令和6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６年１１月８日（金）　１４：００～

場 所：管理棟３階　大会議室

特別講演

講師　東　尚弘 先生
東京大学大学院 公衆衛生学・健康医療政策学 教授
前 国立がん研究センター がん登録センター長・医療政策部長

演題「データを活用して考えるがん医療」

議事要旨・委員一覧	資料	備考
１．令和６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7日開催)	資料１	P4
２．令和６年度第２回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(8月2日開催)	資料２	P6
３．令和６年度第２回沖縄県がん診療連携協議会議事録(8月2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	P66
５．令和６年度の協議会・幹事会の開催の日時について	資料５	P73
有識者報告		
１．埴岡委員報告	資料６	P74
２．天野委員報告	資料７	P124
審議事項		
１．医療者調査の結果を受けた上での問題点の抽出について	資料８	P136
２．その他		
報告事項		
１．「ロジックモデルと指標の活用の仕方を身につける研修会」(11月17日・12月22日)への参加について	資料９	P348
２．「第４次沖縄県がん対策推進計画(当協議会版)」の進捗について	資料１０	P350
３．患者会よりの報告		
（１）与儀委員報告	資料１１-（１）	P364
（２）島袋委員報告	資料１１-（２）	P366
（３）又吉委員報告	資料１１-（３）	P367
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		
（１）「第４次沖縄県がん対策推進計画(当協議会案)」のロジックモデルでの位置づけ	資料１２-（１）	P371
（２）各病院の状況		
①琉球大学病院	資料12-(2)-①	P389
②北部地区医師会病院	資料12-(2)-②	P391
③県立中部病院	資料12-(2)-③	P393
④那覇市立病院	資料12-(2)-④	P395
⑤県立宮古病院	資料12-(2)-⑤	P397
⑥県立八重山病院	資料12-(2)-⑥	P399
５．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について	資料１３	P401
６．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について	資料１４	P404
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90回がん対策推進協議会	資料１５-（１）	P438
（２）第27回厚生科学審議会がん登録部会	資料１５-（２）	P525
（３）第28回厚生科学審議会がん登録部会	資料１５-（３）	P546
（４）がん検診事業の在り方について	資料１５-（４）	P605
８．その他		
部会報告事項		
１．医療部会	資料１６	P790
２．緩和ケア・在宅医療部会	資料１７	P792
３．小児・AYA部会	資料１８	P797
４．離島・へき地部会	資料１９	P801
５．情報提供・相談支援部会	資料２０	P803
６．ベンチマーク部会	資料２１	P809

令和６年度第３回沖縄県がん診療連携協議会　資料一覧

資料１．令和６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 7 日開催)

資料２．令和６年度第２回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(8 月 2 日開催)

資料３．令和６年度第２回沖縄県がん診療連携協議会議事録(8 月 2 日開催)

資料４．協議会・幹事会・部会委員について

資料５．令和６年度の協議会・幹事会の開催の日時について

資料６．埴岡委員報告

資料７．天野委員報告

資料８．医療者調査の結果を受けた上での問題点の抽出について

資料９．「ロジックモデルと指標の活用の仕方を身につける研修会」(11 月 17 日・12 月 22 日)への参加について

資料１０．「第４次沖縄県がん対策推進計画(当協議会版)」の進捗について

資料１１．患者会よりの報告

(1)与儀委員報告

(2)島袋委員報告

(3)又吉委員報告

資料１２．各拠点病院が取り組もうとしているがん対策について
(1)「第４次沖縄県がん対策推進計画(当協議会案)」のロジックモデルでの位置づけ
(2)各病院の状況
①琉球大学病院
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

資料１３．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について

資料１４．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

資料１５．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議
(1)第 90 回がん対策推進協議会
(2)第 27 回厚生科学審議会がん登録部会
(3)第 28 回厚生科学審議会がん登録部会
(4)がん検診事業の在り方について

資料１６．医療部会

資料１７．緩和ケア・在宅医療部会

資料１８．小児・AYA 部会

資料１９．離島・へき地部会

資料２０．情報提供・相談支援部会

資料２１．ベンチマーク部会

令和６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６年１０月７日（月）１４：００～１６：３３
場　　所　管理棟２階小会議室
構 成 員　８名（出席者６名）

（幹事会委員）以下は「幹事会幹事会運営に関する申し合わせ」第２条の号数

１号委員（がんセンター長）	増田 昌人
２号委員（沖縄県立中部病院）	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
（欠席者）	
４号委員（沖縄県保健医療介護部）	喜舎場 健太
４号委員（琉球大学上原キャンパス事務部総務課長）	知念 芳和
（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６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8日開催）について
２．令和６年度第２回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨（8 月 2 日開催）について
３．令和６年度第２回沖縄県がん診療連携協議会議事録（8月2日開催）について
４．協議会・幹事会・部会委員について
５．令和６年度の協議会・幹事会の開催の日時について
増田議長から資料1～5に基づき、議事要旨等及び令和６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．医療者調査の結果を受けた上での問題点の抽出について
増田議長から資料６に基づき、医療者調査報告書の付属資料について説明があった。全体の注意点や今後にむけた提言に基づき、各部会で検討することとした。

２．沖縄県の病弱教育における高校生支援について
増田議長から資料７に基づき、沖縄県の病弱教育における高校生支援について説明があった。森川特別支援学校から本協議会あてに、より具体的な提案書、要望書を提出してもらうこととした。

３．がん医療に関わる専門医療者の充足についての提案
増田議長から追加資料に基づき、がん医療に関わる専門医療者の充足についての提案について説明があった。沖縄県内の医師確保、地域枠について意見交換が行われた。増田議長から、次回に向けて、定期的に具体的な提案ができるようにしたいとの発言があった。

報告事項

１．「ロジックモデルと指標の活用の仕方を身につける研修会」（11月17日・12月22日）への参加について

増田議長から資料8に基づき、研修会の案内があり、研修会参加へ呼びかけがあった。

２．東尚弘教授（東京大学大学院　公衆衛生学/健康医療政策学）の講演について
増田議長から資料9に基づき報告があり、次回の協議会で講演がある旨の説明があった。

（以下については、紙面報告となった）

３．「第4次沖縄県がん対策推進計画（当協議会版）」の進捗について
４．患者会よりの報告
（1）与儀委員報告
（2）島袋委員報告
（3）又吉委員報告
５．各拠点病院が取り組んでいるがん対策について
（1）「第4次沖縄県がん対策推進計画（当協議会案）」のロジックモデルでの位置づけ
（2）各病院の状況
①琉球大学病院、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
６．大腸がん死激減プロジェクト連絡会議について
７．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について
８．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議
（１）第９０回がん対策推進協議会
（２）第２７回厚生科学審議会がん登録部会
（３）第２８回厚生科学審議会がん登録部会
（４）がん検診事業の在り方について

<u>部会報告事項</u>

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

以上

令和６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６年８月２日（金）　１４：００～１７：００
場　　所　　管理棟３階大会議室
構 成 員　　３６名（出席者３１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
３号委員	（県立八重山病院長）	和氣　亨
４号委員	（沖縄県医師会長）	田名　毅（代理出席：玉城　研太朗）
５号委員	（沖縄県歯科医師会長）	米須　敦子（代理出席：金子　智之）
６号委員	（沖縄県薬剤師会長）	前濱　朋子
１０号委員	（琉大がんセンター長）	増田　昌人
１１号委員	（琉大がんセンター運営委員会委員長）	鈴木　幹男
１３号委員	（琉大薬剤部長）	中村　克徳
１４号委員	（琉大看護部長）	眞栄城　智子
１６号委員	（県立中部病院副院長）	天願　俊穂（代理出席：神里　敬子）
	（県立中部病院血液腫瘍内科部長）	朝倉　義崇
	（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）	本仲　寛美
	（県立宮古病院外科部長）	西原　政好
	（県立八重山病院外科医師）	松村　敏信
	（県立八重山病院副院長）	名嘉　律子
	（北部地区医師会病院副院長兼看護部長）	柴山　順子
	（北部地区医師会病院副看護部長）	上地　佳代
１８号委員	（NPO 乳がん患者の会 ぴんく・ぱんさぁ代表）	与儀　淑恵
	(やいまゆんたく会(八重山のがん患者を支援する会)会長)	田盛　亜紀子
		又吉　賢弘
	（若年性がん患者会 Be style ）	島袋　希美
１９号委員	（国際医療福祉大学大学院教授）	埴岡　健一
	（琉球新報社北部支社支社長）	松永　勝利
２０号委員	（琉大病院病理部長）	和田　直樹
	（県立中部病院放射線治療科部長）	戸板　孝文

（欠席者）

２号委員	（那覇市立病院長）	外間　浩
３号委員	（県立宮古病院長）	川満　博昭
	（北部地区医師会病院長）	諸喜田　林
７号委員	（沖縄県看護協会長）	平良　孝美
９号委員	（沖縄県保健医療介護部長）	糸数　公
１２号委員	（琉大医療福祉支援センター長）	平田　哲生
１５号委員	（琉大事務部長）	加藤　善一
１９号委員	（一般社団法人ｸﾞﾙｰﾌﾟ・ﾈｸｻｽ理事長）	天野　慎介

（陪席者）

小児・AYA部会	浜田　聡
情報提供・相談支援部会	友利　晃子
沖縄県保健医療介護部健康長寿課	山里　紘美

（以下、傍聴申込）
小野薬品、第一三共株式会社、　他

資料確認等

１．令和６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8日開催)
２．令和６年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨(5月10日開催)
３．令和６年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事録(5月10日開催)
４．協議会・幹事会・部会委員について
５．令和６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、ロジックモデルと指標データから見る沖縄県の在宅医療の概況及び「指標の測定」から「評価・改善」について報告があった。

（主な質疑応答）
Q.大屋議長：施策とは、県が考えた計画・アクションのようなイメージがあるが、それは従来型であると思われる。今後は施策とはどのようなイメージで考えてるか。
A.埴岡委員：都道府県が誤解しているのは、医療計画、がん計画のロジックモデルの施策欄は、県が予算を使っている事業しか記載してはいけないのではないかと考えている場合がある。実際はその地域で行われているサービスおよび体制の全体図を示さなければならない。

２．天野委員報告
天野委員が欠席のため、増田委員から当日配布資料に基づき、ゲノム医療推進法に基づく基本計画の検討に係るワーキンググループについて報告があった。

審議事項

１．LINE を使用したがん対策について
島袋委員から資料 7 に基づき、LINE やマイナンバー等を使用したがん対策について説明があった。

２．周術期の口腔清掃等について（がん医科歯科連携）
金子委員から資料８に基づき、周術期の口腔清掃等について説明があった。また、沖縄県歯科医師会に患者さんを紹介いただくタイミングが、手術の直前になるケースが増えているため医員の負担が大きくなっているので何かいい方法はないかとの発言があった。
大屋議長から、今後どのような周知の方法で、早期の歯科受診を行うかを医療部会で検討する旨の発言があった。

３．今年度の「沖縄県がん登録事業報告」に対する要望について
有賀医療部会長が欠席のため、増田委員から資料 9 に基づき、今年度の沖縄県がん登録事業報告に対する要望について説明があり、審議の結果、原案のとおり承認された。

４．院内がん登録をしている 18 施設が DPC-QI に参加することに対する要望について
有賀医療部会長が欠席のため、増田委員から資料 10 に基づき、院内がん登録をしている 18 施設が DPC-QI に参加することに対する要望について説明があり、審議の結果、原案のとおり承認された。

５．専門的な資格をもった医療者が少ないことについて
有賀医療部会長が欠席のため、増田委員から資料 11 に基づき、専門的な資格をもった医療者が少ないこと及びそれに関する情報提供と各病院での検討のお願いについて説明があり、審議の結果、原案のとおり承認された。

報告事項

１．「第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会案）」の進捗について

増田委員から資料12に基づき、第4次沖縄県がん対策推進計画（当協議会案）の進捗について報告があった。また、株式会社ウェルネスの渡部様から画面共有いただいた資料に基づき、当協議会版ロジックモデルのツールについて説明があった。

２．医療者調査の解析結果について

増田委員から資料13に基づき、医療者調査の解析結果について報告があった。

３．患者会よりの報告

（1）与儀委員報告

与儀委員から資料14-1に基づき、NPO乳がん患者の会 ぴんく・ぱんさぁ活動について報告があった。

（2）田盛委員報告

田盛委員から資料14-2に基づき、やいまゆんたく会（八重山のがん患者を支援する会）の活動について報告があった。

（3）島袋委員報告

島袋委員から資料14-3に基づき、若年性がん患者会 Be style の活動について報告があった。

（4）又吉委員報告

又吉委員から資料14-4に基づき、がん教育の外部講師としての講話内容の報告及び、がん対策のハイリスクアプローチに関する関係各機関への働きかけの必要性について説明があった。

４．各拠点病院が取り組んでいるがん対策について

資料15に基づき、増田委員、柴山委員、朝倉委員、宮里委員、西原委員、松村委員から各拠点病院が取り組んでいるがん対策について報告があった。

（以下については、紙面報告となった）

５．大腸がん死激減プロジェクトの進捗状況について

６．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

７．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議

(1) 第６０回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会　予防接種基本方針部会
(2) 第２０回全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会
(3) 第４２回がん検診のあり方に関する検討会
(4) 第８回がんとの共生のあり方に関する検討会
(5) 第６回新たな地域医療構想等に関する検討会

部会報告事項

１．医療部会

増田委員から資料19に基づき、医療部会の活動・取組状況について報告があった。

２．緩和ケア・在宅医療部会

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

３．小児・AYA部会

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

４．情報提供・相談支援部会

友利部会長から資料22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。

５．ベンチマーク部会

増田部会長から資料23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

令和６年度第２回沖縄県がん診療連携協議会議事録

日　　時　　令和６年８月２日（金）１４：００～

場　　所　　琉球大学医学部　管理棟３階　大会議室

○大屋祐輔議長（琉球大学病院　病院長）

皆さん、こんにちは。琉球大学病院の大屋です。

それでは、令和６年度第２回沖縄県がん診療連携協議会を開きたいと思います。どうぞよろしくお願いします。定足数は満たしているというところでございます。

まずは資料の確認ということで、増田委員より説明をお願いいたします。

○増田昌人委員（琉球大学病院がんセンター　センター長）

委員の増田です。では、資料の確認をさせていただきます。メインはいつものようにiPadの中に入っているＰＤＦ資料がメインの資料となっております。

それ以外に、本日は紙資料がすごく多くなっております。まず１枚目、皆さまの机の上に、多分、順番よく置かれておりますので、一番上に置かれていますのが１枚紙で本日の議事次第。これと同じものをiPadの１ページ目にも入っているんですが、議事次第は別個にあったほうがわかりやすいかということで、この議事次第と、２枚目の資料一覧というのは毎回付けているものであります。

３枚目なんですが、チラシが入っております。ちょうど明日、８月３日土曜日14時から沖縄県立博物館・美術館の講堂で、本日の委員でもある玉城先生が主催されています「若い世代のがん治療に寄り添う」ということで、がんと生殖医療のシンポジウムがありますので、それをご紹介させていただきます。ぜひお時間のある方はご参加いただければと思っております。

その次、ホチキスで留めてある少し厚い資料になっておりまして、今日、有識者報告ということで、いつもご報告をいただいている埴岡先生のパワポの印刷したものになっております。本日は二部構成になっておりまして、これが２つ目の資料となっておりまして、１つ目の資料はiPadの中に入っております。

その次が、同じように有識者報告をしていただきます天野慎介委員のパワポになっておりまして、本日、天野委員はご欠席なのですが、言付かっておりますので、私が代理で説明をさせていただきます。

あと資料としましては、最後に一番下の資料が水色等のカラーの資料がありまして、これが皆さん、何回もご覧になっております、いつも指標付きのロジックモデル、第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）のロジックモデルの中で施策だけを抜き出したものになりますので、今日の審議事項の１番から５番までがどこに当たるのかを示している資料となっております。

今のこの段階で入れ忘れておりますが、今日の審議事項の４番と５番に関しましては、後で１枚紙で資料の追加がある予定になっております。資料としては以上になります。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。いつもながら盛りだくさんではございますけど、しっかり皆さんで共有しながら進めていきたいと思います。

それでは有識者からの報告、説明事項に入りたいと思います。本日は埴岡委員からご報告をお願いするという形……。ごめんなさい。議事要旨の確認をやっていませんでしたね。増田委員、よろしくお願いします。

議事要旨・委員一覧

１．令和６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8日開催）

２．令和６年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事要旨（5月10日開催）

３．令和６年度第１回沖縄県がん診療連携協議会議事録（5月10日開催）

４．協議会・幹事会・部会新委員について

５．令和６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

申し訳ありません。私が連続でしゃべればよかったですね。

４枚めくっていただきますと４ページにいくと思いますが、前回のこの第２回の協議会に先立って７月８日に行われました第２回の幹事会の議事要旨が入っております。それぞれご確認をお願いいたします。

次に２ページ進みますと、前回、第１回の本協議会の議事要旨を付けております。もう１枚めくっていただきまして、全体の通しページでいうと７ページ目をご覧ください。審議事項としましては医療者調査の中間解析結果と、第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会案）の進捗についての審議をいたしております。それ以外のことに関しましては時間

の関係上、省略させていただきます。もし何か修正が必要なことがありましたら、事務局のほうにご連絡いただければ、その旨、修正をさせていただきます。

日程に関しましては特に変更はございません。

１番から５番までに関しまして、報告を終えさせていただきます。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。日程のほうもできれば早めに押さえていただければと思います。

それでは、次は埴岡委員からの報告になります。どうぞよろしくお願いいたします。

有識者報告

１．埴岡委員報告

○埴岡健一委員（国際医療福祉大学大学院　教授）

埴岡です。資料が二部構成になって分かれていて恐縮でございます。まず画面のほうからですね。しおりからですと資料６を開いていただきまして、ページ数でいうと75ページからになります。横置き画面ですので、横置きにしていただいてもいいかと思います。それでは始めます。

まず前半は沖縄県の在宅医療の概況に関するデータをお持ちしました。次のページをご覧ください。趣旨ですけれども、がんの在宅医療についてもＰＤＣＡサイクルを回すことが重要ということです。がんの在宅といった場合、医療計画の在宅医療分野も介護保険事業の医療・介護連携の部分なども見ておく必要があるかと思うというところ。それから、沖縄県では各医療圏あるいは市・町、市町村において、必ずしも均てん化しているわけではないということで見ておく必要があるかなというところで､目的としましては在宅医療、医療･介護の連携に関して､ちょっと資料をまとめて概況を見てみようというところです。

めくっていただきまして、使用しますのは評価シートというもので、赤文字で書いておりますけど、評価シートとはロジックモデルに指標が付いていて、データも実測値が付いていて、かつ国と医療圏とか市町とか比べて見られるようになっているものを指しております。この後、見ていきますが、数値は判定が難しいんですけども、悪いかもしれない数字を赤マーク、良いかもしれない数値を青マーク、価値観が分かれそうなところは破線を付けるといっているんですが、あまりたくさん、マーキング漏れがあることは今、気付い

ているところです。

めくっていただいて、使用する情報源は３つあります。１つ目はがん在宅のシートでして、これはこちらの沖縄県がん診療連携協議会がつくっているものですので、そしてウェブサイトで提供しているものですので、まだ見ていらっしゃらない方があればご覧ください。２番目と３番目は別のところが提供しているものですけども、同じ発想、構造でつくられているものです。

次のページを見ていただくと、まず思い出しのためですが、このがん在宅医療の評価シートの左上に「沖縄県」とか「南部医療圏」のボタンがあります。赤丸のところですが、画面は抜粋でごく一部しか見えていないんですけれども、このように北は北海道から沖縄まで、また335医療圏のボタンを押すとデータが出るというもので、80ページ、次のページを見ていただくと、このように、これはがん在宅のところ、そしてデータが全国、沖縄県、県単位、そして北部、中部、南部、宮古、八重山という医療圏別のもの、出るものを私のほうで束ねて加工しているものですが、いずれにしてもワンタッチでこのデータが出てきます。これは右が最終アウトカム、左が中間アウトカムということでロジックモデルの一部になっていて、それぞれの構成概念があって、それに対応する指標があって、実測値があるという、便利なものであるということです。これがあると「よし、数字を読んでみよう」ということになるわけです。

次のページから拡大図になっております。81ページ、これは右側の最終アウトカムのところを見ております。下のほうに赤マークと青マークがございますが、例えば１つ、概念としては「患者が望む場所で療養生活を送ることができている」ということを見るための指標の参考指標として在宅死亡割合があって、その１つ下に自宅死亡率があると。赤いところ、北部は低い。あと、ほかの４つは高め。特に八重山、宮古は高めだなというところが見て取れたりします。

では、この自宅死亡率が高い背景は何なんだろうというと、在宅のサービスが高いのか、あるいは在宅のための医療資源が高いのかなと思うわけですよね。ページをめくっていただくと、そうするとここは赤マークが多いんですけれども、よく見ると、例えば在宅療養支援診療所の数を医療圏別に見ると、沖縄県としても低いし、医療圏４つは赤マークになっていると。宮古が14.8で非常に高いんだなということがわかったりします。訪問看護ステーションの看護師の数も、宮古は高いけど、ほかは低めだなというようなことがわかったりします。

次をめくっていただくと、在宅医療のサービス量を示す数ということでいうと、例えば退院支援加算等の入院とか往診・外来とか、これは全国値を100としたNDB-SCRですけれども、退院支援加算は全国100に対して、県として166、医療圏としては北部は少ないけども、あとは高めだなということがわかったり、そして往診は割と低めだなとか、そういうところがわかったりします。

それから、在宅がん医療の提供量は項目としては11項目あるんですけれども、ここはセレクターで選べるようになっていますので、次のページを見ていただくと、実際、11指標あってもデータが結構入っているのは３つぐらいだったんですけども、こんな感じで、例えば在宅悪性腫瘍等患者指導管理料は青マークが３つぐらい付いていますけど、逆にいうとNot Availableの数字がないところは低い可能性もあるなということがわかったりするということでございます。

以上、概略をご説明しました。この後のご説明はほぼ割愛いたしますけど、次のページは医療計画の在宅医療分野の評価シートも同様にございまして、がんの在宅にスポットライトを当てているわけじゃないんですけど、在宅医療の基盤全体がわかりますし、在宅医療のなされたうちの、どれぐらいですかね。多分、３分の１ぐらいはがん関係かもしれないので、在宅が良ければ、多分、がんもできている可能性が高いということで、データ計測項目が多いものですから、こちらも見ていただければということで付けております。６ページか７ページにわたって赤・青のマーキングもしておりますので。こちらは市単位で出ておりますので、南部医療圏５市に関してデータを集めておきました。

そして、在宅というと、医療・介護の連携が大事になってきて、介護部分も見ておかなきゃいけないと。例えば訪問看護ですと医療保健部の看護もあれば介護保健部の看護もあるということで、片側だけ見ていて少ないなと思ったら実は多かったり、片側だけ見て多いなと思っていたら実は少なかったりするということもあるものですから。同様のツールがございますので、そこで医療・介護連携のつながりのところを同じく沖縄県の南部医療圏の５市に関して抽出しておきましたので、意外とこんなデータまであるのかというデータも公表されて、便利に見られるようになっております。ですので、ご参考になればということでお示ししましたので。

沖縄の在宅も強いところも弱いところもあって、例えば今、見た範囲ですと、今日は南部医療圏のデータを持ってきたんですけど、中部医療圏のほうがひょっとしたらちょっと弱体なのか、中部医療圏のデータを見たほうが良かったかなと思っているところですけど

も、皆さん、気になるところがあれば、見ていただければということでございます。長くなりましたけど、以上が前半でございます。

次は後半ですけども、お手元の資料の紙の束ですね。「『指標の計測』から『評価・改善』へ」というところをご覧ください。

今、前半のほうでロジックモデルに対応したデータ集を見ました。ただ、今日の資料にも、沖縄県の連携協議会が測っているロジックモデルと指標に関して、かなりデータが埋め込まれてきて、半分以上、全貌が見えてきたし、今後、足していけば、かなりの部分が見えてきますよということがわかったんですけど、はてというところで、指標の計測値と、あと何をすればいいのかというところがあって、評価・改善に結び付けないとこれまでやってきた労力も無駄だよねということで、この後のちょっとイメージをしてみました。

１枚めくっていただくと背景。沖縄県がん診療連携協議会では、ロジックモデルと指標に基づき、政策効果向上を目指してきております。ロジックモデルと指標データセットの整備はもうかなり整ってきたと。また今後、半年ぐらいでほとんど整いつつあると。整う見込みであるということです。

これを利用していかなきゃいけないということなんですけど、課題としましては、これをどうやって、実際にどのようなことをしたらいいのか、共通理解はあるだろうかということで、ちょっと今日はイメージトレーニングの感じでございます。

次のページは目的ですが、ロジックモデルと指標データセットを活用した評価・改善の仕方の例を見てみましょうというところです。

めくっていただくと「評価」という小見出しがありますが、おさらいを入れております。次のページですね。「厚生労働省通知」と右肩に書いてありますけども、これは厚生労働省の医療計画通知、医療介護総合確保基金通知に掲載されているロジックモデルのイメージ図でした。皆さま、われわれにはなじみのあるもので、沖縄もずっと使ってきたものでございます。右側にアウトカム、左側に施策アウトプットがあって、そしてアウトカムが何を意味するか、アウトプットが何を意味するか、インパクトが何を意味するか。

それから指標には３種類あって、住民の健康状態・患者の状態を表すもの、サービスを提供する主体の活動を表すもの、サービスを提供する資源を表すものなどとあるわけですが、右下の水色のところにありますように「計画策定／評価の際には、アウトプットがアウトカムにインパクトを与えたか検討して改善する」、これは通知の文言でございますけども、要するにロジックモデルはつくることが目的じゃなくて、右側の患者や住民の状態、

及びその提供されているサービスが左側の対策で良くなっているかどうか。良くなるように持っていくんだよということであったということ、おさらいです。

次のページですが、厚労省通知では、われわれが以前からロジックモデル及びその広い範囲でのプログラム評価を見るときに見ている図ですけど、この図で見ますと、①番から⑧番までのことは厚労省通知で説明を明確にしているんですけども、それからアウトプットがアウトカムにインパクトを与えたかということで、実は⑪番のインパクト評価のことを述べているんですけれども、⑨、⑩、⑪、⑫という評価のところはあまり明確に何をどうすればいいのか、言ってくれていないわけですけども、そこをちょっと補っております。

７ページを見ますと、一般的な評価の仕方の教科書などを読みますと評価は４段階あるいは５段階でやると。５段階でいいますと、１つ目がニーズ評価というのをやって、次にここの図では１番と書いてあるセオリー評価。セオリー評価はロジックモデルをしっかりつくるということ。２番のプロセス評価は決めたことをちゃんとやったかと。３番がやったことが効果をもたらしたのか。４番がいわゆるコスパですね。投入資源に効果は見合っていたか。こういうのを見ていくんだよと。

次のページを見ますと、それは昔からいわれているＰＤＣＡと基本的に対応するということで、ＰＤＣＡサイクルのPlan、計画、ＤはDo、実行、ＣはCheck、評価、ＡはAct、改善というのは実はセオリー評価、プロセス評価、インパクト評価、コストパフォーマンス評価ということで、ＰＤＣＡというと漠然としちゃうんですけど、この評価の４段階の感じでいうとしっかりとやるべきことができると。

次のページ、「仮称『評価支援シート』（緩和ケア）」と書いてありますけど、これは今日の資料本体、12番の資料の147ページを切り取ったものですけど、沖縄の連携協議会ではロジックモデル、指標、データ計測が整理されてきましたと。これから読み取っていかなきゃいけないんですけど、今、空白が結構ありますけど、これが埋まってくるし、青文字のところは追加調査がされているので埋まってくるしということで、これはほぼほぼ整ってきます。そういうところを協議会及び部会に「これを読んで、評価してちょうだい」というのが多分、お役が回ってくるんですけど、どうするのかなというところのイメージです。

その際に、ありもののシートとしますと、めくっていただくと評価作業シートというのが提供されています。これは11ページのところを見ますと評価作業シート（全体図）。さっき５段階の評価をするといわれても、こんなものですとは書いてあったけど、じゃ、どうすればいいのかというと、それぞれの、ニーズ評価だったらこの３点をチェックしてくだ

さいとか、セオリー評価だったら３つぐらいの観点をチェックしてくださいというふうに、何をすればいいかが書いてあって、右側の評価結果という空欄にレスポンスしていけば、その問い掛けに対する回答を書いていけば、おのずと評価が完了するといったような、そういう狙いのツールになっております。

ここは文字が小さいので、この後の６ページに拡大図がありますので、まず６ページをずっと見ていただければと思いますが、ニーズ評価ですね。確認ポイントが３点書いてありますね。患者等の声で満たされていないことは何でしょう。それはどうやってわかるのといったら、アンケート結果があれば見てください。他の地域に比べて劣後していることがありますか。地域別データ集がつくってあるので、数値を見てくださいと。全国の在宅死亡率が20％で、在宅死亡率が高いほうがいいよね、患者ニーズも一定あるよねというときに、もし12だったら８低いということなので、そのニーズがあるでしょうということですね。守るべき規範で満たされていないことはありますかという。例えばがん検診率50％を目指しているんだったら、20％だと低いよねみたいなことで、アンメットニーズというか、達成されるべきで達成されていないことがあるかというようなことを問い掛けに答えて、評価結果を埋めていくといい。

次はセオリー評価、これはＰＤＣＡのＰとありますけど、何をすればいいんだというと、具体的な確認ポイントというところを３点、チェックを、情報源としてはつくられているロジックモデルで読み取っていけばいいと。

次をめくっていただいて、プロセス評価。これまでプロセス評価はあまり関心がないというか、そこまで至っていないというか、ロジックモデルづくりの間ではあまり話題にならないわけですけど、評価になると、いざやったかやらないのか、やり方がうまくいっているのか、何か問題点があったのか、ここを深掘りする頃になってくるわけですよね。やるといっていたけど、資源は用意されたのか。人、物、金を手当てしていたかという。施策は実施されたか、進捗はどうか。アウトプットが生まれたのか。施策関係者はどう感じているか。これのために予算を調べたり、関係者ヒアリングしたり、ロジックモデル、指標セットの中のアウトプット指標を見たりしなきゃいけませんよと。

次はインパクト評価ですね。具体的な確認ポイントは、アウトカム向上したんですかと。でも、向上しただけじゃなくて、アウトプット指標とアウトカムの指標の関係は。アウトプットがアウトカムを上げたんですかとか、外部環境はどうですかということ。これを部会なんかで、みんなで「この施策はどうだったっけ」と言いながら、ここを書き込んでい

くという。

最後にコストパフォーマンス評価はここにあるような問い掛けに答えていただいて、最後は総合評価ですね。じゃ、今までの５つ、６つの情報を合わせて、結局、どうするべきなのかということを考えて、改善点、来年度はここをこうしようというふうに考えるというような流れになっております。

どんがらの箱だけ見ていてもちょっとわからないので、次から評価作業シミュレーションということで、架空の設定で１個、評価をもしやったらどんな感じになるかということをやってみました。

状況設定ですが、19ページ、次のページ。Ａ県という県がありまして、がん計画の緩和ケア分野に関して、こんなロジックモデルをつくっておりました。分野アウトカムは「からだ、こころ、生活の痛みを取ろう」ということで、中間アウトカムは「速やかに緩和ケアが受けられる」「緩和ケアの質が高い」、それから「緩和ケアに関する地域の認識が高まっている」みたいなことで、左側に施策群が並べてあります。

どんな施策かというと、次のページにありますように、10個の施策を並べておりましたと。この10個の施策を１個ずつチェックしていくということになるわけですけど、全部いきなりできないので、今日はこの１個目の重点施策としていた、赤枠で囲んでいた通称アセスメント施策。「院内でスクリーニング＆アセスメントを実施する」ということで、がん拠点病院、診療病院で入院患者・外来患者に心身の痛みがあるかを聞いて、ある場合、どうすればいいか検討して、実施計画を作成するという流れをやりましょうと決めていたよねということですね。

次のページ、そのアセスメント施策とは何ぞやという共通認識が必要なので、大体、政策概要シートのようなものをつくりますよねというところです。

22ページはアセスメント施策に関して施策の定義、あるいは誰が何をするかを書いたものでありまして、23ページ、字が読めるように拡大しております。軽く読みますと、アセスメントプロジェクトという施策名。最終アウトカムはさっきのロジックモデルの右端を狙っていました。「からだ、こころ、生活の痛みを取る」と。中間アウトカムは「速やかなケアを受けられる」と。初期アウトカムは「スクリーニングとアセスメントを経て、必要な緩和ケアが受けられている」ということ。活動内容は、このＡ県の中には６つの拠点病院があるので、そこでこのようにスクリーニング、アセスメントをしようという計画を立てていましたよという設定です。

次のページ、役割ですけども、それぞれの役割もこんな感じで部会で決めておりましたと。アウトプット目標、やってみないとわからないけど、目標としては、スクリーニングはやれば100％できるんじゃないかな。理論的にはアセスメントを100％、そのスクリーニングをされたものに対しては100％やりたいよねとか、緩和ケア対処率は30％ぐらいじゃないかなとか、大体当たりを付けていたというような状況があるということです。

では、ここからが５段階の評価の始まりです。まずニーズ評価は、先ほどの問い掛けにあったように、患者さんからの声はどうだったかとか、データを読んで欠けているところがあったかというところです。どんな情報があるかというと、25、26で、では、このＡ県ではタウンミーティングを行って、患者さんの声がいろいろ上がっていたよねということで見直してみるわけです。これは架空のものですけど、実際に過去にタウンミーティングで拾った声からの抜粋なので、ちょっとリアリティーがあると思いますし、多分、タウンミーティングをしても、似たような声が出てきちゃうんじゃないかと思いますけども、お読みください。要するに施設によって受ける受けられないが違うとか、当たり外れがあるよなみたいなこととか、不十分じゃないかな、ちょっと不安だよねという声があるというのは見えていたりします。

次のニーズ評価の材料としては、データ集から見るというところがありました。読み込みは割愛いたしますけど、全国値と県の値を見るとちょっと低いところもあるよねとか、上がっているけど、全国のほうが上がり幅が大きいから、ちょっと上がり方が遅いんじゃないかというようなところが見て取れて、患者さんの状態、サービスの提供状態、サービスを提供する資源の状態のところですね。ちょっと気になるところもあるよねというところが28、29、30で拡大してありますけど、見て取れるかと思います。

31ページがニーズ評価の判定例ですけども、部会で30分、審議をしましたと。アンケート結果を読んでどう思う？というと、痛みが取れていない場合の訴えがまだあるよねと。医療機関によって違いがあるという受け止め方もあるよねと。地域別データ集を読んだら、分野アウトカムの指標が全国値の伸びより鈍いよねとか、中間アウトカムの指標で悪化しているものまであるし、緩和ケアに関するサービス提供量はナショナルデータベースの数値によると低めの項目もあるよとか、こんなことがわかりましたということになるわけです。

次の32ページがセオリー評価のやり直しになります。よかれと思ってロジックモデルをつくったわけですけど、１年たって、３年たって、まだ大丈夫かなということです。分野

アウトカムは「からだ、こころ生活の痛みを取る」と。中間アウトカムは「緩和ケアを迅速に受けられている」。そのために左、今回はアセスメント施策を見ているわけですけど、右から左のつながりはこれでいいんじゃないかと。これはまだ揺るぎないよねということでありますとしますと、33ページ、評価結果は３項目に関して、それぞれ「適切である」と。依然として「適切であると考えられる」ということになります。

次が新しく加味されるプロセス評価のところですが、ここはやっぱりデータだけじゃわからないので、材料集めで、例えばヒアリングなどをするわけです。６つの病院が参加して一緒にやっていたわけですけども、どんな状況か、ちょっと担当者が６カ所、ヒアリングをして聞いてきましたと。すると、アウトプット指標のスクリーニング率、アセスメント率も結構高いところ、低いところがあるということがわかりましたと。聞いてみると、例えば看護師がスクリーニング結果を伝えても医師が動かない場合が多いとか、看護師のフラストレーションが高まっているとか、あるいは⑤番目のところ、病院長が交代したので、このプロジェクトはストップの号令が掛かっちゃったとか、ちょっとこれはつくり話なんですけど、ひょっとしたらあるある的なことも一部含まれているかもしれないという感じです。これは架空のストーリーですけども、もっと実際、リアリティーのある話が部会レベルでヒアリングされると出てくるんじゃないかと思います。

それを受けて35ページ、例ですけども、資源は用意されたか。これは強化事業費に含まれて、緩和ケアは責務となっているから、予算は新規には求められないよねということ。施策は実施されたか。関係者ヒアリングによると、実施されたけども、スクリーニングからアセスメント、緩和ケア実施のつながりは病院によって差があるよと。次、アウトプット指標を見ると、スクリーニング率、アセスメント率は100％のところもあれば50％とか、病院によって異なるということで､低い数値があったよねと｡どう感じているかというと、つながりが生まれない原因として幾つかのボトルネックが存在して、そこのつながりを解消することの必要性が感じられているよみたいなことはわかったりすると思います。

続きまして次のステップでインパクト評価を見るということで、先ほどのところの左に個別施策のアウトプット指標というところの欄が加えられておりますけど、ここに先ほど見ました、ヒアリングのときに得ましたスクリーニング率が全体としていくらかというのと、個別病院でどう違うか。アセスメント率が全体全体としていくらかとか、病院のばらつきはどうかという数値が入っておりまして、それを受けて、例えば右側の「つらい症状にはすみやかに対応してくれたと思う患者の割合」なんかがそのアウトプットから生じる

アウトカムじゃないかなというところで見て、そうするとまだ改善の余地があるよねとか、2023年から2025年でどうなったかとか、国と比べてどうかとかを見てというふうに考え込んでいくわけです。

次の37ページ、その結果の判定として、指標は向上しているけど、全国値と比べて迅速とはいえないとか、スクリーニング率に対してアウトカム指標は向上していないけれども、アセスメント率の高いところはいい結果になっているんじゃないかとか。ところで忘れちゃいけないのは、地元有名タレントさんが患者体験の中で緩和ケアの不備を訴えたことが県民の関心を高めると同時に、緩和ケアに対するちょっと厳しい目が増えているという外部要因は考慮に入れなきゃいけないんじゃないかとか、こういうことが生じてくるわけです。

総合評価として、この前の５段階を見てどうしようかということで、一番下のところですね。総合評価「この施策をやり続けるべきか」。上の５段階が同じような判定になっても、もうやめてしまおうというときもあると思うんですね。でも、これは総合判断の人間が考えることで、でも、これはやらなきゃいけないことだし、結構、原因もわかったし、改善してやり続ければ良くなるかもしれないので、総合判定的には「続けるべき」。例えば意見としては、どこにギャップがあるかわかった。スクリーニングとアセスメントをつなぐ仕組みが重要で、好事例を広げることで病院差を解消していこうと。では、判定は「Ａ」で「強化すべき施策」だということになって、最後に改善点として、来年度の部会の重点項目として、今、やることになっているけど、やり方が決まっていないからじゃないかということで、アセスメント手順書、緩和ケアチーム連携手順書を作成して、参加病院全体でもう１回、しっかりまいていこうということになったみたいな感じですね。

39ページ、今までパートごとに見ていったものが、全体を取りまとめた資料がこんな感じということで、もし評価報告書を書く必要があれば、40ページのような形で転記をすればできるということでございます。

この後、データを読んだときに起こることに関して、さまざまあるときの対処の仕方のページを入れておりますが、飛ばしまして、47ページ、まとめのところを見ていただいて、48ページ、まとめでございます。

冒頭に申し上げた背景へのレスポンスですけども、そういう意味ではこちらの連携協議会の部会はロジックモデルの所掌範囲が決まっておりますけど、そこを改めて確認して、個別施策は何をすることになっていたかという施策概要シートをつくって、評価支援シー

トというロジックモデルにデータが入ったもの、これはほぼほぼできている、あるいは次の11月の会議ではほぼ仕上がってきますので、次は今日やった５ステップのニーズ評価、セオリー評価、プロセス評価、インパクト評価といった評価をやる評価作業シートをつくっていくという、そういうプロセスになってくるということの流れではないかと。

49ページですけど、もう最後のときは左手にデータシート、右手に評価作業シートを左右に置いて、左をにらめっこしながら、みんなで議論しながら、右側を埋めていくことで来年やることがわかってくるという、そんな流れではないかということで、指標の計測ができたという段階において、次の評価・改善という流れのイメージづくりの一例をやってみたということです。以上です。長くなって申し訳ありません。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。しっかりとロジックモデルまでは皆さんと一緒に考えながら部会のほうでも検討していただいて、できてきて、それを用いながらさまざまなことをこの会議でも話してきたんですけれども、今後、評価というところを、指標をどのように解釈していくかという作業が次にやってきて、それで次の施策に生かしていくというような形が望ましいということで、そのためにはこれまでもある程度されていたんですけれども、評価をしっかりできるようになってくることで、よりこれまでの施策がどうだったのか、次にはどう改善していけばいいのかということを考えるという手段としていく。

ご質問のほうはいかがでしょうか。具体的なこともご説明をいただいたんですけど、やはり自分たちのデータが出てきてから、もう一度、皆さんと考えたいなと思います。どうですか。玉城先生、どうぞ。

○玉城研太朗委員代理

ありがとうございます。素晴らしいデータを見せていただいて、本当に勉強になりました。

まず前半の在宅のところなんですが、これはものすごく重要なデータだと見せていただきました。この場で議論することかどうかはわからないんですが、例えば今、沖縄県行政でこういうデータを用いた……。このデータというのを県行政が知っているのかどうかというところですね。

今、沖縄県医師会でも大屋先生と一緒に、もう毎週のように医療提供体制のところのデ

ィスカッションをしております。特に今日は南部ですが、中部地区の医療提供体制というのはかなり注視して見ているところで、こういうような極めて具体的なデータを見ながらディスカッションしないことには県の施策というのはつくれないと思っているんですが、これはどうなんですか。県行政はこれをしっかり見られているかどうかという。

○大屋祐輔議長

担当者の方は１名おられて、資料をお持ちではあるんですけれども、それが県行政の作業の中にどれくらい取り込まれているのかというご質問というふうに。よろしくお願いします。

○埴岡健一委員

実は一般的に、沖縄とは限らず、行政のほうはまずデータ全体を把握されているかどうか、ばらつきがあると思います。

それから、厚生労働省から提供されている医療計画のデータブックとか在宅の見える化システムがあるんですけど、結局、意味ですよね。whyで、データのwhatが見えても、whyとかが見えない部分があって、それをロジックモデルで統合的に右から左につなげて見ないと、あるいはデータも県と市を一緒に見ていったり、隣の町と比べるということを、今日、お示ししたような一望性を持って見ないと、結局、意味がわからないということになるんですよね。データがいっぱいあって、うようよしていたけども、解釈できないし、どうしたらいいかわからないということになるので。

なので、今回のような提供されているものがあるということをみんなで知っていただいて、またデータを読むだけではわからないし、専門家とか多様な立場の方が一緒に議論しないとわからないところなので、ぜひこの３種類のやつを、地域のものを広げて、机の上に置いて、10人ぐらいで議論していただいて、逆に行政に「ここが欠けているよ」とお伝えするのもよいのかなと思ったりします。意外とあのデータは知られていないというのはおっしゃるとおりだと思います。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。ロジックモデルも今回、県のほうで、前から使っていますけれども､徐々に県の行政の中でもそれを上手に使っていこうという機運が増えていて、

その重要さに気が付かれている職員も増えてきていますので、今後の、このような形のディスカッションをしながら、県とも話しながらということで進めていけばいいかなと思います。

今、玉城先生からあったように、実はデータはあるんだけど、それがあんまり整理されないまま、数字だけでみんながんがん議論して、結論が出ないというようなことはよくあるんですね。いつも疲労感だけが残ったりして。

ですので、こういう……。本当にロジックモデルの素晴らしいところは整理されていると。誰が何をすべきかというところも見えてくるので、そういう面ではぜひ、皆さんもこれをちょっと、すぐに全部を理解することはなかなか難しいんですけども、こんなもんがあるよということで理解していただきながら進めていければなと思っています。

私からの質問、ちょっと時間も押してはいるんですけど、この施策というふうに、施策ですよね。施策というのが、イメージ的には何か県が考えた計画みたいな、「みんな、やってくださいよ」と呼び掛けるような、アクションのようなイメージで捉えられるんですけれども、「それは従来型で、これからはちょっと違うんだ」みたいなことを言われるんだろうなと想像して、ちょっとご質問なんですけど、どうなんですか。

○埴岡健一委員

いや、それは大事なポイントでしたね、言い忘れましたけど。都道府県サイドが誤解しているのは、例えば医療計画とがん計画のロジックモデルの施策欄は県の予算を使っている事業しか書いちゃいけないんじゃないかと思う誤解があります。もしそうして県民がそれを読んだら、この地元の対策はこんなに手薄なのかと思って、不安に思います。なので、医療計画などのロジックモデルはその地域で行われているサービス及び体制の全体像を示さなきゃいけないと、今、なっているわけですね。

ロジックモデルのある分野の施策が10個並んでいたとしたら、例えば県が予算化しているものは２個だったりして。あと８個は何かというと、もともとやっているその地域の医療・ケアのサービスであり、それを強化するということであり、じゃ、それは誰がやるかというのはもともとやっている人がやり方をより強化しているという。

今、オリンピックシーズンでいうと、前からラグビーをやっているけど、ラグビーを強化するというだけの話になって、そのためにこういうトレーニングをして、こういう動き方とこういう連携でメダルを取りにいこうという。それが施策ということであって、ほと

んど多くの施策が元よりの提供者が取り組んでいる強化策ということで、県は特に予算化をしないですけれども、それぞれの診療報酬体制とか既存の助成の中でより工夫して取り組むものになっている場合が多いと、そういう位置づけだと思いますが、そういうことでよろしいでしょうか。

○大屋祐輔議長

はい、ありがとうございます。そこを沖縄県とも話しながら、県が知らないというわけにはいかないと思うので、われわれが「勝手にやっちゃえ」みたいな部分が時々、医療者は暴走するので、そこも県と話しながらやりましょうということをいろいろ話しながら進めて。がん対策も一緒かなと思っています。ありがとうございました。

それでは次にまいりたいと思いますが、天野委員からの報告を増田委員からご紹介をいただきます。よろしくお願いします。

２．天野委員報告

○増田昌人委員

では、有識者委員である天野委員が今日は欠席なので、私のほうで代理で報告をさせていただきます。資料は別紙の紙資料になっております。右上に「当日追加資料　天野委員報告」と書いてありまして、Ａ４横の資料になっております。

「ゲノム医療推進法に基づく基本計画の検討に係るワーキンググループ提出資料」ということで、ゲノム医療推進法ができまして、それに基づいて基本計画が今、作成されようとしているところでして、それに関しまして、全がん連の理事長である天野さんを中心として調査を行った。その調査結果の報告がメインとなっております。

１枚めくっていただきまして、これまでの先行事例としましては、2017年と2022年にウェブを使った一般市民向けの調査が行われまして、それぞれ１万と5,000人弱の回答が得られております。結論からいいますと、回答者の約３％が「ご自身ないしは家族が遺伝情報に関しまして何らかの不利益な扱いを受けた経験がある」と回答されています。また、これらの今、出たような遺伝情報の不適切な利用や差別に関する罰則付きの法律の必要性については７割以上の方が「必要」と回答したということがあります。これは一般市民向けです。

次のページにいきまして、今回、全がん連とゲノム医療当事者団体連合会が合同で「遺

伝に関する偏見・差別や不快な経験の緊急調査」を実施しております。データの整理の支援には東大医科研の武藤教授が少し手伝いをされたということだそうです。

１枚めくっていただきますと結果がありまして、７月17日までに集計した結果の速報値となっておりまして、がんに関しましては全部で人数としては71例、難病に関しては150人、77事例が報告されております。具体的には右の円グラフのところになるんですが、属性としましては女性からの回答が多かった。あと、がんは50代が多かった。一部、小児がんに関する事例もあったということです。特にこの数年、2020年代になってからの事例が７割を超えているといわれています。

めくっていただきまして、６ページですね。回答の方々の声を一応、ここにありますように、全部で９つに分類して報告をしています。

まず７ページなんですが､腫瘍に詳しい医療従事者からの発言に傷ついた経験として｢遺伝子を発見しても治療できないし、治療の必要もない」と言われたとか､｢遺伝性腫瘍の検査は時間とお金の無駄」と言われたとか、医師のほうでリスク低減手術に理解がなかったり、強く批判されたとか、そういうことが言われたということが報告されています。こういった医療従事者によって傷ついたという声が結構あるんだということです。

次の８ページにいきますと、今度は家族とか周囲の方々からの発言に傷つけられたというような事例もありますし､またネットニュースに関連して傷ついたという意見というか、そういう報告もあったということです。これらのことから、社会全体への啓発とか誹謗中傷への対応もまた必要ではないかということが考えられるかと思います。

次の９ページですが、個人情報の取り扱いに関する経験や治療と就労の場面での経験。例えば上司が遺伝性腫瘍のことを報告したメールを本人に無断で関係者に転送していたという事例とか、常識的にはちょっと考えづらいようなことが実際行われていたというような、そういった非常に重い事例の報告もあったようです。

次のスライドをお願いします。この調査の限界としましては、ここに書いてありますように、経験や心情を明らかにするということで、事例に登場する人物や機関等に関して、このアンケートを主催した側のほうでは事実関係の正確さについての確認はしていないと。ここら辺が限界だということです。

次に11ページをご覧ください。写真が付いているかと思いますが、全国がん患者団体連合会では今年５月に超党派の「適切な遺伝医療を進めるための社会的環境の整備を目指す議員連盟」に対しまして、６月には塩崎政務官に対しまして、それぞれ「ゲノム医療推進

法に基づく基本計画に関する要望書」を提出しております。

めくっていただきまして、12ページですね。要望書の中では、今日のテーマなんですが、法務省の17項目からなる啓発活動強調事項に関しまして「遺伝に起因する偏見や差別をなくそう」と加えるべきだという。こういった法律に関しまして、具体的に指摘をしております。

また、13 ページですね。要望書の２枚目なんですが、「差別等への適切な対応の確保」、法 16 条に関しましてはここの赤字で書いてありますように、認定遺伝カウンセラーに関しての身分保障とか職務権限の明確化、その養成を進めること。あとゲノム医療診療科を標榜することができるようにすること等を求めております。また、金融庁によります通知とかＦＡＱの発出と公開とか、厚労省によります通知等の公開、あとは治療と仕事の両立支援ガイドラインへの禁忌事項の追記、マイナポータル医療保険情報取得ＡＰＩにおける個人情報の適切な保護のあり方の検討などを求めております。

次が要望書の最後、３枚目なんですが、法律の17条に関しましては、遺伝検査ビジネスにおけるガバナンス強化のために通知を出すとかガイドラインを検討すること。あとは厚労省からも規制に関わる体制をきちんと取るようにしてほしいと。また学校での教育を含む国民への啓発と社会環境の整備を進めるための施策を検討してほしいということを要望しております。

次の15ページですが、ここにありますように、差別ということがやはり大きな問題となっておりますので、海外における遺伝情報の差別禁止に関する法律等を考慮して、国内でもいろいろ取りそろえていってほしいというような形で提言をされています。

次の16ページが、これからは海外の事例なんですが、例えば米国の雇用機会均等委員会におきましては、遺伝情報と差別に関するＦＡＱを公開しているということ。

あと、次の17ページに示していることで、具体的には遺伝情報差別の例にはどんなものがありますかということで、こういうことをしたら差別だよということの、ここでは４つほど具体例を挙げているということの事例の報告ですね。

次の18ページにいきますと企業内での守秘義務ということがありますので、現在、企業の人事労務担当者における守秘義務に関しては結構、曖昧なところがあるようなんですね。また、19ページにいきますと企業に課せられている安全配慮義務と、あと遺伝に関する差別とのバランスを考慮することがありますので、こういういろんなところでぶつかり合うところもありますので、なるべく科学的根拠を示しながら、きちんと規則を制定してほし

いというような形で提案をされていました。

次の20ページなんですが、既に金融庁からは、皆さまは報道でご存じかもしれませんが、各保険会社に関しまして、ゲノム情報の取り扱いに資する対応の要請が既に行われているわけです。

ただ、その次の21ページにいきますと、遺伝学的な検査結果を実際に受けた患者さんとかご家族にはなかなか理解が難しい部分もありまして、また実際の担当者である医療関係者とか、あとは実際に保険関係者の担当者でも理解が不十分な方がかなり見受けられるということなので、もう少し詳しい通知とか回答集のようなものが必要だということがありますということです。

その結果として、ここにありますように、また法務省におきましては、啓発活動強調事項につきましては「遺伝に起因する偏見や差別をなくそう」を加えることを前提として、検討を進めてほしいということを要望しております。

こういったことを天野さんが理事長を務められている全国がん患者団体連合会では各省庁に対して働き掛けをしていると。厚労省がメインですけど、働き掛けをしているということです。今日、そういうことを天野さんはわれわれに伝えたかったということのようです。甚だ不十分ではありますけど、代理で説明をさせていただきました。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。またこの内容については改めて機会がありましたら天野先生にお伺いしたいということで、次にいきます。

審議事項に入りたいと思います。第１号議案、資料７をご覧ください。「LINEを使用したがん対策について」ということで、これはどなたかな。

審議事項

１．LINEを使用したがん対策について

○増田昌人委員

先に私からお話をさせていただいて、その後で島袋さんにバトンタッチをさせていただこうかなと思います。

まず今日の資料に関しまして、先ほどのところでいいますと資料７になりまして、109ページをご覧ください。これから審議事項１番の資料７のことになります。

それとは別に、今日お配りしたカラーの四角がいっぱいある、箱がいっぱいある７枚つづりの資料を１回ご覧ください。Ａ４縦の資料になります。これが当協議会でつくりました第４次がん計画（協議会版）のロジックモデルの指標を省いたものです。一番右の列が分野アウトカム、真ん中の列が中間アウトカム、一番左の列が個別施策となっておりまして、一番左上、赤で書いてあるのが大きな分野になっています。「がんの予防」「がん検診」「がん医療提供体制」、めくりまして「緩和・支持療法」、１枚めくりまして「個別のがん対策」、下のほうにいきまして「共生」ですね。次のページにいきまして、下のほう「基盤」と。以上の分野があります。

その中で、今回の審議事項の１番というのは４枚目になります。大きな分野でいうと「共生」という分野の６番、４枚目を見ますと、この分野の当たっているところはオレンジにしておりまして、４枚目の個別の分野でいいますと「⑥アピアランスケア」。ここは私どものほうでは「県は県拠点病院にアピアランスケアセンターを設置し、患者向けの講習会の開催やケア帽子（またはウィッグ）に対する経済的援助を行う」ということで、これが今回の審議事項の１番に当たるところになっておりますので、それをご参照しながら見ていただければと思います。では、実際のところの解説をお願いいたします。

○大屋祐輔議長

それでは島袋委員のほうからですよね。よろしくお願いします。

○島袋希美委員（若年性がん患者会「Be style」）

ありがとうございます。若年性がん患者会「Be Style」から来ました島袋です。まず、今回、この提案の場を設けていただきましてありがとうございます。時間が限られておりますので、早口で飛ばし飛ばしでお話ししたいんですけれども、反回神経まひがありまして、ちょっと息切れがしやすくてかすれてしまうので、ちょっと聞き取りにくいところがあれば遠慮なく教えてください。

それでは今回、提案させていただきたいことは、LINEやマイナンバーカードのシステムを利用したがん患者の新しいサポートの方法です。きっかけは、アピアランス支援事業なんですけども、早速、患者会の方にも紹介しようと思いまして、詳しい申請方法を確認させていただいたんですけども、109ページのほうにアピアランス支援の申請の流れを簡単に４つのステップで載せております。

まず最初にがん相談支援センターへ相談。これは相談履歴が必要ということだったんですけども、必ずしも必要ではなくなったとお伺いしたんですが、市町村のサイトのほうではまだ「相談履歴が必要」と書かれているところが多いと思います。もしこれが変更になったのであれば、ちょっと周知していただいて、サイトを更新する必要があるかなと思うんですけど、サイトのほうに載っていますので、患者さんはそういう認識で申し込みをされると思います。私、個人的には、行けるのであれば、相談支援センターへ足を運んだほうがいいかなと思っております。

次にウィッグ、補助器具の購入、領収書の確保、そして必要書類をそろえる。病気を証明できるもの、身分証、振込先、あと場所によっては市税の滞納がないことを証明できるものなど、あとは助成金の申請書ですね。こちらをそろえて、最後に役場の保健課窓口もしくは郵送にて書類を提出するということです。

これはよくある申請の普通のステップではありますが、ただ、これが告知後の、これから治療を受けられる、もしくは受けている患者さんがやるとなると、正直、ハードルをちょっと感じまして。

といいますのも、自分の告知の後のことを思い出しますと、１週間くらいは気丈にしていたんですけれども、ある日を境にがんと落ちてしまいまして、専業主婦だったんですけれども、家事が手に付かなくなってしまったり、そのせいで家がどんどん汚くなってしまったりとか、今まで問題なく回っていた生活ががたがたと音を立てるように崩れていく感じがしました。こういう時期に身軽に動けるかなというと、ちょっと厳しいかなと私は思います。

それで今回、ご提案させていただくんですが、私はエンジニアの知識とか、またプログラミングの知識を持ち合わせていないので、どこまで実現可能か、ちょっとわからないので申し訳ないんですが、患者の目線で、あったら便利だなと思うところの話をしたいと思います。

まず冒頭でもお話ししたLINEとマイナンバーカードのシステムを利用した新しいサポートの方法ですが、もうLINEが既に行っているサービスで２つ紹介したいものがあります。

１つは、私は子どもがアレルギーを持っていまして、舌下治療を行っているんですけれども、こちらのクリニックでは「LINEドクター」をやっていて、先生にお勧めされたので「LINEドクター」の診察を受けているんですけれども、LINEをしている方はたくさんいらっしゃると思うんですが、ちょっと簡単に説明します。

LINE上で保険証や医療証、お薬手帳などの写真を撮って登録しておいて、LINE上で予約を取って、その時間に先生からビデオ通話がかかってきて、診察が終わったら、私の通っているクリニックの場合は登録しておいた好きな薬局でお薬を受け取るという流れです。参考までに「LINEドクター」のスマホの画面を載せておきました。この書類の登録はスマートフォンで撮影して送信するだけなので、すごく簡単です。

ほかにもLINEのサービスで私が注目しているのが、LINEが取り組んでいる地方公共団体のスマートシティー化で、「持ち運べる役所」と題して、現在、たくさんの地方自治体が公式LINEを運営しておりまして、こちらは市民にとっても大変便利な仕組みになっております。

参考の画像はうるま市の公式LINEなんですけれども、この公式LINEで何ができるかといいますと「基本メニュー」「お役立ちツール」「アプリ」などタブがありまして、自分の欲しい情報にアクセスしやすくなっております。左下の「電子申請」というものがあるんですけど、これまで市役所などに直接出向いて、もしくは郵送ですね。それで手続きしていたものがオンライン上で簡単に申請できるようになっているものです。

最近ですとプッシュ配信というものがありまして、お知らせなんですが、これは最近ですと子どもの現況届が電子申請でできるようになりましたよというお知らせが先日届きました。そういう感じで、情報のほうから携帯のほうに来てくれるんですね。この受信設定もプッシュ配信の選択ができて、要らない情報、要る情報を自分で設定できます。

私の調べる限りでは､沖縄県内でもたくさん公式LINEを持っているところがありまして、公式LINEの良いところは登録がすごく簡単というところと、情報をいったん登録してしまうと探しまわらなくても情報のほうから来てくれるという点ですね。あとは申請がすごく簡単というところです。そこが一番の強みかと思います。

あともう１つ、マイナンバーカードなんですけれども、保険証の代わりになることはもう皆さん、既におわかりだと思いますが、医療控除の申請とかもマイナポータルを利用して、さくっとネットからできる。皆さん、ご存じだと思うんですけども。

ご高齢の方はスマホの操作が難しいところもあるかと思いますが、ここ15年ぐらいでスマートフォンが普及して、小学生でもスマホを持っていることは珍しいことではないかなと思います。スマホにはほぼLINEのアプリが入っているかと思うんですけども、もう現在ですと9,500万人の利用者がいまして、日本人口の９割を超えると伺いました。これだけの普及率のあるアプリであれば、がん相談支援のための公式アカウントを持つ価値があるの

ではないかなと感じました。

ここからが本題なんですけれども、私はこういった、今もう既にある仕組みやサービスをうまく組み合わせて、がん患者さんが情報を受け取りやすく、支援を受けやすい流れをつくれるのではないかなと思っています。先ほどアピアランス支援事業の申請方法について触れましたが、例えばがん支援センターの公式LINEがもう既にあって、マイナンバーカードや地方自治体と連携が取れるという設定で、今回、ちょっと提案をさせていただきたいなと思います。

行政のシステムを完全に理解しているわけではないんですけれども、私の提案するLINEを利用したアピアランスケアの申請フローがこちらです。116ページになります。

まずは告知なんですけれども、先生でも看護師さんでもどちらでも構わないと思うんですけれども、告知とセットという形で、早い段階でがん相談支援センターとの連携のために、がん相談支援センターとのコンタクトを促してほしいんですが、がん相談支援センターと聞きますと問題を抱えた人が行くところという認識があったんですけれども、そうではなくて、私は利用したことがなくて、それをちょっと後悔しているんですけれども、問題が起きる前に、問題なく治療に取り組めるようにサポートしてもらえるところだと今は認識しております。それで告知とともに案内してくれるとちょっとうれしいなと思います。

次に、基本的にはがん患者さんががん相談支援センターのほうに来ていただきまして、対面で相談。ヒアリングを行って、LINE公式アカウントの登録をお勧めします。次に患者さんがウィッグや補助器具を購入したら、公式LINE上から申請できるようにならないかなと思っています。

マイナンバーの連携で病気の証明などが省略できたらと思うんですけども、連携できなかったとしても、スマホの写真を撮って送信できるような、そういう仕組みがあるといいなと思いました。申請の際は役所に出向かなくても済むように、各市町村の申請ページに飛べるような仕組み、動線がつくれたら、患者さんが迷子になることなく、また負担もちょっと減るのではないかなと思っています。

公式LINEというところにいったん登録しておけば、今回はアピアランス支援を例に挙げたんですけれども、この支援に限らず、新しく始まった支援をダイレクトにお知らせすることができたり、受け取ったり、知らないと損してしまうような情報を患者さんが漏れなくしっかり受け取れる流れをつくっていけるのではないかなと思い、以上、提案させていただきたいと思います。今の説明でうまく伝わったか、ちょっと不安ではありますが、時

間が限られておりますので、説明を凝縮させていただきました。書面ではもう少し詳しく書いておりますので、一度、目を通していただけると幸いです。以上です。ありがとうございます。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。実際に申請なんかするときにもとても大変なので、どうせ行政が持っているデータをちゃんと電子行政でやっていただけると、出入り口はLINEを使えばいいんだということで。さまざまな市町村では既にLINEを使った行政手続きができるようになっているところもありますので、その１つの形として、こういうものがあったらいいなというような、私もそういう感想を持ちました。

今後はやっぱり市町村単位だとか沖縄県でとか、LINEの中での……。今、遠隔医療じゃないですけど、いろいろな個人情報を処理しながら、そういうものを使うというのが進んできていますので、ぜひそういう形を、また沖縄県と話すときにでも、医師会からお願いしてもいいし、いろんな方法で取り組んでいただくことが必要かなと思います。

仮に電子化、このような形でLINEとか電子化されてしまえば、別に市町村ごとにやる必要はもうなくなってくるので、非常に行政的には……。今の行政の仕組みは、手続きは市町村、医療制度は二次医療圏みたいになってしまっているんですけど、本当はそういうものも今後、崩れてくるはずなので、ぜひ現場の声をしっかり上げていって。今日は貴重なご報告をどうもありがとうございました。すぐに実現はしないかと思うんですけど、でも、こういう声は大事だなと思いますので、またわれわれでも考えていきたいと思います。ありがとうございます。

何かご意見がありましたらお願いいたします。よろしいですか。どうもありがとうございます。では、次にいきましょう。

次は歯科医師会のほうから、今日は米須委員がご欠席で、代理で金子理事が来られておりますので、ご提案のほうをよろしくお願いいたします。

２．周術期の口腔清掃について（がん医科歯科連携）

○金子智之委員代理（沖縄県歯科医師会）

沖縄県歯科医師会学術担当理事の金子です。本日は会長の米須に代わりに出席させていただきました。今回は周術期の口腔清掃等（いわゆる歯科治療を含む）についてお願いが

ありましてお話をさせていただきます。なお、医療従事者のみでなく、患者さんの方もおられるのでわかりやすい言葉で手早く説明させていただきます。

もう大半の方はご存じのとおり、がん手術の前の口腔健康管理には、資料の118ページに書いていますように、口腔衛生のみで、つまりお掃除とか歯石除去とかそういうことだけじゃなくて、ぐらぐらした歯の処置、つまり歯が落ちないように、ぐらぐらして痛みが出ないように、例えばぐらぐらしている歯は隣の歯とくっつける、もしくはちょっと頑丈なマウスピースで固定する､場合によってはもう抜いてしまうということを行ったりします。あるいはそれ以外にも痛みが出るであろう虫歯があれば虫歯の治療を行ったり、入れ歯が外れそうとか痛みが出そうであれば調整したりするという治療を行います。これはいわゆる術後の合併症を予防するためだけの、お掃除だけじゃなくて、患者さんが過ごしやすいようにする、きちんと食事が取れるようにするということも含んでおります。

次が本題なんですけど、現在、県内で歯科医師会の会員のほうに紹介をいただいて大変助かってはいるんですけど､紹介をいただく時期が手術の前日であったり､1週間前だの、いわゆる直前。われわれが考える直前の予約のケースが増えておりまして、そういう場合に、どうしても会員のほうで予約が取れなくて困ってしまう。かといって断ると、今、言った合併症のリスクも大きく上がってしまうので、結局、例えば終わってからやるとか、朝、始まる前にやってしまうとか、医院サイドのほうで負担がすごく大きくなって、ちょっと厳しい状況になっているということなので、今日はそれについて、何とかならないかということでお願いにまいりました。

なので、こういうがん等の手術を受けられる患者さんの術後の早期回復のためにも、手術が決まったら､可及的に早く歯科のほうに紹介していただけると非常に助かりますので、どうかよろしくお願いしますという内容です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。がんの診断・治療をやっている医師のみならず、がん相談支援センターのほうからもそういうふうな、ハンドブックの中にはあると思うんですけれども、十分に患者さんに行き渡っていないということで、今後はどのような周知の方法で早期の歯科受診を行うかというところはいろいろ考えていただければなと思いますので、部会のどこかで検討いただくようにいたしましょう。この場の方は覚えて帰っていただいて、どうぞよろしくお願いします。

何かご意見、ご質問はよろしいですか。

○増田昌人委員

医療部会で具体的な対策、啓発の方法、仕組みに関しましては検討した上で、歯科医師会の先生方と連携して行うということにして。

○大屋祐輔議長

そうですね。場合によっては医師会のほうでも会員への通知ということはできると思いますので、お願いすることになるかもしれません。よろしくお願いいたします。

それでは次にいきましょう。第３から第５議案となりますけれども、医療部会長の有賀先生が今日は所用で欠席のために、代理で増田委員から提案のほうをお願いいたします。

３．今年度の「沖縄県がん登録事業報告」に対する要望について

○増田昌人委員

では、iPadのページでいうと119ページ、資料９をご覧ください。

まず最初に、先ほど別紙のカラーのロジックモデルの表をご覧ください。これは５枚つづりになっているんですが、審議事項２で挙がったことに関しましては「がん医療提供体制」、２枚目の上から、オレンジでいうと４つ目のところですね。「⑦チーム医療の推進」の中で、当協議会版としましては「『施設』では、院内や地域の歯科医師、歯科衛生士等と連携し、医科歯科連携によるがん患者の口腔の管理を行う」というふうに個別施策として挙げられておりますので、これに関しましては所掌が医療部会ですので、そこで審議をさせていただいて、歯科医師会及び医師会の先生方と連携して、どういうふうにするかを検討していきたいと考えております。

今の審議事項３に関しましては、５枚つづりの一番最後のページになっておりまして、この部分は前段の大きな分野でいうと「基盤」という分野の中の「④がん登録の利活用の推進」で「全国がん登録／院内がん登録の精度を高め、活用可能性を上げる」というところに当たるものです。

では、iPadの119ページをご覧ください。資料９になっておりまして、これに関しましては離島・へき地部会及び医療部会のほうで検討していただいて提案された事項になります。少し読み上げますと、沖縄県が毎年発行している沖縄県がん登録事業報告は、がん対策に

大きな影響を及ぼす基礎データの拠り所として重要である。これまでに、幾つか改良がなされてきましたが、依然、ちょっと不十分なところが多いかと思います。今後もより細かい評価が必要なんですが、具体的には全県のデータは出ているんですが、二次医療圏とか市町村ごとのデータが公開されておりません。ですので、それらも含めて、より医療現場に近い、ないしはこの協議会等でも議論をしていくために、幾つかのデータを新たに調査していただけないかというか、一度のデータから解析していただけないかというお願いをしたいのですが、いかがでしょうかということになります。

具体的には120ページ、これはかがみ文なんですが、県宛てに本協議会の議長から「今年度の『沖縄県がん登録事業報告』についての要望書」を上げたいということです。

具体的な内容は121ページに、大きく３つになります。１番目が以下の①～⑫の項目の詳細部位別､性別データについて､二次医療圏ごと及び41市町村ごとの集計結果を示すこと。以下に①～⑫まであります。粗罹患率とか年齢調整罹患率等が書かれております。

２番として、上記の二次医療圏別、市町村別の進展度等の公開対象疾患に、これまではいわゆる５大がんについての分析を行っていただいていたんですが、おととしから、特にがん診療連携拠点病院の整備に関する指針で５大がんから８大がんに移行したものですから、プラス、これまでの大腸、肺、胃、乳にプラスして、前立腺がんや肝、胆、膵のがんが入りまして、全部で８大がんになったので、そのところをちょっと加えてほしいということ。

また、これは１番と２番に共通することなんですが、もし罹患数等が少ないために、データの不安定さとか個人情報保護の問題が生じる場合は２年から５年束のデータで、例えば５年生存率とかそういったものは計算して公開していただくとデータが安定化するんじゃないかと思います。

また、個人情報保護に関しましては、15年ほど前からずっと個別のがん患者会とか、あとは全がん連のほうから再三、国やいろんな機関に対して、個人情報保護法の観点も大事ではあるけど、やはり個別の患者さんがきちんとした医療機関で医療を受けるというほうが患者会としては大事と考えているということで、細かい０、１、２、３のようなデータに関しましてもぜひ全面公開をしてほしいということは文書や口頭等で、いろんな公的な会議でいわれていますので、多分、日本においては、少なくともがん登録のデータ公開に関しましてはあまり問題はないのかなと考えています。

あとは最後に部位別で公開しているがんに骨・軟部腫瘍を加えていただければと思いま

す。以上３点ですね。

これらは既に「統計で見る大阪府のがん」のほうで20年ぐらい前から公開しているデータを参考にさせていただいていますので、特段、新しいやり方でというわけではありませんので、既存の全国がん登録のデータから十二分に出せるものでありますので、ぜひご検討いただければと思います。このことを県のほうに要望したいということになります。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。従来のがん登録のデータの開示に加えて、幾つかの指標、治療等に関係してくるような指標を入れて、国民というか、県民というか、上手な選択ができるようにということを考えていこうということだろうと思いますが、また対策を市町村がしっかり考えるときにもそれが役に立ってくるのかなと思います。

ご質問はいかがでしょうか。特に121ページにございますような、①～⑫のような指標、また今回から骨・軟部腫瘍も加えるということに関連してということで。

私はこの話を聞いたときに、非常に希少ながんの場合はなかなかデータがばらついてしまうので、数年ごとに集めたりとか、場合によっては市町村単位というよりも、この部分だけは二次医療圏にしましょうねとか、そういう細かな工夫はあってもいいかと思っておりますけれど、そういうのも含めて、今後、こういうことを公開し、医療機関、そして市民等が、県民が利用できるようにしていくということでございます。

ご意見のほうはいかがでしょうか。子宮がんは入っていないんだっけ。

○増田昌人委員

いわゆる８大がんの中には子宮がんは入っていないです。ただ、分析の中では、例えば検診に係る５種類のがんということで、プラス子宮頸がんに関しましては早期発見率とかは分析に既に入っています。

○大屋祐輔議長

分析のほうには出てきていますよね。ありがとうございます。

よろしいでしょうか。では、この方向で県のほうに要望を出していくということで進めたいと思います。ありがとうございました。

それでは次をお願いいたします。

４．院内がん登録をしている18施設がＤＰＣ－ＱＩに酸化することに対する要望について

○増田昌人委員

次が審議事項の４番になりまして、この部分に関しましては医療の質の評価に関してなんですが、先ほど皆さんにカラーの５枚の印刷物の中では「医療提供体制」の中の「④手術療法」「⑤放射線療法」「⑥薬物療法」にそれぞれの個別施策に含まれておりまして「標準治療を質が高く安全に実施する」ということに掛かっている３大療法のところの質の評価ないしは質を上げていくということに掛かっている領域であります。

具体的には、iPadの本文の122ページ、資料10をご覧ください。これを今現在、10年以上前から厚生労働省の委託事業として、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会、これは51の都道府県拠点病院が集まった会議体でして、そこの中に専門部会が３つありまして、その中の１つ、がん登録部会が毎年行っているQuality Indicator研究になります。そこでがん医療の質の評価を計測する数少ない全国レベルの事業です。「研究」と入っていますが、実態は事業となっております。現在、451ある拠点病院のうち、八十何パーセントがここに参加しておりますし、さらにそれ以外の国内を代表する病院が200ほど入っておりまして、全体として600弱の病院がこの事業に参加しています。

その中で沖縄県では院内がん登録を行っている。院内がん登録を行っていることと、あとＤＰＣ病院であること、２つが条件となっておりまして、現在、院内がん登録を行っている18施設の中で、ここには書き漏らしておりますが、ＤＰＣ病院は16施設になっておりまして、その中の11施設がこの事業に参加しています。ですので、参加していない５施設に対して、事業に参加していただけないかという要望を出したいということ。

もう１つは下から５行目なんですが、これはＤＰＣのＥＦファイルと、あと院内がん登録をオートマチックにリンケージすることによって、幾つかのQuality Indicatorを測定できるということなんですが、ただ、それはオートマチックでリンケージするものですから、個別の事情はわからないわけです。ただ、もし未実施にあった場合に、その理由を診療録から情報を採取して未実施理由の記載をすることによって、より実地臨床に則した評価を行うことも同時に並行してやっております。

それに関しては、沖縄県では今、３施設のみが参加しているので、沖縄県の院内がん登録プラスＤＰＣ病院の16施設全てがこの未実施理由を、カルテレビューをすることによっ

て行うことまで、そこまで参加していただけないかという、その２つをお願いしたいと考えておりまして、ここに提案いたします。

具体的には次のページ、どういうことがわかるかといいますと、ちょっと図が、青いグラフが入っているところなんですが、Quality Indicator研究というのは、具体的には標準治療が行われているかということを分析することになります。

１つの例なんですが、ＱＩ－Ｃ32というＱＩは大腸がんへの術後化学療法になります。これは分母としては組織学的にステージⅢと診断された大腸がんの患者に対して、標準治療としましては手術後８週間以内に標準的な補助化学療法を施行するというのが標準治療となっておりまして、それができているか否かを見るということになります。ですから、例えば患者さんが10例いたら、そのうち、ちゃんとやってきた症例が何例あるかということになります。

下のほうはダミーでつくったものなんですが、実際のものとはちょっと違いますが、自施設がどこに当たるかを見ることができます。例えば琉大病院が参加していますが、琉大病院の職員と参加施設は自分の病院の立ち位置は見ることができますが、お隣の病院の立ち位置を見ることはできません。この立ち位置というのは、ここに赤で示されたもので、この青の棒が全国の600弱の病院の成績ということになります。

これを見ることによって、自分の病院の絶対値を何パーセント、ちゃんと標準治療ができているかを知ることができますし、全国ではどこに当たるのかを見ることができるということで、これをフィードバックすることによって、例えば琉大ですと毎年１回、フィードバックをかけていることによって、それぞれ各診療科で個別に注意をお願いしていることによって、少しずつレベルも上がってきているということで、これを各病院でできるようになると。

これはＤＰＣのＥＦファイルを、もともと院内がん登録のデータというのは国立がん研究センターに提出しております。それにプラスして、ＤＰＣのＥＦファイルというのを、これは多分、数十分で出すことができますので、それを提出することでオートマチックに国立がん研究センターのほうが分析をしてくれるということなので、提出する数十分だけ頑張っていただければ、各病院にはそれ以上の負担はないので、そんなに難しいことではないかなと考えておりますので、ぜひ皆さんのご審議をいただいた上で、呼び掛けをしていただけるとありがたいです。以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。ＱＩの重要性はもう皆さん、ご存じと思いますので、呼び掛けるということで。あとは個別、呼び掛けのときにしっかりと説明をしてご理解いただくということが重要かなと思います。いかがでしょうか。これは呼び掛けるということで進めたいと思います。

次はがん専門家というか、「専門的な資格をもった医療者が少ないこと」。がんばかりではないんですが、この件について、また増田委員からお願いいたします。

５．専門的な資格をもった医療者が少ないことについて

○増田昌人委員

この部分に関しましては、皆さん、お手持ちのロジックモデルでいうと４枚目の「基盤」の中の「②人材育成の強化」の「必要な知識を身に付けた専門的人材が増加し、適正な配置を行う」というところに当たるものです。

また、先ほどの審議事項の４番と、これからお話しする審議事項の５番は１枚紙で表をお配りしているので、ここで先ほど埴岡先生がおっしゃった施策概要シートに落とし込んでいますので、後でまた皆さん、それを見ていただければと思います。

具体的には、医療部会と離島・へき地部会のほうで議論を続けていたんですが、かなり一部なんですが、専門的な資格を持っている医療者が少ないということが判明しました。これをどうしていくのかに関しましてはかなり議論があるということで、なかなかすぐには決めきれないんですが、取りあえずこの事実だけは皆さんに多く知っていただいたほうがよいかということで、今回、皆さんに説明をするのが１点。

もう１つは、沖縄県では県庁のホームページにありますように、26カ所の病院ががん医療をする病院として選定を受けています。そこの院長先生や副院長先生、病院幹部の先生方にも知っていただいて、かつその病院の中でもいろいろご検討していただくとかなりの病院が専門医を養成できるような病院ではありますので、そこを検討していただくということで、まずはそういう先生方に協議会のほうから「こういうことになっています」ということを知らせてはどうかということが話し合われました。

具体的には、先ほどのページから２ページ飛んでいただきますと、129ページになりますが、ここから現状があります。１つには、ここは今、外科のデータが入っていますが、外科専門医が、オレンジが沖縄県のデータ、グリーンが全国平均となっております。これは

人口比で割ったものなので、人口100万に対してのランキングを出しています。外科専門医も下から全体として35番目、消化器外科専門医が44番目、３階に当たります肝胆膵外科高度技能専門医が43番目ということでかなり低いものもありますので。

その次のページからはそれぞれ呼吸器外科、泌尿器科、放射線科、産婦人科、耳鼻咽喉科等のデータをお示ししておりますので。

各学会のホームページは名簿の一覧や人数の一覧は出していますが、人口比でのランキング等は出しておりませんので、今回、部会のほうでこのデータをつくって、かなりいろいろ考えさせられるデータですので、これを皆さんに知っていただくこと。あとは各院長先生方に知らしめるお手紙を出したいということで提案を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した。人口が減ってきていますので、医師の人数をこれ以上増やさなくて少なく誘導するという国の方向性ではあるんですけれども、こうやって専門家が少ないというところは、最初から少なければ、今後、増えなければさらに少なくなるということなので、非常に厳しいかなということで、危機感を持ってわれわれも、行政のほうも頑張っていっていただきたいなという気はします。

いずれもランキングで下のほうにある県はどこの専門医でも共通なんですよね、実はね。見ていただくと、もういつも出てくるのは沖縄県とどことどこと。青森県と茨城県とみたいな感じだと思うんですけど、これはわが国の構造的な問題では……。すみません。ただ、みんなで頑張ってできることをやっていきましょうよということで。

ご意見のほうはよろしいですか。情報を公開すると。ただ、これを、僕は沖縄県自身もここまで細かい分析をされたものはお持ちでないと思いますので、そういう面で医師確保の対策の担当のところにもぜひこの情報を差し上げて、一緒にやっていくということが必要かなと思います。

いかがでしょうか。先生、どうぞ。

○西原政好委員（沖縄県立宮古病院　外科部長）

宮古病院外科の西原と申します。私は消化器外科医ですので、本当に沖縄県は外科医が少ないのをひしひしと感じて、若手の外科医を獲得するのは至難の業なんですけども。

でも、先ほど言われたんですけども、沖縄県はもう島なので、ほかの県は、本土とかの県というと陸続きなので、いろんな病院とか選択肢が結構あるかなと思うんですよね、大学病院があったりとか。

ただ、外科医とか専門性のある医師を育成するには、もう医師の大学の初期……。特に琉大ですよね。大学の、いったら沖縄で働く医師を増やすような政策を今からどんどん考えていかないといけないと思うんですよね。

そのためには、今ある琉大の地域枠を増やして、その地域枠の中でも外科を専攻するような地域枠を選択すると。その辺はなかなか難しいかなと思うんですけれども、そういうところまで突っ込んで地域枠を増やして、沖縄県で働く医師を増やしていくこととか、今から考えていかないと本当にとんでもないことになる。外科医療を担う医師が本当に少なくなるんじゃないかというのはすごく心配なんですけども、その辺は大学とか、琉大がどのようにお考えでしょうかということをちょっと教えていただきたいんですけど。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。まさにおっしゃるとおりで、地域枠に関しては、ただ、来年からまた１人減らせと国は言っているので。

この感覚のギャップを国が全く理解できないらしいです。離島とか沖縄本島が……。沖縄本島ですら離島であるという事実を彼らは理解しないんですね。もう人口比と、あとは医療受療、それから医師の年齢構成でしか判断できない人たちなので、随分と今、申し上げてはいるんですけど、跳ね返されていると。

自衛策としては「地域枠」という名称ではなく「地元出身者枠」という名称でちゃんとつくってくださいと、国というか厚労省のほうから言われているので、その方向性をまずは取っていこうかというような話にしているところではあります。

また地域枠についても、実をいうと、沖縄県の地域枠は全部、県が奨学金を出しているんですよね。今の時点では財政と医療政策課で話してもらって、ある程度、出てはいるので、これを例えば30人としたときは30人分は出てこないので、奨学金なしの地域枠をつくることも１つの選択肢で、議論はありますけれど、まだ決定まではいっていないので、今回の声をしっかりと入試委員会、医学部のほうに伝えておきたいなと思います。

いかがでしょうか。実は消化器内科も少ないという話もあって。外科の先生は本当に今、大変ご苦労されているという現状がございますので。

こういうデータも、これを学生が見たときにどう考えるのかと。頑張ろうと思ってくれればいいんですけど、「大変そうだからやめる」と言われたら大変困るので、ちょっと出し方も考えながら見せていきたいなと思っております。いかがでしょうか。

それでは次にいきましょう。休憩ですね。50分からしたいと思います。休憩を７分間、よろしくお願いいたします。

（休　憩）

○大屋祐輔議長

それでは報告事項に入りたいと思います。報告事項１～２について、増田委員よりご報告のほうをよろしくお願いいたします。

報告事項

１．「第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会版）」の進捗について

○増田昌人委員

では、報告事項１番で、第４次沖縄県がん対策推進計画（当協議会版）の進捗についてご報告いたします。ページでいうと先ほどの次のページになりますので、142ページ、143ページという形になります。

１枚目が、とても字が小さくて申し訳ありませんが、ちょっと指で広げていただきますと、左上に「がんの予防」のページになりまして、次が、２ページ目が「がん検診」のページになります。時間の関係上、一つ一つを説明していきますと切りがありませんので、ざっと説明いたしますと、まず１つは、まだ結構、空欄が残っておりますが、緑で塗っているところがあるかと思います。そこの部分は大体、左側の実測値がないんですが、ちょっと広げていただきますと「７月末までに41市町村アンケート実施予定」と書いてあります。ちょっとずれ込んでおりますが、今月中に41の市町村に対しましてアンケート調査を行う予定になっております。それはベンチマーク部会で審議しておりますが、８月のベンチマーク部会で最終案を調整の上、41市町村にアンケート調査をかけて、具体的には、例えばここでありますと、全国がん検診従事者研修の基礎研修と実務研修及び指導者研修を修了した方々が何人ぐらいいて何パーセントなのかを、最終的に何パーセントかはこちらでまとめますが、何人ぐらいいらっしゃいますかということを各市町村にアンケート調査をしてデータを収集する予定でおりますので、11月のときにはここが埋まってくるかと思います。

もう２枚進めていただきますと今度は「医療提供体制」のページになっておりますが、ここも水色のところがあります。これは今月末までに各26施設に対してアンケートを実施する予定でおります。それで現在、アドバンスケアプランニングに関する院内マニュアル等を策定している施設の割合とか、各施設ごとのセカンドオピニオンをした件数とか、そういったものを施設アンケートをして調査する予定でおりますので、そちらも埋まってくるのではないかと思っております。

あとは、例えば今のページでいいますと右のほうですね。一番右の分野アウトカムは、各がん種ごとの５年生存率を示しています。ここに出しているのは院内がん登録によります５年生存率を示しております。全部位プラス８大がんについて、院内がん登録の項目によりまして、出せるものは少し細かくしておりまして、小細胞肺がんと非小細胞肺がんは分けて出していたり、あとは大腸、肝細胞、肝内胆管、胆のう、膵、胃、大腸という形で出しております。これらのところは最新データを全部出しておりますので、今、沖縄県のものは2010年から2015年の５年生存率を出しております。沖縄県のデータと全国値のデータと、一番右の列は最良県のデータになっております。なので、院内がん登録のデータでいいますと、全部位として沖縄県は60％ですが、全国値は66％、最良値の東京都は71％になっておりますので、全部位の、院内がん登録による５生率は10％の開きがあるということで、かなりの差があることがわかるかと思います。

最新データだけ出しておりますので､がん対策を考える上でこういったものがどの程度、今、良くなってきているのか、あまり変わっていないのか。あと、全国の中ではどういう立ち位置を占めているのかが、少なくともここからわかるのは最良値ではないということと、全国値以下だということはわかりますが、では、47都道府県中の何番目あたりになるのかということもわかりませんので、あと、それのトレンドがわかりませんので、今回、少しベンチマーク部会とがんセンターのほうで､そういう知識を持った会社と提携をして、グラフ化することを試みました。それで今、担当の方にネットでつなげておりますので、少し解説をしていただきますので、皆さん、前のスライド画面にご注目いただけますか。

渡部さん、この後、ちょっと解説をお願いいたします。

○渡部氏（株式会社ウェルネス）

わかりました。株式会社ウェルネスの渡部と申します。本日はよろしくお願いします。

増田先生からご要望があって、第４次沖縄県がん対策推進計画の協議会版のロジックモ

デルをもう少し使いやすいツールの形にして、先ほど増田先生からご紹介があったとおり、最新の値だけではなくて、過去のデータまでさかのぼって見ることができれば議論の役に立つだろう。そういうツールをつくってくれないかというご要望がありまして、このたび、作成をしております。早速ですけども、ツールについて説明したいので画面共有いたします。

表示されているのはエクセルのファイルですけれども、皆さんが資料でよくご覧になっている協議会版のロジックモデルによく似た形の四角い箱が線でつながった状態ですね。分野アウトカム、中間アウトカム、個別の施策というふうにつながっている、そういうロジックモデルで、分野別に「がんの予防」「検診」「医療提供体制」と７種類の分野ごとのロジックモデルにデータがくっついた形のエクセルのシートでございます。

今回、ツールで開発したのが、「グラフ」というボタンがありますね。これを押すと過去のデータが見られるようになるというものです。どこからいこうか。せっかくなので、「がん検診」のところをやりましょうか。検診種別ごとにがんを選択することができます。例えば大腸がんですと大腸がんの死亡率が表示されますし、胃がんを選択すれば、胃がんに関するさまざまな指標がロジックモデルとして表示されます。

例えば大腸がんですと、大腸がんの死亡率は、沖縄県は全国よりちょっと悪い。こういうときにロジックモデルをさかのぼって、では、中間アウトカムはどうだったのかという成績を見ていくわけですけども、そもそもがんの死亡率、男性の場合はこれまでどういう変化を遂げてきたのかを見たいときに、今まではさまざまなデータが入った表を見比べて、この年度のときはこうだったねというふうに見ていたわけですが、ツールがあると一発でわかると。「グラフ」ボタンを押していただくと、過去10年ぐらいの全国と沖縄県の大腸がん死亡率の変化が見て取れるようになるわけです。

そうすると、沖縄県は全国よりもちょっと死亡率が高い状態が、上がったり下がったりしながら。これだけだとわからないわけですね。そうすると「検診」のところに戻って、大腸がんの検診の精検の受診率なんかはどうだったのかを見ると。全国と沖縄を見ると、沖縄県は、現在は全国よりも精検受診率は悪いですねと。グラフを見てみると、ここの差もあまり全国と比べると縮まっていないように見えると。こういうふうに過去10年分近いデータを見比べながら、ロジックモデルでそれぞれ原因と結果のところを見ていくといろんなことがわかるんじゃないかというのがこのツールの肝になっているわけです。

ただ、残念ながら、10年分のデータがないケース、それからそもそもデータがないケー

スについてはグラフを表示させることができませんので、そういうのはボタンを押しても何も出すことができません。代わりに「グラフ」というボタンが付いているところは大体古いデータまで追えて、大腸がんの指針をどれほど守っているかという、市町村がどのぐらいあるかというところを見ることもできたりします。そういうのがさまざまな分野別にあると。

例えば「緩和・支持療法」の分野アウトカム。これは患者体験調査のやつですから、２回分、過去、まだ入っていませんけども、こんなふうにグラフが見られると。途中の間、そもそもデータがないところは空欄になっていて、そこはすみません。直線で埋めているというようなグラフです。

このように、もともと沖縄県の協議会版のロジックモデルというのはすごく優れていて、ロジックモデルは通常、指標とアウトカムの文字列が書いてあるだけのものがほとんどなんですが、沖縄県の場合は県と全国と、それから最良県とを比較しながら、現時点のものでどうなのかを見ることができますし、今回、増田先生のアイデアを実現することで、過去、どのような改善が見られたのか、見られていないのかというところまで追えるようになっている、そういうツールでございます。

現時点ではこの10年分のデータをさかのぼるところまでですけども、増田先生のアイデアとしてはこの後、過去、沖縄県が全国でどのぐらいの位置にいて、今、どうなったかというふうに、過去と現在の成績をもう少し比較するようなことができれば、より改善できた、できないがわかるんじゃないかということで、今、開発を進めているところでございます。

増田先生、こんなところで紹介、いかがでしょうか。

○増田昌人委員

どうもありがとうございます。補足しますと、今、もともとの「うちな～がんネットがんじゅう」の本協議会のホームページには、全国の全ての二次医療圏の公開データを集めたものは全部、公開していまして、例えば北海道の二次医療圏から沖縄の二次医療圏まで、全てのデータも出しているんですけど、いちいち、その過去10年分のデータも把握しているんですけど、なかなかいつもそれを「はい、じゃあ、去年のデータはこれ。おととしのデータはこれ」というふうにすると、部会でもなかなか議論がしづらかったので、グラフ化できるものは全部、渡部さんにご協力を得てグラフ化できるようにしましたので、また

これで各部会での議論がしやすくなると同時に、これは安定性を確認した上では「がんじゅう」のところで公開する予定でおりますので、皆さん、各病院で使っていただければと思います。何かご質問があれば、渡部さんがいる間に質問していただけるとありがたいと思いますが。

○大屋祐輔議長

いかがでしょうか。「自分で使ってみないとわからない」という意見も多いかと思いますけど。今回、次回でもまた質問があればいただくということにいたしましょうか。

○増田昌人委員

もしご要望があれば、私のほうにメールいただければ、取りあえずネット上で動くようにはなっていますので、お出しできると思いますので、メールでご連絡いただければと思います。以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございます。また今後、公開データが増えてきますと……。というか、これはこれでロジックモデルの評価ということなので、今後、そのデータについても見やすいような表示を考えていきたいと思っております。いかがでしょうか。よろしいですか。

それでは次にいきましょう。資料13で「医療者調査の解析結果について」、これは増田委員からお願いいたします。

２．医療者調査の解析結果について

○増田昌人委員

十数枚ほど進んでいただきますと出てくると思うんですが、資料でいうと167ページ、資料13をご覧ください。前回、本当にしょっぱなのところで、取りあえずの分析結果をお話ししました。今、中間評価ということで、現在の段階での沖縄県の医療者調査の中間評価につきましてお話をいたします。

対象は県庁で公開されている沖縄県におけるがん診療を行っている医療機関ということで、拠点病院が３つ、地域がん診療病院が３つ、及びそれ以外の医療機関が20ということになります。一応、対象の想定は医師が2,000人余り、看護師が7,000人余りで、薬剤師が

423人、医療ソーシャルワーカーがちょうど100人で、対象施設は以下の26施設になっております。

１枚めくっていただきまして、回答方法が、今年の３月15日から３月31日なんですが、実際には４月10日まで回答があったものを加えております。回答者の概要としましては、回答総数が1,274票で、うち2023年にがん患者に携わっていない方、同意のない方が316名いましたので、それを抜いた方の958名が回答者ということになります。勤務状況は以下のところで、二次医療圏ごとに分析ができるようにしておりますのと、勤務先が拠点病院か否かというところで見ておりますので、以下のような形になっています。灰色のセルはちょっと疑問があるところではあります。

次をめくっていただきますと年代が出ておりますが、男性が33%、女性が65%ということで１対２。年齢は20代、30代、40代が200人台で、50代まで大体同じようなんですが、60代が55人ということになっております。

回答の集計方法につきましては、時間の関係上、次のページにいきたいと思います。ここで、グリーンのものと赤とオレンジのもので出しておりますが、大きく選択肢のパターンがＡ、Ｂ、Ｃの３パターンありました。

Ａのほうは５択になっていて、25%刻みで回答をお願いしています。例えば痛みのモニタリング結果を主治医へ速やかに伝達していますか、どれぐらい伝達できていますかということで、０～25、26～50、51～75、76～99、100の５択にしております。それ全体を分析しておりまして、１つは代表とされる値を、例えば０～24だった場合は12ということにして、それで計算しますと実現率という形で、全体の総数の平均が、例えば10番ですと、痛みのモニタリング結果の主治医（チーム）への速やかな伝達をしているのが75%程度ということで、最多回答は75～99%のところに丸を付けた人が一番多かったということになります。

この形式でやったアンケートが20ぐらいありまして、高いもの、低いものがありますが、例えばここで、低いものでいいますと、ＡＹＡ世代の患者さんを拠点病院や県外の病院に紹介した率は35%と低い。あとは難治がんをそれぞれ、各食道がん、胃がん、大腸がんと沖縄県のほうで選定をしておりますが、そちらの病院に紹介した患者さんが37%とちょっと少なめですし、あと、希少がん患者さんを中部病院や琉大病院に紹介した率もちょっと低いです。あと、上のほうでいいますと、妊孕性温存療法が必要な患者さんへの説明割合が50%を切っていて、医療費の十分な情報提供も50%を切っているということで、この両

方も一番多く丸を付けた領域は０～24%のところに丸を付けた人が多いので、ここら辺が不十分だったということがわかるかなと思います。

赤のところでいいますと、ここはもっとパーセントが低くなっておりまして、就労状況に関する十分な情報提供とかアピアランスケアに関する十分な情報提供や患者サロン、ピアサポート、患者会に関する十分な情報提供、ゲノム医療に関する十分な情報提供、高齢がん患者への治療開始前の高齢者機能評価に対する情報が不十分だということがわかるかと思いますし、特に患者サロンの情報とかゲノム医療の情報、あとは高齢者機能評価に関しましては一番丸を付けたところが多いのは０％というところに一番丸が多く付いていましたので、ここら辺はまず低かったということです。

あとは５択ということで「とてもそう思う」「ちょっとそう思う」「どちらともいえない」「そう思わない」「全くそう思わない」という５択がパターンＣになっておりまして、医師のみに行ったもので「レジメン登録の遅延による投薬の遅れたことがあった」ということが、なかった回答が一番多かったんですが、全体として64.5%で、ここら辺は結構、かなり割れた数字が出ているかと思いまして、あと「県内におけるがん医療の集約化と機能分化ができている」ということでいいますと「できていない」側に回答した人が多かったということがあります。

また、次のページ、下から３行目、「医師への意見が自由に言えるか」ということでいうと13.9ポイントなのに対して、医師の側からすると「医師以外のスタッフの意見に耳を傾けているか」ということでいうと63.9ポイントなので、ここのところのギャップがあるかと思います。医師の側は「医師以外のスタッフの意見に耳を傾けているか」がだいぶ高いんですけど、逆に医師以外のスタッフからは「医師へ意見が自由に言えるか」が少ないというデータがあります。これは前回の８年前のデータも全く同じようなパターンを示していたので、これはもうちょっと詳しく分析をしていこうかと考えております。

なので、全体からわかることに関しましていいますと、ここにありますように、３行目ですね。いずれの回答もおおむね高いんですけど、職種横断的に全体を見ると主治医への伝達、主治医自身の対応は高い割合で実施されているものの主治医で不十分な患者への緩和ケアチームへの迅速な紹介に比較して不十分だったということですね。あとは医療費や妊孕性温存療法について低いと見られる点は留意すべきだということですね。

あとは、就労継続、アピアランスケアも低かったんですが、より低いのは、がん相談支援センターの紹介をするというパーセントが、これらのものよりもわずかですけど、より

低かったということなので、特に今、がん相談支援センターは都道府県拠点病院は義務ですし、地域がん診療病院も今から２年半後には義務になるわけですから、全ての患者さんががん相談支援センターを訪問することが義務になるわけですから、ここら辺は気を付ける必要があるのかなと。

あと、ピアサポート、がんゲノム医療に関して、情報提供が低いところが特筆されるということです。あと、リハビリテーションは意外と結構多かったということ。あと、高齢者機能評価の最多回答が０％なので、明らかに普及されていないことがわかるかと思います。

以上、幾つか文章をつくっていまして、その次からが個別の細かい生のデータの一覧表になりますのでご覧いただければと思います。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。何かご質問、ご意見はございますでしょうか。今後、良くなっていくということを期待して､引き続き課題について考えていければと思います。

それでは次にいきましょう。患者会からの報告になります。まずは与儀委員のほうからお願いいたします。

３．患者会よりの報告

（１）与儀委員報告

○与儀淑恵委員（ＮＰＯ乳がん患者の会　ぴんく・ぱんさぁ　代表）

ＮＰＯ乳がん患者の会ぴんく・ぱんさぁの与儀と申します。患者会の活動報告をさせていただきます。

まず５月18日に、あなたとブレストケアを考える会「With you～OKINAWA」が開催されました。このプログラム終了後に、ぴんく・ぱんさぁ主催の患者懇親会を開催。今年も県内各地から患者約80名と、それから医療者が一緒に集いました。

宮古、石垣から参加したメンバーがその懇親会では自分たちの患者会の活動報告をし、その後に石垣のメンバーはマミドーマー、宮古のメンバーがクイチャーを披露してくださり、会場は大盛り上がりになりました。右の写真が石垣のメンバーの写真です。

今年、私たちＮＰＯ乳がん患者の会ぴんく・ぱんさぁは25年目の活動に入りました。発足当時、県内の患者会でネットワークをつくり、みんなで活動しようと始まった活動です

が、発足当時は自分が乳がんであることを周りに伝えられない人が少なくありませんでした。でも、今は約20年がたって、私も20歳、年を取ったわけですが、時代とともに、今は自分の体験を語りながら、告知を受けた人を励ましてあげたい、また乳がん検診の大切さを伝えたいという人が増えてきました。

その中で私たちは、まず、その活動をする中で、乳がんの基本的知識を身に付けようと、2020年から認定ＮＰＯ法人乳房健康研究会の認定するピンクリボンアドバイザーサテライト試験を沖縄県で実施しています。去年は石垣で実施し、ピンクリボンアドバイザー認定試験に合格したメンバーがピアサポート養成講座を修了し、その中の若いメンバーたちがヨガ教室などで自分たちの体験を話すお話会の活動を始めたりしています。

また、宮古では毎月、定例会がコロナ明けに再会されたんですが、４月13日に定例会があるということで、私も懐かしいメンバーに会いに参加してきました。その中で宮古のメンバーから出たことは「自分たちも乳がんについて勉強したい」という話が出て「それではピンクリボンアドバイザーサテライト試験をやりましょうか」ということになり、現在、教材を基に勉強会を進めております。このピンクリボンアドバイザーの勉強会の良いところは、その試験に向けて、例えば石垣でしたら11カ月間、みんなでオンラインとかを通しながら勉強会を毎週毎週やっていたんですね。その中で一人一人のつながりができてきて、共に活動ができるようになったように思います。

来年の１月12日に宮古で試験を実施することが決定しました。それでまた本島でも受けたいという人たちが増えて、宮古の試験の前日、11日に那覇でもピンクリボンアドバイザーサテライト試験を実施することになりました。

それで、この患者さんや患者会が活動していく中で私がとても気掛かりになっていることが、患者さん、また患者会の皆さんの心のケアの問題なんです。乳がんの場合は、自分が治療中でありながら、周りの方を励まし続けてくださっている方もたくさんいらっしゃいます。またそういった方々の心のケアを、これからまた先生方と一緒になりながら支えていけるような体制ができたらなと思っております。

以上で報告を終わらせていただきます。ありがとうございました。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。随分と長くというのもおかしいですけど、しっかりと取り組んでいただいていますし、今後の発展を祈念しております。

いかがでしょうか。ご質問等ございましたらお願いいたします。よろしいですか。

では、次、田盛委員のほうからお願いいたします。

（２）田盛委員報告

○田盛亜紀子委員（やいまゆんたく会（八重山のがん患者を支援する会）　会長）

委員の皆さま、事務局の皆さま、お疲れさまでございます。ページ196となりますが、八重山のがん患者を支援する会の活動をかいつまんでご報告申し上げます。

毎年５月開催が恒例となっておりますが、令和６年５月11日に会の令和６年度定期総会を開催いたしました。令和５年度決算報告、６年度の予算及び各種議案等の審議、会の抱える課題等について話し合ったのですが、コロナのための４年間の休会で、今年、活動を再開したものの、会員数の減少と会への参加者の減少が一大課題となっているところでございます。コロナ禍前の活発な活動を行うためには会員数の増員をいかに図ればいいのか、会員皆さまのご意見をいただければ幸いに存じます。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。いかがでしょうか。また今後も含めて活動報告ということでいただいたところですけれども。もう本当に継続的に八重山・宮古もやっていただいているということで、引き続きまたお願いしたいと思います。よろしいでしょうか。

次にいきます。島袋委員からお願いいたします。

（３）島袋委員報告

○島袋希美委員

若年性がん患者会「Be Style」令和６年度の活動報告をさせていただきます。今年、2024年３月の患者会の後にぴあナースの看護師と共に本年度の活動方針を話し合いました。患者会の会費をなるべく低く、もしくは無料で開催できないかと模索中です。これまでの患者会はカフェの個室をお借りして行っていましたが、金銭面が厳しい方にも気軽に参加できるように患者会のスタイルを変えていこうと、先月の患者会からはレンタルスペースを利用しています。お金のことを気にせず、つらい治療や不安の中でも少し息抜きができるような、そういう時間や機会をつくりたいと思っています。

先月の患者会では「入院中で、ちょっと参加したかったんですけど、行けませんでした」

というメッセージをいただいて、対面での患者会が一番良いと思っていたんですけれども、Zoomを使っての患者会も今後、定期的にやっていったほうがいいかなという考えに至っております。

また、今年のリレーフォーライフは沖縄国際大学にて行われるということで、子どもや学生さんも参加できるような、そういうチャリティープログラムを考案中です。以上です。ありがとうございます。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。さまざまな取り組みを引き続きどうぞよろしくお願いいたします。

次は又吉委員のほうから、どうぞよろしくお願いいたします。

（４）又吉委員報告

○又吉賢弘委員（がん経験者）

又吉です。よろしくお願いします。私は高校２年生のクラスでがん教育の外部講師としてお話しする機会がありました。今回はその講話内容の紹介とともに、本協議会の皆さんへお願いしたいことがあり、10分の時間をいただきましたので、がん経験者の立場でお話しいたします。

資料14-（４）ですが、画面は出ていますでしょうか。テーマは「ハイリスクアプローチ」です。次のページから、左上にページ番号を打っております。

１ページを開いてください。講話の前半は、自分のがん治療についてお話しします。

２ページを開いてください。次に世界長寿地域宣言の紹介をして、沖縄のがんの状況について、さまざまな統計データを使ってお話しします。がん検診の適齢期に至ったとき、率先して受診するように呼び掛けるのが目的です。

琉球新報の今年２月５日の論壇から紹介します。この点に対して、医療界からの発言は初めてではないでしょうか。「長寿県はいまや瀕死状態」と現状を憂慮する発言です。

３ページをご覧ください。この先、どこまで落ちるのでしょうか。何でそうなったのでしょうか。沖縄県の死因のトップはがんによる死亡です。

４ページを開いてください。年代別の死亡数・割合です。40～64歳の働き盛りは全国値の３割増しの状況でハイリスクといえるのではないでしょうか。

下のスライドは、40～64歳代の死亡数・割合の時系列です。破線、点線の全国値が着実に減少しているのに対して、沖縄は足踏み状態といえそうです。

５ページを開いてください。がんの発見経緯を全部位で見ると、がん検診・健康診断・人間ドックによる発見は２割以下です。検診以外で発見されたがんの５割以上に転移が見られます。

６ページをお願いします。沖縄県がん対策推進計画の令和４年の報告では40％前後の受診率を示していますが、これは検診実績ではなく、国民生活基礎調査のアンケート結果です。過去６回の調査結果の受診率を見ると全国値が漸増、だんだん増えているのに比べ、沖縄県の2013年以降は足踏み状態です。

下のスライドは、市町村で実施しているがん検診の受診率で、いずれも25％に満たない状況。さらに65歳以上と未満の受診率の差は明らかです。

７ページをお願いします。平成30年に「職域におけるがん検診に関するマニュアル」が発表されました。「職域におけるがん検診は法的根拠がなく、保険者や事業者が福利厚生の一環として任意に実施している」と述べています。このマニュアルや健康経営の呼び掛けなど外堀を埋めるのではなく、法的根拠を確立したほうが良いのではと思うのは私だけでしょうか。

大阪国際がんセンターが下のスライドの右側のグラフを報告しました。赤い棒は市町村国保の受診率ですが、先ほどの地域検診のデータと類似し、他を含めた全体の平均値が国民生活基礎調査のデータと近似します。

左側は数年後に就職するかもしれない高校生に国民皆保険制度について説明したものです。

８ページをお願いします。上の右側のグラフはがん対策に関する世論調査の平成28年と令和５年のデータを比較したものです。「受ける時間がないから受けない」の答えは１位から２位へ、「費用がかかるから受けない」の答えは４位から１位へ変化していますが、未受診の理由は経済的な問題が主な理由だとわかります。

下のスライドは平成20年と古いデータですが、沖縄は市町村国保と協会けんぽでほぼ８割を占めています。私は30年以上、人間ドックを受診していますが、受診者に高齢者を見ることは少ないです。人間ドックの受診者は各種医療保険の働き盛りが分散して受診していると考えられます。

９ページをお願いします。大阪府がん診療連携協議会は、がん患者における医療保険の

種別と検診発見がんと早期がんの割合について、ＤＰＣデータを活用して報告しています。下のスライドは、沖縄県がん診療連携協議会の報告です。「ＤＰＣデータと院内がん登録のデータをリンケージ」と明記しています。

この場において、がん経験者として、皆さんにお願いがございます。大阪府の協議会の報告と同様の作業を実施して、沖縄県の働き盛り世代をがん対策におけるハイリスクグループとして捉え、その状況を明らかにして、長寿県沖縄の復活へ向けた足がかりを築いていただきたい。

10ページをお願いします。上の表は従業員数を比較したものです。100人未満の事業所に勤める雇用者の全雇用者数に占める割合が、全国が約４割に対して沖縄は６割近い。従業員数の少ない事業所は経済的な体力が弱く、受診率が低くなる可能性を予測します。

さらにがん対策に関する世論調査のがん検診に受けない理由の１位と２位は受診者の経済的な問題でした。沖縄のほとんどの事業者は協会けんぽの被保険者であり、従業員規模に応じてがん検診の受診率がさらに偏る可能性があります。

下のスライドは「うちなー健康経営宣言」についての協会けんぽ沖縄の報告です。沖縄県や県医師会の名前も存在しています。従業員規模に応じたがん検診の受診率を明らかにするために、この活動の協力が必要です。

11ページをお願いします。協会けんぽ沖縄のインセンティブ制度の紹介です。緑色の楕円の内側に「５大がん」の文字が見えます。このような活動と連携して、がん対策のハイリスクアプローチを実行力のある手段として確立するためには、関係各機関への働き掛けが必要です。本協議会の使命ではないでしょうか。

以上です。ありがとうございました。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。貴重なご意見で、背景も含めて、沖縄県でなぜこうなったのかということもいろいろ考察いただいて、医療者として解析している認識と非常に一致しておりまして、しっかりとやらないといけないというところはまさにご指摘のとおりではないかなと思います。

ご質問、ご意見はいかがでしょうか。ありがとうございました。

それでは次に各施設の委員より報告をお願いしたいと思います。まずは「ロジックモデルの位置づけ」というところを最初に、これは増田先生かな。212ページのご説明をいただ

いた後、琉大病院の説明に引き続き進めていただくということで、よろしくお願いいたします。

４．各拠点病院が取り組んでいるがん対策について

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

（２）各病院の状況

①琉球大学病院

○増田昌人委員

報告事項の４番は、各６つの拠点病院の現在取り組んでいるがん対策についての報告です。まず最初に、又吉委員の次のページが212ページになっておりますので、そこからロジックモデルが続いておりますが、この赤文字で書いてあるところが今回、各病院で取り組んでいる項目になりますので、今日は時間の関係上、細かい説明はしませんが、今、10枚ぐらい進んでいただきますと、かなりのいろんな分野について各病院が取り組んでいることがわかるかと思います。

琉大病院の取り組みに関しましては227ページに一覧表を付けております。特に今は高齢者機能評価を院内で実際に根付くように、がんセンターが関わっている全ての委員会でたびたびお願いをしていることが１つ。

もう１つが相談支援センターに、現状としては琉大病院だけが義務化されて、必ず治療の開始までに訪問することがまだ達成できていないものですから、その点をがんセンターが関わる全ての委員会のほうで全診療科にお願いをしていると。ここら辺が今、重点事項で取り組んでおります。琉大病院からは以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。それでは北部地区医師会病院からよろしくお願いします。ご質問は６つが終わってからいたしたいと思います。

②北部地区医師会病院

○柴山順子委員（北部地区医師会病院　副院長兼看護部長）

北部地区医師会病院の柴山でございます。院長が本日、欠席となっておりますので、ご報告させていただきます。

当院での取り組みに関しては、前回、報告させていただいたことの継続という形にはなりますけれども、自殺対策に関してマニュアル等を電子カルテから確認ができるようにしていたり、妊孕性温存だったり、ゲノム解析の依頼等に関しても電子カルテからすぐに確認ができるように、医師が見たいときに見られるようにという形で取り組みが進められるようにしています。

あと、特記するのは、がん相談支援センターのスタッフの強化という形で、研修修了者を増やしたりという形で、今、引き続き進めている状況になります。以上で報告とさせていただきます。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。次は中部病院、お願いいたします。

③県立中部病院

○朝倉義崇委員（沖縄県立中部病院　血液・腫瘍内科部長）

中部病院の朝倉です。資料をご覧いただきたいんですけれども、赤字のところが特に改善した、取り組んでいるところですが、１つ、ゲノム解析に関して、５月から他院からの受け入れを開始していまして、昨年度は22例ぐらいやっているんですけれども、特に最近はゲノム解析をしないと使用できないお薬等が固形がんでありますので、そういったことに対して、県内の患者さんが困らないように受け入れを進めていきたいと思います。

それに伴って、連携病院の宮古病院、八重山病院ではゲノム解析の説明をしていること等ありますし､あと､ゲノム解析においては遺伝に関する情報も問題になってきますので、遺伝センターを立ち上げるためにカウンセラーの方を雇用したり、センターの準備を整えているところであります。

また、放射線治療が老朽化で更新が必要でして、その間に関しては放射線治療を休止することになりますので､こちらに関しては琉大病院や中頭病院､沖縄病院をはじめとして、周辺の病院に協力をお願いして進めているところです。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。次は那覇市立病院、お願いいたします。

④那覇市立病院

○宮里浩委員（那覇市立病院　副院長）

那覇市立病院の宮里です。当院も同じく、進んだところを赤字で書かせていただいています。大きなところはロボットの導入が済んで、実際の臨床で症例を重ねているところです。

それから臨床倫理カンファレンスの定期開催に関して少し課題があったので、きちんと月１回開催できるように体制を変えました。

それから先ほども出ていましたけれども、高齢者の機能評価に関してはやっぱりかなり苦戦をしているので、そこに対しても院内体制を少し再構築をしようということを、今、取り組んでいるところです。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。それでは宮古病院、お願いいたします。

⑤県立宮古病院

○西原政好委員（沖縄県立宮古病院　外科部長）

宮古病院外科の西原ですが、この記載の赤で書いてあるところ以外に進捗していることをかいつまんで報告させてもらいますと、今年度より、人材獲得なんですけれども、鳥取大学と南東北と外科専門研修プログラムを組みまして、来年度は３名の外科医を獲得できたということで、これで今の標準治療をずっと外科はできるかなと考えています。

あと、甲状腺疾患とか乳腺とか専門性のある診断・治療に関してなんですけども、なかなか沖縄県でドクターの派遣等は難しいということで、東京の伊藤病院と連携を組むことによって、２カ月に一度、甲状腺の診断・治療と甲状腺がんの手術をやっていただけることが決定しまして、これでちょっとほっとしているんですけども。

あと、乳腺の診断なんですけども、診断については僕の出身大学の阪大や兵庫医大等あたりで乳腺の診断・治療できるような先生の診療、それができるように、今、一生懸命、頑張っているところです。

あと、直腸がんに対してなんですけど、今、ロボット手術が標準化されているんですけども、うちはロボットとかないんですけども、そのような患者さんに関しては、沖縄県の友愛医療センターとオープンシステムを利用して、患者さんと当院からの主治医を友愛医

療に派遣して、患者さんは最先端の医療を実践していただけるということと、それと専攻医が最新のロボット手術を実際に目の当たりにできるということで、これは一石二鳥かなと思っていますので、今後ともこういう連携を組んで頑張っていきたいと思います。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。次は八重山病院、お願いいたします。

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。2024年度のがん対策についてご報告します。黒で書かれているのは前回に提示したもので､赤で書かれたのが今回､進捗状況が変わったものであります。

その中で、がん検診においては一応、二次検診の受け入れを表明していませんでしたけど、子宮がん検診については登録を希望しております。

それと、ｉｒＡＥ委員会は月１回開催できております。

「共生」の部分では、オンラインのセカンドオピニオンを実施しました。

それと、前回、施行見込みのあったアピアランスケアのほうですが、６月27日の議会の議決によりまして予算が通りましたので、８月からアピアランスケアの開始を予定しております。

あと、患者会の定期的な開催も行っております。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。それぞれの病院で、ロジックモデルとも関係しつつ、いろんな取り組みを行っていただいて、ご報告をいただいたところです。

いかがでしょうか、何かご質問ございましたら。よろしいですか。ありがとうございます。

それでは次は報告事項で５、６、７と。大腸がん死激減プロジェクトの進捗状況、それから地域統括相談支援センターの活動報告、厚生労働省のがん関連審議会及び各種会議の報告は書面ということで、時間の関係上もございますので書面ということにさせていただきます。

紙面報告

５．大腸がん死激減プロジェクトの進捗状況について

６．沖縄県地域統括相談支援センターの活動報告について

７．厚生労働省におけるがん関連審議会及び各種会議

（１）第60回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会　予防接種基本方針部会

（２）第20回全ゲノム解析等の推進に関する専門委員会

（３）第42回がん検診のあり方に関する検討会

（４）第8回がんとの共生のあり方に関する検討会

（５）第6回新たな地域医療構想等に関する検討会

○大屋祐輔議長

１点だけ、18-（５）新たな地域医療構想等に関する検討会が今年から始まっております。現在、今年度から第８次医療計画がスタートしておりますが、これはこの次に何をやっていくかを検討する会で、私がこの全国組織の委員をさせていただいているので、ほんの１枚だけ、752ページをご覧いただければと思います。

何をやっているんだと、次の医療計画で何が行われるのかというところで、現在は2025年をターゲットとして医療計画が行われてきたので、次は2040年の医療状況を考えながら、医療提供体制やさまざまな医療、資源のことを考えていくことになっています。

この中で今回、大きくこれまでと違うところは、真ん中の「主な課題」の丸の３番目、「医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上が増大する中」というところで「在宅を中心に入退院を繰り返し最後は看取りを要する高齢者を支える医療を提供する必要。その際、かかりつけ医機能の確保、在宅医療の強化、介護との連携強化等が必要」というところで、当然ながら、そのほかのところにも実は書いてあるんですけれども、地域ごとに異なったり、都会と過疎地で異なったりというような現状を反映した形での取り組みを都道府県が、これは都道府県に指示していることなんですけれども、考えていきなさいと。医療者と共に、そして県民・住民と共に考えていきなさいということがうたわれておりますので、今後は高齢社会を迎えてというところが強調されているというふうに理解……。がん対策においても、在宅、それから緩和ケアが今日も話題になっておりましたけども、それについてもしっかり進める必要が出てくると。がん対策基本法とがん対策推進計画が、これにの

っとって、今後はまたつくられるということでございます。

それでは部会報告に移りたいと思います。次は医療部会報告ということで、先ほど申し上げましたけれども、今日は部会長が欠席のため、増田委員からご報告いたします。

部会報告事項

１．医療部会

○増田昌人　医療部会長代理

有賀部会長が欠席のため、私が代わりで報告させていただきます。資料19、864ページまで飛ぶものですから、一番下の行の一番右、本のマークをしたところをタッチしていただくと資料番号ごとに飛べるようになっていますので、それを使っていただければと思います。

６月に今年度第１回の医療部会が開かれております。特に今日、提案させていただきました本年度の部会の重点事項で、専門医資格を持った医療者の養成とその適正配置の方法論について、みんなでディスカッションして、取りあえず今日、出したのは、まずは事実を知っていただこうということで、今日、提案させていただいております。

めくっていただいて、院内がん登録をしている18施設がＤＰＣ－ＱＩに参加することについてということで、これも働き掛けようということになりまして、今日、提案をさせていただいております。医療部会からは以上になります。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございます。ご質問等はございますか。

次は緩和ケア・在宅医療部会からの報告をお願いいたします。この件も増田委員からご報告いただきます。

２．緩和ケア・在宅医療部会

○増田昌人　緩和ケア・在宅医療部会長代理

部会長の笹良先生が急きょ来られなくなったということで、私が代わりに報告します。

２枚めくっていただきまして866ページからなんですが、まず研修ワーキングなんですが、主にこれは、研修ワーキングとしては、緩和ケア研修会の計画について、例年どおりに活動しております。

２枚めくっていただきまして在宅ワーキングなんですが、特に今回、提示しました協議会版の指標の選定と測定について、皆さんでどういう指標が……。幾つかの部分に関しましては指標が選定できていない部分につきまして、今、議論を重ねているところであります。

もう２枚めくっていただきまして、870ページが緩和ケア・在宅医療部会の議事要旨となっておりまして、特に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のことと、緩和ケアマップの新規掲載依頼先について、全体として話し合っているところであります。緩和ケア・在宅医療部会からは以上です。

○大屋祐輔議長

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

３．小児・ＡＹＡ部会

○浜田聡　小児・ＡＹＡ部会長

小児・ＡＹＡ部会から報告させていただきます。資料は21となります。

報告としましては、がん教育として教育サポートセンターとの協力で、現在、行っているんですが、外部講師がやっぱり財源確保して、交通費とか謝金とかがないということで、なかなか今、課題であるということをお話しされていました。

あと、協議事項としましては、ロジックモデルで今、指標を埋めているところでして、だいぶ南部医療との連携で、臨床試験とかも含めて、がんの患者さんの成績は上がってきているんですが、治療をしながらの学業の継続とか治療終了後の進学とか就職の支援を行う上で、森川の先生とも今後、どのように活動していくかということを、今後、協議していきたいと思います。

あとはＡＹＡサポートチームの構築。これからの話を進めていく段階です。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。次に進めたいと思います。離島・へき地部会は今回、報告なしということで、情報提供・相談支援部会報告となります。友利部会長、お願いいたします。

報告なし

４．離島・へき地部会

５．情報提供・相談支援部会

○友利晃子　情報提供・相談支援部会長

琉球大学病院の相談支援センターの友利です。資料は22、875ページからになります。

年度末と年度初め、２回分、議事要旨を載せております。主な協議事項はロジックモデルを基にした次年度の部会計画とがん相談の実務者研修会の企画についてでした。５年ごとに部会計画は見直していて、今年がちょうどその見直しの時期でしたので、全部で５つあるんですが、大きく新たに入れた点が２つ。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っていただくようなシステムを構築するところと、がん患者の疎外感の解消や、がんに対する偏見の払拭ができているところが部会の計画に加わりました。

相談に立ち寄るシステムについては、各病院での好事例を共有しながら、それぞれの病院で事情とかペースがあるので、共有しながら体制構築を図っていく段階です。

ピアサポートとかがん患者の疎外感の解消や偏見の払拭については、各拠点病院の患者サロンの開催や地域でのセミナーを企画しており、去った７月13日には中皮腫の患者会の方に声を掛けていただいて、中皮腫の沖縄セミナーを県立図書館で開催しました。中皮腫の闘病生活20年を迎えた患者さんをはじめ、医師やソーシャルワーカーが講演を行い、二部構成で、二部では患者さん、参加されている方も含めて座談会をしまして、そちらには増田先生にもご参加をいただきました。約30名の県内外の患者さま、ご家族で、関係者の参加がありまして、単独のがん種のセミナーとしては大盛況でした。

相談員の質を担保するため、毎年開催している研修会について、今年度は特に非拠点病院との連携を意識した研修企画のワーキンググループを設けています。がん相談員の要望に応えられるように、学びたい内容について事前にアンケートを実施しまして、希望の多かった研修内容の実施に向けて、県拠点と地域拠点合同で企画運営をしています。第１回目は９月28日に那覇市立病院でアピアランスケアに関して研修を開催予定です。報告は以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。次はベンチマーク部会、増田部会長、お願いします。

６．ベンチマーク部会

○増田昌人　ベンチマーク部会長

資料23、883ページをご覧ください。ほかの部会は基本的に年４回のペースなんですが、ベンチマーク部会は基本的に毎月開いておりまして、特に医療者調査の分析及び協議会版のがん計画の指標の収集と分析を毎月行っております。

また、先ほどご覧いただいた分析の、皆さんにわかりやすいようなツールの開発等をしております。

また、このベンチマーク部会は現在及び過去に厚労科研の研究の班長が３人入っていることもありまして、今回は国立がん研究センターの企画戦略局次長の鈴木先生をはじめ、国のがん計画の今後の分析をどうしていくかについても意見を求められたということがありまして、そういう活動を現在しております。以上です。

○大屋祐輔議長

どうもありがとうございました。部会報告は以上となりますが、この部会報告を通して、何か委員のほうからご質問等があればお願いいたします。どうしても後半になるとみんな疲れてくるんですね。なかなか質問しづらいという状況もありますが、非常に盛りだくさんではありますけれども、貴重なご意見、そして情報提供があったかなと思っております。

それではこれで終了しますけど、増田委員から一言。

○増田昌人委員

１つアナウンスなんですが、次回の11月８日の第３回協議会では、ベンチマーク部会の委員であり、かつ国立がん研究センターのがん登録センター長やがん政策部長を歴任して、現在、東大の公衆衛生の教授に今、移られました東教授の講演を冒頭30分、いただく予定です。この東大の公衆衛生の教室は今後、医療政策を検討する、研究する、及び国に対して提言していくという新しい試みの、公衆衛生の教室がリニューアルして、そういう形になったということで、今後、日本の医療政策をどういうふうにつくっていくか等に関しまして、東先生からお話を聞けるものかと思いますので、よろしくお願いいたします。私からは以上です。

○大屋祐輔議長

ありがとうございました。ただいま次回の予告がございましたけれども、ぜひ次回もご参加していただければと思います。

本日はお疲れさまでした。ありがとうございました。

沖縄県がん診療連携協議会委員 令和6度名簿 （任期：令和6年4月1日～令和8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	川満　博昭	変更	かわみつ　ひろあき	沖縄県立宮古病院	病院長	地域がん診療病院の病院長
5	3	和氣　亨	継続	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	田名　毅	変更	たな　たけし	沖縄県医師会	会長	沖縄県医師会長
8	5	米須　敦子	継続	こめす　あつこ	沖縄県歯科医師会	会長	沖縄県歯科医師会長
9	6	前濱　朋子	継続	まえはま　ともこ	沖縄県薬剤師会	会長	沖縄県薬剤師会長
10	7	平良　孝美	継続	たいら　たかみ	沖縄県看護協会	会長	沖縄県看護協会長
11	8	（役職対象者なし）	継続（H31.4～役職対象者なし）		沖縄県	政策参与	沖縄県政策参与
12	9	糸数　公	継続	いとかず　とおる	沖縄県保健医療介護部	保健医療介護部長	沖縄県保健医療介護部長
13	10	増田　昌人	継続	ますだ　まさと	琉球大学病院がんセンター	センター長	琉大病院のがんセンター長
14	11	鈴木　幹男	継続	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	天願　俊穂	変更	てんがん　としほ	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	継続	にしはら　まさよし	沖縄県立宮古病院	外科部長	地域がん診療病院から2名
24	17	本仲　寛美	変更	もとなか　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	継続	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	名嘉　律子	変更	なか　りつこ	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	継続	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	又吉　賢弘	変更	またよし　やすひろ	–	–	患者関係の立場の者
32	18	島袋　希美	変更	しまぶくろ　のぞみ	若年性がん患者会 Be Style	–	患者関係の立場の者
33	19	天野　慎介	継続	あまの　しんすけ	一般社団法人グループ・ネクサス・ジャパン	理事長	有識者
34	19	埴岡　健一	継続	はにおか　けんいち	国際医療福祉大学大学院	教授	有識者
35	19	松永　勝利	変更	まつなが　かつとし	琉球新報社	総務企画局 局付局長	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	継続	といた　たかふみ	沖縄県立中部病院	放射線治療科部長	琉大の病院長が必要と認める者

令和6年度 沖縄県がん診療連携協議会幹事会委員一覧

申合わせ条項	要項条項	氏名	所属	役職	備考
1	10	増田　昌人	琉球大学医学部附属病院がんｾﾝﾀｰ	センター長	琉大病院のがんセンター長
2	16	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	喜舎場　健太	沖縄県保健医療介護部	医療介護統括監	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	知念　芳和	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）

2024/9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	地域がん診療病院
新里　雅人	沖縄県立宮古病院	医療部長	**地域がん診療病院**
外間　早紀子	沖縄県保健医療介護部健康長寿課	主査	沖縄県
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
金城　達也	琉球大学大学院医学研究科	准教授	
安次嶺　宏哉	沖縄協同病院	腫瘍内科	沖縄協同病院
増田　昌人	琉球大学病院	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

医療部会　地域連携ワーキング

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

医療部会　薬物療法ワーキング

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

緩和ケア・在宅医療部会

氏名	所属	役職	備考
中村　清哉	琉球大学病院	緩和ケアセンター副センター長	都道府県がん診療連携拠点病院
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
友利　寛文	那覇市立病院	外科総括部長	地域がん診療連携拠点病院
安座間　由美子	沖縄県立中部病院	地域診療科医師	地域がん診療連携拠点病院
屋良　尚美	沖縄県立中部病院	がん相談支援センター看護師	地域がん診療連携拠点病院
田仲　斉	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
川田　聡	沖縄県南部医療センター・こども医療センタ	精神科部長	緩和ケア研修会開催病院
田場　純子	沖縄県保健医療部健康長寿課	主査	沖縄県
名嘉眞　久美	キャンサー・グリーフおきな和	事務局	患者関係者
増田　昌人	琉球大学病院がんセンター	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

緩和ケア・在宅医療部会　研修ワーキング

氏名	所属	役職	備考
中村　清哉	琉球大学病院	緩和ケアセンター副センター長	都道府県がん診療連携拠点病院
友利　寛文	那覇市立病院	外科総括部長	地域がん診療連携拠点病院
安座間　由美子	沖縄県立中部病院	緩和ケア・地域診療科	地域がん診療連携拠点病院
田仲　斉	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
国吉　史雄	ハートライフ病院	外科副部長	緩和ケア研修会開催病院
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	一般社団法人OHS沖縄往診サポート	代表理事	
神山　佳之	南部医療センター・こども医療センター	地域医療科副部長	緩和ケア研修会開催病院
田場　純子	沖縄県保健医療部健康長寿課	主査	沖縄県
増田　昌人	琉球大学病院	がんセンター長	事務局
中川　裕	豊見城中央病院	外科医師	緩和ケア研修会開催病院
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

緩和ケア・在宅医療部会　在宅ワーキング

氏名	所属	役職	備考
金城　隆展	琉大病院地域医療部	臨床倫理士	都道府県がん診療連携拠点病院
長野　宏昭	いきがい在宅クリニック	院長	
東恩納　貴子	那覇市立病院	看護師	地域がん診療連携拠点病院
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
嶺井　朝美	北部地区医師会病院	緩和ケア専従看護師	地域がん診療病院
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
城間　忍	訪問看護ステーションはえばる	管理者	
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
仲地　佐和子	琉球大学病院	第二内科講師	都道府県がん診療連携拠点病院
銘苅　桂子	琉球大学病院	周産母子センター　部長　教授	都道府県がん診療連携拠点病院
當銘　保則	琉球大学病院	整形学科学講座准教授	都道府県がん診療連携拠点病院
喜納　綾乃	琉球大学病院	小児科看護師長	都道府県がん診療連携拠点病院
大畑　尚子	沖縄県立中部病院	産科　部長	地域がん診療連携拠点病院
林　絹子	沖縄県立中部病院	腫瘍・血液内科　医員	地域がん診療連携拠点病院
比嘉　猛	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	小児科部長	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
伊良波　史朗	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	放射線科副部長	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
屋　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
親富祖　しのぶ	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	化学療法認定看護師	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
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	沖縄県保健医療介護部健康長寿課	主査	沖縄県
金城　敦子	がんの子どもを守る会　沖縄支部	代表	患者関係者
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	理事長	
増田　昌人	琉球大学病院がんセンター	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

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
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　講師	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
伊差川　サヤカ	琉球大学病院	薬剤部	都道府県がん診療連携拠点病院
大嶺　菜	琉球大学病院	薬剤部	都道府県がん診療連携拠点病院
外間　早紀子	沖縄県保健医療介護部健康長寿課	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**
本仲　寛美	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
名嘉　律子	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）
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
田場　純子	沖縄県保健医療介護部健康長寿課	主査	沖縄県
間島　奈央子	一般社団法人キャンサーフィットネス	キャンサーフィットネス認定インストラクター	患者関係者
西村　克敏	沖縄県地域統括支援センター	ピアサポーター	患者関係者
増田　昌人	琉球大学病院がんセンター	がんセンター長	事務局
	（琉球大学病院がんセンター）	（事務）	（事務担当（陪席））

ベンチマーク部会

氏名	所属	役職	備考
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	東京大学大学院 公衆衛生学/健康医療政策学	教授	
山里　紘美	沖縄県保健医療介護部健康長寿課	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））

●令和６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６年５月 10 日（金）14:00～17:00	大会議室	
第２回	令和６年８月２日（金）　14:00～17:00	大会議室	
第３回	令和６年 11 月８日（金）14:00～17:00	大会議室	
第４回	令和７年２月７日（金）　14:00～17:00	新病院への移転に伴い、会場調整中	

■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６年４月８日（月）14:00～17:00~~ →令和６年４月３日(水)15:00～16：00	~~大会議室~~ WEB 開催	
第２回	令和６年７月８日（月）　14:00～17:00	大会議室	
第３回	令和６年 10 月７日（月）14:00～17:00	小会議室	
第４回	令和７年１月 20 日（月）14:00～17:00	新病院への移転に伴い、会場調整中	

沖縄県がん診療連携協議会

「がん対策地域別データ集」（沖縄県がん診療連携協議会版）を使ってみる

2024年11月8日

国際医療福祉大学大学院
教授　埴岡 健一

はじめに

趣旨

■背景：がん対策地域別データ集（沖縄県がん診療連携協議会版）が公開されている。

■目的：どのように使えるか、試してみる。

■意義：利用リテラシーを上げる。

■方法：“評価シート”について、用意されている10分野を通し読みしてみる。

■限界：画面上でボタンの切り替えによって行き来できる様子を、紙面では十分に再現できない。

出典：https://www.okican.jp/userfiles/files/juuraibann2023.xlsx

掲載サイト：https://www.okican.jp/about/1695622683/

47都道府県の切り出し資料

がん計画の評価 Evaluation of Cancer Plans

https://www.hanioka.org/cont6/main.html

00.国　評価シート　ロジックモデル　本文

01.北海道　評価シート　ロジックモデル　本文

02.青森県　評価シート　ロジックモデル　本文

03.岩手県　評価シート　ロジックモデル　本文

04.宮城県　評価シート　ロジックモデル　本文

05.秋田県　評価シート　ロジックモデル　本文

06.山形県　評価シート　ロジックモデル　本文

07.福島県　評価シート　ロジックモデル　本文

08.茨城県　評価シート　ロジックモデル　本文

09.栃木県　評価シート　ロジックモデル　本文

10.群馬県　評価シート　ロジックモデル　本文

11.埼玉県　評価シート　ロジックモデル　本文

12.千葉県　評価シート　ロジックモデル　本文

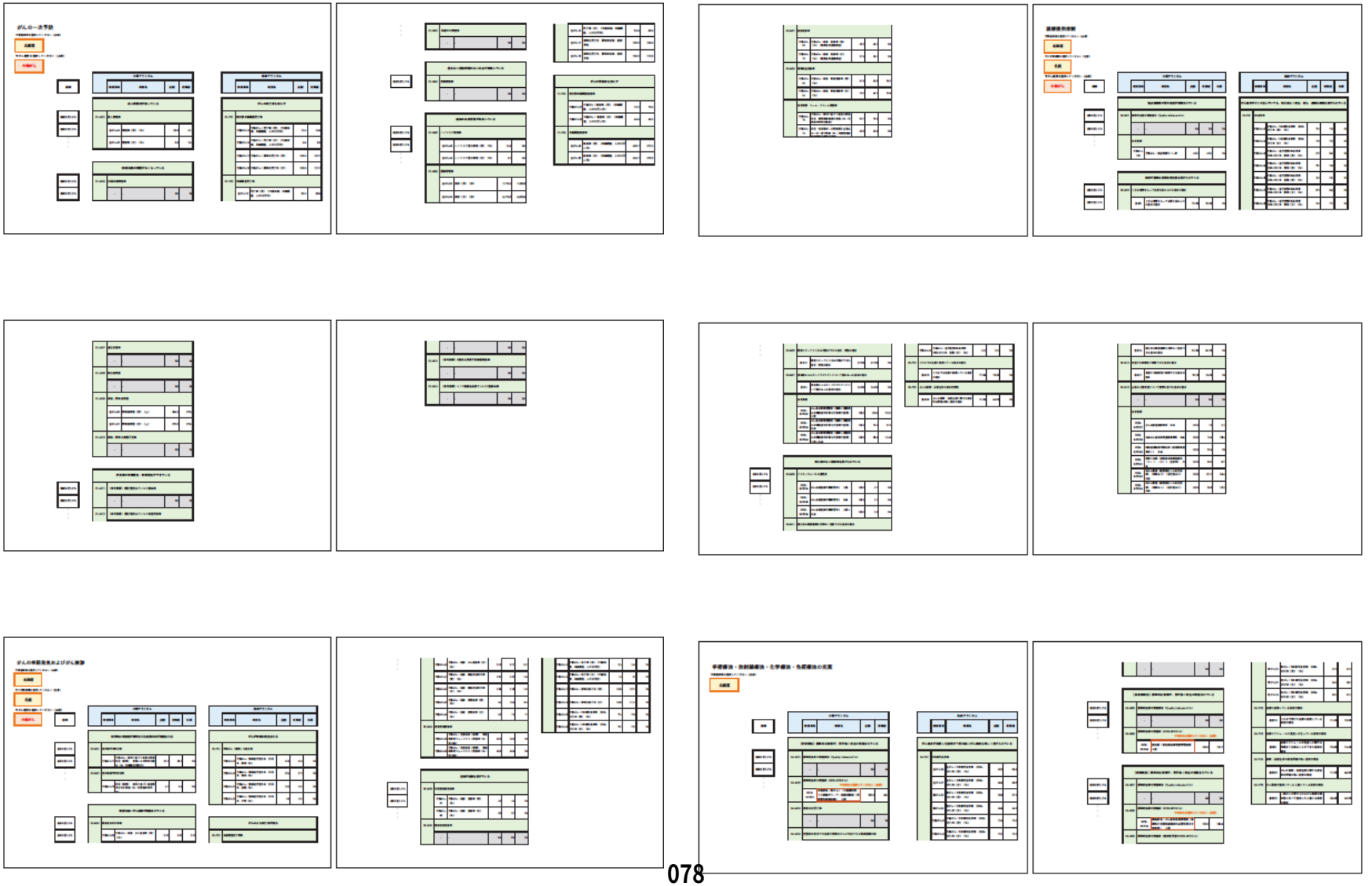
←次ページに評価シートのイメージ

国と47都道府県を一望できる

077

評価シートで地域迅速簡易診断

10分野26ページの評価シートが即ダウンロードでき、すぐに読み取りを開始できる



078

12ページまでの印刷イメージ

課題メモフォーム

	課題候補	解決策候補	備考
①1次予防			
②2次予防			
③医療提供体制			
④4療法			
⑤チーム医療			
⑥がんゲノム			
⑦緩和ケア			
⑧相談支援			
⑨在宅			
⑩社会生活			
その他・全体等			

想定手順　時間割　合計2時間

- ■当該県の評価シートを印刷し、マーキング　30分
- ■（必要に応じて）「評価シート」で（別のボタンを押して）関連データを閲覧　30分
- ■（必要に応じて）「がん対策地域別データ集」の各表で関連データを閲覧　30分
- ■上記から「課題メモフォーム」をまとめる　30分

作業前の読解力チェック



081

データ解釈リテラシー向上のポイント（例）

・指標データを解釈するリテラシーを上げておく。その先の議論ができるように。

	項目	問題例	対処例
1	構成概念	最終（分野）アウトカムが患者・住民状態でなく提供体制状態となっている。	配置ルールに沿っているか確認する
2	妥当性	「住み慣れた場所で過ごし続ける」というアウトカムに対するアウトカム指標が「在宅死亡率、在宅看取り率」になっている。	構成概念と指標が近いか遠いか念頭に置く
3	特異性	在宅看取りの数は分かるが、がん患者の在宅看取り数が分からない。	広い指標しかない場合はヒアリングなどで補う
4	信頼性	患者体験調査は、国と県を比べること、県の経年変化を見ることは許容されるが、県間を比べるのは不適。	データの調査方法にさかのぼって確認する
5	地域粒度	県単位では十分だが、医療圏単位では不十分。医療圏単位では十分だが、市町村単位では不十分。IMRTは（複数）医療圏単位、がん在宅緩和ケアは市（学校区）単位。	指標によって適切な粒度を想定しておく
6	項目粒度	診療行為をNDB-SCR（標準化レセプト出現比）で見る場合、「区分」単位で見るか「項番」単位で見るか（在宅患者訪問看護・指導料か在宅ターミナル加算か）。	モニターしたいことに適した粒度を選ぶ
7	時間	2024年度の評価の際に最新データが2022年度実績でありタイムラグがある。がん検診に関するデータは2年前、早期発見率に関するデータは3年前で、因果と逆になる。	中期的に継続的に数値のセットを見続ける
8	空白データ	5医療圏のうち１医療圏がNA（県で少なく4医療圏が普通なら1医療圏は必ず少ない）。O指標がよいときP指標がNAでも比較的許容。Oが悪いとき、カギとなるP指標はヒアリング。	推論で補う。重点はヒアリングする
9	第3因子	アウトプット指標↑でアウトカム指標↑、アウトプット指標↓でアウトカム指標↓となるとは限らない。その際、ロジックモデル外の要因が影響している可能性もある。	政策体系外の要因も勘案して施策を評価する
10	重みづけ	1中間アウトカムに5施策があっても効果は大・中・小あるかもしれない。1中間アウトカムに5指標あっても重要度は高・中・低あるかもしれない。	重点施策やコア指標を決める
11	指標と目標	計測指標が100個あるがすべてを目標と呼んでいる。入手可能指標、モニタリング指標、重点指標、独自計測指標、目標設定指標などの階層を理解する。	点でなくOPS指標のつながりで見る
12	比較対象	満足度80％は良好か不良か。規範値、全国値、最善値、ベースライン値、改善度、目標値のどれをベンチマーク相手（比較対象）とするか混乱しがち。	改善モメンタムを生む適切な対象を選ぶ

IMRT＝強度変調放射線治療

何と比べるのか？

■理想値
■規範値（あるべき値）
■全国ベスト値
■全国値
■平均値
■中央値
■その地域の以前の数値
■全国値の改善度
■近隣地域のベスト値
■・・・

比較対象を全国値とするだけでは不十分。地域で議論して決める必要がある

今日は単純に全国値と比べてマーキングします。

何をもってよいとするのか？

■数値が高い方がよいのか？

■高ければ高いほどいいのか？

■最終アウトカムが達成されていれば、中間アウトカムが低くてもいいのか？

■最終アウトカム、中間アウトカムが達成されていればアウトプットは低くてもいいのではないか？

■価値観が分かれる場合がある

・例　在宅医療における「老人ホーム看取り率」

どれがベター？

■S〇、P×、O×
■S×、P×、O〇
■S×、P〇、O×

どれがベター？

■S〇、P〇、O×
■S〇、P×、O〇
■S×、P〇、O〇

どれがベター？

■S×、P〇、O〇
■S〇、P〇、O〇

どれがベター？

全部が〇であることは少ない。全部が〇である必要はないかもしれない。軽重と優先を考える必要がある。

O=アウトカム指標
P=プロセス指標
S=ストラクチャー指標

085

評価シートのチェック

凡例

○：全国値と比べて数値が良いかもしれないもの

×：全国値と比べて数値が悪いかもしれないもの

再：再掲

1次予防　1/4

がんの一次予防

▼都道府県を選択してください（必須）

沖縄県

▼がん種別を選択してください（必須）

大腸がん

施策	中間アウトカム 項目番号	項目名	全国	沖縄県	最終アウトカム 項目番号	項目名	全国	沖縄県
	成人喫煙者が減っている				がんの死亡者を減らす			
施策を記入する	01-M01	成人喫煙率			01-F01	部位別年齢調整死亡率		
施策を記入する	全がん44	喫煙率（男）（%）	28.8	✗ 30.0	大腸がん13	大腸がん：死亡率（男）（75歳未満、年齢調整、人口10万対）	12.4	✗ 17.5
	全がん45	喫煙率（女）（%）	8.8	✗ 10.1	大腸がん14	大腸がん：死亡率（女）（75歳未満、年齢調整、人口10万対）	6.9	○ 6.5
					大腸がん17	大腸がん：標準化死亡比（男）	100.0	✗ 111.2
					大腸がん18	大腸がん：標準化死亡比（女）	100.0	○ 91.4
	20歳未満の喫煙がなくなっている							
施策を記入する	01-M02	20歳未満喫煙率			01-F02	年齢調整死亡率		
施策を記入する	-	-	NA	NA	全がん13	死亡率（男）（75歳未満、年齢調整、人口10万対）	82.4	✗ 90.7

1 次予防　2/4

01-M03	妊娠中の喫煙率			
	-	-	NA	NA

施策を記入する

望まない受動喫煙のない社会が実現している				
01-M04	受動喫煙率			
	-	-	NA	NA

施策を記入する

施策を記入する

国民の生活習慣が改善している				
01-M05	ハイリスク飲酒率			
	全がん48	ハイリスク量の飲酒（男）（%）	14.9	NA
	全がん49	ハイリスク量の飲酒（女）（%）	9.1	NA
01-M06	運動習慣率			
	全がん52	歩数（男）（歩）	7,779.2	6,849.8
	全がん53	歩数（女）（歩）	6,776.5	6,051.7

088

	全がん14	死亡率（女）（75歳未満、年齢調整、人口10万対）	53.6	56.8
	全がん17	標準化死亡比　悪性新生物　総数　男性	100.0	90.2
	全がん18	標準化死亡比　悪性新生物　総数　女性	100.0	90.7

がんの罹患者を減らす				
11-F03	部位別年齢調整罹患率			
	大腸がん21	大腸がん：罹患率（男）（年齢調整、人口10万人対）	73.2	80.5
	大腸がん22	大腸がん：罹患率（女）（年齢調整、人口10万人対）	44.9	41.4
11-F04	年齢調整罹患率			
	全がん24	罹患率（男）（年齢調整、人口10万人対）	445.7	405.0
	全がん25	罹患率（女）（年齢調整、人口10万人対）	346.7	335.6

・男女とも、全がんの年齢調整罹患率が低いのに、年齢調整死亡率が高い。部位のせいか、早期発見・治療の問題か
・年齢調整死亡率が標準化死亡比（SMR）より高い。年齢の低い層での死亡率が高い可能性がある？
・医療圏別はSMRしか出ないが、実態はもっと悪い可能性がある？

1次予防　3/4

01-M07	適正体重率			
	-	-	NA	NA
01-M08	塩分摂取量			
	-	-	NA	NA
01-M09	果物・野菜摂取量			
	全がん50	野菜摂取量（男）（g）	284.2	272.5
	全がん51	野菜摂取量（女）（g）	270.0	268.0
01-M10	果物・野菜の接種不足率			
	-	-	NA	NA

施策を記入する

施策を記入する

・
・
・

肝炎等の早期発見・早期発見ができている				
01-M11	（参考指標）B型C型肝炎ウイルス感染率			
	-	-	NA	NA
01-M12	（参考指標）B型C型肝炎ウイルス検査受検率			

089

1次予防　4/4

	-	-	NA	NA
01-M13	（参考指標）B型肝炎定期予防接種実施率			
	-	-	NA	NA
01-M14	（参考指標）ヒトT細胞白血病ウイルス1型感染率			
	-	-	NA	NA

090

早期発見　1/3

がんの早期発見およびがん検診

▼都道府県を選択してください（必須）

沖縄県

▼二次医療圏を選択してください（任意）

南部

▼がん種別を選択してください（必須）

大腸がん

施策

施策を記入する

施策を記入する

・
・
・

施策を記入する

施策を記入する

中間アウトカム

項目番号	項目名	全国	沖縄県	南部
科学的に有効性が確立された検診のみが実施される				
02-M01	指針順守市町村率			
大腸がん77	大腸がん：指針に基づく検診の実施状況（集団）　実施した市区町村割合（%：対回答市区町村）	92.2	○ 100.0	NA
02-M02	指針非順守市町村率			
大腸がん79	大腸がん：指針に基づく検診の実施状況（集団）　指針に基づく検診項目以外を実施（%：対実施市区町村）	6.1	○ 0.0	NA
精度の高いがん検診が実施されている				
02-M03	陽性反応的中率等			
大腸がん59	大腸がん：検診　がん発見率（男）（%）	○ 0.33	× 0.20	× 0.24

最終アウトカム

項目番号	項目名	全国	沖縄県	南部
がんが早期に発見される				
02-F01	早期がん（限局）の割合等			
大腸がん29	大腸がん：臨床進行度分布　2015年　限局（%）	43.6	× 41.8	NA
大腸がん30	大腸がん：臨床進行度分布　2015年　領域（%）	28.4	× 30.7	NA
大腸がん31	大腸がん：臨床進行度分布　2015年　遠隔（%）	18.2	× 20.0	NA
大腸がん32	大腸がん：臨床進行度分布　2015年　不明（%）	9.8	○ 7.4	NA
がんによる死亡者が減る				
02-F02	年齢調整死亡率等			

091

早期発見　2/3

	大腸がん60	大腸がん：検診　がん発見率（女）（%）	× 0.18	× 0.09	× 0.10
	大腸がん61	大腸がん：検診　陽性反応的中率（男）（%）	○ 3.51	× 2.28	× 2.70
	大腸がん62	大腸がん：検診　陽性反応的中率（女）（%）	× 2.80	× 1.54	× 1.77
	大腸がん65	大腸がん：検診　要精検率（男）（%）	× 9.4	× 8.8	× 8.7
	大腸がん66	大腸がん：検診　要精検率（女）（%）	○ 6.5	○ 5.8	○ 5.9
02-M04	事業評価実施率				
	大腸がん89	大腸がん：住民検診（集団）　都道府県用チェックリスト実施率（%：2019年）	65.9	○ 78.3	NA
	大腸がん90	大腸がん：住民検診（個別）　都道府県用チェックリスト実施率（%：2019年）	60.9	○ 78.3	NA

	大腸がん13	大腸がん：死亡率（男）（75歳未満、年齢調整、人口10万対）	12.4	× 17.5	NA
	大腸がん14	大腸がん：死亡率（女）（75歳未満、年齢調整、人口10万対）	6.9	○ 6.5	NA
	大腸がん17	大腸がん：標準化死亡比（男）	100.0	× 111.2	NA
	大腸がん18	大腸がん：標準化死亡比（女）	100.0	○ 91.4	NA
	大腸がん23	大腸がん：5年相対生存率　2009-2011年（男）（%）	72.4	× 70.2	NA
	大腸がん24	大腸がん：5年相対生存率　2009-2011年（女）（%）	70.1	× 69.5	NA

施策を記入する

施策を記入する

住民が検診を受けている					
02-M05	対策型検診受診率				
	大腸がん67	大腸がん：検診　受診率（男）（%）	4.5	× 4.4	NA
	大腸がん68	大腸がん：検診　受診率（女）（%）	8.5	× 7.0	NA
02-M06	職域検診受診率				
	-	-	NA	NA	NA

092

早期発見　3/3

02-M07	検診受診率				
	大腸がん 69	大腸がん：検診　受診率（男）（%）〔国民生活基礎調査〕	45.2	38.2	NA
	大腸がん 70	大腸がん：検診　受診率（女）（%）〔国民生活基礎調査〕	37.6	34.9	NA
02-M08	精密検査受診率				
	大腸がん 63	大腸がん：検診　精検受診率（男）（%）	67.6	56.3	59.3
	大腸がん 64	大腸がん：検診　精検受診率（女）（%）	70.2	60.5	63.6
	参考指標　コール・リコール実施率				
	大腸がん 75	大腸がん：指針に基づく検診の実施状況　個別受診勧奨を実施（%：対実施市区町村総数）	83.7	63.4	NA
	大腸がん 76	大腸がん：指針に基づく検診の実施状況　未受診者への再勧奨を全員あるいは一部で実施（%：対個別受診勧奨実施市区町村総数）	40.0	31.7	NA

093

解説

早期発見　精度管理指標　基準値

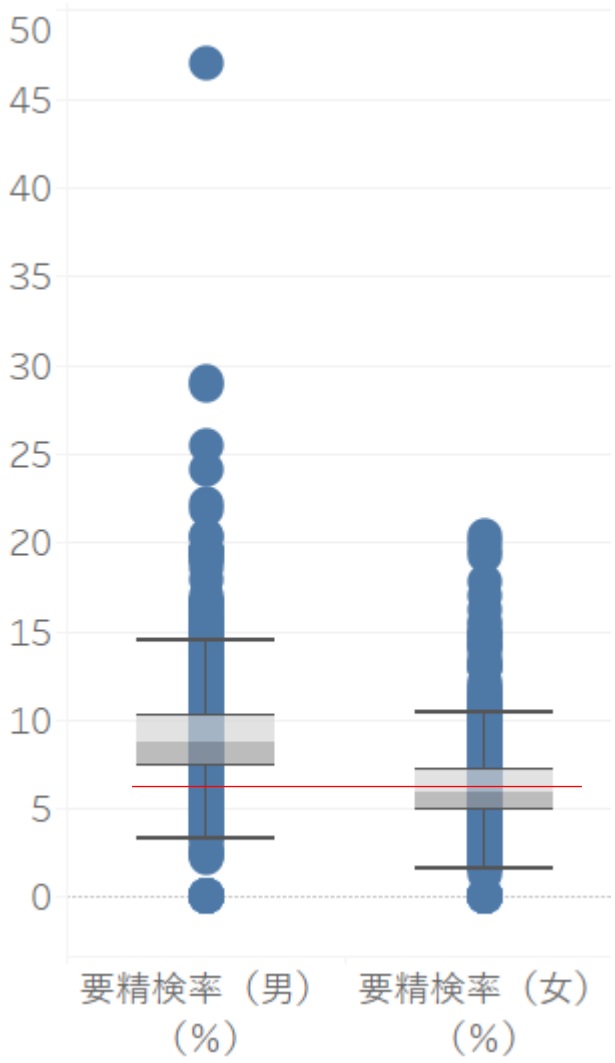
各がん検診に関する精度管理指標と基準値

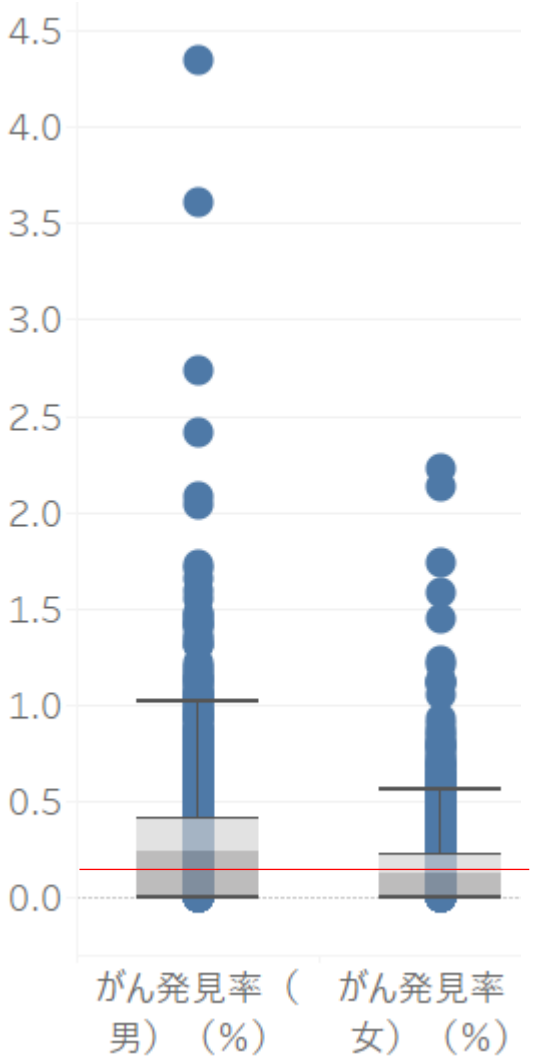
	大腸がん検診	肺がん検診
精検受診率	90.0%以上	90.0%以上
要精検率	6.8%以下	2.4%以下
がん発見率	0.21%以上	0.10%以上
陽性反応適中度	3.0%以上	4.1%以上

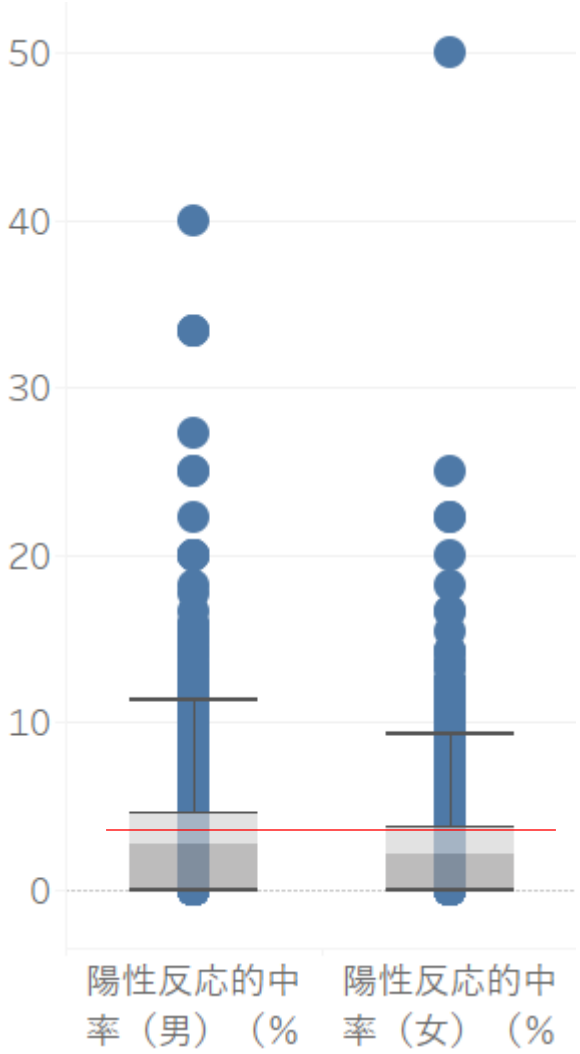
https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/screening.html#anchor6

別図

男女の基準値が同じでよいのか？（大腸がん）







095

医療提供体制　1/3

医療提供体制

▼都道府県を選択してください（必須）

沖縄県

▼二次医療圏を選択してください（任意）

南部

▼がん種別を選択してください（必須）

大腸がん

施策

施策を記入する

施策を記入する

施策を記入する

施策を記入する

中間アウトカム					
	項目番号	項目名	全国	沖縄県	南部
拠点病院等の質の格差が解消されている					
	03-M01	標準的治療の実施割合（Quality Indicatorから）			
		-	-	NA	NA	NA
	参考指標				
	大腸がん103	大腸がん：拠点病院カバー率	63.8	30.9	NA
患者が適切な意思決定支援を受けられている					
	03-M03	十分な情報をもって治療を始められた患者の割合			
		患者5	十分な情報をもって治療を始められた患者の割合	75.2%	71.4%	NA

最終アウトカム					
	項目番号	項目名	全国	沖縄県	南部
がん患者がどこに住んでいても、切れ目なく安全、安心、適切な医療を受けられている					
	03-F01	5年生存率			
	大腸がん23	大腸がん：5年相対生存率　2009-2011年（男）（%）	72.4	70.2	NA
	大腸がん24	大腸がん：5年相対生存率　2009-2011年（女）（%）	70.1	69.5	NA
	大腸がん33	大腸がん：進行度別5年生存率 2009-2011年　限局（男）（%）	97.1	96.0	NA
	大腸がん34	大腸がん：進行度別5年生存率 2009-2011年　領域（男）（%）	75.7	75.2	NA
	大腸がん35	大腸がん：進行度別5年生存率 2009-2011年　遠隔（男）（%）	18.2	14.8	NA
	大腸がん37	大腸がん：進行度別5年生存率 2009-2011年　限局（女）（%）	97.5	94.4	NA
	大腸がん38	大腸がん：進行度別5年生存率 2009-2011年　領域（女）（%）	74.8	73.1	NA

