令和5年度第2回沖縄県がん診療連携協議会
議事次第

日　時：令和５年８月４日（金）　１４：００～
場　所：管理棟３階　大会議室

議事要旨・委員一覧	資　料	備　考
１．令和５年度第２回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨(7月3日開催)	資料１	P4
２．令和５年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(5月12日開催)	資料２	P7
３．令和５年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事録(5月12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	P76
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	P83
有識者報告		
１．埴岡委員報告	資料６	P84
２．天野委員報告	資料７	P107
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．今年度の協議会の活動方針について	資料９	当日資料
３．その他		
報告事項		
１．患者会よりの報告		
（１）田盛委員報告	資料１０-（１）	P128
（２）与儀委員報告	資料１０-（２）	P129
（３）島袋委員報告	資料１０-（３）	P130
２．各拠点病院が取り組もうとしているがん対策について（４月～６月の進捗状況）		
（１）琉球大学病院	資料１１-（１）	P132
（２）北部地区医師会病院	資料１１-（２）	P134
（３）県立中部病院	資料１１-（３）	P136
（４）那覇市立病院	資料１１-（４）	P138
（５）県立宮古病院	資料１１-（５）	P140
（６）県立八重山病院	資料１１-（６）	P142
３．アピアランス支援モデル事業について	資料１２	P144
４．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について	資料１３	P177
５．沖縄県がん患者等支援事業の活動報告	資料１４	P182
６．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について	資料１５	P192
７．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議		
（１）第８８回がん対策推進協議会	資料１６-（１）	P216
（２）第８９回がん対策推進協議会	資料１６-（２）	P378
（３）第２３回厚生科学審議会がん登録部会	資料１６-（３）	P433
（４）第２３回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会	資料１６-（４）	P469
（５）第３８回がん検診のあり方に関する検討会	資料１６-（５）	P486
（６）第１０回今後のがん研究のあり方に関する有識者会議	資料１６-（６）	P718
（７）第１１回今後のがん研究のあり方に関する有識者会議	資料１６-（７）	P719
（８）第１２回今後のがん研究のあり方に関する有識者会議	資料１６-（８）	P720
８．その他		
部会報告事項		
１．医療部会	資料１７	P769
２．緩和ケア・在宅医療部会	資料１８	P771
３．小児・AYA部会	資料１９	P787
４．離島・へき地部会	資料２０	P790
５．情報提供・相談支援部会	資料２１	P792
６．ベンチマーク部会	資料２２	P800

令和５年度第２回沖縄県がん診療連携協議会　資料一覧

１．令和５年度第２回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨(7 月 3 日開催)

２．令和５年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(5 月 12 日開催)

３．令和５年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事録(5 月 12 日開催)

４．協議会・幹事会・部会新委員について

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）について

９．今年度の協議会の活動方針について

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

１１．各拠点病院が取り組もうとしているがん対策について(４月～６月の進捗状況)
(1)琉球大学病院
(2)北部地区医師会病院
(3)県立中部病院
(4)那覇市立病院
(5)県立宮古病院
(6)県立八重山病院

１２．アピアランス支援モデル事業について

１３．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について

１４．沖縄県がん患者等支援事業の活動報告

１５．　沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

１６．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議
(1)第８８回がん対策推進協議会
(2)第８９回がん対策推進協議会
(3)第２３回厚生科学審議会がん登録部会
(4)第２３回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会
(5)第３８回がん検診のあり方に関する検討会
(6)第１０回今後のがん研究のあり方に関する有識者会議
(7)第１１回今後のがん研究のあり方に関する有識者会議
(8)第１２回今後のがん研究のあり方に関する有識者会議

１７．医療部会

１８．緩和ケア・在宅医療部会

１９．小児・AYA 部会

２０．離島・へき地部会

２１．情報提供・相談支援部会

２２．ベンチマーク部会

資料１

令和５年度 第２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７月３日（月）１４：００～１６：５０
場　　所　大学院セミナー室
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）	天願 俊穂
２号委員（那覇市立病院）	宮里 浩
３号委員（沖縄県立宮古病院）	西原 政好
３号委員（沖縄県立八重山病院）	松村 敏信
３号委員（北部地区医師会病院）	柴山 順子
４号委員（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）	
沖縄県立宮古病院長	岸本　信三
琉球大学病院医療福祉支援センター	有賀　拓郎
がんセンター	石川　千穂

議事要旨・委員一覧

会議に先立ち、増田議長から幹事会委員の紹介があった。

１．令和５年度第１回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨（4月10日開催）について
２．令和５年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨（5 月 12 日開催）について
３．令和５年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事録（5月12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５年度第１回幹事会議事要旨（令和５年４月 10 日開催）、令和５年度第１回協議会議事要旨及び議事録（令和５年５月 12 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．今年度の協議会の活動方針について
増田議長からの提案で、まずは審議事項２について、充分な議論を行ったうえで検討することとなった。

２．第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会案）について
増田議長から資料７に基づき、第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会案）のロジックモデルについて説明があった。
松村委員から「施設」の定義について質問があった。増田議長から、「施設」＝「沖縄県におけるがん診療を行う医療施設」のことであると回答があった。具体的には、第８次沖縄県医療計画に基づき、２０１８年に 12 のがん種について選定条件が作成され、その年の医療機能調査の結果に基づき、「沖縄県におけるがん診療を行う医療施設」が選定された。その後は、毎年の医療機能調査に基づき、選定条件に合った「沖縄県におけるがん診療を行う医療施設」が選定されている。選定条件は、県庁の HP に公開されているとの回答があった。また松村委員から、その条件だと離島の病院は該当しな

いのかと質問があり、増田議長から、現時点ではその条件を満たしている病院はないとの回答があった。

今回のがん計画においてがん対策に協力をお願いする医療機関は、「がん診療連携拠点病院等」（＝拠点病院＋診療病院の 6 病院）および「沖縄県におけるがん診療を行う医療施設」（＝11 病院＋5 診療所）である。そのため、離島の県立宮古病院と県立八重山病院はがん対策に協力をお願いする医療機関として該当すると回答があった。

宮里委員から、施策について県が直接実行するのではなく、県に施策毎に予算をつけてもらうという考え方で良いかと質問があり、増田議長から理想としてはそうであるが、全ての項目に予算を付けるのは難しいので、重点項目には予算を付けていただきたいと、協議会から県へ要望を出すのはどうかとの回答があった。また、宮里委員から協議会から県へ施策を提案した後、その施策がどのように実行されるか質問があったが、まだそこまで議論されてない旨の回答があった。

7 ページのがんゲノム医療の個別施策について、「琉球大学病院において」となっているが、そこに中部病院も加えることとした。

7 ページの手術療法の専門医の数について、肝胆膵外科専門医や代表的な外科専門医も加えることとした。

増田議長から、22 ページの離島・へき地の個別施策について、呼吸器外科専門医と乳腺外科専門医以外の専門医を記載する必要があるか確認があり、もし意見があれば後日メール等で連絡いただきたいとの発言があった。

23 ページの相談支援の個別施策 3 番目の項目について、個別施策ではがん相談支援センターに立ち寄らなければならないシステムの構築となっているが、指標では相談した患者の割合になっているため、記載方法を検討することとした。

増田議長から、指標の数が多いためどの項目を重点にするべきかとの質問があり、西原委員から、がん検診の受診率をあげるための施策を充実させることが必要との意見があった。また、がん対策の戦略を担うような人材を県の予算で雇用してはどうかとの意見があった。

増田議長から在宅医療について、自宅ではなく中間施設（老健施設等）でみとれる施設を増やせないかと提案があり、柴山委員から緩和ケアや高齢者のがんの項目にいれられないかとの意見があった。

３．アピアランス支援モデル事業について

増田議長から資料8に基づき、令和5年度アピアランス支援モデル事業について説明があった。

令和5年度アピアランス支援モデル事業に採択されたため、本島と宮古と八重山の3箇所で医療者向けの研修会を実施する予定である。また地元の患者向けの研修会も実施する予定である。

（以下については、紙面報告となった）

<u>報告事項</u>

１．患者会よりの報告

(1)　田盛委員報告

(2)　与儀委員報告

(3)　島袋委員報告

２．各拠点病院が取り組もうとしているがん対策について（4月～6月の進捗状況）

３．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について

４．沖縄県がん患者等支援事業の活動報告

５．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

６．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議

（１）第８８回がん対策推進協議会

（２）第２３回厚生科学審議会がん登録部会

（３）第２３回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会

（４）第３８回がん検診のあり方に関する検討会

（５）第１０回今後のがん研究のあり方に関する有識者会議

（６）第１１回今後のがん研究のあり方に関する有識者会議

（7）第１２回今後のがん研究のあり方に関する有識者会議

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５年度 第１回 沖縄県がん診療連携協議会議事要旨

日　　時　　令和５年５月１２日（金）　１４：００～１６：５０
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２８名）

（出席者）

１号委員	（琉大病院長）	大屋　祐輔
３号委員	（北部地区医師会病院長）	諸喜田　林
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（代理出席：川満　直紀）
９号委員	（沖縄県保健医療部長）	糸数　公
１０号委員	（琉大がんセンター長）	増田　昌人
１１号委員	（琉大がんセンター運営委員会委員長）	鈴木　幹男
１２号委員	（琉大医療福祉支援センター長）	平田　哲生（代理出席：有賀　拓郎）
１３号委員	（琉大薬剤部長）	中村　克徳（代理出席：小島　みどり）
１４号委員	（琉大看護部長）	眞栄城　智子
１５号委員	（琉大事務部長）	加藤　善一
１６号委員	（県立中部病院副院長）	本仲　寛美
	（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）	西原　政好
	（県立八重山病院外科医師）	松村　敏信
	（県立八重山病院副院長）	石田　浩子
	（北部地区医師会病院副院長兼看護部長）	柴山　順子
	（北部地区医師会病院副看護部長）	上地　佳代
１８号委員	（NPO 乳がん患者の会 ぴんく・ぱんさぁ代表）	与儀　淑恵
	(やいまゆんたく会(八重山のがん患者を支援する会)会長)	田盛　亜紀子
	(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
	（琉球新報取締役編集局長）	島　　洋子
２０号委員	（琉大病院病理部長）	和田　直樹
	（県立中部病院放射線科副部長）	戸板　孝文

（欠席者）

２号委員	（県立中部病院長）	玉城　和光
	（那覇市立病院長）	外間　浩
３号委員	（県立宮古病院長）	岸本　信三
３号委員	（県立八重山病院長）	和氣　亨
４号委員	（沖縄県医師会長）	安里　哲好
７号委員	（沖縄県看護協会長）	平良　孝美
１７号委員	（県立宮古病院副院長）	新崎　博美
１９号委員	（一般社団法人ｸﾞﾙｰﾌﾟ・ﾈｸｻｽ理事長）	天野　慎介

（陪席者）

緩和ケア・在宅医療部会	笹良　剛史
小児・AYA部会	浜田　聡
情報提供・相談支援部会	仲宗根　恵美
離島へき地部会	赤松　道成
沖縄県保健医療部健康長寿課	國吉　聡
沖縄県保健医療部健康長寿課	河野　百合子
がんセンター	伊佐　奈々

資料確認等

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

大屋委員長（1 号委員）から、資料４の協議会名簿に基づき、新規委員について紹介があり、新委員からそれぞれ挨拶があった。

また、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、がん計画と医療計画の効果向上及び第4期がん対策推進計画策定に向けた「ロジックモデルに対応した指標データ集」のレビューについて報告があった。

（主な確認事項）

Q.上原委員：ロジックモデルについて、最終アウトカムに向けての施策を行っていくが、中間アウトカムや振り返りのところで、振り返る指標等があれば教えていただきたい。

A.埴岡委員：ロジックモデルや指標も万能では無いが、使い方の限界や利点を理解して進めることが大事である。

Q.上原委員：第3次がん計画について中間評価の振り返りを確認したが、何ができていて何が足りないのかや、PDCAサイクルが回っているのか、課題は何か等が疑問であったため確認した。

A.埴岡委員：国や都道府県の計画で評価を行う場合、ほとんど評価になってないのが実情である。なぜなら現状、数値の計測・報告のみになっているからである。評価とは、その数値を基に施策したことが目的に影響を与えたのかを吟味、検討して判断することである。

A.糸数委員：行政では最終アウトカム等の評価については、主観的な指標と客観的な指標をできれば両方取り、複合的な評価になるよう考えている。

Q.大屋委員長：大腸がんに関して、沖縄県の指標自体は余り悪くない（特にカバー率等）が、結果として沖縄県の大腸がん患者の罹患率や死亡率が高いというのは、どう理解すればいいのか。

A.伊佐診療情報管理士：大腸がんの拠点病院カバー率は、拠点6施設だけではなく、準ずる病院も含まれており、沖縄県は全国トップの高さである。

A.埴岡委員：沖縄県は大腸がんに関しては、現状結果が悪いが、戦略的にデータを活かして改善していく素地は整っている状況にある。つまり、大腸がんプロジェクトの中で病院の役割分担等を議論するためのデータは整っているということが考えられる。

２．天野委員報告

天野委員（19号委員）が欠席のため、代理で増田委員（10号委員）から資料7に基づき2点の報告があった。

1点目は、4月8日（土）に開催された一般社団法人全国がん患者団体連合会主催のシンポジウム「国の第4期がん対策推進基本計画と都道府県がん対策推進計画を考える」について報告があった。

2点目は、5月31日（水）に開催予定の一般社団法人全国がん患者団体連合会主催のシンポジウム「ロジックモデルを活用したがん計画の策定」について報告があった。

審議事項

１．グループ指定の組み合わせについて

増田委員（10 号委員）から、資料 8-(1)、(2)に基づきグループ指定の組み合わせについて説明があった。

続いて諸喜田委員（3 号委員）、西原委員（17 号委員）、松村委員（17 号委員）から資料に基

づき、各連携病院間で連携できている内容及び連携に関する今後の展望及び要望等について説明があった。

２．沖縄県における希少がんの診療体制について

吉田委員（16 号委員）から資料 9 に基づき、沖縄県立中部病院における希少がんへの対応について説明があった。

希少がんの診療において、遺伝子パネル検査が重要となるため、中部病院でも検査ができる体制を整えている。今後は希少がんの診療について、琉球大学病院と共に中心的な役割を担っていきたいとの説明があった。

３．今年度の協議会活動の重点事項について

増田委員（10 号委員）から、資料 10 に基づき今年度の協議会活動の重点事項について、各項目の現時点での進捗状況の説明があった。

４．第 4 次沖縄県がん対策推進計画（当協議会案）について

増田委員（10 号委員）から、資料 11 に基づき第 4 次沖縄県がん対策推進計画について説明があった。また、資料 11-4〈本日審議していただきたいこと〉2 について、審議の結果、提案のとおり了承された。

埴岡委員（19 号委員）から、資料 11-1 に基づきロジックモデルについて説明があった。

増田委員（10 号委員）から、資料 11-2、資料 11-3 のがん医療提供体制の分野及び緩和・支持療法の分野について説明があった。

（主な質疑応答）

・分野名 ：がん医療提供体制

Q.大屋委員長：国の計画にはデジタル化が入っているが、沖縄県では患者支援に入っているだけで、ロジックモデルからは完全に無くなっているが問題はないか。

A.増田委員：分野領域では共生の相談支援・情報提供に入れていきたいと考えているため、本日のロジックモデルには入っていない。

・分野名 ：緩和・支持療法

Q.上原委員：個別施策があまり具体的ではない。緩和ケア研修会を開催する等の具体的な施策を入れたりはしないのか。

A.増田委員：具体的な施策が入れられないか検討する。

・分野名：個別のがん対策

Q.島袋委員：難治性がんの個別施策 3 にある役割分担は集約化だけになるのか。

A.増田委員：集約化を含めた連携体制を構築していくことを指している。

Q.戸板委員：基盤の中に人材育成があるが、手術、放射線療法、薬物療法等の専門家を計画的に育成する旨の提案はする予定があるか。

A.増田委員：手術、放射線療法、薬物療法の医師、看護師、薬剤師の三職種については、それぞれ個別の施策に入れた方が分かりやすいと考えているので、そこに指標を持ってきている。

増田委員（10 号委員）から、他に意見があったら、メール等にて琉球大学病院がんセンターまで連絡いただきたい旨の発言があった。

５．その他

田盛委員（18 号委員）から、がんの検診率を上げるために、現在オプションになっているがん関連の検査項目を、特定検診の中に入れることにより、個人費用負担がなくなり受診率アップにつながるのではないかとの発言があった。

糸数委員（9 号委員）から、特定検診の中に入れることは難しいかもしれないが、一緒に受診できるよう市町村に提案していきたいとの回答があった。

報告事項

１．患者会よりの報告

（1）与儀委員報告

与儀委員（18号委員）から資料12-1に基づき、NPO乳がん患者の会ぴんく・ぱんさぁの活動について報告があった。

（2）田盛委員報告

田盛委員（18号委員）から資料12-2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．沖縄県がん診療連携登録歯科医療機関名簿について

米須委員（5号委員）から資料13に基づき、沖縄県がん診療連携登録歯科医療機関名簿について報告があった。

３．各拠点病院等が取り組もうとしているがん対策

資料14に基づき、増田委員（10号委員）、吉田委員（16号委員）、宮里委員（16号委員）、柴山委員（17号委員）、西原委員（17号委員）、松村委員（17号委員）から各拠点病院が取り組む予定のがん対策について報告があった。

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、大腸がん死激減プロジェクトについて報告があった。

５．沖縄県がん患者等支援事業の活動報告

増田委員（10号委員）から資料16に基づき、沖縄県がん患者等支援事業の活動について報告があった。

６．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

増田委員（10号委員）から資料17に基づき、沖縄県地域統括相談支援センターの活動について報告があった。

（以下については、紙面報告となった）

７．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議

(1) 第２２回厚生科学審議会がん登録部会
(2) 第４５回予防接種・ワクチン分科会
(3) 第３７回がん検診のあり方に関する検討会
(4) 第１３回全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会
(5) 第１４回全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会
(6) 第２２回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会

部会報告事項

１．医療部会

有賀副部会長から資料19に基づき、医療部会の活動・取組状況について報告があった。

２．緩和ケア・在宅医療部会

笹良部会長から資料20に基づき、緩和ケア・在宅医療部会の活動・取組状況について報告があった。

３．小児・AYA部会

浜田部会長から資料21に基づき、小児・AYA部会の活動・取組状況について報告があった。

４．離島・へき地部会

松村副部会長から資料22に基づき、離島・へき地部会の活動・取組状況について報告があった。

５.情報提供・相談支援部会

仲宗根部会長から資料23に基づき、情報提供・相談支援部会の活動・取組状況について報告があった。

６.ベンチマーク部会

増田部会長から資料24に基づき、ベンチマーク部会の活動・取組状況について報告があった。

以上

資料３

令和５年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事録

日　　時　　令和５年５月１２日（金）１４：００～

場　　所　　琉球大学医学部管理棟３階　大会議室

○大屋祐輔議長（琉球大学病院　病院長）

これから令和５年度第１回沖縄県がん診療協議会を開催いたしたいと思います。

皆さん、ご存じのとおり、沖縄県のがん対策の関係者の皆さんのご尽力により確実に改善してきているところでございますけれども、まだまだ残された課題があって、それに関連してさまざまなデータ等も利用しながらこの協議会を通じて、また県とも調整しつつ、各病院そして地域の皆さまに情報を提供しているところでございます。今年度もこのような会議をしっかりとやっていきたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは最初に新委員の紹介をお願いしたいと思います。今年度から新しい委員が加わっております。急で申し訳ございませんけれども、初めに自己紹介をお願いしたいと思います。74ページまで飛ぶんですか。ページでも結構ですけれども、資料４の協議会の名簿がございますので、そこでご覧いただきたいと思います。赤字で記されております名簿の順番で自己紹介をお願いしたいんですけれども、和氣先生はおられないような気がしますね。２番目の鈴木幹男先生のほうからお願いいたします。

○鈴木幹男委員（琉球大学病院がんセンター運営委員会　委員長）

私は青木先生に替わって今年度からがんセンター運営委員会の委員長を務めております鈴木と申します。専門は耳鼻咽喉科で頭頸部がんを主に治療しております。病院のほうでは経営担当の副院長をしております。よろしくお願いいたします。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。次に本仲寛美副院長、どうぞよろしくお願いいたします。

○本仲寛美委員（沖縄県立中部病院　副院長）

初めまして。中部病院の看護副院長の本仲寛美と申します。私は今回初めての参加となります。どうぞよろしくお願いいたします。

○大屋祐輔議長

よろしくお願いいたします。次は西原政好外科部長、宮古病院から。よろしくお願いします。

○西原政好委員（沖縄県立宮古病院　外科部長）

どうも初めまして。宮古病院外科の西原と申します。初参加で要領がわからないんですけども、勉強しながら沖縄県のがん対策の役に立てればいいかなと思います。よろしくお願いします。

○大屋祐輔議長

よろしくお願いします。松村敏信外科医師、八重山病院。よろしくお願いします。

○松村敏信委員（沖縄県立八重山病院　外科医師）

宮古から八重山に移りましたので、また今年もよろしくお願いします。

○大屋祐輔議長

わかりました。ありがとうございます。次は北部医師会の上地佳代副看護部長さん、お願いします。

○上地佳代委員（北部地区医師会病院　副看護部長）

初めまして。北部地区医師会病院で副看護部長を今年からしています上地です。いろいろ勉強しながら進めていきたいと思いますのでよろしくお願いします。

○大屋祐輔議長

どうぞよろしくお願いいたします。和氣先生は後で来られたら、またその際にお願いしたいと思います。

これから審議に入りますが、まずは資料の説明を増田委員からお願いいたします。

○増田昌人委員（琉球大学病院がんセンター　センター長）

では、資料の説明をさせていただきます。皆さまの机の上に当日配付資料を置かせてい

ただいております。全て紙資料なのですが、まずは議事次第が１枚紙であります。その次に「資料一覧」という１枚紙があります。

あとはホッチキスで留めた資料が全部で４つございます。１つ目が資料11-１の「ロジックモデルとは」というＡ４の資料になります。もう１つが右上に資料11-４と書いてあります。それとは別にＡ３の資料が２つあります。それが資料11-２の「ロジックモデル【施策のみ】」で、資料11-３の「ロジックモデル」になります。これが本日の審議に使う資料となっております。

それ以外に、この協議会に関連した資料を、皆さまに持ち帰っていただくために資料をお出ししております。１つが大きなＡ４の冊子になっておりまして、一般社団法人沖縄県がん患者会連合会ということで、「患者会活動のあゆみ」で2010年から2021年。これは昨年度にいただいていたんですが、なかなか一堂に会することができなかったものですから、本日、現地で開催したこともありまして、沖縄県のがん患者会連合会から皆さまに配布ということで伺っております。

２つ目が同じように患者会からの配布資料になっておりまして、１枚紙の裏表のカラーの濃い緑色の資料になっております。表面が「ロジックモデルを活用したがん計画の策定」ということで、５月31日、この協議会の有識者委員を務めていただいている天野慎介さんが理事長を務める全国がん患者団体連合会が行っているシンポジウムの１つでして、今日まさにこの協議会でも協議されるロジックモデルを活用したがん計画についてのシンポジウムです。

演者としましては、本協議会のベンチマーク部会の委員の１人である大阪医科薬科大学の伊藤ゆり先生、もう１人が同じくベンチマーク部会の委員である井岡先生、元琉大の助教だったんですが、そのお２人にシンポジストとしてお話をしていただくことになっております。

裏面は既に終わったものではありますが、同じく全がん連が主催した４月８日付のシンポジウムになりまして、これも「国の計画を考える」ということで、この場合も講師としましては伊藤ゆり先生や天野慎介先生、さらに同じく沖縄の協議会のベンチマーク部会の委員の１人である東大教授の東先生にも入っていただいていますので、全がん連から５月31日のこちらにぜひご参加をお願いしたいということで、今日、天野委員から、ご欠席なので言付かってまいりましたので、できましたら特に県の職員の先生方もよろしくお願いいたします。

３つ目が宮古島からでして、宮古病院が主催して、あと宮古圏、宮古島医師会と宮古島市も共催の第１回宮古島がん死撲滅ミーティングというＡ４の１枚紙、白のベースのものがありますのでどうぞご確認ください。６月16日ということでウェブで参加ができるそうなのでよろしくお願いいたします。

あとは小さな冊子、「おきなわがんサポートハンドブック」第13版になっておりますのでぜひお持ち帰りいただければと思います。

もう１つが少し厚い本になっておりまして、『沖縄県院内がん登録集計報告書2021年症例』、３月31日にできたものなんですが、これは私どもが事務局となって出しております。拠点病院、診療病院には10冊ほど送っておりますので先生方は置いていっていただいて、ほかの委員の皆さまはどうぞお持ち帰りになっても結構ですのでよろしくお願いいたします。

最後に琉大病院からのお知らせなんですが、２枚ありまして同じ内容なんですが、緩和ケアにおける地域連携カンファレンス、これは都道府県拠点病院に義務付けられた緩和ケアに関する地域連携をとるということになっておりまして、第２回目が５月26日金曜日の夕方５時半からウェブでやります。第３回が６月23日金曜日になっております。これは都道府県拠点が主催するものでして、ぜひこの委員の先生方及び各拠点病院等の先生方にご参加をいただければと思います。配付資料としては以上になります。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。それでは引き続き内容に進みたいと思います。まず資料１～３の議事要旨の確認、それから資料４の協議会幹事会の開催日程を増田委員からご報告をお願いします。

議事要旨等

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

２．令和４年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(2月3日開催)

３．令和４年度第４回沖縄県がん診療連携協議会議事録(2月3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

○増田昌人委員

iPadの中のＰＤＦに入っている資料をご覧ください。資料が全部で３つ続いておりまして、資料１がこの協議会に先立って行われました第１回の幹事会の議事要旨となっております。

資料２が、７ページまで飛んでいただきますと前回、令和４年度第４回の本協議会の議事要旨となっております。前回の審議事項としましては２つありまして、今日も継続審議が行われている第４次沖縄県がん対策推進計画の協議会案についての審議、あと次年度の令和５年度の協議会活動の重点事項について審議をいたしております。

資料３につきましては第４回の協議会の議事録となっております。それぞれご確認をいただければと思います。

また、先ほどありましたように、資料４が委員名簿となっておりまして、資料５、81ページまで飛びますが、ここはぜひご確認をこの場でしていただけるとありがたいです。本協議会の今年度の日程を記載しております。第２回目が８月４日金曜日、第３回が11月10日金曜日、第４回が２月２日金曜日になっております。本来であれば、５月、８月、11月、２月の第１金曜日に開催の予定なんですが、第３回に関しましては文化の日に当たるために第２金曜日となっておりますので、それぞれご確認をお願いいたします。また幹事会は以下のようになっております。

幹事会の議事要旨、協議会の議事要旨及び協議会の議事録に関しまして間違い等がありましたら、事務局のほうにご連絡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。ただいまご提示いただいた議事要旨、膨大な議事録も付いておりますが、今日も膨大な議事録にならないようにコンパクトに進めていきたいと思っておりますが､何かございませんでしょうか｡なければ次へ進めさせていただきます。

次は有識者からの報告、説明事項に進みたいと思います。最初に埴岡委員からご報告をお願いしたいと思います。

有識者報告

１．埴岡委員報告

○埴岡健一委員（国際医療福祉大学大学院　教授）

資料が２つございますが、最初の資料を10分ぐらい、もう１つの資料を２～３分でご説

明したいと思います。

資料６－(1)をお開きください。「がん計画と医療計画の効果向上」ということで「ロジックモデルと指標の活用の強化」というタイトルにしておりますが、最近の動向をお話しします。

趣旨です。厚生労働省の医療福祉に関する計画類の基本計画やガイドラインなどに、「ロジックモデルの活用」が多数明記されたことをご紹介いたします。その動向を確認した上で、かねてからロジックモデルの活用を行ってきている沖縄県がん診療連携協議会の第４期計画に向けた活動方針をさらにクリアにする際に参考になると思うところです。

84ページの目次ですけれども、医療計画の動向をご紹介し、がん計画に触れて両者の関係を説明し、沖縄県の動向も踏まえて、このがん診療連携協議会のことを振り返ります。

85ページから医療計画の動向です。なお、この医療計画に関してはロジックモデル、あるいは評価を明確にしていくという流れ、これは大屋先生が第８次医療計画等の検討会の委員であられて、この議論を持ち出され、大きく流れをつくられてここまで進展する大きな役目を担われたと認識しております。

ここからご説明するのは、医療計画のガイドラインの中に「ロジックモデル」という言葉が単発でぽんと出たわけではなくて、考え方、それからロジックモデル、それから計画の策定・実行・評価、その流れ全般に関してロジックモデルを活用するという考えが組み込まれているということをご紹介するという趣旨になっております。

86ページに、まず「施策のアウトプットのみならず、アウトカムへのインパクトを考えましょう」ということで、まさに効果をもたらす計画という考えが入っているという考え方が示されております。

次に「医療計画作成の趣旨」のところに「ロジックモデルのツールを活用する」と入っております。

88ページには「施策を考えるときにアウトプットのインパクトを考えてロジックモデルを使いましょう」という考えが入っておりますし、89ページには、評価の際にもまた同様の考えでロジックモデルを活用するんだよということ。そして、「作業部会の施策を考えるときにロジックモデルも活用しましょう」と書いてあり、次にまた「評価の際にロジックモデルを再度、活用する」と書かれているところです。

先ほど来見ていたのは局長通知です。その下に具体的な手順を書かれている課長通知がありますが、92ページ、まず総論の「政策循環」のところで、再度、考え方が確認された

上で、その考えのためにロジックモデルを使うんだよということが書かれ、93ページにはその用語集が書かれており、ロジックモデルも明確に用語として定義されております。94ページにはロジックモデルの中に出てくる指標の定義が書かれており、95ページには、作業部会が施策を考える際にロジックモデルを活用して、効果のある施策を考えるんだよということが書いてあり、96ページには「評価の際にやはり効果を考えて、ロジックモデルを再度、活用する」と書かれています。

97ページですが、課長通知の別添としてロジックモデルの構図ですね。われわれとしては見慣れているものですけれども、国の通知関係にこうしたロジックモデルの図表が出るのは極めて珍しいと思うんですが、都道府県が作成しやすいように、明確に模範図的な構図が明記されたということです。98ページ、その図に添えた注釈として、この図の上に図の構成及び図に置かれる指標の使い方に関してまで説明されているところです。

99ページは、以前からご紹介してきた国際標準的な評価の仕方の概説図でして、ここに12の用語があって、ここがエッセンスですということをご紹介してきたんですが、実は先ほど来、見ていただいた国の課長通知にほぼほぼ同じ考え、用語が書かれておりまして、一部欠けているのは、インプットという、予算や投入ですね。それから⑨セオリー評価、⑩プロセス評価、⑪インパクト評価、⑫コスト・パフォーマンス評価。用語は出てきませんが、ロジックモデルをつくること自体、もうセオリー評価の考えが入っておりますし、施策を注視しましょうというプロセス評価も入っておりますし、先ほど来、何度も見ていただいているように、インパクト評価の考えはアウトプットがアウトカムに与えたインパクトを考えましょうということで何度も繰り返されてインパクト評価の考えが入っているということで、まさに沖縄県が先取りしてきたプログラム評価によるロジックモデルの活用という考えが明確に示されたと期待しております。

102ページに飛びますが、県の動向。全国の県の動向を概観しますと、第８次医療計画では本文と連動したロジックモデルを掲載する県が多数となる可能性が大きい。前回のサイクルでは５県ぐらいだったんですけれども、これだけ通知が明確になるとほとんどのところが採用してくると思われます。また、一部ではなく５疾病・６事業・在宅、この12分野全部に作成する県も多いと予想されます。12分野以外の領域についても活用しようとしている県があることを伺っております。ロジックモデルの素案を会議体で３回ほど審議して、ロジックモデルの成案を得てから計画本文を書き下すという本来のやり方が進んでいくものと予想されております。

103ページ、104ページ、105ページは沖縄県の資料ですけれども、沖縄県ではそれを既にやられておりまして、これは脳卒中のロジックモデル、７次計画のものですが、先ほどの模範図にあるようなものがしっかりとつくられており、104ページでそのロジックモデルの上の指標に基づいた計測データを配置し、この右側のアウトカムがどう動いたか、左側の数値がどう動いたか、この両面を見て所掌の部会等で審議がなされ、106ページにあるような見解を経て計画の改善に結び付くという、まさにＰＤＣＡサイクルが回っている、まさにプログラム評価が実施され始めているという状況です。これが全国に広がっていくのかなというところです。

106ページですが、医療計画においてはプログラム評価の考えが明確にガイドラインに示されております。沖縄県が先行事例と目されているところです。がん計画では書かれていないことまで医療計画では書かれているので学べることもあると思います。

107ページ、がん計画の動向を見てみます。第４期計画で、やはりロジックモデル関係の記載があるんですが、極めてあっさりとしております。

108ページ、４期計画の中の記載ですけれども、「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」とあります。こちらはあっさりとしておりまして、アウトプットがアウトカムに与えるインパクトを見るとか、そういうところまでは踏み込んで書いていないわけですけれども、そのあたりを意味していると推定することができます。

109ページ、中間評価もざっくりまとめた書き方の中に「ロジックモデルを活用した科学的・総合的評価」と書かれているわけです。これは都道府県の計画の策定のところですが、そこにも「ロジックモデルのツールを活用する」と明示してあるものの、プログラム評価的な考え方に関しては深くは触れていない状況です。

一方、医療計画では、国は都道府県への方針を示しているだけで、国としての各医療計画の５疾病・６事業・在宅に関してロジックモデルを示しているわけではないんですが、がん計画におきましては国のがん計画のロジックモデルを示すという画期的な動きがありまして、111ページにあるようなもの、これが二十数枚か30枚ぐらい分野別につくって提示をされているところでございます。また、がん分野の先進的なところはアウトカム指標として患者体験調査が活用されているところです。また本年度も計測されるということで作業が進んでいるとのことでした。

113ページですけれども、国のロジックモデルができ、また都道府県もロジックモデルをつくっていくということですが、ロジックモデルをつくって終わりではなくて、プログラ

ム評価の考え方でセオリー評価、ロジックモデルが正しいのか、やると言ったことを実行したのかのプロセス評価、そして施策が目的を改善したのかというインパクト評価、これが行われていくものと思われます。

次のページは奈良県ですけれども、奈良県は第２期計画からロジックモデルをつくり、３期計画で改善し、今は４期計画づくりの中で３期計画のロジックモデルの改善をしております。ロジックモデルは１回つくって硬直化するのではなく、定期的に見直して、この赤字のところで線で消したり、加筆してある部分を改善している状況です。

115ページはまとめですが、第４期計画において計画の目的への効果を高める観点から、がん計画においても「ロジックモデルの活用」が明記されています。ですので、国のロジックモデルが示されたのですから、県でもロジックモデルの活用が大幅に普及すると考えられます。次の患者体験調査も拡充して行われるということ。このあたりの情報源はがん領域が主として進んでいるところかと思います。

一方、医療計画に関して、がん計画では評価の考えに関する記載が弱いところですけれども、ロジックモデルの活用の本来の目的を意識して運営していけば効果をもたらすのではないかと考えられます。

116ページ、がん計画と医療計画を少し比較してみますと、117ページです。医療計画には「がん計画と連携調整を図るべし」と書かれており、118ページ、がん計画には「医療計画と調和を取れるようにすべし」と書いてありますので、当然、連携が必要です。先ほど見たように、それぞれの特色と進んでいる部分と進んでいない部分があります。国のロジックモデルを提示ということではがん計画は進んでおります。それからロジックモデルを運営する考え方や用語の定義、そういうものは医療計画が進んでおります。それから情報源として疾病登録があったり、患者体験調査があるのはがん計画が進んでおります。都道府県の指標例の具体的提示ということでは医療計画が進んでいる部分があります。それから都道府県が使うデータを実際に実測したものを提供するデータブックというのは医療計画で行われているが、がん計画ではないというところですが、これのいいとこ取りで全部できることなので、やるという形になると両方が進み、かつ調和が進むのではないかというところです。

120ページのまとめ。がん計画と医療計画が連携を図り、低いほうに合わせるのではなく高いほうにいいとこ取りで合わせていくとよい流れになると考えられます。

121ページから沖縄県の追加的動向なんですけれども、新聞を読んでおりましたら私が知

らなかった動きが発見されましたが、ちょっと誤植があってすみません。県の上位計画ですね。県の全体的に及ぶ「新・沖縄21世紀ビジョン基本計画」でロジックモデルの考え方が取り入れられているそうです。

123ページですが、それに関連してロジックモデル研修も進められているということで、沖縄県は医療計画、がん計画のみならず、全般的にこういう考え方が入ってきていることが考えられますので、まさに沖縄県はロジックモデルで効果を出す計画の先進県になってくるのかなと理解しているところです。

125ページから連携協議会の役割なんですけれども、ロジックモデルの活用は沖縄県がん対策連携協議会がリードしてきた面がある。今後もけん引役となると考えられます。まさに今は大事なタイミング、第４期計画の策定中ですけれども、今日も審議事項に入っておりますが、そのあたりの役割を果たしていくのかなと考えております。

ということで全体まとめですが、ロジックモデルの活用はまさに普及期に入ったということで、これまでそれを進めてきたこの場でございますけれども、さらなる貢献が期待されているかなというところでございます。以上が１つ目の説明です。

２つ目、128ページからはデータ集になります。第４期計画をつくる際に第３期計画時点の状況の振り返りが必要かと思いますが、ロジックモデルと指標の形で実際にデータが計測されたものがあれば、全体把握に一番早いかなというところがございまして、その形につくってきております。

いきなりもう130ページを見ていただくと、ごく一例だけご紹介しますが、これは医療提供体制で、全体がロジックモデルになっておりまして、右側が最終アウトカムの目指すべき姿の下に指標が並んでおります。左は中間アウトカムで、中間アウトカムとして目指すべきものが３本載っており、それぞれに指標が出ております。全国値と沖縄県と各医療圏の値、これはnot availableが多いですけれども、一部入っております。これを見れば高いほうがいい数値が高いか低いか、低いほうがいい数値が高いか低いか。そう見ると、まずいところは×とか良いところは〇を付けると地域診断がざっとできる、かつロジックモデルに沿ってできるということです。

５ページぐらいめくっていただくと緩和ケアのページがございまして、右側は「痛みが取れている」ということで、左側が中間アウトカムですけれども、２つの中間アウトカムがあります。それに関して数値がある。これは医療圏別の数値はないので、全国値と沖縄県となっております。

この協議会の事務局ではこのデータ計測を始められており、今後、例えば年ごとでしょうか、定期的にこのロジックモデルの形でデータを計測したものをこの形で表示されると聞いておりますので、今後、そのあたりの概観把握が進むべきものと思っております。

139ページからはナショナルデータベース由来のがん診療行為を表す数値、100が全国標準、数字が大きいと多い、小さいと少ないということですが、逆に指標が多いとどの数値を見るのが意味があるのか、見極める必要がありますので、このあたりは専門家の方に感度の高い、重要度の高い数値を見つけ出していただくことが必要かと思われます。

以上２点、情報提供でございました。終わります。

○大屋祐輔議長

埴岡委員、どうもありがとうございました。このロジックモデルを行政と一緒にしっかりと広めるように、埴岡先生方が活動されて、私も勉強会等にも参加させていただいていますが、行政関連の方たちがしっかり把握された上でさまざまな医療計画を含め、がん計画に生かされて、全国でその方向が進んでいるということで私も非常に楽しみに見させていただいているところでございます。

第８次医療計画のときにこれが重要だと発言しましたが、決して私が主導しているわけではございませんが、でもしっかり応援していきたいと思っているところでございます。われわれの連携協議会の中でもさまざまなデータなり、それに基づいた議論をするときにはこのロジックモデルに立ち戻って、なぜこのような指標が出てきているのか、そして、この指標を改善するためにはどのような施策を打ってきているのか、打つ必要があるのかというように整理をしながらなるべく進むようにしておりますので、ご参加の委員の皆さんも「何かよくわからんロジックモデル」という印象を持たれていると思いますが、細かく具体的に見ていかれると非常に身近な指標が載っておりますので、今日、全てを理解するのは難しいと思いますが、引き続きそれなりに関心を持って内容を読んでいただければと考えているところです。

ご質問、ご意見、何かありますでしょうか。どうぞ。

○上原弘美委員（サバイバーナースの会「ぴあナース」　代表）

「ぴあナース」の上原といいます。埴岡委員のほうにご質問なんですけれども、ロジックモデルがこの場でもよくお話に出たり、さまざまなところで使われることもありますが、

わからないところもあるので教えてもらいたいです。

最終アウトカム、あるべき姿に向けて施策をやっていくということで、その中で中間アウトカムであったり、先ほども振り返りというお話があったんですが、この振り返りのところで、それを振り返る指標ですか。数をデータ的に見るのはできると思うんですが、質の評価はなかなか難しかったりがあるかと思うんですが、そういう点でどういったところに注目をして振り返りをしていくのか、そのあたりを教えていただけたらと思います。

○埴岡健一委員

おっしゃるとおり、ロジックモデルや指標を使って考えるのは万能ではなくて、結局、もう何もなしで考えるよりは手掛かりは少し増えると思うんですけれども、それで何かが明確にわかるわけではないと思うんですね。なので、その使い方を限界と利点を理解して進めるのが大事だと思います。

先ほど来、挙げている例では、患者さんの痛みが取れる。患者さんの痛みを取りたいのは、これはもう皆さんの完全共通認識だと思うんですけれども、そのために患者さんの痛みを取る行為をするのも皆さんは合意されると思うんですけれども、その最初の患者さんの痛みが取れているとは何なのであるかということですね。上原さんがおっしゃった、その指標､データを取るのは何が適正なのかというと､それで必ずずれが生じるわけですね。患者さんが心の痛みが軽減している、この概念は盤石なんですが、それを測る瞬間にちゃんと測れているのかどうかということがあるので、そこは本当にちゃんと取れているのかとか、全然測れていないよりもいいんだけど、ちゃんと測れているのか、しっかり見なければいけないと。

それから今度は痛みを取る行為ですね。それは何をすべきか。患者さんのベッドサイドでアセスメントをするのがいいのか、緩和ケア研修をするのがいいのか、どちらがよい政策なのか。そしてアセスメントをやっているといってもなんちゃってでやっているのか、ほんとにやっているのか、やっていることをしっかり計測して、それを「やっています」とも言えるし「あんまりやれていない」と言えるかもしれないわけですね。

だから、やった結果、患者さんの痛みが取れることに関してもちゃんとつかめているのか。やっているということもちゃんとつかめているのか。その上でやったことが痛みを取ることに効いたのか。それはロジックモデルを見て、数字を見ただけで自動的に答え、判定、○×が出るわけではないので、この会議でそれを見ながら「いや、良くなっているよ

ね」「やったから良くなったんだよね」とか「いや、しっかりやれているところもあるけど、やれていないところがあるんだからもっとちゃんとやろうよ」とか「結果は上がっているけど、まだまだ良くなるんだよ」とか、そこはもう人間の議論ですね。そこをやっていくのが本当の会議の役割と、そんなことになっていくんだと理解しています。

ご質問と合っていましたか。

○上原弘美委員

ありがとうございます。なぜそういった質問をしたかといいますと、今日の協議会の中で次年度の第４期のがん計画に関しての議論があるかと思うんですが、第３次の中間評価をネットで調べて、それを見たときに、この評価の部分があるべき姿に向けてこういう施策、例えば「適切なリハビリや支持療法の提供が維持されています」とか「集学的治療や標準治療の提供が維持されています」と、それが中間評価としての振り返りとして記載されていたので、これだと何ができていて何が足りないのか、課題は何なのかというＰＤＣＡサイクルが回せるのかなというのが少し疑問だったのでそこをお聞きしたんです。

○埴岡健一委員

ご質問の趣旨がわかりました。理解不十分で申し訳ありませんでした。

上原さんがおっしゃるとおり、国や都道府県の計画で評価を行った場合にほとんど評価になっていないのが実情です。なぜならば「患者さんの痛みの数値が60でした」というのは計測であって評価ではありません。「緩和ケア研修を10回やりました」は単なる計測、報告であって評価ではありません。本当の評価というのは「全ての病院で緩和ケアのアセスメントをして、必要な患者さんにケアを行った」という情報と「その結果、患者さんの痛みが減少した」という、この両側のことを見て、やったことが目的に影響を与えたのかというのが評価なんですね。だから、なんちゃって評価というのは「計測値がどうだ」とか「やりました」とか「数値がどうでした」。そうではなくて、目的に対して施策が効いたかどうかを吟味、検討して判断するのが評価です。

なので、沖縄県の先ほどご紹介した脳卒中分野の議論はやや評価になっているわけです。なぜならば、数値の結果とやった行動を見て勘案して考えているので。あそこのところに入っていかないといけないし、そうでないと患者さんが良くなることに関して効いているとは言えないと、評価にもなっていないというのが一般論でございます。そうなっていく

といいなと。

○上原弘美委員

ありがとうございます。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。今の上原さんの質問は非常に重要というか、そういうことに気が付いていただいて、ぜひこういうふうなロジックモデルなり医療計画をつくるときにその手の意見が出てくるときっといいものになっていくと思うんですよね。

正直なところ、これをつくられている人たちでもそう習熟した方たちがつくられているわけではありませんので、アウトカム自身がまだ指標としてしっかり捉えられていないこともありますし、われわれから「ここはどうなんですか」と言ったら「そこはデータがありません」みたいなこともあるので、本当に行政の人とそれを取り巻く関係者、ステークホルダー、われわれも患者団体も含めて、そういう視点で共通言語みたいにそれを使っていくときっと伝わっていくのではないかなと思っております。ほんとにそのとおりではないかなと思います。引き続き皆さんのほうでも興味を持っていただいて、どうぞよろしくお願いします。

○糸数公委員（沖縄県保健医療部　保健医療部長）

保健医療部の糸数といいます。行政のほうで計画づくりなどをしっかり担当していくんですけれども、今の上原さんのご質問の中で、特に最終アウトカム評価のようなゴールに近いところについては、こちらが意識しているのは主観的な指標と客観的な指標で、できれば両方取りたいなと思っています。

客観的な指標は死亡率など、いわゆるデータとして定期的に上がってくるようなものを押さえればいいんですが、特に医療の分野については、それを受けた患者さんがどう思っているかという満足度みたいな感じの話もあるので、国が定期的に行っているような大規模な患者調査、あるいは医師・従事者の調査等で実際に受けられている方がどう思っているのか、満足度みたいなところも併せて複合的に指標を見て良くなっているかどうかを評価するように心掛けています。

その前の中間とか施策は「何回やった」とか「何パーセント上がった」と割と数字で説

明できるところが多いんですけれども、特にアウトカムについてはそういう主観的なものも測りたいんですが、主観的な指標を測るのはまた難しくて、アンケートをどういう対象にどういう規模でやったほうがいいか、それを継続的に見ていくための仕組みまで考えないといけないので、できれば国がやるような調査の項目に入れていただいて、その指標を参考にすると。指標がたくさんになると、どうやって入手するかも事務局的には非常に課題になってまいりますので、そういうところをまた埴岡先生などの指導を受けながら進めていきたいと思っています。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。まさに、個人的にもここは重要だと思っているので、思わず時間をかけてしまっているんですが、インパクトというお話もありました。どれくらいアウトプットがアウトカムにつながっているかみたいなところもあります。そこの評価は実際、ほとんどされていないんです。それはわれわれ自身がやっているさまざまな事業等でも、そこまでうまいことできるということがないんですが、繰り返しこのような計画を進めているうちに徐々につながっていくのではないかなと思っています。

時間がないんですが、私から１つだけ質問したいんですけれども、130ページあたりに大腸がんのことが載っているんですよね。皆さん、ご存じのとおり、大腸がんに関しては、沖縄県は他県に比べると予後も悪いことが多いと思うんですが、少なくともこの医療提供体制や中間アウトカムを見ている限りでは、実をいうと最終アウトカムもなんですが、指標はあまり悪くないんですよね。だけど、結果として沖縄県の大腸がんの患者さんたちの予後がそこまで良くなくて、死亡率が高かったりというのは、何かここのずれは、特にカバー率は、沖縄県は95.2％も標準治療のカバーをしていると見えてしまうんですが、そこはどういうふうに理解すればよろしいんでしょうか。お願いします。

○埴岡健一委員

まずカバー率に関しては実務上、熟知されているベンチマーク部会の伊佐さんにご説明をいただいて、補足があれば私と思っているんですが。

○伊佐奈々（琉球大学病院がんセンター　診療情報管理士）

130ページの大腸がんの拠点病院カバー率のことかと思いますが、この拠点病院カバー率

は拠点６施設だけではなくて、準ずる病院が含まれている結果がこの表示になっています。ですので、中頭病院や友愛医療センターなど拠点以外の16施設を含んで、合計22施設のカバー率という形で表示されています。

ちょっと触れていただいたので追加で実務者としてコメントしたいのが、この準じる施設を加えたカバー率は、沖縄県が全国でトップで高いのが強みだと思っています。ほかの県では、例えば福岡だと58％程度です。大体60％から70％の間に推移しています。

この背景には、10年ぐらい前からがん登録部会でがん拠点以外の病院を回りまして、拠点以外の病院もぜひ院内がん登録を一緒にやって全国集計に参加しましょうという取り組みを行ってまいりました。続けてきた結果が今回、沖縄県の全体のがんの現状を見るときに、他県ではできないけれども、沖縄県では院内がん登録が使えますということを実務者としてコメントを追加させていただきました。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。埴岡委員、どうぞ。

○埴岡健一委員

それを踏まえまして少し解説しますと、これは医療提供体制における大腸がんの状況ですので、やや狭い範囲のロジックモデルになっております。大腸がん全般を見るときは死亡率や罹患率、早期発見率、治療成績、そしてこの中間アウトカムのところの流れになりますが、ここの一番右端が生存率という治療成績から始まっています。ですので、死亡率を見ると悪いです。罹患率も高いです。この右端に見えている治療成績も少し悪い状況です。

その中間アウトカム、左のところには拠点病院カバー率があって、先ほどご説明があったとおり、拠点病院だけでは日本で最も低い３割ぐらいのカバー率なんですが、ほかの病院も参画されて、データ捕捉が９割、95％、日本最高になっている。つまり沖縄は大腸がんに関しては結果が今は悪いんですけれども、戦略的にデータを生かして改善に生かせる素地が整っている状況にありますので、かねてからある大腸がんプロジェクトの中で病院の一定の集約及び役割分担などが具体的に議論できるためのデータが整っていると考えられるかと思われるところです。なお、事務局のほうで大腸がん全体のロジックモデルに関するデータの整備も多分進められると思いますので、全貌把握はやりやすくなるかと思わ

れます。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。どうぞ、先生。

○西原政好委員

県立宮古病院外科の西原です。最終アウトカムが大腸がんは2009年から2011年のデータなんですが、これは最新のデータ等でも同じような状況なんですか。10年前は結構、データ的には数字が古いかなと思っているんですが、その辺はいかがでしょうか。

○埴岡健一委員

そうなんですね。ここは限界で、例えば罹患率は翌年ぐらいにわかったり、早期発見率も翌年ぐらいにわかるんですが、５年生存率は５年以上たたないとわからないということがございまして、また集計に数年かかっているということがございまして遅れます。これは最新ではないかもしれませんが、たかだか2012～2013年ぐらいしかわからない。10年遅れぐらいになるということで、戦略立案上は10年前の影を見る状況になるわけですね。

なので、見るときは、罹患は早くわかる、早期発見率もよくわかる、治療成績の５年生存率の結果は10年後ぐらいしかわからないので、参考値として見ながら考えていく状況になります。

○西原政好委員

これは大体、僕ら学会等では、最新のデータを結構見ることがあるんですけれども、それをパラレルと考えていいんですか。

○埴岡健一委員

多分、地域としては、例えば５年生存率が10年前にワーストレベルであった県が、５年、10年でリカバリーしてベスト範囲に入るかというと、過去の経年変化を見るとそんなに大きなダイナミックな動きは少ないと思うので、最新結果が10年後に見えてこないとわからないですけれども、それに関しては若干、悲観的に見つつ計算するしかないかなというところがございます。

○西原政好委員

データ的に、僕の個人的な意見なんですが、関西のほうでずっと外科医をやっていたので、沖縄で医療を５年前から始めているんですが、進行大腸がん率がすごく多いかなと感じていまして。

○埴岡健一委員

そのとおりです。

○西原政好委員

ただそれと今、先生がおっしゃっていることがあんまりパラレルに改善しているという印象が個人的にはないんですよね。

○埴岡健一委員

はい。ですので、沖縄は大腸がんが悪くて、以前の会ではご紹介したんですが、罹患率は非常に高いんです。早期発見率も非常に悪くて、治療成績もやや悪いということが相まって死亡率が高いという状況が生まれているということで、これは全貌を示せていないんですが。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。実はそこにギャップがあるので、私が質問したのはそういうことなんです。簡単にいうと、カバー率が良くても、予後というか、５年生存率が良くなっているわけじゃないよということなんですよね。だけど、準備はできたと。これからしっかり対策をしていくということでのカバー率と理解したらいいということですね。

○埴岡健一委員

はい。大事な説明を抜かしていたんですが、このカバー率はデータ計測カバー率であって、標準治療遵守率ではないんです。

○大屋祐輔議長

ただ一応、拠点病院はなるべく標準治療をしていただいているという期待はあるんですよね。だけど、そうじゃない部分もあるということ。

○埴岡健一委員

院内がん登録で提出しているので、そのステージ及び手技が提出されているので、異常値があれば専門家が見ればわかると。

○大屋祐輔議長

今後はそこの分析を通じて対策を練っていくということで、ぜひここは進めないといけない。

○埴岡健一委員

悪いことに関して検討する材料が整っている沖縄県であるということです。

○大屋祐輔議長

そうなんですが、ただ、その動きがこれまでまだ十分でないというのは先日も話していたんですけれども、そこをぜひ進めていただきたいなと思っております。

ちょっと長くなってしまいました。

次にいきたいと思います。天野委員からの報告なんですが、今日はご欠席ですので、代理で増田委員からご紹介をお願いします。

２．天野委員報告

○増田昌人委員

149ページ、資料７をご覧ください。先ほどチラシとしてお話ししたことなんですが、これは２枚、天野委員から提出されています。原稿をお預かりしましたので読み上げます。

本日は学会出張のため協議会を欠席することになり申し訳ございません。天野からの報告は２点となります。

１点目は、４月８日土曜日に開催された一般社団法人全国がん患者団体連合会、全がん連主催によるオンラインシンポジウム「国の第４期がん対策推進基本計画と都道府県がん対策推進計画を考える」のご報告です。新たに策定された国の第４期がん対策推進基本計

画のポイントについて理解を深めていただくとともに、これから策定される都道府県がん対策推進計画について考えるオンラインシンポジウムを開催いたしました。

午前の部では、厚生労働省の原澤がん対策推進官より国の基本計画についてお話しいただくとともに、基本計画を策定した厚生労働省がん対策推進協議会委員の方々によるパネルディスカッションを行いました。午後の部では、がん対策やがん登録の専門家の方々から都道府県がん対策推進計画策定のポイントについてお話しいただくとともに、専門家の方々と都道府県がん対策推進協議会委員の方々によるパネルディスカッションを行いました。都道府県庁や都道府県がん対策推進協議会委員、メディア関係者やその他、がん対策に関心のある皆さま、およそ500名の皆さまに参加お申し込みをいただきました。当日の講演については全国がん患者団体連合会のYouTubeチャンネルで公開の予定です。

150ページになります。２点目は、５月31日水曜日の夜に開催予定の全がん連主催によるオンラインシンポジウム「ロジックモデルを活用したがん計画の策定」のお知らせです。今期からは国だけでなく都道府県がん対策推進計画についてもロジックモデルを活用した計画の策定が求められていることから、沖縄県の計画策定にも深く関わっているお２人の専門家、恐らく伊藤ゆり先生と井岡亜希子先生だと思うんですが、による講演とパネルディスカッションを行うこととしています。関心のある皆さまのご参加をお待ちしております。

天野からの報告は以上となります。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。それでは今後も長くなりますので、休憩を５分ほど挟みたいと思います。15時３分から再開したいと思います。よろしくお願いします。

（休　憩）

○大屋祐輔議長

時間となりましたので引き続き次の議事に進みたいと思います。審議事項、第１号議案の提案をお願いします。これは審議事項からということになりますが、増田先生が最初に説明していただいた後、各病院よりそれぞれのグループ指定の中でどのようなことを進めていくかをご説明いただきたいと考えております。それでは増田委員、よろしくお願いします。

審議事項

１．グループ指定の組み合わせについて

○増田昌人委員

では、資料８－(1)、151ページをご覧ください。グループ指定の組み合わせについてです。

昨年８月改定の指定要件においても、都道府県がん診療連携協議会の役割の１つとして「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」があり、そのために「地域がん診療病院とがん診療連携拠点病院とのグループ指定の組み合わせを調整・決定すること」が求められております。

提案としましては、１番、この新指針に基づきまして、新たにグループ指定の組み合わせを調整・決定したいということで、組み合わせは従来と変化はないんですが、(1)北部地区医師会病院と琉球大学病院、(2)県立宮古病院と県立中部病院、(3)県立八重山病院と県立中部病院です。

２番、連携に関する今後の展望及び要望につきまして、診療病院側からの資料６－３、６－４、６－５に基づき意見交換を行い、必要に応じて協議会において決議が必要な事項を検討していただければと思います。

次からの資料は説明いたしませんが、今、お話しした昨年８月１日に出ました「がん診療連携病院等の整備について」ということで整備指針の改定部分の、特にグループ指定の部分について抜粋しておりますのでご参考までにご確認ください。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。ただいまありましたように、グループ指定をしながらお互いに連携して弱点を補って、治療の均てん化へ向けてしっかり進めていくということなんですけれども、まずは幹事会のほうからここに示されているような組み合わせをいただいております。北部地区医師会病院と琉球大学病院、宮古病院と県立中部病院、八重山病院と県立中部病院という形でございます。これに関連してこの方向でいいのかどうかも含めまして、まずはグループ指定の組み合わせについてということで、各連携病院間で連携できている内容、連携に関する今後の展望及び要望等をご説明いただきたいと考えております。北部地区医師会病院から順番にご発言をいただければと思います。よろしくお願いします。

○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の諸喜田です。私どもとしましては、まず「連携できている内容」ということで、(1)に関しては、肺がんその他、当院で対応できないがん種に関する手術療法を依頼しております。特に呼吸器外科のドクターがいないものですから、そういったところを中心に依頼をかけています。

(2)に関しては、放射線治療が北部にはございませんので、当院、北部病院ともにありませんので、必要な方への対応をお願いしております。

(3)に関しては、その他、全てのがんに関する患者さんの診療におけるより専門的な対応の連携・協力・相談をさせていただいております。

(4)に関しては、月１回、琉球大学病院の放射線科医の有賀先生が来られて、キャンサーボードの実施をさせていただいております。

(5)としては、年に１～２回、琉球大学病院がんセンターとのカンファレンスで院内体制の確認と相談をさせていただいて向上に努めております。

(6)としては、定期的な医師のローテーション派遣による人事交流で、いろんな手術やいろんな支援をお願いしております。

２番目に「連携に関する今後の展望と要望」ということで、最初に薬物療法に関しては独自にレジメン審査を行っておりますけれども、必要に応じて、またいろんな相談や支援をいただきたいと思っております。

(2)としては、緩和的放射線治療に関しては必要に応じて早めに相談できる体制で、より患者さんの緩和の改善等に努めてまいりたいと思っています。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。次に宮古病院からお願いいたします。

○西原政好委員

宮古病院外科の西原です。「連携できている内容」は中部病院なんですけれども、腫瘍や血液内科、肝臓内科、呼吸器外科は専門医が宮古病院にいませんので、応援体制を取りながら、随時、悪性疾患に対応しているということなんですが、それで患者さんの満足度も結構高いかなと思っています。

外科の人事交流に関しては中部病院と若手の専攻医を派遣していただきながらカンファレンスも行って、低侵襲治療を行っている状況です。

「連携に関する今後の展望」は、中部病院との組み合わせなんですが、地理的な影響もありまして放射線治療等に関しては那覇の病院さんにお願いして、随時、患者さんの希望、要望等を伺いながら不利益のないようにやっているんですけれども、今後は中部との連携をますます深めていって患者の満足度を高めていきたいと考えております。以上です。

○大屋祐輔議長

それでは八重山病院、お願いします。

○松村敏信委員

八重山の松村です。宮古病院と変わりはないんですが、八重山病院も中部病院からの応援の診療をもちまして抜けているところをやっております。人事交流はどうしても中部病院からのドクターの派遣を依頼しておりますので、グループ指定としては中部がいいかと思います。

病気の内容に関しては宮古と同じように放射線治療等はありませんので、それは希望によって那覇の病院なりに紹介させていただいていますけれども、人事交流等を基に、やはり中部病院とのグループ指定でいきたいと思っております。よろしくお願いします。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。増田先生、先ほど宮古病院からご意見をいただいたように、必ずしも患者さん自身はこの連携、グループ指定ではないところに行っている方のほうが多いようなんですが、そこについての考え方を含めてコメントをお願いします。

○増田昌人委員

絶対的に連携している病院とだけやりとりをするという決まりはありませんので、患者さんの状況に応じて紹介していただくのは問題ないかと思います。

また、基本的には連携先の病院がなるべくバックアップをして協力してやるということですが、地理的な状況や幾つかの状況に基づいて、ほかの病院と連携して、よりレベルの高い医療を提供するのがよろしいかと思います。私からは以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。連携病院としての連携ということですので、そういう意味でグループ指定をさせていただいていますので、近いからとか行きやすいとか、そういうのも多分に要因には入ってきますので、そこは患者さんとよく相談されながら。

あと、院内がん登録のデータ等もお互いに利用しながらということになりますので、関係ないところに出すとそのデータも戻ってこないということになったりしますので、いろいろなやり方は当然、各地域の実情はございますのでよろしくお願いいたします。

ほかに、この件についていかがでしょうか、ご質問、ご意見がなければ次に進みたいと思います。

次は資料９、県立中部病院のほうから希少がんの診療体制ということでご提案をいただいておりますが、朝倉委員からお願いいたします。

２．沖縄県における希少がんの診療体制について

○吉田幸生（沖縄県立中部病院　血液・腫瘍内科）

中部病院の吉田です。朝倉委員が欠席しておりますので代理で説明させていただきます。

資料９になりますが、要約しますと、現在、中部病院では薬物療法専門医が３名在籍しておりまして、希少がんにつきましては主に根治不能例で化学療法が必要な方や強度の高い化学療法を含む集学的治療が必要な患者さまについては県内から幅広くご紹介をいただいて診療しております。

そういう実情と、こちらには記載がないんですが、希少がんの診療において、遺伝子パネル検査が重要な検査になると考えておりまして、現在、遺伝子パネル検査が当院でもできるように準備を行っておりまして、そういった体制も整えておりますので、今後、希少がんの診療については琉球大学病院と共に中心的な役割を担っていきたいと考えておりまして、今回、このような提案をさせていただいております。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。診療体制も整えていらっしゃるということで、引き続き希少がんへの対応を続けていくというご説明だったと思いますが、この件についてご意見やご質問等はございますでしょうか。ないようでしたら、この形で引き続きご尽力いただ

くことをお願いしたいと思います。

それでは３番目、今年度の協議会活動の重点項目について、増田委員よりご提案をお願いいたします。

３．今年度の協議会活動の重点事項について

○増田昌人委員

資料10、160ページをご覧ください。前回の協議会におきまして、今年度、令和５年度に重点的に取り組む事項について、以下の５項目に決定しております。それにつきまして、毎回、進捗状況等を報告するということがありましたのでご報告をさせていただきます。

１番目が、第４次の沖縄県がん対策推進計画について、沖縄県へ提案するということなんですが、現在、ベンチマーク部会が主管しておりまして、今日、ご審議をいただくわけですが、毎週、ウェブで会議をしておりまして、たたき台をつくらせていただいております。また後ほどご審議をお願いいたします。

２番目、各専門部会のやるべきことを改めてロジックモデルを用いて再定義するということで、現在、６つの部会、それぞれの今年度最初の会議で年間計画をロジックモデルに置き換える予定ですが、この協議会で審議をした後で、この計画案をメインにつくり直そうということになっており、５月以降の最初の会議でこれをやる予定になっております。

３番目、協議会で行っている事業を含め、種々の評価指標が迅速に出るようにするということで、先ほど来、いろいろ問題となっていたわけですが、事務局において全国のがん医療のデータを１つにまとめたソフトを昨年度に開発しまして、今年度はそれをロジックモデルに合わせて出るように、業者さんとベンダーさんと調整を重ねておりますので、なるべく今年度の早い時期にそれが実用できるように、また実用した場合は皆さまと共有できるようにさせていただきますのでもう少しお待ちいただけますでしょうか。先ほど埴岡先生がお見せしたような感じと似たようなものになるかと思います。院内がん登録データ、ＤＰＣデータ、ナショナルデータベースの３つを統合したような形になるかと思います。

４番目が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、ＢＣＰをまとめるということで、これはまだ着手しておりません。医療部会が主管となって、ある程度方向性を示せればいいかということで、第１回医療部会で最初の議論が行われていますので、今年度中に何か形にしたいと思っております。

５番目が、特に大腸がんの精検受診率を向上するために働きかけるということで、これ

は大腸がん死激減プロジェクトが主管となりまして、改めて協議を開始しております。これまで新型コロナの影響でこの３年間、予防・検診部門に関しましてはメンバーの出席が難しかったこともあり、ようやく前回のプロジェクトの会合から保健所の所長の先生にも入っていただいたりしましたので、今後は県からのメンバーにも入っていただけるのではないかと思いますので、協議を開始したいと思います。

また議長からの提案もありまして、より今まで以上に沖縄県医師会や各地区医師会と連携を取ったほうがいいのではないかというアドバイスもありましたので、早速、次のプロジェクトの会議のときにはメンバーの増員について審議をする予定で組んでおりますので、その後になるべく早期に、県や地区医師会の理事の方に入っていただいて協力をしていただくような形がとれればいいかと思っております。

以上、審議というよりはご報告になりましたが、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。ここに書いてあるように、がん対策推進計画等への貢献、ロジックモデルや評価指標等に関わっていくと。評価指標ももともと取れないといけないですし、それを全国と比較、また地域内で比較も重要ですので、そこら辺にも関わっていく。あとＢＣＰ。コロナが少し収まっておりますので、何となくＢＣＰをつくる元気がなくなっている部分もあるかもしれませんけれども､いざというときのためのＢＣＰは、緊急度はなくなったかもしれませんが、今後はつくっていく必要があると。

最後ですが、特に大腸がんに関連しては改善がやや乏しい感もあり、この協議会でもしっかり関わっていくんだということで、現在、激減プロジェクトをやっておりますけれども、これはどうしても人数が少ないと、患者さんも非常に多いですし、広範な地域ですので、医師会にも協力をいただく必要があるのではないかということでいろいろ相談しながら、何ができるかを含めて考えていったほうがいいのではないかということで増田委員と話して、まずは会話からスタートするということでお願いしているところでございます。

今、挙げました５項目について、ご意見等…。どうぞ。

○西原政好委員

宮古病院外科の西原です。重点事項の５に関しては、医師会とのデータで沖縄県の下部内視鏡検査数の１年間の、そういうようなデータ等はお持ちなんでしょうか。

○大屋祐輔議長

医師会は持たないと思います。要するにレセプトデータから算出はできると思うんですが、県のほうでもその取り組みは多分まだされていませんよね。それが指標に入るようになりましたら不可能なことではないので。検出ができるのはできますが、それは今、指標になっていないので進めていないのではないかなと思っています。重要なポイントだと思います。

あとはアンケート形式で、地区ごとにそれを出していくようにすれば医師会の協力が要るかなということで、今、医師会と一緒に話すようにしたらと申し上げたところで。

○西原政好委員

そうですね。私も今、宮古島市のほうで年齢別の人口や大腸がん死の臓器別をいろいろ調べていまして、あと大腸がんに関して欲しいのは、１年間の大腸内視鏡の件数がどれだけあるのか、コロノＣＴがどれだけ普及しているか、そういうことを個々で調べているんですけれども、こういうプロジェクトとしてデータがあれば教えていただきたいかなということで質問させていただきました。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。プロジェクト自身は、簡単に増田委員のほうから。

○増田昌人委員

一応、今のご指摘のものは、レセプトベースでいいということであれば出せますので、ここ５年、直近でいうとおととしのデータからその前５年程度のデータであれば、がんセンターのほうで、先ほど開発したソフトによって、お時間は数時間じゃなくて、数分は必要なので。

○西原政好委員

それは本島の先生と比べてどれぐらい差があるのかなというのが個人的にも面白いかなと思っているんですけれども、ありがとうございます。

○増田昌人委員

恐らくそれはナショナルデータベースで、ＣＲで全国を100として、県のデータで100に対して90なのか、110なのか、あとは二次医療圏までは出せますので。

ただ、宮古の場合は人口が少ないこともありまして、多分、県全体のＣＲは出ると思うんですが、そういったデータは数十分ぐらいお時間をいただければ出せるところまでには持ってきていますので、この後、お送りしたいと思います。

○西原政好委員

ありがとうございます。

○大屋祐輔議長

埴岡委員、お話が出ていたような大腸がんの大腸カメラとか、その他の検査に関するような指標をがん対策に取り入れていらっしゃるみたいな地域とか、お話をお聞きになったことはございますか。今、そういうものを調べて対策に生かしたいという話が宮古病院のほうからあったのですが。

○埴岡健一委員

そのあたりはあまり知見はありませんけれども、聞いたことがあるのは、がん登録やＤＰＣなど別のデータをデータ連結して、そこをつないでいくことに関してデータを捉えている地域はあると思います。ですので、臨床の方々が患者さんのフローのどの部分に関して関心があり、ここがポイントではないかというところをまずロジカルに突いていただいて､そのデータがあるかどうか､探していったり取りに行くのはとても大事だと思います。あるデータを見るよりは、ポイントだと思うところを抽出して、そのデータを探しに行ったり取りに行ったり、そのために研究仕立てでデータを取る。別のデータベースのデータを連結する。そういうアプローチもあるかと思います。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。ＮＣＤからそんなにぼんと出すことができるんですか。結構、あれはでかいから何か持ってくるのがものすごく大変そうな。今、ＤＰＣだと取れると思うんですが。

○増田昌人委員

その生データの集約化もできておりますので､それを今年度はロジックモデルに従って。

○大屋祐輔議長

わかりました。それはがんセンターのほうでＮＣＤからもちゃんと取ってきているということですか。

○増田昌人委員

そこまでは終わっておりますので出せると思います。ただ、あちこちから引っ張ってこないといけないので、それをなるべく皆さんが使いやすいように今年度上半期と。

○大屋祐輔議長

とてもとても大変で、何か３日間、大型コンピューターのすごいのを回し続けてやっと出てくるくらいのデータなので、できるのかなとちょっと思います。ありがとうございます。

それでは次にいきたいと思います。第４号議案、第４次沖縄県がん対策推進計画について、増田委員より提案をお願いいたします。

○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）

審議事項のその他の欄で提案したいことがございますが、よろしいですか。

○大屋祐輔議長

まだ順番に、後のほうで。すみません。

○田盛亜紀子委員

今は４のほうですか。失礼いたしました。

○大屋祐輔議長

第４号議案で、まだ報告に入っていないので、まずは第４号議案を終えてからお願いし

たいと思いますが。

○田盛亜紀子委員

はい。

４．第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会案）について

○増田昌人委員

では、第４号議案について、まずご説明を申し上げます。iPadではなく、皆さまにお配りしたＡ４の資料２種類とＡ３の資料２種類をご覧ください。番号が前後するんですが、11-(1)、11-(2)、11-(3)、11-(4)と４種類ありますが、最後の11-(4)からご説明を申し上げます。

前回の協議会でもご審議をいただいた内容ではあるんですが、一部変更がありましたので、それも含めてご報告と、最終的に皆さまにご議論していただければと思います。

まず基本方針は、前回とは変更ございません。前回もこの５項目でした。県の策定支援として連携協議会案を作成する。国の基本計画と調和が取れたものとする。これまでの県、連携協議会の計画を発展させたものとする。ロジックモデルと指標を策定してから、それを計画文に表現する。指標については、統計指標、患者体験調査、医療従事者調査などからロジックモデルに対応した指標セットを形成すると。

プロセスに関しては変更がありましたので報告をいたします。今回、ベンチマーク部会で作成しました協議会案をお示ししています。ただ、現在では予防・検診分野と医療分野は提示できておりますが、共生分野と基盤分野、全部で４つの大きな分野がありますので、そこは未作成、今日は提示できておりません。

２つ目、ベンチマーク部会及び各部会、幹事会にて検討しております。これは実際に行っております。大きく違うのは、沖縄県は６月に第１回のがん対策推進計画検討会を開催する予定だと伺っております。また８月末に原案を作成予定と伺っています。それで、前回のこの協議会ではもうちょっとゆっくりとしたペースで皆さまにご報告して、多分、11月ぐらいを最終ラインとして置いたんですが、だいぶ早まりまして６月中に協議会案を早急に作成する必要が出てきましたので、そこが大きな違いとなっております。

作業説明は前回と一緒でございます。国のロジックモデルは５ブロック27分野から構成されておりますが、今回、協議会案としましては県民が理解しやすいように４ブロック９

分野に整理いたしております。国は基盤ブロックを医療ブロック等の前段階としていますが、ちょっとややこしいので、沖縄県では評価をしやすくするために同格のブロックとしております。

あと、国は国の役割で、県の役割でない部分も省いております。例えば新薬や新しい医療技術の開発は国に課せられた使命でありますが、県ではちょっと違うと思いますので、そういったことは省かせていただいております。

あと、沖縄県としては必要な分野、離島・へき地分野を追加しております。

めくっていただきまして、本日、審議していただきたいことなんですが、１番としまして、予防・検診分野と医療分野を今日提供しておりますので、ベンチマーク部会で作成したたたき台を提示しましたので、分野ごとの分野アウトカム、中間アウトカム、個別施策についてご意見を頂戴したい。

２番目が、以下の段取りで良いのかの是非についてご審議をいただきたい。１番目は後で資料を見ながら、また皆さんと１つずつご意見を頂戴したいと思いますが、２番目に関しましては今、お願いしたいのですが、(1)予防・検診分野と医療分野についての指標に対してのご意見です。今日はそこまで間に合わないと思いますので、メールまたはファクスで協議会事務局（琉球大学病院がんセンター）に送る。今月末締め切り。

(2)本日提案できなかった共生分野と基盤分野のロジックモデルにつきましてはベンチマーク部会が原案を作成し、来週の金曜日、５月19日までに協議会委員にメールでの添付文書、一部の委員には郵送でお送りします。それに対してのご意見も同様に今月末までにお願いしたい。

(3)委員からの意見を参考に、ベンチマーク部会が最終案を作成し、２週間後、６月９日までに委員にメールの添付文書でお送りします。それに対しての意見はメールまたはファクスでその１週間後、６月17日までに送っていただきたい。それらのご意見を参考に、第４期沖縄県がん対策推進計画（沖縄県がん診療連携協議会案）として最終案をつくりますので、それを６月中に議長から沖縄県知事に提案すると。

(5)患者委員には個別にヒアリングを行っていく予定であります。今日も１時間ほどヒアリングをさせていただいております。

このような段取りで、前回、この協議会ではずっとゆっくりしたスピードだったんですが、県のほうのスピードが速いものですから、それに合わせてなるべく県のほうにいろいろ取り入れていただけるようにこのような形になりましたので、どうぞご審議をお願いい

たします。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。県のほうで８月末には原案を作成予定ということになりますので、あくまでもこの連携協議会が提出するものは提案ということですので、県の作業に先立って終了しないといけないということで、少しスピードが上がったとご理解いただければと思います。

ベンチマーク部会のほうでいろいろな検討を出していただいていますし、その中からここに上がってきたものにご意見をいただいて、ぜひいいものにして、沖縄県のほうでも詳細にわたって現場からの意見をお聞きする手段も多くはないと思いますので、可能な限り良いものをつくって提出していきたいと思います。

この件、特にこのプロセスのところで書いていただいているところを中心にご質問、ご意見はいかがでしょうか。

増田先生、細かいところは説明するんですか。

○増田昌人委員

これから。

○大屋祐輔議長

よろしいですか。では、今から具体的な内容について増田委員からご説明をいただきます。

○増田昌人委員

では、スケジュールに関しましてはご了承をいただいたということで、具体的な内容をディスカッション、皆さまから特にご意見を頂戴していきたいと思うんですが、今日、初めてこの会議にご参加の委員の先生もいらっしゃいますので、少しロジックモデルの詳細について説明をしてからご意見を頂戴したいと思うんですが、私たちもオーソリティーがいますので、埴岡委員のほうから資料11-１「ロジックモデルとは」に関しましてご説明をしていただけるとありがたいんですが、よろしくお願いします。

○埴岡健一委員

それでは「ロジックモデルとは」に関しまして私のほうから説明をさせていただきます。お手持ちの資料11-１です。この後、増田先生がご説明になるであろう資料11-２の５ページをお開きいただきたいと思います。

２ページ目、ロジックモデルは得てして複雑になりがちで難解に見えてしまうんですが、そもそも何なのかというところです。定義的には、厚労省の通知によりますと、施策が目標とする成果を達成するに至るまでの論理的な関係を体系的に図式化したものということなんですが、一番シンプルにいうと、この２ページにあるように、右側に成果、左手に施策を書いたら、もうこれでロジックモデルです。目的があって、その目的のために何かをなすと。

これは資料11-２の５ページ目の緩和ケアのロジックモデルの分野アウトカムと個別施策の１番目をそのまま使っております。患者さんの痛みを取るために緩和ケアをするんだと。これでロジックモデルです。

３ページにありますように、右側に「患者さんの痛みが取れている」、左側に「痛みを取る」と。右側から見ると、痛みを取るために痛みを取る活動をするんだと。痛みを取る活動をすると痛みが取れるんだと。これがロジックモデルであるということです。

基本はこういう形でシンプルなんですが、実際に施策を組み立てていくと、４ページのようにツリー状になっていくことが多いです。分野アウトカム「患者さんの痛みを取るために」、中間成果として２個、考えられるとなって、１つ目が「ＱＯＬの向上」、２つ目が「緩和ケアの質の向上」みたいになりますと。その中間アウトカム、１個目のために施策１と２、中間アウトカム２のために施策３と４というような形になっていく。そして、ゴールに向けた施策が形成されていくということです。

５ページ目ですが、施策がどんどん並んでくるわけなんですが、施策を吟味する段階で、どの施策が最もアウトカムを動かすのか。そして、それぞれの地域の課題、悪い点を解消する、そこに効果がありそうなのかどうかという吟味も必要になります。

こうやってロジックモデルができるんですが、ロジックモデルだけだと運営ができないので、６ページ目にあるように指標を添えることになります。分野アウトカム「患者さんの痛みが取れている」を目指すときに、患者さんの痛みが取れているというのはどういう物差しでどうやって測ればいいんだろうということで指標を決めます。

その際、先ほども少し議論がありましたが、指標がその目指している姿をよく表現して

いるかが大切です。これが大外れしているのに、その数値を一生懸命追いかけていくと本末転倒になります。分野アウトカムを適切に表している指標、中間アウトカムをよく表現している指標という形でロジックモデルに指標を添えた体系が出来上がるということ。これで準備ができてきます。

次のページ、ロジックモデルができたら終わりではなく、ロジックモデルができるのはスタート点で、患者さんの状態を良くするために施策を実行することになりますが、それぞれの分野で、どの分野でも連携協議会が担う部分が多いと思いますので、先ほどの５つの事項の２番目でしたか。部会のロジックモデルをつくるというのがありますが、部会のロジックモデルが全く別のものではなく、基本的に県の計画のロジックモデルの一部を担う形のロジックモデルになるということで、この赤枠で囲んだようなところをそれぞれの所掌部会が実行することになり、そのやったことがアウトカムに影響を与えたか、その所掌部会やベンチマーク部会など､この連携協議会全体がモニタリングしていくということ。

８ページ目、１年がたち、３年がたちという中で評価をしていくと。そのときにどういう視点かというと、もちろん一番左端の施策を実施したかどうかを見ますけれども、それだけではなくて右側のアウトカムが良くなったか。それだけではなくて、実施したことが良くなることに効いたかということ。先ほどインパクトという言葉がありましたが、この効いたかを見る。これをやるのが重要になります。

９ページですが、そうするとアウトカムが良くなっていない部分があったり、施策が十分に実施できていなかったり、あるいは施策を十分やったのに、アウトカムが向上しなかったり、いろんなことが起こることがわかります。そのデータを見て議論する中で、知恵も合わせて、さらに直すところがある中で、アウトカムの文言を変更したり、指標を追加したり、施策は「これは駄目だから入れ替えよう」とか「もっと粘り強く続けよう」とか「強化しようか」ということで改善、改定が行われることになります。

10ページ目、突き詰めるとロジックモデルはそういうことなんですが、ポイントは常に右端に患者さんのあるべき状態、良くなれということがあり、それを測る指標があり、常にそれを原点として、そのために何をすればいいのか、そして、やったことがそれにつながっているのかということ。患者さんが良くなることに向けて、全てが収斂していく仕組みという形になります。

11ページ目、沖縄県をはじめ、ロジックモデルを導入している先行県からロジックモデルを使って失敗したという声は聞いたことがなくて、基本的にメリットばかりであると。

その出ているメリットの声を列挙したものです。

12ページのまとめですが、ロジックモデルは難しげに見えますが、基本的には患者中心のもので、施策が患者の状態に効果を生むためにというものの、それを実現する基盤ツールといわれています。ロジックモデルを活用して患者状態が良くなることに焦点を当てて活動を磨くという趣旨かと思います。ロジックモデルは、計画もそうですが、つくって終わりでなく、活動をより効果的にするためのスタート点といわれていると思います。

この後、参考資料がありますが、先ほどの発表の際にも説明した資料と重なりますので割愛いたしますが、今、説明したのはこうした厚生労働省通知などに表れていることをこの後、審議される実例に従って緩和ケア分野を例に取りながら説明をさせていただいたものです。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。では、増田先生から。

○増田昌人委員

では、位置付けにつきまして、協議会案がどんな感じ、全体像としてどういう形になっているかをまず説明した後に、個別につきまして皆さんのご意見を頂戴していきたいと思います。

私が先ほど用いました資料11-４の３枚目をご覧いただけますでしょうか。カラーのページになっておりまして、ちょうど真ん中に赤字で「第４次沖縄県計画（協議会案）」というものにしております。右が第３次の沖縄県計画の目次となっております。左が今回、発表されました第４期の国のがん基本計画になっております。

今回の協議会案をつくるに当たりまして、国の目次をなるべく尊重しつつ、また第３次の沖縄県計画と整合性が合うようにしております。時間がだいぶなくなってきていますので細かいことは言いませんが、少し見やすくするために医療の部分を全体として、医療そのものの部分と、この真ん中の「２．患者本位で持続可能ながん医療の提供」のところに⑴がん医療提供体制、⑵緩和・支持療法、そして個別のがん対策という形に、３つに大きく分けてつくっているのが特徴ではないかと思います。

１枚めくっていただきまして、今回の協議会案の具体的な全体構造図になっております。大きく１ 予防、２ 医療、３ 共生、４ 基盤ということで、一番左の列を見ていただきま

すと大きな目次になっております。これはロジックモデルに準じた形でつくっておりまして、一番右、この計画全体の最終アウトカムは「がん死亡率の減少ができている」「生活の質向上ができている」「社会生活の維持向上ができている」と、これを最終アウトカムに置いております。各分野ごとに分野アウトカムを全体としまして７つつくっております。

特に純粋な予防ですね。１－２が検診になります。予防の分野アウトカムは「がん種別罹患率の減少ができている」。検診のところは「検診がん種の早期がん割合の増加ができている」。医療のところが３つありまして、医療全体につきましては「全県的ながん診療の質の向上と均てん化ができている」という分野アウトカムにしております。緩和及び支持療法につきましては「苦痛の軽減とＱＯＬの向上ができている」。そして個別の希少がん、難治がん、小児、ＡＹＡ、高齢者、離島・へき地に関しましては「部位、年代、住んでいる地域にかかわらずがん診療の質の向上と苦痛の軽減・ＱＯＬの向上ができている」ということにしております。また共生に関しましては、今日、資料は出ておりませんが、このような「納得のできる治療の選択と療養生活の苦痛の軽減・ＱＯＬの向上ができている」。基盤としましては「進捗評価によりがん対策のＰＤＣＡサイクルが機能している」という形で置いて、このような形の全体構造図になっております。

それでは資料11－２、Ａ３のページの表紙を見ていただけますでしょうか。この中には予防・検診と医療提供体制、緩和・支持療法と個別のがん対策につきまして施策のみを抜粋しております。具体的には、先ほど埴岡委員から少しだけ、中のサンプルとしてありました緩和・支持療法の５ページをサンプルとしてご説明したいと思います。５ページをお開けください。下のほうにページが入っております。

この領域は、緩和・支持療法のロジックモデルになっておりまして、小さく左上に赤字で①緩和ケアと書いてあるかと思います。この分野全体のアウトカムは、右の列にも目をやっていただきますと「全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている」。これがこの分野の全体目標、全体の分野アウトカムのあるべき姿となっております。

このあるべき姿をもたらすために、緩和ケアの領域におきましては中間アウトカムを２つ置いております。それは「がん患者及びその家族の苦痛の軽減ができ、ＱＯＬが向上できている」及び「緩和ケアの質の向上ができている」。この中間アウトカムが達成できれば、この分野アウトカムが達成できるだろうということになっております。この中間アウトカムに関しましては、今回、がん計画自体は６年ですので、６年で達成するということも頭

の中に置いてつくっております。

それぞれの中間アウトカムを達成するために個別の施策ということになっておりまして、この緩和ケアの領域では４つ置いておりまして、１番、「施設」では…。ここは途中が抜けておりまして、施設に関しましては、第７次の医療計画に基づいて、沖縄県でがん医療を行う医療施設という形で選定がされております。ただ、実際には沖縄県のカバー率は90％ですので、沖縄県の主要な病院ということで捉えていただければわかるかと思います。

「『施設』では、主治医を中心とした組織化した緩和ケアを提供する」。２つ目の施策が「全ての医療機関において、がん患者が医療者に苦痛の表出ができるようにする」。３番、「『施設』では専門的な緩和ケアを提供できる人材とチームを整備する」。４番目、「県民の緩和ケアへの理解度を向上させる」ということを置いております。

ここの部分に関しまして１つずつ皆さまからご意見を頂戴できると思いますが、今日はディスカッションはしませんが、参考までに最終的に県のほうに提出するものはどんな感じになるかといいますと、もう１つの資料11-３がフルスペックのロジックモデルになっておりまして、その８ページを見ていただければと思います。いきなり字が小さくなりまして恐縮なんですが、ここは何が違うかというと、それぞれ分野アウトカム、中間アウトカム、初期アウトカム、個別施策の右側に指標が入っているところが大きく違います。

ただ、先ほど申し上げました分野アウトカム、「全てのがん患者及び」ということで「質の維持向上ができている」という分野アウトカム、及び中間アウトカムが２つと申し上げました。「がん患者及びその家族の苦痛の軽減ができ、ＱＯＬが向上できている」「質が向上できている」というところは文言が変わっておりません。また、ここは特に行政の立場からもということで、初期アウトカムを入れて、個別施策ということに分けておりますが、その初期アウトカムのところまで指標を入れております。ですので、最終的にはそれぞれの分野アウトカム、中間アウトカム、初期アウトカムに個別施策が付きまして、それぞれにつきまして指標をつくって、これを県のほうに出す予定になっております。ただ、それで個別施策の指標のところが空欄なのは、これは実際に行政ないし、われわれがやったときに、ここにやったことを書くという形になるから空欄にしているわけです。

指標には先ほどありましたが、患者体験調査や医療従事者調査とか、あとはＤＰＣ－ＱＩといわれているＤＰＣから引っ張ってきた医療の質評価とか、あとはＮＤＢというナショナルデータベースとか、それの相対化したＮＤＢ－ＳＣＲという指標を使ってということになります。一応、ここにある指標は主に国の指標及び沖縄県独自のものなんですが、

多くの場合は10年ほど前に沖縄県の第２次医療計画の中間評価を私どもが請け負ったときに測定した指標ですので、全て測定可能な指標を入れております。ただ、本日はこの指標につきましては議論せず、後日、メール等でご意見を頂戴したいと思います。

では、元に戻りまして、先ほど説明した大きな字の指標を省いたほうをまたご覧いただけますでしょうか。ここの緩和ケアにつきまして、今ご説明しましたが、それぞれ委員の方から「この中間アウトカムでは」とか、あと「個別施策がこれでは例えば足りないんじゃないか」とか、いろいろご意見があるかと思いますので１つ１分ぐらいずつそれぞれご意見を頂戴できればと思います。私からは以上です。

○大屋祐輔議長

時間も限られているので、今日はぜひご発言いただきたい方はご発言いただいて、どうしても時間が足りなくなりましたらメール等でがんセンターまでご連絡をいただきたいのですがいかがでしょうか。１つずつ見るわけにもいかないですか。見ますか。生活習慣（喫煙）はどうかとか、飲酒はどうか。

○増田昌人委員

予防と検診は、ここは主に医療の部分を担っておりますので、もし可能であれば医療の部分。

○大屋祐輔議長

医療提供体制？

○増田昌人委員

と緩和・支持療法、個別のがん対策につきまして。

○大屋祐輔議長

医療提供体制のところからいくと、「医療提供体制全般」という６つの項目…。

○増田昌人委員

３ページになります。

○大屋祐輔議長

３ページですね。それから中間アウトカムがあって、分野アウトカムがあるということで、これで適切なのかどうか。先ほど重点というところで書いたものもこの中に含まれているものはございますけれども、あと病理診断、がんゲノム医療、手術療法についても３つ入っているところでございます。

○増田昌人委員

１ページずついきましょうか。

○大屋祐輔議長

１ページずついきましょうか。ここについて何かご意見は。

私からなんですが、国のものにはデジタルが入っているんですけれども、沖縄県のものでデジタルは患者支援のところに入っているだけで、なおかつ患者支援からこのロジックモデルでは完全にデジタルが消えて、ないんですが、デジタルは要らないんですか。

○増田昌人委員

一応、この分野・領域分けでは３番の共生の相談支援・情報提供のところで入れていきたいと考えておりますので、今日はこのロジックモデルには入っておりません。今日は議論も含めてカバーしていきたいと思います。

○大屋祐輔議長

わかりました。今のようなことでもいいんですが、何か抜けているとかどうなっているのかというのも含めて。なかなか難しいよね。医療提供体制がこれで本当にいいのかというところも含めて。

○増田昌人委員

そうですね。あとは全体の４番の基盤のところに人材育成がありますが、実はこちらの医療のところにも入れておりまして、なぜかといいますと、今日の段階では多分いいと思うんですが、５年後、10年後を鑑みますと外科医の不足は深刻な問題になってくるでしょ

うし、また放射線治療に関しても、今日の中ではだいぶ充填はされましたが、まだ不十分だということ。あとは薬物療法に関してはいわゆる腫瘍内科医が極めて少ないという問題もあるものですから、そういったこともありまして医療のところにもそれぞれ人材育成及び配備ですね。

○大屋祐輔議長

３ページのところで、手術療法の４－１は「専門家を計画的に養成を行い」ですよね。「が」ではなくて。

○増田昌人委員

てにをはが少しずれているところも結構ありまして。

○大屋祐輔議長

ちょっとそういう感じでいきましょう。医療提供体制全般は今、言ったようなこと。病理診断も質の高いものをやっていく。がんゲノムも適切にできるような体制…。「体制」じゃないですね。「治療を行う」か「行う」で「体制」じゃないですね。これは「行う」ですね。手術療法は今、言ったように、人材育成、施設、それから手術手技、手術の集約化。それから放射線治療も専門家、標準治療、ちょっと特殊な治療等をできるように紹介する。薬物療法も専門家、施設、拠点病院、県民への情報提供。チーム医療の推進は「『施設』では」という主語になっておりますけれども、情報共有、口腔ケア、それから栄養サポート。医療実装のところでは「『施設』では技術を…。

○増田昌人委員

でも国では「新しい抗がん剤を開発する」とか「機械を開発する」とかなんですが、沖縄県で考えますと「新たに認可された医薬品、医療機器がなかなか県内に速やかに導入できていない」というご意見もあったものですから、そういったことを入れたことと、もう１つ、「県内は治験や臨床研究、先進医療が少ない」というご意見があったので、ここの医療実装は読み替えてそのように入れております。

○大屋祐輔議長

それぞれに応じた中間アウトカムがあるということで、３ページでは、医療施設、病理診断、がんパネル、そして手術で、４ページ目については放射線治療、薬物療法に関するところ、あと免疫療法に関しては期待ばかり大きくて副作用の点がなかなか知られていないので、正しい情報提供、医療者の間の…。あとはチーム医療についてのコミュニケーション等々ですね。それから中間アウトカムは、新規の薬物を含め、治療法が県内で広がること。

次のページ、緩和ケアに関しましては、先ほどから何回かご説明をいただいていますけれども、施設で対応すること等が、緩和ケアを提供するとか、患者さんが表出できるとか。これは施設、施設が飛んで、真ん中に「患者が」というふうになっているんだけど、ちょっと順番を変えたほうがいいかもしれませんね。

あと、在宅とリハビリテーション、それから支持療法関係ですね。中間アウトカムはそれに関連したＱＯＬとか、しっかりした連携ですね。在宅へつなげていく。「地域包括ケア」みたいな言葉は入れなくていいのかというところはいかがでしょうか。

それから施設、リハビリテーション。適切なリハビリテーション。リハビリテーションも幅が広うございますけれども、こう書いただけでわかるのかという疑問はありますが。

次、施設では各種…。「がんリハって何なの？」という質問をまだもらったりするので、そういうことも含めて。「施設」はガイドラインに沿ったことができているか。

次のページ、これは妊孕性温存ですよね。そのことについてちゃんと広報し、体制があってということで、実施できるということが書かれているところです。

個別はいいの？

○増田昌人委員

どちらでも結構ですので、意見と…。

○大屋祐輔議長

個別の希少がんについて。先ほど中部病院からも報告がありましたけれども、しっかり対応するところを明示しながら、そこでやっていくということを中心に書かれていると思います。

難治性がんも多少似ていますけれども、やはり集約化しながらやっていくというところ。

小児がんについてもある程度の施設、相談体制とか、あと中心施設というところへ紹介

していくようなこととか、あと経過を見ていくというところでしょうか。これも「移行医療」という言葉が出てこないんだけど、いいんですか。

○増田昌人委員

そうですね。入っておりませんね。長期フォローアップの中に入れて。

○大屋祐輔議長

そうですね。何かそういうキーワードは入っていないとまずい。

次にＡＹＡ世代。ＡＹＡ世代は７個もあるんですが、これは妊孕性のところとかぶったりしませんか。かぶってはいないですよね。ここだけ項目が多いなというイメージはある。

高齢者のがんは在宅、緩和とか。ここも在宅との連携というところで、これでいいのかしらね。これも含めていろいろご検討をいただきたいんですが。

離島・へき地が３項目ではありますが、ここは患者さんからの期待も結構大きいところもありますので、正確な情報提供、それから拠点病院との連携、標準治療の推進ですよね。あとは県からのいろいろな渡航費等の…。これは市町村が提供するんですよね。渡航費等の助成等ですね。これは何となく均てん化的な感じではあるんだけど、やっているところもあるので、「行う」だけではちょっと弱いような気がしますが。そこをご検討ください。

というか、私だけがいろいろ意見を言っていますが、今のようなご意見がありましたらぜひ。今でも言っていただいたら、上原さん、どうぞ。

○上原弘美委員

「ぴあナース」の上原です。緩和・支持療法の分野なんですが、多分、全般的だと思うんですが、分野アウトカムや中間アウトカムはわかったんですけれども、この個別施策のところが何かあんまり具体的ではないなと見ていて。

例えば１番の「『施設』では主治医を中心とした組織化した緩和ケアを提供する」となっているんですが、ここが何をするのかなというのがわからないんですね。例えば第３次の計画を見ていると、ここの個別施策の中で「緩和ケア研修会を開催する」「疼痛スクリーニングをやる」、そういった具体的な施策が出ているんですが、こういうのを入れるという形にはならないんでしょうか。すごくぼんやりしていて、何をするのかがわからないというのが全体のイメージというか、緩和ケアを提供するために何を…。

○大屋祐輔議長

そうですね。確かに具体的でないように見えるところがあるんですが、増田先生、何か。

○増田昌人委員

ご意見を尊重して検討したいと思います。

○大屋祐輔議長

個人的な意見ですが、最終的には、施策のところは行政が施策を打つので、予算がなければ打てないので、行政のほうで多分、具体的な項目を入れたり抜いたりということを期待しておりますのでどうぞよろしくお願いいたします。

多分、ここのところは行政の政策そのものになってくると思うんですよね。そういう意味で、僕らが書いても駄目というところも出てくるかなと思いますので、われわれとしては要望をもっと具体的に書けるところは書いて、県のほうに出していくということで私は考えているんですが、そのほかにこの点も含めてご質問、ご要望があればお願いします。

○戸板孝文委員（沖縄県立中部病院　放射線科副部長）

県立中部病院の戸板です。増田先生の最初のご説明で、基盤分野に関しては現時点では未作成ということだったんですが、この基盤分野の中で人材育成ということがありまして、これが先ほどから出ている手術であったり、放射線療法であったり、薬物療法であったり、そこの専門家を計画的に育成というところと関連してくるかなと思うんですが、ここの部分に関してだけでも何か提案するような予定はないでしょうか。

○大屋祐輔議長

基盤のところはこれからつくるのはつくるんですよね。

○増田昌人委員

基盤のところはつくりますが、少なくとも手術と放射線と薬物のところの医師と看護師と薬剤師の３職種についてのみは個別のそれぞれの手術のところに入れたほうが多分わかりやすいのかなと思うので、そこに指標は持ってきています。さらにもう少し具体的な話

を書こうかなと考えております。

それにつきましても、より専門的な立場から何人必要なのか。具体的には専門医をどうするか、指導医をどうするか、学会によっては認定医をどうするか、あと学会、それぞれの専門医を養成するための施設が出てくると思いますので、それをどうするかという具体的なこともすぐに、ここにいるそれぞれの専門家の先生方からはそういう話をいただけると事務局としてはありがたいです。

○戸板孝文委員

ありがとうございます。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。人数の提示はなかなか難しいかなと個人的には思っていて、これからの患者数の変化とか地域ごとに、その患者数の変化に合わせて医療提供体制、集約する施設の病院数や診療所数との連動が必ず出てくるので、ここはそこまでなかなかこの協議会で、その手の数字で調整までできないかなと思っているので、ここも糸数先生、振ってばっかりいますけれども、将来の医療提供体制も含めて、急性期、慢性期も含めて、ぜひこの中に含めて。もしそれに対して人材の育成がどれぐらい必要なのかという観点で出していっていただきたいなと考えています。いかがでしょうか、皆さん。

○増田昌人委員

加えまして、沖縄県の後押しで第７次の医療計画の県の１つの施策として、医療機関の選定作業をしておりますので、そこである程度、分散化するがん種と集約化するがん種と決まっているので、そのことも踏まえて人数が書けるといいかなと思います。以上です。

○大屋祐輔議長

具体的なところは難しくても、ぜひそういうところを含めて。

どうぞ、お待たせしました。

○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）

パンキャンジャパンの島袋です。７ページの難治性がんのところなんですけれども、や

はり難治性がんといえば早期発見が困難で、治療も難しく、５年生存率が低いと、ちょっと定義があやふやではあるんですが、そういうことかなと思っていて、希少がんと似ているので、正確な診断やエビデンスに基づいた治療が必要になってくると思うんですが、この難治性がんのところの３に書いてある「役割分担」という内容は集約化だけになりますでしょうか。質問なんですけれども。

○大屋祐輔議長

「役割分担」ということの意味合いをどういうふうに捉えることができるか。７ページ？

○増田昌人委員

はい。７ページの２番目の丸が難治性がんになっております。これは第６次及び第７次の医療計画に基づいて、県内の12のがん種におきまして専門家が入って、例えば食道、胃、大腸、膵臓、胆道などそれぞれの分野ごとに分かれまして、集約すべきなのか、分散すべきなのかということを検討して、膵臓がんであれば、集約していこうという形で、多分４つぐらいの施設に絞り込んであるかと思いますので、特に難治性の場合はある程度、施設を絞り込もうというのはその領域の専門家の方々のご意見でもありまして、これはもう県内でコンセンサスが取れていますので。

今後は多分、それぞれの現場の一線に立つ先生方が、これまで難治性がんだから選定された病院のほうに紹介しようと、そういうことをしていただくと、より具体的にはなるんだろうと。ただ、やはり選定を今後も進めていく必要がありますので、それで「役割分担」というのはそういう意味なのかなと思っておりますが、回答になっていますか。

○大屋祐輔議長

ある意味、ある程度の集約化を含めた連携体制をきっちりつくっていくのがこの「役割分担」と。一言でいえば、そういうことと理解してよろしいですか。より具体的な指標と計画がつくれるように言葉を考えていただければと思います。

○島袋百代委員

ありがとうございます。

○大屋祐輔議長

ほかにいかがでしょうか。有賀先生。

○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）

診療情報管理センターの有賀です。糸数先生にお伺いしたいんですが、個別施策のところで、今ベンチマーク部会をはじめとして検討している側の人間ではあるんですが、具体的な専門医の数や認定看護師の数の提案があったほうがいいのか、それともこちらとしては、あくまでどれぐらい…。

○大屋祐輔議長

行政でコントロールできないものを行政に求めるのは厳しいと思うんですが。

○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）

政策案として、これを目標とするみたいな、もうかなりのディテールまでご提案させていただいたほうがいいのか、それともその一歩手前で止めたほうがいいのかはいかがでしょうか。

○大屋祐輔議長

それは多分、この場で答えられないと思います。

○糸数公委員

先ほど将来の医療提供体制の話がありましたが、今後、やはり増加する必要があるというところはもちろん書きますけれども、そこに今の数からここまで行くという具体的な施策がどう出てくるかわからない中では改定できないと、また何でできないかという話になったりするので、ちょっと一歩、慎重なところにならざるを得ないということで。

○大屋祐輔議長

そうですね。医療提供体制がどう変わるか、それに本当に目指す医療提供体制になるかどうかで必要医師数も変わるし、特に沖縄県の場合はうまくコントロールできないこともあるので、そこは非常に難しいかなと思っていますので。

そもそも病院の薬剤師が全く足りないのに「専門薬剤師をたくさんつくれ」と言ったって言うだけになってしまいますし、それは看護師も医師も一緒なので、言うだけのパターンに沖縄県の場合は陥りそうなので、「増加する」「積極的に何とか」という方向でよろしくお願いします。

いかがでしょうか。僕が自分の意見をちょっと言い過ぎていますので、皆さん方から。時間もだいぶたってきたところなのでよろしければ、次へいきたいと思います。

「まだ聞きたい」「ここもぜひ説明してくれ」というのがありましたら。

○増田昌人委員

今日、短時間での提示になりましたので、ぜひメールやファクス等でご意見を頂戴できればと思っております。

例えば具体的な施策には書き込めなくても、モニタリングをすることはとても大事だと思うんですね。例えば消化器外科の先生の数が沖縄県はこれまでの10年間、どれぐらいの状況で推移してきたのかということはやはりモニタリングすると今後の傾向はわかりますし、また目標とすべきところも今後のディスカッションにはなりますので、そういったところも含めて意識して指標をつくっていきたいなと思っております。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。平均年齢もね。先生、どうぞ。

○宮里浩委員

１点だけ教えてください。在宅のところが、これまではがん患者の中で在宅死亡の割合という形の指標があったんですけれども、今回は分野アウトカムから落ちているような形になっていて。国のラインナップを見ても在宅の治療が書かれていないように思うんですけれども、国としてがんの在宅医療はもうほかの在宅医療全般の中に含めていくというあれなのか、そこの経過がもしわかればと思って。

○増田昌人委員

私は専門家ではないので答える立場にはないんですが…。

○大屋祐輔議長

私の知っている範囲では「がんはがんでつくっていますから」と言って、第８次医療計画のそのほかの在宅のところではあまり出てきていないので、がん対策のほうでどういうのが出てくるか。それはでも先生は知っているわけでしょう。

○増田昌人委員

10年間、国の第２次と第３次の計画の評価をする研究班にいた人間としましては、確かに全体の在宅でモニターしていただくことも必要ですが、がんプラス、例えばアドバンス・ケア・プランニングの一番いい場所になるだろうということなどもありますので、そういうところも盛り込んで評価をしていくことにはなると思います。

ただ単純に今までみたいに全体の在宅死を出したから上だとか下だとかという議論にはならないのと、あともう１つはがんだけに絞り込むのは今はできないんですね。そういったこともありまして、そこのところはどちらかというと客観評価から主観評価のみになりそうな感じであります。

○大屋祐輔議長

データは出せるのは出せるということですね。在宅死というか、がんの患者さんが家に戻って、そこで死亡されているという。

○増田昌人委員

総論としては出せるんですが、それが果たして指標としていいかどうかはかなり議論があるところで、本来であれば望んだ人が望んだ場所で亡くなるのがいいわけですが、それをまた出すのは難しいので、どうやって代替指標を出していくかということになるかと思いますので、そこは単純な話ではないということです。

○大屋祐輔議長

わかりました。ありがとうございます。在宅といっても、それが老健施設なのか、本当に自宅なのかという問題でも、そこが区別されてデータとして正確には出ていないので。

○増田昌人委員

おっしゃるとおりで、亡くなる場所が在宅というのは要するに自宅なのか、そうではないのかという、そこは幾つか場合分けがありますし、場合分けのやり方もありますし、あとやはりがんの場合は特にアドバンス・ケア・プランニングをしっかりしていただくとか、あとは高齢者の機能評価を、今後はそちらにシフトしまして、今回、拠点病院は高齢者機能評価を義務化しましたので､私はその委員もしていたんですが､そういったことでして、本当に必要な人にはがっちり化学療法等をしていただきますが、その評価をして、その場合は患者さんや患者さんのご家族と相談しながら、がんの医療をソフトランディングすることも必要だと、ひっくるめての在宅を考えねばと思っています。以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございました。いかがでしょうか。通常の在宅もなかなか沖縄県は提供体制ができていないというので、できればそちらのほうをメインに沖縄県としては取り組んでいただいて、がんはその体制を利用していくという方向性が具体的というか、実現可能性があるかなと思っています。よろしくお願いします。それには医師だけではなくて、薬剤師も歯科医師も訪問看護、看護師も関係していくという形だと。

この件はいかがですか。時間がだいぶ過ぎてきておりますが、それでは以上で審議は終えまして報告事項に移りたいと思います。

どうぞ、お願いします。

５．その他

○田盛亜紀子委員

患者会の代表の立場からということで、今回、この場で沖縄県の関係者がいらっしゃいますので提案したいことがございます。

がんの検診受診率のアップについて、今、沖縄県は大腸がんがとても多くて問題になっていますよね。検診の受診率が低いことが大変問題になっているところなんですけれども、それについて、こうしたらいかがかなという提案をしたいと思います。

私は石垣市に住んでいるので、石垣市を例にお話をさせていただきたいのですが、市が行っている74歳未満の特定健診と75歳以上の長寿検診ですか。その検診の項目の中にオプションで行っているがん関連の検査項目を入れることによりまして、これまでこのオプションを入れると１項目ごとに幾らという個人負担が出てくるんです。その項目をこの特定

健診の項目に組み込むことによりまして個人負担がなくなりますので、受診率のアップにつながるのではないかと思っています。

市民の皆さんが受けたいという魅力がないことには、これまでの受診率の低さは改善できないと思います。ですから、この特定健診を受けるメリットが大きくなる上に、受診率が高くなるのは早期発見もできて医療費の軽減にもつながると思います。予算が伴うことですので、一市町村の問題ではなく沖縄県の問題にもなると思いますので、ぜひそのあたりをご検討いただけましたらと思い提案いたします。

○大屋祐輔議長

糸数先生、よろしくお願いします。

○糸数公委員

ありがとうございます。市町村で行っている検診でがん検診がありますけれども、特定健診は国保、保険者、国民健康保険や協会けんぽ等が行っていて、項目が割と固まっているのがあるんですけれども、今のご提案だと項目を入れたり出したりするのは簡単ではないんですが、一緒にやることで受診の利便性を高める可能性はあると思いますので、市町村ともよく話し合ってこういうことができないかということで提案していきたいと思います。

○大屋祐輔議長

少なくとも住民へのお知らせのところでは一緒に受けられるような感じで。

ただ今、お話があったように、費用分担が国の制度で、これは健保組合と国保が見て、ここは市町村で、これは何とかでと分かれているので、２つの検診を単純にくっつけると費用負担が全然できない。これはＩＣＴ化して完全にＤＸ化で、あっという間にぽんぽんと振り分けられればいいんですが、まだわが国はそういう状況ではないようです。

そういう意味で、デジタルは今後10年間で急激に進むので、あれを外すのはちょっと、患者支援だけでデジタルを使うのはちょっと違うのかなという気はして先ほど申し上げたんですが。

今の意見はぜひ県のほうでまた生かしていただきたいと考えています。

○田盛亜紀子委員

医療費の削減と受診率のアップによりまして、がん患者が減っていくことを期待しまして提案を申し上げました。よろしくお願いいたします。

○大屋祐輔議長

長寿検診もまた別の仕組みであったりもする。高齢者の場合はそこも含めて同時にいろんなことができるように考えていただきたいと思います。それはまた検診部会のほうでも検討をいただく…。

○増田昌人委員

そうですね。あと文部科研で私と井岡先生と琉大の公衆衛生のほうでデジタル化についてずっとやっていますので、それも県のほうに近々提案したいと思います。

○大屋祐輔議長

よろしくお願いします。それでは次へいきます。報告事項12のうち、与儀委員から患者会の報告をお願いいたします。

報告事項

１．患者会よりの報告

（１）与儀委員報告

○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・ぱんさぁの与儀と申します。患者会の活動報告をさせていただきます。

2010年に浦添市城間に開設した「ピアサポートサロンぴんく・ぱんさぁリボンズハウス」を拠点にピアサポート活動を行っています。サロンは検温、アルコール消毒などの感染対策を取り、毎週火曜日、水曜日、金曜日の１時から４時までオープンしており、定期的な活動として、毎月第２火曜日に抗がん剤で脱毛を経験した美容師さんによるウィッグ相談日、また第２水曜日は20代から40代のメンバーによる「ピーチ会ユンタク会」を開催しています。また、術後の補正パットや脱毛中の帽子づくりなどのワークショップも行っています。

2022年は浦添市の浦添市まちづくりプラン助成金を受け、浦添市における持続可能な乳がん検診啓発活動事業、私たちにできるＳＤＧｓ×ピンクリボン活動としてANA SPORTS PARK浦添のイルミネーションでモニュメントのピンクライトアップを行いました。

また「ピンクリボンカーニバル in うらそえ」の開催、それから「ピンクリボンカーニバル in うらそえ」告知と乳がん検診・受診啓発のポスターの掲示、チラシ、これははがきカードのサイズにしまして、それとまた記念品の配布と設置、それからＣＭによる啓発活動としてＦＭ21より約150回、啓発のコマーシャルをつくり放送しました。下に載っている写真はライトアップの様子がＮＨＫの「おきなわHOTeye」で放送されましたので載せさせていただきました。

今年は11月26日に石垣市で開催するピンクリボンアドバイザーサテライト試験に向け、石垣のメンバーと勉強会を行っております。その中で石垣市竹富町のメンバーから「やはり離島からの治療はとても大変だ」というようないろいろな話も聞きましたので、またそのことは田盛委員とも一緒に話し合いをしながらいろいろ声を聞きながら行っていきたいと思っているところです。このような報告に対しては、また次回、報告を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。ただいまのご報告、非常にアクティブに活動されているということで、ご報告をいただいたことに何かご質問、コメント等ございますか。

ありがとうございました。ないようでしたら次にいきます。１の（２）です。次は田盛委員からよろしくお願いします。

（２）田盛委員報告

○田盛亜紀子委員

やいまゆんたく会の田盛と申します。やいまゆんたく会の活動について、資料の12-(2)を読み上げて報告に代えさせていただきます。

３月18日に令和４年度最後となる愛鞄(アイバッグ)、愛鞄というのは私たちの名称なんですけども、着物帯で製作したバッグのことでございます。の販売をチャレンジ石垣島内の、これはお店の、店舗の名前なんですが、特設ブースで開催いたしました。一つ一つ心を込めて製作した華やかな個性のある帯バッグは年度最後の販売となることから、会場を

訪れた多くの方々に大好評でした。

「５月には定期総会を３年ぶりに」と記載いたしましたけども、明日、５月13日に開催いたします。以後、毎月の定例会を活発に開催しながら会員の数も増やしていきたいと思います。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。八重山でも熱心に活動をしていただいていて、このバッグも前回、写真も見せていただきましたが、とても素晴らしいものですので、きっとこの中にも欲しい方がおられるかもしれませんので、ぜひこのチャレンジ石垣島のほうに出向いていただければなと思っております。いかがでしょうか、ご質問、コメント。

ないようでしたら次にいきましょう。歯科医師会から米須委員よりご報告がございます。よろしくお願いします。

２．沖縄県がん診療連携登録歯科医療機関名簿について

○米須敦子（沖縄県歯科医師会　会長）

沖縄県歯科医師会の米須と申します。歯科医師会では、全国共通がん医科歯科連携講習会を開催して、各レベルにおいて口腔ケアや歯科治療ができるような連携を行っていて、これまで国立研究開発法人国立がん研究センターのホームページには掲載させていただいていたんですが、なかなか地域の周知がなかったということで、今回はそれをアレンジして、次の164ページにありますように、各地区ごとに連携が取れる歯科医院を、右のほうには連携１としまして手術前の歯科治療と口腔ケア、２としてがん治療や化学療法中の歯科治療と口腔ケア、３として緩和ケア中の口腔ケアと歯科治療を請け負える医院をそれぞれ連携ごとにピックアップして地区で集計しましたので、それをホームページに掲載させていただくことで患者さんのＱＯＬが上がって、栄養や口腔トラブルがなくなることで痛みの緩和に貢献できるのではないかと思っておりますので、ぜひ各地区でご活用いただければいいかなと思っておりますので、今回、ホームページのほうに掲載させていただいています。どうぞ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。ご案内があったように、医科歯科連携というところ。病院で

歯科の先生まで抱えているところはあまりない。そういう場合はどうするんだというときに、このような地域の歯科の先生たちと連携して、その先生たちに入ってきてもらって、入院患者さんの口腔ケアをすることでがん患者さんの治療成績を上げたり、ＱＯＬ、早期退院に結び付けたりということは非常に評価されて進められている。歯科医師会のほうでも推進されておりますので、ぜひ病院の先生方も認知をいただいて進めていただければと思います。

それでは次にいきましょう。各病院の担当者及び今年度取り組む予定であるところのがん対策についてご説明をお願いします。時間の関係上、申し訳ございませんが、簡単にご説明していただければと思いますし、これはこちらのがんセンターのほうである程度、見て、また補足とか「ここについても」ということがあればコメントを差し上げたいと思います。最初は増田先生からお願いします。

３．各拠点病院等が取り組もうとしているがん対策

○増田昌人委員

では資料14-(1)、166ページをご覧ください。詳細はここに書いてあるとおりなんですが、少しピックアップしますと、昨年度末に高齢者機能評価の院内マニュアルをつくりましたので、それを高齢者に確実にきちんと機能評価をするような方向で啓発活動をしていくこと。

あとは、今年度は自殺対策の院内の手引きを、これまでは院内、入院患者さんについては厚いものがあったんですが、昨年度、外来患者さんに関してつくったんですが、まだ不十分なので、それを両方改訂して、そこに対して少し手厚くしていく予定でおります。私からは以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。いいものをつくっていただいていたりするんですが、「医局長会に出さないと、みんな知らないよね」みたいな。よろしくお願いします。

それではコメントもないかもしれませんので、次は中部病院からお願いいたします。

○吉田幸生委員

中部病院の吉田です。資料14-(2)に記載したとおりですが、先ほども話がありましたが、

希少がんや難治がん患者の診療に力を入れていきたいというところと、あとは９番ですけれども、日本臨床腫瘍学会の認定研修施設に指定されておりますので、琉大とも連携して、県内でも腫瘍内科専門医を育成する体制を構築していきたいと考えております。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。それでは次にいきましょう。那覇市立病院、お願いいたします。

○宮里浩委員

資料の14-(3)、詳細は資料をご覧になっていただきたいのですが、COVIDが落ち着いてきたので、特に市民向けの対面での広報、講演会等を積極的にやっていこうという計画を立てています。それから今回の拠点の要件の中で二次医療圏に対してもう少し責任を持ちなさいと、そこに対してみんなで考えていこうと…。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。それでは次に北部地区医師会病院、お願いします。

○柴山順子委員

北部地区医師会病院の報告をさせていただきます。当院が対応するべきことに関しては継続という形が多いんですけれども、特に高齢者、施設からの患者さんたちのＡＣＰ、アドバンス・ケア・プランがなかなか不十分な点がありますので、そちらのほうを特に強化していきたいということと、自殺対策マニュアルを改めて見直して整備をしていきたいと考えております。詳細に関してはまた紙面のほうをご覧ください。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。次にいきましょう。宮古病院、お願いします。

○西原政好委員

個々に関しては、このように書いたとおりなんですけれども、今年からも島民への教育が非常に大切かなと思っていまして、ミーティングで頻回に行って、島民に対して喫煙、

飲酒、肥満、予防に関して一生懸命やっていこうかなと思っています。

それと、先ほどから大腸がんのことが話に出ているんですけれども、大腸がんを減らすことを命題にして第１回宮古島がん死撲滅ミーティングを開催したんですが、講師の鈴木康元先生は長年、大腸がん検診のオーソリティーであって、2019年のＤＤＷのがん検診の大会の会長もされていますので、その先生をお呼びして有効な検診がどのようなものかとかお話を伺って、そういうご意見を伺いながら検診を進めて検診事業を進めていきたいと考えています。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。次は八重山病院、よろしくお願いします。

○松村敏信委員

八重山病院もこの資料14-(6)に詳細に書いておりますけれども、特に肺がんが八重山では多いような状況でありまして、１に書いてありますように、喫煙の情報があまりないということで、それも確かめながら対策を練っていきたいと考えております。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。各病院ともその地区での中心的な役割を果たしていただいているということで、引き続き情報交換しながらやっていきましょう。

この以降、増田委員から幾つかの項目についての報告ということになっていますが、主たるところだけご説明をいただいて、あとは書面でということになると思いますが、よろしくお願いします。

４．大腸がん死激減プロジェクトの進捗状況について

５．沖縄県がん患者等支援事業の活動報告

６．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

７．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議

（１）第22回厚生科学審議会がん登録部会

（２）第45回予防接種・ワクチン分科会

（３）第37回がん検診のあり方に関する検討会

（４）第13回全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会

（５）第14回全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会

（６）第22回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会

○増田昌人委員

まず４番が大腸がん死激減プロジェクトの進捗状況についてということなんですが、資料は15、178ページなんですが、およそ２カ月に一遍のペースで会合を持っています。現在はコンサルテーションシステムの構築について、ずっとこの１年やってきた感じです。３月にようやく那覇市保健所の仲宗根所長にもおいでいただけるようになったので、今後は県の担当の方や予防・検診に関わる方にも徐々に会合に出ていただけるのではないかと思いますので、そこの部分を強くしていく。

あと、先ほど申し上げましたように、議長の発案もありまして、県医師会や地区医師会の理事の先生にも入っていただいて少し規模を拡大しながらいろんなステークホルダーの先生方に協力をしていただく予定でおります。

報告事項の５は沖縄県がん患者支援事業の活動報告になります。資料16をご覧ください。現在、幾つかの事業を行っているんですが、例えば地元の首長さんや担当課長さんや地元の診療所の所長さんと一緒に、特に予防・検診の部分と医療の部分につきまして、１日がかりで研修会や地元への講演会をしているんですが、昨年度はようやく年度末に宮古・石垣で、大体、年５つぐらいお邪魔しているんですが、ようやくこういった活動が復活できるかというところになります。

次に６番が地域統括相談支援センターの活動報告についてということで、資料17、203ページです。ここに目次がありますように、現在は主にがんピアサポーターの人材育成と、実際に琉大の中で４人のピアサポーターの方にお願いをして、週４コマ、常駐していただいてピアサポートを行っています。以前は病棟にも出張サポートをしていたんですが、新型コロナで３年できなかったので、今年度からは伺えるようになるのではないかと思います。また活動が元に戻っていけるのではないかと思います。

次は資料18になります。ここから先は関連する厚生労働省の関連会議になりますが、資料は239ページから526ページまで300ページ近くあるので議事次第を見ながらお聞きになっていただければと思います。今、がん登録部会は主にがん登録推進法の改定に向けて会議をしております。私も関連する協議会の理事をしているものですから、もう少し使いやすいような、臨床に役立てるようなものにどうにかできないかを探っている状況です。

(2)番目の第45回予防接種・ワクチン分科会に関しましては、ようやく９価のＨＰＶワクチンが認可を受けまして定期接種にもなりつつありますので、これをどのような形で今後は広めていくかということになるかと思います。

次にがん検診のあり方に関する検討会はまだ結論としては出ていませんが、継続審議しております。

あとは全ゲノム解析等の専門委員会につきましては、解析状況についての報告がメインです。

最後はがん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会でして、今回、年度末に指定が行われたのは皆さん、ご存じのとおりなので、その結果につきまして書いてありますのでそれぞれご参照いただければと思います。私からは以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。それでは部会報告に入りたいと思います。まず最初は１番として医療部会報告、有賀副部会長よりお願いします。526ページでしたね。

部会報告事項

１．医療部会

○有賀拓郎　医療部会副部会長

部会長の野村先生に代わり報告させていただきます。

医療部会のほうでは、資料にあるとおりで、がん拠点の指定要件や沖縄県の第４次のがん対策推進計画、死亡率の地域格差、働き盛りの死亡率の改善や膵がんの早期発見、化学療法に伴うＢ肝の再活性、大腸がん死激減プロジェクトに関して、県、拠点病院と各部会と協力して今年度も検討を続けていく方向で調整しております。私からは以上になります。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。先ほどの大腸がんの関係もこの中に含まれているということですので、さらに体制が広がって参加してくれる人が広がるともっと進んでくるかなと思っています。よろしくお願いします。

次は緩和ケア・在宅医療部会報告を笹良部会長よりお願いいたします。

２．緩和ケア・在宅医療部会

○笹良剛史　緩和ケア・在宅医療部会長

緩和ケア部会から報告いたします。資料20の529ページ、緩和ケア・在宅医療部会の中では緩和ケアの特に人材育成のための研修ワーキングと、それから在宅ワーキングというワーキンググループをつくって、それぞれで緩和ケアの推進について議論をしております。

研修ワーキングでは、がん拠点病院及び県内の研修医等を抱えるがん診療を中心的にやっている病院と併せてメンバーが集まって、緩和ケア研修会、基本研修会のほうを継続的に行うことを議論しております。

同時に今後、われわれ緩和ケア部会のメンバーも結構古くなってきていましたので、人材のいろいろ育成や次世代への移行について話し合いをしていて、これからどのようにしていくかについて話し合っています。

○大屋祐輔議長

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

３．小児・ＡＹＡ部会

○浜田聡　小児・ＡＹＡ部会長

小児・ＡＹＡ部会からの報告です。資料21、ページは539となります。

妊孕性温存療法のほうは銘苅委員が講師を務めて、県内でどんどん周知されて琉大に紹介で実績も積み上げてきているところです。

小児がんに関しては、先ほどからのロジックモデルでの中間アウトカムで、みんなで協議しましたところ、家族やきょうだいへの相談支援の拡充ということで、その辺を今後は詰めていきたいと思います。

ＡＹＡ世代においては学習の継続支援ということで、支援学校を卒業した後のフォローアップ等について、今後はどのようにやっていくか詰めています。以上となります。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。次は離島・へき地部会、松村副部会長です。よろしくお願いします。

４．離島・へき地部会

○松村敏信　離島・へき地部会副部会長

部会長の赤松が不在ですので代わりに。資料22になります。へき地の状況等を議論いたしました。特に２の項目の課題については、認定看護師、認定薬剤師の数が、どうしてもへき地の場合は数が少なくなるとか、雇用しようにもいないということがありますので、できればそこを実数も上げて必要数を検討していったほうがいいのではないかという案が出ました。それについては継続でまた検討する予定であります。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。次は情報提供・相談支援部会、仲宗根部会長からお願いします。

５．情報提供・相談支援部会

○仲宗根恵美　情報提供・相談支援部会長

情報提供・相談支援部会より仲宗根が報告します。資料は23、ページは545になります。

報告事項では、各拠点病院での患者サロンや相談件数について報告をしています。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でした。離島在住者の支援について、がん診療病院と、また拠点病院で連携を取りながら支援を行った事例などもありましたが、「社会資源が少なく支援が難しかった」という事例などの報告もあり、「離島在住者の支援について課題を感じている」という報告などがありました。

また、「宮古や八重山では、がん相談員が研修などで長期不在になった場合に、一時的に相談件数が少なくなる」という報告もありました。がん相談員不在時の対応については、各医療機関で認定看護師さんや別の職員などで対応しているんですけれども、相談の内容によっては本島内の拠点病院で相談を受けて、当該医療機関と連携を図っていくことなども検討していく必要があるのではないかという意見がありました。報告は簡単ですが、以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。次にベンチマーク部会から、増田部会長からお願いします。

６．ベンチマーク部会

○増田昌人　ベンチマーク部会長

最後の資料です。資料24、552ページになります。

昨年度第４回のベンチマーク部会は２月に開かれておりまして、そのときは協議会の基本方針について協議会に提示する資料をつくりました。また、作成スケジュールについてと、ロジックモデルと指標リストのフォーマットについてディスカッションをして、それを決定してこの協議会に提出しています。その後は県のスピードが速まったこともありまして、今は毎週、ウェブで会議を開いている形になります。私からは以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。今、ご報告をいただいた部会報告全体を通じて何かご質問やコメントがございましたらお願いいたします。どうぞ、上原さん。

○上原弘美委員

今日は県の方もご出席されているということで糸数先生にお願いがありまして、沖縄県のがん診療連携協議会は、発足当初から全国に先駆けて、私たち患者委員、家族・患者委員もこの会議に参加させていただいて声を、ここから私たちがいろいろ思うところ、意見を出させていただく場をつくってくださって本当にありがたく思っています。

それで、ここ数年は行われていないんですが、以前、タウンミーティングをやったことが何度かあって、そのときに医療者・患者関係だけではなく行政の方や議会の方、教育関係、いろんなお立場の方が集まって、みんなで「沖縄県のがん対策がどうしたらうまくいくんだろうね」という議論、意見交換ができる場を設けてくださって、私たちもそこに何度か参加させてもらってすごくいい会だったなと思っております。

それがここ数年、開催ができない状況が続いていますので、そこまですごく仰々しくなくてもいいので、少し気軽に意見交換ができるような場をぜひ設けていただければといくことで、私たちが何かこうしてほしいとか私たちの要望だけではなく、こちらにいらっしゃる先生方や関係者の皆さんがいろいろ、多分、現場で困っていること、悩んでいることも、私たちもそういう思いも一緒に共有して、沖縄県のがん対策に私たちも当事者の立場として何か貢献できることがもしあるのであれば一緒に考えていきたいと思っていますの

で、ぜひ何かそういった機会をつくってくだされればと思っていますのでよろしくお願いします。

○糸数公委員

ありがとうございます。タウンミーティングにつきましては、増田先生たちのお力を借りて過去も行っていたというところで、もちろんそういう形の意見交換も必要だと思っています。

行政的には一番定型的といいますか、パブコメ等をやっていますよと言ったりすることもありますけれども、患者会もかなり数が幾つかありまして、県の計画のときには患者会連合会の代表の方ということで委員になって入ってもらったりしましたけれども、それが全体を把握しているかどうかも含めてチェックをするとともに、患者会がどうやったら意見交換しやすくなるかということについては行政としてもアプローチしていきたいと思っていますので、引き続きまた連絡を取り合いながらどんどん要請もしていただいて、こちらもまたそれに対応できる部分はしていきたいと思いますので、よろしくお願いします。

○上原弘美委員

ありがとうございました。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。タウンミーティングは結構いい取り組みだと思いますが、増田先生、ロジックモデルではどこに当たるんですか。今、見たら、ない。

あと、市民啓発や学校教育というところは今回、抜けている？

○増田昌人委員

Ａ４縦の資料11-４を見ていただけますでしょうか。４枚つづりになっている最後のページの「がん計画（協議会案）全体構造図」の一番左の列に「１予防」「２医療」「３共生」「４基盤」と書いてあるんですが、「基盤」のところにありました。国は何か全体を通すものということでしているんですが、それだとがん計画の具体化したところに入らなくなってしまうので、協議会案としてはこの「基盤」のところに入れておきまして、そこに、③がん教育・啓発、⑤患者・市民参画になっておりますので、ここら辺でカバーするという

…。

○大屋祐輔議長

だから、今日は原案の中に入っていませんでしたので、ぜひそういうところで、多分、何らかの目標も出てくると思いますので、そういうポイントでまたいろいろ皆さんと要望を出したり、議論したりしていきたいと考えます。ありがとうございました。

今、申し上げたように、大体のことはロジックモデルの中に入っているはずなので、それをうまく、重要なポイントはしっかり強調しながらやっていきたいと思います。

10分ぐらいオーバーしたかと思いますが、本日の会はこれで終えたいと思います。長時間にわたりご参加いただきましてどうもありがとうございました。

○田盛亜紀子委員

すみません。閉める前に委員の皆さんにお願いしたいことがありまして、皆さんのお手元に「おきなわがんサポートハンドブック」令和５年度版、2023年度版がお配りされていると思うんですけれども、私はこの「サポートハンドブック」の編集員を務めていまして、皆さんのお手元の44ページに少し訂正を入れさせていただきたいと思います。印刷に入ってしまって訂正することができなかったものですからそのまま仕上がっております。

44ページの最後にありますやいまゆんたく会の部分なんですが、活動場所、日時のところ。コロナ禍は収まってきているにもかかわらず、県立八重山病院の会議室を使用することがいまだにできません。ですので、令和５年、先月、４月に入りましてから石垣市長さんにお願いしまして、石垣市の健康福祉センターの研修室を毎月使わせていただけることになりました。それが決まったのが４月でしたので、もう既に印刷が上がっている状態でしたのでもう訂正ができませんでした。それで委員の皆さんにこの部分の訂正をお願いしていただきたいと思います。

活動場所は石垣市健康福祉センター。

○大屋祐輔議長

ありがとうございました。訂正の紙を後で配ってもらうように、増田先生、よろしくお願いします。修正の紙を入れてもらえばそれでいいと思いますのでよろしくお願いします。

○田盛亜紀子委員

申し訳ないですが、そのまま訂正をお願いできませんでしょうか。書かなくても結構です。こちらが…。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。ここにおられる方は必ずしも自分でこれを使っていないので、配布するときにそこに修正を入れてもらうようにするのがいいかなと思っています。

○田盛亜紀子委員

琉大病院のほうにですか。患者さんのほうにですか。

○大屋祐輔議長

いや、担当者がお渡しするときに修正の紙を入れてもらうようにするのがいいかなと。

○田盛亜紀子委員

これは既に配られているようなんです。

○大屋祐輔議長

だけど、周知されていない？　わかりました。ちょっと周知していただくように…。

○増田昌人委員

今、初めて伺ったものですから、これから配布するものに関しましては、事務局のほうで差し込み資料等を検討したいと思います。

○田盛亜紀子委員

ぜひお願いいたします。

○大屋祐輔議長

それではこれで終えたいと思います。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5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	継続	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	和氣　亨	変更	わけ　とおる	沖縄県立八重山病院	病院長	地域がん診療病院の病院長
6	3	諸喜田　林	継続	しょきた　はやし	北部地区医師会病院	病院長	地域がん診療病院の病院長
7	4	安里　哲好	継続	あさと　てつよし	沖縄県医師会	会長	沖縄県医師会長
8	5	米須　敦子	継続	こめす　あつこ	沖縄県歯科医師会	会長	沖縄県歯科医師会長
9	6	前濱　朋子	継続	まえはま　ともこ	沖縄県薬剤師会	会長	沖縄県薬剤師会長
10	7	平良　孝美	継続	たいら　たかみ	沖縄県看護協会	会長	沖縄県看護協会長
11	8	（役職対象者なし）	継続（H31.4～役職対象者なし）		沖縄県	政策参与	沖縄県政策参与
12	9	糸数　公	継続	いとかず　とおる	沖縄県保健医療部	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	鈴木　幹男	変更	すずき　みきお	琉球大学病院がんセンター運営委員会	委員長	琉大病院のがんセンター運営委員会委員長
15	12	平田　哲生	継続	ひらた　てつお	琉球大学病院医療福祉支援センター	センター長	琉大病院の医療福祉支援センター長
16	13	中村　克徳	継続	なかむら　かつのり	琉球大学病院薬剤部	薬剤部長	琉大病院の薬剤部長
17	14	眞栄城　智子	継続	まえしろ　ともこ	琉球大学病院看護部	看護部長	琉大病院の看護部長
18	15	加藤　善一	継続	かとう　よしかず	琉球大学上原キャンパス事務部	事務部長	琉大病院の事務部長
19	16	本仲　寛美	変更	もとなか　ひろみ	沖縄県立中部病院	副院長	地域がん診療連携拠点病院より2名
20	16	朝倉　義崇	継続	あさくら　よしたか	沖縄県立中部病院	血液・腫瘍内科部長	地域がん診療連携拠点病院より2名
21	16	宮里　浩	継続	みやざと　ひろし	那覇市立病院	副院長	地域がん診療連携拠点病院より2名
22	16	東恩納　貴子	継続	ひがおんな　たかこ	那覇市立病院	がん看護専門看護師	地域がん診療連携拠点病院より2名
23	17	西原　政好	変更	にしはら　まさよし	沖縄県立宮古病院	外科部長	地域がん診療病院から2名
24	17	新崎　博美	継続	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	松村　敏信	変更	まつむら　としのぶ	沖縄県立八重山病院	外科医師	地域がん診療病院から2名
26	17	石田　浩子	継続	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	副院長兼看護部長	地域がん診療病院から2名
28	17	上地　佳代	変更	うえち　かよ	北部地区医師会病院	副看護部長	地域がん診療病院から2名
29	18	与儀　淑恵	継続	よぎ　よしえ	NPO乳がん患者の会　ぴんく・ぱんさぁ	代表	患者関係の立場の者
30	18	田盛　亜紀子	継続	たもり　あきこ	やいまゆんたく会（八重山のがん患者を支援する会）	会長	患者関係の立場の者
31	18	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	継続	わだ　なおき	琉球大学病院病理部	病理部長	琉大の病院長が必要と認める者
37	20	戸板　孝文	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5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	天願　俊穂	県立中部病院	副院長	地域がん診療連携拠点病院より1名
2	16	宮里　浩	那覇市立病院	副院長	地域がん診療連携拠点病院より1名
3	17	西原　政好	県立宮古病院	外科部長	地域がん診療病院から1名
3	17	松村　敏信	県立八重山病院	外科医師	地域がん診療病院から1名
3	17	柴山　順子	北部地区医師会病院	副院長兼看護部長	地域がん診療病院から1名
4	その他協議会議長が必要と認めた者	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）

2023/7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
伊江　将史	沖縄県立中部病院	外科副部長	地域がん診療連携拠点病院
照屋　淳	北部地区医師会病院	副院長・外科部長	地域がん診療病院
松村　敏信	沖縄県立八重山病院	外科医師	地域がん診療病院
川満　博昭	沖縄県立宮古病院	副院長	**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	副院長	**地域がん診療病院**
増田　昌人	琉球大学病院	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

医療部会　薬物療法ワーキング

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

緩和ケア・在宅医療部会

氏名	所属	役職	備考
中村　清哉	琉球大学病院	緩和ケアセンター副センター長	都道府県がん診療連携拠点病院
中島　信久	琉球大学病院	地域医療部　診療教授	都道府県がん診療連携拠点病院
安次富　直美	琉球大学病院	緩和ケア看護師	都道府県がん診療連携拠点病院
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
川満　博昭	沖縄県立宮古病院	副院長	**地域がん診療病院**
酒井　達也	沖縄県立八重山病院	地域診療科医師	地域がん診療病院
野里　栄治	北部地区医師会病院	医局長/外科外来医長	地域がん診療病院
笹良　剛史	友愛会豊見城中央病院	麻酔科部長	友愛会南部病院
水嶋　美菜子	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
安座間　由美子	沖縄県立中部病院	緩和ケア・地域診療科	地域がん診療連携拠点病院
川満　博昭	沖縄県立宮古病院	副院長	**地域がん診療病院**
酒井　達也	沖縄県立八重山病院	地域診療科医師	地域がん診療病院
野里　栄治	北部地区医師会病院	医局長/外科外来医長	地域がん診療病院
久志　一朗	国立病院機構沖縄病院	緩和医療科医長	緩和ケア研修会開催病院
新里　誠一郎	浦添総合病院	緩和ケアセンター長	緩和ケア研修会開催病院
笹良　剛史	豊見城中央病院	麻酔科部長	緩和ケア研修会開催病院
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
水嶋　美菜子	沖縄県保健医療部健康長寿課		沖縄県
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	いきがい在宅クリニック	院長	
東恩納　貴子	那覇市立病院	看護師	地域がん診療連携拠点病院
朝川　利恵	沖縄県立宮古病院	緩和ケア専従看護師	**地域がん診療病院**
崎原　友美子	沖縄県立八重山病院	地域連携センター　緩和ケア認定看護師	地域がん診療病院
大城　梨沙	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アレグリア
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
比嘉　泉	琉球大学病院	小児科看護師長	都道府県がん診療連携拠点病院
大畑　尚子	沖縄県立中部病院	産科　部長	地域がん診療連携拠点病院
中里　哲郎	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	小児看護専門看護師	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
金城　正樹	沖縄県教育庁保健体育課	課長	沖縄県教育庁
岩﨑　政志	森川特別支援学校	学校長	森川特別支援学校

外間　早紀子	沖縄県保健医療部健康長寿課	主査	沖縄県
金城　敦子	がんの子どもを守る会　沖縄支部	代表	患者関係者
宮平　有希子	がんの子どもを守る会　沖縄支部	副代表	患者関係者
増田　昌人	琉球大学病院がんセンター	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

小児・AYA部会　妊孕性温存療法ワーキング

氏名	所属	役職	備考
野里　栄治	北部地区医師会病院	医局長・外科外来医長	地域がん診療病院
大畑　尚子	沖縄県立中部病院	産婦人科　副部長	地域がん診療連携拠点病院
池宮城　梢	那覇市立病院	産婦人科　部長	地域がん診療連携拠点病院
中上　弘茂	沖縄県立八重山病院	産婦人科　部長	地域がん診療病院
石川　裕子	沖縄県立宮古病院	産婦人科 医長	地域がん診療病院
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　部長　教授	都道府県がん診療連携拠点病院
平敷　千晶	琉球大学病院	産婦人科　助教	都道府県がん診療連携拠点病院
比嘉　猛	南部医療センター・こども医療センター	小児科　部長	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
阿部　典恵	中頭病院	乳腺科　医長	中頭病院
安次嶺　宏哉	沖縄協同病院	腫瘍内科	沖縄協同病院
當銘　保則	琉球大学病院	整形外科講座　准教授	都道府県がん診療連携拠点病院
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
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））

離島・へき地部会

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

情報提供・相談支援部会

氏名	所属	役職	備考
大久保　礼子	琉球大学病院がんセンター	医療ソーシャルワーカー	都道府県がん診療連携拠点病院
友利　晃子	琉球大学病院がんセンター	医療ソーシャルワーカー	
玉城　佐笑美	沖縄県立中部病院	連携室看護師□	地域がん診療連携拠点病院
仲宗根　恵美	那覇市立病院	医療ソーシャルワーカー	地域がん診療連携拠点病院
糸数　真理子	那覇市立病院	医療ソーシャルワーカー	
伊禮　智則	那覇市立病院	医療ソーシャルワーカー	
横田　美佐	沖縄県立宮古病院	地域連携室看護師	**地域がん診療病院**
岩崎　奈々子	沖縄県立八重山病院	地域連携室看護師	地域がん診療病院
仲村渠　美奈子	北部地区医師会病院	医療ソーシャルワーカー	地域がん診療病院
上原　弘美	友愛医療センター	相談員	友愛医療センター
冨里　果林	南部医療センター・こども医療センター	社会福祉士	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
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	医療政策部部長	
	東京大学公衆衛生学	健康医療政策学教授	
平田　哲生	琉球大学病院診療情報管理センター	センター長・特命教授	都道府県がん診療連携拠点病院
有賀　拓郎	琉球大学病院診療情報管理センター	副センター長	都道府県がん診療連携拠点病院
伊佐　奈々	琉球大学病院がんセンター	診療情報管理士	都道府県がん診療連携拠点病院
増田　昌人	琉球大学病院がんセンター	がんセンター長	事務局
新垣　真太郎	沖縄県保健医療部健康長寿課	主任	沖縄県
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

ベンチマーク部会　がん登録ワーキング

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

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

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

■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

沖縄県データアップデート
院内がん登録5年生存率集計報告書から
（大腸がん）

2023年8月4日

国際医療福祉大学大学院教授
埴岡健一

趣旨

- 沖縄県では、大腸がん死亡率の低減が課題となり、大腸がんプロジェクトが推進されている
- 国の院内がん登録5年生存率集計（2014-2015年）報告書が公表された
- 沖縄県の大腸がん5年生存率に関して、全国と対比した位置と、県内の個別病院データを確認しておく

出典

院内がん登録 2014-2015 年 5 年生存率集計　報告書
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

付表 2.　都道府県別 2014-2015 年 5 年生存率集計

がん診療連携拠点病院院内がん登録 2014-2015 年 5 年生存率集計　報告書
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院内がん登録分析室

付表 3.　施設別 2014-2015 年 5 年生存率集計

用語

実測生存率

死因に関係なく、全ての死亡を計算に含めた生存率で、診断例に対する何年後の生存患者の割合で示される。計算方法は複数存在するが、Kaplan-Meier法による実測生存率であることが多く、本報告においてもKaplan-Meier法を用いて実測生存率を算出している。

相対生存率

実測生存率を対象と同じ性・年齢、診断年（歴年）の一般の日本人集団で「がんではなかった場合の生存率」という考えによる期待生存率を算出し、それで実測生存率を割って算出する方法である。疾患特異的生存率のように個々の死因を把握する必要がないため、これまで院内がん登録生存率集計でも用いてきた。一方で、生存率の高いがん種では理論上100%以上となるなど課題も多いことが知られている。

ネット・サバイバル(Net Survival,純生存率)

期待生存率を算出することなく純粋に「がんのみが死因となる状況」を仮定して計算する純生存率（Net Survival, ネット・サバイバル）を計算する方法がPohar-Perme 法である。この方法は国際的にも広く採用されている方法であり、本報告においても相対生存率に代わりネット・サバイバルを採用した。

087

出典：国立がん研究センターホームページ

5年生生存率

付表2-3-1　5年生存率：大腸がん（大腸癌）、都道府県別　　2014-2015年

	集計対象施設数	集計対象者数	死亡者数	打ち切り者数	把握割合（%）	実測生存率（%）	ネット・サバイバル（%）	95%CI low	95%CI high
全体	443	116,826	42,016	2,166	98	63.8	70.9	70.6	71.2
沖縄	7	1,012	426	10	99.0	57.8	63.3	59.8	66.7

付表2-3-1①　5年生存率：大腸がん（大腸癌）Ⅰ期、都道府県別　　2014-2015年

	集計対象者数	死亡者数	打ち切り者数	把握割合（%）	実測生存率（%）	ネット・サバイバル（%）	95%CI low	95%CI high
全体	31,960	5,357	697	97.8	83.1	92.3	91.8	92.8
沖縄	244	46	(1-3)	98.8	81.1	87.8	82.0	93.6

付表2-3-1②　5年生存率：大腸がん（大腸癌）Ⅱ期、都道府県別　　2014-2015年

	集計対象者数	死亡者数	打ち切り者数	把握割合（%）	実測生存率（%）	ネット・サバイバル（%）	95%CI low	95%CI high
全体	30,099	7,269	601	98.0	75.6	85.5	84.9	86.1
沖縄	243	68	(1-3)	99.6	72.0	80.0	73.2	86.9

5年生生存率

付表2-3-1③　5年生存率：大腸がん（大腸癌）Ⅲ期、都道府県別　　2014-2015年

	集計対象者数	死亡者数	打ち切り者数	把握割合（%）	実測生存率（%）	ネット・サバイバル（%）	95%CI low	95%CI high
全体	30,592	9,491	544	98.2	68.7	75.5	74.9	76.1
沖縄	273	91	(4-6)	98.5	66.6	72.4	66.1	78.7

付表2-3-1④　5年生存率：大腸がん（大腸癌）Ⅳ期、都道府県別　　2014-2015年

	集計対象者数	死亡者数	打ち切り者数	把握割合（%）	実測生存率（%）	ネット・サバイバル（%）	95%CI low	95%CI high
全体	22,366	18,405	280	98.7	17.0	18.3	17.7	18.8
沖縄	231	203	(1-3)	99.6	12.1	12.8	8.4	17.3

性別、 年齢階級別

付表2-3-2　大腸がん（大腸癌）集計対象数：都道府県、性別　　2014-2015年

	男性	(%)	女性	(%)	全体	(%)
全体	68,111	58.3	48,715	41.7	116,826	100.0
沖縄	629	62.2	383	37.8	1,012	100.0

付表2-3-3　大腸がん（大腸癌）集計対象数：都道府県、年齢階級別　　2014-2015年

	50歳未満	(%)	50歳代	(%)	60歳代	(%)	70歳代	(%)	80歳以上	(%)	全体	(%)
全体	6,405	5.5	12,813	11.0	33,207	28.4	38,969	33.4	25,432	21.8	116,826	100.0
沖縄	70	6.9	166	16.4	295	29.2	255	25.2	226	22.3	1,012	100.0

ステージ別、治療別、発見経緯別

付表2-3-4　大腸がん（大腸癌）集計対象数：都道府県、UICC TNM分類総合ステージ別　2014-2015年

	Ⅰ期	(%)	Ⅱ期	(%)	Ⅲ期	(%)	Ⅳ期	(%)	不詳	(%)	全体	(%)
全体	31,960	27.4	30,099	25.8	30,592	26.2	22,366	19.1	1,809	1.5	116,826	100.0
沖縄	244	24.1	243	24.0	273	27.0	231	22.8	21	2.1	1,012	100.0

付表2-3-5　大腸がん（大腸癌）集計対象数：都道府県、観血的治療実施別　2014-2015年

	無	(%)	有	(%)							全体	(%)
					原発巣・治癒切除	(%)	原発巣・非治癒切除	(%)	原発巣・治癒/非治癒の別不詳	(%)		
全体	16,509	14.1	100,317	85.9	90,405	77.4	8,455	7.2	1,457	1.2	116,826	100.0
沖縄	244	24.1	768	75.9	732	72.3	32	3.2	(4-6)	0.4	1,012	100.0

付表2-3-6　大腸がん（大腸癌）集計対象数：都道府県、発見経緯別　2014-2015年

	がん検診	(%)	健康診断・人間ドック	(%)	他疾患経過観察中	(%)	その他	(%)	全体	(%)
全体	12,064	10.3	9,730	8.3	28,428	24.3	66,604	57.0	116,826	100.0
沖縄	117	11.6	55	5.4	225	22.2	615	60.8	1,012	100.0

大腸がん(大腸癌)

5年生存率

	対象数	死亡数	打ち切り数	生存状況把握割合(%)	実測生存率	95%CI low	95%CI high	平均年齢(歳)
全体	169	63	(1-3)	98.8	62.6	54.8	69.4	70.2
Ⅰ期	42	(1-3)	(1-3)	97.6	92.9	79.5	97.6	70.8
Ⅱ期	51	12	0	100.0	76.5	62.3	85.9	71.3
Ⅲ期	44	20	(1-3)	97.7	53.9	38.1	67.3	66.7
Ⅳ期	31	27	0	100.0	12.9	4.1	27.0	72.6

属性別集計対象数

性別	男性	女性				
対象数	99	70				
%	58.6	41.4				
年代	50歳未満	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代	
対象数	11	25	37	48	48	
%	6.5	14.8	21.9	28.4	28.4	
UICC TNM分類総合ステージ	Ⅰ期	Ⅱ期	Ⅲ期	Ⅳ期	不詳	空欄
対象数	42	51	44	31	(1-3)	0
%	24.9	30.2	26.0	18.3		
観血的治療の実施	無	有	治癒切除	非治癒切除	別不詳	
対象数	27	142	131	11	0	
%	16.0	84.0	77.5	6.5		
発見経緯	がん検診	健康診断	他疾患観察中	その他		
対象数	20	13	36	100		
%	11.8	7.7	21.3	59.2		

全国
実測生存率
全体　63.8
Ⅰ期　83.1
Ⅱ期　75.6
Ⅲ期　68.7
Ⅳ期　17.0

大腸がんについて実測生存率は全国63.8%に対し、当院62.6%と胃がんと同様わずかに低い値でした。この要因として、当院の特?としては、UICCTNM分類総合ステージのII期の割合が全国25.8%に対し、当院 30.2%と高く、進行した状態で当院を受診し治療を受けている患者が多いことが推察されます。また、80歳以上の患者さん割合は全国21.8%に対し、当院28.4%と、やはり胃がんと同様、高齢の患者が多いことが推察されます。

大腸がん(大腸癌)

5年生存率

	対象数	死亡数	打ち切り数	生存状況把握割合(%)	実測生存率	95%CI low	95%CI high	平均年齢(歳)
全体	192	89	(1-3)	99.0	53.6	46.3	60.3	68.6
Ⅰ期	45	16	(1-3)	97.8	64.4	48.7	76.5	68.9
Ⅱ期	35	(7-9)	(1-3)	97.1	74.2	56.2	85.6	70.5
Ⅲ期	60	21	0	100.0	65.0	51.5	75.6	67.4
Ⅳ期	50	41	0	100.0	18.0	8.9	29.7	67.9

属性別集計対象数

性別	男性	女性				
対象数	122	70				
%	63.5	36.5				
年代	50歳未満	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代	
対象数	13	35	56	48	40	
%	6.8	18.2	29.2	25.0	20.8	
UICC TNM分類総合ステージ	Ⅰ期	Ⅱ期	Ⅲ期	Ⅳ期	不詳	空欄
対象数	45	35	60	50	(1-3)	0
%	23.4	18.2	31.3	26.0		
観血的治療の実施	無	有	治癒切除	非治癒切除	別不詳	
対象数	59	133	124	(7-9)	(1-3)	
%	30.7	69.3	64.6			
発見経緯	がん検診	健康診断	他疾患観察中	その他		
対象数	13	11	39	129		
%	6.8	5.7	20.3	67.2		

全国
実測生存率
全体　63.8
Ⅰ期　83.1
Ⅱ期　75.6
Ⅲ期　68.7
Ⅳ期　17.0

【大腸がん】
大腸癌全体の５年実測生存率は、当院は５３．６%、沖縄県は５７．８%、全国では６３．８%となっています。ステージ別ではⅠ期の生存率が６４．４%と、ⅡⅠ期やⅢⅠ期の生存率よりも低くなっていますが、こちらも当院にて原死因を調査したところ、Ⅰ期で亡くなられた方の内、約６３%は他の部位のがんや、がん以外の疾患が原因であり、大腸癌が原因の方は約６%で、かつ高齢のため手術を行わなかった症例でした。
年代別では、当院は全国と比べ５０歳代以下の割合が高くなっていますが、当院にて調査したところ、５０歳代以下の約３３%がⅢⅠ期、約３１%がⅣ期で、進行した症例が多くなっていました。
ステージ別ではⅣ期の割合が２６．０%と、全国の１９．１%に比べて高くなっており、観血的治療の実施ー無 の割合も３０．７%と、全国の１４．１%に比べて高くなっております。また、発見経緯においてがん検診や人間ドック等の割合が少なく、その他（症状受診）の割合が全国と比較して高く、当院は救急病院であることからも症状を有する進行した状態で受診する患者さんが多い傾向にあることが考えられます。

大腸がん(大腸癌)

5年生存率

	対象数	死亡数	打ち切り数	生存状況把握割合(%)	実測生存率	95%CI low	95%CI high	平均年齢(歳)
全体	134	50	(1-3)	97.8	62.4	53.6	70.0	64.4
Ⅰ期	41	(4-6)	(1-3)	97.6	90.0	75.5	96.1	64.5
Ⅱ期	23	(7-9)	0	-	-	-	-	-
Ⅲ期	34	10	(1-3)	97.1	70.5	52.1	82.9	66.1
Ⅳ期	35	29	(1-3)	97.1	16.7	6.5	30.8	60.2

属性別集計対象数

性別	男性	女性				
対象数	88	46				
%	65.7	34.3				
年代	50歳未満	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代	
対象数	12	32	42	38	10	
%	9.0	23.9	31.3	28.4	7.5	
UICC TNM分類総合ステージ	Ⅰ期	Ⅱ期	Ⅲ期	Ⅳ期	不詳	空欄
対象数	41	23	34	35	(1-3)	0
%	30.6	17.2	25.4	26.1		
観血的治療の実施	無	有	治癒切除	非治癒切除	別不詳	
対象数	50	84	79	(4-6)	(1-3)	
%	37.3	62.7	59.0			
発見経緯	がん検診	健康診断	他疾患観察中	その他		
対象数	13	13	28	80		
%	9.7	9.7	20.9	59.7		

全国
実測生存率
全体　63.8
Ⅰ期　83.1
Ⅱ期　75.6
Ⅲ期　68.7
Ⅳ期　17.0

「大腸がん」の全体の実測生存率63.8%に対して、琉球大学病院は62.4%と大きな違いはみられませんでした。

大腸がん（大腸癌）

5年生存率

	対象数	死亡数	打ち切り数	生存状況把握割合（%）	実測生存率	95%CI low	95%CI high	平均年齢（歳）
全体	236	96	0	100.0	59.3	52.8	65.3	67.9
Ⅰ期	46	(4-6)	0	100.0	87.0	73.3	93.9	69.0
Ⅱ期	64	13	0	100.0	79.7	67.6	87.7	70.7
Ⅲ期	61	17	0	100.0	72.1	59.1	81.7	64.1
Ⅳ期	60	55	0	100.0	8.3	3.1	17.0	66.3

属性別集計対象数

性別	男性	女性				
対象数	149	87				
%	63.1	36.9				
年代	50歳未満	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代	
対象数	19	43	68	58	48	
%	8.1	18.2	28.8	24.6	20.3	
UICC TNM分類総合ステージ	Ⅰ期	Ⅱ期	Ⅲ期	Ⅳ期	不詳	空欄
対象数	46	64	61	60	(4-6)	0
%	19.5	27.1	25.8	25.4		
観血的治療の実施	無	有	治癒切除	非治癒切除	別不詳	
対象数	62	174	174	0	0	
%	26.3	73.7	73.7			
発見経緯	がん検診	健康診断	他疾患観察中	その他		
対象数	46	0	56	134		
%	19.5		23.7	56.8		

全国
実測生存率
全体　63.8
Ⅰ期　83.1
Ⅱ期　75.6
Ⅲ期　68.7
Ⅳ期　17.0

特になし

大腸がん(大腸癌)

5年生存率

	対象数	死亡数	打ち切り数	生存状況把握割合(%)	実測生存率	95%CI low	95%CI high	平均年齢(歳)
全体	122	58	(1-3)	97.5	52.1	42.9	60.6	71.4
Ⅰ期	19	(1-3)	0	-	-	-	-	-
Ⅱ期	37	16	0	100.0	56.8	39.4	70.8	71.1
Ⅲ期	39	15	(1-3)	94.9	61.4	44.4	74.7	71.3
Ⅳ期	23	22	0	-	-	-	-	-

属性別集計対象数

性別	男性	女性				
対象数	76	46				
%	62.3	37.7				
年代	50歳未満	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代	
対象数	(4-6)	12	42	24	39	
%		9.8	34.4	19.7	32.0	
UICC TNM分類総合ステージ	Ⅰ期	Ⅱ期	Ⅲ期	Ⅳ期	不詳	空欄
対象数	19	37	39	23	(4-6)	0
%	15.6	30.3	32.0	18.9		
観血的治療の実施	無	有	治癒切除	非治癒切除	別不詳	
対象数	14	108	108	0	0	
%	11.5	88.5	88.5			
発見経緯	がん検診	健康診断	他疾患観察中	その他		
対象数	15	(1-3)	26	80		
%	12.3		21.3	65.6		

全国
実測生存率
全体　63.8
Ⅰ期　83.1
Ⅱ期　75.6
Ⅲ期　68.7
Ⅳ期　17.0

特になし

大腸がん(大腸癌)

5年生存率

	対象数	死亡数	打ち切り数	生存状況把握割合(%)	実測生存率	95%CI low	95%CI high	平均年齢(歳)
全体	145	58	0	100.0	60.0	51.6	67.5	69.9
Ⅰ期	48	13	0	100.0	72.9	58.0	83.3	67.9
Ⅱ期	33	11	0	100.0	66.7	47.9	80.0	73.6
Ⅲ期	34	(7-9)	0	100.0	79.4	61.6	89.6	68.0
Ⅳ期	26	23	0	-	-	-	-	-

属性別集計対象数

性別	男性	女性				
対象数	84	61				
%	57.9	42.1				
年代	50歳未満	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代	
対象数	(7-9)	17	48	33	38	
%		11.7	33.1	22.8	26.2	
UICC TNM分類総合ステージ	Ⅰ期	Ⅱ期	Ⅲ期	Ⅳ期	不詳	空欄
対象数	48	33	34	26	(4-6)	0
%	33.1	22.8	23.4	17.9		
観血的治療の実施	無	有	治癒切除	非治癒切除	別不詳	
対象数	23	122	111	10	(1-3)	
%	15.9	84.1	76.6	6.9		
発見経緯	がん検診	健康診断	他疾患観察中	その他		
対象数	10	15	33	87		
%	6.9	10.3	22.8	60.0		

全国
実測生存率
全体　63.8
Ⅰ期　83.1
Ⅱ期　75.6
Ⅲ期　68.7
Ⅳ期　17.0

【大腸がん】
　わが国における大腸がんの罹患率は増加傾向にあり、国立がん研究センターの人口動態統計による都道府県別がん死亡データによりますと、2021年沖縄県の大腸がんによる死亡率は、男性が1位、女性30位、男女計3位と高く、現在も深刻な問題となっております。
　今回の2014-2015年5年生存率集計における罹患男女別で、男性においては、当院57.9%、全国58.3%、沖縄県62.2%、女性は、当院42.1%、全国41.7%、沖縄県37.8%となっており、全国、沖縄県同様、男性の割合が高くなっております。診断時年齢は、当院は60歳代が最も多く、次いで80歳代、全国は、70歳代が最も多く、次いで60歳代となっており平均年齢は、当院69.9歳、全国70.1歳とほぼ同様となっております。発見経緯は、全国同様、がん検診・健康診断での発見が少なく、自覚症状を認め来院となった方が多くなっております。
　観血的治療の治癒切除率を比較してみますと、当院76.6%、全国77.4%、沖縄県72.3%、実測生存率は、当院60.0%、全国63.8%、沖縄県57.8%と沖縄県の生存率が低くなっております。要因として、沖縄県は、IV期の割合が22.8%と全国一高く、進行された状態で発見された患者さんが多いことから、生存率が低くなったと考えられます。
　大腸がんは、早期に診断、治療が開始できれば根治が可能ながんであり、当院では、「大腸がん早期発見プロジェクト」を立ち上げ、入院患者さんに対し、便潜血の無料検査を実施し、大腸がん死亡率低下を目指しております。

大腸がん(大腸癌)

5年生存率

	対象数	死亡数	打ち切り数	生存状況把握割合(%)	実測生存率	95%CI low	95%CI high	平均年齢(歳)
全体	14	12	0	-	-	-	-	-
Ⅰ期	(1-3)	(1-3)	0	-	-	-	-	-
Ⅱ期	0	0	0	-	-	-	-	-
Ⅲ期	(1-3)	(1-3)	0	-	-	-	-	-
Ⅳ期	(4-6)	(4-6)	0	-	-	-	-	-

属性別集計対象数

性別	男性	女性				
対象数	11	(1-3)				
%	78.6					
年代	50歳未満	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代	
対象数	(1-3)	(1-3)	(1-3)	(4-6)	(1-3)	
%						
UICC TNM分類総合ステージ	Ⅰ期	Ⅱ期	Ⅲ期	Ⅳ期	不詳	空欄
対象数	(1-3)	0	(1-3)	(4-6)	(4-6)	0
%						
観血的治療の実施	無	有	治癒切除	非治癒切除	別不詳	
対象数	(7-9)	(4-6)	(4-6)	0	0	
%						
発見経緯	がん検診	健康診断	他疾患観察中	その他		
対象数	0	(1-3)	(7-9)	(4-6)		
%						

全国
実測生存率
全体　63.8
Ⅰ期　83.1
Ⅱ期　75.6
Ⅲ期　68.7
Ⅳ期　17.0

特になし

まとめ

- この集計範囲におけるデータが示すこと：

  沖縄県の1期の5年生存率は低い

  沖縄県の2期の5年生存率は低い

  沖縄県の3期の5年生存率は低い

  沖縄県の4期の5年生存率は低い

- 当連携協議会が、施設別の5年生存率を、他の関連データと一緒にモニタリングしつづけ、必要な対応を取る必要がある

資料７

国内における遺伝情報による差別と米国のGINA法（遺伝情報差別禁止法）

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

①遺伝情報の利用および遺伝情報による差別に関する市民を対象とした意識調査

国民の懸念事項の例

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

ゲノム情報の取扱いに係る実態の例

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

原因となった情報は、「家族歴」「遺伝性疾患の家系である事実」が多い

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

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

ゲノム情報の取扱いに係る実態の例

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

諸外国の状況：米国

- 遺伝情報差別禁止法（GINA）
  - ●2008年成立 遺伝情報の保護に特化した連邦法（州法も多数存在）
  - ●GINAの対象とする遺伝情報
    - ▸本人の遺伝子検査結果＋家族の検査結果や病歴も含む
- 雇用分野
  - ●事業者による遺伝情報取得の規制…原則禁止
  - ●採用・解雇・昇進等に関する遺伝情報に基づく不利な取扱いの禁止
    - ▸違反…EEOC（雇用機会均等委員会）による救済
- 保険分野（医療保険）
  - ●遺伝情報に基づく加入制限・保険料等の調整…原則禁止
  - ●加入者（家族含む）に対する受検要請
  - ●危険選択目的での遺伝情報の要請・取得
  - } 原則禁止
    - ▸違反…民事罰（制裁金）の対象

内閣府第9回ゲノム医療推進協議会資料／厚生労働省「第8回ゲノム情報を用いた医療等の実用化推進タスクフォース」早稲田大学・横野恵准教授提出資料

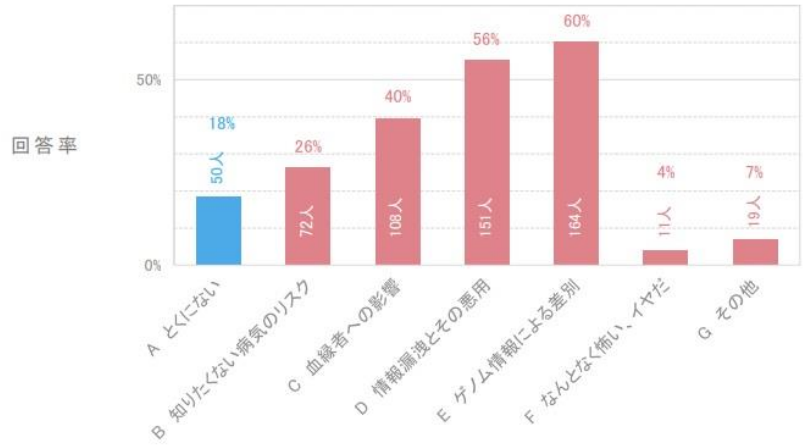
ゲノム情報の医療への利用での不安

不安に感じていることは

日本科学未来館　オピニオンバンク
「ご意見募集！～ゲノム情報を医療で使うとしたら～」

ゲノム情報の医療への利用で、不安なことはありますか。
不安なことを教えてください

上位3つを選択



※「一番不安なこと」、「2番目に不安なこと」、「3番目に不安なこと」の順に回答された内容をまとめて集計したグラフ。「A とくにない」のみ「一番不安なこと」の回答数のみを集計。

- 「特にない」が全体（272名）の18%
- 1番目に多い「ゲノム情報による差別」は全体の60%（164名）
- 2番目に多いのが「情報漏洩とその悪用」が全体の56%（151名）
- 「血縁者への影響」が40%（108名）

2割近くの方は不安は「特にない」

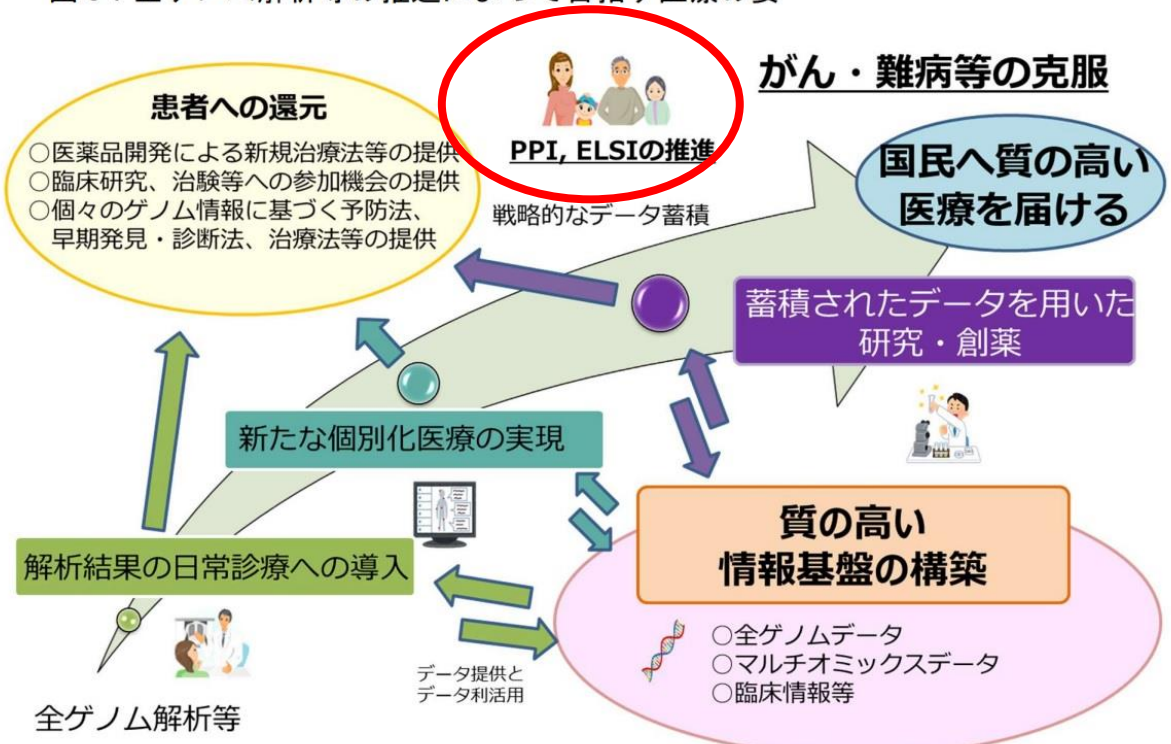
半数以上の方は「ゲノム情報による差別」「情報漏洩とその悪用」と答え、「漠然と不安」はごく少数

7

日本科学未来館調査／厚生労働省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7回）資料より

全ゲノム解析等実行計画とPPI・ELSI（倫理的・法的・社会的な課題）への対応

図３：全ゲノム解析等の推進によって目指す医療の姿



※ 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。

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。

- 横断的なデータ利活用を可能とするため、統一的な同意説明文書（Informed Consent Form、ICF）を用いること。
- 全ゲノム解析の臨床実装に向け、情報通信技術(Information and Communication Technology、ICT)や人工知能技術（Artificial Intelligence、AI）等の活用について、現場の負担軽減等における有用性を検討すること。
- 患者への説明にあたっては、厚生労働省研究班において作成されたガイダンス等を活用し、できる限り分かりやすく丁寧な説明と情報提供を行い、患者の自由意思を尊重し、十分な理解の上での同意を求めること。また、e-コンセントの活用を含め、必要な体制の整備について検討すること。
- ICTの積極的な活用を含め、遺伝カウンセリングの機会の確保・拡充を図ること。
- 主目的となる所見以外の所見が得られた場合は、倫理指針や厚生労働省研究班によって作成されたガイダンスを参考に対応すること。
- 情報セキュリティ及びプライバシー保護の方針を明確化し、その実施に必要な体制を整備するとともに、これらについて患者に情報提供をすること。
- 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。
- 全ゲノム解析等にかかる相談実施体制の整備を図り、既存の相談機関で一次相談を引き受けられるよう、教育啓発活動を通じて支援体制の整備・拡充を推進すること。

14

厚生労働省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）資料より

国会におけるゲノム医療の「勉強会」から与野党の「超党派議員連盟」へ

超党派の国会議員、ゲノム医療の勉強会を議員連盟に格上げへ

発起人の薬師寺みちよ参議院議員に聞く

1pt

2016.06.03　久保田文

シェア　シェア　送る　送る

この記事を印刷する



ゲノム医療について、超党派の国会議員が「遺伝医療・ビジネスを取り巻く諸課題を考える勉強会」を立ち上げ、2014年10月から検討を重ねている。2016年5月までに第11回の勉強会が開催され、政府の動きと連動してゲノム医療を巡るさまざまな課題が議論されてきた。2016年5月30日、勉強会の発起人の1人であり、無所属の薬師寺みちよ参議院議員が本誌のインタビューに応じた。

「勉強会」から「超党派議連」へ
（2016年6月／日経バイオテクより）

遺伝子差別禁止へ　ゲノム医療推進法案　来年通常国会提出へ　超党派議連

2018/6/17 06:57

みんなの反応

政治 | 政局　ライフ | からだ　科学

自民党や国民民主党など与野党の超党派でつくる「適切な遺伝医療を進めるための社会的環境の整備を目指す議員連盟」（会長・尾辻秀久元厚生労働相）が、ＤＮＡに含まれる遺伝情報に基づきがんなどの最適な治療を行う「ゲノム医療」を推進するための議員立法を検討していることが１６日、分かった。遺伝子差別の禁止や医療機関への財政支援などが盛り込まれる見通しだ。来年の通常国会

法案提出見込みを報じる当時の新聞報道
（2018年6月／産経新聞より）

がん患者団体・難病団体・ゲノム医療当事者団体からの要望活動



全国がん患者団体連合会と日本難病疾病団体協議会より大口善徳厚労副大臣に要望
（2018年12月17日）



全国がん患者団体連合会とゲノム医療当事者団体連合会より
超党派議連議員連盟の中島克仁事務局長（衆議院議員）に要望
（2021年12月17日）

日本医学会・日本医師会・患者団体からの共同声明（2022年4月）

日医on-line　文字サイズ 標準 拡大　検索について

プレスリリース　「日医君」だより　日医ニュース

令和4年（2022年）5月5日（木） / 「日医君」だより / プレスリリース / 日医ニュース

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

日本医師会・日本医学会　6933　印刷



日本医師会と日本医学会は4月6日、合同記者会見を行い、「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た。

記者会見には、日本医師会から中川俊男会長、羽鳥裕常任理事、日本医学会から門田守人会長、門脇孝副会長がそれぞれ出席した。

今回取りまとめた共同声明では、現在、全ゲノム解析研究が国策として進められ、患者とその血縁者を対象としたゲノム解析や遺伝学的検査が急速に医療の場で展開されようとしている中で、わが国においては、遺伝情報・ゲノム情報の取り扱いに関するルールが個人情報保護法しかないことを問題視。このままでは、患者やその家族が遺伝情報・ゲノム情報に基づく不当な差別や社会的不利益を受ける可能性を払拭（ふっしょく）できず、患者・家族だけではなく、現時点では遺伝との関連を自覚していない多くの健康な方々にも不安が広がる恐れがあり、わが国での遺伝情報・ゲノム情報を用いた新規医薬品開発やゲノム医療の導入の障壁となることも懸念されるとして、国、監督官庁、遺伝情報・ゲノム情報を取り扱う可能性のある保険会社等の事業者及び関係団体に対して、**別掲**の3点の実施を求めている。

当日の会見では、門田日本医学会長が「この問題に関しては、日本医学会の『遺伝子・健康・社会委員会』で検討を行ってきたが、関連学会からの要望を受けて、今回声明を取りまとめることになった」とその経緯を説明。その上で、「この問題は人間の存在にも関わる大きな問題である。日本医学会が創立されてから120年が経過したことを踏まえて、今後何をすべきか考えていく上での第一歩として、今回声明を公表できたことは意味がある」として、その意義を強調した。

声明の内容を説明した門脇日本医学会副会長は、声明は日本医学会所属の全ての分科会の賛同を得た上で、日本医師会の役員会でも了承を得たものであることを報告。また、声明を取りまとめた背景については、ゲノム医療が保険適用される可能性も出てきたこと、遺伝子の面から将来のリスクが早い段階で予想できるようになったことを受けて、社会環境の整備を早急に進めなくてはならなくなったことが挙げられるとした。

日本医師会ホームページより

2022 年　4 月　6 日

日本医学会長・日本医学会連合会長　門田　守人
日本医師会長　中川　俊男

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

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

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

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

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

日本医学会・日本医師会からの共同声明

2022 年 4 月 6 日

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

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

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

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

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

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

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

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

記

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

以上

**全国がん患者団体連合会
ゲノム医療当事者団体連合会
共同声明**

学会・患者団体・関連団体185団体からの法案早期成立に向けた要望書



超党派「適切な遺伝医療を進めるための社会的環境の整備を目指す議員連盟」
所属議員の先生方

2022年10月18日

「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」
早期成立に向けたご支援のお願い

2003 年 4 月に、私たち人間のゲノム（全遺伝情報）の全体像が明らかになって、もうすぐ丸 20 年となります。この間、難病やがんの発症の原因として、生まれ持った遺伝子の変化があり、それらが正確な診断や治療に大きく役立つことが明らかになりました。

