令和5年度第3回沖縄県がん診療連携協議会
議事次第

日　時：令和５年１１月１０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３回沖縄県がん診療連携協議会幹事会議事要旨（10月2日開催）	資料１	P4
２．令和５年度第２回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨（8月4日開催）	資料２	P6
３．令和５年度第２回沖縄県がん診療連携協議会議事録（8月4日開催）	資料３	P10
４．協議会・幹事会・部会委員について	資料４	P62
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	P69
有識者報告		
１．埴岡委員報告	資料６	P70
２．天野委員報告	資料７	P127
審議事項		
１．第２回医療者調査について	資料８	当日資料
２．今年度の協議会活動の重点事項の進捗について	資料９	当日資料
３．「沖縄県がん対策・評価指標データセット」公開について	資料１０	当日資料
４．その他		
報告事項		
１．沖縄県がん診療連携協議会の主催、共催、後援名義の使用承諾に関する内規の改訂について	資料１１	P144
２．幹事会資料の事前公開について	資料１２	P145
３．患者会よりの報告		
（１）田盛委員報告	資料１３-（１）	P146
（２）与儀委員報告	資料１３-（２）	P147
４．各拠点病院が取り組もうとしているがん対策について（７月～９月の進捗状況）		
（１）琉球大学病院	資料１４-（１）	P148
（２）北部地区医師会病院	資料１４-（２）	P150
（３）県立中部病院	資料１４-（３）	P152
（４）那覇市立病院	資料１４-（４）	P154
（５）県立宮古病院	資料１４-（５）	P156
（６）県立八重山病院	資料１４-（６）	P166
５．アピアランス支援モデル事業について	資料１５	P168
６．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について	資料１６	P170
７．沖縄県がん患者等支援事業の活動報告	資料１７	P177
８．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について	資料１８	P195
９．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議		
（１）第２４回厚生科学審議会がん登録部会オンライン開催	資料１９-（１）	P228
（２）第３９回がん検診のあり方に関する検討会	資料１９-（２）	P253
（３）第１３回今後のがん研究のあり方に関する有識者会議	資料１９-（３）	P491
（４）第１４回今後のがん研究のあり方に関する有識者会議	資料１９-（４）	P514
（５）第１５回今後のがん研究のあり方に関する有識者会議	資料１９-（５）	P541
１０．その他		
部会報告事項		
１．医療部会	資料２０	P571
２．緩和ケア・在宅医療部会	資料２１	P573
３．小児・AYA部会	資料２２	P590
４．離島・へき地部会	資料２３	P596
５．情報提供・相談支援部会	資料２４	P599
６．ベンチマーク部会	資料２５	P606

令和５年度第３回沖縄県がん診療連携協議会　資料一覧

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

２．令和５年度第２回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(8 月 4 日開催)

３．令和５年度第２回沖縄県がん診療連携協議会議事録(8 月 4 日開催)

４．協議会・幹事会・部会委員について

５．令和５年度の協議会・幹事会の開催の日時について

６．埴岡委員報告

７．天野委員報告

８．第２回医療者調査について

９．今年度の協議会活動の重点事項の進捗について

１０．「沖縄県がん対策・評価指標データセット」公開について

１１．沖縄県がん診療連携協議会の主催、共催、後援名義の使用承諾に関する内規の改訂について

１２．幹事会資料の事前公開について

１３．患者会よりの報告
(1)田盛委員報告
(2)与儀委員報告

１４．各拠点病院が取り組もうとしているがん対策について(７月～９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

１５．アピアランス支援モデル事業について

１６．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について

１７．沖縄県がん患者等支援事業の活動報告

１８．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

１９．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議

（1)第２４回厚生科学審議会がん登録部会オンライン開催
（2)第３９回がん検診のあり方に関する検討会
（3)第１３回今後のがん研究のあり方に関する有識者会議
（4)第１４回今後のがん研究のあり方に関する有識者会議
（5)第１５回今後のがん研究のあり方に関する有識者会議

２０．医療部会

２１．緩和ケア・在宅医療部会

２２．小児・AYA 部会

２３．離島・へき地部会

２４．情報提供・相談支援部会

２５．ベンチマーク部会

資料１

令和５年度 第３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１０月２日（月）１４：００～１６：００
場　　所　小会議室
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）	
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

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)について
２．令和５年度第２回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(8 月 4 日開催)について
３．令和５年度第２回沖縄県がん診療連携協議会議事録(8月4日開催)について
増田議長から資料１から資料３に基づき、令和５年度第２回幹事会議事要旨（令和５年７月３日開催)、令和５年度第２回協議会議事要旨及び議事録（令和５年８月４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．沖縄県がん診療連携協議会の主催、共催、後援名義の使用承諾に関する内規の改訂について
増田議長から資料６に基づき、沖縄県がん診療連携協議会の主催、共催、後援名義の使用承諾に関する内規について説明があった。
今後は民間団体、民間企業が共催、後援を申請した時は幹事会にて承認について諮り、協議会委員や専門部会が共催、後援を申請した場合は協議会事務局で承認について検討することとした。また後日、内規の改訂版を作成し、幹事会委員に確認することとした。

２．幹事会資料の事前公開について
増田議長から資料７に基づき、幹事会資料の事前公開について説明があった。
議論の結果、個人を特定できる情報や、公開するのに相応しくない情報がある可能性があるため、資料の事前公開はなしにして、幹事会後に一部公開制限を行い公開することとした。
また、議事要旨、議事録については、これまで通り議事要旨は公開し、議事録は作成しないこととした。ただし、レコーダーに音声として会議内容を残すこととした。

３．今年度の協議会活動の重点事項の進捗について

増田議長から資料8に基づき、今年度の協議会活動の重点事項5項目について、進捗状況の説明・報告があった。

４．「沖縄県がん対策・評価指標データセット」について

増田議長から資料9に基づき、「沖縄県がん対策・評価指標データセット」の作成の経緯と、そのデータセットの公開の要望について説明があった。

5年生存率の項目については、どのように取り扱うか検討することとし、その他の項目については公開することとした。

報告事項

１．患者会よりの報告

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（7月～9月の進捗状況）

資料11に基づき、増田議長及び柴山委員、天願委員、宮里委員、西原委員、松村委員から各病院が取り組もうとしているがん対策の7月～9月の進捗状況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）

３．アピアランス支援モデル事業について
４．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について
５．沖縄県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２４回厚生科学審議会がん登録部会オンライン開催
（２）第３９回がん検診のあり方に関する検討会
（３）第１３回今後のがん研究のあり方に関する有識者会議
（４）第１４回今後のがん研究のあり方に関する有識者会議
（５）第１５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２回 沖縄県がん診療連携協議会議事要旨

日　　時　　令和５年８月４日（金）　１４：００～１６：５０
場　　所　　WEB 開催（Zoom）
構 成 員　　３６名（出席者３０名）

（出席者）

１号委員	（琉大病院長）	大屋　祐輔
２号委員	（県立中部病院長）	玉城　和光
	（那覇市立病院長）	外間　浩
３号委員	（県立宮古病院長）	岸本　信三
	（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（代理出席：玉城　研太郎）
５号委員	（沖縄県歯科医師会長）	米須　敦子
６号委員	（沖縄県薬剤師会長）	前濱　朋子（代理出席：阿部　義則）
７号委員	（沖縄県看護協会長）	平良　孝美
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）
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
	（那覇市立病院副院長）	宮里　浩
	（那覇市立病院がん看護専門看護師）	東恩納　貴子
１７号委員	（県立宮古病院副院長）	新崎　博美
	（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	（一般社団法人ｸﾞﾙｰﾌﾟ・ﾈｸｻｽ理事長）	天野　慎介
	（国際医療福祉大学大学院教授）	埴岡　健一
	（琉球新報取締役編集局長）	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）

３号委員	（北部地区医師会病院長）	諸喜田　林
９号委員	（沖縄県保健医療部長）	糸数　公
１３号委員	（琉大薬剤部長）	中村　克徳
１６号委員	（県立中部病院血液腫瘍内科部長）	朝倉　義崇
１７号委員	（県立宮古病院外科部長）	西原　政好
	（北部地区医師会病院副院長兼看護部長）	柴山　順子

（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	河野　百合子

（以下、Zoom傍聴申込）
株式会社ダイコー沖縄、ハートライフ病院、ほか

資料確認等

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
増田委員から資料及び議事要旨等について確認があった。

有識者報告事項

１．埴岡委員報告
埴岡委員から資料6に基づき、院内がん登録5年生存率集計報告書から大腸がんのデータについて報告があった。

（主な質疑応答）
Q.島委員　:予後が悪いという点について、手術後のケアで特に何か満たされていないなど原因があるのか。
A.埴岡委員:原因を明確にするのは難しい。考えられるのは医療技術上の問題である可能性と患者背景上の問題があるがこのデータからは原因までは分からない。
A.宮里委員:若い世代の罹患が多く、尚且つその患者が生活習慣病も含め併存疾患を持っており、がんの治療を乗り切っても他病種を患っていることがある。また、症例数の問題で1例のインパクトがかなり大きくなっているように感じる。

２．天野委員報告
天野委員から資料7に基づき、ゲノム医療法の成立について報告があった。

（主な質疑応答）
Q.大屋議長:いくつかの疾病に関する基本法であれば、国の基本政策が決定し、それが都道府県に周知され、各都道府県でなんらかの施策を実施するという流れだが、今回のゲノム医療に関しても、今後の具体的な施策等を各都道府県で行う仕組みはできるのか。
A.天野委員:個人的な感触ではあるが、ゲノム医療法が成立した直後に総会が開催され、そこに各省の担当者が呼ばれていたが、現状、主体的には動いていない。これから具体的な施策を国レベルで省庁に対して割り振り、検討していくことが必要となる。それ以降に都道府県に必要なことが具体的に決まっていくのではないか。

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
増田委員から資料８に基づき、第４次沖縄県がん対策推進計画（沖縄県がん診療連携協議会案）について説明があった。また、８月中に議長から沖縄県に当協議会の計画案を提出する予定のため、今回の協議会で審議し、最終案とするためご意見等をいただきたいとの発言があった。
玉城委員から目標値の設定について、①の目標値より大きく劣っているというのは、標準偏差値の 2 倍以上劣っている等の数値を今から具体的に決めていく予定なのかとの質問があった。
増田委員から、「全国値より大きく劣っているもの」の『大きく』をカットし、単純に全国値以下だった場合は全国値を目標にして、全国値以上だった場合は 47 都道府県でベストの県のパーセント値を目標にするという事に修正するとの説明があった。
岸本委員から、がん検診の個別施策③について、検診受診率の目標値 60%以上を達成している市町村の割合とあるが、実際に市町村に目標値を達成させるために取組んでいる個別の施策はあるかとの質問があった。

増田委員から、国の施策に合わせ、検診受診率目標値を 60%に設定したとの説明があった。また、目標値を達成するためには、コール・リコールを行うことが 1 つであり、それ以外にはがん検診を受診する上での利便性の向上や、啓発のための研修会等を行うことを個別施策にしている旨の回答があった。

２．今年度の協議会の活動方針について

増田委員から資料 9-1 に基づき、今年度の協議会活動の重点事項について説明があった。また資料 9-2 及びデータセット（暫定版）に基づき、3 つ目の事項の種々の評価指標が迅速に出るようにすることについての進捗状況の説明があった。

（主な質疑応答）

Q.玉城委員代理:このデータセットは具体的にどのような場面で使用するのか。

A.増田委員:例えば沖縄県のがん計画が策定された場合、それに伴い計画の指標が多数できる。このデータを使えばがんの専門でない職員でも指標の 5～7 割は回答することができる。また、全国や各都道府県との比較が容易にできる。

A.埴岡委員:計画の進捗管理をするデータを簡単に抽出することができる。また、バックデータも全てあるので、どなたでも切り出して加工することができる。

Q.埴岡委員:このデータセットは沖縄県民に対しても有益な情報であるため、完成しているファイルはうちな～がんネットに掲載してはどうか。

A.増田委員:この協議会でご承認頂けるなら、公開することも可能である。

報告事項

１．患者会よりの報告

（1）田盛委員報告

田盛委員から資料10-1に基づき、やいまゆんたく会（八重山のがん患者を支援する会）の活動について報告があった。

（2）与儀委員報告

与儀委員から資料10-2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。

（3）島袋委員報告

島袋委員から資料10-3に基づき、NPO法人パンキャンジャパン沖縄支部の活動について報告があった。

（4）上原委員報告

上原委員から追加報告資料に基づき、がん患者団体連絡会（仮）発足準備について報告があった。

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）

資料11に基づき、増田委員、上地委員、宮里委員、岸本委員、松村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。また、県立中部病院の委員は退出していたため、紙面での確認となった。

３.アピアランス支援モデル事業について

増田委員から資料12に基づき、アピアランス支援モデル事業について報告があった。

（以下については、紙面報告となった）

４．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について

５．沖縄県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

部会報告事項

１．医療部会

有賀副部会長から資料17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18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19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

赤松部会長から資料20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21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22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２回沖縄県がん診療連携協議会議事録

日　　時　　令和５年８月４日（金）１４：００～

場　　所　　ＷＥＢ開催

○大屋祐輔議長（琉球大学病院　病院長）

琉球大学病院の病院長の大屋です。

それでは、これから令和５年度第２回沖縄県がん診療協議会を始めたいと思います。

せっかく対面で準備しておりましたけれども、台風の影響でなかなか移動も厳しい折、このような形でウェブでの会議となりました。一部では通信状況が悪いところもあるかもしれませんけれども、その点はご容赦をいただ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。

早速、本日の審議に入りたいと思います。まず資料１～５の説明を増田委員からお願いしたいと思います。

議事要旨・委員一覧

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（琉球大学病院がんセンター　センター長）

琉大病院がんセンターの増田です。

では、議事次第に沿いまして、画面に見えている令和５年度第２回沖縄県がん診療連携協議会・幹事会の議事要旨の確認及び前回の本協議会の議事要旨の確認、そして同協議会の議事録の確認をしたいと思います。

今日の議事次第を見ていただければと思います。本協議会に先立ちまして７月３日に幹事会が開催されております。前回の本協議会の議事要旨について確認をしたいと思います。７ページまで飛んでいただけますでしょうか。資料２を皆さんにお示ししております。少し大きくします。

前回は資料確認等があった後に埴岡委員及び天野委員からそれぞれご報告がありまして、

審議事項１としてグループ指定の組み合わせについて審議され、原案どおり可決されております。また、２として沖縄県における希少がんの診療体制についてご審議をいただきまして、これまでの琉球大学病院に加え、中部病院で希少がんの診療体制をメインでやっていくことが決議されております。また、昨年度第４回の協議会におきまして重点事項が決まっておりましたので、第１回目にその進捗状況について説明がありました。４番としましては、第４次沖縄県がん対策推進計画(協議会案)についてご審議をいただきました。今日もこれに関しては審議をする予定でおります。また、その他としまして、田盛委員と糸数委員からお話がありました。報告事項については時間の関係上、割愛させていただきます。

また、幹事会の議事要旨及び前回本協議会の議事録に関しましてはそれぞれご確認をいただければと思います。

資料４、76ページになりますが、このような形で各委員になりますが、特に大きな変更はございませんので、皆様、ご確認をお願いいたします。

次に資料５、83ページなのですが、本日は第２回の協議会になっておりまして、第３回は11月10日の金曜日、第４回は来年２月２日の金曜日となっておりますのでそれぞれご確認をいただければと思います。なお、幹事会は以下のとおりとなっております。私からは以上です。

○大屋祐輔議長

増田委員、どうもありがとうございました。ただいま説明をいたしました議事録と各委員会の報告等について何かご質問等はございますでしょうか。また日程等でもお気づきの点がございましたら後で事務局までご連絡をいただければと思います。

それでは、次に有識者からの報告、説明事項に入りたいと思います。最初に埴岡委員から資料６の報告をいただきたいと思います。よろしくお願いします。

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）

沖縄県データアップデートということで院内がん登録５年生存率集計報告書から大腸がんのデータをご紹介いたします。

趣旨ですが、沖縄県では大腸がん死亡率の低減がかねてより課題となっており、大腸がんプロジェクトが推進されているところです。国の院内がん登録５年生存率集計（2014-2015年）報告書が公表されております。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きたいということです。

データソースはこちらになります。

用語ですけれども、今回、ネット・サバイバルという定義のデータが出されておりますので、そちらの用語解説を引用しております。

さて、データになりますが、まず大腸がんの５年生存率、ステージに分けていない全体と、それからⅠ期、Ⅱ期、次のページのⅢ期とⅣ期となっております。着目するところはまずネット・サバイバルの全体の全国と沖縄、これが70.9に対して沖縄が63.3、実測生存率が全国63.8に対して57.8、これは全体ですけれども、ステージ別に見ていくことが大事かと思います。この後、ステージ別に見てまいります。

Ⅰ期がネット・サバイバル92.3に対して沖縄が87.8、実測生存率では83.1に対して81.1です。なお、病院別は実測生存率のほうしか出ておりませんので、こちらで見ていくしか仕方がないことになります。

続いてⅡ期ですが、ネット・サバイバルでは85.5に対して80.0という差があり、実測生存率では75.6に対して72.0という数値になります。続いてⅢ期はネット・サバイバルでは75.5に対して72.4、実測生存率が68.7に対して66.6。次にⅣ期はネット・サバイバルでは18.3に対して12.8、実測生存率が17.0に対して12.1になります。いずれにしましてもⅠ期も低く、Ⅱ期も低く、Ⅲ期も低く、Ⅳ期も低いことになります。

また、その他の特色を見てみますと、男女比では男性が全国よりも多い。全国では58.3対41.7ですが、沖縄では62.2対37.8になります。特筆すべきことは年代別のところで、沖縄では50歳代という働き盛りの方が16.4という比率になっております。全国の11.0に比べるとかなり高くなっており、一方で70歳代などはかなり少なくなっている。働き盛りが大腸がんに罹患していることがうかがえます。

続いてステージ別ですが、進行がんが多い。Ⅰ期、Ⅱ期は全国より比率が低くなっております。Ⅲ期、Ⅳ期が高くなっているので、進行したがんが見つかっている。それから治療の状況ですが、観血的治療実施がなしということで、手術ができないという方が24.1％で、全国に比べて10％ポイントも高いことも特色になっております。発見経緯では自覚症状が出てから受けられている方が多いという状況が見て取れます。

では、施設別になります。施設別では実測生存率の定義のデータが出ております。Ⅰ期、Ⅱ期、Ⅲ期別に症例数があり、実測生存率があります。対照するために全国の実測生存率をわきに添えております。こちらの数字が92.9、76.5、53.9、12.9となっております。全国は83.1、75.6、68.7、17.0という状況です。それぞれの施設が自らの病院のデータに関してコメントをしておりますけれども、那覇市立病院のコメントは、Ⅱ期の割合が高い、進行した状況で受けている方が多い、高齢者が多いということです。

次に中部病院ですが、簡潔に申し上げますけれども、Ⅰ期が64.4、74.2、65.0、18.0となっておりますが、全国では83.1、75.6、68.7、17.0となっており、Ⅰ期が低いことが見て取れます。コメントとしては、Ⅰ期で亡くなられた方のうち、63％は他の部位のがん、がん以外の疾患が原因であり、大腸がんの原因の方は約６％、かつ高齢のため手術を行わなかった症例があったなどです。

続いて琉球大学病院です。こちらは90.0、Ⅱ期は症例数が30以下ですので「－」になります。70.5、16.7となっております。全国値との対比を参照されてください。このように簡潔なコメントがついております。

浦添総合病院ですが、こちらは87.0、79.7、72.1、8.3となっております。全国の数値は右下にあるとおりです。コメントはついておりません。

沖縄協同病院です。こちらも30症例以下は「－」になりますが、Ⅱ期が56.8、Ⅲ期が61.4、全国の数値は75.6と68.7になります。こちらもコメントはございませんでした。

ハートライフ病院です。こちらは72.9、66.7、79.4となります。コメントはたくさんついておりますが、基本的に沖縄県全体の分析になっております。最後に「当院では」のところで、「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。という自分の病院の取り組みが書かれております。

沖縄病院は症例数が少ないために実測生存率は表示されておりません。コメントはありません。

以上、まとめになりますけれども、この集計範囲におけるデータということですが、あくまでも院内がん登録で捕捉されたもので全てのがん症例ではありません。ただ近年では院内がん登録のカバー率も頑張っておりますし、それで県内全体を見ることも一定の意義がある。また、施設別ではまさにその施設のステージごとのものが見られますので、もちろん患者背景の違いは考えられるわけですけれども、モニタリングをしてチェックをする

ことが地域の患者さんにとっても医療関係者にとっても連携協議会にとっても重要な点ではないかと思われます。こちらの連携協議会がこうしたデータをモニタリングして、ほかのデータ等も見ながら必要な対応をとる必要があるかと思いますし、また今進行している大腸がんプロジェクトでも協議し、必要な対応をいただく必要があるのかなと思ってご紹介をいたしました。以上です。

○大屋祐輔議長

埴岡委員、どうもありがとうございました。沖縄県の大腸がんの現状を非常にわかりやすくご説明をいただきました。大きな特色ではないかもしれませんが、全ステージで予後が全国平均より悪いこと、働き盛り世代にはある程度多いことが印象的だったかなと思います。このご報告について委員の皆様から何かご質問等はございますでしょうか。

現場で感じられているところと大体似ていますでしょうか。それぞれの病院のデータも出していただきながら、病院の場合はどうしてもどういう患者さんが受診するかということで多少は変わってくるかと思いますけれども、このようなデータの蓄積と早期発見ではないかなと思いますが、これについて何かありますか。

○島洋子委員（琉球新報社編集局　取締役編集局長）

琉球新報の島でございます。今日は報告をありがとうございます。先生、予後が悪いということで、術後のケアが特に満たされていないというような特徴でもあるのでしょうか。予後の件を教えていただきたいと思います。

○埴岡健一委員

原因については明確に明らかにするのは難しいと思います。考えられるのは、医療技術上の問題である可能性と患者背景上の問題であると、その３つですので、それがどのぐらいかはこのデータからはわからないので現場の方々の検討になると思います。ただこれ以外のデータにも、例えば標準治療遵守率やクオリティーインディケーターやその他のデータもありますので、それも加えて現場診療の感触も加えて検討をいただくと。その中で、医療上の問題があれば対処することと、先ほど大屋先生からもご指摘がありましたけれども、早期発見をするということであれば医療にかかり始めるところの対策も必要になると、そういう関係だと思いますので、このデータは重要な参照資料ですが、その上で検討を加

えていただくことが必要かと思います。私は素人なのでそれぐらいしかわかりませんが、専門の先生方、その他の方々からもコメントをいただければと思います。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。１点は、先ほどの早期発見云々の問題と、同様に手術をしてその後、抗がん剤治療をしてというところが、標準治療なのか、標準治療には至らなくて途中でもういいやと思って患者さんが中途で終わっていないかどうか。そういうポイントを今後、詰めていきながら、まずは標準治療を広げていくことも必要ですし、もし標準治療が十分行われていないのであれば、それが患者背景なのか、医療者側のシステムの問題なのかというところも詰めていかないといけないかなと思いますので、ここに出てきた病院はそれぞれ拠点病院として頑張っておられるので、ここに出ていない病院にも今後はいろいろな情報を提供しながら標準治療をやってもらえる患者さんをしっかり増やしていくことかなと思っていますが、増田委員、ひと言。

○増田昌人委員

那覇市立病院の副院長の宮里先生、何かコメントがあれば出していただけると、本協議会の委員でもありますのでいかがですか。

○宮里浩委員（那覇市立病院　副院長）

資料の提供をありがとうございました。恐らく今回、実測生存率ということで実際に僕らが肌で感じるがんで亡くなる以外の人を含んでしまうのは前からお話をしていると思いますが、今回のデータでも相対生存率で見ると拠点病院の成績は少し劣っているところもあるのですが、比較的全国並みになっているような感じがあったんですね。ただ相対で見るとまだ課題がいっぱいあって、１つは若い世代に罹患が多くて、なおかつその方々が生活習慣病も含めて併存疾患を持っていて、がんの治療は乗り切っていても他病種しているのが僕らの肌感覚でいくとどうしても見えるということですね。それから症例数の問題で、その１例のインパクトがかなり大きいのかなと感じています。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。がんにとどまらず、沖縄県は全体に生活習慣病を含め

て、せっかくがん治療をしたんだけど、肝疾患で駄目になったとか、そういうことも注意しながら現場で取り組んでいらっしゃるということですので、これは総力戦で沖縄県でやっていかないといけないということかもしれません。

ほかにご意見はございますでしょうか。いろいろご提案をいただいて、沖縄県も話しながら、我々が治療成績を上げていくために必要なことを沖縄県にお願いしながらやっていきたいと思います。よろしいでしょうか。

次は天野委員からご報告をいただきたいと思います。よろしくお願いします。

２．天野委員報告

○天野慎介委員（一般社団法人グループ・ネクサス・ジャパン　理事長）

資料７、107ページからの報告になります。ゲノム医療法の成立に関してご報告を申し上げます。

最初のページですが、国内における遺伝情報による差別の状況ということですが、平成28年度に行われた厚生労働省の研究班の研究調査では、割合としては非常に少ないですが、実際に遺伝情報に基づく不利益を被った経験がある方々が一定程度いらっしゃるということで、例えば学資保険の加入時に遺伝学的検査の受検の事実を申告したところ、加入を拒否された。あるいは生命保険の査定で、遺伝性疾患という理由で支払いを拒否された。あるいは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といった不利益を被ったような事例が報告されていました。

これに対して米国ではご承知のとおり、遺伝情報差別禁止法(GINA)が2008年に成立していまして、雇用分野、あるいは保険分野において遺伝情報の取得の規制が行われていたところです。また、米国以外の欧州、また東アジアの国々でも同様の法律が既に成立し始めているところです。

これを受けまして、また日本科学未来館の調査、これは一般の方を対象とした調査ですが、いわゆるゲノム情報の医療への利用への不安に関しては、特にない方も一定程度いらっしゃいましたが、一番多いゲノム情報による差別に対しては全体の６割の方が心配されていて、ほかには情報漏洩や血縁者への影響を心配されている方々もいらっしゃる状況がございました。

ご承知のとおり、既に我が国においてはここ数年来、ゲノム医療が推進されていまして、がん診療の現場においてゲノム医療が推進されているところでございまして、また国の全

ゲノム解析等実行計画も推進されているところでございます。この中では、PPI、すなわち患者・市民参加と、ELSI、倫理的・法的・社会的な課題への対応も定められているわけでございまして、具体化にはELSIに関する部門を設置することも定められていますが、これから着手する段階で、まだまだこういった段階の整備は未着手でありますので、いわゆるゲノム医療の推進、あるいはゲノム研究の推進とELSIの対応は車の両輪として必要であることが指摘されているにもかかわらず、法的な根拠は国内ではないという現状が続いていました。

国会での審議は、2014年に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て検討していましたが、この勉強会は2016年には議員連盟になりまして、この議員連盟がゲノム医療法案の成立を目指してきました。右側にあるようにその年の国会で成立するのではないかという機運が高まってきましたが、なかなか取りまとめに至らず断念を繰り返してきたという経緯がありました。

これに対して私たち患者団体は、2018年には全国がん患者団体連合会と日本難病疾病団体協議会が当時の大口厚生労働副大臣に要望を出したり、あるいは超党派議連の中島克仁事務局長に対して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から要望を行ったこともございました。

大きな転機になったのは、2022年４月の日本医学会・日本医師会からの共同声明でございまして、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が公表されるに至りまして、また同時期に私たち患者団体からも同様の共同声明を発出させていただきました。これを受けて国会の中でもいよいよゲノム医療法の成立が必要という機運が高まってきたところでございます。

加えて昨年の秋には、患者団体をはじめ、がん患者への様々な学会、あるいは製薬工業協会などの関係団体を含めて185団体が東京大学医科学研究所の武藤香織教授を呼びかけ人として要望書に賛同しまして、法案の早期成立を求める要望を提出しました。最終的に240を超える諸団体からの賛同が得られた要望になります。

これを受けまして、昨年の秋に私たち患者団体並びに研究者の方々、医療関係者の方々と共同で要望活動を展開しておりました。11月には東大の武藤香織先生とともに参議院議員の秋野公造先生に要望したり、あるいは日本人類遺伝学会の小崎理事長、国立がん研究センターの間野研究所長、早稲田大学の横野准教授とともに、衆議院厚生労働委員長の三ッ林裕巳先生に要望を行ったりもいたしました。

翌月には、同じく日本人類遺伝学会の小崎先生、また日本がん学会の佐谷理事長とともに古川俊治参議院議員への要望を行ったり、あるいはがん対策でかねてから尽力をいただいている三原じゅん子参議院議員への要望活動も行いました。これは写真を撮れた議員の方々だけでございまして、これ以外にも多くの先生方、国会議員の先生方に要望活動を行いました。

ところが残念ながら昨年の臨時国会ではなかなか各党での取りまとめが至らず、法案提出を断念するという経緯になってしまいました。それで今年の通常国会での成立を求めて引き続き要望活動を展開しまして、こちらは５月になりますが、塩崎彰久衆議院議員、あるいは仁木博文衆議院議員への要望活動であったり、あるいは超党派議連の中島克仁事務局長、あるいは宮本徹衆議院議員への要望活動なども行いました。

こういった多くの方々に対しての要望活動が実を結びまして、ようやく衆議院を通過し、６月には参議院厚生労働委員会の与党筆頭理事の島村参議院議員、あるいは同じく参議院厚生労働委員会の野党筆頭理事の川田先生に面談をいたしまして、ぜひ今国会で成立させてほしいという要望活動を展開いたしました。

これを受けて今年の６月９日にこの法案が成立しまして、特にこの中では第16条で、いわゆるゲノム情報に関する不当な差別を禁止するという対応が定められたところでございます。これを受けまして６月以降、超党派議連の丸川珠代会長代行、あるいは中島克仁事務局長、または参議院議員の自見はなこ先生の御礼へのご挨拶、また秋野公造参議院議員、あるいは川田龍平参議院議員への御礼のご挨拶に回るなど各党のご尽力をいただいた先生方に御礼のご挨拶に伺いました。

こちらがこの法律の概要になります。目的としましては、ゲノム医療施策を総合的、計画的に推進することが定められていまして、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すること、あるいは生命倫理への適切な配慮をするとともに、ゲノム情報の保護が十分に図られるようにし、当該ゲノム情報による不当な差別が行われないようにすることが基本理念として定められています。

また、政府による必要な財政上の措置、あるいは政府によるゲノム医療に関する基本的な計画の策定の義務が定められていまして、今後、がん対策推進基本計画と同様に、ゲノム医療に関する基本計画が策定される予定となっております。基本的な施策としましては、ゲノム医療の研究及び医療提供体制の整備であったり、あるいは生命倫理への配慮、また社会的な不利益、差別に対しての対応、あるいは社会への教育、啓発の推進が定められて

いるところでございます。

法律案の具体的な条文についてはこちらにあるとおりでございますが、今後、具体的にどういった施策を実施していくかはこれから検討する段階でございます。現状、医療の現場では、先日、ＮＨＫ、朝日新聞等で報じられた事例になりますが、千葉県がんセンターにおいて、認知症症候群と診断された男性のがん患者さんがいらっしゃって、その事実を保険会社に伝えたところ、保険会社からゲノム医療の遺伝情報の提出を求められて保険金の支払いが一時ストップする事例がありました。

これに対しては、千葉県がんセンターの担当医が、そもそも保険会社が遺伝情報を取得しないという決まりになっているのではないかということを問いただしたところ、保険会社がその請求を取り下げて無事に保険金が支払われた事例がありますが、こういった感じで実際に理解のある医療者の方がいらっしゃればある程度患者さんは守られているわけですが、こういったことを含めて何をもって社会的な不利益、差別をするのかということも含めて今後、具体的な検討と施策は推進されることになるかと思います。私からは以上でございます。ありがとうございました。

○大屋祐輔議長

天野さん、どうもありがとうございました。相当なエネルギーを割かないとこのような立法が難しいところを長年にわたりご尽力されて、皆様方に敬意を表したいと思いますし、せっかくこのような法律が成立しましたので、ゲノム医療がしっかりと進むことを我々も見守りながら主体的に取り入れていかないといけないなと思いながらお聞きしていた次第でございます。

基本法ができて、その後、施策という形に下りてこないとなかなか現実なものとして見えないかもしれませんけれども、この時点で何かご質問等がございましたらお願いいたします。

天野先生、私からよろしいでしょうか。疾病に関する基本法であれば、国全体の基本施策なので、それが都道府県に下りてきて各都道府県で何らかを実施することになるのですが、今回のゲノム医療に関してはどちらかというと全般的、日本全国共通のイメージで聞かせていただいたのですが、今後の具体的な施策では各都道府県にこのようながんとは限らないかもしれませんが、ゲノム医療を推進し、また患者なり個人を保護するような仕組みが各都道府県にできる方向で進んでいるのでしょうか。よろしくお願いします。

○天野慎介委員

私の個人的な感触でございますが、実はゲノム医療法が成立した直後に議連が総会を開催しまして、そこに各省の担当者が呼ばれていました。具体的には厚生労働省、文部科学省、経済産業省、そして法務省、内閣府、様々な省庁の方々が呼ばれていましたけれども、よくいえば各省庁が連携してこの法律を総合的に実施することになるわけですが、悪くいうと縦割りというか、各省庁がそれぞれの役割を押しつけ合っているような状況が見受けられるようなことがありました。

これから実際に政治の力を含めて各省庁に対してこれはあなたの省庁でやらないといけない。例えば差別防止法に関しますと法務省の役割が非常に大きくなってきているわけですが、議連で法務省の担当者の方のお答えを聞いていると、実際に訴えがあれば対応することもやぶさかではない的なことを言われていて、現状では主体的にこちらから動くこともなさそうな感じでしたし、また金融庁も保険会社に対して指導することに対しては慎重でありたいとおっしゃられていたので、これからまさに具体的な施策を国レベルで省庁に対して割り振りをし、検討をしていくことが必要になってきますので、それ以降に、例えば都道府県の役割として必要なものが具体的に決まっていくことになるかなと思っております。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。課題もありますけれども、国民の健康増進なり疾病管理には非常に重要になってきますので、この方向性が進むことを期待しております。

ほかにいかがでしょうか。そのほかに報告事項はございませんでしょうか。

それでは、次に審議事項に入りたいと思います。第４次沖縄県がん対策推進計画(当協議会案)についてということで、資料８で別ファイルとなっております。増田委員からご説明をよろしくお願いいたします。

審議事項

１.第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会案）について

○増田昌人委員

この資料8-1から8-6までは、昨日の夕方、皆様にお送りさせていただきました。資料の

配付が遅くなりまして大変申し訳ございません。

まずは審議に先立ちまして、第４次沖縄県がん対策推進計画（沖縄県がん診療連携協議会案）につきまして全体の説明をさせていただきます。昨年の第２回協議会で決まったことではありますが、作成の基本方針としましては５つの大きな方針でした。１つ目が沖縄県の策定を支援するものとして協議会案を作成する。２つ目が国の基本計画と調和がとれたものとする。３つ目がこれまでの沖縄県及び連携協議会の計画を発展させたものとする。４つ目が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。５つ目が指標については、統計指標等、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。この５つを基本方針として約１年前から皆様と一緒に検討を重ねてきました。

具体的な経緯としましては、昨年８月５日の当協議会第２回協議会において事務局から提案させていただきました。この第４次の計画案の作成と沖縄県に提案することを審議していただきまして全員賛成で作成を進めることになりました。計画案としましては、ロジックモデルを用いること、同時に評価指標も選定すること、最終的には本文、ロジックモデル、評価指標を作成することになりました。

それ以降、各専門部会から意見を聞きました。また、患者関係委員や患者会に直接意見をお聞きしております。それらをベンチマーク部会で取りまとめを行い、計画を作成しております。また、この幹事会や協議会では毎回進捗状況を報告し、かつ委員からその場で意見を頂戴しておりますし、また会終了後にはメールで自由に意見を伺っています。

それで最終的には５月にあった本協議会でたたき台を提案して協議会及び幹事会、専門部会からご意見を頂戴しました。この５月以降だけでも個別の項目の話でいきますと、100以上の項目について皆様からご意見を頂戴いたしました。厚く御礼を申し上げます。

それをベンチマーク部会で取りまとめて出したものが今日になります。全体を説明しているのは読み上げているワードの文書ですが、資料8-2としてロジックモデル（概要版）、8-3としてロジックモデルフルバージョン、8-4として計画本文、8-5として指標項目一覧、8-6として指標計測表をお渡ししております。

一番トップだけお見せいたしますと、これがロジックモデルの概要版の一番最初のページとなっております。こちらがロジックモデルフルバージョンの１ページ目となっております。こちらが第４次沖縄県がん計画の各論の本文となっております。こちらが評価指標の一覧の１ページ目となっております。これが最後の５番目の資料でして、指標計測表の

中から緩和・支持療法の部分だけ抜き出して提示しております。

元に戻りまして、全体資料の通し番号としては３ページ目になるのですが、これががんの予防となっておりまして、今日は皆様の関心の高いところである予防と検診の次の３つ目の分野であるがん医療提供体制のところをまず最初に簡単にご説明したいと思います。何度も説明をお聞きになっていると思いますが、ロジックモデルですので、まずは分野アウトカムから考えることになります。それを実現するものとして中間アウトカムをみんなで考えまして、それを具体化するものとして個別施策を考えていく形でロジックモデルが組まれております。

このがん医療提供体制は全部で８つの分野がありますが、その中で医療提供全般についてお話をしますと、全体の分野アウトカムは「がん医療の質の向上と均てん化が行われ、患者に提供できている」とあります。それを実現するものとして中間アウトカムがつくられておりまして、「患者が、『がん診療を行う医療施設』（『施設』）で、医療機関の機能分担を通じた質の高い安心な医療の効率的な提供が受けられている」。これが達成できれば、この分野アウトカムを達成していけるでしょうということで、中間アウトカムを置いています。

また、この中間アウトカムを達成するためには具体的な個別施策が必要でして、「沖縄県は、必要に応じたがん医療の集約化と機能分化と連携を行う」ことがまず必要だろうということで個別施策を置いてあります。なお、今提示しているのは概要版ですので、一番重点項目のものだけを抜き出しておりまして、こういう形になっております。ですので、後でフルバージョンを示しますが、それはかなり多くの、例えば中間アウトカムが２つあったり、指標がもっとたくさん出てくると思いますが、これが一番重要なところだということで解説しています。それぞれできているかをモニターするものとして指標を置いております。

このがん医療提供体制全体の分野アウトカム、「がん診療の質の向上と均てん化が行われ、患者に提供できている」ことをモニタリングするための指標としましては、重要なものを３つ挙げております。１つは、がん種別の５年生存率、患者体験調査でがんの診断・治療全体の総合的評価及び医療者調査、この医療者調査は沖縄県独自のものなんですが、この３つの拠点病院は指定要件に示されたものを十分に担っているかを医療者に聞いて、そのパーセントで追いかけようということになっております。

ちなみに、指標の中で黒字と青字がありますが、黒字は国の厚生労働省が定めたがんの

基本計画の指標からそのまま引用したものでありまして、青字は当協議会の独自に定めたものであります。そのような形で中間アウトカムの指標は以下のようになっております。あとは個別施策の指標はこのようになっております。

あと２つほど解説をいたしますが、医療提供体制をご覧いただきましたが、次は９ページの個別のがん対策についてお話しいたします。個別のものとしては特に離島・へき地について、全体の分野アウトカムはどうなっているかといいますと、個別ですので希少がんや難治がんも入っていますが、分野アウトカムとしましては、がんの種類、年代、住んでいる地域にかかわらずがん診療の質の向上ができていることと、がんの種類、年代、住んでいる地域にかかわらず、全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持・向上ができる。これがこの分野全体の分野アウトカムになっております。

後で下のページにいくので、ついでに指標を説明しますと、希少がんの５年生存率ですが、いろいろ書いてある。離島・へき地に関連するものとしては、以下の二次医療圏の５年生存率ということで､北部と宮古と八重山医療圏の５年生存率を指標としておりますし、また医療者調査で離島に居住しているがん患者の適切な医療を受けていると思うかを医療者に聞いて、そのパーセンテージとしております。

では、ここから離島・へき地のところに飛びますと、分野アウトカムに関しては先ほどお話ししたとおりになります。「離島・へき地のがん患者の生存率の改善ができている」のは一番重要な中間アウトカムだろうということでこれを選択しております。その指標としましては､再掲として３つの医療圏での５年生存率及び医療者調査で､「離島に居住しているがん患者のうち、より専門的な医療機関へ紹介したい場合、支障なく紹介できた症例は何パーセントぐらいか」。これを医師やそれ以外の医療者に聞いている。

あとは、その個別施策として幾つか後でお示ししますが、一番重要なものとして選定しているのは､「診療病院におけるがん関連の人材配置等を過不足なく行う」ということで、特に以下の専門家が診療病院に常勤で配置されているか否か、全部で５つありまして、①呼吸器外科専門医、②乳腺外科専門医、③種々の資格を持っている薬剤師のいずれか、④幾つかの資格を持っている看護師のいずれかが常勤で入っている。⑤がん相談支援センターの研修を修了した者のいずれか、⑥がん登録実務職業認定を受けた診療情報管理士、これら６職種が常勤で配置しているかをモニターしていくことが必要だろうと考えております。

次の共生の「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」が全体の分野アウトカムになっておりまして、それを実現する中間アウトカムとしては、「がん患者やその家族等が、質の高い相談支援が受けることができている」。これが実現できれば分野アウトカムに結びつくであろう。その中間アウトカムを実現するために個別に考えた施策としては、「『拠点病院等』では、治療方針の決定の前までにがん相談支援センターに立ち寄らなければならないシステムをそれぞれ構築する」。県拠点は今のところは義務ですが、４年後には全ての拠点病院等が義務付けられますが、それを先取りしまして６病院で目指そうとしております。これができれば「がん患者やその家族等が、質の高い相談支援を受けることができている」だろうと考えるのですが、最初に分野アウトカムを考え、それを実現するものとして中間アウトカムの状態を考え、そして個別施策を考えるのがロジックモデルの考え方でありまして、それでこのような形で指標を設定しております。以上が概要版となっております。

具体的にフルバージョンをお示ししますとどういうことになっているかといいますと、先ほどがん医療提供体制の概要版を示しましたが、これは医療提供全般、先ほど皆さんにお目にかけたのはこのベージュのところが何か重要だろうということで抜粋して概要版を示しています。それ以外にも白枠のところが、医療提供全般に対する分野アウトカムの指標だったり、中間アウトカムの指標だったり、そして個別施策に関してはここの６つある施策の中で、そのうちの１つを最重要施策として抜き出している形になります。

繰り返しになりますが、ここに出ている指標の中の黒字は国の基本計画と同じもの、青が協議会独自の指標になっています。こちらのフルバージョンを先に考えたものですから、基本的には概要版では、これは非常に多いものですので全体像をつかむことが難しいこともありましたので、まずはフルバージョンのところから中間アウトカムを基本的には１つだけ絞り込んでいます。

また、指標に関しましては、分野アウトカムの中で特に原則として客観指標１つと観指標を１つに絞り込んでいますし、中間アウトカムの指標に関しては統計指標とNDB-SCRなど、各指標を引っ張ってくるソースがありますから、そこから基本的には１つ。そして施策の指標は原則的にはなるべく客観指標ということで引っ張っています。この領域ですと６つの個別施策があったのですが、そのうち１つだけ引っ張ってきた形になります。

次に、離島のところだけいきますと、これが全体のこの分野の施策となりますが、離島・へき地でみますと中間アウトカムは２つありまして、このうちベージュのほうが概要版に載せていますが、それ以外に「離島・へき地のがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに

療養生活の質の維持向上ができている」が入っていますし、指標にしては医療者調査が１つ加わっておりまして、「離島に居住しているがん患者のフォローアップのために、地元の医療機関へ紹介したい場合、大きな支障なく紹介ができた症例は何パーセントぐらいか」と医療者に聞いています。

また、個別施策は全体としましては３つ規定しております。１つ目が「正しい情報を基に、患者が自ら選択した医療機関で受診する」。２つ目が「地域がん診療病院では、拠点病院と連携し、標準治療を行う」。３つ目が「診療病院におけるがん関連の人材配置等を過不足なく行う」。指標はこのような形になっておりまして、こちらのベージュは概要版にも取り入れていますが、例えば療養場所ガイドの全戸配布を行った市町村の割合や、あとはこちらなんですが、すみません、施策を１つ抜かしていました。

「離島・へき地において提供できない医療がある場合に、本島への渡航費用の助成など経済的な支援を行う」ということで、治療は概要版以外にはここの白のところで「以下の専門家が診療病院において毎週、または月に２回以上、外来診療を行っているか否か」。①放射線治療専門医、②がん薬物療法専門医、③血液専門医等を示している。また、助成に関しましては、沖縄県離島患者通院費支援事業に参加している市町村の割合、あとは実際に利用したがん患者の割合を指標に入れております。このような形で概要版とロジックモデルのフルバージョンの関係がわかっていただけたかと思います。

次に具体的に今回提出する資料の１つとして本文がどのようになっているかということをお示ししたいと思います。これが本文の表紙になっていますが、具体的にはこれががんの一次療法のところなんですが、これも先ほどのロジックモデルを書き下したものになります。先ほど解説したがん医療提供体制のところでいきますと、分野アウトカムが「がん診療の質の向上と均てん化が行われ、患者に提供できている」。この中で８つの分野があります。そのうちの１番目が医療提供全般、そして中間アウトカムとして「患者が、がん診療を行う医療施設で、医療機関で機能分担を通じた質の高い安心な医療の効率的な提供が受けられている」。個別施策としては、ロジックモデルが６つありますので、それをただここに書き下したことになりますので、このような形で①～⑥、先ほどのロジックモデルの個別施策の欄に書いてあったものをここにそのままワードに移し替えた形になります。このような形でつくっています。

次の４番目の資料としましては、これが評価指標一覧で、この左の指標のところが先ほどのロジックモデルの１つ１つのカラムの中に入れていましたが、データソース、どこか

ら引っ張ってきたかについては、出典については書き込めなかったものですから、こちらの表でどこから引っ張ってきたのかを書いてあります。例えば年齢調整死亡率は人口動態統計ですし、進行がんの罹患率は全国がん登録ですし、患者体験調査はそのまま患者体験調査の形になりますので、このような形で今お見せしているのは分野アウトカムの全体のところの指標になっています。次のページの予防の禁煙希望割合は国民健康・栄養調査から引っ張ってくる。このような形でお出ししてあります。

そして最後、これが指標の計測表になっておりまして、先ほどのロジックモデルのところにおおむね４列のカラムを加えております。具体的には患者体験調査が指標としてありますが、そのわきに沖縄県のデータ、全国のデータ、全国平均が多いと思いますが、全国平均値、あとは全ての47都道府県の中で同じデータである場合は、その47都道府県の中で最もよい値を示したもの、例えば患者体験調査であればそれぞれほかの都道府県の値も出せますので、それで目標値と考えております。

このような形で各分野及び分野アウトカム、中間アウトカム、個別施策がそれぞれにおいて指標がつくられておりますが、それぞれこのような形で書き込むことによってモニタリングができる形になります。

以上が説明なのですが、皆様にお諮りしたいのは、今の指標の目標値を決めることに関して、本来、目標値は複数時点の変化や政策による変化加速度もありますし、全国の動向との比較もありますし、総合的に決めるべきなんですが、具体的には毎年の進捗管理の状況や中間評価など、そういう形で数年をかけて目標値を決めていくのが本来の姿でありますが、今月中に県のほうに案を提出するに当たり暫定的な提案をしたいと思い、取りあえずしばらくの間の暫定的な値としましては、沖縄の値が全国より大きく劣っている場合は全国平均値を目標値としてはどうかということ、既に沖縄の値が全国より上回っている場合は最もよい都道府県の値を目標値としてはどうかということを提案して皆様からご意見を頂戴したいということ。

もう１つは、今回の予定としましては８月中に議長から県のほうに提出する予定ですので、皆様に提示した計画を審議していただいて最終案としていきたいと思いますので、それぞれにご意見を頂戴できればと思います。以上です。

○大屋祐輔議長

ご報告をどうもありがとうございました。資料としてはやや膨大ではあるのですが、全

般的にこれまで積み重ねてきた方向でつくられていますので、内容１つ１つについてはそれなりにご理解いただけるかなと思っていますけれども、ここで何か絞りながら意見を聞きますか。どうしましょうか。

○増田昌人委員

取りあえず暫定的な目標値の決め方についてはいかがでしょうか。ここのところをお読みいただきまして、私が出した提案はこの２つということになります。恐らくこれはもう少し細かく決めていく必要があると思いますが、それは今年度中に決めることにして。

○大屋祐輔議長

増田委員からのご提案、もちろん幹事会で議論をいただいているところですが、全国値に比べて大きく劣っているものに関しては全国値を目標とする。既に全国平均並みのものについては全国で最もよい数字にすることを目標にしてはいかがかと。具体的にその数字を出して、これは無理だということであれば、その時点でまた個別に検討するということですが、取りあえずはこのような形で今後目標の数字を入れさせていただいてよろしいでしょうか。ご意見があればよろしくお願いします。

○増田昌人委員

少し補足をさせていただきます。指標はあくまでも手段でありまして、これだけ多くの指標を選定しているのは、基本的には私どものやっているいろんな働きかけがうまくいっているか否かをモニタリングするのが主な目的でして、決してこれは目的ではありませんので、釈迦に説法だと思いますが、皆さんは重々ご存知のことだと思いますが、そういうことがあるかと思います。恐らく指標自体が目的になるのは、例えば５年生存率をあと５年で何パーセント下げようとか、そういうことになるのかなと思います。

ちなみに、今回、指標が非常に多くあるかと思いますが、基本的には国の基本計画の指標とほぼ同等の数となっております。恐らく国の指標のほうは、これからDPC-QIの項目が今は項目だけ書かれていて、具体的なより細かい指標の測定をどのようにしていくかに関しては、今年いっぱいかけて決めていくそうなので、それを考えますと少なくとも国の基本計画の指標と同等かそれ以下ぐらいの個数ではないかと思いますし、さらに本協議会では、指標をかなり絞り込んだ概要版をつくっておりますので、そちらは具体的にはこの協

議会で検討する上でモニターするよい指標となっていくのかなと思います。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。がんに関してはこれまでずっと様々なデータを取られる仕組みがとれてきていますので、どうしてもその結果として指標が多くなっています。１つ１つの指標の読み込みや解釈まで本当に全部できるかというとなかなか難しいところがありますので、今回の沖縄県の計画の中ではその中で代表的なものを出して、それは日常的に確認していく形でつくられていますがいかがでしょうか。

今日、ご意見を聞いてもわかりづらいかなと思って、具体的に幹事会やこの具体的なロジックモデル等をつくられた方たちはそれなりにご検討をいただいていると思いますが、増田委員の説明に加えて何かありましたら、加わられた委員の方もおられると思いますがいかがでしょうか。

○天野慎介委員

増田委員をはじめ、皆様、ありがとうございます。私も策定に関わっている１人でございますが、１点、念のために確認でございます。

今まさに映していただいているがん医療提供体制のところで、中間アウトカムと個別施策がそれぞれあります。黒字が国のものに沿っているということで、青字が沖縄県独自ということになっているかと思っていまして、医療提供体制、国のほうは例えばＡの分野アウトカムとしては、「がん医療の質の向上と均てん化が行われ、患者に提供できている」ということで、いわゆる５生(５年生存率)が出ていて、ここはアウトカムと指標が合致しているのですが、国のほうですとＢの中間アウトカムの「質の高い安心な医療の効率的な提供が受けられている」という部分が患者体験調査といった非常に主観的なもののみに、あとは医療者調査も含めてですが、わりと主観的な問題点があるところは国の調査の限界かなと思って見ていたのですが、それに対して沖縄県では、NDB-SCR/NDBを活用することになっているかと思いますが、これは沖縄県のほうで独自に情報等は入手することは可能だという理解でよろしいでしょうかという確認です。以上です。

○増田昌人委員

ご質問をありがとうございます。まずNDB-SCRに関しては、ここに示しているのは内閣府

で出している公開データから引っ張ってきておりますので､丹念に見ていけば取れるので、独自に調べたというよりは、公開データから引っ張ってこれるということです。もう１つ下のところでDPC-QIと書いてありますが、これはレセプトデータと院内がん登録を連結させて出てくる医療の質をはかる、今のところは実用的ではこれが一番プロセス評価、医療の過程をみる上での１つの代表的な評価なのですが、これは現在、多くの拠点病院が研究組織に入っておりまして、全体の８割ぐらいの拠点病院が入っています。

あと、院内がん登録をしている病院であれば、手挙げをすることによってこのグループに入ることができます。拠点病院はもちろんなんですが、既に沖縄県は７～８割の病院がこのグループに入っておりますので、そのデータを全部開示していただければ大体６～８割程度カバーできるはずですので、そういった意味で沖縄県全体の個別評価ができるのかなと。

これ自体は既に研究グループに入っていただければ、その各病院に開示されて国立がんセンターが自動的に解析をしてくれているので、各病院でもご負担なくできますし、実際に幾つもの病院が琉球大学病院にデータを提供してくださっていますので、これを指標として使うことは現状としてもすぐ可能なものだと思っております。

おっしゃるように国のほうはなかなか中間評価のところも含めて患者体験調査等で評価していくところがありますが、本来であれば主観調査である患者体験調査、沖縄県は特に医療者調査をしておりますが､それ以外に客観指標であるDPC-QIやNDB-SCRが本当はもっとできればいいでしょうし、理想的には１人１人の患者さんをきちんとカルテを確認してやる。私たちは手間暇ＱＩと呼んでいますが、そういったことができることが理想だと思います。以上です。

○天野慎介委員

ありがとうございました。国のほうではできていない部分だと思いますが、非常に重要な部分なので、ナショナルデータベースやＱＩの活用をぜひ進めていただきたいと思いました。感想も含めて以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。いかがでしょうか。そのほかご質問はございますでしょうか。

漠然とご質問するのですが、医療提供体制のところで専門医や専門家が出てきたりしま

すね。医療の均てん化の観点と医療機関のある程度の集約化のすみ分けのところが全体でざくっと出てくるとなかなか難しいかなと思うのですが、そこのところはどう処理されるのか、増田委員から、ここでこういうふうに考えてやっていますよというのがあったら教えてほしいのですが。

○増田昌人委員

多分個別のところを見ていただいたほうが少し説明はしやすいのかなと思っておりまして、多くの専門家の方を前に恐縮ですが、よく均てん化と集約化と言われていますが、実際問題は集約化をいかにするかということと、分散をどのようにするかということだと思います。それで希少がんや難しいがんは集約が必要でしょうし、ある程度患者の数が多いところは高い値を保ったまま分散して多くの施設がみていただくことが必要だと思います。

沖縄県の場合は幸いに第６次及び第７次の医療計画に基づいて多くのがん種について専門家が集まって会議体をつくっており、そこで医療機関の選定をしています。そこで実りのある協議ができているのではないかと思いますので、今回改めて第８次の医療計画が来年４月から走りますが、そこでもこのような同じ６年前、10年前の会議と同じような会議ができればより具体的に集約化と分散化について会議ができるのかなということで、それでここにも「沖縄県は」と書いているのは、これは実際に第８次医療計画に基づいて協議を行うことが指標として示されていて、当初は６つのがんだったと思いますが、今は12のがん種について施設を選定しましたし、当初よりも現在のほうが一部の難治性のがんに関しては施設の絞り込みができていますし、また逆に結構がん患者さんが多いところは絞り込みをしていないので、そういうところでバランスよく会議ができるのかなと考えております。拠点病院は関係なしに、各がんを一番よくみている６の病院の副院長や部長クラス、要するにそのがん種に関して責任のある立場の方に入っていただいた会議をしております。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。それの指標はないわけですか。

○増田昌人委員

それの指標は一応、ここに書いたのはがんの数が増えて、もう少し増えたらいいのかな

と。医療部会のほうでは15プラスアルファと考えております。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。その情報がしっかりと県民に届いて県民が賢い選択ができるところまでいくと具体的に全県の各患者さんに利益が及ぶかなと思いながら、ありがとうございました。そのほかにいかがでしょうか。ご質問がないようでしたら…。

○玉城和光委員（沖縄県立中部病院　病院長）

中部病院の玉城ですが､確認というか､目標値の設定は２つの提案でいいと思いますが、１番の大きく劣っている場合はイメージですが、標準偏差値の２倍以上劣っているとか、恐らく具体的に今からそういう感じで決めていくということでいいんですか。

○増田昌人委員

全国値を多くカットしていただいて、全国値より劣っているのが全国値で、全国値並みのものは全国最良値と修正をかけたい。大きくはカットしていただいてよろしいです。恣意的ではないので、単純に全国値以下だった場合は全国値を目標値にして、全国値以上だった場合は47都道府県でベストの県のパーセントの値を目標にすることに修正したいと思います。

○玉城和光委員（沖縄県立中部病院　病院長）

了解しました。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。ほかはいかがでしょうか。

○岸本信三委員（沖縄県立宮古病院　病院長）

こんにちは。宮古病院の院長の岸本と申します。膨大な資料をありがとうございます。１点質問は、がん対策のとても重要ながん検診について質問します。個別施策の中の②のがん検診と精度管理等の５番目の受診対策ということで、青い字で書いてあるところがあるのですが、その中の市町村の役割が大きいということが書かれてありまして、受診率の

目標値60％以上になっている市町村の割合も書いてあるのですが、多分そういうところは沖縄県ではないと思いますが、がんの便潜血検査についてもかなり低い状況だと思いますが、実際に目標値を設定する、60にするのかわかりませんけれども、全国のいいところの値にするということと、それをどうやって市町村が取り組んでいくのかという後押しみたいものはどういうふうにやっていくという個別の施策があるのでしょうか。

○増田昌人委員

大きくしてしまって全体像が把握しづらいので少し小さくします。今皆さんにお示しするのはフルバージョンのロジックモデルのがん検診のところです。ここの分野アウトカムは有効ながん検診を有する５つのがんの主要な検証ができているということ、そしてそのためには５つのがんの進行がんの検証ができていることになりまして、それぞれ年齢調整死亡率と進行がん罹患率でみていくことになります。この分野は全部で３つ項目がありまして、１つが科学的根拠に基づくがん検診の実施について、２番目ががん検診の精度管理等について、そして３つ目がご指摘の受診率対策についてということになります。

この受診対策のところを大きくいたしますと、ここは施策としては全部で５つありまして、この受診率対策についての中間アウトカムは科学的に基づく受診勧奨を行い、検診受診率の増加ができているということで、これを国民生活基礎調査にある検診受診率を１つの指標としています。施策としましては全部で５つつくっていまして、がん検診受診率をより正確かつ精緻に､また個人単位に把握することができるように検討するということで、本来であれば全国がん登録のデータと１つ１つ照らし合わせることによって個人がやっている住民検診、いわゆる政策医療としての住民検診プラス人間ドッグや職場検診をちゃんと合算できるような形をとるのが理想ですので、それを入れています。

２つ目が、院長がご指摘の「市町村及び県が連携して、より科学的かつ効率的な受診勧奨策(コール・リコールなど)を推進し検診受診率を増加する」の指標として「検診受診率の目標値60％以上を達成している市町村の割合」ということで、まずこの指標の作り込み方として、なぜここで60％なのか、これは昨年からだと思いますが、検診受診率の目標値はそれまでの50％から国の政策として60％と決まりましたので、それに準じて60％にしたのが今回の指標であります。なので、なぜ60にしたのかは国が60にしたからということです。

具体的にどうしていくのかということなんですが、ひたすらコール・リコールを頑張っ

てするのがまずは１つかなと考えていますが、多分それが一番パワーがあることです。それ以外に、受診者の立場に立ったがん検診を受診する上での利便性の向上を行うということで、いわゆる利便性の向上と、あとは啓発のための研修会等を行う。これは決して大人数ではなくて、５人や10人のスモールメンバーですね。あとは職域におけるがん検診や人間ドッグについての状況把握に努めるということで、まさに１番と５番は県及び市町村がきちんと真の検診率を把握していくことになると思っています。

ここまではロジックモデル上で書いただけですので、本来であればこの先に、アクションプランや施策シートをつくって具体的にどうするのかを決めていくのが、恐らく行政側の手法であるかと思いますし、またそういうことも本来であればこれに関連する委員会で検討するべきなのかなと思っております。

私からは今のところは以上です。ですので、これから先は行政の立場でアクションプランをつくるとか、施策シートでもう少し細かく考えてそれ自体を公開していくとか、そういう形になるのかなと思います。以上です。

○岸本信三委員

増田先生、ありがとうございました。具体的に行政にアクションプランを勧めるのは、このがんの協議会が行政に呼びかける形になるんですか。誰が主体でしょうか。

○増田昌人委員

それは恐らく沖縄県だろうと思います。私が書いているのは県計画そのものを検討する検討会では誰がというところまでは議論しておりません。恐らくそれは上位のがん対策推進協議会の場である程度は審議されるのかなと思いますが、そこは大屋院長が委員ですのでどうでしょうか。

○大屋祐輔議長

岸本院長が言われたご意見は、私も全く同じことを常日頃、考えているところであります。ロジックモデルにせよ、推進計画にせよ、これは行政の施策を実施するためにつくっているわけなので、ある意味、行政の担い手の顔が見えないと実施は全くどうなるのかという疑問が生じてくるんですね。現時点では行政の関わりが作成の段階ではございませんので、これを県にお渡しした後に県がどのようにこれを使っていくのかというところは期

待をしつつ、我々で見守っていくというような形ではないかなというのが今の私の考えと思いでございます。

実をいうと作成の段階からどっぷり行政に入っていただいているのが望ましいのですが、今はその形態になっていないので具体的な施策にどのようにしていけるかを我々がまだわかっていないということになるのかなと思っています。ですので、注視しながら県のほうにも伝えながらやっていくことになるかなと。ただ１つ１つの施策の提案のような形で個別施策で書いてございますが、これは県が実施できる、また市町村が実施できるものが書いてあります。

人手がそんなにいないからできないんじゃないかなと思われている方たちがたくさんいると思いますが、私もそう思っていますが、これをどう効率よくやるのかも含めて、実はそういうところを話し合う場も必要なのかなと考えています。ご意見をどうもありがとうございました。その方向はしっかり県と話し合っていけるようにしていきたいと思っております。

○岸本信三委員

ありがとうございました。よろしくお願いします。

○増田昌人委員

もう少し報告しますと、上のほうに精度管理の指標で個別施策で行政担当者は保健所職員、検診機関の職員は国等が企画する研修会を受講するということもありまして、こういう研修会に行くと市町村としてどういうことを具体的にやっていけばいいのか。例えば予算のないところでどうしたらいいのか、人がいないときにどうしたらいいのかということも含めて、段階をおいて基礎研修、実務研修、指導者研修で県ないしは国立がん研究センターの専門家からいろいろ提案はされているようですので、そういう教材を見ますと、具体的なものは国がいろいろ提示しているようですし、あと好事例集等も各市町村が使えるような形で出しているようではあるので、そこから先はそれぞれ行政の皆さん方がいろいろ工夫されてやることを期待するしかないのかなと、学会ではですね、思っているのですが。

○大屋祐輔議長

市町村がやっていることを全て県が把握できているかというとなかなか難しいだろうと理解していますので、県の担当者のご苦労は十分わかっています。現場に行くと怪しげなＩＴ会社がこんな研修をやったらいいですよといってスマホを使って訳のわからないものを持ってきて、それに飛びついて失敗しましたみたいな、そんなことにならないように、ここに科学的根拠に基づく受診勧奨と書いてあって、安易に変なものに飛びつかないように市町村には注意していただかないといけないかなと思いつつ、毎年、ＮＴＴを儲けさせるだけのような事業を勧めたりしますので、そこのところは考えていかないといけないかなと思います。よろしいでしょうか。

○岸本信三委員

宮古島は5万5千人の人口がおりますが、一番多いですので、行政も我々病院側も医療側も取り組みをしたいなと思っていますが、接点はあるのですが、顔が見える関係ではありますが、毎月１回集まって研修をやるよといっても役所の人は「えっ」と言うのでそこら辺が難しいかなと思っています。また先生方からも講習会をぜひ市町村に下ろしていただくような感じの予算も援助していただけるとありがたいかなと思いますのでよろしくお願いします。

○埴岡健一委員

私はワーキングの委員もしていたのですが、今日、全体像を見せていただいたので少しコメントをしたいのですが、まず１点目としては、国よりもよいロジックモデルができたのかなというのと、県としても運用しやすいものになったのかなということで、効果的な運用ができる形に一歩進んでいるのではないかなと思います。その効果的というところでは、特に中間アウトカムの指標に関して客観データと患者体験調査データと医療従事者調査という三角形型で押さえているところがその１つかなと思いました。

それからポイントとしては、概説版をつくっていただいたことで、これは想像ですが、大屋先生のご意向もあったのかなと思いますが、関連版があることで全体像ですと大きすぎるわけですが、みんなで共通してディスカッションしやすいサイズ感になったのと、散漫にならずに済んで力点に注力できる形になったのではないかなと感じております。

指標に関しては多いといえば多いんですが、基本的に分かれる可能性が高いものがあって、指標はある意味、モニタリング指標であるという考え、そしてベージュ色にかけられ

ている概要版が重点モニタリング指標という感じで、その中で大事だなと思われるところが今後、目標設定とされていくと理解しました。その基本的な考え方は今日ご審議いただいたことで理解ができました。

実際に運用するときにはみんなで集中力をもってみれていくのは概要版だと思いますが、概要版の中でどこかがうまくいっていないということになれば、その重点で見ていた指標のみならず、フルロジックモデルの周りの施策及び指標などを体系的に見て対策を探していくような形になるのかなと思いました。

ということで、非常にめりはりがあるような形でまとまりができたのではないかなと思います。なお、これでこのロジックモデルが完成ではなくて、引き続き皆さんが毎年見ていただく中で、ロジックモデルが発展・成長・進化していくんだと理解いたしました。以上、コメントでした。

○大屋祐輔議長

埴岡先生、どうもありがとうございました。大屋が言ったのは何か多すぎてよくわからないから、ちょっと少なくしてみんなでディスカッションしやすくしたらみたいな。工夫してくれたのは、それぞれの委員の皆様が見て本当に優れた形のものができていますし、埴岡先生のご意見のとおり、ここに挙がっている施策はどれも実行しやすいものだし、これまで沖縄県で取り組んでいたものの発展のような形でいずれも書かれていますので、これをうまく利用していただいてよいがん対策の施策をつくっていただければと思っていますのでどうぞよろしくお願いします。

それでは、この案件はここで終わりたいと思います。やや遅れ気味ではありますけれども、６分ほど休憩しまして40分から再開したいと思います。休憩となります。

（休　憩）

○大屋祐輔議長

15時40分になりましたので再開したいと思います。よろしいでしょうか。

それでは、審議事項、第２号議案の提案について資料９、今年度の協議会の活動方針についてということで、増田委員からご説明、ご提案をよろしくお願いします。

２.今年度の協議会の活動方針について

○増田昌人委員

まず皆さんにお詫びです。この資料は当日資料になってしまったがために、メールでは昼前ぐらいにお送りしたのですが、まだご覧になっていない方が多くいらっしゃるのではないかと思います。前回の第１回協議会において出したものと形式的には一緒です。昨年度の第４回協議会において、今年度に重点的に取り組む事項について、以下の５項目が決定しましたので、前回の５月の協議会に引き続きましてその後の進捗状況についてご報告いたします。

まずはこのがん計画について沖縄県へ提案するということですが、先ほど皆様にご審議していただきましたように、このような形で進捗していることになります。今月中に議長から県知事に提出を予定しております。

２ 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だったのですが、前回は第１回協議会時点では６つの部会それぞれ今年度最初の会議で年間計画をロジックモデルについて再定義されますが、現在のところ、その後も３か月たちまして、審議は各部会でそれぞれ行っているのですが、どうしてもがん計画の審議を最優先にしたものですから時間切れが起こってしまったりして、なかなか決定までは至っていないのが現状であります。

３ 協議会で行っている事業をはじめ､種々の評価指標が迅速に出るようにするということだったのですが、前回はソフトを開発していますとの話だったのですが、今日は一応、暫定版なのですが、沖縄県がん対策・評価指標データセット（暫定版）を公開しております。委員の皆様には昨日の夕方のメールでダウンロードの場所を指定させていただいたので一部の方はダウンロードしていらっしゃると思いますが、ダウンロードしていない方もいらっしゃるので、そこだけは重点的に後で解説したいと思います。

４ ＢＣＰをまとめるということなのですが、医療部会で所掌しようと決まりましたが、これは進んでおりません。

５ 精検受診率､特に大腸がんの精検受診率を向上させるためにどうにかしようということだったので、協議を始めたのですが審議はしておりますが、まだ具体的にどこかに働きかけるということはしておりません。

以上、５点につきまして進捗状況をお話ししました。

その中の３番目の評価指標が迅速に出るようにすることに関しましては、少し進捗がありましたので説明をさせていただきます。

皆様にお配りしたデータセットの説明をしたいと思います。背景としましては、私もメ

ンバーではありましたが、本日ご出席の埴岡先生が特定ＮＰＯ法人がん政策サミットでつくったがん対策評価指標データセットの原案を示していただきまして、その原案をベースに2016年から少しずつ進めております。

目的は､今日皆様にご審議をいただきましたがん計画の協議会版で利用するとか､今後、中間評価に利用することが目的であります。

利点としましては、これから計画がつくられるのですが、恐らく指標の７割ぐらいは網羅できているのではないかと考えております。残りの３割は、特に皆さんの施設で、例えば乳腺外科の専門医は働いていますかということになりますので、県内の22医療機関のアンケート調査と医療者調査に完結したいと考えております。アンケートに関しては毎年、県が医療調査を行っていますので、そこで質問に加えていただければ大きな手間にはならないのかなと考えております。このデータセット自体は、最新データで更新する予定でおります。具体的には最も手間がかかる、関連するあちこちのいろんなところに少しずつ出るオープンデータをまとめましたので、少しお役に立てるのかなと思います。

これ自体は沖縄県だけのデータを収集しておりませんので、47都道府県、ものによっては全ての二次医療圏ないしは全ての市町村のデータを入れていますので、ほかの都道府県との比較やほかの同じような人口規模の二次医療圏と比較することも可能となっております。

利点としましては、オープンデータをまとめられていたために、あちこちに飛んでいるデータをここでまとめているので、データ検索が容易だろうということになっておりまして、あとは、がん種ごとにまとめていって、まだ４つなのですが、大腸がん、肺がん、胃がん、乳がんだけしかまとめておりませんが、がん種ごとにまとめていますので、全体のデータ集からさらにがん種ごとにまとめているということで、見通しが少しよくなったのではないかと。あとは、47都道府県のデータの比較が可能だということです。

出典につきましては、メインのところは厚労省のデータ、国立がん研究センターのデータ、内閣府のデータ、私どもでやりました医療従事者調査のデータということになっておりまして、このような形で2022年のものがこういう形になって、おおよそ６年ないしは７年分のデータの蓄積をそれぞれの年ごとのエクセルデータとしてまとめております。

推移は今のところは見ることはできないのですが、その年ごとのデータはファイルが簡単に見ることができるようになりました。現在、実際に見ていただいたほうがわかりやすいかなと思いますので、これは後で見ていただくとして、具体的にお話をしたいと思いま

す。

まず最初に、皆様が全てダウンロードしていただけるとこのような形で10個のエクセルファイルをダウンロードしていただけるのではないかと思います。そのうち、今日は２つだけお話をしたいと思います。これは全ての医療データや、あとはNDB-SCRや患者体験調査という形でまとめております。また、医療者調査のデータも入っております。あとは臓器ごとにまとめております。

具体的にエクセルをお見せしますと、これがどんなデータが入っているかということの全てになります。見づらいと思いますが、もう少し大きくします。

罹患率や５年相対生存率、臨床進行度分布、進行度別の５年生存率、喫煙率、ハイリスク量の飲酒、野菜摂取量、検診のデータ、各病院の悪性腫瘍の手術件数、こういったことがざっと入っております。これは縦軸にしているわけですが、これを国で見ますと、先ほどお話ししたものは、これは国全体のデータになるのでここだけしか出ておりませんが、１つですが、男性の死亡率、女性の死亡率、死亡率、改善率、死亡率、改善率があります。これをずっと動かしていきますと、標準化死亡比、老人ホーム死亡率、男女の罹患率などがこんな感じでずっと出てくる形になります。

これが都道府県になりますと一番下は沖縄県なのですが、都道府県ごとに例えば死亡率をお見せしていますが、男性全体の死亡率、がんの死亡率、全がんの女性の死亡率、死亡率、改善率、死亡率、女性と男性のデータなどがありますし、標準化死亡率、超過死亡数が出てくるかと思います。これはずっとデータとして出てくることになります。

同様に、これは二次医療圏ごとですので、八重山、宮古、南部、北部、中部、上だと奄美や鹿児島等があって、ずっと上にいきますと最終的には北海道の二次医療圏まで出ることになりまして、死亡率だと八重山が91とか、こういうデータがあります。市町村では、一番下の与那国町、竹富町、これがずっと上までいくと北海道の稚内町までいけることになります。全体として2,100の市町村のデータが入っていると。

あとは、全ての病院ではないのですが、拠点病院に関してはこのような形で琉球大学病院、宮古病院、中部病院、北部地区医師会病院、八重山病院、那覇市立病院のデータも出るということで、例えば悪性腫瘍の手術件数の総数が全部出てくる形になります。これは全体の表になっております。

一旦停止して、いろんなデータがこれで調べられますよということで、ずっとカーソルを動かしていただければ、これは手術件数ですが、肺がんの開胸手術件数、胸腔鏡下の手

術件数、胃がんの開腹、胃がんの腹腔鏡、胃がんの内視鏡があります。今回、ロジックモデルで示しているわけですが、これ自体はロジックモデルの形で出しています。具体的にはこれを見ていただきますと、上のほうに分野アウトカムと書いてあると思いますが、隣に分野アウトカムの指標は中間アウトカム、個別施策と書いてあります。それぞれの指標をここに出しております。一番下の黄色に注目していただきますと、予防、がん検診の指標が出てきます。がん医療提供体制の指標、例えばここだと５生率が出てくるとか、患者体験調査が出てきまして、緩和・支持療法ですと患者体験調査のデータが出て、個別のがん対策だと希少がんの５年相対生存率、これから入れますが、それと共生ですと患者体験調査のデータが出てきて、基盤ですと同じように患者体験調査のものが出てくる形になります。

がんの予防ですと、予防ができるがん種ごとですが、大腸がんのロジックモデルで見ておりますので、それで項目が変わります。今はこれを乳がんにしますと、これは男性のところは出ないのですが、乳がんの死亡率や乳がん死亡率の年平均乳がん罹患率が出てくる形になりますので、大腸がんに戻しますと、男性の死亡率、女性の死亡率、それの全国版と沖縄県のデータが出ております。

今回は暫定版ということで､沖縄県と全国のものを比べるものしか出てこないのですが、フルバージョンのものは県名が出ることになっておりまして、北海道としてのこの値が全部出ることになりますので、既に昨年のデータ集ではこれは完成しておりますので、ご希望があればそれぞれお出ししたいと思います。

ただ既に計画の検討会が２回終わっておりまして、沖縄県には昨年度のデータが入っているバージョンのものはお送りしていて、そこでは全国のものは検索できるようになっています。ですので、取りあえずこれを使っていただければ、検診ですと同じように罹患率や早期がん発見が出ますし、医療提供体制にしますと５年相対生存率の男女と全国版と沖縄県の差が出てきます。患者体験調査も入っています。隣を見ますと、患者体験調査なのでこれは入っていると。

一応、こういうものを皆さんにお配りしているので、本来であれば来月３月が納品だったのですが、今日に合わせてもらって暫定版を皆さんに送っています。昨年のデータが欲しい場合はフルバージョンでお示しすることができますので、皆様に言っていただければと思います。私からは取りあえず以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。先ほどから申し上げているように、がん関連では非常に多くのデータが利用できるようになってきていて、それがいろんなところにたくさん散らばっているんですけども、それを使いやすくわかりやすくということでプロジェクトが進んでいるということで、その一端を今日、ご紹介いただいたところですが、今の内容について、ご意見というか、ご質問やご要望になるかと思いますけど、いかがでしょうか。

○玉城和光委員

玉城です。非常におもしろいデータをありがとうございました。今のエクセルでいろいろ出していただく、いろんなデータを今、見せていただいたんですが、具体的にどういう場面で使うのかというイメージがわかなくて、我々の例えば検診の現場、あるいは日常診療の中でこれを、あるいは県の施策か何かの立案のときに使うものなんでしょうか。この辺を教えていただければと思います。

○大屋祐輔議長

具体的な利用の場面というのを１つ２つとか。

○玉城和光委員

そうなんですね。実際、これだけの労力でつくられているんですが、どういうところで利活用できるのかなというのがまだイメージがわかないのでよろしくお願いします。

○増田昌人委員

例えば沖縄県のがん計画ができるとしますよね。そうした場合に、多分、その計画の指標というのは100なのか、200なのか、300なのかわかりませんが、できてくると思います。このデータを使っていただければ、うちの職員も特にＩＴ専門家ではないんですが、通常の事務職員でも数日あれば大体出てくる指標の５割とか７割はたちどころに埋めることができるような感じだと思います。ですから、そういう行政の方の省エネになるんじゃないかなと思っております。

あとは、例えばこれは大腸がんのロジックモデル、肺がんのロジックモデル等をつくっておりますので、それで今の状況はどうなのかなというのを見ることができるので、検診

率とか…。

今、閉じちゃいましたけど。ちょっとお待ちください。

○大屋祐輔議長

結局のところ、行政が使う場合もありますでしょうし、私が今日、見せていただいた上では、例えばマスコミの方とかがこういう話題があったときに、これはどうなんだろうということで、この表から図をつくって新聞に載せたり、そういうことが容易になったりすると思いますし、看護学生だったり、医学生だったりとかがリポートでいろいろ使ったりということもあるでしょうし、検診業者の方たちがこういうものを検診募集の資料に使ったりということもできるかもしれませんけど、中にはどこの医療機関がいいだろうかということで独自のホームページをつくって、こういうデータを羅列して載せるというところも今後は出てくるかもしれません。

どうですか、増田先生。

○増田昌人委員

そうですね。どうしても私たち医療者は忙しいので、こういうデータはどうなっているのというけど、それをちょっと調べるだけでかなりの時間がかかるんじゃないかと思うんですね。こういうものを一つつくっておけば、皆さんが使い方に慣れていただければ、例えば今、これは沖縄県の肺がんの１年前のデータなんですけど、見ていただければ、全国の喫煙率と沖縄県の喫煙率が出ていますし、肺がんの死亡率が出ていますし、女性の死亡率が出ています。

例えばこれを青森と比べようと思うと、もちろん２つを並べないといけませんけど、青森の喫煙率や青森の肺がんの死亡率が出るので、こういうことの比較ができるのかなと思います。全国の比較ができて、かつ都道府県の比較が割かしぱっとできると。これで肺がんですので、例えば大腸がんなら大腸がんがぱっと出てきますので、大腸がんは一応、喫煙率も影響がありますので出していますが、出てくると。早期発見率でいうと…。

○埴岡健一委員

埴岡です。玉城先生、今の説明をごく簡単に要約してご説明します。画面を共有させていただきます。

先ほど計画のほうで、この評価のときにデータを採録するシートがありましたが、玉城先生の質問にまず第一に答えれば、これがぱっと拾える。以上、終わりです。そして、拾えるだけですけど、裏の表もあるので自由に加工もできますよということで、そういうことになります。

増田先生が今、開いていらっしゃったものの緩和のシートを開いていただくと、先ほど私が示したものと基本的に一緒です。一部改訂されます。なので、計画の進捗管理をするデータが一網打尽にワンタッチで取れるというのがあれになっています。なお、バックデータも全てあるので、どなたでも好きなように切り出して加工していただけるということになります。同じ説明ですけど、違う言い方の説明でした。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。直接的にはロジックモデルの指標をあっという間に抽出できるという利点が大きいですし、興味のある部分については、それぞれの先生方が例えば病院のホームページに資料を載せるときに、それを使いながら出すこともできるかなと思ったんですよね。

私から埴岡先生にご質問なんですけど、これからの時代だとこのエクセルのデータをそのままChatGPTに入れ込んで、沖縄県のデータと全国のデータで大腸がんの予後に関連するデータを出してくださいとぺろぺろと出してもらったほうが、今増田先生がああだこうだとクリックするよりもずっと便利になると思うんですけど、そういうプロジェクトはすぐできると思うんですけど、いかがでしょうか。

○埴岡健一委員

そうですよね。今、エクセルの拡張機能、ChatGTPに組み込んでいるものがあるので、そういう時代がもう１年以内ぐらいに来るとは思うんですけれども、ただChatGTPは連関だけで出してくるので、生成ＡＩというのは。やっぱりロジックというのは人間が決めてあげて、ロジックで聞いてあげて出してもらうのも依然として大事な部分が残るとは思っております。以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。人間のほうがある程度、ロジックがないといけないということ

だろうと思いますし、そういう面で言えば、この１～２年で急激に進歩してくると思います。どんなにＡＩが進歩したとしても、データがないことにはＡＩはうそばかり言いますので、そういう面では非常に重要なお仕事をやっていただいていると理解しております。今後の活用についてはいろいろまた議論をしていただきながら、特に沖縄県のほうでこれを有効に活用していく事例がたくさんできてきたらいいかなと思っております。ほかにご意見はございますでしょうか。

○埴岡健一委員

このデータは協議会委員にとっても非常に有益ですけれども、沖縄県民のどなたにも有益だと思うんですけども、そういう意味では今、10ファイルのうち１ファイルは暫定的だそうですけども、９ファイルは完成していますので、ぜひ「うちな～がんじゅう」に掲載などをいただいて、県の関係者あるいは全国の関係者が活用できるようにしていただくといいのかなと思うんですけども、いかがでしょうか。

○大屋祐輔議長

はい。増田先生、その方向ですよね。検討事項。

○増田昌人委員

この協議会で皆様がお認めしていただけるなら公開は可能か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。どのように活用すればいいのかというような方向性、やり方等も広報しながら上手な出し方をしていって、本当に県民に活用していただき、医療者、市民、いろんな方が使えるような形を目指していければと思っております。

○増田昌人委員

全て公開データから引っ張ってきているものですので問題はないかと思います。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。ただ、悪意を持って加工する人がいたときにどう対応するかと

いうところだけですね。それは十分あり得るような気はしているんですよね。悪いところだけ取り出して、それを比較することもできますので、十分検討しながらやっていきたいと思います。皆さん、よろしいでしょうか。

それでは次に行きます。報告のほうに移らせていただきます。まず報告１の（１）、患者会の田盛委員よりご報告をお願いいたします。資料10-1です。よろしくお願いします。128ページということです。

報告事項

１．患者会よりの報告

（１）田盛委員報告

○田盛亜紀子委員（やいまゆんたく会（八重山のがん患者を支援する会）　会長）

やいまゆんたく会の田盛と申します。患者会の活動報告について、書面にも記載はしてありますけれども､今回は５月から８月までの活動について口頭にてご報告申し上げます。

毎年５月に定期総会を行っておりまして、去る５月13日に令和５年度の定期総会を行いました。６月10日には６月の定例会を開催しまして、会員が各自のがん経験等についての報告を行い、情報交換を行いました。私たちのやいまゆんたく会は２年ほど前に会歌、会の歌を制作しまして、その合唱と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りました。毎回、２時間行っております。

７月定例会につきましては、石垣市においてコロナ患者が増加していたため、取りやめといたしました。８月12日に８月定例会を開催いたします。同じく８月25日には石垣市長とのランチミーティングの申し入れを行っております。今回、私たち石垣市にはがん患者さんがたくさんいらっしゃるにもかかわらず､入会してくださる数がとても少なくて､今、大きな課題の１つとなっております。会に加入することによって、私たちは応援をして差し上げることもできますし、ぜひ加入していただきたいということを市長とのランチミーティングを通して、マスコミを通して、皆さんにＰＲを図ることを第一の目的としております。

そのほかには、石垣市から患者会への助成もお願いしたいと思っておりまして、令和４年度までは沖縄県がん連合会が患者会に支援をしていただいていたんですけども、令和４年度に解散されたとの通知を受けました。コロナ禍前までは石垣市において年に一度、連合会の予算支援をいただきまして、石垣市の健康福祉まつりとセットでがんフォーラムを

年１回、開催してきておりました。毎回、150人程度の市民に、がんフォーラムを開催することによって、がんのお話をして差し上げることができていたんですけども、連合会が解散してしまいますと予算的な支援を受けることが不可能ですので、石垣市の助成金を受けまして、今後もがんフォーラムを継続していきたいと考えております。ということが８月までの報告となります。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。活発に活動していただいているということで、先ほどあったようなコロナとか、今回の台風とかもありますけど、いろいろご苦労も多いと思いますけれども、引き続きどうぞよろしくお願いいたします。

ほかの委員からご質問とかございますか。ないようでしたら、次の与儀委員からの報告に移らせてください。129ページになります。10-2です。よろしくお願いします。

（２）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・ぱんさぁの与儀です。次の２件について活動報告をさせていただきます。

まず１点目、ピンクリボンアドバイザーサテライト試験についてです。主催は私たちＮＰＯ乳がん患者の会ぴんく・ぱんさぁ、認定機関は認定ＮＰＯ法人乳房健康研究会です。過去に2020年、2021年と２回実施し、県内９か所の病院からピンクリボンアドバイザー初級30名、中級22名とあるんですが、12名が合格しています。

今回、石垣で実施するサテライト試験については、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」との相談があり、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いたしました。

その取り組みについてですが、１月29日、市民公開講座 IN 石垣を開催し、アドバイザーサテライト試験の告知。４月23日に第１回勉強会。これは結い心センターで午前、午後と２回、開催しました。今は毎週水曜日と書いてあるんですが、木曜日の20時からグループライン通話で試験教材の読み合わせをしており、８月と書いてありますが、10月22日に第２回勉強会を現地で開催いたします。

２番目に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についてです。「With you～OKINAWA」というイベントが４年ぶりに開催されることになり、その準備として、ブースに展示する術後の補正パットづくり、また脱毛時に着ける帽子の作成などをしました。このパットなんですが、横に伸びる形になっていて脇への補正もしやすく、また帽子は治療に行き、治療中はつばを外して治療を受けることができることを考えながらつくりました。

この「With you」のプログラム終了後には患者懇親会を行い、そこでは宮古、石垣から参加したメンバーより活動の紹介があり、宮古からは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を行ったこと、石垣のメンバーからは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紹介がありました。以上、ご報告をさせていただきました。ありがとうございます。

○大屋祐輔議長

与儀委員、どうもありがとうございました。活動を非常にアクティブにされていらっしゃるということで、また工夫をいろいろされていらっしゃって、さらに発展されているかなと思いますが、ご質問、コメント等はいかがでしょうか。ないようです。

次は３番目に移ります。（３）患者会の島袋委員よりご報告をお願いいたします。130ページとなります。

（３）島袋委員報告

○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）

ＮＰＯ法人パンキャンジャパン沖縄支部の島袋です。５月以降の活動報告をさせていただきます。

膵臓がん患者サロンをハイブリッドで６月17日になは市民活動支援センターのほうで行いました。今回はミニ講演会と交流会を設けて実施しました。ミニ講演会のほうは「膵臓がんの放射線治療」として地方独立行政法人那覇市立病院放射線科部長の足立源樹先生からご講演をいただいております。参加人数はオンラインで５名、県内１名、県外４名です。会場では８名ほどご参加がありました。ボランティアとして、当団体の顧問である浦添総合病院院長の伊志嶺先生もご参加をいただいております。看護師２名、栄養士１名、ＰＴ１名の６名で参加をいただきました。

参加者からの感想ですけれども、「放射線治療についてよくわ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」。また「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ましたが、痛みを取ったりできると聞いて安心しました。栄養士からは食事について聞くこともできたので良かった」と感想をいただいております。また、当団体にはぴあサポーターの方がいらっしゃるんですけれども、「その方とお話ができて大変安心につながった」と意見をいただいております。

当団体では９月以降に膵臓がんの市民公開講座を予定しております。まだ決定はしておりませんが、また決まり次第、広報をしていきたいと思っております。写真を資料のほうに入れておりますが、サロンの様子となります。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。オンラインを含めてサロン開催を行って、皆さん、いろいろ日頃の心配や疑問等をこの場で話し合われたということをお聞きしましたが、いかがでしょうか。

私から質問を１つ。今回、県外の４名の方は、他県のパンキャンジャパンの支部の方になるのでしょうか。他県とも連携があるのかなと思ったんですが。

○島袋百代委員

他県のパンキャンジャパンの方ではなく、県外からの患者様が独自に申し込まれてオンラインで入ってこられました。

○大屋祐輔議長

パンキャンジャパンの別の支部からというご紹介ではなく、これを見つけて別に参加されたわけですね。

○島袋百代委員

そうです。

○大屋祐輔議長

ありがとうございました。了解です。

ほかにいかがですか。ないようでしたら、次に移ります。議事次第には記載はございませんけれども、追加で上原委員からご報告がございますので、今日、別紙という形で付いておりますのでそれをご参照ください。よろしくお願いします。

（追加報告）上原委員報告

○上原弘美委員（サバイバーナースの会「ぴあナース」　代表）

サバイバーナースの会「ぴあナース」の上原と申します。私からは２点のご報告があります。

まず１点目ですが、がん患者団体連絡会（仮）ですが、発足準備についてご報告をいたします。日頃から沖縄県のがん対策の推進と強化にご尽力を賜り、深く感謝申し上げます。そして、私たちがん患者・家族委員は沖縄県のがん診療連携協議会においても当事者の立場で発言の機会をいただいていることに心から感謝いたします。

沖縄県には16の患者会や支援団体があります。こちらの数は「がんサポートハンドブック」に掲載されております14の団体と、掲載はされていませんが活動を行っている２団体を足した数値になります。この患者会は個々、がん患者さんやご家族との交流会の開催やピアサポート活動、そして医療者を交えた講演会や相談会等を行っております。その多くの患者会がそれぞれで活動しておりまして、さまざまな問題や課題を抱えている現状があります。

そこで、県内の患者会がお互いに連携して共同して活動することで患者会の円滑な推進と関係機関との連携を図ることを目的に、現在、このがん患者団体連絡会（仮）の発足の準備をしていることをご報告いたします。現在、この設立に関して、この趣旨に賛同いただいている５団体ですね。こちらにも列記していますが、ＮＰＯ乳がん患者の会ぴんく・ぱんさぁ、ＮＰＯ法人パンキャンジャパン沖縄支部、やいまゆんたく会、サバイバーナースの会「ぴあナース」、ゆうかぎの会です。今後はまた多くの患者会のほうにも声かけをしていきたいと考えております。また方向性など詳細が決まりましたらご報告したいと思います。１点目は以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。ご質問はいかがでしょうか。こういう形で連絡会ができ

て、さらなる発展を祈念しております。

では、２番目をよろしくお願いいたします。

○上原弘美委員

２点目ですが、「リレー・フォー・ライフ・ジャパン2023おきなわ」開催のご案内です。こちらの協議会でも何度かご案内もしておりますが、がん患者とそのご家族を支援するチャリティーイベントになっております。コロナ禍はリアルでの開催がちょっとかなわなく、オンラインでの開催をしておりましたが、今年は４年ぶりにリアル開催の予定をしております。

日時なんですが、11月11日土曜日ですね。第３回協議会の11月10日の翌日、11日が「リレー・フォー・ライフ」の開催日になっています。15時スタートで翌12日日曜日のお昼前まで、夜通しやっているイベントになっています。場所は浦添てだこ広場。この場所で開催するようになって今年で９回目の開催になります。

ご存じの方も多いかと思いますが、「リレー・フォー・ライフ」とは、1985年にアメリカの１人の医師がトラックを１周走るごとに寄付を募っていくということからスタートしまして、今現在では世界25か国、約6,000か所で開催されていまして、日本でも2007年から始まりまして、今では全国、各都道府県で開催されているイベントになっています。

裏面にいきますと、ちょっと詳細なんですけども、このリアルイベントに合わせてセルフウォークリレーというのがありまして、コロナ禍で始まったセルフウォークなんですが、がん患者さんはがんと告知をされたり、治療中も孤独になりがちなところに、そこにコロナが加わって、さらに閉塞感とかが強くなって、リアルで会えなかったり、いろんなイベントが中止になる中で、だからこそつながりたいというサバイバーの人たちの思いからセルフウォークリレーが生まれました。

これはスマホにアプリをダウンロードして、それを持って歩いていく。その歩いた数をカウントして、カウントした分だけを企業様、団体さんから寄付としていただく仕組みになっています。これはリアルイベントの11月11日に合わせてやるんですが、セルフウォークリレーは11月１日から30日の１か月間、スマホを持って歩く。

その間に、11月11日にリアルのイベントがあります。こちらが浦添てだこ広場で、みんなで集まって、がんに関して学んだり交流したり、がんになっても自分らしく過ごすためにどうしたらいいんだろうかということをみんなで考えていくきっかけになればというこ

とで、ずっとこのイベントは開催しております。

参加の方法はいろいろありまして、個人で参加したり、あるいはチームで。例えば病院の皆様でしたらチームを組んでチームで参加をしていただく。夜になるとルミナリエセレモニーがありますので、そちらのルミナリエバックにメッセージを書いて、それで参加。あるいはスタッフとして。当日は参加できないけども、ご寄付とか協賛で参加。いろんな参加の方法があります。

このイベントは全て皆様からいただく寄付で成り立っています。毎年、大体150万ぐらいのご支援がありまして、そのうち、運営費を除いて余ったお金、大体50万前後ですが、その余ったお金を日本対がん協会に寄付しています。全国から集まった「リレー・フォー・ライフ」による寄付の使い道としましては、若手医師の育成であったり、がんの悩み相談であったり、全国のがん検診の啓発に使ったりしております。

開催は決まりましたので、また細かいところとか、また皆様にお願いにお伺いすることもあるかと思いますので、お力添えとご支援のほうをよろしくお願いしたいと思っています。私からは以上です。

○大屋祐輔議長

上原様、どうもありがとうございました。「リレー・フォー・ライフ・ジャパン2023おきなわ」が11月11日、12日に開催されるということと、活動支援のご連絡、ご報告ということでございますが、ご質問等はございますか。盛会をお祈りしているというか、ぜひ皆さん、ご参加をお願いしたいと思います。

それでは報告事項２に移ります。各病院、拠点病院が取り組もうとしているがん対策について、特に４月から６月の進捗状況ということでご報告をお願いしたいと思います。まずは琉球大学病院、ページ132となります。増田委員からお願いします。

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

○増田昌人委員

琉球大学病院としましては、ここの赤で示したところを重点的にこの３か月はやっておりまして、倫理的な問題がある患者さんをキャンサーボードに積極的に検討する方法について、各診療科及び委員会で話し合いを既に始まっております。

もう１点の高齢者医療に関しまして「機能評価の手引き」が昨年度末にマニュアルができましたので、それを確実に実施するように電カル上でテンプレートにしたりしております。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。何かご質問等はございますでしょうか。

従来の形に加えて、特に高齢者機能の評価を、がん対策の中でもうたわれている部分を取り入れることになったということですよね。「倫理的な問題」じゃなくて「倫理的な課題」がいいかもしれませんね。「問題」だと何か悪いような感じのイメージで取られますからね。

次は北部医師会病院からお願いします。134ページとなります。

（２）北部地区医師会病院

○上地佳代委員（北部地区医師会病院　副看護部長）

北部地区医師会病院の上地です。よろしくお願いします。

主に４番の支持療法の説明をさせてもらいます。今の進捗状況を報告します。苦痛のスクリーニングから緩和チームへの介入を強化というところで、４月から緩和ケアの介入依頼のスクリーニングシートを作成して今、運用しているような状況です。

あと、緩和ケアチームが介入する患者さんに対しては、STAS-Jの評価を認定看護師のほうが行っているような状況です。

あとは、在宅療養への移行をスムーズにしていくということで、退院後訪問、これも緩和の認定看護師が一緒に同行するということと、あとは認定看護師を含めた退院カンファレンスの実施を今、取り組んで進めているような状況です。

あともう１点、告知時、これも緩和の認定看護師を同席するということを強化しようということで、タイミングが合うのがなかなか難しい状況でもあるので、ＰＨＳを持って番号を言って、そこで一緒に同席するということを試みていて、徐々に進めているような状況です。主なものとしては以上になります。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。さまざまな取り組みをやっていただいているところですし、特に緩和ケア、緩和に関するところとか、告知の際の看護師さんがなかなか同席できないの

はどこの病院でも悩みがあると思いますけれども、それをいろいろ工夫されているということです。ご質問、コメントはいかがでしょうか。

ないようでしたら、次に中部病院からお願いします。136ページです。

おられないようですので次の那覇市立病院からお願いいたします。

（３）県立中部病院

（４）那覇市立病院

○宮里浩委員（那覇市立病院　副院長）

那覇市立病院の宮里です。私からご報告させていただきます。基本的に黒で書かれたのが今年度、うちがやっていく予定になっていて、赤で書かれているのが今の状況になります。

主には、緩和ケア外来に関しては、うちはがん専門看護師が複数名いて、あと認定の看護師もいるので、院内・院外の患者受入体制を再整備しようということで、曜日ごとに担当を決めて呼び出しを比較的わかりやすくしています。それを地域に向けて広報していこうという状態です。

それから、６番の情報提供・相談支援に関しては、直通電話を開設することを今年度の目標にしていたんですが、ここは直通電話を設置して運用をしているということですね。

それから、就労支援に関しては、例年、継続しているんですけれども、ハローワークと産業支援センターと業務を継続していて、あと県内の企業や事業の担当者の就労支援に関するフォーラムを来年の２月にする予定。

それから８番目のアピアランスケアの充実に関しては、市民向けのがんフォーラムを今回、開催する予定で、講師が決定した状況です。私のほうからは以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。ちょうど病院も新築の状況でいろいろ設備やシステムを新しく始めるのは難しい状況かと想像しますけど、その中でいろいろ新しい取り組みもやっていただいているということでございます。

県立宮古病院、いかがでしょうか。お願いいたします。

（５）県立宮古病院

○岸本信三委員（県立宮古病院　病院長）

宮古病院の岸本です。

１番の予防の中で、喫煙のリスクについては毎年、禁煙週間があると思いますけども、それに合わせて院内で禁煙についての掲示物を掲示して、受診されている患者さんやご家族の方に見ていただきながら禁煙について考えていただくというような取り組みをしております。

続きまして２番目、検診・早期発見の中に入れていいかどうかわかりませんが、研修会をやりまして、ここに書いてありますように、松島病院内視鏡センター部長の鈴木先生をお招きして大腸がんの講演会をやっておりまして、予防活動について普及したということです。あとは10月ぐらいに胃がんの研修もやっていきます。あと９月、僕のほうが保健所から労働衛生大会というのがあるんですか、それに向けて大腸がんの講演をしてくれということでお話がありましたので講演していく予定ですけども、今、考えているのはそこに役所の人も来ていただいて、便潜血の容器を持ってきてもらって一緒に配ろうかなと個人的に考えているだけでまだ具体的な話ではないんですが、そういうことを今後、取り組んでいって、どこかでお話ししながら、便潜血の容器を持ってもらうイベントができたらいいなと考えています。

あとは、緩和チームがありまして、週１回、回診していますけど、病棟、あるいはドクターからのリクエストが少し少ない感じです。がんの患者さんが入院しているのは、病院としてみんなで把握しているんですけど、なかなかまだ活発になるというところまではいっていないです。これからしっかり取り組んでいきたいと思っています。以上です。大体そんなところです。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。多くの取り組みをやっていただいているところです。ご質問、ご意見はいかがでしょうか。

ないようでしたら、次は八重山病院からお願いします。142ページとなります。

（６）県立八重山病院

○松村敏信委員（沖縄県立八重山病院　外科医師）

八重山病院の松村ですけども、今年のがん対策の予定、資料11-６についてご報告いたします。

１については予防ですが、まだ喫煙の集計等はまだ行われておりません。

２の検診・早期発見ですけども、これに書かれているようなことを参画していきたいと考えていますが、まだ進捗状況は見えておりません。

３の医療提供体制についてですけども、高度な化学療法に伴って、その副作用が複雑になってきておりますので、当院の化学療法室の充実において、ｉｒＡＥ委員会をつくりまして、中部病院の先生とのコラボを行いまして連携して対策を取ってきております。