医療提供体制　2/3

左が低いのに右が高いことに注意

03-M05	医療スタッフと十分な対話ができた患者・家族の割合				
	患者11	医療スタッフと十分な対話ができた患者・家族の割合	67.8%	○ 70.6%	NA
03-M07	担当医からセカンドオピニオンについて話があった患者の割合				
	患者4	担当医からセカンドオピニオンについて話があった患者の割合	34.8%	× 28.4%	NA
	参考指標				
	NDB-SCR262	がん患者指導管理料（医師と看護師の共同診療方針等を文書等で提供）入院	100.0	○ 110.4	○ 139.5
	NDB-SCR263	がん患者指導管理料（医師と看護師の共同診療方針等を文書等で提供）外来	100.0	× 91.7	○ 133.5
	NDB-SCR264	がん患者指導管理料（医師と看護師の共同診療方針等を文書等で提供）入院＋外来	100.0	× 95.6	○ 134.7

	大腸がん39	大腸がん：進行度別5年生存率 2009-2011年　遠隔（女）（%）	16.2	× 14.6	NA
03-F03	これまでの治療に納得している患者の割合				
	患者15	これまでの治療に納得している患者の割合	77.4%	○ 85.4%	NA
03-F05	がんの診断・治療全体の総合的評価				
	患者20	がんの診断・治療全般に関する総合的な評価が高い患者の割合	71.2%	○ 79.7%	NA

全国値より高ければいいのか？県民性も考慮する必要がある？サービスの実施が担保されているかも重要

県が低くこの医療圏が高いということは他の医療圏はかなり低い

施策を記入する

施策を記入する

・
・
・

切れ目のない治療等を受けられている					
03-M09	クリティカルパスの運用数				
	NDB-SCR234	がん治療連携計画策定料１　入院	100.0	NA	NA
	NDB-SCR235	がん治療連携計画策定料１　外来	100.0	NA	NA
	NDB-SCR236	がん治療連携計画策定料１　入院＋外来	100.0	NA	NA
03-M11	紹介先の医療機関を支障なく受診できた患者の割合				

097

医療提供体制　3/3

	患者16	紹介先の医療機関を支障なく受診できた患者の割合	83.4%	✗ 80.9%	NA
03-M13	希望する転院先に転院できた患者の割合				
	患者17	希望する転院先に転院できた患者の割合	79.2%	○ 85.7%	NA
03-M15	必要な介護支援について説明を受けた患者の割合				
	-	-	NA	NA	NA
	参考指標				
	NDB-SCR237	がん治療連携指導料　外来	100.0	○ 101.6	○ 199.5
	NDB-SCR239	外来がん患者在宅連携指導料　外来	100.0	NA	NA
	NDB-SCR240	地域連携診療計画加算（診療情報提供料１）　外来	100.0	NA	NA
	NDB-SCR241	看取り加算（在宅患者訪問診療料（１）１・（２）イ・往診料）　外来	100.0	✗ 76.9	✗ 86.8
	NDB-SCR242	在がん医総（機能強化した在支診等）（病床あり）（処方箋あり）　外来	100.0	NA	NA
	NDB-SCR244	在がん医総（機能強化した在支診等）（病床なし）（処方箋あり）　外来	100.0	NA	NA

098

別図

拠点病院カバー率（参加病院と拠点病院）（全がん）



099

https://public.tableau.com/app/profile/ken.hanioka/viz/200710_15943461484830/sheet0

4療法　1/4

手術療法・放射線療法・化学療法・免疫療法の充実

▼都道府県を選択してください（必須）

沖縄県

施策	中間アウトカム 項目番号	項目名	全国	沖縄県
		【手術療法】標準的な治療が、質が高く安全に実施されている		
施策を記入する	04-M01	標準的治療の実施割合（Quality Indicatorから）		
	-	-	NA	NA
施策を記入する	04-M02	標準的治療の実施数（NDB-SCRから） ▼項目名を選択してください（必須）		
	NDB-SCR10	手術療法（胃がん）：内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術（早期悪性腫瘍粘膜）　入院	100.0	27.6
	04-M03	術後30日死亡率		
	-	-	NA	NA
	04-M04	定型的な術式での治療が困難ながんに対応できる医療機関の数		

最終アウトカム 項目番号	項目名	全国	沖縄県
	がん患者が納得した適切かつ質の高いがん医療を等しく受けられている		
04-F01	5年相対生存率		
全がん26	全がん：5年相対生存率　2009-2011年（男）（%）	62.0	57.5
全がん27	全がん：5年相対生存率　2009-2011年（女）（%）	66.9	69.6
肺がん23	肺がん：5年相対生存率　2009-2011年（男）（%）	29.5	× 21.4
肺がん24	肺がん：5年相対生存率　2009-2011年（女）（%）	46.8	× 41.5
大腸がん23	大腸がん：5年相対生存率　2009-2011年（男）（%）	72.4	× 70.2
大腸がん24	大腸がん：5年相対生存率　2009-2011年（女）（%）	70.1	× 69.5

4療法　2/4

	-	-	NA	NA

施策を記入する

施策を記入する

・
・
・

【放射線療法】標準的な治療が、質が高く安全に実施されている				
04-M05	標準的治療の実施割合（Quality Indicatorから）			
	-	-	NA	NA
04-M06	標準的治療の実施数（NDB-SCRから） ▼項目名を選択してください（必須）			
	NDB-SCR65	放射線：放射線治療病室管理加算入院	100.0	NA

施策を記入する

施策を記入する

・
・
・

【薬物療法】標準的な治療が、質が高く安全に実施されている				
04-M07	標準的治療の実施割合（Quality Indicatorから）			
	-	-	NA	NA
04-M08	標準的治療の実施数（NDB-SCRから） ▼項目名を選択してください（必須）			
	NDB-SCR39	薬物療法：がん患者指導管理料（医師等が抗悪性腫瘍剤の必要性等を文書説明）　入院	100.0	15.7
04-M09	標準的治療の実施数（薬剤使用量のNDB-SCRから）			

	胃がん23	胃がん：5年相対生存率　2009-2011年（男）（%）	67.5	✗	63.9
	胃がん24	胃がん：5年相対生存率　2009-2011年（女）（%）	64.6	○	65.4
	乳がん16	乳がん：5年相対生存率　2009-2011年（女）（%）	92.3	✗	91.9
04-F02	治療に納得している患者の割合				
(再)	患者15	これまで受けた治療に納得している患者の割合	77.4%	○	85.4%
04-F03	治療スケジュールに見通しが立っている患者の割合				
	患者9	治療スケジュールの見通しに関する情報を十分得ることができた患者の割合	75.9%	○	83.3%
04-F04	診断・治療全体の総合評価が高い患者の割合				
(再)	患者20	がんの診断・治療全般に関する総合的な評価が高い患者の割合	71.2%	○	79.7%
04-F05	がん医療が進歩していると感じている患者の割合				
	患者22	一般の人が受けられるがん医療は推年前と比べて進歩したと感じる患者の割合	38.6%	✗	27.2%

4療法　3/4

	-	-	NA	NA
04-M10	外来薬物療法が安全に実施されている割合			
	-	-	NA	NA
04-M11	薬物療法が内科医により実施されている割合			
	-	-	NA	NA
04-M12	薬物療法について十分な説明を受けている患者の割合			
	NDB-SCR39	がん患者指導管理料（医師等が抗悪性腫瘍剤の必要性等を文書説明）入院	100.0	15.7
	NDB-SCR40	がん患者指導管理料（医師等が抗悪性腫瘍剤の必要性等を文書説明）外来	100.0	154.4
	NDB-SCR41	がん患者指導管理料（医師等が抗悪性腫瘍剤の必要性等を文書説明）入院＋外来	100.0	153.4

中部が多い。南部は少ない

北部	中部	南部	宮古	八重山
NA	NA	31.2	NA	NA
NA	381.3	30.4	NA	NA
NA	378.4	30.4	NA	NA

施策を記入する

施策を記入する

・
・
・

【免疫療法】標準的な治療が質が高く安全に実施されている				
04-M13	標準的治療の実施割合（Quality Indicatorから）			
	-	-	NA	NA
04-M14	標準的治療の実施数（NDB-SCRから）			

102

4療法　4/4

	NDB-SCR197	PD－L1タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製　入院	100.0	87.9
	NDB-SCR198	PD－L1タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製　外来	100.0	55.3
	NDB-SCR199	PD－L1タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製　入院+外来	100.0	66.4
04-M15	標準的治療の実施数（薬剤使用量のNDB-SCRから）			
	-	-	NA	NA
04-M16	免疫療法に対する都道府県民の正しい理解			
	-	-	NA	NA

北部	中部	南部	宮古	八重山
NA	136.5	63.5	NA	NA
NA	64.6	49.1	NA	NA
NA	89.1	54.0	NA	NA

別表

手術療法　5医療圏数値　抜粋

	基本	地域名		沖縄県	北部	中部	南部	宮古	八重山
10	手術療法（胃がん）	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術（早期悪性腫瘍粘膜）	入院	27.6	NA	NA	NA	NA	NA
11	手術療法（胃がん）	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術（早期悪性腫瘍胃粘膜）	入院	37.0	NA	37.7	36.9	NA	NA
12	手術療法（胃がん）	胃切除術（悪性腫瘍手術）	入院	65.0	NA	50.9	61.8	NA	NA
13	手術療法（胃がん）	腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術）	入院	50.4	NA	27.7	72.7	NA	NA
14	手術療法（胃がん）	腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍切除術）	入院	68.6	NA	NA	137.1	NA	NA
15	手術療法（胃がん）	胃全摘術（悪性腫瘍手術）	入院	77.7	NA	68.2	73.1	NA	NA
16	手術療法（胃がん）	腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）	入院	43.2	NA	NA	39.2	NA	NA
17	手術療法（大腸がん）	結腸切除術（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）	入院	119.5	NA	86.6	122.5	NA	NA
18	手術療法（大腸がん）	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	入院	99.5	NA	106.8	99.8	NA	NA
19	手術療法（大腸がん）	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	入院	94.2	NA	56.6	129.1	NA	NA
20	手術療法（大腸がん）	直腸腫瘍摘出術（ポリープ摘出を含む）（経肛門）	入院	113.3	NA	NA	100.2	NA	NA
21	手術療法（肺がん）	肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は１肺葉を超える）	入院	39.6	NA	78.8	26.4	NA	NA
22	手術療法（肺がん）	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（部分切除）	入院	68.3	NA	80.7	73.0	NA	NA
23	手術療法（肺がん）	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除）	入院	64.3	NA	73.5	78.5	NA	NA
24	手術療法（肺がん）	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は１肺葉を超える）	入院	63.6	NA	88.0	65.8	NA	NA
25	手術療法（乳がん）	乳腺腫瘍摘出術（長径５ｃｍ未満）	入院	95.8	NA	185.6	49.5	NA	NA
26	手術療法（乳がん）	乳腺腫瘍摘出術（長径５ｃｍ未満）	外来	174.3	NA	199.1	179.5	NA	NA
27	手術療法（乳がん）	乳腺腫瘍摘出術（長径５ｃｍ以上）	入院	85.8	NA	NA	67.4	NA	NA
28	手術療法（乳がん）	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（マンモグラフィー又は超音波装置）	外来	22.9	NA	34.3	19.7	NA	NA
29	手術療法（乳がん）	乳腺悪性腫瘍手術（単純乳房切除術（乳腺全摘術））	入院	320.9	NA	134.1	452.8	NA	NA
30	手術療法（乳がん）	乳腺悪性腫瘍手術（乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わない））	入院	155.1	NA	131.7	200.8	NA	NA
31	手術療法（乳がん）	乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術（腋窩部郭清を伴わない））	入院	72.8	NA	67.6	88.1	NA	NA
32	手術療法（乳がん）	乳腺悪性腫瘍手術（乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴う））	入院	93.6	NA	74.8	124.1	NA	NA
33	手術療法（乳がん）	乳腺悪性腫瘍手術（乳房切除術・胸筋切除を併施しない）	入院	96.4	NA	91.1	114.3	NA	NA
34	手術療法（乳がん）	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わない））	入院	269.2	NA	NA	NA	NA	NA
35	手術療法（乳がん）	乳がんセンチネルリンパ節加算１	入院	91.2	NA	139.6	84.0	NA	NA
36	手術療法（乳がん）	乳がんセンチネルリンパ節加算２	入院	86.9	NA	57.4	101.4	NA	NA
37	手術療法（乳がん）	陥没乳頭形成術	外来	28.7	NA	NA	17.0	NA	NA
38	手術療法（乳がん）	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）	入院	121.7	NA	NA	83.3	NA	NA

別表

薬物療法　5医療圏数値　抜粋

		地域名		沖縄県	北部	中部	南部	宮古	八重山
39	薬物療法	がん患者指導管理料（医師等が抗悪性腫瘍剤の必要性等を文書説明）	入院	15.7	NA	NA	31.2	NA	NA
40	薬物療法	がん患者指導管理料（医師等が抗悪性腫瘍剤の必要性等を文書説明）	外来	154.4	NA	381.3	30.4	NA	NA
41	薬物療法	がん患者指導管理料（医師等が抗悪性腫瘍剤の必要性等を文書説明）	入院＋外来	153.4	NA	378.4	30.4	NA	NA
42	薬物療法	抗悪性腫瘍剤処方管理加算（処方料）	外来	70.4	NA	74.3	89.0	NA	NA
43	薬物療法	抗悪性腫瘍剤処方管理加算（処方箋料）	外来	103.9	NA	117.3	91.6	NA	NA
44	薬物療法	外来化学療法加算１（抗悪性腫瘍剤・１５歳未満）	外来	NA	NA	NA	NA	NA	NA
45	薬物療法	外来化学療法加算１（抗悪性腫瘍剤以外の薬剤・１５歳以上）	外来	82.8	NA	94.1	78.7	NA	NA
46	薬物療法	外来化学療法加算１（抗悪性腫瘍剤以外の薬剤・１５歳未満）	外来	NA	NA	NA	NA	NA	NA
47	薬物療法	外来化学療法加算１（抗悪性腫瘍剤以外の薬剤・１５歳以上）	外来	92.7	NA	70.9	97.0	NA	NA
48	薬物療法	外来化学療法加算２（抗悪性腫瘍剤・１５歳以上）	外来	127.5	NA	NA	220.2	NA	NA
49	薬物療法	外来化学療法加算２（抗悪性腫瘍剤以外の薬剤・１５歳以上）	外来	78.6	NA	NA	149.8	NA	NA
50	薬物療法（検査）	悪性腫瘍特異物質治療管理料（尿中ＢＴＡ）	外来	25.4	NA	NA	NA	NA	NA
51	薬物療法（検査）	悪性腫瘍特異物質治療管理料（その他・１項目）	入院	90.9	26.6	112.8	89.7	33.4	81.3
52	薬物療法（検査）	悪性腫瘍特異物質治療管理料（その他・１項目）	外来	82.7	28.8	89.7	86.0	66.0	76.4
53	薬物療法（検査）	悪性腫瘍特異物質治療管理料（その他・１項目）	入院＋外来	83.1	28.7	90.7	86.2	64.5	76.6
54	薬物療法（検査）	腫瘍マーカー検査初回月加算	入院	83.0	31.1	83.3	81.4	121.7	108.9
55	薬物療法（検査）	腫瘍マーカー検査初回月加算	外来	83.7	44.7	77.8	86.8	102.0	95.9
56	薬物療法（検査）	腫瘍マーカー検査初回月加算	入院＋外来	83.5	41.7	79.0	85.7	106.3	98.6
57	薬物療法（検査）	悪性腫瘍特異物質治療管理料（その他・２項目以上）	入院	65.1	25.4	70.1	65.2	82.0	58.8
58	薬物療法（検査）	悪性腫瘍特異物質治療管理料（その他・２項目以上）	外来	68.8	45.0	64.7	73.7	61.9	60.1
59	薬物療法（検査）	悪性腫瘍特異物質治療管理料（その他・２項目以上）	入院＋外来	68.5	43.6	65.1	73.2	63.2	60.0
60	薬物療法（検査）	造血器腫瘍細胞抗原	入院	72.6	25.4	90.1	73.7	NA	NA
61	薬物療法（検査）	造血器腫瘍細胞抗原	外来	61.9	30.3	56.2	72.0	NA	NA
62	薬物療法（検査）	造血器腫瘍細胞抗原	入院＋外来	67.4	27.8	73.7	72.9	NA	NA
63	薬物療法（検査）	造血器腫瘍遺伝子検査	入院	112.7	NA	217.0	75.5	NA	NA
64	薬物療法（検査）	造血器腫瘍遺伝子検査	外来	137.6	NA	257.1	86.0	NA	NA
65	薬物療法（検査）	造血器腫瘍遺伝子検査	入院＋外来	130.0	NA	244.8	82.8	NA	NA

チーム医療　1/2

チーム医療の推進

▼都道府県を選択してください（必須）

沖縄県

施策	中間アウトカム 項目番号	項目名	全国	沖縄県
	キャンサーボードが開催され、患者に応じた医療が提供されている			
施策を記入する	05-M01	キャンサーボードで治療方針が決定された割合		
施策を記入する		-	-	NA	NA
	05-M02	キャンサーボード開催数		
		-	-	NA	NA
	チーム医療体制が整備され、医療従事者間の連携が強化されている			
施策を記入する	05-M03	リハビリテーションを受けた患者の割合		

最終アウトカム 項目番号	項目名	全国	沖縄県
全人的なサポートを行う「トータルケア」の提供が受けられている			
05-F01	治療に納得している患者の割合		
患者15	これまで受けた治療に納得している患者の割合	77.4%	○ 85.4%
副作用・合併症・後遺症により、患者とその家族の生活の質が低下していない			
05-F02	副作用の予測ができている患者の割合		
患者10	治療による副作用の予測などに関し見通しを持てた患者の割合	63.0%	○ 70.5%

チーム医療　2/2

施策を記入する

	NDB-SCR149	がん患者リハビリテーション料　入院	100.0	125.5
05-M04	支持療法を受けた患者の割合			
	-	-	NA	NA
05-M05	医療者間で情報共有されていた患者の割合			
	患者13	治療に関係する医療スタッフ間で十分に患者に関する情報共有がなされていたと思う患者の割合	68.8%	77.3%
05-M05	主治医以外に相談しやすいスタッフがいた患者の割合			
	患者14	主治医以外にも相談しやすい医療スタッフがいたと思う患者の割合	48.8%	53.7%

ゲノム医療

がんゲノム医療

▼都道府県を選択してください（必須）

沖縄県

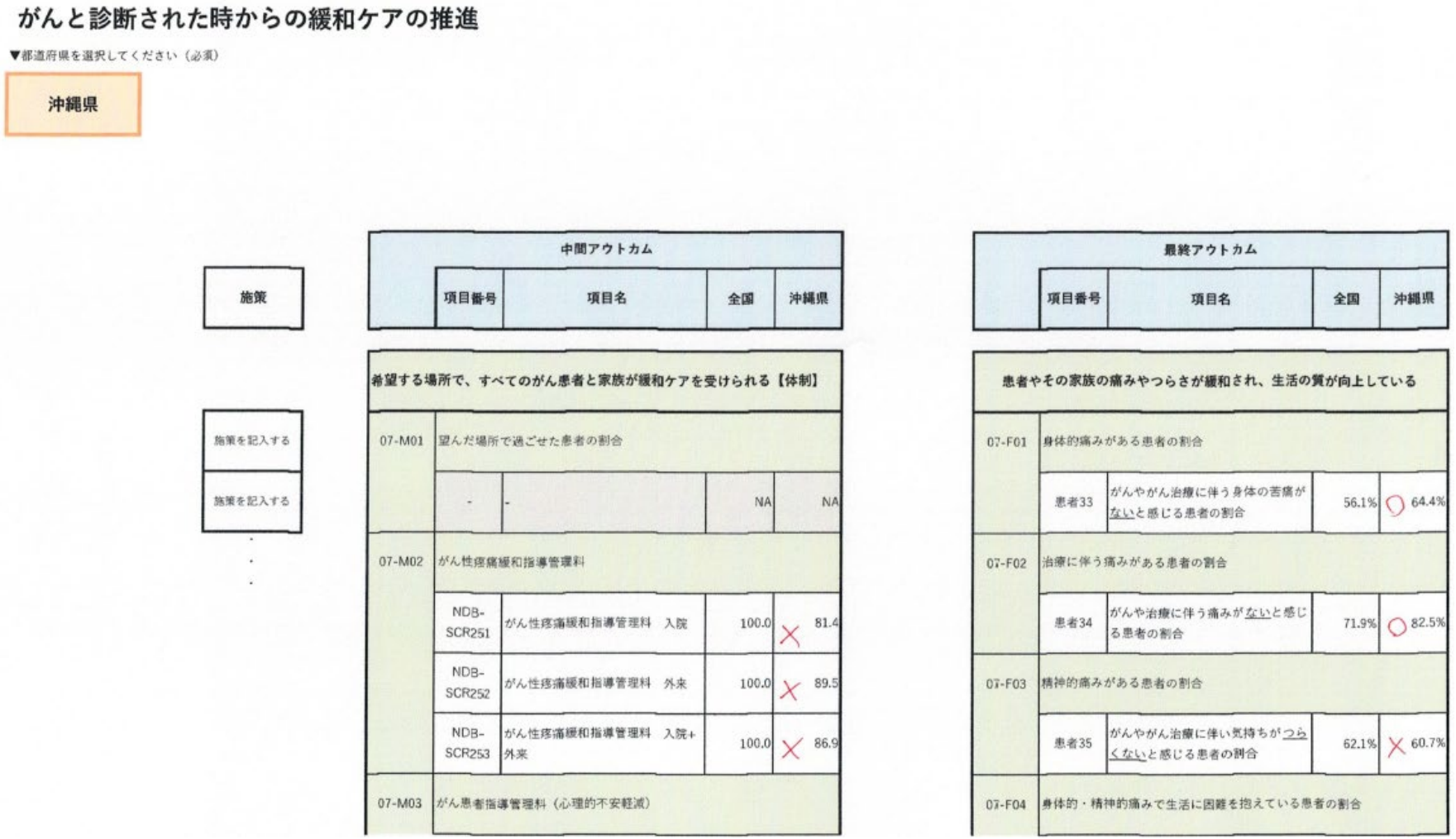
施策
施策を記入する
施策を記入する
・
・
・
施策を記入する
・
・
・

中間アウトカム				
指標番号	項目番号	指標	全国	沖縄県
都道府県内でどこに住んでいてもゲノム医療を受けられる体制になっている				
06-M01	遺伝子パネル検査数			
	-	-	NA	NA
06-M02	遺伝性腫瘍カウンセリング加算			
	-	-	NA	NA
都道府県民が安心してがんゲノム医療に参加できる環境の整備が整う				
06-M03	ゲノム医療を知っている患者の割合			
	患者27	ゲノム情報を活用したがん医療について知っている患者の割合	18.3%	12.5%

最終アウトカム				
指標番号	項目番号	指標	全国	沖縄県
患者が個々のゲノム情報に基づき、最適な医療を受けられている				
06-F01	-			
	-	-	NA	NA
ゲノム情報に基づく適切な薬、治療法が開発される（国）				
06-F02	-			
	-	-	NA	NA

108

緩和ケア　1/3



がんと診断された時からの緩和ケアの推進

▼都道府県を選択してください（必須）

沖縄県

施策	中間アウトカム 項目番号	項目名	全国	沖縄県	最終アウトカム 項目番号	項目名	全国	沖縄県
	希望する場所で、すべてのがん患者と家族が緩和ケアを受けられる【体制】				患者やその家族の痛みやつらさが緩和され、生活の質が向上している			
施策を記入する	07-M01	望んだ場所で過ごせた患者の割合			07-F01	身体的痛みがある患者の割合		
施策を記入する		-	-	NA NA	患者33	がんやがん治療に伴う身体の苦痛がないと感じる患者の割合	56.1%	○ 64.4%
・	07-M02	がん性疼痛緩和指導管理料			07-F02	治療に伴う痛みがある患者の割合		
・		NDB-SCR251	がん性疼痛緩和指導管理料　入院	100.0	× 81.4	患者34	がんや治療に伴う痛みがないと感じる患者の割合	71.9%	○ 82.5%
・		NDB-SCR252	がん性疼痛緩和指導管理料　外来	100.0	× 89.5	07-F03	精神的痛みがある患者の割合		
		NDB-SCR253	がん性疼痛緩和指導管理料　入院+外来	100.0	× 86.9	患者35	がんやがん治療に伴い気持ちがつらくないと感じる患者の割合	62.1%	× 60.7%
	07-M03	がん患者指導管理料（心理的不安軽減）			07-F04	身体的・精神的痛みで生活に困難を抱えている患者の割合		

右側の主観指標が高くても、左の医療サービス提供指標が低いときは、慎重に考える必要がある。例：我慢づよい、辛抱している…といった可能性もある　**109**

緩和ケア　2/3

	NDB-SCR254	がん患者指導管理料（医師・看護師が心理的不安軽減のため面接）　入院	100.0	○ 120.8
	NDB-SCR255	がん患者指導管理料（医師・看護師が心理的不安軽減のため面接）　外来	100.0	× 66.5
	NDB-SCR256	がん患者指導管理料（医師・看護師が心理的不安軽減のため面接）　入院＋外来	100.0	× 78.2
07-M04	外来緩和ケア管理料			
	NDB-SCR257	外来緩和ケア管理料　外来	100.0	NA
07-M05	緩和ケアチーム対応患者数			
	全がん84	病院　緩和ケアチーム有　患者数（人：1カ月実績）（人口10万対）	27.4	× 14.3
07-M06	緩和医療専門医			
	全がん203	がん拠点病院　緩和医療専門医（人：常勤換算）	0.11	○ 0.14★
07-M07	緩和ケア認定看護師			
	全がん209	がん拠点病院　緩和ケア認定看護師（人：常勤換算）	0.66	○ 0.82★

★印は人口10万人対を計算して表示しています

	患者36	身体的・精神的痛みで生活に困難を抱えていない患者の割合	69.5%	○ 70.4%
07-F05	緩和ケアで症状が改善したと思う患者の割合			
	-	-	NA	NA

施策を記入する

迅速かつ適切な緩和ケアが受けられる【質】	
07-M08	速やかな対応を受けた患者の割合

緩和ケア　3/3

施策を記入する

	患者12	つらい症状にはすみやかに対応してくれたと思う患者の割合	74.1%	○ 80.1%
07-M09	痛みや苦痛に対する支援が十分であると思う患者の割合			
	患者32	身体の苦痛や気持ちのつらさを和らげる支援は十分であると感じる患者の割合	42.5%	○ 43.5%
07-M10	痛みの評価（スクリーニング）を受けた割合			
	患者13	受診時に必ず痛みの有無について聞かれた患者の割合	65.1%	○ 72.0%
07-M11	身体的な痛みを相談しやすい割合			
	患者29	身体的なつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談できると思う患者の割合	45.6%	○ 48.2%
07-M12	心の痛みを相談しやすい割合			
	患者30	心のつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談できると思う患者の割合	31.9%	○ 37.1%
07-M03	がん患者指導管理料（心理的不安軽減）			
	NDB-SCR254	がん患者指導管理料（医師・看護師が心理的不安軽減のため面接）　入院	100.0	◯ 120.8
(再)	NDB-SCR255	がん患者指導管理料（医師・看護師が心理的不安軽減のため面接）　外来	100.0	× 66.5
	NDB-SCR256	がん患者指導管理料（医師・看護師が心理的不安軽減のため面接）　入院＋外来	100.0	× 78.2

111

相談支援　1/3

相談支援および情報提供

▼都道府県を選択してください（必須）

沖縄県

施策	中間アウトカム				最終アウトカム			
	項目番号	項目名	全国	沖縄県	項目番号	項目名	全国	沖縄県
施策を記入する	患者やその家族が、医療者から十分な情報を得られている				がん患者とその家族が、がんにより生じた療養生活の心配や悩みなどが軽減されている			
施策を記入する	08-M01	治療前に医療者から十分な情報を得られた患者の割合			03-F01	自分らしい日常生活を送れている患者の割合		
	患者5	治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合	75.2%	× 71.4%	患者31	現在自分らしい日常生活を送れていると感じる患者の割合	70.1%	○ 78.3%
	08-M02	治療のスケジュールに見通しが持てた患者の割合			03-F02	納得いく治療を選択できた患者の割合		
	(再) 患者9	治療スケジュールの見通しに関する情報を十分得ることができた患者の割合	75.9%	○ 83.3%	患者6	納得いく治療選択ができた患者の割合	79.6%	× 79.3%
	08-M03	がん患者指導管理料（医師と看護師の共同診療方針等を文書等で提供）						
	(再) NDB-SCR262	がん患者指導管理料（医師と看護師の共同診療方針等を文書等で提供）入院	100.0	○ 110.4				
	NDB-SCR263	がん患者指導管理料（医師と看護師の共同診療方針等を文書等で提供）外来	100.0	× 91.7				

北部	中部	南部	宮古	八重山
NA	82.1	139.5	NA	NA
NA	55.2	133.5	NA	NA
NA	60.8	134.7	NA	NA

相談支援　2/3

	NDB-SCR264	がん患者指導管理料（医師と看護師の共同診療方針等を文書等で提供）入院＋外来	100.0	95.6

施策を記入する	**がん患者やその家族等が質の高い相談支援が受けられる体制ができている**				
施策を記入する	08-M04	治療前に相談したくてもできなかった患者の割合			
		患者3	治療開始前に、病気のことや療養生活について誰かに相談できた患者の割合	76.5%	○ 79.9%
	08-M05	がん相談支援センターを知らなかった患者の割合			
		患者25	がん相談支援センターを知っている患者の割合	66.9%	○ 74.0%
	08-M06	がん相談支援センターが役に立った患者の割合			
		-	-	NA	NA
	08-M07	相談できる支援があると感じた患者の割合			
		患者24	がん患者の家族の悩みや負担を相談できる支援・サービス・場所が十分あると思う患者の割合	47.1%	○ 52.6%

施策を記入する	**患者やその家族がピアサポートをうけることができている**		
	08-M08	ピアサポートを知らない患者の割合	

相談支援　3/3

施策を記入する

・
・
・

	患者26	ピアサポートを知っている患者の割合	27.5%	43.0%
08-M09	ピアサポートが役に立った患者の割合			
	-	-	NA	NA

在宅　1/2

がんの在宅医療

▼都道府県を選択してください（必須）

沖縄県

▼二次医療圏を選択してください（任意）

南部

施策

施策を記入する

施策を記入する

いずれかでカバーされていればよい？

中間アウトカム

	項目番号	項目名	全国	沖縄県	南部
必要な在宅医療の定位協体制と人材が整っている					
	10-M01	在宅医療の医療機関の整備状況			
	医療一般70	在宅療養支援病院数（人口10万対）	1.6	1.4	1.3
	医療一般74	在宅療養支援診療所数（人口10万対）	11.6	6.7	7.4
	10-M02	急変時緊急に対応できる病院の数			
	NDB-SCR ※301	在宅患者緊急入院診療加算（在支診、在支病、在宅療養後方支援病院）　入院	100.0	18.1	NA
	NDB-SCR ※302	在宅患者緊急入院診療加算（連携医療機関（１以外））　入院	100.0	78.5	NA
	NDB-SCR ※303	在宅患者緊急入院診療加算（１、２以外）　入院	100.0	25.7	NA
	10-M03	在宅医療に関する多職種人材の整備状況			
	医療一般86	訪問看護ステーション　看護師（人：常勤換算）（人口10万対）	35.8	31.4	33.0

最終アウトカム

	項目番号	項目名	全国	沖縄県	南部
在宅患者やその家族の痛みやつらさが緩和され、生活の質が向上している					
	10-F01	痛みなく過ごせた患者の割合			
	-	-	NA	NA	NA
	10-F02	在宅で亡くなったがん患者の医療者に対する満足度			
	-	-	NA	NA	NA
患者が望む場所で療養生活を送ることができている					
	10-F03	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合			
	-	-	NA	NA	NA
	10-F04	（参考指標）在宅死亡割合			

在宅　2/2

※印の項目はがん診療行為表に収録されていない

施策を記入する

施策を記入する

・
・
・

緩和を含めた在宅医療が行われている					
10-M04	在宅医療の提供量				
	NDB-SCR ※304	退院支援加算等 入院	100.0	○ 166.5	○ 194.9
	NDB-SCR ※305	往診　外来	100.0	× 51.9	× 72.7
	NDB-SCR ※306	緊急往診加算等　外来	100.0	× 50.9	× 62.4
	NDB-SCR ※307	在宅患者訪問診療料（1）1　外来	100.0	× 48.8	× 57.2
	NDB-SCR ※308	在宅ターミナルケア加算　外来	100.0	× 73.8	× 85.3
	NDB-SCR ※309	看取り加算（在宅患者訪問診療料・往診料）　外来	100.0	× 76.9	× 86.8
	NDB-SCR ※310	死亡診断加算（在宅患者訪問診療料）　外来	100.0	× 62.0	× 91.8
10-M05	在宅がん医療の提供量	▼項目名を選択してください（必須）			
	NDB-SCR239	外来がん患者在宅連携指導料　外来	100.0	NA	NA
10-M06	外来での疼痛管理薬の使用量（薬剤のNDB-SCRから）				
	-	-	NA	NA	NA

※印の項目はがん診療行為表に収録されていない

	全がん21	自宅死亡率（%）	17.2	○ 17.6	○ 17.7
	全がん22	老人ホーム死亡率（%）	10.0	9.3	9.5
	全がん23	自宅・老人ホーム死亡率（%）	27.2	27.0	27.1

別表

在宅　最終アウトカム　5医療圏

最終アウトカム									
	項目番号	項目名	全国	沖縄県	北部	中部	南部	宮古	八重山
患者が望む場所で療養生活を送ることができている									
10-F03	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合								
	-	-	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
10-F04	（参考指標）在宅死亡割合								
	全がん21	自宅死亡率（%）	17.2	○ 17.6	× 13.0	○ 17.4	○ 17.7	○ 22.0	○ 24.4
	全がん22	老人ホーム死亡率（%）	10.0	9.3	10.8	8.0	9.5	15.4	8.8
	全がん23	自宅・老人ホーム死亡率（%）	27.2	27.0	23.8	25.3	27.1	37.5	33.2

別表

在宅　中間アウトカム　5医療圏

中間アウトカム								
	項目番号	項目名	全国	沖縄県	北部	中部	南部	宮古	八重山
必要な在宅医療の定位協体制と人材が整っている									
10-M01	在宅医療の医療機関の整備状況								
	医療一般70	在宅療養支援病院数（人口10万対）	1.6	1.4	1.0	1.2	1.3	1.9	3.8
	医療一般74	在宅療養支援診療所数（人口10万対）	11.6	6.7	6.0	5.0	7.4	14.8	7.5
10-M02	急変時緊急に対応できる病院の数								
	NDB-SCR※301	在宅患者緊急入院診療加算（在支診、在支病、在宅療養後方支援病院）　入院	100.0	18.1	NA	NA	NA	NA	NA
	NDB-SCR※302	在宅患者緊急入院診療加算（連携医療機関（１以外））　入院	100.0	78.5	NA	NA	NA	NA	NA
	NDB-SCR※303	在宅患者緊急入院診療加算（１、２以外）　入院	100.0	25.7	NA	NA	NA	NA	NA
10-M03	在宅医療に関する多職種人材の整備状況								
	医療一般86	訪問看護ステーション　看護師（人：常勤換算）（人口10万対）	35.8	31.4	28.9	28.3	33.0	44.6	31.3
緩和を含めた在宅医療が行われている									
10-M04	在宅医療の提供量								
	NDB-SCR※304	退院支援加算等 入院	100.0	166.5	81.4	137.3	194.9	NA	133.5
	NDB-SCR※305	往診　外来	100.0	51.9	55.8	63.3	72.7	53.5	93.9
	NDB-SCR※306	緊急往診加算等　外来	100.0	50.9	13.9	30.2	62.4	123.8	23.7
	NDB-SCR※307	在宅患者訪問診療料（１）１　外来	100.0	48.8	26.7	29.2	57.2	119.9	34.2
	NDB-SCR※308	在宅ターミナルケア加算　外来	100.0	73.8	13.7	48.8	85.3	164.5	37.1
	NDB-SCR※309	看取り加算（在宅患者訪問診療料・往診料）　外来	100.0	76.9	34.2	50.5	86.8	179.9	13.2
	NDB-SCR※310	死亡診断加算（在宅患者訪問診療料）　外来	100.0	62.0	NA	NA	91.8	NA	NA
10-M05	在宅がん医療の提供量								
	NDB-SCR239	外来がん患者在宅連携指導料　外来	100.0	NA	NA	NA	NA	NA	NA

社会的問題

がん患者の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ）

▼都道府県を選択してください（必須）

沖縄県

施策	中間アウトカム 項目番号	項目名	全国	沖縄県
	仕事と治療の両立についての必要な支援を受けられている			
施策を記入する	13-M01	治療前に就労の継続について説明を受けられなかった患者の割合		
施策を記入する	(再) 患者22	治療開始前に就労の継続について医療スタッフから話があった患者の割合	38.6%	× 27.2%
	13-M02	がんの治療中に職場で勤務上の配慮があった患者の割合		
	患者21	職場や仕事上の関係者から治療と仕事を両方続けられるような勤務上の配慮があったと思う患者の割合	65.1%	○ 74.4%
	患者が社会生活に必要な支援を受けられている			
施策を記入する	13-M03	がんによる外見上の変化に対する悩みを相談できた患者の割合		
施策を記入する	患者19	外見の変化に関する悩みを誰かに相談できた患者の割合	28.5%	○ 31.6%
	13-M04	生活に必要な社会制度に関する情報を十分得られた患者・家族の割合		
	(再) 患者24	がん患者の家族の悩みや負担を相談できる支援・サービス・場所が十分あると思う患者の割合	47.1%	○ 52.6%

最終アウトカム 項目番号	項目名	全国	沖縄県
がんになっても自分らしく生き、働き、安心して暮らしている			
13-F01	自分らしい生活を送れている患者の割合		
(再) 患者31	現在自分らしい日常生活を送れていると感じる患者の割合	70.1%	○ 78.3%
13-F02	治療費負担が原因で治療を変更・断念したことがある患者の割合		
患者7	治療費用の負担が原因で、治療を変更または断念したことのある患者の割合	5.0%	○ 4.0%
患者が社会の一員として尊厳を持って暮らしていられる			
13-F03	医療費負担が生活に影響を及ぼした患者の割合		
患者8	医療を受けるための金銭的負担が原因で生活影響があった患者の割合	27.1%	× 37.1%
13-F04	がんに対する偏見を感じている患者の割合		
患者27	(家族以外の)周囲の人からがんに対する偏見を感じる患者の割合	18.3%	× 12.5%

119

課題メモフォーム記入例（抜粋、要精査）

	課題候補	備考
③医療提供体制	・大腸がんの5年生存率（男、女）が低い。拠点病院カバー率が低いので、院内登録全体でのカバー率を確認する。セカンドオピニオンが知られていない。外来での告知の際に看護師立ち合いがされていない可能性あり。	
④4療法	・肺がん、大腸がん、胃がん（男）、乳がんの5年生存率が低い。術式のバランスなど要確認。化学療法が適切に提供されているか要確認。薬物療法の説明が中部以外で十分に行われているか要確認。	
⑤チーム医療	・特になし	
⑦緩和ケア	・患者満足度は高いが、緩和ケアの量が少ない可能性があるので要確認。外来での不安軽減への対応が薄い可能性あり。	
⑧相談支援	・外来で看護師の立ち合いが薄い可能性あり。南部医療圏はさらに薄い可能性が高い。	
⑨在宅	・北部医療圏の自宅死亡率が低く希望を満たせているか要確認。在宅死亡率が高くても在宅サービス提供量が少ないことは問題ないか要確認。在宅看取りを病院と診療所が担う比率を医療圏ごとに検討する必要あり。	
⑩社会生活	・経済的に負担を感じている人が多い。就労継続について説明を受けた人の比率が低い。	
その他・全体等	120	

まとめ

作業結果の活用

■抽出された課題候補について、会議体などで検討

■当該都道府県のがん対策推進計画のロジックモデルと対比（ない場合は、本文からロジックモデル作成）

■同ロジックモデル上に、重要課題と重点施策を配置。計画のPDCAサイクル向上につなげる

＊限界：ただし、この評価シートは施策体系の全体をカバーしているわけではない。カバー外についても同様の作業が必要

まとめ

- がん対策地域別データ集（沖縄県がん診療連携協議会版）の「評価シート」の有用性が明らかになったと思われる。
- 利用時のコツについても、いくつか確認できたのではないか。
- 今後は、沖縄県がん診療連携協議会のロジックモデルと指標（データ付）が活用され、こうした作業がより包括的かつ詳細に行われるようになる
- なお、がん対策地域別データ集（沖縄県がん診療連携協議会版）「評価シート」データ更新時に、ロジックモデルと指標の構成要素の追加なども検討する必要あり

「がん患者学会 2024」開催要項並びに参加者募集要項

一般社団法人全国がん患者団体連合会（全がん連）では、2023 年に大阪医科薬科大学で開催された「がん患者学会 2023」に続き、国立研究開発法人国立がん研究センターの後援により、2024 年 11 月 23 日（土）24 日（日）に国立がん研究センター築地キャンパスにて「がん患者学会 2024」をハイブリッド開催（現地+オンデマンド配信）いたしますので、お知らせいたします。

全国各地のがん患者団体やがん患者支援に関わっている皆さまにお集まりいただき、共に課題について学び、各地の取り組みを共有、議論しながらより良いがん医療とがん患者支援を考える機会としたいと思っております。がん患者支援に関わる団体関係者または個人の参加者には、旅費交通費の助成もございます。多くの皆さまのご参加をお待ちしております。

「がん患者学会 2024」開催要項

- 日時：2024 年 11 月 23 日（土）24 日（日）
- 会場：国立がん研究センター築地キャンパス研究棟 大会議室／セミナールーム
  - 〒104-0045　東京都中央区築地 5-1-1
  - 都営地下鉄大江戸線「築地市場駅」A3 番出口から徒歩 1 分
  - 東京メトロ日比谷線「築地駅」2 番出口から徒歩 5 分
  - ハイブリッド開催（現地＋オンデマンド配信）現地開催終了後にオンデマンド配信
- 会費：お一人 2,000 円（全国がん患者団体連合会の加盟団体については会費無料）
  - 参加者への旅費一部助成あり
- 対象：がん患者支援に関わる団体関係者または個人、その他がん患者支援に関心のある医療関係者、メディア関係者、企業関係者、行政関係者

- 主催：一般社団法人全国がん患者団体連合会
- 後援：国立研究開発法人国立がん研究センター
- 共催・協賛企業：

アストラゼネカ株式会社、アフラック生命保険株式会社、協和キリン株式会社、塩野義製薬株式会社、中外製薬株式会社、ノバルティスファーマ株式会社、ファイザー株式会社、ブリストル・マイヤーズスクイブ株式会社
アステラス製薬株式会社、サノフィ株式会社、武田薬品工業株式会社
オイシックス・ラ・大地株式会社、大鵬薬品工業株式会社

「がん患者学会 2023」プログラム

別紙、「がん患者学会 2024 プログラム」をご参照ください。

「がん患者学会 2024」参加者募集要項

■「がん患者学会 2024」開催の目的

（１）全国のがん患者支援に関わる団体関係者または個人、その他関心のある医療関係者、企業関係者、メディア関係者、行政関係者の方などが、がん医療やがん患者・家族の支援に関する課題を学び、今後のより良い対策について議論すること
（２）参加して得た知識や情報を、それぞれの所属団体、所属組織または個人での取り組みに反映し、国や各地域でのがん医療やがん患者・家族の支援の向上に活かしていくこと

■「がん患者学会 2024」応募資格

（１）募集タイプについて

【タイプ A】募集人数：現地参加 25 名

- がん患者支援に関わる団体関係者または個人であること。
- 「がん患者学会 2024」のうち、11 月 23 日（土）の「開会式とオリエンテーション」（12 時 50 分開始）から「1 日目のまとめ」（18 時終了）まで現地で参加、並びに 11 月 24 日（日）「オリエンテーション」（8 時 50 分開始）から「閉会式」（16 時終了）まで現地で参加すること。
- 11 月 23 日（土）「患者団体による活動発表」（16 時 20 分～17 時 40 分）で自団体の活動発表（PowerPoint を用いた口演、5 分程度）を行うこと。
- 旅費交通費の一部助成があります（助成金額は別表参照）。
- オンデマンド配信を視聴することが可能です（一部配信されないセッションや内容があります）

【タイプ B】募集人数：現地参加 25 名

- がん患者支援に関わる団体関係者または個人であること。
- 「がん患者学会 2024」のうち 5 セッション以上に現地で参加すること。
- 旅費交通費の助成額は、タイプ A のおよそ半額となります（助成金額は別表参照）。
- オンデマンド配信を視聴することが可能です（一部配信されないセッションや内容があります）

【タイプ C】募集人数：現地参加または後日オンデマンド視聴 100 名

- がん患者支援に関わる団体関係者または個人であること。
- 「がん患者学会 2024」のうち 1 セッション以上に現地で参加、または後日オンデマンドを視聴すること。
- 旅費交通費の助成はありません。
- オンデマンド配信を視聴することが可能です（一部配信されないセッションや内容があります）

【医療関係者・メディア関係者・企業関係者・行政関係者】

募集人数：現地参加または後日オンデマンド視聴 100 名

- がん患者支援に関心のある医療関係者、企業関係者、メディア関係者、行政関係者であること。
- 「がん患者学会 2024」のうち 1 セッション以上に現地で参加、または後日オンデマンドを視聴すること。
- 旅費交通費の助成はありません。
- 後日オンデマンドを視聴することが可能です（一部配信されないセッションや内容があります）

※ タイプＡ参加者による「患者団体による活動発表」とは別に、会場の定められたスペースで、自団体の活動を紹介するチラシを掲示・配布することが出来ます（事前の申請が必要です）

※ がん患者支援に関わる団体から参加する場合、1 団体あたり、タイプＡで 1 名、タイプＢで 1 名、タイプＣは上限なしの人数のお申込みが可能です。

（2）がん患者支援に関わる団体関係者または個人については、以下の条件を満たす方

【がん患者支援に関わる団体関係者でご参加の方】

1. 特定の治療法、代替療法、健康食品等を推奨する団体ではないこと
2. 特定の政治団体、宗教団体を支持する団体ではないこと
3. 法人格の有無は問いませんが、定款または会則等が明確であること
4. 直近 1 年以内に活動実績、もしくは今後の計画があること
5. 所属している団体の営利活動を広報するようなことはしないこと
6. がん患者と家族が主体となって構成される団体の代表、もしくはその団体から推薦された会員であること

【がん患者支援に関わる個人でご参加の方】

1. 特定の治療法、代替療法、健康食品等を推奨することを目的としてがん患者支援に関わる個人ではないこと
2. 特定の政治団体、宗教団体を支持することを目的としてがん患者支援に関わる個人ではないこと
3. 直近 1 年以内に活動実績、もしくは今後の計画があること
4. 個人の営利活動を広報するようなことはしないこと

（3）参加後に、得た知識や情報を各団体または個人での取り組みに反映し、国や地域でのがん対策に活かすための活動を行えること。

（4）運営に関しての主催者の指示を守っていただくこと

※ 上記、（1）から（4）の応募資格をお守りいただけない場合、参加取り消しや助成金の返還、次年度以降の参加資格の喪失、となる場合がありますので、予めご了承ください。

■助成内容

（1）「タイプA」

旅費交通費として、参加者の居住地に基づき、下記表の金額（A）を助成します。なお、全国がん患者団体連合会の加盟団体からの参加者は、これに加えて5,000円を助成します。

（2）「タイプB」

旅費交通費として、参加者の居住地に基づき、下記表の金額（B）を助成します。なお、全国がん患者団体連合会の加盟団体からの参加者は、これに加えて5,000円を助成します。

（3）「タイプC・医療関係者・メディア関係者・企業関係者・行政関係者」

旅費交通費の助成はありません。

地域	助成金額（A）	助成金額（B）
北海道	36,000円	18,000円
東北（青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島）	35,000円	17,000円
関東（茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、神奈川）	14,000円	7,000円
東京	0円	0円
甲信越（新潟、富山、石川、福井、山梨、長野）	33,000円	16,000円
東海（静岡、岐阜、三重、愛知）	36,000円	18,000円
近畿（滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良、和歌山）	42,000円	21,000円
中国（岡山、広島、山口、島根、鳥取）	44,000円	22,000円
四国（愛媛、香川、徳島、高知）	42,000円	21,000円
九州（福岡、佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島）	42,000円	21,000円
沖縄	47,000円	23,000円

お申込みと選考

■参加者募集期間

（1）タイプA・タイプB

2024年9月9日（月）～10月7日（月）17時まで

※　タイプA・タイプBでお申し込みされた方については、主催団体による選考を行い、10月14日（月）以降を目途に順次、電子メールでご連絡いたします。なお、応募多数となった場合には、全国がん患者団体連合会の加盟団体を優先する場合があります。

（2）タイプC・医療関係者・メディア関係者・企業関係者・行政関係者

2024年9月9日（月）～11月4日（月）17時まで

■お申込み方法

下記Peatix（ピーティックス）よりお申込みください。

https://gakkai2024.peatix.com

「がん患者学会 2024」プログラム

日時：2024 年 11 月 23 日（土）24 日（日）
会場：国立がん研究センター築地キャンパス研究棟 大会議室／セミナールーム
（※）ハイブリッド開催（現地＋オンデマンド配信）現地開催終了後にオンデマンド配信いたします。
（※）オンデマンド配信では、一部配信されないセッションや内容があります。
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：国立研究開発法人国立がん研究センター
対象：がん患者支援に関わる団体関係者または個人、その他がん患者支援に関心のある医療関係者、メディア関係者、企業関係者、行政関係者
（※）本プログラムは、2024 年 10 月 25 日時点の内容となります。今後、随時更新してまいります。

■1 日目・11 月 23 日（土）午前

ドラッグ・ラグ/ドラッグ・ロスの課題と今後の取り組み



（全国がん患者団体連合会 加盟団体公募企画）
11 月 23 日（土）10：00～10：50
国立がん研究センター築地キャンパス研究棟 大会議室
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）

PPI（患者・市民参画）推進に向けた Fairy's（フェアリーズ）の取り組み



（全国がん患者団体連合会 理事会企画）
11 月 23 日（土）10：00～10：50
国立がん研究センター築地キャンパス研究棟 セミナールーム
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））

希少がん診療・相談支援ネットワークの現状と展望

（国立がん研究センター希少がんセンター 共催セッション）
11 月 23 日（土）11：00～11：50
国立がん研究センター築地キャンパス研究棟 大会議室



講師：川井 章 氏
（国立がん研究センター希少がんセンター長／中央病院骨軟部腫瘍・リハビリテーション科長）



講師：高橋 雅信 氏
（東北大学大学院医学系研究科臨床腫瘍学分野准教授）



講師：遠藤 誠 氏
（九州大学病院希少がんセンター副希少がんセンター長／整形外科講師）



講師：加藤 陽子 氏
（国立がん研究センター希少がんセンター）

痛みの緩和のための選択肢を考える～神経ブロックと脊髄鎮痛法



（全国がん患者団体連合会 緩和ケア委員会企画）
11 月 23 日（土）11：00～11：50
国立がん研究センター築地キャンパス研究棟 セミナールーム
講師：服部 政治 氏
（中部徳洲会病院疼痛治療科統括部長）

■1 日目・11 月 23 日（土）午後

有効ながん対策を確実に「届ける」研究における患者・市民との協働

（国立がん研究センターがん対策研究所 共催セッション）
11 月 23 日（土）13：20～14：10
国立がん研究センター築地キャンパス研究棟 大会議室



講師：井上 真奈美 氏
（国立がん研究センターがん対策研究所副所長）



講師：島津 太一 氏
（国立がん研究センターがん対策研究所行動科学研究部実装科学研究室長）

がんゲノム情報管理センター（C-CAT）データから見える日本のがんゲノム医療



（国立がん研究センターがんゲノム情報管理センター（C-CAT）共催セッション）
11 月 23 日（土）13：20～14：10
国立がん研究センター築地キャンパス研究棟 セミナールーム
講師：河野 隆志 氏
（国立がん研究センターがんゲノム情報管理センターセンター長）

実践者から学ぶ がん教育の始め方と地域での展開

（全国がん患者団体連合会 がん教育委員会企画）
11 月 23 日（土）14：20～15：10
国立がん研究センター築地キャンパス研究棟 大会議室



講師：進藤 丈 氏
（大垣在宅クリニック）



講師：小口 浩美 氏
（がんサポートおむすび）

患者団体の利益相反と PPI（患者市民参画）を考えよう



（全国がん患者団体連合会 PPI 委員会企画）

11 月 23 日（土）14：20～15：10

国立がん研究センター築地キャンパス研究棟 セミナールーム

講師：中田 はる佳 氏

（神奈川県立保健福祉大学大学院ヘルスイノベーション研究科准教授）

保険外併用療養の一部拡大～国民皆保険を次世代に引き継ぐために



（全国がん患者団体連合会 政策提言委員会企画）

11 月 23 日（土）15：20～16：10

国立がん研究センター築地キャンパス研究棟 大会議室

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）

マギーズ東京の軌跡と展望

（全国がん患者団体連合会 ピアサポート委員会企画）

11 月 23 日（土）15：20～16：10

国立がん研究センター築地キャンパス研究棟 セミナールーム



講師：坂井 満 氏

（マギーズ東京理事・事務局長）



講師：小園 香奈子 氏

（マギーズ東京キャンサーサポートスペシャリスト・がん看護専門看護師）

患者団体（25 団体）による活動発表

11 月 23 日（土）16：20～17：40

国立がん研究センター築地キャンパス研究棟 大会議室／セミナールーム

■2 日目・11 月 24 日（日）午前

高齢がん患者さんへのより良い医療・ケアを目指して



（ファイザー株式会社 共催セッション）

11 月 24 日（日）09：00～09：50

国立がん研究センター築地キャンパス研究棟 大会議室

講師：小川 朝生 氏

（国立研究開発法人国立がん研究センター東病院精神腫瘍科長／先端医療開発センター精神腫瘍学開発分野長）

先進医療の未来～SDM（共同意思決定）のアプローチ



（ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社 共催セッション）

11 月 24 日（日）09：00～09：50

国立がん研究センター築地キャンパス研究棟 セミナールーム

講師：塚田 信弘 氏

（日本赤十字社医療センター血液内科副部長）

がんゲノム医療を地域でどのように拡げるか～地域格差の解消に向けて



（ノバルティスファーマ株式会社 共催セッション）

11 月 24 日（日）10：00～10：50

国立がん研究センター築地キャンパス研究棟 大会議室

講師：石岡 千加史 氏

（JR 仙台病院院長・東北大学病院腫瘍内科客員教授）

がんによる身体症状との向き合い方 痛みと便秘



（塩野義製薬株式会社 共催セッション）

11 月 24 日（日）10：00～10：50

国立がん研究センター築地キャンパス研究棟 セミナールーム

講師：余宮 きのみ 氏

（埼玉県立がんセンター緩和ケア科科長兼診療部長）

納得して治療を選ぶ力：自分らしく生きるためのヘルスリテラシー



（アストラゼネカ株式会社 共催セッション）

11 月 24 日（日）11：00～11：50

国立がん研究センター築地キャンパス研究棟 大会議室

講師：中山 和弘 氏

（聖路加国際大学大学院看護学研究科看護情報学分野教授）

がん治療と仕事・学業の両立支援



（協和キリン株式会社 共催セッション）

11 月 24 日（日）11：00～11：50

国立がん研究センター築地キャンパス研究棟 セミナールーム

講師：西森 久和 氏（広島市立広島市民病院血液内科部長）

■2 日目・11 月 24 日（日）午後

小児がんのドラッグ・ラグとドラッグ・ロスの解消はどこまで進んだか



（アフラック生命保険株式会社 共催セッション）

11 月 24 日（日）12：50～13：40

国立がん研究センター築地キャンパス研究棟 大会議室

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）

私たちで考えるサバイバーシップ研究



（全国がん患者団体連合会 サバイバーシップ委員会企画）

11 月 24 日（日）12：50～13：40

国立がん研究センター築地キャンパス研究棟 セミナールーム

講師：伊藤 ゆり 氏

（大阪医科薬科大学総合医学研究センター医療統計室室長・准教授）

日本発創薬の現状と展望



（日本癌学会 共催セッション）

11 月 24 日（日）13：50～14：40

国立がん研究センター築地キャンパス研究棟 大会議室

講師：間野 博行 氏

（国立がん研究センター研究所長／日本癌学会理事長）

がん薬物療法専門医の現状と展望



（日本臨床腫瘍学会 共催セッション）

11 月 24 日（日）13：50～14：40

国立がん研究センター築地キャンパス研究棟 セミナールーム

講師：高野 利実 氏

（がん研有明病院院長補佐／日本臨床腫瘍学会専門医部会長）

がんゲノム医療をもっと患者さんのために



（日本癌治療学会 共催セッション）

11 月 24 日（日）14：50～15：40

国立がん研究センター築地キャンパス研究棟 大会議室

講師：武藤 学 氏

（京都大学医学研究科医学専攻内科学講座腫瘍内科学教授）

第 4 期がん対策推進計画へのがん登録の活用～誰一人取り残さないがん対策の実現に向けて

（日本がん登録協議会／厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究）「誰一人取り残さないがん対策における格差のモニタリングと要因解明に資する研究」班 共催セッション）

11 月 24 日（日）14：50～15：40

国立がん研究センター築地キャンパス研究棟 セミナールーム



講師：伊藤 ゆり 氏

（大阪医科薬科大学総合医学研究センター医療統計室室長・准教授）



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副本部長）

「がん患者学会 2024」共催・協賛企業

アストラゼネカ株式会社、アフラック生命保険株式会社、協和キリン株式会社、
塩野義製薬株式会社、中外製薬株式会社、ノバルティスファーマ株式会社、ファイザー株式会社、
ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社
アステラス製薬株式会社、サノフィ株式会社、武田薬品工業株式会社
オイシックス・ラ・大地株式会社、大鵬薬品工業株式会社

第２回　医療者調査

報告書

2024 年 3 月

沖縄県がん診療連携協議会

1. 調査概要
（1）調査手法 2
（2）調査対象者 2
（3）調査実施医療施設 2
（4）調査期間 2
（5）有効回収数 2
（6）回答者のプロフィール 3
2. 調査結果概要
（1）本調査の分析方法 6
（2）各項目の実現率一覧 7
（3）各項目の平均スコア一覧 8
3. 調査結果詳細（平均スコア・実現率）
（1） レジメン登録の遅延による投薬の遅れ（医師のみへの質問） 10
（2） モニタリング結果の主治医（チーム）への速やかな伝達 12
（3） モニタリング結果を受け、主治医（チーム）が緩和ケア実施 14
（4） 主治医（チーム）から緩和ケアチームへの迅速な紹介 16
（5） 治療方針説明時の医師以外の職種参加 18
（6） 治療スケジュール見通しの十分な情報提供 20
（7） 医療費の十分な情報提供 22
（8） 就労継続可否の十分な情報提供 24
（9） アピアランスケアの十分な情報提供 26
（10）がん相談支援センターに関する十分な情報提供 28
（11）患者サロン、ピアサポート、患者会に関する十分な情報提供 30
（12）副作用を含めた薬物療法に関する十分な情報提供 32
（13）がんゲノム医療に関する十分な情報提供 34
（14）妊孕性温存療法が必要な患者への同療法の説明（医師と看護師のみ） 36
（15）質の高い最適な手術の提供 38
（16）多職種で議論した上での放射線治療実施 40
（17）質の高い薬物療法の提供 42
（18）患者の希望を受けての在宅医療移行 44
（19）リハビリテーション実施 46
（20）高齢がん患者への「高齢者機能評価」 48
（21）希少がん患者の中部病院、琉大病院、県外医療機関への紹介 50
（22）難治がん患者の県内・県外医療機関への紹介 52
（23）AYA 世代がん患者の県内・県外医療機関への紹介 54
（24）離島・へき地患者の本島医療機関へのスムーズな送り出し 56
（25）離島・へき地と本島との医療格差解消 58
（26）離島・へき地患者に対する通院回数への配慮 60

（27）県内におけるがん医療の集約化と機能分化 62
（28）医師への意見の言いやすさ（医師以外が回答） 64
（29）他スタッフの意見の尊重（医師が回答） 66
（30）職場のキャリア育成環境 68
4. 調査結果詳細（クロス集計表）
（1） レジメン登録の遅延による投薬の遅れ（医師のみへの質問） 72
（2） モニタリング結果の主治医（チーム）への速やかな伝達 74
（3） モニタリング結果を受け、主治医（チーム）が緩和ケア実施 76
（4） 主治医（チーム）から緩和ケアチームへの迅速な紹介 78
（5） 治療方針説明時の医師以外の職種参加 80
（6） 治療スケジュール見通しの十分な情報提供 82
（7） 医療費の十分な情報提供 84
（8） 就労継続可否の十分な情報提供 86
（9） アピアランスケアの十分な情報提供 88
（10）がん相談支援センターに関する十分な情報提供 90
（11）患者サロン、ピアサポート、患者会に関する十分な情報提供 92
（12）副作用を含めた薬物療法に関する十分な情報提供 94
（13）がんゲノム医療に関する十分な情報提供 96
（14）妊孕性温存療法が必要な患者への同療法の説明（医師と看護師のみ） 98
（15）質の高い最適な手術の提供 100
（16）多職種で議論した上での放射線治療実施 102
（17）質の高い薬物療法の提供 104
（18）患者の希望を受けての在宅医療移行 106
（19）リハビリテーション実施 108
（20）高齢がん患者への「高齢者機能評価」 110
（21）希少がん患者の中部病院、琉大病院、県外医療機関への紹介 112
（22）難治がん患者の県内・県外医療機関への紹介 116
（23）AYA 世代がん患者の県内・県外医療機関への紹介 120
（24）離島・へき地患者の本島医療機関へのスムーズな送り出し 124
（25）離島・へき地と本島との医療格差解消 126
（26）離島・へき地患者に対する通院回数への配慮 128
（27）県内におけるがん医療の集約化と機能分化 130
（28）医師への意見の言いやすさ（医師以外が回答） 132
（29）他スタッフの意見の尊重（医師が回答） 134
（30）職場のキャリア育成環境 136
5. 調査票

Ⅰ. 調査概要

（1） 調査手法

医療施設において本調査に関する協力案内を掲示し、スマートフォンかパソコンから専用 WEB フォームにアクセスし、回答いただいた。

（2） 調査対象者

がん診療連携拠点病院等 6 施設および「がん診療を行う診療施設」20 施設の合計 26 施設に勤務する以下の医療者全員（合計約 1 万人の中で、がん診療に携わっている医療者）

【内訳】

○ 医師	2130 人	各医療機関 1～384 人
○ 看護師	7054 人	各医療機関 1～625 人
○ 薬剤師	423 人	各医療機関 0～55 人
○ 医療ソーシャルワーカー	100 人	各医療機関 1～10 人

（3） 調査実施医療施設

1	北部病院	14	宮良クリニック
2	たいら内科クリニック	15	那覇市立病院
3	北部地区医師会病院	16	那覇西クリニックまかび
4	中部病院	17	那覇西クリニック
5	中頭病院	18	沖縄赤十字病院
6	中部徳洲会病院	19	大浜第一病院
7	ハートライフ病院	20	沖縄協同病院
8	沖縄病院	21	南部医療センター・こども医療センター
9	琉球大学病院	22	豊見城中央病院
10	アドベンチストメディカルセンター	23	友愛医療センター
11	与那原中央病院	24	南部徳洲会病院
12	浦添総合病院	25	宮古病院
13	マンマ家クリニック	26	八重山病院

（4） 調査期間

2024 年 3 月 15 日～3 月 31 日

（5） 有効回収数

951 票（回答総数は 1267 票、うち 2023 年にがん患者に携わっていない 316 票は除外）

（６） 回答者のプロフィール

有効回答者数は 951 人で、属性の内訳は以下の通り。

【職種】

	選択肢	n	%
1	医師	219	23.0
2	看護師	621	65.3
3	薬剤師	63	6.6
4	医療ソーシャルワーカー	48	5.0
	全体	951	100.0

【性別】

	選択肢	n	%
1	男性	317	33.3
2	女性	622	65.4
3	答えたくない	11	1.2
4	その他	1	0.1
	全体	951	100.0

【年代別】

	選択肢	n	%
1	20代	206	21.7
2	30代	251	26.4
3	40代	259	27.2
4	50代	178	18.7
5	60代	54	5.7
6	70歳以上	3	0.3
	全体	951	100.0

【勤務施設の医療圏】

	選択肢	n	%
1	北部医療圏	49	5.2
2	中部医療圏	217	22.8
3	南部医療圏※	504	53.0
4	宮古医療圏	45	4.7
5	八重山医療圏	136	14.3
	全体	951	100.0

※南部医療圏は琉球大学病院と浦添市、西原町所在の病院を含む

【勤務先医療施設の種類】

	選択肢	n	%
1	都道府県または地域がん診療連携拠点病院※	373	39.2
2	地域がん診療病院※	223	23.4
3	その他の医療機関	355	37.3
	全体	951	100.0

※地域がん診療連携拠点病院：琉球大学病院、中部病院、那覇市立病院

※地域がん診療病院：北部地区医師会病院、宮古病院、八重山病院

【医師の専門分野】（医師のみの回答）

	選択肢	n	%
1	手術が主	120	54.8
2	放射線治療が主	8	3.7
3	薬物療法が主	91	41.6
	全体	219	100.0

2. 調査結果概要

（１） 本調査の分析方法

本調査は、適切な医療や情報の提供に関し、「75～99%」など一定の幅を持った選択肢を設け、その実施状況を尋ねている。回答結果をそのまま集計し、「『75～99%』に◯%の回答が集まった」とする調査結果のみでは、結果の全体像が把握しづらいと思われるため、以下の方法で結果概要を取りまとめた。

① 各選択肢の平均の値を「代表値」とする。
② 代表値に各回答者数を掛ける。
③ 掛けた値の合計を、総回答者数で割る（※算出に際し、「わからない」の回答は除外）。
④ 算出された値を、その質問に対する**「実現率」**とみなす。

※「実現率」算出例

選択肢	代表値（選択肢の平均値）	回答者数	代表値×各回答者数	
0～24%	12	22	264	
25～49%	37	52	1924	
50～74%	62	159	9858	
75～99%	87	277	24099	
100%	100	90	9000	
	小計	600	45145	75.2

↑実現率

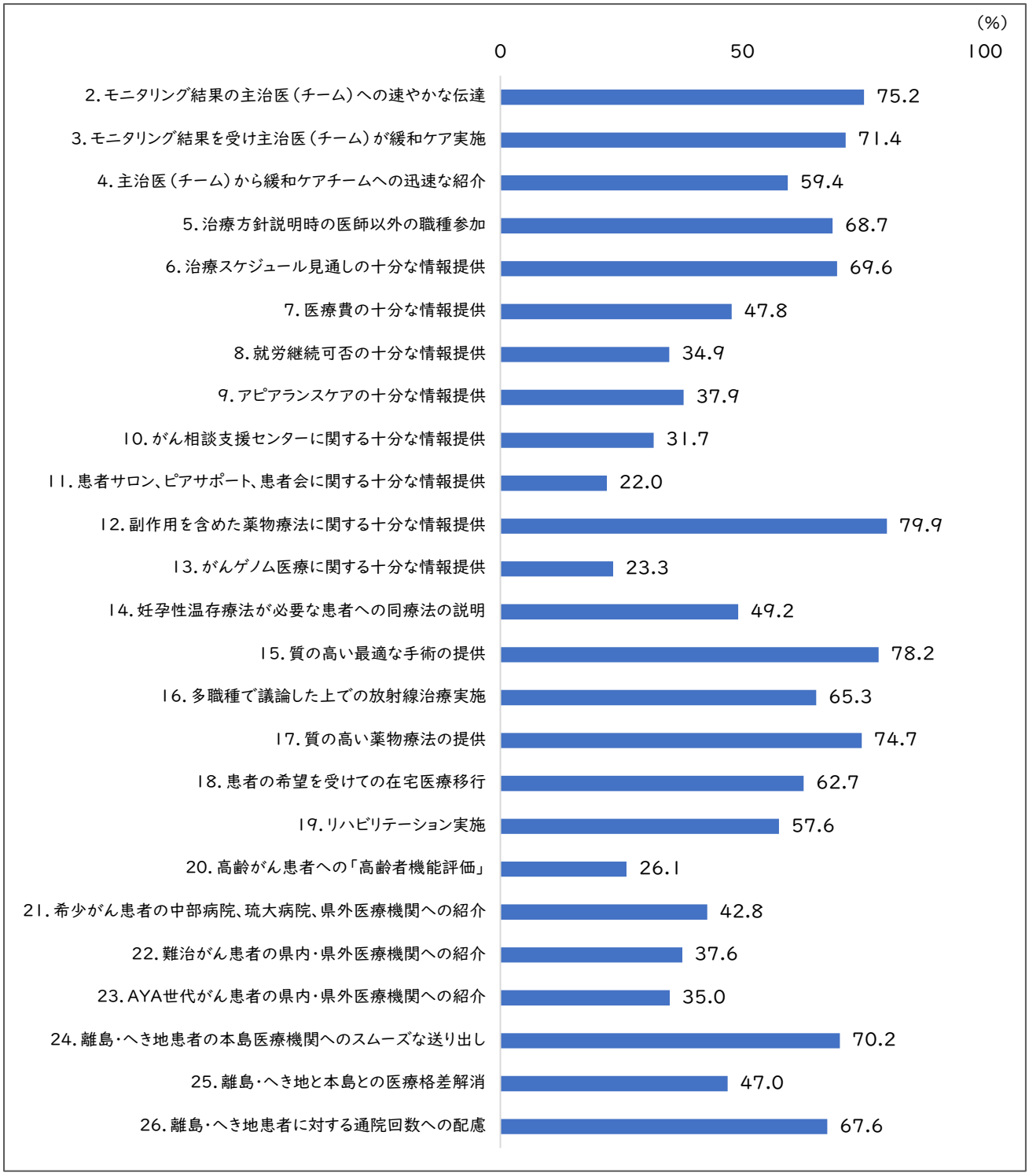
（代表値×各回答者数の小計を回答者総数で割った値）

上記のような、一定の幅を持つ選択肢以外に、「そう思う」「あまりなかった」など定性的な選択肢を設けた質問もある。それらの質問については、以下の方法で結果概要を取りまとめた。

① 「そう思う（なかった）」＝100、「おおむねそう思う（あまりなかった）」＝50、「どちらともいえない」＝0、「あまりそう思わない（ややあった）」＝-50、「そう思わない（あった）」＝-100 とスコアを設定する。
② スコアに各回答者数を掛ける。
③ 掛けた値の合計を、総回答者数で割る（※算出に際し、「わからない」の回答は除外）。
④ 算出された値を、その質問に対する**「平均スコア」**とみなす（-100～100 の幅で算出される）

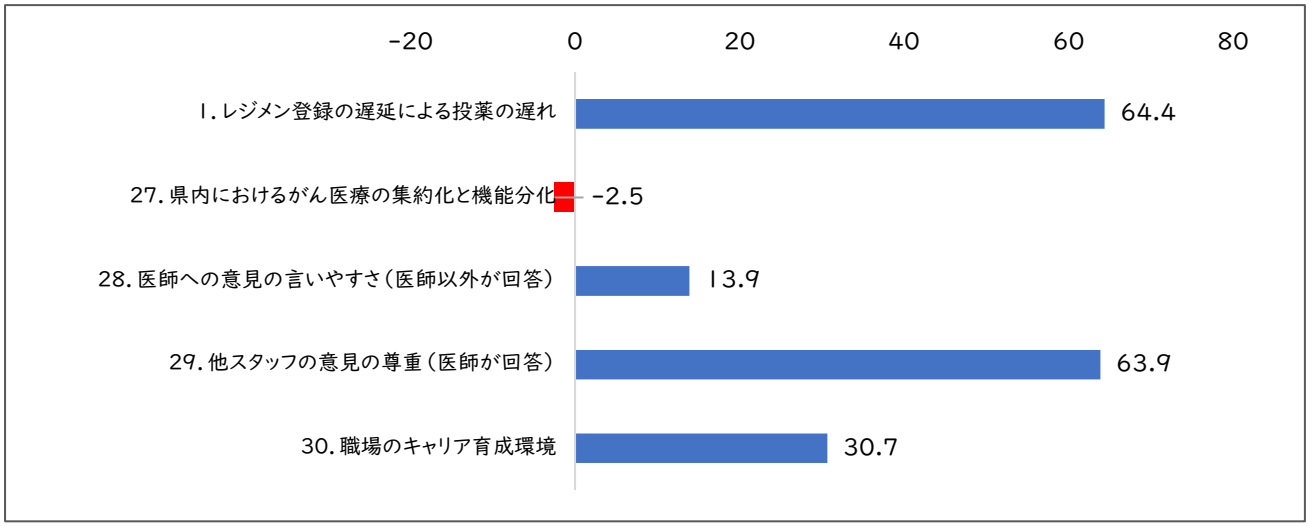
次ページ以降に、各質問の**「実現率」**と**「平均スコア」**を一覧でまとめた。