現在、全遺伝情報をさらに詳細に調べ、診療に活用する「ゲノム医療」の取り組みが進んでいます。日本人に適したゲノム医療の研究開発が推進され、提供体制が整備されれば、広く国民に正確な診断法や治療法が普及すると期待されます。

一方で 生まれながらにして個人が有する全遺伝情報は、本人およびその家族についても将来の健康状態や障害を予測し得るといった特性があります。ゲノム医療の推進にあたっては、不当な差別の防止など生命倫理の立場から適切な配慮が必要です。

諸外国では、1990 年代以降、ゲノム医療の推進と不当な差別の防止の両輪を実現するため、様々な法制度が設けられています。私ども、患者・家族団体、研究機関、医療機関、関連企業等は、日本においても同様の法律の制定されることを、長い間、待ち望んできました。

今般、先生方のご尽力により、「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」大綱をとりまとめて頂いております。心から感謝申し上げます。この大綱をもとにした法律が、できるだけ早期に、第210回国会（臨時会）にて成立するよう、別紙の計 63 の団体等よりお願い申し上げる次第です。どうかさらな

一般社団法人全国がん患者団体連合会、一般社団法人ゲノム医療当事者団体連合会などの患者団体をはじめ、日本癌学会、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会、日本人類遺伝学会、日本製薬工業協会などの関連団体185団体が賛同し要望

法案の早期成立に向けた与野党国会議員への要望活動（2022年11月）



武藤香織先生（東京大学）と共に秋野公造・参議院議員への要望
（2022年11月）



小崎健次郎先生（慶應義塾大）間野博行先生（国立がん研究センター）
横野恵先生（早稲田大）と共に
三ッ林裕巳・衆議院厚生労働委員長に要望（2022年11月）

法案の早期成立に向けた与野党国会議員への要望活動（2022年12月）



小崎健次郎先生（慶應義塾大）佐谷秀行先生（藤田医科大学）と共に
古川俊治・参議院議員への要望
（2022年12月）



全国がん患者団体連合会役員で三原じゅん子・参議院議員への要望
（2022年12月）

2022年秋の臨時国会での法案提出を断念（2022年12月）

医療サイト 朝日新聞アピタル

「ゲノム医療」遺伝情報による差別防止法案、超党派議連が今国会断念

有料記事

市野塊　2022年12月8日 20時00分



ゲノム医療に関する議員連盟の会合であいさつをする会長代行の丸川珠代元五輪相＝2022年12月8日午後5時50分、東京・永田町、市野塊撮影

遺伝情報を使って病気の早期発見や治療につなげる「ゲノム医療」について、超党派の議員連盟は8日に会合を開き、遺伝情報による差別防止などを図る法案の今国会での提出を断念したと明らかにした。来年の通常国会での成立をめざす。

差別恐れ検査受けられぬ人も　遺伝性がん女性のゲノム医療への願いは →

朝日新聞アピタル（2022年12月8日）より



超党派「適切な遺伝医療を推進するための社会的環境の整備を目指す議員連盟」総会にて議員連盟の先生方とともに（2022年12月8日）

法案の早期成立に向けた与野党国会議員への要望活動（2023年5月）



全国がん患者団体連合会による塩崎彰久・衆議院議員への要望
（2023年5月）



全国がん患者団体連合会による仁木博文・衆議院議員への要望
（2023年5月）

法案の早期成立に向けた与野党国会議員への要望活動（2023年5月）



全国がん患者団体連合会による
超党派議連議員連盟の中島克仁事務局長（衆議院議員）への要望
（2023年5月）



全国がん患者団体連合会による宮本徹・衆議院議員への要望
（2023年5月）

法案の早期成立に向けた与野党国会議員への要望活動（2023年6月）



全国がん患者団体連合会による
参議院厚生労働委員会与党筆頭理事の島村大・参議院議員への要望
（2023年6月）



武藤香織先生（東京大学）と共に
参議院厚生労働委員会野党筆頭理事の川田龍平・参議院議員への要望
（2023年6月）

良質かつ適切なゲノム医療を国民が安心して受けられるようにするための施策の総合的かつ計画的な推進に関する法律案（2023年6月9日成立）

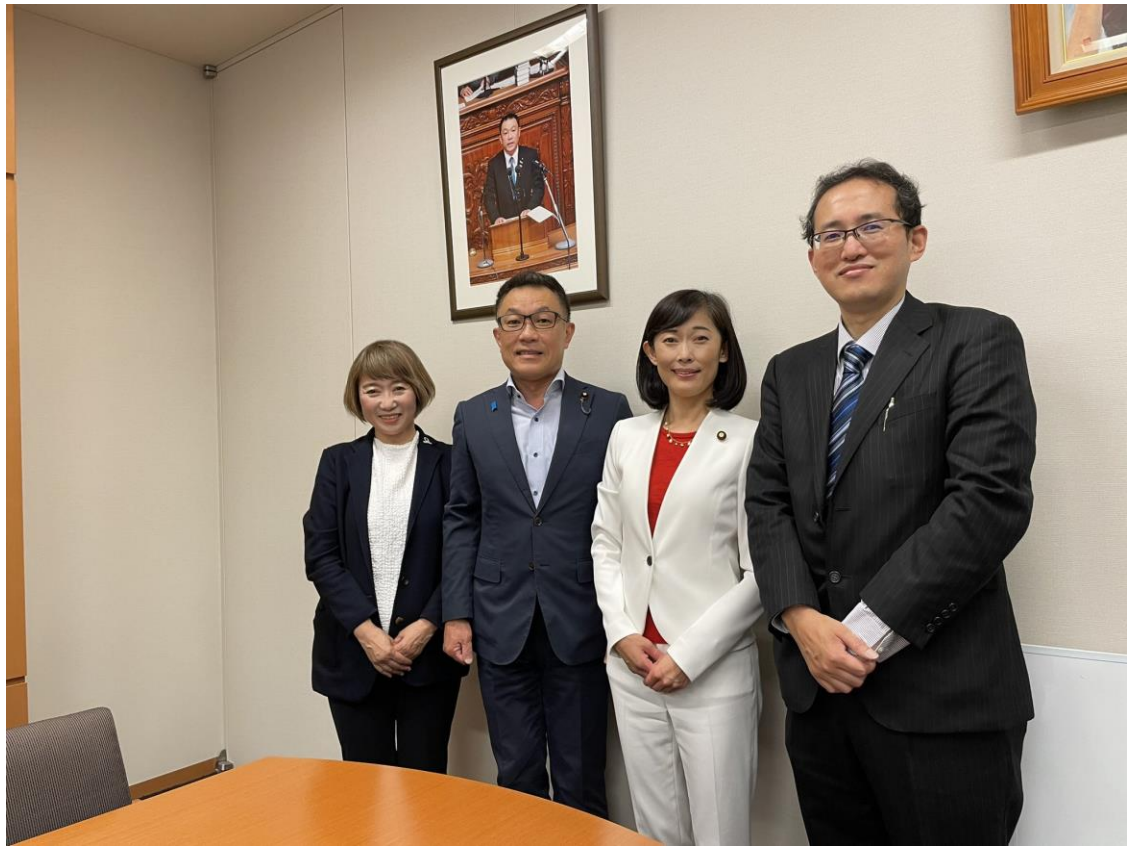




（差別等への適切な対応の確保）
第16条　国は、ゲノム医療の研究開発及び提供の推進に当たっては、生まれながらに固有で子孫に受け継がれ得る個人のゲノム情報による不当な差別その他当該ゲノム情報の利用が拡大されることにより生じ得る課題（次条第二項において「差別等」という。）への適切な対応を確保するため、必要な施策を講ずるものとする。

衆議院ホームページ／衆議院インターネット中継より

法案の成立を受けて与野党国会議員の皆さまに御礼のご挨拶（2023年6月）



超党派議連議員連盟の丸川珠代会長代行（参議院議員）と
超党派議連議員連盟の中島克仁事務局長（衆議院議員）への御礼のご挨拶
（2023年6月）



全国がん患者団体連合会による自見はなこ・参議院議員への御礼のご挨拶
（2023年6月）

法案の成立を受けて与野党国会議員の皆さまに御礼のご挨拶（2023年6月）



全国がん患者団体連合会による秋野公造・参議院議員への御礼のご挨拶
（2023年6月）



全国がん患者団体連合会による川田龍平・参議院議員への御礼のご挨拶
（2023年6月）

良質かつ適切なゲノム医療を国民が安心して受けられるように するための施策の総合的かつ計画的な推進に関する法律案（概要）

第1　目的

ゲノム医療が国民の健康の保持に大きく寄与
一方、普及に当たって個人の権利利益の擁護のみならず人の尊厳の保持に関する課題に対応する必要

➡ **ゲノム医療施策（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）を総合的・計画的に推進**

第2　定義

ゲノム医療：個人の細胞の核酸を構成する塩基の配列の特性又は核酸の機能の発揮の特性に応じて行う医療
ゲノム情報：人の細胞の核酸を構成する塩基の配列若しくはその特性又は核酸の機能の発揮の特性に関する情報

第3　基本理念

① ゲノム医療の研究開発及び提供に係る施策を相互の有機的な連携を図りつつ推進することにより、**幅広い医療分野における世界最高水準のゲノム医療を実現**し、その**恵沢を広く国民が享受できる**ようにすること

② ゲノム医療の研究開発及び提供には、子孫に受け継がれ得る遺伝子の操作を伴うものその他の人の尊厳の保持に重大な影響を与える可能性があるものが含まれることに鑑み、その研究開発及び提供の各段階において**生命倫理への適切な配慮**がなされるようにすること

③ 生まれながらに固有で子孫に受け継がれ得る個人のゲノム情報には、それによって当該個人はもとよりその家族についても将来の健康状態を予測し得る等の特性があることに鑑み、ゲノム医療の研究開発及び提供において得られた**当該ゲノム情報の保護（※）が十分に図られるようにする**とともに、**当該ゲノム情報による不当な差別が行われることのないようにする**こと

※ 個人情報（氏名とともに記録されている塩基の配列に関する情報、全ゲノム情報等）のほか、これに該当しないゲノム情報も対象

第4　責務

国、地方公共団体、医師等・研究者等の責務

第5　財政上の措置等

政府：必要な財政上の措置その他の措置

第6　基本計画

政府：ゲノム医療施策に関する基本的な計画の策定義務

第7　基本的施策

1　ゲノム医療の研究開発及び提供に係る体制の整備等
（1）ゲノム医療の研究開発の推進
（2）ゲノム医療の提供の推進
（3）情報の蓄積、管理及び活用に係る基盤の整備
（4）検査の実施体制の整備等
（5）相談支援に係る体制の整備

2　生命倫理への適切な配慮の確保

3　ゲノム情報の適正な取扱い及び差別等への適切な対応の確保
（1）ゲノム情報の適正な取扱いの確保
（2）差別等への適切な対応の確保

4　医療以外の目的による解析の質の確保等
（1）解析の質の確保、受検者への相談支援
（2）生命倫理への適切な配慮、ゲノム情報の適正な取扱い、差別等への適切な対応の確保

5　その他の施策
（1）教育及び啓発の推進等
（2）人材の確保等
（3）関係者の連携協力

第8　地方公共団体の施策

地方公共団体：地域の状況に応じて、ゲノム医療施策の推進を図る努力義務

第9　施行期日

公布の日

第10　検討

政府：施行後5年を目途とする検討

令和五年法律第五十七号

良質かつ適切なゲノム医療を国民が安心して受けられるようにするための施策の総合的かつ計画的な推進に関する法律

目次

第一章　総則（第一条―第七条）
第二章　基本計画（第八条）
第三章　基本的施策（第九条―第二十一条）
附則

第一章　総則

（目的）

第一条　この法律は、ゲノム医療が個人の身体的な特性及び病状に応じた最適な医療の提供を可能とすることにより国民の健康の保持に大きく寄与するものである一方で、その普及に当たって個人の権利利益の擁護のみならず人の尊厳の保持に関する課題に対応する必要があることに鑑み、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（以下「ゲノム医療施策」という。）に関し、基本理念を定め、及び国等の責務を明らかにするとともに、基本計画の策定その他ゲノム医療施策の基本となる事項を定めることにより、ゲノム医療施策を総合的かつ計画的に推進することを目的とする。

（定義）

第二条　この法律において「ゲノム医療」とは、個人の細胞の核酸を構成する塩基の配列の特性又は当該核酸の機能の発揮の特性に応じて当該個人に対して行う医療をいう。

２　この法律において「ゲノム情報」とは、人の細胞の核酸を構成する塩基の配列若しくはその特性又は当該核酸の機能の発揮の特性に関する情報をいう。

（基本理念）

第三条　ゲノム医療施策は、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。

一　ゲノム医療の研究開発及び提供に係る施策を相互の有機的な連携を図りつつ推進することにより、幅広い医療分野における世界最高水準のゲノム医療を実現し、その恵沢を広く国民が享受できるようにすること。

二　ゲノム医療の研究開発及び提供には、子孫に受け継がれ得る遺伝子の操作を伴うものその他の人の尊厳の保持に重大な影響を与える可能性があるものが含まれることに鑑み、その研究開発及び提供の各段階において生命倫理への適切な配慮がなされるようにすること。

三　生まれながらに固有で子孫に受け継がれ得る個人のゲノム情報には、それによって当該個人はもとよりその家族についても将来の健康状態を予測し得る等の特性があることに鑑み、ゲノム医療の研究開発及び提供において得られた当

該ゲノム情報の保護が十分に図られるようにするとともに、当該ゲノム情報による不当な差別が行われることのないようにすること。

（国の責務）

第四条　国は、前条の基本理念にのっとり、ゲノム医療施策を総合的かつ計画的に策定し、及び実施する責務を有する。

（地方公共団体の責務）

第五条　地方公共団体は、第三条の基本理念にのっとり、ゲノム医療施策に関し、国との連携を図りつつ、その地域の状況に応じて、施策を策定し、及び実施する責務を有する。

（医師等及び研究者等の責務）

第六条　医師、医療機関その他の医療関係者（以下「医師等」という。）並びに研究者及び研究機関（以下「研究者等」という。）は、国及び地方公共団体が実施するゲノム医療施策及びこれに関連する施策に協力するよう努めなければならない。

（財政上の措置等）

第七条　政府は、ゲノム医療施策を実施するため必要な財政上の措置その他の措置を講じなければならない。

第二章　基本計画

第八条　政府は、ゲノム医療施策を総合的かつ計画的に推進するため、ゲノム医療施策に関する基本的な計画（以下この条において「基本計画」という。）を策定しなければならない。

2　基本計画は、次に掲げる事項について定めるものとする。

一　ゲノム医療施策についての基本的な方針

二　ゲノム医療施策に関し政府が総合的かつ計画的に実施すべき施策

三　前二号に掲げるもののほか、ゲノム医療施策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

3　基本計画に定める施策については、原則として、当該施策の具体的な目標及びその達成の時期を定めるものとする。

4　政府は、基本計画を策定し、又は変更したときは、遅滞なく、これを公表しなければならない。

5　政府は、適時に、第三項の規定により定める目標の達成状況を調査し、その結果を公表しなければならない。

第三章　基本的施策

（ゲノム医療の研究開発の推進）

第九条　国は、ゲノム医療の研究開発の推進を図るため、ゲノム医療に関し、研究体制の整備、研究開発に対する助成その他の必要な施策を講ずるものとする。

（ゲノム医療の提供の推進）

第十条　国は、ゲノム医療の提供の推進を図るため、ゲノム医療の拠点となる医療機関の整備、当該医療機関と他の医療機関との連携の確保その他の必要な施策を

講ずるものとする。

（情報の蓄積、管理及び活用に係る基盤の整備）

第十一条　国は、個人のゲノム情報及びその個人に係る疾患、健康状態等に関する情報を大量に蓄積し、管理し、及び活用するための基盤の整備を図るため、これらの情報及びこれに係る試料を大規模かつ効率的に収集し、並びに適切に整理し、保存し、及び提供する体制の整備、極めて高度な演算処理を行う能力を有する電子計算機による情報処理システムの整備及び的確な運用、国際間における情報の共有の戦略的な推進その他の必要な施策を講ずるものとする。

（検査の実施体制の整備等）

第十二条　国は、ゲノム医療の提供に際して行われる個人の細胞の核酸に関する検査について、ゲノム医療を提供する医療機関及びその委託を受けた機関における実施体制の整備及び当該検査の質の確保を図るために必要な施策を講ずるものとする。

（相談支援に係る体制の整備）

第十三条　国は、ゲノム医療の提供を受ける者又はその研究開発に協力してゲノム情報若しくはこれに係る試料を提供する者に対する相談支援の適切な実施のための体制の整備を図るため、これらの者の相談に応じ、必要な情報の提供、助言その他の支援を行う仕組みの整備、当該相談支援に関する専門的な知識及び技術を有する者の確保その他の必要な施策を講ずるものとする。

（生命倫理への適切な配慮の確保）

第十四条　国は、ゲノム医療の研究開発及び提供の各段階において生命倫理への適切な配慮がなされることを確保するため、医師等及び研究者等が遵守すべき事項に関する指針の策定その他の必要な施策を講ずるものとする。

（ゲノム情報の適正な取扱いの確保）

第十五条　国は、ゲノム医療の研究開発及び提供の推進に当たっては、生まれながらに固有で子孫に受け継がれ得る個人のゲノム情報について、その保護が図られつつ有効に活用されることが重要であることを踏まえ、ゲノム医療の研究開発及び提供において得られた当該ゲノム情報の取得、管理、開示その他の取扱いが適正に行われることを確保するため、医師等及び研究者等が遵守すべき事項に関する指針の策定その他の必要な施策を講ずるものとする。

（差別等への適切な対応の確保）

第十六条　国は、ゲノム医療の研究開発及び提供の推進に当たっては、生まれながらに固有で子孫に受け継がれ得る個人のゲノム情報による不当な差別その他当該ゲノム情報の利用が拡大されることにより生じ得る課題（次条第二項において「差別等」という。）への適切な対応を確保するため、必要な施策を講ずるものとする。

（医療以外の目的で行われる核酸に関する解析の質の確保等）

第十七条　国は、ゲノム医療に対する信頼の確保を図り、併せて国民の健康の保護に資するため、医療以外の目的で行われる個人の細胞の核酸に関する解析（その結果の評価を含む。）についても、科学的知見に基づき実施されるようにするこ

とを通じてその質の確保を図るとともに、当該解析に係る役務の提供を受ける者に対する相談支援の適切な実施を図るため、必要な施策を講ずるものとする。

2　国は、前三条の趣旨を踏まえ、前項の解析についても、生命倫理への適切な配慮並びに第十五条に規定するゲノム情報の適正な取扱い及び差別等への適切な対応を確保するため、必要な施策を講ずるものとする。

（教育及び啓発の推進等）

第十八条　国は、国民がゲノム医療及びゲノム医療をめぐる基礎的事項についての理解と関心を深めることができるよう、これらに関する教育及び啓発の推進その他の必要な施策を講ずるものとする。

（人材の確保等）

第十九条　国は、ゲノム医療の研究開発及び提供に関する専門的な知識及び技術を有する人材の確保、養成及び資質の向上に必要な施策を講ずるものとする。

（関係者の連携協力に関する措置）

第二十条　国は、ゲノム医療施策の効果的な推進を図るため、関係行政機関の職員、医師等、研究者等、関係事業者その他の関係者による協議の場を設ける等、関係者の連携協力に関し必要な措置を講ずるものとする。

（地方公共団体の施策）

第二十一条　地方公共団体は、第九条から前条までの国の施策を勘案し、その地域の状況に応じて、ゲノム医療施策の推進を図るよう努めるものとする。

附　則

（施行期日）

1　この法律は、公布の日から施行する。

（検討）

2　政府は、この法律の施行後五年を目途として、この法律の施行の状況について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

資料１０-(１)

令和５年６月 22 日

沖縄県がん診療連携協議会
議長　大屋　祐輔　殿

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

記

やいまゆんたく会（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５年５月以降の活動報告を致します。

1. **５月定例会（5 月 13 日）定期総会開催**
2. **６月定例会開催（6 月 10 日）**
   会員が各自のがん経験等についての報告を行い情報交換を行つた。会歌合唱や健康促進運動のワンポイント講習。会員同士のゆんたく等で充実した定例会となった。
3. **７月定例会開催（7 月 8 日予定）**
   猛暑の為室内レクを予定。
   ① 会歌合唱　②健康促進運動のワンポイント講習　③ダンスサルサを楽しむ　④ハーモニカ練習の再開
4. **８月定例会開催（8 月 12 日予定）**
   定例会の他に、石垣市長とのランチミーティングを予定しています。患者会の抱える様々な課題を話し合 い、患者会の活発な活動に繋げていければと考えております。

以上

資料１０-(２)

2023 年 6 月 26 日

令和 5 年度沖縄県がん診療連携協議会

NPO 乳がん患者の会　ぴんく・ぱんさぁ活動報告

次の 2 件についてご報告いたします

1. ピンクリボンアドバイザーサテライト試験

- 主催：NPO 乳がん患者の会ぴんく・ぱんさぁ
- 認定機関：認定 NPO 法人乳房健康研究会
- 2020 年、2021 年 2 回実施し県内 9 か所の病院から初級 30 名中級 22 名が合格
- コロナ禍に乳がんに罹患した方から、治療が落ち着き自分たちも何かしたいとの相談（HP を見たとのこと）。昨年 11 月に石垣に行き、石垣のメンバーと懇談の上ピンクリボンアドバイザーサテライト試験石垣実施を決定。

  2023 年 11 月 26 日(日)13 時～　石垣市健康福祉センター実施に向けた取り組み
  - 1 月 29 日市民公開講座 IN 石垣を開催…アドバイザーサテライト試験の告知
  - 4 月 23 日第 1 回勉強会　結い心センターで午前午後と 2 回開催　20 名参加
  - 毎週水曜日 20 時～グループライン通話で試験教材の読み合わせを実施
  - 8 月第 2 回勉強会を開催予定



2021 年試験の様子





勉強会とｱﾄﾞﾊﾞｲｻﾞｰ試験のﾎﾟｽﾀｰ

2. ピアサポートサロンぴんく・ぱんさぁリボンズハウスの活動

- With you～OKINAWA が 4 年ぶりに開催されることになり、その準備を始める。

  ブースに展示する術後の補正パット作り脱毛時に着ける帽子の作成



横に延びるのが特徴で、
脇への補正もしやすい





抗がん剤治療時はつばを取り外すことができる。

- プログラム終了後の患者懇親会の準備

  お菓子の準備　お菓子ひとつひとつにメッセージカードを添付→



- 懇親会では宮古石垣から参加したメンバーより、活動の紹介があった

  宮古…宮古実業高校でのタオル帽子づくりと乳がんについての講話

  石垣…ピンクリボンアドバイザーサテライト試験の取り組みについて

資料１０-(３)

2023 年 7 月 2 日

令和 5 年度　第 2 回沖縄県がん診療連絡協議会

NPO 法人パンキャンジャパン沖縄支部　活動報告

1，膵臓がん患者サロン（ハイブリット）開催

日時：令和 5 年 6 月 17 日（土）13 時～15 時

場所：なは市民活動支援センター2 階　会議室 3

内容：講演「膵臓がんの放射線治療」

地方独立行政法人　那覇市立病院　放射線科部長　足立源樹先生

交流会

参加人数：

オンライン：5 名（県内 1 名　県外 4 名）

会場：8 名

ボランティア：医師（顧問）1 名　看護師 2 名　栄養士 1 名　PT 1 名

参加者感想：「放射線治療について、よく分かっていなかったので聞けて良かった。主治医の先生と相談します」

「医師の方が参加してくれて、全部聞きたいことを聞けました。すっきりしました」

「主治医から放射線治療はできないと言われていたが、痛みを取ったりできると聞いて安心しました。栄養士から食事について聞くこともできたので良かった」

「膵臓がんは経過が悪いと聞いていたけど、（ぴあサポーターの方の）話を聞いて、希望を持つことができました。頑張れそうです」

2，膵臓がん市民公開講座

本年度は、9 月以降開催で調整中。

患者サロンの様子



1 講師の足立先生のご講演



2 講演中の様子



3 交流会の様子

今年度(令和5年度)取り組む予定のがん対策　施設名【 琉球大学病院 】

1. 予防（喫煙、感染、飲酒など）

第3次沖縄県がん対策推進計画（以下、第3次がん計画）に基づき、①喫煙者に禁煙をすすめる、②肝疾患診療連携拠点病院として引き続き肝疾患診療体制を維持する、③HTLV-I感染症（キャリアも含む）にかかる相談、抗体検査、外来での診療を行う
大腸がん死激減プロジェクトで何らかの方針が示された場合はそれに従う

2. 検診・早期発見

精密検査に協力する
大腸がん死激減プロジェクトで何らかの方針が示された場合はそれに従う

3. 医療提供体制（3療法、チーム医療、医療連携、ゲノム、病理、新規実装など）

①医療の質の評価を引き続き行っていく
②キャンサーボードにおいて倫理的な問題ある患者を積極的に取り扱っていく
③病院としてのドラッグラグ、デバイスラグを最小限の期間にする
④十分な啓発を行い、パネル検査を受ける患者を増加させる
倫理的な問題がある患者をキャンサーボードに積極的に検討する方法について、各診療科と話し合いを始めた

4. 支持療法（緩和、在宅、支持、リハビリ、妊孕性など）

①必要な患者に在宅医療に関する説明が必要十分にされているかを検証する
②必要な患者に適切なタイミングで適切なACPが行われているかを検証する
③今年度発表されるであろう「制吐薬適正使用ガイドライン第3版」に基づく院内マニュアルを改訂し、啓発する
④必要な患者にリハビリテーションが必要十分に行われているかを検証する
⑤必要な患者に適切なタイミングで適切な妊孕性に関わる説明と、実際に妊孕性温存療法が行われているかを検証する
⑥必要な患者に適切なタイミングで適切ながん治療後の生殖医療に関わる説明と、実際にがん治療後の生殖医療が行われているかを検証する

5. 個別医療（希少、難治、小児、AYA世代、高齢者、離島・へき地など）

①院内で受けられる治験および臨床試験を増加させる
②高齢者機能評価が確実に行われるように啓発を行う
③小児がんの長期フォローアップ外来を拡充させる
院内マニュアルの「高齢者機能評価の手引き」を確実に実施するように、院内で周知を行い、医療福祉センターと調整を始めた。

6. 情報提供・相談支援

①外来初診時から治療開始までを目途に、がん患者及びその家族が必ず一度はがん相談支援センターを訪問することができるようにする
②ピアサポーターが、院内で常時ピアサポートをできるようにする
①について、がんセンターが関わる会議体すべてで、啓発を行っている

次ページへ続く

7. 就労支援

①社会労務士や就職ナビゲータが昨年度以上に介入できる件数を増やす

8. 社会的な問題への対策（アピアランスケア、自殺対策、疎外感の解消、偏見の解消など）

①院内の「自殺対策の手引き」を改訂し、これまで以上に医療者が利用するようにする
②アピアランスケアに関する院内の手引きを制定し、啓発を行う

9. 基盤整備A（人材育成など）

各講座が、北部医療圏、宮古医療圏、八重山医療圏の医療機関に医師を派遣しているかを調査する

10. 基盤整備B（がん登録、進捗確認など）

がん対策の進捗状況がリアルタイムでわかるようなシステムを構築する

11. 基盤整備C（研究、がん教育、啓発、患者・市民参画など）

今年度(令和5年度)取り組む予定のがん対策　施設名【　北部地区医師会病院　】

1．予防（喫煙、感染、飲酒など）

・健康管理センターにて医師が検診面談時に生活習慣病予防に関して禁煙や飲酒指導を実施
・特定保健指導対象者へ、禁煙・飲酒に関する指導や健康サポートを実施

2．検診・早期発見

・健康管理センターより、住民健診・企業検診・人間ドックなどの受診勧奨
　⇒健康管理センターや病院外来の廊下に受診勧奨のポスターを掲示
・健診後、必要な方への二次検診への誘導の強化
　⇒受診当日、前年度要精査の結果が出た方へ受信確認及び未受診者への受診勧奨を実施

3．医療提供体制（3療法、チーム医療、医療連携、ゲノム、病理、新規実装など）

4．支持療法（緩和、在宅、支持、リハビリ、妊孕性など）

・がん性疼痛のアセスメントと評価：苦痛のスクリーニングから緩和ケアチームの介入を強化
　⇒R5.4月より緩和ケア介入依頼スクリーニングシートを作成し、運用中。緩和ケアチームが介入する患者に対し、STAS-Jの評価をCNで実施している。
・令和4年より緩和ケア担当医による訪問診療を開始、在宅療養への移行をスムーズにする
　⇒退院前・後訪問（看護・リハビリ）で自宅の療養環境を確認、CNを含めた退院カンファレンスの実施
・告知時の看護師等の同席
　⇒外来主任に緩和ケアCN配置、外来スタッフ・医師へ3人のCNの名前とPHS番号を周知し、告知時には連絡をもらうようにした。

5．個別医療（希少、難治、小児、AYA世代、高齢者、離島・へき地など）

・在宅や施設入所中の高齢がん患者の意思決定支援の仕組みづくり
　⇒高齢がん患者の退院支援及び環境整備、家族指導と家族支援の強化
・入院中のがん患者の意思決定支援の強化
・離島のがん患者が入院した場合、退院gの治療継続における調整、多職種カンファレンスにて問題点の抽出と連携の強化
・サポート体制が希薄な方（独居・認知症・家族と疎遠な方など）に対する地域との協力体制強化

6．情報提供・相談支援

・コロナ渦で縮小しているがん相談支援センターの地域への広報・周知を拡大
　⇒告知時にはがんサポートハンドブックを配布し、相談支援センターの説明を実施
　⇒患者ゆんたく会の再開（ポスター掲示で広報）
　⇒地域の訪問看護ステーション等へアンケートを取り、勉強会を開催予定
・がん相談支援基礎研修（1）1名（2）1名（3）3名：修了者の増員
・患者とその家族が利用可能なインターネット環境の整備

次ページへ続く

7．就労支援

・治療と仕事の両立支援の院内外への広報・周知
⇒就労支援について、産業支援センターの紹介、橋渡し

8. 社会的な問題への対策（アピアランスケア、自殺対策、疎外感の解消、偏見の解消など）

・アピアランスケアの充実　⇒　必要な方への指導強化
・がん患者の自殺対策の強化：フローの見直しや院内研修の実施
⇒告知時の同席と自殺リスク因子の確認

9. 基盤整備A（人材育成など）

・がん化学療法看護認定看護師教育課程の受講希望者の育成
・がん専門薬剤師の確保（育成）

10. 基盤整備B（がん登録、進捗確認など）

・がん登録初級研修（現1名）中級研修（現2名）修了者の増員

11. 基盤整備C（研究、がん教育、啓発、患者・市民参画など）

・地域住民や介護施設等へ向けたがん教育の企画・実施

今年度(令和5年度)取り組む予定のがん対策　施設名【　県立中部病院　】

1. 予防（喫煙、感染、飲酒など）

・禁煙外来の継続。
・コロナ禍で控えていた市民向けの講演を行い、予防、早期発見の普及啓発を図る。

2. 検診・早期発見

・コロナ禍で控えていた市民向け講演を行い、予防、早期発見の普及啓発を図る。
・うるま市など近隣市町村、近隣医療機関との連携を進める

3. 医療提供体制（3療法、チーム医療、医療連携、ゲノム、病理、新規実装など）

・グループ指定の地域がん連携病院への業務応援やカンファレンスを継続し離島のがん診療をサポートする。
・現在がんゲノム連携病院の申請準備中で、今年度途中から当院でもがん遺伝子パネル検査を受け付ける予定。離島の患者さんにも選択肢として検討頂けるように離島基幹病院とも連携を図っていく。　→2023年8月1日～慶応大学病院と連携開始
・次年度導入予定のロボット支援下手術の準備を行う。

4. 支持療法（緩和、在宅、支持、リハビリ、妊孕性など）

・昨年度新設された緩和ケア外来の周知と各科との連携、及び訪問診療医との連携等により緩和医療の充実を図る。
・がんリハビリテーション研修に理学療法士を派遣し、県内のがんリハビリテーションの質の向上を目指す。

5. 個別医療（希少、難治、小児、AYA世代、高齢者、離島・へき地など）

・希少がんや難治がん患者の診療において、県内で中心的な役割を果たしていく。その際に国立がん研究センターの希少がんセンター等へのセカンドオピニオンやがん遺伝子パネル検査を有効に活用していく。
・妊孕性温存療法に関する情報提供を推進する。
・石垣・宮古地区にはグループ指定のがん診療病院としての連携を介して、北部地区の県立北部病院には医師派遣等を通して、離島・へき地のがん診療をサポートする。

6. 情報提供・相談支援

・がん相談支援室の人員を増やし、より多くのがん患者にがん相談支援室が関わる体制を構築する。
・昨年度構築したオンラインによるがん相談は地域がん診療拠点病院の必須項目となっており今年度から運用していく。

次ページへ続く

7. 就労支援

・就労支援についての患者への周知を積極的に行い、ハローワーク、産業保健総合支援センターと提携し一人でも多くのがん患者の就労支援を行う。

8. 社会的な問題への対策（アピアランスケア、自殺対策、疎外感の解消、偏見の解消など）

・病状説明時の看護師の同席を促進し、社会的な問題の拾い上げを行っていく。
・がん相談支援センターの活動を通して、ピアサポーターにつないでいくことで社会的な孤独感を和らげる。

9. 基盤整備A（人材育成など）

・日本臨床腫瘍学会認定研修施設に指定されており腫瘍内科専門医を育成する体制を構築する。 ・昨年度2名ががん薬物療法認定薬剤師に認定された。引き続き積極的に育成する。

10. 基盤整備B（がん登録、進捗確認など）

・がん登録の精度を維持する。
・QI研究の結果をもとにPDCAサイクルを回してがん診療の質の向上につなげる。

11. 基盤整備C（研究、がん教育、啓発、患者・市民参画など）

・コロナ禍で行えなかった市民啓発を目的としたイベントを企画する。

今年度(令和5年度)取り組む予定のがん対策　施設名【　　那覇市立病院　　】

1．予防（喫煙、感染、飲酒など）

医師会や地域医療機関と連携した住民への啓蒙→未調整

2．検診・早期発見

・行政と連携した健診センターからのコール・リコール→未調整
・地域医療機関に向けた早期発見・早期診断のための研修会の開催→研修会の担当者の決定

3．医療提供体制（3療法、チーム医療、医療連携、ゲノム、病理、新規実装など）

手術→ロボット支援下手術導入WGを以前より立ち上げているが、具体的な取り組みを進めている。

4．支持療法（緩和、在宅、支持、リハビリ、妊孕性など）

・緩和ケア外来の広報活動（院内・院外紹介患者の増加）
→がん専門看護師およびがん認定看護師による院内、院外患者紹介受け入れ体制の再整備
→地域医療機関に向けた広報を計画中

5．個別医療（希少、難治、小児、AYA世代、高齢者、離島・へき地など）

・AYAがん支援チームの活動整備→ANA世代がんサポート研修会受講、チーム編成済

・妊孕性温存療法に関する情報提供と関係医療機関との連携の促進

6．情報提供・相談支援

・直通電話の開設（アクセスしやすい相談窓口の整備）→がん相談支援相談センターの直通電話設置済、運用中。
・ピアサポーターとの連携の充実（患者サロンへの参加、出張相談の場の提供
→ゆんたく会に毎回参加してもらっている。

次ページへ続く

7. 就労支援

・関係機関（ハローワーク、産業保健支援センター）と連携した支援の継続→業務継続中
・県内企業、事業者等対象の就労支援に関するフォーラムの開催→2024年2月開催予定

8. 社会的な問題への対策（アピアランスケア、自殺対策、疎外感の解消、偏見の解消など）

・アピアランスケアの充実→市民向けがんフォーラムにて取り上げ開催予定（講師決定）

9. 基盤整備A（人材育成など）

計画的、持続的な人材育成。→引き続き各部署にて資取得含めた人材育成中。
→がん専門相談員研修受講中

10. 基盤整備B（がん登録、進捗確認など）

正確ながん登録体制の維持。→継続中
がん登録データの院内への周知、還元。→一部診療科データ周知

11. 基盤整備C（研究、がん教育、啓発、患者・市民参画など）

・コロナ禍で休止していた患者会・がんフォーラムの開催
→5月患者会開催、今後も引き続き奇数月開催予定
→がんフォーラム本年度2回開催予定
・調剤薬局からの研修受入と薬剤師セミナーの開催
→1期目は全国的に希望者なし。2期目募集予定
→薬剤師セミナーは開催予定

今年度(令和5年度)取り組む予定のがん対策　施設名【　県立宮古病院　】

1．予防（喫煙、感染、飲酒など）

・喫煙、過度の飲酒は癌になるリスクを高めることが明らかになっており、当院から市民公開講座などを通じて啓蒙活動を行いたい。今でも、喫煙可能な飲食店が多数見られ、保健所などを通じて分煙などを進めて行きたい。喫煙のリスクを島民に周知するように今後も継続する。喫煙可能な飲食店への保健所を通じて指導を行っていきたい。

2．検診・早期発見

・最新のガン統計によると2人に1人が罹患し、3人に1人が亡くなると報告されており、すべての人ががんと向き合わなければならない時代になっている。しかしながら、がんを早期発見治療することによりがんは治る時代になっており、これらの事実を市民に伝えることが重要と考えている。そのためにも、地域の開業医と連携しながら、早期発見に努めたいと考えている。宮古島ガン撲滅フォーラム（仮称）などを開催したいと考えている。第1回地域がん診療病院研修会、大腸がんの現状、予防法、早期発見（宮古島での大腸がん死をゼロにするには）というタイトルで松島病院内視鏡センター診療部長　鈴木康元医師を招いて講演会を開催した。この講演会を通じて宮古島、沖縄県の大腸がん死が多い理由が判明したため、今後は大腸がん死を減らすために、医師会、保健所、市役所と連携しながら活動していきたい。

3．医療提供体制（3療法、チーム医療、医療連携、ゲノム、病理、新規実装など）

・まずは宮古島内の開業医と勉強会などを通じて病診連携を確立したい。さらには、現代のがん医療の進歩に遅れないために、先進医療を実践している琉球大学や中部病院と密に連携を取りながらがん医療を充実させたい。本島の先進医療病院とも人事交流なども検討し、ガン医療情報や技術をアップデートして行く予定である。中部病院の医師を中心にガン患者の治療レジメンを作成し成果を挙げている。今後もカンファレンスを行い連携を深めて行く予定である。胆管がん患者の遺伝子パネル検索の依頼があり、琉大の協力のもとにおこなった。

4．支持療法（緩和、在宅、支持、リハビリ、妊孕性など）

・支援療法については、緩和ケアチーム、在宅医療のチームが形成されたおり、今後も患者さんが望む医療を提供できる体制の構築に引き続き努めたい。緩和チームが1か月に約30件程度のがん患者との面談を通じて支援を行っており、患者の満足度も高いと思われる。

5．個別医療（希少、難治、小児、AYA世代、高齢者、離島・へき地など）

・個別医療については、個々の症例に応じて主治医を中心にパラメディカルスタッフと共に対応して行きたい。

6．情報提供・相談支援

・がん相談支援室の人員を増やし、より多くのがん患者にがん相談支援室が関わる体制を構築する。・昨年度構築したオンラインによるがん相談は地域がん診療拠点病院の必須項目となっており今年度から運用していく。

次ページへ続く

7. 就労支援

・個々の事例に関しては、相談支援センターを中心に、がん相談員、主治医、看護師、ケースワーカー、など多職種で問題解決に取り組んでいる。今年度は、個々の患者さんの就労に関する悩みや希望が、確実に相談支援センター（相談員）に伝わり、問題解決に結び付けられるような体制の構築を目指したい。

8. 社会的な問題への対策（アピアランスケア、自殺対策、疎外感の解消、偏見の解消など）

・相談支援センターを中心に、医師、看護師などが連携して患者相談を行っており、今後も継続発展させていきたい。特に、AIDS患者への対応は専門医が中心的な役割を果たし、効率良く運営されている。全国的に虐待事例が発症しており、”虐待のない宮古島、虐待を許さない宮古島”をスローガンに虐待防止委員会を招集し、マニュアルの見直しを行い、医師、パラメディカルスタッフには今後の対応を周知徹底させた。

9. 基盤整備A（人材育成など）

・専攻医の教育を充実させ、離島で働く魅力などを伝えながら今後も恒久的に当院で働く人材の獲得に努めたい。そのためにも専攻医のニーズにあった先進医療機器の導入なども必要と考える。当院ではパイカ星初期研修プログラムを作成し、若手医師の教育の充実を計っている。離島において若手医師の獲得は病院の医療レベル維持、存続に欠かせない重要な課題である。外科においてはこれまで専攻医の獲得は中部病院との連携だけであり、来年度以降は当院の外科医不足が懸念されていたため、新たに本土の聖隷浜松病院外科、東京ベイ浦安医療センターと外科専門研修プログラムの関連施設となり、専攻医を獲得する予定である。総合診療科においても新たに連携を数施設と組み、人材獲得に励んでいる。初期研修医に関しても宮古病院の枠は現在は2名であるが、来年度は当院での研修を希望する学生が6人もいるため、今後は増員を県に求めていきたいと考えている。

10. 基盤整備B（がん登録、進捗確認など）

・正確ながんのステージングを行い登録し、予後調査なども行って行き、学会や市民に公開して行きながら当院のがん治療を発展させたいと考えている。

11. 基盤整備C（研究、がん教育、啓発、患者・市民参画など）

・本院医師はもちろん県内、県外などの医師を招待し、宮古島ガン撲滅フォーラム（仮称）などを開催して、島民にガンに対する知識を深めて頂き、一人でもガンでなくなる人を少なくしたい。特に、本島と比べて宮古島では進行大腸がんの割合が高いために、苦痛のない大腸内視鏡検査の普及に努めて早期発見、早期治療にを行い、大腸がん死亡を少なくしたいを考えている。上述した第1回地域がん診療病院研修会、大腸がんの現状、予防法、早期発見（宮古島での大腸がん死をゼロにするには）の講演内容を宮古テレビで放送し、島民に検診の重要性を訴えていく予定である。

今年度(令和5年度)取り組む予定のがん対策　施設名【　県立八重山病院　】

1．予防（喫煙、感染、飲酒など）

現在、当院には、喫煙、飲酒等に関する八重山医療圏の情報はほとんどないので、これらの情報があると思われる保健所等との連携を考えたい。

2．検診・早期発見

検診事業は実施していない（当院の余力から現状では実施は難しいと思われる）。二次検診については、特に消化器領域などには積極的に参画していきたい。

3．医療提供体制（3療法、チーム医療、医療連携、ゲノム、病理、新規実装など）

免疫チェックポイント阻害剤や、複雑な化学療法など、近年、化学療法に対する要望が高まっている。また、本島や本土の施設で治療を受けた後に、高度な化学療法の継続を求められることも増えている。このような要望に対応できるように、化学療法室の充実、irAE委員会などチーム医療体制の強化、グループ指定先である中部病院との連携の強化、等を図りたい。月１回、呼吸器内科と薬剤師、がん化学療法認定看護師でirAE委員会開催している。又、月に1、2回内科医が中部病院から来て診察を行ったりと連携をとっている。

4．支持療法（緩和、在宅、支持、リハビリ、妊孕性など）

支援療法については、緩和ケアチームを中心に、在宅医療のチーム、院外の訪問看護ステーション等とも連携を強め、患者さんが望む医療を提供できる体制の構築に引き続き努めたい。また、昨年度実施した、老健施設との看取りのカンファレンスは継続していきたい。→継続している。

5．個別医療（希少、難治、小児、AYA世代、高齢者、離島・へき地など）

希少がん、難治がん、小児がん、AYA世代等に対する対応は、当院単独では困難であるので、本島の施設との連携を強化していきたい。
高齢者対策としては、がん相談支援センターを介し、高齢者のがん治療に対しても、生活全体を見る視点を失わず、チーム医療で取り組みたい。
離島・へき地の当事者としてとして、患者会等と連携し、引き続き、離島の住民が標準的ながん治療を受けられる体制の構築（治療の均てん化）に取り組みたい。

6．情報提供・相談支援

当院職員の相談支援センターの存在に関する認識は高いと思われるが、今年度は、当院を受診するすべての癌患者・家族が、相談支援センターを一度は確実に訪れる事ができる体制を構築したい。

次ページへ続く

7. 就労支援

個々の事例に関しては、相談支援センターを中心に、がん相談員、主治医、看護師、ケースワーカー、など多職種で問題解決に取り組んでいる。今年度は、個々の患者さんの就労に関する悩みや希望が、確実に相談支援センター（相談員）に伝わり、問題解決に結び付けられるような体制の構築を目指したい。

8. 社会的な問題への対策（アピアランスケア、自殺対策、疎外感の解消、偏見の解消など）

個々の問題については、相談支援センターを中心に対応している。社会的な問題の存在に関しては、全職員が認識できるよう、研修会等に病院として取り組んでいきたい。

9. 基盤整備A（人材育成など）

職員の異動の多い当院では、多職種の協力によるチーム医療の充実で、診療の質の向上を図る（もしくは質を維持する）ことが必要と認識している。緩和ケアや化学療法など各分野で専門看護師や薬剤師の育成に努めることが課題である。昨年度は看護師一名が緩和ケア認定看護師の教育課程に進んでいる。本年度も看護部を中心に認定看護師、薬剤師の育成に努めたい。具体的な計画は新年度体制となってから策定の予定である。緩和ケア認定看護師の教育課程は修了し、今年度秋頃に認定審査の試験を１人受験予定。

10. 基盤整備B（がん登録、進捗確認など）

現在、中級認定者は1名のみであるので、他の初級認定者にも研修の機会を作り、レベルアップを図りたい。

11. 基盤整備C（研究、がん教育、啓発、患者・市民参画など）

現時点では計画できていない。

令和５年度アピアランス支援モデル事業公募要綱

１．目的

本事業は、がん治療に伴う外見の変化を克服し、がん患者が社会生活を送りやすくするため、医療現場における適切なアピアランスケア体制を構築し、効果的な支援体制について検証することを目的として、国が財政的支援を行うものである。

２．応募の資格

以下の全ての要件を満たす病院であること。

① がん診療連携拠点病院（都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院をいう。なお、国立がん研究センターの中央病院及び東病院を含む。）、特定領域がん診療連携拠点病院、小児がん拠点病院のいずれかであること。

② 院内外のがん患者等からの相談に適切に対応できるよう、アピアランスケアの経験がある医療従事者又はアピアランスケアに係る研修等を受講している医療従事者を自施設において確保していること。あるいは、本事業開始までに確保可能であること（当該医療従事者は、相談支援業務など他の関連業務との兼務を認める。）。

③ ②の者を配置することにより、アピアランスケアに関する情報提供及び相談について個別に応じられる体制を整備していること。または、本事業開始までに整備可能であること。

④ ②の者について、今後開催予定の実地研修に本事業開始までに参加可能であること。

⑤ 本事業の趣旨について理解し、施設全体として対応可能な体制が確保できること。

３．事業内容等

（１）事業内容

都道府県と連携しながら、次に掲げる事業を行う。なお、本事業を実施するにあたっては、厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）における「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」及び「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」の研究成果を踏まえ実施すること。

① 院内外のがん患者やがん治療経験者からの、がんの治療に伴う外見の

変化に関する不安や疑問に適切に対応するため、２．応募の資格の④のアピアランスケアに関する研修を受けた医療従事者を配置し、面談や電話等による相談支援や情報提供を行う。

② ２．応募の資格の④の研修を受講した医療従事者により、院内の医療従事者に対する研修を実施することに加え、自施設と連携体制を持つ地域の医療機関の医療従事者に対して、自施設におけるアピアランスケアに関する取り組みや医療機関同士の連携について情報交換の場を設ける。

③ 都道府県と連携し、都道府県内の医療機関等を対象としたアピアランスケア全般に関する勉強会等を開催する。

④ 必要に応じ、地域の理美容関連サービス等と連携を図る。

⑤ 都道府県と協力し、都道府県内におけるアピアランスケアに関する相談支援及び情報提供の体制を構築し、その広報を行う等により、他の医療機関で治療を受けているがん患者からの相談にも対応できる体制を整備する。

（２）実施期間

実施通知後から令和６年３月３１日までとする。

（３）予定補助事業者数

本事業における補助事業者数は、１０医療機関の予定である。

（４）各事業者間の連携と情報共有

本補助金において支援を受ける事業者においては、厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）の研究班が開催する情報共有の場に参加し、アピアランスケアの効果的かつ効率的な実施の為に、研究班および各事業者間での情報共有等に協力すること。

４．対象経費等

経費の補助については、別に定める「感染症予防事業費等国庫負担（補助）金交付要綱」に基づいて行われるものである。

今回の事業計画の作成に当たっては、補助対象経費は以下を予定している。

（１）計画所要額

予算の範囲内で国庫補助が行われるため、補助額は計画所要額を下回る

場合があるので留意すること。
なお、補助額は、概ね２５０万円程度の予定である。

（２）補助対象経費
アピアランス支援モデル事業に必要となる以下の経費
報酬、給料、職員諸手当（通勤手当、期末・勤勉手当）、共済費（保険料）、会議費、報償費、旅費、需用費（図書購入費、消耗品費、印刷製本費）、役務費（通信運搬費）、借料及び損料及び備品購入費

５．留意事項
（１）事業の実施目的及び期待する成果が明確で、適切な事業計画が策定されていること。

（２）事業内容に即した所要額見積もりであること。

（３）経費については社会通念上相応の単価を用い、事業内容に照らして適切な員数、回数、数量等を見込んで積算すること。ただし、これによりがたい相当の理由がある場合には、その理由や積算の考え方などを記した書面を計画書に添付すること。

（４）補助対象事業について、他の補助を受ける場合にあっては、本事業にかかる経費から他の補助金を控除した額を上限とすること。

６．応募方法
医療機関の長が都道府県を通じて応募することとし、１都道府県あたり最大２医療機関までの応募を可能とするが、採択にあたっては１都道府県あたり１医療機関を原則とする。

（１）提出書類
・アピアランス支援モデル事業計画書（様式１）に必要事項を記入の上、以下の文書を添付する。
・団体概要（様式２）
・事業計画書（様式３）
・所要額内訳書（様式４）

・その他
定款（寄付行為）、前年度事業報告書、財産目録、貸借対照表の写し

なお、提出書類は、原則としてすべてＡ４コピー用紙両面刷りによること。

（２）提出先
厚生労働省健康局がん・疾病対策課（以下「厚生労働省」という。）に、令和５年３月３日（金）１７時までに１部提出すること。

７．採択方法
採択にあたっては、厚生労働省に設置する本事業に関する評価委員会（以下、「評価委員会」という。）が採択団体を決定する。
審査に当たっては、原則として書面審査により行うこととする。
審査は令和５年３月頃に予定している。
この他、応募内容について、必要に応じ国から応募者に対し問い合わせを行う場合がある。
審査にあたっては、現時点におけるがん患者のアピアランスケアに関する相談支援体制（配置する医療従事者の実績や研修の受講状況、他の医療機関等との連携体制などを含む）や事業開始後の更なる整備の見込み、開催する研修等の計画とともに、本事業の期間内に見込まれるアピアランスケアの相談件数等も考慮する。
審査終了後、採択の可否及び国庫補助基準額について通知を行う。
なお、採択決定後において、厚生労働省が指示する補助金に関する書類の提出期限を守らない場合は、採択の取消しを行うこともあるので十分留意すること。

８．事業計画書の提出先
〒100－8916 東京都千代田区霞が関1－2－2
厚生労働省健康局がん・疾病対策課がん予防係

９．本事業の照会先
本事業に関する照会先は以下のとおりとする。
〒100－8916 東京都千代田区霞が関1－2－2

厚生労働省健康局がん・疾病対策課がん予防係
TEL：03-5253-1111（内3827）

資料１２-(２)

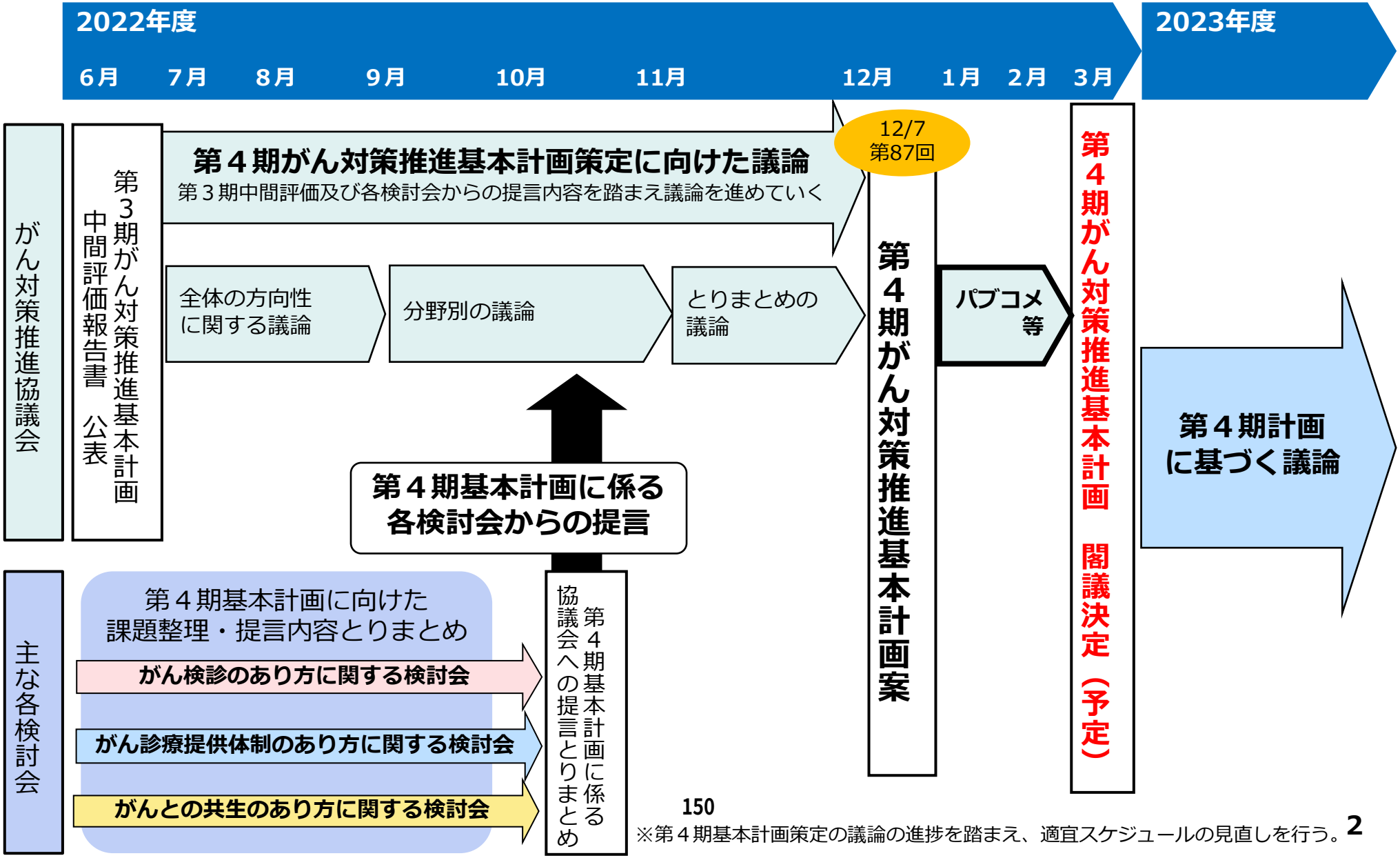
厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

アピアランス支援モデル事業に関する都道府県説明会

厚生労働省 健康局がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

がん対策推進基本計画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。

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87回がん対策推進協議会(2022.12.7)資料１一部改変

第１．全体目標及び分野別目標　／　第２．分野別施策

全体目標：全体目標（案）「●●●●●●」（調整中）

「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

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

がんとの共生に向けた相談支援の強化（アピアランス支援モデル事業）

令和５年度予算案　26百万円（ー）※（）内は前年度当初予算額

1　事業の目的

○治療に伴う外見の変化は、社会生活に大きく影響することから、医療現場における適切なアピアランスケア体制の構築が必要。
○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。

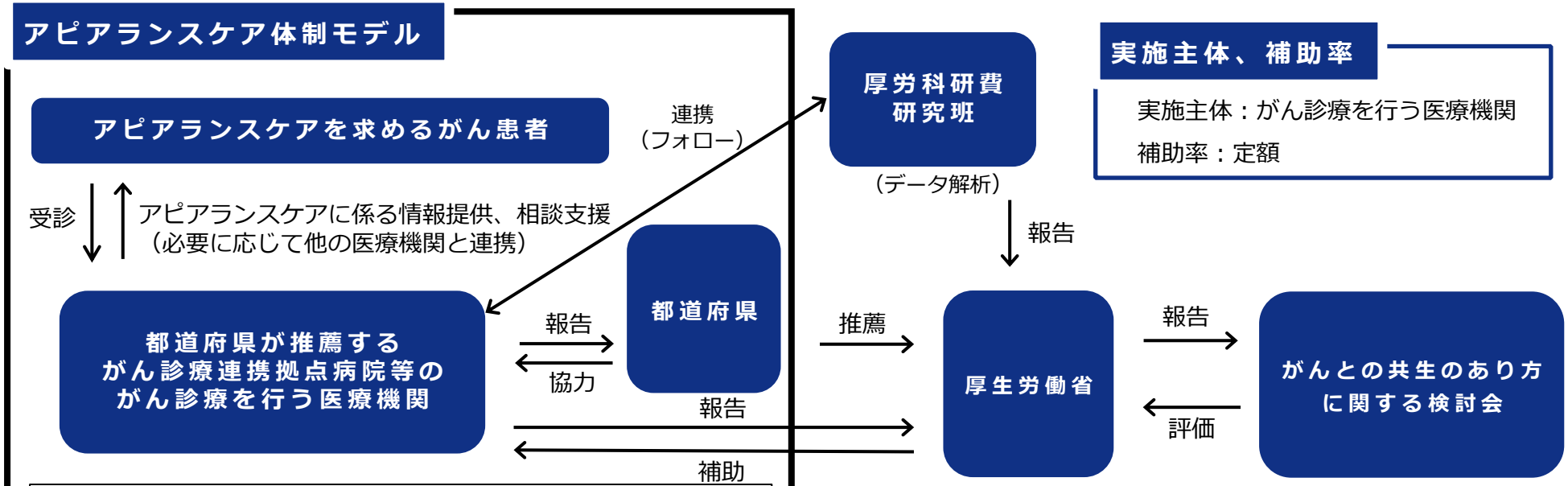
2　事業の概要

○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。

○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

モデル事業　応募資格

１．がん診療連携拠点病院※、特定領域がん診療連携拠点病院、小児がん拠点病院のいずれかであること。
※都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院をいう。
　なお、国立がん研究センターの中央病院及び東病院を含む。

２．相談に応じられるよう、自施設においてアピアランスケアに係る研修等を受講した又はケアの経験がある医療従事者を確保していること。又は、モデル事業開始までに確保可能であること。
（当該医療従事者は、相談支援業務など他の関連業務との兼務も可能。）

３．院内外のがん患者等からの相談に適切に対応できる自施設の医療従事者を配置することにより、アピアランスケアに関する情報提供及び相談について個別に応じられる体制を整備していること。
　または、モデル事業開始までに整備可能であること。

４．２の従事者について、本事業開始前に開催予定の本事業の担当者向け実地研修に参加可能であること。

５．本事業の趣旨について理解し、施設全体として対応可能な体制が確保できること。

モデル事業　事業内容

○事業内容

都道府県と連携しながら 、次に掲げる事業を行う。

１．院内外のがん患者やがん治療経験者からの、がんの治療に伴う外見の変化に関する不安や疑問に適切に対応するため、応募資格の４のアピアランスケアに関する研修を受けた医療従事者を配置し、面談や電話等による相談支援や情報提供を行う。

２．応募資格の４の研修を受講した医療従事者により、院内および地域でがん医療に携わる医療従事者に対し研修を実施する。

３．都道府県と連携し、地域の医療機関等を対象としたアピアランスケア全般についての研修会、勉強会等を開催する。

４．必要に応じ、地域の理美容関連サービス等と連携を図る。

５．都道府県と協力し、都道府県内におけるアピアランスケアに関する相談支援及び情報提供の体制を構築し、その広報を行う等により、他の医療機関で治療を受けているがん患者からも相談が受けられる体制を整備する。

○実施期間

実施通知後から令和６年３月３１日まで

モデル事業の今後の予定

1月17日、18日	都道府県向け説明会（WEB）
2月上旬	公募開始（期間は約１ヶ月予定）
3月上旬	公募締め切り
3月下旬	結果通知
4月中旬	事業実施機関の担当者向け研修の開催
5月	事業開始

※各種状況により変更があり得ます。

応募にあたっての留意事項

- 全国で10医療機関程度の採択を想定している。
- 医療機関の長が都道府県を通じて応募するものとする。
- １都道府県あたり最大２医療機関までの応募を可能とするが、採択にあたっては１都道府県あたり１医療機関を原則とする。
- 審査にあたっては、相談支援体制や事業開始後の体制の見込みとともに、見込まれる相談件数も考慮する。
- 都道府県と緊密に連携が取れ、アピアランス支援を行うことができるという視点で医療機関を選定していただきたい。また、特定の業者等との利益相反がないか、倫理的配慮がなされているか、など留意いただきたい。
- 応募の際は医療機関の推薦に係る頭紙をつけていただきたい（様式自由）

本モデル事業の応募手続きにつきまして、各都道府県には
ご理解とご協力をよろしくお願いいたします。

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

ご清聴ありがとうございました。

本事業内容、申請事務の問い合わせ先

厚生労働省 健康局 がん・疾病対策課

連絡先：０３－５２５３－１１１１

（内線２９８５、３８２７）

資料１２-(３)

（様式１）

令和５年　２月２４日

厚生労働省健康局長　殿

法人等名　琉球大学病院
代表者名　病院長　大屋祐輔

令和５年度アピアランス支援モデル事業に係る事業計画書の提出について

標記について、次のとおり事業計画書を提出する。

１　計画所要額　　金　2,500,000 円

２　団体概要（様式２）

３　事業計画書（様式３）

４　所要額内訳書（様式４）

５　その他

定款（寄付行為）、前年度事業報告書、財産目録、貸借対照表の写し

※財産目録の代用として財務諸表を添付する。

※提出書類は、原則としてすべてＡ４コピー用紙両面刷りによること。

（様式２）

団　体　概　要

病院名 （法人の種類）	琉球大学病院 （国立大学法人）	代表者名	病院長　大屋祐輔 （学長　西田睦）
住所	〒903-0215 沖縄県中頭郡西原町字上原207番地	担当者	氏名　玉城　光 ＴＥＬ 098-895-1083 ＦＡＸ 098-895-1090 Ｅ－ｍａｉｌ byssoumu@acs.u-ryukyu.ac.jp
代表電話番号	098-895-3331		
法人設立年月日	昭和25年5月22日（国立大学法人の設立）		
類型 ※あてはまるものに○をつける	・がん診療連携拠点病院 （都道府県がん診療連携拠点病院・地域がん診療連携拠点病院） ・特定領域がん診療連携拠点病院 ・小児がん拠点病院		
概要	沖縄県にある日本の国立大学法人。 琉球大学病院は、「病める人の立場に立った、質の高い医療を提供するとともに、国際性豊かな医療人を育成する」を理念として掲げています。生命の尊厳を重んじた温かい医療の実践や、地域における保健・医療・福祉の向上、地域医療への貢献をおこないつつ、琉球大学病院の使命として、先端医療技術の開発、応用、および評価を指針としています。また、沖縄県内唯一の特定機能病院であることから、高度医療や先進的医療を担い、日々その使命と役割を果たしています。 【平成20年2月　都道府県がん診療連携拠点病院に指定】		

（様式３）

事　業　実　施　計　画　書

申請機関名　琉球大学病院

① 自施設の体制
当院においては、都道府県がん診療連携拠点病院としての責務を果たすために、がんセンターを設置している。現在、センター長（医師）1名（専従）、事務系フルタイム職員14名（専従）が拠点病院として必要な業務を行っている。本事業においては、非常勤事務職員を新たに1名雇用し、専従として業務を行う予定である。加えて、がん専門相談員2名、がん相談支援センター専従事務職員1名が兼務する予定である。また、当院が沖縄県の委託事業として運営し、主にピアサポートを担っている「沖縄県地域統括相談支援センター」（以下、地域統括センター）（がんセンター長が地域統括センター長を兼務）専従事務職員1名が、本事業に協力する予定である。 沖縄県がん診療連携協議会（以下、協議会）の下部組織である情報提供・相談支援部会（以下、相談支援部会）の委員（県内の他の拠点病院等のがん専門相談員やそれ以外の病院のがん相談担当者）や離島・へき地部会の委員（離島・へき地においてがん医療を行っている医療機関の医師）も協力する予定である（今年度第4回部会で協議済み）。選定後には、今年5月の令和5年度第1回協議会においても協力を要請する予定である。 さらに、沖縄県保健医療部とも、沖縄県におけるアピアランスケアに関して、数回にわたって協議しており、今後も沖縄県との良好な協力が期待できる。 研修プログラムについては、我が国のアピアランスケアの第一人者である野澤桂子目白大学教授（前国立がん研究センターアピアランス支援センター長）にプログラムの監修等をいただくとともに、患者の立場の有識者として、患者団体の全国組織である全国がん患者団体連合会の天野慎介理事長、松本陽子副理事長に、事業の一端を担っていただく。
② 実施計画
ア．アピアランスケアに関する相談支援・情報提供を行う医療従事者の、これまでの実績や関連する研修の受講状況及び、アピアランスケアに関する相談支援・情報提供の窓口について **＜実績＞** 2021年度の当院のがん相談支援センターにおける相談のうち、アピアランスケア関連は12件、沖縄県の6つの拠点病院等のがん相談支援センターの合計では61件である。 過去の実績としては、2016年12月に「がん治療を受ける患者さん向けアピアランスケア教室」を、資生堂沖縄支社、当院看護部、同がんセンター、がん相談支援センターと共同で、講演会、メイクアップ実技、意見交換会を行った。 また、当院で毎月定期開催している患者サロンでは、2017年8月と2019年1月にアピアランスケアをテーマに、資生堂沖縄支社、当院看護部、同がんセンター、がん

相談支援センターと共同で、講演会、メイクアップ実技、意見交換会を行った。
離島では、2018年2月に宮古島市の公民館を利用して、資生堂沖縄支社、当院がんセンター、地域統括センターだけではなく、地元宮古島の3つの患者会と沖縄県県立宮古病院（地域がん診療病院）と共催で、「アピアランスケア教室」を開催し、講演会、メイクアップ実技、意見交換会を行った。

＜関連する研修の受講状況＞

琉球大学病院では、2019年に野澤桂子目白大学教授を招き、当院独自に院内にて講演と研修会を開催した。なお現在のところ、沖縄県では研修会に参加しているがん専門相談員はいないが、来年度中の早い時期に研修を受ける予定である。また、当院のがん専門相談員だけではなく、少なくとも全ての拠点病院等（計6施設）のがん専門相談員は受講する予定である（今年度第4回相談支援部会で協議済み）。

＜相談支援・情報提供の窓口＞

当院のがん相談支援センターが、窓口になる予定である。

イ．アピアランスケアに関する院内の医療従事者に対する研修や、自施設と連携体制を持つ地域の医療機関の医療従事者に対する情報交換の場の計画

＜院内研修会＞

アピアランスケアに関する院内研修会を、1回開催する（ZOOM併用のハイブリッド形式）。

研修済みのがん専門相談員と地域統括センターで雇用しているがんピアサポーターによるパネルディスカッションを併用し、さらに、各診療科からも中心となる医師に指定発言をしてもらい、各診療科や病棟のニーズをきめ細かく聴取することも行う。

＜情報交換会＞

１．沖縄県全体の情報交換会を1回開催する（基本的にはZOOMを利用したWEB形式、可能ならハイブリッド形式）。

当院は、地域拠点病院等の5病院だけではなく、第７次沖縄県医療計画に基づいて選定されたがん診療を行う医療施設（沖縄県庁HPで公開中）等合計19施設、併せて24の医療機関（県内のがん患者の9割以上をカバー）と密接な連携体制が構築済みである。これらの医療機関とは、各医療機関を会場に、がんゲノムパネル検査の研修会や妊孕性温存に関する研修会を開催した実績がある。そのネットワークを生かして、医療者のためのアピアランスケアに関する情報交換会を開催する。

２．患者サロンを通じての、情報収集と情報交換を、本島内の地域がん診療拠点病院と地域がん診療病院のがん相談員と行う

当院のユニークな点は、沖縄本島の地域拠点病院の那覇市立病院と沖縄県立中部病院、地域がん診療病院の北部地区医師会病院の患者サロンに、地域統括センターが雇用しているピアサポーターを派遣していることである。

このネットワークを利用して、患者サロンが開催されるたびに、参加するがん患者とその家族、遺族から、アピアランスケアに関する情報を聴取し、各病院のがん相談専門員（研修会受講予定）ときめの細かい情報交換を行う。

ウ．都道府県と連携し、都道府県内の医療機関等を対象とした勉強会等の開催の計画

１．沖縄県全体の勉強会を1回開催する（基本的にはZOOMを利用したWEB形式、可能ならハイブリッド形式）。

前述したように、当院は、県内の24の医療機関と連携体制があり、それぞれの医療機関を会場に、各種研修会を開催している。また、前述したように、沖縄県保健医療部とも、沖縄県におけるアピアランスケアに関して、数回にわたって協議しており、今後も沖縄県との良好な協力が期待できる。これらの実績を基礎に、沖縄県全体の勉強会を開催する。

講師としては、野澤桂子目白大教授、天野慎介全がん連理事長、松本陽子全がん連副理事長を予定している。

また、その際には、勉強会が一方通行にならないように、拠点病院等からの6名のがん専門相談員と地域統括センターで雇用しているがんピアサポーター数名によるパネルディスカッションを併用する。さらに、各医療機関の中心となる医師に指定発言をしてもらい、各診療科や病棟のニーズをきめ細かく聴取することも行う。

２．離島医療圏である宮古医療圏と八重山医療圏のための勉強会を、1回ずつ開催する（基本的にはZOOMを利用したWEB形式、可能ならハイブリッド形式）。

離島に関しては個別に勉強会を開催する。地域がん診療病院である沖縄県立宮古病院（宮古医療圏）、沖縄県立八重山病院（八重山医療圏）を会場に、それぞれの医療圏内でがん医療をおこなっている全医療機関を対象に、勉強会を開催する。

エ．都道府県内のアピアランスケアに関する相談支援・情報提供の体制を構築し、その広報を行う等により、他の医療機関で治療を受けているがん患者からの相談にも対応できる体制の整備について

＜体制整備＞

地域統括センターでは、情報提供・相談支援部会やがんセンターと協力し、院外の施設において、年数回「がんピアサロン」や「がんピアキャラバン」、県内患者会開催のイベント等との連携を通じ、通院する医療機関やがん治療の状況を問わず、広く県民に対し沖縄県のがん患者支援の取組を紹介している。

これらの機会を活用し、アピアランスケアの研修を受けたがん専門相談員を派遣することにより、県民にアピアランスケアの周知を行うとともに、アピアランスケアを求める方へ必要な情報提供を行う。この時に、ピアサポーターも同時に派遣し、ピアサポートを併用することにより、広報を行うと同時に、よりきめの細かいニーズを把握することができる。

＜患者向けアピアランスケア教室＞

患者向けアピアランスケア教室を、沖縄本島、宮古島市、石垣市で、合計3回開催する（基本的には対面での開催、難しければハイブリッド形式）

患者とその家族を対象に開催する。

資生堂沖縄支社、当院看護部、同がんセンター、がん相談支援センターだけではなく、離島での開催時には、地元がん患者会と沖縄県立宮古病院および八重山病院と共催で行う。講演、メイクアップ実技、意見交換会を行う予定である。

その際には、離島・へき地部会の既存のネットワークを利用し、広く広報する。

過去に、院内だけでなく、宮古島市で資生堂と連携して、がん患者向けの実技込みの講習会を開催した実績があるので、その時の経験を基盤に企画する。

オ．本事業によって得られる効果

外部の有識者として、アピアランスケアに関しての第一人者である野澤教授と全がん連の役員（男性1名、女性1名）をお願いして、事業全体のアドバイスと勉強会においての講師を務めていただく予定である。

その結果、アピアランスケアが単にウイッグを選ぶこと、肌のくすみを上手に消すこと、であるかのような短絡的な理解ではなく、患者さんが自分らしく生きていくための一つの方法であり、心理的、社会的背景をきちんと理解することが大切であることを、沖縄県のがん医療に携わる医療者に理解してもらうことができる。また、まつ毛の対策や、男性に対するアピアランスケアなど、地方では見落としがちになる事にも、注意を払える医療者が養成できる。

また、沖縄県、特に離島ではがん専門医をはじめとするがんに関連する医療者の確保が難しく、アピアランスケアも含めて、どうしても対応が不十分となりがちである。

今回の事業では、医療者を対象とする情報交換会と勉強会では、全県を対象とするもの以外に、交通アクセスが不便な宮古医療圏を対象とするもの、八重山医療圏を対象とするものを別途開催することにより、離島の医療圏のアピアランスケアのレベルアップと同時に、地元の地域がん診療病院を中心としたネットワークの強化に役立てる。

また、宮古島と石垣島でも、本島と同じレベルのがん患者向けの実技込みの講習会を開催することで、普段どうしても医療の周辺部分における対応が遅れがちになる地方（特に離島・へき地）への対策になる。

さらに、当院が養成し、雇用しているピアサポーターと最初から活動をすることにより、沖縄県ならではの、アピアランスケアに対するよりきめの細かいニーズを把握することができ、対策に生かせる。

カ．その他、必要と考えられるアピアランス支援体制の整備について

(様式4)

所 要 額 内 訳 書

経費区分	対象経費の 所要見込額	積算内訳
	(円)	
報酬	0	0円
給料	1,269,675	1,269,675円
	1,269,675	事務補佐員１名（支給対象：令和5年4月～令和6年3月） 日当4,750円×243日勤務＝1,154,250円 小計1,154,250円＋消費税＝1,269,675円
職員諸手当	24,000	24,000円
通勤手当	24,000	通勤手当（支給対象：令和5年4月～令和6年3月） 自動車等の使用距離2㎞以上5㎞未満　月2,000円×12ヶ月
期末・勤勉手当	0	
共済費	212,543	212,543円
保険料	212,543	社会保険・雇用保険等（支給対象：令和5年4月～令和6年3月） 193,221円＋消費税＝212,543円
会議費	7,700	7,700円
	2,020	院内研修会
	1,310	意見交換会（本島開催想定）
	710	講習会（本島開催想定）
	820	八重山勉強会及び講習会（石垣市開催想定）
	820	宮古勉強会及び講習会（宮古島市開催想定）
	2,020	勉強会
報償費	207,500	207,500円
	40,000	院内研修会（3時間/当院開催想定） 講師（1時間/研修会を受講した医療従事者にて講師を務める） ファシリテーター（5,000円×2時間×4人）40,000円
	0	意見交換会（2時間/当院開催想定） 講師/ファシリテーター（研修会を受講した医療従事者にて務める）
	20,000	講習会（2時間/本島開催想定） 講師（15,000円×1時間）15,000円 ファシリテーター（5,000円×1時間）5,000円
	40,000	八重山勉強会及び講習会（2時間×2日間/石垣市開催想定） 講師（15,000円×1時間×2日）30,000円 ファシリテーター（5,000円×1時間×2日）10,000円
	40,000	宮古勉強会及び講習会（2時間×2日間/宮古島市想定） 講師（15,000円×1時間×2日）30,000円 ファシリテーター（5,000円×1時間×2日）10,000円

	67,500	勉強会（2時間半/当院開催想定） 講師（15,000円×0.5時間×3人）22,500円 ファシリテーター（5,000円×1時間×9人）45,000
旅費	729,260	729,260円
	8,000	院内研修会（往復交通費/当院開催） （2,000円×4人）8,000円
	0	意見交換会（当院開催想定） （研修会を受講した医療従事者にて 講師/ファシリテーターを務めるため交通費なし）
	2,000	講習会（往復交通費/当院開催） （2,000円×1人）2,000円
	85,760	八重山勉強会及び講習会（石垣市開催想定） （2日間に渡って開催想定/1泊2日）金曜日：勉強会/土曜日：講習会 交通費：85,760円 （25,000円×3人）75,000円（往復航空運賃） （2,000円×1人）2,000円（講師県内交通費） （1,020円×2人）2,040円（事務県内交通費） （2,240円×3人）6,720円（宮古島市想定）
	13,200	日当：13,200円（2,200円×2日分×3人）
	30,120	宿泊費：30,120円（10,040円×3人）
	85,760	宮古勉強会及び講習会（宮古島市開催想定） （2日間に渡って開催想定/1泊2日）金曜日：勉強会/土曜日：講習会 交通費：85,760円 （25,000円×3人）75,000円（往復航空運賃） （2,000円×1人）2,000円（講師） （1,020円×2人）2,040円（事務） （2,240円×3人）6,720円（宮古島市想定）
	13,200	日当：13,200円（2,200円×2日分×3人）
	30,120	宿泊費：30,120円（10,040円×3人）
	363,100	勉強会（当院開催想定） 交通費：363,100円 （100,000円×3人）300,000円（往復航空運賃：東京出発想定） （25,000円×2人）50,000円（県内航空運賃） （1,020円×5人）5,100円（県外講師・離島ファシリテーター） （2,000円×4人）8,000円（県内ファシリテーター）
	22,000	日当：22,000円（2,200円×2日分×5人）
	52,000	宿泊費：52,000円（10,400円×1泊×5人）
	24,000	院内患者サロン（他病院へがん相談員を派遣） 交通費：24,000円（2,000円×12ヶ月）
需用費	16,322	16,322円
図書購入費	0	**既存の図書を使用**
消耗品費	16,322	**消耗品一式**
印刷製本費	0	既存の機器を使用
役務費	33,000	33,000円
通信運搬費	33,000	郵便料：33,000円（110円×50通×6回）

委託費	0	0円
借料及び損料	0	0円
	0	会場使用料（当院や他病院講堂を使用のため）
備品購入費	0	0円
	0	既存の備品を使用
合計	2,500,000	2,500,000円

資料１２-(４)

令和５年４月１０日

都道府県ご担当者　様

令和５年度アピアランス支援モデル事業の採択結果について

平素より大変お世話になっております。

標記につきまして、別添のとおり送付いたしますので、申請医療機関へ回送いただきますよう何卒よろしくお願いいたします。

【送付資料】

・令和５年度アピアランス支援モデル事業について
（令和５年４月１０日健発０４１０第３号厚生労働省健康局長通知）
・令和５年度アピアランス支援モデル事業の実施について
（令和５年４月１０日健発０４１０第５号厚生労働省健康局長通知）

厚生労働省健康局がん・疾病対策課
髙橋
〒100-8916
東京都千代田区霞が関 1-2-2
TEL：03-5253-1111（内線 3827）
Mail：mhlw-cancer@mhlw.go.jp

77

健発０４１０第３号
令和５年４月１０日

琉球大学病院　病院長　殿

厚生労働省健康局長

令和５年度アピアランス支援モデル事業について

標記について、令和５年度アピアランス支援モデル事業評価委員会において応募書類を審査した結果、採択することとしましたので通知します。

なお、令和５年度感染症予防事業費等国庫負担（補助）金（アピアランス支援モデル事業）の内示については以下のとおりとします。

（単位：円）

事　　項	国庫補助基本額	国庫補助所要額
アピアランス支援モデル事業	２，５００，０００	２，５００，０００

＜参考＞

評価委員より、以下のコメントがありましたので、事業の実施にあたってご留意ください。

○（評価できる点）

既に、同大学附属病院だけでなく、企業、患者会（ピアサポーター等を含む）、沖縄県ともアピアランスケア推進に関して協議を始めている。沖縄県には離島の医療も重要であるが、例えば、宮古病院や患者会ともアピアランスケア教室を実施している。県やがん診療連携協議会、患者会とも連絡を取りながら、事業を進めていく姿勢は高く評価する。

離島を含めた地域全体への支援体制を整えようとしている点、男性にもケアが必要であるとの視点、患者団体からの協力を得ようとしている点を評価する。

離島におけるがん患者のための「アピアランスケア教室」の実施や、離島医療圏のための医療従事者の勉強会の開催は重要な取り組みである。

地域統括センターによるがんピアサロン等の活動を活用し、より多くの県民にアピアランスケアの周知を行うことは重要な取り組みである。

外部有識者として、がん患者団体代表者から本事業全体についてアドバイスが得られる体制作りは有意義である。

諸島部も含めたへき地への広がり等、他の医療機関とは違う観点からモデルとなることを期待したい。

離島が多くあるということもあり、WEB 等を活用して研修会を開催している。都道府県がん診療連携拠点病院として、全県のアピアランスケアの底上げをめざしていることは評価できる。

全県的な取り組みであること。

男性も含めたケアの体制構築。

事業計画が具体的かつ充実している。

○（疑問点、改善すべき点、その他助言等）

特定の化粧品会社との密接な結びつきを懸念する。地域の理美容リソースの活用も検討すること。

特定業者との関係について倫理的配慮がなされているのか不明。地域の理美容関連サービスとの協働・連携の方法について具体的な説明があると良い。

過去の講演会や研修の実績が若干古いのが気になった。相談実績も低めで目標数値も見つからなかった。

離島というハンディがあるため、SNS 等の活用はいかがか。

健発０４１０第５号
令和５年４月１０日

琉球大学病院　病院長　殿

厚生労働省健康局長

令和５年度アピアランス支援モデル事業の実施について

がん医療の進歩等により、がんの治療を続けながら社会生活を送る患者が増加している中、がんの治療と学業・仕事とを両立し、また、治療後も同様の社会生活を維持する上で、がんの治療に伴う外見の変化に対する医療現場での支援が重要となっている。

しかし、医療現場における外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するためのケア（アピアランスケア）については、いまだ知見の集積も十分ではないことから、医療機関においてアピアランスケアを適切に実施できるよう、その効果的な実施体制について検証するモデル事業を実施することとし、別紙「令和５年アピアランス支援モデル事業実施要綱」を定め、令和５年４月１０日から行うこととしたので、通知する。

（別紙）

令和５年度アピアランス支援モデル事業実施要綱

1　目的

がん医療の進歩等により、がんの治療を続けながら社会生活を送る患者が増加している中、がんの治療と学業・仕事とを両立し、また、治療後も同様の社会生活を維持する上で、がんの治療に伴う外見の変化に対する医療現場での支援が重要となっている。

しかし、医療現場における外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するためのケア（アピアランスケア）については、いまだ知見の集積も十分ではないことから、医療機関においてアピアランスケアを適切に実施できるよう、その効果的な実施体制について検証することを目的とする。

2　実施主体

公募により選定された医療機関

3　事業内容

都道府県と連携しながら、次に掲げる事業を行うこと。

なお、本事業を実施するにあたっては、厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）における「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」及び「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」の研究成果を踏まえ実施すること。

（１）　院内外のがん患者やがん治療経験者からの、がんの治療に伴う外見の変化に関する不安や疑問に適切に対応するため、アピアランス支援研修を受けた医療従事者を配置し、面談や電話等による相談支援や情報提供を行うこと。

（２）　アピアランス支援研修を受講した医療従事者により、院内の医療従事者に対する研修を実施することに加え、自施設と連携体制を持つ地域の医療機関の医療従事者に対して、自施設におけるアピアランスケアに関する取り組みや医療機関同士の連携について情報交換の場を設けること。

（３）　都道府県と連携し、都道府県内の医療機関等を対象としたアピアランスケア全般に関する勉強会等を開催すること。

（４）　必要に応じ、地域の理美容関連サービス等と連携を図ること。

（５）　都道府県と協力し、都道府県内におけるアピアランスケアに関する相談支援及び情報提供の体制を構築し、その広報を行う等により、他の医療機関で治療を受けているがん患者からも相談が受けられる体制を整備すること。

4　経費の負担

この実施要綱に基づき実施する事業に要する経費については、厚生労働大臣が別に定める「感染症予防事業費等国庫負担（補助）金交付要綱」に基づき、予算の範囲内で国庫補助を行うものとする。

ただし、他の補助金等又は感染症予防事業費等国庫負担（補助）金における他の事業の対象となっている経費は除く。

5　その他留意事項

（1）　この事業を実施するにあたっては、関係機関等と密接な連携を取り、事業の円滑な実施を図るものとする。

（2）　本事業の実施に必要な事項であって本要綱に定めのない事項については、厚生労働省健康局がん・疾病対策課と協議の上、決定するものとする。

アピアランス支援モデル事業　参加施設

都道府県	施設名
埼玉県	埼玉医科大学国際医療センター
東京都	がん研究会　有明病院
神奈川県	神奈川県立がんセンター
静岡県	静岡県立静岡がんセンター
愛知県	愛知県がんセンター
三重県	三重大学医学部附属病院
愛媛県	独立行政法人国立病院機構　四国がんセンター
福岡県	独立行政法人国立病院機構　九州がんセンター
鹿児島県	社会医療法人博愛会　相良病院
沖縄県	琉球大学病院

（都道府県順）

資料１２-(６)

令和 5 年 5 月 17 日
琉球大学病院がんセンター

アピアラス支援モデル事業について

【目　　的】

アピアランスケアが単にウイッグを選ぶこと、肌のくすみを上手に消すこと、であるかのような短絡的な理解ではなく、患者さんが自分らしく生きていくための一つの方法であり、心理的、社会的背景をきちんと理解することが大切であることを、沖縄県のがん医療に携わる医療者に理解してもらうこと。

【実施計画】

＜院内研修会＞

アピアランスケアに関する院内研修会を、1 回開催する（ZOOM 併用のハイブリッド形式)。/10 月以降（研修会が 10 月を予定し）

研修済みのがん専門相談員と 地域統括センターで雇用しているがんピアサポーターによるパネルディスカッションを併用し、さらに、各診療科からも中心となる医師に指定発言をしてもらい、各診療科や病棟のニーズをきめ細かく聴取することも行う。

＜情報交換会＞

1．沖縄県全体の情報交換会を 1 回開催する（基本的には ZOOM を利用した WEB 形式、 可能ならハイブリッド形式)。

医療者のためのアピアランスケアに関する情報交換会を開催する。

2．患者サロンを通じての、情報収集と情報交換を、本島内の地域がん診療拠点病院と地域がん診療病院のがん相談員と行う。

沖縄本島の地域拠点病院の患者サロンに、地域統括センターが雇用しているピアサポーターを派遣しているネットワークを利用して、患者サロンが開催されるたびに、参加するがん患者とその家族、遺族から、アピアランスケアに関する情報を聴取し、各病院のがん相談専門員（研修会受講予定）ときめの細かい情報交換を行う。

＜都道府県との連携し、医療機関への勉強会＞

1．沖縄県全体の勉強会を 1 回開催する（基本的には ZOOM を利用した WEB 形式、可能ならハイブリッド形式)。

講師としては、野澤桂子目白大教授、天野慎介全がん連理事長、松本陽子全がん連副理事長を予定。 また、その際には、勉強会が一方通行にならないように、拠点病院等からの 6 名のがん専門相談員と地域統括センターで雇用しているがんピアサポータ

ー数名によるパネルディスカッションを併用する。さらに、各医療機関の中心となる医師に指定発言をしてもらい、各診療科や病棟のニーズをきめ細かく聴取することも行う。

3．離島医療圏である宮古医療圏と八重山医療圏のための勉強会を、1 回ずつ開催する（基本的には ZOOM を利用した WEB 形式、可能ならハイブリッド形式)。

離島に関しては個別に勉強会を開催する。地域がん診療病院である沖縄県立宮古病院（宮古医療圏)、沖縄県立八重山病院（八重山医療圏）を会場に、それぞれの医療圏内でがん医療をおこなっている全医療機関を対象に、勉強会を開催する。

＜患者向けアピアランス教室＞

患者向けアピアランスケア教室を、沖縄本島、宮古島市、石垣市で、合計 3 回開催する（基本的には対面での開催、難しければハイブリッド形式）

患者とその家族を対象に開催する。 資生堂沖縄支社、当院看護部、同がんセンター、がん相談支援センターだけではなく、離島での開催時には、地元がん患者会と沖縄県立宮古病院および八重山病院と共催で行う。講演、メイクアップ実技、意見交換会を行う予定である。 その際には、離島・へき地部会の既存のネットワークを利用し、広く広報する。

資料１３

令和５年度 第１回大腸がん死激減プロジェクト連絡会議 議事要旨

日　　時：令和５年５月２９日(月)　19:00～20:00
場　　所：Zoom を利用した Web 会議
出　　席：８名
糸数公（沖縄県保健医療部)、仲宗根正（那覇市保健所)、宮里浩(那覇市立病院)、佐村博範（浦添総合病院)、岸本信三（沖縄県立宮古病院)、金城徹（琉球大学病院)、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）
欠　　席：３名
浅野志麻（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）
陪　　席：２名
並里 亜衣（琉球大学病院がんセンター)、西 佐和子（琉球大学病院がんセンター）

【報告事項】
１．令和４年度 第６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６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説明があった。

２．その他
特になし。

【協議事項】
１．今年度の委員について
増田委員より、資料２に基づき、今年度の委員について説明の後、委員を増やしてはどうか。がん死激減という意味で検診部分を充足させる必要がある。また那覇市の検診所の状況や職員の検診への理解度を含めた話を聞くと、医師会の力を借りたほうがよいのではないかとの意見があった。
佐村委員より、金城達也先生（琉球大学病院第一外科）の推薦があった。
仲宗根先生より、日本産業衛生学会に参加し、職域のがん対策が重要だと感じている。県医師会で産業医部会が立ち上がり、携わっている玉城研太朗先生（那覇市医師会理事）はどうかと推薦があった。
糸数委員より、がん検診の充実強化ということで、市町村が行っている要精検率や未把握率を減らす取り組みを３年程行っているが、そのメンバーに玉城研太朗先生（那覇市医師会理事）や金城福則先生に入っていただいて、検診時に渡すお知らせの統一などを進めている。

増田委員より、各地区医師会の情報を取り、医師会から 1〜2 名入っていただくか、検診担当の金城福則先生の名前が出たので、話を聞きにいってもよいと提案があった。

新しい委員として、金城達也先生、玉城研太朗先生に入っていただき、その他に 2〜3 名の候補者が出たらメールで委員に知らせ、許可をいただくことになった。

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、資料３に基づき大腸がん相談室進捗状況について説明があった。続いて、佐村委員が作成した津梁ネットワークホームページ内に設置する書類①〜⑤について説明があり、委員に意見を求めた。

①大腸がん相談室・カンファレンスルームについて

増田委員より、均霑化を省いて質の向上のみでよいのではと意見があり、均霑化を省くことになった。

佐村委員より、“患者さん及び家族の方からの直接相談”の部分について協調する方法がないか。主治医がセカンドオピニオンをしないことがあるため、患者さんや家族から主治医に促すルートを開きたいが、ここを入り口にするとわかりにくいため、別紙に「患者さんご家族の利用に関して」というように短い文章にはなるが、もう１枚作成した方がよいかと意見を求めた。岸本委員より、分けて記載したほうが親切であると意見があり、もう１枚作成することになった。増田委員より、ホームページ上で「患者さんご家族の方へ」と別枠を設ける形になると思うが、事務局で検討するとのことだった。

宮里委員より、考え方としては非常に良いと思うが、既存のセカンドオピニオンはどこも有料だが、基本的に無料相談になると思う。その部分は整理できているのかと意見があった。佐村委員より、セカンドオピニオン的なことを無料で行う形になると思うと回答があった。

② 大腸がん相談室利用方法

特になし。

③ 相談申込書

特になし。

④ 大腸がん相談室相談同意書

特になし。

⑤ 相談員一覧

有賀委員より、消化器内科の先生をリストアップしてほしいと依頼があり、追加することになった。

続いて、増田委員より、症例数が増えない問題点について問われた。

佐村委員より、極論だが最終的に症例数が増えないと必要のないシステムになる。そのため告知を早めにして様子をみていくしかない。有用なシステムだと思うが、必要ないと

判断されたら仕方のないことだと意見があった。

有賀委員より、佐村委員が不在の時に他の大腸外科の先生が中心になって動かすところまでたどり着けていない状況が増えない原因ではないかと意見があった。

佐村委員より、症例 10 例目は全く関わることなく、宮城先生（中部徳洲会病院）がメンバーを登録し動かした。他の先生が中心となって動かすことは可能。メンバーさえ分かれば登録して発信することができるがハードルが高い。そのため津梁ネットワーク事務局の医師会・知念さんに、メンバーが固定されたトーク室があればとお願いをしていると回答があった。

有賀委員より、事務局が窓口であることが分かればすぐに動かすことができる。事務局としての独り立ちが症例数を増やすことになるのではないかと意見があった。

佐村委員より、「資料②大腸がん相談室利用方法-2.症例の登録」の記載の通り、必要な診療情報を書き込むとオート化されて、人手を介することなく動くことができる。もしくは、相談員一覧があるのでメンバーを入れたトーク室を作り、そこに書き込んでもらうとすぐに始めることができる。できればそうしたいところだが、できる人とできない人が出てくるという意見があった。

岸本委員より、津梁ネットワークに加入している医師だけが相談することになっているが、どのくらい入っているのかと問われた。佐村委員より、大きい施設はある程度入っていると思うが、メインで使うのは難しく専用 PC を数台置いている形で、アクセスが悪いと回答があった。

岸本委員より、県立宮古病院は加入しているが使っていない。北部、中部、南部もあまり動いていないのではないか。利用する医者がまず加入していないと使えないため、最初の段階でハードルがあると意見があった。

有賀委員より、病院やクリニックによってかなり温度差がある。あまり使っていない先生方の意見も真実であり、サービスがあっても津梁ネットワークに入りづらい。病院のどこに端末があるか分からないという先生方もいる。そうなってくると相談することがとてもハードルが高いという意見があった。

岸本委員より、津梁ネットワークがハードルになっているのではないか。ネットワークのハードルをはずし、別ルートを作るのはどうかという意見があった。佐村委員より、なるべく自動的にまわるようにすることを考えると、事務局に関与していただくことで、別ルートが開けるのではないか。医師会と相談するとのことだった。増田委員より、有賀委員が窓口となって医師会と具体化してほしいと依頼があった。

３．大腸がんに関する検診について

仲宗根委員より、日本産業衛生学会で行われた職域のがん検診について報告があった。中小企業の雇用主の従業員の健康づくりやがん検診の関心度が高いところは、中小企業でも受診率が高い。沖縄県はそこが非常に弱いのではないか。産業医が職域保健の要となる

ので、事業主の健康への意識向上を働きかけてほしい。そのために、東大の中川恵一先生らが作成した「がん対策推進企業アクション」というサイトがあり、企業・団体が推進パートナーとして多数登録しているが、沖縄県は 30 社程度しか参加していない。健康経営協賛企業のがん対策バージョンになるが、沖縄県の企業も是非参加していただきたい。その働きかけを産業医からしていただくのがよいのではないか。産業医が雇用主や従業員にがん検診の重要さを研修するためのがん対策用スライドも用意されているので、活用していただきたい。職域保健でのがん検診は法的な位置づけがなく任意であるが、法的にも何らかの手立てを打ちますと学会で断言されていた。職域でもがん検診が任意ではなく強制力が出てくると思われる。また、がん検診精度管理システムをまだ試運転しており、健保組合でも進捗管理ができるようだ。市町村版も作成中とのことなので、そういうのも活用しながら市町村の精度管理がもう一歩進められたらよいのではないか。いずれにせよ意識改革を行わないと変わらないことを学会に参加して再認識したとのことだった。

増田委員より、受診率向上のための対策について委員に問われた。

糸数委員より、国立がん研究センターと検診部門で連携し、チェックリストやプロセス指標については市町村でしっかり出せるようにと働きかけを行っている。また、検診を委託する検査機関に仕様書を書いて出すようにするという基本的なところを県として行っている。少しずつ指標は改善しているが、どのくらい死亡を減らすことに繋がるかというところは、まだ結果がみえてこないのではないか。法律に基づいた五大がん検診についてしっかりとエビデンスに基づいた対策ができるよう行っている。沖縄県の特徴は他県に比べて未把握率が高く、精密検査になった人の結果を市町村が把握できていない。一次検診機関、精密検査の医療機関から、速やかに情報が市町村にかえってくるような働きかけを行っていると説明があった。

金城委員より、企業検診をする際に「がん対策推進企業アクション」ホームページやパンフレットがあれば案内してはどうかという意見があった。

岸本委員より、色んな取り組みがなされているが、離島にいた頃の経験から、部落や公民館で話をする方が話をよく聞いてくれた印象がある。近くに行くということが一番大事ではないかという意見があった。

増田委員より、検診率を上げる時はコールリコールが一番大事だが、次に少人数に対して先生方が働きかけをすると意味がある。マンパワーの問題は当然出てくると思うが、公民館や部落に行って話すことに効果があるという意見があった。

佐村委員より、公民館で三回程話したことがあるが、一番熱心に聞いてくれて質問も多く、患者さんや家族以外の方も来てくれた。公民館レベルの話は非常に効果が期待でき、意義深いものになるのではないかという意見があった。

増田委員より、離島を周って話をしているが、離島の診療所の所長さんの話の方が、地元の方がより興味をもって聞いてくれる。地元向けの講演会や勉強会などをやりたかったが機会がなかったという先生がほとんどである。離島の診療所の先生に例えば年間２回は

開催してほしいといった要望を出すといいのではと意見があった。

４．次回の開催日程について

増田委員より、進捗状況を確認した上で、次回は６月もしくは７月に開催したい。それまでに有賀委員でコンサルティングシステムを進めていただきたい。検診に関しては医師会で情報を集めて、場合によっては新しく委員をお招きしたいとのことだった。

５．その他

佐村委員より、津梁ネットワークホームページ内に設置する書類①～⑤を一週間程度で完成させて医師会に提出したい。意見があれば一週間以内にいただきたいと依頼があった。増田委員より、佐村委員へ書類を Word ファイルで事務局へ送るよう依頼があった。事務局から委員へ配布し各委員が添削をした後に、事務局で確認した上で、佐村委員が最終確認をすることとなった。

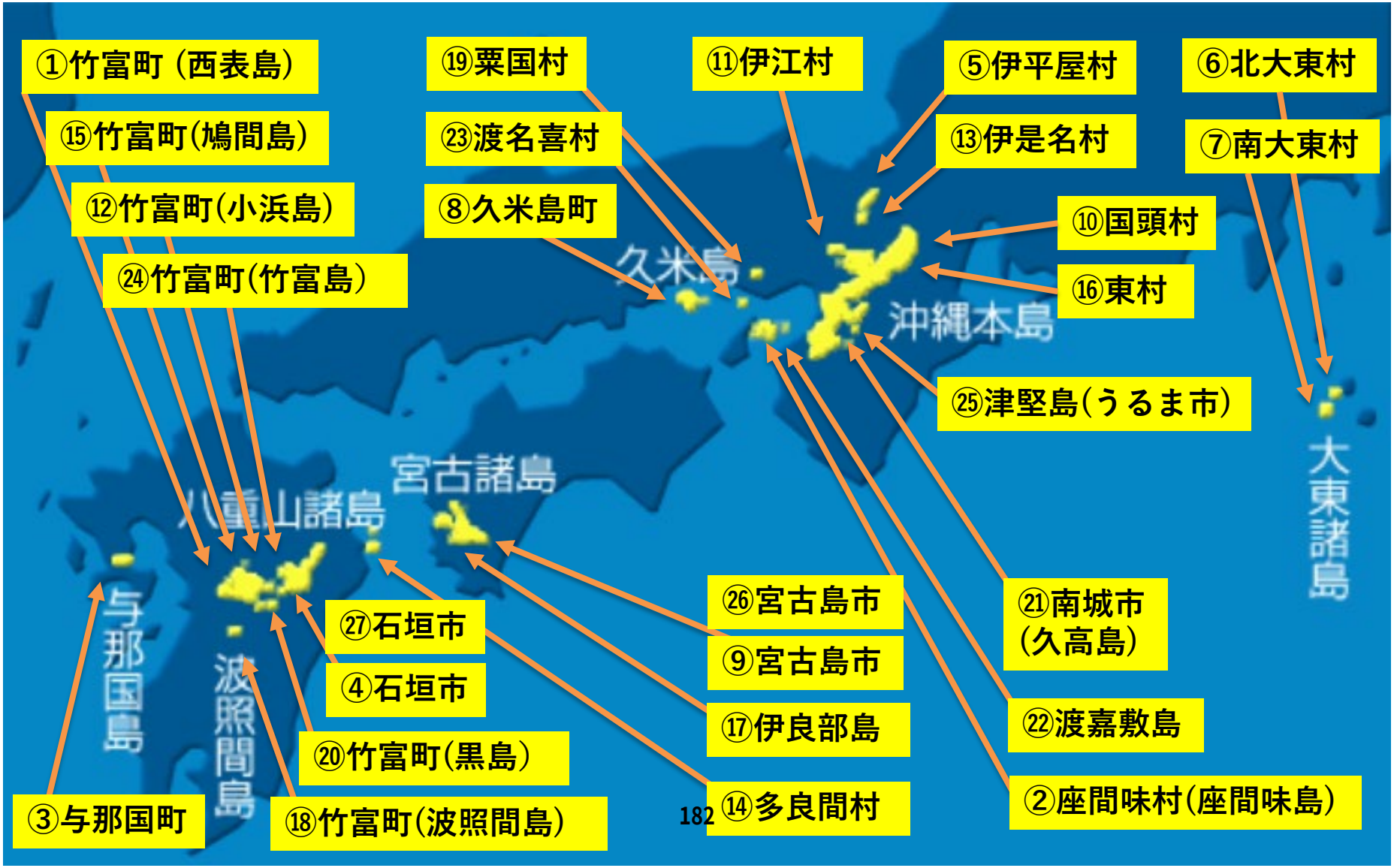
＜参考 URL＞

がん対策推進企業アクション　https://www.gankenshin50.mhlw.go.jp/

産業医向け『がん対策用スライド』　healthtalk.pptx (live.com)

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１４



【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

資材の活用推進のための普及啓発活動【ポスター】

A２サイズ　200 枚





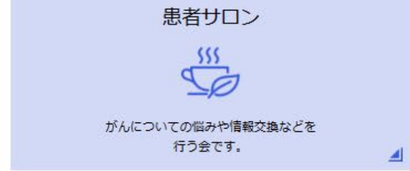








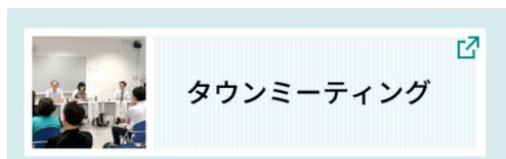


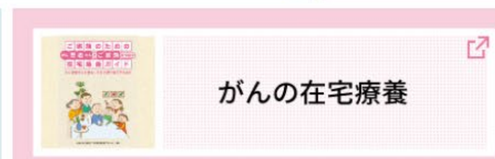


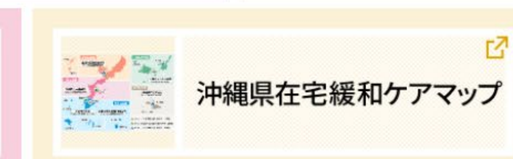














うちな～がんネット がんじゅう
リンク集 | プライバシーポリシー | お問い合わせ | サイトマップ | サイト内検索
医療関係者の方へ | 患者さん・ご家族・県民の方へ | 緩和ケア研修会 | 沖縄県がん診療連携協議会 | 部会について

患者必携・地域の療養情報「おきなわがんサポートハンドブック」

患者必携とは？

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

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

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

患者必携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

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
沖縄県地域統括相談支援センター
医療機関の情報について
がん情報ブースのご紹介
おきなわがん診療ネット　みるん・しるん
がん相談窓口
がん患者さんがお子様をもつことを応援する医療　「妊孕性温存療法」と「がん治療後の生殖医療について」
セカンドオピニオンについて
グループ指定について
希少がん患者さん及び医療者へ
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（2023年版）
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）

■ 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

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)
痛みの緩和のための専門的な治療（緩和的放射線治療と神経ブロック）について
小児がんの診療体制について



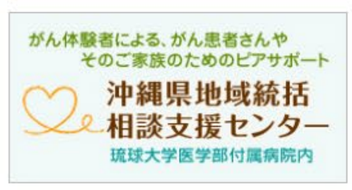


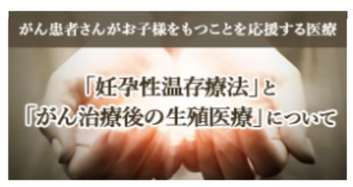
















患者必携の役割

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



がん医療に関する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

おきなわがんサポートハンドブック（2023年版）

地域の療養情報「おきなわがんサポートハンドブック」(2023年版)　2023年発行

ＰＤＦはこちらからご確認いただけます。

（一括してPDFをご覧になりたい方は下記画像をクリックしてください）





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

＜本編＞

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

第１部 納得して治療を受ける （第１部 扉 ＰＤＦ P7 ） （ＰＤＦ P8-P9 ）
１．がんについて相談する （第１部 第１章 ＰＤＦ P10-P11 ）
（１）がん相談支援センター
（２）沖縄県医療安全相談センター

２．情報を集める （第１部 第２章 ＰＤＦ P12-P17 ）
（１）病名、性質、病期
（２）担当医の説明を聞く
（３）セカンドオピニオン
（４）セカンドオピニオン実施施設
（５）書籍とインターネットで情報をさがす

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
沖縄県地域統括相談支援センター
医療機関の情報について
がん情報ブースのご紹介
おきなわがん診療ネット　みるん・しるん
がん相談窓口
がん患者さんがお子様をもつことを応援する医療　「妊孕性温存療法」と「がん治療後の生殖医療について」
セカンドオピニオンについて
グループ指定について
希少がん患者さん及び医療者へ
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（2023年版）
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

3．治療について知る（第１部 第３章 ＰＤＦ P18-P21 ）
（１）がん治療と療養の過程（ライフコース）
（２）ゲノム医療
（３）妊娠の可能性を残す（妊孕性温存療法）

4．県内の医療体制 （第１部 第４章 ＰＤＦ P22-P30 ）
（１）がん診療連携拠点病院制度
（２）希少がんと小児がんの診療病院
（３）がん診療を行う医療施設
（４）がん診療を行う医療施設の一覧
（５）がん診療を行う医療施設の連絡先一覧
（６）離島とがん ～通院治療の選択～
体験談【私の病床体験】

第２部 よりよい療養生活をおくるために （第２部 扉 ＰＤＦ P31 ）（ＰＤＦ P32-P33 ）
1．痛みやつらさを和らげる （第２部 第１章 ＰＤＦ P34-P35 ）
（１）緩和ケア
（２）さまざまな身体的症状への対応

2．自分らしく毎日を過ごす （第２部 第２章 ＰＤＦ P36-P39 ）
（１）外見ケア
（２）がんとセクシャリティ
（３）アドバンス・ケア・プランニング（ACP）
体験談【仕事と、子育てと、乳がんの治療】

3．同じ病気の人の話を聞いてみる （第２部 第３章 ＰＤＦ P40-P47 ）
（１）がんピアサポーター（がん経験者による相談）
（２）患者会
（３）患者支援団体
（４）患者サロン

4．子どもの療養を支える （第２部 第４章 ＰＤＦ P48-P51 ）
（１）入院中の教育支援、復学支援
（２）ファミリーハウス
（３）入院中のきょうだい支援
（４）晩期合併症と長期フォローアップ
（５）養育支援訪問事業
（６）一時預かり事業、病児・病後児保育事業

5．AYA世代のがんを考える（第２部 第５章 ＰＤＦ P52-P53 ）
（1）AYA世代のがん
体験談【周りが必ずついている】

6．自宅で療養生活を続ける（第２部 第６章 ＰＤＦ P54-P59 ）
（１）在宅療養
（２）訪問診療
（３）訪問看護
（４）介護保険
（５）福祉用具・介護用品
（６）高齢者の相談窓口（地域包括支援センター）
（７）介護タクシー
体験談【骨髄移植を経て】

7．自分らしく生きる （第２部 第７章 ＰＤＦ P60-P62 ）
（１）終末期における緩和ケア（ターミナルケア）
（２）グリーフケア

第３部 お金のことについて （第３部 扉 ＰＤＦ P63 ） （ＰＤＦ P64-P65 ）
1．医療費の負担を減らす （第３部 第１章 ＰＤＦ P66-P73 ）
（１）高額療養費制度
（２）高額療養費限度額適用認定証
（３）標準負担額減額認定証
（４）高額療養費貸付制度
（５）高額医療・高額介護合算制度
（６）確定申告による医療費等の控除
（７）その他の制度

2．治療を受けながら働く （第３部 第２章 ＰＤＦ P74-P77 ）
（１）医療機関での就労相談
（２）治療と仕事の両立支援
（３）労働問題全般についての相談
（４）生活から就職までの総合相談
（５）女性の就業相談、仕事と子育ての両立などの相談
（６）働くがん患者の支援団体、冊子

3．仕事を辞めて治療に専念する （第３部 第３章 ＰＤＦ P78-P79 ）
（１）退職に伴う健康保険の変更
（２）失業手当（基本手当）の受給期間の延長

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)
痛みの緩和のための専門的な治療（緩和的放射線治療と神経ブロック）について
小児がんの診療体制について



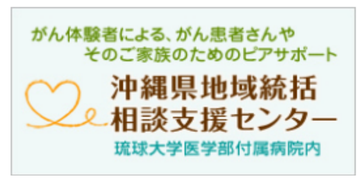
























4．家庭の状況に合う支援を受ける （第３部 第４章 ＰＤＦ P80-P83 ）
（１）傷病手当金
（２）ひとり親家庭等医療費助成制度
（３）国民健康保険一部負担金の減免制度
（４）生活保護制度
（５）生活福祉資金貸付制度
体験談【制度を利用して不安を軽くする】

5．離島やへき地に住む人向けの制度を知る（第３部 第５章 ＰＤＦ P84-P85 ）
（１）がん治療の渡航費等助成
（２）離島へき地がん患者等の宿泊支援制度（放射線治療対象）
体験談【死ぬも生きるも100%全開】

6．障害についての支援を受ける （第３部 第６章 ＰＤＦ P86-P87 ）
（１）障害年金
（２）障害手当金（厚生年金）
（３）身体障害者手帳

7．子ども向けの制度を知る （第３部 第７章 ＰＤＦ P88-89 ）
（１）小児慢性特定疾病医療費助成制度
（２）特別児童扶養手当
（３）障害児福祉手当
（４）その他の制度

問い合わせ一覧 （ＰＤＦ P90-P91 ）
■年金事務所一覧
■各医療保険窓口
■税務署一覧
■福祉事務所一覧（生活保護に関する問い合わせ先）

ノート欄
●面談にのぞむときの質問集 （ＰＤＦ P92-P93 ）
●私のメモ（担当医からの説明の記録）（ＰＤＦ P94 ）

あとがき 編集委員 編集協力 （ＰＤＦ P95 ）
奥付 がんの冊子 (ＰＤＦ P96-P97 ）


タウンミーティング


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


沖縄県がん患者会連合会



うちな～がんネット がんじゅう

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

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

地域の療養情報

おきなわがんサポートハンドブック

サイト内検索



がんと告げられたあなたへ

がんと言われたとき、
すぐに役立つヒント＆リスト

第１部
納得して治療を受ける

第２部
よりよい療養生活をおくるために

第３部
お金のことについて

問い合わせ先一覧

体験談

ノート欄

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

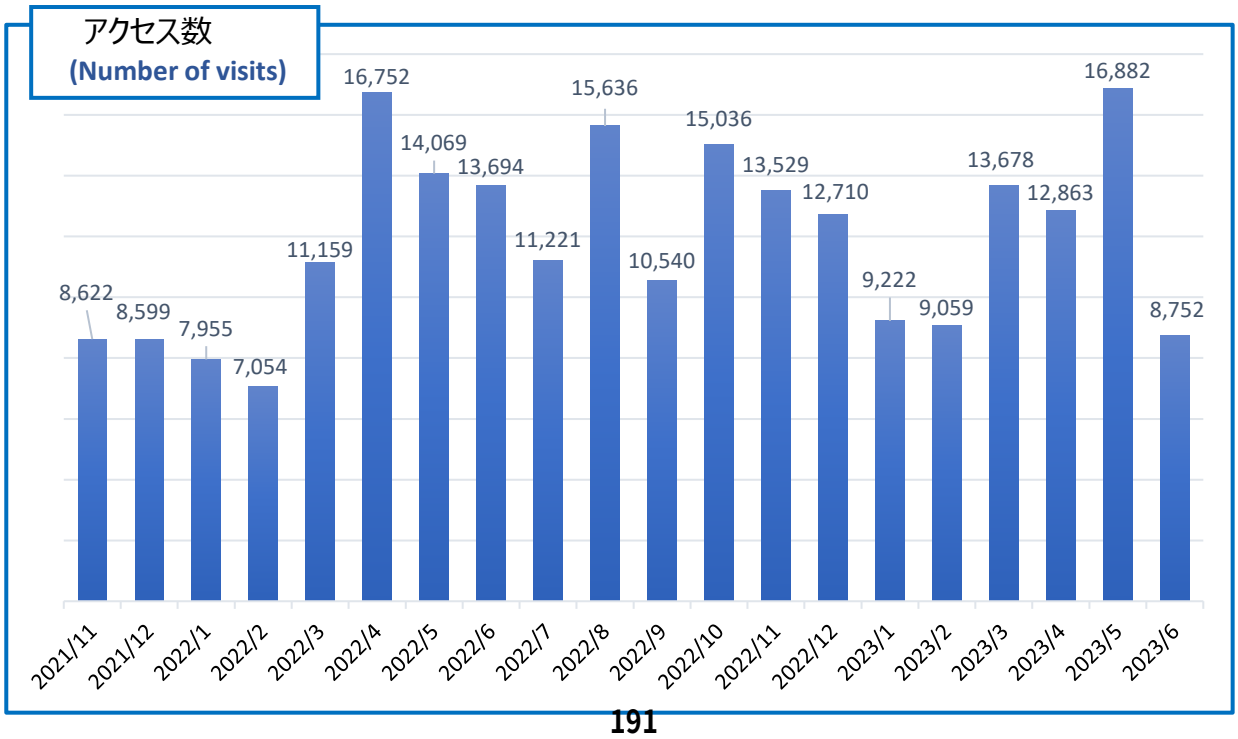
琉球大学病院 がんセンター
〒903-0215　沖縄県西原町字上原 207
TEL:098-895-1531 / FAX:098-895-1497

© 2023 Cancer Centre, University of the Ryukyus Hospital.
© 2023 Okinawa Prefectural Government.

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
2021/11	8,622	アクセス数カウント開始
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	10,540	
2022/10	15,036	
2022/11	13,529	
2022/12	12,710	
2023/1	9,222	
2023/2	9,059	
2023/3	13,678	
2023/4	12,863	
2023/5	16,882	
2023/6	8,752	R5.6.20時点



資料１５

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

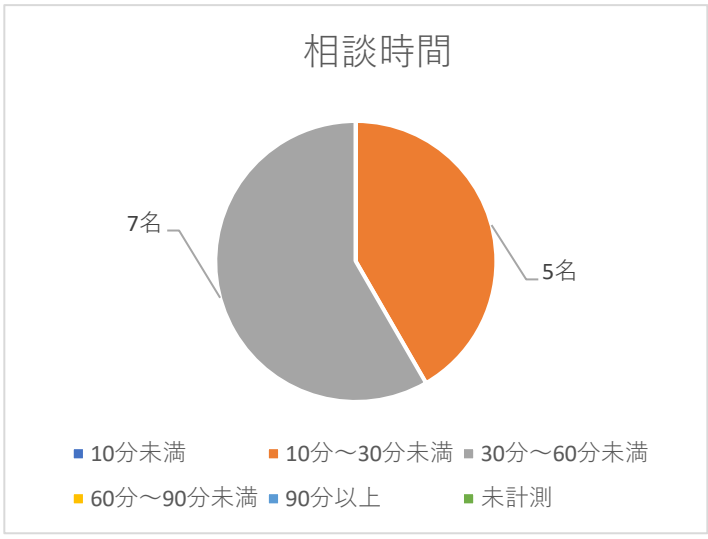
実施期間：令和5年4月3日～令和5年6月21日

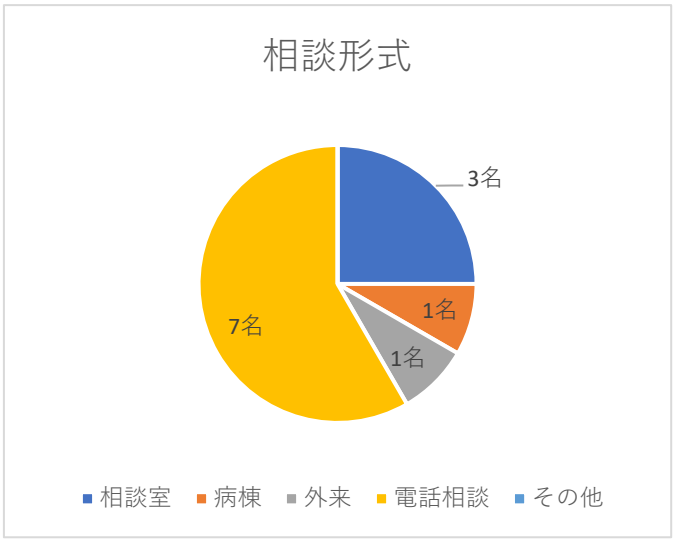
沖縄県地域統括相談支援センター

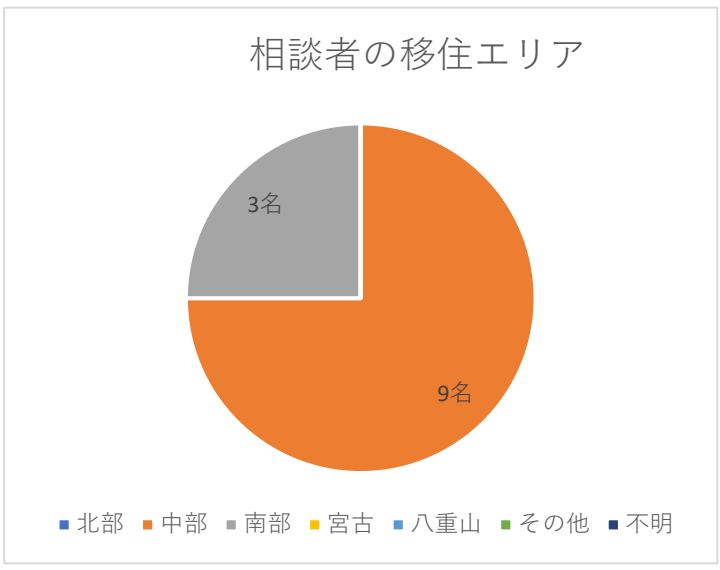
がん相談業務（院内におけるピアサポート）集計結果

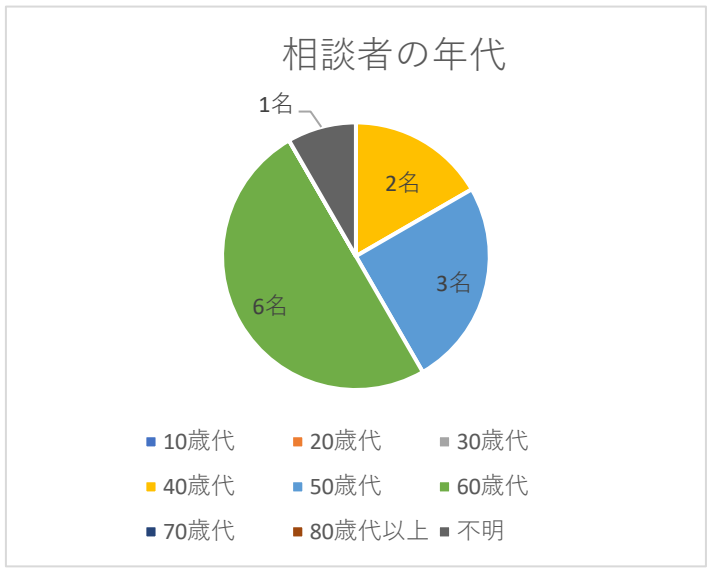
■ 調査対象期間　　令和5年4月3日～令和5年6月21日
■ 調査件数　　12件

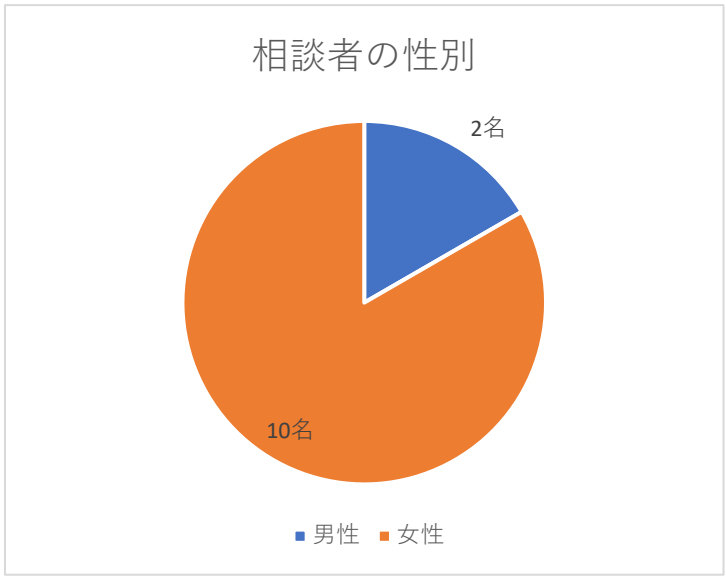
相談月	件　数
4月	4
5月	7
6月	1
合　計	12

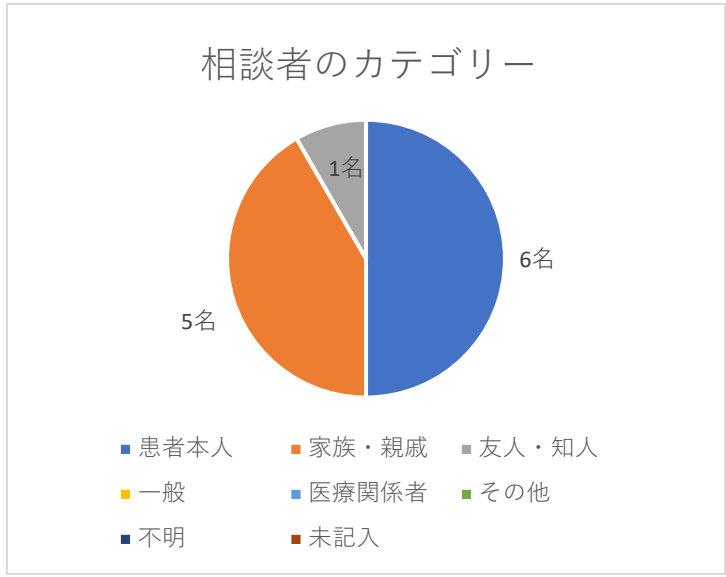


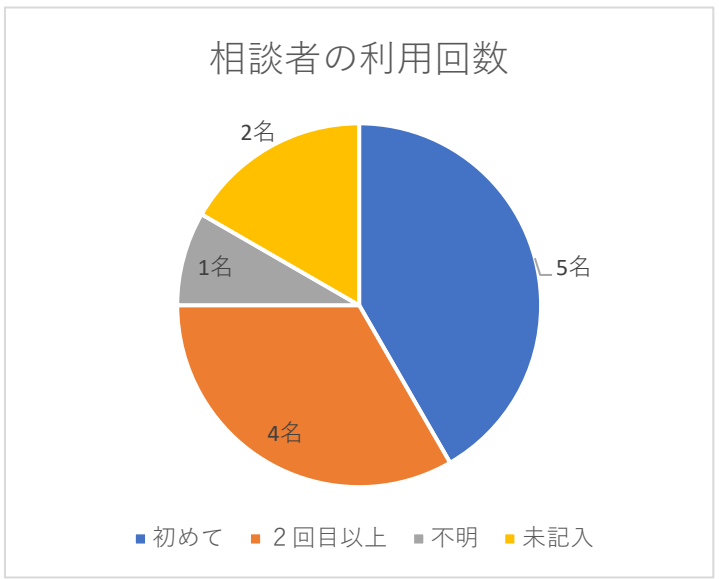


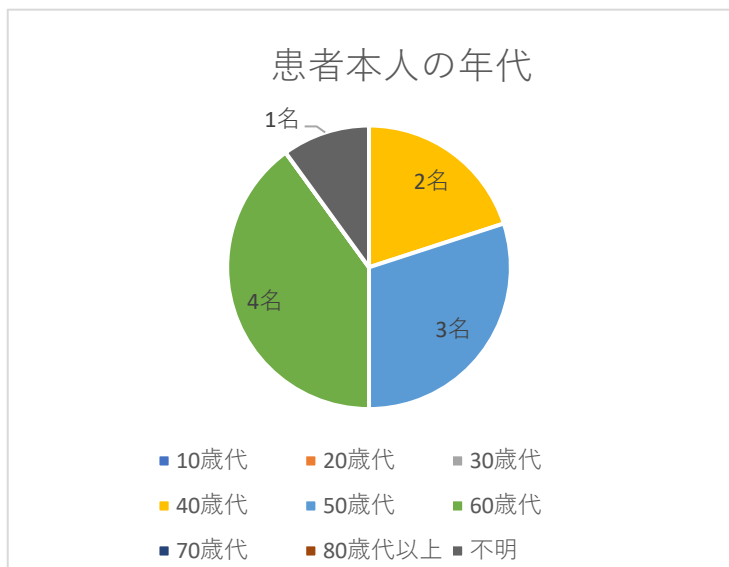


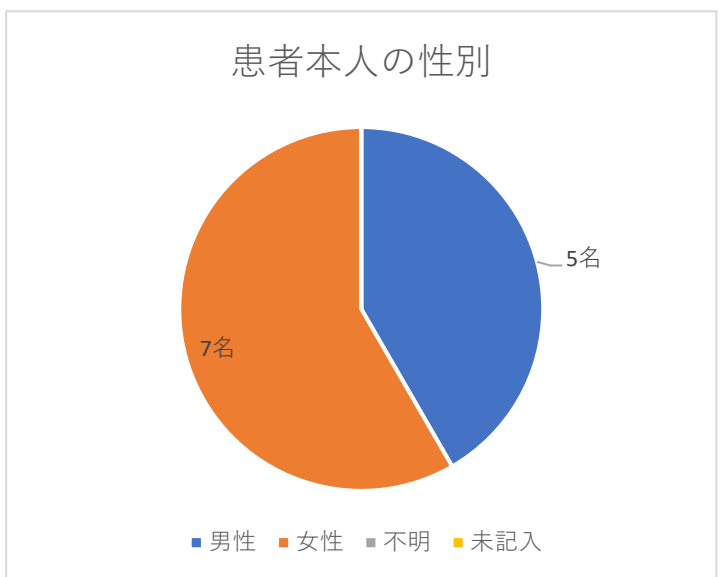


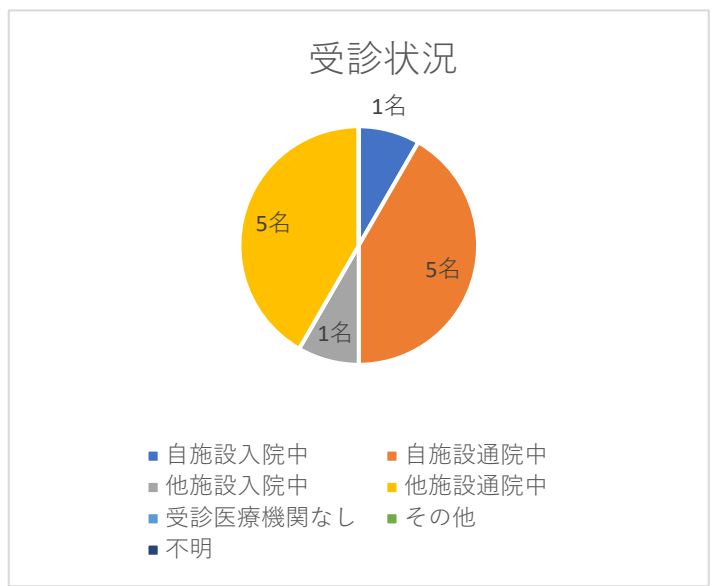

相談者の性別
2名
10名
男性
女性

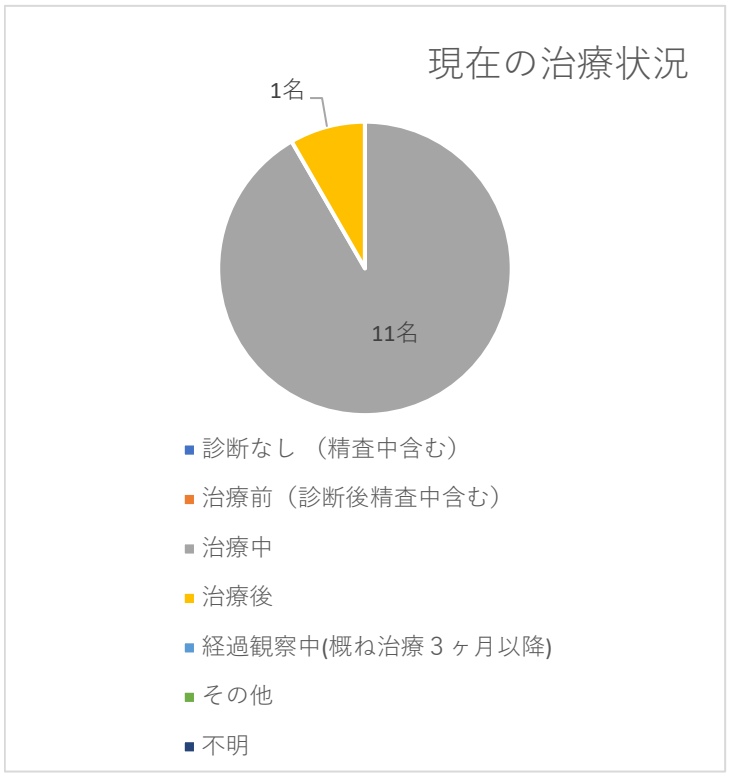

相談者のカテゴリー
1名
6名
5名
患者本人
家族・親戚
友人・知人
一般
医療関係者
その他
不明
未記入

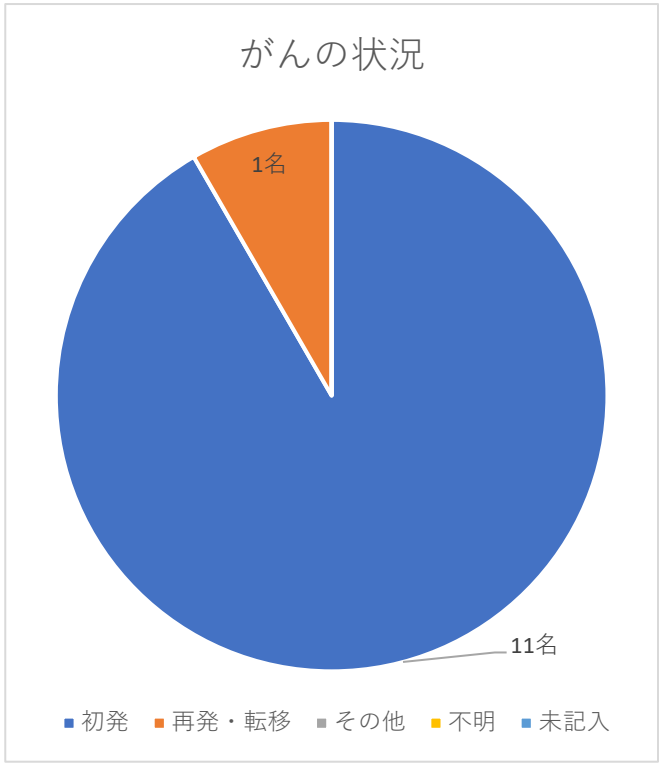

相談者の利用回数
2名
1名
5名
4名
初めて
2回目以上
不明
未記入

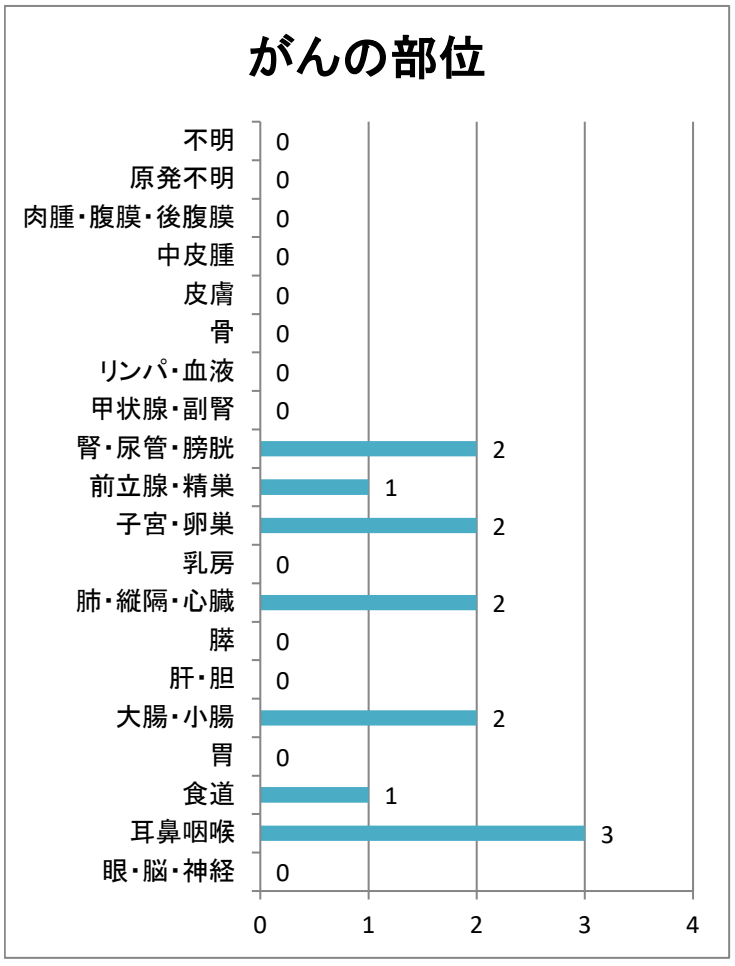

患者本人の年代
1名
2名
4名
3名
10歳代
20歳代
30歳代
40歳代
50歳代
60歳代
70歳代
80歳代以上
不明

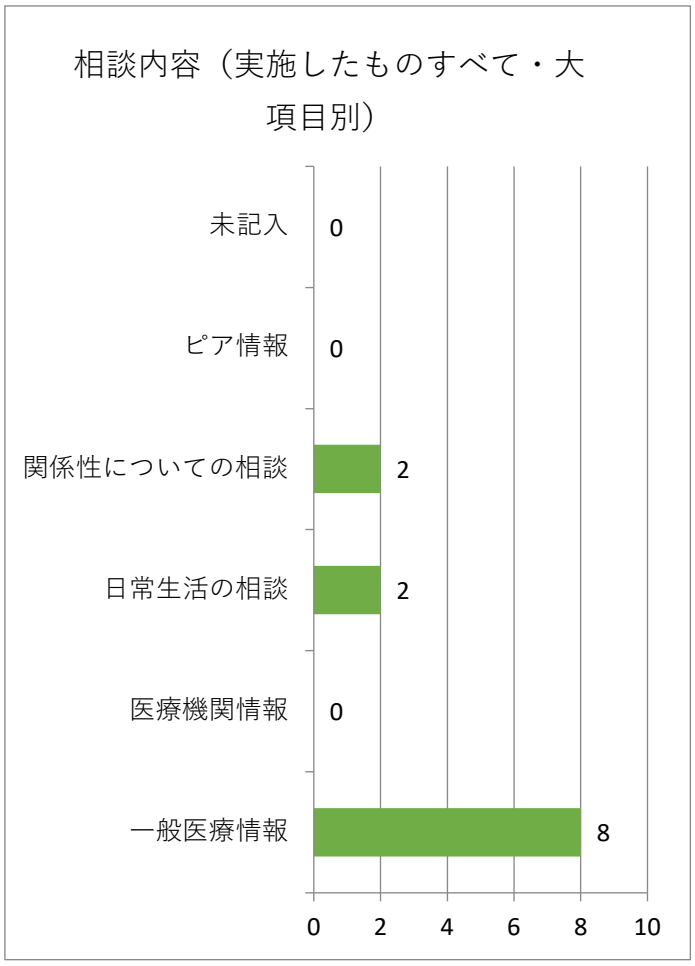

患者本人の性別
5名
7名
男性
女性
不明
未記入

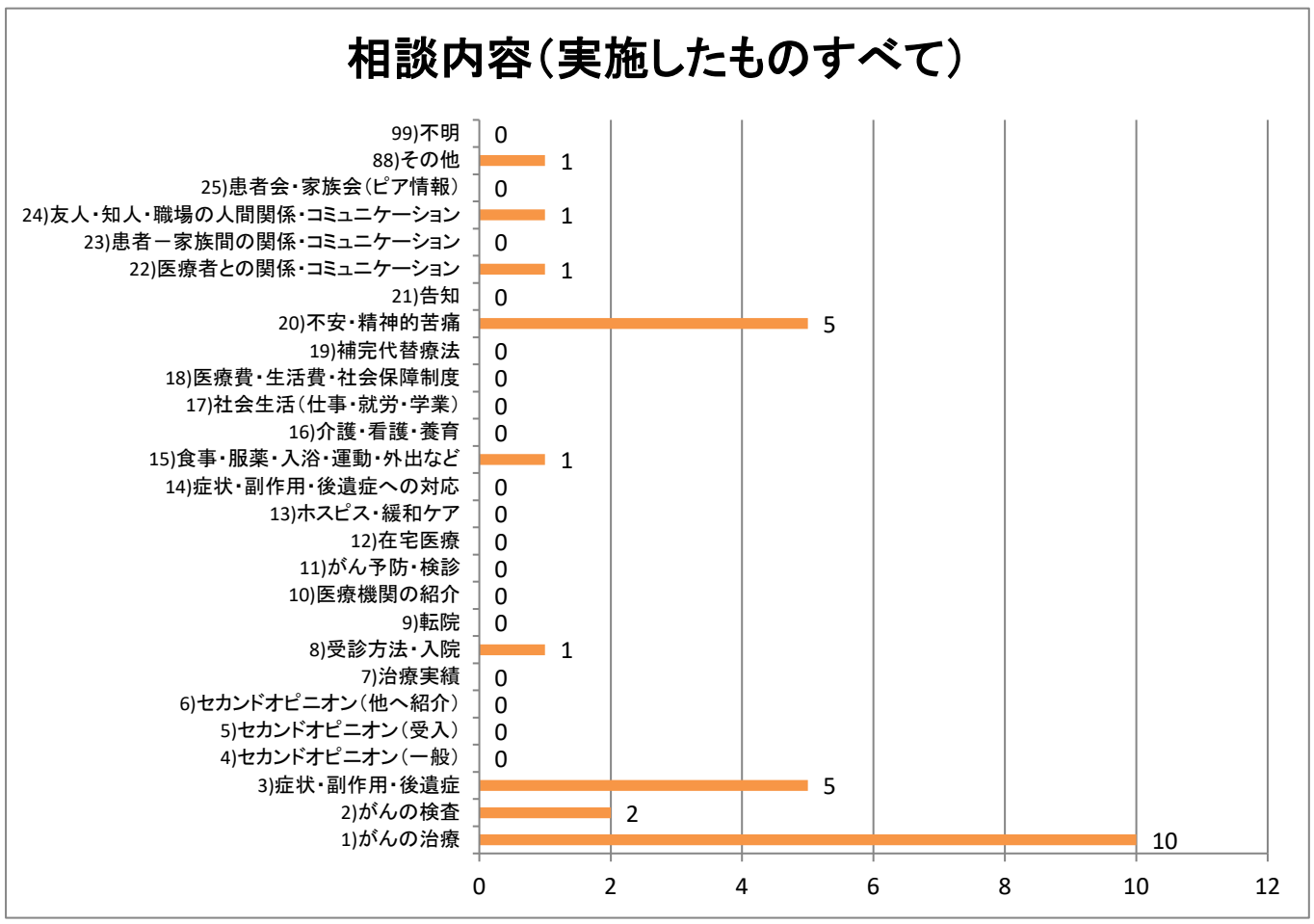

受診状況
1名
5名
5名
1名
自施設入院中
自施設通院中
他施設入院中
他施設通院中
受診医療機関なし
その他
不明

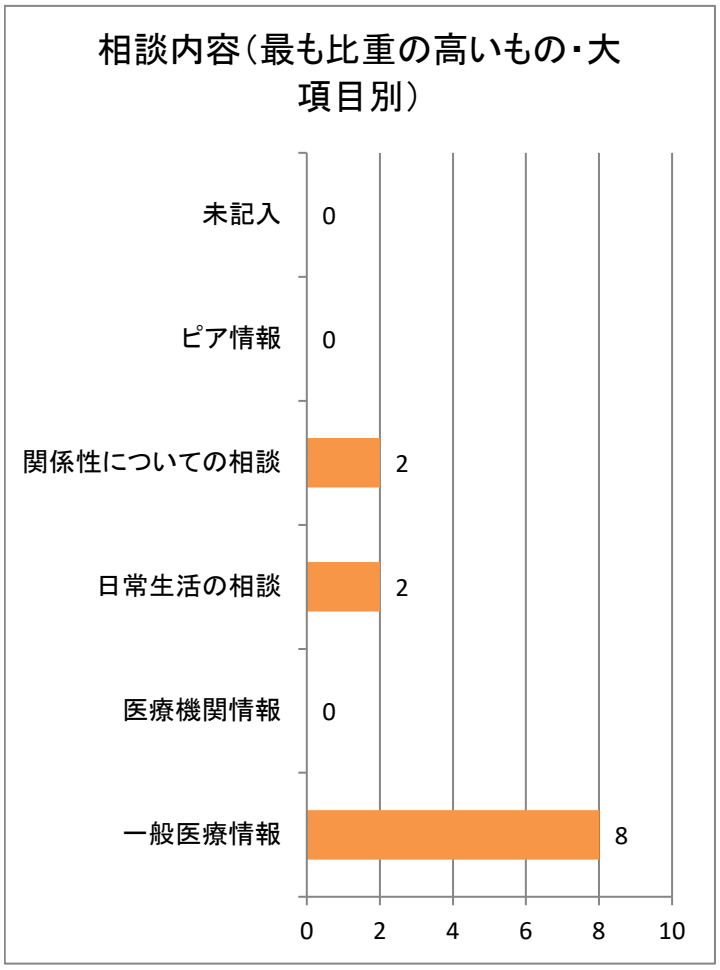

現在の治療状況
1名
11名
診断なし （精査中含む）
治療前（診断後精査中含む）
治療中
治療後
経過観察中(概ね治療３ヶ月以降)
その他
不明

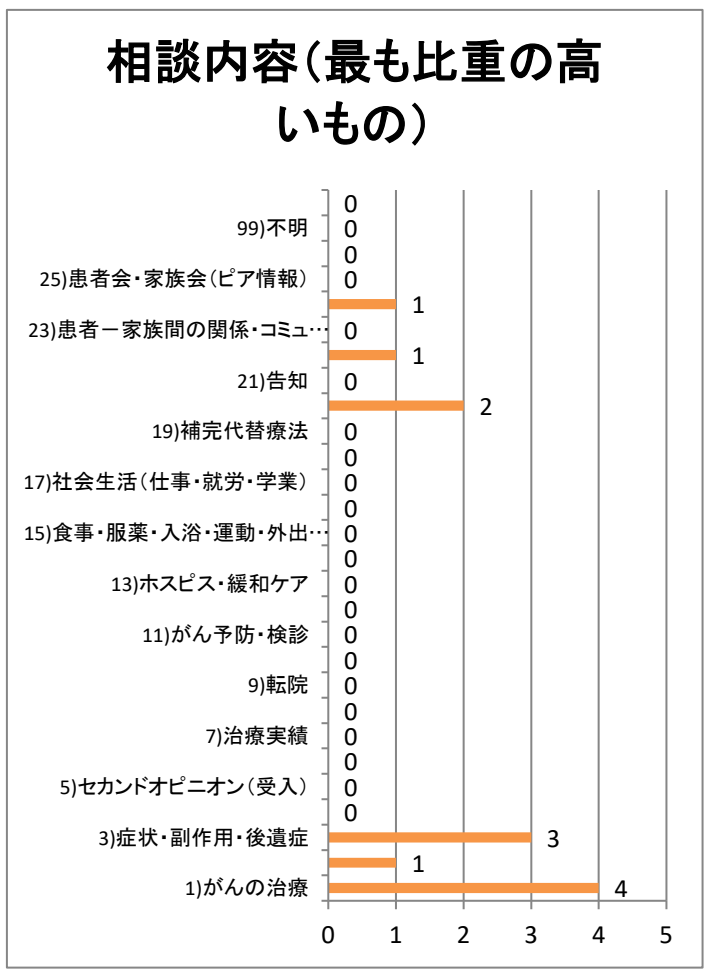

がんの状況
1名
11名
初発
再発・転移
その他
不明
未記入

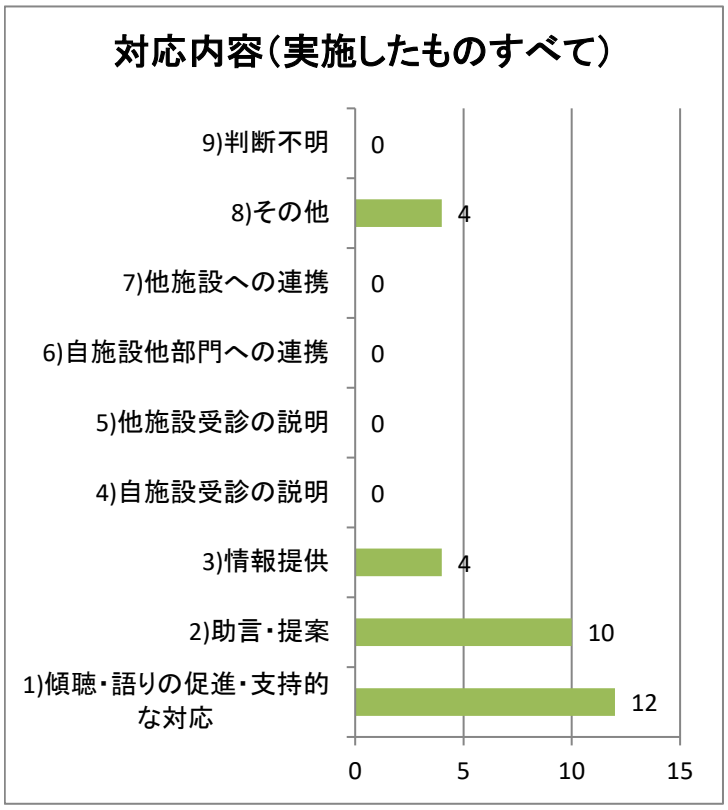

がんの部位
不明 0
原発不明 0
肉腫・腹膜・後腹膜 0
中皮腫 0
皮膚 0
骨 0
リンパ・血液 0
甲状腺・副腎 0
腎・尿管・膀胱 2
前立腺・精巣 1
子宮・卵巣 2
乳房 0
肺・縦隔・心臓 2
膵 0
肝・胆 0
大腸・小腸 2
胃 0
食道 1
耳鼻咽喉 3
眼・脳・神経 0
0 1 2 3 4


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 0
関係性についての相談 2
日常生活の相談 2
医療機関情報 0
一般医療情報 8
0 2 4 6 8 10

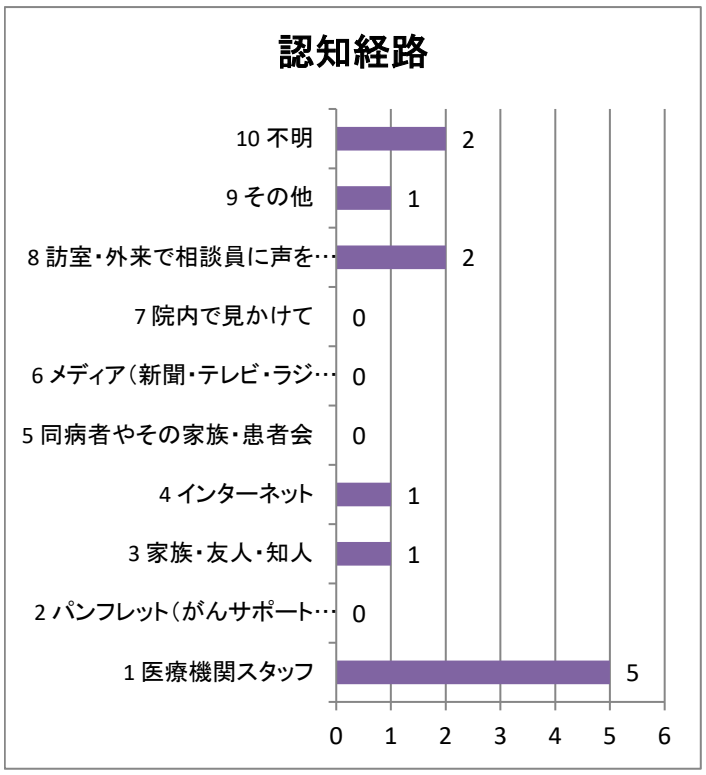

相談内容（実施したものすべて）
99)不明 0
88)その他 1
25)患者会・家族会（ピア情報） 0
24)友人・知人・職場の人間関係・コミュニケーション 1
23)患者－家族間の関係・コミュニケーション 0
22)医療者との関係・コミュニケーション 1
21)告知 0
20)不安・精神的苦痛 5
19)補完代替療法 0
18)医療費・生活費・社会保障制度 0
17)社会生活（仕事・就労・学業） 0
16)介護・看護・養育 0
15)食事・服薬・入浴・運動・外出など 1
14)症状・副作用・後遺症への対応 0
13)ホスピス・緩和ケア 0
12)在宅医療 0
11)がん予防・検診 0
10)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

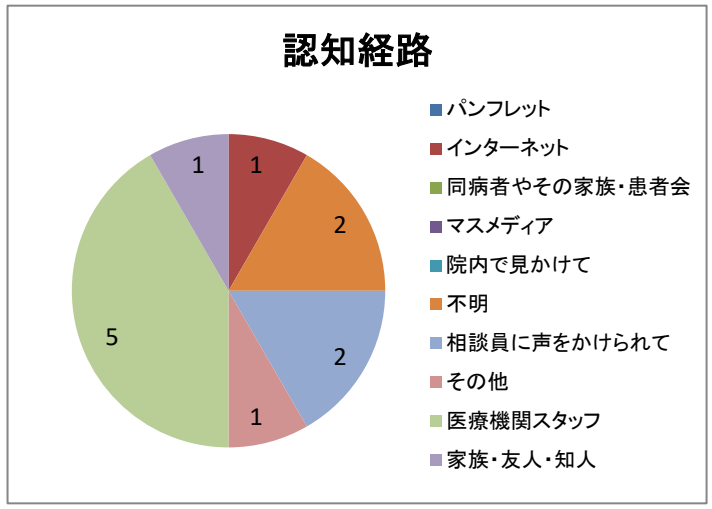

相談内容（最も比重の高いもの・大項目別）
未記入 0
ピア情報 0
関係性についての相談 2
日常生活の相談 2
医療機関情報 0
一般医療情報 8
0 2 4 6 8 10


相談内容（最も比重の高いもの）
99)不明 0
25)患者会・家族会（ピア情報） 1
23)患者－家族間の関係・コミュ… 1
21)告知 2
19)補完代替療法 0
17)社会生活（仕事・就労・学業） 0
15)食事・服薬・入浴・運動・外出… 0
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 3
1)がんの治療 4
0 1 2 3 4 5


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
4
0
0
0
0
4
10
12
0
5
10
15


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
0
0
0
0
0
0
0
0
0
0.2
0.4
0.6
0.8
1
1.2


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
2
1
2
0
0
0
1
1
0
5
0
1
2
3
4
5
6


認知経路
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
1
1
2
2
1
5
1

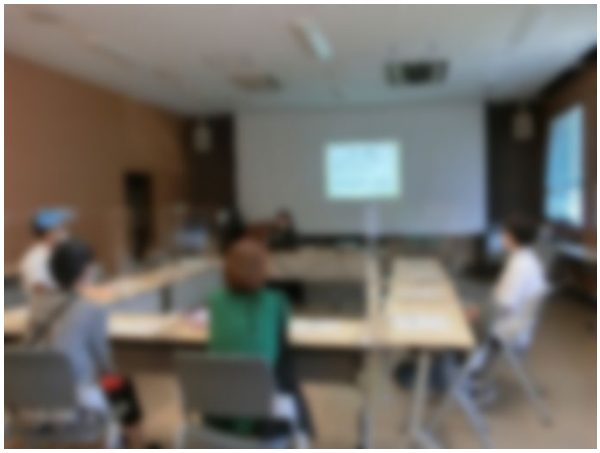
令和５年度　沖縄県委託事業

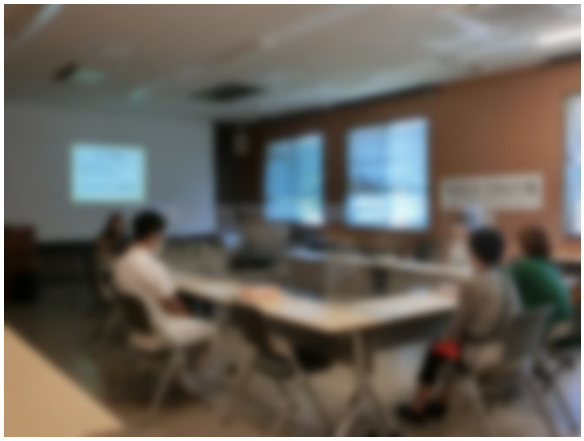
沖縄県内各拠点病院　院内患者サロン

報告

令和５年度　がんピアサポーター派遣事業①

1. 名　称　令和５年度　第２回　ゆんたく会
   場　所　琉球大学病院　大学院セミナー室
   日　時　令和５年５月２日（火）14：00～15：00
   派遣者　がんピアサポーター（上地　久美子）
   参加者　一般参加者　２名
   院内スタッフ　６名（講師含む）
   今回は上地サポーターによるがん体験談。上地サポーターと同じがん種の肺腺癌の治療中の方が参加。がん体験談後そのまま質疑応答とフリートークへ。体験談を聞きこのような活動している方がいると元気をもらい勇気が湧いたと話す。新聞の広告を見てゆんたく会があることを知り参加いただいた。今後もこのような活動を続け当センターの活動を周知したい。





2. 名　称　令和５年度　第３回　ゆんたく会
   場　所　琉球大学病院　大学院セミナー室
   日　時　令和５年６月６日（火）14：00～16：00
   派遣者　がんピアサポーター（上地　久美子、上間　和子）
   参加者　一般参加者　３名
   院内スタッフ　４名（講師含む）
   琉球大学病院がん相談支援センターの友利より医療保障制度について毎年改訂されるがんサポートハンドブックを解説していただくようにお話があった。生活面を支援する制度など経済面の心配や不安になりやすい項目を詳しく説明していた。フリートークでは、ピア・サポーター2 名を主に各参加者の心配や不安なことについてお話した。私もそうでしたとの声を聞いて安心している様子が伺えた。




3. 名　称　第 136 回　那覇がん患者ゆんたく会
場　所　那覇市立病院　3 階講堂
日　時　令和 5 年 5 月 18 日（木）14：00～15：05
派遣者　がんピアサポーター（西村　克敏、上間　和子、玉寄　育子）
参加者　一般参加者　5 名
那覇市立病院　スタッフ 4 名（講師含む）
がん看護専門看護師と医療ソーシャルワーカーについての講演後、45 分程フリートークを行った。自己紹介から始まり、がんと診断されてからの悩みなど 1 人ひとりお話をした。疑問や不安についてピア・サポーターの経験談や共感をし、ピア・サポーター2 名もしっかりと傾聴することができたのではないか。ピア・サポーターについても興味を持ってもらい、当センターの活動についても知ってもらうことができたのではないか。




4. 名　称　第 135 回　中部地区ゆんたく会
場　所　中部病院　7 階レストラン
日　時　令和 5 年 4 月 27 日（木）16：00～17：30
派遣者　がんピアサポーター（中山　富美）
参加者　一般参加者　8 名
中部病院　スタッフ　6 名
1 人ひとり自己紹介と近況報告。その後は自然と 2 つのグループに分かれてフリートーク。自身の今の状態やがん発症までの経緯を話し、お互いで励ましあう場面も。最後は 1 つのグループにまとまってゆんたく。ピアサポーターはどうだったかなど質問もあった。中部病院では 2 月よりつぶやきノート（交換ノート）などを始めたという。自身で吐き出したい想いや気持ちをノートに書き綴る。患者さんが患者さんのために始めたという。素晴らしいアイディアで地域統括でも HP を使ってそのような場所を提供したいと考える。





5. 名　称　第 136 回　中部地区ゆんたく会
場　所　中部病院　7 階レストラン
日　時　令和 5 年 5 月 25 日（木）16：00～17：15
派遣者　がんピアサポーター（中山　富美）
参加者　一般参加者　4 名
中部病院　スタッフ　6 名

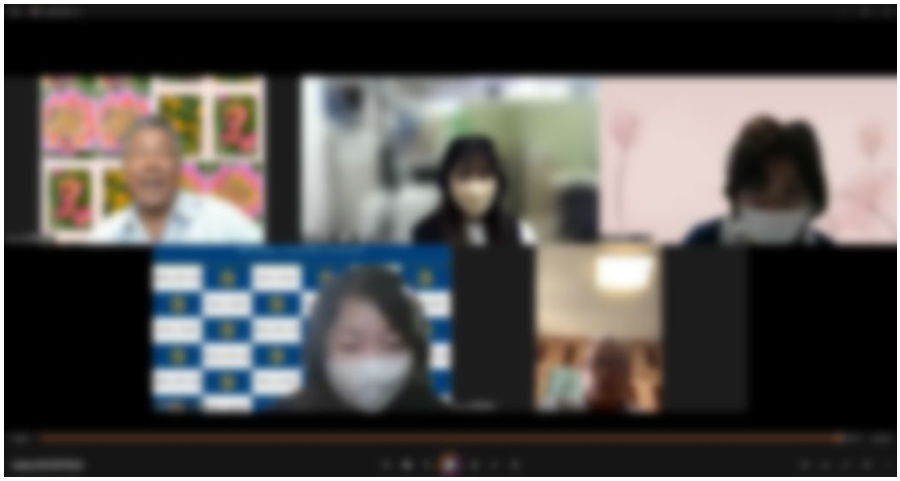
初めて参加いただける方もいるので自己紹介と最近の出来事や楽しかったことを共有した。がんを患ってこれまでの当たり前に気付き周りに感謝していることなど、みなさん共通して朝を迎えられたことに感謝して日々過ごしていることが分かった。参加者やピアサポーター、会場のスタッフ含め今の笑える場がる環境への感謝を感じられたのではないか。今回は、普段より参加者も少なめではあったが、1 人ひとり満遍なくお話が出来、ピア・サポーターも自分の経験談についてのお話などもでき良かったのではないだろうか。





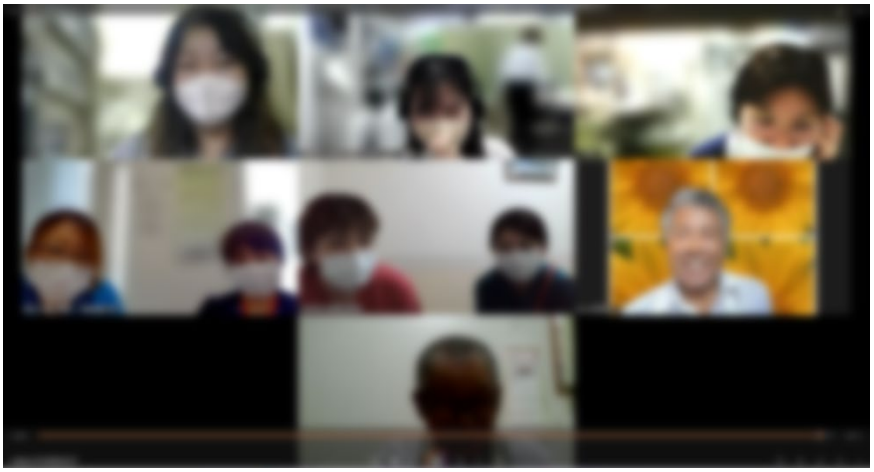
第１回　　オンラインサロン報告書

名　称	第1回　オンラインゆんたく会
目　的	がん患者等関係者並びにがん対策関係者へ沖縄県地域統括相談支援センターで養成したがんピアサポーターを派遣し活動の場の創出を図る。
日　程	日　時　　令和５年　４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	・14：30 より第１回オンラインゆんたく会を開催。 ・オンラインゆんたく会でのお約束事を読み上げ共通認識を図り、互いに自己紹介を終えフリートークに移る。 ・新年度ということで、新たに始めたことや変わったことなどないかピアサポーターより声掛けがある。 ・新たに山原に畑を始めていて、体調は悪い中で進めることは大変だが楽しみにしているとのこと。 ・もう１人の参加者も野菜を育てているとのことで、共通話題の畑や農業の話に花が咲く。 ・いつものお２人が参加とのことで、悩みなどのお話よりも普段のゆんたくを楽しんでいる様子。まだまだ不安が拭えないコロナ禍で、オンライン上で繋がり気軽にお話ができる月１回のオンラインサロン。何気ない会話がストレス発散になるのではないか。 ・今回参加者が Zoom に入るのが時間がかかり、事務員にて電話で指示。パソコンで入れずスマートフォンから参加していただいた。恐らくパスワードにアルファベットが入っていて入室出来なかったのではないか。次回は ID・パスワードを数字で入力できるように確認しておく。15：30 に次回の案内し閉会となる。 ＊参加者（患者様２名・ピアサポーター1 名、中部病院相談員１名、事務補佐員１名）



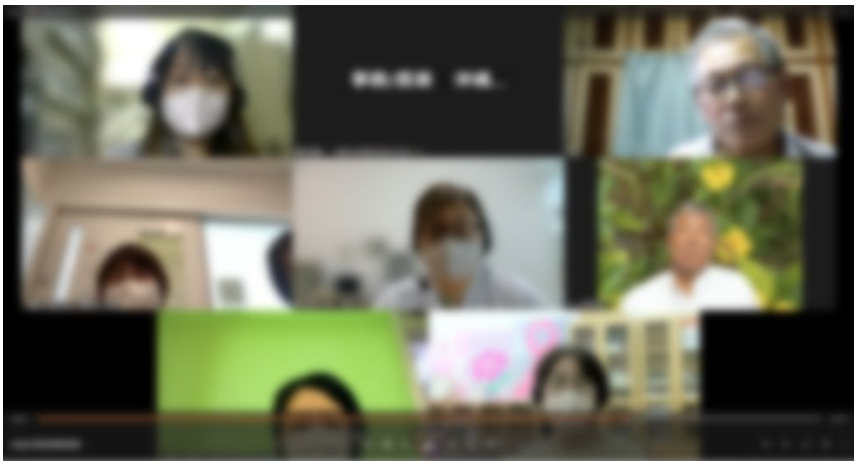
第２回　　オンラインサロン報告書

名　称	第2回　オンラインゆんたく会
目　的	がん患者等関係者並びにがん対策関係者へ沖縄県地域統括相談支援センターで養成したがんピアサポーターを派遣し活動の場の創出を図る。
日　程	日　時　　令和５年　５月　16 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　２名
引率者	沖縄県地域統括相談支援センター　事務補佐員　１名
主　催	琉球大学病院　がんセンター内　沖縄県地域統括相談支援センター
当日の様子	・14：30 より第２回オンラインゆんたく会を開催。 ・オンラインゆんたく会でのお約束事を読み上げ共通認識を図り、互いに自己紹介を終えフリートークに移る。 ・今回はゴールデンウイークでの過ごし方など１人ひとりお話をした。遠出をした方やお家でゆっくりしたなどお話が聞けた。 ・患者さんより最近体調が悪くなり、がんの転移はないと主治医より言われたが、今になって不安になるなどお話があった。不安な気持ちを吐き出せる場所として、ピア・サポーター含め傾聴した。 ・みなさんの共通話題としてお花について盛り上がった。 ・ ・今回の参加者も前回に引き続きの参加となったが、月１回のゆんたくできるこのような機会を継続して提供していきたい。また、参加者を増やして盛り上がっていけたらいいなと思う。そのためには案内に力を入れたい。 15：30 に次回の案内し閉会となる。 ＊参加者（患者様２名・ピアサポーター2 名、中部病院相談員１名・八重山病院相談員１名・北部地区医師会２名、事務補佐員１名）



第３回　　オンラインサロン報告書

名　称	第3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５年　６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（講師・ピアサポーター）
派遣者	がんピアサポーター　３名
引率者	沖縄県地域統括相談支援センター　事務補佐員　１名
主　催	琉球大学病院　がんセンター内　沖縄県地域統括相談支援センター
当日の様子	・14：30 より第３回オンラインゆんたく会を開催。 ・1 人ひとり自己紹介を終え、オンラインゆんたく会でのお約束事を読み上げ共通認識を図る。 ・フリートークでは治療の上で不安なことや、心配事を共有した。不安な気持ちを吐き出すとともに、不安な気持ちを軽減する趣味はないかなど、少しでも軽減するような方法を一緒にお話をする。 ・がんを告知された時は心配はなかったが、入院中は不安だった経験や、今は体力が持たなくて精神的につらいともお話をしていただいた。 ・ピアサポーターからも不安な気持ちが分かると寄り添いもあり、参加者も安堵するような場面もあった。 ・オンラインで自宅から参加でき、離れていてもインターネット上で会うことができてZoom はいいなと感じる。みなさんに病気のことも話できて良かったとお話をいただけた。 15：30 に次回の案内し閉会となる。 ＊参加者（患者様２名・ピアサポーター3 名、那覇市立病院相談員１名・八重山病院相談員２名・宮古病院１名、事務補佐員１名）



令和５年度 沖縄県委託事業

がん ピア・サポーター フォローアップ研修会

開催報告

実施日：令和５年６月 18 日（日）

主催　沖縄県地域統括相談支援センター

【イベントの名称】

がん　ピア・サポーター　フォローアップ研修会

【目的】

がん ピア・サポーター（がんに罹患した経験を持つ相談員）の資質向上を図るため、効果的なピアサポートの活用法を学び、今後のピアサポートの活動へ役立てられるよう、基礎知識の再確認及びコミュニケーション技術の復習を目的に開催する。

【概要】

１．日時　　令和 5 年 6 月 18 日（日）

２．場所　　沖縄県医師会館　3 階ホール

３．対象　　ピアサポーター養成講座修了生もしくはピアサポート活動者

４．主催　　沖縄県地域統括相談支援センター（令和 5 年度 沖縄県委託事業）

５．プログラム

講義動画・講義動画　確認テスト提供（研修会前に動画を視聴し研修会へ参加）
一般財団法人日本サイコオンコロジー学会　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

＜研修会＞　10：30～16：00

ストレスマネジメントについて
国立がん研究センター　東病院　精神腫瘍科長
先端医療開発センター精神腫瘍学　開発分野長　小川　朝生　先生
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

ロールプレイ（5 グループ編成）

＜交流会＞　16：00～17：00

柔軟体操　ヨガ講師　知念　真由美　様
サックス演奏　相談員　西村　克敏
フリートーク

第9回　がん　ピア・サポーターフォローアップ研修会

開始時間	終了時間	所要時間	項目	担当者	備考
10:00	10:30	30分	受付開始		
10:30			開会		
10:30	10:33	3分	開会のあいさつ	増田　昌人	
10:33	10:40	7分	講師およびスタッフ紹介	講師・相談員・スタッフ	
10:40	10:50	10分	受講生自己紹介	受講生各自	
10:50	11:10	20分	ストレスマネジメントについて	小川　朝生先生	
11:10	11:55	45分	自分の体験を語る	野田　真由美さん	受講生参加型
11:55	12:30	35分	お昼休憩		各自 ＊弁当持参をおすすめ
12:30	12:50	20分	オリエンテーション（ロールプレイ）	野田　真由美さん	
12:50	13:10	20分	ロールプレイ第1セッション		各グループにてロールプレイ （患者役・相談員役・観察者役） 患者役をやる時のみ 相談内容（シナリオ）当日配布 ＊シナリオ読み込む時間有り
13:10	13:30	20分	ロールプレイ第2セッション		
13:30	13:50	20分	ロールプレイ第3セッション		
13:50	14:00	10分	休憩		
14:00	14:20	20分	ロールプレイ第4セッション		
14:20	14:40	20分	ロールプレイ第5セッション		
14:40	15:00	20分	ロールプレイ第6セッション		
15:00	15:10	10分	グループ振り返り	各グループ	
15:10	15:30	20分	全体振り返りロールプレイの講評	野田　真由美さん	
15:30	15:35	5分	質疑応答	講師・相談員	
15:35	15:40	5分	アンケート記入	受講生各自	紙面記入
15:40	15:50	10分	受講修了書	増田　昌人	1人ひとり授与
15:50	15:55	5分	閉会のあいさつ	増田　昌人	
15:55	16:00	5分	記念撮影	全員	
16:00			閉会		第1部　研修会　終了
16:00	16:05	5分	開会の挨拶	仲田　ひろ子	〇知念さん柔軟体操 〇西村さんサックス演奏 〇近況報告
16:05	16:55	50分	フリートーク		
16:55	17:00	5分	閉会のあいさつ	中山　富美	
17:00			閉会		第2部　交流会　終了

講師・アドバイザー・ファシリテ－ター・事務局　一覧

名前	所属	担当
小川　朝生先生	国立研究開発法人　国立がん研究センター 東病院　精神腫瘍科 先端医療開発センタ－　精神腫瘍学開発分野　科長・分野長	講師 アドバイザー
野田　真由美さん	NPO法人　支えあう会「α」　副理事長	アドバイザー
上原　弘美さん	友愛医療センタ－　地域医療部　がん相談看護師	ファシリテ－ター
仲田　ひろ子	沖縄県地域統括相談支援センタ－　相談員	ファシリテ－ター
中山　富美	沖縄県地域統括相談支援センタ－　相談員	ファシリテ－ター
西村　克敏	沖縄県地域統括相談支援センタ－　相談員	ファシリテ－ター
上地　久美子	沖縄県地域統括相談支援センタ－　相談員	ファシリテ－ター
増田　昌人	琉球大学病院がんセンター長 （沖縄県地域統括相談支援センタ－　兼任）	責任者
喜瀬　杏妃	琉球大学病院がんセンター （沖縄県地域統括相談支援センタ－　事務）	補佐
伊佐　奈々	琉球大学病院がんセンター	補佐
伊佐　順子	琉球大学病院がんセンター	補佐
友利　晃子	琉球大学病院がんセンター	補佐
比嘉　優花	琉球大学病院がんセンター	補佐

受講生名簿

	氏名	立場	がんの部位	備考
1	女性	本人	乳	R4年度フォローアップ研修会修了生
2	女性	相談員	-	八重山病院　がん相談看護師
3	女性	本人	乳　腎臓	R元年度養成講座修了生
4	女性	本人	乳	R4年度ピンクリボンアドバイザー取得
5	女性	本人	乳　甲状腺	R4年度フォローアップ研修会修了生
6	女性	本人	乳	R4年度養成講座修了生
7	女性	遺族	胃	H25年度フォローアップ研修会修了生
8	女性	家族	小児白血病	R4年度養成講座修了生
9	女性	遺族	肺	R4年度養成講座修了生
10	女性	本人	乳	R4年度フォローアップ研修会修了生
11	女性	本人	乳	R4年度フォローアップ研修会修了生
12	女性	本人	子宮体	H28年度養成講座修了生
13	女性	本人	乳	R4年度フォローアップ研修会修了生

【申し込み者数：15 名　/　当日参加：11 名】
【振り返り】
・当日は、搬入会場設営に 1 時間しっかり取り受付も問題なく開会。
・1 日通して時間にずれもなく、スムーズにプログラムが進み良かったのではないか。
・自分の体験を語るでは、積極的に発表しコンパクトに自分の経験を語ることを学べた。1 人 1 回は発表できたのは良かった。
・ロールプレイでは、受講生の状況を見てセッションをどこまでやるか決めることになっていたが、プログラム通り 6 セッションまで行えた。
・全体で 2 回ロールプレイをすることで、1 回目は思うように上手くできなかったところが 2 回目には 1 回目の学びを活かすことができているように感じた。
・各グループで慣れもでてきて、会場が一体となっていた様子が伺えた。
・
【反省点】
・お昼休憩が 35 分とタイトなスケジュールとなった点。受講生及び講師にとって十分に休憩する時間が取れなかった。
・ロールプレイのはじめに、自己紹介の時間が上手く組み込めなかったこと。ロールプレイを始める際に段取りをもう一度確認が必要。
・今何をするべきかアナウンスがあまり聞こえず、ファシリテーターが段取りに慣れるまでに時間がかかった。
・ロールプレイ中に自分の話が長くなってしまう受講生に対して、研修会ですとまとめることができない場面もあった。

【今後の課題】
・休憩時間は最低でも 45 分は必要。
（ロールプレイ打合せも午後開始時間の 5 分前には終了するように予定を組む）
・ロールプレイ時には、今やるべきことのスライドを作成し、スクリーン画面にて分かりやすく表示する。
・プログラムに傾聴の大切さを学ぶ講義をロールプレイ前に組み込むのはどうか。
・多くの養成講座修了生に参加していただくために周知とご案内を早めに行いたい。
・受付が 10 時からだと時間が短くなってしまうので、交流会を別日にしてはどうかとの声もあった。会場とプログラム作成をもう一度考えておく必要がある。