４の支持療法に関しましては、当院では公立病院では少ない訪問診療を行っておりますので、その訪問診療において地域と連携をして、あるいは訪問看護ステーションと老健施設のカンファレンス等を行っております。

５の個別医療については、希少がんについては連携を行いまして集約を行っているところであります。

情報提供・相談支援は相談センターの研修を行いまして充実を図っております。以上、八重山病院の取り組みであります。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。それぞれの病院に特色がありますので、その中でいろんな取り組みを工夫されてやられているんだなと思いました。

中部病院さんは入ることはできますでしょうか。おられないようですね。退室されているようですので、増田委員から報告３～７についてよろしくお願いします。

３．アピアランス支援モデル事業について

４.大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について

５.沖縄県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

○増田昌人委員

資料の通しページでいうと144ページなんですが、153ページを示しています。今年度、厚生労働省ががんとの共生に向けた相談支援の強化ということで、アピアランス支援モデル事業を始めました。募集がありまして、応募しましたら選定されまして、全国で10施設選定された中の１つに琉球大学病院が入りまして、主に３つ、医療者のｅラーニングによる自らのレベル向上と、私どもが医療機関のほうにお邪魔をしまして研修会をすることと、地域の患者さんのために研修会等をすることの３つを柱に、今後、事業を展開していく予定ですので、これから厚生労働省と相談しながら事業をしていくことになります。また皆さんのご協力をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

続きまして、私のほうからは大腸がん死激減プロジェクトの進捗状況と、沖縄県がん患者等支援事業の活動報告及び沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告なんですが、だいぶ時間が予定より超過しておりますので紙面報告とさせていただきます。厚生労働省の各種会議につきましては少しだけお話をしたいと思います。

216ページに飛びますが、これががん対策の一番根幹となる委員会でして、第88回がん対策推進協議会の議事次第なんですが、引き続きこの協議会では国の基本計画に対するロジックモデルの検討や個別の事項についての検討が図られています。

その次の第89回に関しましては378ページまで飛ぶのですが、こちらでも引き続き基本計画のロジックモデルと指標については協議が進んでいまして、今後、取りあえず暫定版が７月の初めに出たのですが、基本計画は変わらないものの、それに対するロジックモデルや指標については今後とも順次、少しずつマイナーチェンジしていくと聞いております。

次が433ページの国の厚生科学審議会のがん登録部会なんですが、議題としては２つなんですが、がん登録推進法の改訂に向けて話し合いが行われている部分もありますので、一応、ご報告しておきます。

あとは第23回の拠点病院等の指定に関する検討会、がん検診のあり方に対する検討会、及び３回にわたるがん研究のあり方に関する有識者会議に関しましては紙面報告とさせて

いただきます。私からは以上です。

○大屋祐輔議長

増田先生、どうもありがとうございました。まずはアピアランス支援モデル事業を受けまして、沖縄県、そして琉球大学の取り組みについて評価をいただいているのかなと思いつつ、しっかりやってよい方向をまたつくっていきたいなと思っております。そのほかも貴重なご報告をどうもありがとうございました。

それでは部会報告に入りたいと思います。医療部会報告ということで、有賀副部会長、よろしくお願いいたします。769ページになります。

部会報告事項

１．医療部会

○有賀拓郎　医療部会副部会長

有賀です。部会長の野村先生がいらっしゃらなくて今日はあれなんですけど。

次のページに飛ばしてもらってよろしいですか。ずっと部会の会議をしておりまして、今、ずっとご提示をいただいたロジックモデルの件、それから指定要件の件を増田先生を中心にずっと詰めておりましたというところになります。

ただ、成果物は今日、増田先生のほうからご提示いただいたところになりますので、本検討会で協議をいただいて、特に異論がなければそのままということで、以上かなと思っております。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。次に、緩和ケア・在宅医療部会を笹良部会長からお願いいたします。

２．緩和ケア・在宅医療部会

○笹良剛史　緩和ケア・在宅医療部会長

豊見城中央病院、緩和ケアの笹良です。緩和ケア・在宅医療部会は、このロジックモデルについての特に個別施策及びその指標ですね。その中でもモニタリングやスクリーニングを具体的にどうしていくか。また緩和ケアに関わるような人材育成や教育についてどう

するか。そして在宅や施設間の連携をどうするかということについて話し合っております。

その中で研修部会と在宅部会のワーキンググループをつくっておりまして、研修部会は各拠点病院及び教育の機能を持っているがん診療の病院の中で緩和ケア研修会を開く。それを情報共有していることと、緩和ケアに関連する学会、あるいは沖縄県の緩和ケア研究会もありますし、またそれぞれの緩和ケアに関わるスタッフの心のケアの勉強会、GRACE研究会などもありますが、そういったことについての共有をしていく。また、がんだけではなく全般の意思決定支援に関するE-FIELDという研修プログラムがあります。そういったことについての情報提供、またその協力などもしています。

このコロナの中でそれぞれの緩和ケア病棟が連携して話し合う機会がなくなったので、緩和ケア部会が中心となってホスピスの連絡会議というか、共有した会を持つようなことをしたり、また緩和ケアに関する病棟の空き状況、あるいは相談窓口の待機時間等もがんじゅうネットのほうに載せておくようにしております。また、在宅緩和ケアマップも改訂しながら、これからより充実した在宅緩和ケアが図れるようにということをしております。

そして、在宅の連絡調整員がまた話し合いができるような研修会やケアカフェを企画しておりまして、またそういったことと、在宅に新しく緩和ケアを参入される先生とか、これから在宅が広がっていくことに対応できるように、県の在宅関係の先生方と協力しながら、コンフォートセットマニュアル等をつくる計画をしております。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。これからの高齢化社会を迎えて非常に重要なポイントで、県としても医師会としても在宅の関係は動いてきていると思います。引き続きどうぞよろしくお願いします。

次は小児・ＡＹＡ部会報告、浜田部会長からお願いします。

３．小児・ＡＹＡ部会

○浜田聡　小児・ＡＹＡ部会長

先日、ＡＹＡ部会で、資料19に示しますように、琉大病院の長期フォローアップ外来の拡充ということで、受診前に健康調査票を患者さんに配って、メールで事前に問題点を協議する。iPadを導入して、今後、進めていくということで報告させてもらいました。

あとは、先ほど増田委員より報告がありましたロジックモデルでの委員の方々がより個

別施策や指標に関して意見をまとめて、先ほど報告にあったとおりです。

あと、「おきなわ小児がん相談マニュアル」の改訂ということで、いろいろリソースが増えてきたものですから、それを改訂の準備を進めているところです。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。引き続きお願いします。

次は離島・へき地部会、赤松部会長からお願いします。

４．離島・へき地部会

○赤松道成　離島・へき地部会長

医師会病院の赤松です。主立ったところは、５番の離島・へき地における疾患別対応状況について。新年度になりまして人の異動があったものですから、現状の疾患別の対応状況について改めて確認して更新しています。

また６番の療養場所ガイドについて、来年、離島・へき地の住民たちに送る前提で、今年度中に改訂して新しい情報も盛り込んでつくっていこうということで動く予定になっています。

あとは各施設で人材をどのように確保するかということについても話し合いました。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。次、情報提供・相談支援部会報告を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

那覇市立病院の仲宗根より報告させていただきます。

協議事項では、主に第４次沖縄県がん対策推進計画の共生分野の個別施策についての検討を行っています。

また、報告事項では、各病院での患者サロンやがん相談件数についての報告をしています。患者サロンについては各病院とも多職種の協力を得ながら対面での開催を行っていま

して、参加者からも「お互いの気持ちを共有したりするなど有意義な時間となっている」という報告がありました。また、相談件数については、各病院とも大きな変動はありませんでした。全体としてはホスピスや在宅、介護に関する相談が多かったです。担当医からの紹介が増えているという報告もありました。

あと、ほかには部会として、相談員向けの研修会の企画をするに当たって、各地域の課題や学習ニーズの把握、また国がん主催の研修修了者がどの程度いるのかという現状を知るためにアンケートを行いました。アンケート結果を基に研修内容を検討していきたいと考えております。また、現場から離れている国がんの研修修了者や非拠点にどの程度、修了者がいるのかということを把握することで、ファシリテーターとして今後、協力をいただきながら連携や協働ができると考えております。報告は以上になります。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。次はベンチマーク部会報告、増田部会長からお願いいたします。

６．ベンチマーク部会

○増田昌人　ベンチマーク部会長

ベンチマーク部会では、今日、お示ししたがん計画の取りまとめを行っていた関係上、月に２回のペースで部会を開いておりました。特に各専門部会の委員の皆様からいろいろご意見を頂戴して100項目以上につきまして修正意見等をいただきましたので､本当に感謝しております｡進捗状況につきましてはベンチマーク部会でまた報告させていただきます。私からは以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。以上、部会報告となりますが、全体を通して、この部会報告について何かご質問はございますでしょうか。よろしいでしょうか。

予定は17時までででございましたけれども、あと８分を残しておりますが、珍しく早めに終えたいと思います。台風のさなか、お忙しい中をご参加いただきましてどうもありがとうございました。

何らか疑問点、また気が付いた点等がございましたらがんセンターのほうまで、この件

にかかわらずご連絡等をいただければと思います。今日は参加をどうもありがとうございます。これで終えたいと思います。

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）

2023/9月時点

人事異動等による委員変更は随時更新します。

医療部会

氏名	所属	役職	備考
宮里　浩	那覇市立病院	副院長	地域がん診療連携拠点病院
伊江　将史	沖縄県立中部病院	外科副部長	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
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
増田　昌人	琉球大学病院	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

医療部会　地域連携ワーキング

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

小児・AYA部会　妊孕性温存療法ワーキング

氏名	所属	役職	備考
野里　栄治	北部地区医師会病院	医局長・外科外来医長	地域がん診療病院
大畑　尚子	沖縄県立中部病院	産婦人科　副部長	地域がん診療連携拠点病院
池宮城　梢	那覇市立病院	産婦人科　部長	地域がん診療連携拠点病院
中上　弘茂	沖縄県立八重山病院	産婦人科　部長	地域がん診療病院
石川　裕子	沖縄県立宮古病院	産婦人科 医長	地域がん診療病院
野原　理	友愛医療センター	不妊センター長	友愛医療センター
銘苅　桂子	琉球大学病院	周産母子センター　部長　教授	都道府県がん診療連携拠点病院
平敷　千晶	琉球大学病院	産婦人科　助教	都道府県がん診療連携拠点病院
比嘉　猛	南部医療センター・こども医療センター	小児科　部長	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
阿部　典恵	中頭病院	乳腺科　医長	中頭病院
安次嶺　宏哉	沖縄協同病院	腫瘍内科	沖縄協同病院
當銘　保則	琉球大学病院	整形外科講座　准教授	都道府県がん診療連携拠点病院
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	
新垣　真太郎	沖縄県保健医療部健康長寿課	主任	沖縄県
平田　哲生	琉球大学病院診療情報管理センター	センター長・特命教授	都道府県がん診療連携拠点病院
有賀　拓郎	琉球大学病院診療情報管理センター	副センター長	都道府県がん診療連携拠点病院
伊佐　奈々	琉球大学病院がんセンター	診療情報管理士	都道府県がん診療連携拠点病院
増田　昌人	琉球大学病院がんセンター	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

ベンチマーク部会　がん登録ワーキング

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

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

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

沖縄県がん診療連携協議会

第8次保健医療計画策定における ロジックモデルの活用の状況

2023年11月10日

国際医療福祉大学大学院
埴岡健一

はじめに

趣旨と方法など

趣旨

- 2024年4月から都道府県の新・がん対策推進計画、新・保健医療計画がスタートする
- PDCAサイクルを実行し、患者・住民アウトカムを高めるため、厚労省課長通知において、「ロジックモデルを活用」すると記載された。
- 都道府県による、ロジックモデルの質の差が懸念される。
- 現在、都道府県で策定・審議過程にある。
- ウェブ検索によって読める素案を検討した。
- ロジックモデル策定の際の留意点について、再確認する。

方法

- 2024年10月下旬、47都道府県についてウェブ検索。
- ロジックモデルが見つかった7府県を閲覧。
- 対象は、青森県、群馬県、栃木県、長野県、神奈川県、京都府、大阪府。
- 今回は、がん対策にも関連が深い、在宅医療分野を確認する。

限界

- 審議進行中でも、ウェブ掲載されていないことがある。
- ウェブ掲載されていても見つけられなかった可能性がある。
- 府県によって、策定プロセスの進行度合いが異なる。
- 今後、内容が変化する可能性がある。
- 今回、ロジックモデルの構成を中心に確認するが、図にない指標などが本文に掲載されている可能性がある。
- ロジックモデルの掲載がなくても、指標や施策が充実している場合もありえる（ただし、ＰＤＣＡサイクル管理には不安が残る）。

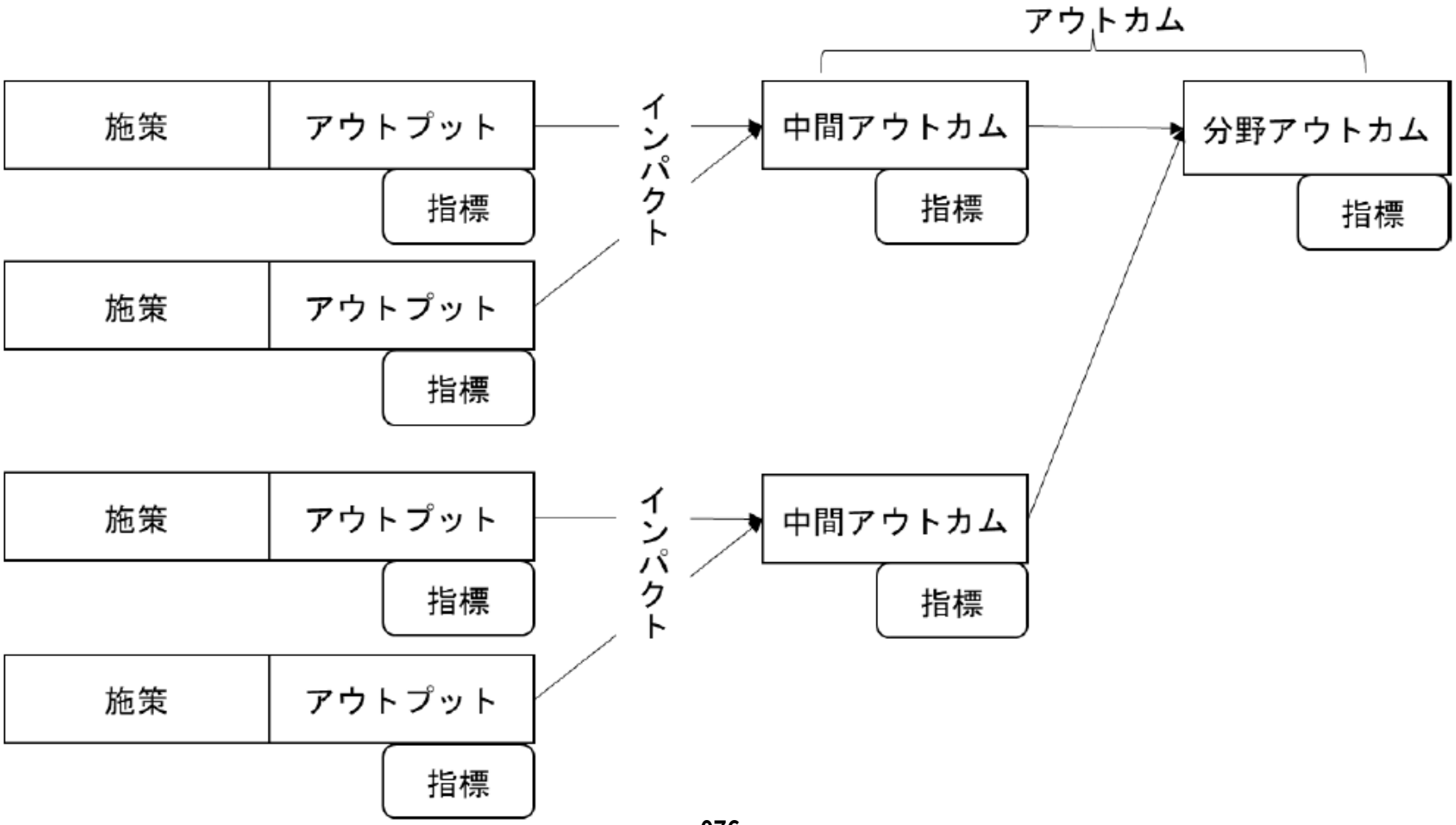
観点

確認するときのポイント

厚労省指針における、ロジックモデル

（別添）

ロジックモデルの構成要素の例示



出典：疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和5年3月31日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）

厚労省指針における、用語の定義

（用語の定義）

•成果（アウトカム）

施策や事業が対象にもたらした変化

•結果（アウトプット）

施策や事業を実施したことにより生じる結果

•影響（インパクト）

施策や事業のアウトプットによるアウトカムへの寄与の程度

•ロジックモデル

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（別添）

077

出典：疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和5年3月31日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）

厚労省指針における、用語の定義（指標）

２ 指標

医療体制の構築に当たっては、現状の把握や課題の抽出の際に、多くの指標を活用することとなるが、ロジックモデル等のツールも活用し、各指標の関連性を意識し、地域の現状をできる限り構造化しながら整理する必要がある。その際には、指標をアウトカム、プロセス、ストラクチャーに分類し、活用すること。

（用語の定義）

•アウトカム指標

住民の健康状態や患者の状態を測る指標

•プロセス指標

実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標

•ストラクチャー指標

医療サービスを提供する物的資源、人的資源及び組織体制、外部環境並びに対象となる母集団を測る指標

078

出典：疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和5年3月31日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）

厚労省指針における、ロジックモデルと指標の関係

注：

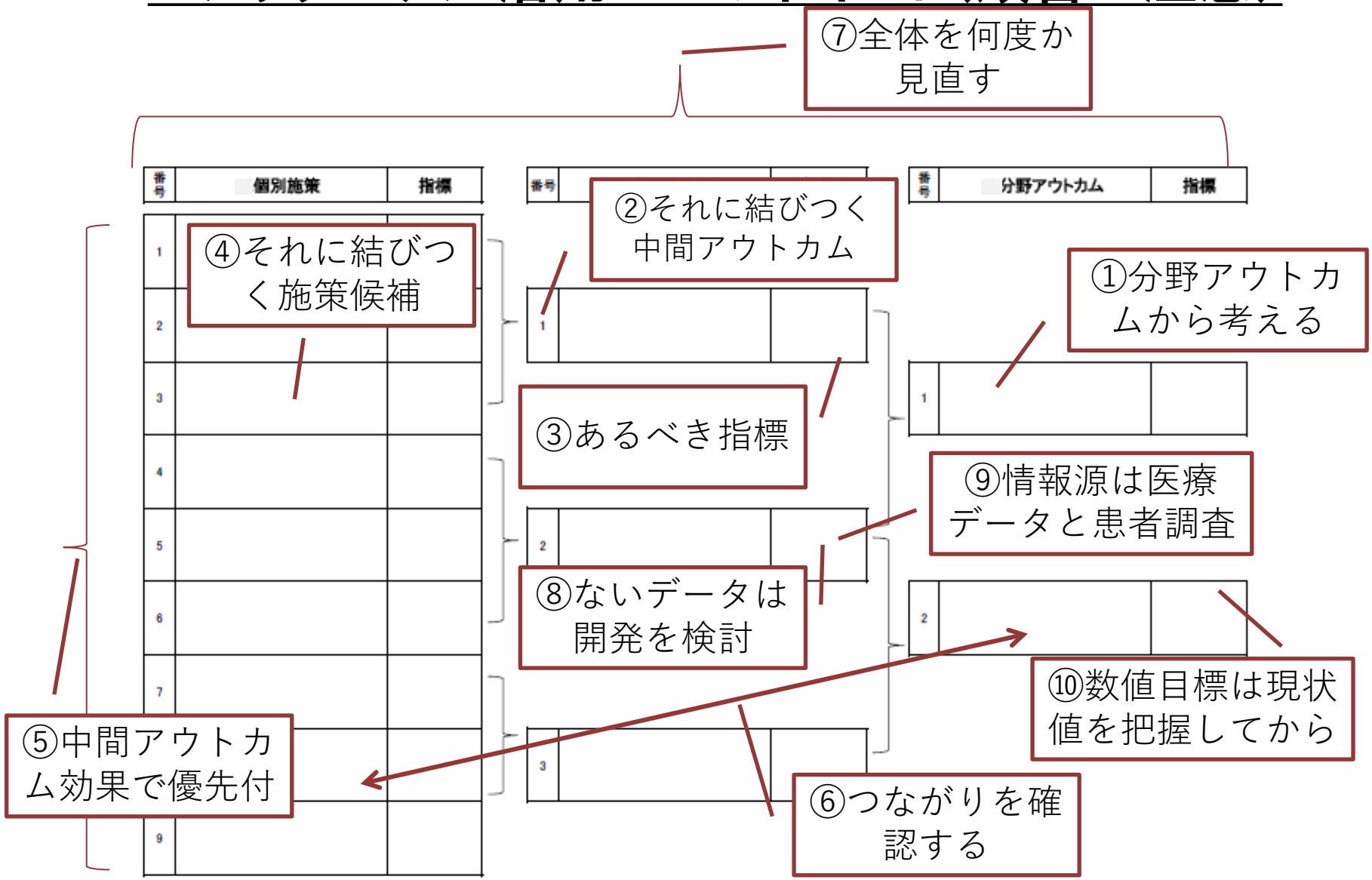
・アウトカムは、「分野アウトカム」「中間アウトカム」など、段階に分けて記載する。例えば、政策分野の目標である長期成果（分野アウトカム）を設定した上で、それを達成するために必要となる中間成果（中間アウトカム）を設定し、当該中間成果（中間アウトカム）を達成するために必要な個別施策を設定する。

・この図において、分野アウトカムに関する指標は、アウトカム指標又はプロセス指標を、中間アウトカムに関する指標はプロセス指標又はストラクチャー指標を使用することが想定される。アウトプットに関する指標は、その施策の実施状況を示すものを使用する。

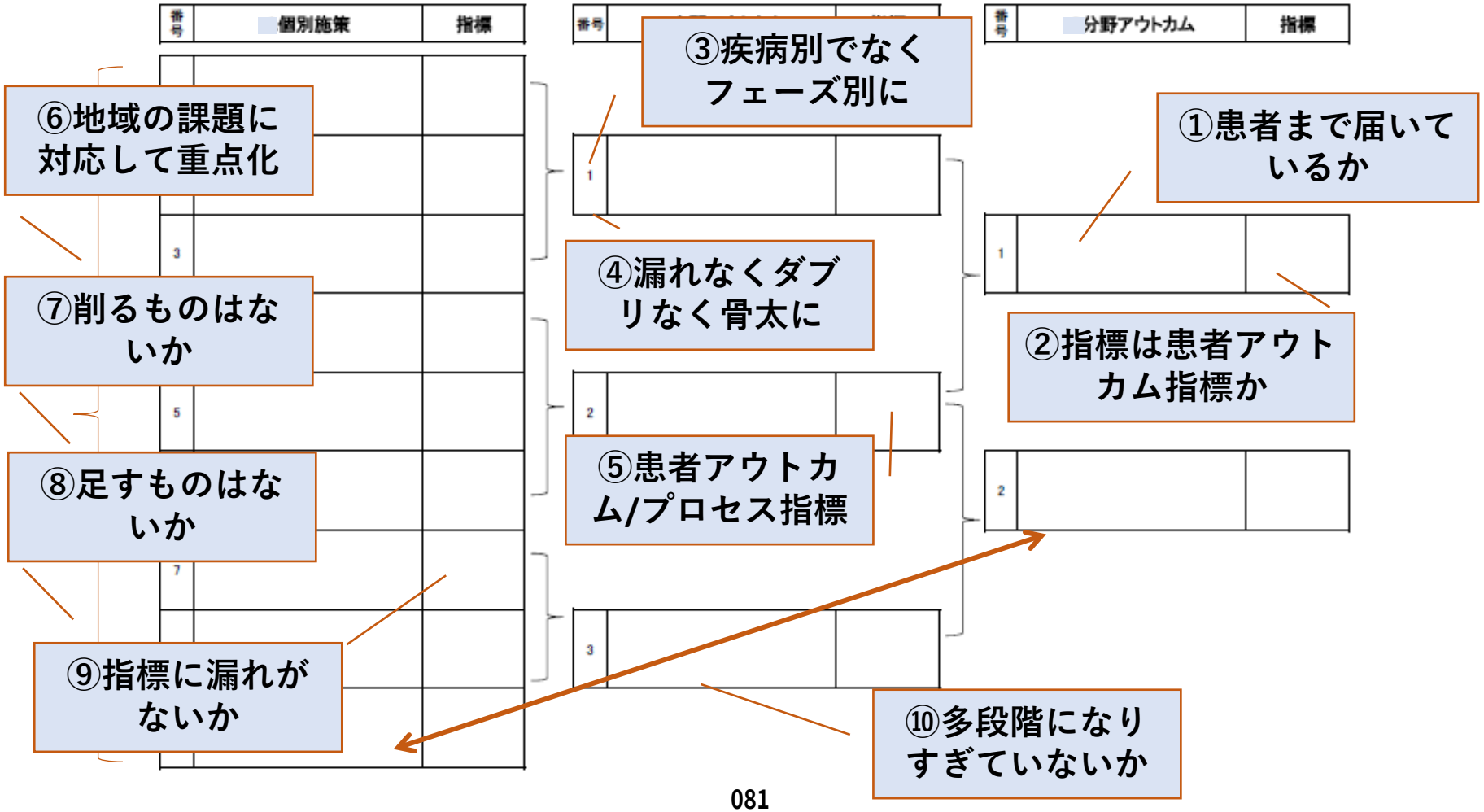
079

出典：疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和5年3月31日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）

ロジックモデル活用　10のポイント（順番に注意）



ロジックモデル確認10のポイント



ロジックモデル・チェックリスト（ハーフ版）

連番	項目番	項目	概念/指標	チェック質問
2	1	最終アウトカム	概念	当事者（対象者、住民、患者等）に届いていますか
4	1	最終アウトカム	概念	語尾がアウトカムを描く「◎◎できている（実現している）」などになっていますか
5	2	最終アウトカム	指標	最終アウトカム概念の的を得ていますか（妥当性が高いですか）
6	2	最終アウトカム	指標	妥当性が高い指標が既存になくても記載し、要開発としましょう
7	2	最終アウトカム	指標	アウトカム指標（住民、患者などの状態を示す）になっていますか
9	2	最終アウトカム	指標	既存統計等以外の空白指標の情報源は①住民アンケート②当事者・関係者アンケート③従事者・関係者アンケートによって一網打尽に確保することが見込まれます
11	3	中間アウトカム	概念	概念が書かれていますか（概念がなく指標だけになることがよくあります）
12	3	中間アウトカム	概念	当事者（対象者、住民、患者等）あるいは当事者が受けるサービス等に届いていますか
14	3	中間アウトカム	概念	切り方は、カテゴリー（疾病別等）ですか、フェーズ（ライフコース等）ですか、ミックスですか
18	3	中間アウトカム	概念	中間アウトカムを並べる順番の意図が明確ですか
19	4	中間アウトカム	指標	すべての中間アウトカムに対し1つ以上の指標が設定されていますか
20	4	中間アウトカム	指標	中間アウトカム概念の的を得ていますか（妥当性が高いですか）
22	4	中間アウトカム	指標	アウトカム指標かプロセス指標（提供されているサービスや支援の状態を示す）になっていますか
26	5	初期アウトカム	概念	概念が書かれていますか（概念がなく指標だけになることがよくあります）
28	5	初期アウトカム	概念	無理に初期アウトカムを足していませんか。中間アウトカムの再掲になる方がベターです
29	5	初期アウトカム	概念	施策と1対1対応していますか
30	5	初期アウトカム	概念	多すぎる場合は統合できませんか
31	6	初期アウトカム	指標	すべての初期アウトカムに対し1つ以上の指標が設定されていますか
37	7	アウトカムのつながり	概念	最終アウトカムと分野アウトカム、分野アウトカムと中間アウトカム、中間アウトカムと初期アウトカムが線で結べますか
38	7	アウトカムのつながり	概念	左から見て線が1対1か、多対1になっていますか。1対多の場合は修正できないですか。線が交錯しないようにできないですか
39	7	アウトカムのつながり	概念	結んだ線を想定インパクト度合いで、太線、細線、破線に3分類してみましょう。その上で、各段階の線に順位を付けてみましょう
41	8	施策	施策	語尾は「◎◎する」「◎まるを実施する」としましょう
43	8	施策	施策	施策とは何か、レベル感を合わせましょう。予算/事業単位なのか、どの役割が何をするという単位なのか、など
44	8	施策	施策	既存施策と新規施策の区分、単独施策と包括施策（既存センターの役割の一部である等）の区分など、マーキングしておきましょう
50	9	施策	指標	足元の活動を示す指標ですので、「◎◎する」を示すことをカウントできていればOKです

番号	コード	A　分野アウトカム
1	在A-0101	高齢になっても病気になっても障害があっても、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けることができる

出典：https://iryo-keikaku.jp/wp-content/uploads/2023/10/IHEP_homecare_list_ver1.0.1.xlsx

番号	コード	C　初期アウトカム
退院支援】		
1	在C-0101	入院医療機関が退院支援担当者・窓口が配置できている
2	在C-0102	入院医療機関の退院支援担当者が、入院初期から支援を開始し、患者の住み慣れた地域に応じたサービスの調整ができている
3	在C-0103	入院機関と在宅医療・介護機関が、退院後に患者に起こりうる病状やその対応について、情報共有できている
4	在C-0104	在宅医療・介護・障害福祉の担当者間で、今後の方針や病状に関する情報や計画を共有し、連携できている
5	在C-0105	在宅医療に関わる機関が、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整できている
6	在C-0106	在宅医療機関が、退院（退所）支援担当者に対し、地域のサービスに関する情報提供や助言を行っている

番号	コード	B　中間アウトカム
1	在B-0101	患者が円滑な在宅療養移行に向けた退院支援を受けられている

084

番号	コード	C　初期アウトカム
【日常の療養支援】		
7	在C-0201	訪問診療の提供体制が整備されている
8	在C-0202	訪問看護の提供体制が整っている
9	在C-0203	訪問歯科診療の提供体制が整っている
10	在C-0204	訪問薬剤指導の提供体制が整っている
11	在C-0205	身体機能及び生活機能の維持向上のための口腔の管理、リハビリ、栄養管理が提供されている
12	在C-0206	医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行うための体制が整備されている
13	在C-0207	栄養ケア・ステーションと連携し、患者の状態に応じた栄養管理や適切な食事提供に資する情報が提供されている
14	在C-0208	小児患者の特徴に応じた在宅医療の体制が整備されている
15	在C-0209	がん患者の特徴に応じた在宅医療の体制が整備されている
16	在C-0210	認知症患者の特徴に応じた在宅医療の体制が整備されている
17	在C-0211	在宅医療に関わる医療機関と介護事業所・施設、地域包括支援センターで、情報共有ツールや連携のルールが運用できている
18	在C-0212	在宅医療関係者が、地域ケア会議で患者に関して検討する際に積極的に参加している
19	在C-0213	在宅医療機関が、地域包括支援センターと協働し、必要なサービスや家族負担軽減につながるサービスを適切に紹介できている
20	在C-0214	住民の在宅医療や在宅療養生活への関心と理解が深まっている

番号	コード	B　中間アウトカム
2	在B-0201	住み慣れた地域で、疾患、重症度に応じた多職種協働による医療・ケアを受けられている

085

番号	コード	C　初期アウトカム
【急変時の対応】		
21	在C-0301	24 時間対応できる体制が整っている
22	在C-0302	搬送先として想定される入院医療機関と協議し入院病床が確保できている
23	在C-0303	搬送について地域の消防関係者と連携できている
24	在C-0304	急変時対応におけるルールやツールが消防関係者も含めて共有され地域の連携体制が構築されている
25	在C-0305	患者や家族が病状急変時における連絡先をあらかじめ知っている

番号	コード	B　中間アウトカム
3	在B-0301	病状急変時に診療を受けることができている

番号	コード	C　初期アウトカム
【看取り】		
26	在C-0401	患者の望む場所での看取りの医療・ケアが提供できる診療体制が整備されている
27	在C-0402	医療と介護の両方を視野に入れ、利用者の状態の変化に対応し、最期を支えられる訪問看護の体制が整備されている
28	在C-0403	ターミナルケアに必要な医薬品や医療機器等が提供できる体制が整備されている
29	在C-0404	在宅医療機関の支援により介護施設等による看取りの体制が整備されている
30	在C-0405	在宅医療機関で看取りに対応できない場合、入院機能を有する医療機関が必要に応じて受け入れる体制が整備されている
31	在C-0405	人生の最終段階に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消できる人材、ACPが進められる人材が育成されている
32	在C-0406	看取りに関わるルールやツールが運用され地域の連携体制が構築されている
33	在C-0407	患者・家族が人生の最終段階における意思決定について知り、医療やケアの在り方について周囲と共有できている

番号	コード	B　中間アウトカム
4	在B-0401	住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所で看取りの医療・ケアを受けることができている

番号	コード	C　初期アウトカム

【災害・新興感染症発生時】

34	在C-0501	災害発生時・新興感染症発生時にも適切な医療を提供するための計画が策定されている
35	在C-0502	災害時対応について連携上の課題抽出及び対応策の検討が行われている
36	在C-0503	医療機関、薬局、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所等の関係機関間、都道府県や市町村との連携体制が構築されている

番号	コード	B　中間アウトカム
5	在B-0501	災害時・新興感染症発生時にも必要な医療・ケアが受けられる

医療経済研究機構（IHEP）ロジックモデルと指標

番号	コード	C　初期アウトカム	指標	
1	在C-0101	入院医療機関が退院支援担当者・窓口が配置できている	在S-0301	退院支援担当者を配置している診療所・病院数（診療所数）
			在S-0302	退院患者あたりの退院調整部門に配置されている看護師数・MSW（社会福祉士を含む）数
2	在C-0102	入院医療機関の退院支援担当者が、入院初期から支援を開始し、患者の住み慣れた地域に応じたサービスの調整ができている	在S-0303	退院支援を実施している診療所・病院数
			在S-0304	介護支援連携指導を実施している診療所・病院数
3	在C-0103	入院機関と在宅医療・介護機関が、退院後に患者に起こりうる病状やその対応について、情報共有できている	在P-0301	入退院時の入院医療機関と介護支援専門員との情報連携率
			在S-0305	退院時共同指導を実施している診療所・病院数
			在S-0306	退院後訪問指導を実施している診療所・病院数
4	在C-0104	在宅医療・介護・障害福祉の担当者間で、今後の方針や病状に関する情報や計画を共有し、連携できている	在P-0302	退院後の在宅療養に関わる担当者間での連携
5	在C-0105	在宅医療に関わる機関が、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整できている	在P-0303	退院後のサービスが円滑に調整できた割合
6	在C-0106	在宅医療機関が、退院（退所）支援担当者に対し、地域のサービスに関する情報提供や助言を行っている	在S-0307	地域資源に関する情報が十分に得られている診療所・病院の退院支援担当窓口数

番号	コード	B　中間アウトカム	指標	
1	在B-0101	患者が円滑な在宅療養移行に向けた退院支援を受けられている	在P-0201	退院支援（退院調整）を受けた患者数
			在P-0202	介護支援連携指導を受けた患者数
			在P-0203	退院時共同指導を受けた患者数
			在P-0204	退院後訪問指導を受けた患者数
			在P-0205	退院・退所加算の件数
			在P-0206	入院時情報連携加算の件数

番号	コード	A　分野アウトカム	指標	
1	在A-0101	高齢になっても病気になっても障害があっても、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けることができる	在O-0101	在宅療養者のQOL（生活の質）
			在O-0102	死亡前一定期間における療養場所
			在O-0103	在宅で療養する者の割合
			在O-0104	在宅死亡者数（自宅死・老人ホーム死・老人保健施設死の割合）

確認点

- 分野アウトカムの概念
- 分野アウトカムの指標。
- 中間アウトカムの柱立て。
- 中間アウトカムの指標。
- 施策と指標。
- その他。

⇒ロジックモデルと本文が対応しているか。

7府県の検討

第２回協議会８月３０日

在宅医療対策②

ロジックモデル

アウトプット（施策）（A）

番号	項目	現状値	目標値
1	退院支援に関する研修の参加者数	10 人/年	20 人/年
2	在宅医療専門研修の参加者数	291 人/年	312 人/年
3	訪問看護研修会の参加者数	45 人/年	51 人/年
4	在宅医療施設設備整備支援件数	6 件/年	8 件/年
5	看取りに関する研修会の参加者数	100 人/年	112 人/年

初期アウトカム（B）

番号	項目	現状値	目標値
1	退院支援担当者を配置している医療機関数	44 か所	60 か所
2	訪問診療を実施している診療所・病院数	173 か所	185 か所
3	訪問看護ステーション従事者数	864 人	967 人
4	往診を実施している診療所・病院数	201 か所	215 か所
5	在宅療養後方支援病院が設置されている圏域の数	4 圏域	6 圏域
6	24時間体制を取っている訪問看護ステーション従事者数	805 人	901 人
7-1	在宅看取り（ターミナルケア）を実施している診療所・病院数	45 か所	50 か所
7-2	ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数	120 か所	134 か所

分野アウトカム（C）

番号	項目	現状値	目標値
1	訪問診療を受けた患者数（レセプト件数）	59,559 件	63,817 件
2	訪問看護利用者数（レセプト件数）	32,525 件	36,295 件
3	在宅ターミナルケアを受けた患者数（レセプト件数）	1,019 件	1,140 件
4	看取り数（死亡診断のみの場合を含む）（レセプト件数）	2,230 件	2,495 件

出典：https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/iryo/files/11_sankou.pdf

第２回協議会８月３０日

在宅医療対策①

現状と課題

○今後、急激に進行されると予想される高齢化に伴い地域医療構想では在宅医療等の必要量の増加が見込まれている。
○退院支援担当者を配置している医療機関数について、令和2年度時点で44か所であり、さらなる退院支援担当者の配置が必要である。
○訪問診療を実施している医療機関数は、令和２年度時点で173か所であり、今後、訪問診療のニーズの増加が見込まれることから、ニーズに対応する医療提供体制の整備が必要となる。
○訪問看護ステーション従事者数は、令和３年度時点で864人であり、今後、訪問看護のニーズの増加が見込まれることから、ニーズに対応する従事者の確保が必要となる。
○看取り数は、令和3年度時点で2,230件である。今後、看取り数の増加が見込まれることから、ニーズに対応する体制整備が必要となる。

施策の方向性

【目的】
○在宅医療の需要に応じたサービス量の確保
○患者や家族が希望する場所で最期を迎えることを可能とする体制の構築

1　在宅医療の需要に応じたサービス量の確保

（１）退院支援担当者を配置している医療機関数の増加
（２）訪問診療を実施している診療所・病院数及び往診を実施している診療所・病院数の増加。
（３）訪問看護ステーション従事者数及び24時間体制を取っている訪問看護ステーション従事者数の増加

2　患者や家族が希望する場所で最期を迎えることを可能にする体制の構築

（１）在宅看取り（ターミナルケア）を実施している診療所・病院数及びターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数の増加

出典：https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/iryo/files/11_sankou.pdf

青森県の所見

- ＊現行計画には掲載がなかったため、次期計画で新規掲載となる。
- 構成概念なし。指標のみ。指標構成図に過ぎず。
- 患者アウトカム指標なし。
- 中間アウトカムに、シーン3なし。
- 指標に対して、現状値と目標値あり。

＊ロジックモデルと本文との対応度合いは、まだ不明（策定方針から、対応していると推測）。

在宅医療における医療分野 施策・指標体系図

(C)施策

	個別施策	指標
1	・病院の看護師やケアマネ等へ在宅医療を啓発 ・入退院の支援を担う人材の養成 ・医療機関と介護事業所等との間で患者情報が円滑に共有される体制・ルールの整備 ・在宅医療・介護連携推進事業を実施する市町への支援	退院支援担当者を配置している診療所・病院数
2		退院支援を実施している診療所・病院数
3		介護支援連携指導を実施している診療所・病院数
4		退院時共同指導を実施している診療所・病院数
5	・在宅療養支援体制強化研修開催事業 ・在宅医機能強化支援事業	訪問診療を実施している診療所・病院数
6	・小児在宅医療体制構築事業	小児の訪問診療を実施している診療所・病院数
7・8	・在宅医療設備整備支援事業	在宅療養支援診療所・病院数
9	・訪問看護ステーション設備整備支援事業 ・訪問看護教育ステーション事業 ・訪問看護サポート事業 ・ハラスメント対策	訪問看護事業所数
10		訪問看護事業所に従事する看護職員数
11		機能強化型の訪問看護ステーション数
12	・小児在宅医療体制構築事業	小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション数
13	・在宅医療設備整備支援事業 ・在宅歯科医療連携室整備事業【増】 ・在宅歯科医療従事者研修事業【増】 ・在宅歯科・障害者歯科医療協力医等人材育成事業【増】	歯科訪問診療を実施している診療所数
14		在宅療養支援歯科診療所数
15		訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数
16		在宅で活動する栄養サポートチーム（NST）と連携する歯科医療機関数
17	・在宅医療設備整備支援事業 ・薬剤師の在宅業務推進事業【薬】 ・在宅医療における多職種連携オーラルフレイル予防推進事業【薬】 ・認定薬局推進事業【薬】	訪問薬剤指導を実施している薬局数
18		在宅医療チームの一員として小児の訪問薬剤管理指導を実施している薬局数
19		麻薬（持続注射療法を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数
20		無菌製剤（ＴＰＮ輸液を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数
21	（訪問リハに係る施策）	訪問リハビリテーションを実施している診療所・病院・介護老人保健施設・介護医療院数
22	（訪問栄養に係る施策）	訪問栄養食事指導を実施している診療所・病院数
23	・在宅医療連携体制強化研修開催事業 ・在宅医機能強化支援事業	往診を実施している診療所・病院数
24	・グループ診療体制や後方支援体制の強化	在宅療養後方支援病院数
25		緊急入院先をあらかじめ確保している診療所の割合
26・27	・訪看STの大規模化	24時間体制を取っている訪問看護ステーション数、従事者数
28	（訪問薬剤に係る施策）	24時間対応可能な薬局数
29	・在宅医療や人生会議に関する啓発（県民向け） ・人生会議に関する啓発（医療・介護従事者向け）	人生会議に係る認知度
30		在宅看取り（ターミナルケア）を実施している診療所・病院数
31		ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数

(B)中間アウトカム

		退院する患者が、退院後も継続した在宅医療及び介護サービス等が受けられる
1	指標	退院支援（退院調整）を受けた患者数
2	指標	介護支援連携指導を受けた患者数
3	指標	退院時共同指導を受けた患者数
4	指標	退院後訪問指導を受けた患者数

		在宅療養者が、住み慣れた地域で疾患や重症度等に応じた医療が受けられる
1	指標	訪問診療を受けた患者数
2	指標	小児の訪問診療を受けた患者数
3	指標	訪問看護利用者数
4	指標	小児の訪問看護利用者数
5	指標	訪問歯科診療を受けた患者数
6	指標	歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数
7	指標	訪問口腔衛生指導を受けた患者数
8	指標	訪問薬剤管理指導を受けた患者数
9	指標	小児の訪問薬剤管理指導を受けた患者数
10	指標	麻薬（持続注射療法を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数
11	指標	無菌製剤（ＴＰＮ輸液を含む）の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数
12	指標	訪問リハビリテーションを受けた患者数
13	指標	訪問栄養食事指導を受けた患者数

		在宅療養者が、急変時にも往診や訪問看護等を受けられるほか、必要に応じ、円滑に入院できる
1	指標	往診を受けた患者数

		県民が、望む場所で人生の最期を迎えられる
1	指標	在宅ターミナルケアを受けた患者数
2	指標	訪問看護によるターミナルケアを受けた患者数・利用者数
3	指標	看取り数（死亡診断のみの場合を含む）
4	指標	在宅死亡者数

(A)分野アウトカム

1	在宅療養を希望する人が、住み慣れた地域で暮らし続けることができる

出典：https://www.pref.tochigi.lg.jp/e02/documents/04_2_iryoukeikakusoan_gaiyou2.pdf

3　分野アウトカム（目指す姿）-(A)

(1)在宅療養を希望する人が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる

4　中間アウトカム（分野アウトカム達成に必要な状態）-(B)

(1)　円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制の確保

・退院患者が、在宅医療及び介護サービス等を継続して受けられるよう、切れ目のない医療体制の確保を目指します。

	施策-(C)
①	病院看護師・ケアマネジャー等への在宅医療の普及啓発
②	入退院の支援を担う人材育成
③	医療機関と介護事業所等との間で患者情報が円滑に共有される体制・ルールの整備
④	在宅医療・介護連携推進事業を実施する市町の支援

(2)　日常の療養支援が可能な体制の確保

・在宅療養者が、住み慣れた地域で疾患や重症度等に応じた医療が受けられるよう、必要な資源の確保、多職種による医療、介護、障害福祉サービスの包括的な提供などの体制の確保を目指します。

	施策-(C)
①	在宅医療を実施する医師・看護師等の人材養育成
②	在宅医療を実施する医療機関等への設備整備支援
③	訪問看護事業所の新規開設に向けた支援
④	訪問看護事業所の経営支援
⑤	小児在宅医療に係る人材育成

(3)　急変時の対応が可能な体制の確保

・在宅療養者が、急変時にも往診や訪問看護等を受けられるほか、円滑に入院できるよう、在宅医療を担う医療機関等と入院機能を有する医療機関との円滑な連携による診療体制の確保を目指します。

	施策-(C)
①	グループ診療体制や後方支援体制の強化
②	訪問看護事業所の大規模化に向けた支援

(4)　患者が望む場所での看取りが可能な体制の確保

・県民が、望む場所で人生の最期を迎えられる体制の確保を目指します。

	施策-(C)
①	在宅医療や人生会議に関する県民向けの普及啓発
②	人生会議に関する医療・介護従事者向けの普及啓発

出典：https://www.pref.tochigi.lg.jp/e02/documents/06_2_iryoukeikakusoan.pdf

6　指標と数値目標

分野アウトカム（目指す姿）-(A)

No.	項目
1	在宅療養を希望する人が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる

中間アウトカム（分野アウトカム達成に必要な状態）-(B)

No.	項目	指標	直近値	目標値
1	退院支援	介護支援連携指導を受けた患者数	324 人／月	608 人／月
2	日常の療養支援	訪問診療を受けた患者数	7,900 人／月	（医療・介護の体制整備に係る協議の場の議論を踏まえて検討）
3	看取り	在宅ターミナルケアを受けた患者数	173 人／月	263 人／月

施策-(C)

No.	施策	指標	直近値	目標値
1	医師向けの在宅医療に係る研修開催　ほか	訪問診療を実施している診療所・病院数	280 箇所	（医療・介護の体制整備に係る協議の場の議論を踏まえて検討）
2	訪問看護師による同行研修　ほか	訪問看護事業所の従事者数	947.9 人	（はつらつプランにおける訪問看護サービスの推計に基づき算出）
3	在宅医療に係る設備整備　ほか	歯科訪問診療を実施している診療所数	236 箇所	255 箇所
4		訪問薬剤管理指導を実施している薬局数	290 箇所	390 箇所

出典：https://www.pref.tochigi.lg.jp/e02/documents/06_2_iryoukeikakusoan.pdf

栃木県の所見

- ＊現行計画には掲載がなかったため、次期計画で新規掲載となる。
- 分野アウトカムは、患者の状態に達している。
- 分野アウトカムの指標は、記載なし。
- 中間アウトカムは、4つのシーン。
- 中間アウトカムの指標は、プロセス指標（一部アウトカム指標）。
- 施策に指標を設定（ただし、アウトプット指標ではなく初期アウトカムの指標）（施策アウトプット指標欄と初期アウトカム欄を非表示にしていると考えられる）
- 施策の指標は、ストラクチャー指標。
- 指標の一部を、目標としている。

＊ロジックモデルで計画を作ったと考えられる。本文とロジックモデルが対応しているが、ロジックモデルの方が大きい。

ロジックモデル

	現状と課題	番号	A 個別施策	番号	B 目標	番号	C 最終目標
退院支援	在宅医療は、慢性期や回復期の入院患者の受け皿としての機能を期待しており、円滑な在宅療養に移行するためには、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援が重要。 ①退院調整支援担当者を配置している病院数は全国平均を上回っているが、まだ配置されていない病院もある。 ⇒退院調整支援担当者を配置している病院の更なる確保が必要となっている。 ②在宅での療養へ移行する際に希望することとして「退院後の治療のことや生活・費用などの相談」を望んでいる人が多くなっている。 ⇒相談窓口の周知やかかりつけ医との連携など退院支援の充実が課題となっている。	1	（1）入院医療機関と在宅療養を担う関係機関との連携推進 （2）退院調整ルールの進行管理 （3）在宅療養への円滑な移行支援	1	住み慣れた場所に安心して戻り、暮らし続けるための退院支援の充実 目標値：退院支援を実施（退院支援加算を算定）している病院・診療所数 目標値：退院調整ルールに係る退院調整漏れ率	1	在宅療養を希望する県民が、その状態に応じた療養生活を送ることが出来る。 目標値：退院支援（退院調整）を受けた患者数 目標値：訪問診療を受けた患者数
日常の療養支援	高齢者人口割合が上昇し、在宅療養を希望する人が増えていく中で、日常の療養支援の充実に向けた在宅医療の提供体制の一層の推進が必要。 ①R2年度の調査より、在宅療養支援診療所届出数は人口10万人当たり12.8か所（全国平均11.5か所）、また、R3年度の調査より、訪問看護事業所数は人口10万人当たり11.8か所（全国平均11.0か所）で、在宅療養支援診療所数や訪問看護事業所数は全国を上回っているが、地域毎の実施件数に差が生じている。 ⇒更なる在宅医療の実施体制の充実及び地域差の解消が課題となっている。 ②医療保険等による在宅サービスを実施している歯科診療所数は341か所（R2）、医療の在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局は826か所（R4.4）、令和５年３月31日時点での健康サポート薬局届出件数は46件（中核市設置薬局を含む）、訪問リハビリテーション事業所数は70か所（R3）、栄養ケア・ステーション数は7か所（R5）となっている。 ⇒訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導の充実・利用促進に向けた取組が必要となっている。	2	（1）在宅医療の充実 （2）訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養指導の充実	2	日常の療養支援の充実に向けた在宅医療の提供体制の充実 目標値：訪問診療を実施している病院・診療所数 目標値：訪問診療を実施している病院・診療所1箇所当たりの患者数 目標値：訪問歯科診療（居宅又は施設）を実施している診療所数 目標値：健康サポート薬局数 目標値：訪問看護事業所数 目標値：地域連携薬局数		
急変時の対応	「自宅療養が実現困難な理由」について「症状が急に悪くなったときに対応に自分も家族も不安である」が35.5%、「往診してくれるかかりつけの医師がいない」が35.1%となっていることなどから、急変時の対応についての体制整備が必要。 ①往診実施医療機関数は人口10万人当たり19.1か所（全国平均16.5か所）、往診を実施した件数は人口10万人当たり179.8件（全国平均169.4件）となっている。 ⇒往診の提供体制の充実が課題となっている。 ②24時間対応を行う医療機関等は55病院・223診療所で、24時間対応体制加算の届け出を行う訪問看護ステーションは204か所となっている。 ⇒急変時に24時間対応する医療機関等は限られていることから、24時間対応可能な連携体制や病状急変時の円滑な受入れ体制の構築が必要となっている。	3	（1）在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所とのとの円滑な診療及び連携体制の確保	3	在宅での看取りに向けた急変時の対応についての体制整備の確保 目標値：往診を実施している病院・診療所数 目標値：24時間体制を取っている訪問看護ステーション数		
看取り	「もし治る見込みのない病気にかかり、死期が近くなった場合」について「主に苦しみや痛みを緩和する医療を受けたい」人が61.8%、「もし治る見込みのない病気になった場合、最期を迎えたい場所」について「自宅」が45.4%となっている一方で、「ご自身の死期が近い場合に受けたい医療や受けたくない医療について、周りの人等と話し合ったこと」が「ない」という人は67.2%となっている。専門職向けの研修や県民向け普及啓発など、患者（本人）の意思決定を支援する取組が必要。 在宅（自宅及び老人ホーム）での死亡率は27.6%（全国平均27.2%）となっている。 ⇒在宅で亡くなる方の増加や在宅療養への期待の高まりから、在宅医療に係る関係機関が介護施設等による看取りを必要に応じて積極的に支援することが課題となっている。	4	（1）看取りに対応できる医療機関の充実及び関係者相互の連携体制の構築 （2）人生の最終段階における患者（本人）の意思決定支援の促進	4	在宅での看取りの充実に向けた体制整備の確保 目標値：在宅看取りを実施（ターミナルケア加算等を算定）している病院・診療所数	2	患者（本人）の意思決定を支援し、在宅での看取りを含めたきめ細やかな対応が出来る。 目標値：在宅死亡者数（老人ホーム及び自宅）
医療と介護の連携	市町村が取り組む「在宅医療・介護連携推進事業」について、関係機関の連携のもと、多職種との協働により推進する体制づくりが求められている。 ⇒治療や療養を必要とする人が、住み慣れた地域で必要な医療・介護サービスを安心して受けられるよう、医療・介護等の関係機関が各々の専門性を生かした連携体制を構築することが求められている。 災害時においても、医療機関間や訪問看護事業所間等、また、医療機関、薬局、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所等の関係機関間、さらに市町村や県との連携が重要になる。 ⇒関係機関や市町村、県で平時から連携を進めるとともに、業務継続計画（ＢＣＰ）の策定を推進する必要がある。	5	（1）在宅医療推進部会の設置・運営 （2）市町村が取り組む「在宅医療・介護連携推進事業」の取組支援 （3）災害時における医療・介護連携の取組支援 （4）多様な県民ニーズに応じた支援体制づくり	5	医療・介護の連携に向けた体制整備の確保 目標値：１～４と同様		

出典：https://www.pref.gunma.jp/uploaded/attachment/601209.pdf

求められる医療機能

（１）目標

- 入院医療機関が入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を行い、入院医療機関と在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること

具体的施策

（１）入院医療機関と在宅療養を担う関係機関との連携推進

- 入院医療機関と在宅療養を担う関係機関との連携を推進するための研修等を支援します。

（２）退院調整ルールの進行管理

- 退院調整ルール運用とその運用状況の確認を定期的に行い、地域における病院と介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携体制を推進します。

（３）在宅療養への円滑な移行支援

- 在宅療養に移行する患者・家族が、退院後も安心して地域で療養できるよう、啓発パンフレットの作成・周知や講演会の開催など、在宅医療・介護に係る普及啓発に取り組みます。

【主な事業例】

在宅医療等基盤整備事業（専門・多職種連携研修）、在宅医療・介護支援パンフレットの作成・配布、退院調整ルールの進行管理　等

出典：https://www.pref.gunma.jp/uploaded/attachment/601209.pdf

目標値一覧

分類 B：目標 C：最終	番号		指標	現状		目標	
				数値	年次	数値	年次
B	1	①	退院支援を実施（退院支援加算を算定）している病院・診療所数		2023		2029
B	1	②	退院調整ルールに係る退院調整漏れ率		2023		2029
B	2	①	訪問診療を実施している病院・診療所数		2023		2029
B	2	②	訪問診療を実施している病院・診療所１か所当たりの患者数（１か月あたりレセプト数）		2023		2029
B	2	③	訪問歯科診療（居宅又は施設）を実施している診療所数		2023		2029
B	2	④	訪問口腔衛生指導を実施している病院・診療所数		2023		2029
B	2	⑤	健康サポート薬局数		2023		2029
B	2	⑥	訪問看護事業所数		2023		2029
B	2	⑦	地域連携薬局数		2023		2029
B	3	①	往診を実施している病院・診療所数		2023		2029
B	3	②	２４時間体制をとっている訪問看護ステーション数		2023		2029
B	4	①	在宅看取りを実施（ターミナルケア加算等を算定）している病院・診療所数		2023		2029
B	5	①	在宅療養支援診療所数		2023		2029
C	1	①	退院支援（退院調整）を受けた患者数（レセプト件数、年間）		2023		2029
C	2	①	訪問診療を受けた患者数（レセプト件数、年間）		2023		2029
C	4	①	在宅死亡者数（老人ホーム及び自宅）		2023		2029

出典：https://www.pref.gunma.jp/uploaded/attachment/601209.pdf

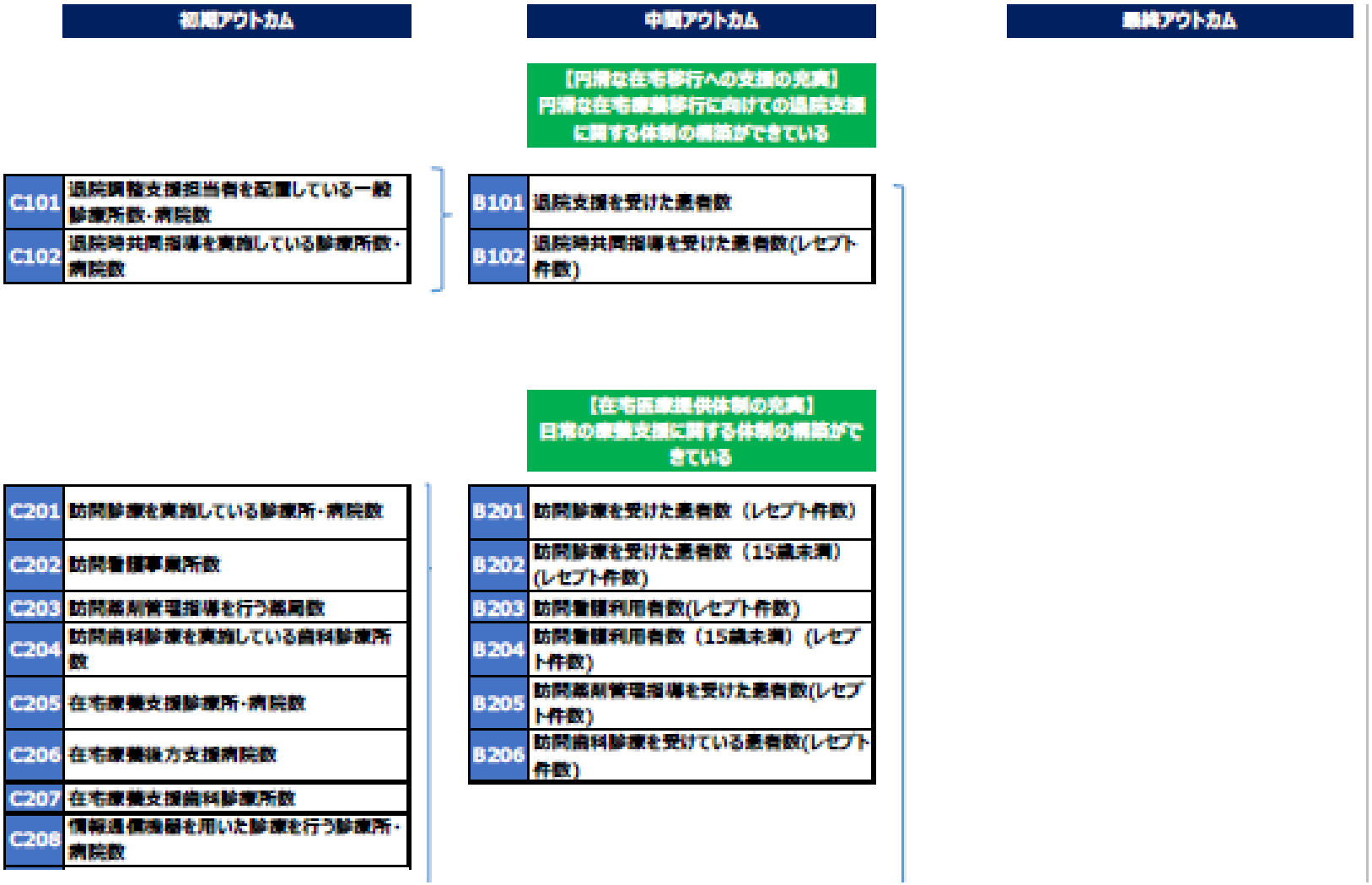
群馬県の所見

- ＊現行計画には掲載がなかったため、次期計画で新規掲載となる。
- 分野アウトカムは患者の状態。
- 分野アウトカムの指標は、主にプロセス指標（一部、アウトカム指標）。
- 中間アウトカムは、5つのシーン。
- 指標名を目標値と呼んでいる。
- ロジックモデルの施策の横に「現状と課題」を添えている。

＊ロジックモデルで計画を作ったと考えられる。本文とロジックモデルが対応している。

3　ロジックモデル

※達成すべき目標と取り組むべき施策の関連性を体系的に整理した「ロジックモデル」は次のとおりです。



出典：https://www.pref.kanagawa.jp/documents/103352/siryou5-2soanntatakidai.pdf

C301	訪問診療を実施している診療所・病院数（再掲）
C302	訪問看護事業所数（再掲）
C303	機能強化型訪問看護ステーション数（＝訪問看護事業者数（大規模））
C304	訪問看護従事者数
C305	訪問薬剤管理指導を行う薬局数（再掲）
C306	訪問歯科診療を実施している歯科診療所数（再掲）

C401	在宅療養支援診療所・病院数（再掲）
C402	在宅療養後方支援病院数（再掲）
C403	在宅療養支援歯科診療所数（再掲）

A101	各地域における在宅医療の自己完結率

【急変時の対応体制の充実】
急変時の対応可能な体制が構築できている

C501	往診を実施している診療所・病院数
C502	24時間往診を実施している診療所・病院数
C503	在宅療養支援診療所・病院数（再掲）
C504	訪問看護事業所数（再掲）
C505	24時間対応体制を実施している訪問看護事業所数

C601	在宅療養支援診療所・病院数（再掲）
C602	在宅療養後方支援病院数（再掲）

B301	往診を受けた患者数(レセプト件数)

【患者が望む場所での看取りに関する体制の充実】
患者が望む場所での看取りに関する体制の構築ができている

C701	在宅看取りを実施している診療所・病院数

B401	在宅での看取り件数
B402	施設での看取り件数
B403	地域看取り率

出典：https://www.pref.kanagawa.jp/documents/103352/siryou5-2soanntatakidai.pdf

2　施策の方向性　（県、市町村、医療関係者、介護・福祉関係者、関係機関）

（１）在宅医療の拠点、積極的な役割を担う医療機関の位置づけ・公表

○　体制の強化及び多職種連携の強化のため、＿における協議の結果、在宅拠点の拠点は、＿に、積極的な役割を担う医療機関は、＿から推薦を受けたもしくは県から指定を受けた、県内の＿箇所の病院・診療所に担っていただき、県及び市町村はこれを支援する体制を整備していきます。（令和６年２月把握予定）

（図表作成予定）

（２）円滑な在宅移行への支援の充実

○　県及び市町村は、退院元の医療機関と地域の在宅医療を担う関係者間の連携構築により、切れ目のない継続的な医療提供体制の確保を推進します。

→　上記取組により、退院調整支援担当者等の増　⇒　退院支援を受けた患者数の増を目指します。

（３）在宅医療提供体制の充実

○　県や各保健福祉事務所、各市町村、各郡市医師会等は、互いに連携し、地域における在宅医療に係る課題の抽出や施策検討を行うための取組を推進します。

出典：https://www.pref.kanagawa.jp/documents/103352/siryou5-2soanntatakidai.pdf

4　指標一覧

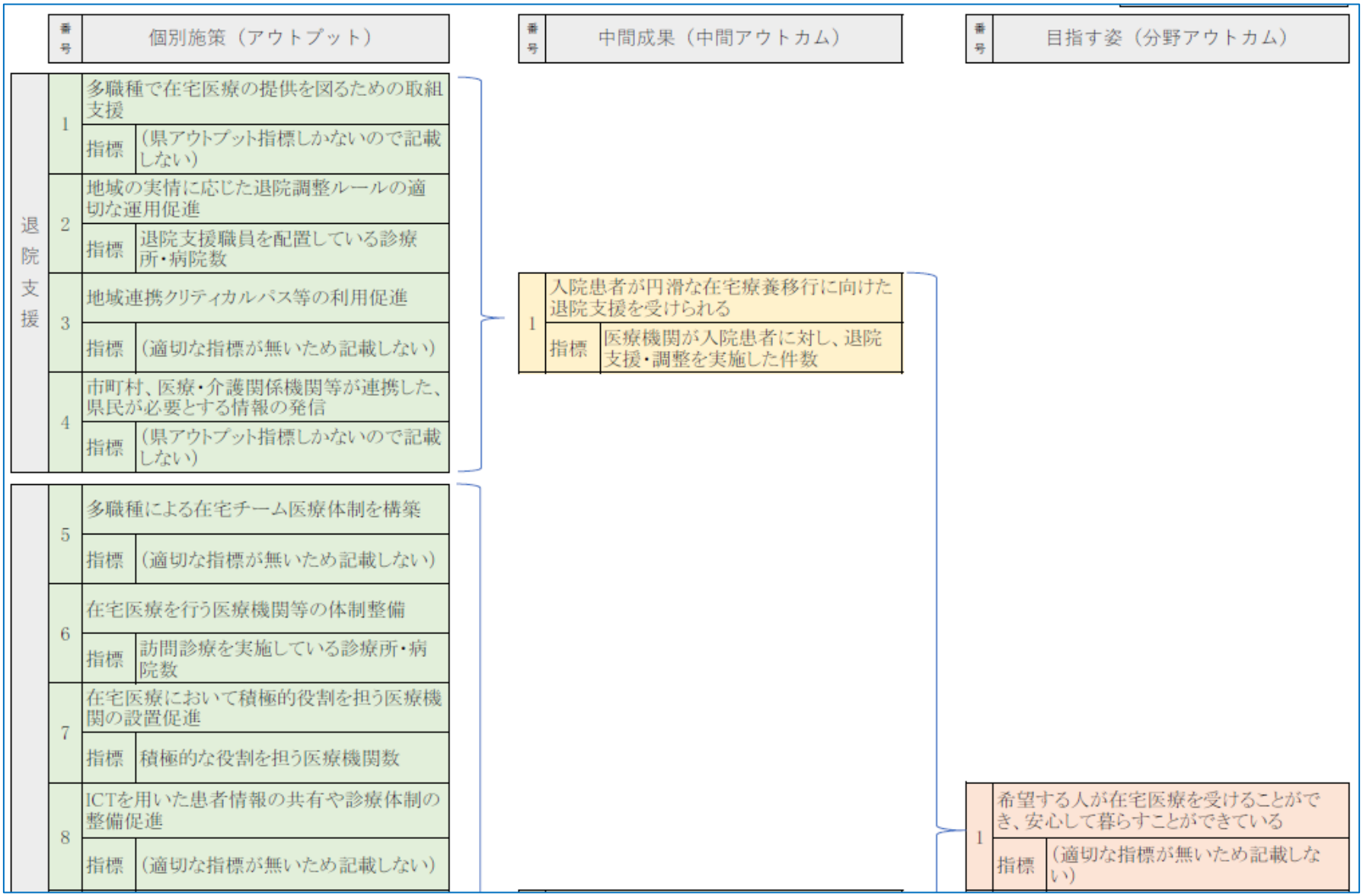
種別	コード	指標名	出典	現状（年度）	目標値（令和 11 年度）
初期	C101	退院調整支援担当者を配置している一般診療所・病院数	厚生労働省,医療施設調査	201(R2)	
	C102	退院時共同指導を実施している診療所数・病院数	厚生労働省,NDB	117(R3)	
	C201	訪問診療を実施している診療所・病院数	厚生労働省,NDB	1,452(R3)	
	C202	訪問看護事業所数	（調整中）		
	C203	訪問薬剤管理指導を行う薬局数	厚生労働省,NDB	825(R2)	
	C204	訪問歯科診療を実施している歯科診療所	厚生労働省,NDB	1,420(R3)	
	C205	在宅療養支援診療所・病院数	（調整中）		
	C206	在宅療養後方支援病院数	厚生労働省,診療報酬施設基準	24(R3)	
	C207	在宅療養支援歯科診療所数	厚生労働省,診療報酬施設基準	650(R3)	
	C208	情報通信機器を用いた診療を行う診療所・病院数	厚生労働省,診療報酬施設基準	826(R4.8)	
	C301	訪問診療を実施している診療所・病院数(C201 再掲)	厚生労働省,NDB	1,452(R3)	
	C302	訪問看護事業所数(C202 再掲)	（調整中）		
	C303	機能強化型訪問看護ステーション数(＝訪問看護事業者数(大規模))	（調整中）		
	C304	訪問看護従事者数	（調整中）		
	C305	訪問薬剤管理指導を行う薬局数(C203 再掲)	厚生労働省,NDB	825(R2)	
	C306	訪問歯科診療を実施している歯科診療所(C204 再掲)	厚生労働省,NDB	1,420(R3)	
	C401	在宅療養支援診療所・病院数(C205 再掲)	（調整中）		
	C402	在宅療養後方支援病院数(C206 再掲)	厚生労働省,診療報酬施設基準	24(R3)	
	C403	在宅療養支援歯科診療所数(C207 再掲)	厚生労働省,診療報酬施設基準	650(R3)	
	C501	往診を実施している診療所・病院数	厚生労働省,NDB	3,160(R3)	
	C502	24 時間往診を実施している診療所・病院数	（調整中）		
	C503	在宅療養支援診療所・病院数(C205 再掲)	（調整中）		
	C504	訪問看護事業所数(C202 再掲)	（調整中）		
	C505	24 時間対応体制を実施している訪問看護事業所	厚生労働省,医療施設調査	757(R3)	
	C601	在宅療養支援診療所・病院数(C205 再掲)	（調整中）		
	C602	在宅療養後方支援病院数(C206 再掲)	厚生労働省,診療報酬施設基準	24(R3)	
	C701	在宅看取りを実施している診療所・病院数	厚生労働省,NDB	782(R3)	
中間	B101	退院支援を受けた患者数（レセプト件数）	厚生労働省,NDB	27,571(R3)	
	B102	退院時共同指導を受けた患者数（レセプト件数）	厚生労働省,NDB	2,900(R3)	
	B201	訪問診療を受けた患者数(レセプト件数)	厚生労働省,NDB	1,014,627(R3)	
	B202	訪問診療を受けた患者数(15 歳未満)(レセプト件数)	（調整中）		
	B203	訪問看護利用者数(レセプト件数)	（調整中）		
	B204	訪問看護利用者数(15 歳未満)(レセプト件数)	（調整中）		
	B205	訪問薬剤管理指導を受けた患者数（レセプト件数）	厚生労働省,NDB	21,950(R2)	
	B206	訪問歯科診療を受けている患者数（レセプト件数）	厚生労働省,NDB	1,420(R3)	
	B301	往診を受けた患者数(レセプト件数)	厚生労働省,NDB	175,08(R3)	
	B401	在宅での看取り件数	（調整中）		
	B402	施設での看取り件数	（調整中）		
	B403	地域看取り率(県全体)	「令和2年神奈川県衛生統計年報統計表」「令和2年神奈川県警察死体取扱数」	20.82%(R2)	
	B403	地域看取り率(横浜)	同上	21.33%(R2)	
	B403	地域看取り率(川崎北部)	同上	21.36%(R2)	
	B403	地域看取り率(川崎南部)	同上	19.32%(R2)	
	B403	地域看取り率(相模原)	同上	17.09%(R2)	
	B403	地域看取り率(横須賀・三浦)	同上	28.49%(R2)	
	B403	地域看取り率(湘南東部)	同上	19.44%(R2)	
	B403	地域看取り率(湘南西部)	同上	20.20%(R2)	
	B403	地域看取り率(県央)	同上	14.90%(R2)	
	B403	地域看取り率(県西)	同上	21.59%(R2)	
最終	A101	各地域における在宅医療の自己完結率	（調整中）		

出典：https://www.pref.kanagawa.jp/documents/103352/siryou5-2soanntatakidai.pdf

神奈川県の所見

- ＊現行計画には掲載がなかったため、次期計画で新規掲載となる。
- 最終アウトカム、初期アウトカムに構成概念がなく、指標のみ。
- 分野アウトカムの指標は、プロセス指標であり、アウトカム指標でない。
- 中間アウトカムは、4つのシーン。
- 中間アウトカムの指標は、プロセス指標。
- 初期アウトカムの指標は、ストラクチャー指標。

＊ロジックモデルと計画が不一致。



番号	個別施策（アウトプット）		番号	中間成果（中間アウトカム）		番号	目指す姿（分野アウトカム）	
退院支援	1	多職種で在宅医療の提供を図るための取組支援	1	入院患者が円滑な在宅療養移行に向けた退院支援を受けられる	1	希望する人が在宅医療を受けることができ、安心して暮らすことができている		
		指標：（県アウトプット指標しかないので記載しない）		指標：医療機関が入院患者に対し、退院支援・調整を実施した件数		指標：（適切な指標が無いため記載しない）		
	2	地域の実情に応じた退院調整ルールの適切な運用促進						
		指標：退院支援職員を配置している診療所・病院数						
	3	地域連携クリティカルパス等の利用促進						
		指標：（適切な指標が無いため記載しない）						
	4	市町村、医療・介護関係機関等が連携した、県民が必要とする情報の発信						
		指標：（県アウトプット指標しかないので記載しない）						
	5	多職種による在宅チーム医療体制を構築						
		指標：（適切な指標が無いため記載しない）						
	6	在宅医療を行う医療機関等の体制整備						
		指標：訪問診療を実施している診療所・病院数						
	7	在宅医療において積極的役割を担う医療機関の設置促進						
		指標：積極的な役割を担う医療機関数						
	8	ICTを用いた患者情報の共有や診療体制の整備促進						
		指標：（適切な指標が無いため記載しない）						

出典：https://www.pref.nagano.lg.jp/iryo/documents/0824_shiryo1.pdf

日常の療養支援	9	在宅療養に携わる薬剤師や薬局の体制整備	
		指標	訪問薬剤管理指導実施薬局数
		指標	無菌調剤処理を実施できる薬局数
	10	訪問栄養食事指導を実施する施設等の体制整備促進	
		指標	訪問栄養食事指導を実施している診療所・病院数
	11	訪問看護師の確保及び研修環境の整備	
		指標	訪問看護ステーション看護師数
	12	在宅や介護施設等における歯科口腔管理に関わる歯科医療機関の整備	
		指標	県内歯科診療所のうち在宅療養支援歯科診療所の割合
		指標	歯科訪問診療を実施した件数（人口10万対）
	13	災害時の支援体制構築に向けた、BCP策定や関係機関連携促進	
		指標	（適切な指標が無いため記載しない）
急変時の対応	14	24時間体制で往診や訪問看護を実施する医療機関や訪問看護ステーションの整備	
		指標	在宅療養後方支援病院数
		指標	在宅療養支援診療所・病院数
		指標	24時間体制を取っている訪問看護ステーションの看護師数
	15	急変時の対応における関係機関（医師・訪問看護師・介護事業者・薬局・消防等）の連携体制構築	
		指標	（適切な指標が無いため記載しない）
看取り	16	看取り、ACPや事前指示書の普及啓発等による在宅看取りへの理解促進	
		指標	（適切な指標が無いため記載しない）
	17	在宅看取りを実施する医療機関や訪問看護ステーション等の体制整備	
		指標	ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数
		指標	在宅看取り（ターミナルケア）を実施している診療所・病院数

2	在宅療養患者が疾患や重症度に応じた日常の療養支援を受けられる	
	指標	訪問診療を実施した件数
	指標	訪問薬剤管理指導を受けた患者数（診療所・病院）
	指標	訪問栄養食事指導を受けた患者数
	指標	訪問看護利用者数
	指標	歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の実施件数（人口10万対）

3	在宅療養患者が急変時に適切な対応を受けられる	
	指標	往診を実施した件数

4	患者の意向が人生の最終段階においても尊重されている	
	指標	在宅での看取り（死亡）の割合
	指標	人生の最終段階について、家族と話したことがある割合

第２　目指すべき方向と医療連携体制

1　目指すべき方向

目指す姿（分野アウトカム）

希望する人が在宅医療を受けることができ、安心して暮らすことができている

中間成果（中間アウトカム）

（１）入院患者が円滑な在宅療養移行に向けた退院支援を受けられる
（２）在宅療養患者が疾患や重症度に応じた日常の療養支援を受けられる
（３）在宅療養患者が急変時に適切な対応を受けられる
（４）患者の意向が人生の最終段階においても尊重されている

2　在宅医療の提供体制

目指すべき在宅医療の提供体制は、次のページに示す図のとおりです。

希望する人が、自宅や介護施設等の住み慣れた生活の場で療養生活が送れるよう、入院患者への退院支援から退院後の日常療養支援、在宅療養患者の症状が急変した時の対応、患者の意向を尊重した看取りまで、医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター等、医療従事者と介護従事者が連携して、患者や家族を支援していく体制を目指します。

第３　施策の展開

1　入院患者が円滑な在宅療養移行に向けた退院支援を受けられる体制整備

○　退院時における患者情報共有の仕組みづくり、チーム医療を展開するための研修会の開催等、多職種で在宅医療の提供を図るための取組を支援します。

○　退院後、適切な在宅医療を切れ目なく受けられるよう、入院医療機関とかかりつけ医や介護支援専門員（ケアマネジャー）をはじめとする患者の療養を支援する関係者との間で円滑に患者の情報が共有される、地域の実情に応じた退院調整ルールの適切な運用を促進します。

○　地域ごとに、脳卒中や心血管疾患などの患者で急性期・回復期の医療を終えた患者や、がんの緩和ケア等の医療サービスを在宅で受けることを希望する患者が、適切な診療計画の下、円滑に在宅医療へ移行できるよう、地域連携クリティカルパスの利用等を促進します。

○　県民が在宅医療を主体的に選択できるよう、県が開設している「ながの医療情報ネット」などを通じ、在宅医療に関わる医療資源等の情報を提供します。また、市町村、医療・介護関係機関等と連携し、在宅医療における経済的な負担や体力的な負担等、県民が必要としている情報を発信します。

2　在宅療養患者が疾患や重症度に応じた日常の療養支援を受けられる体制整備

○　在宅療養患者が住み慣れた生活の場において安心して生活ができるよう、在宅医療に関わる関係機関（病院、一般診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター等）が相互に情報共有と連携を図り、在宅療養患者とその家族をサポートする多職種（医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、介護支援専門員（ケアマネジャー）、歯科衛生士、理学療法士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー等）による在宅チーム医療体制の構築を促進するとともに、在宅医療を担う人材の育成を行います。

○　継続的な日常の療養支援体制を構築するため、在宅医療の提供を行う医療機関や、新たに在宅医療に取組む医療機関の体制整備を支援します。

○　入院医療機関と、在宅医療にかかわる関係機関の円滑な連携により、切れ目ない継続的な医療体制の確保を図るため、在宅医療において積極的役割を担う医療機関の位置づけを促進します。

○　医療と介護に従事する関係者の移動や情報共有に係る負担を軽減し、在宅医療を効率的に行うことができるよう、ＩＣＴを用いた患者情報の共有や診療体制の整備を支援します。

○　在宅における薬剤使用が適正に行われるよう、薬剤師による患者、家族及び関係職種間の薬剤情報の共有化、服薬状況の確認、服薬支援の実施など、在宅医療における薬の管理体制整備や一元的かつ継続的な情報把握体制の整備に努めるとともに、すべての薬局が在宅患者への薬学的管理・服薬指導などの機能を果たす「かかりつけ薬剤師・薬局」になるよう取り組みます。

また、在宅療養患者が必要とする無菌製剤を調剤する無菌調剤設備を有する薬局など必要な体制の整備や、在宅での薬剤の使用と連動する医療材料・衛生材料の供給に薬局が積極的に関与する体制の整備を促進します。

○　訪問栄養食事指導を充実させるため、県栄養士会による栄養ケア・ステーション事業の周知及び管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所等の施設の体制整備を促進

出典：https://www.pref.nagano.lg.jp/iryo/documents/0824_shiryo1.pdf

第４　数値目標

１　入院患者が円滑な在宅療養移行に向けた退院支援を受けられる

区分	指　標	現状（2023）	目標（2029）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	退院支援員を配置している診療所・病院数	長野県　●●人 全　国　●●人 （2023）	検討中	検討中	厚生労働省「医療施設調査」
P	医療機関が入院患者に対し、退院支援・調整を実施した件数				

２　在宅療養患者が疾患や重症度に応じた日常の療養支援を受けられる

区分	指　標	現状（2023）	目標（2029）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	訪問診療を実施している診療所・病院数	長野県　●●人 全　国　●●人 （2023）	●人以上	現状以上を目指す。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	在宅医療における積極的役割を担う医療機関数				
S	訪問薬剤管理指導実施薬局数				
S	無菌調剤処理を実施できる薬局数				
S	訪問栄養食事指導を実施している診療所・病院数				
S	訪問看護ステーション看護師数				
S	県内歯科診療所のうち在宅療養支援歯科診療所の割合				
S	歯科訪問診療を実施した件数（人口 10 万対）				
P	訪問診療を実施した件数				
P	訪問薬剤管理指導を受けた患者数（診療所・病院）				
P	訪問栄養食事指導を受けた患者数				
P	訪問看護利用者数				
P	歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の実施件数（人口 10 万対）				

３　在宅療養患者が急変時に適切な対応を受けられる

区分	指　標	現状（2023）	目標（2029）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	在宅療養後方支援病院数	長野県　●●人 全　国　●●人 （2023）	●人以上	現状以上を目指す。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	在宅療養支援診療所・病院数				
S	24 時間体制を取っている訪問看護ステーションの看護師数				
P	往診を実施した件数				

４　患者の意向が人生の最終段階においても尊重されている

区分	指　標	現状（2023）	目標（2029）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数	長野県　●●人 全　国　●●人 （2023）	●人以上	現状以上を目指す。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	在宅看取り（ターミナルケア）を実施している診療所・病院数				
P	在宅での看取り（死亡）の割合				
P	人生の最終段階について、家族と話し合ったことがある割合				

注）「区分」欄　S（ストラクチャー指標）：医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標
P（プロセス指標）：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
O（アウトカム指標）：医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

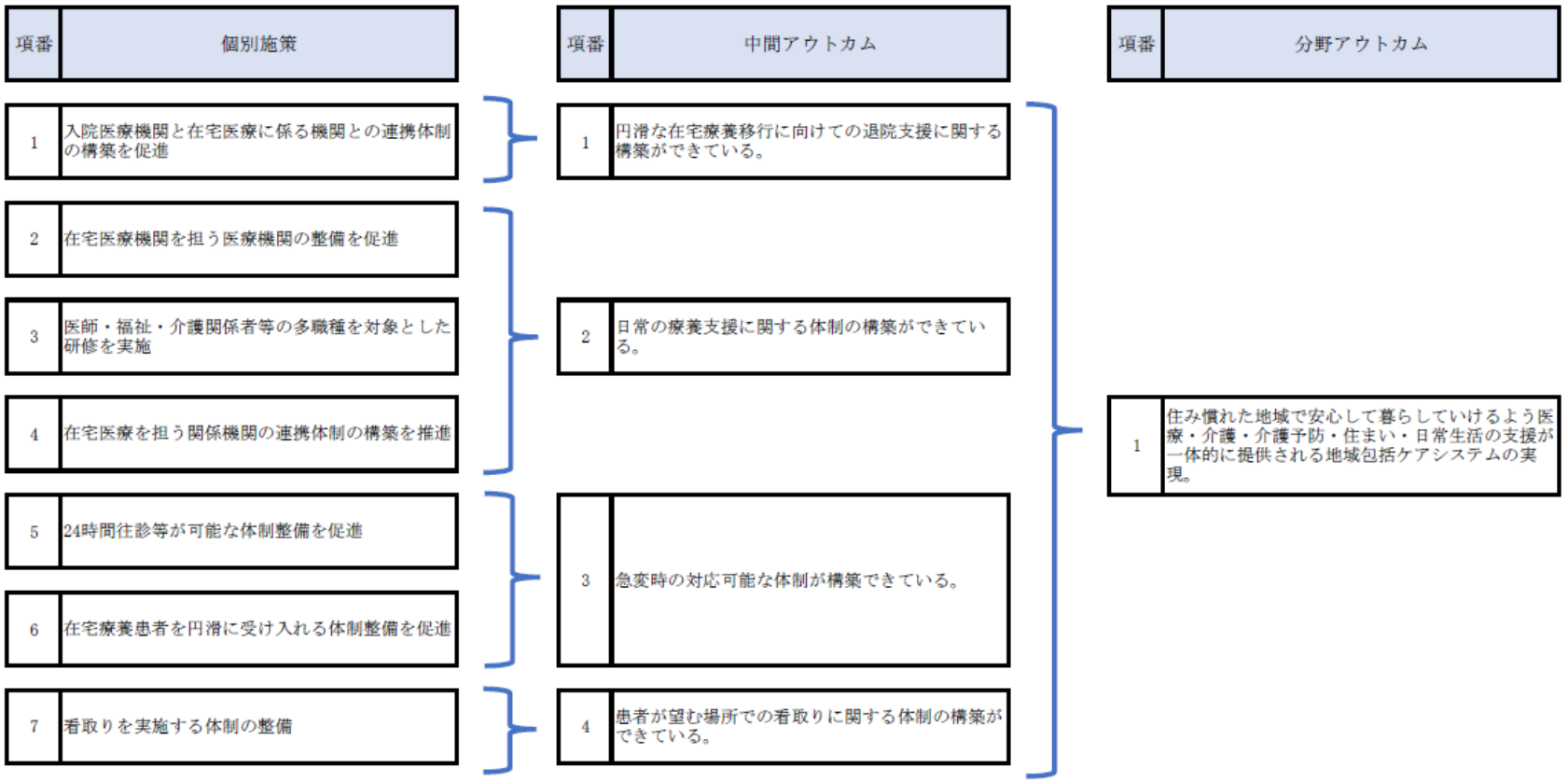
出典：https://www.pref.nagano.lg.jp/iryo/documents/0824_shiryo1.pdf

長野県の所見

- ＊現行計画には掲載がなかったため、次期計画で新規掲載となる。
- 分野アウトカムは、患者の状態に達している。
- 分野アウトカムの指標は、記載なし。
- 中間アウトカムは、4つのシーン。
- 中間アウトカムの指標は、プロセス指標（一部アウトカム指標）。
- 施策に指標を設定（ただし、アウトプット指標ではなく初期アウトカムの指標）（施策アウトプット指標欄と初期アウトカム欄を非表示にしていると考えられる）
- 施策の指標は、ストラクチャー指標（一部プロセス指標）。

★ロジックモデルで計画を作ったと考えられる。本文とロジックモデルが対応している。

ロジックモデル（第２章８：在宅医療）



出典：https://www.pref.kyoto.jp/shingikai/hofukuso-03/documents/03shiryou2logicmodel.pdf

保健医療計画の見直しに関する調書

項　目	第２章	府民・患者本位の安心・安全な医療体制の確立
	8	在宅医療

現計画における施策の効果

- ○ 地域医療支援病院を全医療圏に設置
- ○ 全病院に対する退院支援担当者を配置している病院は 54.0%（基準値 43.1%）
- ○ 訪問看護ステーション数：331 施設（基準値 266 施設）
- ○ 訪問看護ステーション１箇所当たりの訪問看護師数：5.6 人（基準値は 5.0 人）
- ○ 地域で在宅チームの連携の要となる人材の養成数：870 人（基準値は 722 人）
- ○ 居宅療養管理指導を実施する薬局数：650（基準値 404）

課　題

【退院支援】

- ○ 退院支援や日常の療養支援の基盤となる市町村の「在宅医療・介護連携推進事業」が効果的に実施されることが必要。

【日常の療養支援】

- ○ 2040 年以降に訪問診療や訪問看護の必要量がピークを迎える見込みや疾病構造の変化、高齢化の進展に伴い、在宅医療のニーズ増加への対応が必要。
- ○ 在宅療養者が安心して自宅や地域で生活できるよう急変時に対応できる訪問診療や訪問看護が整備されていることが必要。
- ○ 高齢化が進展する中、自宅や地域で疾病や障害を抱えつつ生活を送る者が今後も増加することが見込まれることから、「在宅療養あんしん病院登録システム」の普及が必要。
- ○ 在宅療養者の要介護者は口腔ケアが不十分になりやすいため、これらの者に対する在宅歯科診療、口腔ケア等を行う体制の整備が必要。
- ○ 高度の調剤機能を有するかかりつけ薬局・薬剤師や在宅医療に必要な医薬品、医療材料・衛生材料を適時適切に入手できる体制の整備が必要。

【緊急時の対応】

- ○ 高齢者をはじめ障害児・者の在宅療養のため、病院・かかりつけ医・歯科医師・薬剤師・管理栄養士・介護支援専門員・訪問看護・訪問サービス・通所サービス等の体制を整備するとともに、入退院時・日常の療養生活・病状の急変時などそれぞれの場面で多職種の連携が不可欠。

【看取り】

- ○ 多職種協働による在宅看取りの推進及び施設における看取りの推進が必要。

【その他】

- ○ 高齢者健康福祉計画における目標・見込み量との整合性が必要。

対策の方向性

目指す方向（府民の状態）

- 京都府地域包括ケア構想の実現
  - ・在宅医療において多職種連携を強化し、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り、災害等の対応の充実を図る。

目標（必要となる体制整備・医療サービス等、取組の方向性）

【全体事項】

- 在宅医療を地域において在宅医療を広く担う医療機関（国指針の積極的に担う医療機関）について、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援歯科診療所を位置付ける。
- 在宅医療に必要な連携を担う拠点について、府医師会・地区医師会（京都府医師会在宅医療・地域包括ケアサポートセンター）、府歯科医師会（口腔ケアサポートセンター）、各保健所へ設置する地域包括ケア推進ネット、市町村（在宅医療・介護連携推進事業）を位置付ける。

【退院支援】

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との連携の強化。

【日常の療養支援】

- 在宅医療に必要な連携を担う拠点と連携し、在宅医療を担う在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院の充実。
- 周術期から在宅等に至るまで歯科診療・口腔ケアが途切れないよう、歯科診療所同士及び病院・一般診療所や薬局との情報共有を図る体制整備。
- 訪問看護師による在宅医療の提供体制の確保、質の向上を図るため、養成、確保・定着、再就業促進の各対策の継続した実施。
- 在宅における高度化する医療への対応や患者の QOL 向上のために、在宅現場で対応できる臨床工学技士、歯科衛生士及び歯科技工士等に対する人材育成を支援。
- 多職種を対象とした研修会等の実施による地域での多職種連携に関わる人材の育成。
- 在宅等に必要な知識、技術を有するかかりつけ薬局・薬剤師の在宅医療への参画促進や薬局間の相互共有を通じ、医薬品、医療材料、衛生材料等の効率的な供給体制の構築。
- 在宅療養患者等の栄養改善のため、管理栄養士による指導を促進。

【急変時の対応】

- 往診を実施する医療機関や在宅療養患者を円滑に受け入れる体制の整備。

【看取り】

- 看取りを実施する医療機関や専門人材の養成等の体制の整備。

具体的な施策

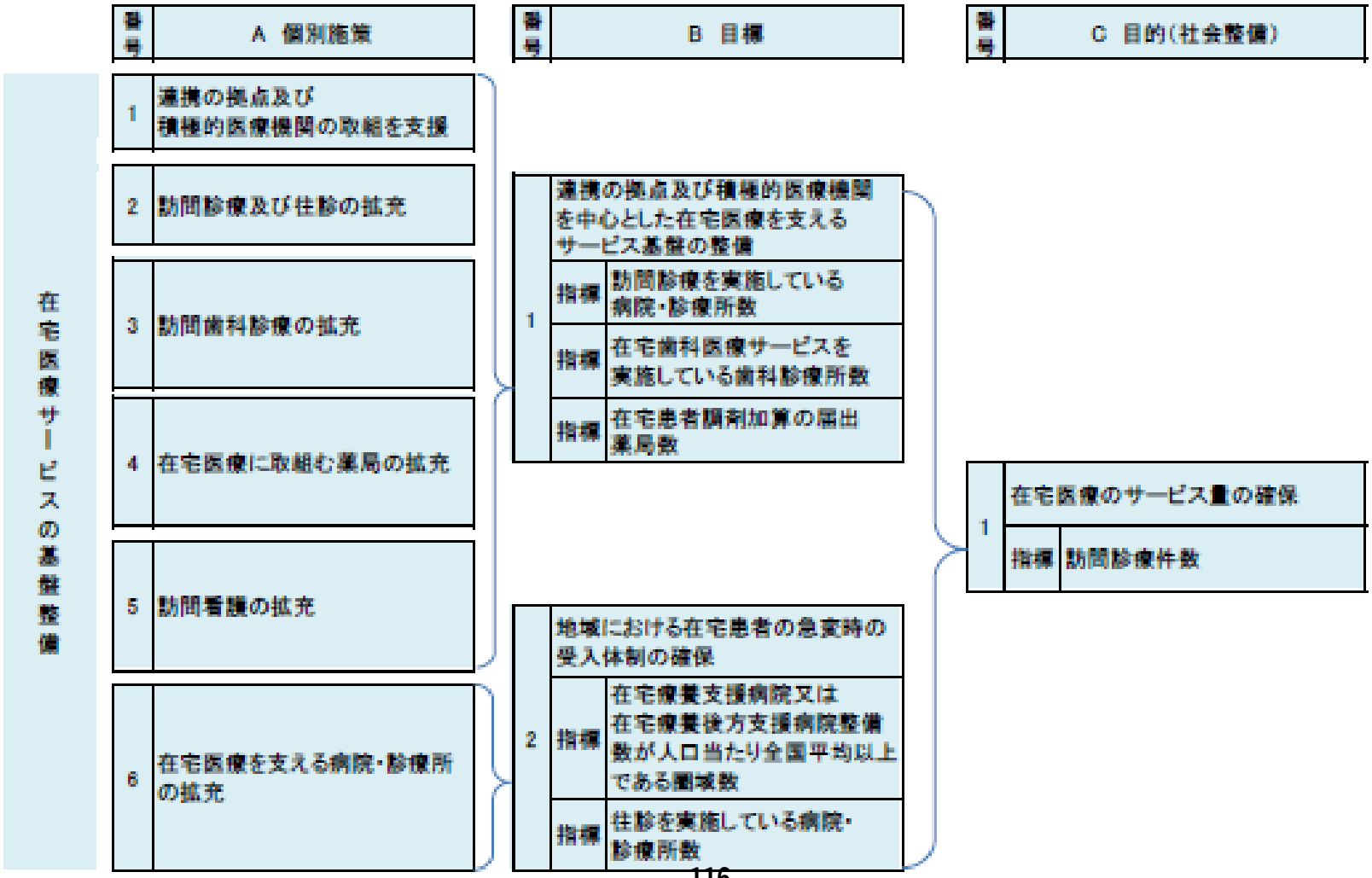
- 在宅療養あんしん病院登録制度の推進
  - ・在宅療養中の高齢者が体調を崩し、在宅での対応が困難になった時に、安心して入院できる病院を事前に登録しておくことで、スムーズな受診や必要に応じて入院に繋げるシステムにより、早めの対応により病状の悪化や身体の働きの低下をできるだけ防ぎ、在宅療養生活を続けることを支援する。（登録：134 病院（2023 年 6 月時点））
- 多職種連携のための拠点整備や人材育成の推進
  - ・「京あんしんネット」連携体制構築
  - ・在宅医療・地域包括ケア拠点事業
  - ・在宅療養コーディネーター養成（870 名（2023 年 3 月時点））
  - ・看取りプロジェクト推進事業（看取りサポート専門人材養成：看護師 403 名、介護支援専門員 753 名、施設介護職員 923 名（2023 年 3 月時点））
- 市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業の支援
  - ・市町村が地区医師会等と連携して実施する在宅医療・介護連携の取組の支援、地域包括ケア推進ネット等により広域連携の調整を実施。

出典：https://www.pref.kyoto.jp/shingikai/hofukuso-03/documents/03shiryou2chousho.pdf

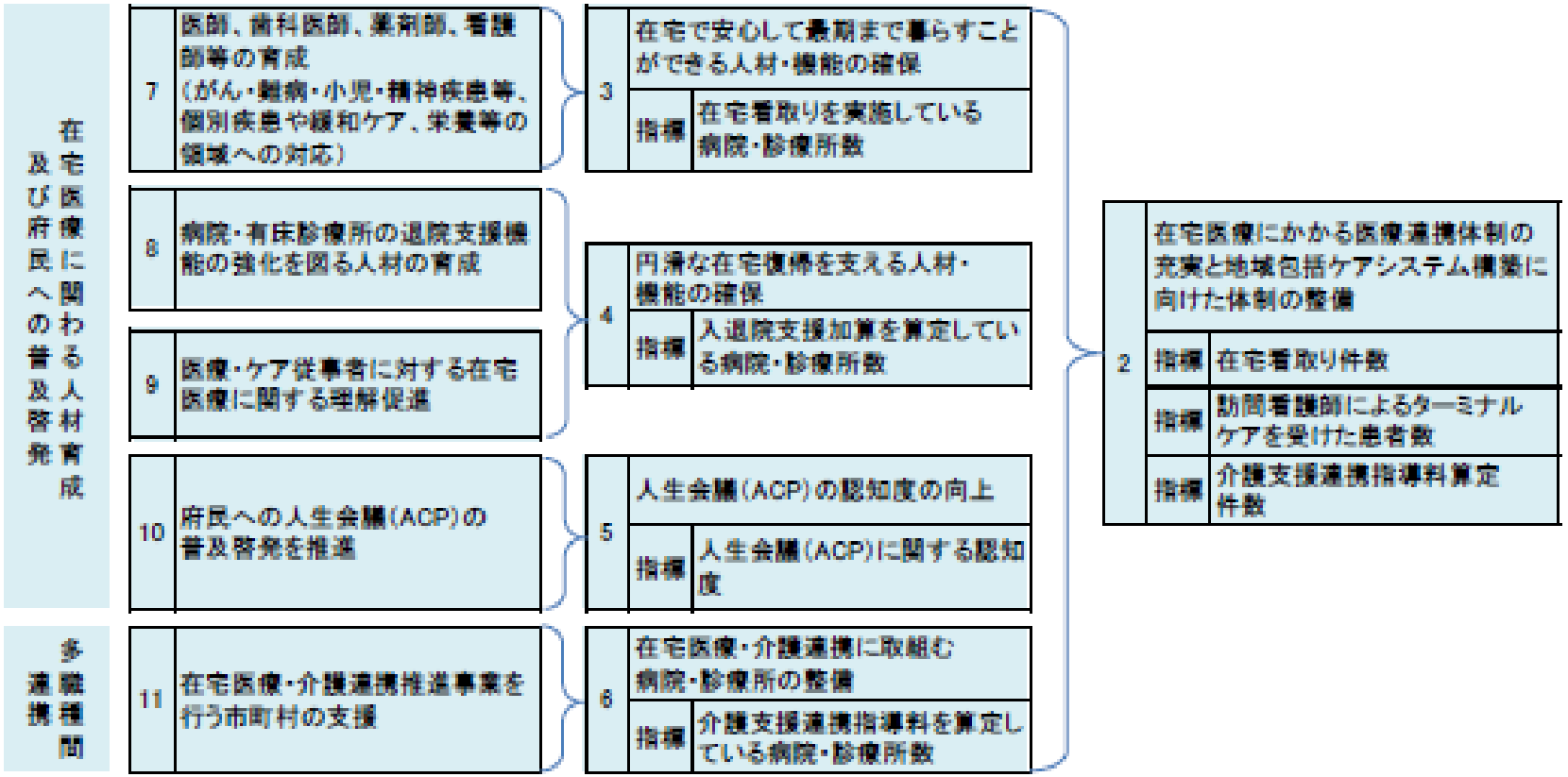
京都府の所見

- ＊現行計画には掲載がなかったため、次期計画で新規掲載となる。
- アウトカムの構成概念と施策のみで構成。指標なし。
- 分野アウトカムは、患者アウトカムに達している。
- 中間アウトカムは、4つのシーン。
- ＊5疾病、6事業、在宅以外の医療従事者確保や外来医療など約50領域のロジックモデルを掲載。
- 素案はまだ発見できないので、指標の状況や本文との関係は不明。