（２） 各項目の実現率一覧



※「質問 25」に前述計算式を適用した場合、算出値は「格差残存率」を表すことになるため、100 から算出値を差し引いた「格差解消率」をグラフに記載している。

（３） 各項目の平均スコア一覧



3. 調査結果詳細（平均スコア・実現率）

（1） レジメン登録の遅延による投薬の遅れ（医師のみへの質問）

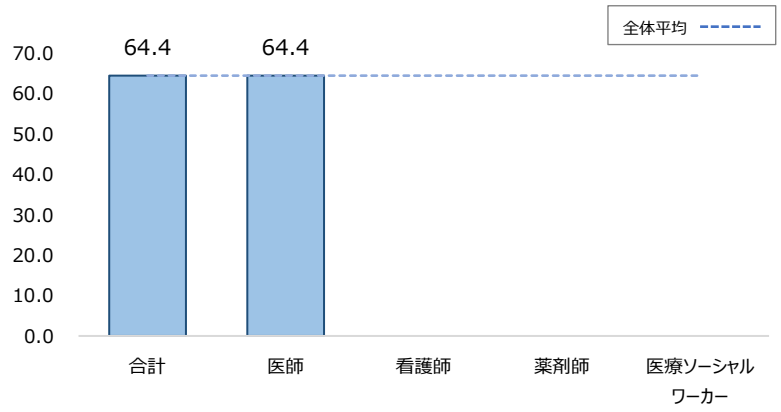
平均スコア：64.4（※数値が高いほど遅れは少ない）

Q. 2023 年に、レジメン登録が遅かったために、患者へのタイムリーな投薬が遅れたことがありましたか。

（※-100～100 の幅で算出）

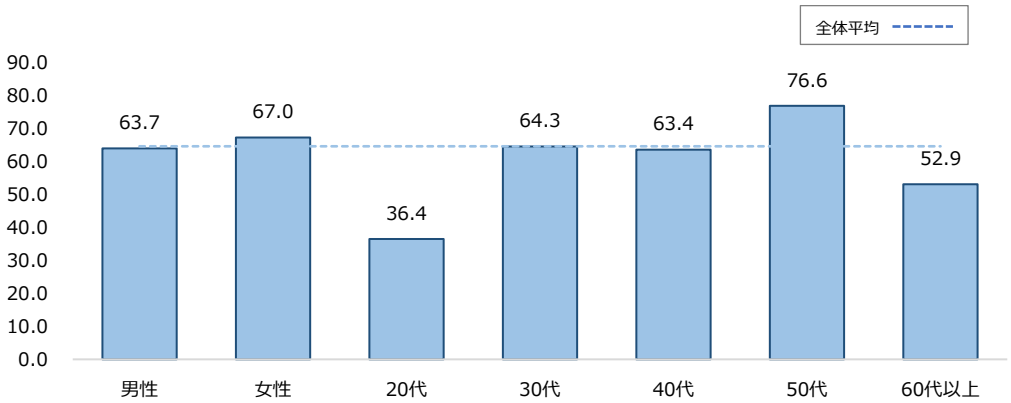
【全体、職種別】

- この質問は医師のみの回答で、平均スコアは 64.4 だった。



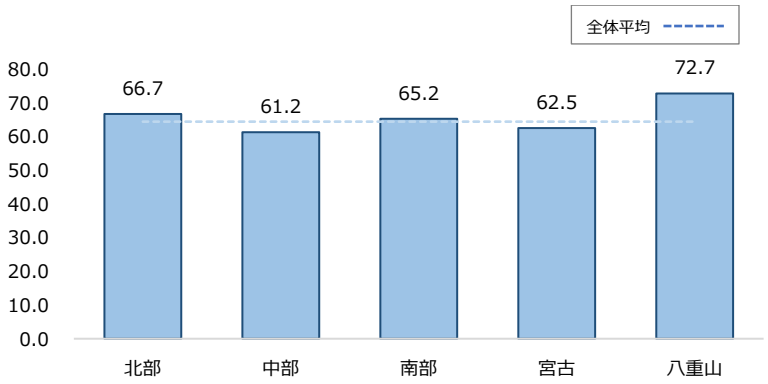
【性別、年代別】

- 年代別では、50 代が高く、20 代と 60 代以上が低かった。



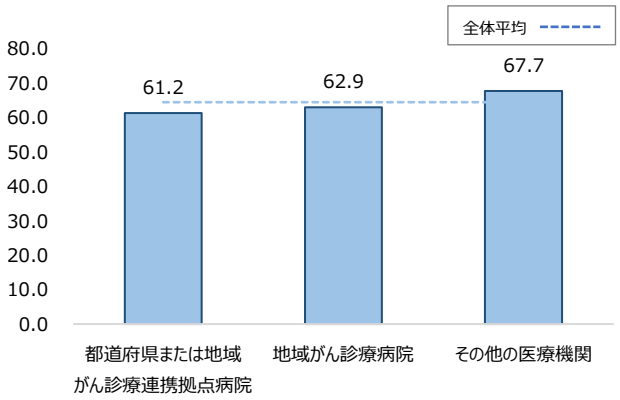
【医療圏別】

- 医療圏別で、大きな差異は見られなかった。



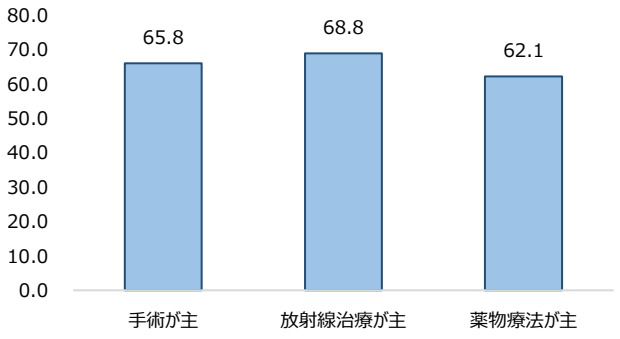
【医療施設別】

- 医療施設別で、大きな差異は見られなかった。



【医師の主たる分野別】

- 主たる分野別で、大きな差異は見られなかった。



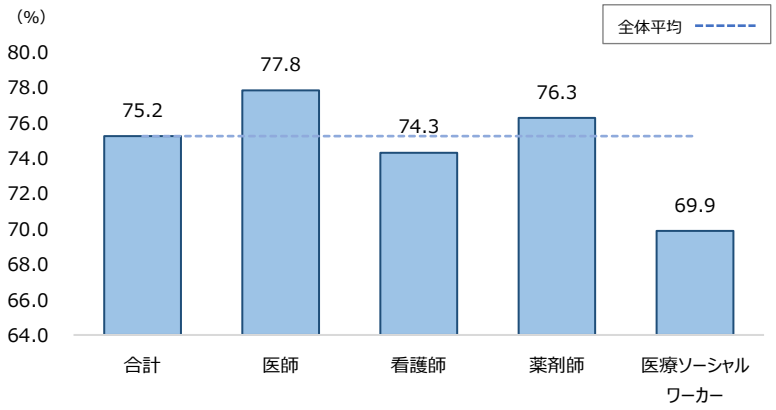
（2） モニタリング結果の主治医（チーム）への速やかな伝達

実現率：75.2%

Q. 2023 年に、看護師による痛みのモニタリング結果で痛みがあるとした患者のうち、その結果が主治医（チーム）に速やかに伝えられた患者の割合はどの程度ですか。

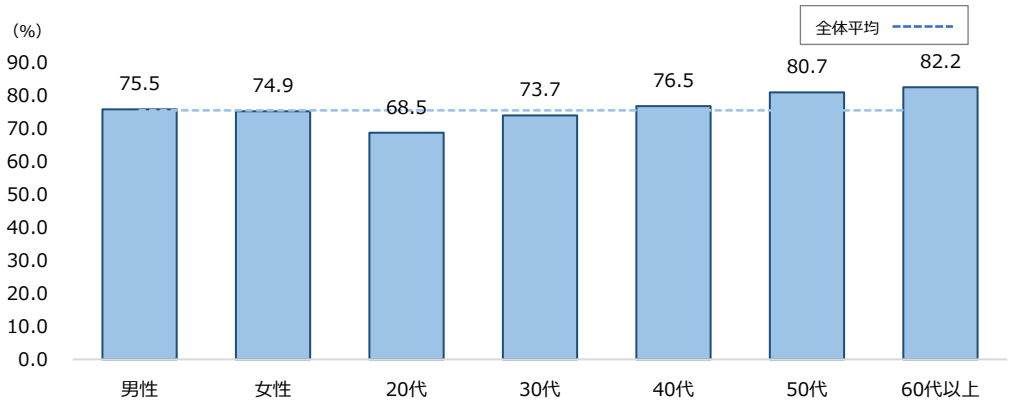
【全体、職種別】

- 職種別では、医療ソーシャルワーカーと看護師が低かった。



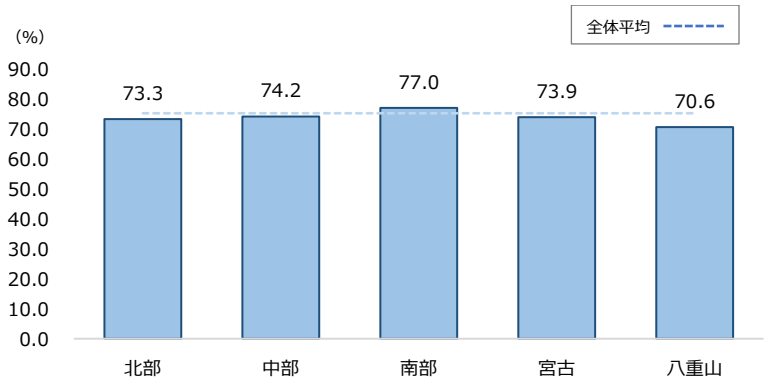
【性別、年代別】

- 年代別では、60 代以上と 50 代が高く、20 代がやや低かった。



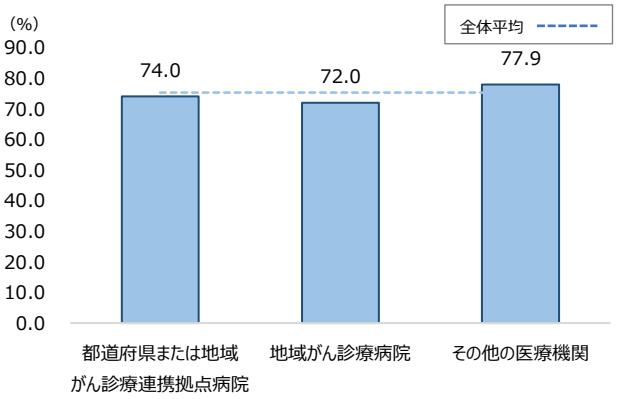
【医療圏別】

- 医療圏別で、大きな差異は見られなかった。



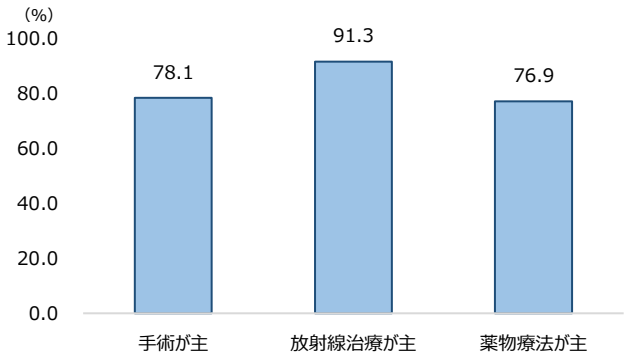
【医療施設別】

- 医療施設別で、大きな差異は見られなかった。



【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「放射線治療が主」が高かった。



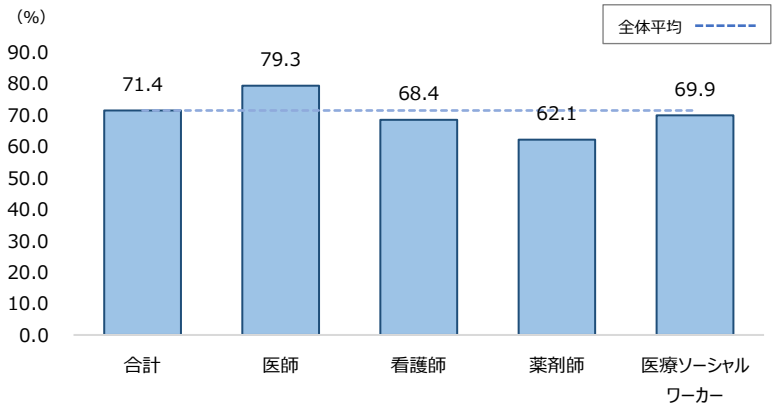
（3） モニタリング結果を受け、主治医（チーム）が緩和ケア実施

実現率：71.4%

Q. 2023 年に、看護師による痛みのモニタリング結果が主治医（チーム）に伝えられた患者のうち、主治医（チーム）が速やかに必要な緩和結果を行った患者の割合はどの程度ですか。

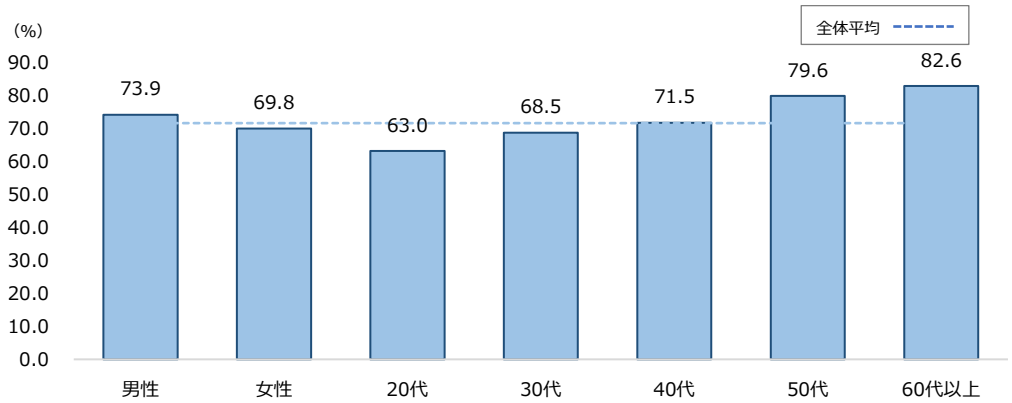
【全体、職種別】

- 職種別では、医師が高く、薬剤師が低かった



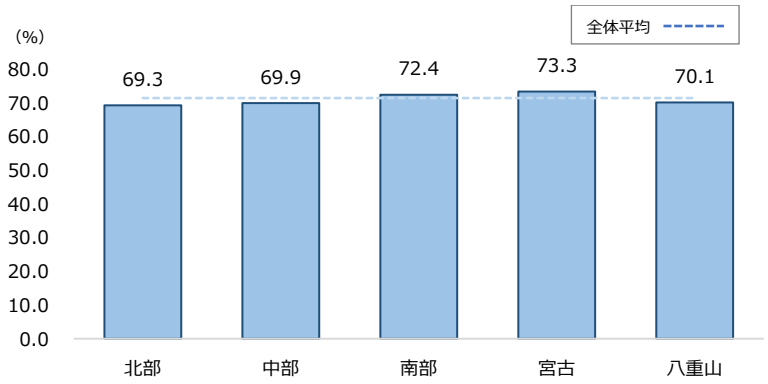
【性別、年代別】

- 年代別では、年代が上がるにつれて、高い実現率となった。



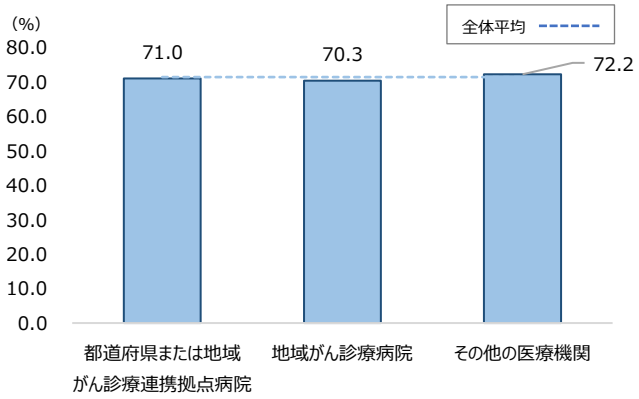
【医療圏別】

- 医療圏別で、大きな差異は見られなかった。



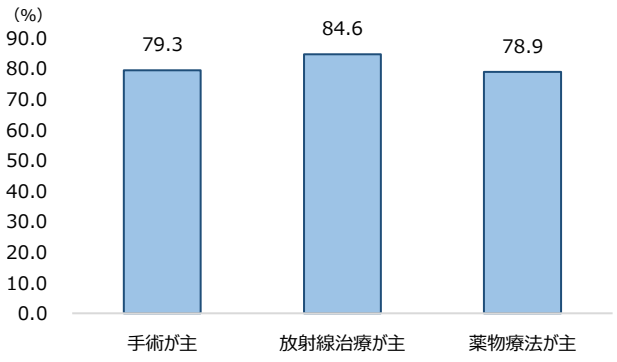
【医療施設別】

- 医療施設別では、大きな差異は見られなかった。



【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「放射線治療が主」が高かった。



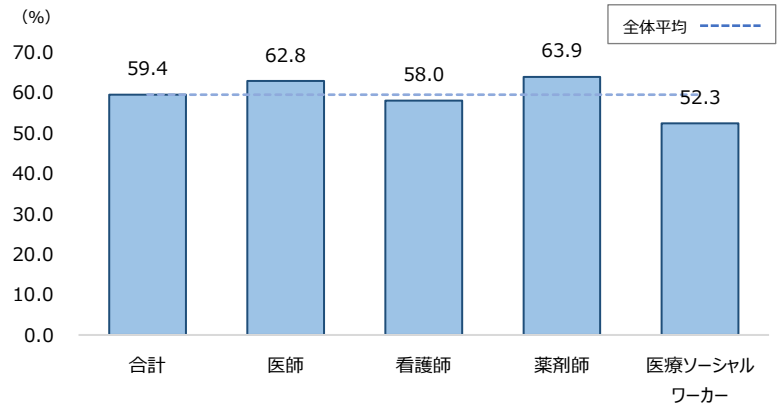
（4） 主治医（チーム）から緩和ケアチームへの迅速な紹介

実現率：59.4%

Q. 2023 年に、看護師による痛みのモニタリング結果が主治医（チーム）に伝えられた患者において、主治医（チーム）では対応が十分に行えない患者のうち、主治医（チーム）から速やかに緩和ケアチームに紹介が行われた患者の割合はどの程度ですか。

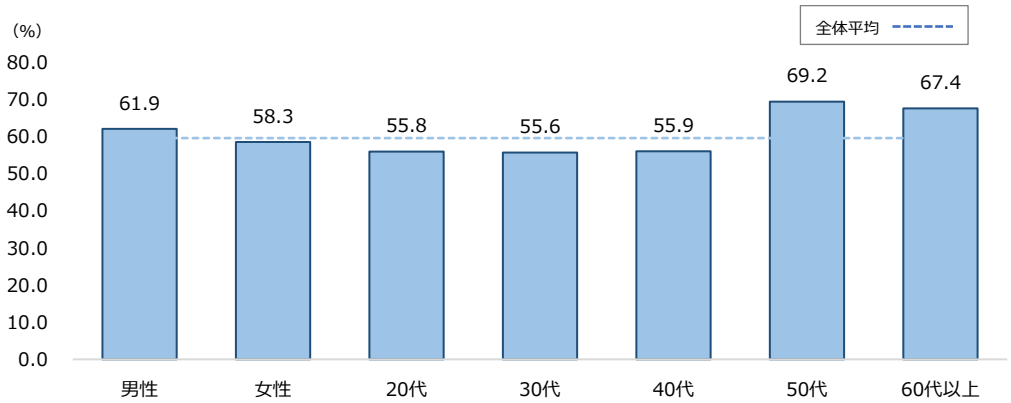
【全体、職種別】

- 職種別では、薬剤師と医師がやや高く、医療ソーシャルワーカーが低かった。



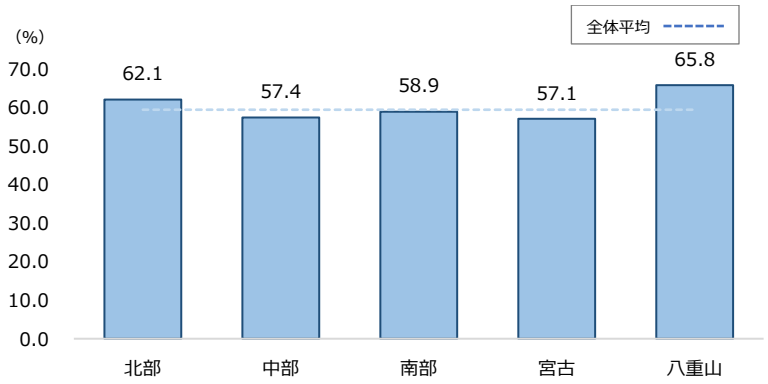
【性別、年代別】

- 年代別では、50 代、60 代以上が高かった。



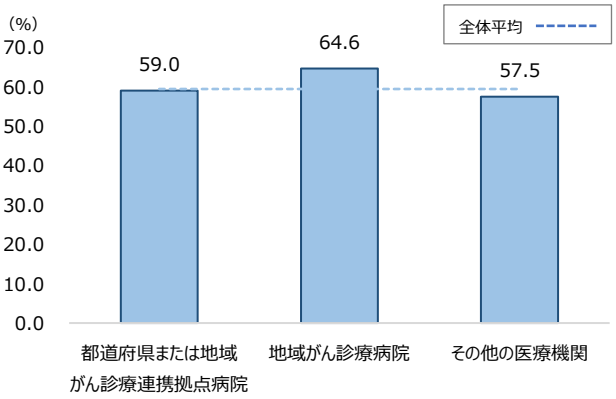
【医療圏別】

- 医療圏別では、八重山が高かった。



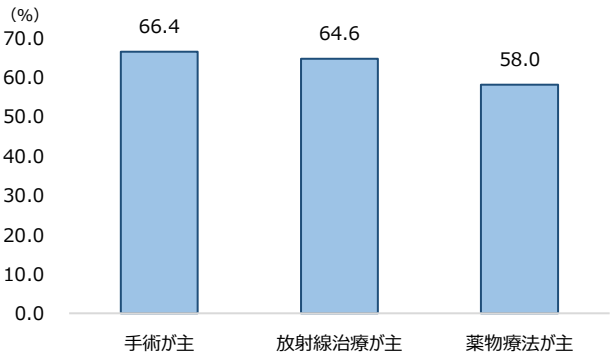
【医療施設別】

- 医療施設別では、地域がん診療病院が高かった。



【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「手術が主」と「放射線治療が主」が高かった。



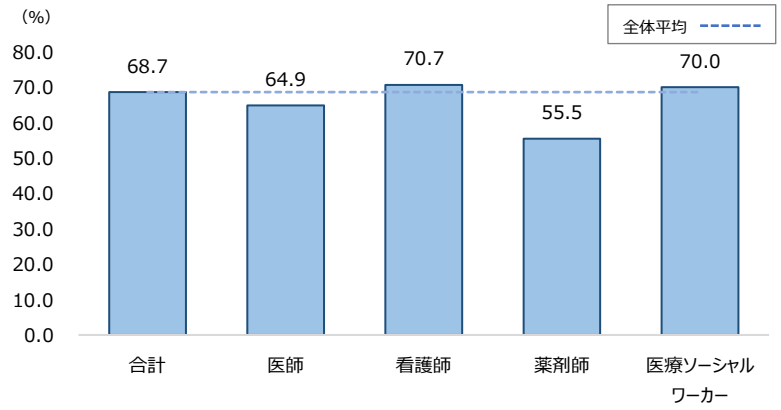
（5） 治療方針説明時の医師以外の職種参加

実現率：68.7%（前回調査：59.1%）

Q. 治療方針（告知等）の説明の際に、医師外の職種も参加している割合はどの程度ですか。

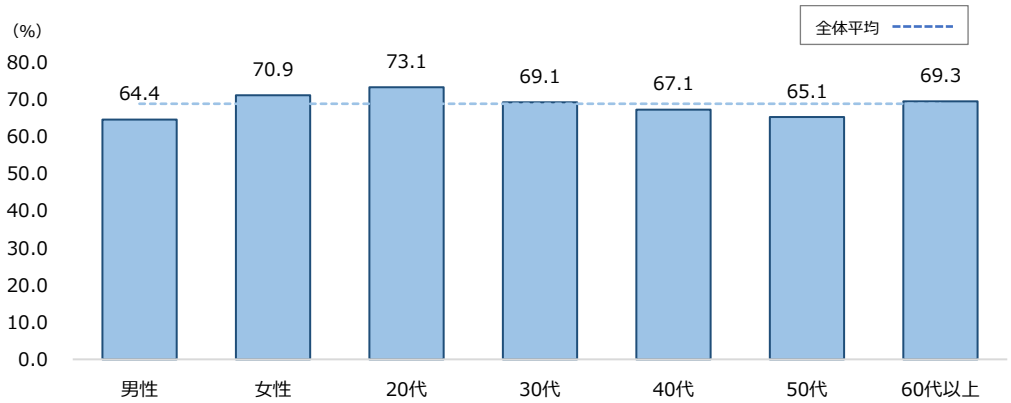
【全体、職種別】

- 職種別では、薬剤師と医師が低かった。



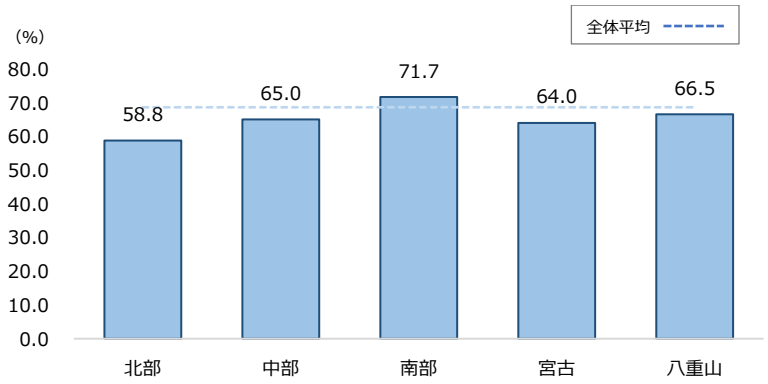
【性別、年代別】

- 年代別では、20 代が高かった。



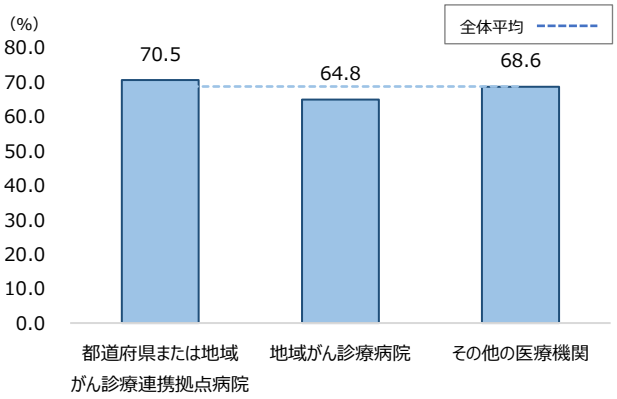
【医療圏別】

- 医療圏別では、南部が高かった。



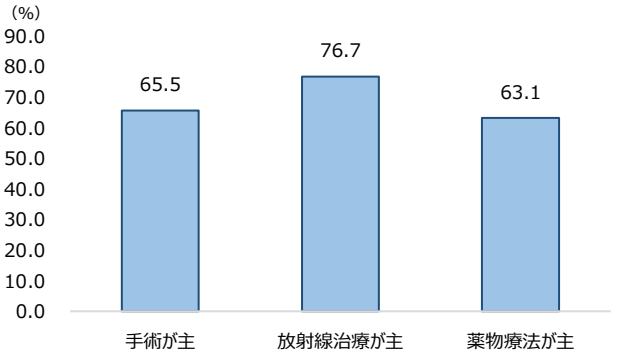
【医療施設別】

- 医療施設別では、都道府県または地域がん診療連携拠点病院がやや高かった。



【医師の主たる分野別】

- 主たる分野別では、「放射線治療が主」が高かった。



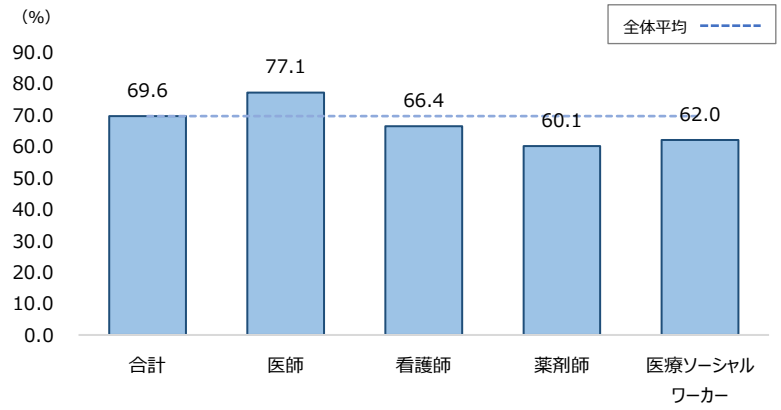
（6） 治療スケジュール見通しの十分な情報提供

実現率：69.6%

Q. 治療スケジュールの見通しについて、治療方針の決定までに、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

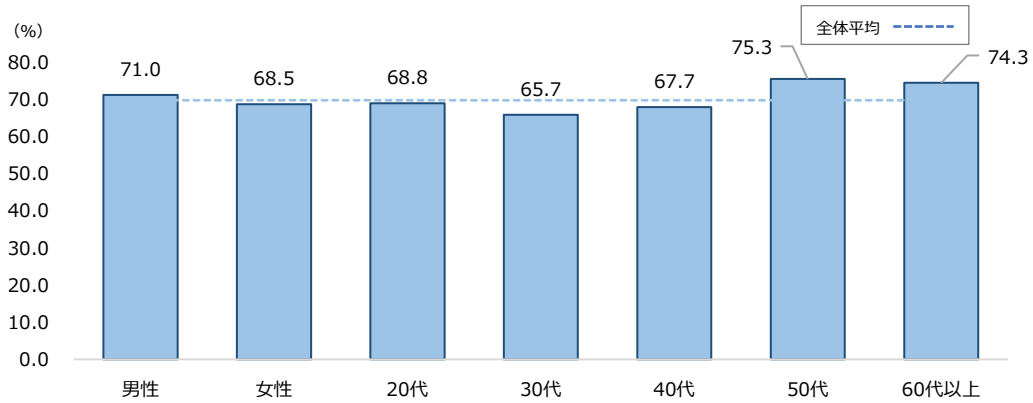
【全体、職種別】

- 職種別では、医師が高く、薬剤師が低かった。



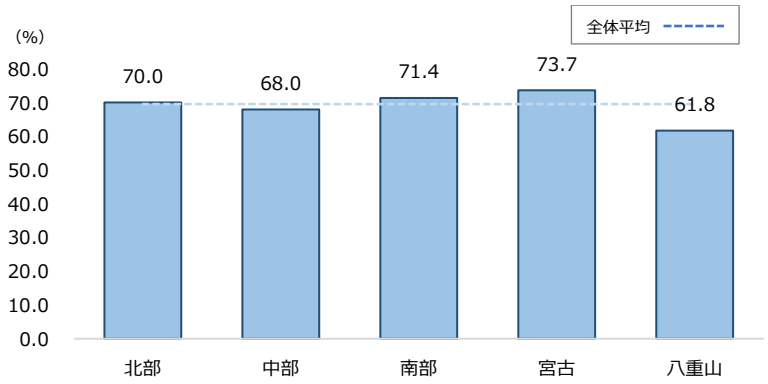
【性別、年代別】

- 年代別では、50 代と 60 代以上が高く、30 代がやや低かった。



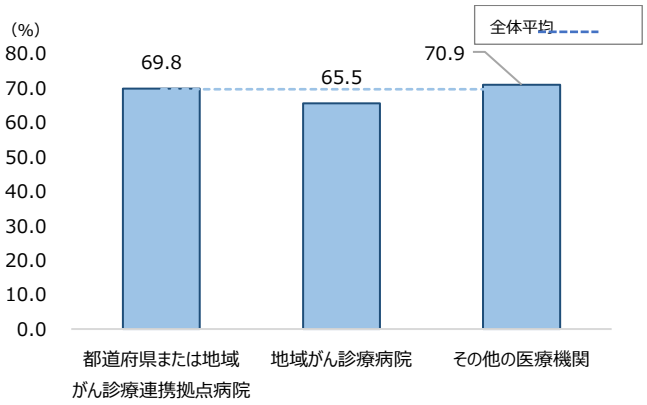
【医療圏別】

- 医療圏別では、宮古がやや高く、八重山が低かった。



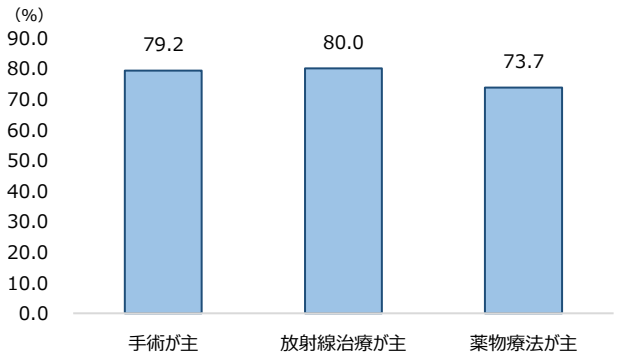
【医療施設別】

- 医療施設別では、地域がん診療病院がやや低かった。



【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「放射線治療が主」「手術が主」が高かった。



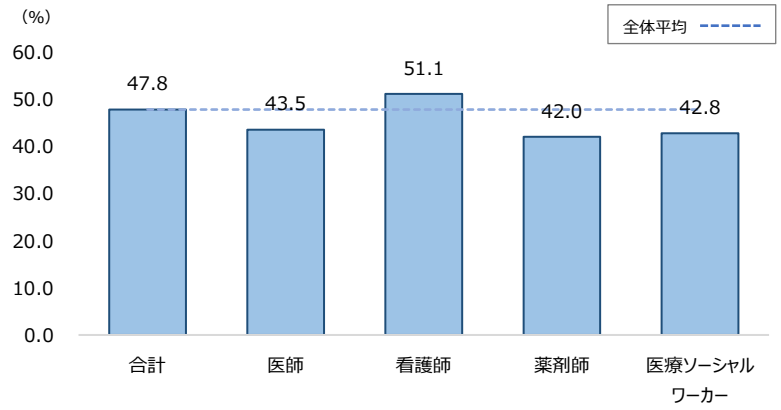
（7） 医療費の十分な情報提供

実現率：47.8%

Q. 医療費について、治療方針の決定までに、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

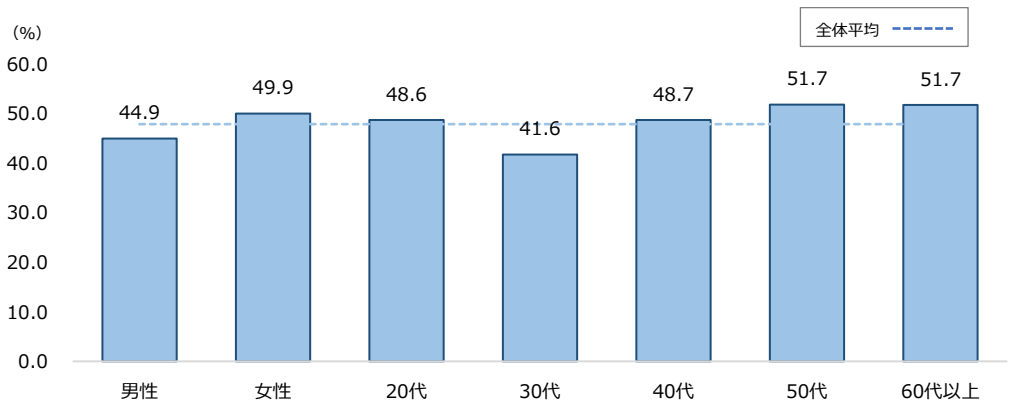
【全体、職種別】

- 職種別では、看護師が高かった。



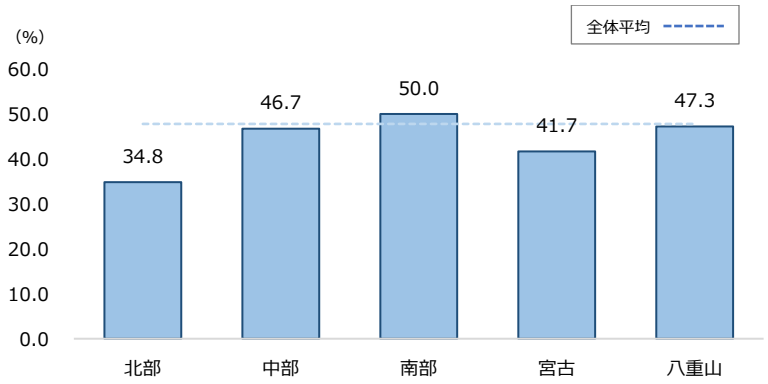
【性別、年代別】

- 年代別では、50 代と 60 代以上が高く、30 代が低かった。



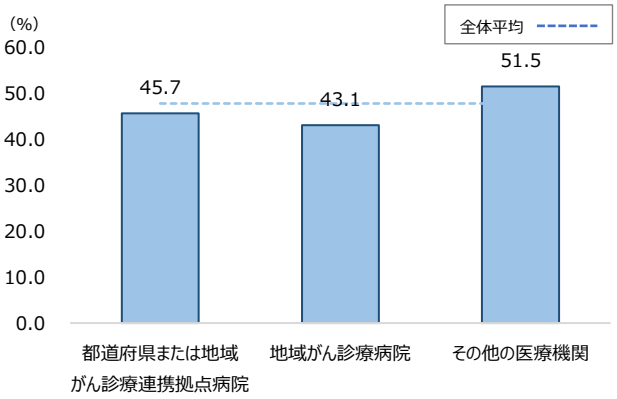
【医療圏別】

- 医療圏別では、北部と宮古が低かった。



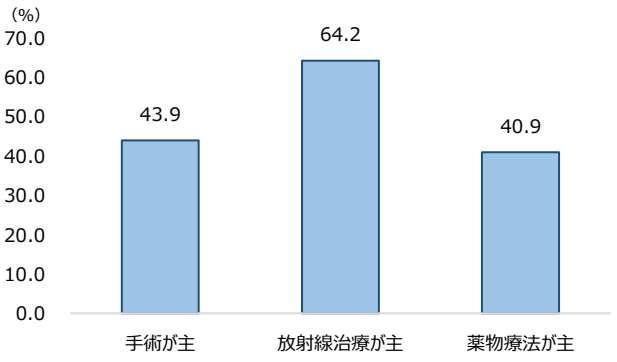
【医療施設別】

- 医療施設別では、地域がん診療病院が低かった。



【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「放射線治療が主」が高かった



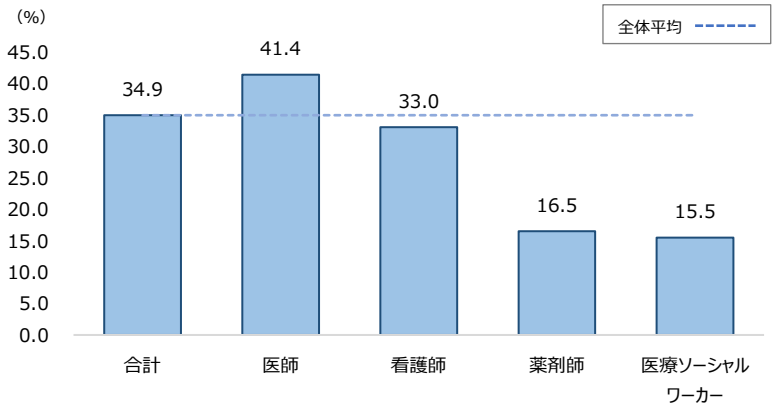
（8） 就労継続可否の十分な情報提供

実現率：34.9%

Q. 就労の継続について、治療開始前に、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

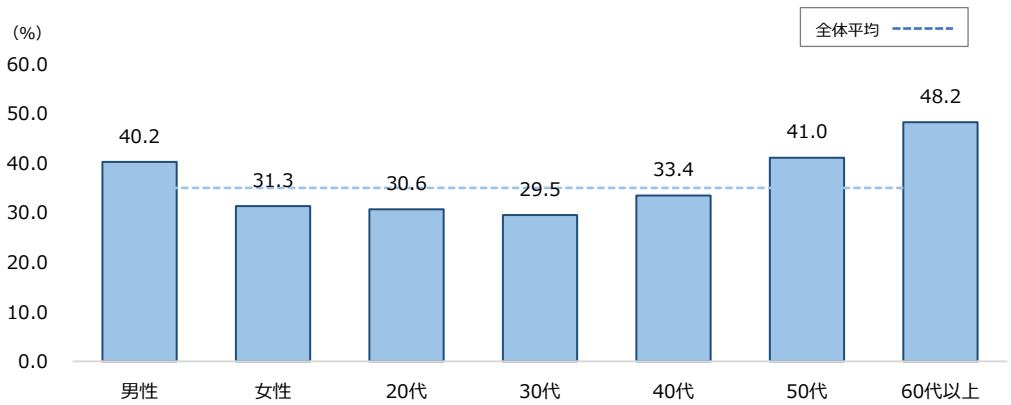
【全体、職種別】

- 職種別では、医師が高く、医療ソーシャルワーカーと薬剤師が低かった。



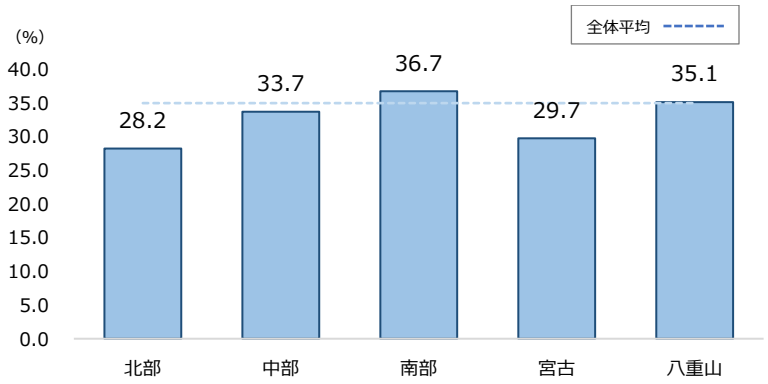
【性別、年代別】

- 年代別では、60 代以上と 50 代が高く、30 代と 20 代が低かった。



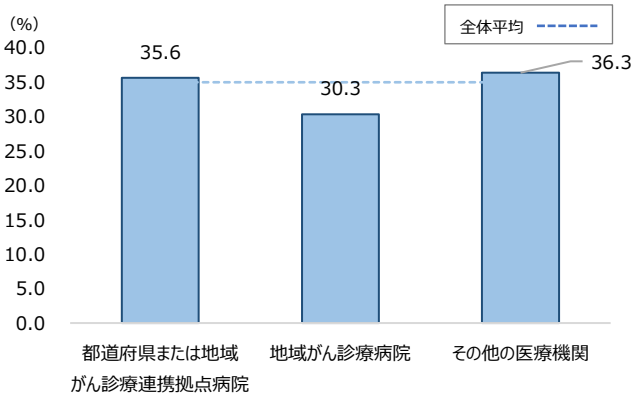
【医療圏別】

- 医療圏別では、北部と宮古が低かった。



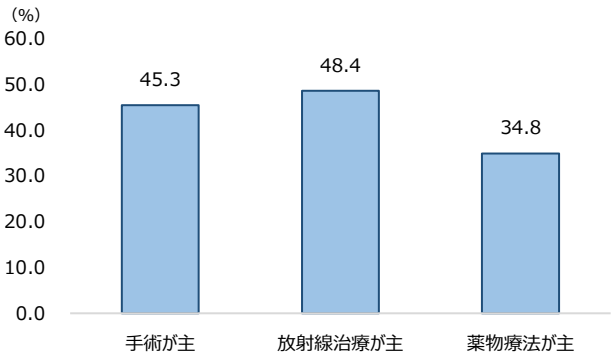
【医療施設別】

- 医療施設別では、地域がん診療病院が低かった。



【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「放射線治療が主」と「手術が主」が高かった。



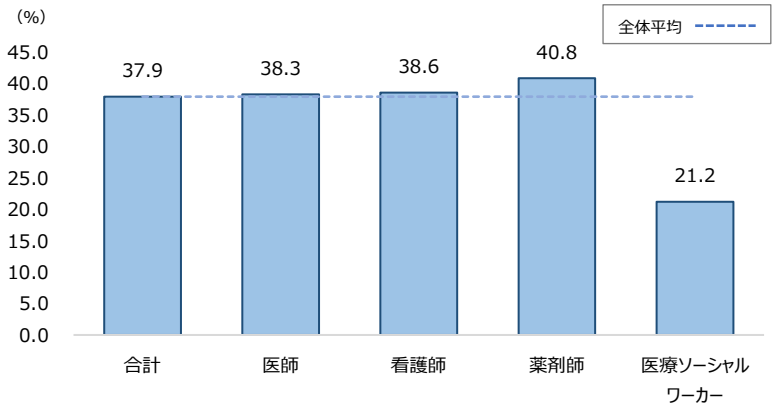
（9） アピアランスケアの十分な情報提供

実現率：37.9%

Q. アピアランスケアについて、治療開始前に、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

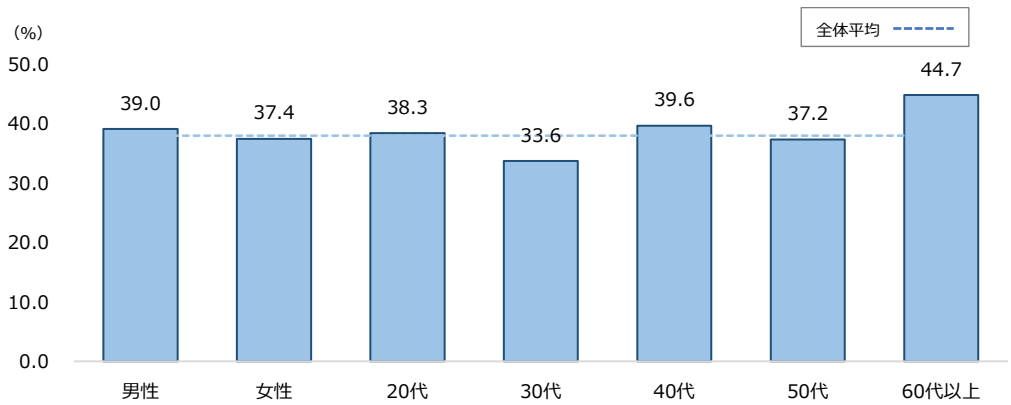
【全体、職種別】

- 職種別では、医療ソーシャルワーカーが低く、薬剤師がやや高かった。



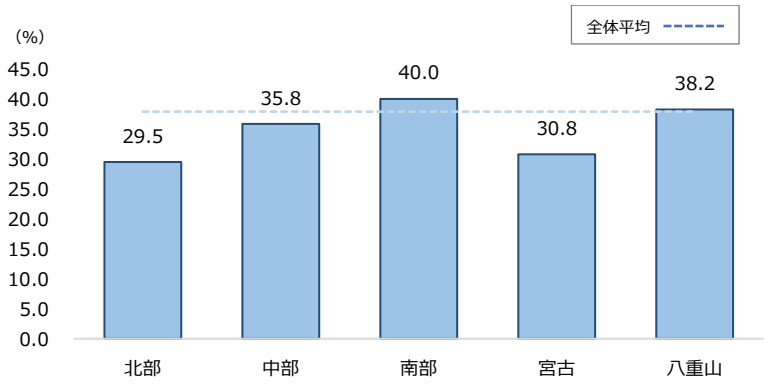
【性別、年代別】

- 年代別では、60 代以上が高く、30 代が低かった。



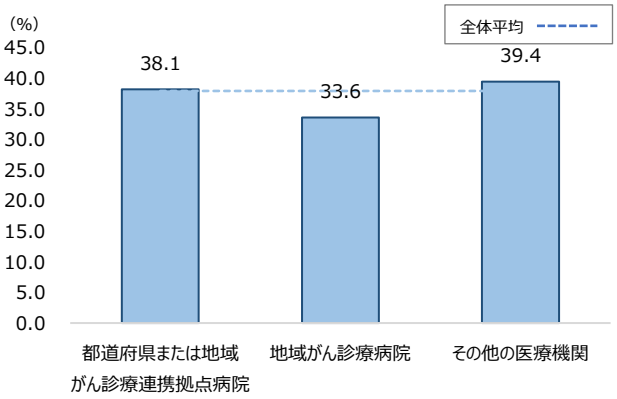
【医療圏別】

- 医療圏別では、南部が高く、北部と宮古が低かった。



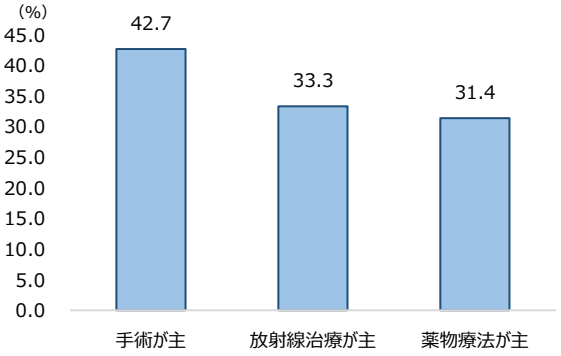
【医療施設別】

- 医療施設別では、地域がん診療病院が低かった。



【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「手術が主」が高かった。



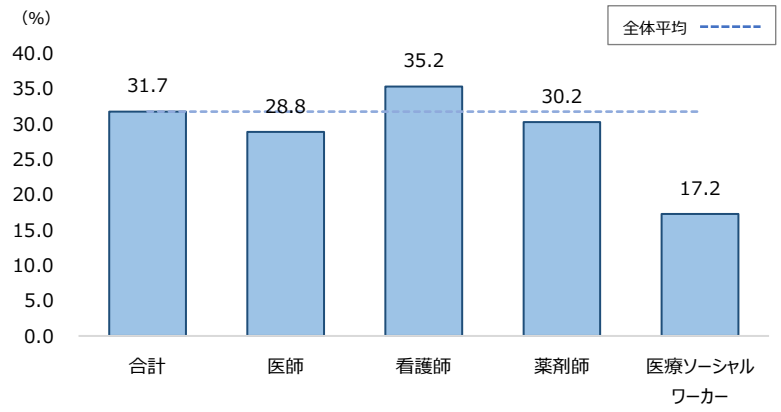
（10）がん相談支援センターに関する十分な情報提供

実現率：31.7%

Q. がん診療連携拠点病院等に設置されている「がん相談支援センター」について、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。

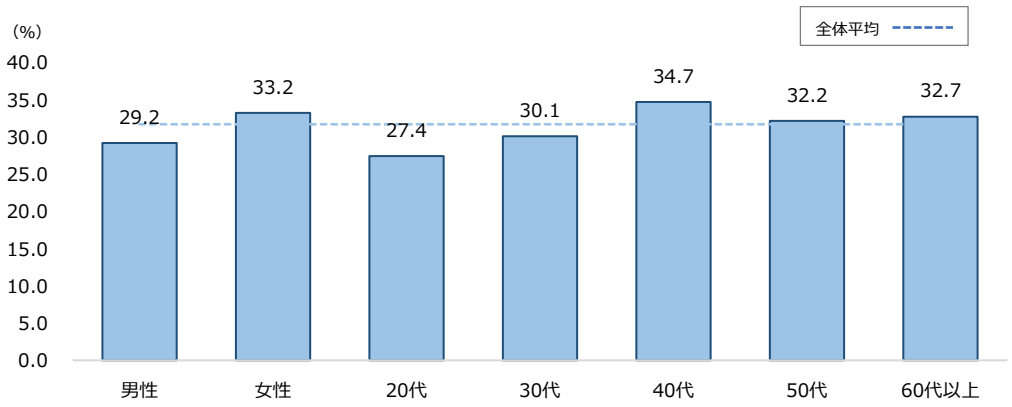
【全体、職種別】

- 職種別では、看護師が高く、医療ソーシャルワーカーが低かった。



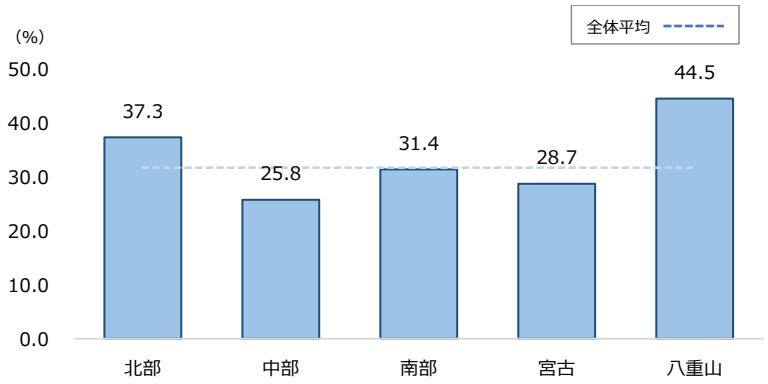
【性別、年代別】

- 年代別では、40 代以上は平均を超えていて、20 代、30 代が低かった。



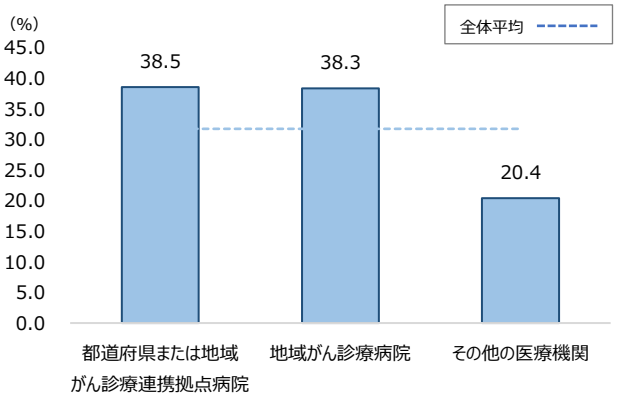
【医療圏別】

- 医療圏別では、八重山と北部が高く、中部と宮古が低かった。



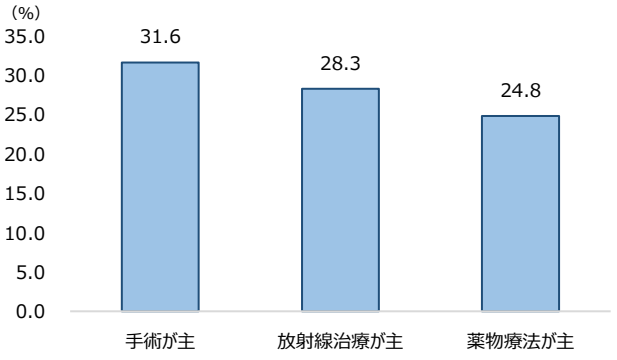
【医療施設別】

- 医療施設別では、その他の医療機関が低かった。



【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「薬物療法が主」と「放射線治療が主」が低かった。



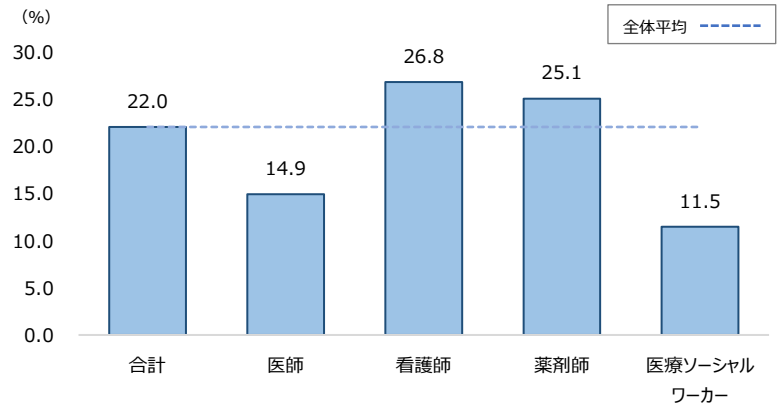
（11）患者サロン、ピアサポート、患者会に関する十分な情報提供

実現率：22.0%

Q. 患者サロン（ゆんたく会）、ピアサポート、患者会について、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。

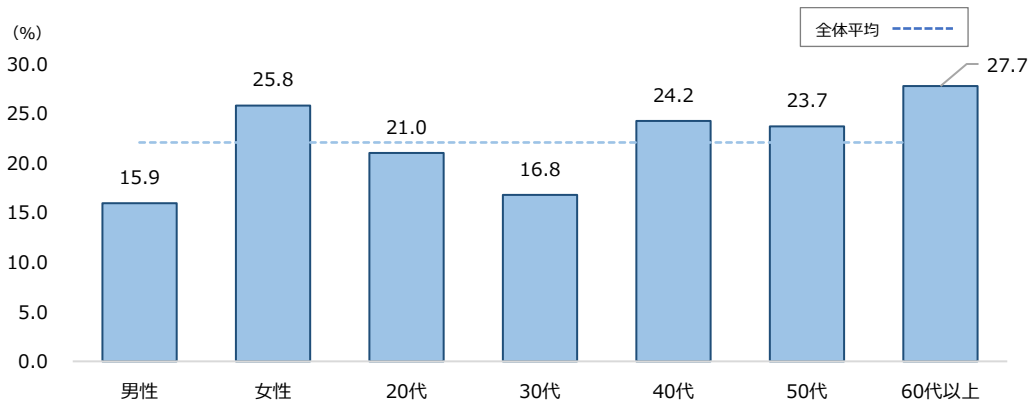
【全体、職種別】

- 職種別では、看護師と薬剤師が高く、医療ソーシャルワーカーと医師が低かった。



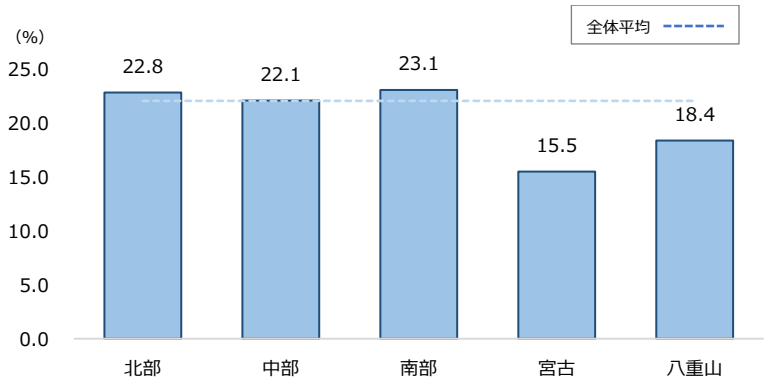
【性別、年代別】

- 年代別では、60 代以上が高く、30 代と 20 代が低かった。



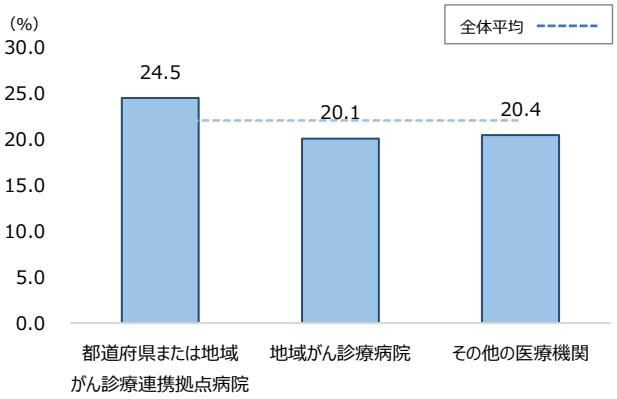
【医療圏別】

- 医療圏別では、宮古と八重山が低かった。



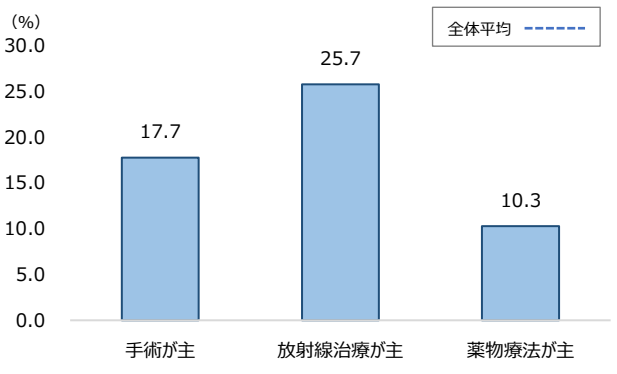
【医療施設別】

- 医療施設別では、地域がん診療病院とその他の医療機関が低かった。



【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「薬物療法が主」と「手術が主」が低かった。



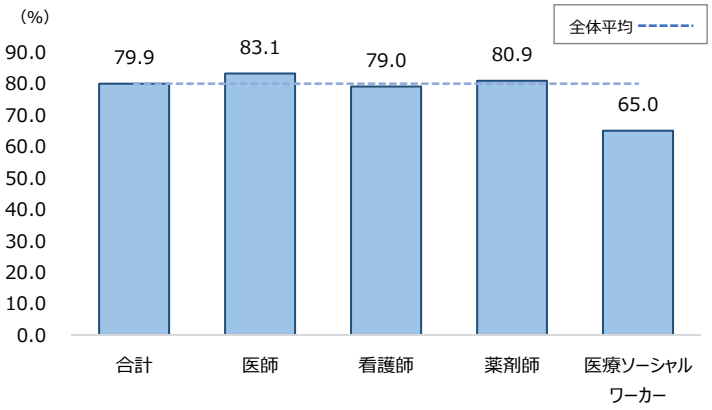
（12）副作用を含めた薬物療法に関する十分な情報提供

実現率：79.9%

Q. 薬物療法の開始前に、副作用の出る時期の説明も含めて、十分な説明を行った患者の割合はどの程度ですか。

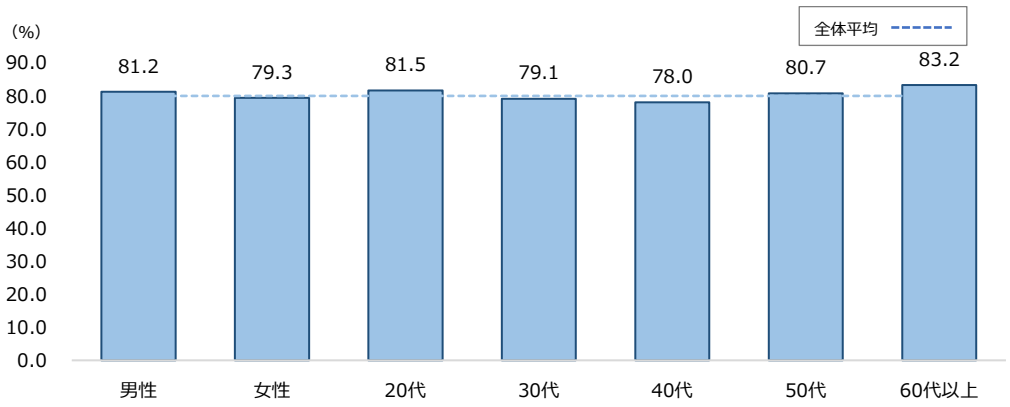
【全体、職種別】

- 職種別では、医療ソーシャルワーカーが低かった。



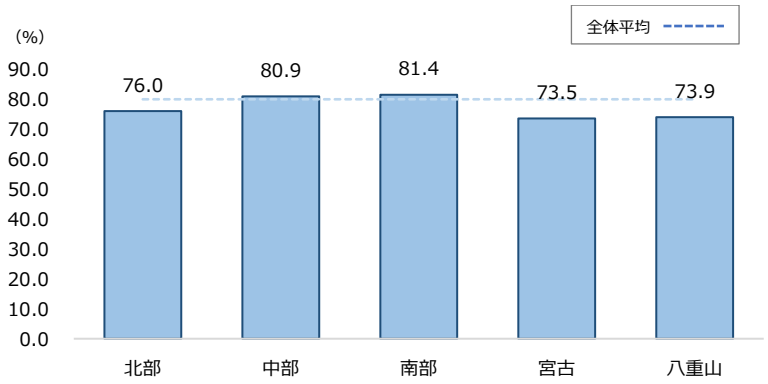
【性別、年代別】

- 年代別で、差異は見られなかった。



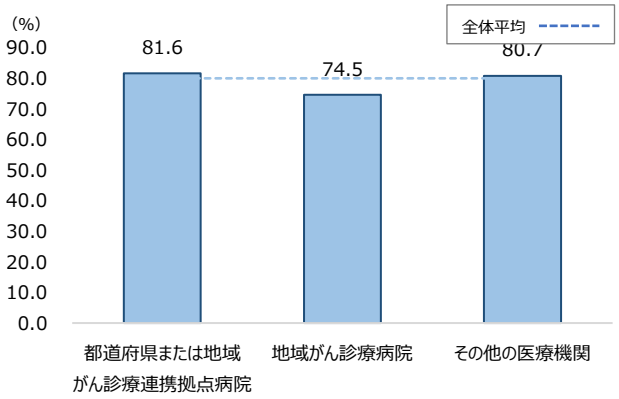
【医療圏別】

- 医療圏別では、宮古と八重山がやや低かった。



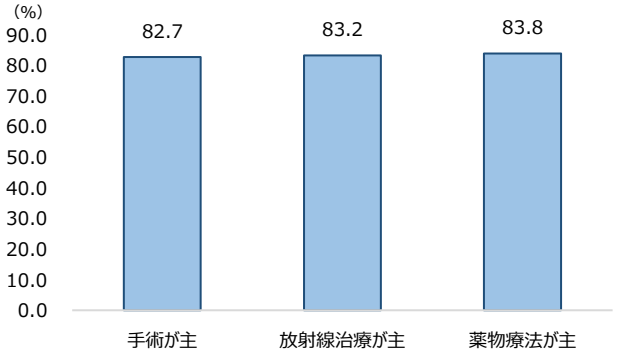
【医療施設別】

- 医療施設別では、地域がん診療病院がやや低かった。



【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別で、差異は見られなかった。



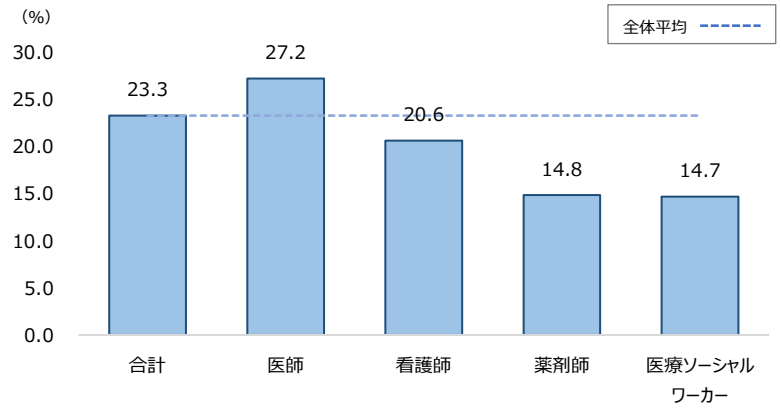
（13）がんゲノム医療に関する十分な情報提供

実現率：23.3%

Q. がんゲノム医療に関する十分な情報提供をした割合はどの程度ですか。

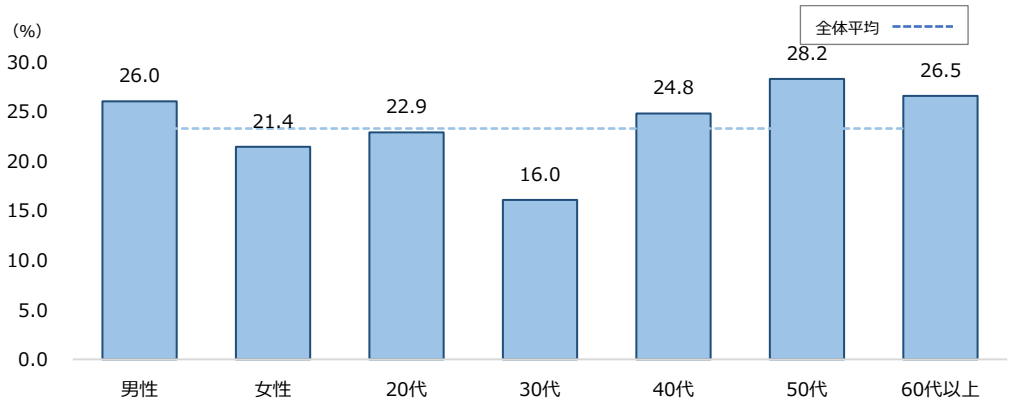
【全体、職種別】

- 職種別では、医師が高く、その他の職種は低かった。



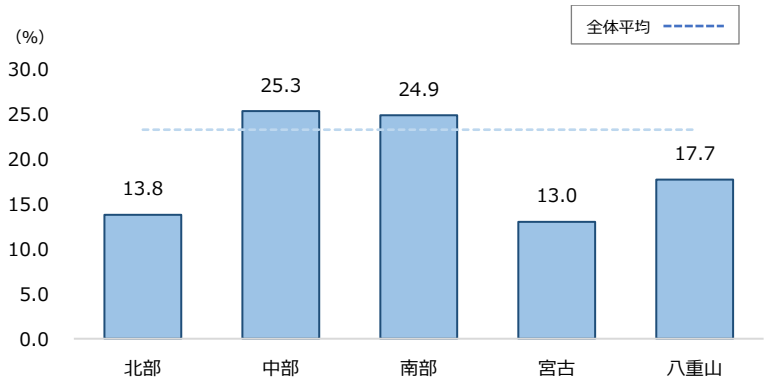
【性別、年代別】

- 年代別では、50 代が高く、30 代が低かった。



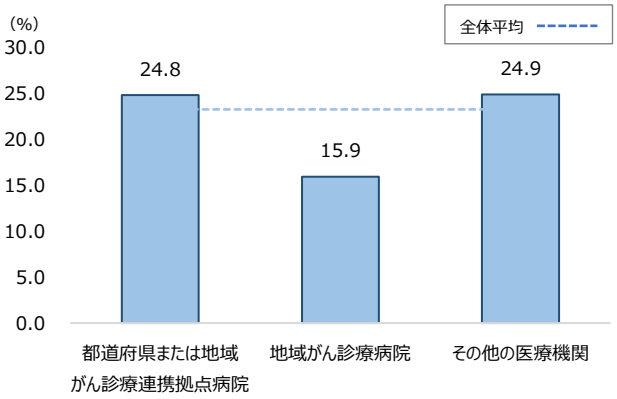
【医療圏別】

- 医療圏別では、宮古と北部、八重山が低かった。



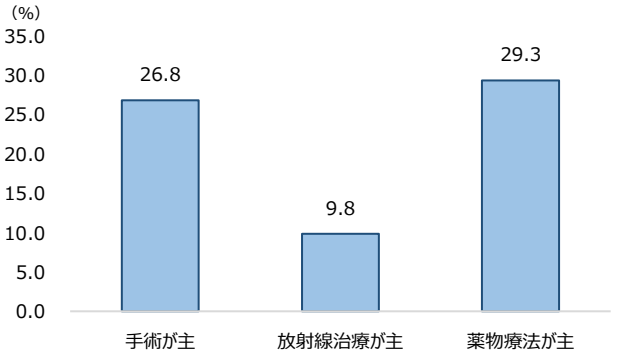
【医療施設別】

- 医療施設別では、地域がん診療病院が低かった。



【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「放射線治療が主」が低かった。



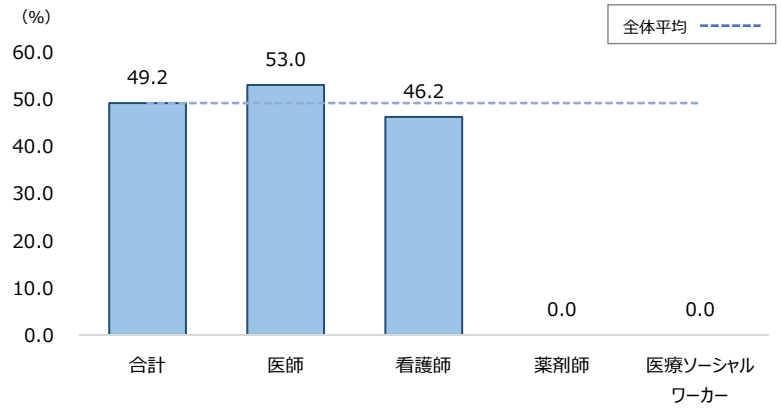
（14）妊孕性温存療法が必要な患者への同療法の説明（医師と看護師のみ）

実現率：49.2%

Q. 医師と看護師の方にお尋ねします。妊孕性温存療法が必要な患者のうち、実際に妊孕性温存療法の説明を行った患者の割合はどの程度ですか。

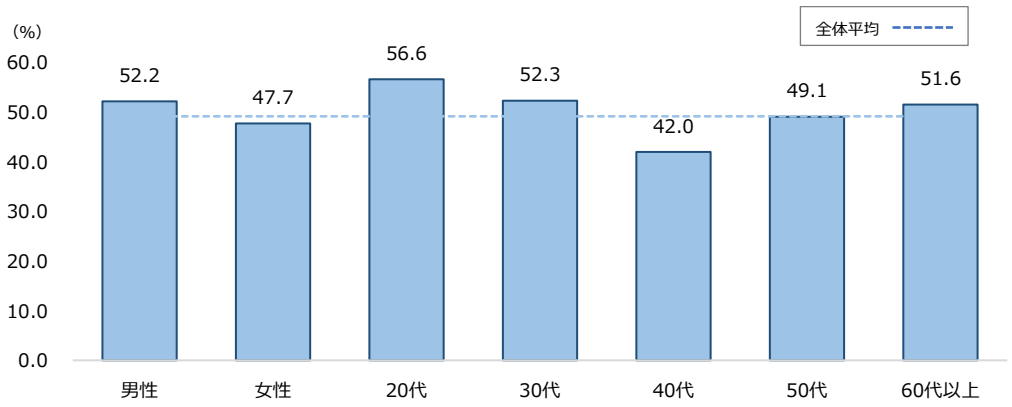
【全体、職種別】

- 職種別では、看護師がやや低かった。



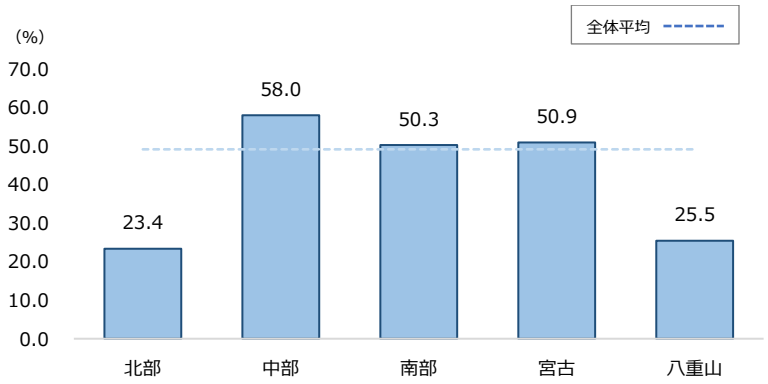
【性別、年代別】

- 年代別では、20 代が高く、40 代が低かった。



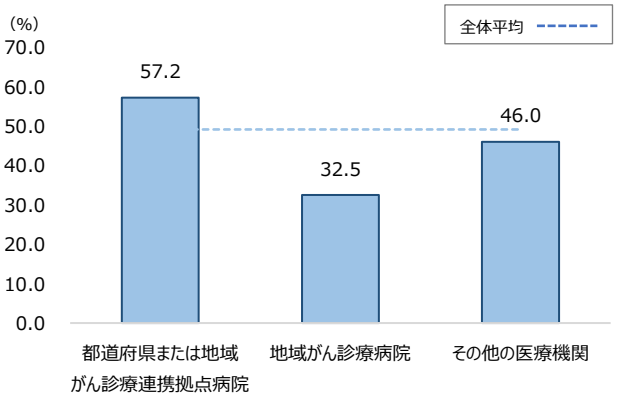
【医療圏別】

- 医療圏別では、中部が高く、北部と八重山が低かった。



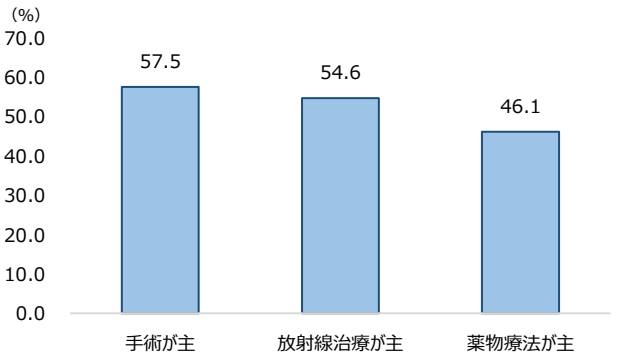
【医療施設別】

- 医療施設別では、地域がん診療病院が低かった。



【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「薬物療法が主」が低かった。



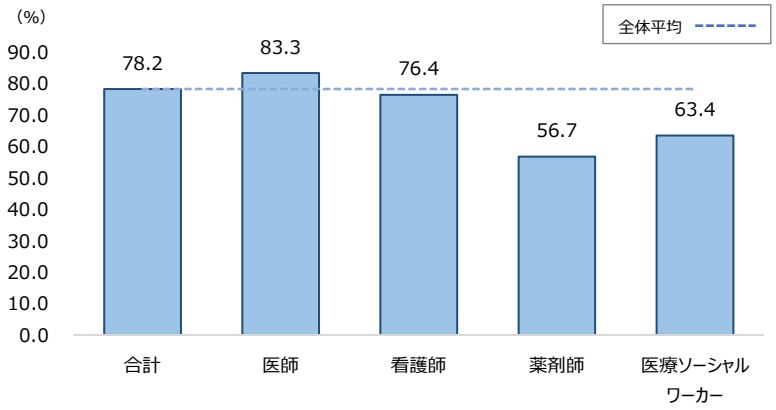
（15）質の高い最適な手術の提供

実現率：78.2%

Q. 手術を受けた患者のうち、質の高い最適な手術を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

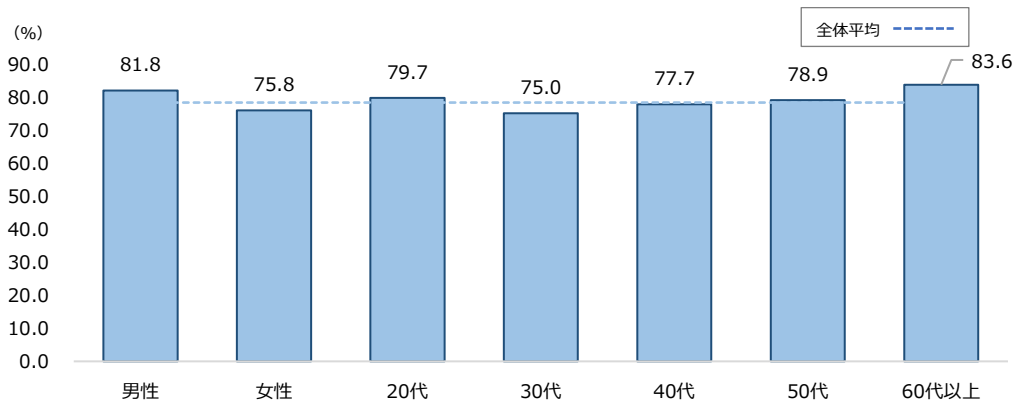
【全体、職種別】

- 職種別では、薬剤師と医療ソーシャルワーカーが低かった。



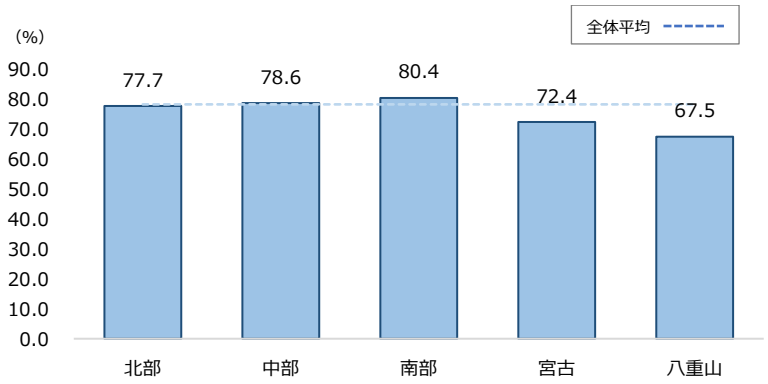
【性別、年代別】

- 年代別では、60 代以上が高かった。



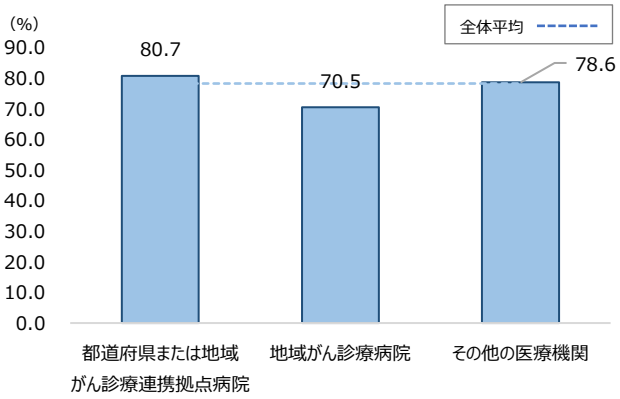
【医療圏別】

- 医療圏別では、八重山と宮古が低かった。



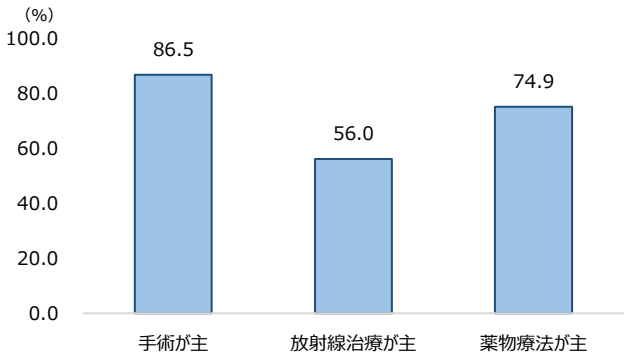
【医療施設別】

- 医療施設別では、地域がん診療病院が低かった。



【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「放射線治療が主」が低かった。



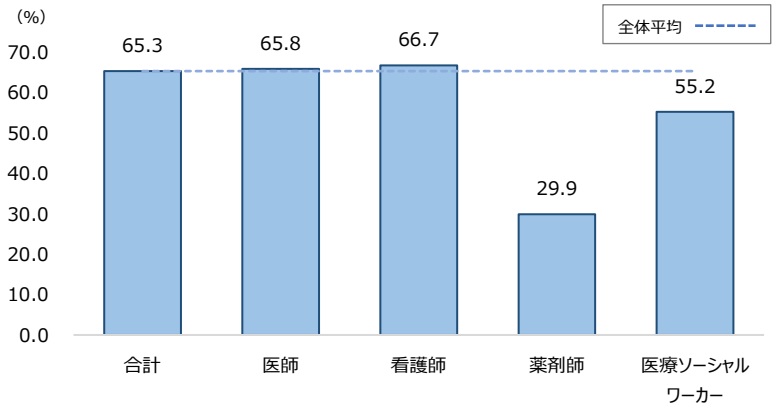
（16）多職種で議論した上での放射線治療実施

実現率：65.3%

Q. 放射線治療を受けた患者のうち、その適応の判断を多職種で議論された上で、提供できた患者の割合はどの程度ですか。

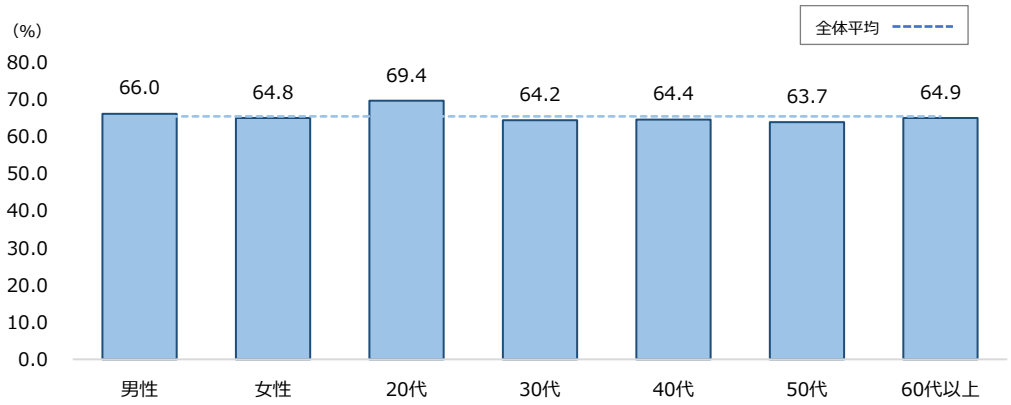
【全体、職種別】

- 職種別では、薬剤師と医療ソーシャルワーカーが低かった。



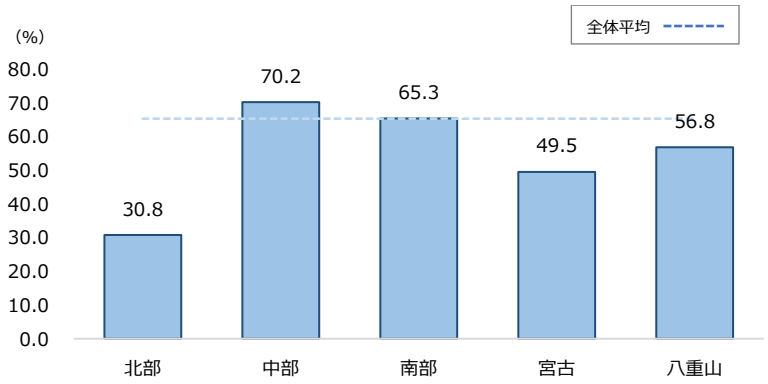
【性別、年代別】

- 年代別で、20 代がやや高かった。



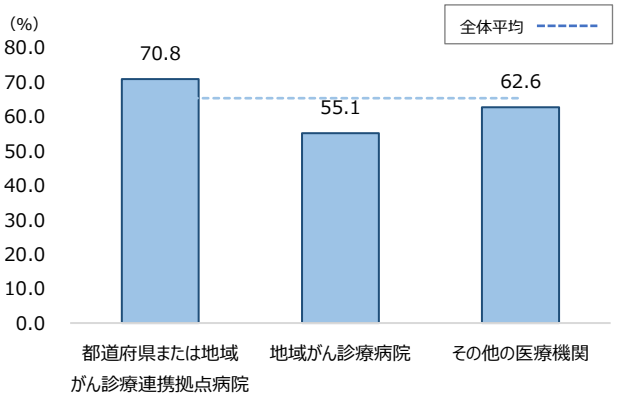
【医療圏別】

- 医療圏別では、北部と宮古、八重山が低かった。



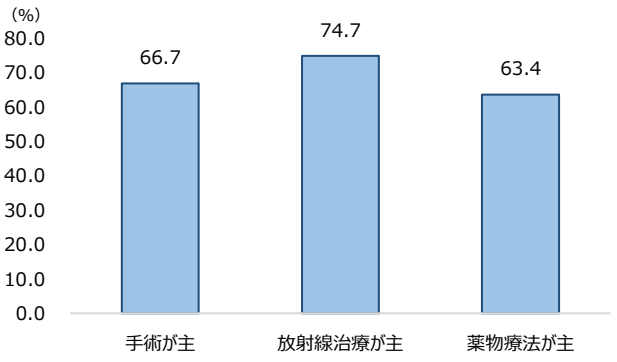
【医療施設別】

- 医療施設別では、地域がん診療病院が低かった。



【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「放射線治療が主」が高かった。



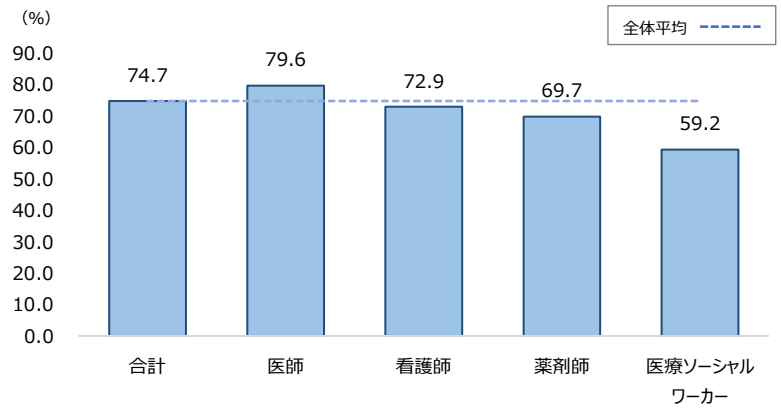
（17）質の高い薬物療法の提供

実現率：74.7%

Q. 薬物療法を受けた患者のうち、質の高い薬物療法を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

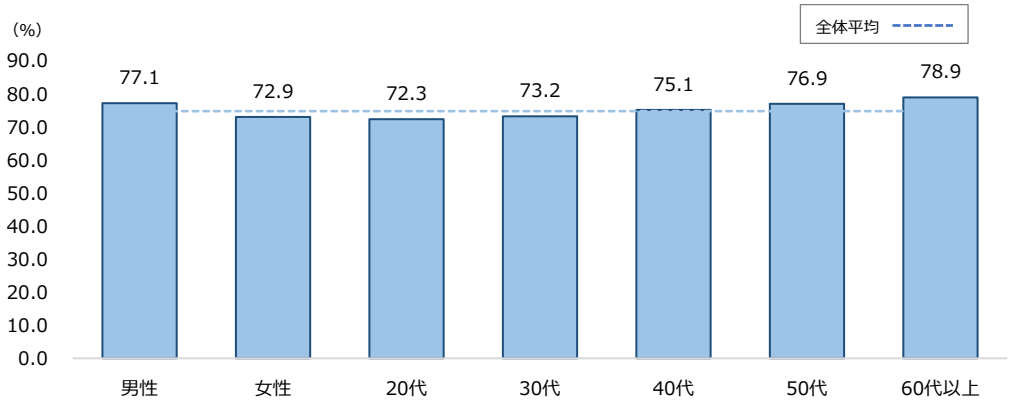
【全体、職種別】

- 職種別では、医療ソーシャルワーカーが低かった。



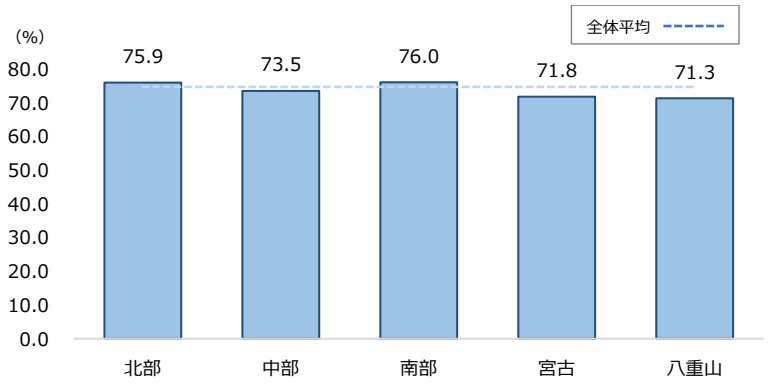
【性別、年代別】

- 年代別で、差異は見られなかった。



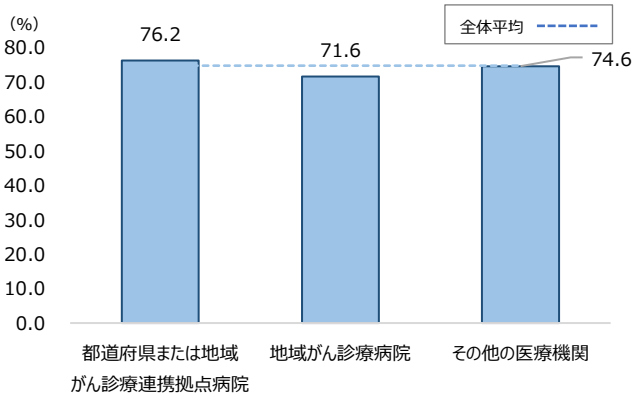
【医療圏別】

- 医療圏別で、差異は見られなかった。



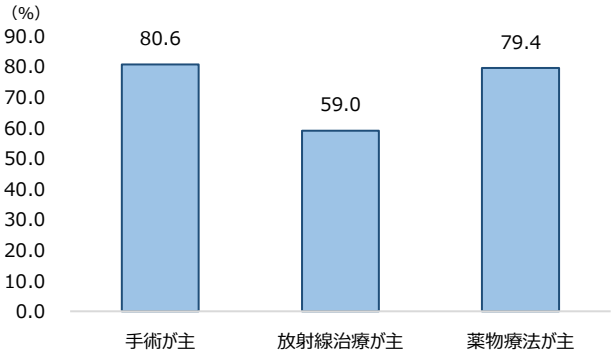
【医療施設別】

- 医療施設別で、差異は見られなかった。



【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「放射線治療が主」が低かった。



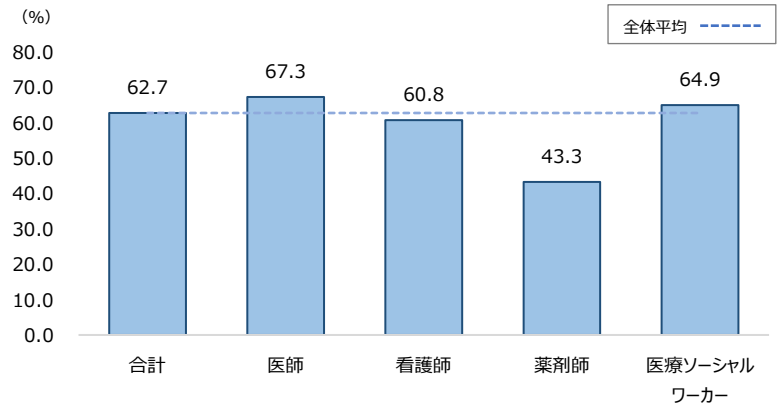
（18）患者の希望を受けての在宅医療移行

実現率：62.7%　（前回調査：45.8%）

Q. 在宅医療を希望された患者のうち、実際に在宅医療に移行した患者の割合はどの程度ですか。

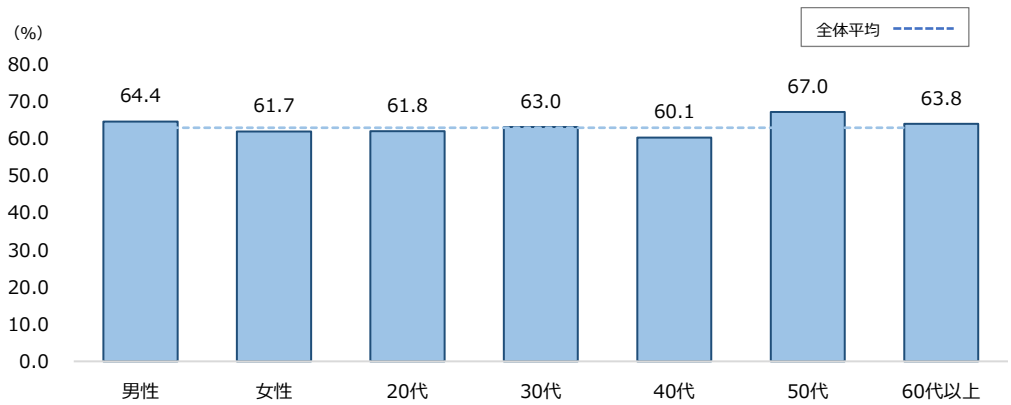
【全体、職種別】

- 職種別では、薬剤師が低かった。



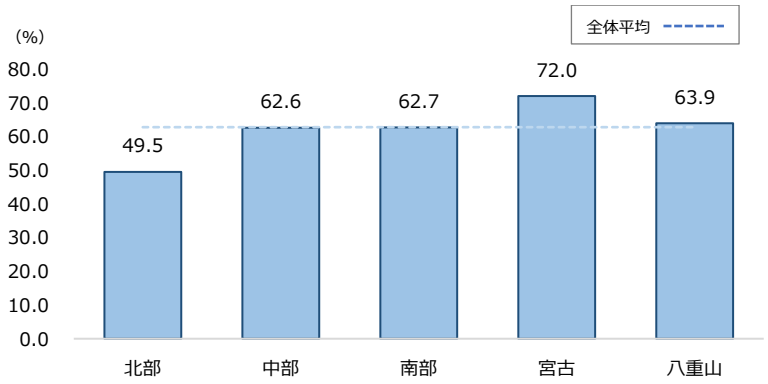
【性別、年代別】

- 年代別で、50 代がやや高かった。



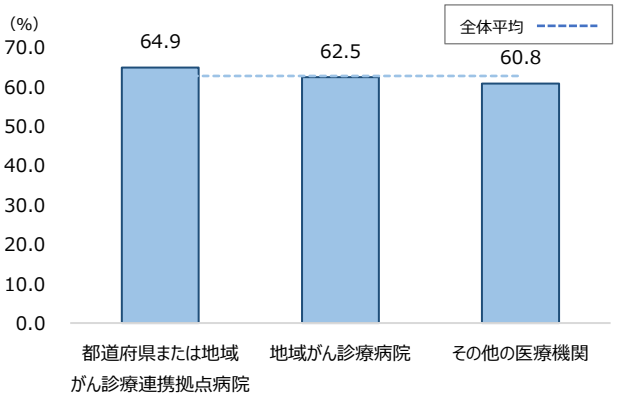
【医療圏別】

- 医療圏別では、宮古が高く、北部が低かった。



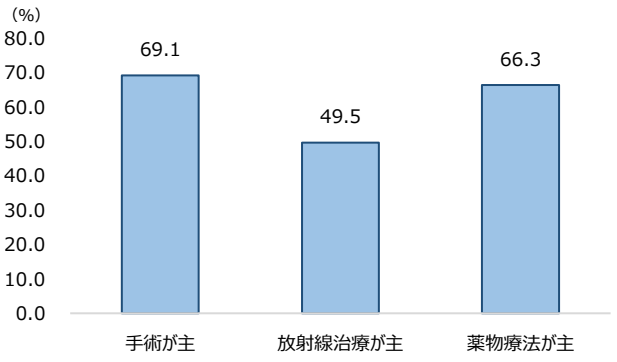
【医療施設別】

- 医療施設別では、都道府県または地域がん診療連携拠点病院がやや高かった。



【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「放射線治療が主」が低かった。



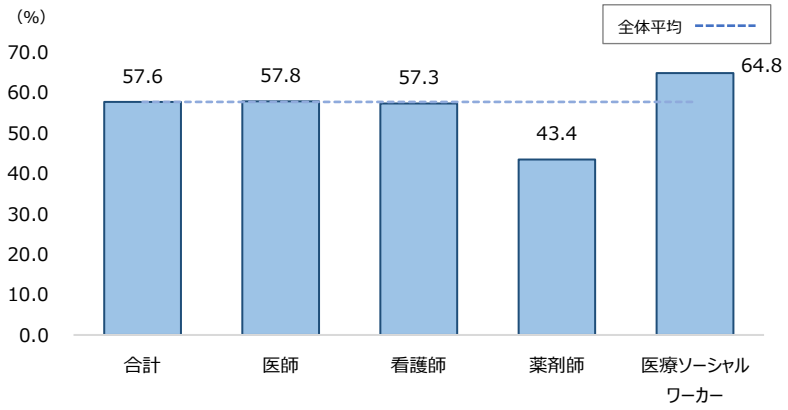
（19）リハビリテーション実施

実現率：57.6%

Q. リハビリテーションを行った患者の割合はどの程度ですか。

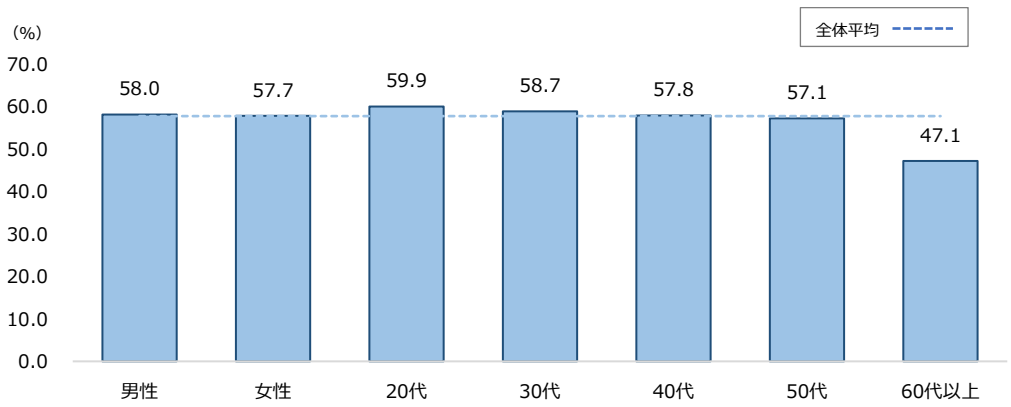
【全体、職種別】

- 職種別では、医療ソーシャルワーカーが高く、薬剤師が低かった。



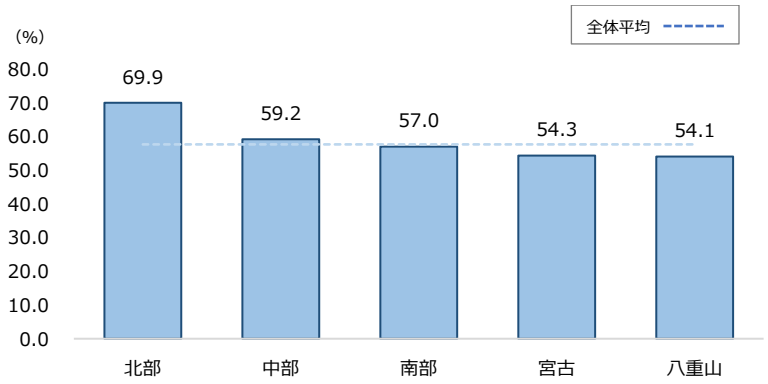
【性別、年代別】

- 年代別では、60 代以上が低かった。



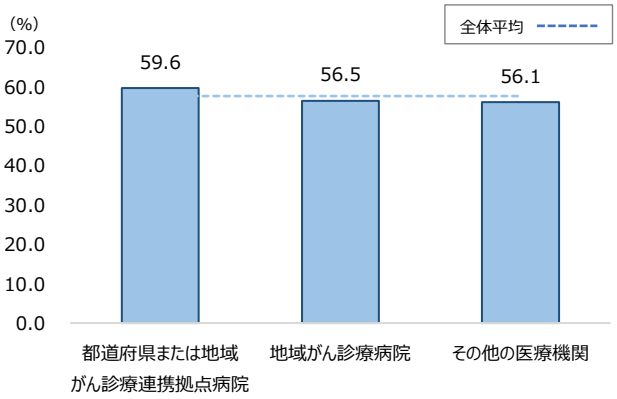
【医療圏別】

- 医療圏別では、北部が高く、八重山と宮古がやや低かった。



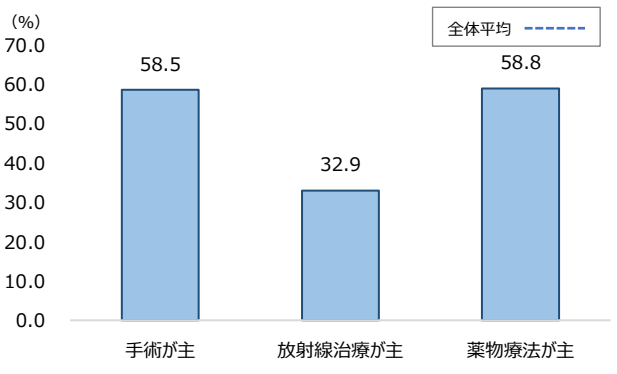
【医療施設別】

- 医療施設別で、差異は見られなかった。



【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「放射線療法が主」が低かった。



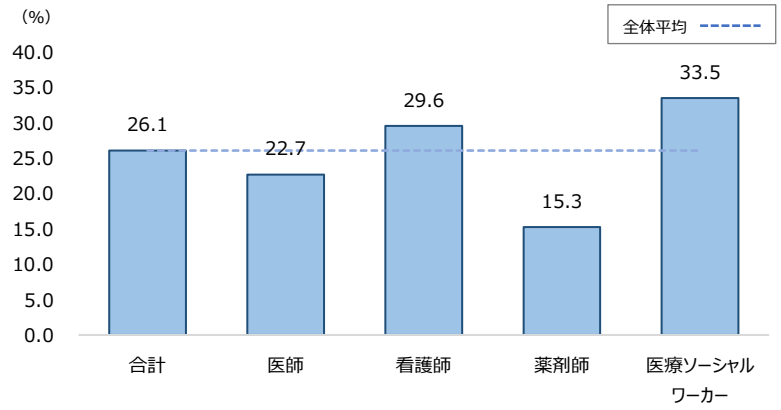
（20）高齢がん患者への「高齢者機能評価」

実現率：26.1%

Q. 高齢者のがん患者に対して、治療前に「※高齢者機能評価」を行った割合はどの程度ですか。

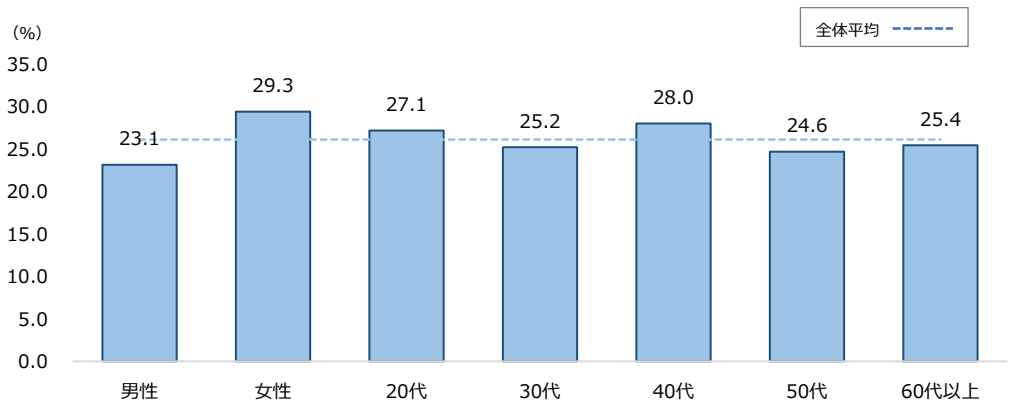
【全体、職種別】

- 職種別では、医療ソーシャルワーカーが高く、薬剤師と医師が低かった。



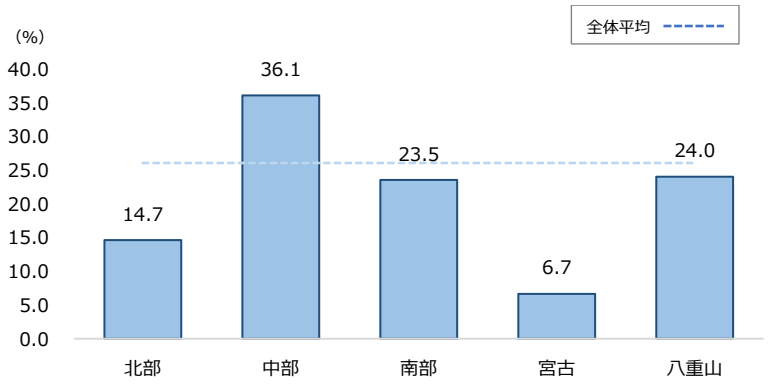
【性別、年代別】

- 年代別では、50 代と 30 代がやや低かった。



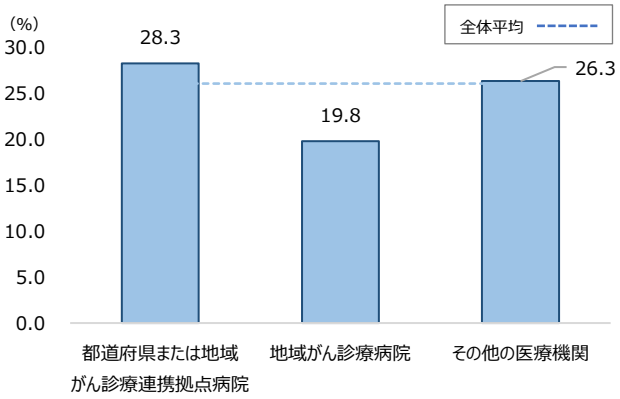
【医療圏別】

- 医療圏別では、中部が高く、宮古と北部が低かった。



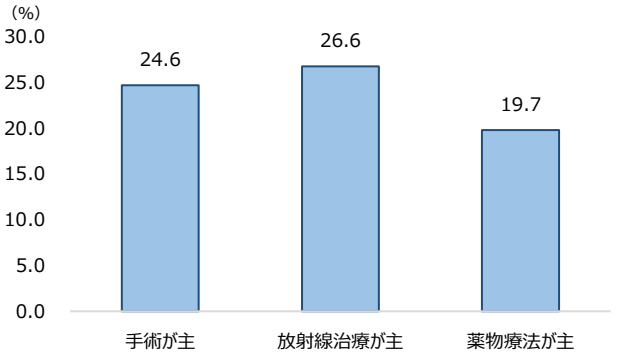
【医療施設別】

- 医療施設別では、地域がん診療病院が低かった。



【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「薬物療法が主」が低かった。



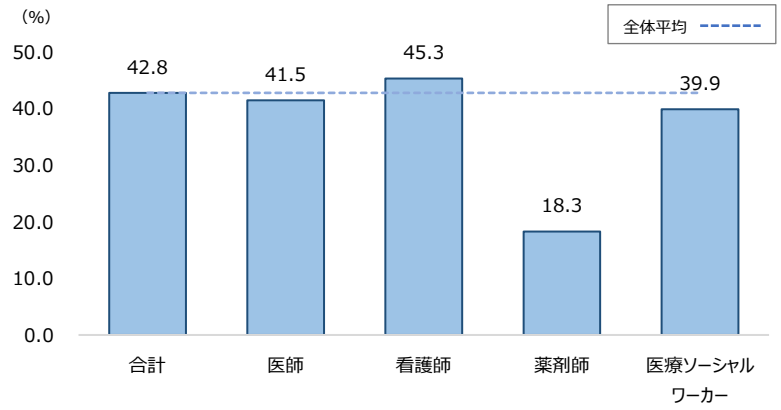
（21）希少がん患者の中部病院、琉大病院、県外医療機関への紹介

実現率：42.8%

Q. 希少がん患者のうち、診断又は治療目的で、県立中部病院、琉球大学病院または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。

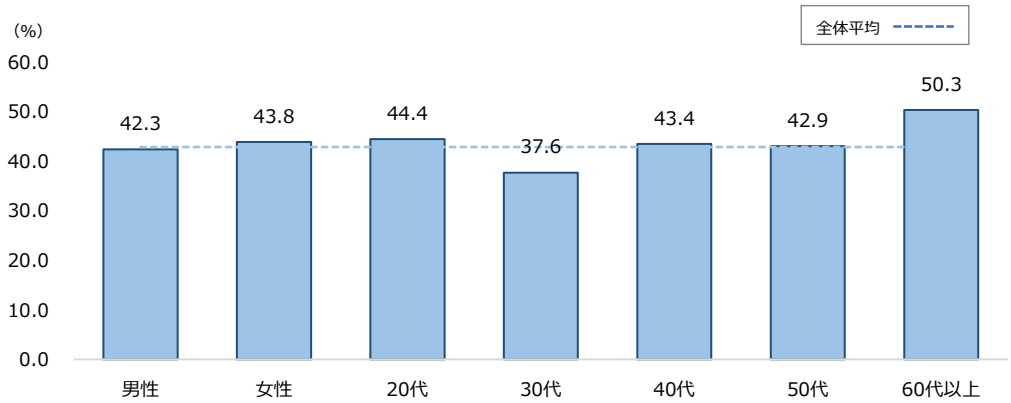
【全体、職種別】

- 職種別では、看護師がやや高く、薬剤師が低かった。



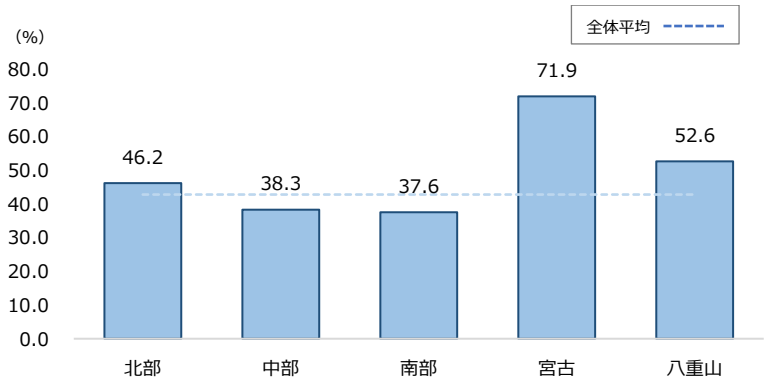
【性別、年代別】

- 年代別では、60 代以上が高く、30 代が低かった。



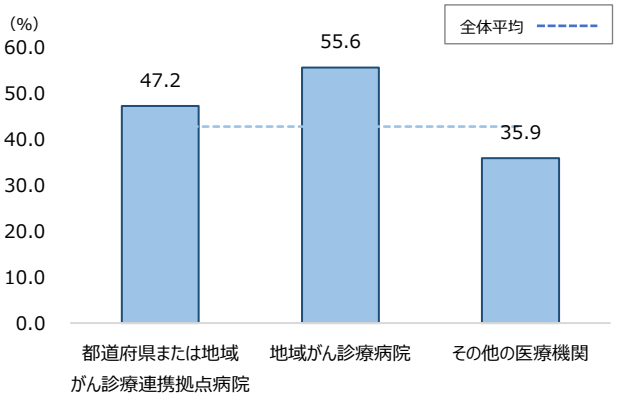
【医療圏別】

- 医療圏別では、宮古と八重山が高かった。



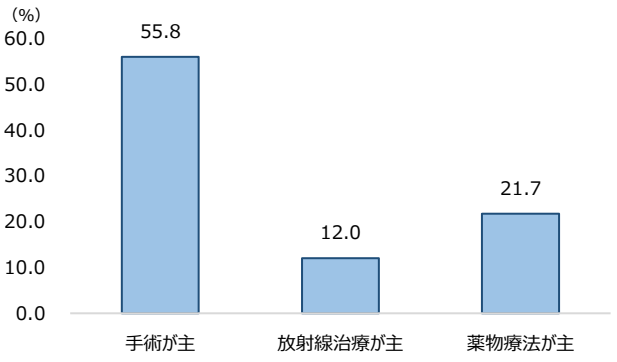
【医療施設別】

- 医療施設別では、地域がん診療病院が高く、その他の医療機関が低かった。



【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「手術が主」が高く、「放射線治療が主」と「薬物療法が主」が低かった。



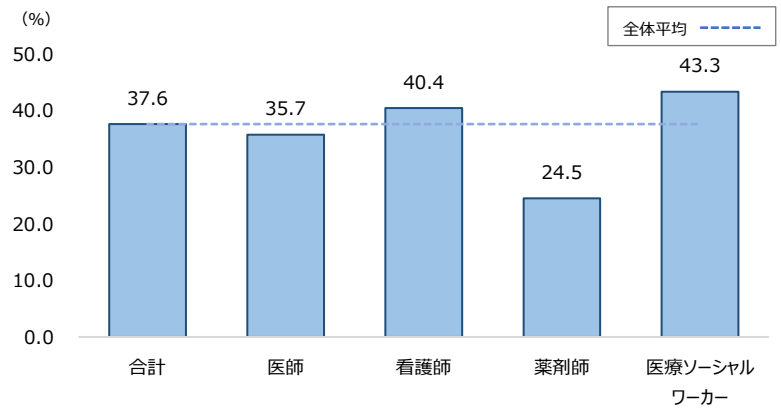
（22）難治がん患者の県内・県外医療機関への紹介

実現率：37.6%

Q. 難治がん患者のうち、診断又は治療目的で、沖縄県における「掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設一覧」または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。

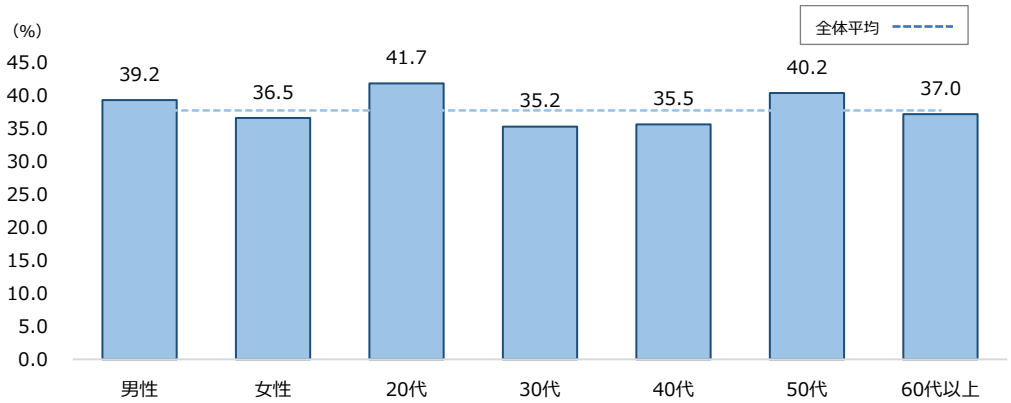
【全体、職種別】

- 職種別では、医療ソーシャルワーカーと看護師が高く、薬剤師が低かった。



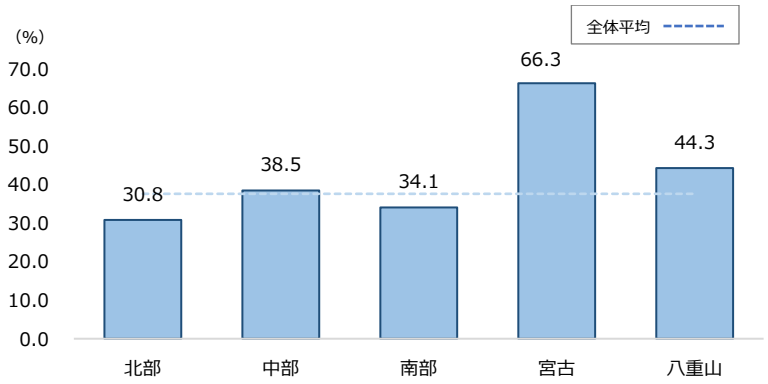
【性別、年代別】

- 年代別では、20 代と 50 代がやや高く、30 代と 40 代がやや低かった。



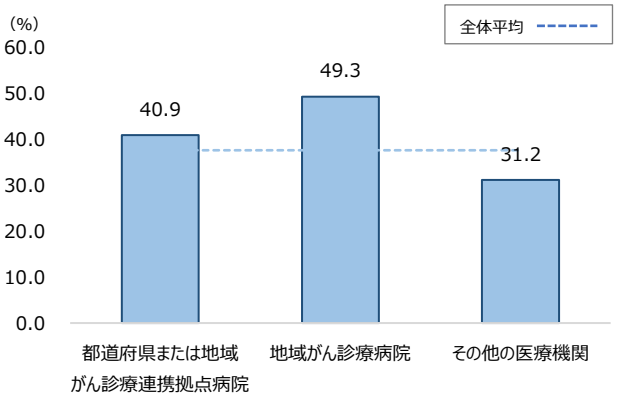
【医療圏別】

➢ 医療圏別では、宮古と八重山が高く、北部と南部が低かった。



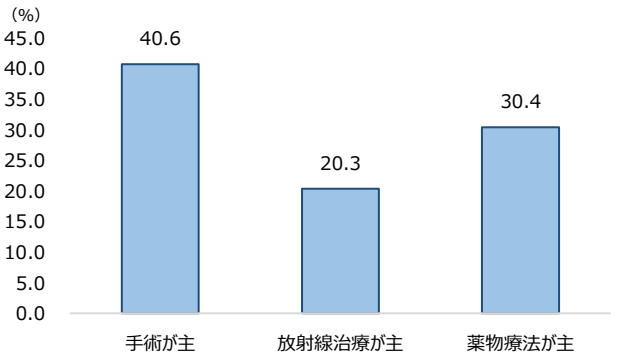
【医療施設別】

➢ 医療施設別では、地域がん診療病院が高く、その他の医療機関が低かった。



【医師の主たる分野別】

➢ 医師の主たる分野別では、「放射線治療が主」と「薬物療法が主」が低かった。



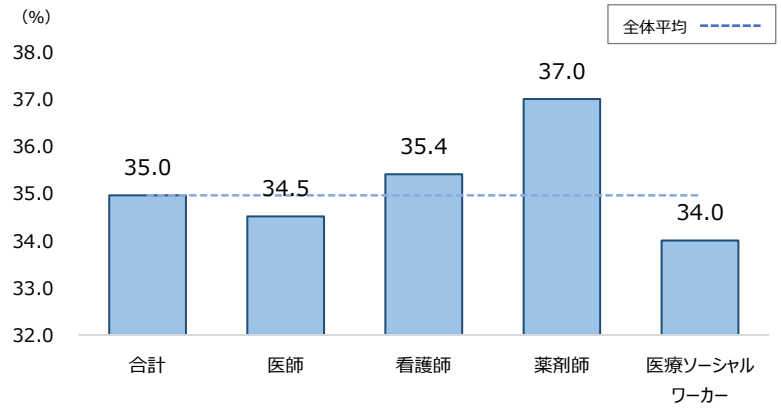
（23）AYA 世代がん患者の県内・県外医療機関への紹介

実現率：35.0%

Q. 県立中部病院、那覇市立病院、琉球大学病院以外の方にのみお尋ねします。AYA 世代のがん患者のうち、県内のがん診療連携拠点病院または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。

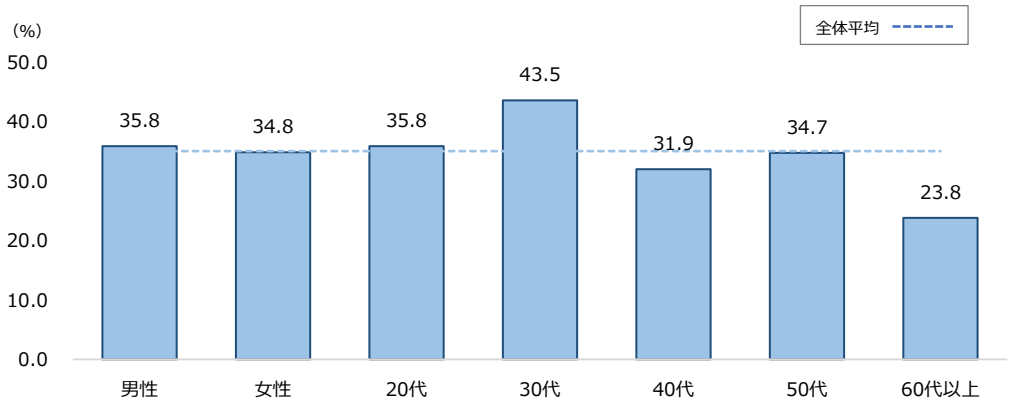
【全体、職種別】

- 職種別では、薬剤師が高く、医療ソーシャルワーカーと医師が低かった。



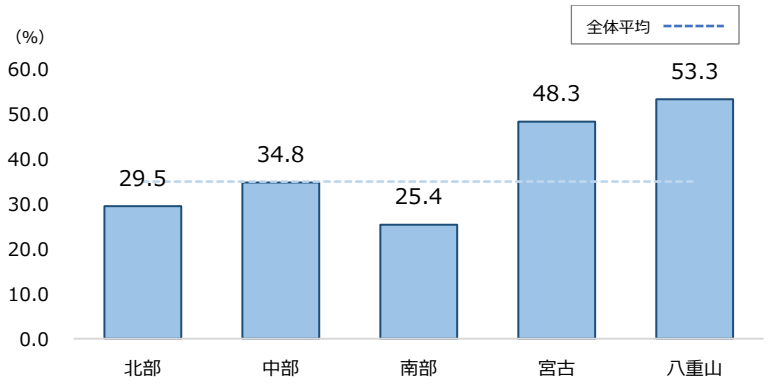
【性別、年代別】

- 年代別では、30 代が高く、60 代以上と 40 代が低かった。



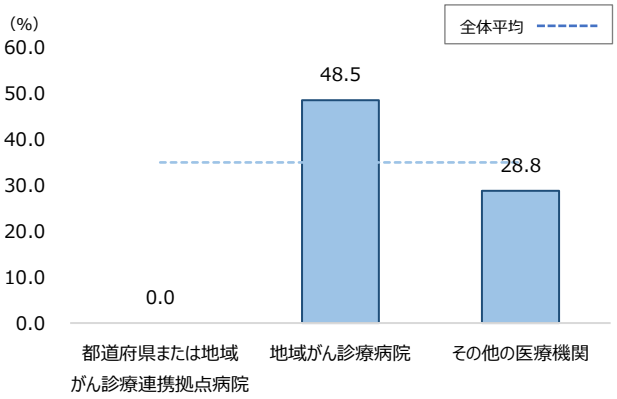
【医療圏別】

➢ 医療圏別では、八重山と宮古が高く、南部と北部が低かった。



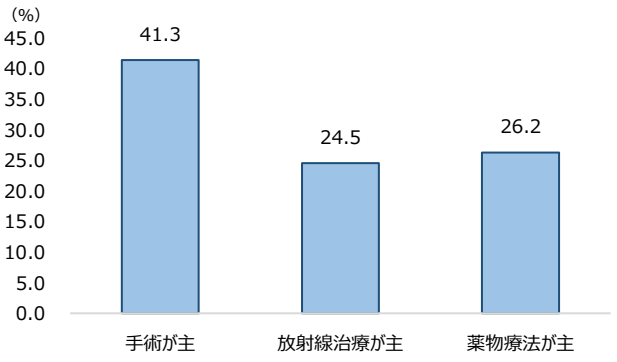
【医療施設別】

➢ 医療施設別では、地域がん診療病院が高く、その他の医療機関が低かった。



【医師の主たる分野別】

➢ 医師の主たる分野別では、「手術が主」が高く、「放射線治療が主」と「薬物療法が主」は低かった。



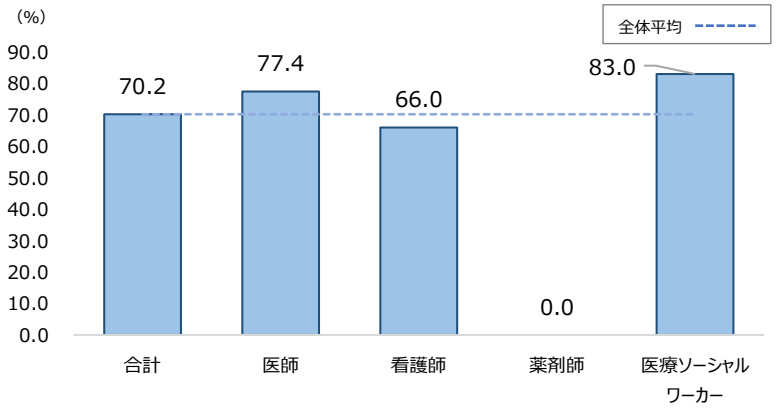
（24）離島・へき地患者の本島医療機関へのスムーズな送り出し

実現率：70.2%　（前回調査：60.3%）

Q. 北部地区医師会病院、県立北部病院、たいら内科クリニック、宮古病院、八重山病院の医療者の方にのみお尋ねします。離島やへき地に住む患者において、自施設から本島の専門医療機関に送った方が良いと評価した患者のうち、スムーズに送ることができた患者の割合はどの程度ですか。

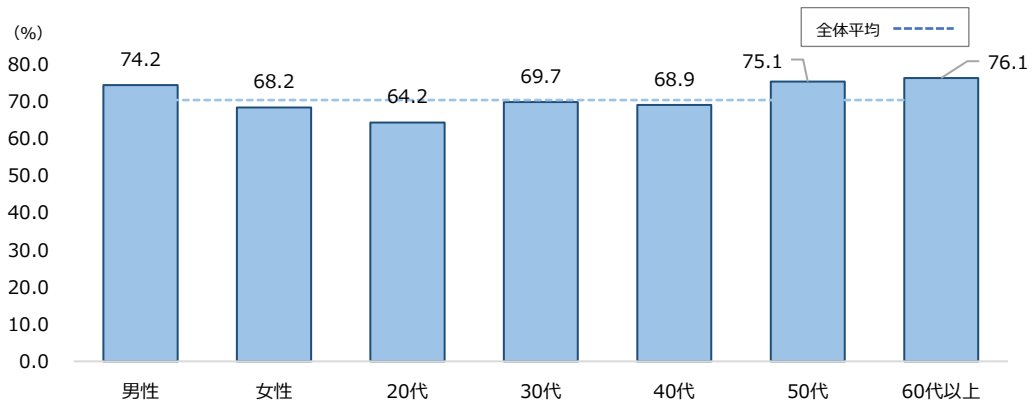
【全体、職種別】

- 職種別では、医療ソーシャルワーカーと医師が高かった。薬剤師は算出対象の回答者がいなかった。



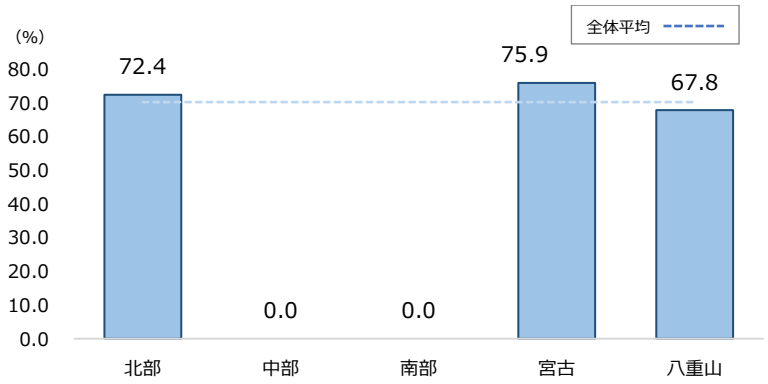
【性別、年代別】

- 年代別では、60 代以上、50 代が高く、20 代が低かった。



【医療圏別】

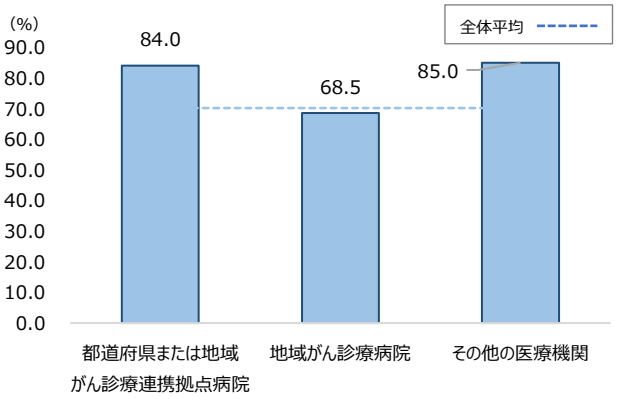
- 医療圏別では、宮古が高かった。



【医療施設別】

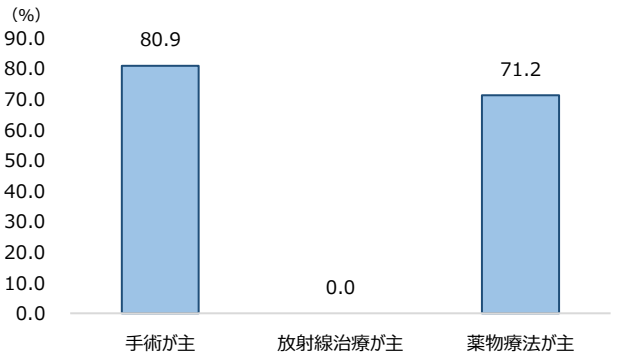
- 医療施設別では、その他の医療機関が高かった。

※一部回答において、「医療圏」と「医療施設」の組み合わせの齟齬が見られるが、回答内容のまま分析した。



【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「手術が主」が高かった。「放射線療法が主」は算出対象の回答者がいなかった。



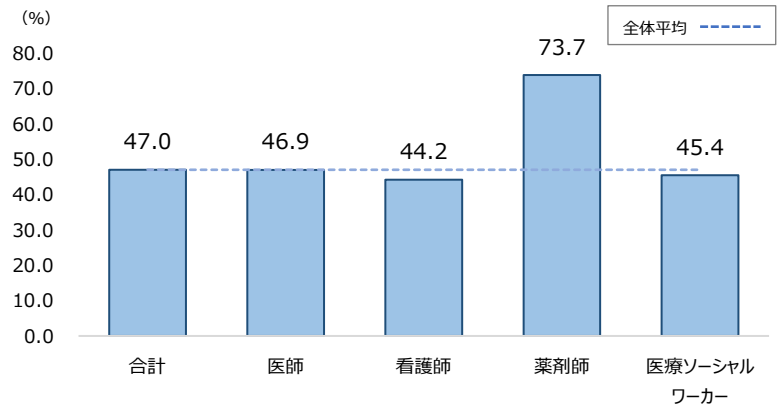
（25）離島・へき地と本島との医療格差解消

実現率：47.0%（※回答結果を 100 から差し引いた値）

Q. 北部地区医師会病院、県立北部病院、たいら内科クリニック、宮古病院、八重山病院の医療者の方にのみお聞きします。離島やへき地に住むがん患者に対する医療において、中部医療圏や南部医療圏との医療格差が明らかに感じられた患者の割合はどの程度ですか。

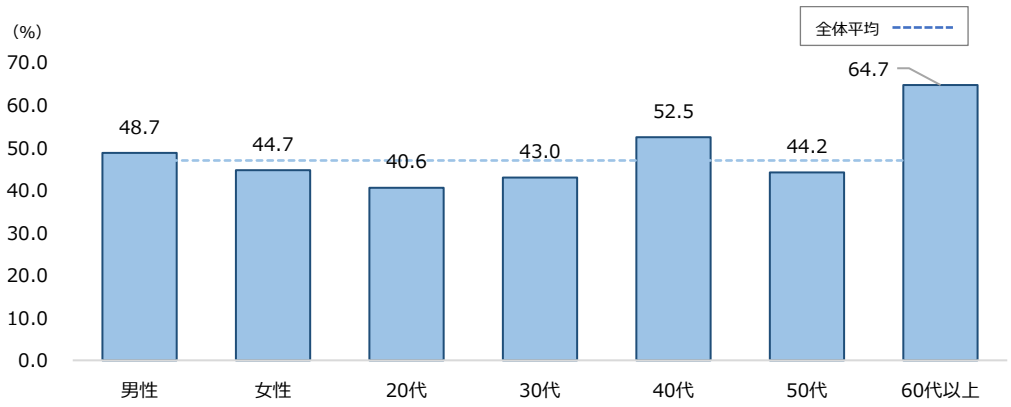
【全体、職種別】

- 職種別では、薬剤師が高く、看護師がやや低かった。



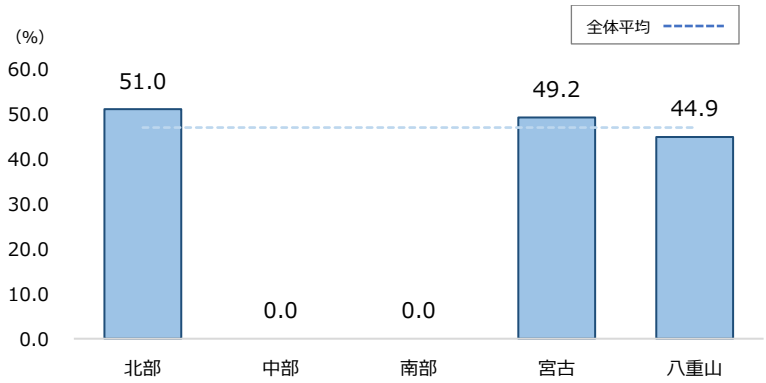
【性別、年代別】

- 年代別では、60 代以上と 40 代が高く、20 代と 30 代、50 代が低かった。



【医療圏別】

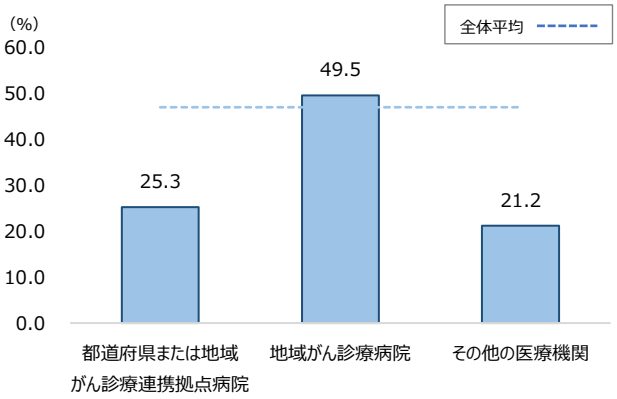
- 医療圏別では、北部がやや高く、八重山がやや低かった。



【医療施設別】

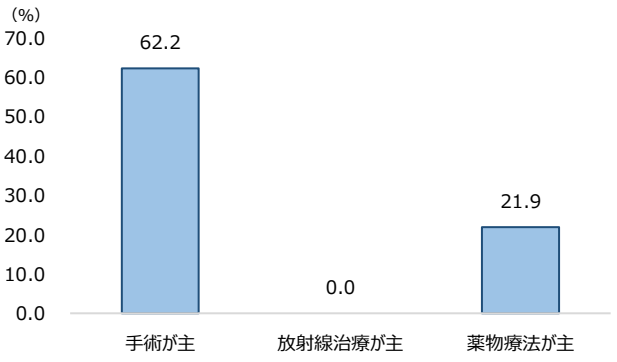
- 医療施設別では、地域がん診療病院が高く、その他の医療機関が低かった。

※一部回答において、「医療圏」と「医療施設」の組み合わせの齟齬が見られるが、回答内容のまま分析した。



【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「手術が主」が高く、「薬物療法が主」が低かった。



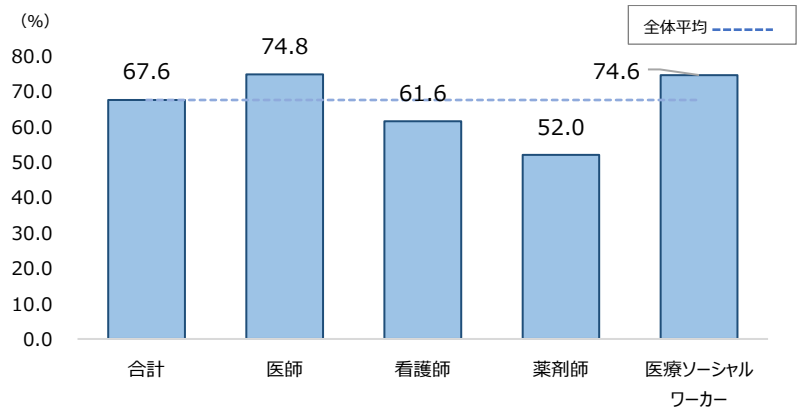
（26）離島・へき地患者に対する通院回数への配慮

実現率：67.6%

Q. 離島の医療施設勤務者を含む全ての医療従事者にお尋ねします。離島やへき地に住むがん患者のうち、なるべく少ない回数で通院が終わるように配慮した患者の割合はどの程度ですか。

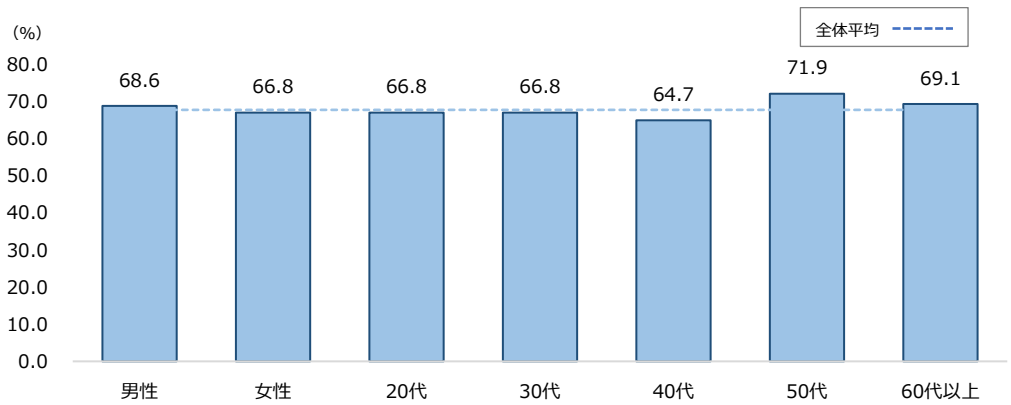
【全体、職種別】

- 職種別では、医療ソーシャルワーカーと医師が高く、薬剤師と看護師が低かった。



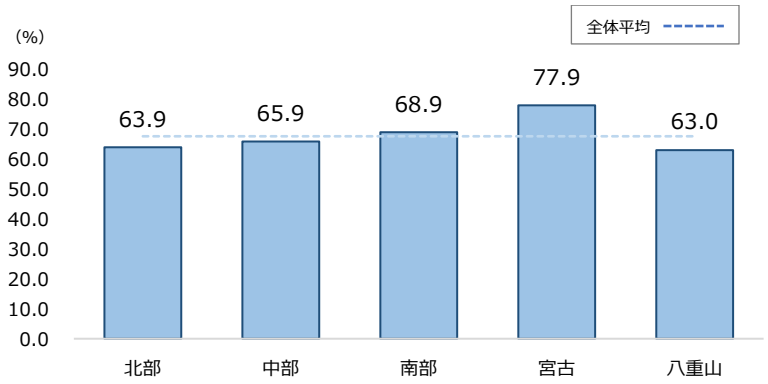
【性別、年代別】

- 年代別では、50 代が高かった。



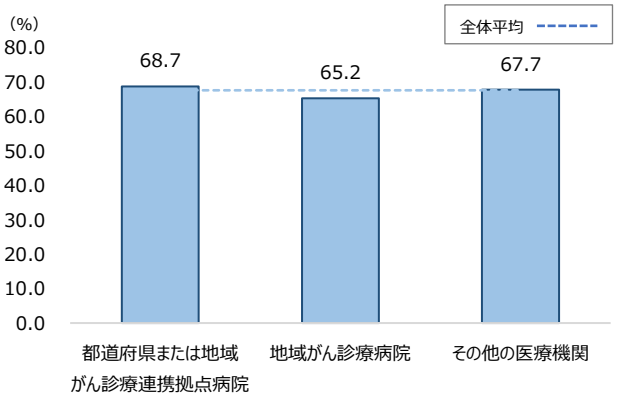
【医療圏別】

- 医療圏別では、宮古が高かった。



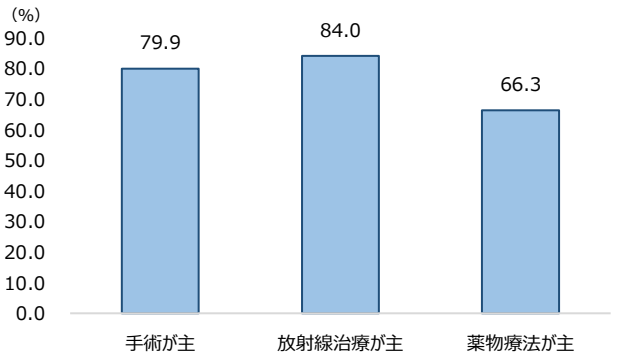
【医療施設別】

- 医療施設別では、差異は見られなかった。



【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「放射線治療が主」と「手術が主」が高かった。



（27）県内におけるがん医療の集約化と機能分化

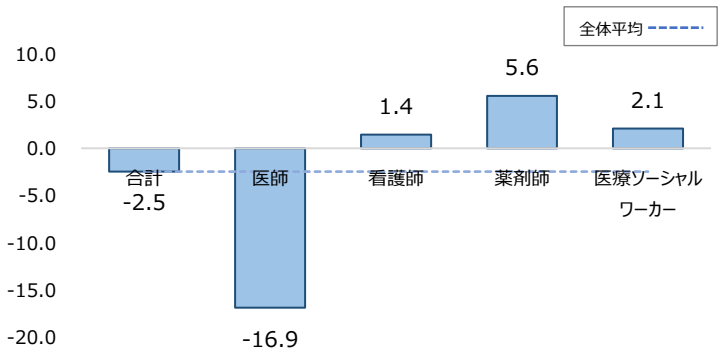
平均スコア：-2.5

Q. 沖縄県内において、がん医療の適切な集約化と機能分化が十分にできていると思いますか。

（※-100～100 の幅で算出）

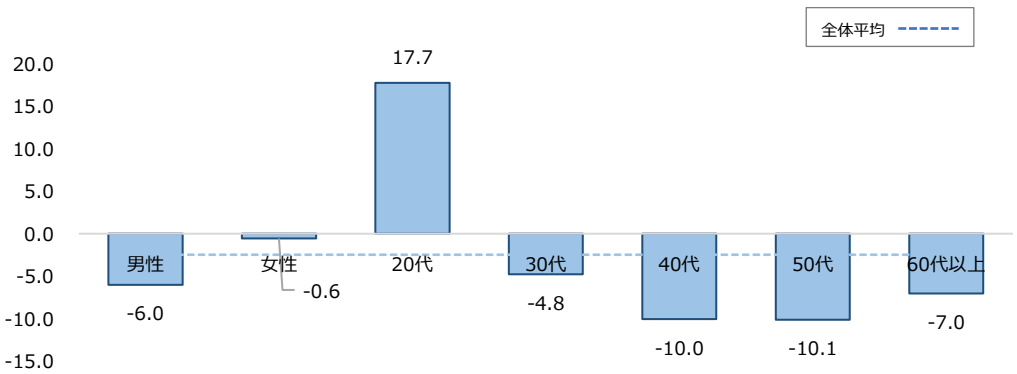
【全体、職種別】

- 職種別では、医師がマイナスだった。



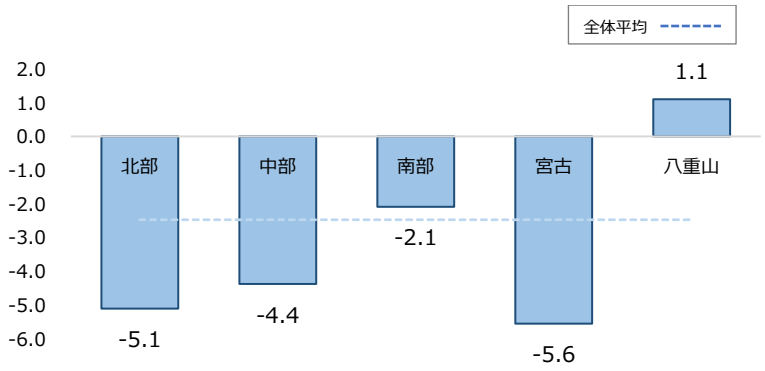
【性別、年代別】

- 年代別では、20 代のみがプラスで、30 代以上はマイナスだった。



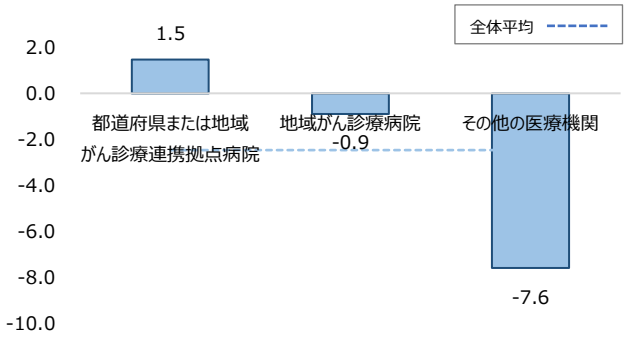
【医療圏別】

- 医療圏別では、八重山のみがプラスで、他の医療圏はマイナスだった。



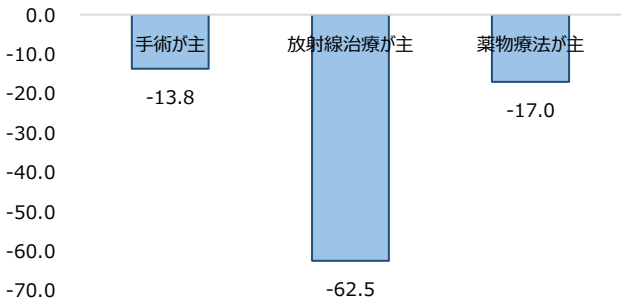
【医療施設別】

- 医療施設別では、都道府県または地域がん診療連携拠点病院のみがプラスで、他の医療施設はマイナスだった。



【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、各分野ともマイナスだった。



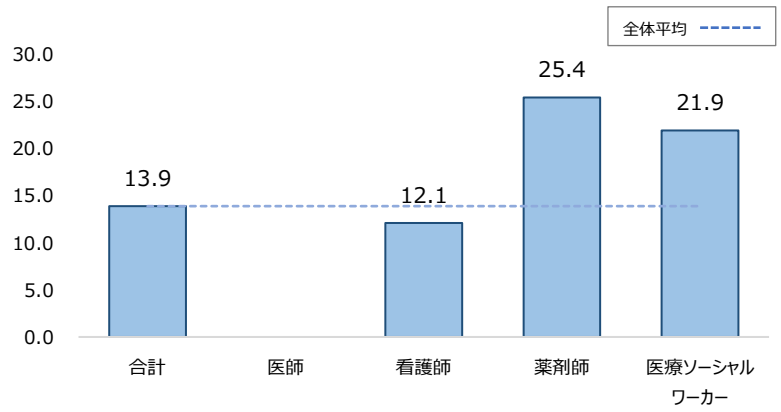
（28）医師への意見の言いやすさ（医師以外が回答）

平均スコア：13.9　（前回調査：17.2）

Q. 医師以外の医療スタッフの方にお聞きします。がん患者のケアに関して、自分の意見を医師に対して自由に言えますか。（※-100～100 の幅で算出）

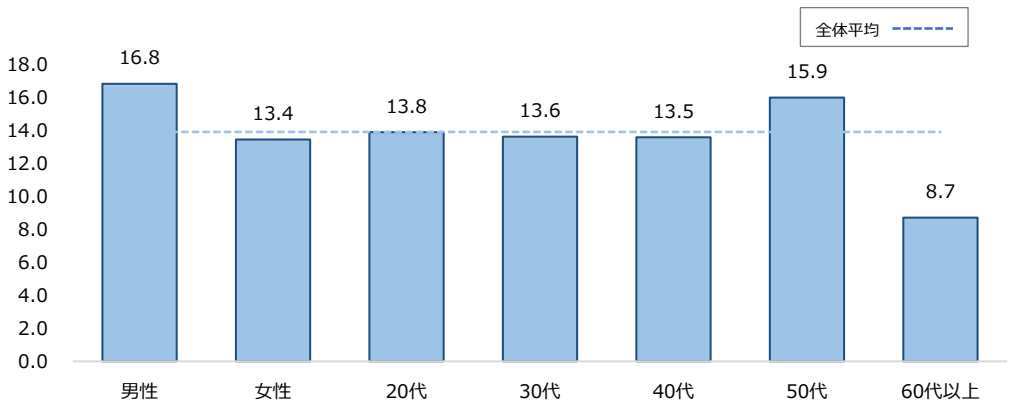
【全体、職種別】

- 職種別では、薬剤師と医療ソーシャルワーカーは高く、看護師は低かった。



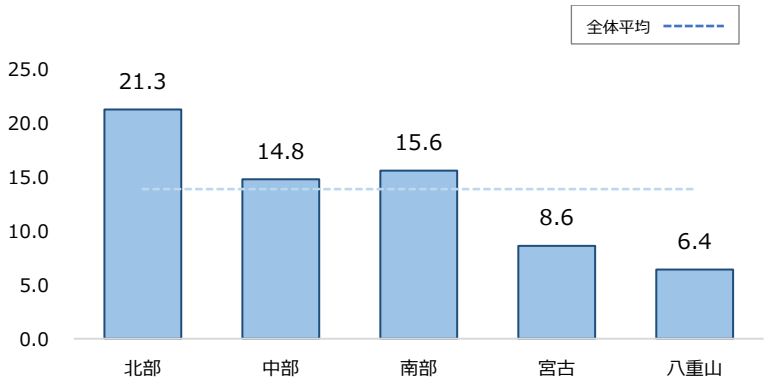
【性別、年代別】

- 年代別では、50 代は高く、60 代以上は低かった。



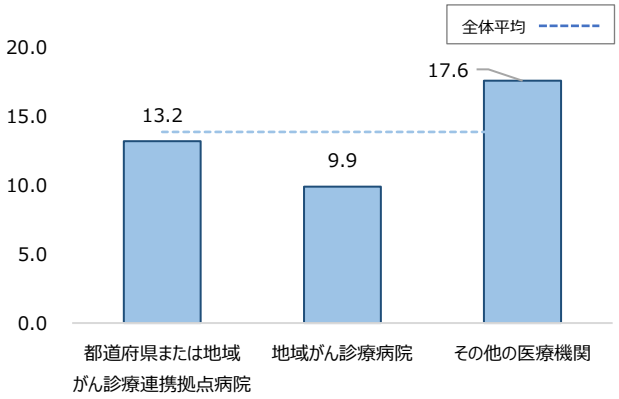
【医療圏別】

- 医療圏別では、八重山と宮古が低かった。



【医療施設別】

- 医療施設別では、その他医療機関は高く、地域がん診療病院は低かった。



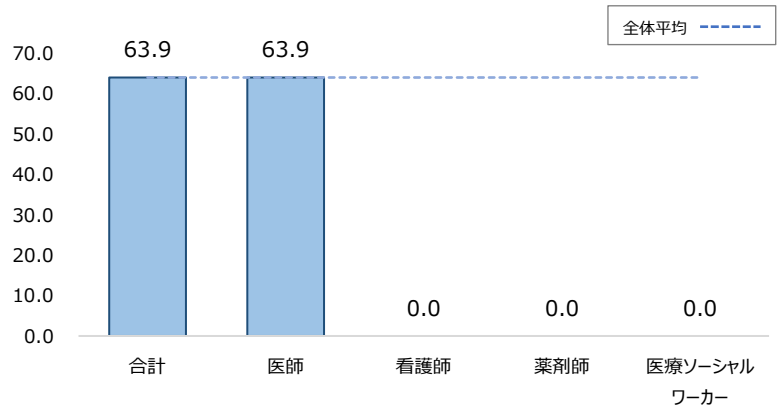
（29）他スタッフの意見の尊重（医師が回答）

平均スコア：63.9　（前回調査：66.5）

Q. 医師の方にお聞きします。他の医療スタッフの話に耳を傾けていますか。（※-100～100 の幅で算出）

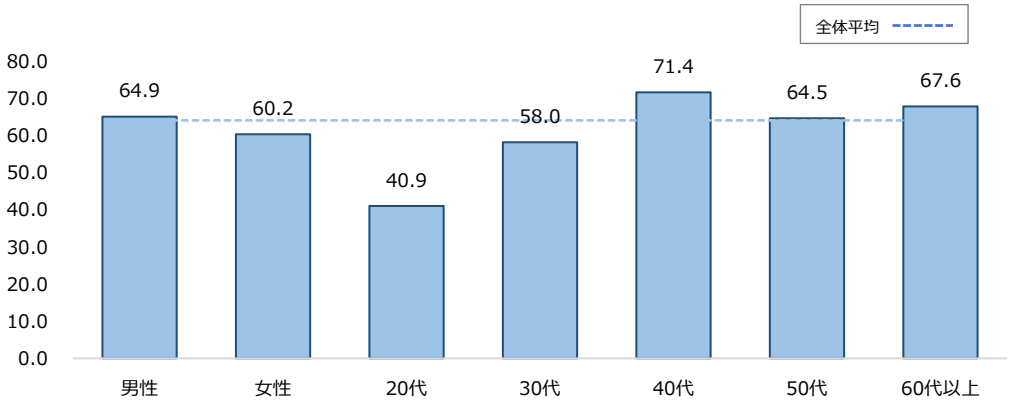
【全体、職種別】

- この質問は医師のみの回答で、平均スコアは 63.9 だった。



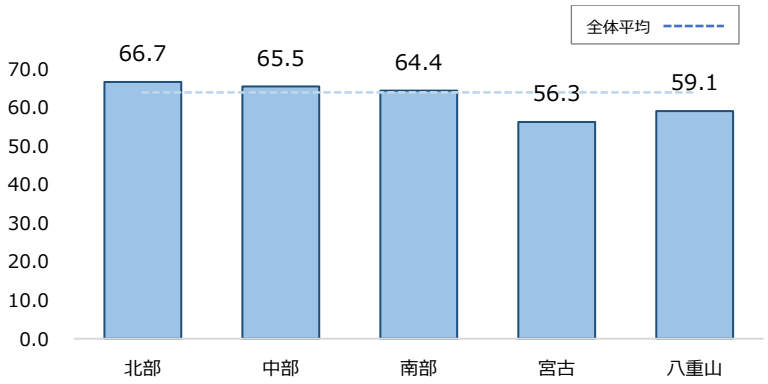
【性別、年代別】

- 年代別では、40 代と 60 代以上が高く、20 代と 30 代は低かった。



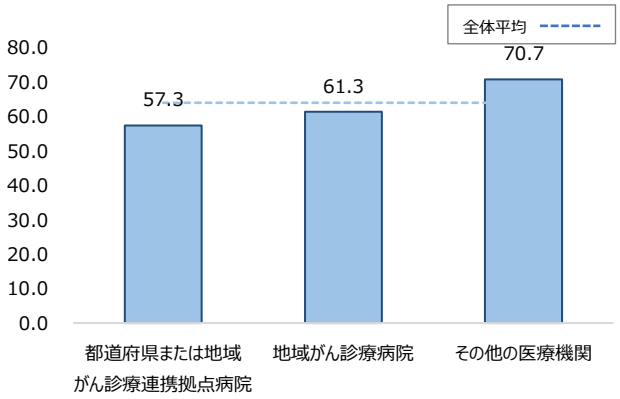
【医療圏別】

- 医療圏別では、宮古と八重山が低かった。



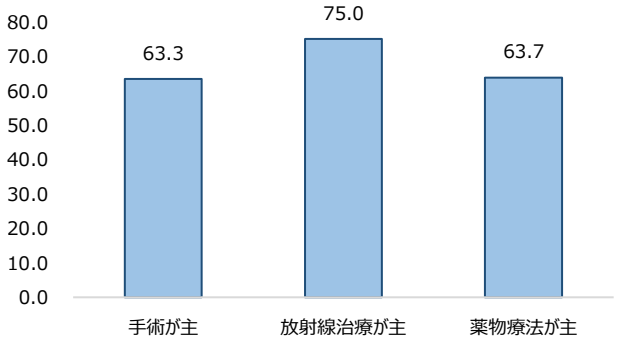
【医療施設別】

- 医療施設別では、その他の医療機関が高く、都道府県または地域がん診療連携拠点病院が低かった。



【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では「放射線治療が主」が高かった。



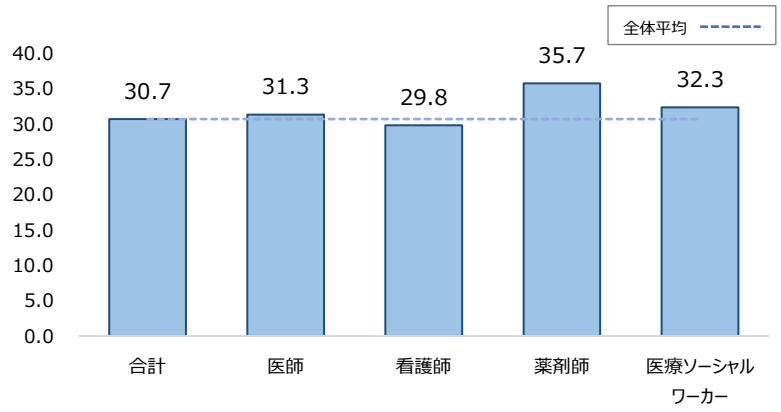
（30）職場のキャリア育成環境

平均スコア：30.7

Q. 今の職場は、あなたが必要な知識を備えた専門的人材になれる環境やキャリア形成（専門資格を取得するなど）を、支援してくれていますか。（※-100～100 の幅で算出）

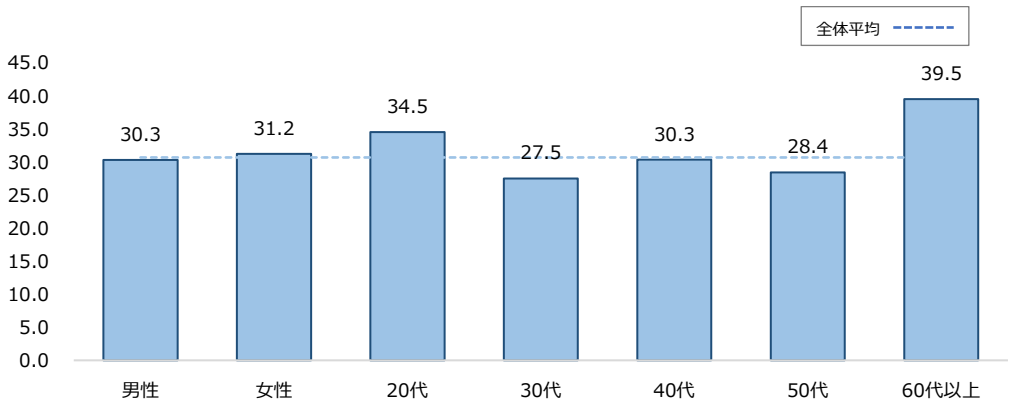
【全体、職種別】

- 職種別では、薬剤師が高かった。



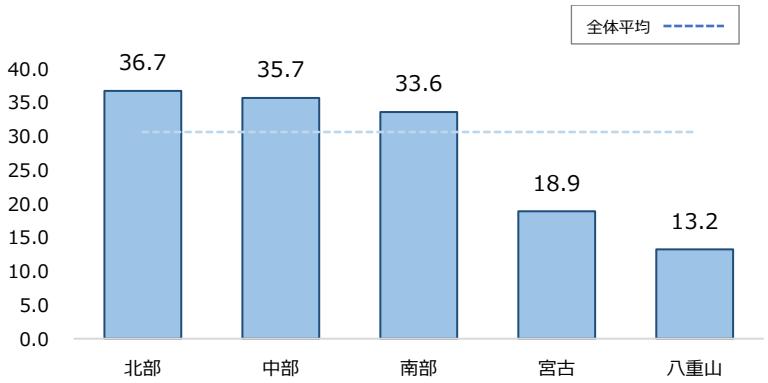
【性別、年代別】

- 年代別では、60 代以上と 20 代が高く、30 代と 50 代が低かった。



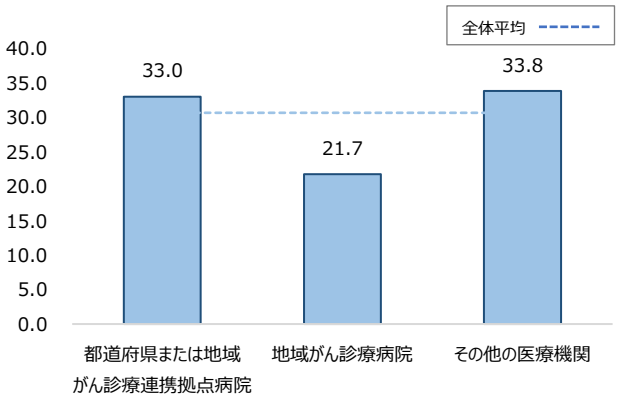
【医療圏別】

- 医療圏別では、北部と中部が高く、八重山と宮古が低かった。



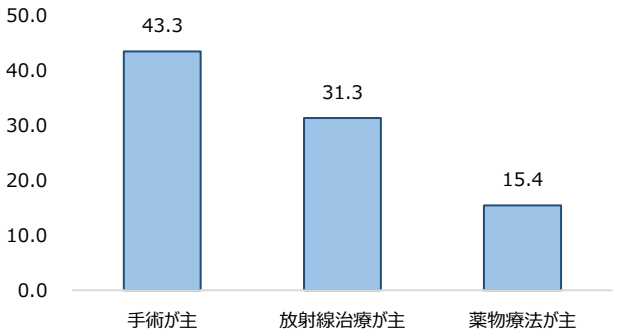
【医療施設別】

- 医療施設別では、その他の医療機関が高く、地域がん診療病院が低かった。



【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「手術が主」が高く、「薬物療法が主」が低かった。



4. 調査結果詳細（クロス集計表）

クロス集計表の見方

※　単一回答結果数値は、少数点第2位を四捨五入しており、内訳の和が 100.0 にならないことがある

※　統計表中の「0.0」は、数値が表章単位に満たないものを指す場合もある。ただし、墨色の「0.0」は回答者が 0 であった項目である。

※　統計表において数値に以下の背景色が付いている場合は、下記の意味である。
は全体平均より 5 ポイント以上、 は 5 ポイント以下の場合

※　上記同様、数値が**太字**の場合は全体平均より 5 ポイント以上、数値が墨色の場合は全体平均より 5 ポイント以下の場合である。

（1） レジメン登録の遅延による投薬の遅れ（医師のみへの質問）

平均スコア：64.4（※数値が高いほど遅れは少ない）

Q. 2023 年に、レジメン登録が遅かったために、患者へのタイムリーな投薬が遅れたことがありましたか。

【全体】

- 「なかった」が 56.2%と最も多く、次いで「あまりなかった」21.9%、「どちらともいえない」16.9%、「ややあった」4.6%、「あった」0.5%と続いた。

(%)

選択肢	全体 (n=219)
あった	0.5
ややあった	4.6
どちらともいえない	16.9
あまりなかった	21.9
なかった	56.2

【年代別】

- 年代別では、「なかった」は 50 代に多く、「あまりなかった」は 30 代、20 代に多く、「どちらともいえない」は 20 代、60 代以上に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=219)	性別		年代別				
		男性 (n=171)	女性 (n=44)	20代 (n=11)	30代 (n=56)	40代 (n=56)	50代 (n=62)	60代以上 (n=34)
あった	0.5	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.9
ややあった	4.6	4.7	2.3	9.1	8.9	5.4	0.0	2.9
どちらともいえない	16.9	17.0	18.2	**36.4**	7.1	16.1	16.1	**29.4**
あまりなかった	21.9	22.2	22.7	**27.3**	**30.4**	25.0	14.5	14.7
なかった	56.2	55.6	56.8	27.3	53.6	53.6	**69.4**	50.0

【医療圏別】

➢ 医療圏別では、「なかった」は北部に多く、「あまりなかった」は宮古、八重山に多く、「ややあった」は宮古、北部に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=219)	医療圏				
		北部医療圏 (n=9)	中部医療圏 (n=58)	南部医療圏 (n=125)	宮古医療圏 (n=16)	八重山医療圏 (n=11)
あった	0.5	0.0	1.7	0.0	0.0	0.0
ややあった	4.6	**11.1**	3.4	4.0	**12.5**	0.0
どちらともいえない	16.9	11.1	20.7	18.4	0.0	9.1
あまりなかった	21.9	11.1	19.0	20.8	**37.5**	**36.4**
なかった	56.2	**66.7**	55.2	56.8	50.0	54.5

【医療施設別】

➢ 医療施設別では、「あまりなかった」と「ややあった」が地域がん診療病院に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=219)	医療施設分類		
		都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=89)	地域がん診療病院 (n=31)	その他の医療機関 (n=99)
あった	0.5	0.0	0.0	1.0
ややあった	4.6	5.6	**9.7**	2.0
どちらともいえない	16.9	20.2	6.5	17.2
あまりなかった	21.9	20.2	**32.3**	20.2
なかった	56.2	53.9	51.6	59.6

【医師の主たる分野別】

➢ 「あまりなかった」が「放射線治療が主」の医師に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=219)	職種	医師の主たる分野		
		医師 (n=219)	手術が主 (n=120)	放射線治療が主 (n=8)	薬物療法が主 (n=91)
あった	0.5	0.5	0.0	0.0	1.1
ややあった	4.6	4.6	3.3	0.0	6.6
どちらともいえない	16.9	16.9	19.2	12.5	14.3
あまりなかった	21.9	21.9	20.0	**37.5**	23.1
なかった	56.2	56.2	57.5	50.0	54.9

（2） モニタリング結果の主治医（チーム）への速やかな伝達

実現率：75.2%

Q. 2023 年に、看護師による痛みのモニタリング結果で痛みがあるとした患者のうち、その結果が主治医（チーム）に速やかに伝えられた患者の割合はどの程度ですか。

【全体、職種別】

- 全体では「75～99%」が 29.1%と最も多く、ついで「50～74%」が 16.7%、「100%」が 9.5%、「25～49%」が 5.5%、「0～24%」が 2.3%と続いた。
- 職種別では、「75～99%」に医師の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種			
		医師 (n=219)	看護師 (n=621)	薬剤師 (n=63)	医療ソーシャルワーカー (n=48)
0～24%	2.3	3.2	2.4	0.0	0.0
25～49%	5.5	4.1	6.1	4.8	4.2
50～74%	16.7	16.0	19.3	3.2	4.2
75～99%	29.1	**37.9**	29.6	11.1	6.3
100%	9.5	12.8	9.3	4.8	2.1
わからない	36.9	26.0	33.2	**76.2**	**83.3**

【年代別】

- 年代別では、「100%」と「75～99%」の回答に 50 代、60 代以上が多く、「50～74%」の回答に 20 代が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	性別		年代別				
		男性 (n=317)	女性 (n=622)	20代 (n=206)	30代 (n=251)	40代 (n=259)	50代 (n=178)	60代以上 (n=57)
0～24%	2.3	2.5	2.3	3.9	2.0	1.5	2.2	1.8
25～49%	5.5	5.7	5.5	7.8	6.8	4.6	3.4	1.8
50～74%	16.7	17.0	16.7	**21.8**	17.1	16.6	11.8	12.3
75～99%	29.1	30.9	28.1	22.8	30.3	28.2	**34.3**	**35.1**
100%	9.5	10.4	9.0	5.8	6.4	9.7	**15.7**	**15.8**
わからない	36.9	33.4	38.4	37.9	37.5	39.4	32.6	33.3

【医療圏別】

- 医療圏別では、「わからない」の回答が北部、宮古、八重山に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療圏				
		北部医療圏 (n=49)	中部医療圏 (n=217)	南部医療圏 (n=504)	宮古医療圏 (n=45)	八重山医療圏 (n=136)
0～24%	2.3	2.0	2.8	1.8	2.2	3.7
25～49%	5.5	6.1	6.9	5.6	0.0	4.4
50～74%	16.7	6.1	21.7	14.7	20.0	19.1
75～99%	29.1	22.4	30.9	33.3	11.1	19.1
100%	9.5	4.1	11.5	9.7	8.9	7.4
わからない	36.9	**59.2**	26.3	34.9	**57.8**	**46.3**

【医療施設別】

- 医療施設別では、「わからない」の回答が地域がん診療病院に多く、「75～99%」の回答がその他の医療機関に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療施設分類		
		都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=373)	地域がん診療病院 (n=223)	その他の医療機関 (n=355)
0～24%	2.3	1.9	2.2	2.8
25～49%	5.5	7.2	4.5	4.2
50～74%	16.7	18.2	17.5	14.6
75～99%	29.1	28.2	18.4	**36.9**
100%	9.5	9.1	6.7	11.5
わからない	36.9	35.4	**50.7**	29.9

【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「100%」の回答が「手術が主」の医師に多く、「75～99%」の回答が「手術が主」「薬物療法が主」の医師に多かった。「わからない」の回答が「放射線治療が主」の医師に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種	医師の主たる分野		
		医師 (n=219)	手術が主 (n=120)	放射線治療が主 (n=8)	薬物療法が主 (n=91)
0～24%	2.3	3.2	3.3	0.0	3.3
25～49%	5.5	4.1	5.0	0.0	3.3
50～74%	16.7	16.0	14.2	0.0	19.8
75～99%	29.1	**37.9**	**36.7**	25.0	**40.7**
100%	9.5	12.8	**15.0**	12.5	9.9
わからない	36.9	26.0	25.8	**62.5**	23.1

（3） モニタリング結果を受け、主治医（チーム）が緩和ケア実施

実現率：71.4%

Q. 2023 年に、看護師による痛みのモニタリング結果が主治医（チーム）に伝えられた患者のうち、主治医（チーム）が速やかに必要な緩和結果を行った患者の割合はどの程度ですか。

【全体、職種別】

- 全体では「75～99%」が 26.8%と最も多く、ついで「50～74%」が 16.3%、「100%」が 7.9%、「25～49%」が 5.6%、「0～24%」が 3.9%と続いた。
- 職種別では、「75～99%」と「100%」に、医師の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種			
		医師 (n=219)	看護師 (n=621)	薬剤師 (n=63)	医療ソーシャルワーカー (n=48)
0～24%	3.9	2.3	4.8	3.2	0.0
25～49%	7.6	3.7	9.5	6.3	2.1
50～74%	16.3	16.9	17.9	4.8	8.3
75～99%	26.8	**42.0**	25.1	7.9	4.2
100%	7.9	**13.2**	6.9	3.2	2.1
わからない	37.5	21.9	35.7	**74.6**	**83.3**

【性別、年代別】

- 年代別では、「100%」と「75～99%」に 50 代、60 代以上の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	性別		年代別				
		男性 (n=317)	女性 (n=622)	20代 (n=206)	30代 (n=251)	40代 (n=259)	50代 (n=178)	60代以上 (n=57)
0～24%	3.9	3.2	4.3	5.8	4.8	2.7	2.8	1.8
25～49%	7.6	8.2	7.4	10.7	8.0	8.5	3.9	1.8
50～74%	16.3	15.5	16.7	19.4	18.7	15.1	12.4	12.3
75～99%	26.8	30.9	24.6	19.4	23.9	29.3	**33.1**	**35.1**
100%	7.9	10.7	6.6	3.4	6.4	5.0	**16.3**	**17.5**
わからない	37.5	31.5	40.4	41.3	38.2	39.4	31.5	31.6

【医療圏別】

- 医療圏別では、「わからない」の回答が北部、宮古、八重山に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療圏				
		北部医療圏 (n=49)	中部医療圏 (n=217)	南部医療圏 (n=504)	宮古医療圏 (n=45)	八重山医療圏 (n=136)
0～24%	3.9	2.0	5.1	4.0	0.0	3.7
25～49%	7.6	6.1	10.6	6.7	6.7	6.6
50～74%	16.3	10.2	17.5	17.3	13.3	14.0
75～99%	26.8	18.4	29.5	28.8	20.0	20.6
100%	7.9	2.0	9.2	8.5	4.4	6.6
わからない	37.5	**61.2**	28.1	34.7	**55.6**	**48.5**

【医療施設別】

- 医療施設別では、「わからない」の回答が地域がん診療病院に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療施設分類		
		都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=373)	地域がん診療病院 (n=223)	その他の医療機関 (n=355)
0～24%	3.9	2.7	2.2	6.2
25～49%	7.6	8.6	6.7	7.0
50～74%	16.3	19.8	13.9	14.1
75～99%	26.8	26.3	20.2	31.5
100%	7.9	7.2	4.5	10.7
わからない	37.5	35.4	**52.5**	30.4

【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「100%」の回答が「手術が主」「薬物治療が主」の医師に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種	医師の主たる分野		
		医師 (n=219)	手術が主 (n=120)	放射線治療が主 (n=8)	薬物療法が主 (n=91)
0～24%	3.9	2.3	1.7	0.0	3.3
25～49%	7.6	3.7	5.0	0.0	2.2
50～74%	16.3	16.9	15.8	12.5	18.7
75～99%	26.8	**42.0**	**41.7**	**37.5**	**42.9**
100%	7.9	**13.2**	**13.3**	12.5	**13.2**
わからない	37.5	21.9	22.5	37.5	19.8

（4） 主治医（チーム）から緩和ケアチームへの迅速な紹介

実現率：59.4%

Q. 2023 年に、看護師による痛みのモニタリング結果が主治医（チーム）に伝えられた患者において、主治医（チーム）では対応が十分に行えない患者のうち、主治医（チーム）から速やかに緩和ケアチームに紹介が行われた患者の割合はどの程度ですか。

【全体、職種別】

- 全体では「50～74%」が 15.4%と最も多く、ついで「75～99%」が 14.2%、「25～49%」が 10.8%、「0～24%」が 8.7%、「100%」が 5.6%と続いた。
- 職種別では、「75～99%」に、医師の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種			
		医師 (n=219)	看護師 (n=621)	薬剤師 (n=63)	医療ソーシャルワーカー (n=48)
0～24%	8.7	11.0	9.0	3.2	2.1
25～49%	10.8	11.0	11.6	4.8	8.3
50～74%	15.4	15.1	17.6	3.2	4.2
75～99%	14.2	**21.9**	13.0	7.9	2.1
100%	5.6	8.7	5.0	3.2	2.1
わからない	45.3	32.4	43.8	**77.8**	**81.3**

【性別、年代別】

- 年代別では、「100%」の回答に 50 代が、「75～99%」に 50 代、60 代以上が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	性別		年代別				
		男性 (n=317)	女性 (n=622)	20代 (n=206)	30代 (n=251)	40代 (n=259)	50代 (n=178)	60代以上 (n=57)
0～24%	8.7	9.8	8.0	8.7	11.2	8.5	6.2	7.0
25～49%	10.8	10.4	10.9	10.7	11.2	13.1	7.9	8.8
50～74%	15.4	13.6	16.6	18.4	13.5	14.3	16.3	14.0
75～99%	14.2	15.5	13.7	10.2	12.0	12.7	**21.3**	**22.8**
100%	5.6	9.5	3.7	3.4	5.2	3.1	**11.2**	8.8
わからない	45.3	41.3	47.1	48.5	47.0	48.3	37.1	38.6

【医療圏別】

- 医療圏別では、「わからない」の回答が北部、宮古、八重山に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療圏				
		北部医療圏 (n=49)	中部医療圏 (n=217)	南部医療圏 (n=504)	宮古医療圏 (n=45)	八重山医療圏 (n=136)
0～24%	8.7	2.0	10.6	9.5	8.9	5.1
25～49%	10.8	8.2	11.5	11.3	8.9	9.6
50～74%	15.4	14.3	18.9	16.1	11.1	8.8
75～99%	14.2	6.1	13.4	14.9	11.1	16.9
100%	5.6	4.1	5.5	5.6	4.4	6.6
わからない	45.3	**65.3**	40.1	42.7	**55.6**	**52.9**

【医療施設別】

- 医療施設別では、「わからない」の回答が地域がん診療病院に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療施設分類		
		都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=373)	地域がん診療病院 (n=223)	その他の医療機関 (n=355)
0～24%	8.7	7.5	4.9	12.4
25～49%	10.8	12.6	8.5	10.4
50～74%	15.4	17.7	9.9	16.3
75～99%	14.2	13.9	14.8	14.1
100%	5.6	4.6	5.4	6.8
わからない	45.3	43.7	**56.5**	40.0

【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「100%」の回答が「放射線治療が主」の医師に多く、「75～99%」の回答が「手術が主」「放射線治療が主」の医師に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種	医師の主たる分野		
		医師 (n=219)	手術が主 (n=120)	放射線治療が主 (n=8)	薬物療法が主 (n=91)
0～24%	8.7	11.0	9.2	12.5	13.2
25～49%	10.8	11.0	9.2	12.5	13.2
50～74%	15.4	15.1	15.0	0.0	16.5
75～99%	14.2	**21.9**	**24.2**	**25.0**	18.7
100%	5.6	8.7	10.0	**12.5**	6.6
わからない	45.3	32.4	32.5	37.5	31.9

（5） 治療方針説明時の医師以外の職種参加

実現率:68.7% （前回調査:59.1%）

Q. 治療方針（告知等）の説明の際に、医師外の職種も参加している割合はどの程度ですか。

【全体、職種別】

- 全体では「75～99%」が 25.6%と最も多く、ついで「50～74%」が 18.9%、「100%」が 12.6%、「25～49%」が 9.8%、「0～24%」が 7.6%と続いた。
- 職種別では、「25～49%」「0～24%」に医師の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種			
		医師 (n=219)	看護師 (n=621)	薬剤師 (n=63)	医療ソーシャルワーカー (n=48)
0～24%	7.6	**12.8**	6.0	7.9	4.2
25～49%	9.8	**15.1**	8.4	6.3	8.3
50～74%	18.9	19.6	20.3	3.2	18.8
75～99%	25.6	26.0	27.4	9.5	20.8
100%	12.6	16.4	12.4	3.2	10.4
わからない	25.6	10.0	25.6	**69.8**	**37.5**

【性別、年代別】

- 年代別では、「75～99%」に 20 代の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	性別		年代別				
		男性 (n=317)	女性 (n=622)	20代 (n=206)	30代 (n=251)	40代 (n=259)	50代 (n=178)	60代以上 (n=57)
0～24%	7.6	11.4	5.6	5.8	6.4	9.7	7.9	8.8
25～49%	9.8	12.3	8.5	6.3	10.8	8.9	13.5	10.5
50～74%	18.9	18.3	19.5	16.0	19.1	18.9	21.9	19.3
75～99%	25.6	22.4	27.0	**34.0**	25.1	22.0	20.8	28.1
100%	12.6	13.2	12.4	10.7	12.7	13.9	11.8	15.8
わからない	25.6	22.4	27.0	27.2	25.9	26.6	24.2	17.5

【医療圏別】

➢ 医療圏別では、「わからない」の回答が宮古、八重山、北部に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療圏 北部医療圏 (n=49)	中部医療圏 (n=217)	南部医療圏 (n=504)	宮古医療圏 (n=45)	八重山医療圏 (n=136)
0～24%	7.6	10.2	11.5	6.0	6.7	6.6
25～49%	9.8	12.2	9.7	10.1	11.1	7.4
50～74%	18.9	18.4	21.2	18.5	11.1	19.9
75～99%	25.6	18.4	20.3	30.2	22.2	20.6
100%	12.6	4.1	14.3	14.9	4.4	7.4
わからない	25.6	**36.7**	23.0	20.4	**44.4**	**38.2**

【医療施設別】

➢ 医療施設別では、「わからない」の回答が地域がん診療病院に多く、「75～99%」の回答が都道府県または地域がん診療連携拠点病院に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療施設分類 都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=373)	地域がん診療病院 (n=223)	その他の医療機関 (n=355)
0～24%	7.6	7.5	6.3	8.5
25～49%	9.8	9.1	9.9	10.4
50～74%	18.9	17.4	18.4	20.8
75～99%	25.6	**32.4**	19.7	22.0
100%	12.6	12.1	6.3	17.2
わからない	25.6	21.4	**39.5**	21.1

【医師の主たる分野別】

➢ 主たる分野別では、「100%」の回答が「手術が主」の医師に多く、「75～99%」の回答が「放射線治療が主」の医師に、「25～49%」が「手術が主」「薬物療法が主」に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種 医師 (n=219)	医師の主たる分野 手術が主 (n=120)	放射線治療が主 (n=8)	薬物療法が主 (n=91)
0～24%	7.6	**12.8**	12.5	12.5	**13.2**
25～49%	9.8	**15.1**	**15.0**	0.0	**16.5**
50～74%	18.9	19.6	20.0	0.0	20.9
75～99%	25.6	26.0	25.0	**50.0**	25.3
100%	12.6	16.4	**18.3**	12.5	14.3
わからない	25.6	10.0	9.2	25.0	9.9

（6） 治療スケジュール見通しの十分な情報提供

実現率：69.6%

Q. 治療スケジュールの見通しについて、治療方針の決定までに、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

【全体、職種別】

- 全体では「75～99%」が 22.5%と最も多く、ついで「50～74%」が 18.7%、「25～49%」が 8.2%、「100%」が 5.4%、「0～24%」が 2.5%と続いた。
- 職種別では、「75～99%」と「100%」に医師の回答が、「50～74%」に医療ソーシャルワーカーの回答がそれぞれ多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種			
		医師 (n=219)	看護師 (n=621)	薬剤師 (n=63)	医療ソーシャルワーカー (n=48)
0～24%	2.5	1.4	2.9	3.2	2.1
25～49%	8.2	8.7	8.5	3.2	8.3
50～74%	18.7	18.7	19.5	6.3	**25.0**
75～99%	22.5	**39.7**	18.7	7.9	12.5
100%	5.4	**14.2**	3.2	0.0	0.0
わからない	42.7	17.4	47.2	**79.4**	**52.1**

【性別、年代別】

- 年代別では、「75～99%」の回答に 50 代、60 代以上が多く、30 代が少なかった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	性別		年代別				
		男性 (n=317)	女性 (n=622)	20代 (n=206)	30代 (n=251)	40代 (n=259)	50代 (n=178)	60代以上 (n=57)
0～24%	2.5	3.5	2.1	1.9	2.8	3.5	1.7	1.8
25～49%	8.2	9.8	7.6	7.8	9.6	8.5	6.7	7.0
50～74%	18.7	17.4	19.6	17.5	20.3	18.5	16.9	22.8
75～99%	22.5	27.4	20.1	20.4	16.3	20.1	**33.7**	**33.3**
100%	5.4	8.8	3.5	3.4	4.4	5.4	7.9	8.8
わからない	42.7	33.1	47.1	**49.0**	46.6	44.0	33.1	26.3

【医療圏別】

- 医療圏別では、「75～99%」の回答が宮古、八重山で少なかった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療圏				
		北部医療圏 (n=49)	中部医療圏 (n=217)	南部医療圏 (n=504)	宮古医療圏 (n=45)	八重山医療圏 (n=136)
0～24%	2.5	2.0	2.8	2.6	0.0	2.9
25～49%	8.2	4.1	12.9	6.9	4.4	8.1
50～74%	18.7	22.4	20.7	19.4	11.1	14.0
75～99%	22.5	18.4	22.6	26.8	8.9	12.5
100%	5.4	4.1	7.8	5.6	6.7	0.7
わからない	42.7	**49.0**	33.2	38.7	**68.9**	**61.8**

【医療施設別】

- 医療施設別では、「75～99%」の回答が地域がん診療病院で少なかった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療施設分類		
		都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=373)	地域がん診療病院 (n=223)	その他の医療機関 (n=355)
0～24%	2.5	2.4	1.8	3.1
25～49%	8.2	7.0	7.6	9.9
50～74%	18.7	21.7	14.8	18.0
75～99%	22.5	25.2	13.5	25.4
100%	5.4	3.5	2.2	9.3
わからない	42.7	40.2	**60.1**	34.4

【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「100%」「75～99%」に各分野の医師の回答が多く集まった。「0～24%」に「放射線治療が主」の医師の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種	医師の主たる分野		
		医師 (n=219)	手術が主 (n=120)	放射線治療が主 (n=8)	薬物療法が主 (n=91)
0～24%	2.5	1.4	0.0	**12.5**	2.2
25～49%	8.2	8.7	7.5	0.0	11.0
50～74%	18.7	18.7	19.2	0.0	19.8
75～99%	22.5	**39.7**	**43.3**	**50.0**	**34.1**
100%	5.4	**14.2**	**15.0**	**25.0**	**12.1**
わからない	42.7	17.4	15.0	12.5	20.9

（7） 医療費の十分な情報提供

実現率：47.8%

Q. 医療費について、治療方針の決定までに、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

【全体、職種別】

- 全体では「0～24%」「25～49%」がそれぞれ 12.7%で最も多く、ついで「50～74%」が 12.3%、「75～99%」が 8.0%、「100%」が 2.0%と続いた。
- 職種別では、「50～74%」に医療ソーシャルワーカーの回答が多く、「0～24%」に医師、医療ソーシャルワーカーの回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種			
		医師 (n=219)	看護師 (n=621)	薬剤師 (n=63)	医療ソーシャルワーカー (n=48)
0～24%	12.7	**27.4**	7.4	7.9	**20.8**
25～49%	12.7	16.0	13.4	0.0	6.3
50～74%	12.3	13.2	12.1	4.8	**20.8**
75～99%	8.0	11.9	7.2	3.2	6.3
100%	2.0	3.7	1.8	0.0	0.0
わからない	52.3	27.9	**58.1**	**84.1**	45.8

【性別、年代別】

- 年代別では、「0～24%」と「75～99%」に 60 代以上の回答が、「50～74%」の回答に 50 代の回答がそれぞれ多かった。「わからない」が 20 代に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	性別		年代別				
		男性 (n=317)	女性 (n=622)	20代 (n=206)	30代 (n=251)	40代 (n=259)	50代 (n=178)	60代以上 (n=57)
0～24%	12.7	**18.6**	9.6	6.3	15.9	12.4	12.9	**22.8**
25～49%	12.7	12.0	13.0	13.6	12.7	14.3	10.1	10.5
50～74%	12.3	12.6	12.4	7.8	10.8	12.0	**19.7**	14.0
75～99%	8.0	9.1	7.6	6.8	6.4	7.3	8.4	**21.1**
100%	2.0	1.9	2.1	0.5	0.4	3.5	3.4	3.5
わからない	52.3	45.7	55.3	**65.0**	53.8	50.6	45.5	28.1

【医療圏別】

- 医療圏別では、「0～24%」の回答が北部に多く、「25～49%」の回答が中部に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療圏				
		北部医療圏 (n=49)	中部医療圏 (n=217)	南部医療圏 (n=504)	宮古医療圏 (n=45)	八重山医療圏 (n=136)
0～24%	12.7	**24.5**	13.8	12.7	11.1	7.4
25～49%	12.7	6.1	**18.0**	12.7	13.3	6.6
50～74%	12.3	12.2	16.1	11.9	4.4	10.3
75～99%	8.0	4.1	6.5	10.1	6.7	4.4
100%	2.0	0.0	2.8	2.6	0.0	0.0
わからない	52.3	53.1	42.9	50.0	**64.4**	**71.3**

【医療施設別】

- 医療施設別では、「わからない」の回答が地域がん診療病院に多く、その他の医療機関に少なかった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療施設分類		
		都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=373)	地域がん診療病院 (n=223)	その他の医療機関 (n=355)
0～24%	12.7	12.3	11.2	14.1
25～49%	12.7	13.9	9.0	13.8
50～74%	12.3	13.4	9.9	12.7
75～99%	8.0	7.0	4.9	11.0
100%	2.0	0.5	0.0	4.8
わからない	52.3	52.8	**65.0**	43.7

【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「75～99%」の回答が「放射線治療が主」の医師に多く、「0～24%」の回答が全分野の医師に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種	医師の主たる分野		
		医師 (n=219)	手術が主 (n=120)	放射線治療が主 (n=8)	薬物療法が主 (n=91)
0～24%	12.7	**27.4**	**26.7**	**25.0**	**28.6**
25～49%	12.7	16.0	**19.2**	0.0	13.2
50～74%	12.3	13.2	14.2	0.0	13.2
75～99%	8.0	11.9	12.5	**37.5**	8.8
100%	2.0	3.7	3.3	**12.5**	3.3
わからない	52.3	27.9	24.2	25.0	33.0

（8） 就労継続可否の十分な情報提供

実現率：34.9%

Q. 就労の継続について、治療開始前に、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

【全体、職種別】

- 全体では「51～100%」が 12.1%と最も多く、ついで「21～50%」が 11.4%、「11～20%」が 5.9%、「6～10%」が 4.9%、「1～5%」が 3.9%、「0%」が 3.6%と続いた。
- 職種別では、「わからない」に看護師、薬剤師の回答が多く、「51～100%」「21～50%」に医師の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種			
		医師 (n=219)	看護師 (n=621)	薬剤師 (n=63)	医療ソーシャルワーカー (n=48)
0%	3.6	5.5	2.6	1.6	**10.4**
1～5%	3.9	3.7	3.2	4.8	**12.5**
6～10%	4.9	8.7	4.3	0.0	2.1
11～20%	5.9	7.3	5.5	3.2	8.3
21～50%	11.4	**17.8**	9.8	0.0	**16.7**
51～100%	12.1	**27.9**	8.5	1.6	0.0
わからない	58.3	29.2	**66.0**	**88.9**	50.0

【性別、年代別】

- 年代別では、「51～100%」の回答に 60 代以上、50 代の回答が多く、「21～50%」に 20 代の回答が少なかった。「わからない」が 20 代に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	性別		年代別				
		男性 (n=317)	女性 (n=622)	20代 (n=206)	30代 (n=251)	40代 (n=259)	50代 (n=178)	60代以上 (n=57)
0%	3.6	4.4	3.2	3.4	3.2	3.5	3.9	5.3
1～5%	3.9	3.5	4.0	4.4	4.4	5.0	2.2	0.0
6～10%	4.9	6.0	4.3	4.9	6.8	4.2	3.4	5.3
11～20%	5.9	4.4	6.8	2.9	6.4	7.7	6.2	5.3
21～50%	11.4	12.9	10.8	6.3	10.0	13.5	15.2	14.0
51～100%	12.1	**18.9**	8.5	7.8	8.4	11.6	**17.4**	**29.8**
わからない	58.3	49.8	62.4	**70.4**	61.0	54.4	51.7	40.4

【医療圏別】

- 医療圏別では、「1～5%」の回答が宮古に、「0%」の回答が北部にそれぞれ多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療圏				
		北部医療圏 (n=49)	中部医療圏 (n=217)	南部医療圏 (n=504)	宮古医療圏 (n=45)	八重山医療圏 (n=136)
0%	3.6	**10.2**	5.1	2.6	0.0	3.7
1～5%	3.9	6.1	4.1	3.6	**11.1**	1.5
6～10%	4.9	2.0	6.9	4.6	8.9	2.9
11～20%	5.9	8.2	6.0	6.5	2.2	3.7
21～50%	11.4	14.3	13.4	13.3	2.2	2.9
51～100%	12.1	10.2	13.4	12.9	11.1	8.1
わからない	58.3	49.0	51.2	56.5	**64.4**	**77.2**

【医療施設別】

- 医療施設別では、「わからない」の回答が地域がん診療病院に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療施設分類		
		都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=373)	地域がん診療病院 (n=223)	その他の医療機関 (n=355)
0%	3.6	2.7	3.1	4.8
1～5%	3.9	3.5	4.9	3.7
6～10%	4.9	4.0	4.0	6.5
11～20%	5.9	5.9	5.4	6.2
21～50%	11.4	13.9	6.7	11.5
51～100%	12.1	11.0	8.1	15.8
わからない	58.3	59.0	**67.7**	51.5

【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「51～100%」に各分野の医師の回答が集まり、「21～50%」は「手術が主」が多かった。「0%」に「放射線治療が主」「薬物療法が主」が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種	医師の主たる分野		
		医師 (n=219)	手術が主 (n=120)	放射線治療が主 (n=8)	薬物療法が主 (n=91)
0%	3.6	5.5	2.5	**12.5**	**8.8**
1～5%	3.9	3.7	5.0	0.0	2.2
6～10%	4.9	8.7	7.5	0.0	**11.0**
11～20%	5.9	7.3	6.7	**12.5**	7.7
21～50%	11.4	**17.8**	**20.8**	0.0	15.4
51～100%	12.1	**27.9**	**33.3**	**37.5**	**19.8**
わからない	58.3	29.2	24.2	37.5	35.2

（9） アピアランスケアの十分な情報提供

実現率：37.9%

Q. アピアランスケアについて、治療開始前に、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

【全体、職種別】

- 全体では「51～100%」が 13.7%と最も多く、ついで「21～50%」が 12.1%、「11～20%」と「6～10%」がそれぞれ 4.5%、「0%」が 3.5%、「1～5%」が 3.4%と続いた。
- 職種別では、「51～100%」に医師の回答が多く、医療ソーシャルワーカーの回答が少なかった。「21～50%」に薬剤師の回答が少なかった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種			
		医師 (n=219)	看護師 (n=621)	薬剤師 (n=63)	医療ソーシャルワーカー (n=48)
0%	3.5	8.2	1.8	0.0	8.3
1～5%	3.4	5.0	3.1	1.6	2.1
6～10%	4.5	5.0	4.7	4.8	0.0
11～20%	4.5	5.0	4.2	3.2	8.3
21～50%	12.1	15.1	11.8	6.3	10.4
51～100%	13.7	**21.5**	12.2	9.5	2.1
わからない	58.4	40.2	62.3	**74.6**	**68.8**

【性別、年代別】

- 年代別では、「51～100%」に 60 代以上の回答が多く、「21～50%」に 50 代の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	性別		年代別				
		男性 (n=317)	女性 (n=622)	20代 (n=206)	30代 (n=251)	40代 (n=259)	50代 (n=178)	60代以上 (n=57)
0%	3.5	5.0	2.6	2.4	3.6	3.1	4.5	5.3
1～5%	3.4	3.5	3.2	4.4	2.8	2.7	3.4	5.3
6～10%	4.5	5.0	4.3	5.8	3.2	5.8	2.2	7.0
11～20%	4.5	3.8	5.0	1.9	5.6	6.2	5.1	0.0
21～50%	12.1	12.3	12.1	6.8	12.0	10.8	**20.8**	10.5
51～100%	13.7	16.7	12.2	13.1	8.8	16.6	12.9	**26.3**
わからない	58.4	53.6	60.6	**65.5**	**64.1**	54.8	51.1	45.6

【医療圏別】

➢ 医療圏別では、「11～20%」が北部に多く、「21～50%」の回答が八重山に少なかった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療圏				
		北部医療圏 (n=49)	中部医療圏 (n=217)	南部医療圏 (n=504)	宮古医療圏 (n=45)	八重山医療圏 (n=136)
0%	3.5	6.1	2.8	3.6	4.4	2.9
1～5%	3.4	4.1	4.6	2.8	6.7	2.2
6～10%	4.5	4.1	5.5	4.8	2.2	2.9
11～20%	4.5	**10.2**	5.1	4.6	4.4	1.5
21～50%	12.1	8.2	14.7	13.3	8.9	5.9
51～100%	13.7	10.2	12.9	16.1	8.9	8.8
わからない	58.4	57.1	54.4	55.0	**64.4**	**75.7**

【医療施設別】

➢ 医療施設別では、「わからない」の回答が地域がん診療病院に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療施設分類		
		都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=373)	地域がん診療病院 (n=223)	その他の医療機関 (n=355)
0%	3.5	2.7	3.6	4.2
1～5%	3.4	4.0	3.6	2.5
6～10%	4.5	4.8	2.7	5.4
11～20%	4.5	4.0	4.9	4.8
21～50%	12.1	15.3	6.3	12.4
51～100%	13.7	13.9	9.0	16.3
わからない	58.4	55.2	**70.0**	54.4

【医師の主たる分野別】

➢ 医師の主たる分野別では、「51～100%」の回答が「手術が主」「放射線治療が主」の医師に多く、「0%」の回答が「放射線治療が主」「薬物療法が主」の医師に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種	医師の主たる分野		
		医師 (n=219)	手術が主 (n=120)	放射線治療が主 (n=8)	薬物療法が主 (n=91)
0%	3.5	8.2	5.8	**25.0**	**9.9**
1～5%	3.4	5.0	5.8	0.0	4.4
6～10%	4.5	5.0	4.2	0.0	6.6
11～20%	4.5	5.0	5.8	**12.5**	3.3
21～50%	12.1	15.1	16.7	0.0	14.3
51～100%	13.7	**21.5**	**27.5**	**25.0**	13.2
わからない	58.4	40.2	34.2	37.5	48.4

（10）がん相談支援センターに関する十分な情報提供

実現率：31.7%

Q. がん診療連携拠点病院等に設置されている「がん相談支援センター」について、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。

【全体、職種別】

- 全体では「51～100%」が 11.4%と最も多く、ついで「21～50%」が 9.7%、「0%」が 7.8%、「11～20%」が 4.6%、「1～5%」が 4.1%、「6～10%」が 4.0%と続いた。
- 職種別では、「51～100%」に医師の回答が多く、「0%」に医師、医療ソーシャルワーカーの回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種			
		医師 (n=219)	看護師 (n=621)	薬剤師 (n=63)	医療ソーシャルワーカー (n=48)
0%	7.8	**17.8**	4.0	3.2	**16.7**
1～5%	4.1	6.8	3.1	3.2	6.3
6～10%	4.0	4.1	4.2	1.6	4.2
11～20%	4.6	7.3	3.5	1.6	**10.4**
21～50%	9.7	9.6	10.1	4.8	10.4
51～100%	11.4	**17.4**	10.5	4.8	4.2
わからない	58.5	37.0	**64.6**	**81.0**	47.9

【性別、年代別】

- 年代別では、「51～100%」「0%」「11～20%」に 60 代以上の回答が多かった。「わからない」に 20 代が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	性別		年代別				
		男性 (n=317)	女性 (n=622)	20代 (n=206)	30代 (n=251)	40代 (n=259)	50代 (n=178)	60代以上 (n=57)
0%	7.8	12.0	5.6	4.9	8.0	7.7	9.0	**14.0**
1～5%	4.1	4.4	3.9	3.9	5.2	3.9	3.9	1.8
6～10%	4.0	3.2	4.5	3.9	4.8	3.9	3.4	3.5
11～20%	4.6	5.7	4.2	2.9	5.2	4.2	4.5	**10.5**
21～50%	9.7	8.8	10.0	7.3	6.8	10.8	14.6	10.5
51～100%	11.4	12.0	11.1	5.8	11.6	13.9	11.8	**17.5**
わからない	58.5	53.9	60.8	**71.4**	58.6	55.6	52.8	42.1

【医療圏別】

- 医療圏別では、「51～100%」が北部に多く、「21～50%」の回答が八重山に少なかった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療圏				
		北部医療圏 (n=49)	中部医療圏 (n=217)	南部医療圏 (n=504)	宮古医療圏 (n=45)	八重山医療圏 (n=136)
0%	7.8	12.2	11.5	6.5	4.4	5.9
1～5%	4.1	2.0	4.1	4.4	8.9	2.2
6～10%	4.0	2.0	4.6	5.0	2.2	0.7
11～20%	4.6	8.2	5.1	5.4	0.0	1.5
21～50%	9.7	8.2	6.9	12.3	13.3	3.7
51～100%	11.4	**20.4**	9.2	10.9	6.7	14.7
わからない	58.5	46.9	58.5	55.6	**64.4**	**71.3**

【医療施設別】

- 医療施設別では、「0%」にその他の医療機関の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療施設分類		
		都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=373)	地域がん診療病院 (n=223)	その他の医療機関 (n=355)
0%	7.8	3.5	5.8	**13.5**
1～5%	4.1	2.9	3.6	5.6
6～10%	4.0	4.6	2.2	4.5
11～20%	4.6	5.9	2.7	4.5
21～50%	9.7	13.4	7.2	7.3
51～100%	11.4	15.0	13.5	6.2
わからない	58.5	54.7	**65.0**	58.3

【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「51～100%」に「放射線治療が主」「手術が主」の医師の回答が多く、「0%」に各分野の医師の回答が集まった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種	医師の主たる分野		
		医師 (n=219)	手術が主 (n=120)	放射線治療が主 (n=8)	薬物療法が主 (n=91)
0%	7.8	**17.8**	**14.2**	**25.0**	**22.0**
1～5%	4.1	6.8	6.7	**12.5**	6.6
6～10%	4.0	4.1	5.0	0.0	3.3
11～20%	4.6	7.3	8.3	**12.5**	5.5
21～50%	9.7	9.6	12.5	0.0	6.6
51～100%	11.4	**17.4**	**19.2**	**25.0**	14.3
わからない	58.5	37.0	34.2	25.0	41.8

（11）患者サロン、ピアサポート、患者会に関する十分な情報提供

実現率：22.0%

Q. 患者サロン（ゆんたく会）、ピアサポート、患者会について、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。

【全体、職種別】

- 全体では「0%」が12.4%と最も多く、ついで「21～50%」が9.5%、「51～100%」が6.9%、「1～5%」が6.0%、「6～10%」が5.5%、「11～20%」が5.2%と続いた。
- 職種別では、「0%」に「医師」と「医療ソーシャルワーカー」の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種			
		医師 (n=219)	看護師 (n=621)	薬剤師 (n=63)	医療ソーシャルワーカー (n=48)
0%	12.4	**26.9**	7.6	4.8	**18.8**
1～5%	6.0	7.8	5.6	0.0	10.4
6～10%	5.5	8.2	5.0	1.6	4.2
11～20%	5.2	7.3	4.7	0.0	8.3
21～50%	9.5	7.8	10.6	6.3	6.3
51～100%	6.9	6.4	8.1	1.6	2.1
わからない	54.6	35.6	58.5	**85.7**	50.0

【性別、年代別】

- 年代別では、「51～100%」に60代以上が多く、「わからない」が20代に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	性別		年代別				
		男性 (n=317)	女性 (n=622)	20代 (n=206)	30代 (n=251)	40代 (n=259)	50代 (n=178)	60代以上 (n=57)
0%	12.4	**18.9**	9.2	10.7	13.5	13.1	10.7	15.8
1～5%	6.0	6.0	5.8	4.4	5.2	6.2	7.9	8.8
6～10%	5.5	6.9	4.8	5.8	6.4	4.6	4.5	7.0
11～20%	5.2	5.4	5.0	3.4	4.4	6.6	5.6	7.0
21～50%	9.5	6.9	10.8	7.3	8.0	11.2	12.9	5.3
51～100%	6.9	5.0	8.0	5.3	3.6	8.9	7.3	**17.5**
わからない	54.6	50.8	56.4	**63.1**	59.0	49.4	51.1	38.6

【医療圏別】

- 医療圏別では、「わからない」が宮古と八重山に多く、「1～5%」が宮古に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療圏 北部医療圏 (n=49)	中部医療圏 (n=217)	南部医療圏 (n=504)	宮古医療圏 (n=45)	八重山医療圏 (n=136)
0%	12.4	14.3	16.1	10.9	11.1	11.8
1～5%	6.0	8.2	7.8	4.8	**11.1**	5.1
6～10%	5.5	2.0	4.6	7.3	0.0	2.9
11～20%	5.2	2.0	4.1	6.2	2.2	5.1
21～50%	9.5	8.2	7.8	12.1	2.2	5.1
51～100%	6.9	8.2	9.2	6.7	4.4	4.4
わからない	54.6	57.1	50.2	52.0	**68.9**	**65.4**

【医療施設別】

- 医療施設別では、「わからない」が地域がん診療病院に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療施設分類 都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=373)	地域がん診療病院 (n=223)	その他の医療機関 (n=355)
0%	12.4	9.7	10.8	16.3
1～5%	6.0	5.4	6.7	6.2
6～10%	5.5	7.5	2.7	5.1
11～20%	5.2	5.6	5.4	4.5
21～50%	9.5	11.8	5.8	9.3
51～100%	6.9	7.8	5.4	7.0
わからない	54.6	52.3	**63.2**	51.5

【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「0%」の回答が各分野に多く、「51～100%」の回答が「放射線治療が主」の医師に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種 医師 (n=219)	医師の主たる分野 手術が主 (n=120)	放射線治療が主 (n=8)	薬物療法が主 (n=91)
0%	12.4	**26.9**	**22.5**	**37.5**	**31.9**
1～5%	6.0	7.8	7.5	**12.5**	7.7
6～10%	5.5	8.2	9.2	0.0	7.7
11～20%	5.2	7.3	6.7	0.0	8.8
21～50%	9.5	7.8	10.0	0.0	5.5
51～100%	6.9	6.4	7.5	**25.0**	3.3
わからない	54.6	35.6	36.7	25.0	35.2

（12）副作用を含めた薬物療法に関する十分な情報提供

実現率：79.9%

Q. 薬物療法の開始前に、副作用の出る時期の説明も含めて、十分な説明を行った患者の割合はどの程度ですか。

【全体、職種別】

- 全体では「75～99%」が 31.4%と最も多く、ついで「100%」が 18.5%、「50～74%」が 12.2%、「25～49%」が 3.8%、「0～24%」が 3.2%と続いた。
- 職種別では、「75～99%」に医師と薬剤師の回答が多く、「100%」に医師の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種			
		医師 (n=219)	看護師 (n=621)	薬剤師 (n=63)	医療ソーシャルワーカー (n=48)
0～24%	3.2	4.1	2.4	4.8	6.3
25～49%	3.8	2.7	4.5	1.6	2.1
50～74%	12.2	9.6	13.4	11.1	10.4
75～99%	31.4	**37.4**	30.0	**39.7**	12.5
100%	18.5	**28.3**	16.1	19.0	4.2
わからない	30.9	17.8	33.7	23.8	**64.6**

【性別、年代別】

- 年代別では、「75～99%」「100%」に 60 代以上の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	性別		年代別				
		男性 (n=317)	女性 (n=622)	20代 (n=206)	30代 (n=251)	40代 (n=259)	50代 (n=178)	60代以上 (n=57)
0～24%	3.2	4.1	2.6	1.9	3.2	4.6	1.1	7.0
25～49%	3.8	3.5	4.0	3.4	3.6	3.9	5.1	1.8
50～74%	12.2	9.8	13.3	13.1	12.4	12.7	13.5	1.8
75～99%	31.4	35.6	29.6	33.5	31.5	27.8	32.0	**38.6**
100%	18.5	22.1	16.9	19.4	15.5	18.9	18.0	**28.1**
わからない	30.9	24.9	33.6	28.6	33.9	32.0	30.3	22.8

【医療圏別】

- 医療圏別では、「50～74%」の回答が宮古に多く、「100%」の回答が宮古、八重山で少なかった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療圏				
		北部医療圏 (n=49)	中部医療圏 (n=217)	南部医療圏 (n=504)	宮古医療圏 (n=45)	八重山医療圏 (n=136)
0～24%	3.2	6.1	2.8	2.4	4.4	5.1
25～49%	3.8	4.1	4.1	3.8	0.0	4.4
50～74%	12.2	6.1	13.8	12.3	**17.8**	9.6
75～99%	31.4	26.5	34.6	32.7	22.2	26.5
100%	18.5	14.3	22.1	20.8	6.7	9.6
わからない	30.9	**42.9**	22.6	28.0	**48.9**	**44.9**

【医療施設別】

- 医療施設別では、「わからない」の回答が地域がん診療病院に多く、「100%」の回答がその他医療機関に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療施設分類		
		都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=373)	地域がん診療病院 (n=223)	その他の医療機関 (n=355)
0～24%	3.2	1.6	4.9	3.7
25～49%	3.8	3.2	3.6	4.5
50～74%	12.2	13.9	11.2	11.0
75～99%	31.4	36.2	24.7	30.7
100%	18.5	18.0	10.8	**23.9**
わからない	30.9	27.1	**44.8**	26.2

【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「100%」の回答が全分野で多く、「75～99%」に「手術が主」「薬物療法が主」が多かった。「0～24%」に「放射線治療が主」が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種	医師の主たる分野		
		医師 (n=219)	手術が主 (n=120)	放射線治療が主 (n=8)	薬物療法が主 (n=91)
0～24%	3.2	4.1	3.3	**12.5**	4.4
25～49%	3.8	2.7	3.3	0.0	2.2
50～74%	12.2	9.6	11.7	0.0	7.7
75～99%	31.4	**37.4**	**38.3**	12.5	**38.5**
100%	18.5	**28.3**	**26.7**	**50.0**	**28.6**
わからない	30.9	17.8	16.7	25.0	18.7

（13）がんゲノム医療に関する十分な情報提供

実現率：23.3%

Q. がんゲノム医療に関する十分な情報提供をした割合はどの程度ですか。

【全体、職種別】

- 全体では「0%」が 10.1%と最も多く、ついで「51～100%」が 6.9%、「21～50%」が 5.8%、「1～5%」が 5.5%、「11～20%」が 4.5%、「6～10%」が 3.5%と続いた。
- 職種別では、「0%」「51～100%」「21～50%」に医師の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種			
		医師 (n=219)	看護師 (n=621)	薬剤師 (n=63)	医療ソーシャルワーカー (n=48)
0%	10.1	**20.1**	6.4	11.1	10.4
1～5%	5.5	8.2	5.0	1.6	4.2
6～10%	3.5	6.8	2.6	1.6	2.1
11～20%	4.5	6.8	4.0	3.2	2.1
21～50%	5.8	**14.2**	3.5	0.0	4.2
51～100%	6.9	**17.4**	4.0	3.2	2.1
わからない	63.7	26.5	**74.4**	**79.4**	**75.0**

【性別、年代別】

- 年代別では、「51～100%」と「6～10%」に 60 代以上の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	性別		年代別				
		男性 (n=317)	女性 (n=622)	20代 (n=206)	30代 (n=251)	40代 (n=259)	50代 (n=178)	60代以上 (n=57)
0%	10.1	**15.1**	7.4	7.3	12.0	10.0	9.6	14.0
1～5%	5.5	4.7	5.6	2.9	6.4	6.6	5.6	5.3
6～10%	3.5	4.7	2.9	2.9	3.6	2.3	3.4	**10.5**
11～20%	4.5	5.4	4.0	3.4	5.2	3.1	6.7	5.3
21～50%	5.8	8.5	4.5	2.9	3.6	8.1	8.4	7.0
51～100%	6.9	11.4	4.8	4.9	4.0	7.3	10.7	**14.0**
わからない	63.7	50.2	**70.7**	**75.7**	65.3	62.5	55.6	43.9

【医療圏別】

- 医療圏別では、「0%」が北部に多く、「わからない」が八重山、宮古に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療圏				
		北部医療圏 (n=49)	中部医療圏 (n=217)	南部医療圏 (n=504)	宮古医療圏 (n=45)	八重山医療圏 (n=136)
0%	10.1	**16.3**	9.7	9.1	11.1	11.8
1～5%	5.5	4.1	6.0	5.6	8.9	3.7
6～10%	3.5	0.0	5.5	3.6	2.2	1.5
11～20%	4.5	6.1	5.1	5.0	2.2	2.2
21～50%	5.8	6.1	8.3	6.0	4.4	1.5
51～100%	6.9	2.0	8.8	7.7	2.2	4.4
わからない	63.7	65.3	56.7	63.1	**68.9**	**75.0**

【医療施設別】

- 医療施設別では、「わからない」の回答が地域がん診療病院に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療施設分類		
		都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=373)	地域がん診療病院 (n=223)	その他の医療機関 (n=355)
0%	10.1	8.0	12.1	11.0
1～5%	5.5	4.6	4.5	7.0
6～10%	3.5	3.8	1.8	4.2
11～20%	4.5	5.9	3.1	3.9
21～50%	5.8	7.2	2.7	6.2
51～100%	6.9	6.7	3.6	9.3
わからない	63.7	63.8	**72.2**	58.3

【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「0%」の回答が「放射線治療が主」の医師に多く、「51～100%」の回答が「手術が主」「薬物療法が主」の医師に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種	医師の主たる分野		
		医師 (n=219)	手術が主 (n=120)	放射線治療が主 (n=8)	薬物療法が主 (n=91)
0%	10.1	**20.1**	**18.3**	**37.5**	**20.9**
1～5%	5.5	8.2	8.3	0.0	8.8
6～10%	3.5	6.8	**10.0**	**12.5**	2.2
11～20%	4.5	6.8	7.5	**12.5**	5.5
21～50%	5.8	**14.2**	**12.5**	**12.5**	**16.5**
51～100%	6.9	**17.4**	**17.5**	0.0	**18.7**
わからない	63.7	26.5	25.8	25.0	27.5

（14）妊孕性温存療法が必要な患者への同療法の説明（医師と看護師のみ）

実現率：49.2%

Q. 医師と看護師の方にお尋ねします。妊孕性温存療法が必要な患者のうち、実際に妊孕性温存療法の説明を行った患者の割合はどの程度ですか。

【全体、職種別】

- 全体では「0～24%」が 14.5%と最も多く、ついで「75～99%」が 7.1%、「100%」が 5.4%、「25～49%」が 4.6%、「50～74%」が 4.2%と続いた。
- 職種別では、「わからない」に看護師が多く、「0～24%」と「100%」に医師が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=840)	職種			
		医師 (n=219)	看護師 (n=621)	薬剤師 (n=0)	医療ソーシャルワーカー (n=0)
0～24%	14.5	**25.1**	10.8	0.0	0.0
25～49%	4.6	3.7	5.0	0.0	0.0
50～74%	4.2	5.9	3.5	0.0	0.0
75～99%	7.1	9.6	6.3	0.0	0.0
100%	5.4	**15.1**	1.9	0.0	0.0
わからない	64.2	40.6	**72.5**	0.0	0.0

【性別、年代別】

- 年代別では、「75～99%」に 60 代以上が多く、「わからない」に 20 代が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=840)	性別		年代別				
		男性 (n=317)	女性 (n=622)	20代 (n=206)	30代 (n=251)	40代 (n=259)	50代 (n=178)	60代以上 (n=57)
0～24%	14.5	18.7	12.2	6.3	13.0	19.4	18.8	16.1
25～49%	4.6	2.6	5.7	4.2	4.3	4.5	4.8	7.1
50～74%	4.2	4.4	3.9	3.7	2.4	4.5	6.7	3.6
75～99%	7.1	7.3	7.2	6.9	5.8	6.8	7.9	**12.5**
100%	5.4	10.3	3.1	3.2	7.7	3.6	7.3	5.4
わからない	64.2	56.8	67.9	**75.7**	66.8	61.3	54.5	55.4

【医療圏別】

➢ 医療圏別では、「0～24%」が北部に多く、「わからない」が八重山、宮古に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=840)	医療圏				
		北部医療圏 (n=49)	中部医療圏 (n=217)	南部医療圏 (n=504)	宮古医療圏 (n=45)	八重山医療圏 (n=136)
0～24%	14.5	**25.0**	10.9	15.7	10.8	14.7
25～49%	4.6	6.3	5.4	5.0	2.7	2.3
50～74%	4.2	0.0	4.0	5.5	5.4	0.8
75～99%	7.1	3.1	11.4	7.5	0.0	2.3
100%	5.4	0.0	6.4	6.6	8.1	0.0
わからない	64.2	65.6	61.9	59.8	**73.0**	**79.8**

【医療施設別】

➢ 医療施設別では、「わからない」の回答が地域がん診療病院に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=840)	医療施設分類		
		都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=373)	地域がん診療病院 (n=223)	その他の医療機関 (n=355)
0～24%	14.5	12.5	15.0	16.4
25～49%	4.6	5.0	3.1	5.3
50～74%	4.2	5.5	2.6	3.6
75～99%	7.1	10.2	2.1	6.9
100%	5.4	7.9	1.6	4.9
わからない	64.2	58.9	**75.6**	62.8

【医師の主たる分野別】

➢ 医師の主たる分野別では、「0～24%」と「100%」に各分野とも回答が多く集まった。

(%)

選択肢	全体 (n=840)	職種	医師の主たる分野		
		医師 (n=219)	手術が主 (n=120)	放射線治療が主 (n=8)	薬物療法が主 (n=91)
0～24%	14.5	**25.1**	**23.3**	**25.0**	**27.5**
25～49%	4.6	3.7	3.3	0.0	4.4
50～74%	4.2	5.9	6.7	**12.5**	4.4
75～99%	7.1	9.6	10.8	**12.5**	7.7
100%	5.4	**15.1**	**18.3**	**12.5**	**11.0**
わからない	64.2	40.6	37.5	37.5	45.1

（15）質の高い最適な手術の提供

実現率：78.2%

Q. 手術を受けた患者のうち、質の高い最適な手術を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

【全体、職種別】

- 全体では「75～99%」が 22.6%と最も多く、ついで「50～74%」が 9.1%、「100%」が 6.2%、「25～49%」が 2.3%、「0～24%」が 1.4%と続いた。
- 職種別では、「75～99%」と「100%」に、医師の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種			
		医師 (n=219)	看護師 (n=621)	薬剤師 (n=63)	医療ソーシャルワーカー (n=48)
0～24%	1.4	1.8	0.8	4.8	2.1
25～49%	2.3	1.8	2.6	0.0	4.2
50～74%	9.1	7.3	11.1	0.0	4.2
75～99%	22.6	**40.2**	19.5	4.8	6.3
100%	6.2	**13.2**	4.5	1.6	2.1
わからない	58.4	35.6	61.5	**88.9**	**81.3**

【性別、年代別】

- 年代別では、「75～99%」と「100%」に 60 代以上の回答が多く、「わからない」に 30 代が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	性別		年代別				
		男性 (n=317)	女性 (n=622)	20代 (n=206)	30代 (n=251)	40代 (n=259)	50代 (n=178)	60代以上 (n=57)
0～24%	1.4	1.3	1.4	1.0	2.0	1.2	0.6	3.5
25～49%	2.3	1.9	2.6	1.9	2.0	3.1	2.8	0.0
50～74%	9.1	7.3	10.0	7.3	9.6	9.7	11.8	3.5
75～99%	22.6	**30.3**	18.6	24.3	17.9	21.2	24.7	**36.8**
100%	6.2	8.8	5.0	4.9	4.4	6.9	7.3	**12.3**
わからない	58.4	50.5	62.4	60.7	**64.1**	57.9	52.8	43.9

【医療圏別】

- 医療圏別では、「75～99%」に中部が多く、「わからない」に北部、八重山が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療圏				
		北部医療圏 (n=49)	中部医療圏 (n=217)	南部医療圏 (n=504)	宮古医療圏 (n=45)	八重山医療圏 (n=136)
0～24%	1.4	0.0	1.8	0.8	4.4	2.2
25～49%	2.3	0.0	2.3	2.6	2.2	2.2
50～74%	9.1	10.2	9.7	8.3	6.7	11.8
75～99%	22.6	12.2	**31.3**	23.0	20.0	11.8
100%	6.2	2.0	5.5	8.5	4.4	0.7
わからない	58.4	**75.5**	49.3	56.7	62.2	**71.3**

【医療施設別】

- 医療施設別では、「わからない」の回答が地域がん診療病院に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療施設分類		
		都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=373)	地域がん診療病院 (n=223)	その他の医療機関 (n=355)
0～24%	1.4	0.0	2.2	2.3
25～49%	2.3	2.4	1.8	2.5
50～74%	9.1	9.1	9.0	9.3
75～99%	22.6	26.8	13.0	24.2
100%	6.2	5.6	1.8	9.6
わからない	58.4	56.0	**72.2**	52.1

【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「100%」の回答が「手術が主」「放射線治療が主」の医師に多く、「75～99%」の回答が「手術が主」の医師に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種	医師の主たる分野		
		医師 (n=219)	手術が主 (n=120)	放射線治療が主 (n=8)	薬物療法が主 (n=91)
0～24%	1.4	1.8	0.0	**12.5**	3.3
25～49%	2.3	1.8	2.5	0.0	1.1
50～74%	9.1	7.3	6.7	0.0	8.8
75～99%	22.6	**40.2**	**59.2**	0.0	18.7
100%	6.2	**13.2**	**19.2**	**12.5**	5.5
わからない	58.4	35.6	12.5	**75.0**	62.6

（16）多職種で議論した上での放射線治療実施

実現率：65.3%

Q. 放射線治療を受けた患者のうち、その適応の判断を多職種で議論された上で、提供できた患者の割合はどの程度ですか。

【全体、職種別】

- 全体では「75～99%」が 14.3%と最も多く、ついで「50～74%」が 8.3%、「0～24%」と「25～49%」がそれぞれ 5.4%、「100%」が 4.4%と続いた。
- 職種別では、「わからない」の回答が薬剤師、医療ソーシャルワーカー、看護師に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種			
		医師 (n=219)	看護師 (n=621)	薬剤師 (n=63)	医療ソーシャルワーカー (n=48)
0～24%	5.4	**11.9**	2.9	7.9	4.2
25～49%	5.4	7.8	5.0	0.0	6.3
50～74%	8.3	9.6	8.9	1.6	4.2
75～99%	14.3	**23.3**	12.9	1.6	8.3
100%	4.4	**11.9**	2.6	0.0	0.0
わからない	62.3	35.6	**67.8**	**88.9**	**77.1**

【性別、年代別】

- 年代別では、「75～99%」「0～24%」「100%」に 60 代以上の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	性別		年代別				
		男性 (n=317)	女性 (n=622)	20代 (n=206)	30代 (n=251)	40代 (n=259)	50代 (n=178)	60代以上 (n=57)
0～24%	5.4	7.9	4.2	2.4	5.2	5.4	6.7	**12.3**
25～49%	5.4	4.7	5.6	4.9	4.8	5.4	6.2	7.0
50～74%	8.3	8.5	8.4	8.7	7.2	7.7	9.6	10.5
75～99%	14.3	17.7	12.7	15.5	10.8	13.9	15.7	**22.8**
100%	4.4	6.6	3.4	2.9	4.8	3.9	4.5	**10.5**
わからない	62.3	54.6	65.8	65.5	**67.3**	63.7	57.3	36.8

【医療圏別】

- 医療圏別では、「75～99%」の回答が中部に多く、「わからない」の回答が北部、八重山、宮古に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療圏				
		北部医療圏 (n=49)	中部医療圏 (n=217)	南部医療圏 (n=504)	宮古医療圏 (n=45)	八重山医療圏 (n=136)
0～24%	5.4	2.0	4.6	6.3	8.9	2.9
25～49%	5.4	6.1	5.5	5.8	4.4	3.7
50～74%	8.3	0.0	11.5	8.9	4.4	5.1
75～99%	14.3	0.0	**20.3**	15.9	8.9	5.9
100%	4.4	0.0	6.9	5.4	0.0	0.0
わからない	62.3	**91.8**	51.2	57.7	**73.3**	**82.4**

【医療施設別】

- 医療施設別では、「わからない」の回答が地域がん診療病院に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療施設分類		
		都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=373)	地域がん診療病院 (n=223)	その他の医療機関 (n=355)
0～24%	5.4	3.5	3.6	8.5
25～49%	5.4	4.3	3.6	7.6
50～74%	8.3	9.7	4.0	9.6
75～99%	14.3	19.0	5.4	14.9
100%	4.4	4.3	0.4	7.0
わからない	62.3	59.2	**83.0**	52.4

【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「100%」の回答が「放射線治療が主」の医師に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種	医師の主たる分野		
		医師 (n=219)	手術が主 (n=120)	放射線治療が主 (n=8)	薬物療法が主 (n=91)
0～24%	5.4	**11.9**	**13.3**	**12.5**	9.9
25～49%	5.4	7.8	5.0	**12.5**	**11.0**
50～74%	8.3	9.6	10.0	0.0	9.9
75～99%	14.3	**23.3**	**25.0**	**25.0**	**20.9**
100%	4.4	**11.9**	**12.5**	**37.5**	8.8
わからない	62.3	35.6	34.2	12.5	39.6

（17）質の高い薬物療法の提供

実現率：74.7%

Q. 薬物療法を受けた患者のうち、質の高い薬物療法を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

【全体、職種別】

- 全体では「75～99%」が 25.9%と最も多く、ついで「50～74%」が 15.2%、「100%」が 4.7%、「25～49%」が 3.7%、「0～24%」が 1.7%と続いた。
- 職種別では、「75～99%」と「100%」に、医師の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種			
		医師 (n=219)	看護師 (n=621)	薬剤師 (n=63)	医療ソーシャルワーカー (n=48)
0～24%	1.7	2.7	1.3	1.6	2.1
25～49%	3.7	3.2	3.7	6.3	2.1
50～74%	15.2	13.7	15.6	**20.6**	10.4
75～99%	25.9	**45.7**	20.8	23.8	4.2
100%	4.7	**11.0**	3.2	1.6	0.0
わからない	48.8	23.7	**55.4**	46.0	**81.3**

【性別、年代別】

- 年代別では、「75～99%」と「100%」に、60 代以上の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	性別		年代別				
		男性 (n=317)	女性 (n=622)	20代 (n=206)	30代 (n=251)	40代 (n=259)	50代 (n=178)	60代以上 (n=57)
0～24%	1.7	1.9	1.6	1.9	1.6	1.9	0.0	5.3
25～49%	3.7	4.4	3.4	3.9	4.8	2.7	3.9	1.8
50～74%	15.2	13.6	16.2	14.6	15.9	15.4	16.9	8.8
75～99%	25.9	**34.4**	21.4	22.8	23.1	27.0	27.5	**38.6**
100%	4.7	7.3	3.5	2.4	4.8	4.2	5.6	**12.3**
わからない	48.8	38.5	**53.9**	**54.4**	49.8	48.6	46.1	33.3

【医療圏別】

➢ 医療圏別では、「わからない」の回答が北部、八重山、宮古に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療圏				
		北部医療圏 (n=49)	中部医療圏 (n=217)	南部医療圏 (n=504)	宮古医療圏 (n=45)	八重山医療圏 (n=136)
0～24%	1.7	0.0	4.1	0.6	2.2	2.2
25～49%	3.7	0.0	4.1	4.4	4.4	1.5
50～74%	15.2	18.4	16.1	15.3	11.1	14.0
75～99%	25.9	14.3	29.5	27.8	17.8	19.9
100%	4.7	4.1	7.4	5.0	4.4	0.0
わからない	48.8	**63.3**	38.7	47.0	**60.0**	**62.5**

【医療施設別】

➢ 医療施設別では、「わからない」の回答が地域がん診療病院に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療施設分類		
		都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=373)	地域がん診療病院 (n=223)	その他の医療機関 (n=355)
0～24%	1.7	1.1	1.8	2.3
25～49%	3.7	3.2	2.2	5.1
50～74%	15.2	15.3	13.0	16.6
75～99%	25.9	27.9	17.5	29.0
100%	4.7	4.6	1.3	7.0
わからない	48.8	48.0	**64.1**	40.0

【医師の主たる分野別】

➢ 医師の主たる分野別では、「75～99%」に「手術が主」「薬物療法が主」の医師の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種	医師の主たる分野		
		医師 (n=219)	手術が主 (n=120)	放射線治療が主 (n=8)	薬物療法が主 (n=91)
0～24%	1.7	2.7	2.5	**12.5**	2.2
25～49%	3.7	3.2	3.3	0.0	3.3
50～74%	15.2	13.7	10.8	**25.0**	16.5
75～99%	25.9	**45.7**	**48.3**	0.0	**46.2**
100%	4.7	**11.0**	**10.8**	**12.5**	**11.0**
わからない	48.8	23.7	24.2	50.0	20.9

（18）患者の希望を受けての在宅医療移行

実現率：62.7%　（前回調査：45.8%）

Q. 在宅医療を希望された患者のうち、実際に在宅医療に移行した患者の割合はどの程度ですか。

【全体、職種別】

- 全体では「75～99%」が 18.6%と最も多く、ついで「50～74%」が 16.3%、「25～49%」が 11.0%、「0～24%」が 5.7%、「100%」が 3.6%と続いた。
- 職種別では、「75～99%」に、医師と医療ソーシャルワーカーの回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種			
		医師 (n=219)	看護師 (n=621)	薬剤師 (n=63)	医療ソーシャルワーカー (n=48)
0～24%	5.7	6.8	5.5	1.6	8.3
25～49%	11.0	12.3	11.3	6.3	8.3
50～74%	16.3	17.8	17.1	4.8	14.6
75～99%	18.6	**29.2**	15.9	0.0	**29.2**
100%	3.6	8.2	2.4	0.0	2.1
わからない	44.8	25.6	47.8	**87.3**	37.5

【性別、年代別】

- 年代別では、「100%」の回答に 60 代以上が多かった。「わからない」「50～74%」に 60 代以上が少なかった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	性別		年代別				
		男性 (n=317)	女性 (n=622)	20代 (n=206)	30代 (n=251)	40代 (n=259)	50代 (n=178)	60代以上 (n=57)
0～24%	5.7	5.7	5.6	2.9	4.0	10.0	4.5	7.0
25～49%	11.0	12.0	10.8	13.1	10.8	9.3	10.1	15.8
50～74%	16.3	14.2	17.7	18.4	18.3	14.3	15.7	10.5
75～99%	18.6	20.8	17.5	15.5	15.9	22.0	20.2	21.1
100%	3.6	5.4	2.6	1.9	3.2	1.9	6.7	**8.8**
わからない	44.8	42.0	45.8	48.1	47.8	42.5	42.7	36.8

【医療圏別】

➢ 医療圏別では、「50～74%」「100%」に宮古の回答がそれぞれ多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療圏				
		北部医療圏 (n=49)	中部医療圏 (n=217)	南部医療圏 (n=504)	宮古医療圏 (n=45)	八重山医療圏 (n=136)
0～24%	5.7	4.1	6.9	6.2	2.2	3.7
25～49%	11.0	14.3	12.4	11.7	0.0	8.8
50～74%	16.3	8.2	18.9	16.3	**24.4**	12.5
75～99%	18.6	6.1	22.1	20.2	4.4	16.2
100%	3.6	0.0	3.7	3.6	**11.1**	2.2
わからない	44.8	**67.3**	35.9	42.1	**57.8**	**56.6**

【医療施設別】

➢ 医療施設別では、「わからない」の回答が地域がん診療病院に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療施設分類		
		都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=373)	地域がん診療病院 (n=223)	その他の医療機関 (n=355)
0～24%	5.7	5.1	4.5	7.0
25～49%	11.0	11.3	7.2	13.2
50～74%	16.3	15.3	13.5	19.2
75～99%	18.6	22.0	12.1	19.2
100%	3.6	4.0	3.1	3.4
わからない	44.8	42.4	**59.6**	38.0

【医師の主たる分野別】

➢ 医師の主たる分野別では、「75～99%」に「薬物療法が主」「手術が主」の医師の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種	医師の主たる分野		
		医師 (n=219)	手術が主 (n=120)	放射線治療が主 (n=8)	薬物療法が主 (n=91)
0～24%	5.7	6.8	6.7	0.0	7.7
25～49%	11.0	12.3	10.0	**25.0**	14.3
50～74%	16.3	17.8	13.3	**25.0**	**23.1**
75～99%	18.6	**29.2**	**30.0**	0.0	**30.8**
100%	3.6	8.2	8.3	0.0	**8.8**
わからない	44.8	25.6	31.7	**50.0**	15.4

（19）リハビリテーション実施

実現率：57.6%

Q. リハビリテーションを行った患者の割合はどの程度ですか。

【全体、職種別】

- 全体では「51～100%」が 35.9%と最も多く、ついで「21～50%」が 12.4%、「11～20%」が 2.1%、「1～5%」が 1.9%、「6～10%」が 1.8%、「0%」が 1.5%と続いた。
- 職種別では、「51～100%」に医師、医療ソーシャルワーカーの回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種			
		医師 (n=219)	看護師 (n=621)	薬剤師 (n=63)	医療ソーシャルワーカー (n=48)
0%	1.5	1.8	1.4	0.0	2.1
1～5%	1.9	1.8	1.9	1.6	2.1
6～10%	1.8	1.8	2.1	0.0	0.0
11～20%	2.1	2.3	2.1	3.2	0.0
21～50%	12.4	**21.9**	10.8	0.0	6.3
51～100%	35.9	**49.8**	33.7	4.8	**41.7**
わからない	44.5	20.5	48.0	**90.5**	47.9

【性別、年代別】

- 年代別では、「21～50%」に 60 代以上の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	性別		年代別				
		男性 (n=317)	女性 (n=622)	20代 (n=206)	30代 (n=251)	40代 (n=259)	50代 (n=178)	60代以上 (n=57)
0%	1.5	0.9	1.6	0.0	1.2	2.7	0.6	5.3
1～5%	1.9	1.3	2.3	1.9	1.6	1.9	2.2	1.8
6～10%	1.8	2.2	1.6	1.9	2.0	1.2	1.1	5.3
11～20%	2.1	2.2	2.1	1.9	1.6	2.3	2.2	3.5
21～50%	12.4	15.8	10.6	12.6	11.2	10.8	14.6	**17.5**
51～100%	35.9	39.1	34.7	38.8	35.1	37.1	33.7	29.8
わからない	44.5	38.5	47.1	42.7	47.4	44.0	45.5	36.8

【医療圏別】

- 医療圏別では、「51～100%」の回答が中部に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療圏				
		北部医療圏 (n=49)	中部医療圏 (n=217)	南部医療圏 (n=504)	宮古医療圏 (n=45)	八重山医療圏 (n=136)
0%	1.5	0.0	1.4	1.0	2.2	3.7
1～5%	1.9	0.0	1.8	2.6	0.0	0.7
6～10%	1.8	0.0	3.7	1.4	0.0	1.5
11～20%	2.1	2.0	1.8	2.8	0.0	0.7
21～50%	12.4	2.0	12.0	13.9	11.1	11.8
51～100%	35.9	32.7	**45.2**	36.7	15.6	25.7
わからない	44.5	**63.3**	34.1	41.7	**71.1**	**55.9**

【医療施設別】

- 医療施設別では、「わからない」の回答が地域がん診療病院に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療施設分類		
		都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=373)	地域がん診療病院 (n=223)	その他の医療機関 (n=355)
0%	1.5	0.3	2.7	2.0
1～5%	1.9	1.1	0.4	3.7
6～10%	1.8	2.1	0.9	2.0
11～20%	2.1	1.6	0.9	3.4
21～50%	12.4	15.0	9.0	11.8
51～100%	35.9	39.1	23.3	40.3
わからない	44.5	40.8	**62.8**	36.9

【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「51～100%」の回答が「薬物療法が主」「手術が主」の医師に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種	医師の主たる分野		
		医師 (n=219)	手術が主 (n=120)	放射線治療が主 (n=8)	薬物療法が主 (n=91)
0%	1.5	1.8	1.7	**12.5**	1.1
1～5%	1.9	1.8	0.8	**12.5**	2.2
6～10%	1.8	1.8	0.0	**12.5**	3.3
11～20%	2.1	2.3	3.3	0.0	1.1
21～50%	12.4	**21.9**	**22.5**	12.5	**22.0**
51～100%	35.9	**49.8**	**47.5**	25.0	**54.9**
わからない	44.5	20.5	24.2	25.0	15.4

（20）高齢がん患者への「高齢者機能評価」

実現率：26.1%

Q. 高齢者のがん患者に対して、治療前に「※高齢者機能評価」を行った割合はどの程度ですか。

【全体、職種別】

- 全体では「0%」が 10.8%と最も多く、ついで「51～100%」が 7.4%、「21～50%」が 4.9%、「1～5%」と「6～10%」がそれぞれ 2.5%、「11～20%」が 2.3%と続いた。
- 職種別では、「0%」と「51～100%」に医師の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種			
		医師 (n=219)	看護師 (n=621)	薬剤師 (n=63)	医療ソーシャルワーカー (n=48)
0%	10.8	**26.9**	6.3	4.8	4.2
1～5%	2.5	4.1	2.1	0.0	4.2
6～10%	2.5	5.9	1.4	3.2	0.0
11～20%	2.3	5.5	1.6	0.0	0.0
21～50%	4.9	7.3	4.8	0.0	2.1
51～100%	7.4	**13.7**	5.8	1.6	6.3
わからない	69.5	36.5	**77.9**	**90.5**	**83.3**

【性別、年代別】

- 年代別では、「0%」「51～100%」に 60 代以上が多く、「わからない」に 20 代が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	性別		年代別				
		男性 (n=317)	女性 (n=622)	20代 (n=206)	30代 (n=251)	40代 (n=259)	50代 (n=178)	60代以上 (n=57)
0%	10.8	**18.0**	7.1	3.9	10.8	11.6	15.7	**17.5**
1～5%	2.5	3.2	2.3	1.0	2.0	3.5	2.8	5.3
6～10%	2.5	4.1	1.8	2.4	1.6	1.5	3.9	7.0
11～20%	2.3	4.4	1.1	1.9	1.6	1.5	4.5	3.5
21～50%	4.9	5.0	5.0	6.8	3.6	2.7	9.0	1.8
51～100%	7.4	9.8	6.3	2.9	6.4	9.3	9.0	**14.0**
わからない	69.5	55.5	**76.5**	**81.1**	74.1	69.9	55.1	50.9

【医療圏別】

➢ 医療圏別では、「0%」に宮古の回答が多く、「51～100%」に中部の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療圏 北部医療圏 (n=49)	中部医療圏 (n=217)	南部医療圏 (n=504)	宮古医療圏 (n=45)	八重山医療圏 (n=136)
0%	10.8	14.3	7.8	11.3	**22.2**	8.8
1～5%	2.5	0.0	2.3	3.6	0.0	0.7
6～10%	2.5	0.0	4.1	2.4	0.0	2.2
11～20%	2.3	0.0	3.2	2.6	2.2	0.7
21～50%	4.9	4.1	6.5	4.8	4.4	3.7
51～100%	7.4	2.0	**13.8**	6.5	0.0	4.4
わからない	69.5	**79.6**	62.2	68.8	71.1	**79.4**

【医療施設別】

➢ 医療施設別では、「わからない」の回答が地域がん診療病院に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療施設分類 都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=373)	地域がん診療病院 (n=223)	その他の医療機関 (n=355)
0%	10.8	8.6	10.8	13.2
1～5%	2.5	2.4	0.4	3.9
6～10%	2.5	3.2	1.3	2.5
11～20%	2.3	2.9	1.3	2.3
21～50%	4.9	5.4	2.7	5.9
51～100%	7.4	7.8	3.6	9.3
わからない	69.5	69.7	**79.8**	62.8

【医師の主たる分野別】

➢ 医師の主たる分野別では、「0%」の回答が各分野で多く、「51～100%」の回答が「放射線治療が主」「手術が主」の医師に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種 医師 (n=219)	医師の主たる分野 手術が主 (n=120)	放射線治療が主 (n=8)	薬物療法が主 (n=91)
0%	10.8	**26.9**	**24.2**	**50.0**	**28.6**
1～5%	2.5	4.1	6.7	0.0	1.1
6～10%	2.5	5.9	4.2	0.0	**8.8**
11～20%	2.3	5.5	5.8	0.0	5.5
21～50%	4.9	7.3	5.0	**12.5**	9.9
51～100%	7.4	**13.7**	**15.8**	**25.0**	9.9
わからない	69.5	36.5	38.3	12.5	36.3

（21）希少がん患者の中部病院、琉大病院、県外医療機関への紹介

実現率：42.8%

Q. 希少がん患者のうち、診断又は治療目的で、県立中部病院、琉球大学病院または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。

【全体、職種別】

- 全体では「0～24%」が 9.9%と最も多く、ついで「100%」が 2.7%、「50～74%」が 2.6%、「25～49%」と「75～99%」がそれぞれ 2.5%と続いた。
- 職種別では、「0～24%」に医師の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種			
		医師 (n=219)	看護師 (n=621)	薬剤師 (n=63)	医療ソーシャルワーカー (n=48)
0～24%	9.9	**21.9**	6.0	4.8	12.5
25～49%	2.5	3.2	2.6	1.6	0.0
50～74%	2.6	3.2	2.9	0.0	0.0
75～99%	2.5	3.7	2.4	0.0	2.1
100%	2.7	7.3	1.3	0.0	4.2
わからない	41.7	18.3	46.2	**60.3**	**66.7**
この質問の対象外	38.0	42.5	38.6	33.3	14.6

【性別、年代別】

- 年代別では、「0～24%」の回答に 60 代以上が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	性別		年代別				
		男性 (n=317)	女性 (n=622)	20代 (n=206)	30代 (n=251)	40代 (n=259)	50代 (n=178)	60代以上 (n=57)
0～24%	9.9	14.8	7.2	3.4	8.8	12.7	12.9	**15.8**
25～49%	2.5	2.5	2.6	1.0	3.2	2.3	3.9	1.8
50～74%	2.6	3.2	2.4	1.9	2.0	3.1	3.9	1.8
75～99%	2.5	2.8	2.4	1.9	1.6	2.7	2.8	7.0
100%	2.7	4.7	1.8	0.0	1.6	4.2	3.9	7.0
わからない	41.7	31.2	**46.9**	40.8	41.0	44.4	43.3	31.6
この質問の対象外	38.0	40.7	36.7	**51.0**	41.8	30.5	29.2	35.1

【医療圏別】

- 医療圏別では、「0～24%」の回答が中部に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療圏				
		北部医療圏 (n=49)	中部医療圏 (n=217)	南部医療圏 (n=504)	宮古医療圏 (n=45)	八重山医療圏 (n=136)
0～24%	9.9	10.2	**15.7**	7.9	4.4	9.6
25～49%	2.5	2.0	3.2	2.4	0.0	2.9
50～74%	2.6	4.1	3.2	1.8	2.2	4.4
75～99%	2.5	2.0	2.3	1.0	6.7	7.4
100%	2.7	4.1	3.7	1.8	6.7	2.9
わからない	41.7	**67.3**	42.9	31.0	**62.2**	**64.0**
この質問の対象外	38.0	10.2	29.0	**54.2**	17.8	8.8

【医療施設別】

- 医療施設別では、「0～24%」にその他の医療機関の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療施設分類		
		都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=373)	地域がん診療病院 (n=223)	その他の医療機関 (n=355)
0～24%	9.9	2.7	7.6	**18.9**
25～49%	2.5	0.8	2.2	4.5
50～74%	2.6	2.1	3.6	2.5
75～99%	2.5	1.1	6.7	1.4
100%	2.7	0.5	3.1	4.8
わからない	41.7	16.4	**67.3**	**52.4**
この質問の対象外	38.0	**76.4**	9.4	15.5

【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「0～24%」に各分野の医師の回答があり、「100%」の回答が「手術が主」の医師に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種	医師の主たる分野		
		医師 (n=219)	手術が主 (n=120)	放射線治療が主 (n=8)	薬物療法が主 (n=91)
0～24%	9.9	**21.9**	**16.7**	**50.0**	**26.4**
25～49%	2.5	3.2	3.3	0.0	3.3
50～74%	2.6	3.2	3.3	0.0	3.3
75～99%	2.5	3.7	5.8	0.0	1.1
100%	2.7	7.3	**13.3**	0.0	0.0
わからない	41.7	18.3	20.0	0.0	17.6
この質問の対象外	38.0	42.5	37.5	**50.0**	**48.4**