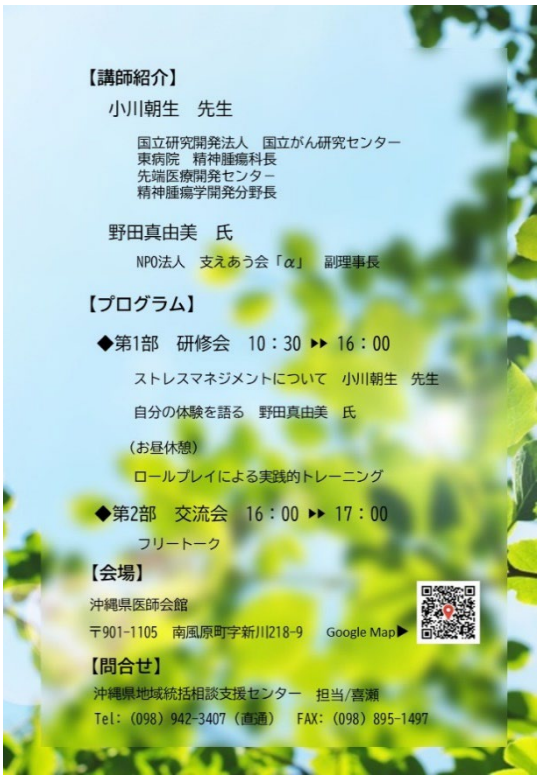
▲研修会の様子





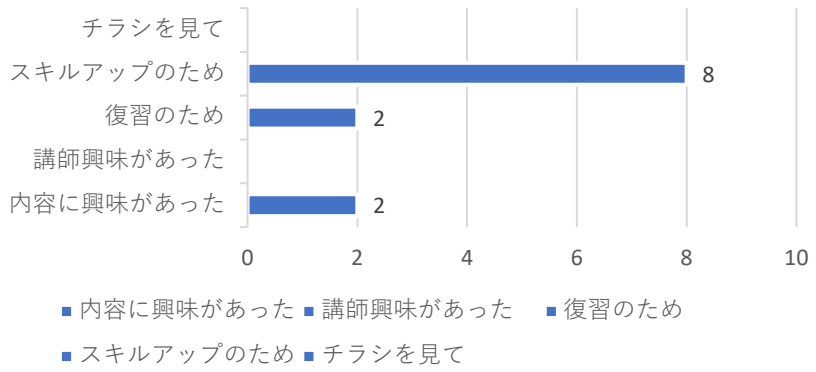
▲交流会の様子


令和5年度　沖縄県委託事業
第9回
がん ピア・サポーター
フォローアップ研修会
2023
6.18（日）
10：30 ▸▸ 17：00
@沖縄県医師会館　3Fホール
参加費無料　※事前申し込み
対象：がん ピア・サポーター養成講座　修了生
◆当センターが認めるものには旅費助成あり
※新型コロナウイルス感染症の感染状況によってはオンラインへ切替となります
申込締切：2023/5/31
新型コロナウイルス　感染拡大防止対策
◆会場でのお食事は禁止されております。近隣の食堂をご利用ください。
◆発熱（37.5℃以上）の症状のある方、風邪症状のある方はご遠慮ください。
◆入室前の検温にご協力ください。
◆当日は、マスク着用での参加をお願いします。
お申し込みはQRコードまたはお電話・FAXにて
沖縄県地域統括相談支援センター
〒903-0215　沖縄県中頭郡西原町字上原207番地
TEL:（098）942-3407
FAX:（098）895-1497

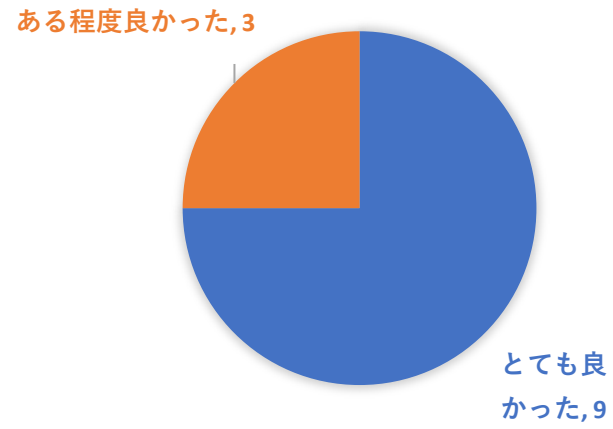

【講師紹介】
小川朝生　先生
国立研究開発法人　国立がん研究センター
東病院　精神腫瘍科長
先端医療開発センター
精神腫瘍学開発分野長
野田真由美　氏
NPO法人　支えあう会「α」　副理事長
【プログラム】
◆第1部　研修会　10：30 ▸▸ 16：00
ストレスマネジメントについて　小川朝生　先生
自分の体験を語る　野田真由美　氏
（お昼休憩）
ロールプレイによる実践的トレーニング
◆第2部　交流会　16：00 ▸▸ 17：00
フリートーク
【会場】
沖縄県医師会館
〒901-1105　南風原町字新川218-9　Google Map▶
【問合せ】
沖縄県地域統括相談支援センター　担当/喜瀬
Tel:（098）942-3407（直通）　FAX:（098）895-1497

令和5年度　がん　ピア・サポーターフォローアップ研修会　アンケート集計

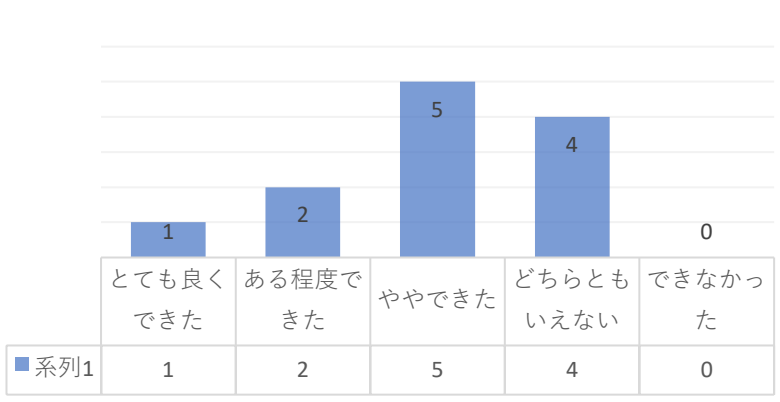
Q1.研修会に参加しようと思ったきっかけは何ですか？



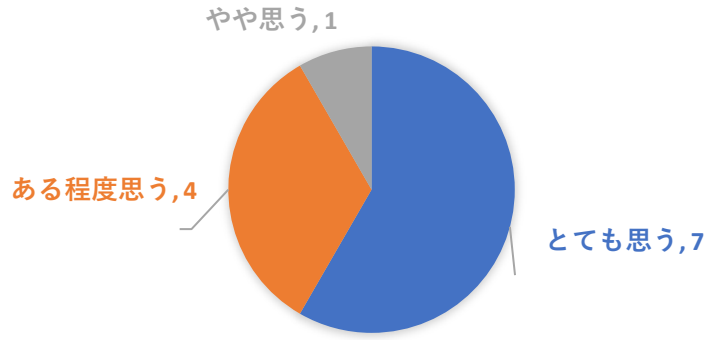
Q2.研修の内容はどうでしたか？



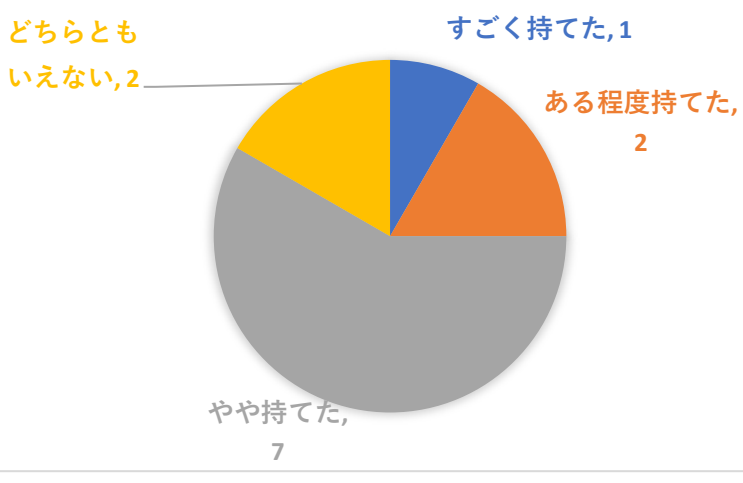
Q3.模擬相談演習（ロールプレイ）はどうでしたか？



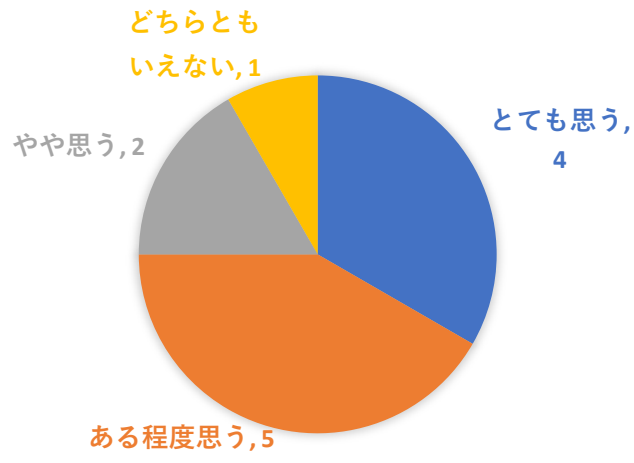
Q4.今回の研修はご自分のスキルアップになったと思いますか？



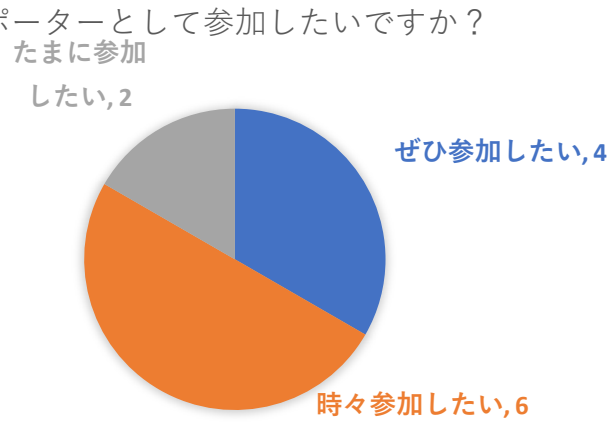
Q5.今回の研修でピア・サポート活動に自信が持てましたか？



Q6.今後もピア・サポーターとして活動したいと思いますか？



Q7.今後、沖縄県地域統括相談支援センターが主催する「がんサロン」等で、ピア・サポーターとして参加したいですか？



Q８.今後の研修会等で何を学びたいですか？

今回のようなロールプレイ研修をしたい。
様々な事例を、3者（利用者・サポーター・観察者）を行うことで気づきが多かった。
ピア・サポーターとして資質向上に繋がる内容。
ロールプレイをしたい。実際に相談内容の多い内容を取り入れて欲しい。
今日もありましたが、ストレスマネジメントは毎回でもやりたい。
苦手ですが…ロールプレイで数をこなしてスキルアップにつなげたい。学べる機会を増やしたいので。
コミュニケ－ションのとり方。傾聴の仕方など。
具体的なロールプレイの方法を教えていただきたい。
ロールプレイに正解はないというが、それでもロールプレイの見本となるものが欲しいです。
がん患者の不安がみえた。「がんサロン」があちこちで再開されることを希望します。
（コロナ過で「がん患者」であった主人の行き場がないとみて気の毒であったから。）

Q９.ご意見、ご感想をお願いします。

小児の事例、家族・兄弟・子の事例をもっと知りたい。
先生方の講話の時間が短かったので、もっと長時間聞きたい。
久しぶりの研修でした。ピア・サポートで忘れかけていたことを勉強出来たと思います。
ロールプレイで役割分担しながら反省や学びを深められたのは良かった。初心に戻れました。
対面での研修は楽しく学ぶことができました。ありがとうございました。
とても私の中で大きな学びになったのは、相談者の心配ごとからさらにどうなるのが不安なのか、
引き出すことが大切だという気づきです。その奥の不安を引き出せる人になりたいです。
ロールプレイの中の野田さんのアドバイスがとても的確で今後の参考になることが多くありました。
（ステージ上での自分体験を語るは、できたらテーブルでお願いしたいです。）
初めての参加。予習せずに臨みましたが、研修の内容、ロールプレイ等、大変勉強になりました。
今後の活動に役立てていきたいと思います。ありがとうございました。
ロールプレイは本当に難しいです。
頭の中で話をしたいことと実際に話してみると、何か違うことを喋っているのではないかな？って
心配になると言葉がつまるのでとても難しいです。
大変勉強になった。1人ひとりの貴重な体験談をお聞きしたいと思います。
「がんサロン」で元気な患者をピックアップして他のサロンに時々移動可能かを聞くのもありかな？
実際にロールプレイセッションしてみて、立場の違いに応じた対応する難しさがありました。
たくさんの意見を聞くことで、考え方の幅が広がりました。

資料１６-(１)

第88回がん対策推進協議会　議事次第

日　時：令和5年4月 28 日（金）16:00～18:00
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について
- ロジックモデルについて

（2）個別事項について
- 患者・市民参画について
- 患者体験調査について
- 診断・治療が特に困難ながんについて

（3）その他
- がん研究 10 か年戦略の見直しについて

【資　料】

資料1	第4期がん対策推進基本計画について
資料2	第4期がん対策推進基本計画（令和5年3月閣議決定）
資料3	第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル暫定版 （国立がん研究センターがん対策研究所・「がん対策推進基本計画におけるロジックモデルの構築・改善に関する研究」班提供資料）
資料4	第4期がん対策推進基本計画指標一覧暫定版 （国立がん研究センターがん対策研究所・「がん対策推進基本計画におけるロジックモデルの構築・改善に関する研究」班提供資料）
資料5	ロジックモデル・指標に対する委員事前提出意見一覧
資料6	第4期基本計画ロジックモデルの目標と評価の考え方（案） （国立がん研究センター　祖父江参考人提出資料）
資料7	患者・市民参画について
資料8	患者体験調査について（国立がん研究センター　東参考人提出資料）
資料9	診断・治療が特に困難ながんについて
資料 10	がん研究 10 か年戦略の見直しについて
資料 11	令和5年度がん対策予算額の概要
参考資料1	がん対策推進協議会委員名簿
参考資料2	がん対策基本法
参考資料3	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4	「経済財政運営と改革の基本方針 2022」より抜粋

第88回がん対策推進協議会	資料１
令和５年４月28日	

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

第４期がん対策推進基本計画について

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（令和５年３月28日閣議決定）概要

第１．全体目標と分野別目標　／　第２．分野別施策と個別目標

全体目標：「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」

「がん予防」分野の分野別目標
がんを知り、がんを予防すること、がん検診による早期発見・早期治療を促すことで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す

「がん医療」分野の分野別目標
適切な医療を受けられる体制を充実させることで、がん生存率の向上・がん死亡率の減少・全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

「がんとの共生」分野の分野別目標
がんになっても安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

１．がん予防
（１）がんの１次予防
①生活習慣について
②感染症対策について
（２）がんの２次予防（がん検診）
①受診率向上対策について
②がん検診の精度管理等について
③科学的根拠に基づくがん検診の実施について

２．がん医療
（１）がん医療提供体制等
①医療提供体制の均てん化・集約化について
②がんゲノム医療について
③手術療法・放射線療法・薬物療法について
④チーム医療の推進について
⑤がんのリハビリテーションについて
⑥支持療法の推進について
⑦がんと診断された時からの緩和ケアの推進について
⑧妊孕性温存療法について
（２）希少がん及び難治性がん対策
（３）小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策
（４）高齢者のがん対策
（５）新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装

３．がんとの共生
（１）相談支援及び情報提供
①相談支援について
②情報提供について
（２）社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援
（３）がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）
①就労支援について
②アピアランスケアについて
③がん診断後の自殺対策について
④その他の社会的な問題について
（４）ライフステージに応じた療養環境への支援
①小児・ＡＹＡ世代について
②高齢者について

４．これらを支える基盤
（１）全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進
（２）人材育成の強化
（３）がん教育及びがんに関する知識の普及啓発
（４）がん登録の利活用の推進
（５）患者・市民参画の推進
（６）デジタル化の推進

第３．がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

１．関係者等の連携協力の更なる強化
２．感染症発生・まん延時や災害時等を見据えた対策
３．都道府県による計画の策定
４．国民の努力
５．必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化
６．目標の達成状況の把握
７．基本計画の見直し

がん対策推進基本計画の見直しのポイント

- がん予防
  - 「**がん検診受診率**」の目標について、いずれのがん種においても増加傾向であり、一部のがん種で目標値を達成できたことから、さらなる受診率向上を目指し**５０%から６０%に引き上げ**
- がん医療
  - 「**緩和ケア**」について、すべての医療従事者が診断時から治療と併せて取り組むべきとの趣旨から、がん医療分野の中に記載
  - ドラッグラグ等の課題に対し、新たな診断技術・治療法へのアクセスを確保する観点から、新たな技術の「**速やかな医療実装**」に関する項目を新規に追加し、国際共同治験への参加を含め、治験の実施を促進する方策の検討などの取組を推進
- がんとの共生
  - 治療を継続しながら社会生活を送るがん患者が増加する中で、治療に伴う外見変化に対するサポートが重要であることを踏まえ、「**アピアランスケア**（※）」を独立した項目として記載し、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等を推進

※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

- これらを支える基盤
  - 国民本位のがん対策を推進する観点から「**患者・市民参画**の推進」を、医療・福祉・保健サービスの効率的・効果的な提供や、患者やその家族等のサービスへのアクセシビリティ向上の観点から「**デジタル化**の推進」を、新規追加
  - 「**全ゲノム解析等実行計画2022**」の着実な推進を記載

第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月閣議決定）分野別施策の概要

１．がん予防

（１）一次予防

【現状・課題】

- 喫煙、飲酒、身体活動、食生活等の生活習慣について更なる改善が必要である。
- ウイルス（ヒトパピローマウイルス（HPV)、肝炎ウイルス、ヒトT細胞白血病ウイルス１型（HTLV－１））や細菌感染（ヘリコバクター・ピロリ）は発がんに大きく寄与する因子であり、感染症対策が引き続き重要である。
- 子宮頸がんの年齢調整罹患率は増加傾向にあり、HPVへの感染対策が必要である。

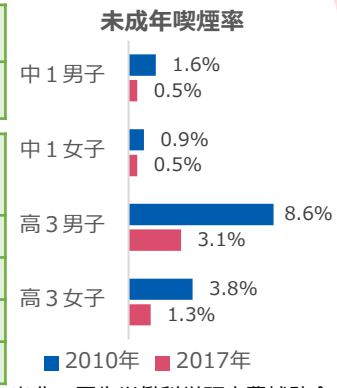
【取り組むべき施策】

- 「次期国民健康運動づくり運動プラン」に沿った取組の推進
- 拠点病院等から地域へのがん予防に関する普及啓発
- ＨＰＶワクチンに係る正しい理解の促進と接種勧奨及びキャッチアップ接種の実施と適切な情報提供、科学的根拠に基づく子宮頸がん対策の推進

ハイリスク飲酒者の割合（2019年度）	男性	14.9%
	女性	9.1%

望まない受動喫煙の機会を有する者の割合　2019年 (2008年)	
行政機関	4.1% (16.9%)
医療機関	2.9% (13.3%)
家庭	6.9% (13.9%)
飲食店	29.6% (62.3%)

出典：国民健康栄養調査



出典：厚生労働科学研究費補助金による研究班の調査

（２）二次予防（がん検診）

【現状・課題】

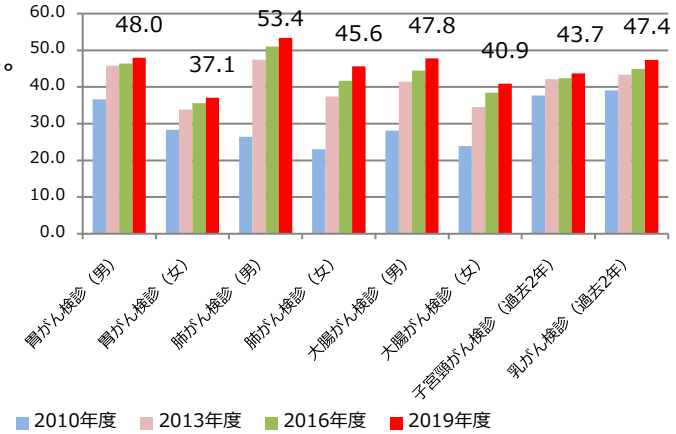
- がん検診の受診率は増加傾向だが、男性の肺がん検診を除いて50%に達していない。また、新型コロナウイルス感染症の影響により受診者が１～２割程度減少したとの報告もある。
- がん検診受診者のうち30～70%程度が受診している職域におけるがん検診は、任意で実施されており、実態を継続的に把握する仕組みがない。
- 精密検査受診率は都道府県及びがん種による差が大きく、改善が必要である。
- 十分な検証なしに指針に基づかないがん検診を実施している市町村（特別区含む）は約80%と高い状況が続いている。
- より正確、低侵襲、簡便、安価な方法が提案されているが、対策型検診への導入までのプロセスが不透明かつ煩雑であることが指摘されている。

【取り組むべき施策】

- より正確かつ精緻に個人単位で受診率を把握する仕組みの検討
- 科学的かつ効果的な受診勧奨策の推進　●全ての国民が受診しやすい環境の整備
- がん検診の意義及び必要性の普及啓発
- 職域におけるがん検診の実施状況の把握、がん検診全体の制度設計について検討
- 精密検査受診率の低い市町村の実態把握、都道府県による指導・助言等の取組推進
- 指針に基づかないがん検診の効果検証の方法、関係学会や企業等とのマッチングを促進する仕組みの検討、組織型検診（※）の構築　**220**

（※）「組織型検診」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検診

がん検診受診率の推移（第４期の目標値：60%）



出典：国民生活基礎調査

精密検査受診率（2019年度）（第４期の目標値：90%）	
胃がん	84.1%
肺がん	83.0%
大腸がん	69.8%
子宮頸がん	74.6%
乳がん	89.2%

出典：地域保健健康増進事業報告

第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月閣議決定）分野別施策の概要
２．がん医療

（１）がん医療提供体制等

【現状・課題】
- 拠点病院等を中心に、放射線療法などの各治療法の提供体制の整備、チーム医療、支持療法、緩和ケア、がんのリハビリテーション等の取組を推進し、がん医療の質の向上と均てん化を進めてきた。また、がんゲノム医療中核拠点病院等を中心としたがんゲノム医療の提供体制を整備してきた。
- がん医療の高度化や人口減少等を踏まえ、拠点病院等の役割分担と連携が求められている。

【取り組むべき施策】
- 均てん化に加え、拠点病院等の役割分担と連携による地域の実情に応じた集約化を推進
- 感染症発生・まん延時や災害時等においても必要ながん医療が提供できる連携体制の整備
- がんゲノム医療の一層の推進に向けた科学的根拠の収集と、より適切なタイミングでのがん遺伝子パネル検査の実施に向けた検討
- 科学的根拠に基づく支持療法、効果的・継続的ながんのリハビリテーションの推進
- 緩和ケアが、診断時から全ての医療従事者により提供される体制整備や普及啓発の強化
- がん・生殖医療に係る人材育成と研究促進事業を通じた妊孕性温存に関するエビデンス創出

（２）希少がん・難治性がん対策

【現状・課題】
- 希少がん中央機関を設置し、診断支援や専門施設の整備等を進めてきた。
- 希少がん及び難治性がんの薬剤アクセスの改善が課題である。

【取り組むべき施策】
- 高度かつ専門的な医療へのアクセス向上のための拠点病院等の役割分担と連携体制の整備の推進
- 薬剤アクセス改善に向けた研究開発や治験の推進等

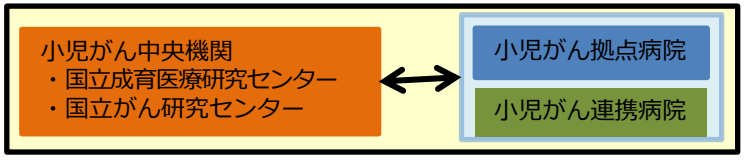


（３）小児がん・ＡＹＡ世代*のがん対策

＊AYA世代：Adolescent and Young Adult: 主に15～39歳の世代を指す

【現状・課題】
- 全国15か所の小児がん拠点病院と２か所の小児がん中央機関を中心とした、診療の一部集約化と連携体制の構築を進めてきた。
- 小児がんの薬剤アクセスの改善が課題である。

【取り組むべき施策】
- 地域の実情に応じた拠点病院等の役割分担と連携体制の整備
- 薬剤アクセス改善に向けた研究開発や治験の推進等



（４）高齢者のがん対策

【現状・課題】
- 高齢化に伴い、高齢のがん患者が増加している。
- 拠点病院等における意思決定支援や、地域の医療機関や介護事業所等との連携に取り組んでいる。

【取り組むべき施策】
- 地域の関係機関等との連携による、個々の状況に応じた、適切ながん医療の提供体制の整備
- 高齢のがん患者に対する医療の実態把握
- 意思決定支援の取組推進

（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】
- がん研究による成果の速やかな医療実装が必要である。
- 国内で未承認の医薬品の増加や医薬品の安定供給等が課題である。

【取り組むべき施策】
- 拠点病院等における臨床研究等の推進と適切な医療機関への紹介
- 治療薬等へのアクセス改善に向けた研究開発や治験の推進、実用化に向けた対応策の検討等

第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月閣議決定）分野別施策の概要
３．がんとの共生

（１）相談支援及び情報提供

【現状・課題】
- 多様なニーズに対応するため、がん相談支援センターの機能や対応範囲を検討し、地域の実情に応じた集約化や役割分担を行うことが必要である。
- 全ての患者や家族等、医療従事者等が、正しい情報にアクセスできる環境の整備が重要である。

【取り組むべき施策】
- 多様化・複雑化する相談支援のニーズに対応できる質の高い相談支援体制の整備、オンラインの活用等による持続可能な相談支援体制の整備
- 拠点病院等と民間団体やピア・サポーター等との連携、ICTや患者団体、社会的人材リソース等を活用した相談支援の充実
- 要配慮者を含む患者や家族等のニーズや課題等の把握、「情報の均てん化」に向けた情報提供の在り方の検討

（２）社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援

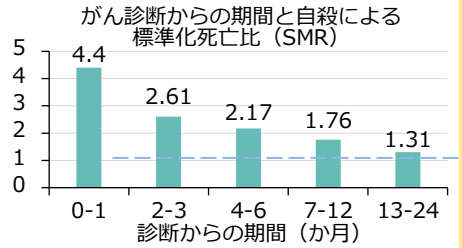
【現状・課題】
- 拠点病院等と地域の医療機関が連携して、相談支援、緩和ケア、セカンドオピニオン等を推進し、患者や家族等を支援することが必要である。

【取り組むべき施策】
- 都道府県がん診療連携協議会において、セカンドオピニオンや、緩和ケア及び在宅医療等に関する情報提供の在り方等の検討
- 地域包括ケアシステムの仕組みも踏まえ、拠点病院等を中心とした施設間の連携・調整を担う者の育成

（３）がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）

【現状・課題】
- 働く世代のがん患者の離職防止や再就職への就労支援の充実が必要である。
- 治療に伴う外見変化に対する医療現場のサポートの重要性が認識されている。
- 医療従事者等による自殺リスクの高い患者への適切な支援が必要である。
- その他の社会的な問題として経済的課題など様々ながん医療への障壁が指摘されている。

【取り組むべき施策】
- 現在の両立支援制度の効果及び課題の明確化、それを踏まえた施策の強化や医療機関等と産業保健との連携、普及啓発等に係る検討
- 様々な就労形態のがん患者の就労・離職の実態把握、それを踏まえた就労支援の提供体制の検討
- 拠点病院等を中心としたアピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制の構築
- がん患者の診断後の自殺リスクや経済的課題等の把握、課題解決に向けた施策の検討



出典：Kurisu K, Fujimori M et al., Cancer Med 2022

（４）ライフステージに応じた療養環境への支援

【現状・課題】
- 成人でがんを発症した患者とニーズや課題が異なる小児・ＡＹＡ世代のがん患者・経験者に対し、切れ目ない支援が必要である。
- 小児・ＡＹＡ世代のがん患者の在宅での療養環境の整備が必要である。
- 高齢のがん患者に対し、身体的状況や社会的背景に合わせた配慮や、家族等に対する早期の情報提供・相談支援体制等が必要である。

【取り組むべき施策】
- 療養中の教育支援体制の整備、遠隔教育の実態把握
- 長期フォローアップや晩期合併症等の支援体制等の構築、小児・ＡＹＡ世代の療養環境の実態把握と体制整備に向けた関係省庁を連携した検討
- 高齢のがん患者の課題の把握、地域における療養の在り方や再発・二次がん・併存疾患のフォローアップ体制の構築、意思決定支援等の取組の検討

第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月閣議決定）分野別施策の概要
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

【現状・課題】
- がん患者・経験者の参画を一層推進し、患者・経験者目線で必要とされている領域や臨床現場でニーズの高い領域の研究を推進していくことが必要である。
- がん医療の人材育成や研究基盤の整備を加速させていくことが必要である。

【取り組むべき施策】
- 「がん研究10か年戦略」の見直し、関係省庁が協力した多様な分野を融合させた先端的な研究の推進
- 「全ゲノム解析等実行計画2022」の着実な推進、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・創薬への利活用等の推進
- 各分野の政策課題の解決に資する研究や評価指標にかかる研究の推進

（２）人材育成の強化

【現状・課題】
- がん医療に関する基本的な知識や技能を有し、がん医療を支えることのできる医療従事者を養成していくことが必要である。
- 急速に高度化するがん医療において、ビッグデータ解析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である。

【取り組むべき施策】
- 高齢化や人口減少等の背景を踏まえた、専門的な人材育成の在り方や人材の効率的な活用等の検討
- がん医療の高度化に対応できる専門的な人材の育成・配置

（３）がん教育及びがんに関する知識の普及啓発

【現状・課題】
- 外部講師を活用し、こ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。
- 科学的根拠に乏しい情報が多く存在し、必要な情報への適切なアクセスが難しいなどの課題がある。



【取り組むべき施策】
- 学習指導要領に基づくがん教育の推進、各地域の取組の成果の普及
- 外部講師を活用したがん教育に向けた必要な支援の実施
- より効果的な手法による、国民に対するがんに関する正しい知識の普及啓発
- 事業主等による雇用者等への正しい知識の啓発の取組推進

（４）がん登録の利活用の推進

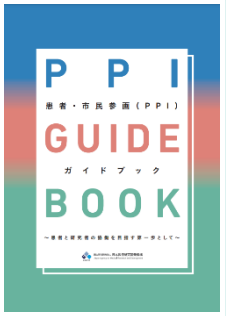
【現状・課題】
- 全国がん登録の届出件数が増加し、登録内容が充実してきている。
- がん登録情報の効果的な利活用について、現行制度の見直し等に向けた議論を行っている。

【取り組むべき施策】
- 質の高い情報収集に資する精度管理の継続
- 法規定の整備を含め現行制度の見直しに向けた検討
- 医療のデジタル化などの取組とも連携した、より有用な分析が可能な方策の検討

（５）患者・市民参画の推進

【現状・課題】
- 国民本位のがん対策の推進のため、多様な患者・市民が参画できる仕組みの整備や患者・市民参画に係る啓発・育成が必要である。

【取り組むべき施策】
- 諸外国の事例も踏まえた、患者・市民参画の更なる推進のための仕組みの検討
- 参画する患者・市民の啓発・育成、医療従事者や関係学会に対する啓発等の実施



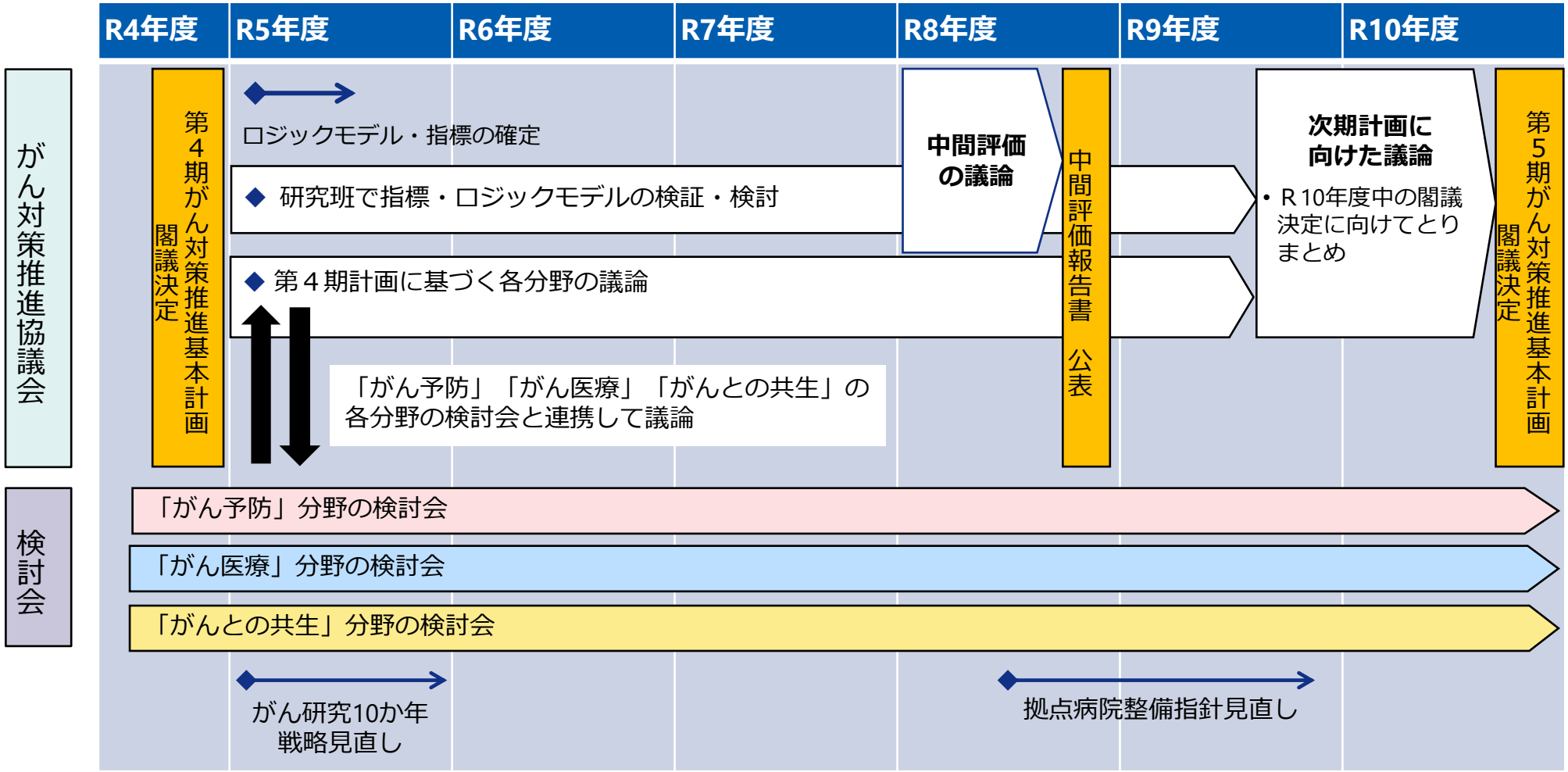
出典：国立研究開発法人日本医療研究開発機構

（６）デジタル化の推進

【現状・課題】
- 患者や家族等のアクセス向上と効果的かつ効率的な取組に向け、がん対策のデジタル化を推進する必要がある。

【取り組むべき施策】
- 「がん予防」「がん医療」「がんとの共生」の各分野における、ICTやAIを含むデジタル技術の活用や医療のデータ化・利活用の推進
- eコンセントの活用等の治験のオンライン化等

第４期がん対策推進基本計画のスケジュール（案）



第４期計画において検討が必要とされた個別施策（例）
- ○がん登録推進法等の規定の整備を含めたがん登録に関する施策の見直し
- ○がん研究10か年戦略の見直し
- ○がん診療連携拠点病院等の整備指針の見直し

第 88 回がん対策推進協議会	資料２
令和５年４月 28 日	

がん対策推進基本計画

令和５年３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 4

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 13

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 17

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 20

⑥　支持療法の推進について 21

⑦　がんと診断された時からの緩和ケアの推進について 23

⑧　妊孕性温存療法について 27

（２）　希少がん及び難治性がん対策 29
（３）　小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策 31
（４）　高齢者のがん対策 33
（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 34
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 36
（１）　相談支援及び情報提供 36
①　相談支援について 36
②　情報提供について 38
（２）　社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援 40
（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） 42
①　就労支援について 42
②　アピアランスケアについて 44
③　がん診断後の自殺対策について 45
④　その他の社会的な問題について 46
（４）　ライフステージに応じた療養環境への支援 48
①　小児・ＡＹＡ世代について 48
②　高齢者について 49
４．　これらを支える基盤の整備 51
（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 51
（２）　人材育成の強化 53
（３）　がん教育及びがんに関する知識の普及啓発 55
（４）　がん登録の利活用の推進 57
（５）　患者・市民参画の推進 59
（６）　デジタル化の推進 60
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 61
１．　関係者等の連携協力の更なる強化 61

２．　感染症発生・まん延時や災害時等を見据えた対策 61
３．　都道府県による計画の策定 61
４．　国民の努力 62
５．　必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化 63
６．　目標の達成状況の把握 63
７．　基本計画の見直し 63

はじめに

我が国において、がんは、昭和 56（1981）年より死因の第１位であり、令和３（2021）年には、年間約 38 万人と約３人に１人ががんで亡くなっているほか、生涯のうちに約２人に１人が罹患すると推計されているなど、依然として、国民の生命と健康にとって重大な問題である。

我が国は、これまで、昭和 59（1984）年に策定された「対がん 10 カ年総合戦略」等に基づき、がん対策に取り組んできた。平成 18（2006）年６月には、がん対策の一層の充実を図るため、がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号。以下「法」という。）が成立し、平成 19（2007）年６月には、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）が策定された。

第１期基本計画では、がん診療連携拠点病院の整備、緩和ケア提供体制の強化及び地域がん登録の充実が図られた。平成 24（2012）年に策定された第２期基本計画では、小児がん、がん教育及びがん患者の就労を含めた社会的な問題等への取組が盛り込まれた。また、平成 27（2015）年 12 月には、取組が遅れている分野の強化を図るため、「がん対策加速化プラン」が策定された。平成 30（2018）年に策定された第３期基本計画では、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」ことを目標とし、「がん予防」、「がん医療の充実」及び「がんとの共生」の３本の柱に沿った総合的ながん対策が推進されたほか、新たな課題として、ＡＹＡ（Adolescent and Young Adult）世代（思春期世代と若年成人世代）のがん、高齢者のがんといったライフステージに応じたがん対策やがんゲノム医療の推進等が盛り込まれた。

令和４（2022）年６月に取りまとめられた第３期基本計画の中間評価報告書においては、がん医療の均てん化のため、がん診療連携拠点病院等（以下「拠点病院等」という。）を中心とした医療提供体制の整備が進められてきた一方で、地域間及び医療機関間で進捗状況に差があることや、あらゆる分野で、情報提供及び普及啓発の更なる推進が必要であることが指摘された。また、少子高齢化・人口減少という今後の人口動態の変化の中で、質の高いがん対策を持続可能なものとするためには、役割分担や連携の強化、人材の適正配置など、地域資源の有効活用等に取り組むことが重要となる。同時に、今般の新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、感染症発生・まん延時や災害時における対応を検討するとともに、ＩＣＴの活用やデジタル化など、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、「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」を全体目標とした上で、３本の柱という第３期基本計画の構成を維持して「がん予防」、「がん医療」及び「がんとの共生」の各分野における現状・課題、それらに対する取り組むべき施策を定める。また、施策の評価に当たっては、全体目標、分野別目標及び個別目標と各施策の関連性を明確にし、ＰＤＣＡサイクルの実効性を確保するため、ロジックモデルを活用する。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

本基本計画では、第３期基本計画の目標である「がんの克服」を引き続きの目標とした上で、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がん対策を推進すること、さらに、こうしたがん対策を全ての国民とともに進めていくことが重要であるという考えの下、「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」を全体目標とする。また、全体目標の下に、「がん予防」、「がん医療」及び「がんとの共生」の分野別目標を定め、これらの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、がん検診による早期発見・早期治療を促すことで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す～

がんを予防する方法を普及啓発するとともに、地方公共団体、関係学会等の連携による取組を推進し、科学的根拠を積極的に収集・分析した上で、その結果に基づいた施策を実施することにより、がんの罹患率を減少させる。全ての国民が受診しやすい検診体制を構築し、がんの早期発見・早期治療を促すことで、効率的かつ持続可能ながん対策を進め、がん死亡率の減少を実現する。

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
～がんになっても安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す～

がん患者やその家族等が住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境を整備する。国と地方公共団体、がん患者を含めた国民、医療従事者、医療保険者、事業主、関係学会、患者団体及び職能団体等の関係団体、マスメディア等（以下「関係者等」という。）は、医療・福祉・介護・産業保健・就労・教育支援分野等と連携し、効率的な医療・福祉・保健サービスの提供や、就労・教育支援等を行う仕組みを構築することで、社会的な課題を解決し、がん患者及びその家族等の「全人的な苦痛」の緩和を図る。これらにより、全てのがん患者が、いつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現し、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質を向上させる。

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、がん検診による早期発見・早期治療を促すことで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す～

（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（とりで）であり、避けられるがんを防ぐことは、がんの罹患率の減少につながる。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。

の改正による望まない受動喫煙防止対策を実施してきた。

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」

---

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費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、望まない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）年の「労働安全衛生調査（実態調査）」（（　）内は平成 23（2011）年の「平成 23 年職場における受動喫煙防止対策に係る調査」）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（64.0）%となっている（これらの調査を基に厚生労働省健康局において算出）。

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量を飲酒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、１回 30 分以上の運動を週２回以上実施し、１年以上継続している者をいう。

7 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、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。

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、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、女性では最も大きく寄与する因子となっている[8]。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（以下「ピロリ菌」という。）等がある。

子宮頸がんの年齢調整罹患率[9]は、平成 17（2005）年は、人口 10 万人あたり 10.3 であったものが、令和元（2019）年には 13.9 と増加傾向にある[10]。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者に対しては、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

8 「Ann Oncol. 2012; 23: 1362-9.」より引用。
9 「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。
10 平成 17（2005）年について：がん情報サービス「がん統計」（全国がん罹患モニタリング集計（ＭＣＩＪ））、令和元（2019）年について：がん情報サービス「がん統計」（全国がん登録）　いずれも令和５（2023）年３月１日時点

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。

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[11]。また、地方公共団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[12]。

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（2017）年度以降、いずれの年も９割を越えている[13]。

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、ピロリ菌の感染者の減少等の影響もあり、人口 10 万人あたり 40.1（昭和 50（1975）年）から 7.7（令和３（2021）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[14]となっており、引き続き対策が必要である。健康で無症状な集団に対する、ピロリ菌の除菌による胃がん発症の予防効果について十分な科学的根拠は示されていないもの

---

11 平成 29（2017）年（（　）内は平成 23（2011）年の数字）の「肝炎検査受検状況実態把握調査」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。

12 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％）

13 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）で公表している。

14 がん情報サービス「がん統計」（厚生労働省人口動態統計）　令和５（2023）年３月１日時点

の、ピロリ菌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[15]。

（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外の推移を把握し、必要に応じて子宮頸がん検診に係る「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（以下「指針」という。）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９価ＨＰＶワクチンの定期接種を開始し、定期接種及びキャッチアップ接種の対象者に対する、適切な情報提供に基づく正しい理解の促進に取り組む。

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、健康で無症状な集団に対する、ピロリ菌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、科学的根拠に基づき、除菌の必要性の有無及びその対象者について検討するとともに、運用上の課題について整理する。

【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。

15 「N Engl J Med. 2001; 345: 784-9.」より引用。

（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・再勧奨の推進や、子宮頸がん検診・乳がん検診の受診クーポン券の配布等に取り組んできた。個別受診勧奨・再勧奨の推進については、個別受診勧奨は約８割、再勧奨は約４～５割の市町村で実施されている[16]。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[17]。また、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[18]。

また、がん検診を受けた者のうち、30～70%程度[19]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

---

16 令和３（2021）年度の「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」によると、令和２（2020）年度時点で、個別受診勧奨の実施割合は、胃がん：80.4%、肺がん：78.8%、大腸がん：81.6%、子宮頸がん：81.9%、乳がん：81.6%、再勧奨の実施割合は、胃がん：37.4%、肺がん：36.6%、大腸がん：42.5%、子宮頸がん：50.7%、乳がん：52.5%となっている。

17 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。）

18 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）

19 令和元（2019）年の「国民生活基礎調査」によると、胃がん：62.6%、肺がん：67.5%、大腸がん：61.9%、子宮頸がん：36.1%、乳がん：40.3%となっている。

及び受診者数等を継続的に把握する仕組みがない。

（取り組むべき施策）

国は、受診率向上に向けて、がん検診受診率をより正確かつ精緻に、また、個人単位で把握することができるよう検討する。

国は、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努める。また、国は、指針に基づくがん検診の意義及び必要性について、国民が正しく理解できるよう普及啓発を行う。

国は、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、感染症発生・まん延時等にがん検診の提供体制を一時的に縮小した場合でも、状況に応じて速やかに提供体制及び受診行動を回復させることができるよう、平時における準備等の対応について検討する。

国は、実施主体によらずがん検診を一体的に進めることができるよう、職域におけるがん検診について、実施状況の継続的な把握及び適切な実施に向けた課題の整理を行い、必要に応じて、その法的な位置付けも含め、がん検診全体の制度設計について検討する。

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、がんの死亡率を減少させるためには、がん検診における精度管理が必要不可欠である。

現在、精密検査未受診者への郵送や電話などによる再勧奨の取組が、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[20]。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[21]。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[22]、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。

---

20 令和２（2020）年度の「地域保健・健康増進事業報告」によると、令和元（2019）年度時点で、胃がん：84.1%、肺がん：83.0%、大腸がん：69.8%、子宮頸がん：74.6%、乳がん：89.2%となっている。

21 令和２（2020）年度の「地域保健・健康増進事業報告」によると、令和元（2019）年度時点で、精密検査未受診率は、胃がん：5.9%、肺がん：6.5%、大腸がん：12.4%、子宮頸がん：6.1%、乳がん：3.1%、精密検査未把握率は、胃がん：10.0%、肺がん：10.6%、大腸がん：17.8%、子宮頸がん：19.3%、乳がん：7.7%となっている。

22 国立がん研究センター「市区町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」

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、がんの死亡率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[23]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検診（エコー）などがある[24]。

国は、統一されたプログラムの下、適格な対象集団を特定し、対象者を個別に勧奨する組織型検診[25]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当たっては、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

---

23 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」

24 「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」

25 「組織型検診」とは、がんの死亡率減少をより確実にするために、統一されたプログラムの下、適切な対象集団を特定し、対象者に対し個別に勧奨を行う、欧州で公共政策として行われている検診をいう。なお、「組織型検診」の基本条件として、①対象集団の明確化、②対象となる個人が特定されている、③高い受診率を確保できる体制、④精度管理体制の整備、⑤診断・治療体制の整備、⑥検診受診者のモニタリング、⑦評価体制の確立が挙げられている（がん情報サービス「がん検診について」）。

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】

がん検診受診率を向上させ、指針に基づく全てのがん検診において、受診率60%を目指す。がん検診の精度管理を向上させるとともに、精密検査受診率 90%を目指す。

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５（2023）年３月時点で、全ての都道府県に、計 453 施設の拠点病院等が指定されている。

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。）、がん医療の高度化や少子高齢化・人口減少という今後の人口動態の変化を踏まえ、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、感染症発生・まん延時や災害時等への対応等を新たな要件として盛り込んだ。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対し、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の配置を指定要件とした。

（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、好事例の共有や他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う。

国は、拠点病院等を中心に、患者に対するがんの告知や、インフォームド・コンセントの取得、セカンドオピニオンの提示などが適切に実施されるような体制整備を引き続き推進する。また、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、感染症発生・まん延時や災害時等の状況下においても、必要ながん医療を提供できるよう、診療機能の役割分担や、各施設が協力した人材育成や応援体制の構築等、地域の実情に応じた連携体制を整備する取組を平時から推進する。

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５（2023）年３月時点で、全ての都道府県に、計 243 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、保険診療下でがん遺伝子パネル検査を受けた延べ患者数は、令和５（2023）年１月までに、およそ４万８千例となった。

（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。また、関係学会等と連携し、がん遺伝子パネル検査等の更なる有効性に係る科学的根拠を引き続き収集するとともに、必要な患者が、適切なタイミングでがん遺伝子パネル検査等及びその結果を踏まえた治療を受けられるよう、既存制度の見直しも含め

検討する。

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推進してきた。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、高い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、病態や生活背景等、それぞれの状況に応じた適切かつ安全な手術療法を受けられるよう、標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく、ロボット支援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や、リニアック等の機器の整備を推進し、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[26]が、ＩＭＲＴ等の精度の高い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、病態や生活背景等、それぞれの状況に応じた適切な放射線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、標準的治療及び粒子線治療、核医学治療、画像誘導即時適応技術を用いた治療[27]等の高度な放射線療法の安全な提供体制の在り方について検討する。

（ウ）薬物療法について

（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[28]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推進してきた。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

---

26 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。

27 「MR 画像誘導即時適応放射線治療ガイドライン」（https://www.jastro.or.jp/medicalpersonnel/guideline/20211123.pdf）

28 「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。

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[29]、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一方で、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。

また、患者やその家族等の経済的な負担の軽減につながるバイオ後続品について、更なる使用促進に向けた取組が求められている。

（取り組むべき施策）

国及び都道府県は、患者が、病態や生活背景等、それぞれの状況に応じた適切かつ安全な薬物療法を外来も含め適切な場で受けられるよう、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。）や関係学会と連携し、国民が、薬物療法等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。

国及び都道府県は、バイオ後続品に係る新たな目標を踏まえ、使用促進のための具体的な方策を検討する。

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、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、医師、看護師、薬剤師、社会福祉士、公認心理師等で組織された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。

[29] 診療ガイドラインの数は、令和２（2020）年度は 268 件、令和３（2021）年度は 385 件、患者用診療ガイドラインの数は、令和２（2020）年度は 28 件、令和３（2021）年度は 35 件となっている。

現況報告書[30]によると、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[31]。

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[32]。

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や、治療の合併症予防及びその病状軽減は重要であり、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の口腔ケアチーム、また、適切な栄養管理に、医師、看護師、管理栄養士、言語聴覚士等の栄養サポートチーム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、多職種連携を更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。また、栄養サポートチーム等の専門チームと連携し、栄養指導や管理を行う体制の整備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。

---

30 毎年全ての拠点病院等が提出する、診療体制や診療実績についての報告書のこと。
31 令和２（2020）年の「医療施設調査」によると、緩和ケアチームを設置している一般病院の割合は 15.6%となっている。
32 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」

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のリハビリテーション研修[33]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、現況報告書によると、令和３（2021）年度で 51.0%、がんの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[34]。

---

33 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。

34 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

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[35]。

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。現況報告書によると、リンパ浮腫外来が設置されている拠点病院等の割合は、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[36]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。

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。

35 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」

36 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について

（ア）緩和ケアの提供について

（現状・課題）

緩和ケアは、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」が明記されている。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[37]や、診断時の医療従事者の対応についての説明文書[38]、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[39]を作成し、がん医療を提供する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[40]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

---

37 「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））

38 「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））

39 「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））

40 平成 28（2016）年度の現況報告書によると、緩和ケアチームの新規介入患者数が 50 件

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も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[41]。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[42]。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[43]、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[44]。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、

未満であった拠点病院等（地域がん診療病院を除く。）は 63 施設、令和元（2019）年度の現況報告書によると 13 施設となっている。

41 令和元（2019）年度現況報告書によると、地域の医療機関からの年間新規紹介患者数は、42%の拠点病院等において０件となっている。

42 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。

43 平成 30（2018）年度の遺族調査（「患者さまが受けられた医療に関するご遺族の方への調査」をいう。以下同じ。）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。

44 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。

「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[45]、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、がん医療に携わる全ての医療従事者により、がん患者の身体的苦痛や、がん患者やその家族等の精神心理的苦痛、社会的な問題等の把握及びそれらの個別の状況に応じた適切な対応が、地域の実情に応じて、診断時から一貫して行われる体制の整備を推進する。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[46]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、専門的な疼痛治療を含む緩和ケアに係る普及啓発[47]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。

---

45 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。

46 「診断時の緩和ケア」（https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000950864.pdf）及び「病状、治療方針とあわせて、医療チームからお伝えしたいこと」（https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000950865.pdf）

47 （専門的な疼痛治療の普及啓発について）「痛みへの対応について」（https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000950866.pdf）

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が、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、終末期医療を受ける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、適切な療養場所の提供や、治療やケア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[48]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。

[48] 「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。

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、将来こ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」（以下「研究促進事業」という。）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治療等に取り組み、将来こ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者が、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、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、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、薬物療法が適切なタイミングで提供され、さらに、患者自身が治療法を正しく理解した上で提供を受けられるようにする。

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

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

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

[49] 「病状、治療方針とあわせて、医療チームからお伝えしたいこと」（https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000950865.pdf）

（２） 希少がん及び難治性がん対策

（現状・課題）

希少がん[50]及び難治性がん[51]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られるよう対策を講じている。

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[52]。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、一部の希少がんの各地域における診療実績を公開している。

---

50 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。

51 本基本計画における「難治性がん」とは、特定のがん種に限定されず、治療が奏功しない抵抗性のがんをいう。

52 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。

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更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、病理診断や治療等に係る希少がん中央機関と拠点病院等との連携体制の整備を引き続き推進する。

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、日本の薬事規制等の海外の中小バイオ企業への周知等を通じ、日本での早期開発を促すなど治験の実施（国際共同治験への参加を含む。）を促進する方策を検討するとともに、希少がん中央機関、拠点病院等、関係学会及び企業等と連携した研究開発を推進する。また、関係学会等と連携した診療ガイドラインの充実を図る。

【個別目標】

希少がん患者及び難治性がん患者が、必要な情報にアクセスでき、そこから速やかに適切な医療につながれることを目指す。

（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、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に

取り組む。

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、日本の薬事規制等の海外の中小バイオ企業への周知等を通じ、日本での早期開発を促すなど治験の実施（国際共同治験への参加を含む。）を促進する方策を検討するとともに、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[53]。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%）、75 歳以上の高齢者の数は 45 万人（がん患者全体の 45%）となっている[54]。

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。

---

53 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）
54 令和元（2019）年度「全国がん登録　罹患数・率　報告」

（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、がん医療に係る医薬品（診断薬を含む。）、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：先駆的医薬品等指定制度）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いるなど、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。

現況報告書によると、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。また、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、先駆的医薬品等指定制度等

の既存の制度の適切な活用を促しつつ、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、がん医療に係る治療薬等へのアクセス改善に向け、日本の薬事規制等の海外の中小バイオ企業への周知等を通じ、日本での早期開発を促すなど治験の実施（国際共同治験への参加を含む。）を促進する方策を検討するとともに、関係学会及び企業等と連携した研究開発を推進する。また、それらの実用化に向けた課題の整理と、既存制度の見直しを含めた対応策の検討を行い、速やかな医療実装を着実に進める。

【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
～がんになっても安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す～

（１） 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、拠点病院等は、「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」こととされた。

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[55]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

[55] 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。

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を行っているほか、がん患者・経験者、拠点病院等及び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、患者体験調査によると、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[56]が、更なる取組が求められる。

（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・サポーター等との連携体制の構築について検討する。あわせて、相談支援の一層の充実を図るため、ＩＣ

[56] 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 47.7%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。

Ｔや患者団体、社会的人材リソース[57]を活用し、必要に応じて地方公共団体等の協力が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・サポーター等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[58]。

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、厚生労働科学研究において、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。

---

[57] 関係学会等によるがんの相談支援・情報提供に関する一定の研修を受け、必要に応じ、がん患者やその家族等に対し、拠点病院等のがん相談支援センターを紹介できる地域の人材等が想定される。

[58] がん情報サービスにおいて算出。

（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） 社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援

（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[59]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５（2023）年１月 31 日時点で 137 件となっている。

遺族調査によると、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

[59] 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。

（2018）年度で 47.7%となっており、半数程度に留まっている。

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、拠点病院等の指定要件として、「医師からの診断結果や病状の説明時及び治療方針の決定時等において、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。

患者体験調査によると、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。

（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[60]）

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[61]。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・普及啓発により、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、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」

60 「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。

61 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[62]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の促進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)年度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 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 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、普及啓発、主治医から産業医への情報提供をはじめとする医療機関等と産業保健との一層効果的な連携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。

---

62 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、就労支援の更なる充実に向けて、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や、病気休暇、短時間勤務や在宅勤務（テレワーク）など企業における休暇制度や柔軟な勤務制度の導入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、普及啓発に取り組む。

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、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[63]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。

---

63 厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業「がん患者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）

患者体験調査等によると、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を引き続き開催するとともに、相談支援及び情報提供の在り方について検討する。

国は、アピアランスケアの充実に向けて、拠点病院等を中心としたアピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制の構築について検討する。

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 12 月にがんと診断された患者 1,070,876 人のうち、がん診断後２年以内に 660 人が自殺で亡くなっている（対象がん患者 10 万人あたり 61.6 人）。また、年齢・性別を調整した同じ時期の一般人口と比較した自殺リスクは診断後の期間が短いほど高く、がん診断から１か月以内では 4.40 倍、２～３か月では 2.61 倍、４～６か月では 2.17 倍、７～12 か月では 1.76 倍、13～24 か月では 1.31 倍となっている[64,65]。

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

64 厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業「がん患者の自殺予防プログラムの開発に向けた研究」（令和３（2021）年度～令和４（2022）年度）

65 栗栖健ら. Suicide, other externally caused injuries, and cardiovascular disease within 2 years after cancer diagnosis: A nationwide population-based study in Japan (J-SUPPORT 1902). Cancer Medicine. 2022 Aug 8. doi: 10.1002/cam4.5122.

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や、一定の周知はなされているものの障害年金等の制度が利用可能なことを知らず、必要な支援につながっていない場合があること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孤立してしまうことがあることが指摘されている。

平成 30（2018）年度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[66]、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。

66 「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。

（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、利用可能な施策の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[67]、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

[67] 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、いわゆる「こどもホスピス」など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ことから、その把握に向けた取組に着手している。

（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（2022）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（2022）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を用いた診断・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」の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、ゲノム情報等により、患者等に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。また、格差の解消に向け、医療の質の向上及び均てん化の推進等の観点から、まずは各分野の取組の地域間、医療機関間の差を測定するための指標やその評価方法に係る研究を推進する。

【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、関係学会・団体等と連携しつつ、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、関係学会・団体等と連携しつつ、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

るに当たっては、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）

こ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、こどもに、生活習慣や遺伝子等のがんの発生に関する基本的な情報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。本事業で行った中小・小規模企業でのがん対策の実態調査によると、がん対策に「大いに関心がある」又は「関心がある」と回答した経営者は約７割であった[68]。

（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、生活習慣が原因とならないがんもあることなど、がんに対する正しい知識が身に付くよう、医療従事者やがん患者等の外部講師の積極的な活用について周知を行うとともに、ＩＣＴの活用を推進するなど、各地域の

[68] 第 36 回がん検診のあり方に関する検討会 参考資料８「中小・小規模企業での「がん対策」（検診・就労）の実態調査結果報告」
（https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000964653.pdf）

実情に応じたがん教育の取組の充実とその成果の普及を図る。

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、生活習慣や遺伝子等のがんの発生に関する基本的な情報も含めた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、生涯のうちに約２人に１人ががんに罹患すると推計されていることや、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[69]が 0.38、ＤＣＯ[70]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。利活用の推進に当たっては、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。

---

69 一定期間におけるがん死亡数の、がん罹患数に対する比。Mortality/Incidence Ratio の略（IM 比は Incidence/Mortality Ratio の略。）。生存率が低い場合、あるいは、罹患の届出が不十分な場合、MI 比は高くなる（IM 比は低くなる。）。一方、生存率が高い場合、あるいは、同一の患者の同定過程に問題があり、誤って重複登録している場合、MI 比は低くなる（IM 比は高くなる。）。現在の日本のがん患者の生存率に基づいた場合、全がんで MI 比 0.4～0.45 程度（IM 比 2.2～2.5 程度）が妥当と考えられている（がん情報サービス「がん統計」がん統計の用語集）。

70 がん登録において、死亡情報のみで登録された患者のこと。英語では Death Certificate Only（DCO）と呼ばれ、全症例に対する割合（DCO%）はがん登録の精度指標として用いられる。DCO%が高い場合は、登録漏れが多いとみなされる。DCO%が低いほど計測された罹患数の信頼性が高いとみなされるが、DCO%が低いからといって必ずしも登録漏れが少ないとは限らない。その理由は、遡り調査に力を注いだ場合、DCN（Death Certificate Notification の略。）が高くても、DCO を低くすることが可能だからである。国際的ながん登録の水準では、DCO は 10%以下であることが求められている（がん情報サービス「がん統計」がん統計の用語集）。

【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、国や地方公共団体と、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・育成も併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がん対策推進協議会及び都道府県協議会等への参画を推進する。また、諸外国の公募制、代表制等の事例も踏まえつつ、患者・市民参画の更なる推進に向けた仕組みを検討する。

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について、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当たって、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、デジタル技術の活用やオンライン化の推進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、個人情報の適正な取扱いを確保し、デジタル技術に不慣れな人等へのサービス提供の観点に留意しつつ、デジタル技術の活用等を推進する必要がある。

（取り組むべき施策）

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、ＳＮＳ等を活用したがん検診の受診勧奨や、安心かつ安全なオンライン診療の提供、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）の活用等の治験のオンライン化、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、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．感染症発生・まん延時や災害時等を見据えた対策

がん検診の受診率について、新型コロナウイルス感染症の影響により、検診の受診者が１～２割程度減少しているとの報告もある。

国は、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、感染症発生・まん延時等にがん検診の提供体制を一時的に縮小した場合でも、状況に応じて速やかに提供体制及び受診行動を回復させることができるよう、平時における準備等の対応について検討する。

令和４（2022）年整備指針改定において、都道府県がん診療連携協議会の体制を強化し、拠点病院等の役割分担や連携体制の構築、感染症発生・まん延時や災害時等への対応等を新たな要件として盛り込んだ。

国及び都道府県は、感染症発生・まん延時や災害時等の状況下においても、必要ながん医療を提供できるよう、診療機能の役割分担や各施設が協力した人材育成や応援体制の構築等、地域の実情に応じた連携体制を整備する取組を平時から推進する。

３．都道府県による計画の策定

都道府県は、本基本計画を基本としながら、当該都道府県におけるがん患者に

対するがん医療の提供の状況等を踏まえ、都道府県計画を策定する。都道府県計画は、医療計画、都道府県健康増進計画、都道府県介護保険事業支援計画等のがん対策に関連する事項を定めるその他の計画と調和が保たれたものとする。また、地域の実情に応じた自主的かつ主体的な施策や普及啓発の取組を盛り込むことが望ましい。

都道府県は、都道府県計画の策定過程において、がん患者等の都道府県協議会等への参画等を含めた患者・市民参画を推進し、関係者等の意見の聴取に努める。

また、都道府県は、都道府県計画に基づくがん対策の進捗管理に当たって、ＰＤＣＡサイクルの実効性確保のため、ロジックモデル等のツールの活用を検討するとともに、当該都道府県におけるがん医療に関する状況の変化やがん対策の効果に関する評価を踏まえ、必要があるときには、都道府県計画を変更するよう努める。

国は、都道府県計画の作成手法等について必要な助言を行う。

４．国民の努力

国民は、法第６条の規定に基づき、がんに関する正しい知識を持ち、がんの予防に必要な注意を払い、必要に応じ、がん検診を受けるよう努めるほか、がん患者に関する理解を深めるよう努めるものとする。

また、今後のがん医療の向上に資するよう、以下の点についても努力していくことが望まれる。

- がん医療は、がん患者やその家族等と、医療従事者の人間関係を基盤として成り立っていることから、医療従事者のみならず、がん患者やその家族等も、医療従事者と信頼関係を築くことができるよう努めること。

- がん患者が適切な医療を受けるためには、セカンドオピニオンに関する情報の提示、がんに関する十分な説明、相談支援等が重要であるが、がん患者やその家族等も、医療従事者からの説明を受けながら、病態や治療内容等について、理解するよう努めること。

- 国民本位のがん対策を推進するため、国民は、関係者等と協力して、主体的にがん対策の議論に参画するなど、がん医療や、がん患者やその家族等に対する支援を充実させることの重要性を認識し、正しい知識・理解を得て、行動するよう努めること。

５．必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化

がん対策を総合的かつ計画的に推進するためには、各取組の適切な評価と、各取組の着実な実施に向けて必要な財政上の措置を行っていくこと等が重要である。

一方、厳しい財政事情の下で限られた予算を最大限有効に活用し、がん対策の成果を上げていくためには、選択と集中の徹底、各施策の重複排除、関係省庁間の連携強化とともに、官民の役割と費用負担の分担を図ることが必要である。

また、将来にわたって必要かつ適切ながん医療を提供するため、効率的かつ持続可能ながん対策を実現することが重要である。

６．目標の達成状況の把握

国は、分野別目標及び個別目標の達成状況について、適宜調査を実施しその結果を公表するとともに、本基本計画の進捗状況を適切に把握し、管理するため、３年を目途に中間評価を行う。

その際、各分野の取り組むべき施策が、分野別目標及び個別目標の達成に向けて効果をもたらしているか、ロジックモデルを活用した科学的・総合的な評価を行い、必要に応じてその結果を施策に反映する。また、分野別目標及び個別目標の達成状況及び計画の進捗状況の把握に当たって、適切な指標が設定されているか、必要に応じて見直しを行うとともに、数値目標の設定についても、引き続き検討を行う。

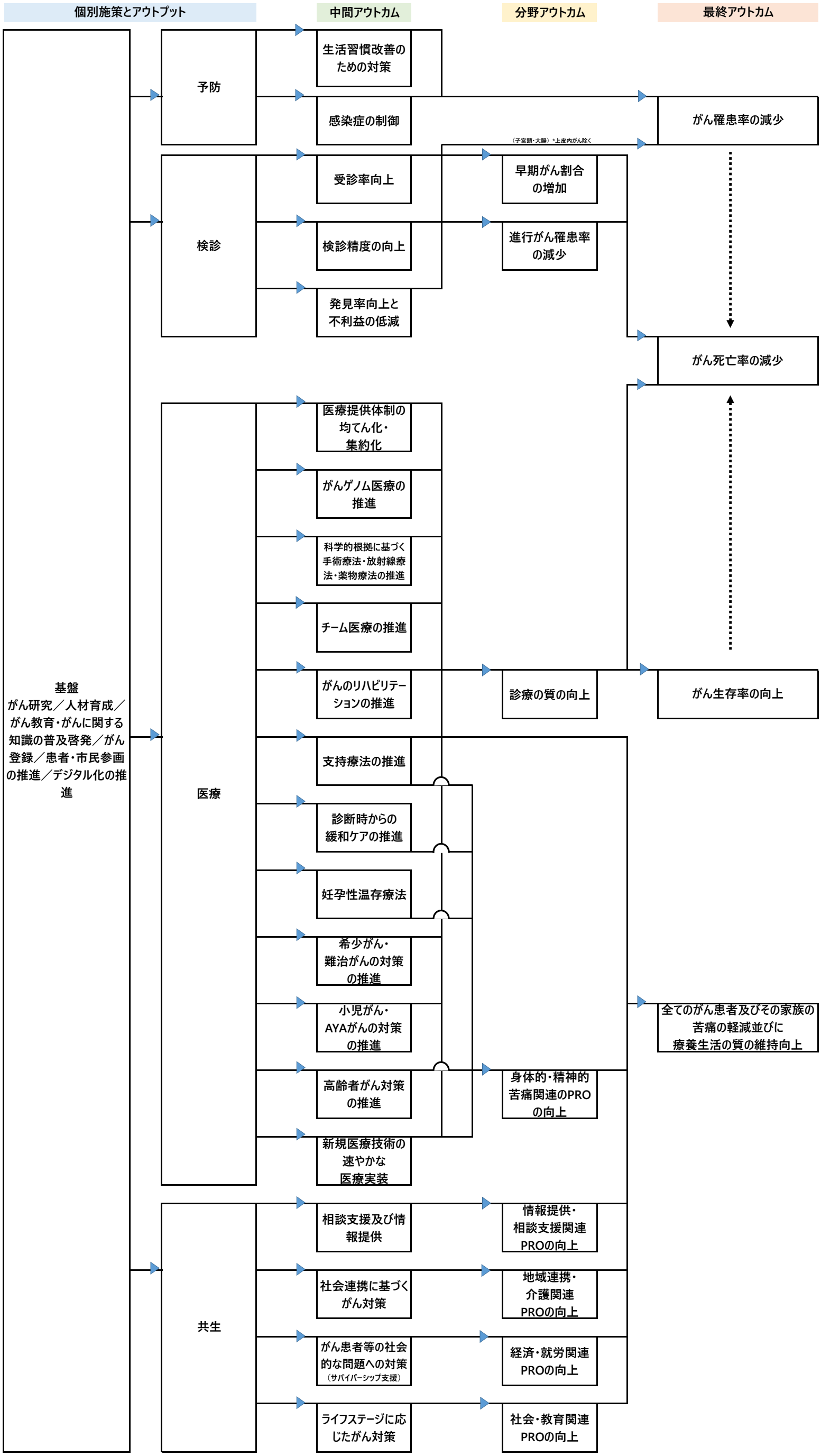
がん対策推進協議会は、本基本計画の進捗状況を踏まえ、必要に応じて、がん対策の推進に資する提言を行うとともに、検討会等の積極的な活用を行う。

７．基本計画の見直し

国は、法第 10 条第７項の規定に基づき、がん医療に関する状況の変化を勘案し、及びがん対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも６年ごとに、本基本計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更するものとする。なお、本基本計画の計画期間が終了する前であっても、必要があると認めるときは、本基本計画を変更するものとする。

「第４期がん対策推進基本計画ロジックモデル　暫定版」：基本ロジックモデル

第88回がん対策推進協議会	資料３
令和５年４月28日	



「第４期がん対策推進基本計画ロジックモデル　暫定版」：がんの１次予防

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
-	【国及び地方公共団体】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	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））	–	–
111101	【拠点病院等】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	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	–	現況報告

参考：第51回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会資料１より

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
111201	栄養・食生活①適正体重を維持している者の増加（肥満、若年女性のやせ、低栄養傾向の高齢者の減少）	BMI18.5以上25未満（65歳以上はBMI20を超え25未満）の者の割合	1018	国民健康・栄養調査
111202	栄養・食生活②食塩摂取量の減少	食塩摂取量の平均値	1019	国民健康・栄養調査
111203	栄養・食生活③野菜摂取量の増加	野菜摂取量の平均値	1020	国民健康・栄養調査
111204	栄養・食生活④果物摂取量の改善	果物摂取量の平均値	1021	国民健康・栄養調査
111205	身体活動・運動①日常生活における歩数の増加	１日の歩数の平均値	-	国民健康・栄養調査
111206	身体活動・運動②運動習慣者の増加	運動習慣者の割合	1017	国民健康・栄養調査
111207	飲酒①生活習慣病（NCDs）のリスクを高める量を飲酒している者の減少	１日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者の割合	1016	国民健康・栄養調査
111208	飲酒②20歳未満の者の飲酒をなくす	中学生・高校生の飲酒者の割合	-	厚生労働科学研究班
111209	喫煙①喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）	20歳以上の者の喫煙率	1011	国民健康・栄養調査
111210	喫煙②望まない受動喫煙の機会を有する者の減少	望まない受動喫煙（家庭・職場・飲食店）の機会を有する者の割合	1015	国民健康・栄養調査
111211	喫煙③20歳未満の者の喫煙をなくす	中学生・高校生の喫煙者の割合	1012	厚生労働科学研究班
111212	喫煙④妊娠中の喫煙をなくす	妊婦の喫煙率	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
100001	がん種別罹患率減少（胃・大腸・肺・女性乳房・喫煙関連がん）	がん種別年齢調整罹患率（胃・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
000004	がんの年齢調整罹患率減少	がんの年齢調整罹患率	1003	全国がん登録
000001	がんの年齢調整罹患率減少	がんの年齢調整死亡率（75歳未満、全年齢）	1001	人口動態統計

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
112101	令和４年４月に再開したＨＰＶワクチンの個別の接種勧奨の実施を踏まえ、ＨＰＶワクチンの接種状況と子宮頸がんの年齢調整罹患率の国内外の推移を把握し、必要に応じて子宮頸がん検診の指針を見直す等、科学的根拠に基づく子宮頸がん対策を推進	HPVワクチンの実施率	–	地域保健・健康増進事業報告
	令和５年４月から９価ＨＰＶワクチンの定期接種を開始し、定期接種及びキャッチアップ接種の対象者に対する、適切な情報提供に基づく正しい理解の促進に取り組む			

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
100002	がん種別罹患率減少（肝・ATL・子宮頸部）	がん種別年齢調整罹患率（肝・ATL・子宮頸部）	1004	全国がん登録

＜凡例＞
・#： 暫定の指標番号
・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、「-」。
・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　暫定版」：がんの１次予防

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
112102	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	肝疾患専門医療機関数	－	地方自治体における肝炎対策実施状況調査
112103		肝炎医療コーディネーターの養成者数	－	地方自治体における肝炎対策実施状況調査
112104	Ｂ型肝炎については、予防接種法に基づく定期接種及びウイルス排除を可能とする治療薬・治療法の開発に向けた研究を引き続き推進	B型肝炎定期予防接種実施率	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
112201	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	－	厚生労働科学研究班
112202	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	－	「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
112105	感染予防対策を含めたＨＴＬＶ－１総合対策等を引き続き推進	（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	－	厚労省や厚生労働科学研究班作成のホームページのPV数
112106		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	－	結核感染症課調査
112107		HTLV-1の保健所の検査体制の整備	HTLV-1の保健所の検査数	－	結核感染症課調査
112108		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	－	母子保健課調査

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
112203	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
-	引き続き、健康で無症状な集団に対する、ピロリ菌 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、科学的根拠に基づき、除菌の必要性の有無及びその対象者について検討するとともに、運用上の課題について整理する	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）	-	-

「第４期がん対策推進基本計画ロジックモデル　暫定版」：がんの２次予防（がん検診）

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
-	受診率向上に向けて、がん検診受診率をより正確かつ精緻に、また、個人単位で把握することができるよう検討	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）	–	–
121101	より科学的かつ効率的な受診勧奨策を、関係学会や企業等の協力を得て、都道府県及び市町村と連携して推進、受診者の立場に立ったがん検診を受診する上での利便性の向上に努める	受診勧奨実施市町村数※	–	検討中
121102	【市町村及び検診実施機関】受診者が、がん検診の意義及び必要性を適切に理解できるよう努める 指針に基づくがん検診の意義・必要性について、国民が正しく理解できるよう普及啓発	普及啓発キャンペーンの実施状況（実施都道府県数）（仮）	–	検討中（厚生労働省）
-	感染症発生・まん延時等にがん検診の提供体制を一時的に縮小した場合でも、状況に応じて速やかに提供体制及び受診行動を回復させることができるよう、平時における準備等の対応について検討	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）	–	–
121103	職域におけるがん検診について、実施状況の継続的な把握及び適切な実施に向けた課題の整理を行い、必要に応じて、法的な位置付けも含めた対応を検討	指針に基づく検診の実施率	–	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
121201	検診受診率の向上	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
100003	検診がん種の早期がん割合の増加	検診がん種別早期がん割合	–	全国がん登録
100004	検診がん種の進行がん罹患率の減少	検診がん種別進行がん罹患率	–	全国がん登録

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
000002	検診がん種の死亡率減少	がん種別年齢調整死亡率（75歳未満、全年齢）	1002	人口動態統計
000005	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
122101	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	がん検診の精度管理について技術的支援を行った市町村への支援数（特別区を含む）	–	検討中（厚生労働科学研究（仮））
122102	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 【市町村】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	精密検査受診率の低い市町村の実態把握を行い、実際にそれらの市町村に指導・助言等の取り組みを実施した都道府県数	–	都道府県用チェックリスト実施率調査
122103	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	職域におけるがん検診を実施する主体が保険者の場合、研究者もしくは専門家が国と連携し、職域におけるがん検診の実態把握と精度管理を技術的に支援した数	–	検討中（厚生労働科学研究（仮））
122104	【国及び都道府県】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	正しいがん検診の周知のため、がん検診を受診する場を問わず、住民に対し、がん検診の正しい情報提供を実施した市町村数	–	検討中（市区町村用チェックリスト実施率調査）

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
122201	精密検査受診率の向上	精密検査受診率	1032	地域保健・健康増進事業報告
122202	がん発見率の向上	がん発見率	–	地域保健・健康増進事業報告
122203	不利益の低減	偽陽性割合	–	地域保健・健康増進事業報告

「第４期がん対策推進基本計画ロジックモデル　暫定版」：がんの２次予防（がん検診）

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	指標設定無し（着実に検討を推進すること）	–	–
123101	指針に基づくがん検診の科学的根拠に基づいた効果検証を進めるとともに、対策型検診の項目の導入に係るプロセスの明確化等について検討	指針の遵守市町村数	–	市区町村におけるがん検診の実施状況調査
123102		指針に基づかないがん検診の中止市町村数	–	市区町村におけるがん検診の実施状況調査
-	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	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、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	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　暫定版」：がん医療提供体制等＜医療提供体制の均てん化・集約化＞

第88回がん対策推進協議会 資料３ （令和５年４月28日）

医療提供全般

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
211101	【国及び都道府県】地地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進（その際、国は、都道府県がん診療連携協議会等に対し、好事例の共有や他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う）	役割分担に関する議論が行われている都道府県の数	－	現況報告
211102	拠点病院等を中心に、患者に対するがんの告知や、インフォームド・コンセントの取得、セカンドオピニオンの提示などが適切な提供に実施されるような体制整備を引き続き推進	がん治療前にセカンドオピニオンに関する話を受けたがん患者の割合	2025	患者体験調査
211103	【国及び都道府県】感染症発生・まん延時や災害時等の状況下においても、必要ながん医療を提供できるよう、診療機能の役割分担や、各施設が協力した人材育成や応援体制の構築等、地域の実情に応じた連携体制を整備する取組を平時から推進	ＢＣＰに関する議論が行われている都道府県の数	－	現況報告
211104		（参考）BCPを整備している病院の数	－	現況報告
212105	拠点病院等、小児がん拠点病院等、がんゲノム医療中核拠点病院等が相互に連携可能となるよう検討	都道府県協議会に小児がん拠点病院等が参加している都道府県の数※	－	現況報告

※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
211201	医療機関の機能分担を通じた質の高い安心な医療の効率的な提供	専門的な医療を受けられたと思う患者の割合	－	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
200001	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（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
000001	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
000006	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
000010	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	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
211106	質の高い病理診断や細胞診断を提供するための体制の整備を引き続き推進	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	－	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
211202	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	－	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　暫定版」：がん医療提供体制等＜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
212101	がんゲノム医療中核拠点病院等を中心とした医療提供体制の整備等を引き続き推進する。また、関係学会等と連携し、がん遺伝子パネル検査等の更なる有効性に係る科学的根拠を引き続き収集するとともに、必要な患者が、適切なタイミングでがん遺伝子パネル検査等及びその結果を踏まえた治療を受けられるよう、既存制度の見直しも含め検討する	がんゲノム医療中核拠点病院等の数	2013	現況報告（がんゲノム）
212102		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）
212103		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）
212104		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）
212105		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
212201	がんゲノム医療へのアクセシビリティの向上	がんゲノム情報管理センターに登録された患者数	2019	C－CAT
212202		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）
212203		がん遺伝子パネル検査を実施した患者のうち、エキスパートパネルの結果治療薬の選択肢が提示された割合	－	C－CAT
212204		がん遺伝子パネル検査を実施した患者のうち、エキスパートパネルで推奨された薬剤が投与された割合	－	C－CAT
212205		ゲノム情報を活用したがん医療についてがん患者が知っていると回答した割合	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
000001	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
000001	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
000006	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
000010	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	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　暫定版」：がん医療提供体制等＜手術療法・放射線療法・薬物療法＞

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
213101	標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく、ロボット支援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	がんの鏡視下手術の割合	2031	現況報告
213102		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	－	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
213201	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））
213202		診断から手術までの日数（術前化学療法の対象外のがん種・ステージ患者に対象を限定）	－	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
213103	【国及び都道府県】標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく高度な放射線療法の提供についても、医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整備等の取組を進める	IMRT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
213104		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
213105		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	－	現況報告
-	関係学会等と連携し、標準的治療及び粒子線治療、核医学治療、画像誘導即時適応技術を用いた治療 等の高度な放射線療法の安全な提供体制の在り方について検討	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
213203	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	－	検討中
213204		手術から放射線治療開始までの期間	－	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
213106	【国及び都道府県】患者が、病態や生活背景等、それぞれの状況に応じた適切かつ安全な薬物療法を受けられるよう、標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく高度な薬物療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	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
213107		1拠点病院あたりの、専従の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師の数	2041	現況報告
213108		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	－	現況報告
213109	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	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	－	現況報告
-	【国及び都道府県】バイオ後続品に係る新たな目標を踏まえ、使用促進のための具体的な方策を検討	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
213205	最新の知見に基づく適切な化学療法のタイムリー・安全な実施	化学療法/薬物療法関連QI	2021	検討中
213206		手術から化学療法開始までの期間	－	検討中（院内がん登録+DPC（仮））
213207	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
200001	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査
200004	（標準的な）診断・医療の進歩	一般の人が受けられるがん医療は数年前と比べて進歩したと思う患者の割合	2003	患者体験調査
200005	治療選択についての情報提供の充実（必要な情報へのアクセス改善）	治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合	－	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
000001	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
000006	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
000010	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	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　暫定版」：がん医療提供体制等＜チーム医療の推進＞

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
214101	【拠点病院等】多職種連携をさらに推進する観点から、拠点病院等におけるチーム医療の提供体制の整備を進めるとともに、都道府県がん診療連携協議会において地域の医療機関と議論を行い、拠点病院等と地域の医療機関との連携体制の整備に取り組む	緩和ケア診療加算の算定回数	－	検討中（NDB等を活用し研究班で対応予定）
214102		栄養サポートチーム加算の算定回数	－	検討中（NDB等を活用し研究班で対応予定）
214103		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	－	現況報告
214104	【拠点病院等】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	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）	－	現況報告
214105	【拠点病院等】栄養サポートチーム等の専門チームと連携し、栄養指導や管理を行う体制の整備に引き続き取り組む	検討中（「「栄養サポートチーム加算」を算定している拠点病院の数」※現時点では集計不可）	－	検討中（現況報告（仮））

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
214201	多職種（医師以外）による相談支援環境の充実	主治医以外にも相談しやすいスタッフがいた患者の割合	2055	患者体験調査
214202	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	－	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
200001	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（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
000001	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
000006	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
000010	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	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　暫定版」：がん医療提供体制等＜がんのリハビリテーション＞

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
215101	引き続き、関係団体と連携し、がんのリハビリテーション研修を実施するとともに、研修内容の見直しについて検討	がんリハビリテーション研修プログラムを修了している医療従事者の人数	2063	ライフプランニングセンターからのデータ提供
215102	【国及び都道府県】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	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
215103		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	－	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
215201	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
200001	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（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
000001	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
000006	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
000010	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	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　暫定版」：がん医療提供体制等＜支持療法の推進＞

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
216101	患者が、治療に伴う副作用・合併症・後遺症への見通しを持ち、身体的苦痛や外見の変化等があった際に容易に相談できるよう、多職種による相談支援体制の整備や医療従事者への研修の実施等を推進	がん相談支援センターでのアピアランスケアの相談件数	－	現況報告
216102		リンパ浮腫研修の受講者数	－	ライフプランニングセンターからのデータ提供
216103	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	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
216104		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	－	NDB
216105		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
216106		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
216107		1拠点病院あたりの、専従の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師の数	－	現況報告
216108		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
216201	治療に伴う副作用への見通しの改善	治療による副作用の見通しを持てた患者の割合	2074	患者体験調査
216202	身体的なつらさに関する相談環境の改善	身体的なつらさがあるときに、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
216203	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
216204	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
200006	身体的な苦痛を抱えるがん患者の減少	身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3012	患者体験調査
200007	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の減少	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3013	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
000001	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
000006	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
000010	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	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　暫定版」：がん医療提供体制等＜がんと診断された時からの緩和ケアの推進＞

緩和ケアの提供について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
217101	拠点病院等を中心とした医療機関において、がん医療に携わる全ての医療従事者により、がん患者の身体的苦痛や、がん患者やその家族等の精神心理的苦痛、社会的な問題等の把握及びそれらの個別の状況に応じた適切な対応が、地域の実情に応じて、診断時から一貫して行われる体制の整備を推進	拠点病院の緩和ケアチーム新規診療症例数	－	現況報告
217102		特定疾患治療管理料　がん患者指導管理料イの算定数	－	NDB
217103	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	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）	－	現況報告
217104		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	－	現況報告
217105	関係学会等と連携し、国民に対する、緩和ケアに関する正しい知識の普及啓発を引き続き推進、【拠点病院等】地域の医療従事者も含めた緩和ケアに関する研修を定期的に開催するとともに、地域におけるがん診療や在宅医療に携わる医療機関、関係団体及び地方公共団体と連携し、専門的な疼痛治療を含む緩和ケアに係る普及啓発 及び実施体制の整備を進める	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	－	NDB
217106		緩和的放射線照射の実施数: M001-3(直線加速器による放射線治療)の2（1以外の場合）の件数	－	NDB
217107	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	緩和ケア外来の新規診療症例数	－	現況報告
217108		緩和ケア外来への、地域の医療機関からの紹介件数	－	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、研究を行い、研究結果を踏まえ検討	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	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）	-	-
217109	拠点病院等以外の医療機関における緩和ケアの充実に向けて、緩和ケア提供体制の実態や課題等を把握するための調査及び研究を行う	緩和ケア診療加算の算定回数	-	NDB
-	終末期医療を受ける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、適切な療養場所の提供 や、治療やケアの質の向上について検討	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
217110	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	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
217201	苦痛に対する適切なケア・治療の普及（緩和ケアチームの質向上）	医療者はつらい症状にすみやかに対応していたと感じる割合	－	患者体験調査・遺族調査
217202		患者報告アウトカム（PRO）の症状改善率 ＊期中に指標を開発予定	－	検討中（緩和医療学会からのデータ提供）＊
217203	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
217204		心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合	3011	患者体験調査
217205		がん診断～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
217206		家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合	3003	患者体験調査
217207		医療従事者が耳を傾けてくれたと感じた患者の割合	2006	患者体験調査
217208	国民の緩和ケアへの理解度向上	国民の緩和ケアに関する認識	3018	世論調査
217209		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
200006	患者・家族のQOL向上（苦痛の緩和）	身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3012	患者体験調査
200007		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
200008		療養生活の最終段階において、身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3015	遺族調査
200009		療養生活の最終段階において、精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3016	遺族調査
200010	緩和ケアの質の向上	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	3033	遺族調査のサブグループ解析（全死亡のうち在宅死亡）

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
000010	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	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　暫定版」：がん医療提供体制等＜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
218101	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	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	－	現況報告
218102		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	－	現況報告
218103		日本がん・生殖医療登録システム JOFRへの登録症例数	－	日本・がん生殖医療学会からのデータ提供

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
218201	がん患者・家族が生殖機能への影響についての情報提供を受け、納得できる意思決定ができること	治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合	2075	患者体験調査
218202	妊孕性温存と温存後生殖補助医療に係るエビデンスの創出	がん・生殖医療に関する臨床研究実施数（仮） *実施中の研究数または開始数／年（検討中）	－	検討中（jRCT（仮））

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
200007	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の減少	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3013	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
000010	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	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　暫定版」：希少がん及び難治性がん対策

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
220101	【国及び都道府県】拠点病院等における診療実績や、医療機関間の連携体制等について、患者やその家族等の目線に立った分かりやすい情報提供を推進	希少がんホットラインへの問い合わせ数	–	国立がん研究センターよりデータ提供
220102	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	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	–	現況報告
220103	病理診断や治療等に係る希少がん中央機関と拠点病院等との連携体制の整備を引き続き推進	中央病理コンサルテーションの数	–	国立がん研究センターよりデータ提供
220104	希少がん領域における薬剤アクセスの改善に向けて、日本の薬事規制等の海外の中小バイオ企業への周知等を通じ、日本での早期開発を促すなど治験の実施（国際共同治験への参加を含む。）を促進する方策を検討するとともに、希少がん中央機関、拠点病院等、関係学会及び企業等と連携した研究開発を推進	希少がんに対する臨床試験を実施している拠点病院数	–	現況報告
220105	関係学会等と連携した診療ガイドラインの充実を図る	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）	–	Minds登録数

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
220201	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	–	患者体験調査
220202	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	–	現況報告＋院内がん登録
220203	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
200011	希少がん患者の高度かつ専門的な医療へのアクセシビリティの向上	希少がんについて、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
000007	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
000011	希少がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じる希少がん患者の割合	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
220106	【国及び都道府県】拠点病院等における診療実績や、医療機関間の連携体制等について、患者やその家族等の目線に立った分かりやすい情報提供を推進	難治性がんに関するHP等の整備を行っている拠点病院等の数	–	現況報告
220107	都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会における地域の実情を踏まえた議論を推進し、拠点病院等の役割分担に基づく医療機関間の連携体制の整備を推進	難治性がん診療を積極的に受け入れている拠点病院の数と他施設へ紹介する拠点病院の数	–	現況報告
220108	難治性がん領域における薬剤アクセスの改善に向けて、日本の薬事規制等の海外の中小バイオ企業への周知等を通じ、日本での早期開発を促すなど治験の実施（国際共同治験への参加を含む。）を促進する方策を検討するとともに、希少がん中央機関、拠点病院等、関係学会及び企業等と連携した研究開発を推進	難治性がんに対して臨床試験を行っている拠点病院等の数	–	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
220204	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	–	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
200001	（難治性がんを含む）全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（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
000003	難治性がんの年齢調整死亡率の減少	難治性がん（代表例：膵がん）の年齢調整死亡率	2002	人口動態統計
000008	難治性がんの生存率向上	難治性がん（代表例：膵がん）の5年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
000010	（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　暫定版」：小児がん・AYA世代のがん対策

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
230101	小児がん拠点病院等と、拠点病院等や地域の医療機関等との連携を含め、地域の実情に応じた小児・ＡＹＡ世代のがん医療提供体制の整備を推進、また、小児がん拠点病院連絡協議会における地域ブロックを超えた連携体制の整備に向けた議論を推進	小児がん拠点病院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	－	現況報告（小児がん）
230102		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	－	現況報告（小児がん）
230103		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	－	現況報告（小児がん）
-	【小児がん拠点病院等】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に取り組む	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）	－	－
230104	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	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	－	現況報告（小児がん）
230105		（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	－	現況報告（小児がん）
-	日本の薬事規制等の海外の中小バイオ企業への周知等を通じ、日本での早期開発を促すなど治験の実施（国際共同治験への参加を含む。）を促進する方策を検討するとともに、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	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
230201	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	－	現況報告＋院内がん登録
230202	小児がん相談支援の拡充	がん患者の家族の悩みや負担を相談できる支援・サービス・場所が十分あると思う小児がん患者の割合	－	小児患者体験調査
230203	長期フォローアップの認知・利用拡充	長期フォローアップについて知っていると回答した小児がん患者の割合	－	小児患者体験調査
230204	小児がん領域での研究開発の推進	小児がん拠点病院において実施されている治験数	－	現況報告＋jRCT

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
200002	小児がん診療の質の向上・均てん化	小児がん患者のがんの診断・治療全般の総合評価（平均点又は評価が高い人の割合）	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
000009	小児がん患者の生存率向上	小児がん患者の5年生存率	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
230106	小児がん拠点病院等と、拠点病院等や地域の医療機関等との連携を含め、地域の実情に応じた小児・ＡＹＡ世代のがん医療提供体制の整備を推進、また、小児がん拠点病院連絡協議会における地域ブロックを超えた連携体制の整備に向けた議論を推進	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	－	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
230205	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
230206		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
230207		治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合	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
200003	AYA世代のがん診療の質の向上・均てん化	若者がん患者の診断・治療全体の総合的評価（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
000012	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　暫定版」：高齢者のがん対策

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
240101	【拠点病院等】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	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	－	現況報告
-	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	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）	-	-
240102	高齢のがん患者が適切な意思決定に基づき治療等を受けられるよう、高齢のがん患者やその家族等の意思決定支援に係る取組を推進	意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応をしている拠点病院数	－	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
240201	多職種連携の評価	医師・看護師・介護職員など医療者同士の連携は良かったと回答した人の割合	－	遺族調査
240202	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回答した人の割合	－	遺族調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
200001	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（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
000010	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	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　暫定版」：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	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	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）	-	-
250101	【拠点病院等】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	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	－	現況報告
-	先進医療、患者申出療養制度等の評価療養、先駆的医薬品等指定制度等の既存の制度の適切な活用を促しつつ、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）	-	-
-	日本の薬事規制等の海外の中小バイオ企業への周知等を通じ、日本での早期開発を促すなど治験の実施（国際共同治験への参加を含む。）を促進する方策を検討するとともに、関係学会及び企業等と連携した研究開発を推進する。また、それらの実用化に向けた課題の整理と、既存制度の見直しを含めた対応策の検討を行い、速やかな医療実装を着実に進める	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
250201	医薬品、医療機器及び医療技術の開発の加速とそれらの速やかな医療実装	拠点病院において実施されている臨床研究数	－	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
200001	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査
200004	（標準的な）診断・医療の進歩	一般の人が受けられるがん医療は数年前と比べて進歩したと思う患者の割合	2003	患者体験調査
200005	治療選択についての情報提供の充実（必要な情報へのアクセス改善）	治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合	－	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
000001	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
000006	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
000010	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	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　暫定版」：相談支援及び情報提供

第88回がん対策推進協議会 資料３ （令和５年４月28日）

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
311101	【拠点病院等】がん相談支援センターの認知度向上及びその役割の理解の促進のため、地域の関係機関等と連携して、自施設に通院していない者も含む患者やその家族等への適切なタイミングでの周知に引き続き取り組む。また、相談支援体制へのアクセシビリティを向上させるため、オンライン等を活用した体制整備を進める	がん相談支援センターでの新規相談件数（全国の拠点病院等での総数）	－	現況報告
311102	相談支援の質を担保するため、関係団体等と連携し、がん相談支援に係る研修等に引き続き取り組む	相談員研修を受講したがん相談支援センターの相談員の人数	－	現況報告
311103		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	－	現況報告
-	持続可能な相談支援体制の在り方等について検討	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）	－	－
311104	拠点病院等と民間団体による相談機関やピア・サポーター等との連携体制の構築について検討する。併せて、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を活用し、必要に応じて地方公共団体等の協力が得られる体制整備の方策について検討	１拠点病院あたりの、連携している患者団体の数	－	現況報告
311105	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	１拠点病院あたりの体験を語り合う場の開催数	－	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
311201	がん相談支援センターの認知度	がん相談支援センターについて知っているがん患者の割合	3023	患者体験調査 小児患者体験調査
311202	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	－	世論調査
311203	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
311204	ピアサポーターの認知度	ピアサポーターについて知っているがん患者の割合	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
300001	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	－	患者体験調査
300002		ピアサポートを利用したことがある人が役に立ったがん患者の割合	－	患者体験調査
300003	がん患者の家族が、悩みや負担を相談できること	家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合	3022	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
000010	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

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
-	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	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）	－	－
312101	引き続き、国立がん研究センターや関係団体等と連携して、がんに関する正しい情報の提供及び理解の促進に取り組む	がん情報サービスにアクセスした件数	－	国立がん研究センターからのデータ提供
312102		がん情報サービスにおけるコンテンツ更新数	－	国立がん研究センターからのデータ提供
312103	障害等により情報取得や意思疎通に配慮が必要な人や、日本語を母国語としていない人への情報提供を適切に行うことで医療へのアクセスを確保するために、現状及び課題等を把握し、情報提供体制の在り方について検討	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
312201	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情報サービスで情報入手しようと思う人の割合	－	世論調査
312202	探しているがんの情報にたどりつけること	がん情報サービスにアクセスし、探していた情報にたどり着くことができた人の割合	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）
312203	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
300004	がん患者が、治療に関する十分な情報を得ることができること	治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合	－	患者体験調査 小児患者体験調査
300005	国民が、がんに対して正しい認識を持てること	がんの新しい治療法に関する情報の中には、十分な科学的根拠がなく、注意を要するものがあると思う人の割合	－	世論調査（仮）

「第４期がん対策推進基本計画ロジックモデル　暫定版」：社会連携に基づく緩和ケア等の患者支援

#	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】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	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）	-	-
320101	【拠点病院等】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	専門医療機関連携薬局の認定数	–	厚生労働省
320102	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	地域緩和ケア連携調整員研修受講者数	–	厚生労働省
320103	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	診療情報提供料（Ⅱ）の算定数	–	NDB

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
320201	希望時にセカンドオピニオンを受けられる割合の向上	がん治療前に、セカンドオピニオンに関する話を受けたがん患者の割合	3032	患者体験調査
320202	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	–	遺族調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
300006	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合の増加	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合	3034	遺族調査
300007	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度の向上	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	3033	遺族調査のサブグループ解析（全死亡のうち在宅死亡）

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
000010	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	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　暫定版」：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（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
-	現在の両立支援制度の効果及び課題を明らかにし、普及啓発、主治医から産業医への情報提供をはじめとする医療機関等と産業保健との一層効果的な連携等について検討	指標設定なし（着実に検討を推進すること）	–	–
331101	医療機関等において就労支援に携わる者が、産業医等と連携し、患者・事業主間の治療と仕事の両立へ向けた調整を支援できる体制の整備に取り組む	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
331102		療養・就労両立支援指導料の算定件数※ ※がんについて	–	NDB
331103		拠点病院等における就労の専門家による相談会の回数	–	現況報告
331104	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	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
331201	診断時からの情報提供	治療開始前に、就労継続について説明を受けたがん患者の割合	3041	患者体験調査
331202	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
331203	がんと診断された後の仕事の変化	退職したがん患者のうち、がん治療の開始前までに退職した者の割合	3043	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
300008	経済・就労関連PROの向上	治療費用の負担が原因で、がんの治療を変更・断念したがん患者の割合	–	患者体験調査
300009		金銭的負担が原因で生活に影響があったがん患者の割合	–	患者体験調査
300010	がん患者・経験者の両立支援・就労支援に関する相談・支援体制へのアクセスの向上	がん診断～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
300003		家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合	3003	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
000010	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	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
331105	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	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	–	長期療養者就職支援事業報告
-	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	指標設定なし（着実に検討を推進すること）	–	–
-	中小企業も含めて、企業における支援体制や、時間単位の年次有給休暇や病気休暇、在宅勤務（テレワーク）等の柔軟な勤務制度や休暇制度の導入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	指標設定なし（着実に検討を推進すること）	–	–
331106	両立支援コーディネーターの更なる活用に向けて、その活動状況を把握するとともに、地域職域連携の観点からより効果的な配置について検討	両立支援コーディネーター研修修了者数（所属機関別にも算出可）	–	事業報告（労働者健康安全機構）

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
331204	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
331205	両立のための職場環境整備	治療と仕事を両立するための勤務上の配慮がなされているがん患者の割合	3047	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　暫定版」：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）

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
332101	医療従事者を対象とした研修等を引き続き開催するとともに、相談支援及び情報提供の在り方について検討	アピアランス支援研修修了者数	－	事業報告
332102	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	拠点病院におけるアピアランスに関する相談件数	－	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
332201	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
300011	外見の変化に起因する苦痛の軽減	身体的・精神心理的な苦痛により日常生活に支障を来しているがん患者の割合	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	アウトプット指標	3期	データソース
333101	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	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
333102		自殺リスクに関する研修を実施した拠点病院の数	－	現況報告
333103		特定疾患治療管理料がん患者指導管理料イ算定数	－	NDB
333104		特定疾患治療管理料がん患者指導管理料ロ算定数	－	NDB
-	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	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
333201	気持ちのつらさに対する支援の利用	心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合	3011	患者体験調査
333202		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
333203		療養生活の最終段階において、精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3016	遺族調査
333204	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
333205		身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3012	患者体験調査
333206		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
300012	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
-	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、利用可能な施策の周知や課題解決に向けた施策について検討	検討段階のため指標設定無し（着実に検討を進めること）	-	-
334101	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	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	－	現況報告書
334102	【地方公共団体】がんに対する「偏見」の払拭や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	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）	－	現況報告書

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
334201	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	－	患者体験調査
334202	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	－	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
300013	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	－	世論調査

「第４期がん対策推進基本計画ロジックモデル　暫定版」：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	アウトプット指標	3期	データソース
341101	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	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	－	現況報告（小児がん）　*1
341102		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	－	現況報告（小児がん）
341103	成人診療科と連携した切れ目ない支援体制が、地域の実情に応じて構築できるよう、患者の健康管理の方法、地域における療養の在り方、再発・二次がん・併存疾患のフォローアップ体制等の医療・支援の在り方について検討	小児・AYA世代のがんの長期フォローアップに関する研修会参加人数	－	事業報告
341104		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*2	－	現況報告（小児がん）
341105	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	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	－	現況報告（小児がん）　*1
341106		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	－	現況報告（小児がん）
-	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	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）	-	-

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
341201	教育支援に関する医療スタッフからの説明の拡充	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
341202	就学支援制度の利用拡大	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	－	小児患者体験調査
341203	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
341204	長期フォローアップの認知度向上	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	－	小児患者体験調査
341205	医療者側からの就労支援（説明）の拡充	治療開始前に、就労継続について説明を受けたがん患者の割合	－	患者体験調査＜若年がん患者のみ＞
341206	つらい症状への速やかな対応改善	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	－	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
300003	家族への支援・サービス・場所の充実	家族の悩みや負担を相談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
300014	就学の継続	がん治療前に就学していた者のうち、「がん治療のために患者が転校・休学・退学したと回答した人」以外の割合	－	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
000010	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	小児患者体験調査 患者体験調査

*1. 成人拠点におけるAYA世代のがん患者に係る相談件数も算出することを検討中（令和４年度では現況報告に対応項目無し）

*2. 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

「第４期がん対策推進基本計画ロジックモデル　暫定版」：ライフステージに応じた療養環境への支援

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
342101	【拠点病院等】地域の医療機関やかかりつけ医、在宅療養支援診療所、訪問看護事業所等の医療・介護を担う機関、関係団体、地方公共団体等と連携し、患者やその家族等の療養生活を支えるための体制を整備するとともに、地域における課題について検討	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	－	現況報告
342102		介護支援等連携指導料の算定数（がん患者に限定）	－	NDB
342103		退院時共同指導料１の算定数（がん患者に限定）	－	NDB
－	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	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）	－	－
342104	高齢のがん患者の、人生の最終段階における療養場所等の選択に関する意思決定を支援するための方策について検討	意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応をしている拠点病院数	－	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
342201	家族の介護負担感の軽減	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	－	遺族調査のサブグループ解析（仮）*3
342202	死亡場所で患者が受けた医療の構造・プロセスの改善	医師・看護師・介護職員など医療者同士の連携はよかったと回答した割合	－	遺族調査のサブグループ解析（仮）*3
342203	最後の療養場所の希望や医療に関する話し合いの充実	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	－	遺族調査のサブグループ解析（仮）*3

*3. 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
300006	死亡前１ヶ月間の患者の療養生活の質向上	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合	－	遺族調査のサブグループ解析（仮）
300007	死亡場所で受けた医療に対する全般的満足度（＞在宅かつ高齢者）向上	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	－	遺族調査のサブグループ解析（仮）
300015	死亡前１ヶ月間の患者の療養生活の質向上	人生をまっとうしたと感じていた患者の割合	－	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　暫定版」：

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	アウトプット指標	3期	データソース
–	「がん研究10か年戦略」の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	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	-	-
410101	【AMED】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	「革新的がん医療実用化研究事業」事後評価	–	AMED
410102	「全ゲノム解析等実行計画2022」を着実に進め、ゲノム情報等により、患者等に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	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	–	jRCT、AMED
410103	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	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	–	jRCT、AMED
410104		厚労科研の採択課題における事後評価の平均	–	厚生労働省
410105		「がん政策研究事業」成果に関する評価	–	厚生労働省
-	格差の解消に向け、まずは各分野の取組の地域間、医療機関間の差を測定するための指標やその評価方法に係る研究を推進	指標設定無し（着実に研究を推進すること）	–	–

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
410201	がん研究論文数、引用数の増加	CSO(Common Scientific Outline)分類別・部位別論文数、引用数	4014	論文データベースDimensions
410202	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
410203		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
410204		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	アウトプット指標	3期	データソース
420101	関係学会・団体等と連携しつつ、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	がん専門医療人材（がんプロフェッショナル）養成プラン「次世代のがんプロフェッショナル養成プラン」事業評価	–	文科省からのデータ提供
420102	拠点病院等を中心に、専門的な人材の育成及び配置に積極的に取り組む。また、地域のがん医療や緩和ケア等を担う人材の育成及び配置について、拠点病院等や地域の職能団体が中心となって取り組む	がんゲノム医療コーディネーター研修会参加人数	4022	がんのゲノム医療従事者研修事業
420103		がんリハビリテーション研修プログラムを修了している医療従事者の人数	2063	ライフプランニングセンターからのデータ提供
420104		小児・AYA世代のがんの長期フォローアップに関する研修会参加人数	4023	小児・AYA世代の長期フォローアップ体制整備事業
420105		緩和ケア研修修了者数	4021	がん等における新たな緩和ケア研修等事業
420106		緩和ケアに特化した講座を設置している大学の数	4024	文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
420201	必要な知識を身に着けた専門的人材の増加	第４期がんプロで支援されたがん専門医療人材の人数	–	事業における取組状況調査
-	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　暫定版」：

がん教育及びがんに関する知識の普及啓発

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
430101	引き続き、 学習指導要領に基づく、児童生徒の発達段階に応じたがん教育を推進する。その際、生活習慣が原因とならないがんもあることなど、がんに対する正しい知識が身に付くよう、医療従事者やがん患者等の外部講師の積極的な活用について周知を行うとともに、ＩＣＴの活用を推進するなど、各地域の実情に応じたがん教育の取組の充実とその成果の普及を図る	外部講師を活用してがん教育を実施した学校の割合	4031	がん教育の実施状況調査
	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			
430102	【国及び地方公共団体、拠点病院等を中心とした医療機関】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、生活習慣や遺伝子等のがんの発生に関する基本的な情報も含めた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	がん情報サービスに含まれる項目数	－	国立がん研究センターからのデータ提供
430103		１拠点病院あたりの、連携している患者団体の数	－	現況報告
430104	【事業主や医療保険者】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、生涯のうちに約２人に１人ががんに罹患すると推計されていることや、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	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
430201	国民ががん予防や早期発見の重要性を認識し、がんを正しく理解し向き合う	「がんは、誰もがかかる可能性のある病気である」に対して 「そう思う」と回答した割合	－	がん教育総合支援事業事業成果報告書
430202		がん検診を受けられる年齢になったら検診を受けようと思うと回答した割合	－	がん教育総合支援事業事業成果報告書
430203		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	－	世論調査（仮）

がん登録の利活用の推進

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
440101	引き続き、質の高い情報収集に資する精度管理に取り組む	全国がん登録の精度指標としてのMI比・%DCO	2111	全国がん登録
-	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	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
440201	全国がん登録/院内がん登録の利用の推進	利用件数（総数・年あたり）	－	厚生労働省／国立がん研究センター

患者・市民参画の推進

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
450101	【国及び都道府県】国民本位のがん対策を推進するため、基本計画及び「都道府県がん対策推進計画」の策定過程について、性別、世代、がん種等を考慮し、多様ながん患者等のがん対策推進協議会及び都道府県協議会等への参画を推進する。また、諸外国の公募制、代表制等の事例も踏まえつつ、患者・市民参画の更なる推進に向けた仕組みを検討	都道府県がん対策推進計画の策定過程におけるがん患者を代表する者の参加割合（参考：性別、年代等の多様性（仮））	4001	厚生労働省
450102	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について、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 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	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	－	厚労科研班からのデータ提供
450103	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	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	－	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
450201	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合い方（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）	－	検討中（世論調査（仮））
450202	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	－	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	アウトプット指標	3期	データソース
-	「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	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）	-	-
460101	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、ＳＮＳ等を活用したがん検診の受診勧奨や、安心かつ安全なオンライン診療の提供、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）の活用等の治験のオンライン化、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	患者とその家族が利用可能なインターネット環境を整備している拠点病院等の数（or割合）	－	現況報告
460102		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）	－	現況報告
460103		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）	－	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
460201	（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	検討中（デジタル技術の活用のアウトカムをどのように評価するか、検討を行う。）	－	検討中

「第４期がん対策推進基本計画評価指標一覧　暫定版」

第88回がん対策推進協議会	資料４
令和５年４月28日	

分野		#	再掲	指標	3期	データソース
全体目標「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」						
	最終アウトカム	000001		がんの年齢調整死亡率（75歳未満、全年齢）	1001	人口動態統計
		000002		がん種別年齢調整死亡率（75歳未満、全年齢）	1002	人口動態統計
		000003		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
		000004		がんの年齢調整罹患率	1003	全国がん登録
		000005		がん種別年齢調整罹患率	1004	全国がん登録
		000006		がん種別５年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
		000007		希少がんの5年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
		000008		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
		000009		小児がん患者の5年生存率	2091	院内がん登録
		000010		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、小児患者体験調査
		000011		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
		000012		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
1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実						
	分野別アウトカム	100001		がん種別年齢調整罹患率（胃・大腸・肺・女性乳房・喫煙関連がん）	1004	全国がん登録
		100002		がん種別年齢調整罹患率（肝・ATL・子宮頸部）	1004	全国がん登録
		100003		検診がん種別早期がん割合	－	全国がん登録
		100004		検診がん種別進行がん罹患率	－	全国がん登録
がんの１次予防						
生活習慣について						
	個別施策	111101		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	－	現況報告
	中間アウトカム	111201		BMI18.5以上25未満（65歳以上はBMI20を超え25未満）の者の割合	1018	国民健康・栄養調査
	【参考】第51回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会資料１より	111202		食塩摂取量の平均値	1019	国民健康・栄養調査
		111203		野菜摂取量の平均値	1020	国民健康・栄養調査
		111204		果物摂取量の平均値	1021	国民健康・栄養調査
		111205		１日の歩数の平均値	-	国民健康・栄養調査
		111206		運動習慣者の割合	1017	国民健康・栄養調査
		111207		１日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者の割合	1016	国民健康・栄養調査
		111208		中学生・高校生の飲酒者の割合	-	厚生労働科学研究班
		111209		20歳以上の者の喫煙率	1011	国民健康・栄養調査
		111210		望まない受動喫煙（家庭・職場・飲食店）の機会を有する者の割合	1015	国民健康・栄養調査
		111211		中学生・高校生の喫煙者の割合	1012	厚生労働科学研究班
		111212		妊婦の喫煙率	1013	厚生労働省調べ
感染症対策について						
HPV						
	個別施策	112101		HPVワクチンの実施率	－	地域保健・健康増進事業報告
肝炎						
	個別施策	112102		肝疾患専門医療機関数	－	地方自治体における肝炎対策実施状況調査
		112103		肝炎医療コーディネーターの養成者数	－	地方自治体における肝炎対策実施状況調査
		112104		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	112201		B型・C型肝炎ウイルス検査受検率	参2	厚生労働科学研究班
		112202		B型・C型肝炎ウイルス陽性者数	参1	「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	112105		HTLV-1関連のホームページへの閲覧数	－	厚労省や厚生労働科学研究班作成のホームページのPV
		112106		HTLV-1関連の窓口数	－	結核感染症課調査
		112107		HTLV-1の保健所の検査数	－	結核感染症課調査
		112108		HTLV-1抗体検査の公費負担実施率	－	母子保健課調査
	中間アウトカム	112203		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		-				
がんの２次予防（がん検診）						
受診率向上対策について						
	個別施策	121101		受診勧奨実施市町村数（特別区を含む、以下同じ）	－	検討中
		121102		普及啓発キャンペーンの実施状況（実施都道府県数）（仮）	－	検討中（厚生労働省）
		121103		指針に基づく検診の実施率	－	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	121201		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	122101		がん検診の精度管理について技術的支援を行った市町村への支援数（特別区を含む）	－	検討中（厚生労働科学研究（仮））
		122102		精密検査受診率の低い市町村の実態把握を行い、実際にそれらの市町村に指導・助言等の取り組みを実施した都道府県数	－	都道府県用チェックリスト実施率調査
		122103		職域におけるがん検診を実施する主体が保険者の場合、研究者もしくは専門家が国と連携し、職域におけるがん検診の実態把握と精度管理を技術的に支援した数	－	検討中（厚生労働科学研究（仮））
		122104		正しいがん検診の周知のため、がん検診を受診する場を問わず、住民に対し、がん検診の正しい情報提供を実施した市町村数	－	検討中（市区町村用チェックリスト実施率調査）
	中間アウトカム	122201		精密検査 受診率	1032	地域保健・健康増進事業報告
		122202		がん発見率	－	地域保健・健康増進事業報告
		122203		偽陽性割合	－	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	123101		指針の遵守市町村数	－	市区町村におけるがん検診の実施状況調査
		123102		指針に基づかないがん検診の中止市町村数	－	市区町村におけるがん検診の実施状況調査

分野		#	再掲	指標	3期	データソース
2．患者本位で持続可能ながん医療の提供						
	分野別アウトカム	200001		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
		200002		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
		200003		若者がん患者のがんの診断・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
		200004		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
		200005		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	－	患者体験調査
		200006		身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3012	患者体験調査
		200007		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
		200008		療養生活の最終段階において、身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3015	遺族調査
		200009		療養生活の最終段階において、精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3016	遺族調査
		200010		在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	3033	遺族調査のサブグループ解析（全死亡のうち在宅死亡）
		200011		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
	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	211101		役割分担に関する議論が行われている都道府県の数	－	現況報告
		211102		がん治療前にセカンドオピニオンに関する話を受けたがん患者の割合	2025	患者体験調査
		211103		BCPに関する議論が行われている都道府県の数	－	現況報告
		211104		（参考）BCPを整備している病院の数	－	現況報告
		211105		都道府県協議会に小児がん拠点病院等が参加している都道府県の数	－	現況報告
		211106		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	－	現況報告
	中間アウトカム	211201		専門的な医療を受けられたと思う患者の割合	－	患者体験調査
		211202		初診時から確定診断までが１ヶ月未満の人の割合	－	検討中（患者体験調査or院内がん登録＋DPC or NDB（仮））
	がんゲノム医療					
	個別施策	212101		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）
		212102		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）
		212103		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）
		212104		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）
		212105		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）
	中間アウトカム	212201		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
		212202		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）
		212203		がん遺伝子パネル検査を実施した患者のうち、エキスパートパネルの結果治療薬の選択肢が提示された割合	－	Ｃ－ＣＡＴ
		212204		がん遺伝子パネル検査を実施した患者のうち、エキスパートパネルで推奨された薬剤が投与された割合	－	Ｃ－ＣＡＴ
		212205		ゲノム情報を活用したがん医療についてがん患者が知っていると回答した割合	2020	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	213101		がんの鏡視下手術の割合	2031	現況報告
		213102		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	－	現況報告
	中間アウトカム	213201		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））
		213202		診断から手術までの日数（術前化学療法の対象外のがん種・ステージ患者に対象を限定）	－	検討中（院内がん登録+DPCを利用（仮））
	放射線療法					
	個別施策	213103		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
		213104		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
		213105		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	－	現況報告
	中間アウトカム	213203		放射線治療関連QI	－	検討中
		213204		手術から放射線治療開始までの期間	－	検討中
	薬物療法					
	個別施策	213106		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
		213107		1拠点病院あたりの、専従の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師の数	(2041)	現況報告
		213108		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	－	現況報告
		213109		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	－	現況報告
	中間アウトカム	213205		化学療法/薬物療法関連QI	2021	検討中
		213206		手術から化学療法開始までの期間	－	検討中（院内がん登録+DPC（仮））
		213207		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
	チーム医療の推進					
	個別施策	214101		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）
		214102		栄養サポートチーム加算の算定回数	－	検討中（NDB等を活用し研究班で対応予定）
		214103		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	－	現況報告
		214104		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）	－	現況報告
		214105		検討中（「「栄養サポートチーム加算」を算定している拠点病院の数」※現時点では集計不可）	－	現況報告（仮）
	中間アウトカム	214201		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
		214202		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	－	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	215101		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
		215102		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
		215103		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	－	現況報告
	中間アウトカム	215201		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		#	再掲	指標	3期	データソース
支持療法の推進						
	個別施策	216101		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	–	現況報告
		216102		リンパ浮腫研修の受講者数	–	ライフプランニングセンターからのデータ提供
		216103		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
		216104		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	–	NDB
		216105		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
		216106		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
		216107		1拠点病院あたりの、専従の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師の数	–	現況報告
		216108		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	216201		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
		216202		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
		216203		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
		216204		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
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	217101		拠点病院の緩和ケアチーム新規診療症例数	–	現況報告
		217102		特定疾患治療管理料　がん患者指導管理料イの算定数	–	NDB
		217103		緩和ケア外来の新規診療患者数（地域の医療機関からの年間新規紹介患者数）	–	現況報告
		217104		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	–	現況報告
		217105		神経ブロックの実施数:L101-神経ブロック(神経破壊剤又は高周波凝固法使用)-腹腔神経叢ブロック(神経破壊剤又は高周波凝固法使用)の件数	–	NDB
		217106		緩和的放射線照射の実施数: M001-3(直線加速器による放射線治療)の2（1以外の場合）の件数	–	NDB
		217107		緩和ケア外来の新規診療症例数	–	現況報告
		217108		緩和ケア外来への、地域の医療機関からの紹介件数	–	現況報告
		217109		緩和ケア診療加算の算定回数	-	NDB
緩和ケア研修会						
	個別施策	217110		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	217201		医療者はつらい症状にすみやかに対応していたと感じる割合	–	患者体験調査・遺族調査
		217202		患者報告アウトカム（PRO）の症状改善率 ＊期中に指標を開発予定	–	検討中（緩和医療学会からのデータ提供）＊
		217203	再掲	身体的なつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談ができると思う患者の割合	2075	患者体験調査
		217204		心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合	3011	患者体験調査
		217205		がん診断～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
		217206		家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合	3003	患者体験調査
		217207		医療従事者が耳を傾けてくれたと感じた患者の割合	2006	患者体験調査
		217208		国民の緩和ケアに関する認識	3018	世論調査
		217209		国民の医療用麻薬に関する認識	3019	世論調査
妊孕性温存療法						
	個別施策	218101		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	–	現況報告
		218102		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	–	現況報告
		218103		日本がん・生殖医療登録システムJOFRへの登録症例数	–	日本・がん生殖医療学会からのデータ提供
	中間アウトカム	218201		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
		218202		がん・生殖医療に関する臨床研究実施数（仮）　*実施中の研究数または開始数／年（検討中）	–	検討中（jRCT（仮））
希少がん、難治性がん対策の推進						
希少がん対策						
	個別施策	220101		希少がんホットラインへの問い合わせ数	–	国立がん研究センターよりデータ提供
		220102		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	–	現況報告
		220103		中央病理コンサルテーションの数	–	国立がん研究センターよりデータ提供
		220104		希少がんに対する臨床試験を実施している拠点病院数	–	現況報告
		220105		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）	–	Minds登録数
	中間アウトカム	220201		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	–	患者体験調査
		220202		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	–	現況報告＋院内がん登録
		220203		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
難治性がん対策						
	個別施策	220106		難治性がん*3に関するHP等の整備を行っている拠点病院等の数	–	現況報告
		220107		難治性がん*3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	–	現況報告
		220108		難治性がん*3に対して臨床試験を行っている拠点病院等の数	–	現況報告
	中間アウトカム	220204		難治性がん*3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	–	現況報告＋院内がん登録
小児がん・AYA世代のがん対策						
小児がん対策						
	個別施策	230101		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	–	現況報告（小児がん）
		230102		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	–	現況報告（小児がん）
		230103		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	–	現況報告（小児がん）
		230104		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	–	現況報告（小児がん）
		230105		（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	–	現況報告（小児がん）
	中間アウトカム	230201		小児がん拠点病院で治療を受けた小児がん患者の割合	–	現況報告（小児がん）＋院内がん登録
		230202		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	–	小児患者体験調査
		230203		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	–	小児患者体験調査
		230204		小児がん拠点病院において実施されている治験数	–	現況報告＋jRCT
AYA世代のがん対策						
	個別施策	230106		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	–	現況報告
	中間アウトカム	230205		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
		230206		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
		230207		治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合	2093	患者体験調査、小児患者体験調査

分野		#	再掲	指標	3期	データソース
高齢者のがん対策						
	個別施策	240101		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	–	現況報告
		240102		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	–	現況報告
	中間アウトカム	240201		医師・看護師・介護職員など医療者同士の連携は良かったと回答した人の割合	–	遺族調査
		240202		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人の割合	–	遺族調査
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	250101		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	–	現況報告
	中間アウトカム	250201		拠点病院において実施されている臨床研究数	–	検討中（現況報告＋jRCT）
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						
	分野別アウトカム	300001		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	–	患者体験調査
		300002		ピアサポートを利用したことがある人が役に立ったがん患者の割合	–	患者体験調査
		300003		家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合	3022	患者体験調査
		300004	再掲	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	–	患者体験調査、小児患者体験調査
		300005		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	–	世論調査（仮）
		300006		望んだ場所で過ごせたがん患者の割合	3034	遺族調査
		300007		在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	3033	遺族調査のサブグループ解析（全死亡のうち在宅死亡）
		300008		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	–	患者体験調査
		300009		金銭的負担が原因で生活に影響があったがん患者の割合	–	患者体験調査
		300010		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
		300011		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
		300012		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
		300013		がんであることを話せる割合	–	世論調査
		300014		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	–	小児患者体験調査
		300015		人生をまっとうしたと感じていた患者の割合	–	遺族調査のサブグループ解析（仮） *4
相談支援及び情報提供						
相談支援について						
	個別施策	311101		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）	–	現況報告
		311102		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	–	現況報告
		311103		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	–	現況報告
		311104		１拠点病院あたりの連携している患者団体の数	–	現況報告
		311105		１拠点病院あたりの体験を語り合う場の開催数	–	現況報告
	中間アウトカム	311201		がん相談支援センターについて知っているがん患者の割合	3023	患者体験調査、小児患者体験調査
		311202		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	–	世論調査
		311203	再掲	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
		311204		ピアサポーターについて知っているがん患者の割合	3024	患者体験調査
情報提供について						
	個別施策	312101		がん情報サービスにアクセスした件数	–	国立がん研究センターからのデータ提供
		312102		がん情報サービスにおけるコンテンツ更新数	–	国立がん研究センターからのデータ提供
		312103		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	312201		治療法や病院についてがん情報サービスで情報入手しようと思う人の割合	–	世論調査
		312202		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）
		312203	再掲	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
社会連携に基づく緩和ケア等の患者支援						
	個別施策	320101		専門医療機関連携薬局の認定数	–	厚生労働省
		320102		地域緩和ケア連携調整員研修受講者数	–	厚生労働省
		320103		診療情報提供料（Ⅱ）の算定数	–	NDB
	中間アウトカム	320201		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
		320202		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	–	遺族調査
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	331101		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
		331102		療養・就労両立支援指導料の算定数* *がんについて	–	NDB
		331103		拠点病院等における就労の専門家による相談会の回数	–	現況報告
		331104		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
		331105		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	–	長期療養者就職支援事業報告
		331106		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）	–	事業報告（労働者健康安全機構）
	中間アウトカム	331201		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
		331202		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
		331203		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
		331204		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
		331205		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	332101		アピアランス支援研修修了者数	–	事業報告
		332102		拠点病院におけるアピアランスに関する相談件数	–	現況報告
	中間アウトカム	332201		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
がん診断後の自殺対策について						
	個別施策	333101	再掲	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
		333102		自殺リスクに関する研修を実施した拠点病院の数	–	現況報告
		333103		特定疾患治療管理料 がん患者指導管理料イ算定数	–	NDB
		333104		特定疾患治療管理料 がん患者指導管理料ロ算定数	–	NDB
	中間アウトカム	333201	再掲	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
		333202	再掲	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
		333203	再掲	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
		333204	再掲	身体的なつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談ができると思う患者の割合	2075	患者体験調査
		333205	再掲	身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3012	患者体験調査
		333206	再掲	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		#	再掲	指標	3期	データソース
その他の社会的な問題について						
	個別施策	334101		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	−	現況報告書
		334102		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）	−	現況報告書
	中間アウトカム	334201		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	−	患者体験調査
		334202		（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	−	患者体験調査
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	341101		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	−	現況報告（小児がん） *5
		341102		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	−	現況報告（小児がん）
		341103		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	−	事業報告
		341104		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	−	現況報告（小児がん）
		341105		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	−	現況報告（小児がん） *5
		341106		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	−	現況報告（小児がん）
	中間アウトカム	341201		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
		341202		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	−	小児患者体験調査
		341203		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
		341204		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	−	小児患者体験調査
		341205		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	−	患者体験調査＜若年がん患者のみ＞
		341206		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	−	小児患者体験調査
高齢者について						
	個別施策	342101		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	−	現況報告
		342102		介護支援等連携指導料の算定数（がん患者に限定）	−	NDB
		342103		退院時共同指導料１の算定数（がん患者に限定）	−	NDB
		342104		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	−	現況報告（再掲）
	中間アウトカム	342201		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	−	遺族調査のサブグループ解析（仮） *4
		342202		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	−	遺族調査のサブグループ解析（仮） *4
		342203		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	−	遺族調査のサブグループ解析（仮） *4
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	410101		「革新的がん医療実用化研究事業」事後評価	−	AMED
		410102		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	−	jRCT、AMED
		410103		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	−	jRCT、AMED
		410104		厚労科研の採択課題における事後評価の平均	−	厚生労働省
		410105		「がん政策研究事業」成果に関する評価	−	厚生労働省
	中間アウトカム	410201		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
		410202		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
		410203		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
		410204		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	420101		がん専門医療人材（がんプロフェッショナル）養成プラン「次世代のがんプロフェッショナル養成プラン」事業評価	−	文科省からのデータ提供
		420102		がんゲノム医療コーディネーター研修会参加人数	4022	がんのゲノム医療従事者研修事業
		420103	再掲	がんリハビリテーション研修プログラムを修了している医療従事者の人数	2063	ライフプランニングセンターからのデータ提供
		420104	再掲	小児・AYA世代のがんの長期フォローアップに関する研修会参加人数	4023	小児・AYA世代の長期フォローアップ体制整備事業
		420105	再掲	緩和ケア研修修了者数	4021	がん等における新たな緩和ケア研修等事業
		420106		緩和ケアに特化した講座を設置している大学の数	4024	文科省からのデータ提供
	中間アウトカム	420201		第４期がんプロで支援されたがん専門医療人材の人数	−	事業における取組状況調査
がん教育及びがんに関する知識の普及啓発						
	個別施策	430101		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
		430102		がん情報サービスに含まれる項目数	−	国立がん研究センターからのデータ提供
		430103		１拠点病院あたりの、連携している患者団体の数	−	現況報告
		430104		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	430201		「がんは、誰もがかかる可能性のある病気である」に対して 「そう思う」と回答した割合	−	がん教育総合支援事業事業成果報告書
		430202		がん検診を受けられる年齢になったら検診を受けようと思うと回答した割合	−	がん教育総合支援事業事業成果報告書
		430203	再掲	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	−	世論調査（仮）
がん登録の利活用の推進						
	個別施策	440101		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	440201		利用件数（総数・年あたり）	−	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	450101		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
		450102		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	−	厚労科研班からのデータ提供
		450103		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	−	現況報告
	中間アウトカム	450201		がん医療に対する国民の向き合い方（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）	−	検討中（世論調査（仮））
		450202		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	−	検討中（日本癌治療学会からのデータ提供（仮））

分野		#	再掲	指標	3期	データソース
デジタル化の推進						
	個別施策	460101		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）	−	現況報告
		460102		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）	−	現況報告
		460103		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）	−	現況報告
	中間アウトカム	460201		検討中（デジタル技術の活用のアウトカムをどのように評価するか、検討を行う。）	−	検討中

注釈

*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。
*3. 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。
*4. 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。
*5. 成人拠点におけるAYA世代のがん患者に係る相談件数も算出することを検討中（令和４年度では現況報告に対応項目無し）。
*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。

第88回がん対策推進協議会	資料５
令和５年４月28日	

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

ロジックモデル・指標（案）に対する事前提出意見一覧

厚生労働省健康局がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

ロジックモデル・指標全体について

分野	番号	指標	データソース	ご意見	委員名
全般	－	ー	ー	１） 妊孕性温存療法の位置づけが難しいと感じます。確かに医療ではあるが、身体的精神的苦痛とは少し違うような気がします。むしろ、サバイバーシップの方が適切だと感じます。社会・教育関連のPROに近いと感じます。	土岐
				２） 相談支援や社会連携の目的は必ずしも共生だけではなく、より良い医療を受けたいという希望があるのではないか？医療にも紐づける方が良いように感じます。	土岐
				３） 共生の4つを束ねるよいキーワードはないでしょうか？現状では4つのそれぞれのPROが分野別アウトカムになっており一体感がない。例えば「健全な社会生活を営むPRO」とか	土岐
				全体に、アウトプットと中間アウトカムの定義が曖昧のように感じます。患者数、相談件数、算定回数などは、施策によって直接的に変えられるものではないので、アウトプットではなく、アウトカムのように思います。全体的にこの傾向が強いと思います。	土岐
最終アウトカム	000001	がんの年齢調整死亡率（75歳未満、全年齢）	人口動態統計	年次推移のみならず、諸外国との比較が必要である。	松田
	000002	がん種別年齢調整死亡率（75歳未満、全年齢）			
	000001	がんの年齢調整死亡率（75歳未満、全年齢）	人口動態統計	「誰一人取り残さないがん対策」であることを評価する指標の1つとして、都道府県別のデータを用いて、地域間格差の指標を加えてはどうか（例：最も死亡率の高い県と最も死亡率の低い県の死亡率の差）。	久村
				社会的・経済的に不利な状況にある人々が適切ながん医療にアクセスできているのかを評価するために、地域の社会経済指標（地理的剥奪指標）を用いた死亡率の格差（貧困地域と裕福な地域との差）の指標を加えてはどうか。	久村
	000004	がんの年齢調整罹患率	全国がん登録	都道府県別のデータを用いて、地域間格差の指標を加えてはどうか（例：最も罹患率の高い県と最も罹患率の低い県の死亡率の差）。	久村
				社会的・経済的に不利な状況にある人々が適切ながん検診・予防関連施策にアクセスできているのかを評価するために、地域の社会経済指標（地理的剥奪指標）を用いた「進行がん」の年齢調整罹患率の格差（貧困地域と裕福な地域との差）の指標を加えてはどうか。	久村
	000010	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	患者体験調査、小児患者体験調査	「自分らしさ」の自己評価は、自己イメージに左右される部分が少なくない。また、がん罹患の有無には関係なく、自分らしい生活を送ることは難しいと感じている人々もいるため、がん対策全般を評価する指標として適切なのか検討を要すると考える。今後、別の新たな指標（例：主観的幸福感）を検討しても良いのではないか。例えば、がんになって自分らしい（＝今まで通りの）日常生活を送ることが難しくなったとしても、様々な人とつながる機会や社会的支援が得られたことで、より幸福を感じられるようになる人もいる。そのようながん患者・サバイバーが増えることは、様々ながん関連施策の効果として評価しても良いのではないか。	久村

がんの１次予防・２次予防について

分野	番号	指標	データソース	ご意見	委員名
生活習慣について	100001	がん種別年齢調整罹患率（胃・大腸・肺・女性乳房・喫煙関連がん）	全国がん登録	喫煙関連がんの主要な部位別がんとして、頭頸部がん、食道がんを独立した書き方にしてはどうか。	石岡
感染症対策について	112101	HPVワクチンの実施率	地域保健・健康増進事業報告	是非とも報告をお願いしたい。報告される数字は、当該年度における対象年齢のワクチン接種実施率だろうか？これまでにＨＰＶワクチン接種歴のある人も含めた接種の実施率が出せるのだろうか？	松田
	112105	HTLV-1関連のホームページへの閲覧数	厚労省や厚生労働科学研究班作成のホームページのPV数	指標としては理解できますが、PV数ではページの表示される回数であり、むしろユーザーが訪問したセッション数の方が人数把握には良いのではないでしょうか？	大井
	121103	指針に基づく検診の実施率	検討中（保険者データヘルス全数調査または厚労科研）	データヘルスからの詳細はぜひ確認いただきたい。職域におけるがん検診の内容を掌握できる仕組みを作る　などのほうが現実的か。指針に基づく検診の定義を（念のためがはびこっていて、かつその念のためで救われる人が多い状況）周知する仕組み作りなども指標になりうるか。	阿久津
受診率向上対策について	121101	受診勧奨実施市町村数	検討中	どう考えてもそこそこの数を超える実施になって見えて、実を取れずあまり意味をなさないのではないか。勧奨プログラムを作って実施、などひとつランクをあげた指標にしないと実利がない。	阿久津
	121102	普及啓発キャンペーンの実施状況（実施都道府県数）（仮）	検討中（厚生労働省）	都道府県数はあまりにもざっくり過ぎる　これだと１００%じゃないと困る　逆にやらないところはなぜやらないのか問いたくなる。指針に基づく検診ってなんだろうからスタートするので数より精度管理もいる。キャンペーンへの補助をすることで実施状況と詳細を掌握したい。	阿久津
				状況とありますが、実施すればよい。という形ではなく、それが県民に届いているのか参加者数は反映できないでしょうか。	樋口
				キャンペーンの実施状況では都道府県の仕事量を計測できても広報効果は測れないと思います。むしろ実施されたキャンペーンでの国民に向けて啓発フライヤー等の実質配布枚数（印刷部数ではなく）の方が広報効果を計測するには良いのではないでしょうか？	大井
	121201	検診受診率	国民生活基礎調査	がん検診はがん死亡率を低下させるための有力な手段であり、がん検診受診率を正確に把握することは不可欠である。現行の国民生活基礎調査は、調査対象者が事前に配布されたアンケート用紙に自己記入するもので、事前説明がないため、がん検診と診療上の検査との混同や受診時期の記憶違いの可能性など、得られた受診率は正確性に欠ける。 当面は国民生活基礎調査による受診率把握に頼らざるを得ないが、 ①がん検診のあり方に関する検討会で提案した（国保の受診者数／国保加入者数）の受診率も併記して欲しい。 ②健保組合や共済組合、協会けんぽ等が従業員等に対して行ったがん検診の受診率も算出して欲しい。 ③米国他、多くの国々で行われている電話調査（Behavioral Risk Factor Surveillance System)では回答前に　説明があるため、より正確な受診率が得られると思う。導入を検討すべきではないか？ ④将来的には、職域におけるがん検診を法律で規定し、加えてマイナンバーと紐づけて、地域・職域におけるがん検診受診率を自動的に把握すべきである。	松田
				中間アウトカム2-1「検診受診率の向上」のデータソースが国民生活基礎調査となっているが、住民検診の実態把握のため、地域保健・健康増進事業報告による検診受診率の把握も必要ではないか。特に、市区町村で比較可能な国民健康保険被保険者の検診受診率を指標に追加してはどうか。	谷口

がんの２次予防について

分野	番号	指標	データソース	ご意見	委員名
がん検診の精度管理等について	122201	精密検査受診率	地域保健・健康増進事業報告	受診率は地域に加えて職域における受診も聞いているにもかかわらず、精検受診率については、地域における検診に限定して、地域保健・健康増進事業報告のみとするのはおかしい。 健保組合・共済組合・協会健保等が従業員に対して行ったがん検診についても、精検受診率（できればがん発見率も）を示して欲しい。	松田
	122104	正しいがん検診の周知のため、がん検診を受診する場を問わず、住民に対し、がん検診の正しい情報提供を実施した市町村数	検討中（市区町村用チェックリスト実施率調査）	市町村単位で行わないと意味がないのと、市町村単位で事業所を掌握させる仕組みあるいは設問で工夫できないか。	阿久津
				指標としては理解できますが、「正しい」の基準については定められているのでしょうか？また受診の場は理解している国民が集まる場であり、むしろその場に集まらない国民に周知する場を設定して指標としてはどうでしょうか？	大井
科学的根拠に基づくがん検診の実施について	123101	指針の遵守市町村数	市区町村におけるがん検診の実施状況調査	現在、マンモグラフィにエコーをつけていたり、30歳以上にしているところが中止になって【成果】と思われるのはよくない。現在研究が進んでいるところ、組織型検診へ向けての課題整理と逆行させることを危惧する。	阿久津
	123102	指針に基づかないがん検診の中止市町村数	市区町村におけるがん検診の実施状況調査	現在、マンモグラフィにエコーをつけていたり、30歳以上にしているところが中止になって【成果】と思われるのはよくない。現在研究が進んでいるところ、組織型検診へ向けての課題整理と逆行させることを危惧する。	阿久津
	123101	指針の遵守市町村数	市区町村におけるがん検診の実施状況調査	科学的根拠に基づくがん検診を実施することは極めて重要であり、公表すべきである。	松田
	123102	指針に基づかないがん検診の中止市町村数	市区町村におけるがん検診の実施状況調査	科学的根拠に基づくがん検診を実施することは極めて重要であり、公表すべきである。	松田

がん医療提供体制等について（1/4）

分野	番号	指標	データソース	ご意見	委員名
分野別アウトカム	200001	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）		患者体験調査からがんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）を評価するのは客観性に乏しいと思う。	石岡
	200008/200009/200010	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/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/在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	遺族調査	✓遺族調査を活用することには異論はありません。 ✓可能なら年齢20-50，60-70，80歳以上と3群に分けているので、その3群で再精査する必要があると考えます。その結果を用いて頂けるとより適切な根拠が示せるのではないかと思います。その理由は遺族調査での患者の5割強が80歳以上であり、一方、20代から50代が6.2%の患者であります。つまり、身体的苦痛、精神心理的苦痛は、年代によっても、ライフステージによっても異なると考えるからです。	小原
医療提供体制の均てん化・集約化について	211101	役割分担に関する議論が行われている都道府県の数		役割分担に関する議論が行われている都道府県の数:話題にしただけで議論を行ったとするところがあるのではと懸念される	石岡
	211102	BCPに関する議論が行われている都道府県の数	現況報告	議論のみでよいのか疑問。都道府県により、議論内容のレベルが異なるのではないか。	谷口
	-	その他		１） 均てん化と集約化を評価するうえで医療圏ごとの格差を明らかにする必要があると思います。例えば医療圏ごとに5大癌で流出する患者数と流入する患者数の差を出すことはできないでしょうか？（当然 流出が多い方が体制が弱いということになります）。	土岐
				２） 集約化の指標（中間アウトカム）として、全国癌登録から拠点病院で治療を受ける患者の割合を指標にしてはどうでしょうか？賛否は別として、拠点に集まってくる実態を把握することは意義があると思います。	土岐
				（アピランス、妊孕性、小児のゲノム医療、AYAの在宅療養体制等）項目別の県ごとの網羅度を追加 現状は地域により取り組みに差があるので、均てん化を図るためにどこまで到達できているのか実際に見える化する必要があるのではと思っています	樋口

がん医療提供体制等について（1/4）

分野	番号	指標	データソース	ご意見	委員名
がんゲノム医療について	212105	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	現況報告（がんゲノム）	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について、何故＊２で連携病院を除外したのでしょうか？	土岐
	212202	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	現況報告（がんゲノム）	拠点病院以外にもHBOCは血液検査などがされているし、その部分の遺伝カウンセリングが著しく低いと見られる。これをどう考えるのか？ゲノムの現況報告だけでは不十分では？HBOCの関連学会からの数字はいかがか。	阿久津
	-	ー	ー	パネル検査対象患者のパネル検査実施数（医療機関、地域別） 誰一人取り残さないがん対策を推進する上で、治療や施策が必要とする患者に確実に届くことが大切である。パネル検査の対象となる患者を分母に、どれくらいの患者パネル検査を受けたのかについて、それを地域別、医療機関別に見ていくことが必要ではないか。	谷島
				既存制度の見直しにつながる指標 第4期基本計画に「必要な患者が、適切なタイミングでがん遺伝子パネル検査等及びその結果を踏まえた治療を受けられるよう、既存制度の見直しも含め」とある。既存制度の見直しの判断につながる指標が必要ではないか。（例えば、早期に遺伝子変異を調べた方とそうでない方の生存率の比較調査等はないのでしょうか）	谷島
				ゲノム検査の前倒しの検討が取り組むべき施策に入っています。指標の設定が難しいのは分かりますが、何か設定できないでしょうか？例えばゲノム検査の中で希少がん小児がん（難治性がん）の患者数を別にカウントするなどはどうでしょうか？	土岐
				アウトプット指標、中間アウトカム共通して、数（総数）だけでは無く、格差を指標とすべき。人口（または患者）あたりの都道府県別の数を算出して標準偏差などの指標を評価値とする（均てん化の指標）	石岡

がん医療提供体制等について（2/4）

分野	番号	指標	データソース	ご意見	委員名
手術療法・放射線療法・薬物療法について	213101	がんの鏡視下手術の割合	現況報告	鏡視下手術は今やロボットにとって代わられ、減少しつつあります。ロボット支援手術とした方が良いと思います。	土岐
	213201	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	検討中（院内がん登録+DPCを利用（仮））	手術関連死亡は30日以内はほとんどありません。90日以内死亡もしくは在院死亡の方が手術が安全に施行されている指標になると思います。	土岐
	213202	診断から手術までの日数（術前化学療法の対象外のがん種・ステージ患者に対象を限定）	検討中（院内がん登録+DPCを利用（仮））	術前化学療法の対象外というのは多くは早期癌です。早期癌の手術をすぐに行うことは患者サービスではありますが、腫瘍学的に必須ではありません。現場の感想で早期癌の手術が不適切なほどに遅延していることはまずないと思います。そもそも「タイムリー」を中間アウトカムに入れる必要はないのではないでしょうか？	土岐
				「タイムリー」の代わりに「根治性の高い」を入れてはどうでしょうか？進行癌の治療は集学的治療が盛んになり、手術＋化学療法、手術＋放射線療法が増えています。院内癌登録から集学的治療を受けた人数が指標としてカウントできればよいと思います。	土岐
	213204	手術から放射線治療開始までの期間	検討中	一方で放射線に「タイムリー」を入れるかは微妙です。確かに放射線は手術に比べるとインフラの整備が遅れるもしくは不足していると感じます。しかし「手術から放射線開始までの期間」が適切な指標とは感じにくいです。もしかすると乳癌ではそのような意見があるのかもしれませんが、消化器癌では感じません。どのような指標が良いのかわかりませんが、個人としては緩和的照射が足りていない印象はあります。	土岐
				診断から放射線治療開始までの期間。院内がん登録＋現状報告	宇野
	213206	手術から化学療法開始までの期間	検討中（院内がん登録+DPC（仮））	６）2-5　さらに化学療法に「タイムリー」を入れることの疑問は大きいです。化学療法に関して設備機器は必要ないので遅れるとすればマンパワーの要素のみです。化学療法専門医の不足と重複する指標になります。また「タイムリー」を入れる場合も、手術から化学療法までの時間は、主に術後の全身状態の回復に依存しますので化学療法側の問題ではなく手術側の問題になるので指標としては適切ではないと感じます。「タイムリー」については、入れるとすれば「進行癌において診断日から化学療法開始までの期間（院内がん登録より）」を指標とすること推奨します。入院まち、検査、カンファなどを迅速にして、できるだけ短期間で化学療法を開始することは、医学的もサービスとしても価値が高いです。	土岐
	213106	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	現況報告	薬剤師しか記載がないですが、がん専門看護師やがん薬物療法認定看護師も力を発揮し患者さんの治療が遂行できるよう患者さんの声を引き出し高度な知識をもとに支持療法の検討、強化、安全な投与管理や治療継続のため努めていると思います。→支持療法の推進の項も同様支持療法にも看護師の力がとても発揮されています	樋口
	213109	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	現況報告	指標としては理解できますが、「わかりやすく」の基準については定められているのでしょうか？	大井
	－	ー	ー	「国及び都道府県」バイオ後続品に関わる新たな目標を踏まえ、使用促進のための具体的な方策を検討と有りますが、現在の使用状況、医療者の理解の把握はできないか。患者の理解は進んでいるとはいえず、主治医からの説明やすすめが無いと広がらないのではないかと思いました。	前田
				薬物療法、放射線治療、手術のいずれの分野も上記の様に指標は総数では無く、均てん化を評価出来る指標とすべき	石岡
				最新の知見に基づく適切な化学療法のタイムリー・安全な実施は関連学会に委託してはどうか。	石岡

がん医療提供体制等について（3/4）

分野	番号	指標	データソース	ご意見	委員名
チーム医療の推進について	214104	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）	現況報告	拠点病院では100%で当たり前ではないのだろうか。啓発をしている病院の数や連携を実際にさせている実数を測る方法は？	阿久津
	－	ー	ー	全般に　チーム医療も支持療法も主役は看護師だと思うのですが看護師に関するアウトプット指標がないように感じます。バランスが悪いと思います。	土岐
				外来腫瘍化学療法診療料の算定件数を加えてはどうか。	石岡
支持療法の推進について	216101	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	現況報告	研修の実施の推進とあるため、エビデンスをもって医療者に広めているアピランス支援研修の終了者数をこちらにも加えていただきたい	樋口
	216102	リンパ浮腫研修の受講者数	ライフプランニングセンターからのデータ提供	代替案ではありませんが、受講者数をライフプランニングセンターから出してもらうなら、受講者数に加え、受講者の何パーセントがリンパ浮腫治療にあたっているかを出してもらうと、もう少し実態が見えてくるのではないでしょうか。ライフプランニングセンターで受講者のフォローを行っていると思います。	前田
	－	ー	ー	全般に　チーム医療も支持療法も主役は看護師だと思うのですが看護師に関するアウトプット指標がないように感じます。バランスが悪いと思います。	土岐
				216103~216108については共通して、数（総数）だけでは無く、格差を指標とすべき。人口（または患者）あたりの都道府県別の数を算出して標準偏差などの指標を評価値とする（均てん化の指標）	石岡

がん医療提供体制等について（4/4）

分野	番号	指標	データソース	ご意見	委員名
がんと診断された時からの緩和ケアの推進について	217103	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）	現況報告	（地域の医療機関からの年間新規紹介患者数）内のほうがより重要で新規診療患者だけではなく（）内を精緻にとられたい。	阿久津
	217107	緩和ケア外来の新規診療症例数	現況報告	このあたりの整理はどのようにされますか？症例？患者数？紹介数？	阿久津
	217208	国民の緩和ケアに関する認識	世論調査	拠点病院や地域の医療機関においても、「診断時からの緩和ケア」を浸透させる必要があることから、国民だけでなく、医療者の緩和ケアへの理解度向上も重要ではないか。	谷口
	-	-	-	緩和ケア研修終了者数(がん等における新たな緩和ケア研修等事業) 緩和ケア研修について　という項目があるが、それらを1-5や1-6のアウトプット指標として盛り込んで良いのではないか。現在の指標では正しい知識の普及啓発とはイメージしにくい内容となっている。緩和ケアの研修は、在宅にも開かれ緩和ケアの基礎を学び、痛みのコントロールについても含まれている	樋口
				専門的な知識を持つ医師、看護師、薬剤師等の専任・常勤での配置、外来を網羅する緩和ケアチームの存在 外来等における人材の配置とあるので、症例数や紹介数だけでなく実際にスタッフやチームが関われているのかもアウトプット指標として追記していただきたい。	樋口
妊孕性温存療法について	218201	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	患者体験調査、小児患者体験調査	小児患者体験調査に関しては、調査対象者は、院内がん登録で全国集計参加施設において調査対象年に治療が開始された診断当時 18 歳以下の患者の家族からの回答である。家族の回答であり、小児患者（理解できる年齢であっても）自身ではないことから、「小児患者体験」調査として、適切なデータリソースになり得るか要検討であると考える。	小原
	218102	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	現況報告	診療科や産婦人科、がん看護外来などで相談される患者もいるが、相談件数を把握する対象は相談支援センターのみでよいか。	谷口
	–	-	-	218101について自施設でがん・生殖医療に関する意思決定支援を行うことができる診療従事者を配置している拠点病院数 218102について　CAYAがん患者のうち「妊孕性・生殖機能」に関して、「がん・生殖医療の意思決定支援に関する人材（1-1）」から 情報提供を受けた割合 現在の相談支援センターにおける相談件数とすると、妊孕性に関する相談は相談支援センターを介さずにAYA支援チームや直接生殖外来で対応している施設も多いため実態を拾うことができなくなると危惧します。また、理想ですが大事なのは件数ではなく各病院のCAYAがん患者さんのうちどれだけの方が情報に到達できているか。という視点であると思います。（データを事務的に調べる必要があるかも知れませんが・・・）	樋口
				追加案　・地域ネットワークにおける「検討会」へ参加し、妊孕性温存施設とともに地域の課題を議論した実績 ・Oncofertility Consortiumによるネットワーク間相互支援事業(全国ワークショップ等)への参加実績 現在、生殖医療ネットワークが構築されており各地域で病院と行政、地域をつなぎ体制整備が図られてるためその部分も評価していただきたい。	樋口
				追加案　妊孕性温存（凍結）実施患者数／情報提供を受けた患者数 他施設や他地域と比べて、この数字が高すぎる場合、温存対象患者のみが情報提供を受けている可能性 温存に誘導しすぎている(=不適切な意思決定支援)の可能性がある	樋口

希少がん及び難治性がん対策について（1/2）

分野	番号	指標	データソース	ご意見	委員名
希少がん対策	200011	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	患者体験調査	希少がん対策の現状において「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。」とある。これは、実際当事者から寄せられる声とかなり乖離があるように感じる。実際はもっと低いのではないか。おそらく、患者体験調査では専門的治療を受けられる拠点病院の患者に調査が偏ってしまったり、専門性がより必要とされる転移再発で長年闘病している患者さんが調査対象に入らなかったり、そもそも自分はちゃんとした治療を受けられたと信じたい患者の心理など、様々影響してだと考えられる。よってこの指標については、調査対象を、拠点病院、それ以外、地域と、それぞれ分けて見た方が、集約化の効果検証や、格差の実態を把握する上でも良いのではないか。 また、データソースも、患者体験調査だけでなく、がん登録を用いて、対象となる患者が、どれだけ専門の医療機関にかかることができたのかという、客観的指標も採用いただきたい。	谷島
				分野別の・・・専門的な医療を受けられたと感じているがん患者の数・・患者体験調査の項目からはセグメントはできるだろうが精緻にとれるとは思えない。	阿久津
	-	-	-	希少がん情報公開、専門施設における公開がん種数 情報へつながりにくい希少がん患者への情報提供と、それを通じた適切な集約化を促進する上で、第3期の中間評価に継続してフォローしていくべき大事な指標。それを患者にとっての情報が集約されている、がん情報サービスでの掲載状況で追いかけるべきではないか。	谷島
	220101	希少がんホットラインへの問い合わせ数	国立がん研究センターよりデータ提供	個別施策「【国及び都道府県】拠点病院等における診療実績や、医療機関間の連携体制等について、患者やその家族等の目線に立った分かりやすい情報提供を推進」のためには、前述のとおり、患者にとって必要な情報が集約されている、がん情報サービスの掲載情報の充実が重要である。よって、アウトプットは希少がんホットラインへの問い合わせ数よりも、がん情報サービスの掲載状況、特に掲載がん種数とした方が適切ではないか。まずは、がん情報サービス（あるいは希少がんセンター）ですべての患者が自身のがんについての情報と、最新のガイドラインやもしくは準じる治療法につながり、新規治療の承認についてもタイムラグなく知ることができる状況を作っていただきたい。	谷島
	220102	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	現況報告	適切な役割分担及び集約化を促進するためには、前述の通り、希少がん情報公開専門施設における公開がん種数等、各施設によるがん種ごとの診療実績の公開を指標とした方が効果的ではないか。	谷島
	220103	病理診断や治療等に係る希少がん中央機関と拠点病院等との連携体制の整備を引き続き推進	国立がん研究センター	追記　治療に関するコンサルテーションの数 希少がんの患者さんが病理のコンサルだけではなく、適切な治療に結びつくこと、専門的な医療を受けることができたという評価ができたらよいと考えました。（データソースが曖昧ですみません）	樋口

希少がん及び難治性がん対策について（2/2）

分野	番号	指標	データソース	ご意見	委員名
希少がん対策	220104	希少がんに対する臨床試験を実施している拠点病院数	現況報告	220104、220108の臨床試験は観察研究も含むのでしょうか、特定臨床研究、治験、先進医療なのでしょうか？また、これを現況報告書で施設数でカウントしているが、国全体としてjRCTで把握した方が良いのではないか？（ロジックモデル全体の話ですが、臨床試験、臨床研究（等）、治験などの文言がでてきて、何を指しているのか不明瞭な印象を受けました）	土岐
				個別施策「希少がん領域における薬剤アクセスの改善に向けて、日本の薬事規制等の海外の中小バイオ企業への周知等を通じ、日本での早期開発を促すなど治験の実施（国際共同治験への参加を含む。）を促進する方策を検討するとともに、希少がん中央機関、拠点病院等、関係学会及び企業等と連携した研究開発を推進」のためには、希少がんに対する臨床試験を実施している拠点病院数も確かに大事な指標ではあるが、不十分感が否めない。指標として、日本での未承認薬の数、国際共同治験の参加数、臨床試験の数等、を加えてはどうか。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。	谷島
	-	-	-	（希少がん領域における薬剤アクセスの改善に向けて、日本の薬事規制等の海外の中小バイオ企業への周知等を通じ、日本での早期開発を促すなど治験の実施（国際共同治験への参加を含む。）を促進する方策を検討するとともに、希少がん中央機関、拠点病院等、関係学会及び企業等と連携した研究開発を推進について） 新規に承認された薬剤数を指標にすることはできないか	谷島
				連携の円滑化（速やかな医療の提供）について、 セカンドオピニオン数、紹介、逆紹介数などはレセプトデータなどから出すことはできないか。	谷島
難治性がん対策	-	-	-	追記　考えられ得る臨床試験や標準治療を実施された割合（院内がん登録） 難治性がんで治療がないからと、自費診療で治療を行なっている拠点病院も見受けられるので治療だったら何でもよいという評価にならないようにする必要があると	樋口
希少がん対策・難治性がん対策	-	-	-	患者用診療ガイドラインの数 患者にとって道標の少ない、希少がん、難治性がん、小児がんにおいては、第3期の中間評価に継続し、患者用診療ガイドラインの数をフォローしていった方が良いのではないか。	谷島

小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策について

分野	番号	指標	データソース	ご意見	委員名
小児がん対策	–	「【小児がん拠点病院等】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に取り組む（適切な測定指標が無いため指標設定無し）」		１） 情報提供、他の施設との連携（番号なし）について 「※拠点病院では整備指針で必須要件のため100%となる」ので指標なしというのは違和感を覚える。この回答では取り組むべき施策に記載したこと自体が意味がなくなってしまう。整備指針を更に発展させるためにために取り組むべき施策に載せたのではないのか？	土岐
				適切な項目がない、連携と情報提供だが、やったかやらなかったのか、こんな取り組みが行われた、など学会と協力してなんらかの見える化はできないものか？	阿久津
				セカンドオピニオン数、紹介、逆紹介数などはレセプトデータなどから出すことはできないか。または、小児がん中央病院が把握している紹介、逆紹介数を指標とできないか。参考　７P https://ganjoho.jp/med_pro/liaison_council/child/liaison_council/20220613/pdf/shiryo1_2.pdf	谷島
	23104/23105	-	-	トランジションの受け手となる成人診療科側の窓口の整備状況 小児側の窓口は整備されてきても、成人医療側ではまで体制整備が進んでいない	樋口
	230203	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	小児患者体験調査	合わせてすでに現況報告にある長期フォローアップ科を設置している施設の数を指標にできないか。	谷島
				小児患者体験調査に関しては、調査対象者は、院内がん登録で全国集計参加施設において調査対象年に治療が開始された診断当時 18 歳以下の患者の家族からの回答である。家族の回答であり、小児患者（理解できる年齢であっても）自身ではないことから、「小児患者体験」調査として、適切なデータリソースになり得るか要検討であると考える。	小原
	-	-	-	「日本の薬事規制等の海外の中小バイオ企業への周知等を通じ、日本での早期開発を促すなど治験の実施（国際共同治験への参加を含む。）を促進する方策を検討するとともに、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」について 施策決定後に適応外、未承認薬の日本における承認数を指標にすることはできないか。	谷島
				分野別アウトカム：身体的な苦痛を抱える小児がん経験者の減少、指標：身体的な苦痛を抱える小児がん患者の割合 分野別アウトカム：精神心理的な苦痛を抱える小児がん経験者の減少、指標：精神心理的な苦痛を抱える小児がん患者の割合 最終アウトカム：全ての小児がん経験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、指標：現在自分らしい日常生活を送れていると感じる小児がん経験者の割合　を追記 小児がんの患者さんが実際にどう感じたかから評価を。生存率だけではなく、どのように生きるかの視点でもアウトカムが必要と考える。	樋口
AYA世代のがん対策	-	-	-	本当にすべての拠点病院は「がん生殖医療ネットワーク」に加入しているのでしょうか？また、ネットワークの活動（会議の開催回数など）の実態を指標にしてはどうでしょうか？	土岐
	-	-	-	追記　AYAがん患者サポート研修会の参加者数 院内の体制整備にはAYA世代のがんやその心理・社会的特徴について知識があることが前提となる。そのため、現在国内で唯一AYA研が実施している研修についても追記いただきたい。	樋口

相談支援及び情報提供について
社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援について

分野	番号	指標	データソース	ご意見	委員名
相談支援について	311101	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）	現況報告	同じ項目ですが、自施設以外からの相談件数も指標としたら良いのではないか？	土岐
	311102	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	現況報告	1-2　がんに関わる専門的な知識を有する専従・常勤の看護師の数（現況報告） すべてにおいて相談支援センターへ。となっているが、パートの職員でまかなっている施設もある。研修はあるが、質の担保が課題となる。	樋口
	311104	１拠点病院あたりの連携している患者団体の数	現況報告	患者団体の数でどう評価されるのでしょうか？数人の団体もあれば支部もありますし、ピアサポートの内容も違うと思いますが。特に拠点病院ではそう多く連携しているとも思えず、病院よりも市町村のとりまとめをさせるほうが精緻な気がします。	阿久津
				患者団体数については都市部は多く地方部は少ない実態があります。また数の問題ではなく、欧米諸国のように「公共性」に資する団体(公益社団法人／公益財団法人／認定NPO法人)と連携している患者団体の質の評価が必要と考えます。現在そうした評価指標はなく、今後の課題として「検討中」としてた方が真摯な対応と思います。	大井
				質問です。何をもって、連携しているとするのでしょうか？具体的な連携の定義について教えていただきたい。パンフレットを置いているなど一方的なものが多く、双方向の意思疎通（たとえば年１回以上の会議等）などの連携につながるような問い（把握）にできないのでしょうか。	前田
				つなげる仕組みづくりの施策に対して、院内サロンの開催数の把握が調査としてはマッチしていないのでは。ピアサポーター―は院内サロンだけではない。繋げるためには「医療者のピアサポーター―の認知度を調査」していただき、それを増やし、さらに繋げる施策にしていくのはどうか。	前田
				これも適正な数でいいのか、どうか。	阿久津
	311204	ピアサポーターについて知っているがん患者の割合	患者体験調査	ピアサポート活動を行っている施設数は指標とできないか	谷島
情報提供について	312101 312102	-	-	（「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」の指標について）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注意喚起している、具体例はあるのでしょうか？	土岐
	312102	がん情報サービスにおけるコンテンツ更新数	国立がん研究センターからのデータ提供	情報の提供の質的評価されていない状況では、単なる数値の更新では意味がないと思います。今回はこの指標としたとしても今後、質的評価を検討し、その上で量的評価として取り組む前提であれば良いと思います。	大井
社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援	－	その他	-	セカンドオピニオンをオンラインで受けている拠点病院の数をモニタリングしていただきたい。	土岐
				（アウトプット指標として）在宅で亡くなったがん患者の介護保険利用割合（遺族調査） 地域包括ケアシステムが活用されているのかを評価する指標の1つになり得るのではないかと考える。	久村
	320101	専門医療機関連携薬局の認定数	現況報告	拠点病院と地域の関係機関の間での議論やコンサルテーションの実施状況を追加してはどうか。 関係機関との連携をはかる指標として薬局の認定数だけでは不十分であると考えます。	樋口

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

分野	番号	指標	データソース	ご意見	委員名
就労支援について	-	-	-	連携については検討推進になっているが、医師が就労について説明した件数、などの指標は取れないものか？	阿久津
				就労支援の実態把握へ向けて厚労省の他のプログラムで行われているアンケート結果などで指標はないのか？	阿久津
				産業保健支援センターの利用実績，助成金の活用数 中小企業での指標として、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。	谷島
				自営業、フリーランス、非正規雇用について 第4期計画では「国は、就労支援の更なる充実に向けて、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。」とある。就労支援について「医療機関側」と「職場側」に分けてしまうと、自営業、フリーランス、非正規雇用がこぼれてしまうことが懸念される。ここをフォローできる指標を設けられないか。（データソースの具体案がなく申し訳ないです）	谷島
がん診断後の自殺対策について	300012	がん患者の自殺数	革新的がん自殺研究推進プログラム	分野別アウトカムが「がん患者の自殺の要因の解消」で、指標が「がん患者の自殺数」であるのに違和感を感じる。がん患者の自殺をなくすことが目指す姿ではないかと考えるので、分野別アウトカムは「がん患者の自殺を減らす又はなくす」としてはどうか。	谷口
	334102	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）	現況報告書	セミナーの回数ではなく、そのリアルな参加人数と広がりなのではないでしょうか？	阿久津
その他の社会的な問題について	300013	がんであることを話せる割合	世論調査	「がんによる社会からの隔離の解消」⇒「がんによる社会からの孤立の解消」という文言の方が良いように考える。がん患者の孤独感を評価する指標として、内閣官房孤独・孤立対策室が実施した「人々のつながりに関する基礎調査」（令和3年）で実施した孤独感の直接質問の方が適切かと考える。	久村
	334102	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）	現況報告書	拠点病院で実施した地域を対象としたがん患者の社会的問題やサバイバーシップケアに関するセミナー等の開催回数としてはどうか。がんに関するセミナー全てが社会的な問題への対応に関して網羅している訳ではない。	樋口
				情報の提供の質的評価されていない状況では、単なる数値の更新では意味がないと思います。今回はこの指標としたとしても今後、質的評価を検討し、その上で量的評価として取り組む前提であれば良いと思います。	大井
	-	-	-	「高度化する治療へのアクセスを確保ため、 患者 ・経験患者 ・経験患者 ・経験・家族等の 経済的な課題等を明らかにし、 関係機や学会等と協力して、 利用可能な施策」は今回の基本計画の格差の是正の最も重要なものだと思います。是非、利用可能な指標を設定していただきたいと思います。	土岐
				（アウトプット指標として）障害基礎・厚生年金を受給したがん患者の数(障害年金業務統計) 「利用可能な施策の周知」について、現状を評価する指標の1つになり得るのではないか。都道府県別の集計データも公表されているので、都道府県レベルの格差も算出可能と考える。障害年金業務統計の令和3年度データによれば、多くのがん患者が使用する「血液・造血器・その他」の診断書による支給決定数は4,233人であり（この半数位ががん患者かもしれない）、20-60歳のがん死亡者数と比較すると（診断後18ヶ月未満の障害年金受給条件を満たさない者も含まれるが）、がん患者でこの制度を利用できた方は非常に少ないと推測できる。	久村
				（アウトプット指標として）傷病手当金を受給したがん患者の数 「利用可能な施策の周知」について、現状を評価する指標の1つになり得るのではないか。例えば、全国健康保険協会現金給付受給者状況調査があるが、特定の健康保険に限定されないデータがあるのか分からない。	久村

ライフステージに応じた療養環境への支援について

分野	番号	指標	データソース	ご意見	委員名
小児・ＡＹＡ世代について	341202	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	小児患者体験調査	小中学校の義務教育と高校教育では状況が異なるため、指標を分けて整理してはどうか。	谷口
	－	その他	-	指標の中でのがん相談支援センターにおける→AYA世代の支援チームやがん相談支援センターにおける 相談支援センターでなく支援チームが窓口となっている施設もある	樋口
高齢者について	342203	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	遺族調査のサブグループ解析（仮）*4	このあたりの調査にとても期待しております。サブグループ解析などがやはり狭くデータをとって有効と思います	阿久津
	－	その他	-	342102~342104、34201~342203などが、高齢者に特化した指標になっているのか？設問に工夫がいるのではないか？	土岐
分野別アウトカム	300006	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合	遺族調査	遺族調査を活用することには異論はありません。可能なら年齢20-50，60-70，80歳以上と3群に分けているので、その3群で再精査する必要があると考えます。その結果を用いて頂けるとより適切な根拠が示せるのではないかと思います。その理由は遺族調査での患者の5割強が80歳以上であり、一方、20代から50代が6.2%の患者であります。つまり、身体的苦痛、精神心理的苦痛は、年代によっても、ライフステージによっても異なると考えるからです。	小原

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について
人材育成の強化について
がん教育及びがんに関する知識の普及啓発について

分野	番号	指標	データソース	ご意見	委員名
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	410201～410204	-	-	中間アウトカムについて、日本の中で論文数や治験数が増えることは大事であるが、世界の中での相対的地位を評価することも大事ではないかと感じます。	土岐
	410102	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	jRCT、AMED	臨床研究の数も評価だけれども、全ゲノム解析の有効性問うものはどこで評価されるのでしょうか？	阿久津
	-	-	-	日本発でない治験等の数、国際共同治験の参加数 希少がんの項目にも記載したが、「日本発の」だけでない新規適応薬数、国際共同治験の参加数など、世界の中での指標を加えてはどうか。	谷島
人材育成の強化	420102～420106	-	-	420102~420106（がんゲノム医療コーディネーター研修会参加人数・・・etc）は上記のように数だけでは無く「均てん化」指標を。	石岡
	-	-	-	AYAがん患者サポート研修会の参加者数の追加	樋口
がん教育及びがんに関する知識の普及啓発	430101/430102	-	-	外部講師の質の担保のための研修やセミナーに参加したことがある割合(がん教育の実施状況調査) 外部講師の質の担保をどうはかるのかという課題もある	樋口
	430103/430104	-	-	430103 がん情報サービスに含まれる項目数, 430104 １拠点病院あたりの、連携している患者団体の数 拠点病院が癌に関する情報発信をどの程度行っているか評価すべきではないかと感じる。	土岐
	430103	１拠点病院あたりの、連携している患者団体の数	現況報告	そもそもの患者団体を増やす、支える、などの指標が必要なのでは？	阿久津
				好事例の共有など結果を提出させて集めることも重要な判断になるかと思います。	阿久津
				今回の基本計画が「国民」とした点、また「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」と言及していることから、患者団体との連携数ではなく、学習指導要綱に盛り込まれたのであれば学校教育の中で取り上げられている数および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としてはいかがでしょうか？	大井
	430104	がん対策推進企業アクションの参加企業数	厚生労働省	企業の数もさることながら、これら企業から、適切に啓発をやっている、援助のシステムある、までデータがほしい。がん対策推進企業アクションの参加企業数だけではなく、その参加企業からの事例なども評価したい。	阿久津

患者・市民参画の推進について
デジタル化の推進について

分野	番号	指標	データソース	ご意見	委員名
患者・市民参画の推進	450101	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））	厚生労働省	交代期間、継続年数も追記。 都道府県の協議会等に患者が参加していても、形だけを重視して何年もの間ずっと同じ方が関わっている県もある	樋口
				「がん患者・家族・遺族を代表する者」の構成をがん対策基本法で定められていることから100%となってしまうのではないでしょうか？これらの情報に加えて、都道府県がん対策推進基本計画の策定過程にあたり事前レクチャー等の実施件数を指標にすることはできないでしょうか？また「がん患者・家族・遺族を代表する者」が意見を反映していくために都道府県における協議会開催数も指標にできないでしょうか？	大井
				内容への要望です。10年以上委員を継続し、発言もなく、情報がアップデートできていない委員も見受けられる。多様性の調査のほかに、任期の調査や選任の根拠などもいれてほしい。	前田
	450102	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	厚労科研班からのデータ提供	研修会参加される患者・市民のリクルート方法によって「公共性」に資する取り組みになるか左右されると思われます。現状、患者団体に所属される患者・市民の参画であれば、「声を上げようとする者」の意見反映となり、「声なき声」の意見反映にならないと考えます。現在そうした評価指標はなく、今後の課題として「検討中」としてた方が真摯な対応と思います。	大井
	450103	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	現況報告	「がん患者・家族・遺族を代表する者」の構成をがん対策基本法で定められていることから100%となってしまうのではないでしょうか？現在そうした評価指標はなく、今後の課題として「検討中」としてた方が真摯な対応と思います。	大井
	450202	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	検討中（日本癌治療学会からのデータ提供（仮））	市民参画ということは知識として医療者に浸透していると思うので、もう少し発展させて、「市民参画が重要であると感じている医療者の割合」というような設問にしてはどうか？	土岐
デジタル化の推進	460201	検討中	検討中	デジタル化については、推進は大事ですが、一方で使えるかどうか不安を感じている患者も多いと思います。推進という文言には、デジタル化弱者をサポートするということも含んで欲しいです。是非、拠点病院でのサポートの取り組みを指標にできればよいと感じています。	土岐

第88回がん対策推進協議会	資料６
令和５年４月28日	

第４期基本計画ロジックモデルの目標と評価の考え方（案）

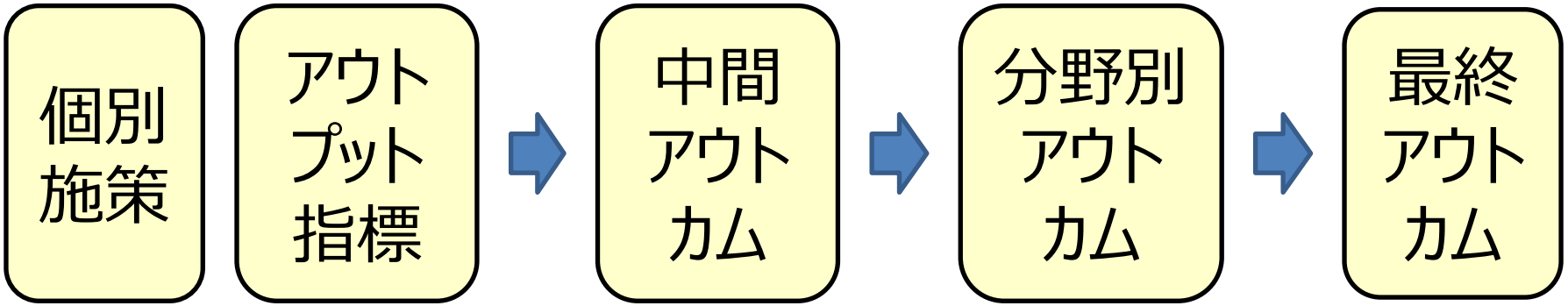
厚生労働科学研究「がん対策推進基本計画における
ロジックモデルの構築・改善に関する研究」

研究代表者 祖父江友孝

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



- 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

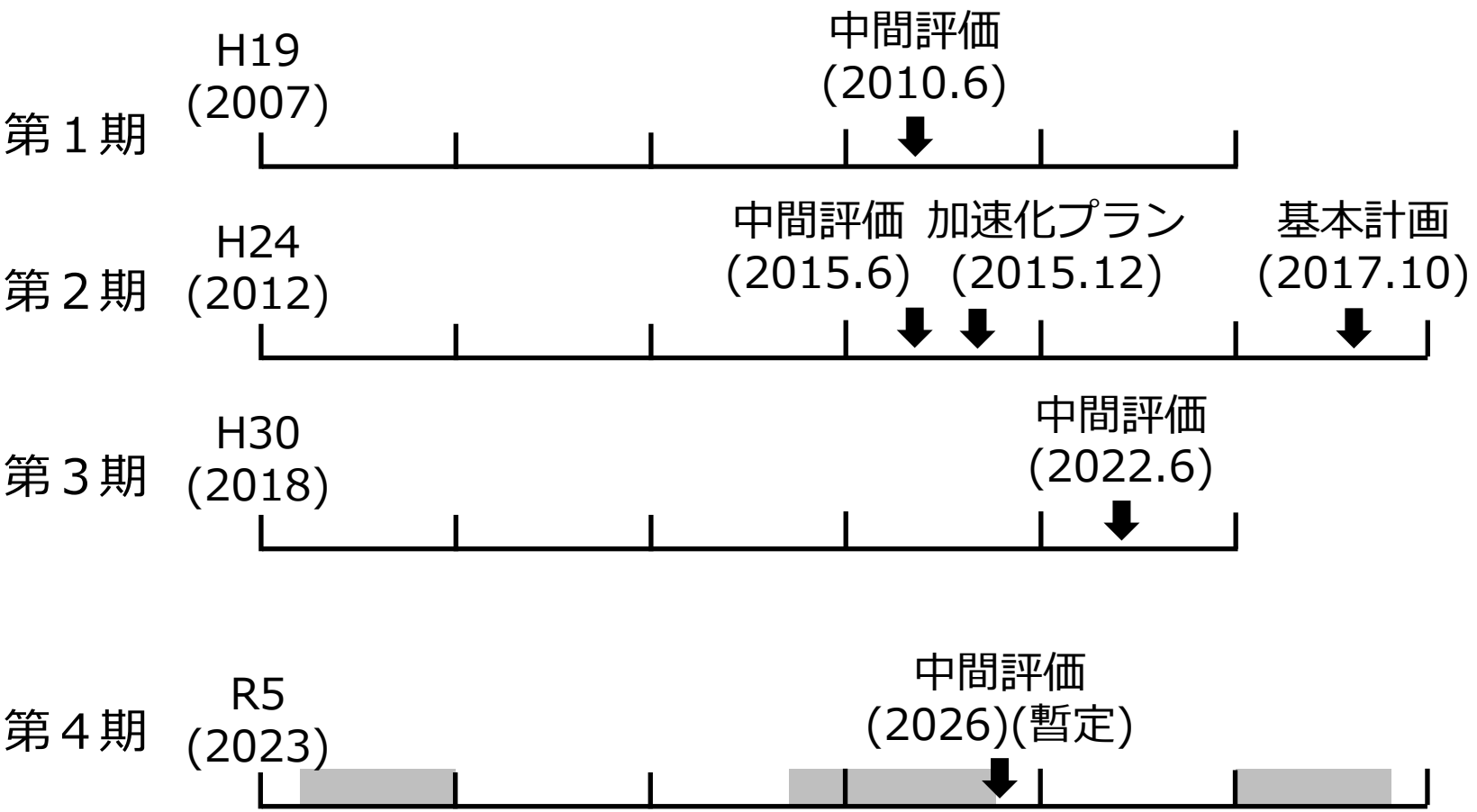
■ 指標は、公開されたデータソースがあり、適切な目標値の設定と評価が可能なものを中心に検討する。