施策・指標マップ



出典：https://www.pref.osaka.lg.jp/attach/19300/00458015/1-2.pdf



出典：https://www.pref.osaka.lg.jp/attach/19300/00458015/1-2.pdf

参考
大阪府
現行

施策・指標マップ

	番号	A 個別施策	番号	B 目標		番号	C 目的(社会整備)	
在宅医療サービスの基盤整備	1	訪問診療の拡充	1	在宅医療を支えるサービス基盤の整備		1	在宅医療の需要に応じたサービス量の確保	
	2	訪問歯科診療の拡充		指標	・訪問診療を実施している病院・診療所数 ・在宅歯科医療サービスを実施している歯科診療所数 ・在宅患者調剤加算の届出薬局数 ・訪問看護師数		指標	訪問診療件数
	3	薬局の在宅医療への参画推進						
	4	訪問看護の拡充						
	5	在宅医療を支える病院・診療所の拡充	2	二次医療圏ごとに在宅患者の急変時の受入体制の確保				
				指標	人口規模に応じた在宅療養後方支援病院が整備されている圏域数			
在宅医療に関わる人材育成	6	医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の育成 (がん・難病・小児・精神疾患等、個別疾患や緩和ケア、栄養等の領域への対応)	3	在宅で安心して最期まで暮らすことができる人材・機能の確保		2	在宅医療の質の向上	
				指標	在宅看取りを実施している病院・診療所数		指標	在宅看取り件数
	7	病院・有床診療所の退院支援調整機能の強化を図る人材の育成	4	円滑な在宅復帰を支える人材・機能の確保				
	8	医療職や介護職の在宅医療に関する理解促進		指標	退院支援加算を算定している病院・診療所数			
医療と介護の連携	9	在宅医療・介護連携推進事業を行う市町村の支援	5	在宅医療・介護連携に取組む病院・診療所の整備		3	地域包括ケアシステム構築に向けた体制の整備	
				指標	介護支援連携指導料を算定している病院・診療所数		指標	介護支援連携指導料算定件数

第３節　在宅医療の施策の方向

【目的（めざす方向）】
- ◆在宅医療のサービス量の確保
- ◆在宅医療にかかる医療連携体制の充実と地域包括ケアシステム構築に向けた体制整備

【目標】
- ◆連携の拠点及び積極的医療機関を中心とした在宅医療を支える地域のサービス基盤の整備
- ◆地域における在宅患者の急変時の受入体制の確保
- ◆在宅で安心して最期まで暮らすことができる人材・機能の確保
- ◆円滑な在宅復帰を支える人材・機能の確保
- ◆人生会議（ACP）の認知度の向上
- ◆在宅医療・介護連携に取組む病院・診療所の整備

（１）在宅医療サービスの基盤整備

○在宅医療の圏域毎に設定する連携の拠点及び積極的医療機関の取組を推進します。

【具体的な取組】
- ・地域の実情に応じて、地域の関係者による協議の場の開催、関係機関の調整や連携体制の構築等を行う連携の拠点の取組を支援します。
- ・24 時間対応体制の在宅医療の提供、他の医療機関や多職種間連携の支援を行う積極的医療機関の取組を支援します。

○訪問診療及び往診の拡充に向けた取組を推進します。

【具体的な取組】
- ・訪問診療及び往診を行う医師の確保に向け、在宅医療に関心のある医師等に対する同行訪問等の取組を支援します。
- ・急変時や看取り等の医療ニーズを踏まえた在宅医療にかかる人材の育成と確保を図ります。
- ・新興感染症や災害時等の有事の際にも医療機関間の連携のもと対応できるよう、往診を実施する医療機関の増加や積極的医療機関等による休日・夜間のバックアップ体制、グループ診療等の地域の体制づくり、在宅医療を行う医療機関の BCP 策定支援など、急変時等における連携強化に向けた取組を支援します。

○訪問歯科診療の拡充に向けた取組を推進します。

【具体的な取組】
- ・訪問歯科診療に関わる関係機関（病院や歯科診療所、他職種等）の連携強化を図るため、連絡調整を円滑に行うよう支援します。
- ・歯科衛生士をはじめとする訪問歯科診療を支える歯科医療従事者の育成支援等を行い、歯科医師との連携体制を強化します。
- ・府内全域において需要に応じた訪問歯科診療が提供されるよう、支援の充実・強化を図ります。

○在宅医療に取組む薬局の拡充に向けた取組を推進します。

【具体的な取組】
- ・薬局のかかりつけ機能（24 時間対応・在宅対応、医療機関との連携等）の充実を図るため、在宅医療に取組む薬剤師と医療介護関係者との連携を推進するための研修等の実施を支援します。
- ・入退院時における医療機関と薬局間での情報共有等、円滑な在宅医療への移行のための取組を支援します。

○訪問看護の拡充に向けて取組みます。

【具体的な取組】
- ・訪問看護サービスの需要に応じた訪問看護師を確保するため、訪問看護の職場体験等による理解促進、新任看護師の育成、離職防止等の取組を支援します。
- ・休日、緊急時等の患者ニーズに応じた安定したサービスが提供できるよう、ICT 等の活用による事業所（訪問看護ステーション）間の効率的な情報共有等、事業所の規模拡大・機能強化を支援します。

○在宅医療を支える病院・診療所の拡充に向けて取組みます。

【具体的な取組】
- ・看取りに対応する医療機関や機能強化型の在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院等の整備を支援します。
- ・後方支援を行う医療機関における急変時受入体制の構築と強化を支援します。
- ・入退院支援の体制整備をめざす病院に対し、体制の構築までの間、退院調整を行う専門人員の配置等を支援します。
- ・病院や診療所等のネットワーク参加施設が保有する医療情報を共有する地域医療連携システムについて、国の仕組み等も勘案しつつ、二次医療圏単位で構築する取組を支援します。

出典：https://www.pref.osaka.lg.jp/attach/19300/00458015/1-2.pdf

目標値一覧

分類 B:目標 C:目的	指 標	対象年齢	現 状		目標値	
			値	出典	2026 年度（中間年）	2029 年度（最終年）
B	訪問診療を実施している病院・診療所数	—	2,261 か所（令和2年）	厚生労働省「医療施設調査」	2,300 か所	2,330 か所
B	在宅歯科医療サービスを実施している歯科診療所数	—	1,848 か所（令和2年）	厚生労働省「医療施設調査」	2,000 か所	2,150 か所
B	在宅患者調剤加算の届出薬局数	—	2,289 か所（令和5年）	近畿厚生局「施設基準届出」	2,470 か所	2,650 か所
B	在宅療養支援病院又は在宅療養後方支援病院整備数が人口当たり全国平均以上である圏域数	—	7 圏域（令和5年）	近畿厚生局「施設基準届出」	7圏域	8圏域
B	往診を実施している病院・診療所数	—	3,391 か所（令和3年）	厚生労働省「データブック」	3,620 か所	3,850 か所
B	在宅看取りを実施している病院・診療所数	—	470 か所（令和2年）	厚生労働省「医療施設調査」	540 か所	610 か所
B	入退院支援加算を算定している病院・診療所数	—	280 か所（令和5年）	近畿厚生局「施設基準届出」	280 か所	290 か所
B	人生会議（ACP）に関する認知度	—	11.1%（令和5年）	大阪府「人生会議の認知度調査」	16%	20%
B	介護支援連携指導料を算定している病院・診療所数	—	271 か所（令和3年）	厚生労働省「データブック」	310 か所	340 か所
C	訪問診療件数	—	144,448 件（令和2年）	厚生労働省「医療施設調査」	167,480 件	190,510 件
C	在宅看取り件数	—	12,492 件（令和2年）	厚生労働省「医療施設調査」	14,370 件	16,240 件
C	訪問看護師によるターミナルケアを受けた患者数	—	225 人（令和3年）	厚生労働省「データブック」	250 人	280 人
C	介護支援連携指導料算定件数	—	26,112 件（令和3年）	大阪府「地域保健課調べ」	29,380 件	32,640 件

目標値は介護保険計画との整合性を図り更新予定

出典：https://www.pref.osaka.lg.jp/attach/19300/00458015/1-2.pdf

大阪府の所見

- ＊現行計画に掲載があったため、次期計画では2度目の掲載となる。
- 分野アウトカムは、医療体制であり、患者の状態に達していない。
- 分野アウトカムの指標は、プロセス指標。
- 中間アウトカムはシーン別でなく、個別施策につながった初期アウトカム的な構成。
- 中間アウトカムの指標は、ストラクチャー指標が主体。独自指標あり。
- 施策には指標なし。

＊ロジックモデルで計画を作ったと考えられる。本文とロジックモデルが対応している。

まとめ

在宅医療分野　施策・指標体系図

番号	C 個別施策
1	退院支援担当者配置に関する医療機関への普及啓発
	指標：退院支援担当者を配置している診療所・病院数
2	退院支援担当者に対する研修の実施
	指標：研修会開催数
3	在宅医療に関する研修会の実施（医療機関への普及啓発）
	指標：在宅医療支援診療所・病院・歯科診療所数、在宅医療支援薬局数
4	各地区における関係機関の連携体制構築の支援
	指標：構築した地区数
5	多職種への専門的技術習得のための研修の実施
	指標：研修会開催数
6	訪問看護師の育成のための実習・研修会
	指標：実習・研修会開催数
7	老人ホーム職員及び介護職員に対する急変時対応、看取りに関する研修会
	指標：研修会開催数
8	在宅医療・在宅歯科医療に関する講演会（県民への普及啓発）
	指標：講演会開催数
9	在宅医療・在宅歯科医療に関わる医療機関等の情報の県民への提供
	指標：情報提供を実施した地区数

番号	B 中間アウトカム
1	円滑な在宅療養に向けての退院支援が可能な体制の整備
	指標：退院患者平均在院日数
2	日常の療養支援が可能な在宅医療提供体制の整備
	指標：訪問診療を実施している診療所・病院数
	指標：訪問看護事業所の事業所数及び従事者数、機能強化型事業所数
	指標：歯科訪問診療を実施している診療所・病院数
	指標：訪問薬剤指導を実施している薬局・診療所・病院数
3	急変時の対応が可能な体制の整備
	指標：往診を実施している診療所・病院数
	指標：24時間対応体制を実施している訪問看護ステーション数、従事者数
4	患者が望む場所での看取りが可能な体制の整備
	指標：在宅看取り（ターミナルケア）を実施している診療所・病院数

番号	A 分野アウトカム
1	住み慣れた自宅や施設等で療養したいと望む患者が在宅医療を受けて自分らしい生活を送ることができる
	指標：訪問診療を受けた患者数
	指標：歯科訪問診療を受けた患者数
	指標：訪問看護利用者数
	指標：訪問薬剤指導利用者数
	指標：在宅死亡率

沖縄県の所見

- 分野アウトカムは、従来から患者状態となっている。
- 分野アウトカムの指標は、アウトカム指標が含まれる。
- 中間アウトカムは、シーン別となっている。
- 中間アウトカムの指標は、プロセス指標が中心。
- 施策には指標あり。
- 施策の指標は、ストラクチャー指標が含まれている。
- ロジックモデル先進県。8次でのさらなる充実が期待される。

緩和・支持療法

C 個別施策

①緩和ケア

番号	個別施策	指標
2	外来患者は毎回の受診時に、入院患者は毎日、看護師による「痛みのモニタリング」を行い、その後は必要な医療を行う	「痛みのモニタリング」の結果報告を受けて、主治医（主治医チーム）が速やかに必要な緩和ケアが行われたがん患者の割合

②在宅医療

番号	個別施策	指標
3	在宅医療を提供できる必要な資格を持った専門家を計画的に養成し、必要に応じて配置する	以下の専門家の数 ①在宅専門医 ②訪問看護師 ③介護支援専門員 ④在宅医療インテグレーター

③リハビリテーション

番号	個別施策	指標
1	すべてのがん患者に対して、リハビリが必要かどうかの評価をする体制が整え、その結果を踏まえたリハビリを施行する	がん患者リハビリテーション料に関する施設基準を満たした「施設」の割合

B 中間アウトカム

①緩和ケア

番号	中間アウトカム	指標
1	がん患者及びその家族の苦痛の軽減ができ、QOLが向上できている	患者体験調査・遺族調査 医療者はつらい症状にすみやかに対応していたと感じる割合
		医療者調査 精神的痛みを含む痛みの評価を何%ぐらいの患者に実施しているか？
		NDB-SCR/NDB 緩和ケア診療加算の算定回数

②在宅医療

番号	中間アウトカム	指標
1	希望する患者の在宅医療への移行が充分にできている	遺族調査 在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度
		NDB-SCR/NDB 在宅ターミナルケア加算

③リハビリテーション

番号	中間アウトカム	指標
1	「施設」では、必要な全ての患者に、適切なリハビリテーションができている	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
		NDB-SCR/NDB がん患者リハビリテーション料

A 分野アウトカム

番号	分野アウトカム	指標
1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	患者体験調査 がんやがん治療に伴う身体の苦痛や気持ちのつらさにより、日常生活を送る上で困っていることがない患者の割合
		医療者調査 在宅医療を希望された患者のうち、在宅医療に移行した症例は何%ぐらいか？
		医療者調査 緩和ケアのレベルが3年前と比較して向上したと思うか？

https://www.okican.jp/userfiles/files/kyougikai/reiwa5nenndo/2kai/8_1.pdf

まとめ

- ロジックモデルの基本構成が必ずしも守られていない。
- ロジックモデルの基本が押さえられていないと毎年の進捗管理や中間評価など、PDCAサイクルを回すことは困難。
- ロジックモデルの基本に対する理解を高める必要がある。
- 沖縄県はロジックモデル先進県。今後は、ロジックモデルの定着を進めると同時に、ロジックモデルの運用に力点をおく必要がある。PDCAサイクルの効果を生み、県民に貢献し、全国の模範になっていくことが期待される。

資料７

次世代のがん対策を共に考える

がん患者学会 2023 in Osaka

会期

8/19(土)・20(日)

会場

大阪医科薬科大学 新講義実習棟

大阪府高槻市大学町2-7

主催：一般社団法人全国がん患者団体連合会

後援：大阪医科薬科大学次世代のがんプロフェッショナル養成プラン
認定特定非営利活動法人日本がん登録協議会

がん患者学会2023 プログラム

● 1日目 8月19日　プログラム

会場：大阪医科薬科大学 新講義実習棟

10:00～	10	オリエンテーション　大会議室　P101	
10:10～	70	ゲノム医療法の成立と今後の展望 早稲田大学社会科学総合学術院准教授　横野 恵 氏	
11:20～	70	昼食休憩	
12:30～	20	開会式／オリエンテーション	
12:50～	70	新しいタイプのドラッグ・ラグ“ドラッグ・ロス”を考える 独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）理事長　藤原 康弘 氏	
14:20～	40	知っておきたいがん検診のいいこと、悪いこと （大阪医科薬科大学次世代のがんプロフェッショナル養成プラン共催セッション） 国立がん研究センターがん対策研究所検診研究部　中山 富雄 氏	
15:00～	40	がん登録データの利活用における安全性と期待（日本がん登録協議会共催セッション） 埼玉県立大学健康開発学科教授　大木 いずみ 氏	
16:00～	40	小児がんのドラッグ・ラグとドラッグ・ロスをどうするか （アフラック生命保険株式会社共催セッション） 国立がん研究センター中央病院小児腫瘍科長　小川 千登世 氏	
16:50～	60	患者団体による活動発表①　新講義実習棟 P301 号室	患者団体による活動発表②　P302 号室
17:50～	10	1日目のまとめ　18:00 終了	

● 2日目 8月20日　プログラム

8:50～	10	オリエンテーション　大会議室　P101	P302号室
9:00～	40	公的医療保険と薬剤費を考える 横浜市立大学医学部医学科公衆衛生学准教授　五十嵐 中 氏	
9:40～	40	患者アドボカシーの推進に向けて（サノフィ株式会社共催セッション） 医薬産業政策研究所 主任研究員　吉田 晃子氏 特定非営利活動法人ASrid 理事長　西村 由希子 氏 特定非営利活動法人日本医療政策機構アソシエイト　山下 織江 氏 特定非営利活動法人GISTERS 理事長　西舘 澄人 氏	
10:40～	40	がん治療における意思決定支援～患者と医者のギャップをうめるためのコミュニケーション（アストラゼネカ株式会社共催セッション） 大阪大学大学院人間科学研究科 准教授　平井 啓 氏	
11:30～	50	政策提言委員会企画　P301号室 「臨床試験のアクセス向上に向けた情報提供について」 国立がん研究センター研究支援センター生物統計部 部長 柴田 大朗 氏 指定発言：国立がん研究センターがん対策情報センター本部 若尾 文彦 氏	PPI委員会企画「レイサマリー」 10分でわかる！ レイサマリーについて 国立がん研究センター東病院 臨床研究支援部門 小村 悠 氏 臨床試験のレイサマリー：JCOGの場合 JCOG運営事務局 患者参画委員会 木村 綾氏
12:20～	60	昼食休憩	
13:20～	50	ピアサポート委員会企画 「金沢『元ちゃんハウス』の軌跡と展望」 認定NPO 法人がんとむきあう会 理事長 西村 詠子 氏	がん教育委員会企画 「これまでの活動を振り返り、がん教育の課題と今後の展望を探る」
14:15～	50	緩和ケア委員会企画 「在宅緩和ケアを考える～当事者として知っておきたいこと」 ファミリー・ホスピス株式会社 執行役員品質管理責任者 梅田 恵 氏	サバイバーシップ委員会企画 「がんサバイバーシップにおける健康格差の視点」 大阪医科薬科大学医学研究支援センター 伊藤 ゆり氏
15:10～	40	ヘルスリテラシー：健康・医療の情報を読み解き、活用していくために （ノバルティスファーマ株式会社共催セッション） 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学分野教授 医学部附属病院 倫理支援部部長　中山 健夫 氏	
15:50～	10	閉会式　16:00 終了	

共催・協賛

AstraZeneca
「生きる」を創る。 Aflac
NOVARTIS
sanofi
すべての革新は患者さんのために CHUGAI 中外製薬
astellas
Roche ロシュ グループ
Oisix・ら・大地
Pfizer Oncology
Takeda

「がん患者学会 2023」プログラム

2023 年 8 月 19 日（土）20 日（日）大阪医科薬科大学 新講義実習棟
主催：一般社団法人全国がん患者団体連合会（全がん連）
後援：大阪医科薬科大学次世代のがんプロフェッショナル養成プラン、特定非営利活動法人日本がん登録協議会

ゲノム医療法の成立と今後の展望



8 月 19 日（土）10：10～11：20　新講義実習棟　P101 号室
講師：横野 恵 氏
（早稲田大学社会科学総合学術院准教授）

新しいタイプのドラッグ・ラグ “ドラッグ・ロス”を考える



8 月 19 日（土）12：50～14：00　新講義実習棟　P101 号室
講師：藤原 康弘 氏
（独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）理事長）

知っておきたいがん検診のいいこと、悪いこと



8 月 19 日（土）14：20～15：00　新講義実習棟　P101 号室
（大阪医科薬科大学次世代のがんプロフェッショナル養成プラン共催セッション）
講師：中山 富雄 氏
（国立がん研究センターがん対策研究所）

がん登録データの利活用における安全性と期待



8 月 19 日（土）15：00～15：40　新講義実習棟　P101 号室
（日本がん登録協議会共催セッション）
講師：大木 いずみ 氏
（埼玉県立大学健康開発学科教授）

小児がんのドラッグ・ラグとドラッグ・ロスをどうするか



8 月 19 日（土）16：00～16：40　新講義実習棟　P101 号室
（アフラック生命保険株式会社共催セッション）
講師：小川 千登世 氏
（国立がん研究センター中央病院小児腫瘍科長）

患者団体による活動発表

8 月 19 日（土）16：50～17： 5 0　新講義実習棟 P301 号室／P302 号室

公的医療保険と薬剤費を考える



8 月 20 日（日）09：00～09：40　新講義実習棟　P101 号室

講師：五十嵐 中 氏

（横浜市立大学医学部医学科公衆衛生学准教授）

患者アドボカシーの推進に向けて



8 月 20 日（日）09：40～10：20　新講義実習棟 P101

（サノフィ株式会社共催セッション）

講師：吉田 晃子 氏

（医薬産業政策研究所主任研究員）



講師：西村 由希子 氏

（特定非営利活動法人 ASrid 理事長）



モデレーター：山下 織江 氏

（特定非営利活動法人日本医療政策機構アソシエイト）



パネリスト：西館 澄人 氏

（特定非営利活動法人 GISTERS 理事長）

がん治療における意思決定支援～患者と医者のギャップをうめるためのコミュニケーション



8 月 20 日（日）10：40～11：20　新講義実習棟　P101 号室

（アストラゼネカ株式会社共催セッション）

講師：平井 啓 氏

（大阪大学大学院人間科学研究科准教授）

政策提言委員会企画「臨床試験のアクセス向上に向けた情報提供について」



8 月 20 日（日）11：20～12：10　新講義実習棟　P301 号室
（全国がん患者団体連合会政策提言委員会企画セッション）
講師：柴田 大朗氏 氏
（国立がん研究センター研究支援センター生物統計部部長）



指定発言：若尾 文彦 氏
（国立がん研究センターがん対策情報センター本部）

PPI 委員会企画「レイサマリー」



8 月 20 日（日）11：20～12：10　新講義実習棟　P302 号室
（全国がん患者団体連合会 PPI 委員会企画セッション）
「10 分でわかる！レイサマリーについて」
講師：小村 悠 氏
（国立がん研究センター東病院臨床研究支援部門/医薬品開発推進部門（併任））



「臨床試験のレイサマリー：JCOG の場合」
講師：木村 綾 氏（JCOG 運営事務局患者参画委員会）

ピアサポート委員会企画「金沢『元ちゃんハウス』の軌跡と展望」



8 月 20 日（日）13：10～14：00　新講義実習棟　P301 号室
（全国がん患者団体連合会ピアサポート委員会企画セッション）
講師：西村 詠子 氏
（認定 NPO 法人がんとむきあう会理事長）

がん教育委員会企画「これまでの活動を振り返り、がん教育の課題と今後の展望を探る」

8 月 20 日（日）13：10～14：00　新講義実習棟　P302 号室
（全国がん患者団体連合会がん教育委員会企画セッション）

緩和ケア委員会企画「在宅緩和ケアを考える～当事者として知っておきたいこと」



8 月 20 日（日）14：10～15：00　新講義実習棟　P301 号室
（全国がん患者団体連合会緩和ケア委員会企画セッション）
講師：梅田 恵 氏
（ファミリー・ホスピス株式会社執行役員品質管理責任者）

サバイバーシップ委員会企画「がんサバイバーシップにおける健康格差の視点」



8 月 20 日（日）14：10～15：00　新講義実習棟　P302 号室
（全国がん患者団体連合会サバイバーシップ委員会企画セッション）
講師：伊藤 ゆり氏 氏
（大阪医科薬科大学医学研究支援センター）

ヘルスリテラシー：健康・医療の情報を読み解き、活用していくために



8 月 20 日（日）15：10～15：50　新講義実習棟　P101 号室
（ノバルティスファーマ株式会社共催セッション）
講師：中山 健夫 氏
（京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学分野教授・医学部附属病院 倫理支援部部長）

「がん患者学会2023」患者団体による活動発表　(1日目　8/19(土) 16：50～17：50)

301	開始	終了	団体名
1	16:50	16:55	NPO法人がんフォーラム山梨
2	16:55	17:00	茨城がん体験談スピーカーバンク
3	17:00	17:05	AYA GENERATION+group(アグタス)
4	17:05	17:10	神奈川県がん患者団体連合会①
5	17:10	17:15	神奈川県がん患者団体連合会②
6	17:15	17:20	神奈川県がん患者団体連合会③
7	17:20	17:25	NPO法人腺友倶楽部
8	17:25	17:30	NPO法人大阪がんええナビ制作委員会
9	17:30	17:35	門真市がん患者会
10	17:35	17:40	NPO法人キャンサーサポート①
11	17:40	17:45	NPO法人キャンサーサポート②
12	17:45	17:50	和歌山県がん患者連絡協議会

302	開始	終了	団体名
1	16:50	16:55	奈良がんピアサポートなぎの会
2	16:55	17:00	認定NPO法人希望の会
3	17:00	17:05	NPO法人GISTERS
4	17:05	17:10	日和山カフェ
5	17:10	17:15	徳島県がん患者団体協議会
6	17:15	17:20	北海道肺がん患者と家族の会
7	17:20	17:25	認定NPO法人オレンジティ
8	17:25	17:30	NPO法人肺がん患者の会ワンステップ①
9	17:30	17:35	NPO法人肺がん患者の会ワンステップ②
10	17:35	17:40	NPO法人がんと共に生きる会
11	17:40	17:45	patient's voice
12	17:45	17:50	おれんじの会

【発表者の皆様へのお願い】

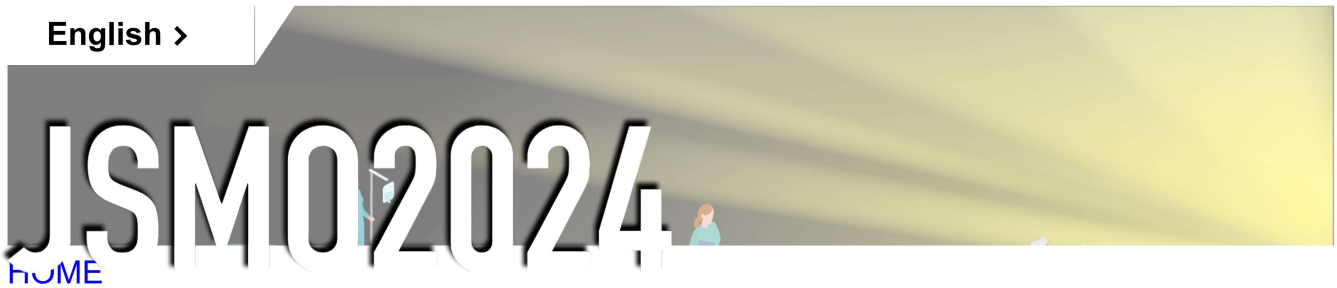
※当日の都合により、発表順、発表のお部屋の変更がある可能性があることをご了承ください。

※各部屋にタイムキーパーを配置しますが、時間が限られておりますので発表時間5分の厳守をお願いいたします。

　この名簿を参考に、スムーズにバトンタッチできるよう準備をお願いいたします。

※提出いただいたパワーポイントやPDFは各部屋で投影する準備をしておきます。

English >



ペイシェント・アドボケイト・プログラム（PAP）

開催概要

開催日

現地：2024年2月22日（木）～24日（土）

会場

名古屋国際会議場　Room16（1階2号室 展示会場212）

※ 現地とLIVE配信のハイブリッド形式での開催です。

※ 参加登録をされた方は、学術集会終了後（3月1日（金）～29日（金））にPAPプログラムをオンデマンドで聴講いただけます。オンデマンド聴講のみの参加は受け付けておりません。

会長

岩田　広治

（愛知県がんセンター副院長　兼　乳腺科部長）

会長挨拶

公益社団法人日本臨床腫瘍学会は、臨床腫瘍学を中心とする学術活動とがん医療の推進を目的とする公益事業を幅広く社会に展開し活動して参りました。特に会員を含む医療関係者に対するがん医療の普及・啓発、専門医の養成、海外の関連学会との連携、そして患者さんや市民への情報発信など多岐にわたる活動を継続しております。

このたび第21回日本臨床腫瘍学会学術集会を2024年2月22日（木）–24日（土）の3日間、名古屋国際会議場で開催いたします。現地会場での学術集会を主としておりますが、Web参加も含めたハイブリッド形式の準備をしております。国内外から多数の医療従事者や研究者が集い、がんに関する最新の研究成果を発表し、活発な議論が行われる予定です。主題を「Break the Borders and Beyond～for our patients」としました。我々の研究の目的はすべてのがん患者さんが、素晴らしい人生を送る手助けをすることと認識しています。多くの仲間が基礎研究・臨床研究を通じて患者さんと向きあっています。今回の学術集会では国・立場・専門分野・職種・治療手段等のあらゆる障壁をなくし、世界を一つにして皆で語り、議論をして、その先に続く未来を切り拓いていきたいという願いを込めました。その先にあるのは、がん患者さんと我々の明るい未来と信じています。

本学術集会に、患者さんにもご参加いただくペイシェント・アドボケイト・プログラム（PAP）を準備いたしました。このプログラムは第9回学術集会から実施しており、このたびも一般社団法人全国がん患者団体連合会の皆様と協同で企画いたしました。PAPを通じて患者さんやご家族の方々にも学術集会に参加いただき、がん医療・がん研究についてのご理解と会員との交流を深める機会になれば幸いです。

会場は感染対策にも十分配慮をし、体調の悪い方が休んでいただけるスペースなども確保しています。また体調に合わせてWEBでの参加も可能になっています。是非多くの皆様にご参加頂けますようお願い申し上げます。

2024年2月の名古屋で皆様とお会いし、明日のがん医療について語りあうことを心から楽しみにしています。



第21回日本臨床腫瘍学会学術集会（JSMO2024）
会長　岩田　広治
（愛知県がんセンター副院長　兼　乳腺科部長）

プログラム

※ 都合により変更となる場合もございますので、予めご了承ください。

第1日目　2月22日（木）

08：45〜 09：00	**オリエンテーション①**
09：00〜 09：45	**PAP基礎講座①「がんゲノム医療のこれまでとこれから」** 河野隆志氏（国立がん研究センター研究所/C-CAT）
12：30〜 13：15	**ランチョンセミナー①** 協賛：ノバルティスファーマ株式会社

13：25〜 14：10	**PAP基礎講座②「全ゲノム解析等実行計画とは？」** 市村崇氏（厚生労働省医政局研究開発政策課医療イノベーション推進室）
14：20〜 15：05	**PAP基礎講座③「ゲノム医療が小児がん治療を変える」** 加藤元博氏（東京大学医学部附属病院小児科）
15：15〜 16：00	**PAP基礎講座④「妊孕性温存〜がん患者が妊娠する力を保つために」** 北野敦子氏（聖路加国際病院腫瘍内科）
16：10〜 16：55	**PAP基礎講座⑤「がん免疫療法ガイドライン〜最新のエビデンス」** 馬場英司氏（九州大学大学院医学研究院社会環境医学講座）
17：05〜 17：50	**PAP特別企画①「Highlights of the day〜学術集会1日目のポイント」** 司会：渡邊清高氏（帝京大学医学部内科学講座腫瘍内科） パネリスト： 勝俣範之氏（日本医科大学武蔵小杉病院腫瘍内科） 佐々木治一郎氏（北里大学医学部新世紀医療開発センター） 西森久和氏（広島市民病院血液内科）

※スマートフォンから表などをご覧いただく際はスクロールをしてください。

第2日目　2月23日（金）

08：00〜 08：15	**オリエンテーション②**
10：30〜11：15	**PAP特別企画② パネルディスカッション「患者と医療者のより良いコミュニケーション」** 勝俣範之氏（日本医科大学武蔵小杉病院腫瘍内科） 平井啓氏（大阪大学大学院人間科学研究科）
11：25〜12：10	**PAP基礎講座⑥「臨床研究における患者・市民参画（PPI）の推進」** 中村健一氏（国立がん研究センター中央病院国際開発部門）
12：20〜 13：05	**ランチョンセミナー②** 協賛：ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社
13：15〜 14：00	**PAP特別企画③「がん診療は集約化か均てん化か」** 石岡千加史氏（東北大学病院腫瘍内科）
14：10〜 14：55	**PAP基礎講座⑦　「オンライン診療とリモート治験」** 谷口浩也氏（愛知県がんセンター薬物療法部）
17：10〜 17：55	**PAP特別企画④「Highlights of the day〜学術集会2日目のポイント」** 司会：渡邊清高氏（帝京大学医学部内科学講座腫瘍内科） パネリスト：

	勝俣範之氏（日本医科大学武蔵小杉病院腫瘍内科） 佐々木治一郎氏（北里大学医学部新世紀医療開発センター） 西森久和氏（広島市民病院血液内科）

※スマートフォンから表などをご覧いただく際はスクロールをしてください。

第3日目 2月24日（土）

08：00〜 08：15	**オリエンテーション③**
08：30〜 09：20	**PAP応用講座①　「治験を含む臨床試験の枠組みについて」** 藤原紀子氏（東京大学医科学研究所特任研究員）
09：30〜 10：20	**PAP応用講座②　「臨床試験と倫理指針について」** 講師案：竹下啓氏（東海大学医学部医療倫理学領域）
10：30〜11： 20	**PAP応用講座③　「治験に参加する前に知っておいて欲しいこと」** 講師案：佐々木治一郎氏（北里大学医学部新世紀医療開発センター）
12：00〜 12：50	**ランチョンセミナー③「社会連携に基づく緩和ケアと社会的処方」** 協賛：ファイザー株式会社
14：00〜 16：10	**PAP応用講座④　「グループディスカッション この治験、あなたなら参加し** 講師案：佐々木治一郎氏（北里大学医学部新世紀医療開発センター）

※スマートフォンから表などをご覧いただく際はスクロールをしてください。

学術集会会長によるPAPプログラム参加者向け推奨プログラム

PAPプログラム参加者は、PAPプログラムへの参加に加えて、学術集会本会で開催されるプログラムの聴講も可能です（企業共催プログラムなど一部プログラムを除く）。学術集会会長がPAPプログラム参加者に聴講を推奨するプログラムは、次の通りです（聴講必須ではありません）

1日目	9：00〜10：30	Symposium7（患者支援・サバイバーシップ）　「がんサバイバーシップのた教育」
1日目	13：40〜 15：10	Symposium8(緩和ケア・支持療法)「その治療、やり過ぎじゃないですか'
2日目	08：20〜 10：20	Joint SY 5（日本がん看護学会）「がんゲノム医療〜医師・看護師の協働て がんゲノム医療を患者に〜」
2日目	09：50〜 11：20	会長特別企画5「超高齢社会のがん医療、日本はどうすべきか」

2日目	15：00～16：30	Symposium22(緩和ケア・支持療法)「ここまでできる！どこまでできる？和・終末期医療を考える」
3日目	09：50～11：50	会長特別企画8「新規薬剤開発における新しいドラッグロス」
3日目	13：45～15：15	会長特別企画7「がん診療は集約化か均てん化か」

※スマートフォンから表などをご覧いただく際はスクロールをしてください。

参加を希望される方へ ※必ずお読みください。

1. ペイシェント・アドボケイト・プログラムの目的

ペイシェント・アドボケイト・プログラム（以下PAP）は、応募基準に記載した条件を満たす患者、家族、一般の方々に対し、学術集会参加を優待し、患者・家族、市民と会員が、正しい情報を共有し、課題を抽出、議論する場として提供するプログラムです。本プログラムの実施が、より良いがん医療の実現につながっていくことを目的としています。

（ア）基礎講座： がん医療やがん対策について広く学ぶ。
（イ）応用講座： 医学研究・臨床試験等における患者・市民参画（PPI；Patient and Public Involvement）を推進する事で、より良いがん医療のために患者、家族等が協働する事の重要性を学ぶ。

2. プログラムの概要

- 応募基準に記載した条件を満たした方は、第21回日本臨床腫瘍学会学術集会のPAPに1,000円で参加いただけます。事前申し込みが必要で、参加人数には制限があります。
- PAPの「基礎講座」「応用講座」すべてのプログラムに参加することも、一部のプログラムに参加することも可能です。**ただし、「応用講座グループディスカッション」に参加する場合は、原則として「応用講座」のプログラムをすべて受講することが必須になります。**
- **PAPプログラムだけでなく、学術集会本会で開催されるプログラムの現地での聴講及び後日のオンデマンド聴講も可能ですが、企業共催プログラムなど、一部参加できないものもありますのでご了承ください。**

3. 応募基準

第21回日本臨床腫瘍学会学術集会PAPの開催趣旨を理解し、注意事項を遵守いただける患者、家族、市民が対象です。
ただし、以下に該当する団体に所属、または個人として該当する場合には対象となりません。

- 特定の医療機関、医師を支持、推奨をしている
- 承認、未承認にかかわらず、特定の治療法、検査法等を支持、推進している

- 特定の健康食品、健康器具等を推奨、販売している
- 特定の政治団体、宗教等を推奨している
- 反社会勢力との関わりがある

※ 上記項目は、個人の信教の自由、及び政治活動の自由を妨げるものではありません。

医療機関、ヘルスケア関係企業にお勤めで主たる収入を得ている方は一般参加枠でお申込みください。

一般参加枠はこちら

メディア、広告代理店等にお勤めで、取材など本業での業務を目的とする場合は取材申込フォームよりお申込みください。

取材申込フォームはこちら

なお，広告代理店等にお勤めの方がPAP枠でお申込みいただいた場合はお申込みの際に確認させていただく場合がありますので、ご了承ください。

4. 注意事項

- PAPプログラムでは登壇者に質問できますが、それ以外のプログラム（ポスター発表を含む）では医師をはじめとする医療従事者への質問・ご相談禁止です。
- 発表スライドの撮影・スクリーンショット、録音・録画は禁止です。またSNSへの投稿も禁止です。
- 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（略称：薬機法）の「広告の制限」により、企業共催セミナーにはご参加いただけません。
- 学術集会会場内での迷惑行為・暴力行為は禁止します。
- ご参加にあたっての注意事項をお伝えする**オリエンテーションを必ず聴講ください。**
- 発熱や倦怠感など体調不良の際には、現地でのご参加はお控えください。

上記6点を遵守いただけない方は、お申込手続き完了後であってもご参加できなくなる場合がございますことをご了承ください。

5. 応募方法

申込期間	**2023年11月1日（水）正午～2024年1月22日（月）正午** **※トラベルグラント（旅費助成）を希望する方の申込みは2023年12月11日（月）までに必着です。** 以下の申込フォームから必要事項をご入力のうえお申し込みください。

	申込受付、参加費入金を確認いたしましたら、後日、詳細のご案内をメールにて たします。
定員 （原則先着制）	＜現地参加＞ 「応用講座グループディスカッション」（3日目午後）へのご参加あり　30名 「応用講座グループディスカッション」（3日目午後）へのご参加なし　70名 ＜WEB参加（Live配信）＞　450名 ※「応用講座グループディスカッション」（3日目午後）への参加、聴講はでき
参加費	1,000円（クレジットカード決済または銀行振込のいずれかでお支払いください ※ クレジットカード決済にてお支払いの場合、カード利用明細の利用店名等は プロアクティブ」（決済代行会社）と表示されます。 ※ 参加費は直接、日本臨床腫瘍学会へ入金されます。運営を担当する全国がん 合会は、一切関与いたしません。 ※ 原則として、参加申込後のキャンセル、返金には応じられませんのでご了承

※スマートフォンから表などをご覧いただく際はスクロールをしてください。

参加登録申込フォーム

6. ご参加方法

- 参加登録完了後、自動返信メールをお送りします。現地でご参加の方は、自動返信メールをプリントアウトし当日会場へご持参のうえ、PAP参加受付にてご提示ください。
- 学術集会の期間中すべての会場において、PAP参加受付にてお渡しするネームタグ（PAP参加証）を必ずご着用ください。
- 3日間を通しての参加費は1,000円ですが、1日のみのご参加でも1,000円となります。また、お一人1,000円をお支払いいただければ、現地参加、LIVE配信、オンデマンドの全ての形式にご参加いただけます。

7. トラベルグラント募集要項

＜実施要項＞

第21回日本臨床腫瘍学会学術集会では、職種や立場の境界を越えて、がん医療について共に考え討議するために、PAPにより多くの患者さん・ご家族、支援者の方にご参加いただきたいと考え、以下要領にて、現地参加の方を対象に交通・宿泊費の助成を行います。**助成を希望するPAP参加者は、原則として、学術集会の会期を通じた3日間全ての参加（PAPでも本会でも可）と、会期前、会期後の両方のタイミングでレポートを提出いただくことが必須となります。**

＜応募方法＞

応募の方法は、インターネットのみとなります。申込者は、Eメールでの連絡を中心に、ファイル添付等による書類のやりとりができることが必須となります。募集に関する注意事項をご確認ください。

＜選考基準＞

- 申し込みの際にご記入いただく「参加動機」を選考の参考とします。また、開催後にも600字程度のレポートをご提出いただきます。（フォーム、締切日は別途ご連絡いたします）
- 定員制のため過去にトラベルグラントを支給されていない方を優先させていただきます。
- 会期3日目に開催の応用講座グループディスカッションに参加いただける方を優先させていただきます。

＜注意事項＞

- 助成応募とは別に、PAP参加申し込み、参加費のお支払いが必要です。
- 3.に記載の「応募基準」に準じてお申し込みください。
- 4.に記載の「注意事項」をお守りください。
- 連絡方法として、Eメールで添付ファイルのやりとりができる必要がございます。
- 助成金のお支払いは、会期後のレポート提出を確認してからとなります。
- 注意事項をお守りいただけない場合は、助成金のお支払いができない場合があることをご了承ください。

＜応募締切＞

2023年12月11日（月）午前9時までに必着
募集定員：50名

＜選考と通知＞

JSMO2024PAPトラベルグラント選考委員にて選考を行い、2023年12月下旬頃にお知らせいたします。

＜助成金額＞

下表のとおり、地域に応じて記載の金額を一律で支給となります。

地域
北海道（北海道全域）
東北（青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島）
関東（茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、東京、神奈川）
甲信越（新潟、富山、石川、福井、山梨、長野）
東海（静岡、岐阜、三重）
愛知

地域
近畿（滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良、和歌山）
中国（岡山、広島、山口、島根、鳥取）
四国（愛媛、香川、徳島、高知）
九州（福岡、佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島）
沖縄（沖縄全域）

スマートフォンから表などをご覧いただく際はスクロールをしてください。

※ 往復の交通・宿泊はご自身で手配いただきます。不足分はご自身でご負担ください。他学会の助成金額、宿泊と交通費のパック料金などを参考に算出し、より多くの方にご参加いただくためお一人当たりの金額を抑えております。
※ 天候不良による旅程変更については、ご自身でご対応ください。
※ 助成金のお支払いは、会期終了後のレポート提出を確認してからとなりますので、旅費は一旦、ご自身でお立替えをお願いいたします。なお、交通・宿泊予約のキャンセル料金は一切負担出来かねますので予めご了承ください。

運営

第21回日本臨床腫瘍学会学術集会PAPは、一般社団法人全国がん患者団体連合会が運営を担当します。

お問合せ先

一般社団法人全国がん患者団体連合会
pap2024@zenganren.jp
※ お問合せはメールでお願いいたします。返信にお時間をいただく場合がございますが、了承ください。

運営事務局　株式会社コングレ
〒103-8276 東京都中央区日本橋3-10-5
オンワードパークビルディング
E-mail：jsmo2024@congre.co.jp

© 2024 the Japanese Society of Medical Oncology Annual Meeting. All Rights Reserved.

資料１１

沖縄県がん診療連携協議会の主催、共催、後援名義等の使用承認に関する内規

平成 27 年 7 月 27 日
幹　事　会　制　定

１．国、地方公共団体、民間団体、民間企業等が、それらの主催する講演会、研修会等の行事について、沖縄県がん診療連携協議会（以下「協議会」という。）に、共催、後援を求める場合は、当該主催者から事務局である琉球大学附属病院がんセンター（以下「事務局」という。）に文書により申請を行うものとする。

２．協議会、協議会幹事会（以下「幹事会」という。）、協議会専門部会（以下「部会」という。）が主体となって開催する講演会、研修会等の行事について、協議会に主催、共催を求める場合は、協議会委員、幹事会委員、部会委員から事務局に文書により申請を行うものとする。

３．協議会委員、幹事会委員、部会委員が主体となって開催する講演会、研修会等の行事について、協議会に主催、共催、後援を求める場合は、協議会委員、幹事会委員、部会委員が事務局に文書により申請を行うものとする。

前項１～３の申請があった場合は、幹事会で審議し、承認の可否を判断する。
（１）審議は、メールにより行う。
（２）事務局は、審議内容を次回の幹事会で報告する。
（３）主催または共催となった場合は、事務局はその審議内容を協議会議長に文書で報告する。
（４）主催、共催及び後援となった場合は、主催者は開催報告書を事務局に提出する。さらに、主催または共催となった行事は、協議会及び幹事会にて報告する。

附則
この内規は、平成２７年7月２７日より施行する。
附則
この内規は、平成２７年１０月５日より施行する。
附則
この内規は、令和　　年　　月　　日より施行する。

資料１２

令和５年１０月１日

幹事会委員　各位

沖縄県がん診療連携協議会
幹事長　増田　昌人

幹事会資料の事前公開について

１.これまでの経緯

沖縄県がん診療連携協議会（以下「協議会」という。）では、平成２０年９月の開設以来、（一部当日資料を含む。）事前に資料を全面公開していた。また、議事要旨だけではなく、議事録も全面公開していた。これは、厚生労働省がん対策推進協議会の在り方に則っての対応である。

幹事会においては、協議会に準じて会議資料の事前公開と議事要旨の公開を行ってきた。

専門部会については、議事要旨の公開のみを行ってきた。

２.協議を行うことについて

幹事会委員から、幹事会で取り扱う資料の在り方について、協議が必要との提案があり、今回、協議を行うこととなった。

３.協議内容

（１）幹事会で使用する資料の公開について

・これまで通り、事前に、全面的に、公開
・事後に、全面的に、公開する。
・事前に全面公開するが、幹事会後に一部公開制限をすることができるようにする。
・事前公開なし、幹事会後に、全面公開する。
・事前公開なし、幹事会後に、一部公開制限をすることができるようにする。

（２）議事録、議事要旨の公開について

・これまで通り、議事要旨の公開、議事録は作成しない。
・議事要旨の公開、議事録は作成するが、公開しない。
・議事要旨の公開、議事録の作成と公開をする。

資料１３-(1)

令和５年９月 21 日

令和５年度　第３回沖縄県がん診療連携協議会

（八重山のがん患者を支援する会）やいまゆんたく会　活動報告

1.　市長とランチミーティング

日時：令和５年８年月 25 日(金)　正午～

場所：市役所庁議室

内容：市長と話し合いたいテーマ

①がんの早期発見と治療が行える体制づくりを図る為に、市の特定検診に５大がんと言わ れている「胃・肺・大腸・乳・子宮頸がん」の検査を現在オプションとなっている検診項目にセットして実施できないか。がんの検診率アップでがんの早期発見と患者数の減少、患者の治療費の削減及び精神的負担の軽減を図って頂きたい。

②県立八重山病院は八重山諸島で唯一の地域がん診療病院としての機能を有しているにも関わらず、諸がん専門の医師配置がされずに機能を十分に活かせていないと思われる。患者会の会員のほとんどが島外や県外の医療施設で治療を受けている現状にある。沖縄県の問題ではあるが石垣市、市議会からの強い要請や働きかけを行って欲しい。

③「やいまゆんたく会」という八重山のがん患者を支援する事を目的に、平成 24 年に設立されたがん患者会があるという事が、がん患者の皆さんに殆ど知られていない。市長とのランチミーティングを通して、やいまゆんたく会の紹介ができ、一人で悩んでいる多くの患者さんの心の支えと支援ができる体制を目指していきたい。

④患者会活動費の支援お願いについて

コロナ禍前までは、石垣市の健康福祉まつりとセットで開催されてきた「離島がんフォーラム」が一般社団法人沖縄県がん患者会連合会の解散により、本市における今後の開催が予算的に難しい状況にある。会場の無償提供や講師の謝金等の支援を頂き、今後も開催ができるよう行政のご協力を頂きたい。

2. 定例会　（毎月第 2 土曜日）

会員同士の情報交換や健康促進運動等を行い、交流を図っている。

以上

資料１３-(２)

2023 年 10 月 27 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

10 月のピンクリボン月間に行いました次の 4 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フォロアップ研修会
日時：10 月 8 日（日）13：00～17：00
会場：イオンモール沖縄ライカム　イオンホール
対象：ピンクリボンアドバイザー初級・中級（会場の都合で 20 名）



2020 年 2021 年にピンクリボンアドバイザーになったメンバーから
勉強したことを忘れそうなので、もう一度勉強したいという声があり
開催。

2. ヒルトン沖縄瀬底リゾート社員研修での講話
日時：10 月 19 日（木）14：00～15：00
会場：ヒルトン沖縄瀬底リゾート
内容：大切な人大切な自分のために知っておきたい大事なこと
（当事者が伝える乳がんについて）



3. ピンクリボンアドバイザー勉強会 IN 石垣　第 2 回
日時：10 月 22 日（日）①10：00～12：00　②14：00～16：00
会場：結い心センター
対象：ピンクリボンアドバイザー試験受験者　他　20 名参加



11 月 26 日に石垣市健康福祉センターで開催する
ピンクリボンアドバイザーサテライト試験には初級 17 名中級 2 名
計 19 名が受験します。
さらに毎週木曜日 20 時より、ライン通話で勉強会を実施しています。

4. 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
毎週火・水・金曜日の 13：00～16：00　オープンしています。
・毎月第 2 火曜日…ウィッグ相談、第 2 水曜日…ぴーち会（20～40 代のメンバー）ゆんたく会
・11 月に開催されるリレーフォーライフの準備
・10 月 30 日で満 13 年を迎えます。そこで 11 月 1 日(水)は 13：00～20：00 までオープンし
普段来れない方にも来ていただこうと考えています。

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行った

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。
高齢者機能評価のテンプレートを電子カルテに導入し、使いやすいようにした。医局長会議、各医局会にて説明会を催し、啓発を行っている。

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
主治医が予約をした患者を外来看護師が誘導するルート以外に、予約がない患者に対しても外来看護師が積極的に誘導することになった

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）

・食道がん手術

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、退院後の治療継続における調整、多職種カンファレンスにて問題点の抽出と連携の強化
・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

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、マニュアルの整備（情報収集中）

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
⇒地域向け緩和家研修会の実施

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→9月中旬、1例目の検査を実施。今後、月に2～3件を目安に検査実施予定。院内での運用がスムーズにいけば翌年から主に中部地区からの受入れを開始し、以後、離島・北部地域からの患者さんも受入れを行う予定。
・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
→がん看護外来開設9/19より

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）
→ 2024年1月14日に開催決定

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→2名受講終了

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→2期目も希望者なし
→薬剤師セミナーは開催予定→2024.2月開催予定

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。大腸がん死を減らす試みとして宮古島市、保健所と連携し、宮古島大腸がん激減ガイドラインを作成中である。

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）

・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。当院外科においてはこれまで術中出血が予想される手術に際しては日赤を保存血液を使用していたが、新たに自己血輸血を導入し安全安心な手術を施行できるように自己血輸血マニュアルを作成し、肝切除術を自己血を用いて安全に行えた。今後は自己血を積極的に活用したいと考えている。同時に新鮮血輸血マニュアルも作成し、急な出血患者に対応可能な体制を構築した。

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。10月１４日八重山病院にて開催される 緩和ケア研修会に当院よりファシリテーターとして医師１名、看護師１名を派遣予定である。

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。多良間診療所の医師が学会参加や休養日を取得できるように宮古病院の医師の派遣を行っている。

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。

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。次年度の若手医師獲得に向けて総合診療科、外科は積極的に面接やZOOM会議を開催している。

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。
若手外科医の手術手技向上に向けて福島県立医科大学低侵襲腫瘍制御学本田通孝教授による宮古島病院鏡視下手術セミナーを8月15日、31日2回zoomで開催した。本セミナーには沖縄県立北部、中部、東京ベイ浦安、聖隷浜松病院の若手医師も参加し、有意義な討論などを通じて手技向上が図られた。

第1回 宮古病院 鏡視下手術セミナー

『胃癌・鏡視下手術の基礎知識、準備からNo.6まで』

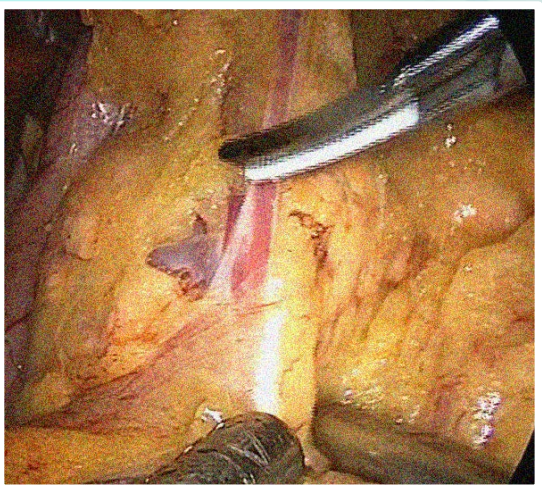
日時：令和5年8月15日（火曜日）　PM18:00-19:30
場所：宮古病院　２，３講堂
司会：宮古病院　外科部長　西原政好

講師：福島県立医大 低侵襲腫瘍制御学 教授　本多通孝先生

Anatomy

今さら聞けない
臨床解剖の基礎



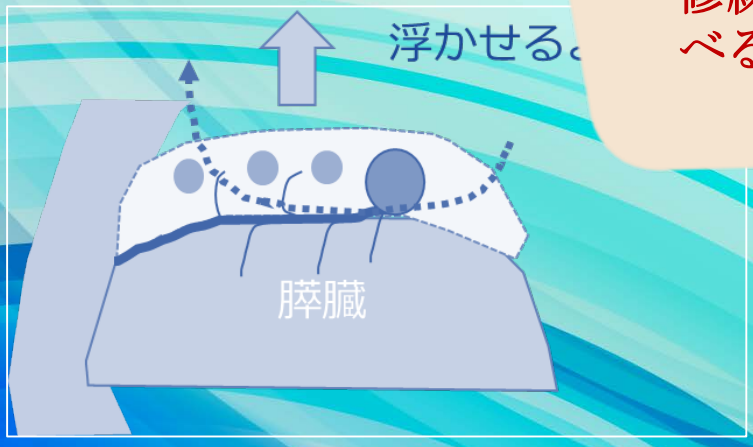


Practice

技術認定ビデオから実践的な学び

Strategy

シェーマによる郭清手順の理解



初学者から、サブスペ修練者まで、楽しく学べるようお話します！



講師紹介

福島県立医大 低侵襲腫瘍制御学 教授　本多通孝先生

学	H15.03	日本大学医学部卒業
歴	H15.05	医療法人鉄蕉会亀田総合病院（研修医）
職	H17.05	東京都立駒込病院　外科（後期研修医）
歴	H20.05	川崎市立川崎病院　外科（医員）
	H21.04	京都大学再生医科学研究所臓器再建応用分野（研究生）
	H22.04	京都大学大学院医学研究科
	H23.04	日本学術振興会特別研究員（DC1）
	H24.04	がん研究会有明病院　消化器外科（医員）
	H27.07	University of Michigan, Department of Surgery, Center of Healthcare Outcome and Policy (Visiting Investigator)
	H28.01	福島県立医大 災害医療支援講座（寄付講座，特任准教授）
	H28.01	総合南東北病院（外科医長）
	H29.04	福島県立医大　低侵襲腫瘍制御学講座（教授）

学位	H26.03	医学博士（京都大学）
専門医等	H21	日本外科学会 専門医
学会委員	H23	日本消化器外科学会 専門医
	H26	日本消化器外科学会 指導医
	H23	日本食道学会 食道科認定医
	H24	がん治療認定医機構 認定医
	H27	日本内視鏡外科学会　技術認定医
	H28	癌集学的治療財団論文執筆委員会委員
		臨床研究開発・推進委員会委員
		日本臨床研究学会　認定指導医（外科領域担当）
	H29	日本臨床疫学会　上席専門家
	H31	日本食道学会、日本内視鏡外科学会、日本胃癌学会評議員

第2回 宮古病院 鏡視下手術セミナー

ZOOM: ミーティングID:83300990165　パスコード:511582

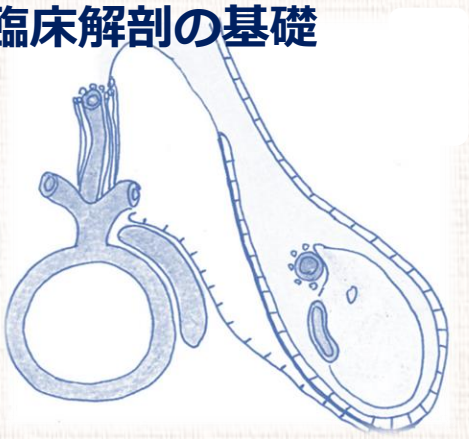
『胃癌・鏡視下手術の要点　No.5～膵上縁郭清』

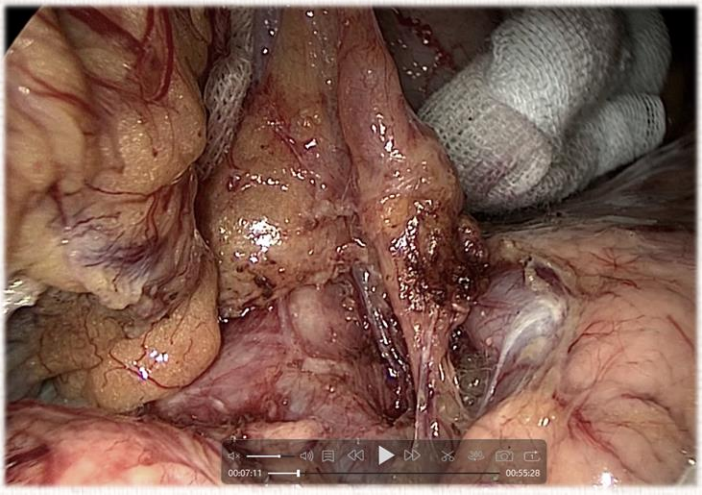
日時：令和5年8月31日（木曜日）　PM18:00-19:30
場所：宮古病院　２，３講堂
司会：宮古病院　外科部長　西原政好

講師：福島県立医大 低侵襲腫瘍制御学 教授　本多通孝先生

Anatomy

今さら聞けない
臨床解剖の基礎



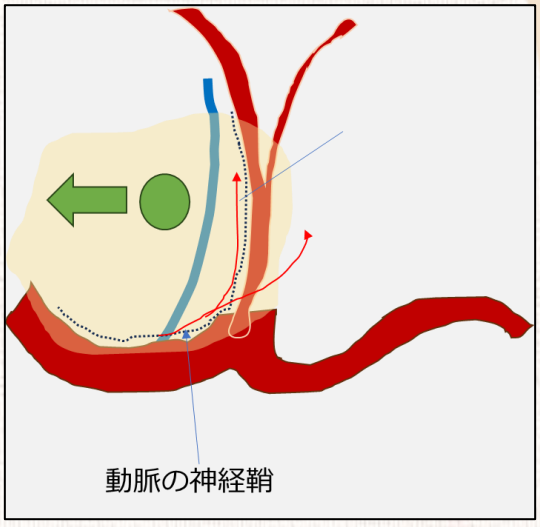


Practice

技術認定ビデオから実践的な学び

Strategy

シェーマによる郭清手順の理解



第二回は、膵上縁郭清の
複雑な膜解剖について、
私なりの理解をお話します



第2回宮古島がん死撲滅ミーティング
（んーな　がんをば　すさだかー　ならんどーや）

日時：令和5年11月30日（木）　18：00-19：30
開催場所：宮古病院３階　講堂
ZOOM: ID　896 1575 2259　　PW: 906370

日本では２人に１人は“がん”に罹り、３人に１人は“がん”で亡くなります。“がん”は遺伝子の異常により自分自身の細胞から発生します。つまり、遺伝子の異常により生じた“正常からの逸脱組織”であり、“がん”は増殖し続け、正常な組織を破壊し、死に至らしめる怖い病気です。

“がん”の発生には生活習慣が密接に関係しており、予防可能な“がん”もあります。また、早期発見、早期治療で根治することもできます。

この講演では、“がん”について総論的なお話をして、皆さんに“がん”から身を守る方法についてわかりやすくお話をします。

開会の挨拶：宮古病院院長　　岸本信三

司会：宮古病院外科部長　　西原政好

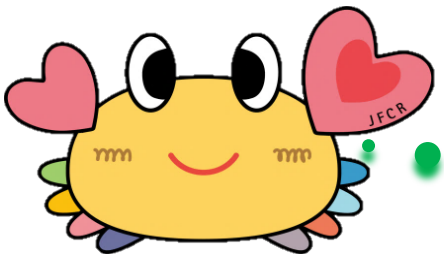
がんから身を守る方法を教えます！

講師：がん研有明病院　上部消化管内科　胃担当部長　平澤俊明

悪性腫瘍？ 癌？ 肉腫？

予防法は？

がん検診は
受けたほうがいいの？



かに子ちゃん
（がん研ゆるきゃら）

第５回 宮古病院 鏡視下手術セミナー

知っておきたい胃SMTの診断と治療

日時：令和5年12月1日（金）　PM18:00-19:30
場所：宮古病院　３階 講堂
司会：宮古病院　外科部長　西原政好

ZOOM: ID 850 7723 1451　　PW：959295

講師：がん研有明病院　上部消化管内科　胃担当部長　平澤俊明

日常の内視鏡検査において、無症状の胃 SMTにたびたび遭遇します。しかし、表層は正常粘膜に覆われていることから、容易に組織診断ができません。多くのSMTは良性または悪性度の低い腫瘍ですが、中には急速に増大する悪性腫瘍もあり、注意が必要です。また、がん研有明病院では低侵襲の治療であるLECSを開発し、多くの症例を経験してきました。

どのように診断して治療すればよいのかを、豊富な症例を提示して、わかりやすく解説したいと思います。

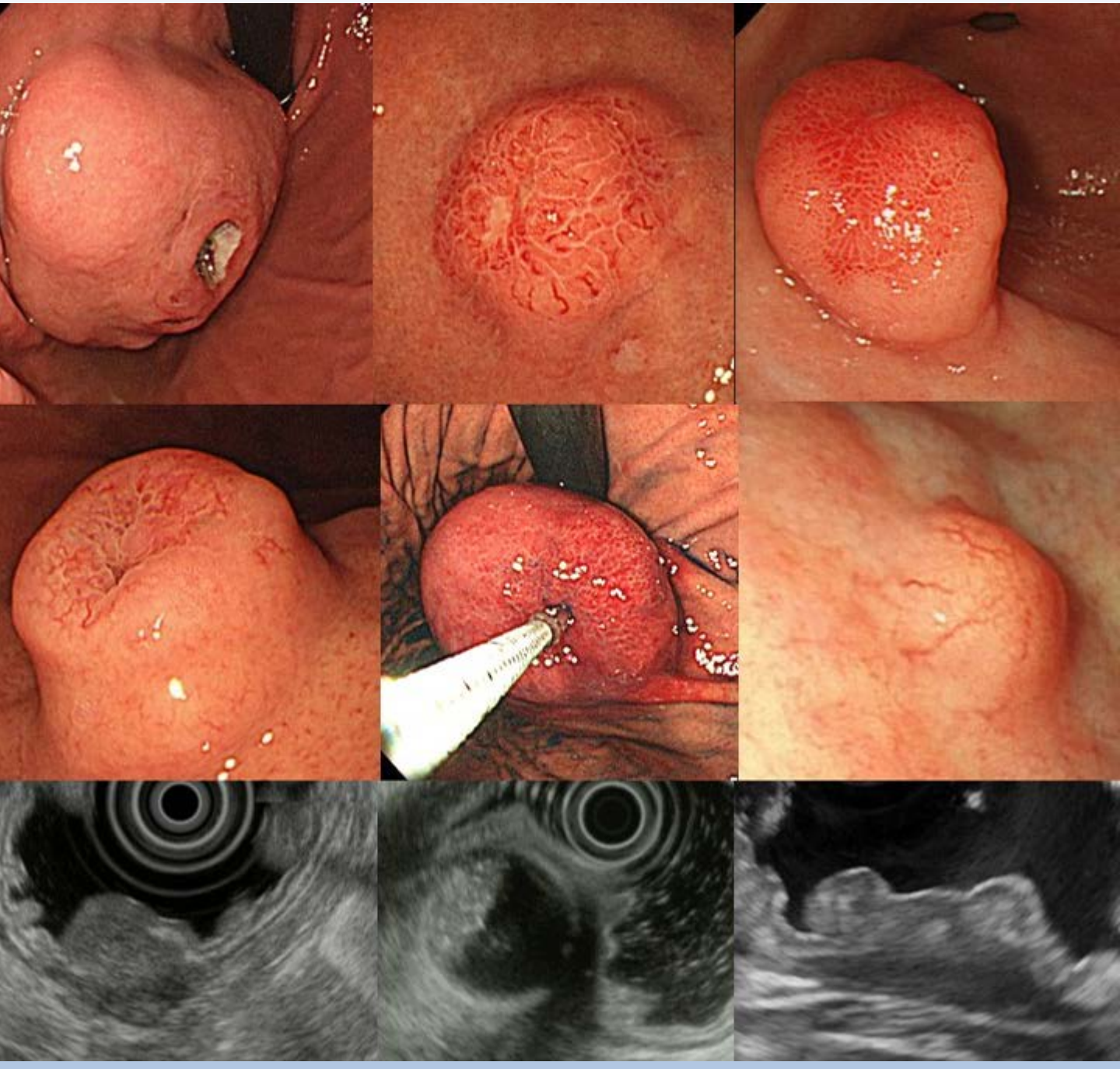
SMTの診断がつかない…



切除？ 経過間観察？
観察の間隔？

そんな疑問にお答えします！

300枚以上のスライドで詳細に解説！





講演で取り上げる症例です
どのような疾患を考えますか？

講師紹介

がん研有明病院
上部消化管内科 胃担当部長

平澤 俊明



食道癌、胃癌の内視鏡診断・治療を専門とする。がん研有明病院は胃癌の内視鏡切除は日本でトップの治療件数を誇る。内視鏡診断の著書、論文多数、学会発表・講演年間50回以上。

プロフィール

【略歴】
1999年　高知医科大学　医学部卒業
1999年　聖路加国際病院 臨床研修医
2002年　千葉大学付属病院 第一内科　研究生
2003年　君津中央病院 消化器内科医員
2004年　東葛辻仲病院 消化器内科医員
2006年　がん研有明病院 消化器内科 医員
2021年　がん研有明病院　上部消化管内科 胃担当部長
【受賞歴、委員会等】
2010年　Nishi Memorial Award in Gastric Cancer　受賞（未分化型胃癌の論文）
2015年　日本消化器内視鏡学会　学会賞　受賞　（噴門部の粘膜下腫瘍切除の論文）
2016年～日本消化器内視鏡学会 「早期胃癌の診断のガイドライン」作成委員
2016年～東京都江東区胃がん検診運営委員
2017年～Gastroenterological Endoscopy 和文査読委員
2018年　ESGE days Best abstract award 受賞　（AIによる胃癌診断についての発表）
2019年　Nishi Memorial Award in Gastric Cancer　受賞　（AIによる胃癌診断の論文）
2023年　内閣府イノベーション大賞　日本学術会議会長賞 受賞

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。
→構築出来ている。
・外来にがん相談に関する掲示をしている。
・病院HPにもがん相談に関する紹介がある。
・病院の入口にがん相談コーナーと看板あり。
・外来に主治医から連絡あり次第、相談員が同席出来る体制あり。

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。
→沖縄産業保険総合支援センターと連携している。相談があったら、石垣島の社労士と面談を組む体制をとっている。今年の９月６日には、沖縄産業保険総合支援センターと石垣島の社労士、当院の地域連携室のスタッフで情報共有、勉強会を開いた。

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。
→院内ではまだ研修会等は行っていないが、個々で研修は受講している。

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家庭は修了し、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。
→初級認定者の職員が来年の中級認定者取得に向け受験予定である。

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。
→市の教育委員会からがん講師の要望はまだ来ていないが、要望があれば対応していく。

資料１５

令和 5 年 9 月 22 日

協議会委員各位

琉球大学病院がんセンター
増田　昌人

令和 5 年度アピアラス支援モデル事業について

琉球大学病院がんセンターは令和 5 年度アピアランス支援モデル事業の採択を受け、事業実施要綱を基に年間事業計画（案）を作成しましたので報告いたします。

1. 院内研修会
   日時：令和 5 年 9 月 21 日（木）延期のため日程再調整
   場所：琉球大学病院　医学部　臨床講義棟　大講義室 201
   講師：看護部　緩和ケアセンター　がん看護専門看護師　砂川華さん
   　　地域統括相談支援センター　がん　ピア・サポーター　上地久美子さん
   内容：講演会
2. 情報交換会
   日時：1 月予定（第 10 回緩和ケアにおける地域連携カンファレンス）
   場所：WEB 開催
   講師：看護部　緩和ケアセンター　がん看護専門看護師　砂川華さん
   内容：医療者のためのアピアランスケアに関する情報交換会
3. 院内患者サロン情報収集
   日時：令和 5 年 10 月～令和 6 年 3 月
   場所：琉球大学病院　大学院セミナー室（琉大ゆんたく会）
   派遣者：看護部　緩和ケアセンター　がん看護専門看護師　砂川華さん
   内容：アピアランスケアに関する情報を聴取・情報提供
4. 県全体勉強会
   日時：12 月上旬予定
   場所：候補地　沖縄県医師会館
   講師：（候補者予定）
   　　看護部　緩和ケアセンター　がん看護専門看護師　砂川華さん
   　　野澤桂子先生　目白大学教授
   　　天野慎介さん　一般社団法人グループ・ネクサス・ジャパン理事長
   　　松本陽子さん　NPO 法人愛媛がんサポートおれんじの会理事長
   　　各拠点病院がん専門相談員

ピア・サポーター

内容：パネルディスカッション

5. 宮古・八重山での勉強会

日時：①石垣市

②宮古島市

場所：①候補地　八重山病院

②候補地　宮古病院

講師：看護部　緩和ケアセンター　がん看護専門看護師　砂川華さん

ピア・サポーター

内容：アピアランスケアに関する勉強会

6. アピアランスケア教室（対面）（各勉強会と併せて連日開催）

日時：12 月～3 月

場所：①琉球大学病院　大学院セミナー室（第 9 回　琉大ゆんたく会）

②石垣市／県立八重山病院

③宮古島市／県立宮古病院

講師：看護部　緩和ケアセンター　がん看護専門看護師　砂川華さん

内容：情報提供

7. アピアランスケア教室（オンライン）

日時：①11 月頃

②2 月頃

場所：WEB 開催

講師：看護部　緩和ケアセンター　がん看護専門看護師　砂川華さん

内容：情報提供

以上

資料１６

令和５年度 第２回大腸がん死激減プロジェクト連絡会議 議事要旨

日　　時：令和５年７月４日(火)　19:00～20:00
場　　所：Zoom を利用した Web 会議
出　　席：９名
仲宗根正（那覇市保健所)、宮里浩（那覇市立病院)、岸本信三（沖縄県立宮古病院）
佐村博範（浦添総合病院)、金城徹（琉球大学病院)、浅野志麻（沖縄県立宮古病院）
有賀拓郎（琉球大学病院)、宮城政剛（新川クリニック）
増田昌人（琉球大学病院がんセンター）
欠　　席：４名
豊見山良作（那覇市立病院)、糸数公（沖縄県保健医療部）
仲地厚（友愛医療センター)、金城達也（琉球大学大学院）
陪　　席：１名
西佐和子（琉球大学病院がんセンター）

【報告事項】
１．令和５年度 第１回大腸がん死激減プロジェクト連絡会議議事要旨について
増田委員より、資料１に基づき第１回大腸がん死激減プロジェクト連絡会議議事要旨について説明があった。

２．今年度の委員について
増田委員より、金城達也委員と宮城政剛委員が本会議の委員として追加された旨の報告があった。また新たに委員の追加がある予定とのことだった。

３．その他
特になし

【協議事項】
１．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、大腸がん相談室の進捗状況について説明があった。
12 症例目は、宮城先生（中部徳洲会病院）が自らトークルームを作成し、大腸外科の回答医に相談された。これは新しい形であり、できれば奨励していきたいと報告があった。
続いて佐村委員より、症例写真を用いて、具体的に相談症例の紹介があった。化学療法やレジメの選択というか色々相談していくと、コンバージョンにもっていける方が結構いらっしゃるので、それを県内で見逃さないようにしたい。皆さんからは「普通の症例を」と言われているが、中々普通の症例があがってこない。今は、複数名の大腸外科医がいる

施設で手術をどうしようか悩んでいるというか、ある程度、方針は決まっているとは思うが、それを確認するような形での症例定義と質問が中心になっている。前回の会議で症例数が増えないことに関して質問があり、必要性について話したが、こういった症例が出てくるので、相談室をやっていく意義は大きいと感じている。

仲宗根委員より、初めて症例の具体的な中身を見た。元々医療の均てん化を目標にしていたと思う。相談室という事業を評価することは、なかなか難しいため評価しづらいが、ぜひ継続していただきたい。

岸本委員より、すでに県内の新聞で発表したと思うが、ぜひもう一度、マスメディアに出した方がよいのではないかという意見があった。

浅野委員より、仲宗根委員からの「どう評価するか」という問題に絡めて、今の時点でどのくらいの医師に相談室の存在が知られているか、アンケートを取ってデータ化し、それをもとに今後どうやったら知ってもらえるかということをひとつの側面として評価に入れてもよいのではという意見があった。増田委員より、アンケートを出すことは可能であると回答があった。アンケートの対象をどこにするか。例えば、沖縄県外科会の会員に始まりましたとお知らせを出す。県医師会の公認のもとにどこの段階でお知らせをするかであるという意見があった。

仲宗根委員より、アンケートに賛同する。アンケートは広報にもなる。評価の経過を追っていく場合、同じ対象で続けていく方がよいという意見があった。

宮里委員より、地域差があるという意見があった。例えば、那覇市近郊の南部や中部の大きな施設だけが相談室を利用しているイメージである。要するに広報ではなく、相談室の利用やアクセスの仕方、アクセスのし易さが課題になっている。そうではなく例えば、大腸外科医が少ない施設に広報し相談相手に乗ることを目標とするなら、その部分を重点的に取り組んだ方がよい。盲目的にアンケートを取るのは可能だが、対象を絞ってコストパフォーマンスを良くしないといけないのではないかという意見があった。

佐村委員より、対象に関しては宮里委員が言われるように、参加している大きな施設の医師は、相談室のやり方もある程度分かる。症例数の少ない病院に相談室の宣伝をすると、システムの問題で津梁ネットワークに加入できないところが多く、難しい状況であると説明があった。

宮里委員より、均てん化もそうだが全体的な成績を上げるのなら２つの取り組みをしないといけないと意見があった。先端的なことをしたいのなら、ある程度、症例数のある病院で上のレベルを目指すことをテーマに取り組む。そうではなく全体的な水準を上げることを目指すのなら、広報も含めてもっと工夫が必要である。

佐村委員より、資料３に基づき、医師会に提出した相談室の書類について説明があった。相談室回答医一覧が公表されることにも意味がある。一覧を見て相談できる医師が分かると、12 症例目のように、津梁ネットワークに加入している医師であれば、事務局を介さなくても直接、回答医に相談できる。

有賀委員より、津梁ネットワークホームページ内と外向けのページにバナーを設定するため、事務局の知念さんとデザインを始めていると報告があった。今後はクリックすると書類を一式ダウンロードできることになる。

宮里委員より、医師会としては津梁ネットワークの宣伝にもなると思うので、医師会の雑誌に掲載するようお願いしてもよいのではないか。書類がもし完成しているのであれば、外科会の抄録集に同封する方法もあると提案があった。佐村委員より、書類を準備したいと回答があった。

２．大腸がんに関するロジックモデル及びデータについて

増田委員より、第４次沖縄県がん計画が進んでいる。大腸がんに特化した話はされていないが、次の検討会にて、成績の悪いがんについて特別に一項目作ってもよいのではないか提案する予定であると報告があった。続いて、大腸がんに関するロジックモデル及び沖縄県罹患数データに基づいて説明があった。

佐村委員より、検診の問題を考えると、中部・北部・八重山の医療圏からも委員として参加を呼びかけてはどうかと意見があった。

増田委員より、がんセンターで開発しているソフトの説明があった。ロジックモデルに従って全国の大腸がんのデータをオートマチックに見ることができる。解説書ができ次第、早めに委員に配布し、9/30 までに全国公開する予定と報告があった。

宮里委員より、当会議で色々な取り組みするにあたって、何を優先的に取り組むべきか。注力するべきことをデータから読み取れればよいのではという意見があった。それに対して増田委員より、コール・リコール等のエビデンスのあることを先に取り組むべきではないかと提案があった。その上で他に何をするべきか。コール・リコールをもっと進めた方がよいのか。地域ごとにデータを細かく読み込んでいった時に、他にすべきことを見つけるとすごくよいのではないか。データを提供することはできるが、そこから先は専門家の力が必要であるとのことだった。

３．次回の開催日程について

進捗状況を確認した上で、一か月後を目安に会議を開催することとなった。

４．その他

特になし

令和５年度 第３回大腸がん死激減プロジェクト連絡会議 議事要旨

日　　時：令和５年９月１３日（水）19:00～20:30
場　　所：Zoom を利用した Web 会議
出　　席：１２名
有賀拓郎（琉球大学病院）、糸数公（沖縄県保健医療部）、岸本信三（沖縄県立宮古病院）、金城達也（琉球大学大学院）、金城徹（琉球大学病院）、佐村博範（浦添総合病院）、玉城研太朗（医療法人那覇西会）、豊見山良作（那覇市立病院）、仲宗根正（那覇市保健所）、仲地厚（友愛医療センター）、増田昌人（琉球大学病院がんセンター）
欠　　席：３名
浅野志麻（沖縄県立宮古病院）、宮城政剛（新川クリニック）、宮里浩（那覇市立病院）
陪　　席：１名
西佐和子（琉球大学病院がんセンター）

【報告事項】
１．令和５年度 第２回大腸がん死激減プロジェクト連絡会議議事要旨について
増田委員より、資料１に基づき第２回大腸がん死激減プロジェクト連絡会議議事要旨について説明があった。

２．今年度の委員について
増田委員より、金城達也委員、玉城研太朗委員、宮城政剛委員が本会議の委員として追加された旨の報告があった。

３．データセットの説明
増田委員より、資料３に基づき沖縄県がん対策・評価指標データセットについて説明があった。会議直前になったがデータ便でデータセット（rcc_ver2023.1.1）をお送りしたので、ご確認いただきたい。詳細は次回の会議で説明したいとのことだった。

【協議事項】
１．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５に基づき大腸がん相談室進捗状況について説明があり、おきなわ津梁ネットワーク HP にバナーの設置が完了し、相談を開始するための資料もダウンロードできるようになっていると報告があった。今後の広報活動として HP を見にいくことが中々少ないので研究会非参加の施設等に周知するため、ポスター等が作れたら県内の施設に送り、相談を受け入れられる状況になっていることを周知したいとのことだった。また、相談員として仲地委員に加入いただいたこと、13 症例目の紹介があった。

金城達也委員より、患者さんへの周知はどのようになっているか。ポスターを病院に掲示していただければ、患者さんから主治医へ依頼することで、相談が増えるのではないかと意見があった。有賀委員より、琉大の Facebook や Twitter、LINE に掲載することは可能であるが見ている患者が少ない。ポスターができたら掲載したいと提案があった。増田委員より、ポスターに必要な情報を箇条書きでよいので、まずは佐村委員に案を出していただきたい。それを事務局で体裁を整えた後、委員に添削をお願いするとのことだった。協議の上、大腸がん相談室のポスターを作成することとなった。

金城徹委員より、昨年消化器内視鏡の会合で佐村委員にプレゼンしていただいたが、佐村委員が宜しければ、また改めて提案させていただくとコメントがあった。

佐村委員より、大腸がんを診療する外科医のグループに相談室の話をしているので周知はされていて、そのメンバーが相談員に入っている。相談員からの相談が多いため、それ以外の施設にどうやって広げていくかが大変難しいところだとコメントがあった。

岸本委員より、施設長や外科部長宛に手紙を出して相談室の案内するのはどうかと提案があった。仲宗根委員より、目的をはっきりと明記して共有する形にしないと、単に相談室ができましたという方法だけでは中々伝わらない。手紙の場合にもそれを冒頭にしっかり書かないと伝わらないと思う。均てん化が目的であれば、県民に広報する意味があまりなく単に広報するのであれば、沖縄県はこれだけの体制で皆さんを待ってますよ、という意味合いの広報になるのではないか。あまりやりすぎるとセカンドオピニオンがたくさん届いて、どうにもならなくなることも考えられるため、ぜひ安心してまずは主治医に相談してくださいという方向性で県民へ周知するほうがよいと意見があった。増田委員より、手紙については事務局で対応すると回答があった。今年中にポスターやチラシができた段階で、手紙と一緒に同封することになった。

２． 新しい委員の追加について

増田委員より、予防検診に関わる委員を１，２名ほど追加してもよいのではないかと提案があった。以前は予防検診と医療グループの２つに分かれて、かなりの人数がいたが、新型コロナもあり集まるのが難しいため、一旦縮小してひとつの会議にしてきた。予防検診をしっかりやらないと、最終的に死亡率を減少させるのが最終目標になる。何をすればよいかアイディアを出していただきたいと意見を求めた。

糸数委員より、資料４に大腸がんプロジェクトのロジックモデルがあるが、大腸がん相談室のようにメンバーが主体となってやるような事業がプロジェクトの中心になるのか、あるいは県のがん対策を強化する立場なのかによって、必要なメンバーが変わってくるとコメントがあった。大腸がん相談室をこのプロジェクトの医療の部分のどこに位置づけるのかと思いながら聞いていたのだが、目的をしっかりさせる意味でも、それからこの事業を意識する意味でもプロジェクトのロジックモデルも事業のひとつとして位置づけて評価を続けることが必要である。宮古保健所管内で地域保健と職域保健の協議

会があり、検診を呼びかけるポスターを商工会議所などで作成し活動として行っている。いろんな保健所で会議体があり、地域として取り組んでいるが、全部を把握するのは難しいとのことだった。

増田委員より、県計画と協議会が作成したがん計画が大前提になると回答があった。それを参考にしながら大腸がんのロジックモデルを作っている。資料4のロジックモデルは未完成のため本日は資料だけにして、次回までにダイジェスト版のロジックモデルを出すが、その上でロジックモデルの予防検診医療の部分をみていただいて、どこをプロジェクトで担っていくのかということを次回は議論したい。すべての領域についてできるわけではないので、インパクトのあることをしたほうがよい。医療の部分に関しては、大腸がん相談室はとてもよいことで均てん化には役立つが、全国的に沖縄が今どの位置にいるのか、現状の把握という意味ではできていない部分があるとのことだった。

玉城委員より、糸数先生が言われように検診に関して色んな事業が動いている。県医師会も県からの委託で事業をやっているが、それと同じことをやってもしょうがない。検診受診率、未把握率が高い現状を改善していくために、何が必要かというのを協力してやっていきたいとコメントがあった。

仲地委員より、最近は進行したがんが本当に多くなっている。この会議のがん死を減らす目的に結びつけると、検診予防に比重をおいて話し合った方がよいと感じているとコメントがあった。

岸本委員より、もっと地域性をもったメンバーをいれたらよいのではないかと意見があった。例えば八重山や北部地区のメンバーを入れて、ぜひ市町村の医師会と連携していただきたい。今、宮古地区は医師や医師会、宮古病院が連携し始めている。30名程の規模の事業所に人を集めてもらい、簡単に大腸がんの説明をした後、集まった人に便潜血容器に渡して名前と電話番号を書いてもらい、検査してもらうことを考えている。宮古島市は「40歳以上は無料」と毎月の広報誌に載せてはいるが、実際に対象18,000人の住民の中で受けた人は7％というデータがある。つまり広報誌ではだめだということがわかり、おそらく講演会をしても同じである。市町村と医師会、病院が連携しないといけないのではないかと意見があった。

金城達也委員より、沖縄県は進行がんが増えているが、全国がん罹患モニタリング集計では、岡山県や長野県は罹患率が高いが死亡率が低い。どのような対策をしているのか当会議の取り組みのモデルになると思うとコメントがあった。岸本委員より、内視鏡会でも話があったが青森県は大腸がんにだいぶ力を入れているとのことで、青森プロジェクトの紹介があった。増田委員より、県民性もあるが、お手本とする都道府県のことは調べていきたい。仲宗根委員も色々とご存知かと思いますので、アドバイスをいただきたいとコメントがあった。

３．予防について
４．検診について
５．医療について
資料４が未完成のため、次回へ持ち越しとなった。

６．次回の開催日程について
特になし

７．その他
特になし

参考 URL
おきなわ津梁ネットワーク
http://www.shinryo.okinawa.med.or.jp/
青森県大腸がん検診モデル事業
https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/ganseikatsu/daichougankenshinaomorip.html

資料１７

令和 5 年度　第 1 回がん情報提供資材 2024 年版　編集委員会　議事要旨

開催日時：令和 5 年 7 月 21 日　14：00～16：00

場　　所：Zoom を利用した WEB 会議

出　　席：5 名

与儀淑恵（NPO 乳がん患者の会 ぴんく・ぱんさぁ)、田盛亜紀子（やいまゆんたく会)、江藤甚之助（やいまゆんたく会)、増田昌人（琉球大学病院がんセンター）比嘉優花（琉球大学病院がんセンター)

欠席：6 名

島袋百代（パンキャンジャパン沖縄支部)、金城敦子（がんの子どもを守る会 沖縄支部)、宮平有希子（がんの子どもを守る会 沖縄支部)、金城由紀子（社会保険労務士)、岸本こずえ（沖縄県教育庁保健体育科健康体育班)、城間忍（訪問看護ステーションはえばる）

【内容】議事次第により進行

１．がんセンター長あいさつ

２．編集委員メンバー紹介

議事に先立ち各人から自己紹介があった。

編集委員 7 名が参加予定であったが、当日の都合で 4 名欠席となり、編集委員 3 名と事務局 2 名での会となった。

３．がん対策推進計画について（当日資料）

増田より沖縄県のがん計画について説明があった。

「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、国の政策をもとに各都道府県では、がん対策推進計画が立てられ、県ごとのがん対策活動が進められている。がん医療や情報の均てん化の各分野における現状と課題、がん医療に関する相談支援や情報提供、がん対策の骨格について説明があった。

また、おきなわがんサポートハンドブックが発行に至った経緯について、分野別の施策として、「がんとの共生　相談支援及び情報提供」で、がんと診断された患者・家族の療養生活の質の向上を目指して国民に正確ながん情報を伝えるため、2010 年に沖縄県と他 5 つの県で試作版を作成することから始まり、現在は 37 の道府県でサポートブックが作成され公開されている。

がんとの共生を目指す社会のために、「情報の均てん化」に向け、ニーズや情報等の把握を進め、医療や社会的に支援が必要な方々を信頼できる情報源に導くこと適切な選択ができるよう、自

立を支援する情報ツールとして活用していただければと思う。これらを踏まえて編集委員皆さんから意見をいただきたいとのことであった。

編集委員より、当日に資料を提示されたため急すぎて意見出しが難しい、前もって資料を送付するなどしてほしい。また、本会議で元々7 名参加予定だったが 4 名が当日の都合で参加ができなくなった件に対して、参加人数を把握して、人数が少なければ日程を再調整したりするべきではないかという意見があった。

増田より、これまでの不手際について謝罪があった。今後は多くの方が参加できるように日程調整、余裕をもって資料を送付するなど、きちんと対応を行っていくと説明があった。

2023 年版の改訂内容（案）について

今年度事前に、編集委員、患者会所属の方、医療機関のがん相談員へハンドブック 2023 年版への感想と変更等のアンケートをお願いし実施した。

アンケートの内容について、情報は年々充実しており完成度は高いという意見が多かった。その一方で情報量が多く読みにくい、手に取る方があまりいない、認知度が低いなど見直し点について意見があった。

本書は患者さん向けだが、内容によっては医療者目線が強い印象がある。患者さんが必要な情報に重きを置くため、患者さん・ご家族の視点を取り入れ情報を絞るなど、「読みやすさ」「わかりやすさ」を強化していく必要がある。また、本書の認知や医療現場での浸透、ニーズの内容確認に取り組むことが重要であると説明があった。

また、今年度は公益財団法人がんの子どもを守る会沖縄支部と琉大病院がんセンターが共同で制作した、「おきなわ小児がん相談支援マニュアル」の情報を本書に追記することになったため、情報量の増加と共にページ数も多くなるため、どの項目を減らすか。今後、課題に対して編集委員と話し合いを行い協議していく形で進めることとなった。

4．今後のスケジュールについて

増田より、制作フローチャートを共有画面に提示し、編集委員用務終了予定期間及び、冊子の印刷から納品期間の説明があった。

また、次回の編集委員会開催日程については今回参加できなかった編集委員の方のみで 2 回目の編集委員会を 8 月中に設けると報告があった。その後 3 回目の委員会を設けて改定案について話し合う予定である。日程については事務局から調整依頼するとの説明があった。

以上により「第 1 回おきなわがんサポートハンドブック 2024 年版 編集委員会」を閉会した。

第 1 回「がん情報提供資材 2024 年版」編集委員会（WEB 会議）

日時：令和 5 年 7 月 21 日(金) 1 時～
場所：WEB 会議

次　　第

1．開　　会

2．センター長あいさつ　　琉球大学病院
がんセンター長 増田 昌人

3．編集委員自己紹介　　（資料 1）

4．沖縄県がん対策推進計画について　　（当日資料）

5．見直し案の検討及び意見交換　　（資料 2）

6．閉　　会

2024 年版　おきなわがんサポートハンドブック編集委員 名簿

No.	氏名	所属	役職名
1	与儀　淑恵	NPO 乳がん患者の会　ぴんく・ぱんさぁ	代表
2	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
3	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
4	島袋　百代	パンキャンジャパン沖縄支部 （膵臓がん患者会）	支部長
5	金城　敦子	公益財団法人　がんの子どもを守る会 沖縄支部	代表
6	宮平　有希子	公益財団法人　がんの子どもを守る会 沖縄支部	副代表
7	金城　由紀子	キャリア人財 マネジメントオフィス・PDCA	社会保険労務士
8	岸本　こずえ	沖縄県教育庁 保健体育課 健康体育班	指導主事
9	城間　忍	訪問看護ステーションはえばる	緩和ケア認定看護師
10	増田　昌人	がんセンター（琉球大学病院）	医師
11	比嘉　優花	がんセンター（琉球大学病院）	事務

がんサポートハンドブック 2023 年版【意見提出用紙】

＊内容に関するご要望（修正、追加、削除、その他 ）どのような内容でも結構です。
ご意見をお聞かせください。ご協力の程、よろしくお願いいたします。
一枚に収まらない場合は本紙を複写してお使いください。用紙の型式は問いません。

氏　　名	
【2023 年版に関する感想】（良い点・分かりにくい点など）	
【変更箇所等】 **※2023 年版**での ﾍﾟｰｼﾞや項目名など	【変更要望や問題点等】
※【削除できるページや項目名など】箇条書きで良いです。	
ハンドブック追加配布先について	

※お手数おかけいたしますがメールまたは FAX にて、
ご返信をお願いいたします。

提出期限 6／30（金）

お問合せ：
琉球大学病院がんセンター　比嘉
TEL:098-895-1531/FAX:098-895-1497
yuka1001@jim.u-ryukyu.ac.jp

おきなわがんサポートハンドブックへの意見まとめ

2023年版に関する感想

1	目次ごとに分かられており、概要が記載されているのでがん相談以外でも使いやすい。
2	追加、修正した箇所が分かり難い。
3	がん患者やそのご家族の方などをサポートする情報が網羅されていて、写真やイラストもきれいで、とても読みやすい印象でした。何について調べて何を知っておくべきなのかも、この一冊で完結しているような印象で、もし自身の周りの誰かががんになった時、このサポートブックの存在を知っていると心強いと思いました。その一方、実際患者さん自身がこのハンドブックを手に取り読むのかという点に関しては、疑問に感じました。
4	毎年項目ごとにわかりやすくまとめていただきありがとうございます。治療を進めていく・緩和ケア病棟へ案内する患者様やご家族様との面談時に活用させていただいております。がんの診断がついた時から治療、終末期の方まで多くの方が活用することができる内容ですが、手渡ししても当院では読んでいる患者様・ご家族様が少ない現状があります。理由のひとつとして「見たときに内容が難しそう」との意見がありました。冊子を見たときに好奇心を引き付けるような見た目（表紙やサブタイトル）の印象の工夫があると、気軽にサポートブックを手に取りより多くの方が目を通すきっかけになるのではないかと思いました。
5	相談対応時に活用しています。WEB版も使い慣れると便利です。ネットでも確認できることを紹介したいと思いました。
6	がんの疑いがあると言われた際、何をどうしたらどう考えたらよいか分からないときにこの冊子が指標となり、救われる気持ちになると思いました。ただ、そのような方が冊子を手にされた時、文字が多く混乱される方ももしかしたらいらっしゃるかもしれないとも思いました。圧倒的な情報量をコンパクトに収めたこの冊子は今後も継続して作成してほしいですし、共に寄り添う冊子であってほしいと思います。
7	QRコードから詳細に情報を得ることができるので良いと思いますが、高齢者でQRコードを読み取れない患者さん、ご家族への情報提供を今後考えていく必要があるのではと思います。一部の病院の医師より、このハンドブックを手渡すことで他の病院に転院してしまうから渡すなと言われた看護師がいます。がん拠点病院から、地域の病院へ必要性の説明を行っていただきたいと思います。
8	1冊の情報量が多いので、なかなか目を通そうとは思わない可能性がある。
9	1冊に情報をまとめるのではなく、ターゲットや分野を絞り、内容をコンパクトにした冊子を複数作った方がよいと思う。（10ページ程度の小さい冊子）
10	第3部については、省略してもよい気がする。

11	巻頭綴じ込みの「がんと言われたとき、すぐに役立つヒント＆リスト」の項目がページを開いてみたいと思わせた。私は、１・３・７の順に読み、その後は順序よくページを追って読み進めた。治療7年目に入る今、がんと言われた時（1年目）に読んだはずの項目にどう反応したか思い出せない。冊子をどの段階で読むかで理解度が違うと感じた。「担当医と話す」や「セカンドオピニオン」については、患者の待ち時間や「自分で調べてから」との思いで説明を受け、家に帰ってその冊子を読むのに終わってしまった。担当医へお任せできてしまった。医者への信頼感があるのでいいのだが。医者の立場からの情報の欄があってもいいかな？と思う。
12	欲しい情報も大切な情報もすべて入っているので素晴らしい本だと思います。しかし個人的な意見ですが、私の場合「がん」と分かってすぐはパニックになっていたので、なかなか読み込むことができませんでした。（自分がな何に悩み、不安なのか落ち着いて考えられなかったため）なのでP19のチャートのようにパッと見て自分のこれからの治療の進め方や、考えておいた方がいい事、準備する事等が分かりやすく書いてあるといいかなと思いました。

役に立った項目

1	面談に望むときの質問集・信頼できるネット情報の提供
2	【第2部 よりよい療養生活を送るために】全ページ
3	第3部
4	県内のがん相談支援センターの情報
5	体験談は同感することもあり、勇気になる。
6	すべてが役に立つ情報で素晴らしいと思いました。
7	がんについて相談する・セカンドオピニオン・県内の医療体制について。

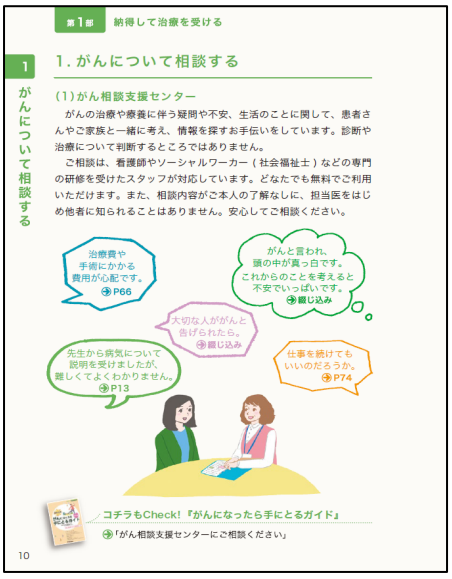
どういった内容が知りたいか、または掲載してほしい内容。

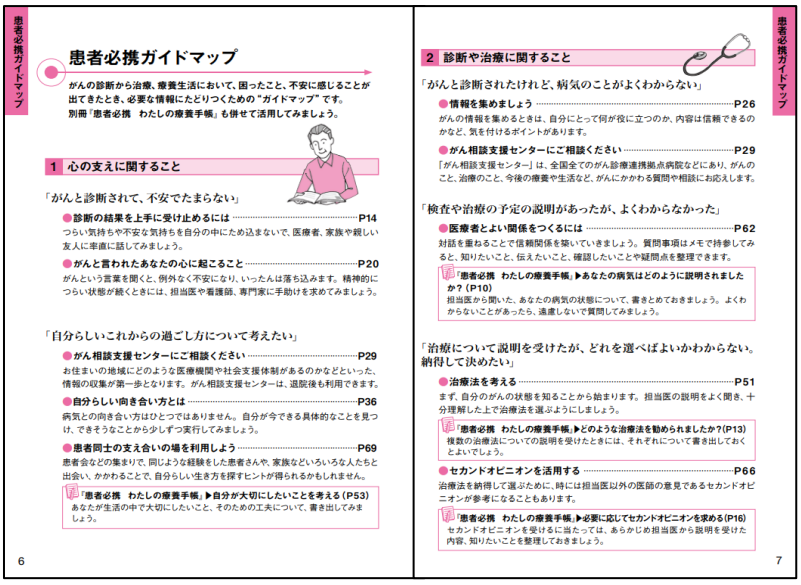
1	P19治療についての国から全体的な事は捉えられるが再発や転移の部分の様子が知りたい。
2	病期の進行状態や、治療方法等の詳しい情報をしてほしい。
3	友人から相談を受けた際に、「子供がまだ小さい何をどのように話せばいいのか？」との話がありました。子供向けの絵本を使って話すなどのアイデアなどもあればよいと思います。
4	がんについて相談できる場所についての情報
5	身近な人（家族・友人）との向き合い方、接し方について。どうしても本音が言えない、大丈夫じゃないのに大丈夫って言ってしまいがち。
6	介護保険の利用方法をもっと詳しく。（何に使えて、何に使えない等）
7	抗がん剤治療で髪の毛が抜けた頭をカットしてくれるおしゃれな美容室。

8	外見ケアの相談（具体的な商品など）はどこに行けばよいのか、どのような症状がでたら、すぐに受診したらよいのか
9	体験談がもっとあるといいと思う。
10	P60「自分らしく生きる」緩和ケアの事について早く知りたかった。

変更要望や問題点等

1	ページ	変更箇所等
2		前年度からの変更箇所を分かりやすく表示してほしい。
3		冊子の最初か最後のページに拠点病院連絡先があると良い。
4		拠点病院連絡先一覧がほしい。
5		「よりよい療養生活を送るために」もしくは「県内の医療体制」に がん治療中の方がリハビリできる入院施設の情報
6		好みの問題かもしれませんが写真に圧迫感がある。
7		写真、イラストで美しい海、自然が使われていますが、冊子の内容との関連性が分からないです。写真からのメッセージが何か分からないです。
8		本文全体が行の終わりが変なところで改行されている箇所があり、読みにくい。例えば巻頭綴じ込みの4行目、「寄り添いた」で切れて、次の行に「い」がきている。
9	もくじ	診断後の得たい情報をフローチャートで進み気になるページがすぐわかる。
10	もくじ	もくじの・・・が長すぎる。小見出しは中見出しとずらしてほしい（読みづらい）
11	綴込み	がんと言われたとき、すぐに役立つヒント＆リスト ２がん相談支援センターを利用する 担当医の説明を聞く十分な時間（30分以上）を調整してもらいましょう。→（30分以上）を削除してほしいです。 通常の診察時間が短いと、勘違いする方がいたためです。

12	綴込み	とじ込みの3ページの内容を、患者さんが必要な情報にたどり着くための「がんサポ利用ガイド（仮称）」に置き換える。イメージとして、10ページ下部の吹き出しの図を綴じ込みに移動し、がん患者のつぶやきから詳細ページへと案内するつくりとする。※10ページ下部の吹き出し図を削除することにより空いたスペースで、がん相談支援センターの目的や、相談できる内容（具体的な相談内容を例示）、かかりつけの病院にかかわらず誰でも利用できることなど、がん相談瀬支援センターに関する詳しい説明を追加する。※現在の綴じ込みの左側と中央にある内容は、16ページにも情報が掲載されており、重複して掲載する必要はないと考える。※綴じ込み右側のページ（「診断から治療までの流れ」フローチャート）は18ページに移動する。この際、現在18ページに記載のある用語の解説は19ページのフローチャート内に入れ込む。ただし、一般の患者ががんサポートハンドブックを読む段階で必要な情報としては、P19のフローチャートにある内容で十分な印象も個人的にはあり、「診断から治療までのながれ」フローチャート自体の削除も検討してはよいのではと考える。※国がんの「がんになったら手に取るガイド」も、目次とは別にガイドマップを設けているので参考にしていただきたい。 折込部  P10　吹き出し 