【希少がん患者を紹介できなかった理由】（自由記述）

- ✓ 自宅から遠いから
- ✓ 患者の希望
- ✓ 患者さん自身の希望がなかった。
- ✓ 希少癌をみなかった
- ✓ 患者希望、自院での対応が可能だったから
- ✓ 当院での治療希望
- ✓ 自身で対応した患者様は自院での治療継続になったため、紹介はおこなっていない
- ✓ 高齢者では治療を希望しない事が多い。
- ✓ 希望しなかった。
- ✓ 情報提供の不足
- ✓ 症例がなかった
- ✓ 緩和ケア病棟だから
- ✓ 自院で治療を行ったため
- ✓ 専門医がいないと断られたケースがありました
- ✓ 患者家族が希望しなかった。島内での治療を望んだ。
- ✓ 通常は主科から紹介され、放射線治療科から紹介する必要がないため
- ✓ 紹介できる立場にないから
- ✓ わからない
- ✓ 島内での治療を希望されたため
- ✓ 緩和ケア病棟に勤務しているので理由が書けない。
- ✓ 担当疾患のほとんどは当院でも治療可能なため。患者の希望時のみ紹介
- ✓ 上記県内の病院では該当疾患の専門医がいない、治療レジメン・設備がない、また県外の病院を受診することが難しい（経済的・社会的な理由）状況の患者様は紹介できませんでした
- ✓ 分からない
- ✓ 関わっていない為、わからない。
- ✓ 専門医がいないため
- ✓ 当院および近隣医療機関の協力にて治療可能であることが多かったため
- ✓ 緊急手術で術後の病理検査で診断、そのまま当院で化学療法開始となった。サポートバックを使用して希少がんホットラインは紹介したが、特に他院への紹介希望はなく当院で治療継続している
- ✓ 石垣で過ごす事を決めていた
- ✓ 緩和ケア病棟のため
- ✓ 紹介できた
- ✓ ターミナルで移動がままならない。治験の適応にならない、など。そもそも有効な治療がなく、県外に出れば有効な治療手立てがある症例は少ない。
- ✓ 当院での治療を希望
- ✓ 金銭面 家族の都合 体力面 紹介する前にお亡くなりになるパターン
- ✓ 希少がん少ない。
- ✓ 情報提供したが本人家族が希望しなかった
- ✓ 希望されない場合
- ✓ ホスピスで治療期にないため
- ✓ わかりません
- ✓ 希少がんは、ほぼ全て紹介していると思います。
- ✓ 受け入れ先が患者がいっぱいだった
- ✓ 琉大への紹介が多い
- ✓ 受け入れ体制が不十分
- ✓ 対象患者が少ない
- ✓ 当院での治療継続 移植目的なら他院へ
- ✓ 他科へのコンサルトを行ったため
- ✓ 患者またはご家族が検査、精査を希望されなかったことがあります
- ✓ 関与していない
- ✓ ケモ室で１ヶ月勤務したのみで、がん患者さんとの関わりがあまりなかった。
- ✓ 希少がんがあまり入院患者さんにいないため外来での紹介はあると思うが病棟看護師にはわからない部分もあるのかなと感じる。

- ✓ 遠望の為
- ✓ 当院で診療可能であれば紹介はしていません
- ✓ タイミング
- ✓ 県立中部病院、琉大病院さんに乳がん専門職の Dr が不在であるため、本土の医療機関に紹介をしたいが、経済的、時間的に余裕の無い患者さんもいるのが現状である。リモートのセカンドオピニオンを利用することがある。
- ✓ 対象患者がいなかった。
- ✓ わからない
- ✓ 島を離れることに、本人の同意が得られないことがあります
- ✓ 時間が足りなかった
- ✓ 分からん
- ✓ 患者が希望される内容と治療方針があわず、他施設(内地)へ後ほど紹介となった
- ✓ 緩和ケア病棟への転院が多かったから。
- ✓ 希少がんの症例があまりなかった
- ✓ 患者、家族間で治療方針が異なったため
- ✓ 通院がしづらいから患者が希望しない。
- ✓ 患者が希望しない
- ✓ 紹介のハードルが高い
- ✓ 希少がん患者の症例が自部署の病棟では割合が少ないです。2023 年度に入院した患者はほとんど紹介していましたが、患者様の容態が厳しい状態にあり説明して紹介出来なかったことがありました。
- ✓ 受け皿がない
- ✓ あまり希少がんの患者を見なかった。
- ✓ 自施設で対応できない希少がんに関しては、外来での対応となるため把握が難しい
- ✓ 費用、時間の問題
- ✓ 詳しい医師がいない。

（22）難治がん患者の県内・県外医療機関への紹介

実現率：37.6%

Q. 難治がん患者のうち、診断又は治療目的で、沖縄県における「掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設一覧」または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。

【全体、職種別】

- 全体では「0～24%」が 13.2%と最も多く、ついで「75～99%」が 3.2%、「25～49%」が 2.5%、「50～74%」が 2.2%、「100%」が 2.1%と続いた。
- 職種別では、「0～24%」に医師の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種 医師 (n=219)	看護師 (n=621)	薬剤師 (n=63)	医療ソーシャルワーカー (n=48)
0～24%	13.2	**35.2**	6.9	4.8	6.3
25～49%	2.5	5.0	1.9	0.0	2.1
50～74%	2.2	2.7	2.3	1.6	0.0
75～99%	3.2	7.3	2.1	0.0	2.1
100%	2.1	5.9	1.0	0.0	2.1
わからない	76.8	43.8	**85.8**	**93.7**	**87.5**

【性別、年代別】

- 年代別では、「0～24%」に 60 代以上と 50 代の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	性別 男性 (n=317)	女性 (n=622)	年代別 20代 (n=206)	30代 (n=251)	40代 (n=259)	50代 (n=178)	60代以上 (n=57)
0～24%	13.2	**19.9**	9.8	4.9	13.1	13.1	**19.7**	**24.6**
25～49%	2.5	3.5	1.9	2.4	2.0	2.3	3.4	3.5
50～74%	2.2	2.8	1.9	1.9	1.6	2.7	2.8	1.8
75～99%	3.2	5.7	1.9	1.9	2.0	3.1	5.1	7.0
100%	2.1	3.5	1.4	0.5	2.4	1.2	4.5	3.5
わからない	76.8	64.7	**83.0**	**88.3**	78.9	77.6	64.6	59.6

【医療圏別】

- 医療圏別では、「0～24%」の回答が宮古で少なかった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療圏				
		北部医療圏 (n=49)	中部医療圏 (n=217)	南部医療圏 (n=504)	宮古医療圏 (n=45)	八重山医療圏 (n=136)
0～24%	13.2	16.3	14.7	14.3	4.4	8.8
25～49%	2.5	4.1	3.2	2.0	2.2	2.9
50～74%	2.2	0.0	3.7	2.0	2.2	1.5
75～99%	3.2	0.0	4.6	2.6	4.4	3.7
100%	2.1	4.1	1.4	1.8	6.7	2.2
わからない	76.8	75.5	72.4	77.4	80.0	80.9

【医療施設別】

- 医療施設別では、「0～24%」の回答がその他の医療機関に多く、地域がん診療病院に少なかった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療施設分類		
		都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=373)	地域がん診療病院 (n=223)	その他の医療機関 (n=355)
0～24%	13.2	9.4	8.1	**20.6**
25～49%	2.5	2.1	2.2	3.1
50～74%	2.2	2.1	1.3	2.8
75～99%	3.2	2.7	4.0	3.1
100%	2.1	1.9	3.1	1.7
わからない	76.8	**81.8**	81.2	68.7

【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「0～24%」は全分野で回答が多く、「75～99%」「100%」は「手術が主」の医師に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種	医師の主たる分野		
		医師 (n=219)	手術が主 (n=120)	放射線治療が主 (n=8)	薬物療法が主 (n=91)
0～24%	13.2	**35.2**	**33.3**	**62.5**	**35.2**
25～49%	2.5	5.0	5.0	0.0	5.5
50～74%	2.2	2.7	2.5	**12.5**	2.2
75～99%	3.2	7.3	**9.2**	0.0	5.5
100%	2.1	5.9	**8.3**	0.0	3.3
わからない	76.8	43.8	41.7	25.0	48.4

【難治がん患者を紹介できなかった理由】（自由記述）

- ✓ 患者、もしくは家族、またはその両方から希望がなかった
- ✓ 当院でも対応可能なため
- ✓ 症例がいなかった。
- ✓ 当院で治療を完遂できたから
- ✓ 困難な手術を引き受ける技量がある施設がなかったから。
- ✓ 患者さんの希望
- ✓ 希望しなかった。
- ✓ 情報不足
- ✓ 症例がなかった、他院から当院への診療依頼あり
- ✓ 緩和ケア病棟だから
- ✓ 自院で治療を行ったため
- ✓ 必要性を感じない
- ✓ 治療適当外だったケースでした
- ✓ 通常は主科から紹介され、放射線治療科から紹介する必要がないため
- ✓ 琉大病院は敷居が高すぎる。
- ✓ 紹介に関わる役割がないから
- ✓ わからない
- ✓ いつどのタイミングで紹介されているかわからない
- ✓ 当院で対応可能なため必要性がない。患者が希望時のみ紹介。
- ✓ 上記県内の病院では該当疾患の専門医がいない、治療レジメン・設備がない、また県外の病院を受診することが難しい（経済的・社会的な理由）状況の患者様は紹介できませんでした
- ✓ 金銭面、高齢化
- ✓ わからない
- ✓ ドクターや退院支援担当が行っているから必要ないと思っていた。
- ✓ 転院希望がなかった。
- ✓ 不明
- ✓ 患者が中南部への紹介や通院を希望しないケースが多い。
- ✓ 病状が悪く予後が短い可能性が高かった為
- ✓ 緩和ケア病棟のため
- ✓ できなかったことはない
- ✓ ターミナルで移動がままならない。治験の適応にならない、など。そもそも有効な治療がなく、県外に出れば有効な治療手立てがある症例は少ない。
- ✓ タイミングが合わなかった
- ✓ 当院での治療希望
- ✓ 知識不足
- ✓ 情報提供したが本人家族が希望しなかった
- ✓ ホスピスで治療期にないため
- ✓ わかりません
- ✓ 患者家族の希望やタイミングの問題
- ✓ 自院で対応できない癌腫に関しては 100%紹介
- ✓ 患者が高齢のため。
- ✓ 希望がなかった
- ✓ 対象患者が少ない
- ✓ 不明
- ✓ 大学病院で完結できるため
- ✓ 関与していない
- ✓ がん患者さんの紹介について関わったことがないため
- ✓ 単に希望されなかっただけです。
- ✓ 遠望の為
- ✓ 当院で診療可能であれば紹介はしていません。
- ✓ 難治がんの定義不明
- ✓ 対象患者がいなかった
- ✓ わからない
- ✓ 島を離れることに、本人の同意が得られないことがあります
- ✓ 時間が足りなかった
- ✓ 緩和ケア病棟への転院が多かったから。
- ✓ 飛行機での渡航に難色を示した

- ✓ 分かりません
- ✓ 患者家族が希望しないため。
- ✓ 患者、家族で希望が異なることが多々ある
- ✓ 受け皿が不十分、遠方
- ✓ セカンドオピニオンの希望などは聞いているが、希望されない人も多い。
- ✓ わかりません
- ✓ 詳しい医師がいない
- ✓ 難治がんでも、PS が悪かったり、高齢であったりして、積極的な治療を望まないケースだったため

(23) AYA 世代がん患者の県内・県外医療機関への紹介

実現率：35.0%

Q. 県立中部病院、那覇市立病院、琉球大学病院以外の方にのみお尋ねします。AYA 世代のがん患者のうち、県内のがん診療連携拠点病院または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。

【全体、職種別】

- 全体では「0～24%」が 15.2%と最も多く、ついで「25～49%」が 3.5%、「50～74%」が 2.6%、「75～99%」が 2.4%、「100%」が 2.2%と続いた。
- 職種別では、「0～24%」に医師の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=578)	職種			
		医師 (n=130)	看護師 (n=367)	薬剤師 (n=44)	医療ソーシャルワーカー (n=37)
0～24%	15.2	**35.4**	10.1	4.5	8.1
25～49%	3.5	5.4	3.5	0.0	0.0
50～74%	2.6	5.4	2.2	0.0	0.0
75～99%	2.4	5.4	1.6	2.3	0.0
100%	2.2	5.4	1.4	0.0	2.7
わからない	74.0	43.1	**81.2**	**93.2**	**89.2**

【性別、年代別】

- 年代別では、「0～24%」に 60 代以上と 50 代の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=578)	性別		年代別				
		男性 (n=188)	女性 (n=382)	20代 (n=98)	30代 (n=142)	40代 (n=173)	50代 (n=123)	60代以上 (n=42)
0～24%	15.2	**21.8**	11.8	5.1	13.4	14.5	**22.0**	**28.6**
25～49%	3.5	4.3	3.1	2.0	2.1	2.3	6.5	7.1
50～74%	2.6	4.3	1.8	2.0	2.1	2.9	3.3	2.4
75～99%	2.4	3.2	2.1	0.0	6.3	0.6	2.4	2.4
100%	2.2	3.7	1.6	1.0	2.1	2.3	4.1	0.0
わからない	74.0	62.8	**79.6**	**89.8**	73.9	77.5	61.8	59.5

【医療圏別】

- 医療圏別では、「0～24%」の回答が南部に多く、「25～49%」が北部に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=578)	医療圏 北部医療圏 (n=48)	中部医療圏 (n=150)	南部医療圏 (n=206)	宮古医療圏 (n=42)	八重山医療圏 (n=132)
0～24%	15.2	8.3	16.7	**21.8**	11.9	6.8
25～49%	3.5	**10.4**	4.7	1.9	0.0	3.0
50～74%	2.6	2.1	3.3	1.9	2.4	3.0
75～99%	2.4	0.0	2.0	1.5	7.1	3.8
100%	2.2	0.0	2.7	1.5	2.4	3.8
わからない	74.0	**79.2**	70.7	71.4	76.2	**79.5**

【医療施設別】

- 医療施設別では、「0～24%」の回答が地域がん診療病院で少なかった。

(%)

選択肢	全体 (n=578)	医療施設分類 都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=0)	地域がん診療病院 (n=223)	その他の医療機関 (n=355)
0～24%	15.2	0.0	8.1	19.7
25～49%	3.5	0.0	3.6	3.4
50～74%	2.6	0.0	2.7	2.5
75～99%	2.4	0.0	3.6	1.7
100%	2.2	0.0	3.1	1.7
わからない	74.0	0.0	78.9	71.0

【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「0～24%」は全分野で回答が多く、「100%」は「手術が主」の医師に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=578)	職種 医師 (n=130)	医師の主たる分野 手術が主 (n=73)	放射線治療が主 (n=4)	薬物療法が主 (n=53)
0～24%	15.2	**35.4**	**30.1**	**75.0**	**39.6**
25～49%	3.5	5.4	5.5	0.0	5.7
50～74%	2.6	5.4	5.5	**25.0**	3.8
75～99%	2.4	5.4	6.8	0.0	3.8
100%	2.2	5.4	**8.2**	0.0	1.9
わからない	74.0	43.1	43.8	0.0	45.3

【AYA 世代がん患者を紹介できなかった理由】（自由記述）

- ✓ その世代の癌患者をみたことがないため
- ✓ 自院での治療希望があった。
- ✓ 該当患者はいなかった
- ✓ AYA 世代とは?
- ✓ 当院と上記以外の病院で間に合っているから。
- ✓ 当院で可能
- ✓ 本人が希望されず。
- ✓ 情報不足
- ✓ AYA 世代のかん患者の経験なし
- ✓ 緩和ケア病棟だから
- ✓ 治療は当院で可能だったため。妊孕性温存希望の場合は紹介しています。
- ✓ 通常は主科から紹介され、放射線治療科から紹介する必要がないため
- ✓ 琉大病院は敷居が高すぎる。求められるものが多すぎる。
- ✓ 紹介できる立場にないから
- ✓ 必要性がなかったため
- ✓ 妊孕性温存療法は琉球大学病院で行いましたが、その他の診療は当院の方が診療に係る専門医が多く、多診療科・多職種で連携しやすいと思ったからです。当院に該当疾患の専門医がいない場合は紹介させていただきました。
- ✓ 転院希望がなかった。
- ✓ 当院で対応が可能だから
- ✓ 不明
- ✓ 患者が希望しなかった
- ✓ 緩和ケア病棟のため
- ✓ 困ったことはない
- ✓ 当院で対応可能だった。
- ✓ ホスピスで治療期にないため
- ✓ 患者が、上記以外を希望
- ✓ 当院で治療が可能な場合もあるため
- ✓ オペの時のみ那覇市立などに紹介し当方の医師がオペを行い、通院治療は当方で行なっているシステムです。副作用の強い薬剤（エンハーツ）などを使用しなければならない事象において紹介させていただき加療をお願いしております。
- ✓ 対象患者が少ない
- ✓ 関与していない
- ✓ 上記質問対象の患者さんに関わったことがないため
- ✓ その世代の患者を担当しなかったので、正確には「いなかった。」になります。上記の項目から選べるのが「分からない。」しかないと判断しました。
- ✓ 遠望の為
- ✓ 当院で診療可能であれば紹介はしていません。
- ✓ 当院でコンプリートできる為。拠点病院よりも質が高い為。
- ✓ 対象患者がいなかった
- ✓ わからない
- ✓ 昨年当該病棟にて該当なし
- ✓ 時間が足りなかった
- ✓ 患者の希望を第一優先とするため
- ✓ 担当した患者にいなかったから
- ✓ 受け皿の力量が不十分すぎる
- ✓ 県内の血液担当医師の Web 上の集まりは月 1 回くらいあり定期的に検討している。キャパシティの点からすぐに紹介とならないこともある。
- ✓ わかりません
- ✓ 詳しい医師がいない
- ✓ 本人が望まなかったため。紹介やセカンドオピニオンが遅くなってしまったため。

(24)離島・へき地患者の本島医療機関へのスムーズな送り出し

実現率:70.2%　(前回調査:60.3%)

Q. 北部地区医師会病院、県立北部病院、たいら内科クリニック、宮古病院、八重山病院の医療者の方にのみお尋ねします。離島やへき地に住む患者において、自施設から本島の専門医療機関に送った方が良いと評価した患者のうち、スムーズに送ることができた患者の割合はどの程度ですか。

【全体、職種別】

- 全体では「75~99%」が 17.4%と最も多く、ついで「50~74%」が 10.0%、「25~49%」が 6.1%、「100%」が 5.7%、「0~24%」が 3.0%と続いた。
- 職種別では、「75~99%」と「100%」に医師の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=230)	職種 医師 (n=36)	看護師 (n=162)	薬剤師 (n=19)	医療ソーシャルワーカー (n=13)
0~24%	3.0	5.6	3.1	0.0	0.0
25~49%	6.1	5.6	7.4	0.0	0.0
50~74%	10.0	13.9	10.5	0.0	7.7
75~99%	17.4	**44.4**	14.2	0.0	7.7
100%	5.7	**16.7**	3.7	0.0	7.7
わからない	57.8	13.9	61.1	**100.0**	**76.9**

【性別、年代別】

- 年代別では、「75~99%」に 60 代以上、50 代の回答が多く、「50~74%」に 20 代の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=230)	性別 男性 (n=68)	女性 (n=157)	年代別 20代 (n=43)	30代 (n=64)	40代 (n=69)	50代 (n=40)	60代以上 (n=14)
0~24%	3.0	2.9	2.5	0.0	4.7	2.9	2.5	7.1
25~49%	6.1	5.9	6.4	**11.6**	7.8	2.9	5.0	0.0
50~74%	10.0	8.8	10.8	**18.6**	4.7	10.1	10.0	7.1
75~99%	17.4	22.1	15.3	4.7	18.8	13.0	**30.0**	**35.7**
100%	5.7	8.8	3.8	7.0	7.8	2.9	5.0	7.1
わからない	57.8	51.5	61.1	58.1	56.3	**68.1**	47.5	42.9

【医療圏別】

- 医療圏別では、「わからない」の回答が北部に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=230)	医療圏				
		北部医療圏 (n=49)	中部医療圏 (n=0)	南部医療圏 (n=0)	宮古医療圏 (n=45)	八重山医療圏 (n=136)
0～24%	3.0	2.0	0.0	0.0	2.2	3.7
25～49%	6.1	4.1	0.0	0.0	2.2	8.1
50～74%	10.0	8.2	0.0	0.0	11.1	10.3
75～99%	17.4	16.3	0.0	0.0	20.0	16.9
100%	5.7	4.1	0.0	0.0	6.7	5.9
わからない	57.8	**65.3**	0.0	0.0	57.8	55.1

【医療施設別】

- 医療施設別では、「75～99%」の回答がその他の医療機関と都道府県または地域がん診療連携拠点病院に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=230)	医療施設分類		
		都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=8)	地域がん診療病院 (n=210)	その他の医療機関 (n=12)
0～24%	3.0	0.0	3.3	0.0
25～49%	6.1	0.0	6.7	0.0
50～74%	10.0	12.5	10.0	8.3
75～99%	17.4	**25.0**	16.2	**33.3**
100%	5.7	**12.5**	5.2	8.3
わからない	57.8	50.0	58.6	50.0

【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「75～99%」の回答が「手術が主」「薬物療法が主」の医師に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=230)	職種	医師の主たる分野		
		医師 (n=36)	手術が主 (n=24)	放射線治療が主 (n=0)	薬物療法が主 (n=12)
0～24%	11.7	**30.6**	**45.8**	0.0	0.0
25～49%	7.8	2.8	4.2	0.0	0.0
50～74%	14.8	**22.2**	8.3	0.0	**50.0**
75～99%	4.3	5.6	4.2	0.0	8.3
100%	7.0	**19.4**	**12.5**	0.0	**33.3**
わからない	54.3	19.4	25.0	0.0	8.3

（25）離島・へき地と本島との医療格差解消

実現率：47.0%（※回答結果を 100 から差し引いた値）

Q. 北部地区医師会病院、県立北部病院、たいら内科クリニック、宮古病院、八重山病院の医療者の方にのみお聞きします。離島やへき地に住むがん患者に対する医療において、中部医療圏や南部医療圏との医療格差が明らかに感じられた患者の割合はどの程度ですか。

【全体、職種別】

- 全体では「50～74%」が 14.8%と最も多く、ついで「0～24%」が 11.7%、「25～49%」が 7.8%、「100%」が 7.0%、「75～99%」が 4.3%と続いた。
- 職種別では、「0～24%」に医師と薬剤師の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=230)	職種			
		医師 (n=36)	看護師 (n=162)	薬剤師 (n=19)	医療ソーシャルワーカー (n=13)
0～24%	11.7	**30.6**	7.4	**21.1**	0.0
25～49%	7.8	2.8	7.4	10.5	**23.1**
50～74%	14.8	**22.2**	14.8	5.3	7.7
75～99%	4.3	5.6	4.9	0.0	0.0
100%	7.0	**19.4**	4.9	0.0	7.7
わからない	54.3	19.4	**60.5**	**63.2**	**61.5**

【性別、年代別】

- 年代別では、「0～24%」に 60 代以上が多く、「50～74%」に 30 代が多く、「25～49%」に 20 代が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=230)	性別		年代別				
		男性 (n=68)	女性 (n=157)	20代 (n=43)	30代 (n=64)	40代 (n=69)	50代 (n=40)	60代以上 (n=14)
0～24%	11.7	**22.1**	6.4	2.3	12.5	15.9	7.5	**28.6**
25～49%	7.8	4.4	9.6	**16.3**	3.1	7.2	7.5	7.1
50～74%	14.8	11.8	16.6	11.6	**21.9**	11.6	15.0	7.1
75～99%	4.3	4.4	4.5	9.3	1.6	4.3	5.0	0.0
100%	7.0	**13.2**	4.5	4.7	10.9	5.8	5.0	7.1
わからない	54.3	44.1	58.6	55.8	50.0	55.1	**60.0**	50.0

【医療圏別】

➢ 医療圏別では、「0～24%」の回答が宮古に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=230)	医療圏				
		北部医療圏 (n=49)	中部医療圏 (n=)	南部医療圏 (n=)	宮古医療圏 (n=45)	八重山医療圏 (n=136)
0～24%	11.7	10.2	0.0	0.0	**17.8**	10.3
25～49%	7.8	10.2	0.0	0.0	6.7	7.4
50～74%	14.8	16.3	0.0	0.0	6.7	16.9
75～99%	4.3	2.0	0.0	0.0	4.4	5.1
100%	7.0	4.1	0.0	0.0	11.1	6.6
わからない	54.3	57.1	0.0	0.0	53.3	53.7

【医療施設別】

➢ 医療施設別では、「100%」の回答が都道府県または地域がん診療連携拠点病院とその他医療機関に多く、「50～74%」の回答がその他の医療機関に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=230)	医療施設分類		
		都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=8)	地域がん診療病院 (n=210)	その他の医療機関 (n=12)
0～24%	11.7	0.0	12.9	0.0
25～49%	7.8	12.5	8.1	0.0
50～74%	14.8	12.5	14.3	**25.0**
75～99%	4.3	0.0	4.3	8.3
100%	7.0	**25.0**	5.7	**16.7**
わからない	54.3	50.0	54.8	50.0

【医師の主たる分野別】

➢ 医師の主たる分野別では、「0～24%」に「手術が主」の医師の回答が多く、「100%」に「薬物療法が主」「手術が主」の医師の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=230)	職種	医師の主たる分野		
		医師 (n=36)	手術が主 (n=24)	放射線治療が主 (n=)	薬物療法が主 (n=12)
0～24%	11.7	**30.6**	**45.8**	0.0	0.0
25～49%	7.8	2.8	4.2	0.0	0.0
50～74%	14.8	**22.2**	8.3	0.0	**50.0**
75～99%	4.3	5.6	4.2	0.0	8.3
100%	7.0	**19.4**	**12.5**	0.0	**33.3**
わからない	54.3	19.4	25.0	0.0	8.3

(26)離島・へき地患者に対する通院回数への配慮

実現率:67.6%

Q. 離島の医療施設勤務者を含む全ての医療従事者にお尋ねします。離島やへき地に住むがん患者のうち、なるべく少ない回数で通院が終わるように配慮した患者の割合はどの程度ですか。

【全体、職種別】

- 全体では「75～99%」が 11.9%と最も多く、ついで「50～74%」が 8.6%、「100%」が 4.7%、「25～49%」が 4.5%、「0～24%」が 3.6%と続いた。
- 職種別では、「75～99%」「50～74%」「100%」に、医師の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種			
		医師 (n=219)	看護師 (n=621)	薬剤師 (n=63)	医療ソーシャルワーカー (n=48)
0～24%	3.6	3.7	3.5	4.8	2.1
25～49%	4.5	6.4	4.3	3.2	0.0
50～74%	8.6	**15.1**	7.2	1.6	6.3
75～99%	11.9	**25.1**	8.1	6.3	8.3
100%	4.7	**14.2**	1.9	0.0	4.2
わからない	66.7	35.6	**74.9**	**84.1**	**79.2**

【性別、年代別】

- 年代別では、「100%」の回答に 60 代以上が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	性別		年代別				
		男性 (n=317)	女性 (n=622)	20代 (n=206)	30代 (n=251)	40代 (n=259)	50代 (n=178)	60代以上 (n=57)
0～24%	3.6	5.0	2.7	1.0	3.6	5.0	3.9	5.3
25～49%	4.5	6.0	3.9	2.9	5.2	5.0	4.5	5.3
50～74%	8.6	9.1	8.5	8.3	8.0	9.3	8.4	10.5
75～99%	11.9	15.1	10.1	7.3	10.8	13.1	16.9	12.3
100%	4.7	8.2	3.1	1.0	5.2	3.9	7.9	**10.5**
わからない	66.7	56.5	**71.7**	**79.6**	67.3	63.7	58.4	56.1

【医療圏別】

- 医療圏別では、「75～99%」の回答が宮古に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療圏				
		北部医療圏 (n=49)	中部医療圏 (n=217)	南部医療圏 (n=504)	宮古医療圏 (n=45)	八重山医療圏 (n=136)
0～24%	3.6	0.0	5.1	3.4	2.2	3.7
25～49%	4.5	8.2	4.6	4.4	2.2	4.4
50～74%	8.6	12.2	8.8	7.7	4.4	11.8
75～99%	11.9	4.1	13.4	12.7	**17.8**	7.4
100%	4.7	4.1	4.6	5.0	6.7	3.7
わからない	66.7	71.4	63.6	66.9	66.7	69.1

【医療施設別】

- 医療施設別では、目立った特徴は見られなかった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療施設分類		
		都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=373)	地域がん診療病院 (n=223)	その他の医療機関 (n=355)
0～24%	3.6	1.6	2.7	6.2
25～49%	4.5	5.1	4.9	3.7
50～74%	8.6	9.9	9.0	7.0
75～99%	11.9	11.0	8.5	14.9
100%	4.7	3.8	3.6	6.5
わからない	66.7	68.6	71.3	61.7

【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「75～99%」に「手術が主」「放射線治療が主」の医師の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種	医師の主たる分野		
		医師 (n=219)	手術が主 (n=120)	放射線治療が主 (n=8)	薬物療法が主 (n=91)
0～24%	3.6	3.7	1.7	0.0	6.6
25～49%	4.5	6.4	5.8	0.0	7.7
50～74%	8.6	**15.1**	11.7	12.5	**19.8**
75～99%	11.9	**25.1**	**33.3**	**25.0**	14.3
100%	4.7	**14.2**	**16.7**	**12.5**	**11.0**
わからない	66.7	35.6	30.8	50.0	40.7

（27）県内におけるがん医療の集約化と機能分化

平均スコア：-2.5

Q. 沖縄県内において、がん医療の適切な集約化と機能分化が十分にできていると思いますか。

【全体、職種別】

- 全体では「どちらともいえない」が 47.6%と最も多く、ついで「おおむねそう思う」が 24.1%、「あまりそう思わない」が 21.7%、「そう思わない」が 5.2%、「そう思う」が 1.5%と続いた。
- 職種別では、「あまりそう思わない」「そう思わない」に医師の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種			
		医師 (n=219)	看護師 (n=621)	薬剤師 (n=63)	医療ソーシャルワーカー (n=48)
そう思う	1.5	1.8	1.4	1.6	0.0
おおむねそう思う	24.1	20.5	24.6	28.6	27.1
どちらともいえない	47.6	32.9	52.3	50.8	50.0
あまりそう思わない	21.7	**31.5**	18.5	17.5	22.9
そう思わない	5.2	**13.2**	3.1	1.6	0.0

【性別、年代別】

- 年代別では、「あまりそう思わない」に 50 代、「おおむねそう思う」に 20 代の回答がそれぞれ多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	性別		年代別				
		男性 (n=317)	女性 (n=622)	20代 (n=206)	30代 (n=251)	40代 (n=259)	50代 (n=178)	60代以上 (n=57)
そう思う	1.5	1.6	1.4	2.4	0.8	0.8	2.8	0.0
おおむねそう思う	24.1	26.2	23.3	**38.3**	20.3	19.3	19.7	24.6
どちらともいえない	47.6	39.7	51.3	51.5	51.0	47.5	39.3	45.6
あまりそう思わない	21.7	23.7	20.6	7.8	24.3	23.9	**30.9**	21.1
そう思わない	5.2	8.8	3.4	0.0	3.6	8.5	7.3	8.8

【医療圏別】

- 医療圏別では、「どちらともいえない」の回答が八重山、宮古に、「あまりそう思わない」の回答が北部にそれぞれ多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療圏				
		北部医療圏 (n=49)	中部医療圏 (n=217)	南部医療圏 (n=504)	宮古医療圏 (n=45)	八重山医療圏 (n=136)
そう思う	1.5	2.0	0.5	1.8	0.0	2.2
おおむねそう思う	24.1	20.4	25.8	25.4	17.8	19.9
どちらともいえない	47.6	44.9	43.8	45.8	**55.6**	**58.8**
あまりそう思わない	21.7	**30.6**	24.4	20.8	24.4	16.2
そう思わない	5.2	2.0	5.5	6.2	2.2	2.9

【医療施設別】

- 医療施設別では、「どちらともいえない」の回答が地域がん診療病院に、「あまりそう思わない」の回答がその他の医療機関にそれぞれ多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療施設分類		
		都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=373)	地域がん診療病院 (n=223)	その他の医療機関 (n=355)
そう思う	1.5	1.3	1.8	1.4
おおむねそう思う	24.1	29.0	19.7	21.7
どちらともいえない	47.6	46.4	**56.1**	43.7
あまりそう思わない	21.7	18.0	19.7	**26.8**
そう思わない	5.2	5.4	2.7	6.5

【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「そう思わない」の回答が「放射線治療が主」の医師に多く、「あまりそう思わない」の回答が「薬物療法が主」「手術が主」の医師に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種	医師の主たる分野		
		医師 (n=219)	手術が主 (n=120)	放射線治療が主 (n=8)	薬物療法が主 (n=91)
そう思う	1.5	1.8	3.3	0.0	0.0
おおむねそう思う	24.1	20.5	20.8	0.0	22.0
どちらともいえない	47.6	32.9	34.2	25.0	31.9
あまりそう思わない	21.7	**31.5**	**28.3**	25.0	**36.3**
そう思わない	5.2	**13.2**	**13.3**	**50.0**	9.9

(28) 医師への意見の言いやすさ(医師以外が回答)

平均スコア:13.9　(前回調査:17.2)

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

【全体、職種別】

- 全体では「おおむね言える」が 38.5%と最も多く、ついで「どちらともいえない」が 36.2%、「あまり言えない」が 17.3%、「言える」が 5.6%、「言えない」が 2.3%と続いた。
- 職種別では、「おおむね言える」に医療ソーシャルワーカー、薬剤師の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=732)	職種			
		医師 (n=0)	看護師 (n=621)	薬剤師 (n=63)	医療ソーシャルワーカー (n=48)
言える	5.6	0.0	5.5	9.5	2.1
おおむね言える	38.5	0.0	36.4	**44.4**	**58.3**
どちらともいえない	36.2	0.0	37.5	33.3	22.9
あまり言えない	17.3	0.0	18.0	12.7	14.6
言えない	2.3	0.0	2.6	0.0	2.1

【性別、年代別】

- 性別では、「おおむね言える」に男性の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=732)	性別		年代別				
		男性 (n=146)	女性 (n=578)	20代 (n=195)	30代 (n=195)	40代 (n=203)	50代 (n=116)	60代以上 (n=23)
言える	5.6	4.1	6.1	6.2	4.1	5.4	7.8	4.3
おおむね言える	38.5	**44.5**	37.4	37.4	42.1	36.5	38.8	34.8
どちらともいえない	36.2	33.6	36.5	35.4	33.3	39.9	35.3	39.1
あまり言えない	17.3	16.4	17.5	20.0	17.9	16.3	13.8	17.4
言えない	2.3	1.4	2.6	1.0	2.6	2.0	4.3	4.3

【医療圏別】

➢ 医療圏別では、「どちらともいえない」の回答が宮古に、「おおむね言える」の回答が北部にそれぞれ多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=732)	医療圏				
		北部医療圏 (n=40)	中部医療圏 (n=159)	南部医療圏 (n=379)	宮古医療圏 (n=29)	八重山医療圏 (n=125)
言える	5.6	5.0	5.7	6.1	3.4	4.8
おおむね言える	38.5	**45.0**	39.0	40.9	27.6	31.2
どちらともいえない	36.2	37.5	36.5	33.2	**51.7**	40.8
あまり言えない	17.3	12.5	17.0	17.7	17.2	18.4
言えない	2.3	0.0	1.9	2.1	0.0	4.8

【医療施設別】

➢ 医療施設別では、「どちらともいえない」の回答が地域がん診療病院に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=732)	医療施設分類		
		都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=284)	地域がん診療病院 (n=192)	その他の医療機関 (n=256)
言える	5.6	4.2	4.7	7.8
おおむね言える	38.5	40.8	33.3	39.8
どちらともいえない	36.2	33.8	**41.7**	34.8
あまり言えない	17.3	19.4	17.7	14.8
言えない	2.3	1.8	2.6	2.7

（29）他スタッフの意見の尊重（医師が回答）

平均スコア：63.9　（前回調査：66.5）

Q. 医師の方にお聞きします。他の医療スタッフの話に耳を傾けていますか。

【全体】

- 全体では「おおむね傾けている」が 53.9%と最も多く、ついで「傾けている」が 37.4%、「どちらともいえない」が 7.8%、「あまり傾けていない」が 0.9%と続いた。

(%)

選択肢	全体 (n=219)	職種			
		医師 (n=219)	看護師 (n=0)	薬剤師 (n=0)	医療ソーシャルワーカー (n=0)
傾けている	37.4	37.4	0.0	0.0	0.0
おおむね傾けている	53.9	53.9	0.0	0.0	0.0
どちらともいえない	7.8	7.8	0.0	0.0	0.0
あまり傾けていない	0.9	0.9	0.0	0.0	0.0
傾けていない	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

【性別、年代別】

- 年代別では、「おおむね傾けている」に 50 代、「傾けている」に 40 代、「どちらともいえない」「あまり傾けていない」に 20 代が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=219)	性別		年代別				
		男性 (n=171)	女性 (n=44)	20代 (n=11)	30代 (n=56)	40代 (n=56)	50代 (n=62)	60代以上 (n=34)
傾けている	37.4	39.2	31.8	18.2	30.4	**50.0**	33.9	41.2
おおむね傾けている	53.9	52.0	**59.1**	54.5	57.1	42.9	**61.3**	52.9
どちらともいえない	7.8	8.2	6.8	**18.2**	10.7	7.1	4.8	5.9
あまり傾けていない	0.9	0.6	2.3	**9.1**	1.8	0.0	0.0	0.0
傾けていない	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

【医療圏別】

➢ 医療圏別では、「おおむね傾けている」の回答が宮古、北部、八重山に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=219)	医療圏				
		北部医療圏 (n=9)	中部医療圏 (n=58)	南部医療圏 (n=125)	宮古医療圏 (n=16)	八重山医療圏 (n=11)
傾けている	37.4	33.3	41.4	39.2	18.8	27.3
おおむね傾けている	53.9	**66.7**	50.0	51.2	**75.0**	**63.6**
どちらともいえない	7.8	0.0	6.9	8.8	6.3	9.1
あまり傾けていない	0.9	0.0	1.7	0.8	0.0	0.0
傾けていない	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

【医療施設別】

➢ 医療施設別では、「おおむね傾けている」の回答が地域がん診療病院に、「傾けている」の回答がその他の医療機関に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=219)	医療施設分類		
		都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=89)	地域がん診療病院 (n=31)	その他の医療機関 (n=99)
傾けている	37.4	29.2	29.0	**47.5**
おおむね傾けている	53.9	58.4	**64.5**	46.5
どちらともいえない	7.8	10.1	6.5	6.1
あまり傾けていない	0.9	2.2	0.0	0.0
傾けていない	0.0	0.0	0.0	0.0

【医師の主たる分野別】

➢ 医師の主たる分野別では、「傾けている」の回答が「放射線治療が主」の医師に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=219)	職種	医師の主たる分野		
		医師 (n=219)	手術が主 (n=120)	放射線治療が主 (n=8)	薬物療法が主 (n=91)
傾けている	37.4	37.4	37.5	**62.5**	35.2
おおむね傾けている	53.9	53.9	53.3	25.0	57.1
どちらともいえない	7.8	7.8	7.5	12.5	7.7
あまり傾けていない	0.9	0.9	1.7	0.0	0.0
傾けていない	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

（30）職場のキャリア育成環境

平均スコア：30.7

Q. 今の職場は、あなたが必要な知識を備えた専門的人材になれる環境やキャリア形成（専門資格を取得するなど）を、支援してくれていますか。

【全体、職種別】

- 全体では「おおむね支援してくれている」が 49.1%と最も多く、ついで「どちらともいえない」が 30.6%、「支援してくれている」が 11.5%、「あまり支援してくれていない」が 6.9%、「支援してくれていない」が 1.9%と続いた。
- 職種別では、「おおむね支援してくれている」に、医療ソーシャルワーカー、薬剤師の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種			
		医師 (n=219)	看護師 (n=621)	薬剤師 (n=63)	医療ソーシャルワーカー (n=48)
支援してくれている	11.5	12.3	11.4	12.7	6.3
おおむね支援してくれている	49.1	52.5	45.9	**57.1**	**64.6**
どちらともいえない	30.6	23.3	34.9	22.2	18.8
あまり支援してくれていない	6.9	9.1	6.3	4.8	8.3
支援してくれていない	1.9	2.7	1.4	3.2	2.1

【性別、年代別】

- 年代別では、「おおむね支援してくれている」の回答に 60 代以上が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	性別		年代別				
		男性 (n=317)	女性 (n=622)	20代 (n=206)	30代 (n=251)	40代 (n=259)	50代 (n=178)	60代以上 (n=57)
支援してくれている	11.5	11.0	11.9	9.7	10.0	13.9	11.8	12.3
おおむね支援してくれている	49.1	51.7	48.1	52.4	50.2	44.0	47.2	**61.4**
どちらともいえない	30.6	26.5	32.2	35.4	27.9	32.0	29.8	21.1
あまり支援してくれていない	6.9	8.2	6.3	1.9	8.8	8.9	8.4	3.5
支援してくれていない	1.9	2.5	1.6	0.5	3.2	1.2	2.8	1.8

【医療圏別】

➢ 医療圏別では、「おおむね支援してくれている」の回答が北部に、「どちらともいえない」の回答が宮古、八重山に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療圏				
		北部医療圏 (n=49)	中部医療圏 (n=217)	南部医療圏 (n=504)	宮古医療圏 (n=45)	八重山医療圏 (n=136)
支援してくれている	11.5	14.3	13.8	12.3	0.0	7.4
おおむね支援してくれている	49.1	**57.1**	52.5	52.8	44.4	28.7
どちらともいえない	30.6	16.3	25.8	26.8	**51.1**	**50.7**
あまり支援してくれていない	6.9	**12.2**	6.9	6.2	2.2	9.6
支援してくれていない	1.9	0.0	0.9	2.0	2.2	3.7

【医療施設別】

➢ 医療施設別では、「どちらともいえない」の回答が地域がん診療病院に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療施設分類		
		都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=373)	地域がん診療病院 (n=223)	その他の医療機関 (n=355)
支援してくれている	11.5	12.1	8.5	12.7
おおむね支援してくれている	49.1	53.4	39.0	51.0
どちらともいえない	30.6	25.5	**42.6**	28.5
あまり支援してくれていない	6.9	6.7	7.2	7.0
支援してくれていない	1.9	2.4	2.7	0.8

【医師の主たる分野別】

➢ 医師の主たる分野別では、「おおむね支援してくれている」の回答が「手術が主」の医師に多く、「支援してくれている」の回答が「放射線治療が主」「手術が主」の医師に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種	医師の主たる分野		
		医師 (n=219)	手術が主 (n=120)	放射線治療が主 (n=8)	薬物療法が主 (n=91)
支援してくれている	11.5	12.3	**17.5**	**25.0**	4.4
おおむね支援してくれている	49.1	52.5	**56.7**	37.5	48.4
どちらともいえない	30.6	23.3	20.8	25.0	26.4
あまり支援してくれていない	6.9	9.1	5.0	0.0	**15.4**
支援してくれていない	1.9	2.7	0.0	**12.5**	5.5

5. 調査票

第2回医療者調査　最終案　2024.2.5

【回答者の同意・対象確認】

問1．冒頭の説明を読み、この調査に参加することに同意しますか。

1．同意します　　2．同意しません

2➡調査終了です。ありがとうございました。

問2．2023年に、がん患者さんの診療に携わったことがありますか。

1．ある　　2．ない

2➡がん患者さんの診療に携わったことがない場合は、こちらで調査終了です。ありがとうございました。

【回答者の属性】

問3．あなたの職種をお選びください。

1．医師　2．看護師　3．薬剤師　4．医療ソーシャルワーカー

問4．あなたの性別をお選びください。

1．男性　2．女性　3．答えたくない　4．その他（　　）

問5．あなたの年齢をお選びください。

1．20代　2．30代　3．40代　4．50代　5．60代　6．70歳以上

問6．あなたが勤務する施設の医療圏をお選びください。

1．北部医療圏　2．中部医療圏　3．南部医療圏（琉球大学病院と浦添市、西原町所在の病院を含む）
4．宮古医療圏　5．八重山医療圏

問7．あなたが勤務している医療施設はどれに当てはまりますか。

1．都道府県または地域がん診療連携拠点病院（琉球大学病院、中部病院、那覇市立病院）
2．地域がん診療病院（北部地区医師会病院、宮古病院、八重山病院）　3．その他の医療機関

問8．医師の方にお尋ねします。あなたの主たる分野をお選びください。

1．手術が主　2．放射線治療が主　3．薬物療法が主

ここからは2023年1月～12月の「がん診療」についてお伺いします。

問9．医師の方にお尋ねします。
2023年に、レジメン登録が遅かったために、患者へのタイムリーな投薬が遅れたことがありましたか。

1．あった　2．ややあった　3．どちらともいえない　4．あまりなかった　5．なかった

問10．2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果で痛むがあるとした患者のうち、その結果が主治医（チーム）に速やかに伝えられた患者の割合はどの程度ですか。

1．0～24%　2．25～49%　3．50～74%　4．75～99%　5．100%　6．わからない

問11．2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果が主治医（チーム）に伝えられた患者のうち、主治医（チーム）が速やかに必要な緩和ケアを行った患者の割合はどの程度ですか。

1．0～24%　2．25～49%　3．50～74%　4．75～99%　5．100%　6．わからない

問12．2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果が主治医（チーム）に伝えられた患者において、主治医（チーム）では対応が十分に行えない患者のうち、主治医（チーム）から速やかに緩和ケアチームに紹介が行われた患者の割合はどの程度ですか。

1．0～24%　2．25～49%　3．50～74%　4．75～99%　5．100%　6．わからない

ここからは2023年1月～12月に新たに担当したがん患者への「説明や情報提供の状況」についてお伺いします。

問13．治療方針（告知等）の説明の際に、医師以外の職種も参加している割合はどの程度ですか。

1．0～24%　2．25～49%　3．50～74%　4．75～99%　5．100%　6．わからない

問14．治療スケジュールの見通しについて、治療方針の決定までに、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

1．0～24%　2．25～49%　3．50～74%　4．75～99%　5．100%　6．わからない

問15．医療費について、治療方針の決定までに、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

1．0～24%　2．25～49%　3．50～74%　4．75～99%　5．100%　6．わからない

問16．就労の継続について、治療開始前に、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

1．0%　2．1～5%　3．6～10%　4．11～20%　5．21～50%　6．51～100%　7．わからない

問17．アピアランスケアについて、治療開始前に、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。

1．0%　2．1～5%　3．6～10%　4．11～20%　5．21～50%　6．51～100%　7．わからない

問18．がん診療連携拠点病院等に設置されている「がん相談支援センター」について、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。

1．0%　2．1～5%　3．6～10%　4．11～20%　5．21～50%　6．51～100%　7．わからない

問19．患者サロン（ゆんたく会）、ピアサポート、患者会について、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。

1．0%　2．1～5%　3．6～10%　4．11～20%　5．21～50%　6．51～100%　7．わからない

問20．薬物療法の開始前に、副作用の出る時期の説明も含めて、十分な説明を行った患者の割合はどの程度ですか。

1．0～24%　2．25～49%　3．50～74%　4．75～99%　5．100%　6．わからない

問21．がんゲノム医療に関する十分な情報提供をした割合はどの程度ですか。

1．0%　2．1～5%　3．6～10%　4．11～20%　5．21～50%　6．51～100%　7．わからない

問22．医師と看護師の方にお尋ねします。
妊孕性温存療法が必要な患者のうち、実際に妊孕性温存療法の説明を行った患者の割合はどの程度ですか。

1．0～24%　2．25～49%　3．50～74%　4．75～99%　5．100%　6．わからない

ここからは2023年1月～12月に新たに担当したがん患者への「診療の状況」についてお伺いします。

問23．手術を受けた患者のうち、質の高い最適な手術を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

1．0～24%　2．25～49%　3．50～74%　4．75～99%　5．100%　6．わからない

問24．放射線治療を受けた患者のうち、その適応の判断を多職種で議論された上で、提供できた患者の割合はどの程度ですか。

1．0～24%　2．25～49%　3．50～74%　4．75～99%　5．100%　6．わからない

問25．薬物療法を受けた患者のうち、質の高い薬物療法を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

1．0～24%　2．25～49%　3．50～74%　4．75～99%　5．100%　6．わからない

問26．在宅医療を希望された患者のうち、実際に在宅医療に移行した患者の割合はどの程度ですか。

1．0～24%　2．25～49%　3．50～74%　4．75～99%　5．100%　6．わからない

問27.　リハビリテーションを行った患者の割合はどの程度ですか。

1．0%　2．1～5%　3．6～10%　4．11～20%　5．21～50%　6．51～100%　7．わからない

問28.　高齢者のがん患者に対して、治療前に「※高齢者機能評価」を行った割合はどの程度ですか。
※高齢者機能評価：高齢者の身体的、社会的機能を総合的に評価する手法です。CGA7、G8、VES-13、fTRST、MINI-COG、Vitality index 等

1．0%　2．1～5%　3．6～10%　4．11～20%　5．21～50%　6．51～100%　7．わからない

ここからは2023年1月～12月に新たに担当したがん患者の「他医療機関への紹介」についてお伺いします。

問29.　希少がん患者のうち、診断又は治療目的で、県立中部病院、琉球大学病院または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。※県立中部病院と琉球大学病院に勤務されている方は最後の「この質問の対象外」をお選びください。

1．0～24%　2．25～49%　3．50～74%　4．75～99%　5．100%　6．わからない
7．この質問の対象外

問30.　上記医療機関に紹介できなかった理由について、具体的にお書きください。（長文が書き込めます）
紹介できなかった理由

問31.　難治がん患者のうち、診断又は治療目的で、沖縄県における「掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設一覧」（リンク参照）または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。（自施設が施設一覧に記載されている場合も含む）
がん診療を行う県内医療施設一覧：https://www.pref.okinawa.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/006/327/gansinsyoiryosisetur5.pdf

1．0～24%　2．25～49%　3．50～74%　4．75～99%　5．100%　6．わからない

問32.　上記医療機関に紹介できなかった理由について、具体的にお書きください。（長文が書き込めます）
紹介できなかった理由

問33.　県立中部病院、那覇市立病院、琉球大学病院以外の方にのみお尋ねします。
AYA世代のがん患者のうち、診断又は治療目的で、県内のがん診療連携拠点病院（県立中部病院、那覇市立病院または琉球大学病院）または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。

1．0～24%　2．25～49%　3．50～74%　4．75～99%　5．100%　6．わからない

問34.　上記医療機関に紹介できなかった理由について、具体的にお書きください。（長文が書き込めます）
紹介できなかった理由

ここからは2023年1月～12月に新たに担当したがん患者への「離島・へき地の医療体制」についてお伺いします。

問35.　北部地区医師会病院、県立北部病院、たいら内科クリニック、宮古病院、八重山病院の方にのみお尋ねします。
離島やへき地に住む患者において、自施設から本島の専門医療機関に送った方が良いと評価した患者のうち、スムーズに送ることができた患者の割合はどの程度ですか。

1．0～24%　2．25～49%　3．50～74%　4．75～99%　5．100%　6．わからない

問36.　北部地区医師会病院、県立北部病院、たいら内科クリニック、宮古病院、八重山病院の方にのみお尋ねします。
離島やへき地に住む患者のうち、中部医療圏や南部医療圏との医療格差が明らかに感じられた患者の割合はどの程度ですか。

1．0～24%　2．25～49%　3．50～74%　4．75～99%　5．100%　6．わからない

問37.　離島の医療施設勤務者を含む全ての医療従事者にお尋ねします。
離島やへき地に住む患者のうち、なるべく少ない回数で通院が終わるように配慮した患者の割合はどの程度ですか。

1．0～24%　2．25～49%　3．50～74%　4．75～99%　5．100%　6．わからない

ここからは沖縄県のがん医療体制等についてお伺いします。

問38.　沖縄県内において、がん医療の適切な集約化と機能分化が十分にできていると思いますか。

1．そう思う　2．おおむねそう思う　3．どちらともいえない
4．あまりそう思わない　5．そう思わない

問39.　医師以外の医療スタッフの方にお尋ねします。
がん患者のケアに関して、自分の意見を医師に対して自由に言えますか。

1．言える　2．おおむね言える　3．どちらともいえない　4．あまり言えない　5．言えない

問40.　医師の方にお尋ねします。
他の医療スタッフの話に耳を傾けていますか。

1．傾けている　2．おおむね傾けている　3．どちらともいえない
4．あまり傾けていない　5．傾けていない

問41.　今の職場は、あなたが必要な知識を備えた専門的人材になれる環境やキャリア形成（専門資格を取得するなど）を支援してくれていますか。

1．支援してくれている　2．おおむね支援してくれている　3．どちらともいえない
4．あまり支援してくれていない　5．支援してくれていない

調査は以上です。ご協力ありがとうございました。

第2回　医療者調査報告書
付属資料

NPO 法人　疾病対策情報センター

令和6年9月３０日

目次

1. 調査概要 3
2. 調査結果概要 6
3. 調査結果詳細（平均スコア・実現率） 11
   がん診療（問9-12） 12
   説明や情報提供の状況（問13-22） 16
   診療の状況（問23-28） 26
   他医療機関への紹介（問29-34） 32
   離島・へき地の医療体制（問35-37） 35
   沖縄県のがん医療体制等（問38-41） 38
4. 全体の注意点について 42
5. 今後にむけた提言 43

本資料の位置づけ：

第2回医療者調査においては、海邦総研が受託して一定の集計に基づく報告書は提出されている。
本付属資料においては海邦報告書を補完し、解釈の注意点を明確にすることを目的に作成した。
その際
・遅れて提出された8名の回答者を追加（ただし、ほとんど割合などは変化していない。）
・数値の選択肢がそれぞれ異なることに関する考察
・各問いにおいて「わからない」と回答した割合も含めた解釈
・全体として、回答傾向「わからない」の多さから考えられる質問紙作成への提案
を追加している。

主としては海邦総研の報告書を参照しながら解釈を進めることを推奨する。

1. 調査概要

(2) 調査対象者

回答総数は1274票、うち2023年にがん患者に携わっていない者、同意のない者の計316票は除し、最終的な回答者数958名である。なお、海邦総研の報告書では951名となっているが、遅れて7名の回答が追加された。

(3) 調査実施医療施設

参加施設は報告のとおりであるが、地域ごとに病院を提示すると以下のようである。

依頼対象施設と種別(26施設)

北部	北部地区医師会病院	地域がん診療病院
	北部病院	
	たいら内科クリニック	
中部	中部病院	地域がん診療連携拠点病院
	中頭病院	
	中部徳洲会病院	
	ハートライフ病院	
	沖縄病院	
南部	琉球大学病院	都道府県がん診療連携拠点病院
	那覇市立病院	地域がん診療連携拠点病院
	アドベンチストメディカルセンター	
	与那原中央病院	
	浦添総合病院	
	マンマ家クリニック	
	宮良クリニック	
	那覇西クリニックまかび	
	那覇西クリニック	
	沖縄赤十字病院	
	大浜第一病院	
	沖縄協同病院	
	南部医療センター・こども医療センター	
	豊見城中央病院	
	友愛医療センター	
	南部徳洲会病院	
宮古	宮古病院	地域がん診療病院
八重山	八重山病院	地域がん診療病院

(4) 調査期間

2024年2月13日～3月31日ではるが、実際には4月10日まで回答あり。

(5) 回答者のプロフィール

地域ごとの回答者の分布は以下のようである。なお、データは回答者の自己申告による。

＜勤務状況＞

医療圏	施設種別	医師	看護師	薬剤師	MSW	計
北部	がん診療連携拠点病院	0	1	0	0	1
N=49	地域がん診療病院	5	20	6	6	37
	その他	4	2	3	2	11
中部	がん診療連携拠点病院	12	54	0	2	68
N=219	地域がん診療病院	2	4	0	1	7
	その他	44	88	10	2	144
南部	がん診療連携拠点病院	76	197	18	10	301
N=509	地域がん診療病院	0	3	0	3	6
	その他	50	117	17	18	202
宮古	がん診療連携拠点病院	2	1	0	0	3
N=45	地域がん診療病院	14	20	6	2	42
八重山	がん診療連携拠点病院	0	3	1	0	4
N=136	地域がん診療病院	10	115	3	3	131
	その他	1	0	0	0	1
計		220	625	64	49	958

灰色のセルは当該医療圏に存在しない施設種別。

16名（1.7%）施設種別の自己申告には当該地域に存在しないはずの施設種別が出ている。このことから、施設種別については、一定の不正確な面があると考えられる。尚、施設名を回答において取得していないため、医療圏の正確さや、実際の施設種別の正確さは不明である。

＜回答者属性＞

海邦総研の報告書が作成されて以降、追加分の７名の属性は以下のようである。

職種：看護師4名、医師１名、MSW１名、薬剤師１名
性別：女性５名、男性２名
年代別：20代２名、３０代１名、４０代２名、５０代１名、６０代１名
医療圏：南部５名、中部２名
医師の専門分野：薬物療法１名

2.　調査結果概要

(1). 本調査の分析方法

○結果解釈の留意点

・各回答への「わからない」「不明」は除外していることから各項目への回答総数は変化する。よって、「わからない」「不明」の多い回答の解釈には注意が必要である。

○報告書に提示の結果の算出法と限界

以下、海邦総研の考案した「実現率」「平均スコア」を総称して「海邦スコア」と呼ぶ。海邦スコアの算出法の詳細は、海邦総研のレポートを参照されたいが、簡単な概要は以下のとおりである。

・実現率：
頻度を回答してもらう質問を集計する際に、回答選択肢が X~Y%とならば、その中央の値（(X+Y）/2）でその回答選択肢の頻度を代表したうえで、それらを平均して、「実現率」を出すというもの。
・平均スコア：
質問文にどの程度同意するか、の5段階(まったくそう思わない～そう思う)にそれぞれに対して、最も否定的な選択肢は―50、次の選択肢は―25、中立には 0 、より肯定的には25、最も肯定的な選択肢に50を割り付け、回答の分布に従って、平均点を算出するというもの。

実現率は、回答選択肢の設定により、とりうる値が変化することに注意が必要である。
回答選択肢の数値の範囲は問によって 2 つのパターンがあるため、パターンを超えて、比較ができない。特に、パターン B は、そもそも頻度が低いと予想される事項について、低頻度の選択肢を詳細に聞くために作られている。

パターン A（実現率） -回答選択肢が 0-24%、25-49%、50-74%、75-99%、100%
この場合には、海邦スコアは全ての回答が最下位(0－24%)ならば、12%となり、最上位(100%)の時には100%となる。つまり、12%～100%の値をとりうる。(Q10-15, Q20,Q22-Q26,Q29-Q37)
パターン B （実現率）－回答選択肢が、0% 、1-5%、6-10%、11-20%、21-50%、51-100%
この場合には、海邦スコアは、全ての回答が最下位(0%)の時には0%、最上位（51－100%）の時には、75.5%となる。つまり、0%～75.5%の値をとりうる。(Q16-19, Q21, Q27, Q28,)
パターン C（平均スコア）―「そう思う～そう思わない」の5段階の場合には、上記の通り、－100、－50、0,50,100を割り付ける。(Q9、Q38-41）ここでは、ポジティブな方が正に算出される。

(2)（3）海邦スコア全体一覧

上述の理由から、パターンの違う質問同士を比べることには限界があり、そのことを勘案してパターンごとの実現率、平均スコアおよび解釈を提示する。なお、本結果は遅れて参加した 7 名を追加した結果である。各項目のグラフにおいては、パターン A は緑、パターン B は赤、パターン C はオレンジ（マイナスは赤）で色分けした。

問番号	選択肢パターン：パターンA	「実現率」	最多回答
10	痛みのモニタリング結果の主治医（チーム）への速やかな伝達	75.2%	75-99%
11	痛みのモニタリング結果を受け主治医（チーム）が継続ケア実施	71.4%	75-99%
12	痛みについて主治医（チーム）から緩和ケアチームへの迅速な紹介	59.5%	50-74%
13	治療方針説明時の医師以外の職種の参加	68.6%	75-99%
14	治療スケジュール見通しの十分な情報提供	69.7%	75-99%
15	医療費の十分な情報提供	47.7%	0-24,25-49%同数
20	薬物療法開始前の、副作用時期を含む十分な説明	79.8%	75-99%
22	（医師・看護師のみ）妊孕性温存療法が必要な患者への説明割合	49.1%	0-24%
23	質の高い手術療法の提供割合	78.2%	75-99%
24	多職種連携で適応議論の上、質の高い放射線療法の提供割合	65.4%	75-99%
25	質の高い薬物療法の提供割合	74.8%	75-99%
26	希望した患者のうち実際の在宅療養実行割合	62.6%	75-99%
29	（県立中部、琉大以外） 希少がん患者の県立中部、琉大or県外病院への紹介割合	42.8%	0-24%
31	（全施設） 難治がん患者のうち、一覧掲載施設or県外病院紹介	37.6%	0-24%
33	（拠点以外） AYA世代の患者の拠点病院or県外病院紹介	35.0%	0-24%
35	（北部医師会、県立北部、たいら、宮古、八重山が対象） 離島僻地在住の患者についてスムーズな紹介が可能だった割合	70.2%	75-99%
36	離島僻地在住の患者について医療格差が明らかに感じられた割合	53.0%	50-74%
37	（全医療従事者に） 離島僻地在住の患者について通院回数を少なくする配慮した患者割合	67.6%	75-99%

選択肢パターン：パターンB		「実現率」	最頻値
16	就労継続に関する十分な情報提供	35.1%	51-100%
17	アピアランスケアに関する十分な情報提供	37.9%	51-100%
18	がん相談支援センターに関する十分な情報提供	31.9%	51-100%
19	患者サロン、ピアサポート、患者会に関する十分な情報提供	22.2%	0%
21	がんゲノム医療に関する十分な情報提供	23.4%	0%
27	リハビリテーション実施した割合	57.5%	51-100%
28	高齢がん患者への治療開始前の高齢者機能評価	26.0%	0%

選択肢パターン：パターンC		「平均スコア」	最頻値
9	医師のみ）レジメン登録の遅延による投薬の遅れたことがあった	64.5	なかった
38	県内におけるがん医療の集約化と機能分化ができている	-2.5	どちらともいえない
39	医師以外）医師へ意見が自由に言えるか	13.9	おおむねいえる
40	医師のみ）他スタッフの意見に耳を傾けているか	63.9	おおむね傾けている
41	職場がキャリア育成を支援してくれている	30.6	おおむね支援してくれている

<全体結果の解釈>

全体結果は、遅れて提出した7名を加えても数字は海邦総研のものとほとんど変化しなかった。

-痛みのモニタリング

いずれへの回答も高いものであったが、職種横断的に全体を見ると、主治医への伝達（Q10)、主治医自身の対応（Q11）は高い割合で実施されているとされるものの、主治医で不十分な患者への健和ケアチームへの迅速な紹介（Q11）比較して不十分と考えられている。

-患者への情報提供・説明

パターン A で選択肢が提供された中では、医療費と妊孕性温存療法について低いとみられている点には留意すべきである。

そもそも結果が低いと想定されたパターンＢの項目をパターンＡと比較できないが、就労継続（Q16)、アピアランス（Q17）に関する情報提供よりも、がん相談支援センターについての情報（Q18）がわずかながら低いのは周知の必要性を示すものと言える。

ピアサポート（Q19）とがんゲノム医療（Q20）に関する情報提供の低さについても対策を考える必要がある。

-質の高い医療

いずれも最多回答は100%を除く高い選択肢が選ばれているが、全体としては、放射線療法と在宅療法次項割合が相対的に低くなっている。

-リハビリテーション、高齢者機能評価

リハビリテーションは、低いことが予想されてパターン B となっているものの、最多回答は51-100%となっていた。一方で、高齢者機能評価の最多回答は、0%であり、明白に普及が無いことを示している。

-特殊な患者の紹介、離島僻地からの紹介

希少がん、難治がん、AYA 世代ともに紹介の割合は低い。様々な理由が考えられる。

自由記載のでは、対象患者がいない、患者希望なし、自院で対応可能、自分が紹介する立場にないというコメントが繰り返しみられた以外に、受け入れ体制不十分、難治がんについては定義が不明だからわからない、というコメントがあった。

一方で、離島僻地在住の患者については、スムーズな紹介が可能だった患者の割合は高く（Q35）また、通院回数を少なくする配慮はかなり行われていると考えられる。（Q37）一方、医療格差が感じられたという回答は、少なからず存在した（Q36）

-意見の言いやすさ：コミュニケーション

Q39で医師以外の職種に「医師に自由に意見が言えるか」医師に、「他のスタッフの話に耳を傾けているか」を問うており、どちらも最多回答は「おおむね」であるものの、他の分布はかたよりがあり、平均スコアを出すと、前者が13.9（「どちらともいえない」と「おおむね」の間)、後者が63.9（「おおむね」

と「かたむけている」の間）になる。おそらく最多回答からは、おおむね、が多いのだろうが、一部に否定的な意見（感想）があると考えられる。

-その他：レジメン登録、機能分化、キャリア支援

レジメン登録による投薬遅延について、最多回答は「なかった」となっている。また、キャリア支援については「おおむね」が最多回答であった。一方で、県内のがん医療の集約化と機能分化ができているか、については、「そう思わない」の回答が多数をしめ、平均スコアがマイナスになっている。

<結果解釈の注意>

十分な情報提供ができた患者の割合を問う質問は、回答者によっては分母と分子の想定が異なる可能性もある。分母は、病院の患者全体、自分の担当患者の可能性があるし、提供も、誰かが情報提供している割合を考える場合もあれば、自分が情報提供した割合を思う可能性がある。例えば、Q16の就労継続の十分な情報提供は、薬剤師が1-5%との回答が最も多いのは、薬剤師がいきなり就労継続について話をすることは無いだろうし、MSW も最多回答は21-50%であるものの、0%というものが20%いる。これも、就労の課題が話題にならない場合が考えられるだろう。

質の高い治療（手術、放射線、薬物）を提供できた患者の割合は、手術、放射線について、薬剤師が0-24%と回答した者が最も多い。(MSW は高い回答も多いが)

3.　調査結果詳細（平均スコア・実現率）

がん診療（問9-12）

問９「レジメン登録の遅延による投薬の遅れ（医師のみへの質問)」

2023年に、レジメン登録が遅かったために、患者へのタイムリーな投薬が遅れたことがありましたか。

海邦総研の報告書 p.72.73参照

＜全体結果について＞

	N	%
そう思う	1	0.5
おおむねそう思う	10	4.6
どちらともいえない	37	16.8
あまりそう思わない	48	21.8
そう思わない	124	56.4
Total	220	100

本問への回答の分布は上記の通り。投薬の遅れは、患者のアウトカムに影響することであり、本来は「なかった」（＝そう思わない）と回答するのが望ましいため、その回答に引っ張られる傾向が働くと考えられる。また、本問への平均スコアの意味も解釈は容易ではないが、回答があった人のうち、平均で半分以上の人が「そのようなことはなかった（らしい)」と回答していることを意味していると考えられる。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

本問は医師のみへの問であり回答者は全体で220と少ない。そのため、カテゴリー別にすると数が極端に少ないカテゴリーが存在する。

男女差はみられなかった。報告書では「20代と60代が低かった」とされているものの、p.72の集計表からわかるようにこれらの年齢層は他に比べて回答数の少ない年齢層であり、安定した数値と言えない。例えば、20代は11名しかおらず、回答のあった11名の分布を50代62名と比較して解釈を提供することは困難である。そのため、回答数が極端に他の層と異なる20代、60代以上を除くと30,40,50代で結果は大きくは変わらないものの、それでも50代は「なかった」の回答のパーセンテージは高い。

医療圏、医療施設、医師の専門分野においても、極端に回答数が他と比べて低い層以外を比較すると、結果はほぼ変わらない。

問10「モニタリング結果の主治医（チーム）への速やかな伝達」

2023年に、看護師による痛みのモニタリング結果で痛みがあるとした患者のうち、その結果が主治医（チーム）に速やかに伝えられた患者の割合はどの程度ですか。

海邦総研の報告書 p.74.75参照

＜全体結果について＞

	N	%
0-24%	22	2.3
25-49%	52	5.4
50-74%	160	16.7
75-99%	278	29.0
100%	90	9.4
わからない	356	37.2
Total	958	100

本問への回答は、「わからない」が全体の37%と最大であるが、また、速やかに伝えられたかどうかの感覚は職種や個人の期待の高低に影響されるものであることから、それを問われても困るという意味で「分からない」が増えるのも妥当かもしれない。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

職種別では MSW と薬剤師はそれぞれ49名、64名しかおらず、医師220名、看護師625名より圧倒的に少ない。よって全職種を同列に比べることには多少無理がある。医師と看護師のみを比較すると、報告書p.74の分布であるが、看護師の間では「わからない」との回答が最大で、医師は比較的「速やかに伝わった」とする回答が多い以外は、医師と看護師の間では回答に大きな差はない。

男女間の分布にはほぼ差がなく、年齢は高くなると若干「速やかに伝わった」とする回答が多くなるものの、大きくは違わない。

医療圏別にみると、人口、患者数、病院数などの比較的規模の小さい医療圏の方が「わからない」と回答するパーセンテージが高く、75%以上の回答も少ないことがわかる。ただし分母が小さいと、数名の違いでも大きなパーセントの差となることに注意が必要である。

尚、海邦報告書では医師の専門分野に関しては、報告書では「放射線が主」が高かったと結論付けているが、実際、該当カテゴリーの人数は8名しかおらず、それ以外の二つの分野の分布に大きな差があるとは言い難い。

問11「モニタリング結果を受け、主治医（チーム）が緩和ケア実施」

2023年に、看護師による痛みのモニタリング結果が主治医（チーム）に伝えられた患者のうち、主治医（チーム）が速やかに必要な緩和結果を行った患者の割合はどの程度ですか。

海邦総研の報告書 p.76.77参照

<全体結果について>

	N	%
0-24%	37	3.9
25-49%	72	7.5
50-74%	156	16.3
75-99%	256	26.7
100%	75	7.8
わからない	362	37.8
Total	958	100

本問への回答も、「わからない」が全体の37%と最大である。また、本問は問10の内容下記の表のとおり、分布上も相関が強い。問10で「わからない」と回答した回答者356人のうち、本問へも「わからない」と回答したのは326名であるが、多くの回答者が「医師に速やかに伝えられていること」と「医師が必要な緩和を行っていること」は同様の印象をもとに回答していると推察される。

Q10 \ Q11	0-24%	25-49%	50-74%	75-99%	100%	わからない	Total
0-24%	17	1	1	2	0	1	22
25-49%	11	22	10	5	0	4	52
50-74%	4	33	76	33	2	12	160
75-99%	0	12	56	178	19	13	278
100%	2	2	6	25	49	6	90
わからない	3	2	7	13	5	326	356
Total	37	72	156	256	75	362	958

<カテゴリー別の解析結果について>

職種別では、問10と同様に医師と看護師を比較すると、p.76 が示す通り医師のほうが看護師よりもポジティブな回答をしている。看護師は「わからない」との回答が最大で、35.7%である。

それ以外のカテゴリーについては、相関性の高い問題であり、ほぼ Q10 と同様の結果である。

問12「主治医（チーム）から緩和ケアチームへの迅速な紹介」

2023年に、看護師による痛みのモニタリング結果が主治医（チーム）に伝えられた患者において、主治医（チーム）では対応が十分に行えない患者のうち、主治医（チーム）から速やかに緩和ケアチームに紹介が行われた患者の割合はどの程度ですか。

海邦総研の報告書 p.78.79参照

<全体結果について>

	N	%
0-24%	83	8.7
25-49%	103	10.8
50-74%	147	15.3
75-99%	136	14.2
100%	53	5.5
わからない	436	45.5
Total	958	100

本問も、約半数が「わからない」を選択している。本問は前述の問10,11と関連のある問いが、問自体に多くの要素を含んでおり、より回答しにくくなっていることが「わからない」と回答する人の率を上げる要因になった可能性がある。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

半数近くが「わからない」を選択していることを考慮したうえで、職種別にみてみると、p.76の集計表が示すように、医師と看護師間の比較では医師の方がややポジティブな回答をしていることがわかる。医療圏別の回答では、規模の小さな医療圏が、「わからない」の回答割合が高いが、その他の分布に差があるとは言い難い。

医師の専門分野に関しては、「薬物が主」より「手術が主」の医師が比較的高いパーセンテージをつけてはいるが、「放射線が主」の医師は8名しかいないため、比較対象としては適当とは言えない。

説明や情報提供の状況（問13-22）

問13「治療方針説明時の医師以外の職種参加」

治療方針（告知等）の説明の際に、医師外の職種も参加している割合はどの程度ですか。

海邦総研の報告書 p.80,81参照

<全体結果について>

	N	%
0-24%	73	7.6
25-49%	94	9.8
50-74%	181	18.9
75-99%	244	25.5
100%	121	12.6
わからない	245	25.6
Total	958	100

本問の回答分布は「わからない」が25.6%と最大ではあるものの、比較的回答にばらつきがある結果となっている。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

医師と看護師を比較すると、看護師は全体の25%が「わからない」と回答しているのに対し、医師は50%未満を回答する確率が高い。医師は説明に必ず参加していることから、看護師が感じるより医師の方が「参加していない」と感じていることを表している。

年代別には若い世代の方が「参加している」と感じている。質問を振り返って考えると、回答者自身が参加している割合なのか、回答者のかかわる患者に対して参加している割合なのか、一般論として施設全体で参加している割合なのかの区別がつきづらい。若年回答者のほうが割合が高い傾向となるのは、実際に若年の医療者の方が多職種の同席が多い可能性や、教育として「多職種が参加するべき」とされているためその引き上げられた結果の回答分布の可能性もある。

医療圏別の回答は、比較的規模の小さい医療圏の方が「わからない」のパーセンテージが高く、ポジティブな回答のパーセンテージも低めである。

医師の専門分野に関しては、数の少ない「放射線が主」の分野を除いて、その他の二つに大きな差があるとはいえない。

問14「治療スケジュール見通しの十分な情報提供」

治療スケジュールの見通しについて、治療方針の決定までに、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

海邦総研の報告書 p.82,83参照

<全体結果について>

	N	%
0-24%	24	2.5
25-49%	78	8.1
50-74%	179	18.7
75-99%	217	22.7
100%	51	5.3
わからない	409	42.7
Total	958	100

全体の約半数が「わからない」を選択している。「十分な情報を提供できた」という「十分な」という感覚は回答者の期待値によって異なる。また、本問は薬剤師やＭＳＷにも回答を求めているが、治療の見通しを持てているかどうかについてそれらの職種が患者の見通しの情報提供に関する評価が可能であるかは不明であることから、これらの二つの職種に「わからない」が多い。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

p.82に示されるように本問について医師と看護師の間では回答の分布が大きく異なり、看護師は半数近くが「わからない」としているのに対し、医師は半数以上が「十分な情報提供をできた」と考えていることがわかる。

年代別には、50代以上が「75%以上」を回答する可能性が高く、若年になるほど「わからない」と回答している確率が高い。「十分な情報」という明確な基準が存在するわけではないが、本回答のパーセンテージが経験とともに「十分な情報提供」ができるようになるからなのか、医療経験年数がながくなるほど不確かさが少なくなるからなのか、定かではない。

医療圏別の回答は、「わからない」の回答、および、ポジティブな回答のパーセンテージが医療圏の大きさ（人口、患者数、病院数）と反比例しているようにみえる。要は、規模の小さな医療圏ほど、「わからない」との回答が大きくなり、ポジティブな回答のパーセンテージは低くなっている。

医師の専門分野に関しては、「手術が主」の医師が「薬物が主」の医師よりポジティブな回答をしていることがわかる。

問15「医療費の十分な情報提供」

医療費について、治療方針の決定までに、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

海邦総研の報告書 p.83,84参照

<全体結果について>

	N	%
0-24%	122	12.7
25-49%	122	12.7
50-74%	119	12.4
75-99%	76	7.9
100%	19	2.0
わからない	500	52.2
Total	958	100

全体の半数以上が「わからない」を選択している。本問も、Q14と同様、「十分な情報を提供できた」という「十分な」という感覚は回答者によって異なり、医療者の考える「十分」と実際に情報提供をうける患者の「十分」は往々にして異なるものであるため、解釈には限界がある。また、臨床現場において薬剤師が患者の費用面について話す機会はあまり多いとは考えにくく、結果も薬剤師の84%が「わからない」を回答している（p.84）ことからわかるように本問を薬剤師にすることは適切とは言えない。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

職業の内容の観点から考えると、MSW の回答内容は現状に近い可能性が高いが、回答者が48名しかいないため信頼度の高い数値とはいいがたい。看護師の60%近くが「わからない」を回答しており、看護師もあまりこのようなことを患者と話す機会が少ないことがうかがえる。それを留意したうえで、医師の回答もＭＳＷの回答も「0-24%」が最多となっており、十分な情報が提供できたと感じていないことがわかる。

男女別では男性のほうが「0-24%」を回答するパーセンテージが高く、女性には「わからない」との回答が多かったが、これは職種で交絡されている可能性が高い。年齢に関しては、若年ほど「わからない」と回答するパーセンテージが高いが、必ずしも年齢が高くなるほどポジティブな回答が多いとは言えない。

医療圏別の回答は、比較的規模の大きい南部と中部の分布は似通っているものの、「わからない」の回答が規模の小さな医療圏でより高くなり、半分以上が「わからない」を回答しているため、「わからない」が多い以外解釈が困難である。

医師の専門分野に関しては、確かに「放射線が主」が他と比べて異なる分布ではあるものの、数が少なすぎるため分野により違いがあるとは言い難い。

問16「就労継続可否の十分な情報提供」

就労の継続について、治療開始前に、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

海邦総研の報告書 p.86,87参照

<全体結果について>

	N	%
0%	34	3.6
1-5%	37	3.9
6-10%	47	4.9
11-20%	57	6.0
21-50%	109	11.4
51-100%	117	12.2
わからない	557	58.1
Total	958	100

全体の約60%が「わからない」を選択している。

「十分な情報提供」を問う問題点は問14～と同様である。ただし、本問の回答選択肢は、前回までと異なり50%以上を一つの選択肢としている。50%までの回答選択肢の区切りも５％のものもあれば30%程度のもともあるため選択肢ごとの回答について比べるのは困難である。本問に関しては、「わからない」以外を回答した40%のなかでは「51－100%」が最多となっている。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

本問も看護師の62%が「わからない」を回答しており、薬剤師と MSW に至っては約70%もの回答者が「わからない」を回答している。医師と看護師を比較すると医師の方がポジティブな回答が多いものの、医師の考える「十分な情報」と看護師のそれは違う可能性が高い。

男女別の回答に関しては男性の方がややポジティブな回答をしており、女性に「わからない」が多いが、これは職業で交絡されている可能性が高い。年齢に関しては、若年ほど「わからない」と回答するパーセンテージが高く、年齢が高くなるほどポジティブな回答が多いと言える。必要だと感じる情報量に世代間で違いがある可能性がある。

医療圏別の回答も、他の問いと同様に少数分母の問題がある。しかし、北部医療圏では「わからない」がやや少なく、「０％」の回答がやや多い。

医師の専門分野に関しては、「手術が主」の医師の回答にポジティブな回答が多いである。薬物を必要とする患者の方が療養生活も長くなる可能性が高いため、より多くの情報提供を必要としており、ニーズが充足されていないと医療者側が感じる可能性も考えられた。

問17「アピアランスケアの十分な情報提供」

アピアランスケアについて、治療開始前に、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

海邦総研の報告書 p.88,89参照

<全体結果について>

	N	%
0%	33	3.4
1-5%	33	3.4
6-10%	44	4.6
11-20%	43	4.5
21-50%	115	12.0
51-100%	132	13.8
わからない	558	58.3
Total	958	100

全体の約60%が「わからない」を選択している。
「十分な情報提供」を問うていることは問14、さらに回答選択肢で51%以上が一つにまとめられている問題は問15と同様である。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

本問も看護師の66%が「わからない」を回答しており、看護師が治療前にアピアランスについて患者と話す機会が少ないことがうかがえる。「わからない」以外を回答した人の分布では、医師が比較的ポジティブな回答をしており、MSW がネガティブな回答をしていることがわかる。
男女別と年齢の回答に関しては問16と同様である。
医療圏別の回答も、問15と同様である。
医師の専門分野に関しては、「手術が主」の医師の回答にポジティブな回答が多いである。薬物を必要とする患者の方がアピアランスの変化の影響を受ける可能性が高いため、より多くの情報提供を必要としており、ニーズが充足されていないと医療者側が感じる可能性も考えられた。

問18「がん相談支援センターに関する十分な情報提供」

がん診療連携拠点病院等に設置されている「がん相談支援センター」について、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。

海邦総研の報告書 p.90,91参照

<全体結果について>

	N	%
0%	74	7.7
1-5%	39	4.1
6-10%	39	4.1
11-20%	44	4.6
21-50%	93	9.7
51-100%	110	11.5
わからない	559	58.4
Total	958	100

全体の約60%が「わからない」を選択している。

「十分な情報提供」を問うていることは問14、さらに回答選択肢で51%以上が一つにまとめられている問題は問15と同様である。本問においては、回答のあった40%のうち、10%程度しか半分以上を選択していない。本問は「がん相談支援センターについて十分な情報提供を行ったか」を問うているが、「がん相談支援センター」の情報提供も多岐な要素・レベルが考えられ、十分といったときに回答者により想定されるものが特に大きくことなる可能性がある。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

職種別には「わからない」以外を回答した人の中では医師に「50%以上」の回答は多いが、同時に「０％」の回答も医師に多かった。本問の回答が適切かについて疑わしい薬剤師の人口を除いては、看護師のうち「わからない」と回答した人が64%もいたことは注目すべき点であり、医療者の中でも周知が必要な分野と考えられる。

男女別、年齢別に関しては問16とほぼ同様であるものの、60代以上のカテゴリーにおいては「0%」も「51%-100%」についで多い結果となっている。

医療圏別の回答に関しては、規模の大きい医療圏の回答が似通っている点、規模の小さい医療圏で「わからない」が多いことには変わりはないが、北部医療圏のみは例外であり、「わからない」の率も比較的少なく、「51%-100%」を回答するパーセンテージが他より高い。医療施設別では、「その他の医療機関」に「0%」の回答が他に比べて多い。

以上まとめると、「がん相談支援センター」の情報提供度合いを知るには、患者への調査のほうが適切な方法と考えられる。

医師の専門領域に関しては、「放射線が主」の医師が他と違う回答分布ではあるものの、８名の回答であるためなんらかの解釈を提供するのは困難である。

問19「患者サロン、ピアサポート、患者会に関する十分な情報提供」

患者サロン（ゆんたく会)、ピアサポート、患者会について、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。

海邦総研の報告書 p.92,93参照

<全体結果について>

	N	%
0%	118	12.3
1-5%	58	6.1
6-10%	53	5.5
11-20%	49	5.1
21-50%	90	9.4
51-100%	68	7.1
わからない	522	54.5
Total	958	100

全体の約60%が「わからない」を選択している。
「十分な情報提供」を問うていることは問14、さらに回答選択肢で51%以上が一つにまとめられている問題は問15と同様である。本問においては、回答のあった約40%のうち、10%以下しか半分以上を選択していない。「わからない」以外の最多の回答が0%であることから、本問に関しての情報の周知度は極めて低い可能性がある。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

職種別には「わからない」以外を回答した人の中では医師に「０％」の回答は多い。本問の回答が適切かについて疑わしい薬剤師の人口を除いては、看護師のうち「わからない」と回答した人が58%もいたことは注目すべき点であり、医療者の中でも周知が必要な分野と考えられる。
男女別、年齢別に関しては問16とほぼ同様である。
医療圏別の回答に関しては、問16とほぼ同様である。規模の大きい医療圏の回答が似通っている点、規模の小さい医療圏で「わからない」が多くポジティブな回答が少ない。
医師の専門領域に関しては、「放射線が主」の医師が他と違う回答分布ではあるものの、８名の回答であるためなんらかの解釈を提供するのは困難である。「手術が主」に比べて「薬物療法が主」の医師の方が「０％」の回答が多い。

問20「副作用を含めた薬物療法に関する十分な情報提供」

薬物療法の開始前に、副作用の出る時期の説明も含めて、十分な説明を行った患者の割合はどの程度ですか。

海邦総研の報告書 p.94,95参照

<全体結果について>

	N	%
0-24%	31	3.2
25-49%	36	3.8
50-74%	116	12.1
75-99%	300	31.3
100%	178	18.6
わからない	297	31.0
Total	958	100

全体の約30%が「わからない」を選択しているが、他の問に比べると「わからない」の回答の割合が比較的少ない。また、「わからない」を回答した以外の回答も過半数以上が75%以上を回答しており、医療者が比較的「十分な情報提供をした」を考えていることが明らかである。本問は全員の回答が求められる問となっているが、MSW の回答の65%が「わからない」を回答していることからも明らかなように、MSW に質問することが適切かについては疑問である。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

職種別では MSW 以外、回答の傾向としては同様である。中でも医師の回答には75%以上のポジティブな回答が目立ち、看護師は最多の33%が「わからない」を回答した。

年齢別には、60代以上の回答者数は他の層と比較して1/4程度しか存在しないものの、ポジティブな回答が目立つ結果となった。

医療圏別の回答に関しては、規模の大きい医療圏の回答が似通っている点、規模の小さい医療圏で「わからない」が多くみられた。宮古と八重山の最も規模の小さい医療圏では100%を回答する回答者が他の医療圏と比較して圧倒的に少なかった。

医師の専門領域に関しては、「放射線が主」の医師が他と違う回答分布ではあるものの、８名の回答であるためなんらかの解釈を提供するのは困難である。さらに、本問は「放射線が主」の医師には比較的把握しにくい問であった可能性もある。

問21「がんゲノム医療に関する十分な情報提供」

がんゲノム医療に関する十分な情報提供をした割合はどの程度ですか

海邦総研の報告書 p.96,97参照

<全体結果について>

	N	%
0%	96	10.0
1-5%	53	5.5
6-10%	33	3.4
11-20%	43	4.5
21-50%	56	5.9
51-100%	67	7.0
わからない	610	63.7
Total	958	100

全体の60%以上が「わからない」を選択している。
「十分な情報提供」を問うていることは問14、さらに回答選択肢で51%以上が一つにまとめられている問題は問15と同様である。本問においては、回答のあった40%弱のうち、10%以下しか半分以上を選択していない。「わからない」以外の最多の回答が0%であることからも、本問に関しての情報の周知度は極めて低い可能性がある。また、本問は薬剤師に加えて MSW へ質問することも適切とは言い難い。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

職種別には、医師以外の回答の70%以上が「わからない」を回答しており、医師以外の回答よりなんらか有用な解釈ができると言い難い。また、医師の回答の中でも「わからない」以外では「0%」が最多の20%となっており、周知度の低い情報であることがわかる。
男女別、年齢別に関しては問16とほぼ同様である。20-40代の回答では、「わからない」の回答以外は、「０％」が最多の回答となっている。
医療圏別の回答に関しては、問16とほぼ同様ではあるものの、本問はどの医療圏においても「わからない」の回答が圧倒的最多である。
医師の専門領域に関しては、「放射線が主」の医師が他と違う回答分布ではあるものの、８名の回答であるためなんらかの解釈を提供するのは困難である。

問22「妊孕性温存療法が必要な患者への同療法の説明（医師と看護師のみ）」

医師と看護師の方にお尋ねします。妊孕性温存療法が必要な患者のうち、実際に妊孕性温存療法の説明を行った患者の割合はどの程度ですか。

海邦総研の報告書 p.98,99参照

<全体結果について>

	N	%
0-24%	123	14.6
25-49%	39	4.6
50-74%	36	4.3
75-99%	60	7.1
100%	45	5.3
わからない	542	64.1
Total	845	100

全体の60%以上が「わからない」を選択している。また、回答のあった40%弱のうち、「0-24%」が最多の14.6%となっており、課題のある結果となっている。また「必要な患者のうち」との文言があるが、回答者によって回答基準が様々である可能性のある問である。よって、「わからない」の回答が、「必要な患者」がわからないのか、「説明がされたか」がわからないのか、その両方であるのかは不明である。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

職種別には、看護師の70%以上が「わからない」を回答している点に留意すべきである。また、医師も40%近くが「わからない」を回答している。本問に関しては、「わからない」回答が、「妊孕性」についての説明についてのイメージがわかないという可能性もあるとすると、必要であるが説明がなされない患者が多くいる可能性を表している可能性もある。

男女別、年齢別に関しては問16とほぼ同様である。

医療圏別の回答に関しては、問16とほぼ同様ではあるものの、本問はどの医療圏においても「わからない」の回答が圧倒的最多であり、北部医療圏の「0-24%」の回答のパーセンテージは他より多くなっている。しかし、回答者の数なども勘案すると本医療圏の回答が他の医療圏と大きく異なっているとは言い難い。

医師の専門領域に関しては、「放射線が主」の医師が他と違う回答分布ではあるものの、８名の回答であるためなんらかの解釈を提供するのは困難である。

診療の状況（問23-28）

問23「質の高い最適な手術の提供」

手術を受けた患者のうち、質の高い最適な手術を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

海邦総研の報告書 p.100,101参照

<全体結果について>

	N	%
0-24%	13	1.4
25-49%	22	2.3
50-74%	88	9.2
75-99%	215	22.4
100%	60	6.3
わからない	560	58.5
Total	958	100

全体の約60%が「わからない」を選択している。本問は、「質の高い手術」をできたかどうかについての問であり、「質の高い」が何を指すかについては回答者により想定するものが異なると考えられる。また、本問も本来「できた」と回答することが望ましい問であり、低いパーセンテージを選びにくい質問である。さらに、手術室に勤務する看護師は少数いるものの、手術を実施するのは医師であり、本問を医師以外に聞くことは適切ではない可能性がある。実際、薬剤師と MSW の回答の80%以上が「わからない」を回答している。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

職種別には、薬剤師の88.9%、MSW の81.3%、看護師の61.5%が「わからない」を回答しており、本分布を医師のものと比較することはできない。医師の回答も、75%以上の回答が多いものの、「わからない」に35%もの回答が存在し、答えにくい問であることがわかる。

男女別に関しては女性の方が「わからない」の回答が多く、ポジティブな回答が少なかったが、これは職種で交絡されている可能性が高い。年齢に関しては、若年ほど「わからない」と回答するパーセンテージが高く、年齢が高くなるほどポジティブな回答が多いと言える。

医療圏別の回答は、比較的規模の大きい南部と中部の分布は似通っているものの、「わからない」の回答が規模の小さな医療圏でより高くなり、半分以上が「わからない」を回答しているため、「わからない」が多い以外解釈が困難である。規模の大きな医療圏では若干ポジティブな回答が多いと言える可能性はある。

医師の専門領域に関しては、「手術が主」の医師が他と違う回答分布であり、ポジティブな回答が多い。

問24「多職種で議論した上での放射線治療実施」

放射線治療を受けた患者のうち、その適応の判断を多職種で議論された上で、提供できた患者の割合はどの程度ですか。

海邦総研の報告書 p.102,103参照

<全体結果について>

	N	%
0-24%	51	5.3
25-49%	51	5.3
50-74%	79	8.3
75-99%	138	14.4
100%	42	4.4
わからない	597	62.3
Total	958	100

全体の60%以上が「わからない」を選択している。放射線の適応の判断は臨床現場では医師（場合によっては看護師）以外に行うことがなく、本問も薬剤師やMSWには不適当な問である。また、「適応の判断」が何を指すかに関しても不明瞭である。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

職種別に関しては問23と同様の結果である。

男女別、年齢に関しても問23と同様であるものの、60代以上はポジティブな回答と同時にネガティブな回答（「0-24%」）を選ぶ割合が最も高かった。

医療圏別の回答も問23と同様であるが、北部医療圏では回答の91%が「わからない」を選択していることは留意すべき点である。

医師の専門領域に関しては、「薬物療法が主」の医師が「100%」を回答するパーセンテージが低かったものの、他と同様「放射線が主」の医師が８名しかいないため、有用な解釈をすることが困難である。

問25「質の高い薬物療法の提供」

薬物療法を受けた患者のうち、質の高い薬物療法を提供できた患者の割合はどの程度ですか。

海邦総研の報告書 p.104,105参照

<全体結果について>

	N	%
0-24%	16	1.7
25-49%	35	3.7
50-74%	145	15.1
75-99%	249	26.0
100%	45	4.7
わからない	468	48.9
Total	958	100

全体の約半数が「わからない」を選択している。全体の解釈に関しては問23と同様であるが、投薬に関しては看護師や薬剤師もかかわっているため、MSW のみ80%以上「わからない」を回答している。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

職種別に関しては看護師の55.4%、薬剤師の46.0%が「わからない」を選択しており、医師の 2 倍程度になっている。「わからない」以外を回答は、医師に75%以上の回答者が多く、100%も特に多かった。
男女別、年齢に関しては問23と同様である。
医療圏別の回答も問23と同様である。
医師の専門領域に関しては、「放射線が主」の医師が他と異なる回答をしており「わからない」や「0%」が圧倒的に多いものの、専門分野から考察するに本結果はある意味必然であり、さらに 8 名の結果であることを留意すべきである。

問26「患者の希望を受けての在宅医療移行」

在宅医療を希望された患者のうち、実際に在宅医療に移行した患者の割合はどの程度ですか。

海邦総研の報告書 p.106,107参照

<全体結果について>

	N	%
0-24%	55	5.7
25-49%	105	11.0
50-74%	158	16.5
75-99%	177	18.5
100%	34	3.6
わからない	429	44.8
Total	958	100

全体の約半数が「わからない」を選択している。薬剤師が患者の在宅移行に直接かかわることは少なく、実際に薬剤師の80%以上が「わからない」を回答している。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

職種別に関しては医師、看護師、MSW の回答に大差はない。看護師は患者の療養生活の支援をする職種であり、在宅移行の希望があれば看護師の耳にも入るはずであるが、その約半数が「わからない」を回答していることは留意点かもしれない。

男女別、年齢に関しては問23と同様であるが、年齢が上がるごとにポジティブな回答が増えている率は他と比較して大きくなく、さらに増加しているのは「100%」の回答のみである。

医療圏別の回答は、「わからない」の回答が規模の小さな医療圏で多いのは他と同じであるものの、都医療圏では「100%」の回答が他と比較して多い。しかし、該当医療圏の回答者は他と比較して圧倒的に少ないことは留意すべきである。

医師の専門領域に関しては、「薬物療法が主」の医師が「わからない」を回答する率が低く「放射線が主」で高かったが、この回答も専門領域から考えると必然である。それ以外の回答に関しては、「手術が主」と「薬物療法が主」で大差があるとは言えない。

問27「リハビリテーションの実施」

リハビリテーションを行った患者の割合はどの程度ですか。

海邦総研の報告書 p.108,109参照

<全体結果について>

	N	%
0%	15	1.6
1-5%	18	1.9
6-10%	17	1.8
11-20%	20	2.1
21-50%	118	12.3
51-100%	345	36.0
わからない	425	44.4
Total	958	100

全体の44.4%が「わからない」を回答している。本問は選択肢が50%以下を詳細に見せるようにつくられているようだが、「わからない」以外を回答した50%のうちの過半数が「51-100%」を選択している。また、薬剤師は患者のリハビリテーションにかかわることは少なく、「わからない」の回答が90%を超えている。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

職種別には、薬剤師の90.5%、MSW 及び看護師の半数が「わからない」を回答している。「わからない」以外の回答では、医師にポジティブな回答がやや多いが、「51%-100%」はとても開きの大きいカテゴリーであるため解釈がやや困難である。

男女別、年齢に関しては、ほぼ差がない。

医療圏別の回答は、比較的規模の大きい南部と中部の分布は似通っているものの、「わからない」の回答が規模の小さな医療圏でより高くなり、半分以上が「わからない」を回答しているため、「わからない」が多い以外解釈が困難である。

医師の専門領域に関しては、「放射線が主」の医師が他と違う回答分布であるが、回答者は８名のみである。

問28「高齢がん患者への「高齢者機能評価」」

高齢者のがん患者に対して、治療前に「※高齢者機能評価」を行った割合はどの程度ですか。

海邦総研の報告書 p.110,111参照

<全体結果について>

	N	%
0%	104	10.9
1-5%	24	2.5
6-10%	24	2.5
11-20%	22	2.3
21-50%	48	5.0
51-100%	70	7.3
わからない	666	69.5
Total	958	100

全体の約70%が「わからない」を回答しており、「わからない」以外では「０％」が最大と周知が必要な内容である。この「わからない」が「高齢者機能評価」がわからないのか、評価を行った割合がわからないのかは不明であり、両方の可能性もある。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

職種別には、医師以外、「わからない」を回答しているのが看護師の77.9%、薬剤師の90.5%、MSW の83.3%と「わからない」以外の解釈が不可能である。医師の中でも、「わからない」以外の回答が「0%」が最大と周知度が低いことがうかがえる。

男女別に関しては、女性に「わからない」が多い以外ほぼ差がない。年齢に関しては、若年ほど「わからない」が多いが、ポジティブな回答もネガティブな回答も高齢になるほど多くなっている。

医療圏別の回答は、問23と同様であるが、中部医療圏のみ「51-100%」の回答が際立って多かった。その他、規模の大きな医療圏ですら「わからない」の回答が圧倒的多数である。

医師の専門領域に関しては、問27と同様である。

他医療機関への紹介（問29-34）

問29「希少がん患者の中部病院、琉大病院、県外医療機関への紹介」

希少がん患者のうち、診断又は治療目的で、県立中部病院、琉球大学病院または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。

海邦総研の報告書 p.112,113参照

<全体結果について>

	N	%
0-24%	94	15.9
25-49%	24	4.1
50-74%	25	4.2
75-99%	24	4.1
100%	27	4.6
わからない	399	67.3
Total	593	100

「この質問の対象外」を回答した365名（38%）を除いた分布である。回答者の67%が「わからない」を回答している。「わからない」の回答以外では「0-24%」が最大の回答となっており、紹介なされていない可能性が高い。また、本問を医師以外に質問することは適当とは言えない。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

職種別で「この質問の対象外」を回答した365名（38%）を除いた分布は以下の通りである。

	医師(126 名)	看護師(383 名)	薬剤師(43 名)	MSW(41 名)
0-24%	38.1%	9.6%	6.9%	14.6%
25-49%	5.5%	4.1%	2.3%	0%
50-74%	5.5%	4.7%	0%	0%
75-99%	6.3%	3.9%	0%	2.4%
100%	12.7%	2.3%	0%	4.8%
わからない	31.7%	75.2%	90.7%	78.0%

医師以外、圧倒的多数が「わからない」を回答している。医師の回答でも「わからない」以外は「0-24%」が最大の回答であり、紹介されていない可能性を表している。

男女別の回答は、職業で交絡されている以外は差があるとは言い難い。年齢別は、若いほど「わからない」の回答が多くなり、100%の回答は年齢が上がるごとに高くなるものの、「0-24%」の回答も年齢の増加とともに多くなった。

医療県別では、以下の通り、どの医療圏でも「わからない」が60%を越えており、中部と南部以外では70%を越えていた。「わからない」が多すぎるため比較は適当とは言えないが、どの医療圏においても「わからない」以外では「0-24%」のパーセンテージが高かった。

医師の専門分野別では、「手術が主」の医師以外、「100%」の回答者はいなかった。ただし、専門を考慮すると必然的な回答である。

問31「難治がん患者の県内・県外医療機関への紹介」

難治がん患者のうち、診断又は治療目的で、沖縄県における「掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設一覧」または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。

海邦総研の報告書 p.116,117参照

<全体結果について>

	N	%
0-24%	127	13.3
25-49%	24	2.5
50-74%	22	2.3
75-99%	30	3.1
100%	20	2.1
わからない	735	76.7
Total	958	100

回答者の76.7%が「わからない」を回答している。その他の点については問29と同様である。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

問29と同様の結果である。

医師の専門分野別の回答は、「薬物療法が主」の医師にも「100%」の回答が3.3%存在したが、「手術が主」の医師の方がポジティブな回答が比較的多いである。

問33「AYA 世代がん患者の県内・県外医療機関への紹介」

県立中部病院、那覇市立病院、琉球大学病院以外の方にのみお尋ねします。AYA 世代のがん患者のうち、県内のがん診療連携拠点病院または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。

海邦総研の報告書 p.120,121参照

<全体結果について>

	N	%
0-24%	88	15.2
25-49%	20	3.4
50-74%	15	2.6
75-99%	14	2.4
100%	13	2.2
わからない	431	74.2
Total	581	100

回答者の74.2%が「わからない」を回答している。その他の点については問29と同様である。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

問29と同様の結果である。

医師の専門分野別の回答は、問30と同様である。

離島・へき地の医療体制（問35-37）

問35「離島・へき地患者の本島医療機関へのスムーズな送り出し」

北部地区医師会病院、県立北部病院、たいら内科クリニック、宮古病院、八重山病院の医療者の方にのみお尋ねします。離島やへき地に住む患者において、自施設から本島の専門医療機関に送った方が良いと評価した患者のうち、スムーズに送ることができた患者の割合はどの程度ですか。

海邦総研の報告書 p.124,125参照

<全体結果について>

	N	%
0-24%	7	3.0
25-49%	14	6.1
50-74%	23	10.0
75-99%	40	17.4
100%	13	5.7
わからない	133	57.8
Total	230	100

全体の約60%が「わからない」を選択している。また、「スムーズな送り出し」ができたかどうかについては回答者によって判断基準が異なる可能性がある。問の中に「自施設から本島の専門医療機関に送った方が良いと評価した患者」とあるが、この評価ができるのは医師である可能性が高く、本問を医師以外の職種に問うのは適切とは言い難い。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

職種別には、薬剤師100%、MSW の76.9%、看護師の61.1%が「わからない」を回答しており、本問が医師以外にとって答えにくい問であることがわかる。医師の中では60%が「75%以上」回答しており他の職種よりポジティブな回答が多くみられる。

男女別に関しては女性の方が「わからない」の回答が多く、ポジティブな回答が若干少なかったが、これは職種で交絡されている可能性が高い。年齢に関しては、20代にネガティブな回答が多く、年齢が高くなるほどポジティブな回答が多いと言える。

医療圏別の回答は、比較されている３つの医療圏内で差があるとは言えない。

医師の専門領域に関しては、そもそも回答者が36名しかおらず、「放射線が主」は0人しかいないため比較が適切とは言えない。

問36「離島・へき地と本島との医療格差解消」

北部地区医師会病院、県立北部病院、たいら内科クリニック、宮古病院、八重山病院の医療者の方にのみお聞きします。
離島やへき地に住むがん患者に対する医療において、中部医療圏や南部医療圏との医療格差が明らかに感じられた患者の割合はどの程度ですか。

海邦総研の報告書 p.126,127参照

<全体結果について>

	N	%
0-24%	27	11.7
25-49%	18	7.8
50-74%	34	14.8
75-99%	10	4.4
100%	16	7.0
わからない	125	54.4
Total	230	100

全体の約60%が「わからない」を選択している。「医療格差が明らかに感じられた患者」とは何を指すのかは不明瞭である。回答者によっては何の「格差」なのかは異なる可能性がある。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

職種別の回答は、職種によってばらつきが大きいことがわかる。「わからない」の回答は医師が一番低く19.4%でありその他は60%以上であった。医師の回答は「0-24%」および「100%」が他の職種より多く両極端である。本問は職種によって想定されるものが異なる可能性が高いことからこのような結果になったことも考えられる。

男女別に関しては女性の方が「わからない」の回答が多く、ネガティブおよびポジティブな回答が多かったが、これは職種で交絡されている可能性が高い。年齢に関しては、20代にネガティブな回答が多く、年齢が高くなるほどポジティブな回答が多いと言える。

医療圏別の回答は、宮古医療圏でポジティブな回答およびネガティブな回答が多いが、そもそも45名のみの回答であり断定的なことは言い難い。

医師の専門領域に関しては、そもそも回答者が36名しかおらず、「放射線が主」は0人しかいないため比較は適切とは言えないが、「手術が主」と「薬物療法が主」の医師では「手術が主」の医師に「0－24%」の回答が多くみられた。

問37「離島・へき地患者に対する通院回数への配慮」

離島の医療施設勤務者を含む全ての医療従事者にお尋ねします。離島やへき地に住むがん患者のうち、なるべく少ない回数で通院が終わるように配慮した患者の割合はどの程度ですか。

海邦総研の報告書 p.128,129参照

<全体結果について>

	N	%
0-24%	34	3.6
25-49%	43	4.5
50-74%	83	8.7
75-99%	114	11.9
100%	46	4.8
わからない	638	66.6
Total	958	100

全体の66%が「わからない」を選択している。また、「少ない回数で通院が終わる」よう調節できるのは主に医師であり、その他の職種に本問を問うのは適切とは言い難い。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

職種別の回答は、看護師の74.9%、薬剤師の84.1%、MSW の79.2%が「わからない」を回答している。
医師の中で「わからない」以外の回答は「75%-99%」が最多となり、比較的努力している項目であるかもしれない。
男女別に関しては問36と同様である。年齢に関しては年齢が若いほど「わからない」が多く、年齢が高くなるほど「100%」の回答が多くなっている。
医療圏別の回答は、宮古でややポジティブな回答が多いものの、全体的に似通っている。
医師の専門領域に関しては、「薬物療法が主」の医師が若干ネガティブな回答をしているものの差があるとは言い難い。

沖縄県のがん医療体制等（問38-41）

問38　県内における集約化と機能分化

沖縄県内において、がん医療の適切な集約化と機能分化が十分にできていると思いますか。

海邦総研の報告書 p130,131参照

<全体結果について>

	N	%
そう思う	14	1.5
おおむねそう思う	230	24.1
どちらとも言えない	458	47.8
あまりそう思わない	206	21.5
そう思わない	50	5.2
	958	100.0

ここから後の質問は「わからない」という選択肢が設定されていなかった。ただし、「どちらともいえない」に吸収されている可能性がある。集約化・機能分化については、概念的に「十分」な機能分化は主観的であり、回答者によって何を意味しているのかは異なる可能性があることと、ほぼ対称の分布となっており最多回答がどちらともいえない、となっている。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

これは職種にかかわらず、どちらともいえないが最多である傾向にある。

ただし、否定的な回答「あまりそう思わない」「そう思わない」は医師で特に多く、他の職種が「どちらともいえない」と多く回答していることが全体に影響しているといえる。もし「どちらともいえない」が「わからない」という意味に近いとすれば、医師がその役割において、機能分化の不十分さを感じることが多いということを表している可能性がある。放射線治療を専門とするものは8名が分母とはいえ、4名が「そう思わない」としていることから、放射線治療の専門家の働き方・機能についてはより深く検討の機会があってもよいのかもしれない。

問39　医師への意見の言いやすさ

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

海邦総研の報告書 p.132,133参照

<全体結果について>

	N	%
言える	41	5.6
おおむね言える	284	38.6
どちらとも言えない	266	36.1
あまり言えない	128	17.4
言えない	17	2.3
Total	738	100.0

医師への意見の言いやすさは、「おおむねいえる」が最多であるとはいえ、どちらともいえない、も同数あることに注目すべきかもしれない。「言えない」、「あまり言えない」も5分の１とある。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

職種別については、看護師では「どちらともいえない」という回答が最多となっており、他の職種において、「おおむね言える」が最多であることと対照的である。地域別にいても、本島では「おおむねいえる」が最多となるのに対して、宮古・八重山では「どちらともいえない」が最多であった。

医師と、他のスタッフとの関係については職種ごとに関係性が異なるのは自然であるものの、チーム医療には重要な要素であることから、肯定的回答がより多くなるほうが望ましい。

問40　他スタッフの意見の尊重

医師の方にお聞きします。他の医療スタッフの話に耳を傾けていますか

海邦総研の報告書 p.134，135参照

<全体結果について>

	N	%
傾けている	82	37.3
おおむね傾けている	119	54.1
どちらともいえない	17	7.7
あまり傾 けていない	2	0.9
傾けていない	0	0.0
Total	220	100.0

＜カテゴリー別の解析結果について＞

医師は、その立場から、「傾けている」「おおむね傾けている」が最多となっており「どちらともいえない」「あまり傾けていない」が、反省的な意見なのか、これらの回答者の要求水準が高いのかは考察の余地がある。

年代別の分析では「おおむね」との回答が40台以外では最多であるのに対して、40台で「傾けている」が最多となっている。また、20代では回答者数は11名ではあるものの、「どちらともいえない」「あまり傾けていない」が多いし、30代でもより高年齢よりも同様の傾向がみられることから、「耳を傾ける」という表現が、上下関係のニュアンスを含むために、職位や立場が回答の傾向に関係する可能性もある。

問41　職場のキャリア育成環境

今の職場は、あなたが必要な知識を備えた専門的人材になれる環境やキャリア形成（専門資格を取得するなど）を、支援してくれていますか。

海邦総研の報告書 p.136,137参照

<全体結果について>

	N	%
支援してくれている	110	11.5
おおむね支援してくれている	471	49.2
どちらともいえない	292	30.5
あまり支援してくれない	66	6.9
支援してくれていない	19	2.0
Total	958	100.0

約半数がおおむね支援してくれている、と回答があり、次いで「どちらともいえない」が3割となっている。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

医療ソーシャルワーカー、薬剤師では約70%が肯定的（「支援してくれている」「おおむね」）と回答しているのに対して、医師は64%、看護師は56%と少し肯定的回答の割合は低めとなる。また、宮古・八重山では「どちらともいえない」が最多となっていることは、実態と地域性、あるいは職種の分布を加味して検討する必要性があると考えられる。

4. 全体の注意点について

全体として「わからない」との回答が非常に多く（60%以上)、「わからない」が、回答者が当該質問を回答する立場にないということでよいのかが疑問であったため、解釈が困難であった。特に「診療の状況」や「他医療機関への紹介」に関する質問は、全職種に一律に行われているため、職種によっては不適切な質問が必須回答となっている場合が多くみられる。

中でも、全体として、看護師の「わからない」という回答が際立っている。看護師の専門である療養に関与する質問であるにもかかわらず、「わからない」とするケースも目立ち、看護師の裁量が低いのか、質問の意図が理解できていないのか不明である。また、女性が「わからない」と答えやすいのか、看護師全体の傾向なのかも判断が難しい。

ただし、これは質問の構成の影響も否定できない。質問内容が複数の要素を細かく設定している場合に、回答が「わからない」とされた場合、その「わからない」が、自らの意見がないのか、質問がわからないのか、様々考えられる。問によっては回答の想定するものが回答者によって異なる可能性が高い（例：問36)。

年代別では、全体的に、若年層は「わからない」と回答する割合が高く、高齢者ほどポジティブな回答を示す傾向がある。若年層の「わからない」の回答は、職種、職場における経験が少ない、あるいは責任が軽いことから考えが及んでいない可能性もある。

医療施設種別においては、見かけ上は大きな回答傾向の差は目立てなかった。しかし、地域がん診療病院における「わからない」との回答が圧倒的に多く、この部分においては、医療施設以外の要因が影響している可能性を念頭に置いておくことが必要である。

患者数や病院数の観点から小規模な医療圏では「わからない」との回答が顕著に目立ち、さらに多くの質問においてネガティブな回答が見られた。ただし、回答数が少ないため、一般化には注意が必要である。

職種別の分析については、割合を比較する際には分母の大きさに注意する必要がある。特に、医師の専門別では、「放射線が主」の医師は、8名であることから、異なる回答分布が、専門性の違いのために質問対象となっている事項に対する見方が異なるのか、分母が少ないことによる統計的な不安定性によるものなのかは不明である。同様に医療ソーシャルワーカーは全体で48名、北部医療圏、都医療圏の回答はそれぞれ49名、45名であることから、これらの特徴についての考察は行いづらい。

5. 今後にむけた提言

１．調査方法についての提言

（質問項目について）

今回の医療者調査については、「わからない」という回答が非常に多かったが、そもそも質問項目を策定する際に、質問内容が回答者には「わからない」ということが想定されていたために、当該選択肢を設けたと考えられる。しかし、今回調査をしてみて、予想以上に「わからない」と回答されたと考えられ、それぞれ果たして医療者に対して質問すべき事項であったのかを再検討する必要がある。

特に今回、「〇〇であった患者の割合がどの程度か」を問い、具体的な数値の範囲を選択する質問するものが多数を占めたが、数値というのは真実が存在することから、実際にその知識がなければ「わからない」と回答するのは自然なことである。しかし、真の値を知るものはおそらくめったにないことから、事実上「印象」あるいは「感覚」で答えることを依頼しているため、質問表現はより直接的に「あなたの感覚に最も近い数字を選択してください」として数値選択肢を回答するか、「どのぐらいかと思いますか？」として「ほとんどすべて」「だいたい」といった、印象の質問として、正解を問うのではなく主観を問うことが直感的に明らかにしたほうが回答しやすいと考えられる。

また、論理的には割合には分母、対象者を明確にする必要がある。対象が「施設全体で該当する患者」「あなたが関わった中で該当する患者」なのか、はたまた、「沖縄全体の該当する患者」なのかの指定が設問になかったため、回答者が想定しているものが異なる可能性がある。これは職種ごとの回答傾向に一部反映されている可能性があり、今後は明確にする必要がある。

また、数値を問う際には選択肢は統一したほうが良い。範囲の中央の値をベースに平均を出す計算法は、選択肢が異なると取りうる値の範囲も異なってしまうこともあり、比較ができないし、想定する回答とレベルが異なってしまうと、回答者の思う数値の範囲をとらえられないこともある。

ロジックモデルをもとに質問項目を設定する手法により今回の医療者調査の項目が決定されているものの、医療者への質問に対する回答が測定したい指標を一定以上正確に反映するのかどうかも含めて、再検討する必要がある。また、今回の結果を踏まえて、ロジックモデルの内容を変えることも考える必要がある。

（手順について）

以上のようなことは、時間が限られた中で質問紙を作成するには気が付くのは難しいことがある。そのような問題を効率よく認知するには、パイロット調査をすることが最適である。それも、認知面接 Cognitive (debriefing) interview といって、回答者に回答を見ながら、何を考えて回答したのかを話してもらい、その回答思考や想定が調査者が意図したことから外れていないかをチェックし、外れていたら、質問紙の表現を変更する手法である。通り一遍のパイロット調査と意見募集では絶対に得られない反応が得られるので、重要な調査を行う際には必須の手法である。

３．沖縄のがん診療に対する提言

（患者への情報提供）

情報提供について、特に低めの傾向の回答が多いものは、医療費、妊孕性温存療法についてであった。医療費は患者にとっても相談しづらいこともあり、また病状によって大きく変動することや、高額療養費制度が月単位の支出と、個人の収入によって異なる程度で適用されることから、一律の情報提供はしづらい一面がある。また妊孕性についても個人の状況によって希望がわかれることは容易に想像がつき、また一般には話しづらい。それを解決するためには、一定の手順を定めて対象者のスクリーニングを行うことが有用である可能性がある。例えば、医療費については、主に米国においては医療費を治療の有害事象の一つととらえて「医療費毒性」（Financial Toxicity）と称し、その検出を Financial Toxicity Screening として、医療費の不安がある患者を早期に洗い出して対応するといったことが行われている。また妊孕性についても初診において「挙児希望」をスクリーニングして希望がある場合には対応をかけることが有用と考えられる。

また、患者サロン、ピアサポート、患者会に関する情報、がん相談支援センターの情報提供も少ない結果となっていることから、これら「相談」先の情報提供はシステム化することが重要である。これらは特に医師の回答が低い傾向があるのも特徴かもしれない。施設としての一定の情報提供体制を構築することが必要であり、また、専門性を明確に分けて担当分野と考えられる職種の担当とすることも工夫の一つと考えられる。

（離島・僻地連携）

離島へき地との連携は数値には表れづらい個別性がある。個別自由回答については多くが「患者が希望しない」といった回答がみられており、どういった状況を目指すのかといったことを明確化していく必要があり、それに沿った質問紙によるモニターを行っていくことが望まれる。

（医師とスタッフのコミュニケーション）

医師以外の報告では、医師とのコミュニケーションは、肯定的な回答は多数派であるものの、看護師が他の職種に比べて、「中立（どちらともいえない）」的な回答が多かった。これは、医師と医療全般にわたって意見交換して診療を進めていく際には、意見を言えないことも一定数あるということであると考えられる。一方で医師への「耳を傾けているか」の質問は、職種に限ったことではないため、対応関係をとることが難しい。限られた時間の中で納得のいくまでコミュニケーションをとることは難しいが、少なくとも意見を言える、と回答できるような環境の構築は必要であり組織として工夫を考えていくことが必要である。

資料８－３

沖縄県がん診療連携協議会
委員各位

2024 年 10 月 29 日
ベンチマーク部会長
増田昌人

第２回医療者調査の結果に基づく提案

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版）（以下、第４次沖縄県がん計画（協議会版））の進捗評価のために行われた今年２月～３月に行われた沖縄県がん診療連携協議会主催第２回医療者調査において、実現率（資料８－１　6 ページ参照）が 30%未満の特に低い項目が３分野、平均スコア（資料８－１　6 ページ参照）が特に低い項目が２分野あった。

① 患者サロン、ピアサポート、患者会に関する十分な情報提供　　実現率 22.2%
②がんゲノム医療に関する十分な情報提供　　実現率 23.4%
③高齢がん患者への治療開始前の高齢者機能評価　　実現率 26.0%
④県内におけるがん医療の集約化と機能分化　　平均スコア：－2.5
⑤医師への意見の言いやすさ（医師以外が回答）　　平均スコア：13.9

＊詳細は、資料８－１（海邦総研作成報告書）および８－２（NPO 法人疾病対策情報センター作成資料）を参照。

このうち、①～③に関しては、基本的には医療者の認識不足や説明不足がその理由である。このため、協議会として、がん診療連携拠点病院等 6 施設と『掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設』20 施設に対して、上記①～③の項目については、要望書（次ページ以降）を送ることを提案する。

また、④に関しては、2012 年度（第６次沖縄県医療計画時）と 2018 年度（第７次沖縄県医療計画時）と同様に、今年度も第８次沖縄県医療計画に基づき、いわゆる『掲載要件』を決めるために、沖縄県から琉球大学への委託に関する要望書を協議会として提案する。

⑤に関しては、各病院へ医師以外の医療者から医師へ意見が検討を促すための方策を、各医療機関で行ってほしい旨の要望書を送ることを提案する。

2024 年 10 月 30 日

『掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設』
○○○○院長

沖縄県がん診療連携協議会議長
（琉球大病院長）
大屋祐輔

第 2 回医療者調査の結果に基づく要望書

沖縄県がん診療連携協議会（以下、協議会）では、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版）の進捗評価のために、本年 2 月～3 月に沖縄県がん診療連携協議会主催第 2 回医療者調査を行いました。その際には、貴院に多大なご協力をいただきました。改めて、お礼を申し上げます。

今回、その結果を同封の資料 1 報告書（海邦総研作成）と資料 2（NPO 法人疾病対策情報センター）にまとめましたので、貴院内で共有をしていただければと思います。

この結果を受けて本協議会では、第 3 回協議会で審議を行い、特に達成が不十分な 4 項目についは、その達成に向けて、県内の主要医療機関に特別に要望を行い、ご協力をお願いすることにしました。

以下の項目につき、ぜひ貴院でも担当分野の委員会等で協議の上、医療職の方々に周知、達成を図っていただきますようにお願い申し上げます。

記

以下のことを、貴院全体で取り組んでいただくことをお願いいたします。

1　医師を含む担当職員から患者サロン、ピアサポート、患者会に関する十分な情報提供を、診断がついた初期の段階で患者さんに十分行うこと
2　担当医からがんゲノム医療に関する情報提供を患者さんに十分行うとともに、標準治療がない患者に対しては治療開始前に、標準治療がある患者に対してはその治療修了が見込まれる際に、がん遺伝子パネル検査を行うことを一度は検討すること
3　65 歳以上のがん患者に治療をする際には、全例に高齢者機能評価を行うこと
4　医師以外の医療職が、医師に対して自由に意見が言えるような体制整備を行うこと

以上

2024 年 10 月 30 日

沖縄県知事
玉城デニー殿

沖縄県がん診療連携協議会議長
（琉球大病院長）
大屋祐輔

第 2 回医療者調査の結果に基づく要望書

沖縄県がん診療連携協議会（以下、協議会）では、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版）の進捗評価のために、本年 2 月～ 3 月に沖縄県がん診療連携協議会主催第 2 回医療者調査を行いました。対象は、県庁ホームページに掲載されている『掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設』26 施設に勤務する医療者（医師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー）で、1,267 名から回答が得られました。

今回、その結果を同封の資料 1 報告書（海邦総研作成）と資料 2（NPO 法人疾病対策情報センター）にまとめましたので、ご参照ください。

この結果を受けて本協議会では、１１月 8 日の第 3 回協議会で審議を行い、特に達成が不十分な項目について行い、対応策を検討いたしました。

その中で、県内におけるがん医療の集約化と機能分化については、平均スコアが－2.5 ポイントと特別に低く、これに関しては、沖縄県の担当部署と共同で改善を図る必要があるという意見が出ました。そこで、その解決策の一つとして、以下を要望いたしますので、よろしくお取り計らいをお願い申し上げます。

記

第 8 次沖縄県医療計画に基づき、『掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設』の選定のための掲載要件を決めることを、沖縄県から琉球大学への委託していただくこと
＊2012 年度（第 6 次沖縄県医療計画時）と 2018 年度（第 7 次沖縄県医療計画時）に、同様の委託事業は行われています。

以上

（１） 本調査の分析方法

本調査は、適切な医療や情報の提供に関し、「75～99%」など一定の幅を持った選択肢を設け、その実施状況を尋ねている。回答結果をそのまま集計し、「『75～99%』に◯%の回答が集まった」とする調査結果のみでは、結果の全体像が把握しづらいと思われるため、以下の方法で結果概要を取りまとめた。

① 各選択肢の平均の値を「代表値」とする。
② 代表値に各回答者数を掛ける。
③ 掛けた値の合計を、総回答者数で割る（※算出に際し、「わからない」の回答は除外）。
④ 算出された値を、その質問に対する**「実現率」**とみなす。

※「実現率」算出例

選択肢	代表値（選択肢の平均値）	回答者数	代表値×各回答者数	
0～24%	12	22	264	
25～49%	37	52	1924	
50～74%	62	159	9858	
75～99%	87	277	24099	
100%	100	90	9000	
	小計	600	45145	75.2

↑実現率

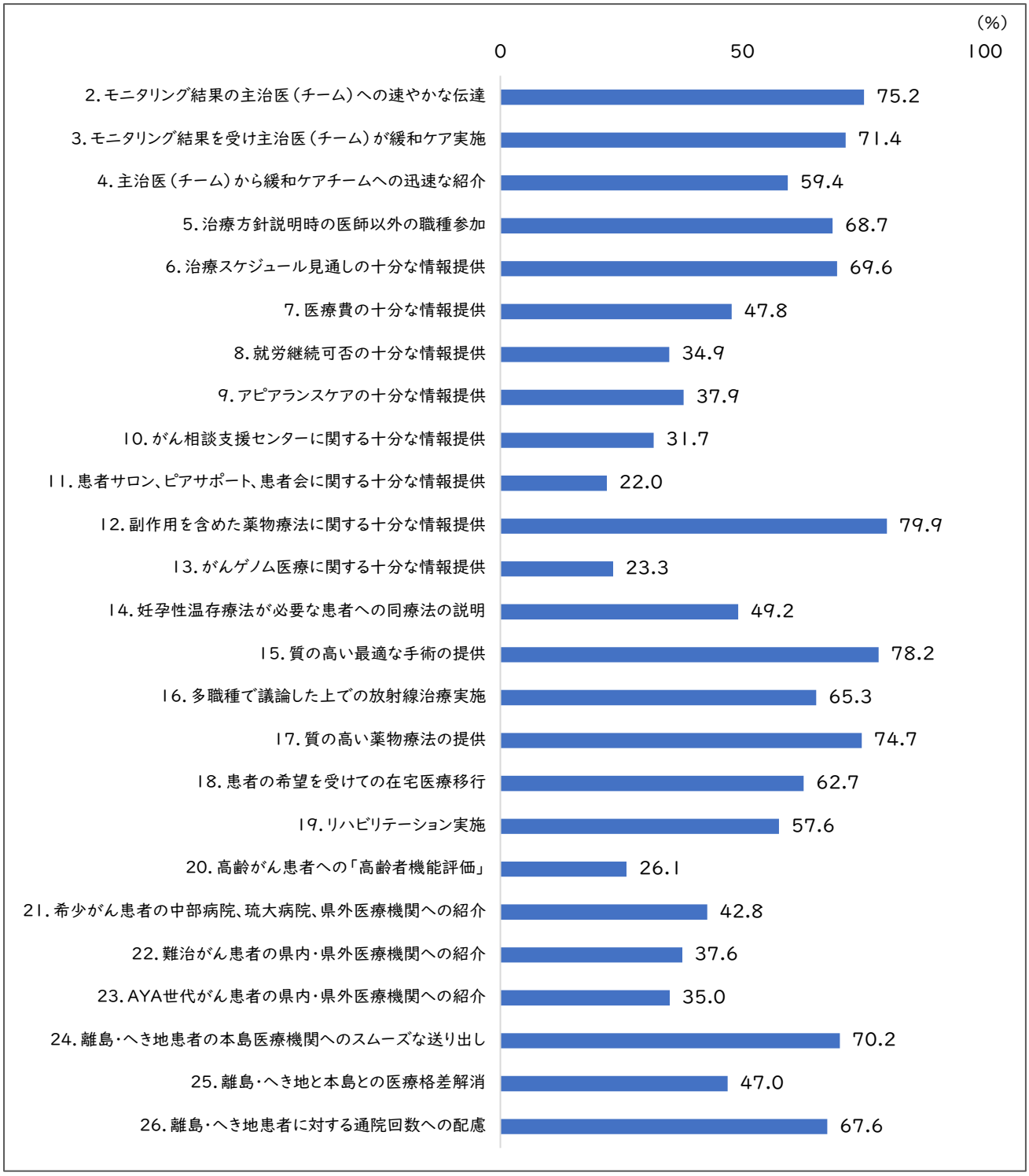
（代表値×各回答者数の小計を回答者総数で割った値）

上記のような、一定の幅を持つ選択肢以外に、「そう思う」「あまりなかった」など定性的な選択肢を設けた質問もある。それらの質問については、以下の方法で結果概要を取りまとめた。

① 「そう思う（なかった）」＝100、「おおむねそう思う（あまりなかった）」＝50、「どちらともいえない」＝0、「あまりそう思わない（ややあった）」＝-50、「そう思わない（あった）」＝-100 とスコアを設定する。
② スコアに各回答者数を掛ける。
③ 掛けた値の合計を、総回答者数で割る（※算出に際し、「わからない」の回答は除外）。
④ 算出された値を、その質問に対する**「平均スコア」**とみなす（-100～100 の幅で算出される）

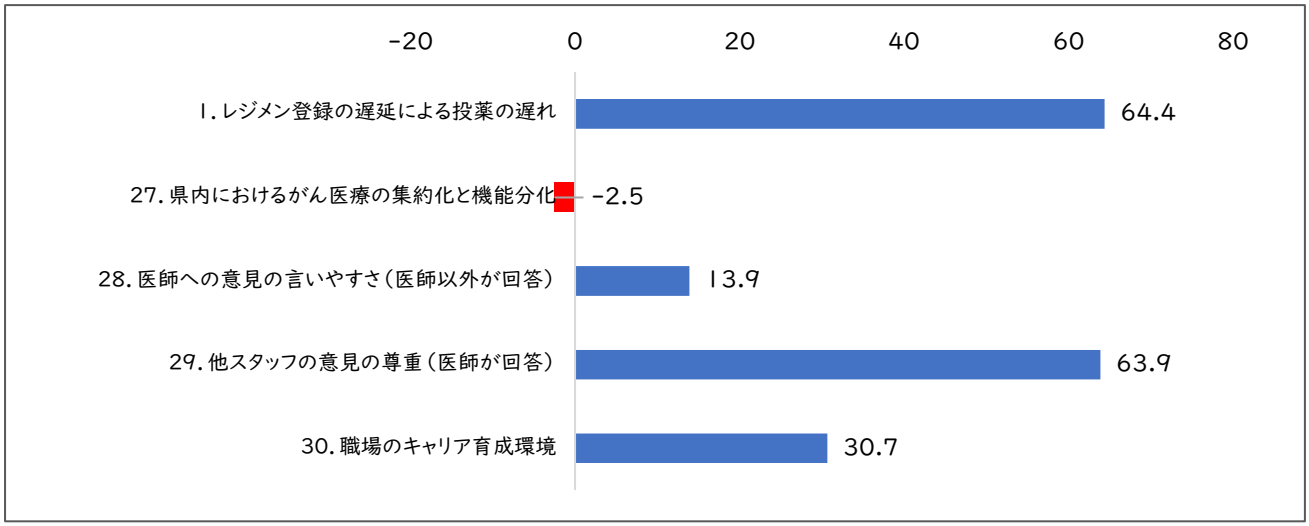
次ページ以降に、各質問の**「実現率」**と**「平均スコア」**を一覧でまとめた。

（２） 各項目の実現率一覧



※「質問 25」に前述計算式を適用した場合、算出値は「格差残存率」を表すことになるため、100 から算出値を差し引いた「格差解消率」をグラフに記載している。

（３） 各項目の平均スコア一覧



（11）患者サロン、ピアサポート、患者会に関する十分な情報提供

実現率：22.0%

Q. 患者サロン（ゆんたく会）、ピアサポート、患者会について、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。

【全体、職種別】

- 全体では「0%」が12.4%と最も多く、ついで「21～50%」が9.5%、「51～100%」が6.9%、「1～5%」が6.0%、「6～10%」が5.5%、「11～20%」が5.2%と続いた。
- 職種別では、「0%」に「医師」と「医療ソーシャルワーカー」の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種			
		医師 (n=219)	看護師 (n=621)	薬剤師 (n=63)	医療ソーシャルワーカー (n=48)
0%	12.4	**26.9**	7.6	4.8	**18.8**
1～5%	6.0	7.8	5.6	0.0	10.4
6～10%	5.5	8.2	5.0	1.6	4.2
11～20%	5.2	7.3	4.7	0.0	8.3
21～50%	9.5	7.8	10.6	6.3	6.3
51～100%	6.9	6.4	8.1	1.6	2.1
わからない	54.6	35.6	58.5	**85.7**	50.0

【性別、年代別】

- 年代別では、「51～100%」に60代以上が多く、「わからない」が20代に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	性別		年代別				
		男性 (n=317)	女性 (n=622)	20代 (n=206)	30代 (n=251)	40代 (n=259)	50代 (n=178)	60代以上 (n=57)
0%	12.4	**18.9**	9.2	10.7	13.5	13.1	10.7	15.8
1～5%	6.0	6.0	5.8	4.4	5.2	6.2	7.9	8.8
6～10%	5.5	6.9	4.8	5.8	6.4	4.6	4.5	7.0
11～20%	5.2	5.4	5.0	3.4	4.4	6.6	5.6	7.0
21～50%	9.5	6.9	10.8	7.3	8.0	11.2	12.9	5.3
51～100%	6.9	5.0	8.0	5.3	3.6	8.9	7.3	**17.5**
わからない	54.6	50.8	56.4	**63.1**	59.0	49.4	51.1	38.6

【医療圏別】

➢ 医療圏別では、「わからない」が宮古と八重山に多く、「1～5%」が宮古に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療圏				
		北部医療圏 (n=49)	中部医療圏 (n=217)	南部医療圏 (n=504)	宮古医療圏 (n=45)	八重山医療圏 (n=136)
0%	12.4	14.3	16.1	10.9	11.1	11.8
1～5%	6.0	8.2	7.8	4.8	**11.1**	5.1
6～10%	5.5	2.0	4.6	7.3	0.0	2.9
11～20%	5.2	2.0	4.1	6.2	2.2	5.1
21～50%	9.5	8.2	7.8	12.1	2.2	5.1
51～100%	6.9	8.2	9.2	6.7	4.4	4.4
わからない	54.6	57.1	50.2	52.0	**68.9**	**65.4**

【医療施設別】

➢ 医療施設別では、「わからない」が地域がん診療病院に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療施設分類		
		都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=373)	地域がん診療病院 (n=223)	その他の医療機関 (n=355)
0%	12.4	9.7	10.8	16.3
1～5%	6.0	5.4	6.7	6.2
6～10%	5.5	7.5	2.7	5.1
11～20%	5.2	5.6	5.4	4.5
21～50%	9.5	11.8	5.8	9.3
51～100%	6.9	7.8	5.4	7.0
わからない	54.6	52.3	**63.2**	51.5

【医師の主たる分野別】

➢ 医師の主たる分野別では、「0%」の回答が各分野に多く、「51～100%」の回答が「放射線治療が主」の医師に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種	医師の主たる分野		
		医師 (n=219)	手術が主 (n=120)	放射線治療が主 (n=8)	薬物療法が主 (n=91)
0%	12.4	**26.9**	**22.5**	**37.5**	**31.9**
1～5%	6.0	7.8	7.5	**12.5**	7.7
6～10%	5.5	8.2	9.2	0.0	7.7
11～20%	5.2	7.3	6.7	0.0	8.8
21～50%	9.5	7.8	10.0	0.0	5.5
51～100%	6.9	6.4	7.5	**25.0**	3.3
わからない	54.6	35.6	36.7	25.0	35.2

問19「患者サロン、ピアサポート、患者会に関する十分な情報提供」

患者サロン（ゆんたく会)、ピアサポート、患者会について、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。

海邦総研の報告書 p.92,93参照

<全体結果について>

	N	%
0%	118	12.3
1-5%	58	6.1
6-10%	53	5.5
11-20%	49	5.1
21-50%	90	9.4
51-100%	68	7.1
わからない	522	54.5
Total	958	100

全体の約60%が「わからない」を選択している。
「十分な情報提供」を問うていることは問14、さらに回答選択肢で51%以上が一つにまとめられている問題は問15と同様である。本問においては、回答のあった約40%のうち、10%以下しか半分以上を選択していない。「わからない」以外の最多の回答が0%であることから、本問に関しての情報の周知度は極めて低い可能性がある。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

職種別には「わからない」以外を回答した人の中では医師に「０％」の回答は多い。本問の回答が適切かについて疑わしい薬剤師の人口を除いては、看護師のうち「わからない」と回答した人が58%もいたことは注目すべき点であり、医療者の中でも周知が必要な分野と考えられる。
男女別、年齢別に関しては問16とほぼ同様である。
医療圏別の回答に関しては、問16とほぼ同様である。規模の大きい医療圏の回答が似通っている点、規模の小さい医療圏で「わからない」が多くポジティブな回答が少ない。
医師の専門領域に関しては、「放射線が主」の医師が他と違う回答分布ではあるものの、８名の回答であるためなんらかの解釈を提供するのは困難である。「手術が主」に比べて「薬物療法が主」の医師の方が「０％」の回答が多い。

（13）がんゲノム医療に関する十分な情報提供

実現率：23.3%

Q. がんゲノム医療に関する十分な情報提供をした割合はどの程度ですか。

【全体、職種別】

- 全体では「0%」が 10.1%と最も多く、ついで「51～100%」が 6.9%、「21～50%」が 5.8%、「1～5%」が 5.5%、「11～20%」が 4.5%、「6～10%」が 3.5%と続いた。
- 職種別では、「0%」「51～100%」「21～50%」に医師の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種			
		医師 (n=219)	看護師 (n=621)	薬剤師 (n=63)	医療ソーシャルワーカー (n=48)
0%	10.1	**20.1**	6.4	11.1	10.4
1～5%	5.5	8.2	5.0	1.6	4.2
6～10%	3.5	6.8	2.6	1.6	2.1
11～20%	4.5	6.8	4.0	3.2	2.1
21～50%	5.8	**14.2**	3.5	0.0	4.2
51～100%	6.9	**17.4**	4.0	3.2	2.1
わからない	63.7	26.5	**74.4**	**79.4**	**75.0**

【性別、年代別】

- 年代別では、「51～100%」と「6～10%」に 60 代以上の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	性別		年代別				
		男性 (n=317)	女性 (n=622)	20代 (n=206)	30代 (n=251)	40代 (n=259)	50代 (n=178)	60代以上 (n=57)
0%	10.1	**15.1**	7.4	7.3	12.0	10.0	9.6	14.0
1～5%	5.5	4.7	5.6	2.9	6.4	6.6	5.6	5.3
6～10%	3.5	4.7	2.9	2.9	3.6	2.3	3.4	**10.5**
11～20%	4.5	5.4	4.0	3.4	5.2	3.1	6.7	5.3
21～50%	5.8	8.5	4.5	2.9	3.6	8.1	8.4	7.0
51～100%	6.9	11.4	4.8	4.9	4.0	7.3	10.7	**14.0**
わからない	63.7	50.2	**70.7**	**75.7**	65.3	62.5	55.6	43.9

【医療圏別】

➢ 医療圏別では、「0%」が北部に多く、「わからない」が八重山、宮古に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療圏				
		北部医療圏 (n=49)	中部医療圏 (n=217)	南部医療圏 (n=504)	宮古医療圏 (n=45)	八重山医療圏 (n=136)
0%	10.1	**16.3**	9.7	9.1	11.1	11.8
1～5%	5.5	4.1	6.0	5.6	8.9	3.7
6～10%	3.5	0.0	5.5	3.6	2.2	1.5
11～20%	4.5	6.1	5.1	5.0	2.2	2.2
21～50%	5.8	6.1	8.3	6.0	4.4	1.5
51～100%	6.9	2.0	8.8	7.7	2.2	4.4
わからない	63.7	65.3	56.7	63.1	**68.9**	**75.0**

【医療施設別】

➢ 医療施設別では、「わからない」の回答が地域がん診療病院に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療施設分類		
		都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=373)	地域がん診療病院 (n=223)	その他の医療機関 (n=355)
0%	10.1	8.0	12.1	11.0
1～5%	5.5	4.6	4.5	7.0
6～10%	3.5	3.8	1.8	4.2
11～20%	4.5	5.9	3.1	3.9
21～50%	5.8	7.2	2.7	6.2
51～100%	6.9	6.7	3.6	9.3
わからない	63.7	63.8	**72.2**	58.3

【医師の主たる分野別】

➢ 医師の主たる分野別では、「0%」の回答が「放射線治療が主」の医師に多く、「51～100%」の回答が「手術が主」「薬物療法が主」の医師に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種	医師の主たる分野		
		医師 (n=219)	手術が主 (n=120)	放射線治療が主 (n=8)	薬物療法が主 (n=91)
0%	10.1	**20.1**	**18.3**	**37.5**	**20.9**
1～5%	5.5	8.2	8.3	0.0	8.8
6～10%	3.5	6.8	**10.0**	**12.5**	2.2
11～20%	4.5	6.8	7.5	**12.5**	5.5
21～50%	5.8	**14.2**	**12.5**	**12.5**	**16.5**
51～100%	6.9	**17.4**	**17.5**	0.0	**18.7**
わからない	63.7	26.5	25.8	25.0	27.5

問21「がんゲノム医療に関する十分な情報提供」

がんゲノム医療に関する十分な情報提供をした割合はどの程度ですか

海邦総研の報告書 p.96,97参照

<全体結果について>

	N	%
0%	96	10.0
1-5%	53	5.5
6-10%	33	3.4
11-20%	43	4.5
21-50%	56	5.9
51-100%	67	7.0
わからない	610	63.7
Total	958	100

全体の60%以上が「わからない」を選択している。
「十分な情報提供」を問うていることは問14、さらに回答選択肢で51%以上が一つにまとめられている問題は問15と同様である。本問においては、回答のあった40%弱のうち、10%以下しか半分以上を選択していない。「わからない」以外の最多の回答が0%であることからも、本問に関しての情報の周知度は極めて低い可能性がある。また、本問は薬剤師に加えて MSW へ質問することも適切とは言い難い。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

職種別には、医師以外の回答の70%以上が「わからない」を回答しており、医師以外の回答よりなんらか有用な解釈ができると言い難い。また、医師の回答の中でも「わからない」以外では「0%」が最多の20%となっており、周知度の低い情報であることがわかる。
男女別、年齢別に関しては問16とほぼ同様である。20-40代の回答では、「わからない」の回答以外は、「０％」が最多の回答となっている。
医療圏別の回答に関しては、問16とほぼ同様ではあるものの、本問はどの医療圏においても「わからない」の回答が圧倒的最多である。
医師の専門領域に関しては、「放射線が主」の医師が他と違う回答分布ではあるものの、８名の回答であるためなんらかの解釈を提供するのは困難である。

（20）高齢がん患者への「高齢者機能評価」

実現率：26.1%

Q. 高齢者のがん患者に対して、治療前に「※高齢者機能評価」を行った割合はどの程度ですか。

【全体、職種別】

- 全体では「0%」が 10.8%と最も多く、ついで「51～100%」が 7.4%、「21～50%」が 4.9%、「1～5%」と「6～10%」がそれぞれ 2.5%、「11～20%」が 2.3%と続いた。
- 職種別では、「0%」と「51～100%」に医師の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種			
		医師 (n=219)	看護師 (n=621)	薬剤師 (n=63)	医療ソーシャルワーカー (n=48)
0%	10.8	**26.9**	6.3	4.8	4.2
1～5%	2.5	4.1	2.1	0.0	4.2
6～10%	2.5	5.9	1.4	3.2	0.0
11～20%	2.3	5.5	1.6	0.0	0.0
21～50%	4.9	7.3	4.8	0.0	2.1
51～100%	7.4	**13.7**	5.8	1.6	6.3
わからない	69.5	36.5	**77.9**	**90.5**	**83.3**

【性別、年代別】

- 年代別では、「0%」「51～100%」に 60 代以上が多く、「わからない」に 20 代が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	性別		年代別				
		男性 (n=317)	女性 (n=622)	20代 (n=206)	30代 (n=251)	40代 (n=259)	50代 (n=178)	60代以上 (n=57)
0%	10.8	**18.0**	7.1	3.9	10.8	11.6	15.7	**17.5**
1～5%	2.5	3.2	2.3	1.0	2.0	3.5	2.8	5.3
6～10%	2.5	4.1	1.8	2.4	1.6	1.5	3.9	7.0
11～20%	2.3	4.4	1.1	1.9	1.6	1.5	4.5	3.5
21～50%	4.9	5.0	5.0	6.8	3.6	2.7	9.0	1.8
51～100%	7.4	9.8	6.3	2.9	6.4	9.3	9.0	**14.0**
わからない	69.5	55.5	**76.5**	**81.1**	74.1	69.9	55.1	50.9

【医療圏別】

- 医療圏別では、「0%」に宮古の回答が多く、「51～100%」に中部の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療圏 北部医療圏 (n=49)	中部医療圏 (n=217)	南部医療圏 (n=504)	宮古医療圏 (n=45)	八重山医療圏 (n=136)
0%	10.8	14.3	7.8	11.3	**22.2**	8.8
1～5%	2.5	0.0	2.3	3.6	0.0	0.7
6～10%	2.5	0.0	4.1	2.4	0.0	2.2
11～20%	2.3	0.0	3.2	2.6	2.2	0.7
21～50%	4.9	4.1	6.5	4.8	4.4	3.7
51～100%	7.4	2.0	**13.8**	6.5	0.0	4.4
わからない	69.5	**79.6**	62.2	68.8	71.1	**79.4**

【医療施設別】

- 医療施設別では、「わからない」の回答が地域がん診療病院に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療施設分類 都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=373)	地域がん診療病院 (n=223)	その他の医療機関 (n=355)
0%	10.8	8.6	10.8	13.2
1～5%	2.5	2.4	0.4	3.9
6～10%	2.5	3.2	1.3	2.5
11～20%	2.3	2.9	1.3	2.3
21～50%	4.9	5.4	2.7	5.9
51～100%	7.4	7.8	3.6	9.3
わからない	69.5	69.7	**79.8**	62.8

【医師の主たる分野別】

- 医師の主たる分野別では、「0%」の回答が各分野で多く、「51～100%」の回答が「放射線治療が主」「手術が主」の医師に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種 医師 (n=219)	医師の主たる分野 手術が主 (n=120)	放射線治療が主 (n=8)	薬物療法が主 (n=91)
0%	10.8	**26.9**	**24.2**	**50.0**	**28.6**
1～5%	2.5	4.1	6.7	0.0	1.1
6～10%	2.5	5.9	4.2	0.0	**8.8**
11～20%	2.3	5.5	5.8	0.0	5.5
21～50%	4.9	7.3	5.0	**12.5**	9.9
51～100%	7.4	**13.7**	**15.8**	**25.0**	9.9
わからない	69.5	36.5	38.3	12.5	36.3

問28「高齢がん患者への「高齢者機能評価」」

高齢者のがん患者に対して、治療前に「※高齢者機能評価」を行った割合はどの程度ですか。

海邦総研の報告書 p.110,111参照

<全体結果について>

	N	%
0%	104	10.9
1-5%	24	2.5
6-10%	24	2.5
11-20%	22	2.3
21-50%	48	5.0
51-100%	70	7.3
わからない	666	69.5
Total	958	100

全体の約70%が「わからない」を回答しており、「わからない」以外では「０％」が最大と周知が必要な内容である。この「わからない」が「高齢者機能評価」がわからないのか、評価を行った割合がわからないのかは不明であり、両方の可能性もある。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

職種別には、医師以外、「わからない」を回答しているのが看護師の77.9%、薬剤師の90.5%、MSW の83.3%と「わからない」以外の解釈が不可能である。医師の中でも、「わからない」以外の回答が「0%」が最大と周知度が低いことがうかがえる。

男女別に関しては、女性に「わからない」が多い以外ほぼ差がない。年齢に関しては、若年ほど「わからない」が多いが、ポジティブな回答もネガティブな回答も高齢になるほど多くなっている。

医療圏別の回答は、問23と同様であるが、中部医療圏のみ「51-100%」の回答が際立って多かった。その他、規模の大きな医療圏ですら「わからない」の回答が圧倒的多数である。

医師の専門領域に関しては、問27と同様である。

（27）県内におけるがん医療の集約化と機能分化

平均スコア：-2.5

Q. 沖縄県内において、がん医療の適切な集約化と機能分化が十分にできていると思いますか。

【全体、職種別】

- 全体では「どちらともいえない」が 47.6%と最も多く、ついで「おおむねそう思う」が 24.1%、「あまりそう思わない」が 21.7%、「そう思わない」が 5.2%、「そう思う」が 1.5%と続いた。
- 職種別では、「あまりそう思わない」「そう思わない」に医師の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種			
		医師 (n=219)	看護師 (n=621)	薬剤師 (n=63)	医療ソーシャルワーカー (n=48)
そう思う	1.5	1.8	1.4	1.6	0.0
おおむねそう思う	24.1	20.5	24.6	28.6	27.1
どちらともいえない	47.6	32.9	52.3	50.8	50.0
あまりそう思わない	21.7	**31.5**	18.5	17.5	22.9
そう思わない	5.2	**13.2**	3.1	1.6	0.0

【性別、年代別】

- 年代別では、「あまりそう思わない」に 50 代、「おおむねそう思う」に 20 代の回答がそれぞれ多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	性別		年代別				
		男性 (n=317)	女性 (n=622)	20代 (n=206)	30代 (n=251)	40代 (n=259)	50代 (n=178)	60代以上 (n=57)
そう思う	1.5	1.6	1.4	2.4	0.8	0.8	2.8	0.0
おおむねそう思う	24.1	26.2	23.3	**38.3**	20.3	19.3	19.7	24.6
どちらともいえない	47.6	39.7	51.3	51.5	51.0	47.5	39.3	45.6
あまりそう思わない	21.7	23.7	20.6	7.8	24.3	23.9	**30.9**	21.1
そう思わない	5.2	8.8	3.4	0.0	3.6	8.5	7.3	8.8

【医療圏別】

➢ 医療圏別では、「どちらともいえない」の回答が八重山、宮古に、「あまりそう思わない」の回答が北部にそれぞれ多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療圏				
		北部医療圏 (n=49)	中部医療圏 (n=217)	南部医療圏 (n=504)	宮古医療圏 (n=45)	八重山医療圏 (n=136)
そう思う	1.5	2.0	0.5	1.8	0.0	2.2
おおむねそう思う	24.1	20.4	25.8	25.4	17.8	19.9
どちらともいえない	47.6	44.9	43.8	45.8	**55.6**	**58.8**
あまりそう思わない	21.7	**30.6**	24.4	20.8	24.4	16.2
そう思わない	5.2	2.0	5.5	6.2	2.2	2.9

【医療施設別】

➢ 医療施設別では、「どちらともいえない」の回答が地域がん診療病院に、「あまりそう思わない」の回答がその他の医療機関にそれぞれ多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	医療施設分類		
		都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=373)	地域がん診療病院 (n=223)	その他の医療機関 (n=355)
そう思う	1.5	1.3	1.8	1.4
おおむねそう思う	24.1	29.0	19.7	21.7
どちらともいえない	47.6	46.4	**56.1**	43.7
あまりそう思わない	21.7	18.0	19.7	**26.8**
そう思わない	5.2	5.4	2.7	6.5

【医師の主たる分野別】

➢ 医師の主たる分野別では、「そう思わない」の回答が「放射線治療が主」の医師に多く、「あまりそう思わない」の回答が「薬物療法が主」「手術が主」の医師に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=951)	職種	医師の主たる分野		
		医師 (n=219)	手術が主 (n=120)	放射線治療が主 (n=8)	薬物療法が主 (n=91)
そう思う	1.5	1.8	3.3	0.0	0.0
おおむねそう思う	24.1	20.5	20.8	0.0	22.0
どちらともいえない	47.6	32.9	34.2	25.0	31.9
あまりそう思わない	21.7	**31.5**	**28.3**	25.0	**36.3**
そう思わない	5.2	**13.2**	**13.3**	**50.0**	9.9

沖縄県のがん医療体制等（問38-41）

問38　県内における集約化と機能分化

沖縄県内において、がん医療の適切な集約化と機能分化が十分にできていると思いますか。

海邦総研の報告書 p130,131参照

<全体結果について>

	N	%
そう思う	14	1.5
おおむねそう思う	230	24.1
どちらとも言えない	458	47.8
あまりそう思わない	206	21.5
そう思わない	50	5.2
	958	100.0

ここから後の質問は「わからない」という選択肢が設定されていなかった。ただし、「どちらともいえない」に吸収されている可能性がある。集約化・機能分化については、概念的に「十分」な機能分化は主観的であり、回答者によって何を意味しているのかは異なる可能性があることと、ほぼ対称の分布となっており最多回答がどちらともいえない、となっている。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

これは職種にかかわらず、どちらともいえないが最多である傾向にある。

ただし、否定的な回答「あまりそう思わない」「そう思わない」は医師で特に多く、他の職種が「どちらともいえない」と多く回答していることが全体に影響しているといえる。もし「どちらともいえない」が「わからない」という意味に近いとすれば、医師がその役割において、機能分化の不十分さを感じることが多いということを表している可能性がある。放射線治療を専門とするものは8名が分母とはいえ、4名が「そう思わない」としていることから、放射線治療の専門家の働き方・機能についてはより深く検討の機会があってもよいのかもしれない。

（28）医師への意見の言いやすさ（医師以外が回答）

平均スコア：13.9　（前回調査：17.2）

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

【全体、職種別】

- 全体では「おおむね言える」が 38.5%と最も多く、ついで「どちらともいえない」が 36.2%、「あまり言えない」が 17.3%、「言える」が 5.6%、「言えない」が 2.3%と続いた。
- 職種別では、「おおむね言える」に医療ソーシャルワーカー、薬剤師の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=732)	職種			
		医師 (n=0)	看護師 (n=621)	薬剤師 (n=63)	医療ソーシャルワーカー (n=48)
言える	5.6	0.0	5.5	9.5	2.1
おおむね言える	38.5	0.0	36.4	**44.4**	**58.3**
どちらともいえない	36.2	0.0	37.5	33.3	22.9
あまり言えない	17.3	0.0	18.0	12.7	14.6
言えない	2.3	0.0	2.6	0.0	2.1

【性別、年代別】

- 性別では、「おおむね言える」に男性の回答が多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=732)	性別		年代別				
		男性 (n=146)	女性 (n=578)	20代 (n=195)	30代 (n=195)	40代 (n=203)	50代 (n=116)	60代以上 (n=23)
言える	5.6	4.1	6.1	6.2	4.1	5.4	7.8	4.3
おおむね言える	38.5	**44.5**	37.4	37.4	42.1	36.5	38.8	34.8
どちらともいえない	36.2	33.6	36.5	35.4	33.3	39.9	35.3	39.1
あまり言えない	17.3	16.4	17.5	20.0	17.9	16.3	13.8	17.4
言えない	2.3	1.4	2.6	1.0	2.6	2.0	4.3	4.3

【医療圏別】

➢ 医療圏別では、「どちらともいえない」の回答が宮古に、「おおむね言える」の回答が北部にそれぞれ多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=732)	医療圏				
		北部医療圏 (n=40)	中部医療圏 (n=159)	南部医療圏 (n=379)	宮古医療圏 (n=29)	八重山医療圏 (n=125)
言える	5.6	5.0	5.7	6.1	3.4	4.8
おおむね言える	38.5	**45.0**	39.0	40.9	27.6	31.2
どちらともいえない	36.2	37.5	36.5	33.2	**51.7**	40.8
あまり言えない	17.3	12.5	17.0	17.7	17.2	18.4
言えない	2.3	0.0	1.9	2.1	0.0	4.8

【医療施設別】

➢ 医療施設別では、「どちらともいえない」の回答が地域がん診療病院に多かった。

(%)

選択肢	全体 (n=732)	医療施設分類		
		都道府県または地域がん診療連携拠点病院 (n=284)	地域がん診療病院 (n=192)	その他の医療機関 (n=256)
言える	5.6	4.2	4.7	7.8
おおむね言える	38.5	40.8	33.3	39.8
どちらともいえない	36.2	33.8	**41.7**	34.8
あまり言えない	17.3	19.4	17.7	14.8
言えない	2.3	1.8	2.6	2.7

問39　医師への意見の言いやすさ

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

海邦総研の報告書 p.132,133参照

<全体結果について>

	N	%
言える	41	5.6
おおむね言える	284	38.6
どちらとも言えない	266	36.1
あまり言えない	128	17.4
言えない	17	2.3
Total	738	100.0

医師への意見の言いやすさは、「おおむねいえる」が最多であるとはいえ、どちらともいえない、も同数あることに注目すべきかもしれない。「言えない」、「あまり言えない」も5分の１とある。

＜カテゴリー別の解析結果について＞

職種別については、看護師では「どちらともいえない」という回答が最多となっており、他の職種において、「おおむね言える」が最多であることと対照的である。地域別にいても、本島では「おおむねいえる」が最多となるのに対して、宮古・八重山では「どちらともいえない」が最多であった。

医師と、他のスタッフとの関係については職種ごとに関係性が異なるのは自然であるものの、チーム医療には重要な要素であることから、肯定的回答がより多くなるほうが望ましい。

沖縄県がん診療連携協議会主催

資料9

ロジックモデルと指標の活用の仕方を身につける研修会

参加費 無料



国および沖縄県ではロジックモデルを活用し、がん計画を進捗管理し、住民のための効果を高めることになっています。委員の方々から「もっとロジックモデルの活用の仕方を学びたい」との声をいただき、研修会を企画しました。みんなで集まり、立場を超えてグループワークも交え、ともに楽しく学びましょう！委員全員のご参加をお待ちしています。

日時

第1回 令和6年 **11月17日㈰ 13:00～17:30**

第2回 令和6年 **12月22日㈰ 13:00～17:30**

※どちらも同じ内容になります。
ご都合の良い日時をお選びいただき、ご参加ください。

会場

Zoomによるオンライン開催

対象者

沖縄県がん診療連携協議会
協議会委員、幹事会委員、専門部会（小児・AYA部会、離島・へき地部会、医療部部会、情報提供・相談支援部会、緩和ケア・在宅医療部会、ベンチマーク部会）委員

参加申込

専用フォームからお申し込みください。
https://forms.gle/crUAJYZSHZD1JSRB6
第1回参加申込締切：11月8日㈮
第2回参加申込締切：12月13日㈮

348

プログラム

- 13:00 開会・アイスブレイク
- 13:10 全体オリエンテーション
  ロジックモデルとは？
  今日のワークの概要
- 13:30 ワーク①
  ロジックモデルの指標を読んで地域診断する
- 14:30 休憩
- 14:40 ワーク②
  ロジックモデルにある施策の優先度を検討する
- 15:40 休憩
- 15:50 ワーク③
  施策の進捗評価をシミレーションする
- 17:00 まとめ
  リフレクション、質疑応答
- 17:30 終了

問い合わせ 琉球大学病院がんセンター 担当：西 電話：098-895-1531 メール：hk207760@jim.u-ryukyu.ac.jp

沖縄県がん診療連携協議会主催

ロジックモデルと指標の活用の仕方を身につける研修会

開催日時: 第1回　令和6年11月17日(日)13:00～17:30
　　第2回　令和6年12月22日(日)13:00～17:30
場　　所: Zoomによるオンライン開催

司会/進行

埴岡　健一 先生（国際医療福祉大学大学院医療福祉ジャーナリズム分野 教授）

ファシリテーター

大井　久美子 氏（奈良県吉野保健所健康増進課　課長）
高嶺　公子 氏　（沖縄県保健医療介護部地域包括ケア推進課 課長）
長浜　麻紀子 氏（沖縄県保健医療介護部医療政策課　主幹）
松本　佳子 氏　（一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構）
吉田　真季 氏　（一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構）

プログラム	
13:00～13:05	開会の挨拶　　琉球大学病院がんセンター長　増田　昌人
13:10～13:30	全体オリエンテーション　　≪講師≫ 埴岡　健一 先生 ロジックモデルとは？ 今日のワークの概要
13:30～14:30	ワーク①ロジックモデルの指標を読んで地域診断する
14:30～14:40	休憩
14:40～15:40	ワーク②ロジックモデルにある施策の優先度を検討する
15:40～15:50	休憩
15:50～17:00	ワーク③施策の進捗評価をシミュレーションする
17:00～17:25	まとめ(リフレクション、質疑応答)
17:25～17:30	閉会の挨拶　　琉球大学病院がんセンター長　増田　昌人

がんの予防

番号	C 個別施策

①生活習慣(喫煙)

1-1	喫煙者の行動に影響する人達から、喫煙者に対して、タバコと禁煙に関する正しい知識を伝える		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	禁煙希望割合	男性	なし (2022) 31.4% (2021)	24.6% (2019)	なし	沖縄県値:県民健康・栄養調査 全国値:国民健康・栄養調査報告
			女性	なし (2022) 57.1% (2021)	30.9% (2019)	なし	
	指標	喫煙の健康影響について正しい知識を持つ人の割合					
	指標	地域を対象として普及啓発に努めている拠点病院等の割合					施設向けアンケート調査実施中