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・健康増進事業報告、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。

基本計画策定・中間評価のスケジュール



指標の値測定作業（データの収集・集計・分析）実施予定期間

評価の考え方（案）①

- 評価タイミング（想定）：
  - 概ね３年後を目途に中間評価を実施
  - 最終年度（令和10年度）を目途に最終評価を実施
- 評価の方法
  - 計画期間における個別施策の効果を測るため、アウトプット・アウトカムの指標についてベースライン値と最新値を比較する
    - ✓ 改善、不変、悪化等、変化の方向を評価
      （目標値がある場合、達成したかどうかも評価）
    - ✓ 必要に応じ、性・年齢、がん種別に評価
    - ✓ アウトプット・アウトカムの時間的ずれも考慮
    - ✓ 分析上の課題や関連するデータの動向も踏まえて総合的に分析
    - ✓ 地域や医療機関、各種社会経済的要因などの差については、厚生労働科学研究「がん対策における格差の要因の解明及び評価手法の確立に資する研究」と連携して対応

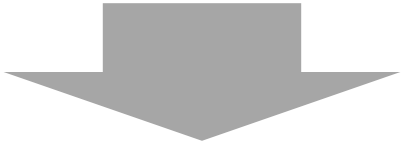
評価の考え方（案）②

- ベースライン値：
  - 計画開始時点（令和５年４月１日時点）で収集可能な最新値
    - ✓ 新規データソースが必要なものは第４期開始時点に最も近い値を採用する
    - ✓ 第３期中間評価報告書時点での最新値も考慮する

各指標の目標値設定の考え方（案）

基本的な考え方

- ロジックモデルを活用して設定された各指標は、計画期間における諸活動の進捗状況のモニタリングのため利用する。
- 目標値が明確化されているものは、評価を行う時点での到達状況の確認に利用する。



当面（第４期開始時点）における対応

- 設定する根拠が明確なものは、指標に対して数値目標を設定することとしてはどうか。
- その他、設定する根拠が明確でないものは、目標値の設定は行わなず、中間評価で再度検討してはどうか。
- 数値目標を設定する指標は「管理可能な数」にとどめることとしてはどうか。

ロジックモデルを活用したPDCA

- 基本計画で定められた分野別目標及び個別目標の達成状況の把握のため、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実施
- その際、各分野の取り組み施策が、各目標の効果をもたらしているか、ロジックモデルにおけるアウトプット・アウトカム指標を活用した科学的・総合的な評価を実施
- 必要に応じて、評価結果を施策に反映
  - 現状においては、国レベルの評価結果を都道府県や拠点病院等が実施する施策に直接・即座に反映させることは困難な場合が多い
  - 国と都道府県及び都道府県間の評価結果の共有を進める
  - 医療分野においては、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会やPDCAフォーラムを活用
- 各目標の達成状況及び計画の進捗状況の把握にあたって、適切な指標が設定されているか、必要に応じて見直し

今後の進め方（案）

- ～令和５年７月頃（次回の協議会で検討予定）
  - ロジックモデル・指標の確定
  - 各指標の定義（測定方法）と目標の整理

- ～令和５年度内（令和６年３月頃）
  - 順次ベースライン値の測定を開始

第４期がん対策推進基本計画における「患者・市民参画の推進」の今後の進め方について（案）

第88回がん対策推進協議会
令和５年４月28日
資料７

現状・課題

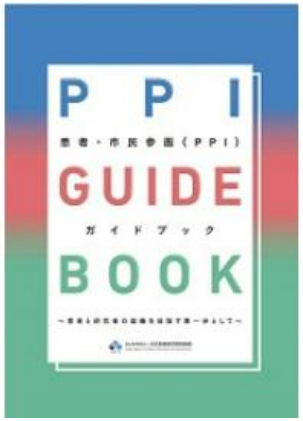
○ 患者・市民参画に係る記載については、第４期がん対策推進基本計画における「患者・市民参画の推進」の「取り組むべき施策」として、

- 性別、世代、がん種等を考慮し、多様ながん患者等のがん対策推進協議会及び都道府県協議会等への参画を推進する。
- 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について、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。

とされているところ。

○ がん研究の分野では、ＡＭＥＤにおいて、平成31年３月に「患者・市民参画（ＰＰＩ）ガイドブック」（右下図）が公開され、平成31年（令和元年）度公募から研究開発提案書に患者・市民参画について記載を求めている。また、令和４年度厚生労働科学研究（※）にて、よりがん研究における患者・市民参画の教育を効果的に実施するための標準教育プログラムの開発を行っている。

※ 令和４年度厚生労働科学研究費補助金「がん研究における患者・市民参画の標準教育プログラムの開発のための研究（研究代表者：有賀悦子）」



○ 国立がん研究センターでは、平成20年度より「患者・市民パネル」を募集し、委員はがん情報サービスのコンテンツ作成等に参画している。

○ また、第３期がん対策推進基本計画の中間報告書において、

- 全ての都道府県で都道府県計画の策定が行われており、その協議の場において患者委員の参画を認めている点は評価できる。一方で、全委員に対する患者委員の割合は、13.7%と国の「がん対策推進協議会」の割合（5/20＝25%）よりも低くなっている点については、改善の余地がある可能性がある。

とされているが、実際の活動状況については明らかではない。

対応方針（案）

○ 今後、本協議会で都道府県協議会に参画実績のある**関係団体へのヒアリングを実施**し、ヒアリング結果を踏まえ、今後の具体的な取組について議論してはどうか。

関係団体の例：患者団体、患者支援団体等

（参考）患者・市民参画に係る記載について

がん対策基本法

第６条

国民は、喫煙、食生活、運動その他の生活習慣が健康に及ぼす影響、がんの原因となるおそれのある感染症等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。

第22条

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。

第25条第２項

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、がん医療に従事する者並びに学識経験のある者のうちから、厚生労働大臣が任命する。

がん対策推進基本計画　中間評価報告書（令和４年６月）

Ⅳ がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項についての進捗状況

（進捗状況及び指標測定結果）

○　全ての都道府県で都道府県計画の策定が行われており、その協議の場において患者委員の参画を認めている点は評価できる。一方で、全委員に対する患者委員の割合は、13.7%と国の「がん対策推進協議会」の割合（5/20＝25%）よりも低くなっている点については、改善の余地がある可能性がある。

4001	都道府県がん対策推進計画の策定過程におけるがん患者を代表する者の参加割合 ※　計算方法は、患者代表委員の人数／都道府県がん対策推進協議会委員総数。（分子・分母ともに４月１日時点の各都道府県の合計）	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。

第88回がん対策推進協議会	資料８
令和５年４月28日	

患者体験調査（成人）について

令和5年4月28日
第88回がん対策推進協議会
国立がん研究センター医療政策部
東　尚弘
（東京大学医学系研究科公衆衛生学分野）

目次

１．患者体験調査の全体像

２．今回の方法について

３．質問紙における課題

患者体験調査のこれまで

2012年　　第2期がん対策推進基本計画

⇒患者の視点を含めたがん対策評価の記載

2014年度　第1回患者体験調査（成人）





2018年度　第2回患者体験調査（成人）

2019年度　第1回小児患者体験調査

2023年度　第3回患者体験調査（成人・計画中）

特徴

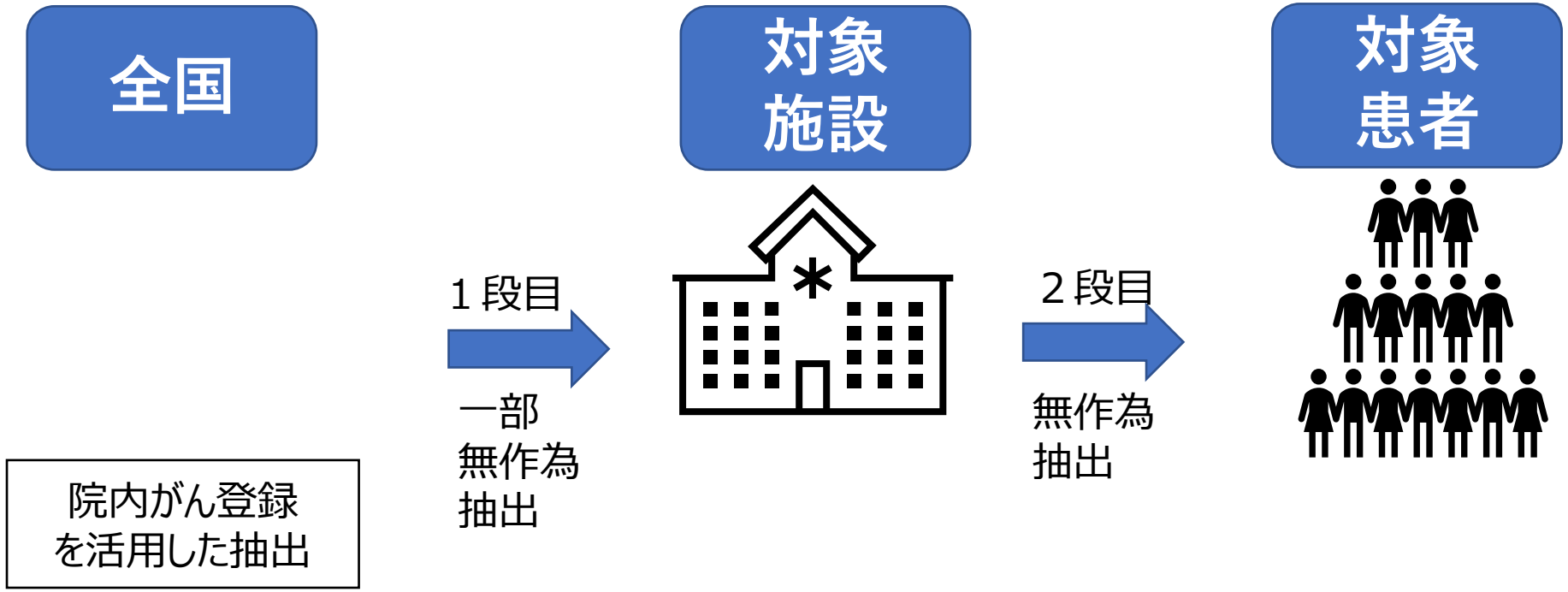
- 患者の体験を直接収集することによる実態把握
  - がん対策評価に資する情報提供

- 結果ががん患者全体の代表とする工夫
  - 母集団を院内がん登録実施施設の患者とした無作為抽出
    - 抽出方法を反映した重みづけによる結果算出
  - がん以外の患者との一定の比較も想定

調査方法

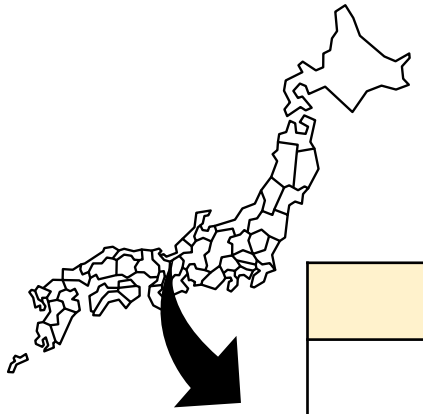
調査対象年に診断され、院内がん登録の実施施設で初回治療を開始された患者
郵送による質問紙調査を実施（今回は2021年症例を対象とする予定）

2段階無作為抽出による対象のサンプリング



357

1段目：病院の抽出



病院の種類		抽出数
国指定	都道府県がん診療連携拠点病院	全数
	地域がん診療連携拠点病院 （特定領域を含む）	全数
	地域がん診療病院	全数
国指定以外	上記以外で、院内がん登録全国集計に参加している施設	無作為抽出 50-100施設

カバー率

がん全体の約5割

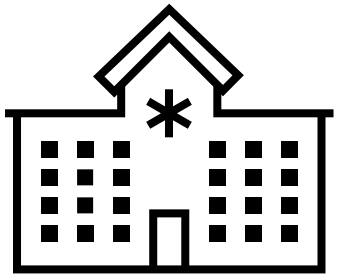
がん全体の約7割

注）集計時には重みづけ（ウェイトにて調整）して、全国および都道府県の集計値を推計します。

カバー率：
https://ganjoho.jp/public/qa_links/report/hosp_c/pdf/2018_report_add.pdf

*それ以外の院内がん登録病院：
・都道府県から推薦された施設
・上記以外で任意で院内がん登録に参加している施設

2段目：対象者の抽出（人数は予定発送数）



グループ	人数
診断時、**40歳未満**のがん患者	15名
診断時、**40歳以上**のがん患者	85名
第2回調査との比較群	5名
社会背景に関する質問を追加した群（問62-64）	5名
がん以外の受診者	5名
合計	115名

計100名が
主な集計対象

国指定施設に限る
国指定以外は別途人数設定

注１）希少がん等は調査後に院内がん登録情報を用いて分類する予定
注２）各施設での対象人数は予算等で増減する可能性あり

質問項目

11.診断までの期間
12.診断～治療までの期間
13.治療前受診病院の数
14.病院探しの困難
15.医療スタッフからの情報
16.妊孕性（説明の有無）
17.妊孕性（具体的な説明）
18.妊孕性（説明の必要性）
19.妊孕性（温存の実施）
20.治療費負担による断念・変更
21.治療費負担（希望した治療）
22.金銭的負担詳細
23①.治療のスケジュール
23②.治療の副作用
23③.症状への対応
23④.医療者の態度
23⑤.相談しやすい医師
23⑥.相談しやすいスタッフ
23⑦.スタッフの連携
23⑧.生活指導
24.セカンドオピニオン（説明）
25.セカンドオピニオン（必要性）
26.セカンドオピニオン（実際）
27.担当医の専門知識
28.がんの相談
29.外見に関する悩み
30.医療の全体評価
31.がん診断時の就労
32.就業形態
33.企業規模
34.利用した両立制度
35.職場での話有無
36.職場での話先
37.仕事上の配慮有無
38.医療者からの就労支援の有無
39.医療者からの就労支援の必要性
40①仕事状況
40②休職中制度
40③退職のタイミング
41.がん医療の進歩
42.家族の相談
43.ゲノム医療
44.相談支援センターの認知
45.相談支援センターの利用
46.相談支援センターが役立ったか
47.相談支援センターを利用しない理由
48.ピアサポートの認知
49.ピアサポートの利用
50.ピアサポートが役立ったか
51.ピアサポートを利用しない理由
52.家族への負担（迷惑）
53.家族以外への負担（迷惑）
54.家族以外から不必要な気遣い
55.偏見
56.身体的辛さの相談
57.精神的辛さの相談
58.自分らしい生活
59.痛み
60.身体的苦痛
61.精神的苦痛
62.日常生活で困ること
63.苦痛への支援
64.家族構成
65.家族構成詳細

前回調査で判明した課題への対応

- 都道府県単位の集計にサンプルが不足

⇒　国指定の拠点病院全数調査とする

- 質問数の増加と進行度（病期）の回答の不正確

⇒　診療情報は別途取得する方法に

- 高齢回答者がスケール式の回答をスキップする傾向

⇒　スケールを廃止し、すべて選択肢式に

質問紙の主な改訂事項

（変更）

- 「専門的な医療が受けられたと思いますか」

⇒あなたを担当した医師は、あなたのがんについて十分な知識や経験を持っていましたか（問27）

（追加）

- 症状や検診結果に対し初めて病院・診療所を受診した時から、最初の治療を受けるまでの間に、いくつの診療所や病院を受診しましたか。(問13)
- 「がん治療」を決めるまでの間に、診断や治療を受ける診療所や病院を探すことに困難はありましたか(問14)

検討事項

- 不妊の影響　⇒　生殖機能(妊よう性）への影響
  （生殖機能（妊よう性）という表現より良いものがあるか？）

- 病気のことや療養生活に関して誰かに相談することができましたか？
  （相談できる場があると思いますか？の方が良いか？）

スケジュール（予定）

5月　施設へ協力依頼、NCCにおける倫理審査
7月　倫理承認後、
　　対象者の抽出・施設と発送へ向けた準備

9月～11月　質問紙の発送・回収
12～2月　　集計・報告

診断・治療が特に困難ながんについて

厚生労働省健康局がん・疾病対策課

１．背景

○　診断・治療が特に困難ながんを指す用語として、「難治がん」や「難治性がん」という用語が使用されているところ。

○　第３期がん対策推進基本計画からは、「難治性がん」という用語を用いており、第４期がん対策推進基本計画においては、「特定のがん種に限定されず、治療が奏功しない抵抗性のがんをいう」用語として整理したところ。

○　一方で、これまでの本協議会における議論では、「難治性がん」よりも「難治がん」という用語の方が一般的ではないか等のご意見があった。

２．現状・課題

○　「難治がん」・「難治性がん」の用語は、これまで明確な定義が決められていない。

○　診断・治療が特に難しいとされる要因はがん種、病理組織像、臨床進行期、がんゲノム情報等、様々であり、実態の把握が必要である。

３．対応方針（案）

○　現在、令和５年度厚生労働科学研究費補助金における公募課題として、「診断・治療が特に困難ながんの実態把握と治療成績の向上に資する研究」を設けており、その具体的な成果として、

- 診断・治療が特に困難ながんの特徴の整理
- 小児がんや希少がんを含む関連領域及び用語との関係、定義の整理
- 診断・治療が特に困難ながんについて、がん種毎または要因毎の診療及び治療研究を進める上での課題の検証
- 検証した課題解決のための診療体制及び研究促進体制等の提案

を行うこととしている。（別添）

○　今後、上記の研究結果等を踏まえ、本協議会においても、使用する用語を整理するとともに、課題の解決に向けた取組について検討することとしてはどうか。

別添

令和５年度　厚生労働科学研究費補助金公募要項（二次）

令和５年３月 27 日

Ⅵ. 各公募研究課題の概要等
「Ⅱ 疾病・障害対策研究分野」
１. がん対策推進総合研究事業
（１）がん政策研究事業
EA－２ 公募研究課題

（１）研究課題名
診断・治療が特に困難ながんの実態把握と治療成績の向上に資する研究（23EA3401）

（２）目標
早期発見が難しい、治療効果が得られにくい、転移・再発しやすいなどの性質があるために診断・治療が特に困難ながん（いわゆる難治がん、あるいは難治性がん）については、治療成績の向上が喫緊の課題である。診断・治療が特に難しいとされる要因はがん種、病理組織像、臨床進行期、がんゲノム情報等、様々であり、実態の把握が必要である。
本研究は、それらのがんの特徴を整理し、診療・研究を進める上での課題を把握するとともに、その解決策を提案することを目標とする。

（３）求められる成果
・ 診断・治療が特に困難ながんの特徴の整理。
・ 小児がんや希少がんを含む関連領域及び用語との関係、定義の整理。
・ 診断・治療が特に困難ながんについて、がん種毎または要因毎の診療及び治療研究を進める上での課題の検証。
・ 検証した課題解決のための診療体制及び研究促進体制等の提案。

（４）研究費の規模等※
研究費の規模：１課題当たり年間 7,000 千円程度※（間接経費を含む）
研究実施予定期間：令和５年度～令和６年度
新規採択課題予定数：１課題程度※
※ 研究費の規模等はおおよその目安となります。研究費の規模及び新規採択課題予定数等については、今後の予算成立の状況等により変動することがあります。

（５）採択条件
・ がん関連の会議体の議論を踏まえるとともに、関係学会との協力体制を整えていること。
・ 本研究に関連する研究業績を有する専門家が研究代表者または研究分担者として研究組織に参加していること。
・ がんゲノムの専門的知識を有する者が、研究代表者又は研究分担者として研究に参画していること。
・ 「希少がんの情報提供・相談支援ネットワークの形成に関する研究（20EA1005)」等の希少がんに関する先行研究の内容を踏まえて研究を遂行できること。
・ 研究分担者又は研究協力者として、若手研究者・女性研究者を研究班に参画させるよう努めること。

第88回がん対策推進協議会	資料10
令和５年４月28日	

有　識　者　会　議 Ｒ５．４．１２	資料２

有識者会議の開催と議論の進め方について

1. これまでのがん研究について

2. 議論の進め方について（案）

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

有識者会議の開催と議論の進め方について

1. これまでのがん研究について

2. 議論の進め方について（案）

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

がん研究の総合的戦略のながれ

➢ 平成26年に策定された「がん研究10か年戦略」は令和５年度に終了する。

1981（昭和56）年　悪性新生物が死亡原因の第１位となる

1984（昭和59）年４月　対がん10カ年総合戦略　（厚生省、文部省、科学技術庁）

1994（平成６）年４月　がん克服新10か年戦略　（厚生省、文部省、科学技術庁）

2004（平成16）年４月　第３次対がん10か年総合戦略　（厚生労働省、文部科学省）

2006（平成18）年６月　がん対策基本法　成立
2007（平成19）年４月　がん対策基本法　施行
2007（平成19）年６月　第１期がん対策推進基本計画　閣議決定
2012（平成24）年６月　第２期がん対策推進基本計画　閣議決定
2013（平成25）年６月　健康・医療戦略　策定（関係大臣※申合せ）

「がん研究分野に対して関係府省が連携して戦略的かつ一体的に推進するため、「がん対策推進基本計画」の示すとおり、今後のあるべき方向性と具体的な研究事項等を明示する新たな総合的ながん研究戦略を平成25年度に策定し、平成26年度からは新たながん研究戦略に基づいた研究を推進する。」※内閣官房長官、情報通信技術（IT）政策担当大臣、内閣府特命担当大臣（科学技術政策）、総務大臣、外務大臣、文部科学大臣、厚生労働大臣、経済産業大臣、国土交通大臣

2014（平成26）年４月　がん研究10か年戦略　（厚生労働省、文部科学省、経済産業省）

2014（平成26）年　健康・医療戦略推進法　施行
2015（平成27）年４月　国立研究開発法人　日本医療研究開発機構（AMED）設立
2018（平成30）年３月　第３期がん対策推進基本計画　閣議決定

2019（平成31）年４月　「がん研究10か年戦略」の推進に関する報告書（中間評価）

2023（令和５）年３月　第４期がん対策推進基本計画　閣議決定

「がん研究10か年戦略」の見直しに係る記載

- 第４期がん対策推進基本計画において、「がん研究10か年戦略」の中間報告書や基本計画を踏まえ、戦略の見直しを行うこととしている。

「がん研究10か年戦略」

（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）

がん研究の進捗状況や、国内外のがん研究の推進状況の全体像、がん患者をはじめとする国民のニーズを正確に把握した上で、「基本計画」の見直しも踏まえ、本戦略の中間評価と見直しを行う。

「第４期がん対策推進基本計画」

（令和５年３月28日　閣議決定）

【取り組むべき施策】

国は、「がん研究10か年戦略」の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 。

【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。

第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月28日閣議決定）概要

第１．全体目標と分野別目標　／　第２．分野別施策と個別目標

全体目標：「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」

「がん予防」分野の分野別目標
がんを知り、がんを予防すること、がん検診による早期発見・早期治療を促すことで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す

「がん医療」分野の分野別目標
適切な医療を受けられる体制を充実させることで、がん生存率の向上・がん死亡率の減少・全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

「がんとの共生」分野の分野別目標
がんになっても安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

１．がん予防
（１）がんの１次予防
①生活習慣について
②感染症対策について
（２）がんの２次予防（がん検診）
①受診率向上対策について
②がん検診の精度管理等について
③科学的根拠に基づくがん検診の実施について

２．がん医療
（１）がん医療提供体制等
①医療提供体制の均てん化・集約化について
②がんゲノム医療について
③手術療法・放射線療法・薬物療法について
④チーム医療の推進について
⑤がんのリハビリテーションについて
⑥支持療法の推進について
⑦がんと診断された時からの緩和ケアの推進について
⑧妊孕性温存療法について
（２）希少がん及び難治性がん対策
（３）小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策
（４）高齢者のがん対策
（５）新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装

３．がんとの共生
（１）相談支援及び情報提供
①相談支援について
②情報提供について
（２）社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援
（３）がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）
①就労支援について
②アピアランスケアについて
③がん診断後の自殺対策について
④その他の社会的な問題について
（４）ライフステージに応じた療養環境への支援
①小児・ＡＹＡ世代について
②高齢者について

４．これらを支える基盤
（１）全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進
（２）人材育成の強化
（３）がん教育及びがんに関する知識の普及啓発
（４）がん登録の利活用の推進
（５）患者・市民参画の推進
（６）デジタル化の推進

第３．がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

１．関係者等の連携協力の更なる強化
２．感染症発生・まん延時や災害時等を見据えた対策
３．都道府県による計画の策定
４．国民の努力
５．必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化
６．目標の達成状況の把握
７．基本計画の見直し

がん研究10か年戦略の概要（文部科学省、厚生労働省、経済産業省）

「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。

372

「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。
- **「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）および**「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）の議論を踏まえ、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

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

有識者会議の開催と議論の進め方について

1. これまでのがん研究について

2. 議論の進め方について（案）

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

本有識者会議のスケジュールと議論の進め方について（案）

- 中間評価時の議論の進め方を参考に、中間評価時の項目立て毎に過去10年間の**研究の成果**、**現状と課題**、今後10年間で**取り組むべき研究の方向性**について議論し、**今秋を目処にとりまとめ**を行ってはどうか。

2023年（令和５年）４月12日	・がん研究のこれまでの経緯と主な成果 ・スケジュールと議論の進め方
2023年（令和５年）６月上旬	・議論①
2023年（令和５年）６月下旬	・議論②
2023年（令和５年）７月（Ｐ）	・取りまとめに向けた議論①
2023年（令和５年）８月（Ｐ）	・取りまとめに向けた議論②
2023年（令和５年）９月（Ｐ）	・取りまとめ

年度末までに新たな戦略の公表を行う

（参考）過去の戦略の項目立ての変遷

対がん10か年総合戦略　昭和59年４月

1. ヒトがん遺伝子に関する研究
2. ウイルスによるヒト発がんの研究
3. 発がん促進とのその抑制に関する研究
4. 新しい早期診断技術の開発に関する研究
5. 新しい理論による治療法の開発に関する研究
6. 免疫の制御機能および制御物質に関する研究

がん克服新10か年総合戦略　平成６年４月

1. 発がんの分子機構に関する研究
2. 転移・浸潤およびがん細胞の特性に関する研究
3. がん体質と免疫に関する研究
4. がん予防に関する研究
5. 新しい診断技術の開発に関する研究
6. 新しい治療法の開発に関する研究
7. がん患者のQOLに関する研究

第３次対がん10か年総合戦略　平成16年４月

1. 学横断的な発想と先端科学技術の導入に基づくがんの本態解明の飛躍的推進
2. 基礎研究の成果を積極的に予防・診断・治療等へ応用するトランスレーショナル・リサーチの推進
3. 革新的な予防法の開発
4. 革新的な診断・治療法の開発
5. がんの実態把握と情報・診療技術の発信・普及

がん研究10か年戦略（中間評価）（平成26年４月～　中間評価：平成31年４月）

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. 新たな標準治療を作るための研究
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　小児がんに関する研究
   - ②　高齢者のがんに関する研究
   - ③　難治性がんに関する研究
   - 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
9. 各柱にまたがる「横断的事項」について（中間評価で追加）
   - ①　シーズ探索
   - ②　がんゲノム医療に係る研究
   - ③　免疫療法に係る研究
   - ④　リキッドバイオプシーに係る研究
   - ⑤　AI等新たな科学技術
   - ⑥　基盤整備等（データベース、細胞株やサンプルの利用、患者参画に係る取り組み、患者報告アウトカム、がん研究を担う人材の育成）

令和５年度がん対策予算額の概要

令 和 ５ 年 度 予 算 額　３５７億円（令和４年度予算額　３５４億円）
令和４年度第二次補正予算額　５８億円

基本的な考え方

令和５年３月に策定した第４期がん対策推進基本計画に基づき、「がん予防」「がん医療」「がんとの共生」の三つを柱とした施策を実施することで、がん対策の一層の推進を図る。

1. がん予防　144億円（145億円）

・新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業	１４．２億円
新 ・がん検診の受診勧奨策等実行支援事業	０．４億円
・がん対策推進企業等連携事業	０．８億円
・がん検診従事者研修事業（胃内視鏡検査研修）	０．１億円

※上記のほか、たばこ対策、肝炎対策関係等の経費約１２８億円が含まれる。

2. がん医療　186億円（182億円）

・がん診療連携拠点病院機能強化事業	２９．８億円
・小児がん拠点病院機能強化事業（がん診療連携拠点病院機能強化事業費）	３．２億円
・小児がん中央機関機能強化事業（がん診療連携拠点病院機能強化事業費）	０．６億円
・緩和ケア推進事業（がん診療連携拠点病院機能強化事業費）	２．３億円
・地域がん診療病院等機能強化事業（がん診療連携拠点病院機能強化事業費）	１．５億円
・希少がん中央機関機能強化事業（がん診療連携拠点病院機能強化事業費）	０．７億円
・がんゲノム情報管理センター事業	９．９億円
・がんゲノム医療中核拠点病院等機能強化事業（がん診療連携拠点病院機能強化事業費）	１０．２億円
・がんの全ゲノム解析に関する人材育成推進事業	０．４億円
・がん登録推進事業（国立がん研究センター委託費）	５．４億円
・都道府県健康対策推進事業（がん登録、がん医療提供体制の促進等）	６．４億円
・希少がん診断のための病理医育成事業	０．４億円
・がん等における新たな緩和ケア研修等事業	０．６億円
・小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業	１１．０億円
・小児・ＡＹＡ世代のがんの長期フォローアップ体制整備事業	０．３億円
・革新的がん医療実用化研究事業等（※厚生科学課計上）	９８．４億円

（参考）【令和４年度第二次補正予算額】

・全ゲノム解析等の推進	４２．９億円
・がんゲノム情報管理センター事業	５．４億円

3. がんとの共生　27億円（27億円）

・がん患者の就労に関する総合支援事業（がん診療連携拠点病院機能強化事業費）	２．４億円
・がん総合相談に携わる者に対する研修事業	０．２億円
新 ・アピアランス支援モデル事業	０．３億円

（再掲）

・がん診療連携拠点病院機能強化事業費（全体）	５０．６億円
・都道府県健康対策推進事業費（全体）	６．４億円
・国立がん研究センター委託費（全体）	６．５億円

※がん・疾病対策課計上の主な事業を記載。　※複数の柱に重複する事業については、主な柱に一括して計上。
※計数は、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計と合致しないものがある。

資料１６-(２)

第89回がん対策推進協議会　議事次第

日　時：令和5年7月10日（月）16：00～18：00
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について

・　ロジックモデル・指標について

（２）　個別事項について

・　患者・市民参画について

（３）　その他

【資　料】

資料1　　第4期がん対策推進基本計画のスケジュール
資料2　　第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル暫定版
（国立がん研究センターがん対策研究所・「がん対策推進基本計画におけるロジックモデルの構築・改善に関する研究」班提供資料）
資料3　　第4期がん対策推進基本計画指標一覧暫定版
（国立がん研究センターがん対策研究所・「がん対策推進基本計画におけるロジックモデルの構築・改善に関する研究」班提供資料）
資料4　　井上参考人提出資料
資料5　　鈴木参考人提出資料

参考資料1　がん対策推進協議会委員名簿
参考資料2　がん対策基本法
参考資料3　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4　第4期がん対策推進基本計画（令和5年3月閣議決定）
参考資料5　「経済財政運営と改革の基本方針 2023」より抜粋
参考資料6　ロジックモデル・指標の修正箇所一覧
（国立がん研究センターがん対策研究所・「がん対策推進基本計画におけるロジックモデルの構築・改善に関する研究」班提供資料）
参考資料7　令和4年国民生活基礎調査におけるがん検診受診率

がん対策推進協議会委員名簿

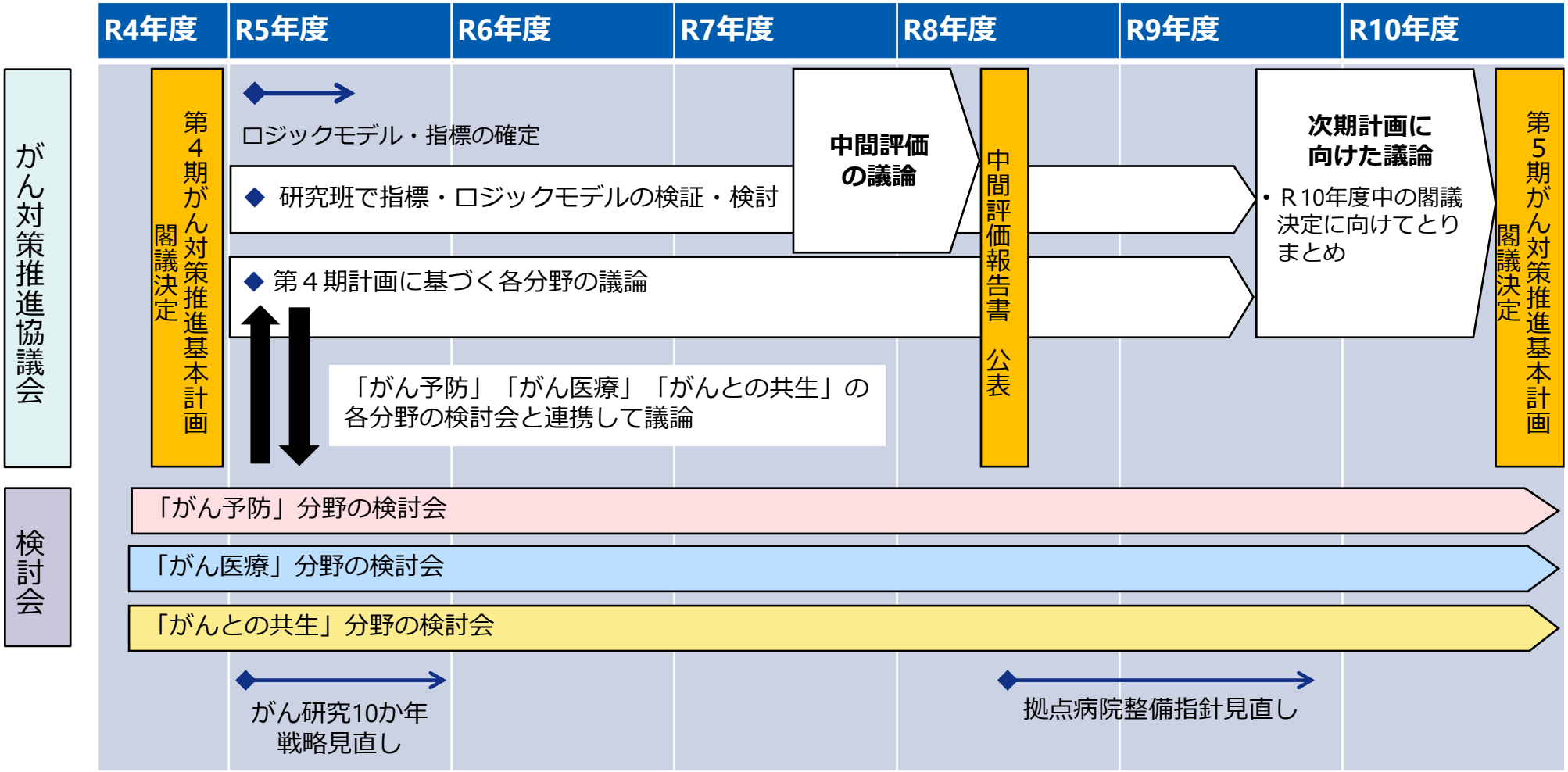
第 89 回がん対策推進協議会	参考資料
令和５年７月１０日	1

	氏名	所属・役職
	阿久津　友紀（あくつ　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　千加史（いしおか　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 公益社団法人日本臨床腫瘍学会理事長
	宇野　隆（うの　たかし）	千葉大学大学院医学研究院画像診断・放射線腫瘍学教授 公益社団法人日本放射線腫瘍学会理事長
	大井　賢一（おおい　けんいち）	認定特定非営利活動法人がんサポートコミュニティー事務局長
	大賀　正一（おおが　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　眞知子（おはら　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　義之（きざわ　よしゆき）	筑波大学医学医療系教授（緩和医療学） 特定非営利活動法人日本緩和医療学会理事長
	黒瀬　巌（くろせ　いわお）	公益社団法人日本医師会常任理事
	齋藤　朋子（さいとう　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　秀行（さや　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
	谷口　栄作（たにぐち　えいさく）	島根県健康福祉部医療統括監
	鶴岡　優子（つるおか　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　祐一郎（どき　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　斉（なかがま　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　麻衣子（ひぐち　まいこ）	富山 AYA 世代がん患者会 Colors 代表
	久村　和穂（ひさむら　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　留里（まえだ　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　一夫（まつだ　かずお）	公益財団法人福井県健康管理協会副理事長・がん検診事業部長
	森内　みね子（もりうち　みねこ）	公益社団法人日本看護協会常任理事
	谷島　雄一郎（やじま　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）

第４期がん対策推進基本計画のスケジュール（案）

第89回がん対策推進協議会
令和５年７月10日
資料１



第４期計画において検討が必要とされた個別施策（例）
- ○がん登録推進法等の規定の整備を含めたがん登録に関する施策の見直し
- ○がん研究10か年戦略の見直し
- ○がん診療連携拠点病院等の整備指針の見直し

第４期基本計画に基づく各検討会等

がん対策推進協議会

「がん予防」分野

- がん検診のあり方に関する検討会

「がんとの共生」分野

- がんとの共生のあり方に関する検討会
  - がんの緩和ケアに係る部会

「基盤」分野

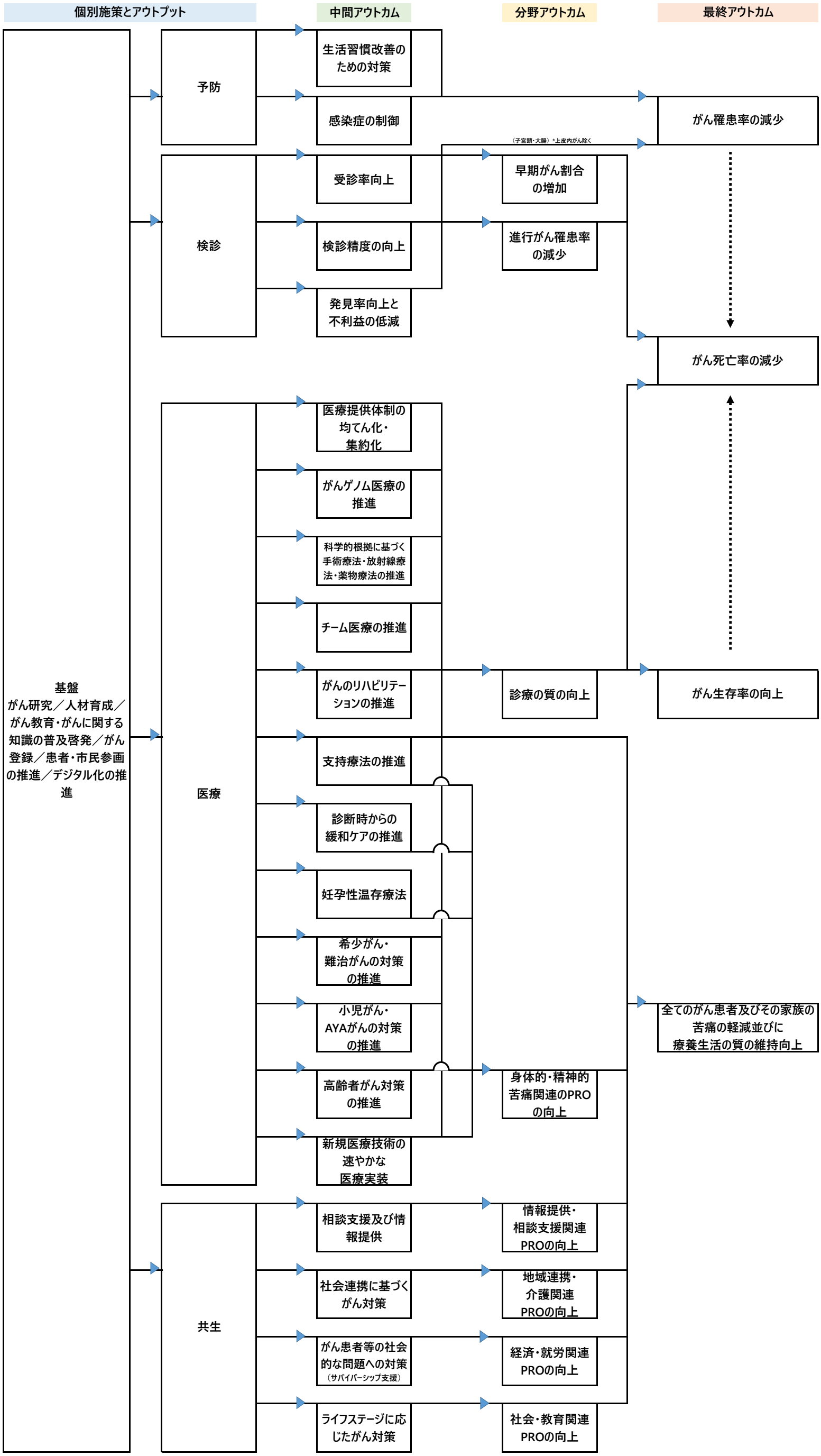
- 今後のがん研究のあり方に関する有識者会議
- 全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会
- 厚生科学審議会　がん登録部会
  - 全国がん登録情報の利用と提供に関する審査委員会

「がん医療」分野

- がん診療提供体制のあり方に関する検討会
  - がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ
  - 小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ
  - がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ
- がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会
- 小児がん拠点病院等の指定に関する検討会
- がんゲノム医療中核拠点病院等の指定に関する検討会
- 小児・AYA世代のがん患者等に対する妊孕性温存療法に関する検討会

「第４期がん対策推進基本計画ロジックモデル　暫定版」：基本ロジックモデル

第89回がん対策推進協議会	資料２
令和５年７月10日	



「第４期がん対策推進基本計画ロジックモデル　暫定版」：がんの１次予防

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
-	【国及び地方公共団体】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	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））	–	–
111101	【拠点病院等】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	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）	–	現況報告書

*．地域がん診療連携拠点病院、都道府県がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院（各類型の特例型を含む）。以後、同。

参考：第51回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会資料１より

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
111201	栄養・食生活①適正体重を維持している者の増加（肥満、若年女性のやせ、低栄養傾向の高齢者の減少）	BMI18.5以上25未満（65歳以上はBMI20を超え25未満）の者の割合	1018	国民健康・栄養調査
111202	栄養・食生活②食塩摂取量の減少	食塩摂取量の平均値	1019	国民健康・栄養調査
111203	栄養・食生活③野菜摂取量の増加	野菜摂取量の平均値	1020	国民健康・栄養調査
111204	栄養・食生活④果物摂取量の改善	果物摂取量の平均値	1021	国民健康・栄養調査
111205	身体活動・運動①日常生活における歩数の増加	１日の歩数の平均値	-	国民健康・栄養調査
111206	身体活動・運動②運動習慣者の増加	運動習慣者の割合	1017	国民健康・栄養調査
111207	飲酒①生活習慣病（NCDs）のリスクを高める量を飲酒している者の減少	１日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者の割合	1016	国民健康・栄養調査
111208	飲酒②20歳未満の者の飲酒をなくす	中学生・高校生の飲酒者の割合	-	厚生労働科学研究
111209	喫煙①喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）	20歳以上の者の喫煙率	1011	国民健康・栄養調査
111210	喫煙②望まない受動喫煙の機会を有する者の減少	望まない受動喫煙（家庭・職場・飲食店）の機会を有する者の割合	1015	国民健康・栄養調査
111211	喫煙③20歳未満の者の喫煙をなくす	中学生・高校生の喫煙者の割合	1012	厚生労働科学研究
111212	喫煙④妊娠中の喫煙をなくす	妊婦の喫煙率	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
100001	がん種別罹患率減少（胃・大腸・肺・女性乳房・喫煙関連がん）	がん種別年齢調整罹患率（胃・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
000004	がんの年齢調整罹患率減少	がんの年齢調整罹患率	1003	全国がん登録
000001	がんの年齢調整罹患率減少	がんの年齢調整死亡率（75歳未満、全年齢）	1001	人口動態統計

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
112101	令和４年４月に再開したＨＰＶワクチンの個別の接種勧奨の実施を踏まえ、ＨＰＶワクチンの接種状況と子宮頸がんの年齢調整罹患率の国内外の推移を把握し、必要に応じて子宮頸がん検診の指針を見直す等、科学的根拠に基づく子宮頸がん対策を推進	HPVワクチンの実施率	–	地域保健・健康増進事業報告
	令和５年４月から９価ＨＰＶワクチンの定期接種を開始し、定期接種及びキャッチアップ接種の対象者に対する、適切な情報提供に基づく正しい理解の促進に取り組む			

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
100002	がん種別罹患率減少（肝・ATL・子宮頸部）	がん種別年齢調整罹患率（肝・ATL・子宮頸部）	1004	全国がん登録

【第88回がん対策推進協議会の資料からの変更箇所】
■：形式修正以外、■：形式修正

＜凡例＞
・#： 指標番号
・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、「-」。
・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　暫定版」：がんの１次予防

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
112102	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	肝疾患専門医療機関数	－	地方自治体における肝炎対策実施状況調査
112103		肝炎医療コーディネーターの養成者数	－	地方自治体における肝炎対策実施状況調査
112104	Ｂ型肝炎については、予防接種法に基づく定期接種及びウイルス排除を可能とする治療薬・治療法の開発に向けた研究を引き続き推進	B型肝炎定期予防接種実施率	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
112201	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	－	厚生労働科学研究
112202	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	－	「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
112105	感染予防対策を含めたＨＴＬＶ－１総合対策等を引き続き推進	（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の閲覧数（厚労省や厚生労働科学研究班作成のホームページのPV数）	－	厚生労働省調べ
112106		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	－	結核感染症課調査
112107		HTLV-1の保健所の検査体制の整備	HTLV-1の保健所の検査数	－	結核感染症課調査
112108		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）	妊婦健康診査におけるHTLV-1抗体検査の公費負担実施率	－	母子保健課調査

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
112203	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	厚生労働科学研究

その他

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
-	引き続き、健康で無症状な集団に対する、ピロリ菌 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、科学的根拠に基づき、除菌の必要性の有無及びその対象者について検討するとともに、運用上の課題について整理する	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）	-	-

「第４期がん対策推進基本計画ロジックモデル　暫定版」：がんの２次予防（がん検診）

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
-	受診率向上に向けて、がん検診受診率をより正確かつ精緻に、また、個人単位で把握することができるよう検討	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）	–	–
121101	より科学的かつ効率的な受診勧奨策を、関係学会や企業等の協力を得て、都道府県及び市町村と連携して推進、受診者の立場に立ったがん検診を受診する上での利便性の向上に努める	受診勧奨実施市町村数※	–	市区町村におけるがん検診の実施状況調査
121102	【市町村及び検診実施機関】受診者が、がん検診の意義及び必要性を適切に理解できるよう努める 指針に基づくがん検診の意義・必要性について、国民が正しく理解できるよう普及啓発	普及啓発キャンペーンの実施状況（資料の実質配布枚数、イベント参加者数）	–	がん検診受診率60%達成に向けた集中キャンペーン月間実施状況調査
-	感染症発生・まん延時等にがん検診の提供体制を一時的に縮小した場合でも、状況に応じて速やかに提供体制及び受診行動を回復させることができるよう、平時における準備等の対応について検討	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）	–	–
121103	職域におけるがん検診について、実施状況の継続的な把握及び適切な実施に向けた課題の整理を行い、必要に応じて、法的な位置付けも含めた対応を検討	指針に基づく検診の実施率	–	保険者データヘルス全数調査

※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
121201	検診受診率の向上	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
100003	検診がん種の早期がん割合の増加	検診がん種別早期がん割合	–	全国がん登録
100004	検診がん種の進行がん罹患率の減少	検診がん種別進行がん罹患率	–	全国がん登録

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
000002	検診がん種の死亡率減少	がん種別年齢調整死亡率（75歳未満、全年齢）	1002	人口動態統計
000005	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
122101	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	がん検診の精度管理について技術的支援を行った市町村への支援数（特別区を含む）	–	厚生労働科学研究
122102	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 【市町村】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	精密検査受診率の低い市町村の実態把握を行い、実際にそれらの市町村に指導・助言等の取り組みを実施した都道府県数	–	都道府県用チェックリスト実施率調査
122103	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	全被用者保険者における要精密検査対象者への受診勧奨の実施割合	–	保険者データヘルス全数調査
122104	【国及び都道府県】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	正しいがん検診の周知のため、住民に対し、がん検診の正しい情報提供を実施した市町村数	–	検討中（市区町村用チェックリスト実施率調査）

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
122201	精密検査受診率の向上	精密検査受診率	1032	地域保健・健康増進事業報告
122202	がん発見率の向上	がん発見率	–	地域保健・健康増進事業報告
122203	不利益の低減	偽陽性割合	–	地域保健・健康増進事業報告

「第４期がん対策推進基本計画ロジックモデル　暫定版」：がんの２次予防（がん検診）

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	指標設定無し（着実に検討を推進すること）	–	–
123101	指針に基づくがん検診の科学的根拠に基づいた効果検証を進めるとともに、対策型検診の項目の導入に係るプロセスの明確化等について検討	指針の遵守市町村数	–	市区町村におけるがん検診の実施状況調査
123102		指針に基づかないがん検診の中止市町村数	–	市区町村におけるがん検診の実施状況調査
-	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	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、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	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　暫定版」：がん医療提供体制等＜医療提供体制の均てん化・集約化＞

第89回がん対策推進協議会 資料２ （令和５年７月10日）

医療提供全般

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
211101	【国及び都道府県】地地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進（その際、国は、都道府県がん診療連携協議会等に対し、好事例の共有や他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う）	役割分担に関する議論が行われている都道府県の数	－	現況報告書
211102	拠点病院等を中心に、患者に対するがんの告知や、インフォームド・コンセントの取得、セカンドオピニオンの提示などが適切な提供に実施されるような体制整備を引き続き推進	がん治療前にセカンドオピニオンに関する話を受けたがん患者の割合	2025	患者体験調査
211103	【国及び都道府県】感染症発生・まん延時や災害時等の状況下においても、必要ながん医療を提供できるよう、診療機能の役割分担や、各施設が協力した人材育成や応援体制の構築等、地域の実情に応じた連携体制を整備する取組を平時から推進	（参考）BCPを整備している拠点病院等の割合	－	現況報告書
211104		（参考）BCPを整備している病院の数	－	現況報告書
212105	拠点病院等、小児がん拠点病院等、がんゲノム医療中核拠点病院等が相互に連携可能となるよう検討	都道府県協議会に小児がん拠点病院等が参加している都道府県の数※	－	現況報告書

※ゲノム拠点は自動的に連携される。

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
211201	医療機関の機能分担を通じた質の高い安心な医療の効率的な提供	担当した医師ががんについて十分な知識や経験を持っていたと思う患者の割合	－	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
200001	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（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
000001	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
000006	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
000010	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	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
211106	質の高い病理診断や細胞診断を提供するための体制の整備を引き続き推進	病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する医師が１人以上配置されている拠点病院等の割合（がん診療連携拠点病院：専従の病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師が１人以上配置されている割合、地域がん診療病院：専任の病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する医師が１人以上配置されている割合をそれぞれ評価）	－	現況報告書
211107		細胞診断に関する専門資格を有する者が１人以上配置されている拠点病院等の割合（がん診療連携拠点病院：専任の細胞診断に関する専門資格を有する者が１人以上配置されている割合、地域がん診療病院：細胞診断に関する専門資格を有する者が１人以上配置されている割合をそれぞれ評価）	－	現況報告書

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
211202	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	－	検討中（患者体験調査or院内がん登録＋DPCorNDB）

「第４期がん対策推進基本計画ロジックモデル　暫定版」：がん医療提供体制等＜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
212101	がんゲノム医療中核拠点病院等を中心とした医療提供体制の整備等を引き続き推進する。また、関係学会等と連携し、がん遺伝子パネル検査等の更なる有効性に係る科学的根拠を引き続き収集するとともに、必要な患者が、適切なタイミングでがん遺伝子パネル検査等及びその結果を踏まえた治療を受けられるよう、既存制度の見直しも含め検討する	がんゲノム医療中核拠点病院等の数	2013	現況報告書（がんゲノム）
212102		がんゲノム医療中核拠点病院等における遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師数*1	2015	現況報告書（がんゲノム）
212103		がんゲノム医療中核拠点病院等における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*1	2016	現況報告書（がんゲノム）
212104		がんゲノム医療中核拠点病院等における遺伝カウンセリング等を行う部門につないだりする者の数*1	2017	現況報告書（がんゲノム）
212105		がんゲノム医療中核拠点病院等における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	現況報告書（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
212201	がんゲノム医療へのアクセシビリティの向上	がんゲノム情報管理センターに登録された患者数	2019	C－CATからのデータ提供
212202		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	現況報告書（がんゲノム）
212203		がん遺伝子パネル検査を実施した患者のうち、エキスパートパネルの結果治療薬の選択肢が提示された割合	－	C－CATからのデータ提供
212204		がん遺伝子パネル検査を実施した患者のうち、エキスパートパネルで推奨された薬剤が投与された割合	－	C－CATからのデータ提供
212205		ゲノム情報を活用したがん医療についてがん患者が知っていると回答した割合	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
000001	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
000001	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
000006	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
000010	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	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　暫定版」：がん医療提供体制等＜手術療法・放射線療法・薬物療法＞

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
213101	標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく、ロボット支援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	拠点病院等における我が国に多いがん*1の鏡視下手術の割合	2031	現況報告書
213102		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	－	現況報告書

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
213103	【国及び都道府県】標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく高度な放射線療法の提供についても、医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整備等の取組を進める	IMRTを提供しているがん診療連携拠点病院*2の割合	2035	現況報告書
213104		専従の放射線治療に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師が１人以上配置されているがん診療連携拠点病院の割合	2036	現況報告書
213105		診療放射線技師が２人以上配置されているがん診療連携拠点病院の割合	－	現況報告書
213106		専従の放射線治療に関する専門資格を有する常勤の看護師が放射線治療部門に１人以上配置されているがん診療連携拠点病院の割合		現況報告書
-	関係学会等と連携し、標準的治療及び粒子線治療、核医学治療、画像誘導即時適応技術を用いた治療 等の高度な放射線療法の安全な提供体制の在り方について検討	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
213201	安全かつ質の高い手術治療の実施	我が国に多いがんの術後短期死亡率	2032	院内がん登録+DPC
213202		診断から手術までの日数（術前化学療法の対象外のがん種・ステージ患者に対象を限定）	－	院内がん登録+DPC

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
213203	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（拠点病院等（QI研究参加施設*3）における標準的治療の実施割合）	－	院内がん登録+DPC
213204		拠点病院等（QI研究参加施設）における手術から放射線治療開始までの期間	－	院内がん登録+DPC

*1. 大腸がん、肺がん、胃がん、乳がん、前立腺がん及び肝・胆・膵のがんを想定（以後、同）。
*2. 地域がん診療連携拠点病院、都道府県がん診療連携拠点病院（各類型の特例型を含む）（以後、同）。
*3. 診療の質評価指標（Quality Indicator、QI）研究参加施設（2019年症例解析には591 施設が参加、うち、国指定のがん診療連携拠点病院等指定施設は 386 施設（拠点病院の 86%）。）（以後、同。）

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
200001	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査
200004	（標準的な）診断・医療の進歩	一般の人が受けられるがん医療は数年前と比べて進歩したと思う患者の割合	2003	患者体験調査
200005	治療選択についての情報提供の充実（必要な情報へのアクセス改善）	治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合	－	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
000001	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
000006	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
000010	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

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
213107	【国及び都道府県】患者が、病態や生活背景等、それぞれの状況に応じた適切かつ安全な薬物療法を受けられるよう、標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく高度な薬物療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	専任のがん薬物療法に関する専門資格を有する常勤の薬剤師が１人以上配置されているがん診療連携拠点病院の割合	2040	現況報告書
213108		薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師が１人以上配置されている拠点病院等の割合（がん診療連携拠点病院：専従の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師が１人以上配置されている割合、地域がん診療病院：専任の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師が１人以上配置されている割合をそれぞれ評価）	2041	現況報告書
213109		がん看護又はがん薬物療法に関する専門資格を有する常勤の看護師が外来化学療法室に１人以上配置されている拠点病院等の割合（がん診療連携拠点病院：専従のがん看護又はがん薬物療法に関する専門資格を有する常勤の看護師が外来化学療法室に１人以上配置されている割合、地域がん診療病院：専任のがん看護又はがん薬物療法に関する専門資格を有する常勤の看護師が外来化学療法室に１人以上配置されている割合をそれぞれ評価）	－	現況報告書
213110		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	－	現況報告書
213111	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	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	－	現況報告書
-	【国及び都道府県】バイオ後続品に係る新たな目標を踏まえ、使用促進のための具体的な方策を検討	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
213205		化学療法/薬物療法関連QI（拠点病院等（QI研究参加施設）における標準的治療の実施割合）	2021	院内がん登録+DPC
213206	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	遅延なく化学療法が行えているか（例：術後化学療法における手術から化学療法まで、あるいは、進行例における診断から化学療法までの期間）*4	－	院内がん登録+DPC
213207	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（仮）

*4. 化学療法を遅延なく受けることができているかを評価。測定対象の定義や測定方法について、研究班で検討予定。

「第４期がん対策推進基本計画ロジックモデル　暫定版」：がん医療提供体制等＜チーム医療の推進＞

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
214101	【拠点病院等】多職種連携をさらに推進する観点から、拠点病院等におけるチーム医療の提供体制の整備を進めるとともに、都道府県がん診療連携協議会において地域の医療機関と議論を行い、拠点病院等と地域の医療機関との連携体制の整備に取り組む	緩和ケア診療加算の算定回数	－	検討中（NDB等を活用し厚労科学研究班で対応予定）
214102		栄養サポートチーム加算の算定回数	－	検討中（NDB等を活用し厚労科学研究班で対応予定）
214103		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し、体制整備を行った都道府県の数	－	現況報告書
214104	【拠点病院等】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	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等の割合（*100％の維持）	－	現況報告書
214105	【拠点病院等】栄養サポートチーム等の専門チームと連携し、栄養指導や管理を行う体制の整備に引き続き取り組む	「栄養サポートチーム加算」を算定している拠点病院等の数	－	現況報告書（仮）

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
214201	多職種（医師以外）による相談支援環境の充実	主治医以外にも相談しやすいスタッフがいた患者の割合	2055	患者体験調査
214202	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	－	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
200001	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（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
000001	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
000006	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
000010	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	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　暫定版」：がん医療提供体制等＜がんのリハビリテーション＞

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
215101	引き続き、関係団体と連携し、がんのリハビリテーション研修を実施するとともに、研修内容の見直しについて検討	がんリハビリテーション研修プログラムを修了している医療従事者の人数	2063	ライフプランニングセンターからのデータ提供
215102	【国及び都道府県】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	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がん診療連携拠点病院の割合	2061	現況報告書
215103		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がん診療連携拠点病院の数	－	現況報告書

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
215201	がんリハビリテーションの適切な提供	拠点病院等（QI研究参加施設）に通院・入院中のがん患者でリハビリテーションを受けた患者の割合	2062	院内がん登録＋DPC

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
200001	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（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
000001	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
000006	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
000010	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	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　暫定版」：がん医療提供体制等＜支持療法の推進＞

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
216101	患者が、治療に伴う副作用・合併症・後遺症への見通しを持ち、身体的苦痛や外見の変化等があった際に容易に相談できるよう、多職種による相談支援体制の整備や医療従事者への研修の実施等を推進	がん相談支援センターでのアピアランスケアの相談件数	－	現況報告書
216102		リンパ浮腫研修の受講者数	－	ライフプランニングセンターからのデータ提供
216103	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	リンパ浮腫外来が設置されている拠点病院等の割合	2077	現況報告書
216104		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	－	NDB
216105		ストーマ外来が設置されている拠点病院等の割合	2078	現況報告書
216106		専任のがん薬物療法に関する専門資格を有する常勤の薬剤師が１人以上配置されているがん診療連携拠点病院の割合	2040	現況報告書
216107		薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師が１人以上配置されている拠点病院等の割合（がん診療連携拠点病院：専従の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師が１人以上配置されている割合、地域がん診療病院：専任の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師が１人以上配置されている割合をそれぞれ評価）	(2041)	現況報告書
216108		がん看護又はがん薬物療法に関する専門資格を有する常勤の看護師が外来化学療法室に１人以上配置されている拠点病院等の割合（がん診療連携拠点病院：専従のがん看護又はがん薬物療法に関する専門資格を有する常勤の看護師が外来化学療法室に１人以上配置されている割合、地域がん診療病院：専任のがん看護又はがん薬物療法に関する専門資格を有する常勤の看護師が外来化学療法室に１人以上配置されている割合をそれぞれ評価）	－	現況報告書
216109		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
216201	治療に伴う副作用への見通しの改善	治療による副作用の見通しを持てた患者の割合	2074	患者体験調査
216202	身体的なつらさに関する相談環境の改善	身体的なつらさがあるときに、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
216203	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悩みを医療スタッフに相談ができたがん患者の割合	2076	患者体験調査
216204	支持療法の均てん化	拠点病院等（QI研究参加施設）において支持療法に関する標準診療を実施された患者の割合	2071	院内がん登録＋DPC

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
200006	身体的な苦痛を抱えるがん患者の減少	身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3012	患者体験調査
200007	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の減少	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3013	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
000001	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
000006	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
000010	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	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　暫定版」：がん医療提供体制等＜がんと診断された時からの緩和ケアの推進＞

緩和ケアの提供について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
217101	拠点病院等を中心とした医療機関において、がん医療に携わる全ての医療従事者により、がん患者の身体的苦痛や、がん患者やその家族等の精神心理的苦痛、社会的な問題等の把握及びそれらの個別の状況に応じた適切な対応が、地域の実情に応じて、診断時から一貫して行われる体制の整備を推進	拠点病院等の緩和ケアチーム新規診療症例数	－	現況報告書
217102		特定疾患治療管理料　がん患者指導管理料イの算定数	－	NDB
217103	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	緩和ケア外来の新規診療患者数	－	現況報告書
217104		拠点病院等１施設あたりの地域連携推進のための多施設合同会議の開催数	－	現況報告書
217105	関係学会等と連携し、国民に対する、緩和ケアに関する正しい知識の普及啓発を引き続き推進、【拠点病院等】地域の医療従事者も含めた緩和ケアに関する研修を定期的に開催するとともに、地域におけるがん診療や在宅医療に携わる医療機関、関係団体及び地方公共団体と連携し、専門的な疼痛治療を含む緩和ケアに係る普及啓発 及び実施体制の整備を進める	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	－	NDB
217106		緩和的放射線照射の実施数: M001-3(直線加速器による放射線治療)の2（1以外の場合）の件数	－	NDB
217107	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	緩和ケア外来への地域の医療機関からの年間新規紹介患者数	－	現況報告書
-	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	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	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）	-	-
217108	拠点病院等以外の医療機関における緩和ケアの充実に向けて、緩和ケア提供体制の実態や課題等を把握するための調査及び研究を行う	緩和ケア診療加算の算定回数	-	NDB
-	終末期医療を受ける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、適切な療養場所の提供 や、治療やケアの質の向上について検討	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
217110	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	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
217201	苦痛に対する適切なケア・治療の普及（緩和ケアチームの質向上）	医療者はつらい症状にすみやかに対応していたと感じる割合	－	患者体験調査・遺族調査
217202		患者報告アウトカム（PRO）の症状改善率 ＊期中に指標を開発予定	－	検討中（日本緩和医療学会からのデータ提供）
217203	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
217204		心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合	3011	患者体験調査
217205		がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合	3002	患者体験調査
217206		家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合	3003	患者体験調査
217207		医療従事者が耳を傾けてくれたと感じた患者の割合	2006	患者体験調査
217208	国民の緩和ケアへの理解度向上	国民の緩和ケアに関する認識	3018	世論調査（仮）
217209		国民の医療用麻薬に関する認識	3019	世論調査（仮）

＊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
200006	患者・家族のQOL向上（苦痛の緩和）	身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3012	患者体験調査
200007		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
200008		療養生活の最終段階において、身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3015	遺族調査
200009		療養生活の最終段階において、精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3016	遺族調査
200010	緩和ケアの質の向上	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	3033	遺族調査のサブグループ解析（全死亡のうち在宅死亡）

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
000010	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	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　暫定版」：がん医療提供体制等＜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
218101	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	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等の割合	－	現況報告書
218102		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	－	現況報告書
218103		日本がん・生殖医療登録システム JOFRへの登録症例数	－	日本・がん生殖医療学会からのデータ提供

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
218201	がん患者・家族が生殖機能への影響についての情報提供を受け、納得できる意思決定ができること	治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合	2075	患者体験調査
218202	妊孕性温存と温存後生殖補助医療に係るエビデンスの創出	がん・生殖医療に関する臨床研究実施数　*実施中の研究数または開始数／年	－	検討中（jRCT）

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
200007	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の減少	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3013	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
000010	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	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　暫定版」：希少がん及び難治性がん対策

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
220101	【国及び都道府県】拠点病院等における診療実績や、医療機関間の連携体制等について、患者やその家族等の目線に立った分かりやすい情報提供を推進	希少がんホットラインへの問い合わせ数	–	国立がん研究センターからのデータ提供
220102		「がん情報サービス」または「希少がんセンター」に掲載された希少がんの数および当該ページへのPV数	–	国立がん研究センターからのデータ提供
220103	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	希少がん診療を積極的に受け入れている拠点病院等の数と他施設へ紹介する拠点病院等の数	–	現況報告書
220104	病理診断や治療等に係る希少がん中央機関と拠点病院等との連携体制の整備を引き続き推進	中央病理コンサルテーションの数	–	国立がん研究センターからのデータ提供
220105	希少がん領域における薬剤アクセスの改善に向けて、日本の薬事規制等の海外の中小バイオ企業への周知等を通じ、日本での早期開発を促すなど治験の実施（国際共同治験への参加を含む。）を促進する方策を検討するとともに、希少がん中央機関、拠点病院等、関係学会及び企業等と連携した研究開発を推進	希少がんに対する臨床試験を実施している拠点病院等の数	–	現況報告書
220106	関係学会等と連携した診療ガイドラインの充実を図る	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）	–	Minds登録数

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
220201	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	–	患者体験調査
220202	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	–	現況報告書＋院内がん登録
220203	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
200011	希少がん患者の高度かつ専門的な医療へのアクセシビリティの向上	希少がんについて、担当した医師ががんについて十分な知識や経験を持っていたと思う患者の割合	2083	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
000007	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
000011	希少がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じる希少がん患者の割合	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
220107	【国及び都道府県】拠点病院等における診療実績や、医療機関間の連携体制等について、患者やその家族等の目線に立った分かりやすい情報提供を推進	難治性がん（*1）に関するHP等の整備を行っている拠点病院等の数	–	現況報告書
220108	都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会における地域の実情を踏まえた議論を推進し、拠点病院等の役割分担に基づく医療機関間の連携体制の整備を推進	難治性がん（*1）診療を積極的に受け入れている拠点病院等の数と他施設へ紹介する拠点病院の数	–	現況報告書
220109	難治性がん領域における薬剤アクセスの改善に向けて、日本の薬事規制等の海外の中小バイオ企業への周知等を通じ、日本での早期開発を促すなど治験の実施（国際共同治験への参加を含む。）を促進する方策を検討するとともに、希少がん中央機関、拠点病院等、関係学会及び企業等と連携した研究開発を推進	難治性がん（*1）に対して臨床試験を行っている拠点病院等の数	–	現況報告書

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
220204	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	–	現況報告書＋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
200001	（難治性がんを含む）全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（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
000003	難治性がんの年齢調整死亡率の減少	難治性がん（代表例：膵がん）の年齢調整死亡率	2002	人口動態統計
000008	難治性がんの生存率向上	難治性がん（代表例：膵がん）の5年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
000010	（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

「第４期がん対策推進基本計画ロジックモデル　暫定版」：小児がん・AYA世代のがん対策

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
230101	小児がん拠点病院等と、拠点病院等や地域の医療機関等との連携を含め、地域の実情に応じた小児・ＡＹＡ世代のがん医療提供体制の整備を推進、また、小児がん拠点病院連絡協議会における地域ブロックを超えた連携体制の整備に向けた議論を推進	小児がん拠点病院等で小児がんの薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師の数	－	現況報告書（小児がん）
230102		小児がん拠点病院等で小児の手術に携わる、小児がん手術に関して専門的な知識及び技術を有する医師の人数	－	現況報告書（小児がん）
230103		小児がん拠点病院等で小児がんの放射線療法に携わる専門的な知識および技能を有する医師の人数	－	現況報告書（小児がん）
230104		小児がん拠点病院等における小児がん看護に関する専門的な知識や技能を習得している看護師の人数	－	現況報告書（小児がん）
230105		小児がん拠点病院等における医療環境にある子どもや家族への療養支援に関する専門的な知識及び技能を有する者の人数	－	現況報告書（小児がん）
-	【小児がん拠点病院等】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に取り組む	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）	－	－
230106	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	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	－	現況報告書（小児がん）
230107		（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	－	現況報告書（小児がん）
-	日本の薬事規制等の海外の中小バイオ企業への周知等を通じ、日本での早期開発を促すなど治験の実施（国際共同治験への参加を含む。）を	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
230201	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	－	現況報告書＋院内がん登録
230202	小児がん相談支援の拡充	がん患者の家族の悩みや負担を相談できる支援・サービス・場所が十分あると思う小児がん患者の割合	－	小児患者体験調査
230203	長期フォローアップの認知・利用拡充	長期フォローアップについて知っていると回答した小児がん患者の割合	－	小児患者体験調査
230204	小児がん領域での研究開発の推進	小児がん拠点病院において実施されている小児がんに関する治験数	－	現況報告書＋jRCT

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
200002	小児がん診療の質の向上・均てん化	小児がん患者のがんの診断・治療全般の総合評価（平均点又は評価が高い人の割合）	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
000009	小児がん患者の生存率向上	小児がん患者の5年生存率	2091	全国がん登録／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
230108	小児がん拠点病院等と、拠点病院等や地域の医療機関等との連携を含め、地域の実情に応じた小児・ＡＹＡ世代のがん医療提供体制の整備を推進、また、小児がん拠点病院連絡協議会における地域ブロックを超えた連携体制の整備に向けた議論を推進	多職種からなるAYA支援チームを設置している拠点病院等の割合	－	現況報告書

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
230205	AYA患者の状況や希望に応じた支援の拡充	がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じる若年がん患者の割合	3002	患者体験調査
230206		外見の変化に関する悩みを医療スタッフに相談ができた若年患者の割合	2076	患者体験調査
230207		治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合	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
200003	AYA世代のがん診療の質の向上・均てん化	若者がん患者の診断・治療全体の総合的評価（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
000012	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　暫定版」：高齢者のがん対策

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
240101	【拠点病院等】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	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割合	－	現況報告書
-	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	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）	-	-
240102	高齢のがん患者が適切な意思決定に基づき治療等を受けられるよう、高齢のがん患者やその家族等の意思決定支援に係る取組を推進	意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応をしている拠点病院等の割合	－	現況報告書

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
240201	多職種連携の評価	医師・看護師・介護職員など医療者同士の連携は良かったと回答した人の割合	－	遺族調査
240202	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回答した人の割合	－	遺族調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
200001	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（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
000010	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	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　暫定版」：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	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	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）	-	-
250101	【拠点病院等】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	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等の割合	－	現況報告書
-	先進医療、患者申出療養制度等の評価療養、先駆的医薬品等指定制度等の既存の制度の適切な活用を促しつつ、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）	-	-
-	日本の薬事規制等の海外の中小バイオ企業への周知等を通じ、日本での早期開発を促すなど治験の実施（国際共同治験への参加を含む。）を促進する方策を検討するとともに、関係学会及び企業等と連携した研究開発を推進する。また、それらの実用化に向けた課題の整理と、既存制度の見直しを含めた対応策の検討を行い、速やかな医療実装を着実に進める	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
250201	医薬品、医療機器及び医療技術の開発の加速とそれらの速やかな医療実装	がんに関する臨床研究数	－	検討中（jRCT）

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
200001	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査
200004	（標準的な）診断・医療の進歩	一般の人が受けられるがん医療は数年前と比べて進歩したと思う患者の割合	2003	患者体験調査
200005	治療選択についての情報提供の充実（必要な情報へのアクセス改善）	治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合	－	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
000001	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
000006	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
000010	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	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　暫定版」：相談支援及び情報提供

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
311101	【拠点病院等】がん相談支援センターの認知度向上及びその役割の理解の促進のため、地域の関係機関等と連携して、自施設に通院していない者も含む患者やその家族等への適切なタイミングでの周知に引き続き取り組む。また、相談支援体制へのアクセシビリティを向上させるため、オンライン等を活用した体制整備を進める	がん相談支援センターでの自施設・他施設からの新規相談件数（全国の拠点病院等での総数）	－	現況報告書
311102	相談支援の質を担保するため、関係団体等と連携し、がん相談支援に係る研修等に引き続き取り組む	相談員研修を受講したがん相談支援センターの相談員の人数	－	現況報告書
311103		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	－	現況報告書
-	持続可能な相談支援体制の在り方等について検討	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）	－	－
311104	拠点病院等と民間団体による相談機関やピア・サポーター等との連携体制の構築について検討する。併せて、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を活用し、必要に応じて地方公共団体等の協力が得られる体制整備の方策について検討	拠点病院等１施設あたりの連携している患者団体の数	－	現況報告書
311105	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	拠点病院等１施設あたりの体験を語り合う場の開催数	－	現況報告書

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
311201	がん相談支援センターの認知度	がん相談支援センターについて知っているがん患者の割合	3023	患者体験調査 小児患者体験調査
311202	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	－	世論調査（仮）
311203	がんと診断されてから相談することができること	がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合	3021	患者体験調査
311204	ピアサポーターの認知度	ピアサポーターについて知っているがん患者の割合	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
300001	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	－	患者体験調査
300002		ピアサポートを利用したことがある人が役に立ったがん患者の割合	－	患者体験調査
300003	がん患者の家族が、悩みや負担を相談できること	家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合	3022	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
000010	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

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
-	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	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）	－	－
312101	引き続き、国立がん研究センターや関係団体等と連携して、がんに関する正しい情報の提供及び理解の促進に取り組む	がん情報サービスにアクセスした件数	－	国立がん研究センターからのデータ提供
312102		がん情報サービスにおけるコンテンツ更新数	－	国立がん研究センターからのデータ提供
312103	障害等により情報取得や意思疎通に配慮が必要な人や、日本語を母国語としていない人への情報提供を適切に行うことで医療へのアクセスを確保するために、現状及び課題等を把握し、情報提供体制の在り方について検討	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
312201	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情報サービスで情報入手しようと思う人の割合	－	世論調査（仮）
312202	探しているがんの情報にたどりつけること	がん情報サービスにアクセスし、探していた情報にたどり着くことができた人の割合	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）
312203	がんと診断されてから相談することができること	がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合	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
300004	がん患者が、治療に関する十分な情報を得ることができること	治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合	－	患者体験調査 小児患者体験調査
300005	国民が、がんに対して正しい認識を持てること	がんの新しい治療法に関する情報の中には、十分な科学的根拠がなく、注意を要するものがあると思う人の割合	－	世論調査（仮）

「第４期がん対策推進基本計画ロジックモデル　暫定版」：社会連携に基づく緩和ケア等の患者支援

#	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】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	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）	-	-
320101	【拠点病院等】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	専門医療機関連携薬局（傷病の区分：がん）の認定数	–	厚生労働省調べ
320102	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	地域緩和ケア連携調整員研修受講者数	–	地域緩和ケアネットワーク構築事業
320103	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	診療情報提供料（Ⅱ）の算定数	–	NDB

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
320201	希望時にセカンドオピニオンを受けられる割合の向上	がん治療前に、セカンドオピニオンに関する話を受けたがん患者の割合	3032	患者体験調査
320202	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	–	遺族調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
300006	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合の増加	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合	3034	遺族調査
300007	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度の向上	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	3033	遺族調査のサブグループ解析（全死亡のうち在宅死亡）

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
000010	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	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　暫定版」：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（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
-	現在の両立支援制度の効果及び課題を明らかにし、普及啓発、主治医から産業医への情報提供をはじめとする医療機関等と産業保健との一層効果的な連携等について検討	指標設定なし（着実に検討を推進すること）	–	–
331101	医療機関等において就労支援に携わる者が、産業医等と連携し、患者・事業主間の治療と仕事の両立へ向けた調整を支援できる体制の整備に取り組む	拠点病院等のがん相談支援センターにおける就労に関する相談件数	3045	現況報告書
331102		療養・就労両立支援指導料の算定件数※ ※がんについて	–	NDB
331103		拠点病院等における就労の専門家による相談会の回数	–	現況報告書
331104	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	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

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
331105	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	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	–	長期療養者就職支援事業報告
-	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	指標設定なし（着実に検討を推進すること）	–	–
-	中小企業も含めて、企業における支援体制や、時間単位の年次有給休暇や病気休暇、在宅勤務（テレワーク）等の柔軟な勤務制度や休暇制度の導入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	指標設定なし（着実に検討を推進すること）	–	–
331106	両立支援コーディネーターの更なる活用に向けて、その活動状況を把握するとともに、地域職域連携の観点からより効果的な配置について検討	両立支援コーディネーター研修修了者数	–	事業報告（労働者健康安全機構）

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
331201	診断時からの情報提供	治療開始前に、就労継続について説明を受けたがん患者の割合	3041	患者体験調査
331202	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
331203	がんと診断された後の仕事の変化	退職したがん患者のうち、がん治療の開始前までに退職した者の割合	3043	患者体験調査
331204	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
331205	両立のための職場環境整備	治療と仕事を両立するための勤務上の配慮がなされているがん患者の割合	3047	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
300008	経済・就労関連PROの向上	治療費用の負担が原因で、がんの治療を変更・断念したがん患者の割合	–	患者体験調査
300009		金銭的負担が原因で生活に影響があったがん患者の割合	–	患者体験調査
300010	がん患者・経験者の両立支援・就労支援に関する相談・支援体制へのアクセスの向上	がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合	3002	患者体験調査
300003		家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合	3003	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
000010	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	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　暫定版」：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）

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
332101	医療従事者を対象とした研修等を引き続き開催するとともに、相談支援及び情報提供の在り方について検討	アピアランス支援研修修了者数	－	事業報告
332102	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	拠点病院等におけるアピアランスに関する相談件数	－	現況報告書

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
332201	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悩みを医療スタッフに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	指標	3期	データソース
300011	外見の変化に起因する苦痛の軽減	身体的・精神心理的な苦痛により日常生活に支障を来しているがん患者の割合	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	アウトプット指標	3期	データソース
333101	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	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
333102		自殺リスクに関する研修を実施した拠点病院等の数	－	現況報告書
333103		特定疾患治療管理料がん患者指導管理料イ算定数	－	NDB
333104		特定疾患治療管理料がん患者指導管理料ロ算定数	－	NDB
-	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	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
333201	気持ちのつらさに対する支援の利用	心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合	3011	患者体験調査
333202		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
333203		療養生活の最終段階において、精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3016	遺族調査
333204	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
333205		身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3012	患者体験調査
333206		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
300012	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
-	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、利用可能な施策の周知や課題解決に向けた施策について検討	検討段階のため指標設定無し（着実に検討を進めること）	-	-
334101	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	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等の数	－	現況報告書書
334102	【地方公共団体】がんに対する「偏見」の払拭や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	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）	－	現況報告書書

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
334201	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	－	患者体験調査
334202	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	－	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
300013	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	－	世論調査（仮）

「第４期がん対策推進基本計画ロジックモデル　暫定版」：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	アウトプット指標	3期	データソース
341101	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	小児がん拠点病院等の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	－	現況報告書（小児がん）　*1
341102		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、小児がん拠点病院等に配置されている者の数	－	現況報告書（小児がん）
341103	成人診療科と連携した切れ目ない支援体制が、地域の実情に応じて構築できるよう、患者の健康管理の方法、地域における療養の在り方、再発・二次がん・併存疾患のフォローアップ体制等の医療・支援の在り方について検討	小児・AYA世代のがんの長期フォローアップに関する研修会参加人数	－	事業報告
341104		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*2	－	現況報告書（小児がん）
341105	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	小児がん拠点病院等の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	－	現況報告書（小児がん）　*1
341106		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	－	現況報告書（小児がん）
-	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	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）	-	-

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
341201	教育支援に関する医療スタッフからの説明の拡充	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
341202	就学支援制度の利用拡大	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	－	小児患者体験調査
341203	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
341204	長期フォローアップの認知度向上	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	－	小児患者体験調査
341205	医療者側からの就労支援（説明）の拡充	治療開始前に、就労継続について説明を受けたがん患者の割合	－	患者体験調査＜若年がん患者のみ＞
341206	つらい症状への速やかな対応改善	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	－	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
300003	家族への支援・サービス・場所の充実	家族の悩みや負担を相談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
300014	就学の継続	がん治療前に就学していた者のうち、「がん治療のために患者が転校・休学・退学したと回答した人」以外の割合	－	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
000010	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	小児患者体験調査 患者体験調査

*1. 成人拠点におけるAYA世代のがん患者に係る相談件数も算出することを検討中（令和４年度では現況報告書に対応項目無し）

*2. 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

「第４期がん対策推進基本計画ロジックモデル　暫定版」：ライフステージに応じた療養環境への支援

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
342101	【拠点病院等】地域の医療機関やかかりつけ医、在宅療養支援診療所、訪問看護事業所等の医療・介護を担う機関、関係団体、地方公共団体等と連携し、患者やその家族等の療養生活を支えるための体制を整備するとともに、地域における課題について検討	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割合	－	現況報告書
342102		介護支援等連携指導料の算定数（がん患者に限定）	－	NDB
342103		退院時共同指導料１の算定数（がん患者に限定）	－	NDB
－	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	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）	－	－
342104	高齢のがん患者の、人生の最終段階における療養場所等の選択に関する意思決定を支援するための方策について検討	意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応をしている拠点病院等の割合	－	現況報告書

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
342201	家族の介護負担感の軽減	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	－	遺族調査のサブグループ解析（仮）*3
342202	死亡場所で患者が受けた医療の構造・プロセスの改善	医師・看護師・介護職員など医療者同士の連携はよかったと回答した割合	－	遺族調査のサブグループ解析（仮）*3
342203	最後の療養場所の希望や医療に関する話し合いの充実	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	－	遺族調査のサブグループ解析（仮）*3

*3. 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
300006	死亡前１ヶ月間の患者の療養生活の質向上	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合	－	遺族調査のサブグループ解析（仮）
300007	死亡場所で受けた医療に対する全般的満足度（＞在宅かつ高齢者）向上	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	－	遺族調査のサブグループ解析（仮）
300015	死亡前１ヶ月間の患者の療養生活の質向上	人生をまっとうしたと感じていた患者の割合	－	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　暫定版」：

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	アウトプット指標	3期	データソース
–	「がん研究10か年戦略」の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	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	-	-
410101	【AMED】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	「革新的がん医療実用化研究事業」事後評価	–	AMED
410102	「全ゲノム解析等実行計画2022」を着実に進め、ゲノム情報等により、患者等に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	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	–	jRCT、AMED
410103	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	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AMED疾患領域（がん）の研究数	–	jRCT、AMED
410104		厚労科研の採択課題における事後評価の平均	–	厚生労働省調べ
410105		「がん政策研究事業」成果に関する評価	–	厚生労働省調べ
-	格差の解消に向け、まずは各分野の取組の地域間、医療機関間の差を測定するための指標やその評価方法に係る研究を推進	指標設定無し（着実に研究を推進すること）	–	–

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
410201	がん研究論文数、引用数の増加	CSO(Common Scientific Outline)分類別・部位別論文数、引用数	4014	論文データベースDimensions
410202	基礎的研究成果として日常診療への導入を目指して推進される医療技術数の増加	（AMEDにおけるがんに関する）研究成果を活用した臨床試験・治験への移行数	-	AMED
410203		（AMEDにおけるがんに関する）薬事承認件数（新規・適応拡大）（医療機器含む）	-	AMED
410204		（AMEDにおけるがんに関する）シーズの企業への導出件数	-	AMED

人材育成の強化

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
420101	関係学会・団体等と連携しつつ、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	がん専門医療人材（がんプロフェッショナル）養成プラン「次世代のがんプロフェッショナル養成プラン」事業評価	–	文部科学省からのデータ提供
420102	拠点病院等を中心に、専門的な人材の育成及び配置に積極的に取り組む。また、地域のがん医療や緩和ケア等を担う人材の育成及び配置について、拠点病院等や地域の職能団体が中心となって取り組む	がんゲノム医療コーディネーター研修会参加人数	4022	がんのゲノム医療従事者研修事業（～R4）、現況報告書（ゲノム）
420103		がんリハビリテーション研修プログラムを修了している医療従事者の人数	2063	ライフプランニングセンターからのデータ提供
420104		小児・AYA世代のがんの長期フォローアップに関する研修会参加人数	4023	小児・AYA世代の長期フォローアップ体制整備事業
420105		緩和ケア研修修了者数	4021	がん等における新たな緩和ケア研修等事業
420106		緩和ケアに特化した講座を設置している大学の数	4024	文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
420201	必要な知識を身に着けた専門的人材の増加	第４期がんプロで支援されたがん専門医療人材の人数	–	事業における取組状況調査
-	専門的人材の適正配置	今後、検討	–	–

「第４期がん対策推進基本計画ロジックモデル　暫定版」：

がん教育及びがんに関する知識の普及啓発

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
430101	引き続き、 学習指導要領に基づく、児童生徒の発達段階に応じたがん教育を推進する。その際、生活習慣が原因とならないがんもあることなど、がんに対する正しい知識が身に付くよう、医療従事者やがん患者等の外部講師の積極的な活用について周知を行うとともに、ＩＣＴの活用を推進するなど、各地域の実情に応じたがん教育の取組の充実とその成果の普及を図る 都道府県及び市町村において、教育委員会及び衛生主管部局が連携して会議体を設置し、地域のがん医療を担う医師や患者等の関係団体とも協力しながら、また、学校医やがん医療に携わる医師、がん患者・経験者等の外部講師を活用しながら、がん教育が実施されるよう、必要な支援を行う	外部講師を活用してがん教育を実施した学校の割合	4031	がん教育の実施状況調査
430102	【国及び地方公共団体、拠点病院等を中心とした医療機関】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、生活習慣や遺伝子等のがんの発生に関する基本的な情報も含めた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	がん情報サービスに含まれる項目数	－	国立がん研究センターからのデータ提供
430103		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）	－	現況報告書
430104	【事業主や医療保険者】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、生涯のうちに約２人に１人ががんに罹患すると推計されていることや、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	がん対策推進企業アクションの参加企業数	4033	厚生労働省調べ

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
430201	国民ががん予防や早期発見の重要性を認識し、がんを正しく理解し向き合う	「がんは誰もがかかる可能性のある病気である。」に対して「正しい」と回答した割合	－	がん教育総合支援事業事業成果報告書
430202		「がん検診を受けられる年齢になったら、検診を受けようと思う。」に対して「そう思う」「どちらかといえばそう思う」と回答した割合	－	がん教育総合支援事業事業成果報告書
430203		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	－	世論調査（仮）（仮）

がん登録の利活用の推進

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
440101	引き続き、質の高い情報収集に資する精度管理に取り組む	全国がん登録の精度指標としてのMI比・%DCO	2111	全国がん登録
-	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	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
440201	全国がん登録/院内がん登録の利用の推進	利用件数（総数・年あたり）	－	厚生労働省調べ／国立がん研究センター

患者・市民参画の推進

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
450101	【国及び都道府県】国民本位のがん対策を推進するため、基本計画及び「都道府県がん対策推進計画」の策定過程について、性別、世代、がん種等を考慮し、多様ながん患者等のがん対策推進協議会及び都道府県協議会等への参画を推進する。また、諸外国の公募制、代表制等の事例も踏まえつつ、患者・市民参画の更なる推進に向けた仕組みを検討	都道府県がん対策推進計画の策定過程におけるがん患者を代表する者の参加割合（参考：性別、年代等の多様性）	4001	厚生労働省調べ
450102	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について、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	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	－	厚生労働科学研究
	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			
－	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	今後、検討	－	－

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
450201	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	がん対策を進めるためには国民の協力が広く必要であり、積極的に関わりたいと考える人の割合	－	世論調査（仮）
450202	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	－	検討中（日本癌治療学会からのデータ提供）

デジタル化の推進

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
-	「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	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）	-	-
460101	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、ＳＮＳ等を活用したがん検診の受診勧奨や、安心かつ安全なオンライン診療の提供、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）の活用等の治験のオンライン化、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	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割合	－	現況報告書
460102		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割合	－	現況報告書
460103		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割合	－	現況報告書

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
460201	（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	検討中（デジタル技術の活用のアウトカムをどのように評価するか、検討を行う。）	－	検討中

「第４期がん対策推進基本計画評価指標一覧　暫定版」

【第88回がん対策推進協議会の資料からの変更箇所】

■：形式修正以外、■：形式修正

第89回がん対策推進協議会	資料３
令和５年７月10日	

分野		#	再掲	指標	3期	データソース
全体目標「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」						
	最終アウトカム指標	000001		がんの年齢調整死亡率（75歳未満、全年齢）	1001	人口動態統計
		000002		がん種別年齢調整死亡率（75歳未満、全年齢）	1002	人口動態統計
		000003		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
		000004		がんの年齢調整罹患率	1003	全国がん登録
		000005		がん種別年齢調整罹患率	1004	全国がん登録
		000006		がん種別５年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
		000007		希少がんの5年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
		000008		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
		000009		小児がん患者の5年生存率	2091	全国がん登録／院内がん登録
		000010		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、小児患者体験調査
		000011		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
		000012		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
1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実						
	分野別アウトカム指標	100001		がん種別年齢調整罹患率（胃・大腸・肺・女性乳房・喫煙関連がん）	1004	全国がん登録
		100002		がん種別年齢調整罹患率（肝・ATL・子宮頸部）	1004	全国がん登録
		100003		検診がん種別早期がん割合	－	全国がん登録
		100004		検診がん種別進行がん罹患率	－	全国がん登録
がんの１次予防						
生活習慣について						
	アウトプット指標	111101		拠点病院等*1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）	－	現況報告書
	中間アウトカム指標	111201		BMI18.5以上25未満（65歳以上はBMI20を超え25未満）の者の割合	1018	国民健康・栄養調査
		111202		食塩摂取量の平均値	1019	国民健康・栄養調査
		111203		野菜摂取量の平均値	1020	国民健康・栄養調査
		111204		果物摂取量の平均値	1021	国民健康・栄養調査
		111205		１日の歩数の平均値	-	国民健康・栄養調査
		111206		運動習慣者の割合	1017	国民健康・栄養調査
		111207		１日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者の割合	1016	国民健康・栄養調査
		111208		中学生・高校生の飲酒者の割合	-	厚生労働科学研究
		111209		20歳以上の者の喫煙率	1011	国民健康・栄養調査
		111210		望まない受動喫煙（家庭・職場・飲食店）の機会を有する者の割合	1015	国民健康・栄養調査
		111211		中学生・高校生の喫煙者の割合	1012	厚生労働科学研究
		111212		妊婦の喫煙率	1013	厚生労働省調べ
				【参考】第51回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会資料１より		
感染症対策について						
HPV						
	アウトプット指標	112101		HPVワクチンの実施率	－	地域保健・健康増進事業報告
肝炎						
	アウトプット指標	112102		肝疾患専門医療機関数	－	地方自治体における肝炎対策実施状況調査
		112103		肝炎医療コーディネーターの養成者数	－	地方自治体における肝炎対策実施状況調査
		112104		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	112201		B型・C型肝炎ウイルス検査受検率	参2	厚生労働科学研究
		112202		B型・C型肝炎ウイルス陽性者数	参1	「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						
	アウトプット指標	112105		HTLV-1関連のホームページの閲覧数（厚労省や厚生労働科学研究班作成のホームページのPV数）	－	厚生労働省調べ
		112106		HTLV-1関連の窓口数	－	結核感染症課調査
		112107		HTLV-1の保健所の検査数	－	結核感染症課調査
		112108		妊婦健康診査におけるHTLV-1抗体検査の公費負担実施率	－	母子保健課調査
	中間アウトカム指標	112203		ヒトT細胞白血病ウイルス１型感染率	参4	厚生労働科学研究
がんの２次予防（がん検診）						
受診率向上対策について						
	アウトプット指標	121101		受診勧奨実施市町村数（特別区を含む、以下同じ）	－	市区町村におけるがん検診の実施状況調査
		121102		普及啓発キャンペーンの実施状況（資料の実質配布枚数、イベント参加者数）	－	がん検診受診率60%達成に向けた集中キャンペーン月間実施状況調査
		121103		指針に基づく検診の実施率	－	保険者データヘルス全数調査
	中間アウトカム指標	121201		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						
	アウトプット指標	122101		がん検診の精度管理について技術的支援を行った市町村への支援数（特別区を含む）	－	厚生労働科学研究
		122102		精密検査受診率の低い市町村の実態把握を行い、実際にそれらの市町村に指導・助言等の取り組みを実施した都道府県数	－	都道府県用チェックリスト実施率調査
		122103		全被用者保険者における要精密検査対象者への受診勧奨の実施割合	－	保険者データヘルス全数調査
		122104		正しいがん検診の周知のため、住民に対し、がん検診の正しい情報提供を実施した市町村数	－	検討中（市区町村用チェックリスト実施率調査）
	中間アウトカム指標	122201		精密検査受診率	1032	地域保健・健康増進事業報告
		122202		がん発見率	－	地域保健・健康増進事業報告
		122203		偽陽性割合	－	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						
	アウトプット指標	123101		指針の遵守市町村数	－	市区町村におけるがん検診の実施状況調査
		123102		指針に基づかないがん検診の中止市町村数	－	市区町村におけるがん検診の実施状況調査

分野		#	再掲	指標	3期	データソース
2．患者本位で持続可能ながん医療の提供						
	分野別アウトカム指標	200001		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
		200002		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
		200003		若者がん患者のがんの診断・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
		200004		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
		200005		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	－	患者体験調査
		200006		身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3012	患者体験調査
		200007		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
		200008		療養生活の最終段階において、身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3015	遺族調査
		200009		療養生活の最終段階において、精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3016	遺族調査
		200010		在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	3033	遺族調査のサブグループ解析（全死亡のうち在宅死亡）
		200011		希少がんについて、担当した医師ががんについて十分な知識や経験を持っていたと思う患者の割合	2083	患者体験調査
	がん医療提供体制等					
	医療提供体制の均てん化・集約化					
		211101		役割分担に関する議論が行われている都道府県の数	－	現況報告書
		211102		がん治療前にセカンドオピニオンに関する話を受けたがん患者の割合	2025	患者体験調査
		211103		BCPに関する議論が行われている都道府県の数	－	現況報告書
		211104		（参考）BCPを整備している拠点病院等の割合	－	現況報告書
		211105		都道府県協議会に小児がん拠点病院等が参加している都道府県の数	－	現況報告書
		211106		病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する医師が１人以上配置されている拠点病院等の割合（がん診療連携拠点病院：専従の病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師が１人以上配置されている割合、地域がん診療病院：専任の病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する医師が１人以上配置されている割合をそれぞれ評価）	－	現況報告書
		211107		細胞診断に関する専門資格を有する者が１人以上配置されている拠点病院等の割合（がん診療連携拠点病院：専任の細胞診断に関する専門資格を有する者が１人以上配置されている割合、地域がん診療病院：細胞診断に関する専門資格を有する者が１人以上配置されている割合をそれぞれ評価）	－	現況報告書
	中間アウトカム指標	211201		担当した医師ががんについて十分な知識や経験を持っていたと思う患者の割合	－	患者体験調査
		211202		初診時から確定診断までが１ヶ月未満の人の割合	－	検討中（患者体験調査or院内がん登録＋DPC or NDB）
	がんゲノム医療					
	アウトプット指標	212101		がんゲノム医療中核拠点病院等の数	2013	現況報告書（がんゲノム）
		212102		がんゲノム医療中核拠点病院等における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*2	2015	現況報告書（がんゲノム）
		212103		がんゲノム医療中核拠点病院等における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*2	2016	現況報告書（がんゲノム）
		212104		がんゲノム医療中核拠点病院等における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*2	2017	現況報告書（がんゲノム）
		212105		がんゲノム医療中核拠点病院等における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	現況報告書（がんゲノム）
	中間アウトカム指標	212201		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からのデータ提供
		212202		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	現況報告書（がんゲノム）
		212203		がん遺伝子パネル検査を実施した患者のうち、エキスパートパネルの結果治療薬の選択肢が提示された割合	－	Ｃ－ＣＡＴからのデータ提供
		212204		がん遺伝子パネル検査を実施した患者のうち、エキスパートパネルで推奨された薬剤が投与された割合	－	Ｃ－ＣＡＴからのデータ提供
		212205		ゲノム情報を活用したがん医療についてがん患者が知っていると回答した割合	2020	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					
	アウトプット指標	213101		拠点病院等における我が国に多いがん*4の鏡視下手術の割合	2031	現況報告書
		213102		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	－	現況報告書
	中間アウトカム指標	213201		我が国に多いがん*4の術後短期死亡率	2032	院内がん登録+DPC
		213202		診断から手術までの日数（術前化学療法の対象外のがん種・ステージ患者に対象を限定）	－	院内がん登録+DPC
	放射線療法					
	アウトプット指標	213103		IMRTを提供しているがん診療連携拠点病院*5の割合	2035	現況報告書
		213104		専従の放射線治療に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師が１人以上配置されているがん診療連携拠点病院の割合	2036	現況報告書
		213105		診療放射線技師が２人以上配置されているがん診療連携拠点病院の割合	－	現況報告書
		213106		専従の放射線治療に関する専門資格を有する常勤の看護師が放射線治療部門に１人以上配置されているがん診療連携拠点病院の割合	－	現況報告書
	中間アウトカム指標	213203		放射線治療関連QI（拠点病院等（QI研究参加施設*6）における標準的治療の実施割合）	－	院内がん登録+DPC
		213204		拠点病院等（QI研究参加施設）における手術から放射線治療開始までの期間	－	院内がん登録+DPC
	薬物療法					
	アウトプット指標	213107		専任のがん薬物療法に関する専門資格を有する常勤の薬剤師が１人以上配置されているがん診療連携拠点病院の割合	2040	現況報告書
		213108		薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師が１人以上配置されている拠点病院等の割合（がん診療連携拠点病院：専従の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師が１人以上配置されている割合、地域がん診療病院：専任の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師が１人以上配置されている割合をそれぞれ評価）	(2041)	現況報告書
		213109		がん看護又はがん薬物療法に関する専門資格を有する常勤の看護師が外来化学療法室に１人以上配置されている拠点病院等の割合（がん診療連携拠点病院：専従のがん看護又はがん薬物療法に関する専門資格を有する常勤の看護師が外来化学療法室に１人以上配置されている割合、地域がん診療病院：専任のがん看護又はがん薬物療法に関する専門資格を有する常勤の看護師が外来化学療法室に１人以上配置されている割合をそれぞれ評価）	－	現況報告書
		213110		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	－	現況報告書

分野		#	再掲	指標	3期	データソース
		213111		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	–	現況報告書
	中間アウトカム指標	213205		化学療法/薬物療法関連QI（拠点病院等（QI研究参加施設）における標準的治療の実施割合）	2021	院内がん登録+DPC
		213206		遅延なく化学療法が行えているか（例：術後化学療法における手術から化学療法まで、あるいは、進行例における診断から化学療法までの期間）*7	–	院内がん登録+DPC
		213207		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（仮）
チーム医療の推進						
	アウトプット指標	214101		緩和ケア診療加算の算定回数	–	検討中（NDB等を活用し厚労科学研究班で対応予定）
		214102		栄養サポートチーム加算の算定回数	–	検討中（NDB等を活用し厚労科学研究班で対応予定）
		214103		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し、体制整備を行った都道府県の数	–	現況報告書
		214104		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等の割合（*100%の維持）	–	現況報告書
		214105		「栄養サポートチーム加算」を算定している拠点病院等の数	–	現況報告書（仮）
	中間アウトカム指標	214201		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
		214202		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	–	患者体験調査
がんのリハビリテーションの推進						
	アウトプット指標	215101		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
		215102		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がん診療連携拠点病院の割合	2061	現況報告書
		215103		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がん診療連携拠点病院の数	–	現況報告書
	中間アウトカム指標	215201		拠点病院等（QI研究参加施設）に通院・入院中のがん患者でリハビリテーションを受けた患者の割合	2062	院内がん登録+DPC
支持療法の推進						
	アウトプット指標	216101		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	–	現況報告書
		216102		リンパ浮腫研修の受講者数	–	ライフプランニングセンターからのデータ提供
		216103		リンパ浮腫外来が設置されている拠点病院等の割合	2077	現況報告書
		216104		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	–	NDB
		216105		ストーマ外来が設置されている拠点病院等の割合	2078	現況報告書
		216106		専任のがん薬物療法に関する専門資格を有する常勤の薬剤師が１人以上配置されているがん診療連携拠点病院の割合	2040	現況報告書
		216107		薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師が１人以上配置されている拠点病院等の割合（がん診療連携拠点病院：専従の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師が１人以上配置されている割合、地域がん診療病院：専任の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師が１人以上配置されている割合をそれぞれ評価）	(2041)	現況報告書
		216108		がん看護又はがん薬物療法に関する専門資格を有する常勤の看護師が外来化学療法室に１人以上配置されている拠点病院等の割合（がん診療連携拠点病院：専従のがん看護又はがん薬物療法に関する専門資格を有する常勤の看護師が外来化学療法室に１人以上配置されている割合、地域がん診療病院：専任のがん看護又はがん薬物療法に関する専門資格を有する常勤の看護師が外来化学療法室に１人以上配置されている割合をそれぞれ評価）	–	現況報告書
		216109		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	216201		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
		216202		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
		216203		外見の変化に関する悩みを医療スタッフに相談ができたがん患者の割合	2076	患者体験調査
		216204		拠点病院等（QI研究参加施設）において支持療法に関する標準診療を実施された患者の割合	2071	院内がん登録+DPC
がんと診断された時からの緩和ケアの推進						
緩和ケアの提供						
	アウトプット指標	217101		拠点病院等の緩和ケアチーム新規診療症例数	–	現況報告書
		217102		特定疾患治療管理料　がん患者指導管理料イの算定数	–	NDB
		217103		緩和ケア外来の新規診療患者数	–	現況報告書
		217104		拠点病院等１施設あたりの地域連携推進のための多施設合同会議の開催数	–	現況報告書
		217105		神経ブロックの実施数:L101-神経ブロック(神経破壊剤又は高周波凝固法使用)-腹腔神経叢ブロック(神経破壊剤又は高周波凝固法使用)の件数	–	NDB
		217106		緩和的放射線照射の実施数: M001-3(直線加速器による放射線治療)の2（1以外の場合）の件数	–	NDB
					–	N/A
		217107		緩和ケア外来への地域の医療機関からの年間新規紹介患者数	–	現況報告書
		217108		緩和ケア診療加算の算定回数	-	NDB
緩和ケア研修会						
	アウトプット指標	217109		緩和ケア研修修了者数	3017	がん等における新たな緩和ケア研修等事業
	中間アウトカム指標	217201		医療者はつらい症状にすみやかに対応していたと感じる割合	–	患者体験調査・遺族調査
		217202		患者報告アウトカム（PRO）の症状改善率 ＊期中に指標を開発予定	–	検討中（日本緩和医療学会からのデータ提供）
		217203	再掲	身体的なつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談ができると思う患者の割合	2075	患者体験調査
		217204		心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合	3011	患者体験調査
		217205		がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合	3002	患者体験調査
		217206		家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合	3003	患者体験調査
		217207		医療従事者が耳を傾けてくれたと感じた患者の割合	2006	患者体験調査
		217208		国民の緩和ケアに関する認識	3018	世論調査（仮）
		217209		国民の医療用麻薬に関する認識	3019	世論調査（仮）

分野		#	再掲	指標	3期	データソース
妊孕性温存療法						
	アウトプット指標	218101		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等の割合	–	現況報告書
		218102		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	–	現況報告書
		218103		日本がん・生殖医療登録システムJOFRへの登録症例数	–	日本・がん生殖医療学会からのデータ提供
	中間アウトカム指標	218201		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
		218202		がん・生殖医療に関する臨床研究実施数　*実施中の研究数または開始数／年	–	検討中（jRCT）
希少がん、難治性がん対策の推進						
希少がん対策						
	アウトプット指標	220101		希少がんホットラインへの問い合わせ数	–	国立がん研究センターからのデータ提供
		220102		「がん情報サービス」または「希少がんセンター」に掲載された希少がんの数および当該ページへのPV数	–	国立がん研究センターからのデータ提供
		220103		希少がん診療を積極的に受け入れている拠点病院等の数と他施設へ紹介する拠点病院等の数	–	現況報告書
		220104		中央病理コンサルテーションの数	–	国立がん研究センターからのデータ提供
		220105		希少がんに対する臨床試験を実施している拠点病院等の数	–	現況報告書
		220106		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）	–	Minds登録数
	中間アウトカム指標	220201		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	–	患者体験調査
		220202		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	–	現況報告書＋院内がん登録
		220203		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
難治性がん対策						
	アウトプット指標	220107		難治性がん*8に関するHP等の整備を行っている拠点病院等の数	–	現況報告書
		220108		難治性がん*8診療を積極的に受け入れている拠点病院等の数と他施設へ紹介する拠点病院の数	–	現況報告書
		220109		難治性がん*8に対して臨床試験を行っている拠点病院等の数	–	現況報告書
	中間アウトカム指標	220204		難治性がん*8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	–	現況報告書＋院内がん登録
小児がん・AYA世代のがん対策						
小児がん対策						
	アウトプット指標	230101		小児がん拠点病院等で小児がんの薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師の数	–	現況報告書（小児がん）
		230102		小児がん拠点病院等で小児の手術に携わる、小児がん手術に関して専門的な知識及び技術を有する医師の人数	–	現況報告書（小児がん）
		230103		小児がん拠点病院等で小児がんの放射線療法に携わる専門的な知識および技能を有する医師の人数	–	現況報告書（小児がん）
		230104		小児がん拠点病院等における小児がん看護に関する専門的な知識や技能を習得している看護師の人数	–	現況報告書（小児がん）
		230105		小児がん拠点病院等における医療環境にある子どもや家族への療養支援に関する専門的な知識及び技能を有する者の人数	–	現況報告書（小児がん）
		230106		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	–	現況報告書
		230107		（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	–	現況報告書（小児がん）
	中間アウトカム指標	230201		小児がん拠点病院で治療を受けた小児がん患者の割合*11	–	全国がん登録／院内がん登録
		230202		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	–	小児患者体験調査
		230203		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	–	小児患者体験調査
		230204		小児がん拠点病院において実施されている小児がんに関する治験数	–	現況報告書＋jRCT
AYA世代のがん対策						
	アウトプット指標	230108		多職種からなるAYA支援チームを設置している拠点病院等の割合	–	現況報告書
	中間アウトカム指標	230205		がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じる若年がん患者の割合	3002	患者体験調査
		230206		外見の変化に関する悩みを医療スタッフに相談ができた若年患者の割合	2076	患者体験調査
		230207		治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合	2093	患者体験調査、小児患者体験調査
高齢者のがん対策						
	アウトプット指標	240101		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割合	–	現況報告書
		240102		意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応をしている拠点病院等の割合	–	現況報告書
	中間アウトカム指標	240201		医師・看護師・介護職員など医療者同士の連携は良かったと回答した人の割合	–	遺族調査
		240202		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人の割合	–	遺族調査
新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装						
	アウトプット指標	250101		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等の割合	–	現況報告書
	中間アウトカム指標	250201		がんに関する臨床研究数	–	検討中（jRCT）
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						
	分野別アウトカム指標	300001		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	–	患者体験調査
		300002		ピアサポートを利用したことがある人が役に立ったがん患者の割合	–	患者体験調査
		300003		家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合	3022	患者体験調査
		300004	再掲	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	–	患者体験調査、小児患者体験調査
		300005		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	–	世論調査（仮）
		300006		望んだ場所で過ごせたがん患者の割合	3034	遺族調査
		300007		在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	3033	遺族調査のサブグループ解析（全死亡のうち在宅死亡）
		300008		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	–	患者体験調査
		300009		金銭的負担が原因で生活に影響があったがん患者の割合	–	患者体験調査
		300010		がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合	3002	患者体験調査
		300011		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
		300012		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
		300013		がんであることを話せる割合	–	世論調査（仮）
		300014		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	–	小児患者体験調査
		300015		人生をまっとうしたと感じていた患者の割合	–	遺族調査のサブグループ解析（仮）*9

分野		#	再掲	指標	3期	データソース
相談支援及び情報提供						
相談支援について						
	アウトプット指標	311101		がん相談支援センターでの自施設・他施設からの新規相談件数（全国の拠点病院等での総数）	−	現況報告書
		311102		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	−	現況報告書
		311103		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	−	現況報告書
		311104		拠点病院等１施設あたりの連携している患者団体の数	−	現況報告書
		311105		拠点病院等１施設あたりの体験を語り合う場の開催数	−	現況報告書
	中間アウトカム指標	311201		がん相談支援センターについて知っているがん患者の割合	3023	患者体験調査、小児患者体験調査
		311202		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	−	世論調査（仮）
		311203	再掲	がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合	3021	患者体験調査
		311204		ピアサポーターについて知っているがん患者の割合	3024	患者体験調査
情報提供について						
	アウトプット指標	312101		がん情報サービスにアクセスした件数	−	国立がん研究センターからのデータ提供
		312102		がん情報サービスにおけるコンテンツ更新数	−	国立がん研究センターからのデータ提供
		312103		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	312201		治療法や病院についてがん情報サービスで情報入手しようと思う人の割合	−	世論調査（仮）
		312202		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）
		312203	再掲	がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合	3021	患者体験調査
社会連携に基づく緩和ケア等の患者支援						
	アウトプット指標	320101		専門医療機関連携薬局（傷病の区分：がん）の認定数	−	厚生労働省調べ
		320102		地域緩和ケア連携調整員研修受講者数	−	地域緩和ケアネットワーク構築事業
		320103		診療情報提供料（Ⅱ）の算定数	−	NDB
	中間アウトカム指標	320201		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
		320202		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	−	遺族調査
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						
	アウトプット指標	331101		拠点病院等のがん相談支援センターにおける就労に関する相談件数	3045	現況報告書
		331102		療養・就労両立支援指導料の算定数＊　＊がんについて	−	NDB
		331103		拠点病院等における就労の専門家による相談会の回数	−	現況報告書
		331104		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
		331105		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	−	長期療養者就職支援事業報告
		331106		両立支援コーディネーター研修修了者数	−	事業報告（労働者健康安全機構）
	中間アウトカム指標	331201		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
		331202		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
		331203		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
		331204		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
		331205		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						
	アウトプット指標	332101		アピアランス支援研修修了者数	−	事業報告
		332102		拠点病院等におけるアピアランスに関する相談件数	−	現況報告書
	中間アウトカム指標	332201		外見の変化に関する悩みを医療スタッフに相談ができたがん患者の割合	3048	患者体験調査
がん診断後の自殺対策について						
	アウトプット指標	333101	再掲	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
		333102		自殺リスクに関する研修を実施した拠点病院等の数	−	現況報告書
		333103		特定疾患治療管理料　がん患者指導管理料イ算定数	−	NDB
		333104		特定疾患治療管理料　がん患者指導管理料ロ算定数	−	NDB
	中間アウトカム指標	333201	再掲	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
		333202	再掲	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
		333203	再掲	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
		333204	再掲	身体的なつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談ができると思う患者の割合	2075	患者体験調査
		333205	再掲	身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3012	患者体験調査
		333206	再掲	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
その他の社会的な問題について						
	アウトプット指標	334101		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等の数	−	現況報告書
		334102		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）	−	現況報告書
	中間アウトカム指標	334201		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	−	患者体験調査
		334202		（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	−	患者体験調査
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						
	アウトプット指標	341101		小児がん拠点病院等の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	−	現況報告書（小児がん）　＊10
		341102		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、小児がん拠点病院等に配置されている者の数	−	現況報告書（小児がん）
		341103		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	−	事業報告
		341104		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	−	現況報告書（小児がん）
		341105		小児がん拠点病院等の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	−	現況報告書（小児がん）　＊10
		341106		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	−	現況報告書（小児がん）
	中間アウトカム指標	341201		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
		341202		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	−	小児患者体験調査
		341203		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
		341204		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	−	小児患者体験調査
		341205		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	−	患者体験調査＜若年がん患者のみ＞
		341206		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	−	小児患者体験調査

分野		#	再掲	指標	3期	データソース
高齢者について						
	アウトプット指標	342101		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割合	–	現況報告書
		342102		介護支援等連携指導料の算定数（がん患者に限定）	–	NDB
		342103		退院時共同指導料１の算定数（がん患者に限定）	–	NDB
		342104		意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応をしている拠点病院等の割合	–	現況報告書
	中間アウトカム指標	342201		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	–	遺族調査のサブグループ解析（仮）*9
		342202		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	–	遺族調査のサブグループ解析（仮）*9
		342203		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	–	遺族調査のサブグループ解析（仮）*9
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						
	アウトプット指標	410101		「革新的がん医療実用化研究事業」事後評価	–	AMED
		410102		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	–	jRCT、AMED
		410103		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AMED疾患領域（がん）の研究数	–	jRCT、AMED
		410104		厚労科研の採択課題における事後評価の平均	–	厚生労働省調べ
		410105		「がん政策研究事業」成果に関する評価	–	厚生労働省調べ
	中間アウトカム指標	410201		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
		410202		（AMEDにおけるがんに関する）研究成果を活用した臨床試験・治験への移行数	–	AMED
		410203		（AMEDにおけるがんに関する）薬事承認件数（新規・適応拡大）（医療機器含む）	–	AMED
		410204		（AMEDにおけるがんに関する）シーズの企業への導出件数	–	AMED
人材育成の強化						
	アウトプット指標	420101		がん専門医療人材（がんプロフェッショナル）養成プラン「次世代のがんプロフェッショナル養成プラン」事業評価	–	文部科学省からのデータ提供
		420102		がんゲノム医療コーディネーター研修会参加人数	4022	がんのゲノム医療従事者研修事業（～R4）、現況報告書（ゲノム）
		420103	再掲	がんリハビリテーション研修プログラムを修了している医療従事者の人数	2063	ライフプランニングセンターからのデータ提供
		420104		小児・AYA世代のがんの長期フォローアップに関する研修会参加人数	4023	小児・AYA世代の長期フォローアップ体制整備事業
		420105	再掲	緩和ケア研修修了者数	4021	がん等における新たな緩和ケア研修等事業
		420106		緩和ケアに特化した講座を設置している大学の数	4024	文部科学省からのデータ提供
	中間アウトカム指標	420201		第４期がんプロで支援されたがん専門医療人材の人数	–	事業における取組状況調査
		-		今後、検討	–	–
がん教育及びがんに関する知識の普及啓発						
	アウトプット指標	430101		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
		430102		がん情報サービスに含まれる項目数	–	国立がん研究センターからのデータ提供
		430103		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）	–	現況報告書
		430104		がん対策推進企業アクションの参加企業数	4033	厚生労働省調べ
	中間アウトカム指標	430201		「がんは誰もがかかる可能性のある病気である。」に対して「正しい」と回答した割合	–	がん教育総合支援事業事業成果報告書
		430202		「がん検診を受けられる年齢になったら、検診を受けようと思う。」に対して「そう思う」「どちらかといえばそう思う」と回答した割合	–	がん教育総合支援事業事業成果報告書
		430203	再掲	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	–	世論調査（仮）
がん登録の利活用の推進						
	アウトプット指標	440101		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
	中間アウトカム指標	440201		利用件数（総数・年あたり）	–	厚生労働省調べ／国立がん研究センターからのデータ提供
患者・市民参画の推進						
	アウトプット指標	450101		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）	4001	厚生労働省調べ
		450102		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	–	厚生労働科学研究
		-		検討中	–	–
	中間アウトカム指標	450201		がん対策を進めるためには国民の協力が広く必要であると考える人の割合	–	世論調査（仮）
		450202		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	–	検討中（日本癌治療学会からのデータ提供）
デジタル化の推進						
	アウトプット指標	460101		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割合	–	現況報告書
		460102		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割合	–	現況報告書
		460103		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割合	–	現況報告書
	中間アウトカム指標	-		検討中（デジタル技術の活用のアウトカムをどのように評価するか、検討を行う。）	–	検討中

注釈

*1. 地域がん診療連携拠点病院、都道府県がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院（各類型の特例型を含む）。
*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. 大腸がん、肺がん、胃がん、乳がん、前立腺がん及び肝・胆・膵のがんを想定
*5. 地域がん診療連携拠点病院、都道府県がん診療連携拠点病院（各類型の特例型を含む）。
*6. 診療の質評価指標（Quality Indicator、QI）研究参加施設（2019年症例解析には591 施設が参加、うち、国指定のがん診療連携拠点病院等指定施設は 386 施設（拠点病院の 86%）。）
*7. 化学療法を遅延なく受けることができているかを評価。測定対象の定義や測定方法について、研究班で検討予定。
*8. 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。
*9. 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。
*10. 成人拠点におけるAYA世代のがん患者に係る相談件数も算出することを検討中（令和４年度では現況報告書に対応項目無し）。
*11. 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。

第89回がん対策推進協議会	資料４
令和５年７月10日	



患者・家族として審議会に臨むにあたり

関係者が『声』を1つにして小児がんの問題に挑む

井上 富美子

認定特定非営利活動法人ミルフィーユ小児がんフロンティアーズ 名誉理事長
/小児がん対策国民会議 共同代表

ミルフィーユ小児がんフロンティアーズについて

認定NPOミルフィーユ小児がんフロンティアーズ（理事長：中島弥生）は、1997年10月、千葉県下の主な小児がん治療施設の医療者の方々からの呼びかけで任意団体「菜の花会」として発足。その後、2011年、NPO「ミルフィーユ小児がんフロンティアーズ」となり、小児がん患児・家族を、そして治療終了後の小児がん経験者への支援活動を行っています。

決して一人ではない、元気になった仲間がたくさんいるというメッセージとともに、診断がついた時から、正しい知識や情報提供、仲間作りのお手伝いなど、治療終了後、自分の未来を自立的に考え、自分の進む道を開拓する姿勢を育む後押しをしています。

2020年より、遠隔操作ロボットを使い、長期入院をしている小児患児のお出かけの機会をつくり、社会からの孤立を防ぐ活動をしています。加え、現在、企業などと協業し、入院中の病弱児・生徒に対して遠隔操作ロボットを用いた「切れ目のない学習支援」を推進しています。


チヂミ作り（入院中）


アニマルセラピー（入院中）


寄付贈呈式（千葉ロッテマリーンズ）


キャンプ（治療終了後）


ロボットを使った恐竜ツアー（入院中）



千葉県がん対策審議会 子ども・AYA世代部会に委員として参画

認定特定非営利活動ミルフィーユ小児がんフロンティアーズの理事長として、千葉県がん対策審議会子ども・AYA世代部会の専門委員を10期務める（2012年～2022年まで）

1. **年2回、開催時間も約2時間程度の開催**
2. **数日前に資料が送付されるため、準備不足での出席**
3. **資料に対しての行政から事前説明や質問する機会はなし**
4. **審議会で話される内容が専門的すぎ、会議についていけない**

患者・家族が政策決定プロセスに参画するにあたり

これまで県の審議会に参画、また、患者団体に身を置いてきて感じること

1 都道府県協議会における課題

- 患者・家族の代表が積極的に意見を述べるに足る知識がないため、協議会での発言ができない（自分の経験だけを語るにすぎない。代表制が確保しているか疑問）
- 行政からの支援がない（審議会への参加前に当日の資料が数日前に送られてきたりと、事前に聞きたいことなど質問ができなかったりする）
- 開催頻度が少なく、開催時間も短い。会議が形式的で、県民の意見を踏まえ施策が実施されているか疑問

2 国のがん対策推進協議会の課題

- 治療や闘病環境は時と共に変わっている現状の中、その時代に即した意見を得るには、今、本当に苦しみ、困っている患者のリアルタイムの声を、可能な限り広く集めることが必要という意見を聞くことがある。
- より良い審議会を継続させるためには、新陳代謝を良くした構成の審議会が必要。
- 国として、どのような基準、判断で、審議会の委員を選んでいるのか不透明。

小児がんを取り巻く環境を解決するために

小児がんを取り巻く環境の改善のためには、関係者が『声』を1つにして小児がんの問題に挑む必要を感じ、これまでの組織の在り方などを考え、以下の点を気を配り、全国的組織の立ち上げのため患者・家族、医療者、企業に声をかける

1 関係者全体の利益を調整（代表性）

成人がんなどに比べ、罹患者数が少なく、組織的にも脆弱な団体が個に動くのでなく、小児がん全体の利益は何なのか、それぞれの思いを超えて、『声』をひとつにする

2 患者・家族、医療者などが対等な立場でかかわる（公平性）

患者・家族、医療従事者、企業などから構成される組織において、すべてのステークホルダーが対等な立場で意見を述べ、特定の職域を代表するステークホルダーの影響が大きくならないよう民主的な意思決定に基づいた行動。

3 小児がんを社会問題として取り組む（公益性）

国民の税金が投入されることから、小児がんの問題について国民に理解を深めてもらい、社会の問題として課題の解決への取り組（国民会議の名前の由来）

小児がん対策国民会議

小児がん対策国民会議（以下、国民会議）は、2021年7月1日、患者・家族、医療従事者、企業など社会全体が将来のある子どもたちに対する責任を共有し、『子どもががんにかかったときに、必要なに適切な医薬品や医療が提供される手段がある社会』を目指し、患者・家族やNPO法人小児がん研究グループの理事などの有志によって設立

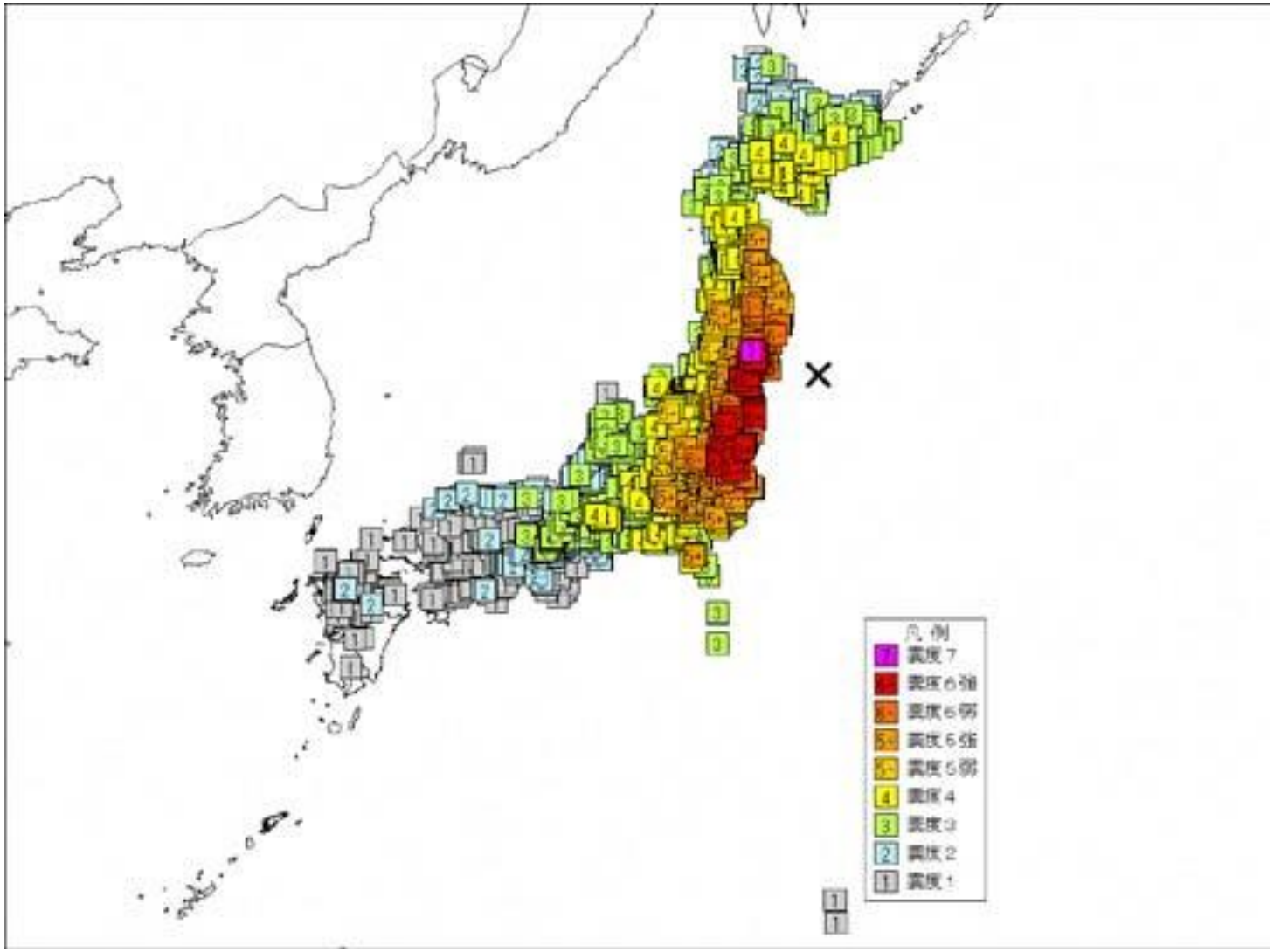
役職	氏名	所属
代　表	井上 富美子	認定特定非営利活動法人ミルフィーユ小児がんフロンティアーズ 名誉理事長 /特定非営利活動血液情報広場つばさ 理事
	足立 壮一	滋賀県立総合病院 総長 / 特定非営利活動法人日本小児がん研究グループ 理事長
副代表	米田 光宏	国立成育医療研究センター 副小児がんセンター長・腫瘍外科診療部長 / 国立がん研究センター中央病院　小児腫瘍外科 科長 / 日本小児血液・がん学会 副理事長
事務局長	林 三枝	認定特定非営利活動法人ハートリンクワーキングプロジェクト 副理事長
委　員	小川 千登世（薬剤開発促進WG座長）	国立がん研究センター中央病院小児腫瘍科 科長 /特定非営利活動法人日本小児がん研究グループ 理事 /日本小児血液・がん学会　理事
	馬上 祐子	小児がん患者会ネットワーク世話人/希少がんネットワーク 事務局長
	斉藤 淑子（教育WG座長）	全国病弱教育研究会 会長
	石田 也寸志	愛媛県立医療技術大学 保健科学部臨床検査学　特命教授
	前田 美穂	日本医科大学付属病院 小児科 名誉教授
	早川 穣	大原薬品工業株式会社　取締役　研究開発本部長
	高田 渉	日本イーライリリー株式会社 研究開発・メディカルアフェアーズ 統括本部　薬事部門長
監 事	越永 従道	特定非営利活動法人日本小児がん研究グループ 副理事長/日本大学医学部小児外科 教授
	山下 公輔	公益財団法人がんの子どもを守る会 理事長

第89回がん対策推進協議会	資料５
令和５年７月10日	

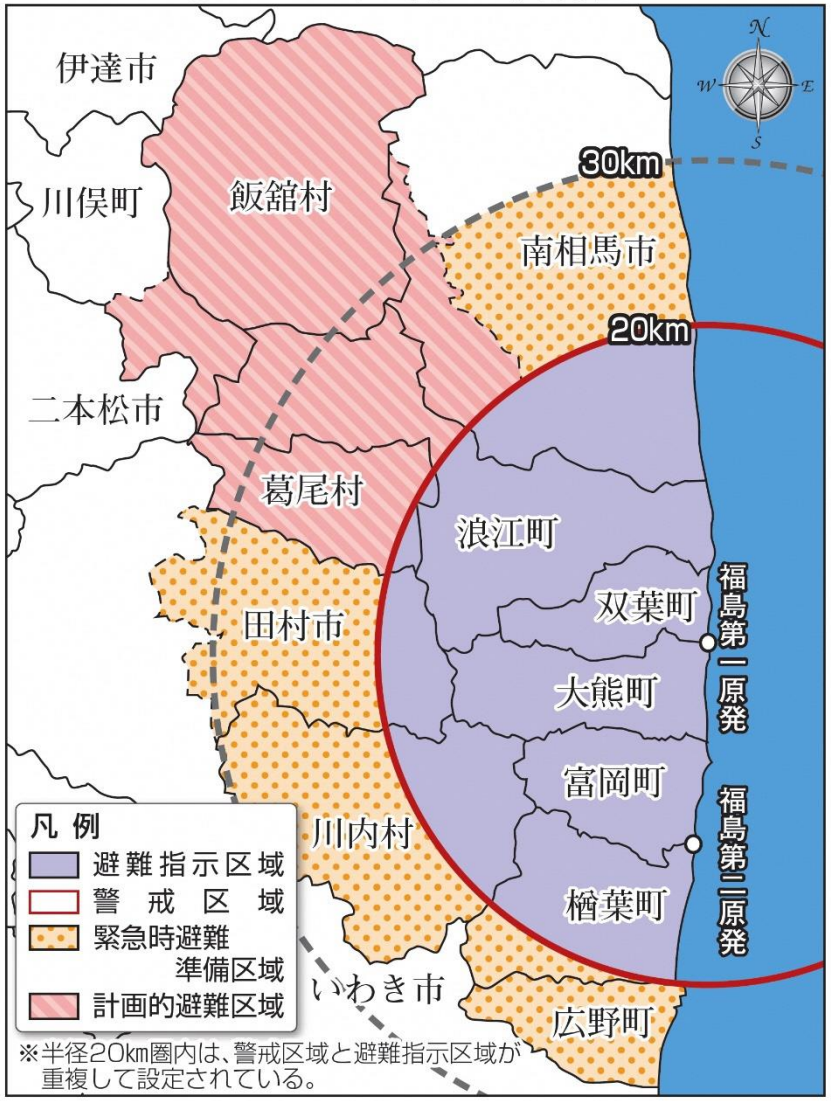
福島県における
ピアサポート事業構築事業

～大震災後の委託事業としての活動～

特定非営利活動法人がんピアネットふくしま
理事長　鈴木牧子



①2011年4月22日現在



福島民報社提供

2011．3．11から始まった苦悩と困惑

・地震による避難―3．11夜から始まる
・放射能リークによる再避難
・浜通りの病院閉鎖

がんを考える「ひいらぎの会」を検索して相談電話が相次ぐ
（3．12より始まり、ひとり1時間以上話す方も・・患者本人、家族）

待ったなしの対応を今、しなければ・・・！ 誰が？

大震災後のがん患者の混乱

Cancer Peer Net Fukushima
特定非営利活動法人 がんピアネットふくしま

病院が閉鎖して、治療が
打ち切りになった！

検査で、がんだと確定された。
小学生の子を抱えるシングルマザー。
こんな被災の状況で、周りにも言えない。



避難先で、相談できる人も誰もいない。
がんの事など、とても話せる状況ではない・・・

鳴り止まぬ電話と、怒り・・苦しみ・・悲しみ・・・

2011年福島県がん対策推進協議会で申し出

がん相談支援センターに行きつけない患者・家族はもちろんのこと、避難先で自分の居場所さえ把握していない人たちをこのままにしておけない。

鈴木牧子が「がんピアサポートサロン」を全県に開催していくために予算をつけてください!

2012年より準備開始―事務所の確保・事務員の雇用ですぐにスタート

福島県内のがん患者会･関連団体によびかけ

がんを考える「ひいらぎの会」鈴木牧子代表世話人

公益社団法人　日本オストメート協会
公益財団法人　がんの子どもを守る会福島支部
患者会　ピンクのリボン
認定特定非営利活動法人　パンダハウスを育てる会
特定非営利活動法人　福島県緩和ケア支援ネットワーク
福島県咽頭摘出者福祉団体「福声会」
雪うさぎ１０西の会（造血幹細胞移植患者会）
生と死を考える福島の会
国立がん研究センターがん情報センター患者・市民パネル
がんを考える「ひいらぎの会」

2015年設立総会　同年NPO法人化

- ピアサポーター養成講座（いわき市で開催）第4回
- がん政策サミット参加
- リレーフォーライフ福島協力
- 福島県健康フェスタ参加
- がんナビゲーター講座紹介・参加
- 公開医療勉強会
- 設立総会（11月）
- 市民と共に「うたごえ喫茶」
- がん診療拠点病院へのあいさつ
- サロン開催可能地訪問

がんピアサポートサロン

Cancer Peer Net Fukushima
特定非営利活動法人 がんピアネットふくしま

令和5年度
県内12箇所開催

県　中　地区

・南東北病院「ほっと」
・郡山駅前がんピアサロン

会　津　地区

・会津医療センター「あいづ」
・会津市街（そよ風）
・奥会津・柳津（つきみが丘）



県　北　地区

・福島医大「ひかり」
・福島市街「まちなかがんこころカフェ」

相　双　地区

・南相馬市立病院

い　わ　き　地区

・いわき
福島労災病院
「ふわり」

福島県を網羅
県内12常設会場

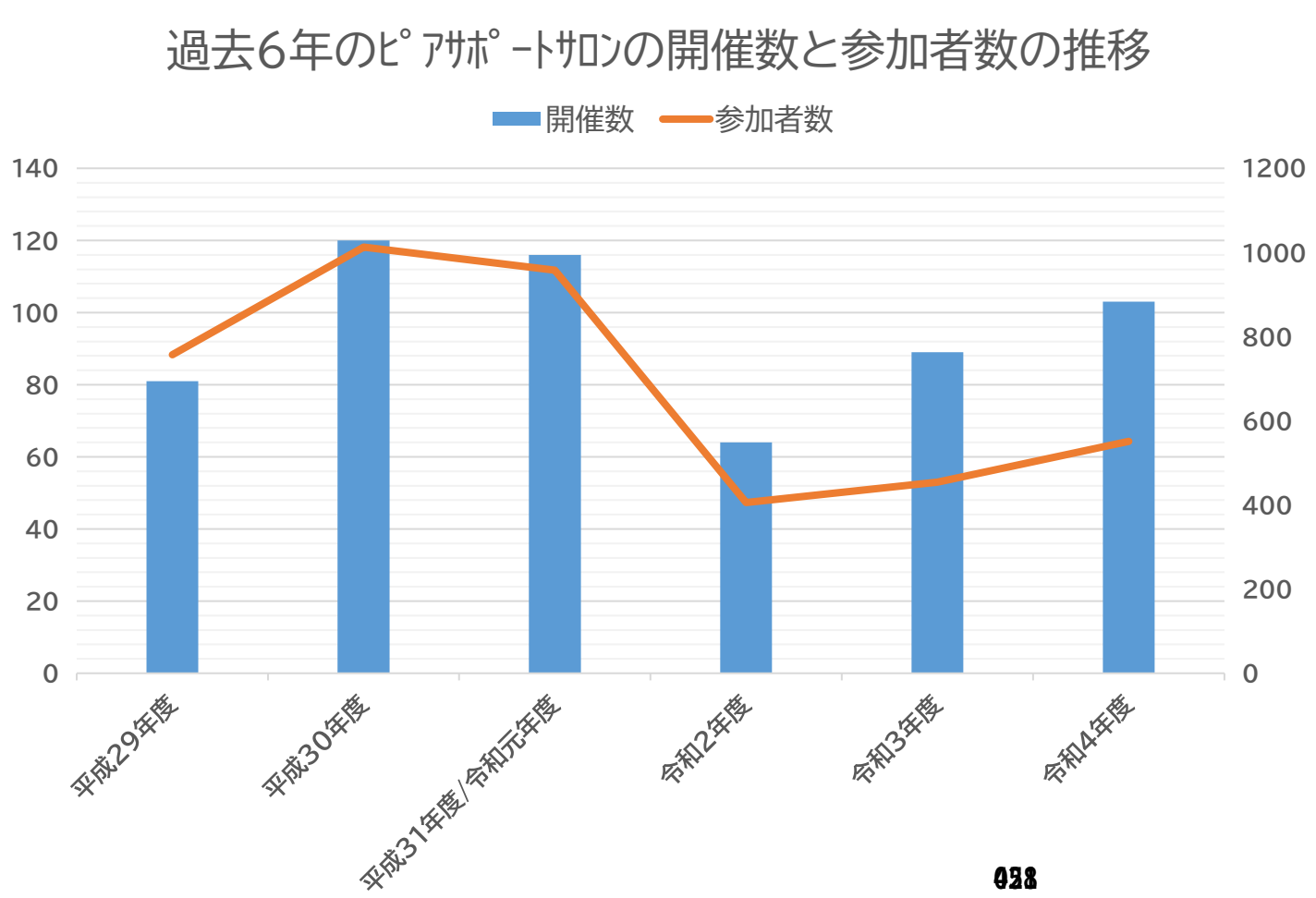
働くサバイバーの
「夕方サロン」

事務所健康麻雀

県　南　地区

・白河厚生総合病院 「結い」
・白河まちなかサロン

過去6年間のサロン参加者数



	開催数	参加者数
平成29年度	81	757
平成30年度	120	1,013
平成31年度/令和元年度	116	958
令和2年度	64	406
令和3年度	89	454
令和4年度	103	551

福島県がん対策推進審議会（旧協議会）

福島県がん対策推進審議会　委員名簿

【委　員】　　※Ｒ４審議会開催時

氏　名	所　属	職　名
おおたけ　とおる 大竹　徹	公立大学法人福島県立医科大学附属病院 福島県がん診療連携協議会	副病院長 委員長
さの　ひでき 佐野　秀樹	公立大学法人福島県立医科大学附属病院小児腫瘍内科	部長
やまざき　しげる 山﨑　繁	福島県がん診療連携協議会 一般財団法人太田綜合病院附属太田西ノ内病院	副委員長 副院長
つぼい　えいやす 坪井　永保	一般社団法人福島県医師会 一般財団法人慈山会医学研究所付属坪井病院	常任理事 理事長
みうら　あさこ 三浦　浅子	公益社団法人福島県看護協会	
しまぬき　えいじ 島貫　英二	一般社団法人福島県薬剤師会	副会長
さとう　としえ 佐藤　利恵	一般社団法人福島県訪問看護連絡協議会	理事
ねもと　のぞみ 根本　望	福島県医療ソーシャルワーカー協会	理事
たなか　よしあき 田中　嘉章	一般社団法人福島県介護支援専門員協会	理事
すずき　まきこ 鈴木　牧子	特定非営利活動法人がんピアネットふくしま	理事長
おおうち　なおみ 大内　直美	患者会ピンクのリボン	理事
やすむら　せいじ 安村　誠司	公立大学法人福島県立医科大学公衆衛生学講座	教授
なかむら　しゅうじ 中村　修二	公益財団法人福島県保健衛生協会	副会長
いがらし　みのる 五十嵐　稔	公益社団法人福島県歯科医師会	専務理事
やまうち　たかし 山内　崇史	福島県弁護士会	

担当　福島県保健福祉部（地域医療課・健康づくり推進課）

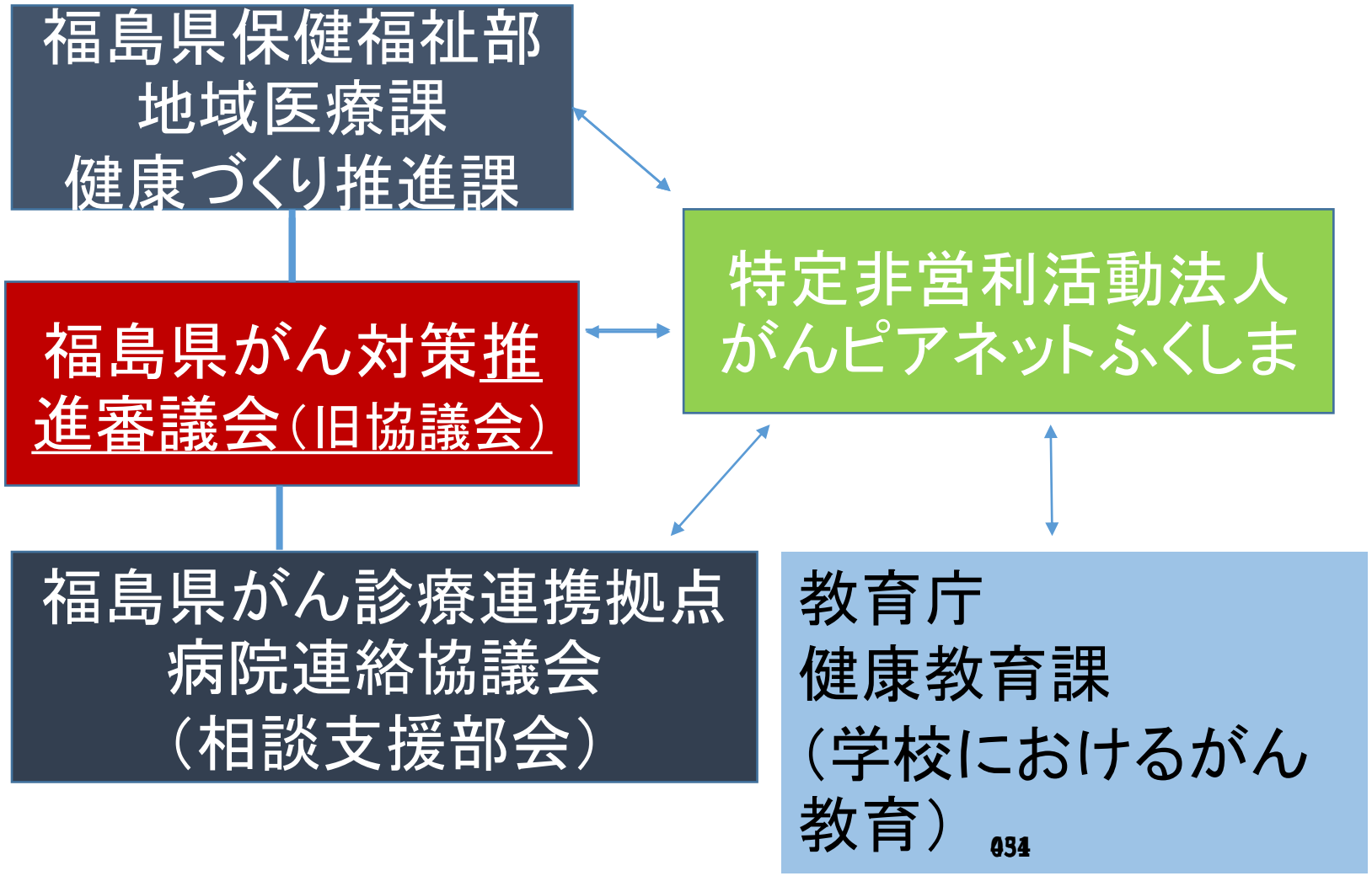
医師（がん診療連携協議会・小児がん専門医・県医師会・公衆衛生）
看護師（協会）
訪問看護
薬剤師
ソーシャルワーカー
介護支援専門員協会
患者団体協議会
患者会代表
保健衛生協会（対がん協会福島支部）
歯科医師会
弁護士

第3期がん対策推進計画パブリックコメント
より多くの事が進捗している

- 多くの県民の声に対して回答
- がん教育の本格的始動（教育庁主体で協同）
- がん登録について専門の委員会設立
- 県内における地域格差（在宅医療）を共有
- がん診療連携拠点病院3か所喪失によるその後の県としての対応
- ＡＹＡ世代在宅緩和への支援開始（都市部）
- アピアランスケア（ウイッグ・補助乳房）への助成金
- 多職種との顔の見える関係構築・連携

ネットワーク・パートナーシップ

Cancer Peer Net Fukushima
特定非営利活動法人 がんピアネットふくしま



・2013年からの県からの委託事業「ピアサポーター構築事業」を拡大（県内がん患者会・関連団体と協議）
・がんピアサロン　サポーター育成
　現場での実践
・拠点病院「緩和ケア研修会」におけるオブザーバー配置3名
・「緩和ケア研修会」患者講師
・福島医大臨床腫瘍学講座非常勤講師
・アドボケート講師としての派遣
・学術集会参加と還元
・他県からの要請と協力

患者市民参画推進にあたって都道府県協議会における課題

- 公平に意見を言える立場の患者委員が必要（対することではなく一緒にできること）
- 担当部署では人事で係が変わるので公平性をもった機関を設置することが望ましい
- これまで積み上げてきた議論を理解すること、そこに至った経緯を知ることが必要
- 新しい課題に対して建設的に取り組むための議論をきちんとマネジメントする
- 協議会では様々な立場からの意見を共有して精査できる知識を生んでいくことが大事
- 持続可能な活動に関してはきちんと予算化していく
- がん患者・家族そして国民のため　という認識を忘れない事

資料１６-(３)

第２３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５年６月１９日（月）１４：００～１６：００

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について【公開】

【資料２】全国がん登録及び院内がん登録における課題と対応方針
中間とりまとめ（案）【公開】

【資料３】全国がん登録情報の国外提供の申請について【非公開】

【資料４】（国内申請者提出資料）CONCORD 概要について【非公開】

【参考資料１】厚生科学審議会がん登録部会 委員名簿【公開】

【参考資料２】厚生科学審議会がん登録部会運営規則【公開】

【参考資料３】がん登録等の推進に関する法律（平成 25 年法律第 111 号）【公開】

【参考資料４】全国がん登録　情報の提供マニュアル 第３版【公開】

【参考資料５】個人情報の保護に関する法律【公開】

【参考資料６】全国がん登録情報等の国外提供に係るルールの明確化に係る議論その１
（第 17 回がん登録部会）【公開】

【参考資料７】全国がん登録情報等の国外提供に係るルールの明確化に係る議論その２
（第 22 回がん登録部会）【公開】

第２３回 厚生科学審議会がん登録部会	資料１
令和５年６月１９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

これまでの経緯と本日の議題

経緯

- 平成28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）が施行された。同法附則第４条において、政府は、「法律の施行の状況等を勘案して必要があると認めるときは、全国がん登録のための情報の収集の方法、全国がん登録情報の利用及び提供の在り方その他がん登録等に関する施策について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる」こととされている。

- これを受けて、令和２年度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において「がん登録等の推進に関する法律の改正に向けての課題に関する研究」を実施し、その研究報告書において示された現状の課題及び具体的な対応案が、第16回厚生科学審議会がん登録部会（令和３年７月７日）において報告されたところ。

- 当該報告等を踏まえて課題を整理し（次頁）、それぞれについてがん登録部会で議論を行ってきた。

本日の議題

- 個別課題に係る議論について：
  課題２-①「匿名化の定義等の明確化」（本資料 p.6~）

- これまでの議論の整理について：
  「全国がん登録及び院内がん登録における課題と対応方針 中間まとめ（案）」　（資料２）

全国がん登録及び院内がん登録における課題の整理（案）

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

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
④法第20条に基づいて提供された情報の取扱い

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

（参考）令和２年度厚生労働行政推進調査事業費補助金がん対策推進総合研究事業「がん登録等の推進に関する法律の改正に向けての課題に関する研究」（概要）

○ 研究目的

がん登録推進法の改正が必要となる課題を抽出し、検討に必要な情報を整理することにより法改正への論点集約が円滑に進み、具体的な審議に役立てること。

○ 研究方法

① 研究分担者からの提言及び意見集約
② 都道府県、関係団体等への意見聴取（※）
③ ①②で収集された課題について、整理と検討を行い、課題整理報告としてとりまとめた。

（※）以下の団体を通じて、広く関係者からの意見を募集した。
意見募集期間（令和２年11月27日～12月25日）において、43件（のべ85件）の意見が寄せられた。

・日本癌治療学会
・日本疫学会
・日本癌学会
・日本臨床腫瘍学会
・日本がん登録協議会（JACR）
・全国がん患者団体連合会（全がん連）

研究分担者	
◎ 東 尚弘	国立研究開発法人 国立がん研究センター がん対策情報センターがん登録センター　センター長
柴田 亜希子	国立研究開発法人 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　全国がん登録分析室長
松田 智大	国立研究開発法人 国立がん研究センター がん登録センター　全国がん登録室長
奥山 絢子	国立研究開発法人 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　院内がん登録分析室長
塚田 庸一郎	国立研究開発法人 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　院内がん登録室長
藤 也寸志	国立病院機構九州がんセンター　院長
友岡 史仁	日本大学法学部経営法学科　教授
加藤 源太	京都大学医学部附属病院診療報酬センター　准教授
西野 善一	金沢医科大学医学部公衆衛生学　教授
佐藤 智晶	青山学院大学・法学部　准教授
石井 夏生利	中央大学国際情報学部　教授

○ 経過

令和３年５月に研究報告書をとりまとめ済み。
令和３年７月７日の厚生科学審議会がん登録部会において報告。

（参考）これまでのがん登録部会の開催について

開催	議題
第16回（令和３年７月７日）	現行のがん登録推進法における課題抽出と解決に向けた検討（研究班より報告）
第17回（令和３年９月29日）	全国がん登録情報等の提供について（国外提供について）
第18回（令和３年12月９日）	課題２－①：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 課題２－②：他のDBとの連結・解析 課題３－①：申出から提供までの手続の簡略化 課題４－①：院内がん登録全国集計データの利活用
第19回（令和４年３月９日）	ー
第20回（令和４年８月５日）	課題２－①：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回目 （民間事業者の利用について） 課題２－④：法第20条に基づいて提供された情報の取扱い 課題３－②：安全管理措置基準の見直し 課題３－③：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４－①：院内がん登録全国集計データの利活用　←２回目
第21回（令和４年12月５日）	課題１－①：届出の照合・集約作業の効率化 課題１－②：住所異動確認調査の円滑化 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２－④：法第20条に基づいて提供された情報の取扱い　←２回目 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
第22回（令和５年３月８日）	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　←２回目

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

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

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

全国がん登録情報等の匿名化の定義についての課題の整理

課題の整理

・がん登録推進法において、「匿名化」とは、「がんに罹患した者に関する情報を当該がんに罹患した者の識別（他の情報との照合による識別を含む。）ができないように加工することをいう」とされ、運用上、原則、個人情報保護法における「匿名加工」と同等の加工基準によるとされているが、個別具体的に個人識別性がないかどうかを、提供するデータの性質、範囲、研究内容等を踏まえつつ、審議会等において議論される。

・これについては、がん登録推進法における「匿名化」の加工基準が法令上明確に規定されておらず、匿名化情報か否かの判断が運用上で行われていることや、個人情報保護法における「匿名加工情報」や「仮名加工情報」をはじめとする他制度の類型や取扱いとの関係が不明瞭であること、判断がブレるおそれがあることが課題とされている。

○がん登録等の推進に関する法律（平成25年法律第111号）
（定義）
第二条
９　この法律において「匿名化」とは、がんに罹患した者に関する情報を当該がんに罹患した者の識別（他の情報との照合による識別を含む。第十五条第一項及び第十七条第一項において同じ。）ができないように加工することをいう。

検討の視点（論点）

1. がん登録情報の適切な加工基準を議論する際には、以下の視点で検討が必要。

①がん登録推進法の特性を踏まえ、個人の権利利益を保護しつつ、がん登録情報の利用を促進することができる適切な加工基準とは
（「匿名加工情報」やNDBの規定等に相当する基準とするのか、より柔軟な別の類型を設けるのか）
（新たな加工基準が、希少がん等の医療の質の向上に向けて重要な研究を過度に妨げることが無いか）

②他ＤＢとの整合性を図るべきか（将来的に他のDBと連結利用できるようにするために必要な措置はなにか）

2. また、加工基準を明確化するにあたり、**識別行為の禁止など、あわせて検討すべき利用者の義務等があるか。**

（参考）令和３年12月9日第18回がん登録部会での主な意見

（匿名化の加工基準について）

- 個人情報保護法に定める仮名加工情報と匿名加工情報の違いを、例を提示して理解を進めることが必要です。
- 匿名加工は、次世代医療基盤法のガイドラインに記載されている基準（基本的には個人情報保護法の匿名加工等を踏襲している）が、より医療情報に特化した具体的な基準になっているので、それも参考にして、このがん登録に関して決めていけばいいのではないか。
- 次世代医療基盤法の規定がより現実的な方法だと思いますので、それを活用していただきたい。難病の委員会、循環器病対策の委員会とか、ほかのものも出ているのですけれども、このがん対策のところに少しでこぼこがあるのではないか。少し全国的にそろえて、世界に打って出られる研究になれるようにしていただきたい。

（提供後の識別行為のルールについて）

- 再特定の禁止等のルールは、これは必ず必要で、匿名加工したデータにある程度有用性を残そうとすると、例えば外部のデータベースとの突合とかをやってしまうと個人が識別できる危険性はある。したがって、再識別の禁止と、その実効性の担保が大事になる。

がん登録推進法における「匿名化」の運用

○利用範囲を検討するためには、がん登録情報の「匿名化」がどのような位置づけになるかを整理する必要があるところ、がん登録推進法における「匿名化」の定義については法第２条第９項において規定されており、具体的な加工基準については、過去の部会において、独立行政法人等非識別加工情報と同等の加工基準によると整理されている。

○平成30年５月17日第11回厚生科学審議会がん登録部会「資料１」より抜粋

全国がん登録における「匿名化」について

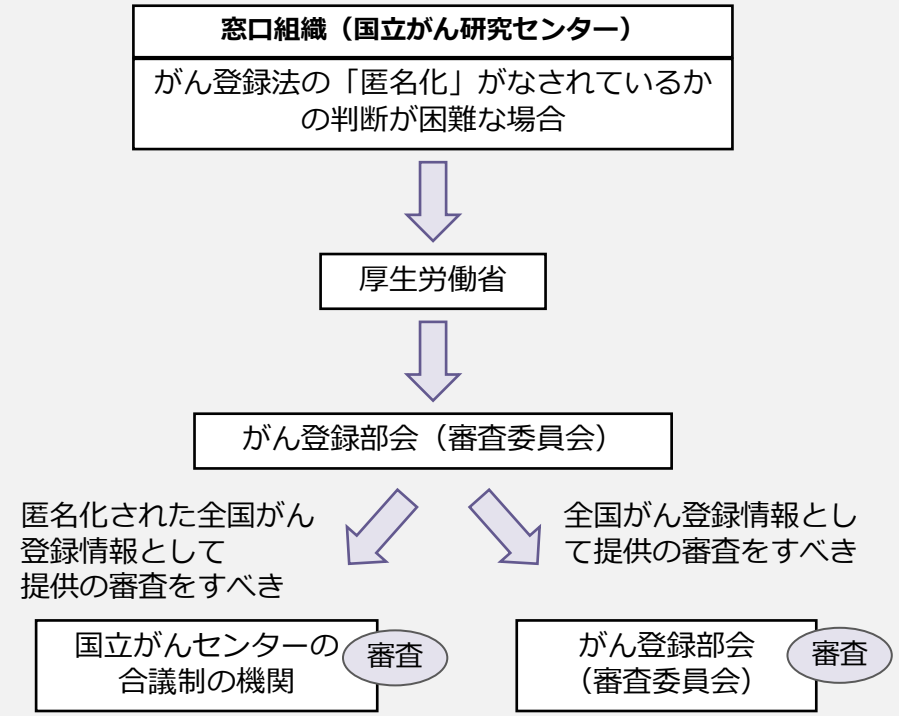
〈考え方〉

全国がん登録においては、国立がん研究センターは、独立行政法人の一種である国立研究開発法人であることを踏まえ、**原則、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第59号）及び、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（独立行政法人等非識別加工情報編）における「非識別加工」と同等の加工基準により、「匿名化」を行う**こととする。

ただし、がん登録法における匿名化がなされているかの判断が困難な場合※１は、匿名化が行われた情報か否かについて、がん登録部会（審査委員会）の意見を聴くこととする。

※１　例えば、希少がんについて市町村別の研究をする場合

がん登録法による匿名化がなされているかの判断が困難な場合の審査の流れ



がん登録推進法における「匿名化」の例

○がん登録推進法における「匿名化」の加工基準は、運用上、原則、個人情報保護法における「匿名加工情報」と同等の加工基準によるとされている。ただし、がん登録法における匿名化がなされているかの判断が困難な場合には、がん登録部会の意見を聴いた上で個別に判断される。

（参考）個人情報保護法における「行政機関等匿名加工情報」の加工基準（個人情報の保護に関する法律施行規則（平成28年個人情報保護委員会規則第3号）第62条）

1. 個人情報に含まれる特定の個人を識別することができる記述等の全部又は一部を削除すること（当該全部又は一部の記述等を復元することのできる規則性を有しない方法により他の記述等に置き換えることを含む。）。
2. 個人情報に含まれる個人識別符号の全部を削除すること（当該個人識別符号を復元することのできる規則性を有しない方法により他の記述等に置き換えることを含む。）。
3. 個人情報と当該個人情報に措置を講じて得られる情報とを連結する符号（現に個人情報取扱事業者において取り扱う情報を相互に連結する符号に限る。）を削除すること（当該符号を復元することのできる規則性を有しない方法により当該個人情報と当該個人情報に措置を講じて得られる情報を連結することができない符号に置き換えることを含む。）。
4. 特異な記述等を削除すること（当該特異な記述等を復元することのできる規則性を有しない方法により他の記述等に置き換えることを含む。）。
5. 前各号に掲げる措置のほか、個人情報に含まれる記述等と当該個人情報を含む個人情報データベース等を構成する他の個人情報に含まれる記述等との差異その他の当該個人情報データベース等の性質を勘案し、その結果を踏まえて適切な措置を講ずること。

全国がん登録情報の項目	「匿名化」の加工の例
氏名 生年月日 診断時住所 死亡日	削除 年齢置き換え 市区町村置き換え 生死区分と生存期間置き換え
診療録番号	削除
（全国・都道府県）個人識別番号、提供時発行ID	削除
（希な）がん種、年齢、病院情報、行政区画	個別に判断
診断年月日、治療方法、生死、死因	

※　下記の資料を参考に、健康局がん・疾病対策課において作成。

○がん情報サービス「全国がん登録の情報の利用をご検討の皆様へ」独立行政法人等の保有する個人情報の非識別加工基準によるがん登録情報の匿名加工の例
https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/can_reg/national/datause/general.html

○第11回厚生科学審議会がん登録部会　資料１「全国がん登録における「匿名化」の考え方と情報提供に係る審査の流れ」https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkanboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/0000207281.pdf

443

個人情報保護法における「匿名加工情報の加工基準」の考え方

○個人情報保護法において、「特定の個人を識別することができる」等の要件は、一般人及び一般的な事業者の能力、手法等を基準として、通常の方法により特定できないような状態にすることを求めるものである。

○また、個人情報保護法の「匿名加工情報」と同等の加工基準とした場合、特に、希少がん等の情報が「特異な記述等」に該当するのではないかという疑義があるが、匿名加工情報において、実際にどのような記述等が特異であるかどうかは、情報の性質等を勘案して、個別の事例ごとに客観的に判断する必要があるとされている。

〇個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン （仮名加工情報・匿名加工情報編）
平成 28 年 11 月（令和 4 年 9 月一部改正）個人情報保護委員会　より抜粋

3　匿名加工情報
3-1　定義
3-1-1　匿名加工情報（法第2条第6項関係）
なお、**法において「特定の個人を識別することができる」とは、情報単体又は複数の情報を組み合わせて保存されているものから社会通念上そのように判断できるものをいい、一般人の判断力又は理解力をもって生存する具体的な人物と情報の間に同一性を認めるに至ることができるかどうかによるものである。匿名加工情報に求められる「特定の個人を識別することができない」という要件は、あらゆる手法によって特定することができないよう技術的側面から全ての可能性を排除することまでを求めるものではなく、少なくとも、一般人及び一般的な事業者の能力、手法等を基準として当該情報を個人情報取扱事業者又は匿名加工情報取扱事業者が通常の方法により特定できないような状態にすることを求めるもの**である。
また、「当該個人情報を復元することができないようにしたもの」とは、通常の方法では、匿名加工情報から匿名加工情報の作成の元となった個人情報に含まれていた特定の個人を識別することとなる記述等又は個人識別符号の内容を特定すること等により、匿名加工情報を個人情報に戻すことができない状態にすることをいう。
「当該個人情報を復元することができないようにしたもの」という要件は、あらゆる手法によって復元することができないよう技術的側面から全ての可能性を排除することまでを求めるものではなく、少なくとも、一般人及び一般的な事業者の能力、手法等を基準として当該情報を個人情報取扱事業者又は匿名加工情報取扱事業者が通常の方法により復元できないような状態にすることを求めるものである。

特異な記述等の削除
規則第34条（第4号）
(4)　特異な記述等を削除すること（当該特異な記述等を復元することのできる規則性を有しない方法により他の記述等に置き換えることを含む。）。
一般的にみて、珍しい事実に関する記述等又は他の個人と著しい差異が認められる記述等については、特定の個人の識別又は元の個人情報の復元につながるおそれがあるものである。そのため、匿名加工情報を作成するに当たっては、特異な記述等について削除又は他の記述等への置き換えを行わなければならない。
ここでいう「特異な記述等」とは、特異であるがために特定の個人を識別できる記述等に至り得るものを指すものであり、他の個人と異なるものであっても特定の個人の識別にはつながり得ないものは該当しない。実際にどのような記述等が特異であるかどうかは、情報の性質等を勘案して、個別の事例ごとに客観的に判断する必要がある。
他の記述等に置き換える場合は、元の記述等を復元できる規則性を有しない方法による必要がある。例えば、特異な記述等をより一般的な記述等に置き換える方法もあり得る。
なお、規則第34条第4号の対象には、一般的なあらゆる場面において特異であると社会通念上認められる記述等が該当する。他方、加工対象となる個人情報に含まれる記述等と当該個人情報を含む個人情報データベース等を構成する他の個人情報に含まれる記述等とで著しい差異がある場合など個人情報データベース等の性質によるものは同条第5号において必要な措置が求められることとなる。

【想定される加工の事例】
事例1）症例数の極めて少ない病歴を削除する。
事例2）年齢が「116歳」という情報を「90歳以上」に置き換える。

（参考）仮名加工情報と匿名加工情報の加工基準の違い

	仮名加工情報	匿名加工情報
定　義	**他の情報と照合しない限り**特定の個人を識別することができないように加工された個人に関する情報	特定の個人を識別することができず、加工元の個人情報を**復元することができない**ように加工された個人に関する情報
加工基準	**特定の個人を識別することができる記述等の**全部又は一部の**削除又は置換**（規則第31条第1号）	**特定の個人を識別することができる記述等の**全部又は一部の**削除又は置換**（規則第34条第１号）
	個人識別符号の全部の**削除又は置換**（規則第31条第2号）	**個人識別符号の**全部の**削除又は置換**（規則第34条第２号）
	－	個人情報と当該個人情報に措置を講じて得られる情報を**連結する符号の削除又は置換**（規則第34条第３号）
	－	**特異な記述等の削除又は置換**（規則第34条第４号）
	－	**その他の**個人情報データベース等の性質を勘案した**適切な措置**（規則第34条第５号）
	不正利用されることにより**財産的被害が生じるおそれのある記述等の削除又は置換**（規則第31条第3号）	－

他のDBとの連結・解析について（資料２ 中間とりまとめ（案）より抜粋）

○全国がん登録データベースDBと公的データベース等については、匿名化した情報の連結解析を可能とするため、法的・技術的検討を進めるべき、とがん登録部会で議論されてきた。

○ 「医療・介護データ等の解析基盤に関する有識者会議報告書」（平成30年11月16日）において、ＮＤＢ、介護ＤＢと全国がん登録データベースを含む保険医療分野の他の公的データベースとの連結のニーズ及び有用性が認められている。

○ 国等が保有する公的データベースとしては、レセプト情報・特定健診等情報データベース（ＮＤＢ）や介護保険総合データベース（介護ＤＢ）、ＤＰＣデータベース、全国がん登録データベース、指定難病患者・小児慢性特定疾病児童等データベース、障害福祉データベース、ＭＩＤ－ＮＥＴ、民間が保有するデータベースとしては、次世代ＤＢ等がそれぞれの趣旨・目的に即して整備されている。既に公的データベース間では、令和２年10月にＮＤＢと介護ＤＢの連結解析、令和４年４月にＤＰＣデータベースとＮＤＢ、介護ＤＢの連結解析が開始している。さらに、令和４年秋に、指定難病患者・小児慢性特定疾病児童等データベース、感染症データベース、予防接種データベース、障害福祉データベース、令和５年６月に次世代ＤＢについても連結解析に係る規定が整備された法律が制定され、施行に向けた検討がなされている。

○ これらのデータベース（以下「公的データベース等」という。）と全国がん登録データベースの連結解析を可能にすることは、がん患者に係る詳細な診療情報、がんと他疾病の関係性や合併症に関する知見、がん診療の医療経済的側面、がん患者における介護サービスの利用状況といった情報の収集・分析をはじめ、我が国におけるがん対策の更なる推進のため有用であるが、現行のがん登録推進法では、ＮＤＢ等との連結は認められていない。

○ これまでの議論においては、ＮＤＢ等との連結・解析に向けた検討を進めることの必要性・有用性等についてご意見を頂き、更なる利活用の推進のため検討を進めるべきであるとされた。また、公的データベース等以外の学会等の保有するデータベースと全国がん登録データベースとの連結・解析についても、将来的な課題として検討を続けるべきとされた。

NDBにおける取扱い

○ NDBにおいては個人情報保護法における「匿名加工」と同等の加工基準を法令上規定している。

○高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）（抄）

（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。

（照合等の禁止）

第十六条の三　前条第一項の規定により匿名医療保険等関連情報の提供を受け、これを利用する者（以下「匿名医療保険等関連情報利用者」という。）は、匿名医療保険等関連情報を取り扱うに当たつては、当該匿名医療保険等関連情報の作成に用いられた医療保険等関連情報に係る本人を識別するために、当該医療保険等関連情報から削除された記述等（文書、図画若しくは電磁的記録（電磁的方式（電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によつては認識することができない方式をいう。）で作られる記録をいう。）に記載され、若しくは記録され、又は音声、動作その他の方法を用いて表された一切の事項をいう。）若しくは匿名医療保険等関連情報の作成に用いられた加工の方法に関する情報を取得し、又は当該匿名医療保険等関連情報を他の情報と照合してはならない。

○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）（抄）

（法第十六条の二第一項の厚生労働省令で定める基準）

第五条の四　法第十六条の二第一項の厚生労働省令で定める基準は、次のとおりとする。

一　医療保険等関連情報に含まれる前条に規定する者を識別することができる記述等の全部又は一部を削除すること（当該全部又は一部の記述等を復元することのできる規則性を有しない方法により他の記述等に置き換えることを含む。）。

二　医療保険等関連情報に含まれる個人識別符号（個人情報の保護に関する法律（平成十五年法律第五十七号）第二条第二項に規定する個人識別符号をいう。）の全部を削除すること（当該個人識別符号を復元することのできる規則性を有しない方法により他の記述等に置き換えることを含む。）。

三　医療保険等関連情報と当該医療保険等関連情報に措置を講じて得られる情報とを連結する符号（現に厚生労働大臣において取り扱う情報を相互に連結する符号に限る。）を削除すること（当該符号を復元することのできる規則性を有しない方法により当該医療保険等関連情報と当該医療保険等関連情報に措置を講じて得られる情報を連結することができない符号に置き換えることを含む。）。

四　特異な記述等を削除すること（当該特異な記述等を復元することのできる規則性を有しない方法により他の記述等に置き換えることを含む。）。

五　前各号に掲げる措置のほか、医療保険等関連情報に含まれる記述等と当該医療保険等関連情報を含む医療保険等関連情報データベース（医療保険等関連情報を含む情報の集合物であって、特定の医療保険等関連情報を電子計算機を用いて検索することができるように体系的に構成したものをいう。）を構成する他の医療保険等関連情報に含まれる記述等との差異その他の当該医療保険等関連情報データベースの性質を勘案し、その結果を踏まえて適切な措置を講ずること。

匿名化情報の識別行為の禁止についてについて：全国がん登録情報等の利用における規定

○利用範囲を検討するためには、匿名化情報の識別行為の禁止を明確化する必要があるが、全国がん登録において、提供された匿名化情報の識別行為の禁止については、法律上に規定はなく、情報の提供マニュアルと利用規約に規定があるのみである。

○全国がん登録　情報の提供マニュアル（抄）

４．利用の制限

（１）個人の同意、病院等の個別の了承がある場合又は、《審議会等》が特に認める場合を除き、利用者は、以下の①～④に即し、提供された情報について、特定の個人又は病院等が第三者に識別されないように利用しなければならないものとする。

① **他の個人情報と連結しないこと**。

② **個人・病院等を特定するために、調査研究成果を利用しないこと**。

③ **提供された情報について、偶然に特定の個人を識別しうる場合にあっては、その知見を利用しないこと。**また、速やかに窓口組織にその旨を報告すること。

④ 提供依頼申出者及び利用者は、全国がん登録情報及び都道府県がん情報の匿名化された情報について、応諾された場合を除き、加工済みの情報を提供されることについて同意して利用すること。

（略）

12．成果の公表

（略）

（３）（１）の公表に当たっては、利用者は、原則、以下の①～⑤その他の適切な措置を講じることで、**公表される調査研究の成果によって、特定の個人又は病院等が第三者に識別されないようにするものとする**。ただし、個人の同意、市町村又は病院等の個別の了承がある場合又は、《審議会等》が特に認める場合はこの限りではない。

① 提供を承認された登録情報等及びその任意の組み合わせによる集計値から特定の個人を識別できる場合は公表しないこと。

② がん種別、年齢別、市町村別、病院等別の単体又は他の登録情報と組み合わせによる集計値が、１件以上10件未満の場合は、原則として秘匿とすること。

③ 特定の市町村に1の病院等であって、その属性を有する集計値が1の場合、隣接する市町村に含めることで、その属性を有する集計値が1とならないように公表すること。

④ 公表を予定する表及び2以上の表の組み合わせから、減算その他の計算手法によって特定の個人が識別できないようにすること。

⑤ 他の公表値と組み合わせて利用した場合に、秘密の暴露となるデータがないこと。

匿名化情報の識別行為の禁止についてについて：個人情報保護法、高齢者の医療の確保に関する法律

○個人情報保護法の識別行為の禁止規定及びNDB、介護DBの照合等の禁止規定は、法律において規定されている。

○提供される情報が特定の個人を識別しない情報類型であることを担保するためにも、このような識別行為の禁止等の義務が設けられている。

○個人情報の保護に関する法律（平成十五年法律第五十七号）

（識別行為の禁止）

第四十五条　匿名加工情報取扱事業者は、匿名加工情報を取り扱うに当たっては、当該匿名加工情報の作成に用いられた個人情報に係る本人を識別するために、当該個人情報から削除された記述等若しくは個人識別符号若しくは第四十三条第一項若しくは第百十四条第一項（同条第二項において準用する場合を含む。）の規定により行われた加工の方法に関する情報を取得し、又は当該匿名加工情報を他の情報と照合してはならない。

（識別行為の禁止等）

第百二十一条　行政機関の長等は、行政機関等匿名加工情報を取り扱うに当たっては、法令に基づく場合を除き、当該行政機関等匿名加工情報の作成に用いられた個人情報に係る本人を識別するために、当該行政機関等匿名加工情報を他の情報と照合してはならない。

2　（略）

3　前二項の規定は、行政機関等から行政機関等匿名加工情報等の取扱いの委託（二以上の段階にわたる委託を含む。）を受けた者が受託した業務を行う場合について準用する。

（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）

（照合等の禁止）

第十六条の三　前条第一項の規定により匿名医療保険等関連情報の提供を受け、これを利用する者（以下「匿名医療保険等関連情報利用者」という。）は、匿名医療保険等関連情報を取り扱うに当たつては、当該匿名医療保険等関連情報の作成に用いられた医療保険等関連情報に係る本人を識別するために、当該医療保険等関連情報から削除された記述等（文書、図画若しくは電磁的記録（電磁的方式（電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によつては認識することができない方式をいう。）で作られる記録をいう。）に記載され、若しくは記録され、又は音声、動作その他の方法を用いて表された一切の事項をいう。）若しくは匿名医療保険等関連情報の作成に用いられた加工の方法に関する情報を取得し、又は当該匿名医療保険等関連情報を他の情報と照合してはならない。