12	綴込み	(参考)「がんになったら手にとるガイド」より ※国がんの「がんになったら手に取るガイド」も、目次とは別にガイドマップを設けているので参考にしていただきたい。  患者必携ガイドマップ 患者必携ガイドマップ がんの診断から治療、療養生活において、困ったこと、不安に感じることが出てきたとき、必要な情報にたどりつくための“ガイドマップ”です。 別冊「患者必携　わたしの療養手帳」も併せて活用してみましょう。 1 心の支えに関すること 「がんと診断されて、不安でたまらない」 ●診断の結果を上手に受け止めるには……P14 つらい気持ちや不安な気持ちを自分の中にため込まないで、医療者、家族や親しい友人に率直に話してみましょう。 ●がんと言われたあなたの心に起こること……P20 がんという言葉を聞くと、例外なく不安になり、いったんは落ち込みます。精神的につらい状態が続くときには、担当医や看護師、専門家に手助けを求めてみましょう。 「自分らしいこれからの過ごし方について考えたい」 ●がん相談支援センターにご相談ください……P29 お住まいの地域にどのような医療機関や社会支援体制があるのかなどといった、情報の収集が第一歩となります。がん相談支援センターは、退院後も利用できます。 ●自分らしい向き合い方とは……P36 病気との向き合い方はひとつではありません。自分が今できる具体的なことを見つけ、できそうなことから少しずつ実行してみましょう。 ●患者同士の支え合いの場を利用しよう……P69 患者会などの集まりで、同じような経験をした患者さんや、家族などいろいろな人たちと出会い、かかわることで、自分らしい生き方を探すヒントが得られるかもしれません。 「患者必携　わたしの療養手帳」▶自分が大切にしたいことを考える（P53） あなたが生活の中で大切にしたいこと、そのための工夫について、書き出してみましょう。 6 患者必携ガイドマップ 2 診断や治療に関すること 「がんと診断されたけれど、病気のことがよくわからない」 ●情報を集めましょう……P26 がんの情報を集めるときは、自分にとって何が役に立つのか、内容は信頼できるのかなど、気を付けるポイントがあります。 ●がん相談支援センターにご相談ください……P29 「がん相談支援センター」は、全国全てのがん診療連携拠点病院などにあり、がんのこと、治療のこと、今後の療養や生活など、がんにかかわる質問や相談にお応えします。 「検査や治療の予定の説明があったが、よくわからなかった」 ●医療者とよい関係をつくるには……P62 対話を重ねることで信頼関係を築いていきましょう。質問事項はメモで持参してみると、知りたいこと、伝えたいこと、確認したいことや疑問点を整理できます。 「患者必携　わたしの療養手帳」▶あなたの病気はどのように説明されましたか？（P10） 担当医から聞いた、あなたの病気の状態について、書きとめておきましょう。よくわからないことがあったら、遠慮しないで質問してみましょう。 「治療について説明を受けたが、どれを選べばよいかわからない。納得して決めたい」 ●治療法を考える……P51 まず、自分のがんの状態を知ることから始まります。担当医の説明をよく聞き、十分理解した上で治療法を選ぶようにしましょう。 「患者必携　わたしの療養手帳」▶どのような治療法を勧められましたか？（P13） 複数の治療法についての説明を受けたときには、それぞれについて書き出しておくとよいでしょう。 ●セカンドオピニオンを活用する……P66 治療法を納得して選ぶために、時には担当医以外の医師の意見であるセカンドオピニオンが参考になることもあります。 「患者必携　わたしの療養手帳」▶必要に応じてセカンドオピニオンを求める（P16） セカンドオピニオンを受けるに当たっては、あらかじめ担当医から説明を受けた内容、知りたいことを整理しておきましょう。 7
13	P10	P10がん相談支援センターの内容をもっと詳しく。冊子の中に「まず相談支援センターに相談を…」と何ケ所も出てくるがどのような相談が受けられるのか？例えばP13（2）「担当医の説明を聞く」で相談支援センターに…とあるが日程調整もしてくれるのでしょうか。
14	P12	本文にルビがほしい。
15	P18～19	フロー図中の「緩和ケア」と「ターミナルケア」の箇所に、それぞれ詳細内容が掲載されているページ（P34、P60）を記載する
16	P20 /21	「妊孕性温存療法」難しい印象。内容や助成についてもう少しわかりやすく、かつ詳しい情報が欲しい。
17	P28	下から3行目　言葉の揺れの修正 （誤）がん診療を行っている医療機関→（正）がん診療を行う医療機関 に修正
18	P29	P29に全離島の「がん患者さんのための療養場所ガイド」の写真を載せているが、こちらは削除して、P28下段の説明文に見本の写真が一つあればよいのではないかと思う。
19	P34	P34「緩和ケア」がんと診断時からの緩和ケアは誰によってどういうケアがなされるのかの記載があると分かりやすい。
20	P34	（1）緩和ケアについて 「（1）緩和ケア」→「（1）緩和ケアは診断時から始まります」または、「（1）診断時からの緩和ケア」に変更する。
21	P34	下記の図がスペースを取りすぎているので、縮小するか、表形式に変更する。

22	P35	「（2）さまざまな身体症状への対応」について ※「（2）さまざまな身体症状への対応」は削除する（（1）と内容重複のため）。 ※上記を削除する代わりに、緩和ケアについて具体的なイメージがもてる内容にするため、 （2）緩和ケアを支える様々な専門職　（3）緩和ケアを受ける場所（通院/入院/在宅）を追加する。
23	P36	外見ケアに関して情報を増やしてほしい。
24	P36	※「（1）外見ケア」→「（1）アピアランスケア」に変更する。 ※「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」のことをいいます。 ※治療で外見が変化しても必ずアピアランスケアを行わなければならない、ということではありません。」との公式定義を明記する。 ※「県内のがん診療拠点病院に設置されているがん相談支援センターでは、アピアランスケアについてご相談いただけます。がん相談支援センターでは、患者さんだけでなく、ご家族や、その病院に通っていない地域の方など、どなたでも無料でご相談いただけます。」のような、がん相談支援センター利用を促す記述を追加する。
25	P41～45	「患者会」患者会や支援団体、サロンの紹介の部分をもう少し詳細に、どういった組織でどういった人が相談に乗ってくれるのかなど、可能であればイラストや写真等の掲載あればより連絡しやすいのでは。
26	P52	子育て世代へ、がんになった親を持つ子どもをサポートするさまざまな情報やプログラムを提供としてNPO法人Hope Treeを案内を希望します。
27	P86	障害年金の質問は多いです。障害年金「日常生活に制限を受ける状態になった患者」とあるが、受理された方の事例があれば掲載してほしいです。
28	ノート欄	医療機関名、主治医名、医療機関の連絡先の記載欄
29		治療サマリを記載する欄　どのような治療を行ったのか（外科治療・放射線治療・薬物治療・移植）、どんな薬剤を薬剤を使ったのか、治療終了後の学校や職場などでの健診で注意してみる検査データなどあるかを記載できる。ノート欄が切り取れ、次年度のサポートブックや自分用の治療ファイルに綴ることができる。
30	ノート欄 P92	「面談に望むときの質問集」は見開き1ページ程度で見やすいと思います。質問が加えられるなら、「わたしが大切にしていることは〇〇なのですが治療を継続/または終了した場合、どんな影響がありますか」はどうでしょう。実際に家族からどんな言葉で質問したらいいか相談があった為。

削除したいページや項目等について

1	P10	折込部右側のページ（「診断から治療までのながれ」フローチャート）
2	P10	下部吹き出し図
3	P35	（2）さまざまな身体症状への対応
4	P52	AYA世代のがんを考える
5	第3部	第3部「お金のことについて」は削除しても良いと思います。
6	P63	第3部「お金のことについて」の部分、適切な相談窓口を紹介できればもっと省略可能かなという印象。P83の体験談で、どういう患者さんがどのような制度を使って負担や不安が軽くなったのか知ることができてわかりやすい。
7	P52	AYA世代のがんを考える

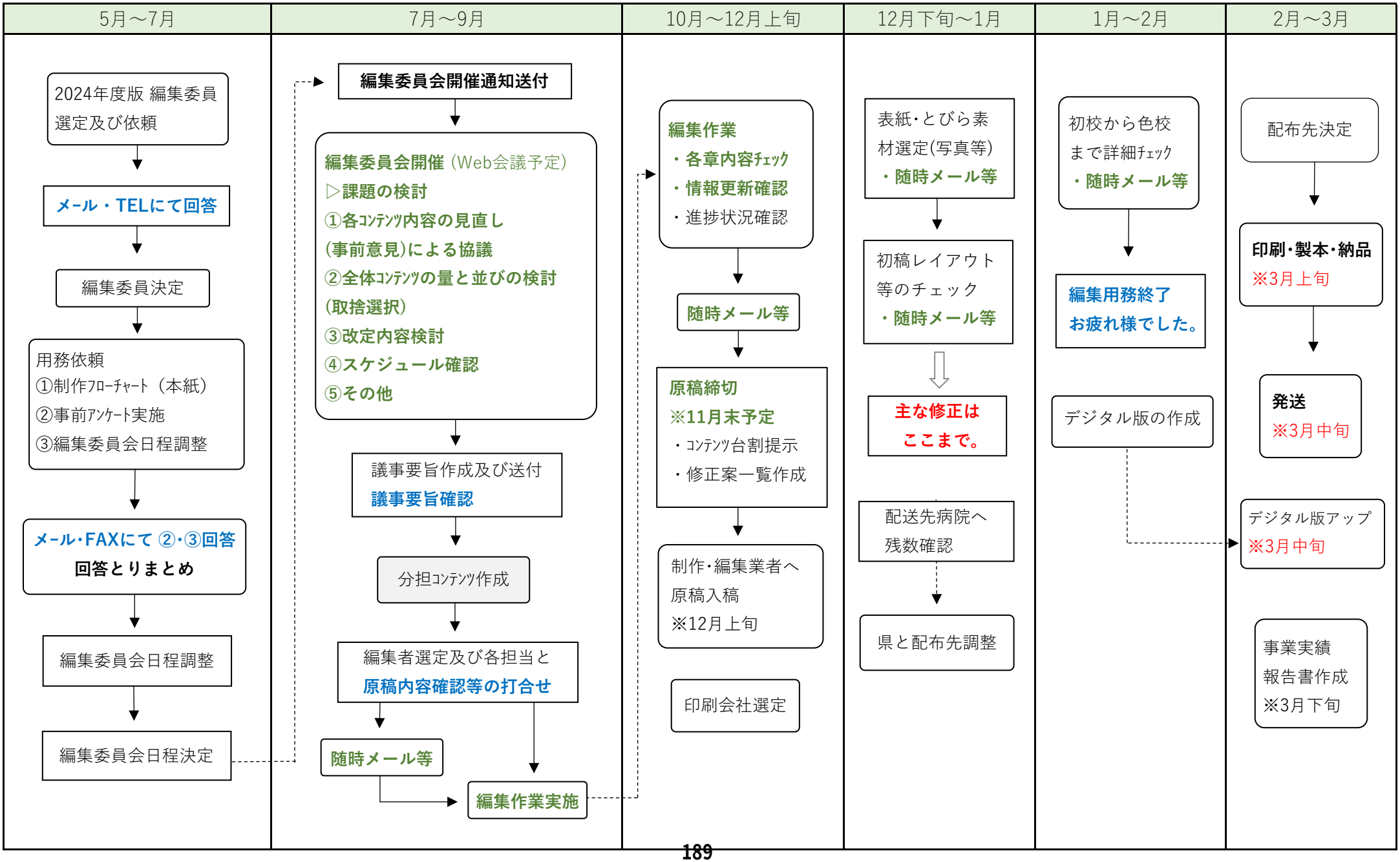
ハンドブック追加配布先について

1	門前薬局にはぜひ置いてほしい。待ち時間の間に手に取ることが多いと言われていました。待ち時間が発生する場所に配布すると、手に取れる方が多いのではと思いました。本屋のがん情報コーナーおよびレジに置いてみるのはいかがでしょうか。
2	大型スーパーやコンビニ。大学専門学校。社会福祉協議会。地域包括支援センター。がん診療を行っている医療機関やクリニックの門前薬局。

がん情報提供資材　『2024年版 おきなわ がんサポートハンドブック』制作フローチャート

※編集委員の皆様は**青字表記・緑字表記**のご対応をお願いします。**緑字表記**は事務局及び編集委員共有用務となります。

資料３



うちな～がんネットがんじゅう ホームページ



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







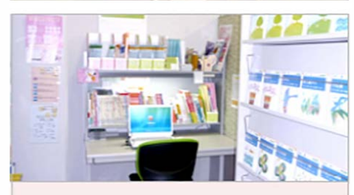














おきなわがんサポートハンドブック WEB版

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

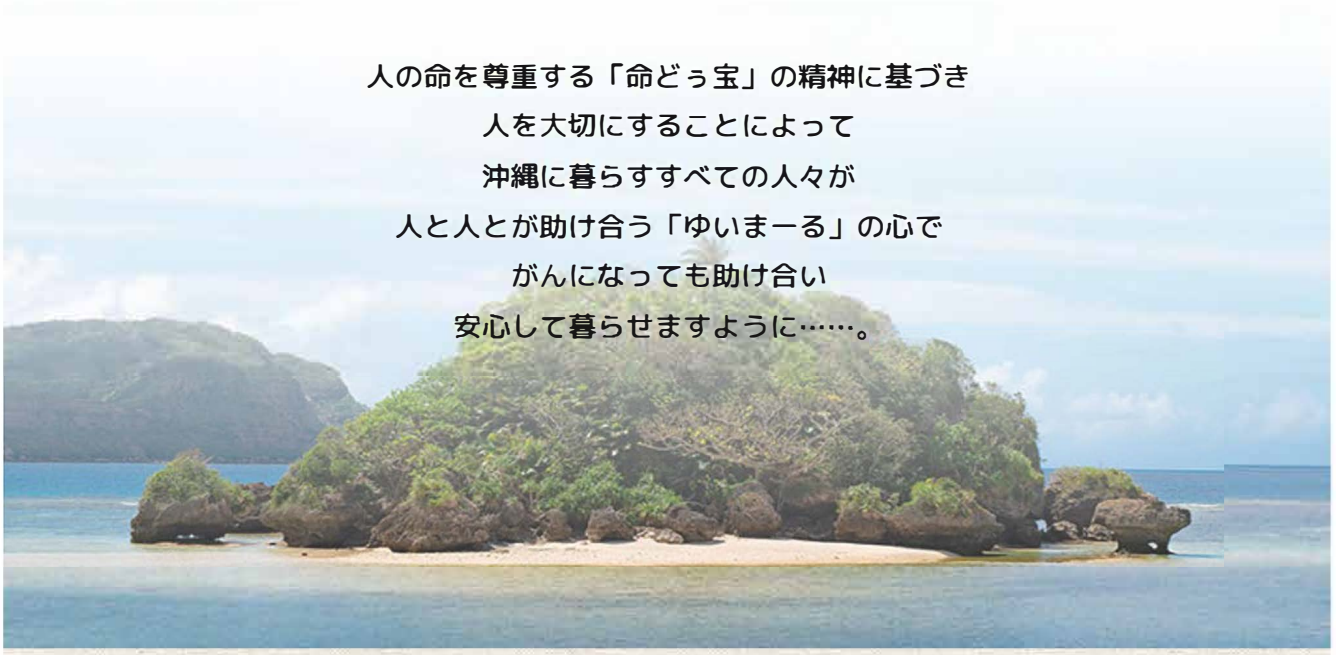
第３部
お金のことについて

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

がんサポートハンドブックについて | お問い合わせ | サイトマップ

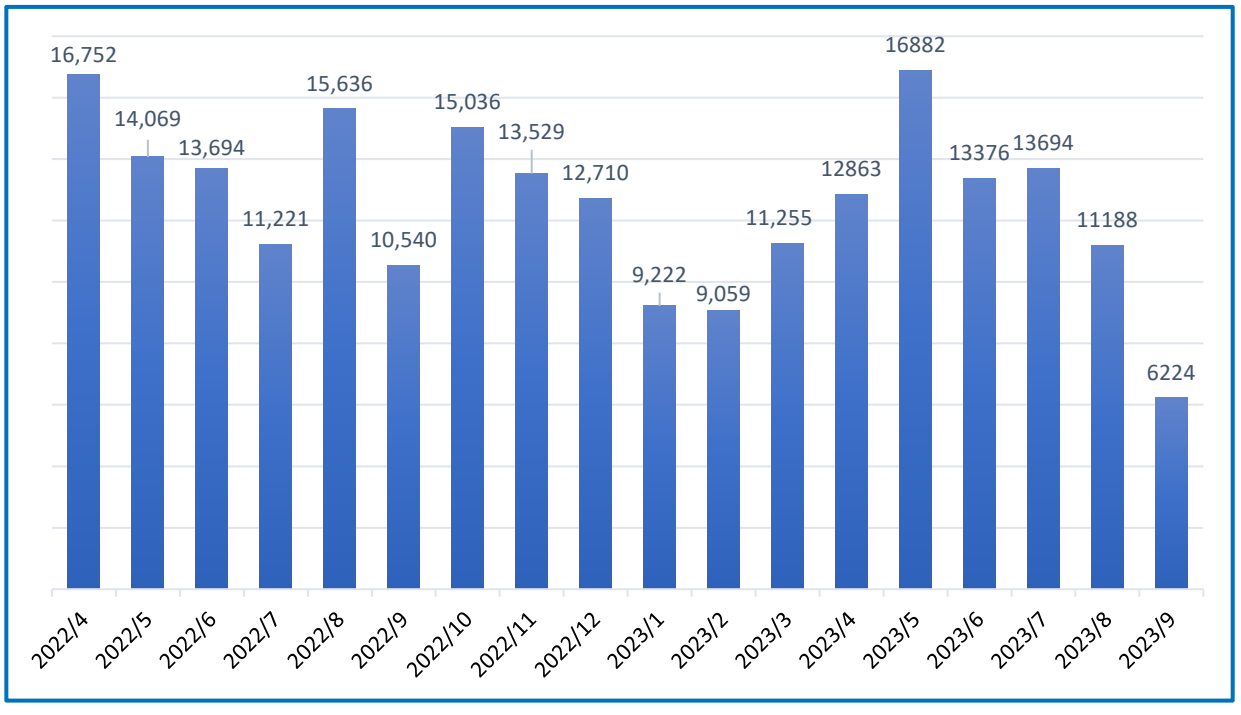
© 2023 Cancer Centre, University of the Ryukyus Hospital.
© 2023 Okinawa Prefectural Government.

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
2022/4	16,752	アクセス数カウント開始
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	11,255	
2023/4	12863	
2023/5	16882	
2023/6	13376	
2023/7	13694	
2023/8	11188	
2023/9	6224	R5.9.20時点

アクセス数 **(Number of visits)**



沖縄県がん患者等支援事業

久米島町におけるがん患者支援について

【目的】
地域のがん患者等関係者、病院職員、市町村と連携し、久米島での患者会立上げに向けサポートを行う。がん患者等関係者から意見聴取を行いがん医療の現状や取り組みなど要望について項目ごとに協議し合う意見交換会を開催する。情報を交換し合える場を設けることで、自主的・自立的活動の促進、病気に対する不安軽減につなげる。

久米島町でのがん患者支援について久米島町役場福祉課、久米島病院院長らと面会を実施した。

1．久米島町役場関係者との面会
日時：令和 5 年 7 月 28 日（金）14：00～14：40
場所：久米島町役場

2．公立久米島病並木病院長及び関係者との面会
日時：令和 5 年 7 月 28 日（金）15：00～16：00
場所：公立久米島病院

当日の様子





【話し合いのまとめ】
久米島でのがん医療の現状について、がん検診など、役場でのがん患者支援の取りくみや、がん医療の在り方について、久米島町では、がん検診の受診率が低いことが課題としてあると話があった。離島だとがん患者だと知られたくないため、周りに相談できない方も多い。また、役場ではがん患者さんから、役場や病院で意見交換できる場を設けてほしいとの要望があり、数ヶ月に 1 回、がん患者さんを交えて意見交換を行っているとの事。
久米島でがん患者会立ち上げに向けサポートしていくために、役場、病院と協力体制を整えていきたいと話を行った。

資料１８

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

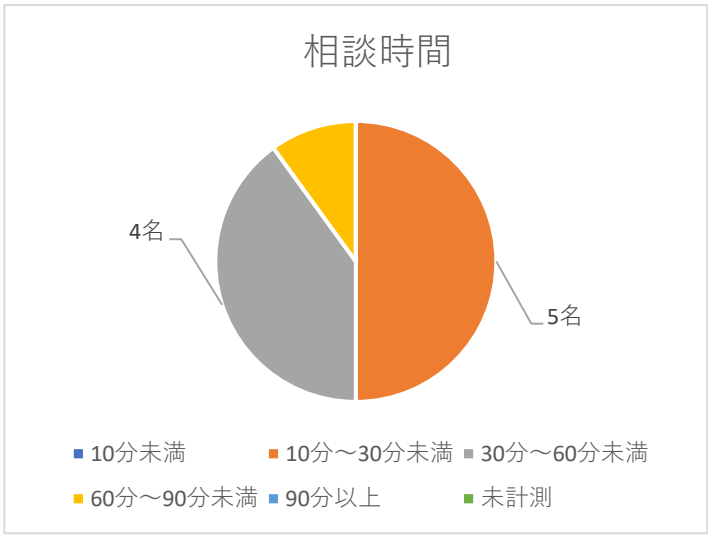
実施期間：令和5年7月1日～令和5年9月15日

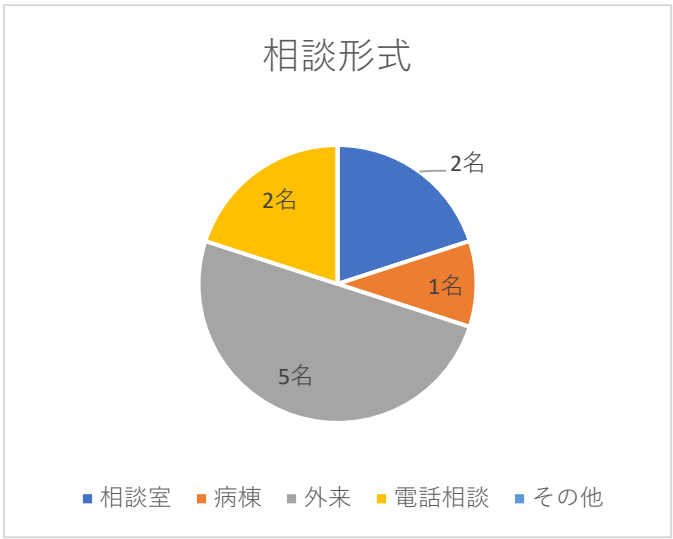
沖縄県地域統括相談支援センター

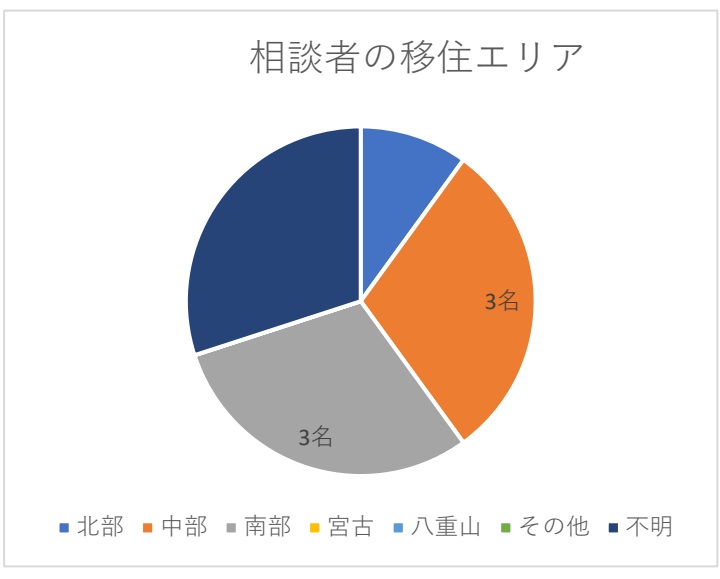
がん相談業務（院内におけるピアサポート）集計結果

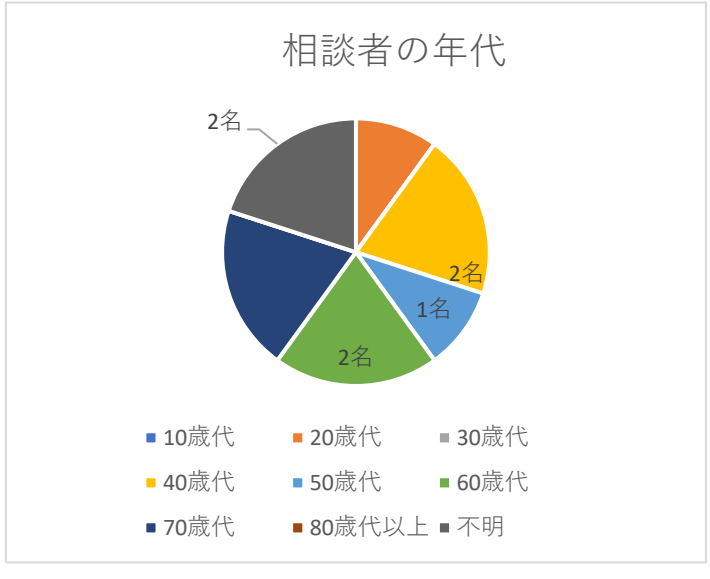
■ 調査対象期間　　令和5年7月1日～令和5年9月15日
■ 調査件数　　10件

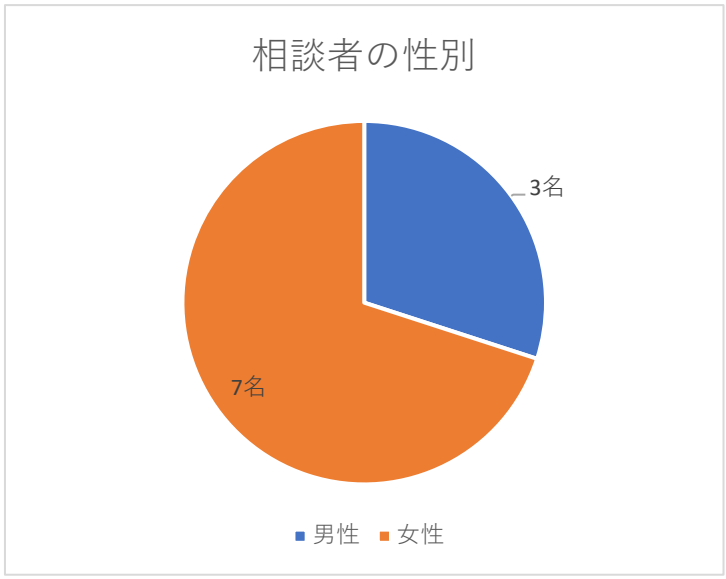
相談月	件　数
7月	5
8月	2
9月	3
合　計	10

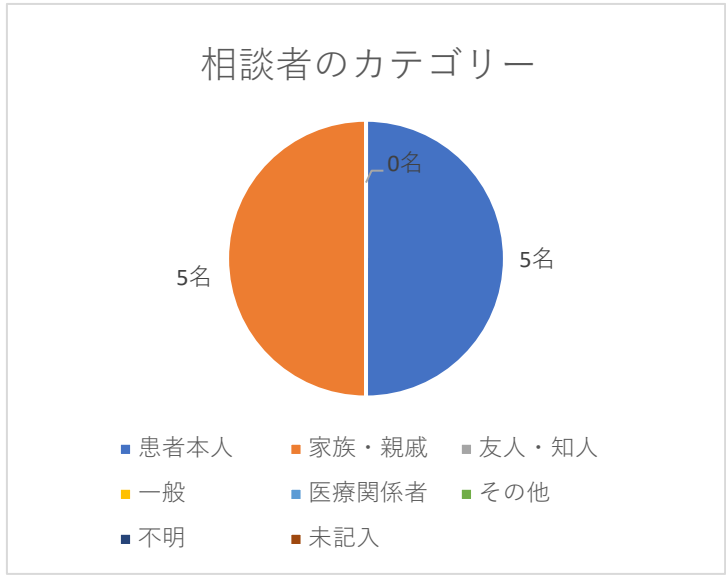


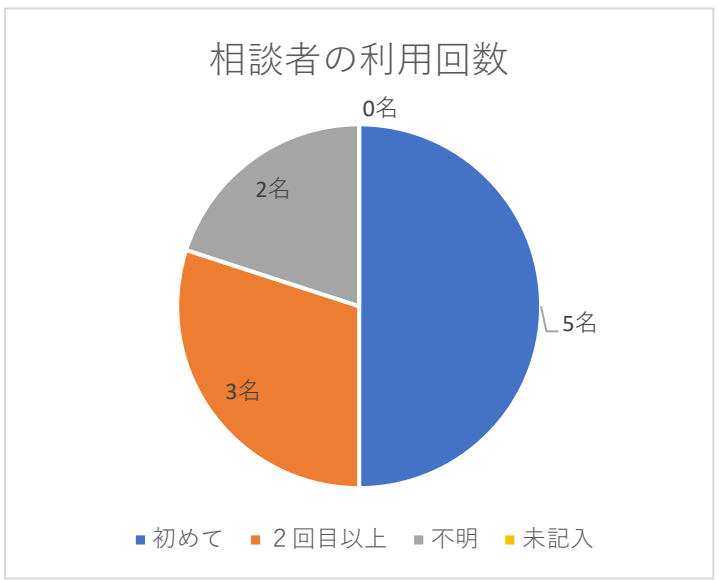


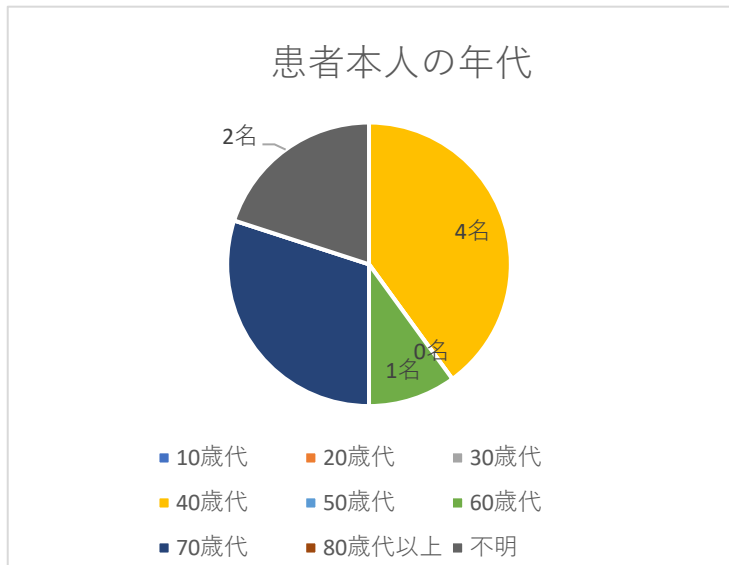


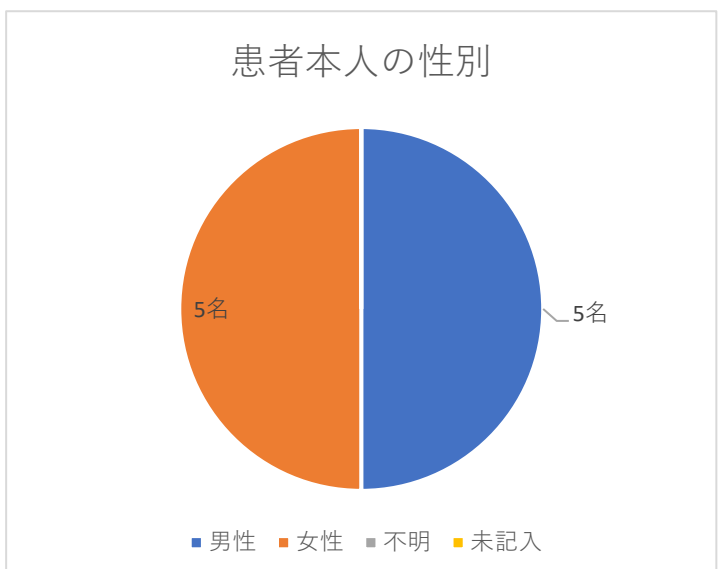


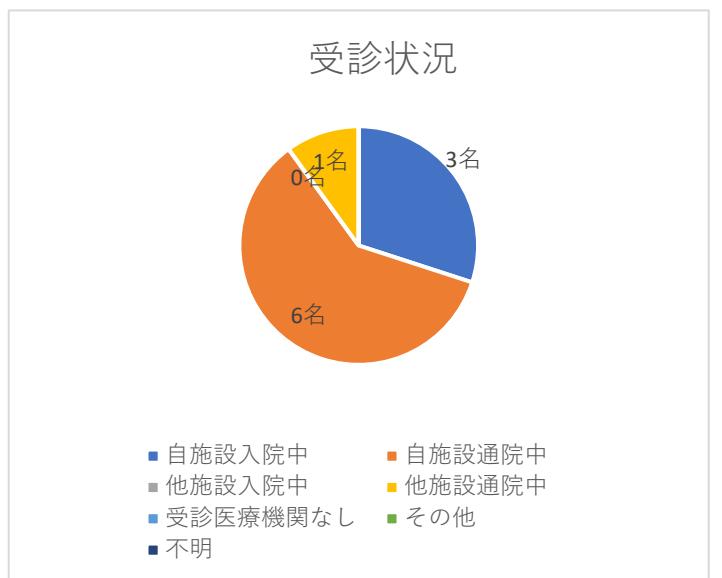

相談者の性別
3名
7名
男性
女性

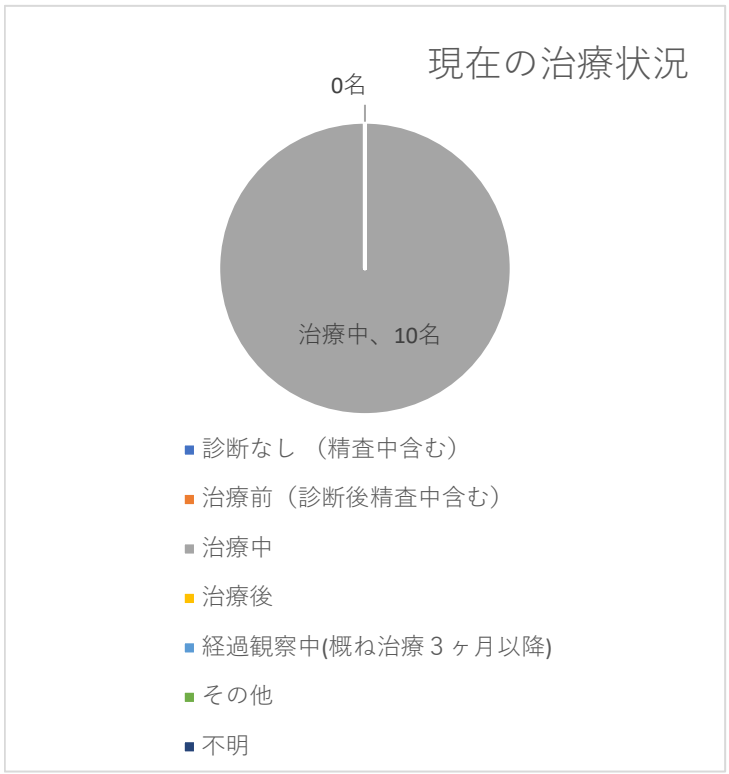

相談者のカテゴリー
0名
5名
5名
患者本人
家族・親戚
友人・知人
一般
医療関係者
その他
不明
未記入

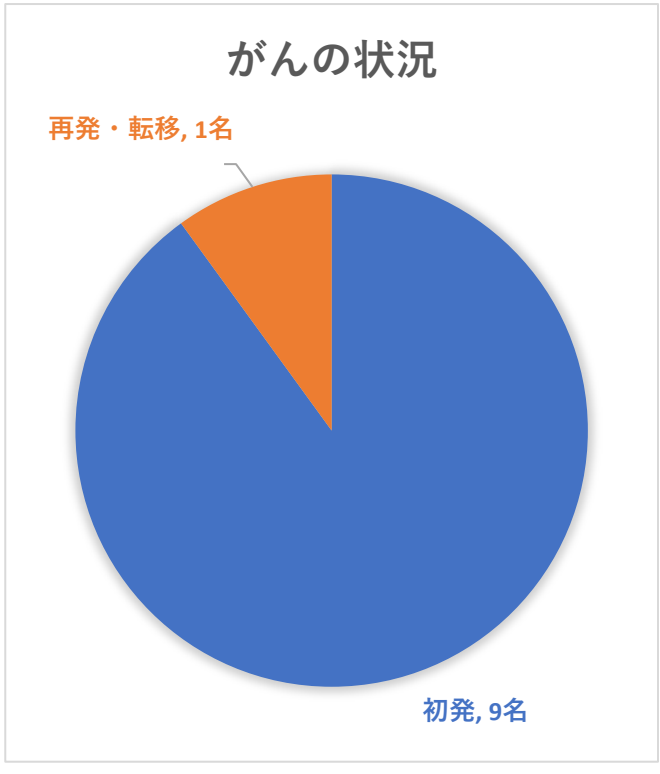

相談者の利用回数
0名
2名
5名
3名
初めて
2回目以上
不明
未記入

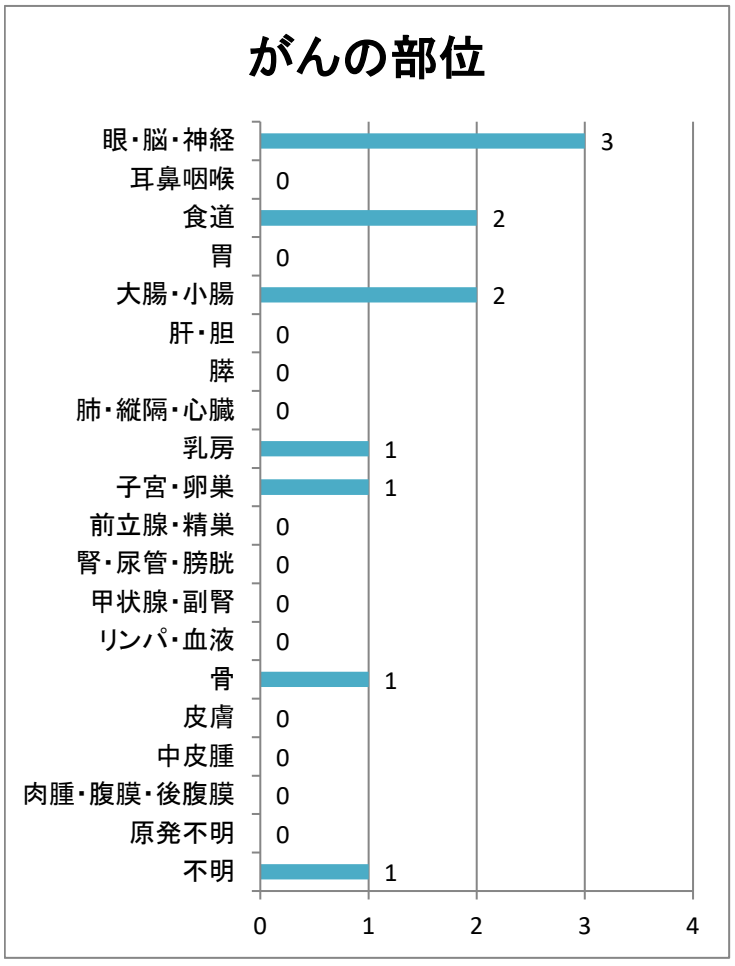

患者本人の年代
2名
4名
0名
1名
10歳代
20歳代
30歳代
40歳代
50歳代
60歳代
70歳代
80歳代以上
不明

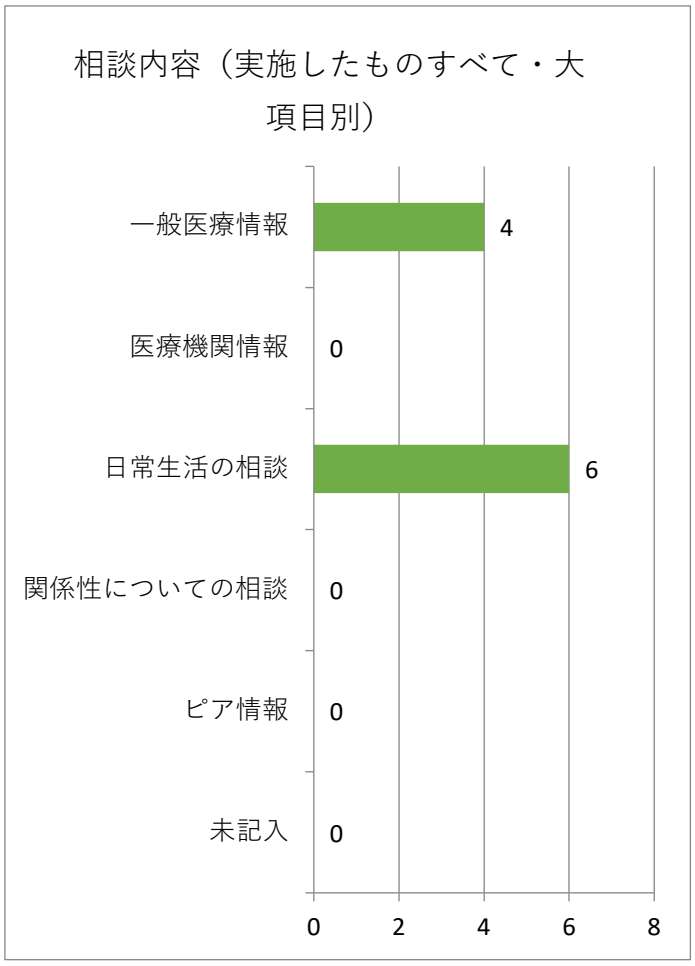

患者本人の性別
5名
5名
男性
女性
不明
未記入

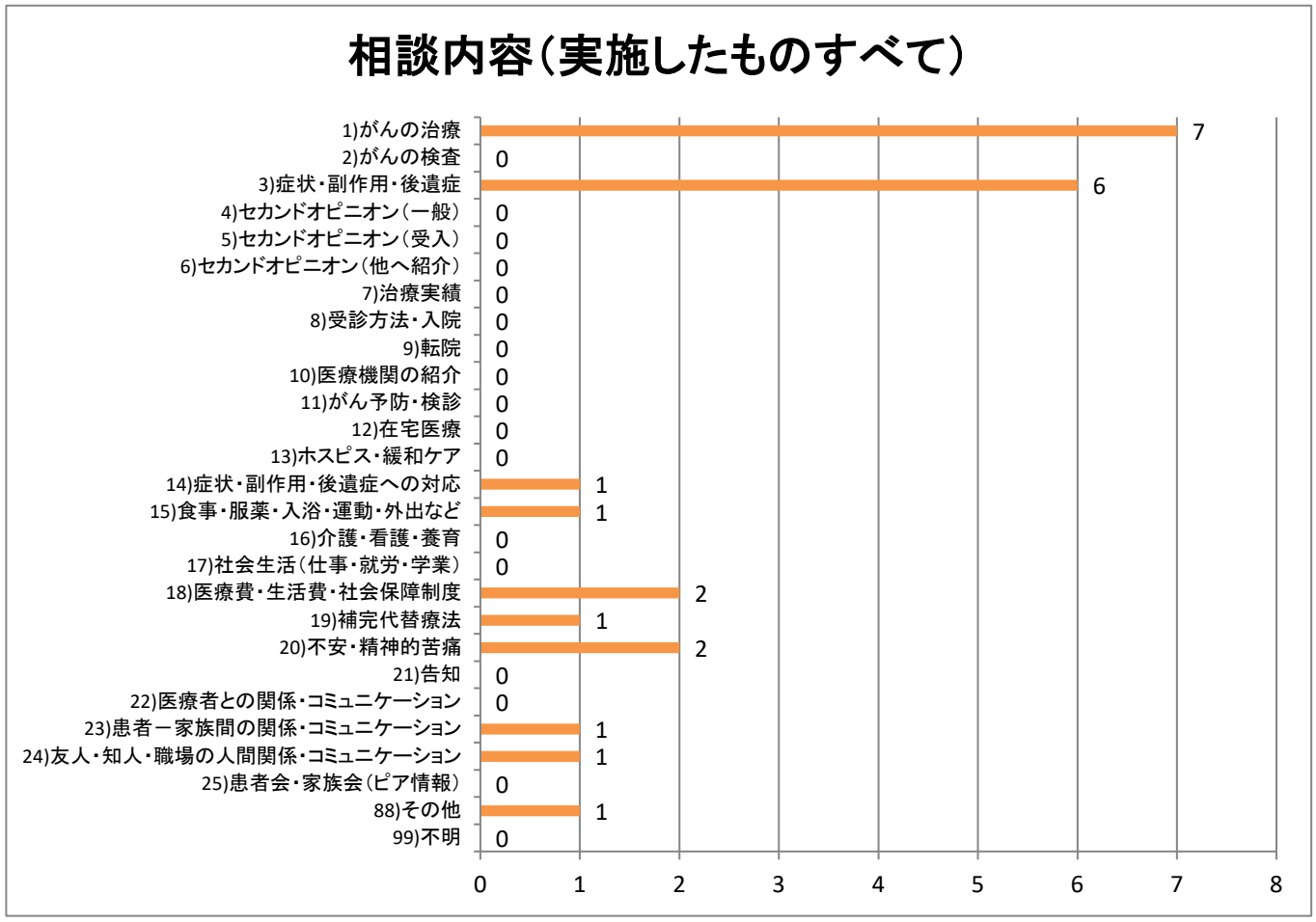

受診状況
3名
1名
0名
6名
自施設入院中
自施設通院中
他施設入院中
他施設通院中
受診医療機関なし
その他
不明

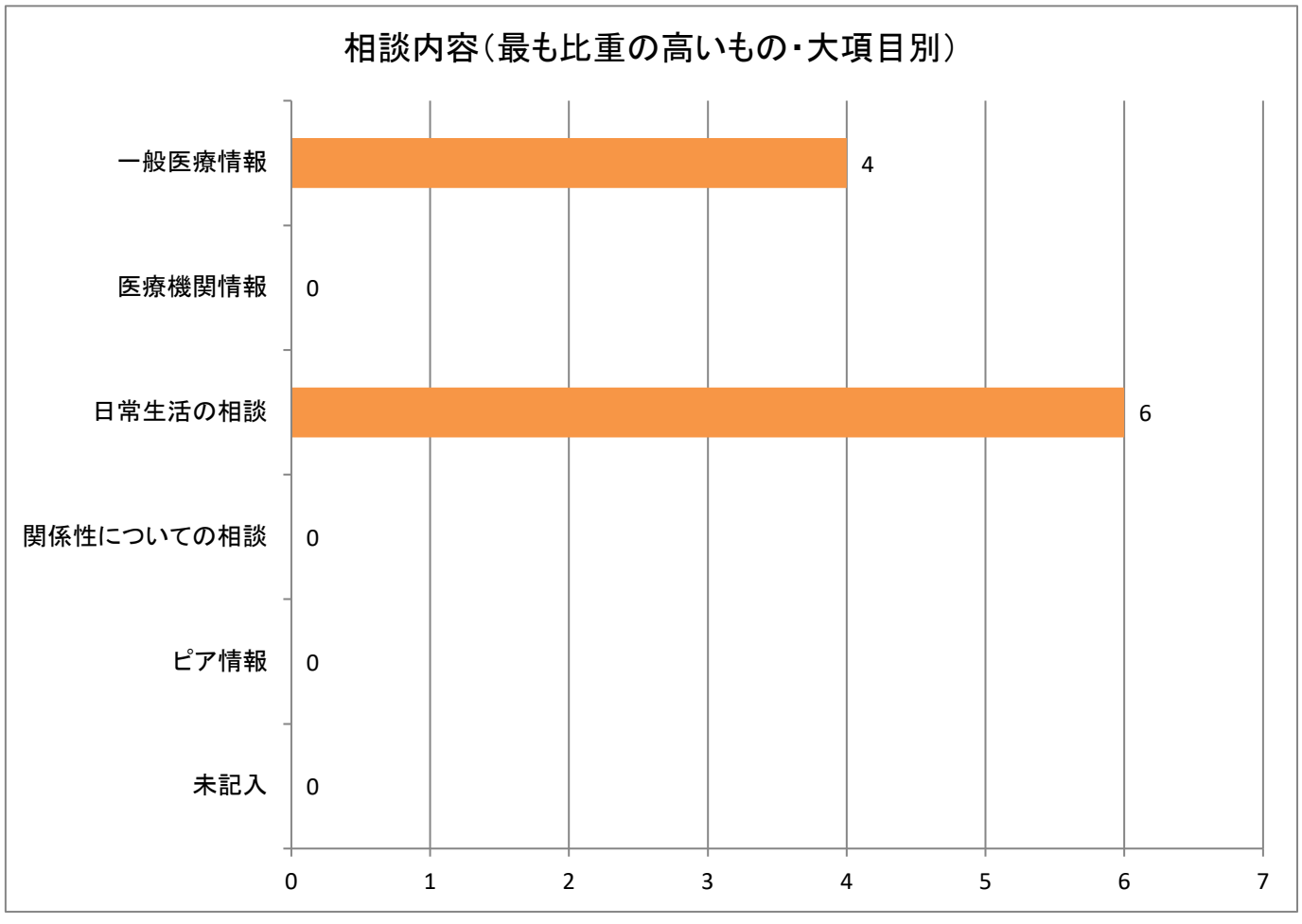

現在の治療状況
0名
治療中、10名
診断なし （精査中含む）
治療前（診断後精査中含む）
治療中
治療後
経過観察中(概ね治療３ヶ月以降)
その他
不明


がんの状況
再発・転移, 1名
初発, 9名

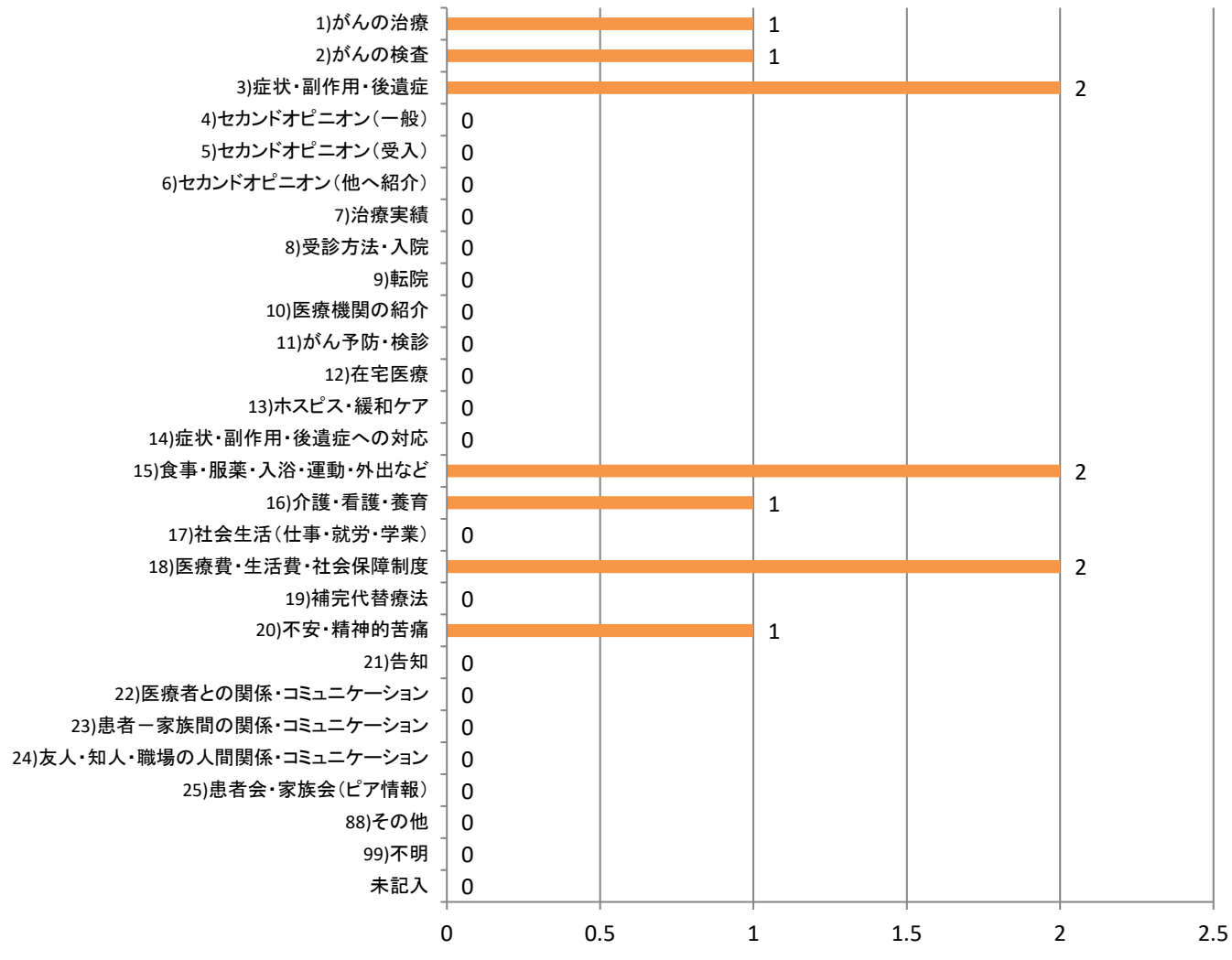

がんの部位
眼･脳･神経 3
耳鼻咽喉 0
食道 2
胃 0
大腸･小腸 2
肝･胆 0
膵 0
肺･縦隔･心臓 0
乳房 1
子宮･卵巣 1
前立腺･精巣 0
腎･尿管･膀胱 0
甲状腺･副腎 0
リンパ･血液 0
骨 1
皮膚 0
中皮腫 0
肉腫･腹膜･後腹膜 0
原発不明 0
不明 1
0 1 2 3 4


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

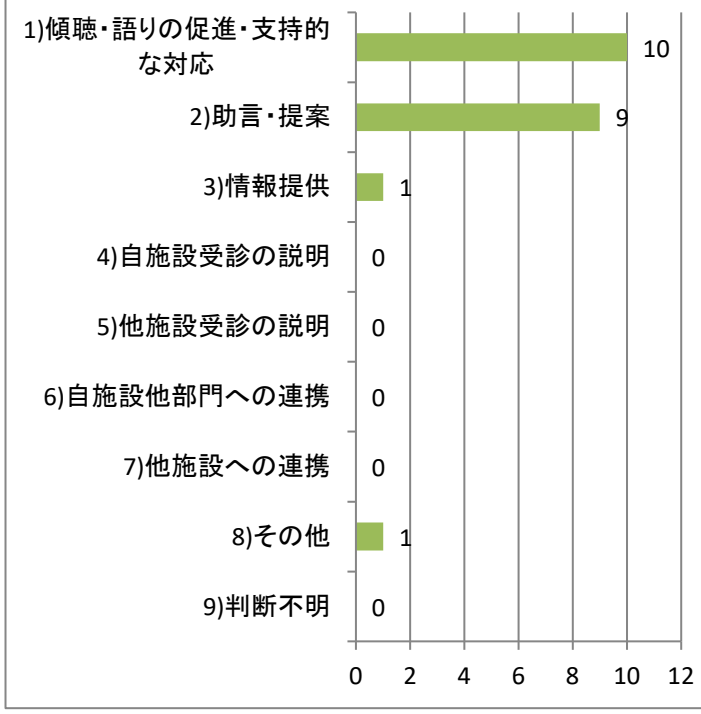

相談内容（実施したものすべて）
1)がんの治療
2)がんの検査
3)症状・副作用・後遺症
4)セカンドオピニオン（一般）
5)セカンドオピニオン（受入）
6)セカンドオピニオン（他へ紹介）
7)治療実績
8)受診方法・入院
9)転院
10)医療機関の紹介
11)がん予防・検診
12)在宅医療
13)ホスピス・緩和ケア
14)症状・副作用・後遺症への対応
15)食事・服薬・入浴・運動・外出など
16)介護・看護・養育
17)社会生活（仕事・就労・学業）
18)医療費・生活費・社会保障制度
19)補完代替療法
20)不安・精神的苦痛
21)告知
22)医療者との関係・コミュニケーション
23)患者－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


相談内容（最も比重の高いもの・大項目別）
一般医療情報
医療機関情報
日常生活の相談
関係性についての相談
ピア情報
未記入
4
0
6
0
0
0
0
1
2
3
4
5
6
7

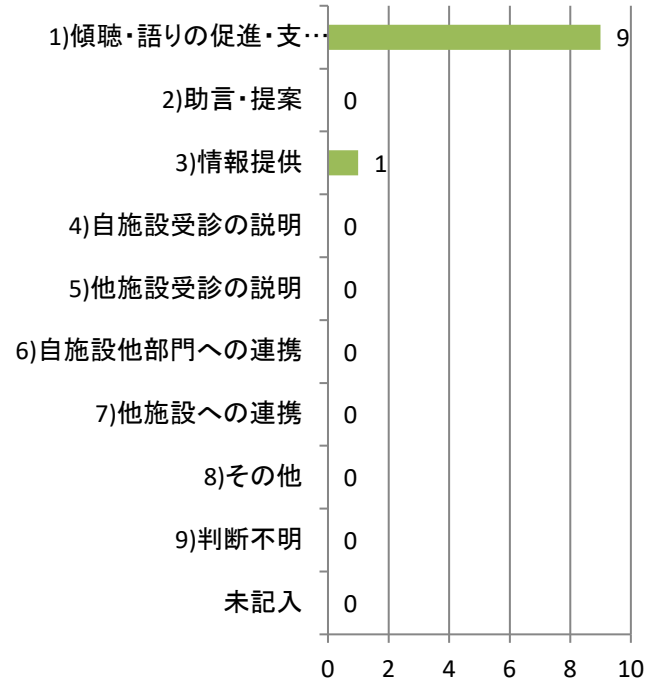
相談内容（最も比重の高いもの）

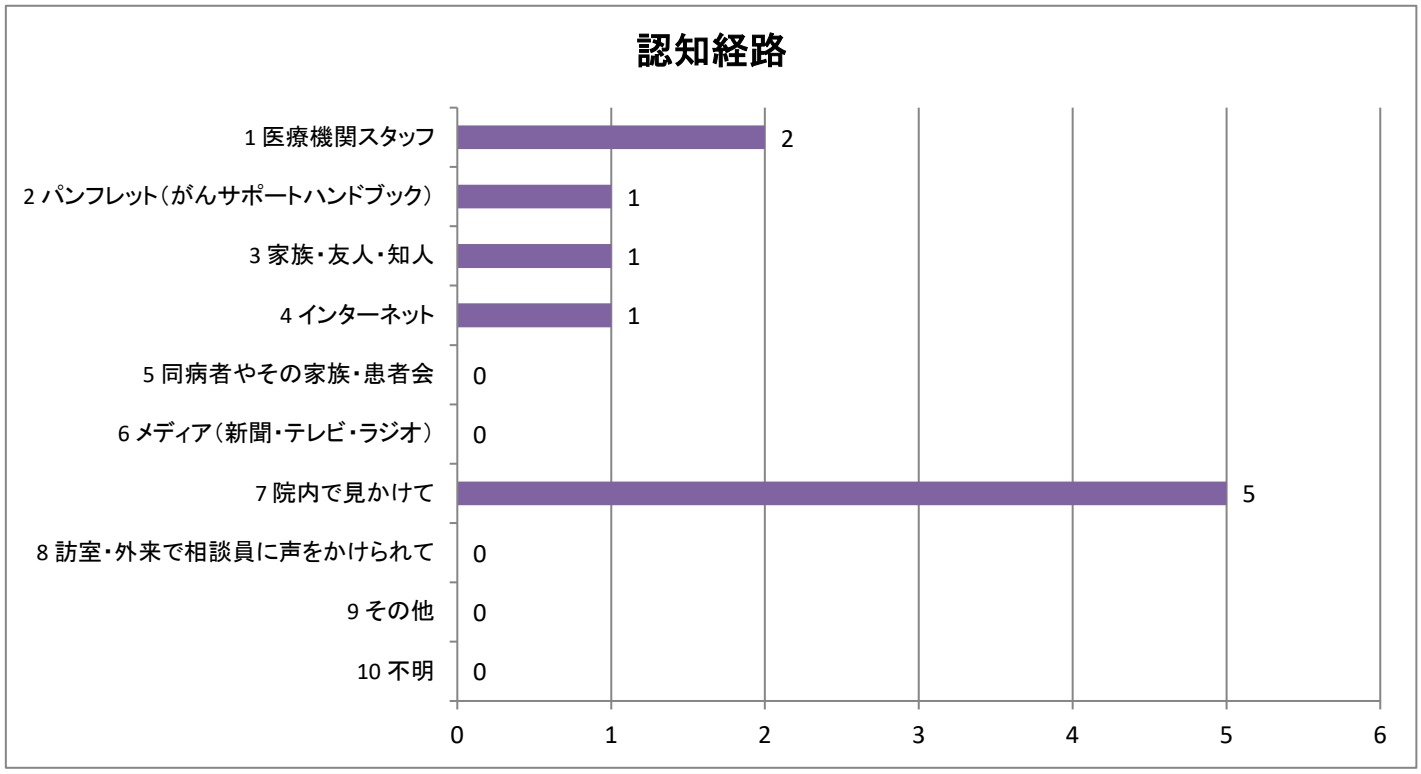


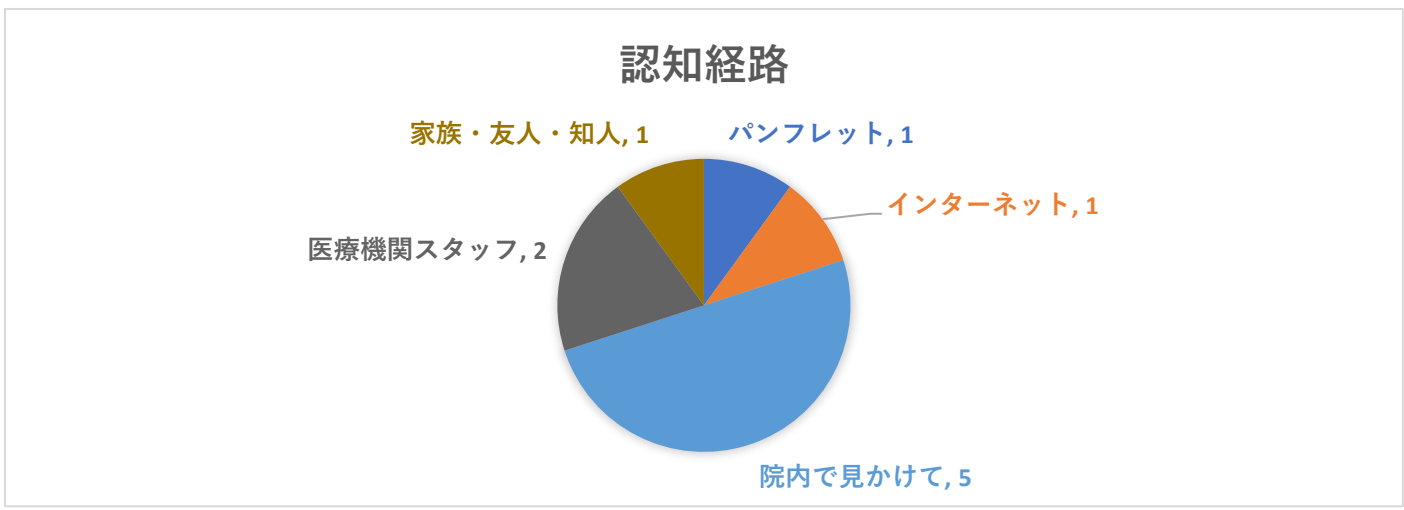
対応内容（実施したものすべて）



対応内容（最も比重の高いもの）




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


認知経路
家族・友人・知人, 1
パンフレット, 1
インターネット, 1
医療機関スタッフ, 2
院内で見かけて, 5

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７月～令和５年９月

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４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７月４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　０名

院内スタッフ　５名（講師含む）

ぴんくぱんさぁ与儀さんによる患者会活動報告とがん体験を語っていただいた。体験談後は、質疑応答を兼ねてフリートークの流れとなる。ぴんくリボンアドバイザーについて等や今後の課題についての質問もあり、与儀さんからもピアサポーター養成講座の必要性もお話していただいた。リボンズハウスで作成している乳房パットやケア帽子も実際に手に取り触らせていただいた。自分たちでできることをやろうとのことで、患者さんに寄り添うために試行錯誤している様子が伺えた。新型コロナウィルス感染症が感染拡大の影響からか、参加者はいなかったが、活気ある質疑応答と患者会の活動状況を知ることができ良かったと感じた。





2. 名　称　令和５年度　第５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９月５日（火）14：00～16：00

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　７名

院内スタッフ　６名（講師含む）

中部病院相談員　１名

リハビリテーション科の名嘉先生より「治療しているのに運動していいの？」のテーマで講話いただく。参加者も普段の日常生活での不安や悩みをみんなで共有した。フリートークでは、抗がん剤治療の辛い気持ちについて、不安をどのように対処していたなどピア・サポーターからも体験談を語った。みんなそうなんだ、私だけじゃないんだとの安堵する表情も見られた。参加者同士でも、家にいると色々考えてしまうので、外で簡単なボランティアをしているなど情報共有もできて良い雰囲気でフリートークとなった。





2. 名　称　第 137 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 7 月 20 日（木）14：00～15：00

派遣者　がん　ピア・サポーター（西村　克敏）

参加者　一般参加者　3 名

那覇市立病院　スタッフ 10 名（講師含む）

理学療法士と作業療法士による自宅でできる運動療法について講演後、フリートークを行った。みなさんのがん種や参加したきっかけなどの理由を交えて自己紹介を行った。今回運動に関するお悩みや疑問について意見交換会のように活発にお話ができていたように感じた。傾聴を主とし、アピアランスケアについての悩みもお話いただいた。肌を保護するためにケア帽子が必要だったことや、まつ毛もぬけるのでメガネが必要だったことなど知らないことも多く、もっと情報が欲しかったとがん患者さんの経験談をお話いただいた。当センターでアピアランスケアについて情報提供できる環境づくりを考えるきっかけになった。また、同じように辛い思いをしているがん患者さんのサポートをしたいとのことで、内容説明を行った。





3.　名　称　第 138 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 7 月 27 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　5 名

中部病院　スタッフ　6 名

今回は、1 つのテーブルを囲んでゆんたく会開催となる。1 人ひとり自己紹介と近況報告、個々悩みや不安を打ち明ける。意見を述べたり共に笑ったり和気あいあいとフリートーク形式で話が進む。月 1 回のこの時間を楽しみにしている様子。会の終盤では、フラダンスの講師によるパフォーマンスを披露。簡単な振り付けを教えていただきみなさんで身体を動かした。ハワイに行った気分が味わえたなど、音楽にみなさん癒されていた。当センター主催のオンラインゆんたく会やがんサポートハンドブックについてもテーブルの真ん中に広げ手に取っていただけた。





3. 名　称　第 139 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 8 月 24 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　5 名

中部病院　スタッフ　6 名　／　実習生・教員　8 人

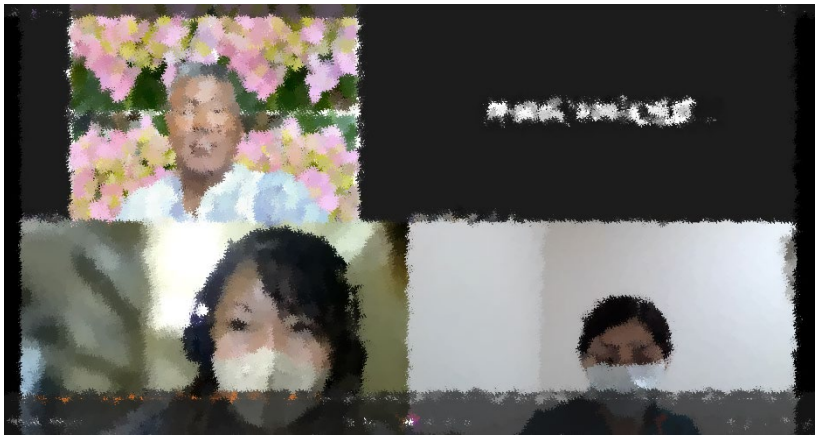
看護学生の実習期間ということもあり、多くの方が参加。一人ひとりの自己紹介を行いサロンが始まった。図書コーナーにある「くもをさがす」本を紹介し、各々好きな本や癒されることなど話が弾む。がんになったからこそ、命は有限であることを意識でき、日々楽しく周りに感謝できることを話す。生きるために治療をしている患者さんの話を聞き、看護学生も興味深く楽しくサロンを参加していた。がん患者さんに寄り添うピア・サポーターについても知ってもらえたのではないか。予定より 15 分延長となり閉会となる。





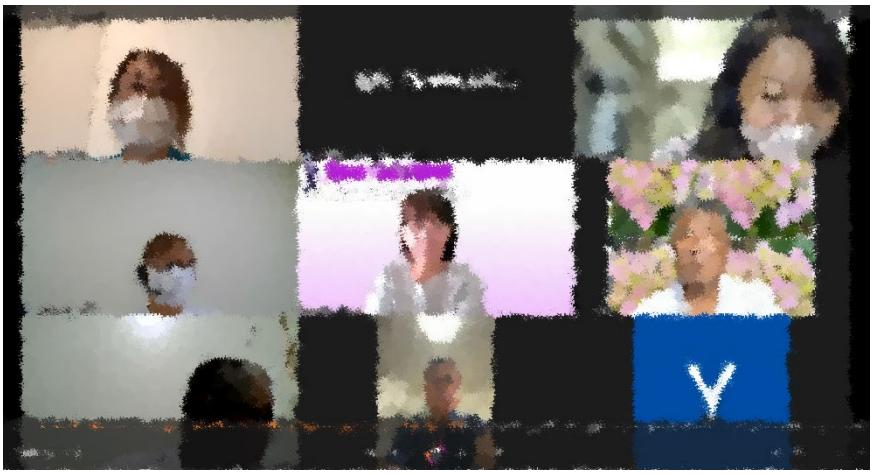
第４回　　オンラインサロン報告書

名　称	第4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　７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４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る。 ・いつものメンバーが参加とのことで、自己紹介は割愛し、フリートークとなる。 ・参加者がお花を背景にするほどお花が好きで、今季の花について思い出を語る。 ・また、1 ヶ月の進捗状況を報告しあう。コロナ禍で祭りがなくなっていたが、今年は色んな場所で開催するから花火が楽しみとのこと。 ・梅雨が明け夏本番暑い日々が続く。熱中症が心配。水だけではなく塩も取った方がいいみたいだが、慢性腎不全を患っているため、塩を避けて味が薄いものを食べているとのこと。 ・アプリでのウォーキングを去年の 11 月より頑張っている。アプリに励ませられながら続けている。小ぶりの雨の日もウィーキングしている。5～6 年までは 1～2 時間は歩けた。 ・コロナも増えてきているから、心配との声がある。第 5 類に変わってから観光客の方も多くいらっしゃる。自身で気を付けて行きましょうとお話があった。 ・胆管がんを患っており、寛徳しているが、熱が出ると胆管炎を考えられることもあり、病院受診をしないといけない。ずっと付きまとう病気で病院受診が必要とのこと。 今回は、申し込み２名いたが、１人は私用で欠席となった。 15：30 に次回の案内し閉会となる。 ＊参加者（患者様１名・ピアサポーター1 名、北部地区医師会病院１名、事務補佐員１名）



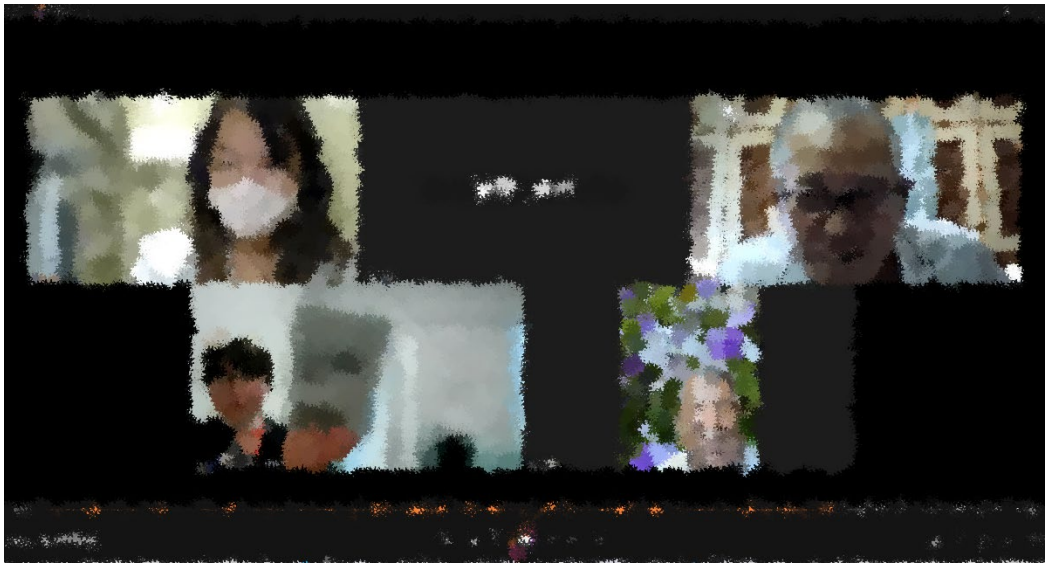
第５回　　オンラインサロン報告書

名　称	第5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　８月　15 日（火）14：30～15：30 場　所　　各自施設(患者) / 琉球大学病院がんセンター内（講師・ピアサポーター）
派遣者	がんピアサポーター　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５回オンラインゆんたく会を開催。 ・参加者は自己紹介をし、１名今回は顔出しなしで見学のみの参加者もいたが、参加者は４名となる。 ・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った。 ・悩みや不安を一人ひとり打ち明ける。 ・今回の参加者は消化器系を患っている方が多く、不安などはないが、便秘で困っているなどの声があがり、みなさんからアドバイスなどの声掛けもあった。チャットも活用し、話が弾む。 ・ピア・サポーターとして、経験談などを語ることもでき良かったのではないか。 ・1 名の参加者のネット環境が悪く、お話することが出来なかったので、次回は事前に確認しておくといいかもしれない。 ・みなさんしっかりお話ができて良かったと感じた。 15：30 に次回の案内し閉会となる。 ＊参加者（患者様４名・ピアサポーター3 名、宮古病院１名、事務補佐員１名）



第６回　　オンラインサロン報告書

名　称	第6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　９月　19 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	・参加者の接続に時間がかかっていることが見受けられることから開始時間より 5 分遅れて第 6 回オンラインゆんたく会を開催となる。 ・今回は申し込み 3 名の患者さんがいたが、1 名接続不良で 2 名の参加者となった。いつも通り画面共有してお約束事を読み上げ共通認識を図る。 ・ゆんたく会とのことで、近況報告など何気ない話をして楽しく過ごす。 ・旅行の話や今後したいことなど話が弾む。 ・八重山病院からは、最近の取り組みとのことで、高校の手芸部を訪問しケア帽子を作成してもらえるよう作り方を教える活動の報告もあった。 15：30 に次回の案内し閉会となる。 ・1 名接続が出来なかった参加者には電話で説明し入室するよう試みたが、上手くいかなかった。今度琉大に寄ることが出来るときに端末を持ってきていただけたら使い方をサポートする旨をお伝えした。また、今回は入院を控えているとのことで早めにお話したいとのことで、オンラインゆんたく会後に上地さんにて電話相談対応してもらうこととなった。 ＊参加者（患者様２名・ピアサポーター2 名、八重山病院 1 名、事務補佐員 1 名）



令和５年度　沖縄県委託事業

出張ピア・サポート

開催報告

実施日：①令和５年８月 10 日（木）14：00～16：00
②令和５年９月 10 日（金）14：00～16：00

【名　称】

出張ピア・サポート

沖縄県内のがん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院に出向き、がん患者支援を行うものである。主たる内容はがん ピア・サポーター（がん経験者）によるがん個別相談とする。

【目　的】

１．がん患者や家族の不安軽減

当事者同士ががんに対する不安や悩み・気持ちを分かち合い、必要とする情報を交換し合うことで病気に対する不安軽減につなげる。

２．がん ピア・サポートの周知

当センターの普及活動とし、がん　ピア・サポート相談室の利用へつなげる。

３．がん　ピア・サポーターの活用

当センター主催のがん ピア・サポーター養成講座修了生である登録ピア・サポーターの活動の場所として提供する。

【概　要】

１．日　時　①令和５年８月１０日（木）１４：００～１６：００

②令和５年９月８日（金）１４：００～１６：００

開始時間１４：００、１４：３０、１５：００、１５：３０

全４回（各３０分）

がん相談（基本的にがん経験者のピア・サポーター３名で対応）

スタッフ（事務員１名）

２．場　所　①県立中部病院

②那覇市立病院

３．対　象　がん患者、そのご家族・ご遺族など

４．主　催　沖縄県地域統括相談支援センター（令和 5 年度　沖縄県委託事業）

５．共　催　琉球大学病院がんセンター

６．参加費　参加・相談無料

７．予　約　予約優先・当日受付

【イベント当日の流れ】

１３：００ ～ １３：４０　会場設営
１３：４０ ～ １４：００　打ち合わせ
１４：００ ～ １６：００　受付・相談会（各 30 分ずつ×4 回）
１６：００ ～ １６：１５　振り返り
１６：１５ ～ １７：００　片付け・退館

＊がん相談会の当日受付から運営まで当センター関係者にて行った。

【中部病院／参加人数】　１名

【中部病院／振り返り】

・チラシ作成時は、中部病院の職員と内容標記について、しっかりと確認できたのは良かった。場所の案内については前もって確認が必要と感じた。
・日程決定から開催までに広報に十分な期間がなかったので、次回開催時は最低でも１ヶ月前までに日程決定と広報をしっかりと行いたい。
・当日会場設営では、師長さんにお手伝いをしていただけスムーズに開始できた。同時に案内チラシ掲載場所を確認できたのは良かった反面、会場設営に置いて負担になったのではないかと考える。事前にどこに案内を掲載していいか確認が必要。また、もう少し早めに到着し準備開始できるようなら当日対応したい。
・広報から開催までに 3 日しか取れなかったが、1 組の来場があり、相談員 3 名で対応した。1 時間弱と世間話から不安な気持ちや疑問点など多岐にわたって相談があり、1 名での相談では荷が重いこともあるところ、今回相談員 3 名で対応したので相談員の負担は少なくできたのではないか。
・サロンでも気持ちを共有することができるが、個別対応だと、サロンでは深くまで話せないことも吐き出すことができたのではないか。
・中部病院の患者サロンへの広報もし、サロンへ繋ぐことができたのは良かった。





▲中部病院

【那覇市立病院／参加人数】　0 名

【那覇市立病院／振り返り】

・受け入れ先職員の指示に従いながらチラシ案内板を設置。入口が 2 か所あることを知らなかったので、事前に確認が必要だった。余分に案内表示を準備していたことで対応できたことは良かった。
・1 ヶ月前には広報できていたが、相談予約は 1 件。当日キャンセルとなり、直接来場いただけた患者さんはいなかった。
・会議室の大きさはコンパクトで個別相談には良かったと思う。
・当日は、相談がなかったことから、がん看護専門看護師の実習生と意見交換会を行った。本来は相談がない空き時間に行う予定だったが、2 時間しっかりとお話ができた。当センターの活動やピアサポーターの役割について、またがん患者の立場としてお話ができ良かった。
・今回は登録サポーターのお 2 人に参加いただいたが、お互いでピアサポートという形で終了。
・継続してピア・サポーターの活動の場所を提供していきたい。





▲那覇市立病院

令和５年度　沖縄県委託事業

がん ピア・サポート展

開催報告

実施日：令和５年６月 28 日（水）～7 月 24 日（月）9：00～20：00
沖縄県立図書館　４Ｆ展示エリア

開　催　概　要

１．名　称　　がんピアサポート展

２．日　時　　がんピアサポート展～いつもあなたのそばに～
令和５年６月 28 日（水）～7 月 24 日（月）9：00～20：00
（毎週火曜日休館日）

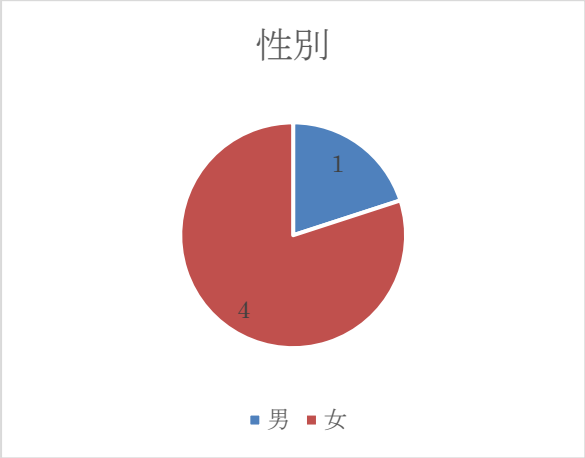
３．場　所　　沖縄県立図書館　4F 展示エリア
〒900-0021 那覇市泉崎 1-21-1 カフーナ旭橋 A 街区

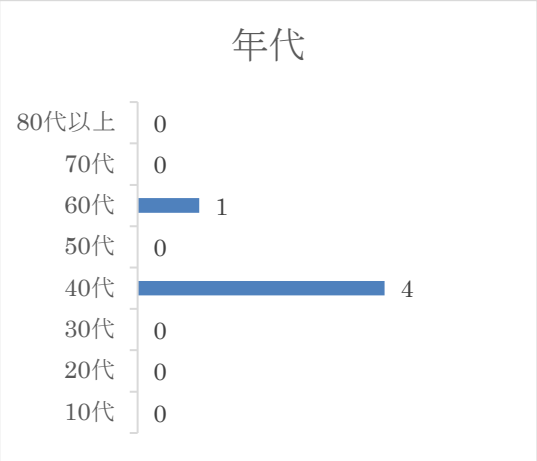
４．対　象　　地域住民の皆様、がん患者およびその家族、関心のある方

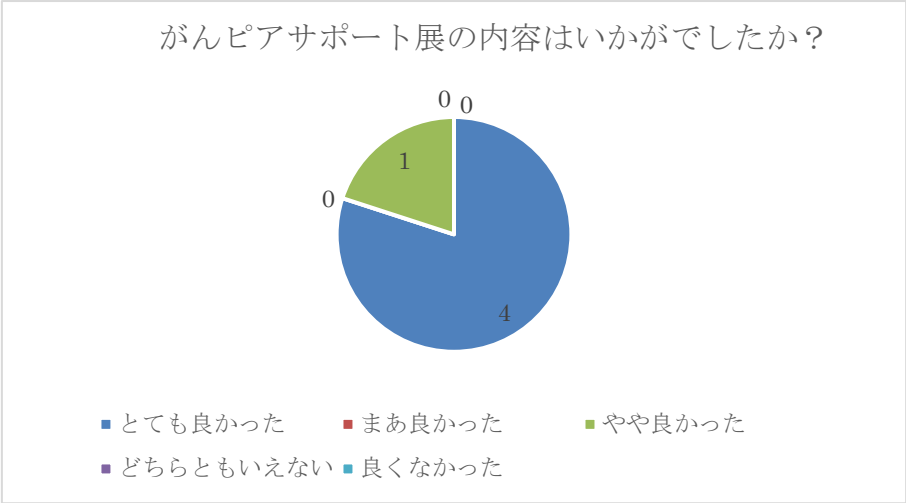
５．目　的　　沖縄県地域統括相談支援センター普及広報
がん患者やその家族が抱えている不安や心配ごとなどをがん体験者（ピア・サポーター）が自身の経験に基づき、同じ立場でお話したり聴いたりすることで軽減、気持ちの整理をつける場でもあることを広く展示紹介する。

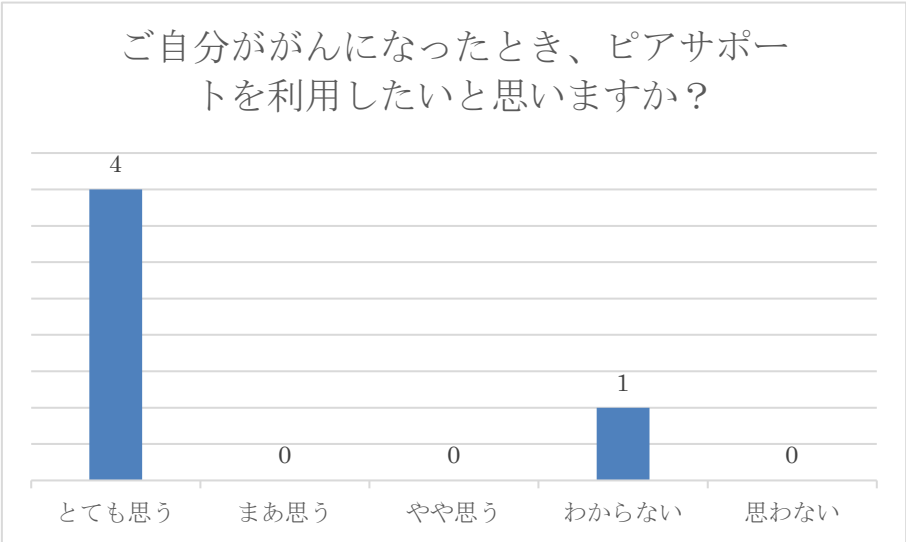
６．内　容　　沖縄県地域統括相談支援センター活動展
①センターの概要：活動内容、相談対応時間等の情報案内
②がん体験談など：登録サポーターによるがん体験談と養成講座を受講してのきっかけなど数点（パネル）紹介することで来場者にイメージをもたせる
③が　ん　情　報：がんサポートハンドブック、がん患者さんのための療養場所ガイド、がん冊子、がん情報図書、事業イベント案内チラシ

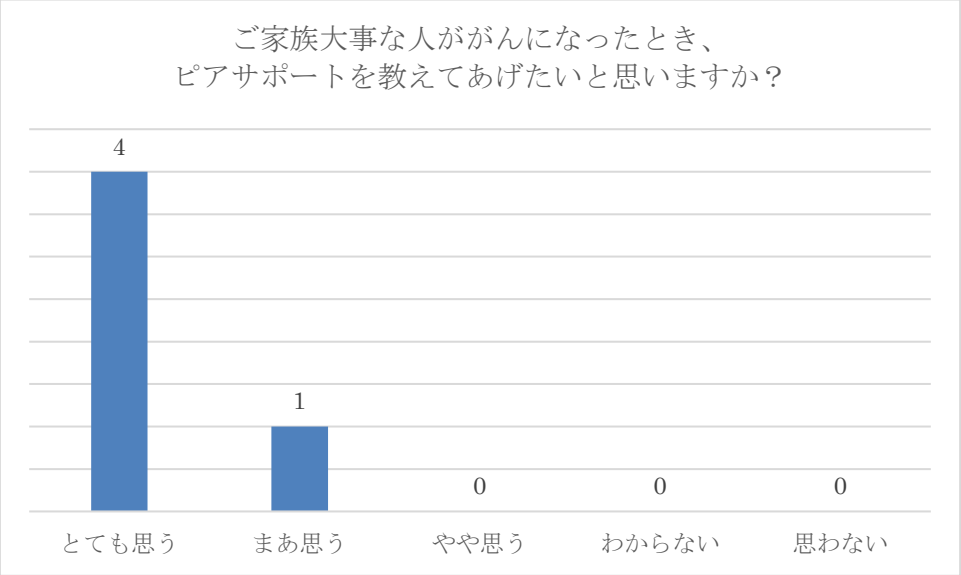
がん ピア・サポート展　@県立図書館
令和４年９月７日　～　令和４年10月３日
回答数　12名











ご意見・ご感想をご記入ください。

・感謝してます。ご自愛ください！

・ピア・サポートの活動はがん患者の多大なサポートになると思いました。応援してます。頑張ってください。

・たくさんの資料もらえるのもありがたいです。





▲沖縄県立図書館

令和５年度　沖縄県委託事業

令和５年度　医療機関への説明会

開催報告

実施日：令和５年７月２８日（金）１７：００～１８：１５

久米島病院

【名　称】

医療機関への説明会

【目　的】

ピアサポート事業を広く周知するための普及活動として、医療機関への説明会を開催するとともに各関係機関との連携を図る。

【概　要】

１．日　時　　令和５年７月 28 日（金）　17：00～18：15

●「ピア・サポート活動とがん情報について」

●「わたしのがん ピア・サポート」

２．場　所　　公立久米島病院　会議室

３．主　催　　沖縄県地域統括相談支援センター

４．共　催　　琉球大学病院がんセンター

５．参加者　　増田昌人　（琉球大学病院　がんセンター長）

上地久美子（沖縄県地域統括相談支援センター　相談員）

比嘉優花　（琉球大学病院がんセンター　事務補佐員）

喜瀬杏妃　（沖縄県地域統括相談支援センター　事務補佐員）

久米島病院関係者・医療従事者　11 名

【内　容】

昨年度の意見交換会に引き続き、久米島病院の医療従事者を対象にがん ピア・サポート活動について理解を得るため説明会（講演会）を開催。久米島病院においてのがん患者さんの居場所づくりとがん患者さんの心の支えとなるピア・サポーターの役割など今後の活用について説明した。日程決定から開催まで日数が少なかった上に、直前に久米島病院での会議室での開催となり参加者が少ないことが懸念されたが、久米島病院の医療従事者・研修医の先生を含め当日 11 名の参加となった。ピア・サポート活動の大切さや、離島でのがん患者さんの治療の選択肢など医療従事者のみなさんへ詳しく説明。がんサポートハンドブックや療養場所ガイドの活用の仕方や情報の取り方についてセンター長よりお話があった。ピア・サポーターの上地さんよりがん体験談とがん患者としての立場とピア・サポーターとしての両方の立場として講演いただいた。質疑応答では、ピア・サポーターの上地さんに多く質問があり、「どのように相談を受けている」や「患者さんからの答えづらい相談はどのように対応しているか」などピア・サポーターの役割について興味を示していただき理解を深めていただけたように感じた。

【当日の様子】







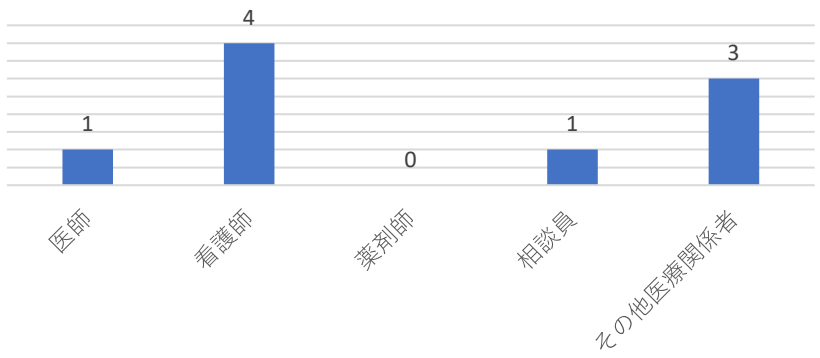



令和５年度　沖縄県委託事業
医療機関への説明会
2023.7.28 FRI
17：00 — 18：00
公立久米島病院　1階　会議室
〒901-3121　久米島町嘉手苅572-3
参加無料／事前申し込み不要
がん　ピア・サポートとは？
当センターの活動を広く周知するため、
理解していただくための普及活動として
説明会（講演）を開催します。
◆ピア・サポート活動とがんについて
琉球大学病院　がんセンター　増田　昌人
◆わたしのがん ピア・サポート
沖縄県地域統括相談支援センター　上地　久美子
沖縄県地域統括相談支援センター
〒903-0215　沖縄県中頭郡西原町字上原207番地
TEL 098-942-3407

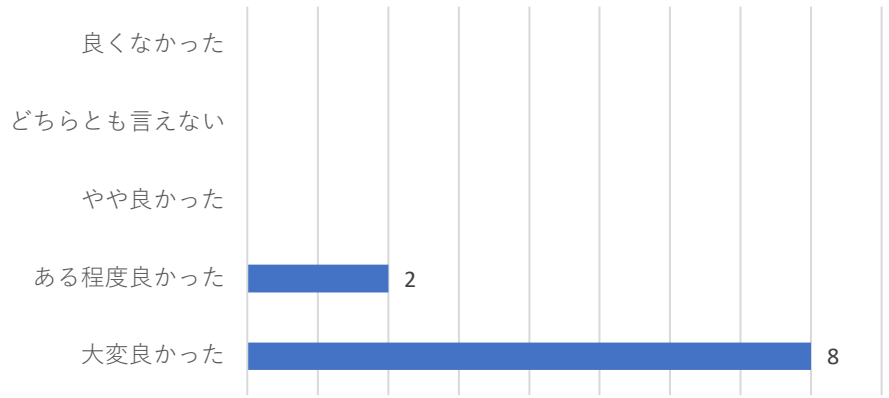
令和5年度　医療機関への説明@久米島病院　アンケート集計結果

2023/7/28作成

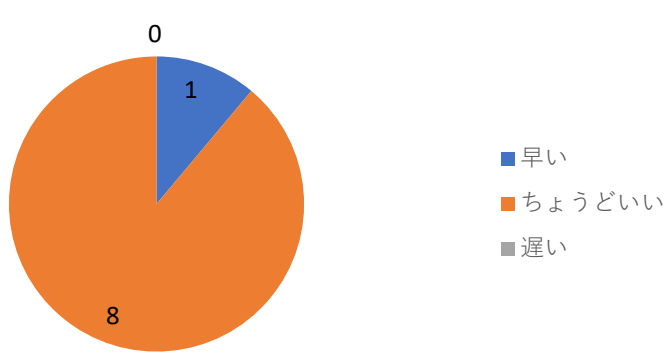
Q1.　あなたのご職業を教えてください。



Q2.　本日の説明会は良かったですか。



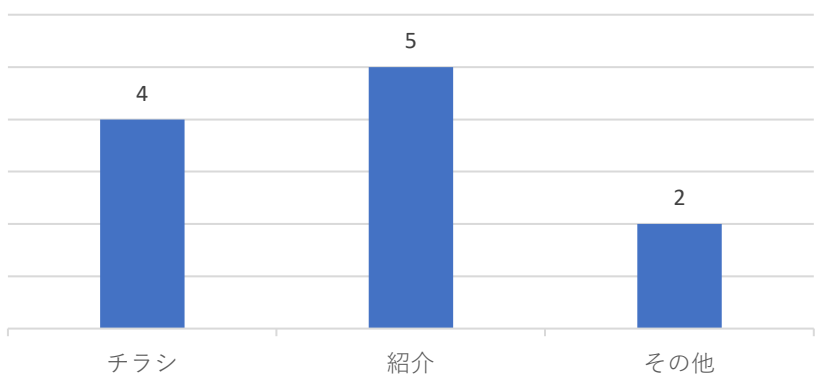
Q3.講演時間はいかがでしょうか。（開始時間）



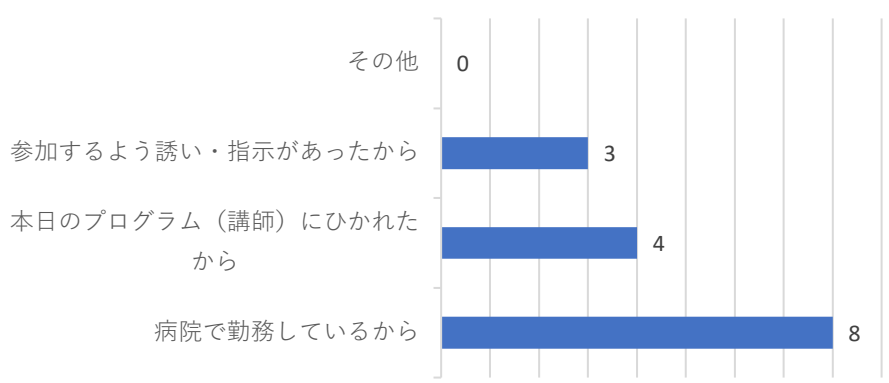
Q3.　講演時間はいかがでしたか。（講演）



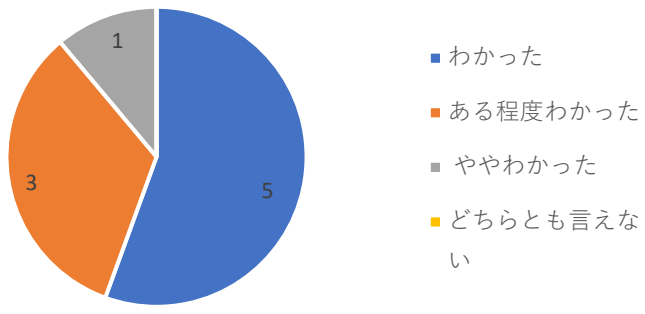
Q4.　今回の説明会はどこでお知りになりましたか。（複数選択可）



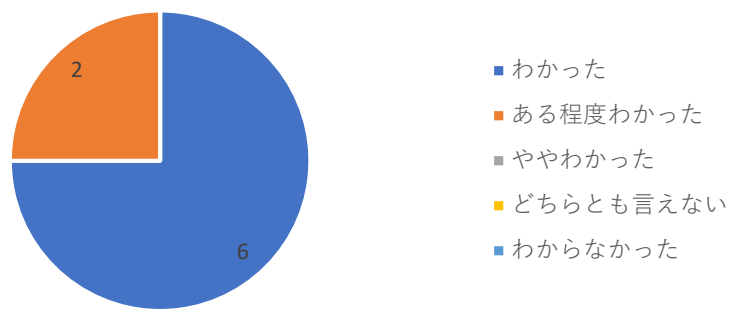
Q5.　今回の説明会に参加しようと思った動機を教えて下さい。（複数選択可）

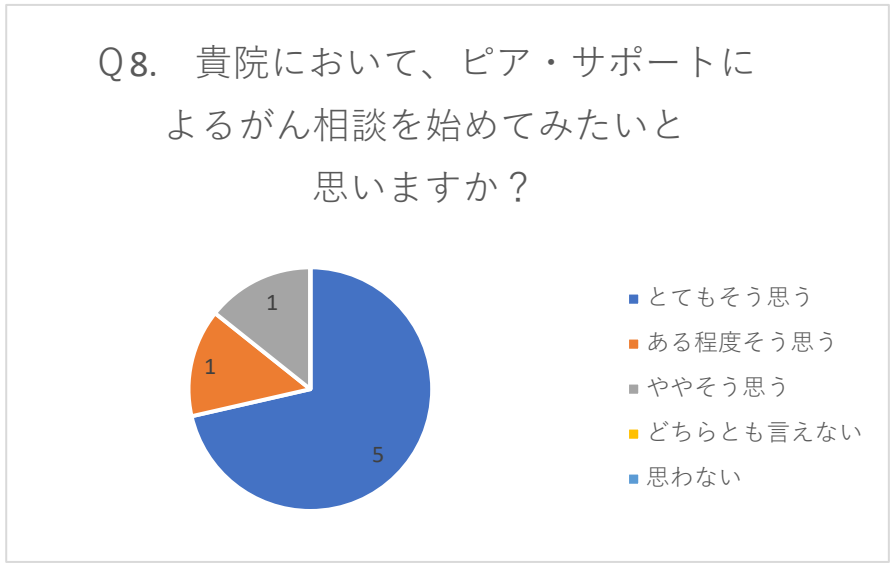


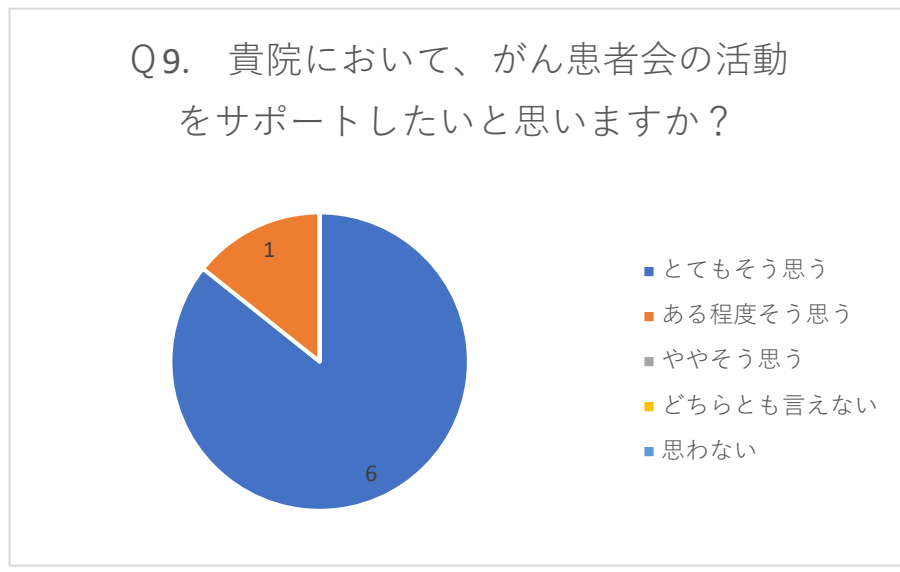
Q6.　沖縄県のがん医療体制について理解できましたか。



Q7.　ピア・サポート活動について理解できましたか。







Q10.　わたしのがんピア・サポートについてのご感想をお聞かせ下さい。

・病気や生活の不安がいつまでも続く中、話を聞いてもらえると気持ちを切り替えて日々生活することができるように思いました。
癌で悩んでいる人がいればピア・サポートを進めていきたいと思います。自分自身も傾聴できるように意識しながら仕事をしていきます。
・がん患者さんを看護する事はあっても、ピア・サポートという活動があることや色々な本やがん患者の支援する場などがあることを初めて知った。実際に経験していないから分からないでしょ。この症状は自分にしか分からないなど言われることも多く、その際どう言葉をかけてあげればよいかという思いもあった。今回の学びで、傾聴の大切さなど知ったことや、ピア・サポートという支援している方がいる事を看護する際に、患者さんへ伝えたり、今回の学びを活かしていきたいと思った。
・本やネットで誤った情報が広まりやすい現代において、「話」で直接繋がることの重要性は益々増していると感じた。
・がんの経験者だからこそ、患者さんの心に寄り添える場面が多いと感じた。ポジティブな言葉づかいや傾聴する姿勢を今後心がけていきたい。
・共感と具体的な答えを求める相談との窓口をわけるという意味でも良い施策と感じました。