1-2	禁煙希望者に禁煙してもらう		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	NDB-SCR/NDB ニコチン依存症管理料(再掲)	(初回)外来	161.2 (2021)	100.0 (2021)	鳥取県184.7 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差
			(2回目から4回目まで)外来	166.2 (2021)	100.0 (2021)	鳥取県173.4 (2021)	
			(5回目)外来	170.0 (2021)	100.0 (2021)	島根県185.6 (2021)	

1-3	公共施設等の受動喫煙防止対策を推進する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	望まない受動喫煙(家庭・職場・飲食店)の機会を有する者の割合	家庭	なし (2022) 5.2% (2021)	6.9% (2019)	なし	沖縄県値:県民健康・栄養調査 全国値:国民健康・栄養調査
			職場	なし (2022) 20.6% (2021)	26.1% (2019)	なし	
			飲食店	なし (2022) 23.2% (2021)	29.6% (2019)	なし	

②生活習慣(飲酒)

2-1	ハイリスク飲酒者に対する簡易介入を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	ハイリスク飲酒者の割合(再掲)	男 (40g)	17.2% (2021)	14.9% (2019)	なし	沖縄県値:県民健康・栄養調査 全国値:国民健康・栄養調査
			女 (20g)	13.1% (2021)	9.1% (2019)	なし	

2-2	ハイリスク飲酒に関する正しい知識を伝える		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「節度ある適度な飲酒」の認知度		41.1% (2021)	なし	【参考】山形県(55.8%)・新潟県(64%)・長崎県(男性 59.6%・女性 56.5%)・宮崎県(男性 39.5%・女性 43.4%)	沖縄県値:県民健康・栄養調査 参考値:都道府県アルコール健康障害対策推進計画における「節度ある適度な飲酒」ASK 調べ2023年9月

③感染症対策(HPV)

3-1	9価HPVワクチンの定期接種を推進する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	HPVワクチンの実施率		1回目 21.2% 2回目 15.7% 3回目 10.2% (2022)	1回目 42.2% 2回目 39.4% 3回目 30.2% (2022)	なし	沖縄県値:ワクチン・検査推進課調べ 全国値:第94回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会資料3-2

3-2	HPVワクチンの予防接種後に生じた症状への対応を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	予防接種健康被害救済制度の申請者数に対する協力医療機関への受診割合					沖縄県感染症対策課は把握しておらず、他課も不明とのこと

④感染症対策(肝炎)

4-1	HBVの予防接種法に基づく定期接種を推進する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	B型肝炎定期予防接種実施率		1回目 95.6% 2回目 96.0% 3回目 88.2% (2022)	1回目 98.0% 2回目 97.5% 3回目 95.3% (2021)	なし	沖縄県値:ワクチン・検査推進課調べ 全国値:厚生労働省 定期の予防接種実施者数

4-2	肝炎ウイルス検査体制を充実させる		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	肝疾患専門医療機関数		13施設 (2023) 8.8施設 対人口100万人	3,762施設 (2023) 30.3施設 対人口100万人	高知県78施設 (2023) 117.4施設 対人口100万人	厚生労働省 肝疾患に関する専門医療機関一覧
	指標	公費肝炎検査実施数	B型肝炎ウイルス検査実施数	5,318 (2022) 361.9 (10万人対)	564,008 (2022) 453.8 (10万人対)	山梨県19,468 (2022) 2,451.3 (10万人対)	厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告(健康増進編)都道府県表
			C型肝炎ウイルス検査実施数	4,940 (2022) 336.1 (10万人対)	563,260 (2022) 453.2 (10万人対)	山梨県19,393 (2022) 2,441.8 (10万人対)	

4-3	肝炎ウイルス陽性者への受診勧奨を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	肝炎医療コーディネーターの養成者数		241人 (2023) 164.0人 対人口100万人	28,434人 (2023) 228.8人 対人口100万人	佐賀県1,825人 (2023) 2,300.1人 対人口100万人	厚生労働省「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」(63項参照)
	指標	公費肝炎治療開始者数	B型肝炎	745 (2022)			沖縄県値:肝炎対策特別推進事業
			C型肝炎	47 (2022)			

⑤感染症対策(HTLV-1)

5-1	妊婦に対するHTLV-1抗体検査と保健指導を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	HTLV-1抗体検査の公費負担実施率		100% (2022)	86.3% (2022)	青森県他100% (2022)	厚生労働省子ども家庭局母子保健課「妊婦健康診査の公費負担の状況に係る調査結果」

5-2	保健所においてHTLV-1抗体検査と相談指導を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	HTLV-1の保健所の検査数		8件 (2023)			沖縄県値:沖縄県保健医療介護部感染症対策課、那覇市保健所保健総務課感染症グループからのデータ提供

番号	B 中間アウトカム

1-1	喫煙率と受動喫煙が減少できている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	20歳以上の者の喫煙率	男性	29.5% (2019)	28.8% (2019)	京都府 24.3% (2019)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」国民生活基礎調査による都道府県別喫煙率データ(2001～2019年)
			女性	8.8% (2019)	8.8% (2019)	島根県 4.2% (2019)	
	指標	中学生・高校生の喫煙者の割合	中学生		0.2% (2021)	なし	沖縄県値:Takakura,et al.schoolHealth2023;19:14-25. 全国値:分担研究報告書2021年中高生の喫煙、飲酒等生活習慣に関する全国調査
			高校生	男子2.5% 女子0.8% (2023)	0.7% (2021)	なし	
	指標	妊婦の喫煙率		2.1% (2022)	2.1% (2022)	富山県 0.8% (2022)	こども家庭庁育成局「母子保健事業に係る実施状況等調査 別紙2乳幼児健康診査問診回答状況(都道府県別)
	指標	望まない受動喫煙(家庭・職場・飲食店)の機会を有する者の割合	家庭	なし (2022) 5.2% (2021)	6.9% (2019)	なし	沖縄県値:県民健康・栄養調査 全国値:国民健康・栄養調査
			職場	なし (2022) 20.6% (2021)	26.1% (2019)	なし	
			飲食店	なし (2022) 23.2% (2021)	29.6% (2019)	なし	
	指標	NDB-SCR/NDB ニコチン依存症管理料	(初回)外来	161.2 (2021)	100.0 (2021)	鳥取県 184.7 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差
			(2回目から4回目まで)外来	166.2 (2021)	100.0 (2021)	鳥取県 173.4 (2021)	
			(5回目)外来	170.0 (2021)	100.0 (2021)	島根県 185.6 (2021)	

2-1	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者が減少できている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	ハイリスク飲酒者の割合(再掲)	男 (40g)	17.2% (2021)	14.9% (2019)	なし	沖縄県値:県民健康・栄養調査 全国値:国民健康・栄養調査
			女 (20g)	13.1% (2021)	9.1% (2019)	なし	

3-1	HPV感染率の低下ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	HPVワクチンの接種率		1回目 21.2% 2回目 15.7% 3回目 10.2% (2022)	1回目 42.2% 2回目 39.4% 3回目 30.2% (2022)	なし	沖縄県値:ワクチン・検査推進課調べ 全国値:第94回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会資料3-2

4-1	B型・C型肝炎ウイルス陽性者数の減少ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	B型・C型肝炎ウイルス検査受検率	B型肝炎	0.37% (2021)	なし	山梨県 3.05% (2021)	厚生労働省 第32回肝炎対策推進協議会 資料3「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」(19項、20項)
			C型肝炎	0.39% (2021)	なし	山梨県 2.69% (2021)	
	指標	B型・C型肝炎ウイルス陽性者数	B型肝炎	50人 (2022)	2,887人 (2022)	高知県3人 (2022)	厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告(健康増進編)都道府県表 ※現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された者
			C型肝炎 ※	1人 (2022)	950人 (2022)	石川県他 1人 (2022)	

5-1	HTLV-1 感染者数の減少ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	HTLV-1 感染率					沖縄県感染症対策課は把握しておらず、その他の関係部署にも問い合わせたとこと不明との回答。

番号	A 分野アウトカム

1-1	がん種別年齢調整死亡率(75歳未満、全年齢)が減少できている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん種別年齢調整死亡率	全部位	男86.5 女59.6 (2022)	男81.1 女54.9 (2022)	男65.2(長野県) 女47.1(徳島県) (2022)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(人口動態統計) 部位別75歳未満年齢調整死亡率 ※基準人口は昭和60年(1985年)モデル人口を使用
			胃	男6.3 女2.5 (2022)	男9.0 女3.7 (2022)	男5.8(熊本県) 女2.4(大分県) (2022)	
			大腸	男14.4 女8.2 (2022)	男12.4 女7.2 (2022)	男9.2(滋賀県) 女5.0(岡山県) (2022)	
			肝(肝細胞・肝内胆管)	男6.7 女1.9 (2022)	男5.7 女1.5 (2022)	男3.3(石川県) 女0.5(石川県) (2022)	
			肺	男18.8 女4.2 (2022)	男18.4 女5.8 (2022)	男13.1(山梨県) 女3.1(島根県) (2022)	
			女性乳房	女10.3 (2022)	女10.4 (2022)	女5.4(島根県) (2022)	
			子宮頸部	女7.1 (2022)	女5.1 (2022)	女3.0(徳島県) (2022)	
			成人T細胞白血病リンパ腫	男4.5 女2.7 (2022)	男2.8 女1.5 (2022)	男1.8(島根県) 女0.6(鳥取県他) (2022)	

1-2	がん種別年齢調整罹患率が減少できている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん種別年齢調整罹患率	全部位	男405.0 女335.6 (2019)	男445.7 女346.7 (2019)	男 長野県400.5 女 滋賀県311.2 (2019)	全国がん登録罹患数・率報告 上皮内がん除く ※基準人口は昭和60年(1985年)モデル人口を使用
			胃	男30.3 女13.8 (2019)	男63.4 女23.1 (2019)	男 沖縄県30.3 女 沖縄県13.8 (2019)	
			大腸	男80.5 女41.4	男73.2 女44.9	男 熊本県59.5 女 宮崎県36.2	
			肝(肝細胞・肝内胆管)	男18.2 女4.9 (2019)	男19.3 女6.0 (2019)	男 新潟県13.3 女 新潟県 3.7 (2019)	
			肺	男53.6 女21.4 (2019)	男61.9 女26.1 (2019)	男 長野県50.2 女 島根県19.4 (2019)	
			女性乳房	女112.1 (2019)	女100.5 (2019)	女 福井県80.6 (2019)	
			子宮頸部	女19.3 (2019)	女13.9 (2019)	女 島根県 8.8 (2019)	
			成人T細胞白血病リンパ腫	男14.0 女7.5 (2019)	男8.9 女5.7 (2019)	男 山梨県5.1 女 秋田県3.2 (2019)	

C 個別施策

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	指針に基づいたがん検診のみを行う						
	指標	指針の遵守市町村の割合(再掲)	胃	95.1% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	国立がんセンター「市町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」1. がん検診の実施状況(住民検診)
			大腸	100% (2022)	100% (2022)	47都道府県全て 100.0% (2022)	
			肺	100% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	
			女性乳房	100% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	
			子宮頸部	100% (2022)	99.9% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-2	指針に基づかないがん検診を中止する						
	指標	指針に基づかないがん検診の実施数と割合	胃	集団3件/7.9% 個別1件/3.4% (2022)	集団478件/28.8% 個別293件/27.1% (2022)	集団0件/0.0%(滋賀県) 個別0件/0.0%(宮城県他) (2022)	国立がんセンター「市町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」②がん検診実施状況(集団_個別)
			大腸	集団2件/5.0% 個別0件/0.0% (2022)	集団96件/6.0% 個別36件/3.7% (2022)	集団0件/0.0%(青森県他) 個別0件/0.0%(青森県他) (2022)	
			肺	集団2件/5.0% 個別3件/11.1% (2022)	集団335件/20.2% 個別221件/30.2% (2022)	集団0件/0.0%(秋田県他) 個別0件/0.0%(宮城県他) (2022)	
			女性乳房	集団12件/33.3% 個別17件/53.1% (2022)	集団719件/44.4% 個別587件/40.7% (2022)	集団0件/0.0%(秋田県他) 個別0件/0.0%(新潟県他) (2022)	
			子宮頸部	集団7件/20.0% 個別5件/16.1% (2022)	集団387件/26.2% 個別333件/21.2% (2022)	集団0件/0.0%(大阪府他) 個別0件/0.0%(京都府他) (2022)	

②がん検診の精度管理等について

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1	行政担当者、保健所職員、検診機関の職員等は、国等が企画する研修会を受講する						
	指標	全国がん検診従事者研修(基礎)(実務)および全国がん検診指導者研修を修了した市町村の担当者等のそれぞれの割合	従事者研修(基礎)				市町村向けアンケート調査実施中
			従事者研修(実務)				
			指導者研修				

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-2	県は受診率向上と精度管理のために研修会等を開催し、市町村等は担当者を受講させる						
	指標	研修を終了した市町村の担当者等の数					市町村向けアンケート調査実施中

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-3	県は、がん登録情報等を活用したがん検診の精度管理について、市町村へ技術的支援等を行う						
	指標	がん登録情報を活用した精度管理実施市町村数の割合		0% (2018～2023)			沖縄県健康長寿課からのデータ提供

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-4	県は、精密検査受診率の低い市町村の実態把握を行い、それらに関する指導・助言等を行う						
	指標	県が指導・助言等を行った市町村数		41/41市町村			沖縄県健康長寿課からのデータ提供

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-5	市町村は、指針に基づいたがん検診の実施及び精度管理の向上を行う							
	指標	国の示す「市町村事業におけるがん検診の事業評価の手法について」に基づいた事業評価をしている市町村及び検診実施機関の割合						
	指標	精度管理の実態や指標を定期的に評価・公開している市町村及び検診実施機関の割合	市町村		100% (2021)			沖縄県Webサイト掲載「がん検診精度管理調査等結果」
			検診実施機関	胃(エックス線)	93.2% (2022)			
				胃(内視鏡)	89.3% (2022)			
				大腸	89.4% (2022)			
				肺	89.1% (2022)			
				女性乳房	97.7% (2022)			
				子宮頸部	91.2% (2022)			
	指標	要精検率の許容値を達成している市町村の割合	胃 (XP+内視鏡)		86.5% 32/37市町村 (2022)			沖縄県Webサイト掲載「がん検診精度管理調査等結果(市町村ごとの受診率・プロセス指標)」(集団+個別)
			大腸		57.5% 23/40市町村 (2022)			
			肺		82.1% 32/39市町村 (2022)			
			女性乳房		92.5% 37/40市町村 (2022)			
			子宮頸部		39.0% 16/41市町村 (2022)			
	指標	精検受診率の目標値90%以上を達成している市町村の割合	胃		27.3%(9/33)			厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」(令和元年度一次検診受診者の令和2年度までの精密検査受診状況) 40<胃50/子宮頸20>～74歳
			大腸		2.4%(1/41)			
			肺		6.9%(2/29)			
			女性乳房		23.7%(9/38)			
			子宮頸部		17.9%(7/39)			
	指標	未把握率の目標値5%以下を達成している市町村の割合	胃		30.3%(10/33)			
			大腸		14.6%(6/41)			
			肺		17.2%(5/29)			
			女性乳房		26.3%(10/38)			
			子宮頸部		33.3%(13/39)			
			胃		60% 21/35市町村 (2020)			

B 中間アウトカム

			科学的根拠に基づいた検診の実施ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	指標	指針の遵守市町村の割合		胃	95.1% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	国立がんセンター「市町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」1. がん検診の実施状況(住民検診)
				大腸	100% (2022)	100% (2022)	47都道府県全て 100.0% (2022)	
				肺	100% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	
				女性乳房	100% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	
				子宮頸部	100% (2022)	99.9% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	

			検診の質の管理体制の構築と精度向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1	指標	要精検率		胃(エックス線)	男 7.42% 女 5.60% (2020)	男 7.99% 女 5.06% (2020)	男 山梨県14.35% 女 秋田県8.27% (2020)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」地域保健・健康増進事業報告(厚生労働省人口動態・保健社会統計課)
				胃(内視鏡)	男 5.42% 女 3.71% (2020)	男 8.95% 女 6.42% (2020)	男 奈良県19.27% 女 奈良県15.84% (2020)	
				大腸	男 8.44% 女 6.04% (2020)	男 9.39% 女 6.63% (2020)	男 長崎県12.35% 女 長崎県8.89% (2020)	
				肺	男 2.15% 女 1.61% (2020)	男 2.42% 女 1.86% (2020)	男 福井県4.43% 女 福井県3.28% (2020)	
				女性乳房	7.64% (2020)	5.86% (2020)	山口県9.96% (2020)	
				子宮頸部	2.17% (2020)	2.20% (2020)	宮城県1.35% (2020)	
	指標	精検受診率		胃(エックス線)	男 56.77% 女 66.52% (2020)	男 79.45% 女 84.72% (2020)	男 宮城県 91.70% 女 宮城県 96.01% (2020)	
				胃(内視鏡)	男 58.45% 女 65.81% (2020)	男 92.93% 女 93.40% (2020)	男 滋賀県他100% 女 宮崎県他100% (2020)	
				大腸	男 54.47% 女 58.29% (2020)	男 67.06% 女 70.13% (2020)	男 滋賀県85.50% 女 滋賀県89.57% (2020)	
				肺	男 60.78% 女 70.75% (2020)	男 80.50% 女 84.61% (2020)	男 滋賀県94.21% 女 滋賀県96.93% (2020)	
				女性乳房	78.00% (2020)	90.13% (2020)	宮城県97.54% (2020)	
				子宮頸部	71.29% (2020)	76.59% (2020)	宮城県96.02% (2020)	
	指標	精検未受診率		胃(エックス線)	男 11.32% 女 12.42% (2020)	男 8.99% 女 5.94% (2020)	男 福井県0.93% 女 島根県0.80% (2020)	
				胃(内視鏡)	男 13.93% 女 9.25% (2020)	男 1.53% 女 1.20% (2020)	男 青森県他0.00% 女 宮城県他0.00% (2020)	
				大腸	男 18.11% 女 15.35% (2020)	男 14.92% 女 13.75% (2020)	男 福井県0.79% 女 福井県1.21% (2020)	
				肺	男 12.03% 女 7.63% (2020)	男 7.00% 女 5.23% (2020)	男 高知県0.00% 女 高知県0.00% (2020)	
				女性乳房	5.29% (2020)	2.77% (2020)	福井県0.31% (2020)	
				子宮頸部	6.93% (2020)	5.82% (2020)	福井県0.00% (2020)	
	指標	精検未把握率		胃(エックス線)	男 31.91% 女 21.06% (2020)	男 11.56% 女 9.34% (2020)	男 新潟県0.24% 女 新潟県0.41% (2020)	
				胃(内視鏡)	男 27.63% 女 24.94% (2020)	男 5.54% 女 5.41% (2020)	男 宮城県他0.00% 女 山形県他0.00% (2020)	
				大腸	男 27.42% 女 26.36% (2020)	男 18.02% 女 16.12% (2020)	男 新潟県0.58% 女 新潟県0.45% (2020)	
				肺	男 27.19% 女 21.62% (2020)	男 12.50% 女 10.16% (2020)	男 滋賀県0.40% 女 滋賀県他0.00% (2020)	
				女性乳房	16.70% (2020)	7.10% (2020)	新潟県0.15% (2020)	
				子宮頸部	21.78% (2020)	17.59% (2020)	宮城県0.39% (2020)	
	指標	がん発見率		胃(エックス線)	男 0.08% 女 0.02% (2020)	男 0.20% 女 0.06% (2020)	男 福井県0.34% 女 長崎県0.14% (2020)	
				胃(内視鏡)	男 0.17% 女 0.04% (2020)	男 0.61% 女 0.21% (2020)	男 宮城県1.55% 女 宮城県0.42% (2020)	
				大腸	男 0.20% 女 0.10% (2020)	男 0.32% 女 0.18% (2020)	男 山口県0.51% 女 富山県0.27% (2020)	
				肺	男 0.05% 女 0.01% (2020)	男 0.08% 女 0.04% (2020)	男 鳥取県0.16% 女 群馬県他0.07% (2020)	
				女性乳房	0.35% (2020)	0.34% (2020)	山口県0.57% (2020)	
				子宮頸部	0.04% (2019)	0.03% (2019)	長崎県0.06% (2019)	
	指標	陽性反応適中度		胃(エックス線)	男 1.11% 女 0.44% (2020)	男 2.48% 女 1.16% (2020)	男 福井県5.14% 女 福島県2.44% (2020)	
				胃(内視鏡)	男 3.20% 女 1.03% (2020)	男 6.82% 女 3.24% (2020)	男 宮城県19.78% 女 宮城県9.83% (2020)	
				大腸	男 2.32% 女 1.62% (2020)	男 3.39% 女 2.73% (2020)	男 新潟県5.63% 女 富山県4.47% (2020)	
				肺	男 2.50% 女 0.64% (2020)	男 3.40% 女 1.97% (2020)	男 高知県13.79% 女 群馬県6.86% (2020)	
				女性乳房	4.59% (2020)	5.84% (2020)	岩手県15.69% (2020)	
				子宮頸部	1.24% (2019)	1.18% (2019)	愛媛県2.96% (2019)	
				胃(エックス線)				
				胃(内視鏡)				

A 分野アウトカム

			有効ながん検診を有するがんの死亡の減少ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	指標	検診がん種別(胃、大腸、肺、乳房(女)、子宮頸)年齢調整死亡率		胃	男6.3 女2.5 (2022)	男9.0 女3.7 (2022)	男 熊本県5.8 女 大分県2.4 (2022)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(人口動態統計)部位別75歳未満年齢調整死亡率
				大腸	男14.4 女8.2 (2022)	男12.4 女7.2 (2022)	男 滋賀県9.2 女 岡山県5.0 (2022)	
				肺	男18.8 女4.2 (2022)	男18.4 女5.8 (2022)	男 山梨県13.1 女 島根県3.1 (2022)	
				女性乳房	女10.3 (2022)	女10.4 (2022)	女 島根県5.4 (2022)	
				子宮頸部	女7.1 (2022)	女5.1 (2022)	女 徳島県3.0 (2022)	

			有効ながん検診を有するがんの進行がんの減少ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-2	指標	検診がん種別(胃、大腸、肺、乳房(女)、子宮頸)進行がん罹患率		胃				
				大腸				
				肺				
				女性乳房				
				子宮頸部				

参考データ

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-3	指標	検診がん種別早期がん割合	胃※	53.8 (2020)	57.4 (2020)	宮城県68.0 (2020)	全国がん登録罹患数・率(上皮内+限局) ※上皮内がんを除く
			大腸	56.4 (2020)	57.9 (2020)	広島県63.1 (2020)	
			肺	29.08 (2020)	36.4 (2020)	島根県45.1 (2020)	
			女性乳房	70.0 (2020)	64.3 (2020)	香川県72.8 (2020)	
			子宮頸部	80.7 (2020)	79.9 (2020)	熊本県87.4 (2020)	

	指標	精検未受診率の目標値5%以下を達成している市町村の割合	大腸	41.5% 17/41市町村 (2020)			厚生労働省「令和2年度 地域保健・健康増進事業報告」(R4.3公表)からR4沖縄県衛生環境研究所・健康長寿課集計
			肺	31.3% 9/29市町村 (2020)			
			女性乳房	71.1% 27/38市町村 (2020)			
			子宮頸部	46.2% 18/39市町村 (2020)			
	指標	感度と特異度の把握をしている市町村及び検診実施機関の割合					

2-6	職域を含めた、がん検診の実施者による分かりやすい情報提供を推進する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん検診の正しい情報提供を実施した市町村の割合	胃(エックス線)	78.9% (2022) 83.8% (2021)	81.1% (2022) 78.6% (2021)	青森県他100.0% (2022) 青森県他100.0% (2021)	国立がん研究センター「市区町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」受診勧奨時に「3-1検診機関用チェックリスト1.受診者への説明」が全項目記載された資料を全員に個別配布している市町村の割合 ※集団検診
			胃(内視鏡)	100% (2022) 66.7% (2021)	75.7% (2022) 67.1% (2021)	秋田県他100.0% (2022) 宮城県他100.0% (2021)	
			大腸	77.5 (2022) 82.5% (2021)	80.1% (2022) 77.4% (2021)	青森県他100.0% (2022) 青森県他100.0% (2021)	
			肺	77.5 (2022) 82.5% (2021)	78.3% (2022) 76.0% (2021)	青森県他100.0% (2022) 青森県他100.0% (2021)	
			女性乳房	76.5 (2022) 87.1% (2021)	80.8% (2022) 78.5% (2021)	宮城県他100.0% (2022) 山形県他100.0% (2021)	
			子宮頸部	74.3% (2022) 82.4% (2021)	81.4% (2022) 78.8% (2021)	秋田県他100.0% (2022) 山形県他100.0% (2021)	

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
指標	感度		大腸				データなし
			肺				
			女性乳房				
			子宮頸部				
指標	特異度		胃(エックス線)				データなし
			胃(内視鏡)				
			大腸				
			肺				
			女性乳房				
			子宮頸部				
指標	CIN3以上発見率(子宮頸がんのみ)			0.15% (2020)	0.14% (2020)	長崎県0.29% (2020)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」地域保健・健康増進事業報告(厚生労働省人口動態・保健社会統計課)
指標	非初回受診者の2年連続受診者割合(乳がん、子宮頸がんのみ)		女性乳房	11.4% (2022) 12.3% (2021)	17.6% (2022) 15.5% (2021)	栃木県54.7% (2022) 鹿児島県46.5% (2021)	厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」(令和元年度一次検診受診者の令和2年度までの精密検査受診状況) ※受診者数のうち2年連続受診者数
			子宮頸部	13.1% (2022) 12.7% (2021)	26.4% (2022) 24.54% (2021)	鳥取県61.4% (2022) 鳥取県58.7% (2021)	

③受診率対策について

3-1	受診率向上に向けて、がん検診受診率をより正確かつ精緻に、また、個人単位で把握することができるように検討する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 検討を行っている市町村の割合					市町村向けアンケート調査実施中

3-1	科学的根拠に基づく受診勧奨を行い、検診受診率の増加ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	検診受診率(国民生活基礎調査)	胃 (50～69歳/過去2年間)	男49.5% 女45.7% (2022)	男53.7% 女43.5% (2022)	男 山形県73.6% 女 山形県67.3%	厚生労働省「国民生活基礎調査」
			大腸 (40～69歳/過去1年間)	男40.0% 女37.0% (2022)	男49.1% 女42.8% (2022)	男 山形県65.1% 女 山形県63.1%	
			肺 (40～69歳/過去1年間)	男44.9% 女44.3% (2022)	男53.2% 女46.4% (2022)	男 山形県69.8% 女 山形県67.6%	
			女性乳房 (40～69歳/過去2年間)	女48.8% (2022)	女47.4% (2022)	女 山形県61.7%	
			子宮頸部 (20～69歳/過去2年間)	女45.3% (2022)	女43.6% (2022)	女 山形県57.5%	

3-2	市町村及び県が連携して、より科学的かつ効率的な受診勧奨策(コール・リコールなど)を推進し検診受診率を増加する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	受診勧奨実施市町村の割合	胃	67.5% (2022)	84.1% (2022)	群馬県他100.0% (2022)	国立がんセンター「市町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」①がん検診実施状況
			大腸	65.9% (2022)	85.5% (2022)	富山県他100.0% (2022)	
			肺	60.9% (2022)	82.3% (2022)	群馬県他100.0% (2022)	
			女性乳房	63.4% (2022)	85.0% (2022)	群馬県他100.0% (2022)	
			子宮頸部	65.8% (2022)	85.2% (2022)	富山県他100.0% (2022)	
	指標	検診受診率の目標値60%以上を達成している市町村の割合	胃	0.0% 0/41市町村 (2022)	0.06% 1/1737市町村 (2022)	熊本県 2.2% 1/45市町村 (2022)	地域保健・健康増進事業報告(健康増進編)市区町村表 がん検診
			大腸	0.0% 0/41市町村 (2022)	0.0% (2022)	該当なし	
			肺	0.0% 0/41市町村 (2022)	0.0% (2022)	該当なし	
			女性乳房	2.4% 1/41市町村 (2022)	0.23% 4/1737市町村 (2022)	宮崎県 7.7% 2/26市町村 (2022)	
			子宮頸部	2.4% 1/41市町村 (2022)	0.17% 3/1737市町村 (2022)	沖縄県 2.4% 1/41市町村 (2022)	

3-3	市町村及び県は、受診者の立場に立ったがん検診を受診する上での利便性の向上を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	利便性の向上を行っている市町村の割合	胃	84.2% (2022) 81.6% (2021)	86.1% (2022) 85.3% (2021)	岩手県他100.0% (2022) 岩手県他100.0% (2021)	厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」 休日(土日・祝日)、早朝又は深夜に集団検診を実施している市町村の割合 ※集団検診
			大腸	80.5% (2022) 80.0% (2021)	85.4% (2022) 84.6% (2021)	岩手県他100.0% (2022) 岩手県他100.0% (2021)	
			肺	85.0% (2022) 82.9% (2021)	83.3% (2022) 82.7% (2021)	宮城県他100.0% (2022) 宮城県他100.0% (2021)	
			女性乳房	47.2% (2022) 39.4% (2021)	75.3% (2022) 75.2% (2021)	栃木県他100.0% (2022) 栃木県他100.0% (2021)	
			子宮頸部	42.9% (2022) 36.4% (2021)	70.9% (2022) 69.1% (2021)	宮城県他100.0% (2022) 茨城県他100.0% (2021)	

3-4	市町村は、啓発のための研修会等を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 普及啓発キャンペーン実施市町村数					市町村向けアンケート調査実施中

3-5	県は、職域等におけるがん検診や人間ドックについて、実施状況の継続的な把握に務める		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	指針に基づく検診の実施率	胃				
			大腸				
			肺				
			女性乳房				
			子宮頸部				

番号	C 個別施策

①医療提供全般

1-1	沖縄県は、必要に応じたがん医療の集約化と機能分化と連携を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 第8次医療計画に基づいて協議を行い決定したがん種の数（増加が良い）		12 （2018） 7 （2013）			
	指標 第8次医療計画に基づいて協議を行い決定した「施設」の総数（減少が良い）		25施設 （2024） 26施設 （2023）			沖縄県庁ホームページ「掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設一覧」

1-2	「施設」同士および「施設」とそれ以外の医療機関等の連携を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

1-3	すべての医療機関において、患者に対するICを適切に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

1-4	「施設」では、患者に対するセカンドオピニオンの提示などを適切に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 「施設」におけるセカンドオピニオンの数					施設向けアンケート調査実施中

1-5	すべての医療機関において、患者に対するACPを適切に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 ACPに関する院内のマニュアル等を策定している「施設」の割合					施設向けアンケート調査実施中

1-6	全県および各二次医療圏におけるBCPについて整備する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 BCPを整備している「施設」の割合					施設向けアンケート調査実施中

②病理診断

2-1	「施設」では、質の高い病理診断を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 常勤の病理専門医が1名以上配置されている「施設」の割合					施設向けアンケート調査実施中

③がんゲノム医療

3-1	必要な患者に対し、適切なタイミングで、がん遺伝子パネル検査等及びその結果を踏まえた治療を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がんゲノム情報管理センターに登録された患者数		82			琉球大学病院（がん遺伝子パネル検査オーダー進行表）、中部病院（施設アンケート調査実施中）
	指標	琉球大学病院において遺伝性腫瘍に関する遺伝カウンセリングを実施した患者数		80			
	指標	以下の専門家の数 ①臨床遺伝専門医 ②認定遺伝カウンセラー ③がんゲノム医療コーディネーター	①臨床遺伝専門医	12人 （2024） 8.2人 対人口100万人	1，850人 （2024） 14.9人 対人口100万人	東京都436人 （2024） 30.9人 対人口100万人	臨床遺伝専門医制度委員会
			②認定遺伝カウンセラー	1人 （2024） 0.7人 対人口100万人	387人 （2024） 3.1人 対人口100万人	東京都91人 （2024） 6.5人 対人口100万人	認定遺伝カウンセラー制度委員会
			③がんゲノム医療コーディネーター	4.3人 （2022） 対人口100万人	18.74人 （2022） 対人口100万人	島根県45.02人 （2022） 対人口100万人	厚生労働省　第83回がん対策推進協議会　資料2-7「人材育成」20項

④手術療法

4-1	必要な資格を持った専門家が計画的に養成を行い、「施設」に必要に応じて配置する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	以下の専門医の数 ①消化器外科専門医 ②呼吸器外科専門医 ③乳腺外科専門医 ④小児外科専門医 ⑤肝胆膵外科高度技能専門医 ⑥脳神経外科専門医 ⑦認定骨・軟部腫瘍医 ⑧婦人科腫瘍専門医 ⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医 ⑩泌尿器科専門医 ⑪頭頸部がん専門医 ⑫口腔外科専門医	①消化器外科専門医	82人 （2024） 55.8人 対人口100万人	9,208人 （2024） 74.1人 対人口100万人	京都府261人 （2024） 103.0人 対人口100万人	日本消化器外科学会
			②呼吸器外科専門医	17人 （2024） 11.6人 対人口100万人	1,640人 （2024） 13.2人 対人口100万人	徳島県16人 （2024） 23.1人 対人口100万人	日本呼吸器外科学会
			③乳腺外科専門医	18人 （2024） 12.2人 対人口100万人	2,034人 （2024） 16.4人 対人口100万人	京都府69人 （2024） 27.2人 対人口100万人	日本乳癌学会
			④小児外科専門医	5人 （2024） 3.4人 対人口100万人	753人 （2024） 6.1人 対人口100万人	京都府33人 （2024） 13.0人 対人口100万人	日本小児外科学会
			⑤肝胆膵外科高度技能専門医	4人 （2021） 2.7人 対人口100万人	587人 （2021） 4.7人 対人口100万人	和歌山県9人 （2021） 10.1人 対人口100万人	日本肝胆膵外科学会
			⑥脳神経外科専門医	74人 （2023） 50.4人 対人口100万人	7，899人 （2023） 63.6人 対人口100万人	高知県67人 （2023） 100.8人 対人口100万人	日本脳神経外科学会
			⑦認定骨・軟部腫瘍医	1人 （2024） 0.7人 対人口100万人	185人 （2024） 1.5人 対人口100万人	徳島県3人 （2024） 4.3人 対人口100万人	日本整形外科学会
			⑧婦人科腫瘍専門医	14人 （2023） 9.5人 対人口100万人	1，224人 （2024） 9.8人 対人口100万人	東京都218人 （2024） 15.5人 対人口100万人	日本婦人科腫瘍学会
			⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	2人 （2024） 1.4人 対人口100万人	91人 （2024） 0.7人 対人口100万人	福井県2人 （2024） 2.7人 対人口100万人	日本皮膚科学会
			⑩泌尿器科専門医	67人 （2024） 45.6人 対人口100万人	7，138人 （2024） 57.4人 対人口100万人	高知県63人 （2024） 94.8人 対人口100万人	日本泌尿器科学会
			⑪頭頸部がん専門医	7人 （2020） 4.8人 対人口100万人	493人 （2020） 4.0人 対人口100万人	鳥取県5人 （2020） 9.3人 対人口100万人	日本頭頸部外科学会
			⑫口腔外科専門医	26人 （2024） 17.7人 対人口100万人	2，240人 （2024） 18.0人 対人口100万人	鳥取県19人 （2024） 35.4人 対人口100万人	日本口腔外科学会
	指標	上記の専門医が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合					施設向けアンケート調査実施中

4-2	「施設」では、標準治療を質が高く安全に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業（JANIS）へ登録している「施設」の割合					施設向けアンケート調査実施中

4-3	高い技術を要する手術療法について、集約化を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 食道、肝胆膵の手術を「施設」で行った患者の割合					

番号	B 中間アウトカム

1-1	患者が、「がん診療を行う医療施設」（「施設」）で、医療機関の機能分担を通じた質の高い安心な医療の効率的な提供が受けられている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 担当した医師ががんについて十分な知識や経験を持っていたと思う患者の割合		なし	89.8% （2023）	なし	患者体験調査
	指標	患者体験調査 治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合		71.4% （2018） 86.6% （2014）	88.5% （2023） 75.2% （2018） 89.6% （2014）	長野県83.1% （2018） 愛媛県95.2% （2014）	患者体験調査
	指標	「施設」における治療開始のカバー率					
	指標	NDB-SCR/NDB がん患者指導管理料「イ」	入院	134.2 （2021）	100.0 （2021）	大分県356.8 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差
			外来	98.7 （2021）	100.0 （2021）	鳥取県255.3 （2021）	
			入院＋外来	105.3 （2021）	100.0 （2021）	鳥取県245.5 （2021）	
	指標	NDB-SCR/NDB 診療情報提供料（II）	入院	100.1 （2021）	100.0 （2021）	東京都193.0 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差
			外来	69.1 （2021）	100.0 （2021）	三重県323.0 （2021）	
			入院＋外来	71.0 （2021）	100.0 （2021）	三重県308.5 （2021）	
	指標	医療者調査　問13 治療方針（告知等）の説明の際に、医師以外の職種も参加している割合はどの程度ですか。		68.7% （2023） 75%以上参加の割合33.1% （2018）	なし	【参考値】秋田県 回答100%➡ 10.2%（2023） 回答100%➡ 13.1% （2020）	沖縄県値：医療者調査 参考値：秋田大学医学部附属病院　アンケート「医療者のみなさまへ」の集計結果
	指標	医療者調査　問38 沖縄県内において、がん医療の適切な集約化と機能分化が十分にできていると思いますか。		マイナス2.5スコア （2023）	なし	なし	医療者調査

2-1	患者が、速やかな病理診断を受けられている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 初診時から確定診断までの1ヶ月未満の人の割合		72.7% （2018）	70.0% （2023） 70.2% （2018）	山口県80.3% （2018）	患者体験調査

3-1	患者が、がん遺伝子パネル検査を受け、その結果に基づいて治療が選択できている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん遺伝子パネル検査を実施した患者のうち、エキスパートパネルで推奨された薬剤が投与された割合		2			琉球大学病院（がん遺伝子パネル検査オーダー進行表）、中部病院（施設アンケート調査実施中）
	指標	DPC-QI　lg1 IV期肺腺癌に対するがん薬物療法前のEGFR遺伝子変異検査		83.3%	88.1%	100.0% （複数）	QIフィードバックシステム
	指標	DPC-QI　st3 切除不能IV期胃がんへの化学療法前HER2検査		0.0%	64.1%	100.0% （複数）	
	指標	医療者調査　問21 がんゲノム医療に関する十分な情報提供をした割合はどの程度ですか。		23.3ポイント （2023）	なし	なし	医療者調査

4-1	必要な患者が、最適な手術を、タイムリーで質が高く安全に受けられている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	DPC-QI　15 StageⅡ・Ⅲの大腸癌に対するD3リンパ節郭清		96.2%	81.1%	100%	QIフィードバックシステム
	指標	DPC-QI　14 進行胃癌に対する定型手術		100.0%	92.5%	100%	
	指標	医療者調査　問23 手術を受けた患者のうち、質の高い最適な手術を提供できた患者の割合はどの程度ですか。		78.2% （2023）	なし	なし	医療者調査

番号	A 分野アウトカム

1-1	がん診療の質の向上と均てん化が行われ、患者に提供できている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん種別5年生存率	全部位	60.7%	66.2%	東京都 71.5%	院内がん登録 2014-2015 年5年生存率集計
			胃	59.0%	70.2%	京都府 78.1%	
			大腸	63.3%	70.9%	東京都 75.8%	
			肝細胞	37.1%	45.1%	大分県 52.8%	
			肝内胆管	13.5%	21.1%	広島県 34.7%	
			胆のう	47.4%	27.2%	沖縄県 47.4%	
			膵	12.6%	12.7%	山梨県 23.1%	
			小細胞肺	3.9%	11.5%	福井県 19.4%	
			非小細胞肺	34.7%	47.5%	宮崎県 57.9%	
			女性乳房	89.3%	91.6%	三重県 94.6%	
			前立腺	92.5%	95.1%	香川県 99.4%	
	指標	患者体験調査 がんの診断・治療全体の総合的評価		8.4点 （2018）	8.2点 （2023） 8.0点 （2018）	愛媛県8.5点 （2018）	患者体験調査
	指標	患者体験調査 専門的な医療を受けられたと思う患者の割合		87.2% （2018）	79.0% （2018）	東京都88.3% （2018）	患者体験調査
	指標	患者体験調査 これまで受けた治療に納得している患者の割合		85.4% （2018） 80.2% （2014）	77.4% （2018） 88.1% （2014）	愛媛県89.5% （2018） 福島県93.8% （2014）	患者体験調査

⑤放射線療法

5-1	必要な資格を持った専門家を計画的に養成し、「施設」に必要に応じて配置する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	放射線治療専門医が何らかの形で週に1回以上または月に1回以上関わっている「施設」の割合					施設向けアンケート調査実施中
	指標	以下の専門家の数 ①放射線治療専門医 ②放射線治療専門放射線技師 ③医学物理士 ④がん放射線療法看護認定看護師	①放射線治療専門医	15人 （2024） 10.2人 対人口100万人	1，437人 （2024） 11.6人 対人口100万人	京都府57人 （2024） 22.5人 対人口100万人	日本放射線腫瘍学会
			②放射線治療専門放射線技師	11人 （2023） 7.5人 対人口100万人	1，847人 （2023） 14.9人 対人口100万人	大分県62人 （2023） 56.7人 対人口100万人	日本放射線治療専門放射線技師認定機構
			③医学物理士	9人 （2023） 6.1人 対人口100万人	1，461人 （2023） 11.8人 対人口100万人	福井県18人 （2023） 24.2人 対人口100万人	医学物理士認定機構
			④がん放射線療法看護認定看護師	6人 （2024） 4.1人 対人口100万人	311人 （2024） 2.5人 対人口100万人	山形県7人 （2024） 6.8人 対人口100万人	日本看護協会
	指標	以下の専門家が、常勤で配置されている放射線治療施設のそれぞれの割合 ①放射線治療専門医2名以上 ②放射線治療専門放射線技師2名以上 ③医学物理士 ④がん放射線療法看護認定看護師	①放射線治療専門医2名以上				施設向けアンケート調査実施中
			②放射線治療専門放射線技師2名以上				
			③医学物理士				
			④がん放射線療法看護認定看護師				

5-2	放射線療法が可能な全ての医療機関において、IMRTを含む標準治療を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	IMRT加算をとっている放射線治療施設の割合		27.3% 3/11施設 （2024）			

5-3	「施設」では、粒子線治療や核医学治療、ホウ素中性子捕捉療法等について、適切に患者を紹介する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」から紹介されて、粒子線治療や核医学治療、ホウ素中性子捕捉療法等を受けた患者の数					施設向けアンケート調査実施中

5-1	必要な患者が、最適な放射線治療をタイムリーで質が高く安全に受けられている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	DPC-QI b35 乳房温存術後の放射線療法		100.0%	73.7%	100.0% （複数）	QIフィードバックシステム
	指標	DPC-QI lg13 70歳以下Ⅲ期非小細胞肺癌に対する同時化学放射線療法		25.0%	62.1%	100.0% （複数）	
	指標	DPC-QI lg17 Ⅰ期非小細胞肺癌の非手術例に対する定位放射線治療		66.7%	47.4%	100.0% （複数）	
	指標	医療者調査 問24 放射線治療を受けた患者のうち、その適応の判断を多職種で議論された上で、提供できた患者の割合はどの程度ですか。		65.3ポイント （2023）	なし	なし	医療者調査

⑥薬物療法

6-1	必要な資格を持った専門家を計画的に養成し、「施設」に必要に応じて配置する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん薬物療法専門医が何らかの形で週に1回以上または月に1回以上関わっている「施設」の割合					施設向けアンケート調査実施中
	指標	以下の専門家の数 ①がん薬物療法専門医 ②がん指導薬剤師、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師および外来がん治療認定薬剤師 ③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師および乳がん看護認定看護師	①がん薬物療法専門医	6人 （2024） 4.1人 対人口100万人	1，682人 （2024） 13.5人 対人口100万人	岡山県50人 （2024） 27.1人 対人口100万人	日本臨床腫瘍学会
			②がん指導薬剤師	0人 （2024） 0.0人 対人口100万人	385人 （2024） 3.1人 対人口100万人	石川県13人 （2024） 11.7人 対人口100万人	日本医療薬学会
			②がん専門薬剤師	4人 （2024） 2.7人 対人口100万人	827人 （2024） 6.7人 対人口100万人	石川県21人 （2024） 19.0人 対人口100万人	日本医療薬学会
			②がん薬物療法認定薬剤師	12人 （2023） 8.2人 対人口100万人	1，019人 （2023） 8.2人 対人口100万人	島根県13人 （2023） 20.1人 対人口100万人	日本病院薬剤師会
			②外来がん治療認定薬剤師	6人 （2023） 4.1人 対人口100万人	956人 （2023） 7.7人 対人口100万人	福岡県58人 （2023） 11.4人 対人口100万人	日本臨床腫瘍薬学会
			③がん看護専門看護師	13人 （2024） 8.8人 対人口100万人	931人 （2024） 7.5人 対人口100万人	高知県17人 （2024） 25.6人 対人口100万人	日本看護協会
			③がん薬物療法看護認定看護師	2人 （2024） 1.4人 対人口100万人	135人 （2024） 1.1人 対人口100万人	富山県5人 （2024） 5.0人 対人口100万人	日本看護協会
			③乳がん看護認定看護師	2人 （2024） 1.4人 対人口100万人	298人 （2024） 2.4人 対人口100万人	鳥取県4人 （2024） 7.5人 対人口100万人	日本看護協会
	指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合					施設向けアンケート調査実施中

6-2	「施設」では、標準治療を、質が高く安全に実施する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標						

6-3	拠点病院等では、並存疾患のある患者に対する薬物療法を安全に実施する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	免疫関連有害事象を含む有害事象に対して、他診療科や他病院と連携等して対応している「施設」の割合					施設向けアンケート調査実施中

6-1	必要な患者が、最新の知見に基づく最適な薬物療法を、タイムリーで質が高く安全に受けられている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	DPC-QI lg14 ⅡB･ⅢA期非小細胞肺癌に対する術後化学療法（74歳以下）術後9週間以内の補助化学療法開始		0.0%	56.1%	100.0% （複数）	QIフィードバックシステム
	指標	DPC-QI st14 胃癌術後6週間以内の補助化学療法開始		100.0%	51.4%	100.0% （複数）	
	指標	DPC-QI 32 StageⅢ大腸癌に対する術後補助化学療法		83.3%	82.7%	100.0% （複数）	
	指標	医療者調査 問25 薬物療法を受けた患者のうち、質の高い薬物療法を提供できた患者の割合はどの程度ですか。		74.7% （2023）	なし	なし	医療者調査

⑦チーム医療の推進

7-1	「施設」では、医療者、特に医師とそれ以外の医療者の間でのコミュニケーションが取れた医療行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標						
	指標						

7-2	「施設」では、院内や地域の歯科医師、歯科衛生士等と連携し、医科歯科連携によるがん患者の口腔の管理を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん患者の口腔健康管理のため院内又は地域の歯科医師と連携して対応している「施設」の割合					施設向けアンケート調査実施中

7-3	「施設」では、栄養サポートチーム等の専門チームと連携し、栄養指導や管理を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「栄養サポートチーム加算」を算定している「施設」の割合		76.9% 20/26施設 （2024）			九州厚生局 届出受理医療機関名簿（全体版）令和6年8月1日現在（※毎月上旬更新予定）

7-1	患者が、医療者の間の情報共有ができた医療を受けられている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 医療スタッフ間で情報が十分にと感じた患者の割合		77.3% （2018）	79.8% （2023） 68.8% （2018）	東京都78.0% （2018）	患者体験調査
	指標	患者体験調査 主治医以外にも相談しやすいスタッフがいた患者の割合		53.7% （2018）	58.4% （2023） 48.8% （2018）	佐賀県65.8% （2018）	患者体験調査
	指標	DPC-QI st20 胃がん患者への栄養指導		100.0%	94.7%	100.0% （複数）	QIフィードバックシステム
	指標	NDB-SCR/NDB 栄養サポートチーム加算		190.1 （2021）	100.0 （2021）	沖縄県190.1 （2021）	内閣府 医療提供状況の地域差(A-233-02-00)
	指標	NDB-SCR/NDB 周術期口腔機能管理計画策定料					
	指標	NDB-SCR/NDB 周術期口腔機能管理料(I)(II)(III)					
	指標	医療者調査 問39 医師以外の医療スタッフの方にお尋ねします。がん患者のケアに関して、自分の意見を医師に対して自由に言えますか。		13.9% （2023） 61.9% （2015）	なし	【参考値】秋田県 第1回 確認中 第2回 確認中	医療者調査
	指標	医療者調査 問40 医師の方にお尋ねします。他の医療スタッフの話に耳を傾けていますか。		63.9% （2023） 97.9% （2015）	なし	【参考値】秋田県 第1回 確認中 第2回 確認中	医療者調査

⑧医療実装

8-1	「施設」では、新規に認可された医薬品、医療機器及び医療技術を速やかに患者に提供する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「拠点病院等」において新規に認可された免疫チェックポイント阻害薬が実際に使えるようになった日数					

8-2	「拠点病院等」では、治験も含めた医薬品等の臨床研究、先進医療、患者申出療養等に関する適切な情報提供を行い、患者を紹介する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	臨床試験に参加していない地域の患者さんやご家族向けの問い合わせ窓口を設置している拠点病院数					施設向けアンケート調査実施中
	指標	「拠点病院等」において実施されている（参加が可能な）臨床研究の数					施設向けアンケート調査実施中

8-1	患者が、新規に認可された医薬品、医療機器及び医療技術を受けられており、希望する患者が治験等に参加できている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	治験も含めた医薬品等の臨床研究、先進医療、患者申出療養等に参加した患者の数					施設向けアンケート調査実施中
	指標	医療者調査 問9 医師の方にお尋ねします。2023年に、レジメン登録が遅かったために、患者へのタイムリーな投薬が遅れたことがありましたか。		64.4%（なかったとの回答） 2023	なし	なし	医療者調査

緩和・支持療法

番号	C 個別施策

①緩和ケア

1-1	「施設」では、外来初診時および入院時に、看護師による「痛みのスクリーニング」を行い、その後は必要な医療を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	外来初診時および入院時に、看護師による「痛みのスクリーニング」が行われたがん患者の割合					
	指標	前述の「痛みのスクリーニング」の結果を、看護師が、主治医（主治医チーム）に報告が行われたがん患者の割合					
	指標	「痛みのスクリーニング」の結果報告を受けて、主治医（主治医チーム）が速やかに必要な緩和ケアが行われたがん患者の割合					
	指標	「痛みのスクリーニング」の結果を受けての緩和ケアが主治医（主治医チーム）では充分行えない場合に、主治医（主治医チーム）から速やかに緩和ケアチームに紹介が行われたがん患者の割合					

1-2	外来患者は毎回の受診時に、入院患者は毎日、看護師による「痛みのモニタリング」を行い、その後は必要な医療を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	外来患者は毎回の受診時に、入院患者は毎日、看護師による「痛みのモニタリング」が行われたがん患者の割合					
	指標	前述の「痛みのモニタリング」の結果を、看護師が、主治医（主治医チーム）に報告が行われたがん患者の割合					
	指標	「痛みのモニタリング」の結果報告を受けて、主治医（主治医チーム）が速やかに必要な緩和ケアが行われたがん患者の割合					
	指標	「痛みのモニタリング」の結果を受けての緩和ケアが主治医（主治医チーム）では充分行えない場合に、主治医（主治医チーム）から速やかに緩和ケアチームに紹介が行われたがん患者の割合					
	指標	リンクナース制度を運用している「施設」の割合					施設向けアンケート調査実施中

1-3	「施設」では、専門的な緩和ケアを提供できる人材とチームを整備する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」の緩和ケアチーム新規診療症例数					施設向けアンケート調査実施中
	指標	緩和ケア外来の新規診療症例数					施設向けアンケート調査実施中
	指標	緩和ケア外来への、地域の医療機関からの紹介件数					施設向けアンケート調査実施中
	指標	以下の専門家の数 ①緩和医療学会専門医及び認定医 ②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医 ③ペインクリニック専門医 ④放射線治療専門医 ⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医） ⑥緩和薬物療法認定薬剤師 ⑦緩和ケア認定看護師 ⑧公認心理師及び臨床心理士	①緩和医療学会専門医	3人 （2024） 2.0人 対人口100万人	356人 （2024） 2.9人 対人口100万人	鳥取県4人 （2024） 7.5人 対人口100万人	日本緩和医療学会
			①緩和医療学会認定医	11人 （2024） 7.5人 対人口100万人	1,146人 （2024） 9.2人 対人口100万人	鳥取県9人 （2024） 16.8人 対人口100万人	日本緩和医療学会
			②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	3人 （2024） 2.0人 対人口100万人	183人 （2024） 1.5人 対人口100万人	京都府9人 （2024） 3.6人 対人口100万人	日本サイコオンコロジー学会
			③ペインクリニック専門医	15人 （2024） 10.2人 対人口100万人	1,598人 （2024） 12.9人 対人口100万人	栃木県53人 （2024） 28.0人 対人口100万人	日本ペインクリニック学会
			④放射線治療専門医	15人 （2024） 10.2人 対人口100万人	1,437人 （2024） 11.6人 対人口100万人	京都府57人 （2024） 22.5人 対人口100万人	日本放射線腫瘍学会
			⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	13人 （2023） 8.8人 対人口100万人	1,264人 （2023） 10.2人 対人口100万人	奈良県119人 （2023） 92.0人 対人口100万人	日本インターベンショナルラジオロジー学会事務局からデータ提供
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	4人 （2024） 2.7人 対人口100万人	872人 （2024） 7.0人 対人口100万人	島根県11人 （2024） 17.0人 対人口100万人	日本緩和医療薬学会
			⑦緩和ケア認定看護師	33人 （2024） 22.5人 対人口100万人	1,951人 （2024） 15.7人 対人口100万人	山梨県50人 （2024） 63.0人 対人口100万人	日本看護協会
			⑧公認心理師	1,015人 （2024） 690.7人 対人口100万人	71,987人 （2024） 579.2人 対人口100万人	京都府2,301人 （2024） 908.1人 対人口100万人	日本心理研修センター
			⑧臨床心理士	336人 （2023） 228.6人 対人口100万人	36,865人 （2023） 296.6人 対人口100万人	京都府1,448人 （2023） 571.5人 対人口100万人	日本臨床心理士資格認定協会
	指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合					施設向けアンケート調査実施中

②在宅医療

2-1	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合を増加させる	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

2-2	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度を向上させる	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

2-3	在宅医療を提供できる必要な資格を持った専門家を計画的に養成し、必要に応じて配置する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	地域緩和ケア連携調整員研修受講者数			なし	なし	施設向けアンケート調査実施中
	指標	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	①在宅専門医	10人 （2024） 6.8人 対人口100万人	461人 （2024） 3.7人 対人口100万人	奈良県12人 （2024） 9.3人 対人口100万人	日本在宅医療連合学会
			②訪問看護師	3人 （2024） 2.0人 対人口100万人	549人 （2024） 4.4人 対人口100万人	愛知県83人 （2024） 11.1人 対人口100万人	日本看護協会
			③介護支援専門員	7,024人 （2023） 4,779.4人 対人口100万人	751,059人 （2023） 6043.2人 対人口100万人	徳島県7,111人 （2023） 10,259.9人 対人口100万人	日本看護協会
			④在宅医療インテグレーター	13人 （2024） 8.8人 対人口100万人	382人 （2024） 3.1人 対人口100万人	沖縄県13人 （2024） 8.8人 対人口100万人	日本在宅医療連合学会からのデータ提供
	指標	以下の施設の数 ①在宅療養支援診療所 ②強化機能型在宅療養支援診療所 ③在宅療養支援病院 ④訪問看護ステーション ⑤専門医療機関連携薬局 ⑥介護サービス事業所 ⑦訪問リハビリテーション事業所	①在宅療養支援診療所	98施設 （2022） 66.7施設 対人口100万人	15,090施設 （2022） 121.4施設 対人口100万人	長崎県282施設 （2022） 223.1施設 対人口100万人	厚生労働省　在宅医療にかかる地域別データ集
			②強化機能型在宅療養支援診療所	33施設 （2022） 22.5施設 対人口100万人	3,796施設 （2022） 30.5施設 対人口100万人	和歌山県44施設 （2022） 49.5施設 対人口100万人	
			③在宅療養支援病院	20施設 （2022） 13.6施設 対人口100万人	1,672施設 （2022） 13.5施設 対人口100万人	徳島県42施設 （2022） 60.6施設 対人口100万人	
			④訪問看護ステーション	201施設 （2022） 136.8施設 対人口100万人	14,829施設 （2022） 119.3施設 対人口100万人	和歌山県178施設 （2022） 200.1施設 対人口100万人	
			⑤専門医療機関連携薬局	1施設 （2024） 0.7施設 対人口100万人	191施設 （2024） 1.5施設 対人口100万人	長崎県5施設 （2024） 4.0施設 対人口100万人	厚生労働省　専門医療機関連携薬局　認定薬局の件数
			⑥介護サービス事業所				
			⑦訪問リハビリテーション事業所	42施設 （2023） 28.6施設 対人口100万人	4,913施設 （2023） 39.5施設 対人口100万人	徳島県96施設 （2023） 138.5施設 対人口100万人	厚生労働省　介護サービス情報の公表システムデータのオープンデータ

番号	B 中間アウトカム

1-1	がん患者及びその家族の苦痛の軽減ができ、QOLが向上できている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査・遺族調査 医療者はつらい症状にすみやかに対応していたと感じる割合	80.1% （2018）	90.1% （2023） 74.1% （2018）	愛媛県86.3% （2018）	患者体験調査
	指標	患者体験調査・遺族調査 医療スタッフが耳を傾け理解しようとしてくれていたと思う患者の割合	78.6% （2018）	90.1% （2023） 71.7% （2018）	愛媛県79.8% （2018）	患者体験調査
	指標	医療者調査　問10 2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果で痛むがあるとした患者のうち、その結果が主治医（チーム）に速やかに伝えられた患者の割合はどの程度ですか。	75.2% （2023）	なし	なし	医療者調査
	指標	医療者調査　問11 2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果が主治医（チーム）に伝えられた患者のうち、主治医（チーム）が速やかに必要な緩和ケアを行った患者の割合はどの程度ですか。	71.4% （2023）	なし	なし	医療者調査
	指標	医療者調査　問12 2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果が主治医（チーム）に伝えられた患者において、主治医（チーム）では対応が十分に行えない患者のうち、主治医（チーム）から速やかに緩和ケアチームに紹介が行われた患者の割合はどの程度ですか。	59.4% （2023）	なし	なし	医療者調査

1-2	緩和ケアの質の向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者報告アウトカム（PRO）の症状改善率				
	指標					
	指標	NDB-SCR/NDB 緩和ケア診療加算の算定回数	39.3 （2021）	100.0 （2021）	福井県211.7 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（A-226-02-01）
	指標	NDB-SCR/NDB L100神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）	84.3 （2021）	100.0 （2021）	長野県230.2 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（L-100-00）入院+外来
	指標	NDB-SCR/NDB L101神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）	68.0 （2021）	100.0 （2021）	岐阜県296.1 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（L-101-00）入院+外来
	指標	NDB-SCR/NDB 緩和的放射線照射の実施数: M001-3（直線加速器による放射線治療）の2	141.9 （2021）	100.0 （2021）	山形県214.8 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（M-001-03-02）入院+外来　診療行為コード（180035310）

2-1	希望する患者の在宅医療への移行が充分にできている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	遺族調査 在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	なし	78.8% （2018）	なし	国立がん研究センター「患者さまが受けられた医療に関するご遺族の方への調査」
	指標	遺族調査 介護をしたことで、全体的に負担感が大きかった割合	53.1% （2019）	40.9% （2019）	福岡県31.0% （2019）	国立がん研究センター「患者さまが受けられた医療に関するご遺族の方への調査」
	指標	NDB-SCR/NDB 在宅ターミナルケア加算	131.2 （2021）	100.0 （2021）	宮城県305.8 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（C-005-00-11）外来
	指標	NDB-SCR/NDB 看取り加算	90.3 （2021）	100.0 （2021）	神奈川県193.8 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（C-001-00-06）
	指標	NDB-SCR/NDB 介護支援等連携指導料（がん患者に限定）	99.0 （2021）	100.0 （2021）	秋田県258.1 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（B-005-01-02）
	指標	NDB-SCR/NDB 退院時共同指導料1（がん患者に限定）	236.3 （2021）	100.0 （2021）	岐阜県319.5 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（B-004-00-01）
	指標	医療者調査　問26 在宅医療を希望された患者のうち、実際に在宅医療に移行した患者の割合はどの程度ですか。	62.7% （2023）	なし	なし	医療者調査

番号	A 分野アウトカム

1-1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 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	70.4% （2018） 62.0% （2014）	69.5% （2018） 61.5% （2014）	岡山県79.8% （2018） 和歌山県73.2% （2014）	患者体験調査
	指標	患者体験調査 身体の苦痛や気持ちのつらさを和らげる支援は十分であると感じる患者の割合	43.5% （2018）	33.8% （2023） 42.5% （2018）	山口県55.2% （2018）	患者体験調査
	指標	患者体験調査 現在自分らしい日常生活を送れていると感じる患者の割合	78.3% （2018） 75.2% （2014）	79.0% （2023） 70.1% （2018） 77.7% （2014）	徳島県83.5% （2018） 秋田県89.4% （2014）	患者体験調査

2-4	看取りができる介護施設の拡大を図る	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	看取りができる介護施設の数				

③リハビリテーション

3-1	すべてのがん患者に対して、リハビリが必要かどうかの評価をする体制が整え、その結果を踏まえたリハビリを施行する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん患者リハビリテーション料に関する施設基準を満たした「施設」の割合	65.4% 17/26施設 (2024)			九州厚生局 届出受理医療機関名簿(全体版) (※毎月上旬更新予定) 令和6年8月1日現在

3-1	[施設]では、必要な全ての患者に、適切なリハビリテーションができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	拠点病院等に通院・入院中のがん患者でリハビリテーションを受けた患者の割合				施設向けアンケート調査実施中
	指標	NDB-SCR/NDB がん患者リハビリテーション料	116.6 (2021)	100.0 (2021)	福井県191.4 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(H-007-02-00)
	指標	医療者調査 問27 リハビリテーションを行った患者の割合はどの程度ですか。	57.6% (2023)	なし	なし	医療者調査

④支持療法

4-1	患者が、治療に伴う副作用・合併症・後遺症への見通しを持ち、身体的苦痛や外見の変化等があった際に容易に相談できる環境を整備する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	リンパ浮腫研修の受講者数(修了者数)	3 (2023) 2.0人 対人口100万人	350 (2023) 2.8人 対人口100万人	奈良県10人 (2023) 7.7人 対人口100万人	ライフ・プランニング・センターからのデータ提供
	指標	リンパ浮腫外来が設置されている「施設」の割合				施設向けアンケート調査実施中
	指標	ストーマ外来が設置されている「施設」の割合				施設向けアンケート調査実施中

4-2	[施設]では、各種ガイドラインに基づく支持療法を、組織的に行う体制を整備する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	制吐薬適正使用ガイドラインに基づく院内マニュアルを作成し、レジメンの登録が行われている「施設」の割合				施設向けアンケート調査実施中

4-1	[施設]では、各種ガイドラインに基づく十分な支持療法が行われている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 治療による副作用の見通しを持てた患者の割合	70.5% (2018)	75.6% (2023) 63.0% (2018)	大分県70.8% (2018)	患者体験調査
	指標	拠点病院において支持療法に関する標準診療を実施された患者の割合				
	指標	NDB-SCR/NDB リンパ浮腫複合的治療料 (重症)	なし (2021)	100.0 (2021)	岩手県459.0 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(H-007-04-01)
		(1以外)	なし (2021)	100.0 (2021)	東京都299.6 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(H-007-04-02)
	指標	NDB-SCR/NDB リンパ浮腫指導管理料	69.4 (2021)	100.0 (2021)	鹿児島県138.6 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(B-001-07-00)
	指標	医療者調査 問20 薬物療法の開始前に、副作用の出る時期の説明も含めて、十分な説明を行った患者の割合はどの程度ですか。	79.9% (2023)	なし	なし	医療者調査

⑤妊孕性温存療法

5-1	がん患者・家族が、生殖機能への影響についての情報提供を十分に行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	相談支援センターにおける「妊孕性・生殖機能」に関する相談件数	6件 (2022) 6件 (2023)			

5-1	妊孕性温存療法及びがん治療後の生殖補助医療が十分に行われている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん・生殖医療にて出生した子供の数	1例			
	指標	患者体験調査 治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合	51.6% (2018) 65.7% (2014)	63.9% (2023) 31.1% (2018) 38.1% (2014)	秋田県100.0% (2018) 和歌山県92.8% (2014)	患者体験調査
	指標	医療者調査 問22 医師と看護師の方にお尋ねします。妊孕性温存療法が必要な患者のうち、実際に妊孕性温存療法の説明を行った患者の割合はどの程度ですか。	49.2% (2023)	なし	なし	医療者調査

5-2	妊孕性温存療法に関する体制を整備する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	日本がん・生殖医療登録システム JOFRへの登録症例数	54例	1089例		

5-3	がん治療後の生殖医療に関する体制を整備する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん治療後の生殖医療のために琉球大学病院に紹介されたがん患者の数	40例			

個別のがん対策

C 個別施策

①希少がん

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1		希少がん患者及びその家族に対して、十分な情報を提供する					
	指標	希少がんに関するHP等の整備を行っている「施設」の割合					
1-2		希少がん患者及びその家族に対して、十分な相談支援を提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターに相談した希少がん患者の数		66件 (2023)			
1-3		希少がん患者を、速やかに琉球大学病院または県立中部病院に紹介する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	希少がん診療を積極的に受け入れている拠点病院等(琉球大学病院と県立中部病院)で治療を受けた希少がん患者の割合					
1-4		希少がん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療を、タイムリーで質が高く、安全に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	希少がんにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数					施設向けアンケート調査実施中
	指標	臨床試験等を受けた希少がん患者の数					施設向けアンケート調査実施中

②難治性がん

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1		難治性がん患者及びその家族に対して、十分な相談支援が提供する					
	指標	がん相談支援センターに相談した難治性がん患者の数		26件 (2023) 原発不明がんのみ			
2-2		県内の医療機関について、難治性がん診療における適切な役割分担を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	難治性がん診療を積極的に受け入れている「施設」における治療開始数					
2-3		難治性がん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療が、タイムリーで質が高く、安全に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	難治がんにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数					施設向けアンケート調査実施中
	指標	臨床試験等を受けた難治がん患者の数					施設向けアンケート調査実施中

③小児がん

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-1		小児がん患者及びその家族に対して、十分な情報を提供する					
	指標	なし					
3-2		小児がん患者及びその家族に対して、十分な相談支援を提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	国立がん研究センターによる「がん相談支援センター相談員基礎研修」(1)(2)を受講後、国立成育医療研究センターが実施する「小児がん相談員専門研修」を修了した者の数		琉大:1名 こども医療センター:確認中			
	指標	がん相談支援センターに相談した小児がん患者の数		7件			
3-3		小児がん患者を、速やかに琉球大学病院または県立こども医療センターに紹介する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	琉球大学病院または県立こども医療センターで治療を受けた小児がん患者の割合		78.7%			

番号				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-4		小児がん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療が、タイムリーで質が高く、安全に実施する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	琉球大学病院または県立こども医療センターにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数			琉球大学病院 15件 こども医療センター 確認中			
	指標	臨床試験等を受けた小児がん患者の数			琉球大学病院 5名 こども医療センター 確認中			
	指標	以下の専門家の数 ①小児血液・がん専門医 ②小児外科専門医および小児がん認定外科医 ③血液専門医 ④小児看護専門看護師、がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師、緩和ケア認定看護師	①小児血液・がん専門医	3人 (2024) 2.0人 対人口100万人	383人 (2024) 3.1人 対人口100万人	京都府23人 (2024) 9.1人 対人口100万人	一般社団法人日本小児血液・がん学会
			②小児外科専門医	5人 (2024) 3.4人 対人口100万人	753人 (2024) 6.1人 対人口100万人	京都府33人 (2024) 13.0人 対人口100万人	一般社団法人日本小児外科学会
			③小児がん認定外科医	1人 (2024) 0.7人 対人口100万人	128人 (2024) 1.0人 対人口100万人	奈良県4人 (2024) 3.1人 対人口100万人	一般社団法人日本小児血液・がん学会
			④血液専門医	28人 (2024) 19.1人 対人口100万人	4,580人 (2024) 36.9人 対人口100万人	京都府189人 (2024) 74.6人 対人口100万人	一般社団法人日本血液学会
			⑤小児看護専門看護師	3人 (2024) 2.0人 対人口100万人	254人 (2024) 2.0人 対人口100万人	高知県8人 (2024) 12.0人 対人口100万人	日本看護協会
			⑥がん看護専門看護師	11人 (2024) 7.5人 対人口100万人	906人 (2024) 7.3人 対人口100万人	高知県15人 (2024) 22.6人 対人口100万人	日本看護協会
			⑦がん薬物療法看護認定看護師	0人 (2024) 0.0人 対人口100万人	88人 (2024) 0.7人 対人口100万人	山形県5人 (2024) 4.9人 対人口100万人	日本看護協会
			⑧緩和ケア認定看護師	33人 (2024) 22.5人 対人口100万人	1,951人 (2024) 15.7人 対人口100万人	山梨県50人 (2024) 63.0人 対人口100万人	日本看護協会
	指標	上記の専門家が、琉球大学病院または県立こども医療センターに常勤で配置されているか否か。	①小児血液・がん専門医	琉球大学病院 ○(1人) こども医療センター ○(1人)			施設向けアンケート調査実施中
			②小児外科専門医	琉球大学病院 ○(2人) こども医療センター ○(2人)			
			③小児がん認定外科医	琉球大学病院 ○(1人) こども医療センター ×			
			④血液専門医	琉球大学病院 ○(3人) こども医療センター ○(2人)			
			⑤小児看護専門看護師	琉球大学病院 × こども医療センター ○(3人)			
			⑥がん看護専門看護師	琉球大学病院 ○(4人) こども医療センター ○(1人)			
			⑦がん薬物療法看護認定看護師	琉球大学病院 ○(1人) こども医療センター ○(1人)			
			⑧緩和ケア認定看護師	琉球大学病院 ○(2人) こども医療センター ○(2人)			

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-5		小児がん患者に対して、晩期合併症の検索も含めて、長期フォローアップを行う					
	指標	長期フォローアップ外来を設置している施設数		3 (2023)			沖縄県保健医療介護部健康長寿課がん対策班からの情報提供
	指標	長期フォローアップ外来で長期にフォローアップをしている小児がん患者数		琉球大学病院 9人 こども医療センター 確認中			

B 中間アウトカム

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1		希少がん患者の生存率の改善ができている					
	指標	患者体験調査 希少がん患者の初診から診断までの時間、診断から治療開始までの時間	初診から診断までの時間(1か月未満)	なし	61.4% (2023) 60.6% (2018)	なし	患者体験調査
			診断から治療開始までの時間(1か月未満)	なし	62.4% (2023) 67.8% (2018)	なし	患者体験調査
1-2		希少がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 治療スケジュールの見通しに関する情報を十分得ることができた希少がん患者の割合		なし	92.3% (2023) 75.7% (2018)	なし	患者体験調査
	指標	医療者調査 問29 県立中部病院と琉球大学病院に勤務されている方以外にお尋ねします。希少がん患者のうち、診断又は治療目的で、県立中部病院、琉球大学病院または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。		42.8% (2023)	なし	なし	医療者調査
	指標	医療者調査 問30 上記医療機関に紹介できなかった理由について、具体的にお書きください。		確認中	なし	なし	医療者調査

番号				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1		難治性がん患者の生存率の改善ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	難治性がん(代表例:膵がん)の5年生存率(再掲)		食道				
				肝(肝細胞がん・肝内胆管がん)				
				胆(胆のうがん・胆管がん)				
				膵臓				
				肺				
				多発性骨髄腫				
				白血病				
				成人T細胞白血病リンパ腫				
2-2		難治性がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	医療者調査 問31 難治がん患者のうち、診断又は治療目的で、沖縄県における「掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設一覧」または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。(自施設が施設一覧に記載されている場合も含む)			37.6% (2023)	なし	なし	医療者調査
	指標	医療者調査 問32 上記医療機関に紹介できなかった理由について、具体的にお書きください。			確認中	なし	なし	医療者調査

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-1		小児がん患者の生存率の改善ができている					
	指標	小児がん患者の初診から琉球大学病院または県立こども医療センターを紹介受診した日数					

＊↑この指標に関しては、小児科の浜田先生に確認したところ、県内においては紹介から受診までかかる日数は、白血病においては、1日ないし2日、固形腫に関しても問題なく受診につながっていると思われますとのことなので、別の指標を検討する方向。

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
3-2		小児がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている					
	指標	小児がん体験調査 がん患者の家族の悩みや負担を相談できる支援・サービス・場所が十分あると思う小児がん患者の割合		【参考】 成人52.6 (2018)	小児39.7 (2019) 【参考】 AYA39.5 成人47.1 (2018)	なし	小児患者体験調査 【参考】患者体験調査
	指標	小児がん体験調査 治療開始前に教育の支援等について医療スタッフから話があったと回答した人の割合		なし	68.1% (2019)	なし	小児患者体験調査

A 分野アウトカム

番号			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1		がんの種類、年代、住んでいる地域に拘わらず、がん診療の質の向上ができている					
	指標	希少がんの5年生存率					

※現在、協議中の厚労科研の議論をまって、掲載予定。

参考データ

番号				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1		がんの種類、年代、住んでいる地域に拘わらず、がん診療の質の向上ができている						
	指標	希少がんの5年生存率	喉頭					
			卵巣					
			膀胱					
			甲状腺					
			多発性骨髄腫					

番号				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1		がんの種類、年代、住んでいる地域に拘わらず、全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている						
	指標	難治性がん(代表例:膵がん)の5年生存率	食道					
			肝(肝細胞がん・肝内胆管がん)					
			胆(胆のうがん・胆管がん)					
			膵臓					
			肺					
			多発性骨髄腫					
			白血病					
			成人T細胞白血病リンパ腫					

※全国がん罹患モニタリング集計 2009-2011年生存率報告で記載されているがん種のうち、5年相対生存率が50%以下のがん種のうち、脳・中枢神経系を除く7つ+成人T細胞白血病リンパ腫

番号				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1								
	指標	小児がん患者の5年生存率	胚細胞腫瘍・性腺腫瘍					
			神経芽腫					
			白血病					
			リンパ腫					
	指標	AYA世代のがんの5年生存率	大腸					
			女性乳房					
			子宮頸部					
			卵巣					
			甲状腺					
	指標	がん種別5年生存率	全部位	県平均	60.7%	66.2%	東京都 71.5%	院内がん登録 2014-2015年5年生存率集計
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			胃	県平均	59.0%	70.2%	京都府 78.1%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			大腸	県平均	63.3%	70.9%	東京都 75.8%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			肝細胞	県平均	37.1%	45.1%	大分県 52.8%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			肝内胆管	県平均	13.5%	21.1%	広島県 34.7%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
				県平均	47.4%			
				北部				
				中部				

3-6	小児がん患者に対して、治療と並行した学業の継続、治療終了後の進学や就職に対しての支援を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターにおける小児がん患者の教育に関する相談件数		0～18歳　13件 （2023）			琉球大学病院相談支援センターからの情報提供
	指標	がん相談支援センターにおける小児がん患者の就労に関する相談件数		就学・就園　7件 学業・学校生活　6件 ※就労に関する相談件数は年齢別集計をしていない。			琉球大学病院相談支援センターからの情報提供

3-7	小児がん患者の家族、特に両親や同胞への支援を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	小児がんに関する患者団体の数	4			

④AYA世代のがん

4-1	AYA世代のがん患者及びその家族に対して、十分な情報を提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

4-2	AYA世代のがん患者及びその家族に対して、十分な相談支援を提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターに相談したAYA世代のがん患者の数	194件 （2023）			琉球大学病院相談支援センターからの情報提供

4-3	AYA世代のがん患者を、速やかにがん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）に紹介する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	拠点病院等で治療を受けたAYA世代のがん患者の割合				

4-4	AYA世代のがん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療を、タイムリーで質が高く、安全に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	拠点病院等において参加が可能な臨床試験や治験の数				施設向けアンケート調査実施中
	指標	臨床試験や治験等を受けたAYA世代のがん患者の数				施設向けアンケート調査実施中

4-5	AYA世代のがん患者に対して、晩期合併症の検索も含めて、長期フォローアップを行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	長期フォローアップ外来を設置している施設数	3 （2023）			沖縄県保健医療介護部健康長寿課がん対策班からの情報提供
	指標	小児・AYA世代のがんの長期フォローアップに関する研修会参加人数				
	指標	長期フォローアップ外来で長期にフォローアップをしているAYA世代のがん患者				

4-6	AYA世代のがん患者に対して、治療と並行した学業や就労の継続、治療終了後の進学や就職に対しての支援を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターにおける、AYA世代のがん患者の発育及び療養上の相談への対応・支援のうち、教育に関する相談件数	相談件数はあるが、年齢別でない為、AYA世代のみの集計はなし			施設向けアンケート調査実施中
	指標	がん相談支援センターにおける、AYA世代のがん患者に対する就労に関する相談件数	相談件数はあるが、年齢別でない為、AYA世代のみの集計はなし			施設向けアンケート調査実施中

4-7	子供がいるAYA世代のがん患者に対して、その子供に対する支援を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	親ががんになった子ども、そしてその患者さん、ご家族を支援する団体に紹介したAYA世代のがん患者の数				施設向けアンケート調査実施中

4-1	AYA世代のがん患者の生存率の改善ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 AYA世代のがんの5年生存率（再掲）	大腸				
		女性乳房				
		子宮頸部				
		卵巣				
		甲状腺				

4-2	AYA世代のがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者体験調査＜若年がん患者のみ＞ 治療開始前に、就労継続について説明を受けたがん患者の割合		27.2% （2018）	75.7% （2023） 44.0% （2018）	神奈川県 53.6% （2018）	患者体験調査
	指標 医療者調査　問33 県立中部病院、那覇市立病院、琉球大学病院以外の方にのみお尋ねします。AYA世代のがん患者のうち、診断又は治療目的で、県内のがん診療連携拠点病院（県立中部病院、那覇市立病院または琉球大学病院）または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。		35.0% （2023）	なし	なし	医療者調査
	指標 医療者調査　問34 上記医療機関に紹介できなかった理由について、具体的にお書きください。		確認中	なし	なし	医療者調査

⑤高齢者のがん

5-1	地域の医療機関やかかりつけ医、在宅療養支援診療所、訪問看護事業所等の医療・介護を担う機関、関係団体、地方公共団体等と連携し、高齢者のがん患者やその家族等の療養生活を支えるための体制を整備する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討を行っている「施設」の数	在宅療養支援診療所数	98施設 （2022） 66.7施設 対人口100万人	15,090施設 （2022） 121.4施設 対人口100万人	長崎県282施設 （2022） 223.1施設 対人口100万人	厚生労働省　在宅医療にかかる地域別データ集
			在宅療養支援病院数	20施設 （2022） 13.6施設 対人口100万人	1,672施設 （2022） 13.5施設 対人口100万人	徳島県42施設 （2022） 60.6施設 対人口100万人	

5-2	療養場所の選択も含めて、すべての高齢者のがん患者に、適切な意思決定支援と適切なアドバンスケアプランニングを行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	ACPに関する院内のマニュアル等を策定している「施設」の割合				施設向けアンケート調査実施中

5-3	高齢者機能評価および依存疾患の評価の結果と、患者の意向を十分に配慮したうえで、種々のガイドラインに準拠した最適な治療が安全に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	意思決定能力を含む高齢者機能評価に関する院内のマニュアル等を策定している「施設」の割合				施設向けアンケート調査実施中

5-4	高齢者のがん患者をもつ家族の介護負担を軽減する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	遺族調査のサブグループ解析（仮） 介護をしたことで、全体的に負担感が大きかったと回答した割合（再掲）	53.1% （2019）	40.9% （2019）	福岡県31.0% （2019）	遺族調査　2019年調査報告書（92項）

5-5	看取りができる介護施設の拡大を図る	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	看取りができる介護施設の数				

5-1	高齢者のがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 遺族調査のサブグループ解析（仮） 患者と医師間で最期の療養場所に関する話し合いがあったと回答した割合		38.1% （2019）	36.5% （2019）	山形県 44.8% （2019）	遺族調査　2019年調査報告書（88項）
	指標 遺族調査のサブグループ解析（仮） 介護をしたことで、全体的に負担感が大きかったと回答した割合		53.1% （2019）	40.9% （2019）	福岡県 31.0% （2019）	遺族調査　2019年調査報告書（92項）
	指標 NDB-SCR/NDB 介護支援等連携指導料の算定数（がん患者に限定）		99.0 （2021）	100.0 （2021）	秋田県 258.1 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差B005-01-02
	指標 NDB-SCR/NDB 退院時共同指導料1の算定数（がん患者に限定）		236.3 （2021）	100.0 （2021）	岐阜県 319.5 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差B004-00-01
	指標 医療者調査　問28 高齢者のがん患者に対して、治療前に「高齢者機能評価」を行った割合はどの程度ですか。		26.1% （2023）	なし	なし	医療者調査

⑥離島・へき地

6-1	正しい情報を基に、患者が自ら選択した医療機関で受診する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	療養場所ガイドの全戸配布を行った市町村の割合				

6-2	地域がん診療病院では、拠点病院と連携し、標準治療を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

6-3	診療病院におけるがん関連の人材配置等を過不足なく行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	以下の専門家が、診療病院に常勤で配置されているか否か ①呼吸器外科専門医 ②乳腺外科専門医 ③がん指導薬剤師、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤のいずれか ③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師、乳がん看護認定看護師のいずれか ④がん相談支援センター相談員基礎研修（1）（2）を修了した看護師、社会福祉士、精神保健福祉士のいずれか ⑤がん登録実務初級認定を受けた診療情報管理士	①呼吸器外科専門医				施設向けアンケート調査実施中
			②乳腺外科専門医				
			③がん指導薬剤師、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤のいずれか				
			③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師、乳がん看護認定看護師のいずれか				
			④がん相談支援センター相談員基礎研修（1）（2）を修了した看護師、社会福祉士、精神保健福祉士のいずれか				
			⑤がん登録実務初級認定を受けた診療情報管理士				
	指標	以下の専門家が、診療病院において、毎週または月に2回以上、外来診療を行っているか否か ①放射線治療専門医 ②がん薬物療法専門医 ③血液専門医	①放射線治療専門医				施設向けアンケート調査実施中
			②がん薬物療法専門医				
			③血液専門医				

6-1	離島・へき地のがん患者の生存率の改善ができている	指標項目		沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 全部位	全部位	県平均	60.7%	66.2%	東京都 71.5%	
			北部				
			中部				
			南部				
			宮古				
			八重山				
	指標 胃	胃	県平均	59.0%	70.2%	京都府 78.1%	
			北部				
			中部				
			南部				
			宮古				
			八重山				
	指標 大腸	大腸	県平均	63.3%	70.9%	東京都 75.8%	
			北部				
			中部				
			南部				
		胆のう	県平均		27.2%	沖縄県 47.4%	
			北部				
			宮古				
			八重山				
		膵	県平均	12.6%	12.7%	山梨県 23.1%	
			北部				
			中部				
			南部				
			宮古				
			八重山				
		小細胞肺	県平均	3.9%	11.5%	福井県 19.4%	
			北部				
			中部				
			南部				
			宮古				
			八重山				
		非小細胞肺	県平均	34.7%	47.5%	宮崎県 57.9%	
			北部				
			中部				
			南部				
			宮古				
			八重山				
		女性乳房	県平均	89.3%	91.6%	三重県 94.6%	
			北部				
			中部				
			南部				
			宮古				
			八重山				
		前立腺	県平均	92.5%	95.1%	香川県 99.4%	
			北部				
			中部				
			南部				
			宮古				
			八重山				
	指標	患者体験調査 現在自分らしい日常生活を送れていると感じる希少がん患者の割合		なし	75.5% （2023） 69.2% （2018）	なし	患者体験調査
	指標	患者体験調査 現在自分らしい日常生活を送れていると感じる若年がん患者の割合		なし	75.7% （2023） 66.8% （2018）	なし	患者体験調査
	指標	小児がん体験調査 小児がん患者のがんの診断・治療全般の総合評価（平均点又は評価が高い人の割合）		【参考】 成人8.4 （2018）	小児8.4 （2019） 【参考】 AYA7.8 成人8.0 （2018）	なし	小児患者体験調査 【参考】患者体験調査

6-4	離島・へき地において提供できない医療がある場合に、本島への渡航費用等の助成など、経済的な支援を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	沖縄県離島患者等通院費支援事業に参加している市町村の割合	94% 17/18市町村 (2023)	なし	なし	沖縄県保健医療介護部医療政策課医療対策班からの情報提供 ※がん患者対象外の市町村あり
	指標	沖縄県離島患者等通院費支援事業を利用したがん患者の割合	利用件数2,117件(2023) (参考値)離島のがん罹患数1,070(2019年)	なし	なし	

6-1	指標	がん種別5年生存率(再掲)		宮古				院内がん登録 2014-2015年5年生存率集計
				八重山				
			肝細胞	県平均	37.1%	45.1%	大分県 52.8%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			肝内胆管	県平均	13.5%	21.1%	広島県 34.7%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			胆のう	県平均	47.4%	27.2%	沖縄県 47.4%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			膵	県平均	12.6%	12.7%	山梨県 23.1%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			小細胞肺	県平均	3.9%	11.5%	福井県 19.4%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			非小細胞肺	県平均	34.7%	47.5%	宮崎県 57.9%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			女性乳房	県平均	89.3%	91.6%	三重県 94.6%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			前立腺	県平均	92.5%	95.1%	香川県 99.4%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				

6-2	離島・へき地のがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	医療者調査　問35 北部地区医師会病院、県立北部病院、たいら内科クリニック、宮古病院、八重山病院の方にのみお尋ねします。離島やへき地に住む患者において、自施設から本島の専門医療機関に送った方が良いと評価した患者のうち、スムーズに送ることができた患者の割合はどの程度ですか。	70.2% (2023)	なし	なし	医療者調査
	指標	医療者調査　問36 北部地区医師会病院、県立北部病院、たいら内科クリニック、宮古病院、八重山病院の方にのみお尋ねします。離島やへき地に住む患者のうち、中部医療圏や南部医療圏との医療格差が明らかに感じられた患者の割合はどの程度ですか。	47.0% (2023)	なし	なし	医療者調査
	指標	医療者調査　問37 離島の医療施設勤務者を含む全ての医療従事者にお尋ねします。離島やへき地に住む患者のうち、なるべく少ない回数で通院が終わるように配慮した患者の割合はどの程度ですか。	67.6% (2023)	なし	なし	医療者調査

共生

番号	C 個別施策					
①相談支援						
1-1	拠点病院等以外の「施設」では、「拠点病院等」のがん相談支援センターに準じた組織を構築し、がん患者とその家族等への相談業務を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 がん相談支援センターに準じた組織を構築した拠点病院等以外の「施設」の割合					施設向けアンケート調査実施中
1-2	「拠点病院等」では、治療方針の決定の前までに、がん相談支援センターに立ち寄らなければならないシステムをそれぞれ構築する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 治療方針の決定の前までに、がん相談支援センターで立ち寄った患者の割合		琉大のみ 214件 (2023)			沖縄県値:琉球大学病院相談支援センターからの情報提供
1-3	「拠点病院等」では、相談者からのフィードバックを受ける仕組みづくりを行い、「がん相談対応のモニタリング」等に準じて「がん相談対応評価表」等を用いて定期的に自己評価を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 ①認定がん相談支援センターの数		0施設 (2024) 0.0人 対人口100万人	32施設 (2024) 0.3人 対人口100万人	福井県2施設 (2024) 2.7人 対人口100万人	国立がん研究センター認定がん相談支援センター認定施設一覧
	指標 ②認定がん専門相談員数		3人 (2024) 2.0人 対人口100万人	390人 (2024) 3.1人 対人口100万人	鳥取県5人 (2024) 9.3人 対人口100万人	国立がん研究センター認定がん専門相談員認定者リスト
	指標 ③相談員指導者研修修了者数		9人 (2023) 6.1人 対人口100万人	771人 (2023) 6.2人 対人口100万人	山梨県17人 (2023) 21.4人 対人口100万人	国立がん研究センター相談員指導者研修全修了者リストリスト
	指標 ④相談員基礎研修(3)修了者数			なし	なし	施設向けアンケート調査実施中
1-4	県拠点病院は、地域拠点病院等と協力して、ピアサポーターの養成を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 ピアサポート研修会及びフォローアップ研修会を修了した人数	養成講座	114人 (2023)			沖縄県値:沖縄県地域統括相談支援センターがんピアサポート相談室(琉球大学病院がんセンター内)からの情報提供
		フォローアップ研修会	231人 (2023)			
	指標 ピアサポーターとして活動している人数		27人 (2023)			
1-5	「施設」ではピアサポートを行うとともに、ピアサポーターを活用した患者サロンを、患者に活用される方法で運営する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 各拠点病院等のピアサポート件数		35件 (2023)			沖縄県値:沖縄県地域統括相談支援センターがんピアサポート相談室(琉球大学病院がんセンター内)からの情報提供
	指標 患者サロンの開催回数		44回 (2023)			
②情報提供						
2-1	県は、関係団体と協力し、障害等の関係でコミュニケーションに配慮が必要な県民および日本語によるコミュニケーションが難しい人の情報へのアクセスを確保するため、音声資料や点字資料、英語等による説明書等を作成し、「施設」に配布し、情報が行き届くようにする	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 「施設」に配布した①音声資料、②点字資料、③外国語資料の種類	①音声資料				沖縄県値:健康長寿課がん対策班からの回答「現時点 (2024.8.29)で作成はしていない」
		②点字資料				
		③外国語資料の種類				
2-2	県は、県庁のホームページのがんに関する説明を定期的に改訂し、「施設」に関する啓発を図るなど広報に務める	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 「施設」の検索数					沖縄県値:健康長寿課がん対策班からの回答「検索数を把握していない」
2-3	「施設」では、自院のホームページや印刷物等で、対応が可能ながん種などを情報提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 以下が、ホームページまたは印刷物で情報提供されている「施設」の割合 ①具体的な専門医の情報②組織されている専門チームの情報③診断できるがん種の情報④治療できるがん種の情報	①具体的な専門医の情報				
		②組織されている専門チームの情報				
		③診断できるがん種の情報				
		④治療できるがん種の情報				
2-4	「施設」では、自院のホームページや印刷物等で、院内がん登録のベンチマークの分析結果および医療の質の評価の分析結果等を情報提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 以下が、ホームページまたは印刷物で情報提供されている「施設」の割合 ①院内がん登録のベンチマーク結果の情報②医療の質の評価のベンチマーク結果の情報	①院内がん登録のベンチマーク結果の情報				施設向けアンケート調査実施中
		②医療の質の評価のベンチマーク結果の情報				施設向けアンケート調査実施中
2-5	「施設」では、自院のホームページや印刷物等で、自治体や患者会等が主催する講演会等を積極的に広報する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 「施設」で、ホームページで広報した自治体や患者会等が主催する講演会等の件数					施設向けアンケート調査実施中
③デジタル化						
3-1	「施設」は、がん患者が院内で利用可能なインターネット環境を整備する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者とその家族が利用可能なインターネット環境を整備ししている「施設」の割合					施設向けアンケート調査実施中

番号	B 中間アウトカム					
1-1	がん患者やその家族等が、質の高い相談支援が受けることができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者体験調査 医療スタッフと十分な対話ができた人		70.6% (2018)	67.8% (2018)	愛媛県79.4% (2018)	患者体験調査
	指標 患者体験調査 がん相談支援センターを知っている人		74.0% (2018) なし (2014)	55.1% (2023) 66.9% (2018) 52.1% (2014)	滋賀県88.6% (2018) なし (2014)	患者体験調査
	指標 医療者調査 問18 がん診療連携拠点病院等に設置されている「がん相談支援センター」について、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。		31.7% (2023)	なし	なし	医療者調査
1-2	患者やその家族が、ピアサポートを受けることができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者体験調査 ピアサポートを利用したことがある人が役に立ったがん患者の割合		なし	70.4% (2023) 87.6% (2018)	なし	患者体験調査
	指標 患者体験調査 ピアサポートを知っている人		43.0% (2018)	15.4% (2023) 27.5% (2018)	沖縄県43.0% (2018)	患者体験調査
	指標 医療者調査 問19 患者サロン(ゆんたく会)、ピアサポート、患者会について、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。		22.0% (2023)	なし	なし	医療者調査
2-1	患者やその家族が、医療者から十分な情報を得ることができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者体験調査 治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた人		71.4% (2018) 86.6% (2014)	88.5% (2023) 75.2% (2018) 89.6% (2014)	長野県83.1% (2018) 愛媛県95.2% (2014)	患者体験調査
	指標 患者体験調査 治療スケジュールの見通しに関する情報を十分得ることができた人		83.3% (2018) 81.9% (2014)	91.3% (2023) 75.1% (2018) 89.1% (2014)	大分県86.4% (2018) 愛媛県94.3% (2014)	患者体験調査
	指標 医療者調査 問14 治療スケジュールの見通しについて、治療方針の決定までに、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。		69.6% (2023)	なし	なし	医療者調査
	指標 医療者調査 問15 医療費について、治療方針の決定までに、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。		47.8% (2023)	なし	なし	医療者調査
3-1	デジタル化によりがん患者・家族を含む国民が、適切な情報・医療資源・支援に容易にアクセスすることができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

番号	A 分野アウトカム					
1-1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者体験調査 がん患者の家族の悩みや負担を相談できる支援・サービス・場所が十分あると思う人		52.6% (2018) 45.7% (2014)	44.1% (2023) 47.1% (2018) 37.1% (2014)	岡山県57.0% (2018) 島根県51.9% (2014)	患者体験調査
	指標 患者体験調査 治療開始前に、病気のことや療養生活について誰かに相談できた人		79.9% (2018) 63.0% (2014)	60.6% (2023) 76.5% (2018) 67.4% (2014)	栃木県92.2% (2018) 秋田県81.3% (2014)	患者体験調査
	指標 患者体験調査 治療費用の負担が原因で、治療を変更または断念したことのある人		4.0% (2018) 4.0% (2014)	1.8% (2023) 5.0% (2018) 2.7% (2014)	群馬県11.7% (2018) 秋田県0.0% (2014)	患者体験調査

3-2	「施設」は、がん患者に対するセカンドオピニオンを含むオンライン診療を提供する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	オンラインでの相談を受け付けることができる体制を確保している「施設」の割合					施設向けアンケート調査実施中
	指標	セカンドオピニオンをオンラインで施行できる体制を確保している「施設」の割合					

3-3	拠点病院は、離島へき地のがん患者の診断・治療に際して、医療従事者とオンライン会議が実施できている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	拠点病院等と離島へき地の医療機関とのキャンサーボードの実施数		琉球大学病院：0			

④就労支援（医療機関側）

4-1	「施設」の担当医は、患者の就労状況について把握し、患者が治療に入る前に、仕事を続けながら治療が可能であることを説明する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標						

4-2	「施設」の担当医は、患者が治療に入る前に、がん相談センターまたはそれに準ずる組織において、就労に関する相談をするように紹介する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターにおける就労に関する相談件数		46件（2023）			琉球大学病院相談支援センターからの情報提供

4-3	「施設」では、地元のハローワーク等と協力しての就労相談を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	拠点病院等における就労の専門家による相談の回数					施設向けアンケート調査実施中
	指標	ハローワークと連携した就労支援を行った患者の数					施設向けアンケート調査実施中

4-1	がん患者とその家族が、仕事と治療の両立についての必要な支援を受けることができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 治療開始前に就労の継続について医療スタッフから話があった人		27.2%（2018）	44.0%（2023） 38.6%（2018）	神奈川県53.6%（2018）	患者体験調査
	指標	NDB-SCR/NDB 療養・就労両立支援指導料		78.8（2021）	100.0（2021）	愛媛県402（2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（B-001-09）
	指標	医療者調査　問16 就労の継続について、治療開始前に、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。		34.9%（2023）	なし	なし	医療者調査

⑤就労支援（職場側）

5-1	事業主として、両立支援コーディネーターを配置して、がん患者の就労相談を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	両立支援コーディネーターを配置している事業主の割合					沖縄県値：沖縄産業保健総合支援センターからの回答「把握していない」（2024.9.6）

5-2	事業主として、地元のハローワーク等と協力しての就労相談を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	長期療養者就職支援事業を活用した就職者数					

5-3	事業主として、地元の産業保健総合支援センター等と協力しての就労相談を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	産業保健総合支援センターで扱った件数					

5-1	がん患者とその家族が、仕事と治療の両立についての必要な支援を受けることができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 職場や仕事上の関係者から治療と仕事を両方続けられるような勤務上の配慮があったと思う人		74.4%（2018） 55.9%（2014）	74.5%（2023） 65.1%（2018） 68.3%（2014）	秋田県86.1%（2018） 島根県82.5%（2014）	患者体験調査
	指標	患者体験調査 治療と仕事を両立するために社内制度を利用した人		26.1%（2018）	70.6%（2023） 35.6%（2018）	島根県51.9%（2018）	患者体験調査

⑥アピアランスケア

6-1	担当医は、治療前からがん治療に伴う副作用についての説明を発現時期も含めて十分に説明を行い、アピアランスの変化が生じた場合は早期から積極的にがん相談支援センターと協力し対応を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターにおけるアピアランスに関する相談件数		74件（2023）			琉球大学病院相談支援センターからの情報提供

6-2	「施設」は、外来化学療法室にアピアランスケアの研修を受けた職員を配置して、早期から積極的にがん相談支援センターと協力し対応を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	アピアランス支援研修修了者が配置されている外来化学療法室の割合					施設向けアンケート調査実施中

6-3	県は、県拠点病院にアピアランスケアセンターを設置し、患者向けの講習会の開催やケア帽子（またはウィッグ）に対する経済的援助を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者向け講習会の開催回数		0回			

6-1	医学的・整容的・心理社会的支援を用いて、外見の変化を補完し、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケアを受けることができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 外見の変化に関する悩みを誰かに相談できた人		31.6%（2018）	25.8%（2023） 28.5%（2018）	徳島県42.0%（2018）	患者体験調査
	指標	医療者調査　問17 アピアランスケアについて、治療開始前に、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。		37.9%（2023）	なし	なし	医療者調査

⑦自殺対策

7-1	外来と入院患者向けの自殺防止マニュアルをそれぞれ整備し、研修を行い、がん患者の診断後の自殺対策ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	自殺防止に関する院内マニュアル等を①外来患者用、②入院患者用に整備している「施設」のそれぞれの割合					施設向けアンケート調査実施中

7-2	希死念慮が認められた場合に、早急に精神科医に紹介する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	希死念慮が認められた場合に、早急に精神科医に紹介した件数					ベンチマーク部会で協議の上、施設アンケートに含めないことになった（2024.8）

7-3	「施設」では、精神科医が週1回以上勤務するようにする		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	精神科医が週1回以上勤務している「施設」の割合					施設向けアンケート調査実施中

7-1	がん患者の自殺を減らすことができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん患者の自殺数					施設向けアンケート調査実施中
	指標	NDB-SCR/NDB がん患者指導管理料口	入院	157.1（2021）	100.0（2021）	大分県271.0（2021）	内閣府　医療提供状況の地域差
			外来	126.4（2021）	100.0（2021）	栃木県250.9（2021）	
			入院+外来	132.8（2021）	100.0（2021）	栃木県234.0（2021）	

⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

8-1	県は、関係諸団体と協力して、がんやがん患者・経験者への理解を深めるためのイベント等を開催し、偏見がなく、がん患者が疎外感を抱かないようにする		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	イベントの開催回数		0			沖縄県値：健康長寿課がん対策班からの回答「県単独の実施はなし」
	指標	がん患者団体イベントへの県が共催または後援した回数		2回（2023）			沖縄県値：健康長寿課がん対策班からのデータ提供

8-1	がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 がんと診断されてから周囲に不必要に気を遣われていると感じる人		18.0%（2018） 29.4%（2014）	23.2%（2023） 12.9%（2018） 30.7%（2014）	大分県22.7%（2018） 岡山県18.7%（2014）	患者体験調査
	指標	患者体験調査 （家族以外の）周囲の人からがんに対する偏見を感じる人		3.9%（2018） 12.5%（2014）	7.4%（2023） 5.2%（2018） 10.3%（2014）	滋賀県11.1%（2018） 大阪府3.1%（2014）	患者体験調査

基盤

番号	C 個別施策					
①研究の推進						
1-1	行政と琉球大学等の研究機関が、定期的に会議等で施策や研究の現状や課題を共有し、議論することで、関係諸機関の連携体制を強化する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					
1-2	「施設」における臨床研究と治験を推進する。	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					
②人材育成の強化						
2-1	必要な知識を身に着けた専門的人材が増加し、適正な配置を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	常勤の病理専門医が1名以上配置されている「施設」の割合				施設向けアンケート調査実施中
	指標	以下の専門家の数 ①臨床遺伝専門医 ②認定遺伝カウンセラー ③がんゲノム医療コーディネーター	①臨床遺伝専門医	12人 (2024) 8.2人 対人口100万人	1,850人 (2024) 14.9人 対人口100万人	東京都436人 (2024) 30.9人 対人口100万人	臨床遺伝専門医制度委員会
			②認定遺伝カウンセラー	1人 (2024) 0.7人 対人口100万人	387人 (2024) 3.1人 対人口100万人	東京都91人 (2024) 6.5人 対人口100万人	認定遺伝カウンセラー制度委員会
			③がんゲノム医療コーディネーター	4.3人 (2022) 対人口100万人	18.74人 (2022) 対人口100万人	島根県45.02人 (2022) 対人口100万人	厚生労働省 第83回がん対策推進協議会 資料2-7「人材育成」
	指標	以下の専門医の数 ①消化器外科専門医 ②呼吸器外科専門医 ③乳腺外科専門医 ④小児外科専門医 ⑤肝胆膵外科高度技能専門医 ⑥脳神経外科専門医 ⑦認定骨・軟部腫瘍医 ⑧婦人科腫瘍専門医 ⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医 ⑩泌尿器科専門医 ⑪頭頸部がん専門医 ⑫口腔外科専門医	①消化器外科専門医	82人 (2024) 55.8人 対人口100万人	9,208人 (2024) 74.1人 対人口100万人	京都府261人 (2024) 103.0人 対人口100万人	日本消化器外科学会
			②呼吸器外科専門医	17人 (2024) 11.6人 対人口100万人	1,640人 (2024) 13.2人 対人口100万人	徳島県16人 (2024) 23.1人 対人口100万人	日本呼吸器外科学会
			③乳腺外科専門医	18人 (2024) 12.2人 対人口100万人	2,034人 (2024) 16.4人 対人口100万人	京都府69人 (2024) 27.2人 対人口100万人	日本乳癌学会
			④小児外科専門医	5人 (2024) 3.4人 対人口100万人	753人 (2024) 6.1人 対人口100万人	京都府33人 (2024) 13.0人 対人口100万人	日本小児外科学会
			⑤肝胆膵外科高度技能専門医	4人 (2021) 2.7人 対人口100万人	587人 (2021) 4.7人 対人口100万人	和歌山県9人 (2021) 10.1人 対人口100万人	日本肝胆膵外科学会
			⑥脳神経外科専門医	74人 (2023) 50.4人 対人口100万人	7,899人 (2023) 63.6人 対人口100万人	高知県67人 (2023) 100.8人 対人口100万人	日本脳神経外科学会
			⑦認定骨・軟部腫瘍医	1人 (2024) 0.7人 対人口100万人	185人 (2024) 1.5人 対人口100万人	徳島県3人 (2024) 4.3人 対人口100万人	日本整形外科学会
			⑧婦人科腫瘍専門医	14人 (2023) 9.5人 対人口100万人	1,224人 (2024) 9.8人 対人口100万人	東京都218人 (2024) 15.5人 対人口100万人	日本婦人科腫瘍学会
			⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	2人 (2024) 1.4人 対人口100万人	91人 (2024) 0.7人 対人口100万人	福井県2人 (2024) 2.7人 対人口100万人	日本皮膚科学会
			⑩泌尿器科専門医	67人 (2024) 45.6人 対人口100万人	7,138人 (2024) 57.4人 対人口100万人	高知県63人 (2024) 94.8人 対人口100万人	日本泌尿器科学会
			⑪頭頸部がん専門医	7人 (2020) 4.8人 対人口100万人	493人 (2020) 4.0人 対人口100万人	鳥取県5人 (2020) 9.3人 対人口100万人	日本頭頸部外科学会
			⑫口腔外科専門医	26人 (2024) 17.7人 対人口100万人	2,240人 (2024) 18.0人 対人口100万人	鳥取県19人 (2024) 35.4人 対人口100万人	日本口腔外科学会
	指標	上記の専門医が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合					施設向けアンケート調査実施中
	指標	放射線治療専門医が何らかの形で週に1回以上または月に1回以上関わっている「施設」の割合					施設向けアンケート調査実施中
	指標	以下の専門家の数 ①放射線治療専門医 ②放射線治療専門放射線技師 ③医学物理士 ④がん放射線療法看護認定看護師	①放射線治療専門医	15人 (2024) 10.2人 対人口100万人	1,437人 (2024) 11.6人 対人口100万人	京都府57人 (2024) 22.5人 対人口100万人	日本放射線腫瘍学会
			②放射線治療専門放射線技師	11人 (2023) 7.5人 対人口100万人	1,847人 (2023) 14.9人 対人口100万人	大分県62人 (2023) 56.7人 対人口100万人	日本放射線治療専門放射線技師認定機構
			③医学物理士	9人 (2023) 6.1人 対人口100万人	1,461人 (2023) 11.8人 対人口100万人	福井県18人 (2023) 24.2人 対人口100万人	医学物理士認定機構
			④がん放射線療法看護認定看護師	6人 (2024) 4.1人 対人口100万人	311人 (2024) 2.5人 対人口100万人	山形県7人 (2024) 6.8人 対人口100万人	日本看護協会
	指標	以下の専門家が、常勤で配置されている放射線治療施設のそれぞれの割合 ①放射線治療専門医2名以上 ②放射線治療専門放射線技師2名以上 ③医学物理士 ④がん放射線療法看護認定看護師	①放射線治療専門医2名以上				施設向けアンケート調査実施中
			②放射線治療専門放射線技師2名以上				
			③医学物理士				
			④がん放射線療法看護認定看護師				
	指標	がん薬物療法専門医が何らかの形で週に1回以上または月に1回以上関わっている「施設」の割合					施設向けアンケート調査実施中
	指標	以下の専門家の数 ①がん薬物療法専門医 ②がん指導薬剤師、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師および外来がん治療認定薬剤師 ③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師および乳がん看護認定看護師	①がん薬物療法専門医	6人 (2024) 4.1人 対人口100万人	1,682人 (2024) 13.5人 対人口100万人	岡山県50人 (2024) 27.1人 対人口100万人	日本臨床腫瘍学会
			②がん指導薬剤師	0人 (2024) 0.0人 対人口100万人	385人 (2024) 3.1人 対人口100万人	石川県13人 (2024) 11.7人 対人口100万人	日本医療薬学会
			②がん専門薬剤師	4人 (2024) 2.7人 対人口100万人	827人 (2024) 6.7人 対人口100万人	石川県21人 (2024) 19.0人 対人口100万人	日本医療薬学会
			②がん薬物療法認定薬剤師	12人 (2023) 8.2人 対人口100万人	1,019人 (2023) 8.2人 対人口100万人	島根県13人 (2023) 20.1人 対人口100万人	日本病院薬剤師会
			②外来がん治療認定薬剤師	6人 (2023) 4.1人 対人口100万人	956人 (2023) 7.7人 対人口100万人	福岡県58人 (2023) 11.4人 対人口100万人	日本臨床腫瘍薬学会
			③がん看護専門看護師	13人 (2024) 8.8人 対人口100万人	931人 (2024) 7.5人 対人口100万人	高知県17人 (2024) 25.6人 対人口100万人	日本看護協会

番号	B 中間アウトカム					
1-1	社会医学研究や臨床研究等を推進することにより、沖縄県の特性、疾病及び医療の現状等が明らかになるなど、がん対策の基礎資料が整備されている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					
2-1	必要な知識を身に着けた専門的人材が増加し、適正な配置ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	医療者調査 問41 今の職場は、あなたが必要な知識を備えた専門的人材になれる環境やキャリア形成(専門資格を取得するなど)を支援してくれていますか。	30.7% (2023)	なし	なし	医療者調査

番号	A 分野アウトカム					
1-1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 一般の人が受けられるがん医療は数年前と比べて進歩したと思う患者の割合	78.5% (2018) 75.1% (2014)	81.1% (2023) 76.3% (2018) 80.1% (2014)	熊本県84.9% (2018) 岡山県89.1% (2014)	患者体験調査
	指標	患者体験調査 現在自分らしい日常生活を送れていると感じる人	78.3% (2018) 75.2% (2014)	79.0% (2023) 70.1% (2018) 77.7% (2014)	徳島県83.5% (2018) 秋田県89.4% (2014)	患者体験調査

		③がん薬物療法看護認定看護師	2人 （2024） 1.4人 対人口100万人	135人 （2024） 1.1人 対人口100万人	富山県5人 （2024） 5.0人 対人口100万人	日本看護協会
		③乳がん看護認定看護師	2人 （2024） 1.4人 対人口100万人	298人 （2024） 2.4人 対人口100万人	鳥取県4人 （2024） 7.5人 対人口100万人	日本看護協会
指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合					施設向けアンケート調査実施中
指標	以下の専門家の数 ①緩和医療学会専門医及び認定医 ②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医 ③ペインクリニック専門医 ④放射線治療専門医 ⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医） ⑥緩和薬物療法認定薬剤師 ⑦緩和ケア認定看護師 ⑧公認心理師及び臨床心理士	①緩和医療学会専門医	3人 （2024） 2.0人 対人口100万人	356人 （2024） 2.9人 対人口100万人	鳥取県4人 （2024） 7.5人 対人口100万人	日本緩和医療学会
		①緩和医療学会認定医	11人 （2024） 7.5人 対人口100万人	1,146人 （2024） 9.2人 対人口100万人	鳥取県9人 （2024） 16.8人 対人口100万人	日本緩和医療学会
		②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	3人 （2024） 2.0人 対人口100万人	183人 （2024） 1.5人 対人口100万人	京都府9人 （2024） 3.6人 対人口100万人	日本サイコオンコロジー学会
		③ペインクリニック専門医	15人 （2024） 10.2人 対人口100万人	1,598人 （2024） 12.9人 対人口100万人	栃木県53人 （2024） 28.0人 対人口100万人	日本ペインクリニック学会
		④放射線治療専門医	15人 （2024） 10.2人 対人口100万人	1,437人 （2024） 11.6人 対人口100万人	京都府57人 （2024） 22.5人 対人口100万人	日本放射線腫瘍学会
		⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	13人 （2023） 8.8人 対人口100万人	1,264人 （2023） 10.2人 対人口100万人	奈良県119人 （2023） 92.0人 対人口100万人	日本インターベンショナルラジオロジー学会事務局からデータ提供
		⑥緩和薬物療法認定薬剤師	4人 （2024） 2.7人 対人口100万人	872人 （2024） 7.0人 対人口100万人	島根県11人 （2024） 17.0人 対人口100万人	日本緩和医療薬学会
		⑦緩和ケア認定看護師	33人 （2024） 22.5人 対人口100万人	1,951人 （2024） 15.7人 対人口100万人	山梨県50人 （2024） 63.0人 対人口100万人	日本看護協会
		⑧公認心理師	1,015人 （2024） 690.7人 対人口100万人	71,987人 （2024） 579.2人 対人口100万人	京都府2,301人 （2024） 908.1人 対人口100万人	日本心理研修センター
		⑧臨床心理士	336人 （2023） 228.6人 対人口100万人	36,865人 （2023） 296.6人 対人口100万人	京都府1,448人 （2023） 571.5人 対人口100万人	日本臨床心理士資格認定協会
指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合					施設向けアンケート調査実施中
指標	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	①在宅専門医	10人 （2024） 6.8人 対人口100万人	461人 （2024） 3.7人 対人口100万人	奈良県12人 （2024） 9.3人 対人口100万人	日本在宅医療連合学会
		②訪問看護師	3人 （2024） 2.0人 対人口100万人	549人 （2024） 4.4人 対人口100万人	愛知県83人 （2024） 11.1人 対人口100万人	日本看護協会
		③介護支援専門員	7,024人 （2023） 4,779.4人 対人口100万人	751,059人 （2023） 6043.2人 対人口100万人	徳島県7,111人 （2023） 10,259.9人 対人口100万人	厚生労働省　介護支援専門員実務研修受講試験の実施状況等
		④在宅医療インテグレーター	13人 （2024） 8.8人 対人口100万人	382人 （2024） 3.1人 対人口100万人	沖縄県13人 （2024） 8.8人 対人口100万人	日本在宅医療連合学会からのデータ提供

③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発

3-1	すべての高等学校でがん教育を1時限以上行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 がん教育を、いずれかの学年で、すべてのクラスで1コマ以上行っている県立高校の割合		100% （2023）			指標の変更

3-1	県民ががん予防や早期発見の重要性を認識し、がんを正しく理解し向き合うことができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

3-3	がん教育が可能な外部講師の養成する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 外部講師を活用してがん教育を実施した学校の割合		※3.4% （2023） 2.9% （2021）	8.4% （2021）	佐賀県 28.3% （2021）	文部科学省　令和3年度におけるがん教育の実施状況調査の結果（7項）
	指標 実際にがん教育に携わった外部講師の数		10名 （2023）			沖縄県教育庁保健体育課からのデータ提供

※沖縄県2023年度は公立学校のみの調査結果とのこと（沖縄県教育庁保健体育課）

3-4	県及び市町村は、広報誌にがんに関する情報を定期的に掲載する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 年に2回以上広報誌にがん情報を載せた県及び市町村の割合		33 （2023）			市町村向けアンケート調査実施中

3-6	事業主は、雇用者が、がんに関する正しい理解を得ることができるように普及啓発活動を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 がん対策推進企業アクションの参加企業数		41企業 （2024） 27.9企業 対人口100万人	6,663企業 （2024） 53.6企業 対人口100万人	東京都2,539企業 （2024） 180.0企業 対人口100万人	がん対策推進企業アクションWebサイト「推進パートナー企業・団体一覧より（2024年6月14日閲覧）
	指標 事業所内で産業医、社労士等の専門家による研修会を開催し、従業員の半数以上が参加した事業所の割合					

3-7	医療保険者は、被保険者・被扶養者が、がんに関する正しい理解を得ることができるように普及啓発活動を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 医療保険者が主催した産業医、社労士等の専門家による研修会に参加した被保険者・被扶養者の割合					

④がん登録の利活用の推進

4-1	全国がん登録/院内がん登録の精度を高め、活用可能性を上げる	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 MI比		0.37 ※罹患数と死亡数との比			沖縄県値：令和4年度沖縄県がん登録事業報告（令和元年DCO% （2019年）の罹患集計）
	指標 %DCO		1.20% ※死亡情報のみで登録された患者の割合			

4-1	全国がん登録/院内がん登録の利用ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 利用件数（総数・年あたり）					

⑤患者・市民参画の推進

5-1	県がん対策推進計画の策定過程について、性別、世代、がん種等を考慮し、多様ながん患者等の参画を推進する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 沖縄県がん対策推進協議会、沖縄県がん対策推進計画検討会におけるがん患者を代表する者の人数及び参加割合		26.67%	なし	なし	沖縄県値：健康長寿課調べ（R5）

5-1	がん対策の重要性を認識し、がん医療について正しい理解を得、医療の向上に向け自らも協力する県民（がん患者含む）の割合が増加できている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 沖縄県がん対策推進協議会、沖縄県がん対策推進計画検討会、沖縄県がん診療連携協議会での患者関係委員の発言回数（沖縄県がん診療連携協議会のみ）		35回 （2023）	なし	なし	沖縄県がん診療連携協議会Webサイト
	指標 タウンミーティングにおける患者関係者または一般市民の発言回数		0			
	指標 患者関係者と医療者の共催イベントの数					

5-2	患者・市民参画を推進するにあたって、参画する患者・市民への啓発・育成を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 タウンミーティングの開催回数及び患者関係者または一般市民の参加人数		0			

5-2	「施設」では、自院のホームページや印刷物等で、自治体や患者会等が主催する講演会等を積極的に広報する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 「施設」で、ホームページで広報した自治体や患者会等が主催する講演会等の件数					施設向けアンケート調査実施中

5-3	医療従事者の意識向上に取り組む	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

2024 年 9 月 27 日

令和 6 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

ぴんく・ぱんさぁリボンズハウスでの活動

毎月第 2 火曜日…ウィッグ相談日

毎月第 3 水曜日…ぴーち会(20～30 代のメンバー)ユンタク会

10 月はリボンズハウス誕生月なので 10 月 30 日（水）は 19 時まで時間延長し交流会

ピンクリボンアドバイザーサテライト試験実施に向けた取り組み

・実施日 : 2025 年 1 月 11 日 那覇市

1 月 12 日　宮古島市（受験希望者募集中）

・ピンクリボンアドバイザー試験のための市民公開講座・勉強会開催

① 8 月 31 日（日）13 時より働く女性の家　ゆいみなーで開催







② 11 月 16 日(土)14 時　浦添市社会福祉センター　ピンクリボンアドバーザー勉強

③ 11 月 24 日(日)　市民公開講座ＩＮ宮古　会場：働く女性の家ゆいみなー

NPO キャンサーリボンズ主催 「がんの治療とくらしフェア 2024」の取り組み

ぴんく・ぱんさぁは、全国のリボンズハウスのネットワークに入っており毎回参加

10 月 19 日当日は、ぴんく・ぱんさぁリボンズハウスから web 参加





申込み⇒
https://business.form-mailer.jp/fms/0e20732b212572

リレー・フォー・ライフ・ジャパン 2024 おきなわに向けた取り組み

ぴんく・ぱんさぁはラジオ担当と会場ブース出展

① 9 月 12 日第 1 回 web 打合せ
　宮古、石垣のメンバーも一緒に企画参加できる方法を検討

② 29 月 15 日　まんま宮古定例会で打ち出し

③ 10 月第 1 週　石垣メンバーと web 打合せ

若年性がん患者会
Be style 活動報告

◆患者会の開催

本年度より、カフェの個室を利用した患者会の開催から、レンタルスペースを利用した患者会の開催を行っております。

患者さんの金銭的な負担を減らす為ですが、話しやすい雰囲気を作る事や、肩の力を抜いて、気分転換になるような場所を作りたいと思っていますので、まだまだ工夫しながら、試行錯誤が必要だなと感じております。小さな課題をひとつひとつクリアしながら、丁寧に患者会を育てたいなと思います。

◆FB インスタグラムの運営

知り合いの方を通じて、フェイスブックのヘッダーや、プロフィールで使用するイメージをアップデートする予定です。Be style では明るくて元気なイメージのひまわりをモチーフにしておりますが、より親しみやすい、そして印象に残るようなサイトにしたいと思います。

インスタグラムでは、新しいコンテンツをいくつか用意しているのですが、編集、確認が終了して、準備が整い次第、公開予定です。

◆リレーフォーライフ２０２４への参加

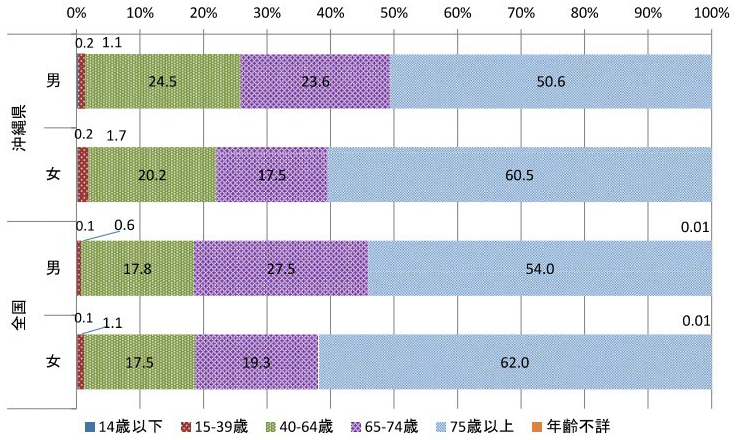
今年も、昨年に引き続き、リレーフォーライフの参加を予定しています。昨年は、レモネード販売や物販で寄付金を集めました。今年は小物をその場で作ったり、参加型のイベントを計画中です。

必要なのは
ハイリスクアプローチ

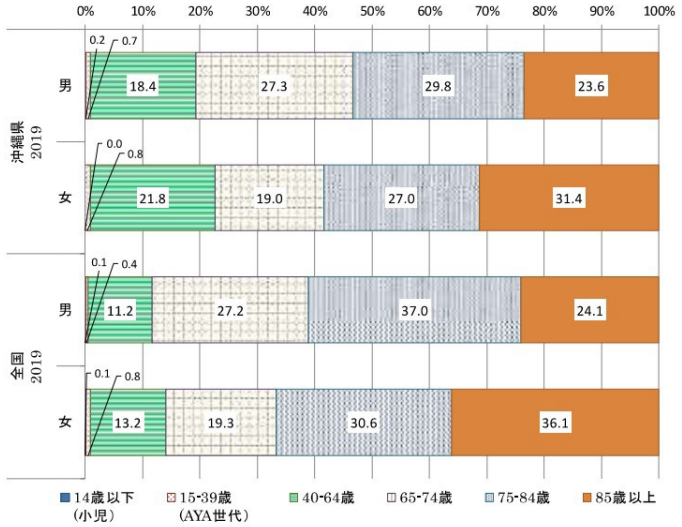
沖縄県の「働き盛り」は、
がん検診の受診率が低いため、
早期がんの発見が遅れ、
がんによる死亡者を増やす
原因になっていないだろか？

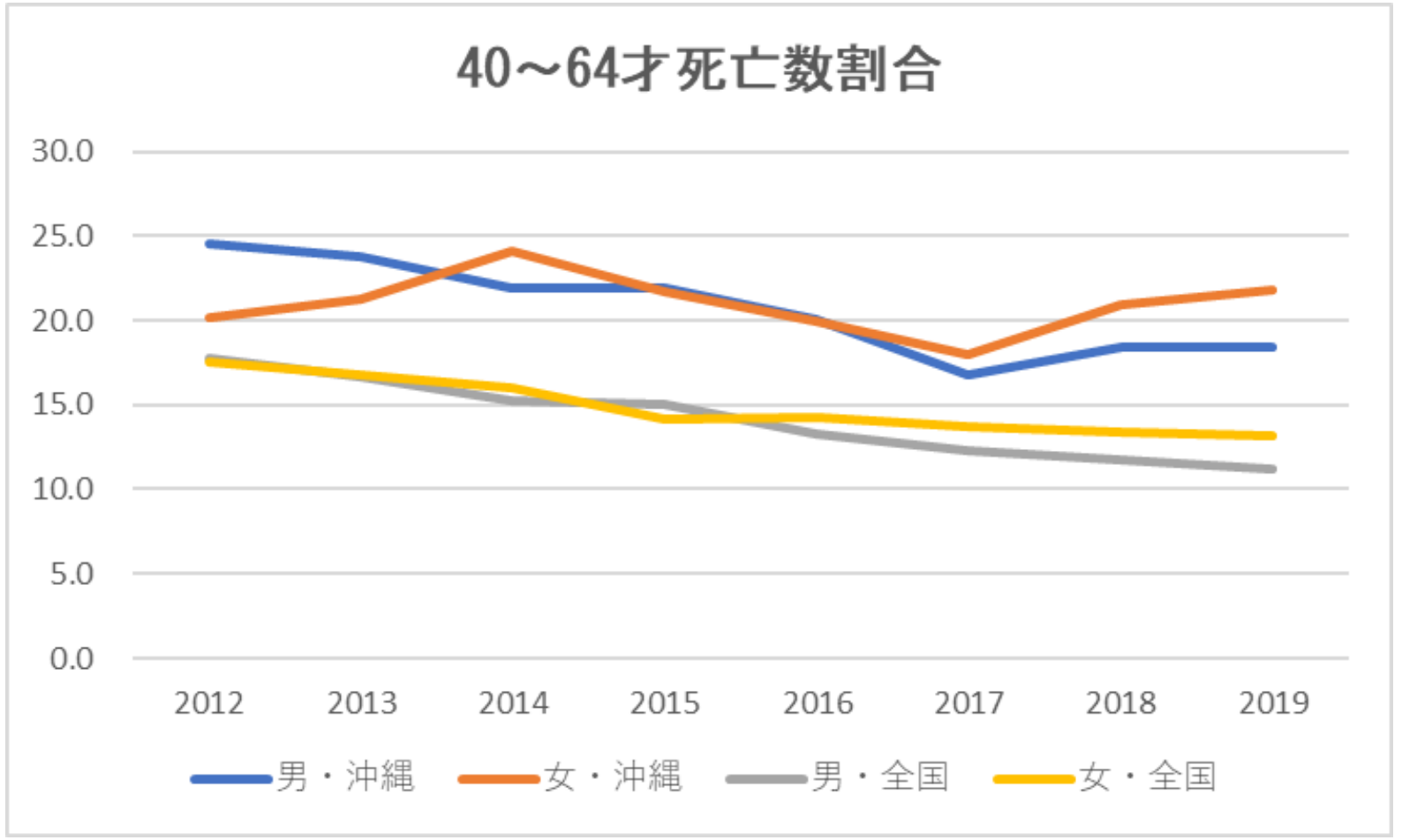
年令階級別がん死亡数割合・全国値と比較

２０１２年



２０１９年



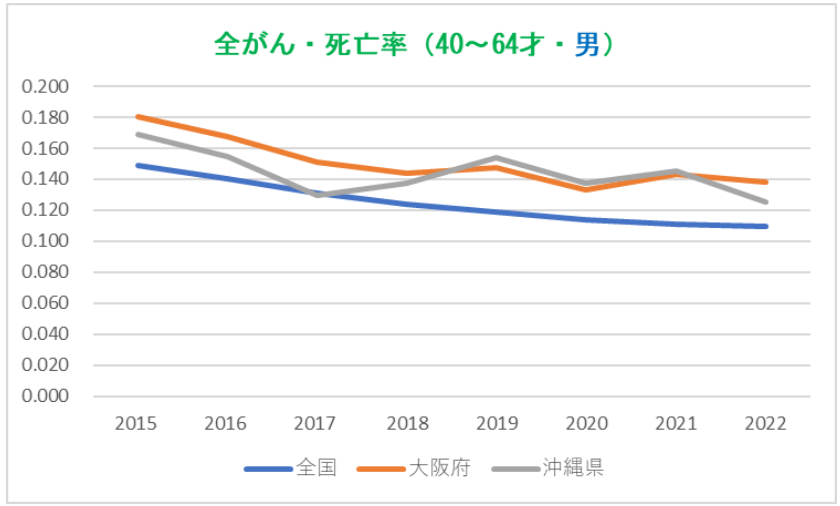


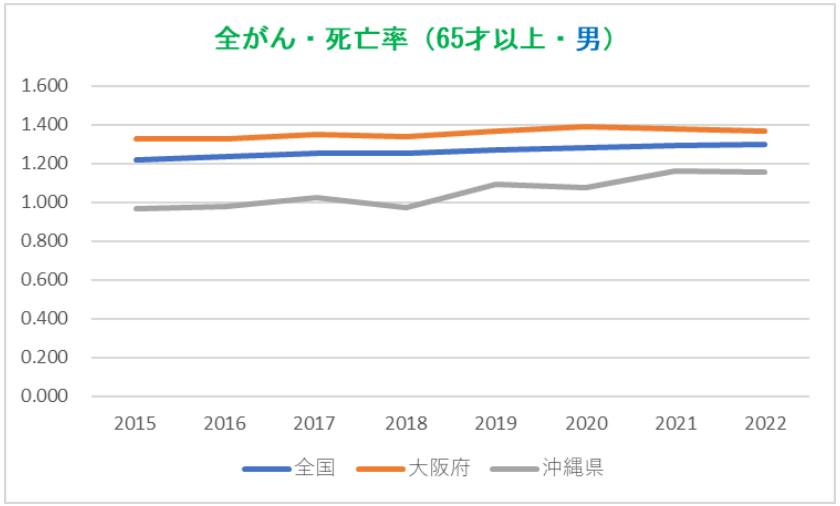
出典：沖縄県がん登録事業報告

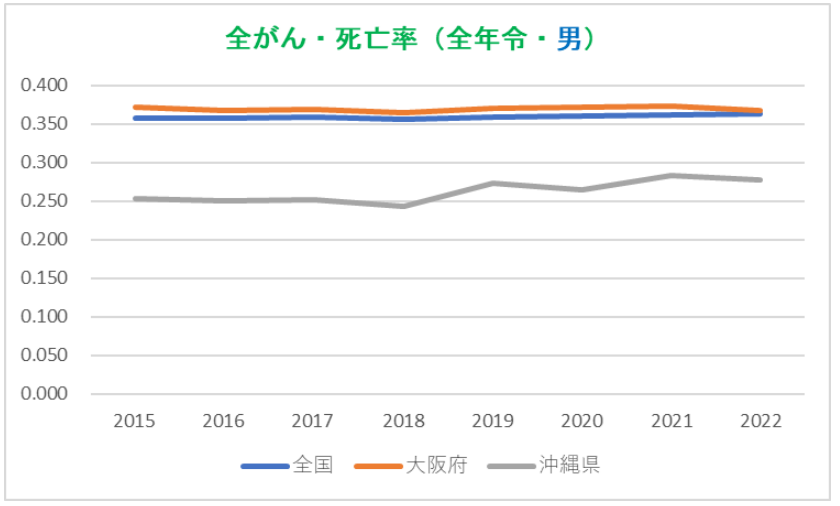
統計名：人口動態調査 人口動態統計 確定数 保管統計表（報告書非掲載表） 死因

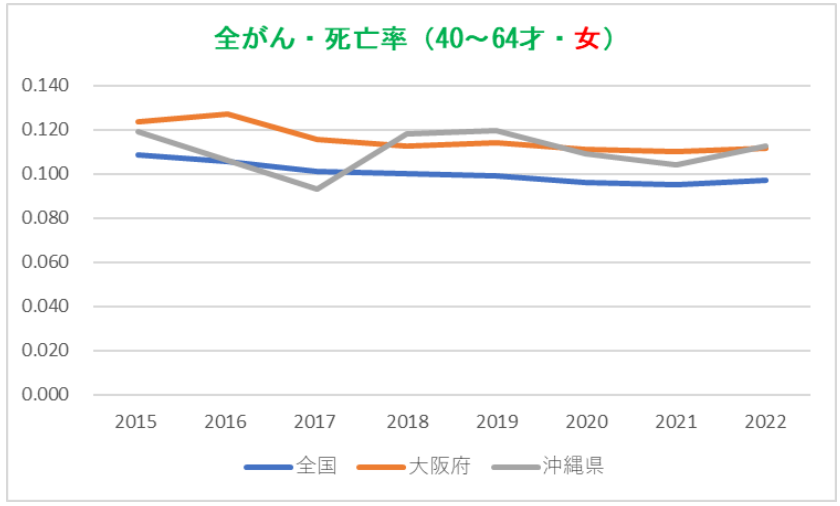
「表題：[死亡] 死亡数，都道府県（特別区ー指定都市再掲）・死因（悪性新生物・心疾患・脳血管疾患）・年齢（５歳階級）・性・死亡の場所別」より作成

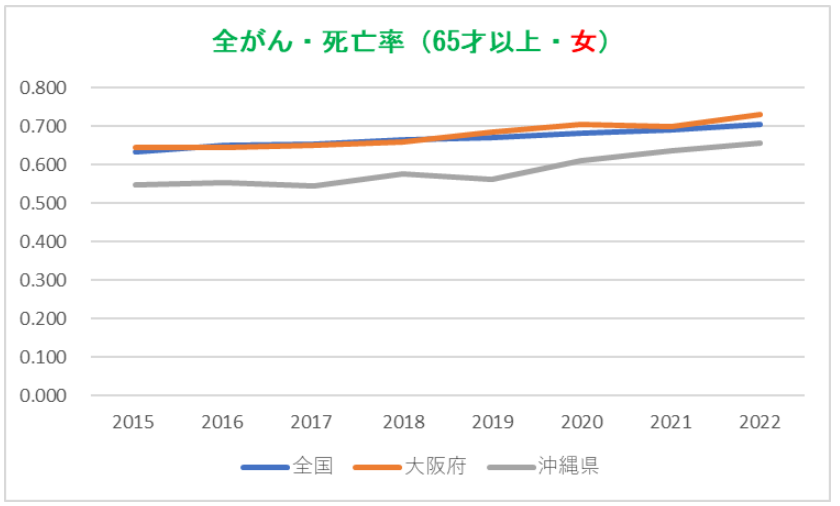
※各年齢階級の全がん死亡数/各年齢階級の人口（2020年国勢調査）： 単位%

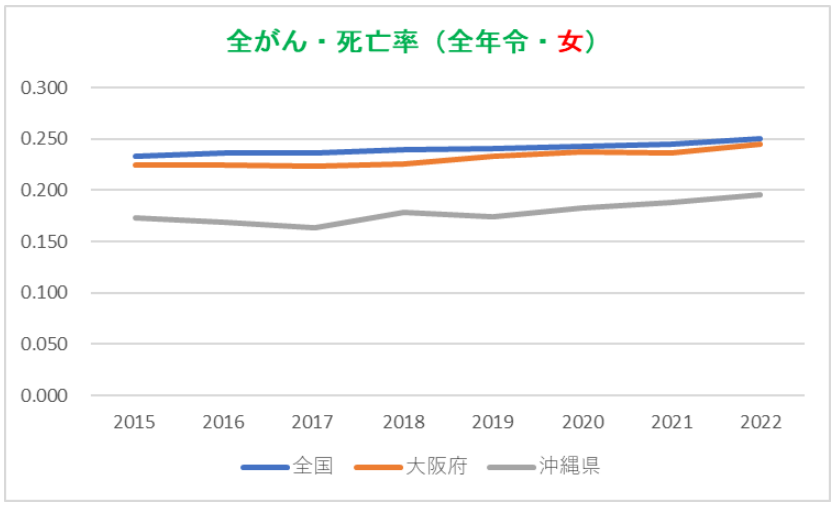












出典：e-Stat

がん患者における医療保険の種別・本人家族別にみた検診発見がんと早期がんの割合

大阪府がん診療連携協議会がん登録・情報提供部会　　第67巻第 5 号「厚生の指標」2020年 5 月

※データソースは大阪府がん登録と府内のがん診療拠点病院36施設のDPCデータの連結データである。

表 2　医療保険種別と本人家族別の検診発見がんの割合

	沖縄	合計	市町村国保	健保本人	協会本人	共済本人	健保家族	協会家族	共済家族	その他
胃	20.9	27.2	12.4	44.1	27.1	38.8	26.8	12.8	24.4	19.8
大腸	20.0	26.1	17.5	41.6	26.3	40.2	24.7	19.0	23.9	15.0
肺	14.8	22.0	11.1	35.0	26.0	45.2	27.1	16.7	16.7	11.3
乳房	33.1	28.2	20.0	33.7	26.3	40.6	35.4	26.1	31.5	26.2
子宮頸部	38.6	30.4	25.7	36.6	33.2	41.3	32.0	28.5	34.5	23.1

表 3　医療保険種別と本人家族別の早期がんの割合

	沖縄	合計	市町村国保	健保本人	協会本人	共済本人	健保家族	協会家族	共済家族	その他
胃	51.9	59.6	48.6	67.2	61.1	70.7	60.1	52.0	56.1	59.0
大腸	57.4	59.5	53.5	66.8	60.0	71.6	57.8	55.0	62.4	55.6
肺	34.1	29.4	20.8	34.3	28.2	37.1	43.8	33.3	66.7	26.9
乳房	69.7	65.9	61.7	71.8	65.7	70.5	69.7	63.2	64.2	63.6
子宮頸部	82.2	83.7	79.1	87.4	84.5	87.3	84.8	84.2	85.7	83.9

※大阪府がん診療連携協議会の発表データに「沖縄データ：沖縄県がん登録事業報告（2019 年の罹患集計）」を追加

がんの予防

番号	C 個別施策

①生活習慣(喫煙)

1-1	喫煙者の行動に影響する人達から、喫煙者に対して、タバコと禁煙に関する正しい知識を伝える ・八重山病院 ・北部地区医師会病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	禁煙希望割合	男性	なし (2022) 31.4% (2021)	24.6% (2019)	なし	沖縄県値:県民健康・栄養調査 全国値:国民健康・栄養調査報告
			女性	なし (2022) 57.1% (2021)	30.9% (2019)	なし	
	指標	喫煙の健康影響について正しい知識を持つ人の割合					
	指標	地域を対象として普及啓発に努めている拠点病院等の割合					施設アンケート実施予定

1-2	禁煙希望者に禁煙してもらう ・宮古病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	NDB-SCR/NDBニコチン依存症管理料(再掲)	(初回)外来	161.2 (2021)	100.0 (2021)	鳥取県184.7 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差
			(2回目から4回目まで)外来	166.2 (2021)	100.0 (2021)	鳥取県173.4 (2021)	
			(5回目)外来	170.0 (2021)	100.0 (2021)	島根県185.6 (2021)	

1-3	公共施設等の受動喫煙防止対策を推進する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	望まない受動喫煙(家庭・職場・飲食店)の機会を有する者の割合	家庭	なし (2022) 5.2% (2021)	6.9% (2019)	なし	沖縄県値:県民健康・栄養調査 全国値:国民健康・栄養調査
			職場	なし (2022) 20.6% (2021)	26.1% (2019)	なし	
			飲食店	なし (2022) 23.2% (2021)	29.6% (2019)	なし	

②生活習慣(飲酒)

2-1	ハイリスク飲酒者に対する簡易介入を行う ・宮古病院 ・北部地区医師会病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	ハイリスク飲酒者の割合(再掲)	男 (40g)	17.2% (2021)	14.9% (2019)	なし	沖縄県値:県民健康・栄養調査 全国値:国民健康・栄養調査
			女 (20g)	13.1% (2021)	9.1% (2019)	なし	

2-2	ハイリスク飲酒に関する正しい知識を伝える ・北部地区医師会病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「節度ある適度な飲酒」の認知度		41.1% (2021)	なし	【参考】山形県 (55.8%)・新潟県 (64%)・長崎県(男性 59.6%・女性 56.5%)・宮崎県(男性 39.5%・女性 43.4%)	沖縄県値:県民健康・栄養調査 参考値:都道府県アルコール健康障害対策推進計画における「節度ある適度な飲酒」ASK 調べ2023年9月

③感染症対策(HPV)

3-1	9価HPVワクチンの定期接種を推進する ・宮古病院・北部地区医師会病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	HPVワクチンの実施率		1回目 21.2% 2回目 15.7% 3回目 10.2% (2022)	1回目 42.2% 2回目 39.4% 3回目 30.2% (2022)	なし	沖縄県値:ワクチン・検査推進課調べ 全国値:第94回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会資料3-2

3-2	HPVワクチンの予防接種後に生じた症状への対応を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	予防接種健康被害救済制度の申請者数に対する協力医療機関への受診割合					沖縄県感染症対策課は把握しておらず、他課も不明とのこと

④感染症対策(肝炎)

4-1	HBVの予防接種法に基づく定期接種を推進する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	B型肝炎定期予防接種実施率		1回目 95.6% 2回目 96.0% 3回目 88.2% (2022)	1回目 98.0% 2回目 97.5% 3回目 95.3% (2021)	なし	沖縄県値:ワクチン・検査推進課調べ 全国値:厚生労働省 定期の予防接種実施者数

4-2	肝炎ウイルス検査体制を充実させる 北部地区医師会病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	肝疾患専門医療機関数		13施設 (2023) 8.8施設 対人口100万人	3,762施設 (2023) 30.3施設 対人口100万人	高知県78施設 (2023) 117.4施設 対人口100万人	厚生労働省 肝疾患に関する専門医療機関一覧
	指標	公費肝炎検査実施数	B型肝炎ウイルス検査実施数	5,318 (2022) 361.9 (10万人対)	564,008 (2022) 453.8 (10万人対)	山梨県19,468 (2022) 2,451.3 (10万人対)	厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告(健康増進編)都道府県表
			C型肝炎ウイルス検査実施数	4,940 (2022) 336.1 (10万人対)	563,260 (2022) 453.2 (10万人対)	山梨県19,393 (2022) 2,441.8 (10万人対)	

4-3	肝炎ウイルス陽性者への受診勧奨を行う 北部地区医師会病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	肝炎医療コーディネーターの養成者数		241人 (2023) 164.0人 対人口100万人	28,434人 (2023) 228.8人 対人口100万人	佐賀県1,825人 (2023) 2,300.1人 対人口100万人	厚生労働省「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」(63項参照)
	指標	公費肝炎治療開始者数	B型肝炎	745 (2022)			沖縄県値:肝炎対策特別推進事業
			C型肝炎	47 (2022)			

⑤感染症対策(HTLV-1)

5-1	妊婦に対するHTLV-1抗体検査と保健指導を行う ・宮古病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	HTLV-1抗体検査の公費負担実施率		100% (2022)	86.3% (2022)	青森県他100% (2022)	厚生労働省子ども家庭局母子保健課「妊婦健康診査の公費負担の状況に係る調査結果」

5-2	保健所においてHTLV-1抗体検査と相談指導を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	HTLV-1の保健所の検査数	那覇市保健所以外	4件 (2023) 0件 (2022, 2021) 1件 (2020) 8件 (2019)			沖縄県保健医療介護部感染症対策課からのデータ提供

番号	B 中間アウトカム

1-1	喫煙率と受動喫煙が減少できている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	20歳以上の者の喫煙率	男性	29.5% (2019)	28.8% (2019)	京都府 24.3% (2019)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」国民生活基礎調査による都道府県別喫煙率データ(2001～2019年)
			女性	8.8% (2019)	8.8% (2019)	島根県 4.2% (2019)	
	指標	中学生・高校生の喫煙者の割合	中学生		0.2% (2021)	なし	沖縄県値:Takakura,et al.schoolHealth2023;19:14-25. 全国値:分担研究報告書2021年中高生の喫煙、飲酒等生活習慣に関する全国調査
			高校生	男子2.5% 女子0.8% (2023)	0.7% (2021)	なし	
	指標	妊婦の喫煙率		2.1% (2022)	2.1% (2022)	富山県 0.8% (2022)	こども家庭庁育成局「母子保健事業に係る実施状況等調査 別紙2乳幼児健康診査問診回答状況(都道府県別)
	指標	望まない受動喫煙(家庭・職場・飲食店)の機会を有する者の割合	家庭	なし (2022) 5.2% (2021)	6.9% (2019)	なし	沖縄県値:県民健康・栄養調査 全国値:国民健康・栄養調査
			職場	なし (2022) 20.6% (2021)	26.1% (2019)	なし	
			飲食店	なし (2022) 23.2% (2021)	29.6% (2019)	なし	
	指標	NDB-SCR/NDBニコチン依存症管理料	(初回)外来	161.2 (2021)	100.0 (2021)	鳥取県 184.7 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差
			(2回目から4回目まで)外来	166.2 (2021)	100.0 (2021)	鳥取県 173.4 (2021)	
			(5回目)外来	170.0 (2021)	100.0 (2021)	島根県 185.6 (2021)	

2-1	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者が減少できている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	ハイリスク飲酒者の割合(再掲)	男 (40g)	17.2% (2021)	14.9% (2019)	なし	沖縄県値:県民健康・栄養調査 全国値:国民健康・栄養調査
			女 (20g)	13.1% (2021)	9.1% (2019)	なし	

3-1	HPV感染率の低下ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	HPVワクチンの接種率		1回目 21.2% 2回目 15.7% 3回目 10.2% (2022)	1回目 42.2% 2回目 39.4% 3回目 30.2% (2022)	なし	沖縄県値:ワクチン・検査推進課調べ 全国値:第94回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会資料3-2

4-1	B型・C型肝炎ウィルス陽性者数の減少ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	B型・C型肝炎ウィルス検査受検率	B型肝炎	0.37% (2021)	なし	山梨県 3.05% (2021)	厚生労働省 第32回肝炎対策推進協議会 資料3「肝炎対策の国及び各自治体の取組状況について」(19項、20項)
			C型肝炎	0.39% (2021)	なし	山梨県 2.69% (2021)	
	指標	B型・C型肝炎ウィルス陽性者数	B型肝炎	50人 (2022)	2,887人 (2022)	高知県3人 (2022)	厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告(健康増進編)都道府県表 ※現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された者
			C型肝炎 ※	1人 (2022)	950人 (2022)	石川県他 1人 (2022)	

5-1	HTLV-1 感染者数の減少ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	HTLV-1 感染率					沖縄県感染症対策課は把握しておらず、他課も不明とのこと

番号	A 分野アウトカム

1-1	がん種別年齢調整死亡率(75歳未満、全年齢)が減少できている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん種別年齢調整死亡率	全部位	男86.5 女59.6 (2022)	男81.1 女54.9 (2022)	男65.2(長野県) 女47.1(徳島県) (2022)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(人口動態統計)部位別75歳未満年齢調整死亡率 ※基準人口は昭和60年(1985年)モデル人口を使用
			胃	男6.3 女2.5 (2022)	男9.0 女3.7 (2022)	男5.8(熊本県) 女2.4(大分県) (2022)	
			大腸	男14.4 女8.2 (2022)	男12.4 女7.2 (2022)	男9.2(滋賀県) 女5.0(岡山県) (2022)	
			肝(肝細胞・肝内胆管)	男6.7 女1.9 (2022)	男5.7 女1.5 (2022)	男3.3(石川県) 女0.5(石川県) (2022)	
			肺	男18.8 女4.2 (2022)	男18.4 女5.8 (2022)	男13.1(山梨県) 女3.1(島根県) (2022)	
			女性乳房	女10.3 (2022)	女10.4 (2022)	女5.4(島根県) (2022)	
			子宮頸部	女7.1 (2022)	女5.1 (2022)	女3.0(徳島県) (2022)	
			成人T細胞白血病リンパ腫	男4.5 女2.7 (2022)	男2.8 女1.5 (2022)	男1.8(島根県) 女0.6(鳥取県他) (2022)	

1-2	がん種別年齢調整罹患率が減少できている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん種別年齢調整罹患率	全部位	男405.0 女335.6 (2019)	男445.7 女346.7 (2019)	男 長野県400.5 女 滋賀県311.2 (2019)	全国がん登録罹患数・率報告 上皮内がん除く ※基準人口は昭和60年(1985年)モデル人口を使用
			胃	男30.3 女13.8 (2019)	男63.4 女23.1 (2019)	男 沖縄県30.3 女 沖縄県13.8 (2019)	
			大腸	男80.5 女41.4	男73.2 女44.9	男 熊本県59.5 女 宮崎県36.2	
			肝(肝細胞・肝内胆管)	男18.2 女4.9 (2019)	男19.3 女6.0 (2019)	男 新潟県13.3 女 新潟県 3.7 (2019)	
			肺	男53.6 女21.4 (2019)	男61.9 女26.1 (2019)	男 長野県50.2 女 島根県19.4 (2019)	
			女性乳房	女112.1 (2019)	女100.5 (2019)	女 福井県80.6 (2019)	
			子宮頸部	女19.3 (2019)	女13.9 (2019)	女 島根県 8.8 (2019)	
			成人T細胞白血病リンパ腫	男14.0 女7.5 (2019)	男8.9 女5.7 (2019)	男 山梨県5.1 女 秋田県3.2 (2019)	

			那覇市保健所	24件 （2023）			那覇市保健所保健総務課 感染症グループからのデータ提供

がん検診

C 個別施策

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	指針に基づいたがん検診のみを行う ・宮古病院 ・八重山病院						
	指標	指針の遵守市町村の割合(再掲)	胃	95.1% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	国立がんセンター「市町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」1. がん検診の実施状況(住民検診)
			大腸	100% (2022)	100% (2022)	47都道府県全て 100.0% (2022)	
			肺	100% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	
			女性乳房	100% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	
			子宮頸部	100% (2022)	99.9% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-2	指針に基づかないがん検診を中止する						
	指標	指針に基づかないがん検診の実施数と割合	胃	集団3件/7.9% 個別1件/3.4% (2022)	集団478件/28.8% 個別293件/27.1% (2022)	集団0件/0.0%(滋賀県) 個別0件/0.0%(宮城県他) (2022)	国立がんセンター「市町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」②がん検診実施状況(集団.個別)
			大腸	集団2件/5.0% 個別0件/0.0% (2022)	集団96件/6.0% 個別36件/3.7% (2022)	集団0件/0.0%(青森県他) 個別0件/0.0%(青森県他) (2022)	
			肺	集団2件/5.0% 個別3件/11.1% (2022)	集団335件/20.2% 個別221件/30.2% (2022)	集団0件/0.0%(秋田県他) 個別0件/0.0%(宮城県他) (2022)	
			女性乳房	集団12件/33.3% 個別17件/53.1% (2022)	集団719件/44.4% 個別587件/40.7% (2022)	集団0件/0.0%(秋田県他) 個別0件/0.0%(新潟県他) (2022)	
			子宮頸部	集団7件/20.0% 個別5件/16.1% (2022)	集団387件/26.2% 個別333件/21.2% (2022)	集団0件/0.0%(大阪府他) 個別0件/0.0%(京都府他) (2022)	

②がん検診の精度管理等について

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1	行政担当者、保健所職員、検診機関の職員等は、国等が企画する研修会を受講する						
	指標	全国がん検診従事者研修(基礎)(実務)および全国がん検診指導者研修を修了した市町村の担当者等のそれぞれの割合	従事者研修(基礎)				市町村アンケート実施予定
			従事者研修(実務)				
			指導者研修				

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-2	県は受診率向上と精度管理のために研修会等を開催し、市町村等は担当者を受講させる						
	指標	研修を終了した市町村の担当者等の数					市町村アンケート実施予定

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-3	県は、がん登録情報等を活用したがん検診の精度管理について、市町村へ技術的支援等を行う						
	指標	がん登録情報を活用した精度管理実施市町村数の割合		0% (2018～2023)			沖縄県健康長寿課からのデータ提供

			指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-4	県は、精密検査受診率の低い市町村の実態把握を行い、それらに関する指導・助言等を行う						
	指標	県が指導・助言等を行った市町村数		41/41市町村			沖縄県健康長寿課からのデータ提供

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-5	市町村は、指針に基づいたがん検診の実施及び精度管理の向上を行う ・宮古病院・北部地区医師会病院							
	指標	国の示す「市町村事業におけるがん検診の事業評価の手法について」に基づいた事業評価をしている市町村及び検診実施機関の割合						増田先生確認中
	指標	精度管理の実態や指標を定期的に評価・公開している市町村及び検診実施機関の割合	市町村		100% (2021)			沖縄県Webサイト掲載「がん検診精度管理調査等結果」
			検診実施機関	胃(エックス線)	93.2% (2022)			
				胃(内視鏡)	89.3% (2022)			
				大腸	89.4% (2022)			
				肺	89.1% (2022)			
				女性乳房	97.7% (2022)			
				子宮頸部	91.2% (2022)			
	指標	要精検率の許容値を達成している市町村の割合	胃 (XP+内視鏡)		86.5% 32/37市町村 (2022)			沖縄県Webサイト掲載「がん検診精度管理調査等結果(市町村ごとの受診率・プロセス指標)」(集団+個別)
			大腸		57.5% 23/40市町村 (2022)			
			肺		82.1% 32/39市町村 (2022)			
			女性乳房		92.5% 37/40市町村 (2022)			
			子宮頸部		39.0% 16/41市町村 (2022)			
	指標	精検受診率の目標値90%以上を達成している市町村の割合	胃		27.3%(9/33)			厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」(令和元年度一次検診受診者の令和2年度までの精密検査受診状況) 40<胃50/子宮頸20>～74歳
			大腸		2.4%(1/41)			
			肺		6.9%(2/29)			
			女性乳房		23.7%(9/38)			
			子宮頸部		17.9%(7/39)			
	指標	未把握率の目標値5%以下を達成している市町村の割合	胃		30.3%(10/33)			
			大腸		14.6%(6/41)			
			肺		17.2%(5/29)			
			女性乳房		26.3%(10/38)			
			子宮頸部		33.3%(13/39)			

B 中間アウトカム

			科学的根拠に基づいた検診の実施ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	指標	指針の遵守市町村の割合		胃	95.1% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	国立がんセンター「市町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」1. がん検診の実施状況(住民検診)
				大腸	100% (2022)	100% (2022)	47都道府県全て 100.0% (2022)	
				肺	100% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	
				女性乳房	100% (2022)	99.8% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	
				子宮頸部	100% (2022)	99.9% (2022)	北海道他 100.0% (2022)	

			検診の質の管理体制の構築と精度向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
2-1	指標	要精検率		胃(エックス線)	男 7.42% 女 5.60% (2020)	男 7.99% 女 5.06% (2020)	男 山梨県14.35% 女 秋田県8.27% (2020)	
				胃(内視鏡)	男 5.42% 女 3.71% (2020)	男 8.95% 女 6.42% (2020)	男 奈良県19.27% 女 奈良県15.84% (2020)	
				大腸	男 8.44% 女 6.04% (2020)	男 9.39% 女 6.63% (2020)	男 長崎県12.35% 女 長崎県8.89% (2020)	
				肺	男 2.15% 女 1.61% (2020)	男 2.42% 女 1.86% (2020)	男 福井県4.43% 女 福井県3.28% (2020)	
				女性乳房	7.64% (2020)	5.86% (2020)	山口県9.96% (2020)	
				子宮頸部	2.17% (2020)	2.20% (2020)	宮城県1.35% (2020)	
	指標	精検受診率		胃(エックス線)	男 56.77% 女 66.52% (2020)	男 79.45% 女 84.72% (2020)	男 宮城県 91.70% 女 宮城県 96.01% (2020)	
				胃(内視鏡)	男 58.45% 女 65.81% (2020)	男 92.93% 女 93.40% (2020)	男 滋賀県他100% 女 宮崎県他100% (2020)	
				大腸	男 54.47% 女 58.29% (2020)	男 67.06% 女 70.13% (2020)	男 滋賀県85.50% 女 滋賀県89.57% (2020)	
				肺	男 60.78% 女 70.75% (2020)	男 80.50% 女 84.61% (2020)	男 滋賀県94.21% 女 滋賀県96.93% (2020)	
				女性乳房	78.00% (2020)	90.13% (2020)	宮城県97.54% (2020)	
				子宮頸部	71.29% (2020)	76.59% (2020)	宮城県96.02% (2020)	
	指標	精検未受診率		胃(エックス線)	男 11.32% 女 12.42% (2020)	男 8.99% 女 5.94% (2020)	男 福井県0.93% 女 島根県0.80% (2020)	
				胃(内視鏡)	男 13.93% 女 9.25% (2020)	男 1.53% 女 1.20% (2020)	男 青森県他0.00% 女 宮城県他0.00% (2020)	
				大腸	男 18.11% 女 15.35% (2020)	男 14.92% 女 13.75% (2020)	男 福井県0.79% 女 福井県1.21% (2020)	
				肺	男 12.03% 女 7.63% (2020)	男 7.00% 女 5.23% (2020)	男 高知県0.00% 女 高知県0.00% (2020)	
				女性乳房	5.29% (2020)	2.77% (2020)	福井県0.31% (2020)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」地域保健・健康増進事業報告(厚生労働省人口動態・保健社会統計課)
				子宮頸部	6.93% (2020)	5.82% (2020)	福井県0.00% (2020)	
	指標	精検未把握率		胃(エックス線)	男 31.91% 女 21.06% (2020)	男 11.56% 女 9.34% (2020)	男 新潟県0.24% 女 新潟県0.41% (2020)	
				胃(内視鏡)	男 27.63% 女 24.94% (2020)	男 5.54% 女 5.41% (2020)	男 宮城県他0.00% 女 山形県他0.00% (2020)	
				大腸	男 27.42% 女 26.36% (2020)	男 18.02% 女 16.12% (2020)	男 新潟県0.58% 女 新潟県0.45% (2020)	
				肺	男 27.19% 女 21.62% (2020)	男 12.50% 女 10.16% (2020)	男 滋賀県0.40% 女 滋賀県他0.00% (2020)	
				女性乳房	16.70% (2020)	7.10% (2020)	新潟県0.15% (2020)	
				子宮頸部	21.78% (2020)	17.59% (2020)	宮城県0.39% (2020)	
	指標	がん発見率		胃(エックス線)	男 0.08% 女 0.02% (2020)	男 0.20% 女 0.06% (2020)	男 福井県0.34% 女 長崎県0.14% (2020)	
				胃(内視鏡)	男 0.17% 女 0.04% (2020)	男 0.61% 女 0.21% (2020)	男 宮城県1.55% 女 宮城県0.42% (2020)	
				大腸	男 0.20% 女 0.10% (2020)	男 0.32% 女 0.18% (2020)	男 山口県0.51% 女 富山県0.27% (2020)	
				肺	男 0.05% 女 0.01% (2020)	男 0.08% 女 0.04% (2020)	男 鳥取県0.16% 女 群馬県他0.07% (2020)	
				女性乳房	0.35% (2020)	0.34% (2020)	山口県0.57% (2020)	
				子宮頸部	0.04% (2019)	0.03% (2019)	長崎県0.06% (2019)	
	指標	陽性反応適中度		胃(エックス線)	男 1.11% 女 0.44% (2020)	男 2.48% 女 1.16% (2020)	男 福井県5.14% 女 福島県2.44% (2020)	
				胃(内視鏡)	男 3.20% 女 1.03% (2020)	男 6.82% 女 3.24% (2020)	男 宮城県19.78% 女 宮城県9.83% (2020)	
				大腸	男 2.32% 女 1.62% (2020)	男 3.39% 女 2.73% (2020)	男 新潟県5.63% 女 富山県4.47% (2020)	
				肺	男 2.50% 女 0.64% (2020)	男 3.40% 女 1.97% (2020)	男 高知県13.79% 女 群馬県6.86% (2020)	
				女性乳房	4.59% (2020)	5.84% (2020)	岩手県15.69% (2020)	
				子宮頸部	1.24% (2019)	1.18% (2019)	愛媛県2.96% (2019)	
				胃(エックス線)				

A 分野アウトカム

			有効ながん検診を有するがんの死亡の減少ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-1	指標	検診がん種別(胃、大腸、肺、乳房(女)、子宮頸)年齢調整死亡率		胃	男6.3 女2.5 (2022)	男9.0 女3.7 (2022)	男 熊本県5.8 女 大分県2.4 (2022)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(人口動態統計)部位別75歳未満年齢調整死亡率
				大腸	男14.4 女8.2 (2022)	男12.4 女7.2 (2022)	男 滋賀県9.2 女 岡山県5.0 (2022)	
				肺	男18.8 女4.2 (2022)	男18.4 女5.8 (2022)	男 山梨県13.1 女 島根県3.1 (2022)	
				女性乳房	女10.3 (2022)	女10.4 (2022)	女 島根県5.4 (2022)	
				子宮頸部	女7.1 (2022)	女5.1 (2022)	女 徳島県3.0 (2022)	