全国がん登録情報等の匿名化の定義についての課題への対応策（案）

○他の公的DBとの連結等を見据えた対応として、他のDB等で用いられている基準を参考にしつつ加工基準を具体的に検討していくこととしてはどうか。

- **がん登録推進法における「匿名化」の在り方の検討に当たっては、個人の権利利益を確実に保護した上で、がん登録情報の適正な第三者提供を可能にするため、また、他の公的DBとの連結等も見据え、個人情報保護法の匿名加工情報相当の加工基準及び他の公的DB等で用いられている基準を参考にしつつ、がん登録推進法における匿名化の加工基準を法令またはガイドライン等で明確化することを検討してはどうか。**
  - 匿名加工情報相当の加工基準や他の公的DB等で用いた基準と同等の整理をしたとしても、これまでの運用と比べて極度に利用が制限されることは無いのではないか。
  - 他の公的DB等との連結を見据えると、匿名化された情報の加工基準は他のDB等と同等の基準とすることが適切ではないか。
  - 加工基準の考え方をより具体的に整理する際は、次世代医療基盤法のガイドラインに記載されている基準等も参考に、今後、検討を進めてはどうか。
- **識別行為の禁止等の義務についても法令上の整備を行うなど、加工基準の明確化とあわせて、今後検討してはどうか。**
- **実際の取扱いについては個別の事例毎に情報の性質等を勘案した判断が求められることから、今後、運用上の実績を蓄積していくことで、基準の更なる明確化を図ることとしてはどうか。**

第２３回 厚生科学審議会がん登録部会	資料２
令和５年６月１９日	

全国がん登録及び院内がん登録における課題と対応方針
中間とりまとめ（案）

厚生科学審議会がん登録部会

令和●年●月

目次

Ⅰ　はじめに 1

Ⅱ　制度の見直しに向けた課題と対応方針 2

１．　がん登録の整備について 2

（１）　届出の照合・集約作業の効率化 2

（２）　住所異動確認調査の円滑化 3

２．　全国がん登録情報等の利用及び提供について 4

（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 4

①　民間事業者の利用について 4

②　匿名化の定義について 5

（２）　他の DB との連結・解析について 6

（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 7

（４）　法第 20 条に基づいて提供された情報の取扱いについて 9

３．　情報の適切な取扱いについて 10

（１）　申出から提供までの手続きの簡略化 10

（２）　安全管理措置基準の見直し、リモートアクセス体制の整備 11

４．　院内がん登録について 12

（１）　院内がん登録全国集計情報の利活用 12

Ⅲ　おわりに 14

Ⅰ　はじめに

我が国において、がんは、昭和 56（1981）年より死因の第１位であり、令和３（2021）年には、年間約 38 万人と約３人に１人ががんで亡くなっているほか、生涯のうちに約２人に１人が罹患すると推計されている。がん対策の推進においては、がんの患者数や罹患率、生存率、治療内容の把握など、正確ながんの罹患等の実態把握が必要不可欠である。

我が国におけるがん登録制度は、「地域がん登録」として健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）に基づき、都道府県が各都道府県在住のがん患者の情報を収集することで実施されてきたが、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」又は「法」という。）が施行され、より悉皆性のあるがん登録制度として、全ての医療機関及び指定診療所（以下「病院等」という。）が届け出る「全国がん登録」の仕組みが整備された。

がん登録推進法附則第４条において、政府は、「法律の施行の状況等を勘案して必要があると認めるときは、全国がん登録のための情報の収集の方法、全国がん登録情報の利用及び提供の在り方その他がん登録等に関する施策について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる」こととされている。

これを受けて令和２年度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において「がん登録等の推進に関する法律の改正に向けての課題に関する研究」を実施し、都道府県、関係団体等への意見聴取を通じて課題の整理が行われ、第 16 回厚生科学審議会がん登録部会（令和３年７月７日）において報告がなされた。

当該報告等を踏まえ、がん登録部会において、現行制度における課題を「がん登録の整備」「全国がん登録情報等の利用及び提供」「情報の適切な取扱い」「院内がん登録」の４つに分類し、令和３年 12 月より議論を行い、今般、検討結果を「中間とりまとめ」として取りまとめた。

Ⅱ　制度の見直しに向けた課題と対応方針

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

（課題）

○ 現在、病院等からの届出は、法第８条及び９条に基づき、都道府県及び国立研究開発法人国立がん研究センター（以下「国立がん研究センター」という。）がそれぞれ複数の医療機関からの届出を照合し、患者又は原発性のがんごとに名寄せする作業を行った上で、全国がん登録データベースに記録されている。

○ 当該作業は、現在、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おり、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なっている。

○ これまでの議論において、照合・集約作業の効率化に向け、患者毎に一意性のある番号の収集・利用を検討してはどうかとの意見があった。なお、その際、被保険者番号ではなく、マイナンバー（カード）の収集・利用を検討すべきではないかとの意見があったが、マイナンバー（カード）の収集・利用の検討に当たっては、後述の他の公的データベース等との連結解析の検討においては被保険者番号から作成される ID を用いることが想定されることや、新たな収集項目の追加に伴う医療機関の事務負担等を考慮する必要がある。

（対応方針）

○ 都道府県及び国立がん研究センターにおける照合・集約作業の効率化のため、被保険者番号又は被保険者番号から生成されるＩＤを、全国がん登録における収集項目に追加することについて検討するべきである。

○ その際、被保険者番号又は被保険者番号から生成されるＩＤを収集することについて、医療機関や地方公共団体、国民から、必要性・安全性に対する理解が得られるよう、適切な説明を行う必要がある。

（２）　　住所異動確認調査の円滑化

（課題）

○ 住所異動確認調査は、法第 10 条第 1 項又は第 13 条第１項並びに住民基本台帳法（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、厚生労働大臣から都道府県知事に通知され、通知を受けた都道府県知事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。

○ 調査の実施については、法第 23 条又は第 24 条に基づき、国立がん研究センターや大学病院等の都道府県がん登録室へ委任されている場合があるが、これらが、住民基本台帳法上の「国」及び「都道府県」に該当することが明らかではないなどの理由で、市区町村において調査への対応を拒まれる場合があり、円滑な調査の実施に支障があることが課題となっている。

○ また、当該調査は、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。

○ これまでの議論において、住所異動確認調査の円滑な実施に向け、改めて国から周知を行いつつ、中長期的な対応として、デジタル化に向けた検討を進めるべきとの意見があった。

（対応方針）

○ 住所異動確認調査の円滑な実施に向け、厚生労働省において、住所異動確認調査が法に基づく調査であることや、国立がん研究センターや大学病院等の都道府県がん登録室への調査の委任が法に基づくものであること等を明らかにした上で、総務省とも連携して、地方公共団体に対し改めて調査への協力に係る周知を行うべきである。その際は、ＨＰを利用する等、地方公共団体の担当者が替わっても適切な取扱いが行われるよう、周知方法に留意する必要がある。

○ また、住民異動確認調査に伴う事務負担軽減のため、効率化・デジタル化に向けた調査方法について関係省庁との調整を進めるとともに、より効率的な調査スキームについて検討するべきである。

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

①　民間事業者の利用について

（課題）

○　全国がん登録情報及び匿名化を行った情報（以下「匿名化情報」という。）は、法第 17 条のほか、法第 21 条第３項、第４項、第８項及び第９項の規定に基づき、第三者提供が行われている。法第 21 条各項では、利用者が「がんに係る調査研究を行う者」、利用目的が「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」と定められており、「がんに係る調査研究を行う者」の範囲や利用がどこまで認められるかなど、条文上、利用範囲が不明確であることが課題となっている。

○　これまでの議論においては、ＮＤＢ等の他の公的データベースでは民間事業者を含む幅広い主体による利活用を明文で認めていることや、がん登録推進法においては情報が「民間によるものを含めがんにかかる調査研究のために十分に活用」され、「その成果ががん患者及びその家族をはじめとする国民に還元」されることを基本理念としていることなどにも考慮し、民間事業者による利用も、利用目的や安全管理体制に応じて認めていくべきであるとの意見があった。

○　一方で、民間事業者への提供の可否の判断に当たっては、一定の基準が必要ではないかという意見や、安全管理措置について、特に委託がなされている場合には、慎重に判断すべきではないかという意見があった。

（対応方針）

○　全国がん登録データベース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、「がんに係る調査研究を行う者」について、民間事業者が除外されるものではないと解すべきである。

○　一方で、全国がん登録情報は、健康関連情報という機微な情報であること、公費を用いて収集したデータであることから、民間事業者への提供の可否を個別に審査するに当たっては、利用目的が、法に定める「がんに係る調査研究」に該当するものであって、「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、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提供を可能とするといった、一定の基準が必要である。特に、公益性と企業の利益との関わり合い（主たる目的が何か）や、委託関係及び委託先での利用状況等を含めた全国がん登録情報の管理体制等に留意すべきである。

○ 当該取扱いについては、今後、運用上の実績を蓄積していくことで、基準の明確化を図り、必要に応じて「全国がん登録　情報の提供マニュアル　第３版」（令和４年８月 30 日付け健発 0830 第１号厚生労働省健康局長通知別添。以下「提供マニュアル」という。）等を改訂するなど、適切な利活用の推進を図るべきである。

② 匿名化の定義について

（課題）

○ 追って記載。

（対応方針）

○ 追って追記。

（２）　　他の DB との連結・解析について

（課題）

○ 「医療・介護データ等の解析基盤に関する有識者会議報告書」（平成 30 年 11 月 16 日）において、ＮＤＢ、介護ＤＢと全国がん登録データベースを含む保健医療分野の他の公的データベースとの連結のニーズ及び有用性が認められている。

○ 国等が保有する公的データベースとしては、レセプト情報・特定健診等情報データベース（ＮＤＢ）や介護保険総合データベース（介護ＤＢ）、ＤＰＣデータベース、全国がん登録データベース、指定難病患者・小児慢性特定疾病児童等データベース、障害福祉データベース、ＭＩＤ－ＮＥＴ、民間が保有するデータベースとしては、次世代ＤＢ等がそれぞれの趣旨・目的に即して整備されている。既に公的データベース間では、令和２年 10 月にＮＤＢと介護ＤＢの連結解析、令和４年４月にＤＰＣデータベースとＮＤＢ、介護ＤＢの連結解析が開始している。さらに、令和４年秋に、指定難病患者・小児慢性特定疾病児童等データベース、感染症データベース、予防接種データベース、障害福祉データベース、令和５年６月に次世代ＤＢについても連結解析に係る規定が整備された法律が制定され、施行に向けた検討がなされている。

○ これらのデータベース（以下「公的データベース等」という。）と全国がん登録データベースの連結解析を可能にすることは、がん患者に係る詳細な診療情報、がんと他疾病の関係性や合併症に関する知見、がん診療の医療経済的側面、がん患者における介護サービスの利用状況といった情報の収集・分析をはじめ、我が国におけるがん対策の更なる推進のため有用であるが、現行のがん登録推進法では、ＮＤＢ等との連結は認められていない。

○ これまでの議論においては、ＮＤＢ等との連結・解析に向けた検討を進めることの必要性・有用性等について議論を行い、更なる利活用の推進のため検討を進めるべきであるとされた。また、公的データベース等以外の学会等の保有するデータベースと全国がん登録データベースとの連結・解析についても、将来的な課題として検討を続けるべきとされた。

（対応方針）

○ 全国がん登録データベースと公的データベース等について、匿名化した情報のＩＤ５を用いた利用者における連結解析を可能とするため、法的・技術的検討を進めるべきである。検討に当たっては、ＮＤＢ等と連結できる状態で提供される匿名化情報について、必要な安全管理措置等を確保するよう留意する必要がある。

○ 公的データベース等以外の学会等の保有するデータベースとの連結については、現行も顕名でのリンケージ利用が可能であることから、当面は調査研究単位での顕名情報の提供（リンケージ利用）で対応することとするべきである。

（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）

○ がん登録情報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、地域がん登録の時代においては、各都道府県の判断で可能であった国際共同研究への参加や国際機関が行う統計調査へのデータ提供の機会が制限されているという課題がある。

○ がん登録情報の国外提供を認めることは、

- 日本のがん罹患率、生存率を諸外国と比較することによる、我が国のがん対策やがん医療の評価、
- 地域特異な希少がん等の観察に基づく、がん罹患のメカニズムの解明
- 日本と世界のがん登録・がん研究のネットワークの拡大と、欧米先進国主導となりがちな国際標準ルールの策定への日本（アジア）の視点導入などの国際的ながん対策の牽引

等につながり、我が国のがん対策の推進への貢献が期待されている。

○ こうした背景を踏まえ、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、現行制度における当面の運用として、法第 17 条第１項第２号に基づき、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、一定の要件を満たす場合にのみ国外提供を可能とした。一方、現行制度においては、幅広い調査研究での利用ができないことや、法令上のルールが明確でなく、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必ずしも十分でないこと等の懸念があり、より適切な国外提供の在り方について検討を進めることが必要である。

○ これまでの議論においては、がん登録情報の国外提供を認めていくべきであるという意見や、一方で、がんの罹患などの機微な情報が、国外での情報漏洩や目的外使用されること等による国民の権利利益が侵害されるリスクについて、法令違反等に対する是正や制裁の実効性を担保するための措置が必要であるといった意見があった。

（対応方針）

○ 我が国のがん登録情報を用いて、諸外国との相対的な比較や国際共同研究を行うことにより、わが国のがん医療の質の向上等、及び、国民に対するがん情報提供の充実、科学的知見に基づくその他のがん対策の実施に資すると認められる場合には、国際機関等に対して、匿名化したがん登録情報の国外提供を可能とするよう、必要な対応を検討するべきである。

○ 具体的には、

- 情報の適正利用と国民還元の観点から、提供依頼申出者は国内にある者のみ（国外の利用者単独による申出は不可、国内の申出者との共同責任のもと国外の利用者が利

用する場合に限る）とし、

・　国外の利用者については、国民の権利利益の保護等の観点から、日本が加盟する国際機関又は相当の公益性があると認められる者であって、適正な安全管理体制や利用者の外形的な信頼性・実績の有無等の要件を満たす者とするべきである。

〇審査に当たっては、利用目的、利用の態様、提供依頼申出者及び国外の利用者の体制、安全管理に係る事項等を十分に検討するとともに、国外の利用者ががん登録推進法に基づく安全管理措置等について十分に理解・実施できるよう、国内の提供依頼申出者が責任を持って説明やフォローアップ等の対応を行うことを利用規約に明記することや、提供依頼申出者に対して、国外の利用場所における安全管理体制や、利用場所で適用される個人情報保護法制又は規約等について必要な説明を求めることなど、運用面での取扱いにおいても、十分に国民の権利利益の保護が図られるよう留意する必要がある。また、研究ホームページ（日本語）等、一般の市民が確認できる場所における、がん登録情報の国外での利用についての、利用者による適切な情報公開を推進する必要がある。

〇加えて、国内の提供依頼申出者が、国外での利用における安全管理についても、共同で責任を負うことを利用規約等で明確にするとともに、国外の利用者についても安全管理措置が遵守されるような実効性確保のための措置、及び国外の利用者についても、知りえた情報を不当な目的で使用した場合や、安全管理措置等のがん登録推進法の規定に違反した場合について、実効性を担保する措置を設けるべきである。

（４）　　法第 20 条に基づいて提供された情報の取扱いについて

（課題）

○ 全国の病院等から収集された全国がん登録情報は、法第 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（以下「20 条提供情報」という。）の提供を受けた者は、他の第三者提供と同様、法第 30 条から第 34 条に基づく厳格な管理が求められており、特に、保有期間については法第 32 条及びがん登録等の推進に関する法律施行令第９条の規定に基づき、最長で 15 年間とされていることから、診療録への転記といった取扱いが目的外利用として認められていない。

○ 一方で、20 条提供情報のうち、特に生存確認情報（死亡及び死因情報）は、各医療機関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、こうした柔軟な取扱いができないことががん登録情報の利活用を妨げていることが課題となっている。

○ これまでの議論においては、現行法では、20 条提供情報に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が難しいこと、一方、20 条提供情報を診療録へ転記できないとする現行の取扱は合理的根拠がないこと、また情報の利活用という観点からも適切ではないことといった意見があった。適切な保有期間制限の在り方を含めた 20 条提供情報の利活用について検討を進めるべきとされた。その際、法第 20 条に基づく提供のうち、柔軟な取扱を認めるものと通常の第三者提供と同様に扱われるべきものがあるとして、利用目的毎に細分化して検討すべきとの意見があった。

（対応方針）

○ 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、院内がん登録へ還元を目的とした 20 条提供情報について、診療録への転記等の利活用ができるよう、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、必要な見直しを行うべきである。

○ その際、法第 32 条の規定に基づく保有期間制限についても、実務上の必要性や適正を勘案し、必要な見直しを行う必要がある。

○ また、20 条提供情報が、当該病院の院内がん登録から診療録等へ転記された場合、その情報は個人情報保護法等の病院等が遵守すべき法令に従って管理・利用されることとなるが、そうした場合の安全管理措置等の運用上の留意点についても、併せて整理する必要がある。

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きの簡略化

（課題）

〇　追って記載。

（対応方針）

〇　追って記載。

（２）　　安全管理措置基準の見直し、リモートアクセス体制の整備

（課題）

○ 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は、顕名情報と匿名化情報それぞれについて、提供マニュアルにおいて定められている。

○ 安全管理措置については、組織的安全管理措置、物理的安全管理措置、人的安全管理措置の各項目を満たす必要があるところ、一部の地方公共団体、医療機関、研究機関等において、定められた基準を満たせないため全国がん登録情報等の利用が制限されている実情があること、また、法施行時から同一の基準で運用されており近年の技術進展や利用者側のニーズや利便性を踏まえた見直しが必要であること等が課題とされている。

○ また現在、全国がん登録情報等の提供はＣＤ－ＲＯＭ等の媒体を郵送することで行っているが、提供の効率化や利便性の向上、提供時の情報漏洩及び紛失のリスクの軽減等のためには、利用者がリモートアクセスにより共通クラウドで作業・利用できるようなオンサイト解析システムの導入を検討すべきであること、その際の安全管理措置について検討を進めるべきであることが指摘されている。

○ これまでの議論においては、いずれについても情報通信技術等の専門家を交えた詳細な検討・検証が必要とされた。

（対応方針）

○ 全国がん登録情報等の第三者提供における安全管理措置の見直し及びリモートアクセスによる提供体制の整備について、情報通信技術等の専門家による安全性の評価等を可能とするため、調査研究事業において検討を進めるべきである。

○ 検討に当たっては、リモートアクセスで解析可能な医療・介護データ等の解析基盤（ＨＩＣ：Healthcare Intelligence Cloud）の検討状況を踏まえるとともに、全国がん登録情報等のデータの特性に応じた適切な安全管理措置を確保するよう留意すべきである。

４．院内がん登録について

（１）　　院内がん登録全国集計情報の利活用

（課題）

○ 法第２条第４項に定める「院内がん登録」は、がん医療の提供を行う病院において、そのがん医療の状況を的確に把握するため、当該病院において診療が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、及び保存するものであり、現在は、法第 44 条に基づき、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いてはその実施が努力義務とされている。実際の運用に当たっては、「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。以下「院内がん登録指針」という。）が定められている。

○ 院内がん登録は、がん登録推進法の施行前から各病院において実施されていたものであり、平成 19 年からは国立がん研究センターによる全国の院内がん登録情報の収集が行われてきた。また、当該情報（以下「院内がん登録全国収集データ」という。）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・承認を経て第三者提供が行われてきた。

○ 一方で、法制定後、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付けや、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、法施行後は、院内がん登録全国収集データの第三者提供が停止されていること等が課題とされている。

○ これまでの議論においては、当面の利活用に係る法的整理を進めるとともに、具体的な提供の仕組みを、全国収集の実施主体である国立がん研究センターにおいて検討すべきであること、適正な管理の下、更なる利活用を推進するためには、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あるといった意見があった。

（対応方針）

○ 院内がん登録全国収集データについて、当面の第三者提供を可能とするため、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、個人情報保護法やそのガイドライン等に基づき、その利用・提供を進める方向で検討すべきである。その際、国民の権利利益の保護の観点から、安全管理措置等について全国がん登録情報等の提供と同等の水準が担保されるよう、国立がん研究センターにおいて、具体的な提供の仕組みを検討し、体制の整備を行うべきである。

○ 加えて、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、院内がん登録の全国収集の法的位置付けや予後情報の収集方法、利用範囲・利用手続等に関するが

ん登録推進法又は院内がん登録指針における規定の整備を含め、必要な対応を検討するべきである。

Ⅲ　おわりに

近年、人口減少・少子高齢化といった我が国の人口動態の変化や新型コロナウイルス感染症の感染拡大、デジタル技術の進展等を踏まえ、政府全体で、保健・医療データの利活用を積極的に推進する取組が進められているところである。

また、我が国のがん対策は、今後、高齢化に伴い患者数が増加することや医療の発展等に伴い多様な対策が求められる。

こうした中で、平成 25 年に成立したがん登録推進法に基づき整備・運用されてきた、全国がん登録及び院内がん登録の制度を見直し、今般の保健・医療データの利活用に係る取組との整合を図ること、更なる利活用の推進に向け利便性を向上させること、効率的な運用を可能とすることは、科学的根拠に基づくがん対策の推進に向け、非常に重要である。

今回の検討に当たっては、こうした観点から、全国がん登録及び院内がん登録における課題及び対応方針を整理した。厚生労働省においては、関係省庁、関係機関と連携しつつ、それぞれの課題の解決に向けた具体的な対応策の検討を進め、実現可能なものから順次適切に対応してもらいたい。

（参考１）令和２年度厚生労働行政推進調査事業費補助金がん対策推進総合研究事業
「がん登録等の推進に関する法律の改正に向けての課題に関する研究」

○　研究目的

がん登録推進法の改正が必要となる課題を抽出し、
検討に必要な情報を整理することにより法改正への
論点集約が円滑に進み、具体的な審議に役立てること。

○　研究方法

①　研究分担者からの提言及び意見集約
②　都道府県、関係団体等への意見聴取（※）
③　①②で収集された課題について、整理と検討を行い、課題整理報告としてとりまとめた。

（※）以下の団体を通じて、広く関係者からの意見を募集した。
意見募集期間（令和２年 11 月 27 日～12 月 25 日）において、43 件（のべ 85 件）の意見が寄せられた。

・日本癌治療学会
・日本疫学会
・日本癌学会
・日本臨床腫瘍学会
・日本がん登録協議会（ＪＡＣＲ）
・全国がん患者団体連合会（全がん連）

○　経過

令和３年５月に研究報告書をとりまとめ済み。
令和３年７月７日の厚生科学審議会がん登録部会において報告。

（参考２）厚生科学審議会がん登録部会の開催について

※本件に関係する議論のみ抜粋

●第 16 回（令和３年７月７日）
議題　現行のがん登録推進法における課題抽出と解決に向けた検討（研究報告）
　　院内がん登録 全国集計データの活用の検討

●第 17 回（令和３年９月 29 日）
議題　全国がん登録情報等の提供について（国外提供について）

●第 18 回（令和３年 12 月９日）
議題　全国がん登録及び院内がん登録における課題について
・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
・他の DB との連結・解析
・申出から提供までの手続の簡略化
・院内がん登録全国集計データの利活用

●第 20 回（令和４年８月５日）
議題　全国がん登録及び院内がん登録における課題について
・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）
・法第 20 条に基づいて提供された情報の取扱い
・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
・安全管理措置基準の見直し
・院内がん登録全国集計データの利活用

●第 21 回（令和４年 12 月５日）
議題　全国がん登録及び院内がん登録における課題について
・届出の照合・集約作業の効率化
・住所異動確認調査の円滑化
・全国がん登録情報等の国外提供に係るルールの明確化
・法第 20 条に基づいて提供された情報の取扱い
・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

●第 22 回（令和５年３月８日）
議題　全国がん登録及び院内がん登録における課題について
・全国がん登録情報等の国外提供に係るルールの明確化

●第 23 回（令和５年６月 19 日）
議題　全国がん登録及び院内がん登録における課題について

資料１６-(４)

第 23 回 がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会
議事次第

日　時：令和５年６月２６日（月）
１６：００～１７：００
場　所：オンライン開催

１　開会
２　議題
（１） 座長の選任について
（２）「充足見込み」とした要件を満たせなかったがん診療連携拠点病院等への対応方針等
（３） その他

【資料】
議事次第
資料１　「充足見込み」とした要件を満たせなかったがん診療連携拠点病院等への対応方針等
参考資料１「がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会」開催要綱
参考資料２　がん診療連携拠点病院等の整備について
（令和４年８月１日付健発 0801 第１６号厚生労働省健康局長通知）
参考資料３　がん診療連携拠点病院等の指定について（第 22 回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会資料１）

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

第23回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会	資料１
令和５年６月26日	

「充足見込み」とした要件を満たせなかった がん診療連携拠点病院等への対応方針　　等

厚生労働省 健康局がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

- 経緯、対応方針(案)、対応スケジュール(案)
- 個別医療機関の審議

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

経緯

- 令和５年１月19日「第22回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会」（以下「前回の検討会」という。）において、令和４年度の拠点病院等の指定に関しては、令和４年９月１日時点の指定要件の充足状況等を勘案し、定められた期限までに「充足する見込みが立っている」ことでも可とした。

推薦の区分（新規指定・指定類型変更・指定更新）に応じて、各医療機関に求める要件の充足状況を、原則として次のように整理してはどうか。

1.　新規指定の推薦を受けた医療機関
- 従前の必須要件に関しては、推薦時点で充足していることが求められる
- 新規の必須要件に関しては、今回の検討会時点で、充足しているもしくは令和５年９月１日（来年度の現況報告書の基準日）までに充足する見込みが立っていることが求められる

2.　指定類型変更又は指定更新の推薦を受けた医療機関
- 従前の必須要件に関しては、今回の検討会時点で、充足しているもしくは令和５年３月31日までに充足する見込みが立っていることが求められる
- 新規の必須要件に関しては、今回の検討会時点で、充足しているもしくは令和５年９月１日までに充足する見込みが立っていることが求められる

※必須要件のうち、令和４年８月整備指針で新たに追加されたものを「新規の必須要件」、それ以外を「従前の必須要件」とする。

令和５年１月19日「第22回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会」資料１より抜粋

- また、前回の検討会において、見込みの状況についてはしっかりとフォローした上で、必要に応じ本検討会を開催すること、との意見があった。

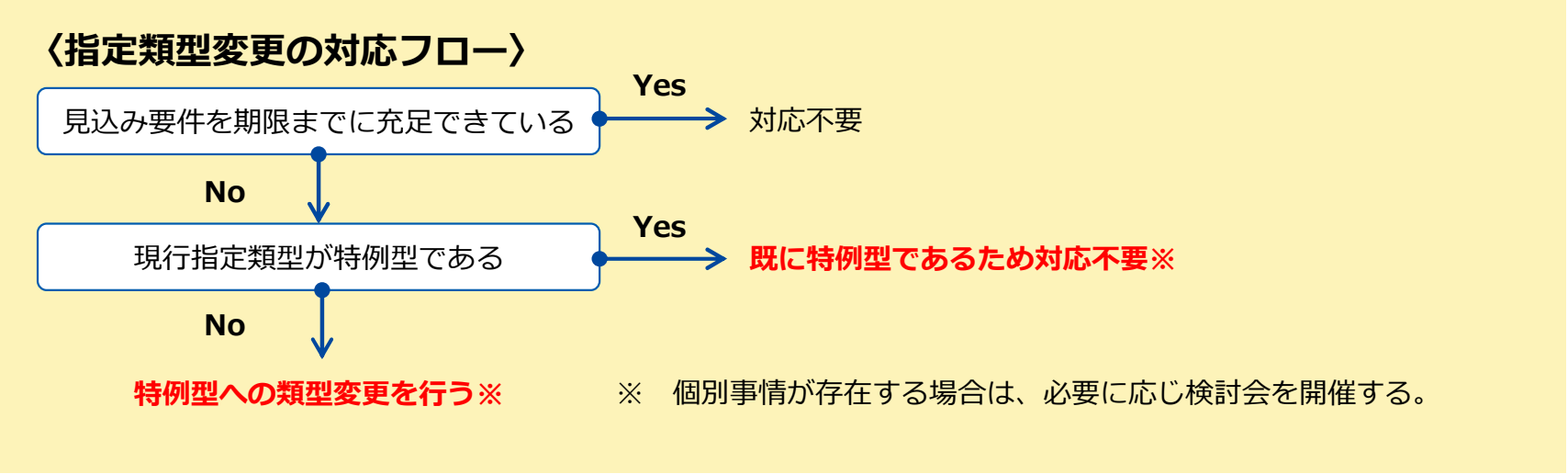
「充足見込み」とした要件を満たせなかった施設への対応方針（案）

➢ 「充足する見込みが立っている」と報告を受けていた指定要件を、定められた期限までに充足できていないことが判明した場合の対応について、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」における指定類型の見直しの定め（＊次スライド参照）も踏まえ、原則として次のとおり整理してはどうか。

１．指定類型について

・現行指定類型が特例型ではない場合
→**原則、特例型への類型変更を行う。**

・現行指定類型が特例型の場合
→**既に特例型であるため、原則対応不要。**



令和５年４月１日に初めて拠点病院等の指定を受けた施設の場合は、特例型への類型変更は行わず、指定の取消を行う。
（理論上はあり得るが、該当施設は要件充足済であるため、実際には発生しないケース。）

「充足見込み」とした要件を満たせなかった施設への対応方針（案）

２．新類型での指定期間起算日について

・従前の必須要件について令和５年３月31日までに充足できなかった場合
→原則、令和５年４月１日を指定期間起算日とする
・新規の必須要件について令和５年９月１日までに充足できなかった場合
→原則、令和５年９月２日を指定期間起算日とする

３．変更前の類型で指定されていた期間について

変更前の類型で指定されていた期間については遡及して取り消し、２．の指定期間起算日から、変更後の類型で指定を受けていたものとする。なお、類型の変更により「Ａ２３２ がん拠点病院加算（入院初日）－１ がん診療連携拠点病院加算－イ がん診療連携拠点病院（５００点）」が加算できなくなるなど、診療報酬の返還を要する場合がある。

（＊）「がん診療連携拠点病院等の整備について」（令和４年８月１日付け健発0801第16号厚生労働省健康局長通知）抜粋

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

３ 指定の有効期間内における手続きについて

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

① 指定類型の見直し

指定要件を満たしていないことが確認された場合、１年の期間を定めて拠点病院等（特例型）の指定を行うことができる。その期間起算日は、指定の検討会において決定する。

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

（７）拠点病院等（特例型）の指定の類型の定めは、１年以内に指定要件の充足条件が改善された場合に、指定の検討会の意見を踏まえ、見直すことができるものとする。

（参考）特例型について

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を一部改編

〈がん診療連携拠点病院等の全体像（令和５年４月１日現在）〉

◆都道府県がん診療連携協議会（都道府県協議会）

都道府県がん診療連携拠点病院は都道府県協議会を設置し、都道府県内のがん診療に係る情報の共有、評価、分析及び発信を行う。

都道府県がん診療連携拠点病院（51か所）
・都道府県における中心
・都道府県下の拠点病院等のとりまとめ（研修実施、情報提供等）

- **都道府県がん診療連携拠点病院（特例型）（2か所）**
  指定要件を満たさない場合

地域がん診療連携拠点病院（355か所）
- がん医療圏に原則1か所整備
- 専門的ながん医療の提供・連携体制の整備

- **地域がん診療連携拠点病院（特例型）（24か所）**
  指定要件を満たさない場合

特定領域がん診療連携拠点病院（1か所）
- 特定のがんについて都道府県で最も多くの患者を診療

- **特定領域がん診療連携拠点病院（特例型）（なし）**
  指定要件を満たさない場合

地域がん診療病院（47か所）
- がん診療連携拠点病院のないがんの医療圏に1か所整備
- グループ指定（隣接するがん診療連携拠点病院との連携）

- **地域がん診療病院（特例型）（6か所）**
  指定要件を満たさない場合

475

国・厚生労働省

◆都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会（国協議会）

国立がん研究センターと都道府県がん診療連携拠点病院が連携し、情報収集、共有、評価、広報を行う。

国立がん研究センター（2か所）
- がん対策の中核的機関としてがん医療を牽引
- 都道府県下のがん診療連携拠点病院等に対し、診療支援、情報提供、人材育成等の役割を担う
- 我が国におけるがん診療等に関する情報を収集、分析、評価し、改善方策を検討した上で国に提言

原則、指針で定める必須要件についてはすべて充足する必要があるが、充足できなかった場合に直ちにその指定を取り消すのではなく、検討会の意見を踏まえ、１年の期間を定めて特例型の指定を行うことができる。

対応スケジュール（案）

A：従前の必須要件について令和５年３月31日までに充足できなかった場合

B：新規の必須要件について令和５年９月１日までに充足できなかった場合



※類型の変更により「Ａ２３２ がん拠点病院加算（入院初日）－１ がん診療連携拠点病院加算－イ がん診療連携拠点病院（５００点）」が加算できなくなるなど、診療報酬の返還を要する場合がある。

- 経緯、対応方針(案)、対応スケジュール(案)
- **個別医療機関の審議**

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

個別医療機関の審議
四国がんセンター（都道府県がん診療連携拠点病院）

- 四国がんセンターは、従来の必須要件である「地域の病院や在宅療養支援診療所、ホスピス・緩和ケア病棟等の診療従事者と協働して、緩和ケアにおける連携協力に関するカンファレンスを月１回程度定期的に開催している。」について、３月末時点で充足見込みと報告していたが未充足であった。
- 5/10付けで「初回のカンファレンスを4/20に開催したほか、今後も概ね月一回定期開催（次回5/18、次々回 6/1 を予定）することとしており、充足の状態」との報告を受けている。
- また、「従来は県内の緩和ケア専門部会で年２回緩和ケアにおける質の向上のためのGW、医師会が行っている在宅緩和ケアの症例検討会に年３～４回参加しており、これらの取組を発展させ、本院の体制を整備することを検討していた。 昨年度末にかけて今回の改正指針の趣旨に則り、当院が果たすべき役割につき再検討したところ、当初の方向性を変更し、更なる連携を強化・推進するため、地域の診療従事者を対象に、当院が中心となって主催するカンファレンスをより積極的に開催すべきという結論に至った。このため、地域の既存のカンファレンスとの役割分担の整理や各関係者との連絡調整、必要な準備などの体制構築等に時間を要し、4/20にカンファレンスを実施することとなった。」との報告を受けている。

- 当該医療機関の指定についてどのように考えるか。
- 現時点で指定要件を充足していたとしても、定められた期間内に充足することができなかった場合、指定類型の変更を行うこととしてはどうか。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

- （第22回検討会を踏まえた報告）
  再発防止策等の対応状況について

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

金沢大学附属病院について①
経緯

１．前提

- 金沢大学附属病院は都道府県がん診療連携拠点病院に指定されている。
- 令和４年３月４日開催の「第20回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会」において、構成員から、同一敷地内にある金沢先進医療センターにおいて、自由診療の免疫療法が実施されている実態について、金沢大学附属病院に対して勧告を行うよう要望があった。
- 当該検討会において、石川県及び金沢大学附属病院に事実関係の調査を行う必要がある旨、議論された。

２．石川県および金沢大学附属病院の回答

- 第20回検討会終了後、がん・疾病対策課から石川県に実態調査を依頼し、令和４年４月25日に石川県から以下の回答を受けた。
  - ① 金沢先進医療センターで提供されていた保険適用外の免疫療法は臨床研究に該当する。
  - ② 金沢大学附属病院と金沢先進医学センターが免疫療法の提供において、連携している事実はない。
  - ③ 金沢先進医療センターは自主的に免疫療法の提供中止を決定し、令和4年3月31日を持って、初診受付を終了した。

３．指定の検討会での報告

- 石川県の回答（上記の①～③）については、令和５年１月19日に開催された「第22回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会」において、事務局から報告した。
- 第22回検討会での議論の結果、石川県及び金沢大学附属病院に対して、再発防止策の検討を求めることとなっていた。

金沢大学附属病院について②
令和５年５月26日付け金沢大学附属病院の回答（抜粋）

第22回検討会の議論を踏まえ、再発防止策に係る検討状況等について石川県及び金沢大学附属病院に問い合せたところ、以下の回答が得られた。

■昨年度の回答の趣旨

（前略）「連携している事実」について、当院では、金沢先進医学センターが実施している保険外診療の免疫療法を、①「協定」を交わした上で、さらに②当院の主治医が積極的に推奨し治療を実施しているような関係があること、と捉えておりました。抗がん剤の効果が得られない、あるいは手術適応外と診断されたがん患者及びその家族の求めに応じて情報提供を行なっていた事実はありましたが、治療法の選択はがん患者及びその家族の自由意思によるものであり、当院の医師が積極的に免疫療法を推奨しているという事実はないことから、「連携している」には該当しないものと判断いたしました。

（中略）金沢先進医学センターが提供する免疫療法においては、そのような協定を交わした事実が無いことからも、免疫療法の提供において、「連携している事実はない」と回答いたしました。

■「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（令和４年８月１日付）」および「がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会議事録（令和５年１月19日開催）を踏まえた対応

当院においては、昨年の調査を受けて、院内の掲示物や広報物を確認し、金沢先進医学センターに関するパンフレットは排除いたしました。また、金沢先進医学センターに対しては、別組織であることを強調して案内するよう依頼をし、金沢先進医学センターの広報物には、「金沢先進医学センターは、医療法人社団金沢先進医学センターにより運営されています。同一敷地内にある国立大学法人金沢大学附属病院とは別法人です。」との記載をしていただいております。

今般、改めて、当院から金沢先進医学センターへの聞き取りを行ったところ、免疫療法の初診受付は令和４年３月で終了していること、そして、治療中のがん患者に対して継続していた免疫療法も、令和４年12月末までで全て終了したとの説明を受けました。

今後も、当院が免疫療法においても連携しているとの誤解を招くことがないよう努めてまいります。

金沢大学附属病院における本件に係る対応状況について
再発防止策等の対応状況

「がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会」を踏まえた対応について

- 昨年の調査を受けて、院内の掲示物や広報物を確認し、金沢先進医学センターに関するパンフレットは排除している。
- 金沢先進医学センターに対しては、別組織であることを強調した案内に変更している。
- 免疫療法の初診受付は令和４年３月で終了、治療中のがん患者に対して継続していた免疫療法も、令和４年12月末で全て終了した。
- 「今後も、当院が免疫療法においても連携しているとの誤解を招くことがないよう努めていく」としている。

金沢先進医学センターにおける免疫療法の終了と、金沢大学附属病院における再発防止策の実施について書面で確認した。

（参考）対応に係る整備指針の記載

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
① 集学的治療等の提供体制及び標準的治療等の提供
オ 保険適用外の免疫療法等について、治験、先進医療、臨床研究法（平成29年法律第16号）で定める特定臨床研究または再生医療等の安全性の確保等に関する法律（平成25年法律第85号）に基づき提供される再生医療等の枠組み以外の形では、実施・推奨しないこと。

Ⅶ 既指定病院の取扱い、指定・指定の更新の推薦手続等、指針の見直し及び施行期日について
3 指定の有効期間内における手続きについて
（4）指定の有効期間内において、拠点病院等が、指定要件を満たしていないこと等が確認された場合、厚生労働大臣は、指定の検討会の意見を踏まえ、当該拠点病院等に対し、以下の対応を行うことができる。その際、当該拠点病院等は、都道府県を通じて意見書を提出することができる。
① 指定類型の見直し
指定要件を満たしていないことが確認された場合、1年の期間を定めて拠点病院等（特例型）の指定を行うことができる。その期間起算日は、指定の検討会において決定する。
② 勧告
指定要件を満たしておらず、かつ、当該医療機関に速やかに改善を求めることが妥当である場合、1年未満の期間を定めて勧告を行うことができる。その期間起算日は、指定の検討会において決定する。なお、指定の検討会の意見を踏まえ、①と②は、重ねて行うことができる。

令和4年8月1日付け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ついて」より抜粋

3

- 次回以降の検討会の開催について

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

次回以降の検討会の開催について

【今回の検討会を踏まえた対応について】

- 新規の必須要件について令和５年９月１日までに充足できなかった施設は、本日ご議論いただいた考え方（個別医療機関の審議における考え方を含む。）に基づいて指定類型の変更等を行うこととした上で、特別な事情について審議が必要な場合には、改めて検討会を開催することとしてはどうか。

【今後のスケジュールについて】

- 検討会については、指定を受けた医療機関から年１回提出いただく現況報告の内容を踏まえ、各医療機関の指定に係る検討（新規指定を含む。）を行っていただく必要があることから、原則として、各年度１回の開催とすることとしてはどうか。
- 次回の検討会については、上記の「特別な事情について審議が必要」とされなかった場合、令和５年度現況報告の内容を踏まえ、ご議論いただくこととし、基本的には昨年度と同様の時期（年明け頃）としてはどうか。

※　なお、指定類型の変更（特例型からの変更を含む。）や再指定等に係る検討を行う場合には、従前のとおり、本検討会において適切に審議を行えるよう、これらの推薦を行う都道府県においては、現行の類型とされた又は指定が受けられなかった経緯等を踏まえ、医療機関の実情を十分に確認した上で推薦していただくこととなる。

資料１６-(５)

第 38 回がん検診のあり方に関する検討会
議事次第

日　時：令和５年６月２日（金）９：00～12：00
場　所：オンライン開催

１　開　会

２　議　題
（１）第４期がん対策推進基本計画を踏まえた今後のがん検診に関する検討事項について
（２）子宮頸がん検診へのＨＰＶ検査の導入について
（３）職域におけるがん検診について
（４）その他

【資　料】
資料１　　第 4 期がん対策推進基本計画を踏まえた今後の検討事項について
資料２　　子宮頸がん検診へのＨＰＶ検査の導入について（青木参考人提出資料）
資料３　　職域におけるがん検診について
資料４－１　がん検診事業のあり方について（案）
資料４－２　がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針　新旧対照表（案）

参考資料１　「がん検診のあり方に関する検討会」構成員名簿
参考資料２　「がん検診のあり方に関する検討会」開催要綱
参考資料３　「がん検診のあり方に関する検討会」における議論の中間整理
参考資料４　ＨＰＶ検査を導入した子宮頸がん検診に対する日本産科婦人科学会の考え方」（青木参考人提出資料）
参考資料５　令和 4 年度 HPV 検査検診導入提言ＷＧ議事録サマリ（青木参考人提出資料）
参考資料６　がん検診事業評価報告書の更新について
参考資料７　がん検診事業のあり方について（案）令和４年 12 月

第38回がん検診のあり方に関する検討会	資料１
令和５年６月２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を踏まえた今後の検討事項について

厚生労働省

健康局　がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

第４期がん対策推進基本計画を踏まえて

検討の背景

○ 「「がん検診のあり方に関する検討会」における議論の中間整理（令和元年度版）」（以下「中間整理」という。）に基づき、課題への対応について本検討会で検討を進めてきた。

○ 検討会における検討内容も踏まえ、今般、第4期がん対策推進基本計画において、がん検診の現状・課題、取り組むべき施策がまとめられた。

○ 「中間整理」において提示された課題に対する対応状況と、今後対応するべき課題について整理した。

- 指針の見直しの方向性について
- 2021年度以降のがん検診の実施について
- 新たな検査項目の指針への導入を検討するに当たっての基本的な考え方について
- 職域におけるがん検診について

１．指針の見直しの方向性について

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

「がん検診のあり方に関する検討会」における議論の中間整理 ①－１　指針の見直しの方向性について

■ がん検診の利益（メリット）・不利益（デメリット）について

中間整理の記載事項	検討会における議論	これまでに実施した事項	今後の予定
国は、市町村や検診実施機関の保健・医療関係者等に対して、がん検診の利益・不利益に関する理解が深まるような取組を進めつつ、市町村及び検診実施機関が、がん検診を実施する際に、対象者に対してがん検診の利益・不利益の説明を行うことの重要性について、周知すべきである。ただし、不利益の説明をするときは、指針に定めるがん検診の受診率低下を招かないよう、伝え方に留意が必要であることについても、併せて周知する必要がある。	「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」改正について、第33回検討会において議論（令和３年８月５日）	指針改正済（令和３年10月１日策定）	－
国は、市町村や検診実施機関の保健・医療関係者等に対して、がん検診の利益・不利益に関する理解が深まるような資料を整備する必要がある。また、国は、対象者に対するがん検診の利益・不利益に関する説明を市町村等が円滑に行えるよう、これまでの資材の見直し等について検討するべきである。また、これらの資材については、職域におけるがん検診においても活用出来るような工夫を検討する必要がある。	―	資材開発（厚生労働科学研究費補助金「がん検診における‘Shared Decision Making’推進と利益不利益バランスに基づく受診意思決定支援ツール開発のための研究」（令和２～４年度、研究代表者：濱島　ちさと）	開発した資材の普及方法について検討を実施

「がん検診のあり方に関する検討会」における議論の中間整理 ①－１　指針の見直しの方向性について

■ がん検診の種類・検査方法について（その１）

中間整理の記載事項	検討会における議論	これまでに実施した事項	今後の予定
指針に定めるがん検診の種類・検査方法の選定基準は、実施される検査方法が、ガイドラインにおいて、死亡率減少効果を認め、かつ不利益も比較的小さいと考えられる推奨グレードA又はBとして示されているものを基本とすることが適切である。なお、がん種ごとの有効性評価に関する科学的根拠については、ガイドラインを基本としつつ、検討会で包括的に議論を行っていくことが望ましい。	乳がん検診における超音波検査導入について、第32回検討会において議論（令和３年３月17日）	乳がん検診における超音波検査導入について議論	引き続き、必要に応じて、指針の見直しを含めた検討を実施
国は、ガイドラインの更新を加速化させるために、ガイドライン更新の中核を担う国立がん研究センターが大学等の関係機関と共同して取り組む等、ガイドラインの更新に係る作業体制を含めた適切な見直しについても促していくべきである。	子宮頸がん検診ガイドライン更新について、第32回検討会において報告（令和３年３月17日）	子宮頸がん検診ガイドライン更新（令和２年３月31日）	引き続き、必要に応じて、ガイドライン更新を含めた検討を実施
国は、市町村が自らの地域で実施する検診を検討する際に、科学的根拠に基づいたがん検診を行うことができるよう、指針に定められていない検査方法についても、それぞれの検査についての推奨グレードに関する情報を市町村に提供していくべきである。なお、当該推奨グレードは、今後ガイドラインにおいて必要に応じて見直されるものである。	子宮頸がん検診ガイドラインにおけるHPV検査単独法・HPV検査＋細胞診併用法検査の推奨グレードについて、第35回検討会において報告（令和４年５月25日）	子宮頸がん検診ガイドライン更新（令和２年３月31日）	必要に応じて、推奨グレードの見直しを含めた検討を実施

「がん検診のあり方に関する検討会」における議論の中間整理
①－１　指針の見直しの方向性について

■ がん検診の種類・検査方法について（その２）

中間整理の記載事項	検討会における議論	これまでに実施した事項	今後の予定
国は、ガイドラインが定められていないがん種についても、必要に応じて科学的根拠の収集に取り組むとともに、その他の科学的根拠の収集が必要な課題についても、引き続き厚生労働科学研究等で対応していくことが必要である。	ー	厚生労働科学研究費補助金「がん検診の有効性に関するエビデンスレビューに関する研究」実施（令和２年度、研究代表者：中山　富雄）	引き続き、必要に応じてガイドライン以外の科学的根拠の収集を実施
これらの取組を踏まえつつ、市町村は科学的根拠に基づいたがん検診の適切な実施に努め、都道府県は、管下市町村のがん検診の実施状況を踏まえ、市町村に対して必要な指導・助言等を行うよう努めるべきである。	都道府県チェックリストの改定について、第33回検討会において議論（令和３年８月５日） 今後のがん検診の受診率向上に資する方策について、第34回検討会において議論 がん検診事業評価報告書の更新について第37回検討会において議論（令和５年１月30日）	都道府県用チェックリスト改定（令和４年３月）	ー

「がん検診のあり方に関する検討会」における議論の中間整理
①－１　指針の見直しの方向性について

■ がん検診の対象者について（その１）

中間整理の記載事項	検討会における議論	これまでに実施した事項	今後の予定
国は、指針に定めるがん検診の対象者について、引き続き、最新の科学的根拠や、がんの罹患率・死亡率の変化等に基づく検討会での議論を踏まえて、必要な見直しを行うべきである。	―	―	必要に応じて、指針の見直しを含めた検討を実施
また、がん検診としての実施効果を高めていく観点から、これまで国の予算事業により行われていた取組等を踏まえ、検討会としてがん検診の受診を特に推奨すべきと考える者について提示する。	「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」改正について、第33回検討会において議論（令和３年８月５日）	指針改正済（令和３年10月１日策定）	引き続き、必要に応じて指針の見直しを含めた検討を実施

「がん検診のあり方に関する検討会」における議論の中間整理
①－１　指針の見直しの方向性について

■ がん検診の対象者について（その２）

中間整理の記載事項	検討会における議論	これまでに実施した事項	今後の予定
なお、対象者のうち、受診を特に推奨する者に該当しない者についても、受診が可能であることには十分留意する必要があることや、特に高齢者については、かかりつけ医が関与する等、必要な保健・福祉サービスを総合的に考慮しながら、がん検診の必要性・優先順位について検討する必要がある旨を周知することも重要である。	「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」改正について、第33回検討会において報告（令和３年８月５日）	指針改正済（令和３年10月１日策定）	－
国は、科学的根拠に基づくがん検診を推進していく観点から、今後ガイドラインにおいて、対象者の年齢区分に応じた推奨度を評価できるよう、我が国におけるがん検診の不利益のデータ等に関する科学的根拠を整理するために必要な取組を進めるべきである。	－	－	必要に応じて、年齢区分に応じた推奨度の評価に関する科学的根拠を整理するために必要な取組を実施

「がん検診のあり方に関する検討会」における議論の中間整理
①－１　指針の見直しの方向性について

■ 対象者のリスクに応じたがん検診のあり方について（その１）

中間整理の記載事項	検討会における議論	これまでに実施した事項	今後の予定
国は、がん検診における「リスク」という用語の概念整理に加え、リスクに応じたがん検診を実施することが、受診行動の変化を含め、対象者や受診間隔の適正化等による利益や、偽陰性の増加等の不利益を生むか等について、科学的根拠の集積を行っていく必要がある。	―	厚生労働科学研究費補助金「がん検診の有効性に関するエビデンスレビューに関する研究」実施（令和２年度、研究代表者：中山　富雄）	引き続き、必要に応じてリスク層別化の利益不利益に関する検討を実施
また、対象者のリスクに応じたがん検診を実施する場合、国は、市町村において当該検診が適切な精度管理のもとに実施・運用可能な環境であることに関する検討も必要がある。	子宮頸がん検診におけるHPV検査導入について、第35回検討会において議論（令和４年５月25日）	厚生労働科学研究費補助金「我が国の子宮頸がん検診におけるHPV検査導入の問題点と具体的な運用方法の検討」実施（令和１～３年度、研究代表者：青木大輔）	引き続き、リスク層別化検診の運用可能な環境整備について検討を実施

「がん検診のあり方に関する検討会」における議論の中間整理
①－１　指針の見直しの方向性について

■ 対象者のリスクに応じたがん検診のあり方について（その２）

中間整理の記載事項	検討会における議論	これまでに実施した事項	今後の予定
国は、層別化すべきリスク因子の科学的根拠について、現在実施されている研究を含め、引き続き収集に努めていく必要がある。また、層別化すべきリスク因子の判断基準を確立していくことが必要であり、例えば、当該因子に基づくリスクの差を、年齢区分ごとのリスクの違いと比較することや、リスク層別化を行った場合における、各層ごとの効果の大きさの違いについて検討していくことが必要と考えられる。	子宮頸がん検診におけるHPV検査導入について、第35回検討会において議論（令和４年５月25日）	厚生労働科学研究費補助金「我が国の子宮頸がん検診におけるHPV検査導入の問題点と具体的な運用方法の検討」実施（令和１～３年度、研究代表者：青木大輔）	引き続き、層別化すべきリスク因子の判断基準について検討を実施

２．2021年度以降のがん検診の実施について

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

「がん検診のあり方に関する検討会」における議論の中間整理
①－２　2021年度以降のがん検診の実施について

■ 対象者等について（その１）

中間整理の記載事項	検討会における議論	これまでに実施した事項	今後の予定
指針に定めるがん検診の対象者の年齢を適切に見直していくため、ガイドラインの更新の加速化に向けた働きかけを行う等、国は、科学的根拠の整理を進め、議論に必要な情報の整理に努めるべきである。	子宮頸がん検診ガイドライン更新について、第32回検討会において報告（令和３年３月17日）	子宮頸がん検診ガイドライン更新（令和２年３月31日）	引き続き、必要に応じて、ガイドライン更新を含めた検討を実施
胃がん検診のうち胃部エックス線検査については、現行の指針において「当分の間、40歳以上の者を対象としても差し支えない。」「当分の間、胃部エックス線検査を年１回実施しても差し支えない。」と定められているが、国は、今後「当分の間」の取扱いについて検討していくべきである	―	―	「当分の間」の取扱いに関する検討を実施

「がん検診のあり方に関する検討会」における議論の中間整理
①－２　2021年度以降のがん検診の実施について

■ 対象者等について（その２）

中間整理の記載事項	検討会における議論	これまでに実施した事項	今後の予定
がん検診としての実施効果を高めていく観点から、これまで国の予算事業で行われていた取組等を踏まえ、検討会としてがん検診の受診を特に推奨すべきと考える者として、以下のとおり提示する。なお、対象者のうち、受診を特に推奨する者に該当しない者についても、受診が可能であることには十分留意する必要がある。	「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」改正について、第33回検討会において議論（令和３年８月５日）	指針改正済（令和３年10月１日策定）	引き続き、必要に応じて指針の見直しを含めた検討を実施
なお、がん検診の受診を特に推奨する者についても、より精緻な情報となるよう、我が国のデータに基づく科学的根拠の整理や、実際の受診状況等の結果を踏まえ、必要な見直しを行っていくことが求められる。	「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」改正について、第33回検討会において議論（令和３年８月５日）	指針改正済（令和３年10月１日策定）	引き続き、必要に応じて受診を特に推奨する者の見直しについて検討を実施

「がん検診のあり方に関する検討会」における議論の中間整理
①－２　2021年度以降のがん検診の実施について

■ 精度管理について

中間整理の記載事項	検討会における議論	これまでに実施した事項	今後の予定
市町村及び検診実施機関は、実施すべき精度管理上の取組として以下の取組を進めることが重要である。 ・市町村は、検診実施機関にがん検診事業を委託する際には、仕様書に記載されている内容の確認に努めること。 ・市町村は、仕様書に記載されている内容に基づいて実際にがん検診が実施されたかどうか、委託終了後の確認に努めること。	がん検診事業の評価について、第37回検討会において議論（令和５年１月30日） がん検診事業のあり方について（案）について、第37回検討会において提示（令和５年１月30日）	検診実施機関用チェックリスト改定（令和３年３月、令和５年３月）	引き続き、市町村及び検診実施機関の精度管理上の取組を推進
国は、今後、都道府県が担うべき役割の整理についても検討を行う必要がある。例えば、市町村が実施するがん検診について、検診実施機関毎のプロセス指標算出や評価等に関する技術的助言に努める等、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会及びがんに関する部会の役割を明確化すること等が考えられる。	都道府県で実施した好事例について、第34回検討会において共有（令和４年２月４日）	都道府県で実施した好事例の横展開	－
市町村等ががん検診の事業評価を行うための参考となるべくして作成された「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」（平成20年３月、がん検診事業の評価に関する委員会報告書）については、作成から10年以上が経過していることから、国は、がん検診の精度管理のあり方について必要な見直しを検討するべきである。	がん検診事業の評価について、第37回検討会において議論（令和５年１月30日） がん検診事業のあり方について（案）について、第37回検討会において提示（令和５年１月30日）	厚生労働科学研究費補助金「がん検診の精度管理における指標の確立に関する研究」実施（令和３～５年度、研究代表者：高橋宏和）	「がん検診事業のあり方について」を発出

「がん検診のあり方に関する検討会」における議論の中間整理
①－２　2021年度以降のがん検診の実施について

■　受診率向上のための取組について（その１）

中間整理の記載事項	検討会における議論	これまでに実施した事項	今後の予定
がん検診の実施効果を高めていくため、国は、がん検診の受診を特に推奨する者への必要な取組を進めるべきである。	子宮頸がん検診のクーポン券配布について、第33回検討会において議論（令和３年８月５日） クーポン券利用率向上について、第34回検討会において議論（令和４年２月４日）	がん検診のアクセシビリティ向上策等の実証事業（令和２～４年度）	新たに、令和５年度がん検診の受診勧奨策等実行支援事業を実施
市町村は、受診率向上のため、科学的根拠に基づいた受診率向上施策とされる個別受診勧奨（コール）・再勧奨（リコール）等の勧奨を着実に取り組むべきである。	がん検診のアクセシビリティ向上策等の実証事業について、第35回検討会において紹介（令和４年５月25日）	がん検診のアクセシビリティ向上策等の実証事業（令和２～４年度）	新たに、令和５年度がん検診の受診勧奨策等実行支援事業を実施

「がん検診のあり方に関する検討会」における議論の中間整理
①－２　2021年度以降のがん検診の実施について

■ 受診率向上のための取組について（その２）

中間整理の記載事項	検討会における議論	これまでに実施した事項	今後の予定
国は、受診率向上のため、個人の受診状況等に関するデータの効果的な利活用など、検診無関心層等の未受診者に対するより効果的なアプローチ方法や、勤務時間中にがん検診を受けられる体制づくり等について検討を行うべきである。	PHRの状況について、第32回検討会において議論（令和３年３月17日）	がん検診のアクセシビリティ向上策等の実証事業（令和２～４年度）	引き続き、必要に応じて検診無関心層等の未受診者に対するアプローチ方法等について検討を実施
国は、女性のがん検診受診率の向上のために、世代ごとに適したアプローチやアピールの工夫の検討や、女性にとってがん検診を受けにくいと感じる様々なバリアやハードルを減らしていくための効果的な方策や環境整備について、検討を行うべきである。	がん検診のアクセシビリティ向上策等の実証事業について、第35回検討会において紹介（令和４年５月25日）	がん検診のアクセシビリティ向上策等の実証事業（令和２～４年度）	新たに、令和５年度がん検診の受診勧奨策等実行支援事業を実施

３．新たな検査項目の指針への導入を検討するに当たっての基本的な考え方について

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

「がん検診のあり方に関する検討会」における議論の中間整理 ①－３　新たな検査項目の指針への導入を検討するに当たっての基本的な考え方について

■ 新たな検査項目の指針への導入を検討するに当たっての基本的な考え方について（総論）

中間整理の記載事項	検討会における議論	これまでに実施した事項	今後の予定
今後は、今般整理した基本的な考え方を踏まえ、科学的根拠の収集や、医療資源の充足状況、費用対効果等について、具体的にどのような形で対応していくか検討する必要がある。	ー	厚生労働科学研究費補助金「がん検診の費用対効果の検証に関する研究」実施（令和２～４年度、研究代表者：福田　敬）	研究の成果を報告

「がん検診のあり方に関する検討会」における議論の中間整理 ①－３　新たな検査項目の指針への導入を検討するに当たっての基本的な考え方について

■ 新たな検査項目の指針への導入を検討するに当たっての基本的な考え方について（各論・疫学）

中間整理の記載事項	検討会における議論	これまでに実施した事項	今後の予定
新たな検査項目の指針への導入を検討する際に疫学的な背景から求める要件は、「当該がん種が死亡の重大な原因であること」が重要であり、これに加えて「当該がん種に罹患する人が多いこと」も考慮することとする。	ー	ー	必要に応じて、疫学的背景を考慮した指針導入の検討を実施

「がん検診のあり方に関する検討会」における議論の中間整理
①－３　新たな検査項目の指針への導入を検討するに当たっての基本的な考え方について

■ 新たな検査項目の指針への導入を検討するに当たっての基本的な考え方について（各論・検査方法）

中間整理の記載事項	検討会における議論	これまでに実施した事項	今後の予定
死亡率減少効果が明らかな検査方法が既に存在するがん種に関しては、新たな検査方法及びそのがん種に係る死亡率減少効果の代替指標のあり方について、諸外国の動向も踏まえ、検討を行うことが適切である。	子宮頸・大腸・乳がん検診における死亡率の代替指標について、第37回検討会において報告（令和５年１月30日）	厚生労働科学研究費補助金「がん検診の有効性評価に関する死亡率減少につながる頑健性の高い代替指標に関する研究」実施（令和２～３年度、研究代表者：中山　富雄）	乳がん検診における死亡率の代替指標について検討を実施
現在、死亡率減少効果が明らかな検査方法が存在しないがん種に関してはがん検診の検査方法について、死亡率減少効果に関する国内外の科学的根拠を踏まえて慎重な検討を行うことが適切である。	ー	厚生労働科学研究費補助金「がん検診の有効性に関するエビデンスレビューに関する研究」実施（令和２年度、研究代表者：中山　富雄）	引き続き、必要に応じてガイドライン以外の科学的根拠の収集を実施

「がん検診のあり方に関する検討会」における議論の中間整理
①－３　新たな検査項目の指針への導入を検討するに当たっての基本的な考え方について

■ 新たな検査項目の指針への導入を検討するに当たっての基本的な考え方について（各論・運用方法）

中間整理の記載事項	検討会における議論	これまでに実施した事項	今後の予定
市町村が指針に定めた新たな検査を適切に運用できるよう、国は新たな検査項目の指針への導入を検討する際に、運用方法等に関して以下の条件を考慮するべきである。 ・検査の対象となる集団や受診間隔、がんの診断に至るまでのフローチャート等が明確化されていること。 ・要精密検査と判定された場合の運用方法が、単純かつ明確化されていること。また、精密検査及びそのがんの治療について、安全な方法が確立されていること。 ・検査の精度管理について、手法が明らかにされていることや、必要な実施体制が確保可能なものであること。	子宮頸がん検診におけるHPV検査導入について、第35回検討会において議論（令和４年５月25日）	厚生労働科学研究費補助金「我が国の子宮頸がん検診におけるHPV検査導入の問題点と具体的な運用方法の検討」実施（令和１～３年度、研究代表者：青木大輔） 厚生労働科学研究費補助金及び日本医療研究開発機構「乳がん検診における超音波検査の有効性を検証するための比較試験」実施（平成19年度～、研究代表者：大内　憲明）	引き続き、運用方法に関して検討を実施

「がん検診のあり方に関する検討会」における議論の中間整理 ①－３　新たな検査項目の指針への導入を検討するに当たっての基本的な考え方について

■ 新たな検査項目の指針への導入を検討するに当たっての基本的な考え方について（その他）

中間整理の記載事項	検討会における議論	これまでに実施した事項	今後の予定
国は、国民の理解を得られるプログラムとするため、費用対効果等に関する分析・評価に関する取組を進めるべきである。	―	厚生労働科学研究費補助金「がん検診の費用対効果の検証に関する研究」実施（令和２～４年度、研究代表者：福田　敬）	研究成果を報告
国は、新たな検査項目やがん検診の種類を指針に導入した場合、その有効性・安全性等についての分析・評価を進めるとともに、効果が明らかでない場合は、指針としての推奨の中止を検討するべきである。	―	―	必要に応じて、指針導入後の検討を実施

４．職域におけるがん検診について

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

「がん検診のあり方に関する検討会」における議論の中間整理
②　職域におけるがん検診について

■ マニュアルの普及・活用について

中間整理の記載事項	検討会における議論	これまでに実施した事項	今後の予定
国は、マニュアルの普及状況や活用に当たっての課題等の把握を行いつつ引き続き、マニュアルの普及に取り組むべきである。	職域におけるがん検診の実態調査について、第34回検討会において報告（令和４年２月４日）	職域におけるがん検診の実態調査（令和２年度実施） 保険者へのヒアリング（令和４～５年）	引き続き、職域マニュアルの普及について必要な検討を実施

「がん検診のあり方に関する検討会」における議論の中間整理
②　職域におけるがん検診について

■　検診状況の把握等について

中間整理の記載事項	検討会における議論	これまでに実施した事項	今後の予定
職域における検診受診状況の把握や、精度管理、精検受診率の向上に関する取組については、引き続き、厚生労働科学研究の結果等を踏まえて対策を検討していく必要がある。また、将来的には、統一化されたデータ・フォーマットの作成や、データの集約について検討していくことも視野に入れる必要がある。	職域におけるがん検診の実態調査について、第34回検討会において報告（令和４年２月４日）	厚生労働科学研究費補助金「職域がん検診における精度管理指標の測定・基準値設定と新指標測定法の開発・実用化に関する研究」（令和１～３年度、研究代表者：祖父江友孝） 「職域におけるレセプトを用いたがん検診精度管理指標の計測システムの開発と実装に関する研究」（令和４～６年度、研究代表者：祖父江友孝）	引き続き、データ収集、集約方法について必要な検討を実施

「がん検診のあり方に関する検討会」における議論の中間整理
②　職域におけるがん検診について

■ 保険者や事業主等との連携について

中間整理の記載事項	検討会における議論	これまでに実施した事項	今後の予定
職域におけるがん検診のあり方については、今後の指針の改訂内容や、研究等の成果を踏まえつつ、保険者や事業主、健診団体等、幅広く職域の関係者を交えた検討を行っていくことが必要と考えられる。	職域におけるがん検診の実態調査について、第34回検討会において報告（令和４年２月４日）	職域におけるがん検診の実態調査（令和２年度実施） 保険者へのヒアリング（令和４～５年） 厚生労働科学研究費補助金「職域がん検診における精度管理指標の測定・基準値設定と新指標測定法の開発・実用化に関する研究」（令和１～３年度、研究代表者：祖父江　友孝） 「職域におけるレセプトを用いたがん検診精度管理指標の計測システムの開発と実装に関する研究」（令和４～６年度、研究代表者：祖父江　友孝）	引き続き、職域におけるがん検診のあり方について必要な検討を実施

512

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

５．第４期がん対策推進基本計画における取り組むべき施策について

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

第４期がん対策推進基本計画　取り組むべき施策
①　受診率向上対策について

第４期がん対策推進基本計画
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
　　（２）がんの２次予防
　　　①　受診率向上対策について

○ 国は、受診率向上に向けて、がん検診受診率をより正確かつ精緻に、また、個人単位で把握することができるよう検討する。
○ 国は、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努める。 また、国は、指針に基づくがん検診の意義及び必要性について、国民が正しく理解できるよう普及啓発を行う。
○ 国は、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、感染症発生・まん延時等にがん検診の提供体制を一時的に縮小した場合でも、状況に応じて速やかに提供体制及び受診行動を回復させることができるよう、平時における準備等の対応について検討する。
○ 国は、実施主体によらずがん検診を一体的に進めることができるよう、職域におけるがん検診について、実施状況の継続的な把握及び適切な実施に向けた課題の整理を行い、必要に応じて、その法的な位置付けも含め、がん検診全体の制度設計について検討する。

第４期がん対策推進基本計画　取り組むべき施策
②　がん検診の精度管理等について

第４期がん対策推進基本計画
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
　　（２）がんの２次予防
　　②　がん検診の精度管理等について

○ 国は、レセプトやがん登録情報を活用したがん検診の精度管理について、技術的支援等を行う。
○ 精密検査受診率について、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。

第４期がん対策推進基本計画　取り組むべき施策
③　科学的根拠に基づくがん検診の実施について

第４期がん対策推進基本計画
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
（２）がんの２次予防
③　科学的根拠に基づくがん検診の実施について

○ 国は、我が国におけるがん検診の進捗及び課題を整理するため、諸外国における取組との経年的な比較調査を実施する仕組みについて検討する。
○ 国は、より効率的・効果的ながん検診の実施を推進する観点から、指針に基づくがん検診の科学的根拠に基づいた効果検証を進めるとともに、対策型検診の項目の導入に係るプロセスの明確化等について検討する。
○ 国は、指針に基づかないがん検診に係る効果検証の方法について検討するとともに、指針に基づかないがん検診の効果検証を希望する関係学会や企業等と、地方公共団体のマッチングを促進する仕組みについて検討する。
○ 国は、我が国における組織型検診の構築に向け、科学的根拠に基づくがん検診の実施に向けた取組により精度管理を向上させつつ、課題を整理し、その対応を検討する。

第38回がん検診のあり方に関する検討会	資料２
令和５年６月２日	

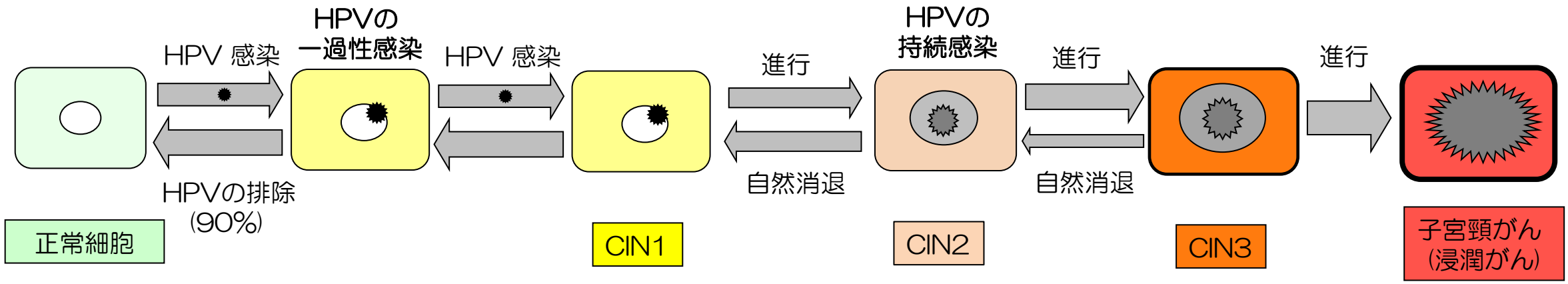
第38回がん検診のあり方に関する検討会

子宮頸がん検診へのHPV検査の導入について

国際医療福祉大学大学院／赤坂山王メディカルセンター
青 木 大 輔

2023年 6月 2日（金）
オンライン開催

検診手法としての細胞診とHPV検査



- 細胞診による子宮頸がん検診：

  すでに死亡率を減少させるという科学的根拠が示されている。
  ただし前がん病変（CIN）に対する感度が低いなどの点も指摘されている。
  特異度は高い。

- HPV検査による子宮頸がん検診：

  細胞診単独よりさらに早い段階でCINを発見できる。
  感度の高い検査方法として注目されている。特異度は低い。

Topic：
- 子宮頸がん検診にHPV検査を導入するかどうか
- 導入する際にはどのような運用を行うか

対策型がん検診として
新しい検診手法が国で推奨されるまで

有効性評価

- 有効性評価に基づく
  がん検診ガイドラインの作成
  （国立がん研究センター）

- HPV検査は子宮頸がん検診の手法として有効か？
- 何歳から何歳までに受診すると効果があるか？
- 検診間隔は何年が適切か？

↓

これらだけが決まる！
検診のアルゴリズム等は
決まらない

導入可否の検討

- がん検診のあり方に関する検討会（厚生労働省）で議論

研究班＊）
ガイドラインで検討されている検診のアルゴリズムのパターンや実現可能なアルゴリズムの検討
（検討会への**資料提供**）

指針に導入

- 全国自治体での実施が認められる

ガイドラインで有効性が認められなかった
検診手法のアルゴリズムは
検討対象とはならない

＊）厚生労働省科学研究費補助金 がん対策推進総合研究事業
「子宮頸がん検診におけるHPV検査導入に向けた実際の運用と課題の検討のための研究」

子宮頸がん検診の科学的根拠

- 有効性評価に基づく子宮頸がん検診ガイドライン2019年度版
（国立がん研究センター社会と健康研究センター）

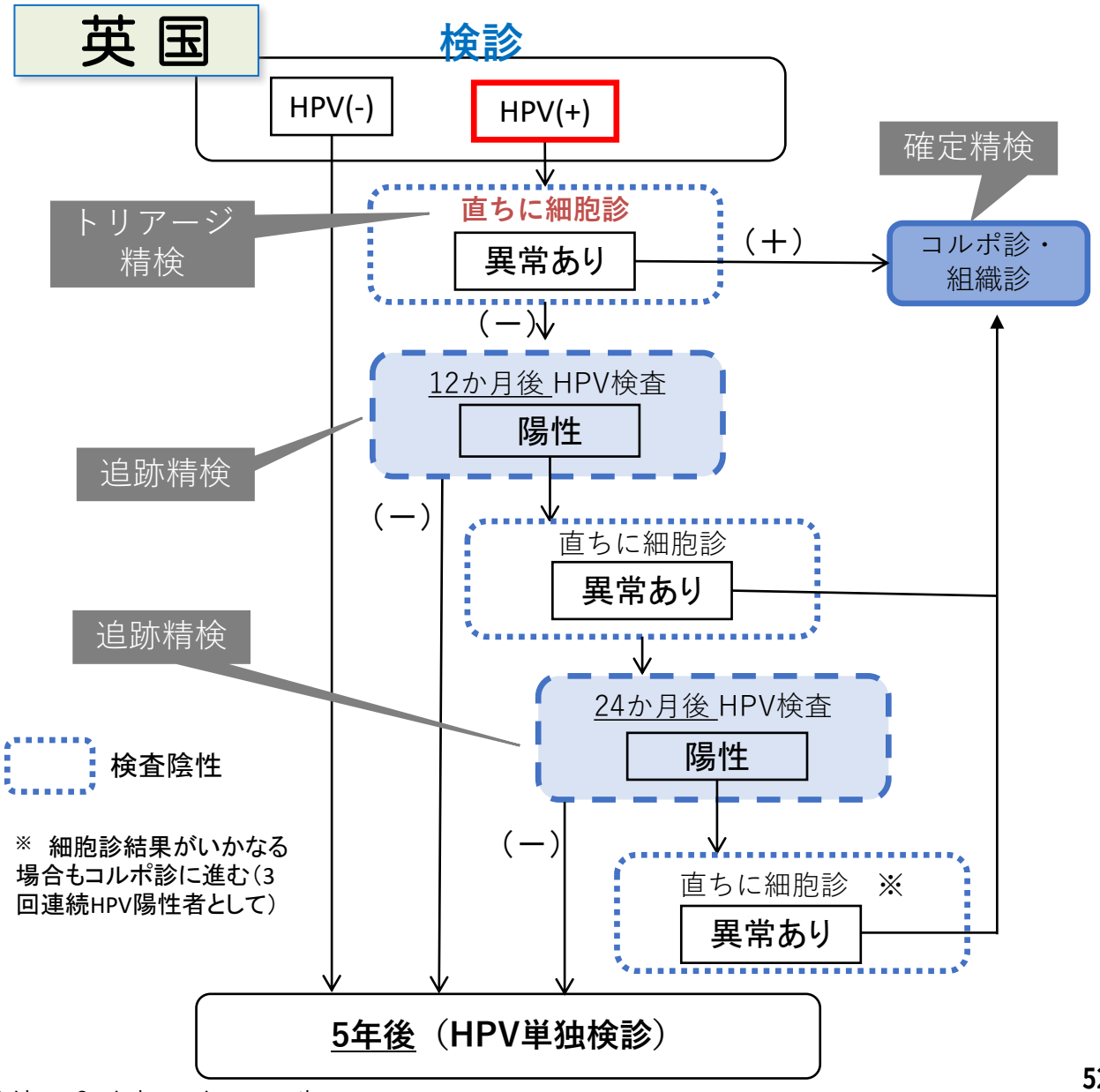
検査法	内容	推奨度
細胞診単独法	20-69歳、2年に1回	A：対策型検診・任意型検診としての実施を推奨
HPV検査単独法	30-60歳、5年に1回	A：対策型検診・任意型検診としての実施を推奨
HPV検査+細胞診併用法	30-60歳、5年に1回	C：課題が解消された場合に限り、 対策型検診・任意型検診として実施できる

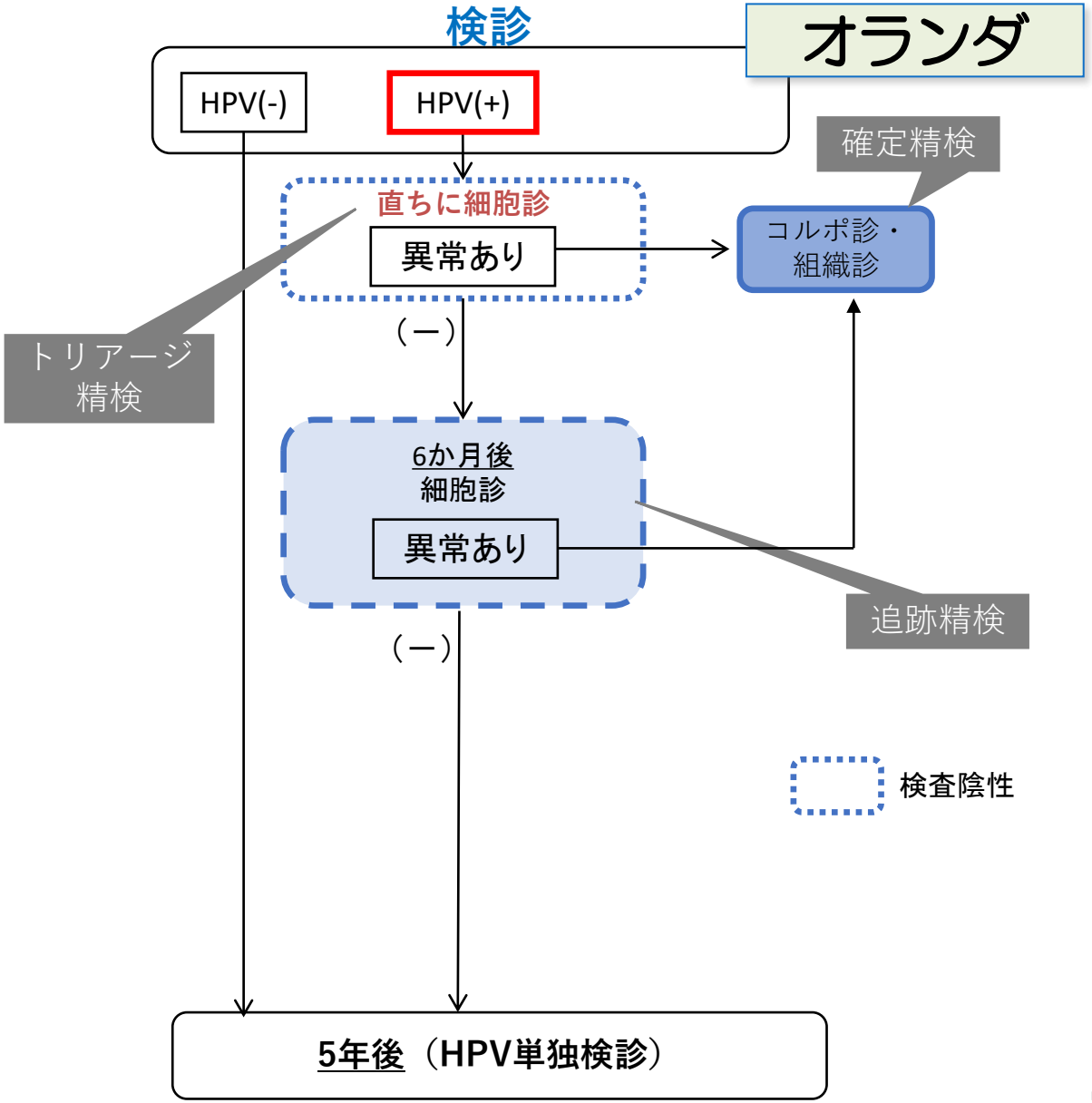
併用法（C）を採用するより現行の細胞診単独法（A)を続ける方が良い

HPV検査の国の指針への導入を検討するのは**HPV単独法のみ**

520

海外の国家的なHPV単独検診のアルゴリズム





Guidance Cervical screening care pathway
https://www.gov.uk/government/publications/cervical-screening-care-pathway/cervical-screening-care-pathway より作図

https://www.rivm.nl/documenten/framework-for-execution-of-cervical-cancer-population-screening より作図

「HPV陽性/細胞診陰性者の管理」についての文献検索

- 背景
  HPV検査を用いた子宮頸がん検診では、HPV検査結果が陽性、
  細胞診結果が陰性（NILM）というケースが一定数発生する。

- 目的
  HPV陽性/細胞診陰性の結果が得られた場合の、その後の対応について
  検討が可能な文献を精査する。

【文献調査のポイント】

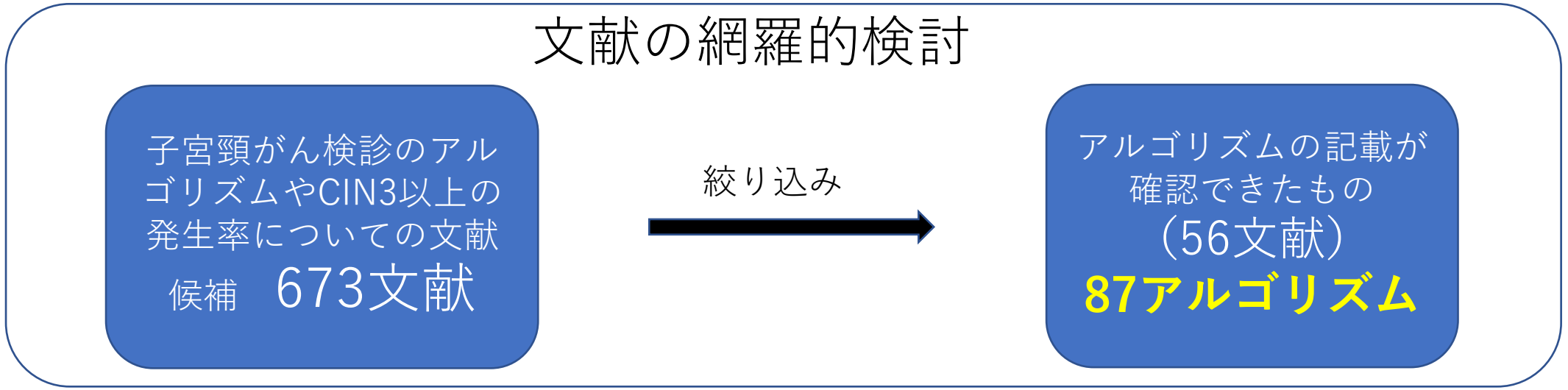
- HPV陽性/細胞診陰性のその後の対応（アルゴリズム）に関する記載があるか
- HPV陽性/細胞診陰性者から発生するCIN3以上の発生状況（累積罹患）に関する記載があるか
- 検診のアルゴリズムが検討できるような記載があるか

など

522

HPV検査を使った検診アルゴリズムの調査

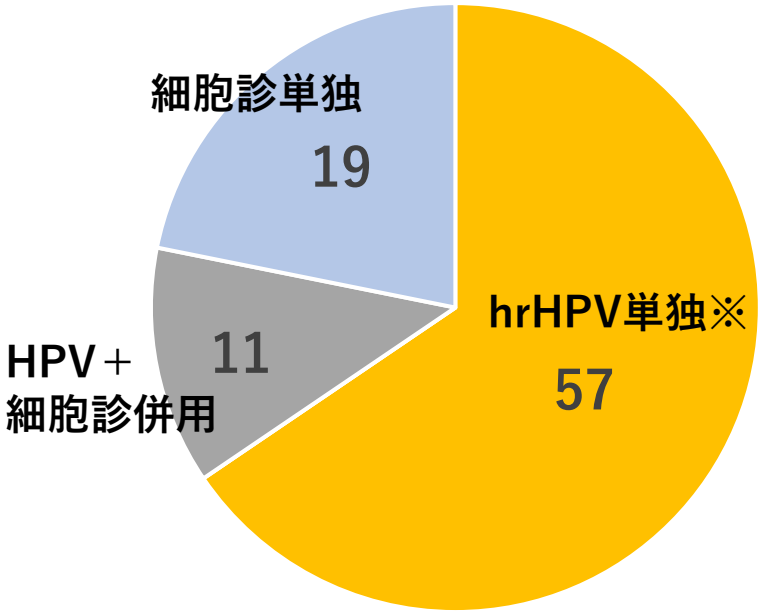
- アルゴリズムは検診実施主体によってさまざま、何種類もあるようだ
- どれがいいか？



厚生労働科学研究費補助金 がん対策推進総合研究事業
「子宮頸がん検診におけるHPV検査導入に向けた実際の運用と課題の検討のための研究」

文献中の87アルゴリズムの検診手法（スクリーニング方法）

hrHPV単独※）での検診のアルゴリズムが最も多かった（66%）



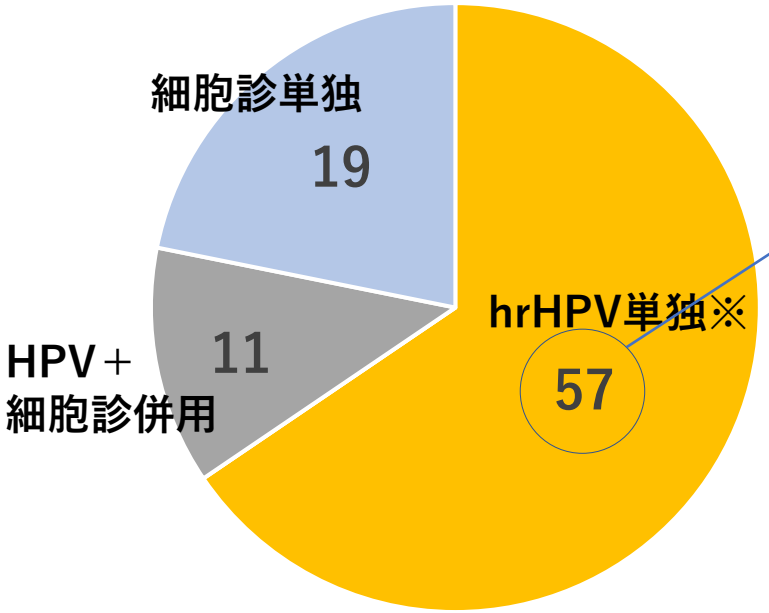
hrHPV: high-risk human papillomavirus

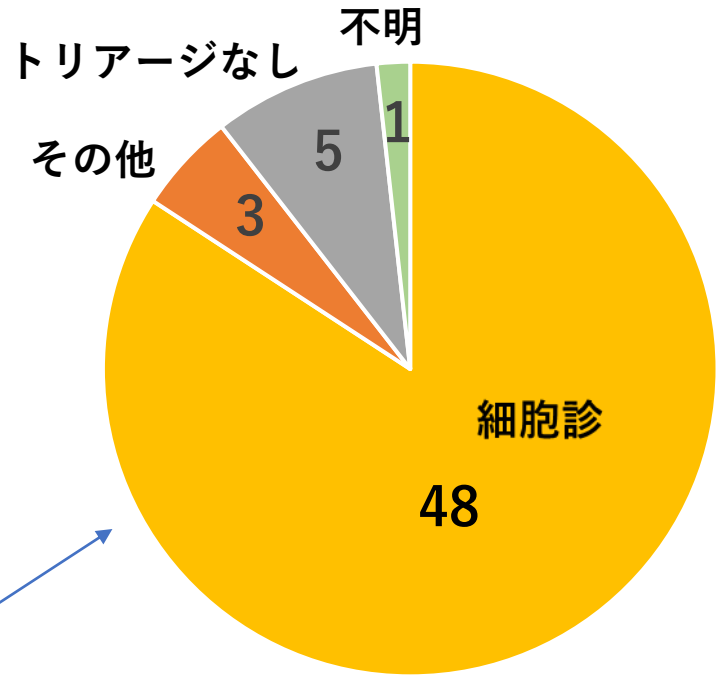
※） 16，18型簡易型判定を含む

524

文献中の87アルゴリズムの検診手法（スクリーニング方法）

hrHPV単独※）での検診のアルゴリズムが最も多かった（66%）





HPV単独法57アルゴリズムで示されたトリアージの方法

トリアージの方法は48アルゴリズム（84%）で細胞診

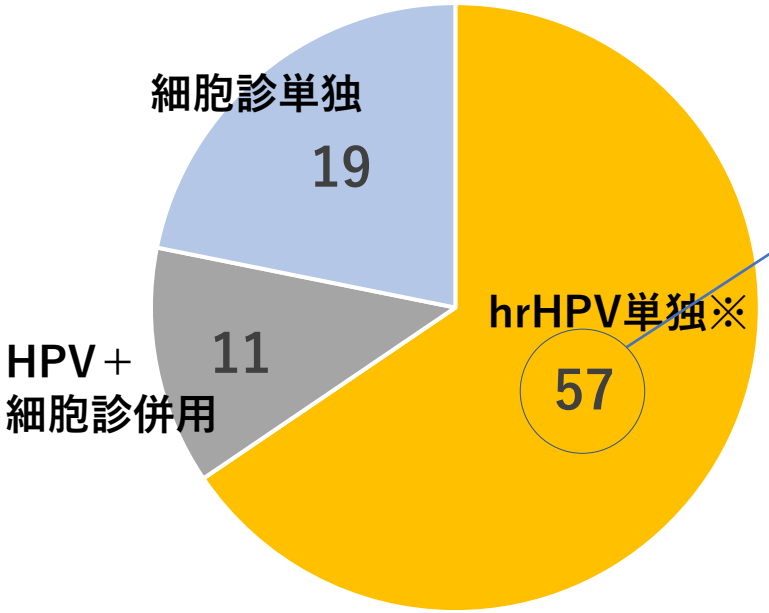
hrHPV: high-risk human papilloma virus

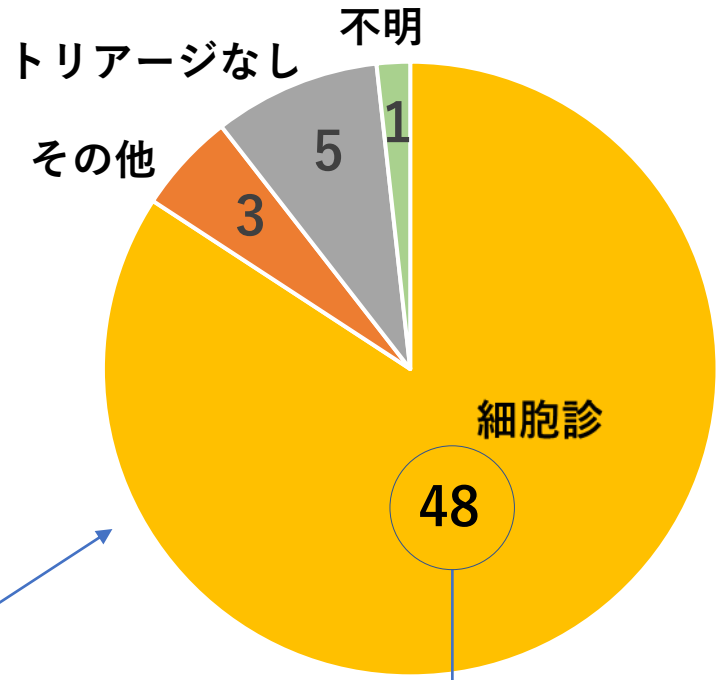
※） 16，18型簡易型判定を含む

525

文献中の87アルゴリズムの検診手法（スクリーニング方法）

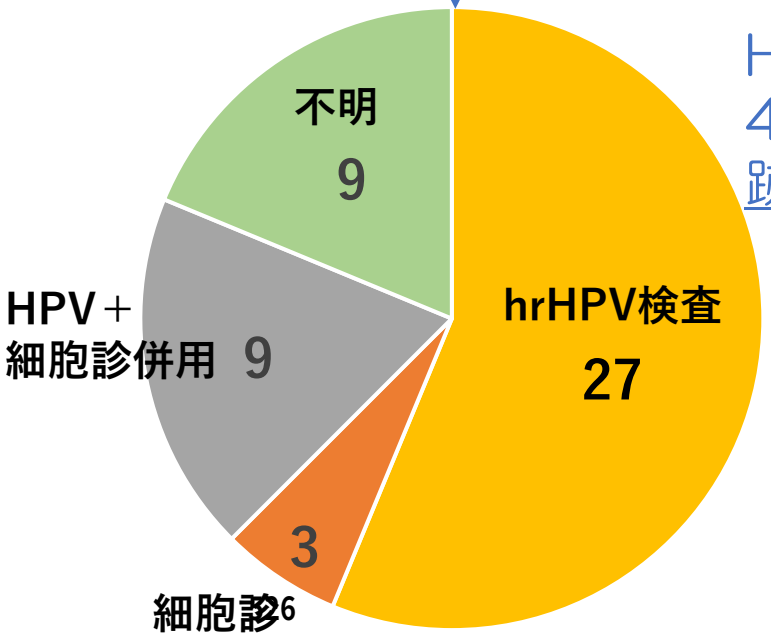
hrHPV単独※）での検診のアルゴリズムが最も多かった（66%）





HPV単独法57アルゴリズムで示されたトリアージの方法

トリアージの方法は48アルゴリズム（84%）で細胞診



HPV単独・細胞診トリアージ48アルゴリズムで示された追跡精検の方法

追跡精検の方法は27アルゴリズム（56%）でhrHPV検査

hrHPV: high-risk human papilloma virus

※） 16，18型簡易型判定を含む

文献上で最も頻度の高いアルゴリズムは

- 検診の方法：HPV（ハイリスクグループ）検査
  ↓
- トリアージの検査：細胞診
  ↓
- 追跡精検の検査：HPV（ハイリスクグループ）検査

これを念頭に、なるべく簡単で運用上負担の少ないアルゴリズムを目指す

527

HPV検査単独での子宮頸がん検診の実施に関する調査（自治体対象）

- 背景：
  - 細胞診単独→HPV検査単独により
  - 要精検の定義、検診結果ごとに次に実施することが変更になる
  - 検診間隔が2年から5年になる、など
- 目的：
  - HPV検査単独での子宮頸がん検診が導入された場合、現時点で想定される自治体での対応が可能かどうかの感触を自治体担当者の視点で確認する
- 対象：
  - 「子宮頸がん検診における細胞診とHPV検査併用の有用性に関する研究」[#)]（AMED青木班）に参加の39自治体
- 調査時期：2022年11月17日～2022年11月30日
- 調査内容：
  - 5年間隔での検診受診勧奨
  - トリアージ精検（細胞診）の実施
  - トリアージ精検「異常あり」に対する確定精検の実施
  - トリアージ精検「異常なし」に対する追跡精検の実施
  - 追跡精検「異常あり」に対する確定精検の実施
- 回答数：29自治体（74.4%）

528

これらの実施可能性の有無と、
実施不可能/不明の場合の理由を調査

[#)] 国立研究開発法人日本医療研究開発機構 革新的がん医療実用化研究事業

1. トリアージ精検、追跡精検#）の受診勧奨および結果把握

- トリアージ精検「異常あり」に対して、確定精検の受診勧奨＆結果把握が可能か？：19自治体（**65.5%**）
- トリアージ精検「異常なし」に対して、追跡精検の受診勧奨＆結果把握が可能か？：11自治体（**37.9%**）
- 追跡精検「異常あり」に対して、確定精検の受診勧奨＆結果把握が可能か？：14自治体（**48.3%**）

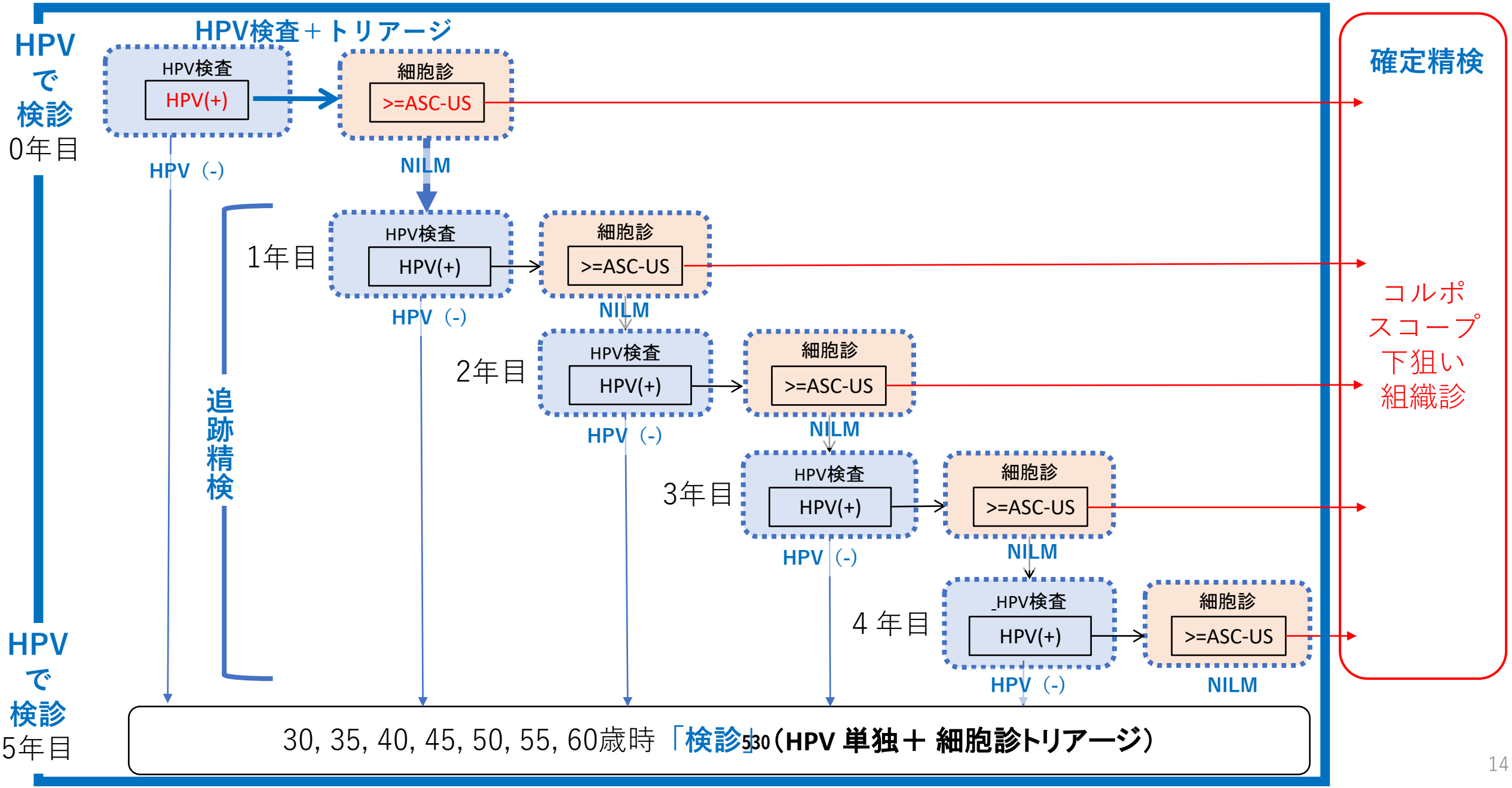
2. 検診間隔が5年になる

- 受診勧奨と、5年以内の受診の制限が可能か？：12自治体（**41.4%**）

529#）追跡精検の具体的方法を提示せずに行った調査結果

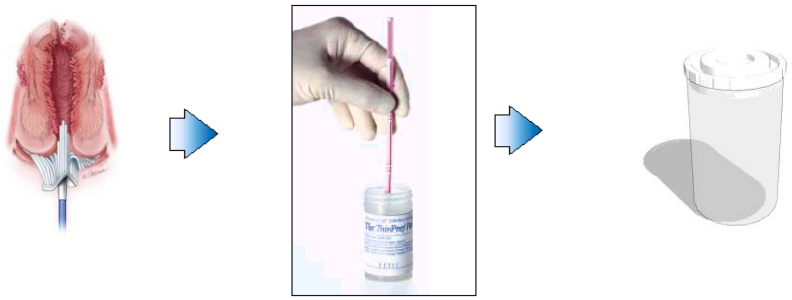
検診（HPV検査）、トリアージ（細胞診）、追跡精検（HPV検査）

精密検査機関



対応策：HPV検査陽性の検体で細胞診を実施する
―液状化検体による検体採取―

液状化検体とは



【特 徴】

- 細胞を採取したとき、細胞を保存液の中で保存することができる.
- １つの液状化検体で複数の検査ができる.
- 液状化検体が1個あれば、HPV検査も細胞診（トリアージ）もできる.
- 細胞診の感度･特異度は従来法と同等.

HPV検査＋細胞診トリアージを1回の検査で



検体採取（液状化検体）



HPV検査施設：HPV検査 → **HPV陰性**

HPV(−)に対して細胞診を行ってはいけない！

陽性のときだけ

検査機関

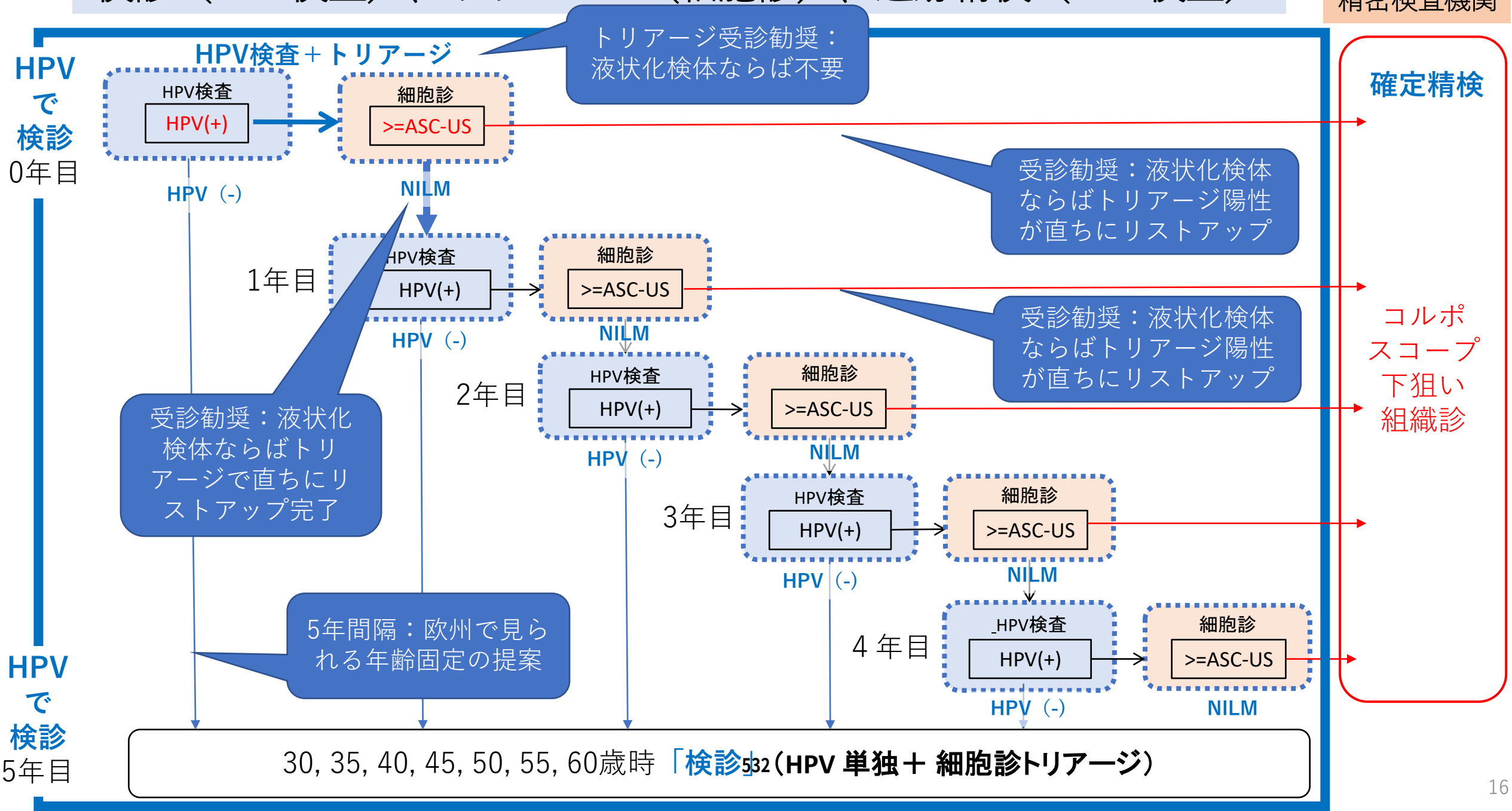
細胞診判定施設：細胞診判定 → **HPV陽性・細胞診陽性**

HPV陽性・細胞診陰性

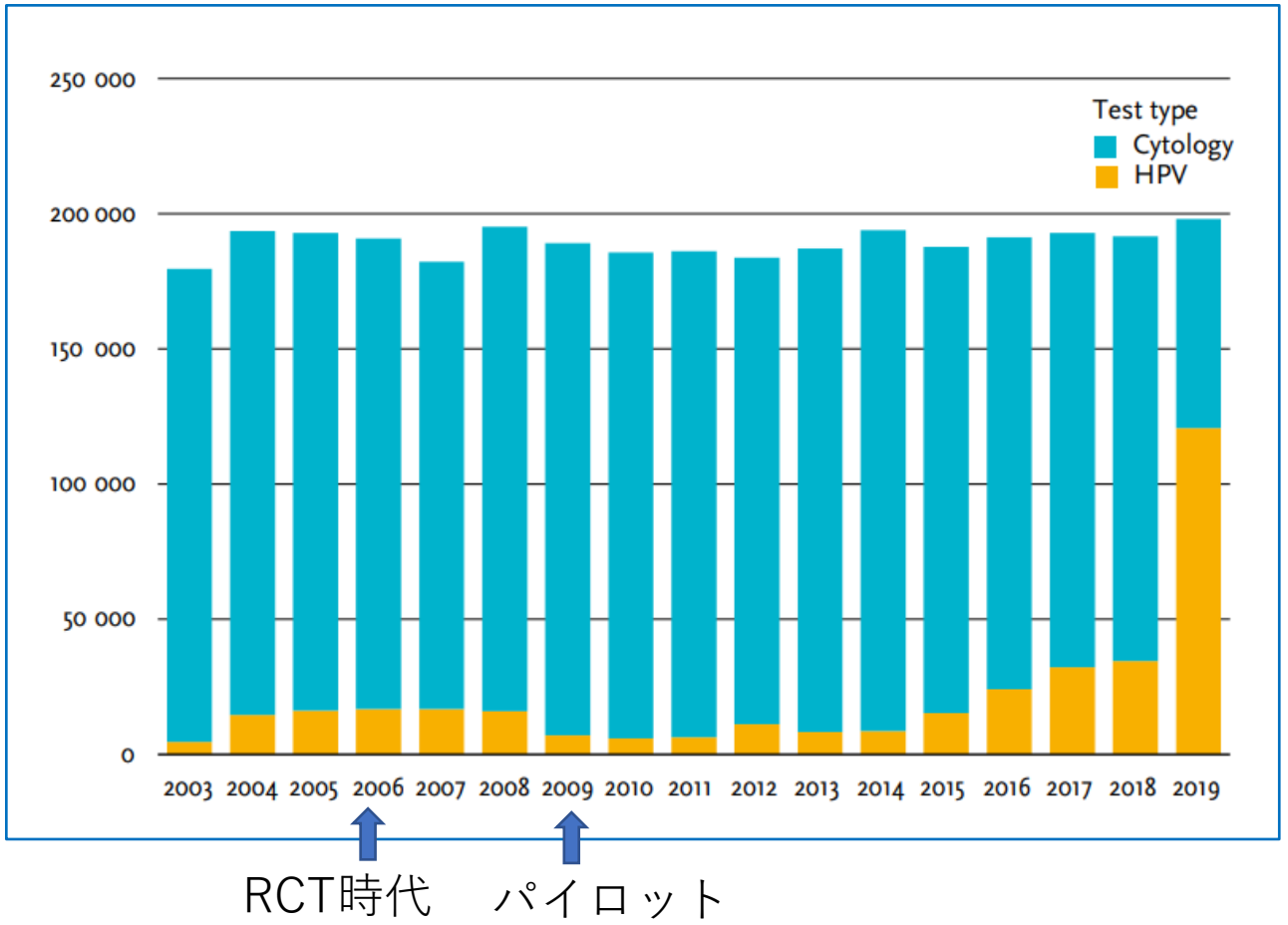
531

検診（HPV検査）、トリアージ（細胞診）、追跡精検（HPV検査）

精密検査機関



フィンランドにおけるHPV-テストの自治体単位での導入の例



- 30歳以上に推奨しているのはHPV検査（ハイリスクグループ）、そして細胞診でトリアージ
- 国際的に認められた検証済みのHPV検査基準に準拠した検査のみを使用
- HPVテストは、HPV タイプ *16，18，31，33，35，39，45，51，52，56，58，59，68* を対象
- 実施体制を整備できる自治体から開始して現在進行中

HPV単独検診を目途とした場合の目下の課題

- 年齢によって方法が異なる．20-30歳：細胞診，30歳以上：HPV単独法
- 実施体制の整備には相応の時間が必要
- 液状検体を導入する際には、検診実施機関と検査機関との間で検体および情報の流れの確立する必要がある
- 追跡精検「異常あり」と判定された者に対する確定精検の受診勧奨および結果把握
  → 医師の理解と協力が不可欠
- 検診間隔が5年になる、5年以内の受診を制限するしくみが構築できるか
  → 医師・受診者の理解と協力が不可欠
- これらを含めて、国からの医師・医療機関への十分な説明と協力要請に期待
- 運用に関する課題抽出のためのパイロット的な事業の必要性

534

第38回がん検診のあり方に関する検討会	資料３
令和５年６月２日	

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

職域におけるがん検診について

厚生労働省

健康局　がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

職域におけるがん検診について

○ 第４期がん対策推進基本計画において、職域におけるがん検診に関連して取り組むべき施策として、以下のように言及されている。

（第４期がん対策推進基本計画より引用）

- 国は、実施主体によらずがん検診を一体的に進めることができるよう、職域におけるがん検診について、実施状況の継続的な把握及び適切な実施に向けた課題の整理を行い、必要に応じて、その法的な位置づけも含め、がん検診全体の制度設計について検討する。

○ 当課では、職域におけるがん検診の実施状況把握のため、下記の健康保険組合等からのヒアリングを実施した。

- ジャパンディスプレイ健康保険組合
- 資生堂健康保険組合
- パナソニック健康保険組合
- 非公表
- 非公表（健康保険組合が保険者機能の強化を目的に情報交換や研究を行うために自主的に組織した団体）

ヒアリング結果
①　精度管理の向上について

保険者側の課題意識

○ 検診結果の判定区分及びフォーマットの統一

- ➢ 以下のような観点から、検診受診率や精検受診率の算出を行う上で問題となっているという意見があった。
  - ✓ 検診機関や検診委託業者によって判定区分にばらつきがある。
  - ✓ 検診機関や検診委託業者によって結果のフォーマットにばらつきがある。

○ レセプトを用いた精度管理体制について

- ➢ 以下のような観点から、現状、実施することが難しいという意見があった。
  - ✓ レセプト情報と精密検査受診を照らし合わせる作業を行うとして、その業務だけに携わる人員を確保することはできず、他の業務と同時に行うことも難しい。
  - ✓ レセプトから精密検査実施と判断する基準が不明である。

対応案

○ 検診結果の判定区分及びフォーマットを作成・通知してはどうか。

○ 厚生労働科学研究費補助金「職域におけるレセプトを用いたがん検診精度度管理指標の計測システムの開発と実装に関する研究」（令和４～６年度、研究代表者：祖父江友孝）において、現在、レセプトを用いた精度管理体制に係る研究を行っており、進捗状況を見つつ引き続き検討してはどうか。

ヒアリング結果
②　がん検診の科学的根拠や精度管理の好事例の横展開について

保険者側の課題意識

○ 保険者に対する「職域におけるがん検診に関するマニュアル」の普及・啓発

- ➢ 以下のような観点から、マニュアルが十分に活用されていないという意見があった。
  - ✓ 科学的根拠に基づくがん検診について理解できないまま検診内容を決定している保険者も見られる。
  - ✓ 内容について理解はしていても、マニュアル通りに実施できていない保険者も見られる。
  - ✓ 特に、精度管理について実施が不十分と認識している。

対応案

○ 保険者と連携した企業向け研修の実施を検討してはどうか。

○ 自治体での好事例の横展開のため、例えば、保険者が主催する勉強会に自治体職員を講師として招聘できるよう調整してはどうか。

参考資料１（各組合の概要・意見一覧）

基本事項			主なご意見					
日程	組合名	概要	「職域におけるがん検診のマニュアル」の活用について	精度管理について	検診結果について	保険者インセンティブ制度について	レセプトによる精度管理について	がん検診実施の法的根拠について
R5.2	ジャパンディスプレイ健康保険組合	・被保険者数：3,300名 ・総加入者数：7,200名 ・平均年齢：48.44歳 ・適用事業所数：4カ所	「健康保険組合事業運営基準」「健康保険組合事業運営指針」などとリンクして、保険者へのマニュアルの普及・啓発を進めてはどうか	①保険者における精度管理方針を提示してほしい ②50％のがん検診を実施している自治体と近い精度管理をすることを目標にしてほしい	①判定区分/データフォーマットを統一してほしい ②事業主への結果報告の標準化により企業ががん検診含め健康管理を行うことが精度管理向上にもつながる	①全国に支店のある企業では市町村との連携が現実的でない ②精度管理のインセンティブは精密検査受診率をみるのみ③職域で受けていた方が地域で受けるようになった場合、自治体・健保間で分母の重複、分子の取り合いをしているだけ	システムによるレセプトの確認の精度、簡便性は向上している 普及拡大を期待する マンパワー不足の保険者では電話やメールでの確認は難しい	労働安全衛生法内に位置づけてほしいが、財政的な事情が様々であり実現は難しいように思われる
R5.2	パナソニック健康保険組合	・被保険者数：153,254名 ・適用事業所数：168カ所	（回答なし）	検診委託機関毎のばらつきが大きい	（回答なし）	（回答なし）	①マンパワーが不足している ②レセプト活用したと判断する基準を作成してほしい	労働安全衛生法内に位置付けてほしい
R5.3	資生堂健康保険組合	・被保険者数：22,410名 ・総加入者数：30,764名 ・平均年齢：42.44歳 ・適用事業所数：19カ所	保険者への普及・啓発の必要性がある	（回答なし）	判定区分/データフォーマットを統一してほしい	全保険者が要精検者を把握しきれない	レセプト、検診結果を活用し、簡単に精度管理指標を算出できるアプリケーションの配布を期待する	科学的根拠に欠ける検診が蔓延している現状を鑑みると、何らかの法整備は必要と考える

参考資料２（各組合の概要・意見一覧）

基本事項			主なご意見					
日程	組合名	概要	「職域におけるがん検診のマニュアル」の活用について	精度管理について	検診結果について	保険者インセンティブ制度について	レセプトによる精度管理について	がん検診実施の法的根拠について
R5.3	（非公表）	・被保険者数：45,143名 ・総加入者数：74,811名 ・適用事業所数：59カ所	マニュアルの内容理解はできているが、実施できていない	現状の精度管理では不十分と感じている	（回答なし）	（回答なし）	現状では実施困難である	法的根拠がないことにより、受診勧奨に支障をきたしている
R5.4	健康保険組合が保険者機能の強化を目的に情報交換や研究を行うために自主的に組織した団体 （団体名非公表）	（非公表）	保険者への普及・啓発の必要性がある	自治体の取組を共有してほしい	①判定区分/データフォーマットを統一してほしい ②事業主への結果報告状況は事業者により様々である（一部の事業主では安全配慮義務の観点から結果を入手しないようにしている）	（回答なし）	（回答なし）	（回答なし）

第 38 回がん検診のあり方に関する検討会	資料４－１
令和５年６月２日（金）	

がん検診事業のあり方について

（案）

令和５年６月

がん検診のあり方に関する検討会

目次

はじめに 1
第１章.　がん検診に関する基本的事項 2
１．１．　がん検診の目的、健診・検診・診療の違い 2
１．２．　がん検診の利益と不利益（表2） 2
１．３．　検診実施の原則 4
１．４．　がん対策としての国際的ながん検診のモデル （Organized screening)（※１－４） 5
第2章.　日本におけるがん検診 8
２．１．　がん検診の歴史（表５） 8
２．２．　がん検診に関連する法令等 9
（１） 市町村事業によるがん検診（住民検診） 9
（２） 職域検診 9
（３） その他の検診 9
２．３．　日本の目指すべきがん検診の実施方法 10
（１） 日本におけるがん検診の現状 10
（２） 日本で Organized screening を目指すための取組（がん対策推進基本計画の目標） 10
第3章.　がん検診における精度管理の手法 19
３．１．　住民検診の精度管理手法 19
（１） 目標と標準の設定（第 1 段階） 19
（２） 質と達成度のモニタリング（第 2 段階） 25
（３） 指標の分析・評価、改善に向けた取組（第 3 段階） 27
（４） 住民検診の精度管理上の留意点 28
３．２．　職域検診の精度管理手法 31
３．３．　精度管理における地域・職域連携 33
第4章　がん検診の受診率向上の手法 34
４．１．　個別受診勧奨・再勧奨の徹底 34
４．２．　その他の主な受診率向上対策 34
（１） がん検診の意義や必要性に対する理解度向上の取組 354
（２） 対象年齢層を設定した重点受診勧奨の実施 35
（３） 受診者の利便性向上に向けた取組 35
（４） 検診受診者、検診提供者へのインセンティブ 35
第5章　対策型検診事業評価の全体像と今後の課題 37
５．１．　事業評価の全体像 37
５．２．　現在行われている事業評価（住民検診） 38
５．３．　今後の検討課題 39
「がん検診事業の評価に関する研究」班　班員名簿 40
別添1　Wilson＆Jungner による検診に関する 10 原則の見直し 41

別添2－1　がん検診に関する根拠法令、通知通達の一覧（抜粋） 44
別添2－2　高齢者の医療の確保に関する法律・労働安全衛生法（抜粋） 47
別添3　がん対策推進基本計画（第1期、第2期、第3期）の要点 48
別添4　指針で定めるがん検診の内容 50
別添5　事業評価のためのチェックリスト（令和5　年3　月末時点） 52
別添6　プロセス指標の基準値一覧 118
別添7　がん検診に関する自治体からの照会及び回答 126
別添8　「職域におけるがん検診に関するマニュアル(厚生労働省、平成 30 年 3 月)」（抜粋） 153
別添9－1「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に基づかない検診の実施状況（2019 年）
..... 156
別添9－2－1　「事業評価のためのチェックリスト（市区町村用）」の遵守状況」 158
別添9－2－2　精検受診率（2018 年） 162
別添9－3　がん検診の受診率（都道府県別）（2019 年） 165
別添10　今後のわが国におけるがん検診に関する検討課題及び主な意見 168

はじめに

がん対策推進基本計画（第 3 期）では、がん死亡率減少を目的として「科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」が全体目標の一つに掲げられ、「科学的根拠のある検診の実施」、「精度管理体制の整備」、「受診率向上」が求められている。このうち精度管理体制の整備については、「がん検診に関する検討会（平成 15～平成 20 年）」、「がん検診事業の評価に関する委員会(平成 19～20 年）」で検討され、平成 20 年の「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方報告書（以下、報告書）」で初めて方針が示された。これより「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（以下、指針）」が策定され、厚生労働省は「市町村事業によるがん検診（住民検診）」の実施主体である市区町村に対し、同報告書に沿った精度管理を行うことを通知した（厚生労働省健康局長通知）。その後 10 年間で住民検診の体制整備は進み、精度管理水準は改善傾向にある。一方職域検診については、住民検診から 10 年遅れて「職域におけるがん検診に関するマニュアル」が公表され、国全体としての精度管理の取組がようやく始まった状況にある。

がん検診における精度管理は、「指標の設定」、「指標のモニタリング・評価」、「評価のフィードバックと改善」を繰り返すことが重要であり、精度管理水準の改善に応じて指標を修正することにより、更に高い精度を目指した適切な管理が可能となる。平成 20 年以降、国、厚生労働省研究班、国立がん研究センター等は連携してこれらの体制構築を進め、全国の精度管理指標のモニタリング、指標の見直しを行ってきた。またこの間に指針は必要に応じて改正された。これらより、報告書当時と現在の精度管理状況に乖離が生じたため、今後の更なる精度管理水準の向上のために報告書改定版をまとめることとなった。

改定版では、地域・職域によらず全てのがん検診が適切に行われることを目指し、関係者が必要とする情報を体系的に示しており、これを参考にすることにより、がん死亡率減少に資する適切ながん検診が行われることを期待する。

第1章. がん検診に関する基本的事項

１．１． がん検診の目的、健診・検診・診療の違い

がん検診は当該がんの死亡率減少を目的として（※1）、無症状の健康な集団から当該がんの疑いのある者とない者を選別し、前者を適切な治療に、後者を次回の検診に導く一連のプログラムである（※2、3）。

一般的に健康診査には「健診」と「検診」があるが、「健診」は「健康づくりの観点から経時的に状態を把握することが望ましい検査群」であり、「検診」は「特定の疾患自体を確認するための検査群」である（※4）。「健診」では疾患のリスク因子を発見して生活習慣の改善に導くことが重要であり、「検診」では疾患を発見して適切な治療に導くことが重要である。

「健診」・「検診」の対象は無症状の健康な者であり、対象疾患である者の割合（有病率）が低いため、検査の緊急性は低い。そのため、元々健康な者に対し、検査による不利益を与えないことが最優先される。一方「診療」は、有症状者が対象であり有病率や緊急性が高いため、正確に診断することが最優先され、不利益はある程度許容される（表1）。

以上のように「健診」、「検診」、「診療」は対象や目的が異なり、それによって重視すべきポイントも大きく異なる。そのため、それらの原則や効果を得るための要件が異なり、注意が必要である。これらを混同したままに検診を行うことは、検診の死亡率減少効果（利益）を妨げ、健常者の不利益を増加することにつながる（１．２参照）。以上の背景をふまえ、本報告書では、がん死亡率減少を目的とした、がん対策としての「がん検診」について記述する。

※1 大腸がん検診、子宮頸がん検診では、前がん病変の発見による当該がんの罹患率減少も目的とする。

※2 がん検診の対象は当該臓器のがんであり、がん以外の疾患や当該臓器以外のがんは対象にならない。

※3 がん検診は「検査」以外にも複数の工程を含むプログラムであり、「対象者の設定」、「受診勧奨」、「要精検者（当該がんの疑いのある者）の特定」、「検診結果の通知」、「精密検査への誘導」、「精密検査結果の把握」、「検診結果の分析・評価」などにより構成される。

※4 厚生労働省「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針（令和 2 年 2 月一部改正）より引用・改変。

１．２． がん検診の利益と不利益（表2）

がん検診には利益と不利益がある。一般的に最大の利益は当該がんの死亡率減少である。しばしば発見率（受診者に対して発見されたがんの割合）が高いことが、がん検診の有効性の指標と誤解されるが、がん発見率が高い検査を実施しても死亡率が減少するとは限らない。つまり死亡率減少効果が確認されない限り、有効ながん検診とは評価できない。その他の利益として、がん検診でがんの疑

いがないと判定された者が得られる安心が挙げられる。一方不利益としては、検診や精密検査によって発生する偶発症、過剰診断による過剰治療や精神的負担の増加、偽陽性による精神的、身体的、経済的な負担、偽陰性による治療の遅れなどが挙げられる（※1、2）。

※1　偽陽性：がんがないにもかかわらず、がんの疑いがあると判定されること
　　偽陰性：がんがあるにもかかわらず、がんの疑いがないと判定されること
　　過剰診断：生命予後に影響しないがんを発見すること

※2　検診では偽陽性、偽陰性がともにゼロになることはなく、他の医療介入と同様に必ず不利益が起こる点に注意が必要である。

表1　健診・検診・診療の違い

	健診	検診	診療
	Health check up	Screening	Medical care
目的	疾患のリスクがある者をふるい分け、生活習慣の改善に導く 最終目標は疾病の発症及び重症化の予防	疾患の疑いがある者をふるい分け、適切な診断・治療に導く がん検診の最終目標は がんの死亡率減少	有症状者への適切な診断・治療
対象	無症状の健常者	無症状の健常者	症状のある者
有病率	低い	低い	高い
緊急性	低い	低い	高い
重視すべき点	不利益を最小限にすること	不利益を最小限にすること	正確に診断すること

表2　がん検診の利益と不利益

利益	不利益
がん死亡率減少 真陰性者の安心	検診・精密検査の偶発症 （バリウム誤嚥、放射線被ばく、内視鏡での出血・穿孔など） 過剰診断 （過剰治療、精神的負担） 偽陽性 （本来不要な精密検査による精神的、身体的、経済的負担） 偽陰性 （治療の遅延など）

１．３．　検診実施の原則

検診の対象となる健常者は、症状のある患者とはリスクが異なること、検診には不利益が必発であることなどから、検診には診療とは異なる原則が必要となる。

1968 年に世界保健機関（WHO）が公表した Wilson＆Jungner による検診実施の原則は、対策として検診導入を決定する際の基本的な原則である（表３－１）。その後の医療技術の進歩により新しい検査法やプログラムが開発されるなかで、追加的な原則が求められるようになった。2007 年に Andermann らは、過去 40 年間に諸外国から公表された原則をレビューして統合し、WHO から新たな原則として公表した（表３－２）。この原則には「消費者保護、情報に基づいた選択、科学的根拠に基づいた医療、費用対効果、品質保証、意思決定者の説明責任」など、近年関心が高い項目が反映されている。Wilson＆Jungner による原則を再検討する試みは現在でも続いている（別添１）。

表3-1　Wilson＆Jungnerによる検診実施の原則

	スクリーニングを計画する際の原則
1	スクリーニングの対象疾患は健康上の重要な問題である。
2	スクリーニングの結果、診断された疾患を有する患者のために、〔有益性が〕認められた治療法が存在する。
3	スクリーニングの結果診断された疾患に対して診断及び治療が可能な医療機関が存在する。
4	スクリーニングの対象疾患は症状が発現する前の、または初期症状を呈する段階があり、その段階での診断が可能である。
5	スクリーニングのための適切な検査または診察方法がある。
6	スクリーニングに用いられる検査は集団に受け入れられるものである〔（対象者に嫌がられるような検査ではない）〕。
7	スクリーニングの対象疾患は、症状が発現する前の段階から発症した段階に至るまでを含む自然史が十分に理解されている。
8	どのような者を患者として治療するかについて一致した方針がある。
9	患者の見つけ出し（診断から治療までを含む）の費用は、医療に支出される費用の全額と比べても経済的にバランスがとれている。
10	患者の見つけ出しは継続的に実施されるプロセスであり、「一度きり」の事業ではない。

出典：Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease Geneva: WHO; 1968.

表3-2　Andermann らによる検診実施の原則 （研究班訳）

	過去 40 年間に提案された原則の統合
1	検診プログラムの必要性が認識されている
2	検診の目的がはじめに定義されている
3	対象集団が定義されている
4	検診プログラムの科学的根拠がある
5	検診プログラムでは教育、検査、診療、プログラム管理が統合されている
6	検診の潜在的リスクを最小化するためのメカニズムを備えた精度管理が行われる
7	プログラムでは情報に基づいた選択、機密性、自律性が確保される
8	プログラムでは対象集団の公平性と検診へのアクセスが促進される
9	プログラムの評価がはじめから計画されている
10	検診の全体的な利益が不利益を上回る

出典：Anne Andermann, et.al. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. Bull World Health Organ. 2008.

１．４．　がん対策としての国際的ながん検診のモデル （Organized screening)（※１－４）

2003 年に欧州連合理事会（The Council of the European Union）は、Wilson＆Jungnerによる原則や国際的な好事例をふまえて、がん対策としての適切ながん検診実施方法に関する勧告を行った。勧告では、検診をプログラムとして行い（検査項目、検診間隔、対象者の定義等を文書化し公開すること）、かつ対策型検診（Population-based）の方式（適格な対象集団を特定し、対象者を個別に勧奨する方式） で実施することとされた。現在この手法は「Organized screening」として EU や WHO から推奨されている。

Organized screening では、上記の定義のほかにも、高度なプログラム管理の必要性が要件として内包されており、実施チームが国あるいは地域レベルで設置され、プログラムの管理・評価を行う。さらに、マネジメントに必要な精度管理のガイドラインや仕組みも策定される。科学的根拠のある検診が、品質保証体制のもと高い質で提供されるため、高い受診率や精検受診率が維持される。つまり検診の全工程が組織化されることにより、検診の利益の最大化、不利益の最小化が期待できる（表4、※5）。今後日本においても「対策型検診」を Organized screening の水準に引き上げることが求められる（対策型検診の説明は第2章参照）。

表4　Organized screening と Opportunistic screening（任意型検診）の比較

	Organized screening	Opportunistic　screening（任意型検診）
検診の目的	対象集団におけるがんの死亡率・罹患率の減少	個人レベルにおけるがんの死亡率・罹患率の減少

検診方法	確定している （政府等の公的組織が選択する）	確定していない （受診者や検診提供者が個々に選択する）
検査の感度	・感度が高い検査が選択されるとは限らない。 ・検査やプログラムの感度について目標が設定され、達成度がモニタリングされる	・一般的に感度の高い検査が選択される。 ・検査やプログラムの感度はモニタリングされない
検査の特異度	高いことが重視される （偽陽性に伴う不必要な精密検査による偶発症を避けるため）	あまり重視されない
検診間隔	確定している （合理的なコストの範囲で、集団の利益を最大化するように選択される）	確定していない （個人の利益が最大化されるように選択される。一般的に検診間隔は短くなる）
利用可能な財源	制限がある （医療費全体の支出とのバランスが考慮される）	個人の財源や加入する保険によって異なる
検査技術の評価	利益が不利益を上回ることの確認が必須	必ずしも有効性の実証は必要ない
品質保証	目標が設定され、その達成度がモニタリングされる 最高の質で検診が提供され、定期的に目標が見直される	質の目標は設定されない。 （もしくは目標があっても、その達成度はモニタリングされない）
受診率の目標	目標が設定され、その達成度がモニタリングされる。受診率が低い場合は組織的な改善が行われる	目標は設定されない。 （もしくは目標があっても、その達成度はモニタリングされない）
受診勧奨の対象者	確定している （検診対象者全員）	確定していない （かかりつけ医がいる者など、医療従事者と会う機会がある者のみ勧奨される）
受診勧奨の戦略	ある （対象者全員が勧奨される）	一貫した戦略はない
勧奨の対象者とがんリスク	検診により最も高い利益を受ける可能性のある年齢層が勧奨される	がんのリスクが低い者が勧奨され、高い者が勧奨されない可能性がありうる
受診機会の公平性	公平性は担保される	公平性が担保されることが望ましいが、医療資源の状況によっては公平性を欠く場合がある
検診の利益	対象集団の利益が最大化される	個人の利益が最大化される
検診の不利益	対象集団の不利益が最小化される	不利益は必ずしも最小化されない

※1 Hakama M, et al. Evaluation of screening programmes for gynecological cancer. Br J Cancer. 1985; 52: 669–73.

※2 Council Recommendation of 2 December 2003 on Cancer Screening (2003/878/EC).OJ L 327: 34–38

※3 Cancer Control: Knowledge into Action: WHO Guide for Effective Programmes: Module 3: Early Detection. World Health Organization; 2007.

※4 Cancer Screening in the European Union, Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening, First report. European Commission, 2008.

※5 Miles A, et al. A perspective from countries using organized screening programs. Cancer. 2004;101: 1201–13.

第2章. 日本におけるがん検診

2．1． がん検診の歴史（表5）

昭和 56 年以降、悪性新生物（がん）はわが国の死亡原因の第 1 位であり、疾病対策上の最重要課題である。がん検診は昭和 30 年代から一部の地域で開始され、昭和 58 年から老人保健法に基づく老人保健事業として全国で行われるようになった。その後平成 10 年から平成 19 年まで、がん検診は老人保健事業から一般財源化され、法律に基づかない市町村事業として整理されたが、平成 20 年以降は「健康増進法」に基づく健康増進事業（市区町村の努力義務）として実施されている。

平成 19 年に「がん対策基本法（以下、基本法）」が施行され（平成 28 年改正）、同法第 10 条に基づいて「がん対策推進基本計画（以下、基本計画）」が策定された。基本計画は 5-6 年ごとに内容の見直しが行われ、直近では平成 30 年に第 3 期基本計画が閣議決定された。同法でがん検診は重要な基本的施策の一つに位置づけられている。

表5 がん検診に関わる法令の歴史

年次	
昭和 58 年（1983 年）	老人保健法施行、老人保健事業に基づく胃がん・子宮がん検診※1の開始
昭和 62 年（1987 年）	肺がん、乳がん、子宮体部がん検診※2, 3の開始
平成 4 年（1992 年）	大腸がん検診の開始
平成 10 年（1998 年）	がん検診に係る経費の一般財源化
	「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」の策定※4 （厚生省老人保健福祉局老人保健課長通知）
平成 19 年（2007 年）	がん対策基本法施行、「がん対策推進基本計画（第 1 期）」の閣議決定
平成 20 年（2008 年）	がん検診が健康増進法に基づく健康増進事業に位置づけられる
	「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」の一部改正※5 （厚生労働省健康局長通知別添）
平成 24 年（2012 年）	「がん対策推進基本計画（第 2 期）」の閣議決定
平成 25 年（2013 年）	「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」の一部改正※3 （厚生労働省健康局長通知別添）
平成 28 年（2016 年）	がん対策基本法の一部改正
平成 30 年（2018 年）	「がん対策推進基本計画（第 3 期）」の閣議決定
令和 3 年（2021 年）	「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」の一部改正

※1 検診内容は「子宮頸部の細胞診」。

※2 子宮体部がん検診の対象者：「子宮がん検診受診者のうち医師が必要と認める者（原則として、最近 6 か月以内の不正性器出血を訴えたことのある者で、50 歳以上の者、閉経以後の者、未妊婦であって月経不規則の者のいずれかに該当する者）」。

※3　平成 25 年の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（一部改正）」において「子宮頸がん検診」に統一された。現在子宮体部のがん検診は国の検診事業に含まれていない。

※4、5 平成 10～19 年のがん検診事業は法律に基づかないものであったが、この間国は事業の重要性や適切な実施方法に関する情報提供を行うため、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」を策定した。平成 20 年にがん検診事業は健康増進法に基づく事業に位置づけられた。指針については随時改正されており、表5では代表的な改正のみ示す。

2. 2. がん検診に関連する法令等

住民検診には根拠となる法がある一方で、職域検診には存在しない。住民検診と職域検診の統合を目指す場合は、これに伴う法整備が必要となる。

（1） 市町村事業によるがん検診（住民検診）

市区町村が行う住民検診は、健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）第 19 条の 2 に基づく健康増進事業に位置づけられる（※1）。同事業の実施要領として「健康増進実施要領」、検診項目や運用体制に関する指針として「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」が示されている。また、検診が満たすべき要件や検診結果等の情報の継続に関する考え方として「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針」、検診の精度管理状況を適切に指導する方法として「健康診査管理指導事業実施のための指針」が示されている。各法令の詳細は別添2－1参照。

（2） 職域検診

職域における被用者等を対象としたがん検診は、保険者や事業主により福利厚生の一環として行われており明確な法的根拠はない（※2）。一方、近年の国民生活基礎調査によると、がん検診受診者の約半数は職域で受診しており、がん対策上職域検診の最適化は重要な課題である。これらの背景をふまえ第 3 期基本計画では職域検診のガイドライン作成・普及が目標に掲げられ、平成 30 年に「職域におけるがん検診に関するマニュアル」が公表された。同マニュアルでは職域検診で望ましい検診項目や精度管理手法等が示されている（第 3 章参照）。

（3） その他の検診

上記以外のがん検診として、個人が任意で受けるがん検診（人間ドックなど）があり、基本的な検査項目、判定・事後指導区分、運用体制等について一部の学会で標準化を目指す取組が行われているが、現時点で法的根拠に基づいた規定はない。

※1 市区町村による健康増進事業以外のがん検診として、母子保健法（昭和 48 年法律第 141 号）第 13 条に基づいた妊婦健康診査の中で、妊娠初期の子宮頸がん検診（細胞診）が行われている

※2 保険者は「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づいた特定健康診査を、事業主は「労働安全衛生法」に基づいた健康診断を行っているが、がん検診はこれらに含まれていない。各法令の

詳細は別添2-2参照。

2．3．　日本の目指すべきがん検診の実施方法

（1） 日本におけるがん検診の現状

がん検診は、本来 1 国 1 プログラムで行われるべきものであり、わが国のように多様な検診提供体制のある国はまれである。この多様な検診提供体制は、さまざまな概念・考え方に基づいて行われ、これまでがん検診に対する理解を妨げてきたが、便宜上「対策型検診」と「任意型検診」に大別されている。対策型検診は対象集団の死亡率を下げることを目的とし、公的資金を投じた公共政策として行われる。主に住民検診（※）が該当する。一方、任意型検診には主に人間ドックが該当する。

職域検診が対策型と任意型のどちらに分類されるかは明確にされていない。第 3 期基本計画では職域検診に関するガイドラインの作成・普及が個別目標に含まれ、また令和 2 年 3 月の厚生労働省「がん検診のあり方に関する検討会」中間報告書では、「職域におけるがん検診についても有効性・安全性の確認された科学的根拠に基づく検診が実施されることが望ましい」とされている。さらに職域検診は特定健診等との同時実施が多いことを踏まえると、職域検診は対策型検診として捉えることが妥当と考えられる。

※ 住民検診は「集団検診方式」と「個別検診方式」に大別される。集団検診は主に保健センター、検診車、地域の集会所において、検診日時や場所が指定され集団で行われる方式である。一方個別検診は、自治体から委託された医療機関において、利用券方式等により個人単位でいつでも受診できる方式である。

（2） 日本で Organized screening を目指すための取組（がん対策推進基本計画の目標）

日本でがん死亡率減少をより確実に達成するためには、対策型検診をより組織的に行い、対象人口全体に広げることが必要である。第 1～3 期の基本計画では一貫して、現在の対策型検診を Organized screening の水準に高めることが示されている。すなわち「科学的根拠に基づくがん検診」を「適切な精度管理」のもとで行い「高い受診率」を維持すること、また、これら 3 要件の実施状況を総合的に評価（事業評価）し進捗を確認することである。第 3 期基本計画では、当面の具体的な目標として、受診率 50%、精密検査（以下、精検）受診率 90%、および職域検診に関するガイドラインの策定・普及が掲げられている（別添3）。これらの実現に向けて、国は関係者の役割を明確にし（表6）、関係者は役割を着実に果たすことが必要である。以下（2－1）～（2－3）に 3 要件の概要を示す。また、「（2－2）適切な精度管理の実施」、「（2－3）受診率向上」の詳細は第3～4章で示す。

表6　日本で Organized screening を目指すための取組事項、および関係組織

取組事項			関係組織
科学的根拠に基づく がん検診の 実施	がん検診の有効性の検討		国立がん研究センター、AMED 研究班、 がん検診関連学会など
	ガイドライン作成		国立がん研究センター、がん検診関連学会 など
	対策型検診としての推奨決定		国（厚生労働省）
	推奨に基づくがん検診の提供		検診提供者（市区町村、保険者、事業主）
適切な精度管理 の実施	精度管理 指標・手法の 検討・決定	検診体制に関する ガイドラインの作成	がん検診関連学会など
		精度管理指標・手法 の検討	国立がん研究センター、厚生労働省研究班 など
		精度管理指標・手法 の決定	国（厚生労働省）
	精度管理の 実行	精度管理指標による モニタリング	【自己点検】 ・検診提供者（市区町村、保険者、事業主） ・検診受託施設（検診機関、医療機関） ・都道府県 【管轄地域のモニタリング】 ・都道府県、生活習慣病検診等管理指導協 議会 [a)]
		指標の分析・評価、 改善策の策定	・国、都道府県、生活習慣病検診等管理指導 協議会 [a)] ・その他の協力組織（地域・職域連携推進協 議会[b)]、保険者協議会[c)]、都道府県医師会、 地区医師会、保健所、国立がん研究センター などの専門機関など）
		改善策の実行	・全ての検診関係者
受診率向上	正確な受診率の把握		国、都道府県、 検診提供者（市区町村、保険者、事業主）
	効果的な受診率向上施策の策定		【国全体の施策】 ・国、厚生労働省研究班など 【管轄地域の施策】 ・都道府県、生活習慣病検診等管理指導協 議会 [a)]、その他の協力組織

	受診率向上施策の実施	検診提供者（市区町村、保険者、事業主）

a）生活習慣病検診等管理指導協議会

「健康診査管理指導事業実施のための指針」に基づいて都道府県が設置する組織。

がん、心臓病等の生活習慣病の動向を把握し、検診方法や精度管理について、市区町村、医療保険者、検診機関に専門的な指導を行うことを目的とする。がん検診の分野では、同協議会のもとに胃がん部会、子宮がん部会、肺がん部会、乳がん部会、大腸がん部会がある。各がん部会は都道府県の諮問により、管区内市区町村や検診機関の精度管理状況を分析し報告する。さらに同協議会は職域検診も可能な限り対象として、地域・職域連携推進協議会や保険者協議会等との連携のもと、その精度管理の実態や受診率等について把握し、事業の総合的な推進を図るよう努めるものとする。（別添２－１参照）

b）地域・職域連携推進協議会

「地域保健法第 4 条に基づく基本指針」及び「健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針」に基づいて、都道府県及び二次医療圏単位で設置された組織。

地域・職域連携推進事業の企画・実施・評価等における関係機関の合意形成で中核的役割を果たす。協議会では、健康づくりを支援する社会環境の整備として自治体、事業者、保険者等の関係者が相互に情報交換を行い、保健事業に関する共通理解の下、それぞれが保有する保健医療資源を相互活用、保健事業の共同実施等により連携体制を構築する。

出典：地域・職域連携推進ガイドライン（令和元年 9 月）より抜粋・改変

c）保険者協議会

「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づいて、都道府県ごとに設置された組織。

特定健診・保健指導の実施率向上対策のほか、保険者横断的な医療費の調査分析や特定健診データの保険者間での提供の推進、保険者横断的な予防・健康づくり等の取組を行う。具体的には、①特定健診・保健指導の実施等に関する保険者等の関係者間の連絡調整、②保険者に対する必要な助言又は援助、③医療費等の調整・分析を行う。保険者協議会が地域職域・連携推進協議会に、特定健診・保健指導に関する実施体制や医療費等の分析結果等から得られた現状・課題を情報提供することにより、都道府県の健康課題が明確化され、当該課題に即した連携事業のテーマ設定を行い事業展開につなげることが可能となる。

出典：地域・職域連携推進ガイドライン（令和元年 9 月）より抜粋・改変

（２－１） 科学的根拠に基づいたがん検診の実施

① がん検診の有効性の検討、対策型検診としての推奨決定

国立がん研究センターは国内外の研究を系統的に検索し、検診の有効性や利益・不利益バランス等を科学的に評価する。そのうえで検診内容（検査項目、対象年齢、受診間隔）について、対策型

検診としての推奨レベルを「有効性評価に基づくがん検診ガイドライン（以下、ガイドライン）」にまとめる。

国は、ガイドラインで推奨された検診内容の実行可能性を検討し、実行可能と判断された場合は対策型検診としての実施を決定する。

②推奨に基づくがん検診の提供

（住民検診）

国は「がん予防重点健康教育およびがん検診実施のための指針（以下、指針）」の中で、対策型検診として推奨する検査項目、対象年齢、受診間隔等を周知する。検診実施主体である市区町村は指針に沿った検診を行う(※1、※2、※3)。現在国が推奨するがん検診の一覧は別添4参照。

※1 指針で推奨されていない検診は、検診による不利益が利益を上回る可能性があるため提供しないことが重要である。第 3 期基本計画において都道府県は、「指針に基づかない方法でがん検診を行っている市町村の現状を把握し、生活習慣病検診等管理指導協議会を活用して必要な働きかけを行うこと」が求められている。

※2 指針では「がん検診の対象者自身が、がん検診の利益・不利益を考慮したうえで受診を検討することが望ましい」とされ、検診提供者（市区町村、検診機関）は、「対象者にがん検診の利益・不利益の説明を行うこと」が求められている。

※3 指針で推奨されない検診が行われる背景要因の一つとして、検診の有効性指標や不利益への理解が不足していることが挙げられるため、第 3 期基本計画において国、都道府県、市区町村は、これらの理解向上にむけた普及啓発活動の実施が求められている。

（職域検診）

国は「職域におけるがん検診に関するマニュアル（以下、職域マニュアル）」の中で、職域検診として望ましい検診内容を示している。検診提供者である保険者や事業主は、職域マニュアルを参考にしてがん検診の検査項目や受診間隔等を決定するよう求められている(※1)。

※1 職域マニュアルで推奨されていない検診は、検診による不利益が利益を上回る可能性がある。そのために、検診提供者（保険者、事業主）は検診の利益・不利益を理解し、対象者に十分に説明することが必要である。

（2－2） 適切な精度管理の実施

① 検診精度管理の意義

がん検診には事前準備から検診終了後のデータ分析までの一連のプロセスがあり（図1）、がん検診における精度管理とは、各プロセスが適切に行われているかを検証することを指す。精度管理

が適切に行われない場合、利益よりも不利益が増大する（表7）。

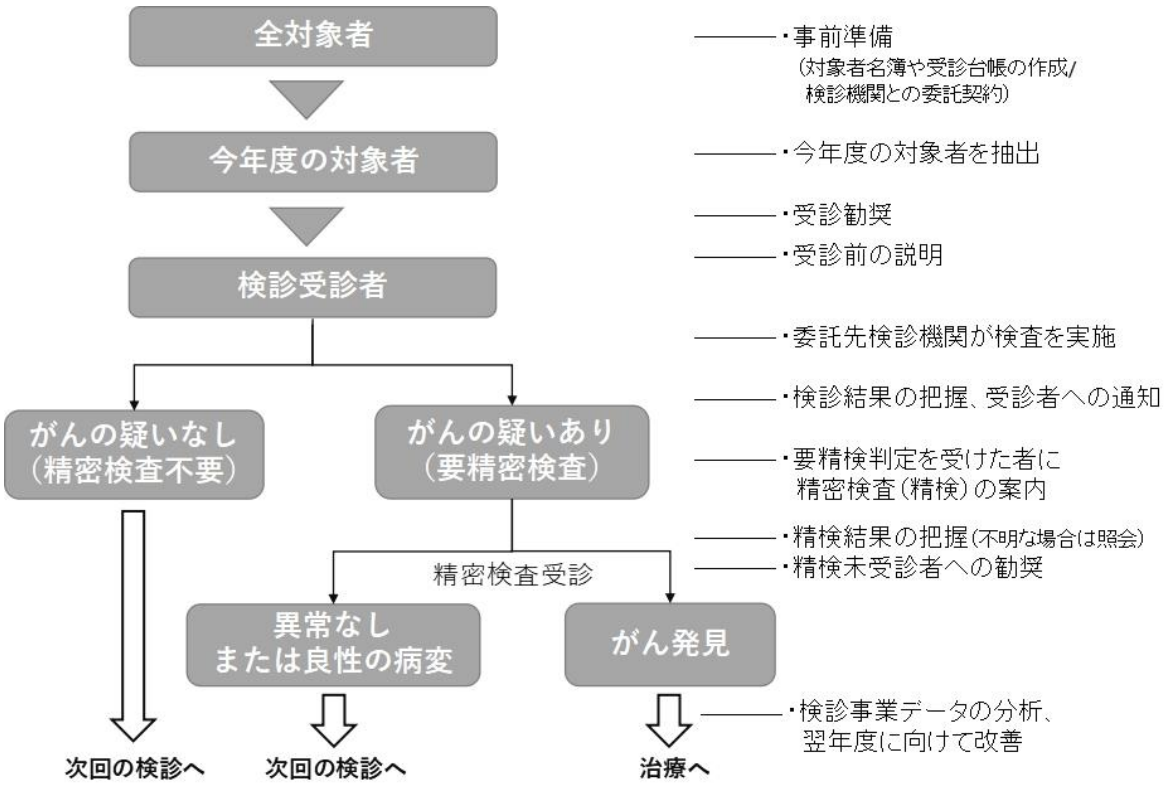


図1　がん検診の主な手順

表7　精度管理の欠如で想定される不利益の例

精度管理の欠如	想定される不利益
対象者名簿がない （年齢・受診間隔・前回の検診結果等を管理していない）	・今年受けるべき者が検診を受診しない （がんの死亡リスクが減少しない）
	・今年受ける必要の無い者が受診する （偽陽性判定、精密検査受診による心身のダメージ、医療資源の浪費）
検診対象に有症状者が混在する （受診前の説明や問診に不備）	・有症状者の治療の遅れ ・医療資源、検診予算の浪費
要精検判定を受けた者が精密検査を受診しない	・検診によりがんが発見できない ・要精検判定の妥当性、発見率等の評価が正しく実施できない
委託先検診機関の体制等を把握・確認していない	・検診の質低下 ・偽陽性、偽陰性、検査による偶発症のリスク上昇

② 精度管理の手法 【詳細は第3章参照】

がん検診における精度管理の考え方は、工場等で製品の質を高めるために用いられる品質管理と同様である。精度管理の本質は、「目標と標準の設定」、「質と達成度のモニタリング」、「指標の分析・評価、改善に向けた取組」の 3 段階を繰り返すことにより、精度管理水準の底上げを持続的に図ることである（図2）。国は各段階について関係者の役割を明確にし、関係者は役割を確実に果たすことが求められる。

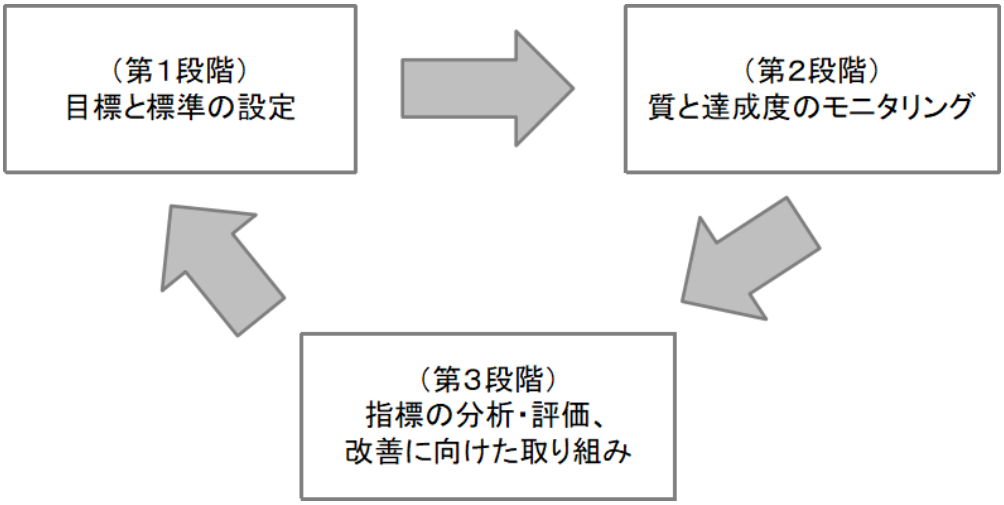


図2　精度管理手法の考え方

（2－3） 受診率の向上

第 3 期基本計画では、対策型検診の受診率 50%を目標にしている。受診率向上にあたり、受診者数（率）が正確に把握される仕組みは必須であり、そのうえで、受診者数を増やす取組が求められる。

① 正確な受診率の把握

○現在の受診率把握の方法と問題点（表8）

日本におけるがん検診には住民検診、職域検診、および人間ドックで行われる検診等があるが、このうち実測値の受診率が把握されているのは住民検診のみである。住民検診の受診率は「地域保健・健康増進事業報告」により、都道府県/市区町村別に毎年把握できる。住民検診における受診率を市区町村間で比較するには、比較可能な指標で受診率を算定することが必要である。住民検診では自治体間で対象者の定義が統一されておらず、受診率の算定法が異なっていることが問題であったが、平成 27 年から対象者（受診率算定の分母）の定義が「全住民」に統一された。

一方、全てのがん検診の推計受診率は「国民生活基礎調査」で 3 年毎に把握される。この受診率はアンケートにより算出されるため、回答者の解釈によるがん検診以外で受けた検査が混在している可能性や、一部推奨されていない検査法が含まれており、過大評価されやすく、比較する

場合は注意が必要となる。

表8 「国民生活基礎調査」と「地域保健・健康増進事業報告」による受診率の算定方法、注意点

	国民生活基礎調査による受診率	地域保健・健康増進事業報告による受診率
意味	住民検診、職域検診、人間ドック等を含む全ての検診の受診率（推計値）	住民検診のみの受診率（実測値）
受診率の算定方法	（分母）調査の回答者数	（分母）全住民（※2）
	（分子）検診を「受診した」と回答した者の数	（分子）住民検診の受診者数
公表間隔	3 年に一度	毎年度
活用目的	がん対策推進基本計画の個別目標の進捗指標（※1）	自治体別の受診率を比較し、受診率向上対策が不十分な地域に改善を促す
解釈上の注意点	受診率が過大評価されやすい ・回答者の解釈により、検診以外の検査が受診率に混在する可能性がある ・指針で推奨されていない検診が受診率に算定される	住民検診の対象者は平成 27 年以降に「全住民」に統一されたが、それ以前は各市区町村が独自に定義していた。そのため、平成 27 年前後の受診率の比較には注意が必要。

※1 第 2 期基本計画以降、受診率は他国との比較も踏まえ 69 歳を上限として算定されている

※2 市区町村間で住民検診の受診率を比較する際には、「全住民」の他に「国民健康保険加入者数」も分母（対象者）として利用される（表9）

〇住民検診の受診率－市区町村間で比較可能な受診率の算定方法

住民検診では自治体間の受診率を比較可能にするため、全住民が対象者として定義される。一方、全住民に占める職域検診受診者の割合は地域で異なり、全住民を受診率算定の分母にすると、職域検診受診者が多い地域では見かけ上受診率が低くなる可能性がある。そのため、自治体間の受診率を比較可能にするために、対象者を国民健康保険被保険者に絞って算定する手法が平成 30 年から追加された（表9、指標1）（※1）。

※1 指標1は市区町村間の受診率の比較性を担保するための手法であり、「国民健康保険被保険のみを検診対象にする」ことを意味しない。住民検診の対象は全住民であり、市区町村は、職域検診関係者と連携するなどして、国民健康保険被保険者以外の住民に対しても、同様に受診勧奨をすべきである。

表9 市区町村間で比較可能な受診率の指標

	指標1	指標2
受診率の算定方法	（分母）全住民のうち、国民健康保険被保険者数	（分母）全住民
	（分子）住民検診受診者のうち、国民健康保険被保険者数	（分子）住民検診の受診者数

出典：厚生労働省「がん検診受診率等に関するワーキンググループ報告書（平成 28 年 9 月）」

② 効果的な受診率向上施策 【詳細は第4章参照】

受診率向上施策について第 3 期基本計画では、「これまでの施策の効果を検証したうえで、可能な事項から順次取組を進める」としている。受診率向上施策には様々な手法があるが、科学的根拠があり（表10）、組織型検診でも用いられている個別受診勧奨（コール）・個別受診再勧奨（リコール）を着実に行うことが求められる。

表10 乳がん検診・子宮頸がん検診・大腸がん検診の受診率対策に関する科学的根拠（CDC）

対象者への介入（アプローチ）方法	乳がん検診	子宮頸がん検診	大腸がん検診
手紙や電話などによる勧奨・再勧奨（コール・リコール）	**推奨**	**推奨**	**推奨**
スモールメディア（パンフレットやニュースレターなど）	**推奨**	**推奨**	**推奨**
1 対 1 の教育（医療従事者が行う健康教育や啓発など）	**推奨**	**推奨**	**推奨**
費用以外の障害の軽減（例 休日夜間の受診、アクセス向上）	推奨	証拠不十分	推奨
自己負担費用の低減（検診費用の補助など）	推奨	証拠不十分	証拠不十分
グループ教育（講演など）	推奨	証拠不十分	証拠不十分
報奨のみ（少額の現金やクーポン）	証拠不十分	証拠不十分	証拠不十分
マスメディア	証拠不十分	証拠不十分	証拠不十分
複合的アプローチ	**推奨**	**推奨**	**推奨**

出典：The Community Guide（CDC）
＜https://www.thecommunityguide.org/content/task-force-findings-cancer-prevention-and-control＞（最終アクセス 2020 年 12 月 25 日）

第3章.　がん検診における精度管理の手法

がん検診における精度管理手法は、「目標と標準の設定（第 1 段階）」、「質と達成度のモニタリング（第 2 段階）」、「指標の分析・評価、改善に向けた取組（第 3 段階）」より構成され、これらを繰り返すことにより検診の質の底上げを目指す。各段階における関係者の役割と具体的な実施内容を以下に示す。

3．1．　住民検診の精度管理手法

（1）　目標と標準の設定（第 1 段階）

国は、検診の質を測る指標（精度管理指標）と到達目標を設定し、状況に応じて見直しを行う。精度管理指標には「技術・体制指標」、「プロセス指標」、「アウトカム指標」がある（表11）。がん検診の目的はがんの死亡率減少であるため、検診のアウトカム指標にはがん死亡率を用いるべきである。ただし検診の成果が死亡率に反映されるには長い時間がかかるため、短期指標として「技術・体制指標」と「プロセス指標」を用いる。

表11　精度管理指標の種類

	指標の内容
技術・体制的指標	検診実施機関の体制の確保（設備、医師・技師等）、 実施手順の確立等
プロセス指標	がん検診受診率、要精検率、精検受診率、陽性反応適中度、がん発見率、感度、特異度、がん有病割合等
アウトカム指標	がん死亡率

（1－1）　技術・体制指標

「技術・体制指標」とは、がん検診の質の担保に必要な最低限の技術・体制である。指針には「事業評価のためのチェックリスト（以下、チェックリスト）」が示されており、国立がん研究センターがまとめている（別添5、※1）。チェックリストには都道府県用、市区町村用、検診機関用の 3 種類がある。このうち、「市区町村用チェックリスト」の別添に、「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」があり、市区町村と検診機関が委託契約時に交わす仕様書の必須要件が示されている（※2）。

都道府県、市区町村、検診機関はそれぞれのチェックリスト項目に従って体制を整備し、定期的に達成状況を自己点検する。チェックリスト項目の中には、都道府県/市区町村/検診機関がそれぞれ単

独では達成できず、お互いの連携が必要な項目も含まれる。また地域によっては、地区医師会等の協力がないと達成が難しい項目もある。対策型検診の全関係者は、必要に応じて連携しながら、全チェックリスト項目の達成を目指す必要がある。

※1　チェックリストは国の指針変更や関連学会の規約変更に応じて定期的な見直しが行われている。最新のチェックリストについては下記を参照のこと。
国立がん研究センターがん情報サービス「医療関係者向けサイト」、「予防・検診」
https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

※2　市町村が民間事業者にがん検診を委託する際には、原則として一般競争入札による契約によるが、仕様書に委託基準等を明確に示さずに行った場合には、検診の質にかかわらず最低価格で入札した検診機関が落札することになり、結果として検診の質が下がるおそれがある。そのため、仕様書には「検診機関用チェックリスト」の事項を参考に、設備、人員、運営等に係る基準等を盛り込むことが必要である。

（1－2） プロセス指標

がん検診の長期的なアウトカムはがん死亡率だが、有効性の確立したがん検診では、短期的には最終目標に至るまでの過程（プロセス）の改善を継続して測ることが望ましく、プロセス指標を用いた評価が求められる。がん検診の精度管理においては、まずプロセス指標を適切に算出することが重要である。さらに、プロセス指標の意味と活用方法を理解したうえで（表１２）、基準値と乖離する項目については、その原因と改善策を検討する（別添６）。プロセス指標値の異常には複合的な要因が関与していることが多いため、この検討を行う際は、市区町村を指導・助言する立場にある都道府県が、専門家の意見をもとに俯瞰的観点から主導することが望ましい。また、検診機関ごとにプロセス指標値を算定し、定期的な評価を行うことは、検診の質を高めるうえで重要である。

平成 20 年以降、プロセス指標は改善しており、報告書の基準値を多くの自治体が満たしたことから、さらなる質の向上を目指すため、プロセス指標の基準値の見直しを行った。設定の方針は、目指すべき感度・特異度に基づき、これらと性・年齢階級別のがん罹患率により要精検率、がん発見率を算出した。基準値の項目は、要精検率、精検受診率（基準値を 90%とする）、がん発見率、陽性反応適中度、CIN3 以上発見率（子宮頸がんのみ）、非初回受診者の 2 年連続受診者割合（乳がん、子宮頸がんのみ）、感度、特異度（要精検率と関連する指標として）とした。

基準値の対象年齢は、胃がん：50-74(69)歳、大腸がん、肺がん、乳がん：40-74(69)歳、子宮頸がん：20-74(69)歳、20-39 歳、40-74(69)歳とした。子宮頸がんは対象となる年齢の幅が広く、対象集団における平均的ながん罹患リスクを１つに設定することが難しいため、上記のように対象年齢を分類した。

全国の標準的な性・年齢階級に基づいた基準値を表7（上限 74 歳）、表 7-2（上限 69 歳）に示す。こ

れとは別に、自治体や保険者によっては、性・年齢階級に偏りがあるため、それぞれの対象集団における性・年齢階級に応じて独自に基準値を算定し、がん検診事業の評価に役立てていただきたい。

表12 プロセス指標の意味と活用方法

プロセス指標	各指標の意味 【算出方法】	各指標値の評価	値が適正でない場合の検討事項		
			プロセス指標値	予想される原因	検討内容
要精検率	検診において、精密検査の対象者が適切に絞られているか 【要精検者数／受診者数×100】	対象集団に応じて適切な範囲があり、極端な高値、あるいは低値の場合は更に検討が必要	高値	①受診者が有病率の高い集団に偏っている ②偽陽性が多い	①有症状者が検診を受けていないか（有症状者は診療を受けるよう指導する）、有病率の高い年齢層、有病率の高い初回受診者に偏っていないか ②各検診機関の要精検の判定基準は適切か
			低値	①受診者が有病率の低い集団に偏っている ②偽陰性が多い	①有病率の低い年齢層に偏っていないか（年齢層、受診歴等） ②各検診機関の要精検の判定基準、検査手技、読影等は適切か
精検受診率	要精検者が実際に精密検査を受診したか 【精検受診者数／要精検者数×100】	高いことが望ましい（精検受診率が100%近くなければ、がん発見率を適切に評価できない）	高値	― （100%に近いことが理想）	
			低値	①精検受診の有無について未把握が多い ②精検結果の未把握が多い（もし精検を受診しても、その結果が把握できない場合は「精検受診」にカウントされない） ③精検の受診勧奨が適切でない ④精検の提供体制が不十分 （キャパシティ、アクセス）	①精検受診の有無を確実に把握できる体制が出来ているか ②精検結果を確実に把握できる体制が出来ているか（精検結果の報告・回収ルート） ③受診者に予め「要精検の場合は必ず精検を受けること」を伝え、かつ、全ての要精検者に精検の重要性を十分に伝えているか ④精検受診者の利便性
精検未受診率	要精検者が実際に精密検査を受診したか	低いことが望ましい	高値	①精検の受診勧奨が適切でない ②精検の提供体制が不十分 （キャパシティ、アクセス）	①受診者に予め「要精検の場合は必ず精検を受けること」を伝え、かつ、全ての要精検者に精検の重要性を十分に伝えているか ②精検受診者の利便性

	【未受診者数／ 要精検者数×100】		低値	—　（0%に近いことが理想） ただし精検未把握率が高い場合は、見かけ上未受診率も低くなることに注意	
精検未把握率	精検受診の有無や精検結果が、適切に把握されたか 【未把握者数／ 要精検者数×100】	低いことが望ましい	高値	①精検受診の有無について未把握が多い ②精検結果の未把握が多い（もし精検を受診しても、その結果が把握できない場合は「精検受診」にカウントされない）	①精検受診の有無を確実に把握できる体制が出来ているか ②精検結果を確実に把握できる体制が出来ているか（精検結果の報告・回収ルート）
			低値	—　（0%に近いことが理想）	
がん発見率	その検診において、適正な頻度でがんを発見できたか 【がんであった者／ 受診者数×100】	基本的に高いことが望ましいが、極端に高値、あるいは低値の場合は更に検討が必要	極端に高値	受診者が有病率の高い集団に偏っている	有症状者が検診を受けていないか（有症状者は診療を受けるよう指導する）、有病率の高い年齢層、有病率の高い初回受診者に偏っていないか
			低値	①受診者が有病率の低い集団に偏っている ②偽陰性が多い	①有病率の低い年齢層に偏っていないか（年齢層、受診歴等） ②各検診機関の要精検の判定基準、検査手技、読影等は適切か
陽性反応適中度	その検診において、効率よくがんが発見されたかを測る指標（検診の精度を測る指標）	基本的に高いことが望ましいが、極端に高値、あるいは低値の場合は更に検討が必要	極端に高値	受診者が有病率の高い集団に偏っている	有症状者が検診を受けていないか（有症状者は診療を受けるよう指導する）、有病率の高い年齢層、有病率の高い初回受診者に偏っていないか
			低値	①受診者が有病率の低い集団に偏っている	①有病率の低い年齢層に偏っていないか（年齢層、受診歴等）

	【がんであった者／要精検者数×100】			②偽陽性が多い	②各検診機関の要精検の判定基準、検査手技、読影等は適切か（要精検率が高い場合、本来は精検が不要な者を要精検として判定している可能性がある）

【出典】 国立がん研究センター「自治体担当者のためのがん検診精度管理マニュアル(第 2 版)」より引用・改変

（2） 質と達成度のモニタリング（第 2 段階）

（2－1） 技術・体制指標のモニタリング（チェックリストの遵守状況調査）

①モニタリング方法

チェックリストに基づいた調査により、都道府県、市区町村、検診機関は毎年度遵守状況を自己点検する。都道府県は管区内の全市区町村と全検診機関の遵守状況を、市区町村は管区内の全検診機関の遵守状況を把握する（※1）。国は、各都道府県の遵守状況を把握する。

※1　市区町村が単独で検診機関の遵守状況を把握できない場合は、都道府県が把握した情報を市区町村に共有すればよい。

②モニタリングの注意点

モニタリング（調査）では、回答者の解釈のばらつきを防ぐため、各項目の回答基準を統一する。国と都道府県は、チェックリストに対する検診担当者の理解を上げる取組を行う。具体的には、国はチェックリストの意義や項目の解釈、達成方法等についてのマニュアルを作成し、都道府県が研修会により普及啓発する、などが考えられる。

（2－2） プロセス指標のモニタリング

①モニタリング方法

都道府県と市区町村は、「地域保健・健康増進事業報告（以下、事業報告）（※1）」に基づいて、都道府県別/市区町村別のプロセス指標値を把握する。また、検診機関から報告される検診結果別人数に基づいて、検診機関別のプロセス指標値を把握する（※2）。国は各都道府県のプロセス指標値を把握する。

プロセス指標値は性別、年齢 5 歳階級別、過去の受診歴別に把握する。

※1　地域保健・健康増進事業報告

地域保健事業や健康増進事業の結果を市区町村ごとに報告するもの。地域保健施策を効率的・効果的に推進するための基礎資料を得ることを目的として行われる。

同事業報告の流れを図3に示す。市区町村から国への報告、及び国からの公表は 2 回に分けて行われる。これは市区町村が精密検査の最終結果を把握するまでに時間がかかるため、国への報告時期を遅らせて、把握漏れがないようにするためである。

※2　市区町村が単独で検診機関のデータを把握できない場合は、都道府県が把握したデータを市

区町村に共有すればよい。

②モニタリングの注意点

プロセス指標の精度を担保するため、検診結果別人数は定義を統一し標準化した手法で回収する必要がある。具体的には下記の取組が必要である

- 市区町村は精検未受診率、精検未把握率を下げる取組を行い、要精検者の最終結果を漏れなく把握する。
- 市区町村は、「地域保健・健康増進事業報告」作成要領で示された定義に沿って検診結果を収集する。
- 市区町村は検診開始前に地域の検診関係者（委託先検診機関、精検機関、地区医師会等）に作成要領の内容を周知し、作成要領に沿った結果報告を依頼する。国が作成要領を変更する場合、管轄部署に事前周知するため、自治体は変更点を把握してデータ収集体制を整備することが必要である。

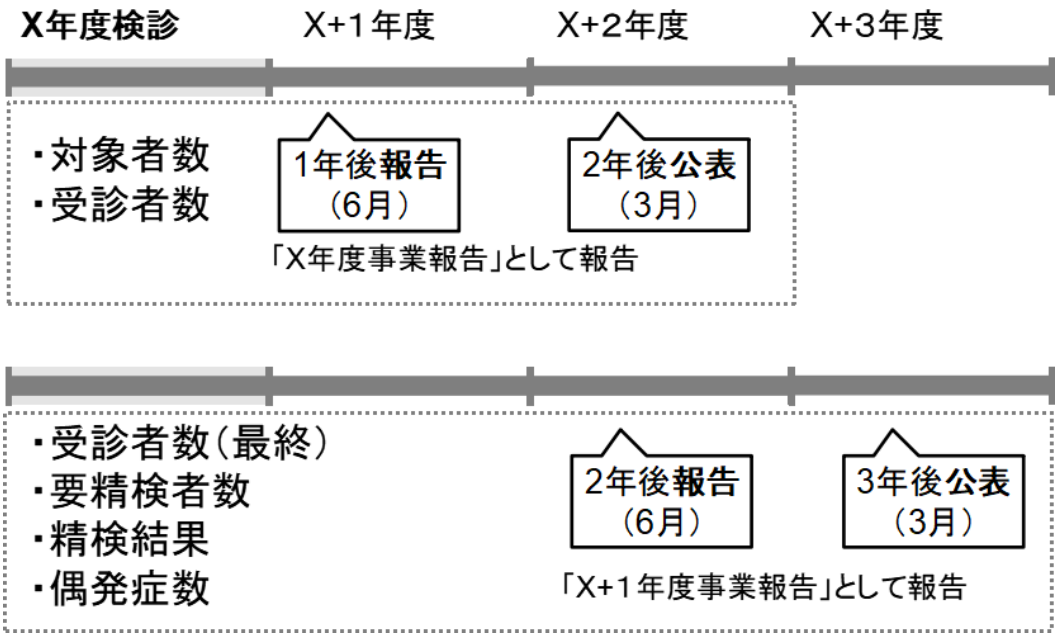


図3 「地域保健・健康増進事業報告」の報告時期および公表時期

（3） 指標の分析・評価、改善に向けた取組（第 3 段階）

（3－1） 評価のフィードバックと公表（図4）

都道府県は管区内市区町村、検診機関の指標を分析・評価（※1）し、精度管理上の課題を特定し、具体的な改善策を策定する。また、評価と改善策を市区町村、検診機関にフィードバックし（※2、3）、改善を依頼するとともに、必要な技術的支援・指導を行う（※4）。さらに、フィードバック内容を住民に公表する（※5）。これらの取組は専門的見地から適切に行う必要があるため、都道府県は生活習慣病検診等管理指導協議会（がん部会）等に取組内容を諮問し、助言を得て実行する。

国は、各都道府県の指標を分析・評価し、精度管理上の課題を特定し、具体的な改善策を策定する。評価と改善策を各都道府県にフィードバックし、その内容を国民に公表する。また、国は都道府県が適切に精度管理評価や改善指導を行えるよう、具体的手法や好事例を示したマニュアル等を作成する。これらは、厚生労働省研究班、国立がん研究センター、がん検診関連学会等の助言を得て行う。

※1 指標の分析・評価として、全国や他都道府県との比較、県内市町村間/検診機関間のばらつきの確認などを行う。評価の低いもしくは指標に疑義のある場合（チェックリストの回答やプロセス指標値に疑問がある場合）に、聞き取り調査や現場訪問を行い、原因（ばらつきの原因が体制の違いによるものか、対象集団の特性の差異によるものかなど）を検討し、問題の所在を明らかにする。

※2 フィードバックは資料配布や説明会の開催などにより行う。改善の取組を依頼するとともに、必要な技術的支援と指導等を実施する。

※3 市区町村が単独で検診機関の分析・評価・フィードバックを実施出来ない場合は、都道府県が行った分析・フィードバックを市区町村に共有すればよい。

※4 精度管理改善には当事者の市区町村や検診機関の自助努力のほか、地域のがん検診関係者の協力が必要である。都道府県は県医師会や地区医師会等の検診関係者にも必要な情報を共有し、協力を依頼する。また、広域的、専門的かつ技術的拠点である保健所は、市区町村の支援や検診機関の指導等に積極的に協力する。

※5 公表の目的は、改善の取組を促すことと、検診の質について住民が自ら判断できるようにすることであるため、都道府県名、市区町村名、検診機関名を付記して分かりやすく公表することが求められる。

（3－2） 改善策の実行

都道府県、市区町村、検診機関はフィードバック内容に従って改善策を実行する。

（3－3） 改善状況の確認

都道府県は管区内の改善度を確認し、改善が見られない場合の対応を検討する。特に、検診機関が、精度管理上の問題が認められるにもかかわらず改善措置をとらない場合は、検診を委託すること

が適切でない旨の情報提供を市町村に対し行う。国は専門機関の助言のもとで各都道府県の改善度を確認し、改善が見られない場合の対応を検討する。

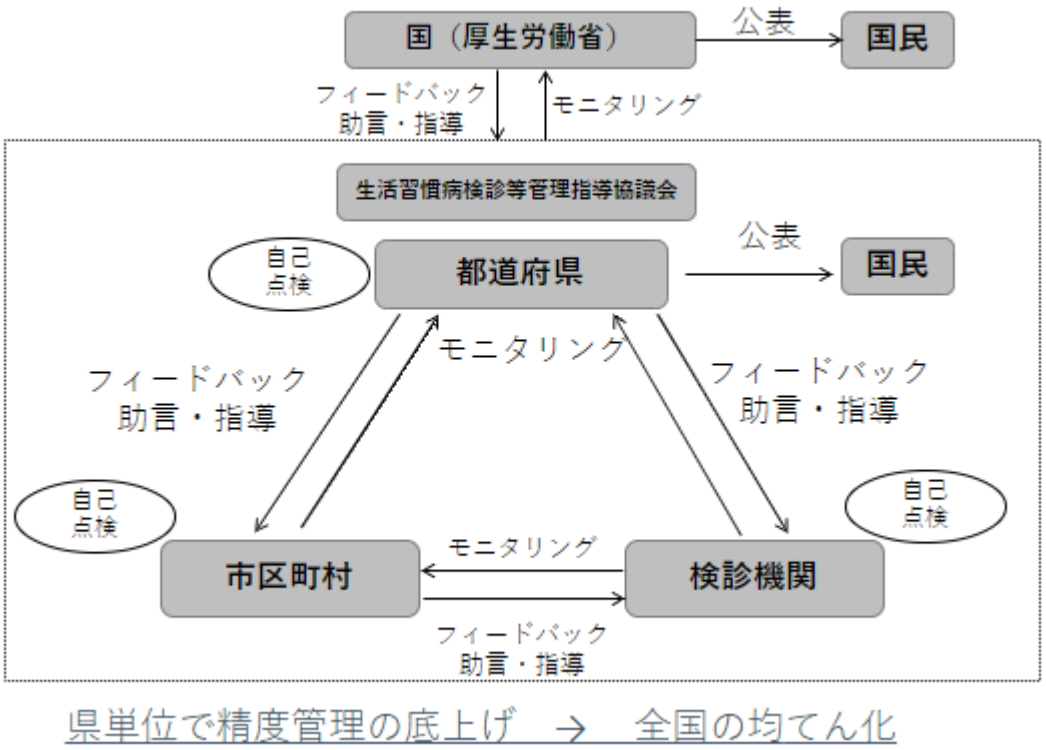


図4　住民検診における評価・フィードバック・公表の全体像

（4） 住民検診の精度管理上の留意点

（4－1） 集団検診と個別検診における精度管理の特徴

検診の提供体制には集団検診方式と個別検診方式がある（表13）。集団検診では契約施設が少なく検診体制が統一しやすいため、比較的精度管理が容易である。一方、個別検診では、関与する組織が多いため（図5）体制統一がしにくく、精度管理が難しい。

