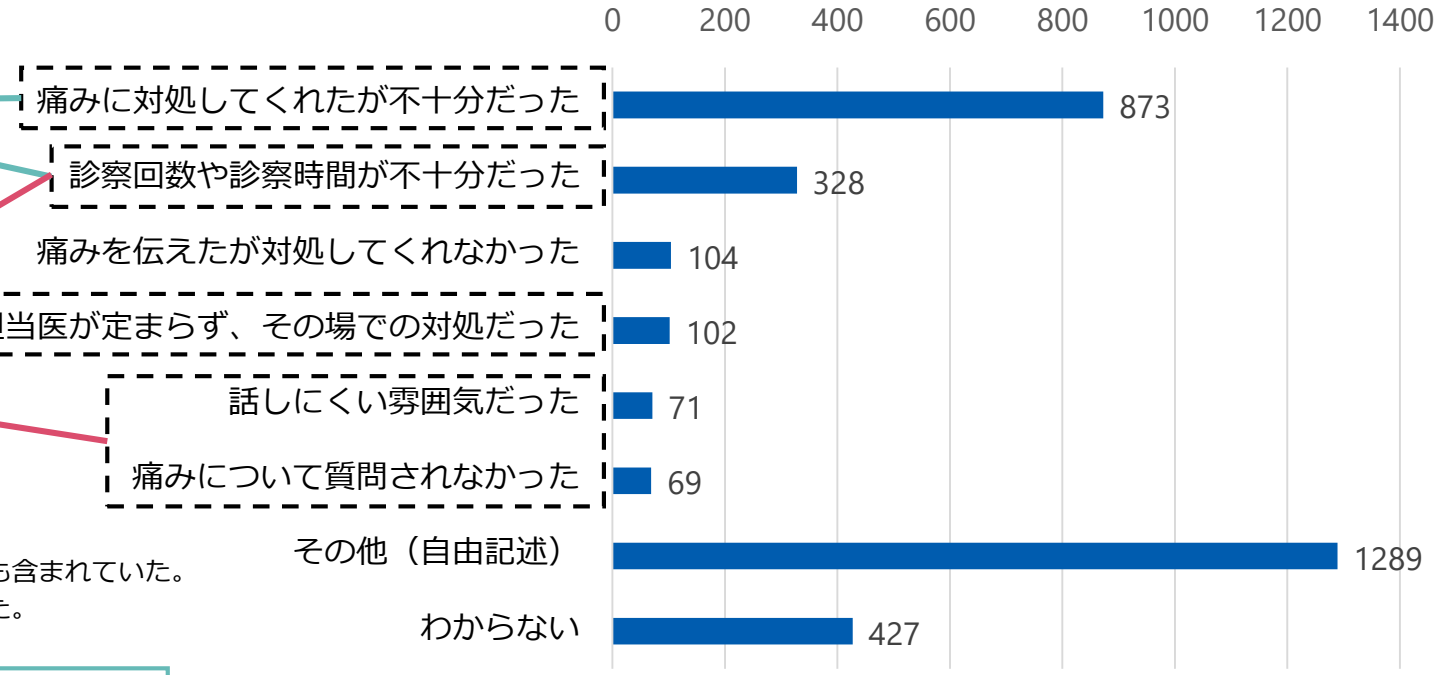
1013

痛みがあった理由に関する調査

亡くなる１週間前の痛みの強さが「ひどい」「とてもひどい」と回答した3250人について、
痛みがあった理由についての回答（複数回答可）

痛みに気づき対応したが対応が不十分であった

痛みに気づいていない



※自由記述には、選択回答と同様の内容も含まれていた。
　具体的には、以下のような回答があった。

- 医療従事者の疼痛管理の問題
- 認知機能等による痛みの評価の問題
- 併存症や医療処置など、がん以外の原因による疼痛
- 医療へのアクセスの問題

患者に痛みがあった理由については、

①医師が痛みに気づき対応したが、対応が不十分であった場合

②医師が痛みに気づいていない場合

に分けることができる。

医師が痛みに気づき対応したが、対応が不十分であったケースが一定程度存在している。

また、認知機能等による痛みの評価の問題や、がん以外の原因による疼痛が存在するケースがある。

1014

「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

疼痛への対応

放射線治療や神経ブロック等は、薬物治療のSTEPに関わらず考慮することとされている。

評価

- 以前からの痛みかを確認する
- 持続痛か突出痛かを区別する
- 神経障害性疼痛かを評価する

治療

痛みの種類に関わらず考えること
- 放射線治療・骨転移に対するビスホスホネート製剤・神経ブロック・装具

疼痛の種類に応じた、STEPごとの薬物治療

STEPに関わらず考えること
- 放射線治療・神経ブロック

治療目標

痛みの種類ごとに、効果判定を行う

治療目標未達成

※コンサルテーション

※ここでのコンサルテーションは、症状緩和等に関する専門家（緩和ケアチームや緩和ケアを専門とする医師、ペインクリニシャン、がん治療医、精神科・心療内科医など）に相談することを指す

がん緩和ケアガイドブック（監修日本医師会, 平成28年度厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」）を基に作成

難治性がん疼痛に関する施設対象全国調査

「がん患者の療養生活の最終段階における
体系的な苦痛緩和法の構築に関する研究」
（国立がん研究センター中央病院　里見絵理子）

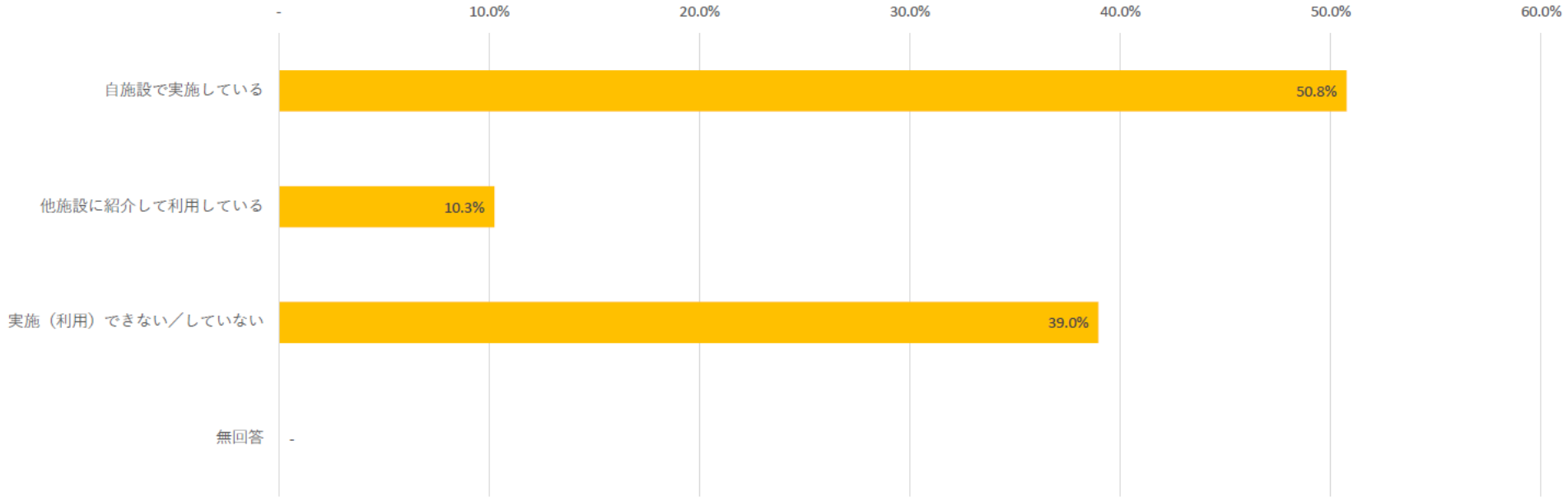
第４回がんの緩和ケアに係る部会　資料１・一部改変
令和４年１月14日

拠点病院における腹腔神経叢ブロックの実施・利用状況

※難治性がん疼痛に対する治療の実態を明らかにするために、拠点病院、拠点病院以外の病院（地域がん診療病院を含む）、
自宅療養支援診療所を対象に質問紙による調査を実施。

拠点病院において、腹腔神経叢ブロックを自施設で実施している割合は約半数にとどまる。

自施設において膵がんによる痛みに対する腹腔神経叢ブロック（または内臓神経ブロック）を実施または他施設に紹介して利用していますか。



1016

難治性がん疼痛に関する施設対象全国調査

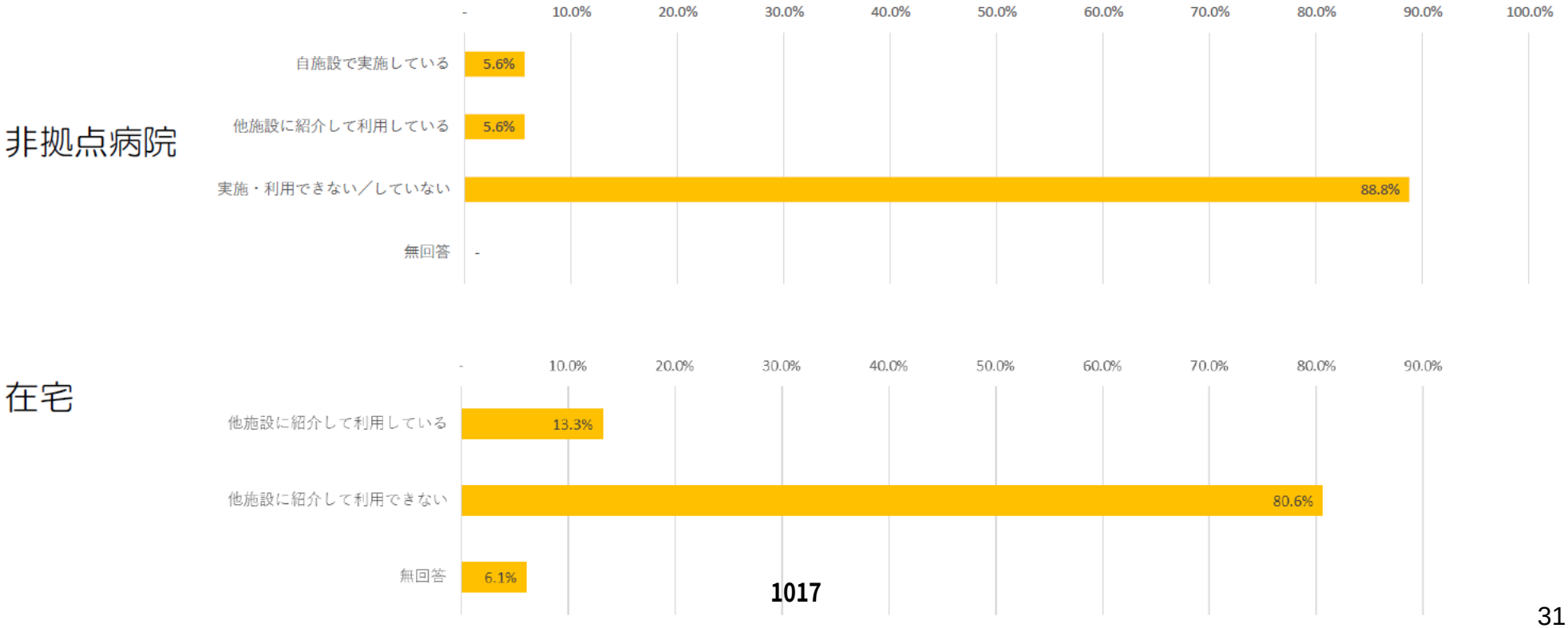
「がん患者の療養生活の最終段階における
体系的な苦痛緩和法の構築に関する研究」
（国立がん研究センター中央病院　里見絵理子）

第４回がんの緩和ケアに係る部会　資料１
令和４年１月14日

非拠点病院・在宅における腹腔神経叢ブロックの実施・利用状況

非拠点病院・在宅において、腹腔神経叢ブロックを自施設で実施、
もしくは他施設に紹介して利用している医療機関は限定的である。

自施設において膵がんによる痛みに対する腹腔神経叢ブロック（または内臓神経ブロック）を 実施または他施設に紹介して利用していますか。（在宅は紹介のみを質問）



難治性がん疼痛に関する施設対象全国調査

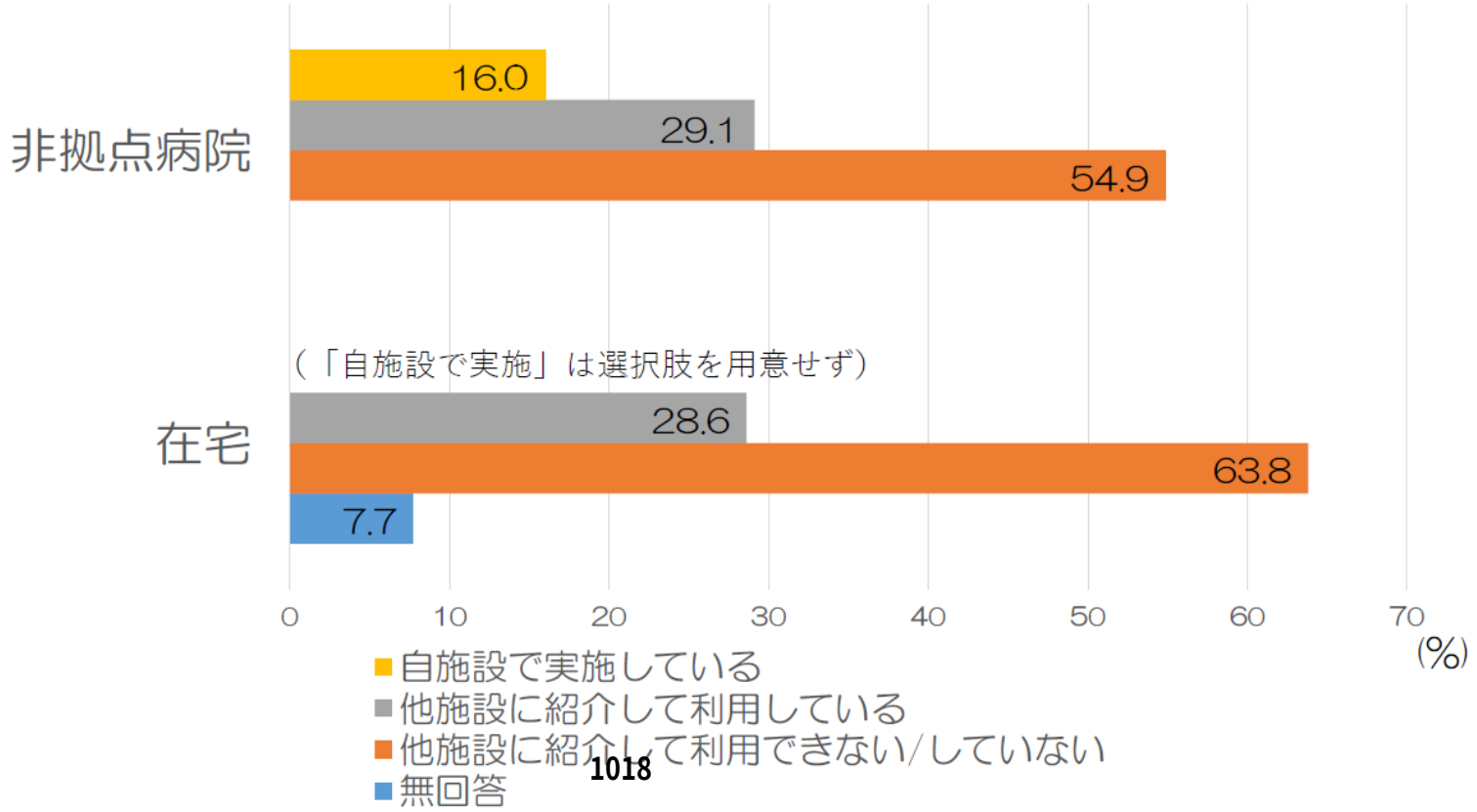
「がん患者の療養生活の最終段階における
体系的な苦痛緩和法の構築に関する研究」
（国立がん研究センター中央病院　里見絵理子）

第４回がんの緩和ケアに係る部会　資料１
令和４年１月14日

非拠点病院・在宅における鎮痛を目的とした放射線治療の実施・利用状況

非拠点病院・在宅において、鎮痛を目的とした放射線治療を自施設で実施、
もしくは他施設に紹介して利用している医療機関は限定的である。

自施設において鎮痛を目的とした放射線治療を実施 または 他施設に紹介して利用しているか



第４期がん対策推進基本計画に対する「がんの緩和ケアに係る部会」からの提案について

第４期がん対策推進基本計画は「がん対策推進協議会」で別途議論されるが、
本部会における議論を踏まえ、以下のように提案してはどうか。

専門的な疼痛治療について

現状と課題

- 患者に苦痛があった理由について、医師が対応したものの、十分な苦痛の緩和が得られなかったケースが一定程度存在していると考えられる。
- 主治医や担当医は、把握した患者の苦痛について、薬物治療等の基本的緩和ケアを行うとともに、その段階に関わらず放射線治療や神経ブロック等の専門的な疼痛治療について考慮するべきである。
- がん診療連携拠点病院等のうち自施設で腹腔神経叢ブロックを実施している割合は約半数にとどまり、主に実施できる医師に関する障壁があることが示唆された。
- 一方、拠点病院以外の病院や在宅療養支援診療所においては、腹腔神経叢ブロックや緩和的放射線治療を自施設で実施、もしくは他施設に紹介して利用できる割合は限定的であった。適応が判断できないことや、それを相談できる窓口が分からないこと、実施可能な施設に関する情報や繋がりがないことが障壁となっている可能性が示唆された。

今後の方向性

- 国は、拠点病院等を中心としたがん診療に携わる医療機関において、神経ブロックや緩和的放射線治療等の専門的な疼痛治療が適切に活用されるよう、医療従事者への理解を促す。
- 拠点病院等は、地域におけるがん診療に携わる医療機関、関係団体及び自治体等と連携し、専門的な疼痛治療に係る普及啓発及び実施体制の整備を進める。
- 国は、緩和ケアの充実に資する専門的な人材の育成について、関係省庁と連携しながら進める。

- 外来における緩和ケアについて

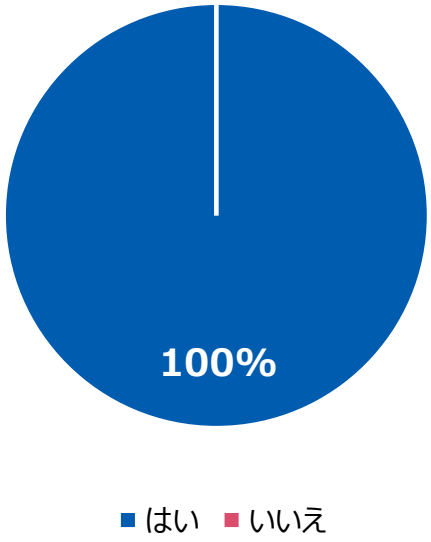
1020

緩和ケア外来

緩和ケア外来の設定の有無、他施設でがん治療中もしくは治療していた患者の受入について
（令和元年度現況報告書データより集計）

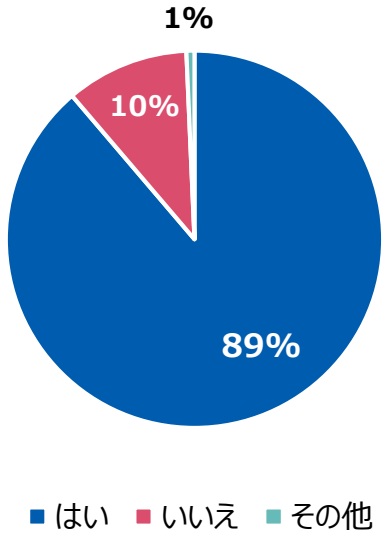
現況報告書によると、がん診療連携拠点病院等においては、全ての施設で緩和ケア外来の設定がされている。
また多くの施設が、他施設でがん診療を受けている、または受けていた患者の受入を行っている、と回答している。

緩和ケア外来が設定されている



1021

他施設でがん診療を受けている、
または受けていた患者の受入



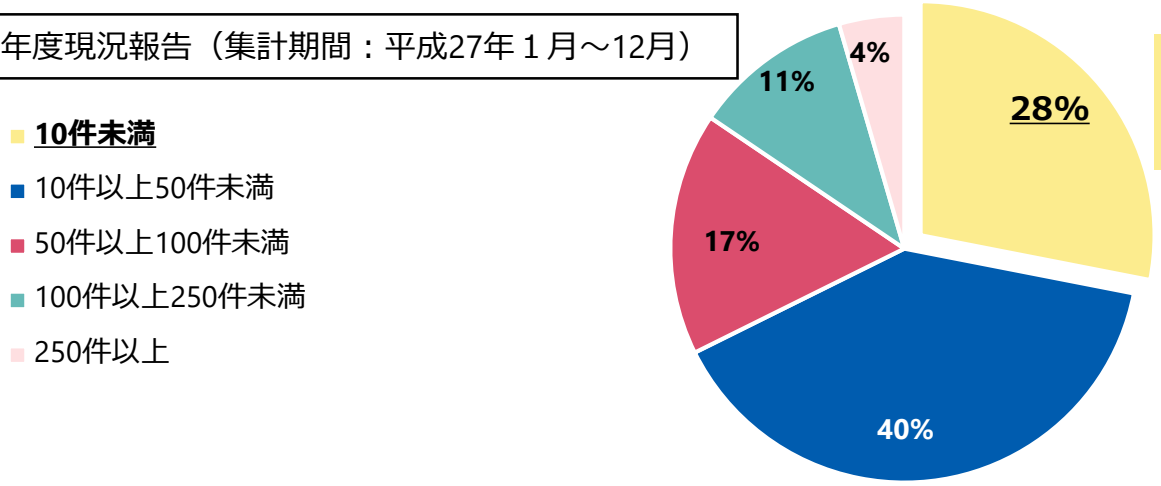
緩和ケア外来の年間新規診療症例数

第４回がんの緩和ケアに係る部会　資料１
令和４年１月14日

平成28年度、令和元年度の現況報告書データより集計して比較

緩和ケア外来の年間新規診療症例数が10件未満であった施設の数は、平成28年度と令和元年度の現況報告書では大きく変わっていない。

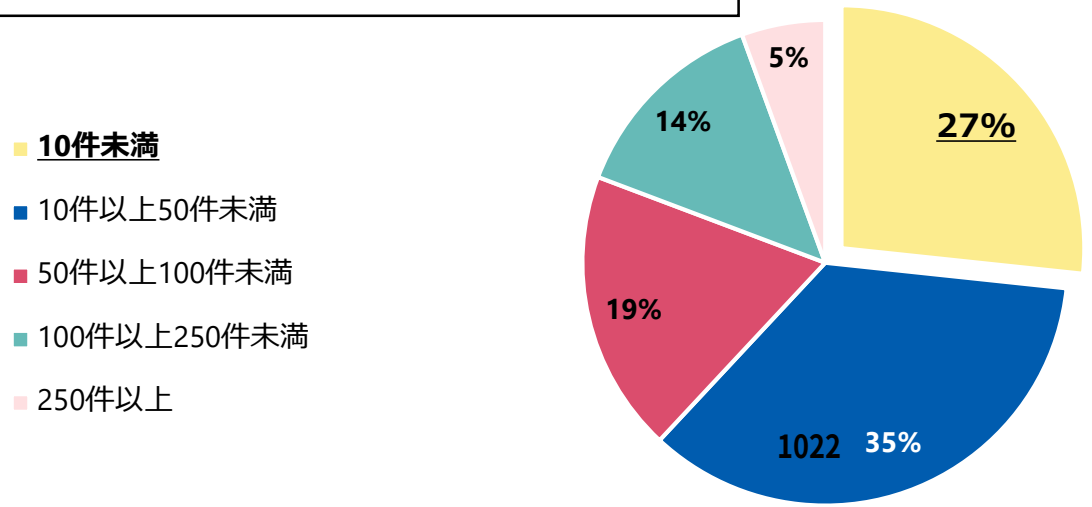
平成28年度現況報告（集計期間：平成27年１月～12月）



１０件未満：112施設
０件/年：30施設

がん診療連携拠点病院等※　399施設
（データが欠損している１施設と、
地域がん診療病院34施設を除外）

令和元年度現況報告（集計期間：平成30年１月～12月）



１０件未満：115施設
０件/年：24施設

がん診療連携拠点病院等　431施設
（データが欠損している５施設を除外）

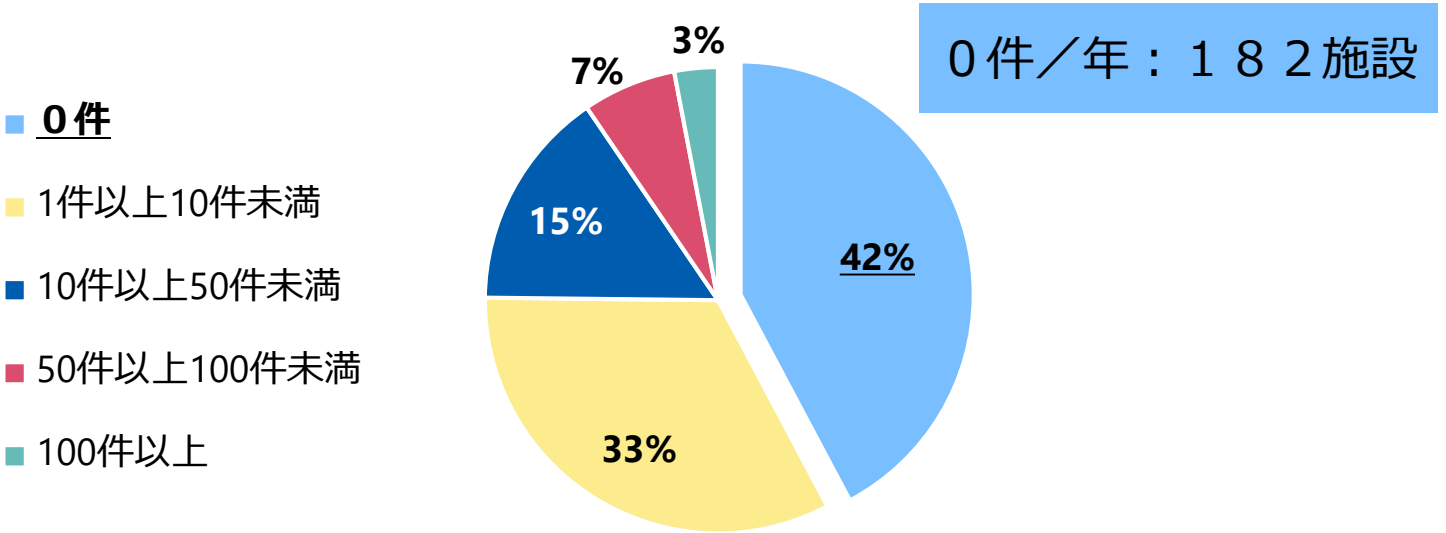
緩和ケア外来への地域の医療機関からの年間新規紹介患者数

第４回がんの緩和ケアに係る部会　資料１
令和４年１月14日

令和元年度現況報告書データより集計

地域の医療機関からの年間新規紹介患者数は、４２%の施設で０件であった。

令和元年度現況報告（集計期間：平成30年１月～12月）



がん診療連携拠点病院等　４３１施設
（データ欠損等で５施設を除外）

1023

第４期がん対策推進基本計画に対する「がんの緩和ケアに係る部会」からの提案について

第４期がん対策推進基本計画は「がん対策推進協議会」で別途議論されるが、
本部会における議論を踏まえ、以下のように提案してはどうか。

外来における緩和ケアについて

現状と課題

- 外来通院によるがん治療が増加していることから、入院だけでは無く外来通院においても、がん患者の苦痛を緩和する体制の確保が必要である。そのため、がん診療連携拠点病院等の指定要件において、外来における専門的な緩和ケアを提供する体制の整備を求めている。
- がん診療連携拠点病院の現況報告書によると、全ての施設が緩和ケア外来を設定していると回答している。また、多くの施設が、他の施設でがん診療を受けている、または受けていたがん患者を受け入れていると回答している。
- 一方で、現況報告書によると、緩和ケア外来における新規診療症例数や、地域からの紹介患者数は極めて少なく、外来での緩和ケアの提供が十分に進んでいない可能性がある。

今後の方向性

- 国は、外来における緩和ケアの提供体制、実績について現況報告書等で継続的に把握し、外来においても全てのがん患者の苦痛の緩和が図れるよう、その提供体制を改善するための方策について引き続き検討する。

1024

- 緩和ケア研修会について

1025

「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会」の概要

1　背景

平成28年12月にがん対策基本法（平成18年法律第98号）が改正され、緩和ケアについて定義された。また、「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」では、がん以外の患者に対する緩和ケアや医師・歯科医師以外の医療従事者を対象とすることが必要との指摘があったこと等から、がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会を実施する。

2　目的

基本的な緩和ケアについて正しく理解し、緩和ケアに関する知識、技術、態度を修得することで、緩和ケアが診断の時から、適切に提供されることを目的とする。

3　研修対象者

- がん等の診療に携わる全ての医師・歯科医師
  - がん診療連携拠点病院等で働く者
  - がん診療連携拠点病院と連携する在宅療養支援診療所・病院、緩和ケア病棟を有する病院で働く者
- 緩和ケアに従事するその他の医療従事者

4　研修会の構成

- 「e-learning」＋「集合研修」





5　研修会の内容

ⅰ）必修科目

患者の視点を取り入れた全人的な緩和ケア／苦痛のスクリーニングと、その結果に応じた症状緩和及び専門的な緩和ケアへのつなぎ方／がん疼痛の評価や具体的なマネジメント方法／呼吸困難・消化器症状・不安・抑うつ・せん妄等に対する緩和ケア／コミュニケーション／療養場所の選択、地域における連携、在宅における緩和ケア／アドバンス・ケア・プランニングや家族、遺族へのケア

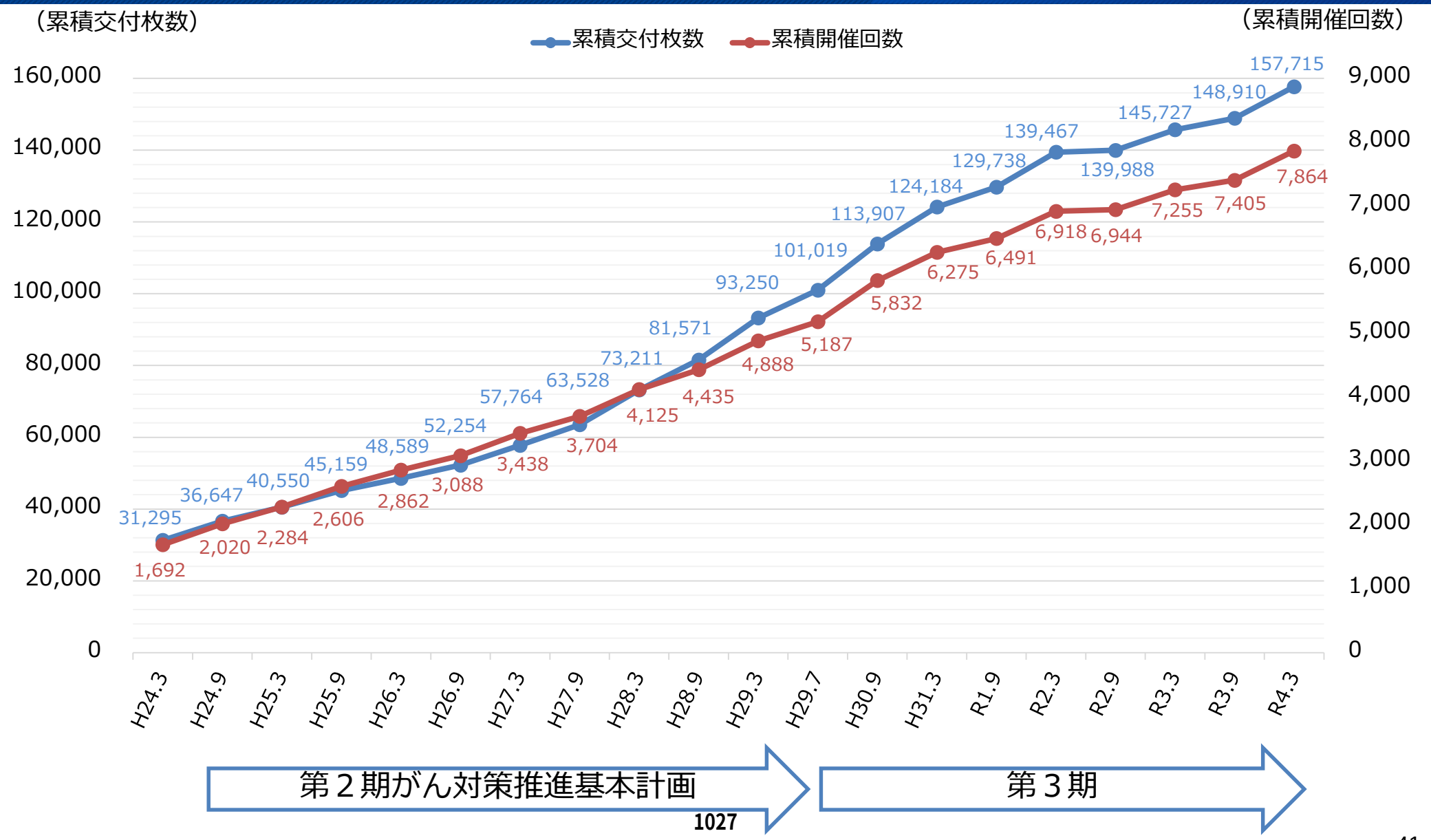
ⅱ）選択科目

がん以外に対する緩和ケア／疼痛・呼吸困難・消化器症状以外の身体的苦痛に対する緩和ケア／不安・抑うつ・せん妄以外の精神心理的苦痛に対する緩和ケア／緩和的放射線治療や神経ブロック等による症状緩和／社会的苦痛に対する緩和ケア

1026

（下線付は平成30年4月から新しく追加されたもの）

「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会」開催回数と修了証書の交付枚数の推移（累積）



1027

連携する地域の医療機関における緩和ケアに関する研修について

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（令和４年８月１日）より抜粋

地域がん診療連携拠点病院等では緩和ケア研修会の自施設での開催、および自施設の長、自施設に所属する臨床研修医及び１年以上自施設に所属するがん診療に携わる医師・歯科医師が当該研修を修了する体制の整備に加えて、連携する地域の医療施設のがん診療に携わる医師に対して、研修の受講勧奨を行うことを求めている。

Ⅱ 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

４ 人材育成等

（３） 「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成29年12月１日付け健発1201第２号厚生労働省健康局長通知の別添）に準拠し、当該がん医療圏においてがん診療に携わる医師を対象とした緩和ケアに関する研修を、都道府県と協議の上、開催すること。また、自施設の長、および自施設に所属する臨床研修医及び１年以上自施設に所属するがん診療に携わる医師・歯科医師が当該研修を修了する体制を整備し、受講率を現況報告において報告すること。また、医師・歯科医師と協働し、緩和ケアに従事するその他の診療従事者についても受講を促すこと。なお、研修修了者について、患者とその家族に対してわかりやすく情報提供すること。

（４） 連携する地域の医療施設におけるがん診療に携わる医師に対して、緩和ケアに関する研修の受講勧奨を行うこと。

（５） （３）のほか、当該がん医療圏において顔の見える関係性を構築し、がん医療の質の向上につながるよう、地域の診療従事者を対象とした研修やカンファレンスを定期的に開催すること

第４期がん対策推進基本計画に対する「がんの緩和ケアに係る部会」からの提案について

第４期がん対策推進基本計画は「がん対策推進協議会」で別途議論されるが、
本部会における議論を踏まえ、以下のように提案してはどうか。

緩和ケア研修会について

現状と課題

- 2008年度より、がん診療に携わるすべての医師が緩和ケアの基本的な知識等を習得し、基本的な緩和ケアを提供できるよう、緩和ケア研修会の開催が始まった。
- 研修会の充実のために、2018年度からは緩和ケアに従事する医師・歯科医師以外の医療従事者を研修対象者へ追加し、e-learningシステムを導入するとともに、適宜研修プログラムの追加等の見直しを行ってきた。
- 遺族調査によると、死亡前１ヶ月間の患者の療養生活の質について、痛みが少なく過ごせた患者の割合やからだの苦痛が少なく過ごせた割合については、改善の余地があると考えられる結果であった。
- 基本的緩和ケアに関する知識や技能の更なる向上を図る必要がある。

今後の方向性

- 国は、がんに携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを実施できるよう、緩和ケア研修会における学習内容のみならず、緩和ケア研修会のあり方自体についても見直しを検討する。

1029

- 緩和ケアの普及啓発について

1030

がん等における新たな緩和ケア研修等事業

事業の概要

- がん対策基本法第17条に、「がん患者の状況に応じて緩和ケアが診断の時から適切に提供されるようにすること」、「医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保すること」等のために必要な施策を講ずることと規定され、また、「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」等では、がん患者以外の患者にも緩和ケアが必要であるとの指摘があった。
- このようなことから、がんその他の特定の疾病において、適切に緩和ケアが提供されるように、**「e-learning」と「集合研修」の双方により構成された緩和ケア研修会を開催し**、**がん等の緩和ケアの底上げ・充実を図るとともに、がんの緩和ケアに関する普及啓発を行う。**

緩和ケア研修

- すべての医療従事者が身につけるべき基本的な緩和ケア研修の開催
- 緩和ケア研修会における受講者の管理
- 座学部分におけるe-learningを用いた研修会の運営支援





指導者の育成

集合研修において講師及び企画・運営を務めることができる能力を有する指導者の育成



普及啓発

緩和ケアに関する正しい知識やその必要性等に関する普及啓発





1031

（特定非営利活動法人 日本緩和医療学会への委託事業）

緩和ケアの普及啓発に関する中間評価

がん対策推進基本計画　中間評価報告書（令和４年６月）
第３章 中間評価　Ⅲ.分野別施策の個別目標についての進捗状況
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
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。

項目番号	中間評価指標	用いた調査	数値	参考数値
3018	国民の緩和ケアに関する認識（※１）	2019年度がん対策・たばこ対策に関する世論調査	52.2%	56.1% （2016年度調査）
3019	国民の医療用麻薬に関する認識（※２）	2019年度がん対策・たばこ対策に関する世論調査	48.3%	52.7% （2016年度調査）

（※１）「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
（※２）「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

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）
緩和ケアの提供について、地域の実情や今後のがん診療提供体制のあり方を踏まえ、提供体制やそれらを担う人材のあり方を検討する必要がある。その上で、緩和ケアの質の向上に向けて、専門的な緩和ケアを提供する人材の育成についても検討する必要がある。身体的・精神心理的・社会的苦痛等の緩和、苦痛を感じている患者への相談支援の体制や、緩和ケアに係る国民への普及啓発について、更なる取組の充実が求められており、「がんとの共生のあり方に関する検討会」や「がんの緩和ケアに係る部会」等での議論を踏まえ、今後の取組について、引き続き検討が必要である。

第４期がん対策推進基本計画に対する「がんの緩和ケアに係る部会」からの提案について

第４期がん対策推進基本計画は「がん対策推進協議会」で別途議論されるが、
本部会における議論を踏まえ、以下のように提案してはどうか。

緩和ケアの普及啓発について

現状と課題

- 「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。
- 国民の緩和ケアに関する認識に関して、第３期がん対策推進基本計画の中間評価報告書では、今後、さらに国民が正しい知識を持てるように普及啓発に取り組む必要があるとされた。