			有効ながん検診を有するがんの進行がんの減少ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-2	指標	検診がん種別(胃、大腸、肺、乳房(女)、子宮頸)進行がん罹患率		胃				がんセンターで算出検討中
				大腸				
				肺				
				女性乳房				
				子宮頸部				

参考データ

				指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
1-3								
	指標	検診がん種別早期がん割合		胃※	53.8 (2020)	57.4 (2020)	宮城県68.0 (2020)	全国がん登録罹患数・率(上皮内+限局) ※上皮内がんを除く
				大腸	56.4 (2020)	57.9 (2020)	広島県63.1 (2020)	
				肺	29.08 (2020)	36.4 (2020)	島根県45.1 (2020)	
				女性乳房	70.0 (2020)	64.3 (2020)	香川県72.8 (2020)	
				子宮頸部	80.7 (2020)	79.9 (2020)	熊本県87.4 (2020)	

	指標	精検未受診率の目標値5%以下を達成している市町村の割合	胃	60% 21/35市町村 (2020)			厚生労働省「令和2年度 地域保健・健康増進事業報告」(R4.3公表)からR4沖縄県衛生環境研究所・健康長寿課集計
			大腸	41.5% 17/41市町村 (2020)			
			肺	31.3% 9/29市町村 (2020)			
			女性乳房	71.1% 27/38市町村 (2020)			
			子宮頸部	46.2% 18/39市町村 (2020)			
	指標	感度と特異度の把握をしている市町村及び検診実施機関の割合					

2-6	職域を含めた、がん検診の実施者による分かりやすい情報提供を推進する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん検診の正しい情報提供を実施した市町村の割合	胃(エックス線)	78.9% (2022) 83.8% (2021)	81.1% (2022) 78.6% (2021)	青森県他100.0% (2022) 青森県他100.0% (2021)	国立がん研究センター「市区町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」受診勧奨時に「3-1検診機関用チェックリスト1.受診者への説明」が全項目記載された資料を全員に個別配布している市町村の割合 ※集団検診
			胃(内視鏡)	100% (2022) 66.7% (2021)	75.7% (2022) 67.1% (2021)	秋田県他100.0% (2022) 宮城県他100.0% (2021)	
			大腸	77.5 (2022) 82.5% (2021)	80.1% (2022) 77.4% (2021)	青森県他100.0% (2022) 青森県他100.0% (2021)	
			肺	77.5 (2022) 82.5% (2021)	78.3% (2022) 76.0% (2021)	青森県他100.0% (2022) 青森県他100.0% (2021)	
			女性乳房	76.5 (2022) 87.1% (2021)	80.8% (2022) 78.5% (2021)	宮城県他100.0% (2022) 山形県他100.0% (2021)	
			子宮頸部	74.3% (2022) 82.4% (2021)	81.4% (2022) 78.8% (2021)	秋田県他100.0% (2022) 山形県他100.0% (2021)	

	指標	感度	胃(内視鏡)				データなし
			大腸				
			肺				
			女性乳房				
			子宮頸部				
	指標	特異度	胃(エックス線)				データなし
			胃(内視鏡)				
			大腸				
			肺				
			女性乳房				
			子宮頸部				
	指標	CIN3以上発見率(子宮頸がんのみ)		0.15% (2020)	0.14% (2020)	長崎県0.29% (2020)	国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」地域保健・健康増進事業報告(厚生労働省人口動態・保健社会統計課)
	指標	非初回受診者の2年連続受診者割合(乳がん、子宮頸がんのみ)	女性乳房	11.4% (2022) 12.3% (2021)	17.6% (2022) 15.5% (2021)	栃木県54.7% (2022) 鹿児島県46.5% (2021)	厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」(令和元年度一次検診受診者の令和2年度までの精密検査受診状況) ※受診者数のうち2年連続受診者数
			子宮頸部	13.1% (2022) 12.7% (2021)	26.4% (2022) 24.54% (2021)	鳥取県61.4% (2022) 鳥取県58.7% (2021)	

③受診率対策について

3-1	受診率向上に向けて、がん検診受診率をより正確かつ精緻に、また、個人単位で把握することができるように検討する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 検討を行っている市町村の割合					市町村アンケート実施予定

3-1	科学的根拠に基づく受診勧奨を行い、検診受診率の増加ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	検診受診率(国民生活基礎調査)	胃 (50～69歳/過去2年間)	男49.5% 女45.7% (2022)	男53.7% 女43.5% (2022)	男 山形県73.6% 女 山形県67.3%	厚生労働量「国民生活基礎調査」
			大腸 (40～69歳/過去1年間)	男40.0% 女37.0% (2022)	男49.1% 女42.8% (2022)	男 山形県65.1% 女 山形県63.1%	
			肺 (40～69歳/過去1年間)	男44.9% 女44.3% (2022)	男53.2% 女46.4% (2022)	男 山形県69.8% 女 山形県67.6%	
			女性乳房 (40～69歳/過去2年間)	女48.8% (2022)	女47.4% (2022)	女 山形県61.7%	
			子宮頸部 (20～69歳/過去2年間)	女45.3% (2022)	女43.6% (2022)	女 山形県57.5%	

3-2	市町村及び県が連携して、より科学的かつ効率的な受診勧奨策(コール・リコールなど)を推進し検診受診率を増加する・北部地区医師会病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	受診勧奨実施市町村の割合	胃	67.5% (2022)	84.1% (2022)	群馬県他100.0% (2022)	国立がんセンター「市町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」①がん検診実施状況
			大腸	65.9% (2022)	85.5% (2022)	富山県他100.0% (2022)	
			肺	60.9% (2022)	82.3% (2022)	群馬県他100.0% (2022)	
			女性乳房	63.4% (2022)	85.0% (2022)	群馬県他100.0% (2022)	
			子宮頸部	65.8% (2022)	85.2% (2022)	富山県他100.0% (2022)	
	指標	検診受診率の目標値60%以上を達成している市町村の割合	胃	0.0% 0/41市町村 (2022)	0.06% 1/1737市町村 (2022)	熊本県 2.2% 1/45市町村 (2022)	地域保健・健康増進事業報告(健康増進編)市区町村表 がん検診
			大腸	0.0% 0/41市町村 (2022)	0.0% (2022)	該当なし	
			肺	0.0% 0/41市町村 (2022)	0.0% (2022)	該当なし	
			女性乳房	2.4% 1/41市町村 (2022)	0.23% 4/1737市町村 (2022)	宮崎県 7.7% 2/26市町村 (2022)	
			子宮頸部	2.4% 1/41市町村 (2022)	0.17% 3/1737市町村 (2022)	沖縄県 2.4% 1/41市町村 (2022)	

3-3	市町村及び県は、受診者の立場に立ったがん検診を受診する上での利便性の向上を行う・北部地区医師会病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	利便性の向上を行っている市町村の割合	胃	84.2% (2022) 81.6% (2021)	86.1% (2022) 85.3% (2021)	岩手県他100.0% (2022) 岩手県他100.0% (2021)	厚生労働省「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」休日(土日・祝日)、早朝又は深夜に集団検診を実施している市町村の割合 ※集団検診
			大腸	80.5% (2022) 80.0% (2021)	85.4% (2022) 84.6% (2021)	岩手県他100.0% (2022) 岩手県他100.0% (2021)	
			肺	85.0% (2022) 82.9% (2021)	83.3% (2022) 82.7% (2021)	宮城県他100.0% (2022) 宮城県他100.0% (2021)	
			女性乳房	47.2% (2022) 39.4% (2021)	75.3% (2022) 75.2% (2021)	栃木県他100.0% (2022) 栃木県他100.0% (2021)	
			子宮頸部	42.9% (2022) 36.4% (2021)	70.9% (2022) 69.1% (2021)	宮城県他100.0% (2022) 茨城県他100.0% (2021)	

3-4	市町村は、啓発のための研修会等を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 普及啓発キャンペーン実施市町村数					市町村アンケート実施予定

3-5	県は、職域等におけるがん検診や人間ドックについて、実施状況の継続的な把握に務める		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	指針に基づく検診の実施率	胃				井岡先生に確認予定
			大腸				
			肺				
			女性乳房				
			子宮頸部				

がん医療提供体制

番号	C 個別施策					
①医療提供全般						
1-1	沖縄県は、必要に応じたがん医療の集約化と機能分化と連携を行う ・宮古病院・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	第8次医療計画に基づいて協議を行い決定したがん種の数（増加が良い）	12 （2018） 7 （2013）			
	指標	第8次医療計画に基づいて協議を行い決定した「施設」の総数（減少が良い）	25施設 （2024） 26施設 （2023）			沖縄県庁ホームページ「掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設一覧」
1-2	「施設」同士および「施設」とそれ以外の医療機関等の連携を行う ・八重山病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					
1-3	すべての医療機関において、患者に対するICを適切に実施する ・宮古病院・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					
1-4	「施設」では、患者に対するセカンドオピニオンの提示などを適切に実施する ・宮古病院・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」におけるセカンドオピニオンの数				施設アンケート実施予定
1-5	すべての医療機関において、患者に対するACPを適切に実施する ・北部地区医師会病院 ・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	ACPに関する院内のマニュアル等を策定している「施設」の割合				施設アンケート実施予定
1-6	全県および各二次医療圏におけるBCPについて整備する ・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	BCPを整備している「施設」の割合				施設アンケート実施予定
②病理診断						
2-1	「施設」では、質の高い病理診断を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	常勤の病理専門医が1名以上配置されている「施設」の割合				施設アンケート実施予定
③がんゲノム医療						
3-1	必要な患者に対し、適切なタイミングで、がん遺伝子パネル検査等及びその結果を踏まえた治療を行う ・宮古病院 ・八重山病院 ・琉球大学病院・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がんゲノム情報管理センターに登録された患者数	82			琉球大学病院（がん遺伝子パネル検査オーダー進行表）、中部病院（施設アンケート実施予定）
	指標	琉球大学病院において遺伝性腫瘍に関する遺伝カウンセリングを実施した患者数	80			
	指標	以下の専門家の数 ①臨床遺伝専門医 ②認定遺伝カウンセラー ③がんゲノム医療コーディネーター	①臨床遺伝専門医 12人 （2024） 8.2人 対人口100万人	1，850人 （2024） 14.9人 対人口100万人	東京都436人 （2024） 30.9人 対人口100万人	臨床遺伝専門医制度委員会
			②認定遺伝カウンセラー 1人 （2024） 0.7人 対人口100万人	387人 （2024） 3.1人 対人口100万人	東京都91人 （2024） 6.5人 対人口100万人	認定遺伝カウンセラー制度委員会
			③がんゲノム医療コーディネーター 4.3人 （2022） 対人口100万人	18.74人 （2022） 対人口100万人	島根県45.02人 （2022） 対人口100万人	厚生労働省 第83回がん対策推進協議会 資料2-7「人材育成」20項
④手術療法						
4-1	必要な資格を持った専門家が計画的に養成を行い、「施設」に必要に応じて配置する ・宮古病院 ・八重山病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	以下の専門医の数 ①消化器外科専門医 ②呼吸器外科専門医 ③乳腺外科専門医 ④小児外科専門医 ⑤肝胆膵外科高度技能専門医 ⑥脳神経外科専門医 ⑦認定骨・軟部腫瘍医 ⑧婦人科腫瘍専門医 ⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医 ⑩泌尿器科専門医 ⑪頭頸部がん専門医 ⑫口腔外科専門医	①消化器外科専門医 82人 （2024） 55.8人 対人口100万人	9,208人 （2024） 74.1人 対人口100万人	京都府261人 （2024） 103.0人 対人口100万人	日本消化器外科学会
			②呼吸器外科専門医 17人 （2024） 11.6人 対人口100万人	1,640人 （2024） 13.2人 対人口100万人	徳島県16人 （2024） 23.1人 対人口100万人	日本呼吸器外科学会
			③乳腺外科専門医 18人 （2024） 12.2人 対人口100万人	2,034人 （2024） 16.4人 対人口100万人	京都府69人 （2024） 27.2人 対人口100万人	日本乳癌学会
			④小児外科専門医 5人 （2024） 3.4人 対人口100万人	753人 （2024） 6.1人 対人口100万人	京都府33人 （2024） 13.0人 対人口100万人	日本小児外科学会
			⑤肝胆膵外科高度技能専門医 4人 （2021） 2.7人 対人口100万人	587人 （2021） 4.7人 対人口100万人	和歌山県9人 （2021） 10.1人 対人口100万人	日本肝胆膵外科学会
			⑥脳神経外科専門医 74人 （2023） 50.4人 対人口100万人	7，899人 （2023） 63.6人 対人口100万人	高知県67人 （2023） 100.8人 対人口100万人	日本脳神経外科学会
			⑦認定骨・軟部腫瘍医 1人 （2024） 0.7人 対人口100万人	185人 （2024） 1.5人 対人口100万人	徳島県3人 （2024） 4.3人 対人口100万人	日本整形外科学会
			⑧婦人科腫瘍専門医 14人 （2023） 9.5人 対人口100万人	1，224人 （2024） 9.8人 対人口100万人	東京都218人 （2024） 15.5人 対人口100万人	日本婦人科腫瘍学会
			⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医 2人 （2024） 1.4人 対人口100万人	91人 （2024） 0.7人 対人口100万人	福井県2人 （2024） 2.7人 対人口100万人	日本皮膚科学会
			⑩泌尿器科専門医 67人 （2024） 45.6人 対人口100万人	7，138人 （2024） 57.4人 対人口100万人	高知県63人 （2024） 94.8人 対人口100万人	日本泌尿器科学会
			⑪頭頸部がん専門医 7人 （2020） 4.8人 対人口100万人	493人 （2020） 4.0人 対人口100万人	鳥取県5人 （2020） 9.3人 対人口100万人	日本頭頸部外科学会
			⑫口腔外科専門医 26人 （2024） 17.7人 対人口100万人	2，240人 （2024） 18.0人 対人口100万人	鳥取県19人 （2024） 35.4人 対人口100万人	日本口腔外科学会
	指標	上記の専門医が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合				施設アンケート実施予定
4-2	「施設」では、標準治療を質が高く安全に実施する ・那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業（JANIS）へ登録している「施設」の割合				施設アンケート実施予定
4-3	高い技術を要する手術療法について、集約化を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	食道、肝胆膵の手術を「施設」で行った患者の割合				院内がん登録確認依頼中

番号	B 中間アウトカム					
1-1	患者が、「がん診療を行う医療施設」（「施設」）で、医療機関の機能分担を通じた質の高い安心な医療の効率的な提供が受けられている ・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 担当した医師ががんについて十分な知識や経験を持っていたと思う患者の割合	なし	89.8% （2023）	なし	患者体験調査
	指標	患者体験調査 治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合	71.4% （2018） 86.6% （2014）	88.5% （2023） 75.2% （2018） 89.6% （2014）	長野県83.1% （2018） 愛媛県95.2% （2014）	患者体験調査
	指標	「施設」における治療開始のカバー率				
	指標	NDB-SCR/NDB がん患者指導管理料「イ」	入院	134.2 （2021）	100.0 （2021）	大分県356.8 （2021）	内閣府 医療提供状況の地域差
			外来	98.7 （2021）	100.0 （2021）	鳥取県255.3 （2021）	
			入院＋外来	105.3 （2021）	100.0 （2021）	鳥取県245.5 （2021）	
	指標	NDB-SCR/NDB 診療情報提供料（II）	入院	100.1 （2021）	100.0 （2021）	東京都193.0 （2021）	内閣府 医療提供状況の地域差
			外来	69.1 （2021）	100.0 （2021）	三重県323.0 （2021）	
			入院＋外来	71.0 （2021）	100.0 （2021）	三重県308.5 （2021）	
	指標	医療者調査 問13 治療方針（告知等）の説明の際に、医師以外の職種も参加している割合はどの程度ですか。	68.7% （2023） 75%以上参加の割合33.1% （2018）	なし	【参考値】秋田県 回答100%➡ 10.2%（2023） 回答100%➡ 13.1% （2020）	沖縄県値：医療者調査 参考値：秋田大学医学部附属病院 アンケート「医療者のみなさまへ」の集計結果
	指標	医療者調査 問38 沖縄県内において、がん医療の適切な集約化と機能分化が十分にできていると思いますか。	マイナス2.5スコア （2023）	なし	なし	医療者調査
2-1	患者が、速やかな病理診断を受けられている ・中部病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 初診時から確定診断までの1ヶ月未満の人の割合	72.7% （2018）	70.0% （2023） 70.2% （2018）	山口県80.3% （2018）	患者体験調査
3-1	患者が、がん遺伝子パネル検査を受け、その結果に基づいて治療が選択できている ・中部病院 ・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん遺伝子パネル検査を実施した患者のうち、エキスパートパネルで推奨された薬剤が投与された割合	2			琉球大学病院（がん遺伝子パネル検査オーダー進行表）、中部病院（施設アンケート実施予定）
	指標	DPC-QI lg1 IV期肺腺癌に対するがん薬物療法前のEGFR遺伝子変異検査	83.3%	88.1%	100.0% （複数）	QIフィードバックシステム
	指標	DPC-QI st3 切除不能IV期胃がんへの化学療法前HER2検査	0.0%	64.1%	100.0% （複数）	
	指標	医療者調査 問21 がんゲノム医療に関する十分な情報提供をした割合はどの程度ですか。	23.3ポイント （2023）	なし	なし	医療者調査
4-1	必要な患者が、最適な手術を、タイムリーで質が高く安全に受けられている ・中部病院 ・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	DPC-QI 15 StageⅡ・Ⅲの大腸癌に対するD3リンパ節郭清	96.2%	81.1%	100%	QIフィードバックシステム
	指標	DPC-QI 14 進行胃癌に対する定型手術	100.0%	92.5%	100%	
	指標	医療者調査 問23 手術を受けた患者のうち、質の高い最適な手術を提供できた患者の割合はどの程度ですか。	78.2% （2023）	なし	なし	医療者調査

番号	A 分野アウトカム					
1-1	がん診療の質の向上と均てん化が行われ、患者に提供できている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 がん種別5年生存率	全部位	60.7%	66.2%	東京都 71.5%	院内がん登録 2014-2015 年5年生存率集計
		胃	59.0%	70.2%	京都府 78.1%	
		大腸	63.3%	70.9%	東京都 75.8%	
		肝細胞	37.1%	45.1%	大分県 52.8%	
		肝内胆管	13.5%	21.1%	広島県 34.7%	
		胆のう	47.4%	27.2%	沖縄県 47.4%	
		膵	12.6%	12.7%	山梨県 23.1%	
		小細胞肺	3.9%	11.5%	福井県 19.4%	
		非小細胞肺	34.7%	47.5%	宮崎県 57.9%	
		女性乳房	89.3%	91.6%	三重県 94.6%	
		前立腺	92.5%	95.1%	香川県 99.4%	
	指標 患者体験調査 がんの診断・治療全体の総合的評価		8.4点 （2018）	8.2点 （2023） 8.0点 （2018）	愛媛県8.5点 （2018）	患者体験調査
	指標 患者体験調査 専門的な医療を受けられたと思う患者の割合		87.2% （2018）	79.0% （2018）	東京都88.3% （2018）	患者体験調査
	指標 患者体験調査 これまで受けた治療に納得している患者の割合		85.4% （2018） 80.2% （2014）	77.4% （2018） 88.1% （2014）	愛媛県89.5% （2018） 福島県93.8% （2014）	患者体験調査

⑤放射線療法

5-1	必要な資格を持った専門家を計画的に養成し、「施設」に必要に応じて配置する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	放射線治療専門医が何らかの形で週に1回以上または月に1回以上関わっている「施設」の割合					施設アンケート実施予定
	指標	以下の専門家の数 ①放射線治療専門医 ②放射線治療専門放射線技師 ③医学物理士 ④がん放射線療法看護認定看護師	①放射線治療専門医	15人 （2024） 10.2人 対人口100万人	1，437人 （2024） 11.6人 対人口100万人	京都府57人 （2024） 22.5人 対人口100万人	日本放射線腫瘍学会
			②放射線治療専門放射線技師	11人 （2023） 7.5人 対人口100万人	1，847人 （2023） 14.9人 対人口100万人	大分県62人 （2023） 56.7人 対人口100万人	日本放射線治療専門放射線技師認定機構
			③医学物理士	9人 （2023） 6.1人 対人口100万人	1，461人 （2023） 11.8人 対人口100万人	福井県18人 （2023） 24.2人 対人口100万人	医学物理士認定機構
			④がん放射線療法看護認定看護師	6人 （2024） 4.1人 対人口100万人	311人 （2024） 2.5人 対人口100万人	山形県7人 （2024） 6.8人 対人口100万人	日本看護協会
	指標	以下の専門家が、常勤で配置されている放射線治療施設のそれぞれの割合 ①放射線治療専門医2名以上 ②放射線治療専門放射線技師2名以上 ③医学物理士 ④がん放射線療法看護認定看護師	①放射線治療専門医2名以上				施設アンケート実施予定
			②放射線治療専門放射線技師2名以上				
			③医学物理士				
			④がん放射線療法看護認定看護師				

5-2	放射線療法が可能な全ての医療機関において、IMRTを含む標準治療を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	IMRT加算をとっている放射線治療施設の割合	27.3% 3/11施設 （2024）			

5-3	「施設」では、粒子線治療や核医学治療、ホウ素中性子捕捉療法等について、適切に患者を紹介する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」から紹介されて、粒子線治療や核医学治療、ホウ素中性子捕捉療法等を受けた患者の数				施設アンケート実施予定

5-1	必要な患者が、最適な放射線治療をタイムリーで質が高く安全に受けられている　・中部病院　・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	DPC-QI　b35 乳房温存術後の放射線療法	100.0%	73.7%	100.0% （複数）	QIフィードバックシステム
	指標	DPC-QI　lg13 70歳以下Ⅲ期非小細胞肺癌に対する同時化学放射線療法	25.0%	62.1%	100.0% （複数）	
	指標	DPC-QI　lg17 Ⅰ期非小細胞肺癌の非手術例に対する定位放射線治療	66.7%	47.4%	100.0% （複数）	
	指標	医療者調査　問24 放射線治療を受けた患者のうち、その適応の判断を多職種で議論された上で、提供できた患者の割合はどの程度ですか。	65.3ポイント （2023）	なし	なし	医療者調査

⑥薬物療法

6-1	必要な資格を持った専門家を計画的に養成し、「施設」に必要に応じて配置する　・宮古病院　・北部地区医師会病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん薬物療法専門医が何らかの形で週に1回以上または月に1回以上関わっている「施設」の割合					施設アンケート実施予定
	指標	以下の専門家の数 ①がん薬物療法専門医 ②がん指導薬剤師、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師および外来がん治療認定薬剤師 ③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師および乳がん看護認定看護師	①がん薬物療法専門医	6人 （2024） 4.1人 対人口100万人	1，682人 （2024） 13.5人 対人口100万人	岡山県50人 （2024） 27.1人 対人口100万人	日本臨床腫瘍学会
			②がん指導薬剤師	0人 （2024） 0.0人 対人口100万人	385人 （2024） 3.1人 対人口100万人	石川県13人 （2024） 11.7人 対人口100万人	日本医療薬学会
			②がん専門薬剤師	4人 （2024） 2.7人 対人口100万人	827人 （2024） 6.7人 対人口100万人	石川県21人 （2024） 19.0人 対人口100万人	日本医療薬学会
			②がん薬物療法認定薬剤師	12人 （2023） 8.2人 対人口100万人	1，019人 （2023） 8.2人 対人口100万人	島根県13人 （2023） 20.1人 対人口100万人	日本病院薬剤師会
			②外来がん治療認定薬剤師	6人 （2023） 4.1人 対人口100万人	956人 （2023） 7.7人 対人口100万人	福岡県58人 （2023） 11.4人 対人口100万人	日本臨床腫瘍薬学会
			③がん看護専門看護師	13人 （2024） 8.8人 対人口100万人	931人 （2024） 7.5人 対人口100万人	高知県17人 （2024） 25.6人 対人口100万人	日本看護協会
			③がん薬物療法看護認定看護師	2人 （2024） 1.4人 対人口100万人	135人 （2024） 1.1人 対人口100万人	富山県5人 （2024） 5.0人 対人口100万人	日本看護協会
			③乳がん看護認定看護師	2人 （2024） 1.4人 対人口100万人	298人 （2024） 2.4人 対人口100万人	鳥取県4人 （2024） 7.5人 対人口100万人	日本看護協会
	指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合					施設アンケート実施予定

6-2	「施設」では、標準治療を、質が高く安全に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

6-3	拠点病院等では、並存疾患のある患者に対する薬物療法を安全に実施する　・八重山病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	免疫関連有害事象を含む有害事象に対して、他診療科や他病院と連携等して対応している「施設」の割合				施設アンケート実施予定

6-1	必要な患者が、最新の知見に基づく最適な薬物療法を、タイムリーで質が高く安全に受けられている ・中部病院　・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	DPC-QI　lg14 ⅡB・ⅢA期非小細胞肺癌に対する術後化学療法（74歳以下）術後9週間以内の補助化学療法開始	0.0%	56.1%	100.0% （複数）	QIフィードバックシステム
	指標	DPC-QI　st14 胃癌術後6週間以内の補助化学療法開始	100.0%	51.4%	100.0% （複数）	
	指標	DPC-QI　32 StageⅢ大腸癌に対する術後補助化学療法	83.3%	82.7%	100.0% （複数）	
	指標	医療者調査　問25 薬物療法を受けた患者のうち、質の高い薬物療法を提供できた患者の割合はどの程度ですか。	74.7% （2023）	なし	なし	医療者調査

⑦チーム医療の推進

7-1	「施設」では、医療者、特に医師とそれ以外の医療者の間でのコミュニケーションが取れた医療行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標						
	指標						

7-2	「施設」では、院内や地域の歯科医師、歯科衛生士等と連携し、医科歯科連携によるがん患者の口腔の管理を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん患者の口腔健康管理のため院内又は地域の歯科医師と連携して対応している「施設」の割合				施設アンケート実施予定

7-3	「施設」では、栄養サポートチーム等の専門チームと連携し、栄養指導や管理を行う　・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「栄養サポートチーム加算」を算定している「施設」の割合	76.9% 20/26施設 （2024）			九州厚生局 届出受理医療機関名簿（全体版）（※毎月上旬更新予定）令和6年8月1日現在

7-1	患者が、医療者の間の情報共有ができた医療を受けられている　・中部病院　・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 医療スタッフ間で情報が十分にと感じた患者の割合	77.3% （2018）	79.8% （2023） 68.8% （2018）	東京都78.0% （2018）	患者体験調査
	指標	患者体験調査 主治医以外にも相談しやすいスタッフがいた患者の割合	53.7% （2018）	58.4% （2023） 48.8% （2018）	佐賀県65.8% （2018）	患者体験調査
	指標	DPC-QI st20 胃がん患者への栄養指導	100.0%	94.7%	100.0% （複数）	QIフィードバックシステム
	指標	NDB-SCR/NDB 栄養サポートチーム加算	190.1 （2021）	100.0 （2021）	沖縄県190.1 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差（A-233-02-00）
	指標	NDB-SCR/NDB 周術期口腔機能管理計画策定料		100.0		
	指標	NDB-SCR/NDB 周術期口腔機能管理料（I）（II）（III）		100.0		
	指標	医療者調査　問39 医師以外の医療スタッフの方にお尋ねします。がん患者のケアに関して、自分の意見を医師に対して自由に言えますか。	13.9% （2023） 61.9% （2015）	なし	【参考値】秋田県 第1回　確認中 第2回　確認中	医療者調査
	指標	医療者調査　問40 医師の方にお尋ねします。他の医療スタッフの話に耳を傾けていますか。	63.9% （2023） 97.9% （2015）	なし	【参考値】秋田県 第1回　確認中 第2回　確認中	医療者調査

⑧医療実装

8-1	「施設」では、新規に認可された医薬品、医療機器及び医療技術を速やかに患者に提供する　・那覇市立病院　・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「拠点病院等」において新規に認可された免疫チェックポイント阻害薬が実際に使えるようになった日数				

8-2	「拠点病院等」では、治験も含めた医薬品等の臨床研究、先進医療、患者申出療養等に関する適切な情報提供を行い、患者を紹介する ・那覇市立病院　・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	臨床試験に参加していない地域の患者さんやご家族向けの問い合わせ窓口を設置している拠点病院数				施設アンケート実施予定
	指標	「拠点病院等」において実施されている（参加が可能な）臨床研究の数				施設アンケート実施予定

8-1	患者が、新規に認可された医薬品、医療機器及び医療技術を受けられており、希望する患者が治験等に参加できている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	治験も含めた医薬品等の臨床研究、先進医療、患者申出療養等に参加した患者の数				施設アンケート実施予定
	指標	医療者調査　問9 医師の方にお尋ねします。2023年に、レジメン登録が遅かったために、患者へのタイムリーな投薬が遅れたことがありましたか。	64.4%（なかったとの回答） 2023	なし	なし	医療者調査

番号	C 個別施策					
①緩和ケア						
1-1	「施設」では、外来初診時および入院時に、看護師による「痛みのスクリーニング」を行い、その後は必要な医療を行う ・宮古病院 ・中部病院 ・八重山病院 ・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	外来初診時および入院時に、看護師による「痛みのスクリーニング」が行われたがん患者の割合				
	指標	前述の「痛みのスクリーニング」の結果を、看護師が、主治医（主治医チーム）に報告が行われたがん患者の割合				
	指標	「痛みのスクリーニング」の結果報告を受けて、主治医（主治医チーム）が速やかに必要な緩和ケアが行われたがん患者の割合				
	指標	「痛みのスクリーニング」の結果を受けての緩和ケアが主治医（主治医チーム）では充分行えない場合に、主治医（主治医チーム）から速やかに緩和ケアチームに紹介が行われたがん患者の割合				
1-2	外来患者は毎回の受診時に、入院患者は毎日、看護師による「痛みのモニタリング」を行い、その後は必要な医療を行う ・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	外来患者は毎回の受診時に、入院患者は毎日、看護師による「痛みのモニタリング」が行われたがん患者の割合				
	指標	前述の「痛みのモニタリング」の結果を、看護師が、主治医（主治医チーム）に報告が行われたがん患者の割合				
	指標	「痛みのモニタリング」の結果報告を受けて、主治医（主治医チーム）が速やかに必要な緩和ケアが行われたがん患者の割合				
	指標	「痛みのモニタリング」の結果を受けての緩和ケアが主治医（主治医チーム）では充分行えない場合に、主治医（主治医チーム）から速やかに緩和ケアチームに紹介が行われたがん患者の割合				
	指標	リンクナース制度を運用している「施設」の割合				施設アンケート実施予定
1-3	「施設」では、専門的な緩和ケアを提供できる人材とチームを整備する ・中部病院 ・北部地区医師会病院 ・那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」の緩和ケアチーム新規診療症例数				施設アンケート実施予定
	指標	緩和ケア外来の新規診療症例数				施設アンケート実施予定
	指標	緩和ケア外来への、地域の医療機関からの紹介件数				施設アンケート実施予定
	指標	以下の専門家の数 ①緩和医療学会専門医及び認定医 ②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医 ③ペインクリニック専門医 ④放射線治療専門医 ⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医） ⑥緩和薬物療法認定薬剤師 ⑦緩和ケア認定看護師 ⑧公認心理師及び臨床心理士	①緩和医療学会専門医	3人 （2024） 2.0人 対人口100万人	356人 （2024） 2.9人 対人口100万人	鳥取県4人 （2024） 7.5人 対人口100万人	日本緩和医療学会
			①緩和医療学会認定医	11人 （2024） 7.5人 対人口100万人	1,146人 （2024） 9.2人 対人口100万人	鳥取県9人 （2024） 16.8人 対人口100万人	日本緩和医療学会
			②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	3人 （2024） 2.0人 対人口100万人	183人 （2024） 1.5人 対人口100万人	京都府9人 （2024） 3.6人 対人口100万人	日本サイコオンコロジー学会
			③ペインクリニック専門医	15人 （2024） 10.2人 対人口100万人	1,598人 （2024） 12.9人 対人口100万人	栃木県53人 （2024） 28.0人 対人口100万人	日本ペインクリニック学会
			④放射線治療専門医	15人 （2024） 10.2人 対人口100万人	1,437人 （2024） 11.6人 対人口100万人	京都府57人 （2024） 22.5人 対人口100万人	日本放射線腫瘍学会
			⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	13人 （2023） 8.8人 対人口100万人	1,264人 （2023） 10.2人 対人口100万人	奈良県119人 （2023） 92.0人 対人口100万人	日本インターベンショナルラジオロジー学会事務局からデータ提供
			⑥緩和薬物療法認定薬剤師	4人 （2024） 2.7人 対人口100万人	872人 （2024） 7.0人 対人口100万人	島根県11人 （2024） 17.0人 対人口100万人	日本緩和医療薬学会
			⑦緩和ケア認定看護師	33人 （2024） 22.5人 対人口100万人	1,951人 （2024） 15.7人 対人口100万人	山梨県50人 （2024） 63.0人 対人口100万人	日本看護協会
			⑧公認心理師	1,015人 （2024） 690.7人 対人口100万人	71,987人 （2024） 579.2人 対人口100万人	京都府2,301人 （2024） 908.1人 対人口100万人	日本心理研修センター
			⑧臨床心理士	336人 （2023） 228.6人 対人口100万人	36,865人 （2023） 296.6人 対人口100万人	京都府1,448人 （2023） 571.5人 対人口100万人	日本臨床心理士資格認定協会
	指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合				施設アンケート実施予定

番号	B 中間アウトカム					
1-1	がん患者及びその家族の苦痛の軽減ができ、QOLが向上できている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査・遺族調査 医療者はつらい症状にすみやかに対応していたと感じる割合	80.1% （2018）	90.1% （2023） 74.1% （2018）	愛媛県86.3% （2018）	患者体験調査
	指標	患者体験調査・遺族調査 医療スタッフが耳を傾け理解しようとしてくれていたと思う患者の割合	78.6% （2018）	90.1% （2023） 71.7% （2018）	愛媛県79.8% （2018）	患者体験調査
	指標	医療者調査 問10 2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果で痛むがあるとした患者のうち、その結果が主治医（チーム）に速やかに伝えられた患者の割合はどの程度ですか。	75.2% （2023）	なし	なし	医療者調査
	指標	医療者調査 問11 2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果が主治医（チーム）に伝えられた患者のうち、主治医（チーム）が速やかに必要な緩和ケアを行った患者の割合はどの程度ですか。	71.4% （2023）	なし	なし	医療者調査
	指標	医療者調査 問12 2023年に、看護師による痛みのモニタリングの結果が主治医（チーム）に伝えられた患者において、主治医（チーム）では対応が十分に行えない患者のうち、主治医（チーム）から速やかに緩和ケアチームに紹介が行われた患者の割合はどの程度ですか。	59.4% （2023）	なし	なし	医療者調査
1-2	緩和ケアの質の向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者報告アウトカム（PRO）の症状改善率				
	指標					
	指標	NDB-SCR/NDB 緩和ケア診療加算の算定回数	39.3 （2021）	100.0 （2021）	福井県211.7 （2021）	内閣府 医療提供状況の地域差（A-226-02-01）
	指標	NDB-SCR/NDB L101神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）				確認中
	指標	NDB-SCR/NDB 緩和的放射線照射の実施数：M001-3（直線加速器による放射線治療）の2				確認中

番号	A 分野アウトカム					
1-1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 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	70.4% （2018） 62.0% （2014）	69.5% （2018） 61.5% （2014）	岡山県79.8% （2018） 和歌山県73.2% （2014）	患者体験調査
	指標	患者体験調査 身体の苦痛や気持ちのつらさを和らげる支援は十分であると感じる患者の割合	43.5% （2018）	33.8% （2023） 42.5% （2018）	山口県55.2% （2018）	患者体験調査
	指標	患者体験調査 現在自分らしい日常生活を送れていると感じる患者の割合	78.3% （2018） 75.2% （2014）	79.0% （2023） 70.1% （2018） 77.7% （2014）	徳島県83.5% （2018） 秋田県89.4% （2014）	患者体験調査

②在宅医療

2-1	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合を増加させる ・宮古病院 ・中部病院 ・八重山病院 ・北部地区医師会病院 ・那覇市立病院 ・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					
2-2	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度を向上させる ・宮古病院・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					
2-3	在宅医療を提供できる必要な資格を持った専門家を計画的に養成し、必要に応じて配置する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	地域緩和ケア連携調整員研修受講者数		なし	なし	施設アンケート実施予定
	指標	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	①在宅専門医	10人 （2024） 6.8人 対人口100万人	461人 （2024） 3.7人 対人口100万人	奈良県12人 （2024） 9.3人 対人口100万人	日本在宅医療連合学会
			②訪問看護師	3人 （2024） 2.0人 対人口100万人	549人 （2024） 4.4人 対人口100万人	愛知県83人 （2024） 11.1人 対人口100万人	日本看護協会
			③介護支援専門員	7,024人 （2023） 4,779.4人 対人口100万人	751,059人 （2023） 6043.2人 対人口100万人	徳島県7,111人 （2023） 10,259.9人 対人口100万人	日本看護協会
			④在宅医療インテグレーター	13人 （2024） 8.8人 対人口100万人	382人 （2024） 3.1人 対人口100万人	沖縄県13人 （2024） 8.8人 対人口100万人	日本在宅医療連合学会からのデータ提供
	指標	以下の施設の数 ①在宅療養支援診療所 ②強化機能型在宅療養支援診療所 ③在宅療養支援病院 ④訪問看護ステーション ⑤専門医療機関連携薬局 ⑥介護サービス事業所 ⑦訪問リハビリテーション事業所	①在宅療養支援診療所	98施設 （2022） 66.7施設 対人口100万人	15,090施設 （2022） 121.4施設 対人口100万人	長崎県282施設 （2022） 223.1施設 対人口100万人	厚生労働省 在宅医療にかかる地域別データ集
			②強化機能型在宅療養支援診療所	33施設 （2022） 22.5施設 対人口100万人	3,796施設 （2022） 30.5施設 対人口100万人	和歌山県44施設 （2022） 49.5施設 対人口100万人	
			③在宅療養支援病院	20施設 （2022） 13.6施設 対人口100万人	1,672施設 （2022） 13.5施設 対人口100万人	徳島県42施設 （2022） 60.6施設 対人口100万人	
			④訪問看護ステーション	201施設 （2022） 136.8施設 対人口100万人	14,829施設 （2022） 119.3施設 対人口100万人	和歌山県178施設 （2022） 200.1施設 対人口100万人	
			⑤専門医療機関連携薬局	1施設 （2024） 0.7施設 対人口100万人	191施設 （2024） 1.5施設 対人口100万人	長崎県5施設 （2024） 4.0施設 対人口100万人	厚生労働省 専門医療機関連携薬局 認定薬局の件数
			⑥介護サービス事業所				確認中

2-1	希望する患者の在宅医療への移行が充分にできている ・那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	遺族調査 在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	なし	78.8% （2018）	なし	国立がん研究センター「患者さまが受けられた医療に関するご遺族の方への調査」
	指標	遺族調査 介護をしたことで、全体的に負担感が大きかった割合	53.1% （2019）	40.9% （2019）	福岡県31.0% （2019）	国立がん研究センター「患者さまが受けられた医療に関するご遺族の方への調査」
	指標	NDB-SCR/NDB 在宅ターミナルケア加算	84.4	100.00	312.1 （徳島県）	確認中
	指標	NDB-SCR/NDB 看取り加算	90.3 （2021）	100.0 （2021）	神奈川県193.8 （2021）	内閣府 医療提供状況の地域差（C-001-00-06）
	指標	NDB-SCR/NDB 介護支援等連携指導料（がん患者に限定）	99.0 （2021）	100.0 （2021）	秋田県258.1 （2021）	内閣府 医療提供状況の地域差（B-005-01-02）
	指標	NDB-SCR/NDB 退院時共同指導料1（がん患者に限定）	236.3 （2021）	100.0 （2021）	岐阜県319.5 （2021）	内閣府 医療提供状況の地域差（B-004-00-01）
	指標	医療者調査 問26 在宅医療を希望された患者のうち、実際に在宅医療に移行した患者の割合はどの程度ですか。	62.7% （2023）	なし	なし	医療者調査

			⑦訪問リハビリテーション事業所	42施設 （2023） 28.6施設 対人口100万人	4,913施設 （2023） 39.5施設 対人口100万人	徳島県96施設 （2023） 138.5施設 対人口100万人	厚生労働省　介護サービス情報の公表システムデータのオープンデータ	

2-4	看取りができる介護施設の拡大を図る	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 看取りができる介護施設の数					

③リハビリテーション

3-1	すべてのがん患者に対して、リハビリが必要かどうかの評価をする体制が整え、その結果を踏まえたリハビリを施行する ・宮古病院 ・中部病院 ・北部地区医師会病院 ・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 がん患者リハビリテーション料に関する施設基準を満たした「施設」の割合		65.4% 17/26施設 (2024)			九州厚生局 届出受理医療機関名簿(全体版) (※毎月上旬更新予定) 令和6年8月1日現在

3-1	[施設」では、必要な全ての患者に、適切なリハビリテーションができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 拠点病院等に通院・入院中のがん患者でリハビリテーションを受けた患者の割合					施設アンケート実施予定
	指標 NDB-SCR/NDB がん患者リハビリテーション料		116.6 (2021)	100.0 (2021)	福井県191.4 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(H-007-02-00)
	指標 医療者調査 問27 リハビリテーションを行った患者の割合はどの程度ですか。		57.6% (2023)	なし	なし	医療者調査

④支持療法

4-1	患者が、治療に伴う副作用・合併症・後遺症への見通しを持ち、身体的苦痛や外見の変化等があった際に容易に相談できる環境を整備する ・中部病院・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 リンパ浮腫研修の受講者数(修了者数)		3 (2023) 2.0人 対人口100万人	350 (2023) 2.8人 対人口100万人	奈良県10人 (2023) 7.7人 対人口100万人	ライフ・プランニング・センターからのデータ提供
	指標 リンパ浮腫外来が設置されている「施設」の割合					施設アンケート実施予定
	指標 ストーマ外来が設置されている「施設」の割合					施設アンケート実施予定

4-1	[施設」では、各種ガイドラインに基づく十分な支持療法が行われている ・那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者体験調査 治療による副作用の見通しを持てた患者の割合		70.5% (2018)	75.6% (2023) 63.0% (2018)	大分県70.8% (2018)	患者体験調査
	指標 拠点病院において支持療法に関する標準診療を実施された患者の割合					
	指標 NDB-SCR/NDB リンパ浮腫複合的治療料	(重症)	なし (2021)	100.0 (2021)	岩手県459.0 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(H-007-04-01)
		(1以外)	なし (2021)	100.0 (2021)	東京都299.6 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(H-007-04-02)
	指標 NDB-SCR/NDB リンパ浮腫指導管理料		69.4 (2021)	100.0 (2021)	鹿児島県138.6 (2021)	内閣府 医療提供状況の地域差(B-001-07-00)
	指標 医療者調査 問20 薬物療法の開始前に、副作用の出る時期の説明も含めて、十分な説明を行った患者の割合はどの程度ですか。		79.9% (2023)	なし	なし	医療者調査

4-2	[施設」では、各種ガイドラインに基づく支持療法を、組織的に行う体制を整備する ・中部病院 ・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 制吐薬適正使用ガイドラインに基づく院内マニュアルを作成し、レジメンの登録が行われている「施設」の割合					施設アンケート実施予定

⑤妊孕性温存療法

5-1	がん患者・家族が、生殖機能への影響についての情報提供を十分に行う ・中部病院 ・八重山病院 ・那覇市立病院 ・琉球大学病院・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 相談支援センターにおける「妊孕性・生殖機能」に関する相談件数		6件 (2022) 6件 (2023)			

5-1	妊孕性温存療法及びがん治療後の生殖補助医療が十分に行われている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 がん・生殖医療にて出生した子供の数		1例			
	指標 患者体験調査 治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合		51.6% (2018) 65.7% (2014)	63.9% (2023) 31.1% (2018) 38.1% (2014)	秋田県100.0% (2018) 和歌山県92.8% (2014)	患者体験調査
	指標 医療者調査 問22 医師と看護師の方にお尋ねします。妊孕性温存療法が必要な患者のうち、実際に妊孕性温存療法の説明を行った患者の割合はどの程度ですか。		49.2% (2023)	なし	なし	医療者調査

5-2	妊孕性温存療法に関する体制を整備する ・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 日本がん・生殖医療登録システム JOFRへの登録症例数		54例	1089例		

5-3	がん治療後の生殖医療に関する体制を整備する ・北部地区医師会病院 ・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 がん治療後の生殖医療のために琉球大学病院に紹介されたがん患者の数		40例			

個別のがん対策

C 個別施策

①希少がん

1-1	希少がん患者及びその家族に対して、十分な情報を提供する ・中部病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	希少がんに関するHP等の整備を行っている「施設」の割合					

1-2	希少がん患者及びその家族に対して、十分な相談支援を提供する ・中部病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターに相談した希少がん患者の数		66件（2023）			

1-3	希少がん患者を、速やかに琉球大学病院または県立中部病院に紹介する ・宮古病院 ・中部病院 ・・那覇市立病院・北部地区医師会病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	希少がん診療を積極的に受け入れている拠点病院等（琉球大学病院と県立中部病院）で治療を受けた希少がん患者の割合					院内がん登録確認依頼中

1-4	希少がん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療を、タイムリーで質が高く、安全に実施する ・琉球大学病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	希少がんにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数					施設アンケート実施予定
	指標	臨床試験等を受けた希少がん患者の数					施設アンケート実施予定

②難治性がん

2-1	難治性がん患者及びその家族に対して、十分な相談支援が提供する ・中部病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターに相談した難治性がん患者の数		26件（2023）原発不明がんのみ			

2-2	県内の医療機関について、難治性がん診療における適切な役割分担を行う ・那覇市立病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	難治性がん診療を積極的に受け入れている「施設」における治療開始数					院内がん登録確認依頼中

2-3	難治性がん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療が、タイムリーで質が高く、安全に実施する ・琉球大学病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	難治がんにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数					施設アンケート実施予定
	指標	臨床試験等を受けた難治がん患者の数					施設アンケート実施予定

③小児がん

3-1	小児がん患者及びその家族に対して、十分な情報を提供する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	なし					

3-2	小児がん患者及びその家族に対して、十分な相談支援を提供する		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	国立がん研究センターによる「がん相談支援センター相談員基礎研修」(1)(2)を受講後、国立成育医療研究センターが実施する「小児がん相談員専門研修」を修了した者の数		琉大：1名 こども医療センター：確認中			こども医療センター比嘉先生に問合せ中
	指標	がん相談支援センターに相談した小児がん患者の数		7件			

3-3	小児がん患者を、速やかに琉球大学病院または県立こども医療センターに紹介する ・宮古病院 ・八重山病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	琉球大学病院または県立こども医療センターで治療を受けた小児がん患者の割合		78.7%			

3-4	小児がん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療が、タイムリーで質が高く、安全に実施する ・琉球大学病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	琉球大学病院または県立こども医療センターにおいて参加が可能な臨床試験や治験の数		琉球大学病院 15件 こども医療センター 確認中			こども医療センター比嘉先生に問合せ中
	指標	臨床試験等を受けた小児がん患者の数		琉球大学病院 5名 こども医療センター 確認中			こども医療センター比嘉先生に問合せ中
	指標	以下の専門家の数 ①小児血液・がん専門医 ②小児外科専門医および小児がん認定外科医 ③血液専門医 ④小児看護専門看護師、がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師、緩和ケア認定看護師	①小児血液・がん専門医	3人（2024）2.0人 対人口100万人	383人（2024）3.1人 対人口100万人	京都府23人（2024）9.1人 対人口100万人	一般社団法人日本小児血液・がん学会
			②小児外科専門医	5人（2024）3.4人 対人口100万人	753人（2024）6.1人 対人口100万人	京都府33人（2024）13.0人 対人口100万人	一般社団法人日本小児外科学会
			③小児がん認定外科医	1人（2024）0.7人 対人口100万人	128人（2024）1.0人 対人口100万人	奈良県4人（2024）3.1人 対人口100万人	一般社団法人日本小児血液・がん学会
			④血液専門医	28人（2024）19.1人 対人口100万人	4,580人（2024）36.9人 対人口100万人	京都府189人（2024）74.6人 対人口100万人	一般社団法人日本血液学会
			⑤小児看護専門看護師	3人（2024）2.0人 対人口100万人	254人（2024）2.0人 対人口100万人	高知県8人（2024）12.0人 対人口100万人	日本看護協会
			⑥がん看護専門看護師	11人（2024）7.5人 対人口100万人	906人（2024）7.3人 対人口100万人	高知県15人（2024）22.6人 対人口100万人	日本看護協会
			⑦がん薬物療法看護認定看護師	0人（2024）0.0人 対人口100万人	88人（2024）0.7人 対人口100万人	山形県5人（2024）4.9人 対人口100万人	日本看護協会
			⑧緩和ケア認定看護師	33人（2024）22.5人 対人口100万人	1,951人（2024）15.7人 対人口100万人	山梨県50人（2024）63.0人 対人口100万人	日本看護協会
	指標	上記の専門家が、琉球大学病院または県立こども医療センターに常勤で配置されているか否か。	①小児血液・がん専門医	琉球大学病院 ○(1人) こども医療センター ○(1人)			施設アンケート実施予定
			②小児外科専門医	琉球大学病院 ○(2人) こども医療センター ○(2人)			
			③小児がん認定外科医	琉球大学病院 ○(1人) こども医療センター ×			
			④血液専門医	琉球大学病院 ○(3人) こども医療センター ○(2人)			
			⑤小児看護専門看護師	琉球大学病院 × こども医療センター ○(3人)			
			⑥がん看護専門看護師	琉球大学病院 ○(4人) こども医療センター ○(1人)			
			⑦がん薬物療法看護認定看護師	琉球大学病院 ○(1人) こども医療センター ○(1人)			
			⑧緩和ケア認定看護師	琉球大学病院 ○(2人) こども医療センター ○(2人)			

3-5	小児がん患者に対して、晩期合併症の検索も含めて、長期フォローアップを行う ・琉球大学病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	長期フォローアップ外来を設置している施設数		3（2023）			沖縄県保健医療介護部健康長寿課がん対策班からの情報提供
	指標	長期フォローアップ外来で長期にフォローアップをしている小児がん患者数		琉球大学病院 9人 こども医療センター 確認中			こども医療センター比嘉先生に問合せ中

B 中間アウトカム

1-1	希少がん患者の生存率の改善ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 希少がん患者の初診から診断までの時間、診断から治療開始までの時間	初診から診断までの時間（1か月未満）	なし	61.4%（2023）60.6%（2018）	なし	患者体験調査
			診断から治療開始までの時間（1か月未満）	なし	62.4%（2023）67.8%（2018）	なし	患者体験調査

1-2	希少がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 治療スケジュールの見通しに関する情報を十分得ることができた希少がん患者の割合		なし	92.3%（2023）75.7%（2018）	なし	患者体験調査
	指標	医療者調査 問29 県立中部病院と琉球大学病院に勤務されている方以外にお尋ねします。希少がん患者のうち、診断又は治療目的で、県立中部病院、琉球大学病院または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。		42.8%（2023）		なし	医療者調査
	指標	医療者調査 問30 上記医療機関に紹介できなかった理由について、具体的にお書きください。		確認中		なし	医療者調査

2-1	難治性がん患者の生存率の改善ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	難治性がん（代表例：膵がん）の5年生存率（再掲）	食道				
			肝（肝細胞がん・肝内胆管がん）				
			胆（胆のうがん・胆管がん）				
			膵臓				
			肺				
			多発性骨髄腫				
			白血病				
			成人T細胞白血病リンパ腫				

2-2	難治性がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	医療者調査 問31 難治がん患者のうち、診断又は治療目的で、沖縄県における「掲載要件を満たす、がん診療を行う県内医療施設一覧」または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。（自施設が施設一覧に記載されている場合も含む）		37.6%（2023）	なし	なし	医療者調査
	指標	医療者調査 問32 上記医療機関に紹介できなかった理由について、具体的にお書きください。		確認中	なし	なし	医療者調査

3-1	小児がん患者の生存率の改善ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	小児がん患者の初診から琉球大学病院または県立こども医療センターを紹介受診した日数					

＊↑この指標に関しては、小児科の浜田先生に確認したところ、県内においては紹介から受診までかかる日数は、白血病においては、1日ないし2日、固形腫に関しても問題なく受診につながっていると思われますとのことなので、別の指標を検討する方向。

3-2	小児がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	小児がん体験調査 がん患者の家族の悩みや負担を相談できる支援・サービス・場所が十分あると思う小児がん患者の割合		【参考】成人52.6（2018）	小児39.7（2019）【参考】AYA39.5 成人47.1（2018）	なし	小児患者体験調査【参考】患者体験調査
	指標	小児がん体験調査 治療開始前に教育の支援等について医療スタッフから話があったと回答した人の割合		なし	68.1%（2019）	なし	小児患者体験調査

A 分野アウトカム

1-1	がんの種類、年代、住んでいる地域に拘わらず、がん診療の質の向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	希少がんの5年生存率					

※現在、協議中の厚労科研の議論をまって、掲載予定。

参考データ

1-1	がんの種類、年代、住んでいる地域に拘わらず、がん診療の質の向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	希少がんの5年生存率	喉頭				
			卵巣				
			膀胱				
			甲状腺				
			多発性骨髄腫				

1-1	がんの種類、年代、住んでいる地域に拘わらず、全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	難治性がん（代表例：膵がん）の5年生存率	食道				
			肝（肝細胞がん・肝内胆管がん）				
			胆（胆のうがん・胆管がん）				
			膵臓				
			肺				
			多発性骨髄腫				
			白血病				
			成人T細胞白血病リンパ腫				

※全国がん罹患モニタリング集計 2009-2011年生存率報告で記載されているがん種のうち、5年相対生存率が50%以下のがん種のうち、脳・中枢神経系を除く7つ＋成人T細胞白血病リンパ腫

1-1							
	指標	小児がん患者の5年生存率	胚細胞腫瘍・性腺腫瘍				
			神経芽腫				
			白血病				
			リンパ腫				

1-1							
	指標	AYA世代のがんの5年生存率	大腸				
			女性乳房				
			子宮頸部				
			卵巣				
			甲状腺				

1-1							
	指標	がん種別5年生存率	全部位	県平均	60.7%	66.2%	東京都 71.5%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			胃	県平均	59.0%	70.2%	京都府 78.1%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			大腸	県平均	63.3%	70.9%	東京都 75.8%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			肝細胞	県平均	37.1%	45.1%	大分県 52.8%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
			肝内胆管	県平均	13.5%	21.1%	広島県 34.7%
				北部			
				中部			
				南部			
				宮古			
				八重山			
				県平均	47.4%		
				北部			
				中部			

院内がん登録 2014-2015年5年生存率集計

3-6	小児がん患者に対して、治療と並行した学業の継続、治療終了後の進学や就職に対しての支援を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターにおける小児がん患者の教育に関する相談件数	0～18歳　13件 （2023）			琉球大学病院相談支援センターからの情報提供
	指標	がん相談支援センターにおける小児がん患者の就労に関する相談件数	就学・就園　7件 学業・学校生活　6件 ※就労に関する相談件数は年齢別集計をしていない。			琉球大学病院相談支援センターからの情報提供

3-7	小児がん患者の家族、特に両親や同胞への支援を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	小児がんに関する患者団体の数	4			

④AYA世代のがん

4-1	AYA世代のがん患者及びその家族に対して、十分な情報を提供する　・中部病院　・八重山病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

4-2	AYA世代のがん患者及びその家族に対して、十分な相談支援を提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターに相談したAYA世代のがん患者の数	194件 （2023）			琉球大学病院相談支援センターからの情報提供

4-3	AYA世代のがん患者を、速やかにがん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）に紹介する　・八重山病院・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	拠点病院等で治療を受けたAYA世代のがん患者の割合				院内がん登録確認依頼中

4-4	AYA世代のがん患者に対して、最新の知見に基づく、臨床試験や治験も含めての最適な治療を、タイムリーで質が高く、安全に実施する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	拠点病院等において参加が可能な臨床試験や治験の数				施設アンケート実施予定
	指標	臨床試験や治験等を受けたAYA世代のがん患者の数				施設アンケート実施予定

4-5	AYA世代のがん患者に対して、晩期合併症の検索も含めて、長期フォローアップを行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	長期フォローアップ外来を設置している施設数	3 （2023）			沖縄県保健医療介護部健康長寿課がん対策班からの情報提供
	指標	小児・AYA世代のがんの長期フォローアップに関する研修会参加人数				琉球大学病院・こども医療センター比嘉先生に問合せ中
	指標	長期フォローアップ外来で長期にフォローアップをしているAYA世代のがん患者				琉球大学病院・こども医療センター比嘉先生に問合せ中

4-6	AYA世代のがん患者に対して、治療と並行した学業や就労の継続、治療終了後の進学や就職に対しての支援を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターにおける、AYA世代のがん患者の発育及び療養上の相談への対応・支援のうち、教育に関する相談件数	相談件数はあるが、年齢別でない為、AYA世代のみの集計はなし			8月中に施設アンケート実施予定
	指標	がん相談支援センターにおける、AYA世代のがん患者に対する就労に関する相談件数	相談件数はあるが、年齢別でない為、AYA世代のみの集計はなし			8月中に施設アンケート実施予定

4-7	子供がいるAYA世代のがん患者に対して、その子供に対する支援を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	親ががんになった子ども、そしてその患者さん、ご家族を支援する団体に紹介したAYA世代のがん患者の数				8月中に施設アンケート実施予定

4-1	AYA世代のがん患者の生存率の改善ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 AYA世代のがんの5年生存率（再掲）	大腸				
		女性乳房				
		子宮頸部				
		卵巣				
		甲状腺				

4-2	AYA世代のがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている　・那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査＜若年がん患者のみ＞ 治療開始前に、就労継続について説明を受けたがん患者の割合	27.2% （2018）	75.7% （2023） 44.0% （2018）	神奈川県 53.6% （2018）	患者体験調査
	指標	医療者調査　問33 県立中部病院、那覇市立病院、琉球大学病院以外の方にのみお尋ねします。AYA世代のがん患者のうち、診断又は治療目的で、県内のがん診療連携拠点病院（県立中部病院、那覇市立病院または琉球大学病院）または本土の専門医療機関に紹介した割合はどの程度ですか。	35.0% （2023）	なし	なし	医療者調査
	指標	医療者調査　問34 上記医療機関に紹介できなかった理由について、具体的にお書きください。	確認中	なし	なし	医療者調査

⑤高齢者のがん

5-1	地域の医療機関やかかりつけ医、在宅療養支援診療所、訪問看護事業所等の医療・介護を担う機関、関係団体、地方公共団体等と連携し、高齢者のがん患者やその家族等の療養生活を支えるための体制を整備する　・中部病院　・北部地区医師会病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討を行っている「施設」の数	在宅療養支援診療所数	98施設 （2022） 66.7施設 対人口100万人	15,090施設 （2022） 121.4施設 対人口100万人	長崎県282施設 （2022） 223.1施設 対人口100万人	厚生労働省　在宅医療にかかる地域別データ集
			在宅療養支援病院数	20施設 （2022） 13.6施設 対人口100万人	1,672施設 （2022） 13.5施設 対人口100万人	徳島県42施設 （2022） 60.6施設 対人口100万人	

5-2	療養場所の選択も含めて、すべての高齢者のがん患者に、適切な意思決定支援と適切なアドバンスケアプランニングを行う　・八重山病院　・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	ACPに関する院内のマニュアル等を策定している「施設」の割合				8月中に施設アンケート実施予定

5-3	高齢者機能評価および依存疾患の評価の結果と、患者の意向を十分に配慮したうえで、種々のガイドラインに準拠した最適な治療が安全に実施する　・中部病院　・那覇市立病院　・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	意思決定能力を含む高齢者機能評価に関する院内のマニュアル等を策定している「施設」の割合				8月中に施設アンケート実施予定

5-4	高齢者のがん患者をもつ家族の介護負担感を軽減する　・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	遺族調査のサブグループ解析（仮） 介護をしたことで、全体的に負担感が大きかったと回答した割合（再掲）	53.1% （2019）	40.9% （2019）	福岡県31.0% （2019）	遺族調査　2019年調査報告書（92項）

5-5	看取りができる介護施設の拡大を図る	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	看取りができる介護施設の数				

5-1	高齢者のがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	遺族調査のサブグループ解析（仮） 患者と医師間で最期の療養場所に関する話し合いがあったと回答した割合	38.1% （2019）	36.5% （2019）	山形県 44.8% （2019）	遺族調査　2019年調査　報告書（88項）
	指標	遺族調査のサブグループ解析（仮） 介護をしたことで、全体的に負担感が大きかったと回答した割合	53.1% （2019）	40.9% （2019）	福岡県 31.0% （2019）	遺族調査　2019年調査　報告書（92項）
	指標	NDB-SCR/NDB 介護支援等連携指導料の算定数（がん患者に限定）	99.0 （2021）	100.0 （2021）	秋田県 258.1 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差B005-01-02
	指標	NDB-SCR/NDB 退院時共同指導料1の算定数（がん患者に限定）	236.3 （2021）	100.0 （2021）	岐阜県 319.5 （2021）	内閣府　医療提供状況の地域差B004-00-01
	指標	医療者調査　問28 高齢者のがん患者に対して、治療前に「高齢者機能評価」を行った割合はどの程度ですか。	26.1% （2023）	なし	なし	医療者調査

⑥離島・へき地

6-1	正しい情報を基に、患者が自ら選択した医療機関で受診する　・八重山病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	療養場所ガイドの全戸配布を行った市町村の割合				がんセンターに問合せ中

6-2	地域がん診療病院では、拠点病院と連携し、標準治療を行う　・中部病院　・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

6-3	診療病院におけるがん関連の人材配置等を過不足なく行う　・北部地区医師会病院		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	以下の専門家が、診療病院に常勤で配置されているか否か ①呼吸器外科専門医 ②乳腺外科専門医 ③がん指導薬剤師、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤のいずれか ③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師、乳がん看護認定看護師のいずれか ④がん相談支援センター相談員基礎研修（1）（2）を修了した看護師、社会福祉士、精神保健福祉士のいずれか ⑤がん登録実務初級認定を受けた診療情報管理士	①呼吸器外科専門医				8月中に施設アンケート実施予定
			②乳腺外科専門医				
			③がん指導薬剤師、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、外来がん治療認定薬剤のいずれか				
			③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師、乳がん看護認定看護師のいずれか				
			④がん相談支援センター相談員基礎研修（1）（2）を修了した看護師、社会福祉士、精神保健福祉士のいずれか				
			⑤がん登録実務初級認定を受けた診療情報管理士				
	指標	以下の専門家が、診療病院において、毎週または月に2回以上、外来診療を行っているか否か ①放射線治療専門医	①放射線治療専門医				8月中に施設アンケート実施予定
			②がん薬物療法専門医				

	離島・へき地のがん患者の生存率の改善ができている		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
		全部位	県平均	60.7%	66.2%	東京都 71.5%	
			北部				
			中部				
			南部				
			宮古				
			八重山				
		胃	県平均	59.0%	70.2%	京都府 78.1%	
			北部				
			中部				
			南部				
			宮古				
			八重山				
			県平均	63.3%			
			北部				
		胆のう	南部		27.2%	沖縄県 47.4%	
			宮古				
			八重山				
		膵	県平均	12.6%	12.7%	山梨県 23.1%	
			北部				
			中部				
			南部				
			宮古				
			八重山				
		小細胞肺	県平均	3.9%	11.5%	福井県 19.4%	
			北部				
			中部				
			南部				
			宮古				
			八重山				
		非小細胞肺	県平均	34.7%	47.5%	宮崎県 57.9%	
			北部				
			中部				
			南部				
			宮古				
			八重山				
		女性乳房	県平均	89.3%	91.6%	三重県 94.6%	
			北部				
			中部				
			南部				
			宮古				
			八重山				
		前立腺	県平均	92.5%	95.1%	香川県 99.4%	
			北部				
			中部				
			南部				
			宮古				
			八重山				

指標	患者体験調査 現在自分らしい日常生活を送れていると感じる希少がん患者の割合		なし	75.5% （2023） 69.2% （2018）	なし	患者体験調査
指標	患者体験調査 現在自分らしい日常生活を送れていると感じる若年がん患者の割合		なし	75.7% （2023） 66.8% （2018）	なし	患者体験調査
指標	小児がん体験調査 小児がん患者のがんの診断・治療全般の総合評価（平均点又は評価が高い人の割合）		【参考】 成人8.4 （2018）	小児8.4 （2019） 【参考】 AYA7.8 成人8.0 （2018）	なし	小児患者体験調査 【参考】患者体験調査

		②がん薬物療法専門医 ③血液専門医	③血液専門医													
												大腸	中部		70.9%	東京都 75.8%
													南部			

6-4	離島・へき地において提供できない医療がある場合に、本島への渡航費用等の助成など、経済的な支援を行う		指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	沖縄県離島患者等通院費支援事業に参加している市町村の割合		94% （2023） ※がん患者対象外の市町村あり	なし	なし	沖縄県保健医療介護部医療政策課医療対策班からの情報提供
	指標	沖縄県離島患者等通院費支援事業を利用したがん患者の割合		48% 述べ4,328件中 がん患者2,117件 （2023）	なし	なし	

6-1	指標	がん種別5年生存率（再掲）		宮古				院内がん登録 2014-2015年5年生存率集計
				八重山				
			肝細胞	県平均	37.1%	45.1%	大分県 52.8%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			肝内胆管	県平均	13.5%	21.1%	広島県 34.7%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			胆のう	県平均	47.4%	27.2%	沖縄県 47.4%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			膵	県平均	12.6%	12.7%	山梨県 23.1%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			小細胞肺	県平均	3.9%	11.5%	福井県 19.4%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			非小細胞肺	県平均	34.7%	47.5%	宮崎県 57.9%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			女性乳房	県平均	89.3%	91.6%	三重県 94.6%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				
			前立腺	県平均	92.5%	95.1%	香川県 99.4%	
				北部				
				中部				
				南部				
				宮古				
				八重山				

6-2	離島・へき地のがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	医療者調査　問35 北部地区医師会病院、県立北部病院、たいら内科クリニック、宮古病院、八重山病院の方にのみお尋ねします。離島やへき地に住む患者において、自施設から本島の専門医療機関に送った方が良いと評価した患者のうち、スムーズに送ることができた患者の割合はどの程度ですか。	70.2% （2023）	なし	なし	医療者調査
	指標	医療者調査　問36 北部地区医師会病院、県立北部病院、たいら内科クリニック、宮古病院、八重山病院の方にのみお尋ねします。離島やへき地に住む患者のうち、中部医療圏や南部医療圏との医療格差が明らかに感じられた患者の割合はどの程度ですか。	47.0% （2023）	なし	なし	医療者調査
	指標	医療者調査　問37 離島の医療施設勤務者を含む全ての医療従事者にお尋ねします。離島やへき地に住む患者のうち、なるべく少ない回数で通院が終わるように配慮した患者の割合はどの程度ですか。	67.6% （2023）	なし	なし	医療者調査

共生

C 個別施策

①相談支援

1-1	拠点病院等以外の「施設」では、「拠点病院等」のがん相談支援センターに準じた組織を構築し、がん患者とその家族等への相談業務を行う　・中部病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん相談支援センターに準じた組織を構築した拠点病院等以外の「施設」の割合				施設アンケート実施予定

1-2	「拠点病院等」では、治療方針の決定の前までに、がん相談支援センターに立ち寄らなければならないシステムをそれぞれ構築する ・琉球大学病院・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	治療方針の決定の前までに、がん相談支援センターで立ち寄った患者の割合	琉大のみ 214件 （2023）			琉球大学病院相談支援センターからの情報提供

1-3	「拠点病院等」では、相談者からのフィードバックを受ける仕組みづくりを行い、「がん相談対応のモニタリング」等に準じて「がん相談対応評価表」等を用いて定期的に自己評価を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	①認定がん相談支援センターの数	0施設 （2024） 0.0人 対人口100万人	32施設 （2024） 0.3人 対人口100万人	福井県2施設 （2024） 2.7人 対人口100万人	国立がん研究センター認定がん相談支援センター認定施設一覧
		②認定がん専門相談員数	3人 （2024） 2.0人 対人口100万人	390人 （2024） 3.1人 対人口100万人	鳥取県5人 （2024） 9.3人 対人口100万人	国立がん研究センター認定がん専門相談員認定者リスト
		③相談員指導者研修修了者数	9人 （2023） 6.1人 対人口100万人	771人 （2023） 6.2人 対人口100万人	山梨県17人 （2023） 21.4人 対人口100万人	国立がん研究センター相談員指導者研修全修了者リストリスト
		④相談員基礎研修（3）修了者数		なし	なし	施設アンケート実施予定

1-4	県拠点病院は、地域拠点病院等と協力して、ピアサポーターの養成を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	ピアサポート研修会及びフォローアップ研修会を修了した人数	養成講座	114人 （2023）		
			フォローアップ研修会	231人 （2023）		
	指標	ピアサポーターとして活動している人数		27人 （2023）		

1-5	「施設」ではピアサポートを行うとともに、ピアサポーターを活用した患者サロンを、患者に活用される方法で運営する　・中部病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	各拠点病院等のピアサポート件数	35件 （2023）			
	指標	患者サロンの開催回数	44回 （2023）			

②情報提供

2-1	県は、関係団体と協力し、障害等の関係でコミュニケーションに配慮が必要な県民および日本語によるコミュニケーションが難しい人の情報へのアクセスを確保するため、音声資料や点字資料、英語等による説明書等を作成し、「施設」に配布し、情報が行き届くようにする	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」に配布した①音声資料、②点字資料、③外国語資料の種類	①音声資料			
			②点字資料			
			③外国語資料の種類			

2-2	県は、県庁のホームページのがんに関する説明を定期的に改訂し、「施設」に関する啓発を図るなど広報に務める	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」の検索数				健康長寿課がん対策班からの回答「検索数を把握していない」

2-3	「施設」では、自院のホームページや印刷物等で、対応が可能ながん種などを情報提供する　・中部病院・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	以下が、ホームページまたは印刷物で情報提供されている「施設」の割合 ①具体的な専門医の情報②組織されている専門チームの情報③診断できるがん種の情報④治療できるがん種の情報	①具体的な専門医の情報			協議会の患者会委員に確認する
			②組織されている専門チームの情報			
			③診断できるがん種の情報			
			④治療できるがん種の情報			

2-4	「施設」では、自院のホームページや印刷物等で、院内がん登録のベンチマークの分析結果および医療の質の評価の分析結果等を情報提供する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	以下が、ホームページまたは印刷物で情報提供されている「施設」の割合 ①院内がん登録のベンチマーク結果の情報②医療の質の評価のベンチマーク結果の情報	①院内がん登録のベンチマーク結果の情報			施設アンケート実施予定
			②医療の質の評価のベンチマーク結果の情報			施設アンケート実施予定

2-5	「施設」では、自院のホームページや印刷物等で、自治体や患者会等が主催する講演会等を積極的に広報する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」で、ホームページで広報した自治体や患者会等が主催する講演会等の件数				施設アンケート実施予定

B 中間アウトカム

1-1	がん患者やその家族等が、質の高い相談支援が受けることができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 医療スタッフと十分な対話ができた人	70.6% （2018）	67.8% （2018）	愛媛県79.4% （2018）	患者体験調査
	指標	患者体験調査 がん相談支援センターを知っている人	74.0% （2018） なし （2014）	55.1% （2023） 66.9% （2018） 52.1% （2014）	滋賀県88.6% （2018） なし （2014）	患者体験調査
	指標	医療者調査　問18 がん診療連携拠点病院等に設置されている「がん相談支援センター」について、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。	31.7% （2023）	なし	なし	医療者調査

1-2	患者やその家族が、ピアサポートを受けることができている ・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 ピアサポートを利用したことがある人が役に立ったがん患者の割合	なし	70.4% （2023） 87.6% （2018）	なし	患者体験調査
	指標	患者体験調査 ピアサポートを知っている人	43.0% （2018）	15.4% （2023） 27.5% （2018）	沖縄県43.0% （2018）	患者体験調査
	指標	医療者調査　問19 患者サロン(ゆんたく会)、ピアサポート、患者会について、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。	22.0% （2023）	なし	なし	医療者調査

2-1	患者やその家族が、医療者から十分な情報を得ることができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた人	71.4% （2018） 86.6% （2014）	88.5% （2023） 75.2% （2018） 89.6% （2014）	長野県83.1% （2018） 愛媛県95.2% （2014）	患者体験調査
	指標	患者体験調査 治療スケジュールの見通しに関する情報を十分得ることができた人	83.3% （2018） 81.9% （2014）	91.3% （2023） 75.1% （2018） 89.1% （2014）	大分県86.4% （2018） 愛媛県94.3% （2014）	患者体験調査
	指標	医療者調査　問14 治療スケジュールの見通しについて、治療方針の決定までに、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。	69.6% （2023）	なし	なし	医療者調査
	指標	医療者調査　問15 医療費について、治療方針の決定までに、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。	47.8% （2023）	なし	なし	医療者調査

A 分野アウトカム

1-1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 がん患者の家族の悩みや負担を相談できる支援・サービス・場所が十分あると思う人	52.6% （2018） 45.7% （2014）	44.1% （2023） 47.1% （2018） 37.1% （2014）	岡山県57.0% （2018） 島根県51.9% （2014）	患者体験調査
	指標	患者体験調査 治療開始前に、病気のことや療養生活について誰かに相談できた人	79.9% （2018） 63.0% （2014）	60.6% （2023） 76.5% （2018） 67.4% （2014）	栃木県92.2% （2018） 秋田県81.3% （2014）	患者体験調査
	指標	患者体験調査 治療費用の負担が原因で、治療を変更または断念したことのある人	4.0% （2018） 4.0% （2014）	1.8% （2023） 5.0% （2018） 2.7% （2014）	群馬県11.7% （2018） 秋田県0.0% （2014）	患者体験調査

③デジタル化

3-1	「施設」は、がん患者が院内で利用可能なインターネット環境を整備する　・八重山病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者とその家族が利用可能なインターネット環境を整備ししている「施設」の割合					施設アンケート実施予定

3-2	「施設」は、がん患者に対するセカンドオピニオンを含むオンライン診療を提供する　・八重山病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 オンラインでの相談を受け付けることができる体制を確保している「施設」の割合					施設アンケート実施予定
	指標 セカンドオピニオンをオンラインで施行できる体制を確保している「施設」の割合					

3-3	拠点病院は、離島へき地のがん患者の診断・治療に際して、医療従事者とオンライン会議が実施できている　・宮古病院　・中部病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 拠点病院等と離島へき地の医療機関とのキャンサーボードの実施数					アンケートとは別にメールで問い合わせ予定

3-1	デジタル化によりがん患者・家族を含む国民が、適切な情報・医療資源・支援に容易にアクセスすることができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

④就労支援（医療機関側）

4-1	「施設」の担当医は、患者の就労状況について把握し、患者が治療に入る前に、仕事を続けながら治療が可能であることを説明する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

4-2	「施設」の担当医は、患者が治療に入る前に、がん相談センターまたはそれに準ずる組織において、就労に関する相談をするように紹介する　・宮古病院　・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 がん相談支援センターにおける就労に関する相談件数		46件（2023）			琉球大学病院相談支援センターからの情報提供

4-3	「施設」では、地元のハローワーク等と協力しての就労相談を行う　・中部病院　・北部地区医師会病院　・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 拠点病院等における就労の専門家による相談の回数					施設アンケート実施予定
	指標 ハローワークと連携した就労支援を行った患者の数					施設アンケート実施予定

4-1	がん患者とその家族が、仕事と治療の両立についての必要な支援を受けることができている　・那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者体験調査 治療開始前に就労の継続について医療スタッフから話があった人		27.2%（2018）	44.0%（2023） 38.6%（2018）	神奈川県53.6%（2018）	患者体験調査
	指標 NDB-SCR/NDB 療養・就労両立支援指導料		78.8（2021）	100.0（2021）	愛媛県402（2021）	内閣府　医療提供状況の地域差(B-001-09)
	指標 医療者調査　問16 就労の継続について、治療開始前に、十分な情報を提供できた患者の割合はどの程度ですか。		34.9%（2023）	なし	なし	医療者調査

⑤就労支援（職場側）

5-1	事業主として、両立支援コーディネーターを配置して、がん患者の就労相談を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 両立支援コーディネーターを配置している事業主の割合					

5-2	事業主として、地元のハローワーク等と協力しての就労相談を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 長期療養者就職支援事業を活用した就職者数					

5-3	事業主として、地元の産業保健総合支援センター等と協力しての就労相談を行う　・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 産業保健総合支援センターで扱った件数					

5-1	がん患者とその家族が、仕事と治療の両立についての必要な支援を受けることができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者体験調査 職場や仕事上の関係者から治療と仕事を両方続けられるような勤務上の配慮があったと思う人		74.4%（2018） 55.9%（2014）	74.5%（2023） 65.1%（2018） 68.3%（2014）	秋田県86.1%（2018） 島根県82.5%（2014）	患者体験調査
	指標 患者体験調査 治療と仕事を両立するために社内制度を利用した人		26.1%（2018）	70.6%（2023） 35.6%（2018）	島根県51.9%（2018）	患者体験調査

⑥アピアランスケア

6-1	担当医は、治療前からがん治療に伴う副作用についての説明を発現時期も含めて十分に説明を行い、アピアランスの変化が生じた場合は早期から積極的にがん相談支援センターと協力し対応を行う　・宮古病院　・北部地区医師会病院　・那覇市立病院　・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 がん相談支援センターにおけるアピアランスに関する相談件数		74件（2023）			琉球大学病院相談支援センターからの情報提供

6-2	「施設」は、外来化学療法室にアピアランスケアの研修を受けた職員を配置して、早期から積極的にがん相談支援センターと協力し対応を行う　・宮古病院　・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 アピアランス支援研修修了者が配置されている外来化学療法室の割合					施設アンケート実施予定

6-3	県は、県拠点病院にアピアランスケアセンターを設置し、患者向けの講習会の開催やケア帽子（またはウィッグ）に対する経済的援助を行う　・宮古病院　・八重山病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者向け講習会の開催回数					

6-1	医学的・整容的・心理社会的支援を用いて、外見の変化を補完し、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケアを受けることができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者体験調査 外見の変化に関する悩みを誰かに相談できた人		31.6%（2018）	25.8%（2023） 28.5%（2018）	徳島県42.0%（2018）	患者体験調査
	指標 医療者調査　問17 アピアランスケアについて、治療開始前に、十分な情報提供を行った患者の割合はどの程度ですか。		37.9%（2023）	なし	なし	医療者調査

⑦自殺対策

7-1	外来と入院患者向けの自殺防止マニュアルをそれぞれ整備し、研修を行い、がん患者の診断後の自殺対策ができている　・北部地区医師会病院　・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 自殺防止に関する院内マニュアル等を①外来患者用、②入院患者用に整備している「施設」のそれぞれの割合					施設アンケート実施予定

7-2	希死念慮が認められた場合に、早急に精神科医に紹介する・北部地区医師会病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 希死念慮が認められた場合に、早急に精神科医に紹介した件数					

7-3	「施設」では、精神科医が週1回以上勤務するようにする	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 精神科医が週1回以上勤務している「施設」の割合					8月中に施設アンケート実施予定

7-1	がん患者の自殺を減らすことができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 がん患者の自殺数					施設アンケート実施予定
	指標 NDB-SCR/NDB がん患者指導管理料ロ	入院	157.1（2021）	100.0（2021）	大分県271.0（2021）	内閣府　医療提供状況の地域差
		外来	126.4（2021）	100.0（2021）	栃木県250.9（2021）	
		入院+外来	132.8（2021）	100.0（2021）	栃木県234.0（2021）	

⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

8-1	県は、関係諸団体と協力して、がんやがん患者・経験者への理解を深めるためのイベント等を開催し、偏見がなく、がん患者が疎外感を抱かないようにする　・八重山病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 イベントの開催回数		0			健康長寿課がん対策班からの回答「県単独の実施はなし」

8-1	がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標 患者体験調査 がんと診断されてから周囲に不必要に気を遣われていると感じる人		18.0%（2018） 29.4%（2014）	23.2%（2023） 12.9%（2018） 30.7%（2014）	大分県22.7%（2018） 岡山県18.7%（2014）	患者体験調査

指標	がん患者団体イベントへの県が共催または後援した回数	2回 （2023）			健康長寿課がん対策班からのデータ提供	
指標	患者体験調査 （家族以外の）周囲の人からがんに対する偏見を感じる人	3.9% （2018） 12.5% （2014）	7.4% （2023） 5.2% （2018） 10.3% （2014）	滋賀県11.1% （2018） 大阪府3.1% （2014）	患者体験調査	

基盤

番号	C 個別施策					
①研究の推進						
1-1	行政と琉球大学等の研究機関が、定期的に会議等で施策や研究の現状や課題を共有し、議論することで、関係諸機関の連携体制を強化する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					
1-2	「施設」における臨床研究と治験を推進する。・那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					
②人材育成の強化						
2-1	必要な知識を身に着けた専門的人材が増加し、適正な配置を行う ・八重山病院 ・北部地区医師会病院 ・那覇市立病院 ・琉球大学病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	常勤の病理専門医が1名以上配置されている「施設」の割合				施設アンケート実施予定
	指標	以下の専門家の数 ①臨床遺伝専門医 ②認定遺伝カウンセラー ③がんゲノム医療コーディネーター	①臨床遺伝専門医	12人 (2024) 8.2人 対人口100万人	1,850人 (2024) 14.9人 対人口100万人	東京都436人 (2024) 30.9人 対人口100万人	臨床遺伝専門医制度委員会
			②認定遺伝カウンセラー	1人 (2024) 0.7人 対人口100万人	387人 (2024) 3.1人 対人口100万人	東京都91人 (2024) 6.5人 対人口100万人	認定遺伝カウンセラー制度委員会
			③がんゲノム医療コーディネーター	4.3人 (2022) 対人口100万人	18.74人 (2022) 対人口100万人	島根県45.02人 (2022) 対人口100万人	厚生労働省 第83回がん対策推進協議会 資料2-7「人材育成」
	指標	以下の専門医の数 ①消化器外科専門医 ②呼吸器外科専門医 ③乳腺外科専門医 ④小児外科専門医 ⑤肝胆膵外科高度技能専門医 ⑥脳神経外科専門医 ⑦認定骨・軟部腫瘍医 ⑧婦人科腫瘍専門医 ⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医 ⑩泌尿器科専門医 ⑪頭頸部がん専門医 ⑫口腔外科専門医	①消化器外科専門医	82人 (2024) 55.8人 対人口100万人	9,208人 (2024) 74.1人 対人口100万人	京都府261人 (2024) 103.0人 対人口100万人	日本消化器外科学会
			②呼吸器外科専門医	17人 (2024) 11.6人 対人口100万人	1,640人 (2024) 13.2人 対人口100万人	徳島県16人 (2024) 23.1人 対人口100万人	日本呼吸器外科学会
			③乳腺外科専門医	18人 (2024) 12.2人 対人口100万人	2,034人 (2024) 16.4人 対人口100万人	京都府69人 (2024) 27.2人 対人口100万人	日本乳癌学会
			④小児外科専門医	5人 (2024) 3.4人 対人口100万人	753人 (2024) 6.1人 対人口100万人	京都府33人 (2024) 13.0人 対人口100万人	日本小児外科学会
			⑤肝胆膵外科高度技能専門医	4人 (2021) 2.7人 対人口100万人	587人 (2021) 4.7人 対人口100万人	和歌山県9人 (2021) 10.1人 対人口100万人	日本肝胆膵外科学会
			⑥脳神経外科専門医	74人 (2023) 50.4人 対人口100万人	7,899人 (2023) 63.6人 対人口100万人	高知県67人 (2023) 100.8人 対人口100万人	日本脳神経外科学会
			⑦認定骨・軟部腫瘍医	1人 (2024) 0.7人 対人口100万人	185人 (2024) 1.5人 対人口100万人	徳島県3人 (2024) 4.3人 対人口100万人	日本整形外科学会
			⑧婦人科腫瘍専門医	14人 (2023) 9.5人 対人口100万人	1,224人 (2024) 9.8人 対人口100万人	東京都218人 (2024) 15.5人 対人口100万人	日本婦人科腫瘍学会
			⑨皮膚悪性腫瘍指導専門医	2人 (2024) 1.4人 対人口100万人	91人 (2024) 0.7人 対人口100万人	福井県2人 (2024) 2.7人 対人口100万人	日本皮膚科学会
			⑩泌尿器科専門医	67人 (2024) 45.6人 対人口100万人	7,138人 (2024) 57.4人 対人口100万人	高知県63人 (2024) 94.8人 対人口100万人	日本泌尿器科学会
			⑪頭頸部がん専門医	7人 (2020) 4.8人 対人口100万人	493人 (2020) 4.0人 対人口100万人	鳥取県5人 (2020) 9.3人 対人口100万人	日本頭頸部外科学会
			⑫口腔外科専門医	26人 (2024) 17.7人 対人口100万人	2,240人 (2024) 18.0人 対人口100万人	鳥取県19人 (2024) 35.4人 対人口100万人	日本口腔外科学会
	指標	上記の専門医が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合					施設アンケート実施予定
	指標	放射線治療専門医が何らかの形で週に1回以上または月に1回以上関わっている「施設」の割合					施設アンケート実施予定
	指標	以下の専門家の数 ①放射線治療専門医 ②放射線治療専門放射線技師 ③医学物理士 ④がん放射線療法看護認定看護師	①放射線治療専門医	15人 (2024) 10.2人 対人口100万人	1,437人 (2024) 11.6人 対人口100万人	京都府57人 (2024) 22.5人 対人口100万人	日本放射線腫瘍学会
			②放射線治療専門放射線技師	11人 (2023) 7.5人 対人口100万人	1,847人 (2023) 14.9人 対人口100万人	大分県62人 (2023) 56.7人 対人口100万人	日本放射線治療専門放射線技師認定機構
			③医学物理士	9人 (2023) 6.1人 対人口100万人	1,461人 (2023) 11.8人 対人口100万人	福井県18人 (2023) 24.2人 対人口100万人	医学物理士認定機構
			④がん放射線療法看護認定看護師	6人 (2024) 4.1人 対人口100万人	311人 (2024) 2.5人 対人口100万人	山形県7人 (2024) 6.8人 対人口100万人	日本看護協会
	指標	以下の専門家が、常勤で配置されている放射線治療施設のそれぞれの割合 ①放射線治療専門医2名以上 ②放射線治療専門放射線技師2名以上 ③医学物理士 ④がん放射線療法看護認定看護師	①放射線治療専門医2名以上				施設アンケート実施予定
			②放射線治療専門放射線技師2名以上				
			③医学物理士				
			④がん放射線療法看護認定看護師				
	指標	がん薬物療法専門医が何らかの形で週に1回以上または月に1回以上関わっている「施設」の割合					施設アンケート実施予定
	指標	以下の専門家の数 ①がん薬物療法専門医 ②がん指導薬剤師、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師および外来がん治療認定薬剤師 ③がん看護専門看護師、がん薬物療法看護認定看護師および乳がん看護認定看護師	①がん薬物療法専門医	6人 (2024) 4.1人 対人口100万人	1,682人 (2024) 13.5人 対人口100万人	岡山県50人 (2024) 27.1人 対人口100万人	日本臨床腫瘍学会
			②がん指導薬剤師	0人 (2024) 0.0人 対人口100万人	385人 (2024) 3.1人 対人口100万人	石川県13人 (2024) 11.7人 対人口100万人	日本医療薬学会
			②がん専門薬剤師	4人 (2024) 2.7人 対人口100万人	827人 (2024) 6.7人 対人口100万人	石川県21人 (2024) 19.0人 対人口100万人	日本医療薬学会
			②がん薬物療法認定薬剤師	12人 (2023) 8.2人 対人口100万人	1,019人 (2023) 8.2人 対人口100万人	島根県13人 (2023) 20.1人 対人口100万人	日本病院薬剤師会
			②外来がん治療認定薬剤師	6人 (2023) 4.1人 対人口100万人	956人 (2023) 7.7人 対人口100万人	福岡県58人 (2023) 11.4人 対人口100万人	日本臨床腫瘍薬学会
			③がん看護専門看護師	13人 (2024) 8.8人 対人口100万人	931人 (2024) 7.5人 対人口100万人	高知県17人 (2024) 25.6人 対人口100万人	日本看護協会

番号	B 中間アウトカム					
1-1	社会医学研究や臨床研究等を推進することにより、沖縄県の特性、疾病及び医療の現状等が明らかになるなど、がん対策の基礎資料が整備されている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					
2-1	必要な知識を身に着けた専門的人材が増加し、適正な配置ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	医療者調査 問41 今の職場は、あなたが必要な知識を備えた専門的人材になれる環境やキャリア形成(専門資格を取得するなど)を支援してくれていますか。	30.7% (2023)	なし	なし	医療者調査

番号	A 分野アウトカム					
1-1	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	患者体験調査 一般の人が受けられるがん医療は数年前と比べて進歩したと思う患者の割合	78.5% (2018) 75.1% (2014)	81.1% (2023) 76.3% (2018) 80.1% (2014)	熊本県84.9% (2018) 岡山県89.1% (2014)	患者体験調査
	指標	患者体験調査 現在自分らしい日常生活を送れていると感じる人	78.3% (2018) 75.2% (2014)	79.0% (2023) 70.1% (2018) 77.7% (2014)	徳島県83.5% (2018) 秋田県89.4% (2014)	患者体験調査

		③がん薬物療法看護認定看護師	2人 （2024） 1.4人 対人口100万人	135人 （2024） 1.1人 対人口100万人	富山県5人 （2024） 5.0人 対人口100万人	日本看護協会
		③乳がん看護認定看護師	2人 （2024） 1.4人 対人口100万人	298人 （2024） 2.4人 対人口100万人	鳥取県4人 （2024） 7.5人 対人口100万人	日本看護協会
指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合					施設アンケート実施予定
指標	以下の専門家の数 ①緩和医療学会専門医及び認定医 ②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医 ③ペインクリニック専門医 ④放射線治療専門医 ⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医） ⑥緩和薬物療法認定薬剤師 ⑦緩和ケア認定看護師 ⑧公認心理師及び臨床心理士	①緩和医療学会専門医	3人 （2024） 2.0人 対人口100万人	356人 （2024） 2.9人 対人口100万人	鳥取県4人 （2024） 7.5人 対人口100万人	日本緩和医療学会
		①緩和医療学会認定医	11人 （2024） 7.5人 対人口100万人	1,146人 （2024） 9.2人 対人口100万人	鳥取県9人 （2024） 16.8人 対人口100万人	日本緩和医療学会
		②登録精神腫瘍医および精神腫瘍専門医	3人 （2024） 2.0人 対人口100万人	183人 （2024） 1.5人 対人口100万人	京都府9人 （2024） 3.6人 対人口100万人	日本サイコオンコロジー学会
		③ペインクリニック専門医	15人 （2024） 10.2人 対人口100万人	1,598人 （2024） 12.9人 対人口100万人	栃木県53人 （2024） 28.0人 対人口100万人	日本ペインクリニック学会
		④放射線治療専門医	15人 （2024） 10.2人 対人口100万人	1,437人 （2024） 11.6人 対人口100万人	京都府57人 （2024） 22.5人 対人口100万人	日本放射線腫瘍学会
		⑤IVR専門医（放射線カテーテル治療専門医）	13人 （2023） 8.8人 対人口100万人	1,264人 （2023） 10.2人 対人口100万人	奈良県119人 （2023） 92.0人 対人口100万人	日本インターベンショナルラジオロジー学会事務局からデータ提供
		⑥緩和薬物療法認定薬剤師	4人 （2024） 2.7人 対人口100万人	872人 （2024） 7.0人 対人口100万人	島根県11人 （2024） 17.0人 対人口100万人	日本緩和医療薬学会
		⑦緩和ケア認定看護師	33人 （2024） 22.5人 対人口100万人	1,951人 （2024） 15.7人 対人口100万人	山梨県50人 （2024） 63.0人 対人口100万人	日本看護協会
		⑧公認心理師	1,015人 （2024） 690.7人 対人口100万人	71,987人 （2024） 579.2人 対人口100万人	京都府2,301人 （2024） 908.1人 対人口100万人	日本心理研修センター
		⑧臨床心理士	336人 （2023） 228.6人 対人口100万人	36,865人 （2023） 296.6人 対人口100万人	京都府1,448人 （2023） 571.5人 対人口100万人	日本臨床心理士資格認定協会
指標	上記の専門家が、常勤で配置されている「施設」のそれぞれの割合					施設アンケート実施予定
指標	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	①在宅専門医	10人 （2024） 6.8人 対人口100万人	461人 （2024） 3.7人 対人口100万人	奈良県12人 （2024） 9.3人 対人口100万人	日本在宅医療連合学会
		②訪問看護師	3人 （2024） 2.0人 対人口100万人	549人 （2024） 4.4人 対人口100万人	愛知県83人 （2024） 11.1人 対人口100万人	日本看護協会
		③介護支援専門員	7,024人 （2023） 4,779.4人 対人口100万人	751,059人 （2023） 6043.2人 対人口100万人	徳島県7,111人 （2023） 10,259.9人 対人口100万人	厚生労働省　介護支援専門員実務研修受講試験の実施状況等
		④在宅医療インテグレーター	13人 （2024） 8.8人 対人口100万人	382人 （2024） 3.1人 対人口100万人	沖縄県13人 （2024） 8.8人 対人口100万人	日本在宅医療連合学会からのデータ提供

③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発

3-1	すべての高等学校でがん教育を1時限以上行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん教育を、いずれかの学年で、すべてのクラスで1コマ以上行っている県立高校の割合	100% （2023）			指標の変更

3-3	がん教育が可能な外部講師の養成する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	外部講師を活用してがん教育を実施した学校の割合	3.4% （2023） 2.9% （2021）	8.4% （2021）	佐賀県 28.3% （2021）	文部科学省　令和3年度におけるがん教育の実施状況調査の結果（7項）
	指標	実際にがん教育に携わった外部講師の数	10名 （2023）			沖縄県教育庁保健体育課からのデータ提供

3-4	県及び市町村は、広報誌にがんに関する情報を定期的に掲載する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	年に2回以上広報誌にがん情報を載せた県及び市町村の割合	33 （2023）			市町村アンケート実施予定

3-6	事業主は、雇用者が、がんに関する正しい理解を得ることができるように普及啓発活動を行う	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	がん対策推進企業アクションの参加企業数	41企業 （2024） 27.9企業 対人口100万人	6,663企業 （2024） 53.6企業 対人口100万人	東京都2,539企業 （2024） 180.0企業 対人口100万人	がん対策推進企業アクションWebサイト「推進パートナー企業・団体一覧より（2024年6月14日閲覧）
	指標	事業所内で産業医、社労士等の専門家による研修会を開催し、従業員の半数以上が参加した事業所の割合				

3-7	医療保険者は、被保険者・被扶養者が、がんに関する正しい理解を得ることができるように普及啓発活動を行う　・八重山病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	医療保険者が主催した産業医、社労士等の専門家による研修会に参加した被保険者・被扶養者の割合				

④がん登録の利活用の推進

4-1	全国がん登録/院内がん登録の精度を高め、活用可能性を上げる　・中部病院　・八重山病院　・那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	MI比	0.37 ※罹患数と死亡数との比			沖縄県値：令和4年度沖縄県がん登録事業報告（令和元年DCO%（2019年）の罹患集計）
	指標	%DCO	1.20% ※死亡情報のみで登録された患者の割合			

⑤患者・市民参画の推進

5-1	県がん対策推進計画の策定過程について、性別、世代、がん種等を考慮し、多様ながん患者等の参画を推進する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	沖縄県がん対策推進協議会、沖縄県がん対策推進計画検討会におけるがん患者を代表する者の人数及び参加割合	26.67%	なし	なし	沖縄県値：健康長寿課調べ（R5）

5-2	患者・市民参画を推進するにあたって、参画する患者・市民への啓発・育成を行う　・宮古病院　・那覇市立病院	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	タウンミーティングの開催回数及び患者関係者または一般市民の参加人数	0			

5-2	「施設」では、自院のホームページや印刷物等で、自治体や患者会等が主催する講演会等を積極的に広報する	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	「施設」で、ホームページで広報した自治体や患者会等が主催する講演会等の件数				施設アンケート実施予定

5-3	医療従事者の意識向上に取り組む	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

3-1	県民ががん予防や早期発見の重要性を認識し、がんを正しく理解し向き合うことができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標					

＊沖縄県2023年度は公立学校のみの調査結果とのこと（沖縄県教育庁保健体育課）

4-1	全国がん登録/院内がん登録の利用ができている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	利用件数（総数・年あたり）				院内がん登録確認依頼中

5-1	がん対策の重要性を認識し、がん医療について正しい理解を得、医療の向上に向け自らも協力する県民（がん患者含む）の割合が増加できている	指標項目	沖縄県	全国値	最良値	出典
	指標	沖縄県がん対策推進協議会、沖縄県がん対策推進計画検討会、沖縄県がん診療連携協議会での患者関係委員の発言回数		なし	なし	県に確認予定
	指標	タウンミーティングにおける患者関係者または一般市民の発言回数	0			
	指標	患者関係者と医療者の共催イベントの数				県に確認予定

各拠点病院が取り組んでいるがん対策(2024年度)

１．がんの予防

①生活習慣(喫煙)　②生活習慣(飲酒)　③感染症対策(HPV)　④感染症対策(肝炎)　⑤感染症対策(HTLV−1)

2024年度：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．がん検診

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について　②がん検診の精度管理等について　③受診率対策について

2024年度：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．がん医療提供体制

①医療提供全般　②病理診断　③がんゲノム医療　④手術療法　⑤放射線療法　⑥薬物療法　⑦チーム医療の推進　⑧医療実装

2024年度：
①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
②医師に十分な啓発を行い、パネル検査を受ける患者を増加させる
③DPC-QIの結果を組織的にフィードバックする
④臨床倫理的、社会的な問題を解決するためのカンファランスで検討する症例を増加させる
⑤病院として、ドラッグラグ、デバイスラグを最小限の期間にする
⑥院内で受けられる治験および臨床試験を増加させる

４．緩和・支持療法

①緩和ケア　②在宅療法　③リハビリテーション　④支持療法　⑤妊孕性温存療法

2024年度：
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
③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
④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．個別のがん対策

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

2023年度：
①院内マニュアルの「高齢者機能評価の手引き」を改訂し、テンプレートを電子カルテに導入し、高齢者機能評価が導入しやすいようにした
2024年度：
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小児がんの長期フォローアップ外来を拡充させる
③高齢者機能評価が確実に行われるように啓発を行う

６．共生

①相談支援　②情報提供　③デジタル化　④就労支援(医療機関側)　⑤就労支援(職場側)　⑥アピアランスケア
⑦自殺対策　⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

2024年度：
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 100%になるように、体制を改善する
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
③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
④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

7．基盤

①研究の推進　②人材育成の強化　③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発　④がん登録の利活用の推進
⑤患者・市民参画の推進

2024年度：
①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
②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改善し、運用する

各拠点病院が取り組んでいるがん対策（2024年度）

１．がんの予防

①生活習慣(喫煙) ②生活習慣(飲酒) ③感染症対策(HPV) ④感染症対策(肝炎) ⑤感染症対策(HTLV－1)

①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
②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
③県立北部病院の産婦人科医より、HPVワクチン接種についての説明を医局会で実施、院内スタッフ及び外来患者に対象となるご家族へワクチン接種を進めてもらうことになった。
④術前検査で肝炎ウィルス検査を行い、陽性者については肝炎コーディネーターより内科医受診をすすめている

２．がん検診

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について ②がん検診の精度管理等について ③受診率対策について

①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
②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診確認及び未受診者への受診勧奨を実施
③健康管理センターの待合に、リーフレットをおいている
④日曜検診、ナイト検診の実施
⑤指針に基づいたがん検診のみを行っている。がん検診の精度管理は定期的に行っている。

３．がん医療提供体制

①医療提供全般 ②病理診断 ③がんゲノム医療 ④手術療法 ⑤放射線療法 ⑥薬物療法 ⑦チーム医療の推進 ⑧医療実装

①ACPに関する院内マニュアルの見直しと院内周知・実践
②必要な患者に対し、がん遺伝子パネル検査及びその結果を踏まえた治療を行う
③災害時において、がん医療提供に関するBCPの検討
④院内多職種チームとの連携強化（NST、術後疼痛ケアチーム、緩和ケアチーム等）
⑤内視鏡下食道がんの手術の実施
⑥当院でできない肺がん手術、放射線治療については、琉球大学病院、県立中部病院、沖縄病院等へ紹介している
⑦患者及びその家族に対し適切なICを行うとともに、セカンドオピニオンについても提示している

４．緩和・支持療法

①緩和ケア ②在宅療法 ③リハビリテーション ④支持療法 ⑤妊孕性温存療法

①がん性疼痛のアセスメントと評価：苦痛のスクリーニングから緩和ケアチームの介入を強化
⇒緩和ケア介入依頼スクリーニングシート運用中。緩和ケアチーム介入する患者への、STAS-Jの評価についてをCNで再検討中
②緩和ケア担当医による訪問診療にて、在宅療養への移行をしやすくした。
⇒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
⇒在宅療養、在宅看取りに向けて関係者とのカンファレンス・連携の強化
③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2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。
④地域でも見取りができるよう、介護施設職員への研修会を企画する。訪問看護師向けの緩和ケア研修会は実施した。
⑤患者が治療に伴う副作用・合併症・後遺症など、苦痛や外見上の変化が生じた際の相談窓口は、がん相談支援センターとした
⑥必要な患者に対し、妊孕性温存療法の説明と琉球大学病院への紹介が行えるよう電子カルテシステムの中に書式を組み入れた。
⑦がんリハビリテーション研修会を多職種のチームで受講修了、がん患者のリハビリの継続に取り組んでいる。

５．個別のがん対策

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

①在宅や施設入所中の高齢がん患者の意思決定支援
　⇒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
②入院中のがん患者の意思決定支援の強化
③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
④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
⑤希少がん患者、難治性がん、AYA世代のがん患者については、対応可能な拠点病院へ紹介する
⑥離島において本島での治療が必要な患者さんへの渡航費用の助成制度の活用などの情報提供を行う

６．共生

①相談支援　②情報提供　③デジタル化　④就労支援(医療機関側)　⑤就労支援(職場側)　⑥アピアランスケア
⑦自殺対策　⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

①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
　　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る仕組みを検討中
　⇒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
②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
③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
④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
⑤アピアランスケアの充実　⇒　必要な方への指導強化
⑥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
⑦ホームページで当院で対応可能ながん種及び治療法について情報提供している

７．基盤

①研究の推進　②人材育成の強化　③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発　④がん登録の利活用の推進
⑤患者・市民参画の推進

①がん登録初級研修（現1名）中級研修（現2名）修了者の増員⇒初級1名修了、1名受講中
②実務者間の情報共有の強化
③地域住民や介護施設等へ向けたがん教育の企画・実施
　⇒地域向け緩和ケア研修会の実施
　⇒地域の薬剤師向けの緩和ケア研修会の実施（薬薬連携の強化）
④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
⑤がん専門薬剤師の増員

各拠点病院が取り組んでいるがん対策(２０２４年度)

１．がんの予防

①生活習慣(喫煙) ②生活習慣(飲酒) ③感染症対策(HPV) ④感染症対策(肝炎) ⑤感染症対策(HTLV−1)

2024年度
①禁煙外来の再開⇒当分見通しがつかず

２．がん検診

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について ②がん検診の精度管理等について ③受診率対策について

2024年度
①大腸がん激減プロジェクトで何らかの方針が示された場合はそれに従う

３．がん医療提供体制

①医療提供全般 ②病理診断 ③がんゲノム医療 ④手術療法 ⑤放射線療法 ⑥薬物療法 ⑦チーム医療の推進 ⑧医療実装

2024年度
①がん遺伝子パネル検査の院外からの受け入れを開始する。 5月から受け入れを開始した。
②DPC-QIの結果をPDCAサイクルを用いて活用する。
③次年度からのロボット手術導入の準備を行う →10月からロボット手術開始
④放射線治療機器更新のために放射線治療が下半期は休止となるため周辺施設との連携を図り放射線治療が適切な施設で滞りなく行えるように支援する。→休止期間中の放射線療法を琉大病院、中頭病院、沖縄病院を中心に紹介開始 ⑤
遺伝に関するセンターの開設を準備中。遺伝カウンセラーを今年度から雇用している。→遺伝診療部開設。

４．緩和・支持療法

①緩和ケア ②在宅療法 ③リハビリテーション ④支持療法 ⑤妊孕性温存療法

2024年度
①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。→9月の研修会に参加予定。
②グループ指定の八重山病院と宮古病院と共催で1回ずつ年2回の緩和ケア研修会を開催する。10月と11月に開催予定。

５．個別のがん対策

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

2024年度
①希少がんや難治がん患者の診療において、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、県内で中心的な役割を果たしていく。
②石垣・宮古地区とはグループ指定のがん診療病院との連携を継続し、北部地区の県立北部病院への医師派遣の拡充を通して離島・へき地のがん診療をサポートする。5月に八重山病院と宮古病院でがん遺伝子パネル検

遠の拡充を通じて離島・へき地のがん診療をサポートする。5月に八重山病院と白百病院でがん遺伝子パネル検査の当院での運用についての説明会を開催した。→八重山病院からの遺伝子パネル検査依頼の紹介あり
③妊孕性温存療法に関する情報提供を推進する。

6．共生

①相談支援　②情報提供　③デジタル化　④就労支援(医療機関側)　⑤就労支援(職場側)　⑥アピアランスケア
⑦自殺対策　⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

2024年
①がん相談支援室の人員を増やし、依頼方法を簡略化する事で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。

7．基盤

①研究の推進　②人材育成の強化　③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発　④がん登録の利活用の推進
⑤患者・市民参画の推進

2024年度
①コメディカルの専門資格取得を奨励する。
②医療従事者を対象とした講演会を増やす　6月に中部徳洲会の疼痛緩和科の専門家を招いて講演会を行った。

各拠点病院が取り組んでいるがん対策(２０２４年度)

１．がんの予防

①生活習慣(喫煙) ②生活習慣(飲酒) ③感染症対策(HPV) ④感染症対策(肝炎) ⑤感染症対策(HTLV－1)

・医師会や地域医療機関と連携した住民への啓発活動
（前年度より取り組みを継続中）

２．がん検診

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について ②がん検診の精度管理等について ③受診率対策について

・行政と連携した健診センターからのコール・リコール
・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
（前年度より取り組みを継続）

３．がん医療提供体制

①医療提供全般 ②病理診断 ③がんゲノム医療 ④手術療法 ⑤放射線療法 ⑥薬物療法 ⑦チーム医療の推進 ⑧医療実装

・4/19～ロボット支援下手術導入（前立腺がん、大腸がん）
・臨床倫理カンファレンスの定期開催（月1回）
・臨床試験への参加
・ドラックラグを最小限にする

４．緩和・支持療法

①緩和ケア ②在宅療法 ③リハビリテーション ④支持療法 ⑤妊孕性温存療法

・緩和ケア外来の広報活動の継続（院内・院外紹介の増加）
・在宅医療期間との連携強化
・妊孕性温存療法の情報提供・連携の強化
・制吐薬適正使用ガイドライン改訂に準じた院内採用レジメンにおける制吐療法の適正化

５．個別のがん対策

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

・AYA世代がん患者支援の体制強化
・希少がん、難治性がん、原発不明がんについて、拠点病院への集約と連携
・高齢者総合機能評価に基づくがん医療提供のための院内体制整備（共通ツールによる評価と連携体制の強化）

6．共生

①相談支援　②情報提供　③デジタル化　④就労支援(医療機関側)　⑤就労支援(職場側)　⑥アピアランスケア
⑦自殺対策　⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

・がん相談支援センターでの直通電話とオンライン相談対応
・ピアサポーターとの連携：患者サロンへの参加、出張相談での対応
・オンラインでのセカンドオピニオン外来の整備
・就労・両立支援のための関係機関との連携強化、職場との連携・情報共有
・アピアランスケア支援の充実に向けた連携体制の整備と強化
→ アピアランスケア支援事業における相談支援（院内・院外）、各自治体との連携取組中

7．基盤

①研究の推進　②人材育成の強化　③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発　④がん登録の利活用の推進
⑤患者・市民参画の推進

・継続的な人材育成：各部門・部署における専門資格取得に向けた支援
・がん登録体制の維持とデーターの活用
→ 院内がん登録データを院内ホームページに掲載、職員への周知
・がんフォーラムの開催（一般市民対象、事業場・雇用主対象）
・がん医療に関する研修会の開催（院内職員、院外医療職者対象）
① がんフォーラム
　11/16「前立腺がん・大腸がんのロボット手術」（一般市民対象）
　2/16「がんと就労」（企業・事業所の労務担当者等対象）
② リンパ浮腫講習会　10/16 開催予定
③ がん医療に関する研修会「がん治療と栄養管理（仮）」　（院内・院外医療者対象：県外講師）1/10 開催予定
④ がん薬物療法に関する研修会（医療者対象）調整中
⑤ 薬剤師セミナー　調整中

各拠点病院が取り組んでいるがん対策(2024年度)

1．がんの予防

①生活習慣(喫煙) ②生活習慣(飲酒) ③感染症対策(HPV) ④感染症対策(肝炎) ⑤感染症対策(HTLV−1)

2024:①宮古島の喫煙率の集計を行い、減らすための啓蒙活動を行う。禁煙外来をおこなっている医院を調査し、積極的に紹介を行う。入院患者には禁煙指導を積極的に行っている。
②飲酒量の調査を行い、適度な飲酒を勧める。
③婦人科にて9価HPVワクチンの接種率を調査し、今後も子宮頸がんの罹患率を下げるために積極的にワクチン接種を推奨する。近医にワクチン接種の啓蒙活動を依頼し、ワクチン接種数の報告をお願いしている。
④妊婦に対するHTLV-1抗体検査と保健指導を行う。

2．がん検診

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について ②がん検診の精度管理等について ③受診率対策について

2024:①指針に基づいたがん検診のみを行う（胃癌、大腸癌、肺がん、乳がん、子宮頸がん）。検診受診率を把握し、受診率を上げていく活動を行う。
③受診率対策について、大腸癌の検診受診率を上げるために、講演会、新聞、宮古TVを通じて検診の必要性などを発信している。今年も宮古島医師会の協力を得ながら、宮古島の病院、クリニックの大腸癌検査数の調査を行う予定である。

3．がん医療提供体制

①医療提供全般 ②病理診断 ③がんゲノム医療 ④手術療法 ⑤放射線療法 ⑥薬物療法 ⑦チーム医療の推進 ⑧医療実装

2024:①宮古病院はグループ指定病院である県立中部病院と密に連携を行い標準治療を実践している。②常勤の病理専門医名配置されて居ないため、質の高い病理診断のために常勤病理医の獲得を目指す。③必要な患者に対して中部病院の医師に相談を行い、遺伝子パネル検査を行い、治療に応用している。中部病院の医師の講義なども適宜行っている。9月に当院の患者に対して琉球大学にて遺伝子パネル検査を行い、今後の抗がん剤の選択に利用する方針である。④外科専門医3名、消化器外科専門医1名、内視鏡外科学会技術認定医1名、在籍しており標準外科手術を実践している。8月に2例のロボット手術の適応患者を本当の当該施設へ紹介し手術を行った。⑤月に1回放射線治療医の外来を開設し、本島での放射線治療の橋渡しを行っている。⑥月に1回腫瘍内科医による症例カンファレンスを開催し、適切な薬物療法を実践しており、今後はZOOMによるカンファレンスを行う予定である。⑦医師、薬剤師、栄養士による重症患者に対する感染、栄養対策を行っている。

4．緩和・支持療法

①緩和ケア ②在宅療法 ③リハビリテーション ④支持療法 ⑤妊孕性温存療法

2024:①がん患者の説明の際には原則緩和ケアチーム（看護師など）の1名を同席させ、がん患者の身体、精神状態のケアを行っていく。②積極的に在宅医療へ移行させ、がん患者が自宅で療養可能になる体制を構築する。在宅医療医師とも顔の見える連携を行う。③リハビリ専門医が1名配置されており質の高いリハビリ療法を実践している。がん患者へのリハビリ療法を充実させる目的に、9月30日に沖縄県で開催されるがんリハビリ研修に医師１人、看護師１人、リハビリ技師数名の派遣を予定している④がん患者が何時でも相談し、支援できる体制を緩和チームが中心となり構築している。

５．個別のがん対策

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

2024:①、②、③、④は琉大病院や中部病院へ速やかに紹介している。⑤高齢者機能評価を今後は導入し、患者の病状に応じて速やかに対処する方針である。⑥がん治療に対する治療法を速やかに、分かりやすく提示し、当院で治療を受けられる患者は治療を行う。セカンドオピニオンなどを希望される場合はZOOMでの相談や直接当該施設に速やかに紹介する。島外への検査や治療などの医療補助などの説明も行う。

６．共生

①相談支援　②情報提供　③デジタル化　④就労支援(医療機関側)　⑤就労支援(職場側)　⑥アピアランスケア
⑦自殺対策　⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

2024:①、②緩和チームが介入して相談や情報提供を行っている。③ZOOMによるセカンドオピニオンのシステムを外来に構築する。④、⑤適宜主治医、緩和チームが相談を行っている。⑥緩和チームが介入して説明を行っている⑦主治医、緩和チームが連携し自殺企図のあるような患者は精神科医を介入させその予防に努めている。⑧患者の会などで相談できるような体制を構築している。

７．基盤

①研究の推進　②人材育成の強化　③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発　④がん登録の利活用の推進
⑤患者・市民参画の推進

2024:②外科においては本土の病院と外科専門研修プログラムを共有し、専攻医の獲得に努めている。同時に、最近の外科医療をこれらの病院からアップデートし、離島において標準外科治療を実践するように努めている。今年度は鳥取大学、南東北病院と連携を組む準備を行っている。③、⑤宮古島がん死撲滅ミーティングを開催し、がん教育を市民に行っている。昨年は３回開催し今年も同程度開催予定である。令和6年7月12日第4回宮古島がん死撲滅ミーティング「がんに対する低侵襲ロボット手術と医療安全への鳥取大学の取り組み」を鳥取大学消化器・小児外科教授藤原義之先生を招いて行った。１０月８日から２日間、鳥取大学消化器内科磯本、藤井教授を宮古島へ招いて、人材交流のための勉強会を開催予定である。③１０月より外科専攻医の教育目的に月２回、南東北病院、倉敷中央病院、手稲渓仁会病院が共同開催するZoom勉強会へ参加予定である。⑤９月２６日今中雄一京都大学医療経済学分野教授を招いて「多角的な視点で地域医療を考える医療と住民の健康ー考察」のタイトルで講演会を開催し、好評を得た。

各拠点病院が取り組んでいるがん対策(２０２４年度)

１．がんの予防

①生活習慣(喫煙) ②生活習慣(飲酒) ③感染症対策(HPV) ④感染症対策(肝炎) ⑤感染症対策(HTLV－1)

①喫煙と肺がんに関する勉強会を開催する（個別施策①1-1）

２．がん検診

①科学的根拠に基づくがん検診の実施について ②がん検診の精度管理等について ③受診率対策について

①検診事業は実施していない。二次検診について、患者に対する積極的な働きかけは行っていないが、指針に基づいた二次検診の受入体制を検討する。子宮がん検診について、那覇市医師会 生活習慣病検診センターの精密検査医療機関名簿に登録を希望した。（個別施策①1-1）

３．がん医療提供体制

①医療提供全般 ②病理診断 ③がんゲノム医療 ④手術療法 ⑤放射線療法 ⑥薬物療法 ⑦チーム医療の推進 ⑧医療実装

①中部病院から月に１～２回診察に訪れる内科医（腫瘍内科、血液・腫瘍科、放射線科）と連携する（個別施策①1-2）
③中部病院から月に１回来院するがん遺伝子パネル検査外来担当医と協力し、パネル検査結果を踏まえた治療を行う（個別施策③3-1）
④乳がん専門医を招聘し、月１回程度の専門外来を設ける（個別施策④4-1）
⑥呼吸器内科、薬剤師及びがん化学療法認定看護師でirAE委員会を月に１回開催している（個別施策⑥6-3）

４．緩和・支持療法

①緩和ケア ②在宅療法 ③リハビリテーション ④支持療法 ⑤妊孕性温存療法

①問診票に痛みの項目を設け、スクリーニングを行う（個別施策①1-1）
②在宅療養を希望する患者に対して支援方法の情報を提供する（個別施策②2-1）
②訪問看護ステーションとの交流および研修会を定期的に実施する（個別施策②2-4）
⑤妊孕性温存療法の案内を行う（個別施策⑤5-1）

５．個別のがん対策

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

③当院CLSとも連携し、琉球大学病院または県立南部医療センター・こども医療センターに紹介する（個別施策③3-3）
④妊孕性温存療法の案内を含め、琉球大学病院に紹介する（個別施策④4-1、④4-3）
⑤療養場所の選択も含めて、すべての高齢者のがん患者に適切な意思決定支援及びACPを行う（個別施策⑤5-2）
⑥最新版の「療養場所ガイド」が刊行された場合は配布する（個別施策⑥6-1）

６．共生

①相談支援　②情報提供　③デジタル化　④就労支援(医療機関側)　⑤就労支援(職場側)　⑥アピアランスケア
⑦自殺対策　⑧がん患者の疎外感の解消やがんに対する偏見の払拭

③病室にインターネット環境を整備する（個別施策③3-1）
③４月に金沢大学附属病院とオンラインでセカンドオピニオンを実施した（個別施策③3-2）
⑥琉球大学病院との共催で、患者向けアピアランスケア教室を開催する（個別施策⑥6-3）
⑥石垣市及び琉球大学病院と連携して、８月１日から開始した「石垣市アピアランスケア支援事業」に関する相談支援を行っている（個別施策⑥6-3）
⑧ぬちぐくーるやいま会（がん患者会）の定期的な開催を実施している（個別施策⑧8-1）
⑧ピアサポート活動に対する支援を行う（個別施策⑧8-1）

７．基盤

①研究の推進　②人材育成の強化　③がん教育及びがんに関する知識の普及啓発　④がん登録の利活用の推進
⑤患者・市民参画の推進

②乳腺外科、呼吸器外科の応援配置を継続する（個別施策②2-1）
②緩和ケア認定看護師を２名配置する（個別施策②2-1）
③八重山高校にタオル帽子の作成を依頼のうえ、「がんについての勉強会」を実施する
③９月に名桜大学から講師を招いて、訪問看護師を含めた院内外の医療者向け緩和ケア勉強会を開催する
③沖縄産業保健総合支援センター、石垣島の社労士及び当院の地域連携室のスタッフで勉強会を開催する（個別施策③3-7）
④がん登録の初級認定者職員の中級認定者取得を目指す（個別施策④4-1）

令和６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６年７月２３日（火）19:00～20:15
場　　所：Zoom を利用した Web 会議
出　　席：６名
浅野志麻（沖縄県立宮古病院）、有賀拓郎（琉球大学病院）、糸数公（沖縄県保健医療部）、佐村博範（浦添総合病院）、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：８名
金城達也（琉球大学大学院）、金城徹（琉球大学病院）、玉城研太朗（那覇西クリニック）、豊見山良作（那覇市立病院）、仲宗根正（那覇市保健所）、宮城政剛（新川クリニック）、宮里浩（那覇市立病院）、山本孝夫（沖縄県立八重山病院）
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６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、資料２に基づき、今年度の委員の報告があった。

３．第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）の指標評価ツール（グラフ表示機能付き）の説明
増田委員より、大腸がんロジックモデルの指標評価ツールについて説明があった。指標評価ツールはまだ完成していませんが、ダウンロードをお願いした。このツールはロジックモデルと基本的に同じですが、レイアウトが異なり、議論を容易にするために変化を示すグラフが追加されている。元データから自動的に順位を取得できないため、これから事務局が手動で入力を行い、沖縄県の下に全国 47 都道府県の順位が表示される予定である。また、８月２日に行われる協議会で許可が得られれば、全国公開する予定であるとのことだった。

【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４に基づき「大腸がん相談室」について、進捗報告があった。

・システムの問題点

書き込むスペースが3行と限られているため、プレゼンテーションや回答時に全体を見渡せない難しさがあり、大変苦労している。さらに、今回も宮古病院からの画像送信ができず、浦添総合病院に画像を送ってもらい、こちらで画像登録を行って共有している。この問題を改善するよう医師会に何度か訴えているが、対応が難しそうなので、当面は自分たちで対応を続けている状況である。

・相談員について

相談員は変わらず26名だが、アクティブメンバーが決まってきており、コメントを入れてくれて成り立っている状況である。全員からの回答は必要ないが、できれば全員に閲覧してもらいたい。回答が必要な場合は、こちらから連絡している状況である。

・相談症例について

専門医が少ない施設からの初回の症例検討などに対応したいが、現状ではそのような相談は来ておらず、専門施設からの困難な症例などの相談が主になっている。しかし、これは専門性を高めるための非常に良いディスカッションの場となっており、意味があると感じている。この状態を維持しつつ、専門医が少ない施設からのカンファレンス的な実践や検討を取り入れたいと考えている。

2．検診について

・未把握率改善に成功した事例

糸数委員より、那覇市医師会の大腸がん検診プロセス指標改善の取り組みについて紹介があった。佐村委員より、那覇市の取り組みを続けていただきたいが、おそらく通年すると受診率が落ちてくる可能性がある。何度も検査を受けることで、昨年問題がなかった人が今年は検査を受けないというケースが出てくるため、それを理解した上で、次の年は必ず受けるよう促す形で、取り組みを継続してほしいと提案があった。

仲地委員より、全く精検をしておらず、完全に閉塞をしている症例が散見される。最初の一次検診も受けていない人が相当数いるという問題があり、さらに精密検査を受けても、二次精密検査に行かない患者もいるため、その状況は現在も改善されていない。早期発見で治療を進めたいが、進行した方が多い。那覇市の取り組みを広げてほしいとのことだった。

・沖縄県離島患者等通院費支援事業

浅野委員より、宮古病院では患者さんが診察や相談のために沖縄本島に行く必要があると、地理的・金銭的なハードルが高く、躊躇される方が多いとの報告があった。これを受けて糸数委員より「沖縄県離島患者等通院費支援事業」について説明があり、県と市町村が負担する予算についても再確認がなされた。有賀委員より、通院費支援事業を知らない患者さんがとても多いという患者会のコメントが紹介された。増田委員からは、医師の説明不足と患者さんが申請していないことに帰結すると思われるので、離島

の先生方からきちんと説明していただくとよいのではないかとのことだった。

3．予防について

糸数委員より、県が行っている普及啓発活動について報告があった。沖縄県では、リーフレットやトイレットペーパー・ボックスティッシュなどを用いて、禁煙習慣や歯と口の健康習慣の普及啓発を行っており、県立図書館にブースを設けて訪れる人々に啓発活動を行っている。また、医師会のイベントや県の広報誌にも記事を掲載しているが、これらの普及啓発活動をどのように強化するかについては、さらなる検討が必要と考えているとのことだった。

4．医療について

時間の都合上、次回に持ち越しとなった。

5．次回の開催日程について

事務局から日程調整をさせていただきます。

6．その他

特になし。

がん相談業務
（院内におけるピア・サポート）

相談記録シート集計報告

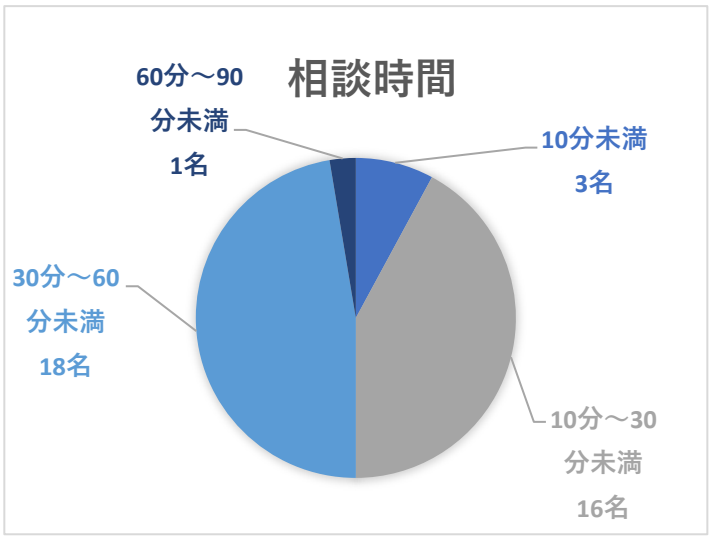
実施期間：令和6年7月1日～令和6年9月30日

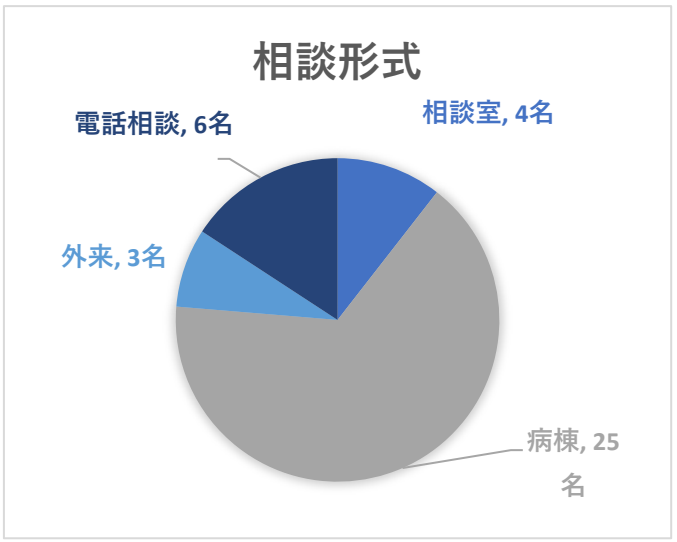
沖縄県地域統括相談支援センター

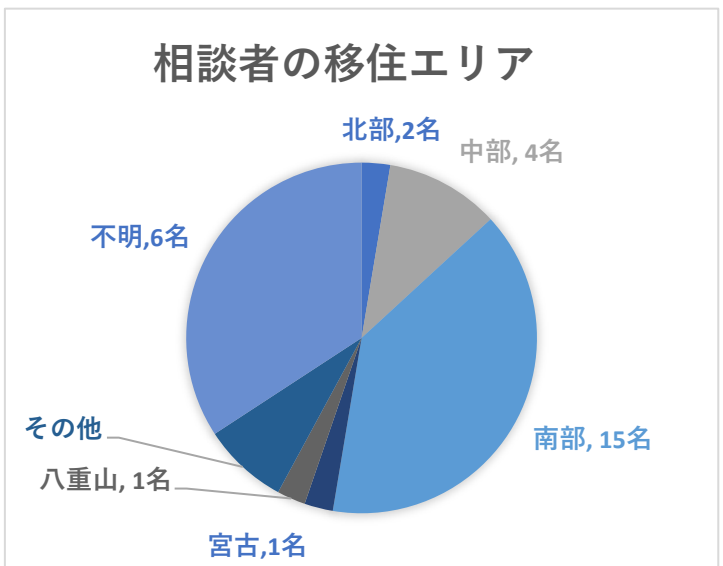
がん相談業務（院内におけるピアサポート）集計結果

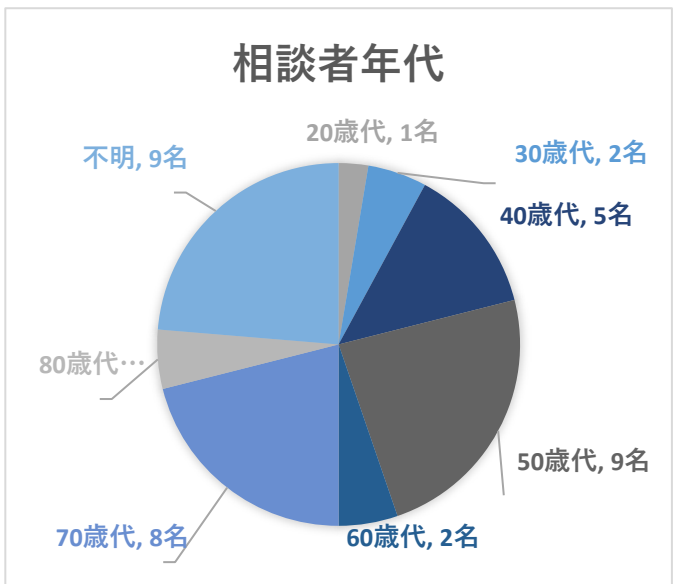
■ 調査対象期間　　令和6年7月1日～令和6年9月30日
■ 調査件数　　38件

相談月	件　数
7月	12
8月	10
9月	16
合　計	38

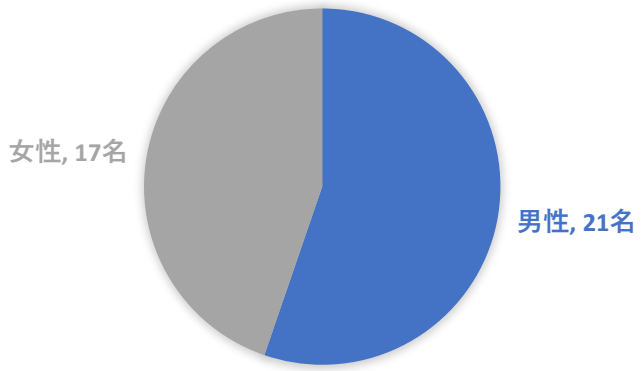




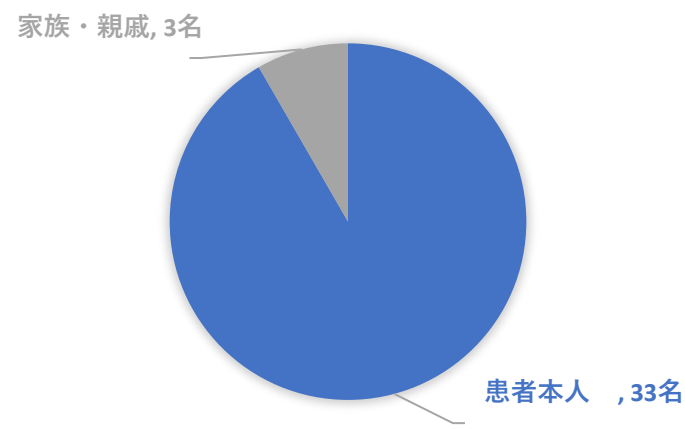




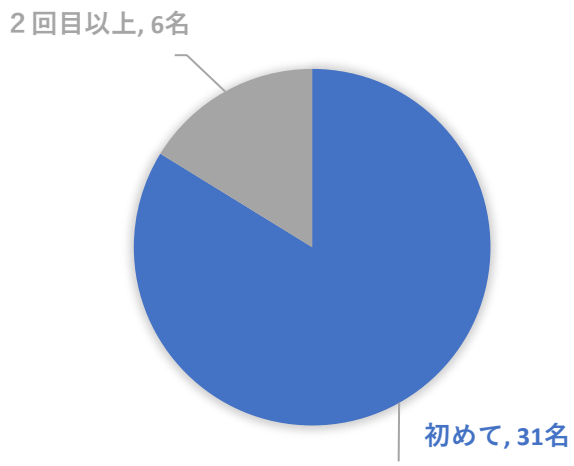
相談者の性別



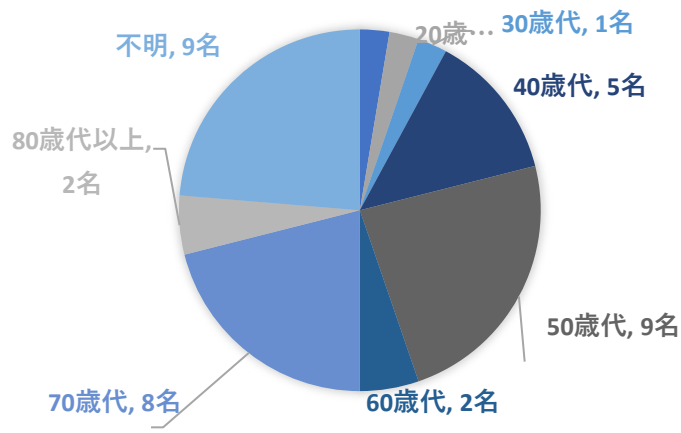
相談者のカテゴリー



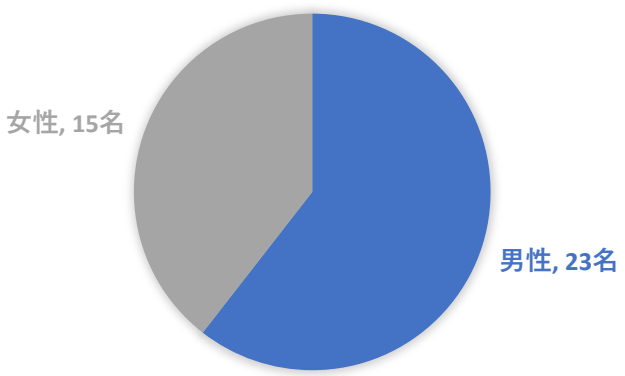
相談者の利用回数



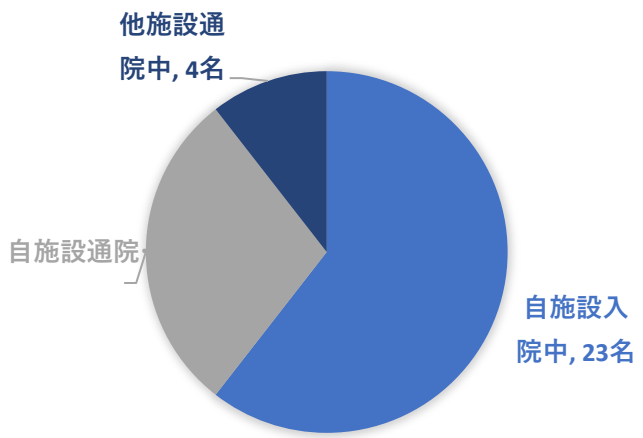
患者本人の年代

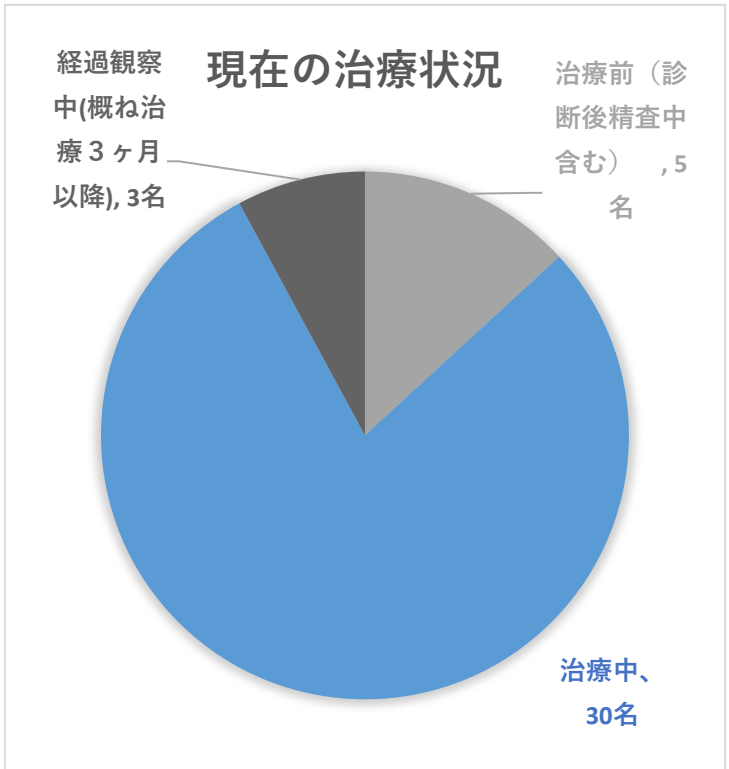


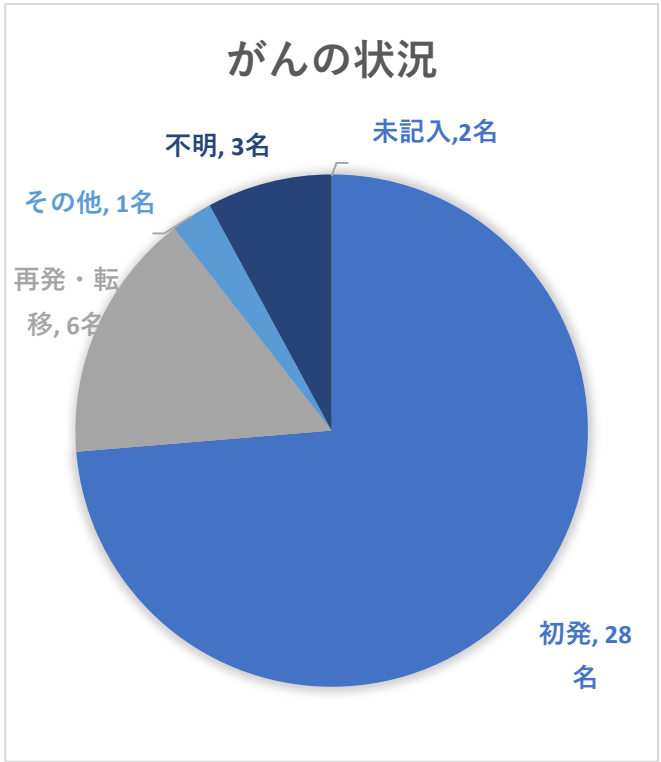
患者本人の性別

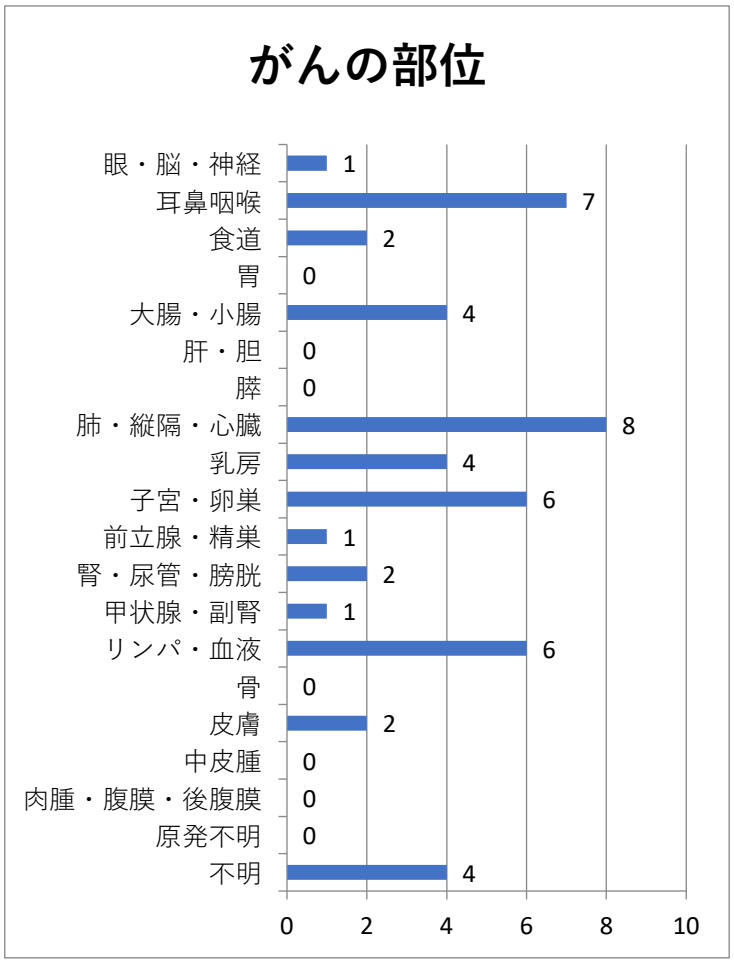


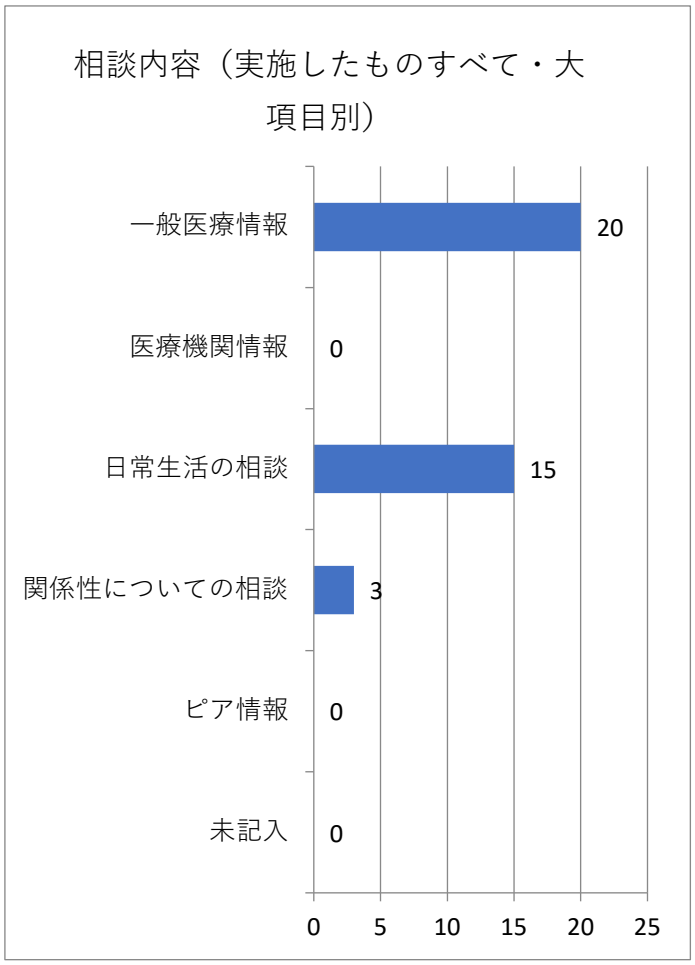
受診状況

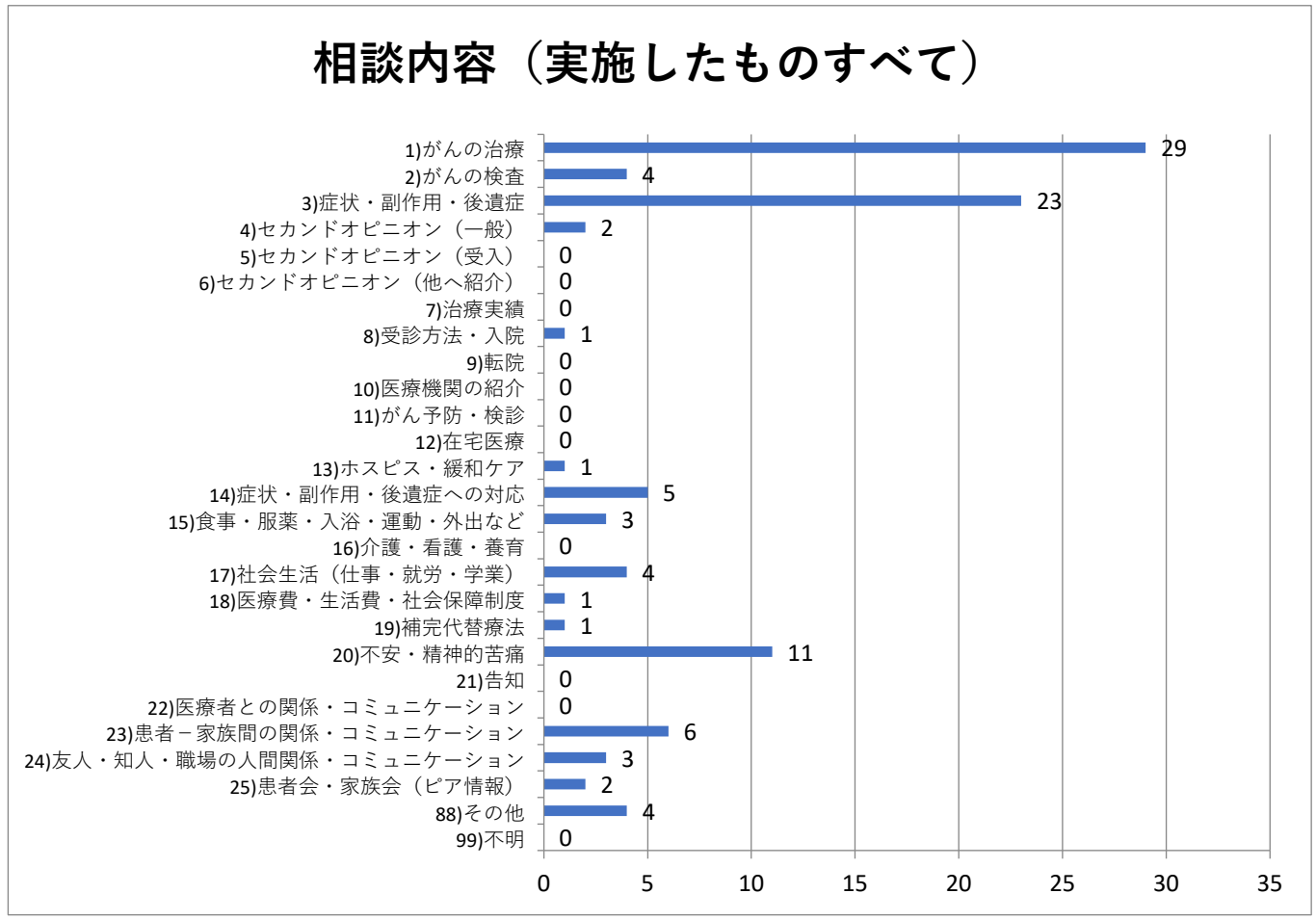


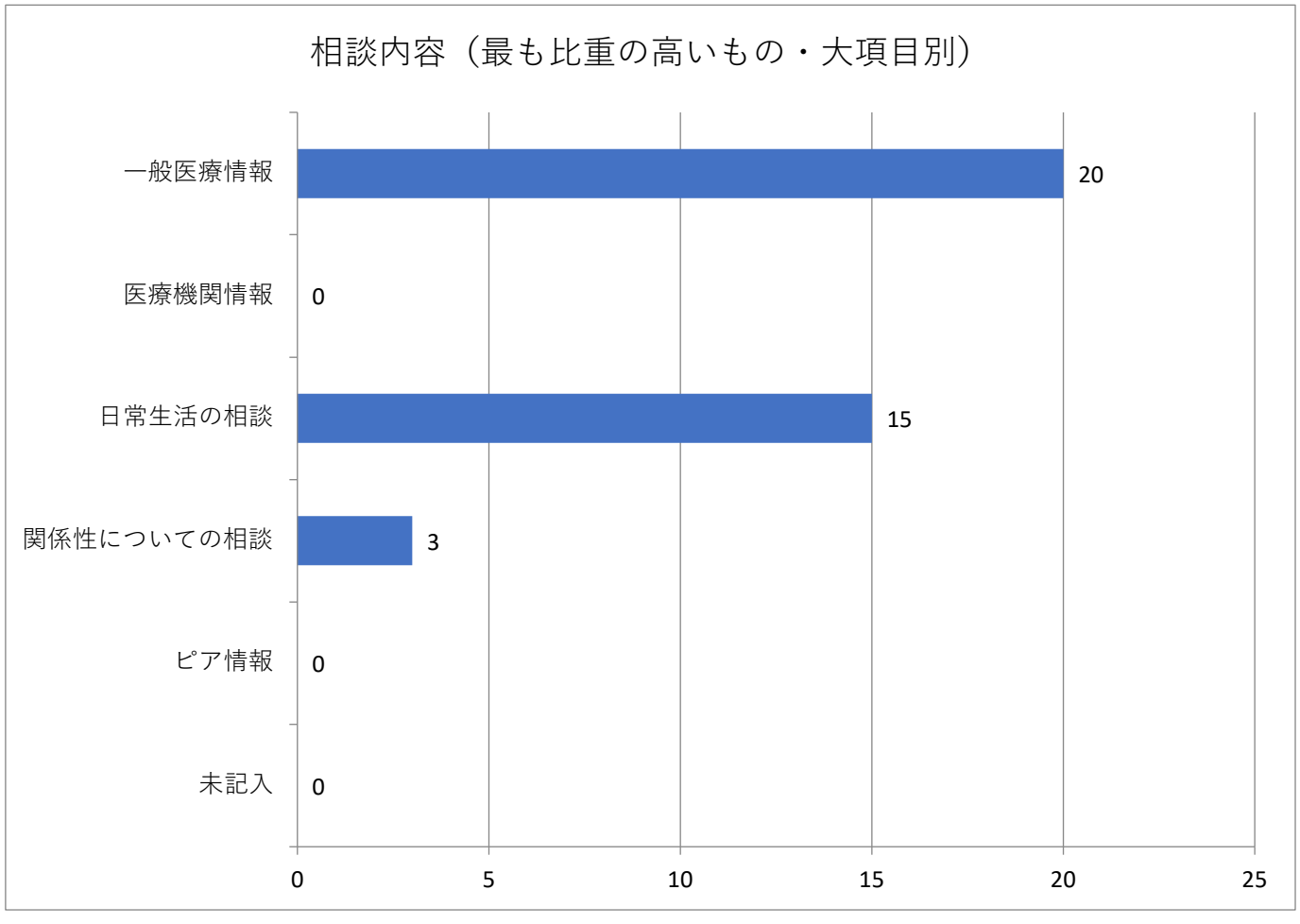

現在の治療状況
経過観察中(概ね治療３ヶ月以降), 3名
治療前（診断後精査中含む）, 5名
治療中、30名


がんの状況
不明, 3名
未記入,2名
その他, 1名
再発・転移, 6名
初発, 28名

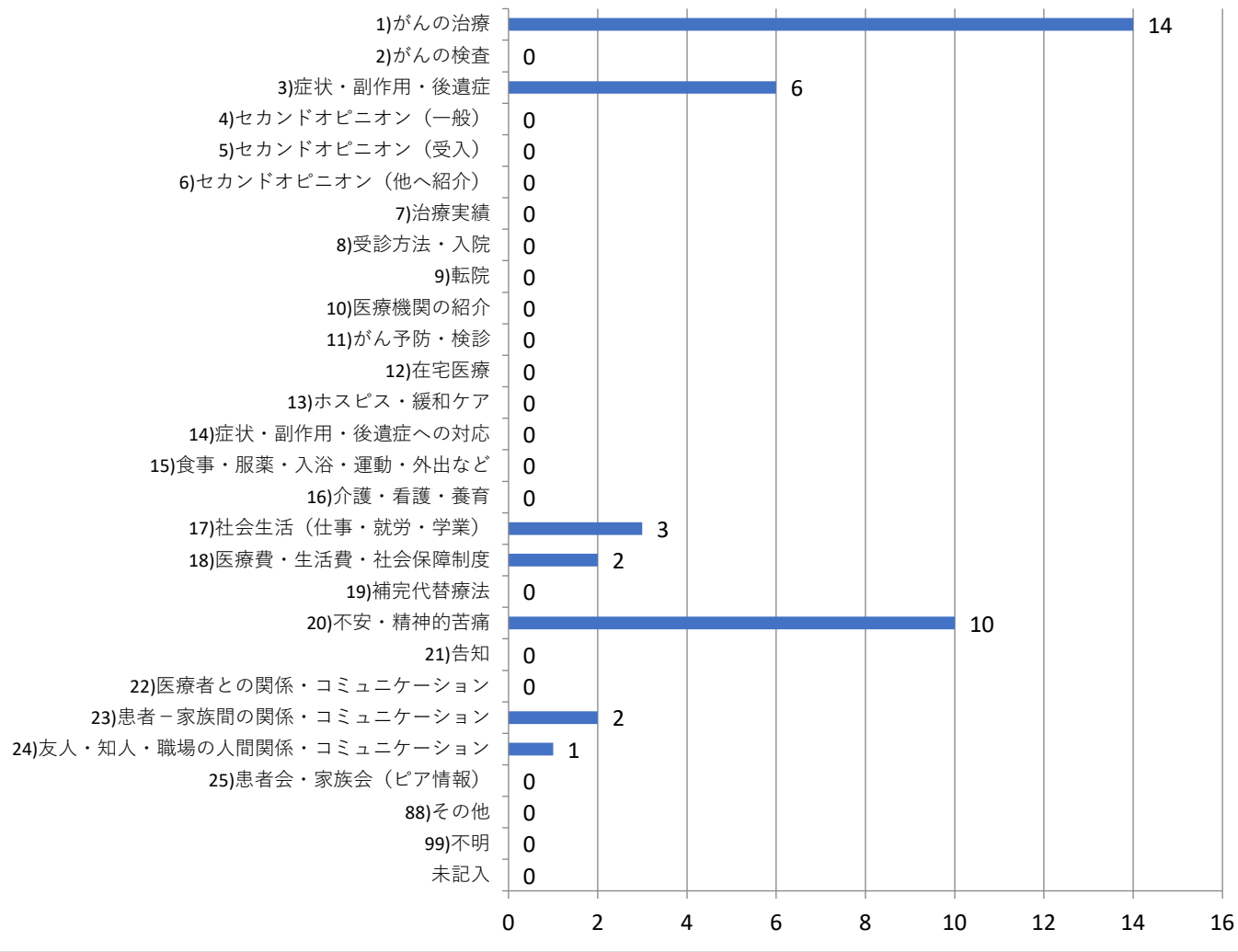

がんの部位
眼・脳・神経 1
耳鼻咽喉 7
食道 2
胃 0
大腸・小腸 4
肝・胆 0
膵 0
肺・縦隔・心臓 8
乳房 4
子宮・卵巣 6
前立腺・精巣 1
腎・尿管・膀胱 2
甲状腺・副腎 1
リンパ・血液 6
骨 0
皮膚 2
中皮腫 0
肉腫・腹膜・後腹膜 0
原発不明 0
不明 4
0 2 4 6 8 10


相談内容（実施したものすべて・大項目別）
一般医療情報 20
医療機関情報 0
日常生活の相談 15
関係性についての相談 3
ピア情報 0
未記入 0
0 5 10 15 20 25

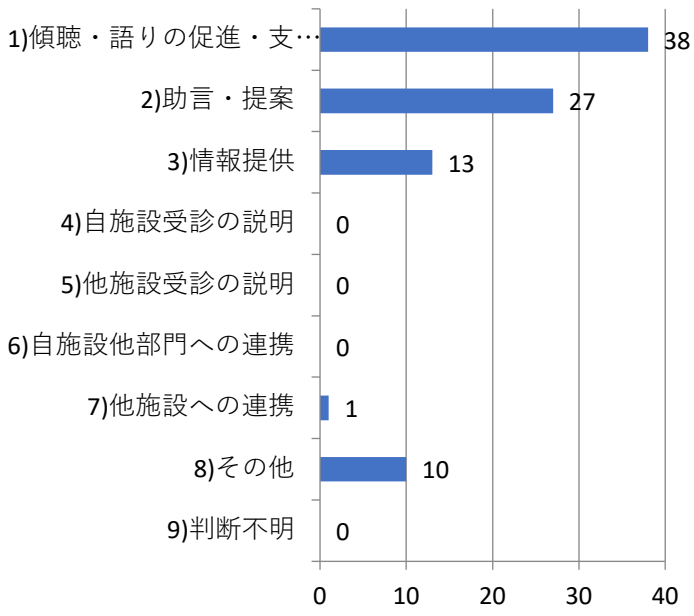

相談内容（実施したものすべて）
1)がんの治療 29
2)がんの検査 4
3)症状・副作用・後遺症 23
4)セカンドオピニオン（一般） 2
5)セカンドオピニオン（受入） 0
6)セカンドオピニオン（他へ紹介） 0
7)治療実績 0
8)受診方法・入院 1
9)転院 0
10)医療機関の紹介 0
11)がん予防・検診 0
12)在宅医療 0
13)ホスピス・緩和ケア 1
14)症状・副作用・後遺症への対応 5
15)食事・服薬・入浴・運動・外出など 3
16)介護・看護・養育 0
17)社会生活（仕事・就労・学業） 4
18)医療費・生活費・社会保障制度 1
19)補完代替療法 1
20)不安・精神的苦痛 11
21)告知 0
22)医療者との関係・コミュニケーション 0
23)患者－家族間の関係・コミュニケーション 6
24)友人・知人・職場の人間関係・コミュニケーション 3
25)患者会・家族会（ピア情報） 2
88)その他 4
99)不明 0
0 5 10 15 20 25 30 35


相談内容（最も比重の高いもの・大項目別）
一般医療情報 20
医療機関情報 0
日常生活の相談 15
関係性についての相談 3
ピア情報 0
未記入 0
0 5 10 15 20 25