個別検診における検診機関の定義は、「実際に検診を受託する個々の医療機関（診療所やクリニックなども含む）」である。従って個別検診では各医療機関が精度管理の対象となり、各々において「検診機関用チェックリスト」に準じた体制整備が求められる。ただし、地域によっては、地区医師会を１検診機関として扱い、各医師会において加盟医療機関の体制統一を進めることで、より円滑に精度管理が行える可能性がある。地区医師会がどの程度精度管理に協力できるかは地域差があるが、自治体は日頃から地区医師会等に対し、対策型検診の意義や精度管理の必要性を説明し、精度管理への

協力体制を準備しておくことが求められる。

表13　集団検診と個別検診の特徴

	集団検診	個別検診
定義（※）	検診日時、検診場所を設定して、集団で行う検診方式のこと	医療機関等において利用券方式等により、個人単位でいつでも受けられる検診方式のこと
会場	保健センター、地域の集会所、検診車など	各医療機関
受診者の利便性	日時や場所が指定されることで、受診者の自由度は低め	個人の都合で日時や場所を決められるため、比較的受診しやすい
精度管理のしやすさ	契約施設が限定されており、検診体制の統一が比較的容易	医療機関数が多く契約形態も多岐に渡るため、体制統一が難しい。

※出典：「地域保健・健康増進事業報告」作成要領

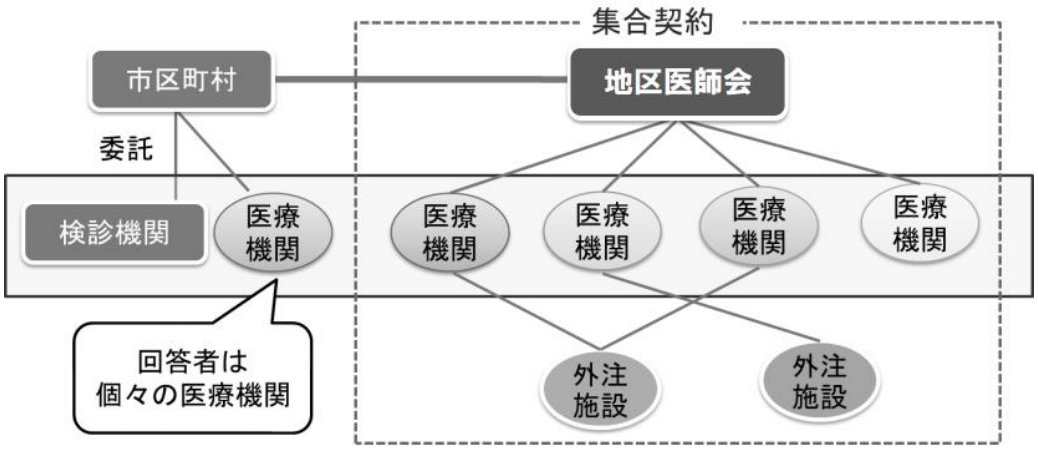


図5　個別検診の関係組織（模式図）

（4－2） 精密検査受診率向上対策

がん検診は、がんの疑いがある者を適切に診断・治療することにより当該がんの死亡率を下げるものであり、精検受診率は最も重要な精度管理指標の一つである。第 3 期基本計画では「精検受診率90%達成」が個別目標の一つに掲げられている。

精検受診率対策には、精検未受診率および精検未把握率を下げる対策があるが、取り組む内容が異なるため、市区町村は双方を定義（※1）に従って正確に分類し、優先度が高い方から対策を始める。

〇精検未受診率を下げる主な対策

精検受診勧奨を強化する（精検未受診者を正確に特定したうえで効率よく勧奨する。精検未受診率が高い集団の特性や未受診の理由を調査し、課題に応じた解決策を検討する）。また、受診可能な精検機関名のリストを配布するなど、要精検者の利便性向上に努める。さらに、要精検となったら必ず精検を受けることについて、検診実施前に住民に説明するなど、精検受診の必要性を周知徹底する。

〇精検未把握率を下げる主な対策

精検結果の回収率を上げる（精検結果の回収経路や回収方法を見直す）。精検結果回収に関わる機関（がん診療連携拠点病院、精検機関、地区医師会など）に精検結果回収への協力を依頼する。精検結果報告書の様式を簡略化し都道府県内で統一する。

※1　精検受診、未受診、未把握の定義

【精検受診】：精検機関より精検結果の報告があったもの。もしくは受診者が詳細（精検日・受診機関・精検法・精検結果の 4 つ全て）を申告したもの。

【精検未受診】：要精検者が精検機関に行かなかったことが判明しているもの（受診者本人の申告及び精検機関で受診の事実が確認されないもの）及び精検として不適切な検査（※2）が行われたもの。

【精検未把握】：精検受診の有無が分からないもの及び（精検受診したとしても）精検結果が正確に報告されないもの。

※2　不適切な精密検査

大腸がん検診では便潜血検査の再検、肺がん検診では喀痰細胞診要精検者に対する喀痰細胞診再検、子宮頸がん検診では ASC-US を除く要精検者に対する、細胞診のみの再検など。

（4－3） 精密検査結果の回収における個人情報の考え方

精検結果はがん検診の精度管理において必要不可欠な情報であることから、精検（治療）機関は市区町村や検診機関の求めに応じて情報提供を行う。

地方公共団体等への精検結果の提供は「個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）」において、「公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき（第 23 条第 1 項第 3 号）」に該当し、必ずしも本人の同意を得る必要はないとされている。またその具体例として、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切

な取扱いのためのガイダンス（平成 29 年、個人情報保護委員会・厚生労働省）」では、「がん検診の精度管理のための地方公共団体又は地方公共団体から委託を受けた検診機関に対する精密検査結果の情報提供」と明記されている。従って、精検機関が精検結果を市区町村もしくは、市区町村から委託された検診機関に返却することは法的に問題はない。

都道府県や市区町村はこれらを踏まえて、検診関係者（検診機関、精検機関、地区医師会など）に精検結果回収への協力を依頼するとともに、受診者に対しても、精検結果回収の重要性について十分に説明することが必要である。

（4－4） その他の留意点

がん検診精度管理に関する自治体からの照会及び回答を別添7に示す。

3．2． 職域検診の精度管理手法

職域におけるがん検診の精度管理に関して、現状ではその方法や役割は示されていないが、将来的には住民検診と同様のシステムを構築することが、職域におけるがん検診のマニュアルの中で求められている(別添８)。このマニュアルでは保険者・事業主が整備すべき体制の参考として「精度管理のためのチェックリスト」が示されており、委託先検診機関の選定基準として「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」が示されている。職域検診の実施主体である保険者と事業主が連携してチェックリストを遵守することにより、検診技術・体制の質の向上が期待できる。ただし現状では、保険者と事業主の精度管理上の役割分担や連携方法が示されておらず、チェックリストが殆ど活用されていない。今後は関係者との協議のうえ、具体的な運用方法（モニタリングおよび評価・改善・指導）を構築する必要がある。

職域におけるがん検診の精度管理を行ううえで、保険者や事業主はがん検診の結果など健康情報の取扱いのために、「個人情報の保護に関する法律」や各種ガイドラインに留意する必要がある（別添８）。また事業主は労使の協議により、各種情報を取り扱う目的、方法、権限等について取扱い規定に定め、労働者に周知する必要がある（※１）。健康情報等の取扱いを担当する者は、人事に関して直接の権限を持つ監督的地位にあるものや産業保健業務従事者等になるが、法令により守秘義務を課されていない者が健康情報等を取り扱う場合には、あらかじめ、取扱規定などにおいて、健康情報等を扱う者の守秘義務について取り決めることが望まれる。また、事業主は健康情報の取扱いを外部に委託する場合もあるが、情報の取扱いの範囲を明確にしたうえで、委託先において取扱規定の趣旨を理解し、取扱規定に沿って健康情報等を適切に取り扱うことを含めた安全管理措置を講じるよう、委託契約を締結する必要がある。さらに、事業主においては、この安全管理措置が確実に実施されるよう、委託先に対する必要かつ適切な監督を行う必要がある。

※１ 「事業場における労働者の健康情報等の取扱規定を策定するための手引き （令和元年３月、厚生労働省）」

３．３．　精度管理における地域・職域連携

「生活習慣病検診等管理指導協議会」、「地域・職域連携推進協議会」、「保険者協議会」のような既存の組織を活用し、下記の地域・職域連携を進める方策が考えられる。

・「生活習慣病検診等管理指導協議会」は「地域・職域連携推進協議会」、「保険者協議会」の協力を得たうえで、職場等における検査項目や精度管理指標の把握を行う（※１）。
・ 都道府県や市町村は、検診機関毎の精度管理状況について、保険者や事業主に情報提供を行う。

※１ 「健康診査管理指導等事業実施のための指針」によると、「生活習慣病検診等管理指導協議会」は職域検診も可能な限り対象として、「地域・職域連携推進協議会」や「保険者協議会」等と連携しながら精度管理の実態や受診率を把握し、事業の総合的な推進を図ることが求められている。

第4章　がん検診の受診率向上の手法

受診率向上対策としてはまず受診者数（率）を正確に把握したうえで、受診者数を増やす取組が必要である。前者は第 2 章で詳述したため、本章では後者について示す。

第 3 期基本計画（別添3）では受診率向上で取り組むべき施策として以下を挙げている。

- これまでの施策の効果を検証したうえで、対象者の明確化や、将来的には組織型検診のような体制整備など、効果的な受診率の方策を検討する。
- 市区町村は当面の対応として、検診手続きの簡素化、効果的な受診勧奨、職域で受診機会のない者に対する受診体制の整備、受診対象者の名簿を活用した個別受診勧奨・再勧奨、かかりつけ医や薬剤師を通じた受診勧奨など、可能な事項から順次取組を進める。
- 市区町村や検診機関は、受診者ががん検診の意義や必要性を適切に理解できるように努める。
- 国は、がん検診と特定健診の同時実施、女性が受診しやすい環境の整備など、受診者の利便性向上や財政上のインセンティブ策の活用に努める。

以上のうち受診率向上の明らかな科学的根拠がある施策は個別受診勧奨（コール）・再勧奨（リコール）である。

4．1．　個別受診勧奨・再勧奨の徹底

市区町村・保険者・事業主は、対象者全員の氏名を記載した名簿の作成、電話や手紙による対象者個人への受診勧奨、未受診者への再勧奨を徹底する。そのうえで受診勧奨の内容や効率的に行う工夫については、各地域の実情に合わせて検討する。例えば、厚生労働省が「受診率向上政策ハンドブック（第 2 版）」で紹介している、「ナッジ（nudge）理論」を用いた勧奨方法の好事例を参考にする。また職域マニュアルでは以下の地域・職域連携により、職域の受診機会がない者が住民検診を受けられる体制を整備することが求められている。

- 保険者や事業者は、受診者の同意を得る等したうえで、市町村と職域におけるがん検診の受診状況を共有する。市町村は、職域でがん検診を受ける機会のない者に対して、市町村が実施するがん検診の受診勧奨を行う。
- 保険者や事業者が、職域でがん検診を受ける機会のない者に対し、市町村におけるがん検診を受診するよう情報を提供し、受診機会を設ける

4．2．　その他の主な受診率向上対策

（1）　がん検診の意義や必要性に対する理解度向上の取組

がん検診は診療と異なり無症状者が受けるべきものだが、「がん対策・たばこ対策に関する世論調査（令和元年度、内閣府）」ではがん検診を受診しない理由として、「受ける時間がない」、「健康状態に自信があり、必要性を感じない」、「心配な時はいつでも医療機関を受診できる」が上位に挙げられている。これは国民の間で「がん検診」と「診療」が混同されている状況が示唆され、がん検診の意味について更なる情報提供が必要である（※1）。

※1　がん検診には不利益が存在するため、国民はがん検診の利益と不利益を理解したうえで、受診の有無を意思決定することが望ましい。そのためには、検診提供者がこれらの知識を正しく理解し、国民（検診対象者）に分かりやすく伝える必要がある。国は、検診提供者・検診対象者双方の理解促進を支援する資材開発や、双方の理解度の確認方法等について検討する。

（2） 対象年齢層を設定した重点受診勧奨の実施

高齢者は若年者と比べ、がん検診の不利益が利益を上回る可能性がある。諸外国ではがん検診を推奨する年齢に上限を設けており、日本の住民検診においても、対象者全員の受診機会が用意されたうえで、受診を特に推奨する者を 69 歳以下の者としている（※1）。

※1　厚生労働省がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（令和 3 年 10 月一部改正）

（3） 受診者の利便性向上に向けた取組

受診者の利便性を上げる取組としては、休日・早朝・夜間における検診の実施、特定健診との同時実施、勤務時間内に検診を受診できる体制の整備（職域）等が挙げられる。

（4） 検診受診者、検診提供者へのインセンティブ

（4－1） 検診受診者へのインセンティブ

がん検診を受診しない理由として、内閣府の世論調査では、前述の上位 3 項目に次いで「費用がかかり経済的にも負担になる」が挙げられている。住民検診費用の自己負担額については、全対象者の自己負担を免除している市区町村が約1割、年齢や所得に応じて一部対象者の自己負担を免除している市区町村が約 7 割、自己負担の免除がない市区町村が約 2 割である（※1）。自己負担の免除による受診率向上の影響については今後評価が必要である。

厚生労働省では、過去にがん検診を受診したことがない者に積極的に受診機会を提供するための施策として、平成 21 年度より、初年度の受診対象者に無料クーポン券を発行する事業を行っている（主に乳がん・子宮頸がん）。平成 25 年の厚生労働省検討会報告書では、「受診者へのインセンティブ（費用軽減）による受診率向上効果は明確に評価できなかったが、本事業により自治体側の名簿整備

や勧奨システムの整備が促進された」と報告されている（※2）。

※1　厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査（令和元年度）」
※2　厚生労働省「がん検診のあり方に関する検討会中間報告書～がん検診の精度管理・事業評価及び受診率向上施策のあり方について～」（平成 25 年）

（4－2） 検診提供者へのインセンティブ

厚生労働省は、国民健康保険の保険者に対する財政的なインセンティブ制度として、平成 30 年度より保険者努力支援制度を実施している。この制度では、各保険者（市町村・都道府県）における予防・健康づくりや医療費適正化等の取組状況を評価し、それに応じて国から補助金が交付される。市町村の評価指標にがん検診受診率が含まれる。

経済産業省は、企業の社会的評価のためのインセンティブ制度として、平成 26 年度より「健康経営銘柄」を東京証券取引所と共同で実施している。この制度では、東京証券取引所の上場企業のうち、健康経営に優れた企業（従業員の健康管理に戦略的に取組んでいる企業）を選定・公表し、資本市場での評価が高まることを通じて、企業全体に「健康経営」の取組が拡大することを目指している。企業の評価指標にがん検診の受診機会の提供が含まれる。

第5章　対策型検診事業評価の全体像と今後の課題

５．１．　事業評価の全体像

対策型検診としての成果をあげるためには、「科学的根拠に基づくがん検診の実施」、「適切な精度管理の実施」、「受診率向上」の 3 要件を適切に実施することが必要であり、関係組織は求められる役割を確実に果たす必要がある（図6）。国は、3 要件が適切に行われているか定期的に把握し、検診事業の進捗を評価する。

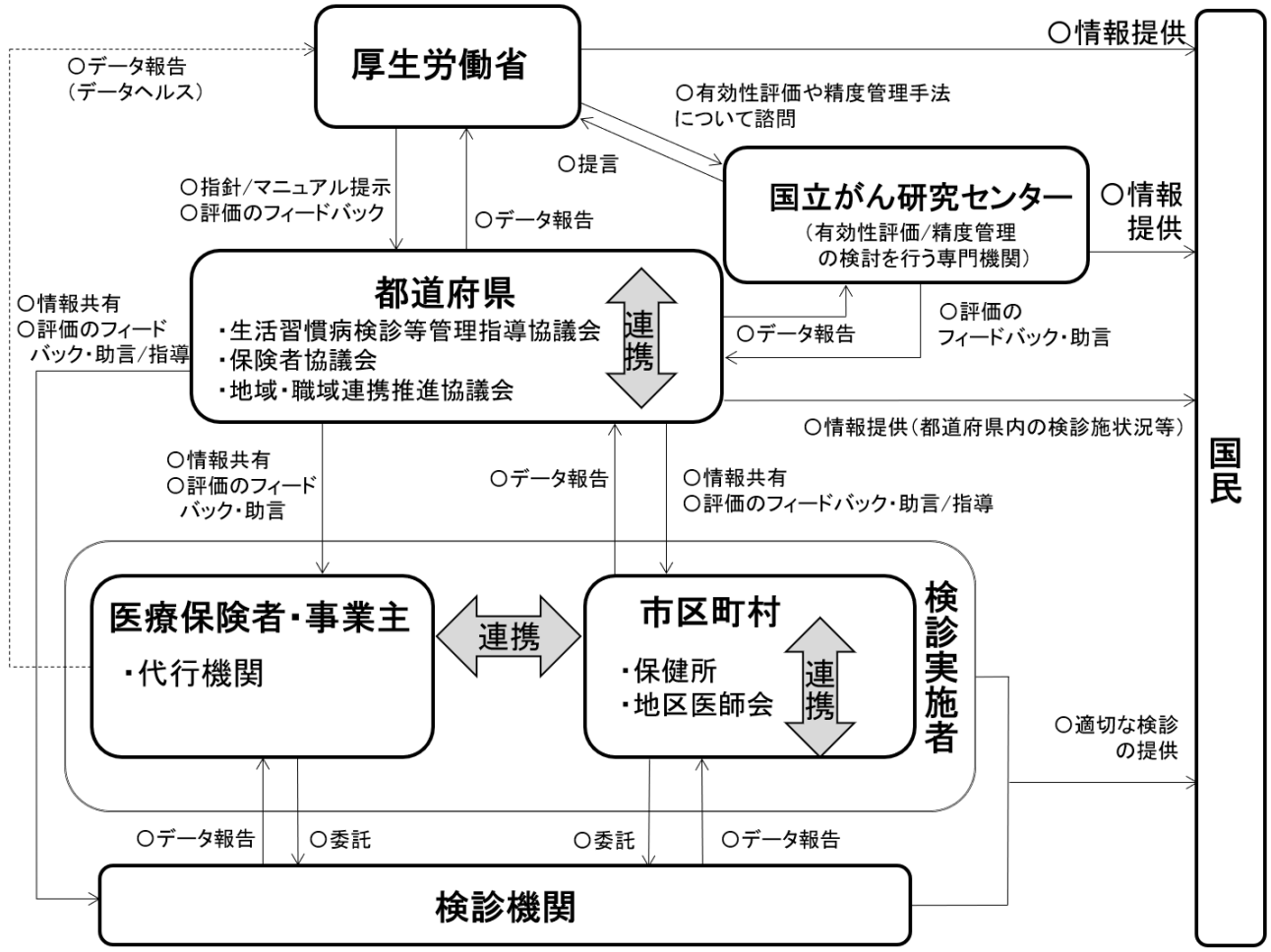


図6　対策型検診事業評価の全体像

5．2．　現在行われている事業評価（住民検診）

住民検診における 3 要件の進捗状況は、政府統計調査や国立がん研究センターの調査により毎年把握・公表されている（表14）。直近の調査結果については別添9－1、9－2－1、9－2－2、9－3参照。今後職域検診についても同様に定期的なデータ把握・公表の体制構築が求められる。

表14　住民検診の事業評価を目的とした調査一覧

対策型検診の要件	調査名	調査内容	回答者	調査結果公表の有無
科学的根拠に基づくがん検診の実施	がん検診の実施状況調査	検診項目、対象年齢、受診間隔等が指針の推奨どおりか。	市区町村	あり（国立がん研究センター※1） プロセス指標値は「地域保健・健康増進事業報告」に基づいて国立がん研究センターが集計
		指針で推奨されていない検診を行っているか		
適切な精度管理の実施	「事業評価のためのチェックリスト」の使用に関する実態調査	市区町村用チェックリストの遵守状況	市区町村	
	都道府県及び生活習慣病検診等管理指導協議会の活動状況調査	都道府県用チェックリストの遵守状況	都道府県	
	地域保健・健康増進事業報告	プロセス指標（要精検率、精検受診率、精検未受診率、精検未把握率、発見率）	市区町村、保健所など	
受診率向上	国民生活基礎調査	がん検診の受診率（全てのがん検診）	全国の世帯及び世帯員	
	地域保健・健康増進事業報告	がん検診の受診率（住民検診のみ）	市区町村	あり（厚生労働省※2）
	「事業評価のためのチェックリスト」の使用に関する実態調査	個別受診勧奨・再勧奨の実施状況	市区町村	なし

※1　国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/screening/dl_screening.html

※2　e-stat（政府統計の総合窓口）

https://www.e-stat.go.jp/

５．３．　今後の検討課題

住民検診については、厚生労働省や国立がん研究センター等により、「科学的根拠に沿った検診の実施」、「適切な精度管理の実施」、「受診率向上」の取組みが定期的に把握・公表される仕組みが定着しつつあるが、持続的かつ効果的な改善策の検討が重要であり、好事例の展開および国や都道府県等による技術的支援等が課題となる。職域検診については、上記の取組みを実施可能にする基盤整備が必要である。

がん検診の仕組みを Organized screening の水準に引き上げるために、今後解決すべき法律や制度面の課題が多く残されている。本改定版では記載されていないが、今後のわが国におけるがん検診に関する検討課題を別添１０に示す。

今後がん検診に関するがん検診死亡率減少を実現するため、地域・職域に関わらず全てのがん検診を効果的に行う体制についての継続的な議論、および必要に応じた本改定版の見直しが望まれる。

厚生労働行政推進調査事業費補助金（がん対策推進総合研究事業）

「がん検診事業の評価に関する研究」班　班員名簿

	青木　大輔	慶應義塾大学医学部　産婦人科学
	大内　憲明	国立大学法人東北大学大学院医学系研究科
	笠原　善郎	恩賜財団福井県済生会病院・乳腺外科
	加藤　勝章	公益財団法人宮城県対がん協会・がん検診センター
	雑賀　公美子	長野県厚生農業協同組合連合会佐久総合病院・総合医療情報センター医療情報分析室
	斎藤　博	青森県立中央病院
	佐川　元保	学校法人東北医科薬科大学・医学部光学診療部
	祖父江　友孝	国立大学法人大阪大学大学院医学系研究科・社会医学講座
○	高橋　宏和	国立がん研究センターがん対策研究所・検診研究部、がん医療支援部（併任）
	立道　昌幸	学校法人東海大学医学部基盤診療学系衛生学公衆衛生学
	中山　富雄	国立がん研究センターがん対策研究所・検診研究部
	羽鳥　裕	公益社団法人日本医師会
	町井　涼子	国立がん研究センターがん対策研究所・がん医療支援部
	松田　一夫	公益財団法人福井県健康管理協会・医局

（五十音順、○は研究代表者）

所属は令和 3 年 12 月現在

別添1　Wilson＆Jungner による検診に関する 10 原則の見直し

Mark J Dobrow et.al. Consolidated principles for screening based on a systematic review and consensus process.CMAJ. 2018

【概要】1968 年に Wilson & Jungner より検診に関する 10 原則が提唱されて以降 50 年が経過したが、現在でもこれらは通用するのか。この評価のために、本稿では Wilson＆Jungner、Andermannらの原則を含む関連論文を系統的にレビューし、Delphi 法により検討した。検索された論文は 41 報であり、367 の原則を抽出し、ドメイン別の 12 の原則に統合した。原則は、疾患/状態、検査/介入、プログラム/システムの原則としてさらに分類された。 Wilson & Jungner の 10 原則は 8 つに集約され、4 つが新たに採用された（下線）。原則は、2 ラウンドのコンセンサスプロセスで国際的な検診の専門家により評価された。Wilson & Jungner による原則は本質的であるが、プログラム/システムに関する問題やその後の対応などを完全に捉えていないため、本統合原則は、対策型検診を考える上で、包括的で現状に則した原則になり得る。

※Wilson & Jungner による検診に関する 10 原則になく、本稿で採用された原則を下線で示す。

	原則 （研究班訳）
疾患/ 状態	1. Epidemiology of the disease or condition ・疾患または状態の疫学を十分に理解し、これらが重要な健康問題である必要がある （発見率/有病率が高い/増加している、またはこれらにより罹患率/死亡率が増加している） 2. Natural history of disease or condition ・疾患または状態の自然史を十分に理解し、疾患または状態を明確に定義され、検出可能な前臨床段階が存在する 3. <u>Target population for screening</u> ・対象集団は明確に定義され（年齢など）、同定および接触可能である
	4. Screening test performance characteristics ・検査精度特性は目的に適しており、感度、特異性、陽性反応的中度などが正確に算定され、信頼性および再現性がある

検査/ 介入	・検査は対象に受け入れられ、安全、安価、効率的に実行・管理できる
	5. Interpretation of screening test results
	・検査の結果は、精密検査が必要な受診者を特定するために、明確で解釈可能である
	6. Postscreening test options
	・要精検者に対して推奨できる行動が示され、それにより死亡率が低下する
	・受診者が検査の利益・不利益を理解し、許容できる
	・偽陽性・偽陰性を最小限に抑える
	7. Screening program infrastructure
	・プログラムの全工程にアクセスするための基盤が整備され（財源、人的資源、情報テクノロジー、施設、検査機器や技術）、そのための計画がある
	8. Screening program coordination and integration
	・プログラムのすべての工程を調整し、医療システムと統合することにより、受診者すべてが適切なケアを継続できる
	9. Screening program acceptability and ethics
	・プログラムのすべての工程は、受診者、専門家、社会に対して臨床的、社会的、倫理的に受け入れられる
	・受診者は、自律的に、権利が保障された上で、情報に基づいた選択が可能である
	10. Screening program benefits and harms
プログラム/ システム	・受診者および社会における利益と不利益が明確に定義されており、プログラムの全体的な利益が不利益を上回ることを示す質の高い科学的証拠がある
	11. Economic evaluation of screening program
	・健康システムまたは社会的視点から、プログラムの経済的評価を実施する
	・疾患や状態を管理するための、検診以外の費用と効果を明確に考慮しながら、プログラムの実施、運用、維持の全費用と効果を評価する

12. Screening program quality and performance management

・プログラムには、現状の精度管理や到達目標を確認するための情報や予算に基づいた、計画、モニタリング、評価、報告に関連する明確な目標がある

別添2－1　がん検診に関する根拠法令、通知通達の一覧（抜粋）

1. 健康増進法（平成 14 年法律 103 号）

● 第九条

厚生労働大臣は、生涯にわたる国民の健康の増進に向けた自主的な努力を促進するため、健康診査の実施及びその結果の通知、（中略）その他の措置に関し、健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針（以下「健康診査等指針」という。）を定めるものとする。

● 第十九条の二

市町村は、第十七条第一項に規定する業務に係る事業以外の健康増進事業であって厚生労働省令で定めるものの実施に努めるものとする。

● 第十九条の三

都道府県は、前条の規定により市町村が行う事業の実施に関し、市町村相互間の連絡調整を行い、及び市町村の求めに応じ、その設置する保健所による技術的事項についての協力その他当該市町村に対する必要な援助を行うものとする。

2. 健康増進事業実施要領（平成 20 年）

（健康増進法第 17 条第 1 項及び第 19 条の 2 に基づく健康増進事業の要領）

（共通事項）

- 健康増進事業の実施に当たっては、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健診・保健指導及び後期高齢者医療広域連合が行う保健事業等との連携を十分に図り、受診者の利便性に配慮するものとする。
- 市町村においては、健康増進事業実施部門と国保部門との連携を十分に図ることが重要である。
- また、都道府県においては、保険者協議会や地域・職域連携推進協議会等を通じて医療保険者との連携を強化し、健康増進事業と特定健診・保健指導等との連携が円滑に進むよう支援することが重要である。
- 健康増進事業の実施に当たっては、医療保険各法その他の法令に基づき、当該健康増進事業に相当する保健事業のサービスを受けた場合又は受けることができる場合は、市町村における健康増進事業を行う必要はないものとする。
- 健康増進事業の実施に当たっては、健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針（平成 16 年厚生労働省告示第 242 号）に留意するものとする。

（健康増進法第 19 条の 2 に基づく健康増進事業）

- がん検診の具体的な種類及び実施方法等については、別途定めるところによる。

3. がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（平成 20 年）

- がん検診の種類は、次に掲げる検診（当該検診に基づく受診指導も含む）とする。① 胃がん検診、② 子宮がん検診、③ 肺がん検診、④ 乳がん検診、⑤ 大腸がん検診、⑥ 総合がん検診
- 都道府県に「健康診査管理指導等事業実施のための指針について」（中略）に基づき、生活習慣病検診等管理指導協議会が設置され、同協議会の下に、がんに関する部会が設置されていること。 各部会において、この指針及び「健康診査管理指導等事業実施のための指針」に基づくがん検診の評価、指導等が実施されていること。
- がん検診の実施に当たっては、科学的根拠に基づく検診を、受診率向上を含めた適切な精度管理の下で実施することが重要である。がん検診における事業評価については、平成20年3月に厚生労働省「がん検診事業の評価に関する委員会」がとりまとめた報告書「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」（以下「報告書」という。）において、その基本的な考え方を示しているところである。

4. 健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針（平成 16 年）

- 健康増進事業実施者は、事前及び事後措置も含めた健診・検診プログラム全体としての評価を行うことが望ましい。また、評価を行う場合には、各々の健診及び検診事業に応じ、ストラクチャー評価（実施するための仕組みや実施体制の評価）、プロセス評価（目的の達成に向けた過程の評価）、アウトプット評価（目的達成のために行われる事業の結果の評価）及びアウトカム評価（目的の達成状況の評価）に分類の上、行うことが必要である。
- 健康増進事業実施者においては、健診結果等情報を継続させていくことが受診者の健康の自己管理に役立ち、疾病の発症及び重症化の予防の観点から重要であり、生涯にわたる健康の増進に重要な役割を果たすことを認識し、健康増進事業の実施に当たっては、個人情報の保護に関する法律（中略）等を遵守しつつ、生涯を通じた継続的な自己の健康管理の観点から、健診結果等情報を継続させるために必要な措置を講じることが望ましいこと。
- 健康診査等の結果の写しの提供が予定されている場合には、原則として、各健診及び検診において、その結果等を、別途定める標準的な電磁的記録の形式により提供するよう努めること、又は、健康診査の実施の全部又は一部を委託する場合には、原則として、委託先に対して、当該形式による健康診査の結果等の提出を要請するよう努めること。

5. 健康診査管理指導等事業実施のための指針（平成 20 年）

- 都道府県は、がん、心臓病等の生活習慣病の動向を把握し、また、市町村、医療保険者及び検診実施機関に対し、検診の実施方法や精度管理の在り方等について専門的な見地から適切な指導を行うために、生活習慣病検診等管理指導協議会を設置・運営する。
- 生活習慣病検診等管理指導協議会は、循環器疾患等部会、胃がん部会、子宮がん部会、肺がん部会、乳

がん部会、大腸がん部会及び生活習慣病登録・評価等部会の 7 部会で構成するものとする。

- 市町村が行う保健事業を効果的、効率的に実施するため、職域保健サービス提供主体との連携強化を図る必要があり、このため都道府県は、平成 18 年 6 月 30 日健発第 0630003 号厚生労働省健康局長通知「地域保健医療等推進事業の実施について」の別添 5「地域・職域連携推進事業実施要綱」に基づき、都道府県地域・職域連携推進協議会（以下「協議会」という。）を設置・運営するものである。
- 生活習慣病検診等管理指導協議会の業務は、医療保険者及び市町村で実施される健康診査の評価に限らず、職域等で実施されている集団健診等も可能な限り対象として、地域・職域連携推進協議会や保険者協議会等との連携の下、その精度管理の実態や受診率等について把握し、事業の総合的な推進を図るよう努めるものとする。

6. がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）（平成 28 年改正）

- 第三条

国は（中略）がん対策を総合的に策定し、及び実施する責務を有する。

- 第四条

地方公共団体は（中略）がん対策に関し、国との連携を図りつつ、自主的かつ主体的に、その地域の特性に応じた施策を策定し、及び実施する責務を有する。

- 第五条

医療保険者（中略）は、国及び地方公共団体が講ずるがんの予防に関する啓発及び知識の普及、がん検診（その結果に基づく必要な対応を含む。）に関する普及啓発等の施策に協力するよう努めなければならない。

- 第八条

事業主は、がん患者の雇用の継続等に配慮するよう努めるとともに、国及び地方公共団体が講ずるがん対策に協力するよう努めるものとする。

- 第十条

政府は、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策の推進に関する基本的な計画（以下「がん対策推進基本計画」という。）を策定しなければならない。

- 第十二条

都道府県は、がん対策推進基本計画を基本とするとともに、当該都道府県におけるがん患者に対するがん医療の提供の状況等を踏まえ、当該都道府県におけるがん対策の推進に関する計画（以下「都道府県がん対策推進計画」という。）を策定しなければならない。

- 第十四条

国及び地方公共団体は、がんの早期発見に資するよう、がん検診の方法等の検討、がん検診の事業評価の実施、がん検診に携わる医療従事者に対する研修の機会の確保その他のがん検診の質の向上等を図るために必要な施策を講ずるとともに、がん検診の受診率の向上に資するよう、がん検診に関する普及啓発その他の必要な施策を講ずるものとする。

別添2－2 高齢者の医療の確保に関する法律・労働安全衛生法（抜粋）

7. 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）

● 第二十条

保険者は、特定健康診査等実施計画に基づき、厚生労働省令で定めるところにより、四十歳以上の加入者に対し、特定健康診査を行うものとする。ただし、加入者が特定健康診査に相当する健康診査を受け、その結果を証明する書面の提出を受けたとき、又は第二十六条第二項の規定により特定健康診査に関する記録の送付を受けたときは、この限りでない。

● 第二十一条

1　保険者は、加入者が、労働安全衛生法（中略）その他の法令に基づき行われる特定健康診査に相当する健康診断を受けた場合又は受けることができる場合は、厚生労働省令で定めるところにより、前条の特定健康診査の全部又は一部を行つたものとする。

2　労働安全衛生法第二条第三号に規定する事業者（中略）は、当該健康診断の実施を保険者に対し委託することができる。この場合において、委託をしようとする事業者等は、その健康診断の実施に必要な費用を保険者に支払わなければならない。

● 第百五十七条の二

保険者及び後期高齢者医療広域連合は、共同して、加入者の高齢期における健康の保持のために必要な事業の推進並びに高齢者医療制度の円滑な運営及び当該運営への協力のため、都道府県ごとに、保険者協議会を組織するよう努めなければならない。

2　前項の保険者協議会は、次に掲げる業務を行う。

一　特定健康診査等の実施、高齢者医療制度の運営その他の事項に関する保険者その他の関係者間の連絡調整

二　保険者に対する必要な助言又は援助

三　医療に要する費用その他の厚生労働省令で定める事項に関する情報についての調査及び分析

8. 労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）

● 第六十六条

事業者は、労働者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、医師による健康診断（中略）を行わなければならない。（※）

※労働安全衛生規則（昭和 47 年）

・雇用時の健康診断（第四十三条）：項目の一つに「胸部エックス線検査」がある

・定期健康診断（第四十四条）：項目の一つに「胸部エックス線検査及び喀痰検査」がある

別添3　がん対策推進基本計画（第1期、第2期、第3期）の要点

	取り組むべき施策	個別目標
第1期計画 （平成19年6月）	○受診率の抜本的な向上を図るため、国民に対しがん予防行動の必要性の理解及びがん検診についての普及啓発を図った上で総合的な対策を推進する。 ○市町村、人間ドック、職域での受診を含め、実質的な受診率を把握できるような手法の検討を行うなど、正確な受診率を把握することに努める。 ○科学的根拠に基づくがん検診の手法の評価を、定期的に行う体制を今後とも維持する。また、精度管理・事業評価についても十分検討する。これまでの研究成果を応用に結びつけるため、がんの早期発見の手法の改良や開発に関する研究についてより一層の推進を図る。 ○がん検診の受診につながるインセンティブ等について検討を進めていく。 ○市町村におけるがん検診と老人保健法における基本健康診査等については、市町村において同じ会場で実施されている場合もあるが、平成20（2008）年度以降も、受診日、受診場所、費用負担などについては、受診者の利便性が損なわれないよう配慮することが望まれる。	○5年以内に、50%以上（乳がん検診、大腸がん検診等）とする ○すべての市町村において、精度管理・事業評価が実施されるとともに、科学的根拠に基づくがん検診が実施される ○これらの目標については、精度管理・事業評価を実施している市町村数及び科学的根拠に基づくがん検診を実施している市町村数を参考指標として用いる
第2期計画 （平成24年6月）	○市町村・職域で受診するがん検診、個人で受診するがん検診、医療や定期健診の中で受診するがん検診について、その実態の正確な分析を行う。 ○がん検診の項目について国内外の知見を収集し、科学的根拠のあるがん検診の方法等について検討を行う。 ○都道府県は市町村が科学的根拠に基づくがん検診を実施するよう、引き続き助言を行い、市町村はこれを実施するよう努める。さらに、職域のがん検診についても科学的根拠のあるがん検診の実施を促すよう普及啓発行う。 ○都道府県は、生活習慣病検診等管理指導協議会の一層の活用を図る等により、がん検診の実施方法や精度管理の向上に向けた取組を検討する。 ○精度管理の一環として、検診実施機関では、受診者へ分かりやすくがん検診を説明するなど、受診者の不安を軽減するよう努める。 ○受診率向上施策については、これまでの施策の効果を検証した上で、検診受診の手続きの簡便化、効果的な受診勧奨方法の開発、職域のがん検診との連携など、より効的・効果的な施策を検討する。 ○がん検診の意義、対策型検診と任意型検診との違いや、偽陰性や偽陽性などのがん検診の欠点についても理解を得られるよう普及啓発活動を進める。	○5年以内に、全ての市町村が、精度管理・事業評価を実施するとともに、科学的根拠に基づくがん検診を実施することを目標とする。 ○がん検診の受診率については、5年以内に50%（胃、肺、大腸は当面40%）を達成することを目標とする。受診率の算定に当たっては、海外諸国との比較等も踏まえ、40歳から69歳（子宮頸がんは20歳から69歳）までを対象とする。 ○がん検診の項目や方法については、国内外の知見を収集して検討し、科学的根拠のあるがん検診の実施を目標とする。

	取り組むべき施策	個別目標
第3期計画 （平成30年3月）	① 受診率向上対策について ○国、都道府県及び市町村は、これまでの施策の効果を検証した上で、受診対象者の明確化や、将来的には組織型検診のような検診の実施体制の整備など、効果的な受診率向上のための方策を検討し、実施する。 ○市町村は、当面の対応として、検診の受診手続の簡素化、効果的な受診勧奨、職域で受診機会のない者に対する受診体制の整備、受診対象者の名簿を活用した個別受診勧奨・再勧奨、かかりつけ医や薬局の薬剤師を通じた受診勧奨など、可能な事項から順次取組を進める。 ○市町村や検診実施機関においては、受診者に分かりやすくがん検診を説明するなど、受診者が、がん検診の意義及び必要性を適切に理解できるように努める。 ○国は、がん検診と特定健診の同時実施、女性が受診しやすい環境整備など、受診者の立場に立った利便性の向上や財政上のインセンティブ策の活用に努める。	○国は、男女とも対策型検診で行われている全てのがん種において、がん検診の受診率の目標値を 50%とする。 ○国は、精密検査受診率の目標値を 90%とする。 ○国は、「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」を1年以内に策定し、職域での普及を図る。
第3期計画 （平成30年3月）	② がん検診の精度管理等について ○都道府県は、指針に示される5つのがんについて、指針に基づかない方法でがん検診を行っている市町村の現状を把握し、必要な働きかけを行うこと、生活習慣病検診等管理指導協議会の一層の活用を図ることなど、がん検診の実施方法の改善や精度管理の向上に向けた取組を検討する。 ○市町村は、指針に基づいたがん検診の実施及び精度管理の向上に取り組む。 ○国、都道府県及び市町村は、がん検診や精密検査の意義、対策型検診と任意型検診の違い、偽陰性や偽陽性についても理解を得られるように、普及啓発活動を進める。 ○国は、関係団体と協力し、指針に基づいた適切な検診の実施を促すとともに、国内外の知見を収集し、科学的根拠に基づいたがん検診の方法等について検討を進め、必要に応じて導入を目指す。	
第3期計画 （平成30年3月）	③ 職域におけるがん検診について ○国は、職域におけるがん検診を支援するとともに、がん検診のあり方について検討する。また、科学的根拠に基づく検診が実施されるよう、職域検診関係者の意見を踏まえつつ、「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」を策定し、保険者によるデータヘルス等の実施の際の参考とする。 ○保険者や事業主は、職域におけるがん検診の実態の把握に努める。また、「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」を参考に、科学的根拠に基づいたがん検診の実施に努める。 ○国は、職域におけるがん検診の重要性に鑑み、厚生労働省の「データヘルス改革推進本部」の議論を踏まえつつ、将来的に、職域におけるがん検診の対象者数、受診者数等のデータの把握や精度管理を可能とするため、保険者、事業主及び検診機関で統一されたデータフォーマットを使用し、必要なデータの収集等ができる仕組みを検討する。	

出典：厚生労働省「がん対策推進基本計画」より抜粋・一部改変

別添4　指針で定めるがん検診の内容

種類	検　査　項　目	対象者	受診間隔
胃がん検診	問診に加え、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれか	50歳以上 ※当分の間、胃部エックス線検査については 40 歳以上に対し実施可	2年に1回 ※当分の間、胃部エックス線検査については年 1 回実施可
大腸がん検診	問診及び便潜血検査	40歳以上	年1回
肺がん検診	質問（問診）、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診	40歳以上	年1回
乳がん検診	質問（問診）及び乳房エックス線検査（マンモグラフィ） ※視診、触診は推奨しない	40歳以上	2年に1回

子宮頸がん検診	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	20歳以上	2年に1回

出典：厚生労働省「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（令和3年10月1日一部改正）」

別添5　事業評価のためのチェックリスト（令和5　年3　月末時点）

チェックリストは国の指針や関連学会の規約の変更等に応じて定期的な見直しが行われている。
最新のチェックリストについては下記を参照のこと。
国立がん研究センターがん情報サービス「医療関係者向けサイト」、がん対策情報（がん検診）、「事業評価のためのチェックリスト」および「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」
https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

1．都道府県用チェックリスト

- 胃がん

大腸がん

- 肺がん
- 乳がん
- 子宮頸がん

2．市区町村用チェックリスト、および「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」

- 胃がん
- 大腸がん
- 肺がん
- 乳がん
- 子宮頸がん

3．検診機関用チェックリスト

- 胃がん
- 大腸がん
- 肺がん
- 乳がん
- 子宮頸がん

令和 4 年 3 月

胃がん検診のためのチェックリスト（都道府県用）

解説：

① このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を 1 医療機関とみなしても構わない

② 都道府県が単独で実施できない項目については、関係機関（市区町村、検診機関、医師会等）と連携して行うこと

③ このチェックリストをもとに調査を行う場合、都道府県が把握できない項目については、関係機関（市区町村、検診機関、医師会等）に確認して回答すること

１．生活習慣病検診等管理指導協議会の組織・運営

(1) 胃がん部会は、保健所、医師会、日本消化器がん検診学会に所属する学識経験者、臨床検査技師、放射線技師等胃がん検診に係わる専門家によって構成されているか
(2) 胃がん部会は、市区町村が策定した検診実施計画/検診体制等について検診が円滑に実施されるよう、広域的見地から医師会、検診機関、精密検査機関等と調整を行っているか
(3) 年に 1 回以上、定期的に胃がん部会を開催しているか
(4) 年に 1 回以上、定期的に生活習慣病検診等従事者講習会を開催しているか

２．受診者数・受診率の集計
(1) 対象者数（推計でも可）を把握しているか
(2) 受診者数・受診率を集計しているか
(2-a) 受診者数・受診率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか
(2-b) 受診者数・受診率を市区町村別に集計しているか
(2-c) 受診者数を検診機関別に集計しているか
(2-d) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか[注 1)]

３．要精検率の集計
(1) 要精検率を集計しているか[注 2)]
(1-a) 要精検率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか[注 2)]
(1-b) 要精検率を市区町村別に集計しているか[注 2)]
(1-c) 要精検率を検診機関別に集計しているか[注 2)]
(1-d) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注 1, 2)]

４．精検受診率の集計
(1) 精検受診率を集計しているか
(1-a) 精検受診率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか
(1-b) 精検受診率を市区町村別に集計しているか
(1-c) 精検受診率を検診機関別に集計しているか
(1-d) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注 1)]
(2) 精検未受診率と未把握率を定義に従って区別して集計しているか[注 3)]

５．精密検査結果の集計

(1) 胃がん発見率を集計しているか

(1-a) 胃がん発見率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか

(1-b) 胃がん発見率を市区町村別に集計しているか

(1-c) 胃がん発見率を検診機関別に集計しているか

(1-d) 胃がん発見率を過去の受診歴別に集計しているか[注 1)]

(2) 早期がん割合（胃がん発見数に対する早期がん数）を集計しているか

(2-a) 早期の胃がん割合を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか

(2-b) 早期の胃がん割合を市区町村別に集計しているか

(2-c) 早期の胃がん割合を検診機関別に集計しているか

(2-d) 早期の胃がん割合を過去の受診歴別に集計しているか[注 1)]

(2-e) 早期胃がんのうち、粘膜内がん数を区別して集計しているか

(3) 陽性反応適中度を集計しているか

(3-a) 陽性反応適中度を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか

(3-b) 陽性反応適中度を市区町村別に集計しているか

(3-c) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか

(3-d) 陽性反応適中度を過去の受診歴別に集計しているか[注 1)]

６．偶発症の把握

(1) 検診中/検診後の重篤な偶発症を把握しているか
※入院治療を要するものとする（例：消化管穿孔、腸閉塞、薬剤やバリウムに対する過敏症またはショック、輸血や止血処置を伴う消化管出血、検査中の転倒による骨折等）。

(2) 検診中/検診後の偶発症による死亡を把握しているか
※がんの見逃しによるものを除く

(3) 精密検査中/精密検査後の重篤な偶発症を把握しているか
※入院治療を要するものとする（例：消化管穿孔、前投薬に対する過敏症またはショック、鎮静剤等による重篤な呼吸抑制や意識障害、輸血や止血処置を伴う消化管出血等）。

(4) 精密検査中/精密検査後の偶発症による死亡を把握しているか
※がんの見逃しによるものを除く。

７．追加調査

(1) 発見胃がんの病期/進行度・組織型・治療法について把握しているか

(2) がん登録を活用して、感度・特異度の算出や、予後調査ができるような体制を作っているか

８．精度管理評価に関する検討

(1) 精度管理評価を行っているか

(1-a) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか[注 4)]

(1-b) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか[注 4)]

(1-c) 市区町村毎のプロセス指標値を把握し、評価を行っているか[注 4)]

(1-d) 検診機関毎のプロセス指標値を把握し、評価を行っているか[注 4)]

(2) 評価の低い、もしくは指標に疑義（※）のある市区町村や検診機関に、聞き取り調査や現場訪問を行って、原因を検討しているか
※チェックリストの回答やプロセス指標値に疑問がある場合など。

(3) 上記の評価結果を踏まえて、精度管理上の課題と改善策を策定しているか
(4) 評価手法や評価結果の解釈、聞き取り調査の方針、改善策の内容等についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

９．評価と改善策のフィードバック（指導・助言）
(1) 市区町村に精度管理評価を個別にフィードバックしているか[注5)]
(1-a) 「市区町村用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか[注5)]
(1-b) 市区町村毎のプロセス指標の評価を個別にフィードバックしているか[注5)]
(1-c) 精度管理に課題のある市区町村に改善策をフィードバックしているか[注5)]
(2) 検診機関に精度管理評価を個別にフィードバックしているか[注5)]
(2-a) 「検診機関用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか[注5)]
(2-b) 検診機関毎のプロセス指標の評価を個別にフィードバックしているか[注5)]
(2-c) 精度管理に課題のある検診機関に改善策をフィードバックしているか[注5)]
(3) フィードバックの手法や内容についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか
(4) 前年度までにフィードバックした改善策の実行状況について、市区町村/検診機関への聞き取り調査等により確認しているか

１０．評価と改善策の公表
(1) 精度管理評価をホームページ等で公表しているか[注6)]
(1-a) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況と、その評価を公表しているか[注6)]
(1-b) 市区町村毎のプロセス指標値とその評価を公表しているか[注6)]
(1-c) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況と、その評価を公表しているか[注6)]
(1-d) 検診機関毎のプロセス指標値とその評価を公表しているか[注6)]
(1-e) 精度管理が要改善の市区町村について、フィードバックした改善策の内容を公表しているか[注6)]
(1-f) 精度管理が要改善の検診機関について、フィードバックした改善策の内容を公表しているか[注6)]
(1-g) 「都道府県用チェックリスト」の遵守状況（自己点検結果）を公表しているか
(1-h) 県としてのプロセス指標値（自己点検結果）を公表しているか
(2) 公表の手法や内容についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

注 1) 初回受診者（初回の定義は過去 3 年に受診歴がない者※）及び逐年検診受診者等の受診歴別
※過去３年間に、胃部エックス線検査と胃内視鏡検査のいずれかの受診歴がない者
注 2) 要精検の定義
胃部エックス線検査の結果要精検とされた者。もしくは胃内視鏡検査で同時生検を実施した者、及び同時生検未実施でその後ダブルチェックで要再検査とされた者。問診結果のみでは要精密検査としない。

注 3) 精検受診、未受診、未把握の定義

①【精検受診】：精検機関より精検結果の報告があったもの。もしくは受診者が詳細（精検日・受診機関・精検法・精検結果の 4 つ全て）を申告したもの。（※）

②【精検未受診】：要精検者が精検機関に行かなかったことが判明しているもの（受診者本人の申告及び精検機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精検として不適切な検査（ペプシノゲン検査のみ、ヘリコバクター・ピロリ検査のみ等）が行われたもの。

③【精検未把握】：精検受診の有無が分からないもの、及び（精検受診したとしても）精検結果が正確に報告されないもの。

※精密検査が継続中で検査結果が確定していないものについては、「地域保健・健康増進事業報告」の「精検受診の有無別人数」では「精検受診」とし、精検結果の区分としては「がん疑い又は未確定」に計上する。

なお、胃内視鏡検診では下記の整理とする。

①【精検受診】：検診時生検を行った者については、生検の結果報告があったもの。検診時生検未実施でその後ダブルチェックで要再検査となった者については、精検機関より再検査結果の報告があったもの、もしくは再検査受診者が詳細（再検査の受診日・受診機関・検査方法・検査結果の４つ全て）を申告したもの。（※）

②【精検未受診】：検診時生検未実施で、その後ダブルチェックで要再検査となった者のうち、再検査を受けなかったことが判明しているもの、及び再検査として不適切な検査（ペプシノゲン検査のみ、ヘリコバクター・ピロリ検査のみ等）が行われたもの。

③【未把握】：検診時生検未実施で、その後ダブルチェックで要再検査となった者のうち、再検査受診の有無が分からないもの、及び（再検査を受診したとしても）再検査の結果が正確に報告されないもの。

※以下の場合、「地域保健・健康増進事業報告」の「精検受診の有無別人数」では「精検受診」とし、精検結果の区分としては「がん疑い又は未確定」に計上する。

・同時生検受診者のうち、病理組織診断の結果が不明なもの（未報告を含む）。

・同時生検後ダブルチェックで要再検査となった者のうち、再検査未受診、再検査受診の有無が不明、及び再検査の結果が正確に報告されないもの。

注 4) 全国や他都道府県との比較、県内市区町村間/検診機関間のばらつきの確認など。

注 5) 資料配布や説明会の開催など。

注 6) 検診の質について住民が自ら判断できるように分かりやすく公表する必要がある。そのためには市区町村名、検診機関名を付記して公表することが必須である。

令和 4 年 3 月

大腸がん検診のためのチェックリスト（都道府県用）

解説：
① このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を 1 医療機関とみなしても構わない
② 都道府県が単独で実施できない項目については、関係機関（市区町村、検診機関、医師会等）と連携して行うこと
③ このチェックリストをもとに調査を行う場合、都道府県が把握できない項目については、関係機関（市区町村、検診機関、医師会等）に確認して回答すること

１．生活習慣病検診等管理指導協議会の組織・運営
(1) 大腸がん部会は、保健所、医師会、日本消化器がん検診学会に所属する学識経験者、臨床検査技師等大腸がん検診に係わる専門家によって構成されているか
(2) 大腸がん部会は、市区町村が策定した検診実施計画/検診体制等について検診が円滑に実施されるよう、広域的見地から医師会、検診機関、精密検査機関等と調整を行っているか
(3) 年に 1 回以上、定期的に大腸がん部会を開催しているか
(4) 年に 1 回以上、定期的に生活習慣病検等診従事者講習会を開催しているか

２．受診者数・受診率の集計
(1) 対象者数（推計でも可）を把握しているか
(2) 受診者数・受診率を集計しているか
(2-a) 受診者数・受診率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか
(2-b) 受診者数・受診率を市区町村別に集計しているか
(2-c) 受診者数を検診機関別に集計しているか
(2-d) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか[注 1)]

３．要精検率の集計
(1) 要精検率を集計しているか[注 2)]
(1-a) 要精検率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか[注 2)]
(1-b) 要精検率を市区町村別に集計しているか[注 2)]
(1-c) 要精検率を検診機関別に集計しているか[注 2)]
(1-d) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注 1, 2)]

４．精検受診率の集計
(1) 精検受診率を集計しているか
(1-a) 精検受診率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか
(1-b) 精検受診率を市区町村別に集計しているか
(1-c) 精検受診率を検診機関別に集計しているか
(1-d) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注 1)]
(2) 精検未受診率と未把握率を定義に従って区別して集計しているか[注 3)]

５．精密検査結果の集計

(1) 大腸がん発見率を集計しているか

(1-a) 大腸がん発見率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか

(1-b) 大腸がん発見率を市区町村別に集計しているか

(1-c) 大腸がん発見率を検診機関別に集計しているか

(1-d) 大腸がん発見率を過去の受診歴別に集計しているか[注 1)]

(2) 早期の大腸がん割合（大腸がん発見数に対する早期がん数）を集計しているか

(2-a) 早期の大腸がん割合を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか

(2-b) 早期の大腸がん割合を市区町村別に集計しているか

(2-c) 早期の大腸がん割合を検診機関別に集計しているか

(2-d) 早期の大腸がん割合を過去の受診歴別に集計しているか[注 1)]

(2-e) 早期大腸がんのうち、粘膜内がん数を区別して集計しているか

(3) 陽性反応適中度を集計しているか

(3-a) 陽性反応適中度を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか

(3-b) 陽性反応適中度を市区町村別に集計しているか

(3-c) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか

(3-d) 陽性反応適中度を過去の受診歴別に集計しているか[注 1)]

６．偶発症の把握

(1) 精密検査中/精密検査後の重篤な偶発症を把握しているか
※入院治療を要するものとする（例：輸血や手術を要する程度の腸管出血、腸管穿孔、前投薬起因性ショック、腹膜炎等）。

(2) 精密検査中/精密検査後の偶発症による死亡を把握しているか
※がんの見逃しによるものを除く。

７．追加調査

(1) 発見大腸がんの病期/進行度・組織型・治療法について把握しているか

(2) がん登録を活用して、感度・特異度の算出や、予後調査ができるような体制を作っているか

８．精度管理評価に関する検討

(1) 精度管理評価を行っているか

(1-a) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか[注 4)]

(1-b) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか[注 4)]

(1-c) 市区町村毎のプロセス指標値を把握し、評価を行っているか[注 4)]

(1-d) 検診機関毎のプロセス指標値を把握し、評価を行っているか[注 4)]

(2) 評価の低い、もしくは指標に疑義（※）のある市区町村や検診機関に、聞き取り調査や現場訪問を行って、原因を検討しているか
※チェックリストの回答やプロセス指標値に疑問がある場合など。

(3) 上記の評価結果を踏まえて、精度管理上の課題と改善策を策定しているか

(4) 評価手法や評価結果の解釈、聞き取り調査の方針、改善策の内容等についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

９．評価と改善策のフィードバック（指導・助言）

(1) 市区町村に精度管理評価を個別にフィードバックしているか[注5)]

(1-a) 「市区町村用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか[注5)]

(1-b) 市区町村毎のプロセス指標の評価を個別にフィードバックしているか[注5)]

(1-c) 精度管理に課題のある市区町村に改善策をフィードバックしているか[注5)]

(2) 検診機関に精度管理評価を個別にフィードバックしているか[注5)]

(2-a) 「検診機関用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか[注5)]

(2-b) 検診機関毎のプロセス指標の評価を個別にフィードバックしているか[注5)]

(2-c) 精度管理に課題のある検診機関に改善策をフィードバックしているか[注5)]

(3) フィードバックの手法や内容についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

(4) 前年度までにフィードバックした改善策の実行状況について、市区町村/検診機関への聞き取り調査等により確認しているか

１０．評価と改善策の公表

(1) 精度管理評価をホームページ等で公表しているか[注6)]

(1-a) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況と、その評価を公表しているか[注6)]

(1-b) 市区町村毎のプロセス指標値とその評価を公表しているか[注6)]

(1-c) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況と、その評価を公表しているか[注6)]

(1-d) 検診機関毎のプロセス指標値とその評価を公表しているか[注6)]

(1-e) 精度管理が要改善の市区町村について、フィードバックした改善策の内容を公表しているか[注6)]

(1-f) 精度管理が要改善の検診機関について、フィードバックした改善策の内容を公表しているか[注6)]

(1-g) 「都道府県用チェックリスト」の遵守状況（自己点検結果）を公表しているか

(1-h) 県としてのプロセス指標値（自己点検結果）を公表しているか

(2) 公表の手法や内容についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

注 1) 初回受診者（初回の定義は過去 3 年間に受診歴がない者）及び逐年検診受診者等の受診歴別

注 2) 要精検の定義

便潜血検査の結果要精検とされた者。問診結果のみでは要精密検査としない。

注 3) 精検受診、未受診、未把握の定義

①【精検受診】：精検機関より精検結果の報告があったもの。もしくは受診者が詳細（精検日・受診機関・精検法・精検結果の 4 つ全て）を申告したもの。（※）

②【精検未受診】：要精検者が精検機関に行かなかったことが判明しているもの（受診者本人の申告及び精検機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精検として不適切な検査（便潜血検査の再検のみ等）が行われたもの。

③【精検未把握】：精検受診の有無が分からないもの、及び（精検受診したとしても）精検結果が正確に報告されないもの。

※精密検査が継続中で検査結果が確定していないものについては、「地域保健・健康増進事業報告」の「精検受診の有無別人数」では「精検受診」とし、精検結果の区分としては「がん疑い又は未確定」に計上する。

注 4) 全国や他都道府県との比較、県内市区町村間/検診機関間のばらつきの確認など
注 5) 資料配布や説明会の開催など
注 6) 検診の質について住民が自ら判断できるように分かりやすく公表する必要がある。そのためには市区町村名、検診機関名を付記して公表することが必須である。

令和 4 年 3 月

肺がん検診のためのチェックリスト（都道府県用）

解説：
① このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を 1 医療機関とみなしても構わない
② 都道府県が単独で実施できない項目については、関係機関（市区町村、検診機関、医師会等）と連携して行うこと
③ このチェックリストをもとに調査を行う場合、都道府県が把握できない項目については、関係機関（市区町村、検診機関、医師会等）に確認して回答すること

１．生活習慣病検診等管理指導協議会の組織・運営

(1) 肺がん部会は、保健所、医師会、肺がん検診に関連する学会に所属する学識経験者、臨床検査技師、診療放射線技師等肺がん検診に係わる専門家によって構成されているか
(2) 肺がん部会は、市区町村が策定した検診実施計画/検診体制等について検診が円滑に実施されるよう、広域的見地から医師会、検診機関、精密検査機関等と調整を行っているか
(3) 年に 1 回以上、定期的に肺がん部会を開催しているか
(4) 年に 1 回以上、定期的に生活習慣病検診等従事者講習会を開催しているか

２．受診者数・受診率の集計

(1) 対象者数（推計でも可）を把握しているか
(2) 受診者数・受診率を集計しているか
(2-a) 受診者数・受診率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか
(2-b) 受診者数・受診率を市区町村別に集計しているか
(2-c) 受診者数を検診機関別に集計しているか
(2-d) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか[注 1)]

３．要精検率の集計

解説：いずれも胸部エックス線受診者/喀痰細胞診受診者/総受診者別に集計すること
(1) 要精検率を集計しているか[注 2)]
(1-a) 要精検率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか[注 2)]
(1-b) 要精検率を市区町村別に集計しているか[注 2)]
(1-c) 要精検率を検診機関別に集計しているか[注 2)]
(1-d) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注 1, 2)]

４．精検受診率の集計

解説：いずれも胸部エックス線受診者/喀痰細胞診受診者/総受診者別に集計すること
(1) 精検受診率を集計しているか
(1-a) 精検受診率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか
(1-b) 精検受診率を市区町村別に集計しているか
(1-c) 精検受診率を検診機関別に集計しているか
(1-d) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注 1)]
(2) 精検未受診率と未把握率を定義に従って区別して集計しているか[注 3)]

５．精密検査結果の集計

解説：いずれも胸部エックス線受診者/喀痰細胞診受診者/総受診者別に集計すること

(1) 肺がん発見率を集計しているか

(1-a) 肺がん発見率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか

(1-b) 肺がん発見率を市区町村別に集計しているか

(1-c) 肺がん発見率を検診機関別に集計しているか

(1-d) 肺がん発見率を過去の受診歴別に集計しているか[注 1)]

(2) 臨床病期 0～Ⅰ期の肺がん割合（肺がん発見数に対する臨床病期０～Ⅰ期の肺がん数）を集計しているか

(2-a) 臨床病期 0～Ⅰ期の肺がん割合を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか

(2-b) 臨床病期 0～Ⅰ期の肺がん割合を市区町村別に集計しているか

(2-c) 臨床病期 0～Ⅰ期の肺がん割合を検診機関別に集計しているか

(2-d) 臨床病期 0～Ⅰ期の肺がん割合を過去の受診歴別に集計しているか[注 1)]

(3) 陽性反応適中度を集計しているか

(3-a) 陽性反応適中度を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか

(3-b) 陽性反応適中度を市区町村別に集計しているか

(3-c) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか

(3-d) 陽性反応適中度を過去の受診歴別に集計しているか[注 1)]

６．偶発症の把握

(1) 検診中/検診後の重篤な偶発症を把握しているか
※入院治療を要するものとする

(2) 検診中/検診後の偶発症による死亡を把握しているか
※がんの見逃しによるものを除く

(3) 精密検査中/精密検査後の重篤な偶発症を把握しているか
※入院治療を要するものとする（例：経皮的肺穿刺や気管支生検による多量出血、検査後の気胸等）。

(4) 精密検査中/精密検査後の偶発症による死亡を把握しているか
※がんの見逃しによるものを除く。

７．追加調査

(1) 発見肺がんの病期/進行度・組織型・治療法について把握しているか

(2) がん登録を活用して、感度・特異度の算出や、予後調査ができるような体制を作っているか

８．精度管理評価に関する検討

(1) 精度管理評価を行っているか

(1-a) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか[注 4)]

(1-b) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか[注 4)]

(1-c) 市区町村毎のプロセス指標値を把握し、評価を行っているか[注 4)]

(1-d) 検診機関毎のプロセス指標値を把握し、評価を行っているか[注 4)]

(2) 評価の低い、もしくは指標に疑義（※）のある市区町村や検診機関に、聞き取り調査や現場訪問を行って、原因を検討しているか
※チェックリストの回答やプロセス指標値に疑問がある場合など。

(3) 上記の評価結果を踏まえて、精度管理上の課題と改善策を策定しているか
(4) 評価手法や評価結果の解釈、聞き取り調査の方針、改善策の内容等についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

９．評価と改善策のフィードバック（指導・助言）
(1) 市区町村に精度管理評価を個別にフィードバックしているか[注5)]
(1-a) 「市区町村用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか[注5)]
(1-b) 市区町村毎のプロセス指標の評価を個別にフィードバックしているか[注5)]
(1-c) 精度管理に課題のある市区町村に改善策をフィードバックしているか[注5)]
(2) 検診機関に精度管理評価を個別にフィードバックしているか[注5)]
(2-a) 「検診機関用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか[注5)]
(2-b) 検診機関毎のプロセス指標の評価を個別にフィードバックしているか[注5)]
(2-c) 精度管理に課題のある検診機関に改善策をフィードバックしているか[注5)]
(3) フィードバックの手法や内容についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか
(4) 前年度までにフィードバックした改善策の実行状況について、市区町村/検診機関への聞き取り調査等により確認しているか

１０．評価と改善策の公表
(1) 精度管理評価をホームページ等で公表しているか[注6)]
(1-a) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況と、その評価を公表しているか[注6)]
(1-b) 市区町村毎のプロセス指標値とその評価を公表しているか[注6)]
(1-c) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況と、その評価を公表しているか[注6)]
(1-d) 検診機関毎のプロセス指標値とその評価を公表しているか[注6)]
(1-e) 精度管理が要改善の市区町村について、フィードバックした改善策の内容を公表しているか[注6)]
(1-f) 精度管理が要改善の検診機関について、フィードバックした改善策の内容を公表しているか[注6)]
(1-g) 「都道府県用チェックリスト」の遵守状況（自己点検結果）を公表しているか
(1-h) 都道府県としてのプロセス指標値（自己点検結果）を公表しているか
(2) 公表の手法や内容についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

注 1) 初回受診者（初回の定義は前年に受診歴がない者）及び逐年検診受診者等の受診歴別
注 2) 要精検の定義
胸部エックス線検査の判定区分が「E」及び読影不能の者、及び喀痰細胞診の判定区分が「D」、「E」の者。問診結果のみでは要精密検査とはしない。
注 3) 精検受診、未受診、未把握の定義
①【精検受診】：精検機関より精検結果の報告があったもの。もしくは受診者が詳細（精検日・受診機関・精検法・精検結果の 4 つ全て）を申告したもの。（※）
②【精検未受診】：要精検者が精検機関に行かなかったことが判明しているもの（受診者本人の申告及び精検機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精検として不適切な検査（喀痰細胞診要精検者に対する喀痰細胞診の再検のみ等）が行われたもの。
③【精検未把握】：精検受診の有無が分からないもの、及び（精検受診したとしても）精検結果が正確に報告されないもの。

※精密検査が継続中で検査結果が確定していないものについては、「地域保健・健康増進事業報告」の「精検受診の有無別人数」では「精検受診」とし、精検結果の区分としては「がん疑い又は未確定」に計上する。

注 4） 全国や他都道府県との比較、県内市区町村間/検診機関間のばらつきの確認など

注 5） 資料配布や説明会の開催など

注 6） 検診の質について住民が自ら判断できるように分かりやすく公表する必要がある。そのためには市区町村名、検診機関名を付記して公表することが必須である。

令和 4 年 3 月

乳がん検診のためのチェックリスト（都道府県用）

解説：
① このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を 1 医療機関とみなしても構わない
② 都道府県が単独で実施できない項目については、関係機関（市区町村、検診機関、医師会等）と連携して行うこと
③ このチェックリストをもとに調査を行う場合、都道府県が把握できない項目については、関係機関（市区町村、検診機関、医師会等）に確認して回答すること

１．生活習慣病検診等管理指導協議会の組織・運営
(1) 乳がん部会は、保健所、医師会、がん検診関連学会に所属する学識経験者、臨床検査技師、診療放射線技師等乳がん検診に係わる専門家によって構成されているか
(2) 乳がん部会は、市区町村が策定した検診実施計画/検診体制等について検診が円滑に実施されるよう、広域的見地から医師会、検診機関、精密検査機関等と調整を行っているか
(3) 年に 1 回以上、定期的に乳がん部会を開催しているか
(4) 年に 1 回以上、定期的に生活習慣病検診等従事者講習会を開催しているか

２．受診者数・受診率の集計
(1) 対象者数（推計でも可）を把握しているか
(2) 受診者数・受診率を集計しているか
(2-a) 受診者数・受診率を年齢 5 歳階級別に集計しているか
(2-b) 受診者数・受診率を市区町村別に集計しているか
(2-c) 受診者数を検診機関別に集計しているか
(2-d) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか[注 1)]

３．要精検率の集計
(1) 要精検率を集計しているか[注 2)]
(1-a) 要精検率を年齢 5 歳階級別に集計しているか[注 2)]
(1-b) 要精検率を市区町村別に集計しているか[注 2)]
(1-c) 要精検率を検診機関別に集計しているか[注 2)]
(1-d) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注 1, 2)]

４．精検受診率の集計
(1) 精検受診率を集計しているか
(1-a) 精検受診率を年齢 5 歳階級別に集計しているか
(1-b) 精検受診率を市区町村別に集計しているか
(1-c) 精検受診率を検診機関別に集計しているか
(1-d) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注 1)]
(2) 精検未受診率と未把握率を定義に従って区別して集計しているか[注 3)]

５．精密検査結果の集計

(1) 乳がん発見率を集計しているか

(1-a) 乳がん発見率を年齢 5 歳階級別に集計しているか

(1-b) 乳がん発見率を市区町村別に集計しているか

(1-c) 乳がん発見率を検診機関別に集計しているか

(1-d) 乳がん発見率を検診受診歴別に集計しているか[注 1)]

(2) 早期の乳がん割合（乳がん発見数に対する早期がん数）を集計しているか[注 4)]

(2-a) 早期の乳がん割合を年齢 5 歳階級別に集計しているか[注 4)]

(2-b) 早期の乳がん割合を市区町村別に集計しているか[注 4)]

(2-c) 早期の乳がん割合を検診機関別に集計しているか[注 4)]

(2-d) 早期の乳がん割合を過去の受診歴別に集計しているか[注 1,4)]

(2-e) 早期乳がんのうち、非浸潤がん数を区別して集計しているか[注 4)]

(3) 陽性反応適中度を集計しているか

(3-a) 陽性反応適中度を年齢 5 歳階級別に集計しているか

(3-b) 陽性反応適中度を市区町村別に集計しているか

(3-c) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか

(3-d) 陽性反応適中度を過去の受診歴別に集計しているか[注 1)]

６．偶発症の把握

(1) 検診中/検診後の重篤な偶発症を把握しているか
※入院治療を要するものとする（例：検査中の圧迫による骨折等）。

(2) 検診中/検診後の偶発症による死亡を把握しているか
※がんの見逃しによるものを除く

(3) 精密検査中/精密検査後の重篤な偶発症を把握しているか
※入院治療を要するものとする（例：穿刺吸引細胞診や針生検による大量出血、副損傷等）。

(4) 精密検査中/精密検査後の偶発症による死亡を把握しているか
※がんの見逃しによるものを除く。

７．追加調査

(1)発見乳がんの病期/進行度・組織型・治療法について把握しているか

(2)がん登録を活用して、感度・特異度の算出や、予後調査ができるような体制を作っているか

８．精度管理評価に関する検討

(1) 精度管理評価を行っているか

(1-a) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか[注 5)]

(1-b) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか[注 5)]

(1-c) 市区町村毎のプロセス指標値を把握し、評価を行っているか[注 5)]

(1-d) 検診機関毎のプロセス指標値を把握し、評価を行っているか[注 5)]

(2) 評価の低い、もしくは指標に疑義（※）のある市区町村や検診機関に、聞き取り調査や現場訪問を行って、原因を検討しているか
※チェックリストの回答やプロセス指標値に疑問がある場合など。

(3) 上記の評価結果を踏まえて、精度管理上の課題と改善策を策定しているか

(4) 評価手法や評価結果の解釈、聞き取り調査の方針、改善策の内容等についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

９．評価と改善策のフィードバック（指導・助言）

(1) 市区町村に精度管理評価を個別にフィードバックしているか[注6)]

(1-a) 「市区町村用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか[注6)]

(1-b) 市区町村毎のプロセス指標の評価を個別にフィードバックしているか[注6)]

(1-c) 精度管理に課題のある市区町村に改善策をフィードバックしているか[注6)]

(2) 検診機関に精度管理評価を個別にフィードバックしているか[注6)]

(2-a) 「検診機関用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか[注6)]

(2-b) 検診機関毎のプロセス指標の評価を個別にフィードバックしているか[注6)]

(2-c) 精度管理に課題のある検診機関に改善策をフィードバックしているか[注6)]

(3) フィードバックの手法や内容についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

(4) 前年度までにフィードバックした改善策の実行状況について、市区町村/検診機関への聞き取り調査等により確認しているか

１０．評価と改善策の公表

(1) 精度管理評価をホームページ等で公表しているか[注7)]

(1-a) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況と、その評価を公表しているか[注7)]

(1-b) 市区町村毎のプロセス指標値とその評価を公表しているか[注7)]

(1-c) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況と、その評価を公表しているか[注7)]

(1-d) 検診機関毎のプロセス指標値とその評価を公表しているか[注7)]

(1-e) 精度管理が要改善の市区町村について、フィードバックした改善策の内容を公表しているか[注7)]

(1-f) 精度管理が要改善の検診機関について、フィードバックした改善策の内容を公表しているか[注7)]

(1-g) 「都道府県用チェックリスト」の遵守状況（自己点検結果）を公表しているか

(1-h) 県としてのプロセス指標値（自己点検結果）を公表しているか

(2) 公表の手法や内容についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

注 1) 初回受診者（初回の定義は過去 3 年間に受診歴がない者）及び逐年検診受診者等の受診歴別

注 2) 要精検の定義マンモグラフィ検査の結果がカテゴリー3 以上、及び判定不能とされた者（ただし判定不能のうち、視触診等マンモグラフィ以外の検査により精検不要と判断された者は除く）。問診結果のみでは要精密検査としない。

注 3) 精検受診、未受診、未把握の定義

①【精検受診】：精検機関より精検結果の報告があったもの。もしくは受診者が詳細（精検日・受診機関・精検法・精検結果の 4 つ全て）を申告したもの。（※）

②【精検未受診】：要精検者が精検機関に行かなかったことが判明しているもの（受診者本人の申告及び精検機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精検として不適切な検査が行われたもの。

③【精検未把握】：精検受診の有無が分からないもの、及び（精検受診したとしても）精検結果が正確に報告されないもの。

※精密検査が継続中で検査結果が確定していないものについては、「地域保健・健康増進事業報告」の「精検受診の有無別人数」では「精検受診」とし、精検結果の区分としては「がん疑い又は未確定」に計上する。

注 4) 早期がんとは、腫瘤の大きさが触診上 2 センチ以下で転移を思わせるリンパ節を触れず遠隔転移を認めないもの、または非浸潤がんであったものを指す。

注 5) 全国や他都道府県との比較、県内市区町村間/検診機関間のばらつきの確認など

注 6) 資料配布や説明会の開催など

注 7) 検診の質について住民が自ら判断できるように分かりやすく公表する必要がある。そのためには市区町村名、検診機関名を付記して公表することが必須である。

令和 4 年 3 月

子宮頸がん検診のためのチェックリスト（都道府県用）

解説：
① このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す。ただし医師会等が完全に体制を統一している場合は、医師会等を 1 医療機関とみなしても構わない
② 都道府県が単独で実施できない項目については、関係機関（市区町村、検診機関、医師会等）と連携して行うこと
③ このチェックリストをもとに調査を行う場合、都道府県が把握できない項目については、関係機関（市区町村、検診機関、医師会等）に確認して回答すること

1．生活習慣病検診等管理指導協議会の組織・運営
(1) 子宮がん部会は、保健所、医師会、がん検診関連学会に所属する学識経験者、臨床検査技師等子宮頸がん検診に係わる専門家によって構成されているか
(2) 子宮がん部会は、市区町村が策定した検診実施計画/検診体制等について検診が円滑に実施されるよう、広域的見地から医師会、検診機関、細胞診判定施設、精密検査機関等と調整を行っているか
(3) 年に 1 回以上、定期的に子宮がん部会を開催しているか
(4) 年に 1 回以上、定期的に生活習慣病検診等従事者講習会を開催しているか

2．受診者数・受診率の集計
(1) 対象者数（推計でも可）を把握しているか
(2) 受診者数・受診率を集計しているか
(2-a) 受診者数・受診率を年齢 5 歳階級別に集計しているか
(2-b) 受診者数・受診率を市区町村別に集計しているか
(2-c) 受診者数を検診機関別に集計しているか
(2-d) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか[注 1)]

3．要精検率の集計
(1) 要精検率を集計しているか[注 2)]
(1-a) 要精検率を年齢 5 歳階級別に集計しているか[注 2)]
(1-b) 要精検率を市区町村別に集計しているか[注 2)]
(1-c) 要精検率を検診機関別に集計しているか[注 2)]
(1-d) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注 1, 2)]

4．精検受診率の集計
(1) 精検受診率を集計しているか
(1-a) 精検受診率を年齢 5 歳階級別に集計しているか
(1-b) 精検受診率を市区町村別に集計しているか
(1-c) 精検受診率を検診機関別に集計しているか
(1-d) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注 1)]
(2) 精検未受診率と未把握率を定義に従って区別して集計しているか[注 3)]

５．精密検査結果の集計

(1) 子宮頸がん発見率を集計しているか

(1-a) 子宮頸がん発見率を年齢 5 歳階級別に集計しているか

(1-b) 子宮頸がん発見率を市区町村別に集計しているか

(1-c) 子宮頸がん発見率を検診機関別に集計しているか

(1-d) 子宮頸がん発見率を過去の受診歴別に集計しているか[注 1)]

(2) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を集計しているか[注 4)]

(2-a) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を年齢 5 歳階級別に集計しているか[注 4)]

(2-b) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を市区町村別に集計しているか[注 4)]

(2-c) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を検診機関別に集計しているか[注 4)]

(2-d) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を過去の受診歴別に集計しているか[注 1,4)]

(3) 進行度がⅠA 期の子宮頸がんの割合を（子宮頸がん発見数に対する進行度がⅠA 期のがんの数）を集計しているか

(3-a) 進行度がⅠA 期の子宮頸がんの割合を年齢 5 歳階級別に集計しているか

(3-b) 進行度がⅠA 期の子宮頸がんの割合を市区町村別に集計しているか

(3-c) 進行度がⅠA 期の子宮頸がんの割合を検診機関別に集計しているか

(3-d) 進行度がⅠA 期の子宮頸がんの割合を過去の受診歴別に集計しているか[注 1)]

(4) 陽性反応適中度を集計しているか

(4-a) 陽性反応適中度を年齢 5 歳階級別に集計しているか

(4-b) 陽性反応適中度を市区町村別に集計しているか

(4-c) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか

(4-d) 陽性反応適中度を過去の受診歴別に集計しているか[注 1)]

６．偶発症の把握

(1) 検診中/検診後の重篤な偶発症を把握しているか
※入院治療を要するものとする（例：細胞診採取後の子宮腟部からの多量出血等）。

(2) 検診中/検診後の偶発症による死亡を把握しているか
※がんの見逃しによるものを除く

(3) 精密検査中/精密検査後の重篤な偶発症を把握しているか
※入院治療を要するものとする（例：組織診後の多量出血、検査後の骨盤内感染症等）。

(4) 精密検査中/精密検査後の偶発症による死亡を把握しているか
※がんの見逃しによるものを除く。

７．追加調査

(1) 発見子宮頸がんの病期/進行度・組織型・治療法について把握しているか

(2) がん登録を活用して、感度・特異度の算出や、予後調査ができるような体制を作っているか

８．精度管理評価に関する検討

(1) 精度管理評価を行っているか

(1-a) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか[注5)]

(1-b) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況を把握し、評価を行っているか[注5)]

(1-c) 市区町村毎のプロセス指標値を把握し、評価を行っているか[注5)]

(1-d) 検診機関毎のプロセス指標値を把握し、評価を行っているか[注5)]

(2) 評価の低い、もしくは指標に疑義（※）のある市区町村や検診機関に、聞き取り調査や現場訪問を行って、原因を検討しているか

※チェックリストの回答やプロセス指標値に疑問がある場合など。

(3) 上記の評価結果を踏まえて、精度管理上の課題と改善策を策定しているか

(4) 評価手法や評価結果の解釈、聞き取り調査の方針、改善策の内容等についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

９．評価と改善策のフィードバック（指導・助言）

(1) 市区町村に精度管理評価を個別にフィードバックしているか[注6)]

(1-a) 「市区町村用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか[注6)]

(1-b) 市区町村毎のプロセス指標の評価を個別にフィードバックしているか[注6)]

(1-c) 精度管理に課題のある市区町村に改善策をフィードバックしているか[注6)]

(2) 検診機関に精度管理評価を個別にフィードバックしているか[注6)]

(2-a) 「検診機関用チェックリスト」の評価を個別にフィードバックしているか[注6)]

(2-b) 検診機関毎のプロセス指標の評価を個別にフィードバックしているか[注6)]

(2-c) 精度管理に課題のある検診機関に改善策をフィードバックしているか[注6)]

(3) フィードバックの手法や内容についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

(4) 前年度までにフィードバックした改善策の実行状況について、市区町村/検診機関への聞き取り調査等により確認しているか

１０．評価と改善策の公表

(1) 精度管理評価をホームページ等で公表しているか[注7)]

(1-a) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況と、その評価を公表しているか[注7)]

(1-b) 市区町村毎のプロセス指標値とその評価を公表しているか[注7)]

(1-c) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況と、その評価を公表しているか[注7)]

(1-d) 検診機関毎のプロセス指標値とその評価を公表しているか[注7)]

(1-e) 精度管理が要改善の市区町村について、フィードバックした改善策の内容を公表しているか[注7)]

(1-f) 精度管理が要改善の検診機関について、フィードバックした改善策の内容を公表しているか[注7)]

(1-g) 「都道府県用チェックリスト」の遵守状況（自己点検結果）を公表しているか

(1-h) 都道府県としてのプロセス指標値（自己点検結果）を公表しているか

(2) 公表の手法や内容についてがん部会に諮り、具体的な助言を受けているか

注 1) 初回受診者（初回の定義は過去 3 年間に受診歴がない者）及び逐年検診受診者等の受診歴別

注 2) 要精検の定義細胞診の結果が NILM（陰性）以外、及び判定不能とされた者。問診結果のみでは要精密検査としない。

注 3) 精検受診、未受診、未把握の定義

①【精検受診】：精検機関より精検結果の報告があったもの。もしくは受診者が詳細（精検日・受診機関・精検法・精検結果の 4 つ全て）を申告したもの。（※）

②【精検未受診】：要精検者が精検機関に行かなかったことが判明しているもの（受診者本人の申告及び精検機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精検として不適切な検査（ASC-US を除く要精検者に対する、細胞診のみの再検等）が行われたもの。

③【精検未把握】：精検受診の有無が分からないもの、及び（精検受診したとしても）精検結果が正確に報告されないもの。

※精密検査が継続中で検査結果が確定していないものについては、「地域保健・健康増進事業報告」の「精検受診の有無別人数」では「精検受診」とし、精検結果の区分としては「がん疑い又は未確定」に計上する。

注 4) 病変を CIN1、CIN2、CIN3、AIS の区分に分けて集計すること

注 5) 全国や他都道府県との比較、県内市区町村間/検診機関間のばらつきの確認など

注 6) 資料配布や説明会の開催など

注 7) 検診の質について住民が自ら判断できるように分かりやすく公表する必要がある。そのためには市区町村名、検診機関名を付記して公表することが必須である。

解説：
①このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す
②市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）と連携して行うこと※
③このチェックリストをもとに調査を行う場合、市区町村が把握できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）に確認して回答すること※
※ 特に個別検診の場合

1. 検診対象者の情報管理
(1) 対象者全員の氏名を記載した名簿※を、住民台帳などに基づいて作成しているか
※ 前年度受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である
(2) 対象者全員に、個別に受診勧奨を行っているか
※ 自治体の広報紙などの配布は不適切である。受診票の送付でも個人名を列記しない世帯分の一括送付は不適切である
(3) 対象者数（推計でも可）を把握しているか

2. 受診者の情報管理
(1) 個人別の受診（記録）台帳またはデータベースを作成しているか
(2) 過去 5 年間の受診歴を記録しているか

3. 受診者への説明、及び要精検者への説明
(1) 受診勧奨時に、「検診機関用チェックリスト 1. 受診者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布しているか※
※ 検診機関が資料を作成し、配布している場合：市区町村は資料内容をあらかじめ確認し、全項目が記載されていれば配布を省いてもよい
(2) 要精検者全員に対し、受診可能な精密検査機関名（医療機関名）※の一覧を提示しているか
※ ここで提示する精密検査機関には、可及的に精密検査結果の報告を義務付けること

4. 受診率の集計
解説：過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去 3 年間に受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す
(1) 受診率を集計しているか
(1-a) 受診率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか
(1-b) 受診率を検診機関別に集計※しているか
※ 受診率算定の分母は市区町村の全対象者数、分子は当該検診機関の受診者数
(1-c) 受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか

5. 要精検率の集計
解説：過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去 3 年間に受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す
(1) 要精検率を集計しているか
(1-a) 要精検率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか
(1-b) 要精検率を検診機関別に集計しているか
(1-c) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか

6. 精密検査結果の把握、精密検査未受診者の特定と受診勧奨
(1) 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※を把握しているか
※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す。具体的には、内視鏡診断や

生検結果、内視鏡的治療または外科手術所見と病理組織検査結果などのこと

(2) 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果が不明の者については、本人※もしくは精密検査機関への照会等により、結果を確認しているか

※ 本人に確認する場合は、精密検査受診日・受診機関・精密検査方法・精密検査結果の 4 つ全てが本人から申告される必要がある

(3) 個人毎の精密検査方法及び、精密検査（治療）結果を、市区町村、検診機関（医療機関）、精密検査機関が共有しているか

(4) 過去 5 年間の精密検査方法及び、精密検査（治療）結果を記録しているか

(5) 精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義[注1]に従って区別し、精密検査未受診者を特定しているか

(6) 精密検査未受診者に精密検査の受診勧奨を行っているか

7. 精検受診率、がん発見率、早期がん割合、陽性反応適中度の集計

解説：

① いずれも、胃部エックス線検査の受診者または胃内視鏡検査の受診者/総受診者別に集計すること

② 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去 3 年間に受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す

(1) 精検受診率を集計しているか

(1-a) 精検受診率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか

(1-b) 精検受診率を検診機関別に集計しているか

(1-c) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか

(1-d) 精検未受診率と未把握率を定義[注1]に従って区別し、集計しているか

(2) がん発見率を集計しているか

(2-a) がん発見率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか

(2-b) がん発見率を検診機関別に集計しているか

(2-c) がん発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか

(3) 早期がん割合（がん発見数に対する早期がん数）を集計しているか

(3-a) 早期がん割合を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか

(3-b) 早期がん割合を検診機関別に集計しているか

(3-c) 早期がん割合を過去の検診受診歴別に集計しているか

(3-d) 早期がんのうち、粘膜内がん数を区別して集計しているか

(4) 陽性反応適中度を集計しているか

(4-a) 陽性反応適中度を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか

(4-b) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか

(4-c) 陽性反応適中度を過去の検診受診歴別に集計しているか

8. 地域保健・健康増進事業報告

(1) がん検診結果や精密検査結果の最終報告（地域保健・健康増進事業報告）を行っているか

(2) がん検診の結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先（検診機関（医療機関）、医師会など）に報告を求めているか

(2-a) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか※

※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか

(3) 精密検査結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先（検診機関（医療機関）、精密検査機関、医師会など）に報告を求めているか

(3-a) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか※

※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか

9. 検診機関（医療機関）の質の担保

解説（再掲）：

① このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す

② **市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）と連携して行うこと※**

③ **このチェックリストをもとに調査を行う場合、市区町村が把握できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）に確認して回答すること※**

※ 特に個別検診の場合

(1) 委託先検診機関（医療機関）を、仕様書の内容に基づいて選定しているか※

※ もしくは仕様書の代わりに、自治体（都道府県/市区町村）の実施要綱等の遵守を選定条件としてもよい

(1-a) 仕様書（もしくは実施要綱）の内容は、「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」[注2]を満たしているか

(1-b) 検診終了後に、委託先検診機関（医療機関）で仕様書（もしくは実施要綱）の内容が遵守されたことを確認しているか

(2) 検診機関（医療機関）に精度管理評価を個別にフィードバックしているか※

※ 冒頭の解説のとおり、市区町村が単独で実施できない場合は、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）と連携して行うこと。下記(2-a)、(2-b)、(2-c)も同様

(2-a) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況をフィードバックしているか

(2-b) 検診機関（医療機関）毎のプロセス指標値を集計してフィードバックしているか

(2-c) 上記の結果をふまえ、課題のある検診機関（医療機関）に改善策をフィードバックしているか

注 1 「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」報告書、別添 6 参照

注 2 「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」報告書、別添 8 の改定版（国立がん研究センター、平成 31 年 3 月公表）参照

注釈 1（精検未受診/未把握の定義）、注釈 2（仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目）の出典については、以下の最新情報を参照。

国立がん研究センターがん情報サービス「医療関係者向けサイト」、がん対策情報 （がん検診）、「事業評価のためのチェックリスト」および「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」
https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

解説：
① このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す
② 市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）と連携して行うこと※
③ このチェックリストをもとに調査を行う場合、市区町村が把握できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）に確認して回答すること※
※ 特に個別検診の場合

1. 検診対象者の情報管理
(1) 対象者全員の氏名を記載した名簿※を、住民台帳などに基づいて作成しているか
※ 前年度受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である
(2) 対象者全員に、個別に受診勧奨を行っているか
※ 自治体の広報紙などの配布は不適切である。受診票の送付でも個人名を列記しない世帯分の一括送付は不適切である
(3) 対象者数（推計でも可）を把握しているか

2. 受診者の情報管理
(1) 個人別の受診（記録）台帳またはデータベースを作成しているか
(2) 過去 5 年間の受診歴を記録しているか

3. 受診者への説明、及び要精検者への説明
(1) 受診勧奨時（もしくは検診申込み者に対する便潜血検査キット配布時）に、「検診機関用チェックリスト 1.受診者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布しているか※
※ 検診機関が資料を作成し、配布している場合：市区町村は資料内容をあらかじめ確認し、全項目が記載されていれば配布を省いてもよい
(2) 要精検者全員に対し、受診可能な精密検査機関名（医療機関名）※の一覧を提示しているか
※ ここで提示する精密検査機関には、可及的に精密検査結果の報告を義務付けること

4. 受診率の集計
解説：過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去 3 年間に受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す
(1) 受診率を集計しているか
(1-a) 受診率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか
(1-b) 受診率を検診機関別に集計※しているか
※ 受診率算定の分母は市区町村の全対象者数、分子は当該検診機関の受診者数
(1-c) 受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか

5. 要精検率の集計
解説：過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去 3 年間に受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す
(1) 要精検率を集計しているか
(1-a) 要精検率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか
(1-b) 要精検率を検診機関別に集計しているか
(1-c) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか

6. 精密検査結果の把握、精密検査未受診者の特定と受診勧奨
(1) 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※を把握しているか
※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す。具体的には、内視鏡診断や

生検結果、内視鏡治療または外科手術所見と病理組織検査結果などのこと

(2) 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果が不明の者については、本人※もしくは精密検査機関への照会等により、結果を確認しているか

※ 本人に確認する場合は、精密検査受診日・受診機関・精密検査方法・精密検査結果の 4 つ全てが本人から申告される必要がある

(3) 個人毎の精密検査方法及び、精密検査（治療）結果を、市区町村、検診機関（医療機関）、精密検査機関が共有しているか

(4) 過去 5 年間の精密検査方法及び、精密検査（治療）結果を記録しているか

(5) 精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義[注1]に従って区別し、精密検査未受診者を特定しているか

(6) 精密検査未受診者に精密検査の受診勧奨を行っているか

7. 精検受診率、がん発見率、早期がん割合、陽性反応適中度の集計

解説：過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去 3 年間に受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す

(1) 精検受診率を集計しているか

(1-a) 精検受診率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか

(1-b) 精検受診率を検診機関別に集計しているか

(1-c) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか

(1-d) 精検未受診率と未把握率を定義[注1]に従って区別し、集計しているか

(2) がん発見率を集計しているか

(2-a) がん発見率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか

(2-b) がん発見率を検診機関別に集計しているか

(2-c) がん発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか

(3) 早期がん割合（がん発見数に対する早期がん数）を集計しているか

(3-a) 早期がん割合を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか

(3-b) 早期がん割合を検診機関別に集計しているか

(3-c) 早期がん割合を過去の検診受診歴別に集計しているか

(3-d) 早期がんのうち、粘膜内がん数を区別して集計しているか

(4) 陽性反応適中度を集計しているか

(4-a) 陽性反応適中度を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか

(4-b) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか

(4-c) 陽性反応適中度を過去の検診受診歴別に集計しているか

8. 地域保健・健康増進事業報告

(1) がん検診結果や精密検査結果の最終報告（地域保健・健康増進事業報告）を行っているか

(2) がん検診の結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先（検診機関（医療機関）、医師会など）に報告を求めているか

(2-a) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか※

※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか

(3) 精密検査結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先（検診機関（医療機関）、精密検査機関、医師会など）に報告を求めているか

(3-a) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか※

※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか

9. 検診機関（医療機関）の質の担保

解説（再掲）：

① このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す

② 市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）と連携して行うこと※

③ このチェックリストをもとに調査を行う場合、市区町村が把握できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）に確認して回答すること※

※ 特に個別検診の場合

(1) 委託先検診機関（医療機関）を、仕様書の内容に基づいて選定しているか※

※ もしくは仕様書の代わりに、自治体（都道府県/市区町村）の実施要綱等の遵守を選定条件としてもよい

(1-a) 仕様書（もしくは実施要綱）の内容は、「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」[注2]を満たしているか

(1-b) 検診終了後に、委託先検診機関（医療機関）で仕様書（もしくは実施要綱）の内容が遵守されたことを確認しているか

(2) 検診機関（医療機関）に精度管理評価を個別にフィードバックしているか※

※ 冒頭の解説のとおり、市区町村が単独で実施できない場合は、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）と連携して行うこと。下記(2-a)、(2-b)、(2-c)も同様

(2-a) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況をフィードバックしているか

(2-b) 検診機関（医療機関）毎のプロセス指標値を集計してフィードバックしているか

(2-c) 上記の結果をふまえ、課題のある検診機関（医療機関）に改善策をフィードバックしているか

注 1 「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」報告書、別添 6 参照

注 2 「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」報告書、別添 8 の改定版（国立がん研究センター、平成 31 年 3 月公表）参照

注釈 1（精検未受診/未把握の定義）、注釈 2（仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目）の出典については、以下の最新情報を参照。

国立がん研究センターがん情報サービス「医療関係者向けサイト」、がん対策情報 （がん検診）、「事業評価のためのチェックリスト」および「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」
https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

解説：
① このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す
② 市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）と連携して行うこと※
③ このチェックリストをもとに調査を行う場合、市区町村が把握できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）に確認して回答すること※
※ 特に個別検診の場合

1. 検診対象者の情報管理
(1) 対象者全員の氏名を記載した名簿※を、住民台帳などに基づいて作成しているか
※ 前年度受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である
(2) 対象者全員に、個別に受診勧奨を行っているか
※ 自治体の広報紙などの配布は不適切である。受診票の送付でも個人名を列記しない世帯分の一括送付は不適切である
(3) 対象者数（推計でも可）を把握しているか

2. 受診者の情報管理
(1) 個人別の受診（記録）台帳またはデータベースを作成しているか
(2) 過去 5 年間の受診歴を記録しているか

3. 受診者への説明、及び要精検者への説明
(1) 受診勧奨時に、「検診機関用チェックリスト 1.受診者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布しているか※
※ 検診機関が資料を作成し、配布している場合：市区町村は資料内容をあらかじめ確認し、全項目が記載されていれば配布を省いてもよい
(2) 要精検者全員に対し、受診可能な精密検査機関名（医療機関名）※の一覧を提示しているか
※ ここで提示する精密検査機関には、可及的に精密検査結果の報告を義務付けること

4. 受診率の集計
解説：
① 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は前年に受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す
② 高危険群とは喀痰細胞診対象者のこと。すなわち、質問（医師が自ら対面で行う場合は問診）の結果、50 歳以上で喫煙指数（1 日本数×年数）が 600 以上だった者（過去における喫煙者を含む）を指す

(1) 受診率を集計しているか
(1-a) 受診率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか
(1-b) 受診率を検診機関別に集計※しているか
※ 受診率算定の分母は市区町村の全対象者数、分子は当該検診機関の受診者数
(1-c) 受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか
(2) 「肺がん検診受診者中の高危険群割合」、「高危険群中の喀痰容器配布割合」、「喀痰容器配布中の回収率」、「肺がん検診受診者中の喀痰容器回収率」を集計しているか
(2-a) 「肺がん検診受診者中の高危険群割合」、「高危険群中の喀痰容器配布割合」、「喀痰容器配布中の回収率」、「肺がん検診受診者中の喀痰容器回収率」を、性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか
(2-b) 「肺がん検診受診者中の高危険群割合」、「高危険群中の喀痰容器配布割合」、「喀痰容器配布中の回収率」、「肺がん検診受診者中の喀痰容器回収率」を、検診機関別に集計しているか
(2-c) 「肺がん検診受診者中の高危険群割合」、「高危険群中の喀痰容器配布割合」、「喀痰容器配布中の回収率」、「肺がん検診受診者中の喀痰容器回収率」を、過去の検診受診歴別に集計しているか

5. 要精検率の集計

解説：

① いずれも、胸部エックス線受診者/喀痰細胞診受診者/総受診者別に要精検率を集計すること

② 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は前年に受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す

(1) 要精検率を集計しているか
(1-a) 要精検率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか
(1-b) 要精検率を検診機関別に集計しているか
(1-c) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか

6. 精密検査結果の把握、精密検査未受診者の特定と受診勧奨

(1) 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※を把握しているか

※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す。具体的には、内視鏡診断や生検結果、内視鏡治療または外科手術所見と病理組織検査結果などのこと

(2) 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果が不明の者については、本人※もしくは精密検査機関への照会等により、結果を確認しているか

※ 本人に確認する場合は、精密検査受診日・受診機関・精密検査方法・精密検査結果の 4 つ全てが本人から申告される必要がある

(3) 個人毎の精密検査方法及び、精密検査（治療）結果を、市区町村、検診機関（医療機関）、精密検査機関が共有しているか
(4) 過去 5 年間の精密検査方法及び、精密検査（治療）結果を記録しているか
(5) 精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義[注1]に従って区別し、精密検査未受診者を特定しているか
(6) 精密検査未受診者に精密検査の受診勧奨を行っているか

7. 精検受診率、がん発見率、臨床病期 0～Ⅰ期のがん割合、陽性反応適中度の集計

解説：

① いずれも、胸部エックス線受診者/喀痰細胞診受診者/総受診者別に集計すること

② 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は前年に受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す

(1) 精検受診率を集計しているか
(1-a) 精検受診率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか
(1-b) 精検受診率を検診機関別に集計しているか
(1-c) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか
(1-d) 精検未受診率と未把握率を定義[注1]に従って区別し、集計しているか
(2) がん発見率を集計しているか
(2-a) がん発見率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか
(2-b) がん発見率を検診機関別に集計しているか
(2-c) がん発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか
(3) 臨床病期 0～Ⅰ期のがん割合（がん発見数に対する臨床病期 0～Ⅰ期のがん数）を集計しているか
(3-a) 臨床病期 0～Ⅰ期のがん割合を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか
(3-b) 臨床病期 0～Ⅰ期のがん割合を検診機関別に集計しているか
(3-c) 臨床病期 0～Ⅰ期のがん割合を過去の検診受診歴別に集計しているか
(4) 陽性反応適中度を集計しているか
(4-a) 陽性反応適中度を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか
(4-b) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか
(4-c) 陽性反応適中度を過去の検診受診歴別に集計しているか

8. 地域保健・健康増進事業報告

(1) がん検診結果や精密検査結果の最終報告（地域保健・健康増進事業報告）を行っているか

(2) がん検診の結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先（検診機関（医療機関）、医師会など）に報告を求めているか
(2-a) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか※
※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか
(3) 精密検査結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先（検診機関（医療機関）、精密検査機関、医師会など）に報告を求めているか
(3-a) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか※
※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか

9. 検診機関（医療機関）の質の担保
解説（再掲）：
① このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す
② 市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）と連携して行うこと※
③ このチェックリストをもとに調査を行う場合、市区町村が把握できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）に確認して回答すること※
※ 特に個別検診の場合

(1) 委託先検診機関（医療機関）を、仕様書の内容に基づいて選定しているか※
※ もしくは仕様書の代わりに、自治体（都道府県/市区町村）の実施要綱等の遵守を選定条件としてもよい
(1-a) 仕様書（もしくは実施要綱）の内容は、「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」[注2]を満たしているか
(1-b) 検診終了後に、委託先検診機関（医療機関）で仕様書（もしくは実施要綱）の内容が遵守されたことを確認しているか
(2) 検診機関（医療機関）に精度管理評価を個別にフィードバックしているか※
※ 冒頭の解説のとおり、市区町村が単独で実施できない場合は、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）と連携して行うこと。下記(2-a)、(2-b)、(2-c)も同様
(2-a) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況をフィードバックしているか
(2-b) 検診機関（医療機関）毎のプロセス指標値を集計してフィードバックしているか
(2-c) 上記の結果をふまえ、課題のある検診機関（医療機関）に改善策をフィードバックしているか

注 1 「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」報告書、別添 6 参照
注 2 「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」報告書、別添 8 の改定版（国立がん研究センター、平成 31 年 3 月公表）参照

注釈 1（精検未受診/未把握の定義）、注釈 2（仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目）の出典については、以下の最新情報を参照。

国立がん研究センターがん情報サービス「医療関係者向けサイト」、がん対策情報 （がん検診）、「事業評価のためのチェックリスト」および「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」
https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

解説：
① このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す
② 市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）と連携して行うこと※
③ このチェックリストをもとに調査を行う場合、市区町村が把握できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）に確認して回答すること※
※ 特に個別検診の場合

1. 検診対象者の情報管理
(1) 対象者全員の氏名を記載した名簿※を、住民台帳などに基づいて作成しているか
※ 前年度受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である
(2) 対象者全員に、個別に受診勧奨を行っているか
※ 自治体の広報紙などの配布は不適切である。受診票の送付でも個人名を列記しない世帯分の一括送付は不適切である
(3) 対象者数（推計でも可）を把握しているか

2. 受診者の情報管理
(1) 個人別の受診（記録）台帳またはデータベースを作成しているか
(2) 過去 5 年間の受診歴を記録しているか

3. 受診者への説明、及び要精検者への説明
(1) 受診勧奨時に、「検診機関用チェックリスト 1. 受診者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布しているか※
※ 検診機関が資料を作成し、配布している場合：市区町村は資料内容をあらかじめ確認し、全項目が記載されていれば配布を省いてもよい
(2) 要精検者全員に対し、受診可能な精密検査機関名（医療機関名）※の一覧を提示しているか
※ ここで提示する精密検査機関には、可及的に精密検査結果の報告を義務付けること

4. 受診率の集計
解説：過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去 3 年間に受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す
(1) 受診率を集計しているか
(1-a) 受診率を年齢 5 歳階級別に集計しているか
(1-b) 受診率を検診機関別に集計※しているか
※ 受診率算定の分母は市区町村の全対象者数、分子は当該検診機関の受診者数
(1-c) 受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか

5. 要精検率の集計
解説：過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去 3 年間に受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す
(1) 要精検率を集計しているか
(1-a) 要精検率を年齢 5 歳階級別に集計しているか
(1-b) 要精検率を検診機関別に集計しているか
(1-c) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか

6. 精密検査結果の把握、精密検査未受診者の特定と受診勧奨
(1) 精密検査方法、精密検査結果及び最終病理結果・病期※を把握しているか
※ 「精密検査結果及び最終病理結果・病期」は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(2) 精密検査方法、精密検査結果及び最終病理結果・病期が不明の者については、本人※もしくは精密検査機関への照会等により、結果を確認しているか
※ 本人に確認する場合は、精密検査受診日・受診機関・精密検査方法・精密検査結果の 4 つ全てが本人から申告される必要がある
(3) 個人毎の精密検査方法、精密検査結果及び最終病理結果・病期を、市区町村、検診機関（医療機関）、精密検査機関が共有しているか
(4) 過去 5 年間の精密検査方法、精密検査結果及び最終病理結果・病期を記録しているか
(5) 精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義[注1]に従って区別し、精密検査未受診者を特定しているか
(6) 精密検査未受診者に精密検査の受診勧奨を行っているか

7. 精検受診率、がん発見率、早期がん割合、陽性反応適中度の集計
解説：
① 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去 3 年間に受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す
② 早期がんとは、腫瘤の大きさが触診上 2 センチ以下で転移を思わせるリンパ節を触れず遠隔転移を認めないもの、または非浸潤がんであったものを指す

(1) 精検受診率を集計しているか
(1-a) 精検受診率を年齢 5 歳階級別に集計しているか
(1-b) 精検受診率を検診機関別に集計しているか
(1-c) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか
(1-d) 精検未受診率と未把握率を定義[注1]に従って区別し、集計しているか
(2) がん発見率を集計しているか
(2-a) がん発見率を年齢 5 歳階級別に集計しているか
(2-b) がん発見率を検診機関別に集計しているか
(2-c) がん発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか
(2-d) 視触診を併用している場合、がん発見率を検診方法別（マンモグラフィ単独/マンモグラフィと視触診併用の別）に集計しているか
(3) 早期がん割合（がん発見数に対する早期がん数）を集計しているか
(3-a) 早期がん割合を年齢 5 歳階級別に集計しているか
(3-b) 早期がん割合を検診機関別に集計しているか
(3-c) 早期がん割合を過去の検診受診歴別に集計しているか
(3-d) 視触診を併用している場合、早期がん割合を検診方法別（マンモグラフィ単独/マンモグラフィと視触診併用の別）に集計しているか
(3-e) 早期がんのうち、非浸潤がん数を区別して集計しているか
(4) 陽性反応適中度を集計しているか
(4-a) 陽性反応適中度を年齢 5 歳階級別に集計しているか
(4-b) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか
(4-c) 陽性反応適中度を過去の検診受診歴別に集計しているか
(4-d) 視触診を併用している場合、陽性反応適中度を検診方法別（マンモグラフィ単独/マンモグラフィと視触診併用の別）に集計しているか

8. 地域保健・健康増進事業報告
(1) がん検診結果や精密検査結果の最終報告（地域保健・健康増進事業報告）を行っているか
(2) がん検診の結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先（検診機関（医療機関）、医師会など）に報告を求めているか
(2-a) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか※
※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか
(3) 精密検査結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先（検診機関（医療機関）、精密検査機関、医師会など）に報告を求めているか
(3-a) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか※
※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか

9. 検診機関（医療機関）の質の担保

解説（再掲）：

① このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す

② 市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）と連携して行うこと※

③ このチェックリストをもとに調査を行う場合、市区町村が把握できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）に確認して回答すること※

※ 特に個別検診の場合

(1) 委託先検診機関（医療機関）を、仕様書の内容に基づいて選定しているか※

※ もしくは仕様書の代わりに、自治体（都道府県/市区町村）の実施要綱等の遵守を選定条件としてもよい

(1-a) 仕様書（もしくは実施要綱）の内容は、「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」[注2]を満たしているか

(1-b) 検診終了後に、委託先検診機関（医療機関）で仕様書（もしくは実施要綱）の内容が遵守されたことを確認しているか

(2) 検診機関（医療機関）に精度管理評価を個別にフィードバックしているか※

※ 冒頭の解説のとおり、市区町村が単独で実施できない場合は、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）と連携して行うこと。下記(2-a)、(2-b)、(2-c)も同様

(2-a) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況をフィードバックしているか

(2-b) 検診機関（医療機関）毎のプロセス指標値を集計してフィードバックしているか

(2-c) 上記の結果をふまえ、課題のある検診機関（医療機関）に改善策をフィードバックしているか

注 1 「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」報告書、別添 6 参照

注 2 「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」報告書、別添 8 の改定版（国立がん研究センター、平成 31 年 3 月公表）参照

注釈 1（精検未受診/未把握の定義）、注釈 2（仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目）の出典については、以下の最新情報を参照。

国立がん研究センターがん情報サービス「医療関係者向けサイト」、がん対策情報 （がん検診）、「事業評価のためのチェックリスト」および「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」
https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

解説：
①このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す
②市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）と連携して行うこと※
③このチェックリストをもとに調査を行う場合、市区町村が把握できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）に確認して回答すること※
※ 特に個別検診の場合

1. 検診対象者の情報管理
(1) 対象者全員の氏名を記載した名簿※を、住民台帳などに基づいて作成しているか
※ 前年度受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である
(2) 対象者全員に、個別に受診勧奨を行っているか
※ 自治体の広報紙などの配布は不適切である。受診票の送付でも個人名を列記しない世帯分の一括送付は不適切である
(3) 対象者数（推計でも可）を把握しているか

2. 受診者の情報管理
(1) 個人別の受診（記録）台帳またはデータベースを作成しているか
(2) 過去 5 年間の受診歴を記録しているか

3. 受診者への説明、及び要精検者への説明
(1) 受診勧奨時に、「検診機関用チェックリスト 1. 受診者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布しているか※
※ 検診機関が資料を作成し、配布している場合：市区町村は資料内容をあらかじめ確認し、全項目が記載されていれば配布を省いてもよい
(2) 要精検者全員に対し、受診可能な精密検査機関名（医療機関名）※の一覧を提示しているか
※ ここで提示する精密検査機関には、可及的に精密検査結果の報告を義務付けること

4. 受診率の集計
解説：過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去 3 年間に受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す
(1) 受診率を集計しているか
(1-a) 受診率を年齢 5 歳階級別に集計しているか
(1-b) 受診率を検診機関別に集計※しているか
※ 受診率算定の分母は市区町村の全対象者数、分子は当該検診機関の受診者数
(1-c) 受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか

5. 要精検率の集計
解説：過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去 3 年間に受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す
(1) 要精検率を集計しているか
(1-a) 要精検率を年齢 5 歳階級別に集計しているか
(1-b) 要精検率を検診機関別に集計しているか
(1-c) 要精検率を過去の検診受診歴別に集計しているか

6. 精密検査結果の把握、精密検査未受診者の特定と受診勧奨
(1) 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※を把握しているか
※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す。具体的には、精密検査の際

に行った組織診やコルポ診、細胞診、HPV 検査の結果などや、手術によって判明した組織診断や臨床進行期のこと

(2) 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果が不明の者については、本人※もしくは精密検査機関への照会等により、結果を確認しているか

※ 本人に確認する場合は、精密検査受診日・受診機関・精密検査方法・精密検査結果の 4 つ全てが本人から申告される必要がある

(3) 個人毎の精密検査方法及び、精密検査（治療）結果を、市区町村、検診機関（医療機関）、精密検査機関が共有しているか

(4) 過去 5 年間の精密検査方法及び、精密検査（治療）結果を記録しているか

(5) 精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義[注1]に従って区別し、精密検査未受診者を特定しているか

(6) 精密検査未受診者に精密検査の受診勧奨を行っているか

7. 精検受診率、がん発見率、上皮内病変（CIN など）、進行度が ＩＡ期のがんの割合、陽性反応適中度の集計

解説：

① 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去 3 年間に受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す

② 上皮内病変とは、上皮内腺がん（AIS）/CIN3/CIN2/CIN1 のいずれかの区分に含まれるものを指す。上皮内病変の数の集計とは、上記の 4 つの区分に分けて、全て集計することを指す。

(1) 精検受診率を集計しているか

(1-a) 精検受診率を年齢 5 歳階級別に集計しているか

(1-b) 精検受診率を検診機関別に集計しているか

(1-c) 精検受診率を過去の検診受診歴別に集計しているか

(1-d) 精検未受診率と未把握率を定義[注1]に従って区別し、集計しているか

(2) がん発見率を集計しているか

(2-a) がん発見率を年齢 5 歳階級別に集計しているか

(2-b) がん発見率を検診機関別に集計しているか

(2-c) がん発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか

(3) 上皮内病変（CIN・AIS など）の数を集計しているか（区分毎）

(3-a) 上皮内病変（CIN・AIS など）の数を年齢 5 歳階級別に集計しているか（区分毎）

(3-b) 上皮内病変（CIN・AIS など）の数を検診機関別に集計しているか（区分毎）

(3-c) 上皮内病変（CIN・AIS など）の数を過去の検診受診歴別に集計しているか（区分毎）

(4) 進行度が ＩＡ期のがんの割合（がん発見数に対する進行度が ＩＡ期のがんの数）を集計しているか

(4-a) 進行度が ＩＡ期のがんの割合を年齢 5 歳階級別に集計しているか

(4-b) 進行度が ＩＡ期のがんの割合を検診機関別に集計しているか

(4-c) 進行度が ＩＡ期のがんの割合を過去の検診受診歴別に集計しているか

(5) 陽性反応適中度を集計しているか

(5-a) 陽性反応適中度を年齢 5 歳階級別に集計しているか

(5-b) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか

(5-c) 陽性反応適中度を過去の検診受診歴別に集計しているか

8. 地域保健・健康増進事業報告

(1) がん検診結果や精密検査結果の最終報告（地域保健・健康増進事業報告）を行っているか

(2) がん検診の結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先（検診機関（医療機関）、医師会など）に報告を求めているか

(2-a) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか※

※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか

(3) 精密検査結果について、地域保健・健康増進事業報告の全項目を計上できるよう、委託先（検診機関（医療機関）、精密検査機関、医師会など）に報告を求めているか

(3-a) 委託先からの報告内容が地域保健・健康増進事業報告を網羅できていない場合、改善を求めているか※

※ 例えば、組織診の結果の記載が HSIL のみだった場合は、その後 CIN2、CIN3 に再区分されてないかを

確認する体制を有しているか
※ 今年度は網羅できている場合：網羅できていない場合には改善を求めるような体制を有しているか

9. 検診機関（医療機関）の質の担保

解説（再掲）：

① **このチェックリストにおける「検診機関」は、委託形態にかかわらず、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）を指す**

② **市区町村が単独で実施できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）と連携して行うこと※**

③ **このチェックリストをもとに調査を行う場合、市区町村が把握できない項目については、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）に確認して回答すること※**

※ 特に個別検診の場合

(1) 委託先検診機関（医療機関）を、仕様書の内容に基づいて選定しているか※

※ もしくは仕様書の代わりに、自治体（都道府県/市区町村）の実施要綱等の遵守を選定条件としてもよい

(1-a) 仕様書（もしくは実施要綱）の内容は、「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」[注2]を満たしているか

(1-b) 検診終了後に、委託先検診機関（医療機関）で仕様書（もしくは実施要綱）の内容が遵守されたことを確認しているか

(2) 検診機関（医療機関）に精度管理評価を個別にフィードバックしているか※

※ 冒頭の解説のとおり、市区町村が単独で実施できない場合は、関係機関（都道府県、検診機関、医師会等）と連携して行うこと。下記(2-a)、(2-b)、(2-c)も同様

(2-a) 「検診機関用チェックリスト」の遵守状況をフィードバックしているか

(2-b) 検診機関（医療機関）毎のプロセス指標値を集計してフィードバックしているか

(2-c) 上記の結果をふまえ、課題のある検診機関（医療機関）に改善策をフィードバックしているか

注 1 「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」報告書、別添 6 参照

注 2 「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」報告書、別添 8 の改定版（国立がん研究センター、平成 31 年 3 月公表）参照

注釈 1（精検未受診/未把握の定義）、注釈 2（仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目）の出典については、以下の最新情報を参照。

国立がん研究センターがん情報サービス「医療関係者向けサイト」、がん対策情報 （がん検診）、「事業評価のためのチェックリスト」および「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」
https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目（胃がん検診）

1. 検査の精度管理

■検診項目

□ 検診項目は、問診に加え、胃部エックス線検査または胃内視鏡検査のいずれか※とする。
※ 受診者に、胃部エックス線検査または胃内視鏡検査のどちらかを選択させること。

■問診

□ 問診は現在の症状、既往歴、過去の検診の受診状況等を聴取する。

■胃部エックス線撮影

□ 撮影機器の種類を明らかにする。また撮影機器は日本消化器がん検診学会の定める仕様基準[注1]を満たすものを使用する。
□ 撮影枚数は最低8枚とする。
□ 撮影の体位及び方法を明らかにする。また、撮影の体位及び方法は日本消化器がん検診学会の方式[注1]によるものとする。
□ 造影剤の使用に当たっては、その濃度を適切に（180～220W/V%の高濃度バリウム、120～150ml とする）保つとともに、副作用等の事故に注意する。
□ 撮影技師は、日本消化器がん検診学会が認定する胃がん検診専門技師の資格を取得すること（撮影技師が不在で医師が撮影している場合は除く）。
□ （自治体や医師会等から報告を求められた場合には）撮影技師の全数と、日本消化器がん検診学会認定技師数を報告する（撮影技師が不在で医師が撮影している場合は除く）。

■胃部エックス線読影

解説：外部（地域の読影委員会等）に読影を委託している場合は、委託先の状況を確認する。

□ （自治体や医師会等から報告を求められた場合には）読影医全数と日本消化器がん検診学会認定医数もしくは総合認定医数を報告する。
□ 読影は二重読影とし、原則として判定医の一人は日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医とする。
□ 必要に応じて過去に撮影したエックス線写真と比較読影する。

■胃内視鏡検査及び胃内視鏡画像の読影

□ 胃内視鏡検査の実施に当たっては、日本消化器がん検診学会による胃内視鏡検診マニュアル[注2]を参考に行う。
□ 胃内視鏡検診運営委員会（仮称）、もしくはそれに相当する組織が設置する読影委員会※により、ダブルチェックを行う。
※ ダブルチェックとは、内視鏡検査医以外の読影委員会のメンバーが内視鏡画像のチェックを行うことである。ただし、専門医※※が複数勤務する医療機関で検診を行う場合には、施設内での相互チェックをダブルチェックの代替方法とすることができる[注2]。
※※専門医の条件は下段参照
□ 読影委員会のメンバーは、日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医、日本消化器内視鏡学会専門医のいずれかの資格を取得する。

■記録の保存

□ 胃部エックス線画像、及び胃内視鏡画像は少なくとも5年間は保存する。
□ 問診記録・検診結果は少なくとも5年間は保存する。

■受診者への説明

解説：
① 下記の6項目を記載した資料を、受診者全員に個別に配布する（ポスターや問診票など持ち帰れない資

料や、口頭説明のみは不可とする）。
② 資料は基本的に受診時に配布する※。
※ 市区町村等が受診勧奨時に資料を配布する場合もある。その場合は資料内容をあらかじめ確認し、 下記の 6 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい。

□ 要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることを明確に説明する。
□ 精密検査の方法について説明する（胃部エックス線検査の精密検査としては胃内視鏡検査を行うこと、及び胃内視鏡検査の概要など。胃内視鏡検査の精密検査としては生検または胃内視鏡検査の再検査を行うこと、及び生検の概要など）。
□ 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明する※。
※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、自治体や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）。
□ 検診の有効性（胃部エックス線検査及び胃内視鏡検査による胃がん検診は、死亡率減少効果があること）に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の欠点について説明する。
□ 検診受診の継続（隔年※）が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明する。
※ ただし当分の間、胃部エックス線検査については、年 1 回受診しても差し支えない。
□ 胃がんがわが国のがん死亡の上位に位置することを説明する。

2. システムとしての精度管理

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施する。

□ 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後 4 週間以内に行う。
□ 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※（内視鏡診断や生検結果、内視鏡的治療または外科手術所見と病理組織検査結果など）について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努める。
※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す。
□ 撮影や読影向上のための検討会や委員会※（自施設以外の胃がん専門家※※を交えた会）を設置する。 もしくは、市区町村や医師会等が設置した検討会や委員会に参加する。
※ 胃内視鏡では、胃内視鏡検診運営委員会（仮称）、もしくはそれに相当する組織を指す。
※※当該検診機関に雇用されていない胃がん検診専門家

3. 事業評価に関する検討

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施する。

□ チェックリストやプロセス指標などに基づく検討を実施する。
□ がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告する。
※ 「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す。

注 1 胃部エックス線撮影法及び撮影機器の基準は日本消化器がん検診学会発行、新・胃 X 線撮影法ガイドライン改訂版（2011）を参照
注 2 日本消化器がん検診学会発行、「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル」（2017 年発行）を参照

仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目（大腸がん検診）

1. 検査の精度管理

■便潜血検査

解説：検査を外注している場合は、外注先施設の状況を確認すること。

☐ 検査は、免疫便潜血検査 2 日法を行う。
☐ 便潜血検査キットのキット名、測定方法（用手法もしくは自動分析装置法）、カットオフ値（定性法の場合は検出感度）を明らかにする。
☐ 大腸がん検診マニュアル（2021 年度改訂版、日本消化器がん検診学会刊行）に記載された方法に準拠して行う※。
※ 測定原理により様々な検査キットがあり、判定は機械による自動判定の他に目視判定がある。
検査キットの使用期限を守ると共に、日々、機器及び測定系の精度管理に務めなければならない。
☐ 検体回収後原則として 24 時間以内に測定する（検査提出数が想定以上に多かった場合を除く）。

■検体の取り扱い

解説：検査を外注している場合は、外注先施設の状況を確認すること。

☐ 採便方法についてチラシやリーフレット（採便キットの説明書など）を用いて受診者に説明する。
☐ 採便後即日（2 日目）回収を原則とする（離島や遠隔地は例外とする）。
☐ 採便後は検体を冷蔵庫あるいは冷所に保存するよう受診者に指導する。
☐ 受診者から検体を回収してから自施設で検査を行うまでの間あるいは検査施設へ引き渡すまでの間、冷蔵保存する。
☐ 検査施設では検体を受領後冷蔵保存する。

■記録の保存

☐ 検診結果は少なくとも 5 年間は保存する。

■受診者への説明

解説：
① 下記の 6 項目を記載した資料を、受診者全員（大腸がんでは申込者全員）に個別に配布すること （ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）。
② 資料は基本的に検査キットの配布時に配布する※。
※ 市区町村等が受診勧奨時に資料を配布する場合もある。その場合は資料内容をあらかじめ確認し、 下記の 6 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい。

☐ 便潜血検査陽性で要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があること（便潜血検査 の再検は不適切であること）を明確に説明する。
☐ 精密検査の方法について説明する（検査の概要や、精密検査の第一選択は全大腸内視鏡検査であること、また全大腸内視鏡検査が困難な場合はＳ状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査の併用となること）。
☐ 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明する※。
※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）。
☐ 検診の有効性（便潜血検査による大腸がん検診には死亡率減少効果があること）に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の欠点について説明する。
☐ 検診受診の継続（毎年）が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明する。
☐ 大腸がんがわが国のがん死亡の上位に位置することを説明する。

2. システムとしての精度管理

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施する。

☐ 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、検体回収後 2 週間以内に 行う。
☐ 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※（内視鏡診断や生検結果、内視鏡治療または外科手術所見と病理組織検査結果など）について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努める。
※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す。

3. 事業評価に関する検討

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施する。

☐ チェックリストやプロセス指標などに基づく検討を実施する。
☐ がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告する。
※ 「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す。

仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目（肺がん検診）

1. 検査の精度管理

■検診項目

□ 検診項目は、質問（医師が自ら対面で行う場合は問診）、胸部エックス線検査、及び質問の結果、50 歳以上で喫煙指数（1 日本数×年数）が 600 以上だった者（過去における喫煙者を含む）への喀痰細胞診とする※。

※ 質問は必ずしも対面による聴取で実施する必要はなく、受診者に自記式の質問用紙を記載させることをもって代えることができる。また、加熱式タバコについては、「カートリッジの本数」を「喫煙本数」と読み替える。

■質問（問診）

□ 質問（問診）では喫煙歴、妊娠の可能性の有無を必ず聴取し、かつ、過去の検診の受診状況等を聴取する。また最近 6 か月以内の血痰など自覚症状のある場合には、検診ではなくすみやかに専門機関を受診し、精査を行うように勧める。

■胸部エックス線撮影

□ 肺がん診断に適格な胸部エックス線撮影、すなわち、放射線科医、呼吸器内科医、呼吸器外科医のいずれかによる胸部エックス線の画質の評価と、それに基づく指導を行う[注1]。

□ 撮影機器の種類（直接・間接撮影、デジタル方式）、フィルムサイズ、モニタ読影の有無を明らかにし、日本肺癌学会が定める肺がん検診として適切な撮影機器・撮影方法で撮影する[注2]。またデジタル撮影の場合、日本肺癌学会が定める画像処理法を用いること[注2]。

□ 胸部エックス線検査に係る必要な機器及び設備を整備するとともに、機器の日常点検等の管理体制を整備する。

□ 集団検診を実施する検診機関は、1 日あたりの実施可能人数を明らかにする※。

※ 個別検診及び集団検診において病院や診療所が会場に指定されている場合は不要

解説：以下 4 項目の対象は、病院または診療所以外の場所において医師不在の状況下で胸部エックス線撮影を行う場合。個別検診では不要。また集団検診においても、医師立ち合いの下で撮影している場合、医師が撮影している場合、病院や診療所が会場に指定されている場合は不要。

□ 事前に胸部エックス線写真撮影を行う診療放射線技師に対して指示をする責任医師、及び緊急時や必要時に対応する医師などを明示した計画書を作成し、市区町村に提出する。

□ 緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備する。

□ 胸部エックス線写真撮影時や緊急時のマニュアルを整備する。

□ 検診に従事する診療放射線技師が必要な教育・研修を受ける機会を確保する。

■胸部エックス線読影

解説：外部（自施設以外の医師、地域の読影委員会等）に読影を委託している場合は、委託先の状況を確認する。

□ 自治体や医師会から求められた場合、読影医の実態（読影医の氏名、生年、所属機関名、専門とする診療科目、呼吸器内科・呼吸器外科・放射線科医師の場合には専門科医師としての経験年数、肺がん検診に従事した年数、「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会[注3]」の受講の有無等）を報告する。

□ 読影は二重読影を行い、下記の要件※を満たす医師が読影に従事する。

※ 読影医の要件

・第一読影医：検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会[注3]」に年 1 回以上参加していること

・第二読影医：下記の 1)、2)のいずれかを満たすこと

1）3 年間以上の肺がん検診読影経験があり、かつ検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会[注3]」に年 1 回以上参加している

2）5 年間以上の呼吸器内科医、呼吸器外科医、放射線科医のいずれかとしての経験があり、かつ検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会[注3]」に年１回以上参加している

□ 2 名の読影医のうちどちらかが「要比較読影」としたもの※は、過去に撮影した胸部エックス線写真と比較読影する。

※ 二重読影の結果、「肺がん検診の手引き」（日本肺癌学会肺がん検診委員会編）の「肺がん検診における胸部Ｘ線検査の判定基準と指導区分」の「ｄ」「e」に該当するもの

□ 比較読影の方法は、「読影委員会等を設置して読影する（あるいは読影委員会等に委託する）」、「二重読影を行った医師がそれぞれ読影する」、「二重読影を行った医師のうち指導的立場の医師が読影する」のいずれかにより行う。

□ 読影結果の判定は「肺がん検診の手引き」（日本肺癌学会肺がん検診委員会編）の「肺がん検診における胸部Ｘ線検査の判定基準と指導区分」によって行う。

※地域保健・健康増進事業報告の要精検者はＥ判定のみである。

□ シャウカステン・読影用モニタなどの機器に関しては、日本肺癌学会が定めた基準等に従う[注2]。

■喀痰細胞診

解説：検査を外注している場合は、外注先施設の状況を確認すること。

□ 細胞診の業務を委託する場合は、その委託機関（施設名）を明らかにする。

□ 採取した喀痰は、2 枚以上のスライドに塗沫し、湿固定の上、パパニコロウ染色を行う。

□ 固定標本の顕微鏡検査は、公益社団法人日本臨床細胞学会の認定を受けた細胞診専門医と細胞検査士が連携して行う[注4]。

□ 同一検体から作成された 2 枚以上のスライドは、2 名以上の技師によりスクリーニングする。

□ がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行う※。

※ がん発見例については必ず見直すこと。またがん発見例が無い場合でも、少なくとも見直す体制を有すること。

■記録・標本の保存

□ 標本、胸部エックス線画像は少なくとも 5 年間は保存する。

□ 質問（問診）記録・検診結果（エックス線検査結果、喀痰細胞診検査結果）は少なくとも 5 年間は保存する。

■受診者への説明

解説：

① 下記の 7 項目を記載した資料を、受診者全員に個別に配布する（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）。

② 資料は基本的に受診時に配布する※。

※ 市区町村等が受診勧奨時に資料を配布する場合もある。その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の 7 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい。

□ 要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があること（喀痰細胞診で要精密検査となった場合は、喀痰細胞診の再検は不適切であることなど）を明確に説明する。

□ 精密検査の方法について説明する（精密検査は CT 検査や気管支鏡検査により行うこと、及びこれらの検査の概要など）。

□ 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明する※。

※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）。

□ 検診の有効性（胸部エックス線検査及び喫煙者への喀痰細胞診による肺がん検診は、死亡率減少効果があること）に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の欠点について説明する。

□ 検診受診の継続（毎年）が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説

明する。
□ 肺がんがわが国のがん死亡の上位に位置することを説明する。
□ 禁煙及び防煙指導等、肺がんに関する正しい知識の啓発普及を行う。

2. システムとしての精度管理

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施する。

□ 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後 4 週間以内に行う。
□ 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※(診断、治療方法、手術所見、病理組織検査結果など)について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努める。
※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す。
□ 検診に従事する医師の胸部画像読影力向上のために「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会[注3]」を年に１回以上開催する。もしくは、他施設や都道府県単位、あるいは日本肺癌学会等が主催する胸部画像の読影に関するセミナー・講習会[注3]を年に１回以上受講させる。
□ 内部精度管理として、検診実施体制や検診結果の把握・集計・分析のための委員会（自施設以外の専門家※を交えた会)を年に１回以上開催する。もしくは、市区町村や医師会等が設置した同様の委員会に年に１回以上参加する。
※当該検診機関に雇用されていないがん検診の専門家や肺がん診療の専門家など

3. 事業評価に関する検討

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施する。

□ チェックリストやプロセス指標などに基づく検討を実施する。
□ がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告する。
※ 「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す。

注 1 肺がん診断に適格な胸部エックス線撮影：日本肺癌学会編集、肺癌取扱い規約 改訂第 8 版（肺がん検診の手引き 2020 年改訂版）より背腹一方向撮影を原則とする。適格な胸部エックス線写真とは、肺尖、肺野外側縁、横隔膜、肋骨横隔膜角などを含むように正しく位置づけされ、適度な濃度とコントラストおよび良好な鮮鋭度をもち、中心陰影に重なった気管、主気管支の透亮像ならびに心陰影及び横隔膜に重なった肺血管が観察できるもの。

注 2 日本肺癌学会編集、肺癌取扱い規約 改訂第 8 版（肺がん検診の手引き 2020 年改訂版）より
1: 間接撮影の場合は、100mm ミラーカメラと、定格出力 150kV 以上の撮影装置を用いて 120kV 以上の管電圧により撮影する。やむを得ず定格出力 125kV の撮影装置を用いる場合は、110kV 以上の管電圧による撮影を行い縦隔部の感度を肺野部に対して高めるため、希土類（グラデーション型）蛍光板を用いる。定格出力 125kV 未満の撮影装置は用いない。
2: 直接撮影（スクリーン・フィルム系）の場合は、被検者-管球間距離を 150cm 以上とし、定格出力 150kV 以上の撮影装置を用い、120kV 以上の管電圧及び希土類システム（希土類増感紙＋オルソタイプフィルム）による撮影がよい。やむを得ず 100～120kV の管電圧で撮影する場合も、被曝軽減のために希土類システム（希土類増感紙＋オルソタイプフィルム）を用いる。
3: 直接撮影（デジタル画像）の場合は、X 線検出器として、輝尽性蛍光体を塗布したイメージングプレート(IP)を用いた CR システム、平面検出器(FPD) もしくは固体半導体（CCD、CMOS など）を用いた DR システムのいずれかを使用する。管球検出器間距離（撮影距離）150cm 以上、X 線管電圧 120～140kV、撮影 mAs 値 4mAs 程度以下、入射表面線量 0.3mGy 以下、グリッド比 8：1 以上、の条件下で撮影されることが望ましい。
4: 撮影機器、画像処理、読影用モニタの条件については、下記のサイト（日本肺癌学会ホームページ、肺がん検診について）に掲載された最新情報を参照すること
https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1

注 3 下記講習会の具体的内容は、日本肺癌学会ホームページ（肺がん検診について）を参照すること
https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1
「肺癌取扱い規約 第8版 肺がん検診の手引き改訂について」、「肺癌取扱い規約第8版「肺がん検診の手引き」改訂に関するQ&A」
・「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会」
・「他施設や都道府県単位、あるいは日本肺癌学会等が主催する胸部画像の読影に関するセミナー・講習会」

注4 喀痰の処理法・染色法：
公益社団法人日本臨床細胞診学会、細胞検査士会編集「細胞診標本作製マニュアル」参照
http://www.intercyto.com/lecture/manual/resp_manual.pdf

細胞診判定：肺癌取扱い規約、日本肺癌学会ホームページ（肺がん検診について）参照
「肺癌検診における喀痰細胞診の判定区分別標準的細胞」
https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1

仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目（乳がん検診）

1. 検査の精度管理

■検診項目

□ 検診項目は、質問(医師が自ら行う場合は問診)及び乳房エックス線検査(マンモグラフィ)とする※。
※ 視触診は推奨しないが、仮に実施する場合は、マンモグラフィと併せて実施すること

■質問（問診）・乳房エックス線撮影（撮影機器、撮影技師）

□ 質問（問診）では現在の症状、月経及び妊娠等に関する事項を必ず聴取し、かつ既往歴、家族歴、過去の検診の受診状況、マンモグラフィの実施可否に係る事項等を聴取する※。
※ 質問は必ずしも対面による聴取で実施する必要はなく、受診者に自記式の質問用紙を記載させることをもって代えることができる。

□ 乳房エックス線装置の種類を明らかにし、日本医学放射線学会の定める仕様基準[注1]を満たす。

□ マンモグラフィに係る必要な機器及び設備を整備するとともに、機器の日常点検等の管理体制を整備する。

□ 両側乳房について内外斜位方向撮影を行う。また 40 歳以上 50 歳未満の受診者に対しては、内外斜位方向・頭尾方向の 2 方向を撮影する。

□ 乳房エックス線撮影における線量及び写真またはモニタの画質について、日本乳がん検診精度管理中央機構（旧マンモグラフィ検診精度管理中央委員会）の行う施設画像評価を受け、A または B の評価を受ける※。
※ 評価 C または D、施設画像評価を受けていない場合は至急改善すること。

□ 撮影を行う診療放射技師、医師は、乳房エックス線撮影、読影及び精度管理に関する基本講習プログラムに準じた講習会[注2]を修了し、その評価試験で A または B の評価を受ける※。
※ 上記の評価試験で、C または D 評価、講習会未受講の場合は至急改善すること。

解説：以下４項目の対象は、病院または診療所以外の場所において医師不在の状況下で胸部エックス線撮影を行う場合。医師立会いの下で撮影している場合、医師が撮影している場合、病院や診療所が会場に指定されている場合は不要。

□ 事前に乳房エックス線撮影を行う診療放射線技師に対して指示をする責任医師及び緊急時や必要時に対応する医師などを明示した計画書を作成し、市区町村に提出する。

□ 緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備する。

□ 乳房エックス線写真撮影時や緊急時のマニュアルを整備する。

□ 検診に従事する診療放射線技師が必要な教育・研修を受ける機会を確保する。

■乳房エックス線読影

解説：外部（地域の読影委員会等）に読影を委託している場合は、委託先の状況を確認する。

□ 読影は二重読影を行い、読影に従事する医師のうち少なくとも一人は乳房エックス線写真読影に関する適切な講習会[注2]を修了し、その評価試験で A または B の評価を受ける※。
※ 上記の評価試験で C または D 評価、講習会未受講の場合は至急改善すること。

□ 二重読影の所見に応じて、過去に撮影した乳房エックス線写真と比較読影する。

■記録の保存

□ 乳房エックス線画像は少なくとも 5 年間は保存する。

□ 質問（問診）記録・検診結果は少なくとも 5 年間は保存する。

■受診者への説明

解説：

① 下記の 6 項目を記載した資料を、受診者全員に個別に配布する（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）。
② 資料は基本的に受診時に配布する※。
※ 市区町村等が受診勧奨時に資料を配布する場合もある。その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の 6 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい。

□ 要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることを明確に説明する。
□ 精密検査の方法について説明する（精密検査はマンモグラフィの追加撮影や超音波検査、穿刺吸引細胞診や針生検等により行うこと。及びこれらの検査の概要など）。
□ 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明する※。
※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）。
□ 検診の有効性（マンモグラフィ検診には死亡率減少効果があること）に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の欠点について説明する。
□ 検診受診の継続（隔年）、ブレスト・アウェアネス（乳房を意識する生活習慣）、症状がある場合は速やかに医療機関を受診することの重要性を説明する。
□ 乳がんがわが国の女性におけるがん死亡の上位に位置することを説明する。

2. システムとしての精度管理

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施する。

□ 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後 4 週間以内に行う。
□ 精密検査方法、精密検査結果及び最終病理結果・病期※について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努める。
※ 「精密検査結果及び最終病理結果・病期」は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す。
□ 撮影や読影向上のための検討会や委員会（自施設以外の乳がん専門家※を交えた会）を設置する。もしくは、市区町村や医師会等が設置した検討会や委員会に参加する。
※ 当該検診機関に雇用されていない乳がん検診専門家

3. 事業評価に関する検討

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施する。

□ チェックリストやプロセス指標などに基づく検討を実施する。
□ がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告する。
※ 「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す。

注 1 乳がん検診に用いるエックス線装置の仕様基準：マンモグラフィによる乳がん検診の手引き第 7 版、マンモグラフィガイドライン第 4 版参照
注 2 乳房エックス線撮影、読影及び精度管理に関する基本講習プログラムに準じた講習会
基本講習プログラムに準じた講習会とは、日本乳がん検診精度管理中央機構（旧マンモグラフィ検診精度管理中央委員会）の教育・研修委員会の行う講習会等を指す。なお、これまで実施された「マンモグラフィ検診の実施と精度向上に関する調査研究」班、「マンモグラフィによる乳がん検診の推進と精度向上に関する調査研究」班、及び日本放射線技術学会乳房撮影ガイドライン・精度管理普及班による講習会等を含む。

仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目（子宮頸がん検診）

1. 検査の精度管理

■検診項目

□ 検診項目は、医師による子宮頸部の検体採取による細胞診のほか、問診、視診とする。

■問診

□ 問診は、妊娠及び分娩歴、月経の状況、不正性器出血等の症状の有無、過去の検診受診状況等を聴取する。

□ 問診の上、症状（体がんの症状を含む）のある者には、適切な医療機関への受診勧奨を行う。

■視診

□ 視診は腟鏡を挿入し、子宮頸部の状況を観察する。

■子宮頸部細胞診検体採取（検診機関での精度管理）

□ 細胞診の方法（従来法/液状検体法、採取器具）を明らかにする。

□ 細胞診は、直視下に子宮頸部及び腟部表面の全面擦過により細胞を採取し[注1]、迅速に処理※する。

※ 採取した細胞は直ちにスライドグラスに塗抹して速やかに固定すること。または、直ちに液状化検体細胞診用の保存液ボトル内に撹拌懸濁し固定すること。

□ 細胞診の業務（細胞診の判定も含む）を外部に委託する場合は、その委託機関（施設名）を明らかにする。

□ 検体が不適正との判定を受けた場合は、当該検診機関で再度検体採取を行う※。

※ 不適正例があった場合は必ず再度検体採取を行うこと。また不適正例が無い場合でも、再度検体採取を行う体制を有すること。

□ 検体が不適正との判定を受けた場合は、当該検診機関でその原因等を検討し、対策を講じる※。

※ 不適正例があった場合は必ず原因を検討し対策を講じること。また不適正例が無い場合でも、対策を講じる体制を有すること。

□ 問診記録、検診結果は少なくとも 5 年間は保存する。

■子宮頸部細胞診判定（細胞診判定施設での精度管理）

解説：細胞診判定を外注している場合は、外注先施設の状況を確認すること。

□ 細胞診判定施設は、公益社団法人日本臨床細胞学会の施設認定を受ける。もしくは、公益社団法人日本臨床細胞学会の認定を受けた細胞診専門医と細胞検査士が連携して検査を行う[注2]。

□ 細胞診陰性と判断された検体は、その 10%以上について再スクリーニングを行い[注2]、再スクリーニング施行率を報告する※。

※ 自治体、医師会等から再スクリーニング施行率の報告を求められた場合に報告できればよい。また公益社団法人日本臨床細胞診学会の認定施設においては、再スクリーニング施行率を学会に報告すること。

□ 細胞診結果の報告には、ベセスダシステム[注3]を用いる。

□ 全ての子宮頸がん検診標本の状態について、ベセスダシステムの基準に基づいて適正・不適正のいずれかに分類し、細胞診結果に明記する※。

※ 必ず全ての標本について実施すること。一部でも実施しない場合は不適切である。

□ がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行う※。

※ がん発見例については必ず見直すこと。またがん発見例が無い場合でも、少なくとも見直す体制を有すること。

□ 標本は少なくとも 5 年間は保存する。

■受診者への説明

解説：

① 下記の 6 項目を記載した資料を、受診者全員に個別に配布する（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）。

② 資料は基本的に受診時に配布する※。

※ 市区町村等が受診勧奨時に資料を配布する場合もある。その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の 6 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい。

□ 検査結果は「精密検査不要」「要精密検査」のいずれかの区分で報告されることを説明し、要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることを明確に説明する。
□ 精密検査の方法について説明する（精密検査としては、検診結果に基づいてコルポスコープ下の組織診や細胞診、HPV 検査などを組み合わせたものを実施すること、及びこれらの検査の概要など）。
□ 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明する※。
※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）。
□ 検診の有効性（細胞診による子宮頸がん検診は、子宮頸がんの死亡率・罹患率を減少させること）に 加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の欠点について説明する。
□ 検診受診の継続（隔年）が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明する。
□ 子宮頸がんの罹患は、わが国の女性のがんの中で比較的多く、また近年増加傾向に あることなどを説明する。

2. システムとしての精度管理

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施する。

□ 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後 4 週間以内に行う。
□ 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※（精密検査の際に行った組織診やコルポ診、細胞診、HPV 検査の結果などや、手術によって判明した組織診断や臨床進行期のこと）について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努める。
※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す。
□ 診断・判定の精度向上のための症例検討会や委員会（自施設以外の子宮頸がん専門家あるいは細胞診専門医※を交えた会）等を設置する。もしくは、市区町村や医師会等が設置した症例検討会や委員会等に参加する。
※ 当該検診機関に雇用されていない子宮頸がん検診専門家あるいは細胞診専門医

3. 事業評価に関する検討

解説：検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施する。

□ チェックリストやプロセス指標などに基づく検討を実施する。
□ がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告する。
※ 「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す。

注 1 一般社団法人 日本婦人科がん検診学会 子宮頸部細胞採取の手引き参照
注 2 公益社団法人日本臨床細胞学会 細胞診精度管理ガイドライン参照
注 3 ベセスダシステムによる分類：The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology second edition 及びベセスダシステム 2001 アトラス 参照

解説：
①このチェックリストの対象は、委託元市区町村との契約形態にかかわらず、「実際に検診を行う個々の検診機関（医療機関）」である
②検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施すること
〔このチェックリストにより調査を行う際の考え方〕
① 基本的には、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）が回答する
② 自治体※や医師会主導で行っている項目（自治体や医師会しか状況を把握できない項目）については、あらかじめ、自治体や医師会が全検診機関（医療機関）に回答を通知することが望ましい※※
(ア)ただし医師会等が全項目を統一して行っている場合は、医師会等が一括して回答しても構わない
※ このチェックリストで「自治体」と表記した箇所は、「都道府県もしくは市区町村」と解釈すること（どちらかが実施していればよい）
※※ 特に個別検診の場合

1. 受診者への説明
解説：
① 下記の 6 項目を記載した資料を、受診者全員に個別に配布すること（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）
② 資料は基本的に受診時に配布する※
※ 市区町村等が受診勧奨時に資料を配布する場合もあるその場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の 6 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい
またチェックリストによる調査の際は、「実施している」と回答してよい

(1) 要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることを明確に説明しているか
(2) 精密検査の方法について説明しているか（胃部エックス線検査の精密検査としては胃内視鏡検査を行うこと、及び胃内視鏡検査の概要など。胃内視鏡検査の精密検査としては生検または胃内視鏡検査の再検査を行うこと、及び生検の概要など）
(3) 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明しているか※
※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）
(4) 検診の有効性（胃部エックス線検査及び胃内視鏡検査による胃がん検診は、死亡率減少効果があること）に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の欠点について説明しているか
(5) 検診受診の継続（隔年※）が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明しているか
※ ただし当分の間、胃部エックス線検査については、年 1 回受診しても差し支えない
(6) 胃がんがわが国のがん死亡の上位に位置することを説明しているか

2. 問診、胃部エックス線撮影、胃内視鏡検査の精度管理
(1) 検診項目は、問診に加え、胃部エックス線検査または胃内視鏡検査のいずれか※としているか
※ 受診者に、胃部エックス線検査または胃内視鏡検査のいずれかを選択させること
(2) 問診は現在の症状、既往歴、家族歴、過去の検診の受診状況等を聴取しているか
(3) 問診記録は少なくとも 5 年間は保存しているか
(4) 胃部エックス線撮影の機器の種類を仕様書※で明らかにし、日本消化器がん検診学会の定める仕様基準[注1]を満たしているか
※ 仕様書とは委託元市区町村との契約時に提出する書類のこと（仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい）
(5) 胃部エックス線撮影の枚数は最低 8 枚とし、仕様書にも撮影枚数を明記しているか

(6) 胃部エックス線撮影の体位及び方法は日本消化器がん検診学会の方式[注1]によるものとし、仕様書に体位及び方法を明記しているか
(7) 胃部エックス線撮影において、造影剤の使用に当たっては、その濃度を適切に（180～220W/V%の高濃度バリウム、120～150ml とする）保つとともに、副作用等の事故に注意しているか
(8) 胃部エックス線撮影に携わる技師は、日本消化器がん検診学会が認定する胃がん検診専門技師の資格を取得しているか※
※ 撮影技師が不在で医師が撮影している場合は除く
(9) 自治体や医師会等から求められた場合、胃部エックス線撮影に携わる技師の全数と日本消化器がん検診学会認定技師数を報告しているか※
※ 撮影技師が不在で、医師が撮影している場合は報告不要である
(10)胃内視鏡検査の機器や検査医等の条件は、日本消化器がん検診学会による胃内視鏡検診マニュアル[注2]を参考にし、仕様書に明記しているか

3. 胃部エックス線読影の精度管理
解説：二重読影と比較読影(1)～(3)について
① 外部（地域の読影委員会等）に読影を委託している場合は、委託先の状況を確認すること
② 自治体や医師会等が委託先を指定している場合は、自治体や医師会等が代表して委託先の状況を確認し、各検診機関に通知する形が望ましい
③ 自治体や医師会等が把握していない場合は、検診機関が直接委託先に確認すること

(1) 自治体や医師会等から求められた場合、読影医全数と日本消化器がん検診学会認定医数もしくは総合認定医数を報告しているか
(2) 読影は二重読影とし、原則として判定医の一人は日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医であるか
(3) 必要に応じて過去に撮影したエックス線写真と比較読影しているか
(4) 胃部エックス線画像は少なくとも 5 年間は保存しているか
(5) 胃部エックス線による検診結果は少なくとも 5 年間は保存しているか

4. 胃内視鏡画像の読影の精度管理
(1) 胃内視鏡画像の読影に当たっては、日本消化器がん検診学会による胃内視鏡検診マニュアル[注2]を参考に行っているか
(2) 胃内視鏡検診運営委員会（仮称）、もしくはそれに相当する組織が設置する読影委員会により、ダブルチェック※を行っているか
※ ダブルチェックとは、内視鏡検査医以外の読影委員会のメンバーが内視鏡画像のチェックを行うことである。ただし、専門医※※が複数勤務する医療機関で検診を行う場合には、施設内での相互チェックをダブルチェックの代替方法とすることができる[注2]
※※ 専門医の条件（資格）は下記(3)参照
(3) 読影委員会のメンバーは、日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医、日本消化器内視鏡学会専門医のいずれかの資格を取得しているか
(4) 胃内視鏡画像は少なくとも 5 年間は保存しているか
(5) 胃内視鏡検査による検診結果は少なくとも 5 年間は保存しているか

5. システムとしての精度管理
解説:
① 検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施すること
② 自治体や医師会主導で実施している項目（自治体や医師会しか状況を把握できない項目）については、あらかじめ自治体や医師会が全検診機関（医療機関）に実施状況を通知することが望ましい※
※ 特に個別検診の場合

⑴ 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後 4 週間以内になされているか

⑵ がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告しているか

※ 「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

⑶ 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※（内視鏡診断や生検結果、内視鏡的治療または外科手術所見と病理組織検査結果など）について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努めているか

※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

⑷ 撮影や読影向上のための検討会や委員会※（自施設以外の胃がん専門家※※を交えた会）を設置しているか。もしくは、市区町村や医師会等が設置した検討会や委員会に参加しているか

※ 胃内視鏡では、胃内視鏡検診運営委員会（仮称）、もしくはそれに相当する組織を指す。

※※ 当該検診機関に雇用されていない胃がん検診専門家

⑸ 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握※しているか

※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である

⑹ プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行っているか。また、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努めているか

注 1 胃部エックス線撮影法及び撮影機器の基準は、日本消化器がん検診学会発行「新・胃 X 線撮影法ガイドライン改訂版（2011）」を参照

注 2 日本消化器がん検診学会発行「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル」（2017 年発行）参照

解説：
①このチェックリストの対象は、委託元市区町村との契約形態にかかわらず、「実際に検診を行う個々の検診機関（医療機関）」である
②検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施すること
〔このチェックリストにより調査を行う際の考え方〕
① 基本的には、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）が回答する
② 自治体※や医師会主導で行っている項目（自治体や医師会しか状況を把握できない項目）については、あらかじめ、自治体や医師会が全検診機関（医療機関）に回答を通知することが望ましい※※
ただし医師会等が全項目を統一して行っている場合は、医師会等が一括して回答しても構わない
※ このチェックリストで「自治体」と表記した箇所は、「都道府県もしくは市区町村」と解釈すること（どちらかが実施していればよい）
※※ 特に個別検診の場合

1. 受診者への説明
解説：
① 下記の 6 項目を記載した資料を、受診者全員（大腸がんでは申込者全員）に個別に配布すること（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）
② 資料は基本的に受診時（大腸がん検診では検査キットの配布時）に配布する※
※ 市区町村等が受診勧奨時に資料を配布する場合もあるその場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の 6 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい。また、チェックリストによる調査の際は、「実施している」と回答してよいなお、市区町村が検査キットと資料を同時に配布している場合も同様である

⑴ 便潜血検査陽性で要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があること（便潜血検査の再検は不適切であること）を説明しているか
⑵ 精密検査の方法について説明しているか（検査の概要や、精密検査の第一選択は全大腸内視鏡検査であること、また全大腸内視鏡検査が困難な場合はＳ状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査の併用となること）
⑶ 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明しているか※
※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）
⑷ 検診の有効性（便潜血検査による大腸がん検診には死亡率減少効果があること）に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の欠点について説明しているか
⑸ 検診受診の継続（毎年）が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明しているか
⑹ 大腸がんがわが国のがん死亡の上位に位置することを説明しているか

2. 検査の精度管理
解説：
① 検査を外注している場合は、外注先施設の状況を確認すること
② 自治体や医師会が外注先施設を指定している場合は、自治体や医師会が代表して外注先施設の状況を確認し、各検診機関に通知する形が望ましい
③ 自治体や医師会が把握していない場合は、検診機関が直接外注先施設に確認すること

⑴ 検査は、免疫便潜血検査 2 日法を行っているか

⑵ 便潜血検査キットのキット名、測定方法（用手法もしくは自動分析装置法）、カットオフ値（定性法の場合は検出感度）を仕様書※にすべて明記しているか
※ 仕様書とは委託元市区町村との契約時に提出する書類のこと（仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい）

⑶ 大腸がん検診マニュアル（2021 年度改訂版、日本消化器がん検診学会刊行）に記載された方法に準拠して行っているか※
※ 測定原理により様々な検査キットがあり、判定は機械による自動判定の他に目視判定がある
検査キットの使用期限を守ると共に、日々、機器及び測定系の精度管理に務めなければならない

3. 検体の取り扱い

解説：

① 検査を外注している場合は、外注先施設の状況を確認すること
② 自治体や医師会が外注先施設を指定している場合は、自治体や医師会が代表して外注先施設の状況を確認し、各検診機関に通知する形が望ましい
③ 自治体や医師会が把握していない場合は、検診機関が直接外注先施設に確認すること

⑴ 採便方法についてチラシやリーフレット（採便キットの説明書など）を用いて受診者に説明しているか
⑵ 採便後即日(2 日目)回収を原則としているか（離島や遠隔地は例外とする）
⑶ 採便後は検体を冷蔵庫あるいは冷所に保存するよう受診者に指導しているか
⑷ 受診者から検体を回収してから自施設で検査を行うまでの間あるいは検査施設へ引き渡すまでの間、冷蔵保存しているか
⑸ 検査施設では検体を受領後冷蔵保存しているか
⑹ 検体回収後原則として 24 時間以内に測定しているか（検査機器の不調、検査提出数が想定以上に多かった場合を除く）
⑺ 検診結果は少なくとも 5 年間は保存しているか

4. システムとしての精度管理

解説：

① 検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施すること
② 自治体や医師会主導で実施している項目（自治体や医師会しか状況を把握できない項目）については、あらかじめ自治体や医師会が全検診機関（医療機関）に実施状況を通知することが望ましい※
※ 特に個別検診の場合

⑴ 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、検体回収後 2 週間以内になされているか
⑵ がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告しているか。もしくは全て報告されていることを確認しているか
※「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す
⑶ 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※（内視鏡診断や生検結果、内視鏡治療または外科手術所見と病理組織検査結果など）について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努めているか
※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す
⑷ 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握※しているか
※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である
⑸ プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行っているか。また、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努めているか

解説：
①このチェックリストの対象は、委託元市区町村との契約形態にかかわらず、「実際に検診を行う個々の検診機関（医療機関）」である
②検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施すること
〔このチェックリストにより調査を行う際の考え方〕
①基本的には、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）が回答する
②自治体※や医師会主導で行っている項目（自治体や医師会しか状況を把握できない項目）については、あらかじめ、自治体や医師会が全検診機関（医療機関）に回答を通知することが望ましい※※
ただし医師会等が全項目を統一して行っている場合は、医師会等が一括して回答しても構わない
※ このチェックリストで「自治体」と表記した箇所は、「都道府県もしくは市区町村」と解釈すること（どちらかが実施していればよい）
※※ 特に個別検診の場合

1. 受診者への説明
解説：
① 下記の 7 項目を記載した資料を、受診者全員に個別に配布すること（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）
② 資料は基本的に受診時に配布する※
※ 市区町村等が受診勧奨時に資料を配布する場合もある。その場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の 7 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい。またチェックリストによる調査の際は、「実施している」と回答してよい

(1) 要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があること（喀痰細胞診で要精密検査となった場合は、喀痰細胞診の再検は不適切であることなど）を明確に説明しているか
(2) 精密検査の方法について説明しているか（精密検査は CT 検査や気管支鏡検査により行うこと、及びこれらの検査の概要など）
(3) 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明しているか※
※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）
(4) 検診の有効性（胸部エックス線検査及び喫煙者への喀痰細胞診による肺がん検診は、死亡率減少効果があること）に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の欠点について説明しているか
(5) 検診受診の継続（毎年）が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明しているか
(6) 肺がんがわが国のがん死亡の上位に位置することを説明しているか
(7) 禁煙及び防煙指導等、肺がんに関する正しい知識の啓発普及を行っているか

2. 質問（問診）、及び撮影の精度管理
解説：
（8）～（11）の対象は、病院または診療所以外の場所において、医師不在の状況下で胸部エックス線撮影を行う場合。個別検診では不要。また集団検診においても、医師立ち合いの下で撮影している場合、医師が撮影している場合、病院や診療所が会場に指定されている場合は不要

(1) 検診項目は、質問（医師が自ら対面で行う場合は問診）、胸部エックス線検査、及び質問の結果、50 歳以上で喫煙指数（1 日本数×年数）が 600 以上だった者（過去における喫煙者を含む）への喀痰細胞診としているか※
※ 質問は必ずしも対面による聴取で実施する必要はなく、受診者に自記式の質問用紙を記載させるこ

とをもって代えることができる。また、加熱式タバコについては、「カートリッジの本数」を「喫煙本数」と読み替える

(2) 質問（問診）では喫煙歴、妊娠の可能性の有無を必ず聴取し、かつ、過去の検診の受診状況等を聴取しているか。また最近 6 か月以内の血痰など自覚症状のある場合には、検診ではなくすみやかに専門機関を受診し、精査を行うように勧めているか

(3) 質問（問診）記録は少なくとも 5 年間は保存しているか

(4) 肺がん診断に適格な胸部エックス線撮影、すなわち、放射線科医、呼吸器内科医、呼吸器外科医のいずれかによる胸部エックス線の画質の評価と、それに基づく指導を行っているか[注1]

(5) 撮影機器の種類（直接・間接撮影、デジタル方式※、フィルムサイズ、モニタ読影の有無を仕様書※※に明記し、日本肺癌学会が定める、肺がん検診として適切な撮影機器・撮影方法で撮影しているか[注2]

※ デジタル撮影の場合、日本肺癌学会が定める画像処理法を用いること[注2]

※※ 仕様書とは委託元市区町村との契約時に提出する書類のこと（仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい）

(6) 胸部エックス線検査に係る必要な機器及び設備を整備するとともに、機器の日常点検等の管理体制を整備しているか

(7) 集団検診を実施する検診機関は、1 日あたりの実施可能人数を仕様書等に明記しているか※

※ 個別検診及び集団検診において病院や診療所が会場に指定されている場合は不要

(8) 事前に胸部エックス線写真撮影を行う診療放射線技師に対して指示をする責任医師、及び緊急時や必要時に対応する医師などを明示した計画書を作成し、市区町村に提出しているか

(9) 緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備しているか

(10) 胸部エックス線写真撮影時や緊急時のマニュアルを整備しているか

(11) 検診に従事する診療放射線技師が必要な教育・研修を受ける機会を確保しているか

3. 胸部エックス線読影の精度管理

解説：二重読影と比較読影（1）～（4）について

① 外部（自施設以外の医師、地域の読影委員会等）に読影を委託している場合は、委託先の状況を確認すること

② 自治体や医師会等が検診機関に対して委託先を指定している場合は、自治体や医師会等が代表して委託先の状況を確認し、各検診機関に通知する形が望ましい

③ 自治体や医師会等が把握していない場合は、検診機関が直接委託先に確認すること

(1) 自治体や医師会から求められた場合、読影医の実態（読影医の氏名、生年、所属機関名、専門とする診療科目、呼吸器内科・呼吸器外科・放射線科医師の場合には専門科医師としての経験年数、肺がん検診に従事した年数、「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会[注3]」の受講の有無等）を報告しているか

(2) 読影は二重読影を行い、読影に従事する医師は下記の要件※を満たしているか

※ 読影医の要件

・第一読影医：検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会[注3]」に年１回以上参加していること

・第二読影医：下記の 1)、2)のいずれかを満たすこと

1）3 年間以上の肺がん検診読影経験があり、かつ検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会[注3]」に年１回以上参加している

2）5 年間以上の呼吸器内科医、呼吸器外科医、放射線科医のいずれかとしての経験があり、かつ検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会[注3]」に年１回以上参加している

(3) 2 名の読影医のうちどちらかが「要比較読影」としたもの※は、過去に撮影した胸部エックス線写真と比較読影しているか

※ 二重読影の結果、「肺がん検診の手引き」（日本肺癌学会肺がん検診委員会編）の「肺がん検診における胸部Ｘ線検査の判定基準と指導区分」の「d」「e」に該当するもの

(4) 比較読影の方法は、「読影委員会等を設置して読影する（あるいは読影委員会等に委託する）」、「二重読影を行った医師がそれぞれ読影する」、「二重読影を行った医師のうち指導的立場の医師が読影する」のいずれかにより行っているか

(5) シャウカステン・読影用モニタなどの機器に関しては、日本肺癌学会が定めた基準等に従っているか[注2]
(6) 読影結果の判定は「肺がん検診の手引き」（日本肺癌学会肺がん検診委員会編）の「肺がん検診における胸部Ｘ線検査の判定基準と指導区分」によって行っているか
※地域保健・健康増進事業報告の要精検者は E 判定のみである
(7) 胸部エックス線画像は少なくとも 5 年間は保存しているか
(8) 胸部エックス線検査による検診結果は少なくとも 5 年間は保存しているか

4. 喀痰細胞診の精度管理

解説：

① 検査を外注している場合は、外注先施設の状況を確認すること
② 自治体や医師会が外注先施設を指定している場合は、自治体や医師会が代表して外注先施設の状況を確認し、各検診機関に通知する形が望ましい
③ 自治体や医師会が把握していない場合は、検診機関が直接外注先施設に確認すること

(1) 細胞診の業務を委託する場合は、その委託機関（施設名）を仕様書等※に明記しているか
※ 仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい
(2) 採取した喀痰は、2 枚以上のスライドに塗沫し、湿固定の上、パパニコロウ染色を行っているか
(3) 固定標本の顕微鏡検査は、公益社団法人日本臨床細胞学会の認定を受けた細胞診専門医と細胞検査士が連携して行っているか[注4]
(4) 同一検体から作成された 2 枚以上のスライドは、2 名以上の技師によりスクリーニングしているか
(5) がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行っているか※
※ がん発見例については必ず見直すこと。また、がん発見例が無い場合でも、少なくとも見直す体制を有すること
(6) 標本は少なくとも 5 年間は保存しているか
(7) 喀痰細胞診検査結果は少なくとも 5 年間は保存しているか

5. システムとしての精度管理

解説：

① 検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施すること
② 自治体や医師会主導で実施している項目（自治体や医師会しか状況を把握できない項目）については、あらかじめ自治体や医師会が全検診機関（医療機関）に実施状況を通知することが望ましい※
※ 特に個別検診の場合

(1) 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後 4 週間以内になされているか
(2) がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告しているか
※ 「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す
(3) 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※(診断、治療方法、手術所見、病理組織検査結果など)について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努めているか
※ 精密検査(治療)結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す
(4) 検診に従事する医師の胸部画像読影力向上のために「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会[注3]」を年に１回以上開催しているか。もしくは、他施設や都道府県単位、あるいは日本肺癌学会等が主催する胸部画像の読影に関するセミナー・講習会[注3]を年に１回以上受講させているか
(5) 内部精度管理として、検診実施体制や検診結果の把握・集計・分析のための委員会（自施設以外の専門家※を交えた会)を年に１回以上開催しているか。もしくは、市区町村や医師会等が設置した同様の委員会に年に１回以上参加しているか
※ 当該検診機関に雇用されていないがん検診の専門家や肺がん診療の専門家など
(6) 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握※しているか
※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握す

ること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である

(7) プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行っているか。また、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努めているか

注 1 肺がん診断に適格な胸部エックス線撮影：日本肺癌学会編集、肺癌取扱い規約 改訂第 8 版（肺がん検診の手引き 2020 年改訂版）より背腹一方向撮影を原則とする。適格な胸部エックス線写真とは、肺尖、肺野外側縁、横隔膜、肋骨横隔膜角などを含むように正しく位置づけされ、適度な濃度とコントラストおよび良好な鮮鋭度をもち、中心陰影に重なった気管、主気管支の透亮像ならびに心陰影及び横隔膜に重なった肺血管が観察できるもの

注 2 日本肺癌学会編集、肺癌取扱い規約 改訂第 8 版（肺がん検診の手引き 2020 年改訂版）より

1:間接撮影の場合は、100mm ミラーカメラと、定格出力 150kV 以上の撮影装置を用いて 120kV 以上の管電圧により撮影する。やむを得ず定格出力 125kV の撮影装置を用いる場合は、110kV 以上の管電圧による撮影を行い縦隔部の感度を肺野部に対して高めるため、希土類（グラデーション型）蛍光板を用いる。定格出力 125kV 未満の撮影装置は用いない

2:直接撮影（スクリーン・フィルム系）の場合は、被検者－管球間距離を 150cm 以上とし、定格出力 150kV 以上の撮影装置を用い、120kV 以上の管電圧及び希土類システム（希土類増感紙＋オルソタイプフィルム）による撮影がよい。やむを得ず 100～120kV の管電圧で撮影する場合も、被曝軽減のために希土類システム（希土類増感紙＋オルソタイプフィルム）を用いる

3:直接撮影（デジタル画像）の場合は、X 線検出器として、輝尽性蛍光体を塗布したイメージングプレート(IP)を用いた CR システム、平面検出器(FPD) もしくは固体半導体（CCD、CMOS など）を用いた DR システムのいずれかを使用する。管球検出器間距離（撮影距離）150cm 以上、X 線管電圧 120～140ｋV、撮影 mAs 値 4mAs 程度以下、入射表面線量 0.3mGy 以下、グリッド比 8：1 以上、の条件下で撮影されることが望ましい。

4：撮影機器、画像処理、読影用モニタの条件については、下記のサイト（日本肺癌学会ホームページ、肺がん検診について）に掲載された最新情報を参照すること
https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1

注 3 下記講習会の具体的内容は、日本肺癌学会ホームページ（肺がん検診について）を参照すること
https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1
「肺癌取扱い規約 第 8 版 肺がん検診の手引き改訂について」、「肺癌取扱い規約第 8 版「肺がん検診の手引き」改訂に関する Q&A」

- 「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会」
- 「他施設や都道府県単位、あるいは日本肺癌学会等が主催する胸部画像の読影に関するセミナー・講習会」

注 4 喀痰の処理法・染色法：
公益社団法人日本臨床細胞診学会、細胞検査士会編集「細胞診標本作製マニュアル」参照
http://www.intercyto.com/lecture/manual/resp_manual.pdf

細胞診判定：肺癌取扱い規約、日本肺癌学会ホームページ（肺がん検診について）参照
「肺癌検診における喀痰細胞診の判定区分別標準的細胞」
https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1

解説：
① このチェックリストの対象は、委託元市区町村との契約形態にかかわらず、「実際に検診を行う個々の検診機関（医療機関）」である
② 検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施すること

〔このチェックリストにより調査を行う際の考え方〕
① 基本的には、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）が回答する
② 自治体※や医師会主導で行っている項目（自治体や医師会しか状況を把握できない項目）については、あらかじめ、自治体や医師会が全検診機関（医療機関）に回答を通知することが望ましい※※
ただし医師会等が全項目を統一して行っている場合は、医師会等が一括して回答しても構わない
※ このチェックリストで「自治体」と表記した箇所は、「都道府県もしくは市区町村」と解釈すること（どちらかが実施していればよい）
※※特に個別検診の場合

1. 受診者への説明

解説
① 下記の 6 項目を記載した資料を、受診者全員に個別に配布すること（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）
② 資料は基本的に受診時に配布する※
※ 市区町村等が受診勧奨時に資料を配布する場合もあるその場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の 6 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい
またチェックリストによる調査の際は、「実施している」と回答してよい

(1) 要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることを明確に説明しているか
(2) 精密検査の方法について説明しているか（精密検査はマンモグラフィの追加撮影や超音波検査、穿刺吸引細胞診や針生検等により行うこと、及びこれらの検査の概要など）
(3) 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明しているか※
※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）
(4) 検診の有効性（マンモグラフィ検診には死亡率減少効果があること）に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の欠点について説明しているか
(5) 検診受診の継続（隔年）、ブレスト・アウェアネス（乳房を意識する生活習慣）、症状がある場合は速やかに医療機関を受診することの重要性について説明しているか
(6) 乳がんがわが国の女性におけるがん死亡の上位に位置することを説明しているか

2. 質問（問診）及び撮影の精度管理

解説：
（9）～(12）の対象は、病院または診療所以外の場所において、医師不在の状況下で乳房エックス線撮影を行う場合。医師立会いの下で撮影している場合、医師が撮影している場合、病院や診療所が会場に指定されている場合は不要。

(1) 検診項目は、質問（医師が自ら行う場合は問診）及び乳房エックス線検査（マンモグラフィ）としているか※
※ 視触診は推奨しないが、仮に実施する場合は、マンモグラフィと併せて実施すること
(2) 質問（問診）記録は少なくとも 5 年間は保存しているか
(3) 質問（問診）では現在の症状、月経及び妊娠等に関する事項を必ず聴取し、かつ既往歴、家族歴、過去の検診の受診状況、マンモグラフィの実施可否に係る事項等を聴取しているか※
※ 質問は必ずしも対面による聴取で実施する必要はなく、受診者に自記式の質問用紙を記載させることをもって代えることができる
(4) 乳房エックス線装置の種類を仕様書※に明記し、日本医学放射線学会の定める仕様基準[注1]を満たして

いるか
※ 仕様書とは委託元市区町村との契約時に提出する書類のこと（仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい）

(5) マンモグラフィに係る必要な機器及び設備を整備するとともに、機器の日常点検等の管理体制を整備しているか

(6) 両側乳房について内外斜位方向撮影を行っているか。また 40 歳以上 50 歳未満の受診者に対しては、内外斜位方向・頭尾方向の 2 方向を撮影しているか

(7) 乳房エックス線撮影における線量及び写真またはモニタの画質について、日本乳がん検診精度管理中央機構（旧マンモグラフィ検診精度管理中央委員会）の行う施設画像評価を受け、A または B の評価を受けているか※
※ 評価 C または D、施設画像評価を受けていない場合は至急改善すること

(8) 撮影を行う診療放射線技師、医師は、乳房エックス線撮影、読影及び精度管理に関する基本講習プログラムに準じた講習会[注2]を修了し、その評価試験で A または B の評価を受けているか※
※ 上記の評価試験で、C または D 評価、講習会未受講の場合は至急改善すること

(9) 事前に乳房エックス線撮影を行う診療放射線技師に対して指示をする責任医師及び緊急時や必要時に対応する医師などを明示した計画書を作成し、市区町村に提出しているか

(10) 緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備しているか

(11) 乳房エックス線写真撮影時や緊急時のマニュアルを整備しているか

(12) 検診に従事する診療放射線技師が必要な教育・研修を受ける機会を確保しているか

3. 乳房エックス線読影の精度管理

解説：二重読影と比較読影（1）～（2）について
① 外部（地域の読影委員会等）に読影を委託している場合は、委託先の状況を確認すること
② 自治体や医師会等が委託先を指定している場合は、自治体や医師会等が代表して委託先の状況を確認し、各検診機関に通知する形が望ましい
③ 自治体や医師会等が把握していない場合は、検診機関が直接委託先に確認すること

(1) 読影は二重読影を行い、読影に従事する医師のうち少なくとも一人は乳房エックス線写真読影に関する適切な講習会[注2]を修了し、その評価試験で A または B の評価を受けているか※
※ 上記の評価試験で C または D 評価、講習会未受講の場合は至急改善すること

(2) 二重読影の所見に応じて、過去に撮影した乳房エックス線写真と比較読影しているか

(3) 乳房エックス線画像は少なくとも 5 年間は保存しているか

(4) 検診結果は少なくとも 5 年間は保存しているか

4. システムとしての精度管理

解説：
① 検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施すること
② 自治体や医師会主導で実施している項目（自治体や医師会しか状況を把握できない項目）については、あらかじめ自治体や医師会が全検診機関（医療機関）に実施状況を通知することが望ましい※
※ 特に個別検診の場合

(1) 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後 4 週間以内になされているか

(2) がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告しているか
※ がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(3) 精密検査方法、精密検査結果及び最終病理結果・病期※について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努めているか
※ 精密検査結果及び最終病理結果・病期」は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(4) 撮影や読影向上のための検討会や委員会（自施設以外の乳がん専門家※を交えた会）を設置しているか。もしくは、市区町村や医師会等が設置した検討会や委員会に参加しているか
※ 当該検診機関に雇用されていない乳がん検診専門家

(5) 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標

値を把握※しているか

※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である

⑹ プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行っているか。また、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努めているか

注 1 乳がん検診に用いるエックス線装置の仕様基準：マンモグラフィによる乳がん検診の手引き第 7 版、マンモグラフィガイドライン第 4 版参照

注 2 乳房エックス線撮影、読影及び精度管理に関する基本講習プログラムに準じた講習会

基本講習プログラムに準じた講習会とは、日本乳がん検診精度管理中央機構（旧マンモグラフィ検診精度管理中央委員会）の教育・研修委員会の行う講習会等を指すなお、これまで実施された「マンモグラフィ検診の実施と精度向上に関する調査研究」班、「マンモグラフィによる乳がん検診の推進と精度向上に関する調査研究」班、及び日本放射線技術学会乳房撮影ガイドライン・精度管理普及班による講習会等を含む