今後の方向性

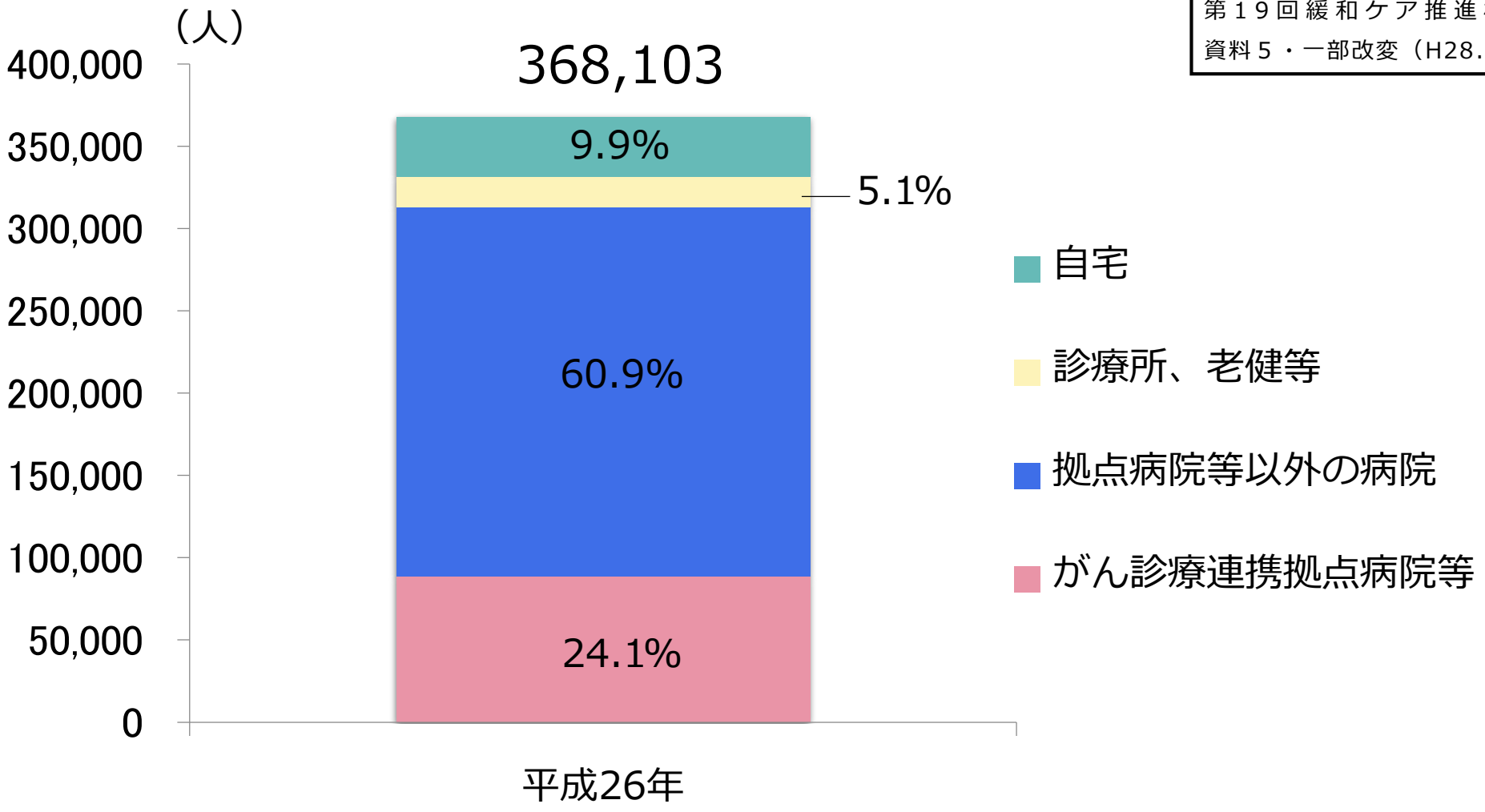
- 国は、国民が緩和ケアに関する正しい知識を持てるように、引き続き普及啓発を継続する。

- 緩和ケアの地域連携について

1034

がん患者はどこで看取られているか

第１９回緩和ケア推進検討会
資料５・一部改変（H28.3.16）



約４分の３のがん患者は拠点病院等以外の場所で看取られている。

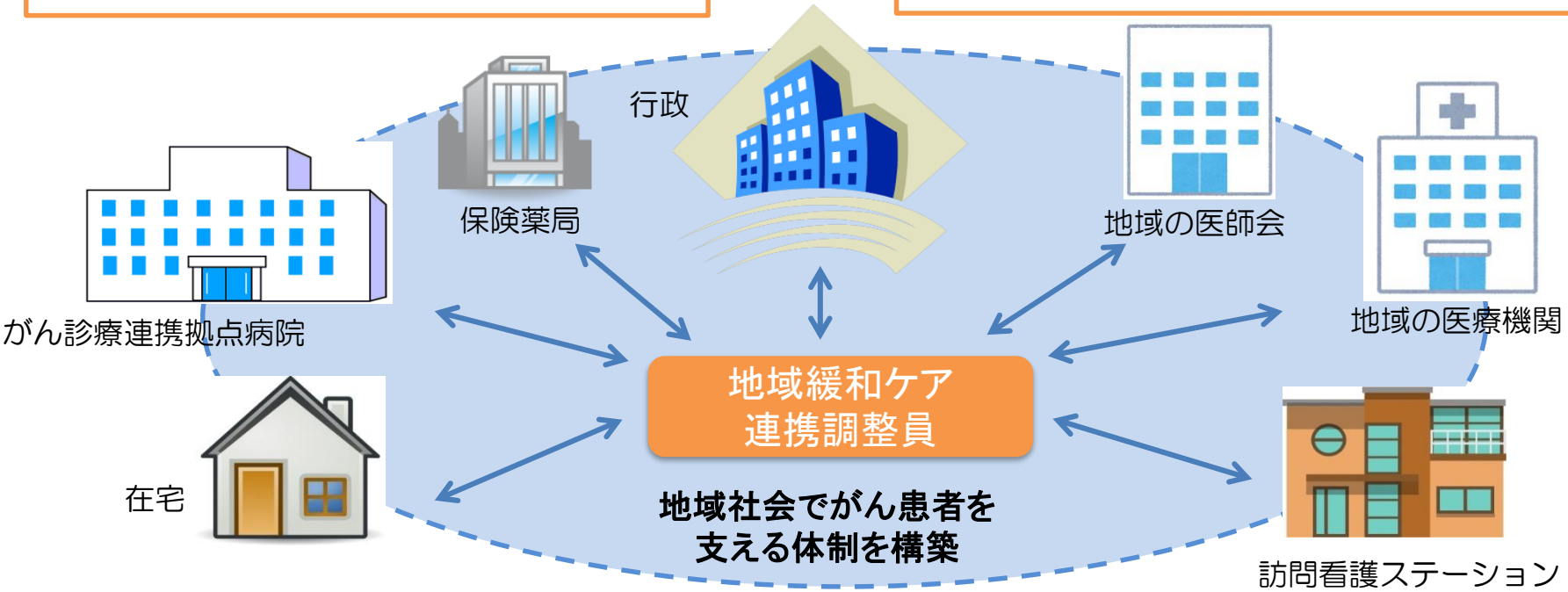
1035

（厚生労働省人口動態統計、がん診療連携拠点病院現況報告のデータに基づいてがん・疾病対策課で作成）

地域緩和ケア等ネットワーク構築事業

【課題】
地域で緩和ケアを提供するに当たって、地域の資源を連携させる地域拠点（コーディネーター）機能が十分ではない。

【対応】
拠点病院や診療所等の**関係施設間の連携・調整を行う「地域緩和ケア連携調整員」を育成**し、それぞれの地域リソースを最大限活用する。



地域緩和ケアの提供体制について（議論の整理）（緩和ケア推進検討会・平成27年8月）【抜粋】
○地域緩和ケアの提供体制の構築に向けて
　拠点病院、緩和ケア棟診療所 、保険薬局、訪問看護ステーション 等が協力して、それぞれの地域状況に応じた緩和ケア提供体制を構築する。
1.　拠点病院 の緩和ケアセンター 等が中心となり、「地域緩和ケア連携調整員（仮称）」のような関係者間・施設を調整する人員の配置を伴う事務局機能を有する地域拠点を、地域の状況に応じて整備する。

1036

第４期がん対策推進基本計画に対する「がんの緩和ケアに係る部会」からの提案について

第４期がん対策推進基本計画は「がん対策推進協議会」で別途議論されるが、
本部会における議論を踏まえ、以下のように提案してはどうか。

緩和ケアの地域連携について

現状と課題

- がん患者の多くが、がん診療連携拠点病院等以外の病院で看取られている現状がある。
- がん診療連携拠点病院等から連携する地域の医療機関へ転院後、提供されていた緩和ケアが断絶する等の指摘がある。
- がん診療連携拠点病院等と、それ以外の医療機関の間で、緩和ケアに関する地域連携を推進するための情報共有・議論の場が十分にもたれていない可能性がある。
- 地域のがん患者へ緩和ケアを提供するに当たって、それぞれの地域のリソースを最大限活用するために、拠点病院や診療所等の関係施設間の連携・調整を行う「地域緩和ケア連携調整員」の育成を行っている。しかし、地域により地域緩和ケア連携調整員研修への拠点病院等の参加状況には差がある。

今後の方向性

- 拠点病院等は、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護を担う機関、関係団体、自治体等と連携し、地域における緩和ケアの状況や課題を把握したうえで、それぞれの地域の状況に応じた緩和ケアの提供体制を構築することにより、その課題等を解決する。そのために、実務者による話し合いの場だけでなく、それぞれの代表者同士による話し合いの場を設置するよう努める。
- 国は、地域の関係機関間で顔の見える関係性が構築され、十分な情報共有等が行われるよう、関係機関間の連携・調整を行う者の育成を進める。

- 感染症流行時等における

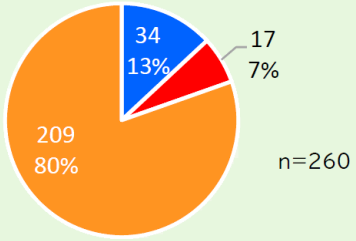
  緩和ケアの提供体制について

1038

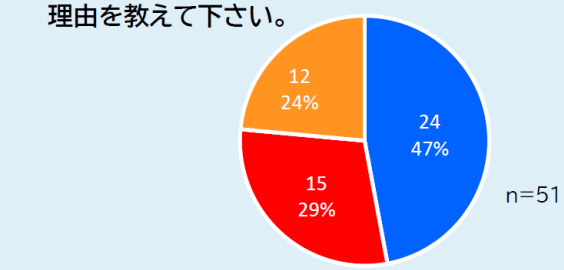
緩和ケア病棟におけるCOVID-19の影響

調査対象：10月30日時点で日本ホスピス緩和ケア協会の正会員に登録している緩和ケア病棟381施設
調査実施期間：2021年10月31日～11月22日
調査対象期間：2021年８月１日～2021年10月末
回答方法：Googleフォーム、ファックスでの書面回答またはメール添付
回 答 率：68.2%（回答施設数260）

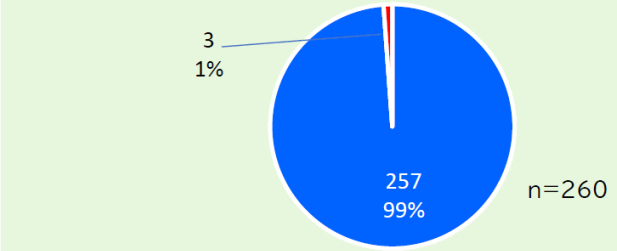
1. COVID-19患者の入院受け入れなどのために、緩和ケア病棟の閉鎖や一部閉鎖を行いましたか。



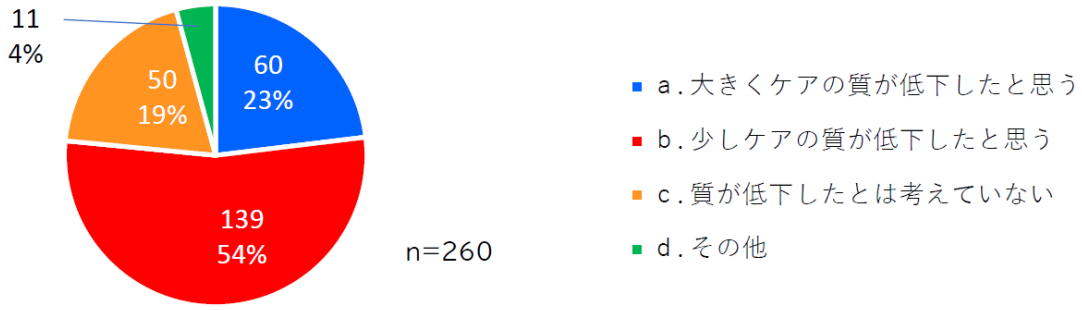
2. 緩和ケア病棟の閉鎖ないし一部閉鎖を行った理由を教えて下さい。



8. 緩和ケア病棟において、新型コロナウイルスの感染対策として面会制限を行いましたか。



16. 患者家族の視点からみて、COVID-19の流行が緩和ケア病棟のケアの質に影響を与えたと考えますか。



1039

日本ホスピス緩和ケア協会の調査より

第４期がん対策推進基本計画に対する「がんの緩和ケアに係る部会」からの提案について

第４期がん対策推進基本計画は「がん対策推進協議会」で別途議論されるが、
本部会における議論を踏まえ、以下のように提案してはどうか。

感染症流行時等における緩和ケアの提供体制について

現状と課題

- 緩和ケア病棟への調査によると、緩和ケア病棟の新型コロナウイルス感染症の専用病床への転用や、緩和ケア病棟スタッフの配置転換等のために、緩和ケア病棟の閉鎖や一部閉鎖が約２割の施設で行われた。また、感染対策として面会制限がほとんどの施設で行われた。
- 緩和ケア病棟への上記の調査の結果、新型コロナウイルス感染症の流行により、 77%の施設が緩和ケア病棟におけるケアの質に対して一定の影響があったと回答している。
- 今般のがん診療連携拠点病院等の指定要件の見直しにより、都道府県がん診療連携協議会は、感染症のまん延や災害等の状況においても必要ながん医療を提供する体制を確保するため、当該都道府県や各がん医療圏におけるＢＣＰ（事業継続計画）について議論を行うこと、と定められた。また、地域がん診療連携拠点病院については、医療機関としてのＢＣＰを策定することが望ましい、と定められた。

今後の方向性

- 拠点病院等は、感染症のまん延や災害等の状況においても必要な緩和ケアの提供体制が地域で確保されるよう、事前に緩和ケアを含むＢＣＰを策定する等の対応を連携する医療機関と共に検討する。

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

第７回 がんとの共生のあり方に関する検討会	資料５
令和４年１０月１１日	

第４期がん対策推進基本計画に対する「がんとの共生のあり方に関する検討会」からの提案について

厚生労働省 健康局がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

第４期がん対策推進基本計画に対する「がんとの共生のあり方に関する検討会」からの提案

○　本検討会において、これまで議論された意見やがん対策推進基本計画中間評価報告書から第４期がん対策推進基本計画に求められる内容を整理し、「がん対策推進協議会」に提案してはどうか。

がん対策推進基本計画の見直しに向けたスケジュール（案）

2022年度

6月　7月　8月　9月　10月　11月　12月　1月　2月　3月

がん対策推進協議会

第３期がん対策推進基本計画 中間評価報告書 公表

第４期がん対策推進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

全体の方向性に関する議論

6/30 第80回 協議会

9/5 **第81回 協議会**

分野別の議論

とりまとめの議論

第４期がん対策推進基本計画 協議会案

パブコメ等

第４期がん対策推進基本計画 閣議決定（予定）

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

第４期基本計画に係る各検討会からの提言

1043

※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81回がん対策推進協議会資料(2022.9.5)より抜粋

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

１．がんと診断された時からの緩和ケアの推進

２．相談支援及び情報提供

３．社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

４．がん患者等の就労を含めた社会的な問題
（サバイバーシップ支援）

５．ライフステージに応じたがん対策

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

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

１．がんと診断された時からの緩和ケアの推進

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

「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会」の概要

1　背景

平成28年12月にがん対策基本法（平成18年法律第98号）が改正され、緩和ケアについて定義された。また、「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」では、がん以外の患者に対する緩和ケアや医師・歯科医師以外の医療従事者を対象とすることが必要との指摘があったこと等から、がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会を実施する。

2　目的

基本的な緩和ケアについて正しく理解し、緩和ケアに関する知識、技術、態度を修得することで、緩和ケアが診断の時から、適切に提供されることを目的とする。

3　研修対象者

- がん等の診療に携わる全ての医師・歯科医師
  - がん診療連携拠点病院等で働く者
  - がん診療連携拠点病院と連携する在宅療養支援診療所・病院、緩和ケア病棟を有する病院で働く者
- 緩和ケアに従事するその他の医療従事者

4　研修会の構成

- 「e-learning」＋「集合研修」





5　研修会の内容

ⅰ）必修科目

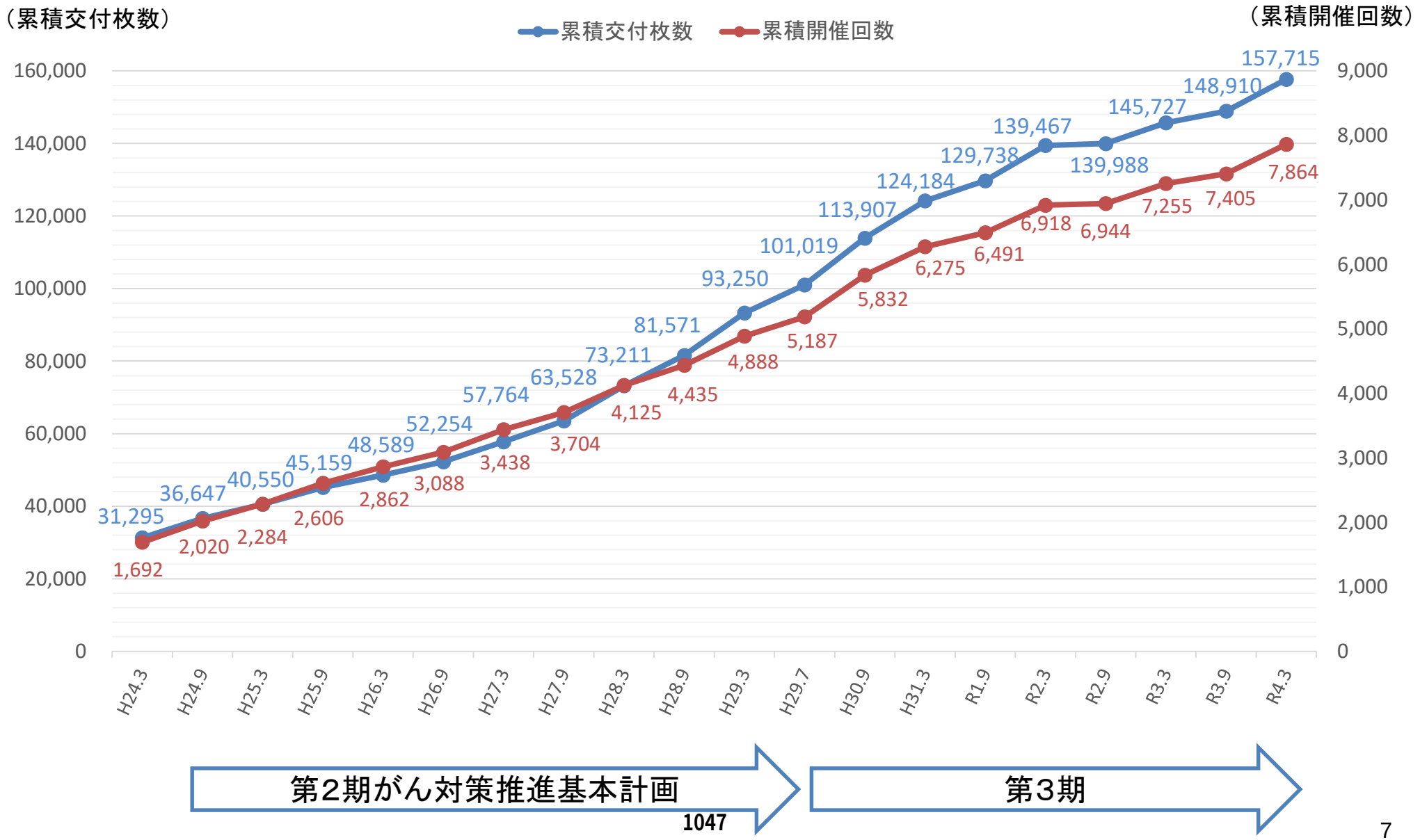
患者の視点を取り入れた全人的な緩和ケア／苦痛のスクリーニングと、その結果に応じた症状緩和及び専門的な緩和ケアへのつなぎ方／がん疼痛の評価や具体的なマネジメント方法／呼吸困難・消化器症状・不安・抑うつ・せん妄等に対する緩和ケア／コミュニケーション／療養場所の選択、地域における連携、在宅における緩和ケア／アドバンス・ケア・プランニングや家族、遺族へのケア

ⅱ）選択科目

がん以外に対する緩和ケア／疼痛・呼吸困難・消化器症状以外の身体的苦痛に対する緩和ケア／不安・抑うつ・せん妄以外の精神心理的苦痛に対する緩和ケア／緩和的放射線治療や神経ブロック等による症状緩和／社会的苦痛に対する緩和ケア

1046

「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会」開催回数と修了証書の交付枚数の推移（累積）



1047

がん等における新たな緩和ケア研修等事業

事業の概要

- がん対策基本法第17条に、「がん患者の状況に応じて緩和ケアが診断の時から適切に提供されるようにすること」、「医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保すること」等のために必要な施策を講ずることと規定され、また、「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」等では、がん患者以外の患者にも緩和ケアが必要であるとの指摘があった。
- このようなことから、がんその他の特定の疾病において、適切に緩和ケアが提供されるように、**「e-learning」と「集合研修」の双方により構成された緩和ケア研修会を開催し、がん等の緩和ケアの底上げ・充実を図るとともに、がんの緩和ケアに関する普及啓発を行う。**

緩和ケア研修

- すべての医療従事者が身につけるべき基本的な緩和ケア研修の開催
- 緩和ケア研修会における受講者の管理
- 座学部分におけるe-learningを用いた研修会の運営支援





指導者の育成

集合研修において講師及び企画・運営を務めることができる能力を有する指導者の育成



普及啓発

緩和ケアに関する正しい知識やその必要性等に関する普及啓発





1048

（特定非営利活動法人 日本緩和医療学会への委託費）

がんとの共生のあり方に関する検討会における緩和ケアに関する議論の整理

緩和ケアにおける苦痛のスクリーニング（第２回）

- 苦痛を抱えた患者を見つけるために、2010年より拠点病院の指定要件として、苦痛のスクリーニングが追加されている。一方で、現場の医療従事者の負担が増えることや、スクリーニング結果を専門的な緩和ケアに結び付けることが困難であることが指摘されており、全体の取り組みの見直しが必要である。
- 適切な相談や苦痛の緩和に結びつけられることや、つなげた医療スタッフも成果が得られるような方法を改めて考え直すことが必要ではないか。
- 時間の経過や病状の進行により患者のニーズはその時々で変わってくる。そのため患者が医療者に自分の意思を伝えれることが重要であり、その機会の確保が必要である。

緩和ケアにおける人材育成（第２回）

- 基本的な緩和ケアの知識を身に着けるための緩和ケア研修会は、e-learningを導入することで、受講修了者は増加し10万人を超えている。一方で、その後の情報や技能を維持・向上するための継続研修が不十分であり、国や都道府県がその仕組みを構築する必要がある。
- 総合的にチームとして考える上でも、医師等ではなく、構成員を明確にしてはどうか。また多職種も含めたチームで行う研修も必要である。

「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」に関する中間評価

項目番号	中間評価指標	数値		
3011	心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合	2018年度　32.8%		
3012	身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	2018年度 44.6%	2014年度 42.6%	
3013	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	2018年度 38.0%	2014年度 38.5%	
3014	身体的・精神心理的な苦痛により日常生活に支障を来しているがん患者の割合	2018年度　30.8%		
3015	療養生活の最終段階において、身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	2018年度 40.4%(痛み) 47.2%(からだの苦痛)		
3016	療養生活の最終段階において、精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	2018年度　42.3%		
3017	緩和ケア研修修了者数（医師・医師以外）	2021年度 157,715人	2020年度 145,727人	2019年度 139,467人
3018	国民の緩和ケアに関する認識	2019年度 52.2%	2016年度 56.1%	
3019	国民の医療用麻薬に関する認識	2019年度 48.3%	2016年度 52.7%	

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

緩和ケアの提供について、地域の実情や今後のがん診療提供体制のあり方を踏まえ、提供体制やそれらを担う人材のあり方を検討する必要がある。その上で、緩和ケアの質の向上に向けて、専門的な緩和ケアを提供する人材の育成についても検討する必要がある。身体的・精神心理的・社会的苦痛等の緩和、苦痛を感じている患者への相談支援の体制や、緩和ケアに係る国民への普及啓発について、更なる取組の充実が求められており、「がんとの共生のあり方に関する検討会」や「がんの緩和ケアに係る部会」等での議論を踏まえ、今後の取組について、引き続き検討が必要である。

1050

第４期がん対策推進基本計画に対する「がんとの共生のあり方に関する検討会」からの提案について

第４期がん対策推進基本計画は「がん対策推進協議会」で別途議論されるが、本検討会における議論を踏まえ、以下の通り提案してはどうか。

緩和ケアの提供について

現状と課題

- がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針では、全てのがん患者に対して入院外来問わず、頻回に苦痛の把握に努め、必要な緩和ケアを提供を行うことなど、緩和ケアの提供体制について、整備が進められてきた。
- 苦痛を抱えた患者の把握のために、苦痛のスクリーニングが行われてきたが、現場の医療従事者に大きな負担になることや、その結果を専門的な緩和ケアへ結び付けることが困難であるとの指摘がある。またその手法については、定まったものはない。

今後の方向性

- 国は、拠点病院等において、全てのがん患者に対して入院、外来を問わず身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的な問題等の把握及び、それらに対する適切な対応を診断時から一貫して経時的に行われるよう、必要な支援体制について整備を行う。
- 国は、患者体験調査等を引き続き行い、緩和ケアの実態について把握を行う。また診断時から適切な緩和ケアが提供されるよう、方策について検討を行う。

第４期がん対策推進基本計画に対する「がんとの共生のあり方に関する検討会」からの提案について

第４期がん対策推進基本計画は「がん対策推進協議会」で別途議論されるが、本検討会における議論を踏まえ、以下の通り提案してはどうか。

緩和ケア研修会について

現状と課題

- 基本的な緩和ケアについて正しく理解し、知識や技術を身につけるための緩和ケア研修会の修了者は、e-learningを導入する等により増加している。また適宜研修プログラムの追加等の見直しを行った。
- 患者体験調査では身体的苦痛、精神的苦痛を抱えるがん患者の割合はそれぞれ44.6%、38.0%であり、また遺族調査では、療養生活の最終段階において身体的苦痛を抱える患者の割合が40.4%であり改善が必要である。
- e-learning受講後の知識や技術を維持・向上するための仕組みは十分ではなく、国や都道府県がその仕組みを構築する必要があると指摘されている。

今後の方向性

- 国は、がんに携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを実施でき、その知識や技能を維持・向上できるよう、緩和ケア研修会の学習内容や、そのあり方について見直しを検討する。
- 国や都道府県がん診療連携協議会は、緩和ケア研修を受講した者をフォローアップ研修等により知識や技術を維持・向上できるよう、拠点病院等の整備指針を見直すなど、必要な施策を実施する。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

２．相談支援及び情報提供

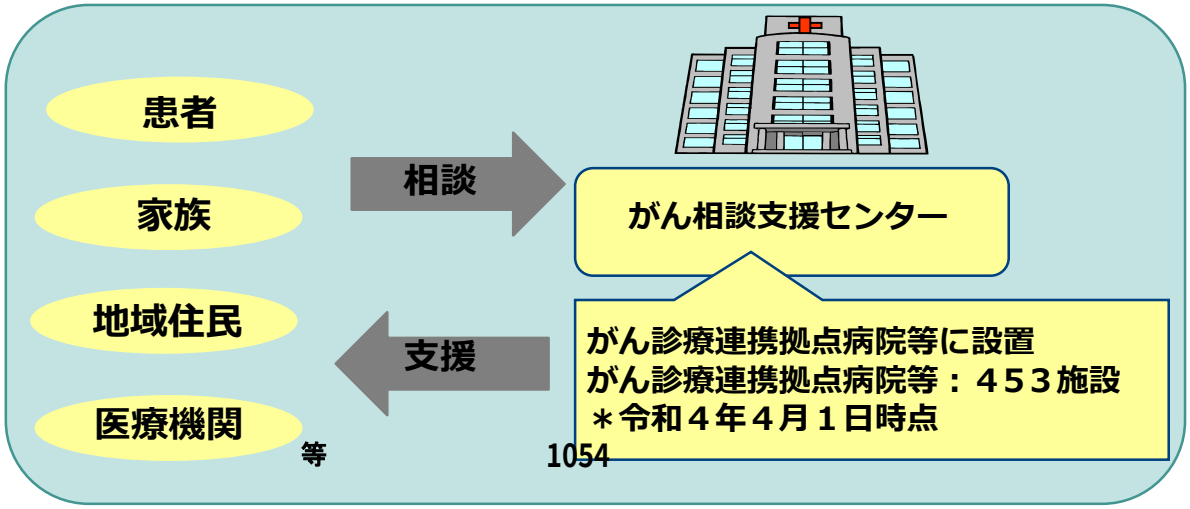
ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

がん相談支援センター（がん診療連携拠点病院等）

○ 全国のがん診療連携拠点病院等に設置されているがんの相談窓口。
○ 院内及び地域の医療従事者の協力を得て、院内外のがん患者や家族、地域の住民及び医療機関等からの相談に対応する。
国立がん研究センターがん対策情報センターによる「相談支援センター相談員研修・基礎研修」(1)～(3) を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者をそれぞれ1人ずつ配置している。
（地域がん診療病院については、１名は(1) (2) を、もう１名は(1)～(3) を修了している者を配置している。）

<がん相談支援センターの主な業務>

○ がんの病態や標準的治療法等、がん治療に関する一般的な情報の提供
○ セカンドオピニオンの提示が可能な医師や医療機関の紹介
○ がん患者の療養生活に関する相談
○ 就労に関する相談（産業保健総合支援センターや職業安定所等との効果的な連携による提供が望ましい。）
○ 医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援
○ AYA世代にあるがん患者に対する治療療養や就学、就労支援、生殖医療等に関する相談

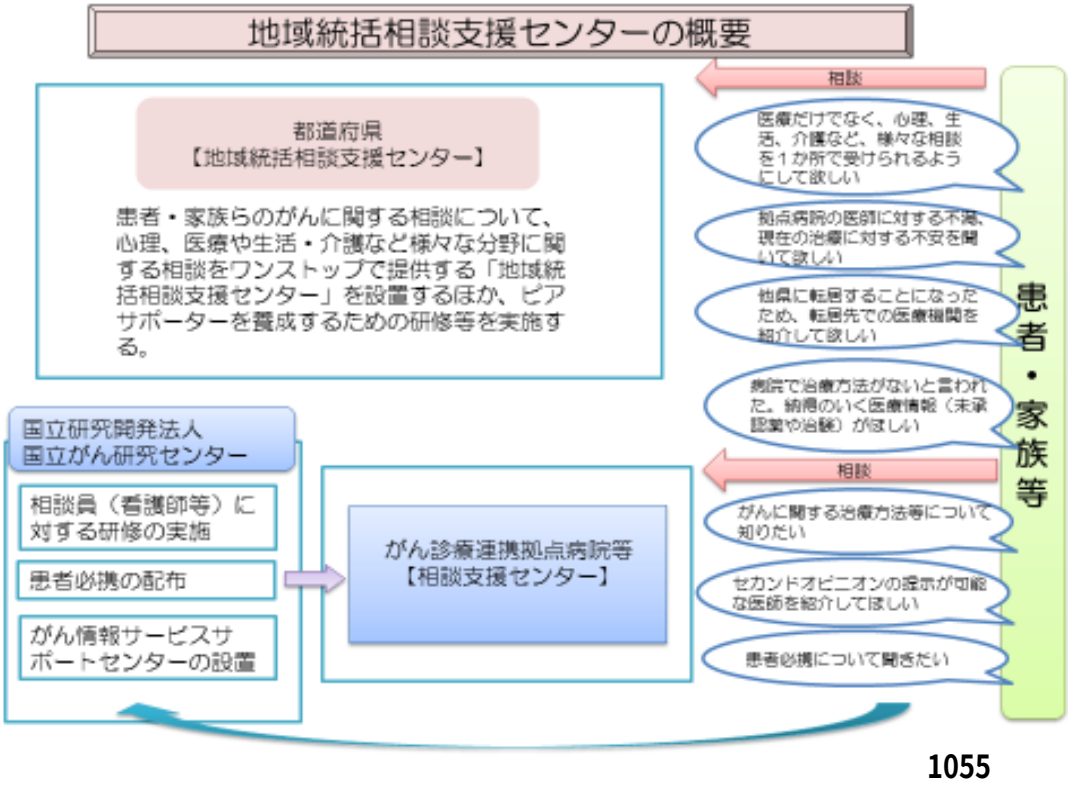


地域統括相談支援センターについて

患者・家族らのがんに関する相談について、心理、医療や生活・介護など様々な分野に関する相談をワンストップで提供する体制を支援するもの。

【補助先】都道府県　　【補助率】1/2

【事業内容】ピアサポーターなど様々な分野に関する相談に対応するための相談員の確保及びその研修、
相談内容の分析、がん患者サロンの整備等



地域統括相談支援センター等で相談を受ける相談員（ピアサポーター）を養成するために必要なプログラム





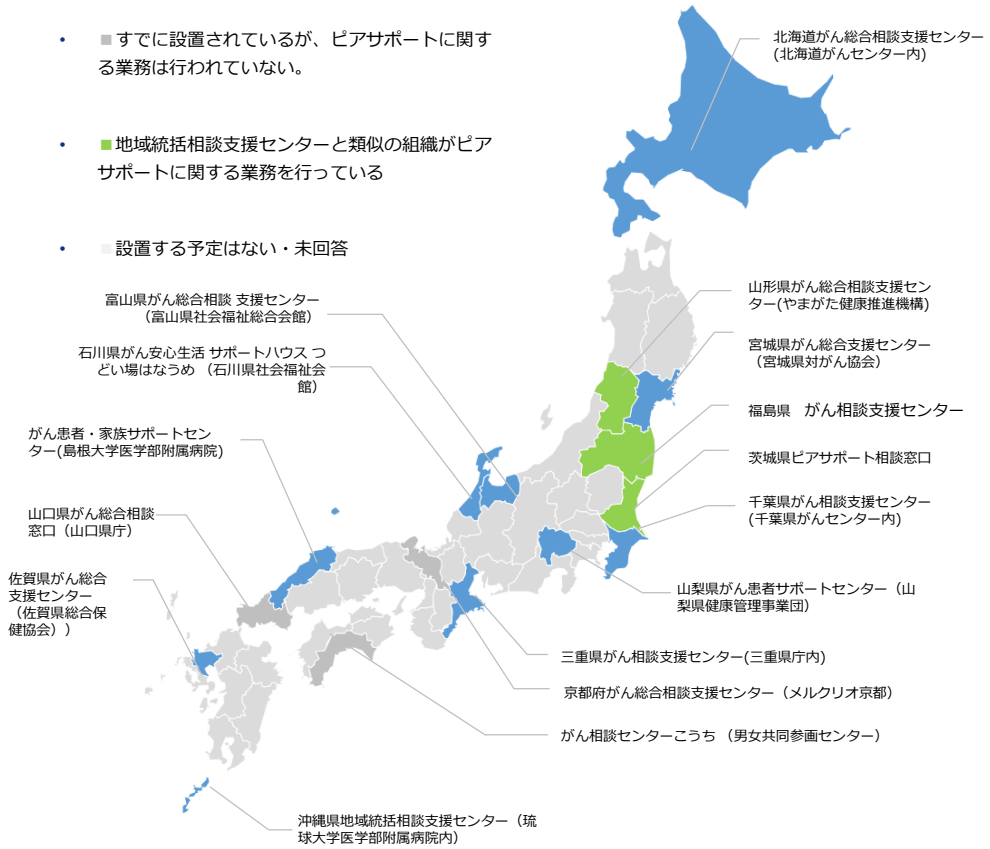
厚生労働省委託事業 がん総合相談に携わる者に対する研修事業　ピアサポーター養成テキスト（日本サイコオンコロジー学会委託）

ホームページ　：http://www.peer-spt.org/

地域統括相談支援センター設置状況について

がん総合相談に携わる者に対する研修事業　都道府県調査（2022年）

- ■すでに設置されており、ピアサポートに関する業務も行っている。
- ■すでに設置されているが、ピアサポートに関する業務は行われていない。
- ■地域統括相談支援センターと類似の組織がピアサポートに関する業務を行っている
- ■設置する予定はない・未回答



(5)*地域統括相談支援センターを設置する予定はありますか。	数	割合
設置する予定はない・未回答	31	66.0%
■すでに設置されており、ピアサポートに関する業務も行っている。	10	21.3%
沖縄県　地域統括相談支援センター(琉球大学病院内)		
石川県　がん安心生活サポートハウス(石川県社会福祉会館)		
山梨県　がん患者サポートセンター		
富山県　がん総合相談支援センター		
千葉県　地域統括相談支援センター(千葉県がんセンター内)		
佐賀県　さん愛プラザ(佐賀県健康づくり財団)		
三重県　がん相談支援センター(三重県津庁舎)		
島根県　がん患者・家族サポートセンター(島根大学医学部附属病院内)		
北海道　地域総括相談支援センター(北海道がんセンター)		
宮城県　がん総合支援センター		
■すでに設置されているが、ピアサポートに関する業務は行われていない。	3	6.4%
京都府　がん総合相談支援センター		
高知県　がん相談センターこうち		
山口県　がん総合相談窓口(山口県看護協会)		
■地域統括相談支援センターと類似の組織がピアサポートに関する業務を行っている	3	6.4%
茨城県　ピアサポート相談窓口(県内10病院（がん診療拠点病院等）)		
福島県　がん相談支援センター(各がん診療連携拠点病院等)		
山形県　がん総合相談支援センター(やまがた健康推進機構)		
総計	1056	100.0 %

がん総合相談に携わる者に対する研修事業

1．これまでの取組と現状

※ピアサポート：がん患者・経験者やその家族がピア（仲間）として体験を共有し、共に考えることで、患者や家族などを支援すること。

平成23～25年度に「がん総合相談に携わる者に対する研修プログラム策定事業」を実施し、ピアサポーターの育成や患者サロン運営のための研修プログラムとテキストを作成。令和元年度から、都道府県からのピアサポーターの養成研修や活用方法等に関する相談対応を実施。

（ピアサポーター研修）



研修テキスト


模擬相談DVD


研修の手引き

（がんサロン研修）







2．ピアサポートに関する指摘

「がん対策に関する行政評価・監視結果に基づく勧告」（平成28年9月・総務省）

ピアサポート自体は、基本的にがん患者及びその家族の自主性や主体性を尊重すべきものであるが、それを重んじる余り、ピアサポート活動の普及が阻害されている側面もあるものと考えられる。

厚生労働省は、がん患者及びその家族に対する相談支援等を推進する観点から、患者団体や関係学会の意見を踏まえつつ、ピアサポート研修の開催指針の策定や研修プログラムの改訂を検討するなどにより、ピアサポートを更に普及させるための措置を講ずること。

「がん診療提供体制のあり方に関する検討会における議論の整理」（平成28年10月）

患者活動を更に推進するために、ピアポートに関する研修を実施する等、がん患者・経験者との協働を進め、ピアサポートや患者サロン等の取組を更に充実するよう努める必要がある。

3．事業概要

患者団体及び関係学会と連携し、研修プログラムを改訂するとともに、がん患者・経験者、がん診療連携拠点病院の医療従事者、都道府県担当者に対して、ピアサポートや患者サロンに関する研修を実施する。

（参考）
がん総合相談に携わる者に対する研修事業ＨＰ：http://www.peer-spt.org/
研修会案内ＨＰ：http://www.peer-spt.org/annai/



1057

（一般社団法人 日本サイコオンコロジー学会へ委託）

「民間団体によるがん患者等の相談支援に関する実態調査」の結果

令和元年度厚生労働省委託　がん患者等に対する相談推進事業

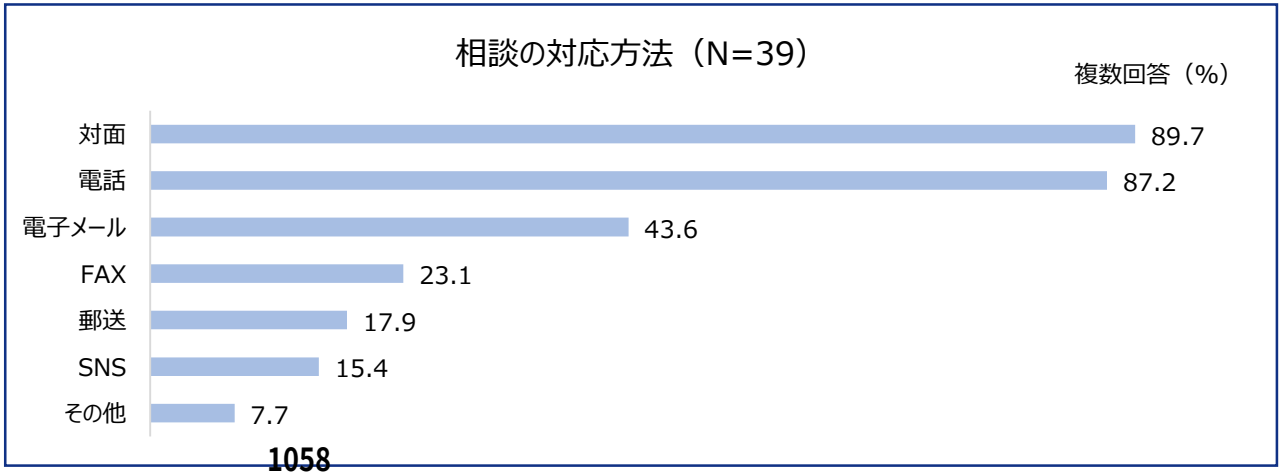
目的：本調査は、がん患者の方等が、がんに関して気軽に相談できる窓口の整備等、NPO法人等による柔軟な相談支援のあり方について検討するための実態を把握するものである。なお、対象とする相談窓口は、「各都道府県の所管で、営利を目的としない民間団体が開設している窓口」を指す。