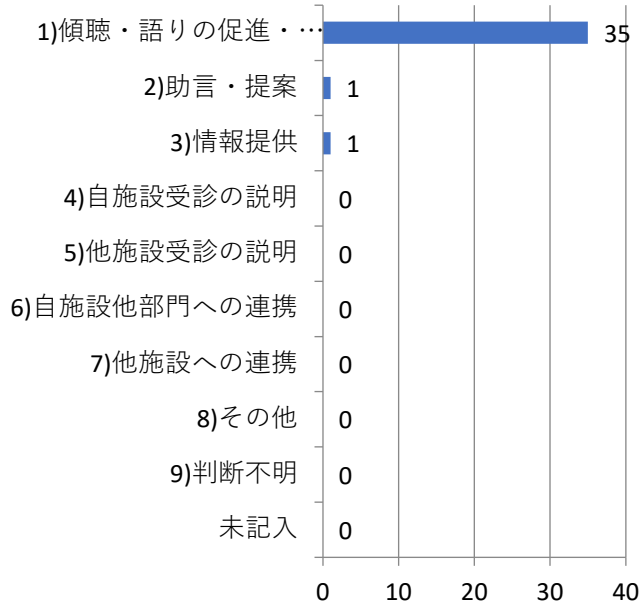
相談内容（最も比重の高いもの）

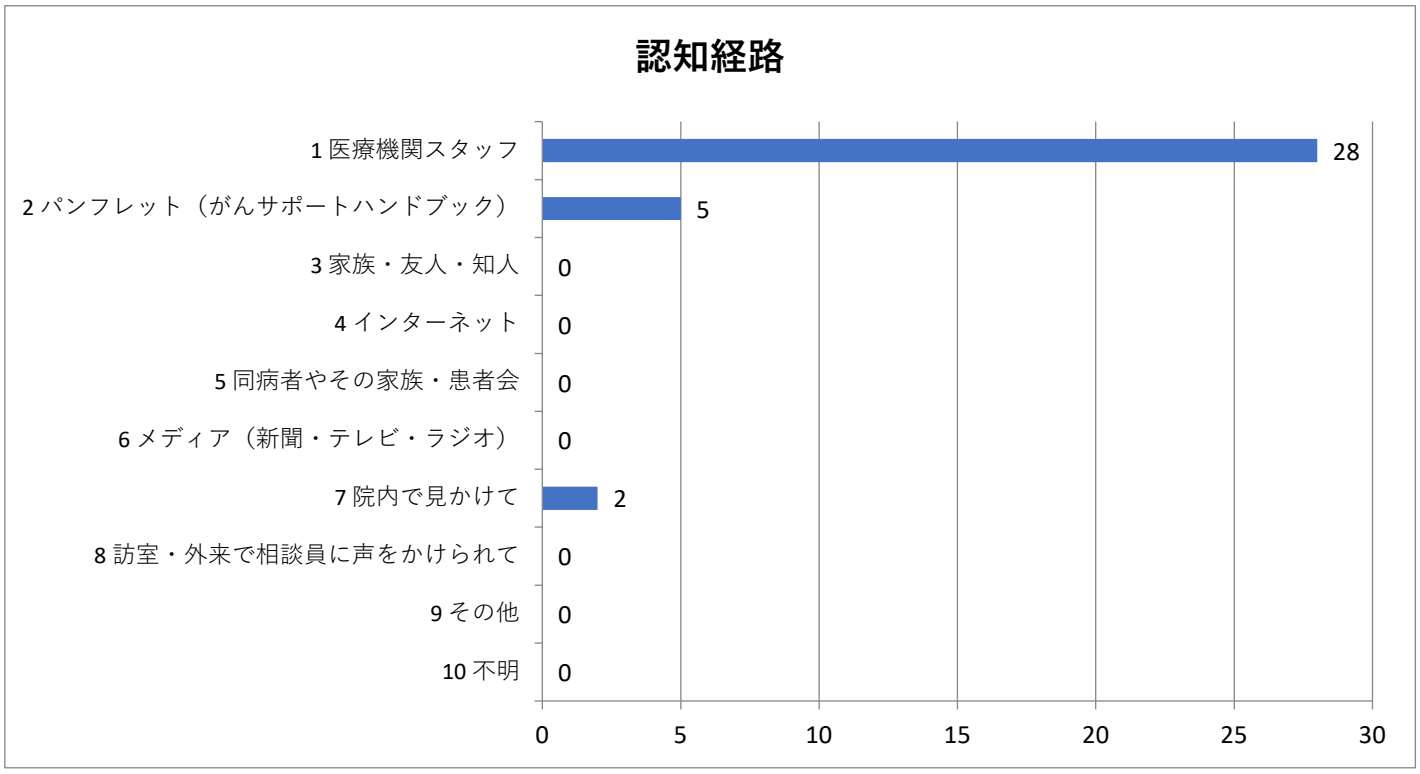


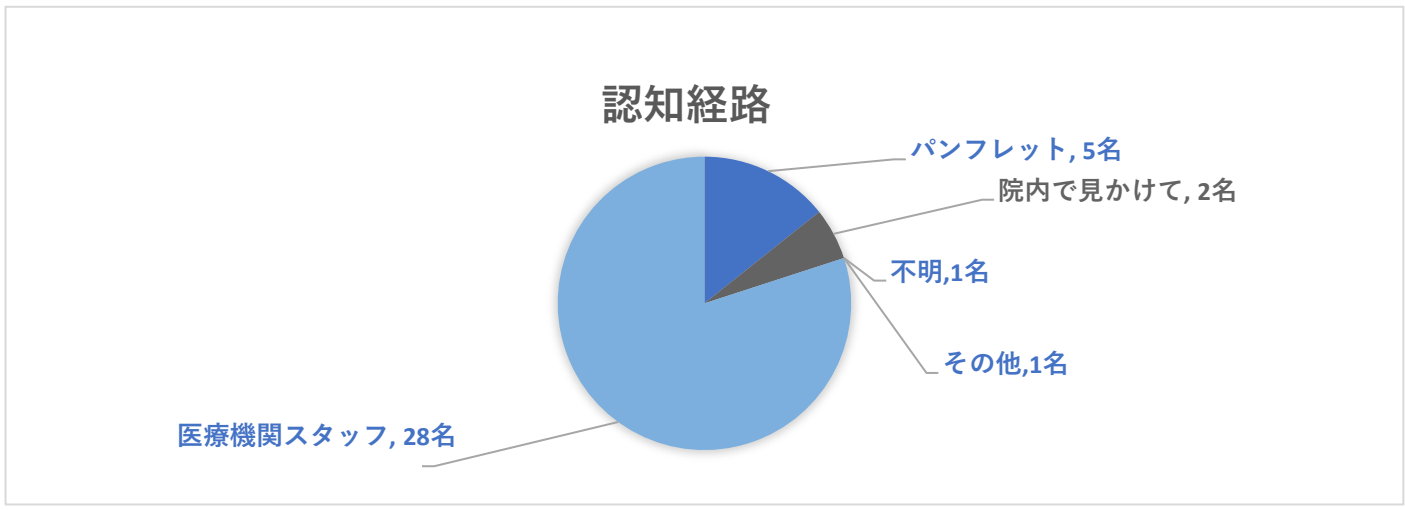
対応内容（実施したものすべて）



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
28
5
0
0
0
0
2
0
0
0
0
5
10
15
20
25
30


認知経路
パンフレット, 5名
院内で見かけて, 2名
不明,1名
その他,1名
医療機関スタッフ, 28名

令和６年度　沖縄県委託事業

がん ピア・サロン
開催報告

実施日：令和６年７月６日（土）13：30～15：30

【名 称】

がん ピア・サロン

【目 的】

参加者同士が語り合うことで不安や気持ちを分かち合い、情報を交換しながら病気に対する不安軽減につなげる。

特に話すことがなく情報を求めている人にも、ピア・サポーターのがん体験談を聞いたり、がんに関する資料等を得られるよう情報コーナーを設置し提供する。同時にパネル展示も行い沖縄県地域統括相談支援センターに関する情報も提供し、支援体制の周知と相談室の利用率向上を図る。

また対応経験を重ねることによりピア・サポーターの資質を高める。

【概 要】

1. 日　時　令和6年7月6日（土）　13：30～15：30
2. 場　所　大学院セミナー室（琉球大学医学部キャンパス内）
3. 対　象　興味関心のある方
4. 参加費　無料
5. テーマ　アピアランスケア

令和6年度　がん　ピア・サロン　プログラム

日時：令和6年7月6日（土）13：30～15：30
場所：琉球大学医学部　臨床研究棟1棟　大学院セミナー室

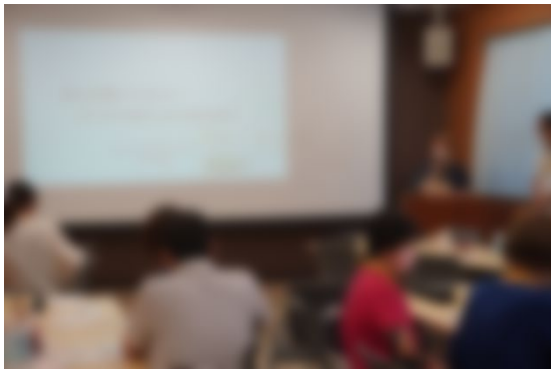
時間	所要時間	内容	担当者
13:30		開　会	
13：30-13：35	5分	**開会挨拶**	沖縄県地域統括相談支援センター がん　ピア・サポーター 仲田　ひろ子
13：35-14：00	25分	**サロンタイム** ＊肌悩みにあわせたカバーのコツ	資生堂ジャパン(株) 菅　弘実さん
14：00-14：10	10分	休　憩	
14：10-15：25	75分	**サロンタイム** ＊眉毛の描き方 ＊ウィッグ試着 ＊肌や爪のケア ＊対人関係の悩み相談 ＊がん冊子の展示etc.	資生堂ジャパン(株) **菅　弘実さん** **津嘉山　雅江さん** 沖縄県地域統括相談支援センター **がん ピア・サポーター**
15：25-15：30	5分	**閉会挨拶**	沖縄県保健医療介護部　健康長寿課 がん対策班　班長　**河野　百合子**
15:30		閉　会	

【参加者】
16 名

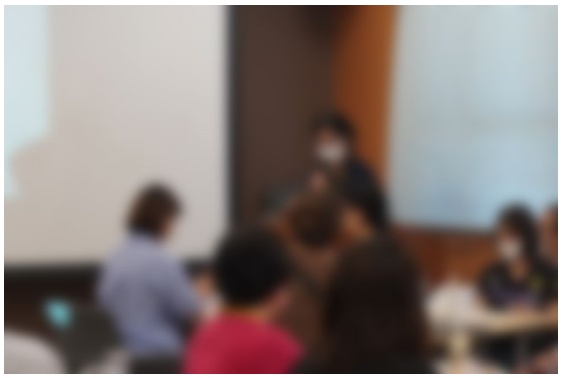
【振り返り】
・日程が決まってから開催に向けての準備はスムーズに行い、多くの情報提供資料や物品を準備でき良かった。
・1 ヶ月前から広報し、病院の中での開催ということで患者さんも参加しやすいように感じた。現に病棟からも数名参加いただけた。
・多くの登録サポーターも参加いただけ、アピアランスケアに関する勉強とともにピア・サポート活動の場を提供できたのは良かった。
・当日プログラム変更があったが、資生堂さんによる講演と実習の時間を多く取ることで参加者も有意義な時間を過ごせたと思う。実際に鏡を前に化粧品を触ることで、明るい表情になっていた。
・統括ピア・サポーターの協力のもと、相談しながら当日の流れを都度確認でき進めることが出来たのは良かった。
・ウィッグに触ったり、ネイルを実際につけてみる方も数名おり、皆さん明るく楽しくイベントに参加している様子が伺えた。

【課題】
・物品数も多いこともあり、荷物搬入から準備に時間がかかった。院内で開催の時には、前日準備ができるようにお部屋確保も必要だと感じた。時間を多めに取り、当日打合せがあると尚良い。
・当日感染症予防のためクーラーを付けた上で換気をしたが、部屋の中は暑くイベント開催に適した環境を準備出来なかった。今後は、サーキュレーターも活用し少しでも涼しくなるような工夫が必要。
・プログラム変更があったことを会場入りの際に参加者へ声掛けをするべきだった。声かけとともに資料配布することが出来たらより良いのではないか。
・ピア・サポーターの顔合わせ読み合わせでは、待つだけではなく参加者に積極的に声掛けするよう説明することも大切。
・アピアランスケアとのことで今後会場を準備する際は、もう一回り大きい会場で開催できると良いと感じた。通路確保や自由に行き来するスペースが必要。
・駐車場スペースの案内が文字だと分かりづらいようで、有料駐車場にとめる方も数名いた。（無料対応してもらえたが、遠く駐車場となる）今後大学院セミナー室でイベント開催の際には地図とあわせて駐車スペースを示した表記があると良い。

【当日の様子】



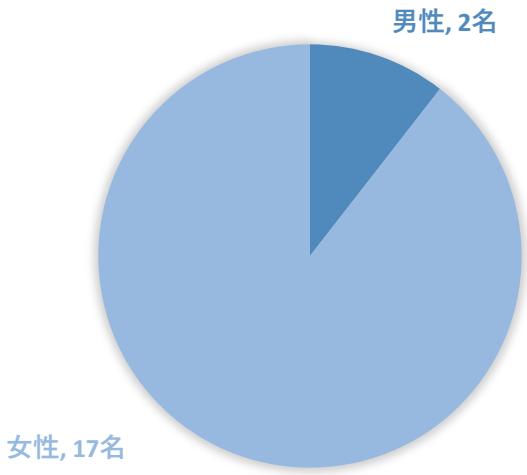




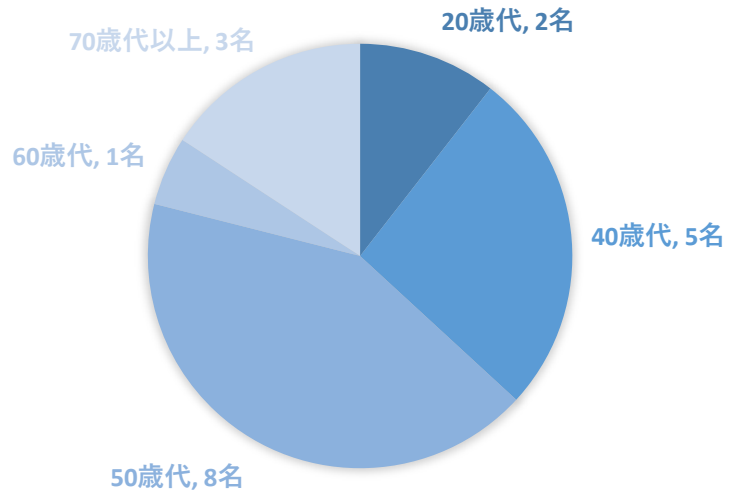



令和6年　7月6日（土）がん　ピア・サロン　アンケ－ト集計（19名分）

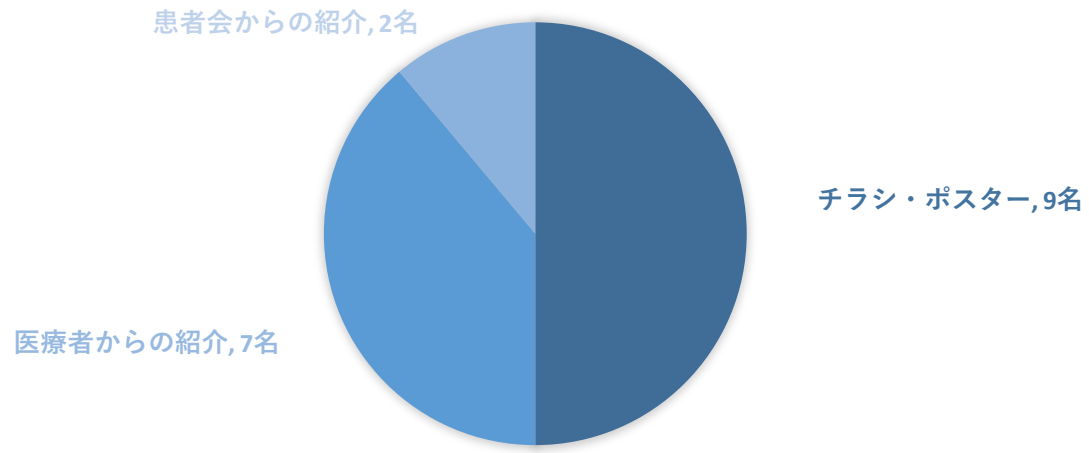
Q1.「性別」を教えてください。



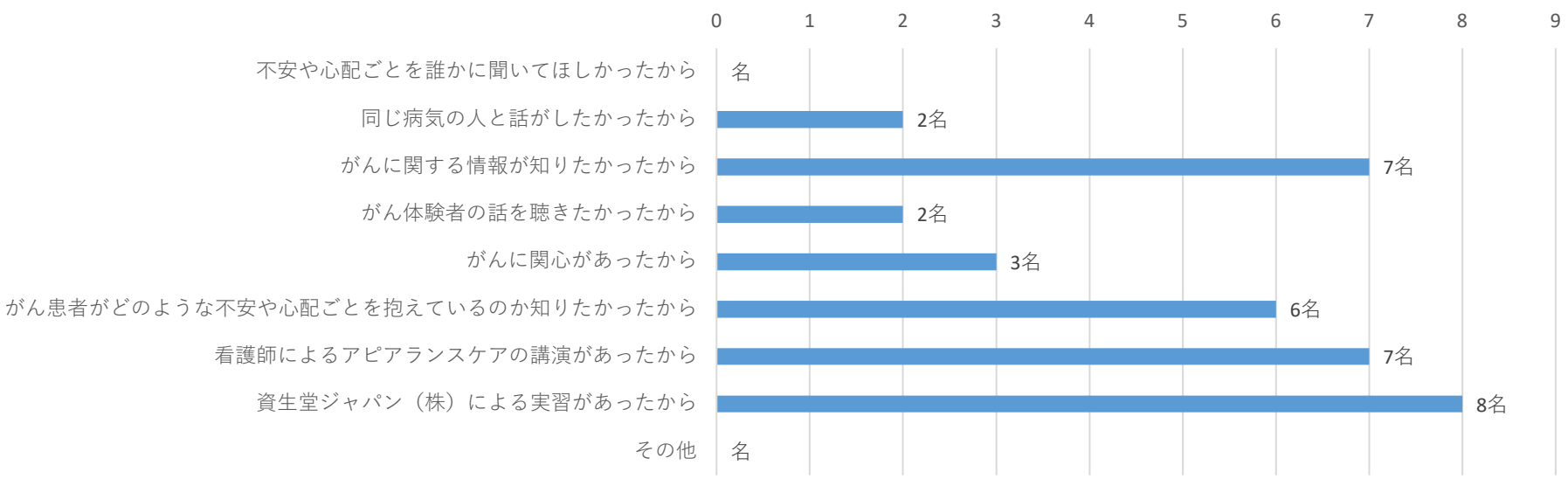
Q2.「年齢」を教えてください。



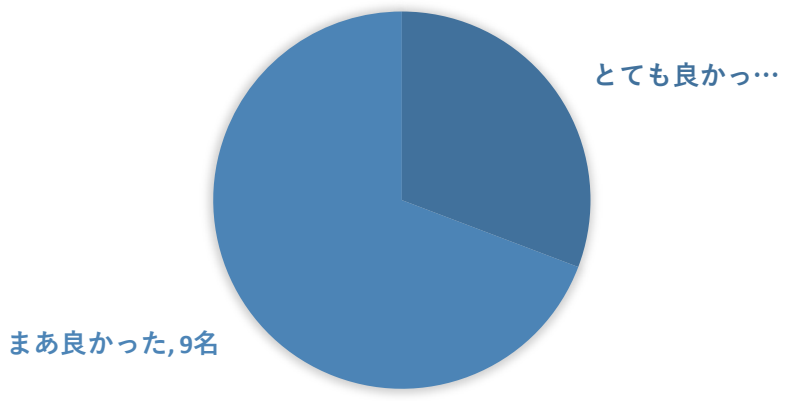
Q3.本日のサロンは「何」でお知りになりましたか。（複数回答可）



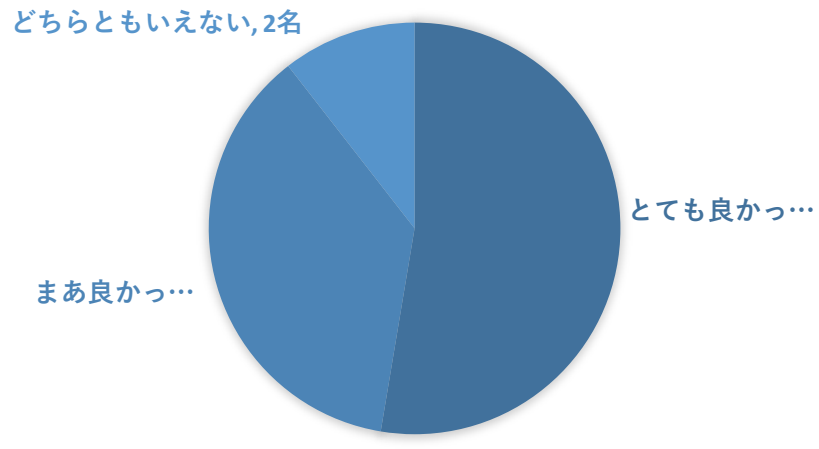
Q4.参加しようと思ったきっかけをお聞かせください。（複数回答可）

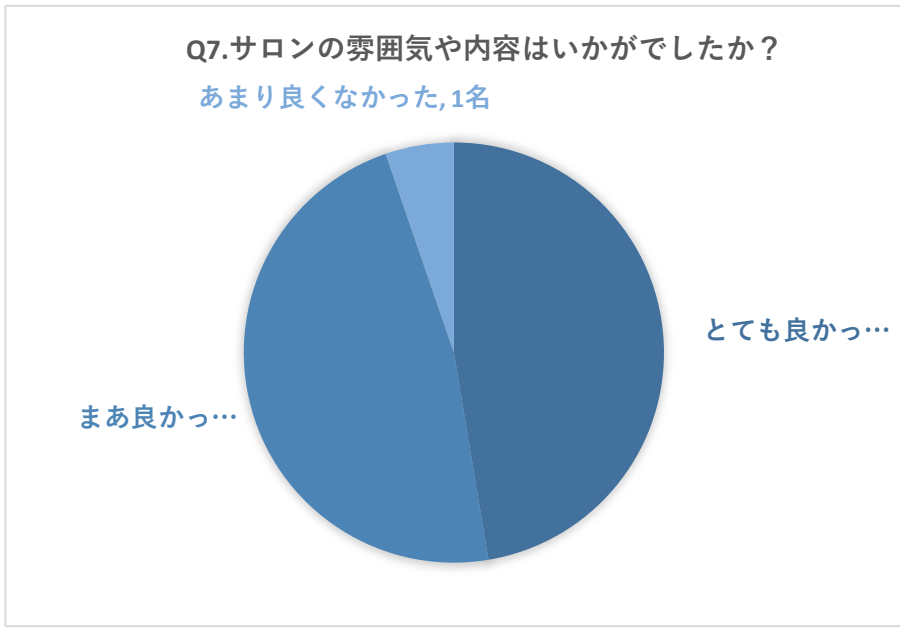


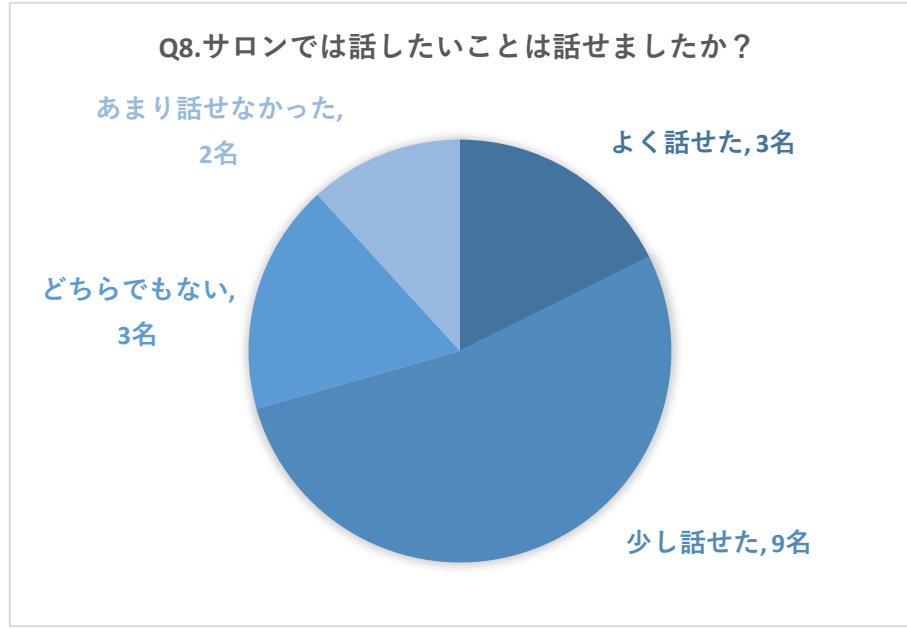
Q5.「がん治療中でも自分らしく過ごすための外見ケア」の講演はいかがでしたか？

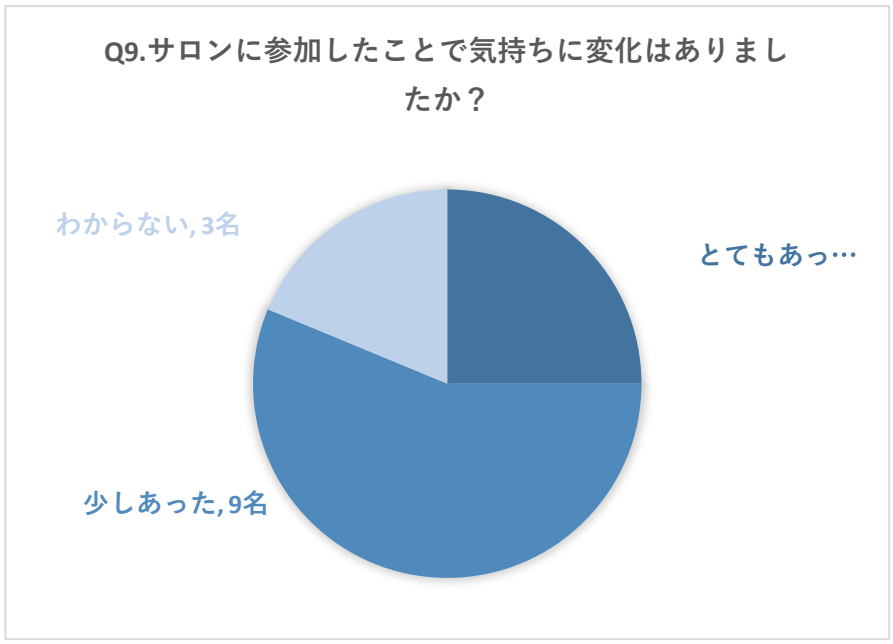


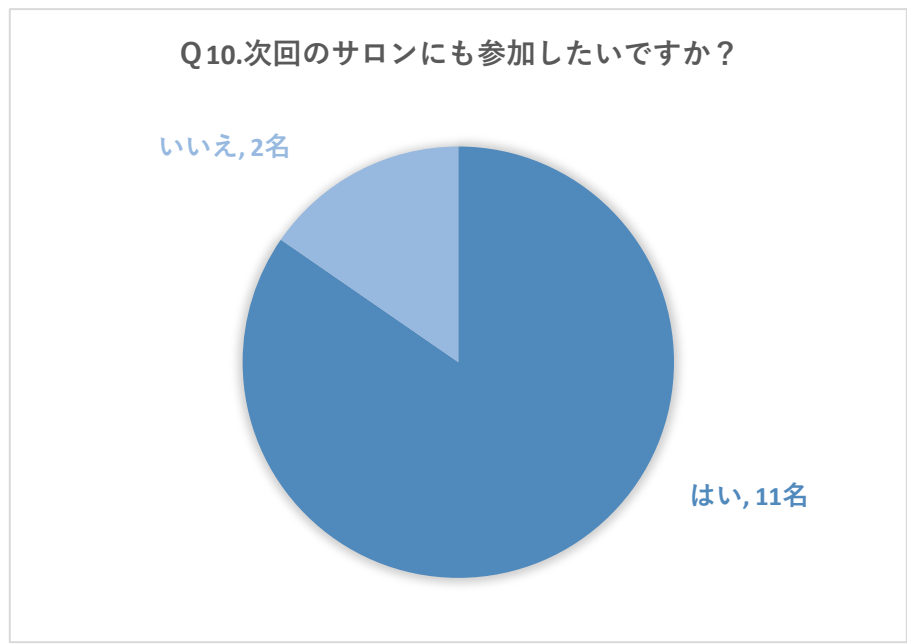
Q6.「サロンタイム」の実習はいかがでしたか？

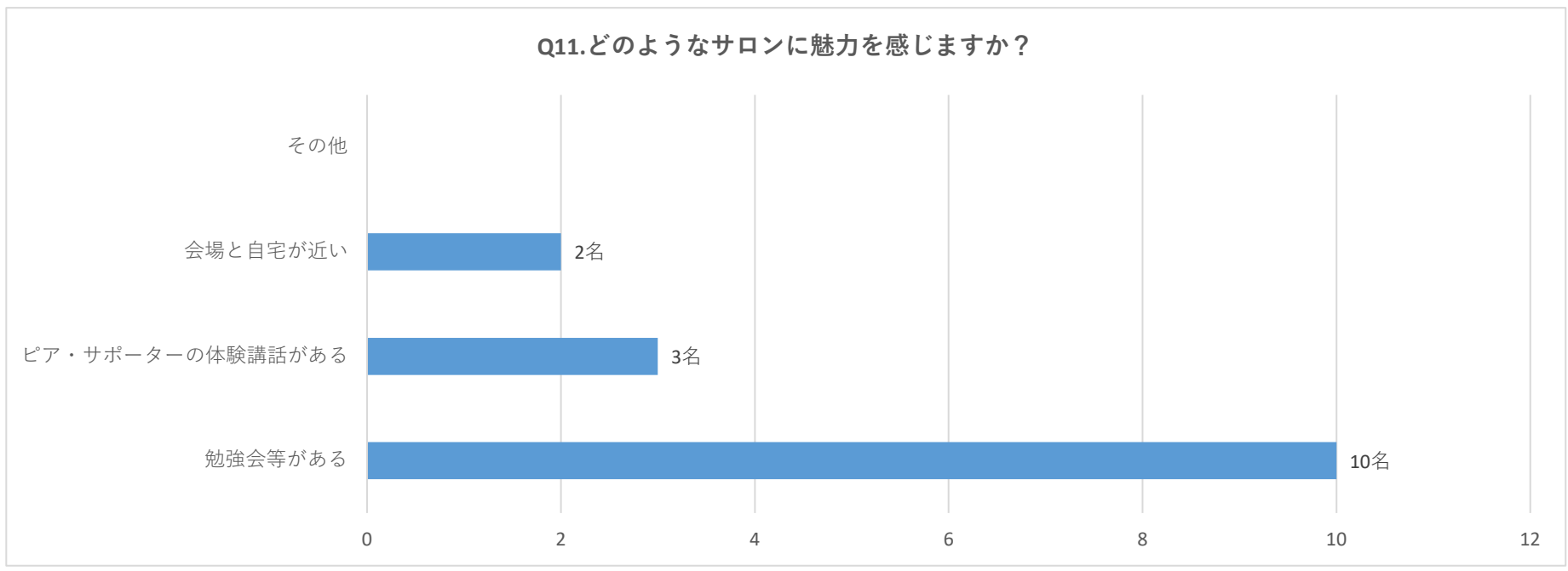












Q12.ご意見・ご感想をお聞かせください。

1	アピアランスケアの講演が聞けず残念でした。又、機会を設けて欲しいです。
2	ミニレクチャーを患者向けに定期的にあるといいですね
3	実習があって良かった。お化粧って大切だと感じました。会場が華やいでくるのがわかりました。
4	とても良かったです。少し安心しました。
5	実物を触ることができて良かった。皆さまが明るく実施されていていいなぁと思いました。
6	この時期にクーラーなしはきついです。
7	暑い
8	入院中に体験が出来て、気もまぎれて良かった。
9	部屋が暑すぎて途中から集中力がなくなってしまい苦痛に思ったのが残念です。 サポーターの方にはとても感謝しております。

令和6年度　沖縄県委託事業

がん ピア・サロン

-がん治療中の外見ケア-

2024.7.6.（土）
13:30~15:30

会場：大学院セミナー室（琉球大学医学部キャンパス内　臨床研究棟　1F）

＊琉球大学病院敷地内にてがんピア・サロンの旗を目印にお越しください。
会場周辺の駐車スペースをご利用いただけます。

対象：興味関心のある方（性別問わずどなたでもOK！）

参加無料
予約不要

プログラム

13：35～　がん治療中でも自分らしく過ごすための外見ケア

琉球大学病院　看護部　がん看護専門看護師　砂川　華さん

14：10～　サロンタイム

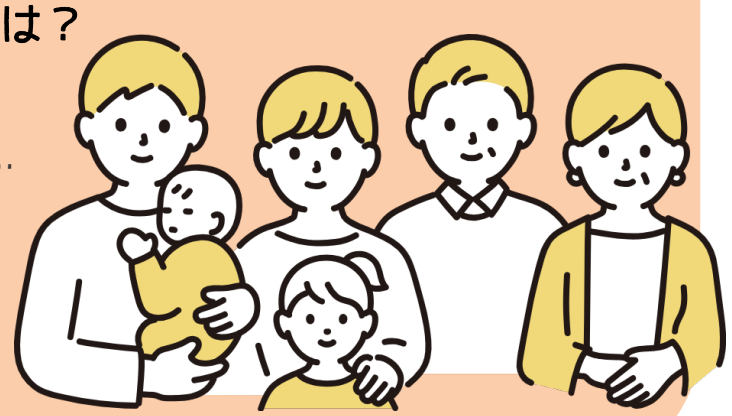
資生堂ジャパン(株)　菅　弘実さん　/　津嘉山　雅江さん

沖縄県地域統括相談支援センター　がん ピア・サポーター（がん経験者）

- 肌や爪のケア
- ウィッグ試着
- タオル帽子の無料配布
- 対人関係の悩み相談
- 肌悩みにあわせたカバーのコツ
- 眉毛の描き方

＊資生堂様によるメイク実習には定員がございます。
先着順でのご案内となりますので、ご了承ください。

がん治療をしていても、自分らしく過ごすためには？
そのお悩み一緒に考えてみませんか。



お問い合わせ　沖縄県地域統括相談支援センター

〒903-0215　沖縄県西原町上原207番地
琉球大学病院　がんセンター内

TEL ：（098）942-3407（直通）

418

令和６年度 沖縄県委託事業

がん ピア・サポーター フォローアップ研修会

開催要項

開催日：令和６年８月 25 日（日）

主催　沖縄県地域統括相談支援センター

【イベントの名称】

がん　ピア・サポーター フォローアップ研修会

【目的】

がん ピア・サポーター（がんに罹患した経験を持つ相談員）の資質向上を図るため、効果的なピア・サポートの活用法を学び、今後のピアサポートの活動へ役立てられるよう、基礎知識の再確認及びコミュニケーション技術の復習を目的に開催する。

【概要】

1. 日時　　令和 6 年 8 月 25 日（日）10：30～17：00（10：00 受付）
2. 場所　　沖縄県医師会館　3 階ホール
3. 対象　　がん ピア・サポーター養成講座修了生
4. 主催　　沖縄県地域統括相談支援センター（令和 6 年度 沖縄県委託事業）
5. プログラム

講義動画・講義動画　確認テスト提供（研修会前に動画を視聴し研修会へ参加）
一般財団法人日本サイコオンコロジー学会　厚生労働省委託事業
がん総合相談に携わる者に対する研修事業

事前アンケートを実施

＜研修会＞　10：30～17：00

○ストレスマネジメント
がん・感染症センター都立駒込病院　精神腫瘍科　部長 秋月　伸哉先生
○自分の体験を語る
NPO 法人　支えあう会「α」副理事長　野田　真由美　様
がん・感染症センター都立駒込病院　精神腫瘍科　部長 秋月　伸哉先生
○ロールプレイオリエンテーション
NPO 法人　支えあう会「α」副理事長　野田　真由美　様
○ロールプレイ（5 グループ編成/6 セッション）
○コミュニケーションスキル
がん・感染症センター都立駒込病院　精神腫瘍科　部長 秋月　伸哉先生
○質疑応答と意見交換
NPO 法人　支えあう会「α」副理事長　野田　真由美　様
がん・感染症センター都立駒込病院　精神腫瘍科　部長 秋月　伸哉先生
琉球大学病院　がんセンター　センター長　増田　昌人

第10回　がん　ピア・サポーターフォローアップ研修会

開始時間	終了時間	所要時間	内容	担当	備考
10:00	10:30	30分	受付開始		10：00～10：20 講師・ファシリテーター打合せ
10:30			開会		
10:30	10:33	3分	開会のあいさつ	増田　昌人	
10:33	10:40	7分	講師およびスタッフ紹介	講師・相談員・スタッフ	
10:40	10:50	10分	受講生自己紹介	受講生各自	
10:50	11:20	30分	ストレスマネジメント	秋月　伸哉先生	
11:20	11:50	30分	自分の体験を語る	野田　真由美さん 秋月　伸哉先生	受講生参加型
11:50	12:40	50分	お昼休憩		12：20～12：35 講師・ファシリテーター打合せ
12:40	13:00	20分	オリエンテーション（ロールプレイ）	野田　真由美さん	
13:00	13:20	20分	ロールプレイ第1セッション		各グループにてロールプレイ （患者役・相談員役・観察者役） 患者役をやる時のみ 相談内容（シナリオ）当日配布 ＊シナリオ読み込む時間有り
13:20	13:40	20分	ロールプレイ第2セッション		
13:40	14:00	20分	ロールプレイ第3セッション		
14:00	14:10	10分	休憩		
14:10	14:40	30分	コミュニケーションスキル	秋月　伸哉先生	
14:40	15:00	20分	ロールプレイ第4セッション		
15:00	15:20	20分	ロールプレイ第5セッション		
15:20	15:40	20分	ロールプレイ第6セッション		
15:40	15:45	5分	休憩		
15:45	15:55	10分	グループ振り返り	各グループ	
15:55	16:15	20分	全体振り返りロールプレイの講評	野田　真由美さん	各グループの発表 講師及びセンター長の講評
16:15	16:35	20分	質疑応答と意見交換	野田　真由美さん 秋月　伸哉先生 増田　昌人	
16:35	16:40	5分	アンケート記入	受講生各自	紙面記入
16:40	16:50	10分	受講修了書	増田　昌人	1人ひとり授与
16:50	16:55	5分	記念撮影	全員	
16:55	17:00	5分	閉会のあいさつ	増田　昌人	
17:00			閉会		研修会　終了

令和6年度　フォローアップ研修会　講師・スタッフ紹介

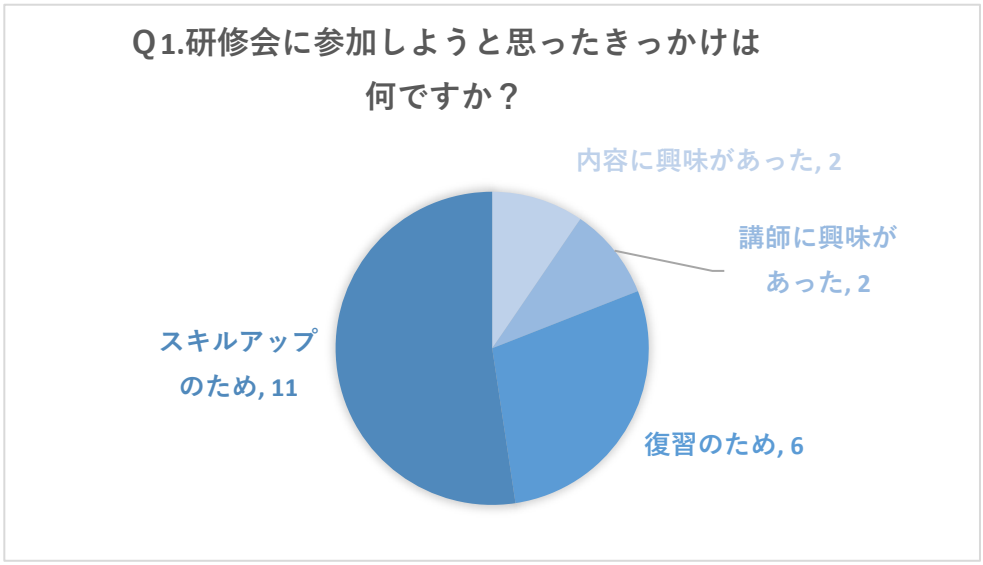
	名前	所属	役割
1	秋月（あきづき）　伸哉（のぶや）	がん・感染症センター　都立駒込病院 精神腫瘍科・メンタルクリニック　部長 一般社団法人　日本サイコオンコロジー学会 代表理事	講師 ファシリテーター
2	野田（のだ）　真由美（まゆみ）	NPO法人支えあう会「α」副理事長	ファシリテーター
3	仲田（なかだ）　ひろ子（こ）	沖縄県地域統括相談支援センター　相談員	ファシリテーター
4	中山（なかやま）　富美（ふみ）	沖縄県地域統括相談支援センター　相談員	ファシリテーター
5	西村（にしむら）　克敏（かつとし）	沖縄県地域統括相談支援センター　相談員	ファシリテーター
6	上地（うえち）　久美子（くみこ）	沖縄県地域統括相談支援センター　相談員	ファシリテーター
7	大久保（おおくぼ）　礼子（れいこ）	琉球大学病院　がんセンター　MSW	ファシリテーター
8	増田（ますだ）　昌人（まさと）	琉球大学病院　がんセンター　センター長	責任者
9	伊佐（いさ）　順子（じゅんこ）	琉球大学病院　がんセンター　事務補佐員	スタッフ
10	友利（ともり）　晃子（あきこ）	琉球大学病院　がんセンター　MSW	スタッフ
11	喜瀬（きせ）　杏妃（あずひ）	琉球大学病院　がんセンター　事務補佐員	スタッフ

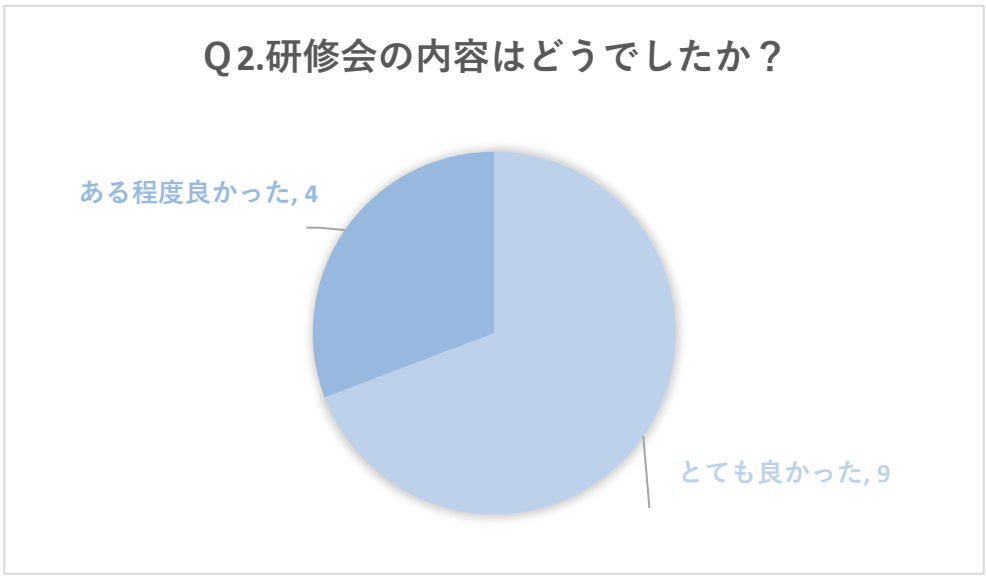
令和6年度　フォローアップ研修会　受講者名簿

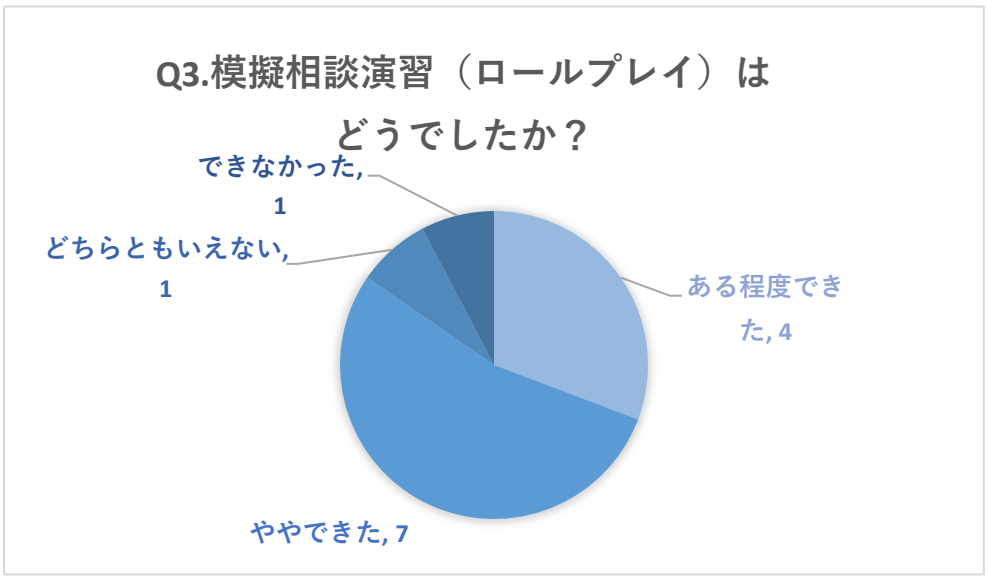
	名前	立場	所属患者会名	市町村名	養成講座修了年度	備考
1	男性	本人	ー	那覇市	令和5年度	
2	女性	本人	まんま宮古	宮古島市		平成27年度　模擬相談演習修了
3	女性	本人	ぴんくぱんさぁ	那覇市		令和5年度　フォローアップ研修会修了
4	女性	本人 家族	ー	南風原町	令和5年度	
5	女性	本人	ー	宜野湾市	令和1年度	令和5年度　フォローアップ研修会修了
6	女性	本人	ぴんくぱんさぁ	浦添市		令和5年度　フォローアップ研修会修了
7	女性	本人	ー	那覇市	令和5年度	
8	女性	本人	ぴんくぱんさぁ	宜野湾市	令和3年度	令和4年度　フォローアップ研修会修了
9	女性	本人	ー	浦添市	令和5年度	
10	女性	本人	まんま宮古	宮古島市	平成23年度	平成26年度　患者会/がんサロン勉強会修了
11	女性	本人	ー	与那国町	令和5年度	
12	男性	本人	PSA北海道	糸満市	令和5年度	
13	女性	本人	ぴんくぱんさぁ	那覇市	平成24年度	令和3年度　フォローアップ研修会修了

令和6年度　がん　ピア・サポーターフォロ－アップ研修会

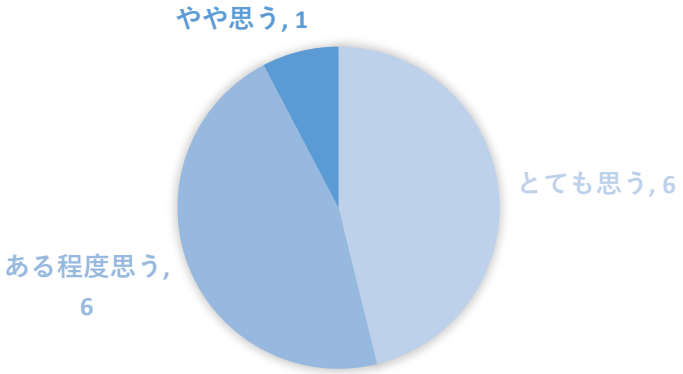
アンケート集計（14名分）



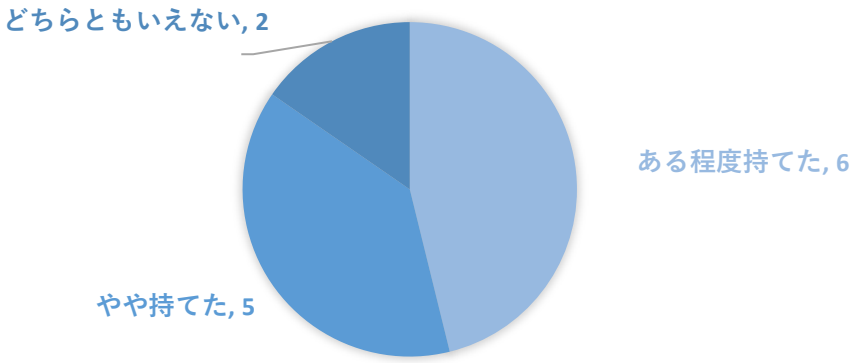




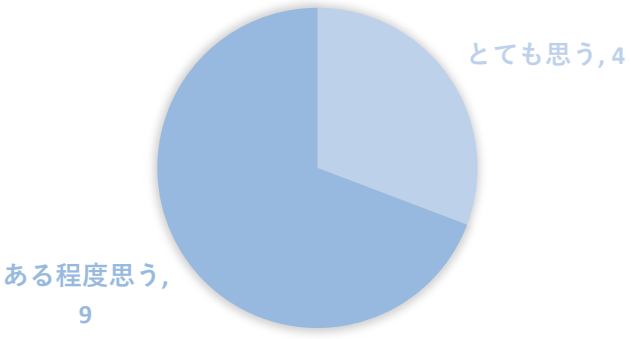
Q4.今回の研修はご自分のスキルアップになったと思いますか？

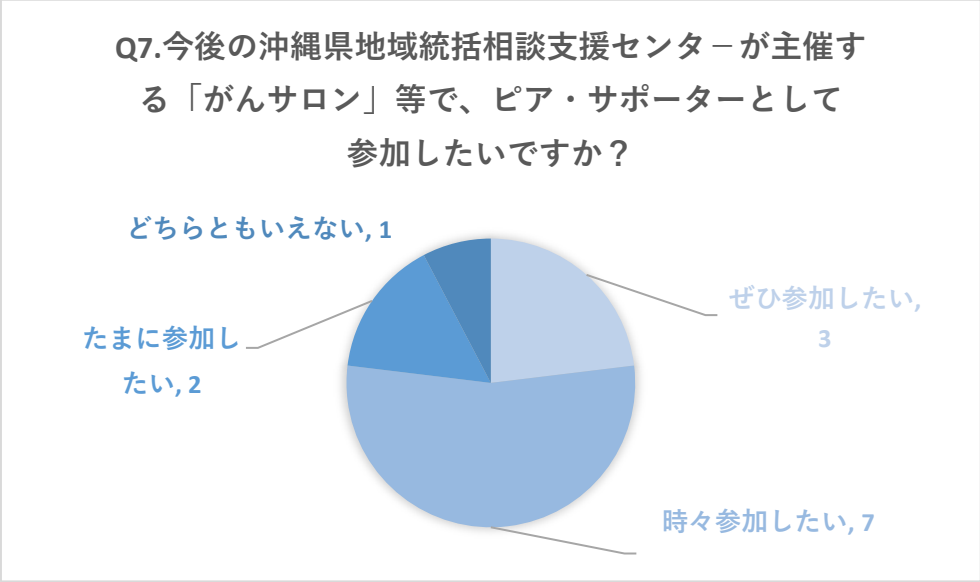


Q5.今回の研修でピア・サポート活動に自信が持てましたか？



Q6.今後もピア・サポーターとして活動したいと思いますか？





Q8.今後の研修会等で何を学びたいですか？

・コミュニケーション方法を詳しく学びたい
・初心に戻るために、振り返り研修は必要だと感じました。ロールプレイは、何度やっても勉強になります。テーマやグループで色々な方々との会話も発見と学びが多いです。
・何度受講しても毎回新たな気づきがあります。このピア・サポーター養成講座・フォローアップ研修会を継続してほしいと思います。
・コミュニケーションスキル。先端医療や後遺症症例等（ピア・サポートに繋がる知識として）
・ピア・サポート活動の事例。国や県のがん対策が年で変わると思うので、都度勉強会に盛り込んで欲しい。（自分では中々調べないので）
・心理士さんが学んでいるような講座があれば参加したい。心療内科的なことが学べればもっと生かせるかもしれない。
・知らないがんの現状
・研修会があれば参加したい
・ピア・サポーターとしての学習等。ロールプレイの短いバージョン？How toの仕方等

Q9.ご意見、ご感想をお願いします。

・ロールプレイは緊張するが、グループワークでの役割、他者の対応振り返り等でとても学ぶことが多かった。講話が2部に分かれていたのは良かった。特にコミュニケーションスキルの内容は後半のロールプレイに活かせた。
・ロールプレイを通して、いろいろな人の話を聞いて、サポーターとして参加しにくい状況ではありますが、参加できる時は、参加したいと思いました。
・共感すること、話を聴くこと、ロールプレイにて実践することでその難しさを実感。日々人と話す時は、今日学んだことを取り入れていきます。

・まだ活動らしい活動はできていませんが、できるだけセンター主催のゆんたく会へは参加していこうと思う。もう少し活動できる場所が広がれば良いと思う。
・患者会を通じて告知はされますが、もっと多くの人に参加してもらえるようアピールできると良いと思います。
・ロールプレイの役割を一回目と二回目のキャスト（役割）も変えて良いので？会場が寒すぎるくらい冷えていました。
・楽しく勉強できた研修会でした。がんを共有し、ピア・サポートをしていくなかでとても必要なことをたくさん学ぶことができました。ありがとうございました。
・ピア同士の交流の時間が欲しかったです。（交流会があった年もあると聞きました）皆さん話をするのも聴くのも上手だなーと感じました。前回も自分はうまく話せなかった…と反省しましたが、今回もです。次回こそ！（また参加してトレーニングしたいと思います。）
・研修で話せなかった人も多いので、終了後交流会等あれば色々な情報を得られる機会ができて良いかと思います。
・とても勉強になりました。これからの活動に学びを活かせていけるよう心掛けたいと思います。正確を導き出そうとしがちなのですが、相談者への寄り添いを大切にしながらbetterを導き出していきたいと思います。
・参加して良かったです。ピア・サポーターとして考えること等がありました。活動の中でいかされる内容でした。
・「自分の体験を語る」時の前回のステージに上がるのではなく、グループに分かれての発言だったので緊張も少しで良かったです。

【申し込み者数：15 名　/　修了生：13 名】（1 名当日申込み午前中参加のみ）

【振り返り】
・当日は、スタッフに加えピア・サポーター相談員の方県担当者も一緒に準備お手伝いいただけ、搬入会場設営に 1 時間しっかり取り受付も問題なく開会。
・1 日通して時間に大きなずれもなく、スムーズにプログラムが進むことができた。
・自分の体験を語るでは、積極的に発表しコンパクトに自分の経験を語ることを学べた。ホールとラウンジの 2 グループに分かれることにより集中して参加することができたように感じた。
・ロールプレイではプログラム通り 6 セッションまで行えた。3 セッション後休憩と講義を挟むことで気持ちの切り替えもできているような様子が伺えた。
・全体で 2 回ロールプレイをすることで、1 回目は思うように上手くできなかったところが 2 回目には講義での復習をすることで学びを活かすことができているように感じた。
・各グループで慣れもでてきて、会場が一体となっていた様子が伺えた。
・今回はスタッフ応援人数がいつもより少ないこともあり、プログラム進行の上で時間に余裕がなかった。

【反省点】
・講師・ファシリテーターの名前幕の準備不足があった。
・意見交換の際に時間が足りなく全ての項目を取り上げられなかった。
・講師・ファシリテーター打合せの時にロールプレイでのファシリテーターの進行の仕方をしっかり確認が出来なかった。打合せの際に流れをもう一度確認が必要。（ロールプレイの振り返りは各役割を受講生には振り返りを行ってもらう）
・スタッフは午前・午後 3 名づつ必要。

【今後の課題】
・アンケート結果より、受講生同士の交流会を検討する。形式的より気軽に落ち着くような親睦会が開けると良いかもしれない。
・より多くのピア・サポーター養成講座修了生に受講いただくように工夫が必要。
・ロールプレイの役割を 1～3、4～6 変更できるように組む。










▲研修会の様子

令和6年度　沖縄県委託事業



参加無料
要申込み

2024
8.25/日
10：30-17：00
(受付10：00)

第10回 がん ピア・サポーター フォローアップ研修会

会　場　沖縄県医師会館　3階ホール　〒901-1105　南風原町字新川218-9

対　象　がん ピア・サポーター養成講座　修了生

＊事前学習プログラム（講義動画）を視聴いただきます。

＊離島及び本島北部圏域在住の方を対象に旅費助成あり
詳細については申込み後、ご案内します。

申込み　右記のQRコード、電話、FAX、メール受付可

申込締切：2024.7.31

◆発熱（37.5℃以上）の症状のある方、風邪症状のある方はご遠慮ください。

◆当日は、マスク着用での参加をお願いします。

◆1日通しての研修会となるため、弁当持参をおすすめします。

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
琉球大学病院　3階　がんセンター内
電　話：(098) 942-3407　FAX：(098) 895-1497
メール：info@gansoudan-okinawa.jp

研修会の詳しい内容は裏面をご覧ください

第10回　　2024.8.25 (日) 開催

がん ピア・サポーターフォローアップ研修会

講師紹介

◆秋月　伸哉先生

がん・感染症センター　東京都立駒込病院
精神腫瘍科・メンタルクリニック　部長

◆野田　真由美さん

NPO法人　支えあう会「α」　副理事長

10：00開場/10：30開始/17：00終了　場所：沖縄県医師会館　3階ホール

プログラム

10：00	受付		
10：30	開会のあいさつ　がんセンター長 増田　昌人		
10：33	講師及びスタッフ紹介		
10：40	受講生自己紹介		
10：50	ストレスマネジメント	講義1	秋月　伸哉先生
11：20	自分の体験を語る	ワークショップ1	野田　真由美さん
11：50	（50分お昼休憩）		秋月　伸哉先生
12：40	オリエンテーション		野田　真由美さん
13：00	ロールプレイ（1）～（3）	ワークショップ2	野田　真由美さん
14：00	（10分休憩）		
14：10	コミュニケーションスキル	講義2	秋月　伸哉先生
14：40	ロールプレイ（4）～（6）	ワークショップ3	野田　真由美さん
15：40	（5分休憩）		
15：45	グループ振り返り	ワークショップ4	野田　真由美さん
15：55	全体振り返りロールプレイの講評		野田　真由美さん
16：15	質疑応答と意見交換	ワークショップ5	野田　真由美さん
16：35	アンケート記入		秋月　伸哉先生
16：40	受講修了書		増田　昌人
16：50	記念撮影		
16：55	閉会のあいさつ　増田　昌人		
17：00	閉会		

令和６年度　沖縄県委託事業

出張ピア・サポート

開催報告

実施日：令和６年８月６日（火）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　　令和 6 年 8 月 6 日（火）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（当センター相談員または登録サポーターにて対応）
スタッフ（事務員 1 名）

2. 場　所　　八重山病院

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 6 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。

【八重山病院】

参加人数：1 組

統括相談員　1 名／登録ピア・サポーター　2 名／事務員　1 名

【振り返り】

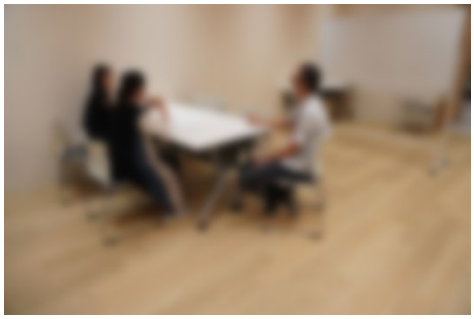
・県内のがん診療を行っている病院、患者会や役場等にて広報を行った。

・今回八重山病院での開催は初めての試みとなったが、病院側も大変協力的で、ピア・サポート活動について周知できたように感じた。

・電話での事前予約があり 1 組 2 名での参加となる。

・地元の登録サポーターも 2 名参加し、実際に離島で治療を受けた経験を話すことができた。統括相談員とも患者会の活動などお互いに情報交換もできた。

・八重山病院では患者サロン開催しているが、年に一度は個別相談をする機会を設け、離島だからこそ個別がん相談の需要はあると感じ、次年度も引き続き出張ピア・サポートを開催したい。





▲八重山病院

令和６年度　沖縄県委託事業

相談員ミーティング

開催報告

実施日：第２回　令和６年９月 17 日（火）

令和6年度　第2回　沖縄県地域統括相談支援センター　相談員ミーティング

日　時　　令和６年９月 17 日（火）　16：00～17：00
形　式　　オンライン
出席者　　中山　富美（沖縄県地域統括相談支援センター　相談員）
　　西村　克敏（沖縄県地域統括相談支援センター　相談員）
　　上地　久美子（沖縄県地域統括相談支援センター　相談員）
　　喜瀬　杏妃（沖縄県地域統括相談支援センター　事務補佐員）

【報告】
1.　令和６年度　第１回　相談員ミーティング　議事要旨　（資料 1）
2.　令和６年度　がん　ピア・サポーターフォローアップ研修会報告（資料 2）
3.　その他

【議 題】
1.　令和６年度 年間事業計画について　（資料 3-1）
　　年間スケジュール表　（資料 3-2）
2.　今後の活動について　（資料 4）
3.　その他

【報　告】
1. 令和6年度　第1回　相談員ミーティングの議事要旨
　前回の議事要旨を紙面報告となる。

2. 令和6年度　がん　ピア・サポーターフォローアップ研修会
　7月にご協力いただいた研修会の報告を行った。集計したアンケート内容の確認。

【議題】
1. 令和6年度　年間事業計画
　下半期今後の日程を確認。ピアサポーター養成講座の日程調整に加えて、講師の先生に前年度に引き続き野田さんと齋藤先生をお招きすることとなる。プログラムに特に変更はなしとする。がんピア・サロンやがんピアキャラバンの内容を話しあった。ピア・サロンのリレーフォーライフでは、患者サロンに併せてピア・サポーターの交流会も同日に開催する運びとなる。患者サロンでは筆で一筆想いやメッセージを書くことやアロマ講師をお招きすることも意見として上がる。内容について引き続き検討することとなる。がんピアキャラバンについては催し物をするかどうかも含めてこちらも引き続き検討する運びとなった。予約相談システムについても早めに導入し、情報提供相談支援部会で周知ができるようにしたい。その他年間計画にある毎月の院内患者サロン等は引き続き参加していくことを確認。また、新病院への移転に伴ってのピア・サポート相談室に影響はなく、通常通りの用務遂行となる。

2. 今後の活動について
前回の相談員ミーティングで石川県訪問見学に参加した事務員喜瀬とピア・サポーター仲田さんより、より詳細を追記した活動表を提示したが、その後特に進展がないことを話合う。新病院に移って相談対応の方法が変わることもあるかと思うが、ピア・サポートの周知と活動の活発化に向けて皆さんで都度アイディアや意見を入力し、共通認識を図った上で目標に向かって活動することとなる。

3. その他
フォローアップ研修会後にて新メンバー加入いただくように相談員と話し合う。相談室に平日の9：00～17：00まで全コマ対応できるように新メンバー加入依頼の声掛けをしていきたい。相談員からの推薦とセンター長と話し合い進めていきたい。

第90回がん対策推進協議会　議事次第

日　時：令和6年8月5日（月）15:00～17:00
WEB開催

議　事　次　第

１　開　会

２　議　題

（1）第4期がん対策推進基本計画について
- 評価指標のベースライン値について
- がん対策における健康格差について
- 海外のがん対策計画における目標設定について
- 中間評価の進め方について（案）

（2）都道府県がん対策推進計画の策定状況について

（3）報告事項
- がん研究 10 か年戦略の策定
- HPV 検査単独法による子宮頸がん検診の導入
- エキスパートパネルの見直し
- がん診療連携拠点病院等の整備指針見直しスケジュール

【資　料】

資料1　　第4期がん対策推進基本計画の評価指標について（井上参考人提出資料）
資料2　　がん対策における健康格差について（伊藤参考人提出資料）
資料3　　海外のがん対策計画における目標設定について（片野田参考人提出資料）
資料4　　中間評価の進め方について（案）
資料5　　都道府県がん対策推進計画の策定状況について
参考資料1　がん対策推進協議会委員名簿
参考資料2　がん対策基本法
参考資料3　第4期がん対策推進計画（令和5年3月閣議決定）
参考資料4　第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル　確定版
参考資料5　第4期がん対策推進基本計画評価指標一覧　確定版
参考資料6　第4期がん対策推進基本計画の評価指標ベースライン値一覧
参考資料7－1　がん研究10か年戦略（第5次）概要
参考資料7－2　がん研究10か年戦略（第5次）
参考資料8　HPV 検査単独法による子宮頸がん検診の導入
参考資料9　エキスパートパネルの見直し
参考資料 10　がん診療連携拠点病院等の整備指針見直しスケジュール

第90回がん対策推進協議会	資料１
令和６年８月５日	

ロジックモデル各指標の定義とベースライン測定進捗状況の報告

厚労科研　指定研究班

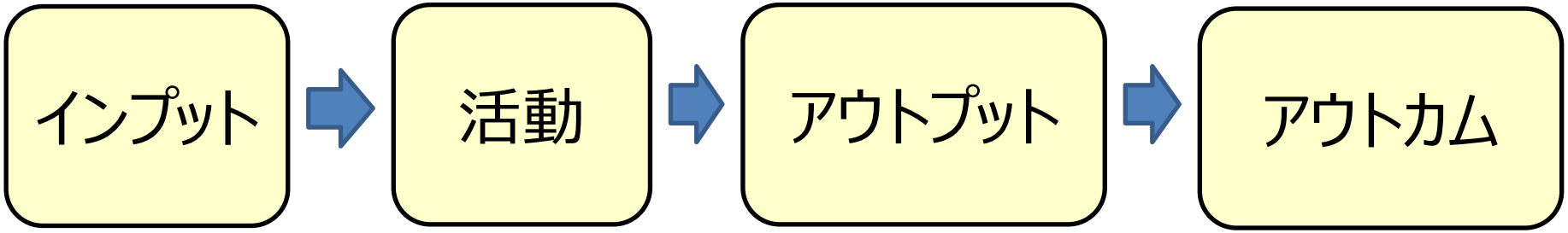
井上真奈美

（国立がん研究センター　がん対策研究所　副所長）

2024年8月5日　15:00~17:00
がん対策推進協議会

ロジックモデルとは

- 事業や組織が最終的に目指す変化・効果の実現に向けた道筋を体系的に図示化したもの
- インプット、活動、アウトプット、アウトカムを矢印でつなげる



実施者が行うこと

実施者がプログラムに投資するもの(例：資金、人材、時間、設備、技術など)

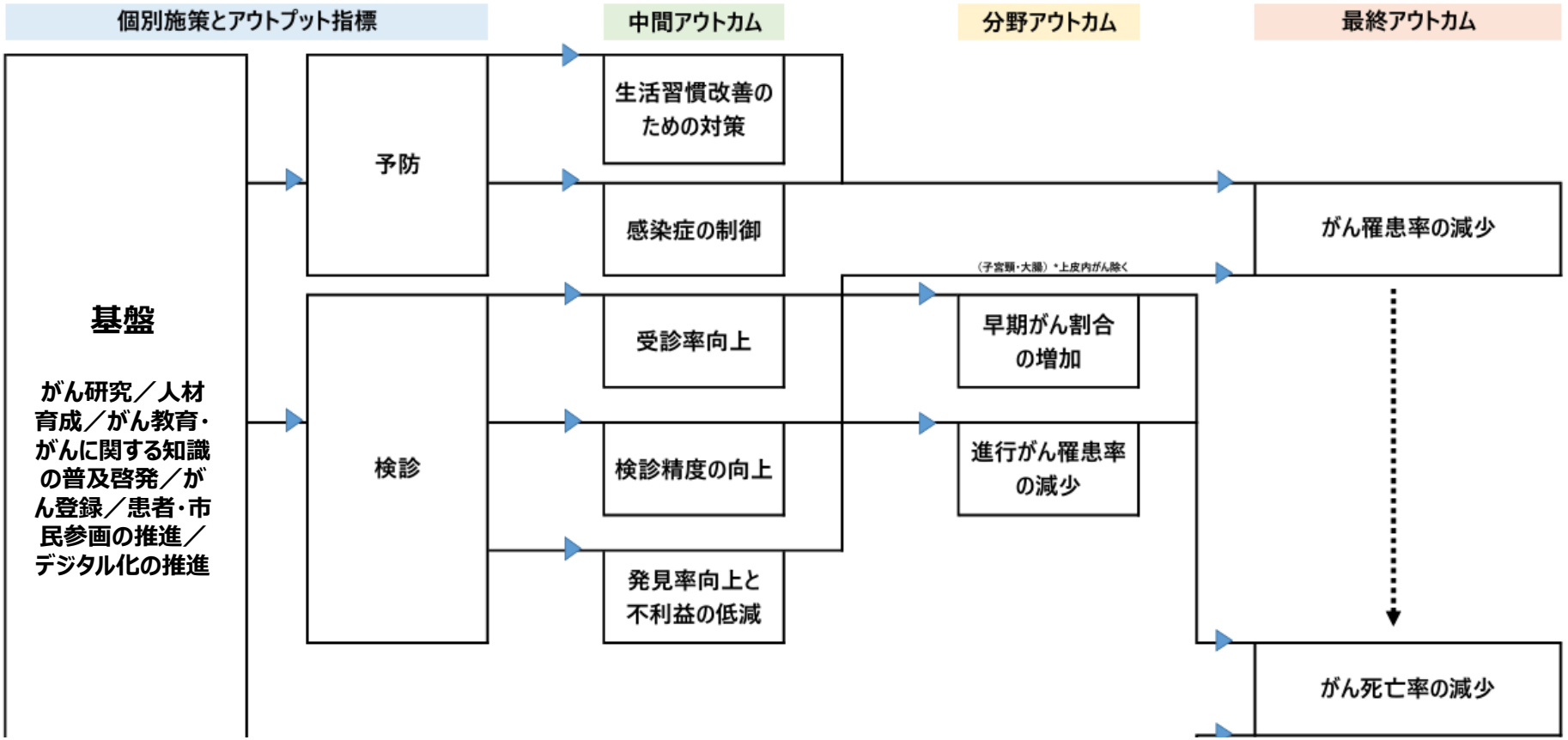
プログラムで行うこと
（例：教育、食事の提供、指導）

その成果

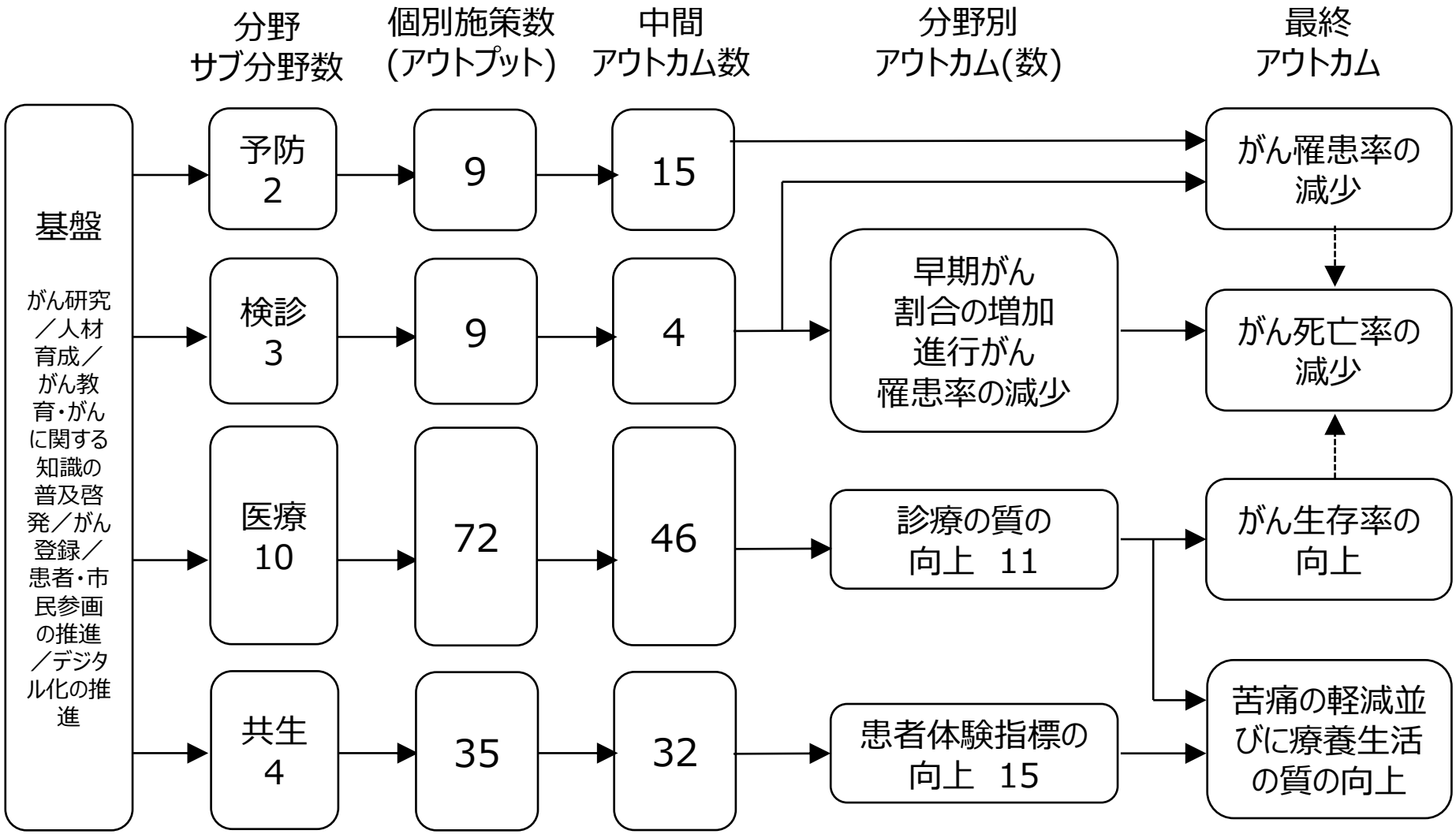
プログラム活動の直接の成果
どれだけの活動が提供されたか
（例：教育を受けた人数、講義回数など）

プログラムによって対象者にもたらされた利益
プログラムによって何が変わったのか（例：知識の変化、態度の変化）

ロジックモデル


個別施策とアウトプット指標
中間アウトカム
分野アウトカム
最終アウトカム
基盤
がん研究／人材育成／がん教育・がんに関する知識の普及啓発／がん登録／患者・市民参画の推進／デジタル化の推進
予防
検診
生活習慣改善のための対策
感染症の制御
受診率向上
検診精度の向上
発見率向上と不利益の低減
早期がん割合の増加
進行がん罹患率の減少
（子宮頸・大腸）＊上皮内がん除く
がん罹患率の減少
がん死亡率の減少

第4期がん対策推進基本計画　ロジックモデル
基本ロジックモデル



指標を設定して、評価につなげる

■ 指標は、公開されたデータソースがあり、適切な目標値の設定と評価が可能なものを中心に検討する。

指標のデータソース

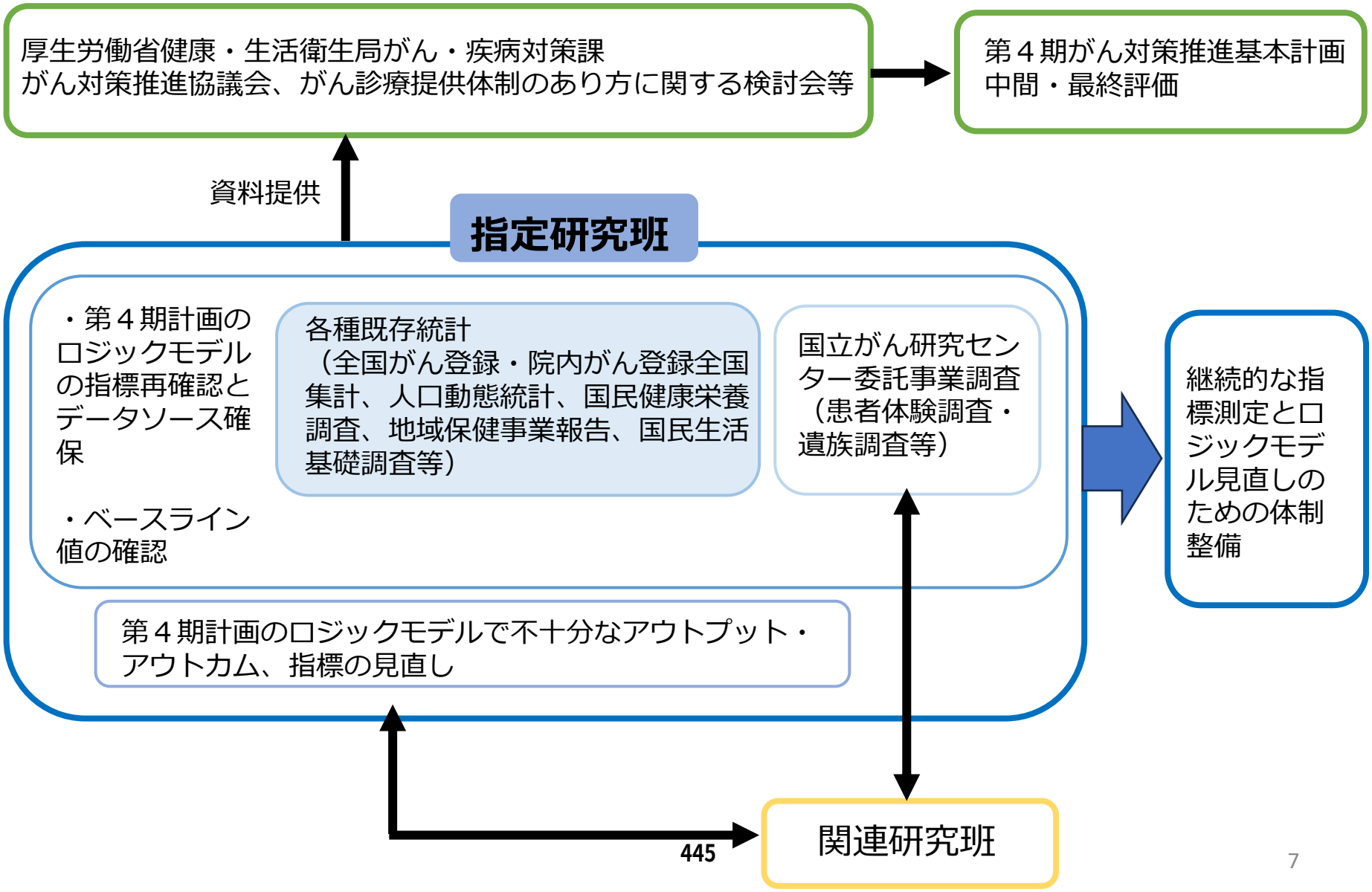
- 通常指標（死亡率、罹患率、喫煙率、検診受診率）
  - がん登録（全国がん登録、院内がん登録全国集計等）
  - その他の既存統計
    人口動態統計・国民健康栄養調査・地域保健事業報告・国民生活基礎調査等
- 患者体験指標（満足度、痛み、不安）
  【Patient Reported Outcome (PRO)】
  - 患者体験調査
  - 遺族調査

■ 都道府県単位で評価ができる指標が望ましい。
■ 必要に応じて、格差を検討する（地域、施設、特性別）。
■ 全体の指標数について、管理可能な数にとどめる。

第4期がん対策推進基本計画指標一覧　分野別アウトカム

分野	#	再掲	指標	3期	データソース
1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実					
分野別アウトカム指標	100001		がん種別年齢調整罹患率（胃・大腸・肺・女性乳房・喫煙関連がん）	1004	全国がん登録
	100002		がん種別年齢調整罹患率（肝・ATL・子宮頸部）	1004	全国がん登録
	100003		検診がん種別早期がん割合	-	全国がん登録
	100004		検診がん種別進行がん罹患率	-	全国がん登録
2．患者本位で持続可能ながん医療の提供					
分野別アウトカム指標	200001		がんの診断・治療全体の総合評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査
	200002		小児がん患者のがんの診断・治療全般の総合評価（平均点又は評価が高い割合）	2005	小児患者体験調査
	200003		若者がん患者のがんの診断・治療全体の総合評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査
	200004		一般の人が受けられるがん医療は数年前と比べて進歩したと思う患者の割合	2003	患者体験調査
	200005		治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合	-	患者体験調査
	200006		身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3012	患者体験調査
	200007		精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3013	患者体験調査
	200008		療養生活の最終段階において、身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3015	遺族調査
	200009		療養生活の最終段階において、精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3016	遺族調査
	200010		在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	3033	遺族調査のサブグループ解析（全死亡のうち在宅死亡）
	200011		希少がんについて、担当した医師ががんについて十分な知識や経験を持っていたと思う患者の割合	2083	患者体験調査
3．がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築					
分野別アウトカム指標	300001		がん相談支援センターを利用したことのある人が役に立ったがん患者の割合	-	患者体験調査
	300002		ピアサポートを利用したことがある人が役に立ったがん患者の割合	-	患者体験調査
	300003	再掲	家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合	3022	患者体験調査
	300004	再掲	治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合	-	患者体験調査、小児患者体験調査
	300005		がんの新しい治療法に関する情報の中には、十分な科学的根拠がなく、注意を要するものがあると思う人の割合	-	世論調査
	300006		望んだ場所で過ごせたがん患者の割合	3034	遺族調査
	300007	再掲	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	3033	遺族調査のサブグループ解析（全死亡のうち在宅死亡）
	300008		治療費用の負担が原因で、がんの治療を変更・断念したがん患者の割合	-	患者体験調査
	300009		金銭的負担が原因で生活に影響があったがん患者の割合	-	患者体験調査
	300010	再掲	がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合	3002	患者体験調査
	300011		身体的・精神心理的な苦痛により日常生活に支障を来しているがん患者の割合	3014	患者体験調査
	300012		がん患者の自殺数	3050	革新的がん自殺研究推進プログラム
	300013		がんであることを話せる割合	-	世論調査
	300014		がん治療前に就学していた者のうち、「がん治療のために患者が転校・休学・退学したと回答した人」以外の割合	-	小児患者体験調査
	300015		人生をまっとうしたと感じていた患者の割合	-	遺族調査のサブグループ解析（仮）*9

検討体制

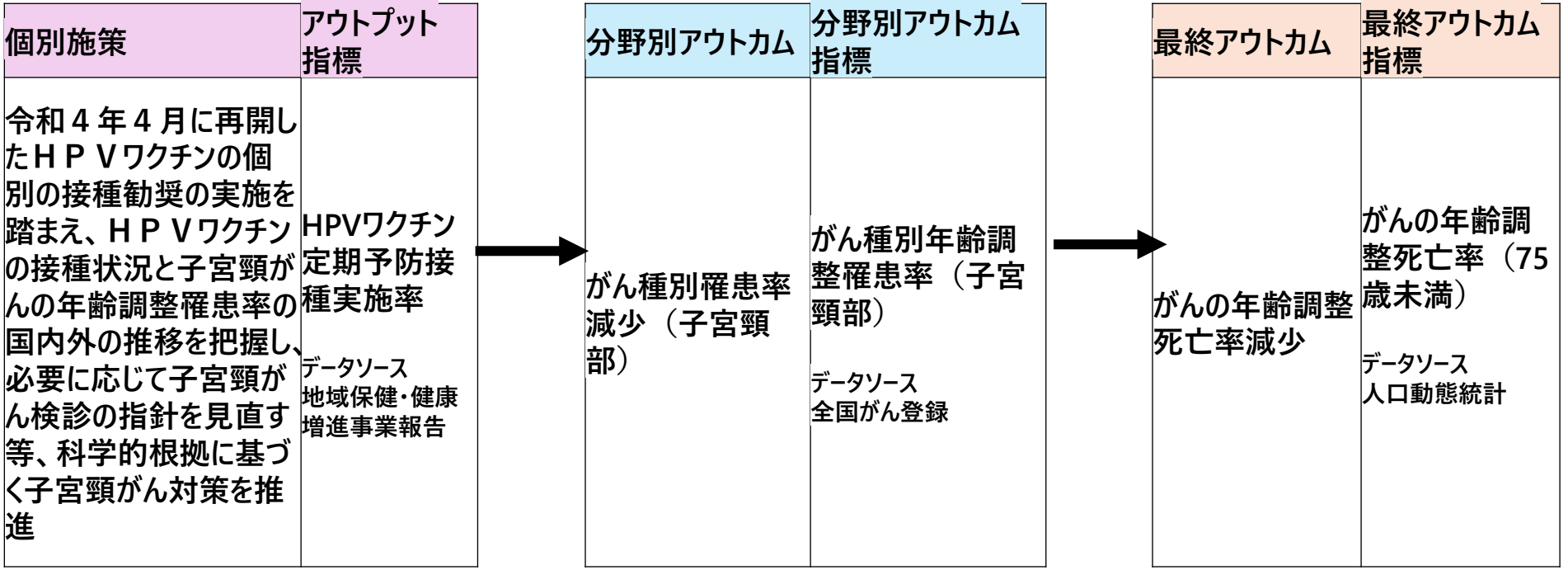

厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課
がん対策推進協議会、がん診療提供体制のあり方に関する検討会等
第４期がん対策推進基本計画
中間・最終評価
資料提供
指定研究班
・第４期計画のロジックモデルの指標再確認とデータソース確保
・ベースライン値の確認
各種既存統計
（全国がん登録・院内がん登録全国集計、人口動態統計、国民健康栄養調査、地域保健事業報告、国民生活基礎調査等）
国立がん研究センター委託事業調査
（患者体験調査・遺族調査等）
継続的な指標測定とロジックモデル見直しのための体制整備
第４期計画のロジックモデルで不十分なアウトプット・アウトカム、指標の見直し
445
関連研究班

ロジックモデルのベースライン時指標測定状況（2024年６月末現在）

分野	アウトプット指標	中間アウトカム指標	分野別アウトカム指標
１．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実	100%	36.8%	25%
２．患者本位で持続可能ながん医療の提供	81.9%	71.7%	100%
３．がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築	82.9%	100%	100%
４．これらを支える基盤の整備	90.5%	90.9%	なし

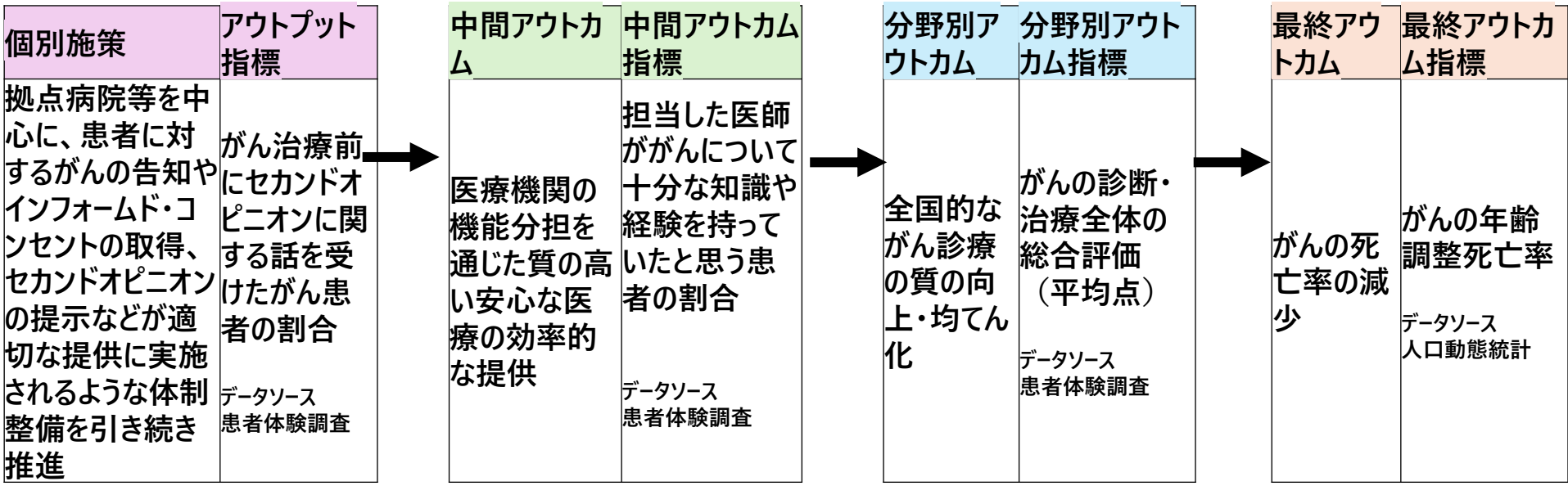
未測定の箇所の主な理由：
・調査実施中（国民健康・栄養調査等）
・関連厚労科研で検討中
・全国がん登録、院内がん登録、NDBなど、利用申請中

ロジックモデルとベースライン指標測定値（例）
一次予防：感染症対策



ベースライン	37.4％	13.9（人口10万対）	2.6（人口10万対）
中間評価			
最終評価			

ロジックモデルとベースライン指標測定値（例）
均てん化と集約化：医療提供全般



ベースライン	34.9％	78.7％	7.9点	67.4（人口10万対）
中間評価				
最終評価				

ロジックモデルとベースライン測定値（例）
医療提供体制等：緩和ケア

個別施策	アウトプット指標	中間アウトカム	中間アウトカム指標	分野別アウトカム	分野別アウトカム指標	最終アウトカム	最終アウトカム指標
拠点病院等を中心とした医療機関において、がん医療に携わる全ての医療従事者により、がん患者の身体的苦痛や、がん患者やその家族等の精神心理的苦痛、社会的な問題等の把握及びそれらの個別の状況に応じた適切な対応が、地域の実情に応じて、診断時から一貫して行われる体制の整備を推進	拠点病院等の緩和ケアチーム新規診療症例数 データソース 現況報告書	苦痛に対する適切なケア・治療の普及（緩和ケアチームの質向上）	医療者はつらい症状にすみやかに対応していたと感じる割合 データソース 患者体験調査	患者・家族のQOL向上（苦痛の緩和）	身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合 データソース 患者体験調査	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合 データソース 患者体験調査
ベースライン 157,180例		75％		55.4%		70.5%	
中間評価							
最終評価							

今後のスケジュール

- 未測定のベースライン時指標の測定
  - Ｒ６年度の現況報告書、国民健康・栄養調査で測定

- 中間評価時指標の公表予定
  - 成人患者体験調査：R6に報告（R5調査実施済）
  - 小児患者体験調査：R7に報告（R6調査実施予定）
  - 遺族調査：R6に報告（R5調査実施済）

現時点での課題

- がん医療提供体制等の指標については、現況報告書だけでなく、院内がん登録による情報の活用を検討
- 既存データソースでの指標把握方法・データソースの検討（例：指針に基づくがん検診）
- ほぼ100%となる、拠点病院の指定要件になっている指標の見直し
- 中間評価、最終評価の測定値の時期の確認
- 都道府県レベルでの測定値の算出

常に、最終アウトカムにつながる指標かどうかを念頭に評価を行っていく

第90回がん対策推進協議会	資料2
令和6年8月5日	

第90回がん対策推進協議会
2024年8月5日15:00-17:00

誰一人取り残さないがん対策における格差のモニタリングと要因解明に資する研究

大阪医科薬科大学　総合医学研究センター　医療統計室
室長・准教授　伊藤ゆり

本報告は以下の厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究）研究班の研究に基づく
「誰一人取り残さないがん対策における格差のモニタリングと要因解明に資する研究」（研究代表者：伊藤ゆり）

大阪医科薬科大学
Osaka Medical and Pharmaceutical University

Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

本日の内容

- 誰一人取り残さないがん対策とは→「健康格差」とは
  - 諸外国のがん対策における「健康格差」
- 誰が取り残されているのか？→評価の視点（個人・地域）
  - 日本における格差のモニタリング事例
- がん対策のどこで取り残されているのか？
  - ロジックモデルの評価指標における健康格差のモニタリングの可能性
- 日本におけるがんの格差の要因分析→格差の縮小に向けて

Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

健康格差とは

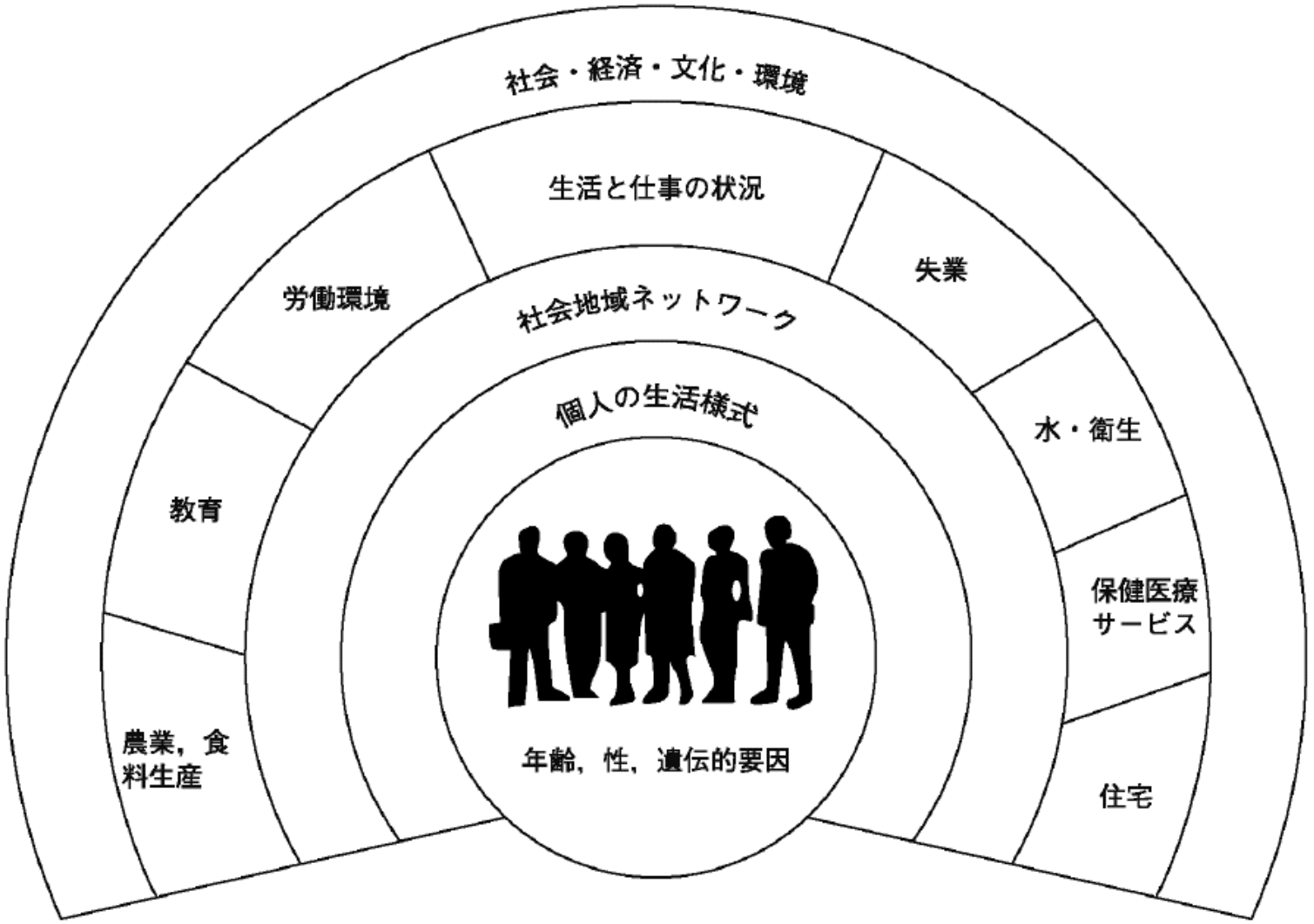
日本
- あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、健康格差（**地域や社会経済状況の違いによる集団間の健康状態の差**をいう）の縮小を実現する。（健康日本21）
https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_01.pdf

米国
- Healthy People 2030は健康格差（Health Disparity）を**社会的、経済的、環境的な不利と密接に関係する特定の健康状態における差**と定義する。健康格差は人種や民族、宗教、社会経済的地位、性別、年齢、精神衛生状況、認知・知覚・身体的障害、性的指向や性自認、地理的位置、その他歴史的に差別や排除につながる特性に基づいて健康に対して体系的に大きな支障をきたしてきた集団に対して、悪影響を与える。（Healthy People 2030）
https://health.gov/healthypeople/priority-areas/health-equity-healthy-people-2030

英国
イングランド
- 健康格差（Health inequalities）とは、**社会の中での社会的、環境的、経済的状態の不平等な分布により生じる集団、住民、個人間の健康状態における予防可能で不平等かつ不当な差**のことであり、それは、人々が病気になるリスクや、疾病を予防する能力、また、病気になった際に、行動を起こし、治療にアクセスする機会を規定するものである。（NHS）
https://www.england.nhs.uk/about/equality/equality-hub/resources/

Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

健康の社会的決定要因（Social Determinants of Health: SDH）



藤野善久．近藤克則. 日本公衛誌 2011. 58(4)300-305より

原典： Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm.

Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

諸外国のがん対策における「健康格差」

- 対象
  - G7各国（日本以外）
  - 国レベルのがん計画とその評価指標に関する文書（2024年1月時点の最新版）
- 方法
  - スコーピングレビュー
  - がん対策の概要
  - 格差全般に関する記載
  - がん計画と健康格差のモニタリングに関する記載

	Cancer Moonshot
	Healthy People 2030
	NHS Long Term Plan (NHS Cancer Programme)
	Australian Cancer Plan
	Canadian Strategy for Cancer Control
	Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 (Ten-year cancer control strategy 2021-2030)
	Nationaler Krebsplan (National Cancer Plan)

研究協力者・西尾麻里沙（京都大学・国立がん研究センター）

Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

諸外国のがん対策における「健康格差」:まとめ

- G7各国のがん計画には格差対策の重要性や多様な切り口でのモニタリングの必要性が記載されている文書が多かった。
- 格差に関する実際のモニタリングは、イギリスのIMDの他は**層別化**に留まっていた。アメリカは、Healthy People 2030としては多様な格差指標を提供していたが、がん領域では層別化に留まっていた。
- 層別化の切り口は多様で、性別、人種・民族、居住地域の他、障害の有無や言語的困難、収監、学習習熟度別なども見られた。
- 日本が見習うべき点として、IMDのような地域指標によるモニタリング、多様な切り口での層別化、格差とその対策の必要に関する詳細な記載があると考えられる。

各国のがん計画における格差対策の特徴

	(Healthy People 2030)全体としては格差対策に力を入れているが、がん領域に限ると格差の視点は少ない。多様な層別化のモニタリングはある
	(Cancer Moonshot)COVID-19パンデミックによるがん検診の格差拡大を懸念
	格差指標としてIMD*を月1回モニタリング
	先住民が計画の中心
	先住民が計画の中心。先住民ごとに異なる目標を設定
	主要目標に「すべての人に恩恵をもたらす」を含め、格差対策の重要性を詳細に記載
	格差対策関連の目標はあるものの、具体的なモニタリングや対策は実施していない

*IMD(Index of Multiple Deprivation)
地域間の相対的な困窮度と不利益のレベルを測る指標(詳細は参考資料①参照)

研究協力者・西尾麻里沙(京都大学・国立がん研究センター)

Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

誰が取り残されているのか？

- 健康格差＝集団間の健康状態（各種アウトカム指標）の差をみる
- 集団の比較の視点

個人・世帯の属性		地域の属性			
個人 • 性別 • 年齢 • 人種・国籍 • 職業 • 雇用形態 • 教育歴 • 婚姻状況 • 障害の有無	世帯 • 収入 • 家族構成 • 加入保険 • 住居の状況	国 country • 発展度合 • GDP per capita • HDI: Human Development Index	都道府県 prefecture	市区町村 municipality	小地域 neighborhood
			地域指標 • 社会経済指標（Area Deprivation Index） • 都会度（Rural/Urban Index） • 利便性（Walkability Index） • 医療へのアクセシビリティ （医療機関の数、距離、時間）		





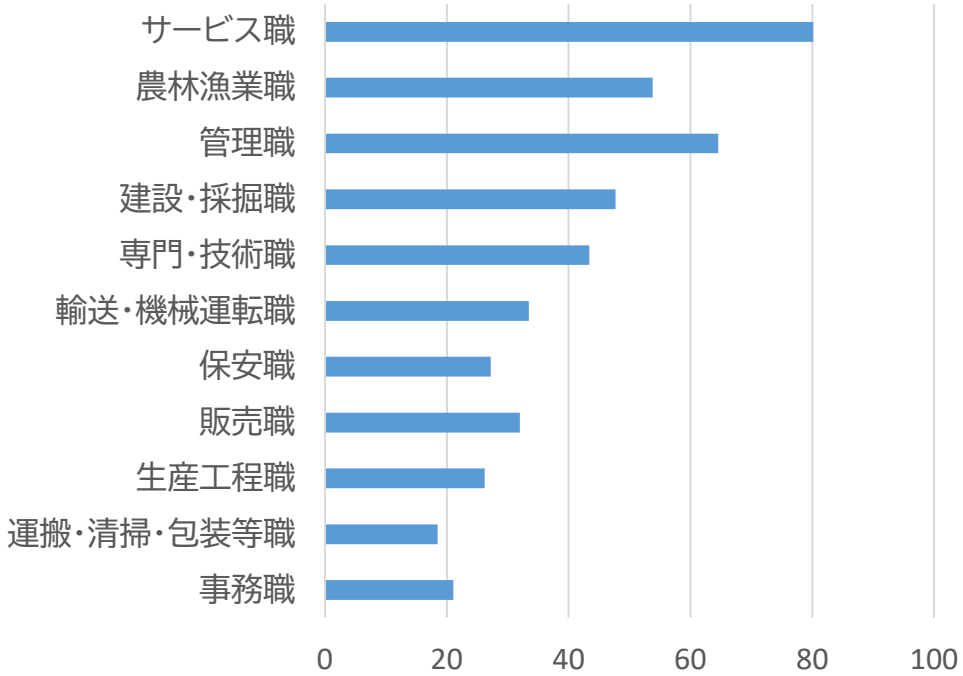
Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

日本におけるがんの格差のモニタリング

Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

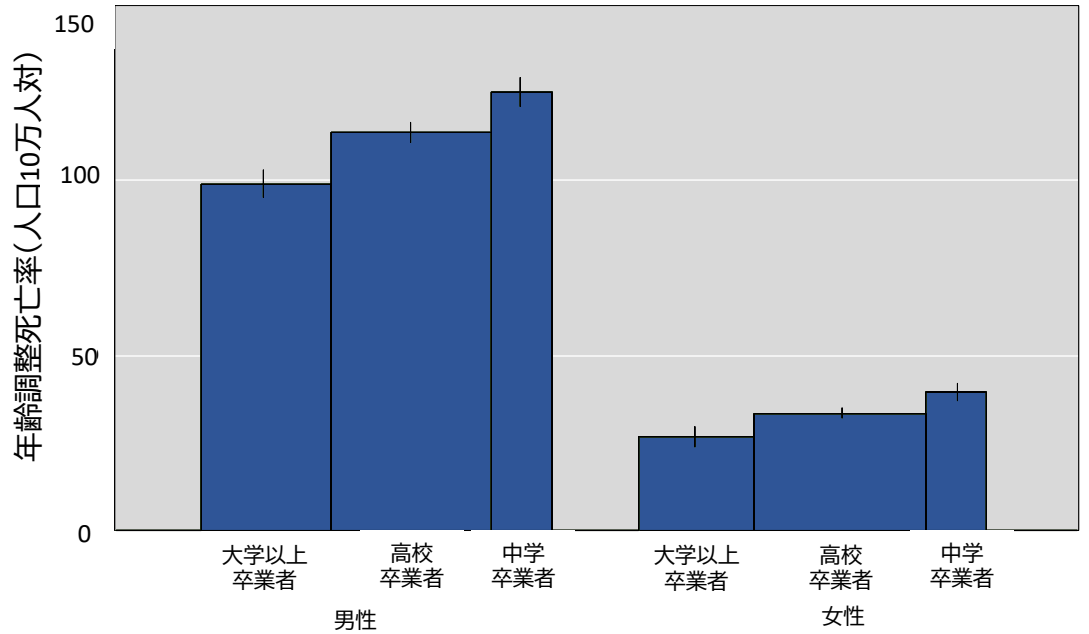
個人の属性(職業・教育歴)による死亡率の格差

- 職業別全がん死亡率 Tanaka H. et al. Environ Health Prev Med. 2020
  - 人口動態特殊統計(2015年度)5年に1回
  - 死亡時職業



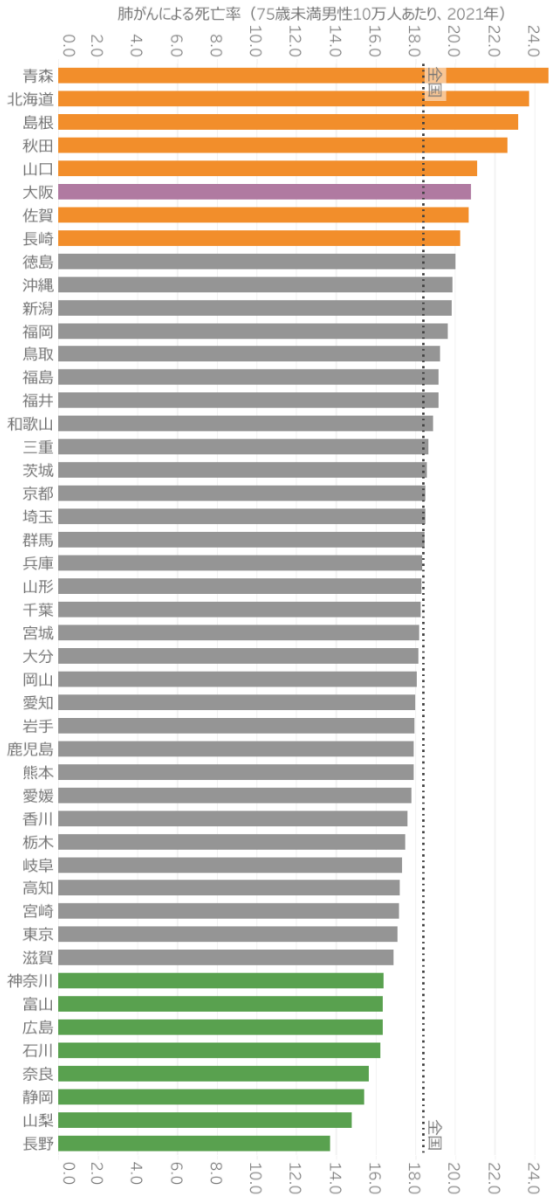
25-64歳男性の年齢調整死亡率(人口10万人対)

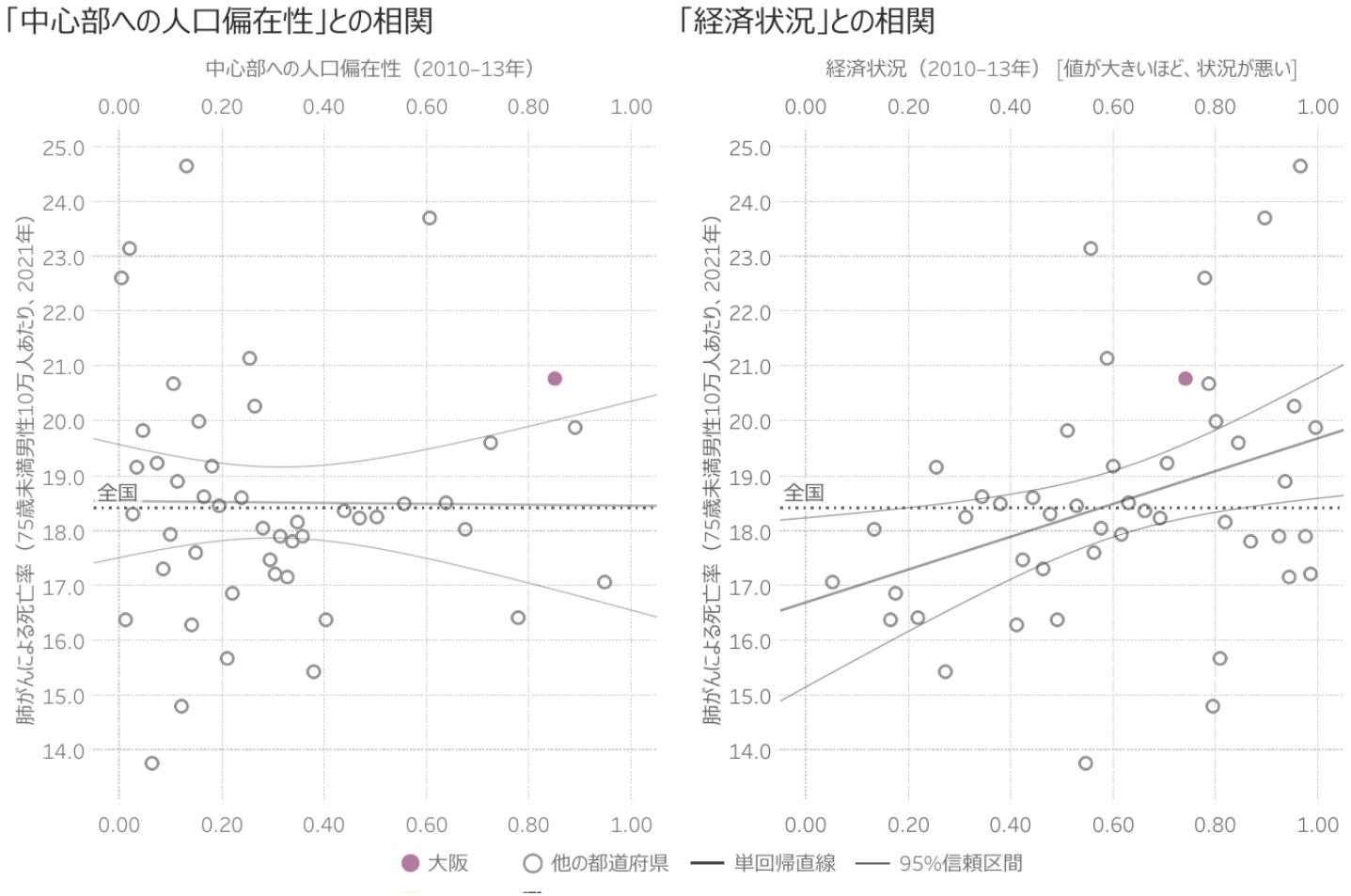
- 教育歴別死亡率 Tanaka H. et al. IJE. 2024
  - 国勢調査(2010年)と人口動態統計(2010-2015年)のリンケージ
  - 人口全体の10%



Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

地域の属性による肺がん死亡率の格差：都道府県別





利点
- 全住民のデータであることが多い
- 豊富な統計情報

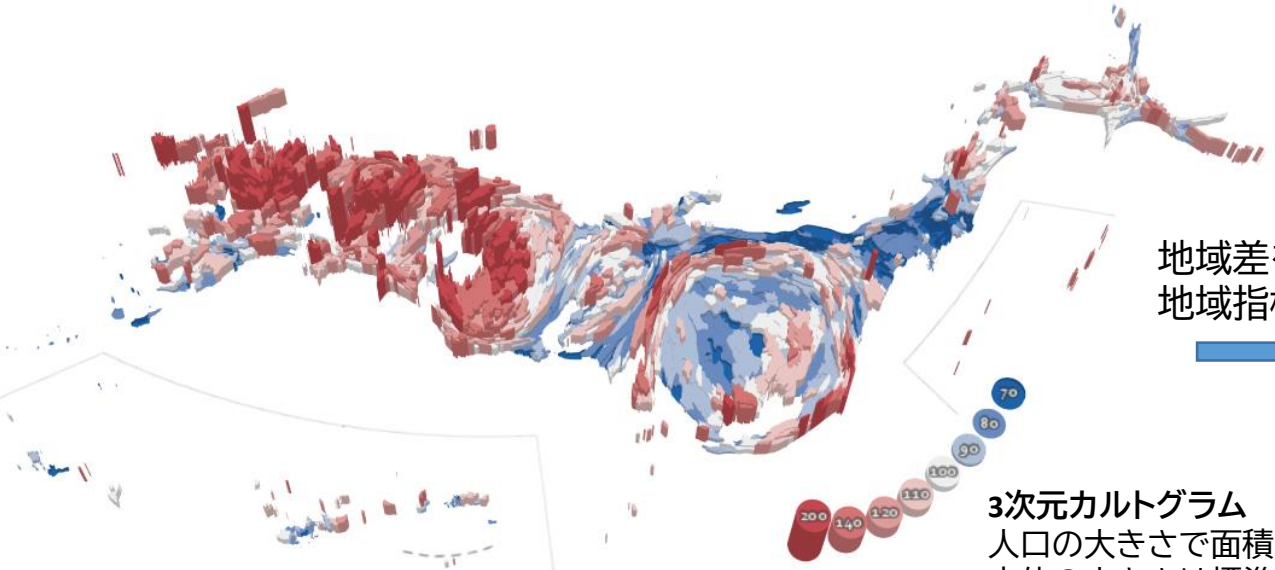
欠点
- 大きすぎる地理単位
- 都道府県内の格差はモニタリングできない
- 都道府県のがん対策には自県の位置づけを確認する程度

都道府県別がん統計ダッシュボード
https://wellbeing-datascience.com/data-viz/cross-prefecture/ **461**

中心部への人口偏在性：「人口集中地区の人口比率」「住戸面積」「住宅保有割合」「高齢者がいる世帯の割合」の四つの統計指標を主成分分析によってまとめた指標。0から1までの値を取るように基準化している。値が大きいほど、人口が偏在している。

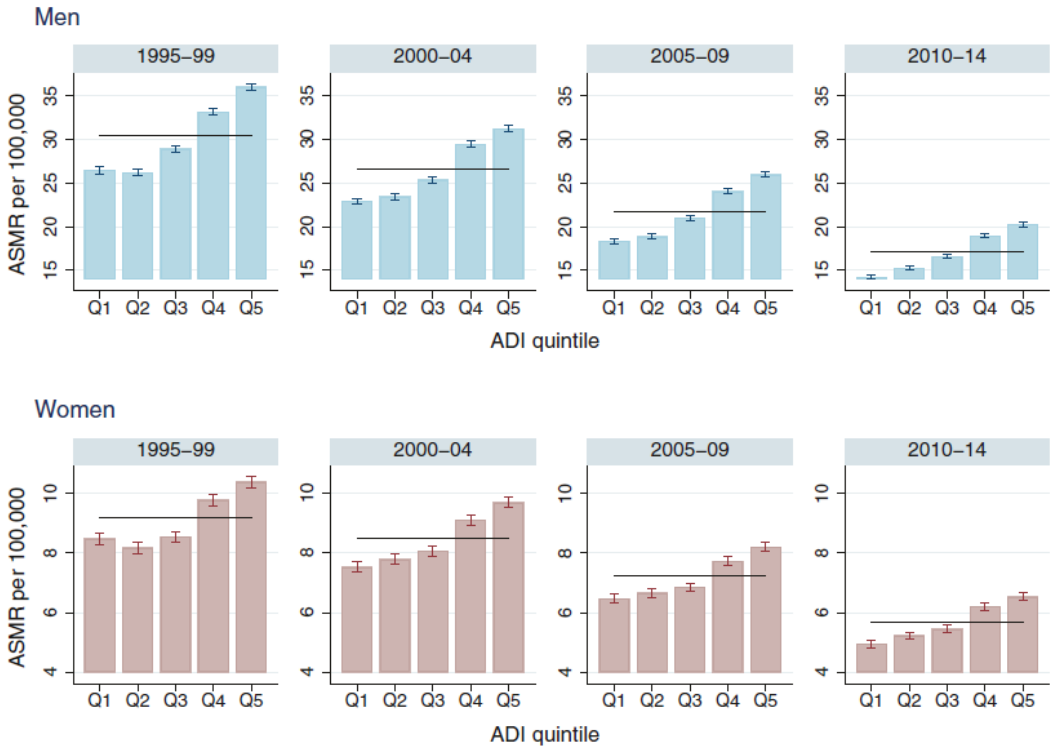
経済状況：「失業率」「サービス業就業率」「若年無業者割合」「県民所得」「母子父子世帯割合」の五つの統計指標を主成分分析によってまとめた指標。0から1までの値を取るように基準化している。値が大きいほど、状況が悪い。 **片岡葵他(2023) 厚生の指標. 70(6)9–15**

地域の属性による肝がん死亡率の格差：市区町村別



地域差を
地域指標で比較

3次元カルトグラム
人口の大きさで面積を近似
立体の大きさは標準化死亡比



市区町村別肝がん死亡の標準化死亡比2010-14年

利点
- 全住民のデータである
- 毎年計測可能
- 比較的地理単位が小さい
- 都道府県内格差も計測できる
- 都道府県の対策に活用可能

欠点
- 市区町村合併
- 市区町村の規模が異なる
- 市区町村単位で収集している統計が少ない

462

肝がん年齢調整死亡率（ASMR）の市区町村別地理的剥奪指標（Area Deprivation Index: ADI*）との関連（Q1: 最も裕福～Q5: 最も困窮）

困窮度の高い地域における肝がん死亡が高い

Nakaya T and Ito Y. The Atlas of Health Inequalities in Japan. Springer. 2020

人口動態統計と国勢調査より

*ADIについては参考資料を参照

がん対策のどこで取り残されているのか？

Cancer Control Continuum（がん対策の連続性）の様々な部分に格差が生じている。

例）2005年時点の米国における子宮頸がん対策の格差のエビデンス一覧

Domains of social inequality	Prevention	Etiology	Screening	Diagnosis	Access to clinical trials	Treatment	Survival	Morbidity	Mortality
Race or ethnicity and racism	3		5[a]	4		2	4[a]	1	2
Socioeconomic position	1		4	3			1		1
Sex			3						
Sexuality		1	1						
Age				3		2			
Language			1						
Literacy	1								
Disability			2	1					
Immigrant status	4		9	1					
Insurance status			1	4			1		
Geography							1	1	1
Housing status			1						

[a] Contradictory evidence.

Source: reprinted from Newmann and Garner (2014) by permission from Springer Nature and adapted from Krieger (2005) by permission from Springer Nature.

※表中の数値は論文の数。

Newmann SJ et al. Cancer Cause & Control. 2005 https://link.springer.com/article/10.1007/s10552-004-1290-y

Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

「誰一人取り残さないがん対策における格差のモニタリングと要因解明に資する研究」班（代表：伊藤ゆり）

誰一人取り残さないがん対策の推進

予防	検診	医療	共生	アウトカムの改善 格差縮小
たばこ, HPV	検診受診率	標準治療 医療アクセス	緩和ケア, 就労支援 経済毒性	死亡率, 罹患率, 生存率, QOL

I. 格差のモニタリング	A. 各指標の社会経済的要因による格差の計測可能性の判断および計測方法の提示	B. 格差が計測できていない指標に関して、計測方法の提案および検証
II. 格差の要因分析	A. 格差が特に大きい集団の特定およびその要因の分析	B. 格差縮小につながる介入の検討

使用するデータ

国民生活基礎調査 国民健康栄養調査 多目的コホート研究（JPHC）	国民生活基礎調査 豊中市、大阪市、神戸市等	院内がん登録＋DPC 臓器別がん登録（NCD） 商用データベース（JMDC、MDV）	患者体験調査 苦痛のスクリーニング 神戸市ヘルスケアデータ	全国がん登録 人口動態統計 患者体験調査

関連研究班との連携

「がん対策推進基本計画におけるロジックモデルの構築・改善に関する研究（指定研究）」（代表：井上、分担：澤田）
「がん対策推進基本計画の進捗管理に資する評価指標の実装に向けた研究（23EA1007）」（代表：澤田、分担：伊藤）
「がん診療連携拠点病院等におけるがん診療の実態把握に係る適切な評価指標の確立に資する研究（22EA1005）」（代表：藤）
「がん対策の年齢調整死亡率・罹患率に与える影響と要因に関する研究（23EA1009）」（代表：片野田、分担：伊藤・福井）

関連学会・団体との連携

全国がん患者団体連合会
各種がん関連学会
（日本癌学会、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会、日本がん疫学分子疫学研究会等）

日本のCancer disparity grid　◎全住民で可　〇全国(サンプリング)で可　△一部地域・調査で可

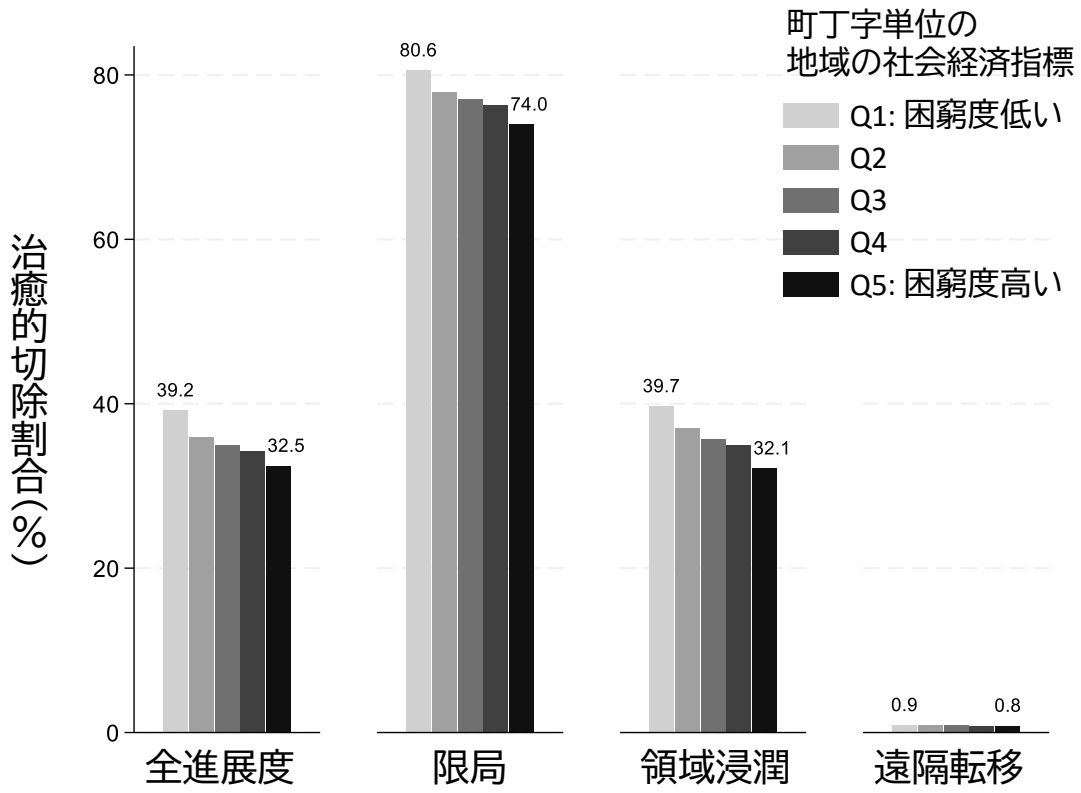
社会経済的要素		予防			検診				医療					共生			アウトカム			
		喫煙率	身体活動	HPVワクチン	検診受診率 地域	検診受診率 職域	精検受診率 地域	精検受診率 職域	標準治療	臨床試験	ゲノム検査	緩和ケア	就労継続	経済毒性	患者満足度	生存率	罹患率	死亡率
個人・世帯	性別	〇	〇	ー	〇		△	△	△	×	×	△	〇	〇	〇	◎	◎	◎
	年齢	〇	〇	△	〇		△	△	△	×	×	△	〇	〇	〇	◎	◎	◎
	人種・国籍	×	×	×	×		×	×	×	×	×	×	×	×	×	?	?	◎
	教育歴	〇	〇	×	〇		×	×	×	×	×	×	△	△	△	×	×	〇
	職業	〇	〇	×	〇		×	×	×	×	×	×	△	△	△	×	×	〇
	雇用形態	〇	〇	×	〇		×	×	×	×	×	×	△	△	△	×	×	×
	所得・収入	〇	〇	×	〇		×	×	×	×	×	×	△	△	△	×	×	×
	保険種別	〇	〇	×	〇		×	×	△	×	×	△	△	△	△	×	×	×
	障害	〇	〇	×	〇		×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	△	×
地域	社会経済指標	〇^{p}	〇^{p}	△^{c}	◎^{m}	×	◎^{m}	×	△^{c}	〇^{p}	△^{p}	△^{c}	〇^{p}	〇^{p}	〇^{p}	◎^{c}	◎^{c}	◎^{c}
	都会度	〇^{p}	〇^{p}	△^{c}	◎^{m}	×	◎^{m}	×	△^{c}	〇^{p}	△^{p}	△^{c}	〇^{p}	〇^{p}	〇^{p}	◎^{c}	◎^{c}	◎^{c}
	ウォーカビリティ	×	×	△^{c}	◎^{m}	×	◎^{m}	×	△^{c}	×	×	△^{c}	×	×	×	◎^{c}	◎^{c}	◎^{c}
	医療アクセス	〇^{p}	〇^{p}	△^{c}	◎^{m}	×	◎^{m}	×	△^{c}	〇^{p}	△^{p}	△^{c}	〇^{p}	〇^{p}	〇^{p}	◎^{c}	◎^{c}	◎^{c}

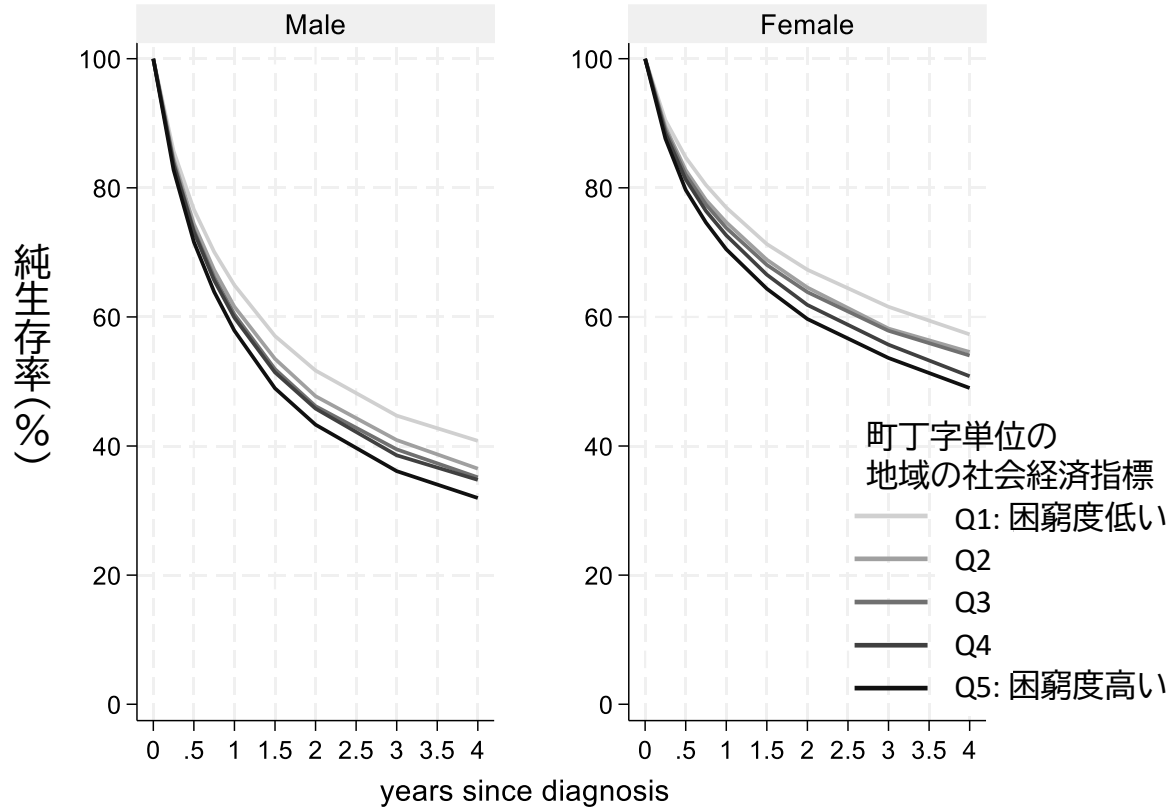
p: Prefecture　都道府県単位　m: municipality 市区町村単位　c: cho-aza 町丁字/郵便番号

がん対策における格差の要因分析

Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

肺がん治療の社会経済指標による格差と純生存率への影響





- 全国がん登録2016～2019年診断症例の最大4年フォローアップデータ
- 困窮度が高い地域の患者ほど治癒的切除を受けておらず、生存率も低い
- 媒介分析では4年生存への治癒的切除の格差の説明要因は大きくない
- 医療アクセスや合併症の有無の影響などの検討が必要

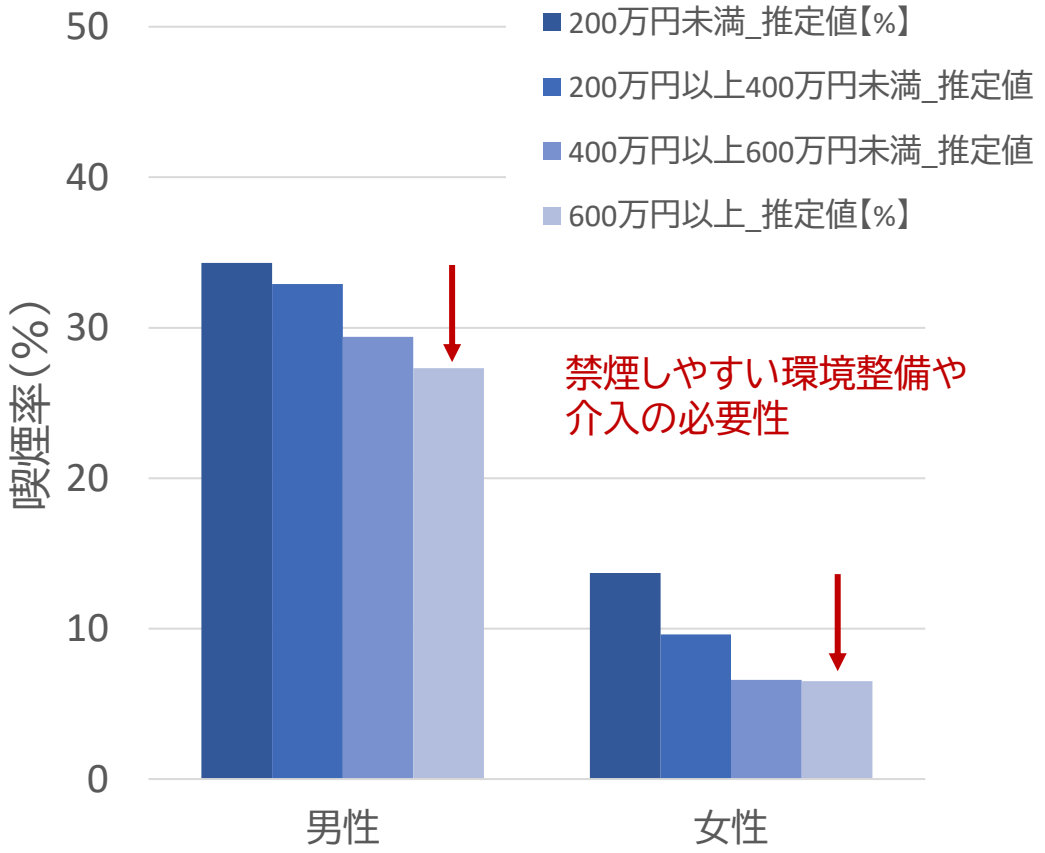
花房真理子他. 日本疫学会2024

基盤研究A19H01076分担研究より

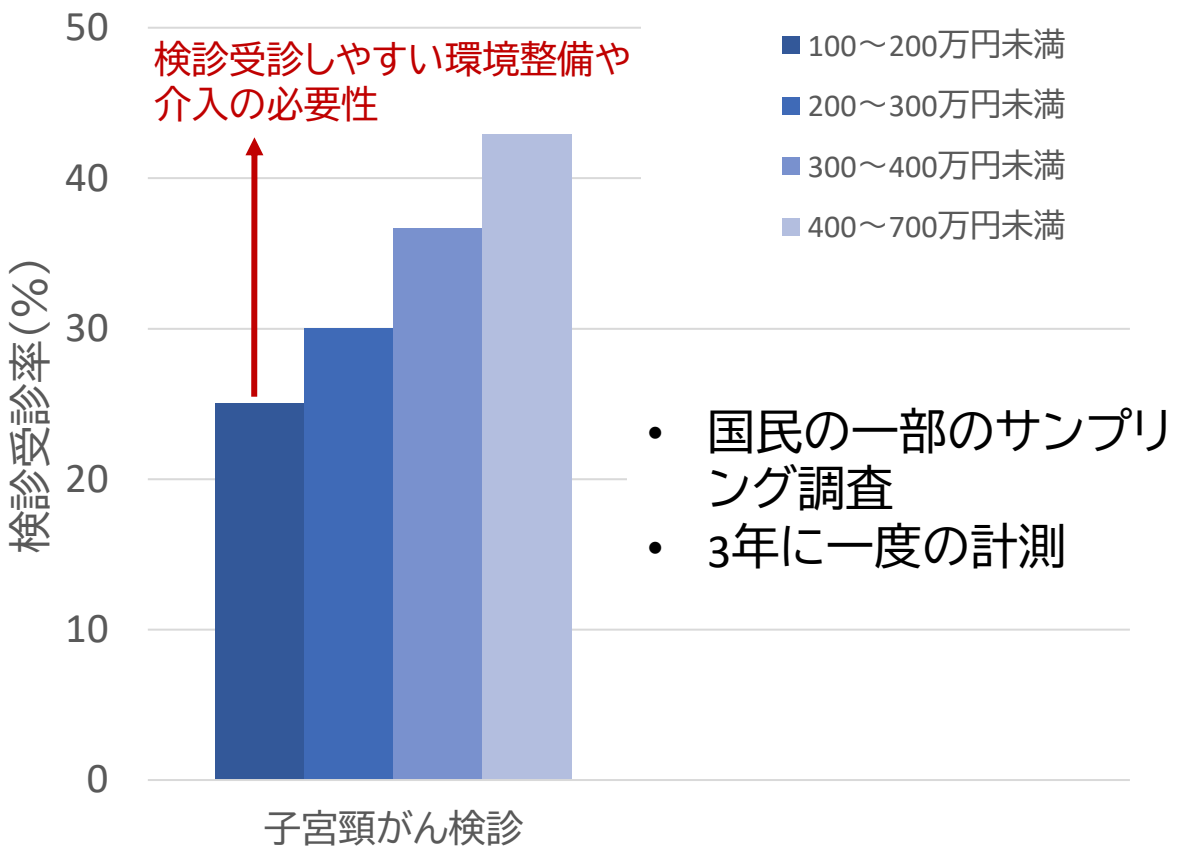


Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

中間アウトカム指標における喫煙率・検診受診率の格差



- 世帯収入別喫煙率
- 国民健康・栄養調査2018年



- 国民の一部のサンプリング調査
- 3年に一度の計測

- 世帯人員1人当たり所得別 子宮頸がん検診受診率
- 国民生活基礎調査2022年

Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

まとめ

- 第4期計画の全体目標「誰一人取り残さないがん対策の推進」を達成するために、「誰が」「どこで」取り残されているのかをモニタリングし、要因の分析を行うことで格差縮小の手立てを考える資料とする
- ロジックモデルの各指標において、「健康格差」の視点によるモニタリングの可能性について整理し、紹介した
- 個人・世帯の指標はサンプリング調査ベースの統計に多く、住民全体の統計では地域指標での格差のモニタリングが可能である
- どのような社会経済指標で層別化したモニタリングをしていくか、班員、協議会委員、関連学会、患者団体とのDiscussionが必要である
- 中間評価時（R7年度）に各種計測可能な社会経済指標による格差の評価を行えるよう、データを整えていく

Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

参考資料

①諸外国のがん計画における格差対策
②ロジックモデルにおける格差の計測可能な各種指標の整理
③日本におけるがんの格差のモニタリング～地域指標と事例～







Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

参考資料①

諸外国のがん計画における格差対策

大阪医科薬科大学
Osaka Medical and Pharmaceutical University
Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

諸外国のがん対策における「健康格差」：英国

がん計画名	NHS Long Term Plan（NHS Cancer Programme）
概要	・NHS Long Term Planのうち、がんに関するambitions（主要な目標）の実現を主導。
主要な目標	・2028年までに、毎年55,000人以上が、診断後少なくとも5年間はがんから生還する。 ・2028年までに、ステージ1と2で診断される患者の割合は、半数強から4分の3に増加する
健康格差の視点	私たちが生まれ、育ち、生活し、働き、年を重ねる社会的・経済的環境、そして私たち自身や家族のために下す決断は、（中略）私たちの健康に大きな影響を与える
格差があると特筆している集団特性	性別、居住地域、学習障害、精神疾患、ホームレスなど多数
モニタリングしている集団特性	年齢、性別、エスニシティ、剥奪指標（Index of Multiple Deprivationに基づき、五分位数1が最も剥奪された20%の地域）ごと ※IMD：イングランドにおける地域間の相対的な貧困と不利益のレベルを測定する公式指標。最新版は2019年。 ・IMDは7つのドメインから構成される：低所得家庭の割合、就業および長期失業者の割合、学業達成度、早死と障害による健康の損失、犯罪発生率、住宅の質、屋内外の環境。これらの領域から得られるデータを統合して、郵便番号ごとなどで各地域の総合的なスコアを計算する。

研究協力者・西尾麻里沙（京都大学・国立がん研究センター）

Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

諸外国のがん対策における「健康格差」：米国

がん計画名	Healthy People 2030
概要	すべての人々の健康を向上させ、健康格差を改善するための国家的な健康促進と疾病予防の取組をまとめた戦略。がんは領域の一つ。
主要な目標	（がん領域抜粋）がんによる死亡率を全体的に低下させる／女性乳がん死亡率減少／大腸がん死亡率減少／乳がん・子宮頸がん検診を受ける女性の割合増加など
健康格差の視点	（がん領域抜粋）がんによる死亡率はここ数十年で減少しているが、米国では毎年60万人以上ががんで死亡している。死亡率は、一部のがんや一部の人種的／民族的マイノリティグループでより高い。 このような格差は、教育、経済状態、医療へのアクセスなど、健康の社会的決定要因に関連していることが多い。
格差があると特筆している集団特性	性別、人種・民族、社会経済的、生物学的、地理的格差
モニタリングしている集団特性	性別、人種、年齢、地域（都市部/それ以外）、婚姻状況、学歴等

がんに特化した国家戦略Cancer Moonshotにおいて7研究領域の一つに「格差に対処する」が挙げられている。

研究協力者・西尾麻里沙（京都大学・国立がん研究センター）

Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

米国Healthy People 2010　におけるがん領域の格差に関する評価

令和2年度厚労科研片野田班
(分担)研究報告書より

Figure 3.2



全がん年齢調整死亡率
（1999年、2007年）

肺がん年齢調整死亡率
（1999年、2007年）

乳がん年齢調整死亡率
（1999年、2007年）

子宮頸がん年齢調整死亡率
（1999年、2007年）

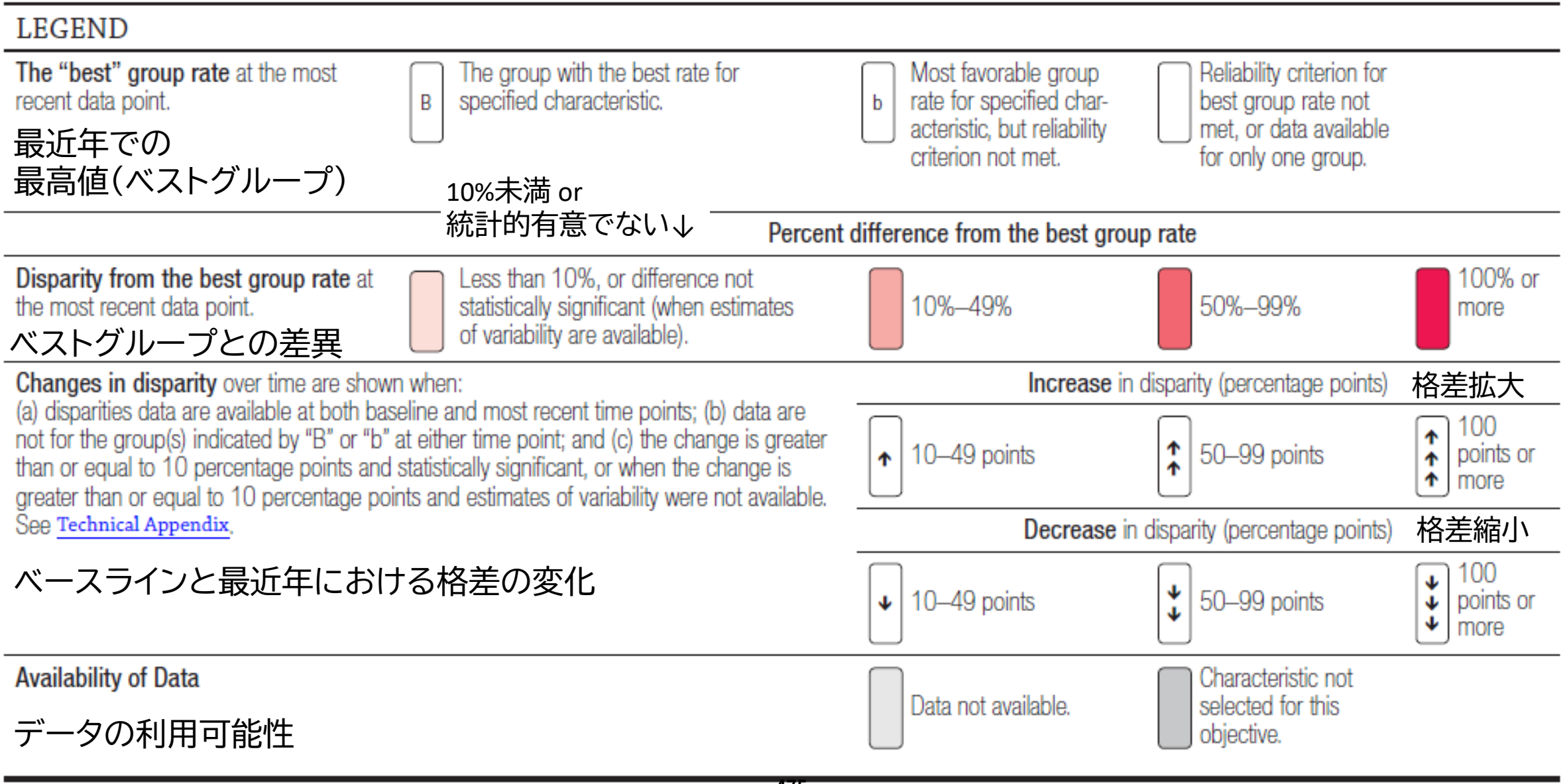
大腸がん年齢調整死亡率
（1999年、2007年）

生涯子宮頸がん検診受診率
（18歳以上、1998年、2008年）

3年以内子宮頸がん検診受診率
（18歳以上、1998年、2008年）

Healthy People 2010 Final report: https://www.cdc.gov/nchs/data/hpdata2010/hp2010_final_review_focus_area_03.pdf

米国Healthy People 2010　におけるがん領域の格差に関する評価：表の見方



Healthy People 2010 Final report: https://www.cdc.gov/nchs/data/hpdata2010/hp2010_final_review_focus_area_03.pdf

参考資料②

ロジックモデルにおける格差の計測可能な各種指標の整理

Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

格差が計測可能ながんの最終アウトカム指標

番号	最終アウトカム指標	対象年齢	対象部位	層別化可能な個人・世帯単位の社会経済指標	地域指標の単位				データソース
					都道府県	二次医療圏	市区町村	〒/町丁字	
000001	がんの年齢調整死亡率	75歳未満、全年齢	全がん	性別、年齢、国籍、(職業・産業、教育歴)	○	○	○	○	人口動態統計
000002	がん種別年齢調整死亡率	75歳未満、全年齢	胃、大腸、肝、肺、女性乳房、子宮頸部	性別、年齢、国籍、(職業・産業、教育歴)	○	○	○	○	人口動態統計
000003	難治性がんの年齢調整死亡率	75歳未満、全年齢	膵がん等(定義未定)	性別、年齢、国籍、(職業・産業、教育歴)	○	○	○	○	人口動態統計
000004	がんの年齢調整罹患率	全年齢・全進展度	全がん	性別、年齢	○	○	○	○	全国がん登録
000005	がん種別年齢調整罹患率	全年齢・全進展度	胃、大腸、(肝、)肺、女性乳房、子宮頸部	性別、年齢	○	○	○	○	全国がん登録
000006	がん種別5年生存率(3年純生存率)	全年齢・全進展度	詳細がん種別	性別、年齢	○	○	○	○	全国がん登録
000007	希少がんの5年生存率(3年純生存率)	全年齢・全進展度	希少がん(定義未定)	性別、年齢	○	○	○	○	全国がん登録
000008	難治性がん(代表例:膵がん)の5年生存率	全年齢・全進展度	膵がん等(定義未定)	性別、年齢	○	○	○	○	全国がん登録
000009	小児がん患者の5年生存率	0-14歳		性別、年齢	○	○	○	○	全国がん登録

Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

格差が計測可能ながんの分野別アウトカム指標

番号	分野別アウトカム指標	対象年齢	対象部位	層別化可能な個人・世帯単位の社会経済指標	地域指標の単位				データソース
					都道府県	二次医療圏	市区町村	〒/町丁字	
100001	がん種別年齢調整罹患率	全年齢	胃・大腸・肺・女性乳房・喫煙関連がん	性別、年齢	○	○	○	○	全国がん登録
100002	がん種別年齢調整罹患率	全年齢	肝・ATL・子宮頸部	性別、年齢	○	○	○	○	全国がん登録
100003	検診がん種別早期がん割合	75歳未満	検診対象のがん	性別、年齢	○	○	○	○	全国がん登録
100004	検診がん種別進行がん罹患率	75歳未満	検診対象のがん	性別、年齢	○	○	○	○	全国がん登録

Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

格差が計測可能な中間アウトカム・アウトプット指標（予防）

番号	中間アウトカム指標 アウトプット指標	対象年齢	対象部位	層別化可能な個人・世帯単位の社会経済指標	地域指標の単位				データソース
					都道府県	二次医療圏	市区町村	〒/町丁字	
111201-111210	BMI, 食塩・野菜・果物摂取、歩数、運動習慣者割合、アルコール摂取、喫煙率など	全年齢	ー	性別、年齢、教育歴、世帯収入	○	×	×	×	国民健康栄養調査
112101	HPVワクチン定期予防接種実施率	定期接種/キャッチアップ接種	子宮頸部	年齢	○	○	○	△	地域保健・健康増進事業報告、一部自治体データなど

Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

格差が計測可能な中間アウトカム指標(検診)

番号	中間アウトカム指	対象年齢	対象部位	層別化可能な個人・世帯単位の社会経済指標	地域指標の単位				データソース
					都道府県	二次医療圏	市区町村	小学校区	
121201	検診受診率(全体)	40-69歳(子宮頸は20-69歳)	胃、大腸、肺、乳房、子宮頸	性別、年齢、教育歴、世帯収入、加入保険	○	×	×	×	国民生活調査
	検診受診率(地域)	40歳以上(子宮頸は20歳以上)	胃、大腸、肺、乳房、子宮頸	性別、年齢	○	○	○	△	地域保健・健康増進事業報告、一部自治体データなど
122201	精密検査受診率(地域)	40歳以上(子宮頸は20歳以上)	胃、大腸、肺、乳房、子宮頸	性別、年齢	○	○	○	△	地域保健・健康増進事業報告、一部自治体データなど
122202	がん発見率(地域)	40歳以上(子宮頸は20歳以上)	胃、大腸、肺、乳房、子宮頸	性別、年齢	○	○	○	△	地域保健・健康増進事業報告、一部自治体データなど
122203	偽陽性割合(地域)	40歳以上(子宮頸は20歳以上)	胃、大腸、肺、乳房、子宮頸	性別、年齢	○	○	○	△	地域保健・健康増進事業報告、一部自治体データなど

Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

格差が計測可能な中間アウトカム指標（医療）

番号	中間アウトカム指標	対象年齢	対象部位	層別化可能な個人・世帯単位の社会経済指標	地域指標の単位				データソース
					都道府県	二次医療圏	市区町村	〒/町丁字	
213201-213206, 他	QI関連指標	全年齢	対象となるがん種	性、年齢、加入保険	△	△ 施設所在地	△	△	院内がん登録+DPC
多数	患者体験調査に基づく各種指標（多数）	18歳以上	全がん	性、年齢、雇用状況	○	×	×	×	患者体験調査
なし	臨床試験参加割合		対象となるがん種		△	×	×	×	jRCT（分母は全国がん登録）
230201	小児がん拠点病院で治療を受けた小児がん患者の割合	15歳未満	全がん	性、年齢	○	○	○	○	全国がん登録

Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

格差が計測可能な中間アウトカム指標(共生)

番号	中間アウトカム指標	対象年齢	対象部位	層別化可能な個人・世帯単位の社会経済指標	地域指標の単位				データソース
					都道府県	二次医療圏	市区町村	〒/町丁字	
多数	患者体験調査に基づく各種指標(多数)	18歳以上	全がん	性、年齢、雇用状況	○	× 施設所在地	×	×	患者体験調査
300012	がん患者の自殺数(→自殺率)	全年齢	全がん	性、年齢	○	○	○	○	全国がん登録
320103	診療情報提供料(Ⅱ)の算定数	全年齢	全がん	性、年齢、(加入保険)	○	○	○	○	NDB 院内がん登録＋DPC
331102	療養・就労両立支援指導料の算定数* *がんについて	全年齢	全がん	性、年齢、(加入保険)	○	○	○	○	NDB 院内がん登録＋DPC
333103	特定疾患治療管理料がん患者指導管理料イ算定数	全年齢	全がん	性、年齢、(加入保険)	○	○	○	○	NDB 院内がん登録＋DPC
333104	特定疾患治療管理料がん患者指導管理料ロ算定数	全年齢	全がん	性、年齢、(加入保険)	○	○	○	○	NDB 院内がん登録＋DPC

Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

参考資料③

日本におけるがんの格差のモニタリング～地域指標と事例～

Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

日本の健康格差モニタリングの地理的単位

都道府県

二次医療圏

市区町村

町丁字・郵便番号

統計情報が多い

近隣環境を反映

国の計画・対策

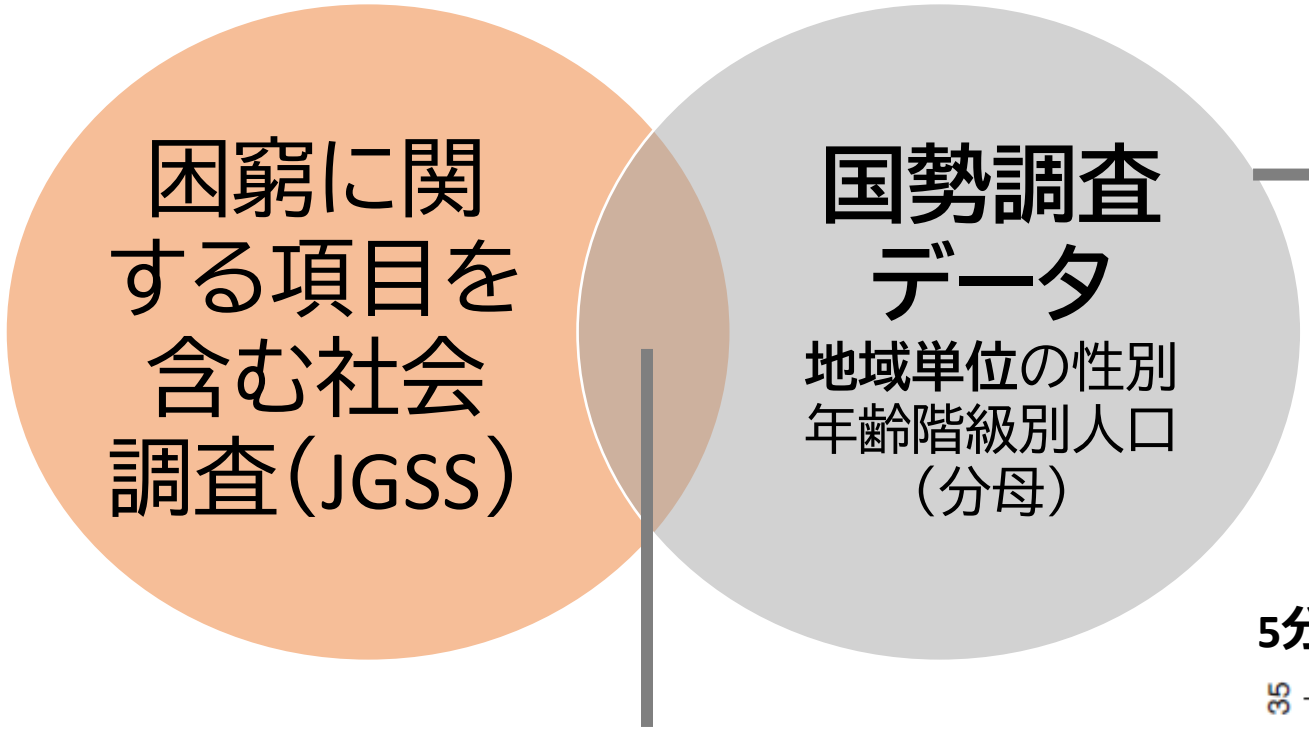
都道府県の計画・対策

市区町村の計画・対策

484

Nakaya T et al. PLoS One. 2014

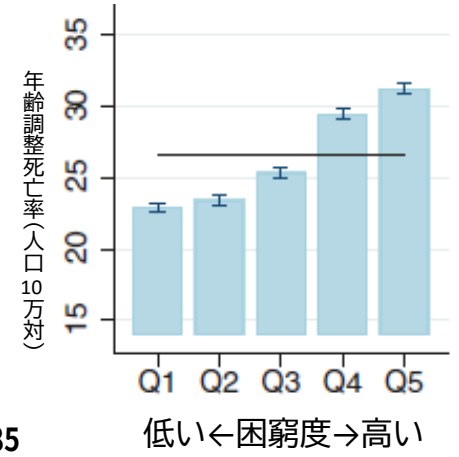
地域の社会経済指標: 地理的剥奪指標（Area Deprivation Index: ADI）



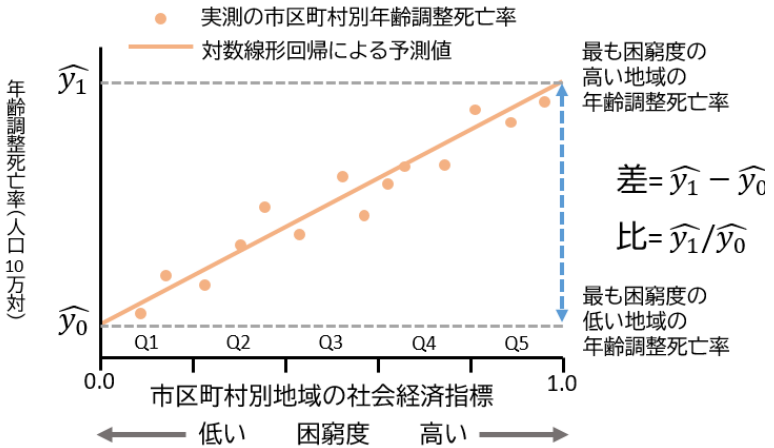
患者や対象者の居住地住所
- 町丁字
- 郵便番号
- 市区町村

各地域の剥奪指標を人口で基準化して

5分位に分割して使用



0-1の値にして使用



二つのデータベースに共通の変数を用いた
各地域*i*の地理的剥奪指標の推定式

剥奪指標$_i$
$= 0.01575 \times (2.99 \times$高齢者夫婦世帯割合$_i$
$+ 7.57 \times$ 高齢者単身世帯割合$_i + 17.4 \times$ 母子世帯割合$_i$
$+ 2.22 \times$ 賃貸住宅居住割合$_i + 4.03 \times$ サービス・販売業割合$_i$
$+ 6.05 \times$ 農業割合$_i + 5.38 \times$ ブルーカラー職割合$_i + 18.3 \times$ 失業割合$_i)$

485

その他の地域指標

- 都会度（Urban-Rural Index）
  - 米国Rural-Urban Continuum Codesに準じた日本版
  - 人口集中地区と人口規模、また、人口集中地区への距離（時間）による分類
- 利便性（Walkability Index） 谷本涼他. 季刊地理学. 2023. 75(1)16-26
  - 徒歩での生活しやすさの指標
  - 人口密度, 施設種類数, 道路接続性の3要素からなる
- 医療へのアクセシビリティ
  - 医療機関（拠点病院や検診受診機関、ワクチン接種機関など）へのアクセスの良さ
  - 居住地500m以内の医療機関の数
  - 直近の医療機関までの距離
  - 直近の医療機関までの時間

Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

地域の属性によるがん罹患率の格差：小地域

- 宮城県がん登録
- 2005-2010年にがんと診断された79,816症例
- 居住地(町丁字)に基づく地理的剥奪指標(Area Deprivation Index: ADI)
- 困窮度が高い地域ほど、進行がんの年齢調整罹患率が高く、検診発見症例が少ない

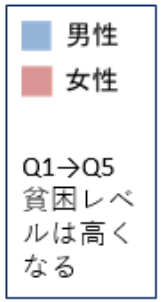
利点
- 近隣環境を反映
- 都道府県の対策にも活用可能

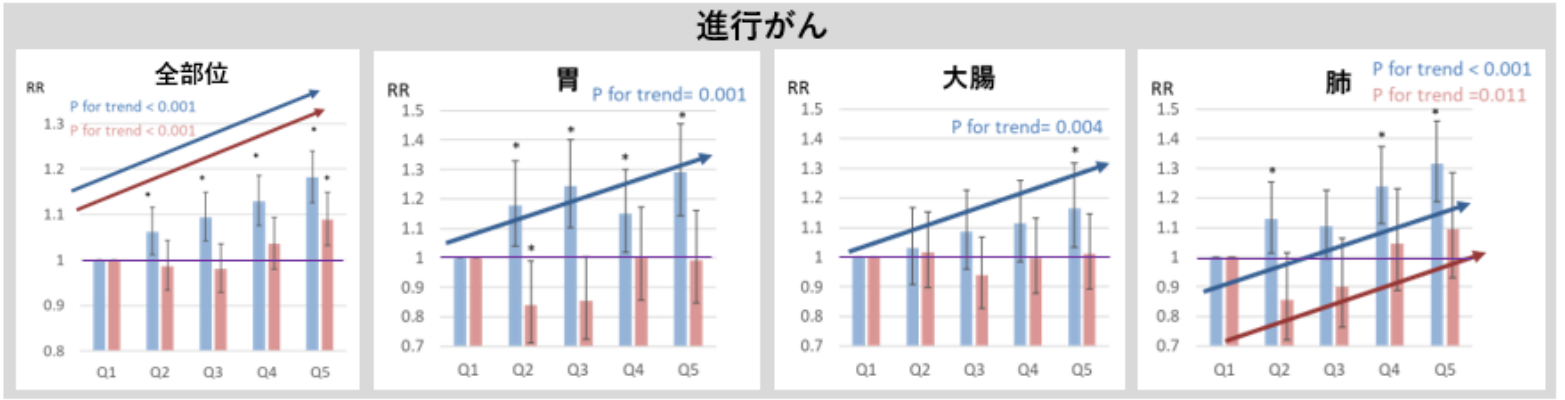
欠点
- 手間がかかる

全症例（上皮内含）
男性：全部位、肺
女性：肺、子宮頚部

進行がん
男性：全部位、胃、大腸、肺
女性：全部位、肺

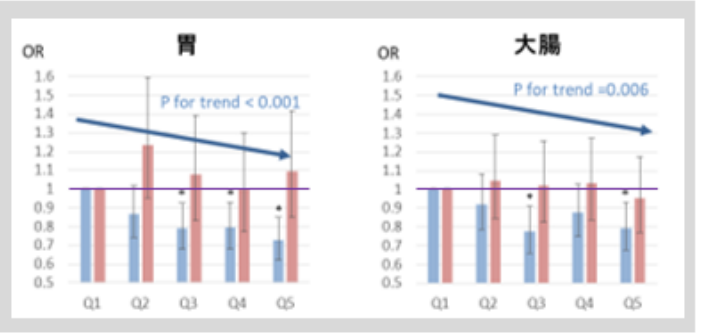






ADIの増加とともに検診で発見された症例の割合の有意な低下を認めた部位

男性：胃、大腸　　女性：なし



Kaneko N et al. J Epidemiol. 2022

Copyright (C) Osaka Medical and Pharmaceutical University All Rights Reserved.