Q11.　本日の説明会に関するご感想や、ご要望など何かあれば自由に記載してください。

・母親を癌で亡くしているので、もっと早く出会っていたら良かったです。
・次回も楽しみにしております。ありがとうございます。
・がんを実際に経験された方からのお話で、ピア・サポート活動が何故大切なのか理解することができました。
・群馬でもこのような取組みを普及して欲しいです。
・貴重なお話ありがとうございました。おきなわがんサポートハンドブックに診療科別の専門機関とその連絡先が書いてあるのがアクセスしやすく分かりやすいと感動した。

沖縄県地域統括相談支援センター

事業評価会議

開催報告

令和５年度

第２回　沖縄県地域統括相談支援センター事業評価会議

日　時　　令和 5 年 8 月 4 日（金） 9：00～10：00
場　所　　Zoom（オンライン）
出席者　　天野 慎介さん（一般社団法人グループ・ネクサス・ジャパン 理事長）
　　増田 昌人　　（沖縄県地域統括相談支援センター がんセンター長）
　　喜瀬　杏妃　　（沖縄県地域統括相談支援センター 事務補佐員）

【議 題】

1. アピアランス支援モデル事業　（資料 1）
2. 「沖縄県がん患者会連合会」との連携について　（資料 2）
3. ピア・サポーターの活動強化について　（資料 3）
4. オンライン相談について　（資料 4）
5. その他

【報告】

1. 令和 4 年度　第 4 回　事業評価会議　議事要旨　（資料 5）
2. センター事業計画　（資料 6）
3. 相談件数統計　（資料 7）
4. がん　ピア・サポーターフォローアップ研修会　（資料 8）
5. がん　ピア・サポート展　（資料 9）
6. 医療機関への説明会　（資料 10）
7. その他

【報告・協議事項】

(1)　アピアランス支援モデル事業

厚生労働省から提出いただいた資料をまとめて報告し、今後どのように進めていくべきか助言を求めた。

天野さんよりこの事業を進めていく上で2つの事をしっかり進めていく必要があると話す。1つ目は厚生労働省が示している項目を確実に行うこと。2つ目は沖縄県として次年度に繋げるために何をするべきか考える必要性があるということの助言を受ける。

項目を満たしていく中で、対面の開催は行いつつ、次年度以降の開催を考慮してオンラインでの開催も検討した方がいいのではないかと天野さん。そこで、国立がん研究センターが「働く人のためのアピアラス外見ケア講座」をオンラインで定期的に開催しているので、一度見学させてもらったらいいのではないかと天野さんよりご提案があった。

また、対面・オンラインで開催では、資生堂は共催ではなく協力との位置で開催するのはどうか。広報の際に、特定の化粧品等の干渉を目的としたものではないとチラシに表記した方がいいと助言いただく。

オンライン開催は年2回ほど行ってはどうかとのこと。心理的な安全性が不可欠であり、情報提供の場と実地の場は分けた方がよく、実地の場合はプライバシーはしっかりと守りつつ開催すると良い。

患者向けアピアランス教室などはがんサロンと併せて開催が望ましいが、単体で開催の場合は患者会関係の方にも声掛けするのも一つの方法。

男性向けの開催については、オンライン開催でかつ男性のみと限定した方がいい。広報については、あくまでも情報提供として統括ではピア・サポーターが相談対応していると紐づけても良いと話す。チラシ以外には動画を作るなど、他にもアピアランスに関する動画が上がっているので参考にすると良いと助言いただく。

今回のご提案とご指導いただいた内容を基に、年間計画を練り直すこととする。

(2)　「沖縄県がん患者会連合会」との連携について

現在連絡が取れていない現状を県へ報告していた方がいいのではないか。また、「沖縄県がん患者会連合会との連携が難しい状況」とがん診療連携協議会に参加している患者会委員へ意見を求めてはどうかと天野さんより助言を受ける。

センター長より、各部会でも報告していた方がいいとの提案があがる。

患者会としてよく問題となるのは、場所が借りれないことや人がいないことが多いと天野さん。

そこで、ある一定の条件を満たしている患者会には交流会の場や講演会の場を提供できるように、時間はかかると思うが一度交渉するのはどうかと提案を受ける。

患者会支援という点でどのように支援することができるか予め検討し準備しておくことが良いのではないかと助言いただく。

おきなわクリニカルシミュレーションセンターなど安価で借りることができるかなども含めて琉球大学病院として交渉をする運びとなる。

(3)　ピア・サポーターの活動強化について

前回天野さんからのご提案で、千葉県の野田さんよりピア・サポート活動についての意見交換会開催した旨を報告。

オンラインで2回意見交換会を開き、今年度は拠点病院3か所を千葉県を参考にパッケージで訪問する予定表を提示した。野田さんより定期的に助言いただいた方がいいとご提案いただく。

(4)　オンライン相談について

オンライン相談数が0という報告を受け、対面の出張ピア・サポートをオンラインで開催するのはどうか。無理には開催せずに今開催しているオンラインゆんたく会を定例化で続けていくと良いと助言をいただいた。

(5)　報告事項

令和4年度第4回事業評価会議議事要旨およびその他報告事項は時間の兼合いで書面報告とした。

資料１９-(１)

第２４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８月１０日（木）１４：００～１６：００

１　議　　題

（１）全国がん登録及び院内がん登録に係る課題について【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と対応方針　中間まとめ（案）【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】全国がん登録　情報の提供の利用規約【公開】

【参考資料６】諮問書・付議書【公開】

【参考資料７】申出一覧と各申出の概要【非公開】

【参考資料８】申出文書の形式点検書（X2023-0001～0003）【非公開】

【参考資料８】申出文書一式（申出番号 X2023-0001～0003）【非公開】

【参考資料 10】第 10 回全国がん登録情報の利用と提供に関する審査委員会審査報告書【非公開】

【参考資料 11】審査委員会・がん登録部会委員からの意見・質問への回答書【非公開】

第 24 回 厚生科学審議会がん登録部会	資料 1
令和５年８月 10 日	

全国がん登録及び院内がん登録に係る課題と対応方針
中間とりまとめ（案）

厚生科学審議会がん登録部会

令和５年●月

Ⅰ　はじめに 1

Ⅱ　制度の見直しに向けた課題と対応方針 3

１．全国がん登録に係る課題と対応方針 3

（１）全国がん登録情報の整備 3

（２）全国がん登録データベースを用いた情報の利用及び提供 5

（３）全国がん登録情報等の適切な取扱い
（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） 15

２．院内がん登録に係る課題と対応方針 16

（１）院内がん登録の推進 16

（２）院内がん登録全国収集データの利活用 18

Ⅲ　おわりに 19

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。

がん対策の推進を科学的知見に基づき実施するためには、正確ながんの患者数や罹患率、生存率、治療内容等の実態把握が必要不可欠であり、がん登録によって得られた正確な情報に基づくがん対策の実施及び各地域の実情に応じた施策の実施、がんのリスクやがん予防等についての研究の進展並びに患者やその家族等に対する適切な情報提供が期待されている。

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、がん対策の一層の充実に資することを目的として、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。）が施行された。これにより、より広範、正確にがんの罹患、診療、転記等の情報を収集可能な制度として、全ての医療機関及び指定された指定診療所（以下「病院等」という。）が、がんに関する情報を届け出る「全国がん登録」の仕組みが整備された。がん登録推進法は、これに加えて、全国がん登録に係る情報の利用及び提供、保護等について定めるとともに、院内がん登録等の推進に関する事項を定め、あわせて、がん登録等により得られた情報の活用について定めることにより、がんに係る調査研究を推進し、もってがん対策の一層の充実に資することを目的としている。

また、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。

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。加えて、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。

これらの背景を踏まえ、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（以下「がん登録部会」という。）（令和３（2021）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について令和３（2021）年 12 月より議論を行い、今般、検討結果を「中間とりま

とめ」として以下のとおり取りまとめた。

平成 25（2013）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等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及び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。

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。

Ⅱ　制度の見直しに向けた課題と対応方針

１．全国がん登録に係る課題と対応方針

（１）全国がん登録情報の整備

①　届出の照合・集約作業の効率化及びデータ精度の向上

（課題）

○　現在、病院等からの届出は、法第８条及び第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、その効率化及び精緻化が課題となっている。

○　これまでの議論において、照合・集約作業の効率化及び精緻化に向け、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、マイナンバーの収集・利用に当たっては、国民の利便性の向上、行政の効率化及び公平・公正な社会を実現するという趣旨を含めたマイナンバー制度への合致性や、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こと等を踏まえ、慎重な検討が求められる。また、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ため、当該ＩＤを利用することが、より実現性が高いと考えられる。

（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・集約作業の効率化及び精緻化のため、被保険者番号又は被保険者番号から生成されるＩＤ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項及び住民基本台帳法（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調査への協力に係る通知及びＨＰへの掲載を、令和５（2023）年６月に行っている。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、引き続き周知に努めるべきである。

○ 加えて、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）全国がん登録データベースを用いた情報の利用及び提供

① 全国がん登録情報等の利用及び提供の申出から提供までの手続きの簡略化

（課題）

○ 現在、全国がん登録情報及びその匿名化を行った情報（以下「全国がん登録情報等」という。）の利用と提供に当たっては、法第 17 条第２項等に基づき、審議会等の意見を聴かなければならないとされており、全国がん登録情報の利用と提供は厚生科学審議会、匿名化が行われた全国がん登録情報の利用と提供は国立がん研究センターに設置された合議制の機関で審議されている。また、利用の申出に係る事務処理等については、「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。）及び窓口組織[1]において作成される「事務処理要綱」に基づき、実施されている。

○ 全国がん登録情報等の利用推進のため、審査時間の短縮、利用に係る手続きの効率化、事務負担の軽減が課題とされている。これらの課題を解消するため、第 18 回がん登録部会（令和３（2021）年 12 月９日）において、
・「全国がん登録 罹患数・率 報告」の作成に係る審議簡略化
・国立がん研究センターがん登録センターにおける全国がん登録データベースの管理業務の審議簡略化
・厚生労働大臣によるがん対策のための集計値利用の審議簡略化
・窓口組織・事務局の事前審査の簡略化
等の対応策について議論を行い、検討・運用を開始している。

○ また、全国がん登録情報の利用と提供の審議については、厚生科学審議会から付議を受け、がん登録部会に設置された全国がん登録情報の利用と提供に関する審査委員会で１度目の審議を行い、さらにがん登録部会で２度目の審議を行う「２段階の審議」を行っている。申出の締切から審査結果の通知まで約３カ月半の期間を要しており、これについて短縮を求める声がある。

（対応方針）

○ 第 18 回がん登録部会において議論された対応策については、適切なタイミングで運用を開始できるよう、厚生労働省及び国立がん研究センターは、引き続き検討を進めるべきである。

○ 全国がん登録情報の提供の申出から審査結果通知までの期間を短縮し、情報の利活用を推進するため、その審査体制について見直しを検討するべきである。

[1] 国立がん研究センター（全国がん登録情報等の提供に係る事務）及び都道府県又は都道府県知事から指定を受けた者（都道府県がん情報等の提供に係る事務）。

② 情報の利用範囲（民間事業者の利用可否）の明確化

（課題）

○ 全国がん登録情報等は、法第 17 条のほか、法第 21 条第１項から第４項までに基づき、厚生労働大臣から第三者への提供が行われている。また、都道府県がん情報及びその匿名化を行った情報については、法第 18 条から第 20 条までのほか、法第 21 条第８項又は第９項の規定に基づき、都道府県知事から第三者への提供が行われている。このうち、法第 21 条第３項、第４項、第８項及び第９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係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を考慮し、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、がん医療の質の向上等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るべきである。

○ 一方で、全国がん登録で収集された情報は、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、主たる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情報の管理体制等に留意するべきである。

○ 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、必要に応じて提供マニュアル等を改訂するなど、適切な利活用の推進を図るべきである。

③ 匿名化の定義の明確化

（課題）

○ 全国がん登録データベースを用いた情報の提供については、患者の氏名等を含む顕名情報を収集した上で、第三者提供の規定として、ａ）研究者が有する別のデータとのリンケージが可能な状態での提供、ｂ）匿名化が行われた情報での提供、の２つの類型を設けている。

○ がん登録推進法第２条第９項において、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」とされている。全国がん登録情報の匿名化については、運用上、原則、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号。以下「個人情報保護法」という。）に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を有するか否かについては、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ている。

○ このことについては、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、匿名化を行った情報（以下「匿名化情報」という。）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」[2]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、判断に「ぶれ」が生じるおそれがあることが課題とされている。

○ これまでの議論においては、匿名化の加工基準について、個人情報保護法や他の公的データベースの規定を参考にしつつも、医療分野の実態に即した運用によるべきといった意見や、特に希少がんや小児がん対策に資する調査研究等は医療の質の向上に向けて重要であり、匿名化の加工基準が過度にこれを妨げることは適切ではないといった意見、加工基準や識別行為の禁止等のルールの明確化について、情報の安全性の確保という観点からも検討が必要ではないかといった意見があった[3]。

---

[2] 個人情報保護法における「匿名加工情報」は、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と定義され、匿名加工のために必要な措置として、ａ）特定の個人を識別可能な記述等の全部又は一部の削除又は置換、ｂ）個人識別符号の全部の削除又は置換、ｃ）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、ｄ）特異な記述等の削除又は置換するほか、ｅ）個人情報データベース等の性質を勘案した適切な措置が必要とされている。

[3] 個人情報保護法第２条第１項第１号に該当する「当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等

（対応方針）

○ 個人の権利利益を確実に保護した上で、全国がん登録データベースを用いた情報の適正な第三者提供を可能にするため、また、他の公的データベース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データベース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又はガイドライン等で明確化することを検討するべきである。また、情報の適正な保護の観点からは、提供時の加工基準のみならず、識別行為の禁止や公表基準等の受領者の行為規範もあわせて検討するべきである。

○ 一方で、個人情報保護法の「匿名加工情報」相当の加工基準とした場合、一部の希少がんや小児がん等のデータについては、個人情報保護法における「特異な記述等」に相当するものとして、加工時に当該データの削除をしなければならない可能性がある。がん医療の質の向上等に資することが期待される調査研究において、希少がん等のデータは有用性が高いことから、個人情報保護法の「匿名加工情報」相当の加工基準よりも緩やかな基準により加工された情報の利活用を可能とする方策の是非等についても検討を行うべきである。ただし、当該検討の際には、仮に「特異な記述等」の削除が必ずしも必要がない事とした場合には、特定の個人の識別や元の個人情報の復元につながるおそれがあること等を踏まえ、個人の権利利益の保護の観点からも十分な検討を行う必要がある。

○ また、今般、医療等データの利活用法制の整備が進展していることから、個人情報保護法等の関連法令との関係性も踏まえつつ、がん登録推進法について更に解釈等を示すことも検討するべきである。

○ 加えて、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といった、運用面での取組も必要である。

により特定の個人を識別できるもの（他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含む。）」の容易照合性については、提供元基準とされている。

④ 他のデータベースとの連結・解析

（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（2018）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（2020）年 10 月にＮＤＢと介護ＤＢの連結解析、令和４（2022）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（2022）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（2023）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等との連結解析に係る規定が整備されていない。

○ 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。加えて、他のデータベースとの連結・解析に当たり、個人識別のリスクが高まることを十分に考慮すべき、との意見があった。

（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（又はＩＤ４及びＩＤ５）[4]を用いた利用者における連結解析を行うことが考えられる。

[4] ＩＤ４、ＩＤ５は患者の同一性を確保するための個人識別情報（ＩＤ）の一つであり、ＩＤ４はカナ氏名・生年月日・性別、ＩＤ５は被保険者番号の履歴から作成され、ＮＤＢに格納されている。研究者等が他の研究で使ったＩＤと照合できないようにするため、提供の都度ハッシュ化（数値や文字列を、一定の変換式に従い、復元不可能な文字列（疑似乱数）に変換すること。）が行われる。

運用に向けては、個別具体的に、どのような目的であれば連結を認めて良いか等、がん登録推進法で収集された情報の利活用としての範囲について議論を深めるとともに、連結解析を可能とするための法的・技術的検討を進める必要がある。また、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特定の個人が識別されることを防止するために、必要な安全管理措置等を確保するよう、留意点について今後整理・検討する必要がある。

○ 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、対象となるがん患者の同意を前提に氏名等の情報の照合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。

⑤ 情報の国外提供に係るルールの整理

（課題）

○ 全国がん登録データベースを用いた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。

○ 全国がん登録データベースを用いた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、国際標準ルールの策定への日本（アジア）の視点導入

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、第 17 回がん登録部会（令和３（2021）年９月 29 日）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。しかしながら、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、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）

○ 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、我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、匿名化が行われた全国がん登録情報及び都道府県がん情報の国外提供を可能とするよう、必要な対応を検討するべきである。

○ 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。

○ 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、国民還元の観点から、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いて、全国がん登録データベースを用いた情報の提供を受ける調査研究の内容及び目的、個人情報の取扱い、研究の成果等について利用者が適切に情報公開することにより、国民に対する説明を推進するべきである。

○ 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。

⑥ 法第 20 条に基づいて提供された情報の取扱いの見直し

（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り扱う管理室に還元されている。

○ 法第 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 条まで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（平成 27 年政令第 323 号）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ため、こうした柔軟な取扱いができず、全国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い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。

○ なお、「がん登録推進法と個人情報保護法との関係性整理検討会議」が取りまとめた報告書[5]においても、「全国がん登録データベースから提供される予後情報と、届出病院が保有する診療情報とは、いずれも同じ患者の情報であるにもかかわらず、別の情報として取り扱うという現在の法第 20 条の整理は、合理性がないと考えられる。全国がん登録データベースから提供された情報は国から提供される新たな情報であると

5 「がん登録推進法と個人情報保護法との関係性整理検討会議」は、令和３年度厚生労働科学研究「がん登録等の推進に関する法律の改正に向けた課題解決に関する研究」において、個人情報保護の観点から、がん登録推進法の現状の課題を踏まえた改正案の方向性等について議論を行うことを目的として個人情報保護、データの匿名化処理、データ利用等の専門家で構成されたワーキンググループである。2021 年９月 29 日から 2022 年２月までに５回開催され、がん登録推進法の課題等について検討が行われた。報告書は、本検討会議で議論された内容を整理し、令和４年３月に取りまとめられた（https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202108055A-buntan.pdf）。

整理された結果の解釈であるとしても、個人の権利利益が侵害されるか否かという個人情報保護の原則に立ち戻って、合理性のある制度設計の検討がなされるべきである。」との意見が提示されている。

（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、院内がん登録への還元を目的とした 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、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性を勘案し、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）全国がん登録情報等の適切な取扱い（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 30 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に、全国がん登録情報若しくは都道府県がん情報又はこれらの情報の匿名化が行われた情報の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、全国がん登録情報若しくは都道府県がん情報又はこれらの情報の匿名化が行われた情報の提供は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るべきであること、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）

○ 全国がん登録データベースを用いた情報の第三者提供における安全管理措置の見直し及びリモートアクセス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、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るべきである。

２．院内がん登録に係る課題と対応方針

（１）院内がん登録の推進

（課題）

○ 法第２条第４項に定める「院内がん登録」は、法施行前から全国のがん診療連携拠点病院等で実施されており、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る。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。

○ 平成 19（2007）年から、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おり、同年以降毎年、国立がん研究センターにおいて、当該情報（以下「院内がん登録全国収集データ」という。）を基に報告書を作成・公表している。報告書において信頼性の高い生存率を算定するためには、患者の予後情報を把握する調査が必要となる。

○ がん登録推進法施行後の症例については、20 条提供情報を利用した予後情報の収集が可能である一方、がん登録推進法施行前（平成 19（2007）年～平成 27（2015）年）の症例における予後情報は、市町村等へ調査を依頼する必要がある。現在は、実施主体である国立がん研究センターにおいて、各病院から付託を受け、一括して市町村に問い合わせる「院内がん登録予後調査支援」を実施し、住民基本台帳法第 12 条の３に基づく住民票等の提出を求めることで調査を実施しているが、地方公共団体毎の対応にばらつきがあると都道府県別の生存状況把握割合に大きな差が生じてしまうことが課題とされている。

○ これまでの議論においては、信頼性の高いデータを算出することが、科学的根拠に基づくがん対策につながり、ひいては市民・国民の利益になるという、調査の目的及び重要性について、地方公共団体の担当者の理解の促進を行うことが重要ではないかという意見があった。

○ また、各病院において記録、保存する院内がん登録の項目については、院内がん登録指針第２条第３項第１号において「院内がん登録の登録様式については、国立がん研究センターが提示する院内がん登録に係る標準的な登録様式に準拠することとし、各病院において、登録項目を追加することができる。」と定められており、国立がん研究センターが「がん診療連携拠点病院等　院内がん登録　標準登録様式」を作成・改

訂している。

○ これまでの議論においては、がん医療の質をより詳細に把握するため、院内がん登録の登録実務を担当する者の負担を考慮しつつ、新たな項目を導入することについても検討すべきとの意見があった。

（対応方針）

○ 法施行前の院内がん登録情報の予後調査について、地方公共団体の担当者から協力が得られるよう、国立がん研究センターにおいて適切な説明及び周知を行うべきである。

○ 院内がん登録の記録、保存項目を追加することについて国立がん研究センターにおいて検討を行い、必要に応じ、「がん診療連携拠点病院等　院内がん登録　標準登録様式」を改訂する等の対応を行うべきである。

（２）院内がん登録全国収集データの利活用

（課題）

○ 平成 19（2007）年から、国立がん研究センターにより収集されてきた院内がん登録全国収集データは、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が課題とされていた。

○ 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るべきであること、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は、当面の利活用に係る整理として、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、2023 年より第三者提供を開始している。将来的には、院内がん登録全国収集データの更なる利活用を促進するため、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

本部会は、現行制度における課題について令和３（2021）年 12 月より議論を行ってきた。

対応方針として提示した論点については、関係省庁、関係機関と連携しつつ厚生労働省において検討を行い、直ちに対応できるものは、速やかに実施するべきである。

また、厚生労働省における対応方針の検討状況を踏まえ、本部会において議論を行うべき事項については、引き続き議論を行ってまいりたい。

（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
・匿名化の定義等の明確化
・中間取りまとめ（案）

●第 24 回（令和５年８月 10 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

・中間取りまとめ（案）

資料１９-(２)

第 39 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８月９日（水）13：00～15：00
場　所：オンライン開催

１　開　会

２　議　題
（１） 子宮頸がん検診における HPV 検査単独法の導入について
（２） 超音波検査による乳がん検診の有効性を検証する比較試験（J-START）の進捗状況について
（３） その他

【資　料】
資料１　　子宮頸がん検診における HPV 検査単独法の導入について
資料２　　超音波検査による乳がん検診の有効性を検証する比較試験（J-START）の進捗状況について（石田参考人提出資料）

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　厚生労働科学研究費「がん検診の利益・不利益の適切な情報提供の方法の確立に資する研究」班作成資材一覧
参考資料３－１　研究班ホームページの概要と一部の成果物
参考資料３－２　WHO 資材翻訳書 1 抜粋
参考資料３－３　WHO 資材翻訳書 2 抜粋
参考資料３－４　WHO 資材を基にした E-ラーニング資材　スクリプト入り抜粋版
参考資料３－５　検診対象者向け E-ラーニング資材（動画）スクリプト入り抜粋版
参考資料３－６　参考資料３―４の資材を基にした検診対象者向けリーフレット
参考資料４　がん検診 Shared Decision Making(SDM)運用マニュアル 2022 年度版
参考資料５　がん検診受診率の推移
参考資料６　がん検診国際比較

第39回がん検診のあり方に関する検討会	資料１
令和５年８月９日（水）	

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

子宮頸がん検診におけるHPV検査単独法の導入について

厚生労働省 健康局がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

- これまでの議論の経緯

子宮頸がん検診へのHPV検査導入に係る議論の経緯について

【現状】

- 「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」とする）では、20歳以上の女性を対象に、２年に１回の細胞診が推奨されている。
- 最新の子宮頸がん検診のガイドライン（2019年度）（以下、「子宮頸がん検診ガイドライン」という。）において、「HPV検査単独法」は推奨グレードＡと示されていることに加え、現行の細胞診単独法と比べて検診間隔を延長することが可能と示された。
- 一方で、「その効果を自治体の検診制度の中で発揮するためには、HPV陽性者に対する長期の追跡を含む精度管理体制の構築が前提であり、遵守できない場合は効果が細胞診単独法を下回る可能性がある」とされている。
- 第38回がん検診のあり方に関する検討会（令和５年６月２日）において、厚生労働科学研究班から日本版のアルゴリズム（案）及び導入に際しての課題が示された。

- 子宮頸がん検診へのHPV検査導入に向けた課題の整理及び対応策に係る検討を行う。

HPV検査単独法の導入に対するメリットについて

■受診者、自治体にとってのメリットを以下に示す。

【受診者】

- HPV検査陽性者のごく一部が数年後に子宮頸がんの有病者となり得るため、そのリスク保持者が追跡管理されることで子宮頸がんの早期発見・早期治療に繋がる。
- 現行の細胞診の検診間隔は２年ごとであるが、HPV検査単独法では受診者の約８～９割が５年ごととなることから、全体として受診行動の負担軽減が期待できる。

※　液状検体を使用することで「HPV検査陽性」となった場合でも検査のために再度受診する必要はない。

【自治体】

- がん検診の未受診理由で最も多いのは「受ける時間がないから28.9%」であり、受診行動の負担が軽減されることで、受診率向上への影響が期待できる。
- 検診間隔が延長されることで、事務負担等が軽減される。

子宮頸がん検診ガイドラインにおけるHPV検査の位置づけについて

■ HPV検査単独法は、現行の細胞診と同様の推奨グレードＡと示されたが、導入には精度管理体制の構築が前提である。

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

推奨の概要

検査法	内容	推奨度
細胞診単独法	20歳～69歳、2年に1回	A
HPV検査単独法	30歳～60歳、5年に1回	A
HPV検査＋細胞診併用法	30歳～60歳、5年に1回	C

有効性（浸潤がん罹患率減少効果）と不利益（偽陽性）を指標として検討：

- 細胞診と比較して、HPVを含む方法では１万人あたり浸潤癌罹患者数は２～３人減少する。
- 浸潤がん罹患率減少効果は、HPV検査単独法とHPV検査＋細胞診併用法で大差はない。
- 細胞診と比較して両者とも偽陽性者数は増加する。偽陽性者数を指標とした不利益は、細胞診、HPV検査単独法よりも細胞診＋HPV検査併用法で明らかに大きい。

HPV検査陽性者の大半（例：細胞診陰性/HPV陽性者）は、その時点では病変を有さず、そのごく一部が数年後に有病者となり得るため、これらのリスク保持者の長期間の追跡管理が検診の効果に大きく影響する。

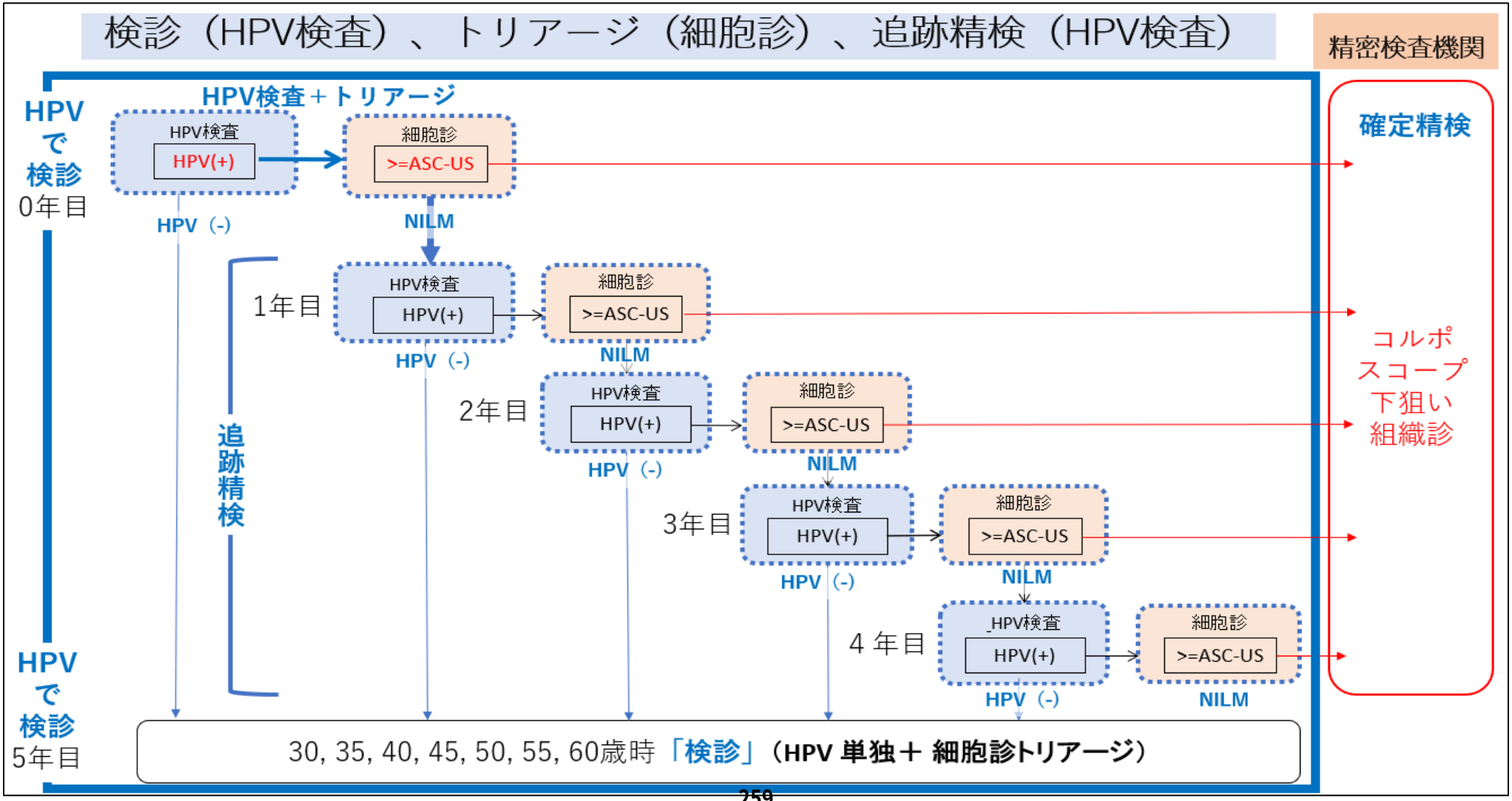
HPV検査を用いた検診は、実現可能性のあるアルゴリズムの構築と検診の精度管理を含めて、適切な検診の運用ができる場合にのみ実施すべきである。

6

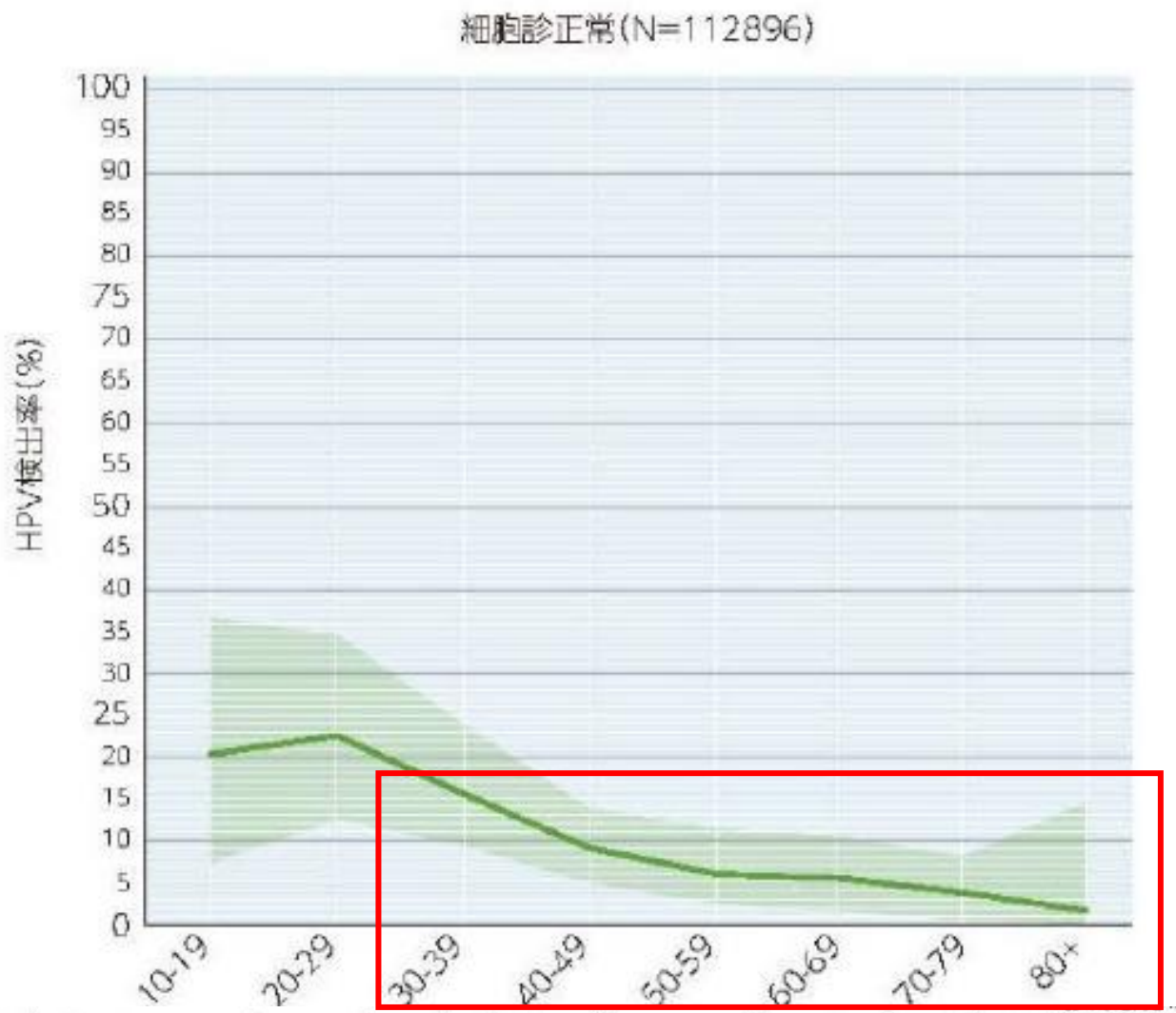
第35回がん検診のあり方に関する検討会　資料２より抜粋

HPV検査単独法のアルゴリズム（案）について

■ 研究班において作成された、HPV検査単独法の日本版アルゴリズム（案）を以下に示す。



HPV検出率について



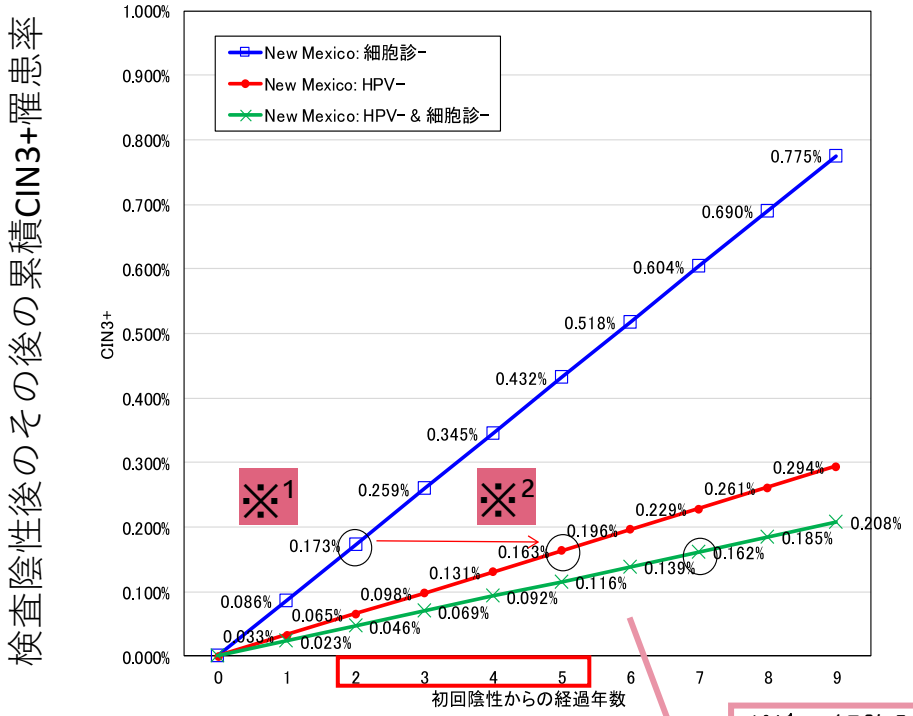
出典：Palmer, M., et al. Genotype prevalence and age distribution of human papillomavirus from infection to cervical cancer in Japanese women: A systematic review and meta-analysis. Vaccine 40, 5971-5996 (2022)より作図

出典：子宮頸がんとその他のヒトパピローマウイルス（HPV）関連がんの予防ファクトシート2023公開　図２より一部加工

検診間隔の検討

- 細胞診単独法による検診で、「検診陰性」で2年間隔をあけても良いと考えられる発症のリスク（CIN3+の累積発症リスク）が、HPV検査を用いた検診でどのくらいの間隔に当たるのかを検討

VI2_2）-図 4. 初回判定陰性者の **CIN3+**累積進展リスクによる検診間隔の検討**:**米国ニューメキシコ州の結果（**4** 万 **7** 千人、**3** 年追跡、**HPV** の検診間隔 **5** 年に延長可能）



Wheeler CM, et al. Int J Cancer, 2014より作図

子宮頸がん検診エビデンスレポート2019年版
子宮頸がん検診エビデンスレポート文献レヴュー委員会P145

VI2_2）-表 1. CIN3+への進展リスク

Study	検診間隔	ベースライン結果	CIN3+への進展リスク(%)						
			1年	2年	3年	4年	5年	6年	7年
Kaiser Permanente Northern California	2年	細胞診(-)	0.070	***0.140***					
		HPV(-)	0.032			***0.128***			
		細胞診(-)/HPV(-)	0.032			***0.126***			
Swedescreen	2年	細胞診(-)	0.115	***0.231***					
		HPV(-)	0.043				***0.215***		
		細胞診(-)/HPV(-)	0.041				***0.204***		
POBASCAM	2年	細胞診(-)	0.077	***0.153***					
		HPV(-)	0.043			***0.171***			
		細胞診(-)/HPV(-)	0.038			***0.151***			
New Mexico	2年	細胞診(-)	0.086	***0.173***					
		HPV(-)	0.033				**0.163**		
		細胞診(-)/HPV(-)	0.023						**0.162**
Joint Europe	-	細胞診(-)	0.162	***0.324***					
		HPV(-)	0.045						**0.315**
		細胞診(-)/HPV(-)	0.047						**0.327**
ARTISTIC	-	細胞診(-)	0.105	***0.210***					
		HPV(-)	0.047				***0.233***		
		細胞診(-)/HPV(-)	0.038					***0.230***	

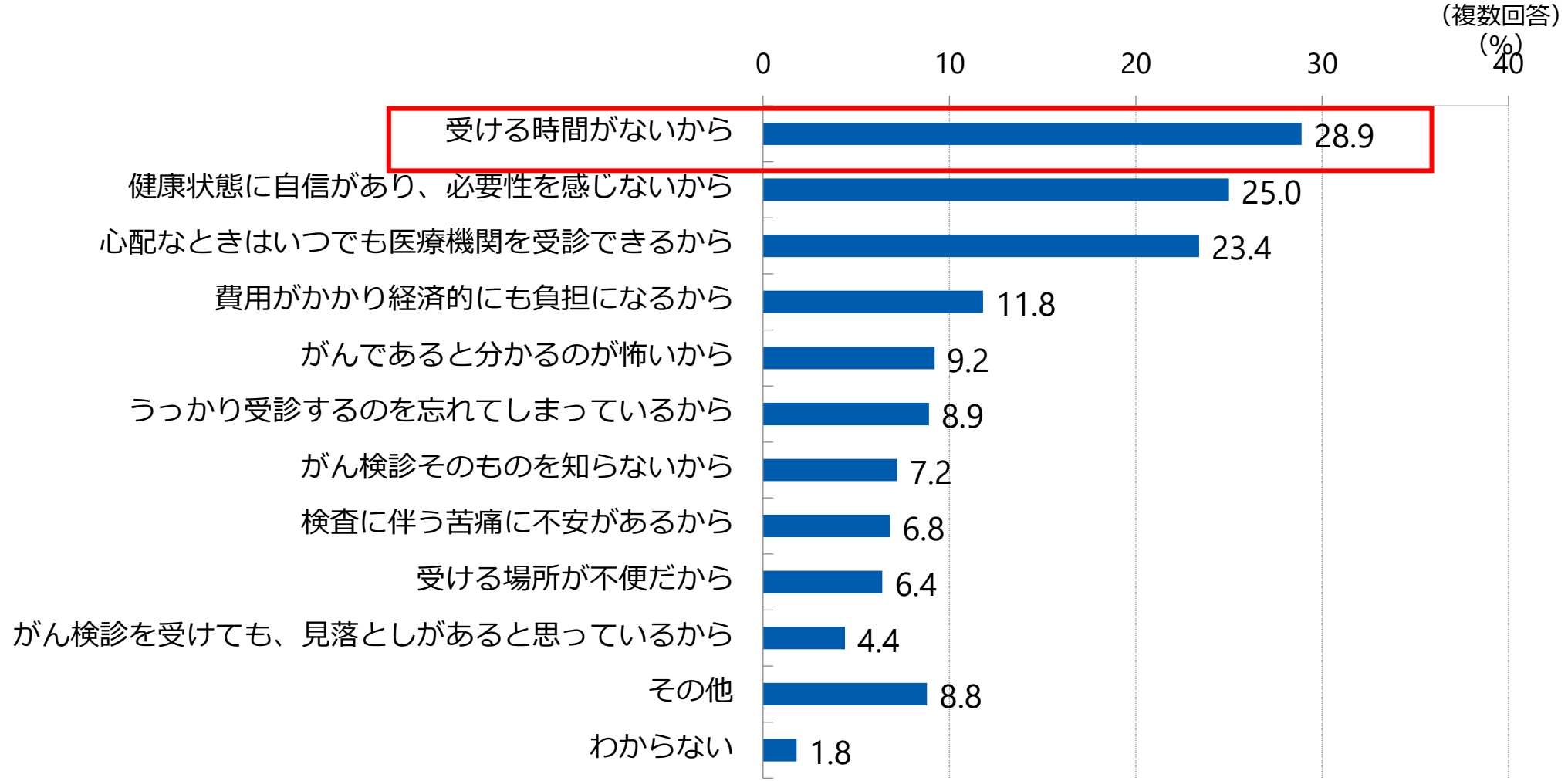
子宮頸がん検診エビデンスレポート2019年版
子宮頸がん検診エビデンスレポート文献レヴュー委員会P140

※1　細胞診陰性確認から2年経過時点で1.73人/1000人のCIN3以上の病変がみつかる。
※2　HPV検査陰性者からは、2年経過時点で0.65人／1,000人、5年経過時点で1.63人／1,000人のCIN3＋がみつかる。
→細胞診陰性確認後2年経過時点と同様の発見人数となるのはHPV陰性確認後5年程度経過時点

HPV検査で陰性と判定された者について、検診間隔を２倍から 3.5倍（現行の２年から５年程度）に延長することが可能と考えられる。

がん検診未受診の理由

■ 対象：全国の日本国籍を有する18歳以上の者3,000人、有効回収数：1,647人（回収率 54.9%）※調査員による個別面接聴取



262

出典：令和元年７月がん対策・たばこ対策に関する世論調査（内閣府大臣官房政府広報室）

子宮頸がん検診へのHPV検査単独法の導入に係る目下の課題

■ 研究班より提示された課題を以下に示す。

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

第38回がん検診のあり方に関する検討会資料2より抜粋

第38回がん検診のあり方検討会における構成員からの主なご意見

■ 前回の検討会において、構成員からいただいた主なご意見を以下に示す。

【実務・運用等について】

- 仮に導入した場合、俯瞰すると２種類の検診が混在することとなることから、異なる検診を実施している自治体間での転出入者への対応等が生じた場合でも、適切な受診勧奨が実施できるよう、整理する必要があるのではないか。
- 実施する自治体におけるシステム改修が必要であり、そのための準備期間や費用等についても考慮する必要があるのではないか。

【周知・普及啓発等の事前準備について】

- 検診の対象者への情報発信・普及啓発を効果的に進めるため、地域の医師会等の協力を得ながら、行政と医療機関等が協働する必要があるのではないか。

- 論点の整理

子宮頸がん検診へのHPV検査導入に向けた論点

■ 子宮頸がん検診へのHPV検査導入に向けた主な論点を以下に示す。

【総論的事項】

- 導入にあたり必要な体制等について

【各論的事項】

- 検診の対象者の定義（年齢、受診間隔等）について
- 追跡精検の対象者の整理とフォローアップの手法について
- 液状検体の導入について
- 自治体・医療機関等において必要な事前準備等について

【総論的事項】

- 導入にあたり必要な体制等について

【各論的事項】

- 検診の対象者の定義（年齢、受診間隔等）について
- 追跡精検の対象者の整理とフォローアップの手法について
- 液状検体の導入について
- 自治体・医療機関等において必要な事前準備等について

「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」の構成について

■ 「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」において、「第３　がん検診」の「１　総則」及び「２」から「６」までのがん種別の記載より、実施体制や留意点、検診実施機関に係る規定がなされている。

「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」記載事項（抜粋）

第１　目的

第２　がん予防重点健康教育

第３　がん検診

１　総則

（１）種類　（２）実施体制　（３）対象者　（４）実施回数　（５）受診指導　（６）事業評価

２　胃がん検診

（１）検診項目及び各検診項目における留意点　（２）結果の通知　（３）記録の整備　（４）事業評価　（５）検診実施機関

３　子宮頸がん検診

（１）検診項目及び各検診項目における留意点　（２）結果の通知　（３）記録の整備　（４）事業評価　（５）検診実施機関　（６）その他

４　肺がん検診

（１）検診項目及び各検診項目における留意点　（２）結果の通知　（３）記録の整備　（４）事業評価　（５）検診実施機関　（６）その他

５　乳がん検診

（１）検診項目及び各検診項目における留意点　（２）結果の通知　（３）記録の整備　（４）事業評価　（５）検診実施機関　（６）その他

６　大腸がん検診

（１）検診項目及び各検診項目における留意点　（２）検診結果の区分　（３）結果の通知　（４）記録の整備　（５）事業評価
（６）検診実施機関　（７）その他

７　総合がん検診

８　その他

総則について

■ 「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」の「第３　がん検診　１　総則」において、基本的な実施体制（精度管理体制を含む。）や対象者の定義等が定められている。

「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」記載事項（抜粋）

第３　がん検診

１　総則

（１）種類

（２）実施体制

がん検診の実施体制は、次のとおりとする。

①　がん検診に習熟した検診担当医及び検診担当臨床検査技師等が確保されていること。

②　２から７までに規定する検診項目、結果の通知、記録の整備及び事業評価が実施されていること。

③　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」（平成２０年３月３１日付け健総発０３３１０１２号厚生労働省健康局総務課長通知）の別添「健康診査管理指導等事業実施のための指針」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（胃がん部会、子宮がん部会、肺がん部会、乳がん部会及び大腸がん部会）が設置されていること。

④　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。

⑤　がん検診の対象者自身が、がん検診の利益・不利益を考慮した上で受診を検討することが望ましい。そのため、検診の実施に当たっては、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。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。

⑥　その他精度管理に関する事項が適切に実施されていること。

（３）対象者

①　胃がん検診については、当該市町村の区域内に居住地を有する５０歳以上の者を対象とする。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。なお、受診を特に推奨する者を５０歳以上６９歳以下の者とする。

②　子宮頸がん検診については、当該市町村の区域内に居住地を有する２０歳以上の女性を対象とする。なお、受診を特に推奨する者を２０歳以上６９歳以下の者とする。

③～⑤（略）

胃がん検診における胃内視鏡検査の取扱いについて

- 「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」の「第３　がん検診　２　胃がん検診　（１）検診項目及び各検診項目における留意点」において、胃内視鏡検査の実施に当たっては、胃内視鏡検診マニュアルを参考とすることとされている。
- 当該マニュアルにおいて、実施に当たり自治体や検診実施機関等に必要な体制等が示されている。

「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」記載事項（抜粋）

第３　がん検診

２　胃がん検診

（１）検診項目及び各検診項目における留意点

胃がん検診の検診項目は、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。市町村は、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。

①　問診

問診に当たっては、現在の症状、既往歴、家族歴及び過去の検診の受診状況等を聴取する。

②　胃部エックス線検査

ア　胃部エックス線検査は、胃がんの疑いがある者を効率的にスクリーニングする点を考慮し、原則として間接撮影とする。ただし、地域の実情に応じ、直接撮影を用いても差し支えない。なお、間接撮影は、７×７㎝以上のフィルムを用い、撮影装置は、被曝線量の低減を図るため、イメージ・インテンシファイア方式が望ましい。

イ　撮影枚数は、最低８枚とする。

ウ　撮影の体位及び方法は、日本消化器がん検診学会による「新・胃Ｘ線撮影法ガイドライン改訂版（２０１１年）」を参考にすること。

エ　造影剤の使用に当たっては、その濃度を適切に保つとともに、副作用等の事故に注意する。

オ　胃部エックス線写真の読影は、原則として十分な経験を有する２名以上の医師によって行い、その結果に応じて、過去に撮影した胃部エックス線写真と比較読影することが望ましい。

③　胃内視鏡検査

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「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル　２０１７年度版」（以下「胃内視鏡検診マニュアル」という。）を参考にすること。

運用マニュアルの作成について

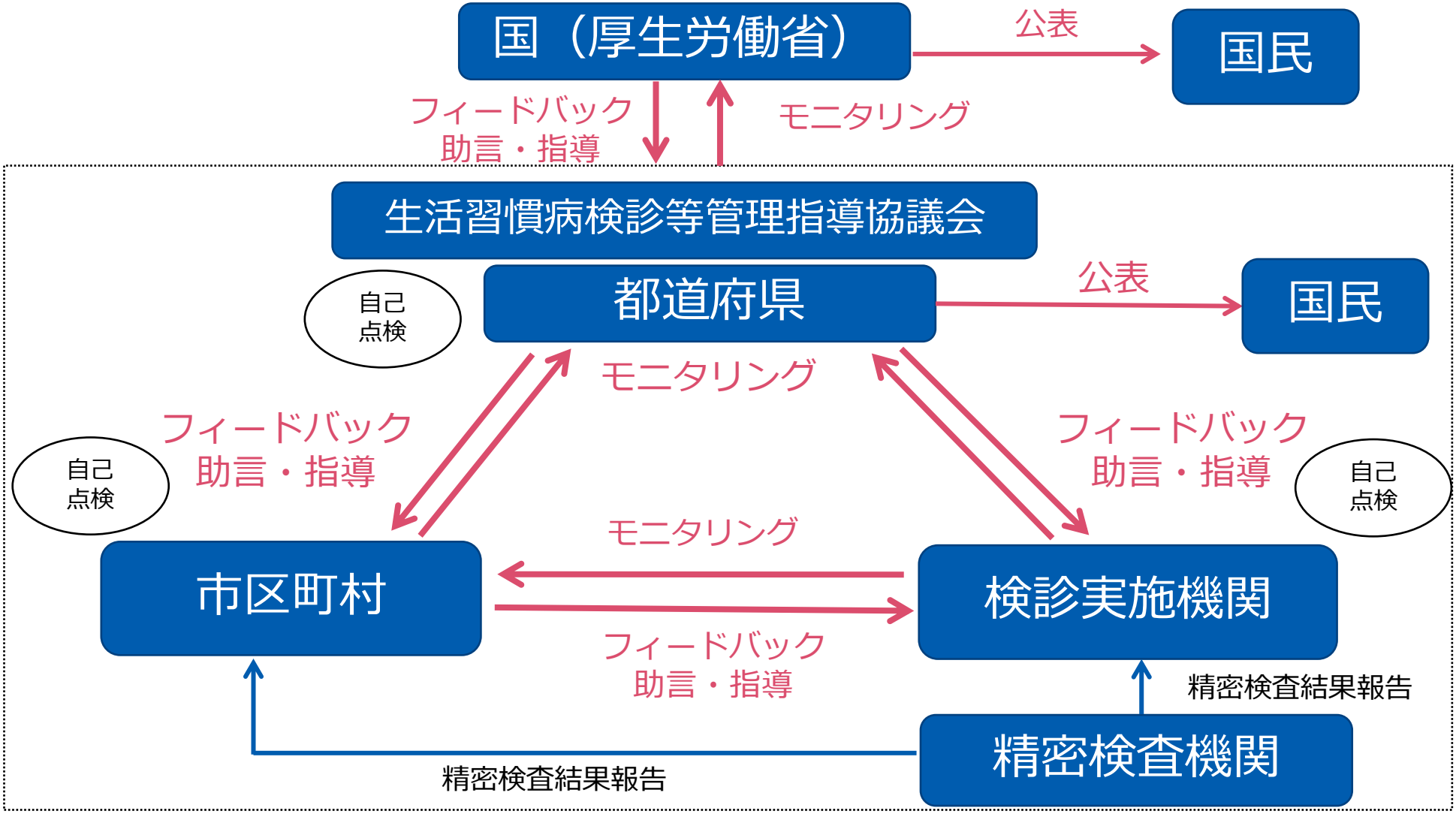
HPV検査導入までのスケジュールと役割分担（案）

エビデンス調査検討（～2023年度）	研究班	厚労省
使用可能なHPV検査キットの条件 検体の取り扱い等の基準	学会等と調整しながら決定	–
診断までのアルゴリズムの提案	○	–
検診結果の管理方法、運用体制 （誰がどこで何をするか）	○	保険適用等に関する整理
検診を実施・運用するための ガイダンス作成	研究班？ 学会？	あり方検討会？

導入準備段階（2023年度～）	研究班	厚労省
保険適用等に関する検討	–	○
検診結果登録システムの改正	案を出す	○
検診関連業務の人員や仕事内容の 整理と体制整備	何が必要かの整理 （実際の整備は検診機関、医療機関）	検診機関、医療機関への通知？
検診の精度管理のための モニタリングの準備	検診チェックリスト案、 事業報告項目案の作成	検診チェックリスト、 事業報告の準備
医療従事者および検診対象者への情報発信の準備	–	○

第35回がん検診のあり方に関する検討会　資料2より抜粋

精度管理体制の全体像



県単位で精度管理の底上げ → 全国の均てん化

272

出典：「がん検診事業のあり方について」図４住民検診における評価・フィードバック・公表の全体像より一部加工

HPV検査導入までのスケジュールと役割分担（案）

エビデンス調査検討（～2023年度）	研究班	厚労省
使用可能なHPV検査キットの条件 検体の取り扱い等の基準	学会等と調整しながら決定	–
診断までのアルゴリズムの提案	○	–
検診結果の管理方法、運用体制 （誰がどこで何をするか）	○	保険適用等に関する整理
検診を実施・運用するための ガイダンス作成	研究班？ 学会？	あり方検討会？

導入準備段階（2023年度～）	研究班	厚労省
保険適用等に関する検討	–	○
検診結果登録システムの改正	案を出す	○
検診関連業務の人員や仕事内容の 整理と体制整備	何が必要かの整理 （実際の整備は検診機関、医療機関）	検診機関、医療機関への通知？
検診の精度管理のための モニタリングの準備	検診チェックリスト案、 事業報告項目案の作成	検診チェックリスト、 事業報告の準備
医療従事者および検診対象者への情報発信の準備	–	○

第35回がん検診のあり方に関する検討会　資料2より抜粋

HPV検査の導入に係る総論的事項に対する対応（案）

■ HPV検査の導入に係る対応（案）を以下に示す。

【総論的事項】

○ HPV検査の導入に当たって必要な実施体制（精度管理体制を含む。）や対象者の定義等について、指針及びガイドライン等において定めることとしてはどうか。

○ なお、指針及びガイドライン等については、令和５年度中に改正及び作成することとしてはどうか。

○ HPV検査の導入に当たって必要な実施体制（精度管理体制を含む。）や対象者の定義等について、基本的な事項については、指針で定めることとしたうえで、詳細については、胃内視鏡検査の例を参考とし、学会等の協力を得てガイドライン等を定めることとしてはどうか。

【総論的事項】

- 導入にあたり必要な体制等について

【各論的事項】

- 検診の対象者の定義（年齢、受診間隔等）について
- 追跡精検の対象者の整理とフォローアップの手法について
- 液状検体の導入について
- 自治体・医療機関等において必要な事前準備等について

市町村のがん検診の項目について

- 厚生労働省においては、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（平成２０年３月３１日付け健発第0331058号厚生労働省健康局長通知別添）を定め、市町村による科学的根拠に基づくがん検診を推進。

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
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
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
大腸がん検診	問診及び便潜血検査	４０歳以上	年１回

子宮頸がん検診ガイドラインにおけるHPV検査の位置づけについて

再掲

- HPV検査単独法は、現行の細胞診と同様の推奨グレードＡと示されたが、導入には精度管理体制の構築が前提である。

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

推奨の概要

検査法	内容	推奨度
細胞診単独法	20歳～69歳、2年に1回	A
HPV検査単独法	30歳～60歳、5年に1回	A
HPV検査＋細胞診併用法	30歳～60歳、5年に1回	C

有効性（浸潤がん罹患率減少効果）と不利益（偽陽性）を指標として検討：

- 細胞診と比較して、HPVを含む方法では１万人あたり浸潤癌罹患者数は２～３人減少する。
- 浸潤がん罹患率減少効果は、HPV検査単独法とHPV検査＋細胞診併用法で大差はない。
- 細胞診と比較して両者とも偽陽性者数は増加する。偽陽性者数を指標とした不利益は、細胞診、HPV検査単独法よりも細胞診＋HPV検査併用法で明らかに大きい。

HPV検査陽性者の大半（例：細胞診陰性/HPV陽性者）は、その時点では病変を有さず、そのごく一部が数年後に有病者となり得るため、これらのリスク保持者の長期間の追跡管理が検診の効果に大きく影響する。

HPV検査を用いた検診は、実現可能性のあるアルゴリズムの構築と検診の精度管理を含めて、適切な検診の運用ができる場合にのみ実施すべきである。

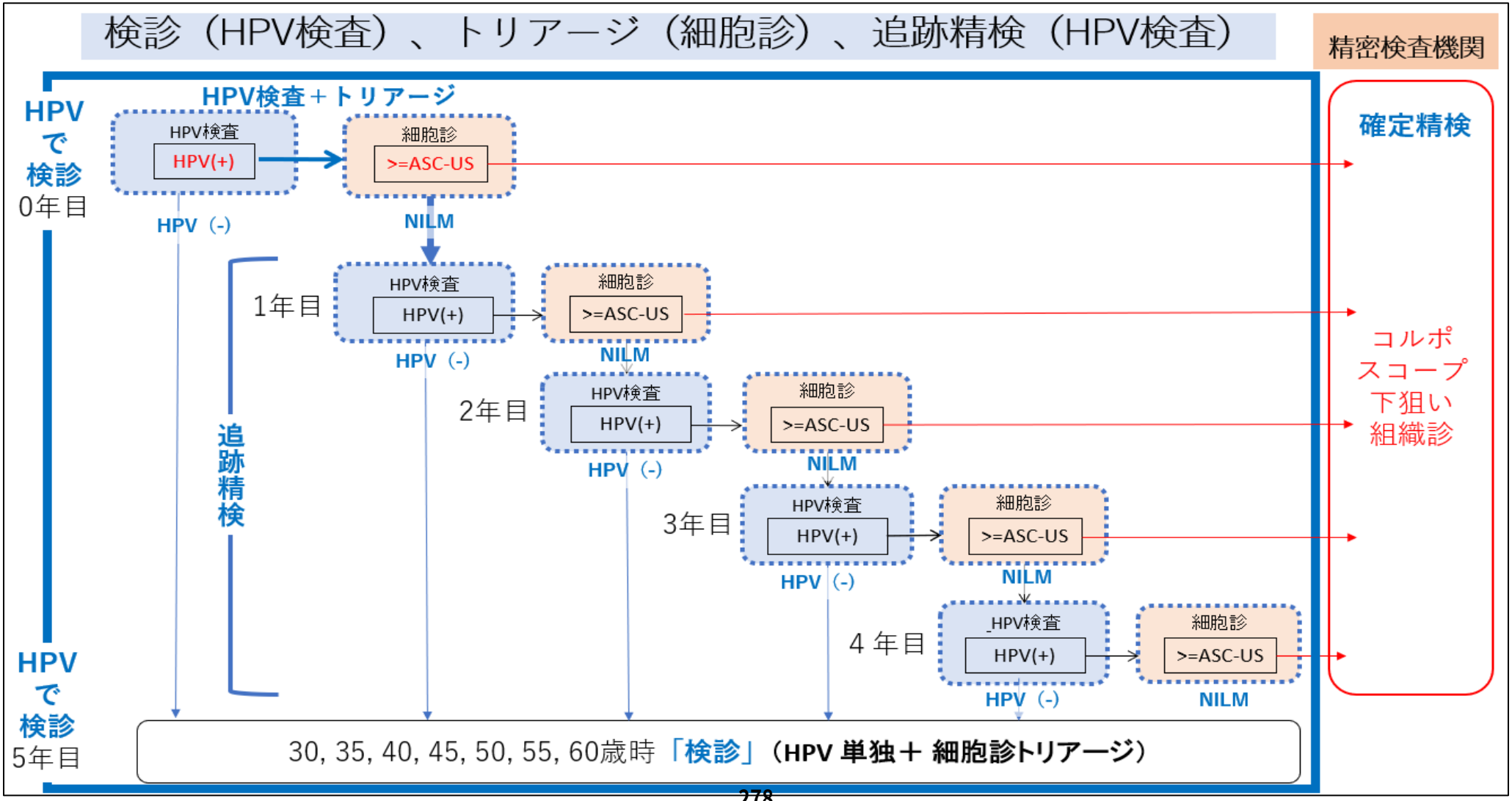
6

第35回がん検診のあり方に関する検討会　資料２より抜粋

HPV検査単独法のアルゴリズム（案）について

再掲

■ 研究班において作成された、HPV検査単独法の日本版アルゴリズム（案）を以下に示す。

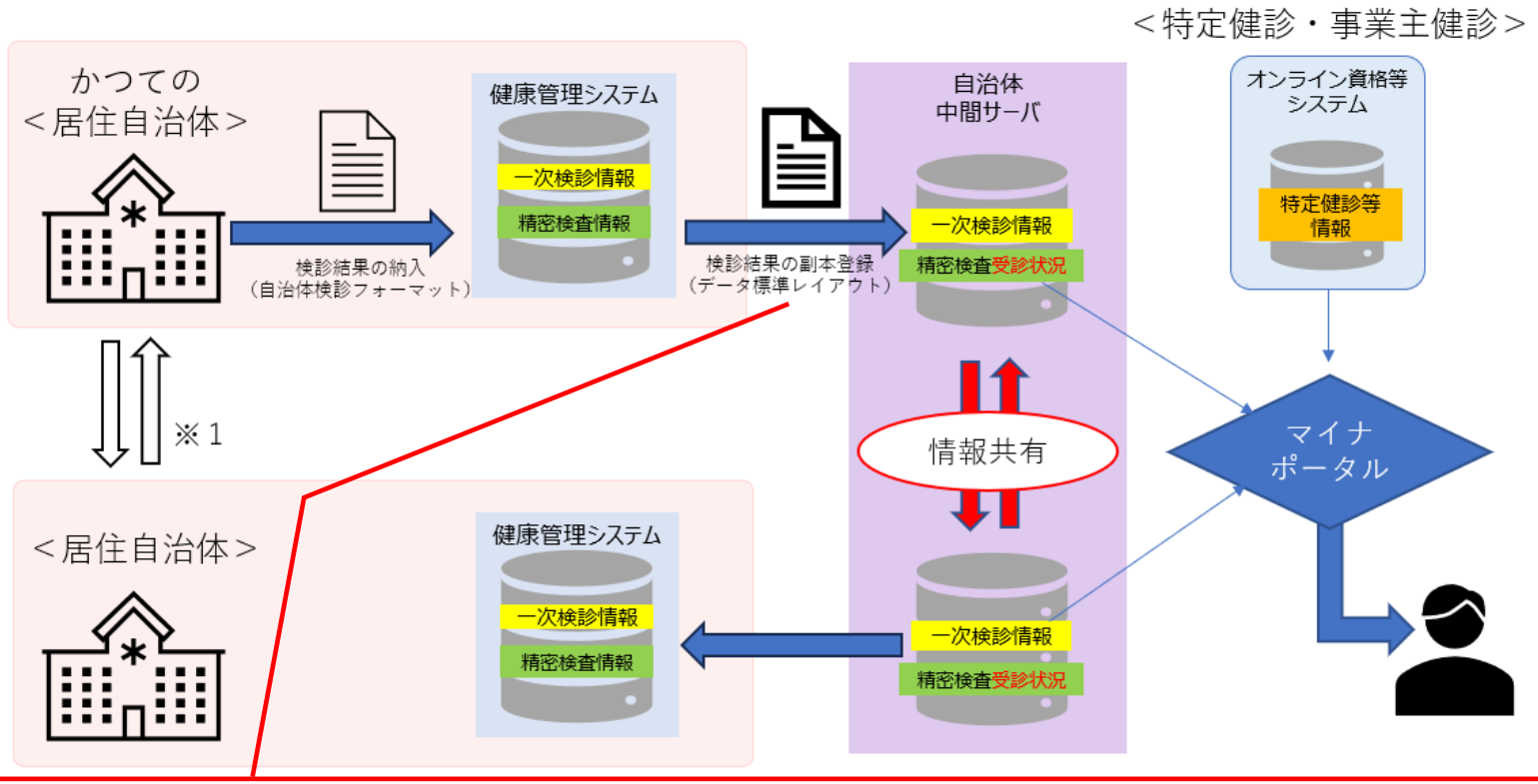


第38回がん検診のあり方に関する検討会　資料2より抜粋

がん検診に関する自治体間の情報連携について

- 令和３年度健康増進法改正により、市区町村は、かつて居住していた市区町村に対して健康増進事業に関する情報（がん検診の精密検査結果等を除く）の提供を求めることが可能。（※１）
- 令和４年６月から、市町村の自治体中間サーバへの副本登録が行われ、住民のがん検診結果について、自治体中間サーバを用いた市町村間での情報提供が可能となった。

がん検診における自治体システムの概要



がん検診の結果をマイナポータルで閲覧するため又は自治体中間サーバを使って自治体が情報の提供を求めるためには、データ標準レイアウトを改版して検査結果情報をサーバに副本登録する必要がある。

【総論的事項】

- 導入にあたり必要な体制等について

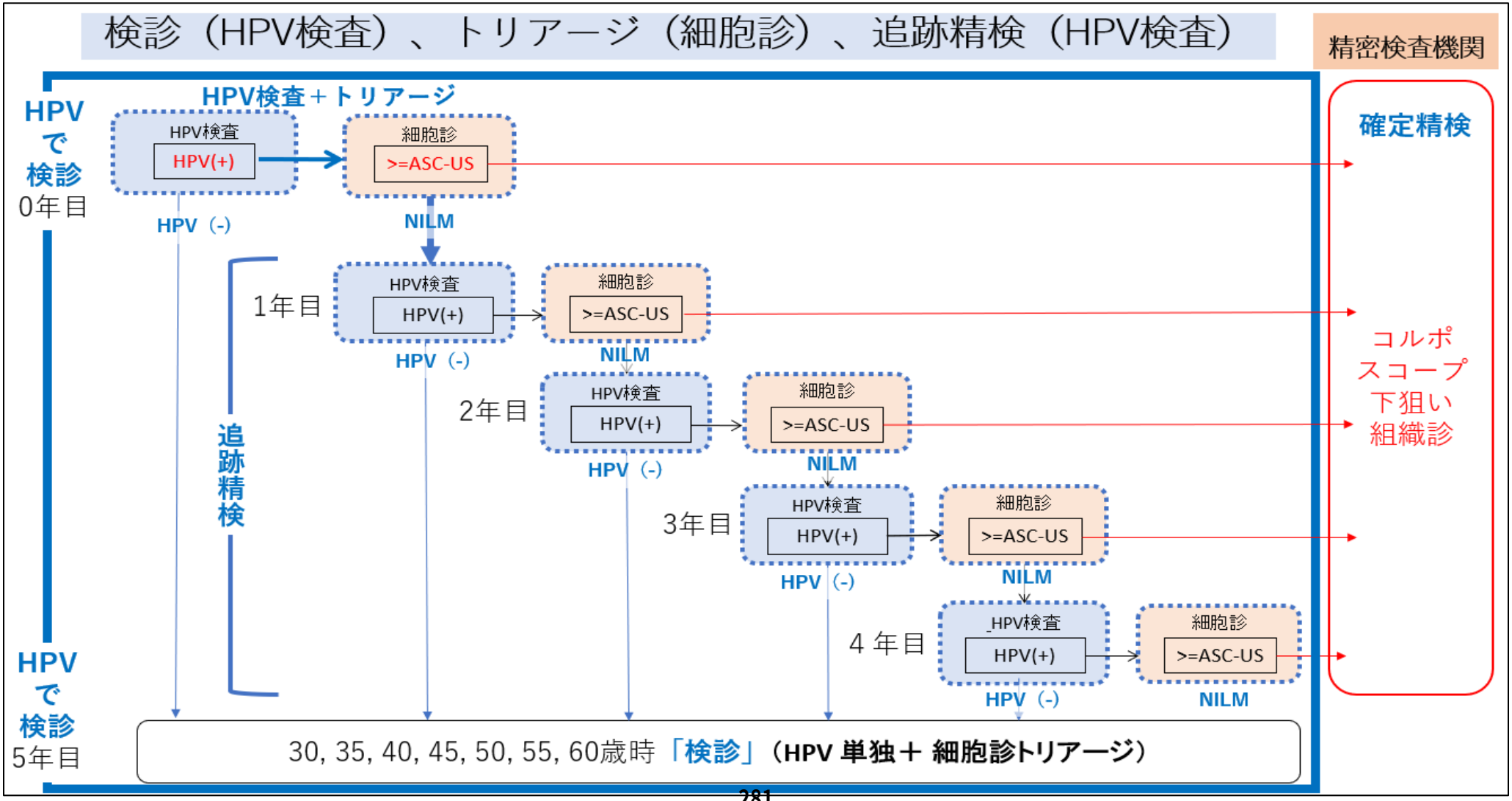
【各論的事項】

- 検診の対象者の定義（年齢、受診間隔等）について
- 追跡精検の対象者の整理とフォローアップの手法について
- 液状検体の導入について
- 自治体・医療機関等において必要な事前準備等について

HPV検査単独法のアルゴリズム（案）について

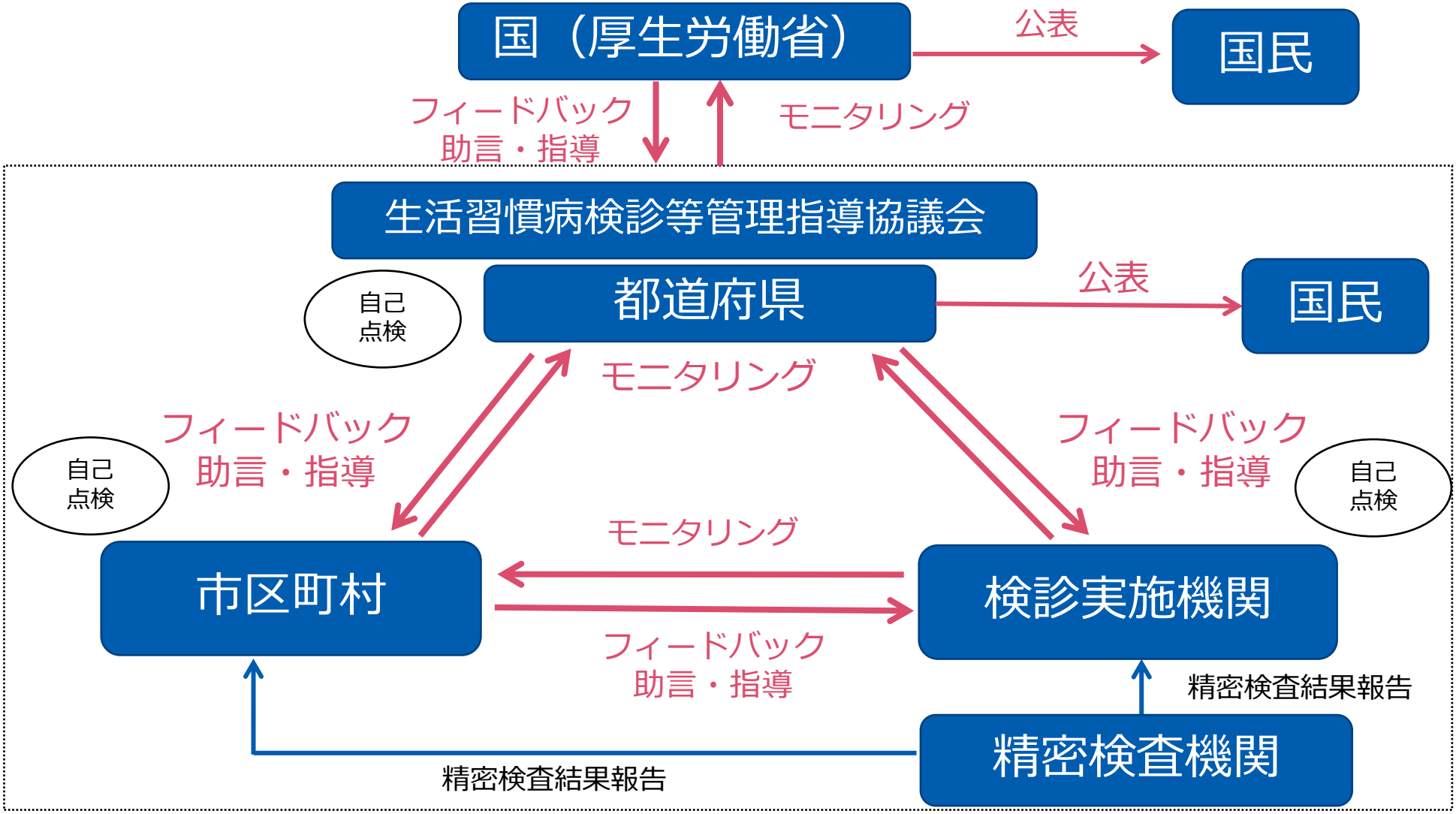
再掲

■ 研究班において作成された、HPV検査単独法の日本版アルゴリズム（案）を以下に示す。



第38回がん検診のあり方に関する検討会　資料２より抜粋

精度管理体制の全体像



県単位で精度管理の底上げ → 全国の均てん化

282

出典：「がん検診事業のあり方について」図４住民検診における評価・フィードバック・公表の全体像より一部加工

【総論的事項】

- 導入にあたり必要な体制等について

【各論的事項】

- 検診の対象者の定義（年齢、受診間隔等）について
- 追跡精検の対象者の整理とフォローアップの手法について
- 液状検体の導入について
- 自治体・医療機関等において必要な事前準備等について

液状検体の特徴

■ 液状検体を使用することで、HPV検査陽性となっても再検査が必要なくなり、受診者の負担軽減だけでなく、HPV検査＋トリアージの受診率を100%にできる。

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

第38回がん検診のあり方に関する検討会資料２より抜粋

令和４年度市区町村におけるがん検診の実施状況調査

■ 液状検体を使用している自治体は半数以上ある。

子宮頸がん検診	集団検診・個別検診のいずれかでも実施している市区町村		集団検診					個別検診				
			対象者全てに実施している市区町村	対象者の一部に実施している市区町村	対象者の全て/一部に実施している市区町村	令和3年度受診者数の回答があった市区町村	令和3年度受診者数合計	対象者全てに実施している市区町村	対象者の一部に実施している市区町村	対象者の全て/一部に実施している市区町村	令和3年度受診者数の回答があった市区町村	令和3年度受診者数合計
	市区町村数	(%)	市区町村数	市区町村数	(%)	市区町村数	人数	市区町村数	市区町村数	(%)	市区町村数	人数
問診	1726	99.8%	1225	241	99.9%			1301	245	99.4%		
視診、内診	1619	93.6%	1096	230	90.3%			1210	249	93.8%		
細胞診(従来法)	1077	62.3%	507	163	45.6%			618	358	62.8%		
細胞診(液状検体法)	1081	62.5%	704	164	59.1%			566	347	58.7%		
HPV検査(細胞診陽性者への再検査ではなく、検診として実施)	238	13.8%	22	179	13.7%	190	28771	15	147	10.4%	151	64202
その他の検査	115	6.7%	29	47	5.2%	74	14280	14	56	4.5%	64	58992
子宮頸がん検診実施の市区町村数	1729		1468					1555				

液状検体（細胞診において）を
集団検診・個別検診のいずれかでも使用している
市区町村は1,081（62.5%）

【総論的事項】

- 導入にあたり必要な体制等について

【各論的事項】

- 検診の対象者の定義（年齢、受診間隔等）について
- 追跡精検の対象者の整理とフォローアップの手法について
- 液状検体の導入について
- 自治体・医療機関等において必要な事前準備等について

令和４年度市区町村におけるがん検診の実施状況調査

■ 子宮頸がん検診で実施している検査項目で指針外検診を実施している自治体が一定数ある。

子宮頸がん検診	集団検診・個別検診のいずれかでも実施している市区町村		集団検診					個別検診				
			対象者全てに実施している市区町村	対象者の一部に実施している市区町村	対象者の全て/一部に実施している市区町村	令和3年度受診者数の回答があった市区町村	令和3年度受診者数合計	対象者全てに実施している市区町村	対象者の一部に実施している市区町村	対象者の全て/一部に実施している市区町村	令和3年度受診者数の回答があった市区町村	令和3年度受診者数合計
	市区町村数	(%)	市区町村数	市区町村数	(%)	市区町村数	人数	市区町村数	市区町村数	(%)	市区町村数	人数
問診	1726	99.8%	1225	241	99.9%			1301	245	99.4%		
視診、内診	1619	93.6%	1096	230	90.3%			1210	249	93.8%		
細胞診(従来法)	1077	62.3%	507	163	45.6%			618	358	62.8%		
細胞診(液状検体法)	1081	62.5%	704	164	59.1%			566	347	58.7%		
HPV検査(細胞診陽性者への再検査ではなく、検診として実施)	238	13.8%	22	179	13.7%	190	28771	15	147	10.4%	151	64202
その他の検査	115	6.7%	29	47	5.2%	74	14280	14	56	4.5%	64	58992
子宮頸がん検診実施の市区町村数	1729		1468					1555				

指針外のHPV検査を
集団検診・個別検診のいずれかでも実施している
市区町村は238（13.8%）

運用マニュアルの作成について

再掲

HPV検査導入までのスケジュールと役割分担（案）

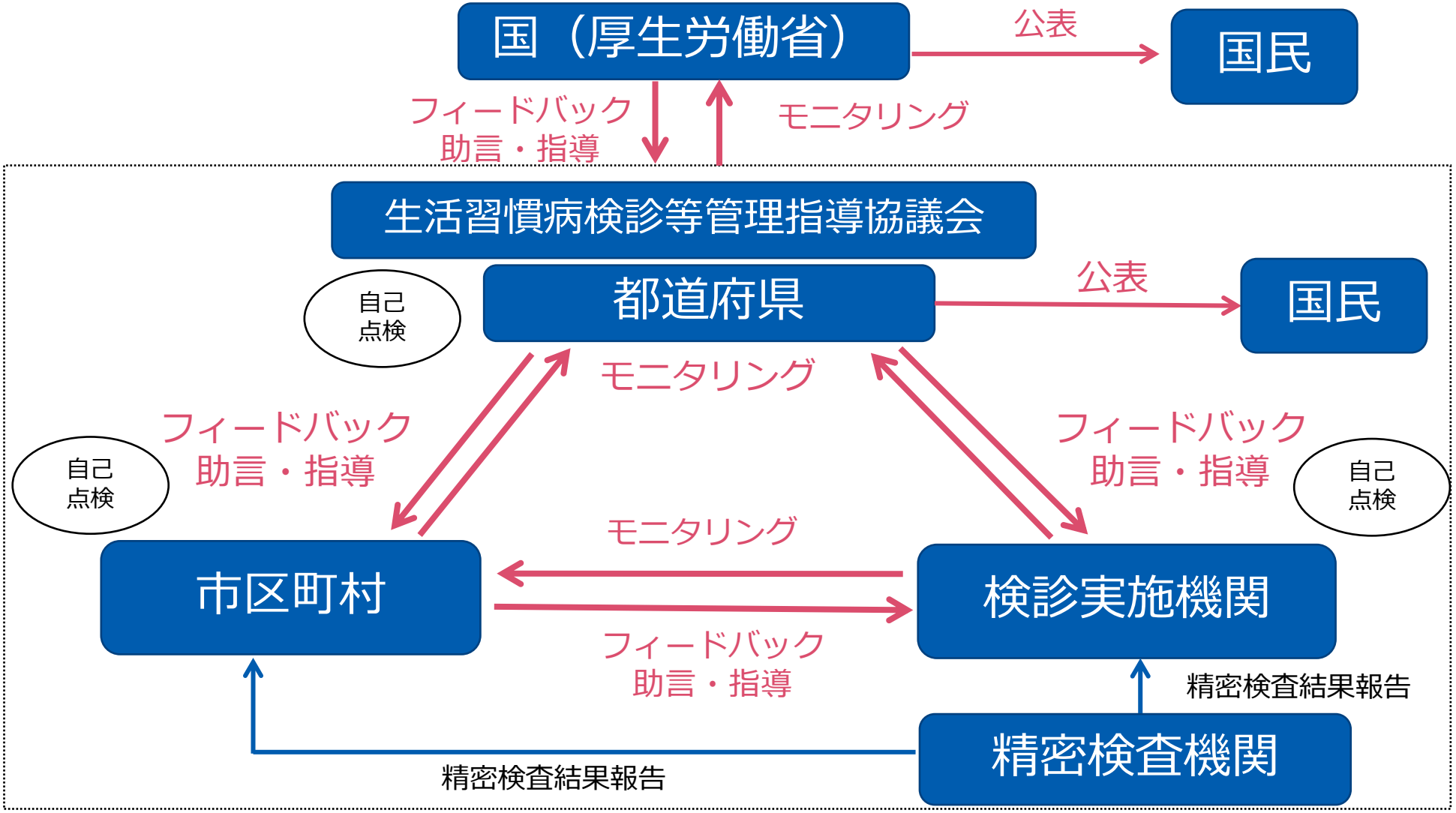
エビデンス調査検討（～2023年度）	研究班	厚労省
使用可能なHPV検査キットの条件 検体の取り扱い等の基準	学会等と調整しながら決定	－
診断までのアルゴリズムの提案	○	－
検診結果の管理方法、運用体制 （誰がどこで何をするか）	○	保険適用等に関する整理
検診を実施・運用するための ガイダンス作成	研究班？ 学会？	あり方検討会？

導入準備段階（2023年度～）	研究班	厚労省
保険適用等に関する検討	－	○
検診結果登録システムの改正	案を出す	○
検診関連業務の人員や仕事内容の 整理と体制整備	何が必要かの整理 （実際の整備は検診機関、医療機関）	検診機関、医療機関への通知？
検診の精度管理のための モニタリングの準備	検診チェックリスト案、 事業報告項目案の作成	検診チェックリスト、 事業報告の準備
医療従事者および検診対象者への情報発信の準備	－	○

第35回がん検診のあり方に関する検討会　資料2より抜粋

精度管理体制の全体像

再掲



県単位で精度管理の底上げ → 全国の均てん化

289

出典：「がん検診事業のあり方について」図４住民検診における評価・フィードバック・公表の全体像より一部加工

再掲

HPV検査導入までのスケジュールと役割分担（案）

エビデンス調査検討（～2023年度）	研究班	厚労省
使用可能なHPV検査キットの条件 検体の取り扱い等の基準	学会等と調整しながら決定	–
診断までのアルゴリズムの提案	○	–
検診結果の管理方法、運用体制 （誰がどこで何をするか）	○	保険適用等に関する整理
検診を実施・運用するための ガイダンス作成	研究班？ 学会？	あり方検討会？

導入準備段階（2023年度～）	研究班	厚労省
保険適用等に関する検討	–	○
検診結果登録システムの改正	案を出す	○
検診関連業務の人員や仕事内容の 整理と体制整備	何が必要かの整理 （実際の整備は検診機関、医療機関）	検診機関、医療機関への通知？
検診の精度管理のための モニタリングの準備	検診チェックリスト案、 事業報告項目案の作成	検診チェックリスト、 事業報告の準備
医療従事者および検診対象者への情報発信の準備	–	○

第35回がん検診のあり方に関する検討会　資料2より抜粋

HPV検査の導入に係る各論的事項に対する対応（案）①

■ HPV検査の導入に係る対応（案）を以下に示す。

【各論的事項（その１）】

（検診の対象者の定義について）

○　対象年齢等について、従前の指針における子宮頸がん検診の取扱いと、HPV検査のガイドラインにおける位置づけ等を踏まえ、以下の取扱いとすることとしてはどうか。

・　20歳代：細胞診単独法（２年に１回）を実施

・　30歳以上：細胞診単独法（２年に１回）　又はHPV検査単独法（５年に１回）のいずれかを自治体毎に判断して実施

○　検診対象となる年齢（節目年齢）以外の未受診者や、転入者への受診勧奨については、以下の取扱いとすることとしてはどうか。

・　まず、30歳から５年ごとに、受診勧奨の対象とする

・　加えて、当面の間、前年度に細胞診（又はHPV検査）を受診していない者及び他の市区町村から転入してきた者については、受診勧奨の対象とする

HPV検査の導入に係る各論的事項に対する対応（案）②

■ HPV検査の導入に係る対応（案）を以下に示す。

【各論的事項（その２）】

（追跡精検の対象者の整理とフォローアップ）

○　HPV検査の導入に当たっては、検診間隔に合わせた適切な受診勧奨と、追跡精検及びその後の確定精検の対象者への受診勧奨及び結果の把握が重要であることから、自治体において受診動向を把握する仕組みが整っていることを要件とすることとしてはどうか。

（液状検体の導入について）

○　HPV検査の結果に応じたトリアージを確実に実施する必要があることから、液状検体を用いた検査での運用が可能であることを要件とすることとしてはどうか。

（自治体・医療機関等において必要な事前準備等について）

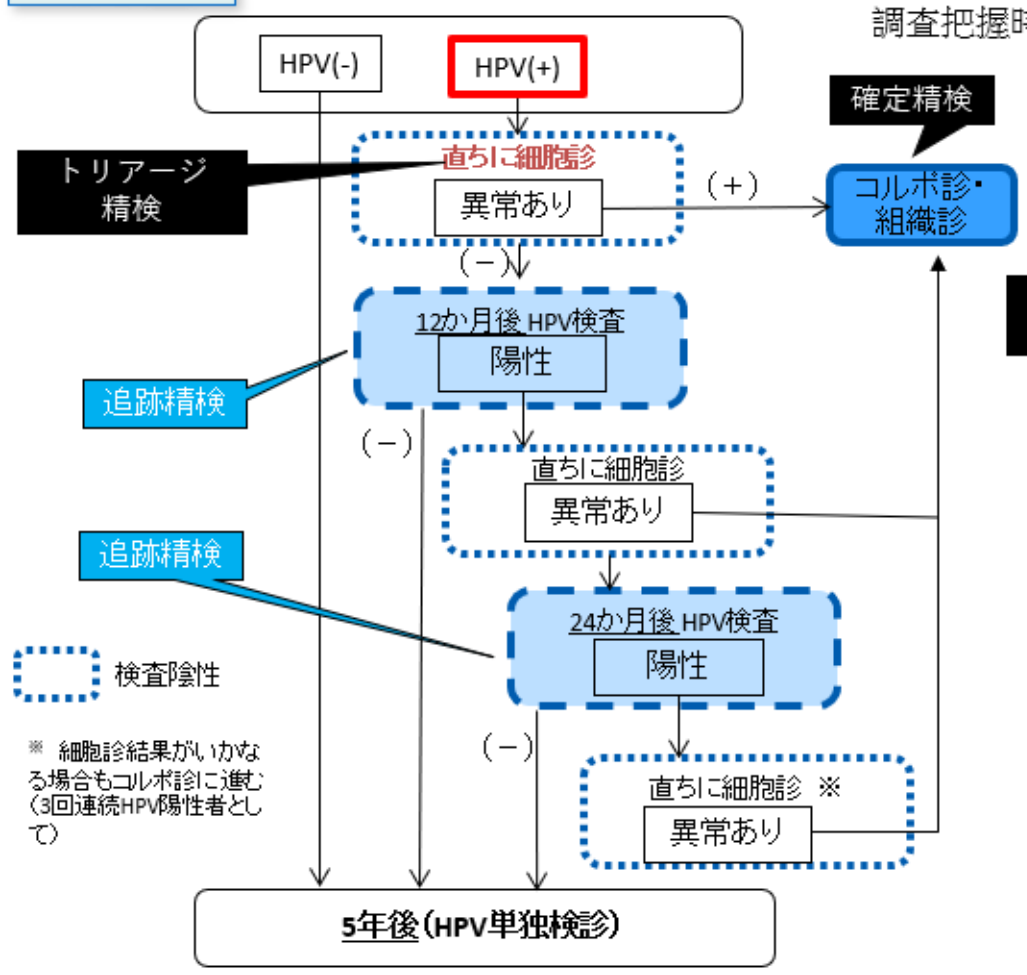
○　検診運営に必要なガイドラインやチェックリストの作成、モニタリング体制を整備することとしてはどうか。

- 参考資料

参考①：諸外国のアルゴリズムにおける検診間隔について

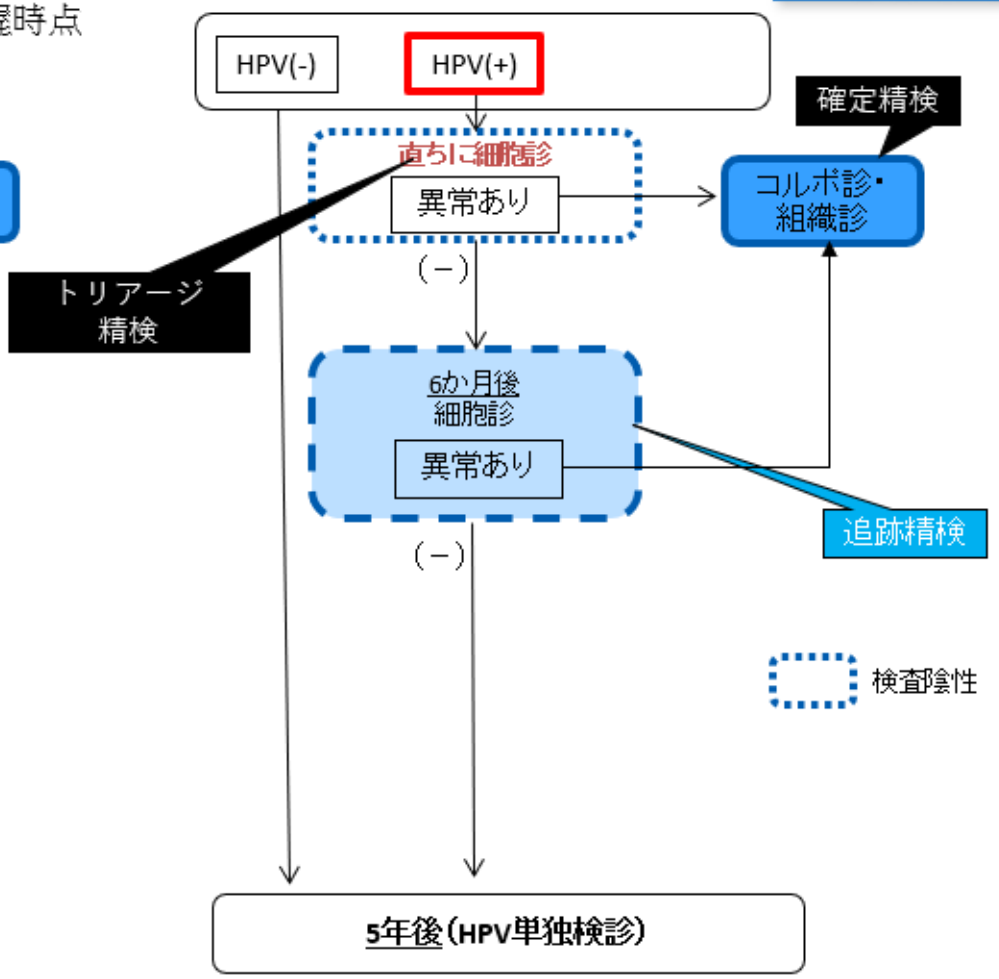
海外の細胞診陰性/HPV陽性者に対する追跡精検の例

英国



Guidance Cervical screening care pathway
https://www.gov.uk/government/publications/cervical-screening-care-pathway/cervical-screening-care-pathway より作図

オランダ



https://www.rivm.nl/documenten/framework-for-execution-of-cervical-cancer-population-screening より作図

参考②：HPV検査導入に当たっての指針改正箇所（イメージ）

- HPV検査導入に当たって指針改正が必要な箇所のイメージを以下に示す。
- 以下のほか、「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必要最低限の精度管理項目」について必要な修正・追記を行うことを想定。

「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」記載事項（抜粋）

第１　目的

第２　がん予防重点健康教育

第３　がん検診

１　総則

（１）種類　（２）実施体制　（３）対象者　（４）実施回数　（５）受診指導　（６）事業評価

HPV検査の対象者（年齢及び回数等）を追記

２　胃がん検診

（１）検診項目及び各検診項目における留意点　（２）結果の通知　（３）記録の整備　（４）事業評価　（５）検診実施機関

３　子宮頸がん検診

（１）検診項目及び各検診項目における留意点　（２）結果の通知　（３）記録の整備　（４）事業評価　（５）検診実施機関　（６）その他

・実施に当たっての留意点（詳細はマニュアルを参考とすることを含む）等について追記

４　肺がん検診

（１）検診項目及び各検診項目における留意点　（２）結果の通知　（３）記録の整備　（４）事業評価　（５）検診実施機関　（６）その他

５　乳がん検診

（１）検診項目及び各検診項目における留意点　（２）結果の通知　（３）記録の整備　（４）事業評価　（５）検診実施機関　（６）その他

６　大腸がん検診

（１）検診項目及び各検診項目における留意点　（２）検診結果の区分　（３）結果の通知　（４）記録の整備　（５）事業評価
（６）検診実施機関　（７）その他

７　総合がん検診

８　その他

参考③：細胞診結果の用語説明

- HPV検査陽性者が細胞診を受けた場合、検診結果は以下のいずれかになる。

表1　ベセスダシステム2001 細胞診結果とその取扱い

結果	英語表記	略語	推定される病理診断	取扱い
1）陰性	Negative for intraepithelial lesion or malignancy	NILM	非腫瘍性所見，炎症	異常なし：定期検診
2）意義不明な異型扁平上皮細胞	Atypical squamous cells of undetermined significance	ASC-US	軽度扁平上皮内病変疑い	要精密検査： （以下の選択肢が可能） ①ハイリスクHPV 検査施行し陰性：1 年後に細胞診検査 陽性：コルポスコピー，生検 ② HPV 検査施行せず，6 カ月目と 12 カ月目に細胞診再検。どちらか一方でもASC-US 以上の時コルポスコピー，生検 ③ HPV 検査施行せず，コルポスコピー，生検も容認
3）HSILを除外できない異型扁平上皮細胞	Atypical squamous cells cannot exclude HSIL	ASC-H	高度扁平上皮内病変疑い	要精密検査：直ちにコルポスコピー，生検
4）軽度扁平上皮内病変	Low-grade squamous intraepithelial lesion	LSIL	HPV 感染 CIN 1	
5）高度扁平上皮内病変	High-grade squamous intraepithelial lesion	HSIL	CIN 2 CIN 3	
6）扁平上皮癌	Squamous cell carcinoma	SCC	扁平上皮癌	
7）異型腺細胞	Atypical glandular cells	AGC	上皮内腺癌*または腺癌疑い	要精密検査：コルポスコピー，生検，頸管および内膜細胞診または組織診
8）上皮内腺癌	Adenocarcinoma in situ	AIS	上皮内腺癌	
9）腺癌	Adenocarcinoma	Adenocarcinoma	腺癌	
10）その他の悪性腫瘍	Other malignant neoplasms	other malig.	その他の悪性腫瘍	要精密検査：病変検索

略語の読み方

1）ニルム
2）アスカスまたはアスク・ユーエス
3）アスク・ハイ
4）ロー・シル
5）ハイ・シル
6）エス・シー・シー
7）エー・ジー・シー
8）エー・アイ・エス
9）アディノカルシノーマ

子宮頸癌取扱い規約 臨床編　第4版より一部加工

第39回がん検診のあり方に関する検討会	資料２
令和５年８月９日（水）	

超音波検査による乳がん検診の有効性を検証する比較試験（J-START）の進捗状況について

東北大学大学院医学系研究科外科病態学講座

乳腺・内分泌外科学分野　教授

石田　孝宣

がん検診の種類・検査方法について（乳がん）

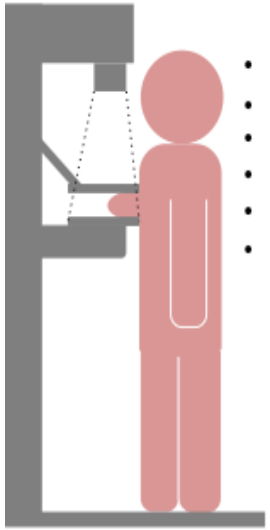
- 指針に定めるがん検診の種類・検査方法は、国立がん研究センターが作成している「**有効性評価に基づくがん検診ガイドライン**」や、がんの罹患・死亡等の状況も踏まえつつ、**検討会での議論**を基に定めている。
- 指針に定めるがん検診の種類・検査方法を適時適切に見直していくため、ガイドラインは**最新の研究成果が逐次反映・更新されること**が求められている。
- 指針に定められていない検査方法は、利益と不利益の差が同等または極めて小さいもの（グレードC）や、不利益が上回るもの（グレードD）、**死亡率減少が明らかにされていないもの（グレードI）**で、Iは以下のように評価されている。
  - ■ **乳がん検診における推奨グレードⅠ**
  - ・ 視触診単独法
  - ・ **超音波検査（単独法・マンモグラフィ併用法）**
  - ・ 40歳未満（マンモグラフィ単独法及びマンモグラフィと視触診の併用法）
- 死亡率減少が明らかにされていない検査方法について、例えば、AMED において**「乳がんに対するマンモグラフィと乳房超音波検査の併用について有効性及び利益と不利益を評価するための研究」**等によって科学的根拠を明らかにしていくための研究が行われており、このような**科学的根拠の集積が引き続き重要**である。

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

1.がんになる人が多く、また死亡の重大な原因であること
2.がん検診を行うことで、そのがんによる死亡が確実に減少すること
3.がん検診を行う検査方法があること
4.検査が安全であること
5.検査の精度がある程度高いこと
6.発見されたがんについて治療法があること
7.総合的にみて、検診を受けるメリットがデメリットを上回ること

- 上記基本条件に加えて、医療技術の進歩、高齢化等に伴う罹患率・死亡率等の変化や、がん検診に関する研究・開発状況、検査項目の費用対効果や全国的な実行可能性等を考慮する必要があるが、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は、これまで明示されてなかった。
- そこで、検討会では、これまでのがん検診の基本的条件を基礎としつつ、今後、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議論を行い、整理を行った。
- 今後は、基本的な考え方を踏まえ、科学的根拠の収集や、医療資源の状況、費用対効果等について、具体的にどのように対応していくか検討する必要がある。

マンモグラフィと超音波検査の比較



- 乳房を圧迫してX線写真を撮影
- 圧迫により痛みを感じることがある
- 小さな石灰化でも検出できる
- 50歳以上の検査に有効
- 高濃度乳房では精度が落ちる
- 妊娠中は受けられない

石灰化病変の検出が得意

- 超音波によって画像を撮影
- 痛みを感じることはない
- 小さな石灰化は検出できない
- 高濃度乳房でも精度が落ちない
- 妊娠中でも検査可能



小さな腫瘤の検出が得意

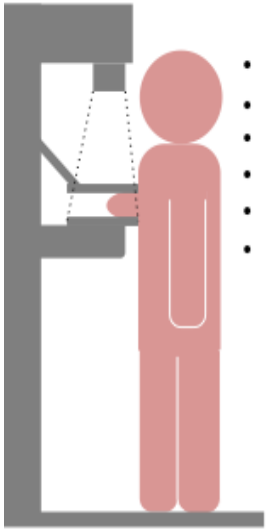
マンモグラフィ	超音波
精度管理が確立されている	精度管理が確立されていない
欧米でEBM※として確立されている	有効性を示す根拠(EBM)は無い
画像の保存性、比較性に優れている	画像の保存性に弱い

精度管理体制の整備を進めている

※EBM：Evidence-Based Medicine。根拠に基づく医療の意。

300

マンモグラフィと超音波検査の比較



- 乳房を圧迫してX線写真を撮影
- 圧迫により痛みを感じることがある
- 小さな石灰化でも検出できる
- 50歳以上の検査に有効
- 高濃度乳房では精度が落ちる
- 妊娠中は受けられない

石灰化病変の検出が得意

- 超音波によって画像を撮影
- 痛みを感じることはない
- 小さな石灰化は検出できない
- 高濃度乳房でも精度が落ちない
- 妊娠中でも検査可能



小さな腫瘤の検出が得意

どちらが優れているかではなく

それぞれの利点を総合的に使うことが重要！

世界の乳がん検診　International Cancer Screening Network (ICSN)

Country	Age groups covered	Screening interval (Y) Age 40-49	Age 50+	Detection methods
IBSN program countries				
·Australia	40-69	2	2	MG
·Canada	50-69	-	2	MG
·Finland	50-69	-	2	MG
·Hungary	45-65	2	2	MG
·Iceland	40-74	2	2	MG, CBE
·Israel	50-74	-	2	MG
·Italy	45-74	1	2	MG
·Japan	40-	2	2	MG
·Korea	40-	2	2	MG
·The Netherlands	50-75	-	2	MG
·Sweden	40-74	2	2	MG
·United Kingdom	50-70	-	3	MG
·United States	40-74	1-2*	2	MG, CBE
·Uruguay	50-69	-	2	MG, CBE
European Network pilot projects				
·Belgium	50-69	-	2	MG
·Denmark	50-69	-	2	MG
·France	50-74	-	2	MG
·Germany	50-69	-	2	MG
·Greece	50-69	-	2	MG, CBE
·Ireland	50-69	-	2	MG
·Luxembourg	50-69	-	2	MG
·Portugal	50-	-	2	MG
·Spain	50-69	-	2	MG

*riskに応じて

国際的に見ても超音波検診を導入している国はない

乳がん検診に関する科学的根拠の状況

１. 現状で、有効性（死亡率減少効果）が証明されてるのは**マンモグラフィのみ**である

２.超音波に関する大規模RCT研究はJ-STARTのみであり、J-STARTは**40歳代のみ**を対象とした**マンモグラフィと超音波検査の併用に関する研究**である

３.なお、**超音波単独法**については**科学的根拠がなく**、現状では議論にあがっていない

303

J-STARTの概要

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

J-Start
Japan Strategic Anti-cancer Randomized Trial

背景
1. 世界的に乳がんが増加し、わが国では乳がん死亡が急増中
2. 世界的に科学的根拠が検証されているのはマンモグラフィのみ
3. マンモグラフィは高濃度乳房で精度が低い
4. 高濃度乳房が多いアジア人および若年層ではマンモグラフィの精度が低い
5. 超音波検査による乳がん検診は標準化されていない
6. 超音波検診による死亡率減少効果はRCTが実施されておらず検証されていない

1 超音波検査による乳がん検診の標準化と普及

2 大規模臨床試験(RCT)による有効性の検証

40歳代女性（両群76,196人）

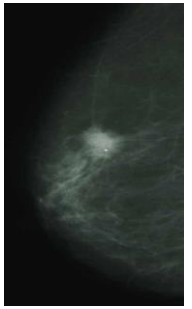
無作為割付（RCT）

超音波＋マンモグラフィ群　　マンモグラフィ群

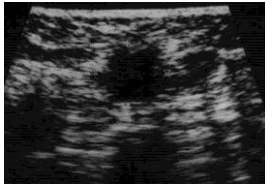
プライマリエンドポイント：感度、特異度、がん発見率
セカンダリエンドポイント：累積進行がん罹患率

乳がん死亡率の減少効果の有無（検診の科学的根拠）

305



マンモグラフィ
- 全乳房の記録性・再現性あり
- 精度管理が確立されている
- 欧米で確立された唯一のEBM



超音波
- ２次元で記録性再現性に問題
- 精度管理が確立されていない
- 有効性を示す根拠はない

Ohuchi N, et al. Lancet, 2016

Sensitivity and specificity of mammography and adjunctive ultrasonography to screen for breast cancer in the Japan Strategic Anti-cancer Randomized Trial (J-START): a randomised controlled trial

Noriaki Ohuchi, Akihiko Suzuki, Tomotaka Sobue, Masaaki Kawai, Seiichiro Yamamoto, Ying-Fang Zheng, Yoko Narikawa Shiono, Hiroshi Saito, Shinichi Kuriyama, Eriko Tohno, Tokiko Endo, Akira Fukao, Ichiro Tsuji, Takuhiro Yamaguchi, Yasuo Ohashi, Mamoru Fukuda, Takanori Ishida, for the J-START investigator groups

Summary

Background Mammography is the only proven method for breast cancer screening that reduces mortality, although it is inaccurate in young women or women with dense breasts. We investigated the efficacy of adjunctive ultrasonography.