書面調査（団体）
調査対象：厚生労働省が都道府県がん対策担当を対象に実施した「地域において民間団体が開設しているがん相談窓口調査」（2019年2月）で、都道府県より報告された団体（349団体）のうち、①「相談窓口」「電話相談」の実施、②「その他」で相談窓口に関する記載のあった計105団体。
調査方法：郵送調査
調査期間：2019年9月20日～10月15日
回収数　：45団体　回収率　：42.9%

● 運営主体

運営主体	団体数	割合
患者会	２４	53.3%
患者支援団体	１６	35.6%
その他	4	8.9%
不明	1	2.2%
総計	４５	100.0%

● 相談の対応方法



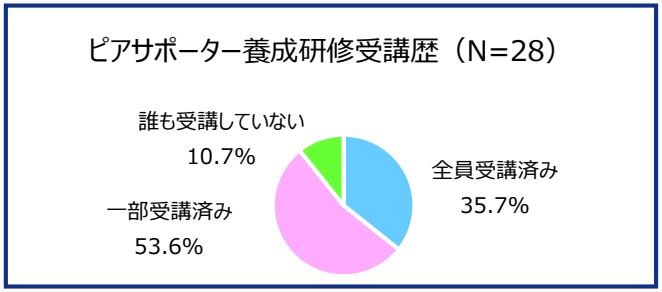
「民間団体によるがん患者等の相談支援に関する実態調査」の結果

令和元年度厚生労働省委託　がん患者等に対する相談推進事業

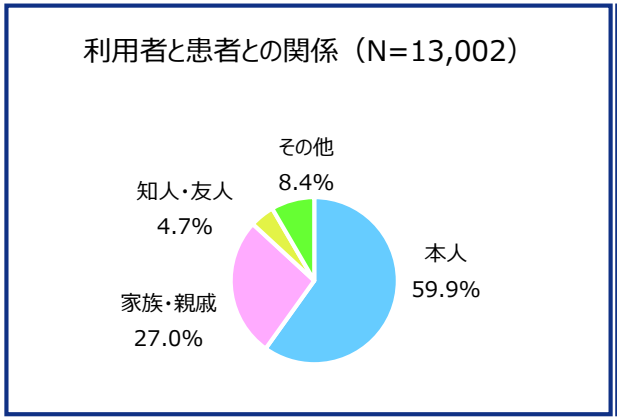
● 相談員の職種

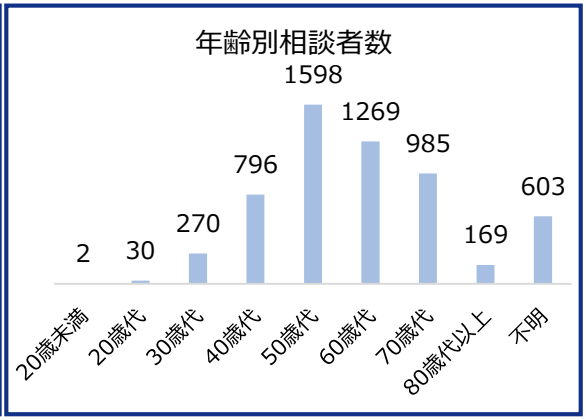
	配置総数		1団体当たりの配置（人）	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
ピアサポーター	25	326	0.7	9.6
ボランティア	8	79	0.2	2.3
社会福祉士・精神保健福祉士	9	1	0.3	0.0
看護師	18	37	0.5	1.1
保健師	3	11	0.1	0.3
臨床心理士・公認心理士	1	2	0.0	0.1
リハビリ専門職	0	1	0.0	0.0
医師	4	4	0.1	0.1
社会保険労務士	11	2	0.3	0.1
ファイナンシャルプランナー	1	1	0.0	0.0
キャリアコンサルタント	2	1	0.1	0.0
事務職	3	14	0.1	0.4
その他	5	11	0.1	0.3
総計	90	490	2.6	14.4

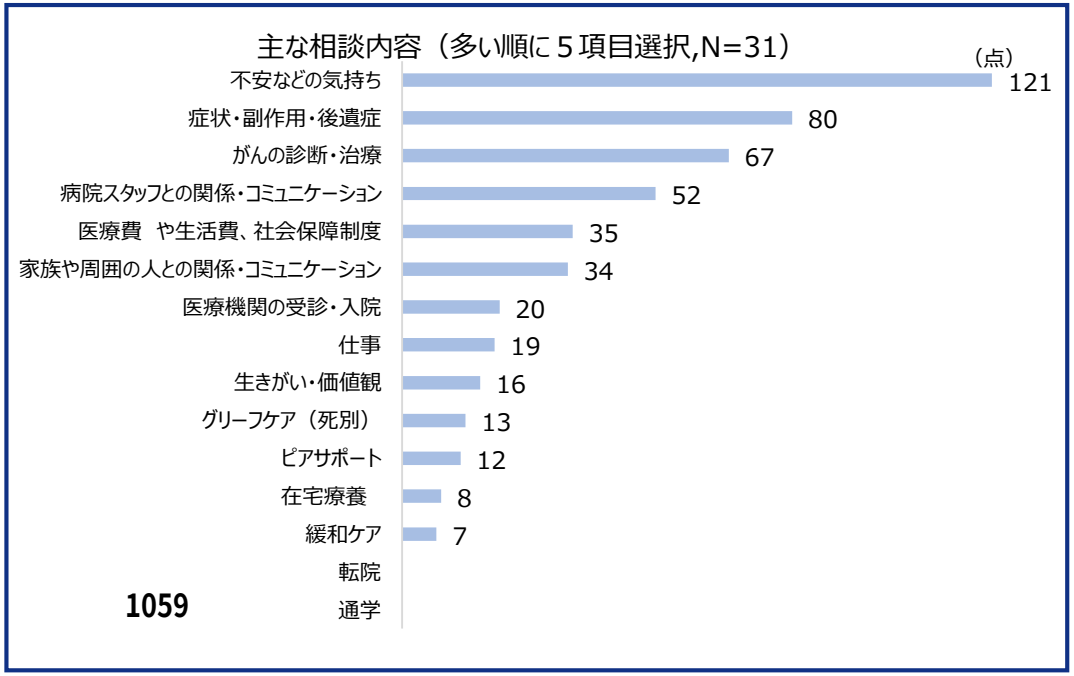
● ピアサポーター養成研修の受講歴



● 利用者の傾向







がんに関する情報提供

国立がん研究センターがん対策研究所 がん情報サービス

○ 運営：国立研究開発法人国立がん研究センター がん対策研究所（http://ganjoho.jp）

○ 主な内容
- 各がんの解説、情報提供
- 診断・治療について
- 生活・療養について
- 予防・検診について
- がんの統計
- がん診療連携拠点病院等の検索　　等



日本癌治療学会ホームページ （http://www.jsco.or.jp）

○医療関係者向けとは別に、患者・市民向けのホームページ（「がん治療の案内板」）を運営

○主な内容
- 市民公開講座の案内
- 患者・家族の支援に関するプログラムの案内
- ESMO（ESMO/Anticancer Fund Guides for Patients）診療ガイドラインに基づいた患者向け情報日本語訳版手引きの掲載



1060

がんとの共生のあり方に関する検討会における相談支援に関する議論の整理

がん専門相談員の育成と相談支援の質の向上に向けた取組（第１回）

- 相談内容は多様化し、がん相談員には、個別のニーズに対応するための面接技術や新たな情報・知識の習得等が求められており、継続的な研修体制が必要である。
- 施設の特性や院内体制、地域資源によって、相談件数やニーズは異なり、全てのがん相談支援センターで持つべき機能や対応の範囲と、対応力に応じた集約化や役割分担が必要ではないか。
- 遠隔でも対応できる体制は、非常に重要である。

地域における相談支援（第１回）

- がんを経験し、さまざまな状況を乗り越えてきたピア・サポーターによる支援は重要であり、各都道府県で、養成や普及について継続的に取り組む必要がある。同時に、質を担保するために、養成研修の実施（委託事業により作成された資材の活用）、受講後の登録、専門職との協働、マッチングの仕組みも求められる。
- 実施主体は、地域統括相談支援センターに限らず、地域の事情に応じて、他の既存資源も活用することが現実的ではないか。患者団体、自治体、拠点病院等が協働していくことが重要である。
- 委託事業では、養成研修の資材の作成・改善等にあたり、がん相談支援センターや好事例とされる地域統括相談支援センター等にもフィードバックしながら進めることが必要である。
- ピアサポーターの養成やサロン運営のための研修プログラムとテキストが作成されたが、都道府県の取組に十分活用されておらず、研修内容にばらつきがあることやフォローアップ体制、活動の場が整備が十分ではない。クオリティーの担保やピアサポーター自身を守るということでも、研修を受けていることが重要ではないか。

「相談支援及び情報提供」に関する中間評価

項目番号	中間評価指標	数値		
3021	がん診断～治療開始前に病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合	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	2018年度 成人：48.7% (補正値：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%		
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	2021年度 71.0%	2019年度 71.6%	2018年度 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	2021年度 93コンテンツを更新	2019年度 更新なし	2018年度 ８コンテンツ（音声）を更新

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がん診療連携拠点病院等を中心として、患者と家族への相談支援や情報提供についての体制整備が進められてきているが、あらゆる分野で、がんに係る正しい情報の提供及びがん患者を含めた国民への普及啓発の推進が求められている。「情報の均てん化」に向けて、患者と家族のニーズや課題等を把握した上で更なる活用を進めるとともに、相談支援ネットワーク体制の構築や、より効果的な手法等について検討が必要である。また、ピア・サポーターについては、認知度が低く、改善が必要である。ピア・サポートを含む相談支援や情報提供体制の活用状況の改善について、どのような対策が効果的であるか、「がんとの共生のあり方に関する検討会」での議論も踏まえ、引き続き検討が必要である。 **1062**

第４期がん対策推進基本計画に対する「がんとの共生のあり方に関する検討会」からの提案について

第４期がん対策推進基本計画は「がん対策推進協議会」で別途議論されるが、本検討会における議論を踏まえ、以下の通り提案してはどうか。

相談支援について

現状と課題

- 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は成人76.3%、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・家族の割合は成人48.7%、小児39.7%であり、がんと診断された時から家族等も含めた相談支援体制のさらなる改善が求められている。
- ピア・サポートを知っているがん患者の割合は、27.3%と認知度が低く、ピア・サポーターに相談ができる体制について周知が行われていないことや、院内での活動が広まっていない可能性がある。一方で、都道府県が所管する民間団体が開設している窓口において、ピア・サポーターや専門職が相談に応じられる活動が行われている。
- ピア・サポーターの質を担保するために、養成研修の実施（委託事業により作成された資材の活用）や受講後の登録、専門職との協働、マッチングの仕組みなどが求められている。

今後の方向性

- 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、がん相談支援センターの質の確保及び、持続可能な相談支援体制のあり方等について検討を行い、効率的・効果的な体制を構築する。
- 国は、がん診療連携拠点病院等と民間団体による相談機関やピア・サポーター等の連携体制を構築する。また相談支援の質の確保及びオンラインなどを活用した体制整備の方策について検討を行う。
- 活動の公益性が高いと認められる患者団体等について、公式サポーターとして認定する仕組み等の検討を行う。

第４期がん対策推進基本計画に対する「がんとの共生のあり方に関する検討会」からの提案について

第４期がん対策推進基本計画は「がん対策推進協議会」で別途議論されるが、本検討会における議論を踏まえ、以下の通り提案してはどうか。

情報提供について

現状と課題

- 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は71.0%であり、患者や家族等がどのような情報が必要であり、またどのような提供体制であれば有用であるか検証する必要性がある。
- がん情報サービスにおける点字資料・音声資料数等は2021年には93コンテンツと増加傾向であり、障害があるがん患者等に対する情報提供体制の整備を進めている。
- 「情報の均てん化」に向けて、患者と家族のニーズや課題等を把握した上で更なる活用を進めるとともに、相談支援ネットワーク体制の構築や、より効果的な手法等について検討が必要である。

今後の方向性

- 国は、「情報の均てん化」に向けて、患者及び家族等が必要な時に、正しい情報を入手し、適切な医療・生活等に関する選択ができるよう、そのニーズや課題を把握し、適切な情報提供について検討を行う。
- 国及び国立がん研究センターは、関連学会等と協力し、障害等によりコミュニケーションに配慮が必要な者や日本語を母国語としていない者の情報や医療へのアクセスを確保するために、実態や課題を把握し、その提供体制や普及啓発に努める。
- 国は、患者及び家族等が簡便で効果的に医療や社会保障制度等の情報が得られるよう、デジタルコンテンツ等を活用した情報提供等の方法について検討し、その普及を図る。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

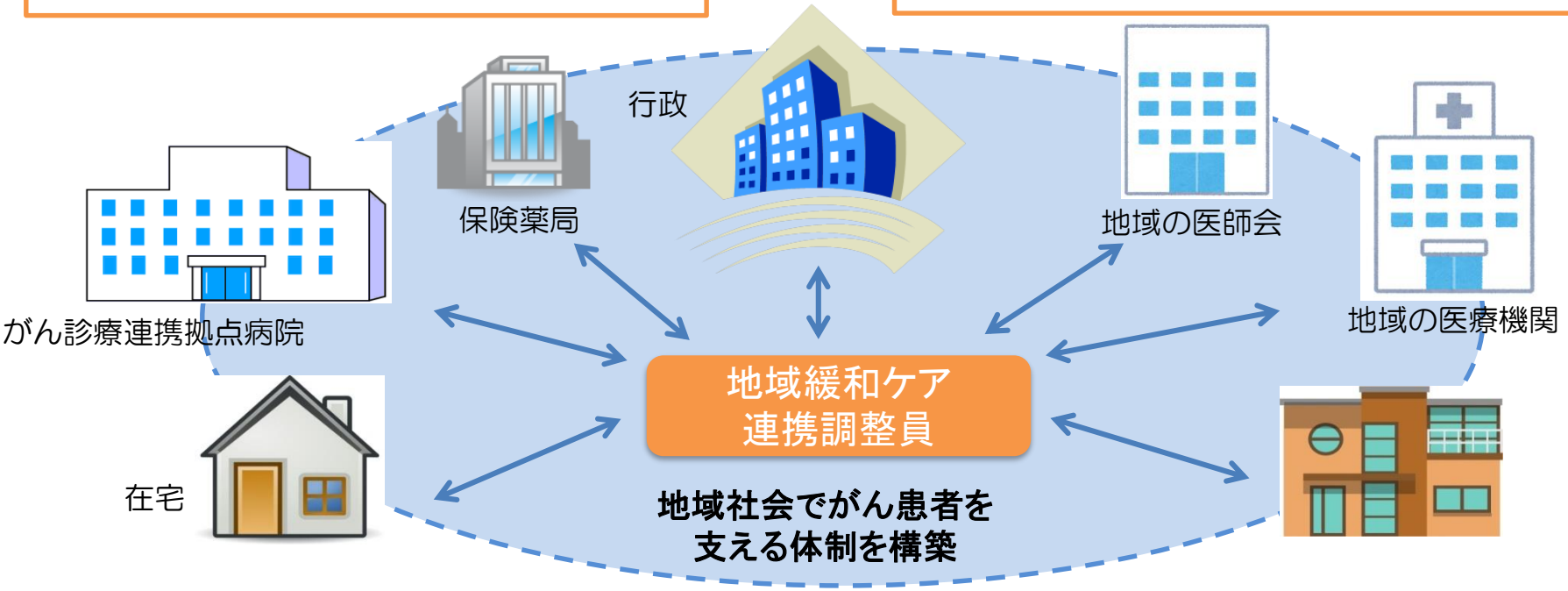
３．社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

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

地域緩和ケア等ネットワーク構築事業

【課題】
地域で緩和ケアを提供するに当たって、地域の資源を連携させる地域拠点（コーディネーター）機能が十分ではない。

【対応】
拠点病院や診療所等の**関係施設間の連携・調整を行う「地域緩和ケア連携調整員」を育成**し、それぞれの地域リソースを最大限活用する。



地域緩和ケアの提供体制について（議論の整理）（緩和ケア推進検討会・平成27年8月）【抜粋】
○地域緩和ケアの提供体制の構築に向けて
　拠点病院、緩和ケア棟診療所 、保険薬局、訪問看護ステーション 等が協力して、それぞれの地域状況に応じた緩和ケア提供体制を構築する。
1.　拠点病院 の緩和ケアセンター 等が中心となり、「地域緩和ケア連携調整員（仮称）」のような関係者間・施設を調整する人員の配置を伴う事務局機能を有する地域拠点を、地域の状況に応じて整備する。

がんとの共生のあり方に関する検討会における社会連携に関する議論の整理

緩和ケアの提供体制（拠点病院と地域の緩和ケア）（第２回）

- 地域包括ケアのネットワークにおいて緩和ケアは、がんに関する専門的な対応を必要とするため、地域内の関係者の連携体制を構築し、がん治療病院と在宅側とのネットワークの構築を促していく役割を担うことを目的として、地域緩和ケア連携調整員を育成している。
- 市町村ごとに地域連携、研修会等様々である中、その活動は、地域ごと病院ごとのスタンスでよいのではないか。地域包括ケアの中で、がんの連携においては、地域緩和ケア連携調整員が工夫し、アイデア、各郡・市医師会等とすりあわせて、関係者をつないでいく事務的な役割が求められている。
- 高度な緩和ケアと地域包括ケアで扱う緩和ケアを分け、地域に様々な方を派遣して、地域包括ケアシステムにある方々を指導できるようになればと思う。
- 医療・介護連携において、地域で行われる会議等に参加し、体制整備について提案を行うなど、医療・介護のつながりの中で緩和ケアに関する方策を検討する必要がある。

「社会連携に基づくがん対策・がん患者支援」に関する中間評価

項目番号	中間評価指標	数値	
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	2018年度 34.9%	2014年度 40.3%
3033	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	2018年度　78.8%	
3034	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合	2018年度　47.7%	

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

「がんとの共生のあり方に関する検討会」や「がんの緩和ケアに係る部会」での議論も踏まえ、セカンドオピニオンに関する情報提供や、患者の望む場所で過ごすことができるような在宅を含めた地域における緩和ケア提供体制の検討、在宅緩和ケアの一層の周知が必要である。

第４期がん対策推進基本計画に対する「がんとの共生のあり方に関する検討会」からの提案について

第４期がん対策推進基本計画は「がん対策推進協議会」で別途議論されるが、本検討会における議論を踏まえ、以下の通り提案してはどうか。

社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

現状と課題

- 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34.9%に留まっており、がん治療開始前に、医療者からの情報提供が十分になされていない可能性がある。
- 望んだ場所で過ごせたがん患者の割合は47.7%に留まっており、拠点病院と地域の医療機関・介護施設等との連携や療養環境の体制整備が求められている。
- 地域で緩和ケアが提供できるよう拠点病院や診療所等の関係施設間の連携・調整を行う「地域緩和ケア連携調整員」の育成を進めている。
- 地域包括ケアシステムなどの地域ごとのネットワークにおいて、医療・介護のつながりの中で緩和ケアに関する方策を検討する必要がある。

今後の方向性

- 国は、セカンドオピニオンの利用状況などの実態把握を行い、適切な情報提供体制のあり方について検討を行う。
- 都道府県がん診療連携協議会は、都道府県全体のセカンドオピニオンを受けられる医療機関や、緩和ケア、在宅医療等へのアクセスに関する情報提供のあり方について検討を行う。
- 拠点病院等は、地域の関係機関で顔の見える関係の構築や困難事例等への対応について協議を行い、患者支援の充実を図る。国は、地域の関係者間のネットワーク構築や地域の課題を抽出し解決に向けた取り組みが行えるよう施設間の連携・調整を担う者の育成に努める。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

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）

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

治療と仕事の両立支援の促進

○ 労働人口の３人に１人が、何らかの病気を抱えながら働いている。
○ 病気を理由に退職せざるを得ない方々や、仕事を続けていても職場の理解が乏しいなど、治療と仕事の両立が困難な場合も少なくない。
○ 事業場において、治療が必要な労働者が、業務によって疾病を増悪させることがないよう、適切な就業上の措置や治療に対する配慮が適切に行われるような支援が必要である。
○「働き方改革実行計画」では、① 企業における意識改革と受入れ体制の整備、② 主治医、企業・産業医、両立支援コーディネーターのトライアングル型のサポート体制の構築の２つを軸に、治療と仕事の両立を図ることとしている。
＊両立支援コーディネーター：労働者の依頼を受けて、労働者に寄り添いながら相談支援を実施し、労働者、主治医、企業・産業医の連携をサポートする者。
○ 具体的には、省内各局や各種関係機関と連携して以下の取組を推進している。

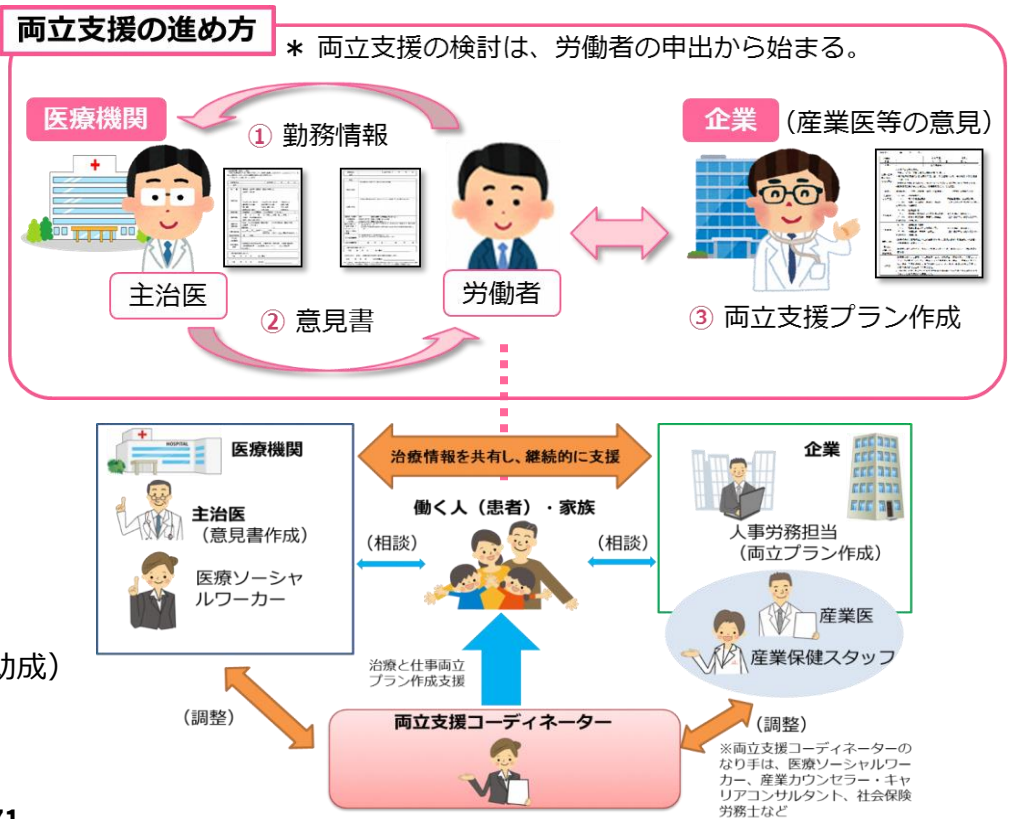
➢ **ガイドライン・マニュアルの作成・周知啓発**
- 「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」
  事業場において、反復・継続して治療が必要となる疾患に対して両立支援を行うための環境整備、個別の両立支援の進め方など、具体的な取組方法や留意事項等をまとめたガイドライン　※ 平成28年2月公表
- 「企業・医療機関連携マニュアル」
  企業と医療機関の連携を促進するため、疾患別に、治療方法や症状の特徴等、両立支援に当たっての留意事項等を示した、疾患別サポートマニュアル（がん、脳卒中、肝疾患、難病、心疾患、糖尿病）

➢ **地域両立支援推進チームの設置と運営**
各都道府県労働局を事務局として、自治体、医療機関、支援機関等との連携した取組を推進

➢ **広報活動**
シンポジウム・セミナーの開催、ポータルサイト「治療と仕事の両立支援ナビ」による情報発信等

➢ **労働者健康安全機構・都道府県産業保健総合センター等の支援**
- 両立支援コーディネーターの養成
- 治療と仕事の両立支援助成金（環境整備や両立支援を行った事業主に助成）
- 相談支援等

➢ **診療報酬の順次改定（療養・就労両立支援指導料）**
平成30年度新設 対象疾患：がん
令和２年度対象疾患追加：脳卒中・肝疾患・指定難病
令和４年度対象疾患追加：糖尿病・心疾患・若年性認知症



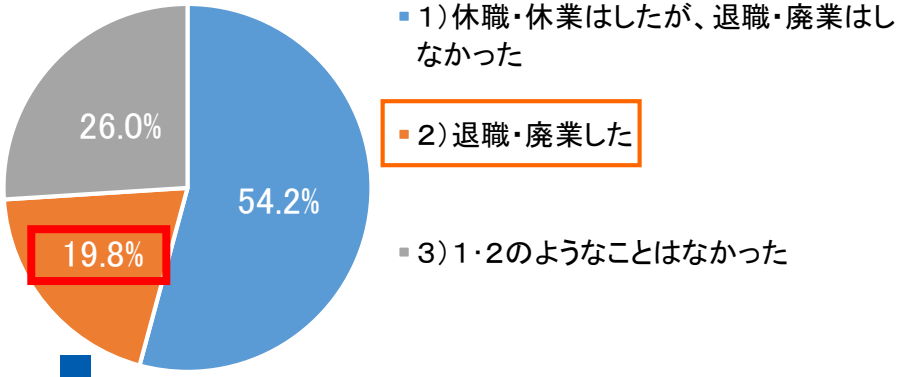
1071

（資料出所）厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課作成資料

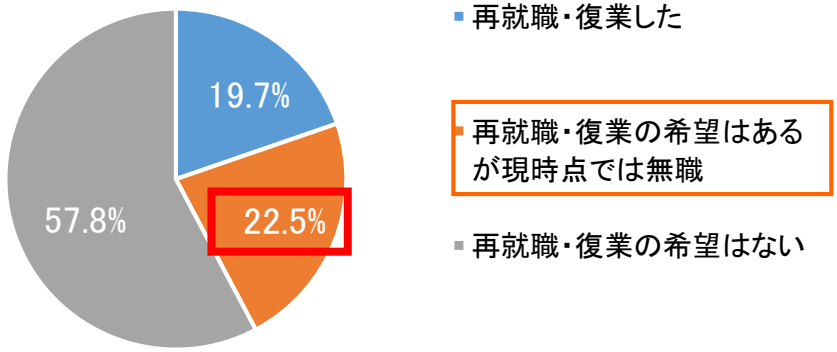
がん患者・経験者の就労の状況

- 診断時に収入のある仕事をしていた人（就労者）の割合は44.2%で、平成26年度の調査の時点と大きな変化はなかった。
- がんと診断を受けて**退職・廃業した人は就労者の19.8%**を占めており、そのうち、**初回治療までに退職・廃業した人は56.8%**、**再就職・復職の希望はあるが無職の人は22.5%**であった。

がん診断後の就労への影響

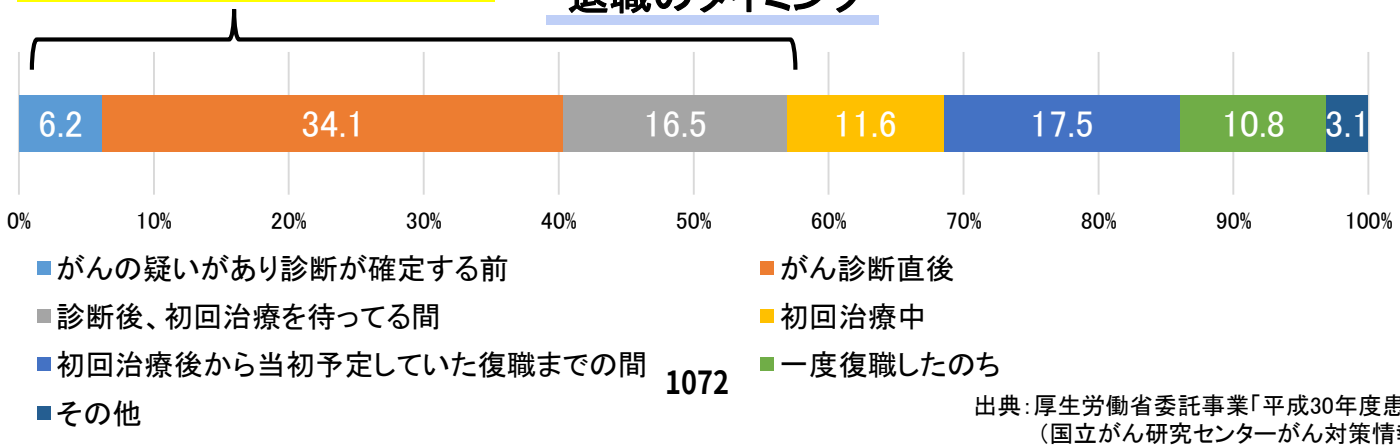


退職後について



治療開始前に離職　56.8%

退職のタイミング



出典：厚生労働省委託事業「平成30年度患者体験調査報告書」
（国立がん研究センターがん対策情報センター）

がん患者の就労に関する総合支援事業

趣　旨

○平成27年度の厚生労働省研究班による調査では、がんと診断され、退職した患者のうち、診断がなされてから最初の治療が開始されるまでに退職した者が４割を超えている。また、その退職理由としては、「職場に迷惑をかけると思った」「がんになったら気力・体力的に働けないだろうと予測したから」等といった、がん治療への漠然とした不安が上位に挙がっているため、がん患者が診断時から正しい情報提供や相談支援を受けることが重要となっている。

○平成25年度より、拠点病院等のがん相談支援センターに、就労に関する専門家（社労士等）を週１日で配置した。また、がん患者が安心して仕事の継続や復職に臨めるように、平成30年度～令和元年度に「がん患者等の仕事と治療の両立支援モデル事業」を実施し、一定の効果がみられた。

○このような状況を踏まえ、令和２年度より、就労に関する専門家の配置に追加して、主治医と会社の連携の橋渡し役となり、患者に寄り添って積極的な介入を行う両立支援コーディネーターを週４日で配置することにより、がん患者に対する切れ目のないフォローを実現するとともに、個々のがん患者ごとの治療、生活、勤務状況等を総合的にまとめた「治療と仕事両立プラン」の作成等の両立支援を実施している。

多様な相談ニーズ

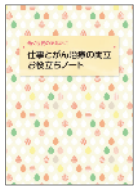
就労（就業継続、復職等）

○早期のニーズ把握と介入による望まない離職の予防
○勤務時間の短縮等、治療や生活に応じた勤務形態の調整
○治療、仕事、生活への漠然とした不安の軽減
→患者の相談支援及び主治医や企業・産業医との調整の支援が必要

○事業者による不当解雇等の不利益に対する支援
○休職や社会保障に関する支援　等

※「がん患者等の仕事と治療の両立支援モデル事業」の効果の例
（平成30年度～令和元年度の２ヶ年で実施）

・医療従事者への啓発：コンサルテーションや介入依頼の増加
・お役立ちノート（両立プラン）の活用：職場との対話に「役立った」
・患者向けツール作成、セミナーの開催：就労への準備性の向上



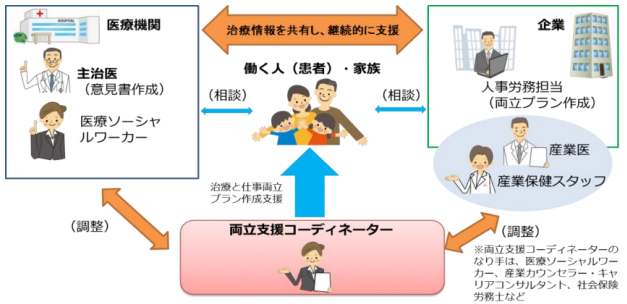
がん診療連携拠点病院における支援体制

がん患者の就労に関する総合支援事業（平成25年度～）

（１）拠点病院等に就労の専門家（社労士等）を配置し、相談等に対応する。【平成25年度～】

（２）拠点病院等に両立支援コーディネーターの研修を受講した相談支援員を配置し、がん患者の診断時からニーズの把握と、継続的に適切な両立支援を行う。【令和２年度～】

※（１）もしくは（２）のいずれかの事業を実施する。



1073

長期療養者就職支援事業

1 事業の概要

○ がん患者の５年後の生存率が向上している状況の中、がんの疾病により長期にわたる治療等を受けながら再就職を希望する者に対する就職支援を推進することが社会的課題となっている。（がんの他、肝炎、糖尿病のような長期間の療養を必要とする者も含む）

○ 支援策として、

・ ハローワークでの職業相談
・ がん診療連携拠点病院などへの出張相談
・ 院内のがん相談支援センターと治療状況等を共有しながら、院内での職業相談・職業紹介を実施。

令和３年度
就職者数：3,992人

※就職支援ナビゲーター（専門相談員） ：134名

2 スキーム・実施主体等

連携先拠点病院
（がん診療連携拠点病院等）



長期療養者

本人、相談支援センター相談員も交えた相談

相談



相談支援センター

協定締結



➢相談支援センターへの**出張相談**

➢労働市場、求人情報等雇用関係情報の提供

・就職希望者の誘導
・本人の医療関係情報の提供

ハローワーク
（全国４７都道府県）



○個々の長期療養者の希望や治療状況等を踏まえた職業相談、職業紹介

○長期療養者の希望する労働条件に応じた求人の開拓、求人条件の緩和指導

○長期療養者の就職後の職場定着の支援

○連携先拠点病院等と連携した事業主等向けセミナー

専任の就職支援ナビゲーターが連携体制を構築

➢医療ソーシャルワーカー・医師・看護師と信頼関係を構築し、セミナーを企画、実行

1074

アピアランスケアについて

【定義】

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」

※治療で外見が変化したら必ずアピアランスケアを行わなければならない、ということではない。
（国立がん研究センター中央病院アピアランス支援センターHPより）

【アピアランスケアの必要性】

がん医療の進歩により治療を継続しながら社会生活を送るがん患者が増加している。がんの治療と学業や仕事との両立を可能とし、治療後も同様の生活を維持する上で、治療に伴う外見変化に対する医療現場におけるサポートの重要性が認識されている。

治療の種類	代表的な外見の変化
化学療法	脱毛（頭髪、まつげ、まゆげ）、手足症候群、皮膚色素沈着、爪の割れやはがれ、変色など
分子標的治療	手足症候群、ざ瘡様皮疹、皮膚乾燥（乾皮症）、爪囲炎など
放射線治療	放射線皮膚炎など
手術療法	手術痕、身体の部分的な欠損、むくみなど

【各研究班の取り組み】

	期間	研究課題	研究代表
がん対策推進総合研究事業	H29-R1	がん患者に対するアピアランスケアの均てん化と指導者教育プログラムの構築に向けた研究	野澤 桂子
	R2-	がん患者に対する質の高いアピアランスケアの実装に資する研究	藤間 勝子
ＡＭＥＤ	H26-28	がん治療に伴う皮膚変化の評価方法と標準的ケア確立に関する研究	野澤 桂子
	H29-30	分子標準治療薬によるざ瘡様皮膚炎に対する標準的ケア方法の確立に関する研究	野澤 桂子

自殺総合対策大綱（概要）

第1 自殺総合対策の基本理念

誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指す

- 自殺対策は、社会における「生きることの阻害要因」を減らし、「生きることの促進要因」を増やすことを通じて、社会全体の自殺リスクを低下させる

阻害要因：過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立等
促進要因：自己肯定感、信頼できる人間関係、危機回避能力等

第2 自殺の現状と自殺総合対策における基本認識

- 自殺は、その多くが追い込まれた末の死である
- 年間自殺者数は減少傾向にあるが、非常事態はいまだ続いている
- 地域レベルの実践的な取組をPDCAサイクルを通じて推進する

第3 自殺総合対策の基本方針

1. 生きることの包括的な支援として推進する
2. 関連施策との有機的な連携を強化して総合的に取り組む
3. 対応の段階に応じてレベルごとの対策を効果的に連動させる
4. 実践と啓発を両輪として推進する
5. 国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業及び国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進する

第4 自殺総合対策における当面の重点施策

1. 地域レベルの実践的な取組への支援を強化する
2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す
3. 自殺総合対策の推進に資する調査研究等を推進する
4. 自殺対策に係る人材の確保、養成及び資質の向上を図る
5. 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する
6. 適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする
7. 社会全体の自殺リスクを低下させる
8. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ
9. 遺された人への支援を充実する
10. 民間団体との連携を強化する
11. 子ども・若者の自殺対策を更に推進する
12. 勤務問題による自殺対策を更に推進する

「がん患者について、必要に応じ、専門的、精神心理的なケアにつなぐことができるよう、がん相談支援センターを中心とした体制の構築と周知を行う。」

第5 自殺対策の数値目標

- 先進諸国の現在の水準まで減少させることを目指し、平成38年までに、自殺死亡率を平成27年と比べて30%以上減少
  （平成27年18.5 ⇒ 13.0以下）

（WHO:仏15.1(2013)、米13.4(2014)、独12.6(2014)、
加11.3(2012)、英7.5(2013)、伊7.2(2012)）

第6 推進体制等

1. 国における推進体制
2. 地域における計画的な自殺対策の推進
3. 施策の評価及び管理
4. 大綱の見直し

がん患者の自殺対策について

自殺総合対策

自殺対策基本法（平成18年10月制定）

自殺対策基本法（平成28年4月1日改正）

自殺総合対策大綱（平成29年7月閣議決定）
　－専門的、精神心理的なケアにつなぐことができるよう、がん相談支援センターを中心とした体制の構築と周知を行うことを記載

がん対策

がん対策基本法（平成18年6月成立）

がん対策基本法（平成28年12月9日改正）
　－がん患者が尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築を目指すことを掲載

第63回がん対策推進協議会（平成28年12月21日）
　－がん患者の自殺対策について議論

第3期がん対策推進基本計画（平成30年3月9日）
　－専門的、精神心理的なケアにつなぐことができるよう、がん相談支援センターを中心とした体制の構築と周知を行うことを記載

- 各研究班の取り組み

	期間	研究課題	研究代表
がん対策推進総合研究事業	H30-R2	WHOの自殺予防戦略に基づくがん患者自殺予防プログラムの開発	松岡　豊
	R3-	がん患者の自殺予防プログラムの開発に向けた研究	藤森麻衣子
革新的自殺研究推進プログラム	H29-30	がん医療における自殺ならびに専門的・精神心理的ケアの実態把握	内富庸介
	R1	がん患者の専門的・精神心理的なケアと支援方策に関する研究	内富庸介

がんとの共生のあり方に関する検討会における
がん患者等の就労を含めた社会的問題に関する議論の整理

がん患者・経験者の治療と仕事の両立支援の更なる推進について（第３回）

○拠点病院の取組について

- 体力低下を理由に就労継続を断念せざるを得ない方が一定数いる。リハビリ等も含めた就労支援の介入効果に関するエビデンスづくりとプログラムの検討が必要ではないか。

○企業の取組について

- 雇用側に両立支援に対する理解を促し、従業員全体へ制度の情報提供を行う等の仕組みが求められる。
- 中小規模を含む企業が両立支援に取り組めるよう、健康経営優良法人認定制度の活用等インセンティブ をつける、好事例を共有することが必要。それによって、患者（労働者）側も企業に相談しやすくなる。

○施策の整理・改善の必要性について

- 拠点病院と就労専門家の協働体制、企業に対する制度等は拡充されつつあるが、患者（労働者）や企業等に十分届いておらず、積極的に広報すべきである。
- 産業保健総合支援センターは、企業に出向き支援できる強みがあるが利用率が低い。国による人材確保と質の担保、ノウハウの共有を図りつつ、ハローワーク事業のような全国展開が求められる。他事業との整合性も必要。
- 両立支援コーディネーター研修は、企業側にもさらに受講を促すべき。同時に、養成された人の配置状況や活躍の広がりを可視化することも必要ではないか。

アピアランスケアの提供体制について（第３回）

- 入院中や、外来の化学療法室等において、相談に対応できる体制は重要である。
- がん診療連携拠点病院等でアピアランスケアに関する研修を受けた者の配置が望まれる。
- アピアランスケアの研修を受けた者が、病院内でアピアランスケアの重要性等を周知する取組ができると良い。

自殺の実態調査と専門的ケアにつなぐ体制について（第４回）

- ゲートキーパーや医療従事者が知識、自覚をもち、タイミングを逸することなく介入ができることが必要。
- 医療従事者だけでなく家族・親族・周りの人たちも含めてゲートキーパーになるシステム構築が必要である。
- ハイリスクの方たちに関しては、専門的な方に紹介するのがベストであり、多くの方で見守る対策が必要。
- どの時期に、どのような注意をすればいいのか、データをもとにしたエビデンスが出せれば良い。

「がん患者等の就労を含めた社会的な問題」に関する中間評価

項目番号	中間評価指標	数値		
3041	治療開始前に、就労継続について説明を受けたがん患者の割合	2018年度　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	2021年度 257病	2019年度 216病	2018年度 158病
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	2021年度 29,528件	2019年度 29,070件	2018年度 22,497件
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：70.8%)	2014年度 68.3%	
3048	外見の変化に関する相談ができたがん患者の割合	2018年度　成人：28.3% 2019年度　小児：51.8%		
3049	治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合	成人(40歳未満)	2018年度 52.0%	2014年度 48.2%
		小児	2019年度　53.8%	
3050	がん患者の自殺数	2016年度（1～6月）　144人 2016年度（1～12月）　449人 2017年度（1～12月）　439人		