解説：

①このチェックリストの対象は、委託元市区町村との契約形態にかかわらず、「実際に検診を行う個々の検診機関（医療機関）」である

②検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施すること

〔このチェックリストにより調査を行う際の考え方〕

①基本的には、実際の検診を行う個々の検診機関（医療機関）が回答する

②自治体※や医師会主導で行っている項目（自治体や医師会しか状況を把握できない項目）については、あらかじめ、自治体や医師会が全検診機関（医療機関）に回答を通知することが望ましい※※

ただし医師会等が全項目を統一して行っている場合は、医師会等が一括して回答しても構わない

※ このチェックリストで「自治体」と表記した箇所は、「都道府県もしくは市区町村」と解釈すること（どちらかが実施していればよい）

※※ 特に個別検診の場合

1. 受診者への説明

解説：

① 下記の 6 項目を記載した資料を、受診者全員に個別に配布すること（ポスターや問診票など持ち帰れない資料や、口頭説明のみは不可とする）

② 資料は基本的に受診時に配布する※

※ 市区町村等が受診勧奨時に資料を配布する場合もあるその場合は資料内容をあらかじめ確認し、下記の 6 項目が含まれている場合は、検診機関からの配布を省いてもよい。また、チェックリストによる調査の際は、「実施している」と回答してよい

(1) 検査結果は「精密検査不要」「要精密検査」のいずれかの区分で報告されることを説明し、要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることを明確に説明しているか

(2) 精密検査の方法について説明しているか（精密検査としては、検診結果に基づいてコルポスコープ下の組織診や細胞診、HPV 検査などを組み合わせたものを実施すること、及びこれらの検査の概要など）

(3) 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明しているか※

※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）

(4) 検診の有効性（細胞診による子宮頸がん検診は、子宮頸がんの死亡率・罹患率を減少させること）に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の欠点について説明しているか

(5) 検診受診の継続（隔年）が重要であること、また、症状がある場合は医療機関の受診が重要であることを説明しているか

(6) 子宮頸がんの罹患は、わが国の女性のがんの中で比較的多く、また近年増加傾向にあることなどを説明しているか

2. 検診機関での精度管理

(1) 検診項目は、医師による子宮頸部の検体採取による細胞診のほか、問診、視診を行っているか

(2) 細胞診の方法（従来法/液状検体法、採取器具）を仕様書※に明記しているか

※ 仕様書とは委託元市区町村との契約時に提出する書類のこと（仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい）

(3) 細胞診は、直視下に子宮頸部及び腟部表面の全面擦過により細胞を採取し[注1]、迅速に処理※しているか

※ 採取した細胞は直ちにスライドグラスに塗抹して速やかに固定すること。または、直ちに液状化検体細胞診用の保存液ボトル内に撹拌懸濁し固定すること

(4) 細胞診の業務（細胞診の判定も含む）を外部に委託する場合は、その委託機関（施設名）を仕様書に明記しているか

(5) 検体が不適正との判定を受けた場合は、当該検診機関で再度検体採取を行っているか※

※ 不適正例があった場合は必ず再度検体採取を行うこと。また不適正例が無い場合でも、再度検体採取を行う体制を有すること

(6) 検体が不適正との判定を受けた場合は、当該検診機関でその原因等を検討し、対策を講じているか※

※ 不適正例があった場合は必ず原因を検討し対策を講じること。また不適正例が無い場合でも、対策を講じる体制を有すること

(7) 検診結果は少なくとも 5 年間は保存しているか

(8) 問診は、妊娠及び分娩歴、月経の状況、不正性器出血等の症状の有無、過去の検診受診状況等を聴取しているか

(9) 問診の上、症状（体がんの症状を含む）のある者には、適切な医療機関への受診勧奨を行っているか

(10) 問診記録は少なくとも 5 年間は保存しているか

(11) 視診は腟鏡を挿入し、子宮頸部の状況を観察しているか

3. 細胞診判定施設での精度管理

解説：

① 細胞診判定を外注している場合は、外注先施設の状況を確認すること

② 自治体や医師会が外注先施設を指定している場合は、自治体や医師会が代表して外注先施設の状況を確認し、各検診機関に通知する形が望ましい

③ 自治体や医師会が把握していない場合は、検診機関が直接外注先施設に確認すること

(1) 細胞診判定施設は、公益社団法人日本臨床細胞学会の施設認定を受けているか。もしくは、公益社団法人日本臨床細胞学会の認定を受けた細胞診専門医と細胞検査士が連携して検査を行っているか[注2]

⑵ 細胞診陰性と判断された検体は、その 10%以上について再スクリーニングを行い[注2]、再スクリーニング施行率を報告しているか※

※ 自治体、医師会等から再スクリーニング施行率の報告を求められた場合に報告できればよい。また公益社団法人日本臨床細胞診学会の認定施設においては、再スクリーニング施行率を学会に報告すること

⑶ 細胞診結果の報告には、ベセスダシステム[注3]を用いているか

⑷ 全ての子宮頸がん検診標本の状態について、ベセスダシステムの基準に基づいて適正・不適正のいずれかに分類し、細胞診結果に明記しているか※

※ 必ず全ての標本について実施すること。一部でも実施しない場合は不適切である

⑸ がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行っているか※

※ がん発見例については必ず見直すこと。また、がん発見例が無い場合でも、少なくとも見直す体制を有すること

⑹ 標本は少なくとも 5 年間は保存しているか

4. システムとしての精度管理

解説：

① 検診機関が単独で実施できない項目については、関係機関と連携して実施すること

② 自治体や医師会主導で実施している項目（自治体や医師会しか状況を把握できない項目）については、あらかじめ自治体や医師会が全検診機関（医療機関）に実施状況を通知することが望ましい※

※ 特に個別検診の場合

⑴ 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、遅くとも検診受診後 4 週間以内になされているか

⑵ がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告しているか。もしくは全て報告されていることを確認しているか

※ がん検診の結果及びそれに関わる情報とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

⑶ 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※（精密検査の際に行った組織診やコルポ診、細胞診、HPV 検査の結果などや、手術によって判明した組織診断や臨床進行期のこと）について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努めているか

※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

⑷ 診断・判定の精度向上のための症例検討会や委員会（自施設以外の子宮頸がん専門家あるいは細胞診専門医※を交えた会）等を設置しているか。もしくは、市区町村や医師会等が設置した症例検討会や委員会等に参加しているか

※ 当該検診機関に雇用されていない子宮頸がん検診専門家あるいは細胞診専門医

⑸ 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握※しているか

※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握す

ること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である

⑹ プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行っているか。また、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、市区町村、医師会等から指導・助言等があった場合は、それを参考にして改善に努めているか

注 1 一般社団法人 日本婦人科がん検診学会 子宮頸部細胞採取の手引き参照

注 2 公益社団法人日本臨床細胞学会 細胞診精度管理ガイドライン参照

注 3 ベセスダシステムによる分類：The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology second edition 及びベセスダシステム 2001 アトラス参照

別添6 プロセス指標の基準値一覧

厚生労働科学研究費補助金「がん検診の精度管理における指標の確立に関する研究」班（研究代表者：高橋宏和）、「職域がん検診における精度管理指標の測定・基準値設定と新指標測定法の開発・実用化に関する研究」班（研究代表者：祖父江友孝）において、プロセス指標の基準値（許容値、目標値）を設定した。

設定の方針は、目指すべき感度・特異度に基づき、これらと性・年齢階級別のがん罹患率により要精検率、がん発見率を算出した。基準値の項目は、要精検率、精検受診率（基準値を 90%とする）、がん発見率、陽性反応適中度、CIN3 以上発見率（子宮頸がんのみ）、非初回受診者の 2 年連続受診者割合（乳がん、子宮頸がんのみ）、感度、特異度（要精検率と関連する指標として）とした。

基準値の対象年齢は、胃がん：50-74(69)歳、大腸がん、肺がん、乳がん：40-74(69)歳、子宮頸がん：20-74(69)歳、20-39 歳、40-74(69)歳とした。子宮頸がんは対象となる年齢の幅が広く、対象集団における平均的ながん罹患リスクを１つに設定することが難しいため、上記のように対象年齢を分類した。

全国の標準的な性・年齢階級に基づいた基準値を表 7 （上限 74 歳）、表 7-2（上限 69 歳）に示す。これとは別に、自治体や保険者によっては、性・年齢階級に偏りがあるため、それぞれの対象集団における性・年齢階級に応じて独自に基準値を算定し、がん検診事業の評価に役立てていただきたい。

基準値の一覧を次頁以降に示す。

基準値一覧

表1. 特異度の基準値

	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
男性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	94.0%	93.0%	90.9%	89.9%	88.7%	86.6%	84.3%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	94.0%	93.0%	91.0%	89.9%	88.8%	86.7%	84.6%
大腸	-	-	-	-	93.9%	92.9%	91.7%	90.6%	89.5%	87.3%	84.9%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	98.0%	98.0%	98.0%	96.9%	95.9%	95.8%	94.7%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	98.0%	98.0%	98.0%	97.0%	95.9%	95.9%	94.8%
男性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	96.0%	95.0%	95.0%	92.9%	91.9%	90.8%	90.7%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	96.0%	95.0%	95.0%	93.0%	91.9%	90.9%	90.8%
大腸	-	-	-	-	95.0%	95.0%	93.9%	93.9%	92.9%	91.8%	90.8%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	99.0%	99.0%	99.0%	98.0%	97.9%	97.9%	96.8%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	99.0%	99.0%	99.0%	98.0%	98.0%	97.9%	96.9%
女性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	95.0%	94.0%	94.0%	92.9%	91.9%	90.8%	88.8%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	95.0%	94.0%	94.0%	93.0%	91.9%	90.9%	88.8%
大腸	-	-	-	-	93.9%	93.9%	93.8%	93.8%	92.7%	91.5%	89.4%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	99.0%	99.0%	98.0%	98.0%	96.9%	96.9%	95.8%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	99.0%	99.0%	98.0%	98.0%	97.0%	96.9%	95.9%
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	89.8%	88.5%	89.5%	91.3%	91.2%	91.0%	90.8%
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	89.8%	88.6%	89.6%	91.5%	91.4%	91.2%	91.1%
子宮頸	95.0%	94.9%	96.0%	95.6%	95.6%	96.6%	96.6%	97.7%	98.8%	98.6%	98.7%
女性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	97.0%	96.0%	96.0%	95.0%	95.0%	93.9%	92.9%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	97.0%	96.0%	96.0%	95.0%	95.0%	94.0%	92.9%
大腸	-	-	-	-	95.0%	95.0%	95.0%	94.9%	94.9%	94.9%	93.9%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	99.0%	99.0%	99.0%	99.0%	98.0%	97.9%	97.9%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	99.0%	99.0%	99.0%	99.0%	98.0%	98.0%	98.0%
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	92.9%	92.8%	93.7%	94.7%	95.7%	95.7%	95.7%
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	92.9%	92.8%	93.8%	94.8%	95.8%	95.7%	95.7%
子宮頸	95.0%	95.0%	96.0%	97.0%	97.0%	98.0%	98.0%	99.0%	99.0%	99.0%	99.0%

表2. がん発生率の推計値（受診者10万対）

	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
男性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	29	62	178	397	804	1273	2032
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	14	31	89	198	402	637	1016
大腸	-	-	-	-	120	254	557	869	1106	1624	2597
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	51	20	51	119	338	464	743
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	*	*	*	*	31	12	31	71	203	278	446
男性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	22	37	74	170	345	590	842
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	11	19	37	85	172	295	421
大腸	-	-	-	-	38	65	119	200	307	448	542
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	9	20	40	81	163	296	435
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	6	12	24	48	98	178	261
女性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	34	68	71	162	252	430	690
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	17	34	35	81	126	215	345
大腸	-	-	-	-	105	196	340	509	566	968	1307
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	15	55	81	92	151	231	464
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	9	33	49	55	91	139	279
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	535	1259	1177	1439	1426	1859	2147
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	374	881	824	1007	999	1301	1503
子宮頸（CIN3以上）	26	212	483	790	826	811	739	621	400	513	375
女性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	20	29	38	68	111	186	262
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	10	15	19	34	56	93	131
大腸	-	-	-	-	32	50	82	117	159	224	280
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	8	15	27	45	77	121	176
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	*	*	*	*	5	9	16	27	46	73	106
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	361	553	522	515	557	585	584
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	253	387	365	360	390	410	409
子宮頸（CIN3以上）	26	161	281	310	268	199	127	93	76	66	59

表3. 要精検率の基準値

	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
男性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	6.0%	7.0%	9.1%	10.1%	11.3%	13.4%	15.7%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	6.0%	7.0%	9.0%	10.1%	11.2%	13.3%	15.4%
大腸	-	-	-	-	6.1%	7.1%	8.3%	9.4%	10.5%	12.7%	15.1%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	2.0%	2.0%	2.0%	3.1%	4.1%	4.2%	5.3%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	2.0%	2.0%	2.0%	3.0%	4.1%	4.1%	5.2%
男性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	4.0%	5.0%	5.0%	7.1%	8.1%	9.2%	9.3%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	4.0%	5.0%	5.0%	7.0%	8.1%	9.1%	9.2%
大腸	-	-	-	-	5.0%	5.0%	6.1%	6.1%	7.1%	8.2%	9.2%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	1.0%	1.0%	1.0%	2.0%	2.1%	2.1%	3.2%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	1.0%	1.0%	1.0%	2.0%	2.0%	2.1%	3.1%
女性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	5.0%	6.0%	6.0%	7.1%	8.1%	9.2%	11.2%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	5.0%	6.0%	6.0%	7.0%	8.1%	9.1%	11.2%
大腸	-	-	-	-	6.1%	6.1%	6.2%	6.2%	7.3%	8.5%	10.6%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	1.0%	1.0%	2.0%	2.0%	3.1%	3.1%	4.2%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	1.0%	1.0%	2.0%	2.0%	3.0%	3.1%	4.1%
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	10.2%	11.5%	10.5%	8.7%	8.8%	9.0%	9.2%
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	10.2%	11.4%	10.4%	8.5%	8.6%	8.8%	8.9%
子宮頸*	5.0%	5.1%	4.0%	4.4%	4.4%	3.4%	3.4%	2.3%	1.2%	1.4%	1.3%
女性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	3.0%	4.0%	4.0%	5.0%	5.0%	6.1%	7.1%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	3.0%	4.0%	4.0%	5.0%	5.0%	6.0%	7.1%
大腸	-	-	-	-	5.0%	5.0%	5.0%	5.1%	5.1%	5.1%	6.1%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	2.0%	2.1%	2.1%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	2.0%	2.0%	2.0%
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	7.1%	7.2%	6.3%	5.3%	4.3%	4.3%	4.3%
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	7.1%	7.2%	6.2%	5.2%	4.2%	4.3%	4.3%
子宮頸*	5.0%	5.0%	4.0%	3.0%	3.0%	2.0%	2.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%

*ASC-US以上の割合

表4. がん発見率の基準値

	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
男性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	0.01%	0.03%	0.08%	0.18%	0.37%	0.58%	0.93%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	0.01%	0.02%	0.05%	0.11%	0.22%	0.34%	0.55%
大腸	-	-	-	-	0.06%	0.14%	0.30%	0.47%	0.60%	0.88%	1.40%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	0.02%	0.01%	0.02%	0.05%	0.15%	0.21%	0.33%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	0.01%	0.01%	0.01%	0.03%	0.10%	0.13%	0.21%
男性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	0.01%	0.02%	0.03%	0.08%	0.16%	0.27%	0.39%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	0.01%	0.01%	0.02%	0.05%	0.09%	0.16%	0.23%
大腸	-	-	-	-	0.02%	0.04%	0.06%	0.11%	0.17%	0.24%	0.29%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	0.00%	0.01%	0.02%	0.04%	0.07%	0.13%	0.20%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	0.00%	0.01%	0.01%	0.02%	0.05%	0.08%	0.12%
女性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	0.02%	0.03%	0.03%	0.07%	0.12%	0.20%	0.32%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	0.01%	0.02%	0.02%	0.04%	0.07%	0.12%	0.19%
大腸	-	-	-	-	0.06%	0.11%	0.18%	0.27%	0.31%	0.52%	0.71%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	0.01%	0.02%	0.04%	0.04%	0.07%	0.10%	0.21%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	0.00%	0.02%	0.02%	0.03%	0.04%	0.07%	0.13%
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	0.25%	0.58%	0.64%	0.78%	0.87%	1.14%	1.31%
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	0.19%	0.44%	0.49%	0.60%	0.67%	0.88%	1.01%
子宮頸（CIN3以上）	0.01%	0.12%	0.27%	0.43%	0.45%	0.45%	0.41%	0.34%	0.22%	0.28%	0.21%
女性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	0.01%	0.01%	0.02%	0.03%	0.05%	0.09%	0.12%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	0.01%	0.01%	0.01%	0.02%	0.03%	0.05%	0.07%
大腸	-	-	-	-	0.02%	0.03%	0.04%	0.06%	0.09%	0.12%	0.15%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	0.00%	0.01%	0.01%	0.02%	0.03%	0.05%	0.08%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	0.00%	0.00%	0.01%	0.01%	0.02%	0.03%	0.05%
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	0.17%	0.25%	0.28%	0.28%	0.34%	0.36%	0.36%
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	0.13%	0.20%	0.22%	0.21%	0.26%	0.28%	0.28%
子宮頸（CIN3以上）	0.01%	0.09%	0.15%	0.17%	0.15%	0.11%	0.07%	0.05%	0.04%	0.04%	0.03%

表5. 陽性反応適中度の基準値

	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
男性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	0.22%	0.41%	0.90%	1.80%	3.27%	4.35%	5.96%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	0.13%	0.24%	0.53%	1.06%	1.94%	2.59%	3.56%
大腸	-	-	-	-	1.07%	1.93%	3.64%	4.99%	5.69%	6.90%	9.30%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	1.14%	0.45%	1.14%	1.76%	3.67%	4.98%	6.31%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	0.73%	0.29%	0.73%	1.12%	2.37%	3.22%	4.10%
男性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	0.25%	0.34%	0.68%	1.10%	1.95%	2.94%	4.15%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	0.15%	0.20%	0.40%	0.65%	1.15%	1.74%	2.47%
大腸	-	-	-	-	0.41%	0.70%	1.06%	1.77%	2.32%	2.95%	3.16%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	0.40%	0.89%	1.77%	1.79%	3.54%	6.26%	6.15%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	0.29%	0.57%	1.13%	1.13%	2.29%	4.08%	3.99%
女性（初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	0.31%	0.52%	0.54%	1.05%	1.43%	2.15%	2.82%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	0.18%	0.31%	0.31%	0.62%	0.84%	1.28%	1.67%
大腸	-	-	-	-	0.94%	1.74%	2.98%	4.40%	4.20%	6.18%	6.67%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	0.67%	2.42%	1.79%	2.03%	2.22%	3.36%	4.98%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	0.43%	1.55%	1.16%	1.30%	1.43%	2.16%	3.23%
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	2.41%	5.05%	6.04%	8.96%	9.95%	12.64%	14.35%
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	1.86%	3.91%	4.70%	7.02%	7.84%	10.00%	11.39%
子宮頸（CIN3以上）	0.01%	0.12%	0.75%	2.82%	3.09%	6.57%	6.71%	12.78%	17.87%	28.69%	23.45%
女性（非初回受診者）											
胃（検診間隔2年）	-	-	-	-	0.31%	0.33%	0.43%	0.62%	1.01%	1.41%	1.69%
胃（検診間隔1年）	-	-	-	-	0.18%	0.20%	0.26%	0.37%	0.60%	0.83%	1.00%
大腸	-	-	-	-	0.34%	0.54%	0.88%	1.25%	1.69%	2.37%	2.46%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	-	-	-	-	0.36%	0.67%	1.20%	1.99%	1.70%	2.65%	3.82%
肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	-	-	-	-	0.24%	0.43%	0.76%	1.27%	1.09%	1.71%	2.47%
乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	-	-	-	-	2.32%	3.52%	4.51%	5.29%	7.89%	8.26%	8.24%
乳（連続受診者がいることを考慮）	-	-	-	-	1.79%	2.72%	3.50%	4.11%	6.20%	6.49%	6.48%
子宮頸（CIN3以上）	0.01%	0.12%	0.44%	0.96%	1.02%	1.52%	1.41%	2.57%	2.26%	2.31%	2.15%

表6. 受診者の分布

		20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳
胃												
男性	初回受診者	-	-	-	-	1.3%	0.8%	0.8%	0.7%	1.4%	2.2%	1.8%
	非初回受診者	-	-	-	-	1.5%	2.3%	2.3%	2.6%	4.1%	9.5%	14.0%
女性	初回受診者	-	-	-	-	2.6%	1.4%	1.4%	1.2%	1.8%	1.9%	1.7%
	非初回受診者	-	-	-	-	2.8%	4.3%	4.2%	4.8%	7.2%	11.2%	13.4%
大腸												
男性	初回受診者	-	-	-	-	0.9%	0.6%	0.6%	0.6%	1.1%	1.8%	1.7%
	非初回受診者	-	-	-	-	1.0%	1.7%	1.8%	2.1%	3.4%	8.5%	14.0%
女性	初回受診者	-	-	-	-	1.9%	1.1%	1.1%	1.1%	1.7%	2.0%	2.0%
	非初回受診者	-	-	-	-	2.3%	3.7%	3.9%	4.9%	7.8%	13.8%	19.0%
肺												
男性	初回受診者	-	-	-	-	1.0%	0.7%	0.7%	0.7%	1.3%	2.8%	3.2%
	非初回受診者	-	-	-	-	0.9%	1.4%	1.5%	1.7%	2.9%	7.8%	13.7%
女性	初回受診者	-	-	-	-	2.0%	1.5%	1.4%	1.5%	2.4%	3.5%	4.1%
	非初回受診者	-	-	-	-	1.7%	2.6%	2.8%	3.6%	6.3%	12.2%	18.0%
乳												
女性	初回受診者	-	-	-	-	8.4%	4.0%	3.4%	2.7%	3.2%	2.9%	2.7%
	非初回受診者	-	-	-	-	7.4%	10.0%	9.8%	9.3%	11.4%	13.3%	15.5%
子宮頸												
女性	初回受診者	3.0%	3.5%	4.3%	3.8%	3.9%	3.1%	2.5%	1.8%	2.0%	1.7%	1.6%
	非初回受診者	0.8%	2.3%	4.6%	6.2%	7.7%	8.4%	7.8%	7.0%	8.0%	9.1%	9.9%

表7. 基準値（上限74歳）

			胃（検診間隔2年）	胃（検診間隔1年）	大腸	肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	乳（連続受診者がいることを考慮）	子宮頸		
対象年齢			50-74歳	50-74歳	40-74歳	40-74歳	40-74歳	40-74歳	40-74歳	20-74歳	20-39歳	40-74歳
感度			**60%以上**	**60%以上**	**60%以上**	**50%以上**	**50%以上**	**40歳代：60%以上 60歳代：70%以上 60歳以上：80%以上**	**40歳代：60%以上 60歳代：70%以上 60歳以上：80%以上**	**CIN3以上：65%以上**		
精検受診率			**90%以上**	**90%以上**	**90%以上**	**90%以上**	**90%以上**	**90%以上**	**90%以上**		**90%以上**	
非初回受診者の2年連続受診者割合			-	-	-	-	-	**30%以下**	**30%以下**		**40%以下**	
要精検率	男女計	受診歴計	**7.7%以下**	**7.6%以下**	**6.8%以下**	**2.4%以下**	**2.3%以下**	**6.5%以下**	**6.4%以下**	**2.5%以下**	**4.2%以下**	**1.9%以下**
		初回	10.4%以下	10.3%以下	8.9%以下	3.2%以下	3.1%以下	9.9%以下	9.7%以下	3.7%以下	4.6%以下	2.9%以下
		非初回	7.1%以下	7.1%以下	6.4%以下	2.1%以下	2.0%以下	5.3%以下	5.3%以下	2.0%以下	3.8%以下	1.6%以下
	男性	受診歴計	9.4%以下	9.3%以下	8.6%以下	2.8%以下	2.8%以下	-	-	-	-	-
		初回	12.7%以下	12.6%以下	11.1%以下	3.9%以下	3.9%以下	-	-	-	-	-
		非初回	8.7%以下	8.6%以下	8.0%以下	2.5%以下	2.4%以下	-	-	-	-	-
	女性	受診歴計	6.6%以下	6.6%以下	5.8%以下	2.1%以下	2.0%以下	6.5%以下	6.4%以下	2.5%以下	4.2%以下	1.9%以下
		初回	12.7%以下	12.6%以下	7.5%以下	2.7%以下	2.7%以下	9.9%以下	9.7%以下	3.7%以下	4.6%以下	2.9%以下
		非初回	8.7%以下	8.6%以下	5.4%以下	1.8%以下	1.8%以下	5.3%以下	5.3%以下	2.0%以下	3.8%以下	1.6%以下
がん発見率*	男女計	受診歴計	**0.19%以上**	**0.11%以上**	**0.21%以上**	**0.10%以上**	**0.05%以上**	**0.40%以上**	**0.31%以上**	**0.15%以上**	**0.18%以上**	**0.14%以上**
		初回	0.33%以上	0.19%以上	0.49%以上	0.13%以上	0.07%以上	0.67%以上	0.52%以上	0.30%以上	0.22%以上	0.36%以上
		非初回	0.16%以上	0.10%以上	0.15%以上	0.08%以上	0.05%以上	0.30%以上	0.23%以上	0.08%以上	0.14%以上	0.07%以上
	男性	受診歴計	0.32%以上	0.19%以上	0.31%以上	0.15%以上	0.08%以上	-	-	-	-	-
		初回	0.53%以上	0.31%以上	0.73%以上	0.19%以上	0.10%以上	-	-	-	-	-
		非初回	0.27%以上	0.16%以上	0.22%以上	0.14%以上	0.07%以上	-	-	-	-	-
	女性	受診歴計	0.09%以上	0.05%以上	0.14%以上	0.06%以上	0.03%以上	0.40%以上	0.31%以上	0.15%以上	0.18%以上	0.14%以上
		初回	0.16%以上	0.09%以上	0.34%以上	0.09%以上	0.05%以上	0.67%以上	0.52%以上	0.30%以上	0.22%以上	0.36%以上
		非初回	0.08%以上	0.05%以上	0.11%以上	0.05%以上	0.03%以上	0.30%以上	0.23%以上	0.08%以上	0.14%以上	0.07%以上
がん陽性反応適中度*	男女計	受診歴計	**2.5%以上**	**1.5%以上**	**3.0%以上**	**4.1%以上**	**2.2%以上**	**6.1%以上**	**4.8%以上**	**5.9%以上**	**4.4%以上**	**7.3%以上**
		初回	3.1%以上	1.9%以上	5.5%以上	4.0%以上	2.2%以上	6.8%以上	5.3%以上	8.1%以上	4.9%以上	12.8%以上
		非初回	2.3%以上	1.4%以上	2.3%以上	4.1%以上	2.2%以上	5.7%以上	4.4%以上	4.1%以上	3.8%以上	4.3%以上
	男性	受診歴計	3.4%以上	2.0%以上	3.6%以上	5.2%以上	2.9%以上	-	-	-	-	-
		初回	4.2%以上	2.5%以上	6.6%以上	4.7%以上	2.6%以上	-	-	-	-	-
		非初回	3.2%以上	1.9%以上	2.7%以上	5.5%以上	3.0%以上	-	-	-	-	-
	女性	受診歴計	1.4%以上	0.8%以上	2.5%以上	3.0%以上	1.7%以上	6.1%以上	4.8%以上	5.9%以上	4.4%以上	7.3%以上
		初回	1.8%以上	1.1%以上	4.5%以上	3.4%以上	1.9%以上	6.8%以上	5.3%以上	8.1%以上	4.9%以上	12.8%以上
		非初回	1.3%以上	0.8%以上	1.9%以上	2.8%以上	1.5%以上	5.7%以上	4.4%以上	4.1%以上	3.8%以上	4.3%以上

*子宮頸がんはCIN3以上の発見率または陽性反応適中度

表7-2. 基準値（上限69歳）

		胃（検診間隔2年）	胃（検診間隔1年）	大腸	肺（検診以外の肺に関する検査の受診なし）	肺（検診以外の肺に関する検査の受診考慮）	乳（すべての受診者の検診間隔が2年）	乳（連続受診者がいることを考慮）	子宮頸		
対象年齢		50-69歳	50-69歳	40-69歳	40-69歳	40-69歳	40-69歳	40-69歳	20-69歳	20-39歳	40-69歳
感度		**60%以上**	**60%以上**	**60%以上**	**50%以上**	**50%以上**	**40歳代：60%以上 60歳代：70%以上 60歳以上：80%以上**	**40歳代：60%以上 60歳代：70%以上 60歳以上：80%以上**	**CIN3以上：65%以上**		
精検受診率		**90%以上**	**90%以上**	**90%以上**	**90%以上**	**90%以上**	**90%以上**	**90%以上**		**90%以上**	
非初回受診者の2年連続受診者割合		-	-	-	-	-	30%以下	30%以下		40%以下	
要精検率	男女計 受診歴計	**7.1%以下**	**7.0%以下**	**6.2%以下**	**2.0%以下**	**2.0%以下**	**6.8%以下**	**6.8%以下**	**2.7%以下**	**4.2%以下**	**2.0%以下**
	初回	9.5%以下	9.4%以下	8.0%以下	2.7%以下	2.6%以下	9.9%以下	9.8%以下	3.8%以下	4.6%以下	3.0%以下
	非初回	6.4%以下	6.4%以下	5.8%以下	1.7%以下	1.7%以下	5.6%以下	5.5%以下	2.2%以下	3.8%以下	1.7%以下
	男性 受診歴計	8.9%以下	8.8%以下	7.7%以下	2.3%以下	2.3%以下	-	-	-	-	-
	初回	11.7%以下	11.6%以下	9.8%以下	3.3%以下	3.3%以下	-	-	-	-	-
	非初回	8.2%以下	8.1%以下	7.1%以下	1.9%以下	1.8%以下	-	-	-	-	-
	女性 受診歴計	5.8%以下	5.7%以下	5.4%以下	1.8%以下	1.8%以下	6.8%以下	6.8%以下	2.7%以下	4.2%以下	2.0%以下
	初回	9.5%以下	9.4%以下	6.9%以下	2.2%以下	2.2%以下	9.9%以下	9.8%以下	3.8%以下	4.6%以下	3.0%以下
	非初回	6.4%以下	6.4%以下	5.1%以下	1.7%以下	1.7%以下	5.6%以下	5.5%以下	2.2%以下	3.8%以下	1.7%以下
がん発見率*	男女計 受診歴計	**0.13%以上**	**0.08%以上**	**0.16%以上**	**0.06%以上**	**0.03%以上**	**0.38%以上**	**0.29%以上**	**0.16%以上**	**0.18%以上**	**0.15%以上**
	初回	0.24%以上	0.14%以上	0.35%以上	0.08%以上	0.04%以上	0.60%以上	0.46%以上	0.30%以上	0.22%以上	0.38%以上
	非初回	0.11%以上	0.06%以上	0.11%以上	0.05%以上	0.03%以上	0.29%以上	0.22%以上	0.09%以上	0.14%以上	0.08%以上
	男性 受診歴計	0.23%以上	0.14%以上	0.25%以上	0.10%以上	0.05%以上	-	-	-	-	-
	初回	0.39%以上	0.23%以上	0.52%以上	0.12%以上	0.06%以上	-	-	-	-	-
	非初回	0.19%以上	0.11%以上	0.25%以上	0.08%以上	0.05%以上	-	-	-	-	-
	女性 受診歴計	0.07%以上	0.04%以上	0.12%以上	0.04%以上	0.02%以上	0.38%以上	0.29%以上	0.16%以上	0.18%以上	0.15%以上
	初回	0.11%以上	0.07%以上	0.26%以上	0.06%以上	0.03%以上	0.60%以上	0.46%以上	0.30%以上	0.22%以上	0.38%以上
	非初回	0.06%以上	0.03%以上	0.08%以上	0.03%以上	0.02%以上	0.29%以上	0.22%以上	0.09%以上	0.14%以上	0.08%以上
がん陽性反応適中度*	男女計 受診歴計	**1.9%以上**	**1.1%以上**	**2.6%以上**	**3.0%以上**	**1.6%以上**	**5.5%以上**	**4.3%以上**	**5.9%以上**	**4.4%以上**	**7.4%以上**
	初回	2.5%以上	1.5%以上	4.4%以上	3.0%以上	1.6%以上	6.0%以上	4.7%以上	8.0%以上	4.9%以上	12.6%以上
	非初回	1.7%以上	1.0%以上	1.9%以上	3.0%以上	1.6%以上	5.2%以上	4.1%以上	4.2%以上	3.8%以上	4.5%以上
	男性 受診歴計	2.6%以上	1.5%以上	3.2%以上	4.1%以上	2.3%以上	-	-	-	-	-
	初回	3.3%以上	2.0%以上	5.2%以上	3.6%以上	2.0%以上	-	-	-	-	-
	非初回	2.3%以上	1.4%以上	2.3%以上	4.5%以上	2.5%以上	-	-	-	-	-
	女性 受診歴計	1.2%以上	0.7%以上	2.1%以上	2.2%以上	1.2%以上	5.5%以上	4.3%以上	5.9%以上	4.4%以上	7.4%以上
	初回	1.5%以上	0.9%以上	3.7%以上	2.5%以上	1.4%以上	6.0%以上	4.7%以上	8.0%以上	4.9%以上	12.6%以上
	非初回	1.1%以上	0.6%以上	1.6%以上	2.1%以上	1.1%以上	5.2%以上	4.1%以上	4.2%以上	3.8%以上	4.5%以上

*子宮頸がんはCIN3以上の発見率または陽性反応適中度

別添7　がん検診に関する自治体からの照会及び回答

作成：国立がん研究センターがん対策研究所がん医療支援部検診実施管理支援室
監修：厚労省「がん検診の精度管理における指標の確立に関する研究」班

1.検診対象者について

Q1　　がん検診（住民検診）の対象年齢に上限はないのでしょうか。

A1　　現時点ではありません。しかしいずれは対象年齢の上限が必要であり、国の検討会で議論しているところです。

がん検診には利益（死亡率減少など）と不利益（例えば胃部エックス線検査ならバリウム誤嚥や被ばくなど）があります。高齢者の利益/不利益バランスは個人差が大きいので、現状では医師等と相談して受診の有無を決定することになります。なお、厚生労働省「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（令和 3 年 10 月 1 日一部改正）」では、積極的に受診勧奨を行う対象者の年齢上限として 69 歳を推奨しています（70 歳以上の方についても、受診機会を提供することが前提です）。

がん検診の利益と不利益については、下記のサイトを参照してください。

国立がん研究センターがん情報サービス、医療関係者向けサイト（がん検診）

https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/screening.html

Q2　　30 歳代から乳がんは増えてくるといわれますが、30 歳代の検診はなぜ国の指針で認められないのです

か。

A2　　40 歳未満の乳がん検診は死亡率減少を示す科学的根拠が認められておらず、もし国策として行った場合、検診による不利益が利益を上回る可能性があるからです。なお、症状があればすぐに受診することを促す必要があります。

がん検診が必要かどうかは、「そのがんが多いかどうか」という視点だけでは決められません。国の指針で推奨された検診は、そのがん検診の実施により当該がんの死亡率を減少させること（利益）が科学的に認められ、かつ、利益が不利益を上回ると認められたものです（他にも、例えば精度管理ができるかどうか等の条件が考慮されます）。

Q3　　性交渉の経験がない方は子宮頸がん検診の対象外でしょうか。

A3　　現在の国の指針によれば、一律に検診対象外とすることは難しいです。現時点では、性交渉の経験の無い方の受診機会を制限するのではなく、子宮頸がんのリスクが低いことや検診手法などを予め説明し、受診同意を得られる方だけ受診していただくのが良いと考えます。

性交渉の経験のない女性はヒトパピローマウイルス（HPV）の感染率が低く、子宮頸がんの罹

患リスクも低いため、検診をしてもがんや上皮内病変はほとんど発見されません。しかし、自治体による検診の運用面を考えると、性交渉の経験のない方を検診対象から除外することは現実的ではありません。

Q4　子宮を全摘出した方は子宮頸がん検診の対象になりますか。

A4　子宮筋腫や子宮頸がんで子宮を全摘出した方は検診の対象外です（子宮頸がんの再発の有無を確認するために、医療機関でのフォローアップが必要です）。一方、子宮腟上部切断術といって子宮体部を摘出し子宮頸部を残す手術を行った場合（分娩時の大出血による緊急手術など）は、残存子宮頸部から子宮頸がんが発生する可能性があり、子宮頸がん検診の対象になります。

子宮頸がんで子宮を全摘出した後の再発の有無は細胞診だけでは判断できず、他の検査を併用することがしばしばあります。従って、がん検診としての細胞診のみで術後フォローアップを行うことは、検診の意義に合致しないばかりでなく、患者さんにも不利益が起きる恐れがあります。子宮体がんによる子宮全摘出術後の方も同様です。また、子宮筋腫など他の疾患で子宮を全摘出した方に対しても、残った腟の断端の擦過細胞診による腟がんの検診も、死亡率を減少させる効果が明らかでないことから検診対象になりません。

Q5　妊婦健診（健康診査）の項目として子宮頸がん検診を実施することは可能ですか。

A5　可能です。その場合は対策型検診として非妊時と同様の手順のもとに行ってください（対象年齢、受診間隔、検査方法、要精検者への精検受診勧奨の実施、精検結果の追跡実施などを遵守する）。なお、妊婦健診で行った子宮頸がん検診（指針と同一の検診項目のみ：細胞診）は、地域保健・健康増進事業報告に計上することになっています。ただし、受診者数だけでなく、細胞診の判定別人数や精検受診の有無別人数の報告をお願いします。受診者数のみの報告は認められていません（厚労省確認済み）。

Q6　子宮体がん検診は国から推奨されていないのでしょうか。

A6　子宮体がん検診は推奨されていません。子宮体がんの細胞診は、死亡率減少効果が認められておらず、「検診」として行われている国はありません。

Q7　乳がんで片方の乳房を切除した方について、もう片方の残存している乳房は検診の対象になりますか。

A7　残った乳房に対する対策型検診のあり方についての公的文書はなく、現時点では各自治体で判断することになります。国立がん研究センターとしては、都道府県単位（生活習慣病検診等管理指導協議会）で方針を検討されるのが良いと考えます。

乳がんの術後一定期間は治療機関で保険診療にてフォローすべきですが、現時点では、術後何年までを保険診療でフォローするかは決まっていません。保険診療のフォローが終了した人については検診に戻すのが現実的と言えそうですが、現時点での統一見解はありません。乳がんの術後フォローはたいてい 10 年としている施設が多いようで、術後 10 年を過ぎれば検診で対応するのが現実的と言えそうです。ただし統一見解は示されていません。

Q8　肺がん検診において、なぜ高危険群（50 歳以上で喫煙指数が 600 以上）以外の方は喀痰細胞診を受診できないのですか。

A8　喀痰細胞診は喫煙者のみに発生する肺門部扁平上皮癌を早期に発見するために行うものだからです。

非喫煙者に対する喀痰細胞診をしてもがんの発見にはつながらず、検診費用の浪費になるばかりでなく、不要な偽陽性者の増加による受診者の不利益につながります。

Q9　20～30 歳などの若い頃にヘビースモーカーでその後長期間禁煙していた方も、喀痰細胞診の対象になりますか。

A9　過去の喫煙者も喀痰細胞診の対象になります。国の指針では以下のように記載されています（※）。

※厚生労働省「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」での記載
喀痰細胞診の対象者は、質問の結果、原則として 50 歳以上で喫煙指数（1 日本数×年数）600 以上　であることが判明したもの（過去における喫煙者を含む）

Q10　国の指針では血痰がある方は検診対象外となっていますが、一部の委託検診機関から「絶対対象としてはいけないのか」と聞かれました。「絶対」と言って良いのかどうか悩んでいます。

A10　検診対象にはなりません。

リスクが高い有症状者は検診ではなく適切な保険診療を直ちに受けて、迅速な診断治療につなげるべきです。

Q11　喫煙指数の計算に、加熱式タバコをカウントしても良いのでしょうか。

A11　加熱式タバコについては、「カートリッジの本数」を「喫煙本数」としてカウントしてください。

Q12　大腸がん検診（便潜血検査）で毎年陽性になる方について、ある医療機関では「精検で 2 回以上異常所見なしの場合、その後の検診（便潜血検査）で陽性になっても精密検査として内視鏡検査を実施しない」という対応をしているようです。そうなると、精密検査が未受診となりますので、このような方は以後住民検診の対象外にしても良いのでしょうか。

A12　現時点では内視鏡検査による精密検査で 2 回以上異常所見なしとなった方を一律に検診対象外とすることについて、コンセンサスが得られていません。

精密検査による内視鏡検査で異常なしの場合、その後の大腸がんリスクが低いことは示されています。従って、本来はこうした履歴を踏まえて検診対象者を設定するべきですが、現時点ではまだコンセンサスが得られていません。ただし、受診者本人への情報提供は必要で、例えば、「何回も内視鏡検査を受けて異常なしの方は、その後の大腸がんリスクが低く、暫く検診をしなくて良い場合があります。次回検診を受けるかどうかは、精検担当医とご相談ください」などの説明が必要です。

Q13　毎年要精検になるにもかかわらず、毎年精検を受診してくれない方がいます。そのような方については、次回の検診対象者から除外してもかまいませんか。

A13　要精検者は精検の対象ですから、本来なら、次回の検診対象から精検未受診者を除くことが望ましいですが、現時点で一律に検診対象外とするには問題があります。

精検未受診者を次回の検診対象から除外するには、まず受診台帳がきちんと整備され、一人ひとりの検診/精検受診状況が管理できることが必要です。その上で、

・精検未受診の理由を個別に把握し、もしその方が特に高齢であるとか、体力的に精検を受けることが難しい場合は、次回のがん検診を受けないよう薦め、ご本人の了解を得た上で次回の検診対象外とする。

・精検を受けられない事情が特に無いにも係らず毎年精検を受けない方については、「精検を受けないと検診の成果が得られないこと」を丁寧に説明する。それでも未受診が続くようであれば、本人の了解を得た上で、受診勧奨の中止を検討する。

などが考えられます。

現時点で上記の体制が整わない場合は、（本来の検診の意義から外れますが）精検未受診者も次回の検診対象とせざるを得ないと考えます。

2.検診項目について

Q14　国の指針で推奨された検診に追加して、アミノインデックスがんリスクスクリーニング（ACIS）などの指針外検診を、自治体独自の判断で追加してもかまいませんか。

A14　指針外の検診を追加で行うと、住民の不利益（過剰診断による治療で心身にダメージを被るなど）につながる恐れがあります。指針で推奨された検診のみを行うようお願いします。

ある検査をがんのスクリーニングとして用いるには、検診を受けることによる利益として、健康な集団のがん死亡率を下げる科学的根拠が確立し、さらに不利益が利益に比べて小さいことが必要です。その上で国は、適切な検診方法として推奨しています。

なお、アミノインデックスは上記の科学的根拠が証明されていません。（まだきちんとした研究はなく、有効性が不明なばかりでなく、がんがどのくらい発見されるかも不明です）。

がん検診の利益と不利益については、下記のサイトを参照してください。

国立がん研究センターがん情報サービス、医療関係者向けサイト（がん検診）

https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/screening.html

Q15　胃がんリスク評価（ピロリ菌感染の有無と胃粘膜萎縮の程度から、胃がんのリスクをA～Dで評価する）を実施した後、ハイリスクの人に内視鏡検査を行っても良いですか。

A15　胃がんリスク評価は、現時点では科学的根拠がなく対策型検診として推奨されていません。住民検診では実施しないようお願いします。

胃がんリスク評価がA（ピロリ菌感染なし、胃の萎縮なし）の方が本当に低リスクかと言うと、

現在の検査法では少し信頼度が低いです。また、除菌治療を受けた方や偶然に除菌された方の中にはリスク評価の判定が A と判定されてしまうケースもあります。さらには、リスク評価は検診として用いるには特異度があまりに低く、リスクありとされても胃がんが見つからない偽陽性者が多数出てしまう恐れがあります。胃がんリスク評価を行った後に内視鏡検診を行う方法が本当に有効かどうか（胃がん死亡率を下げるかどうか）、その科学的根拠はまだありません。対策型検診では科学的根拠がないものは行うべきではありません。

Q16　ピロリ菌検査を任意型検診として行うことは可能ですか。

A16　市町村が公的資金を用いて行っているものは全て対策型検診に分類されます。住民検診でピロリ菌検査を行うことは不適切です。

ピロリ菌検査は、そもそもピロリ菌を調べること自体でがんを発見することはできませんし、対策型検診として推奨されていませんので、実施することは不適切です。ピロリ菌検査を実施して除菌治療を受けることで胃がんを予防できると言われていますが、無症候の胃炎患者に対する除菌治療の胃がん予防効果は 34%ほどであり [1)]、除菌をしても残り 2／3 は胃がんのリスクが残ることになります。除菌をしても胃がんリスクは残ることから、ピロリ菌検査については慎重に対応する必要があります。

1) Ford AC BMJ. 2014;348: g3174

Q17　胃内視鏡検査では早期がんも見つかりますが、胃部エックス線検査では早期がんは見つかりにくいのではないでしょうか。

A17　胃部エックス線検査でも発見がんのうち約 8 割弱は早期がんであり（日本消化器がん検診学会平成 27 年度全国集計調査）、内視鏡治療で切除可能ながんも発見されています。
胃部エックス線検査は検診としての有効性が科学的に証明された方法であり、決して胃部エックス線　検査の精度が劣るということではありません。

3.検診間隔について

Q18　乳がん検診や子宮頸がん検診では指針で隔年受診が推奨されていますが、運用面が難しい（2 年毎に受診勧奨通知を出すことが難しい）との理由で、実際にはかなりの市町村が逐年検診をしています。県としてどのように指導すれば良いですか。

A18　まず、検診の不利益（放射線被爆や出血など）を最小化するために隔年検診を遵守徹底するよう指導をするべきです。また精度管理として、（市区町村向けのチェックリストにもありますが）個人毎の受診歴を記録した適切な受診台帳を作り、受診台帳を基に、その年の対象者を毎年抽出することが重要です。

よくあるケースとして、検診対象を奇数年/偶数年生まれで設定しており、1 回を逃すと次の受

診機会が 4 年後になってしまう、ということがありますが、こういった不適切なケースが発生しないよう、個人毎に受診歴を管理する必要があります。

4.検診体制について

4-1.「事業評価のためのチェックリスト」の項目について

①5 がん共通

Q19　検診機関用チェックリストの全項目が満たされていなければ、住民検診を委託できないのですか。

A19　検診機関用チェックリストは、検診機関が満たすべき最低限の基準です。全項目が満たされていなくても委託は可能ですが、検診の成果を出すためには、全項目達成に向けて体制を改善することが重要です。

検診機関の質が担保されないと、検診の利益（死亡率減少効果）が出ないばかりか、不利益が大きくなる恐れがあります。

Q20　国の補助事業（クーポン配布）のみで検診を実施している医療機関も、検診機関用チェックリストによる体制確認が必要ですか。

A20　必要です。

クーポン事業であるか否かにかかわらず、住民検診を受託している医療機関は全てチェックリストによる体制確認が必要です。

Q21　国の指針と検診機関用チェックリストの記述が一部一致していない箇所があります。仕様書を作成する際はどちらを参照したら良いでしょうか。

A21　チェックリストを参照してください。

指針は頻繁に改定できないため、学会ガイドラインや取り扱い規約等の変更をタイムリーに反映できない場合があります。一方、チェックリストは細かな修正が可能で、毎年見直していますので、最新情報が反映されています。最新のチェックリストは下記をご参照ください。

国立がん研究センターがん情報サービス、医療関係者向けサイト（がん検診）

https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

Q22　検診機関用チェックリストにある、問診記録や検査結果等の保管期限（5 年間）の根拠は何ですか。

A22　根拠は国の指針で、5 年間の保存が明記されています。

Q23　検診機関用チェックリストでは「精密検査の方法について説明しているか」という項目がありま

すが、自施設で精検を行っていない場合でも受診者への説明が必要ですか。

A23　**精検を行わない施設においても説明が必要です。**

要精検と判定された方は必ず精密検査を受けなくてはいけませんので、受診前に、精検方法を知っていただく必要があります。侵襲性の高い精密検査を受けられない方（特に高齢者など）は、医師等と相談しながら検診受診の有無をよく考えていただくことが大事です。

Q24　**受診者個人の同意が無くても、精検機関から一次検診機関に精検結果を共有できるとのことですが、その根拠を教えてください。**

A24　**個人情報保護法第 23 条（例外事項）の三項に、「公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき」という項目が挙げられています。その具体例として、「医療・介護関係業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（厚生労働省 2017）」では、「がん検診の精度管理のための地方公共団体又は地方公共団体から委託を受けた検診機関に対する精密検査結果の情報提供」と書かれています。**

個人情報保護法では、がん検診などを含む公衆衛生上の施策の妨げにならないような配慮が条文に盛り込まれています。なお、精検機関から精検結果を提供された自治体が、検診機関に精検結果を提供できるかについては、（自治体は個人情報保護法の対象外のため）各自治体の条例に基づいて判断する必要があります。

Q25　**検診機関は自施設のプロセス指標値を把握することになっていますが、自施設で把握できない場合はどうしたら良いですか。**

A25　**精検を実施しない施設でも、紹介先の精密検査施設に精検結果を照会するなどして、プロセス指標値を把握することが重要です。どうしても自施設でプロセス指標値を把握できない場合には、市町村から情報を提供してもらう必要があります。**

一方、市町村に対しても、検診機関にプロセス指標値をフィードバックすることが求められています。このように市町村と検診機関が連携して精度管理を行う必要があります。

Q26　**（胃/肺/乳がん検診において）撮影や読影向上のための検討会を自施設で設置していない場合、市町村や医師会等の委員会に参加すれば良いことになっています。複数の市町村から委託されている検診機関は、各市町村の委員会に参加するべきでしょうか。あるいは少なくとも一つ（例えば検診機関の所在地に一番近い地域の委員会）に参加すれば良いでしょうか。**

A26　**少なくとも一つの委員会に参加していれば良いですが、もし複数の委員会があるのであれば、参加した方が撮影・読影技術の向上に役立ちます。**

チェックリストはあくまで最低限の基準であり、より高い質を目指すための体制作りは重要です。

②胃がん

Q27　仕様書に胃部エックス線検査の機器の種類（間接、直接、DR 撮影、II 方式などの分類）を明記する理由を教えてください。

A27　自治体がプロセス指標値を分析する際に必要な情報だからです。

直接撮影は透過エックス線をそのまま撮影するので歪みが少ない画像が撮れますが、大きなフィルムが必要です。間接撮影では蛍光増倍管（イメージインテンシファイアー：I.I.）で透過光を集めて蛍光板に投射し、写った像を撮影するので 10cm 幅のロールフィルムで済みますが、画像の周辺に歪みを生じるなどの難点があります。また、フィルム･増感紙系では陰影の濃淡を細かに再現することができますが、その代わり現像してみないとどんな画像が撮れているか判らないという欠点があります。一方、デジタル撮影は陰影の濃淡をデジタル信号化するため微妙な違いが再現できないことがありますが、検査しながら撮影画像を確認できるのでその場で撮り直しができますし、撮影画像の取り扱いも簡便です。このようにエックス線撮影装置は、機器の種類によって特性が違いますので、プロセス指標（特に要精検率）のばらつきに影響する可能性があります。委託元市町村や都道府県（がん部会）等が、プロセス指標値のばらつきの原因を分析する際、これらの情報が必要になります。

Q28　胃内視鏡検診は関連学会の認定資格を持つ医師しか実施できないのでしょうか。問診は認定資格を持たない医師が行っても問題ないでしょうか。

A28　検査医については関連学会の認定資格を持っていることが望ましいですが（※）、現時点でそれを必須条件とするのはまだ難しいので、地域の胃内視鏡検診運営委員会（仮称）が一定以上の経験、技量を有すると認定し、検診への参加を認めるのであれば、学会認定資格を有しない医師でも、検査医として検診に参加することが可能です。ダブルチェックによる画像評価や症例検討会、研修会等、医師の教育体制や精度管理体制を十分に整備することで、検診の質を担保するようにしてください。問診については特に認定医の資格は必要ありません。

※「対策型検診のための胃内視鏡マニュアル(2017 年 3 月発行）」によると、「検査医の参加条件として、以下のいずれかを満たす医師であることが望ましい」と記載されています。
①日本消化器がん検診学会認定医、日本消化器内視鏡学会専門医、日本消化器病学会専門医のいずれかを有する医師
②診療、検診にかかわらず概ね年間 100 件以上の内視鏡検査を実施している医師
③地域の胃内視鏡検診運営委員会（仮称）が定める条件に適応し、①または②の条件を満たす医師と同等の経験、技量を有すると認定された場合

Q29　胃内視鏡専門医が胃内視鏡検査を行った場合でも、ダブルチェック（※）が必要ですか。また、画像が不鮮明などでダブルチェックが困難な場合でも、ダブルチェックは必要でしょうか。

A29　検査医が専門医かどうかに関わらず、検診では全ての内視鏡画像はダブルチェックが必要です。

また、診断に耐えうる画像かどうかを確かめるためにもダブルチェックが必要です。診断できないような画像であるなら、その旨を記載して「再検査」としてください。

ダブルチェックの目的は、検査医間の技量の差を補い、検査医が見逃した所見を拾い上げて再検査を指示したり、生検診断の妥当性を評価したり、さらに、無駄な生検や無益な撮影の改善を指導することで検査精度の向上を図ることです。

特に、胃がん検診では受診者の大多数は「がん」ではありませんので、無駄な生検や再検査を避け、受診者に「がんがない」と正しく判断することが重要です。専門医が撮った写真でも第 3 者が再度目を通してがんの有無を確認しておくことは精度管理上極めて重要なことです。

※検査医以外の読影委員会のメンバーによるチェックのこと。読影委員会のメンバーは、日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医、日本消化器内視鏡学会専門医のいずれかの資格を取得することが求められています。ただし専門医が複数いる医療機関では施設内での相互チェックをダブルチェックの代替方法とすることができます。

Q30　胃内視鏡検診で行われた生検について、読影委員会が病理結果を取り寄せることは、個人情報保護の観点で問題ないでしょうか。

A30　問題ありません。生検は精密検査に該当し、生検結果の提出は精密検査結果の提供にあたるので、診療で得られた個人情報とは扱いが異なります。

「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル（2017 年 3 月発行）」では、胃内視鏡検診の判定は「胃がんなし」「胃がん疑い」「胃がんあり」「胃がん以外の悪性病変」の 4 段階とし、内視鏡医との判定が異なる場合でも、読影委員会によるダブルチェックの判定結果を最終判定とするとなっています。読影委員会が悪性病変を確定するためには、病理診断結果の情報は不可欠です。

読影委員会は内視鏡検診運営委員会（仮称）もしくはそれに相当する組織が設置することになっており、検診業務を委託された検診機関と同じ位置づけだと考えられます。その整理であれば、病理結果の提供は個人情報保護法第 23 条の例外規定にあたります。市町村が運営される「胃内視鏡検診運営委員会」で方針を検討し、その決定に従って情報提供の体制を整えてください。

③大腸がん

Q31　国の指針によると、大腸がん検診の結果の判定では「問診の結果を参考とする」ことになっています。しかし、大腸がん検診のチェックリストには、問診についての記述がありませんが、なぜでしょうか。

A31　大腸がん検診の要精検判定は便潜血検査の結果のみで行われるべきであり、問診を判定の根拠に用いるべきではありません。そのため、チェックリストには問診の項目がありません。

ただし、問診には、検診対象者を正しく選別する（検診受診前に有症状者かどうかを判断し、診療へ誘導する、検診を受けさせない）など、一定の役割はあります。要精検判定の参考としてで

はなく、有症状者を除くための手段としてであれば、問診を実施してもかまいません。
なお、「地域保健・健康増進事業報告作成要領」には要精検の定義が記載されており、「問診結果のみに基づき要精密検査となった場合は要精密検査者数に計上しない」と整理されています。

Q32　チェックリストの「検便採取後即日（2 日目）回収を原則とする」とはどういう意味でしょうか。

A32　原則採便当日と前日の便を回収することです。
高度な便秘や回収のタイミングが合わないなどの場合は 3 日以内でも許容されますが、原則は 2 日以内です。

Q33　同じ日（朝と夜）に 2 本採便される場合がありますが、これは精度管理上問題がありますか。1 本目と 2 本目との間は何時間以上あけるべきでしょうか。

A33　原則違う日に採取するべきですが、次善の策として、同一日でも別の排便であれば許容されます。1 本目と 2 本目の間隔は特に規定されていません。
2 日法の趣旨は、異なる検体から採取することで間欠的な出血を捉えるということです。何時間あければ感度が上がるというデータに基づいているわけではなく、複数の検体で、という点がポイントです。もし複数の検体を採取するなら通常は日が違う検体で、ということになりますが、次善の策として、同一日でも別の排便であればかまいません。

Q34　受診者への結果通知の期限が、大腸がん検診のみ 2 週間以内（他がんでは 4 週間以内）となっている理由を教えてください。

A34　大腸がん検診は他がん種と異なり結果が早く分かる（二重読影などが不要）ためです。欧州の精度管理に関するガイドラインでも、15 日以内に結果を報告することが推奨されています。

④肺がん

Q35　読影医の要件（※）が指定されている理由を教えてください。

A35　肺癌の読影をしている医師が読影しないと、適切に胸部エックス線写真の判定ができない場合があるからです。
普段肺癌の読影をしていない医師が読影した場合に、進行がんさえも見つからない恐れがあります。

※読影医の要件
- 第一読影医：検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会（注）」に年 1 回以上参加していること
- 第二読影医：下記の 1)、2)のいずれかを満たすこと
  1) 3 年間以上の肺がん検診読影経験があり、かつ検診機関などで開催される「肺がん検診

に関する症例検討会や読影講習会（注）」に年１回以上参加している

2) 5 年間以上の呼吸器内科医、呼吸器外科医、放射線科医のいずれかとしての経験があり、かつ検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会（注）」に年１回以上参加している

（注）「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会」は下記参照

https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1

「肺癌取扱い規約　第８版 肺がん検診の手引き改訂について」、「肺癌取扱い規約第８版「肺がん検診の手引き」改訂に関する Q&A」

Q36　胸部エックス線の画質について、「放射線科医、呼吸器内科医、呼吸器外科医のいずれかによる胸部エックス線の画質の評価」と「それに基づく指導」が求められていますが、誰に指導をするのでしょうか。

A36　放射線科医、呼吸器内科医、呼吸器外科医のいずれかが、それ以外の医師・技師が撮影した写真について、画質の評価と指導を行うことが求められます。

特に、個別検診では放射線科/呼吸器科医以外の医師が撮影されることが多く、むしろ技師であればすぐに気付く現像液の劣化や、撮影のゆがみなどが見過ごされる恐れがあります。そのため、このような画質の評価に関する項目が設けられています。

⑤乳がん

Q37　乳房エックス線画像については、日本乳がん検診精度管理中央機構の施設画像評価で A または B 評価を受けることが求められています。評価は３年ごとに更新されますが、一度 A または B 評価を受けていれば、更新手続きがされていなくてもかまわないでしょうか。

A37　いいえ。過去に A または B 評価を受けていても、更新審査が必要です。

⑥子宮頸がん

Q38　妊婦健診（健康診査）で子宮頸がん検診を行っている検診機関も、チェックリストによる体制確認が必要ですか。

A38　対策型検診としての検診を委託していることになるため、チェックリストで体制を確認してください。

Q39　チェックリストでは細胞診は「医師による検体採取」と規定されていますが、産婦人科医ではない医師やメディカルスタッフが採取しても良いのでしょうか。

A39　医師による検体採取のみ可とされています。

看護師などのメディカルスタッフによる採取は、訓練の方法や訓練のレベルが殆ど議論されておらず、精度を担保する仕組みがまだできていないため適切ではありません。また自己採取法による細胞診は、精度が著しく低いので実施しないでください。

4-2.「事業評価のためのチェックリスト」で規定されていない項目について

①5 がん共通

Q40　本市では人間ドックへの住民のニーズが高いのですが、人間ドックを委託契約している医療機関から精検結果が報告されません。どのように対応すれば良いでしょうか。

A40　国民健康保険事業として市町村が行っている人間ドックの中で、がん検診に該当するものは「地域保健・健康増進事業報告」に計上することになっています（厚労省確認済み）。つまり、公費を使って自治体が行う検診は全て対策型検診であり、指針やチェックリスト等に沿って精度管理を行う必要があります。

まずは医療機関に対して、「対策型検診の委託先機関はチェックリストの遵守が求められていること」を丁寧に説明してください。市からの説明で納得が得られない場合は都道府県担当者に相談し、県やがん部会から改善依頼をしてもらうようにしてください。それでも改善されない場合は、がん検診の委託先から外すことも検討してください。

精検結果の把握は検診精度管理の重要な要素で、精検未把握率は 0%にする必要があります。地域住民のニーズが高くても、その精度管理が不十分であればがん検診の成果は得られず、住民サービスにつながりません。

Q41　（胃がん・乳がん・肺がん）病院又は診療所で胃エックス線・マンモグラフィ・胸部エックス線撮影を行う場合、医師の直接の立会いは不要ですか。

A41　病院・診療所において、医師の指示の下で行う場合は、いずれも立会いは不要です。

関連ガイドライン（※）では医師の立会いについて明記されていません。この背景として、技師の技術認定や機器の基準が整備されており、安全性を担保する仕組みが整っていること、また、不測の事態が起きた際には施設内に医師がいるため迅速に対処できること、などが考えられます。

ただし、病院・診療所以外の場所（バス検診など）では対応が異なります。胃部エックス線撮影では医師の立会いが必要です。一方、胸部エックス線撮影とマンモグラフィでは一定の要件を満たせば医師の立会いは不要です（※※）。

※新・胃 X 線撮影法ガイドライン（2011 年）、マンモグラフィによる乳がん検診の手引き（第 6 版）、肺癌取扱い規約（第 8 版、肺がん検診の手引き）

※※厚生労働省「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（令和 3 年 10 月 1 日一部改正）」参照。
医師不在時の検診実施要件については、「検診機関用チェックリスト」を参照。

Q42　（肺がん・乳がん）

二重読影や比較読影の方法について、現在チェックリストで示されていること（※）以外に、何か規定はありますか。例えば、読影は 2 名が独立して行うべきなのか、2 名の読影結果が異なる場合、最終判定はどのようにしたら良いかなど、何か統一方針があれば教えてください。

A42　地域によって読影医の構成が異なり、様々な方法がとられています。現場の状況に合わせて判

断してください。

※　**チェックリストで示されていること（抜粋・改変）**

- **肺がん検診、二重読影**

・読影は二重読影を行い、読影に従事する医師は下記の要件を満たすこと

・第一読影医：検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会（注）」に年 1 回以上参加していること

・第二読影医：下記の 1)、2)のいずれかを満たすこと

1）3 年間以上の肺がん検診読影経験があり、かつ検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会（注）」に年 1 回以上参加している

2）5 年間以上の呼吸器内科医、呼吸器外科医、放射線科医のいずれかとしての経験があり、かつ検診機関などで開催される「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会（注）」に年 1 回以上参加している

（注）「肺がん検診に関する症例検討会や読影講習会」は下記参照
https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1
「肺癌取扱い規約　第 8 版 肺がん検診の手引き改訂について」、「肺癌取扱い規約第 8 版「肺がん検診の手引き」改訂に関する Q&A」

- **肺がん検診、比較読影**

・2 名の読影医のうちどちらかが「要比較読影」としたもの(※）は過去に撮影した胸部エックス線写真と比較読影すること。

・比較読影の方法は、下記①～③のいずれかの方法によって行うこと。
①読影委員会を設けて読影する（あるいは読影委員会等に委託する）、②二重読影を行った医師がそれぞれ読影する、③二重読影を行った医師のうち指導的立場の医師が読影する。

（※）二重読影の結果、「肺がん検診の手引き」（日本肺癌学会肺がん検診委員会編）の「肺がん検診における胸部Ｘ線検査の判定基準と指導区分」の「d」「e」に該当するもの

- **乳がん検診、二重読影**

・読影に従事する医師のうち、少なくとも 1 名は、乳房エックス線写真読影に関する適切な講習会（日本乳がん検診精度管理中央機構が行う講習会）を終了し、その評価試験で A または B 評価を受けていること。

- **乳がん検診、比較読影**

・二重読影の所見に応じて、過去に撮影した乳房エックス線画像と比較読影すること。

Q43　精検結果報告書に偶発症の有無を記載する欄を設ける予定ですが、偶発症調査の目的やどのよ

うなことを記載するべきか教えてください。

A43　記載項目は「地域保健・健康増進事業報告作成要領」の規定に従ってください。
偶発症は検診で起きる不利益の一つです。住民の不利益を最小化するため（精度管理）、自治体は毎年偶発症の発生数を把握し、国に報告することが求められています。

Q44　精検結果の報告について、精検受診者に文書料を請求している医療機関があるため、「がん検診は公費を投入した市町村の事業であり、精密検査結果の把握はその一環である。また、文書は市町村に戻るだけで受診者に交付される訳でもない。このため、精密検査結果報告書の文書料を受診者から徴収するのは望ましくない」との申し入れをしていますが一向に改善されません。国から何か文書等で通知があると助かります。

A44　文書料を請求しないことに関する文書等による通知はなく、現状では引き続き説明を続けることになります。
今後も協力が得られないようであれば都道府県の担当者に相談し（精度管理は都道府県の役割でもあります）、がん部会長名で当該医療機関に改善依頼をするなど、医師会等の関係機関の協力も得ながら、説明を続けてください。

Q45　検診に従事していない医師や地域医師会等に、検診と診療の違いについて説明したいのですが、参考となる資料はありますか。

A45　下記の資料を参照してください。
「かかりつけ医のためのがん検診ハンドブック（厚労省がん検診受診向上指導事業）」
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000059490.html
公益財団法人がん研究振興財団、冊子・パンフレット一覧、検診とがん～正しい検診を知る5分間～
https://www.fpcr.or.jp/pamphlet.html

②胃がん

Q46　胃内視鏡検査で、事前の血液検査（感染症チェック）が必須でない理由を教えてください。

A46　日本消化器がん検診学会の「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル」では、消化器内視鏡の感染制御に関するマルチソサエティ実践ガイド（※）に準じ、検査毎に、用手および自動洗浄消毒装置での洗浄と高水準消毒液を用いた消毒が求められています。このマニュアルに沿って内視鏡機器を適切に消毒・洗浄することが検診実施要件の一つであり、マニュアルを遵守していれば内視鏡を介した感染を防ぐことができます。ただし、洗浄・消毒が不適切であれば、今後内視鏡件数の拡大に従って感染拡大を招く恐れがあり、マニュアルの遵守徹底が必要です。
※マルチソサエティ実践ガイドでは「検査ごとに適切な洗浄・高水準消毒が行われ、標準予防策が遵守されれば、内視鏡検査による患者間の交差感染防止を目的とした内視鏡検査前の感染症チェックは不要である」となっています。

Q47　胃内視鏡検診の検査中にポリープなどが見つかった場合、別日に再度来院するのは受診者の負担が大きいため、検診と同時に生検を実施したいとの意見があります。医療的な処置をした分を保険診療とすること（検診と医療行為の併用）は可能でしょうか。

A47　胃内視鏡検診と同時に実施する生検は、精密検査となり、生検および病理組織検査は保険診療として診療報酬を請求できることになっています（平成 15 年 7 月 30 日厚生労働省保険局医療課事務連絡）。保険請求にあたっては、胃内視鏡検査の生検（内視鏡下生検法、病理組織顕微鏡検査、病理学的検査判断料）以外は全額実施主体の負担になります。また、生検に係る自己負担分が生じることを受診者に伝えておく必要があります（2 臓器になる場合もあるので注意）。

生検は偶発症を生じる最大の原因であり、不要・不急の生検はできるだけ避け、必要最小限に留めることが必要です。生検の主な偶発症は出血であり、適切な対応がとれる体制を整備することも重要です。検査医にはダブルチェックや研修会を通じて「念のため」「良性病変の診断」を目的とした生検は行わないことを周知するようお願いします。なお、「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル」には、原則として生検が必要無い病変として、①典型的な胃底腺ポリープ、②タコイボびらん（隆起型びらん）、③黄色腫、④血管拡張症（vascular ectasia）、⑤5mm 以下の過形成性ポリープ、⑥十二指腸潰瘍、などが挙げられており、静脈瘤や出血性胃潰瘍は禁忌であると記載されています。

Q48　胃内視鏡検診において、自治体が委託料として負担すべき内容はどこまででしょうか（予診料や局所麻酔の薬剤等）。また、マニュアルで原則禁止とされている鎮痛薬・鎮静薬が使用された場合も、自治体が負担しないといけないのでしょうか。

A48　胃内視鏡検査として保険請求できるのは前処置薬（局所麻酔、消泡剤、鎮痙剤など）と胃・十二指腸内視鏡検査の費用までなので、これらは少なくとも自治体負担となります。

予診料については受託契約でその扱いを決めていただくことになります。保険診療で行う内視鏡検査では、インジゴカルミン色素散布やヨード染色法を行った場合は粘膜点墨法として保険請求できますが、検診では必須の処置ではないので委託料に必ずしも含める必要はありません。全例検査間機械洗浄消毒が原則であれば、検査前の感染検査も不要ですので、検診委託料に含める必要はありません。

マニュアルで原則禁止となっている鎮痛剤や鎮静剤等の薬剤の使用は、あくまでも検査医の判断であり、自治体が費用負担をする必要はありません。同日生検分は検診費用とは別に保険請求できますので、これも委託料には含まれません。

総額でいくらと契約しますので、高い薬や検査を行うと、医療機関の負担が大きくなってしまいます。積み上げ方式では自治体の負担が増えるので注意してください。

③大腸がん

Q49　（国の指針では特に規定されていませんが）便潜血検査では定量法と定性法（＝目視判定）のどちらが望ましいのでしょうか。

A49　**確かに定量法は、カットオフ値を変動させることにより、要精検率や精検受診率をコントロールできる利点はあります（施設が独自にカットオフ値を変更する場合があるので、正しくコントロールする必要があります）。また、定量法では機械による自動測定が行われ、目視判定は用いられないため、判定者による結果のばらつきが押さえられます。**

ただし、定量法といっても、便に均一に血液が含まれているわけではないので、採取したサンプルから正しいヘモグロビン量が計測できるとは限りません。便潜血値は「半定量」な値であることに注意してください。なお、定性法は必ずしも否定されるものではありません。

Q50　**定性法（＝目視判定）は判定者により結果のばらつきが大きいと思いますが、ばらつきを押さえるにはどのように対処したら良いですか。**

A50　**目視判定は必ずしも否定されるものではありません。しかし、たまにしか目視判定を行わない施設では、その判定が安定せず、結果の信頼性に疑問が生じる可能性がありますので、判定に関する講習会を開くなどで対処してください。**

また、スクリーニング検査の評価にはある程度の数が必要で、陽性率だけでなくがん発見率まで検討するならば、数千～万単位の件数が求められます。一般に目視判定を行っている医療機関が、このレベルの検査数を実施するのは困難です。従って、便潜血検査の判定は、年間数万を超えるような検査機関で行う体制を整えるのが適切と考えます。もちろんこうした変更はすぐにはできませんので、少数の目視判定を行わざるを得ない施設に対しては、講習会等による指導・助言と要精検率のモニタリングが必要です。

④肺がん

Q51　**学会の手引き（肺癌取扱い規約、肺がん検診の手引き）によると、喀痰細胞診の判定区分が A（材料不適、再検査）の場合、「再検査が困難な時には次回の定期検査受診を勧める」とあります。「再検査が困難な時」とは誰が判断するのですか。また、「次回定期検査」とはいつの検査を指していますか。**

A51　**A 判定の受診者には「再検査が必要」という指導を必ず行うべきで、その上で受診者が再検査を拒否した場合は、次年度の肺がん検診（次回の定期検査）を勧めるべきです。**

ただ子宮頸がん検診の細胞診とは異なり、喀痰細胞診の場合は本人のとり方によるため、必ずしも検診機関に問題があるとはいえません。システム的に再検査できる体制が無い場合は、当面再検査ができなくてもやむを得ないと判断するしかありません。あまりに材料不適が多い場合は（A 判定の割合が高い地域）、痰のとり方についての説明方法を確認してください（非喫煙者に喀痰細胞診を行っていないかも確認してください）。

⑤乳がん

Q52　**乳房エックス線検査では 40 歳以上 50 歳未満の方のみ 2 方向撮影と規定されていますが、50 歳以上も 2 方向撮影でかまいませんか。**

A52　**50 歳以上の方の撮影枚数については今後の検討課題です。**

2 方向撮影の方がより多くがんを発見できる可能性がありますが、撮影枚数を増やすことによる被ばくも増します。検診方法はその検診によって得られる利益（死亡率減少）と不利益を勘案して決められるもので、50 歳以上については今後の検討課題です。

Q53　**検診結果の判定区分では要精検で、その後の比較読影で精検不要と判定された場合、受診者本人には（比較読影前の結果に従って）要精検の通知を出すべきですか。**

A53　**検診結果の判定はガイドライン上（※）、「比較フィルムがある場合には比較読影をした上で判定をする」とされています。検診結果は、比較読影施行後に要精検か否かを判定してください。**

なお、地域保健・健康増進事業報告や本人への通知という意味では最終結果（要精検/精検不要）だけあれば良いのですが、精度管理という意味では、一次読影結果、二次読影結果、比較読影結果のすべての結果を正しく把握することで、さらなる精度管理体制の構築につながります。また、現時点では比較読影の基準は決まっていないので、各市町村がどのような基準で判断されたのかを、がん部会等で話し合っていく必要があると考えます。

※マンモグラフィガイドライン第 3 版増補版参照

⑥子宮頸がん

Q54　**検体不適正で再検査をする場合、受診者にどのような説明をすれば良いでしょうか。**

A54　**「再検査をしない限り結果が出ないので、検診を受診したことにならない」と説明してください。ただし、説明した上で、ご本人が受診しないと判断される場合は強要できませんが、本人の不利益のみならず、自治体全体の精度の低下につながります。**

なお、不適正の発生理由として最も多く考えられるのは医師による検体採取の問題ですので、不適正検体の発生率が極端に高い施設は、検体採取の方法（採取器具、採取する医師の手技など）を見直すことで改善する可能性があります。

その他、不適正の発生理由に炎症細胞多数で判定困難など受診者側の問題も考えられます。この場合、そのまま再検査しても再び不適正となる可能性が十分あります。こういった症例は消炎治療を行なった上で検査を行なうなど医療介入が必要です。

また、再検査費用の負担については事前に取り決め（本人負担、自治体負担、検体採取機関など）、明らかにしておくことが望ましいです。

5.地域保健・健康増進事業報告について

①5 がん共通

Q55　検診項目は国の指針どおりであっても、検査体制が指針やチェックリストに準拠していなかった場合、地域保健・健康増進事業報告の受診者数に計上できないのでしょうか。例えば胃内視鏡検診は、胃内視鏡検診運営委員会や読影委員会などが整わないと計上できませんか。

A55　計上してください。

指針どおりの検査項目が行われていれば、仮に検診体制が指針やチェックリストを満たしていなくても計上してください。このような検診の精度管理体制が不十分な自治体は、他自治体と比較してプロセス指標値の評価が低くなるはずですので、計上した上で評価を行う必要がありますし、その後の体制改善について地域全体で話し合うきっかけになります。がん検診の成果を十分に発揮するため、また住民に不利益を与えないため、指針やチェックリストに沿った検診体制の整備をお願いします。

Q56　国の指針で規定されていない検査方法を、指針で規定されている検査方法と併用して実施し（子宮頸がん検診では細胞診・HPV 検査の併用、乳がん検診ではマンモグラフィ・超音波検査の併用など）を実施し、その結果が陽性になった場合を要精検に、陰性のものを異常なしに計上しても良いですか。

A56　計上できません。地域保健・健康増進事業報告では、指針で規定された検査方法のみでの判定結果を報告してください。要精検の定義は地域保健・健康増進事業報告の作成要領に書かれていますので、必ず確認してください。

Q57　がん疑いで経過観察中の方ががん検診を受診した場合に、要精検あるいは経過観察中として結果が返ってきた場合、地域保健・健康増進事業報告では要精検者に計上するのでしょうか。

A57　そもそも経過観察中の方は検診対象外ですが、もし受診してしまった場合は要精検に計上してください。

また、検診結果後の流れを正確に管理するため、検診結果の判定区分は「要精検/精検不要」の 2 択で返却する体制を整備してください（報告書統一など）。

Q58　（肺・乳・子宮頸がん）肺がん検診エックス線検査の判定 A（読影不能）、乳がん検診マンモグラフィ判定の N-1（説明追記）、N-2（説明追記）、子宮頸がん検診細胞診の判定不能を「要精検者」に計上する理由を教えてください。

A58　これらのケースを要精検として計上しなければ、見かけ上、検診陰性と同じ扱いになってしまい、正しい評価ができないからです。

なお、読影不能や判定不能はまず再検査をして、再検査の結果把握を行ってください。そして、

再検査の結果が不明であった場合および、再検査の結果再度読影/判定不能となった者を「要精検」に計上してください。

Q59　精検機関から精検結果の報告があった場合も、受診者本人に確認する場合と同様「精検日、精検機関、精検法、精検結果」の４つ全ての報告がないと「未把握」に計上するのでしょうか？

A59　精検機関からの報告がある場合は精検受診としてください。ただし精検機関に照会して詳細を確認してください。

②胃がん

Q60　胃内視鏡検診時に生検を実施していないが、胃ポリープや胃潰瘍瘢痕、胃粘膜下腫瘍などの疾患と報告され、ダブルチェックでも「胃がん無し」で再検査は不要と判定されました。検診時生検未受診者で再検査不要の場合、1 次検診で見つかった良性疾患は「胃がん以外の疾患」に計上しなくて良いのですか。

A60　「地域保健・健康増進事業報告作成要領」によると、胃内視鏡検診の「要精検者の定義」は、①内視鏡検診時に生検を受診した者、②内視鏡検診時には生検を受診しなかったが、ダブルチェックで要再検査となった者とされています。検診時に生検を受診していない場合や要再検査とならない場合は精検扱いになりませんので、受診者数だけに計上してください。
検診時に生検は実施していないが 1 次検診検査医が「がん疑い」と報告しても、ダブルチェックで「がんなし」なので再検査不要と判定されれば、ダブルチェックが最終判定ですので、要精検者と扱う必要はなく、受診者数だけに計上すれば結構です。要精検とならない者で見つかった疾患は「胃がん以外の疾患」に計上する必要はありません。

Q61　胃内視鏡検診において、がんの疑いがなく行われた生検は、要精検者に計上するのでしょうか。

A61　胃内視鏡検診において、病理診断を目的として胃内視鏡検査と同時に行われた生検は全て精検扱いとなります。がんの疑いがなく生検した場合や胃以外の臓器（咽頭・食道・十二指腸）で生検した場合でも精検受診者として計上してください。また、検診時に生検受診した者のうち、ダブルチェックで要再検査と判定された者の数は別途計上してください。
生検は偶発症の最大の要因であるため、無症状者を対象とした胃内視鏡検診では、胃がんの疑いがない場合の生検は避けなければなりません（Q47 も参照のこと）。こういった不適切な生検をしている地域は要精検率が極端に高くなります。市町村/検診機関別の要精検率が極端に高い場合は、がん部会等で生検の実施状況等を確認し、改善策を検討してください。

Q62　胃内視鏡検診時に生検を実施されている方がダブルチェックで要再検査となりましたが、再検査を未受診または未把握の場合、どのように計上すれば良いのでしょうか。

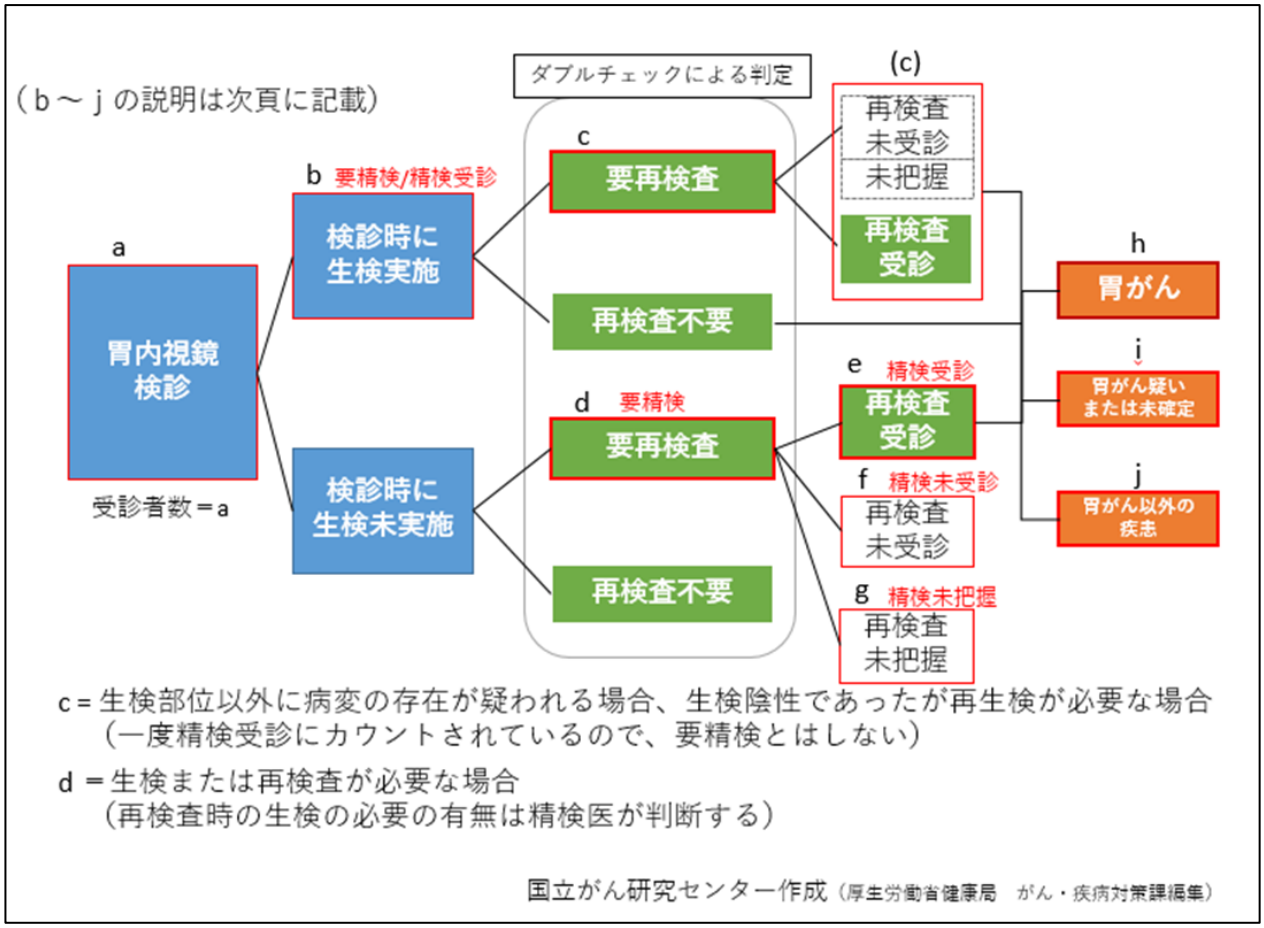
A62　胃内視鏡検診の生検受診者は、要再検査か否かにかかわらず精検受診者として計上してくださ

い。ただし、「検診時生検受診者数」とは別に「検診時生検受診者のうち要再検者数」を計上する必要があります。
検診時生検受診者で再検査未受診や未把握の場合は「胃がんの疑いがある者又は未確定」として計上してください（Q63 の図、i に該当）。 ただし、「胃がん以外の悪性疑い」（食道がんや咽頭がん疑いなど）で再検査の指示が出ていることが明らかな場合は「胃がん以外の疾患であった者」になります（Q63 の図、 j に該当）。
検診時生検受診者で再検査を受診していれば、再検査結果で「異常を認めず」「胃がんであった者」「胃がん以外の疾患であった者」に振り分けて計上してください。

Q63　胃内視鏡検診において検診時に生検を実施されていない方が、ダブルチェックで「胃がん疑い」で要再検査となりました。再検査を受診しましたが生検は実施されず、胃ポリープや胃潰瘍瘢痕などの診断で再検査結果が報告されてきました。要再検査でも生検未実施だった場合にはどのように計上すれば良いのでしょうか。

A63　ダブルチェックの要再検査は「悪性を疑う」新たな所見があった場合に出される指示ですが、再検査時の内視鏡検査で指摘部位に悪性を疑う病変が見つからなかった場合には生検はしません。再検査においても無用な生検を避けることは当然のことです。
再検査で生検をしていないから未確定と言うことではなく、ダブルチェックが偽陽性だったということになります。この場合は、再検査の内視鏡診断に応じて「異常を認めず」や「胃がん以外の疾患」に振り分けて計上してください。
また、もし再検査時に生検が実施された場合、生検結果で胃がんと確定されれば「胃がんであった者」となりますが、生検結果が胃がん以外であれば「胃がん以外の疾患」になります。ただし、生検結果が不明（未把握も含む）もしくは「胃がん疑い」で経過観察中の場合は「胃がんの疑いがある者又は未確定」となります。
なお、検診時生検未受診者で要再検査となった者が、再検査未受診や再検査未把握の場合は、それぞれの数を計上してください。

【胃内視鏡検査結果区分】



【内視鏡検査結果区分と事業報告の対照表】

要精密検査者数	要精検者			精密検査受診の有無別人数							
				精密検査受診者						検診時生検未受診のうち再検査未受診	検診時精検未受診のうち再検査未把握
					異常を認める						
	検診時生検受診者数	検診時生検受診のうち要再検査者数	検診時生検未受診のうち要再検査者数	異常認めず	胃がんであった者（転移性を含まない）	胃がんのうち早期がん	早期がんのうち粘膜内がん	胃がんの疑いのある者又は未確定	胃がん以外の疾患であった者（転移性の胃がんを含む）		
b+d	b	c	d	b+e-h-i-j	h			i	j	f	g

③大腸がん

Q64　　国の指針では、「精密検査の第一選択は全大腸内視鏡検査とする。全大腸内視鏡検査を行うこと

が困難な場合は、S 状結腸鏡と注腸エックス線検査の併用による精密検査を実施する」と書かれています。
では、S 状結腸内視鏡検査のみ実施した場合や、注腸エックス線検査のみ実施した場合は、地域保健・健康増進事業報告の「精検受診」に該当しますか。

A64　**どちらも国の指針の要件を満たしていないので「精検未受診」となります。**

Q65　**精密検査として大腸 CT 検査を行った場合、精検受診者として計上できますか。**

A65　**現時点では計上できません。**
地域保健･健康増進事業報告作成要領では、「精密検査として不適切な検査（便潜血検査の再検、CT 検査や腫瘍マーカー等）が行われたものについては未受診として計上すること」と記載されています。

Q66　**大腸がん検診で便潜血検査が陽性となった方について、本人の強い意向や、高齢により精検機関の医師と相談した上で「大腸がん検診における便潜血検査の再検」を実施された場合も精密検査は「未受診」として計上するのでしょうか。**

A66　**「未受診」としてください。**
初めから精検を受けられないと分っている方や精検を受ける意思がない方は、検診を受けるべきではありません。チェックリストに書かれているように、検診受診前に、要精検となったら必ず精検を受けることや精検方法を十分に説明してください。

Q67　**全大腸内視鏡検査で精検を実施した際、狭窄等により内視鏡が大腸全体に挿入できなかった場合（撮影できる範囲での検診機関からの結果の報告はあり）、どのように計上すれば良いですか。**

A67　**「精検は受けたが完了していない」ということですので、「精検受診」かつ「がん疑いまたは未確定」となります。**
ただし、この方が今後も内視鏡の完遂が難しく、もし検診（便潜血検査）を受診して要精検になっても精検を完了できない可能性が高い場合は、検診の対象外と考えるのが妥当です。

Q68　**腺腫以外のポリープも「腺腫のあった者」に計上するのでしょうか。**

A68　**腺腫以外のポリープも「腺腫のあった者」として計上してください。**

Q69　**腺腫の大きさ別の人数を計上することになっていますが、腺腫を切除してから計測すると、腺腫が縮むため体内での大きさと異なってしまいます。切除した後の最大径で計上すれば良いでしょうか。**

A69　**内視鏡検査時にスケールで大きさを測ることは現実的ではありませんので、内視鏡切除した場合は計測による大きさで、内視鏡切除していない場合は内視鏡所見による（目視での）大きさで計上してください。**

④肺がん

Q70　「胸部エックス線検査」のD判定が、地域保健・健康増進事業報告の「要精検」に計上できないのはなぜですか。

A70　胸部エックス線検査 D 判定の定義は「肺がん以外の疾患で治療を要する状態が考えられる」こと、E 判定の定義は「肺がんの疑いがあること」です。少しでも肺がんの疑いがあれば E 判定となります。

肺がん検診のターゲットはあくまで肺がんですから、肺がんの疑いがない D 判定は、がん検診としての「要精検」にあてはまりません。

ただし、D 判定は「肺がん以外の疾患」が疑われ、急いで精密検査や治療をしないと本人にとって不利益が大きくなります。ご本人への通知は「要精検（がん以外の疾患が疑われるため精査が必要）」などとしてください。

一方、喀痰細胞診の場合には、D も E も「肺がん疑い」なので、両方とも「要精検」に計上します。

⑤乳がん

Q71　判定不能（N1・N2）の定義は「地域保健・健康増進事業報告作成要領」に書いてありますが（※）、より具体的な事例を教えてください。

A71　N1：主に体動で写真がぶれてしまい、いわゆるピンボケ写真になったような場合が相当します。

撮影条件不良は、真っ白なマンモグラムになってしまって読影できない場合などですが、現在の機械ではほとんど生じないと思います(フォトタイマーという自動露出調整装置がついているため）。ポジショニングは、十分ではないというマンモグラムはあるかもしれませんが、技師は資格者であるため、読影ができないほどポジショニングが悪い写真は少ないと考えます。

N2：主に漏斗胸や脊椎の高度の側弯などで乳房が十分に挟めない場合や、上肢の障害があり挙上不能で乳房が十分に挟めないような場合、立位が保持できなくて撮影困難な場合などが想定されます。

乳房の構成の評価は判定とは別です。

※地域保健・健康増進事業報告作成要領より
N1：体動、撮影条件不良やポジショニング不良などにより再検する必要のあるもの（要再撮影）
N2：乳房や胸郭の形状などによりマンモグラフィを再検しても有効でないと予想されるもの（判定は他の検査方法による）。

Q72　FAD(局所的非対称陰影)の場合、判定区分はカテゴリー３ですか。

A72　カテゴリー３とは決まってはいません。

FAD(局所的非対称陰影）を検出した場合、さらに濃度や内部構造、境界の性状などを評価してカテゴリー分類が行われます。過去に受診歴がある場合は比較読影も行い、総合的にカテゴリー

を判定してください。

⑥子宮頸がん

Q73　地域保健・健康増進事業報告では、検体不適正以外の再検査は想定されていませんが、実際には検体適正でも再検査となる場合があるようです（細胞に核肥大等気になる部分があり、要精検とまではいかないが、異常なしと言い切ることもできない）。この場合はどのように計上したら良いですか。

A73　あくまでも同事業報告のルールに従って、初回検体が不適正の場合のみ再検査をするようにしてください。

ご質問にあったような「検体適正で、判定に迷って再検査」は現在コンセンサスが得られていません。他の地域や国が変わっても通用する概念という観点からも「事業報告では、検体不適正以外は要精検」とするのが適当です。

どこかで線を引くのが検診であり、「精検不要」「要精検」のどちらかに振り分けないと精度管理ができません。なお、ベセスダシステムでは、炎症による核腫大など良性変化は陰性と判定することになっていますので、以後はベセスダシステムに則って判定するようにしてください。

Q74　細胞診異常（ASC-H）で要精検となった方が、コルポスコピーで異常所見があり、コルポスコープ下に生検を行ったところ、異常なしと診断されました。どのように計上したら良いですか。

A74　「異常認めず」に計上してください。

コルポスコピーと組織診を両方行った場合は、組織診の結果だけで判断してください。組織診が確実に実施され、異常なしと診断されれば、結果の報告区分は「異常なし」です。

Q75　子宮頸がん検診で意義不明な異型扁平上皮細胞（ASC-US）となったのち、精検としてヒトパピローマウイルス検査（HPV 検査）のみを受診した方については、地域保健・健康増進事業報告をどのように計上したら良いですか。

A75　最終的に HPV 検査しか精検を行わなかった方については、HPV 検査の結果に係らず「がん疑いまたは未確定」に計上してください。

子宮頸がん検診の精検受診に関する報告区分は、下記のフローチャートを参照してください。

なお、がん検診で ASC-US となった方に精検としての HPV 検査を行い、その後期間をあけて再検査（※1）をした場合の取り扱いについては Q76 を参照してください。

※1　例えば 1 年後に再度細胞診を行った場合、その細胞診は精検に該当します。ASC-US の方に対して、（検診として）細胞診を実施することはありません 。

Q76　（Q75 の続き）子宮頸がん検診の結果が ASC-US となり、精検として HPV 検査のみを行った後、期間をあけて再検査（※1）を行う場合があります。市町村は再検査の結果も必ず把握しなければいけないでしょうか。

A76　子宮頸がんだけでなく他がんでも同様ですが、1 回の精検では確定しなかったので、その後に何回か検査をする場合があります。市町村は、「地域保健・健康増進事業報告」に間に合うタイミング（※2）で検査の最終結果を把握し（※3）、下記のフローチャートに従って地域保健・健康増進事業報告に計上する必要があります。

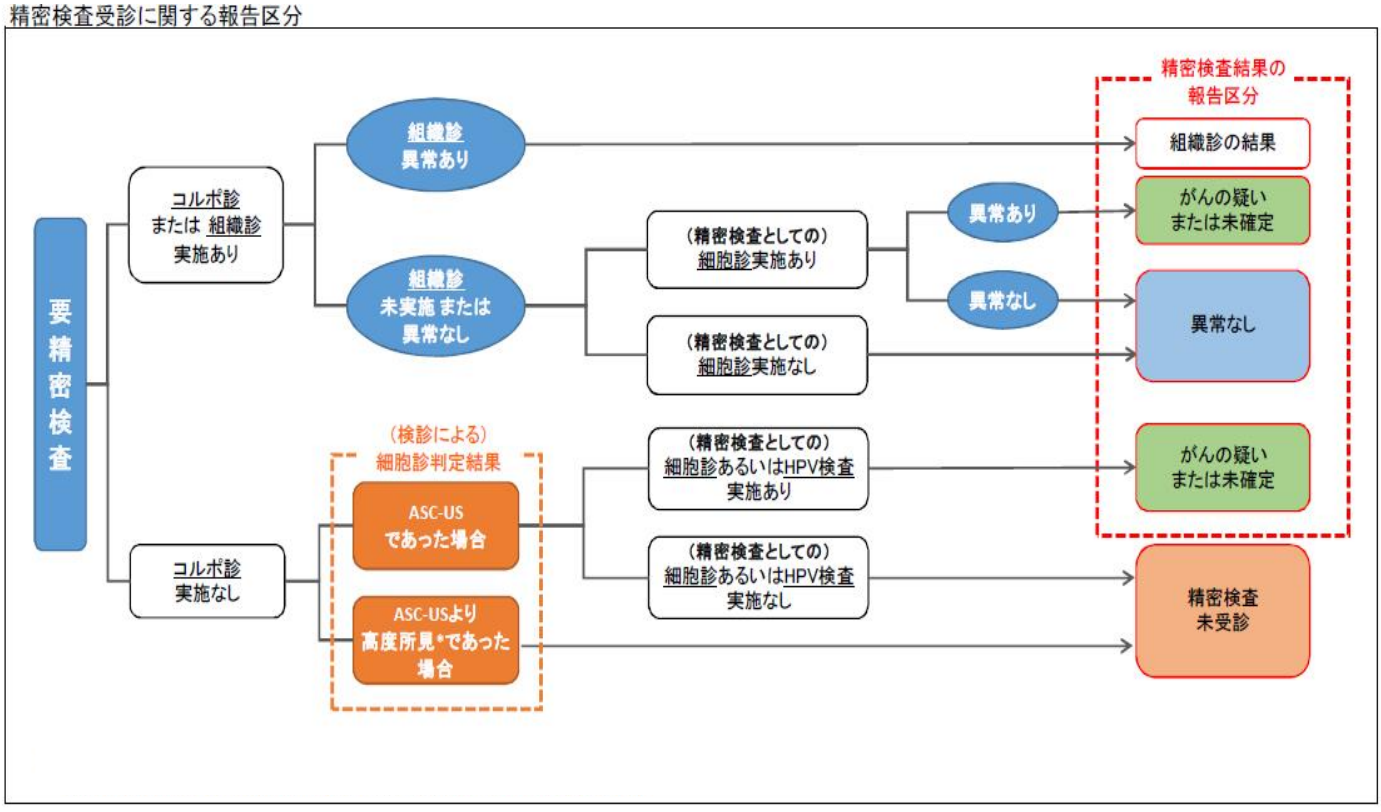
※1　例えば 1 年後に再度細胞診を行った場合、その細胞診は精検に該当します。ASC-US の方に対し
て、（検診として）細胞診を実施することはありません。

※2　市町村としては精検未受診者を早く特定して精検勧奨しないといけませんので、HPV 検査の結果が分かり次第、一度結果を報告してもらうべきです（その時点で、精検未受診でないことは確定する）。
HPV 検査結果が戻ってきた時点で、少なくともその後再検査をすることが分っている人については（例えば、精検結果報告書に○○ヵ月後に再検査予定と書かれているなど）、地域保健･健康増進事業報告の提出時期までに､医療機関に最終結果を照会してください。

※3　精検の最終結果がきちんと確認されないと、地域保健・健康増進事業報告で「がん疑いまたは未確定」が増えることになり、発見率や陽性反応適中度が正しく分析されない可能性があります。

精検結果の把握方法については「科学的根拠に基づくがん検診推進のページ」、がん検診マネジメント、がん検診結果の通知/把握用様式を参照のこと。
http://canscreen.ncc.go.jp/management/taisaku/samazama.html

精密検査受診に関する報告区分



＊ASC-H(高度病変を除外できない異型扁平上皮)、LSIL（軽度扁平上皮内病変）、HSIL（高度扁平上皮内病変）、AGC（異型腺細胞）、AIS（上皮内腺癌）、SCC（扁平上皮癌）、Adenocarcinoma（腺癌）、Other malignancy（その他の悪性腫瘍）のいずれか。

これらの判定の場合に、その後コルポ診が行われないもの（精密検査として細胞診だけが行われるなど）は精密検査未受診となります。

Q77　精検機関から返却された組織診結果の欄に、HSIL（高度扁平上皮内病変）や LSIL（軽度扁平上皮内病変）しか書かれておらず、CIN （cervical intraepithelial neoplasia：子宮頸部上皮内腫瘍）の分類が併記されていません。地域保健・健康増進事業報告にはどのように計上したら良いですか。

「LSIL」と書かれている場合は「CIN1（軽度異形成）であった者」に該当しますが、「HSIL」としか書かれていない場合は、「CIN2（中等度異形成）であった者」と「CIN3（高度異形成および上皮内癌）であった者」のどちらに計上したら良いか分かりません。

A77　組織診の判定結果に「HSIL」や「LSIL」しか書かれていない（CIN 区分の併記がない）場合は、精検を実施した医療機関に対し、①それらが細胞診ではなく組織診の結果であること、②（その後の組織診も含めて）CIN の分類を必ず確認してください。確認しても分らなかった場合のみ、地域保健・健康増進事業報告（※）の「CIN3 又は CIN2 のいずれかで区別できない者（HSIL）」に計上してください。CIN3 と CIN2 の区別がつかない人は基本的にゼロにするべきです。

※子宮頸がん検診の精検結果の報告区分（平成 31 年度以降の地域保健・健康増進事業報告）

・異常認めず
・子宮頸がんであった者（転移性を含まない）
・子宮頸がんであった者のうち、進行度が IA 期のがん
・AIS（上皮内腺癌）であった者
・CIN1（軽度異形成）であった者
・CIN2（中等度異形成）であった者
・CIN3（高度異形成および上皮内癌）であった者
・CIN3 又は CIN2 のいずれかで区別できない者（HSIL）
・子宮頸がんの疑いのある者又は未確定
・子宮頸がん、AIS 及び CIN 以外の疾患であった者（転移性の子宮頸がんも含む）

【補足】

子宮頸がんの組織診結果の区分は「子宮頸癌取り扱い規約」に基づいており、医師はこの規約の分類に基づいて結果を報告します。従来の分類は 3 区分（CIN1、CIN2、CIN3）でしたが、2017 年 7 月に取扱い規約が変わり、2 区分（LSIL、HSIL）になりました（新取扱い規約でも併記することが望ましいとされています）。ただし、新区分の LSIL、HSIL は細胞診（精検ではなく検診の検査方法）の結果報告区分にも用いられており、組織診結果でこれを使うと混乱が生じます。また、わが国では、子宮頸がんの前がん病変（CIN1～CIN3）の治療を旧区分（CIN1、CIN2、CIN3）で細かく実施していますので、新区分（LSIL、HSIL）で判定したとしても、旧区分（CIN1～CIN3）の判定結果も併記する必要があります。

別添８ 「職域におけるがん検診に関するマニュアル(厚生労働省、平成 30 年 3 月)」(抜粋)

○目的

本マニュアルは、がんが国民の生命及び健康にとって重大な問題となっている現状に鑑み、職域におけるがん検診の実施に関し参考となる事項を示し、がんの早期発見の推進を図ることにより、がんの死亡率を減少させること等を目的とする。

○がん検診の種類

がん検診の種類は、次に掲げる検診とする。

1. 胃がん検診

(1) 検査項目

問診に加え、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれかとする。胃部エックス線検査及び胃内視鏡検査を併せて提供しても差し支えないが、この場合、受診者は、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれかを選択するものとする。

(2) 対象年齢

50 歳以上の者。ただし、胃部エックス線検査については、当分の間、40 歳以上の者を対象としても差し支えない。

(3) 受診間隔

原則として、2年に1回。胃部エックス線検査を年1回実施しても差し支えない。

2. 子宮頸がん検診

(1) 検査項目

子宮頸がん検診の検診項目は、問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診とし、必要に応じて、コルポスコープ検査を行う。

(2) 対象年齢

20 歳以上の女性。

(3) 受診間隔

原則として、2年に1回。

3. 肺がん検診

(1) 検査項目

質問(医師が立ち会っており、かつ医師が自ら対面により行う場合において、「質問」とあるのは「問診」と読み替える。)、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診とする。喀痰細胞診は、質問の結果、原則として 50 歳以上で喫煙指数(1日本数×年数)が 600 以上であることが判明した者(過去における喫煙者を含む。)に対して行う。

(2) 対象年齢

40 歳以上の者。

（3） 受診間隔

原則として、1年に1回。

4. 乳がん検診

（1） 検査項目

乳がん検診の検診項目は、問診及び乳房エックス線検査（マンモグラフィをいう。以下同じ。）とする。 なお、視診及び触診（以下「視触診」という。）は推奨しないが、仮に実施する場合は、乳房エックス線検査と併せて実施すること。

（2） 対象年齢

40 歳以上の女性。

（3） 受診間隔

原則として、2年に1回。

5. 大腸がん検診

（1） 検査項目

問診及び便潜血検査とする。

（2） 対象年齢

40 歳以上の者。

（3） 受診間隔

原則として、1年に1回。

〇がん検診の精度管理

がん検診の実施に当たっては、科学的根拠に基づく検診を、適切な精度管理の下で実施することが重要である。このため、検診実施機関、保険者及び事業者は、職域におけるがん検診の実態の把握に努めることが望ましい。保険者及び事業者が、がん検診の精度管理を行う際には、別添の「精度管理のためのチェックリスト」等により、がん検診受診率、要精検率、精検受診率、がん発見率等の「がん検診の精度管理指標」に基づく評価を行うことが望ましい。

検診実施機関においては、既に「事業評価のためのチェックリスト（検診実施機関用）」を用いて市町村（特別区を含む。以下同じ。）が実施するがん検診の精度管理を行うこととされているため、職域におけるがん検診においてもこれに準拠し、がん検診受診率、要精検率、精検受診率、がん発見率等の精度管理指標の評価を行うことが望ましい。

〇健康情報の取扱いについて、保険者及び事業者が留意すべき事項

保険者や事業者が、受診者の個人情報を取り扱う際には、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第57 号。以下「法」という。）や、各種ガイドライン等 [1、2、3、4)]に留意する必要がある。例えば、疾病の予防及び早期発見のための健康診断その他の検査の結果は、法に規定する要配慮個人情報 [5)]に該当するため、保険者や事業者が、精度管理を行うためなどがん検診データを取得する際には、利用目的を特定した上であらかじめ受診

者本人の同意を得る必要がある。

1） 個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（通則編）（平成 28 年 11 月個人情報保護委員会。平成 29 年3月一部改正）
2）医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成 29 年4月 14 日付個情第 534 号個人情報保護委員会事務局長・医政発 0414 第6号厚生労働省医政局長・薬生発 0414 第 1 号厚生労働省医薬・生活衛生局長・老発 0414 第 1 号厚生労働省老健局長通知）
3） 健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成 29 年4月 14 日個人情報保護委員会、厚生労働省）
4） 雇用管理分野における個人情報のうち健康情報を取り扱うに当たっての留意事項（個情第 749 号/基発 0529 第3号平成 29 年5月 29 日個人情報保護委員会事務局長・厚生労働省労働基準局長通知）
5） 法第2条第3項及び、個人情報の保護に関する法律施行令第2条

〇その他

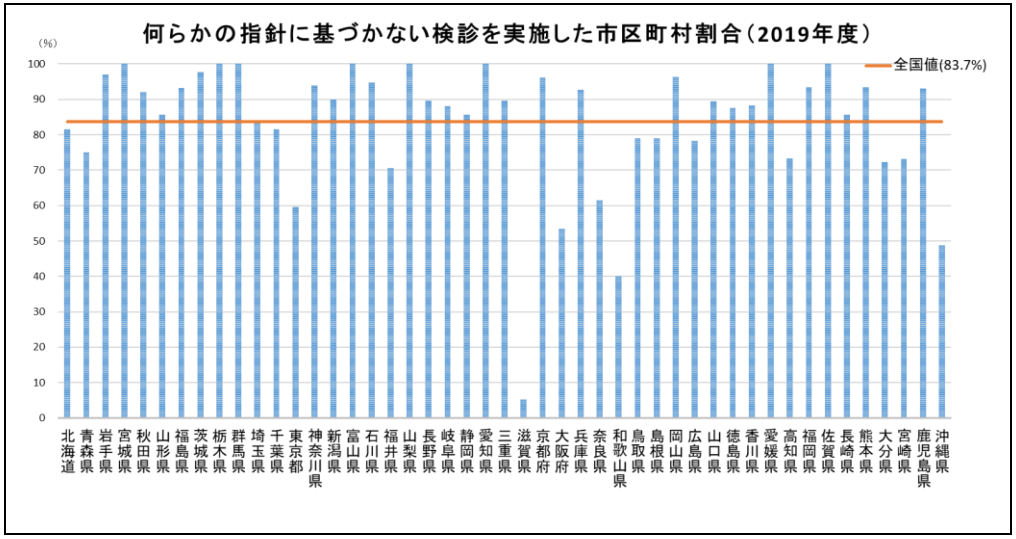
市町村が実施するがん検診と職域におけるがん検診との連携

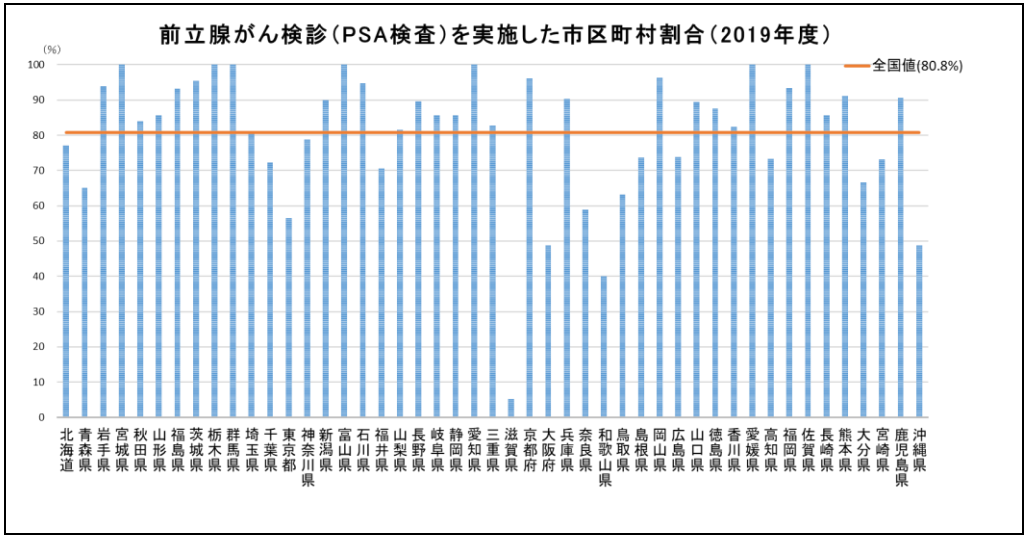
保険者や事業者は、国及び地方公共団体が講じるがん対策に協力するよう努めるものとする（がん対策基本第 5 条、第 8 条）とされており、保険者や事業者は、職域でがん検診を受ける機会のない者に対し、市町村と保険者、事業者が連携することで、市町村のがん検診受診につながることが期待される。

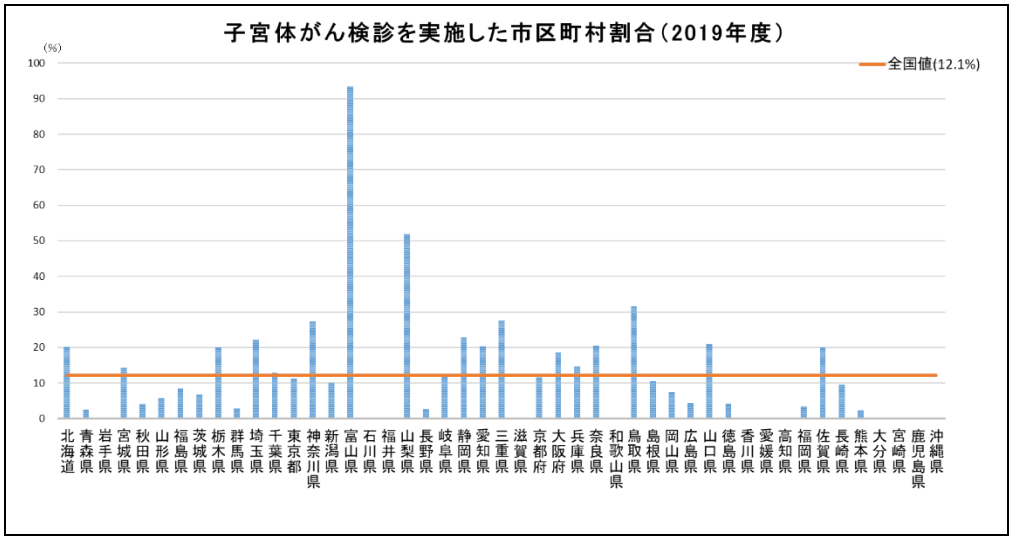
連携の具体例としては、以下が挙げられる。

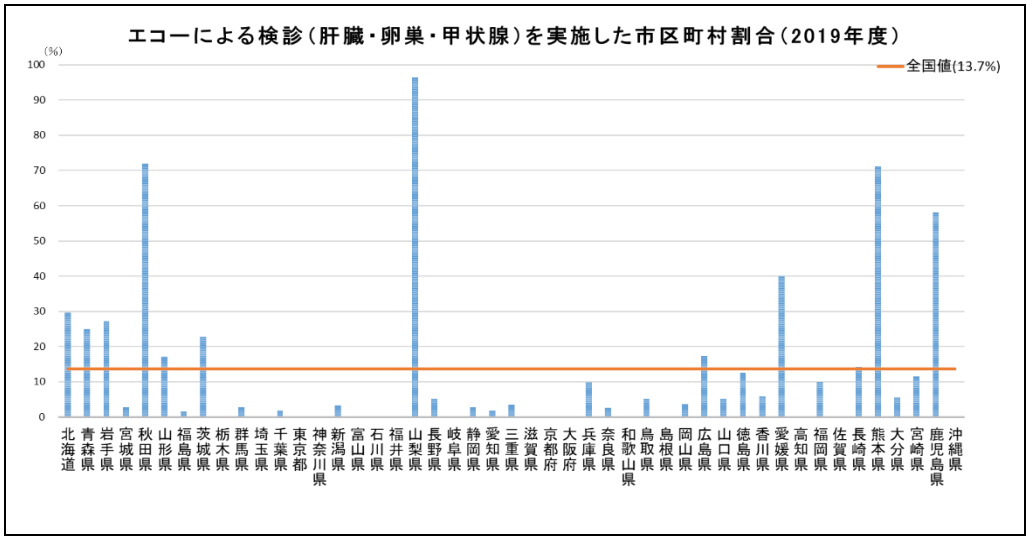
（1） 保険者が、市町村と連携・包括協定を締結している場合は、特定健康診査（高齢者の医療の確保に関する法律）と市町村が実施するがん検診（集団検診）との同時実施を行う。
（2） 保険者や事業者は、受診者の同意を得る等した上で、市町村と職域におけるがん検診の受診状況を共有する。市町村は、職域でがん検診を受ける機会のない者に対して、市町村が実施するがん検診の受診勧奨を行う。
（3） 保険者や事業者が、職域でがん検診を受ける機会のない者に対し、市町村におけるがん検診を受診するよう情報を提供し、受診機会を設ける。

別添９－１「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に基づかない検診の実施状況（2019 年）









出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に基づかない検診の実施状況（2019 年）

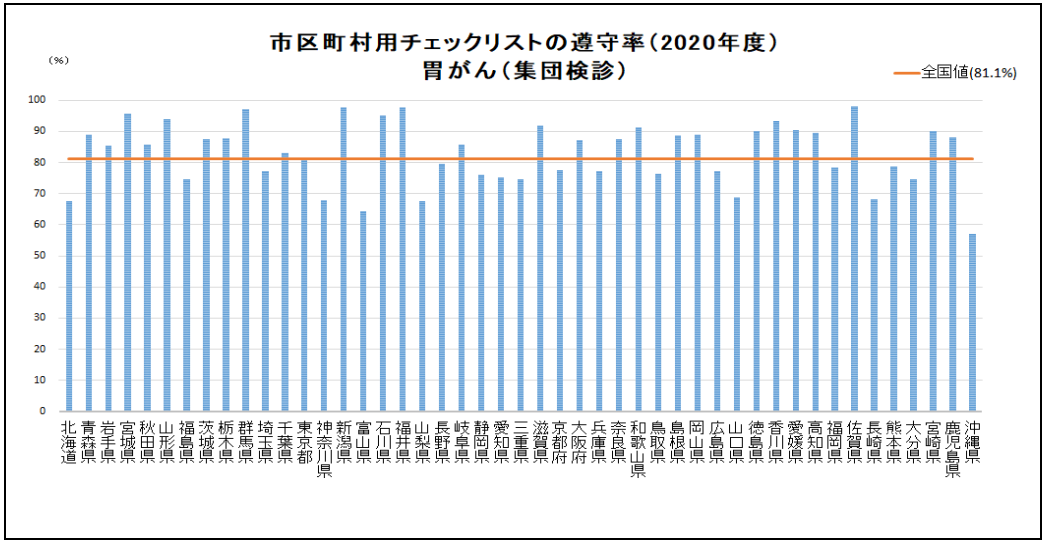
都道府県名	何らかの指針に基づかない検診を実施した市区町村割合（%）	指針に基づかない検診の種類		
		前立腺がん検診（PSA検査）を実施した市区町村割合（%）	子宮体がん検診を実施した市区町村割合（%）	エコーによる検診（肝臓・卵巣・甲状腺）を実施した市区町村割合（%）
全国	83.7	80.8	12.1	13.7
北海道	81.6	77.1	20.1	29.6
青森県	75.0	65.0	2.5	25.0
岩手県	97.0	93.9	0	27.3
宮城県	100	100	14.3	2.9
秋田県	92.0	84.0	4.0	72.0
山形県	85.7	85.7	5.7	17.1
福島県	93.2	93.2	8.5	1.7
茨城県	97.7	95.5	6.8	22.7
栃木県	100	100	20.0	0
群馬県	100	100	2.9	2.9
埼玉県	84.1	81.0	22.2	0
千葉県	81.5	72.2	13.0	1.9
東京都	59.7	56.5	11.3	0
神奈川県	93.9	78.8	27.3	0
新潟県	90.0	90.0	10.0	3.3
富山県	100	100	93.3	0
石川県	94.7	94.7	0	0
福井県	70.6	70.6	0	0
山梨県	100	81.5	51.9	96.3
長野県	89.6	89.6	2.6	5.2
岐阜県	88.1	85.7	11.9	0
静岡県	85.7	85.7	22.9	2.9
愛知県	100	100	20.4	1.9
三重県	89.7	82.8	27.6	3.4
滋賀県	5.3	5.3	0	0
京都府	96.2	96.2	11.5	0
大阪府	53.5	48.8	18.6	0
兵庫県	92.7	90.2	14.6	9.8
奈良県	61.5	59.0	20.5	2.6
和歌山県	40.0	40.0	0	0
鳥取県	78.9	63.2	31.6	5.3
島根県	78.9	73.7	10.5	0
岡山県	96.3	96.3	7.4	3.7
広島県	78.3	73.9	4.3	17.4
山口県	89.5	89.5	21.1	5.3
徳島県	87.5	87.5	4.2	12.5
香川県	88.2	82.4	0	5.9
愛媛県	100	100	0	40.0
高知県	73.3	73.3	0	0
福岡県	93.3	93.3	3.3	10.0
佐賀県	100	100	20.0	0
長崎県	85.7	85.7	9.5	14.3
熊本県	93.3	91.1	2.2	71.1
大分県	72.2	66.7	0	5.6
宮崎県	73.1	73.1	0	11.5
鹿児島県	93.0	90.7	0	58.1
沖縄県	48.8	48.8	0	0

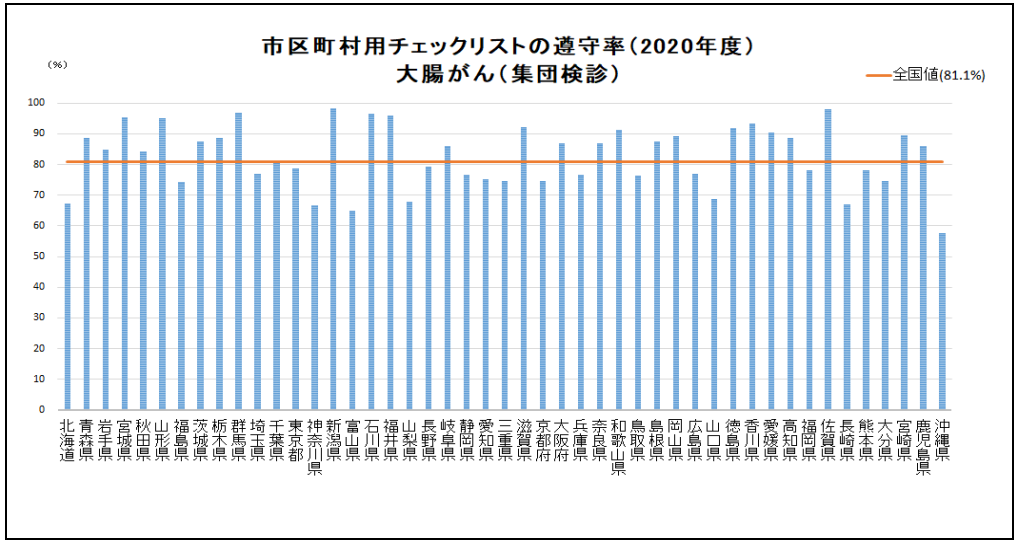
出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

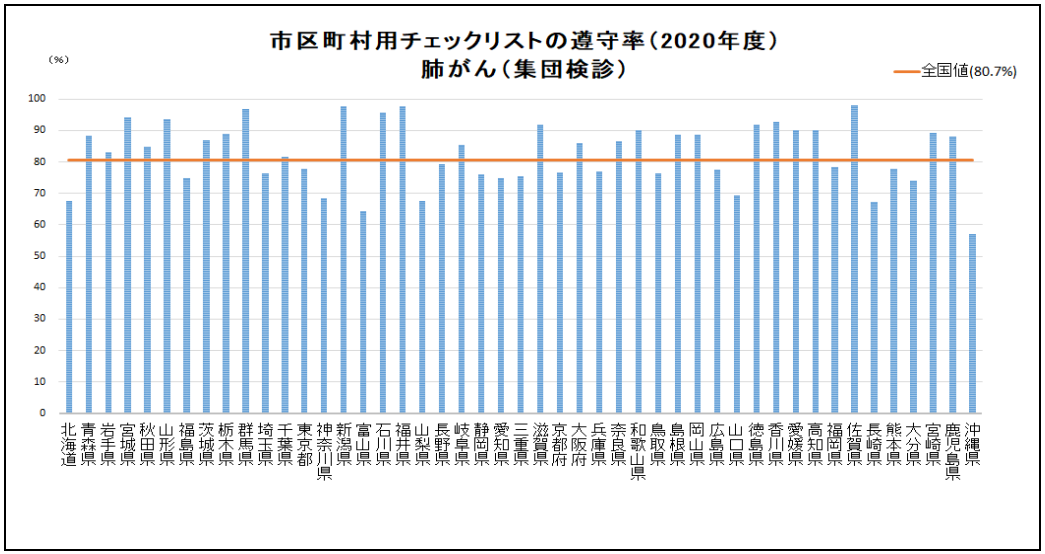
【集計対象市区町村】調査に回答があった市区町村

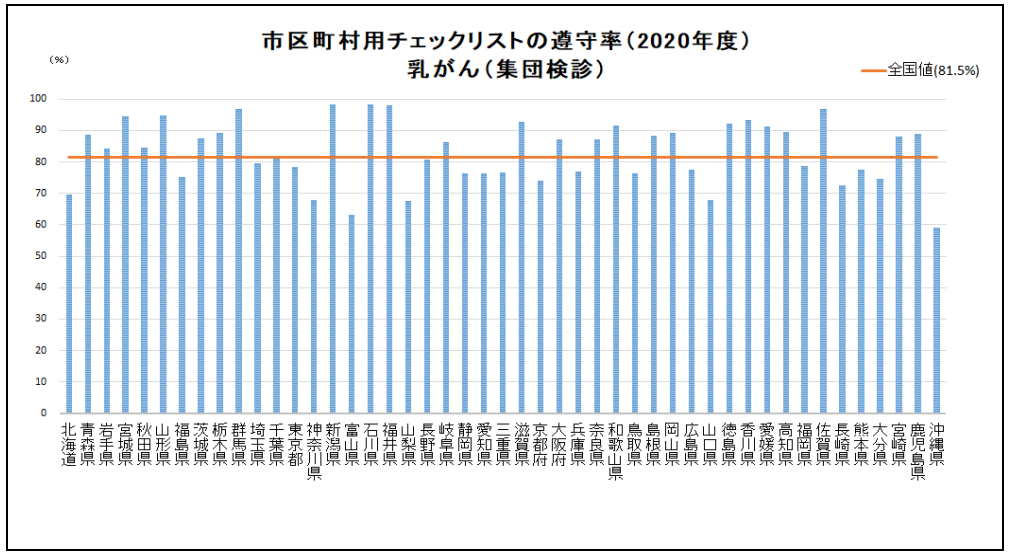
【実施割合算出方法】指針にない検診項目を実施したと回答した市区町村数/集計対象市区町村数×100

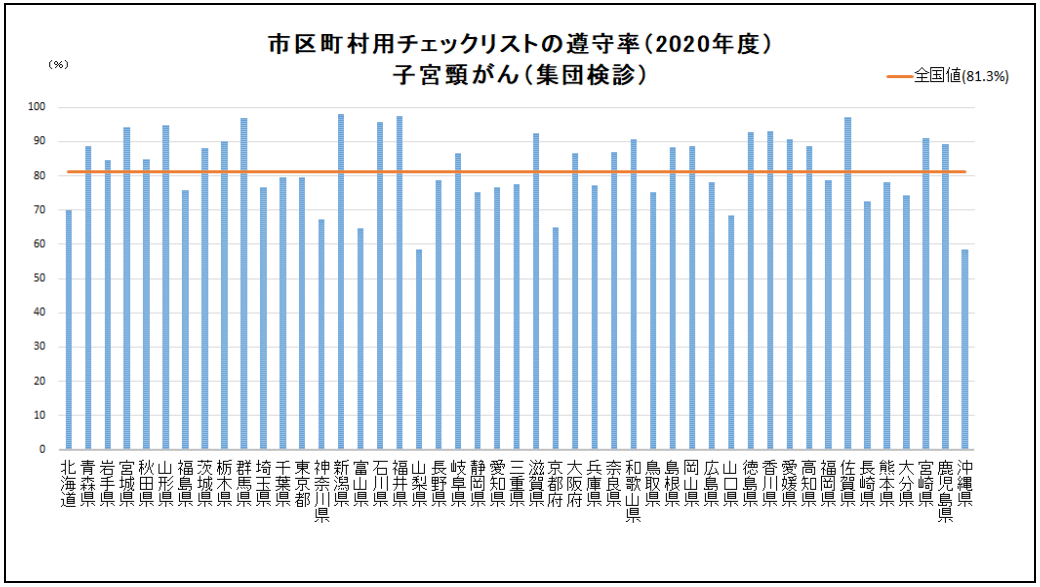
別添９－２－１ 「事業評価のためのチェックリスト（市区町村用）」の遵守状況」

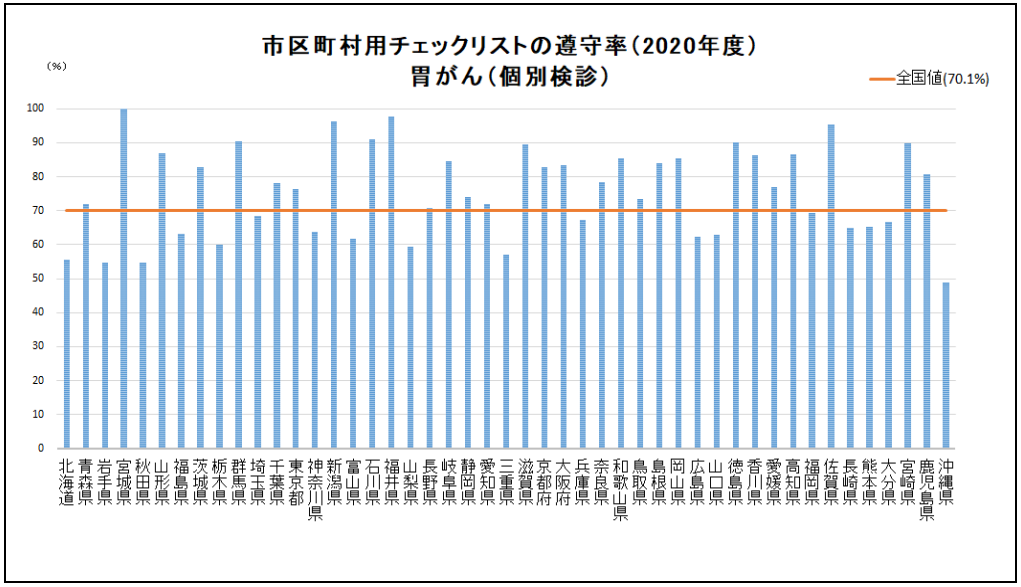


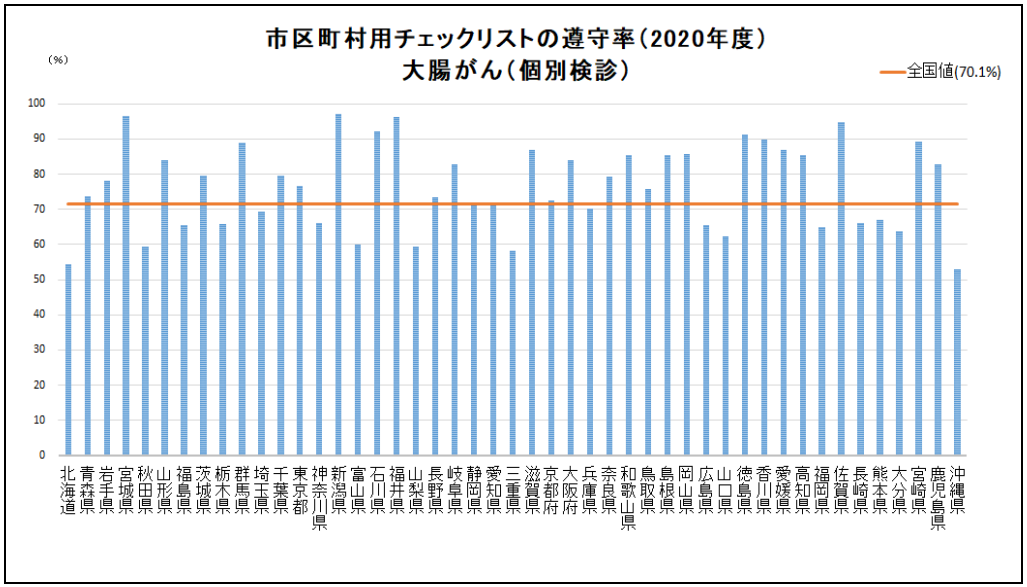


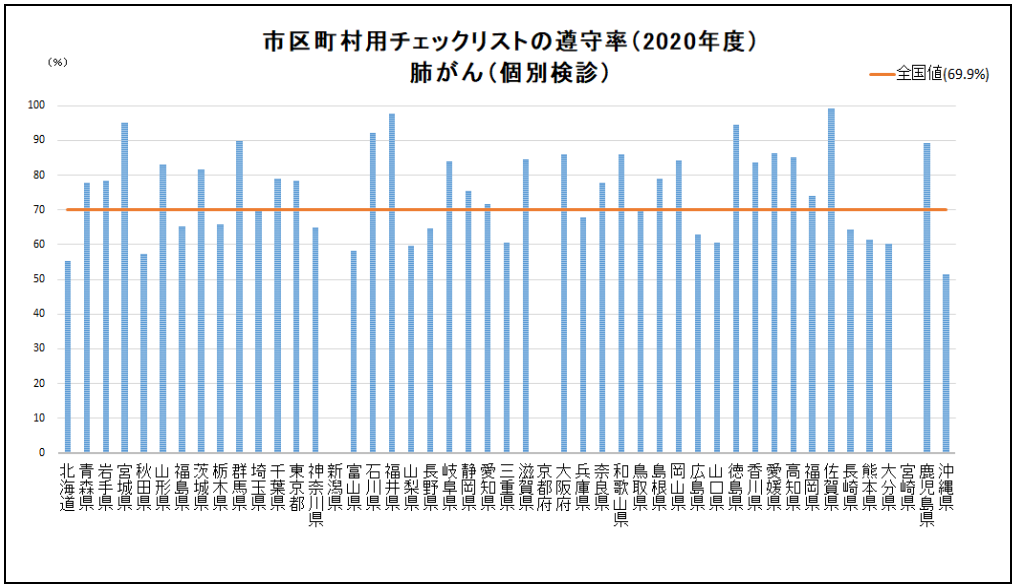


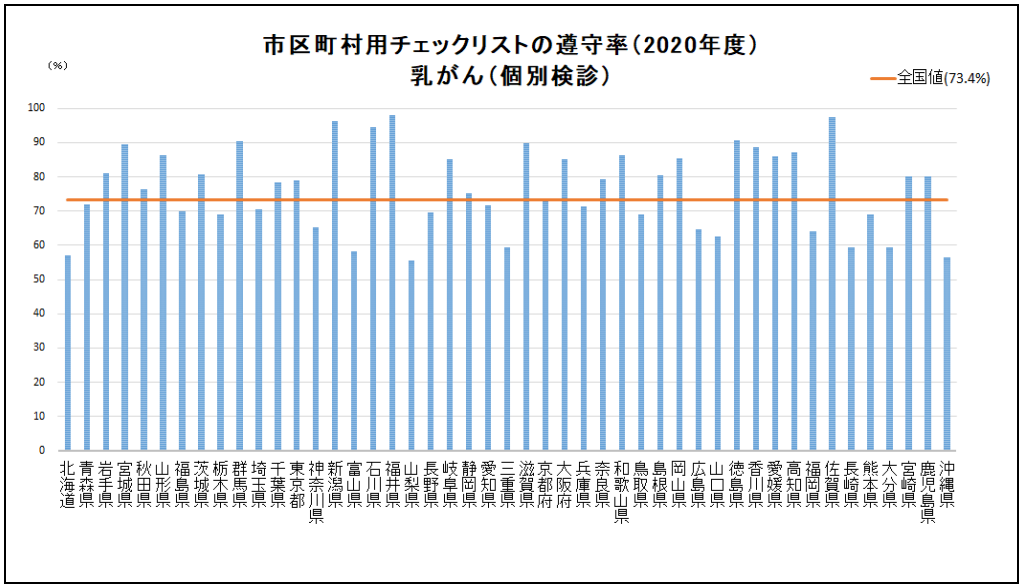


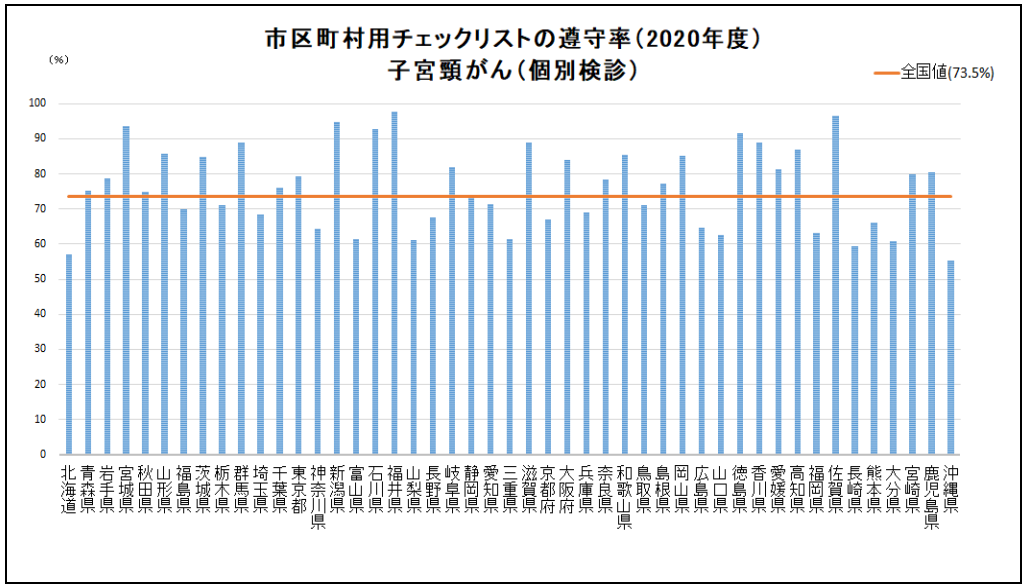

市区町村用チェックリストの遵守率（2020年度）
子宮頸がん（集団検診）
（%）
全国値(81.3%)
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県


市区町村用チェックリストの遵守率（2020年度）
胃がん（個別検診）
（%）
全国値(70.1%)
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県


市区町村用チェックリストの遵守率（2020年度）
大腸がん（個別検診）
（%）
全国値(70.1%)
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県


市区町村用チェックリストの遵守率（2020年度）
肺がん（個別検診）
（%）
全国値(69.9%)
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県





出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

「事業評価のためのチェックリスト（市区町村用）」の遵守状況（2020 年）

チェックリスト全項目の実施率（%）※1

	集団検診					個別検診				
都道府県名	胃がん ※2	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮頸がん	胃がん ※2	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮頸がん
全国	81.1	80.8	80.7	81.5	81.3	70.1	71.6	69.9	73.4	73.5
北海道	67.7	67.4	67.5	69.7	69.8	55.7	54.4	55.2	57.0	57.1
青森県	88.9	88.5	88.4	88.5	88.5	71.9	73.6	77.7	71.9	75.1
岩手県	85.4	84.9	83.2	84.3	84.6	54.8	78.2	78.4	81.1	78.8
宮城県	95.5	95.2	94.2	94.5	94.2	100	96.6	95.1	89.4	93.7
秋田県	85.7	84.1	84.8	84.6	84.8	54.6	59.3	57.4	76.2	75.0
山形県	93.9	95.1	93.7	94.8	94.7	86.9	84.0	83.0	86.3	85.7
福島県	74.5	74.4	74.8	75.2	75.7	63.2	65.4	65.3	69.9	69.8
茨城県	87.3	87.4	87.0	87.5	88.1	82.7	79.5	81.7	80.7	84.7
栃木県	87.8	88.7	88.8	89.2	90.0	60.0	65.9	65.7	68.9	71.1
群馬県	97.1	96.9	96.8	96.7	96.7	90.4	88.9	89.7	90.3	88.9
埼玉県	77.1	76.9	76.2	79.5	76.5	68.4	69.3	69.6	70.4	68.4
千葉県	83.0	80.6	81.5	81.4	79.6	78.1	79.5	78.9	78.5	76.0
東京都	81.5	78.6	77.9	78.5	79.5	76.2	76.5	78.5	79.1	79.4
神奈川県	67.8	66.7	68.3	67.9	67.4	63.9	66.1	65.0	65.3	64.4
新潟県	97.7	98.3	97.8	98.3	98.0	96.2	97.1	NA	96.1	94.7
富山県	64.2	64.9	64.3	63.2	64.5	61.7	59.9	58.2	58.3	61.3
石川県	95.1	96.5	95.5	98.2	95.5	91.0	92.1	92.2	94.5	92.6
福井県	97.8	96.0	97.6	98.0	97.5	97.7	96.2	97.6	98.1	97.8
山梨県	67.6	67.8	67.7	67.5	58.4	59.5	59.4	59.8	55.7	61.1
長野県	79.6	79.2	79.3	80.6	78.8	70.9	73.3	64.7	69.7	67.5
岐阜県	85.7	86.0	85.4	86.4	86.5	84.6	82.8	83.8	85.0	81.9
静岡県	75.9	76.5	76.0	76.4	75.2	74.1	71.9	75.6	75.3	73.9
愛知県	75.1	75.2	74.8	76.2	76.6	72.0	72.0	71.6	71.6	71.3
三重県	74.6	74.5	75.6	76.6	77.6	57.1	58.2	60.4	59.5	61.3
滋賀県	91.8	92.1	91.9	92.8	92.5	89.4	86.8	84.6	89.9	88.9
京都府	77.4	74.6	76.6	74.1	65.0	82.7	72.6	NA	73.3	67.1
大阪府	87.1	86.8	86.1	87.1	86.7	83.3	83.9	85.9	85.1	83.9
兵庫県	77.2	76.6	76.9	77.0	77.2	67.2	70.3	67.8	71.3	69.0
奈良県	87.3	86.8	86.5	87.2	86.9	78.5	79.2	77.7	79.3	78.5
和歌山県	91.2	91.3	90.2	91.6	90.8	85.4	85.3	86.1	86.3	85.3
鳥取県	76.4	76.2	76.3	76.4	75.2	73.3	75.8	70.3	69.0	71.1
島根県	88.5	87.3	88.5	88.3	88.2	84.0	85.4	78.9	80.4	77.1
岡山県	88.9	89.3	88.5	89.2	88.6	85.5	85.6	84.3	85.3	85.2
広島県	77.1	77.0	77.4	77.5	78.0	62.3	65.6	63.0	64.7	64.5
山口県	68.8	68.6	69.3	67.9	68.4	62.8	62.3	60.4	62.7	62.5
徳島県	90.1	91.8	91.7	92.2	92.6	90.0	91.1	94.6	90.7	91.4
香川県	93.2	93.3	92.7	93.2	93.1	86.3	89.7	83.7	88.6	89.0
愛媛県	90.4	90.5	90.2	91.2	90.7	76.9	87.0	86.3	86.1	81.4
高知県	89.5	88.7	90.1	89.6	88.6	86.5	85.4	85.1	87.2	87.0
福岡県	78.3	78.2	78.4	78.6	78.7	69.2	64.8	73.9	64.1	63.3
佐賀県	98.1	98.1	98.0	96.9	97.2	95.2	94.9	99.0	97.5	96.5
長崎県	68.1	66.9	67.4	72.6	72.4	65.0	66.1	64.4	59.5	59.4
熊本県	78.6	78.2	77.8	77.4	78.1	65.1	67.1	61.3	69.0	66.2
大分県	74.7	74.6	74.1	74.7	74.4	66.8	63.9	60.2	59.3	60.9
宮崎県	90.0	89.6	89.2	87.9	91.0	89.8	89.2	NA	80.2	79.9
鹿児島県	88.1	86.1	88.0	88.9	89.1	80.8	82.8	89.2	80.1	80.5
沖縄県	56.9	57.6	57.1	59.1	58.5	48.7	52.9	51.5	56.4	55.2

出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

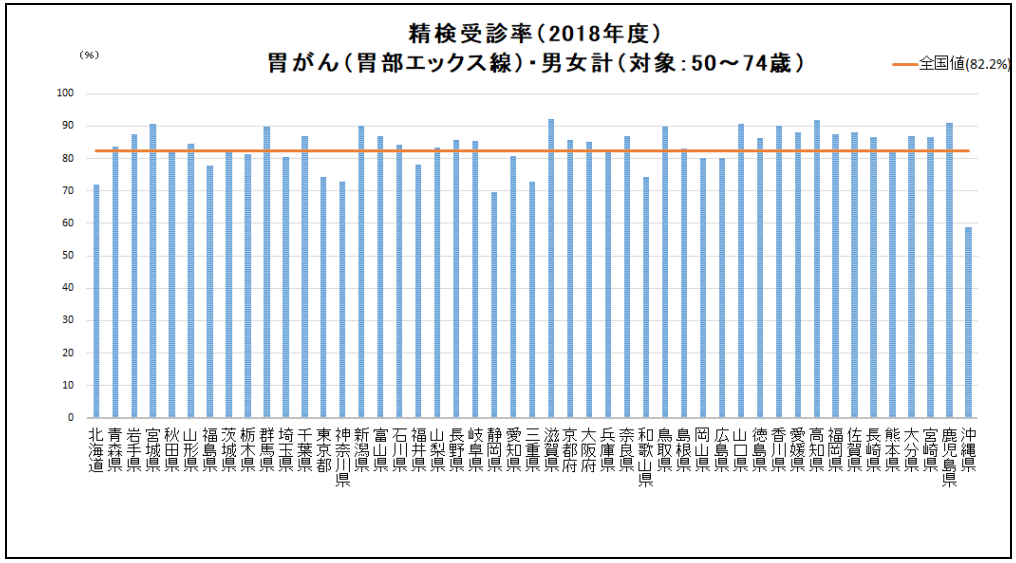
※1　全項目実施率の算出方法

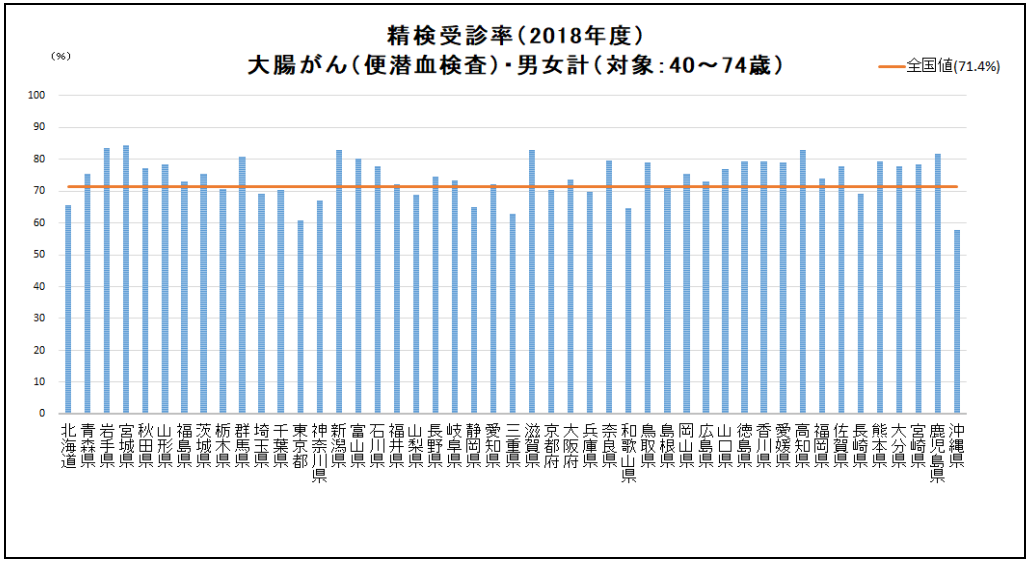
【集計対象市区町村】検診を「実施した」と回答した市区町村

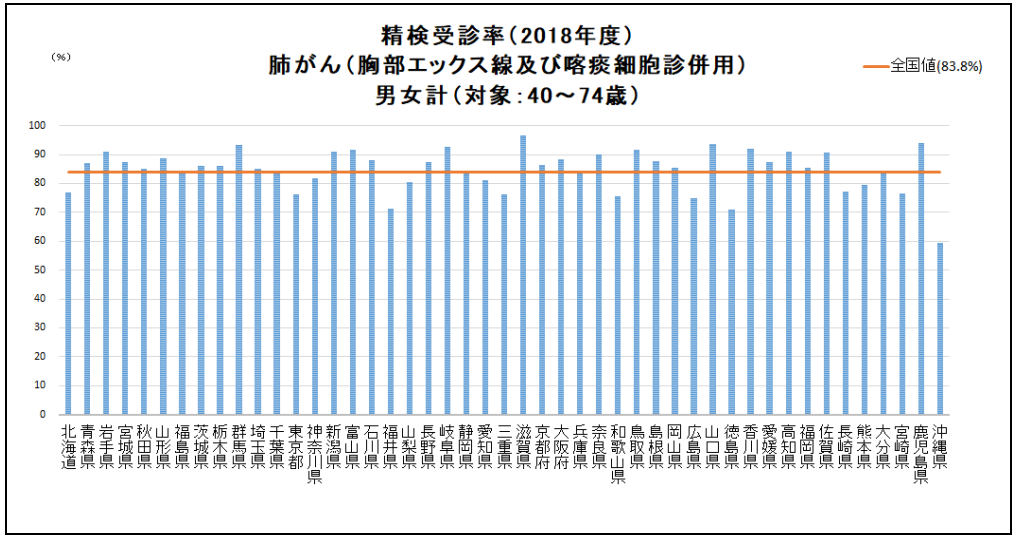
【実施割合算出方法】集計対象市区町村が「実施した」と回答した調査項目数/（集計対象市区町村数×調査項目数）×100

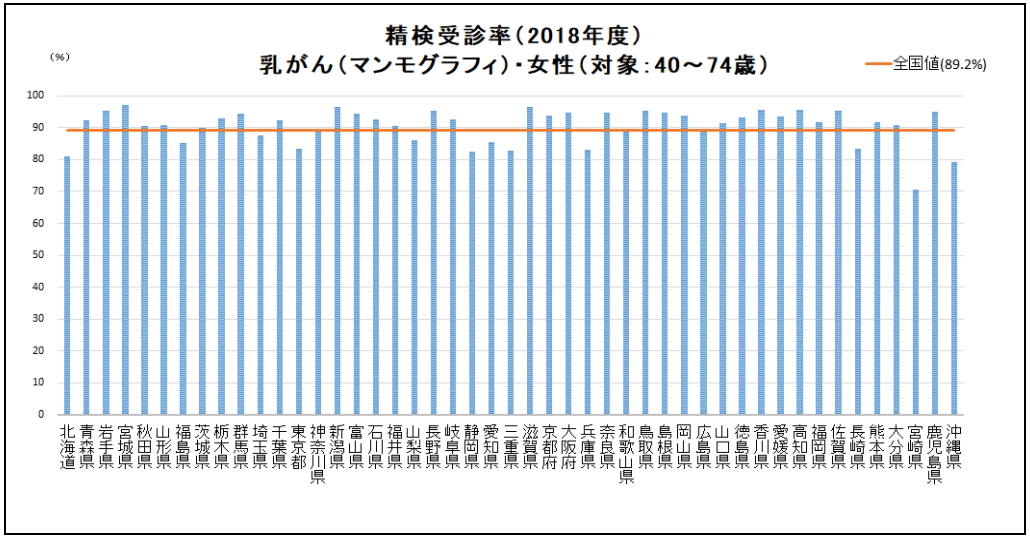
※2　胃部エックス線検査のみ

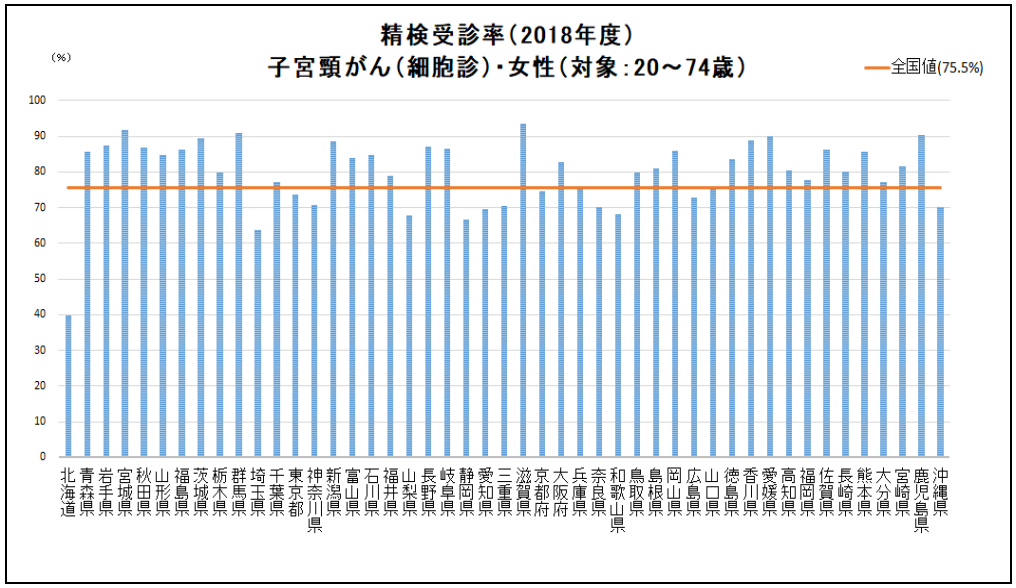
別添9－2－2　精検受診率（2018 年）











出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

精検受診率（2018 年）

都道府県名	胃がん(※1)	大腸がん（※2）	肺がん(※3)	乳がん(※4)	子宮頸がん(※5)
全国	82.2	71.4	83.8	89.2	75.5
北海道	71.8	65.6	76.8	81.1	39.9
青森県	83.7	75.4	87.0	92.2	85.7
岩手県	87.5	83.6	91.1	95.3	87.5
宮城県	90.6	84.5	87.4	97.0	91.9
秋田県	81.9	77.2	85.0	90.6	86.9
山形県	84.5	78.3	88.8	90.9	84.6
福島県	77.7	73.1	84.1	85.2	86.1
茨城県	81.8	75.5	86.2	90.0	89.4
栃木県	81.3	70.5	85.9	92.8	79.7
群馬県	89.7	80.8	93.3	94.3	90.9
埼玉県	80.4	69.1	85.0	87.7	63.6
千葉県	86.9	70.2	83.6	92.2	77.3
東京都	74.4	60.7	76.0	83.3	73.8
神奈川県	72.8	67.0	81.8	89.2	70.9
新潟県	90.1	82.9	90.9	96.5	88.5
富山県	86.7	80.3	91.7	94.5	83.8
石川県	84.3	77.7	88.1	92.6	84.8
福井県	77.9	72.2	71.4	90.4	78.8
山梨県	83.4	68.9	80.5	86.1	67.8
長野県	85.7	74.4	87.3	95.2	87.2
岐阜県	85.3	73.5	92.5	92.6	86.4
静岡県	69.5	64.9	83.3	82.4	66.7
愛知県	80.7	72.2	81.1	85.3	69.5
三重県	72.9	62.7	76.3	82.7	70.6
滋賀県	92.2	82.9	96.6	96.5	93.5
京都府	85.6	70.4	86.3	93.7	74.4
大阪府	85.1	73.6	88.5	94.8	82.7
兵庫県	81.8	69.6	83.7	83.1	76.0
奈良県	86.7	79.5	90.0	94.8	70.2
和歌山県	74.3	64.8	75.6	88.7	68.1
鳥取県	89.7	78.9	91.7	95.4	79.8
島根県	83.0	71.9	87.7	94.6	80.9
岡山県	80.2	75.3	85.4	93.8	85.9
広島県	80.1	73.0	74.8	89.5	72.7
山口県	90.8	76.9	93.6	91.4	76.1
徳島県	86.4	79.4	71.0	93.2	83.6
香川県	90.2	79.3	92.0	95.5	88.8
愛媛県	88.1	78.9	87.4	93.4	90.0
高知県	91.7	82.8	91.1	95.5	80.5
福岡県	87.6	73.9	85.4	91.7	77.8
佐賀県	87.9	77.9	90.7	95.3	86.3
長崎県	86.4	69.0	77.2	83.4	80.0
熊本県	82.3	79.2	79.4	91.7	85.5
大分県	86.8	77.8	84.1	90.9	77.2
宮崎県	86.6	78.4	76.7	70.7	81.4
鹿児島県	90.9	81.5	93.9	94.9	90.4
沖縄県	58.8	57.7	59.4	79.3	70.1

出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

※1 胃がん（胃部エックス線）、男女計、50～74 歳

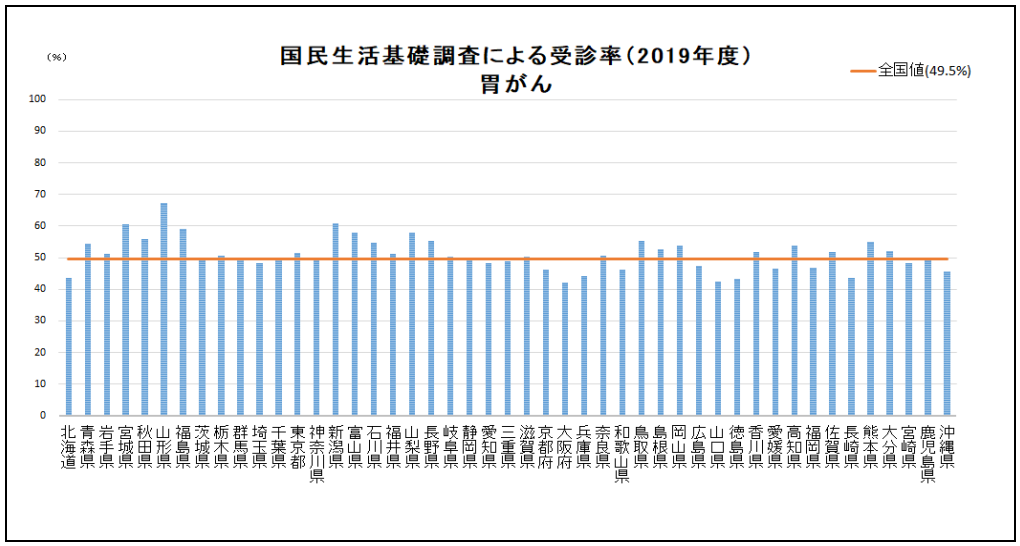
※2 大腸がん（便潜血検査）、男女計、40～74 歳

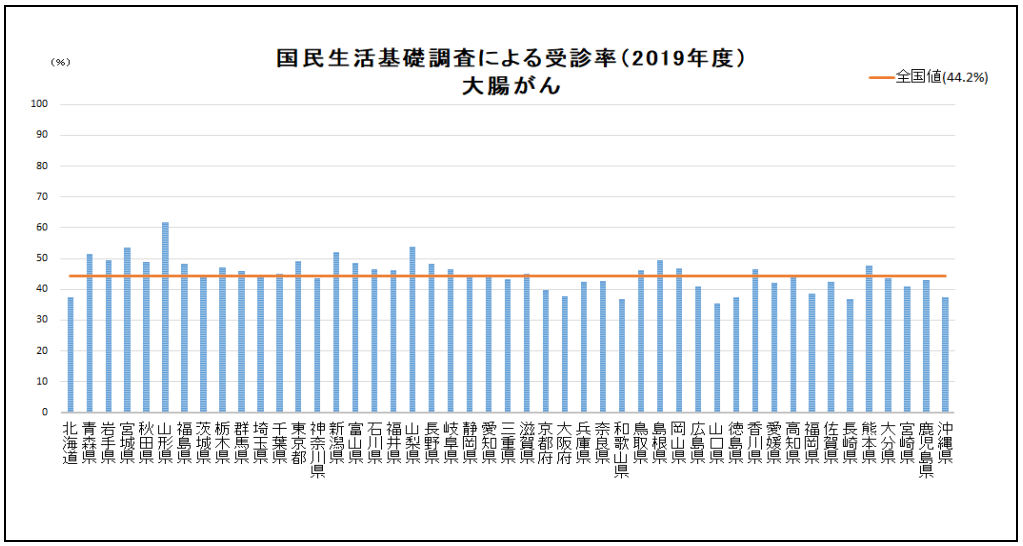
※3 肺がん（胸部エックス線のみ、胸部エックス線及び高危険群への喀痰細胞診併用）、男女計、40～74 歳

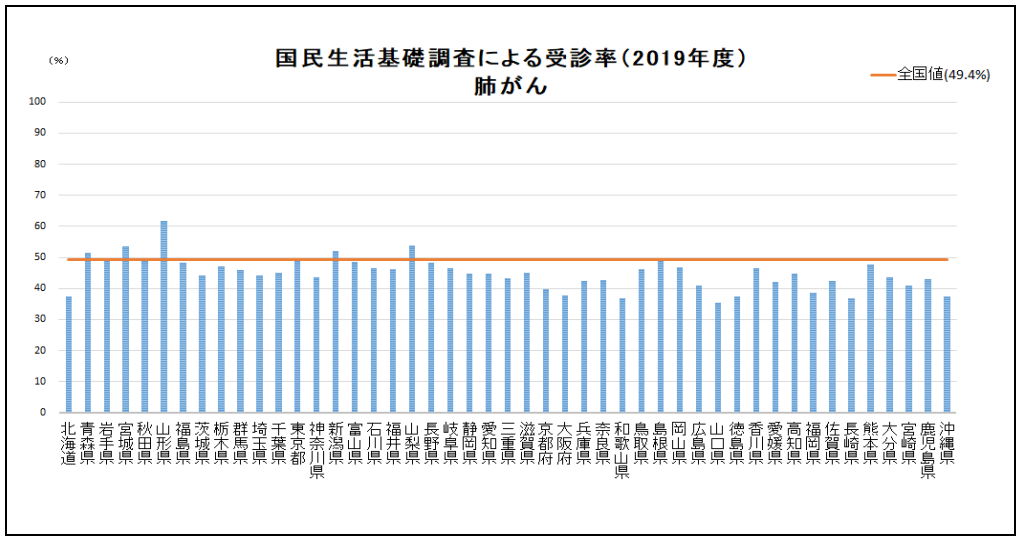
※4 乳がん（マンモグラフィ）、女性、40～74 歳

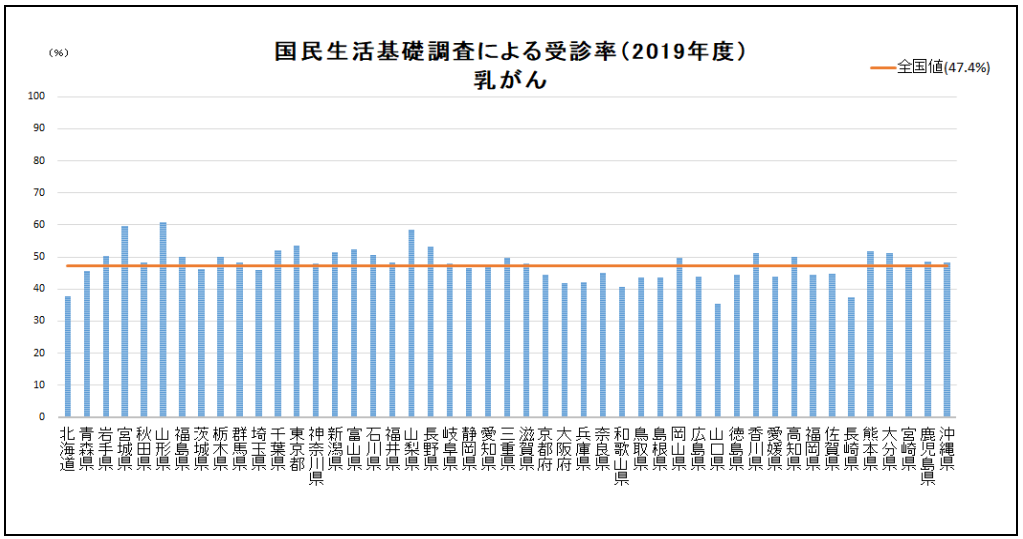
※5 子宮頸がん（細胞診）、女性、20～74 歳

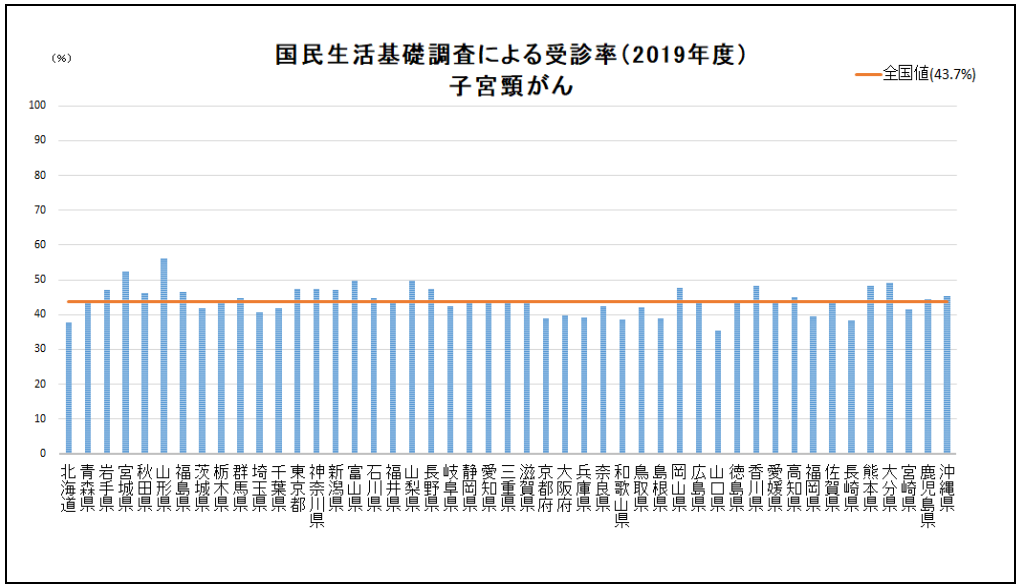
別添9－3　がん検診の受診率（都道府県別）（2019 年）











出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

がん検診の受診率（2019 年）

国民生活基礎調査による受診率(%)					
都道府県名	胃がん(※1)	大腸がん(※2)	肺がん(※3)	乳がん(※4)	子宮頸がん(※5)
全国	49.5	44.2	49.4	47.4	43.7
北海道	43.6	37.4	41.2	37.7	37.8
青森県	54.4	51.4	55.9	45.6	44.1
岩手県	51.3	49.4	57.6	50.4	47.1
宮城県	60.6	53.6	61.7	59.8	52.2
秋田県	55.8	48.8	57.2	48.4	46.3
山形県	67.2	61.7	66.7	61.0	56.2
福島県	58.9	48.1	56.5	50.0	46.6
茨城県	49.6	44.1	52.0	46.2	41.7
栃木県	50.7	47.2	54.3	50.0	43.8
群馬県	50.1	45.8	57.9	48.3	44.7
埼玉県	48.1	44.1	47.4	46.0	40.6
千葉県	50.0	45.1	51.3	51.9	41.8
東京都	51.6	49.1	50.2	53.5	47.3
神奈川県	49.8	43.5	47.9	47.8	47.4
新潟県	60.9	52.1	60.3	51.4	47.2
富山県	58.0	48.5	57.1	52.3	49.7
石川県	54.8	46.4	55.9	50.6	44.8
福井県	51.2	46.3	51.4	48.1	43.5
山梨県	57.9	53.9	61.2	58.6	49.8
長野県	55.2	48.3	54.7	53.1	47.4
岐阜県	50.4	46.5	51.2	47.8	42.5
静岡県	50.2	44.7	52.1	46.6	44.0
愛知県	48.3	44.7	48.2	47.4	44.3
三重県	48.9	43.1	48.7	49.6	43.8
滋賀県	50.3	44.9	48.8	48.0	44.3
京都府	46.2	39.8	43.9	44.3	38.9
大阪府	42.1	37.8	42.0	41.9	39.8
兵庫県	44.1	42.5	44.6	42.1	39.1
奈良県	50.7	42.8	44.8	45.1	42.5
和歌山県	46.2	36.9	44.4	40.6	38.5
鳥取県	55.2	46.3	55.4	43.5	42.1
島根県	52.6	49.4	56.9	43.7	39.0
岡山県	53.9	46.9	55.0	49.6	47.7
広島県	47.5	41.0	45.9	43.9	43.6
山口県	42.5	35.4	44.4	35.4	35.4
徳島県	43.2	37.5	46.0	44.5	43.2
香川県	51.9	46.6	55.4	51.2	48.4
愛媛県	46.4	42.2	48.1	43.8	43.3
高知県	53.8	44.6	55.4	50.0	45.1
福岡県	46.7	38.5	44.5	44.3	39.6
佐賀県	51.8	42.3	50.5	44.7	43.3
長崎県	43.6	36.7	43.1	37.5	38.3
熊本県	55.1	47.5	54.0	51.9	48.3
大分県	52.0	43.6	51.7	51.3	49.2
宮崎県	48.4	41.0	49.5	47.3	41.6
鹿児島県	49.1	43.0	53.9	48.5	44.3
沖縄県	45.7	37.4	43.9	48.3	45.5

出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

※1　50-69 歳、隔年受診、胃部エックス線検査もしくは内視鏡検査など
※2　40-69 歳、逐年受診、便潜血検査など
※3　40-69 歳、逐年受診、胸部エックス線検査および喀痰検査など
※4　40-69 歳、隔年受診、マンモグラフィもしくは超音波検査など
※5　20-69 歳、隔年受診、子宮頸部細胞診など

別添10　今後のわが国におけるがん検診に関する検討課題及び主な意見

地域保健・健康増進事業報告および精度管理評価指標

- 地域保健・健康増進事業報告の内容が複雑化しており、利活用がしにくい
- これまでの精度管理の成果として、精検受診率は理解しやすく改善が認められる
- 一方、要精検率・がん発見率については理解が進んでいない
- 従来のプロセス指標（要精検率、発見率等）に代わり、検診プログラムの感度・特異度により検診の精度管理を行うべきであり、将来的には検診結果とがん登録、あるいは検診結果とレセプトデータを照合する手法や運用ルールの検討が必要
- すべてのがん種において指標を統一して標準化されたものを使うべき
- 簡潔化を目指すのであれば、要精検率、精検受診率、発見率の指標だけ取れる報告が望ましい
- 受診率の評価をする際には職域やその他での受診も含まれる国民生活基礎調査が使われ、受診率以外の指標には住民検診の指標が使われているため、基準をそろえるべき

住民検診における個別検診

- 精度管理の取組が遅れており、集団検診と比較して精度管理水準が低い
- 地区医師会との連携をはじめ、効果的な精度管理体制構築の好事例を広く収集し、全国に展開するべき

職域におけるがん検診

- 職域検診は法的な枠組みに組み込み、システム、指標を揃えて対策型検診との統合を目指すべき
- 職域検診の精度管理について、関係者の役割や具体的手法について検討すべき
- 「地域・職域連携推進ガイドライン」に示された、「地域・職域連携推進協議会」と「生活習慣病検診等管理指導協議会」の連携について、国は好事例を広く収集し、全国に展開するべき

がん検診情報の収集

- 地域保健・健康増進事業報告は、市町村によりシステム管理や報告内容にばらつきがあるため、都道府県レベルでシステムの統一化を検討するべき
- データ管理や集約の観点から、マイナンバーによる受診者追跡システムを構築すべき
- パーソナル・ヘルス・レコード（PHR）の利活用などにより職域と地域のデータの集約を視野に入れるべき

その他

- 検診を担当する医師などにおける、精度管理の理解度に差があるため、体系的な医師・医学教育が必要
- 国が推奨しない検診が行われていることについて、国は推奨外の検診を行わないよう効果的な取組み事例を広く収集し、全国に展開するべき

がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針　新旧対照表（案）

改正後	改正前
第１ 目的 （略） 第２ がん予防重点健康教育 １　種類　（略） ２　実施内容 （１）～（５）　（略） ３　実施に当たっての留意事項 （１）～（５）　（略） 第３ がん検診 １ 総則 （１）～（５）　（略） （６）事業評価 がん検診の実施に当たっては、科学的根拠に基づく検診を、受診率向上を含めた適切な精度管理の下で実施することが重要である。がん検診における事業評価については、令和	第１ 目的 （略） 第２　がん予防重点健康教育 １　種類　（略） ２　実施内容 （１）～（５）　（略） ３　実施に当たっての留意事項 （１）～（５）　（略） 第３ がん検診 １ 総則 （１）～（５）　（略） （６）事業評価 がん検診の実施に当たっては、科学的根拠に基づく検診を、受診率向上を含めた適切な精度管理の下で実施することが重要である。がん検診における事業評価については、平成

５年６月に厚生労働省がん検診のあり方に関する検討会においてとりまとめた報告書「がん検診事業のあり方について」（以下「報告書」という。）において、その基本的な考え方を示しているところである。	20年３月に厚生労働省「がん検診事業の評価に関する委員会」がとりまとめた報告書「今後の我が国におけるがん検診事業の評価に関する委員会」がとりまとめた報告書「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」（以下「報告書」という。）において、その基本的な考え方を示しているところである。
報告書において、がん検診の事業評価は、一義的にはアウトカム指標としての死亡率により行われるべきであるが、死亡率減少効果が現れるまでに相当の時間を要すること等から、「技術・体制的指標」と「プロセス指標」による評価を徹底し、結果として死亡率減少を目指すことが適当とされた。この「技術・体制的指標」として、「事業評価のためのチェックリスト」及び「仕様書に明記すべき最低限の精度管理項目」が示され、「プロセス指標」として、がん検診受診率、要精検率、精検受診率、陽性反応適中度、がん発見率等の許容値が示された。	報告書において、がん検診の事業評価は、一義的にはアウトカム指標としての死亡率により行われるべきであるが、死亡率減少効果が現れるまでに相当の時間を要すること等から、「技術・体制的指標」と「プロセス指標」による評価を徹底し、結果として死亡率減少を目指すことが適当とされた。この「技術・体制的指標」として、「事業評価のためのチェックリスト」及び「仕様書に明記すべき最低限の精度管理項目」が示され、「プロセス指標」として、がん検診受診率、要精検率、精検受診率、陽性反応適中度、がん発見率等の許容値が示された。
がん検診の事業評価を行うに当たっては、「事業評価のためのチェックリスト」等により実施状況を把握するとともに、がん検診受診率、要精検率、精検受診率等の「プロセス指標」に基づく評価を行うことが不可欠である。	がん検診の事業評価を行うに当たっては、「事業評価のためのチェックリスト」等により実施状況を把握するとともに、がん検診受診率、要精検率、精検受診率等の「プロセス指標」に基づく評価を行うことが不可欠である。
なお、報告書の「事業評価のためのチェックリスト」については、国立がん研究センターが示す「事業評価のためのチェックリスト」（以下「チェックリスト」という。）に置き換	なお、報告書の「事業評価のためのチェックリスト」については、国立がん研究センターが示す「事業評価のためのチェックリスト」（以下「チェックリスト」という。）に置き換

えることとする。 報告書の見直しが行われた場合は、新たな内容に基づき事業評価を行うこととする。	えることとする。 報告書の見直しが行われた場合は、新たな内容に基づき事業評価を行うこととする。
２ 胃がん検診 （１）～（５） （略）	２　胃がん検診 （１）～（５） （略）
３ 子宮頸がん検診 （１）～（６） （略）	３　子宮頸がん検診 （１）～（６） （略）
４ 肺がん検診 （１）～（６） （略）	４　肺がん検診 （１）～（６） （略）
５ 乳がん検診 （１）～（６） （略）	５　乳がん検診 （１）～（６） （略）
６ 大腸がん検診 （１）～（７） （略）	６　大腸がん検診 （１）～（７） （略）
７ 総合がん検診 （１）～（４） （略）	７　総合がん検診 （１）～（４） （略）
８ その他 （１）～（３） （略）	８　その他 （１）～（３） （略）

改正後	改正前
（別紙）がん検診等実施上の留意事項 １　肺がん検診 （１）～（５）　（略） ２　乳がん検診 （１）（略） （２）①　指導区分は、「要精検」及び「精検不要」とし、それぞれ次の指導を行う。 ア　「要精検」と区分された者 医療機関において精密検査を受診するよう指導する。 イ　「精検不要」と区分された者 次回の検診の受診を勧めるとともに、日常の健康管理の一貫としてブレスト・アウェアネスに関する指導を行う。 ②　（略） ３　子宮体部の細胞診 （１）～（２）　（略） ４　がん検診における管理者の取扱いについて （略）	**（別紙）がん検診実施上の留意事項** １　肺がん検診 （１）～（５）　（略） ２　乳がん検診 （１）（略） （２）①　指導区分は、「要精検」及び「精検不要」とし、それぞれ次の指導を行う。 ア　「要精検」と区分された者 医療機関において精密検査を受診するよう指導する。 イ　「精検不要」と区分された者 次回の検診の受診を勧めるとともに、日常の健康管理の一貫として乳房の自己触診に関する指導を行う。 ②　（略） ３　子宮体部の細胞診 （１）～（２）　（略） ４　がん検診における管理者の取扱いについて （略）