Methods Between July, 2007, and March, 2011, we enrolled asymptomatic women aged 40–49 years at 42 study sites in 23 prefectures into the Japan Strategic Anti-cancer Randomized Trial (J-START). Eligible women had no history of any cancer in the previous 5 years and were expected to live for more than 5 years. Randomisation was done centrally by the Japan Clinical Research Support Unit. Participants were randomly assigned in 1:1 ratio to undergo mammography and ultrasonography (intervention group) or mammography alone (control group) twice in 2 years. The primary outcome was sensitivity, specificity, cancer detection rate, and stage distribution at the first round of screening. Analysis was by intention to treat. This study is registered, number UMIN000000757.

Findings Of 72 998 women enrolled, 36 859 were assigned to the intervention group and 36 139 to the control group. Sensitivity was significantly higher in the intervention group than in the control group (91·1%, 95% CI 87·2–95·0 *vs* 77·0%, 70·3–83·7; p=0·0004), whereas specificity was significantly lower (87·7%, 87·3–88·0 *vs* 91·4%, 91·1–91·7; p<0·0001). More cancers were detected in the intervention group than in the control group (184 [0·50%] *vs* 117 [0·32%], p=0·0003) and were more frequently stage 0 and I (144 [71·3%] *vs* 79 [52·0%], p=0·0194). 18 (0·05%) interval cancers were detected in the intervention group compared with 35 (0·10%) in the control group (p=0·034).

Published Online
November 4, 2015
http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00774-6

See Online/Comment
http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00787-4

Department of Surgical Oncology (Prof N Ohuchi PhD, A Suzuki PhD, Y-F Zheng PhD, Y N Shiono PhD, T Ishida PhD), **Department of Public Health** (Prof I Tsuji PhD), **and Department of Biostatistics** (Prof T Yamaguchi PhD), **Graduate School of Medicine, Tohoku University, Sendai, Japan; Department of Disaster-Related Public Health, International Research Institute of Disaster Science, Tohoku University, Sendai,**

Ohuchi N, et al. Lancet, 2016

地域がん登録を用いた乳がん検診の感度

（平成18年度厚生労働省がん研究助成金による研究報告書、2007）

	40– 49		50– 59		60– 69	
	視触診	マンモ併用	視触診	マンモ併用	視触診	マンモ併用
受診者数（人）	103,926	20,587	65,529	47,728	67,384	43,756
要精査率（%）	8.1%	11.6%	4.9%	9.5%	3.6%	7.2%
発見がん数（人）	131	45	68	115	82	129
発見率	0.13%	0.22%	0.10%	0.24%	0.12%	0.29%
中間期がん（地域がん登録照合後）	79	18	47	19	55	19
感度（%）	62.4%	71.4%	59.1%	85.8%	59.9%	87.2%
特異度（%）	92.0%	88.6%	95.2%	90.7%	96.5%	93.1%

感度＝検診でがんを「がん」と正しく判断できる率
特異度＝非がんを「非がん」と正しく判断できる率
中間期がんとは、検診で「異状なし」とされ、次の検診までの間に診断されたがん

USで感度を15%上乗せすることができれば死亡率減少効果が得られると試算！

307

Suzuki A, Ishida T, Ohuchi N, et al. Cancer Science, 2008

初回検診の結果（感度・特異度・がん発見率）

プライマリ・エンドポイント（非ランダム化群を除く）

	介入群 (MG+US)	コントロール群 (MG only)	合計	備考
ランダム化割付数	36,859	36,139	72,998	
適格症例数	36,841	36,122	72,963	不適格症例、 同意撤回症例を除外
解析症例数	36,752	35,965	72,717	
要精検数 （要精検率）	4,647 (12.6%)	3,153 (8.8%)	7,800 (10.7%)	**p<0.0001**
がん発見数 （発見率）	184 (0.50%)	117 (0.33%)	301 (0.41%)	**p=0.0003**
中間期癌	18	35	53	
感度	91.1%	77.0%	**p=0.0004**	
特異度	87.7%	91.4%	**p<0.0001**	

（2012年度 マンモグラフィ併用検診での乳がん発見率:全国平均 0.31%）

Ohuchi N, et al. Lancet, 2016

検診方法別の乳がん発見率

発見契機	介入群（MG+US） 36,752例中の割合（%）		コントロール群（MG） 35,965例中の割合(%)	
MG 陽性	117	0.32%	109	0.30%
MMG 単独陽性	34	0.09%	72	0.20%
US 陽性	143	0.39%	—	
US 単独陽性	61	0.17%	—	
視触診陽性	46	0.13%	45	0.13%
視触診単独陽性	0	0%	8	0.02%
検診発見がん数	184	0.50%	117	0.33%
検診結果陰性 （中間期がん）	18	0.05%	35	0.10%
乳がん数　合計	202		152	

309

Ohuchi N, et al. Lancet, 2016

発見乳がんステージ（病期）分類

	介入群（MG+US）						コントロール群 （MG）					
	検診発見		中間期がん		合計		検診発見		中間期がん		合計	
Stage	(N=184)		(N=18)		(N=202)		(N=117)		(N=35)		(N=152)	
0	51	27.7%	1	5.6%	52	25.7%	31	26.5 %	7	20.0 %	38	25.0 %
Ⅰ	93	50.5%	8	44.4%	101	50.0%	48	41.0 %	18	51.4 %	66	43.4 %
Ⅱ	32	17.4%	8	44.4%	40	19.8%	35	29.9 %	9	25.7 %	44	28.9 %
Ⅲ/Ⅳ	5	2.7%	1	5.6%	6	2.97%	3	2.6%	1	2.9%	4	2.6%
不明	3	1.6%	0	0	3	1.5%	0	0.0	0	0	0	0.0%
	184		18		202		117		35		152	

310

Ohuchi N, et al. Lancet, 2016

初回検診時の生検実施状況

	介入群 (MG+US)		コントロール群 (MG)		合計	
	(N=36,752)		(N=35,965)		(N=72,717)	
要精検数（率）	4,647	12.6%	3,153	8.8%	7,800	10.7%
生検実施数（率）	1,665	4.53%	655	1.82%	2,320	3.19%
細胞診	1,227	3.34%	435	1.21%	1,662	2.29%
針生検	407	1.11%	176	0.49%	583	0.80%
吸引補助針生検	137	0.37%	88	0.24%	225	0.31%
外科的切除生検	42	0.11%	24	0.07%	66	0.09%

●複数の生検を施行された症例あり

●外科的切除生検を施行された66例の内訳として、介入群では42例中14例(33.3%)コントロール群では24例中4例(16.7%)の乳がんが発見された

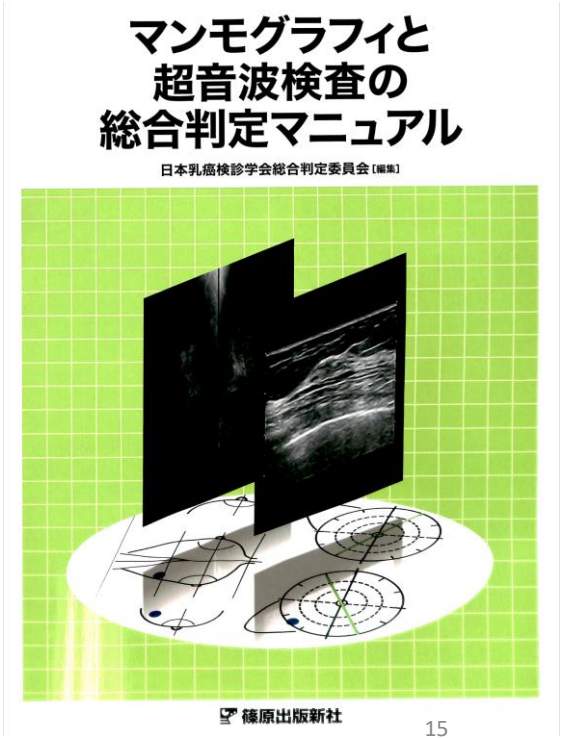
Ohuchi N, et al. Lancet, 2016

要精検率を下げる（特異度を改善する）ためには？

マンモグラフィと超音波の総合判定

マンモグラフィ所見		超音波検査の位置づけ	
カテゴリー1・2	乳腺実質部分	超音波優先	感度上昇
	脂肪濃度部分	超音波で要精査としすぎない	
腫瘤	境界明瞭平滑	超音波優先	特異度上昇
	浸潤を示唆	マンモグラフィ優先	
局所的非対称陰影		超音波優先だが部位が特定できなければマンモグラフィ優先	特異度上昇
石灰化		マンモグラフィ優先	
構築の乱れ	カテゴリー3	局所的非対称陰影に同じ	特異度上昇
	カテゴリー4	マンモグラフィ優先	

大貫幸二　他 日本乳癌検診学会誌.
2012; 21(3) 273－279.より抜粋



J-STARTの進捗状況

J-START研究：これまでの関連英語論文

１）Suzuki A, Kuriyama S, Kawai M, Amari M, Takeda M, Ishida T, Ohnuki K, Nishino Y, Tsuji I, Shibuya D, Ohuchi N. Age specific interval breast cancers in Japan: estimation of the proper sensitivity of screening using a population-based cancer registry. *Cancer Sci*, 99(11): 2264-7, 2008.

２）Ishida T, Suzuki A, Kawai K, Narikawa Y, Saito H, Yamamoto S, Tohno E, Sobue T, Fukuda M, Ohuchi N. A Randomized Controlled Trial to Verify the Efficacy of the Use of Ultrasonography in Breast Cancer Screening aged 40-49 (J-START): 76,196 Women Registered. *Jpn J Clin Oncol*, 44(2): 134-40, 2014

３）Ohuchi N, Suzuki A, Sobue T, Kawai M, Yamamoto S, Zheng YF, Shiono YN, Saito H, Kuriyama S, Tohno E, Endo T, Fukao A, Tsuji T, Yamaguchi T, Ohashi Y, Fukuda M, Ishida T. Sensitivity and specificity of mammography and adjunctive ultrasonography to screen for breast cancer in the Japan strategic anti-cancer randomized trial (J-START): a randomised controlled trial. *Lancet*, 387(10016): 341-8, 2016

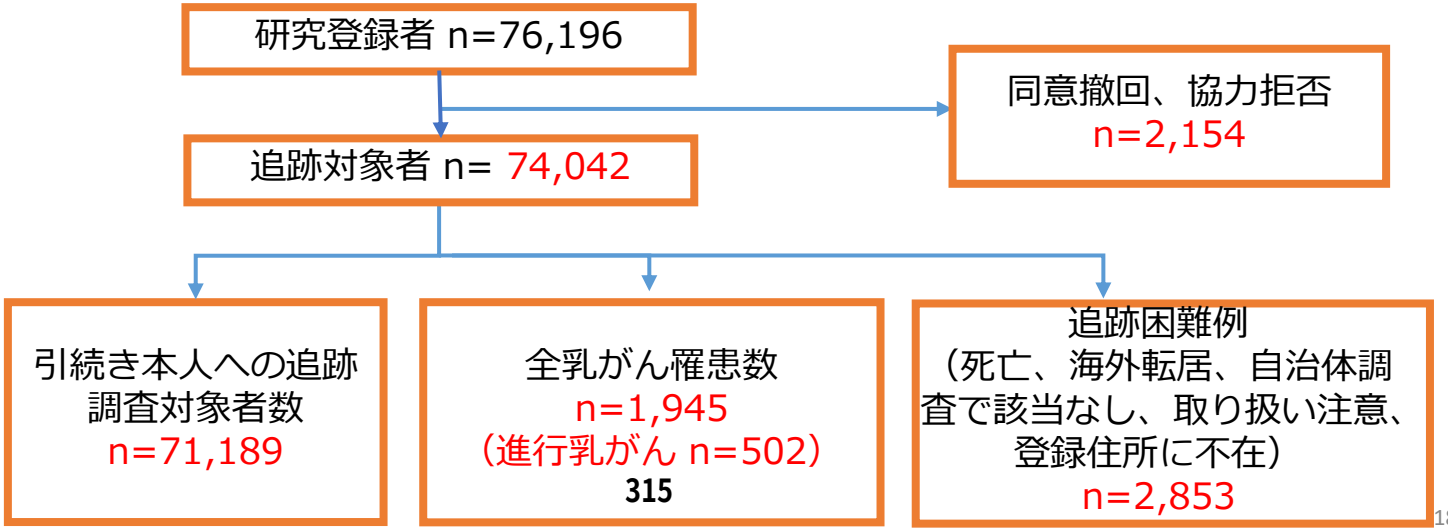
４）Harada-Shoji N, Suzuki A, Ishida T, Zheng Y, Narikawa-Shiono Y, Sato-Tadano A, Ohta R, Ohuchi N. Evaluation of Adjunctive Ultrasonography for Breast Cancer Detection AmongWomen Aged 40-49 Years With Varying Breast Density Undergoing Screening Mammography: A Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 2021;4(8) e2121505.

doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.21505. 2021.20

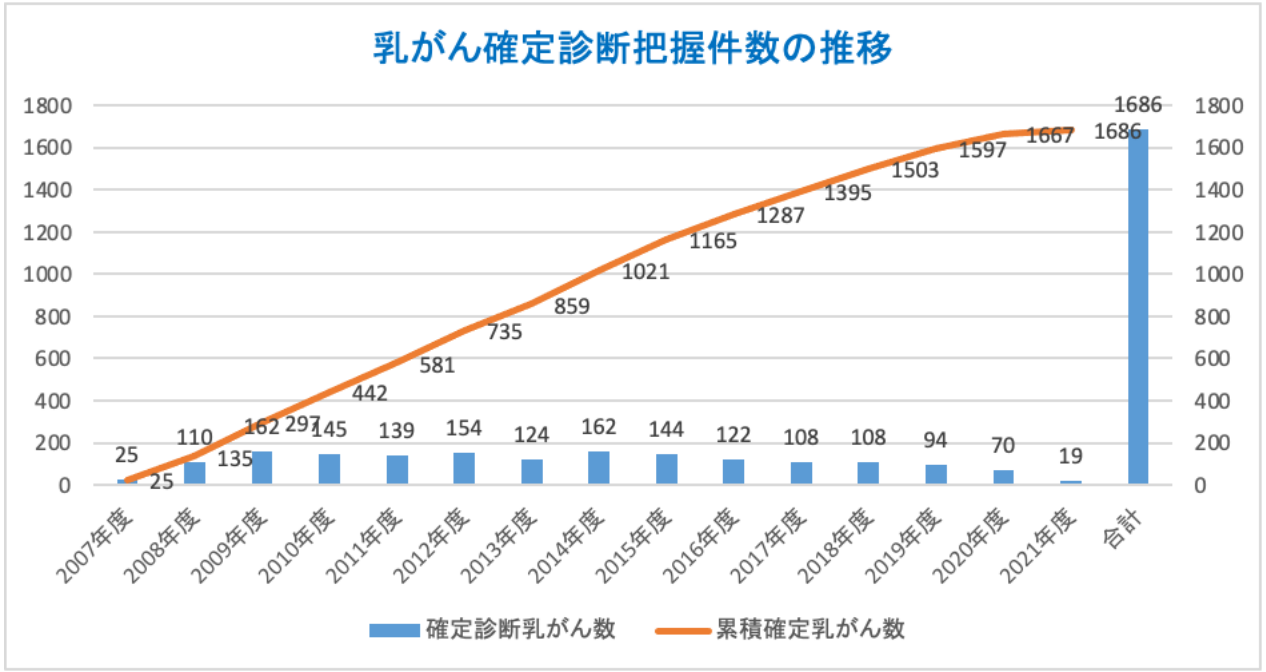
314

セカンダリエンドポイント【累積進行がん罹患率の比較解析】
データ集積状況（2023/8/7）

- 目標症例数：統計解析に必要な進行乳がん罹患数は両群で383症例
- 令和5年8月時点で把握された全乳がん1,945例、うち進行乳がん502例（目標数に到達）
  ※データ入力前の速報値のため、次のスライドと数値の誤差あり



乳がん罹患把握の推移との進行がん分類（2023/8/7）



進行がん分類

病期分類	症例数	比率(%)
0 or Ⅰ	1,184	60.9
Ⅱ以上	502	25.8
Missing	259	13.3
合計	1,945	100.0

乳がんの病期分類；II以上:進行乳がん
※定義検討中のため数値変動あり

- 2022年度は途中経過
- 確定診断把握数にはMissingは除外

316

CQ1　Hand-Held（用手的）超音波検査は乳がん検診として推奨されるか？

1．検診

推奨

●［マンモグラフィ併用の場合］　マンモグラフィと超音波検査の併用検診は感度上昇，早期乳癌の発見に有用であり適切な精度管理が行われるならば，行うことを弱く推奨する。

推奨の強さ：2，エビデンスの強さ：中，合意率：94%（45/48）

●［超音波検査単独の場合］　超音波検査単独の乳がん検診は，マンモグラフィ検診との比較で優位性を証明するエビデンスが乏しいため，行わないことを弱く推奨する。

推奨の強さ：3，エビデンスの強さ：中，合意率：87%（40/46）

推奨におけるポイント

■マンモグラフィと超音波検査との併用検診は早期乳癌の発見率上昇に寄与するが，死亡率の減少につながるかは検証の途上である。

■超音波検査単独の検診ではマンモグラフィ単独の検診との比較で優位性を示すエビデンスはない。

■40歳未満の受診者に対しては，マンモグラフィ検診，超音波検診，両者併用検診のいずれも判断の材料がないため，推奨を行っていない。

317

日本乳癌学会編: 乳癌診療ガイドライン ②診断編 2022年版 金原出版: 2022

マンモグラフィ、超音波の資格保有者数

マンモグラフィ

医師　A：3723人、B：6946人、C：3190人、D：1514人

受講実人数　15373人　　**合格　10,669人**

技師　A：9071人、B：3906人、C：3099人、D：2025人

受講実人数　18101人　　**合格　12,977人**

超音波

医師　A：1058人、B：1479人、C：967人、D：94人

受講総数　3598人　　**合格　2,537人**

技師　A：1971人、B：1639人、C：918人、D：23人

受講総数　4551人　　**合格　3,610人**

精度管理のためには、さらなる講習会の実施が必須

J-STARTの今後の予定

J-START研究：AMED R5～7年度の予定

1）**Secondary endpoint：論文化はR6度を予定**

累積進行乳癌罹患率

Stage II 以上の乳癌罹患率の2群間の差



現状で約500例のStage II 以上の乳癌症例を集積

症例データのクリーニング（病院からの医療記録、がん登録照合）中

2）**Second round の感度・特異度・がん発見率：論文化はR7度を予定**

初回検診の２年後

初回と同じ群で再度受診

320

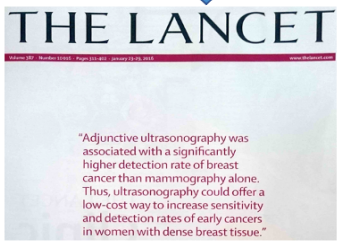
J-START研究のまとめ

最終解析に向けての手順（ロードマップ）

革新的がん(AMED)			革新的がん(AMED)			革新的がん(AMED)			革新的がん(AMED)
2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023 ～
1st エンドポイント(PE)の解析			2nd エンドポイント(SE)の解析に向けた調査開始			2nd エンドポイント(SE)の解析（キーオープンまで）			Data collection and analysis
•追跡（一回目検診） •精査把握 •感度・特異度、がん発見率 •データ収集・解析			•追跡（精査把握、住民票等調査） •検診４年後の乳がん罹患把握 •中間期乳がんの把握 •累積進行乳がん等の比較			•追跡（調査票、住民票等調査） •解析計画書作成、解析の実施 •外部データ（人口動態調査、がん登録）との照合			•追跡（調査票、住民票等調査） •死亡率の把握 •解析計画書作成、解析の実施 •外部データ（人口動態調査、がん登録）との照合
データクリーニング						データクリーニング			

1st EP解析

1



1+ 【1st PE サブ解析】
- マンモグラフィ濃度別感度



2nd EP解析

2

公表

Final EP解析

死亡率減少効果の検証

- 1st EP　感度・特異度・がん発見率（初回検診データ）　→ 2015年度発表 ***(Lancet)*** →2021年度発表 ***(JAMA Network Open)***
- 2nd EP　累積進行乳がん罹患率（２回目検診から4年）　2017～23年度データ収集　2023年度キーオープン　→2024年度発表予定
- Final EP　死亡率減少効果の検証（初回検診から20年）　→ 2027～31年度データ収集・解析→　2032年度発表予定

321

がん検診事業のあり方について

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 3
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） 24
（３）　指標の分析・評価、改善に向けた取組（第 3 段階） 26
（４）　住民検診の精度管理上の留意点 27
３．２．　職域検診の精度管理手法 30
３．３．　精度管理における地域・職域連携 31
第4章　がん検診の受診率向上の手法 32
４．１．　個別受診勧奨・再勧奨の徹底 32
４．２．　その他の主な受診率向上対策 32
（１）　がん検診の意義や必要性に対する理解度向上の取組 334
（２）　対象年齢層を設定した重点受診勧奨の実施 33
（３）　受診者の利便性向上に向けた取組 33
（４）　検診受診者、検診提供者へのインセンティブ 33
第5章　対策型検診事業評価の全体像と今後の課題 35
５．１．　事業評価の全体像 35
５．２．　現在行われている事業評価（住民検診） 36
５．３．　今後の検討課題 37
「がん検診事業の評価に関する研究」班　班員名簿 38
別添1　Wilson＆Jungner による検診に関する 10 原則の見直し 39

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） 42
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） 45
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 46
別添４　指針で定めるがん検診の内容 48
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） 50
別添６　プロセス指標の基準値一覧 114
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）。

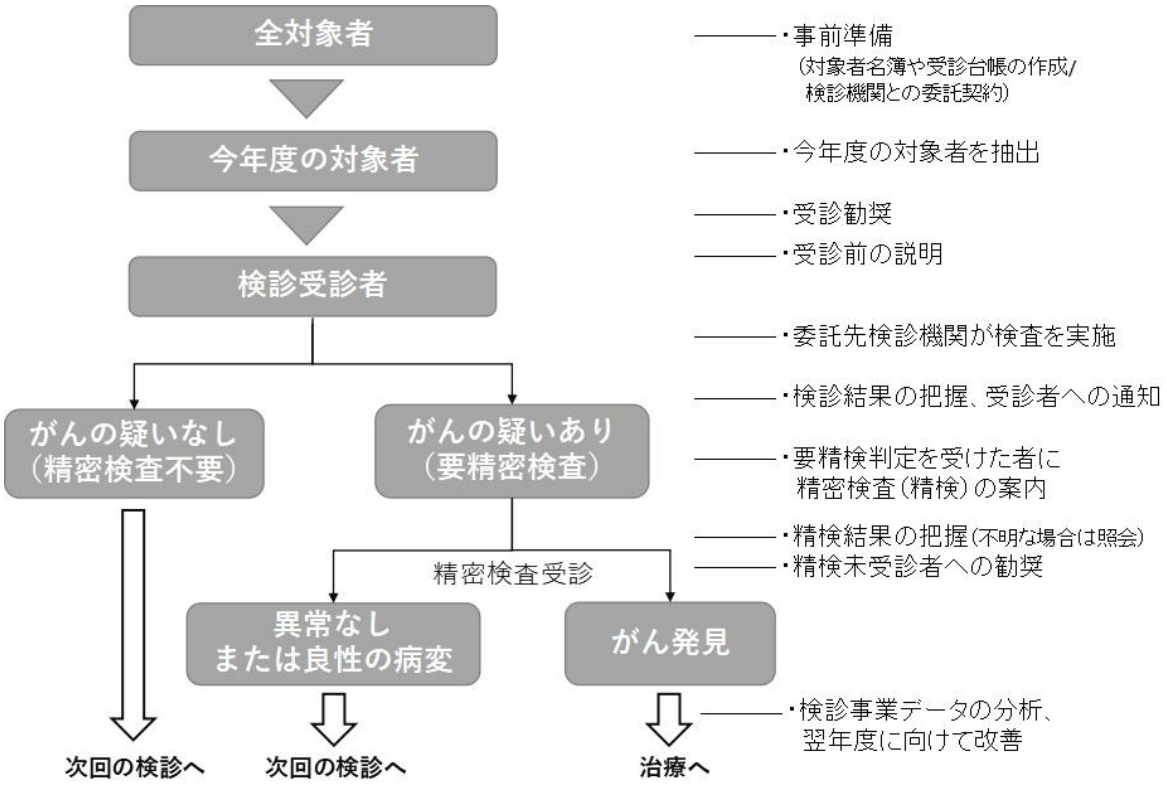


図1　がん検診の主な手順

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。

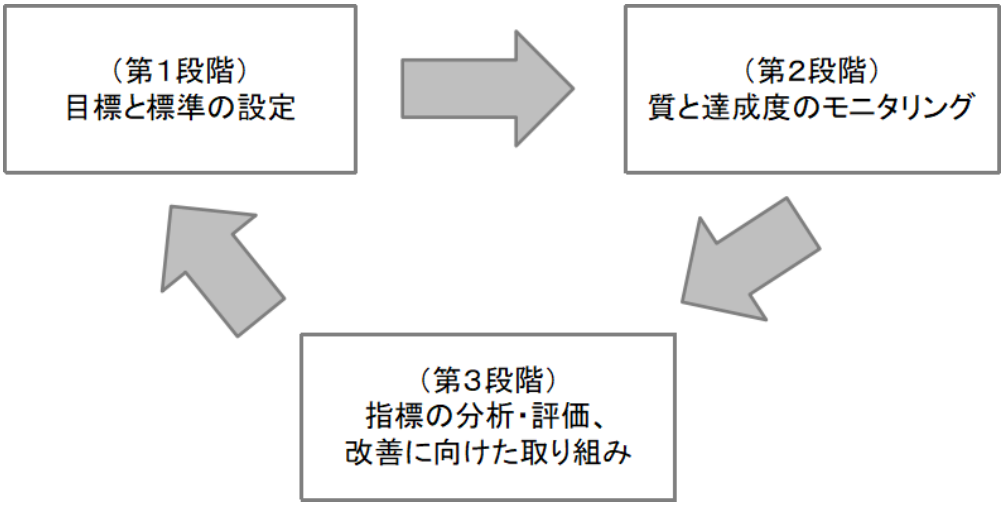


図2　精度管理手法の考え方

（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 【未受診者数／要精検者数×100】	低いことが望ましい	高値	①精検の受診勧奨が適切でない ②精検の提供体制が不十分（キャパシティ、アクセス）	①受診者に予め「要精検の場合は必ず精検を受けること」を伝え、かつ、全ての要精検者に精検の重要性を十分に伝えているか ②精検受診者の利便性
			低値	― （0%に近いことが理想）	

				ただし精検未把握率が高い場合は、見かけ上未受診率も低くなることに注意	
精検未把握率	精検受診の有無や精検結果が、適切に把握されたか 【未把握者数／要精検者数×100】	低いことが望ましい	高値	①精検受診の有無について未把握が多い ②精検結果の未把握が多い（もし精検を受診しても、その結果が把握できない場合は「精検受診」にカウントされない）	①精検受診の有無を確実に把握できる体制が出来ているか ②精検結果を確実に把握できる体制が出来ているか（精検結果の報告・回収ルート）
			低値	― （0%に近いことが理想）	
がん発見率	その検診において、適正な頻度でがんを発見できたか 【がんであった者／受診者数×100】	基本的に高いことが望ましいが、極端に高値、あるいは低値の場合は更に検討が必要	極端に高値	受診者が有病率の高い集団に偏っている	有症状者が検診を受けていないか（有症状者は診療を受けるよう指導する）、有病率の高い年齢層、有病率の高い初回受診者に偏っていないか
			低値	①受診者が有病率の低い集団に偏っている ②偽陰性が多い	①有病率の低い年齢層に偏っていないか（年齢層、受診歴等） ②各検診機関の要精検の判定基準、検査手技、読影等は適切か
陽性反応適中度	その検診において、効率よくがんが発見されたかを測る指標（検診の精度を測る指標） 【がんであった者／要精検者数×100】	基本的に高いことが望ましいが、極端に高値、あるいは低値の場合は更に検討が必要	極端に高値	受診者が有病率の高い集団に偏っている	有症状者が検診を受けていないか（有症状者は診療を受けるよう指導する）、有病率の高い年齢層、有病率の高い初回受診者に偏っていないか
			低値	①受診者が有病率の低い集団に偏っている ②偽陽性が多い	①有病率の低い年齢層に偏っていないか（年齢層、受診歴等） ②各検診機関の要精検の判定基準、検査手技、読影等は適切か（要精検率が高い場合、本来は精検が不要な者を要精検として判定している可能性がある）

【出典】 国立がん研究センター「自治体担当者のためのがん検診精度管理マニュアル(第 2 版)」より引用・改変

（2） 質と達成度のモニタリング（第 2 段階）

（2－1） 技術・体制指標のモニタリング（チェックリストの遵守状況調査）

①モニタリング方法

チェックリストに基づいた調査により、都道府県、市区町村、検診機関は毎年度遵守状況を自己点検する。都道府県は管区内の全市区町村と全検診機関の遵守状況を、市区町村は管区内の全検診機関の遵守状況を把握する（※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。

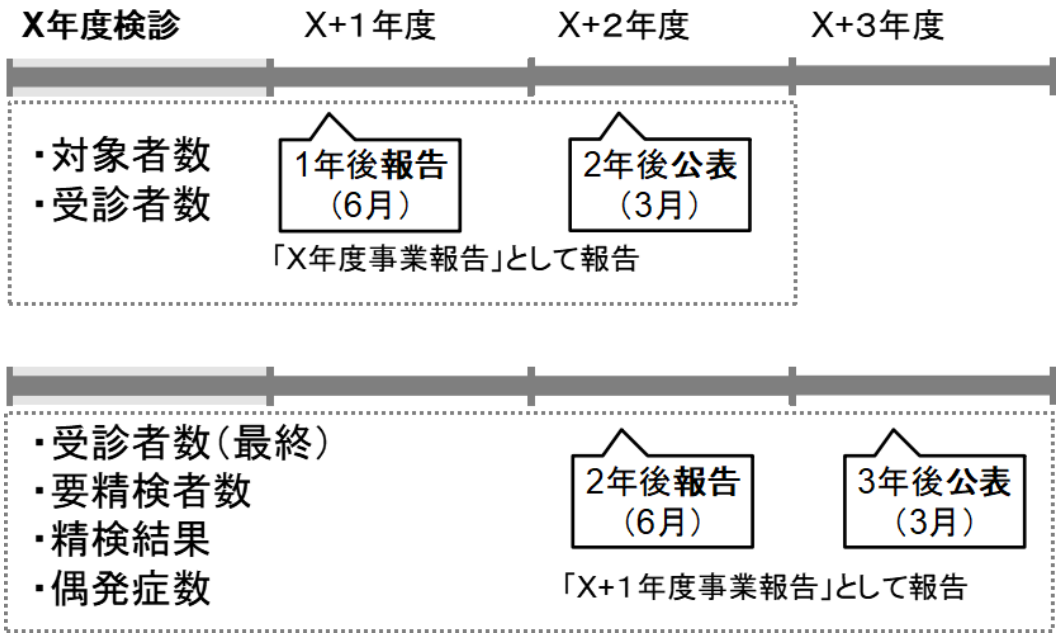


図3 「地域保健・健康増進事業報告」の報告時期および公表時期

（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。

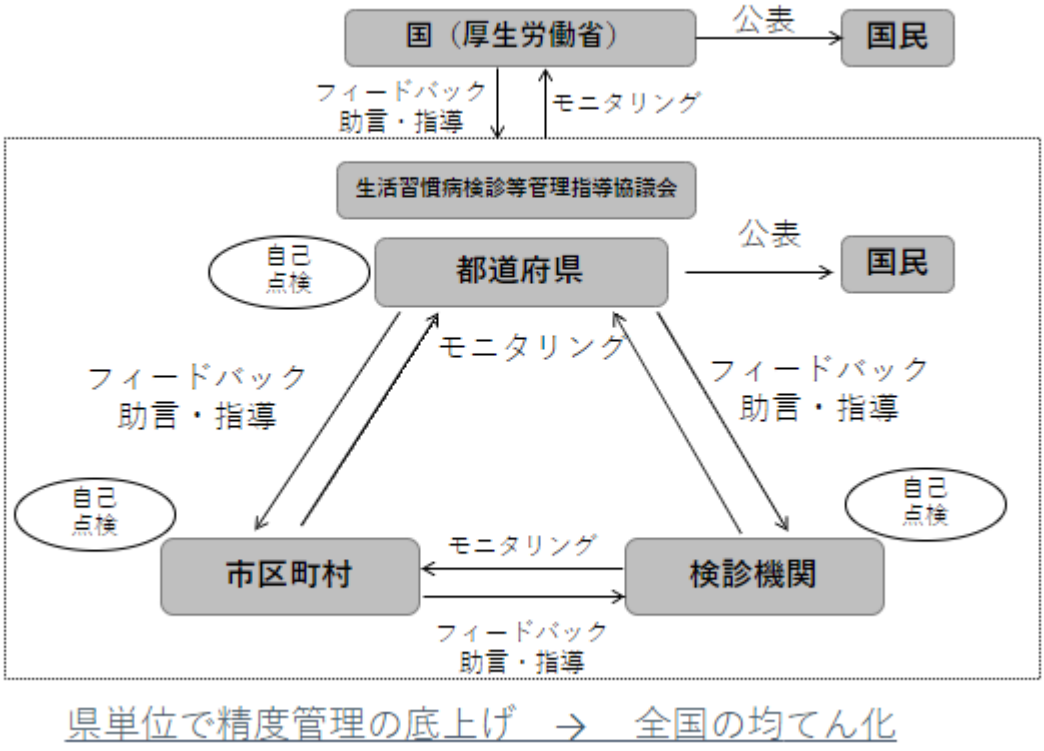


図4　住民検診における評価・フィードバック・公表の全体像

（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

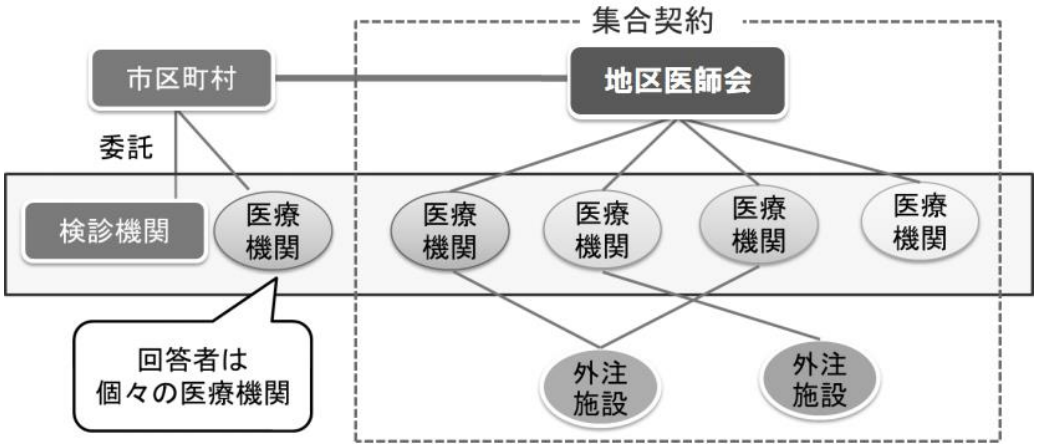


図5　個別検診の関係組織（模式図）

（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。

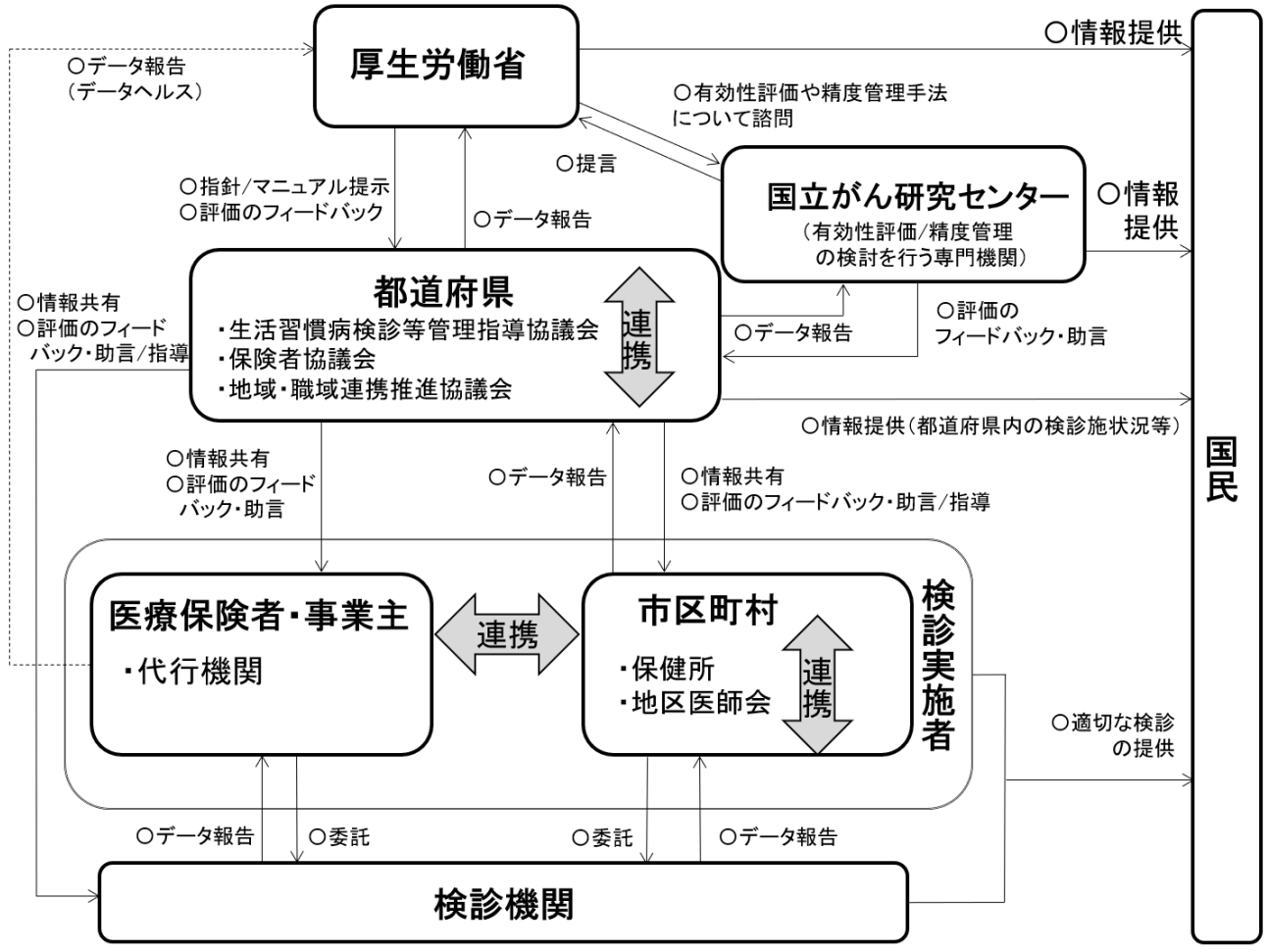


図6　対策型検診事業評価の全体像

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	
		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	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
	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
検査/ 介入	4. Screening test performance characteristics ・検査精度特性は目的に適しており、感度、特異性、陽性反応的中度などが正確に算定され、信頼性および再現性がある ・検査は対象に受け入れられ、安全、安価、効率的に実行・管理できる

	5. Interpretation of screening test results ・検査の結果は、精密検査が必要な受診者を特定するために、明確で解釈可能である 6. Postscreening test options ・要精検者に対して推奨できる行動が示され、それにより死亡率が低下する ・受診者が検査の利益・不利益を理解し、許容できる ・偽陽性・偽陰性を最小限に抑える
プログラム/ システム	7. Screening program infrastructure ・プログラムの全工程にアクセスするための基盤が整備され（財源、人的資源、情報テクノロジー、施設、検査機器や技術）、そのための計画がある 8. Screening program coordination and integration ・プログラムのすべての工程を調整し、医療システムと統合することにより、受診者すべてが適切なケアを継続できる 9. Screening program acceptability and ethics ・プログラムのすべての工程は、受診者、専門家、社会に対して臨床的、社会的、倫理的に受け入れられる ・受診者は、自律的に、権利が保障された上で、情報に基づいた選択が可能である 10. Screening program benefits and harms ・受診者および社会における利益と不利益が明確に定義されており、プログラムの全体的な利益が不利益を上回ることを示す質の高い科学的証拠がある 11. Economic evaluation of screening program ・健康システムまたは社会的視点から、プログラムの経済的評価を実施する ・疾患や状態を管理するための、検診以外の費用と効果を明確に考慮しながら、プログラムの実施、運用、維持の全費用と効果を評価する 12. Screening program quality and performance management ・プログラムには、現状の精度管理や到達目標を確認するための情報や予算に基づいた、計画、モニタリング、評価、報告に関連する明確な目標がある

別添２－１　がん検診に関する根拠法令、通知通達の一覧（抜粋）

１．健康増進法（平成 14 年法律 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

(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

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

(1) 便潜血検査陽性で要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があること（便潜血検査の再検は不適切であること）を説明しているか
(2) 精密検査の方法について説明しているか（検査の概要や、精密検査の第一選択は全大腸内視鏡検査であること、また全大腸内視鏡検査が困難な場合はＳ状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査の併用となること）
(3) 精密検査結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に精密検査を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明しているか※
※ 精密検査結果は、個人の同意がなくても、市区町村や検診機関に対して提供できる（個人情報保護法の例外事項として認められている）
(4) 検診の有効性（便潜血検査による大腸がん検診には死亡率減少効果があること）に加えて、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんがなくてもがん検診の結果が「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) 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

(1) 検査は、免疫便潜血検査 2 日法を行っているか
(2) 便潜血検査キットのキット名、測定方法（用手法もしくは自動分析装置法）、カットオフ値（定性法の場合は検出感度）を仕様書※にすべて明記しているか

※ 仕様書とは委託元市区町村との契約時に提出する書類のこと（仕様書以外でも何らかの形で委託元市区町村に報告していればよい）

(3) 大腸がん検診マニュアル（2021 年度改訂版、日本消化器がん検診学会刊行）に記載された方法に準拠して行っているか※

※ 測定原理により様々な検査キットがあり、判定は機械による自動判定の他に目視判定がある
検査キットの使用期限を守ると共に、日々、機器及び測定系の精度管理に務めなければならない

3. 検体の取り扱い

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) 採便方法についてチラシやリーフレット（採便キットの説明書など）を用いて受診者に説明しているか
(2) 採便後即日(2 日目)回収を原則としているか（離島や遠隔地は例外とする）
(3) 採便後は検体を冷蔵庫あるいは冷所に保存するよう受診者に指導しているか
(4) 受診者から検体を回収してから自施設で検査を行うまでの間あるいは検査施設へ引き渡すまでの間、冷蔵保存しているか
(5) 検査施設では検体を受領後冷蔵保存しているか
(6) 検体回収後原則として 24 時間以内に測定しているか（検査機器の不調、検査提出数が想定以上に多かった場合を除く）
(7) 検診結果は少なくとも 5 年間は保存しているか

4. システムとしての精度管理

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、検体回収後 2 週間以内になされているか
(2) がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告しているか。もしくは全て報告されていることを確認しているか

※「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(3) 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※（内視鏡診断や生検結果、内視鏡治療または外科手術所見と病理組織検査結果など）について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努めているか

※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(4) 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握※しているか

※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である

(5) プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行っているか。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]

(2) 細胞診陰性と判断された検体は、その 10%以上について再スクリーニングを行い[注2]、再スクリーニング施行率を報告しているか※

※ 自治体、医師会等から再スクリーニング施行率の報告を求められた場合に報告できればよい。また公益社団法人日本臨床細胞診学会の認定施設においては、再スクリーニング施行率を学会に報告すること

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

(6) プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行っているか。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。

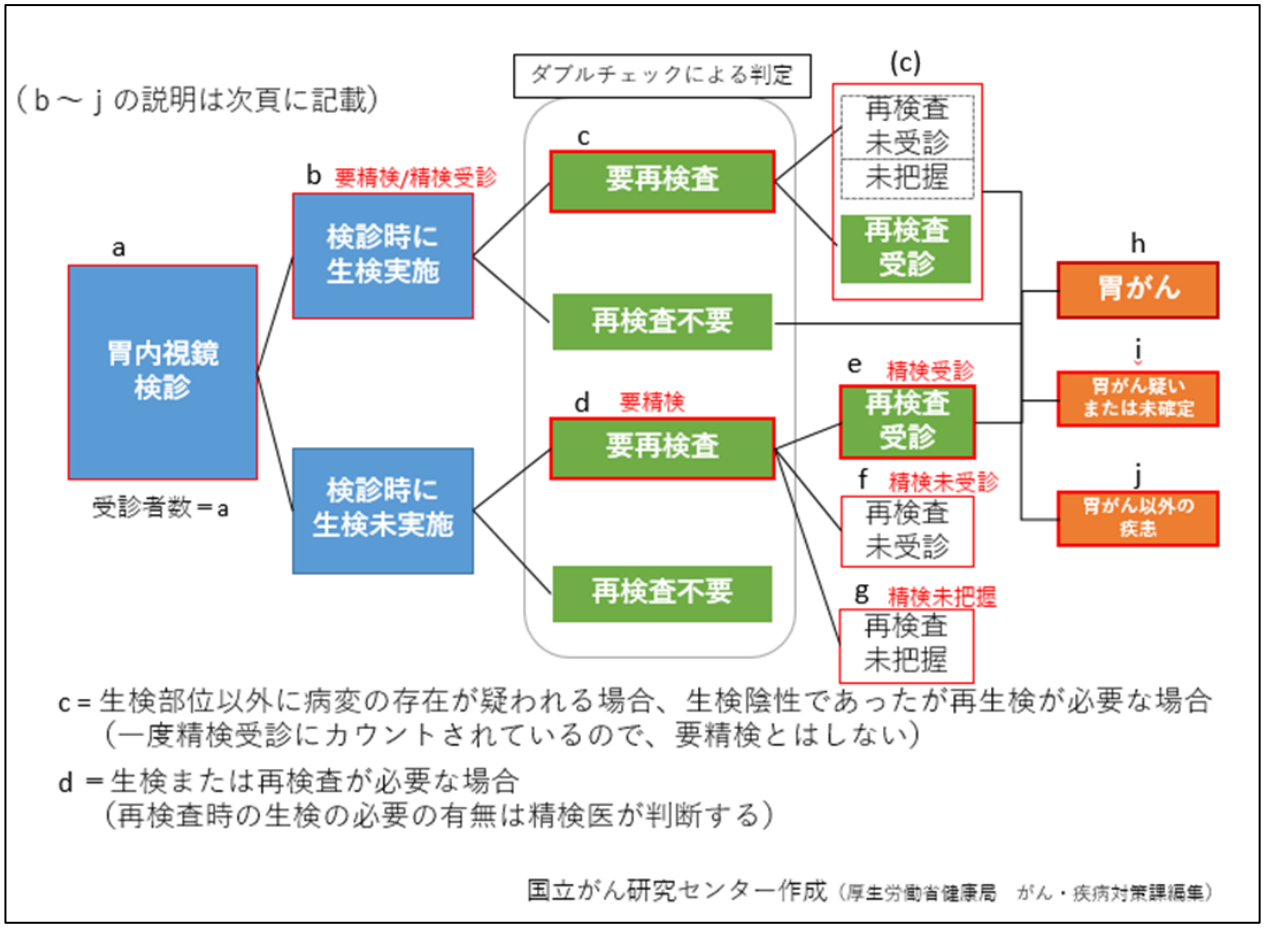
A62　胃内視鏡検診の生検受診者は、要再検査か否かにかかわらず精検受診者として計上してくださ

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。

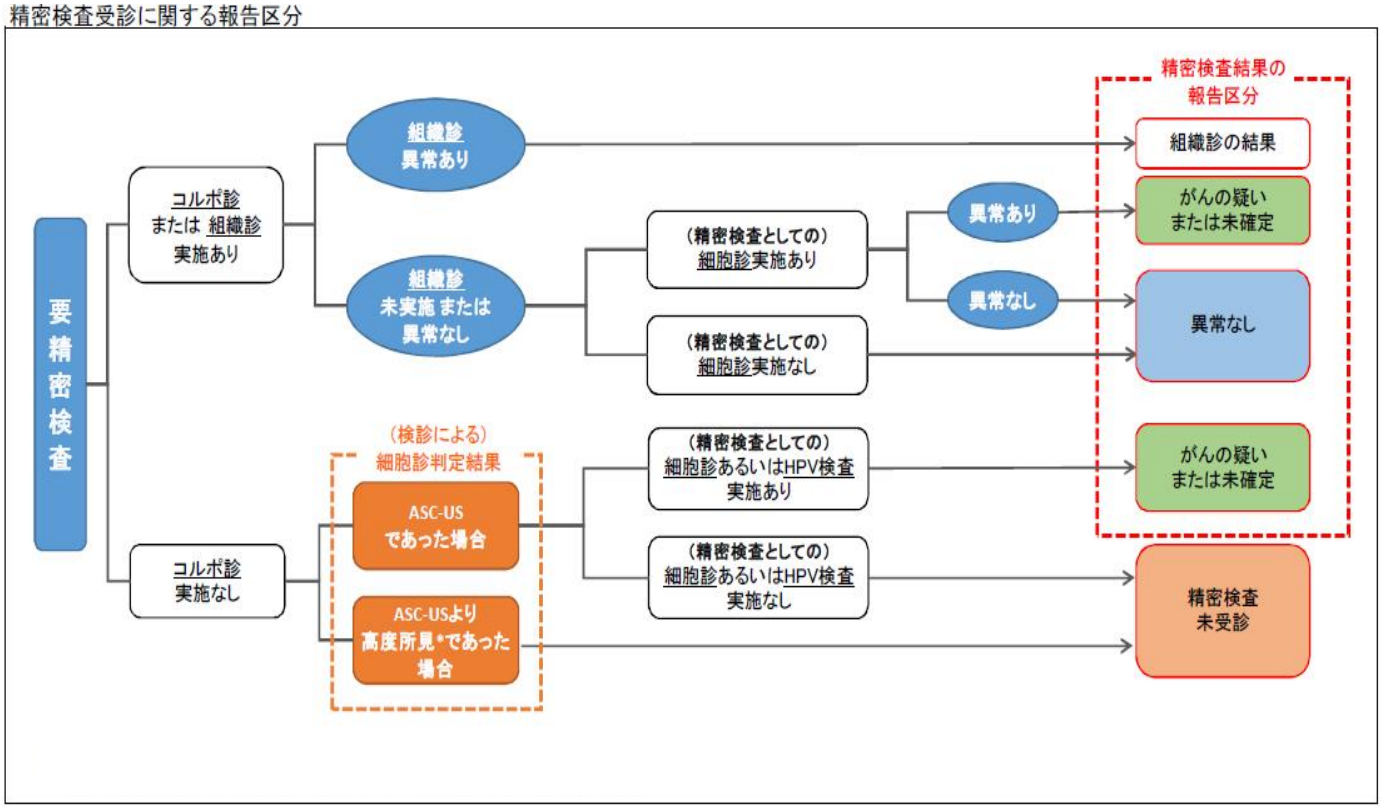
※1　例えば 1 年後に再度細胞診を行った場合、その細胞診は精検に該当します。ASC-US の方に対し
て、（検診として）細胞診を実施することはありません。

※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

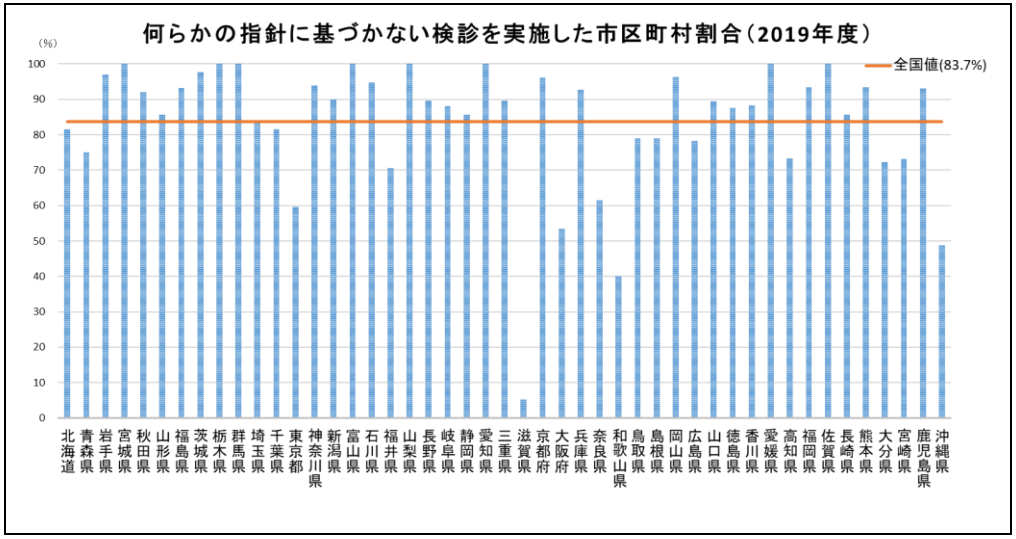
〇その他

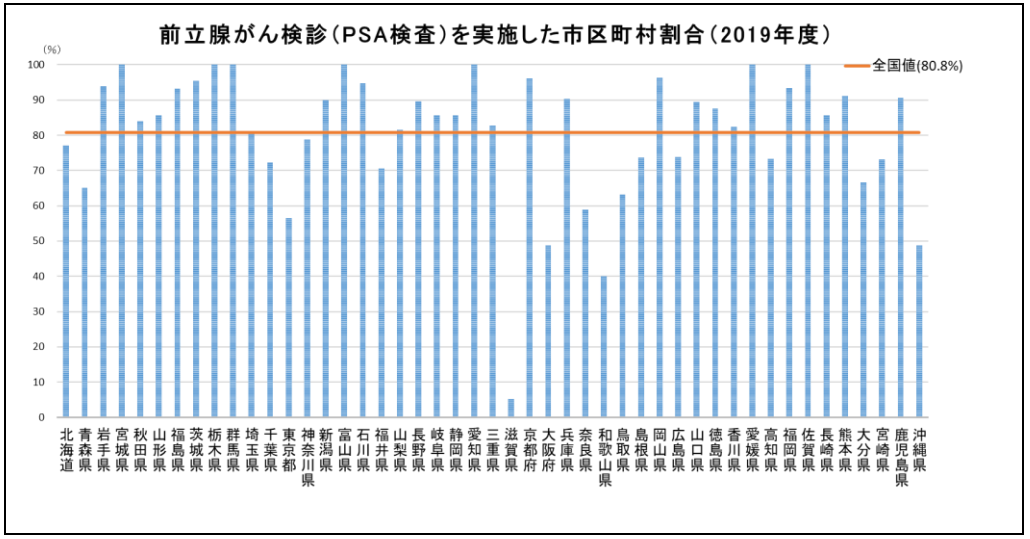
市町村が実施するがん検診と職域におけるがん検診との連携

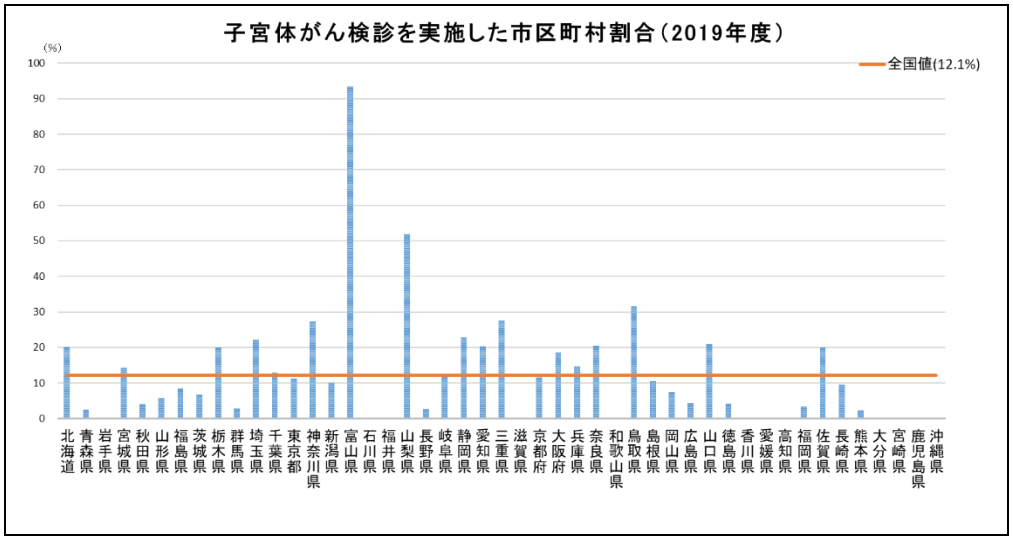
保険者や事業者は、国及び地方公共団体が講じるがん対策に協力するよう努めるものとする（がん対策基本第 5 条、第 8 条）とされており、保険者や事業者は、職域でがん検診を受ける機会のない者に対し、市町村と保険者、事業者が連携することで、市町村のがん検診受診につながることが期待される。

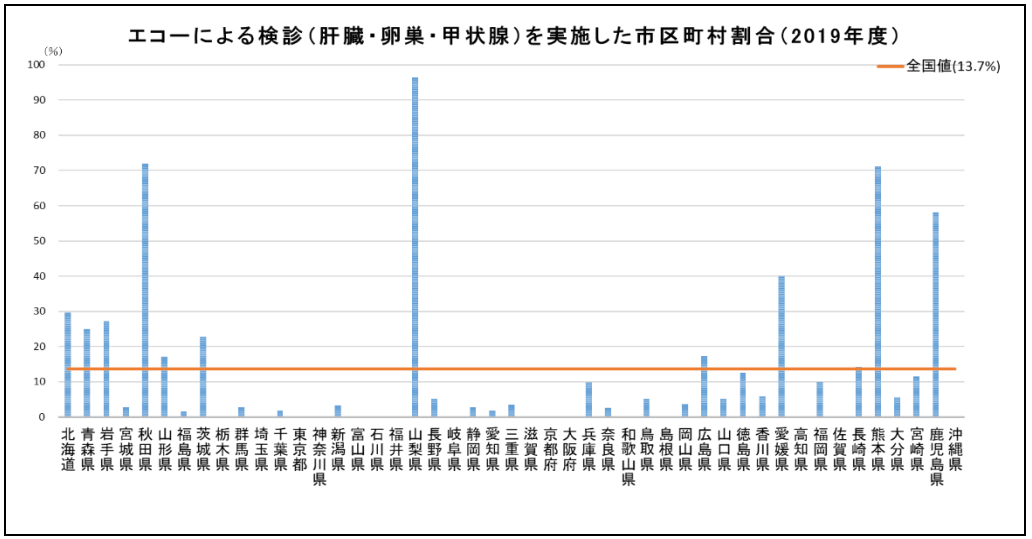
連携の具体例としては、以下が挙げられる。
（1） 保険者が、市町村と連携・包括協定を締結している場合は、特定健康診査（高齢者の医療の確保に関する法律）と市町村が実施するがん検診（集団検診）との同時実施を行う。
（2） 保険者や事業者は、受診者の同意を得る等した上で、市町村と職域におけるがん検診の受診状況を共有する。市町村は、職域でがん検診を受ける機会のない者に対して、市町村が実施するがん検診の受診勧奨を行う。
（3） 保険者や事業者が、職域でがん検診を受ける機会のない者に対し、市町村におけるがん検診を受診するよう情報を提供し、受診機会を設ける。

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）

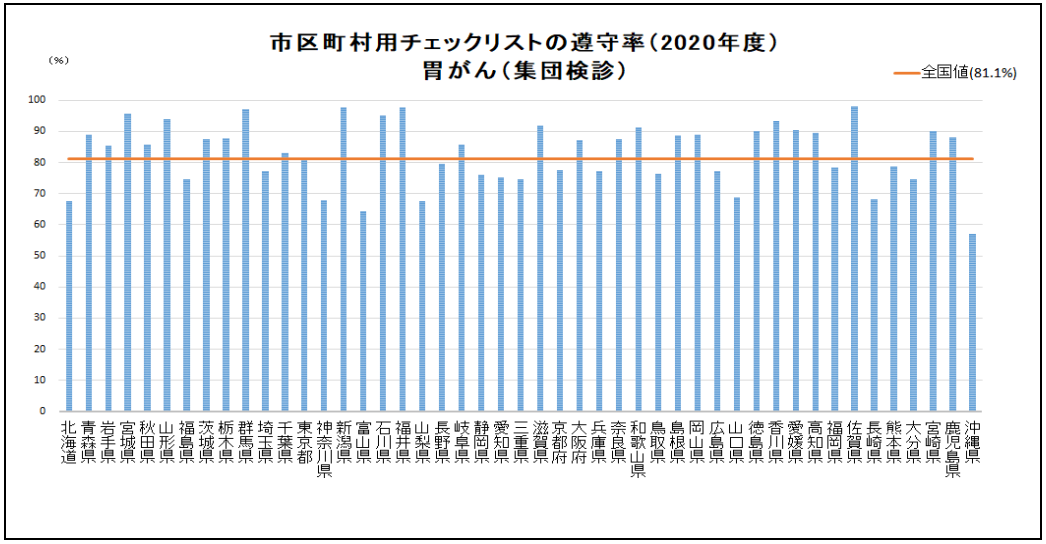
都道府県名	何らかの指針に基づかない検診を実施した市区町村割合（%）	指針に基づかない検診の種類		
		前立腺がん検診（PSA検査）を実施した市区町村割合（%）	子宮体がん検診を実施した市区町村割合（%）	エコーによる検診（肝臓・卵巣・甲状腺）を実施した市区町村割合（%）
全国	83.7	80.8	12.1	13.7
北海道	81.6	77.1	20.1	29.6
青森県	75.0	65.0	2.5	25.0
岩手県	97.0	93.9	0	27.3
宮城県	100	100	14.3	2.9
秋田県	92.0	84.0	4.0	72.0
山形県	85.7	85.7	5.7	17.1
福島県	93.2	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

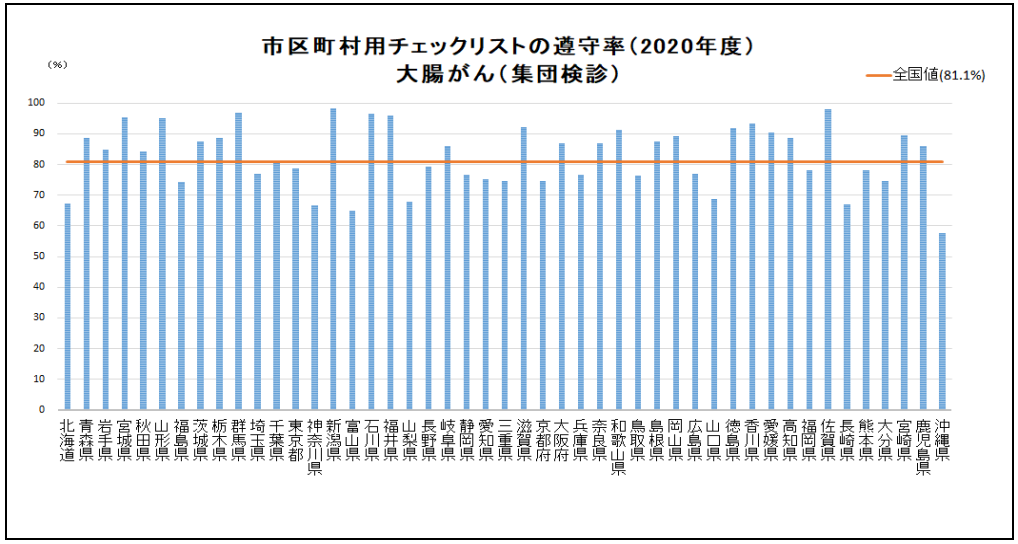
出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

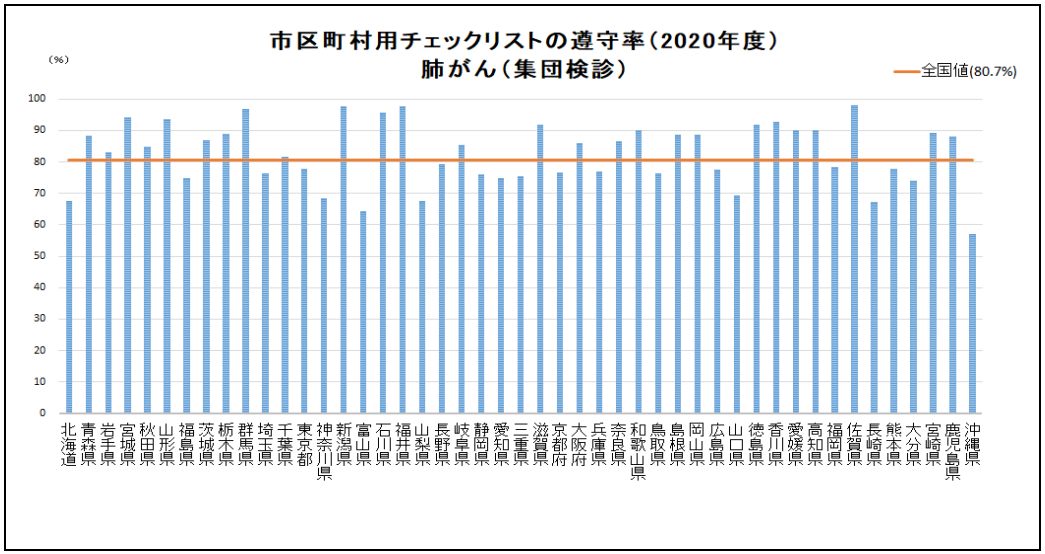
【集計対象市区町村】調査に回答があった市区町村

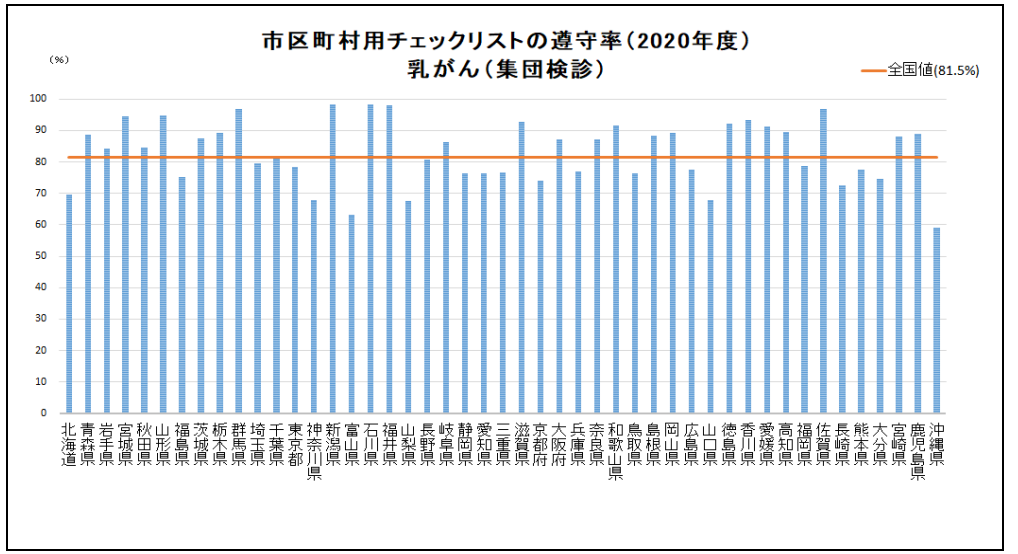
【実施割合算出方法】指針にない検診項目を実施したと回答した市区町村数/集計対象市区町村数×100

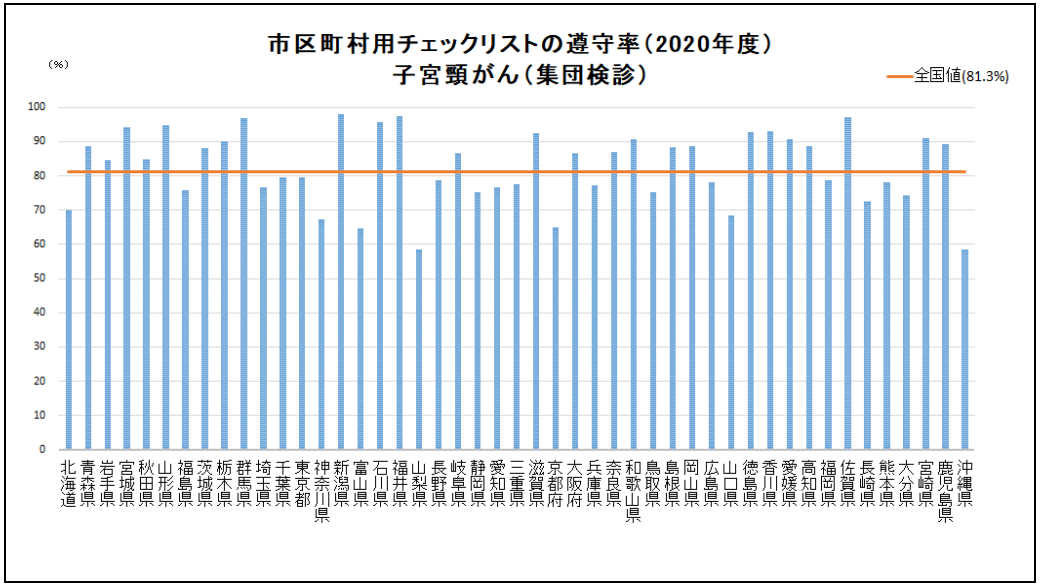
別添９－２－１ 「事業評価のためのチェックリスト（市区町村用）」の遵守状況」

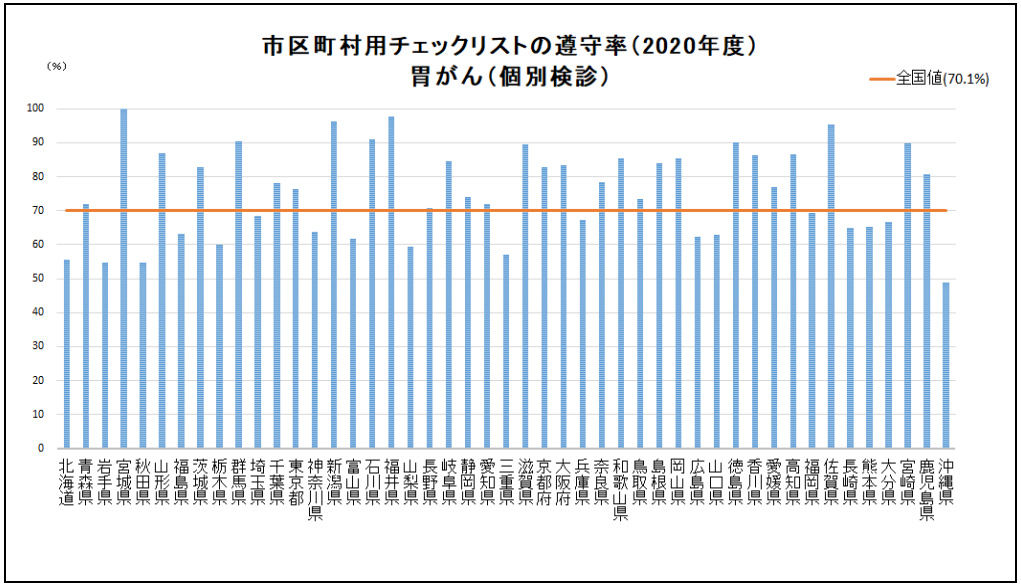


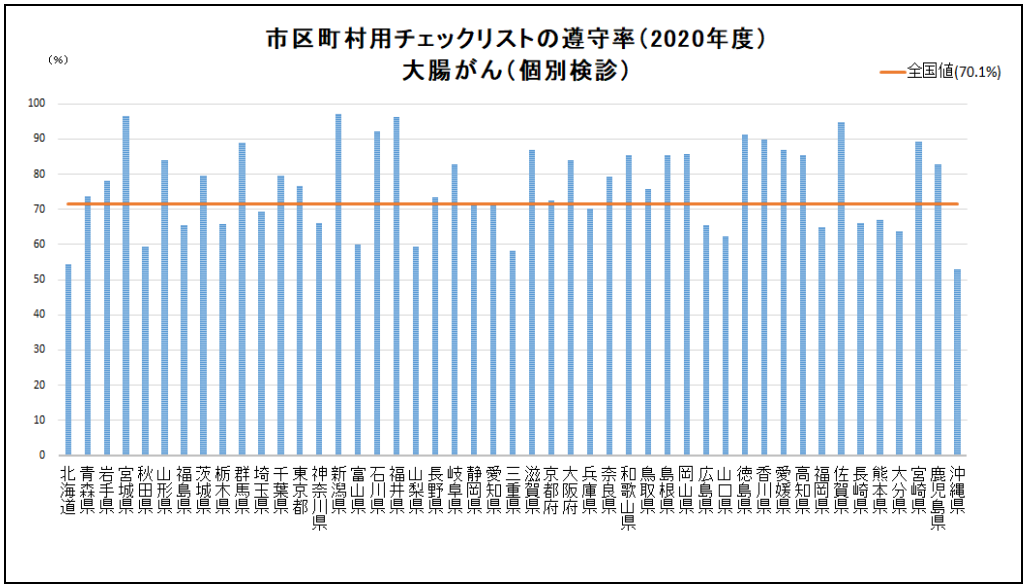


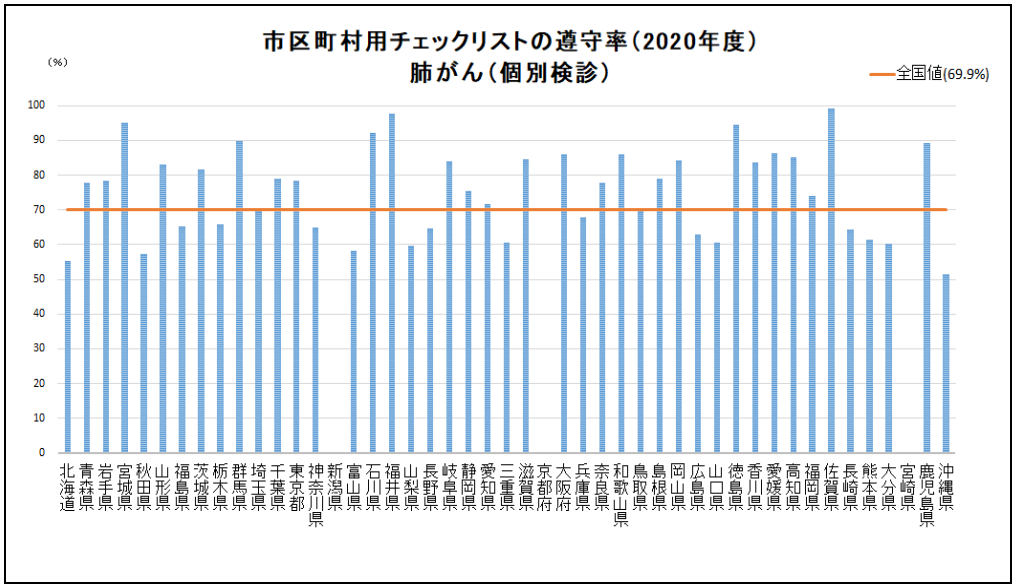


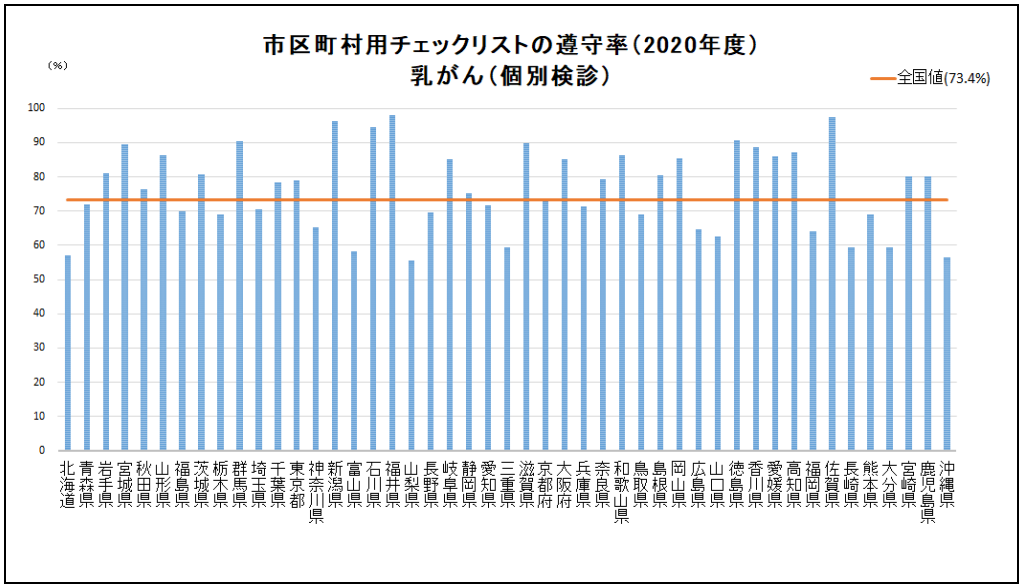


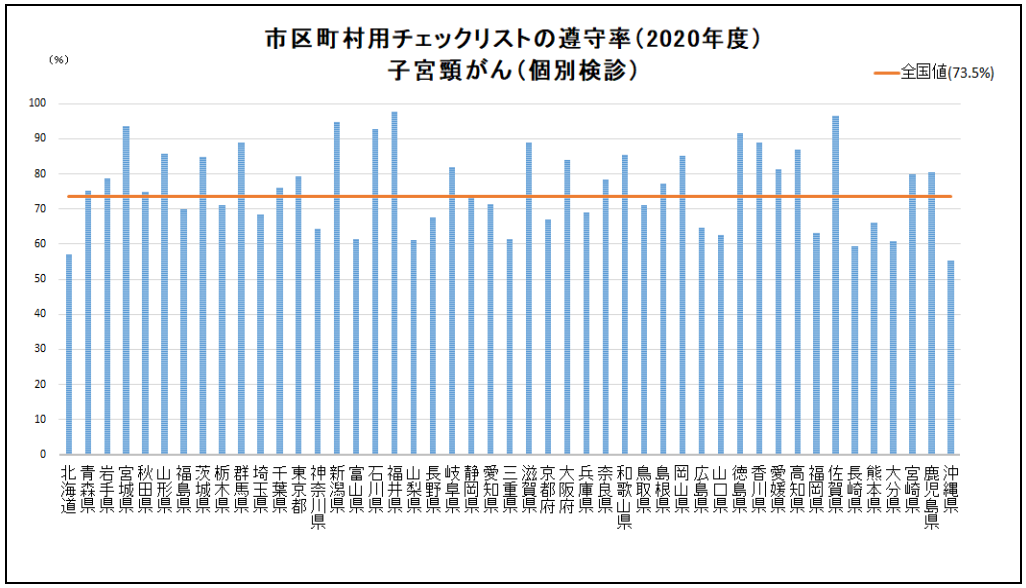

市区町村用チェックリストの遵守率（2020年度）
子宮頸がん（集団検診）
（%）
全国値(81.3%)
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県


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」

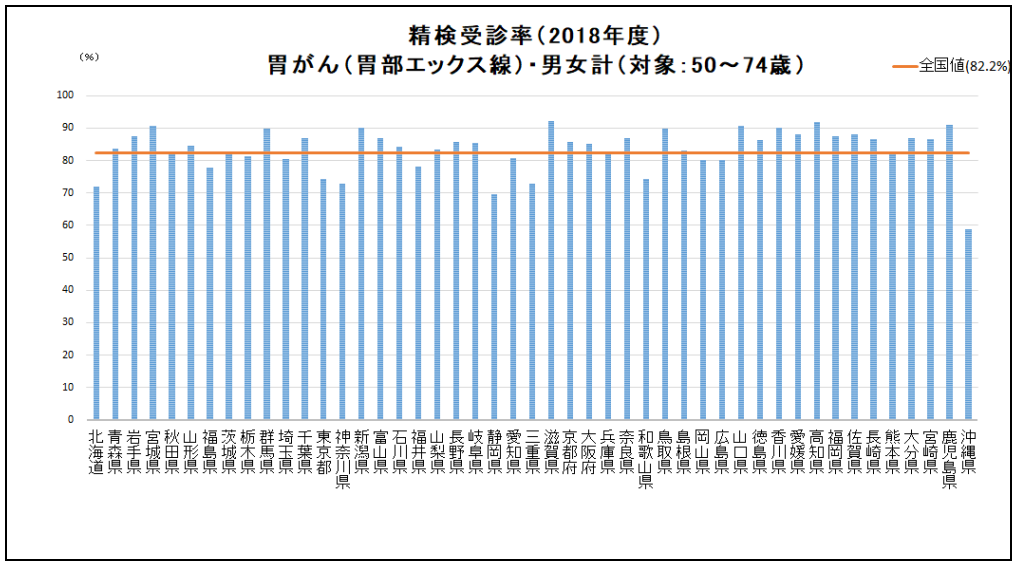
※1　全項目実施率の算出方法

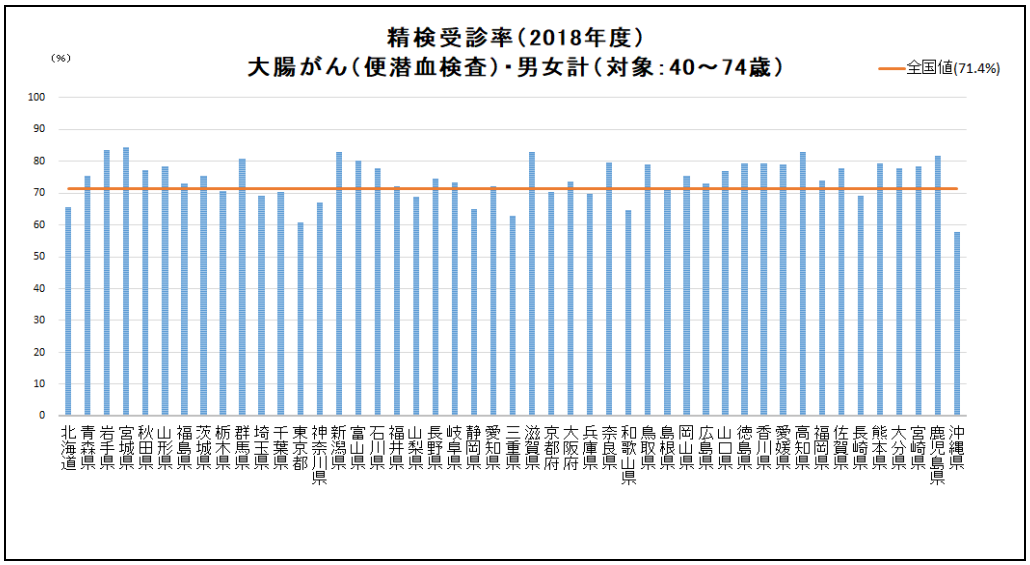
【集計対象市区町村】検診を「実施した」と回答した市区町村

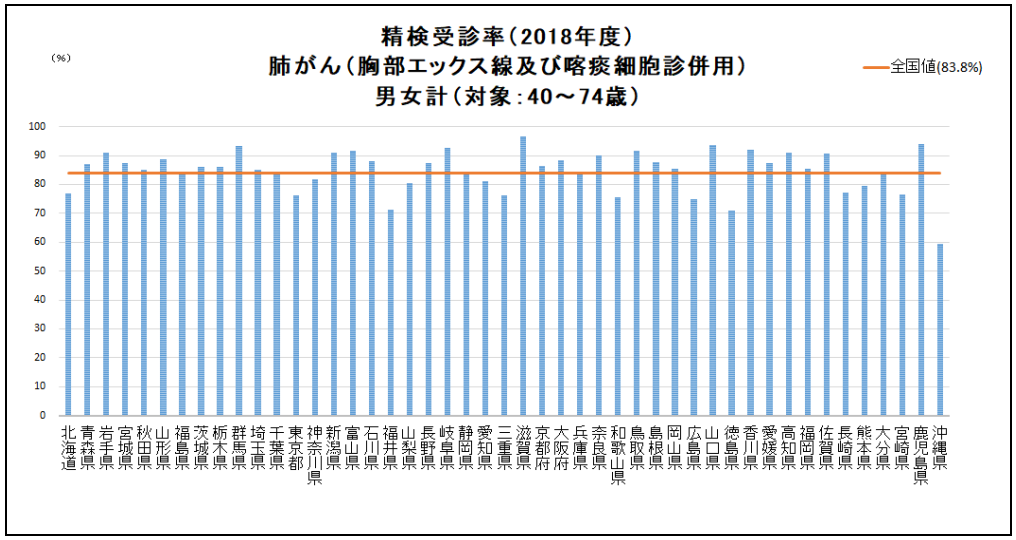
【実施割合算出方法】集計対象市区町村が「実施した」と回答した調査項目数/（集計対象市区町村数×調査項目数）×100

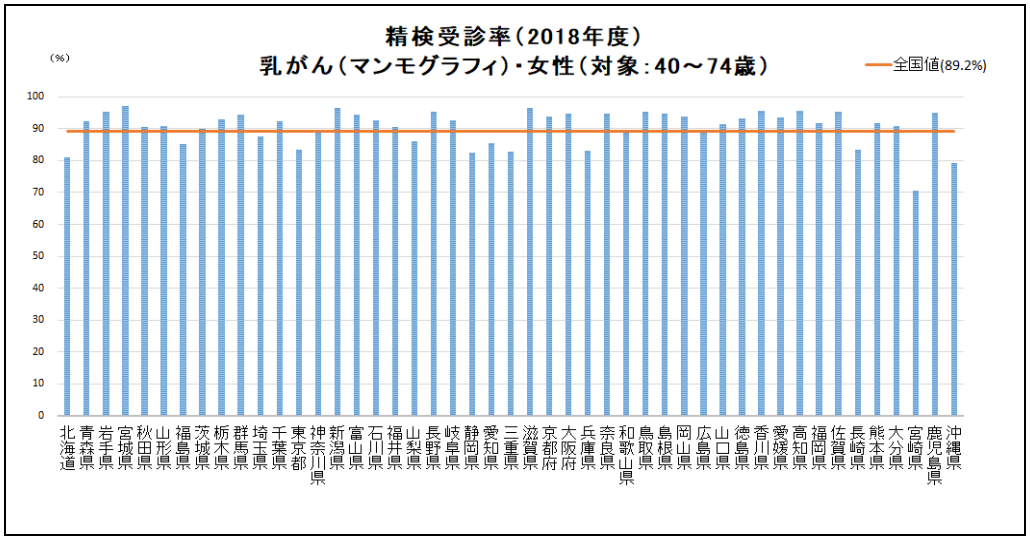
※2　胃部エックス線検査のみ

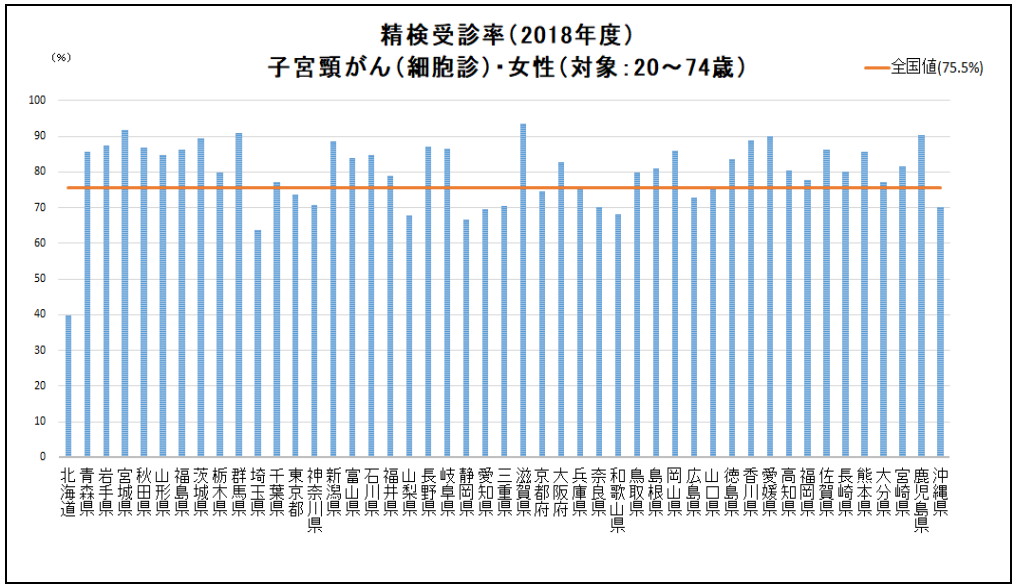
別添９－２－２　精検受診率（2018 年）











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

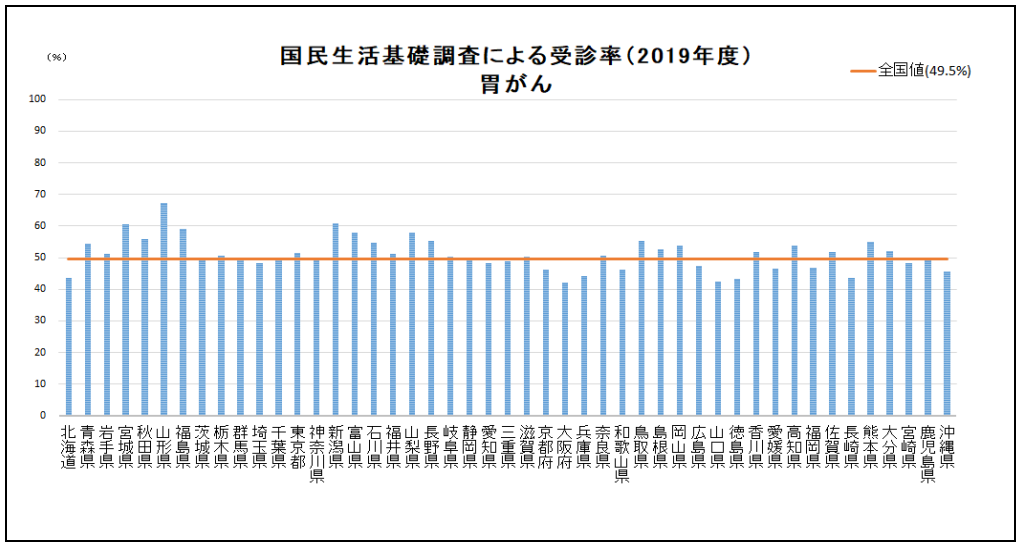
※2 大腸がん（便潜血検査）、男女計、40～74 歳

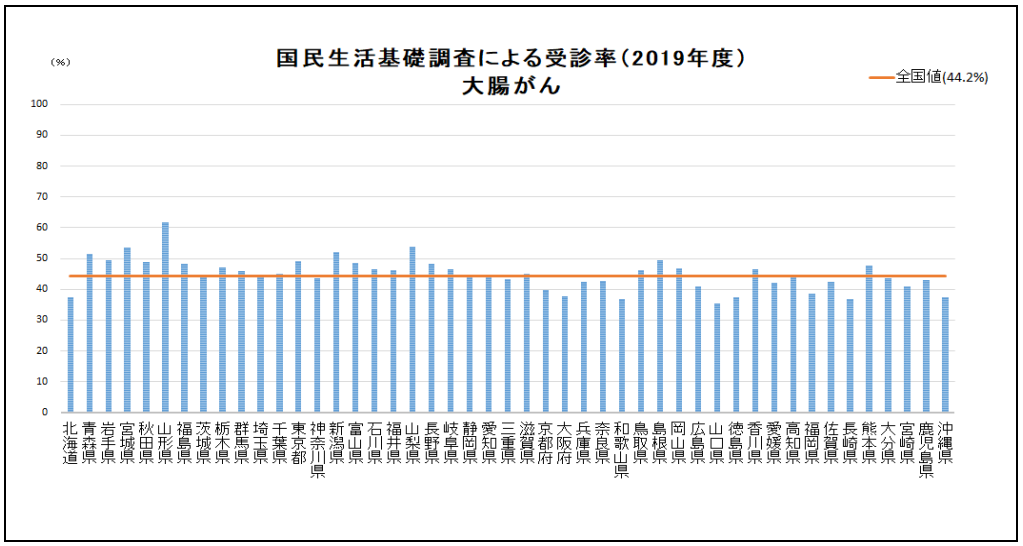
※3 肺がん（胸部エックス線のみ、胸部エックス線及び高危険群への喀痰細胞診併用）、男女計、40～74 歳