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

サバイバーシップ支援について、治療開始前における就労支援に係る情報提供をはじめとして、がん患者だけでなく、その家族及び企業等の支援者に対しても引き続き支援を充実させていく取組が必要である。また、大企業だけでなく中小企業に勤務している患者に対する治療と仕事を両立するための制度等の利用など、医療機関だけでなく、企業や雇用・労働関係機関における取組についても一層の推進が求められる。

がん患者の経済的な課題の把握や利用可能な施策の更なる周知が求められる。また、アピアランスケア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。

第４期がん対策推進基本計画に対する「がんとの共生のあり方に関する検討会」からの提案について

第４期がん対策推進基本計画は「がん対策推進協議会」で別途議論されるが、本検討会における議論を踏まえ、以下の通り提案してはどうか。

就労支援について

現状と課題

- 国は、事業場における治療と仕事の両立支援ガイドライン等の作成や両立支援コーディネーターの育成・配置、普及啓発に努めている。
- 治療開始前に、就労継続について説明を受けたがん患者の割合は39.5%に留まっている。またがん治療のため退職・廃業したがん患者の割合は19.8%、そのうちがん治療開始前までに退職した割合が56.8%であり、診断時における適切な情報提供・相談支援体制が必要である。また体力低下を理由に就労継続を断念せざるを得ない方がおり、リハビリ等も含めた就労支援が必要とされている。
- 治療と仕事を両立するために社内制度等を利用した人の割合は36.1%に留まり、職場における両立支援制度の導入や中小企業における普及が課題である。

今後の方向性

- 国は、がん患者・経験者、その家族等の生活の質を向上できるよう、既存の両立支援の効果及び課題を明らかにし、施策の強化や産業保健との連携、普及啓発等について検討を行う。また、就労支援に携わる者は、個々の実情を把握した上で産業医等と連携し、患者と事業主との間で復職へ向けた調整を支援する。
- 国は、がん治療に関連する離職の実態の把握や、リハビリ等も含めた就労支援の介入効果に関するエビデンスづくり、プログラムの検討を行い、効果的な支援体制の整備を行う。
- 国は、中小企業も含めて、がん患者が治療と仕事を両立できるよう、企業における支援体制等の環境整備を推進するため、産業保健総合支援センター等の更なる活用や助成金等による支援について検討を行う。
- 両立支援コーディネーターについては、更なる活用に向けて、その活動状況を把握するとともに、地域職域連携の観点からより効果的な配置について検討を行う。

第４期がん対策推進基本計画に対する「がんとの共生のあり方に関する検討会」からの提案について

第４期がん対策推進基本計画は「がん対策推進協議会」で別途議論されるが、本検討会における議論を踏まえ、以下の通り提案してはどうか。

就労以外の社会的な問題について

現状と課題

- 治療に伴う外見の変化に対する支援は、がん治療と学業や社会生活を維持する上で重要であるが、外見の変化に関する相談ができた割合は成人28.3%、小児51.8%であり、医療機関にアピアランスケアに関する研修を受けた者を配置し、情報提供・相談支援体制を整備することが求められている。
- がん患者の自殺については、がんと診断された患者546,148人のうち、がん診断後6ヶ月以内に144人が自殺で亡くなっている。同じ時期の一般人口と比較すると2.7倍であり、診断からの期間が短いほど高く、がん診断時において、自殺リスクが高い患者への支援が必要である。
- がん患者の経済的な課題の把握や利用可能な施策の更なる周知が求められている。

今後の方向性

- 国は、アピアランスケアや自殺対策に関する必要な支援について、医療従事者等が知識を身につけられるよう、研修等の開催や相談支援及び情報提供のあり方について検討を行う。
- 国は、拠点病院等において、アピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制の構築ができるよう、その方策について検討を行う。
- 国は、がん患者における自殺リスクやその背景等について実態調査を行い、必要な体制の整備を進める。
- 国は、がん患者・経験者、その家族等の生活の質を向上させるために、経済的な課題等を明らかにし、利用可能な社会保障制度に関する周知や課題解決に向けた施策について検討を行う。

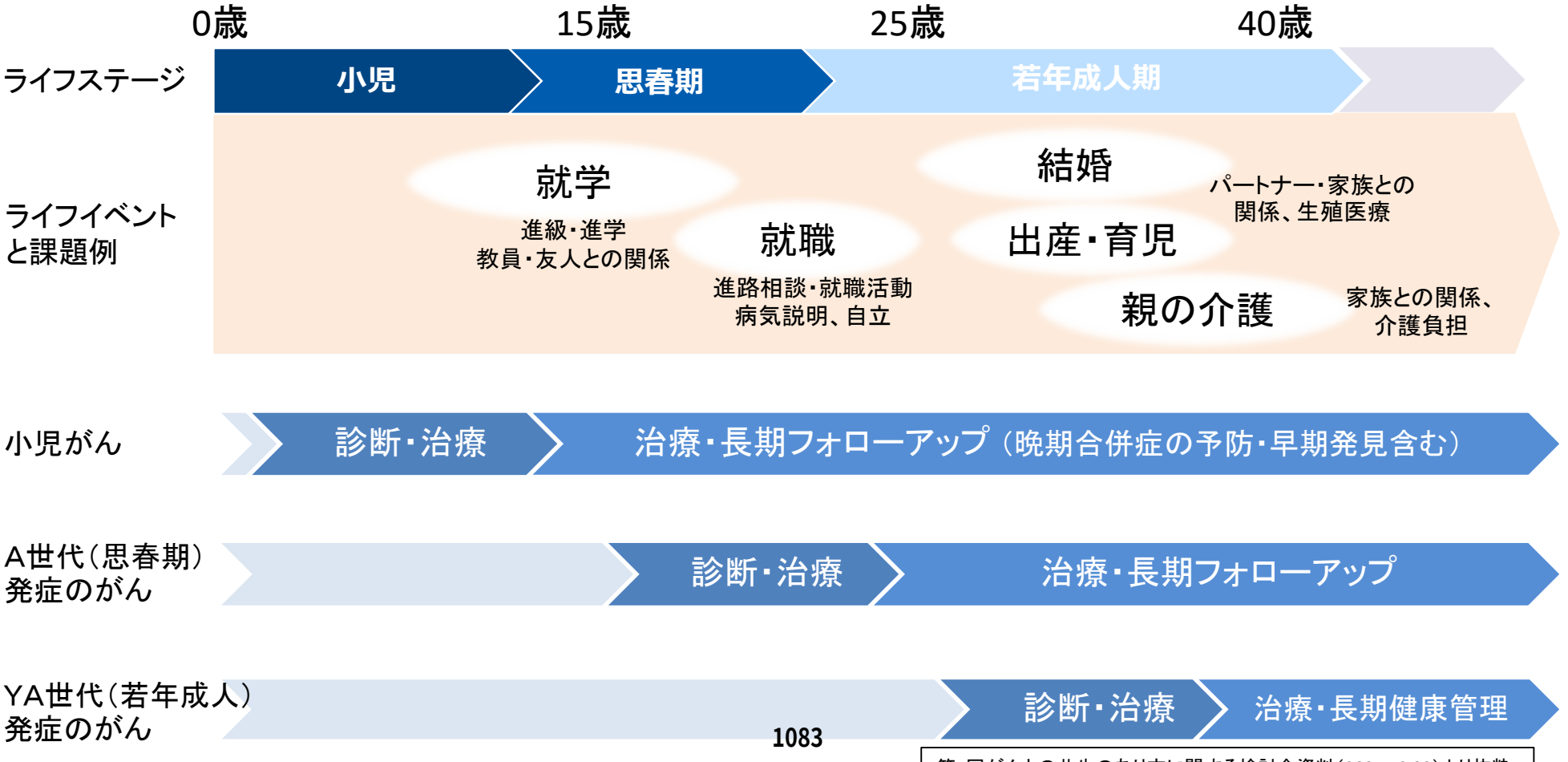
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

５．ライフステージに応じたがん対策

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

ライフステージに応じた生活課題（小児・AYA世代）

○ ライフステージの早い段階で発症し、治療期と心身の成長が重なり、長期にわたる合併症を起こすリスクがある。また晩期合併症のため、治療後も長期にわたりフォローアップを要する。
○ 年代によって就学、就労、生殖機能等の状況が異なり、心理社会的状況も様々で、個々の状況に応じた多様なニーズが存在する。



1083

第5回がんとの共生のあり方に関する検討会資料（2021.12.23）より抜粋

AYA世代がん患者のアンメットニーズ

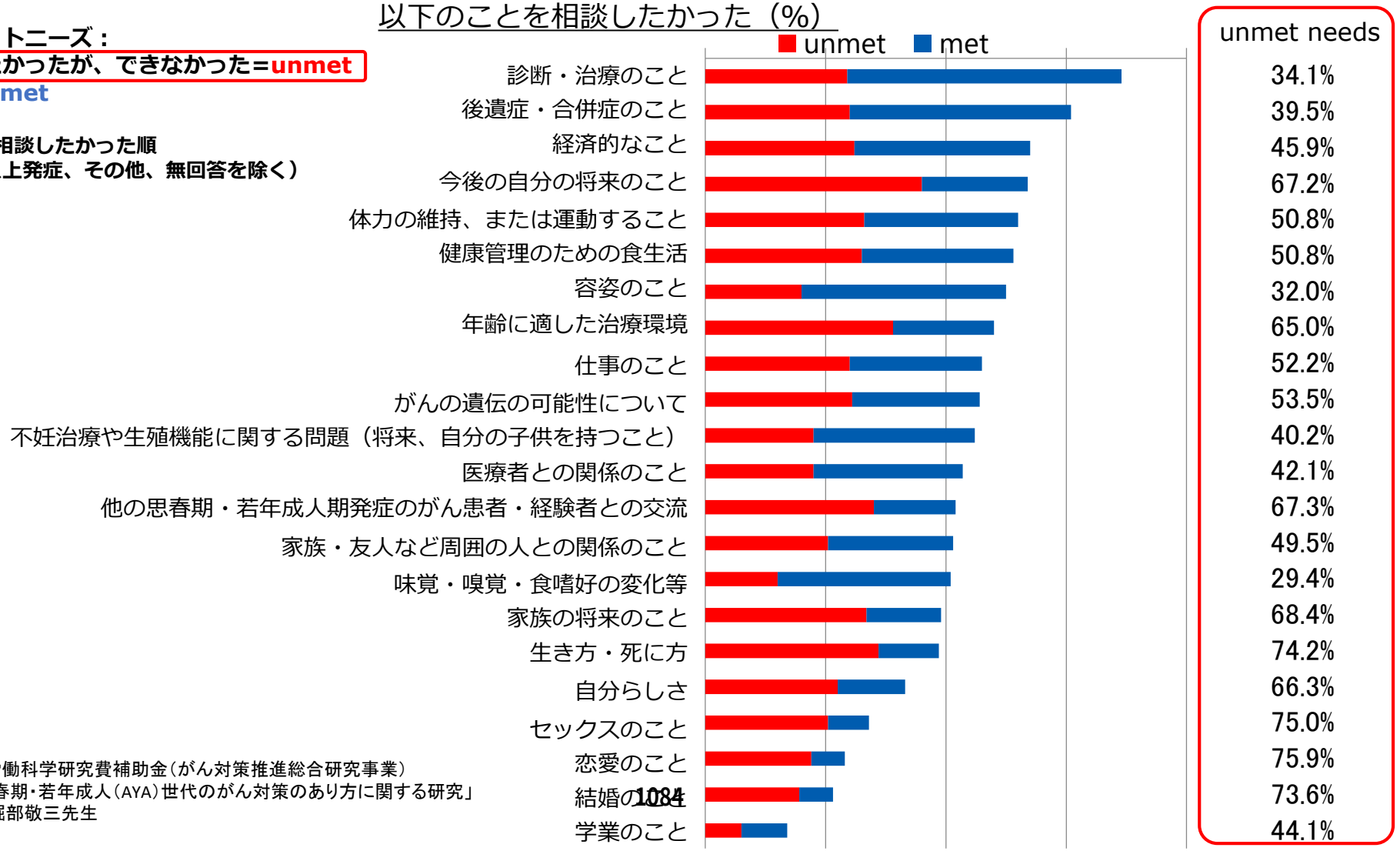
第1回小児・AYA世代のがん医療・支援のあり方に関する検討会 清水参考人提出資料（2017.12.1）・一部改変

○　15歳以上で発症したＡＹＡ世代にあるがん患者は、治療中に様々な不安や悩み等を持っているが、医療機関で「相談したかったが、できなかった」と回答した人が少なくない。

アンメットニーズ：
相談したかったが、できなかった＝unmet
できた＝met

治療中に相談したかった順
（15歳以上発症、その他、無回答を除く）

以下のことを相談したかった（%）



H27-29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　：堀部敬三先生

小児・AYA世代にあるがん患者とその家族への支援に関する取組の状況

取り組むべき施策	主な内容
①院内学級体制・宿泊施設の整備	• 小児がん拠点病院施設整備事業
②教育支援	• 高等学校段階における入院生徒に対する教育保障体制整備事業
③ライフステージに応じた相談支援	• 小児・ＡＹＡ世代の長期フォローアップ体制整備事業 • 小児及び成人の拠点病院における支援と連携 （相談員研修、拠点病院連絡協議会相談支援部会の合同開催等）
④就労支援	• がん患者等就職支援事業（平成25年度～モデル事業、平成28年度～全国展開） • がん患者の就労に関する総合支援事業（平成25年度～、令和2年度改変）
⑤緩和ケア	• 小児の緩和ケアチームの整備 • 緩和ケアチームのための小児緩和ケア教育研修　（日本緩和医療学会主催）

【厚生労働科学研究の取組】

期間	研究課題	研究代表
H30-R2	思春期・若年成人（AYA）世代がん患者の包括的ケア提供体制の構築に関する研究	清水 千佳子
R1-R2	小児がん患者に対する在宅医療の実態とあり方に関する研究	大隅 朋生
R1-R3	AYA世代がん患者に対する精神心理的支援プログラムおよび高校教育の提供方法の開発と実用化に関する研究	堀部 敬三
R2-	小児がん拠点病院等及び成人診療科との連携による長期フォ ローアップ体制の構築のための研究	松本 公一
R2-	小児・AYA世代がん患者に対する生殖機能温存に関わる心理支援体制の均てん化と安全な長期検体保管体制の確立を志向した研究－患者本位のがん医療の実現を目指して	鈴木 直
R3-	小児がんの子どもに対する充実した在宅医療体制整備のための研究	大隅 朋生

第5回がんとの共生のあり方に関する検討会資料（2021.12.23）より抜粋・一部改変

高等学校段階の病気療養中等の生徒に対する、遠隔教育（メディアを利用して行う授業）の要件緩和について

高等学校段階の病気療養中等の生徒に対する、遠隔教育（メディアを利用して行う授業）の要件緩和について

文部科学省

新時代の学びを支える先端技術活用推進方策（最終まとめ）（令和元年６月）

【取り組むべき施策】
高等学校段階の病気療養中等の生徒に対する遠隔教育の要件（受信側の教員の配置要件や単位修得数等の上限）を緩和。

遠隔教育（メディアを利用して行う授業※）の要件・留意事項

●対面による授業の実施
教科・科目等の特質に応じ、対面により行う授業を相当の時間数行うこと。
（27年告示第92号）

●単位修得数等の上限
全課程の修了要件として修得すべき**74単位のうち、36単位を超えないもの**とすること。
※特別支援学校高等部において、修了要件が異なる場合は、その１／２未満までを上限とすること。
（学校教育法施行規則第96条第２項、第135条第２項）

●受信側の教員配置
原則として当該高等学校等の教員を配置
（当該教科の免許保有者以外でも可）
（27年施行通知）

●配信側の教員配置
高等学校教諭等の身分を有する当該教科の免許保有者
（27年施行通知）

病気療養中等の生徒に対する特例

●単位修得数等の上限の緩和
令和２年４月、学校教育法施行規則改正

病気療養中等の生徒の教育機会を確保する観点から、**上限を超える単位修得等を認める。**
※訪問教育において、メディアを利用して行う授業を実施する場合も上限を超える単位修得数等を認める。

●受信側の教員の配置要件の緩和
令和元年11月通知

受信側の病室等に当該高等学校等の教員を配置することは必ずしも要しない。ただし、以下の点に留意すること。

- 当該高等学校等と保護者が連携・協力し、当該生徒の状態等を踏まえ、**体調の管理や緊急時に適切な対応を行うことができる体制を整えること。**
- **配信側の教員は、**受信側の病室等で当該対応を行う者と連携・協力し、**当該生徒の日々の様子及び体調の変化を確認すること。**



1086

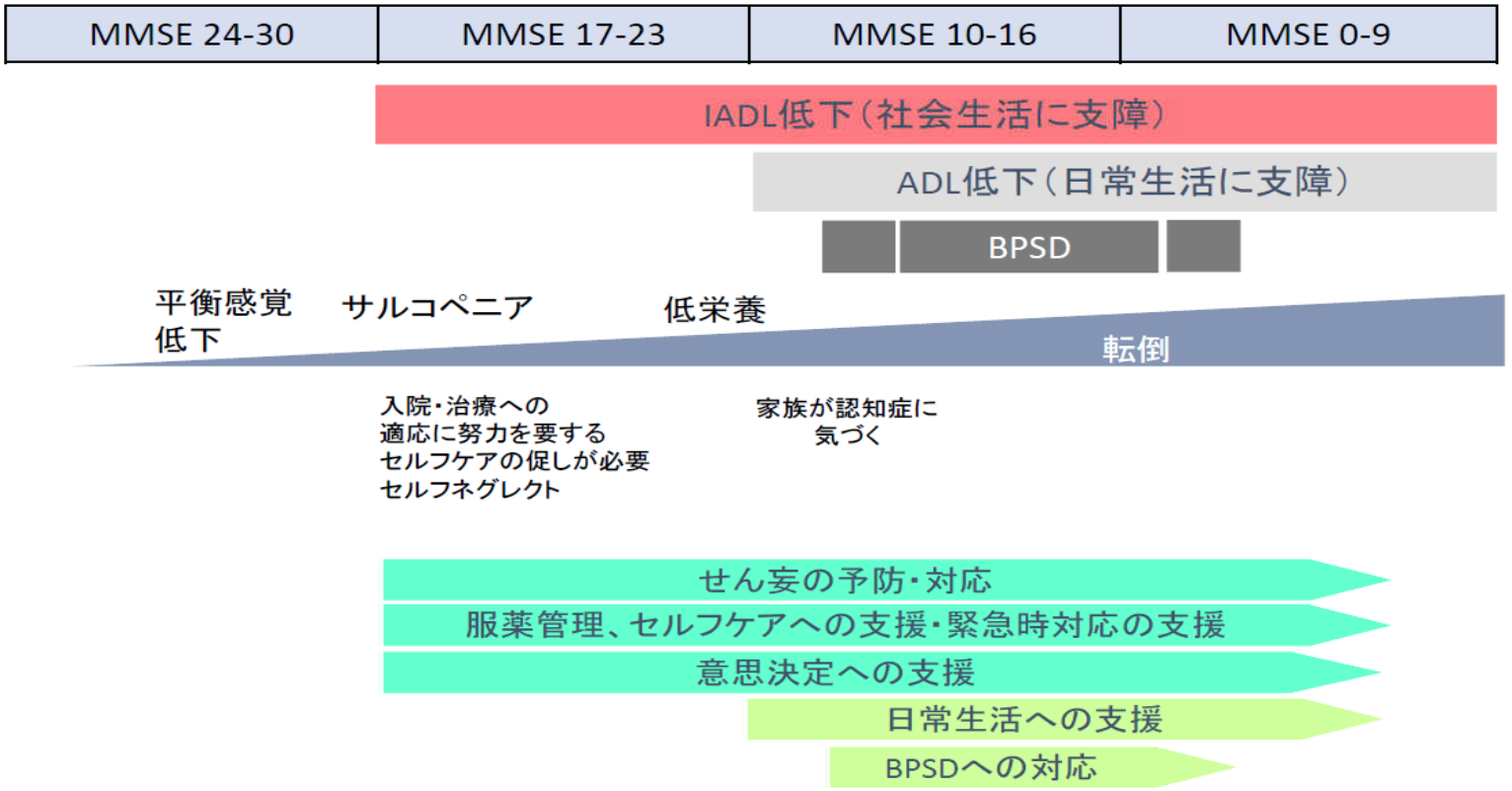
※メディアを利用して行う授業：同時双方向型（学校から離れた空間へ、インターネット等のメディアを利用して、リアルタイムで授業配信を行うとともに、質疑応答等の双方向のやりとりを行うことが可能な方式）の授業であって、対面により行う授業に相当する教育効果を有すると認めたもの。

高齢患者の特徴

○　認知機能低下により、身体症状や意思決定能力、治療のアドヒアランス、有害事象の管理などに影響を及ぼす。
○　認知症の進行により日常生活における支援が必要となる。

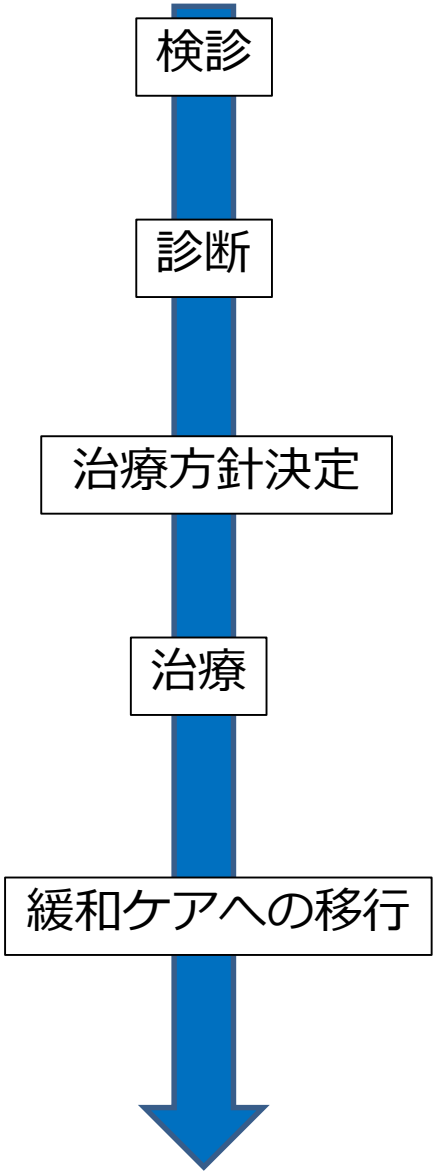
認知機能とケア

初期の段階から身体治療には影響を及ぼす



1087 出典：小川朝生「あなたの患者さん、認知症かもしれません　急性期・一般病院におけるアセスメントからBPSD・せん妄予防、意思決定・退院支援まで」

高齢者とがん治療



出典：小川朝生「認知症への対応と意思決定支援」

受診
・進行してからの発見が多い
・治療アクセス
・情報提供が不十分の可能性

意思決定に関する課題
・不適切な意思決定がなされている危険
・不適切な治療の差し控え

治療適応の判定
・治療医の臨床経験に基づく個々の判断が中心
・系統立てたリスク評価が未確立

支持療法
・手術（せん妄の発症、身体機能の低下）
・薬物療法（せん妄の発症、内服管理、緊急時の安全）

療養場所の選定
・認知症のBPSD対応とがん治療・緩和支持療法を同時に提供できる施設が少ない
・緩和ケア病棟の受け入れを断られることがある
・家族への負担増大

高齢者のがん診療における意思決定支援の手引き

- 話しやすい場面で、わかりやすい言葉で選択肢を提供する
- リラックスできる環境で説明する
- 言葉以外のコミュニケーション、うなずくことや手振り、笑顔からも読み取る
- 友人や家族が一緒にいるときに話し合う
- 繰り返し確認する（時間をおいて確認する）
- 複数の人から尋ねる





(https://www.ncc.go.jp/jp/epoc/division/psycho_oncology/kashiwa/research_summary/050/020/index.html)

出典：厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）

「高齢者のがん医療の質の向上に資する簡便で効果的な意思決定支援プログラムの開発に関する研究」

1089

がんとの共生のあり方に関する検討会における ライフステージおけるがん対策に関する議論の整理

小児・AYA世代にあるがん患者とその家族への支援体制の整備について（第５回）

- 診断時に必要な情報を得られる仕組みや診療の場面から相談支援に関わる体制が必要である。
- 家族が仕事や働き方を変えた方が一定数おり、家族や親への支援体制が必要である。
- 移行期支援について、がん診療連携拠点病院等が受け皿となる体制や地域の診療所などの医療従事者の協力を得て支えていき、地域連携で捉えていくことが必要である。
- キャリーオーバーの問題として捉え、小児の診療科と大人の診療科のバトンをつなぐことが重要である。そのため、小児病院と大学病院が一緒に診療を行っている医療機関などが好事例や課題を明確化していく必要がある。

義務教育終了後におけるがん患者の教育支援について（第５回）

- がん診療連携拠点病院等において、ICTを活用した教育支援等における実態の把握が必要ではないか。
- 医療機関と学校の更なる連携体制の整備や在宅療養中に教育を受けることができる体制が必要である。

高齢がん患者の支援について（第５回）

- 高齢者にとって、適切ながん医療とQOLを踏まえて考えていく必要性がある。
- 医療・介護についてデータを取り、施策につなげていく必要がある。
- 医療従事者や介護従事者が連携して、患者や家族を支援できる療養生活を支えるためのネットワークが必要である。

「ライフステージに応じたがん対策」に関する中間評価

項目番号	中間評価指標	数値		
3051	小児がん拠点病院のうち院内学級体制・宿泊施設を整備している施設の割合(※1)	2021年度 100%	2019年度 100%	2018年度 100%
3052	治療開始前に、教育支援等について、医療従事者から説明を受けたがん患者・家族の割合	2019年度　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	2018年度 成人：48.7% (比較値57.6%) 2019年度小児：39.7%	2014年度 成人：37.1%	

（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

小児・ＡＹＡ世代については、拠点病院等以外の医療機関や自宅等における教育支援の充実や、小中学生だけでなく、高校生に対する教育支援についても治療と教育の両立の更なる推進が必要である。また、教育支援も含めた、医療機関におけるオンライン環境の整備について検討する必要がある。

高齢者に係る「がんとの共生」分野のがん対策については、第３期の基本計画において、中間評価指標の設定がなかったため、十分な評価ができなかった。厚生労働科学研究の結果も踏まえ、次期基本計画においては、多様な高齢のがん患者の療養生活を支えるための対策や、評価指標の設定、医療と介護の連携の更なる強化について、引き続き、検討を行っていく必要がある。

第４期がん対策推進基本計画に対する「がんとの共生のあり方に関する検討会」からの提案について

第４期がん対策推進基本計画は「がん対策推進協議会」で別途議論されるが、本検討会における議論を踏まえ、以下の通り提案してはどうか。

小児・AYA世代の支援について

現状と課題

- 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・家族の割合は68.1%、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は76.6%であり、時期に応じた適切な情報提供・相談支援が必要である。
- 小児がん拠点病院において院内学級・宿泊施設について整備が進められている。また、児童生徒に対するICTを活用した教育環境整備が進められており、遠隔教育の要件緩和などが行われたが、拠点病院以外や自宅等における教育支援の充実や、治療と教育の更なる推進が求められている。
- 晩期合併症等により就職が困難な場合があり、また年代によって心理社会的な課題も様々である。相談したかったができなかったアンメットニーズがあり、利用可能な制度や相談機関が周知または活用されていない可能性がある。

第４期がん対策推進基本計画に対する「がんとの共生のあり方に関する検討会」からの提案について

第４期がん対策推進基本計画は「がん対策推進協議会」で別途議論されるが、本検討会における議論を踏まえ、以下の通り提案してはどうか。

小児・AYA世代の支援について

今後の方向性

- 国及び地方公共団体は、医療従事者と教育関係者との連携に努めるとともに、療養中に適切な教育を受けることのできる環境の整備、就学・復学支援等の体制整備を行う。また情報技術（ICT)を活用した遠隔教育について、実態を把握した上で課題等を明らかにし、一層の推進を行う。
- 国は、晩期合併症などの長期フォローアップや移行期支援など、ライフステージに応じて、成人診療科と連携した切れ目ない相談支援体制が構築できるよう、医療・支援のあり方について検討を行う。
- 国は、がん経験者の就労における課題を踏まえ、公共職業安定所や地域若者サポートステーション等を含む就労支援に関係する機関や患者団体との連携を強化する。
- 国は、小児・AYA世代のがん患者の療養環境における課題について実態把握を行い、緩和ケア提供体制や在宅療養環境等の体制整備について検討を行う。

第４期がん対策推進基本計画に対する「がんとの共生のあり方に関する検討会」からの提案について

第４期がん対策推進基本計画は「がん対策推進協議会」で別途議論されるが、本検討会における議論を踏まえ、以下の通り提案してはどうか。

高齢がん患者の支援について

現状と課題

- 高齢者の特徴として認知機能低下により、身体症状や意思決定能力、治療のアドヒアランス、有害事象の管理などに影響を及ぼす可能性があることや、認知症の進行により日常生活における支援が必要となるなど、身体的な状況や社会的背景などに様々な配慮をしていく必要性がある。
- 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48.7%であった。特に高齢がん患者については、認知症の発症や家族による介護の必要性など、家族の負担が大きくなることから、家族等に対する早期からの情報提供・相談支援体制が必要である。
- 第３期においては、中間評価指標がなく十分な評価ができていない。多様な高齢がん患者の療養生活を支えるための対策が必要である。

今後の方向性

- 拠点病院等は、高齢がん患者を支援するために、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護を担う機関、関係団体、自治体等と連携し、患者、家族等の療養生活を支えるための体制を整備するとともに、地域の課題について検討を行う。
- 国は、高齢がんサバイバーのQOL向上を目指し、患者が抱える課題について実態調査を行い、長期で生じる有害事象などに対応ができるよう患者の健康管理や、地域における再発・二次がんへのフォローアップ体制など、その方策について検討を行う。

資料１８-(１１)

第９回 小児がん拠点病院の指定に関する検討会
議事次第

日　時：令和４年 12 月 22 日（木） １３：００～１６：００

場　所：新橋ビジネスフォーラム

（〒105-0004 東京都港区新橋1-18-21 第一日比谷ビル8F）

※オンライン会議

１ 開 会

２ 議 題

（１） 座長選任　（公開）

（２） 小児がん拠点病院の選定の方針について　（公開）

（３） 指定申請施設からのヒアリング　（非公開）

（４） 小児がん拠点病院の選定について　（公開）

（５） その他

【資料】

資料１　「小児がん拠点病院の指定に関する検討会」開催要綱

資料２　小児がん拠点病院の選定の方針について

参考資料１ 小児がん拠点病院等の整備について（令和４年８月１日健発 0801 第 17 号）

「小児がん拠点病院の指定に関する検討会」開催要綱

１．趣旨

小児がんは、我が国では年間に 2000 人から 2500 人が発症するとされているが、これまで、小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるような環境の整備を目指して、全国に 15 カ所の小児がん拠点病院、２カ所の小児がん中央機関を整備し、小児がん診療の一定程度の集約化と小児がん拠点病院を中心としたネットワークによる小児がん診療体制の整備を進めてきたところである。

がん種に応じた診療体制の整備や、ＡＹＡ世代で発症するがんへの対応等、個々のがん患者の状況に応じて対応できるよう、情報提供、支援体制及び診療体制の整備等の必要性が指摘されており、第３期のがん対策推進基本計画（平成 30 年（2018 年）３月閣議決定）においても取組を進めることとされている。

そのような背景を踏まえ、本検討会では、令和４年（2022 年）７月に開催された「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」からの提言を踏まえて策定された「小児がん拠点病院等の整備について」（令和４年８月１日健発 0801 第 17 号厚生労働省健康局長通知）に基づき、申請のあった医療機関について、小児がん拠点病院の指定のための検討を行う。

２．検討事項

「小児がん拠点病院等の整備について」に示す指定要件の充足状況及び小児がん拠点病院等の適切な運営を行うために必要な内容等。

３．その他

（１）本検討会は、厚生労働省健康局長が別紙の構成員の参集を求めて開催する。

（２）本検討会には、構成員の互選により座長を置き、検討会を統括する。

（３）本検討会には、必要に応じ、別紙構成員以外の有識者等の参集を依頼することができるものとする。

（４）本検討会は、原則として公開とする。

（５）本検討会の庶務は、健康局がん・疾病対策課が行う。

（６）この要綱に定めるもののほか、本検討会の開催に必要な事項は、座長が健康局長と協議の上、定める。

別紙

小児がん拠点病院の指定に関する検討会　構成員名簿

石原（いしはら）　淳（じゅん）	平塚市病院事業管理者
浦尻（うらしり）　みゆき	神経芽腫の会　共同代表
小川（おがわ）　千登世（ちとせ）	国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院小児腫瘍科長
小野（おの）　滋（しげる）	自治医科大学小児外科　教授
小俣（おまた）　智子（ともこ）	武蔵野大学人間科学部社会福祉学科　教授
河野（こうの）　英明（ひであき）	愛媛県保健福祉部医療政策監
西川（にしかわ）　亮（りょう）	埼玉医科大学国際医療センター脳脊髄腫瘍科　名誉教授
舛本（ますもと）　大輔（だいすけ）	小児がん経験者の会ＷＩＳＨ　代表
松本（まつもと）　公一（きみかず）	国立研究開発法人国立成育医療研究センター　小児がんセンター　センター長
渡辺（わたなべ）　弘司（こうじ）	公益社団法人日本医師会　常任理事

（五十音順　敬称略）

資料2

第9回　小児がん拠点病院等の指定に関する検討会

小児がん拠点病院の選定の方針について

厚生労働省健康局
がん・疾病対策課

1098

小児がん対策のこれまでの経緯

平成24年5月-6月	小児がん医療・支援のあり方に関する検討会（計3回）開催
平成24年6月	第2期がん対策推進基本計画閣議決定
平成24年9月	小児がん医療・支援のあり方に関する検討会　報告書とりまとめ
平成24年11月- 平成25年1月	小児がん拠点病院の指定に関する検討会（計4回開催）
平成25年2月	**小児がん拠点病院選定（15施設）**
平成25年12月	小児がん拠点病院の指定に関する検討会開催
平成26年2月	**小児がん中央機関選定（2施設）**
平成26年7月	小児がん拠点病院の指定に関する検討会開催 ・小児がん拠点病院等指定後の整備状況にかかるヒアリング実施
平成27年6月	「がん対策推進基本計画中間評価報告書」のとりまとめ
平成27年12月	「がん対策加速化プラン」策定
平成30年4月	小児・AYA世代のがん医療・支援のあり方に関する検討会　報告書とりまとめ
平成30年3月	**第3期がん対策推進基本計画閣議決定**
平成30年7月	小児がん拠点病院等の整備に関する指針を改定
平成31年1月	小児がん拠点病院の指定に関する検討会開催
平成31年4月	**小児がん拠点病院選定（15施設）**
令和4年6月	**「がん対策推進基本計画中間評価報告書」のとりまとめ**
令和4年8月	**小児がん拠点病院等の整備に関する指針を改定**

小児がん中央機関・拠点病院　（平成31年4月指定）

小児がん中央機関
全国に2施設配置

小児がん拠点病院
全国に15施設配置



（※）国立成育医療研究センターは中央機関かつ拠点病院

小児がん拠点病院等の全体像（令和4年8月　整備指針）

- **「小児がん中央機関」**は、指定の検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が指定する。
- **「小児がん拠点病院」**は、指定の検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が指定する。
- **「小児がん連携病院」**は、地域ブロック協議会の意見を踏まえ、小児がん拠点病院が指定する。
  （「類型１－A」「類型１－B」「類型２」「類型３」の４類型ある。）

アドバイザリー・ボード（外部有識者等）

小児がん拠点病院連絡協議会

- 医療及び質の向上を目指した協議
- 各地域ブロックからの情報収集
- 地域ブロックを超えた連携体制の整備

◆小児がん中央機関
日本における小児がん医療・支援の牽引

国立成育医療センター
◎相談支援に関する体制整備（小児及びAYA世代のがん）
○情報提供（小児及びAYA世代のがん）
◎診断支援（放射線診断、病理診断等）
◎小児がんの登録体制の整備
◎人材育成の中心（医師、看護師、心理士等）
◎小児がん拠点病院連絡協議会事務局

国立がん研究センター
◎国民への情報提供（小児及びAYA世代のがん）
○小児がんの登録体制の整備（院内がん登録実施支援）
○人材育成の中心（相談員研修、院内がん登録実務者研修）
◎研究開発及び臨床研究の推進・支援

地域ブロック協議会

- 全国７地域
- 地域ブロック内の小児がん診療に係る連携体制の整備

◆小児がん拠点病院（15か所）
地域における小児がん医療・支援の中心
・難治、再発例を含む小児がんに対する集学的治療
・小児・ＡＹＡ世代のライフステージに応じた相談支援
・人材育成
・臨床研究の推進

◆小児がん連携病院
地域の小児がん医療の集約を担う施設

類型１
標準治療が確立しているがん種について、拠点病院と同等程度の医療

- **１－A**　一定以上の症例数等の要件を満たす施設
- **１－B**　地域の小児がん診療を行う施設

類型２
集約すべき特定のがん種の診療や、限られた施設でのみ実施可能な治療

類型３
長期フォローアップを担う施設

第14回がん診療連携拠点病院等のあり方に関する検討会　資料1より抜粋・一部改変（2022.7.21）

小児がん拠点病院等の指定要件見直しについて（令和4年8月）

今回の指定要件見直しのポイント

拠点病院・中央機関の役割の明確化	• 拠点病院は地域ブロック内の小児がん診療体制整備を牽引する • 中央機関は人材育成、研究開発、中央病理診断についても国内の体制整備を行う
適切な集約化に向けた連携病院類型の見直し	• 連携病院類型１について、年間新規症例数が20以上の施設を類型１－Ａ、そうでない施設を類型１－Ｂと分類 • 連携病院での院内がん登録を要件化
長期フォローアップ相談支援について	• 長期フォローアップに関する適切な連携体制の整備・検討 • がん・生殖医療を含む小児・ＡＹＡ世代の相談支援の強化
指定のあり方について	• 拠点病院については、コンペティションで優れた病院を指定する • 連携病院については、指定要件を満たす施設の中から、地域ブロック協議会で議論し拠点病院が指定する

小児がん拠点病院の要件概要 （令和4年8月　見直し）

拠点病院の役割

地域における小児がん医療及び支援を提供する中心施設として、地域ブロック協議会の中心を担い、地域全体の小児・AYA世代のがん医療及び支援の質の向上に資すること、長期フォローアップの体制整備、小児がん連携病院の指定を含めた地域医療機関との連携、等を行う。

拠点病院の要件

①診療機能　（集学的治療の提供、多職種カンファレンスの開催、長期フォローアップ体制、AYA世代にあるがん患者への適切な対応、妊孕性の温存の支援体制、緩和ケアチームの整備、小児がん連携病院や地域医療機関との連携、セカンドオピニオンの実施等）

②診療従事者　（小児科・小児外科・放射線科等の医師、薬剤師、看護師等の配置等）

③医療施設　（放射線治療機器の設置、小児に対応できる集中治療室の設置等）

④診療実績　（ 新規症例数年間30例以上、造血器腫瘍年間１０例程度以上、固形腫瘍年間１０例度以上）

⑤小児がん医療について、外部機関による技術能力についての施設認定を受けた医療施設

⑥「小児・ＡＹＡ世代のがんの長期フォローアップに関する研修会」を受講した医師及び看護師等医療関係者を配置

⑦がん相談支援センターの設置

⑧院内がん登録の実施

⑨臨床研究　（臨床研究専門部署の設置※、CRCの配置※等）※は必須要件ではない。

⑩療育環境の整備（保育士の配置、教育支援、プレイルームの整備、長期滞在施設の整備等）

⑪医療安全体制の構築

1103

小児がん拠点病院の指定の検討について

- 全国で指定する拠点病院の数は従来通り15施設とする。
- 評価に当たっては、前回の指定の検討と同様に、最新の現況報告書の内容から、人員配置・診療実績等の情報を抽出し、全施設に対して書面評価（構成員による採点）を行う。
- 地域ブロック内からの指定申請が１医療機関のみであった地域ブロックがある場合には、評価の結果が著しく悪い場合等を除き、申請のあった医療機関を指定する。
- 書面評価の結果で施設を順位付けし、地域ブロックの偏りが大きい場合等には、当落線上の数施設に対してヒアリングを実施し、地域バランスも考慮した総合的な判断を行う。

書面評価について

- 現況報告書より採点項目を抜粋し、170点満点で設定した。
- 採点項目の概要としては下記の通り。
- 採点においては、施設名及び地域ブロック名を匿名化した。
- 構成員の採点の平均点をもとに書面評価の順位付けを行った。

採点項目の概要

診療実績
医師・その他のメディカルスタッフの配置について
緩和ケアの提供体制
がん・生殖医療について
長期フォローアップについて
相談支援の体制
発育・教育環境について
研修などの体制について
臨床研究の実施体制
医療安全