今後のがん研究のあり方に関する有識者会議　議事次第

日時：令和５年４月 12 日（水）10：00～12：00
場所：ＷＥＢ開催

議事次第

１　開　会
２　議　題
　（１）座長の選任について
　（２）これまでのがん研究について
　（３）議論の進め方について
　（４）研究の状況と成果について
　（５）その他
３　閉　会

【資料】
資料１　今後のがん研究のあり方に関する有識者会議開催要綱
資料２　有識者会議の開催と議論の進め方について
資料３　「がん研究 10 か年戦略」策定後のがん研究の状況と主な成果（厚生労働省）
資料４　「がん研究 10 か年戦略」に係る文部科学省における取組
資料５　経済産業省におけるがん研究支援
資料６　ＡＭＥＤがん研究（2019 年度－2022 年度）

参考資料１　がん研究 10 か年戦略
参考資料２　「がん研究 10 カ年戦略」の推進に関する報告書（中間評価）
参考資料３　第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月）

今後のがん研究のあり方に関する有識者会議　議事次第

日時：令和５年６月９日（金）16：00～19：00
場所：ＷＥＢ開催

議事次第

１　開　会
２　議　題
　（１）今後のがん研究のあり方について
　（２）その他
３　閉　会

【資料】
資料１　　具体的研究事項と横断的研究事項について
資料２－１　阿久津構成員提出資料
資料２－２　石岡構成員提出資料
資料２－３　大井構成員提出資料
資料２－４　内堀構成員提出資料
資料２－５　山本構成員提出資料
資料２－６　西川参考人提出資料
資料２－７　福田参考人提出資料
資料２－８　堀田参考人提出資料

参考資料１　今後のがん研究のあり方に関する有識者会議開催要綱
参考資料２　有識者会議のスケジュールと議論の進め方について
参考資料３　研究費の推移について
参考資料４　がん研究 10 か年戦略
参考資料５　「がん研究 10 カ年戦略」の推進に関する報告書（中間評価）
参考資料６　第 4 期がん対策推進基本計画（令和５年３月）

今後のがん研究のあり方に関する有識者会議　議事次第

日時：令和５年６月 28 日（水）９：00～12：00
場所：ＷＥＢ開催

議事次第

１　開　会
２　議　題
　（１）今後のがん研究のあり方について
　（２）その他
３　閉　会

【資料】
資料１　　具体的研究事項と横断的研究事項について
資料２－１　古関構成員提出資料
資料２－２　末松構成員提出資料
資料２－３　中村構成員提出資料
資料２－４　安川構成員提出資料
資料２－５　大賀参考人提出資料
資料２－６　野田参考人提出資料
資料２－７　藤原参考人提出資料
資料２－８　宮園参考人提出資料

参考資料１　今後のがん研究のあり方に関する有識者会議開催要綱
参考資料２　有識者会議のスケジュールと議論の進め方について
参考資料３　中釜座長提出資料
参考資料４　がん研究 10 か年戦略
参考資料５　「がん研究 10 カ年戦略」の推進に関する報告書（中間評価）
参考資料６　第 4 期がん対策推進基本計画（令和５年３月）
参考資料７　ムーンショット型研究開発事業

有識者会議	資　料　1
Ｒ５．６．２８	

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

具体的研究事項と横断的研究事項について

厚生労働省健康局がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

議題一覧

➢ 中間評価時の議論の進め方を参考に、中間評価時の項目立て毎に議論を行う。

本日の議題

残りの議題は前回実施

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 小児がんに関する研究　② 高齢者のがんに関する研究　③ 難治性がんに関する研究　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

横断的事項

（９）各柱にまたがる「横断的事項」について

① シーズ探索　**② がんゲノム医療に係る研究**　③ 免疫療法に係る研究　④ リキッドバイオプシーに係る研究

⑤ AI等新たな科学技術　⑥ 基盤整備等（データベース、細胞株やサンプルの利用、患者報告アウトカム、患者参画に係る取り組み、がん研究を担う人材の育成）

その他

（10）（１）～（９）にない論点について

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 小児がんに関する研究　② 高齢者のがんに関する研究

③ 難治性がんに関する研究　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

横断的事項

（９）各柱にまたがる「横断的事項」について

① シーズ探索　② がんゲノム医療に係る研究　③ 免疫療法に係る研究

④ リキッドバイオプシーに係る研究　⑤ AI等新たな科学技術

⑥ 基盤整備等（データベース、細胞株やサンプルの利用、患者報告アウトカム、患者参画に係る取り組み、がん研究を担う人材の育成）

その他

（10）（１）～（９）にない論点について

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

（１）がんの本態解明に関する研究
これまでの成果の例

ＡＭＥＤ評価

- マルチオミックス解析やシングルセル解析などの最新の技術を活用して、その理解が急速に進んだ。
- 悪液質や老化、抗がん剤に対する薬剤耐性機構等の本体解明への理解が進んできた。
- がん遺伝子パネル検査のみならず、がん細胞の全ゲノム解析が始まり個別最適化治療に向けた研究が本格化した。

後半５年間での成果の例

- **血液循環腫瘍DNA解析を活用した切除不能・進行再発大腸がんにおけるがんゲノム異常のClonal Evolutionに関する網羅的カタログの作成**（国立がん研究センター　中村　能章）
  切除不能・進行再発大腸がんを対象とした医師主導治験データを用いて、 GI-SCREEN-Japan（腫瘍組織検査）に登録された5,621例とGOZILA Study（リキッドバイオプシー・血液循環腫瘍DNA検査）に登録された1,687例の全治療経過に係る腫瘍ゲノム情報と臨床情報を統合・カタログ化して比較解析を行い、消化器がんを対象とした治験のスクリーニング検査として、血液を用いたリキッドバイオプシーの有用性を初めて証明した。更に抗EGFR抗体薬に伴うクローン進化の特徴等を明らかにした。
- **国際共同研究に資する大規模日本人がんゲノム・オミックス・臨床データ統合解析とゲノム医療推進に向けた知識基盤構築**（国立がん研究センター　柴田　龍弘）
  日本を含む8か国の国際共同研究で食道がんの全ゲノム解析を行い、日本人症例では、飲酒に伴う遺伝子変異機構が強く働き、食道がんが発症するという仕組みの詳細を明らかにし、疫学研究における全ゲノム解析の有用性を世界で初めて示した。また、低分化胃がんや肝臓がんにおける人種別変異シグネチャー解析から、日本人症例で特徴的に認められる飲酒関連変異シグネチャーSBS16を同定した。
- **時空間的異常センシングによるがん変異細胞除去修復**（早稲田大学　丸山　剛）
  非免疫細胞である上皮細胞が、がんの元となる前がん細胞を認識し、攻撃・排除するという免疫細胞様の監視システムがあることを明らかにした。また、前がん細胞で発現が促進したMHC-Iを認識する、上皮細胞の受容体AltRを新規に同定し、その排除能惹起メカニズムを解明した。MHC-Iのリコンビナントタンパク質をマウスに投与することで、前がん細胞に対する上皮細胞の排除能が促進されたことから、本研究結果は、がんを予防的に治療するための革新的な医療の確立へとつながることが期待される。

（１）がんの本態解明に関する研究
構成員・参考人からの事前提出意見一覧①

	現状と課題	今後の研究の方向性
1	着実に基礎研究は進んでいると考える。加えて、ゲノム、エピゲノム、プロテオーム、メタボローム、トランスクリプトーム技術などのオミクス技術の進展に伴い、ヒトレベルでの情報の蓄積も大きい。	生体システムの中でがんを位置づけながら正確に治療介入標的を見つけていくためには、マウスなどのモデル研究による疾患のモデル化は重要。その上で、そのモデルをヒトに外挿して行くアプローチが効率性が高いと考える。
2	RAS遺伝子を標的とする薬剤は開発されていないと中間報告案にあるが、米国ではスタートアップが主体となってRAS標的薬は急速に開発されてきている。スタートアップが米国内でFIH治験を実施して承認され、そのままベストインクラス薬剤を開発するため、日本にそれらの重要な薬剤が入ってこない。	がんの本態解明に基づく薬剤については、国内のスタートアップや大手企業が開発を進める事のできる支援やプラットフォームが必要と考える。 また海外でこれらの薬剤開発が行われている情報を早く把握し、日本でも試験を実施できる体制が必要である。
3	超早期がん（粘膜内がん、微小がん、クローン造血等）の分子生物学的プロファイルに基づく発がん機構解明が不十分。その結果従来の病理形態学的な手法を凌駕する診断法、超早期の段階でがんを除去する積極的な予防法が開発されていない。	「未病」段階を含む超早期がん（粘膜内がん、微小がん、クローン造血等）の分子生物学的プロファイルの取得 データ統合に基づく数理的な進展モデル構築 病態解明・治療開発に資する動物・非動物モデル系の構築
4	ゲノム等オミックス解析の結果が細胞、個体レベルでの表現型を十分に説明しきれていない。その結果分子生物学的プロファイルに基づく治療開発が停滞している。	ゲノム、トランスクリプトーム、プロテオーム等の変化が細胞、組織においてどのような形質の違いにつながるか、現在の一細胞レベルの解析を一分子レベルでの構造・機能の解析に精細化（一分子イメージング、クライオ電顕など新規構造解析技術等）、さらにそれらを時系列で解析、また細胞レベルから組織（オルガノイド、器官培養等）・個体（in vivo イメージング等）レベルに拡張した解析を可能とする。
5	がんの発症メカニズムの解明も徐々に進んでいるが、画期的な治療法や診断法の開発に繋がるような基礎研究の継続が必要である。最近、がんの網羅的な分子解析により、がんは予防、予後や治療との関連からより希少フラクションに細分化され、また、より多くの希少フラクションに対して治療標的を明らかにする研究を加速する必要がある。	１．がん細胞（腫瘍）に加えて、腫瘍微小環境や宿主免疫応答に関する発がん機構の解明と治療標的探索 ２．がんの希少フラクション（例えば、特定遺伝子融合、Druggableな特定ミスセンス変異: TP53 Y220C）の研究加速 ３．生活習慣や宿主全ゲノムデータとがんの特性（がんゲノムを含む）の関連をビッグデータで解析、等により注力して、新たな治療標的を数多く探索する必要がある

（１）がんの本態解明に関する研究
構成員・参考人からの事前提出意見一覧②

	現状と課題	今後の研究の方向性
6	ゲノム情報の分析においては臨床サンプルを用いたゲノム解析が進みつつあり、またがん制御・増悪タンパク情報に関してはトランスクリプトーム解析、メタボローム解析が中心となっている。これらゲノムやその他オミックスのデータ取得技術が高度化し充実していく一方で、まだこれを治療として提供することは十分に達成されていない。	エピゲノム解析やメチローム解析の充実とともに、遺伝子の翻訳後修飾解析（リン酸化プロテオームやアセチル化プロテオーム等）の研究も重要となる。また、細胞のレベルでの研究を可能にするために、単一細胞RNA解析や　がん細胞の3次元微小環境を調査する空間発現プロファイル解析等の新規技術も必要となる。 これらの研究手法の発展に加えて、臨床サンプルに基づくオミックスデータの取得と整理も重要である。そのためには、適切なサンプリング数と解析手法の高度化が求められる。また、得られたデータを効果的に活用するためには、そのデータをデータベース化し、アカデミア・企業がアクセスして利活用できる仕組みも必要である。また、データベース化には、スパコンの整備やバイオロジーの素養を有するインフォマティスクス人材の育成も必要である。 こうした施策は、日本人（アジア人）に多いがんや遺伝子変化の研究を加速するとともに、高質なサンプルやデータ基盤の観点から世界に対して優位性を確立でき、産業政策論的観点から有効である。
7	癌免疫についてはネオアンチゲンなど癌細胞側の因子だけではなく、宿主としての免疫力の評価をしていただきたい。免疫療法に関しては殺細胞性の薬剤とはことなりiRAEが明らかに効果と相関している。宿主の免疫機能全体を上げることが必要であると考えられる。	
8	多くの国民は本態解明といつまで言い続けているのかと受け止めているのだろうと感じているように思います。もうそろそろこの看板を降ろして出口からみて何をすべきかを打ち出す方がいいのではないでしょうか？	

（１）がんの本態解明に関する研究
構成員・参考人からの事前提出意見一覧③

	現状と課題	今後の研究の方向性
9	がんゲノムの実装により患者real dataが集積されてきたが、比較対象としての健常者コホートをある程度広域でリクルートする必要がある。成人領域では健診データの利活用が重要と思われる。環境省で進めてきたエコチル調査はとくに周産期の母子と小児領域において重要なリソースだがこの連携が十分ではない。	比較対象として、健常者コホートの利活用を行いやすい環境整備を図る。本体解明による新規治療開発から成因に応じた個別化予防に展開するために、がん種別をさらに時間軸による年齢（層）別に応じた解析へと進めていく。
10	遺伝子パネル検査の実装はされたが、まだ対象者が少なく、薬につながる人も少ない。	ゲノム解析を含めてAIなども活用し、効率的なすべての患者のゲノム分析の方法研究、大量のデータから克服のためのターゲット探しとその効率的な優先順位をつけられるよう望む。
11	遺伝子の変異だけでなく、薬剤の効果と関連する標的を探索する研究が必要	上記にもつながるが、がん種によっては複数ある、標準治療のその順番を問う研究もあるべき。
12	遺伝性疾患の全容解明	遺伝的がんリスク体質に関する研究。乳がんであれば、リフラウメニ症候群・リンチ症候群・BRCAなどあるが、そうした疾患の予防までつながるような研究が求められている。（若くしてなる、というところまでは研究結果として出ているので経済的損失考えると若年をさらに救うべき。）

（１）がんの本態解明に関する研究
第４期がん対策推進基本計画等における関連した記載①

第４期がん対策推進基本計画

４．これらを支える基盤の整備

（１）全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進

- ＡＭＥＤ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。

「がん研究10か年戦略」の推進に関する報告書（中間評価）

- シングルセル解析やがん細胞を取り巻く微小環境の解析により、がんが治療への抵抗性を獲得する要因と考えられるがんの多様性や不均一性への理解が進んできた。こうした研究をさらに進め、**治療への抵抗性を獲得したがんへの治療戦略**を開発するべきである。その際、近年進歩してきている**分子・細胞イメージング**を活用した新たな切り口での研究も推進すべきである。
- 遺伝子パネル検査の研究及びその医療の実装に伴い、各がん種において、新たに今まで想定されていなかった遺伝子異常が見つかってきている。**ゲノム解析を含めたオミックス解析**の技術を活用し、効率的にがんを克服するための標的を見つけていく研究を推進すべきである。
- ポストゲノム時代の層別化医療として、設計図である遺伝子の変異だけではなく、**プロテオームやメタボローム**等の情報を活用し、薬剤の効果と関連する標的を探索する研究を推進すべきである。また、がん細胞は通常と異なる代謝経路を用いることから、代謝調整剤ががんに対して効果を発揮する可能性が報告されていることを踏まえ、**がんに特異的な代謝回路**に着目した研究を推進すべきである。
- RAS 遺伝子や TP53 遺伝子などの主要ながん促進に関わる遺伝子（**ドライバー遺伝子**）を標的とした薬剤の開発は世界でも進んでいない。これらの主要なドライバー遺伝子を標的とする薬剤を開発するため、主要なドライバー遺伝子に関する理解をより深める研究を推進すべきである。
- これまでの研究開発の中心的な対象ではなかった小児・ＡＹＡ世代や高齢者のがんについて、当該世代の身体機能やがんの機序に着目した適切なアプローチを検討するため、**小児・ＡＹＡ世代や高齢者のがんの本態解明**に関する研究を推進すべきである。
- 今後も新たな治療標的が見出されると考えられるが、これらを創薬につなげていくため**トランスレーショナルリサーチ**を引き続き促進していくとともに、**リバーストランスレーショナルリサーチ**を促進し、原因解明を通じて新たな開発につなげるべきである。
- これまで、がんの治療法の開発を目指した本態解明に関する研究については、新たな治療法開発に結びつく成果を得てきた。今後は、ゲノム解析やAI(artificial intelligence)、また生体深部の様々な機能・代謝情報の解明につながる超偏極技術を用いた MRI 等の画像診断技術等の新たな科学技術等を用いつつ、**新たながんの予防法の開発**を目指した本態解明に関する研究も推進すべきである。

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 小児がんに関する研究　② 高齢者のがんに関する研究

③ 難治性がんに関する研究　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

横断的事項

（９）各柱にまたがる「横断的事項」について

① シーズ探索　② がんゲノム医療に係る研究　③ 免疫療法に係る研究

④ リキッドバイオプシーに係る研究　⑤ AI等新たな科学技術

⑥ 基盤整備等（データベース、細胞株やサンプルの利用、患者報告アウトカム、患者参画に係る取り組み、がん研究を担う人材の育成）

その他

（10）（１）～（９）にない論点について

（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
これまでの成果の例

ＡＭＥＤ評価

- アカデミアシーズと企業シーズ効能追加の薬事承認取得が得られている。（希少がん・難治がん）
- さらにアカデミアシーズ企業導出と新規治療標的発見など多数の成果をあげている。

後半５年間での成果の例

- **革新的抗がんウイルス療法の実用化臨床研究**（東京大学　藤堂　具紀）
  単純ヘルペスウイルス1型に人工的に3つのウイルス遺伝子を改変した第三世代がん治療用ヘルペスウイルス G47Δの臨床開発を進め、悪性神経膠腫に対するG47Δの製造販売承認申請の主試験である医師主導治験の最終解析結果を報告した。G47Δは2021年6月に日本初のウイルス療法薬として製造販売承認された。
- **SCRUM-Japanの基盤を活用した血液循環腫瘍DNAスクリーニングに基づくFGFR遺伝子異常を有する難治性の治癒切除不能な進行・再発固形がんに対するTAS-120のバスケット型医師主導治験**（国立がん研究センター　吉野　孝之）
  外科治療が行われる大腸がん患者を対象に、血中循環腫瘍DNAを検査する技術（リキッドバイオプシー）を用いて、術前・術後に再発リスクをモニタリングするレジストリ研究（GALAXY試験）を実施した。中間解析の結果、術後4週時点で血中循環腫瘍DNA陽性の患者は、陰性の患者と比較して、術後の再発リスクが高いことが分かった。また、ステージ2・3の患者では、術後4週時点で血中循環腫瘍DNA陽性の場合、術後補助化学療法を受けた患者は受けなかった場合よりも再発リスクが低いことが分かった。
- **口腔がん微小環境ネットワークシグナルの制御による多角的がん治療法の開発**（東京医科歯科大学　渡部　徹郎）
  腫瘍組織に豊富に存在する TGF-βは上皮間葉移行（EMT）誘導を介した運動能亢進という「がん促進作用」と細胞周期をG1期に停止させることによる増殖低下という「がん抑制作用」を持っているが、相反する２つの作用の関連性については未解明であった。本研究により、TGF-βにより増殖能が低下した細胞の運動・転移能が上昇するという知見が得られ、TGF-βにより誘導される新規 EMT 制御因子として同定されたケラチン結合因子 2-3（KRTAP2-3）が頭頸部がん患者の予後不良因子で、口腔がん細胞の EMT 誘導を介して運動・転移能を亢進することから、KRTAP2-3 の発現・機能を阻害することにより、口腔がんの転移を抑制できることが推測された。今後、新たな治療標的として期待される。

（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
構成員・参考人からの事前提出意見一覧①

	現状と課題	今後の研究の方向性
1	低分子化合物ライブラリー、モノクロナル抗体など候補リストは充実してきている一方で、それらが実質的に疾患と結び付けられていないものが多い。	この部分を結びつけていく基礎研究の拡充が重要である一方で、企業内にあることが多い知財へのアクセスは難しい。治療標的となる分子、カスケード、細胞についての情報を蓄積して行くことが重要だろう。
2	薬剤開発のための標的を見出す研究は進んでいるが、その標的を制御するためのモダリティーに結びつけることができずに開発が遅れている。	基礎研究によって標的が見出された場合、それを制御するためのモダリティーへのアクセスが容易となり、早期臨床試験が迅速かつ短期間に行われる必要がある。
3	線維化はがんの成育を助長する上、がん組織への薬剤の到達を阻むため、線維化の予防と治療はがん患者の予後を改善するうえで重要であるが、開発が遅れている。	線維化の本態解明に基づく標的分子の同定、それを制御する薬剤開発を進めるべきである。
4	企業主体の治験では、アンメットメディカルニーズに対する薬剤開発は十分とは言えない。	医師主導治験の資金基盤整備・拡充
5	有効な新規薬剤の開発がEBP (Emerging Biopharma)主体のため、本邦からの開発不参加事例がドラッグロス拡大に影響する。	海外EBPの国内開発誘致と治験実施体制の見直し
6	遠隔臨床試験・治験 (Decentralized Clinical Trial) が十分に普及していない。	臨床試験、医師主導治験を中心にDCTを採用する研究課題を重点的に支援してはどうか。
7	希少がんに対する抗がん薬の開発は徐々に進んでいるが、より多くの治療標的の探索が必要で、それぞれに対応する新規医薬品開発が今後ますます求められる。ゲノム医療をはじめとする精密医療や個別化医療には、これまで頻度の高いがん種とされていたがん種に於いても、希少フラクションとしてのアンメットメディカルニーズがある。	1．がんの希少フラクション（例えば、特定遺伝子融合、Druggableな特定ミスセンス変異: TP53 Y220C）の研究加速 2．候補化合物スクリーニングに新しい技術を導入するほか、非臨床のproof of conceptの段階からアカデミアと企業が連携または合同で行うなどして、早期臨床試験への同種を一層加速する。 3．シーズ探索からfirst-in-humanまで産学が一気通貫で開発できるアカデミアを中心とする組織を作る。
8	殺細胞性の薬物の有害事象に対する本態的な研究が進んでいない。全ゲノム解析と結び付けて原因となる遺伝子多型を解明できないか？	

（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
構成員・参考人からの事前提出意見一覧②

	現状と課題	今後の研究の方向性
9	ゲノム等オミックス解析に基づく層別化研究、プロファイル研究の成果に基づく創薬が停滞している。	がん細胞の「アキレス腱を狙う」開発手法では解決が難しい、患者個々のがん細胞の生物学的多様性、複層・多重性（一つの標的を制御するだけでは十分な効果が見られない）に対応可能な治療開発を進める。 がん細胞・組織選択的な分子を目印として強力な殺細胞効果をもたらす再生医療（遺伝子編集技術、ウイルスベクター等を活用する細胞療法等）、武装化抗体、ラジオリガンド療法（アルファ線内用療法等）等、バイオエンジニアリングを駆使し、より広範な治療対象への拡張（ブロックバスター）をねらう、プラットフォーム型治療開発を推進する。
10	免疫療法以外の腫瘍宿主相互作用を利用する治療開発が不十分である。	膵癌におけるがん間質や、ウイルス発がんにおける腫瘍前駆細胞、マイクロバイオームなど、非がん細胞を標的とする薬剤開発に向けた腫瘍微小環境（TME）の生物学的メカニズムの解明と遺伝子編集を伴うマイクロバイオーム製剤の開発などより積極的な治療応用。
11	標的を見つけても、それから創薬に進める道筋が国内では限られていると思います。基礎研究と製薬企業とのギャップを埋める施策を作って実行しない限り、日本からは画期的新薬は生まれないと思います。研究ではなく、システムの問題だと思います。	
12	海外では新しいモダリティに基づくがん治療法が次々と開発されているが、日本ではこの領域が極端に弱い（アカデミアも産業界も）	「新しい治療モダリティに関する研究」を小分類に加えては？
13	がん遺伝子やがん微小環境の研究が今後発展し、罹患率の高いがん種においても、バイオロジーをもとにした疾患の細分化が進むことが想定される。	これまでの臓器ごとの疾患区分を超えたアンブレラ型臨床研究開発の更なる推進が必要である。 疾患の細分化によりある薬剤に有効性が期待できる患者を予め特定できれば、医療の高質化や限られた医療資源の有効活用が可能となる。一方で、対象患者が絞り込まれることから、薬剤の価値が適切に評価されない場合に開発企業が研究開発投資を回収できないため、こうした薬剤の開発・販売には国による経済的支援が必要である。

（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
構成員・参考人からの事前提出意見一覧③

	現状と課題	今後の研究の方向性
14	現在の前臨床モデルの臨床予見性には動物からヒトへの腫瘍・薬剤応答性の予測性に課題があり、臨床試験を実施する上でのハードルとなっている。	探索的臨床試験をアカデミア・企業で推進し、バイオロジーのより深い理解と、得られた臨床での知見を社会実装するためのリバーストランスレーショナル研究が必要である。 例えば、患者検体を用いた治験薬投与前後の患者の腫瘍・薬剤応答性の解析研究や腫瘍そのものを使ったex vivo評価系構築研究、生体模倣システム（MPS）研究、ＡＩ活用によるヒト予測性の向上などを推進し、非臨床研究と臨床研究の両面からのアプローチにより患者の腫瘍と薬剤応答性の評価を高めることが必要である。 そのためには、産学の研究人材の交流により非臨床研究と臨床研究の橋渡しを促進する仕組みや拠点整備等の持続性のあるエコシステムが必要と考えられる。
15	新たな創薬モダリティの研究開発が進んでいるが、イノベーションを社会実装するためのガイドライン策定が進んでいない。	イノベーションの速やかな社会実装に向けて、新モダリティの臨床開発・品質管理などに関する新しいガイドラインを速やかな整備が重要である。 例えば、再生医療等製品における生物由来原料基準の運用などに関する新ガイドラインの策定が挙げられる。
16	新薬開発のハードルはますます高くなり、１製剤あたりの開発費も高騰を続けている。	薬剤そのものの開発のみならず、副作用の低減や薬の効果を最大限引き出すことをめざしたデリバリー技術の開発にも取り組んではどうか。新薬だけでなく既存薬の付加価値もより高めることができる、費用対効果の高い開発につながるのではないか。
17	免疫チェックポイント阻害剤など免疫療法が今後ますます進展していくが、その効果が限られるケースがある。	免疫チェックポイント阻害剤をはじめとする免疫系に寄与する薬剤の効果を増強させ、副作用小さく全身に抗がん効果を発揮させ治癒させる方法の研究開発にも取り組むべき。
18	身体的・精神心理的な苦痛に関する仕組みの解明、特に脱毛に関するものなどは研究が進んでいない。	しびれや痛み、爪の黒ずみ、放射線後の皮膚のただれ、脱毛など支持療法・緩和治療でまだまだ足りないものが多い。これらの副作用を避ける、耐えられないために必要である治療ができない人も多い。また、心毒性のもので再使用や生涯量が決まっている薬剤もあり、このあたりも解明する研究が必要なのでは？
19	り患率の高いがん種においても個別化が進んでいるが、転移などした場合、より精緻に遺伝子検査をして、薬を探す、寛解・治癒を目指すニーズがある。	臓器ごとに遺伝子を確認してその変異に応じた薬剤を変更する研究と遺伝子変異が同じであればがん種を問わず薬剤を使う研究をより加速させる必要がある。薬が認可されても届かないのはもったいない。

（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
構成員・参考人からの事前提出意見一覧④

	現状と課題	今後の研究の方向性
20	「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」に関しては、中間報告時点より、さらに課題が深刻化している。特に、海外で開発された薬剤の導入と国内発の新規薬剤開発の研究については、中間報告においても強力に推進すべきとなっている。しかしながら、国内未承認薬の割合は2016年以降現在に至るまで、右肩上がりで推移（医薬産業政策研究所の調査結果）しており、新たなドラッグラグ、ドラッグロスと言われる状況に陥っている。この現状を踏まえ、第4期基本計画では、「希少がん及び難治性がん対策」と「新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装」の項目の、取り組むべき施策に、「薬剤アクセスの改善に向けて、日本の薬事規制等の海外の中小バイオ企業への周知等を通じ、日本での早期開発を促すなど治験の実施（国際共同治験への参加を含む。）を促進する方策を検討する」との記載が加えられている。	さらに強力に推進し、新たなドラッグラグ、ドラッグロスの解消を実現する。
21	ここ10年で免疫チェックポイント阻害剤やがんゲノム医療等、新規の薬剤や新たな治療法が登場するなど、医学の進歩は著しい。大変感謝申し上げたい。一方で、依然として、副作用及び後遺症により、大きな身体的苦痛を伴う場合があり、今後も治療の進歩とともに複雑多様化していくことが考えられる。	支持療法や緩和治療についての研究を、新規薬剤開発と同様に重点的に推進すべきではないか。
22	上記の理由から、身体的な苦痛だけでなく、精神心理的な苦痛に関しても、複雑多様化していくことが考えられる。	がん患者の身体的・精神心理的な苦痛に関する現状の把握や、メカリズムの解明を進めることで、新たな支持療法や緩和治療の開発につなげることを目指すべきではないか。
23	特に希少がん、小児がん、AYA世代のがんでは、海外で開発された薬剤の導入が遅れており、新たなドラッグラグ、ドラッグロスと言われる状況に陥っている。	希少がん、小児がん、AYA世代のがんにおける海外で開発された薬剤の導入を進め、海外との差がゼロになることを目指すべきではないか。また、臨床試験を戦略的に進め、国内発の新規薬剤開発の研究を推進すべき。 海外の事例に倣い、小児・AYA世代における薬剤開発を加速させるため、成人における薬剤開発と同時に、小児・AYA世代における薬剤開発を進める研究の支援を行う等の工夫をすべき。

734

（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
第４期がん対策推進基本計画等における関連した記載①

第４期がん対策推進基本計画

２．　患者本位で持続可能ながん医療の提供

（3）小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策

- 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、日本の薬事規制等の海外の中小バイオ企業への周知等を通じ、日本での早期開発を促すなど治験の実施（国際共同治験への参加を含む。）を促進する方策を検討するとともに、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。

（４）希少がん及び難治性がん対策

- 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、日本の薬事規制等の海外の中小バイオ企業への周知等を通じ、日本での早期開発を促すなど治験の実施（国際共同治験への参加を含む。）を促進する方策を検討するとともに、希少がん中央機関、拠点病院等、関係学会及び企業等と連携した研究開発を推進する。

（5）新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装

- 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、日本の薬事規制等の海外の中小バイオ企業への周知等を通じ、日本での早期開発を促すなど治験の実施（国際共同治験への参加を含む。）を促進する方策を検討するとともに、希少がん中央機関、拠点病院等、関係学会及び企業等と連携した研究開発を推進する。

４．これらを支える基盤の整備

（１）全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進

（取り組むべき施策）

- 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。

（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）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
第４期がん対策推進基本計画等における関連した記載②

経済財政運営と改革の基本方針 2023（令和5年6月閣議決定）

第４章 中長期の経済財政運営
２． 持続可能な社会保障制度の構築
（社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進）

- 創薬力強化に向けて、革新的な医薬品、医療機器、再生医療等製品の開発強化、研究開発型のビジネスモデルへの転換促進等を行うため、保険収載時を始めとするイノベーションの適切な評価などの更なる薬価上の措置、全ゲノム解析等に係る計画の推進を通じた情報基盤の整備や患者への還元等の解析結果の利活用に係る体制整備、大学発を含むスタートアップへの伴走支援、臨床開発・薬事規制調和に向けたアジア拠点の強化、国際共同治験に参加するための日本人データの要否の整理、小児用・希少疾病用等の未承認薬の解消に向けた薬事上の措置と承認審査体制の強化等を推進する。

「がん研究10か年戦略」の推進に関する報告書（中間評価）

- 支持療法については進歩が著しいが、細胞障害性抗がん剤や新規の薬剤固有の副作用等により、依然として、大きな身体的苦痛を伴う場合があることから、ゲノム解析の観点からも、**支持療法や緩和治療**についての研究を重点的に推進すべきである。また、がんの本態解明だけではなく、がん患者の**身体的・精神心理的な苦痛に関する機序の解明**も進めることで、新たな支持療法や緩和治療の開発につなげることを目指すべきである。
- 特に小児固形腫瘍や希少がんでは、**海外で開発された薬剤の導入が遅れている**。引き続き、アンメットメディカルニーズに応えるべく、小児がん、ＡＹＡ世代のがんや希少がんにおける海外で開発された薬剤の導入を進めるとともに、国内発の新規薬剤開発の研究を推進すべきである。なお、推進に当たり、関連学会においても臨床試験等を戦略的に進めるべきである。また、小児・ＡＹＡ世代における薬剤開発を加速させるため、成人における薬剤開発と同時に、**小児・ＡＹＡ世代における薬剤開発を進める研究の支援**を行う等の工夫をすべきである。
- 今後、より効率的にがん治療法を開発するため、**ゲノム情報等を利活用し、患者の層別化を進める**研究を推進すべきある。
- 罹患率の高いがん種においても希少フラクションが見つかり、患者の細分化が進むと考えられるため、**臓器ごとのアンブレラ型臨床研究**や、**バスケット型臨床試験**のようながん種によらず原因遺伝子に着目した研究も推進すべきである。
- 免疫療法について、より有効と考えられる患者を絞り込み、無用な副作用を回避できるように、**治療の効果予測・効果判定に係るバイオマーカー**の研究を推進すべきである。また、新たな免疫療法の開発として、**多剤との併用療法等による免疫疲弊の除去**やＴ**細胞受容体遺伝子の改変技術等の利用した細胞療法**に関する研究等を推進すべきである。

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 小児がんに関する研究　② 高齢者のがんに関する研究

③ 難治性がんに関する研究　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

横断的事項

（９）各柱にまたがる「横断的事項」について

① シーズ探索　② がんゲノム医療に係る研究　③ 免疫療法に係る研究

④ リキッドバイオプシーに係る研究　⑤ AI等新たな科学技術

⑥ 基盤整備等（データベース、細胞株やサンプルの利用、患者報告アウトカム、患者参画に係る取り組み、がん研究を担う人材の育成）

その他

（10）（１）～（９）にない論点について

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

（４）新たな標準治療を創るための研究 これまでの成果の例

ＡＭＥＤ評価

- 質の高い臨床試験を数多く支援し、成果が着実に蓄積されつつありガイドラインへの掲載も進んでいる。
- 支持・緩和領域における臨床研究の方法論や評価指標の確立を目的とした試験が実施され、研究推進のための基盤整備が進んでいる。

後半５年間での成果の例

- **シスプラチンを含む高度催吐性化学療法による化学療法誘発性悪心・嘔吐の予防に対する標準制吐療法＋オランザピンの有効性と安全性を比較する二重盲検プラセボ対照第3相ランダム化比較試験**（静岡がんセンター　安部　正和）
  抗がん剤の治療による悪心（吐き気）・嘔吐（吐くこと）を抑える新たな制吐療法の有用性を、医師・薬剤師主導の第Ⅲ相ランダム化比較試験：J-FORCE試験（J-SUPPORT 1604）で明らかにした。抗がん剤治療による悪心・嘔吐の新しい制吐療法 標準制吐療法を上回る試験結果となった。
- **MAPKシグナル抑制が誘導するフィードバック機構の不均一性解明と制御に基づくKRAS/BRAF変異腫瘍に対する新規治療開発**（金沢大学　矢野　聖二）
  日本人の肺がんには、EGFRやKRAS、BRAFなどの遺伝子異常がそれぞれ20%、5%、1%程度にみつかり、それぞれの遺伝子異常に対する分子標的薬が効果を発揮する。しかし、一部のがん細胞が抵抗性細胞として生き残り、1年から数年後に耐性のがんとして再発する。本研究でEGFR変異肺がんにおいて行った付随研究で、分子標的薬オシメルチニブにさらされた腫瘍細胞の一部が抵抗し生き残るメカニズムを解明した。そのメカニズムから、オシメルチニブに短期間IGF-1R阻害薬を併用することで腫瘍を消失させ、治療を止めても再発をほぼ完全に防げることが見込まれ、将来、肺がんを根治させる治療につながるものと期待される。
- **乳がん患者の再発不安・恐怖に対するスマートフォン問題解決療法および行動活性化療法の有効性：無作為試験**（名古屋市立大学　明智　龍男）
  スマートフォンで遠隔的に臨床研究に参加できる分散型臨床試験の基盤を患者市民参画で開発し、認知行動療法のアプリを用いて、世界で初めて、乳がん患者の再発に対する恐怖感を軽減することに成功した。

（４）新たな標準治療を創るための研究
構成員・参考人からの事前提出意見一覧①

	現状と課題	今後の研究の方向性
1	臨床試験や疫学研究では10年単位の期間が必要となることも多い。現在は３年単位の研究期間となっているが、研究の特性に応じ中間評価を条件として、より長期の研究期間を認めてはどうか。	AMEDでも申請課題数・評価いずれも高い領域であり研究費についてもより一層の充実が求められる。
2	新規標準治療は従来の標準治療との比較試験で開発されているが、希少がんや頻度の高いがん種の希少フラクションに対する新規標準治療の確立は症例集積の限界から実現性が低くや実現までの時間が掛かる。	１．より少ない症例数で新規治療法（薬）の有効性を検証できる臨床試験方法の開発 ２．早期承認後のリアルワールドデータ集積による有効性・安全性の再検証の仕組み構築 ３．日本が主導する国際共同開発の強化
3	標準治療の開発（第3相臨床試験）については医療経済上の影響が大きいので、すべての研究において試験治療により日本全体でどの程度医療費が増加もしくは減少するか試算し、経済的な評価を行うようにすべきである。	
4	CAR-T細胞療法等における免疫細胞の老化・疲弊に伴う治療効果減弱の克服が難しい。	治療開始前、開始時に良質な細胞を採取・選別・保存するセルフバンキング体制の構築と運用。iPS細胞を活用した再生医療等製品の開発。治療の現場（ホスピタルサイド）で最適な細胞製剤を加工製造、選択、治療できる体制の構築。
5	外科的治療や薬物療法に並ぶ3大治療法であるはずの放射線治療が、日本は諸外国に比べて少ない。患者さんの放射線に対する不安や恐怖心や、専門医の不足により患者さんへ適切な情報提供ができていないことも、日本で放射線治療が広がらない要因にあげられている。	既に海外で臨床使用されている放射線治療技術が国内で使用できないケースもあることなどから、新たな放射線治療技術の研究開発だけでなく、放射線治療に対する国民的理解を醸成する取り組みにも力を入れてはどうか。
6	運動や栄養・食生活等に関して、がんリハビリについては入院治療のみ医療の実装されている。しかし、今日のがん医療の進歩、入院期間の短縮によって退院後の通院治療におけるがんリハビリに課題を残している。	退院後の生活していく上でのリハビリや通院にて薬物療法や放射線療法による副作用に伴う食生活の不便について民間も巻き込んだ横断的な研究を検討すべきである。

（４）新たな標準治療を創るための研究
構成員・参考人からの事前提出意見一覧②

	現状と課題	今後の研究の方向性
7	医療の進歩により「がんになったその後の人生」が長くなっている。これは今後もより顕著となることが予想される。	長期スパンでの患者のQOLを軸に、治療を評価していくような研究が必要ではないか。（特に、小児がん、AYA世代のがん）
8	支持療法及び緩和治療についても引き続き手薄にならないように、研究を進めていただきたい。	中間評価にあるように、支持療法及び緩和治療について、ここ数年で方法論や評価指標が確立されつつあり、研究を推進する基盤の整備が進み、いくつかの研究が開始されつつある。引き続き、標準的な支持療法、緩和治療を開発する研究を進めていくべき。
9	がん予防や生存率と栄養・食生活等のライフスタイルとの関係について、科学的根拠が曖昧なものがある。（特に、日本人の研究、とくに高齢者や乳がん以外のデータが少ないのでは）	多様ながん種、年齢層及び我が国に合ったデータを用い、有効性について、より科学的根拠を確立していくことが必要ではないか。
10	乳がんは特に晩期再発があったり、治療からずいぶんたっても副作用が出てくるなど生存率が伸びたからこその『長期予後』の視点の研究が急務	乳がんに関しては年齢を閉経前（50歳未満）・若年層に限定した研究を進めてはどうか。閉経前、閉経後で治療が異なる場合もあり、その治療も対策も個別化されるべきではないかと考える。
11	運動は再発予防となる、などエビデンスが出てきているが栄養・食事・サプリなどは科学的根拠があいまいなものが多く、長期生存が可能となったがん種の方は特に騙されやすい。	治療の一環として、、どれくらいの強度の運動がベストだ、とか〇〇をどれくらい、〇〇をどれくらいとる、バランスのよい食事がリスクを減らす、などの科学的根拠を熱望する。乳がんであればイソフラボン問題やホルモン作用のアロマオイルに至るまで悩ましいものが多数世の中に存在する。
12	効果はあるけれども簡単に受けられない治療があり、副作用のコントロールなどの理由から医療機関によって受けられなかったりするものがある。	標準治療の中に各種薬があるが、その優劣はまさに個別化。効くのも効かぬのも患者にとってはゼロか１００か。Ki67や腫瘍マーカーがあてになりません、と書かれるのは患者的にはどうすればいいのかと思う。それによって必要のない精密検査や必要のない不安にかられたり、逆に見つからない、という悲劇も呼ぶ。初発・再発問わず、正しいバイオマーカーを患者は望んでいる。再発は早く見つけても生存率は変わりません、といわれ続ける世の中はこの10年で終わりにしてほしい。『あてになるマーカーを研究を』

（４）新たな標準治療を創るための研究
第４期がん対策推進基本計画等における関連した記載

第４期がん対策推進基本計画

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

- 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。

「がん研究10か年戦略」の推進に関する報告書（中間評価）

- がん治療の効果の評価のみならず、QOLに重点をおいた評価も重要であり、**QOLを高く維持できる標準治療**の研究を進めるべきある。また、**治療終了から長い時間が経った後に顕在化するがん治療の副作用**もあり、**長期予後**も視野に入れた研究も推進すべきである。
- 支持療法及び緩和治療について、ここ数年で方法論や評価指標が確立されつつあり、研究を推進する基盤の整備が進み、いくつかの研究が開始されつつある。引き続き、**標準的な支持療法、緩和治療**を開発する研究を進めていくべきである。
- がん終末期にしばしば経験する**悪液質**については、がん患者の QOLの観点から、その対策が求められているが、悪液質の研究に係る評価モデル系が十分確立していないため、同分野の研究を進める上での障害となっている。悪液質の研究を進めるに当たり、**評価モデル系の構築**と**その臨床的有用性の検証**を行うべきである。
- 運動や栄養・食生活等のライフスタイルが、がんの再発予防や生存率等と関連することについて、科学的に明らかにされてきた一方で、科学的根拠が曖昧なものもある。がんの治療の一環として、**身体活動・運動の増加**や**栄養・食生活改善**等が有効であるかどうかについて、引き続き、しっかりと科学的根拠を確立するための研究を推進すべきである。
- 効果としては優れているものの、非常に高額な薬剤や治療法が出現している。より良い治療を普及させつつ、**患者負担の軽減**及び**医療経済**の観点から、**奏功率がより高い治療薬**の開発や、**治療効果の高い患者の同定法**の開発等を含め、**コストダウンに資する研究**を推進すべきである。

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 小児がんに関する研究　② 高齢者のがんに関する研究

③ 難治性がんに関する研究　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

横断的事項

（９）各柱にまたがる「横断的事項」について

① シーズ探索　② がんゲノム医療に係る研究　③ 免疫療法に係る研究

④ リキッドバイオプシーに係る研究　⑤ AI等新たな科学技術

⑥ 基盤整備等（データベース、細胞株やサンプルの利用、患者報告アウトカム、患者参画に係る取り組み、がん研究を担う人材の育成）

その他

（10）（１）～（９）にない論点について

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

（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
これまでの成果の例

ＡＭＥＤ評価

- 中央診断や試料保存システム等の整備が進み、正確な診断のもとに疾患ごとに晩期合併症に配慮した新たな標準治療確立のための臨床試験が実施され成果をあげた。

後半５年間での成果の例

- **小児胎児性固形がんに対する標準的治療法開発**（広島大学　檜山　英三）
  全国多施設共同臨床試験JPLT-２試験に登録され治療された症例の治療開始する前の検体163例を用いて、統合的にゲノム・エピゲノム・プロファイリングを行った。その結果、肝芽腫には性質が異なるいくつかのサブグループが存在し、小児に多く見られる典型的な肝芽腫では、腸管上皮の幹細胞で重要な転写因子であるASCL2の遺伝子発現が亢進していることが明らかとなった。さらに、肝芽腫症例の予後予測に有用である新しいメチル化マーカーDLX6-AS1を見出した。診断や予後予測の重要な指標となることが期待される。
- **分子プロファイリングを基盤とした小児期からAYA世代に発症する難治がんの新規治療法の開発**（京都大学　滝田　順子）
  本研究では、神経芽腫のがん細胞のDNAメチル化解析により、既存の治療の効果が期待しづらい超予後不良群を抽出できる可能性を示した。さらにこの超予後不良群の特徴をRNAシークエンスとの統合解析により調べ、がん細胞に特徴的な栄養の利用様式により生存と増殖を有利にする方法である「がん代謝」の性質に着目することで、これを逆用する新規治療の可能性を細胞実験と動物実験により示した。
- **遺伝子変異に応じたがんシグナルの同定を基盤とした小児脳腫瘍の新規治療法に関する研究開発**（国立精神・神経医療研究センター　川内　大輔）
  小児悪性脳腫瘍である髄芽腫において、転写抑制因子をコードするBCOR遺伝子の変異が、細胞増殖因子であるIGF2の発現亢進を介して悪性化に関わることを発見した。BCOR遺伝子に変異がある他のヒト脳腫瘍や一部の肉腫においてもIGF2の高発現が認められたことから、BCOR遺伝子変異が有用な分子診断バイオマーカーとしてがんプレシジョン医療の発展に繋がることが期待される。また、国際共同研究による世界最大規模（>1000例）の臨床検体を用いて、小児脳腫瘍である上衣腫において新たな融合遺伝子を発見し、その腫瘍原性を明らかにすると共に、新規治療標的となる主要下流因子を同定した。本成果は小児悪性脳腫瘍のWHO分子分類名が変更となる国際的な影響をもたらしており、重要な医学的貢献をも果たしている。

（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
構成員・参考人からの事前提出意見一覧①

	現状と課題	今後の研究の方向性
1	海外よりも小児がんへの開発は大幅に遅延	小児がんへの新規薬剤開発体制の整備
2	高齢者がん、小児がんなどでの治療開発が進みにくい。	レジストリを利用した承認制度の検討、承認を伴わないオフラベルユースを可能とする制度の検討
3	ゲノム解析を生かすことができれば新規の治療開発が進展すると考えます。	
4	小児がんはその希少性から治験のハードルが高いことに加えて、成人がんと比較したときの病態の特殊性のため研究開発が進まず、ドラッグラグ、ロスを招いている。	希少な小児がんに取り組むための拠点整備を進めつつ、アカデミア研究の進展とともに、ドラッグラグ・ロスの解消に向けた制度設計が必要である。具体的には、海外データ及び文献等による日本人症例データを必須としないためのモデル＆シミュレーションの研究が必要である。
5	死因の首位から3位までを占める小児がんながら、その検診が成人に比べて非常に遅れた。神経芽腫の歴史以降、小児脳腫瘍、難治性白血病を含め大きな課題である。	こども家庭庁と協力して、母と児の周産期から新生児・乳児・小児へと連続性のある新たな健診と検診体制の枠組みへ主な死因となるがんとがん素因へ対象を広げていく。小児ではその特性から「がん」のみならず「がん素因（内因と外因）」の解析に対象を拡大する必要がある。
6	難治性造血器・固形腫瘍の患児と家族は治療中の施設移動が困難なため、広域移動を必要とする放射線治療施設にアクセスしにくい。	都市部でない地域の広域連携治療を推進するためにAIやDXを活用し、特殊な治療（移植・遺伝子・放射線など）のための移動を最小化できる環境整備を進める。
7	ハイリスク造血器・固形腫瘍に対する分子標的薬は新規だけでなくrepositioningでも、小児では成人に比較して迅速に使用しにくい環境にある。	安全性に関するデータが海外でも集積されている治療薬を速やかに使用しやすい診療の環境整備を進める。

（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
構成員・参考人からの事前提出意見一覧②

	現状と課題	今後の研究の方向性
8	遺伝子診断の有効性が報告されているけれども、治療薬と結びつく診断法、大人と同じでいいのか。	子ども向けの遺伝子パネル検査の開発の推進とその将来のリスクを測る（特にリフラウメニなどは次々と異なるがんを発症）ものとそのコンパニオン診断は両輪で進めるべき。そして、予測後、治療薬を使うことで発症を防ぐ予防まで研究されたい。
9	小児→成人の間にあるAYA世代に適した治療法が明らかになっていないのでは？	小児がんのあと、二次がんの発生のときにはAYA世代になっていたりする。妊孕性などの問題もかかわる世代がゆえに、それも踏まえた長期的な研究が必要なのではないか。
10	特に希少がん、小児がん、AYA世代のがんでは、海外で開発された薬剤の導入が遅れており、新たなドラッグラグ、ドラッグロスと言われる状況に陥っている。	希少がん、小児がん、AYA世代のがんにおける海外で開発された薬剤の導入を進め、海外との差がゼロになることを目指すべきではないか。また、臨床試験を戦略的に進め、国内発の新規薬剤開発の研究を推進すべき。 海外の事例に倣い、小児・AYA世代における薬剤開発を加速させるため、成人における薬剤開発と同時に、小児・AYA世代における薬剤開発を進める研究の支援を行う等の工夫をすべき。
11	AYA世代に関する項目がない。	第4期がん対策推進基本計画同様、小児・AYA世代、もしくはAYA世代の項目を設け、世代特有の課題について重点的に研究を進めるべきではないか。
12	がん種によっては、小児と成人の狭間である、AYA世代の治療成績の改善が十分ではない。	AYA世代に適した治療法についての研究を進めるべきではないか。
13	ライフステージの変化を伴う世代であるAYA世代において、経済的及び心理社会的な課題に対しての支援が不十分である。	多様なAYA世代の経済済的及び心理社会的な課題に対して、現状の把握だけでなく、実効性が高く、誰一人取り残さない支援について研究し、実装を進めるべきではないか。（生殖機能の温存に資する研究、がん治療と仕事の両立を進める研究も継続しつつ）

（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
第４期がん対策推進基本計画等における関連した記載①

第４期がん対策推進基本計画

２．　患者本位で持続可能ながん医療の提供

（3）小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策

（取り組むべき施策）

- 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、日本の薬事規制等の海外の中小バイオ企業への周知等を通じ、日本での早期開発を促すなど治験の実施（国際共同治験への参加を含む。）を促進する方策を検討するとともに、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。

経済財政運営と改革の基本方針 2023（令和5年6月閣議決定）

第４章 中長期の経済財政運営

２．　持続可能な社会保障制度の構築

（社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進）

- 計画※に基づき、がんの早期発見・早期治療のためのリスクに応じたがん検診の実施や適切な時機でのがん遺伝子パネル検査の実施、小児がん等に係る治療薬へのアクセス改善などのがん対策及び循環器病対策を推進する。

※「がん対策推進基本計画」（令和５年３月28日閣議決定）及び「循環器病対策推進基本計画」（令和５年３月28日閣議決定）。

（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
第４期がん対策推進基本計画等における関連した記載②

「がん研究10か年戦略」の推進に関する報告書（中間評価）

- 小児がんや肉腫等の希少がんで多い未分化がんについては、遺伝子診断の有効性が報告されている。正確かつ迅速な診断を可能とするため、**小児がんや希少がんにおける遺伝子診断**について、早期の実用化に向けた研究を推進すべきである。また、小児がんの治療の最適化のためにも、成人同様に遺伝子診断が有用と考えられる。現在、小児用の遺伝子パネル検査は確立されていないため、コンパニオン診断の確立と並行して、確定診断及び治療の最適化に資する**小児用の遺伝子パネル検査**の開発を推進すべきである。
- 小児がんにおいては診断に苦慮する例も多く、正確な診断のもと質の高い臨床試験を推進するために、**中央病理診断**等を活用した研究を推進すべきである。
- 小児でも成人でも発症するがんの中には、小児と成人で**がんの進行する速度や治療成績が異なる**ものもあるため、この違いに着目し本態解明を進めるべきである。
- 小児と成人で治療法が異なるがんにおいては、**ＡＹＡ世代の患者に適した治療法**が明らかになっていない場合がある。ＡＹＡ世代のがんの治療成績は、他の世代に比べて十分改善しておらず、ＡＹＡ世代に適した治療法の研究を早急に進めるべきである。
- 小児がんにおいては、治療成績の改善が見られる一方で、二次がんの発生や、生殖機能への影響等**治療に伴う晩期合併症**が問題となっている。ゲノム解析等を進め、**二次がんや晩期合併症のリスク因子を同定**していく長期的な研究を進めるとともに、**晩期合併症の軽減や代替対応**を含めた小児がんに最適な治療法の探索を推進すべきである。

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 小児がんに関する研究　② 高齢者のがんに関する研究

③ 難治性がんに関する研究　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

横断的事項

（９）各柱にまたがる「横断的事項」について

① シーズ探索　② がんゲノム医療に係る研究　③ 免疫療法に係る研究

④ リキッドバイオプシーに係る研究　⑤ AI等新たな科学技術

⑥ 基盤整備等（データベース、細胞株やサンプルの利用、患者報告アウトカム、患者参画に係る取り組み、がん研究を担う人材の育成）

その他

（10）（１）～（９）にない論点について

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

（９）各柱にまたがる「横断的事項」について　①シーズ探索
これまでの成果の例

ＡＭＥＤ評価

- 従来の研究アプローチに加え、ゲノム情報やオミクス解析技術を駆使することにより、生体内におけるがんの時間的空間的変化がゲノムやトランスクリプトームレベルで解析できるなどの進展がみられた。今後、更に革新的なシーズ探索のアプローチを発展させることで、斬新な次世代医療の実現につながる。

後半５年間での成果の例

- **マイナーイントロンのスプライシング異常による発癌機構と治療応用に関する研究**
  （神戸医療産業都市推進機構先端医療研究センター　井上 大地）
  全イントロンのわずか0.3%しか存在しない「マイナーイントロン」と呼ばれる配列が遺伝情報の伝達の際に適切に除去（スプライシング）できないことで発がんに至るという新しいメカニズムを初めて解明した。マイナーイントロンのスプライシング異常による発がん機構研究の発展により、スプライシング異常が引き起こす病気の理解や新しい治療標的の開発につながることが期待される。

- **治療抵抗性難治がんにおけるヒストン脱メチル化酵素LSD1の機能性ドメインを標的とした新規抗がん剤の開発**
  （名古屋大学　加藤 真一郎）
  悪性黒色腫における治療耐性化細胞はLSD1依存的に生存・増殖することを解明し、LSD1の「TOWER」ドメインを介する転写因子が、細胞周期が停止した希少なDTPs（エピゲノムレベルの可塑性を利用して抗がん剤治療等の不利な環境に適応する細胞）が治療耐性化する際に必要であることを新たに明らかにしてきた。今後、DTPsによる治療抵抗性を克服された治療法開発に大きく前進することが期待され、正常細胞の機能に影響しない、より副作用が軽減された抗がん剤開発につながる。

- **ロングリード技術を駆使した非小細胞肺癌におけるがんゲノム多様性・進化に関する研究**　（東京大学　鈴木 絢子）
  肺がん細胞のゲノム中に存在する異常をショートリードとロングリードの二つのシークエンス技術を組み合わせた新しい手法で、染色体レベルでのゲノム異常の蓄積を解析しました。その結果、相同染色体のうち、一方の染色体に特異的に変異が蓄積している領域を見いだし、更に、ゲノム変異を有する染色体背景を多階層にわたって明らかにした。今後、個々の患者さんのがん細胞の発生から進展様式までを追うことができるようになり、より個人の病態に焦点を当てた治療法の選択や新しい治療の開発が期待される。

（９）各柱にまたがる「横断的事項」について　①シーズ探索
構成員・参考人からの事前提出意見一覧

	現状と課題	今後の研究の方向性
1	オミクス技術の進展に伴うヒトレベルでの情報の蓄積、構造生物学、情報科学、免疫学などの進展などにより、飛躍的な発展が見込める段階に入りつつあるのではないか？	治療介入の標的となりうる分子、カスケード、細胞を目指すがんの基礎研究と、他分野をリンクした融合型研究の推進が重要と考える。
2	シーズを育成していく段階で適切な知財戦略が行われていないために、実用化に大きな支障をきたすケースが多く、開発の遅れや海外への展開が十分に行えない原因となっている。	国際的に伍することが出来る知財支援を確立し、知財が障壁となって開発が遅れることのない体制を確立する。
3	基礎的な研究成果を発掘、開発、導出する拠点整備、人材育成が不十分である。	アカデミア、ベンチャー企業等の研究者がシーズ育成に特化した支援機関に直接つながるネットワークの構築。有効な出口戦略を立案する薬事、製造、知財、ビジネス面での支援体制の強化。国際的なプロモーションの促進。
4	抗がん薬のシーズ探索は成果の視点から成功率が低くリスクが大きいため、その取り組みは一部の企業と研究者に限定されている。実役開発に繋げるにはシーズ探索の規模を拡大するほか、より効率的かつ精度の高い技術開発が求められる。	（一部再掲） １．候補化合物スクリーニングに新しい技術を導入するほか、非臨床のproof of conceptの段階からアカデミアと企業が連携または合同で行うなどして、早期臨床試験への同種を一層加速する。シーズ探索からfirst-in-humanまで産学が一気通貫で開発できるアカデミアを中心とする組織を作る。 ２．シーズ探索に研究予算を重点化する。

（９）各柱にまたがる「横断的事項」について　①シーズ探索
第４期がん対策推進基本計画等における関連した記載

第４期がん対策推進基本計画

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

- 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。

新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画2023改訂版・成長戦略等のフォローアップ（令和5年6月閣議決定）

Ⅰ．「人への投資・構造的賃上げと三位一体の労働市場改革の指針」関連のフォローアップ

３．「科学技術・イノベーション」関連

（医療・医薬品・医療機器）

- 「がん対策推進基本計画」（令和５年３月 28 日閣議決定）等を踏まえ、重粒子線がん治療装置の小型化・高度化等の先端的な研究を進める。

「がん研究10か年戦略」の推進に関する報告書（中間評価）

- がん治療のシーズ探索については、AMED 次世代がん医療創生事業が中心となり、がんゲノム医療、難治性がん・希少がんの克服、免疫療法の確立等に向け、（中略）シーズ探索の研究を支援してきた。（中略）今後も、有望なシーズを見出し、着実に育て、実用化まで切れ目のない支援をしていくべきである。
- シーズ探索は、新たながん治療法や診断法開発の原点であり、シーズが枯渇すれば、その開発は困難となる。将来的なシーズの枯渇を防ぐためには、がん研究において現在注目されている技術だけに目を向けるのではなく、その他の先端技術にも着目するなど、**研究の裾野を広げて新たなシーズを見出す**ことを、継続的に支援すべきである。

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 小児がんに関する研究　② 高齢者のがんに関する研究

③ 難治性がんに関する研究　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

横断的事項

（９）各柱にまたがる「横断的事項」について

① シーズ探索　**② がんゲノム医療に係る研究**　③ 免疫療法に係る研究

④ リキッドバイオプシーに係る研究　⑤ AI等新たな科学技術

⑥ 基盤整備等（データベース、細胞株やサンプルの利用、患者報告アウトカム、患者参画に係る取り組み、がん研究を担う人材の育成）

その他

（10）（１）～（９）にない論点について

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

（９）各柱にまたがる「横断的事項」について　②がんゲノム医療に係る研究
これまでの成果の例

ＡＭＥＤ評価

- 大規模なゲノム解析データの蓄積により、日本人のがんゲノムの特徴が明らかとなり、国際的にも、がん研究に大きく貢献した。

後半５年間での成果の例

- **大規模シーケンス解析に基づく、造血器腫瘍のゲノム、エピゲノムにおける、空間的・時間的多様性の研究**（京都大学　小川　誠司）
  従来、発症の遺伝的背景が不明であったクローン性造血で遺伝子変異とコピー数異常が高頻度に共存すること、両者が共存すると血液腫瘍・心血管疾患のリスクが有意に上昇すること、などを世界に先駆けて解明した。この成果は、血液がんの起源を理解するための手がかりを与えるのみならず、クローン性造血に基づく臨床予後予測の実現や治療法開発への発展が期待される。
- **早期がん及びリスク依存がんの統合解析による肺発がん多様性の理解と重点化治療戦略の策定**（国立研究開発法人国立がん研究センター　河野　隆志）
  間質性肺炎合併肺腺がんの予後は不良であるため、その治療や予後予測を可能とするバイオマーカーの解明が急務である。本研究では、世界に先駆けて間質性肺炎に合併した肺腺がん（間質性肺炎合併肺腺がん）の遺伝子変異の特徴を明らかにした。肺の形成や働きにかかわる遺伝子群の機能を失わせるような変異が間質性肺炎合併肺腺がんで高頻度に見られることを明らかにした。間質性肺炎合併肺腺がんの病態解明と新規治療法開発への応用が期待される。
- **統合的ゲノム解析による消化器神経内分泌がんの本態解明**（大阪大学　谷内田　真一）
  超難治がんである消化器の神経内分泌がん（NEC：Neuroendocrine carcinoma）の発症メカニズムを、全ゲノム解析などの網羅的な解析により徹底解明を行い、これまで同一疾患と考えられていた神経内分泌腫瘍（NET：Neuroendocrine tumor）とは、発症メカニズムが異なることから別疾患であることを実証した。膵臓由来NECと胃や大腸などの非膵臓消化器由来のNECとは病理組織像は類似しているが、ゲノム異常は類似している点と異なる点があることを明らかにした。また膵臓由来のNECは「Ductal-type」と「Acinar-type」に分類できることを発見した。NECの発症・進展のメカニズムが、全ゲノムレベルで明らかになった一方で、既存の分子標的薬等の薬剤ターゲットとなる遺伝子異常が少なく、現状では難敵な癌であることも分かったが、複雑で多様な病態を丁寧に解析したことで、新たなアプローチからの新規創薬が推進されることが期待される。

（９）各柱にまたがる「横断的事項」について　②がんゲノム医療に係る研究
構成員・参考人からの事前提出意見一覧①

	現状と課題	今後の研究の方向性
1	重要な分野として定着しつつあるように見える。	ゲノムデータの蓄積、共有と治療介入データなどとの統合が重要になると考える
2	全ゲノム解析を研究から実装に向けてのロードマップの作成が必要	全ゲノム解析実装を評価する大規模臨床研究（できれば今後5年以内で）
3	がんゲノム解析をもっと早期に導入して、治療の最適化に努める必要があります。特にステージの高いがんや難治がんでは全例のゲノム解析と臨床情報の経時的な集積が重要です。	
4	全ゲノム解析のがん医療への導入のための研究（AMED革新がん等）が進捗しているが、解析費用が大きいこと、質の高い臨床情報を付与した臨床検体が少ないこと、患者還元にあたって遺伝性疾患の情報開示など課題がある。	（一部再掲） １．ゲノム解析技術の開発 ２．臨床試験の患者検体を用いたＴＲ研究としての全ゲノム解析の促進 ３．循環腫瘍DNAのような血中の微量の分子を検出できる技術による新たながん検診の開発 ４．全ゲノム解析によるがんを含む種々の疾患の発見・発症リスク評価による新たな検診の開発（単一遺伝性疾患と多遺伝性疾患の両面で） ５．発がんの遺伝因子と環境因子（生活習慣、喫煙や飲酒含む）を中長期的に研究して、新たながん１次・2次予防の在り方を検討する。
5	がんゲノム医療に係る研究について、「複数の遺伝子パネル検査が製造販売承認されるなど、がんゲノム医療の提供体制が段階的に整備」とあり、2019年5月に「がん遺伝子パネル検査」が保険収載された。しかし、1996年の生命保険会社9社の遺伝子研究会の見解において「遺伝子検査が通常(の医療行為として)行われるようになったら、(加入者の)危険測定の資料を得る目的から、遺伝子検査の結果を採用できる。」とする報告書をまとめている事実がある。	がんの本態解明において遺伝子研究は不可欠との認識の上で、民間保険サービスとの関係、患者となることで生じる可能性のある不利益に配慮した研究のあり方を検討すべきである。

（９）各柱にまたがる「横断的事項」について　②がんゲノム医療に係る研究
構成員・参考人からの事前提出意見一覧②

	現状と課題	今後の研究の方向性
6	ゲノムやその他オミックスのデータ取得の充実、高度化が進むが、画期的な治療の創薬研究につなげるには不十分である。	企業利用も可能な臨床サンプルのオミックスデータの充実化とデータベース化（治療前・治療後等経時的なサンプリングの充実、シングルセルレベルなど解析手法の高度化）が必要である。
7	遺伝子検査のエキスパートパネル（EP)を実施するにあたり、がんゲノム医療の均てん化という観点において、がんゲノム医療中核拠点病院以外の病院にかかる患者さんのゲノム医療へのアクセスの課題とともに、EPが開催される施設以外の治療推奨に関しては、治験情報等の有無によるばらつきに課題がある。	全国の医療機関からAI・デジタル・リモート診療等の新規技術を活用した情報へのアクセスの高度化を進める研究が必要である。
8	固形癌に幅広く効果がある、あるいは従来よりずっと高い治療成績を出せる免疫療法や細胞治療などを期待して様々なモダリティによるアプローチが進んでいるが、非臨床から臨床試験へのバリデーションとなる適切な動物モデルが存在しないなどの課題がある。	細胞治療、がんワクチン等の新規モダリティの高度化、既存免疫療法アプローチと強力な併用効果がある新規アプローチの研究の推進とともに、がんの種差に関する研究等のトランスレーショナル研究が重要である。アカデミアによる新たな知見をもとに、社会実装に向けた効率的な動物モデルやシミュレーションに関する研究が必要である。
9	第4期基本計画の「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」の項目には、取り組むべき施策として「国は、「全ゲノム解析等実行計画2022」を着実に進め、ゲノム情報等により、患者等に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。」と記載されている。また、中間報告でも「遺伝子パネル検査の実装により、遺伝性腫瘍に係る遺伝子異常が確認された患者等が増えることが予想されることから、遺伝カウンセリングを含め、精神心理的サポートに関する研究を進めるべきである。」と言及されている。	良質かつ適切なゲノム医療を国民が安心して受けられるようにするための社会的方策及び環境整備に関する研究を新たに加えてはどうか。ゲノム社会を迎えた今、差別の防止等、究極の個人情報であるゲノム情報の取り扱いについて、法整備を含めた社会的方策に関する研究が必要と考える。

（９）各柱にまたがる「横断的事項」について　②がんゲノム医療に係る研究
構成員・参考人からの事前提出意見一覧③

	現状と課題	今後の研究の方向性
10	遺伝子パネル結果で治療薬が見つかる患者の割合が２０％くらい、という結果。未承認薬や適応外薬という患者にとってすがりたい患者にとって悲劇的。	現状、標準治療を終えた人しかパネルに入れないがこれを拡大するための研究。治験・先進医療の推進、新規薬剤の開発促進がすべて必要。全ゲノム検査への道筋をつけて、安価な調査法の研究も必要では。そうすることで無駄な治療もまた、順序を変えた方が効果的な治療など新しい視点が出てくるのではないか。個人情報保護の観点はあるけれどもその情報を共有することで治療薬のマッチングも可能なのではないか。AIの活用が求められる。

（９）各柱にまたがる「横断的事項」について　②がんゲノム医療に係る研究
第４期がん対策推進基本計画等における関連した記載①

第４期がん対策推進基本計画

４．これらを支える基盤の整備

（１）全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進

- ＡＭＥＤ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、ゲノム情報等により、患者等に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。

経済財政運営と改革の基本方針 2023（令和５年６月閣議決定）

第４章 中長期の経済財政運営

２．　持続可能な社会保障制度の構築

（社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進）

- 計画※に基づき、がんの早期発見・早期治療のためのリスクに応じたがん検診の実施や適切な時機でのがん遺伝子パネル検査の実施、小児がん等に係る治療薬へのアクセス改善などのがん対策及び循環器病対策を推進する。
  ※「がん対策推進基本計画」（令和５年３月28日閣議決定）及び「循環器病対策推進基本計画」（令和５年３月28日閣議決定）。
- 創薬力強化に向けて、革新的な医薬品、医療機器、再生医療等製品の開発強化、研究開発型のビジネスモデルへの転換促進等を行うため、保険収載時を始めとするイノベーションの適切な評価などの更なる薬価上の措置、全ゲノム解析等に係る計画の推進を通じた情報基盤の整備や患者への還元等の解析結果の利活用に係る体制整備、大学発を含むスタートアップへの伴走支援、臨床開発・薬事規制調和に向けたアジア拠点の強化、国際共同治験に参加するための日本人データの要否の整理、小児用・希少疾病用等の未承認薬の解消に向けた薬事上の措置と承認審査体制の強化等を推進する。

（９）各柱にまたがる「横断的事項」について　②がんゲノム医療に係る研究
第４期がん対策推進基本計画等における関連した記載②

新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画２０２３改訂版（令和５年６月閣議決定）

Ⅳ．ＧＸ・ＤＸ等への投資
６．官民連携による科学技術・イノベーションの推進
（２）健康・医療
②ゲノム創薬をはじめとする次世代創薬の推進

- がん・難病の全ゲノム解析（DNAが持つ全ての遺伝情報の解析）について、引き続き、10万ゲノム規模に向けて解析し、その結果の患者への還元と情報基盤の整備を着実に進めるとともに、事業実施組織について、2025年度の発足に向け、本年度内を目途に法人形態を決定する。
- この事業実施組織や、ゲノムのバイオバンクが中心となって、医学・薬学にとどまらず、バイオ、数理科学等の異分野まで含めた、関係する医療機関、研究機関、スタートアップ等の企業と連携し、全ゲノム解析やマルチオミックス解析（特定の症例に対し、DNA解析、RNA解析、タンパク質解析等の複数の手法で統合的・網羅的に解析する方法）の結果や臨床情報等を利活用し、創薬の成功率の向上を図る。

統合イノベーション戦略 ２０２３（令和５年６月閣議決定）

２．科学技術・イノベーション政策の３つの基軸
（１）先端科学技術の戦略的な推進
① 重要技術の国家戦略の推進と国家的重要課題への対応
（重要分野の戦略的対応の強化）
健康・医療

- 「全ゲノム解析等実行計画2022」（2022年９月策定）を着実に推進し、質の高い医療を届けるため、がんや難病患者から得られる全ゲノムデータ等を搭載した質の高い情報基盤を構築し、民間企業やアカデミア等へその利活用を促すことにより、新規治療法等の開発を目指す。解析結果等の速やかな日常診療への導入や新たな個別化医療の実現も推進し、こうした取組の運用を担う事業実施組織の設置に向けた検討を進める。

（９）各柱にまたがる「横断的事項」について　②がんゲノム医療に係る研究
第４期がん対策推進基本計画等における関連した記載③

「がん研究10か年戦略」の推進に関する報告書（中間評価）

- 遺伝子パネル検査の結果、治療薬の候補が見つかる患者の割合は、10-20%とされており、それらの薬剤の多くは、未承認薬あるいは適応外薬である。そのため、がんゲノム医療を推進するためには、①**未承認薬や適応外薬の治験や先進医療を推進**すること、②**同定された遺伝子変異に対応する新規薬剤の開発**を推進すること、の両方が必要がある。
- また、がんゲノム医療においては、全国のがんゲノム医療中核拠点病院等より、パネル検査を受けた患者の同意を得て、臨床情報やゲノム情報等をがんゲノム情報管理センター（C-CAT）に集約する体制整備が、基本計画に基づき進められている。集約された情報を利活用し、**効率的に新たな診断法や薬剤の研究開発**を進め、さらには、臓器横断的な研究も推進すべきである。
- しかしながら、遺伝子パネル検査では、標的とする限られた遺伝子変異の検出を目的とするため、染色体の不安定性等を検出することができず、がんの全体像を把握することは難しい。そこで、がんの本態解明を進め、新たな診断技術・治療法を開発するためには、**全ゲノムシークエンス検査**等の新たな手法が有効である可能性がある。我が国においても、臨床的意義、検査費用や社会環境等を勘案しながら、臨床試験や先進医療を見据え、特に、**現状では診断が難しく、かつ治療法が確立していない希少がん及び小児がん**や、**現行の治療では効果が乏しい難治性がん**等を中心に、全ゲノムシークエンス検査等の研究を推進すべきである。また、我が国で得られた全ゲノムシークエンス検査等のデータについて、個人情報等への十分な配慮がなされる体制のもと、**臨床情報と併せたデータベースを構築**するなど、データシェアリングが可能となるよう整備を進め、創薬につなげていくべきである。
- これらゲノムに係るデータは、膨大なデータ量となることも踏まえ、AI の活用も進めていくべきである。
- ゲノム検査は、がんの診断・治療分野において、特に、研究開発が進んできたが、**予防や支持療法、緩和治療分野**の研究開発の推進も重要であると指摘されている。
- また、遺伝子パネル検査の実装により、遺伝性腫瘍に係る遺伝子異常が確認された患者等が増えることが予想されることから、遺伝カウンセリングを含め、**精神心理的サポート**に関する研究を進めるべきである。
- さらに、ゲノム医療を推進するためには、バイオインフォマティシャン（生命情報科学の専門家）等、ゲノム情報等の膨大なデータを扱う人材が不足している現状を踏まえ、AI 等の技術開発を推進する一方で、適切な人材育成を進める必要がある。

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 小児がんに関する研究　② 高齢者のがんに関する研究

③ 難治性がんに関する研究　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

横断的事項

（９）各柱にまたがる「横断的事項」について

① シーズ探索　② がんゲノム医療に係る研究　③ 免疫療法に係る研究

④ リキッドバイオプシーに係る研究　**⑤ AI等新たな科学技術**

⑥ 基盤整備等（データベース、細胞株やサンプルの利用、患者報告アウトカム、患者参画に係る取り組み、がん研究を担う人材の育成）

その他

（10）（１）～（９）にない論点について

（９）各柱にまたがる「横断的事項」について　⑤ AI等新たな科学技術
これまでの成果の例

ＡＭＥＤ評価

- 近年、AIやウェアラブル機器等の科学技術が急速に発達し、様々な分野で実用化が進められているところ、臨床情報や病理画像情報等のAIを用いた超音波診断や内視鏡検査等の画像診断の支援に関する研究開発が増えており、一部、製造販売承認を得るなど成果も出てきている。

後半５年間での成果の例

- **がん病理組織情報の構造化によるがん精密医療の均てん化**（東京大学　石川　俊平）
  近年画像認識の分野で優れた性能を発揮している深層学習技術を用いて、病理組織画像の特徴を捉える数値化技術の開発を行った。がんは、単一の細胞を起源に持ち、同じ性質を持つ細胞が増殖する疾患であるため、がんの病理組織画像は明確な「かたち」を持つ犬や猫などの一般的な画像とは異なり、模様（テクスチャ）のようなものと考えられる。そこで、絵画の画像から描かれている「対象物」と「画風」とを分離するのに用いられる「バイリニア畳み込みニューラルネットワーク」という特殊な深層ニューラルネットワークを用いて病理組織画像をディープテクスチャと呼ばれる1024次元の数値ベクトルに変換したところ、がんの組織学的特徴が極めてよく表現されることを見いだした。使用するニューラルネットワークの構造やパラメータによってその性能が異なるため、数値と病理医の評価を比較して検証を行った結果、病理組織像の評価に最適なネットワークと層の組み合わせを見出した。
- **生体多光子励起イメージング技術を利用した新規低侵襲・高解像度がん診断装置の開発**（大阪大学　石井　優）
  生体イメージング技術の応用により、ヒトの組織を体から切り取ったり染色したりせずに、生きたままのヒト組織が3次元で可視化できる観察技術を開発した。また、観察技術と、人工知能（AI）による画像解析を併用することで、従来の診断法よりも「傷つけずに」「迅速」「定量的」な子宮頸がんの診断が実現可能になった。子宮頸がんを含む様々ながんを「切り取らずに」「その場で」診断できる医療機器の開発、発展途上国など病理医を含む医療専門職が少ない地域へ向けて、IoTを介したがん組織診断の提供による貢献に期待される。
- **深層学習アルゴリズムを活用した大腸内視鏡用診断支援プログラムの実用化研究**（東京慈恵会医科大学　炭山　和毅）
  大腸内視鏡画像情報からAIを用いて大腸ポリープ候補の検出を支援するソフトウェアをプログラム医療機器として薬事承認を取得した。

（９）各柱にまたがる「横断的事項」について　⑤ AI等新たな科学技術
構成員・参考人からの事前提出意見一覧①

	現状と課題	今後の研究の方向性
1	日本医師会は前期（2020~2021年度）の生命倫理懇談会において、医療AIの発展に伴う諸問題を具体的に挙げて問題提起しています。中でも個々のAI医療機器における診断の感度や特異性を明示した上で、臨床研究でその妥当性を検証すること、AI医療機器を使用しなかった場合や、AIの示唆に従わなかった場合の責任についても議論を行った上で指針策定などが必要であることが特に重要であると考えています。さらに、医療AIに係る人材育成などもまた喫緊の課題と受け止めています。	今後10年という長いスパンを考えたときに、ますますAI技術の進歩と医療分野における応用、特にAI診断などが医療現場に実装されていくことが予想される。
2	多階層かつ時系列的なデータを収集して行くことの重要性は高まっており、それらのデータ統合に向けて計算技術の重要性はかつてなく高まってきている。	従来の医療統計を大きく拡充して行く必要がある。そのためには、データを集め蓄積していく必要があるほか、データを集めるための規律などを調整して行く必要がある。また、計算科学と医学の両方を知る人材の育成が重要となる
3	がん患者のニーズが多様化する中、情報提供や相談支援にかかる拠点病院等の負担が増大している。ChatGPT等のAIが登場したが、医療情報の提供や相談支援に資する技術かどうかは明らかではない。	情報提供に供するがん情報データベースの構築や拠点病院等での相談支援等、情報提供・相談支援に資する患者支援AIの開発、AIの適切な使用に関する指針作成が必要ではないか。
4	もはや、AIなどの技術開発競争は厳しいので、開発された様々なAI技術をどのように臨床に取り入れるのかを考えた方がいいレベルです。	
5	画像や臨床情報の解析に生成系AIが用いられるなど、一段のAI活用の加速化が予想される。	生成系AIの活用はこれまでの創薬を一段と加速させるものであり、生成系AI等を用いた新しい治療アプローチを見出す研究を進めるとともに、データの安全性を担保するための倫理的な研究が必要である。

（９）各柱にまたがる「横断的事項」について　⑤ AI等新たな科学技術
構成員・参考人からの事前提出意見一覧②

	現状と課題	今後の研究の方向性
6	現在のAIは2012年ころからのDL技術による第3次AIブームを起源とし、まだ10年程度の状況。しかしながら、AIの社会実装においては多くの検討課題があり、AIの社会実装は進んでいない。 がん研究においてもAIへの期待は大きく、今後のAIの発展も含め、より早く、社会実装に取り組む仕組みづくりが求められる。	AIの開発のハードルはさがり、技術的な発展も進む。 がん医療の分野で、AIのレベルにあわせた予見性の高い薬事承認や臨床利用のガイドラインを策定し、日本における研究開発を促進する制度設計を研究すべき。
7	AIを用いた診断法は、放射線画像や病理組織診断に有用であるが、その実用化が遅れている。また、全ゲノムや種々の臨床情報を含めたビッグデータの中からAIによる新たな医療ニーズの開拓は今後大いに発展が期待される。	１．AI病理診断、AI放射腺診断の加速 ２．がんゲノム医療へのAI技術導入の加速 ３．臨床情報とマルチオミクス情報を統合解析するためのAI解析技術の開発
8	AI・データサイエンティストなど、これまで医療分野にいなかった人が必要になってきている。	AI等の技術開発の推進と医療従事者以外のがん領域への進出の促進が必要。病理画像診断の含めた基盤の整備が喫緊の課題。

（９）各柱にまたがる「横断的事項」について　⑤ AI等新たな科学技術
第４期がん対策推進基本計画等における関連した記載①

第４期がん対策推進基本計画

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

- 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。

（６）デジタル化の推進

- 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、ＳＮＳ等を活用したがん検診の受診勧奨や、安心かつ安全なオンライン診療の提供、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）の活用等の治験のオンライン化、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。

経済財政運営と改革の基本方針 2023（令和5年6月閣議決定）

第４章 中長期の経済財政運営

２．　持続可能な社会保障制度の構築

（社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進）

- 創薬力強化に向けて、革新的な医薬品、医療機器、再生医療等製品の開発強化、研究開発型のビジネスモデルへの転換促進等を行うため、保険収載時を始めとするイノベーションの適切な評価などの更なる薬価上の措置、全ゲノム解析等に係る計画の推進を通じた情報基盤の整備や患者への還元等の解析結果の利活用に係る体制整備、大学発を含むスタートアップへの伴走支援、臨床開発・薬事規制調和に向けたアジア拠点の強化、国際共同治験に参加するための日本人データの要否の整理、小児用・希少疾病用等の未承認薬の解消に向けた薬事上の措置と承認審査体制の強化等を推進する。

（９）各柱にまたがる「横断的事項」について　⑤ AI等新たな科学技術
第４期がん対策推進基本計画等における関連した記載②

統合イノベーション戦略 2023（令和5年6月閣議決定）

２．科学技術・イノベーション政策の３つの基軸
（１）先端科学技術の戦略的な推進
① 重要技術の国家戦略の推進と国家的重要課題への対応
（重要分野の戦略的対応の強化）
健康・医療

- 「全ゲノム解析等実行計画2022」（2022年９月策定）を着実に推進し、質の高い医療を届けるため、がんや難病患者から得られる全ゲノムデータ等を搭載した質の高い情報基盤を構築し、民間企業やアカデミア等へその利活用を促すことにより、新規治療法等の開発を目指す。解析結果等の速やかな日常診療への導入や新たな個別化医療の実現も推進し、こうした取組の運用を担う事業実施組織の設置に向けた検討を進める。

「がん研究10か年戦略」の推進に関する報告書（中間評価）

- 近年、AI やウェアラブル機器等の科学技術が急速に発達し、様々な分野で実用化が進められている。がん領域では、AI については、リアルワールドデータやオミックス解析等における膨大なデータの解析への利用、放射線検査や病理検査、内視鏡検査等の画像診断の支援への利用等が想定される。AI を利用したデータ解析については、AI が解析しやすいようにデータを収集する必要があることから、国際的な動向も踏まえ、**臨床情報や病理画像情報等 AI の基盤の情報を標準化**し、適切にデータ収集を進める必要がある。ウェアラブル機器については、がん予防における行動変容への利用や、医療従事者による評価ではなく、患者の主観による評価である患者報告アウトカム（Patient Reported Outcome、以下「PRO」という。）における情報収集への利用等が想定される。つまり「**研究開発を効率的に進めるための技術**」と「**国民生活や臨床現場で利用する技術**」とが想定され、前者は基盤整備の観点から重要であり、後者はがん予防、がんとの共生の観点、医療従事者の負担軽減の観点から重要である。AI やウェアラブル機器等を組み合わせた手術や手技のナビゲーションシステムを開発することで、より安全で、より低侵襲な手術や手技が可能となることが期待される。
- 科学技術については、戦略の後半期間においても、大きく進歩することが予想される。これらの技術を柔軟に取り入れつつ、がん研究を推進すべきである。

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 小児がんに関する研究　② 高齢者のがんに関する研究

③ 難治性がんに関する研究　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

横断的事項

（９）各柱にまたがる「横断的事項」について

① シーズ探索　② がんゲノム医療に係る研究　③ 免疫療法に係る研究

④ リキッドバイオプシーに係る研究　⑤ AI等新たな科学技術

⑥ 基盤整備等（データベース、細胞株やサンプルの利用、患者報告アウトカム、患者参画に係る取り組み、がん研究を担う人材の育成）

その他

（10）（１）～（９）にない論点について

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

（10）（１）～（９）にない論点について
構成員・参考人からの事前提出意見一覧①

	現状と課題	今後の研究の方向性
1	がん研究が個別医療に向けて遺伝子やバイオマーカーに着目した研究が進められているが、その医療への実装に伴い、個別化ゆえに現行の保険制度では対応が難しくなる。現行ではより多くの患者さんへの適応が検討され、適応範囲が拡大することで価格が下がる設計で、広く国民は保険料を負担して支え合っている。	個別化医療を推進する上で現行の保険制度について他疾患や他領域、さらには広く市民を交えた横断的な研究を検討すべきである。
2	がん対策推進基本計画が６年後毎であることから、策定期間を合わせてはどうか。（例えば、策定期間を12年とし、６年で中間評価を実施するなど）	
3	日本独自の信頼性基準という薬事制度が、グローバル開発における治験開始・承認申請といった薬事手続き上の障壁の一つとなっており、日本への対応だけのために非臨床研究として追加的対応が求められる。	薬事申請における日米欧共通の非臨床研究に対する基準の統一が必要である。
4	がんの死亡率、生存率、予防、検診、就労や経済的背景の治療への影響等、がん医療、予防、共生の分野に至るまで、社会的・経済的格差が大きく影響している。第4期がん対策推進基本計画の全体目標にも「誰一人取り残さない」というSDGｓの視点が加えられている。	がん対策における健康格差の視点と、それに基づく適切な支援に関する研究を新たに加えてはどうか。日本の健康格差の実態と背景要因を明らかにし、格差を是正するための政策を立案する。第4期計画の全体目標は「誰一人取り残さない」である。その実現のためには、がん対策における地域や経済状況の違いや障害の有無等による格差を明らかにし、患者の社会的背景に基づく適切な支援についてより深堀して研究を進める必要があると考える。
5	多数の医薬品において供給に支障が発生している。	医薬品の安定供給についての対策の検討・推進が必要。課題を明らかにし、状況の可視化と、供給不安の予防、並びに供給不安時の対応について、喫緊かつ、中期的にも対策に取り組むべきではないか。

（10）（１）～（９）にない論点について
構成員・参考人からの事前提出意見一覧②

	現状と課題	今後の研究の方向性
6		生存率だけに頼らない『副作用の少ない』治療の物差しとその開発
7		退院したあとの終末期医療の後追い研究。望む場所で望む環境で過ごせたのか？治療がなくなり、緩和ケア・在宅・すべてをひとりで整えなくてはならない人がこれから多く出てくる。そのためにも不幸になる人を減らすためにきちんと援助、サポートにつながれているのか？を拠点病院ではなく、地方での目線で現状を確かめる研究を。
8		ライフステージに応じた『標準治療』の研究
9		クラウドファンディングしないと実際に役にたつかもしれない治験研究ができない現状の打破。

資料１７

令和 5 年度 第 1 回沖縄県がん診療連携協議会 医療部会議事要旨

開催日時：令和 5 年 4 月 26 日(水)　16:00～16:40
場　　所：Zoom を利用した Web 会議
出　　席：7 名
照屋淳(北部地区医師会病院)、増田昌人(琉球大学病院)、外間早紀子(沖縄県保健医療部健康長寿課)、伊江将史(県立中部病院)、川満博昭(県立宮古病院)、野村寛徳(琉球大学病院)、與那覇博康（県立八重山病院）
欠　　席：3 名
宮里浩(那覇市立病院)、有賀拓郎(琉球大学病院)、安次嶺宏哉(沖縄協同病院)
陪　　席：1 名
並里亜衣(琉球大学病院がんセンター事務)

【報告事項】
１．令和 4 年度 第 3 回医療部会議事要旨について
野村部会長より、資料 1 に基づき令和 4 年度第 3 回医療部会の議事要旨について説明があった。議事要旨の内容について意見等があれば、がんセンターまで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．今年度の委員について
野村部会長より資料 2 に基づき、今年度の部会委員についての説明があった。推薦したい方がいれば、がんセンターまで連絡するよう説明があった。

２．病院事業局からの委員の参加について
増田委員より、病院事業局より離島・へき地部会、医療部会へ参加してもらってはどうかとの提案があった。

３．今年度の部会長・副部会長の選定について
本年度の部会長・副部会長は現状維持で昨年度同様、部会長野村委員、副部会長に宮里委員、有賀委員に決定した。

３．第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会案）について

増田委員より、第４次沖縄県がん対策推進計画の協議会案作成について、ベンチマーク部会でたたき台を作成しているとの説明があった。

また、BCP の作成に関するワーキングを作成する予定であるとの説明があった。

５月半ばまでにはがん対策推進計画(協議会案)のたたき台をメールにて、委員へ送付し、意見を伺いたいとの説明があった。

４．ロジックモデルを用いての今年度の事業計画について

増田委員より、次回の部会にて事業計画を作成するとの説明があった。

５．指定要件を踏まえた人材の確保について

野村部会長より資料５に基づき、指定要件を踏まえた人材の確保について説明があった。

６．次回の開催日程について

増田委員より、第４次沖縄県がん対策推進計画(協議会案)の意見を伺いたいとのことで、次回の開催は５月に開催されることとなり、日程調整については事務局からお知らせするとの説明があった。

８．その他

特になし。

資料１８

令和５年度　第１回緩和ケア・在宅医療部会 議事要旨

日　時：令和５年５月19日(金)　16：05　～17：00
場　所：琉球大学病院がんセンター(ZOOM会議)

※前回､2023年３月22日(水)開催時に当院のインターネット接続の不具合により中断したため、協議事項を中心に再度開催

出席者10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)、朝川恵利（宮古病院）名嘉眞久美（がん患者会連合会)、増田昌人（琉大病院）
欠席者３名：三浦耕子（県立中部病院)、酒井達也（八重山病院)、小波津真紀子（沖縄県健康長寿課）
陪席者２名：安座間由美子(中部病院)、玉城由奈(琉大病院)

協議事項

1. 令和５年度　緩和ケア・在宅医療部会　委員の選任について

笹良委員より、資料１に基づき、次年度の医療部会長・副部会長・委員の選任について、交代が数年ないため、方向性やご意見、ご推薦を頂いて決めていきたいと議題提起があった。

足立委員より、部会長はがん診療連携協議会で報告等を行うため、質問があったときに回答ができる、緩和ケアや在宅医療に精通している方がよいのはとあった。

中島委員より、がん診療に絡む方が部会長をやってもらい、緩和ケア・在宅医療部会で行ったことをがん診療連携協議会でやり取りをしていくが自然の流れだと思う。緩和ケア・在宅医療部会はがん診療連携協議会との位置関係によって、二つのやり方があるのでないかと思っている。

① がん診療連携協議会へ参加して、やり取りするとなると足立委員が言われた方を選任する。
② 増田委員が協議会のマネジメントをしているので、そこに持ち上げてもらう、というようにするのであれば、若い世代にどんどん回していくのもよいと思う。若い世代の人が部会長で、部会長だった経験のある方がサポート役で副部会長をやって次世代を育てていく。

この二つのうち、どちらかの方向性を定めたうえで人選を行った方が進めていきやすいのではないかとあった。

2. 令和５年度　緩和ケア・在宅医療部会、部会長・副部会長の選任について

協議事項１の理由に基づき、今年度までは現在の部会長(笹良委員)・副部会長(野里委員、屋良委員)が継続し、次年度に向けてメンバーの入れ替え等を検討していくこととなった。

3. 第４次沖縄県がん対策推進計画(協議会案)について

増田委員より、資料２に基づき報告があった。現在、第４期の国の計画が４月１日より動いており、それを受けて47都道府県では今年度中に各県のがん計画を作成し、来年度から走らせることとなっている。協議会としては、11年前、６年前と同様に第４次お沖縄がん計画の

ように先んじて協議会の案を提示して県の方にいろいろ取り入れてほしいという提案をしようという事が昨年、決議され今年に至った。本来ならば 10 月～11 月くらいから議論を始めるとのことでしたが、4 月に部長のところへ面談をし、話し合いを行った結果、県では今年はいつもより 5～6 か月前倒しで進めることが決まった。本来であれば、ゆっくりと議論したうえで協議会案をまとめたがったが、今月(5 月)中には原案を作成し、少し修正のうえ 6 月末までには沖縄県へ提出をしないと、私たちの意見は取り入れられない事となると説明があった。

4. ロジックモデルを用いての今年度の事業計画について

増田委員より、当日資料に基づき、説明があった。時間がないため、具体的なことや経過は省きます。今回初めて国の方がロジックモデルを作成し提示しており 4 月 28 日に改訂版を出している。それに準じて作成したが、もう少し具体化した個別政策がいいのかな、と他の部会からも出ている。個別政策の緩和・在宅の部分を県の政策として組み込んでもらえるような提案を、緩和ケア・医療部会の皆さんからご意見を頂戴してまとめたいと思うと依頼があった。

中島委員より、①すべての医療とはどの範囲なのか、②育成については何年の予定なのかと質問があった。

増田委員より、①がんをメインに診ている施設、②6 年計画のなで、今からなら 6 年半後となる、と回答があった。

中島委員より、あくまで第 4 期の基本計画の中で達成ということですね。現実的に沖縄の状況をみているとサイコオンコロジーの認定医(専門医)ってなかなか人が出てこないだろうなと。薬剤師に関しても緩和の認定薬剤師を取るのもこれから現実的に相当厳しい上に、今度新たに緩和ケアの専門薬剤師ができますよね。薬学会の方に聞いたが、これもかなりハードルが高いので、すべての医療機関に付けるというのは難しい。達成が厳しいのを書くのはどうかと思うが、書かない訳にもいかないかな、というところでジレンマがある、とあった。

増田委員より、必要とは思いますが、どこまで書き込むか。例えばやり方として、拠点病院等となると診療病院が入り、診療病院は結構キツイと思うので、拠点病院 3 施設にする。あとは、県全体として専門医を 10 人要請するなど、そのようなやり方もよいと思う。(医者の場合)

中島委員より、二つの言ったことの距離がどうしても極端という中で、どういったふうにやろうかなとなった時、そういった病院の過半数にこういった人材を用意し、そうでない施設は、そういう施設と連携できるようにする、といったような形が実際の運用ですよね。長い文書を書くのもどうかと思うが、非常に到達可能性の少ないものを書くのも違和感がある。看護は看護協会が頑張ってこの 2 年くらいでかなり認定看護師を増やしているので、充足に関しては結構いい感じだと思う。医者も緩和医療学会の認定医というくくりで行えばそんなに難しくはないかなと。でも、薬剤師については、その辺の配慮が必要になるのではないかと感じたと、あった。

増田委員より、ベンチマーク部会は総合的にみているため、個別のことは全然分からないので、これくらいだといけそうだという具体的なことを書いてもらえるとありがたいとあった。

中島委員より、痛みのモニタリングが本当に毎日必要なのかと質問があった。

増田委員より、この内容も 6 年前の話しなので、ここで新たに作成してもらいたいと回答があった。

笹良委員より、定期的に痛みのスクリーニングと痛みのモニタリングを行うことも必要だと思う。その医療機関の事情にも合わせてできるようになりながらスクリーニング・モニタリ

ングが入るようにという事はあってもいいかと思った。看護師によるというような表現ではなく、専門医療従事者によってなど、みなさんが取り入れられるようにする。あまりに具体的にやりすぎると拒否反応を示す人も出てきて取り下げられる可能性もあるので、理想と現実の間で、これは必須の言葉として入れたいというのを書くという方向でいきたいとあった。

中島委員より、スクリーニングのチェックの頻度と職種の問題とあったが、沖縄県でやっていい頂きたい共通のツールといのがしたい(全国でもそういった展開をしている)。後ほど在宅のお話しも出てくると思いますが、患者さんがどこにいても、あたりまえに緩和ケアが受けられますよ、というキャッチフレーズが昔から言われていますが、病院や PCU あるいは在宅など環境によらず同じものさしで評価できるようにしていく事を大事にしたい。そうすることによって医療機関同士で共通のツールを使って土壌を育てるというのであれば、すごく良い目標になると思うとあった。

笹良委員より、施設の中で共通のとするのか、県全体で共通のとするのかについて、例えば IOPS や STAS 等によるとか、あるいは NRS で等、具体的なものなど。例として精神的なスクリーニングの方法もいくつかありますが、ある程度絞ったようなもので提示してあげるのか、現在行われているものに上乗せ、強化する、あるいは新しい共通のツールとして標準的に使われるようとしているものを入れるというような事もあるかもしれません。精神的な部分については、このメンバーに精神科の先生が入っていないというのが苦しいところ。精神的なケアについて積極的に対応するとあるが、誰が積極的に対応するのかというところで、専門家を配置して対応するなど、専門的な相談ができる部署を作って対応でするというような組織を構成しないと、対応と言われても困ると思う。もちろん、がん拠点病院には配置するというのが決まってはいるが、他のがん診療している病院にはそこまで求められてはいない。だが、県としては求めますというよ、というような事をやるのがいいのかなと思うとあった。

増田委員より、県へ申し入れをしてよく言われることは「それできますか。」や「皆さんの何割の方が賛成していますか。」ということ。そのため、皆さんの過半数以上のコンセンサスが得られるのであれば具体的に書いた方がよいとあった。

笹良委員より、ここで出したことが、最終的にブーメランとなって私たちのところに戻ってきて、これを 6 年以内に実行しないといけないという業務になるので、もともとできない理想を高く掲げて、自分たちのところに帰ってきた際に首を絞めてしまうって事がないように、でも、これが追い風となって、これを元にして人材育成や、活動するのに役立つような意見で、「これは自分分たちで取り入れたい。沖縄県の我々がやれる」という事であれば具体的に書き込んだ方がよいと思うとあった。

野里委員より、がん診療病院としては拠点要件に入っているようなことに関しては実行するようにしていますが、やはり離島などもありますし、病院だと書かれている人材を末端の病院にまで配置していくというのは、あまり現実的ではないと思う。琉大病院や友愛医療センターなどと、離島やへき地の病院が連携をすぐ取り合える、というような事を入れてもらえるといいのかなと思う。中心の病院とへき地の病院が同じレベルに、同じ人材そろえることではなく、十分に連携が取れ、すぐ対応できるような体制が取れるという感じで書いてもらえるとよいのかなと思うとあった。

笹良委員より、連携という言葉を入ることで幅を広げて現実対応がよりしやすい。「ないからできない」のではなく、「連携してやって下さいね」というのが入っている事は良いことだ

と思う。これは、全体的なことにも言えるとあった。

増田委員より、この部会が終了後に当日資料を送付するので、それをたたき台として皆さんの意見を記入して欲しいと改めて依頼があった。

5. 痛みのスクリーニングとモニタリングデータ抽出について

有賀先生がご欠席のため次回となった。

6. 緩和ケアマップ新規掲載依頼先について

増田委員より、資料 4 に基づき、がんじゅうネットへ掲載されていると報告があった。修正や追加がある際は事務局へご連絡下さいと、依頼があった。

7. 次回令和 5 年度第 2 回緩和ケア・医療部会の日程について

令和 5 年 6 月頃、15:00～17:00 の間で 1 時間予定

8. その他

特になし

報告事項

1. 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　議事要旨の訂正について
2. 令和 4 年度　第 4 回緩和ケア・在宅医療部会　議事要旨
3. 日本緩和医療学会　第 4 回九州支部学術大会について
4. 「沖縄県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
5. 第 5 回日本 GRACE 研究会年次大会 IN 沖縄　について

https://www.jspm.ne.jp/meetings/branch_kyushu/meeting_individual.html?entry_id=1124

6. 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

https://twmuishikai.jp/securewp/wp-content/uploads/2022/07/kanwakea_20230205.pdf

7. 在宅緩和コンフォートセット沖縄版　ディスカッションについて
8. 令和 5 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
9. その他

報告事項 1～8 は時間がないため各自、資料へ目を通してもらうことになった。

令和５年度第１回緩和ケア・在宅医療部会 研修ワーキング 議事要旨

日　時：令和５年５月 24 日(水)16：00～17：00
場　所：ZOOM による Web 会議

出席者 13 名：安座間由美子（県立中部病院)、中村清哉（琉大病院)、川満博昭(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)、西原実(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)、新屋洋平(西崎病院)、神山佳之(南部医療センター・こども医療センター)、小波津真紀子(沖縄県健康長寿課)
欠席者３名：足立源樹（那覇市立病院）酒井達也(県立八重山病院）、増田昌人（琉大病院）
陪席者１名：玉城由奈(琉大病院)

※本日、琉大病院の増田委員と那覇市立病院の足立委員が急遽お休みのため、中村委員が司会を担当することとなった。

協議事項

1. ＷＧの委員について

安座間先生が今年度初めてのため足立委員が 1～2 回司会を行った後、第３回より司会を安座間委員へお願いしたいという依頼に、安座間委員は承諾した。

研修ワーキングのメンバーは 10 年くらい同じ先生で行っているので、そろそろ新しく若い方を入れた方が良いのではと提案があった。

2. 令和５年度　緩和ケア研修会の開催について

中村委員より、現在緩和ケア研修会の開催予定について報告があった。

安座間委員より、内部では下記日程で開催予定と報告があった。

① 沖縄県立中部病院・沖縄県立八重山病院【共催】10 月 14 日（土）
② 沖縄県立中風病院・沖縄県立宮古病院　【共催】12 月　9 日（土）

3. 令和5年度　緩和ケア研修会の統一カリキュラムについて

資料3に基づき、報告があった。

4. e-learning修了生（医師）の緩和ケア研修会未受講に関する取り扱いについて

資料４に基づき、e-learning 修了生（医師）の報告があった。期日は e-learning 修了発行日より２年以内なので､それまでに受講してもらうように各病院の委員へ依頼した。

5. 緩和ケア研修会の修了割合について

(1)琉球大学病院

中村委員より、資料5に基づき報告があった。1年目の研修医や4月から新任の先生が入っているため、現在の数字になっている。研修医の先生が受講してくれると％はあがる。新任の先生方へは個別に受講の依頼をしていきたいと説明があった。

(2)那覇市立病院

足立委員が欠席のため、中島委員より、資料6に基づき報告があった。

(3)沖縄県立中部病院

安座間委員より、資料7に基づき報告があった。当院では麻酔科は手術のみでペインクリック等は行っていないため対象科には含めていないと説明があった。

(4)北部地区医師会病院

野里委員より、資料8に基づき報告があった。日常的にがん診療している科を対象に資料を作成。内科医1名がe-learning終了で未受講。今年入られた研修医の先生1名がこれから受講すると説明があった。

(5)沖縄県立宮古病院

川満委員より、資料9に基づき、報告があった。現在、常勤55名中30名が受講済み。だいたい54%くらいになる。その他、受講しているが受講修了証が紛失した方が数名いるため不十分なデータになると説明があった。

中島委員より、受講修了証は県へ確認したら分かるのかと質問があった。

小波津委員より、県から修了証の再発行はしてないが、ご本人より申請書の提出をして頂いて、修了していれば修了証明書の発行は行っているので、県の方へご連絡下さいとあった。

(6)沖縄県立八重山病院

酒井委員不在のため報告なし。

6. 令和5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 10 に基づき報告があった。事業委託先の筑波大学の木澤先生より、厚労省では意思決定支援の政策が国民あるいは、医療介護連携事業のなかで浸透するまで当面続けていくと報告があったとのこと。コロナになる前はリアルの研修会では半日の 2 日間であったが、オンラインになってからは、朝 9 時から 5 時までとほぼ休憩がなく、びっしり 1 日のオンライン研修会となっている。今年度はオンラインの形で筑波大学が主幹になって行うことになっている。本人の相談に適切に対応できる医療者、福祉従事者を育成するために継続して行っていく。厚労省としては、将来的にはこの研修会に参加した方から指導者研修会に参加してもらい、指導者研修会へ参加した方がある一定の人数が各都道府県でそろったら､県の事業に移行していく考えとのこと｡しばらくは人材育成のため、基本研修会への参加者を増やすことと、その中から指導者になって頂くための指導者研修会の予定と、以前に指導者研修会へ参加したが最近参加していないため、忘れてしまった方を対象に行う指導者フォローアップ研修会が予定されている。現在まだ募集は出ていませんが、筑波大学にてファシリテーターの確認を行っているところで、2～3 週間後には厚労省へ確認をした後に日程が確定し、受講者の募集を 1 週間くらい行う予定とのこと。基本研修会は在宅と病院とで分けて行うのか、一緒に行うのかはまだ確認できていない。各機関病院で医療介護連携に関わるところで、チームで参加することが基本となっているので、その構成を準備しておいて参加をしてほしい。指導者研修会は、基本研修会へ参加された先生方へ、筑波大学からメールが送られてくることになっていますので、その時にはぜひ参加して指導者になって頂いて、プールされた人材の中から県内で開催する準備をしていただけたら、と依頼があった。

中村委員より、将来的には緩和ケア研修会と同じように、県が主催するような研修会を沖縄県でも行っていく事になるのかと質問があった。

笹良委員より、筑波大学の木澤先生は厚労省からそのように伝えられているが、まだ県にはその意向が届いてはいないのだと思う。現在はまだ、前段階の動きである。ただ、これは国が 10 年間かけて決めた「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」をしっかりと普及させて下さいとなっている。実は包括ケア加算の条件になっている。実際に今は、それで査定はされてはいませんが、保険診療の中には、包括ケア加算算定するにはこの意思決定支援が病院ぐるみで行っているということが条件になっているので、それを行っていない医療機関は今後大変だと思う。現在は人材育成中のため締め付けはないが、今後普及してくるとその条件が適応となる予定になると思う、とあった。

https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html

7. 「次回令和5年度第2回緩和ケア・在宅医療部会　研修ワーキングの日程について

2023年8月頃の予定で、がんセンターにてスケジュール調整することとなった。

8. その他

拠点病院指定要件の各種講演会のアンケートについて

足立委員が不在のため次回となった。

報告事項

1. 令和4年度　第4回 緩和ケア・在宅医療部会 研修ワーキング議事要旨

資料 11 に基づき、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議事要旨が承認された。

2. 令和4年度　第1～4回 緩和ケア・在宅医療部会 議事要旨

資料 12 に基づき、令和 4 年度第 1～4 回　緩和ケア・在宅医療部会議事要旨が承認された。

3. 令和5年度　緩和ケア・在宅医療部会委員名簿一覧

資料 1 に基づき、令和 5 年度　緩和ケア・在宅医療部会長は笹良委員となった、と報告があった。

4. 令和4年度　沖縄県緩和ケア研修会の報告書について

(1)ハートライフ病院　【第9回　2023年2月18日(土)】

西原委員より、資料 13 に基づき報告があった。受講者で開催 4 日前から風邪症状のある方が 1 名おりましたが、PCR 検査を別日で 2 回行った結果、陰性のため受講可能とした。受講者に欠席もなく概ね良好な進行で、テストもほぼ満足のできる結果であった。感染対策も行いながら開催しました。コロナになってからはマスクとフェイスフィールドを全員分用意しているが、声が聞こえづらいと、不評ではあります。だが感染対策は必要なことなので毎年そのように行っていると報告があった。

中村委員より、医師の受講割合は研修医が多いのかと質問があった。

西原委員より、関わりのある科の方はほとんど受講済みのため、その年に入ってきたスタッフおよび 2 年目の研修医であると回答があった。

5. 2023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

増田委員が不在のため次回となった。

6.その他

笹良委員より、前回の緩和ケア在宅医療部会でも委員の選定のお話しがありましたが、研修ワーキングのメンバーもずっと同じメンバーで、定年にも近づいてきている方もいると思う、とあった。PEACE の研修会がそのままの形で続くのかどうかわからないが、今のところ続くとして、現在の感じだと、がん拠点病院やがんの診療施設の多くの専門医の先生方は受講が済んでいて、残るは研修医の先生たちとなるため、研修医教育の中に入る形になると思うが、いずれにしてもこの研修会自体は続くと思う。このワーキンングもそのまま続くのか、その流れによって変わるとは思いますが、少なくとも研修会の指導者が各病院にいるのか。大学は指導者が次世代までいると聞いているが、有志でやってもらっている拠点病院以外の病院では指導者研修まで受講している方がいるのか。そろそろ若い方を加えながら世代交代するのを念頭に置いて、委員の選定を行いたい、とあった。

中村委員より、次世代でやってくれそうな先生をオブザーバーで参加してもらって、どういう風にやっているか、どういう議題があるか見てもらって、それから引き継いでいくとういう事を考えていかないといけない為、次回その辺りを具体的に話し合いたい、とあった。

以上

第 4 回沖縄県がん診療連携協議会緩和ケア在宅医療部会　在宅ワーキング議事要旨

日　　時：令和 5 年 5 月 31 日（水）16：30　～　17：55

場　　所：ZOOM（WEB 会議）

出 席 者：13 名　高江洲あやこ（那覇市医師会）、東恩納貴子（那覇市立病院）、朝川恵利（宮古病院）、金城隆展（琉大病院）、崎原友美子（八重山病院）、代理出席：嶺井朝美（北部地区医師会病院）、荷川取尚樹（花あかり合資会社）、笹良剛史（豊見城中央病院）、新屋洋平（西崎病院）、宮城愛子（訪問看護ステーションアレグリア）、崎辰子（那覇市役所）、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：2 名　喜納美津男（きなクリニック）、長野宏昭（いきがい在宅クリニック）

陪 席 者：2 名　有賀拓郎(琉大病院)、玉城由奈(琉大病院)

協議事項

1. WG 委員について

　今年度のワーキング長は高江洲委員、副ワーキング長は喜納委員・東恩納委員となった。今年度、新しく加わった委員、朝川恵利(県立宮古病院)、崎原友美子(県立八重山病院)、大城梨沙(北部地区医師会病院)3 名の紹介があった。

2. 拠点病院の指定要件の改定について

　増田委員より、資料 2 に基づき、報告があった。今回の改定では、県の拠点は県全体のがん医療に責任を持つ、地域拠点病院・診療病院は所属する二次医療圏のがん医療に責任を持ち、都道府県協議会も自県全体の協議をきちんと行うこととなった。その中でも在宅医療機関のアクセスについて医療機関等で共有して広報することが決まった。地域拠点病院では、緩和のところを充実するのは今まで通りですが、とくに地域の医療機関と連携するということは大きく強調されることになった。

3. 第 4 次沖縄県がん対策推進計画(協議会案)について

　増田委員より、資料 3(当日資料)に基づき、説明があった。今年度は第 8 次医療計画が本年度中に策定されることとなり、そのひとつの「がん計画」が協議会全体で県の計画を作成することとなった。県の計画に基づき、いろんな医療が行われていくので、ここに入ることが第一歩となり、そこできちんと評価をしていくことがとても大事である。緩和ケア・在宅医療について、最終的にあるべき姿を考えて、それに対して一番近いアプローチを考えていくことを委員の皆さんのご意見や議論を行いたい為、たたき台を作成した。「在宅医療がうまくいっている」と見るにはどういう指標が良いかという事を今日の目標にして話し合いたい。指標には客観評価と主観評価があるが、客観評価は難しいので、主観評価(主にアンケート)を組み入れていく事になります。現在国は、

遺族調査と患者体験調査、小児の保護者に対する体験調査を行っている。今年度は患者体験調査が行われ、数年に一回行われていく。在宅医療は、その中で主に遺族調査で全体の評価を行うことになるが、医療従事者調査は、沖縄県では独自に来年行う予定となっている。

笹良委員より、現在の内容で全然ダメなものはないと思うが、たくさんあって大変そうな印象がある。また、アンケートの対象者について質問があった。

増田委員より、遺族調査や患者体験調査は国が主導して行っているので、患者体験調査だけで言うと、すべての拠点病院で行うため沖縄県では 6 病院になる。院内がん登録しているところは手上げをしてもらえれば行える。こちらから依頼をして沖縄県で他にやっている十幾つか病院全部にお願いすることになるかと思います。そうするとカバー率は 90%を超えるので、患者体験調査ないし遺族調査も患者体験調査と同じ手法で行うので手上げをしてもらえれば、前例ではないが各病院から 150 とか 300 とか抽出して行うので結構なデータにはなると思う、あった。

笹良委員より、これは在宅に限ったものではなく、がん登録されている方にランダムに送るものになり、その中に在宅の項目や療養場所の選択項目も入っているという事になるのですね、と確認があり、増田委員より、そうです、と回答があった。

有賀先生より、この中に機関病院から在宅に移行する評価判定や指標判定には、指導料しかない。外来在宅共同指導料 1・2 というのがあり、外来で受診している患者が在宅医療に移行したら、外来在宅共同指導料 1 は機関病院で、外来在宅共同指導料 2 は在宅医療で取れるもので、拠点病院と在宅側のスタッフでオーバーラップして取るような指導料を大元に入れても良いのかなと思う。行った先でのストラクチャーやプロセス評価などはほとんど洗い出されているが、移る時のプロセス評価がないとあった。

高江洲委員より、介護支援連携指導料と退院時共同指導料は、がん患者に限定してデータを取るということは可能なのかと質問があった。

増田委員より、資料 3 の黒文字の部分は国が想定している指標で、そこでがん患者に限定ということであれば、なにか国の方でするのではないかと思い、入れてある。青文字の部分は沖縄県独自といいますか、私の方で具体的に入れたもので、その場合はがん患者に限定はしてはいません。もちろん、在宅がん医療総合診療科はがん患者になりますし、麻薬管理指導加算や在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算もかなりがん患者にもかなり特化しているのかなとは思うが、まったく 100%イコールではないと思う。それを相対的に見ていくことによって、増えているのか減っているのかは分かると思う。どうしてもピッタリではない。在宅ターミナルケア加算や看取り加算に至ってはがん患者とは分からないので、沖縄県の在宅で最後まで看取った件数は出てくると思う。これらの算定は自医療施設側の申請になる。それも含めて議論していくのも良い。また、本質的に評価するのが一番いい。その場合は何をもってすれば本質的に在宅がうまくいっているのかを評価できる指標があれば一番よい。それを皆さんからお伺いしたい

と依頼があった。

笹良委員より、救急にがん患者さんが運ばれてきて入院するというのは在宅医療がうまくいってない指標になるのかどうか。がん患者さんが救急で運ばれても救急管理加算は取れない。その理由として、がんの患者さんが悪くなるのは救急ではなく予想された変化に当たるため。在宅医療がうまくいっていると救急車で運ばれてくることが少なくなっていくのかなと思う。退院したのにすぐに救急車で運ばれてきてしまうのは退院の計画が甘いか、在宅にちゃんと繋いでないか。病院の退院調整の為に、まだ退院させてはいけない患者さんを早めに退院させているか、患者さんの調子が悪いけど「帰りたい」と言っているので、あまり在宅調整をせずに帰っちゃうという場合が多分あると思う。そういったのが、うまくいってない指標になりうるのかと思った。その調査が各病院に緊急入院した患者さんで救急管理加算が取れないがん患者の数というのが出せないわけではなさそうですが、ある程度マクロの地域の在特との連携能力の指標になるのではと思っている。

有賀先生より、それにぴったりな在宅患者緊急入院診療加算というのがあり、連携している病院とそうでない病院とで点数が違っていて、連携している病院の点数が高い。2500 点、2000 点、1000 点の 3 段階で、連携している在宅から連携している病院に送ってあげるのは実はいい方のプロセス評価かもしれない。在宅で本来、急性期医療が必要になった方に関してちゃんと連携している病院に送れたからよかったよねという意味合いになるのか、先ほど笹良先生がおっしゃったように、本来在宅で最後を迎えるべきなのに急性期的なことが起こり、そこで尻拭いする病院が大変なのは分かっているから点数つけてあげようという、どっちがいいとは分からないが、点数としてあるのでそこを取ることでベンチマークはできると思うとあった。

笹良委員より、それにがんの病名がくっついているのかという事になりますね。また、在宅の高齢者の患者さんで意思決定がまだ十分に話し合ってない人の対応してくれるといのはすごく重要なことではあると思いますし、慢性疾患の患者さんを受け入れてくれるというのは地域の連携機能が高いということになるのですが、それが逆の場合は調整がうまくいってないことが相関しそうな気もする。

有賀先生より、ベンチマークの方がすごくおもしろいと思う。連携病院の高い点数が取られている場合は病院間のコミュニケーションがうまく取れており、在宅側での意思決定などは、もしかしたら、うまくいってないのかもねという話になると思う。非連携の低い点数が多く取られている場合は、そもそも連携もしていないし、意思決定や医療行為そのものもきちんと調整されていない指標になるのかもしれないので、結果はどっちにふれるか分かんないですが取ってみるのはおもしろそうだなと感じた。

新屋委員より、診療報酬とかの加算については、どれかひとつで評価するのは難しいと思うので、多くを追いながらどれがどういう事を意味しているのかを全体として評価するのかなと思います。特に沖縄県内では加算自体が取れてない加算も多そうなの

で。提案としては今、診療報酬ではないが、がん拠点病院やがんを診ている病院で、おそらくほとんど終末期で数か月から数週間以内で亡くなるであろう人たちが実際、年間を通してどこで亡くなられたかというデータがとることが出来ないかなと思っている。病院に再入院して亡くなられたのか、在宅や高齢者施設に入って亡くなられたのか、緩和ケア病棟に行かれたのか、それを経年で追う事で一般のがん以外の患者の死亡場所と割合が違うかとか、それぞれ増加している減少しているという事が分かるのかなと思っている。特に高齢化に伴ってがん患者さんのソースは増えていくと思うので、単純な数だけ追っていくのでなく母数と比較しないと難しいのかなと思っている。県内のがん患者さんが最後をどこで迎えたのか死亡場所で在宅を選べるようになったかというのが分かるという提案ですとあった。

増田委員より、レセプトの部分はそれで。あとは専門家の数や施設の数で在宅医療がうまく行われていると分かる指標になるか、皆さんに伺いたいとあった。

新屋委員より、自分が知っている範囲だと沖縄県は、病院は全国平均より多いと思っており、在宅療養支援診療所は少なめで実際、訪問診療や往診している先生はものすごく少ないため業所の数だけでは把握は難しいのはないかと思っている。それよりは実際の訪問診療件数や往診件数、訪問看護であれば、訪問看護提供件数、とくに医療保険でがん患者の加算があったか分からないが、そういう提供した件数のほうがいいかなと思うとあった。

東恩納委員より、以前からこのロジックモデルの話がでていて、実際に繋ぐ立場としての拠点病院から在宅に繋いでいくというところで実際、那覇市立病院がどの程度看取りの時期の患者さんや在宅なのか、それとも緩和ケア病棟なのか、それとも当院で看取っているのかというところが、私自身まだ把握できてないなと思い、一度 3 月に現状どうなのかと思い退院調整部門と実際調整を行うソーシャルワーカーさんの協力を得て、まず 1 ヶ月つないだ状況を教えてほしいということで調べたことがある。まだ全部の統計は出してはないが実際にどこに調整をしたのか、どこに行ったのか、患者さんはどこを希望していたのか、ご家族はどこを希望していたのか、それが一致しているのか、それともどちらに行ったのかというところで教えてほしいという事で協力を依頼しました。そうすると、希望していたところに調整できた方と、本人の希望はご自宅だが、ご家族の事情で違う場所になったり、また逆にご家族はそこを希望しているが、ご本人は頑なにそこを希望していなくて調整に時間が掛かったというところが見えてきたりしたので、これが指標になるのかはまだ把握は出来てないが、それがデータ等の形で出せると見えてくるのがあるのかなと思ったとあった。

増田委員より、東恩納委員がおっしゃったことが真の指標に近いのだと思う。もともと最後をどこで迎えたいかを最低でも 3 回以上は確認し、それが患者さんの希望通りに最後を迎えることができたかという事が 100%ないし、それに近い状況を生み出せれば、それが第一段階とし、そのうえで、さらに満足度や質についてとなってくると思う。

残念なことに通常の医療データのなかでは、患者さんがどこで最後を迎えたいのかというデータを取っておらず、カルテにもきちんと記載されていないことも多い。そもそも確認もしていないこともある。本来なら入院時や退院時に確認し、また患者さんの考えも変わるので数回に渡り確認してくのが理想。それも改まって確認するのではなく、会話の流れで確認するのも良いと思う。それがカルテに記載されてデータとして明らかになり、申し送りを行うというシステムができるとよい。それが出来ていないためデータが取れず、レセプトデータやその他のオートマチックに取れるデータで、だいたい指標を取ってきている。それが全部できてデータ化できれば、たとえば琉大病院では、家で最後を迎えたい患者さんは全部で 42%いたけど、13%は病院で最後を迎えたということが言えるようになるとよい。東恩納委員がおっしゃったデータを取るには、12ヶ月だと厳しいのであれば、1 ヶ月などの期間を月限定の行う事で少し傾向はみえてきますよね。それはできそうですか、と問いかけがあった。

恩納委員より、自信を持って出来るとは言えない。今回実施したのは 3 月で、ワーキング等で情報提供ができればと思い、1 ヶ月だけ協力してもらった。後追いは私が行うという事で、途中段階ではあるが、入院患者だけではなく外来の実際に調整に入った患者さんも教えてもらい、実際に集まってきたのが約 35 名くらいだった。その経過の中でもご自宅を選ばれたり、病棟を選ばれたりで両方の調整を行ったりであったり、いったん在宅に繋いで入院になったり、外来でやり取りをしている中で入院になったりという事があり、もう少し見ていきたいなと思った。那覇市立病院ではどの程度の負担が発生するのかを考えながら協力を依頼し、今回は協力して頂けたので方法を考えて行うと可能なのかなと思っている、とあった。

有賀先生より、これが真の指標なのだと思うが、ただありがちなのが真の指標を出すことが目的化してしまい、本当に達成したい目標を見失ってしまう事。本当に達成したい目標は患者さんが最後を迎えたい場所で最後を迎えることそのものなので、それに気付くためのツールでしかないのに、そのツールを使うことに執心してしまって、気持ちに寄り添うプロセスと結果が抜ける事にも成りかねないなと思っている。アウトカムの指標として書くことには、アンケートが目的とならないように慎重になるべきだと思う。本来我々が辿り着かないといけない所は、患者さんが最後そうしたい場所に辿り着かせてあげることのお手伝いをすることを出来るようにしないといけない、とあった。

東恩納委員より、私がそのデータを取ってみようと思ったきっかけは、アウトカムの中に「望んだ場所で過ごせたがん患者の割合」とあり、実際に患者さんがどこを望んで、どこに繋いだのかという所を知りたいという事から始まり、そこから見えてきたことを検証していくという作業が必要ではないかと思った、とあった。

増田委員より、指標を考える事ではあるけど本質はなんなのかなと、ディスカッションできると思う。指標が独り歩きしてしまい、有賀先生が言ったように指標取ることが

主目的になって本質を見失ってしまわないようにすることが大事だと思う。なかなかうまい指標は出て来ない。本当は病院に対して一例一例丹念に見ていく事は必要、とあった。

新屋委員より、最後を迎える場所はどこがいいかではなく、最後を迎えるまでどこで過ごしたいかを聞くのが良いのではないか。また、最後を迎える場所を病院と答えた患者さんは全員病院で最後を迎えることは可能なのか話し合うことは必要だと思う。私は難しいと思うので在宅に取り組んでいると認識している、とあった。

増田委員より、病院で最後を迎えることは意外と可能ではある。地域連携医療計画や医療計画に携わっているが、もともと病院で最後を迎えることは出来ないだろうと前提条件があり、それで国が在宅に大きな舵をきったのも事実ですが、今のところ意外と吸収できている。2025 年問題で段階の世代がすべて 75 才以上になり、いわゆる本格的な多死の時代。沖縄県以外の 46 都道府県でベビーブームがあり、計算上では無理だろうという話しだったが、結構吸収しているということがあり予想外の事実として出ていると聞いている。そのため、そこのラインから攻めづらいと感じ、また別の問題になるのかなと思う。今 2023 年であと 2 年後だが、今の状況を見ていると病院で最後を迎えることは可能だとみていて、話が変わってきているというのは状況ではある、とあった。

宮城委員より、訪問看護ステーションの数は 200 ヵ所超えており、数年前の 1.5 倍以上、やがて 2 倍近くににになってきている。訪問看護師もそれなりに増えてきてはいますが、数が増えたからがん末期の患者さんを見ているかというと、必ずしもそうではないと思うので指標としてはとても難しいと感じる。がん末期の患者さんは基本的に医療保険で関わることになるので、医療保険で関わったがん末期の患者さんの訪問看護ステーションが関わった数やターミナルケア加算を算定した方の数とかは指標として出せるのか。ただステーションの質の評価というと、それがどの程度、反映されるか分からない。また、訪問看護支援事業というのが沖縄県看護協会の中にあり、そこが毎年ステーションの自己評価というのを取っている。この自己評価の項目で「在宅で看取りを支えるケアの提供」というのが 5 項目ほどあり、それぞれのステーションが 3 段階評価でだいたい 2.〇点など、いろんな数字が出ている。これは訪問看護支援事業に確認すると分かる事ではある、とあった。

増田委員より、自己評価をする事も大事なので、これも指標の一つとして使えるのかなと思う。ちなみに今回の協議会で、昔でいうところのキャンサーボードで必ず月一倫理的問題、社会的問題の症例を入れて議論をすることが、がん拠点病院で決まったと報告があった。

4. 来年度の年間活動計画について

高江洲委員より、当日資料に基づいて報告があった。

5. ケアカフェについて

高江洲委員より、当日資料および資料 4 に基づき説明があった。在宅ワーキングの委員の皆さんにはマスター（ファシリテーター）を担ってもらい、会場や予算、事務的(開催案内等)な事は、がんセンターにお願いしたいとあった。

仲門委員より、私たちは在宅の先生方とお話をすることはあるが、がん拠点病院の先生方と直接お会いすることほとんどないため、そういうお話が出来る場があればとても有意義に過ごせるのではないかと、とても楽しみにしているとあった。

荷川取委員より、時間の調整をして出来るだけケアカフェに参加して貢献したいなと思っているとあった。

笹良委員より、下記 2 点の質問があった。

① がん拠点病院は地域連携に関わるような話し合いを持つことが義務の中にあり地域連携カンファレンスを行っているが、ケアカフェも地域連携の一環として行うのか、それとも別として行うのか。がん拠点病院としては地域連携の一環としての方が進めやすいのかなと感じたが、その辺の想定はどうなっているのか。

② がん拠点病院を中心に行った後、他のがん診療を行っている大きな病院等でも将来的には行えるといいなと思う。がん拠点病院で行うに関して現時点ではどういう形で行うなどの話し合いは病院の担当者とされているのですか。

高江洲委員より、下記の通り回答があった。

① がん拠点病院の地域連携カンファレンスの実績として上げられるのか、また予算や役割分担等に関してもご相談をさせて頂けたらと思っている。感染上問題がなければ飲み物のバリエーションは多い方が楽しいと思う。

② 7 月の開催は南部地区で予定しており、那覇市立病院での開催が行えるか検討している。

東恩納委員より、当院の宮里へ相談をし、場所を提供するだけで良いのか、共催という形で行うのかと確認があったが、共催という形でないと場所の提供も難しくなるのかなというコメントがあった、とのこと。開催するにあたり内容的には特に問題はないが、7 月というのは院内の研修なども入っており那覇市立病院としては難しいことと、個人的な事情になりますが、7・8 月は厳しい。また、当院の方針として飲食はまだ禁止のため飲み物を持ち込んでというのは許可が得られず、再度検討してほしいと病院側からあった。また参加者の人数に関して、当院では最大で 50 名までの対応しかできないため 50〜80 名を想定というところが物理的に難しいとあった。実際に開催を行う際は病院側へ正式に依頼文書の提出の依頼があった。

東恩納委員より、開催先の病院の事情も考慮して、もう一度練り直しをしていきたいとあった。

6. 在宅緩和コンフォートセット沖縄版について

笹良委員より、資料 5 に基づき報告があった。在宅医療に関わっている先生方がスタンダードな治療が行える目安として、沖縄版のコンフォートセット作成について話

し合っているところ。教育的な活動と一緒に行い、応援の医師やバイトの医師、これから在宅に入っていこうという先生方が使えるようなものを作成したい。今後、医師だけでは訪問看護師や薬剤師等を含めて話し合いを行う予定とあった。

7. 次回の在宅ワーキングの開催日程について(ZOOM による WEB 会議)
   次回予定の第 2 回開催日　2023 年 8 月 30 日(水)が旧盆(ウークイ)のため、2023 年 8 月 23 日(水)　16:30～開催で決定した。
8. その他
   特になし。

報告事項

1. 令和 4 年度　第 4 回緩和ケア・在宅医療部会　在宅ワーキング議事要旨
2. 令和 4 年度　第 4 回、第 4 回緩和ケア・在宅医療部会　議事要旨
   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
   2023 年度　緩和ケア研修会開催一覧について
3. 令和 5 年度　患者の意向を新調した意思決定のための研修会(E-FIELD)のついて
   https://square.umin.ac.jp/endoflife/2023/general.html
4. 日本緩和医療学会　第 5 回九州支部学術大会について
   https://www.jspm.ne.jp/meetings/branch_kyushu/meeting_individual.html?entry_id=1124

   ※報告事項 1～4 は時間がないため割愛。各自で確認することとなった。
5. その他
   特になし。

以上

資料１９

令和５年度　第１回沖縄県がん診療連携協議会　小児・AYA 部会　議事要旨

日　　時：令和 5 年 5 月 22 日（月）　14：00～15：08
場　　所：ＷＥＢ会議
構 成 員：18 名

出 席 者：14 名
大畑尚子(中部病院血液・産科)、比嘉猛(南部医療センター・こども医療センター小児科)、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)、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)、中里哲郎(南部医療センター・こども医療センター血液・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看護専門看護師)、岩崎政志(森川特別支援学校)、金城正樹(沖縄県教育庁保健体育課)、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)、比嘉泉(琉大病院看護師)増田昌人（琉大病院がんセンター）

欠　　席：4 名
佐久川夏実(南部医療センター・こども医療センターＣＬＳ＊休職中)、崎間恒哉(沖縄県教育庁県立学校教育課)、森島聡子(琉大病院第二内科)、當銘保則(琉大病院整形外科)、

陪 席 者：3 名
岸本　こずえ(沖縄県教育庁保健体育課)、
比嘉　優花(琉大病院 がんセンター)
石川　千穂（琉大病院 がんセンター)

【報告事項】

１．令和４年度 第４回小児・ＡＹＡ部会　議事要旨(2 月 13 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。新委員よりそれぞれ自己紹介があった。

3.「妊孕性温存療法」と「がん治療後の生殖医療」WG　委員一覧

浜田委員より資料 3 に基づき、今年度委員について報告された。

4. 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 4-(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。本日、ハートライフ病院にて開催とのことだった。

（2）県の助成について

外間委員より、資料 4-(2)に基づき、申請状況が報告された。また、妊よう性温存療法に係る助成の予算が上限に達した場合、年度途中で受付を修了することがあることが説明された。

（3）琉大の実績について

銘苅委員より、資料 4-(3) のとおり、報告された。

（4）がん治療施設について

銘苅委員より、資料 4-(4)のとおり、報告された。

5. 琉大病院の長期フォローアップ外来について

浜田委員より、資料 5 に基づき、長期フォローアップ外来の整備に関する報告があった。資料 18 ページのような手順で、受診当日までに、対象患者への健康調査票が発送され、健康調査票をもとにした連携各所での事前打ち合わせ等を行う。iPad も導入され、以下①～⑦の目的で使用される。①長期フォローアップ手帳(アプリ)、②治療サマリーの情報共有(医療者間)、③問診票、④移植後のケア方法を動画で指導、⑤健康調査票(患者とのメール連絡)、⑥長期フォローアップ外来の流れや指導方法のマニュアル(看護師)、⑦患者リスト管理

【協議事項】

1. 今年度の委員について

資料 2 のとおり、承認された。

増田委員より、患者関係委員が現在一名なので、もう一名の加入が提案された。金城委員より、後日推薦頂けることとなった。

2.今年度の部会長・副部会長の選定について

前年度に引き続き、部会長は浜田委員、副部会長は銘苅委員と森島委員ということで承認された。

3. 第４期沖縄県がん対策推進計画(協議会案)について

増田委員より、当日資料に基づき提案があり、個別施策や指標に関する意見を求められた。個別施策の方は、記載の内容以外、特に意見はでなかった。山本委員から、指標に入れる医療者の数に、認定看護師の数も含めてはどうかとの意見があった。屋宜委員より、初期アウトカム４番の専門医の項目について、小児の血液専門医は取得が難しいので、日本血液学会血液専門医も入れるのはどうかとの意見があった。増田委員より、部会終了後も、引き続き事務局までメールで提案等を頂けるようにとの依頼があった。

４．今年度の部会活動計画について

資料 6 の沖縄県がん対策推進計画の小児・AYA 分野がまとまってきたら検討することとなった。

5.アピアランス支援モデル事業の公募について

増田委員より資料８に基づき、アピアランス支援の新規事業の内容と、検討されている啓発活動等の内容について説明があった。こういうことを行っていったらよいのではないか等提案があれば、事務局まで連絡頂ければとのことだった。

6.『おきなわ　小児がん相談マニュアル』の改訂について

以前に、資料 9 の要望書のとおり、「がんサポートハンドブック」の編集委員会に、小児がん支援に関する情報を掲載することが要望されていたが、今年度のがんサポートハンドブックに掲載することは、ページ数の関係から見送られたため、どのように対応するべきか、協議された。浜田委員より、九大のサポートブックを例に挙げ、がんサポに盛り込むことがページの関係上難しいようであれば、別で作成するのも良いかもしれないとの発言があった。

4. 次回開催

7 月開催予定で、事務局から日程調整を依頼することとなった。

以上

資料２０

令和５年度 第１回沖縄県がん診療連携協議会 離島・へき地部会議事要旨

開催日時：令和５年４月18日(火)　14：00～15：00
場　　所：Zoomを利用したWeb会議
出　　席：12名
松村敏信(県立八重山病院)、赤松道成(北部地区医師会病院)、新崎博美(県立宮古病院)、有銘みどり(北部地区医師会病院)、戸板孝文(県立中部病院)、吉田幸生(県立中部病院)、真栄里隆代(ゆうかぎの会)、砂川洋子(ゆうかぎの会)、石田浩子(県立八重山病院)、江藤甚之助(やいまゆんたく会)、田盛亜紀子(やいまゆんたく会)、増田昌人(琉球大学病院がんセンター)
欠　　席：5名
西原政好(県立宮古病院)、外間早紀子(沖縄県保健医療部健康長寿課)、友利寛文(那覇市立病院)、有賀拓郎(琉球大学病院)、安次嶺宏哉(沖縄協同病院)
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４回離島・へき地部会議事要旨について

松村委員より、資料１に基づき令和４年度 第４回離島・へき地部会の議事要旨について説明があり、変更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．今年度の委員について

松村委員より、資料２に基づき令和５年度の委員について説明があった。変更等があれば、事務局へ連絡するよう説明があった。

増田委員より、前年度までオブザーバーとして参加していた沖縄協同病院の安次嶺先生を正式な委員として加えてはどうかとの提案があり、審議の結果、正式な委員として参加してもらうこととなった。

2．病院事業局からの委員の参加について

増田委員より、病院事業局より離島・へき地部会、医療部会へ参加してもらってはどうかとの提案があった。また、医療部会でも病院事業局からの委員に入っていただくよう提案する予定であるとの説明があった。

3. 今年度の部会長・副部会長の選定について

今年度の部会長は北部地区医師会病院の赤松委員、副部会長は県立八重山病院の松村委員、県立宮古病院の西原委員の２名に決定した。

4. 第４次沖縄県がん対策推進計画(協議会案)について

増田委員より、第４次沖縄県がん対策推進計画の作成について、4/17(月)に県庁にて意見交換を行ったとの報告があった。これまでは協議会案を作成して県庁に提出していたが、今回は県庁と一緒に作成を進めていくこととなったとの説明があった。

離島・へき地分野についてはベンチマーク部会でたたき台を作成し、５月の終わりごろ委員の皆さんから意見を頂きたいとの説明があった。

５．離島・へき地における疾患別対応状況について

増田委員より、資料４に基づき離島・へき地における疾患別対応状況の更新についての説明があった。提出については、変更のあった部位のみ提出するよう説明があった。

６．療養場所ガイドの改訂について

増田委員より、今年度療養場所ガイドの改訂を行うとの説明があった。上半期に情報収集、９月３０日までに原稿のたたき台を作成、年内に清書、年明けに印刷を行う予定との説明があった。がんサンポートハンドブックと並行して、編集委員会を組織し、意見をまとめ、全ての診療所へ電話またはメールで確認をおこない実情を反映した療養場所ガイドを作成したいとの説明があった。また、宮古島市、石垣市、名護市を除く町村へは全戸配布を行う予定であるとの説明があった。

７．指定要件をふまえての人材配置について

資料５に基づき、県立宮古病院、県立八重山病院、北部地区医師会病院より指定要件を踏まえての人材配置、課題について説明があった。

8. 今年度の開催日程(案)について

今年度の開催日程については、提案された日程で開催されることとなった。

9. その他

真栄里委員より、離島からの渡航費についての助成の現状についての報告があった。増田委員より、現在の状況に関する情報を事務局へ文書でいただきたいとの説明があった。

資料２１

令和５年度第１回沖縄県がん診療連携協議会 情報提供・相談支援部会議事要旨

日　　時：令和５年５月 18 日（木）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）、横田美佐（県立宮古病院）、岩崎奈々子(県立八重山病院)、島袋百代（ﾊﾟﾝｷｬﾝｼﾞｬﾊﾟﾝ沖縄ｱﾌｨﾘｴｲﾄ）、樋口美智子（沖縄国際大学）、上原弘美（友愛医療センター）、増田昌人（琉球大学病院）、大久保礼子（琉球大学病院）、友利晃子（琉球大学病院）

欠 席 者：４名
糸数真理子（那覇市立病院）、伊禮智則（那覇市立病院）、小波津真紀子（沖縄県保健医療部）、冨里果林（南部医療センター・こども医療センター）

陪 席 者：４名
有賀拓郎（琉球大学病院）、宮城千秋（県立八重山病院）、比嘉優花（琉球大学病院事務）、松田亮子（琉球大学病院事務）

【報告事項】
１．令和４年度第４回情報提供・相談支援部会議事要旨(令和５年２月９日)
資料１に基づき、仲宗根委員より、令和４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。

２．2023 年度版「おきなわがんサポートハンドブック」について
資料２に基づき、琉球大学病院がんセンターの比嘉さんより、がんサポートハンドブック作成について報告があった。例年通り、がん患者さん、各関係機関からなる編集委員会を設置し内容を検討。昨年度からの大きな改訂はなく、２万５千部を県と調整し関係機関へ発送した。新聞広告、ポスターなどで冊子版・WEB 版の周知をはかっている。2024 年度版は、昨年度掲載できなかったアピアランスケアや小児がんについての情報を詳しく掲載する計画がある。

【協議事項】
１．部会委員及び部会長の選定について
資料３に基づき、友利委員より、これまでの委員選任の経緯説明があり、委員の変更について、県立宮古病院の横田美佐委員が承認された。また、部会長・副部会長は前年

度より引き続き任命された。

部会長　那覇市立病院　仲宗根恵美

副部会長　琉球大学病院 大久保礼子、　県立中部病院 玉城佐笑美

２．令和５年度部会計画

資料４の通り、令和５年度の活動計画が提案され承認された。

３．第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会案）「3.共生分野」について

資料５と当日資料に基づき、増田委員よりロジックモデルについて説明後、個別施策の検討を行った。

（１）相談支援

・人材配置について。がん専門相談員の配置。専門員基礎資格以外の勉強が必要。専門的なカリキュラムを受講した相談員を配置する。
・がん相談支援センターに準じた組織を構築（あり方については各病院で検討)。
・がんを診療しているクリニック等は、拠点病院の相談支援センターと連携をとる。
・ピアサポートが利用できることを周知する。

（２）情報提供

・県はがん診療に関するホームページの表記をわかりやすくする。
・がん診療に関する情報があることを広報する。
・障がい者、外国人等含め、あらゆる人にとってわかりやすい情報提供できるようにする。

（３）デジタル化

・沖縄県内のがん相談支援センター利用案内を作成し、待合室などでデジタル配信する。

（４）就労支援（医療）

・事業所と医療機関との連携を強化し、お互いに相談がしやすい体制をつくる
・個人事業主への支援体制の強化

（５）就労支援（職場）

・長期療養に入る従業員を把握した場合には、職務情報を患者同意のもと提供し、医療機関と連携を図る
・ハローワークや産保センターと協働する

・柔軟な働き方の相談ができる体制がある
・就職支援ナビゲーター、両立支援員、社会保険労務士と事業主の協働について→治療中の方の新規採用支援、産保センターは在職中の方の支援として明記は必要
・個人事業主への支援体制の強化・拡充
・事業所と医療機関との連携強化。お互いに相談がし易い体制をつくる。定期的な意見交換会。

（6）アピアランス
・担当医は、治療による副作用についてあらかじめ説明し、アピアランスケアに関する相談部門について情報提供する
・県はアピアランス支援センターを立ち上げ支援できる体制を作る（県拠点病院または各拠点病院に設置する）
・化学療法室にアピアランスケアの研修を受けた職員を配置する
・県はアピアランスケアに関する助成金を交付する
・県はアピアランスケアに関する、患者向けの講習会を開催する
・無償でケア帽子を配布する
・研修受講済み職員の配置・アピアランスケアセンターの設置
・拠点病院等はアピアランスに対応出来る体制と環境を整備する。（プライバシーが確保された場所。誰でも気軽に利用出来る場所）
・県内でアピアランスケアに取り組んでいる患者会や美容室などについての情報を得やすくする。（県のホームページ等へ掲載）

（7）自殺対策
・入院・外来問わず、気持ちの辛さや問題を、精神科に相談できる体制を作る
・精神腫瘍内科医の配置を推進する
・外来患者の自殺対策マニュアルを策定する
・保健所や精神保健福祉士会、公認心理師会との連携。気軽に相談が出来る体制の構築。
・精神科受診を拒否する方への支援として、保健所（精神保健グループ等）の介入、訪問があると良い。
・がん患者の診療を対応出来る医療機関、クリニックの一覧を公開

（8）その他の社会的な問題
・学校で早期からがん教育を行う
・市町村や保健所などが中心となり、公民館や地域包括支援センターなどを活用した、住民向けのがん勉強会や相談会の開催。

・がん相談員やピアサポーターはサブとして参加し、がんに対する正しい知識等を伝えていく。
・予防接種、がん検診受診率アップの働きかけ

４．おきなわがんサポートハンドブックについて

資料６に基づき、増田委員より『がんサポートハンドブック』に関する要望があった。後日、メーリングリスト上などで意見収集を行うこととなった。

（１）おきなわがんサポートハンドブックをどのような形にするのか。
（２）がん情報提供資材（がんサポ）編集委員会をどのように進めていくか。
（３）がん情報提供資材（がんサポ）編集委員の推薦についてご協力いただきたい。
（４）２０２３年度版がんサポートハンドブック追加配布場所についてご検討いただきたい。

【報告事項】

３．がん患者ゆんたく会（1～3 月）

資料 7-1～7-3 に基づき、令和 5 年 1 月～3 月に各拠点病院にて開催された、がん患者ゆんたく会について報告があった。中部病院は玉城委員より報告があった。1 月は参加者の三線の演奏、新年度の抱負発表、歯科衛生士に口腔ケアについて講演頂いた。2 月はフリートークで最近の出来事や楽しかった事、またがんになった方を支える家族の思いについて話題に上った。3 月は『色の持つ心理効果とリラクゼーション』のテーマでカラーセラピーを開催。和やかな雰囲気で行われた。那覇市立病院は仲宗根委員より報告。1 月は栄養士と PT・OT による『がん治療中の食事と栄養』と『自宅でできる運動療法』というテーマで開催。栄養士からサンプルや試供品、お土産などあり、皆関心があることなので和気あいあいとした様子だった。レトルトカレーや配食サービス等、抜きながら食事をする方法などの話があった。3 月はピアサポーターの西村さんと上地さんに参加いただき開催。病院スタッフを除く 10 名の参加があり、話しやすい様子で和やかな雰囲気だった。琉球大学病院は友利委員より報告があった。通常通り対面で開催。1 月、3 月はフリートーク。2 月は栄養士による講演会を開催。フリートークでは、副作用の対応について看護師や栄養士への質問が多かった。パンキャンジャパン沖縄は島袋委員より報告。2 月にカフェで開催し、患者・ご家族 11 名、ボランティア 3 名が参加。参加者が増えてきている印象。患者さんが予後についての気持ちを吐露し、参加者同士で励ましあったりお互いの気持ちを共有、また家族としての気持ちも共有ができ、有意義な時間になった。

３．がん相談件数（1～3 月）

資料 8-1～8-6 に基づき、令和 5 年 1 月～3 月の各拠点病院のがん相談件数について

報告があった。

○北部地区医師会病院（仲村渠委員）

1月31件、2月31件、3月25件。主治医から告知される方で自殺予防も含めて告知後に緩和ケアの看護師と面談、同席してはと医局から意見がでている。去年より、独居の患者さんで自宅に帰りたいという希望者が多く、病棟のスタッフ付き添いで2～3時間自宅に帰って過ごすという事を取り入れている。

○県立中部病院（玉城委員）

1月72件、2月69件、3月77件。院内は対面が主で、院外は電話での相談が多い。相談内容は不安や精神的な苦痛、ホスピスとの連携、在宅療養、セカンドオピニオンの対応があった。がん治療の終了後在宅療養となったが、家族の相談があり訪問看護師と連携し支援を行った。医者とのコミュニケーションでの相談対応や外来時の待ち時間等について外来看護師と連携し対応をおこなった。

○那覇市立病院（仲宗根委員）

1月106件、2月141件、3月127件。これまでの相談内容、患者さんの院内の数等は変わりなく、相談内容として在宅医療や介護、医療費についての相談が多かった。2月は患者さんと家族間の関係やコミニケションの相談が多く、家族の間に入り思いを伝えたり、ＩＣのセッティングをおこなった。

○県立宮古病院（横田委員）

1月47件、2月31件、3月23件。独居で治療場所についての悩みがあり、身内が宮古にいないので親族とライン通話を通じて主治医から説明を聞くという症例があった。また、治療では効果がなく高額な治療薬に変更になることになり、ソーシャルワーカーや医事課の方に協力していただき、ネット等を活用し説明をしてもらい対応したケースもあった。

○県立八重山病院（岩崎委員）

1月97件、2月68件、3月75件。転居後に抗がん剤治療をできるか問い合わせがあり、実際に転居してきた方の受診総数などを提示して対応した。

○琉球大学病院（大久保委員）

1月75件、2月80件、3月77件。治療状況について、1月は緩和ケアの段階の方、治療中の方、治療前の方の順に多かったが、3月は治療前の方が多くなっていた。治療前の方が増えたのは、院内誘導方法で、初診時治療前の方はがん相談センターへ初診時予約を入れていただいて来てもらう、という取り組みを始めた為現れた件数になった

と考えられる。相談内容について、緩和ケアや在宅調整の相談が多いが、３月は医療者との関係・コミュニケーションと患者・家族間のコミュニケーションが微増している。2022 年度 1 年間の院外からの相談内容を報告すると、他施設入院中・他施設通院中・受診医療機関なし、不明、その他の相談が２１３件あった。その中で当院の ID なしの方が 132 名。ID ありで他施設にかかっている方が半数近くあった。相談入手経路はインターネットからが多かった。また病院にある資料や病院関係者から聞いた方、がんサポートハンドブック、新聞広告、院内掲示、パンフレットを見ての問い合わせとなっている。相談内容は、セカンドオピニオンの相談、当院へ受診希望。ホスピス・緩和ケアに関する相談。不安・精神的苦痛で、がんと言われて不安で仕方がないなど。医療者との関係・コミュニケーション等の相談があった。

４．がん相談件数集計（令和４年度）

資料 9 の通り、各拠点の相談件数集計の統計表に基づき友利委員より報告があった。相談支援センターに関する情報入手経路について、北部地区医師会病院は担当医からの紹介が増えている。治療状況は治療中の方が多いが、8 月の指針改定で初回治療前までにとなり治療開始前も伸びてきている。がん部位に関して５大がんが多く、中部病院や琉大病院は耳鼻科が多い。北部地区医師会病院は小腸や希少がんの件数が増えている。相談内容は、琉大病院以外は不安精神的苦痛が非常に多かったのが例年の特徴。ホスピスも増えているが、在宅医療の相談、訪問診療・訪問看護の相談が多い。琉大病院に関してはホスピス・緩和ケアの相談が多い特徴がある。全体としてはホスピスの相談件数が増加しているが、在宅の件数が多く日常生活や介護のサポートの相談・調整が多い。担当医からの紹介も増えている。

５．がん相談支援センターの広報

資料 10 に基づき、がん相談支援センターの広報について友利委員より報告があった。昨年度の 12 月より掲載依頼を月一回ではなく、毎週掲載するよう依頼することにより、毎週木曜日に電話相談が増えている様子。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 11 に基づき紙面報告。

７．沖縄県地域統括相談支援センターからの 5 つの提案について

資料 12 に基づき友利委員より報告があった。(1) 患者サロンへのピアサポーターの受け入れおよびピアサポート活動については、那覇市立病院で活動を行っている。今後他院とも日程調整していく。(2) 出張ピアサポートの開催については日程調整中。(3)オンラインゆんたく会への専門相談員の持ち回りでの参加については、年間日程表が決定

した。(4) がん患者会意見交換会への専門相談員の参加については、夏ごろと来年の 2 月に調整中。(5) 専門相談員のアピアランスに係る研修への参加については、10 月開催予定となっており参加申し込みした方は連絡いただきたい。

８．その他

（１）大久保委員より、相談員研修修了者アンケートの実施について報告があった。
相談員基礎研修等修了者が各病院に何名いるのか調査する経緯としては、今年度国がん主催の指導者研修に、友利委員、仲宗根委員、糸数委員が参加することになった。この研修自体は、県下のがん相談に携わる方へ向けた研修企画について学ぶ研修になっている。7～8 年前も同様に、指導者研修受講のタイミングでアンケートを行ったことがある。部会としても研修企画をする上で地域の学習ニーズや現状を知る必要があったため、連動する形で実施。研修修了者だけど相談の現場から離れている方、非拠点にどれぐらいの修了者がいるのか把握することで、研修を開催する際ファシリテーターとして連携や協働ができると考えている。

（２）仲宗根委員より、令和 5 年度第 1 回沖縄県がん相談員実務者研修会の開催企画について報告。那覇市立病院で 9 月に対面で開催予定。精神疾患とがんというテーマで、『精神疾患を抱える方への支援』についての講義とグループワークを予定している。

（３）友利委員より。沖縄県保健医療部の小波津委員から、部会で提出している相談件数集計のデータを県議会の対策で使用したいと依頼があり、エクセルデータで提供させていただきたいと要望があり、承認された。今回はメールや電話での依頼だったが、今後のデータ依頼については、申込の書類を作成することとなった。

（４）アピアランスケアに関する各病院の取り組みについて

・那覇市立病院　仲宗根委員：現在は相談センターで対応しているが、アピアランスケアセンターのようにできていないと感じる。相談センター内にある物で、相談員で話しながら必要であれば患者会でアピアランスをおこなっている場を紹介している。

・中部病院　玉城委員：化学療法室と連携している。

・パンキャンジャパン沖縄　島袋委員：化学療法室で説明して頂けると安心。

・琉大病院　増田委員：本来は、担当医・主治医が事前に説明すべきだけど、現実と

しては外来化学療法室の看護師が説明している。

・琉大病院　友利委員：化学療法認定看護師や、緩和ケアセンターのがん看護認定看護師などが対応している。薬剤師も化療室に訪れて使用薬剤の説明の中で相談があれば対応している姿を見かける。

・友愛医療センター　上原委員：アピアランスの相談を受けた場合、基本的な話はできるが、より専門的なケアが必要な場合は化学療法室の認定看護師にお願いしている。院内のがん治療センターの中に化学療法室、放射線治療室、がんサロンがある。ウィッグや情報などのパンフレットを置いており、認定看護師が対応できないときは他の職員が対応している。

・質問：大久保委員（琉大病院）→アピアランスについて、外来や病棟の看護師さんの普段のケアの中で話が出ることがあるのか、またその場合専門の看護師が引き受けるのがいいと感じることもあるのか？

・回答：玉城委員（中部病院）→病棟ではそこまで介入できていない。相談室に連絡をもらった時に、病棟に行き対応している。化学療法前ではアピアランスのウィッグについて話すが、爪囲炎といった皮膚症状などは化学療法の認定看護師が化学療法室で対応している。

（５）次回開催は、令和５年７月 13 日(木)、14 時から開催。

資料２２

令和５年度 第１回沖縄県がん診療連携協議会 ベンチマーク部会 議事要旨

開催日時：令和５年４月２６日(月)　13:00～14:00
場　　所：Zoom を利用した Web 会議
出　　席：7 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)、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：3 名
天野慎介(全国がん患者団体連合会理事長)
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)
陪　　席：2 名
並里亜衣（琉大病院がんセンター事務）、西佐和子（琉大病院がんセンター事務）

【報告事項】
１．令和４年度 第４回ベンチマーク部会議事要旨について
増田部会長より、資料１に基づき令和４年度 第４回ベンチマーク部会の議事要旨について説明があった。
２．その他
特になし。

【協議事項】
１．沖縄県の意見を踏まえた上での部会としての対応について
増田部会長より、第４次沖縄県がん対策推進計画の共同作業にあたり、県に提出した文書「第４期沖縄県がん対策推進計画の策定・実施・評価における沖縄県と沖縄県がん診療連携協議会の連携について」の説明があった。また今後の具体的な共同作業についての提案として、基本的な作成方針と定期会議及びスケジュールを具体的にメールで県に提案したと説明があった。その後、県からの回答と提示された「第四次沖縄県がん対策推進計画策定に係る体制案」「沖縄県がん対策推進計画（第４次）作業スケジュール」に基づいて、県の要望と意見について説明があった。
県の要望を受けて、委員から下記のとおり意見があがった。
- 県が示した沖縄県がん対策推進計画（第４次）作業スケジュールから、６月中旬、７月中旬、８月中旬に開催予定の沖縄県がん対策推進検討会に合わせて、

こちらからの要望等を入れていく必要がある。

- 検討会と協議会がいかに連携するかが重要。検討会の中で協議会案を出し、検討会から県に意見を出していくというのが正式ルートだと思う。
- 締め切りは3回、コンテンツの内容、それに向けたスケジュールと作業分担を決め、増田先生が確保できる時間を示すことも重要。
- 県としては、昨年度作った中間評価と国の第4期計画を元に作るということなので、分野の数や内容に関してもそれをベースに作ると思う。
- 研究班の方で、県の担当者が第4期計画を考えるときに、自県が全国の中でどういう位置づけにあるか見られるようなツールを準備している。
- 伊藤先生に、沖縄県におけるがん対策の課題を抽出した地域診断の作成をお願いしたい。
- 井岡先生に、予防と検診分野のロジックモデルの作成をお願いしたい。
- 増田先生に、医療分野のロジックモデルをお願いしたい。
- 埴岡先生に、最初に提示するロジックモデルの骨子を決めることと、全体を通してのアドバイスをお願いしたい。

2．その他

特になし

令和５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５年５月１日(火)　17:00～18:00
場　　所：Zoom を利用した Web 会議
出　　席：6 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)、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：３名
平田哲生(琉球大学病院診療情報管理センター長) 、天野慎介(全国がん患者団体連合会理事長)、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)
陪　　席：１名
西佐和子（琉大病院がんセンター事務）

【報告事項】

１．　令和５年度第１回ベンチマーク部会議事要旨について
（事務局提出：資料１－１、１－２、１－３）
増田部会長より、資料１－１，１－２，１－３に基づき令和５年度第１回ベンチマーク部会の議事要旨について説明があった。

２．　第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会案）の作成骨子（事務局提出：資料２）
増田部会長より、資料２に基づき説明があった。

３．　沖縄県がん計画の工程表（県庁案）（事務局提出：資料３）
増田部会長より、資料３に基づき説明があった。

４．　第４次沖縄県がん対策推進計画策定に係る体制図（事務局提出：資料４）
増田部会長より、資料４に基づき説明があった。

５．　その他
特になし。

【協議事項】

１．沖縄県に対する提案方法について（事務局提出：資料５）
埴岡委員より、提出する時期については、早いペースで動いているため 5/9 に仮出し、5/16 に協議会の承認を得て提出してどうかとの意見があった。
井岡委員より、予防と検診のロジックモデルを作ったが、第３次中間評価で掲載されている指標をなるべく引用作成した。中間評価で用いている数値を入れて示すと県もなじんでよいと思う。

2．沖縄県におけるがん対策の課題について

増田部会長より、伊藤先生のまとめてくれた「沖縄県のがん」は示し方が印象に残ってわかりやすいとの意見があった。伊藤委員より、検診は受けていていも医療に繋がっていないところを重点課題で上げられたらいいと思うとの意見があった。

2．協議会案の分野項目分け（≒目次）とロジックモデルのシート数の決定について

協議会案の分野項目分けについては、国に比べて沖縄は簡素化して共通部分で束ねる方式とすることとなった。

例えば、医療分野だと①から⑨まで９個あって９シートあるように見えているが、それは改ページであり分野アウトカム１枚が１シートだというように整理して説明する方がよい。

4．予防分野のロジックモデルの検討（井岡先生提出：資料８）

5．検診分野のロジックモデルの検討（井岡先生提出：資料８）

井岡委員より、資料に基づき説明があった。黒字は県の第三次がん対策推進計画の中間評価の中に書かれていた指標、青字は県に書き込んでほしいおすすめの指標、背景が黄色は国がんのロジックモデル案から取ってきた部分になる。

伊藤委員より、HPV は国の方でも書いてあるので入れた方がよいと思うとの意見があった。

6．医療分野のロジックモデルの検討（事務局提出資料９）

埴岡委員より、国とどこが違うのかの表示が必要だと思う。文言の分量については、ロジックモデル上では 2 行 24 文字以内にして、ドキュメントの方で長く書くという方法もある。

7．沖縄県に対するデータ等の提供依頼について（資料なし）

なし

8．部会の今後の方針について（資料なし）

増田部会長より、現在できているロジックモデルの体裁を新しいフォーマットに合わせて整えることとなった。また、国に入っているものいないものを色で表示するようにする。

伊藤委員より、進行度を早期と進行期に分けた形の罹患率は検診の評価にはよいが、現在国がんで公開前申請中であるため、公開については国がんの承認次第となる。

早急にフォーマットの修正版をみなさんに送り、5/8 には第一最終案としてまとめたうえで県の協議会へ送る。その後、5/12 協議会で承認をえるという段取りになる。

9．その他

特になし。

令和５年度 第３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５年５月８日(火)　17:00～18:00
場　　所：Zoom を利用した Web 会議
出　　席：７名
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)、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)、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)、平田哲生(琉球大学病院診療情報管理センター長)
欠　　席：２名
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)
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)
陪　　席：１名
西佐和子（琉大病院がんセンター事務)

【協議事項】

１．沖縄県がん計画（協議会案）のロジックモデルの修正

＜がんの予防＞

- 「望まない受動喫煙の機会を有する者を減少させる」を単純に「受動喫煙をなくす」というように記載する。公共機関等の禁煙化が伝われればよい（井岡先生）
- 「HTLV-1 総合対策等を推進する」の部分は現実に即してシンプルに書く。
- 「HPV 感染率が低下している」について測定が難しい。せめて接種率の把握で充分ではないか。HPV ワクチンの実施率のような書き方。3 回接種しているかどうかの接種率がわかればそういうのがよい。(井岡先生)

＜がん検診＞

- 「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」について、レセプトをカットする。
- 「検診がん種の進行がん罹患率の減少」はカットした方が良い。
- 「県は、職域等におけるがん検診や人間ドックについて、実施状況の継続的な把握に務める」について、人間ドックについては科学的根拠に基づいていないものが結構あると思われる。(平田先生)

  全体の検診率を把握するために入っていると思われる。科学的根拠に基づいた検診を実施している、裏を返せば、基づいていない検診を実施している

数や割合を指標に入れておいた方がよい。人間ドック検診機関で行われている根拠に基づかない検診の数も指標としてのせれたらよりよいと考える。（井岡先生）

＜がん医療提供体制＞

- 個別施策２をカットするか？
  インフォームドコンセントとアドバンスケアプランニングに関する内容が弱くなっている。沖縄県の中間評価のものも入っていれば県としてはいいと思う。（井岡先生）その他委員からの意見は特になし。

２．５月９日(火)に沖縄県へ非公式に提出する内容の協議

- 県は実務的には全部必要なのでフルバン（使わないコード等の列を除いて）で、色分けされているものを出す。最終的には文言を短くして対応表を作る必要がある。

３．５月１２日(金)開催の沖縄県がん診療連携協議会へ出す資料の確認

- 最初の理解の時に、指標の部分などを非表示にしてシンプルに見せる。
- 目的・概念合意が決まってから、指標に行く。という説明の手順がよい。
- 文言の語尾を統一させる。
- 指標関係では SCR の記入が間違えていると指摘があった。
- 埴岡委員より、重点化について井岡委員の意見を聞きたい。現況を計測して、ロジックモデルの悪いところにマーキングする等どのようにするかと問われた。
- 個別施策、中間アウトカム、分野アウトカムだけの資料を協議会で資料１として用いることになった。
- 協議会が１時間であれば、ロジックモデルの骨格を 30 分、分野アウトカムの指標（時間があれば中間インアウトカムの指標）の説明を 30 分、１週間後までにご意見お寄せくださいという進め方はどうか。
- 代表の３団体の患者会に意見を聞けるかは時間による。
- 説明書の冒頭と終わりに「患者中心の患者のための」と目的を記載する。
- ロジックモデルの指標の分量は、前回の井岡先生の中間評価のやり方に準じる。
- 協議会で話す前に伊藤先生が作られた沖縄県のがんの現状を話す方がいい。
- 重要指標、検診だと精検受診率のように重要指標は示す方がいいのではないか。
- 前回の井岡先生の中間評価から、ロジックモデルの代表指標を残す方がよい。

4．今後のスケジュールの協議

特になし。

5．その他

特になし。

令和５年度 第４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５年５月１５日(月)　17:00～18:00
場　　所：Zoom を利用した Web 会議
出　　席：４名
井岡亜希子(まるレディースクリニック院長)、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)、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長)、
欠　　席：５名
天野慎介(全国がん患者団体連合会理事長)、伊藤ゆり(大阪医科大学研究支援センター医療統計室室長・准教授)、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)
陪　　席：１名
西佐和子（琉大病院がんセンター事務)

【報告事項】
１．令和５年度 第３回ベンチマーク部会議事要旨について
増田部会長より、資料１に基づき令和５年度第３回ベンチマーク部会の議事要旨について説明があった。
２．その他
増田部会長より、第１回がん対策推進計画検討会が 6/13（火）15：00～17：00 の開催でほぼ決定していると報告があった。また、直近のスケジュールとして 5/19（金）までに「共生分野」「基盤分野」のロジックモデルの原案を作成し、協議会委員に送ると説明があった。

【協議事項】
１．沖縄県がん計画（協議会案）のロジックモデルの修正
増田部会長より、資料２－１、２－２、２－３、２－６に基づき説明があり、委員に各分野のロジックモデルについて意見を求めた。
＜がんの予防＞
- 分野アウトカムに死亡の減少を記載する
埴岡委員より、沖縄の第二次や秋田では死亡と罹患を並列していた。見せ方次第ではある。参考値としてのせてもよいのではないかと意見があった。
- HPV ワクチンの副反応対策を記載する

埴岡委員より、HPV ワクチンの副反応に関して、しっかりとモニタリングケアすることは入れてた方がよいと意見があった。

＜がん検診＞

- がん検診の精度管理等について、国がん主催の研修を入れる

  増田部会長より、国がん主催の研修があるが、県の計画に入れた方がよいか、委員に問われた。

  井岡委員より、研修の内容によるが、科学的根拠のないがん検診を実施する市町村の数を減らしたい。前立腺がん検診や乳がん超音波検査などは有効であることが証明されていないことを担当者に研修で伝えないと減らない。がん検診の担当者は数名であるが、科学的根拠のないがん検診までも実施していると、本来やるべき検診ができない。

- 受診率対策について

  井岡委員より、県は職域等におけるがん検診や人間ドックについて、把握していないと思われるので、県に対して説明が必要ではないかと意見があった。

＜共生＞

- 相談支援の中間アウトカムについて受けられているに変更
- デジタル化のロジックモデルについて文字制限をして短縮化
- アピランスケアの中間アウトカムについて、受けられているに変更
- 相談支援の指標に NDB-SCR/NDB を追加
- 情報提供の指標に NDB-SCR/NDB を追加

  埴岡委員より、上記の通りロジックモデル（3 点）、指標（2 点）の修正があった。

- その他の社会的な問題について個別施策を作成（疎外感の解消と偏見の払拭）
- 相談支援センターのロジックモデルを再考

  増田部会長より、傾聴型ではなく問題解決型のがん相談支援センターにすること等、県計画に取り上げなければならないことを再考すると説明があった。

- デジタル化の初期アウトカム及び指標に離島へき地を含めて、遠隔診療を追加

  埴岡委員より、遠隔診療ができている及びがんの遠隔診療件数を追加した方がよいのではないかと意見があった。

  増田部会長より、専門医が少ないからデジタルでカバーする等を入れてもよいのではないか。有賀委員に作成をお願いしたいと依頼があった。

２．その他

- 県の全体目標にがん死亡の減少が入っているか確認する
- アクションプラン作成

井岡委員より、予防と検診に力を入れるのであれば、アクションプランを作成したい。予防と検診は関わる機関が多いので、アクションプランがあった方が一体感が持ててよいと意見があった。

- 増田部会長より、井岡委員に予防と検診の内容について確認をお願いしたいと依頼があった。
- 増田部会長より、埴岡委員に全体の確認をお願いしたいと依頼があった。

令和５年度 第５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５年５月２２日(月)　11:00～12:00
場　　所：Zoom を利用した Web 会議
出　　席：８名
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)、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)、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)、井岡亜希子(まるレディースクリニック院長)、平田哲生(琉球大学病院診療情報管理センター長)、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長)、伊佐奈々(琉球大学病院がんセンター・診療情報管理士)
欠　　席：１名
天野慎介(全国がん患者団体連合会理事長)
陪　　席：１名
西佐和子（琉大病院がんセンター事務)

【報告事項】

１．令和５年度 第４回ベンチマーク部会議事要旨について

増田部会長より、資料１に基づき令和５年度第４回ベンチマーク部会の議事要旨について説明があった。

２．その他

【協議事項】

１．沖縄県がん計画（協議会案）のロジックモデルの修正

増田部会長より、資料２に基づき説明があり、委員に各分野のロジックモデルについて意見を求めた。

＜がんの予防＞

埴岡委員より、①生活習慣（喫煙）の分野アウトカム「がんの死亡率が減少できている」について、胃がんはほっといても減少している。大きく減っているがんも増えているがんもある中で、減少できているという表現の他に適切な表現はないかという意見があった。

伊藤委員より、井岡先生が指標に入れていた年平均変化率がそういう表現だと思われる。がん種によって違うため、沖縄県の動向をみて指標でさらに増えている状況を鈍化させる等の設定をするとよいのではないかと意見があった。

埴岡委員より、トレンドラインを下げるというような表現をうまくどういれるかだという意見があった。

増田部会長より、がん種によって分野アウトカムをわけるか検討すると回答があった。

＜がん検診＞

伊藤委員より、①科学的根拠に基づくがん検診の実施についての分野アウトカムについて、国では進行がん罹患率が入っていたが、早期がん割合にまとめることになるのかと質問があった。どちらかというと、早期がん割合は過剰診断に余分に反応してしまうため、進行がんは罹患率が下がる方がよい。がん種によって罹患率は早期であっても下がっていくもので、がん種を分けて罹患率をみていく方がよいのではないか。罹患率が下がって最終アウトカムに全部のがんの死亡率の減少が出てくるため、　分野アウトカムに罹患率でよいのではという意見があった。

東委員より、早期がんの割合自体が水物系の指標のため、なるべく使わない方がよいのではないか。早期がん割合を省くか、もしくは進行がん罹患率にする。分野アウトカムは死亡率でもかまわない。進行がんが減少すれば死亡率も減少するという意味で順番としてはおかしくないという意見があった。

有賀委員より、進行がん罹患率割合を中間アウトカムにして、がんの死亡の減少の分野アウトカムをそのままにするというのはどうかと意見があった。

＜がん医療提供体制＞

東委員より、個別施策①-1 医療の集約化と①-6 連携を行う、セカンドオピニオンに関しては患者における医療に関わるかもしれないが、それ以外については、医療の質が上がるわけではないため再検討が必要であるという意見があった。

埴岡委員より、中間アウトカムの語尾が「医療者が提供できている」となっているが「患者が受けられている」という表現が良いと意見があった。

＜緩和・支持療法＞

埴岡委員より、最終アウトカムから中間アウトカムはきれいだと思うが、個別施策や重要施策がもれていないか。組織化した緩和ケアとは何かというところは、次の計画の段階で示す必要があると理解している。骨組みはよいと意見があった。

増田部会長より、先日の緩和ケア在宅医療部会で議論しており意見を求めている。協議会としてのロジックモデルと 6 年前に県に提出した提案書でのロジックモデルの中から 5 つ程度選ぶことになっており回答待ちであると説明があった。また、6 年前に提出した緩和ケアのロジックモデルの資料を共有し説明があった。

埴岡委員より、個別施策が増えすぎてもよくないので、重点施策を決める方がよいと

意見があった。

＜個別のがん対策＞

井岡委員より、難治がんと希少がんは重複するため、希少がんだけで良いのではないか。シンプルな方がよいので余計なものは書かない方がよいのではという意見があった。

＜全体を通して＞

埴岡委員より、施策が細分化する問題について、原則としてはプロジェクト単位にするとよいのではという意見があった。

２．今後のスケジュール協議

増田部会長より、修正したロジックモデルをメールで送りますので、5/26（金）17時までに確認していただきたいと委員へ依頼があった。その後、さらに修正したロジックモデルを県に一旦、提出する予定であると報告があった。

３．その他

特になし

令和５年度 第６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５年６月５日(月)　11:30～13:30
場　　所：Zoom を利用した Web 会議
出　　席：６名
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)、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)、井岡亜希子(まるレディースクリニック院長)、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長)、伊佐奈々(琉球大学病院がんセンター・診療情報管理士)
欠　　席：３名
天野慎介(全国がん患者団体連合会理事長)、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)
陪　　席：１名
西佐和子（琉大病院がんセンター事務）

【報告事項】

１．令和５年度 第５回ベンチマーク部会議事要旨について

増田部会長より、資料１に基づき令和５年度第５回ベンチマーク部会の議事要旨について説明があった。

２．県のスケジュールについて

特になし。

３．その他

特になし。

【協議事項】

１．沖縄県がん計画（協議会案）のロジックモデルの修正

増田部会長より、資料３に基づき、ロジックモデルについて説明があった。

＜がんの予防＞

①生活習慣（喫煙）

有賀委員より、禁煙希望割合や喫煙の健康影響について正しい知識を持つ人の割合は数値化が難しいのではないかと意見があった。井岡委員より、喫煙の健康影響について正しい知識を持つ人の割合というのは、県で健康づくりに関する調査がされているので、数値が全くないわけではないが、今も調査が継続されているかどうかであると意見があった。増田部会長より、沖縄県で評価した時には出ていたが、今後六年間で数値が出る確証がないため、改めて事務局で確認する。

③感染症対策について（HPV）

増田部会長より、井岡先生の意見で感染率としたが、国は接種率しか出ていないと説明があった。改めて井岡先生に確認し、接種率に戻すことになった。

④感染症対策について（肝炎）

増田部会長より、掲載している指標は前の中間評価もしくは秋田の時の指標だと思われるため、異論がなければ事務局で出典を確認すると報告があった。

⑤感染症対策について（HTLV-1）

増田部会長より、掲載している指標５つは、国の評価指標の暫定版では、HTLV-1総合対策と結核感染症課調査、母子保健課調査など、これから決めるようなので、もしかしたら修正が必要かもしれないと報告があった。

＜がん検診＞

伊藤委員より、罹患率を出す時に上皮内と早期を抜いた罹患数を出し、年齢調整罹患率を出せばよいので、不明の扱いもそういうようにしてしまえば、指標としては進行がんの罹患率をいれてもらえばシステムからも安易に算出できそうである。年報に取り入れてもらえるとよいという意見があった。

増田部会長より、県が文章化した時の階層の問題になるため、①科学的根拠に基づくがん検診の実施について、②がん検診の精度管理等について、③受診率対策について、の区分は残した方がよいとの意見があった。ただ指標が上位指標か下位指標については、伊藤委員と井岡委員にて判別することとなった。

＜基盤＞

①研究の推進

埴岡委員より、地域でやるべき研究に関して連携協議会で企画が出せれている、採択された、研究報告がされたということで、あくまで連携協議会を舞台にしてはどうか。初期アウトカム指標で研究費の支出額とあるが、ここに連携協議会での企画数、採択数等、そこは沖縄県が研究費を出すとは限らない。中間アウトカム「沖縄県でしか研究できない領域に研究費を重点的に出している」を“研究の成果が出ている”に変更してはどうか。論文引用数というよりは連携協議会での報告数ではどうかと意見があった。

②人材育成の強化

有賀委員より、指標「専門家が、県立宮古病院と八重山病院に週に１回以上外来を行っているか否か」の部分で現在は月１回だと思うが、週１回は可能なのか。ある程度、現実的なところを目標というならば月２回に賛同すると意見があり、月２回に変更することになった。

④がん登録の利活用の推進

⑤患者・市民参画の推進

井岡委員より、研究やがん登録が最終的にがん対策に生かされているということが分野アウトカムになるのではないか。分野アウトカムがもう少しあってもよいのではという意見があり、分野アウトカムを増やし具体的に書き込むことになった。

＜全体を通して＞

がん医療提供体制と個別のがん対策分野については日を改めて、増田部会長と有賀委員が確認することとなった。予防と検診分野について伊藤委員がまとめ、井岡委員がアドバイスをすることになった。

2．今後のスケジュール協議

増田部会長より、6/6（火）までに協議会委員、幹事会委員、全ての部会委員に改めて送ると報告があった。

3．その他

特になし。