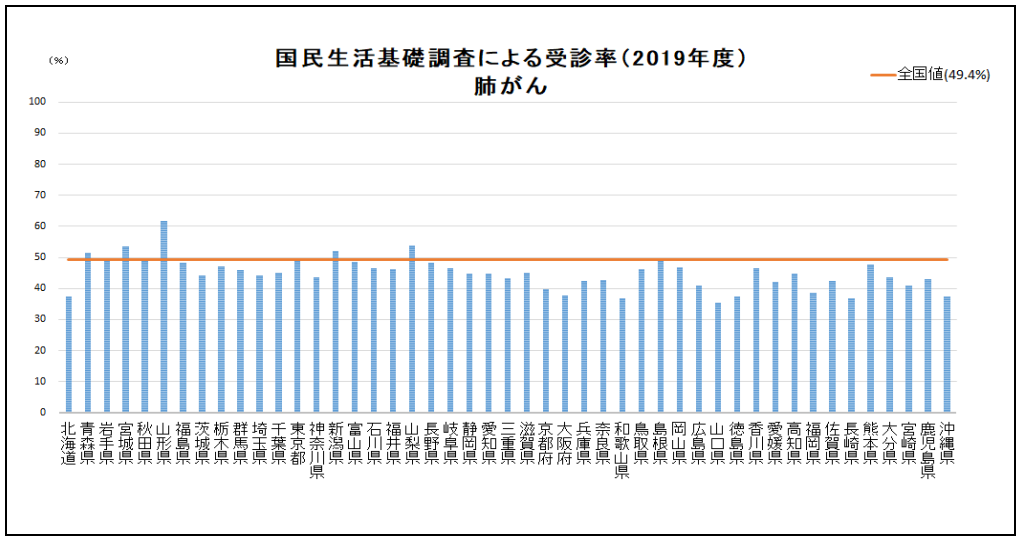
※4 乳がん（マンモグラフィ）、女性、40～74 歳

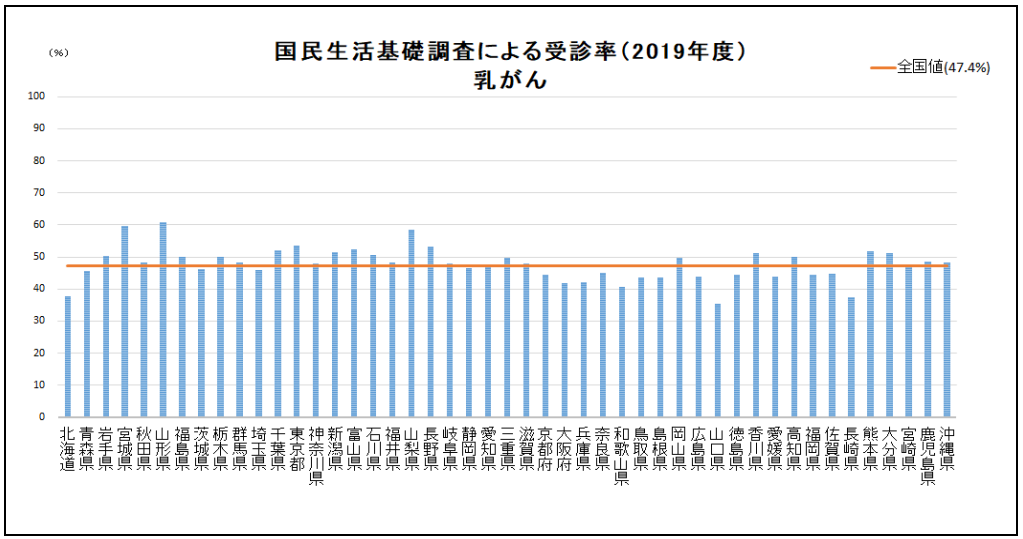
※5 子宮頸がん（細胞診）、女性、20～74 歳

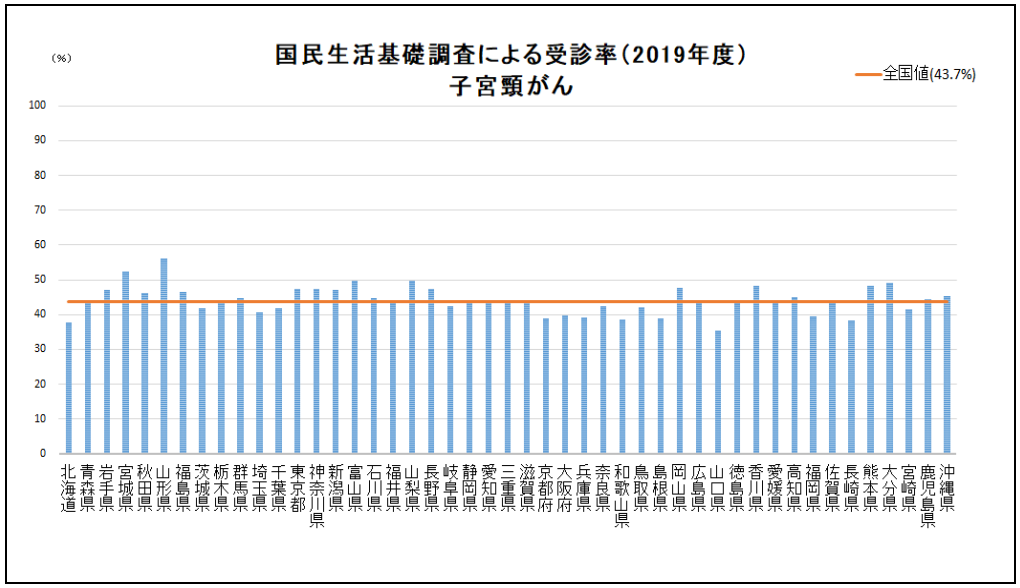
別添９－３　がん検診の受診率（都道府県別）（2019 年）











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

資料１９-(３)

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７月 27 日（木）15：00～17：00
場所：ＷＥＢ開催

議事次第

１　開　会
２　議　題
　（１）これまでの議論の整理について
　（２）次期がん研究 10 か年戦略（仮称）の項目立てについて
　（３）その他
３　閉　会

【資料】
資料１　第 10～12 回における意見のとりまとめ
資料２　次期がん研究 10 か年戦略（仮称）の項目立てについて
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　今後のがん研究のあり方について（報告書）（平成 25 年８月）
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）
　（平成 31 年４月）
参考資料６　第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月）

有識者会議 Ｒ５．７．２７	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10～12回今後のがん研究のあり方に関する有識者会議における意見のまとめ

厚生労働省 健康局がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

第10～12回会議でいただいた主なご意見
（1）がんの本態解明に関する研究

- 健常者を含んだビックデータの利用などを通じて、未知の内的・外的な要因の同定などがんの発生の原因と、その形質の維持機構を究明する研究は必要ではないか。
- ゲノム、トランスクリプトーム、エピゲノム、プロテオーム、メタボローム技術などのオミクス技術の進展に伴い臨床サンプルを用いた網羅的なデータ取得が高度化し充実してきたが、これらのデータが個体レベルでのがんの動態を十分に説明しきれていないため、がんの発生から進展における多様なデータの統合した数理的なモデル構築や、病態解明・治療介入標的の探索や治療薬開発に資する動物・非動物系モデルの開発研究を推進すべきではないか。
- がんの発生、進展、転移、再発、治療抵抗性の獲得など変化におけるがん細胞・がん組織の多様性や可塑性、微小環境について、一分子レベルから時系列で解析し、さらに個体内レベルでの解析へと拡張しながら、個体におけるがんの動態を解明する研究が必要ではないか。
- がんにおけるエピゲノムや遺伝子翻訳後修飾の制御等の機能喪失や獲得の機構や、意義についての解明により、それに基づく新たな治療標的の探索を推進してはどうか。
- 単一細胞RNA解析や空間発現プロファイル解析などの先端的生命科学と、イメージング工学、計算科学、材料工学、物理学、工学、情報科学等の先端分野との異分野融合によりがんの本態を解明する研究を引きつづき推進すべきではないか。
- がん微小環境や宿主免疫応答において、がん細胞、免疫細胞および細胞間相互作用等の三次元や時間軸による変化をとらえること等による、発がんにおける免疫反応の本態を解明し、がん治療へつなげる研究が重要ではないか。
- 年齢層別のがんの特性に基づく、個別化予防や治療への展開を目指した標的の探索・同定研究およびその成果の医療応用を推進するための研究が必要ではないか。 **493**

第10～12回会議でいただいた主なご意見
（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

- 新規薬剤開発に向けた薬剤候補物質の探索・同定や、薬剤候補品を臨床試験に橋渡しするための研究、また、非臨床研究と臨床研究の両面からのアプローチが重要であり、リバーストランスレーショナル研究を推進すべきではないか。
- 企業治験では充分にカバーできないアンメットメディカルニーズに対する新規薬剤開発を行う治験を推進すべきではないか。
- 希少がん・希少フラクション・難治性がん等におけるドラッグラグ・ロスの解消に向け、我が国でエビデンスの不足している未承認薬や適応外薬の実用化を目指した研究を推進すべきではないか。
- バイオロジーにもとづく疾患の細分化が進むことが想定され、臓器毎の疾患区分を超えたバスケット型・アンブレラ型の臨床試験・治験を推進すべきではないか。
- バイオエンジニアリングを駆使した再生医療（遺伝子編集技術等）、武装化抗体（抗体薬物複合体等）、ラジオリガンド療法（アルファ線内用療法等）、mRNAがんワクチン等、より広範な治療対象への拡張を狙うプラットフォーム型治療開発に関する研究を推進してはどうか。
- 腫瘍宿主相互作用を利用する治療開発として、腫瘍微小環境の生物学的メカニズムの解明に基づく非がん細胞を標的とする薬剤開発に関する研究を行ってはどうか。
- 新規治療の開発と並行して、支持療法や緩和ケアに関する研究も漏らさずに推進すべきではないか。
- 遠隔臨床試験・治験 (DCT: Decentralized Clinical Trial) が十分に普及していないことから、DCTを採用する臨床試験・治験を推進してはどうか。

第10～12回会議でいただいた主なご意見
（３）患者に優しい新規医療技術開発に関する研究

- 従来の手術療法、放射線療法、薬物療法と比較し、患者への負担の少ない低侵襲手術、低侵襲放射線療法、光線力学療法、新規のドラッグデリバリー技術等により副作用の低減された薬物療法等の開発に関する研究を推進すべきではないか。
- 術後再発リスクや治療効果・耐性予測等、治療経過を正確にモニタリングできる新規医療技術開発に関する研究を推進してはどうか。
- がん治療に伴う機能欠損に対する機能温存・機能回復等に資する、再生医療等製品の実用化に関する研究を推進してはどうか。
- 遠隔手術等の遠隔医療を推進する技術開発について研究を推進すべきではないか。
- 重粒子線治療や核医学治療等の高度な放射線療法等の新規医療技術開発を推進すべきではないか。その際に、装置の小型化や低コスト化を含め、医療経済評価に関する研究も必要ではないか。
- 薬物療法や手術、放射線療法等による副作用に対する支持療法や、がんに伴う症状等の緩和治療について、企業等との連携も含め、新規医療技術開発に関する研究を推進してはどうか。
- 量子センサー等の量子技術を活用した新規医療技術開発に関する研究を推進してはどうか。
- ペイシェントジャーニー全体を通した患者に優しい医療の提供に向け、長期的な合併症管理等のがん治療期間に限らない医療ニーズ・患者ニーズを踏まえた新規医療技術開発に関する研究を行ってはどうか。

第10～12回会議でいただいた主なご意見
（４）新たな標準治療を創るための研究

- 有効性・安全性・QOL等の観点から、標準治療の最適化（最適な投与順序・投与期間・投与量等）を目的とする臨床試験を推進すべきではないか。
- 既存薬剤のドラッグリポジショニング等の適用拡大を目的とした臨床試験を推進してはどうか。
- 希少がんや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等の観点から実現が困難かつ長期間を要する。より少数例で新規治療法の有効性を検証できる臨床試験の手法の開発について研究してはどうか。
- 企業治験では充分にカバーできないアンメットメディカルニーズに対する第３相試験やComparative Effective Researchを推進すべきではないか。特に、薬事申請に活用できるような特定臨床研究を推進すべきではないか。
- 世界のがん医療における新たな標準治療の創出を日本がリードするという観点で、日本が主導する国際共同臨床試験を推進してはどうか。
- 新たな標準治療の開発においては、当該標準治療が医療経済に大きな影響を与える可能性もあることから、特に検証的な試験（第3相試験）における医療経済評価の研究を推進してはどうか。
- 薬物療法や手術、放射線療法等による副作用に対する支持療法や、がんに伴う症状等の緩和治療について、企業等との連携も含め、標準治療の開発を推進してはどうか。
- 小児、AYA世代がん、高齢者のがんなど、ライフステージに応じた新たな標準治療の開発を推進してはどうか。
- 術後再発リスクや治療効果・耐性予測等、治療経過を正確にモニタリングできる新規医療技術を活用した新たな標準治療の開発について研究してはどうか。
- 医療の進歩によりがん罹患後の長期生存が可能となっており、特に小児・AYA世代のがんについて、長期的な患者のQOLを評価軸とする研究を推進してはどうか。

第10～12回会議でいただいた主なご意見
（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

- 小児がんにおいても、ゲノム・マルチオミックスデータや質の高い臨床情報等の多層的なデータを活用したがんの予防・診断・治療・創薬等、それに基づく個別化医療の推進に関する研究を行うべきではないか。
- 小児がんに対するドラッグラグ・ロスの解消に向け、未承認薬や適応外薬の実用化に関する治験を引き続き推進するとともに、海外データ等の活用により日本人症例データを必須としない新規治療開発のモデルやシミュレーションについても研究してはどうか。
- 海外と連携可能な、小児がん患者の長期フォローアップシステムを構築し、我が国におけるChildhood Cancer Survivorの情報を集積し、発信する研究を推進してはどうか。
- AYA世代の経済済的及び心理社会的な課題に対する調査研究を実施し、更なる支援策を講じるべきではないか。
- 小児がんを健診・検診の対象に拡充することを目指した研究を推進してはどうか。
- 高齢者は併存疾患や臓器障害を抱えていることも多く、治験データの外挿には限界があるため、高齢のがん患者を対象とした新規治療・技術の有効性・安全性及び実装に係る臨床試験（リアルワールドデータの活用を含む）を推進してはどうか。その際に、高齢者機能評価のスクリーニングツールの開発と臨床導入に関する研究も行ってはどうか。
- 希少がん、難治性がん等の予後はいまだ不良であり、市場原理に任せることなく、国として戦略的かつ中長期的に、その治療標的探索や治療薬開発に関する研究を推進すべきではないか。
- 希少がん等ではRCTによる試験を行うことが、時間・コスト・倫理面等の理由で困難な場合があることから、質の高いレジストリーに基づくリアルワールドデータを活用した臨床試験や薬事承認を目指す研究を推進すべきではないか。

第10～12回会議でいただいた主なご意見
（６）がんの予防法や早期発見手法に関する研究

- がんのハイリスク集団のコホート研究によるエビデンスの蓄積が不十分であることから、ハイリスク集団を対象とした発がん関連遺伝子変異を含むゲノム解析に関する研究（分子疫学研究）を推進してはどうか。
- 特に欧米と比べてアジア地域に多いがんの一次予防に関する研究や、（就労環境や化学物質へのばく露等の、）現時点でエビデンスが不十分な環境因子が発がんリスクに与える影響に関する研究を推進してはどうか。
- 循環器疾患等のがん以外の非感染性疾患とリスク要因が共通していることから、他疾患に関する死亡も含めた総合的な評価方法についての研究を推進してはどうか。
- 社会的要請の高いいくつかのがん種について、フラグシップとなるようなプロジェクトを立ち上げてはどうか。
- 特に進行がんとして発見・診断されることが多いがん種について、前がん病変を含むがんの早期検出技術の開発を推進するとともに、がん検診の受診率向上の観点から、リキッドバイオプシー等の簡便、低侵襲、受診の場を選ばない検査技術の開発や革新的ながん検診技術の開発を支援してはどうか。
- AI技術を活用した再発の超早期診断への取り組みを拡充し、特にリキッドバイオプシーによる循環腫瘍DNA等の血中微量分子等を早期に検出する技術の実用化や、手術摘出組織を用いた再発リスクのAI予測の精度検証を目指した研究を推進してはどうか。
- 対象者のリスク層別化等によるがん検診の最適化に関する研究を推進してはどうか。
- がん検診の受診状況等についてデジタル化も含めた一体的な把握に資する研究を推進してはどうか。
- がん予防研究の推進にあたっては、次世代がん事業と革新がん事業が連携し、新規発がんリスクの探索・同定・評価を一体的に推進すべきではないか。

第10～12回会議でいただいた主なご意見
（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

- がん患者とその家族の多様なニーズに対応するため、これまでの有害事象や患者報告アウトカム以外にも、患者の多様な価値観を評価する方法について研究してはどうか。
- 小児がんやAYA世代のがん患者を中心とした長期フォローアップのニーズに対応するため、ライフステージに応じた療養環境支援や医療提供体制構築等に関する研究を推進してはどうか。
- がん患者の術後の体力、QOLの低下等が社会復帰に向けた課題となっていることから、がん患者とその家族の健康維持増進と精神心理的問題に関する研究を引き続き推進してはどうか。
- 妊孕性の温存を考慮した治療法や妊孕性温存療法に関する研究を推進してはどうか。
- 第４期がん対策推進基本計画に基づく相談支援及び情報提供に関する対策に資する研究を推進してはどうか。
- 第４期がん対策推進基本計画に基づくがん患者等の社会的な問題への対策に資する研究を推進してはどうか。
- がんと診断された時からの緩和ケア等、医療提供体制の格差是正について検討してはどうか。
- がん患者とその家族における科学的根拠のあるがん情報や治験に関する情報へアクセスできるよう、科学的根拠に基づくがん情報や治験情報等のがんに関する情報提供に関する研究を推進してはどうか。

第10～12回会議でいただいた主なご意見
（８）がん対策の効果的な推進と評価に関する研究

- がん検診における死亡率減少効果の代替指標の開発について、進捗が不十分であることから、引き続き代替指標の開発を推進するとともに、一定程度の有効性が認められている検査・検出技術に関しては、導入と検証を同時に進める研究を行ってはどうか。
- 難治性がん・希少がん対策として、体外診断薬として承認された早期診断バイオマーカーに対しては、任意型検診への導入を積極的に推奨するとともに、任意型検診におけるリアルタイムデータの収集と評価を行う研究を推進してはどうか。
- がん医療はがん診療連携拠点病院等とそれ以外の施設も含め多施設の連携で構成されているが、がん診療に関する情報連携が進んでいないことから、がん対策研究の基盤として保健医療データプラットフォームの構築を一層進めるとともに、保健医療データプラットフォームを活用したがん対策研究を推進してはどうか。
- 予防や治療等のがん対策の推進にあたり、公的医療保険制度内での実用化を見据え、その有効性や安全性だけでなく、経済性やその他の要素も含めてその影響を評価する医療技術評価を導入することを検討してはどうか。そのためにまずは、医療技術評価について、諸外国での取組も参考に適切な評価方法等に関する研究を推進するとともに、公的医療保険制度の中での新規医療技術の安定供給に係る研究を推進してはどうか。
- 国および都道府県のがん対策推進（基本）計画の中間評価および最終評価のために設定する評価指標に客観性をもたせるための研究を行ってはどうか。
- 教育や就労支援に係る課題に関して、他疾患や他領域を含めた横断的な研究を推進してはどうか。

第10～12回会議でいただいた主なご意見
（９）各柱にまたがる「横断的事項」について
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

免疫療法

- 免疫療法では複数の標的に対する抗体医薬が実用化され、進行がん治療成績は一部のがんでは大きく向上したが、これらの薬剤の効果は一部のがんに限られる他、効果や免疫関連有害事象を予測するバイオマーカーが確立していないことから、新たな免疫療法の治療標的の探索と薬剤開発を推進してはどうか。
- 免疫療法においてもがんプレシジョン医療を実現するべく、がん細胞と宿主免疫応答の多様性を考慮した発がん機構の解明と治療標的探索についての研究が必要ではないか。
- CAR-T療法や二重特異性抗体、ネオアンチゲンワクチン、TCR導入Ｔ細胞療法などの新規技術開発を推進してはどうか。

リキッドバイオプシー

- 早期診断やMRDによる再発リスク予測、再発の超早期診断、治療効果・耐性予測等に資するリキッドバイオプシー（腫瘍循環DNA，エクソソーム等）の開発及び治療戦略上の有効性等について研究を推進すべきではないか。
- リキッドバイオプシーは採取検体の品質にばらつきが大きく、検体採取の標準化に関する研究を行ってはどうか。
- 新規のリキッドバイオプシー技術について、既存のがん遺伝子パネル検査や、競合するリキッドバイオプシー技術と比較する研究を行うべきではないか。

第10～12回会議でいただいた主なご意見
（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

シーズ探索

- オミクス解析技術の進展に伴う多様な情報の蓄積、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。がんの基礎生物学的研究と、他分野をリンクした融合型研究の推進により、治療介入の標的となりうる分子、カスケード、細胞などのシーズ探索を飛躍的に発展させることができるのではないか。
- 抗がん薬のシーズ探索は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。実薬開発に繋げるにはシーズ探索の規模を拡大するほか、効率的かつ精度の高い技術開発が求められることから、研究予算の重点化を図ってはどうか。

がんゲノム医療に係る研究

- ゲノム・マルチオミックスデータや質の高い臨床情報等の多層的なデータを活用したがんの予防・診断・治療・創薬等、それに基づく個別化医療の推進に関する研究を行うべきではないか。
- ゲノム・マルチオミックス情報にもとづく疾患の細分化が進むことが想定され、臓器毎の疾患区分を超えたバスケット型・アンブレラ型の臨床試験・治験を推進すべきではないか。その際に、ゲノム・マルチオミックス解析技術にもとづくトランスレーショナル研究も推進してはどうか。
- 新たながん１次・2次予防の実現に向けた、発がんの遺伝因子と環境因子（生活習慣、喫煙や飲酒含む）の中長期的な研究や、ゲノム解析によるがんの早期発見・発症リスク評価による診断技術の開発の研究を行ってはどうか。
- 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、ゲノム情報の取扱を含めた社会的課題及び環境整備に関する研究を行ってはどうか。
- AI・デジタル・リモート診療等の技術を活用したゲノム医療へのアクセスの向上・高度化を進める研究を推進すべきではないか。

第10～12回会議でいただいた主なご意見
（９）各柱にまたがる「横断的事項」について ⑤AI等新たな科学技術

- 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必要があるのではないか。
- 生成系AI等の新たな科学技術を用いた新しい治療法や診断技術に関する研究を推進してはどうか。
- がんゲノム医療への技術導入や、臨床情報とマルチオミクス技術を統合解析するためのAI解析技術の開発を推進してはどうか。
- 日本における研究開発を促進するため、がん医療の分野で、AIの技術の発展に合わせた予見性の高い薬事承認や臨床利用を見据えた制度設計に係る研究を推進してはどうか。
- がん分野における課題を整理し、今後新たな科学技術を実装することを見据えて法的・倫理的・社会的課題（ELSI: Ethical, Legal and Social Issues）の解決するための研究に取り組むべきではないか。
- 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ことから、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の開発を推進してはどうか。

第10～12回会議でいただいた主なご意見
（９）各柱にまたがる「横断的事項」について
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

データベース

- がん登録、がんゲノム情報、保険医療データ、検診データ等の連携や、医療DXに基づく電子カルテからの医療情報の活用を目指し、「がん研究における医療情報の活用」を進めるべきではないか。
- オープンソースで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することが重要ではないか。
- 治療の有効性と副作用リスクを予測するために、大規模なデータベースとそれに紐付くオミックスデータを基盤として整備すべきではないか。

細胞株やサンプルの利用

- 各種細胞株（遺伝子改変、iPS細胞等も含む）や患者由来の臨床検体（血液や腫瘍）について、医薬品等を開発するためにより有効に活用できるよう、遺伝子改変などを有する研究者単位の細胞株を公的にバンキングし中央管理できるように支援してはどうか。
- 臨床検体バンク（疾患バイオバンク）の利活用を促進するためにデータベースの連携を強化してはどうか。

患者報告アウトカム

- PRO（Patient Reported Outcome）の意義について一般市民や医療者への普及啓発を行うべきではないか。
- ePRO（electronic PRO）に関する研究を推進してはどうか。

第10～12回会議でいただいた主なご意見
（９）各柱にまたがる「横断的事項」について
⑥基盤整備等：患者参画に係る取組、がん研究を担う人材の育成

◘ 患者参画に係る取組

- 患者・市民参画を促すための患者の教育プログラムが必要ではないか。
- 諸外国での取組を正確に把握するとともに、他疾患や他領域、広く市民を交えた横断的な研究を検討すべきではないか。
- 患者をパートナーとして捉え、患者・市民参画の前提となる、丁寧な情報提供や患者還元に関する研究を進めるべきではないか。
- 患者団体に関する情報のとりまとめや、患者・市民委員として活動できる人材バンクを作ってはどうか。
- 国の審議会等だけでなく、都道府県がん対策推進協議会、がん診療連携協議会、学会の診療ガイドライン策定員会等に患者・市民参画を促すよう、患者参画に関するガイドラインを策定してはどうか。

◘ がん研究を担う人材の育成

- 異分野間の交流や国際交流を促すことで若手研究者の増強を図る必要があるのではないか。また、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べきではないか。
- バイオインフォマティクスやDXに係る人材の育成も、データ基盤整備等の観点から必要ではないか。また、アカデミアにおいては継続的にそれらの若手研究者が支援される必要があるのではないか。
- 臨床現場において医師だけでなく、リサーチナースや契約事務担当官なども育成すべきではないか。
- がん研究に関わる人材の種類やその必要数について、医育・研究機関、医療機関毎に実態調査して実態を把握し、評価を継続してはどうか。

その他の主なご意見

- 国の予算は有限であり、臨床領域ではEquity（医療の公平性）が世界的に注目されていることから、研究費に関してもどのように選択と集中を図っていくかといった優先順位についても議論する必要があるのではないか。
- 国内に散らばっている研究・臨床資源をネットワーク化するには、施設の垣根を越える必要があり、コーディネーション機能を強化する必要があるのではないか。
- 臨床試験情報へのアクセスし易さを実現し、AMEDの研究費（米国 NIHのRePORTをイメージ）の俯瞰性の向上を目指してはどうか。
- 現在のがん研究の進捗状況について、国民にわかりやすく情報発信する必要があるのではないか。
- がん研究10か年戦略の効果検証を行うべく、進捗管理のための指標を設定すべきではないか。
- 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進めてはどうか。

項目立てについて

- 本態解明を項目とするのではなく、出口からみた整理とすべきではないか。
- 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アカデミア・産業界ともに弱いことから、「新しい治療モダリティに関する研究」を柱に加えてはどうか。
- 第４期がん対策推進基本計画と同様に、小児だけではなく、AYA世代に関する項目を設けるべきではないか。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

（参考）制度・政策等に関するご意見のまとめ

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

製薬・薬事、治療薬へのアクセスに関するご意見

製薬・薬事

- 国外で行われている薬剤開発の状況も把握しながら、スタートアップを含む国内企業が開発を進めることのできる支援が必要である。
- 国外の新興バイオ医薬品企業の国内開発誘致と、そのための治験実施体制の見直しを検討してはどうか。
- 採算のとりにくい薬剤の開発・販売には国による経済的な支援が必要ではないか。（治療の有効性が期待できる患者を特定する研究、小児がん、希少がん等に対する治療開発等）
- 諸外国の事例も参考に、小児における薬剤開発を成人における薬剤開発と同時に進められるよう制度を検討すべきではないか。
- 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はないか。
- 日本でのリクルートが難しい疾患について、海外既承認薬を海外データに基づいて条件付承認し、製造販売後のリアルワールドデータでデータを補完するような制度を検討してはどうか。
- 高齢者がん、小児がんなどでの治療開発が進みにくいことから、レジストリを利用した薬剤の承認制度を検討すべきではないか。
- 承認（または仮承認）後に高齢患者への適応可否に関する検討を宿題事項として責任企業に課す一方で、そのために必要な基礎研究や臨床研究には国から助成を行うスキームを検討してはどうか。
- 「患者の多様な価値」に該当するデータを取得する臨床試験を承認後に実施でき、追加の臨床試験を課せられる責任企業が経済的負担とならない仕組みが必要ではないか。
- 医薬品の安定供給についての対策に関する研究を行ってはどうか。

治療薬へのアクセス

- 特定臨床研究に係る制度について、評価療養等での実施を可能とするような制度を検討してはどうか。
- 希少な対象に対する新規治療法の確立は症例集積が難しいため、早期承認後のリアルワールドデータ集積による有効性・安全性の再検証やオフラベルユースを行う仕組みを構築すべきではないか。
- 国外で安全性が示されている治療薬等を速やかに利用できるよう環境を整備すべきではないか。
- 患者・家族等が治験に関する情報に容易にアクセスできるよう、情報提供のあり方について検討すべきではないか。

シーズから出口までを通じた支援、基盤構築に関するご意見

シーズから出口までを通じた支援

- 新規医薬品や医療機器の開発出口を企業導出や医師主導治験で留めるのではなく、必要に応じ、事業化を見据えたコンサル・伴走支援を早期から行うことも求められるのではないか。
- 有望なシーズが創薬に繋がるよう、「革新的がん医療実用化研究事業」と「次世代がん医療加速化研究事業」の連携を強化し継続的に支援すべきではないか。「ムーンショット型研究開発事業」等、その他の事業とも連携すべきではないか。
- シーズ探索からfirst-in-humanまでを通じて産学が開発できるよう、アカデミアを中心とする組織の設立や公的研究としての支援等、基礎研究と製薬企業とのギャップを埋める施策が重要ではないか。
- 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や、国際的なプロモーションの促進が重要ではないか。
- 採択されなかった有望なシーズ研究は、AMEDでコンサルテーション等の支援が受けられるよう体制を整備してはどうか。
- 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を構築するのが重要ではないか。

基盤構築に係る制度

- リアルワールドデータをリアルタイムかつ経時的に収集するためのインフラ整備が必要ではないか。
- 臨床サンプルのオミックスデータの拡充とデータベース化等を行いアカデミアと企業が利活用できる仕組みを整備すべきではないか。
- 成人領域では健診データ、小児領域ではエコチル調査等、対照となりうる調査研究等のデータの利活用を行いやすい環境を整備してはどうか。
- データ統合に向けて計算技術の重要性を踏まえ、医療統計を大きく拡充するとともに、集計定義の統一や電子カルテの標準化等についても議論する必要があるのではないか。
- がん登録の利用と公開について、現在、市町村、医療機関毎のデータ利用・公開に制限があることから、研究者や行政への利活用の更なる推進について検討してはどうか。
- データベース構築に際して、多様な研究者による二次利用を念頭においた患者同意の取得方法を検討してはどうか。

人材育成、政策に関するご意見、その他

人材育成に関する制度

- 文部科学省の「がん専門医療人材（がんプロフェッショナル）」養成プランとは別に、大学院博士課程でがん研究に取り組む大学院生等の養成コースを補助金事業として中長期的なプロジェクト化してはどうか。
- 日本癌学会、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会の３学会連携（すでに連携組織あり）に、がん関連医療人を養成する事業を委託してはどうか。

政策

- 喫煙・飲酒やワクチン接種対策は社会的な課題であるため、国はより一層の対策強化を行うべきではないか。
- がん検診の受診状況把握等にあたってはデジタル化を念頭に入れるべきではないか。
- 小児・AYA世代のがんサバイバーの学業支援・新規就労支援の社会実装が必要ではないか。
- がん検診の受診者に対し、がんと診断された時の対応に関する情報を併せて提供してはどうか。

その他

- 新しい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の整備が必要ではないか。
- AI医療機器を使用しなかった場合や、AIの判定結果に従わなかった場合の責任についても議論が必要ではないか。
- 生物由来原料基準やカルタヘナ法の運用を見直してはどうか。
- 核医学治療におけるアイソトープ利用の規制を緩和すべきではないか。
- 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。
- CAR-T細胞療法等における、セルフバンキング体制の構築・運用を進めるべきではないか。また、治療現場で細胞製剤を製造・選択もできる体制を構築すべきではないか。
- 広域連携治療を推進するためにAIの活用やデジタル化を推進し、特殊な治療のための移動を最小化できる環境を整備すべきではないか。

有識者会議 Ｒ５．７．２７	資　料　２

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

次期がん研究10か年戦略（仮称）の項目立てについて

厚生労働省 健康局がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

項目立てたたき台

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）

旧

○　**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

○　**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）

次期がん研究10か年戦略（仮称）
（令和６年４月～）

新

○　**具体的研究事項**

１．「がんの予防」に関する研究
- 1-1．リスク層別化に基づく新たな一次予防の推進
- 1-2．高リスク層の同定や発症リスクに応じた２次予防の推進
- 1-3．その他の政策的な課題解決

２．「がんの診断・治療」に関する研究
- 2-1．一人ひとりに最適な治療の実現を目指した診断技術の開発
- 2-2．がんの難治性の本態を踏まえた新規薬剤・治療法の開発
- 2-3．幅広い患者ニーズに応じた新たな標準治療の開発
- 2-4．その他の政策的な課題解決

３．「がんとの共生」に資する研究
- 3-1．誰もがアクセス可能な相談支援・情報提供
- 3-2．その他の政策的な課題解決

４．ライフステージやがんの特性に着目した重点研究領域（再掲）
- 4-1．小児がん及びAYA世代のがん
- 4-2．高齢者のがん
- 4-3．希少がん及び難治性がん

５．研究の効果的な推進のための基盤整備等
- 5-1．がんの本態解明等の基礎的研究の推進
- 5-2．利活用を念頭においたデータベースの整備
- 5-3．医療情報・検体の利活用、患者・市民参画、人材育成

○　**（別途整理）現行制度に係るご意見**

（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）

資料１９-(４)

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８月 30 日（水）15：00～17：00
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　「今後のがん研究のあり方について」報告書案（暫定版）
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　今後のがん研究のあり方について（報告書）（平成 25 年８月）
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）
　（平成 31 年４月）
参考資料６　第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月）

有識者会議 Ｒ５．８．３０	資　料　１

今後のがん研究のあり方について

（案）

令和５年〇月

今後のがん研究のあり方に関する有識者会議

目次

Ⅰ　はじめに（「がん対策推進基本計画」に基づく新たながん研究戦略）……3

Ⅱ　今後のがん対策の方向性……6

Ⅲ　推進すべき研究（具体的な研究事項等）……8

１．これまでの研究成果……8

２．現状・課題と求められる研究……10

（１）「がんの予防」に関する研究……10

（２）「がんの診断・治療」に関する研究……11

（３）「がんとの共生」に資する研究……14

（４）ライフステージやがんの特性に着目した研究……16

（５）複数分野にまたがる研究……18

３．研究の効果的な推進のための環境整備……22

Ⅳ　研究の効果的な推進のための現行制度に関する意見……23

Ⅴ　おわりに……26

Ⅰ　はじめに（「がん対策推進基本計画」に基づく新たながん研究戦略）

日本において、がんは、昭和 56（1981）年より死因の第１位であり、令和４（2022）年には、年間約 38 万人と約４人に１人ががんで亡くなっている。また、令和元（2019）年には約 100 万人ががんに罹患し、生涯のうちに約２人に１人ががんにかかると推計されている。年代別にみても、小児の死因の約 10%、20 歳から 64 歳までの死因の約 36%ががんである。さらに、急速な高齢者人口の増加に伴う高齢のがん患者の増加によりがん死亡者数は今後も増加すると想定される。一方、がん患者・経験者の予後が改善されてきている[1]ことで、仕事との両立等、がんとの共生に関するニーズが高まってきている[2]。

日本のがん対策は、その基礎となるがん研究を中心に進められており、昭和 59（1984）年度から、「がんの本態解明を図る」をテーマとした「対がん 10 ヵ年総合戦略」が、平成６（1994）年度からは「がんの本態解明から克服へ」をテーマとした「がん克服新 10 か年戦略」が、平成 16（2004）年度からは、「がん罹患率と死亡率の激減を目指して」をテーマとした「第３次対がん 10 か年総合戦略」が推進された。さらに、平成 26（2014）年度からは、「根治・予防・共生～患者・社会と協働するがん研究～」をテーマとした「がん研究 10 か年戦略」が推進されており、平成 31（2019）年に、今後のがん研究のあり方に関する有識者会議（以下「有識者会議」という。）において中間評価が行われた。がん研究 10 か年戦略は、今年度で最終年度を迎える。

平成 26（2014）年には、健康・医療戦略推進法（平成 26 年法律第 48 号）が施行され、「健康・医療戦略」が閣議決定された。また、同年には独立行政法人日本医療研究開発機構法[3]（平成 26 年法律第 49 号）が施行され、翌年、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。）が設立された。同戦略に基づき、関係府省の連携を図りながら、がん研究を含む、医療分野の研究開発において、基礎から実用化までの一貫した研究開発が推進されている。

---

1 院内がん登録による生存率データによると、がん患者全体の５年生存率は、平成 21（2008）年から平成 22（2009）年では 65.8%、平成 25（2013）から平成 26（2014）年では 67.5%となっている。ただし、年次により、集計施設が完全には一致しない点に留意。

2 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。

3 現在は「国立研究開発法人日本医療研究開発機構法」。

さらに、令和５（2023）年３月には、がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号。以下「法」という。）に基づく第４期「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）が閣議決定された。第４期基本計画では、全体目標として「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。」が掲げられ、「がん予防」、「がん医療」、「がんとの共生」が三本の柱として設定され、がん研究はこれらを支える基盤として位置づけられた。

がん研究については、法において、以下のとおり明記されている。

第三節　研究の推進等

第十九条　国及び地方公共団体は、がんの本態解明、革新的ながんの予防、診断及び治療に関する方法の開発その他のがんの罹患率及びがんによる死亡率の低下に資する事項並びにがんの治療に伴う副作用、合併症及び後遺症の予防及び軽減に関する方法の開発その他のがん患者の療養生活の質の維持向上に資する事項についての研究が促進され、並びにその成果が活用されるよう必要な施策を講ずるものとする。

２　前項の施策を講ずるに当たっては、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。

３　国及び地方公共団体は、がん医療を行う上で特に必要性が高い医薬品、医療機器及び再生医療等製品の早期の医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号）の規定による製造販売の承認に資するようその治験が迅速かつ確実に行われ、並びにがん医療に係る有効な治療方法の開発に係る臨床研究等が円滑に行われる環境の整備のために必要な施策を講ずるものとする。

また、第４期基本計画において、取り組むべき施策として以下のとおり明記されている。

第２　分野別施策と個別目標
４．これらを支える基盤の整備
（１）全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進
（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。
（略）

【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。

令和６（2024）年度からの新たな「がん研究戦略」は、法、第４期基本計画を踏まえ、日本全体で進めるがん研究の今後のあるべき方向性と具体的な研究事項等を明らかにし、がん対策の基礎となる研究の推進を一層加速させることにより、第４期基本計画で掲げられた全体目標の達成に資する必要がある。

これらを踏まえ、有識者会議では、がん研究の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の策定に向け、令和５（2023）年４月12日の第10回から、計●回の議論を行い、以下の提言をとりまとめた。

Ⅱ　今後のがん対策の方向性

第４期基本計画では、

・　第３期基本計画の目標であった「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

・　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

・　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。」が全体目標として掲げられている。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られており、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こととされている。

○　がん予防に関する目標

- 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こと
- 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こと

○　がん医療に関する目標

- 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こと
- 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こと
- 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こと

○　がんとの共生に関する目標

- 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こと
- 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」の緩和を図ること
- 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こと

第４期基本計画では、こうした目標を達成すべく、がん研究についても３本の柱を支える基盤として位置づけられており、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ことが個別目標に掲げられている。

Ⅲ　推進すべき研究（具体的な研究事項等）

１．これまでの研究成果

平成 26 年度に「がん研究 10 か年戦略」が策定されて以降、オミックス解析技術の進歩並びに情報工学及び計算科学の飛躍的な進歩により、大規模かつ網羅的なデータの統合的な解析技術が発達し、それらを活用したがんの本態解明・創薬に関する研究が進展した。また、免疫チェックポイント阻害薬の実用化、リキッドバイオプシーの開発など、新たな治療戦略や診断技術の実用化に向けた成果が上がった。さらに、新たな標準治療の確立や普及だけでなく、緩和ケア・支持療法についての方法論や評価指標の研究等が進んだ。具体例を以下に記載する。

- 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、がんの本態に関する理解が急速に進み、個別最適化治療に向けた研究が本格化していること
- PDX マウスモデルの確立が様々ながん種で進み、新たなシーズ探索に大きく貢献するとともに、新しいゲノム解析技術と組み合わせることにより、生体内におけるがんの時間的空間的変化のゲノムレベルの解析が進展したこと
- 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こと
- 希少がん、難治性がん領域でアカデミアシーズと企業シーズにて効能追加の薬事承認が取得されたことや、アカデミアシーズの企業導出と新規治療標的の発見など多数の成果をあげていること
- 新たな CAR-T 免疫細胞療法や非ウイルスベクター法での新たな CAR-T 細胞製造法、免疫チェックポイント阻害剤の効果予測バイオマーカー開発など、多数の免疫療法に係る研究が進められたこと
- 異分野融合や医工連携による研究が着実に進み、企業導出に向けた医師主導治験の完遂や導出先企業による製造販売承認申請を行うなどの成果が出てきていること
- がん特異的エクソソームの捕捉など新規のリキッドバイオプシーの開発など、早期診断、周術期微小残存腫瘍（MRD）検出、進行がんでの遺伝子スクリーニング・治療効果モニタリングなどが進められたこと
- 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、薬事承認

を取得する成果も出ていること
- 数多くの質の高い臨床研究が実施され、ガイドラインへの掲載も進んだ上、支持療法・緩和ケア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こと
- 小児がんに関する研究については、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たこと
- 高齢者のがんに関する研究については、老化細胞ががんに及ぼす影響に関する研究が進み、加齢に伴う生体変化の観点から、がんの進展に関する理解が進んだこと
- 小児がんの標準治療開発のため、小児がんサバイバーレジストリの構築や、アジアに特徴的な希少がんのレジストリ及びバイオレポジトリの構築など、大規模データ基盤の整備や今後の治療開発に資する研究開発体制の整備が進められていること
- 難治性がん、希少がん等に関する研究については、各種希少がんに対する標準治療確立のための第Ⅱ相や第Ⅲ相臨床試験を実施し、いくつかのがん種についてガイドライン改訂に資するエビデンスが創出されたこと
- がんの予防法や早期発見手法に関する研究については、発がんリスクと DNA メチル化異常の関連が明らかになったとともに、主要部位のがんについて、生活習慣にゲノム情報を加えたリスク予測モデルが開発されたこと
- 早期発見マーカーの性能評価研究を進めるとともに、がん検診の有効性評価のための大規模比較試験を実施したこと
- 充実したサバイバーシップを実現する社会の構築を目指した研究やがん対策の効果的な推進と評価に関する研究については、基本計画で求められている施策の推進に資する研究を実施してきたこと
- がん患者及びがん経験者が研究の計画立案と評価に参画する取組や、患者報告アウトカムの尺度開発に関する研究が進められていること

２．現状・課題と求められる研究

「がん研究 10 か年戦略」では、国民の視点に立ち、これまで取組を進めてきた根治を目指した治療法の開発に加え、がん患者とその家族のニーズに応じた苦痛の軽減や、がんの予防と早期発見、がんとの共生といった観点を重視し、その際、患者のライフステージや個々のがんの特性によって患者とその家族のニーズは異なることを認識することが重要とされていた。

次期がん研究戦略期間においても、こうした考え方を引き継ぎつつ、「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。」を全体目標とした今後のがん対策の方向性も踏まえ、以下の５項目を柱として、社会実装を意識したがん研究の取組を進めていくことが適当である。

（１）「がんの予防」に関する研究
（２）「がんの診断・治療」に関する研究
（３）「がんとの共生」に関する研究
（４）ライフステージやがんの特性に着目した研究領域
（５）複数領域にまたがる研究

以下、それぞれの項目ごとに、現状・課題及びこれに応じた研究の具体例を示す。

（１）「がんの予防」に関する研究

（現状・課題）

新たながんの１次・２次予防の実現に向け、発がんリスクの層別化・個別化を的確に行い、個人に最適化されたがん予防を確立することが求められている。喫煙・飲酒、生活習慣や感染症といった発がんリスク要因だけでなく、ゲノム解析により発がんリスクを高める遺伝子変異、遺伝子多型が明らかになってきたものの、ハイリスク群に対する予防介入を目的としたエビデンスの蓄積が不十分である。

近年、リキッドバイオプシー等の体液中の微量の分子を検出できる技術の開発や、ゲノムだけに限らず、オミックス解析、画像解析を含む多層なデータの統合解析の技術が格段に進歩している。これらに基づいたより精緻な発がんリスクの予測や、簡便・低侵襲かつ受診の場を選ばない検診技術の開発、新しい方法の効率的な社会実装を推進することが重要である。

（１−１）リスク層別化に基づく新たな１次予防の推進

（具体的研究事項）

- エビデンスが不十分な遺伝要因や環境要因等が発がんリスクに与える影響に関する研究
- がんのハイリスク集団を対象とした発がん関連遺伝子変異を含むゲノム解析に関する分子疫学的研究
- アジア地域で特に多いがんの１次予防に関する研究
- がんとリスク要因が共通する他疾患も含めた総合的なリスク評価方法についての研究
- 個人の発がんリスクに応じたリスク低減手法の開発に関する研究
- 簡便で幅広く実施できる予防手法や社会システムを用いた介入方法に関する研究

（１−２）高リスク層の同定や新たな早期発見手法の活用による２次予防の推進

（具体的研究事項）

- ゲノム解析、マルチ・オミックス解析等に基づくがんの早期発見・発症リスク評価に関する研究
- がん検診における死亡率減少効果の代替指標や新たな技術の導入・検証方法に関する研究
- 新たな検診手法の実用化を目指した研究
- リスク層別化等によるがん検診の最適化に関する研究
- 希少がん・難治性がんの検診の妥当性や有効性に関する研究

（２）「がんの診断・治療」に関する研究

（現状・課題）

がん患者とその家族がより良いがん医療を享受するためには、がん医療に係る診断技術、薬剤及び治療法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必要である。診断技術の開発においては、リキッドバイオプシー等の新規技術による診断・モニタリング技術の開発や AI 等の科学技術の進展を踏まえた医療機器の開発及び医療実装が進められてきた。また、新規薬剤・治療法の開発においては、難治性がん・希少がん等を対象にアカデミアシーズの企業導出や薬事承認の取得などが推進されてきた。さらに、新たな標準治療の

確立においては、質の高い臨床試験が数多く実施され、アンメットメディカルニーズに応じた新たな標準治療が創出されてきた。

一方、AI・量子センサー等の新規技術の進展は更なる加速を見せており、こうした技術革新も踏まえ、個別化医療を更に推進する診断技術の開発が求められている。新規薬剤・治療法の開発においては、海外で新規モダリティに基づく薬剤開発が加速していることや、いわゆるドラッグラグ・ドラッグロス[4]が顕在化していること等の課題があり、それらを解消する新規薬剤・治療法開発に関する研究の推進が求められている。また、がん医療の進展に伴い、多様な治療選択肢が生まれたことや、がん患者・経験者が長期生存することで、患者のニーズは多様化している。こうした現状を踏まえ、新規治療の開発と並行して、治療最適化の観点や、支持療法及び緩和ケアにおける幅広いアンメットメディカルニーズに応じた標準治療の確立に関する研究の推進が求められる。

（２－１）個別化医療を更に推進する診断技術の開発

（具体的研究事項）

- 前がん病変を含むがんのより早期かつ高精度の検出を目的とした新規診断技術の開発に関する研究
- リキッドバイオプシー等の簡便かつ低侵襲な手法による術後再発リスクや再発の超早期診断、治療効果・耐性予測等の正確なモニタリングを目的とした新規医療技術開発に資する研究
- がん薬物療法の治療効果や有害事象を予測するバイオマーカーの探索及び診断技術の開発に関する研究
- 診断精度の向上に資する画像診断・イメージング技術に関する研究
- 量子センサー等の量子技術を活用した新規診断技術の開発に資する研究
- 多層的なデータを活用した個別化医療に資するがんの診断技術の開発に関する研究
- 新規診断技術における検体採取の標準化に関する研究
- 個別化医療の推進に資するAI等の新たな科学技術を活用した診断技術の開発及びその妥当性を検証する臨床研究

（２－２）新規薬剤・治療法の開発

[4] ドラッグラグとは、欧米では承認されているが日本では承認されていない医薬品が発生している事象のことをいい、このうち、特に日本での開発に着手されていない事象をドラッグロスという。

（具体的研究事項）

【がんの難治性の本態を踏まえた新規薬剤・治療法開発】

- 多層的なデータを活用した個別化医療の推進に資する新規薬剤・治療法の開発に関する研究
- 新規薬剤・治療法の開発に資するリバーストランスレーショナルリサーチ
- 希少がん、難治性がん等のいまだ予後不良な疾患における新規薬剤、治療法の開発に関する研究
- アンメットメディカルニーズに対する新規薬剤・治療法の開発に資する臨床試験
- ドラッグラグ・ドラッグロスの解消に向けた、未承認薬や適応外薬に関する臨床試験
- ゲノム・マルチオミックス解析等によるバイオロジーに基づく疾患区分を踏まえた新規薬剤・治療法の開発に資するバスケット型・アンブレラ型の臨床試験
- 既存薬剤のドラッグリポジショニング等の適応拡大を目的とした臨床試験
- バイオエンジニアリングを駆使した、より広範な治療対象への拡張を狙うプラットフォーム型治療（再生医療、武装化抗体、がんワクチン等）開発に関する研究
- 世界のがん医療における新たな新規薬剤の創出を目的とした日本が主導する国際共同臨床試験

【患者に優しい治療法】

- 重粒子線治療や核医学治療等の高度な放射線療法の開発に関する研究
- 新規のドラッグデリバリー技術等により副作用の低減された薬物療法、低侵襲手術、低侵襲放射線療法、光線力学療法等の開発に関する研究
- がん治療に伴う副作用等に対する支持療法や、がんに伴う症状等に対する緩和ケアにおける新規薬剤・治療法を開発する研究
- がん治療に伴う機能欠損に対する機能温存・機能回復等に資する、再生医療等製品の実用化に関する研究
- 遠隔手術等の遠隔医療に資する新たな治療法の開発に関する研究

【医療 DX 等の新たな手法を用いた新規治療開発】

- 分散型臨床試験（DCT: Decentralized Clinical Trial）の手法を活用した新規薬剤・治療法の開発に関する臨床試験

- リアルワールドデータの活用を含む新規治療・技術の有効性・安全性の検証及び実装に係る臨床試験
- リアルワールドデータの活用等により少数例で新規治療法の有効性を検証できる臨床試験の手法に関する研究

（２-３）幅広い患者ニーズに応じた新たな標準治療の確立

（具体的研究事項）
- 術後再発リスクや治療効果・耐性予測等、治療経過を正確にモニタリングできる新規医療技術の開発及びその活用による新たな標準治療の開発に関する研究
- 標準治療の最適化（最適な投与順序・投与期間・投与量等）を目的とする臨床試験
- アンメットメディカルニーズに対する第Ⅲ相臨床試験や Comparative Effectiveness Research（比較効果研究）
- 世界のがん医療における新たな標準治療の創出を目的とした日本が主導する国際共同臨床試験
- がん治療の副作用に対する支持療法や、がんに伴う症状等に対する緩和ケアにおける標準治療の開発に関する研究
- 長期的な患者の QOL を評価軸とした新たな標準治療に関する研究
- リアルワールドデータの活用を含む新たな標準治療の有効性・安全性の検証及び実装に係る研究
- 新たな標準治療の医療経済上の影響を評価する研究
- 小児・AYA 世代のがん、高齢者のがんなど、ライフステージに応じた新たな標準治療の開発に関する研究
- 希少がん、難治性がん等のがんの特性に着目した新たな標準治療の開発に関する研究
- がん患者とその家族の多様なニーズへの対応を目的とした患者報告アウトカムやその他の患者の多様な価値観を評価する方法に関する研究
- 腫瘍循環器学や腫瘍腎臓病等のがん関連学際領域に関する研究

（３）「がんとの共生」に資する研究

（現状・課題）
　がん患者とその家族ががんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会を

構築するためには、相談支援・情報へのアクセシビリティの向上や、サバイバーシップ支援[5]の充実により、がん患者とその家族の多様なニーズに対応することが求められている。

相談支援については、患者の療養生活が多様化する中で、患者やその家族等の心理・社会的な悩みに持続可能な形で対応していくことが求められている。また、情報提供については、全ての患者やその家族等、医療従事者等が、必要な情報及び正しい情報に継続的にアクセスできる環境を整備することが重要である。

さらに、がん患者・経験者の QOL 向上による充実したサバイバーシップを実現するため、がん患者やその家族等の心理・社会的な課題等を明らかにし、その課題解決に資する研究や、がん患者やその家族等の健康増進に関する研究が求められる。加えて、療養環境についてはライフステージに応じて様々な異なる課題があり、個別の状況に応じた対応が必要となっている。

（３－１）誰もがアクセス可能な相談支援・情報提供

（具体的研究事項）

- 基本計画に基づく相談支援及び情報提供の質の向上に資する研究
- がん患者の多様なニーズに対応した、持続可能な情報提供・相談支援に資する AI 等の開発に関する研究
- 科学的根拠のあるがん情報や治験に関する情報へのアクセシビリティの向上に資する研究
- がん教育の質及び国民のヘルスリテラシーの向上に資する研究

（３－２）充実したサバイバーシップの実現

（具体的研究事項）

- がん患者やその家族等の健康維持増進と心理・社会的問題に関する研究
- 基本計画に基づく、ライフステージに応じた療養環境への支援や医療提供体制の構築に関する研究
- 国際連携を念頭においた、小児がん患者の長期フォローアップシステムと情報収集体制の構築に資する研究
- 小児・AYA 世代のがん患者とその家族の経済負担を含む心理・社会的な課題や、教育及び就労支援に係る更なる対策のための調査研究

[5] 「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。

- がん医療提供体制の格差に関する研究

（４）ライフステージやがんの特性に着目した研究（一部再掲）

（現状・課題）

（１）から（３）までの各分野において、ライフステージやがんの特性により、患者とその家族のニーズが異なることを認識する必要があり、それぞれに対応した研究が求められている。

希少がん及び難治性がんについては、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は必要な配慮がなされるものとする」と明記されている。希少がんについては、ドラッグラグ・ドラッグロスが指摘されており、患者数及び研究者の数も限られるため、新たな臨床試験の手法の確立が求められる。難治性がんについては、早期発見手法の開発や、浸潤・転移といったがんの特性を解明し克服する研究を推進する必要がある。

小児・AYA 世代のがんにおいては、その希少性も一因となり臨床試験のハードルが高いこと、成人のがんと比較して病態が特殊であることから研究開発が進まず、希少がんと同じくドラッグラグ・ドラッグロスが指摘されている。また、晩期合併症や長期的な QOL に着目した研究も求められる。

現在増加している高齢者のがん患者は、多様な合併症や認知機能の低下、治療自体による身体的負担等、それぞれの身体的状況や意思決定能力を考慮した対応が特に求められている。根治や生存期間の延長だけでなく QOL の維持、向上にも重点を置いた最適な治療法の研究を推進する必要がある。

（４－１）希少がん及び難治性がん

（具体的研究事項）

- 社会的要請の高いいくつかのがん種について、フラッグシップとなるようなプロジェクト
- 希少がん、難治性がん等のいまだ予後不良な疾患における新規薬剤、治療法の開発に関する研究
- ドラッグラグ・ドラッグロスの解消に向けた、未承認薬や適応外薬の実用化に関する臨床試験
- リアルワールドデータの活用等により少数例で新規治療法の有効性を検証できる臨床試験の手法に関する研究

- 難治性がん・希少がん対策としての、体外診断薬として承認された早期診断バイオマーカーの検診への導入や評価を行うための研究
- 希少がん・難治性がんの検診の妥当性や有効性に関する研究
- 希少がん、難治性がん等の研究開発の推進に資する医療提供ネットワークと研究開発推進体制の構築・連携強化のための研究

（４−２）小児がん及び AYA 世代のがん

（具体的研究事項）

- ドラッグラグ・ドラッグロスの解消に向けた、未承認薬や適応外薬の実用化に関する臨床試験
- リアルワールドデータの活用等により少数例で新規治療法の有効性を検証できる臨床試験の手法に関する研究
- 長期的な患者の QOL を評価軸とした新たな標準治療に関する研究
- 小児がんにおける、多層的なデータを活用したがんの予防・診断・治療等の個別化医療に関する研究
- 妊孕性の温存を考慮した治療法や妊孕性温存療法に関する研究
- 国際連携を念頭においた、小児がん患者の長期フォローアップシステムと情報収集体制の構築に資する研究
- 小児・AYA 世代のがん患者のライフステージに応じた療養環境への支援や長期フォローアップ等の医療提供体制の構築に関する研究
- 小児・AYA 世代のがん患者とその家族の経済負担を含む心理・社会的な課題や、教育及び就労支援に係る更なる対策のための調査研究

（４−３）高齢者のがん

（具体的研究事項）

- 併存疾患やライフステージに応じた標準治療開発のための新たな評価指標に関する研究
- 高齢者が抱える併存疾患や臓器障害を加味した、リアルワールドデータの活用を含む新規治療・技術の有効性・安全性の検証及び実装に係る臨床試験
- 高齢のがん患者を対象とした腫瘍循環器学や腫瘍腎臓病学等のがん関連学際領域に関する研究
- 基本計画に基づく、人生の最終段階も含めた、高齢のがん患者の療養環境の支援に資する研究

（５）複数分野にまたがる研究（一部再掲）

（５－１）がんの本態解明

（現状・課題）

新しい予防・診断・治療法を創出するためには、それらの根底となるがんの本態についての理解を深める研究を着実に進展させることが重要である。ゲノム、トランスクリプトーム、エピゲノム、プロテオーム、メタボローム技術などのオミックス解析技術の進展に伴い、臨床サンプルを用いた網羅的なデータ取得が高度化し、ヒトでのデータが充実してきている。また、非患者を含むゲノム解析等のデータが蓄積してきた。一方で、前がん病変を含む超早期・微小がんの分子生物学的プロファイルに基づく発がんや再発機構の解明が未だ不十分であり、ゲノム・マルチオミックス解析の結果が個体全体での表現型を十分に説明できていない。

（具体的研究事項）

- 非患者を含んだビックデータの利用などを通じ、未知の内的・外的な要因等の同定と、がんの発生や形質維持の機構を究明する研究
- がんの発生から進展における多様なデータを統合した数理的なモデルや、病態解明・治療介入標的の探索や治療薬開発に資する動物・非動物系モデルの開発研究
- がんにおけるエピゲノムや遺伝子翻訳後修飾の制御等の機能喪失や獲得の機構や意義を解明する研究
- 多層的なデータを活用したがんの予防・診断・治療・創薬等に資するがんの生物学的特性に関する研究
- 免疫療法におけるがんプレシジョン医療の実現に資する、がん細胞と宿主免疫応答の多様性を考慮した発がん機構の解明と治療標的探索についての研究
- がんの発生、進展、転移、再発、治療抵抗性の獲得などにおけるがんの動態を解明する研究

（５－２）シーズ探索・育成

（現状・課題）

シーズ探索は、新たながんの予防、診断、治療法開発の基点である。オミックス解析技術の進展に伴う多様な情報の蓄積、構造生物学、情報科学、免疫学

などの進展などにより、シーズ開発は飛躍的な発展が見込める段階に入りつつある。治療薬のシーズ探索は成功率が低くリスクが大きいため、今後も有望なシーズを見出し、それらを着実に育成するパイプラインの強化と、ヒトでの効果検証につなげるまでの一体的な支援が重要である。

（具体的研究事項）

- 社会的要請の高いいくつかのがん種について、フラッグシップとなるようなプロジェクト
- 個別化予防や診断、治療への展開を目指した新たな標的の探索・同定に関する研究
- がんの基礎生物学的研究と、他分野をリンクした多角的・先端的な融合型研究によるシーズ探索
- 新たな免疫療法の治療標的の探索と薬剤開発に資する研究
- 新規モダリティの高度化や既存療法との併用効果がある新規アプローチを探索する研究
- 新規薬剤開発に向けた薬剤候補物質の探索・同定や、薬剤候補品を臨床試験に橋渡しするための研究

（５−３）バイオバンク・データベースの整備と利活用促進

（現状・課題）

日本には、多様なバイオバンクやデータベースが存在する。新たな創薬や治療法の開発に向けては、バイオバンクやデータベースの整備に加え、バイオバンク間のネットワークの構築や、アカデミアや企業等による利活用をより一層推進する必要がある。

（具体的研究事項）

- 各種のバイオバンク・医療情報に関するデータベース等の連携及びその利活用を推進する研究
- ゲノム・マルチオミックスデータ及び質の高い臨床情報・検体等を含む多層的なデータベースの整備と、データを活用した新規治療開発等に資する研究
- 創薬等に資する各種細胞株や患者由来の臨床検体のバンキングの整備及び利活用の促進に資する研究

（５−４）先端的な科学技術の活用や異分野融合

（現状・課題）

生成系 AI、量子技術等の先端的な科学技術の新規治療開発等への応用が期待されている。がん患者・経験者目線で必要とされている領域について、先端的な科学技術の活用や、異分野融合による研究を推進することにより、治療法の多様化等に向けた取組をより一層推進する必要がある。

（具体的研究事項）

- 先端的生命科学と、イメージング工学、計算科学、材料工学、物理学、工学、情報科学等の先端分野との異分野融合によりがんの本態解明や創薬に資する研究
- 異分野、異業種の連携による新規薬剤・治療法の開発に資する研究
- 呼気や味覚等の新たなセンシング技術を活用した検出技術の開発に関する研究
- AI 等の先端的な科学技術を活用した創薬や、医療機器等の開発・実装に関する研究
- 量子センサー等の量子技術を活用した新規医療技術開発に関する研究
- 二重特異性抗体、ネオアンチゲンワクチン、遺伝子改変 T 細胞療法（CAR-T 療法・TCR 導入 T 細胞療法等）などの新規技術開発に関する研究
- AI・デジタル・リモート診療等の技術を活用したがん医療へのアクセシビリティの向上に資する研究

（５－５）政策的な課題の把握と解決

（現状・課題）

患者や家族、医療従事者のニーズと行政的ニーズを適切に拾い上げるとともに、基本計画で求められている施策を推進するための方策を立案・実行し、各分野の取組やがん対策全体の進捗評価を行いながら、技術開発と並行してその経済合理性の評価や、社会実装に向けた政策課題の解決を図る必要がある。

（具体的研究事項）

【がんの予防】

- がん予防における喫煙・飲酒やワクチン接種に関する社会的な課題の解決に資する研究
- がん検診における死亡率減少効果の代替指標や新たな技術の導入・検証

方法に関する研究
- 難治性がん・希少がん対策としての、体外診断薬として承認された早期診断バイオマーカーの検診への導入や評価を行うための研究
- がん検診の受診状況等についてのデジタル化も含めた一体的な把握に資する研究

【がん医療】
- 希少がん、難治性がん等の研究開発の推進に資する医療提供ネットワークと研究開発推進体制の構築・連携強化のための研究
- がん分野における新たな科学技術の実装を見据えた臨床利用や法的・倫理的・社会的課題（ELSI: Ethical, Legal and Social Issues）を解決するための研究
- AI・デジタル・リモート診療等の技術を活用したがん医療へのアクセシビリティ及びガバナンスの向上に資する研究
- がん医療提供体制の格差に関する研究
- 新規医療技術の実用化における、有効性や安全性及び経済性やその他の要素も含めた影響の評価方法に関する研究

【がんとの共生】
- 小児・AYA 世代のがん患者のライフステージに応じた療養環境への支援や長期フォローアップ等の医療提供体制の構築に関する研究
- 小児・AYA 世代のがん患者とその家族の経済負担を含む心理・社会的課題や、教育及び就労支援に係る更なる対策のための調査研究
- 科学的根拠のあるがん情報や治験に関する情報へのアクセシビリティの向上に資する研究
- がん対策における健康格差の把握と、それに基づく適切な支援に関する研究
- がん研究及びがん対策全体の進捗・効果を適切に評価し国民にわかりやすく情報発信するための研究

３．研究の効果的な推進のための環境整備（国際連携、人材育成、患者・市民参画）

がん研究においては、国際的に注目されているトップジャーナルにおける日本人著者による論文の割合減少や、若手研究者の育成の必要性等が指摘されており、世界のがん研究における日本のプレゼンス向上を推進するための国際連携の推進や、急速に高度化するがん医療において、分野横断的な対応を行うための多様な分野の人材育成が求められる。

また、がん研究を国民本位のがん対策に活かすためには、がん患者を含めた国民の協力が不可欠であり、がん研究への適切な患者・市民参画を進める方策が求められる。

【国際連携】

国際共同臨床試験の環境整備や、症例集積の困難ながんに関する海外データベースとの連携とその活用、研究課題の計画書や審査における英語記載等の整備、出口戦略における国際的なプロモーション支援等を推進する必要がある。

【人材育成】

先端技術の活用・実装を実現するためにバイオインフォマティクスや DX 等の幅広い分野でがん研究に関する人材育成を行い、若手研究者の増強、分野間及び産官学の連携を推進する必要があるほか、臨床現場においても研究に係る人材育成に取り組む必要がある。

【患者・市民参画】

がん患者とその家族等を含む国民が、がん研究を含むがん対策全般について正しい理解を得て、研究者・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が求められる。がん研究においては、丁寧な情報提供、患者還元、患者及び医療従事者の教育を前提とした上で、諸外国での取組を踏まえ、他疾患や他領域の視点も広く交えた患者・市民参画を進める必要がある。

Ⅳ　研究の効果的な推進のための現行制度に関する意見

がん研究の成果を国民に広く還元するためには、公的医療保険制度や国のがん対策の一環として実装される必要があることから、研究の促進と並行して、現行制度の持続可能なものとするための改善を図ることが重要である。

こうした点から、有識者会議においては、現行制度に係る意見も多く出されており、主な内容は以下のとおりである。

（製薬・薬事）

- 国外で行われている薬剤開発の状況も把握しながら、スタートアップを含む国内企業が開発を進めることのできる支援が必要ではないか。
- 国外の新興バイオ医薬品企業の国内開発誘致と、そのための治験実施体制の見直しを検討してはどうか。
- 採算のとりにくい薬剤の開発・販売には国による経済的な支援（治療の有効性が期待できる患者を特定する研究、小児がん、希少がん等に対する治療開発等）が必要ではないか。
- 諸外国の事例も参考に、小児における薬剤開発を成人における薬剤開発と同時に進められるよう制度を検討してはどうか。
- 日本でのリクルートが難しい疾患について、海外既承認薬を海外データに基づいて条件付承認し、製造販売後のリアルワールドデータでデータを補完するような制度を検討してはどうか。
- 高齢者がん、小児がんなどでの治療開発が進みにくいことから、レジストリを利用した薬剤の承認制度を検討してはどうか。
- 承認（又は仮承認）後に高齢患者への適応可否に関する検討を宿題事項として責任企業に課す一方で、そのために必要な基礎研究や臨床研究には国から助成を行うスキームを検討してはどうか。
- 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はないか。
- 「患者の多様な価値」に該当するデータを取得する臨床試験を承認後に実施でき、追加の臨床試験を課せられる責任企業が経済的負担とならない仕組みが必要ではないか。
- 医薬品の安定供給についての対策に関する研究を行ってはどうか。

（治療薬へのアクセス）

- 特定臨床研究や医師主導の研究を行うにあたり、特に大学等では経済的なハ

ードルが高く、特定臨床研究に係る制度について、評価療養等での実施を可能とするような制度を検討してはどうか。

- 希少な対象に対する新規治療法の確立は症例集積が難しいため、早期承認後のリアルワールドデータ集積による有効性・安全性の再検証や適応外使用を行う仕組みを構築してはどうか。
- 国外で安全性が示されている治療薬等を速やかに利用できるよう環境を整備してはどうか。
- 患者・家族等が治験に関する情報に容易にアクセスできるよう、情報提供のあり方について検討してはどうか。

（シーズから出口までを通じた支援）

- 新規医薬品や医療機器の開発出口を企業導出や医師主導治験で留めるのではなく、必要に応じ、事業化を見据えたコンサルテーション・伴走支援を早期から行う必要があるのではないか。
- 有望なシーズが創薬に繋がるよう、「次世代がん医療加速化研究事業」と「革新的がん医療実用化研究事業」との連携を強化し継続的に支援してはどうか。また、AMED 内での他の事業とも連携してはどうか。
- 有効な出口戦略の立案に係る薬事、製造、知財面及びビジネス化における支援体制の強化や、国際的なプロモーションの促進が重要ではないか。
- 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と直接つながるネットワークを構築するのが重要ではないか。

（基盤整備に係る制度）

- リアルワールドデータをリアルタイムかつ経時的に収集するためのインフラ整備が必要ではないか。
- データ統合に向けて計算技術の重要性を踏まえ、集計定義の統一や電子カルテの標準化等についても議論してはどうか。
- がん登録の利用と公開について、現在、市町村、医療機関毎のデータ利用・公開に制限があることから、研究者や行政への利活用の更なる推進について検討してはどうか。
- データベース構築に際して、多様な研究者による二次利活用を念頭においた患者同意の取得方法を検討してはどうか。

（その他）

- 新しいモダリティの臨床開発・品質管理などに関するガイドラインの整備が必要ではないか。

- 生物由来原料基準やカルタヘナ法の運用を見直してはどうか。
- CAR-T 細胞療法等における、セルフバンキング体制の構築・運用を進めるべきではないか。また、治療現場で細胞製剤を製造・選択もできる体制を構築してはどうか。
- 核医学治療の場が不足していることから、国際基準に照らし、必要製を考慮した上で核医学治療におけるアイソトープ利用の規制緩和を検討してはどうか。
- 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。
- AI 医療機器を使用しなかった場合や、AI の判定結果に従わなかった場合の責任についても議論が必要ではないか。
- 広域連携治療を推進するために AI の活用やデジタル化を推進し、特殊な治療のための移動を最小化できる環境を整備してはどうか。
- 喫煙・飲酒やワクチン接種対策は社会的な課題であるため、国はより一層の対策強化を行うべきではないか。
- がん検診の受診者に対し、がんと診断された時の対応に関する情報を併せて提供してはどうか。
- 国の予算は有限であり、臨床領域では Equity（医療の公平性）が世界的に注目されていることから、研究費に関してもどのように選択と集中を図る等、優先順位についても議論が必要ではないか。
- 日本の研究費の俯瞰性の向上（米国 NIH の RePORT をイメージ）を目指してはどうか。

Ⅴ　おわりに

新たに策定される「がん研究戦略」は、各研究において得られた成果を臨床現場まで届けるには一定の期間が必要とされることや、基本計画との関係等も踏まえつつ、概ね 10 年程度を想定して進められることが望ましい。また、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等を正確に把握した上で、「基本計画」の見直しも踏まえ、「がん研究戦略」の中間評価と見直しを行うことが必要である。

がん研究全体として、長期的視点を持って研究成果を産み出すためには、産官学が連携し、戦略的に基礎研究と臨床研究、政策研究のそれぞれを一体的に推進する必要がある。そのためには、各省が共通の目標に向かって連携を図りながら研究を進める必要がある。

加えて、各研究事項等において目標設定を常に明確に行うとともに、その成果をがん患者を含む国民の視点を含めて客観的に評価し、その評価結果を適切に次の課題設定に還元することにより PDCA サイクルを構築し、限られた研究資源を有効活用して最大限の効果を産み出す等、患者・社会と協働することが求められる。

今後、基本計画で掲げられた全体目標の達成へ向け、省庁連携のみならず産官学連携を確保した上で、必要な研究資源が確保され、総合的かつ計画的に推進されることが求められる。

資料１９-(５)

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９月 27 日（水）13：00～15：00
場所：ＷＥＢ開催

議事次第

１　開　会
２　議　題
　（１）報告書（案）について
　（２）その他
３　閉　会

【資料】
資料１　「今後のがん研究のあり方について」報告書案
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　「今後のがん研究のあり方について」報告書案概要
参考資料３　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４　今後のがん研究のあり方について（報告書）（平成 25 年８月）
参考資料５　がん研究 10 か年戦略
参考資料６　「がん研究 10 カ年戦略」の推進に関する報告書（中間評価）
　（平成 31 年４月）
参考資料７　第 4 期がん対策推進基本計画（令和５年３月）

有識者会議 Ｒ５．９．２７	資　料　１

今後のがん研究のあり方について

（案）

令和５年〇月

今後のがん研究のあり方に関する有識者会議

目次

Ⅰ　はじめに 3

１．「がん対策推進基本計画」に基づく新たながん研究戦略 3

２．今後のがん対策の方向性 6

Ⅱ　日本において推進すべきがん研究の方向性 8

１．これまでの研究成果と残された課題 8

２．推進すべきがん研究の方向性 11

Ⅲ　今後推進すべきがん研究（具体的な研究事項等） 12

１．求められる研究 12

（１）「がんの予防」に関する研究 12

（２）「がんの診断・治療」に関する研究 13

（３）「がんとの共生」に資する研究 17

（４）ライフステージやがんの特性に着目した研究 18

（５） がんの予防、がんの診断・治療の開発、がんとの共生を促進するための分野横断的な研究 20

２．研究の効果的な推進のための環境整備 25

Ⅳ　研究の効果的な推進のための現行制度に関する意見 26

Ⅴ　おわりに 29

Ⅰ　はじめに

１.「がん対策推進基本計画」に基づく新たながん研究戦略

日本において、がんは、昭和 56（1981）年より死因の第１位であり、令和４（2022）年には、年間約 39 万人と約４人に１人ががんで亡くなっている。また、令和元（2019）年には約 100 万人ががんに罹患し、生涯のうちに約２人に１人ががんにかかると推計されている。年代別にみても、小児の死因の約 10%、20 歳から 64 歳までの死因の約 36%ががんである。さらに、急速な高齢者人口の増加に伴う高齢のがん患者の増加によりがん死亡者数は今後も増加すると想定される。一方、がん患者・経験者の予後が改善されてきている[1]ことで、仕事との両立等、がんとの共生に関するニーズが高まってきている[2]。

日本のがん対策は、その基礎となるがん研究を中心に進められており、昭和 59（1984）年度から、「がんの本態解明を図る」をテーマとした「対がん 10 ヵ年総合戦略」が、平成６（1994）年度からは「がんの本態解明から克服へ」をテーマとした「がん克服新 10 か年戦略」が、平成 16（2004）年度からは、「がん罹患率と死亡率の激減を目指して」をテーマとした「第３次対がん 10 か年総合戦略」が推進された。さらに、平成 26（2014）年度からは、「根治・予防・共生～患者・社会と協働するがん研究～」をテーマとした「がん研究 10 か年戦略」が推進されており、平成 31（2019）年に、今後のがん研究のあり方に関する有識者会議（以下「有識者会議」という。）において中間評価が行われた。がん研究 10 か年戦略は、今年度で最終年度を迎える。

平成 26（2014）年には、健康・医療戦略推進法（平成 26 年法律第 48 号）が施行され、「健康・医療戦略」が閣議決定された。また、同年には独立行政法人日本医療研究開発機構法[3]（平成 26 年法律第 49 号）が施行され、翌年、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。）が設立された。同戦略に基づき、関係府省の連携を図りながら、がん研究を含む、医療分野の研究開発において、基礎から実用化までの一貫した研究開発が推進されている。

---

1 院内がん登録による生存率データによると、がん患者全体の５年生存率は、平成 21（2008）年から平成 22（2009）年では 65.8%、平成 25（2013）年から平成 26（2014）年では 67.5%となっている。ただし、年次により、集計施設が完全には一致しない点に留意。

2 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。

3 現在は「国立研究開発法人日本医療研究開発機構法」。

さらに、令和５（2023）年３月には、がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号。以下「法」という。）に基づく第４期「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）が閣議決定された。第４期基本計画では、全体目標として「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。」が掲げられ、「がん予防」、「がん医療」、「がんとの共生」が三本の柱として設定され、がん研究はこれらを支える基盤として位置づけられた。

がん研究については、法において、以下のとおり明記されている。

第三節　研究の推進等

第十九条　国及び地方公共団体は、がんの本態解明、革新的ながんの予防、診断及び治療に関する方法の開発その他のがんの罹患率及びがんによる死亡率の低下に資する事項並びにがんの治療に伴う副作用、合併症及び後遺症の予防及び軽減に関する方法の開発その他のがん患者の療養生活の質の維持向上に資する事項についての研究が促進され、並びにその成果が活用されるよう必要な施策を講ずるものとする。

２　前項の施策を講ずるに当たっては、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。

３　国及び地方公共団体は、がん医療を行う上で特に必要性が高い医薬品、医療機器及び再生医療等製品の早期の医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号）の規定による製造販売の承認に資するようその治験が迅速かつ確実に行われ、並びにがん医療に係る有効な治療方法の開発に係る臨床研究等が円滑に行われる環境の整備のために必要な施策を講ずるものとする。

また、第４期基本計画において、取り組むべき施策として以下のとおり明記されている。

第２　分野別施策と個別目標
４．これらを支える基盤の整備
（１）全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進
（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。
（略）

【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。

令和６（2024）年度からの新たな「がん研究戦略」は、法、第４期基本計画を踏まえ、日本全体で進めるがん研究の今後のあるべき方向性と具体的な研究事項等を明らかにし、がん対策の基礎となる研究の推進を一層加速させることにより、第４期基本計画で掲げられた全体目標の達成に資する必要がある。

これらを踏まえ、有識者会議では、がん研究の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の策定に向け、令和５（2023）年４月12日の第10回から、計●回の議論を行い、以下の提言をとりまとめた。

２．今後のがん対策の方向性

第４期基本計画では、

・　第３期基本計画の目標であった「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

・　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

・　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。」が全体目標として掲げられている。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られており、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こととされている。

○　がん予防に関する目標

- 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こと
- 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こと

○　がん医療に関する目標

- 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こと
- 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こと
- 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こと

○　がんとの共生に関する目標

- 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こと

- 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」の緩和を図ること
- 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こと

第４期基本計画では、こうした目標を達成すべく、がん研究についても３本の柱を支える基盤として位置づけられており、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ことが個別目標に掲げられている。

Ⅱ　日本において推進すべきがん研究の方向性

１．これまでの研究成果と残された課題

近年、世界のがん研究が大きな展開を遂げる中、平成 26（2014）年からの「がん研究 10 か年戦略」のもとで進められた日本のがん研究も大きく進展したといえる。ゲノム・エピゲノム解析技術の急速な進歩は、がんのクローン進化と多様性・複雑性・可塑性に関する理解を深めた。令和元（2019）年には次世代シークエンサーを用いたがんゲノムプロファイリング（CGP）検査が保険収載され、保険診療下でのゲノム医療が実装されることとなった。一細胞レベルでの空間的遺伝子発現解析が可能となり、腫瘍微小環境とがん細胞との相互作用が、がん細胞の幹細胞性や浸潤・転移能、治療抵抗性等の獲得に寄与することが明らかにされた。また、腫瘍微小環境における免疫細胞や免疫抑制細胞の性状や機能が次々に明らかにされ、免疫チェックポイント阻害剤や CAR-T 細胞などの新たな免疫学的治療法の開発が飛躍的に進んだ。具体例を以下に記載する。

【がんの本態解明、シーズ探索、がんゲノム医療】

- 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、がんの本態に関する理解が急速に進み、個別最適化治療に向けた研究が本格化していること
- PDX マウスモデルの確立が様々ながん種で進み、新たなシーズ探索に大きく貢献するとともに、新しいゲノム解析技術と組み合わせることにより、生体内におけるがんの時間的空間的変化のゲノムレベルの解析が進展したこと
- 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こと

【新規薬剤開発、新規医療技術開発、免疫療法、リキッドバイオプシー】

- 希少がん、難治性がん[4]領域でアカデミアシーズと企業シーズにて効能追加の薬事承認が取得されたことや、アカデミアシーズの企業導出と新規治療標的の発見など多数の成果をあげていること
- 新たな CAR-T 免疫細胞療法や非ウイルスベクター法での新たな CAR-T 細胞製造法、免疫チェックポイント阻害剤の効果予測バイオマーカー開発など、多数の免疫療法に係る研究が進められたこと
- 異分野融合や医工連携による研究が着実に進み、企業導出に向けた医師主導治験の完遂や導出先企業による製造販売承認申請を行うなどの成果が出てき

[4] 本報告書における「難治性がん」とは、特定のがん種に限定されず、治療が奏効しない抵抗性のがんをいう。

ていること
- がん特異的エクソソームの捕捉など新規のリキッドバイオプシーの開発など、早期診断、周術期微小残存腫瘍（MRD）検出、進行がんでの遺伝子スクリーニング・治療効果モニタリングなどが進められたこと

【新たな科学技術の利活用、標準治療の創出】
- 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、さらに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、薬事承認を取得する成果も出ていること
- 数多くの質の高い臨床研究が実施され、ガイドラインへの掲載も進んだ上、支持療法・緩和ケア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こと

【ライフステージやがんの特性、データベースの整備】
- 小児がんに関する研究については、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たこと
- 高齢者のがんに関する研究については、老化細胞ががんに及ぼす影響に関する研究が進み、加齢に伴う生体変化の観点から、がんの進展に関する理解が進んだこと
- 小児がんの標準治療開発のため、小児がんサバイバーレジストリの構築や、アジアに特徴的な希少がんのレジストリ及びバイオレポジトリの構築など、大規模データ基盤の整備や今後の治療開発に資する研究開発体制の整備が進められていること
- 難治性がん、希少がん等に関する研究については、各種希少がんに対する標準治療確立のための第Ⅱ相や第Ⅲ相臨床試験を実施し、いくつかのがん種にについてガイドライン改訂に資するエビデンスが創出されたこと

【予防・早期発見、サバイバーシップ、がん対策の推進と評価】
- がんの予防法や早期発見手法に関する研究については、発がんリスクと DNA メチル化異常の関連が明らかになったとともに、主要部位のがんについて、生活習慣にゲノム情報を加えたリスク予測モデルが開発されたこと
- 早期発見マーカーの性能評価研究を進めるとともに、がん検診の有効性評価のための大規模比較試験を実施したこと
- 充実したサバイバーシップを実現する社会の構築を目指した研究やがん対策

の効果的な推進と評価に関する研究については、基本計画で求められている施策の推進に資する研究を実施してきたこと

- がん患者及びがん経験者が研究の計画立案と評価に参画する取組や、患者報告アウトカムの尺度開発に関する研究が進められていること

一方で、解決すべき課題も多く残っている。

新規薬剤・治療法の開発においては、いわゆるドラッグラグ・ドラッグロス[5]が顕在化している。加えて、日本では諸外国と比較して新規モダリティに基づく薬剤開発が遅れている。例えば、欧米で開発された mRNA ワクチンは、がん領域での開発が進められていたが、新型コロナウイルス感染症の流行に伴い感染症領域での開発が急速に進展して実用化され、がん領域においても開発が進み、実用化に近づいている。

また、膵（すい）がん、胆道がん、肝臓がんや再発・転移性がんなどの難治性がんの生存率には大きな改善が見られず、小児・AYA 世代のがんや希少がんに対する治療法の開発やゲノム医療を含む医療技術提供の均てん化に資するネットワーク構築に関しては未だ大きな課題を残している。

正常組織（非がん部組織）においては、クローン性造血（CHIP）等に認められるゲノム変異が、ヒトの成長段階の比較的早期の段階から生じることが明らかにされ、二次がんを含む個々人の発がんリスクに関する定量的評価や個別化予防及び健康寿命延伸への展開も求められている。

加えて、医療 AI 等を含む新たな科学技術が進展しており、特に生成 AI については医学研究への活用が期待されている。これらの科学技術の活用とともに、デジタル化や医療情報のデータベースの整備・連携を更に推進する必要がある。

「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す」という第４期基本計画の全体目標を実現するためにも、これらの課題解決に向けた研究の推進は喫緊の課題である。

[5] ドラッグラグとは、欧米では承認されているが日本では承認されていない医薬品が発生している事象のことをいい、このうち、特に日本での開発に着手されていない事象をドラッグロスという。

２．推進すべきがん研究の方向性

研究の推進にあたって、前述の課題を踏まえ、がん研究を統合的かつ戦略的に推進し、その成果を広く国民に還元するための国家的基盤となる「がん研究戦略」の策定とその強力な推進体制の構築が求められる。

「がんの予防」及び「がんの診断・治療」については、がん細胞・組織及び腫瘍微小環境の生物学的特性に関する理解の更なる深化と、非がん部正常組織における経年的変化や外的・内的環境要因による影響等を統合的に理解することにより、より精密かつ個々人に最適化された予防・医療の実現に資する研究の飛躍的な展開が望まれる。また、がん登録情報やゲノム・エピゲノム情報等のさらなる利活用の促進により、医療 AI 等を含む新たな医療技術の開発や研究開発の新たな展開に資する研究の強化が求められる。加えて、シーズ探索・育成等の分野横断的な研究の推進と、国際共同臨床試験の環境整備を含めた国際連携、多様な研究人材の育成、研究分野における患者・市民参画の取組を強化することもまた重要な課題となる。

「がんとの共生」については、医療技術の進歩によるがん治癒率の向上と死亡率の低減により、社会におけるがん経験者の一層の増加が予想される。患者・家族支援の質の向上、ライフステージに応じた支援基盤や社会的な環境の整備等の「がんとの共生」に資する政策研究も合わせて推進していく必要がある。また、がん対策全体を評価するにあたり、医療及び社会的支援の提供に係る地域間、医療機関間等の格差についても研究を進める必要がある。

今後の研究戦略においては、これらの各分野の研究を推進することに加え、社会的あるいは時代的な要請に応じた即時的な対応も重要である。

Ⅲ　今後推進すべきがん研究（具体的な研究事項等）

１．求められる研究

「がん研究 10 か年戦略」では、国民の視点に立ち、これまで取組を進めてきた根治を目指した治療法の開発に加え、がん患者やその家族等のニーズに応じた苦痛の軽減や、がんの予防と早期発見、がんとの共生といった観点を重視し、その際、患者のライフステージや個々のがんの特性によって患者やその家族等のニーズは異なることを認識することが重要とされていた。

次期がん研究戦略期間においても、こうした考え方を引き継ぎつつ、「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。」を全体目標とした今後のがん対策の方向性も踏まえ、以下の５項目を柱として、社会実装を意識したがん研究の取組を進めていくことが適当である。

（１）「がんの予防」に関する研究
（２）「がんの診断・治療」に関する研究
（３）「がんとの共生」に関する研究
（４）ライフステージやがんの特性に着目した研究領域
（５）がんの予防、がんの診断・治療の開発、がんとの共生を促進するための分野横断的な研究

以下、それぞれの項目ごとに、現状・課題及びこれに応じた研究の具体例を示す。

（１）「がんの予防」に関する研究

（現状・課題）

新たながんの１次・２次予防の実現に向け、発がんリスクの層別化・個別化を行い、個人に最適化されたがん予防を確立することが求められている。ゲノム解析により発がんリスクを高める遺伝子変異、遺伝子多型やそれらと相互作用する喫煙・飲酒などの生活習慣や感染症といった要因も科学的に明らかになってきたが、予防介入を目的としたエビデンスの蓄積が不十分である。

近年、リキッドバイオプシー等の体液中の微量の分子を検出できる技術の開発に加え、オミックス解析、画像解析を含む多層なデータの統合解析の技術が格段に進歩している。今後、これらも踏まえたより精緻な発がんリスクの予測や、早期発見が困難ながんに対する診断技術の開発、簡便・低侵襲かつ受診の

場を限定しない検診技術の開発、新しい方法の効率的な社会実装を推進することが重要である。

（１－１）新たなリスク要因の同定やリスク層別化に基づく１次予防の推進

（具体的研究事項）

- エビデンスが不十分な遺伝要因や環境要因等が発がんリスクに与える影響に関する研究
- がんのハイリスク集団を対象とした発がん関連遺伝子変異を含むゲノム解析、マルチ・オミックス解析等に関する分子疫学的研究
- アジア地域で特に多いがんの１次予防に関する研究
- がんとリスク要因が共通する他疾患も含めた総合的なリスク評価方法についての研究
- 個人の発がんリスクに応じたリスク低減手法の開発に関する研究
- 簡便で幅広く実施できる予防手法や社会システムを用いた介入方法に関する研究

（１－２）高リスク層の同定や新たな早期発見手法の活用による２次予防の推進

（具体的研究事項）

- ゲノム解析、マルチ・オミックス解析等に基づくがんの早期発見・発症リスク評価に関する研究
- がん検診における死亡率減少効果の代替指標や新たな技術の導入・検証方法に関する研究
- 新たな検診手法の実用化を目指した研究
- リスク層別化等によるがん検診の最適化に関する研究
- 希少がん・難治性がんの検診の妥当性や有効性に関する研究

（２）「がんの診断・治療」に関する研究

（現状・課題）

　がん患者がより良いがん医療を享受するためには、がん医療に係る診断技術、薬剤及び治療法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必要である。診断技術の開発においては、リキッドバイオプシー等の新規技術による診断・モニタリング技術の開発や AI 等の科学技術の進展を踏まえた医療

機器の開発及び医療実装が進められてきた。また、新規薬剤・治療法の開発（医療機器の開発を含む。以下同じ。）においては、難治性がん・希少がん等を対象にアカデミアシーズの企業導出や薬事承認の取得などが推進されてきた。さらに、新たな標準治療の確立においては、質の高い臨床試験が数多く実施され、アンメットメディカルニーズに応じた新たな標準治療が創出されてきた。

一方、AI・量子センサー等の新規技術の進展は更なる加速を見せており、こうした技術革新も踏まえ、個別化医療を更に推進する診断技術の開発が求められている。新規薬剤・治療法の開発においては、海外で新規モダリティに基づく薬剤開発が加速していることや、いわゆるドラッグラグ・ドラッグロスが顕在化していること等の課題があり、それらを解消する新規薬剤・治療法の開発に関する研究の推進が求められている。

また、がん医療の進展に伴い、多様な治療選択肢が生まれたことや、がん患者・経験者が長期生存することで、患者のニーズは多様化している。こうした現状を踏まえ、新規治療法の開発と並行して、治療最適化の観点や、支持療法及び緩和ケアにおける幅広いアンメットメディカルニーズに応じた標準治療の確立に関する研究の推進が求められる。

（２－１）個別化医療を更に推進する診断技術の開発

（具体的研究事項）

- 前がん病変や早期発見が困難ながんを含むがんのより早期かつ高精度の検出を目的とした新規診断技術の開発に関する研究
- リキッドバイオプシー等の簡便かつ低侵襲な手法による術後再発リスクや再発の超早期診断、治療効果・耐性予測等の正確なモニタリングを目的とした新規医療技術開発に資する研究
- がん薬物療法の治療効果や有害事象を予測するバイオマーカーの探索及び診断技術の開発に関する研究
- 診断精度の向上に資する画像診断・イメージング技術に関する研究
- 量子センサー等の量子技術を活用した新規診断技術の開発に資する研究
- 多層的なデータを活用した個別化医療に資するがんの診断技術の開発に関する研究
- 新規診断技術における検体採取の標準化に関する研究
- 個別化医療の推進に資するAI等の新たな科学技術を活用した診断技術の開発及びその妥当性を検証する臨床研究

（２－２）新規薬剤・治療法の開発

（具体的研究事項）

【がんの難治性の本態を踏まえた新規薬剤・治療法開発】

- 多層的なデータを活用した個別化医療の推進に資する新規薬剤・治療法の開発に関する研究
- 新規薬剤・治療法の開発に資するリバーストランスレーショナルリサーチ
- いまだ予後不良な疾患における新規薬剤、治療法の開発に関する研究
- アンメットメディカルニーズに対する新規薬剤・治療法の開発に資する臨床試験
- ドラッグラグ・ドラッグロスの解消に向けた、未承認薬や適応外薬に関する臨床試験
- ゲノム・マルチオミックス解析等によるバイオロジーに基づく疾患区分を踏まえた新規薬剤・治療法の開発に資するバスケット型・アンブレラ型の臨床試験
- 既存薬剤のドラッグリポジショニング等の適応拡大を目的とした臨床試験
- バイオエンジニアリングを駆使した、より広範な治療対象への拡張を狙うプラットフォーム型治療（再生医療、武装化抗体、がんワクチン等）開発に関する研究
- 二重特異性抗体等の改変型抗体、ネオアンチゲンワクチンを含むがんワクチン、CAR-T 療法・TCR 導入 T 細胞療法等の遺伝子改変 T 細胞療法をはじめとする新規技術開発に関する研究
- 世界のがん医療における新たな新規薬剤の創出を目的とした日本が主導する国際共同臨床試験

【患者に優しい治療法】

- 標的アイソトープ治療を含む核医学治療や重粒子線治療等の高度な放射線療法の開発に関する研究
- 診断と治療が一体化した新規医療技術に関する研究
- 新規のドラッグデリバリー技術等により副作用の低減された薬物療法、低侵襲手術、低侵襲放射線療法、光線力学療法等の開発に関する研究
- がん治療に伴う副作用等に対する支持療法や、がんに伴う症状等に対する緩和ケアにおける新規薬剤・治療法の開発に関する研究
- がん治療に伴う機能欠損に対する機能温存・機能回復等に資する、再生医療等製品の実用化に関する研究

【DX[6]等の新たな手法を用いた新規治療開発】

- DCT の手法を活用した新規薬剤・治療法の開発に関する臨床試験
- 遠隔手術等の遠隔医療に資する新たな治療法の開発に関する研究
- リアルワールドデータの活用を含む新規治療・技術の有効性・安全性の検証及び実装に係る臨床試験
- リアルワールドデータの活用等により少数例で新規治療法の有効性を検証できる臨床試験の手法に関する研究

（２-３）幅広い患者ニーズに応じた新たな標準治療の確立

（具体的研究事項）

- 術後再発リスクや治療効果・耐性予測等、治療経過を正確にモニタリングできる新規医療技術の開発及びその活用による新たな標準治療の開発に関する研究
- 標準治療の最適化（最適な投与順序・投与期間・投与量等）を目的とする臨床試験
- アンメットメディカルニーズに対する第Ⅲ相臨床試験や Comparative Effectiveness Research（比較効果研究）
- 世界のがん医療における新たな標準治療の創出を目的とした日本が主導する国際共同臨床試験
- がん治療の副作用に対する支持療法や、がんに伴う症状等に対する緩和ケアにおける標準治療の開発に関する研究
- 長期的な患者の QOL を評価軸とした新たな標準治療に関する研究
- リアルワールドデータの活用を含む新たな標準治療の有効性・安全性の検証及び実装に係る研究
- 新たな標準治療の医療経済上の影響を評価する研究
- 小児・AYA 世代のがん、高齢者のがんなど、ライフステージに応じた新たな標準治療の開発に関する研究
- 希少がん、難治性がん等のがんの特性に着目した新たな標準治療の開発に関する研究
- がん患者やその家族等の多様なニーズへの対応を目的とした患者報告アウトカムやその他の患者の多様な価値観を評価する方法に関する研究
- 腫瘍循環器学や腫瘍腎臓病等のがん関連学際領域に関する研究

[6] デジタルトランスフォーメーション

（３）「がんとの共生」に資する研究

（現状・課題）

がん患者やその家族等ががんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会を構築するためには、相談支援・情報へのアクセシビリティの向上や、サバイバーシップ支援[7]の充実により、多様なニーズに対応することが求められている。

相談支援については、患者の療養生活が多様化する中で、患者やその家族等の心理・社会的な課題に持続可能な形で対応していくことが求められている。また、情報提供については、全ての患者やその家族等、医療従事者等が、必要な情報及び正しい情報に継続的にアクセスできる環境を整備することが重要である。

さらに、がん患者・経験者の QOL 向上による充実したサバイバーシップを実現するため、がん患者やその家族等の心理・社会的な課題や様々な格差等を明らかにし、その課題解決に資する研究や、がん患者やその家族等の健康増進に関する研究が求められる。加えて、療養環境についてはライフステージに応じて様々な異なる課題があり、個別の状況に応じた対応が必要となっている。

（３－１）誰もがアクセス可能な相談支援・情報提供

（具体的研究事項）

- 基本計画に基づく相談支援及び情報提供の質の向上に資する研究
- がん患者の多様なニーズに対応した、持続可能な情報提供・相談支援に資する AI 等の開発に関する研究
- 科学的根拠のあるがん情報や治験に関する情報へのアクセシビリティの向上に資する研究
- がん教育の質及び国民のヘルスリテラシーの向上に資する研究

（３－２）充実したサバイバーシップの実現

（具体的研究事項）

- がん患者やその家族等の健康維持増進と心理・社会的課題に関する研究
- 基本計画に基づく、ライフステージに応じた療養環境への支援や医療提供体制の構築に関する研究

7 「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。

- 国際連携を念頭においた、小児がん患者の長期フォローアップシステムと情報収集体制の構築に資する研究
- 小児・AYA 世代のがん患者やその家族等の経済負担を含む心理・社会的な課題の解決に資する研究及び、教育や就労支援等に係る更なる対策のための調査研究
- がん医療提供体制の格差に応じた効率的かつ持続可能な医療提供体制のあり方に関する研究

（４）ライフステージやがんの特性に着目した研究（一部再掲）

（現状・課題）

（１）から（３）までの各分野において、患者やその家族等のニーズがライフステージやがんの特性によって異なることを認識する必要があり、それぞれに対応した研究が求められている。

希少がん及び難治性がんについては、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は必要な配慮がなされるものとする」と明記されている。希少がんについては、ドラッグラグ・ドラッグロスが指摘されており、患者数及び研究者の数も限られるため、新たな臨床試験の手法の確立が求められる。難治性がんについては、早期発見手法の開発や、浸潤・転移といったがんの特性を解明し克服する研究を推進する必要がある。

小児・AYA 世代のがんにおいては、その希少性も一因となり臨床試験のハードルが高いこと、成人のがんと比較して病態が特殊であることから研究開発が進まず、希少がんと同じくドラッグラグ・ドラッグロスが指摘されている。また、晩期合併症や長期的な QOL に着目した研究、緩和ケアや療養環境に関する研究も求められる。

現在増加している高齢のがん患者は、身体機能や認知機能の個人差が大きく、多様な合併症や治療自体による身体的負担等も考慮すべきことから、全身状態を客観的に評価し、それぞれの意思決定能力を踏まえた最適な治療法の研究を推進する必要がある。

（４－１）希少がん及び難治性がん

（具体的研究事項）

- 社会的要請の高いいくつかのがん種について、フラッグシップとなるよ

うなプロジェクト

- 希少がん、難治性がん等のいまだ予後不良な疾患における新規薬剤、治療法の開発に関する研究
- ドラッグラグ・ドラッグロスの解消に向けた、未承認薬や適応外薬の実用化に関する臨床試験
- リアルワールドデータの活用等により少数例で新規治療法の有効性を検証できる臨床試験の手法に関する研究
- 難治性がん・希少がん対策としての、体外診断薬として承認された早期診断バイオマーカーの検診への導入や評価を行うための研究
- 希少がん・難治性がんの検診の妥当性や有効性に関する研究
- 希少がん、難治性がん等の研究開発の推進に資する医療提供ネットワークと研究開発推進体制の構築・連携強化のための研究

（４－２）小児がん及び AYA 世代のがん

（具体的研究事項）

- ドラッグラグ・ドラッグロスの解消に向けた、未承認薬や適応外薬の実用化に関する臨床試験
- リアルワールドデータの活用等により少数例で新規治療法の有効性を検証できる臨床試験の手法に関する研究
- 晩期合併症や二次がん等を含む長期的な患者の QOL を評価軸とした新たな標準治療に関する研究
- 小児がんにおける、多層的なデータを活用したがんの予防・診断・治療等の個別化医療に関する研究
- 妊孕性の温存を考慮した治療法や妊孕性温存療法に関する研究
- 国際連携を念頭においた、小児がん患者の長期フォローアップシステムと情報収集体制の構築に資する研究
- 小児・AYA 世代のがん患者のライフステージに応じた療養環境への支援や長期フォローアップ等の医療提供体制の構築に関する研究
- 小児・AYA 世代のがん患者やその家族等の経済負担を含む心理・社会的な課題の解決に資する研究及び、教育や就労支援等に係る更なる対策のための調査研究

（４－３）高齢者のがん

（具体的研究事項）

- 併存疾患やライフステージに応じた標準治療開発のための新たな評価指標に関する研究
- 高齢者が抱える併存疾患や臓器障害を加味した、リアルワールドデータの活用を含む新規治療・技術の有効性・安全性の検証及び実装に係る臨床試験
- 高齢のがん患者を対象とした腫瘍循環器学や腫瘍腎臓病学等のがん関連学際領域に関する研究
- 基本計画に基づく、人生の最終段階も含めた、高齢のがん患者の療養環境の支援に資する研究