1105

ヒアリング資料

- 指定した雛形に沿って各施設が作成した資料（PPT　11枚）
- 現況報告書の内容をまとめ、採点表に示した数値で計れない部分を文字や図表で補った内容
- ヒアリングは検討会当日に非公開部分として開催
- １施設あたり　５分発表＋４分質疑応答

ヒアリングの項目

1. 小児がんの診療に関する施設の総合的な体制
2. 多職種の連携体制について
3. 緩和ケアの提供体制
4. AYA世代のがん患者への対応
5. 長期フォローアップの体制について
6. 地域との連携体制
7. 相談支援・情報提供体制について
8. 患者の発育及び教育に関して必要な環境整備
9. 臨床研究の体制・実績
10. 医療安全
11. その他の特記事項

1106

書面評価の結果を踏まえた指定の方針

順位	平均点
1	132.1
2	131.1
3	130.4
4	129.2
5	127.4
6	126.9
7	126.4
8	124.7
9	123.2
10	122.9
11	121.7
12	117.3
13	116.4
14	115.1
15	114.1
16	110.8
17	109.6
18	108.3
19	106.8

書面評価で11位の施設までは
ヒアリングは実施せずに指定する。

検討会当日にヒアリング（非公開）を実施
当落線上の8施設

書面評価の結果に、
ヒアリング及び地域バランスを考慮した調整を
加えて指定する医療機関を検討する。

1107

指定の検討に関する今後への課題

- コンペティションで優れた医療機関を選定するという方針を踏まえ、より多くの医療機関に申請してもらう仕組みのあり方も検討するべきではないか。
- 施設の評価項目及び評価指標についても引き続き検討するべきではないか。
- 小児病院と総合病院の機能の違いをどのように評価するべきか。
- 患者の数や受療動向を踏まえ、地域ブロックの設定や拠点病院の数をどう考えるか。
- 地域の実状を踏まえ、地域ブロック内でのコンペティションのような形も検討してはどうか。

小児がん拠点病院の指定
今後のスケジュール

令和４年12月22日

小児がん拠点病院の指定に関する検討会
（オンライン開催・ヒアリングを要する場合は同日に施行）
小児がん拠点病院を選定

令和４年12月から
令和５年１月（予定）

検討会の結果をもとに拠点病院決定



令和５年４月１日

小児がん拠点病院　新たな体制スタート



令和５年９月頃まで（予定）

新たな拠点病院による地域ブロック協議会
新たな小児がん連携病院を指定

1109

「第９回　小児がん拠点病院の指定に関する検討会」（令和４年 12 月 22 日）

本日の検討会で指定すべきとされた医療機関は以下のとおり。
（都道府県順）

No.	所在都道府県	医療機関名
1	北海道	北海道大学病院
2	宮城県	東北大学病院
3	埼玉県	埼玉県立小児医療センター
4	東京都	国立成育医療研究センター
5	東京都	東京都立小児総合医療センター
6	神奈川県	神奈川県立こども医療センター
7	静岡県	静岡県立こども病院
8	愛知県	名古屋大学医学部附属病院
9	三重県	三重大学医学部附属病院
10	京都府	京都大学医学部附属病院
11	京都府	京都府立医科大学附属病院
12	大阪府	大阪市立総合医療センター
13	兵庫県	兵庫県立こども病院
14	広島県	広島大学病院
15	福岡県	九州大学病院

資料１８-(１２)

第８次医療計画等に関する意見のとりまとめ

令和４年 12 月 28 日
第８次医療計画等に関する検討会

本検討会におけるこれまでの議論を踏まえ、第８次医療計画の「医療計画作成指針」及び「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制構築に係る指針」等の見直しが必要と考えられる事項を中心に意見のとりまとめを行う。

Ⅰ　医療計画全体に関する事項

１　医療計画の作成について

これまで、医療のアクセスや質を確保しつつ、持続可能な医療提供体制を確保するため、医療機能の分化・強化、連携や、地域包括ケアシステムの推進等の取組を進めてきた。

今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、我が国の医療提供体制に多大な影響が生じ、地域医療の様々な課題が浮き彫りとなり、地域における入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・強化、連携等の重要性、地域医療全体を視野に入れて適切な役割分担の下で必要な医療を面として提供することの重要性などが改めて認識された。

一方で、この間も、人口減少・高齢化は着実に進んでおり、医療ニーズの質・量が徐々に変化するとともに、今後は、特に生産年齢人口の減少に対応するマンパワー確保や医師の働き方改革に伴う対応が必要になることを踏まえ、地域医療構想を引き続き着実に推進し、2040 年を見据えた人口構造の変化への対応を図ることが必要である。さらに、質の高い医療の提供や効率化を図る観点から、情報通信技術（ICT）の活用や、医療分野のデジタル化を推進していくことが求められている。

令和６年度から始まる第８次医療計画を作成する際には、これらの課題を踏まえ、地域の実情に応じて、関係者の意見を十分に踏まえた上で行うこととする。

２　医療提供体制について

（医療連携体制に関する事項）

令和３年の医療法改正により、第８次医療計画から医療計画の記載事項として、新興感染症への対応に関する事項が追加される。

したがって、医療連携体制に関する事項は、がん、脳卒中、心筋梗塞等の

心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の５疾病、救急、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。）及び新興感染症発生・まん延時における医療の６事業並びに在宅医療を、医療計画に定めることとする。

また、地域の現状や課題に即した施策の検討においてロジックモデル等のツールが有用であると考えられるため、第８次医療計画において、都道府県がロジックモデル等のツールを活用できるよう指針で示すほか必要な取組を行うこととする。

なお、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、慢性腎臓病（CKD）については、医療計画に記載すべき５疾病に加えることとはしないものの、現状を把握した上で、その対策については健康増進施策等関連施策と調和をとりながら講じることが必要である。

（外来医療に係る医療提供体制の確保）

平成 30 年医療法改正により、医療計画の記載事項として「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」が追加された。第８次医療計画における外来医療計画の策定に当たり、「Ⅲ　外来医療にかかる医療提供体制の確保に関するガイドラインに関する事項」の内容を踏まえ、見直しを行う。

なお、「外来医療にかかる医療提供体制の確保に関するガイドライン」において、地域で十分に発揮することが期待されている「かかりつけ医機能」については、現在、その機能が発揮されるための具体的な方策について検討が進められており、今後、それらの検討を踏まえ、必要に応じて同ガイドラインにおける取扱いについて検討を行う。

（地域医療支援病院の整備）

令和３年の省令改正により、都道府県知事が地域の実情に応じて、地域医療支援病院の責務を追加できるようになったことを踏まえ、医療計画の策定及び見直しの際には必要に応じて責務の見直しを検討する。また、今後感染症法等の改正により、地域医療支援病院に感染症発生・まん延時に担うべき医療提供が義務づけられることを踏まえ、地域医療支援病院の整備の目標を定める際には、医療計画における新興感染症への対応に関する事項との連携にも留意する。また、紹介受診重点医療機関との関係についてわかりやすく説明することが求められるほか、今後の外来機能報告等の状況も踏まえ地域医療支援病院のあり方については引き続き議論が必要である。

３　医療従事者の確保等の記載事項について

（１）医師の確保について

平成 30 年医療法改正により、医療計画において、医師の確保に関する事項を追記することとし、都道府県は令和元年度までに PDCA サイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるための「医師確保計画」を策定し、その他の取組とも連携しながら医師偏在対策を行っている。

第８次医療計画における医師確保計画の策定に当たり、三次医療圏及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価するための医師偏在指標等について、「Ⅳ　医師確保計画策定ガイドラインに関する事項」の内容に基づき見直しを行う。

なお、2024 年４月に医師の時間外・休日労働の上限規制が施行され、その後も、医療機関において、労働時間の短縮に向けた取り組みが進められる。その際、医師の労働時間短縮と地域医療提供体制を両立させることが重要であることから、個別の医療機関における医師の働き方改革に関する取組を推進するだけでなく、地域医療構想に関する取組や医師確保の取組とを連動させ、推進する。

（２）医師以外の医療従事者の確保について

①　歯科医師の確保について

地域包括ケアシステムの中で歯科医療提供体制を確保するには、病院と地域の歯科診療所等の連携体制を構築することが重要である。

地域の歯科医療提供体制の状況や、歯科専門職の配置状況の把握を行った上で、医科歯科連携における歯科の果たす役割を認識し、病院の規模や種類に応じて地域の歯科専門職を病院において活用することや、病院と歯科診療所等の連携を推進することなど、地域の実情を踏まえた取組を推進する。

また、歯科専門職確保のための地域医療介護総合確保基金の積極的な活用を行う。

②　薬剤師の確保について

薬剤師の資質向上の観点に加え、薬剤師確保の観点から、病院薬剤師及び薬局薬剤師それぞれの役割を明確にし、薬剤師の就労状況の把握及び地域の実情に応じた薬剤師の確保策を講じること、地域医療介護総合確保基金（修学資金貸与、病院への薬剤師派遣）の積極的な活用、都道府県の薬務主管課と医療政策主管課が連携して取り組むこと等が必要である。

また、取組の検討及び実施に当たっては、都道府県、都道府県薬剤師会・病院薬剤師会、関係団体等が連携する。

③ 看護職員の確保について

看護職員の需給の状況は地域（都道府県、二次医療圏）ごとに差異があることから、都道府県ナースセンター等の関係者との連携に基づき、都道府県・二次医療圏ごとの看護職員確保に係る課題を把握し、看護師等養成所による養成、「マイナンバー制度を活用した看護職の人材活用システム」（令和６年度運用開始予定）等を活用した都道府県ナースセンターによる復職支援、医療機関の勤務環境改善による離職防止など、新規養成・復職支援・定着促進を三本柱とした取組を推進していく。

また、地域における訪問看護の需要の増大に対応するため、地域の実情を踏まえて、地域医療介護総合確保基金の活用や都道府県ナースセンターにおける取組の充実など、訪問看護に従事する看護職員を確保するための方策を定める。

感染症の拡大に迅速・的確に対応するとともに、医師の働き方改革に伴うタスクシフト／シェアの推進のため、特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師の養成と確保を推進していく。特定行為研修に係る指定研修機関及び実習を行う協力施設の確保等の研修体制の整備に向けた具体的な計画の策定を必須とするとともに、医道審議会看護師特定行為・研修部会における議論に基づき、都道府県ごとの特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師の就業者数の目標を設定する。なお、これらの目標を設定する際には、可能な限り二次医療圏ごとや分野・領域別の設定を検討する。

４　医療の安全の確保等について

医療提供施設における医療の安全を確保するための措置に係る現状及び目標として、病院等の管理者に医療事故調査制度についての理解を促す観点から研修の受講割合を盛り込むとともに、病院における医療安全の取組への客観的な評価により、当該取組を推進していくため、他の病院から医療安全対策に関して評価を受けている又は第三者評価を受審している病院数の割合を新たに項目へ盛り込むこととする。

医療安全支援センターについては、医療安全に関する情報提供、研修等求められる業務に即した項目を盛り込むとともに、相談対応の質の向上を図る観点から、研修を受講した相談職員数の割合を追加する。また、医療安全推

進協議会については、その開催状況についても把握する。

５　二次医療圏及び基準病床数について

（１）二次医療圏の設定

既設の二次医療圏が、入院に係る医療を提供する一体の圏域として成り立っていない場合は、その見直しについて検討することとする。その基準は第７次医療計画における考え方を踏襲し、見直しを行わない場合においてはその理由（地理的条件、面積、交通アクセス等）を明記することとする。５疾病・５事業及び在宅医療における圏域については、引き続き弾力的に設定することを可能とする。

人口 100 万人以上の大規模な二次医療圏については、二次医療圏としてよりも構想区域としての運用に課題が生じている場合が多いが、その場合都道府県は協議の場を分割するなど、その運用を工夫することとしつつ、必要に応じて二次医療圏も見直すこととする。

隣接する都道府県の区域を含めた医療圏の設定については、現在も指針において設定が可能であることを明記しているが、実務上の課題から、実際にはそのような医療圏の設定はされていない。一方で、医療提供体制の構築において隣接する都道府県と連携を取る場合もあり、その場合は連携する都道府県と協議を行い、具体的な内容を医療計画へ記載するよう努めることとする。

都道府県が医療計画を策定する際は医療圏の設定について優先的に議論を行うとともに、その検討状況を先んじて国に報告するよう求める。

中長期的には更なる人口動態の変化が予測されていることから、将来的な医療圏のあり方については第８次医療計画での取組を踏まえつつ引き続き検討を行うこととする。

（２）基準病床数

①　基準病床の算出に用いる数値について

一般病床退院率や療養病床入院受療率、病床利用率等の基準病床の算出に用いる数値については、これまで、直近の患者調査等のデータを用いて算定することとしていたが、直近のデータは新型コロナウイルス感染症の影響を受けている値となっていることから、新型コロナウイルス感染症の影響を受けていない最新の数値を用いる（令和２年以降は除外する）こととする。

②　平均在院日数について

一般病床の基準病床数の算定に当たって用いる平均在院日数は、第７

次医療計画では平成 21 年及び平成 27 年病院報告から短縮率を算出し、また、直近の病院報告（平成 27 年）までの６年間（平成 21～27 年の６年間）の平均在院日数の変化率を基礎とし、地域差の是正を進める観点から一定の条件を設けていた。

第８次医療計画においても同様に短縮率を平成 27 年及び新型コロナウイルス感染症の影響を受けていない令和元年病院報告から算出したところ、その推移としては依然として短縮傾向にある中で従前ほどの短縮率は認められないこと、一方で地域差に関しては縮減していないことを踏まえ、基準病床数の算定に用いる平均在院日数については第７次医療計画と同様の算出を行うこととする。

③ 精神病床の基準病床数の算定式について

精神病床の基準病床数の算定式については、「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」における議論を踏まえ、近年、精神病床における 入院患者数は減少傾向にあることを勘案したものとするとともに、政策効果（例：精神科医療の進展、地域における基盤整備の進展）、政策効果以外（例：患者の年齢構成の変化、疾病構造の変化）の両者の影響を勘案できるものとするよう見直しを行う。

６　医療計画の作成手順等について

（１）他計画との関係

医療計画の策定に当たっては、他の法律の規定による計画であって医療の確保に関する事項を定めるものとの調和が保たれ、関連する施策との連携を図ることが重要である。

また、第８次医療計画の開始時期である令和６年度は、市町村において策定する介護保険事業計画等の開始時期でもあることから、それらの計画の策定スケジュールを都道府県と市町村とで共有しながら議論を進める体制を整える必要がある。

また、医療計画の一部である、外来医療計画や医師確保計画においては、二次医療圏を１つの単位とすることから、５（１）に記載のとおり、医療圏の設定について優先的に議論を行う必要がある。

（２）地域医療構想及び地域医療構想調整会議での議論の進め方

地域医療構想は、医療計画の一部として位置付けられており、その取組を進めることを目的に協議の場（地域医療構想調整会議）が構想区域ごとに設置されている。

新型コロナウイルス感染症対応が続く中ではあるが、地域医療構想の

背景である中長期的な状況や見通しは変わっていない。感染拡大時の短期的な医療需要には各都道府県の医療計画に基づき機動的に対応することを前提に、地域医療構想についてはその基本的な枠組み（病床の必要量の推計・考え方など）を維持しつつ、着実に取組を進めていく。特に再検証対象医療機関については、これまでの方針に従って確実に取組を行う。

具体的には、都道府県は、毎年度、対応方針の策定率を目標としたPDCAサイクルを通じて地域医療構想を推進することとし、対応方針の策定率と地域医療構想調整会議における資料や議事録など協議の実施状況を分かりやすく公表を行うこととする。さらに、病床機能報告上の病床数と将来の病床数の必要量について、データの特性だけでは説明できないほどの差が生じている構想区域について、その要因の分析及び評価を行い、その結果を公表するとともに、適正な病床機能報告に基づき、当該構想区域の地域医療構想調整会議の意見を踏まえ、病床が全て稼働していない病棟等への対応など必要な方策を講じることとする。

また、国は、当該構想区域を有する都道府県を優先して、データの活用等に係る支援を行うなど、都道府県の地域医療構想の達成に向けた取組の支援を行うものとする。

なお、現在の地域医療構想は、2025年までの取組として進めているが、第８次医療計画期間中に2025年を迎える。地域医療構想により、病床の機能分化・連携が一定進んできていることに鑑みれば、2025年以降も地域医療構想の取組を継続していくことが必要と考えられ、その在り方については、今後、中長期的課題について整理し、検討する。

（３）住民への周知・情報提供

医療計画の内容のうち、必要な情報を分かりやすい形で住民に対して情報提供を行うことが重要である。周知の際には、住民向けの概要版の作成や用語の解説を加える等の工夫に努めるほか、限られた医療資源を有効に使う観点から地域の医療提供体制の課題や見通しなどを示し、住民の理解・協力を得られるよう努めることとする。

Ⅱ　５疾病・６事業及び在宅医療のそれぞれの医療提供体制等に関する事項

１　５疾病について

（１）がんに関する医療提供体制について

①　見直しの方向性

○　がんに関する医療提供体制の構築に当たっては、「がん対策推進基本計画」及び「がん診療連携拠点病院等の整備について」（令和４年８月１日付け厚生労働省健康局長通知）の内容を踏まえて取り組むことを基本とする。

○　第４期がん対策推進基本計画においても、引き続き、治療を主とする医療に加え、予防や社会復帰、治療と職業生活の両立に向けた支援等に取り組む。

○　がん医療圏の設定については、各都道府県の実態を踏まえ、二次医療圏との整合が取れる範囲で、柔軟に設定できることとする。

○　指標については、第４期がん対策推進基本計画の策定に向けた検討状況等を踏まえつつ、今後のがん対策推進協議会における議論の内容を参考に見直す。

② 具体的な内容

（役割分担を踏まえた集約化）

○　がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、均てん化に加えて、がんゲノム医療等の高度かつ専門的な医療等について、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する。

（多職種連携によるチーム医療の推進）

○　多職種連携によるチーム医療の提供をさらに充実させる観点から、拠点病院等において、地域の医療機関等との連携も含め、チーム医療の提供体制の整備を進める。

（特性に応じたがん対策について）

○　小児・AYA 世代のがん対策をさらに充実させるため、小児がん拠点病院と、がん診療連携拠点病院等や地域の医療機関、かかりつけ医等との連携を含め、地域の実情に応じた小児・AYA 世代のがん診療提供体制の整備を進める。

○　高齢がん患者が、例えば、他臓器の合併症を併発している、介護施設等に入居しているなど、それぞれの状況に応じた適切ながん医療を受けられるよう、拠点病院等と地域の医療機関及び介護施設等との連携体制の整備を進める。

（新興感染症の発生・まん延時でも機能を維持できる医療体制の整備）

○　新型コロナウイルス感染症の拡大時等においても、必要ながん診療を提供できるよう、平時における準備等の対応を含めて、地域の実情に応じた連携体制の整備を進める。

③ 指標の見直し（例）

- 指針に基づく検診の実施率
- 精密検査受診率
- 診断から手術までの日数
- 初診から確定診断までが１か月未満の患者の割合
- 緩和ケア研修会修了者数
- がん相談支援センターでの新規相談件数

（２）脳卒中に関する医療提供体制について

① 見直しの方向性

○ 脳卒中に関する医療提供体制の構築に当たっては、「循環器病対策推進基本計画」の内容を踏まえて取り組むことを基本とする。

○ 第２期循環器病対策推進基本計画の策定に当たっては、基本的な考え方として、

- 循環器病に係る指標の更新
- 関係する諸計画との連携
- 感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備

を提示しており、上記に係る見直しを行う。

○ 特に、指標については、厚生労働科学研究「循環器病の医療体制構築に資する自治体が利活用可能な指標等を作成するための研究」において、７つの指標案が提言されており、その内容を参考として見直しを行う。

② 具体的な内容

（病院前救護における患者スクリーニング）

○ 救急隊による、治療適応の判断を含めた適切な患者の評価と、評価に基づく搬送先選定が可能な救護体制を構築する。

（標準治療の普及・均てん化）

○ 脳梗塞に対する血管内治療について、rt-PA 静注療法とともに、標準的治療として全国で提供されるような体制を構築する。

○ 医療の地域格差を解消し、標準治療の均てん化を図るため、一般社団法人日本脳卒中学会が提言している「脳卒中診療における遠隔医療（Telestroke)」を実施できるような遠隔医療のシステムを拡充していく。

（回復期や維持期における医療体制の強化、就労支援の充実）

○　急性期の医療機関と、回復期の医療機関との機能分化を推進するとともに、ある程度の重症者であっても回復期の医療機関において受入が可能な体制を整備する。

○　回復期や生活期・維持期の医療では、リハビリテーションの取組に加え、生活の質を向上させる観点から、就労両立支援に係る人材の充実等により、脳卒中患者の疾病罹患後の就労両立支援を推進する。

③ 指標の見直し（例）

・　脳卒中疑い患者に対して主幹動脈閉塞を予測する６項目の観察指標を利用している消防本部数
・　脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数
・　リハビリテーション科医師数
・　両立支援コーディネーターの受講者数
・　脳卒中患者に対する療養・就労両立支援件数

（３）心筋梗塞等の心血管疾患に関する医療提供体制について

① 見直しの方向性

○　心筋梗塞等の心血管疾患に関する医療提供体制の構築に当たっては、「循環器病対策推進基本計画」の内容を踏まえて取り組むことを基本とする。

○　第２期循環器病対策推進基本計画の策定に当たっては、基本的な考え方として、

・　循環器病に係る指標の更新
・　関係する諸計画との連携
・　感染拡大時でも機能を維持できる医療体制の整備

を提示しており、上記に係る見直しを行う。

○　特に、指標については、厚生労働科学研究「循環器病の医療体制構築に資する自治体が利活用可能な指標等を作成するための研究」において、３つの指標案が提言されており、その内容を参考として見直しを行う。

② 具体的な内容

（感染拡大時でも必要かつ十分な診療を行える医療体制の整備）

○　有事の際にも必要かつ十分な診療を行えるよう、平時から医療機関間・地域間連携や回復期・慢性期の医療体制の強化等を進める。

（デジタル技術を含む新たな技術の活用）

○　限られた医療資源の効果的活用及び効率的な医療機関間・地域間連携の推進の観点から、アプリ・AI 等を用いた診断・治療の補助等に係る取組や、ICT を活用した連携体制の構築を推進する。

（ACP の推進）

○　個人の意思決定に基づいた医療の提供を推進する観点から、ACP を適切に実施できる体制を整備する。

③ 指標の見直し（例）

- 急性心筋梗塞患者に対する PCI 実施率
- 大動脈疾患患者に対する手術件数
- 両立支援コーディネーターの受講者数
- 心血管疾患における介護連携指導料算定件数
- 特定保健指導の実施率

（４）糖尿病に関する医療提供体制について

① 見直しの方向性

○　糖尿病に関する医療提供体制の構築に当たっては、国民健康づくり運動プラン（健康日本 21（第二次））や医療費適正化計画の見直しに係る検討状況、重症化予防や治療と仕事の両立支援に係る取組状況等を踏まえつつ、見直しの方向性を整理する。その他、診療提供体制に係る記載について、腎疾患対策および糖尿病対策の推進に関する検討会における議論の内容等を踏まえ、必要な見直しを行う。

○　糖尿病の発症予防、糖尿病の治療・重症化予防、糖尿病合併症の治療・重症化予防のそれぞれのステージに重点をおいて取組を進めるための医療体制の構築を目指す。

○　指標の見直しに当たっては、腎疾患対策および糖尿病対策の推進に関する検討会における議論の内容を参考として見直しを行う。

② 具体的な内容

（診療科間及び多職種の連携体制の構築）

○　糖尿病や糖尿病合併症の治療・重症化予防には定期的な眼底検査、腎機能検査、栄養指導等の療養指導等、関係する診療間での連携や職種間の連携が必要であり、各学会から公表されている紹介基準等を参考に、糖尿病診療におけるかかりつけ医と専門家等との連

携や多職種連携等の医療連携体制の整備を引き続き推進する。

（糖尿病の発症予防に係る取組及び予防と医療の連携の推進）

○　地域の保健師と連携した糖尿病発症予防に係る取組を引き続き推進するとともに、保健師等と医療機関との連携体制の構築や健診後の受診勧奨、健診後の医療機関受診状況等に係るフォローアップ等、予防と医療の連携に係る取組を強化する。また、患者及びその家族等に対する教育や、国民に対する正しい知識の普及啓発等に係る取組を引き続き推進する。

（糖尿病の治療・重症化予防に係る取組の推進）

○　糖尿病の重症化予防の観点から糖尿病治療中断者数を減少させることや早期からの適切な指導・治療を行うことが重要であり、就労支援（両立支援、治療継続支援）、健診受診者や治療中断者への受診勧奨（糖尿病性腎症重症化予防プログラム等）等の取組を推進する。

（新型コロナウイルス感染症拡大時の経験を踏まえた今後の医療体制）

○　今回の新型コロナウイルス感染症拡大時の経験も踏まえ、地域の実情に応じて、多施設・多職種による重症化予防を含む予防的介入や、治療中断対策等を含むより継続的な疾病管理に向けた診療提供体制の整備等を進める。

③ 指標の見直し（例）

- 特定健診での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿病未治療者
- 糖尿病治療を主にした入院患者数
- 妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的な治療を行う医療機関数（もしくは割合）
- HbA1c もしくは GA 検査の実施（患者もしくは割合）
- 糖尿病専門医数（もしくは在籍する医療機関数、割合）

（５）精神疾患に関する医療提供体制について

① 見直しの方向性

○　行政と医療、障害福祉サービス、介護サービス等の顔の見える連携を推進し、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、その意向やニーズに応じ、切れ目なくこれらのサービスを利用し、安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、地域における多職種・多機関が有機的に連携する体制を構築する。

○　精神障害の特性として、疾病と障害とが併存しており、その時々の病状が障害の程度に大きく影響するため、医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備する。

○　患者の病状に応じ、医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備する観点から、「普及啓発、相談支援」「地域における支援、危機介入」「診療機能」「拠点機能」の段階ごとに、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの各指標例を、第７次医療計画における指標例を含めて定める。

② 具体的な内容

（医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制の整備）

○　精神科医療の提供体制の充実には、精神保健に関する「本人の困りごと等」への支援を行う平時の対応を充実する観点と、精神科救急医療体制整備をはじめとする精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等による患者の緊急のニーズへの対応を充実する観点が必要である。平時においては、かかりつけの医療機関に通院し、障害福祉・介護その他のサービスを利用しながら、本人の希望に応じた暮らしを支援するとともに、患者の緊急のニーズへの対応においては、入院治療（急性期）へのアクセスに加え、受診前相談や入院外医療（夜間・休日診療、電話対応、在宅での診療、訪問看護等）について、都道府県等が精神科病院、精神科訪問看護を行う訪問看護事業所等と連携しながら必要な体制整備に取り組むことが望ましい。

○　また、精神障害の有無や程度にかかわらず、地域で暮らすすべての人が、必要な時に適切なサービスを受けられるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画が相互に緊密に連携し、医療、障害福祉・介護、住まい、就労等の社会参加、地域の助け合い、教育・普及啓発が包括的に確保された体制を整備していくことが重要となる。

○　なお、精神疾患の医療体制の構築に係る指針の策定に当たっては、新型コロナウイルス感染症をはじめとする新興感染症についても勘案することが望まれる。

③ 指標の見直し（例）

・ 都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援に専従している職員数、相談支援の実施件数
・ 心のサポーター養成研修の実施回数、修了者数
・ 在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した患者数
・ 精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した患者数

２　６事業

（１）救急医療

① 見直しの方向性

○　増加する高齢者の救急や、特に配慮を要する救急患者を受け入れるために、地域における救急医療機関の役割を明確化する。

○　居宅・介護施設の高齢者が、自ら意思に沿った救急医療を受けられるような環境整備を進める。

○　ドクターヘリ・ドクターカーについて、地域においてより効果的な活用ができるような体制を構築する。

○　新興感染症の発生・まん延時において、感染症対応と通常の救急医療を両立できるような体制を構築する。

② 具体的な内容

（救急医療機関の役割）

○　高齢者の救急搬送が増加していく中で、初期救急医療機関は、主に独歩で来院する自覚症状が軽い患者への夜間及び休日における外来診療を担い、第二次救急医療機関は高齢者救急をはじめ地域で発生する救急患者の初期診療と入院治療を主に担い、第三次救急医療機関は重篤患者に対する高度な専門的医療を総合的に実施することを基本としつつ、複数診療科の介入を要する症例や診断が難しい症例等、他の医療機関では治療の継続が困難な救急患者の診療を担う。

○　特に高齢者の患者が帰宅する際には、受診後に安心して生活できるよう、生活上の留意点に関する指導や、必要な支援へのつなぎを進める。

○　精神疾患を有する患者・小児・妊婦・透析患者等、特に配慮を要する患者を受け入れる医療機関についてあらかじめ地域の実情に応じて検討する。

（高度救命救急センター等の体制整備）

○　高度救命救急センター等の地域の基幹となる救急医療機関は、平時から、重症外傷等の特に高度で専門的な知識や技術を要する患者へ対応可能な医師・看護師等の人材の育成・配置、院内の体制整備を行い、地域における重篤患者を集中的に受け入れる役割を担う。また、厚生労働省が実施する外傷外科医等養成研修事業を活用して、テロ災害発生時等における銃創や爆傷等にも対応ができる体制を構築する。

（高次の医療機関からの転院搬送の促進）

○　高次の医療機関からの必要な転院搬送を促進する。具体的には、受け入れ先となる医療機関と、患者を受け入れる際に必要な情報や受け入れ可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておく。

○　高次の医療機関からの転院搬送を行う場合には、医療機関が所有する搬送用車両等の活用を進める。

（相談体制等の整備）

○ 患者ができるだけ救急外来を受診しなくても済むよう、引き続き地域におけるプライマリケアをすすめるとともに、＃7119、＃8000等による医療機関の受診や救急車の要請に迷う場合の相談体制の整備を推進する。

（居宅・介護施設の高齢者の救急医療）

○　医療関係者、介護関係者は、地域包括ケアシステムやACPに関する議論の場等において、患者の希望する医療について必要な時に確認できる方法について検討する。

○　自治体や医療従事者等は、患者や家族が、人生の最終段階においてどのような医療を望むかについて日頃から話し合うことを促す。

○　ACPに関する議論や救急現場における心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針等は、例えば、救急医療の関係者や地域包括ケアの医療・介護関係者、消防関係者等地域の関係者がそれぞれ実施する会議を合同で開催するなどにより、地域の実情に応じ地域の多様な関係者が協力して検討する。

（ドクターヘリ・ドクターカー）

○　都道府県は隣接都道府県と協議し、ドクターヘリが同時に要請された際や、都道府県境付近の患者からの要請時に、より効率的な対応ができるような広域連携体制を構築する。

○　ドクターカーについては、地域にとって効果的な活用方法を検討するため、まずは、全国の様々な運行形態を調査し、救急医療提供

体制の一部としてより効果的に活用する。

（新興感染症の発生・まん延時における救急医療）

○　救急患者を受け入れるために必要な感染対策を講じることができる人材を平時から育成する。

○　医療機関は、救急外来の需要が急増した際に外来機能を拡充する方法について平時から検討する。

○　救急外来を受診しなくても済むような電話等による相談体制（＃7119、＃8000 等）及びオンライン診療を実施する体制を平時から充実させ、新興感染症のまん延により救急外来の需要が急増した際にも対応可能な体制を整備する。

○　新興感染症の発生・まん延時に、救急医療機関が、通常の救急患者に対しても適切な医療を提供できるよう、第二次救急医療機関や第三次救急医療機関、および地域全体において必要な体制を構築する。

○　精神疾患を有する患者・小児・妊婦・透析患者等、特に配慮を要する患者を含め、新興感染症の発生・まん延時に受け入れる医療機関についてあらかじめ地域の実情に応じて検討する。例えば、いったん患者を幅広く受け入れ必要な初療を行った上で、入院が必要な際には他の医療機関に転院させる外来機能に特化した医療機関の整備や、患者や医療人材を集めて対応する大規模な医療機関の整備、第二次救急医療機関や第三次救急医療機関に患者を分散して対応する体制等、地域の実情に応じた体制を平時から検討する。

③ 指標の見直し（例）

・ 心原性心肺機能停止傷病者（一般市民が目撃した）のうち初期心電図波形が VF 又は無脈性 VT の一ヶ月後社会復帰率を追加

・ 心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針を定めている消防本部の割合を追加

・ 救命救急センターの応需率を追加

（２）災害時における医療

① 見直しの方向性

○　DMAT・DPAT 等の派遣や活動の円滑化や、様々な保健医療活動チームの間での多職種連携を進める。

○　災害時に拠点となる病院、それ以外の病院が、その機能や地域における役割に応じた医療の提供を行う体制の構築を進める。

○　浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する医療機関は地域と連携して止水対策を含む浸水対策を進める。
○　医療コンテナの災害時における活用を進める。

② 具体的な内容

（DMAT 等の位置付け・明確化）

○　DMAT・DPAT 等の派遣や活動を円滑化する観点から、所属医療機関における隊員の活動に対する理解がより得られ、派遣しやすくなり、また研修や訓練に参加しやすくするような仕組みの明確化について検討を進める。
○　DMAT・DPAT は、災害時のみならず、新興感染症のまん延時における感染症患者の入院・搬送調整や感染症専門家と協力しクラスターが発生した施設等における感染制御等の活動に対する支援を実施する。
○　DPAT の業務として新興感染症対応を明確に位置付けるため、活動要領改正を行う。

（多職種連携）

○　災害時において、都道府県は様々な保健医療活動チームと協力することが必要であることから、災害時に円滑な連携体制を構築可能にするため、保健医療福祉調整本部の下、様々な保健医療活動チームと共に訓練を実施し、災害時におけるそれぞれの必要な役割を確認する。
○　被災都道府県は、大規模災害発生時に、都道府県の関係課及び保健所の職員、災害医療コーディネーター、災害薬事コーディネーター等で構成される保健医療福祉調整本部を設置し、当該本部は保健所・DHEAT、各種保健医療活動チーム（DMAT、DPAT、日本医師会災害医療チーム（JMAT）、日本赤十字社の救護班、独立行政法人国立病院機構の医療班、全日本病院医療支援班（AMAT）、日本災害歯科支援チーム（JDAT）、薬剤師チーム、看護師チーム、保健師チーム、管理栄養士チーム、日本栄養士会災害支援チーム（JDA-DAT）、日本災害リハビリテーション支援協会（JRAT）等）との連絡及び情報連携を行うための連絡窓口を設置し、災害時における保健医療福祉活動の総合調整を行う。
○　都道府県は、災害時の保健医療提供体制を効率的に調整するため、都道府県の保健医療福祉調整本部に配置される都道府県災害医療コーディネーターと保健所又は市町村における保健医療活動の調

整等を担う本部に配置される地域災害医療コーディネーターの両者を整備する。

○　都道府県は、災害医療コーディネーターの配置を進めるとともに、訓練への参加や研修の受講を推進する。

（災害時に拠点となる病院、拠点となる病院以外の病院）

○　都道府県は、災害拠点病院について、地域の実情に応じて引き続き指定を進める。

○　災害拠点精神科病院について、整備を進めるための支援について検討する。

○　都道府県は、精神疾患を有する患者・小児・妊婦・透析患者等、特に災害時においても配慮を有する被災者に対応できる体制構築について平時より検討する。

○　災害時に拠点となる病院以外の病院においては、災害発生時に自院にいる患者への診療を継続するために、平時から、業務継続計画（BCP）を策定した上で、施設の耐震化や、自家発電機の整備、また、燃料の備蓄等を含めた必要な防災対策を実施するほか、EMISを用いて発災時に自らの被災情報を発信できる体制の構築を徹底し、災害時には災害時に拠点となる病院とともに、その機能や地域における役割に応じた医療の提供に努める。

○　都道府県によっては、災害時に拠点となる病院に協力する医療機関について、地域の救急医療機関を中心に指定し、その取組を促している例（災害時に多く発生が予想される中等症患者を積極的に受け入れる医療機関を指定等）もあることから、これらも参考に、地域の実情に応じた災害時の医療提供体制を検討する。

○　これらの取組が進むように、都道府県は、平時より、都道府県防災会議や災害医療関連の協議会等において、災害医療コーディネーターや災害拠点病院を含む地域の医療機関の代表者、その他地域の災害医療に関する関係者と共に、関係機関の役割・医療機関間の連携について確認する。

（止水対策を含む浸水対策）

○　浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する災害拠点病院は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や、自家発電機等の電気設備の高所移設、排水ポンプの設置等による浸水対策を講じる。

○　浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在するその他の医療機関は、浸水対策を講じるように努める。

○　風水害も含め災害時に医療活動が真に機能するために、都道府県は地域防災会議や災害医療対策関連の協議会等に医療関係者の参画を促進する。

○　業務継続計画（BCP）の策定は、地域における医療機関の役割やライフライン復旧対策等、他機関（行政・消防・関連業者等）を含めた地域全体での連携・協力が必要であるため、地域防災計画等の他のマニュアルとの整合性をとる必要があり、医療機関が独自に策定するのは難しいことから、地域の防災状況や連携を研修内容に組み込んでいる厚生労働省実施の BCP 策定研修事業等を活用し、実効性の高い業務継続計画（BCP）を策定する。

（医療コンテナの災害時における活用）

○　災害訓練や実災害時において、また、イベント時の事故等への備えにおいて、医療コンテナを活用し有用性を検証する。

○　都道府県や医療機関は、災害時等において、検査や治療に活用する。具体的には、災害時の医療提供体制を維持するために医療コンテナ等を活用し、例えば、仮設診療所の設置や被災した病院施設の補完等を行う。

③ 指標の見直し（例）

- DMAT 感染症研修を受講した DMAT 隊員の隊員数及び割合
- 既存の指標の災害医療コーディネーター任命数を廃止し、都道府県災害医療コーディネーター任命数及び地域災害医療コーディネーター任命数
- 災害拠点病院以外の病院における自家発電機の燃料の備蓄（３日分）の実施率
- 浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する病院において浸水対策を講じている病院の割合
- 浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する病院において、業務継続計画（BCP）を策定している病院のうち浸水を想定した業務継続計画（BCP）を策定している病院の割合

（３）へき地の医療

① 見直しの方向性

○　へき地における医師の確保については、引き続きへき地の医療計画と医師確保計画を連動して進める。

○　へき地における医療人材の効率的な活用や有事対応の観点から、

国は自治体におけるオンライン診療を含む遠隔医療の活用について支援を行う。

○　へき地医療拠点病院の主要３事業（へき地への巡回診療、医師派遣、代診医派遣。以下同じ。）の実績向上に向けて、巡回診療・代診医派遣について、人員不足等地域の実情に応じてオンライン診療の活用が可能であることを示し、へき地の医療の確保を図るための取組を着実に進める。

② 具体的な内容

（へき地で勤務する医師の確保）

○　へき地医療支援機構は、医師確保計画とへき地の医療計画を連携させるために、地域枠医師等の派遣を計画する地域医療支援センターと引き続き緊密な連携や一体化を進めることとする。

（遠隔医療の活用）

○　医療機関が遠隔医療を実施するに当たっては、資金やハード面の整備を含む自治体からの支援が重要であることが示唆されているため、都道府県においてオンライン診療を含む遠隔医療を活用したへき地医療の支援を行うよう、へき地の医療体制構築に係る指針で示すとともに、遠隔医療に関する補助金による支援や、好事例の紹介等による技術的支援を行う。

（へき地医療拠点病院の主要３事業）

○　主要３事業の実績の向上に向けて、オンライン診療の導入が有用である可能性が示唆されており、オンライン診療を活用し行った巡回診療・代診医派遣についても、事業の実績に含めることを明確化する。但し、全ての巡回診療等をオンライン診療に切り替えるものではなく、人員不足等地域の実情に応じて、オンライン診療で代用できるものとする。

③ 指標の見直し（例）

- へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療のうち、オンライン診療で行った回数・日数・延べ受診患者数
- へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣による診療のうち、オンライン診療で行った回数・延べ日数

（４）周産期医療

① 見直しの方向性

○　周産期医療の質の向上と安全性の確保のため、周産期医療圏を柔軟に設定し、基幹となる医療施設への集約化・重点化を進める。
○　保健・福祉分野の支援や小児医療との連携を含む周産期に関わる幅広い課題の検討に専門人材等も参画し、周産期医療に関する協議会を活用する。
○　ハイリスク妊産婦への対応や、医療的ケア児の在宅ケアへの移行支援など、周産期医療体制の整備を進める。
○　周産期医療に携わる医師の勤務環境の改善を進めつつ、医療機関・機能の集約化・重点化を進める。
○　新興感染症の発生・まん延時に備えた周産期医療体制を整備する。

② 具体的な内容

（周産期医療圏の設定）

○　産科医師や分娩取り扱い施設が存在しない周産期医療圏がないようにするという第７次医療計画中間見直しの際に示された方針に従って、周産期医療に携わる医師の勤務環境にも留意しつつ、二次医療圏にこだわらず周産期母子医療センターを基幹として集約化・重点化を行うなどにより、周産期医療圏を柔軟に設定し、必要な医療を確保する。

（周産期医療に関する協議会）

○　構成員には、地域の周産期医療に携わる医師の他、助産師等看護職を含むことを基本とする。また、妊婦のメンタルヘルスケアに携わる人材や消防関係者の参画を検討する。さらに、地域の実情に応じ歯科医師、薬剤師、保健師等必要な職種その他の関係者の参画を検討する。
○　将来的な医療の質の向上、安全性の確保のために、周産期医療の知識及び技術を指導する人材の育成等について検討する。
○　周産期医療については、出生後の児を円滑に小児医療につなげる観点から、小児医療と強く結びつく必要があるため、「周産期医療に関する協議会」と「小児医療に関する協議会」との合同開催等を通じ、互いの情報連携を進める。
○　医療と母子保健等との連携を推進する観点から、保健福祉部局の担当者の参画を通じて、市町村が行っている保健・福祉等の支援策についての情報共有を図り、母子に対して切れ目ない支援を進める。

○　協議会は少なくとも年１回、必要な場合は年に複数回、定期又は臨時で開催するものとする。また、必要に応じオンラインで開催する。

（ハイリスク妊産婦への対応）

○　NICU・MFICU や周産期・新生児専門医などの高度専門人材の集約化・重点化などを通じて、総合周産期母子医療センターを中心として、必要に応じて協力医療施設を定め、精神疾患を含めた合併症妊娠や胎児・新生児異常等、母体又は児のリスクが高い妊娠に対応する体制を構築する。

○　総合周産期母子医療センターは、周産期医療関係者研修事業を活用し、地域の医療従事者への研修を含め、周産期医療に精通した指導的役割を持つ医療従事者育成の役割も担う。

○　地域における妊産婦の精神疾患に対する医療体制を整備するため、周産期医療に関する協議会の構成員として、妊婦のメンタルヘルスに携わる人材の参画を検討する。（再掲）

○　社会的ハイリスク妊産婦への対応として、周産期医療に関する協議会等を通じて、市町村が行っている保健・福祉等の支援等の情報共有を図り、支援につなげる。

○　集約化・重点化により分娩施設までのアクセスが悪化した地域に居住する妊産婦に対して支援等を行っている自治体の例を収集し、これらも参考に、地域の実情に応じて対策を検討する。

（在宅ケアへの移行支援）

○　周産期医療関連施設は、NICU 長期入院児等が自宅に退院する前に、地域療養支援施設運営事業を活用して、当該施設の一般病棟や地域の医療施設への移動等の段階を経ることにより、自宅退院後に家族が在宅ケアを行うための手技習得や環境の整備をする期間を設けることで、医療的ケア児の生活の場における療養・療育への円滑な移行を支援する。

○　地域の医療機関は、在宅において療養・療育を行っている児の家族に対し、日中一時支援事業を活用し、レスパイト等の支援を実施する。

（産科区域の特定）

○　分娩を取り扱う医療機関は、母子の心身の安定・安全の確保等を図る観点から、産科区域の特定などの対応を講ずることが望ましいなか、当該医療機関の実情を踏まえた適切な対応を推進する。

（医師の勤務環境の改善）

○　周産期医療に携わる医師の勤務環境の改善のため、医師の働き方改革を進めつつ、地域において必要な周産期医療を維持・確保するため、地域医療構想や医師確保計画との整合性にも留意しながら、基幹施設を中心として医療機関・機能の集約化・重点化や産科及び小児科の医師偏在対策を検討する。

○　ハイリスク分娩を取り扱う周産期母子医療センター等に負担を集中させないよう、ハイリスクでない分娩は、その他の産科病院や産科有床診療所等で取り扱うことや、分娩を取り扱わない医療機関においても、妊婦健診や産前・産後のケアの実施や、オープンシステム・セミオープンシステムの活用をすすめるなど、医療機関の役割を分担し、周産期医療と母子保健を地域全体で支える。

○　地域医療介護総合確保基金等を活用し、院内助産や助産師外来の活用を進めることにより、産科医師から助産師へのタスクシフト／シェアを進める。

（新興感染症の発生・まん延時の周産期医療体制）

○　新興感染症の発生・まん延時においても、地域で周産期医療を確保するため、感染症の罹患又は罹患が疑われる妊婦に対して産科的緊急症を含む産科診療を実施する医療機関について、地域の周産期医療に関する協議会等においてあらかじめ協議する。

○　適切に妊婦のトリアージや入院等に係るコーディネートを行う災害時小児周産期リエゾン等の人材を、災害時小児周産期リエゾン養成研修事業を活用し養成するとともに、その活用について平時から検討する。

○　周産期医療に関する協議会の構成員として、消防関係者の参画を検討し、平時及び新興感染症の発生・まん延時における妊産婦の受け入れ先等の救急搬送体制について協議する。（再掲）

③ 指標の見直し（案）

- 院内助産や助産師外来を行っている周産期母子医療センター数
- NICU 入院時の退院支援を専任で行う者が配置されている周産期母子医療センター数
- NICU 長期入院児が自宅に退院する前に、家族が在宅ケアを行うための手技習得や環境の整備をする期間を設けるための病床を設置している周産期母子医療センター数
- 退院支援を受けた NICU・GCU 児数
- 妊産婦の居住する市町村の母子保健事業について、妊産婦に個別に情

報提供を行っている周産期母子医療センター数

（５）小児医療（小児救急医療を含む。）

① 見直しの方向性

○　小児患者が救急も含めて医療を確保できるよう医療圏を設定するとともに、地域の小児科診療所の役割・機能を推進する。

○　保健・福祉分野の支援や周産期医療との連携を含む、小児に関わる幅広い課題の検討に専門人材等も参画し、小児医療に関する協議会を活用する。

○　医療的ケア児を含め、地域の子どもの健やかな成育が推進できるよう、支援体制を確保する。

○　保護者への支援のため、子ども医療電話相談事業（＃8000）を推進する。

○　小児医療、特に新生児医療に携わる医師の勤務環境の改善を進めつつ、医療機関・機能の集約化・重点化を進める

○　新興感染症の発生・まん延時に備えた小児医療体制を整備する。

② 具体的な内容

（小児医療圏の設定、医療機能の明確化等による医療の確保）

○　第８次医療計画の策定に当たっては、第７次医療計画中間見直しの際に示された方針に従って、周産期医療圏との連携のもと、小児医療圏と小児救急医療圏を一本化する。一本化に当たっては、小児救急患者を常時診療可能な体制がとれるよう留意する。

○　一般小児医療機能を担う小児科診療所は、地域における医療と保健、福祉、教育との橋渡しの役割・機能を担っており、小児医療に関する協議会の活用などを通じ、その役割・機能を推進する。

○　集約化・重点化によりアクセスが悪化する地域に居住する小児に対する医療の確保のため、オンライン診療について検討する。その際には、対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められることに留意する。

（小児医療に関する協議会）

○　構成員には、地域の小児医療に携わる医師、看護師を含むことを基本とし、周産期医療との連携の観点から助産師の参画を検討する。また、医療的ケア児や被虐待児等福祉が必要な児の成育に関する必要な対策を検討する観点から、児童福祉関係者や学校・教育関係者の参画を検討する。さらに、地域の実情に応じ歯科医師、薬剤

師、保健師等必要な職種その他の関係者の参画を検討する。

○　小児の外傷、熱傷等小児科以外の診療科と連携が必要な領域を含む、小児医療に関する事項についても幅広く協議する。

○　小児医療については、出生後の児を円滑に周産期医療から引き継ぐ観点から、周産期医療と強く結びつく必要があるため、「小児医療に関する協議会」と「周産期医療に関する協議会」との合同開催等を通じ、互いの情報連携を進める。

○　協議会は少なくとも年１回、必要に応じて年に複数回、定期又は臨時で開催する。また、必要に応じオンラインで開催する。

（医療的ケア児への支援）

○　医療的ケア児が入院する医療機関は、地域全体で取り組まれている、医療的ケア児支援センターを中心とした、医療的ケア児及びその家族への支援体制に参画する。

○　医療的ケア児が入院する医療機関は、児の入院後、現在の病状及び今後予想される状態等について家族等と話し合いを開始し、退院後の療養上必要な事項について説明するとともに、転院・退院後の療養生活を担う医療機関や訪問看護ステーション等との連絡や調整、福祉サービスの導入に係る支援等を行う体制を整える。また、退院後の医療的ケア児の緊急入院に対応できる体制を整備する。

○　保護者の負担を軽減するため、日中一時支援事業を活用し、レスパイトの受け入れ体制等の医療体制を整備する。

（子どもの成育に関する保健・教育・福祉との連携）

○　小児医療に関する協議会の構成員として、地域の小児医療に携わる医師、看護師を含む事を基本とし、周産期医療との連携の観点から助産師の参画、また、医療だけでなく、保健・教育・福祉にわたり、子どもたちの成育について広く協議する為に、児童福祉関係者や学校・教育関係者の参画を検討する。さらに、地域の実情に応じ歯科医師、薬剤師、保健師等必要な職種その他の関係者の参画を検討する。（再掲）

○　地域で子どもの心の問題や児童虐待への医療・保健福祉の連携体制を構築し（子どもの心の診療ネットワーク事業や児童虐待防止医療ネットワーク事業の実施など）、医療機関においては、これらに参画する。また、市町村が開催する要保護児童対策地域協議会への参加や、不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援体制の整備の実施について、検討する。

（子ども医療電話相談事業（＃8000）の対応状況）

○　＃8000 について、応答率等を確認し、回線数を増やすなどの改善の必要性を適宜検討する。

○　＃8000 対応者研修事業を活用し、相談者への応対の質の向上を図る。

○　都道府県は、相談体制を補完するものとして、信頼できる小児救急に関するウェブ情報（こどもの救急、教えて！ドクター等）についても積極的に周知を行う。

（医師の勤務環境の改善）

○　小児医療、特に新生児医療に携わる医師の勤務環境の改善のため、労務管理等の働き方改革を進めつつ、地域において必要な小児医療を維持・確保することを目的として、地域医療構想や医師確保計画との整合性にも留意しながら、医療機関・機能の集約化・重点化や小児科の医師偏在対策を検討する。

（新興感染症の発生・まん延時の小児医療体制）

○　新興感染症の発生・まん延時においても、地域で小児医療を確保するため、感染症の罹患又は罹患が疑われる小児に対して救急医療を含む小児診療を実施する医療機関をあらかじめ協議する。

○　適切に小児のトリアージや入院等に係るコーディネートを行う災害時小児周産期リエゾン等の人材を、災害時小児周産期リエゾン養成研修事業を活用し養成するとともに、平時からその活用について検討する。

○　新興感染症の発生・まん延時に対面診療が困難となる場合に備えて、平時からオンライン診療の導入について検討する。

③ 指針の見直し（案）

- 子ども医療電話相談の応答率
- 在宅小児の緊急入院に対応している医療機関数
- 在宅医療を担う医療機関と入院医療機関が共同して在宅での療養上必要な説明及び指導を行っている医療機関数
- 退院支援を受けた NICU・GCU 入院児数

（６）新興感染症発生・まん延時における医療

本項目については引き続き検討会で議論を行い、別途とりまとめる。

３　在宅医療

（１）在宅医療の提供体制

① 見直しの方向性

○　今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備を進める。

○　「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定する。

○　「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進める。

② 具体的な内容

（在宅医療の体制整備）

○　国は、都道府県に対し、訪問診療及び訪問看護の必要量の推計や、小児の在宅医療について実態を把握するためのデータを提供する。都道府県は、国から提供を受けたデータを踏まえ、在宅介護の提供体制も勘案しながら、適切な在宅医療の圏域を設定し、地域での協議・調整を通じて体制整備を進める。なお、訪問診療及び訪問診療の推計については、現時点の受療率を元に算出するため、制約のある値であることに留意する。

○　具体的には、地域の実情に応じ、地域医療介護総合確保基金等も活用し、以下について取り組む。

・　訪問診療における、医療機関間の連携やICTの活用等による対応力強化、これまで訪問診療を担ってこなかった医療機関や新たに開業する医療機関の訪問診療への参入促進等

・　訪問看護における、退院に向けた医療機関との共同指導、医療ニーズの高い利用者への対応、24時間体制、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備、事業所間の連携、事業者規模の拡大、ICTの活用等による機能強化・業務効率化等

（「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」）

○　「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の目標や求められる事項については、医療機関や当該拠点がそれぞれ担うべき機能や役割を整理する。

○　「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付けることとする。

○　医療資源の整備状況が地域によって大きく異なることを勘案し、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」以外の診療所及び

病院についても、地域の実情に応じて、引き続き、地域における在宅医療に必要な役割を担うこととする。

（圏域の設定）

○　圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく異なることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の配置状況並びに地域包括ケアシステムの状況も踏まえ、市区町村や保健所圏域等の単位毎の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定することとする。

○　「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を圏域内に少なくとも１つは設定することとする。

（在宅医療・介護連携）

○　「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」が、同一の実施主体となりうることも含め、両者の関係について明確にし、連携を進める。

○　「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の整備状況や「在宅医療・介護連携推進事業」との連携について、実態把握と進捗確認を行う。

○　在宅医療の体制整備においては、これまでの介護サービス基盤の整備状況や今後の見込みも踏まえる必要があることから、医療計画と介護保険事業（支援）計画の整合性を図るため、医療計画策定の際に、都道府県や市区町村における医療・介護の担当部局間で協議を行うこととする。

③ 指標の見直し（例）

・ 機能強化型在宅療養支援診療所数及び機能強化型在宅療養支援病院数

（２）急変時・看取り、災害時等における在宅医療の体制整備

① 見直しの方向性

○　在宅療養患者の急変に適切に対応するための情報共有や連携を進める。また、看取りに際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を進める。

○　平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進めるとと

もに、災害時における業務継続計画（BCP）の策定を推進する。

② 具体的な内容

（急変時・看取りの体制）

○　在宅療養患者の急変に対応する入院医療機関としては、在宅療養支援病院、有床診療所、在宅療養後方支援病院、二次救急医療機関等が想定される。在宅医療の関係者間で情報共有や連携のあり方に関するルールを共有するため、在宅医療における急変時対応に関係する機関として消防機関や後方支援を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療の協議の場への参加を促す。

○　本人と家族が希望する医療・ケアを提供するにあたり、医療と介護の両方を視野に入れ、利用者の状態の変化に対応し、最期を支えられる訪問看護の役割は大きいため、訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数を指標例に追加する。

（災害時等の支援体制）

○　「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」については、引き続き、災害時等にも適切な医療を提供するための計画を策定することとする。

○　災害時においては、医療機関間や訪問看護事業所間等、また、医療機関、訪問看護事業所、薬局、居宅介護支援事業所等の関係機関間、さらに市区町村や都道府県との連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、業務継続計画（BCP）の策定を推進する。

③ 指標の見直し（例）

・　訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数

（３）在宅医療における各職種の関わり

① 見直しの方向性

○　医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示による、在宅療養患者への医療・ケアの提供を進める。

○　在宅医療における各職種の機能・役割について明確にする。

② 具体的な内容

（各職種の関わり）

○　在宅療養患者への医療・ケアの提供に当たり、医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示により、患者の病態に応じて、適切な時期にサービスが提供される必要がある。

○　在宅療養患者の身体機能及び生活機能の回復・維持を図る観点から、口腔の管理、リハビリテーション、栄養管理について、関係職種間での連携を推進する。

（訪問看護）

○　退院に向けた医療機関との共同指導、医療ニーズの高い利用者への対応、24 時間体制、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備や、事業所間の連携、事業者規模の拡大、ICT 化等による機能強化、業務効率化等について、地域医療介護総合確保基金等を活用し、地域の実情に応じて、取組を進める。（再掲）

○　本人と家族が希望する医療・ケアを提供するにあたり、医療と介護の両方を視野に入れ、利用者の状態の変化に対応し、最期を支えられる訪問看護の役割は大きいため、訪問看護によるターミナルケアを受けた利用者数を指標例に追加する。（再掲）

（訪問歯科診療）

○　在宅療養患者に対する口腔の管理は重要であり、歯科衛生士の機能・役割や訪問歯科診療への関わりについて、次期指針における在宅医療の現状や医療体制の構築に必要な事項の項目等に盛り込む。

○　在宅歯科医療を進めるに当たり、歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携は重要な課題であり、「在宅医療において必要な連携を担う拠点」も活用し、圏域内の状況を踏まえ、地域の在宅歯科医療の目指す姿について、関係機関等と共有しつつ、連携体制構築を進める。

（訪問薬剤管理指導）

○　入退院時における医療機関等との情報共有をはじめ、関係機関との協力を通じて、薬局と在宅医療に係る他機関との連携体制を構築することは重要である。多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等の観点から、地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関等と連携して行われる研修や、カンファレンス等への参加を通じて、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図る。

○　都道府県の薬務主管課と医療政策主管課が連携し、地方薬事審議会等を活用して、麻薬調剤や無菌調剤等の高度な薬学管理が可能な薬局の整備状況や実績について把握・分析を行い、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を整備する。

○　地域連携薬局については、令和３年度に制度が開始されたばかりであり、都道府県によって認定状況に差があるため、地域連携薬局の在宅医療への貢献について、今後調査を進めることとし、その結果も踏まえて、取組を検討する。

（訪問リハビリテーション）

○　在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点からリハビリテーション提供体制の整備は重要であり、その機能・役割について、明確化する。

（訪問栄養食事指導）

○　在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるためには、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や栄養ケア・ステーション等の活用も含めた訪問栄養食事指導の体制整備が重要であり、その機能・役割について、明確化する。

③ 指標の見直し（例）

- 麻薬（持続注射療法を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数並びに麻薬（持続注射療法を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数
- 無菌製剤（ＴＰＮ輸液を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数並びに無菌製剤（ＴＰＮ輸液を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数
- 小児の訪問薬剤管理指導を実施している薬局数及び小児の訪問薬剤管理指導を受けた患者数
- 24 時間対応可能な薬局数
- 訪問リハビリテーションを実施している診療所・病院・介護老人保健施設・介護医療院数及び医療機関から訪問リハビリテーションを受けた患者数
- 訪問栄養食事指導を実施している診療所・病院数及び訪問栄養食事指導を受けた患者数

Ⅲ　外来医療にかかる医療提供体制の確保に関するガイドラインに関する事項

１　外来医師偏在指標を活用した取組について

（１）外来医師偏在指標について

○　外来医師偏在指標については、引き続き現行の計算式を使用するとともに、地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループにお

ける医師偏在指標に係る議論を踏まえ、使用するデータの時点については、平成 29 年の外来受療率を用いることとする。

（２）外来医師偏在指標を活用した取組について

○　今後の外来需要の動向が地域によって異なることを踏まえ、二次医療圏毎の人口推計や外来患者数推計等を踏まえた協議を行うことを求める。また、策定した外来医療計画は、住民に対しわかりやすく周知するほか、取組の実効性を確保する観点からは、金融機関等へ情報提供を行うことが重要である。

○　さらに、外来医師多数区域以外や新規開業者以外においても、地域の実情に応じて、地域で不足する医療機能を担うよう求めることができることとする。なお、外来医療の体制整備に当たっては、医師確保の観点も必要であるが、特に外来医師多数区域以外については、医師確保計画とも整合性をとりながら進めることとする。

○　地域に必要な外来医療提供体制の構築を進める観点から、都道府県は、地域で不足する医療機能（夜間・休日の診療、在宅医療、公衆衛生等）について、具体的な目標を定め、達成に向けた取組の進捗評価に努めることとする。また、救急医療や在宅医療の施策との連携が考えられるほか、学校医の確保については都道府県等の教育委員会との連携も重要である。

○　外来医師多数区域における新規開業者に対しては、地域で不足する医療機能を担うことに合意が得られた事項に関して、地域の医師会や市町村と情報共有する等、フォローアップを行う。

２　医療機器の効率的な活用について

（１）医療機器の配置・稼働状況等の可視化について

○　都道府県においては、地域の医療機関がその地域において活用可能な医療機器について把握できるよう、医療機器の配置・稼働状況に加え、共同利用計画から入手可能な、医療機器の共同利用の有無や画像診断情報の提供の有無等の方針についても可視化を進め、必要な共同利用を促進することとする。

（２）共同利用計画について

○　地域の医療資源を可視化する観点から、新たに医療機器を購入する医療機関に対して、購入後の当該医療機器の稼働状況について、都道府県へ報告を求めることとする。

３　地域における外来医療の機能分化及び連携について

（１）外来医療計画の記載事項について

○　地域の医療機関の外来機能の明確化や連携状況を可視化し、患者による医療機関の適切な選択を支援することを目的に、紹介受診重点医療機関となる医療機関の名称に加え、外来機能報告で把握可能な、紹介受診重点外来の実施状況等の情報を新たに盛り込む。

（２）外来機能報告の活用方法について

○　都道府県においては、外来機能報告により入手可能な重点外来や紹介・逆紹介等のデータを活用し、地域の外来医療の提供状況について把握するとともに、紹介受診重点医療機関の機能・役割も踏まえた、地域における外来医療提供体制の在り方について、検討を行うこととする。

Ⅳ　医師確保計画策定ガイドラインに関する事項

（１）　医師偏在指標

①　見直しの方向性

○　医師偏在指標の精緻化を行う。

○　都道府県が地域の実情に応じた施策を検討する際の参考となるよう、国が新たに勤務施設別（病院及び診療所）の医師偏在指標を参考資料として都道府県に提示する。

②　具体的な内容

（複数の医療機関に勤務する医師の取扱い（三師統計の「従たる従事先」の反映））

○　医師偏在指標の算定式における「性年齢階級別医師数」の算出に当たっては、複数の医療機関に勤務する医師の取扱いについて、医師偏在指標の精緻化を図る観点から見直す。

○　具体的には、三師統計で「従たる従事先」に主たる従事先とは異なる医療圏に所在する医療機関を記載している医師について、その状況を踏まえ、主たる従事先で 0.8 人、従たる従事先で 0.2 人として算出する。

（医師偏在指標の算定で用いる受療率及びその時点）

○　現在は全国受療率を用いて医師偏在指標を算出している。都道府県別受療率を用いた場合、受療率が高い都道府県で更に多くの医師

を配置する必要性が生じることとなり、地域偏在の解消が進まなくなる恐れがあることから、次期医師偏在指標においても、現在の医療提供体制が維持できるよう十分配慮をした上で、引き続き全国受療率を用いる。

○　令和２年の患者調査は新型コロナウイルス感染症の影響を受けていると考えられる。今後の受療率の見通しの予想は困難であり、現時点においては、少なくとも新型コロナウイルス感染症の影響を受けていない平成 29 年の患者調査を用いて医師偏在指標を算出する。

（勤務施設別の医師偏在指標）

○　都道府県単位及び二次医療圏単位では引き続き従前の医師偏在指標（上記の内容を反映したもの）を用いて、医師少数区域・医師多数区域等を設定する。

○　新たに、地域の実情に応じた施策を検討する際に活用することができるよう、勤務施設別（病院及び診療所）の医師偏在指標を参考資料として都道府県に提示する。

（診療科間の医師偏在）

○　診療科間の医師偏在は、地域間の医師偏在と併せて引き続き対応が必要である。現時点では診療科ごとの医師偏在指標は算出が困難であるが、都道府県においては、必要な施策を検討するに当たっては、既に公表されている三師統計の診療科別医師数を参考にすることが考えられる。

（２）　医師少数スポット

①　見直しの方向性

○　医師少数スポットの設定地域の考え方を明確化するとともに、医師少数スポットの設定理由を医師確保計画に明記する。

②　具体的な内容

○　医師少数スポットは、原則として市区町村単位で設定し、へき地や離島等においては、必要に応じて市区町村よりも小さい地区単位の設定も可能とし、医師少数スポットの設定の理由を医師確保計画に明記することにする。

○　医師確保計画を策定する際は、これまで設定していた医師少数スポットについて、医師確保の状況等を踏まえ、設定箇所の見直しを行う。

○　都道府県の医師少数スポットに対する施策による効果を把握でき

ていないため、現時点では医師少数スポットに係る一定の基準の設定は困難であるが、 今年度から厚生労働省において、医師少数スポット等の医師確保の実態について把握することとしており、今後その結果を分析することにより当該基準について検討する。

（３） 目標医師数

① 見直しの方向性

○ 特に医師少数区域以外の区域における目標医師数の設定における考え方を示す。

○ 国が新たに「計画終了時に計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数」を都道府県に提示する。

② 具体的な内容

○ 医師少数都道府県の目標医師数は、現ガイドラインに引き続き、計画期間終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全都道府県の医師偏在指標の下位１/３に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数とする。

○ 医師少数都道府県以外は、現ガイドラインに引き続き、目標医師数を既に達成しているものとして取り扱うが、下記に記載する自県の二次医療圏の設定上限数の合計が、都道府県の計画開始時の医師数を上回る場合は、都道府県の計画開始時の医師数を上回らない範囲で、各二次医療圏の目標医師数を設定する。

○ 医師少数区域の目標医師数は、現ガイドラインに引き続き、計画期間終了時の医師偏在指標の値が、計画期間開始時の全二次医療圏の医師偏在指標の下位１/３に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数とする。ただし、計画期間開始時に既に下位１/３に達するために必要な医師数を達成している場合は、原則として、目標医師数は計画開始時の医師数を設定上限数とする。

○ 医師少数区域以外の目標医師数は、原則として、計画開始時の医師数を設定上限数とする。ただし、今後の医療需要の増加が見込まれる地域では、厚生労働省が参考として提示する「計画終了時に計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数」を踏まえ、その数を設定上限数とする。

○ なお、地域で必要とされる医療が提供される必要があることから、医療提供体制の維持を考慮し、目標医師数の設定を行う。

（４） 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定・取組等

① 見直しの方向性

○ 都道府県は、安定した医師確保を行うため、地域枠に加えて地元出身者枠についても、恒久定員内への設置を進めるとともに、地域枠等の医師のキャリア形成を支援する。

② 具体的な内容

○ 医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討が求められてきた中、安定した医師確保を行うため、都道府県は、地域枠に加え、柔軟に運用できる地元出身者枠の恒久定員内への設置について、積極的に大学と調整を行うこととする。

○ 特に医師少数県においては、自県内に所在する大学への積極的な地域枠の設置に加えて、地元出身者を対象として他県に所在する大学にも地域枠を設置し、卒前からキャリア形成に関する支援を行うことで、医師確保を促進する。

○ 都道府県、大学、関係機関が連携して、キャリアコーディネーター等を活用しながら、キャリア形成卒前支援プランを通して学生時代から地域医療に従事・貢献する医師としての姿勢等を涵養し、各都道府県・大学等における地域医療を担う医師養成の観点から有効な取組について、情報共有を行う機会を定期的に設けることとする。

○ 都道府県は、大学及び地域の医療機関等と連携し、医師少数区域等における医師確保が必要な診療科や医師数に加え、医師のキャリア形成の視点から医療機関の指導体制等についても十分に把握した上で、地域医療対策協議会で協議を行い地域枠の医師の配置を検討することで、地域枠の医師がキャリア形成をしつつ地域医療に従事しやすい仕組みを構築することとする。

（５） 産科・小児科医師偏在指標

① 見直しの方向性

○ 産科医師偏在指標及び小児科医師偏在指標の精緻化を行う。

② 具体的な内容

○ 産科の医師偏在指標は、実際に分娩を取り扱う産科医師とすることが望ましいため、算出に用いる医師数は、現行の「産科・産婦人科医師数」を「分娩取扱医師数」と変更し、三師統計において「過

去 2 年以内に分娩の取扱いあり」と回答した医師のうち、日常的に分娩を取り扱っていると考えられる、産婦人科・産科・婦人科を主たる診療科と回答した医師数を用いる。また、指標の名称を「産科医師偏在指標」から「分娩取扱医師偏在指標」と変更する。

○　分娩取扱医師偏在指標及び小児科医師偏在指標も（１）の医師偏在指標と同様に、三師統計で異なる医療圏の従たる従事先を記載している医師については、主たる従事先で 0.8 人、従たる従事先で 0.2 人として算出する。

（６）　医師確保計画の効果の測定・評価

①　見直しの方向性

○　医師確保計画における効果の測定・評価の方法について見直しを行う。

②　具体的な内容

○　第８次（前期）医師確保計画に記載する第７次医師確保計画の効果の測定・評価については、計画終了時の医師偏在指標の見込みの算出が困難であることから、病床機能報告等の都道府県が活用可能なデータを参考として評価することとする。ただし、病床機能報告は一般病床及び療養病床のデータのみであることに留意する。

○　三師統計については、オンライン提出の仕組みを導入することで、結果を早期に公表できるよう検討を進める。また、既存の他統計との連携も含め、三師統計の更なる充実化を図る。

（７）　その他

①　見直しの方向性

○　都道府県は、寄附講座の設置、派遣元医療機関への逸失利益の補填に加えて、その他の既存の施策を組み合わせることで、医師少数区域等の医師確保を推進する。

○　子育て支援は個々の医療機関の取組としてだけではなく、地域の医療関係者、都道府県、市区町村等が連携し、産科及び小児科に限らず全診療科を対象として、地域の実情に応じて取組む。

②　具体的な内容

（医師確保に関する施策）

○　医師派遣については、都道府県が、医師派遣を必要としている医

師少数区域等の医療機関と、医師派遣が可能な県内の医療機関を十分把握していない場合もあることから、例えば、地域医療支援センターは医師確保が必要な診療科・医師数や、派遣元医療機関の候補を調査し、医師派遣に必要な情報を正確に把握することとする。

○　自県内に所在する大学への寄附講座の設置や、都道府県が基金を活用して派遣元の医療機関の逸失利益を補填する取組については、これまで一部の都道府県において行われてきたが、各都道府県はそれらの取組を参考にしつつ、医師少数区域等の医師確保を推進することとする。

○　上記取組を行ってもなお、自都道府県内で十分な医師の確保ができない場合には、県外に所在する大学に寄附講座を設置するなどし、都道府県は県外からも医師の派遣調整を行うこととする。

○　都道府県は、派遣医師が医師少数区域経験認定医師を取得可能になるよう配慮することや、専門医制度の連携プログラム、寄附講座等による医師派遣といった既存の施策を組み合わせることを通じて、医師派遣を促進することとする。

○　当該医師確保に関する各都道府県の取組の中で参考となるものについては、国は、好事例として周知することとする。

（子育て支援等）

○　医学部入学者に占める女性の割合が増加する中、女性医師就業率は子育て世代において低下しており、また、子育て世代の医師に対する取組は男女問わず重要であると考えられることから、妊娠中の支援や子育て支援（時短勤務等の柔軟な勤務体制の整備、院内保育・病児保育施設・学童施設やベビーシッターの活用等）については、個々の医療機関の取組としてだけではなく、地域の医療関係者、都道府県、市区町村等が連携し、産科及び小児科に限らず全診療科を対象として、地域の実情に応じて取組むこととする。

○　子育て等の様々な理由で臨床業務を離れ、臨床業務への再就業に不安を抱える医師のための復職研修や就労環境改善等の取組を通じ、再就業を促進することとする。

資料１９

令和４年度　第２回沖縄県がん診療連携協議会　医療部会　議事要旨

日時：令和４年７月21日（木）　14：30～15：30
場所：Zoomを利用したWeb開催
出席者７名：宮里浩(那覇市立病院)、外間早紀子(沖縄県保健医療部健康長寿課)、照屋淳(北部地区医師会病院)、川満博昭(宮古病院)、安次嶺宏哉(沖縄協同病院)、有賀拓郎(琉球大学病院診療情報管理センター)、増田昌人(琉球大学病院がんセンター)
欠席３名：松茂良力(八重山病院)、朝倉義崇(中部病院)、野村寛徳(琉球大学病院第一外科)
陪席者：１名：西銘亜希(琉球大学病院がんセンター)

報告事項

１．令和４年度 第１回沖縄県診療連携協議会 医療部会議事要旨について
資料１に基づき令和４年度第１回議事要旨について説明があった。

２．今年度の委員について
前回の会議で委員となられた方について報告があった。

協議事項

１．今年度の部会長・副部会長の選定について
協議により部会長を野村委員に、副部会長を宮里委員と有賀委員に選定した。部会長には９割以上出席いただくこととなった。それが難しい場合は、再度協議することとした。

２．県内における免疫抑制・化学療法によるＨＢＶ再活性化への対策について
宮里委員からの提案で始めた協議をふまえ、安次嶺委員に対策の具体化に向けて作成いただいた文書を確認したうえで、協議を行った。

【増田委員】目的として、県内の薬剤師会へ再活性化予防のための注意喚起と、医療連携として具体的なプロトコールの提案の二つに分けている。「免疫抑制化学療法によるＢ型肝炎ウイルス再活性化に関する注意喚起と周知依頼」の文書を医療部会から薬剤師会に出し、それとあわせて各病院に注意喚起を促す文書を出してみてはどうかという話のようである。
【宮里委員】この文書だと薬剤師には何を求めているかわかりにくいような気がする。
【有賀委員】処方箋は病院によってHBVの既往歴を記載しているところと、琉球大学病院のように、個人情報保護の観点から、記載していないところもある。処方箋を受け取る薬剤師や薬局は、対応に戸惑う文書が届くと困るだろう。共通プロトコールを作るとか、経口抗がん剤でも注意が必要だという話は大事だが、医療部会としてもうひと思案してもよいのではないか。基本コンセプトを確認し、それに合致する文書を作成していくこととしたい。

３．市町村ごとの死亡率について

令和４年度第１回がん診療連携協議会で、「がん対策関連データのアップデート」ということで、埴岡先生が発表された資料をもとに協議を行った。

【増田委員】市町村別の標準化死亡比（SMR）と年齢調整死亡率の動向等が示されているが、SMR は日本の平均を 100 としたときに、死亡が多いか少ないかを相対的に示している。標準化死亡比について、左の行では上から沖縄県全体、その次に市町村ごとにデータが並んでいる。次の列が全死因男性、全死因女性、そのあとに胃がん、大腸がん、肝臓がんの男性と女性というように個別のがん種が続いている。特に沖縄県全体の大腸がんの男性は 111 で、11%ほど予定よりも全国平均より多くなっている。グリーンが濃くなればなるほど値が低くて良く、赤が濃くなればなるほど値が高くて悪いのだが、大腸がんの男性と肺がんの女性が濃くなっていて悪いことがわかる。ただし経年で見ないとわからないところもある。

【有賀委員】先ほどの２疾患に関しては、経時的に悪化が見られる。他のがん種でも全国の平均より低いものの、県全体のがんの動向としては、徐々に標準的な日本の成績に近づいていて、沖縄県のがんの治療成績が下がってきていることを埴岡先生が説明されていた。

【増田委員】そのため市町村ごとに対策を講じる必要がある。

【有賀委員】医療部会としては、この資料を市町村に提示し、市町村の方で PDCA を回していただくためのアラートとするのか。そうではなく、より踏み込んで、提言を行うのか。

【増田委員】我々のやるべきことは全体を把握し見落としているがん種がないか確認することだが、今のところ新たに注意喚起が必要ながんはない。ただ経年的に見ていく必要があり、がんの死亡率など復帰当時の沖縄の成績は良かったが他府県が相対的に良くなっているため、がん対策が始まってからの方が位置づけとしては相対的に悪くなっている。そのうえで成績の悪い市町村に対しどのような対策を講じるべきか検討してもよいのではないか。

【有賀委員】医療部会の名義で文書を送るとなると、受け取る側としてはかなりのプレッシャーを与える文書になり得る。しかし最新データが 2015 年の単年の成績だと、７年前の治療成績になるので、その当時と今は異なると判断される心配もある。

【川満委員】専門は外科なのだが、大腸がんにおいて宮古では閉塞でステントを入れるケースで特に独身男性が多いのは日常の診療で実感している。何らかの対策は必要だろう。

【有賀委員】川満委員が診療されている中での肌感とあまり変わらず、アラートを出すことに価値があるということであれば、腸閉塞になってから来られるとなると大腸がん的にはエビデンスとして予後の悪い受診契機なので、ポスターや文書などを通して、市民の皆さんに検診を受けましょうと啓発していくことを医療部会として取り組んだほうがよいだろう。次回に持ち越して、具体的に何を医療部会として発出していくか、コロナ禍ということで慎重に考えなくてはいけないが、具体的なワーキングプロセスを話し合うというのはどうか。

【増田委員】県が全国がん登録を行っているので、そのデータをもとに市町村ごとのデータを出すことは可能だと思う。しかし一番の問題点は、沖縄県全体のデータは出しているが、２次医療圏のデータを出していなことだ。人口が５万以上の市に関しては、もう少し細かい

解析をし、経年変化も出していただけると、その結果をふまえて様々な啓発ができる。それが難しければ、例えば宮古島市の担当職員にこの医療部会に入っていただくとか、ワーキングを立ち上げ、宮古島の標準化死亡比が高いということに関して確認する必要がある。発症率だと、全国がん登録では整ったデータになるかわからないが、限局、領域、進行ということで進行度における傾向はわかる。そこにおける日本と県全体との比較、日本全体での比較、先進国の中での比較ができるので、市町村の担当者がその結果をもとに、住民に対して啓発活動を行うべきではないか。健診を受けていないために早期発見が遅れてしまっているので、検診を促す取り組みを各市町村でやっていただく必要がある。だが実際にはそれができていないので、そこをこの医療部会でお手伝いをしてもよいのではないか。例えば宮古であれば、川満委員が地元の市の担当者に連絡し、注意喚起をしていただき、宮古病院の先生方と市の担当者が協力してこれまで検診を受けたことのない人に受けていただくにはどうすべきか協議を重ね、検診を促して精密検査のニーズを高めていけるだろう。日本全体の問題でもあるが、検診の受診率が低い状況が続いているので、何かしらの工夫は必要である。
【有賀委員】各市町村にとなると、かなり大きく外れた話になってしまうのではないか。我々の力だととても遠くまで手を伸ばしていかなくてはいけない気がする。県の方で何かできることはあるだろうか。もし可能であれば、各市町村に健康長寿課名義でこの資料を共有いただき、肺がんと大腸がんだけでもいいので各市町村で行っている取り組みや問題点を洗い出し、改善に向けて是正策を立案いただき、次の会議で提示いただけるろうか。
【外間委員】班長に話してみないとわからない。
【有賀委員】埴岡先生がこのデータを出されてからひと月以上経っており、何か対策を講じていく必要があると思う。県には少なくとも各市町村にこのデータを提示し注意喚起していただけるとありがたい。医療部会から病院側へ働きかけても検診の受診率向上まであまり届かない気がしていて、やはり市町村の力をお借りする必要がある。市民への啓発をどのように行うか考えなくていけないので、次回に県の方から進捗を伺えるとありがたい。
【外間委員】埴岡先生のデータを市町村にお送りして、現状を把握いただくことが県としてできるかということについて、確認させていただきたい。
【有賀委員】埴岡先生のこのデータを各市町村にお配りすることは問題ないだろうか。
【増田委員】オープンデータとして公開されていて自由にダウンロードできる。
【有賀委員】既に公開されているデータであれば、あえ県名義で配る類のものでもないので、県名義で各市町村の現状を見てくださいと、お伝えいただくのはどうか。
【増田委員】20%を超えるのが浦添市とうるま市と宮古島市なのでまずはそちらからか、もしくは 10%以上の市町村に的を絞って行ってみてはどうか。ただ公平性という点で行政上、問題もあるかもしれないのでそこはお任せするが、何らかのアプローチはかけた方がよい。
【有賀委員】県で検討いただいた内容は今後も共有させていただきたい。また県から医療部会に対し要望があれば出していただくなど、何かしらのアクションがいただけると嬉しい。

４．希少がん対策について

【増田委員】以前この部会で、希少がんは原則として琉球大学病院で診ると決め、がん診療連携協議会のホームページにおいて、患者さんに対しては、希少がんと診断されたら担当医師に琉大病院を紹介していただき、医療者には、希少がんの患者さんについては琉球大学病院にご紹介いただくようお願いしている。がんサポートハンドブックにおいても、希少がんとは、発生の稀ながんを示す言葉で、沖縄県内では希少がんの診療経験が豊富な琉球大学病院での診療診察を推奨するとし、希少がんの詳しい情報として、国立がん研究センター希少がんセンターのサイトを紹介している。国の検討会でも、各都道府県の協議会において集約化と均てん化について決めるよう明記されることになった。今年度もこの方針で継続しても良いかをこの部会で審議いただいた上で、協議会で沖縄県全体の方針を決めていきたい。

【有賀委員】他の病院で希少がんを診るようにと言われても、そういう道具立てになっていないので難しい。部会としては昨年度の方針を継続し、協議会で審議いただくこととしたい。

５．難治がん対策について

【増田委員】実は難治がんに関して定義はない。5 年生存率が悪いものを難治がんとするというのが、大体のコンセンサスである。沖縄ではがん診療を行う医療施設をなるべく多くのがんで決めているが、難治がんの集約化も必要である。今回の指定要件の改訂に伴い、今後、各都道府県の協議会で協議、連携いただくよう、次のように明記することになった。

（２）都道府県全体のがん医療等の質の向上のため、次に掲げる事項を行い、都道府県内のどこに住んでいても適切な診断や治療にスムーズにアクセスできる体制を確保すること。
①地域の実情に応じて以下のアからケを参考に医療機関間の連携が必要な医療について、都道府県内の各拠点病院等及び他のがん診療を担う医療機関における役割分担を整理・明確化し、その内容を関係者間で共有するとともに広く周知すること。
ア　一部の限定的な医療機関でのみ実施される薬物療法
イ　集約化することにより予後の改善が認められる手術療法
ウ　強度変調放射線療法や密封小線源療法、専用治療病室を要する核医学治療等の放射線治療、高度で特殊な画像下治療（ＩＶＲ）
エ　緩和ケアセンター、緩和ケア病棟、ホスピス、神経ブロック、緊急緩和放射線治療等の緩和医療
オ　分野別に希少がん、・難治がんの対応を行う体制
カ　小児がんの長期フォローアップを行う体制
キ　ＡＹＡ世代のがんの支援体制
ク　がん・生殖医療（別途実施されている「小児ＡＹＡ世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」におけるがん・生殖医療ネットワークと協働して実施）
ケ　がんゲノム医療