（５）がんの予防、がんの診断・治療の開発、がんとの共生を促進するための分野横断的な研究（一部再掲）

（５－１）がんの本態解明

（現状・課題）

新しい予防・診断・治療法を創出するためには、それらの根底となるがんの本態についての理解を深める研究を着実に進展させることが重要である。ゲノム、トランスクリプトーム、エピゲノム、プロテオーム、メタボローム技術などのオミックス解析技術の進展に伴い、臨床サンプルを用いた網羅的なデータ取得が高度化し、ヒトでのデータが充実してきているほか、非患者を含むゲノム解析等のデータが蓄積してきた。また、細胞老化ががん及び微小環境に与える影響が明らかになりつつあり、がんの予防・治療への応用が期待されている。一方で、前がん病変を含む超早期・微小がんの分子生物学的プロファイルに基づく発がんや再発機構の解明が未だ不十分であり、ゲノム・マルチオミックス解析の結果が個体全体での表現型を十分に説明できていない。

（具体的研究事項）

- 非患者を含んだビッグデータの利用などを通じ、未知の内的・外的な要因等の同定と、がんの発生や形質維持の機構を究明する研究
- がんの発生から進展における多様なデータを統合した数理的なモデルや、病態解明・治療介入標的の探索や治療薬開発に資する動物・非動物系モデルの開発研究
- がんにおけるゲノム非翻訳領域、エピゲノムや遺伝子産物の翻訳後修飾等の意義を解明する研究

- 多層的なデータを活用したがんの予防・診断・治療・創薬等に資するがんの生物学的特性に関する研究
- 免疫療法におけるがんプレシジョン医療の実現に資する、がん細胞と宿主免疫応答の多様性を考慮した発がん機構の解明と治療標的探索についての研究
- がんの発生、進展、転移、再発、治療抵抗性の獲得などにおけるがん微小環境を含むがんと宿主の動態を解明する研究

（５－２）シーズ探索・育成

（現状・課題）
　シーズ探索は、新たながんの予防、診断、治療法開発の基点である。オミックス解析技術の進展に伴う多様な情報の蓄積、構造生物学、情報科学、免疫学などの進展などにより、シーズ開発は飛躍的な発展が見込める段階に入りつつある。治療薬のシーズ探索は成功率が低くリスクが大きいため、今後も日本発の有望なシーズを見出し、それらを着実に育成するパイプラインの強化と、ヒトでの効果検証につなげるまでの一体的な支援が重要である。

（具体的研究事項）
- 社会的要請の高いいくつかのがん種について、フラッグシップとなるようなプロジェクト
- 個別化予防や診断、治療への展開を目指した新たな標的・バイオマーカーの探索・同定に関する研究
- がんの基礎生物学的研究と、他分野をリンクした多角的・先端的な融合型研究によるシーズ探索
- 新たな免疫療法の治療標的の探索と薬剤開発に資する研究
- 新規モダリティの高度化や既存療法との併用効果がある新規アプローチを探索する研究
- 新規薬剤開発に向けた薬剤候補物質の探索・同定や、薬剤候補品を臨床試験に橋渡しするための研究

（５－３）バイオバンク・データベースの整備と利活用促進

（現状・課題）
　日本には、多様なバイオバンクやデータベースが存在する。新たな創薬や治療法の開発に向けては、バイオバンクやデータベースの整備に加え、バイオバ

ンク間のネットワークの構築や、アカデミアや企業等による利活用を図る必要がある。

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）に基づく全国がん登録が開始され、がんの罹患、診療、転帰等に関する情報がより高い精度でデータベースに登録、利活用が可能となった。また、令和４（2022）年９月に策定された「全ゲノム解析等実行計画 2022」に基づき、がんや難病患者を対象とした全ゲノム解析等が推進され、全ゲノムデータ及び質の高い臨床情報を搭載した情報基盤の構築および、事業実施組織の発足を含む利活用環境の整備を進めている。がん医療の質の向上等に貢献するため、これらの情報基盤の利活用を一層推進していく必要がある。

（具体的研究事項）

- 各種のバイオバンク・化合物ライブラリ・医療情報に関するデータベース等の連携及びその利活用を推進する研究
- ゲノム・マルチオミックスデータ及び質の高い臨床情報・検体等を含む多層的なデータベースの整備と、データを活用した新規治療開発等に資する研究
- 創薬等に資する各種細胞株や患者由来の臨床検体のバンキングの整備及び利活用の促進に資する研究

（５－４）先端的な科学技術の活用や異分野融合

（現状・課題）

がん領域における AI 等の先端的な科学技術の活用については、画像診断支援領域において、多くのプログラム医療機器が承認され、臨床現場で実装されているほか、AI を用いた手術支援システムの開発やゲノム医療への応用が進められている。加えて、生成 AI、量子技術等の先端的な科学技術の新規治療開発等への応用が期待されている。特に、生成 AI の活用により、今後の医療や研究のあり方が大きく変わることも想定される。生成 AI をはじめとする先端的な科学技術を、AI ガバナンスに配慮しつつ、積極的に活用していくことで新たなイノベーションを生むことが期待される。がん患者・経験者のニーズを踏まえ、先端的な科学技術の活用や、異分野融合による研究を推進することにより、治療法の多様化等に向けた取組をより一層推進する必要がある。

（具体的研究事項）

- 先端的生命科学と、イメージング工学、計算科学、材料工学、物理学、化

学、工学、情報科学等の先端分野との異分野融合によりがんの本態解明や創薬に資する研究
- 異分野、異業種の連携による新規薬剤・治療法の開発に資する研究
- 呼気や味覚等の新たなセンシング技術を活用した検出技術の開発に関する研究
- AI 等の先端的な科学技術を活用した創薬や、医療機器等の開発・実装に関する研究
- 量子センサー等の量子技術を活用した新規医療技術開発に関する研究
- 二重特異性抗体等の改変型抗体、ネオアンチゲンワクチンを含むがんワクチン、CAR-T 療法・TCR 導入 T 細胞療法等の遺伝子改変 T 細胞療法をはじめとする新規技術開発に関する研究
- AI・デジタル・リモート診療等の技術を活用したがん医療へのアクセシビリティの向上に資する研究

（５－５）政策的な課題の把握と解決

（現状・課題）
　がん患者やその家族等、医療従事者のニーズと行政的ニーズを適切に拾い上げるとともに、基本計画で求められている施策を推進するための方策を立案・実行し、各分野の取組やがん対策全体の進捗評価を行う必要がある。また、技術開発と並行してその経済合理性の評価や、効率的かつ持続可能な社会実装に向けた政策課題の解決を図る必要がある。

（具体的研究事項）
【がんの予防】
- がん予防における喫煙・飲酒や HPV ワクチン接種等に関する社会的な課題の解決に資する研究
- がん検診における死亡率減少効果の代替指標や新たな技術の導入・検証方法に関する研究
- 難治性がん・希少がん対策としての、体外診断薬として承認された早期診断バイオマーカーの検診への導入や評価を行うための研究
- がん検診の受診状況等についてのデジタル化も含めた一体的な把握に資する研究

【がん医療】
- 希少がん、難治性がん等の研究開発の推進に資する医療提供ネットワー

クと研究開発推進体制の構築・連携強化のための研究
- がん分野における新たな科学技術の実装を見据えた臨床利用や法的・倫理的・社会的課題（ELSI: Ethical, Legal and Social Issues）を解決するための研究
- AI・デジタル・リモート診療等の技術を活用したがん医療へのアクセシビリティ及びガバナンスの向上に資する研究
- がん医療提供体制の格差に応じた効率的かつ持続可能な医療提供体制のあり方に関する研究
- 新規医療技術の実用化における、有効性や安全性及び経済性やその他の要素も含めた影響の評価方法に関する研究

【がんとの共生】
- 小児・AYA 世代のがん患者のライフステージに応じた療養環境への支援や長期フォローアップ等の医療提供体制の構築に関する研究
- 小児・AYA 世代のがん患者やその家族等の経済負担を含む心理・社会的な課題の解決に資する研究及び、教育や就労支援等に係る更なる対策のための調査研究
- 科学的根拠のあるがん情報や治験に関する情報へのアクセシビリティの向上に資する研究
- がん対策における健康格差の把握と、それに基づく適切な支援に関する研究
- がん研究及びがん対策全体の進捗・効果を適切に評価し国民にわかりやすく情報発信するための研究

２．研究の効果的な推進のための環境整備（国際連携、人材育成、患者・市民参画）

がん研究においては、国際的に注目されているトップジャーナルにおける日本人著者による論文の割合減少や、若手研究者の育成の必要性等が指摘されており、世界のがん研究における日本のプレゼンス向上を推進するための国際連携の推進や、急速に高度化するがん医療において、分野横断的な対応を行うための多様な分野の人材育成が求められる。

また、がん研究を国民本位のがん対策に活かすためには、がん患者を含めた国民の協力が不可欠であり、がん研究への適切な患者・市民参画を進める方策が求められる。

【国際連携】

国際共同臨床試験の環境整備や、症例集積の困難ながんに関する海外データベースとの連携とその活用、研究課題の計画書や審査における英語記載等の整備、出口戦略における国際的なプロモーション支援等を推進する必要がある。

【人材育成】

先端技術の活用・実装を実現するため、AI を含む情報科学分野等の幅広い分野の知識を身につけたがん研究に関する人材を育成するほか、若手の研究者・博士号取得者や女性研究者の活躍の場の拡大、人材の国際化、分野間及び産官学の連携を推進する。

また、研究成果をより多くのがん患者に還元するためにも、医療提供体制の強化に資する医療従事者の育成に加えて、臨床現場における研究に係る人材育成にも取り組む必要がある。

【患者・市民参画】

がん患者を含めた国民が、がん研究を含むがん対策全般について正しい理解を得て、研究者・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が求められる。がん研究においては、丁寧な情報提供、患者還元、患者及び医療従事者の教育を前提とした上で、諸外国での取組を踏まえ、他疾患や他領域の視点も広く交えた患者・市民参画を進める必要がある。

Ⅳ　研究の効果的な推進のための現行制度に関する意見

がん研究の成果を国民に広く還元するためには、公的医療保険制度や国のがん対策の一環として実装される必要があり、研究の促進と並行して、必要に応じ、現行制度の改善を図ることが重要である。

こうした点から、有識者会議においては、現行制度に係る意見も多く出されており、主な内容は以下のとおりである。

（製薬・薬事）

- 国外で行われている薬剤開発の状況も把握しながら、スタートアップを含む国内企業が開発を進めることのできる支援が必要である。
- 国外の新興バイオ医薬品企業の国内開発誘致と、そのための治験実施体制の見直しを検討すべきである。
- 採算のとりにくい薬剤の開発・販売には国による経済的な支援（治療の有効性が期待できる患者を特定する研究、小児がん、希少がん等に対する治療開発、ドラッグリポジショニングに関する研究等）が必要である。
- 諸外国の事例も参考に、小児における薬剤開発を成人における薬剤開発と同時に進められるよう制度を検討すべきである。
- 日本でのリクルートが難しい疾患について、海外既承認薬を海外データに基づいて条件付承認し、製造販売後のリアルワールドデータでデータを補完するような制度を検討すべきである。
- 高齢者のがん、小児がんなどでの治療開発が進みにくいことから、レジストリを利用した薬剤の承認制度を検討すべきである。
- 承認（又は仮承認）後に高齢患者への適応可否に関する検討を宿題事項として責任企業に課す一方で、そのために必要な基礎研究や臨床研究には国から助成を行うスキームを検討すべきである。
- 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。
- 「患者の多様な価値」に該当するデータを取得する臨床試験を承認後に実施でき、追加の臨床試験を課せられる責任企業が経済的負担とならない産学連携の仕組みが必要である。
- 医薬品の安定供給についての対策に関する研究を行うべきである。

（治療薬へのアクセス）

- 特定臨床研究や医師主導の研究を行うにあたり、特に大学等では経済的なハ

ードルが高く、特定臨床研究に係る制度について、評価療養等での実施を可能とするような制度を検討すべきである。

- 希少な対象に対する新規治療法の確立は症例集積が難しいため、早期承認後のリアルワールドデータ集積による有効性・安全性の再検証や適応外使用を行う仕組みを構築すべきである。
- 国外で安全性が示されている治療薬等を速やかに利用できるよう環境を整備すべきである。
- がん患者やその家族等が治験に関する情報に容易にアクセスできるよう、情報提供のあり方について検討すべきである。

（シーズから出口までを通じた支援）

- 新規医薬品や医療機器の開発出口を企業導出や医師主導治験で留めるのではなく、必要に応じ、事業化を見据えたコンサルテーション・伴走支援を早期から行う必要がある。
- 有望なシーズが創薬に繋がるよう、「次世代がん医療加速化研究事業」と「革新的がん医療実用化研究事業」との連携を強化し継続的に支援すべきである。また、AMED 内での他の事業とも連携すべきである。
- 有効な出口戦略の立案に係る薬事、製造、知財面及びビジネス化における支援体制の強化や、国際的なプロモーションの促進が重要である。
- 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と直接つながるネットワークを構築するのが重要である。
- 新規モダリティの開発に関する研究への支援を強化する必要がある。

（基盤整備に係る制度）

- より多くのがん患者を効率的に治験等に繋げるためには、どこにどのようながん患者がいるかをリアルタイムに把握することが必要であることから、リアルワールドデータをリアルタイムかつ経時的に収集するためのインフラ整備が必要である。
- データ統合に向けて計算技術の重要性を踏まえ、集計定義の統一や電子カルテの標準化等についても検討すべきである。
- がん登録の利用と公開について、現在、市町村、医療機関毎のデータ利用・公開に制限があることから、研究者や行政への利活用の更なる推進について検討すべきである。
- データベース構築に際して、多様な研究者による二次利活用を念頭においた患者同意の取得方法を検討すべきである。

（その他）

- 新規モダリティの臨床開発・品質管理などに関するガイドラインの整備が必要である。
- 生物由来原料基準やカルタヘナ法の運用の見直しを検討すべきである。
- CAR-T 細胞療法等における、セルフバンキング体制の構築・運用を進めるべきではないか。また、治療現場で細胞製剤を製造・選択もできる体制を構築すべきである。
- 核医学治療の場が不足していることから、国際基準に照らし、必要性を考慮した上で核医学治療におけるアイソトープ利用の規制緩和を検討すべきである。
- 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るべきである。
- AI 医療機器を使用しなかった場合や、AI の判定結果に従わなかった場合の責任についても議論が必要である。
- 広域連携治療を推進するために AI の活用やデジタル化を推進し、特殊な治療のための移動を最小化できる環境を整備すべきである。
- 喫煙・飲酒やワクチン接種対策は社会的な課題であるため、国はより一層の対策強化を行うべきである。
- がん検診の受診者に対し、がんと診断された時の対応に関する情報を併せて提供すべきである。
- 国の予算は有限であり、臨床領域では Equity（医療の公平性）が世界的に注目されていることから、研究費に関してもどのように選択と集中を図る等、優先順位についても検討が必要である。
- 日本の研究費の俯瞰性の向上（米国 NIH の RePORT をイメージ）を目指すべきである。

Ⅴ　おわりに

新たに策定される「がん研究戦略」は、各研究において得られた成果を臨床現場まで届けるには一定の期間が必要とされることや、基本計画との関係等も踏まえつつ、概ね 10 年程度を想定して進められることが望ましい。また、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等を正確に把握した上で、「基本計画」の見直しも踏まえ、「がん研究戦略」の中間評価と見直しを行うことが必要である。

加えて、各研究事項等において目標設定を常に明確に行うとともに、その成果をがん患者を含む国民の視点を含めて客観的に評価し、その評価結果を適切に次の課題設定に還元することにより PDCA サイクルを構築し、限られた研究資源を有効活用して最大限の効果を産み出す等、患者・社会と協働することが求められる。

がん研究全体として、長期的視点を持って研究成果を産み出すためには、省庁連携のみならず、産官学が連携し、基礎研究と臨床研究、政策研究のそれぞれを戦略的かつ一体的に推進する必要がある。

資料２０

令和５年度 第２回沖縄県がん診療連携協議会 医療部会議事要旨

日　時：令和５年５月３１日(水)　15：00～16：25
場　所：Zoom を利用した Web 会議
参加者：9 名
宮里浩(那覇市立病院)、照屋淳(北部地区医師会病院)、増田昌人(琉大病院がんセンター)、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)、松村敏信(県立八重山病院)、野村寛徳(琉球大学病院)、有賀拓郎(琉球大学病院)
欠席者：１名
安次嶺宏哉(沖縄協同病院)
陪　席：１名
並里亜衣(琉大病院がんセンター)

【報告事項】
１．令和５年度 第１回医療部会議事要旨について
資料１に基づき、野村部会長より第１回医療部会議事要旨について説明があった。各自確認し、要望・意見等があればがんセンターに連絡するよう説明があった。

２．委員一覧について
資料２に基づき、県立八重山病院の委員が與那覇先生から松村先生へ変更になったと説明があった。

３．その他
特になし。

【協議事項】
１．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に基づき沖縄県がん対策推進計画(協議会案)のロジックモデルについて説明があった。
(手術療法)
宮里委員より、手術に関しては 5 大がんの評価になっているが、分野アウトカムについては「がん一般」な感じになっているので、手術に関しては５大がんに限らず、婦人科や泌尿器等も入れてはどうかとの意見があった。
松村委員より、標準的な治療が普通に行われている場合、消化器外科専門医、呼吸器外科専門医、乳腺外科専門医は必要だとの意見があった。また高い技術を要する小児がん、食道、

肝胆膵は集約化を目指してはどうかとの意見があった。

(薬物療法)

増田委員より、「免疫関連有害事象を含む有害事象に対して、他の診療科や他病院と連携している「施設」の割合」についてはアンケート調査を行うとの説明があった。

宮里委員より、色々な領域・更新制のため、「がん治療専門医」はある程度の指標になるのではないかとの意見があった。

(病理診断)

野村部会長より、病理診断部分の「タイムリーな」という表現を「速やかな」という表現に変えてはどうかとの意見があった

(がんゲノム医療)

照屋委員より、遺伝性腫瘍に関するカウンセリングについて質問があった。増田委員より、カウンセリングが必要な遺伝子検査は琉大へ紹介してほしいとの回答があった。

2．今年度の事業計画について

3．BCP ワーキングの作成について

4．評価指標データセットについて

時間の都合上、次回へ持ち越しになった。

5．次回の開催日程について

野村部会長より、事務局より日程調整のお知らせをするとの説明があった。

6．その他

特になし。

資料２１

令和５年度　第２回緩和ケア・在宅医療部会 議事要旨

日　時：令和５年６月 28 日(水)　16：00　～16：55
場　所：琉球大学病院がんセンター(ZOOM 会議)

出席者９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)、水嶋美菜子（沖縄県健康長寿課）増田昌人（琉大病院）
欠席者４名：三浦耕子（県立中部病院)、酒井達也（八重山病院)、川満博昭（県立宮古病院)、名嘉眞久美（がん患者会連合会）
陪席者１名：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

野里委員より、資料１に基づき、今年度はそのままのメンバーで継続し、来年度からは委員の若返りを図るために来期に向けて考えていくとあった。

2. 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、委員の皆さんへ、ご意見や修正がありましたらお願いしますと依頼があった。

笹良委員より、相談支援センターに必ずかかるというのは、この中に入っていくのですか？との質問に、増田委員より、情報提供相談支援の分野に入っていると回答があった。

笹良委員より、全人的なアプローチで困っているのは、複合した問題を持っている人たちで行き場がないことや、家族力が少なくて運ばれた等の問題が、在宅にしても緩和ケアにしてもすごく多いなと感じている。今後コロナが落ち着いたら、もともとコロナ前の最大の日本の問題だった孤立(アイソレーション)が次の社会問題となり、そのような患者さんに対する対策をどうするのかという事になると思う。そういったがん患者さんは、通院できない、通院してこないことにより、十分な緩和ケアの提供が出来ず、後に重症となって運ばれてくることがよくあるので、どうしたらよいのだろうと考えていますとあった。

増田委員より、すごく本質的な話しだと思います。そこに一番威力を発揮できるかもしれないのは、拠点病院のがん相談支援センターだと思うのですが、ただ残念なことに、そこでのカバー率は 35％くらいで、残りの 65％の人は拠点病院以外で診ているのをどうするのか。そこを各施設（拠点病院以外の大きな施設）で、がん相談支援センターと同等の部門はありますが、そこがどこまで引き受けるかというのは分からない。それは多分、複合的なところは、今回のがん計画には入っていないので、どこが引き受けてどこで何を政策として作るかっていうのはとても大事。書き出しを“拠点病院は”ではなく“施設は”とするとカバー率が 90％くらいになります。話がずれましたが、笹良先生の問題提起の方々をどの分野で書き込んで、どのような政策でいいのか、皆さんからご意見が頂けたらと思います。よろしくお願いしますとあった。

屋良委員より、がん相談支援センターで患者さんを救い上げることが必要かなと思う。「県民の緩和ケアへの理解度を向上させる」にも引っ掛けられますかとあった。

増田委員より、あとは地域連携のところなのかな。医療提供体制って分野があるので、そ

こなのかなとは思っていますが、拠点病院だと相談支援センターしかないのだと思う。これは個別の主治医チームではできないでしょうからとあった。

屋良委員の通信状態が途切れ中断した。

笹良委員より、緩和ケアが、必要な人に必要な時期に必要な専門的な緩和ケア、初期の緩和ケアも含めて、すべてのがん患者さんに緩和ケアが提供できるように、というのが目標になるのだと思いますが、必要な時期に緩和ケアを受けられない人が出ないようにするためには、もちろん治療中で病院に来ている人の場合は、医者側の働きかける、スクリーニングをする、予防予測をする、緩和ケアチームの介入を促すなど、いろいろあると思う。ただ、緩和ケアチームが介入できないのは外来通院しているがん患者さんたち。現在、だいたいのがん患者さんは外来通院しているので、緩和ケアチームにあがるまえに、入退院を繰り返している間に来なくなってしまう。うまく在宅に繋がってくれればいいのですが、在宅に繋がってなく、受診にも来てない方たちが、いよいよ末期になって相談がある、というようなこともある。患者自身が治療を拒否しているとかですね。お金がないから、家族で診る人がいないから、老老介護だからという人がいて、そういう方々も緩和ケアが必要な人たちなのですが、そこがどっかで引っ掛ける必要もあるのでは、と感じたので提案させてもらいました。ちょっと幅が広い問題になってしまうのですが…。がん相談支援センターや地域包括などと、がんの主治医が連絡をとれる体制づくりを目指すような事があってもいいのかなと思った。実はこの間、在宅医療学会で発表したのが、早期がんの治療だったのですが、精神科にかかっている奥さんを抱えているために治療の通院ができない、と治療を嫌がりそのまま末期がんで亡くなってしまい、その後の顛末が凄く大変だったという人の例があった。いろいろな理由で生活困難者が治療できないという困難事例がある。うちのホスピスに来る人も結構そういう生活困難事例の人が割合高いです。身寄りがないので第三者の方にいろいろやってもらったり、後見人制度を使ったりという人が一定の割合で結構いらっしゃる。で、たぶん在宅にいけない、ようするに家族がいらっしゃらない方たちはそういうふうにしてポスピスに来るのだと思いますが、それでも嫌だという人たちもいます。その辺がもう少しドタバタしないでいいように出来ないかとあった。

増田委員より、病院でカバーできる範囲とカバーできない範囲、あと、行政がカバーできる範囲とカバーできない範囲のところのすり合わせが必要。それぞれ最大限、網を広げないと漏れると思います。医療の相談部分とか、地域連携部分とかで網を広げることが必要で、あとは地元の行政の部分で網を広げる、療法で最大限の網を広げとかないと漏れてしまう。がん計画のところに行政側からなにか積極的に書き込める部分というのはどんな感じになりますかと、質問があった。

水嶋委員より、今年の 5 月に入職したばかりで現在、勉強中のため、お話しについていくのに必死なところなので、一度持ち帰って検討したいと考えていますと回答があった。

増田委員より、持ち帰ったものは次回、どういう風にお話しをして、どういう風な結論になったかをお話をして頂けるとありがたいとあった。

増田委員より、笹良先生からの提案について、どこでなにを入れたらいいですか。私が事務局として取りまとめをしていますが、笹良先生がおっしゃったことは今回のがん計画には入ってないです。そういう人を取りこぼさない、取り残さない、見逃さないということは、かなり本質的なことだと思うので、どこでカバーをするのがいいでしょうかとあった。

笹良委員より、この会議の中の流れでいくと、相談支援部分を高めるということ。主治医と相談支援との情報をしっかり共有する体制をとる、というような文言が成り立つのか。あるいはケアプランで（とくに認知症があるような方が、がんになった時は主治医意見書というのを書く。）高齢者の方にはよくありますが、今後がんが長い病気になって、長期治療をしていく、あるいは、がんを抱えながら治療はできないけどそれなりに長生きする、というときに、そこもちゃんと緩和ケアへ繋がるようにするために、自分たちで診ず、早く在宅の先生に繋げること等、いろいろやり方があると思います。地域包括や支援相談室と主治医が定期的に連絡を取りながら診療するというのがあってもいいのかなと思う、とあった。

笹良委員より、書籍「医師アウトリーチから学ぶ地域共生す赤い現実のための支援困難事例集」の紹介があった。

https://m.media-amazon.com/images/I/41eydlhac2L._SX352_BO1,204,203,200_.jpg

増田委員より、次に評価ですけど、今のところ客観評価がなく全体の VR アウトカムに関しては患者体験調査で国が 3 つあげているので、それをそのまま国のものをがん計画のほうに取り込んでいます。中間アウトカムのところも患者体験調査と遺族調査で同じ質問を題しています。これから PRO（患者報告アウトカム）をやるようで、これはまだ研究班のほうで具体的には出ていないですが、これが今後入って来るようです。資料 2 の青文字で記載されているところが沖縄県独自のもので、今のところ DPC-QI これは拠点病院が参加しているコールディケーターの評価システムですが、これを今度、県医師会と県庁とで調整します。院内がん登録をしていて DPC 病院であれば誰でも出来る。事務の方が 1 時間ぐらいでデータを取り出せるので DPC の EF ファイルデータと院内がん登録を出せば国立がん研究センターがオートマチックでデータを出してくれるという優れものです。その中で緩和に関係するものは 3 つで具体的には「切除不能進行胃がんへの適切な体制による緩和ケア」と「肺がん死亡 1 ヶ月前の全身治療」これをしていたか、していなかったかのネガティブなデータです。あと、これは本質ではないですが「外来麻薬開始時の緩下剤処方」は DFC-QI で自動的に算出できるので、ここは出してあります。沖縄県で 1 年半くらいズレていますが、医療従事者調査をやる予定なのでそこも指標に入れてあります。個別政策のところは①共通のツールを用いた苦痛の把握を、外来の全てのがん患者に対し、日常診療の定期的な確認項目に組み込んでいる「施設」の割合②それを入院の患者に対して行っている割合。これは以前、スクリーニングやモニタリングなどの言葉にしましたが、今後はこのような形で指定要件に書き込まれ、年一回、9 月にある拠点病院調査のところで皆さん書くことになると思います。具体的には外来の③「共通のツールを用いた苦痛の把握を、外来の全てのがん患者に対し、受診ごとに行っている「施設」の割合」④それを入院の患者に行っている割合。システミック行っているか、行ってないかが①と②。③と④は実際に外来で毎回行っているか、行っていないか、入院患者さんに週に 4 回以上行っているか、行っていないかを具体的に聞くので、これは多分、来年の拠点病院に対する調査はこのような感じなると思います。あとは、リンクナース制度を運用している「施設」の割合。意外とリンクナース制度をやっていないところもあるみたい。ここからは(資料 3 の黒文字部分)国のものなので、緩和ケアチームの新規診療症例数、緩和ケア外来の新規診療症例数、緩和ケア外来の地域の医療機関からの紹介件数、これは国でとるみたいです。あとは、地域連携のための他施設合同会議の開催数ですね。具体的に NDB-SCR とは何かというと、レセプトデータですね。NDB はレセプトデータのナ

ショナルデータベースになっており、それの相対化したのもが SCR になっていますが、国はここのところ、診療加算の算定や、神経ブロックの算定件数、緩和的放射線照射の実施件数の中の M001-3 で直線加速器による放射線治療の 2 というのを取る予定です。これは沖縄オリジナルで、専門家の数ですね。緩和医療学会の認定専門医の数、登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医の数、緩和薬物療法認定薬剤師の数、緩和ケア認定看護師の数、公認心理師および臨床心理士の数で、またこれが実際に配備されている施設の割合。理解度の向上に関して国は、これから国民の緩和ケアに関する世論調査を行うとのこと。これをこの領域の指標として県の方には一度提出していますが、皆さんからこれが抜けているのでないか、これは必要ないのではないか等があれば、ご意見を頂戴できればと思いますと、依頼があった。

野里委員より、拠点病院以外のがんを診ている病院に対しては、今言った内容はどのように周知されているのかというのを教えてもらいますかと、質問があった。

増田委員より、これまで計画に県が“拠点病院は”と書き込んできたのは、いろいろと義務や、やらなくてはいけないことがあり指導しやすい。どこの県も拠点病院のことを書いて、他のことは何もやっていない所が多い。拠点病院のカバー率が沖縄県は最低で 35%で、多い県だと 9 割超えているところもある。なので、9 割超えているところだと拠点病院だけやっておけば、どうにかなると思うが、沖縄県の場合は拠点病院が 35%しかカバーしていないため、拠点病院以外はどうするか、ということを皆さんで共通認識としてぜひ持っていただけるとありがたい。

今のご質問でいうと、県の計画に組み入れたあかつきには、今後こういうことを要求されています、という事を個別に私のところから、それ以外の 20 何施設に周知するという事になるかと思います。さらに、こういうことを指標で調査することをなります、ということになる。幸い来年、第 8 次のがん計画ではなく、医療計画に基づいて病院の選定会議をする予定。今 12 のがん種について、これからまた新たに(6 年ぶりに)選定会議をしますが、その時のこれまでのがん種を超えて共通要件というのは、たとえば緩和ケアチームがある、院内がん登録をしている、レジメの登録をしている等、そういう共通 6 項目を入れた。今後は共通 6 項目にプラスして沖縄県のがん計画に協力することや、沖縄県のがん計画の指標の算定に協力することを組み込んでしまえば、それで周知に十分なるかと。どこの病院も多分、算定会議の中で算定はされたい、選定会議の中で例えば食道がんの専門病院として認定されたいと思うので、そこは多分、前もそれぐらいはやっていいのでは、と異論はあまり出なかった。異論が出たのは、乳がんと血液がんの二つだけです。それ以外は今お話ししたような共通項目に対して、これぐらいはやらなくてはね、と話があり、あまり議論にはならなかった。そこでタガをはめると沖縄県も調査がしやすくなったり、いうことを聞きやすくなったりするのかなと思っています。医療計画というのはがん計画の上位計画なので、医療計画があってその下に各、たとえば循環器の脳卒中の計画が入っているので、たぶん構図としてはそういう事になっていくのかなと思います、とあった。

野里委員より、なかなか拠点病院だけでいくと 35%だけということでしたので、なんかそこだけ頑張っても県全体のレベルアップにはならない。やはり他の病院の協力はどうしてもいるということですね、とあった。

増田委員より、第 7 次医療計画に 6 年前に条件を決めて、そのあと医療機能調査が入るのでその結果に基づいて、毎年選定してくれている。ほとんど一緒ですが、ときどき落ちたり、

ときどき入ったりする、微妙な病院もありますが、だいたいそういう形でやっている。それと、もうひとつここに入っている、DPC-QI は自動算定なので、国がんに言えば自動でデータがもらえます。もう一つの NDB とか NDB-SCR は国が公開しているデータです。なので、私のところに言ってもらえば、各項目 1・2 分で出ますし、県庁の事務の方が見ても上から下まで見て探すだけなので、5 分 10 分で出ると思います。内閣府のホームページで全部公開しています。今回は全般的に自動で出るものや国が公開しているデータから引っ張ってくるもので指標は作っている。患者体験調査は、少し遅れてはいますけが秋にはやります。これは国がんで公開データになるので、たとえば県や、私のところが「データ下さいね」と言ったらもらえる。分析まで国がんがやってくれているものなので、そういった意味では自動的に出るかと思います、とあった。

野里委員より、増田先生へ、ロジックモデルの提出期限はいつですか、と質問があった。

増田委員より、協議会レベルでいうと 7/3 が最終締め切りにしています。県の方にはすでに中間的なもの 2 回出していますが、最終案は 7/7(金)までに出したいと思っておりますので、皆さんの締め切りは 7/3 までにお願いします、とあった。

3. ロジックモデルを用いての今年度の事業計画について

協議事項 2 と併せて協議を行った。

4. 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、改めて次回報告して頂くこととなった。

6. 拠点病院の指定要件の改定について

増田委員より、2022 年 8 月 1 日付時点で変わった、拠点病院の指定要件についての緩和に関係する部分だけを抜粋しておりますので、それぞれ皆さん確認をしてください。今回、スクリーニングやキャンサーボードという言葉を外した。前回の指定要件の改定の時に、キャンサーボードやスクリーニングの定義は何だ、といろいろ波紋があったので、今回は特別なキーワードみたいなのは外しています。特に緩和のところで変わったのはそういったところかなと思いますと、説明があった。残念なことに新旧対照表が出ていなく、各病院で確認してもらうということになっていますので、一項目ずつ確認をしてもらうと有難いです、とあった。

7. 次回令和 5 年度第 3 回緩和ケア・医療部会の日程について

令和 5 年 9 月頃、15:00～17:00 の間で 1 時間予定し、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

特になし

報告事項

1. 令和 5 年度　第 1 回緩和ケア・在宅医療部会　議事要旨
2. 令和 5 年度　緩和ケア・在宅医療部会、在宅WG、研修WG　委員名簿

1～2 各自で確認することとなった。

3. 緩和ケア研修会開催日程一覧表

野里委員より、開催が決まった病院もいくつか追加されております。また、開催が決まった病院がありましたら、事務局の方へご連絡お願いします、と依頼があった。

4. 令和4年度　緩和ケア・在宅医療部会　第3回、第4回在宅ワーキング　議事要旨
5. 令和4年度　緩和ケア・在宅医療部会　第3回、第4回研修ワーキング　議事要旨
   報告事項4・5は各自で確認することとなった。
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)について
7. 日本緩和医療学会　第5回九州支部学術大会について
8. 「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
   報告事項6～8は次回報告することとなった。
9. 2022年度緩和ケアおよび精神腫瘍学の基本教育に関する指導者研修会について
https://twmuishikai.jp/securewp/wp-content/uploads/2022/07/kanwakea_20230205.pdf
10. その他
   特になし

以上

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 議事要旨

日　時：令和５年８月 21 日(月)15：30～16：11
場　所：ZOOM による Web 会議

出席者 11 名：安座間由美子（県立中部病院)、足立源樹（那覇市立病院)、中村清哉（琉大病院)、野里栄治（北部地区医師会病院)、久志一朗(沖縄病院)、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)、増田昌人（琉大病院）
欠席者４名：川満博昭(県立宮古病院)、酒井達也(県立八重山病院）、新里誠一郎（浦添総合病院)、水嶋美菜子(沖縄県健康長寿課)
陪席者１名：玉城由奈(琉大病院)

※8 月 2 日(水)が台風のため、8 月 21 日(月)へ変更となった。

報告事項

1. 令和３年度　第５回沖縄県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

　増田委員より、資料 1 に基づき、「緩和ケアに関するクリティカルパスについて」議事要旨の訂正の報告とお詫びがあった。

2. 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

　資料 2 に基づき、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の報告があり、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

　足立委員より、在宅ワーキングの委員を増やす話があったと思いますが、どうなっていますか、との質問に増田委員より、現在、委員を調整しているとの回答があった。

協議事項

1. 令和５年度　緩和ケア研修会の開催について

　足立委員より、資料 4 に基づき報告があった。厚生労働省健康局長｛大坪寛子｝へ変更になった旨を、今年度 緩和ケア研修会を開催する病院はこの旨を事務局へお伝えいただけますよう、どうぞよろしくお願い致します、と依頼があった。

　林委員より、中頭病院は 1/14(日)に緩和ケア研修会の開催が決定したと報告があった。

　笹良委員より、友愛医療センターは 1/13(土)に緩和ケア研修会の開催が決定したと報告があった。

　足立委員より、沖縄病院と浦添総合病院の開催はどのようになっていますか、との質問に、久志委員より、沖縄病院は現時点では未定と回答があった。浦添総合病院は新里委員が欠席のため、分かり次第、緩和ケア研修会開催一覧表へ記載し周知することとな

った。

足立委員より、琉大病院および、那覇市立病院の緩和ケア研修会の資料に基づき説明があった。琉大病院はWEB開催で50名定員の中、受講生40名ほど申し込みがあった。那覇市立病院は 18 名定員で開催するとのこと。今年は足立委員が主催ではなく、内科の内原先生が主催となっているため詳細は分からないが、18名の定員はすぐ埋まると報告があった。

2. 拠点病院で開催する各種研修会終了後のアンケート回収率についてどのようにしたらよいか

足立委員より、各種研修会終了後のアンケート回収率についてどのように行ったらよいか質問があった。コロナの影響で各種研修会等の開催が現地から WEB へと移行している病院がたくさんあると思います。この間、那覇市立病院で放射線治療の研修会を行った後、アンケートをお願いしているが事務に確認すると 3 割しか返ってきていないという事でした。WEBになってからアンケートの回答率が落ちてきていると報告があったのですが、みなさんの施設ではどうですか、と質問があった。

笹良委員より、その場で ZOOM のチャットへ Google フォームのアンケートの URL を貼り付けて、「アンケートに答えてください。」とすると、部屋を去る前にURLをクリックしてもらったらGoogleフォームへ飛んで回答してもらっている。ただ、たくさんあると答えてもらえないので5・6問くらいにしている。

増田委員より、アンケートの回答時間は何分とっていますか、と質問があった。

足立委員より、特に回答時間はとっていなくて、会が終わったあと「こちらのQRコードから飛んでください」としていると回答があった。

増田委員より、アンケートをプログラムへ組み込んで、「アンケートへ終わりましたか？」と確認したうえで閉会の挨拶などをしても良いのかと思うとあった。

足立委員より、当院の事務員のお話では、iPhoneなどで閲覧している方はQRコードが読み込めないので回答率が落ちている、との回答なのですが、iPhoneなどで閲覧している方もチャット欄のURLから飛べるのでしょうか、と質問があった。

笹良委員より、工夫としては、他施設が行っているのですが、アンケートに答えてもらった人達に今日の講義のレジメが送られる。「今日はメモしなくていいですよ」と伝えて、「今日のレジメはアンケートに答えてくれた方にアドレスへ送ることになります。」というと一生懸命答えてくれます、と回答があった。

足立委員より、よい知恵をありがとうございます。那覇市立病院の事務員ともう少し話をして頑張ってみます、とあった。

3. 次回令和5年度第3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11月頃　15：00～17：00の間で概ね1時間予定。

4. その他

特になし。

報告事項

4. 第5回日本緩和医療学会九州支部学術大会について

笹良委員より、資料6に基づき報告があった。11月3日の夜は懇親会がある予定。土日を挟むため、ゆとりを持って参加できるようにと日程を組んでいる。別のイベントと日程が被っているため会場を抑えるのが難しくなる可能性があるので、ご参加予定の方は早めのお申し込みをお願いします、とあった。

足立委員より、WEBで参加できましたよね、と質問があり、資料6より“ハイブリット、後日オンデマンド配信”と記載があるのを確認した。

5. 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7に基づき相談員研修会および、在宅医療・施設ケア従事者版　相談員研修会(ACP)の報告があった。E-FIELDの主幹が以前は神戸大学できたが、今は筑波大学の緩和医療学の木澤先生が委託事業を行っている。コロナの影響でリアルからWEBでの開催に移行しており、今年も去年と同じくWEBでの開催となります。以前はブロックごとに分かれて行っていましたが、今年はまだ、はっきりと聞いてはいない。ファシリテーター等も全国の先生がたが混ざって行うことになっている。これまでと同様にグループで参加することとなっております。来年度も同じ形で開催するのか分からないが、去年の段階では数年以内に各都道府県に委託するような話も出ていたものの、まだ決定はしていない。今後、県内で開催される形というのも模索されていくものと思います、とあった。

6. 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

増田委員より、資料8に基づき、国がんより二つのチーム研修会がありますと、報告があった。都道府県指導者養成研修で緩和ケアチームに対する研修会を地元で開催するための企画の研修と、それのフォローアップ研修会の企画のための研修。また、地域緩和ケア連携調査員研修のベーシックコースと地域緩和ケア連携調整員フォーラムの研修がありますので、ご興味のある方は個別に確認して頂けたらと思います、とあった。

7. 2023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

足立委員より、資料9に基づき、指導者研修会へのご参加の依頼があった。若い世代に引き継いでいけるように、引き続きよろしくお願いしますとあり、増田委員からも、50歳以下で受けてくれる方を強く望みます、とあった。

8. 令和5年沖縄県在宅医療介護連携支援事業往診代診医師養成研修会について

笹良委員より、当日資料に基づき報告があった。沖縄県の在宅医療の推進で、新屋先生が中心となり、沖縄県医師会が主催で行っている研修会です。在宅をやりたい先生や、臨時で頼まれる先生方あるいは、お手伝いをしながら学びたい・体験したいなど在宅への入り方がいろいろあると思います。そういうのに実践的な沖縄県の事業として、在宅医の往診、代診してくださる医師に対し沖縄県の方から登録して頂いた先生に、県医師会のほうからかな、給料がでるような、肩代わりというか、そういうふうな経済面での負担が減るような形をとりつつ、登録した在宅の先生が行けないときや学会等で代診を頼みたいとき

にできるような形、医療の内容が保証できるよう医師養成研修会を開始しております。9/9に東先生が講師で、在宅における緩和ケアというテーマで1回目を行いますが、このがん診療連携協議会の中のワーキンググループで『在宅緩和コンフォートセット沖縄版』といって、特に終末期に近いところでの薬剤の看取りの基本セットみたいなメニューを作っているところで、そういったとこと細かいガイドライン的なことを作ってみんなでシェアし、ベーシック部分はしっかりと網羅できるような形でやっていきましょうということで進めております。また、その後の宜保先生、新屋先生の方の内容についてはこれからと思いますが、往診の代診に行くという先生たちが、どういう形で行くのか分かりませんが、今は働き方改革等でいろいろ難しいところはありますが、ご興味のある先生たちが在宅に参画できるようにということで、皆さんの周りでもご興味のある先生方がいらっしゃれば、誘って研修会へご参加頂けると有難いですと、参加協力依頼があった。

足立委員より、往診の代診する医師の養成ということですねと、確認があった。

笹良委員より、そうですね。往診の代診システムというのを新屋先生が立ち上げたので、それに行けるようにと、最終的には在宅で看取りをちゃんとできる医師を養成するということなのですが、まずは入り口として、往診の代診として、知識をまったくもってないわけではないけれども、わりと自己流でいってしまって訪問看護師さんが困ったり、お医者さん自身が困ったりだとかもありうるのでないかということで、一応スタンダードラインを勉強して頂きましょうというのが、この研修会になります。もちろん、われわれも参加できますので、ぜひ。今まだ研修会の内容や意見をそこでディスカッションし、すり合わせをして、こういうのもいいじゃないという話があれば、そういうのも反映して進化していくので、ぜひこちらにいらっしゃるエキスパートの先生方もぜひいらしてご意見言って頂けるとありがたいと思います。

足立委員より、これは単年度だけのお話しですか。それとも来年度も行う話はあるのでしょうか。

笹良委員より、今後については聞いてはいないですが今、登録医制度は動き始めているので、多分しばらくは予算が付くのだと思います。こういう在宅医療が必要だという事で沖縄県と沖縄県医師会の方に委託された事業になります。在宅医療介護連携支援事業というのは結構大きな事業でその中からやっている状況です。

足立委員より、今年の反響が大事ということになるかもしれないですね。

笹良委員より、今年たたき台を作成し、それから改正版やガイドラインを作っていく流れになっていくかなと話をしています、とあった。

9. その他

笹良委員より、沖縄県緩和ケア研究会が10月9日(月・祝)スポーツの日に琉大病院で開催されることになっております。演題募集が9月11日(月)になっておりますので、よろしくお願い致します。みなさんへ案内もあったと思いますので、ご対応頂くと有難いですと、依頼があった。

以上

第 2 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 8 月 23 日（水）16：30　～　17：30
場　　所：ZOOM（WEB 会議）
出 席 者：9 名　高江洲あやこ（那覇市医師会)、喜納美津男（きなクリニック)、東恩納貴子（那覇市立病院)、崎原友美子(八重山病院)、大城梨沙(北部地区医師会病院)、笹良剛史（豊見城中央病院)、宮城愛子（訪問看護ステーションアレグリア)、仲門文子（沖縄県介護支援専門員協会)、増田昌人（琉大病院）
欠 席 者：6 名　朝川恵利（宮古病院)、金城隆展（琉大病院)、長野宏昭（いきがい在宅クリニック)、荷川取尚樹（花あかり合資会社)、新屋洋平（西崎病院)、崎辰子（那覇市役所）
陪 席 者：1 名　玉城由奈(琉大病院)

報告事項

1. 令和 5 年度　第 1 回緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキング議事要旨
   資料 1 に基づき、令和 5 年度　第 1 回緩和ケア・在宅医療部会在宅ワーキング議事要旨が承認された。
2. 令和 5 年度　第 1 回緩和ケア・在宅医療部会議事要旨
   笹良委員より、資料 2 に基づき、令和 5 年度　第 1 回緩和ケア・在宅医療部会議事要旨の報告があった。
3. 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
   増田委員より、資料 3 に基づき、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の報告があった。
4. 令和 5 年度　緩和ケア在宅医療部会(在宅 WG・部会・研修 WG)　委員名簿一覧
   高江洲委員より、資料 4 に基づき、今年度の委員の報告があった。
5. 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 5 に基づき、報告とご協力のお礼があった。

協議事項

1. 来年度の年間活動計画について
   増田委員より、当日資料に基づき、説明があった。ロジックモデル内に肌色の部分と黄色な部分がありますが、黄色の部分を皆さんに考えて頂きたい。沖縄協議会専門部会、各ワーキングで作成して頂いた沖縄県の計画の協議会案ですが、ABC のところまでで、今後は個別施策ということでワーキンググループとして何をやっていくかについて、それぞれアイデアを出して頂き、取り組んでいくということになります。具体的には、

初期アウトカムとしては全部で四つ。

一つ目：望んだ場所で過ごせたがん患者の割合を増加させる

二つ目：在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度が向上させる

三つ目：在宅医療を提供できる必要な資格を持った専門家を計画的に養成し、必要に応じて配置する

四つ目：看取りができる介護施設の拡大を図る

私が短時間で作成したサンプルを青字で記載しておりますので、それを参考に委員の皆さんにワーキングで取り組むことを事務局へ出して頂き、それを事務局で取りまとめて、皆さんへバックし、それぞれディスカッションを行いたいと思っております。

9月4日(月)までに、委員の皆さんが出して頂けるとありがたいと、協力依頼があった。

2. ケアカフェについて

高江洲委員より、資料 6 に基づき、ケアカフェについての協議内容の説明があった。7 月に中部地区で第 1 回の開催を沖縄クリニカルシミュレーションセンターで予定をしていたが、コロナが流行していた為、延期となった。また、広報の期間も短かった為、申し込み人数も少なく 15 名弱だった。次回は 9 月頃から周知や案内を初め、11 月頃の開催を目標に計画をしたいと考えている。

【委員の皆さんで話し合いたいこと】

1 点目：ケアカフェの趣旨は顔合わせなので、どのようにアプローチしたらより多くの皆さんにご参加いただけるかということ。

2 点目：グループワークのテーマ。ケアカフェなので「病院と在宅の連携をうまくするためにできること」というような抽象度が高いテーマでもよいのかどうか。

より多くの医師、特に琉大の医師に参加して頂くためにはどう工夫したらよいか協議したい。今年度は 11 月に中部地区、2 月に南部地区で計画しているとあった。

プログラムとしてはまず「在宅医療について」のテーマで喜納先生より講話をしていただき、その後に「意思決定の共同意思決定へ」というテーマで金城隆展先生にお話をしていただく。講話の後に、ケアカフェとして 2 ラウンドのグループの移動があるという内容になっている。また、司会と開会・閉会の挨拶、総評などのお願いを改めてワーキングの委員の先生方にさせていただきますので、よろしくお願いしますと協力依頼があった。引き続き、グループテーマについてご意見をいただけたらと提起があった。

笹良委員より、病院の先生たちと在宅の先生たちとで温度差がある。在宅の先生たちは自分たちのものとして話をしますが、病院の先生たちは在宅って自分たちの話じゃないよねって話になるので、つなぐ必要性って自分たちがやるの、みたいな雰囲気のところもあり、よっぽど興味がないと参加してもらえないと思う。がん治療病院の先生と在宅の人たちのつなぎが目的だが、病院の人が来ないということもあるので、そういう意味では病院の人たちの心を掻き立てるようなテーマがあるといいなと思っていますが、ちょっと思いつかなくて…。何かありますか、と問いかけがあった。

宮城委員より、笹良先生がおっしゃった、病院の人たちの心を掻き立てるテーマってなんかすごくいいと賛同があった。

東恩納委員より、交流会や実施施設での研修会の時には結構参加率が高かったりするので、それを活かして何かできるのかなと思ったことと、少しずれてしまうかもしれませんが、交流研修のような、実際に病院の勤務医が在宅医療の現場に参加するっていうことが可能なのか。今まで行っていたのか、私が分からないですが、そういうのがあると少し関心が出たり、何かが変わるのかなと思ったのですが、どうでしょう？なぜその話を出したのかというと、以前に患者さんの調子が悪くなり、在宅に引き継ぐ際に、事前にお家に伺い、主治医が出向いてお話をする、という機会があったのですが、在宅の先生からの協力依頼があり、勤務医がお手伝いに行くということがあったのですが、その話を聞いて「自分も行きたい」という声が出たりもしていた為です。

高江洲委員より、ケアカフェ開催の前に、何かしらの在宅の体験ができるようなのがあれば関心を持って頂けるのかなということですね。

笹良委員より、沖縄県立中部病院の地域ケア科が緩和ケアと在宅医療が割と連動している形になっており、「研修医を育てながら」という作戦で、いろいろ連動しているので、今の話だと南部地区や那覇地区だと病院の先生を引っ張り出すのが難しい感じがするのですが、中部病院の若手の先生たちが来てくれるような話が入ると、割とスムーズに行くのかもしれない。そこから我々も他の地区のことを学ぶことができ、機関病院が緩和と在宅、地域ケアというのを一体化し、教育として行っているという活動の中で、その後にその先生が開業されるというような、キャリアパスのモデルになる。中部病院では離島に行って全部を見る医師を育てている。他の県立病院ではそういう医師の育て方をしてないので、そういった役割を担ってモデルとなるのが中部病院になると思う。例えば、内容で人を呼ぶとなると、高山先生や長野先生のように活動していて、若手の先生の中で有名な先生たちをお呼びし、若手の先生たちが参加するようなケアカフェにしてみると、新しい息吹があってよい。また、在宅勤務医になろうとしている先生たちは、若手の先生が多いのでそういう人たちの学びであったり、交流の場であったりというような形から、病院の先生たちも巻き込みやすくなるのかなと。そのため今回、中部地区で開催する際に、その中部病院の先生たちを、ぜひ来てもらえるようにしてするのと、またそれ以降の他の地区で開催する時も、中部病院の先生たちに「お手伝いで他の地区を開催するときも来てください」というふうに巻き込みながらやると「中部が地域に貢献する新しいモデルを見せているのなら自分たちもちょっと行こうかな」というような雰囲気で、若い力と興味を駆り立てればと思っています。特に研修医でこれから育っていこう、という人たちの中に、これからの社会のニーズは専門文化からインテグレーションだっていうような感覚を持ってらっしゃる方たちが病院の中から来てくれると、がんに行くのか、がん治療の全体を診たいという人たちが生まれたり、がん以外のことも含めてっていうような方も出るかもしれないので、内容で呼ぶか、人で

呼ぶかという工夫があっても良いのかもしれないですね、と提案があった。

高江洲委員より、キーになるような先生方のご協力も頂きながら、強力に呼びかけをして頂き、有賀先生にもこちらからも連絡取って作戦を練っていきたい。中部の方の在宅医療の情報を持ち合わせてないので、中部地区医師会のゆい丸センターのご協力も頂きながら集めて頂こうかと考えている。これまで那覇市立病院や大浜第一病院、赤十字病院でケアカフェを開催したが、その時は医師の参加率高かった。それは、医局会の日に設定をして、その流れでケアカフェを開催したからである。今回は中部病院と琉大病院それ以外の中部地区の拠点病院の先生方、在宅の先生方も多く参加していただくように皆さんのご協力をよろしくお願いします。また、キャッチーなテーマというのを今この場ではなかなか決まらないとは思うので、引き続きまた皆さんへご相談させて頂きたい、と協力依頼があった。

喜納委員より、プログラムの講話に私が入っていますが、私ではちょっと役不足だなとすごく感じるので、知名度の高い先生や、プログラムを見てこの人の話聞いてみたいなというような先生がよいのではないか。金城先生は十分だとは思います。一般の病院の先生方が名前を聞けば分かるような先生に講演して頂けると参加率が上がると思う。例えば高山先生にお話いただいた方が皆さんも集まると思います、と意見があった。

笹良委員より、高山先生のポストコロナのお話、どんな風になっているの？などを聞きたいが、最近連絡を取っていない。

喜納委員より、新屋先生だと繋がりがあるので、そちらから言ってもらう方法がある。高山先生だと、多分皆さんご存知なので、コロナを絡めての話も聞けると思うので、そこは期待されるのではないですかね。病院の先生方にとっても実りのある話をしていただけるかなと思います、とあった。

高江洲委員より、在宅医療についてなので、やはりずっと在宅をされていらっしゃる喜納先生ということで、みなさんご存じだと思います、とあった。

喜納委員より、別に構わないが、例えば在宅をやっている先生方や、そういう職種の方は多分知っている方も多いとは思いますが、病院の先生方に参加して頂きたいのであれば、やはり病院の先生方が参加したいな、という講師がよいと思う。私は在宅側なので、そういう病院の先生からはどういう先生が、皆さんに名前が知れているのか分からないので、病院にいらっしゃる先生方の意見を聞くしかないですが、少なくとも私のことは在宅系以外のお仕事をしている方は名前も知らないとは思います。高山先生でもよいかと思いますが、他にもいい先生がいるのであれば、と思います。琉大だと在宅からちょっと遠いところにあるような感じがするので、特に病院の先生方に参加していただくにはやはり、そういう先生方が講師の先生を選ぶのがよいのかなと思います、とあった。

仲門委員より、第 1 回ケアカフェが中部地区ということですが、ゆい丸センターのある中部地区医師会はご存知だと思いますが、私は在宅医療推進ということで中部医

療の第 1 回からずっと委員で参加しています。実は今年度から中部地区医師会の在宅医療部会で、がん患者に特化した在宅に向けて、という部会が出来上がっており、そこで、私が在宅ワーキングへ参加しているお話をし、ケアカフェ開催のお話をしましたところ、がん拠点病院の琉大病院の主催で開催するということで、ぜひ行きたいと皆さんすごく興味を持っています。中部地区医師会では在宅の先生は結構来ていただけているので、それは心配ないですが、勤務医の先生が来ていただける、というのがあまり見たことがありません。なので、勤務医の先生が参加するというのが、まずネックなのかなと思っています。がん部会でも話題になったのが、在宅の先生と病院勤務の先生が看取りに対しての方向性が本当に一つになっているのか、というのが小さいけど、がん部会の方で話がありました。私は在宅医療推進で 7 年ぐらいやっていますが、中部の在宅の先生が共有の参加率や協力体制ができていると思っています。私は喜納先生のお話が好きなので、講和は喜納先生でよいと思います。また、拠点病院の方たちがケアカフェをやるということに意義があると思っている、とあった。

高江洲委員より、このプログラムで前回、広報を行っているので、ぜひ喜納先生に講話をお願いしたいと改めて依頼があり、喜納委員は了承した。

笹良委員より、病院と在宅医療の顔合わせですが、緩和ケア関係の病院に勤務されている先生達は日頃、在宅の先生たちと顔合わせが出来てないので、むしろ興味を持ってやりやすいと思う。今回、中部地区とのことですが、例えばホスピスの国立病院機構の沖縄病院、治療している病院、在宅という三つの緩和ケアトライアングがあるので、それぞれが参加できるといい。また、他の地区の方でも参加可能ですよ、としても良いと思う。実は本日、ホスピス緩和ケア交流会があり、そこの告知時間でケアカフェを開催することを広報したいと思います、とあった。

高江洲委員より、テーマと呼びかけの工夫などを皆さんより頂いたご意見を参考に、進めさせ頂きます。ありがとうございました、とお礼があった。

3. 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 8 に基づき、東先生が作成したコンフォートセットの報告があった。今、在宅勤務の先生たちも一人ではなく、複数の先生で行っており、ベテランの先生がコアになり若手の先生がその周りにいるという形である。それぞれ学んできた環境によって処方の仕方や考え方が違ったりしますが、一応ベーシックなところは統一しておいた方がよいのではないか、という意見も訪問看護側からもあった。看取りの前に出る症状の緩和の基本として、経口薬をベースとしたコンフォートセット A4 用紙 1 枚でシンプルに作成した。このコンフォートセットを、新屋先生が沖縄県医師会と中心となり「往診代診医師養成研修会」が行う場で、教育ツールとして紹介して頂き、終末期になってきたら置き薬として活用でき、この処方がみんなの共通認識になるとよい。もちろん、これと違う使い方がいろいろあってもよい。あくまで、コンフォートセットはベースです。これを叩き台にして今後、底上げをしていく予定。また、公開方法

については模索中とあった。

増田委員より、ここで承認をいただいて、医師会の三人の講演会の時にオープンにするという形ですか、と質問があり、そうです、と笹良委員より回答があった。

笹良委員より、ここのワーキングで承認されたものを医師会と連動し、公開しながら共有してく形でよろしいでしょうか。研修会を通じて、いろんな意見を取り入れて、みなさん共同で作成しているという形にしたい、とあった。

喜納委員より、スタートするとなると、このお薬のデリバリーがちゃんとできるということが大事なので薬剤師会や、場合によって訪問看護など、この辺にも情報として、今こういう形で進めます、この薬剤で進めます、ということをお伝えし、在庫の準備をしていただくなど、そういった働きかけは必要ではないでしょうか、と確認があった。

笹良委員より、あった方がいいと回答があり、薬剤薬局で例えばルーランっていうお薬は精神科では非常によく使いますが、病院の緩和ケア病棟に置いてないお薬。一般医が使うのは緩和医療学会の専門対策のファーストチョイスの薬はリスパタールとセロクエや、クルチアピンとなっているが、それと合わせてルーランを使用してもいいよとなっています。薬剤薬局に、在庫がないというような事がないお薬を選んでいます。病院と在宅の最低限の共通項目があった方がいいと思うので、この辺のディスカッションと学びの場で変更を重ねていってもよいと思っている、とあった。

増田委員より、このワーキングで承認されましたので、少し体裁を整えて皆さんにお送りしたいと思います、とあった。

4. 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 3 回開催日　2023 年 11 月 29 日(水)　16:30～開催で決定した。

5. その他

特になし。

報告事項

6. 2023 年度　緩和ケア研修会開催一覧について

増田委員より、資料 9 に基づき、報告があった。

7. 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

笹良委員より、資料 10 に基づき、報告があった。今回は地区別で行っている感じではありません。募集も終わっており、申し込みされた方へは案内が行くと思います。沖縄県内から今回どのくらいの施設が参加しているか把握はしておりません。WEB 開催となっているので、どの地区も混合で行うと思います。来年以降はまだ決まっておらず、各都道府県で行う話は来てないので、まだ準備段階だと思います、とあった。

https://square.umin.ac.jp/endoflife/2023/general.html

8. 日本緩和医療学会　第 5 回九州支部学術大会について

笹良委員より、資料 10 に基づき、参加協力依頼があった。11 月 3 日(金)文化の日、

鹿児島大学のキャンパスであります。看護学科の清水先生が大会長となっており、今回はリアルとハイブリットで開催、後日オンデマンド配信となっております。ぜひ、ハイブリットで参加をして頂ければ思います。現地では親睦会の開催の話もあります。まだ最終案は届いておりませんが、開催する方向で進めているとの事です。九州の皆さんと交流できる貴重なチャンスですので、ぜひよろしくお願いします、と参加依頼があった。
https://www.jspm.ne.jp/meetings/branch_kyushu/meeting_individual.html?entry_id=1124

9. その他

特になし。

以上

資料２２

令和５年度　第２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 7 月 19 日（水）　15：00～16：20
場　　所：ＷＥＢ会議
構 成 員：19 名

出 席 者：9 名
比嘉猛(南部医療センター・こども医療センター小児科)、屋宜孟(南部医療センター・こども医療センター小児血液・腫瘍内科)、山本真充(南部医療センター・こども医療センター小児看護専門看護師)、岩﨑政志(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)、宮平有希子(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)、増田昌人（琉大病院がんセンター）

欠　　席：10 名
大畑尚子(中部病院血液・産科)、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)、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)、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)、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)、)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)、

陪 席 者：2 名
有賀　拓郎（琉大病院 診療情報管理センター)
石川　千穂（琉大病院 がんセンター)

【報告事項】

１．令和 5 年度 第 1 回小児・ＡＹＡ部会　議事要旨(5 月 22 日)

増田委員より、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

増田委員より資料 2 に基づき、委員について報告された。新委員として、がんの子どもを守る会沖縄支部副代表の宮平有希子さんが加入した。

【協議事項】

1. 第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会案）について

増田委員より、資料３に基づき説明があった。国のロジックモデルと指標に大幅な変更があったため、そちらをキャッチアップしていることと、そのために事前にメールで頂いた意見や提案をまだ反映できていないことが説明された。本日は新たな意見は特に出なかったが、引き続き、提案等があれば連絡をお願いしたいとのことだった。

2. 今年度の部会活動計画について

増田委員より、当日資料、今年度の部会活動計画(案)についての説明があり、今年度の活動内容について意見や提案はないかと確認があった。以下、意見や状況のまとめ。部会終了後も、提案等はメールでも受け付けるとのことだった。

○個別施策「小児がん患者を、速やかに琉大病院または県立こども医療センターに紹介する」は、いずれかの病院に紹介されている状況は満たしている。(比嘉委員)
○個別施策「小児患者に対して最新の知見に基づく臨床試験や治験も含めての最適な治療が、タイムリーで質が高く、安全に実施する」、「小児がんに対して、患者に対して晩期合併症の検索も含めて、長期フォローアップを行う」については部会でディスカッションが必要かと思われる(増田委員)
○中間アウトカムにレスパイト施設等、サポートするための施設数を入れて頂きたい。(金城委員：がんの子どもを守る会)
○増田委員から「がん教育」の部分はスムーズに進んでいるのか確認があり、保健体育課の金城委員より、高校の保健の授業では各学校の単元の中の一部にがんについて教える項目が学習指導要領のなかに設けられているとの回答があった。小学校の方は、「総合的な学習の時間」の中で行わなければならない等、高校よりはハードルが高いかもしれないとのことだった。
○琉大と南部医療センター・こども医療センターの分校で授業を行っており、医療関係者と教員とで、保護者のフォローも含めた支援を行っている。治療のスケジュールや体調などの関係により個々の受講状況に差はあるようだ。(岩﨑委員)
○外部人材の活用というところが、依頼先をどうするかということと、コロナの状況の中で外部から人を呼ぶことが困難な状況ではあった。(金城委員：教育庁保健体育課)
○南部医療センター・こども医療センターでは、森川の先生が中心になって、退院時に復学に関するカンファレンスを原籍校の先生や保護者と共に行っており、かなり有用に感じるので、その部分を充実させていければ。(山本委員)

3. アピアランス支援モデル事業について

増田委員より資料 5 に基づき、令和５年度アピアランス支援モデル事業公募に琉大病院が、選ばれたことが報告された。具体的には、本島内、宮古、石垣の方で医療者向け研修会と、患者向けの勉強会を行う予定である。また、アピアランスケア研究を積極的に行っている資生堂や地元の美容業界にもご協力頂く予定であることが説明された。

４.『おきなわ　小児がん相談支援マニュアル』の改訂について。

増田委員より、資料 6 の、以前メールで行ったアンケートの結果についての説明と、がんサポートハンドブックの中に、４ページ程度、小児がん部門を充実させる方向でまとまりつつあることが報告された。

5. 『小児がん経験者のための健康管理応援ガイド』の取り扱いについて

金城委員より、資料 7 と「がんの子どもを守る会」の HP に基づき、みんなの健康管理サイトに関する説明があった。『小児がん経験者のための健康管理応援ガイド』を事務局の方で一括で取り寄せ、南部医療センター・こども医療センターと琉大病院で配布することとなった。

6.『がんと告知された小児・AYA 世代の方がまず始めに手に取るパンフレット』の取り扱いについて

増田委員より、資料８に基づき、『がんと告知された小児・AYA 世代の方がまず始めに手に取るパンフレット』の紹介があった。事務局でパンフレットを取り寄せ、南部医療センター・こども医療センター及び、各拠点病院、AYA 世代を診ている施設へ発送する。

4. 次回開催

３カ月後を目処に、事務局よりアンケートで日程調整を依頼する予定。

以上

令和５年度　第１回がん患者さんがお子様をもつことを応援する医療「妊孕性温存療法」と「がん治療後の生殖医療」ＷＧ
議事要旨

日　　時：令和 5 年 9 月 13 日（水）　15：00～16：00
場　　所：「Ｚｏｏｍ」を用いたＷＥＢ会議

出 席 者：　８名
野里栄治(北部地区医師会病院　外科)、大畑尚子(県立中部病院　産婦人科)、中上弘茂(県立八重山病院　産婦人科)、池宮城梢(那覇市立病院　産婦人科)　、野原理(友愛医療センター　産婦人科)、外間早紀子(沖縄県保健医療部健康長寿課)、銘苅桂子(琉大病院　周産母子センター)、増田昌人（琉大病院がんセンター）

欠 席 者：　１０名
安次嶺宏哉(沖縄協同病院　腫瘍内科)、石川裕子(県立宮古病院　産婦人科)、阿部典恵(中頭病院　乳腺科)、當銘保則(琉大病院　整形外科)、仲地佐和子(琉大病院　第二内科)、長嶺英樹(琉大病院　脳神経外科)、野村寛徳(琉大病院　第一外科)、浜田聡(琉大病院　小児科)、比嘉猛(南部医療センター・こども医療センター　小児科)、平敷千晶(琉大病院産婦人科)

陪 席 者：2 名
有賀拓郎(琉大病院　診療情報管理センター)
石川千穂(がんセンター)

【報告事項】
１．前回　WG　議事要旨(令和４年２月 17 日)
資料１の通り、承認された。

２．令和５年度第２回　小児・ＡＹＡ部会　議事要旨　（令和 5 年 7 月 19 日）
資料２の通り、承認された。

３．妊孕性温存療法とがん治療後の生殖医療 WG　名簿
資料３に基づき、確認があった。友愛医療センターから、白石先生に代わり野原委員が新しく加入した。

４．小児・AYA 部会　名簿
資料４に基づき、確認があった。

５.がんに関わる全ての医師に対する院内研修会の開催について
資料５に基づき、銘苅委員が講師の研修会が開催済みの施設が報告された。ハートライフ

病院は研修会が開催済みだが、「がん治療と妊娠　地域医療連携」のがん治療施設に、事務手続きの都合により未掲載。南部医療センター・こども医療センターでの開催後(10 月 2 日開催予定)に、併せて掲載を依頼する。

6．がん・生殖医療連携シートの改訂について(再掲)

資料の通り、特に以前からの変更はないが、改めて確認依頼のため再掲された。銘苅委員より、連携シートの内容について、がん治療医から何か意見はないか確認があったが、特に出なかった。

7．「妊孕性温存療法」に対する医療補助について

(1)医療補助申し込み文書

外間委員より、説明があった。今年の５月から実施要綱と各種様式にも変更があるため、再確認が依頼された。予算の上限に達した場合、年度途中で受付を終了することもリーフレット及び県 HP に記載されている。年度内に申請して欲しいこと、もし予算上限に達した場合、年度途中で助成金申請の受付を終了すること等、患者さんや家族への周知が依頼された。

(2)申し込み実績(令和５年８月末時点)

外間委員より、資料 7-(2)の通り、９月現在までの状況が報告された。

8.その他

陪席の有賀先生から、来週から、骨髄移植に伴う全身照射に関して、子宮と卵巣を温存した状態の全身照射が可能となったので、該当の患者さんがいれば、琉大に紹介して頂ければとの情報提供があった。

【協議事項】

1．拠点病院及び診療病院において、対象患者すべてに、生殖機能の温存に関する説明を共用文書を用いて行うにはどうしたらよいか

2．琉大病院の『妊孕性温存療法についての専門外来』へ積極的に紹介するにはどうしたらよいか

銘苅委員より、資料８の通り、研修会を行った各施設の電子カルテには連携シートと共通説明文が掲載されてはいるが、引き続きワーキングの委員から、がん治療の医師やコメディカルの方々へ、妊孕性温存療法の地道な周知を行い、琉大や友愛医療センターへ紹介して頂ければとの発言があった。また、銘苅委員より、琉大で行われた妊孕性温存療法の実績に関する資料と、県内の各施設から琉大へ紹介された症例に関する資料が示され、詳細について説明があった。

3．症例検討について

事前に募集した質問等に対して、関連する科の医師より回答があった。

4．妊孕性温存療法に関するオンライン診療について

有賀先生より、妊孕性温存を行う生殖医療医が、IC カードを取得し、必要な講習を受講し

ていれば、オンラインで診療報酬請求が可能となるとの説明があった。カードの発行に時間がかかること、発行と更新のランニングコストについては課題である。また、有賀先生より、カウンセリングはかなりナイーブな内容となるので、それをオンラインでどこまで話せるかの懸念や、需要調査も並行して検討したほうがよいかもしれない等の意見もあった。
琉大も友愛医療センターも体制が整っていないこともあり、引き続き、患者さんに直接来て頂いてカウンセリングを行う。

５．次回 WG 開催日程について
次回開催は未定。

資料２３

令和５年度 第２回沖縄県がん診療連携協議会 離島・へき地部会議事要旨

日　時：令和５年７月１８日(火)　14：00～15：10
場　所：Zoom を利用した Web 会議
出　席：16 名
西原政好(県立宮古病院)、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)、外間早紀子(沖縄県保健医療部健康長寿課)、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)、友利寛文(那覇市立病院)、真栄里隆代(ゆうかぎの会)、砂川洋子(ゆうかぎの会)、石田浩子(県立八重山病院)、田盛亜紀子(やいまゆんたく会)、江藤甚之助(やいまゆんたく会)、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：1 名
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)

【報告事項】
１．令和５年度 第１回離島・へき地部会議事要旨について
　赤松部会長より資料１に基づき、第 1 回離島・へき地部会の議事要旨について説明があった。修正等があれば事務局まで連絡するよう説明があった。

２．沖縄県がん計画(協議会案)について
　増田委員より資料２に基づき、沖縄県がん計画(協議会案)について説明があった。国のがん計画の新しいロジックモデル・指標が出たので、それを取り込みつつ、委員から出た意見を加え、最終案を作成していくとの説明があった。また、最終案についてはメールにて委員へ送付するとの説明があった。

３．病院事業局からの委員の選出について
　増田委員より病院事業局からの委員選出について、電話及び文書にて依頼を行ったが、正式に断りの連絡があったとの報告があった。

４．離島・へき地における疾患別対応状況について
　赤松部会長より、５月に更新を行った離島・へき地における疾患別対応状況について変更等があれば事務局へ連絡するよう説明があった。

５．離島患者等支援事業について

真栄里委員より、陳情書を提出した 5 市町村からの結果について以下のような説明があった。

①うるま市：採択され、今年度から支援開始予定、②伊江村：9 月から支援予定、③南城市：審議未了、④渡名喜村：資料配布、審議無し、⑤本部町：資料配布、審議無し

赤松部会長より、伊江村の情報については、北部地区医師会病院でも確認するとの説明があった。

田盛委員より、石垣市は 17000 円の年間 4 回へ変更になったので、変更するよう依頼があった。

６．その他

特になし。

【協議事項】

１．事業計画について

増田委員より、本年度の事業計画について説明があった。初期アウトカムを達成するために、どういったことをしていけばいいか意見をいただきたいとのことであった。

本年度中に医療者調査を行うとの説明があった。また、本年度改訂予定の療養場所ガイドについては名護市、宮古島市、石垣市以外の町村へは無料で全戸配布を行う予定であるとの説明があった。

本年度の事業計画(当日資料)については、メールにて委員へ送付するとの説明があった。

２．療養場所ガイド改訂について

増田委員より資料 6 に基づき、療養場所ガイド改訂について説明があった。
掲載するがん種については、HP に掲載している離島・へき地における疾患別対応状況と同様、15 種類＋小児がんの方向で進める予定であるとの説明があった。

田盛委員より、記載されているもの治療の順番について質問があった。戸板委員より、現在の順番で進めてもいいのではないかとの意見があった。増田委員より、記載の順番については意味のある順番で進めるとの回答があった。

西原委員より、患者さん向けのパンフレットであれば、分かりやすく簡略化してもいいのではないかとの意見があった。

赤松部会長より、詳しい専門用語も記載し、それについての解説を加えてはどうかとの意見があった。

戸板委員より、療養場所ガイドと HP に掲載している疾患別対応状況の使い分けについて質問があった。増田委員より(疾患別対応状況については半年に 1 回更新しているため、情報が新しくなっており、療養場所ガイドは、ネットをあまり使用しない高齢者の方

も使用できるようになっているとの回答があった。

松村委員より、病院の一覧の更新(離島の病院、診療所の○×表記)について質問があった。

有賀委員より、番号ではなく・(ドット)で記載してはどうかとの意見があった。またすべてのがんに緩和照射の適応があり、記載されていないものが使えないとのメッセージになりえるのならば追記を検討してほしいとの意見があった。

3．次回の開催日程について

赤松部会長より次回の開催日程について説明があった。

第3回開催日：令和5年10月17日(火)　14：00～15：00

4．その他

特になし。

資料２４

令和５年度第２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７月 13 日（木）14：00～16：30
場　　所：WEB（ZOOM）会議のため、各施設にて
出 席 者：14 名

仲村渠美奈子（北部地区医師会病院）、玉城佐笑美（県立中部病院）、仲宗根恵美（那覇市立病院）、糸数真理子（那覇市立病院）、伊禮智則（那覇市立病院）、横田美佐（県立宮古病院）、岩崎奈々子(県立八重山病院)、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）、西村克敏（地域統括支援センター）、小波津真紀子（沖縄県保健医療部）、増田昌人（琉球大学病院）、大久保礼子（琉球大学病院）、友利晃子（琉球大学病院）

欠 席 者：２名

上原弘美（友愛医療センター）、冨里果林（南部医療センター・こども医療センター）

陪 席 者：３名

有賀拓郎（琉球大学病院）、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５年度第１回情報提供・相談支援部会議事要旨(令和５年５月 18 日)

資料１に基づき、仲宗根委員より、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について報告があり、承認された。

【協議事項】

１．2023 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、増田委員より、意見集計の報告後、要望事項について協議した。

・情報量は少し絞ってもいいと思う。細かく丁寧に連絡先や時間帯まで書いているのでその部分は減らすなど。第３部は削除という意見があるが、面談で介護や医療費、緩和ケア病棟の話など多岐にわたる為、全体が網羅されているこの１冊で説明できるのはいいと思う。（仲宗根委員）

・情報量は患者さんや家族によると思うが、患者会の参加者はこの冊子を網羅している方が多くこの冊子のおかげで助かったとの意見もある。高齢の方からはインターネットで調べられないので非常に役立ったとの意見もあった。（島袋委員）

・お金について心配をされる方が多い為、第３部は残せるといい。簡略化した時に内

容が少なくなりすぎるとより手に取る方がいなくなるのではないか。（伊禮委員）
・冊子はあくまでも入り口で、よりしっかりした情報提供は相談員で行うという意識である為、この情報量でいいと思う。（友利委員）
・年齢の高い方向けということだが、病気になったときがんについての情報を知ることができたので若い人でもこれだけいろんな情報があると使い勝手はいいと思う。（西村委員）

２．認定がん相談支援センターの認定取得について

資料 3 に基づき、友利委員より、認定取得について説明があり、沖縄県で認定を受けている施設がない理由について情報共有することとなった。

○琉大病院が取得できない状況として、認定がん相談員を 2 名以上安定して確保できないこと。また院内でのモニタリングの実施について、相談者に録音の同意を得る、録音の機械が必要などモニタリングの整備ができていないこと。その他、4 年ごとに費用が 10 万円かかる。

○那覇市立病院

認定がん相談員 3 名。認定取得するための予算をどうするのか、相談員を兼務しながらやっているため相談員だけでは認定に向けての活動はできない状況である。

○中部病院

認定がん相談員はいないと思う。認定取得についての話もでたことがなく今回初めて知った。

○北部地区医師会病院

認定がん相談員 3 名、相談員以外で看護師にも認定をとることを進めいているが業務の都合上進んでいない。認定施設に関して話は出ていない。

○八重山病院

認定がん相談員はいないが、今後勉強していきたい。当院は認定施設について知らないと思う。

○宮古病院

認定がん相談員 2 名、認定施設について初めて知った。施設の要件から電話の録音など考えると今の状況では難しいと思う。

３．外来初診時等の訪問体制整備について

資料 4 に基づき、増田委員より、外来初診時等の訪問体制整備について説明があり、友利委員より補足があった。

琉大病院では、がん相談支援センターの外来予約枠導入についての通知文を作成し周知した。また、治療開始前、次の治療の予約とあわせて、相談支援センターの予約も取っていただくよう各医局へ協力依頼。相談支援センターの場所については、リーフレッ

トを作成し、各外来の先生方のデスクや受付に置いて初診予約時に渡すよう依頼。来所状況は 12 月から 5 月までの集計で予約が 105 件、来所者が 83 件。そのうち半数は、相談支援センターに立ち寄って、がん相談支援センターのパンフレット、ゆんたく会、がんサポートハンドブックなどの資料を渡しながら場所の案内と利用についての説明のみの方。残り 40 件は、治療費の高額療養費や限度額などの相談もあった。紹介率は 12%となっている。

４．がん相談員実務者研修会の開催について

資料 5 に基づき、大久保委員より提案があった。9 月に第 1 回実務者研修会を那覇市立病院で対面開催。10 月に中部病院、12 月は琉大病院で開催することについて承認された。

５．患者サロンへのピアサポーター受け入れおよびピアサポート活動について

資料 6 に基づき、増田委員より提案があり承認された。

６．「出張　ピアサポート（仮称)」の開催について

資料 7 に基づき、増田委員より提案があり、地域統括相談支援センターの喜瀬さんより補足説明があった。北部地区医師会病院、県立中部病院、那覇市立病院の一室をお借りし、ピアサポーターが出張し個別相談を開催したい。ピアサポーター3 名参加予定。運営や問合せ、チラシ、広報等は地域統括相談支援センターで行う。各病院スタッフの参加はないが、会場の確保と出張ピアサポートの広報のご協力をお願いしたい。

【報告事項】

２．地域統括相談支援センター活動報告

資料 8 に基づき、西村委員より報告があった。相談内容は治療・検査についての相談が多かった。琉大病院、那覇市立病院、中部病院の患者サロンへピアサポーターを派遣し参加した。中部病院では、つぶやきノート（交換ノート）という自身の思いを吐き出せるノートを始めたとのこと。いいアイディアなので地域統括でもホームページを活用し提供していきたい。オンラインゆんたく会では、那覇市立病院、中部病院の相談員も参加し、患者さんは各回 2 名程の参加があった。自己紹介から始まり近況報告、悩みについての話があった。また、6 月 18 日開催のがんピア・サポーターフォローアップ研修会についての報告があった。がんピアサポーターの資質の向上、今後のピアサポート活動に役立てられるよう、基礎知識の再確認、コミュニケーション技術の復習を目的に開催。参加者 13 名。ロールプレイでは 6 セッション行った。研修会はスムーズに開催することができたが、休憩時間、ロールプレイでの自己紹介がうまく組み込めなかったなど課題がのこった。

３．がん患者ゆんたく会（4～6 月）

資料 9-1～9-3 に基づき、令和 5 年 4 月～6 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。がん経験者と話がしたいという参加者が多かった。継続の参加者からは、一人で悩まないでとの声掛けがあり、がんの経験者からの言葉が励ましとなっていた。今年から参加者の要望で、ゆんたく会に参加できない患者さんとも情報共有したいということで、つぶやきノート（交換ノート）を始めた。4 月のゆんたく会で紹介し参加できない方とも繋がっている。6 月は短冊を作って飾った。那覇市立病院は糸数委員より報告があった。5 月に開催。初めて参加の方が 3 名で合計 9 名の参加。テーマは『ソーシャルワーカー・がん看護専門看護師ってどんな人』について。フリートークでは、参加者から、がんと診断されて、周りに腫れ物のように扱われ傷つき不安になると話があり、参加者の体験での対処方法、ピアサポーターさんの経験を語っていただいた。参加者の中にはピアサポーターに興味をお持ちの方もいた。次回は 7 月に医学療法士、作業療法士によるミニレクチャーを開催予定。琉球大学病院は友利委員より報告があった。4 月は薬剤師によるがん治療とお薬について、5 月はピアサポーターの体験談の講演。6 月は社会保障制度について、主にがんサポートハンドブックを用いて講義。フリートークではアピアランスのウィッグについての相談か増えている印象。今後も感染対策し対面で開催予定。パンキャンジャパン沖縄は島袋委員より報告があった。6 月に、なは市民活動支援センターで開催。膵臓がんの放射線治療について、那覇市立病院の足立先生による講義。ハイブリットでの開催でオンライン 5 名、会場 8 名の参加。交流会では、浦添総合病院の伊志嶺院長先生と患者さんで会話をしていた。患者さんからの感想で、放射線治療についての講演がないので聞くことができてよかったとあった。また、経過についてピアサポーターと話し希望を持つことができたという方もいた。その他、電話相談が 2 件あった。

４．がん相談件数（4～6 月）

資料 10-1～10-7 に基づき、令和 5 年 4 月～6 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）

相談内容に変化はなく、緩和ケア病棟の相談が増加している。緩和ケア病棟が満床で患者さんへの対応が間に合わないことがあった。

○県立中部病院（玉城委員）

院内からの相談、2 回目以降の相談が多い。相談内容は、治療終了の告知を受けた患者や家族の療養先の意思決定支援、在宅療養、ホスピスについての相談があったが、ホスピスの面談調整に時間がかかった。セカンドオピニオンやがんゲノムなどの紹介も

あった。がんと診断された方で不安の強い方への対応が難しく、がん相談支援センターのメンバーや主治医、病棟で情報共有し支援を行った。

○那覇市立病院（仲宗根委員）

相談内容は在宅医療、医療費の相談、介護保険の相談が上位で、それに伴い訪問診療、訪問看護、ケアマネの連携も増加。4 月は他施設への連携も多かった。不安や精神的苦痛の相談も上位になっている。5 月、6 月は医師からの紹介が増加している。ソーシャルワーカーが減った影響で 5 月、6 月は相談件数が減少したと考えられる。

○県立宮古病院（横田委員）

4 月は相談員の入れ替えがあったため減少。がん相談に関わった相談員のメンタルについて精神科の医師と心理士によるサポートをしてもらった。今後、相談員としての対応について考えることがあると感じた。

○県立八重山病院（岩崎委員）

今年度、相談員が増えたため相談件数が増加。相談内容は変化なし。6 月にチャイルドライフスペシャリストからアドバイスをいただきながらサポートした事例があった。今後、妊孕性について琉大病院、友愛医療センターへ相談させていただきたい。

○琉球大学病院（大久保委員）

治療前の予約対応が始まったことにより、20 歳未満の小児の患者さんの保護者からの相談が増えている。初回治療前で入院中の方の件数が増加。治療状況は、治療前の割合が増えている。不安の相談、医療費の相談、休職中に使用できる制度についての相談が上がってきている。また、初診時の段階から進行期の方もいて、心理的な対応をしたり、入院中で状況について話に来る方もいた。院外からの相談内容の集計では、他院患者 51 名で外来通院中の方が多い。相談入手経路はインターネットからが多く、がんサポートハンドブックの割合も多い。相談者は家族が多く、ほとんどは 1､2 回の問い合わせだが中にはリピーターもいる。

○オンライン実施状況（大久保委員）

琉大病院では、年末から実施できるようになった。2 件の申込みがあったが、1 件は使用方法についての問い合わせがあり、そのまま電話相談になったためオンライン相談は 1 件となる。中部病院の実施状況について、大久保委員から質問があった。玉城委員より、琉大病院を参考に準備しているが現在 0 件で、電話の対応が主になっていると回答。オンライン申込み方法について、琉大病院がん相談支援センターの Web サイトからオンライン相談申込専用ホームで申込みをする。また、利用規約について事前に確認

するようになっている。中部病院は、がん相談支援センターの Web サイトにオンライン相談の QR コードがあり申込みできるようになっている。

５．がん相談件数集計（令和４年度）

資料 11 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。利用時間は、15 分以内または 15 分～30 分以内が多い。入手経路は、担当医からの紹介が増加している。利用回数は、リピーターが多く初回の相談も増えてきている。患者の受診状況は外来が多いが、那覇市立病院は外来と入院中の方であった。治療状況について、治療中が多く治療前の方も増加している印象。また緩和ケアの方も多い。がんの部位について、全体としては大腸がん、肺がんが多いが、琉大病院は婦人科系、中部病院は中皮腫、乳房、原発不明の方、北部地区医師会病院は縦隔・心臓、膵臓がんの相談が多かった。相談内容は、不安・精神的苦痛に対する相談、琉大病院はホスピス、緩和ケアが多く、中部病院はゲノムの相談件数が多い印象だった。

６．がん相談支援センターの広報

資料 12 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なった。引き続き広報依頼を行う。

７．第 20 回都道府県がん診療連携病院連絡協議会情報提供・相談支援部会報告

資料 13 に基づき、友利委員より第 20 回都道府県がん診療連携病院連絡協議会情報提供・相談支援部会の報告があった。

PDCA 実施状況チェックリスト改訂、アピアランス支援モデル事業の説明、愛媛県がん診療連携協議会が運営するがん情報のポータルサイトに関する取り組み報告等があった。事前に PDCA 実施状況チェックリストに関するアンケートがあり、それをまとめた発表では特に重要な 10 項目が挙げられていた。チェックリストは項目が沢山あるため、項目の統合や削除し運営していく必要があるなどの意見があった。その他、アピアランス支援センター長（臨床心理士・公認心理）による講演があった。

８．がん相談支援センター相談員研修修了者アンケート調査結果報告

資料 14 に基づき、友利委員より報告があった。

アンケートを 91 施設に依頼し 21 施設から回答があった。基礎研修修了者は 41 名だった。従事形態は、専従・専任が 14 名、兼任が 12 名となっている。1 週間あたりの相談件数は 1 件以上 10 件未満が大多数で、10 件以上 20 件未満が 10 名ほど。自由記載の地域特性、がん相談の現状・課題では、相談室があるなどの周知やがんセンターの知名度が低い。マンパワーが不足している為、医師や患者さんと家族間の問題の対応が難

しい。がん相談の記録や、集計の様式がない為、残しづらい等の意見があった。がん相談に携わる相談員としての学習課題では、面談技術をアップしたいとの意見が多かった。在宅医療や介護保険は情報提供できるが、難病や身体障害者手帳の取得について対応できなかったなど、社会福祉の資源について勉強を重ねていくことが課題との意見があった。

・次回開催は、令和 5 年 10 月 26 日（木）14 時から開催。

資料２５

令和５年度 第７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７月６日（木）16:00～17:00
場　　所：Zoom を利用した Web 会議
出　　席：５名
伊藤ゆり(大阪医科薬科大学研究支援センター医療統計室室長・准教授)、埴岡健一(国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科教授)、東尚弘(東京大学公衆衛生学健康医療政策学教授)、増田昌人(琉球大学病院がんセンター長)、伊佐奈々(琉球大学病院がんセンター・診療情報管理士)
欠　　席：４名
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)、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)、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）

【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。指標が多いため、重要な指標を選び、その他は全般的に削った方がよいと委員に意見を求めた。

＜がんの予防＞
- 個別施策「喫煙希望者を喫煙させる」の指標「NDB-SCR/NDB ニコチン依存症管理料」を「NDB ニコチン依存症管理料」に変更する
  東委員より、年齢調整までする必要はないのではという意見があった。
  伊藤委員より、県で禁煙希望割合を調査されるのであれば、禁煙希望者の内、ニコチン依存症管理料を使っている人数を示すと、喫煙者が減少した時にも反応させてみることができるのではないかという意見があった。
- 喫煙の項目の中に受動喫煙も入れているため、中間アウトカム「喫煙率が減少できている」を「喫煙率及び受動喫煙が減少できている」に変更する。
- 飲酒は国の指標が２つ置いているだけで、沖縄独自の指標をおく場合、調査をかけないといけない。飲酒は３年に１度の調査でしか分からないかどうかを調べる。
- 個別施策「９価 HPV ワクチンの定期接種を推進する」の指標を「HPV ワクチンの実施率」から「HPV ワクチンの接種率」に変更する。
  伊藤委員より、対象年齢に加えてキャッチアップ世代もみた方がよいという意見が

あった。e-Stat に接種数は掲載されているが、接種した年齢はのっていないので、キャッチアップ世代かどうかは分からない。増田部会長より、県がデータを持っていなければ接種率は出せないことになる。

- 中間アウトカム「HPV 感染率の低下ができている」の指標はなし。
  東委員より、感染率の低下は測らなくてもよいのではないかという意見があった。

＜がん検診＞

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について

- 分野アウトカムの指標に進行がん罹患率があるのであれば、早期がん割合は削った方がよいのではないか。
- 個別施策と中間アウトカムが同じように見えるので分ける必要はほとんどない。
- 指標は数ではなく割合にする。

②がん検診の精度管理等について

- 中間アウトカムを対象者の行動に依存するもの（未受診）と、自治体の体制に依存するもの（未把握）の２つに整理してそれぞれ指標を立ててはどうか。精検受診率、精検未受診率、精検未把握率を整理するほうが分かりやすい。

③受診率対策について

- 誰がどこで検診を受けるべきなのかがはっきりしていないので、個別施策１と５が近いものがある。県で調査を行うなど、東京都はやっているという話をきくので、把握している自治体があれば書き込める。

＜がん医療提供体制＞

増田部会長より、指標として前回の沖縄県医療者調査と DPC-QI を追加したと報告があった。すべてを入れているため、これから取捨選択していくとのことだった。

＜全体を通して＞

- 施策や指標が多く完全にリスト化している。重点化したほうがよい。
- まず個別施策を減らしたあと、各分野の重点項目はどれか意見を求める。
- 本文を書き込んで渡すかどうかを部会として決めていただきたい。

２．今後のスケジュール協議

増田部会長より、ロジックモデルを改定する度毎に県に提出すると報告があった。個別にロジックモデルの修正意見をお願いしたいとのことだった。

３．その他

特になし

令和５年度 第８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７月２４日（月）09:00～10:00
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)、伊藤ゆり(大阪医科薬科大学研究支援センター医療統計室室長・准教授)、埴岡健一(国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科教授)、平田哲生(琉球大学病院診療情報管理センター長）、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：２名
東尚弘(東京大学公衆衛生学健康医療政策学教授)、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）

【報告事項】
１．令和５年度 第７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７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
増田部会長より、今後のスケジュールについて説明があった。第２回沖縄県がん対策推進計画検討会に間に合うように、県にロジックモデルを提出した。本日、計画本文を提出する予定である。全ての指標の出典と測定できている項目は基準値として出していきたい。第２回協議会で審議の上、協議会議長より県に提案をする予定であるとのことだった。

３．その他
特になし。

【協議事項】
１．沖縄県がん計画（協議会案）のロジックモデル最終案について
増田部会長より、資料３に基づき「ロジックモデル最終案」と「国と協議会案の指標数」について説明があった。

➢　暫定的に入れている指標は空欄にするか、再掲または補記を入れる

天野委員より、国の計画で無理に入れているのではないかという評価指標がいくつか散見されて、国の計画全体の質の評価の低下に繋がっている面があるので、無理に入れるのは控えた方が良い。空欄にして評価指標の開発を待つなど補記をしたほうが誠実ではないかという意見があった。

➢　受動喫煙防止対策を強化するため個別施策に加える

井岡委員より、喫煙は重点施策であるが、個別施策が 1 つだけというのはいかがなものか。受動喫煙防止対策は強化した方がよいと意見があった。

➢　がん検診の精度管理の指標について

井岡委員より、全国がん登録データを使った精度管理をするという意味で、可能であれば感度・特異度を入れた方がよいのではないかと意見があった。

➢　受診率対策の中間アウトカム指標に自治体が実施している検診受診率を追加する

埴岡委員より、国民生活基礎調査は 3 年に 1 度の調査だが、毎年調査される集団検診、共済検診のデータをモニタリングするのはどうかと意見があった。伊藤委員より、自治体が実施している検診受診率は分母を住民にした場合と、分母、分子を国保対象にしたものとが、毎年計測可能と思いますとコメントがあった。増田部会長より、国民生活基礎調査の下段に入れていきたいと回答があった。

➢　中間アウトカム毎に NDB-SCR を 1 つ追加する

埴岡委員より、がん医療提供体制は中間アウトカム毎に、1 つぐらいの NDB-SCR があった方がよく、QI だけのところも NDB-SCR も足す方向で考えてはどうかという意見があった。

➢　医療の質について書き方とゲノム医療の地域差

天野委員より、国もまったく同じ状態になっているので、国に合わせているのかと思ったが、結局、がん医療の質の向上と均てん化についての指標が語勢を取るのはいいとしても、その後の中間アウトカムから個別施策におちこんでいく過程で、患者さん側に満足しているのかというところにかなり偏っている。本来ならここは然るべき QI で計る項目だが、そういう評価指標は国もそうだが皆無である。それが使えないのかという議論がどうみてもおかしいと思っている。QI を入れれないのなら、入れれないと書いておかないと、中間アウトカムが個別施策に落とし込んでいく過程でかなり外れている印象を受けている。QI がないのであれば、ないと書いていただいてきちんと測るようにといわないといけないのではないかと意見があった。また、ゲノム医療の部分も微妙にはずれている感じが

ある。例えば学会でゲノム医療に関する議論を聞いていると、地域毎に薬剤到達率が違うという議論がされている。国立がん研究センターは薬剤到達率が 10%を超えているが、阪大を中心とする大阪の病院では 5%程度しかない。つまり、国立がん研究センターにかかれるかどうかだけが、ゲノム医療を到達できるかどうかという状態にもうなっていて、大阪を始めとする他の主要都市では全く薬剤到達率が低いという実態があるという議論がされている。そのデータをどこかから持ってこれないのかと疑問に思っているとのことだった。

- 医療者調査を体系的に整備して配置する

埴岡委員より、医療の質をしっかりみていくのが大事だということであれば、基本的に３つの指標で補足する。１つ目が質を図る統計データということで DPC-QI。そうでなくても NDB-SCR で補う。２つ目が患者体験調査。３つ目が医療従事者調査。仮に QI や患者体験調査がなくても医療者調査で補う。そういう意味では中間アウトカムの医療者調査がランダム配置になっているので、医療者調査をもう少し体系的に整備配置したほうがよいと意見があった。

- 共生の評価指標について

天野委員より、評価指標が国の評価指標よりも数としてはかなり少ないとの説明があったが、数が多ければいいというわけではない。議論の結果そうなっているかと思うが、単純な数だけ見ると少ないことについて、特に患者さんから疑問の声が出る可能性があるので、補記の必要まではないが説明できるようにしておく必要があるのではないかとコメントがあった。

- 医療提供全般の中間アウトカムに「施設」における治療開始のカバー率を追加する

井岡委員より、五年生存率が向上して死亡率は減少していく流れはよいが、その前の段階の指標が、だいぶとんでいる。初回治療のカバー率は、地域がん登録・全国がん登録データから算出されるが、分母は罹患数分の拠点病院における初回治療を受けられた患者数といった指標になる。沖縄県の場合、AYA 世代のように病院が限定されるのであれば、分母を限定された病院の初回治療の患者数に変えてもよい。専門医療機関における初回治療カバー率が高くなると、五年生存率が上がり、死亡が減少していく流れだとスムーズにいくのではないかと意見があった。

- がんの研究とがん登録をまとめて、分野アウトカムを新たに追加する

井岡委員より、がんの研究とがん登録は、分野アウトカムが異なるのではないか。その成果がいかに施策に生かされているかどうかが分野アウトカムになるため、指標は計画にどれだけいかされているか。がん計画に引用されている件数でよいのではないかと意見が

あった。

- がん計画本文について

増田部会長より、「がん計画　がんの一次予防・がん検診・医療提供体制（協議会案）」について説明があった。専門部会の委員から、ここの問題点は指標の項目を出すのではなく、指標の実際の基準値を出して、さらに目標値を出さないと意味がないのではないかという意見がある。重点的なところは、井岡先生にお知恵を拝借したいとのことだった。

井岡委員より、各分野これまでの経緯や現状がこうだから今回はこうしますという流れがよいのではないか。新しい項目なら現状からスタートでもよいが、そういった前置きがほしい。そうなると数値が必要になるので、本文中に数値を入れたほうがよいという意見があった。

２．今後のスケジュール協議

特になし

３．その他

特になし

令和５年度 第９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８月 17 日（木）14:30～15:20
場　　所：Zoom を利用した Web 会議
出　　席：７名
有賀拓郎(琉球大学病院診療情報管理センター副センター長)、井岡亜希子(まるレディースクリニック院長)、伊佐奈々(琉球大学病院がんセンター診療情報管理士)、埴岡健一(国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科教授)、東尚弘(東京大学公衆衛生学健康医療政策学教授)、平田哲生(琉球大学病院診療情報管理センター長）、増田昌人(琉球大学病院がんセンター長)、
欠　　席：２名
天野慎介(全国がん患者団体連合会理事長)
伊藤ゆり(大阪医科薬科大学研究支援センター医療統計室室長准教授)
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８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８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
増田部会長より、資料２に基づき県のスケジュールについて説明があった。

３．その他
特になし。

【協議事項】
１．県知事へ提出する書類の確認について
増田部会長より、資料３に基づき県知事へ提出する鏡文について説明があった。

２．沖縄県がん計画（協議会案）のロジックモデル最終案について
増田部会長より、資料４に基づき沖縄県がん計画（協議会案）のロジックモデルについて説明があった。続いて、増田部会長より、部会としての今後の活動計画について意見を求めた。

埴岡委員より、ロジックモデルに基づいて医療提供者アンケート項目を考えて審議してはどうかと意見があった。増田部会長より、がん計画を優先するため、医療者調査を次年度にまわすという話になってしまっていたので、今年度中には医療者調査ができるようにしたいとのことだった。

増田部会長より、沖縄県の院内がん登録をしている 18 施設全体に患者体験調査に参加していただきたいと意見があった。埴岡委員より、前回の患者体験調査に沖縄県も参加したが、結果が公開されなかったため、活用されずに終わっている。必要であれば事前調整をして、利用の道筋までつけていただくとよいのではないかと意見があった。

井岡委員より、部会としてモニタリングの役割を果たされていかれたらどうかと意見があった。まずは指標に数値を入れて更新していく。データがない分については、これからどうやって数値を得ていくか議論する。県のロジックモデルに詳しいと思うので、それこそ県のロジックモデルを保管するという位置づけで県に認識してもらうようアプローチしつつ、県計画にも書かれている指標にマーキングして識別できるようにし、部会のロジックモデルを更新していく作業をしてはどうかとのことだった。

埴岡委員より、井岡委員の意見に賛同があった。沖縄県がん診療連携協議会運営サイト「うちな～がんネットがんじゅう」に特設サイトを作り、増田先生がはかりかけている指標入りのロジックモデルが 3 か月に 1 回ずつ更新されると結局、県の担当者にも見てもらえるので、実質上それが井岡先生の言われたモニタリングシステムのデファックトスタンダードになるとのことだった。

井岡委員より、以前タウンミーティングをされていたと思うが、県民の方を集めてロジックモデル協議会案の説明をする等、県民の方に見ていただくのもよいのではないかと意見があった。埴岡委員より、ロジックモデルを作って終わりではなく、タウンミーティングを開いて県民の声、患者さんの意見がロジックモデルの施策にあるかを確認して、ない場合は施策や指標を追加することはすごく大事なことであるとコメントがあった。

３．今後のスケジュール協議

増田部会長より、ベンチマーク部会は毎月 1 回開催し、今後は曜日と時間を固定したいと提案があった。

４．その他

特になし。