以上のように、総論として難治がんを集約していくということがある。難治がんで言うと、

ここで5年生存率になるが、およそ5年生存率が50%を切るのは難治がんということになるのではないかと思う。例えば食道がん、肝臓がん、胆のう胆管、膵臓、肺、脳・中枢神経系、あとは血液系の多発性骨髄腫、そして急性白血病で、女性の場合もほぼ一緒になるが、これらを難治がんとおおよそ考えるということだが、一つは県の方で集約化のがん種に入っていないものを、ここで協議のうえ、県に提案してはどうかということでご提案させていただく。10年生存率で言うと、どれぐらいの生存率で難治がんとするかということについては意見が分かれるところではあるが、10年生存率で5割を切るものとして、口腔・咽頭がんが新たに入ってきて、あとは血液系のがんでも 5 割を切っている。女性の卵巣がんも10年生存率でいうと5割をきってくる。女性の口腔・咽頭がんは5割以上あるが、男性が圧倒的に低いので、おそらく男女合わせたら5割を切るだろう。そこで脳腫瘍と口腔・咽頭がんを新たに難治がんとして検討すべきがん種として県に提案したほうがよいか、もしくは今までの状況で今のがん種のみにするのかどうかということなのだが、いかがだろうか。
【有賀委員】県側として急にこの方針で進めると即答することはできないのではないか。
【有賀委員】県が出している「がん診療を行う医療施設」一覧に、難治がんというひとくくりのかたまりで加えるのではなく、難治がんを臓器ごとに加えるということか。
【増田委員】その通りである。県庁のホームページにある「がん診療を行う医療施設」一覧に口腔咽頭がんと脳腫瘍の2つを足す必要があるかと思う。だがすでに大人の脳腫瘍は琉球大学病院で、子どもの脳腫瘍は南部医療センターの方にある程度集約化ができている。口腔咽頭がんも琉球大学病院への集約化はされているが、この一覧表には入っていない。
【有賀委員】脳腫瘍と頭頚部腫瘍を、一覧に載せることで、その治療している医療機関として示されない医療機関にとってデメリットにならないか確認しておく必要はあると思う。この脳腫瘍と頭頚部腫瘍は、集学的な治療が必要で、手術、抗がん剤、放射線治療とすべての療法を総動員して治療を行う領域なので、個人的には載せた方がよいと思う。ちなみに一覧に載せるかどうかの決定というのは、この部会ではなく、県の方になるのだろうか。
【増田委員】県の6年ごとに立案する医療計画に基づき、毎年実施している医療機能調査の結果をもとに選定し直している。部会と協議会の決議をふまえ県に打診することになる。
【宮里委員】「がん診療を行う医療施設」一覧に先ほどの疾患を足していくということか。
【増田委員】この部会で選定せず、県に、先ほどのがん種を二つ増やすことを提案したい。
【宮里委員】結局は部会などで決めていただきたいとなって戻ってくるのではないか。
【増田委員】以前は協議会の直下にワーキングを作って、そちらで協議していただいた。
【有賀委員】事務作業を重ね、がん種ごとに治療を行っている医療機関の情報が数行追加されることになるが、県のがん行政関係者全てに了承いただくよう調整が必要だ。個人的には難治がんの患者さんは藁をもすがる思いだと思うので、県として提供できる情報があってもよい。難治がんに関わる先生方で協議することでコンセンサスは得られるだろう。
【宮里委員】タイトルが難治がんになっているので、少し混乱するのだが、この一覧で情報を得ることができるようにするために協議するということであれば、今お話しされた内容

でよいと思う。ただ難治がんということになると、おそらく臨床の先生方は、全国規模でコンサルトを考えるので、それとの兼ね合いもふまえて考えていくべきではないか。シンプルに口腔咽頭領域や、脳腫瘍等を足すということであれば、結局同じようなメンバーが集まり、部会とは別のワーキングでの事務作業をすることになると思うが、現状の追認だけになるイメージがあるので、その作業を省略することについて検討してもよいのではないか。
【有賀委員】この一覧に追加するとしたら口腔咽頭がんと脳腫瘍、頭頚部腫瘍関係になるだろう。そうなると現在主に対応しているのが琉球大学病院なので、琉球大学病院の先生にこの一覧に明記することを了承いただく必要がある。宮里委員がおっしゃったように、現在は大学や地域を越えてコンサルをするのが当たり前に行われているので、直接診療はしないが、そこを起点に県外の関連病院に紹介することはあり得るので、それをどのようにこの一覧の中に落とし込んでいくかというのは重要な検討事項である。ファーストタッチとして患者さんにどこで受診していただくかということと、県内である程度治療実績のある施設はどこかということで考えると、この２がん種を載せることに反対はないと思う。医療部会として提案し、上位部会でワーキングを立ち上げるのか、県と協議をするのかについては上で決めていただきたいと思う。医療部会としては２がん種追加を提案することとしたい。

６．小児がん治療後の長期フォローアップ外来について
【増田委員】現在、小児 AYA 部会の下にワーキングを立ち上げ、長期フォローアップについて協議を行っている。段階を踏んで進めていきたいと考えているが、最終的には、どの開業の先生でも普通に長期フォローアップができるようにしていただきたいというのが、全国のがんの子どもを守る会の願いである。しかし長期フォローアップに関するしっかりとしたマニュアルはない状況である。現状としては、琉球大学病院とこども医療センターの小児科の先生が引き続き診ているというのが実情である。本来であれば 15 ないしは 18 ないしは 20 歳で内科に移っていただくべきで、いつまでも小児科の方でフォローアップしていくのは良くないと全国的にも言われている。この両医療機関でフォローしているなかで、患者さんへの不利益は生じていないが、今後どのように展開していくべきか協議している。
【有賀委員】小児 AYA 部会の方での協議をふまえ、小児科から他の臓器別の診療科への橋渡しについては、小児 AYA 部会と医療部会が合同で協議していくこととしたい。
【川満委員】前回、宮古で小児の長期フォローアップでのトラブルケースはなかったか尋ねられたので確認した。宮古ではそもそも数が少なくトラブルは出ていないとのことだった。
【有賀委員】問題が起こってないということを伺えて安心した。引き続きお願いしたい。

７．パネル検査の啓発について
【増田委員】パネル検査は徐々に増えており、 県全体の数としては 120 を超え右肩上がりの傾向である(資料 9－2)。棒グラフのオレンジの部分が院外からの紹介で、県内のがん患者の人数比で言うと今の 10 倍の検査数が出てもおかしくない。積極的に相談いただきたい。

【有賀委員】引き続き各病院への啓発を行い、人口比に見合った数までパネル検査を引き上げていくということで、医療部会での課題ということになる。
【宮里委員】パネル検査が始まった当初は少し障壁が高く、検査の手続きが煩雑で、入り口のところで少し制限していたため査数がなかなか増えない状況だったと思う。先日の講演会で質問を受けたのだが、まだそのイメージが残っている印象だった。拠点病院は増田委員から情報が得られるので大丈夫なのだが、拠点病院以外からの紹介の割合はどの程度か。
【増田委員】最も大きい割合を占めているのは、中部病院で全件数の半分になる。その次が那覇市立病院で、その他は結構バラバラである。これまで相談のあった 10 施設ほどの病院には、引き続き相談いただくようアナウンスしているが、まだ紹介いただいてない病院に対しては、行っていなかった。ご指摘いただき、啓発不足だと気づかされた。
【宮里委員】システムとして当院を含めた拠点病院では一元化しているが、これは拠点病院以外のところでも同じように一元化しているのか。
【増田委員】はい。
【宮里委員】そうすると外科領域で、疾患によってタイミングはあると思うが、そんなに敷居を高くせず、必要であれば紹介できますとアナウンスしてもよいという理解でよいか。
【増田委員】窓口は私で、基本的には連絡をいただいた翌週か翌々週には受けている。
【宮里委員】一般の病院でも窓口を一つにして相談できるということで承知した。
【有賀委員】今後も間口を広く取っていくということで、取り組みを進めていただきたい。

８．離島・へき地における疾患別対応状況・課題について
　増田委員よりがんじゅうネットに掲載している「離島・へき地における疾患別対応状況」において、八重山病院から専門医数変更の連絡があり修正を行ったと報告があった。変更があれば 1 週間以内に修正対応するため、ご連絡いただきたいとのことだった。

９．協議会での重点項目について
【有賀委員】次回以降もそれぞれ協議を行うが、どこに重きを置くかということになる。
【増田委員】委員の皆さまから何を中心に協議していきたいか意見を頂戴したい。そしてもう一つは先ほどもお示しした資料にもある通り、今回の指定要件の改訂により、協議会で対応すべき取り組みが明確に示された。項目アの一部の限定的な医療機関でのみ実施される薬物療法とあるが、例えば血液がんに対して行っている CAR-T 療法は、今はごく一部の医療機関でしか行っていないわけだが、そういった治療や、手術の集約化、そして放射線治療に関しては集約化というよりはやっていることを共有し、互い患者の出し入れをし、緩和に関しては、特に神経ブロックと、緊急緩和放射線治療に関しては情報共有していくということ。また分野別ということで疾患ごとに希少がん、難治がんの対応を行う体制を個別に一つずつ確認していくこと、さらに小児がんの長期フォローアップと AYA 世代のがんの支援と生殖医療とがんゲノム医療ということで、沖縄県では既に行っていることなのだが、行って

いくにしても、それとは別に、沖縄県では今、大腸がん死激減プロジェクトで取り組みを進めているが、残念なことに取り組みを進められているのが治療の部分だけで、本来であれば予防と検診の部分も取り組んでいかなくてはいけないわけで、特に精密検査についてはしっかりと取り組んでいかなくてはいないのだが、そこが抜けているところだが、それ以外に何か重点的に協議していかなくてはいけないことはないかご意見をいただきたい。

【有賀委員】沖縄県がん診療連携協議会の組織図をふまえ、離島・へき地に緩和ケア、在宅医療、小児 AYA とでそれぞれワーキングが立ち上がっているテーマについては、医療部会として強力に取り組むよりはサポートしていくというのがよい。大腸がん死激減プロジェクトも幹事会の横についているので、他のワーキングで設定されてないテーマが、医療部会としてのプライオリティが高くなる。難治がんや希少がんについてはどの部会でも協議をしてないので、プライオリティが高い。また地域連携に関しては、医療部会の方で重点的にやるべきだと思うので、先ほどの CAR-T 療法とか放射線治療については、連携という観点から当部会でワーキングを立ち上げて重点的に取り組んでみてはどうか。

【増田委員】沖縄県に限らず地方でよく言われているのは、新しく認可された薬がなかなか使われにくいということがある。東京だと認可されたその日に処方されるが、地方だと数か月が経過しても処方されない傾向がある。実際、琉球大学病院での薬事審議会に際して、確認したところ、認可されてから 3 ヶ月以上経過しても全く処方されていない薬が多くあった。またデバイスや新たな治療法においても例えば 30 年前、骨髄移植は当時の日本ではすでに十何施設でできていたが、沖縄県ではできていなかった。そこで私達が骨髄移植を始めたのだが、こうした新たな治療法の導入についてもこの部会で検討していく必要がある。

【有賀委員】この指定要件の改訂事項の中で、的を縛って注力して協議を進めていくという話には、どうしてもまだなっていかない気がするので、この 8 項目の中でズバリこれだという話ではなくて、俯瞰した視点から少し協議内容を組み直す必要がある。

【増田委員】指定要件の変更に関して、沖縄県では大きな変更はなく、十分対応できる。手術の集約化、放射線治療での患者の円滑な引継ぎ体制の構築、そして薬物療法では遅れが生じており、地方共通の悩みだがその辺についても協議が必要だ。それよりも沖縄県で何が足りていないのか、見落としていることはないか、気づいたことがあればご提案いただきたい。

１０．次回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

10 月開催予定で日程調整することとなった。

１１．その他

この医療部会において協議が必要だと思うことがあれば、適宜、議題に上げていくこととし、本日の協議を終えた。

以上

資料２０

令和４年度　第２回緩和ケア・在宅医療部会 議事要旨

日　時：令和４年９月 28 日(水)　16：00　～17：10
場　所：琉球大学病院がんセンター(ZOOM 会議)

出席者 11 名：笹良剛史（豊見城中央病院)、屋良尚美（県立中部病院)、野里栄治（北部地区医師会病院)、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)、小波津真紀子（沖縄県健康長寿課)、名嘉眞久美（がん患者会連合会)、増田昌人（琉大病院）
欠席者２名：酒井達也（八重山病院)、朝川恵利（宮古病院）
陪席者３名：有賀拓郎（琉大病院)、狩俣勇斗（琉大病院)、三井清美(琉大病院)

報告事項

1. 令和４年度　第１回緩和ケア・在宅医療部会　議事要旨

野里委員より、資料１に基づき、令和４年度第１回緩和ケア・在宅医療部会議事要旨の報告があった。中島委員より、報告事項 10.その他 について、議事要旨の訂正ではなく、会議内容についての訂正であり、どの様に対応していただいているか確認したいと依頼があった。増田委員より、確認後、文書にてご連絡致しますと回答があった。

2. 令和４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、各委員の名簿について報告があった。

3. 令和４年度　第１回、第２回緩和ケア・在宅医療部会　在宅ワーキング議事要旨

資料３に基づき、令和４年度第１回、第２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。

4. 令和４年度　第２回緩和ケア・在宅医療部会　研修ワーキング議事要旨

資料４に基づき、令和４年度第２回緩和ケア・在宅医療部会研修ワーキング議事要旨が承認された。

5. 令和４年度　緩和ケア研修会開催日程一覧表について

増田委員より、資料５に基づき、緩和ケア研修会の日程が報告された。現在のところ、琉球大学病院以外は対面開催とのことだった。

屋良委員より、10 月 22 日(土)開催の県立中部病院の緩和ケア研修会については八重山病院と共同開催、宮古病院とも別日程で共同開催を予定していると報告があった。

6. 令和４年度　緩和ケア研修会の報告書について

中村委員より、資料 6-1 に基づき、琉球大学病院主催第１回沖縄県緩和ケア研修会 2022（9 月 4 日(日)開催）について報告があった。WEB 開催ではあったが、台風が重なったため、開催の判断の有無や、また、受講生の参加態度について課題が残った。利点としては、感染可能性がないため大人数の受講者でも対応ができ、今後も WEB 中心に開催していきたいと思っているとの事だった。

足立委員より、資料 6-2 に基づき、那覇市立病院主催第２回沖縄県緩和ケア研修会 2022（9 月 10 日(土)開催）について報告があった。当日２名の欠席があり、欠席理由について、１名は e-learning の受講が終わらなかった、１名はコロナに感染したためとの事だった。また、当日の

検温で37℃を超えている参加者がおり、クラスターの起こっていた科に所属していたため、N-95のマスクを着用させ、抗原検査を行い、結果が出るまで他の参加者と離し受講させた。検査結果は陰性だったが、N-95のマスクはそのまま着け参加させたとの事だった。また、その後も発症はしなかったとの事だった。

7. 令和4年度　患者の意向を尊重した意思決定のための研修会(E-FIELD)について

資料7に基づき、今年度のE-FIELD開催について笹良委員より報告があった。来年度の開催方法については未定だが、今年度はWEB開催となる。プログラムについて、10月開催される地域の研修会については従来のものと同様だが、後半は新しいプログラムで提供することになっているとの事だった。参加医療機関については現在のところ未確認であるとの事。また、指導者研修会を開催し、3年後をめどに各都道府県でファシリテーターや講師を10名程育成し、その後、事業を都道府県へおろすような形で進んでいるとの事だった。指導者研修会を受講頂く方の人選についてはこれから進めていくと報告があった。

8. 日本緩和医療学会　第4回九州支部学術大会について

笹良委員より、日本緩和医療学会　第4回九州支部学術大会のホームページより報告があった。11月26日(土)に大分でハイブリッド形式の開催となっており、昨日査読作業が始まったところとの事だった。http://square.umin.ac.jp/kanwa-ks4/

9. 「沖縄県内のがんに関する医療情報」のがんじゅうネット掲載について

笹良委員より、プロフェッショナル向けの情報収集・掲載について、中島委員へご協力いただきこれから進めていくところだと報告があった。中島委員より、教育ツールの他に、困った時の相談ができるような機能や、緩和ケアに関する研修会や研究会をまとめたサイトの作成を進めており、来年度の中間あたりにはサイトを立ち上げている予定と報告があった。

10. 2022年度緩和ケアおよび精神腫瘍学の基本教育に関する指導者研修会について

増田委員より、資料9に基づき報告があった。現在、琉球大学病院での緩和ケア指導者修了者は以前に比べ少なくなっており、みなさまの病院でも現在在籍している指導者修了者の確認と後継者の育成をお願いします、と依頼があった。笹良委員より、これから指導者研修会を受講される方について今後の活動に役立つこともあると思うので、共有をしていただきたいと依頼があった。

11. 2022年度国立がん研究センターが実施するがん診療に携わる医療従事者等に対する研修について

増田委員より資料9に基づき国立がん研究センターで行っている研修会について情報提供があり、拠点病院でなくても受講できるものもあるので受講して下さいと依頼があった。

12. 第2回沖縄緩和ケア研究会学術大会について

中島委員より、資料10に基づき10月10日(月/祝)に開催される「第2回沖縄緩和ケア研究会学術大会」について報告があった。オンラインで開催、参加費は無料とのこと。シンポジウムの「コロナ禍における緩和ケアの取り組み方」では緩和ケア病棟の医師、看護師、在宅診療所の医師、急性期病院側からの発表をしていただく。ぜひご参加下さいと依頼があった。

13. その他

特になし

協議事項

1. 痛みのスクリーニングとモニタリングデータ抽出について

有賀先生より、資料10に基づき報告があった。結果より、今後もがんのつらさのスクリーニングと緩和ケアの介入は今後も続けた方がよいことと、現在行っている毎日の記載を当院のモデル病床だと2～3日またはそれ以下、項目に関しても減らした方がよいと考察されるとの事だった。詳細については第2回沖縄緩和ケア研究会学術大会で報告するので是非ご参加くださいと依頼があった。増田委員より、項目数を維持して週に2～3日にするのか、または項目数を減らして毎日聞くのか、どちらが良いのかと質問があった。有賀先生より、今回の研究からすると、項目数も頻度も減らした方がよいと結果が出ていると回答があった。また、結果からすると標準化ツールのIPOSの使用が良いと個人的に感じているとの事だった。中島委員より、他者評価的に言うとSTASか、またはIPOSの医療者評価、余裕が出てきたらIPOSの患者評価を加えたら更に良くなると思う。沖縄県ではIPOSに向かって進めていくのが良いのではと意見があった。

2. 「がん診療連携拠点病院等の整備に係る指針」改定について

増田委員より、資料11に基づき説明があった。前回と大きな違いは、都道府県拠点病院は県全体の面倒をみる病院、地域拠点病院は二次医療圏のレベルアップを図る病院と定義付けされたことと、がん診療連携協議会の権限および役割が今までの10倍に増えたことだが、沖縄県をベースにしているので、沖縄県での増加は少ないとの事だった。緩和ケアに関しての要点としては、①神経ブロックや緩和的放射線照射等の専門的な緩和ケアの実施体制等を地域で共有し、紹介・逆紹介を積極的に行うこと、②緩和ケアチームに紹介されていない患者についても緩和ケアチームは気にかけること③疼痛の緩和に関しては、緩和ケアチームではなく、主治医が主に対応することの3点となる。その他は時間の関係で省略するので、拠点病院の方は読み合わせをして頂きたいと依頼があった。

また、毎年9月末位に行われる「がん診療連携拠点病院の現況調査現」について、過去に一部の病院で虚偽の報告や、毎年のように項目が増えて厳しくなった時期もあった。そのため今後4年がかりで調査項目を大幅に改定することになったと報告があった。

3. 次回令和4年度第2回緩和ケア・在宅医療部会の日程について

令和4年12月頃　15:00～17：00の間で1時間予定

4. その他

特になし

以上

令和 4 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

日　時：令和 4 年 11 月 16 日(水)16：00～16：55
場　所：ZOOM による Web 会議

出席者 12 名：足立源樹（那覇市立病院)、中村清哉（琉大病院)、朝川恵利(県立宮古病院)、野里栄治（北部地区医師会病院)、久志一朗(沖縄病院)、新里誠一郎（浦添総合病院)、笹良剛史（豊見城中央病院)、宮平奈美子【西原実代理】(ハートライフ病院)、林正樹（中頭病院)、友利健彦（沖縄赤十字病院)、神山佳之(南部医療センター・こども医療センター)、増田昌人（琉大病院)
欠席者 3 名：三浦耕子（県立中部病院)、酒井達也(県立八重山病院）、新屋洋平(西崎病院)
陪席者 1 名：三井清美(琉大病院)

報告事項

1. 令和 4 年度　第 2 回 緩和ケア・在宅医療部会 研修ワーキング議事要旨について
　資料 1 に基づき、令和 4 年度第 2 回緩和ケア・在宅医療部会研修ワーキング議事要旨が承認された。
2. 令和 4 年度　緩和ケア・在宅医療部会研修ワーキング委員名簿一覧について
　資料 2 に基づき、令和 4 年度　緩和ケア・在宅医療部会研修ワーキング委員名簿一覧が承認された。
3. 令和4年度緩和ケア研修会の報告について
　(1) 琉球大学病院　【第1回 2021年9月4日(日)】
　資料3-1に基づき、中村委員より報告があった。台風が襲来していたが、影響は少なく開催できた。WEBの利点としては、募集人数を多くすることができること、感染対策も安全にできることがある。その半面、対面の場合はファシリテーターの人数が少なくてもグループを行き来し対応出来るが、WEBだと対応できないため、ファシリテーターの人数が揃わないと難しい。また、仕事をしながらや移動しながら受講されていた先生もいらっしゃったため、今後のどのように注意喚起していくかが課題となるとの事だった。
　(2) 那覇市立病院　【第2回 2022年9月10日(土)】
　資料3-2に基づき、足立委員より報告があった。受講者の初期研修医が37.2℃程の発熱があり、さらにクラスターが発生していた科を回っていた先生だったため、PCRを受検の上、N-95のマスクを装着し、他の受講生と離れたところで受講させた。研修の途中でPCR陰性の結果がでたが、マスクはそのまま装着しロールプレイ等参加させたとの事だった。
　(3) 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター　【第3回　2022年10月8日(土)】
　資料3-3に基づき、神山委員より報告があった。前日のミーティングができなかったため、準備不足だったという意見があったとの事。プログラムについては、患者さんの体験談を初めに持ってきて受講生の興味を引くように工夫した。感想としては、今回、

院内の受講生のみだったが、院外の受講生がいた方がワークショップ等で程よい緊張感が出るのではないかと感じた。来年度も引き続き、少人数・対面で行う予定をしているとの事だった。

(4) 沖縄県立中部病院・沖縄県立八重山病院 共催　【第4回　2022年10月22日(土)】

三浦委員が欠席のため次回の報告となった。

4. 第4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、日本緩和医療学会九州支部学術大会についてホームページの共有を行い報告があった。来週11月26(土)、大分市　「J:COMホルトホール大分」にて開催。今回はハイブリッド形式で行われるとの事だった。

http://square.umin.ac.jp/kanwa-ks4/

5. 令和4年度患者の意向を尊重した意思決定のための研修会(E-FIELD)開催について

笹良委員より、資料4に基づき報告があった。今年度も昨年に引き続きWEBで、九州・沖縄地区は10月23日(日)に、参加者35施設・100名で開催された。現在プログラム内容の改定中で次に開催される地区からは試験的に新しいプログラムで研修を行うとの事だった。在宅向けのものは12月18日(日)にWEBでの開催、申し込みは個人となっている。来年以降の開催方法についてはWEB予定だが、一部現地になるかもしれないと報告があった。

また、現在、神戸大学が厚生労働省からの委託により全国で開催しているが、今後、各都道府県に委託することになっている。そのため、E-FIELDの指導者研修会と指導者フォローアップ研修会を開催しファシリテーターを育成することになっており、現在受講者を募集中とのこと。神山委員と後程調整することとなった。

6.　第5回日本GRACE研究会年次大会IN沖縄　について

笹良委員より、資料5に基づき第5回日本GRACE研究会年次大会について報告があった。12月17日(土)、18日(日)に友愛医療センターとWEBの2パターンで開催予定となっており、空席もまだあるためご参加下さいと依頼があった。

7. 「緩和ケアおよび精神腫瘍学　指導者研修会」開催について

増田委員より、資料6に基づき、今回琉球大学病院からは身体2名、精神1名の申込があったと報告があった。

8.　令和4年度地域緩和ケア連携調整員フォーラムの開催について

増田委員より、資料7に基づき、地域緩和ケア連携調整員フォーラム開催について周知があった。

9. その他

特になし

協議事項

1.　令和4年度　緩和ケア研修会の開催について

足立委員より、資料8に基づき緩和ケア研修会の開催について報告があった。浦添総合病院、沖縄病院については現在のところ開催日程未定とのことだった。

2.　がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針(研修について)

増田委員より、資料9について報告があった。自施設の診療従事者向けに、自施設の行っているがん対策や、連携体制などを学ぶ研修会を実施することが義務化されたとの事だった。全体的な内容は2割ほど減ったが、指定要件を満たしていない場合の取り扱いについては増えており、指定を取り消しやすくなっている。そのため是非3人程で整備指針の読み合わせを行い、抜けがないようにして頂きたいと依頼があった。

足立委員より、「体制を整備する」という文言が増えたと思うが、何か証拠を残していた方がよいか、と質問があった。増田委員より、証拠をどのように挙げていくかはこれから研究班で検討していくが、大事な所の証拠は出してもらうことになると思う。研究班の情報は逐次全ての部会・ワーキングにお知らせしますと回答があった。

3. 次回令和4年度第4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

2023年2月頃の予定でがんセンターにてスケジュール調整することとなった。

4. その他

増田委員より、診療報酬の改定について各病院で対応をお願いしますと依頼があった。また、好事例があればご教示下さいとの事だった。

以上

第 3 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 11 月 30 日（水）16：35　～　18：00

場　　所：ZOOM（WEB 会議）

出 席 者：8 名　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）、屋比久倫子（八重山病院）、嶺井朝美（北部地区医師会病院）、高江洲あやこ（那覇市医師会）、仲門文子（沖縄県介護支援専門員協会）、増田昌人（琉大病院）

欠 席 者：8 名　喜納美津男（きなクリニック）、金城美奈子（宮古病院）、金城隆展（琉大病院）、荷川取尚樹（花あかり合資会社）、長野宏昭（中部病院）、新屋洋平（西崎病院）、徳盛裕元（すまいるサポート株式会社）、崎辰子（那覇市役所）

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

※本日 11 月 30 日は「人生会議の日」となります。そのため喜納先生が FM 沖縄の特別番組「ハッピーアイランド人生会議スペシャル」に出演されるためご欠席となりますと宮城委員より報告があった。

1. 令和 4 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
   資料 1 に基づき、宮城委員より令和 4 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り、が承認された。
2. 令和 4 年度　第 2 回緩和ケア・在宅医療部会研修ワーキング議事要旨
   資料 2 に基づき、増田委員より令和 4 年度　第 2 回緩和ケア・在宅医療部会研修ワーキング議事要旨の報告があり、承認された。
3. 令和 4 年度　第 2 回緩和ケア・在宅医療部会議事要旨
   資料 3 に基づき、笹良委員より、令和 4 年度　第 2 回緩和ケア・在宅医療部会議事要旨の報告があり、承認された。
4. 令和 4 年度　緩和ケア在宅医療部会/在宅 WG/研修 WG 委員名簿一覧
   資料 4 に基づき宮城委員より前回より仲門文子（なかじょうあやこ）様が加入して下さっていると報告があった。
5. 沖縄県緩和ケア研修会 2022　開催一覧について
   増田委員より、資料 5 に基づき報告があった。浦添総合病院と沖縄病院は日程検討中とのことだった。
6. 令和 4 年度　患者の意向を尊重した意思決定のための研修会(E-FIELD)について
   笹良委員より、資料 6 に基づき報告があった。昨年度に引き続き、今年度も開催方法は WEB となっている。現在、プログラムの改定を行っており、これから行われる地域は新しい内容になるとのことだった。10 月 23 日に開催された九州・沖縄地区の研修会は、100 人程の方が受講、沖縄からは数チーム受講があった。また、今後について、現在は木澤先生が在籍している筑波大学が主体となっているが、再来年度あたりからは事業を各都道府県に

委託し、医師会が主体となる可能性が高い。ファシリテーターを育成するため、来年 1 月 28 日、29 日に指導者研修会を行う予定となっており、各都道府県で開催ができるように進めているとの事だった。

7. 日本緩和医療学会　第 4 回九州支部学術大会について

笹良委員より日本緩和医療学会　第 4 回九州支部学術大会のホームページの画面共有に基づき報告があった。11 月 26 日(土)に現地と WEB のハイブリッド形式で開催された。現地参加者は多くなく、ほとんどの方が WEB 参加だったとのこと。申込は終了しているが、しばらくオンデマンドで視聴可能となっている。学会は滞りなく終了したとの事だった。

https://www.jspm.ne.jp/meetings/branch_kyushu/meeting_individual.html?entry_id=129

8. リレー・フォー・ライフ・ジャパンおきなわ 2022 について

笹良委員より、資料 7 について報告があった。コロナの影響も鑑みて今年度もラジオと WEB 配信による小規模開催とのこと。12 月 10 日(土)はオンラインで講演会、ルミナリエ等あるのでお時間あればご参加くださいとのことだった。

https://relayforlife.jp/okinawa/

https://www.facebook.com/rfl.okinawa.urasoe/

9. 第 5 回日本 GRACE 研究会年次大会 IN 沖縄　について

笹良委員より、資料 8 の第 5 回日本 GRACE 研究会年次大会 IN 沖縄について、12 月 17 日(土)～12 月 18 日(日)に現地と WEB で開催され、参加料は 2 日間で 5000 円と報告があった。勉強+対話参加+ボディーワークの会となっており、緩和ケアや在宅の関係者以外でも教育関係者や、対人関係で援助されている方など、他の方と関わっている人であればどなたでも参加可能との事だった。現在定員の半数ほどなのでご興味ある方は是非お申し込み下さいと依頼があった。

10. その他

特になし

協議事項

1. 今年度の年間活動計画(アンケート)について

宮城委員より、資料 9 に基づき、11 月 24 日に開催された臨時会議にて今年度はアンケートを行わず、他の方法を考えてはどうかとの結論に達したが、みなさんのご意見をお伺いしたいと提議があった。

高江洲委員より、課題の抽出にあたっての、在宅ワーキングでの最終目的をお伺いしたいと質問があった。

増田委員より、資料 10 を用い在宅医療のロジックモデルを用いて回答・説明があった。最終アウトカムの「在宅医療を希望するがん患者とその家族が、適切な意思決定支援のもと、希望する場所で必要な支援を受けて最後まで満足した状態で生活することができている」というものが在宅ワーキングの最終目的となるのではないかと思う。また、ロジックモデルに記載はないが、行おうとしている手段・方法がその目的にどれだけ効果があるかというインパクト評価も考慮する必要があるとの事だった。アンケートの方法が間違っている

わけではないが、インパクトは少ないのでヒアリングの方が効果的だと思うと回答があった。

高江洲委員より、最終アウトカムを基に、希望した時に適切な意思決定支援を行っているのかどうかをヒアリングに入れていくのはどうかと提案があった。

宮城委員より、アンケートやヒアリングを行う前に勉強会を行ってからはどうかと提案があった。

有賀先生より、前回の臨時会議で金城先生がおっしゃっていた通り、在宅へ移行できないのは我々のコンシェルジュとしての役割が上手くいってないからだと思う。また、初期アウトカム(施策)になっている事柄を聞いても上辺だけの回答になってしまうので、初期アウトカムのもっと左側にあるはずの根本的な在宅医療について、現場の医療者へ植え付けるにはどうしたら良いかを我々は考えないといけない。受け取る側のスタッフも関わってもらい、チームで検討していくべき案件ではないかと思うと意見があった。

笹良委員より、在宅医療の問題は送る側(病院)の問題と受ける側(在宅)の問題、その間の患者さんと家族の問題がある。今は送る側の問題を解決していこうという事だが、問題は在宅ではない所でのACPの主治医の対応、教育の普及などが主なのではないかと思う。また、在宅の医療者と病院の医療者、または在宅の医療者同士でも、お互い何が出来るのか不明であったりするので、コミュニケーションの絶対量が不足しているのではないかとも思う。

ZOOMでも良いので、全県的なSWや訪問介護士や訪問診療の医師へお声掛け年度内にテーマを決めてディスカッションや勉強会を行い、抽出された問題を参加者へアンケートを行うのはどうかと提案があった。また、10名以上だと本音が出ないので、ZOOMのブレイクアウトルームを使用し4名程の人数で意見を出し合ってもらうのがよいと提案があった。

宮城委員より、在宅ワーキングで勉強会を行う事は可能なのかと質問があり、笹良委員よりどこへ案内を送るかにもよるが、増田先生と私と喜納先生、宮城さんの名前で文書を送れば参加して頂ける方も多いのではと回答があった。

有賀先生より、金城先生が指摘されていたが、ケーススタディーにしてしまうと、そのケースの「個人」で考えてしまい、一般化することが難しいため、在宅ワーキングの委員の中でコミュニケーションを取っている、または出しているが取れていない施設とマッチングして、2対2で話し合いを行うのはどうかと提案があった。絶対的なコミュニケーション量はコロナ前と比較して不足しているのは事実であり、スモールスタートでもよいので始めてみてはどうかとの事だった。

東恩納委員より、市立病院は繋ぐ側になるが、繋いだ時にもう少し早く繋いでほしかった、や、関係性が築くのが難しかったという意見をもらう事もあったが、そこに至るまでのプロセスが難しいと感じている。治療・通院方法が増えたため、患者さん側からすると「まだ通える」という思いもあり、医療者としては情報提供はしているが話し合いのタイミングが難しい。また、在宅側も招いて症例を挙げての意見交換会などを行い情報提供はしているが、その後にどうやって話し合いをしていくかというプロセスの難しさを感じている。在宅側と病院側でそれぞれ難しさを感じている事を掘り下げていくと沢山あると思う。患者

さんが希望しても家族やサポートしている体制がぜい弱である場合もあり、医療者の情報が不足しているだけではないという現状があると意見があった。

仲門委員より、拠点病院の中で連携したのは琉大病院と中部病院だけだが、中部病院では緩和ケアという形で訪問診療をもっており、訪問診療の先生や主治医の先生を交えてカンファレンスを密に行っていて情報交換も出来ているが、琉大病院との連携で上手くいったことがない。琉大病院の先生は在宅のイメージを持っていない印象と意見があった。在宅でも病院と同じ事ができますよね、という前提で話が進み、在宅の先生が困惑していても、その後やりとりを行ってくれるわけでもなく、結局自宅へ帰せないという事がある。退院支援の看護師さんも在宅の細かいことが分かっていないと思ったとの事だった。

有賀委員より、中部病院は在宅に行く前に在宅の先生とコミュニケーションを取ることができている。琉大病院はそれが出来ていないが、目的とすることは仲門さんがおっしゃってくれたように何が出来ていないか、どうしてほしいかを相手に伝え、こちらに合わせてもらったり、相手に変わってもらえるように促す事。琉大病院に来る患者さんは難しい症例や長い病歴をお持ちの方が来られるため、琉大は自身が変わろうという意識が乏しい。地域連携室では自身の病院の代弁者という認識をもちながら相手の事を考えるよう伝えているが、構成員が替わると理解していたレベルがリセットされてしまう。こういった仕組みは医師以外、連携室や、長くいらっしゃる緩和ケアに関わる医師の方で作った方がよいのではないかと意見があった。

嶺井委員より、在宅で何ができるのが分からないから、出すほうも難しくなっている気はする。事前にどういうことができるか確認する時もあるが、オピオイドの処方が出来ないなど、緩和ケアが上手く行えないことを難しく感じている事がある。

有賀委員より、出す側の視点としては医療をきちんと行えない事を気にしてしまうが、患者さんにとっては、オピオイドを投与して欲しいわけではなく、痛みを取る一つのツールに過ぎない。在宅の先生はオピオイドが使用できない代わりに他の解決策を何か持っているかもしれないので、コミュニケーションを上手く取り、他の手段を聞き出すことができたらよい。おそらく中部病院は院内に在宅の先生もいるのでうまくコミュニケーションができているのではと考えている。

高江洲委員より、コミュニケーション促進のためには合同カンファレンスが良いと思う。那覇市医師会では強化型カンファレンスとして月に 1 回在宅の先生を交えて議論されている。病院の先生とコミットしたいとおっしゃっているので機会があれば参加されると思う。今月はこれからカンファレンスがあるので、もし今年度在宅ワーキングでもカンファレンスを行うという事であれば協力していきたいとお申し出いただいた。

有賀委員より、コミュニケーションが断絶していると前に進まないので、平和的に終われるスキルがあるファシリテーターがいれば一度お互いに言いたいことを言えるような機会があれば良いと思うと意見があった。

東恩納委員より、在宅側と病院側で意見交換会を行うことで、課題が見えてくるのではないかと思っている。ただ、医師の中では意見だけでなら良いが、バトルになってしまっ

たら大変なんじゃないかと危惧されている。どういう風に話し合いを進めるのかは気をつけないといけないと思っているとのこと。

宮城委員より、アンケートについてはいったん取り下げ、今後は意見交換会を行うということで改めて検討するという事でよいかと提案があり、承認された。

2. 来年度の活動計画について

増田委員より資料 10 に基づき説明があった。詳しいロジックモデルは後日送付しお伺いするが、来年度について、最終アウトカムに向かって何をするか、拠点病院にいるがん患者さんが在宅に上手く移行できるようにどうしたらよいか、の計画を立てて頂きたい。最初のところは医療者側から話さないと始まらないので誰(主治医か、主治医ではない医師か、看護師か、SW か、等)が話すのか、皆さんで 6 つの拠点病院の事を想定して考えて頂きたい。今までの議論を拝聴していると一つ一つ基礎的なことを話し合い、詰める必要があると思うので来年度の計画についてまた別の機会を設けても良いのかと思ったとの事。

3. 在宅緩和コンフォートセットについて

笹良委員より、資料 10 に基づき提案があった。訪問看護ステーションから在宅医の処方する薬が異なる事について時々質問があり、がんの患者さんと非がんの患者さんの緩和的在宅、高齢者の生活の場としての在宅の薬が大幅に違っていたりして現場が混乱しているようだと意見があった。最終的なコンフォートセットの基本的なものを共有できるような話し合いを意見交換会で出来たらよいと思うと提案があった。何をベースにするかの方法はいくつかあるかと思うが、琉大や医師会の HP に医療者用の緩和ケアマップとして掲載していただいてもよいと思っているとのことだった。

4. 次回の在宅ワーキングの開催日程について

2023 年 3 月 29 日(水) 16 : 30～開催で決定しているが、増田委員より、勉強会または来年度の計画についてはその前に話し合った方が良いので、こちらからご連絡しますとのことだった。

5. その他

笹良委員より、2021 年 5 月号の緩和ケアの雑誌に「ACP に関するもやもやを整備するための提案」が掲載されているが、その記事を書いた聖隷三方原病院の森田先生が、今週金曜日にセミナーを行う。中島先生が座長、森田先生が「アドバンスケアプランニングはこのままで良いのかを問う：今後にむけての 6 つの提案」という特別講演をされるとのこと。 在宅ワーキングで重要な話題となるので、チラシ等あれば後程共有しますとのことだった。

以上

令和 4 年度　第 3 回緩和ケア・在宅医療部会 議事要旨

日　時：令和 4 年 12 月 7 日(水)　16：05　～17：25
場　所：琉球大学病院がんセンター(ZOOM 会議)

出席者 7 名：笹良剛史（豊見城中央病院)、野里栄治（北部地区医師会病院)、中島信久（琉大病院)、安次富直美（琉大病院)、足立源樹（那覇市立病院)、名嘉眞久美（がん患者会連合会)、増田昌人（琉大病院)
欠席者 6 名：屋良尚美（県立中部病院)、中村清哉（琉大病院)、酒井達也（八重山病院)、朝川恵利（宮古病院）三浦耕子（県立中部病院)、栄昌美（沖縄県健康長寿課)
陪席者 3 名：安座間由美子(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 4 年度　第 2 回緩和ケア・在宅医療部会　議事要旨
　資料 1 に基づき、令和 4 年度第 2 回緩和ケア・在宅医療部会議事要旨の報告があり承認された。
2. 令和 4 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、各委員の名簿について報告があった。
3. 令和 4 年度　緩和ケア研修会開催日程一覧表について
　資料 3 に基づき、緩和ケア研修会開催日程の報告があった。
4. 令和 4 年度　緩和ケア研修会の報告書について
　笹良委員より、資料 4-1 に基づき、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター(第 3 回 10 月 8 日開催)について報告があった。
　安座間先生より、資料 4-2 に基づき、沖縄県立中部病院・八重山病院（第 4 回 10 月 22 日開催）について、コロナの濃厚接触者等により欠席があったこと、南部医療センター・こども医療センターと同様に、動機付けのために「がん患者等への支援」を「e-learning の復習・質問」の後へとプログラムの変更をしたこと、感染対策として、パーテーションの設置や、グループワークの際にゴーグル着用を行ったと報告があった。また、ポストアンケートで点数が低かった項目については、各自復習できるように解説付きの資料を配布したとお話があった。
5. 令和 4 年度　患者の意向を尊重した意思決定のための研修会(E-FIELD)について
　資料 5 に基づき、今年度の E-FIELD 開催について笹良委員より報告があった。今年は木澤先生が異動された先の筑波大学主幹で開催され、プログラムについては、今後改定されたものを確認しつつ行われるとの事だった。九州・沖縄地区の病院向けの研修会については 10 月 23 日に開催され、34 施設程の参加、在宅向けは 12 月 18 日に開催予定なっているとの事だった。また、指導者研修会を開催し、3 年後をめどに各都道府県でファシリテーターや講師を 10 名程育成し、その後、事業を都道府県へおろすような形で進んでいると報告があった。今回の指導者研修会は 5 名程参加予定となっており、毎年指導者の育成を図っていく予定との事だった。
6. 日本緩和医療学会　第 4 回九州支部学術大会について
　笹良委員より、日本緩和医療学会　第 4 回九州支部学術大会のホームページより報告があった。11 月 26 日(土)に大分にてハイブリッド形式で開催された。申し込みは済んでいるが、オンデマンドの配信は 12 月 14 日までとなっているとの事だった。次回、第 5 回は鹿児島で開催予

定と情報提供があった。http://square.umin.ac.jp/kanwa-ks4/

7. 「沖縄県内のがんに関する医療情報」のがんじゅうネット掲載について

笹良委員より、後程協議事項で報告しますとの事だった。

8. 第5回日本GRACE研究会年次大会IN沖縄について

笹良委員より、資料6に基づき12月17日(土)、18日(日)に友愛医療センターにてハイブリッド形式で開催されるので、参加者ご希望の方はお申し込み下さいと依頼があった。

9. 2022年度緩和ケアおよび精神腫瘍学の基本教育に関する指導者研修会について

増田委員より、資料9について、琉球大学病院では3名受講予定と報告があった。また、緩和ケア研修会がスムーズに行えるよう各病院からも中堅・若手の先生に受講をお願いしていただきたいと依頼があった。

希望される先生はどなたでも受講できるので是非受講いただき、継続的な緩和ケアの活動ができるようご検討をお願いしますと笹良委員からも依頼があった。

10.「がん診療連携拠点病院等の整備に係る指針」改定について

増田委員より、資料8について、6つの拠点病院で行われる現況調査と整備指針を照らし合わせたので、拠点病院以外の先生方もご確認いただきたいと依頼があった。

資料37ページNo.4について、他の拠点病院は努力目標だが、都道府県拠点病院については治療開始前までに全てのがん患者さんは相談支援センターに行くことが義務付けられたと説明があった。琉球大学病院では、12月1日からがん相談支援センターの外来枠を新設し、支援センターへ行っていない人については、外来看護師や会計担当者が把握できるシステムを作ったので、実施状況については次回お伝えしますと報告があった。

資料37ページNo.5、緩和ケアにおける連携協力に関するカンファレンスを月1回程度定期に開催すること、について、年明けから回数を増やして行うのでご参加頂きたいと依頼があった。

中島委員より、ホスピスの緩和ケア交流会を今後WEBで復活する予定はないかと質問があった。笹良委員より、話は上がっているが進んでいないと回答があった。

中島委員より、以前は各病院で持ち回りにより開催していたが、当番病院の負担になってしまう。そのため、テーマを決めて窓口を広く設け、ディスカッションできるような場を年に数回出来ると各施設の顔を繋ぐ機会にもなると思うと意見があった。

笹良委員より、今後どうするかは年度内に一度打ち合わせを行い、できれば初めは琉大から始めたらどうかと提案があった。

増田委員より、カンファレンスを月1回開催する義務があるのは都道府県拠点病院の琉球大学病院のみでとなっている。他の拠点病院は資料に記載されているような文言はないが、地域の連携の役割として年1回以上の開催との事でチェックが入るはずである。また、3年間はこの項目は残るので、要件を満たすように努めましょうと報告があった。

安次富委員より、現在カンファレンスについて、月1回行う前提で案を作成しているが、講師依頼予定の先生の都合などで開催できなかった場合に交流会を入れて数を合わせられると有難いと意見があった。

11. その他

特になし

協議事項

1. 痛みのスクリーニングとモニタリングデータ抽出について

有賀先生がご退出されたため報告なし。

2. 緩和ケアマップ新規掲載依頼先について

増田委員より、資料9に基づき、緩和ケアマップ作成・掲載も都道府県拠点病院の義務となっているが、新規依頼する医療機関についてどの様に絞ったら良いか議題提起があった。

笹良委員より、地域医療支援病院となっている病院でも訪問診療を持っているのであれば掲載しても良いのではと意見があった。

野里委員より、北部地区医師会病院では訪問診療は今年から行っているが、部門としては成立しておらず、24時間対応や、訪問看護も行っていない。緩和ケアマップには今のところ掲載できる状況ではないと説明があった。

中島委員より、中頭病院はクリニックの方で対応していると情報提供があった。

笹良委員より、中部病院や浦添総合病院も対応しているはずと情報提供があった。

中島委員より、緩和ケアマップのエンドユーザーについて質問があった。

増田委員より、連携室ではないかと回答があった。がんセンターとしてきちんと対応できる施設の絞り込みを行いたいが、掲載基準をどうしたらよいか相談したいとのことだった。

笹良委員より、強化型の在宅支援診療所は残し、複数の麻薬を使用できることや、皮下注射ができることを最低ラインとする。また24時間対応できず、がん患者の看取りにいけない所は外した方がよいと意見があった。

増田委員より、アンケートの質問を5つぐらいにまとめたいと依頼があった。

笹良委員より、在宅ワーキングの議題で取り上げたらどうかと提案があった。

増田委員より、在宅ワーキングの委員へメール審議を試みますと意見があった。

3. 都道府県がん診療拠点病院連絡協議会 緩和ケア部会からのアンケート内容について

増田委員より、資料10について、拠点病院の整備指針について会議があるので、「緩和ケアの提供体制について」国がんからアンケート調査があったと説明があった。アンケートの項目は現況調査や、指定要件に入ってくる重点項目になるため、確認して頂きたいと依頼があった。また、緊急放射線治療等、自施設で出来ない場合の他施設への提供体制については文書で作成しておいた方が良いと思うと意見があった。

4. 次回令和4年度第2回緩和ケア・在宅医療部会の日程について

令和5年3月頃　15:00～17：00の間で1時間予定

5. その他

増田委員より、令和3年度第5回 緩和ケア在宅医療部会 在宅ワーキングにおいて、事実誤認をしての発言をしてしまった。その為、中島先生を始め多くの方にご迷惑をおかけしてしまった。今回お詫びして発言を修正しますと謝罪があった。また、この件については文書にて皆様へメールしていますので、ご確認をお願いしますと報告があった。

中島委員より、該当の議事要旨の訂正依頼があったことを受け、訂正後の令和3年度第5回緩和ケア在宅医療部会 在宅ワーキング議事要旨を次回の本会議にて報告事項とする。

以上

資料２１

令和４年度　第３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 12 月 15 日（木）　14：00～17：20
場　　所：ＷＥＢ会議
構 成 員：18 名

出 席 者：12 名
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)、伊良波史朗(南部医療センター・こども医療センター放射線科)、比嘉猛(南部医療センター・こども医療センター小児科)、屋宜 孟(南部医療センター・こども医療センター小児血液・腫瘍内科)、山本真充(南部医療センター・こども医療センター小児専門看護師)、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)、外間早紀子（沖縄県保健医療部健康長寿課）、浜田聡(琉大病院小児科)、銘苅桂子(琉大病院産婦人科)、森島聡子(琉大病院第二内科)、増田昌人（琉大病院がんセンター）

欠　　席：6 名
朝倉義崇(中部病院血液・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)、崎間恒哉(沖縄県教育庁県立学校教育課)、當山美奈子(琉大病院看護部)、當銘保則(琉大病院整形外科)、城間敏生(沖縄県教育庁保健体育課)、

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４年度 第２回小児・ＡＹＡ部会　議事要旨（８月 26 日）
浜田委員より、資料 1 に基づき説明があり、承認された。

2. 小児・AYA 部会　委員一覧
浜田委員より資料 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
銘苅委員より、資料 3 に基づき、委員について報告された。

4. 移行期医療支援センター（仮称）の設置について
浜田委員より資 4 に基づき、琉大の移行期医療支援センターの設置について報告された。組織作りはこれから行うようだった。

5. 妊孕性温存療法について
（1）妊孕性温存療法研修会について
資料 5-(1)に基づき、銘苅委員が講師をつとめ、県内各施設で開催している妊孕性温存療法研

修会の進捗状況が報告された。開催後の方が、紹介や問合せが増えてきているようだった。

（２）県の助成について

資料 5-(2)に基づき、前回は７月までの報告だったので、８月～１１月の実績が追加され報告された。

（３）琉大の実績について

資料 5-(3)に基づき、各施設から琉大にきた紹介件数やカウンセリング受診件数、妊孕性温存療法実施件数等の累計が報告された。悪性腫瘍ではないが、抗がん剤を使用する症例についても紹介がある。

（４）がん治療施設について

銘苅委員の研修会を修了した施設が、掲載されており、各施設の電子カルテには、県内共通の説明文書と連携シートが取り込まれている。生殖医療施設として、友愛医療センターが加わっており、卵巣凍結に関しては、琉大のみで対応している。

6. 小児がんの診療体制について

資料 6 に基づき、増田委員より、各施設・各科で対応している疾患について棲み分けした表について、説明された。こちらは、琉大病院がんセンターHP、沖縄県がん診療連携協議会 HP、がんサポートハンドブック、療養場所ガイドの中に掲載予定。

7. アピアランスケアについて

増田委員より、アピアランスケアが必要な方は、色々な悩みを抱えており、単純にかつらがあればよいということではない。外見や就労に関して後ろ向きになってしまわないように、がん相談支援センターにまずは来ていただくことが大切であるとの説明があった。

8.インターネットの環境整備について

(１)がん相談について
(２)患者サロンについて
(３)ピアサポートについて

上記(1)～(3)に関して、増田委員より、変更があった指定要件に、インターネットを使用してピアサポートやがん相談等を行っていくことが明記されていることが説明され、琉大では、ピアサポートやゆんたく会、がん相談等がオンラインで始まっていることが報告された。また、タブレット端末が病棟に設置されており、ピアサポートで使用していない時は、がん相談や家族との面会に使用することも可能とのこと。

【協議事項】

1. 小児がん長期フォローアップ外来について

増田委員から、現状としては、絶対的な国の方針ではないが、将来目標としては、①例外はあるが、高校一年生を目安に、小児科の手を離れること、②地域のかかりつけ医で対応できるよう

になると良い、という目標のようだと情報提供があり、その方向を向いた上で、どのように進めたら良いか意見が求められ、以下のような提案があった。

・治療歴を記載する手帳があり、現状は県外に就職する方を優先で記載している。手一杯のため全件の対応ができていないが、移行支援センターができた際は、事務の方で、電子カルテから記載してもらう方法もあるのではないか。(浜田委員)

・例えば、小児科の看護助手や医局秘書の方で、フォローアップ患者のリストを作り、手帳が全ての患者に渡せるようにするのはどうか(増田委員)

・このネットワーク(小児・AYA 部会)で長期フォローアップシステムの計画を作って、公的・民間の比較的取りやすい補助金等、事業費を確保することで実効性につながるのではないか。まずは小さなことからでも進めてみると、いろいろ対応することが見えてくるのではないか。(銘苅委員)

・マンパワー不足が原因で事業自体が台無しにならないように、予算や事務担当、スムーズな移行のための仕組みづくり等が大事である。(有賀先生)

2. AYA 世代のがんの診療体制について
3. AYA 世代の支援チームの構築について
4. AYA 世代がんサポート研修会の受講について

資料 9 に基づき、協議事項 2～4 の必要性に関して、増田委員から説明があった。がん対策推進基本計画に関する資料では、長期フォローアップは小児・AYA 部分の目玉になっているようだった。琉大では、なるべく早く AYA 世代の支援チームの構築に取り掛かる予定である。南部医療センター・こども医療センターの方では、定期的に移行支援チームで会合を開いている。増田委員より、AYA 世代がんサポート研修会が始まっているので、義務ではないが、拠点病院には受講者人数の調査も入るので、各病院で受講して頂ければとの案内もあった。

5. ロジックモデルと次年度の部会活動計画について

当日資料に基づき、増田委員よりロジックモデルの活用について説明があった。これらの施策の中から、具体的に沖縄県の小児・AYA 医療では何を行っていくかということで、後日、施策シートに個別の問題点を落とし込み、メール審議を行う。

6. 次回開催日程について

下記の日程で、事務局よりアンケートを行う。
第１候補：２月９日(木)　16：00～17：00
第２候補：２月１６日(木)　16：00～17：00

資料２２

令和４年度 第３回沖縄県がん診療連携協議会 離島・へき地部会議事要旨

日　時：令和４年11月８日(火)15：30～17：10
場　所：Zoomを利用したWeb会議
出　席：13名
松村敏信(県立宮古病院)、赤松道成(北部地区医師会病院)、新崎博美(県立宮古病院)、外間早紀子(沖縄県保健医療部健康長寿課)、我如古春美(北部地区医師会病院)、戸板孝文(県立中部病院)、朝倉義崇(県立中部病院、森隆弘代理出席)、友利寛文(那覇市立病院)、真栄里隆代(ゆうかぎの会)、砂川洋子(ゆうかぎの会)、田盛亜紀子(やいまゆんたく会)、有賀拓郎(琉球大学病院)、増田昌人(琉球大学病院がんセンター)
欠　席：4名
菊池馨(県立八重山病院)、石田浩子(県立八重山病院)、吉田幸生(県立中部病院)、黒島冨士子(やいまゆんたく会)
陪　席：２名
比嘉優花、並里亜衣(琉大病院がんセンター)

〈報告事項〉

1. 令和４年度 第２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４年度第２回離島・へき地部会議事要旨について説明があり、変更等があれば事務局へ連絡するよう説明があった。

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の改訂について

事務局より９月に疾患別対応状況について更新を行ったとの報告があった。変更等あれば事務局へ連絡するよう説明があった。

２．各病院の課題について

【県立八重山病院】委員欠席の為、報告等なし。

【北部地区医師会病院】我如古委員より患者会の発足の件で、ピアサポーターを通して確認、交渉に入っているとの報告があった。また、地域性から周りに知られたくないとの要望が多く、患者会が発足してもあまり参加してもらえないという現状にあり、課題でもあるとの説明があった。

【県立宮古病院】松村部会長より、胃の検診が３％、大腸が５％と検診率が低く、政府の目指している 50%には程遠い状況にあるとの説明があった。

３．療養場所ガイドの改訂について

事務局の比嘉より療養場所ガイドに関する説明があった。

戸板委員より放射線治療に関する説明に関して、「破壊する」などの表現が患者さんに対して相応しくないのではないかとの意見があった。他の表現があれば事務局へ連絡するとの説明があった。

松村部会長より、「拠点」とはどのような意味なのかとの質問があった。編集担当の比嘉より「拠点」は沖縄県がん診療拠点病院、「専門」は沖縄県における専門的にがん診療を行っている施設との説明があった。

増田委員より離島の各診療所に連絡を取り、確認の作業を進めていくとの説明があった。また「竹富町・与那国」「石垣市」「多良間村」「宮古島市」「伊平屋村・伊是名村・伊江村」「本島北部」「本島周辺の離島」「久米島」の８分冊で進めていくとの説明があった。雛形が出来次第、委員の皆様へ送付し確認をお願いするとの説明があった。また、放射線治療に関しては戸板委員へチェックをお願いするとの説明があった。

４．検診データについて

増田委員より資料４-1 に基づき、検診データについて説明があった。

資料４-2 に関しては各自確認するよう説明があった。

５．その他

①「島外の医療施設における治療等の必要性に係る意見書」の定額化について

田盛委員より前回の協議会で提案した要望書について、離島・へき地部会から沖縄県へ文書を出してはどうかとの再提案があった。自由診療の為、各病院への提案は難しいのではないかとの意見になり今回は見送られることとなった。

②認定専門看護師の配置について

真栄里委員より、来年度の人事配置に向けて認定専門看護師をどの病院にも配置してほしいとの要望があった。

新崎委員より各病院の認定専門看護師から交流の場がほしいとの要望があるとの説明があった。県立病院でも配置に偏りがあるので、現状を把握する場を設けてもいいのではないかとの意見があった。

戸板委員より病院事業局へ現状調査に関して、要望書を検討してもいいのではないかとの意見があった。

増田委員よりディスカッションする場を設けてもいいのではないかとの意見があった。

資料２３

令和 4 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

日　　時：令和 4 年 10 月 19 日（水）14：00～16：30
場　　所：Web（Zoom）会議のため、各施設にて
出 席 者：11 名
仲村渠美奈子（北部地区医師会病院）、玉城佐笑美（県立中部病院）、仲宗根恵美（那覇市立病院）、糸数真理子（那覇市立病院）、伊禮智則（那覇市立病院）、岩崎奈々子(県立八重山病院)、西村克敏(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）、友利晃子（琉球大学病院）

欠 席 者：3 名
樋口美智子（沖縄国際大学）、金城美奈子（県立宮古病院）、島袋百代（ﾊﾟﾝｷｬﾝｼﾞｬﾊﾟﾝ沖縄ｱﾌｨﾘｴｲﾄ）

陪 席 者：1 名　有賀拓郎（琉球大学病院）、

【報告事項】
１．令和 3 年度第 4 回情報提供・相談支援部会議事要旨(令和 4 年 7 月 7 日)
資料 1 に基づき、部会長より令和 3 年度第 4 回沖縄県がん診療連携協議会情報提供・相談支援部会議事要旨について報告があり、承認された。

２．がん患者ゆんたく会（7～9 月）
資料 2-1～2-3 に基づき、令和 4 年 7 月～9 月に各拠点病院にて開催された、がん患者ゆんたく会について報告があった。中部病院は今年度初めての会を 7 月に開催。5 人中 4 人が新規であった。8 月は開催なし、9 月は 4 人参加。患者会の再開を待ち望む声が多かった。感染対策をしながら 1 時間に縮小して開催。互いの問題・情報共有することができた。那覇市立病院は 5 月から再開。7 月は中止、9 月は初めてオンラインで開催。患者さん 3 名、スタッフ 11 名で参加、テーマは口腔ケアであった。初めてのオンラインであったが、通信が途切れることなくスムースにできた。次回は 11 月に薬剤師によるお薬の説明を予定。運営スタッフの感染対策を見直しながら、今回参加されなかった方もオンライン参加ができるよう案内していく。琉球大学病院は、感染対策を講じながら対面で開催。参加者がゼロの月もあった。比較的リピート率が高く、院外からの参加者が多い。

３．がん相談件数（7～9 月）
資料 3-1～3-6 に基づき、令和 4 年 7 月～9 月の各拠点病院のがん相談件数について

報告があった。北部地区医師会病院は、7 月 29 件、8 月 20 件、9 月 21 件。入院から在宅へ帰りたいとの相談が多い。在宅療養の希望が増えており、コロナ禍で面会制限があるためと考えられる。在宅看取りの希望もあるが、訪問診療対応できる事業所が少なく困っている現状もある。1～2 週間体調が持つ間は自宅で過ごしていただき、体調が悪くなってきたら入院対応を行っている。県立中部病院は、7 月 48 件、8 月 32 件、9 月 47 件。ゲノム医療外来、介護保険・傷病手当の案内、家族の不安に対する電話相談が多かった。対面・オンラインでのセカンドオピニオンの案内、がん治療終了後のホスピス外来・在宅調整のほか、独居で家族と疎遠な方の対応を地域包括支援センターと協働で支援している。院内の相談員直通の回線ができたので、患者さんの安心につながっている。那覇市立病院は、7 月 83 件、8 月 104 件。9 月はこれから集計。半数以上がリピーターで、新規の相談は 1～2 割。相談内容としては、在宅医療、ホスピス・緩和ケア、訪問介護・看護の相談が多い。また、外来フォローをしながら経過を見ている患者さんも増えてきている。県立宮古病院は委員欠席のため紙面報告となった。7 月は 71 件、8 月は 76 件、9 月は 61 件であった。県立八重山病院は、7 月 87 件、8 月 86 件、9 月 96 件。ゲノムの案内が 1 名、在宅・訪問診療は横ばい。コロナで受診控えがあるのか、腸閉塞などで緊急入院し、抗がん剤の認定看護師や緩和ケア看護師に繋ぐケースが増えている。他院通院中だが「がんになったら手に取るガイド」から相談支援センターの情報を得ての来所、他の離島在住で電話がない方について、中部病院の相談員と連携して入院につながったケースがあった。琉球大学病院は、7 月 99 件、8 月 130 件、9 月 94 件。8 月が突出している背景としては、初めての方と他施設通院中の方が増加していること、来所経緯については外来化学療法室の初回利用者が増えたことが影響している。在宅に繋いだ方のフォローアップも多かった。課題としては、集計の基準を確認しながら今後の活動の要望と併せて、相談者の反応も面談終了後に確認したいと考えている。友愛医療センターは、月約 20 件前後、がんの告知後のメンタル面のフォロー、訪問看護・診療への連携が多かった。南部医療センターは、入院・外来共に、緩和ケア・ホスピス、介護保険の紹介・案内が多かった。小児の方では琉大へ移植の紹介があった。放射線治療が終了し、八重山へ戻る際在宅・外来調整について八重山病院の相談員と連携した。緩和ケアチームが 10/13 にホスピス・緩和ケア週間のイベントを実施。オンライン・対面のハイブリッドで、緩和ケアとは、がんと精神症状、心不全と緩和ケア、人生会議のテーマで講演会実施。外来・入院患者さんの参加があった。

4．がん相談件数集計（令和 4 年 7～9 月）

友利委員より、資料 4 及び当日資料の各拠点の相談件数集計の統計表に基づき報告があった。

相談形式は全体として、対面での相談が多いが、琉大は対面・電話相談がほぼ同数であった。受診状況は外来が多く、那覇市立・北部地区医師会病院は入院患者からの相談

が多い傾向。相談時の治療状況は、各病院とも「治療中」が最も多く、次いで「緩和ケアのみ」であった。「治療前」からの介入が多かった県立八重山病院は、担当医からの紹介が約 6 割であった。この点についてなにか働きかけを行っているか、役割分担はどのようにしているかとの質問に対して、以下の回答があった。紹介状にがん・がん疑いの紹介名があれば事務担当者から受診日前に相談員に声掛けがあるため、担当医にがんセンター相談員に声掛けするよう合図している。また、医師から患者にシビアな話をするにあたって医師の心理的な負担軽減の意味もあり、がん相談員や緩和ケア Ns への声掛けが増えているのではないか。また、病棟ラウンドの際に病棟スタッフに積極的に声をかけ、気になる患者の情報が共有できる環境づくりに努めている。相談員が 1 人しかいないため、手一杯で診察同席できない場合は、会計待ちのときに声をかけるか、主治医に直接話を聞きに行くようにしている。がん疑いの場合は、すぐに介入せず、検査の流れや主治医からの声掛けを待つなど、介入のタイミングを慎重に見計らっているとの回答だった。医師に協力を求める際の工夫は、病院の規模が比較的コンパクトで医師とスタッフの距離が近いため、依頼しやすい環境であるとの回答だった。

相談室直通の固定電話の整備状況について質問があり各病院以下のように回答があった。那覇市立病院は直通電話に対応できる人員がいないため、今のところ直通回線は設けられていない。患者からは要望があるので、専用の携帯を導入すべきか検討している。中部病院は、代表番号につながりにくいという患者からの声が非常に多かったため、相談員が少ないながら直通の回線を設けた。八重山病院は、代表から相談員の内線へ連絡が来る。相談員に電話がつながりづらい場合、相談者が直接来院してくださることが多いため、直通回線があった方がいいという声は今のところ聞かれない。北部地区医師会は、直通の話は出ていない。時々つながり辛いという声もあるが、時間をずらすなどの工夫で対応できているため、新たに直通回線を引く計画はない。友愛医療センターは、相談室が始まったばかりなこともあって、外からの相談もさほど多くない。外来で対応することが多いため、まだ直通回線の検討はしていない。南部医療センターは、相談員直通の回線はなく連絡は連携室を経由、直通電話の開設は検討していない。

5.がん相談支援センターの広報

資料 5 に基づき、友利員よりがん相談支援センターの広報に関する報告があった。レキオへ 3 回依頼し、3 回掲載された。ほーむぷらざは掲載なし。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 に基づき西村委員より報告があった。7～9 月の相談件数としては、7 月 6 件、8 月 3 件、9 月 16 件で、患者本人からが 10 件、家族が 2 件だった。内容は、がんと告知されたことに対する不安の相談が多かった。がんピアサポートフォローアップ研修につい

て。令和 4 年 7 月 23 日 10 時～17 時、WEB でフォローアップ研修を行った。講義後の交流会では、「未来わたし」というテーマで、ピアサポート活動での楽しかったこと・苦労したこと・忘れられないことなどを共有した。研修後のアンケートに対しては、70%の方が「とてもよかった」と回答があった。開催 3 日前に急遽オンライン開催に変更となったが、資料の配送・オンライン開催の準備を行ったがスムースに行うことができ、濃い学びができた。一方、WEB に慣れていない受講者からは 1 日研修が長く感じたということもあった。各拠点病院のピアサロン派遣について。琉球大学病院ゆんたく会には 7 月・8 月・9 月の各月に 1 名を派遣した。那覇市立病院には、9 月に 1 名派遣した。中部病院に関しては中止や派遣の調整ができず参加はなかった。オンラインゆんたく会について。8 月、9 月、10 月に開催し、リピーターの参加に加え、新規参加者が 1 名あった。8 月に那覇市立病院で開催されたがん相談員研修に、ピアサポーター1 名が参加した。自身の感情に対する気づきが得られた。ピアサポーター質の向上を目指して、今後も研修参加予定。9 月に、本島と宮古にて、がんピアサポート展を開催した。来場者にアンケートを実施したところ、当事者となった場合 9 割の方が相談のため利用したいと回答した。がんピアキャラバン（相談会）について。宮古島でのがんセミナーには、ピアサポーター1 名を派遣した。琉大病院がんセンター長増田先生、宮古病院がん相談員金城さんの講演と質疑応答を実施した。県立図書館では、2 日間にわたって計 8 回の相談会を初開催した。サポーター1 名派遣し、3 名の相談者で、当日予約の方、ホームページの広報を見て来館であった。図書館という場所柄、病院よりは相談のハードルが下がる印象であった。今後は、10 月毎週金曜に「がんピアサポート相談室」のラジオ配信と、第 46 回沖縄の産業まつり 2022 へ出展予定。

7.令和 4 年度 第 1 回がん相談員実務者研修会について

当日資料 1 に基づき、仲宗根部会長より報告があった。那覇市立病院主催で、令和 4 年度　第 1 回がん相談員実務者研修会を 8 月 20 日に実施。対面の予定だったが、感染対策のため急遽オンラインに変更し開催となった。申し込み 23 名、参加 17 名であった。

アンケートの結果としては、参加者は半数以上が社会福祉士、次いで看護師。業務経験年数は 10 年以上が多く、業務の大半はがん相談業務に従事している者が多かった。研修のチラシや、職能団体からの案内で知った方が多かった。研修の内容理解、時間、グループワークへの積極的な取り組みの達成度・満足度は高く、これからの業務に生かすことができるとのことだった。今後取り上げてほしいテーマとしては、AYA 世代への支援、事例検討法の知識や技術などがあった。研修会への意見としては、配信会場の Wi-fi 環境の強化・改善やワークの時間をもう少長くとってほしいこと、対面で開催できるのが待ち遠しいとの声があり、次年度の課題として活かしていきたい。研修を通して相談員自身の気持ちに気づき対処法がわかったとの感想もあり、研修の目標は概ね達成できたものと考える。

8.その他

①離島がんフォーラム in 宮古開催報告

金城委員より紙面報告。参加者は 15 名。渡航費助成について知らなかった方もいて、広報がまだまだ足りないと感じた。フォーラム参加した患者のご家族が後日、相談支援センターに来て不安な思いを話したり、当日参加できなかったが新聞で取り組みを知り支援を希望する電話相談があった。周知がまだ不足していることと、今後もこのようなフォーラムを継続する必要がある。

②現況報告について

増田委員より、現況報告について相談員が主体的に関わっているか質問があった。琉大の場合は全診療科に割り振るのだが、相談支援の部分は全てがんセンターで記入している。事務が関わる部分はかなり少ないが、多くの病院では総務課や医事課が回答を作成してしまい、現場の専門相談員がこの現況報告の存在自体知らないケースが中央の情報提供相談支援部会で報告されている。情報提供相談支援の部分は、現況報告の大きなページを占めているため、どのくらい現任者が書き込んでいるのか確認したいと説明があった。

那覇市立は、がん診療連携室が中心となって各診療部・関係部署に配布・回収・確認・データ入力を全て行っている。事務は介入していない。中部病院は、がん事務局が総括し、情報提供・相談支援の部分はがん相談員が回答している。琉大病院は、がんセンターから各部署に割り振りをし、それぞれの実務担当者が回答している。八重山病院は、事務から相談支援室師長に回答要請がきたら、相談員、緩和ケア看護師と共に集計・回答を行っている。北部地区医師会病院は緩和ケア委員が中心となり、各部署と確認しながら回答作成している。

義務要件の中で、「いいえ」と回答せざるを得ない場合どのように対応しているかとの質問に対して以下のような回答があった。琉大病院は、毎回 10 以上の「いいえ」があり、言い訳書を添付している。那覇市立は、部内でどう解釈するか議論をし、「はい」の回答を導き出すことが多い。中部病院は、部内で質問項目をどう解釈するか議論をし、現状に応じて対応策を追記するようにしている。八重山病院は、妊孕性や小児がんなど、島外の拠点病院と連携している部分を院内ではどのように対応を工夫しているかを追記している。北部地区医師会は調査項目の解釈を部内で協議しながら回答作成している

増田委員より、担当部署でしっかり議論して頂いていることがわかってよかったとのコメントがあった。

③ピアサポーター研修の要件緩和について

島袋委員より、膵臓がんの患者さんも、ピアサポーター養成講座が受講できるよう、「治

療終了後 2 年または 3 年経過していること」というような受講要件を緩和できないかとの提案について、増田委員よりコメントがあった。年数についての主目的は、体調的にも精神的に安定をしている方という事で、最終治療後から 3 年を目安としていた。2020 年に日本サイコオンコロジー学会が主体となって作成した研修カリキュラムでは年数の縛りが消えており、他県のピアサポーター養成講座でも年数の縛りが消えているものもあることから、皆さんに、今後の要件としてはどのようなものが良いのか伺いたいと質問がされた。上原委員より。意外とご本人は、自分は大丈夫だと思っていても研修を受けると安定していなかったな、と気づくこともあるよう。だと意見があった。また、ホルモン療法中の方でも受講は OK になったのかとの質問に対し、増田委員より、ホルモン療法中の方などは明確な取り決めがあったわけではなくて、弾力的に運用していたと回答があった。更に、薬物療法（抗がん剤・免疫チェックポイント阻害剤等含む）継続しているが、ピアサポーターとして活動したいとの要望については、体調によるところがあると思うので難しい面がある。ただ、ピアに参加したいと申し出られる方は体調・体力に自信があるので希望されていると思うので、治療中の方は要相談というふうなやり方を検討するのではどうか、との意見があった。

④増田委員より、今後の研究とがん計画について情報提供があった。
・拠点病院等における情報提供の適切な方法・項目の確立に資する研究班（若尾班）に分担研究者として参加することになった。広い意味での拠点病院として地域住民に対しての情報提供をどうしていくかということの雛型を作る研究班になる。沖縄の取り組みをベースに全国の拠点病院の情報提供のやり方を考えていくと言われているので、今後情報提供・相談支援部会でご意見を頂戴したい。

・第四次の国のがん計画が作り始まっている。各部会の評価や計画など、ロジックモデルを意識して頂ければと思う。また決定したことがあれば共有する。

【協議事項】

1．令和 4 年度 第 3 回がん相談員実務者研修会について

資料　に基づき、大久保委員より説明があった。がん医療と自殺対策の概要と、基本的なコミュニケーションスキル、連携を図るべきタイミング・職種・機関についての把握することを主目的としている。がん相談支援センターで解決するということではなく、ここでひとまずできることの確認・習得と、適切なタイミングで適切な場所につなげることができるよう、基礎的な部分をレクチャー頂く。11 月には周知予定。仲宗根部会長より ―院内におけるがん患者の自殺対策のフローはどこで策定するのがいいのか、琉大で取り組みがあれば教えてほしいと質問があった。大久保委員より、琉大は主科から精神科へのコンサルトにて対応していると回答。増田委員より、

厚労省から 3 年ほど前に、自殺対策をがん相談支援センターで担ってほしいとワーキングに提案あったがこれを拒否し、自殺対策は精神科の領域なので最終的には精神科に紹介をして、精神科医師によって対応して頂くというのが大きな柱になること、対応した人が直ちに精神科へ紹介するというフローは必要と回答。琉大は、主に院内の入院患者が自殺をした場合・自殺企図がある場合・自殺の疑いがある場合についてのマニュアルはある。外来がん患者さんに対する自殺のための手引きにあたるものをリエゾンの精神科医師が作成中。もともと全ての拠点病院で自殺への対応が必要となったが、がん相談支援センターで請け負うのではなく、精神科の仕事であると答えていい。とはいえ実際は、相談支援の場で関わることはあると思うが、最終的に解決して責任を取ることになるのは精神科であることを理解して頂きたい。

2．相談支援センターへの立ち寄りルートについて

友利委員より、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（令和 4 年 8 月 1 日厚生労働省健康局長通知）が改訂され、『がん患者や家族等が持つ医療や療養等の課題に関して、病院を挙げて全人的な相談支援を行うこと』を目的とし、『外来初診時から治療開始までを目処に、がん患者及びその家族が必ず一度はがん相談支援センターを訪問（必ずしも具体的な相談を伴わない、場所等の確認も含む）することができる体制を整備する』ことが求められており、各病院の取り組み進捗等、意見交換を行いたいと提案があった。

増田委員より、患者体験調査では、利用した人からの満足度は高いものの認知度が 3 割ほどと低いままであったため、まずは相談支援センターの場所や役割を把握して頂くことが主目的である。告知後間もない時期から相談がある場合は多くはないとの予測であるので、事務方でも対応可能ではないかと考えている。相談がある場合は、そのまま専門相談員へ対応が引き継げられればよい。4 年後には義務になることが明文化されているため、スタッフの増員を今のうちから要請しておくことをお勧めする、コメントがあった。各病院の取り組みは以下報告があった。琉大病院は、立ち寄りのことを想定して事務員を一人増員した。事務員で受付・相談センターのチラシ等をお渡しして頂き、一定の情報をお伝えして頂いたうえで、相談希望があれば相談員で対応するという運用予定である。那覇市立病院は、医師よりがんサポートハンドブックを手渡していただき、がん相談支援センターに立ち寄るよう促して頂くこと、ACP の院内ワーキンググループにがん相談支援センターも参加し、ACP 後はがん相談支援センターに立ち寄ることを促していただくよう協力依頼をする予定。中部病院は前例対応が難しい、診断後に相談支援センターを通れるようにしたいがマンパワーの問題で、全例対応が難しそうではある。がん化学療法支援センターを利用する際、がん相談支援センターのリーフレットを渡していただくこと、外来の診察室でも医師からがんサポートハンドブックとセンターのリーフレットを渡すようにして頂い

ている。今後、外来の看護師からも、がん相談支援センターの利用促して頂くよう依頼予定。八重山病院は、中部病院同様、相談員が 1 人なのでマンパワーの心配がある。システム、医師、外来看護師の協力が必要。外来や病棟に誘導してくれるスタッフがいないといけないので、周知していく必要がある。北部地区医師会病院は、緩和ケア病棟の専従看護師が中心となり、がんサポートハンドブックを手渡していただき、相談支援センターの利用を促していただいている。今後、対応を考えていきたい。

３．その他

・パンキャンジャパン島袋委員より、紙面にてセミナーの開催案内があった。

【テーマ】「膵がんの早期発見を目指して」

【日時】2022 年 10 月 31 日（日）　13：00～16：00

【会場】You Tube　LIVE　　（事前申込制）

・令和 4 年度 第 2 回がん相談員実務者研修会について、中部病院玉城委員より開催案内があった。

【テーマ】「終活ってどうするの？誰のため？何のため？

～終活から ACP を考える あなたならどうする～」

【講師】金城　隆展　先生（琉球大学病院 地域・国際医療部　臨床倫理士）

【日時】2022 年 10 月 31 日（月）　18：00～20：00

【会場】ZOOM ミーティング　（事前申込制）

・情報提供・相談支援部会、次回開催は 2 月 9 日(木)、14 時から開催。

資料２４

令和４年度 第２回沖縄県がん診療連携協議会 ベンチマーク部会 議事要旨

開催日時：令和４年 12 月 23 日(金)　9：00～10：10
開催場所：Zoom を利用した Web 会議
参加者：8 名
井岡亜希子(まるレディースクリニック院長)、伊藤ゆり(大阪医科大学研究支援センター医療統計室室長・准教授)、埴岡健一(国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科教授)、東尚弘(国立がん研究センターがん対策情報センターがん登録センター長)、平田哲生(琉球大学病院診療情報管理センター長)、伊佐奈々(琉球大学病院がんセンター・診療情報管理士)、増田昌人(琉球大学病院がんセンター長)、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)
欠席者：1 名
天野慎介(全国がん患者団体連合会理事長)
陪　席：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４年度 第１回ベンチマーク部会 議事要旨について
増田委員より資料１に基づき、第１回ベンチマーク部会 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．医療者調査の内容について
　増田委員より資料２に基づき、医療者調査案について前回行ったアンケートへ３つ(問29～31)の設問を新たに加えたとの説明があった。Web で調査を行う場合は、所属施設別のアンケートも必要になるとの説明があった。また問 15「がん診療拠点病院、がん診療病院についてお尋ねします」へ修正するとの説明があった。
　埴岡委員より評価の為のものになっているのか少し分かりにくく、分野として抜けがあるのではないかとのコメントがあった。また持ち場を聞くことに意義があるのではないかとの意見があった。
　東委員より、内容について回答者に直に意見を聞いたかとの質問があった。「拠点の役割を果たしていると思いますか」という設問は連携の為に重要だが、分かりづらいの

ではないかとの意見があった。
有賀委員より、適切な回答数について質問があった。埴岡委員より、沖縄には回答率が高いという実績がある為、質問数を増やしても大丈夫ではないか、かつ Web 調査にすれば負担が軽減するのではないかとのコメントがあった。
東委員より、レイアウトに関して圧迫感があるのではないかとの意見があった。またリッカートスケールにするかどうか検討しなければならないとのコメントがあった。
伊藤委員より、問 21 の苦痛のスクリーニングに関する設問についてスクリーニング後の展開について質問を加えてはどうかと。社会的苦痛についても含めて聞いてはどうか。就労支援に関する質問についても具体的な問いにしてはどうか等の意見があった。質問事項に関して、施設に対して聞く質問と個人に聞く質問が混在している為、個人に対する質問に絞ってはどうかとのコメントがあった。また今回出た案で修正し、できたものを身近な臨床医に回答してもらって意見をもらってはどうかとの意見があった。
埴岡委員より、20 個は 8 分野に関する質問を 2-3 個ずつ、残り 10 個はアクションベースの質問(妊孕性に関すること等)を入れてはどうかとの意見があった。
東委員より質問事項について、質問をブロックごとに分けた方がいいのではないかとの意見があった。問題を追加するには、パイロットをして回答者がどう考えているかを把握すべきであるとの意見があった。
井岡委員より、施設に関しては現況報告書からとれるので、アンケートは個人に対する質問にしてはどうかとの意見があった。また選択肢の数についても、比較できるようそろえた方がいいのではないかとの意見があった。

２．Web アンケートについて
増田委員より資料 3 に基づき、Web アンケートを実施するとの説明があった。Web アンケートは Google フォームを利用して進めることとなった。

３．調査対象者の人数について
増田委員より資料 4 に基づき、前回の配布人数と現在のがん診療を行う施設の医師数・看護師数・薬剤師数について説明があった。配布人数については次回の部会にて協議することとなった。

４．第 4 次沖縄県がん対策推進計画について
増田委員より 2 月の協議会にて第 4 次がん計画案を作成するとの説明があった。
来年の 4 月か 5 月までに県へ提出できるようすすめていくとの説明があった。

５．次回ベンチマーク部会開催日程について
増田委員より 3 月頃まで毎月 1 回 Zoom を利用した Web 会議を開催するとの説明があった。

６．その他
①部会・副部会長について
今年度の部会長は増田委員、副部会長は埴岡委員に決定した。