第90回がん対策推進協議会	資料３
令和６年８月５日	

海外のがん対策計画における目標設定の事例

国立がん研究センター
がん対策研究所
データサイエンス研究部
片野田　耕太

本発表は厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業「がん対策の年齢調整死亡率・罹患率に及ぼす影響に関する研究」「がん対策の年齢調整死亡率・罹患率に与える影響と要因に関する研究」（研究代表者：片野田耕太）の研究成果に基づいています。

米国Healthy People

事例名	概要	期間(年)	成果
Healthy People 1990	• 生涯を通じて死亡を減らすことと、高齢者の自立を高めることに焦点を当てた計画。	1980 ~ 1990	
Healthy People 2000 	• **健康寿命の延伸、健康格差の是正、予防サービスへのアクセス**に焦点を当てた計画。22の優先分野の元、**319の目標**が設定された。 • 優先分野としては「身体活動とフィットネス」「栄養、」「タバコ」等と並んで「がん」についても設定されており、17の目標を設定。 • 主要な健康指標として肺がんや乳がん死亡率に着目。	1990 ~ 2000	• 「目標達成・目標以上」が21%、「改善中」が41%、「少し改善・変化なし」が11%、「維持・変化なし」が2%、「悪化」が15%、「評価不能」が10%。 • 主な成果の1つとして、冠状動脈性心臓病と**がんによる死亡減少の目標達成**。
Healthy People 2010 	• **生活に質の向上**に重点を置いた計画。**健康格差の解消**を目指した。 • 28の重点分野の元で構成された**467の目標**と、10のトピックの元で構成された28のLHI（Leading Health Indicators）が新たに設定された。がん領域では25の目標が設定された。 • 健康格差を「人種・民族」「性別」「セクシャリティ」「障がいや特別な健康管理の有無」「地域(都市・方)」等で定義されたサブグループごとに分析、評価	2000 ~ 2010	• 「目標達成・目標以上」が23%、「改善中」が48%、「維持・変化なし」が5%、「悪化」が24%。 • 「がん」領域では25の目標のうち、「達成」が2、「改善中」が11、「維持・変化なし」が1、「悪化」が4、「その他」が7であった。
Healthy People 2020 	• **健康寿命の延伸、健康格差の解消、健康につながる社会的物理的環境の整備、すべてのライフステージにおける生活の質・健康的な行動促進等**を掲げる。 • 思春期の健康、アルツハイマー症を含めた認知障がい、生活の質向上、看護関連の感染症、LGBTの健康、高齢者の健康、流行疾患などの緊急事態への予防と準備、睡眠障がいを含む睡眠に関する健康等を当たらに追加 • がんの領域においては、前期の結果を踏まえて5つの開発目標を含む全27の目標を設定。特に予防など最新の動向を踏まえた目標を追加	2010 ~ 2020	• 2017年度の中間報告では、**1271個の目標**のうち1054個の目標達成度評価を実施 • 「目標達成・目標以上」が21%、「改善中」が19%、「少し改善・変化なし」が27%、「悪化」が11%、「評価不可」が18%、「その他」が4%という結果であった。 • 最終的に、「目標達成・目標以上」が33.9%、「改善中」が20.8%、「少し改善・変化なし」が31.0%、「悪化」が14.3%であった。
Healthy People 2030 	• **健康の公平性、健康の社会的決定要因、ヘルスリテラシー**により焦点を当てた計画。新たに**well-being**の視点を追加。 • 新たな課題に対応するために全体的に**目標の数を大幅に減らし（355）***、より焦点を絞った、エビデンスに基づく、統計的に厳密な目標の設定を行った。（目標は、**コア目標、開発目標、研究目標**の3種類からなる） • Webサイト上でタイムリーにデータを閲覧可能（HP2030データベース）	2020 ~ 2030	

https://health.gov/our-work/healthy-people/about-healthy-people/history-healthy-people
https://www.cdc.gov/nchs/products/hp_pubs.htm#review　*のちに359に増加

Healthy People 2030における目標設定の階層

ビジョン

すべての人が生涯にわたって健康と幸福の可能性を
最大限に発揮できる社会

全体的な健康と幸福の測定

Healthy People 2030のビジョンを評価することを目的とした8つの幅広い
グローバルな成果指標

ウェルビーイング：1
平均寿命・健康寿命：4
行動制限・障がい：2
主観的健康：1

コア目標

根拠に基づく政策(EBI※)に関連する359の測定可能な
10年後の公衆衛生目標

主要健康指標（Leading Health Indicator）

コア目標のうち、健康と福祉の改善に向けた行動を推進するために
選択された優先度の高い23の目標

開発目標

根拠に基づく政策に関連するが、信頼できるデータが不足している公衆衛生上の課題

研究目標

根拠に基づく政策に関わることがまだ明らかでない公衆衛生上の課題

※根拠に基づく政策（Evidence-based intervention）：結果評価により、ある程度効果的だとみなされている政策

出典: Health People 2030 https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/about-objectives/healthy-people-2030-objectives-and-measures

主要健康指標（Leading Health Indicator）

1. 口腔健康システムを利用する小児、青年、成人（2歳以上）
2. 加糖食品からのカロリー摂取（2歳以上）
3. 薬物過剰摂取による死亡
4. 不健康な空気への曝露
5. 殺人
6. 家庭の食料不安と飢餓
7. 季節性インフルエンザの予防接種を毎年受けている人
8. 自分のHIV感染状況を知っている人（13歳以上）
9. 医療保険に加入している人（65歳未満）
10. 自殺
11. 乳児死亡
12. 読解力がその学年の習熟レベル以上の小学4年生
13. 大うつ病エピソード（MDE）のある青少年
14. 治療を受けている肥満の児童および青少年
15. 青少年におけるたばこ製品の現在の使用
16. 過去30日間にアルコール飲料の大量飲酒をした成人
17. 過去30日間の有酸素運動と筋力強化運動のガイドライン最低基準を満たしている成人
18. 最新のガイドラインに基づく大腸がん検診を受けた成人
19. 血圧がコントロールされている高血圧の成人
20. 成人の喫煙
21. 生産年齢人口における雇用
22. 妊産婦死亡
23. 新たに糖尿病と診断された人の数

がんと関連分野のコア指標

- 死亡率　5項目　（全がん・肺がん・女性乳がん・大腸がん・前立腺がん）
- 罹患・ステージ　1項目（口腔咽頭がん早期がん割合）
- 生存率　1項目（5年生存率）
- QOL　1項目（サバイバーの精神的・身体的健康に関する生活の質）

分野別・最終アウトカム＝8

- たばこ　27項目
- 栄養・食生活　27項目
- 身体活動　27項目
- 肥満　7項目
- 感染　3項目（B型肝炎感染率、HPVワクチン接種率、HPV感染率）
- 日焼け　1項目（日焼けをした中学3年～高校3年生の割合）
- 糖尿病　15項目

1次予防の中間アウトカム＝107
(糖尿病除くと92)

2次予防の中間アウトカム＝4

- がん検診受診　4項目（女性乳がん・子宮頸がん・大腸がん・肺がん検診受診率）

コミュニケーション・医療の中間アウトカム＝3

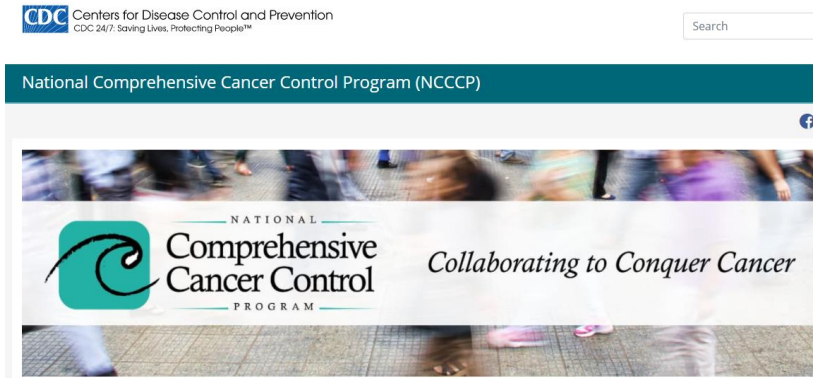
- コミュニケーション　3項目（がん予防方法について医療者と話す人の割合、家族歴ある女性の遺伝カウンセリングを受ける割合、リンチ症候群の検査を受ける大腸がん患者の割合）

カリフォルニア州がん対策計画2021-2025　全体目標など

【がんの負担】2項目

目標1: がん年齢調整罹患率（人口10万対）390.6⇒376.5（3.6%減）

目標2: がん年齢調整死亡率（人口10万対） 136.9⇒128.0（6.5%減）



【サーベイランス】3項目

目標1: 性自認のカテゴリーに関する加州がん登録データ辞書の要件を拡大、国のジェンダー・マイノリティ・イニシアチブに沿った州全体のデータ標準を確立

目標2: がんサーベイランスシステムの能力強化；利用しやすいがん情報とデータ作成・普及；一般市民、公衆衛生・研究機関等のニーズを満たす使いやすいがん情報およびデータ報告書を作成・普及

目標3: 集団の健康状態を改善するために加州がん登録データの価値と利用を強化；他の人口集団ベースのデータとのリンケージを拡大

【公平なアクセス】3項目

目標1: 質の高いがん関連予防、診断、治療、緩和医療、終末期医療への公平なアクセス増加

目標2: すべての人が公平にがん医療を受けるために経済的・地理的障壁を軽減

目標3: すべての人が公平にがん医療を受けるために制度的・文化的な障壁を軽減（保険加入非加入問わず）



（全40目標）

カリフォルニア州がん対策計画2021-2025　1次予防

【1次予防】11項目
目標1:　[HPV] 13歳のHPVワクチンの接種開始率57％⇒90％
目標2:　[HPV] 13歳のHPVワクチン接種完了率35％⇒80％
目標3:　[HPV] 13歳のHPVワクチン接種率の地理的格差を縮小
目標4:　[栄養・食生活] 甘い飲み物の摂取を制限し果物や野菜を推奨量摂取する妊婦・出産適齢期女性、児童・青少年の数10％増
目標5:　[身体活動・運動] 身体活動を毎日60分以上行う児童・青少年の数を10％増加
目標6:　[たばこ] 高校生のたばこ製品現在使用率12.7％⇒6.3％；18～25歳の青少年・若年成人たばこ製品現在使用率24.6％⇒12.3％（半減）
目標7:　[たばこ] メディケア対象成人のたばこ製品使用率17.4％⇒11％
目標8:　[たばこ] 加州がん登録患者のたばこ使用アセスメント率56％⇒80％
目標9:　[紫外線] 屋外で働く労働者の屋外紫外線曝露と日焼けを減少
目標10: [紫外線] 屋外レクリエーションに参加者の紫外線曝露と日焼け減少
目標11: [紫外線] 性的マイノリティ男性の屋内日焼け減少

カリフォルニア州がん対策計画2021-2025　2次予防・検査

【早期発見とスクリーニング】14項目

目標1:　[乳がん] 乳がん早期がん（Stage 0/I）割合60%⇒80%

目標2:　[乳がん] 遺伝性/家族性乳がんの遺伝子評価の紹介割合25%⇒35%

目標3:　[乳がん] 非ヒスパニック黒人女性の乳がん関連死亡率17⇒12（人口10万対）

目標4:　[子宮頸がん] 21-65歳の非子宮全摘女性の過去5年細胞診未受診率16.4%⇒12.5%

目標5:　[大腸がん] メディケア対象者/無保険者の大腸がんlate stage割合71%⇒64%

目標6:　[大腸がん] 大腸がん検診受診率70.8%⇒80%

目標7:　[大腸がん] 40歳代の大腸がんlate stage割合69%⇒57%

目標8:　[肺がん] USPSTF推奨低線量CTスクリーニング施行数2,377⇒2,977

目標9:　[肺がん]マイノリティのUSPSTF推奨低線量CTスクリーニング施行数増加

目標10: [肺がん] 最良治療法選択のため包括遺伝子検査の全肺がん患者へ適用

目標11: [メラノーマ] メラノーマ高罹患率の16カウンティの罹患率減少

目標12: [メラノーマ]メラノーマ（T3-T4）罹患率およびメラノーマ死亡率が加州平均より高い15カウンティの罹患率減少

目標13: [前立腺がん] 45歳以上の平均リスク男性で前立腺がん検査の利益・不利益含むinformed discussion行った割合5%

目標14: [前立腺がん] 45歳以上のアフリカ系アメリカ人の前立腺がん検査のinformed discussion行った割合（利益56.6%⇒61.6%、不利益28.3%⇒33.3%）

カリフォルニア州がん対策計画2021-2025　治療・サバイバーシップ・研究

【治療とサバイバーシップ】5項目

目標1: [臨床試験] がん臨床試験（治療・非治療）への多様な集団の参加増加

目標2: [サポーティブケア] 治療中・後に性的健康・親密さ・再発恐怖についてサポーティブケアを受けた患者数増加

目標3: [診療の質・臨床試験] 診療の質・治療水準の向上；臨床試験患者教育の増加

目標4: [3次予防] 米国スポーツ医学会（American College of Sports Medicine）がんサバイバーのための運動ガイドライン（例：中等度の強度の有酸素運動を週150分）の認知度向上

目標5: [経済的困難] がん治療中・後の医療費（予防検診や治療後のメンテナンスを含む）による経済的苦痛を経験するがん患者減少

【がん研究】2項目

目標1: [PPI] コミュニティ参加型研究 (Community-Based Participatory Research:研究デザイン、遂行、完了、結果の活用など研究のすべてのフェーズでコミュニティメンバー・関係者が参加する研究)を通じてマイノリティの参加促進

目標2: [研究基盤] がん研究情報の統合、最新の技術開発（地域の医師の電子カルテ機能など）を活用することにより加州民全体に利益をもたらす包括的ながん研究活動基盤確立

カリフォルニア州がん対策計画2021-2025　目標
Cancer control/care continuum上の位置づけ（肺がんを例に）

[3次予防] 米国スポーツ医学会がんサバイバーのための運動ガイドライン認知度向上

予防（たばこ）

高校生・青少年・若年成人のたばこ製品使用率減少

メディケア対象成人のたばこ製品使用率減少

加州がん登録患者のたばこアセスメント率増加

サバイバーシップ

[サポーティブケア] 治療中・後に性的健康・親密さ・再発恐怖についてサポーティブケアを受けた患者数増加

[経済的困難] がん治療中・後の医療費による経済的苦痛を経験するがん患者減少

[臨床試験] がん臨床試験への多様な集団の参加増加

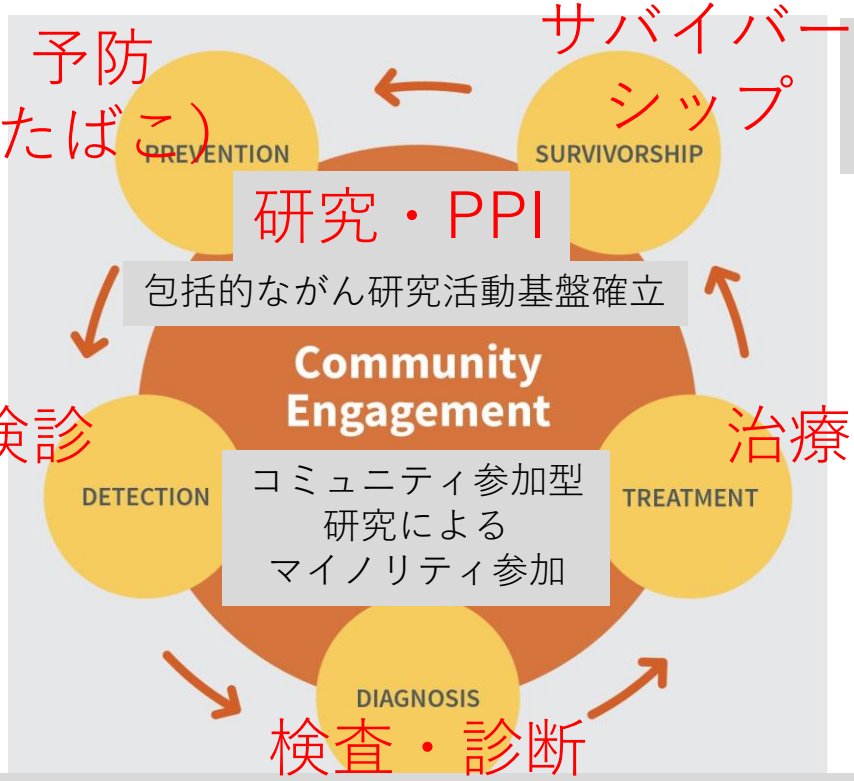
検診

USPSTF推奨低線量CTスクリーニング施行数増加

マイノリティのUSPSTF推奨低線量CTスクリーニング施行数増加

治療

[診療の質・臨床試験] 診療の質・治療水準の向上；臨床試験患者教育の増加



研究・PPI

包括的ながん研究活動基盤確立

コミュニティ参加型研究によるマイノリティ参加

検査・診断

最良治療法選択のため包括遺伝子検査の全肺がん患者へ適用

サーベイランス

ジェンダー・マイノリティ登録の標準化

がんサーベイランスシステムの能力強化；ニーズに沿ったデータ作成と普及

加州がん登録データの価値と利用強化とリンケージ拡大

がんの負担

がん年齢調整罹患率減少

がん年齢調整死亡率減少

公平性

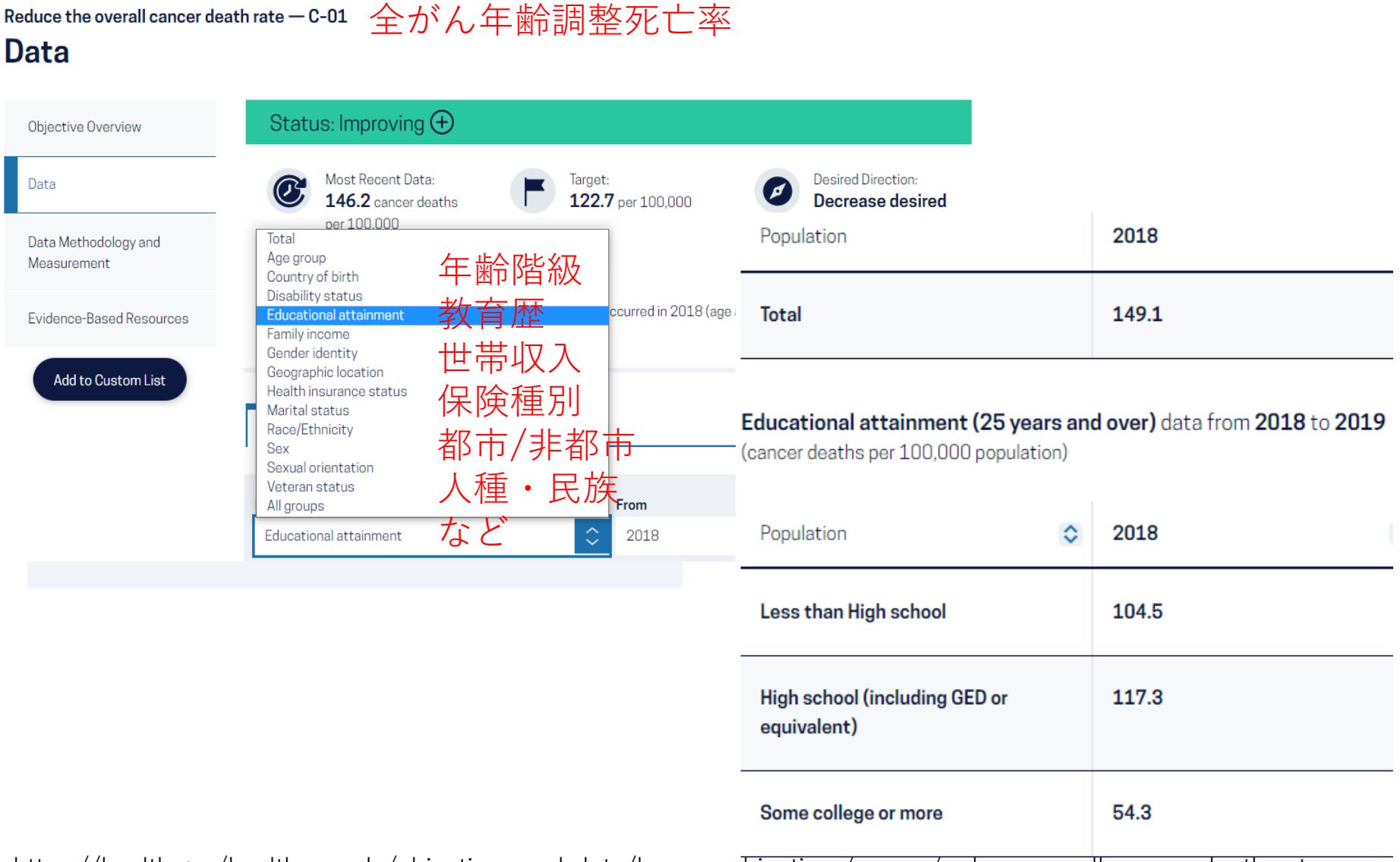
質の高いがん対策への公平なアクセス増加

経済的・地理的障壁の軽減

制度的・文化的な障壁の軽減

Department of Surgery, Public Health Sciences Division, Washington University School of Public Health https://publichealthsciences.wustl.edu/research/faculty-projects/cancer-care-continuum/

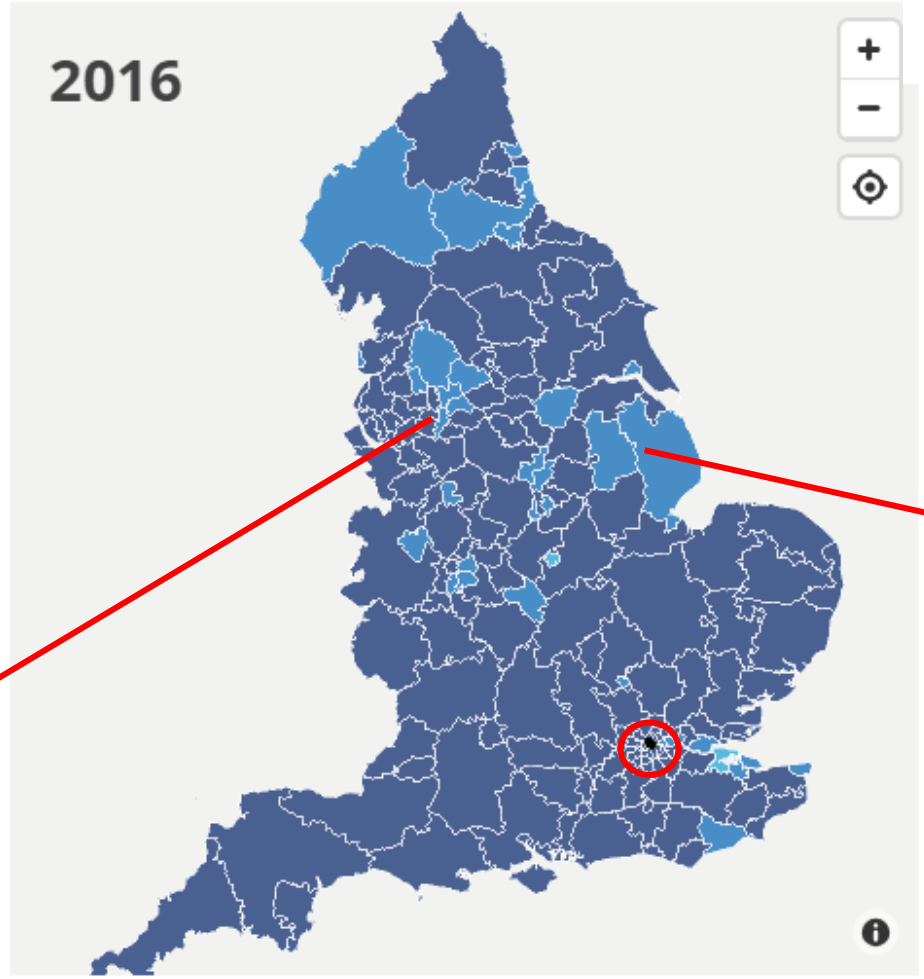
モニタリングと進捗評価：米国Healthy People 2030



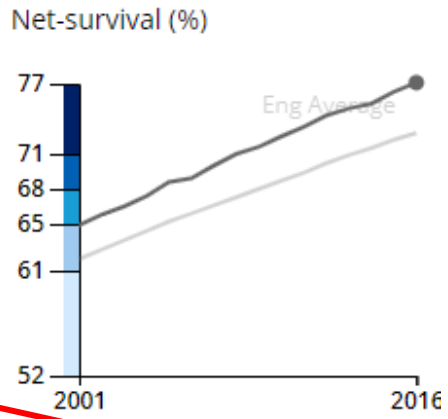
https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/cancer/reduce-overall-cancer-death-rate-c-01/data?group=Educational+attainment+%2825+years+and+over%29&state=United+States&from=2018&to=2019&populations=&op=Show+Data#views-exposed-form-hp-data-tables-page-1

モニタリングと進捗管理：イングランド

診療委託グループ*ごとのがん1年生存率の年次推移マップ（2001-2016年）

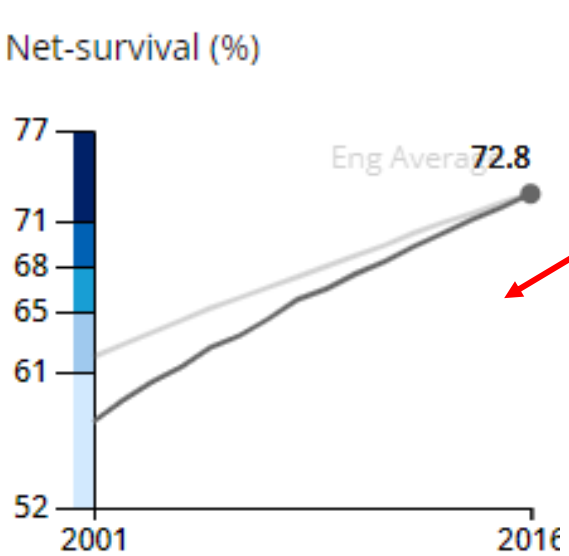


ロンドン中央部

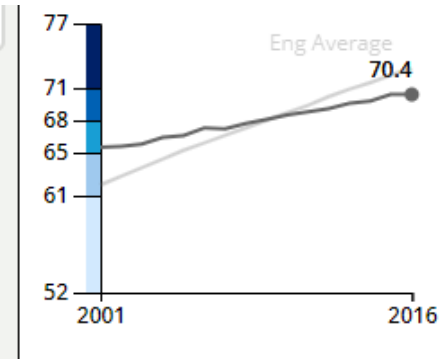




リバプール



リンカンシャー西部



*英国では国民保健サービス（NHS）から委託された約100の診療委託グループ（CCG: clinical commissioning group）が1次医療を担う

https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/bulletins/indexofcancersurvivalforclinicalcommissioninggroupsinengland/adultsdiagnosed2001to2016andfollowedupto2017

健康日本21　アクションプラン

健康日本21（第三次）の全体像

○　人生100年時代を迎え、社会が多様化する中で、各人の健康課題も多様化しており、「誰一人取り残さない健康づくり」を推進する。また、健康寿命は着実に延伸してきたが、一部の指標が悪化しているなど、さらに生活習慣の改善を含め、個人の行動と健康状態の改善を促す必要がある。このため、「より実効性をもつ取組の推進」に重点を置く。

ビジョン　全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現

誰一人取り残さない健康づくり（Inclusion）

- **集団や個人の特性を踏まえた健康づくり**
  性差や年齢、ライフコースを加味した取組の推進
- **健康に関心が薄い者を含む幅広い世代へのアプローチ**
  自然に健康になれる環境づくりの構築
- **多様な主体による健康づくり**
  産官学を含めた様々な担い手の有機的な連携を促進

基本的な方向

ビジョン実現のため、以下の基本的な方向で国民健康づくり運動を進める

- **健康寿命の延伸と健康格差の縮小**
- **個人の行動と健康状態の改善**
- **社会環境の質の向上**
- **ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり**

より実効性をもつ取組（Implementation）

- **目標の設定・評価**
  エビデンスを踏まえた目標設定、中間評価・最終評価の精緻化
- **アクションプランの提示**
  自治体の取組の参考となる具体的な方策を提示
- **ICTの利活用**
  ウェアラブル端末やアプリなどテクノロジーを活用

※期間は、令和６～17年度の12年間の予定。

6

2023年10月13日地域・職域連携推進関係者会議　資料1
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_35638.html

https://kenkounihon21-3rd.net/region.html
https://www.jstage.jst.go.jp/browse/kenkokyoiku/32/Special_issue/_contents/-char/ja

500

④目標や施策の概要については記載があるが、**具体的にどのように現場で取組を行えばよいか**が示されていない

⬇

アクションプランの提示

自治体による周知広報や保健指導など介入を行う際の留意すべき事項や好事例集を各分野で作成、周知
（栄養・食生活、身体活動・運動、睡眠、喫煙など）

※他に①女性の健康、②健康関心薄い層へのアプローチ、③行政以外の多様な主体の関与、⑤ICTの利活用が新たな視点として加わった

厚生労働行政推進調査事業費補助金
「次期健康づくり運動プラン作成と推進に向けた研究」
（研究代表者：辻一郎）

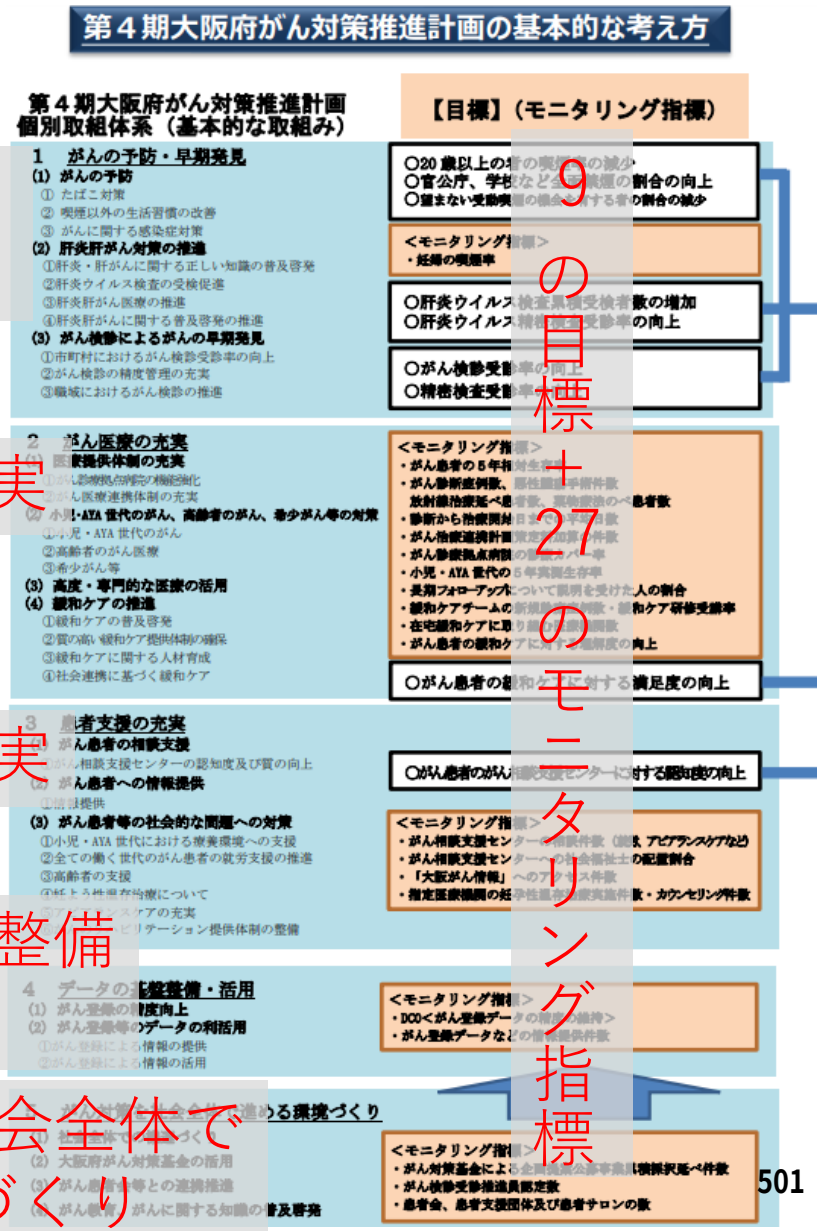
（1）栄養・食生活　【村山伸子】
（2）身体活動・運動目標（大人）　【井上　茂】
（3）身体活動・運動目標（こども）　【山縣然太朗】
（4）休養・睡眠　【栗山健一】
（5）飲酒　【池原賢代】
（6）喫煙　【片野田耕太】
（7）歯・口腔の健康　【相田　潤】
（8）糖尿病　【津下一代】
（9）生活機能の維持・向上　【西　大輔】
（10）社会とのつながり・こころの健康の維持及び向上　【近藤尚己】
（11）高齢者　【近藤克則】

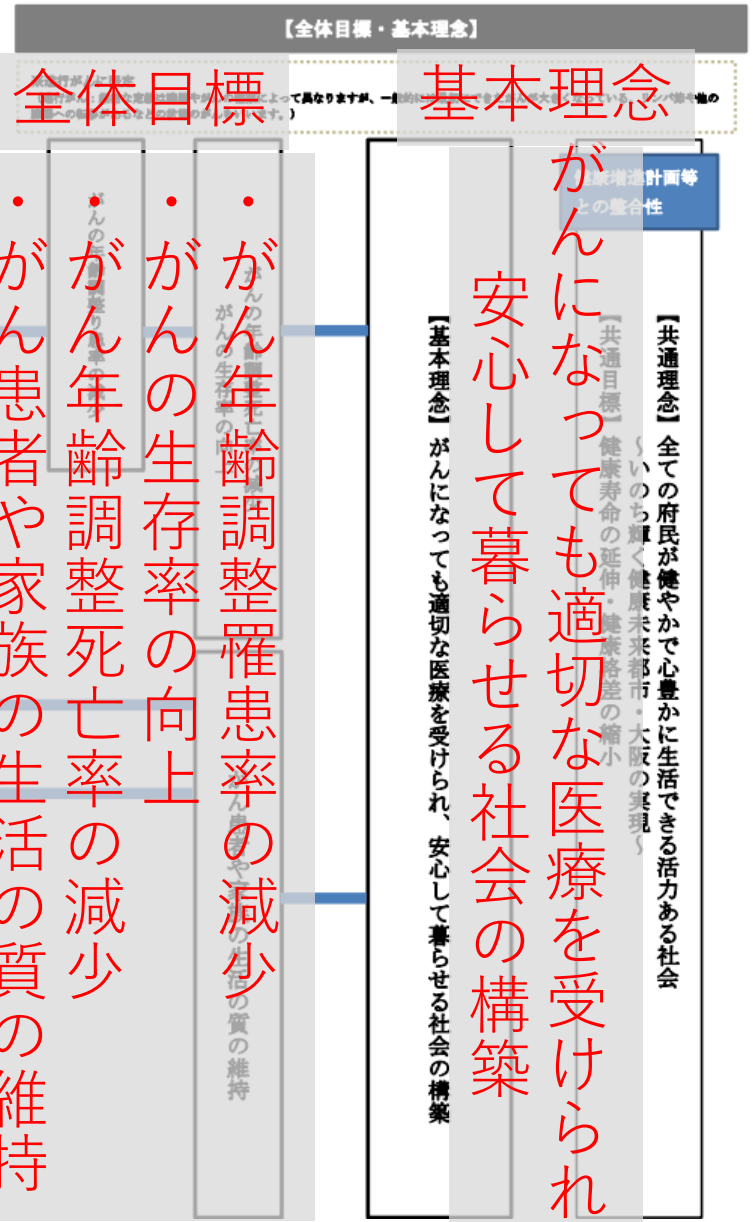
日本健康教育学会環境づくり研究会
（栄養、身体活動、たばこ）



参考: 第4期大阪府がん対策推進計画

1. がんの予防・早期発見
2. がん医療の充実
3. 患者支援の充実
4. データの基盤整備・活用
5. がん対策を社会全体で進める環境づくり





共通理念

すべての府民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会

共通目標

健康寿命の延伸・健康格差の縮小

https://www.pref.osaka.lg.jp/documents/61688/hontai.pdf

まとめ

- 1980年から継続している米国の保健計画Healthy Peopleでは一時目標値が増えたが、現行計画（Healthy People 2030）では約350の「コア指標」と優先順位の高い23の「主要健康指標」に集約された
- Healthy People 2030のがんと関連分野では約120の「コア指標」が、1次予防、2次予防、コミュニケーション・医療の中間アウトカム（国民・患者レベルで測る生活習慣・受療行動などの指標）で設定されている
- 米国の包括的がん対策プログラムの一つ、カリフォルニア州がん対策計画では、40の目標が設定されている
- それぞれの目標は、Cancer control/care continuum（あるいはPatient journey）のフェーズやレベルに沿って設定されている
- 日本のがん対策推進基本計画においても、対策の分野、ロジックモデル、国民・患者フェーズなど何らかの枠組みに沿って階層化・集約化をするのも一つの方向性
- 指標を設定するとともに、モニタリング・進捗管理と行動計画も重要

第90回がん対策推進協議会	資料４
令和６年８月５日	

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

中間評価の進め方について（案）

令和６年８月５日　第90回がん対策推進協議会

厚生労働省　健康・生活衛生局
がん・疾病対策課
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月28日閣議決定）概要

第１．全体目標と分野別目標　／　第２．分野別施策と個別目標

全体目標：「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」

「がん予防」分野の分野別目標
がんを知り、がんを予防すること、がん検診による早期発見・早期治療を促すことで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す

「がん医療」分野の分野別目標
適切な医療を受けられる体制を充実させることで、がん生存率の向上・がん死亡率の減少・全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

「がんとの共生」分野の分野別目標
がんになっても安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

１．がん予防
（１）がんの１次予防
①生活習慣について
②感染症対策について
（２）がんの２次予防（がん検診）
①受診率向上対策について
②がん検診の精度管理等について
③科学的根拠に基づくがん検診の実施について

２．がん医療
（１）がん医療提供体制等
①医療提供体制の均てん化・集約化について
②がんゲノム医療について
③手術療法・放射線療法・薬物療法について
④チーム医療の推進について
⑤がんのリハビリテーションについて
⑥支持療法の推進について
⑦がんと診断された時からの緩和ケアの推進について
⑧妊孕性温存療法について
（２）希少がん及び難治性がん対策
（３）小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策
（４）高齢者のがん対策
（５）新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装

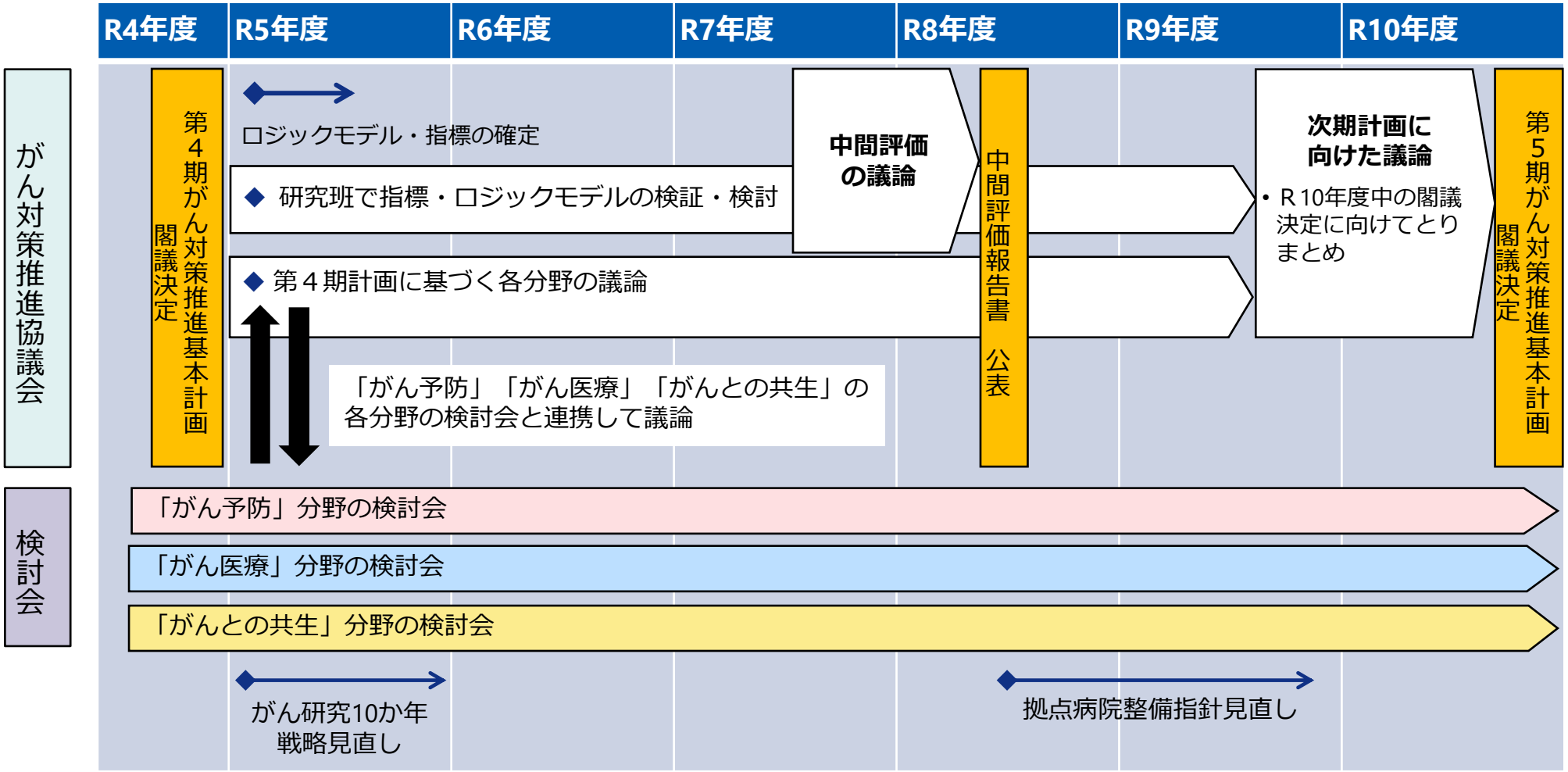
３．がんとの共生
（１）相談支援及び情報提供
①相談支援について
②情報提供について
（２）社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援
（３）がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）
①就労支援について
②アピアランスケアについて
③がん診断後の自殺対策について
④その他の社会的な問題について
（４）ライフステージに応じた療養環境への支援
①小児・ＡＹＡ世代について
②高齢者について

４．これらを支える基盤
（１）全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進
（２）人材育成の強化
（３）がん教育及びがんに関する知識の普及啓発
（４）がん登録の利活用の推進
（５）患者・市民参画の推進
（６）デジタル化の推進

第３．がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

１．関係者等の連携協力の更なる強化
２．感染症発生・まん延時や災害時等を見据えた対策
３．都道府県による計画の策定
４．国民の努力
５．必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化
６．目標の達成状況の把握
７．基本計画の見直し

第４期がん対策推進基本計画のスケジュール



第４期計画において検討が必要とされた個別施策（例）
- ○がん登録推進法等の規定の整備を含めたがん登録に関する施策の見直し
- ○がん研究10か年戦略の見直し
- ○がん診療連携拠点病院等の整備指針の見直し

505

第４期がん対策推進基本計画の中間評価について　１．背景・現状

- 第４期がん対策推進基本計画は計画の実行期間を令和５（2023）年度から令和 10（2028）年度までの６年を目安とし、３年を目途に中間評価を行うこととしており、令和７年夏～秋頃より議論を開始し、令和８年夏頃に評価を公表する予定。
- がん対策の評価に当たっては、ロジックモデルを活用することとしており、各指標のベースライン値を測定し、今回のがん対策推進協議会で公表した。一方で、基本計画において、数値目標の設定について引き続き検討を行うこととされており、本協議会においてもがん対策において目標値をどのように設定していくか議論すべきといったご意見があったところ。
- また、地域の取組等の比較ができるような指標を設定すべきといったご意見があったところ。

第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月28日閣議決定）

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

国は、がん対策の一層の推進に向けて、本基本計画における各分野の政策課題の解決に資する研究を推進する。また、格差の解消に向け、医療の質の向上及び均てん化の推進等の観点から、まずは各分野の取組の地域間、医療機関間の差を測定するための指標やその評価方法に係る研究を推進する。

第３　がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項　６．目標の達成状況の把握

国は、分野別目標及び個別目標の達成状況について、適宜調査を実施しその結果を公表するとともに、本基本計画の進捗状況を適切に把握し、管理するため、３年を目途に中間評価を行う。

その際、各分野の取り組むべき施策が、分野別目標及び個別目標の達成に向けて効果をもたらしているか、ロジックモデルを活用した科学的・総合的な評価を行い、必要に応じてその結果を施策に反映する。また、分野別目標及び個別目標の達成状況及び計画の進捗状況の把握に当たって、適切な指標が設定されているか、必要に応じて見直しを行うとともに、数値目標の設定についても、引き続き検討を行う。

がん対策推進協議会は、本基本計画の進捗状況を踏まえ、必要に応じて、がん対策の推進に資する提言を行うとともに、検討会等の積極的な活用を行う。

第４期がん対策推進基本計画の中間評価について　２．対応方針（案）

中間評価について、以下の２つを中心に進めてはどうか。

① メリハリのある分析・評価のための**コア指標**の選定

② **都道府県ごとのがん対策の進捗状況の測定・公表**と**好事例の横展開の推進**

①メリハリのある分析・評価のためのコア指標の選定

- 全ての指標を漫然と分析・評価するのではなく、**重要な指標に絞って**メリハリをつけて分かりやすい分析・評価をすることとしてはどうか。具体的には、「**コア指標**」を予め選定し、「その他指標」は測定結果のみを提示し、進捗を把握することとしてはどうか。

コア指標	指標としての質が高く、アウトカムへの影響も大きい指標 例）年齢調整死亡率／罹患率、がん種別早期がん割合、検診受診率（国民生活基礎調査）等　※今後要検討
その他指標	計画で提示された施策の進捗や効果を把握するために定める指標 コア指標の評価の際に、分析にも用いられる

- 目標値については、中間評価をふまえてどのように設定することが適切かを検討してはどうか。

②都道府県ごとのがん対策の進捗状況の測定・公表と好事例の横展開の推進

- 都道府県ごとのがん対策の進捗状況を評価するため、**都道府県ごとにコア指標を可能な限り測定・公表**する。あわせて、**都道府県のがん対策を見える化**しながら、地域の実情に応じたより良い取り組みが横展開しやすくなるように取り組みを進めてはどうか。

今後の進め方

- コア指標については、中間評価前（令和７年度春頃）の協議会で指標案を示し議論することとしてはどうか。
- 令和７年度春頃を目処に都道府県単位での評価指標のベースライン値を公表し、協議会に報告することとしてはどうか。

今後のがん対策推進協議会の検討スケジュール（案）

	令和６年８月	令和７年　春頃	令和７年　夏～秋頃	令和８年　夏頃
協議会	**第90回** **○第４期がん対策推進基本計画** ・評価指標のベースライン値の公表 ・がん対策における健康格差 ・海外のがん対策計画における目標設定 ・中間評価の進め方（案） **○都道府県がん対策推進計画の策定状況**	**第91回** ・中間評価に向けたスケジュール ・評価指標のベースライン値の公表（都道府県単位） ・コア指標（案）	**（第92回～第95回：中間評価）** ・中間評価方法 ・中間評価の骨子（案） ・各分野での取組状況	中間評価報告書　公表
研究班等での検討	・評価指標の都道府県単位での集計、公表方法 ・評価指標の更新頻度 ・コア指標（案） ・都道府県間等の比較が可能な指標の整理		**報告**	
各種検討会	**※基本的に検討会では、個別事項のみ議論。** 「がん予防」分野の検討会 「がん医療」分野の検討会 「がんとの共生」分野の検討会			

第90回がん対策推進協議会	資料５
令和６年８月５日	

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

都道府県がん対策推進計画の策定状況について

令和６年８月５日　第90回がん対策推進協議会

厚生労働省 健康・生活衛生局
がん・疾病対策課
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

都道府県がん対策推進計画の策定状況

- 第４期がん対策推進基本計画（以下「基本計画」という。）が令和５年３月に閣議決定され、その後、各都道府県において、都道府県がん対策推進計画（以下「都道府県計画」という。）が策定されたところ。
- 第４期基本計画において、「国は、都道府県計画の作成手法等について必要な助言を行う。」としており、都道府県説明会を開催する等、都道府県に対し必要な情報提供を行ってきた。
- 今回は現時点での各都道府県の策定状況についてお示しする。

【調査概要】

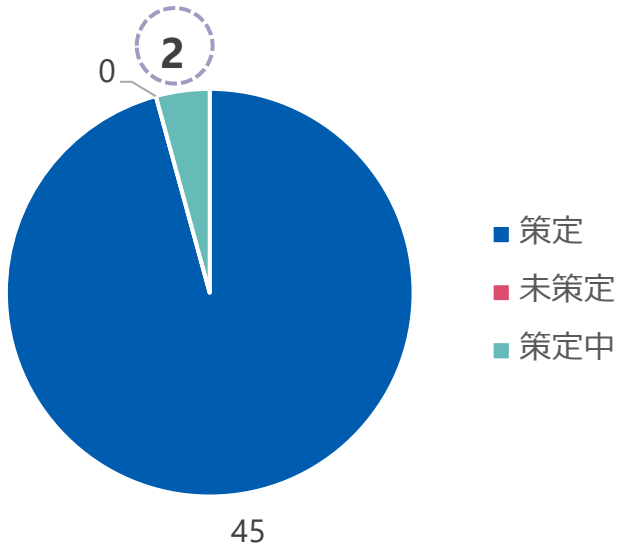
調査時期：令和６年７月

調査方法：事務局において各都道府県のＨＰで公表されている都道府県計画を確認し、計画の基本的事項に加え、評価体制、基本計画との対応等について整理、集計した。集計結果については都道府県に確認を依頼した。

都道府県計画の策定状況

ほぼ全ての都道府県で都道府県計画を策定しており、一部の県においては医療計画等と一体的に策定された。

都道府県計画の策定



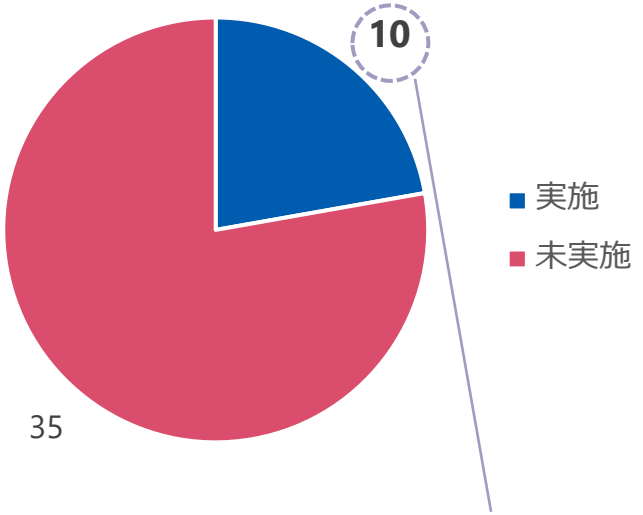
新潟県

健康づくり４計画の１つとして令和３～６年度までの４か年の計画が進行中であり、現在、次期計画の策定作業中であり、今年度中に公表予定。

石川県

がん対策推進計画（案）についてパブリックコメントが終了し、公表に向けて準備中。

医療計画等との一体的な策定



山形県、埼玉県、福井県、長野県、三重県、兵庫県、鳥取県、広島県、山口県、愛媛県

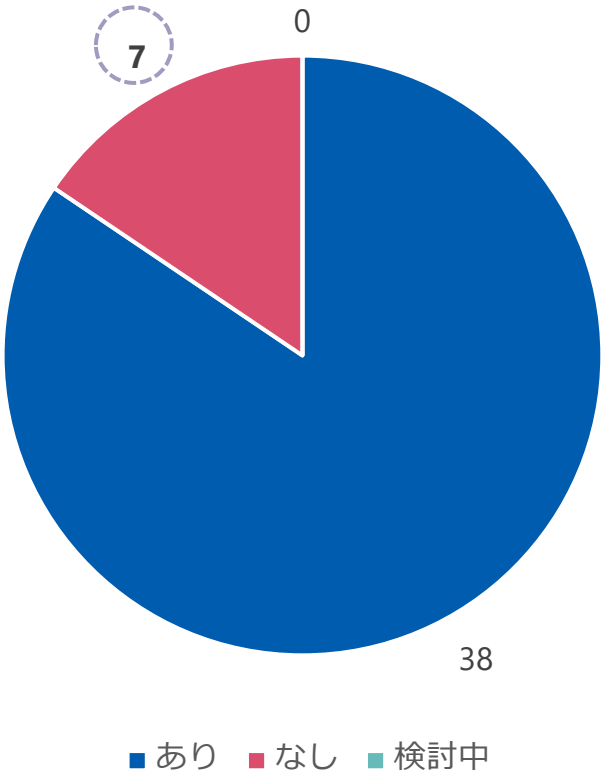
※未実施の都道府県についても、医療計画等との調和が保たれたものとなっている。

511

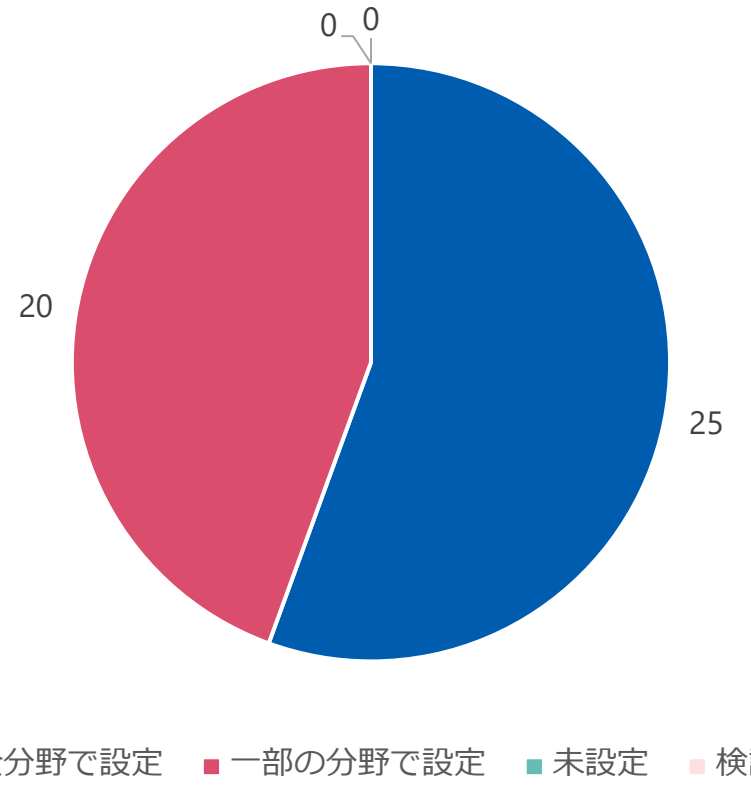
ロジックモデルの活用状況・目標値の設定

多くの都道府県でロジックモデルを活用しており、目標値も設定している。

ロジックモデルの活用



目標値の設定



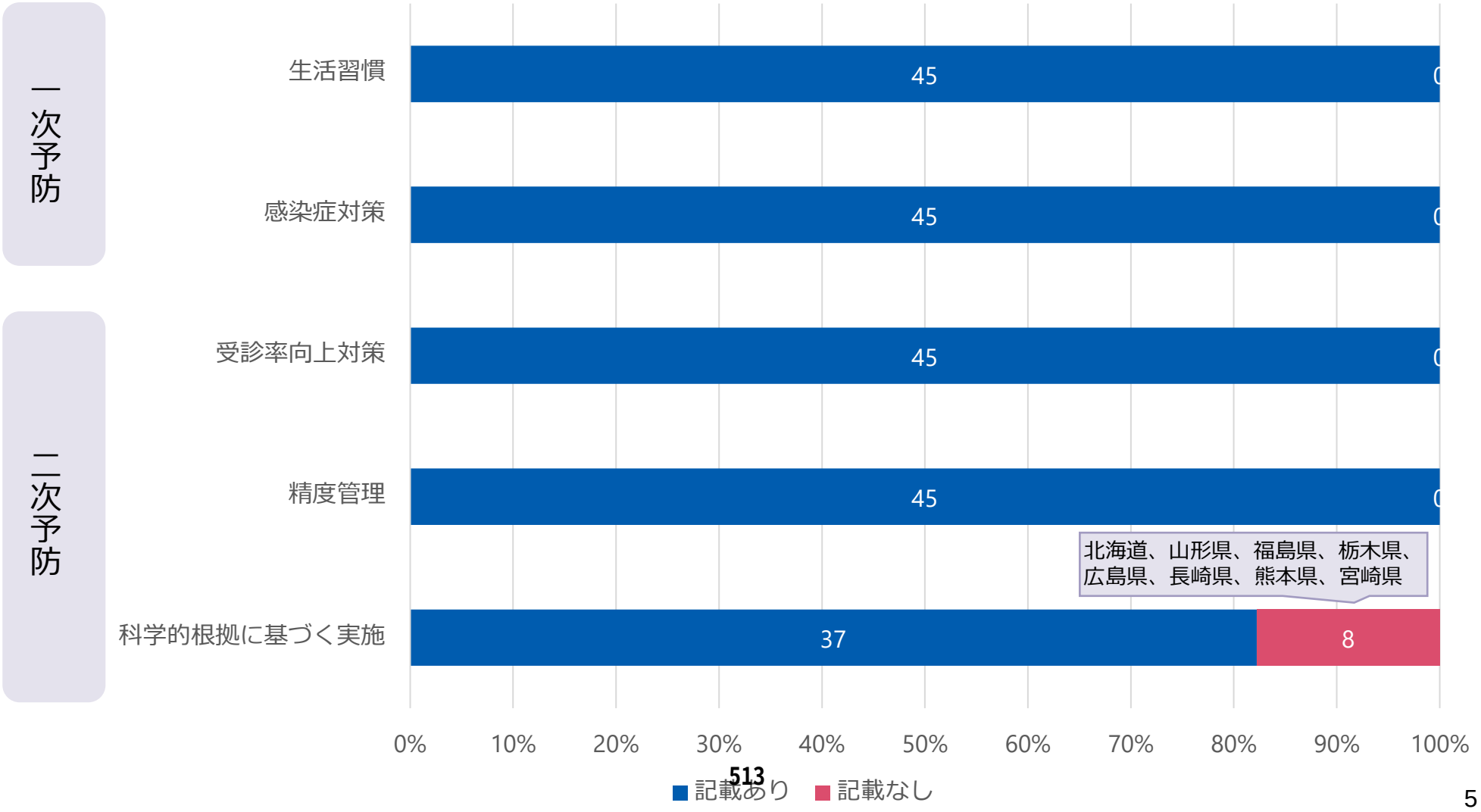
ロジックモデルを活用していない都道府県

北海道、岩手県、秋田県、福井県、愛知県、大阪府、熊本県

512

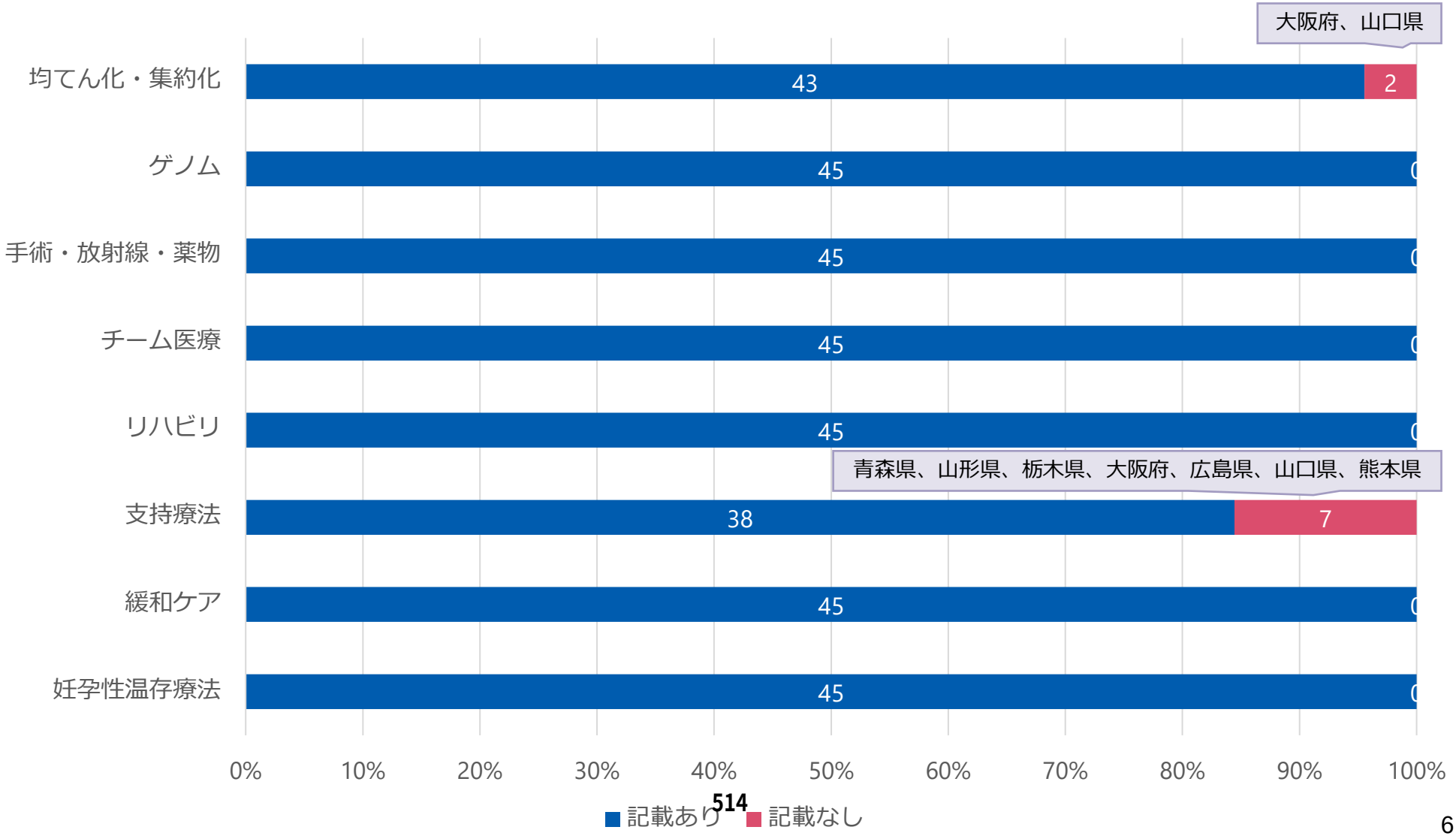
科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

概ね記載されているが、「科学的根拠に基づく実施」について記載がない自治体もある。



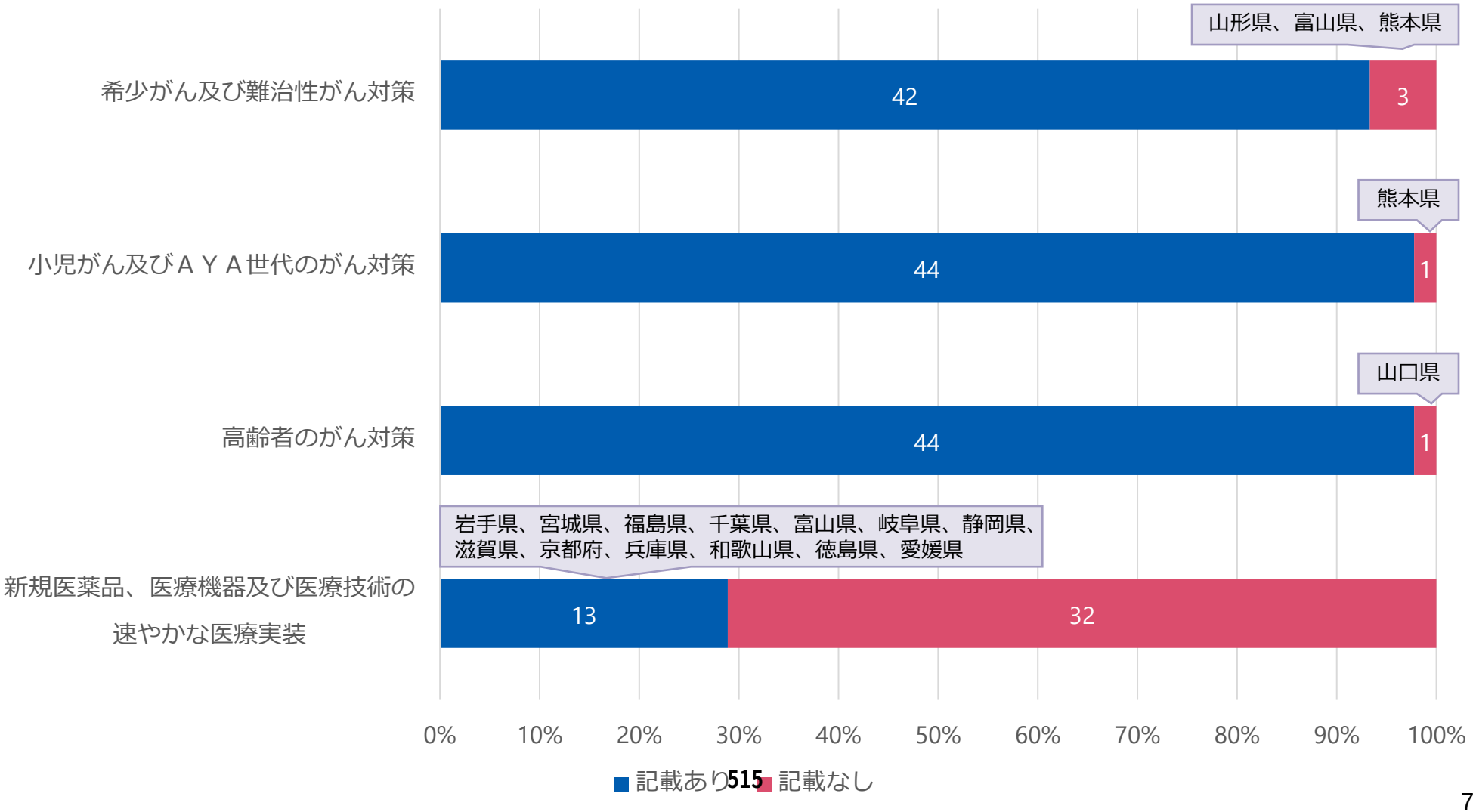
患者本位で持続可能ながん医療の提供①　がん医療提供体制等

一部の自治体において、記載のない項目がある。



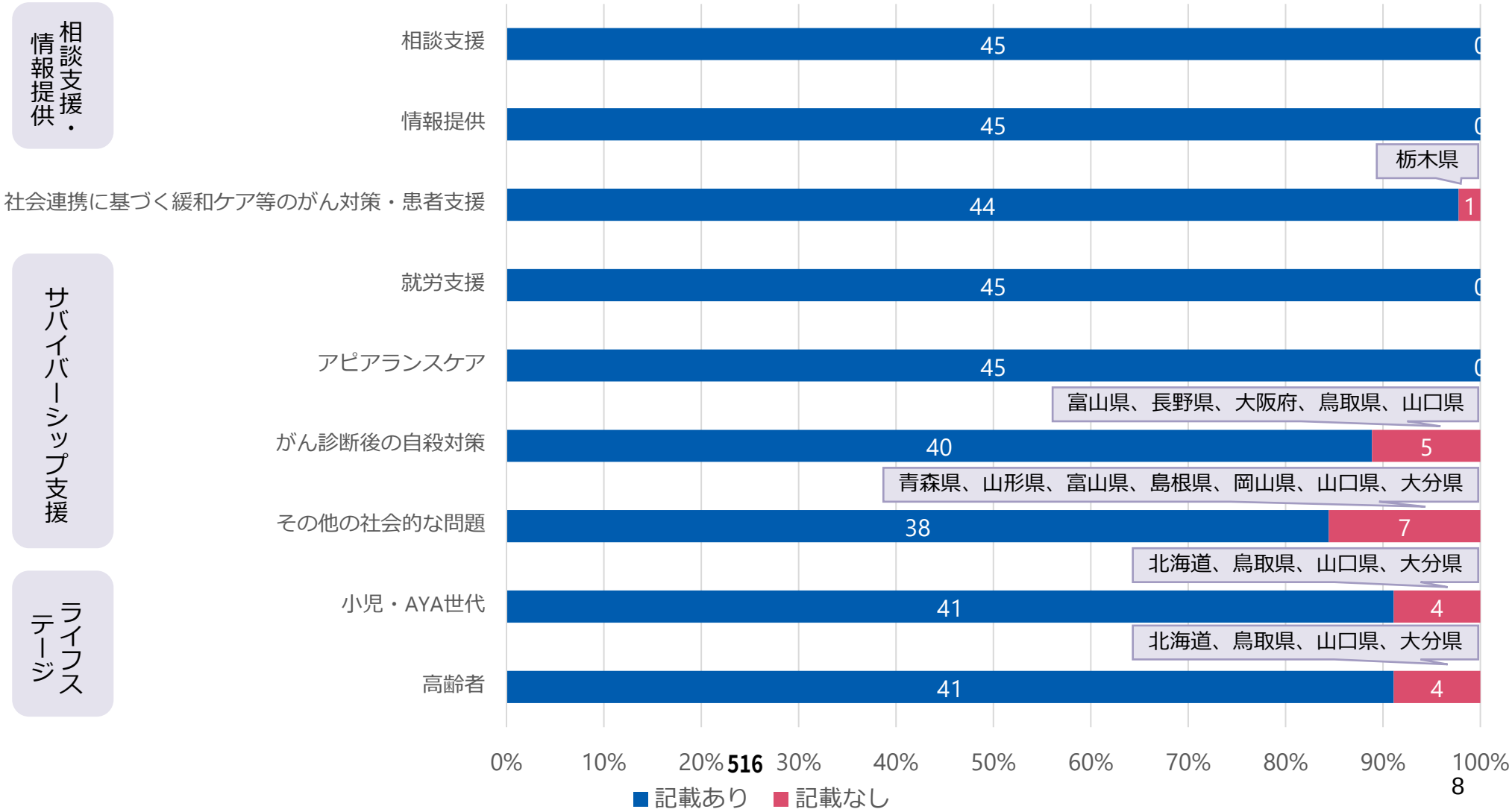
患者本位で持続可能ながん医療の提供②

「新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装」について記載している自治体は少ない。



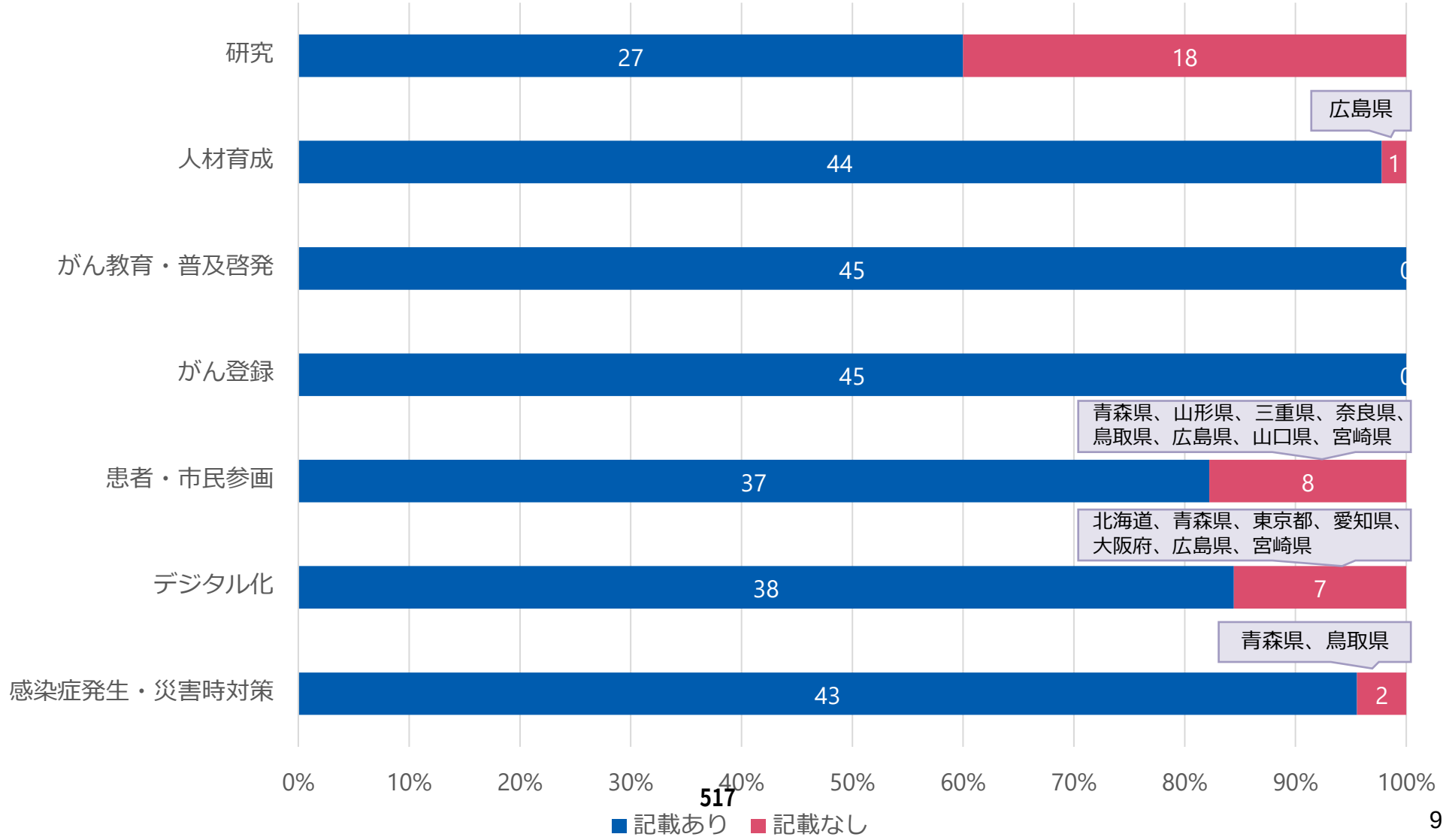
がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

一部の自治体において記載のない項目がある。



これらを支える基盤の整備
がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

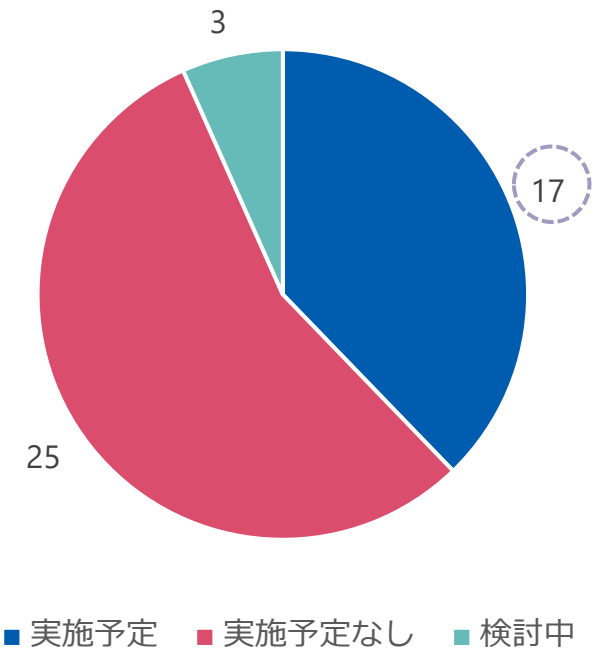
研究に関する記載があるのは半数程度である。一部の自治体で記載の無い項目がある。



その他

一部の自治体において、所管地域のモニタリングを実施予定。

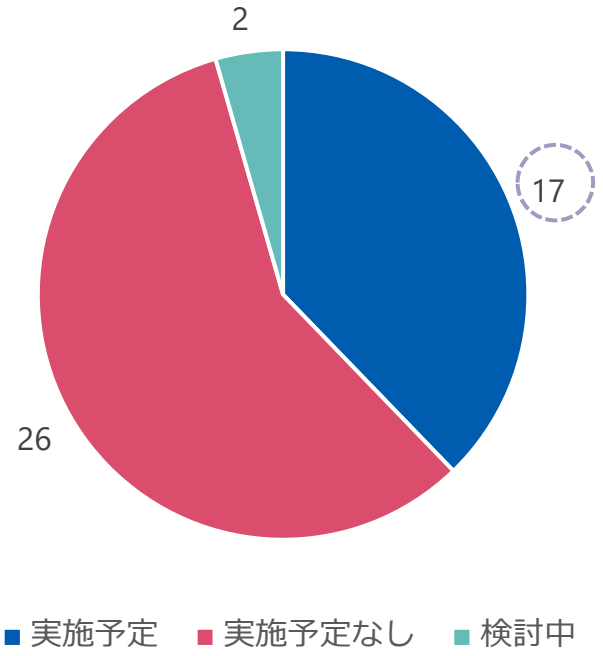
各分野の取組の地域間、医療機関間の差のモニタリング



実施予定の都道府県

宮城県、秋田県、福島県、茨城県、栃木県、埼玉県、千葉県、東京都、岐阜県、静岡県、滋賀県、奈良県、島根県、山口県、愛媛県、高知県、大分県

所管市区町村のがん対策のモニタリング



実施予定の都道府県

岩手県、秋田県、福島県、茨城県、栃木県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、岐阜県、静岡県、滋賀県、奈良県、島根県、山口県、徳島県、大分県

今後の予定

- ロジックモデル・評価指標を用いたモニタリングに加え、引き続き、都道府県におけるがん対策の進捗状況についてモニタリングしていく。

参考資料

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

（参考）都道府県において一部項目の記載がない理由等

○　ロジックモデルの活用状況・目標値の設定

都道府県	理由等
ロジックモデルの活用	
北海道	国のロジックモデルでは、多くのアウトカム指標が「患者体験調査」の結果を活用することとしているが、都道府県別の結果については、回答数が少ないことや、調査頻度の問題など、道の計画におけるアウトカム指標として適当かどうか検討が必要と考えているため。
愛知県	国の基本計画同様、計画本文には掲載していないが、計画骨子を決める際の有識者会議の資料において、ロジックモデル（案）を示し検討するなどの方法で活用している。

○　がん予防

都道府県	理由等
科学的根拠に基づく実施	
北海道	科学的な根拠に基づく実施を前提に、全体目標としてその旨記載しているため。
栃木県	科学的根拠に基づくがん検診の実施の促進は国主導であり、県は国の指針をもとに医療機関に周知していく役割であることや、県として主導でできることは限られているため。
大分県	過去の大分県がん対策推進計画の構成上、項立ててはいないが、がんの２次予防の中で、有効性の確認されたがん検診の実施や精度管理についての記載はしている。

（参考）都道府県において一部項目の記載がない理由等

○　がん医療

都道府県	理由等
がん医療提供体制等　医療提供体制の均てん化・集約化	
山口県	紙幅の関係で記載を省略しているが、拠点病院の役割分担を踏まえた集約化を推進することとしている。
がん医療提供体制等　支持療法の推進	
青森県	リハビリ及び緩和ケアに含めた形で推進している。
栃木県	支持療法を充実させることは、県の取り組むがん施策よりもがん診療連携協議会等や臨床現場の医療従事者を中心として推進していくことが適しているから。
高齢者のがん対策	
山口県	紙幅の関係で記載を省略しているが、高齢者対策にも取り組むこととしている。
新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装	
栃木県	新規医薬品等の医療実装は、県の取り組むがん施策よりもがん診療連携協議会等や臨床試験や治験を実施している医療機関を中心として推進していくことが適しているから。

（参考）都道府県において一部項目の記載がない理由等

○　がんとの共生

都道府県	理由等
社会連系に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援	
栃木県	項目としての記載はないが、内容は緩和ケアやライフステージに応じた療養環境支援において記載が重複する部分があるため省略した。
サバイバーシップ支援　がん診断後の自殺対策	
山口県	紙幅の関係で記載を省略しているが、自殺対策にも取り組むこととしている。
サバイバーシップ支援　その他の社会的な問題	
青森県	「相談支援及び情報提供」欄において、がん患者やその家族への相談支援や情報提供について記載しており、また、民間団体や患者団体等との連携についても、ピアサポーターの活動促進と養成への取組について記載しているため、あらためてこの欄への記載は行っていない。
山口県	紙幅の関係で記載を省略しているが、その他の対策にも取り組むこととしている。
ライフステージに応じた療養環境支援　小児・AYA世代	
北海道	「がん医療」の項目の中で、「共生」に関わる内容も含めて記載しているため。
山口県	紙幅の関係で記載を省略しているが、小児・AYA世代支援にも取り組むこととしている。
ライフステージに応じた療養環境支援　高齢者	
北海道	「がん医療」の項目の中で、「共生」に関わる内容も含めて記載しているため。
山口県	紙幅の関係で記載を省略しているが、高齢者支援にも取り組むこととしている。

（参考）都道府県において一部項目の記載がない理由等

○　これらを支える基盤の整備

都道府県	理由等
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	
栃木県	研究を充実させることは、県の取り組むがん施策よりもがん診療連携協議会等の臨床現場の医療従事者やヘルスケア分野の民間企業を中心として推進していくことが適しているから。
患者・市民参画	
青森県	従来から、患者・市民等が「がん対策推進協議会」の委員として計画策定や施策推進に参画しており、敢えてこのことを計画に記載していない。
山口県	紙幅の関係で記載を省略しているが、患者・市民参画を前提としている。
デジタル化	
青森県	医療全般におけるデジタル化について「第８次青森県保健医療計画」において記載している。
愛知県	国の基本計画に記載された施策の内容が、都道府県単位ではなく国レベルで取り組むべき施策であると判断したため。

○　がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

都道府県	理由等
感染症発生・災害時対策	
青森県	感染症発生・災害時対策について「第８次青森県保健医療計画」において記載している。

○　その他

都道府県	理由等
モニタリング　各分野の取組の地域間、医療機関間の差	
青森県	全県的な検証（分析）を行っている。
モニタリング　所管市区町村のがん対策	
青森県	全県的な検証（分析）を行っている。

第 27 回厚生科学審議会がん登録部会
議事次第

日　時：令和６年８月２日（金）14:00～16:00
場　所：オンライン開催

１　議　　題

（１）部会長の選任について【公開】

（２）都道府県における都道府県がん情報の利用・提供等の状況について【公開】

（３）中間とりまとめを踏まえた今後の対応等について【公開】

（４）全国がん登録情報の利用・提供に係る審査【非公開】

２　資　　料

【資料１】これまでの経緯と今後の進め方について〈公開〉

【資料２】申出一覧と各申出の概要〈非公開〉

【資料３】申出文書一式（申出番号 X2024-0001）〈非公開〉

【資料４】申出に対するがん登録部会委員の自己申告書・事前審査報告書（申出番号 X2024-0001）〈非公開〉

【参考資料１】厚生科学審議会がん登録部会 委員名簿〈公開〉

【参考資料２】厚生労働省設置法等〈公開〉

【参考資料３】厚生科学審議会がん登録部会 運営細則〈公開〉

【参考資料４】全国がん登録　情報の提供マニュアル 第４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】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〈公開〉

【参考資料７】諮問書・付議書〈公開〉

【参考資料８】申出文書の形式点検書〈非公開〉

第27回厚生科学審議会がん登録部会
令和６年８月２日（金）
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

資料１
これまでの経緯と今後の進め方について

第27回厚生科学審議会がん登録部会（令和６年８月２日）

厚生労働省健康・生活衛生局

がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

がん登録等の推進に関する法律の見直しについて

がん登録等の推進に関する法律（平成25年法律第111号）附則第４条に検討規定が設けられている。
これを踏まえ、令和２年度のがん対策推進総合研究事業で法改正に向けた課題研究を実施した上で、厚生科学審議会がん登録部会において議論を行い、令和５年10月に今後の対応方針をまとめた「中間とりまとめ」を公表している。

がん登録等の推進に関する法律附則第４条

第四条　政府は、この法律の施行後五年を目途として、この法律の施行の状況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ものとする。

見直しに係るがん登録部会の開催状況

第16回	令和３年７月７日	研究の報告及び院内がん登録に係る検討
第17回	令和３年９月29日	全国がん登録情報の国外提供について
第18回	令和３年12月９日	全国がん登録及び院内がん登録における課題について（論点ごとの検討）
第20回	令和４年８月５日	全国がん登録及び院内がん登録における課題について（論点ごとの検討）
第21回	令和４年12月５日	全国がん登録及び院内がん登録における課題について（論点ごとの検討）
第22回	令和５年３月８日	全国がん登録情報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	全国がん登録及び院内がん登録における課題について（論点検討ととりまとめ案）
第24回	令和５年８月２日	全国がん登録及び院内がん登録における課題について（とりまとめ案）

がん登録部会構成員

中山　健夫	委員	国立大学法人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・同医学部附属病院倫理支援部部長
佐藤　好美	委員	産経新聞社 論説委員
白井　千香	委員	枚方市保健所所長
大沢　かおり	臨時委員	国家公務員共済組合連合会東京共済病院乳がん相談支援センター医療ソーシャルワーカー
黒瀬　巌	臨時委員	公益社団法人日本医師会常任理事
坂元　昇	臨時委員	川崎市健康福祉局医務監
中島　直樹	臨時委員	国立大学法人九州大学大学病院メディカル・インフォメーションセンターセンター長
西野　善一	臨時委員	学校法人金沢医科大学教授
東　尚弘	臨時委員	国立大学法人東京大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野教授
藤田　香織	臨時委員	独立行政法人国立病院機構沖縄病院呼吸器内科医長
松前　恵環	臨時委員	学校法人駒澤大学グローバル・メディア・スタディーズ学部准教授
村本　高史	臨時委員	サッポロビール株式会社人事総務部プランニング・ディレクター
山本　秀樹	臨時委員	公益社団法人日本歯科医師会常務理事
亀井　美和子	専門委員	公益社団法人日本薬剤師会常務理事
木下　義晶	専門委員	国立大学法人新潟大学教授
徳永　えり子	専門委員	独立行政法人国立病院機構九州がんセンター乳腺科部長
中村　康彦	専門委員	公益社団法人全日本病院協会副会長
橋本　美穂	専門委員	公益社団法人日本看護協会常任理事

計18名（敬称略）　（令和6年８月2日時点）

全国がん登録及び院内がん登録に係る課題と対応方針 中間とりまとめ　概要（令和５年10月 厚生科学審議会がん登録部会）

「中間とりまとめ」においては、がん登録法の改正が必要となり得る内容や運用で対応する内容等が幅広く記載されている。

全国がん登録に係る対応方針（抜粋）

（１）全国がん登録情報の整備

①届出の照合・集約作業の効率化及びデータ精度の向上

○　都道府県及び国立がん研究センターにおける照合・集約作業の効率化及び精緻化のため、被保険者番号又は被保険者番号から生成されるＩＤの全国がん登録において収集・整備する項目への追加について検討するべき。その際、医療機関や地方公共団体、国民から理解が得られるよう、適切な説明を行う必要がある。

②住所異動確認調査

○　住所異動確認調査の円滑な実施に向け、住所異動確認調査が法に基づく調査であること等について、引き続き周知に努めるべき。加えて、効率化・デジタル化に向けた調査方法について関係省庁との調整を進めるとともに、より効率的な調査スキームについて検討するべき。

（２）全国がん登録DBを用いた情報の利用及び提供

①利用及び提供の申出から提供までの手続の簡略化

○　第 18 回がん登録部会において議論された対応策については、引き続き検討を進めるべき。また提供の申出から結果通知までの期間を短縮し、情報の利活用推進のため、その審査体制について見直しを検討するべき。

②情報の利用範囲（民間事業者の利用可否）の明確化

○　「がんに係る調査研究を行う者」について、民間事業者が除外されるものではないと解するべき。当該取扱いについて、今後、運用上の実績を蓄積し、必要に応じて提供マニュアル等を改訂するなど適切な利活用の推進を図るべき。

③匿名化の定義の明確化

○　がん登録推進法における匿名化の加工基準を法令又はガイドライン等で明確化すること、また識別行為の禁止や公表基準等の受領者の行為規範を検討するべき。

○　一方で、個人情報保護法の「匿名加工情報」相当の加工基準よりも緩やかな基準により加工された情報の利活用を可能とする方策の是非等についても検討を行うべき。

○　加えて、今後、運用上の実績を蓄積していくことで、基準の更なる明確化を図るといった、運用面の取組も必要。

④他のデータベースとの連結・解析

○　全国がん登録DBと公的DB等について、匿名化した情報のＩＤ５等を用いた連結解析を行うことが考えられ、ＩＤを生成するために必要な被保険者番号を全国がん登録における収集項目に追加することについて検討するべき。また、連結解析を可能とするための法的・技術的検討を進める必要がある。加えて、特定の個人が識別されることを防止するために必要な措置等を今後整理・検討する必要がある。

⑤情報の国外提供に係るルールの整理

○　がん対策の実施に資すると認められる場合には、国際機関等に対して、匿名化が行われた全国がん登録情報及び都道府県がん情報の国外提供を可能とするよう、必要な対応を検討するべき。加えて、その他要件の明確化や国外の利用者についても安全管理措置が遵守されるような実効性確保のための措置等を設けるべき。

⑥法第 20 条に基づいて提供された情報の取扱いの見直し

○　20 条提供情報について、診療録への転記等の利活用ができるよう、がん登録推進法等の規定の整備を含め、必要な見直しを行うべき。また、当該病院の院内がん登録から診療録等へ転記された場合の第三者提供の在り方や、安全管理措置等の運用上の留意点についても整理する必要。

（３）全国がん登録情報等の適切な取扱い

○　情報の第三者提供における安全管理措置の見直し及びリモートアクセス等を活用した情報提供体制の整備について、調査研究事業において検討を進めるべき。

院内がん登録に係る対応方針（抜粋）

（１）院内がん登録の推進

○　法施行前の院内がん登録情報の予後調査について、地方公共団体から協力が得られるよう、国立がん研究センターにおいて適切な説明及び周知を行うべきである。また、地方公共団体の担当者が替わっても協力が得られるよう、丁寧な周知に努めるべき。

○　院内がん登録の記録、保存項目を追加することについて国立がん研究センターにおいて検討を行い、必要に応じ、「がん診療連携拠点病院等院内がん登録 標準登録様式」を改訂する等の対応を行うべき。

（２）院内がん登録全国収集データの利活用

○　院内がん登録全国収集データについては、当面の利活用に係る整理として、国立がん研究センターが、個人情報保護法等に基づき、2023 年より第三者提供を開始している。将来的には、院内がん登録全国収集データの更なる利活用を促進するため、必要な対応を検討するべき。

前回の部会で頂いた御意見

前回（令和６年３月15日開催）の部会において、全国がん登録情報の利用・提供等の状況についてご議論いただいた際に、法第18条や第19条に基づく都道府県がん情報等の利用・提供等の状況について御意見を頂いた。

＜前回の部会で頂いた御意見＞

- 法第18条や第19条に基づく都道府県による提供に関するデータは集計されているのか。がん登録のデータの利活用がまだまだ進んでいないため、都道府県の利用状況をまず調査して、実態を明らかにしてはどうか。
- 都道府県の状況を明らかにした上で、がん登録情報を利用したがん検診の精度評価をさらに推進していくような形で進めていただきたい。

- 頂いた御意見を踏まえ、法第42条第１項の規定に基づき、都道府県がん情報の利用・提供等の状況について、都道府県に対して調査を実施。
- 調査結果をもとに、都道府県におけるがん登録情報の利活用の状況についてとりまとめ。

都道府県施行状況調査の概要

がん登録等の推進に関する法律（法律第111号）第42条第１項の規定に基づき、法の施行状況を適確に把握し、今後の運用に対する正確な理解を深めることを目的として、都道府県施行状況調査を実施した。

主な調査項目

- 届出の受領実績、届出情報の審査及び整理に要する期間
- 住所異動確認調査の対応状況、効率化・デジタル化に関する意見
- 情報提供申請の窓口及び審議会の体制等
- 情報の利用及び提供の実績（件数、提供先等）

調査対象：47都道府県
対象期間：平成28年１月１日（法施行日）から令和６年３月31日まで
回答期間：令和６年６月７日から令和６年６月28日まで

＜参照条文＞

○がん登録等の推進に関する法律（平成25年法律第111号）

（施行の状況の公表等）

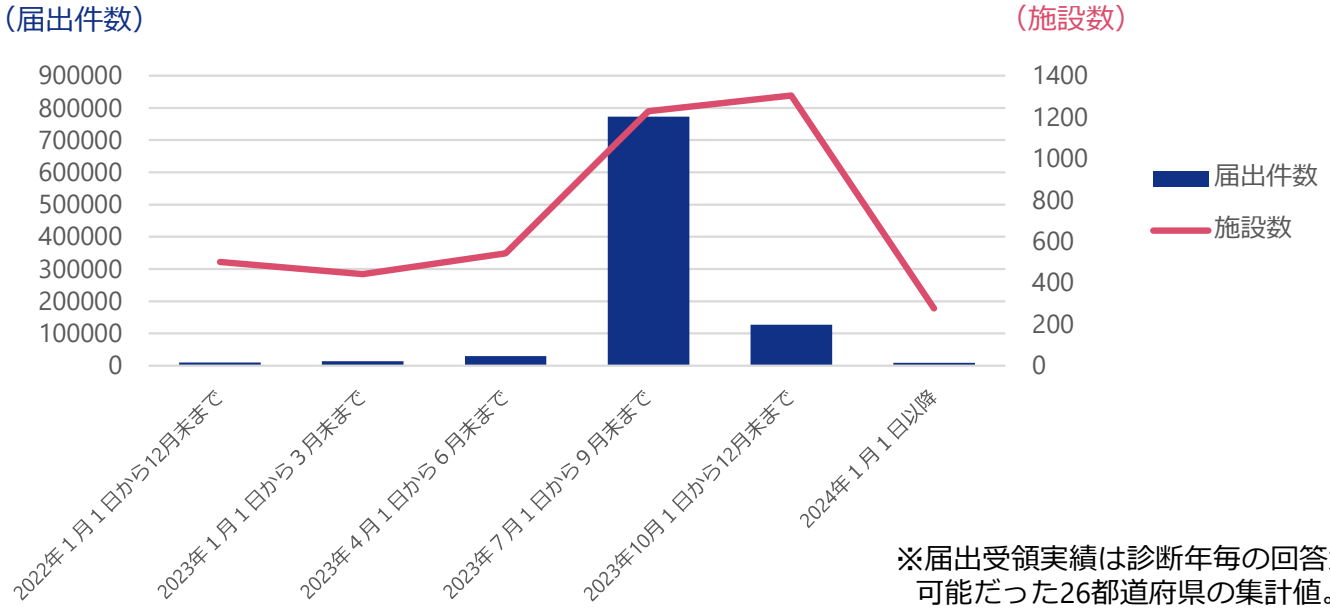
第四十二条　厚生労働大臣は、国立がん研究センター及び都道府県知事に対し、この章の規定の施行の状況について報告を求めることができる。

２　厚生労働大臣は、毎年度、前項の報告その他のこの章の規定の施行の状況に関する事項を取りまとめ、その概要を公表するものとする。

届出の受領実績、届出情報の審査及び整理に要する期間

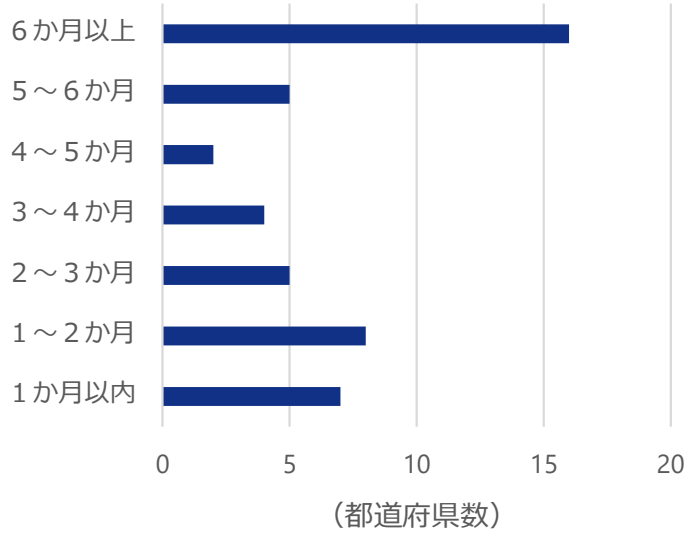
○2022年診断症例について、省令で規定する提出期限（診断年の翌年12月末）までに、届出の99%が提出されていた。
（診断年の翌年９月末までには、届出全体の86%の届出が提出されていた。）
○届出情報の審査及び整理に、半年以上かかっている都道府県が最も多い。

2022年診断症例の届出受領実績



※届出受領実績は診断年毎の回答が可能だった26都道府県の集計値。

届出情報の審査及び整理期間

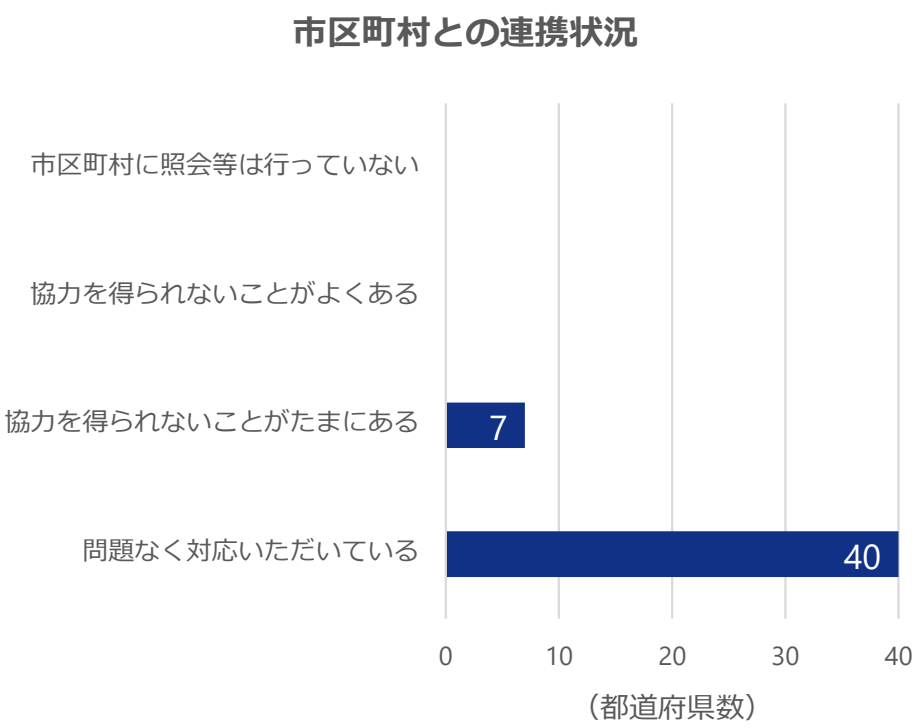


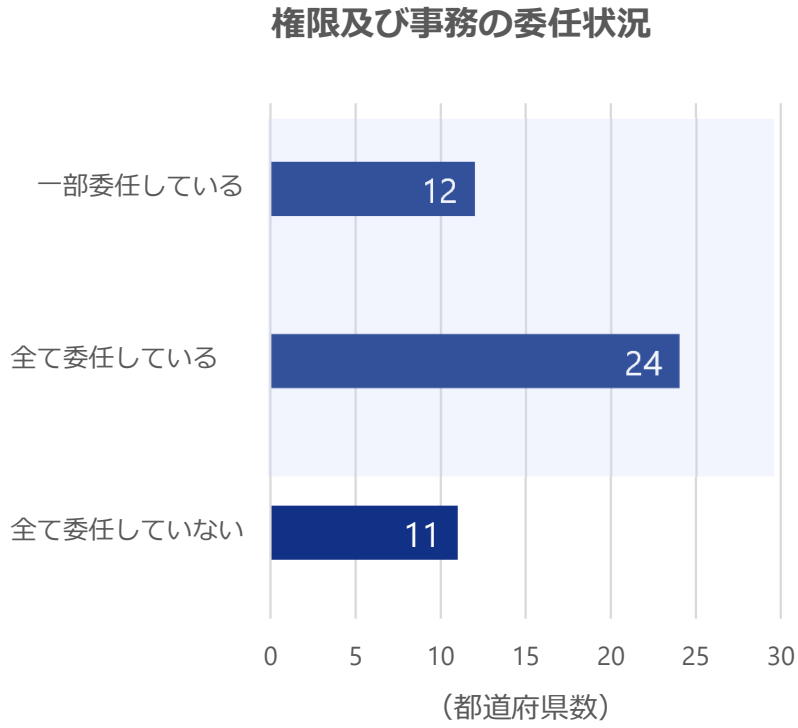
届出情報の審査及び整理に関する意見（概要）

- 同一人物の判断や入力項目のエラー修正等のために病院へ照会することが多い。
- ルールが複雑で変更もあり迷うことがある。県及び医療機関の担当者への教育、周知が十分にできていないと考えられる。
- 保険者番号等の同一人物判定の識別子の導入を望む。

住所異動確認調査の対応状況

○住所異動確認調査において、市区町村には概ね問題なく対応いただけている状況であった。
○一方、がん登録事務を県庁から外部へ委任している都道府県が多く、「問題なく対応いただいている」と回答した都道府県の中にも、県庁を経由することへの負担、住民票発行の事務作業や手数料の負担等を挙げるケースがあり、調査手続きの改善を求める意見があった。





住所異動確認調査の効率化・デジタル化に関する意見

○住所異動確認調査の効率化・デジタル化について、住基ネットの利用が有効であるとの意見が挙げられた。
○一方、県庁が外部委任しているがん登録室との連携や安全管理への懸念も挙げられており、県庁とがん登録室双方の負担を軽減できる作業フロー等、各都道府県の状況に応じた対応が可能となる利用方法の整備が必要。

住所異動確認調査の効率化・デジタル化についての主な意見（概要）

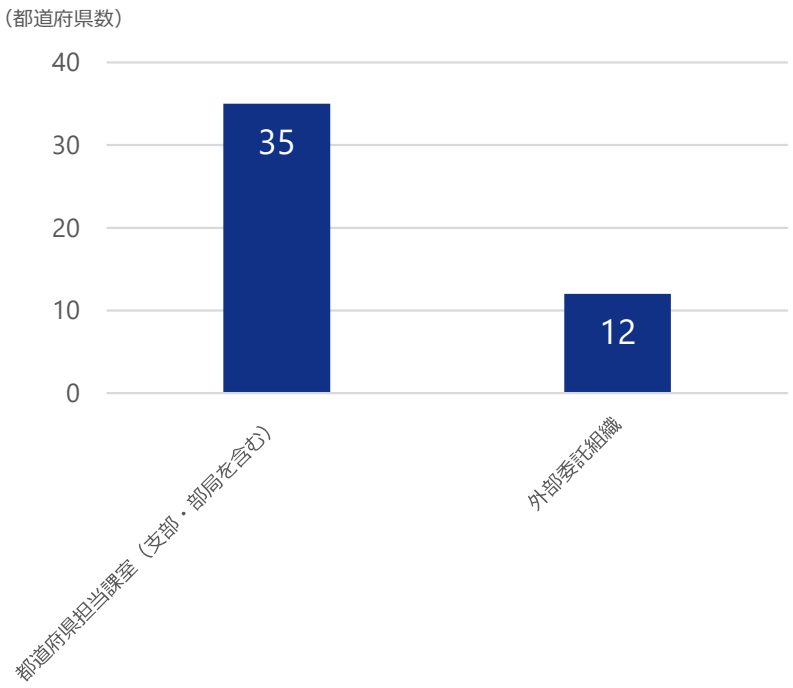
- 住基ネットが利用できれば、市区町村と紙の郵送等のやりとりが不要になり、コスト削減や個人情報漏洩等のリスク低減、調査期間の短縮等につながる。
- 住基ネットが利用可能になるのであれば、国で一括して照会が行えるとさらなる効率化になると考える。
- 都道府県における届出票の名寄せ作業にも住基ネットを活用できるとそのメリットは大きいと考える。
- 現行のままで問題ない又は意見なし。
- がん登録事務を外部に委任しており、外部の県庁の住基ネット利用可能部門との連携が難しいと考える。
- 外部委任しているがん登録室の設置は安全管理上好ましくないと考える。また、新たな設置はコストが大きい。
- がん登録室及び都道府県、どちらの作業負担も軽減できる方法の検討が必要である。

※質問文：現在、住所異動確認調査に関して効率化・デジタル化を検討していますが、効率化・デジタル化に係るご意見等を記載ください。
（参考）「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（令和５年10月）」において、効率化・デジタル化の必要性が述べられています。（詳細：https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_35523.html）

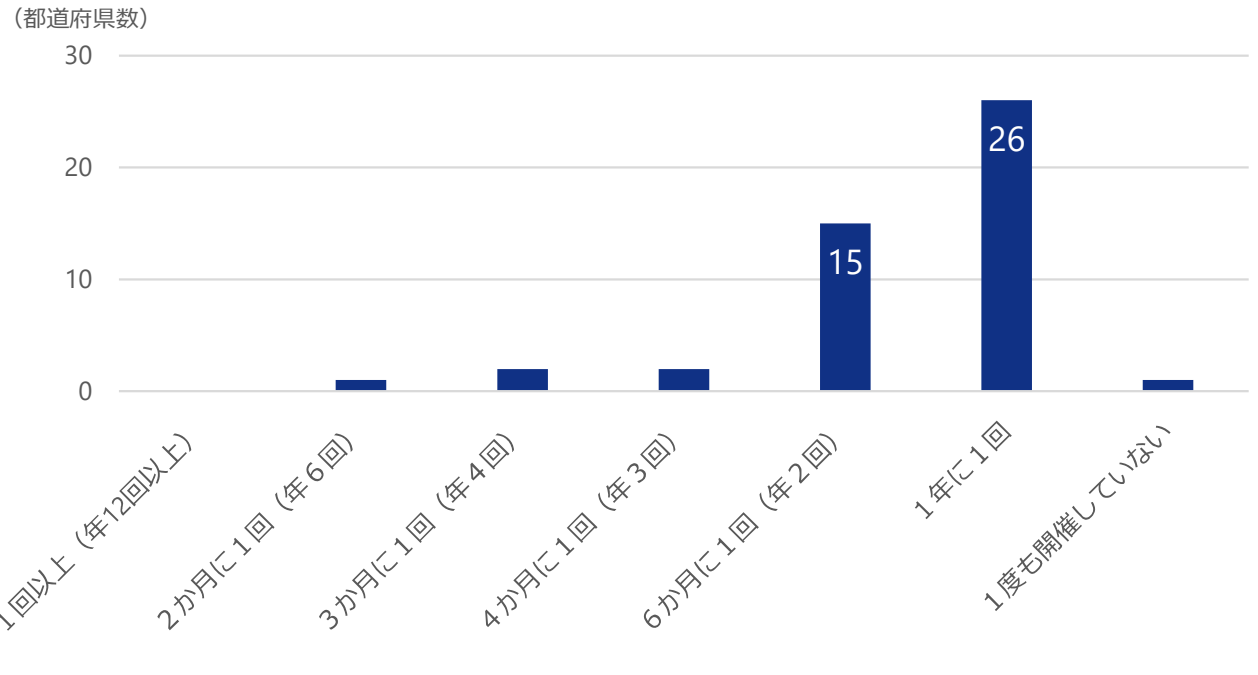
情報提供申請の窓口及び審議会の体制

○情報提供の窓口組織は都道府県担当課室（支部・部局を含む）で担当している都道府県が多かった。
○審議会は年１～２回の開催頻度が多かった。

窓口組織

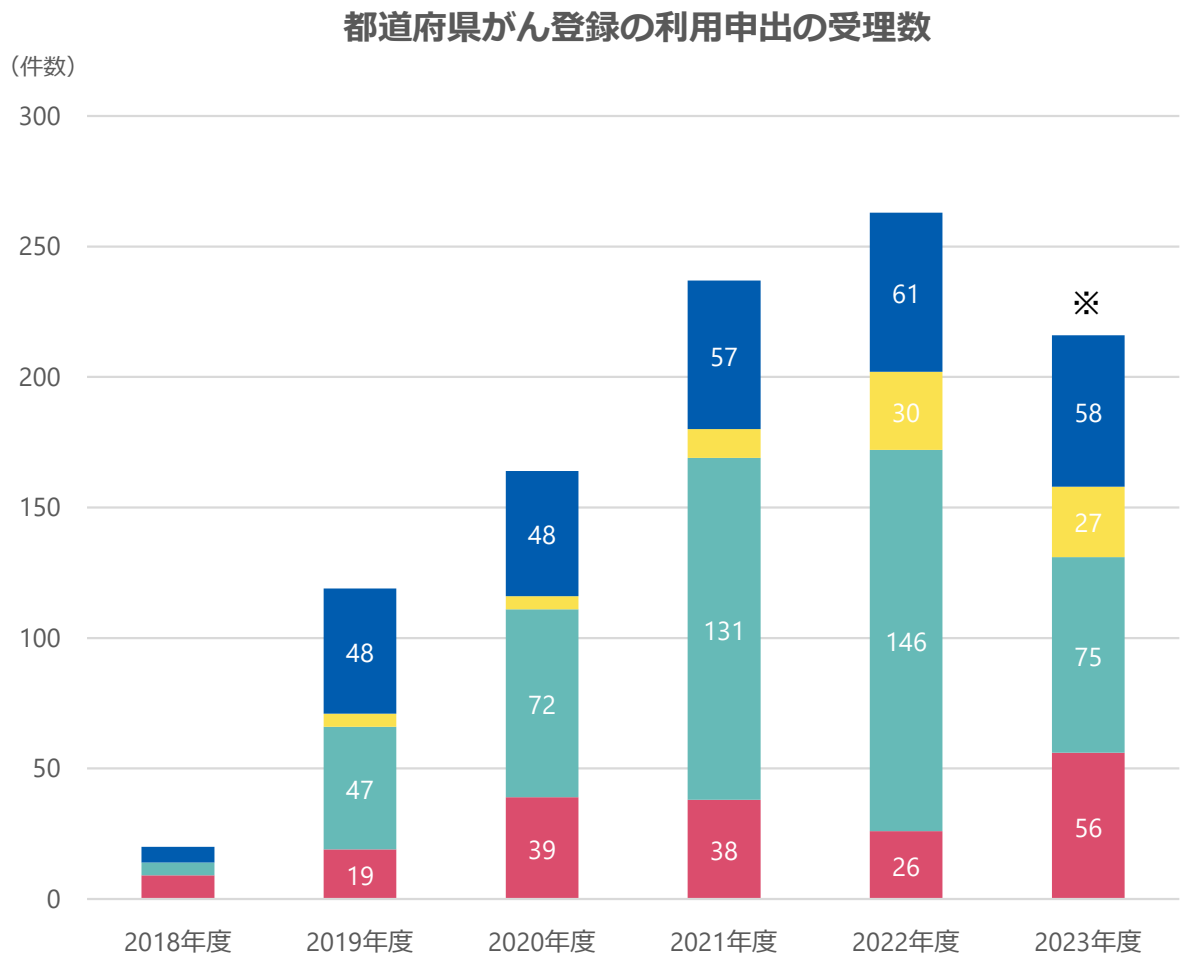


審議会の開催頻度



都道府県がん登録情報の利用申出の総件数

○都道府県がん登録情報の利用申出受理の総件数は概ね増加傾向にあり、病院等への提供（法第20条）が最も多い。

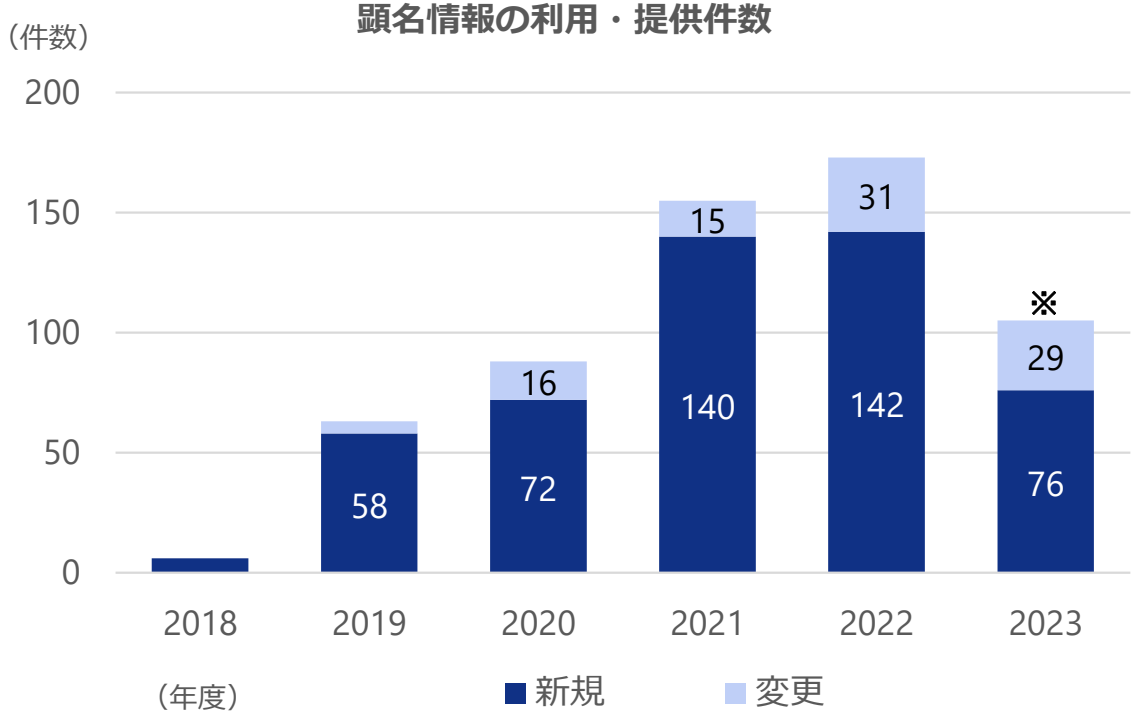


※2023年に公表予定だった2020年診断症例の公表が、全国がん登録システム改修に伴う不具合により遅延し、2024年３月公表となった。2023年８月には都道府県へ公表遅延の状況が連絡され、2020年診断症例の利用申出の受付も停止されたことから、2023年度の利用申出の受理件数が減少したものと考えられる。

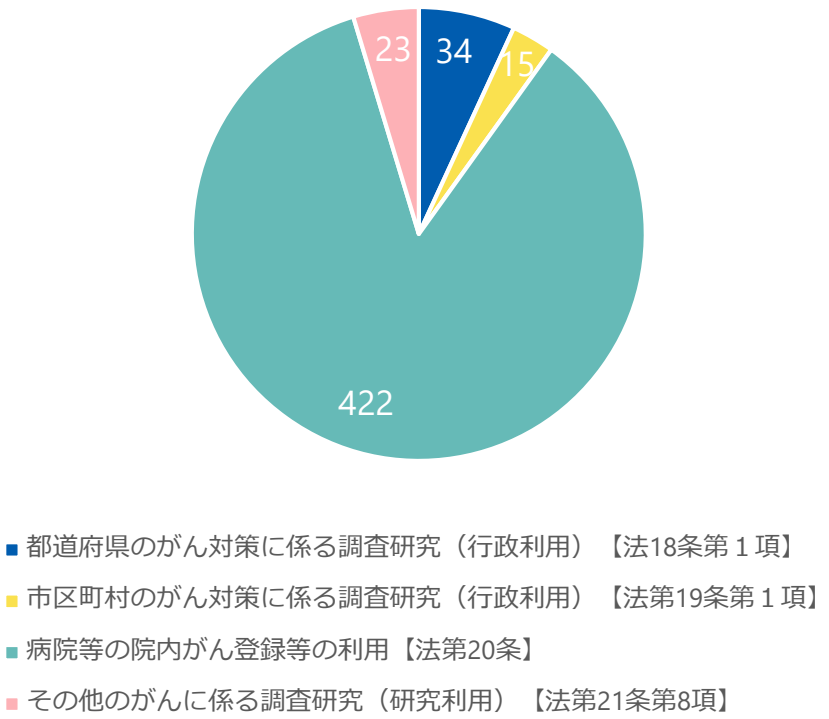
都道府県がん登録情報の利活用状況（顕名情報）

○顕名情報の利用申出件数は概ね増加傾向がみられた。
○病院等への提供（法第20条）が新規利用申出の約8.5割を占めていた。

顕名情報の利用・提供件数



顕名情報の利用・提供（新規）の件数内訳

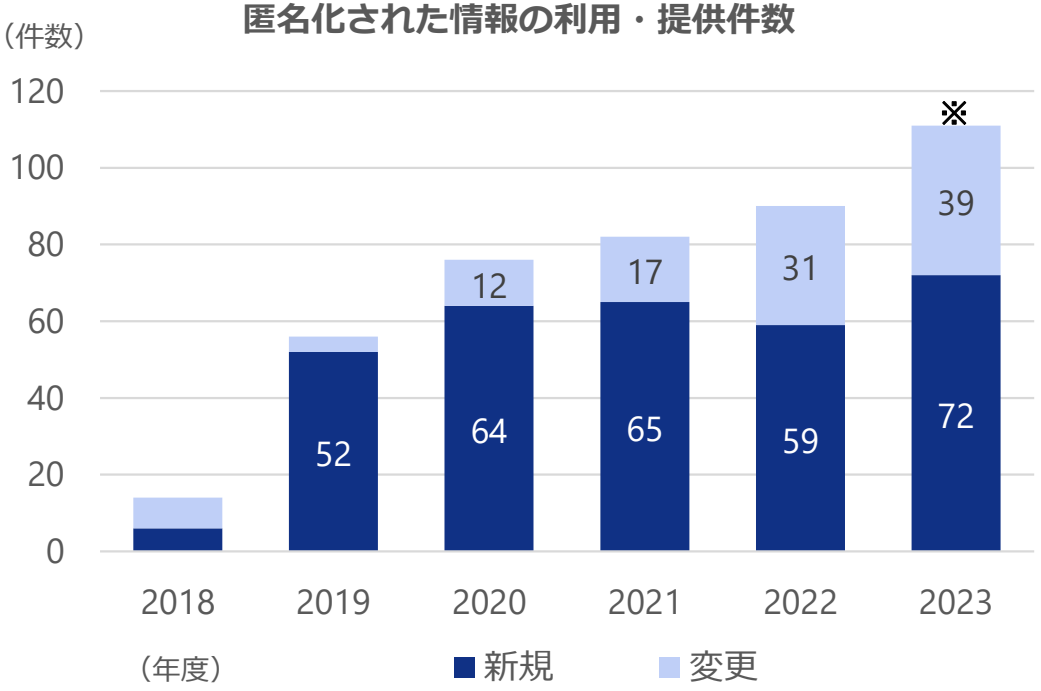


※2023年に公表予定だった2020年診断症例の公表が、全国がん登録システム改修に伴う不具合により遅延し、2024年３月公表となった。2023年８月には都道府県へ公表遅延の状況が連絡され、2020年診断症例の利用申出の受付も停止されたことから、2023年度の利用申出の受理件数が減少したものと考えられる。

都道府県がん登録情報の利活用状況（匿名化された情報）

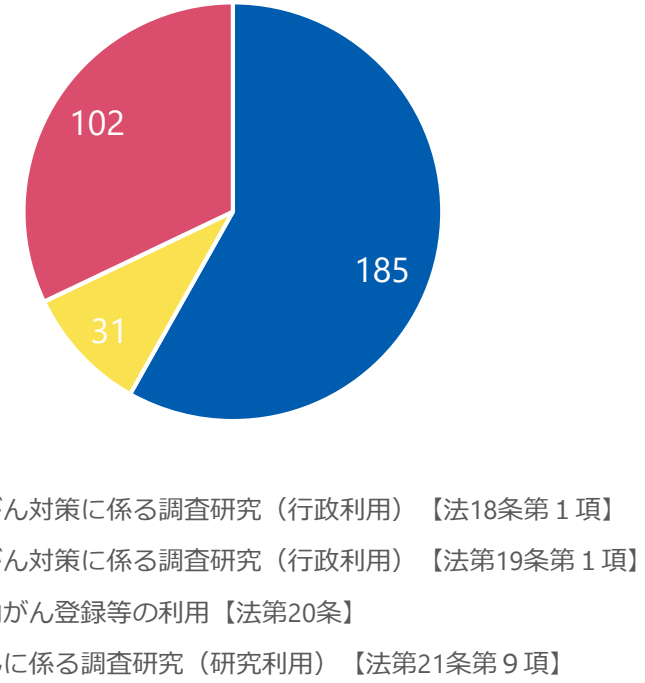
○匿名化された情報の利用申出件数は概ね増加傾向がみられた。
○匿名化された情報の新規利用申出は、行政利用（法第18条又は第19条）が約７割を占めた。

匿名化された情報の利用・提供件数



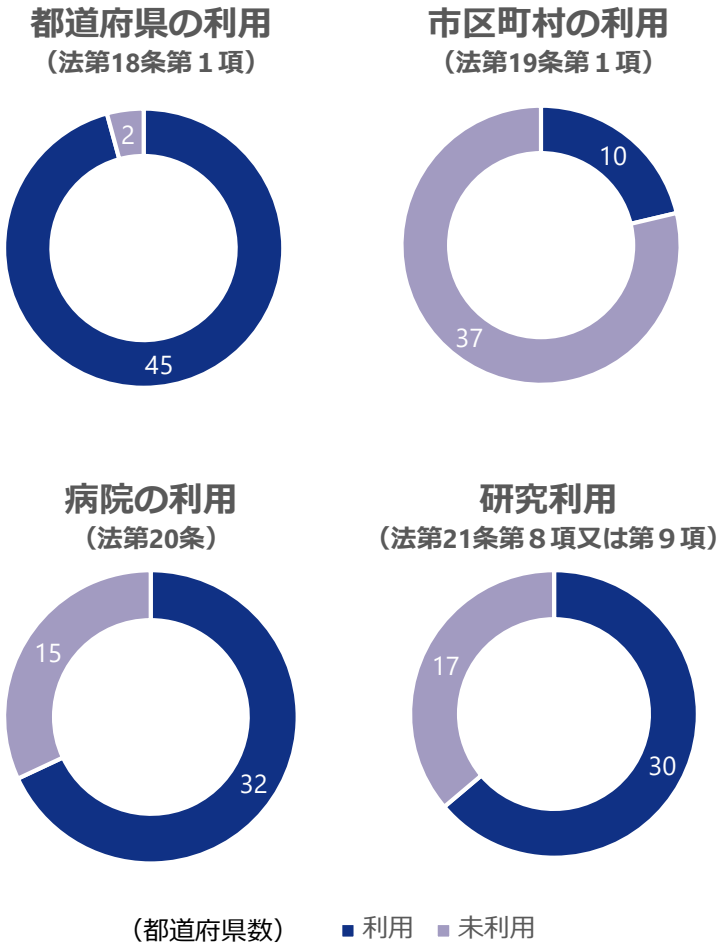
※都道府県におけるがん罹患状況の年次報告が主な利用であること、研究利用では研究目的に応じて必ずしも最新の診断年の情報を要求されないことから、顕名情報の利用申出件数のような減少はみられなかったものと考えられる。

匿名化された情報の利用・提供（新規）の件数内訳



都道府県がん登録情報の利活用状況（利用主体別）

○がん登録情報について、都道府県の利用（法第18条第１項）は45県、市区町村の利用（法第19条第１項）は10県、病院の利用（法第20条）は32県、研究利用（法第21条第８項又は第９項）は30県で実績があった。

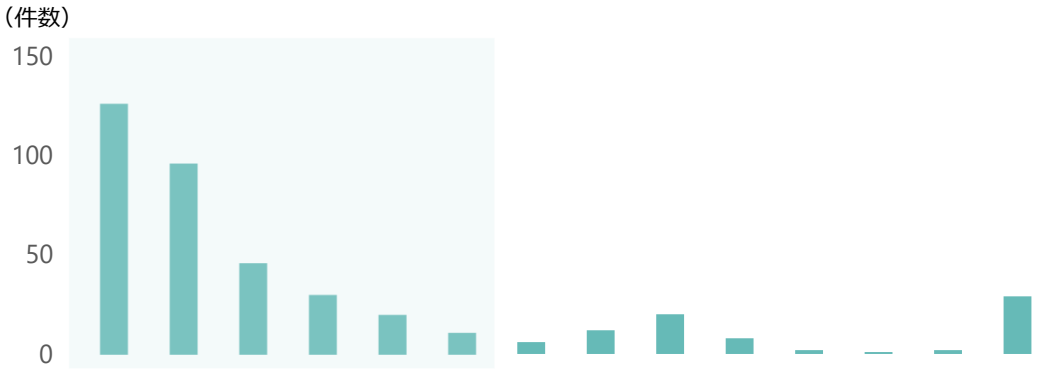


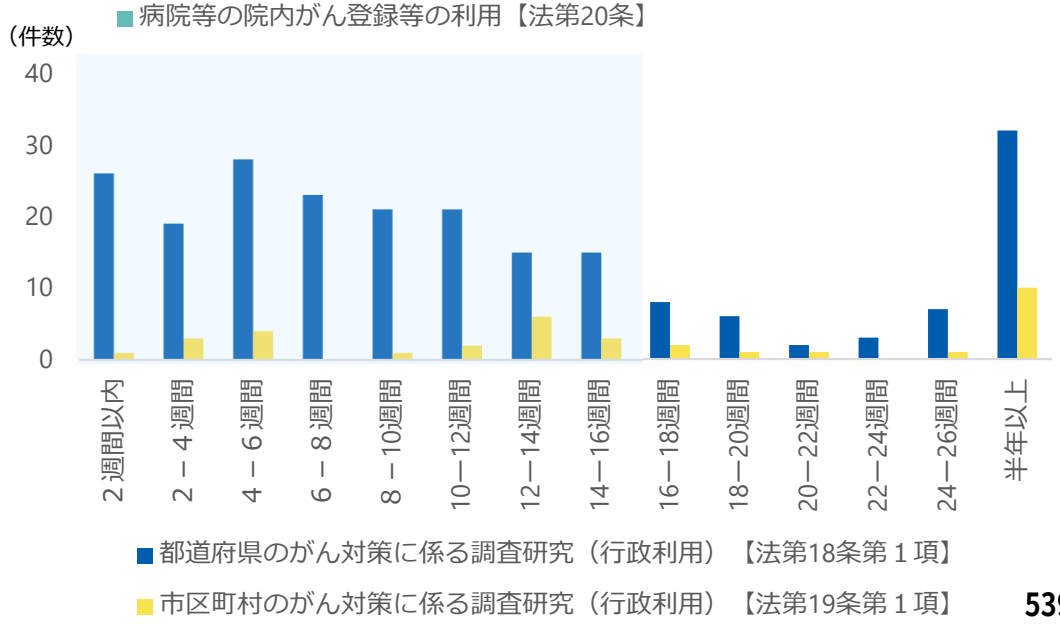
都道府県	法第18条	法第19条	法第20条	法第21条	都道府県	法第18条	法第19条	法第20条	法第21条
北海道	○	―	○	○	三重県	○	―	○	―
青森県	○	―	―	○	滋賀県	○	―	○	○
岩手県	○	―	○	―	京都府	○	○	―	―
宮城県	○	○	○	○	大阪府	○	○	○	○
秋田県	○	○	○	○	兵庫県	○	―	○	―
山形県	○	―	○	○	奈良県	○	―	○	○
福島県	○	○	○	○	和歌山県	○	―	○	―
茨城県	○	―	○	―	鳥取県	○	―	―	○
栃木県	○	―	○	―	島根県	○	―	○	○
群馬県	○	―	―	○	岡山県	○	―	○	○
埼玉県	○	―	―	―	広島県	○	―	○	○
千葉県	○	○	○	○	山口県	○	―	○	―
東京都	○	○	○	○	徳島県	○	―	―	―
神奈川県	○	○	○	○	香川県	○	―	―	○
新潟県	○	―	○	○	愛媛県	○	―	―	○
富山県	○	―	―	―	高知県	○	―	○	○
石川県	○	―	○	○	福岡県	○	―	―	―
福井県	○	―	―	―	佐賀県	―	―	―	○
山梨県	○	―	○	―	長崎県	○	―	○	○
長野県	○	○	○	○	熊本県	○	―	―	○
岐阜県	○	―	―	○	大分県	○	―	○	○
静岡県	―	―	○	―	宮崎県	○	―	―	―
愛知県	○	○	○	○	鹿児島県	○	―	○	○
					沖縄県	○	―	○	―

「○」=利用又は提供実績あり、「ー」＝利用又は提供実績なし

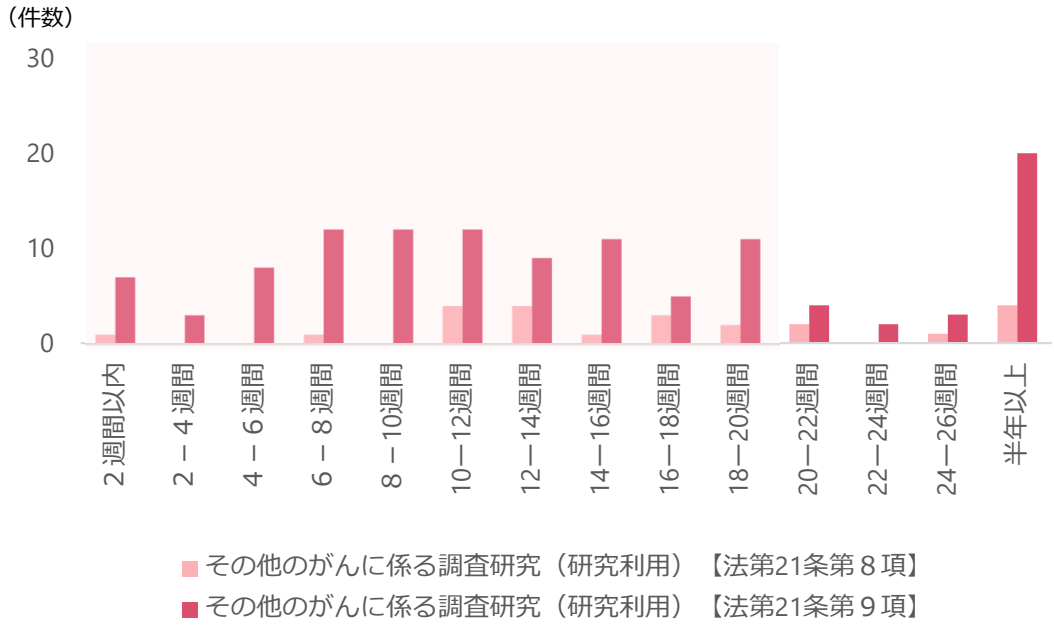
都道府県がん登録情報の利活用状況（提供に要する期間）

○病院等への提供（法第20条）は概ね３か月以内、行政利用（法第18条第１項又は第19条第１項）は概ね４か月以内、研究利用（法第21条第８項又は第９項）は概ね５か月以内に情報提供されていた。
○半年以上等、期間の長いケースは、申出タイミングと利用対象診断年のデータ確定までの期間が要因と考えられた。





539



※情報提供された申出のうち、提供日の回答が得られた申出のみを集計した。
※全国がん登録システムの不具合による2020年診断症例の公表遅延の影響を受けて、法第20条の利用申出の受理件数は2023年度に減少していたが、行政利用（法第18条又は第19条）及び研究利用（法第21条）の利用申出件数に減少はなかったことから、提供に半年以上かかった件数が多くなったと考えられる。

＜顕名情報＞
都道府県のがん対策のための情報利用・提供の事例（法第18条第１項）

都道府県は、がん対策の企画立案又は実施に必要ながんに係る調査研究のために自ら利用可能（又は委託事業者等に提供可能）とされている。代表的な利用例が、がん検診精度管理事業の報告書公表。

がん検診の精度管理

市町村のがん検診台帳とがん登録情報を照合した上で、都道府県におけるがん検診の精度（感度・特異度）等について、現状と課題をとりまとめ、報告書を公表するとともに、がん検診の改善に利用している。



がん登録データを活用した
がん検診精度管理事業

令和４年度　報告書

令和５年３月
弘前大学大学院医学研究科医学医療情報学講座
田中里奈
弘前大学医学部附属病院医療情報部
松坂方士

（要精密検査と判定された者におけるがん患者の割合。陽性反応適中度が高いことは、効率よくがんを判定していることを意味する。感度と特異性は検査法固有の性能によって決まるが、陽性反応適中度は集団における有病率にも影響を受けるので、評価指標として用いる場合には注意が必要である。）

※①～⑤の指標は、上皮内がんを含めた値である。

	がん検診で要精密検査	がん検診で異常なし
実際にがん あり	真陽性	偽陰性
実際にがん なし	偽陽性	真陰性

4. 感度算出のための追跡期間とがんのカウント方法
がん検診受診者の追跡期間は、がん検診受診日から１年とした。市町村から提供された がん検診台帳のうち、平成 29 年度がん検診台帳は、平成 29 年４月１日～平成 31 年３月 31 日診断分のがん登録データと照合した。（■3）がん登録データから、追跡期間内にがんと診断[注4]された者をがん罹患者とした。

注４）がんの診断に至るまで、通常は複数回の精密検査をはじめとする何らかの検査が実施されている。がん登録ではそのようながん診断に係る検査を下記のように分類し、がんとされた検査のうち優先度の高いものを実施した日を診断日としている。
① 原発巣の組織診
② 転移巣の組織診
③ 細胞診
④ 画像診断などの臨床検査（画像診断など）
⑤ 上記①～④以外の臨床診断

5.がん診断時病期
がん登録でがんと判明した者については、医療機関における診断時の病期をがん登録データベースから抽出した。
診断時病期は以下の５区分からなる。

上皮内：上皮内にとどまっている

9



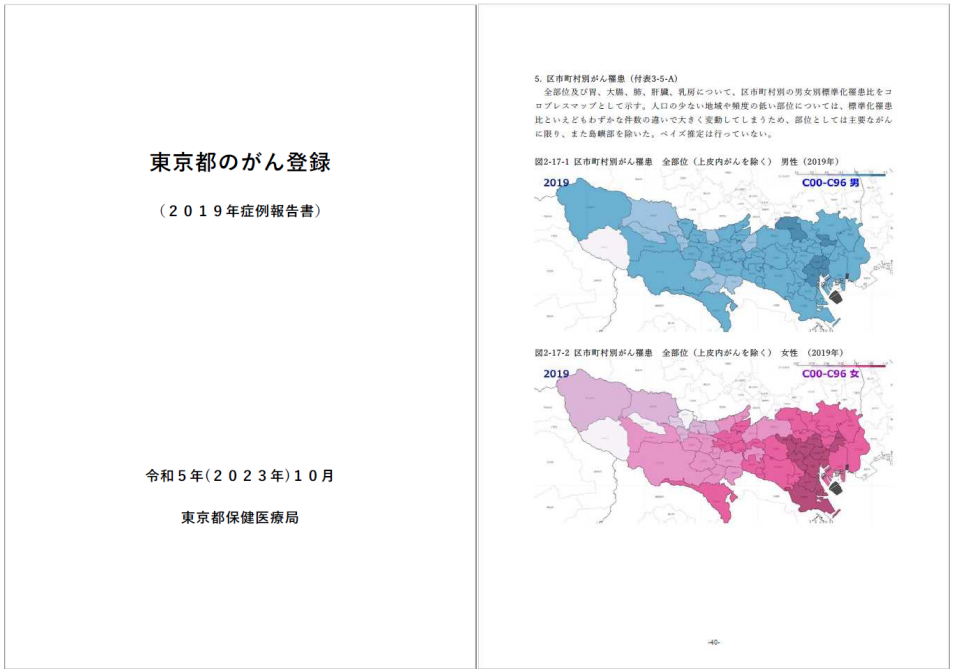
○左図：青森県がん・生活習慣病対策課「がん登録データを活用したがん検診精度管理事業（令和４年度報告書）」
○右図：がん検診精度管理事業の報告書掲載HP（https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/ganseikatsu/gantourokugankenshin.html 2024年7月５日アクセス）

＜匿名化された情報＞
都道府県のがん対策のための情報利用・提供の事例（法第18条第１項）

都道府県は、がん対策の企画立案又は実施に必要ながんに係る調査研究のために自ら利用可能（又は委託事業者等に提供可能）とされている。代表的な利用例が、罹患数・率等の公表。

都道府県のがん登録報告書の例

がん罹患状況について、全国と比較した各都道府県やその市区町村別等の特徴をとりまとめ、報告書を公表するとともに、集計表データを公表している。





年次	全文 (PDF)	表紙 (PDF)	目次 (PDF)	第1章 (PDF)	第2章 (PDF)	第3章 (PDF)	第3章 (Excel)
2019	2,845KB	325KB	200KB	1,373KB	1,350KB	937KB	264KB
2018	2,819KB	325KB	200KB	1,492KB	1,357KB	938KB	250KB
2017	2,601KB	172KB	200KB	1,288KB	1,190KB	785KB	316KB
2016	2,403KB	398KB	200KB	1,394KB	889KB	785KB	317KB

○左図：東京都保健医療局「東京都のがん登録（2019年症例報告書）」
○右図：東京都がん登録事業の報告書掲載HP（https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kensui/gan/torikumi-kankei/chiikigan/report/index.html 2024年7月５日アクセス）

＜顕名情報＞
病院等の院内がん登録等のための情報提供の事例（法第20条）

病院等は、院内がん登録その他がんに係る調査研究のため、自施設で診断・治療した症例の生存確認情報を含む全国がん登録情報について、都道府県から提供を受けることができる。代表的な利用例が、生存率の公表。

施設の生存率公表の例

施設で初回治療方針に関する決定・施行が行われた症例の生存率を算出し、ホームページで公表、生存率に関する留意事項や考察等を合わせて公表し、患者等へ情報提供している。

5年生存率

生存率とは、診断から一定期間後に生存している確率のことであり、がん医療を評価する重要な指標の1つです。診断後あるいは治療後5年経過した時の生存率が治癒の目安とされています。

部位		Ⅰ期	Ⅱ期	Ⅲ期	Ⅳ期
胃	症例数	53	15	26	36
	実測生存率(%)	71.3	52.5	23.1	2.8
大腸（結腸・直腸）	症例数	47	59	65	48
	実測生存率(%)	87.2	81.1	65.3	15.9
乳房	症例数	59	36	20	－
	実測生存率(%)	94.9	88.9	64.6	－

※症例数が10件未満の場合は「-」で表示

生存率の算出について

対象：2016年1月1日～2017年12月31日に診断された症例
対象症例：当院でがんと診断または他施設でがんと診断され、当院にて初回治療方針に関する決定・施行が行われた症例
対象部位：胃・大腸（結腸・直腸）・乳房
算出方法：Kaplan-Meier法を用いた実測生存率
予後調査方法：当院来院歴情報、全国がん登録情報照会（注）
病期分類：UICC（国際対がん連合）TNM分類

注：全国がん登録情報の利用については、がん登録等の推進に関する法律（第20条）に基づき、当院より届出をしたがんに係る都道府県がん情報（生存確認情報）の提供を受けています。

実測生存率について

実測生存率とは、死因に関係なく、全ての死亡を計算に含めた生存率のことです。この死亡には、がん以外の死因による死亡も含まれます。

生存率の留意事項

生存率は性、年齢、合併症の有無、生存状況把握割合等、様々な要因が影響を及ぼすため、単純に施設間の成績を比較できません。数値だけを比較して、生存率が高いという理由で医療機関を選択すると、思いがけない不利益を被る可能性があります。

考察

胃がんの実測生存率（Ⅰ期）について、平均的な値より低い結果となったため死因を調査しました。結果は、がん死が0件、他病死が10件、他院にて死亡のため死因不明が7件でした。死因不明もありますが、他病死での死亡が多いため生存率が低くなったと考えられます。

○公立西知多総合病院「病院情報の公表（臨床指標）」HP（https://www.nishichita-hp.aichi.jp/about/dpc/、2024年７月５日アクセス）

＜顕名情報＞
調査研究を行う者への顕名情報の提供事例（法第21条第８項）

がんに係る調査研究を行う者は、がん医療の質の向上等に資する研究のために、都道府県から顕名情報の提供を受けることができる。代表的な利用例が、コホート研究。

コホート研究の例

参加者の基礎特性（ゲノム情報）や生活習慣・環境、血液検査等の各種検査結果と罹患状況の関連を把握・解析し、健康支援のあり方を考え、今後の地域医療の向上につなげることを目的とした研究。成果は論文・ホームページ等で研究者や市民へ情報提供している。



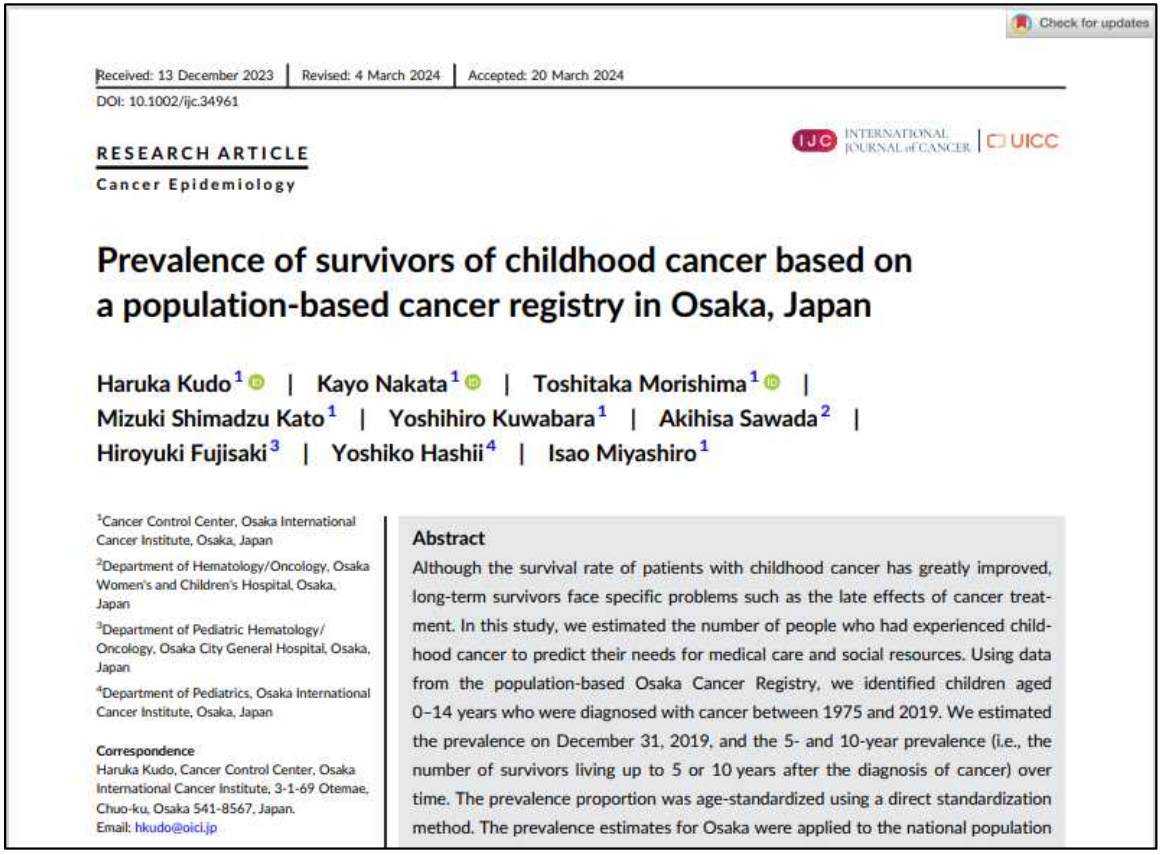


○左図：東北大学 東北メディカル・メガバンク機構「地域住民コホート調査」HP（https://www.megabank.tohoku.ac.jp/chco/index.html　2024年７月５日アクセス）
○右図：東北大学 東北メディカル・メガバンク機構「三世代コホート調査」HP（https://www.megabank.tohoku.ac.jp/3gen/　2024年７月５日アクセス）

＜匿名化された情報＞
調査研究を行う者への匿名化された情報の提供事例（法第21条第９項）

がんに係る調査研究を行う者は、がん医療の質の向上等に資する研究のために、都道府県から匿名化された情報の提供を受けることができる。様々な研究成果が論文や学会等で発表されている。

公表された論文の例



Check for updates

Received: 13 December 2023 | Revised: 4 March 2024 | Accepted: 20 March 2024
DOI: 10.1002/ijc.34961

RESEARCH ARTICLE
Cancer Epidemiology

IJC INTERNATIONAL JOURNAL of CANCER | UICC

Prevalence of survivors of childhood cancer based on a population-based cancer registry in Osaka, Japan

Haruka Kudo[1] | Kayo Nakata[1] | Toshitaka Morishima[1] | Mizuki Shimadzu Kato[1] | Yoshihiro Kuwabara[1] | Akihisa Sawada[2] | Hiroyuki Fujisaki[3] | Yoshiko Hashii[4] | Isao Miyashiro[1]

[1]Cancer Control Center, Osaka International Cancer Institute, Osaka, Japan
[2]Department of Hematology/Oncology, Osaka Women's and Children's Hospital, Osaka, Japan
[3]Department of Pediatric Hematology/Oncology, Osaka City General Hospital, Osaka, Japan
[4]Department of Pediatrics, Osaka International Cancer Institute, Osaka, Japan

Correspondence
Haruka Kudo, Cancer Control Center, Osaka International Cancer Institute, 3-1-69 Otemae, Chuo-ku, Osaka 541-8567, Japan.
Email: hkudo@oici.jp

Abstract

Although the survival rate of patients with childhood cancer has greatly improved, long-term survivors face specific problems such as the late effects of cancer treatment. In this study, we estimated the number of people who had experienced childhood cancer to predict their needs for medical care and social resources. Using data from the population-based Osaka Cancer Registry, we identified children aged 0–14 years who were diagnosed with cancer between 1975 and 2019. We estimated the prevalence on December 31, 2019, and the 5- and 10-year prevalence (i.e., the number of survivors living up to 5 or 10 years after the diagnosis of cancer) over time. The prevalence proportion was age-standardized using a direct standardization method. The prevalence estimates for Osaka were applied to the national population

大阪府がん登録情報を利用し、小児がん経験者を調査した研究。

医療の発展により増加しているがんサバイバーのがん罹患状況を把握することで、がんサバイバーの抱える健康課題を明らかにし、がんサバイバーに対する医療・支援の質向上に資する。

2 | MATERIALS AND METHODS

2.1 | Data source and study cohort

This cohort study included patients with cancer from the Osaka Cancer Registry (OCR), a population-based cancer registry that covers the entire Osaka Prefecture, which had a population of 8.8 million in 2019 (i.e., 7% of the entire population in Japan, which is roughly equivalent to the population of Switzerland or Austria). The OCR data were presented in *Cancer Incidence in Five Continents, volumes III to XII*.[14] The OCR includes individual information on sex, age at diagnosis, dates of diagnosis and death, summary of treatment (available from 2010 to 2019), and International Classification of Diseases for

○Kudo H, Nakata K, Morishima T, Kato MS, Kuwabara Y, Sawada A, Fujisaki H, Hashii Y, Miyashiro I. Prevalence of survivors of childhood cancer based on a population-based cancer registry in Osaka, Japan. Int J Cancer. 2024 Apr 12. doi: 10.1002/ijc.34961. Epub ahead of print. PMID: 38608173.

今後の進め方について

以下のように議論を進めていくこととしてはどうか。

本日　　第27回　がん登録部会

都道府県施行状況調査の結果、今後の進め方、情報提供に係る審査等について

９月以降　　がん登録部会（年内に複数回を予定）

がん登録法の見直し内容等について

主な項目

- 中間とりまとめを踏まえた見直し案について
- 医療等情報の二次利用に関するワーキンググループにおいて各部会において検討すべきとされた事項

年明け以降　　法改正事項以外の運用面について引き続き議論

第 28 回厚生科学審議会がん登録部会
議事次第

日　時：令和６年９月１８日（水）10:00～12:00
場　所：オンライン開催

１　議　　題

（１）がん登録における今後の対応について【公開】

２　資　　料

【資料１】医療等情報の二次利用に係る現状と今後の対応方針について〈公開〉
【資料２】中間とりまとめ等を踏まえた今後の対応について〈公開〉

【参考資料１】厚生科学審議会がん登録部会 委員名簿〈公開〉
【参考資料２】厚生科学審議会がん登録部会 関係規程等〈公開〉
【参考資料３】全国がん登録　情報の提供マニュアル 第４版〈公開〉
【参考資料４】全国がん登録　情報の提供の利用規約〈公開〉
【参考資料５】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〈公開〉
【参考資料６】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７】がん登録等の推進に関する法律施行令（平成 27 年政令第 323 号）〈公開〉

第28回厚生科学審議会がん登録部会
令和６年９月１８日（水）
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

資料１
医療等情報の二次利用に係る現状と今後の対応方針について

厚生労働省 医政局

特定医薬品開発支援・医療情報担当参事官室

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

- 医療等情報の二次利用に関する現状について

医療DX推進工程表 ／ 規制改革実施計画 における関連する記載

医療DXの推進に関する工程表（令和５年６月２日医療DX推進本部決定）（抄）

Ⅲ 具体的な施策及び到達点

（２）全国医療情報プラットフォームの構築

③医療等情報の二次利用

全国医療情報プラットフォームにおいて共有される医療情報の二次利用については、そのデータ提供の方針、信頼性の確保のあり方、連結の方法、審査の体制、法制上ありうる課題その他医療情報の二次活用にあたり必要となる論点について整理し、幅広く検討するため、2023 年度中に検討体制を構築する。（以下略）

規制改革実施計画（令和５年６月16日閣議決定）（抄）

＜医療・介護・感染症対策分野＞

（１）デジタルヘルスの推進① －データの利活用基盤の整備－

厚生労働省は、医療・ケアや医学研究、創薬・医療機器開発などに医療等データ（電子カルテ、介護記録等に含まれるデータ、死亡情報その他の個人の出生から死亡までのデータであって診療や介護等に一般的に有用と考えられるデータをいう。以下同じ。）を円滑に利活用することを通じて、国民の健康増進、より質の高い医療・ケア、医療の技術革新（医学研究、医薬品開発等）、医療資源の最適配分、社会保障制度の持続性確保（医療費の適正化等）、次の感染症危機への対応力の強化などにつなげていくため、今般の新型コロナウイルス感染症（以下「新型コロナ」という。）への対応も踏まえ、医療等データに関する特別法の制定を含め、所要の制度・運用の整備及び情報連携基盤の構築等を検討する。個人情報保護委員会は、上記検討について個人の権利利益の保護の観点から助言等を行うとともに、上記検討により明らかになった医療等データの有用性及びその利活用に関する必要性に配慮しつつ、個人情報の保護に関する他の分野における規律との整合性等を踏まえ、個人情報保護法の制度・運用の見直しの必要性を含めて、所要の検討を行う。厚生労働省及び個人情報保護委員会は、これらの検討を行うに当たっては、個人の権利利益の保護のため必要かつ適切な措置を講ずる必要があることに留意する（以下略）

経済財政運営と改革の基本方針2024（抄）

令和６年６月21日閣議決定

第２章 社会課題への対応を通じた持続的な経済成長の実現

３．投資の拡大及び革新技術の社会実装による社会課題への対応

（医療・介護・こどもＤＸ）

医療・介護の担い手を確保し、より質の高い効率的な医療・介護を提供する体制を構築するとともに、医療データを活用し、医療のイノベーションを促進するため、必要な支援を行いつつ、政府を挙げて医療・介護ＤＸを確実かつ着実に推進する。このため、マイナ保険証の利用の促進を図るとともに現行の健康保険証について2024年12月２日からの発行を終了し、マイナ保険証を基本とする仕組みに移行する。「医療ＤＸの推進に関する工程表」に基づき、「全国医療情報プラットフォーム」を構築するほか、電子カルテの導入や電子カルテ情報の標準化、診療報酬改定ＤＸ、ＰＨＲの整備・普及を強力に進める。調剤録等の薬局情報のＤＸ・標準化の検討を進める。また、次の感染症危機に備え、予防接種事務のデジタル化による効率化を図るとともに、ワクチン副反応疑い報告の電子報告を促し、予防接種データベースを整備する等、更なるデジタル化を進める。**当該プラットフォームで共有される情報を新しい医療技術の開発や創薬等のために二次利用する環境整備、医療介護の公的データベースのデータ利活用を促進するとともに、研究者、企業等が質の高いデータを安全かつ効率的に利活用できる基盤を構築する**。医療ＤＸに関連するシステム開発、運用主体として、社会保険診療報酬支払基金について、国が責任を持ってガバナンスを発揮できる仕組みを確保するとともに、情報通信技術の進歩に応じて、迅速かつ柔軟な意思決定が可能となる組織へと抜本的に改組し、必要な体制整備や医療費適正化の取組強化を図るほか、医療・介護ＤＸを推進し、医療の効果的・効率的な提供を進めるための必要な法整備を行う。また、ＡＩホスピタルの社会実装を推進するとともに、医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策を着実に実施する。電子処方箋について、更なる全国的な普及拡大を図る。あわせて、子育て支援分野においても、保育業務や保活、母子保健等におけるこども政策ＤＸを推進する。また、これらのＤＸの推進については、施策の実態に関するデータを把握し、その効果測定を推進する。

医療・介護DXの更なる推進

活力ある健康活躍社会を築く上で、デジタル化とデータサイエンスを前提とする医療・介護DXの推進は、国民一人ひとりの健康・生命を守り、今後の医療等の進歩のための基盤となるもの。より質の高い医療やケアを効率的に提供する体制を構築するとともに、医療分野のイノベーションを促進し、その成果を国民に還元していく環境整備を進めていく。

➢ 本年12月にマイナ保険証を基本とする仕組みへの移行を控える中で、医療DXの基盤であるマイナ保険証の利用促進を図りつつ、「医療DXの推進に関する工程表」に基づき、各取組をより実効的かつ一体的に進める。また、速やかに関係法令の整備を行う。

全国医療情報プラットフォームの構築等

◆電子カルテ情報共有サービスの構築・普及（大病院における電子カルテ情報の標準化の加速化、診療所への標準型電子カルテの導入促進、必要な支援策の検討）、電子処方箋の普及促進
◆次の感染症危機に備え、電子カルテ情報と発生届との連携や臨床研究における電子カルテ情報との連携促進、JIHS(国立健康危機管理研究機構)への情報集約
◆診療報酬改定DX、介護情報基盤の構築、PMH（公費負担医療等の情報連携基盤）の推進

医療等情報の二次利用の推進

◆医療・介護等の公的DBの利用促進（仮名化情報の利用・提供、電子カルテ情報共有サービスで収集するカルテ情報の二次利用等）
◆公的DB等を一元的かつ安全に利活用できるクラウド環境の情報連携基盤の構築、利用手続のワンストップ化
◆検査や薬剤等に関するコードの標準化・質の高い医療データを整備、維持・管理するための取組推進

医療DXの実施主体

◆社会保険診療報酬支払基金を、医療DXに関するシステムの開発・運用主体の母体（「医療DX推進機構（仮称）」）として、抜本的に改組
◆国が医療DXの総合的な方針を示し、支払基金が中期的な計画を策定。保険者に加え、国・地方が参画し、運営する組織。情報技術の進歩に応じた迅速・柔軟な意思決定、DXに精通した専門家が意思決定に参画する体制に改組

マイナ保険証の利用促進、生成AI等の医療分野への活用

◆ 国が先頭に立って、あらゆる手段を通じてマイナ保険証の利用を促進
◆ 生成AI等の医療分野への活用

医療等情報の二次利用に関するワーキンググループ

1．趣旨・主な検討事項

（趣旨）「医療 DX の推進に関する工程表」（令和５年６月２日医療 DX 推進本部決定）及び「規制改革実施計画」（令和５年６月 16 日閣議決定）において、医療等情報の利活用について、制度・運用の整備及び情報連携基盤の構築等を検討することとされた。
また、EU の EHDS 規則案に対する理解も広まり、我が国でも EU と同様の対応を求める意見が出てきている。そのため、諸外国の状況や我が国の学術界及び産業界の意見等を踏まえ、医療等情報の二次利用の更なる促進のための論点について議論する。

（主な検討事項）
（１）諸外国の状況等を踏まえ、医療等情報の利活用を促進するために必要となる法制度・ 運用等の在り方
（２）全国医療情報プラットフォームにおいて共有される医療等情報の二次利用の在り方
（３）その他（関連する事項）

2．構成員

	石井　夏生利	中央大学国際情報学部教授
	井元　清哉	東京大学医科学研究所副所長
	落合　孝文	渥美坂井法律事務所・外国法共同事業 プロトタイプ政策研究所所長・シニアパートナー弁護士
	宍戸　常寿	東京大学大学院法学政治学研究科教授
	清水　央子	東京大学情報基盤センター客員研究員
	高倉　弘喜	国立情報学研究所アーキテクチャ科学研究系教授
	中島　直樹	九州大学病院メディカル・インフォメーションセンター教授
	長島　公之	公益社団法人日本医師会常任理事
	日置　巴美	三浦法律事務所パートナー
	松田　晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学教授
○	森田　朗	東京大学名誉教授
	山口　育子	ささえあい医療人権センターCOML理事長
	山口　光峰	独立行政法人医薬品医療機器総合機構医療情報科学部長
	山本　隆一	一般財団法人医療情報システム開発センター理事長

【オブザーバー】
内閣府（健康・医療戦略推進事務局）、個人情報保護委員会事務局、デジタル庁

552

3．開催実績

第１回（令和５年11月13日）
・医療等情報の二次利用に係る現状について
・医療等情報の二次利用に係る論点について
第２回（令和６年１月11日）
・諸外国における取組について
・公的DBと医療等情報の活用拡大により想定されるユースケースについて
・医療等情報の二次利用に係る基本的な考え方、論点について
第３回（令和６年２月15日）
・仮名化情報のユースケース等について
・医療等情報の二次利用に係る基本的な考え方、論点について
第４回（令和６年３月18日）
・これまでの技術作業班における議論について
・これまでの議論の振り返りと検討の方向性について
第５回（令和６年４月17日）
・これまでの議論の整理（案）について

- 今後の対応方針（案）

医療等情報の二次利用の推進に向けた対応方針について（案）

医学・医療分野のイノベーションを進め、国民・患者にその成果を還元するためには、医療等情報の二次利用を進めていく必要がある。他方で、我が国の医療等情報の二次利用については、以下のような現状・課題があり、医薬品等の安全性検証や研究開発、疫学研究等において、医療等情報が利用しづらいことが指摘されている。医療現場や患者・国民の理解を得ながら医療等分野の研究開発を促進していくため、次の対応を進めていく。

現状・課題

- 我が国では、カルテ情報（臨床情報）に関する二次利用可能な悉皆性のあるDBがなく、診療所を含む医療機関における患者のアウトカム情報について、転院等の場合も含めた長期間の分析ができない。

- データ利活用が進んでいる諸外国では、匿名化情報だけでなく臨床情報や請求情報等の仮名化情報の利活用が可能になっており、さらにそれら仮名化情報のデータを連結解析することが可能。
- 我が国では、厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベース（以下「公的DB」）で匿名化した情報の利活用を進めてきたところ、より研究利用で有用性が高い仮名化情報の利活用を進めるべきとの指摘。
  また、民間部門においては、R5年の次世代医療基盤法改正で、仮名加工医療情報の利活用を一定の枠組みで可能とする仕組みが整備された。

- 公的DBについては、データを操作する物理的環境に関して厳しい要件が求められているなど、研究者等の負担が大きい。
- また、我が国では、公的DBのほか、次世代医療基盤法の認定DB、学会の各種レジストリなど、様々なDBが分散して存在しており、研究者や企業はそれぞれに利用の交渉・申請を行わなければならない。554

今後の対応方針（案）

◎ 現在構築中である**「電子カルテ情報共有サービス」で共有される電子カルテ情報について、二次利用を可能とする。**その際、匿名化・仮名化情報の利活用を可能とする。具体的な制度設計については、医療関係団体等の関係者や利活用者等の意見を踏まえながら検討する。

◎ **公的DBについても、仮名化情報（※）の利活用を可能とし、臨床情報等のデータとの連結解析を可能とする。**

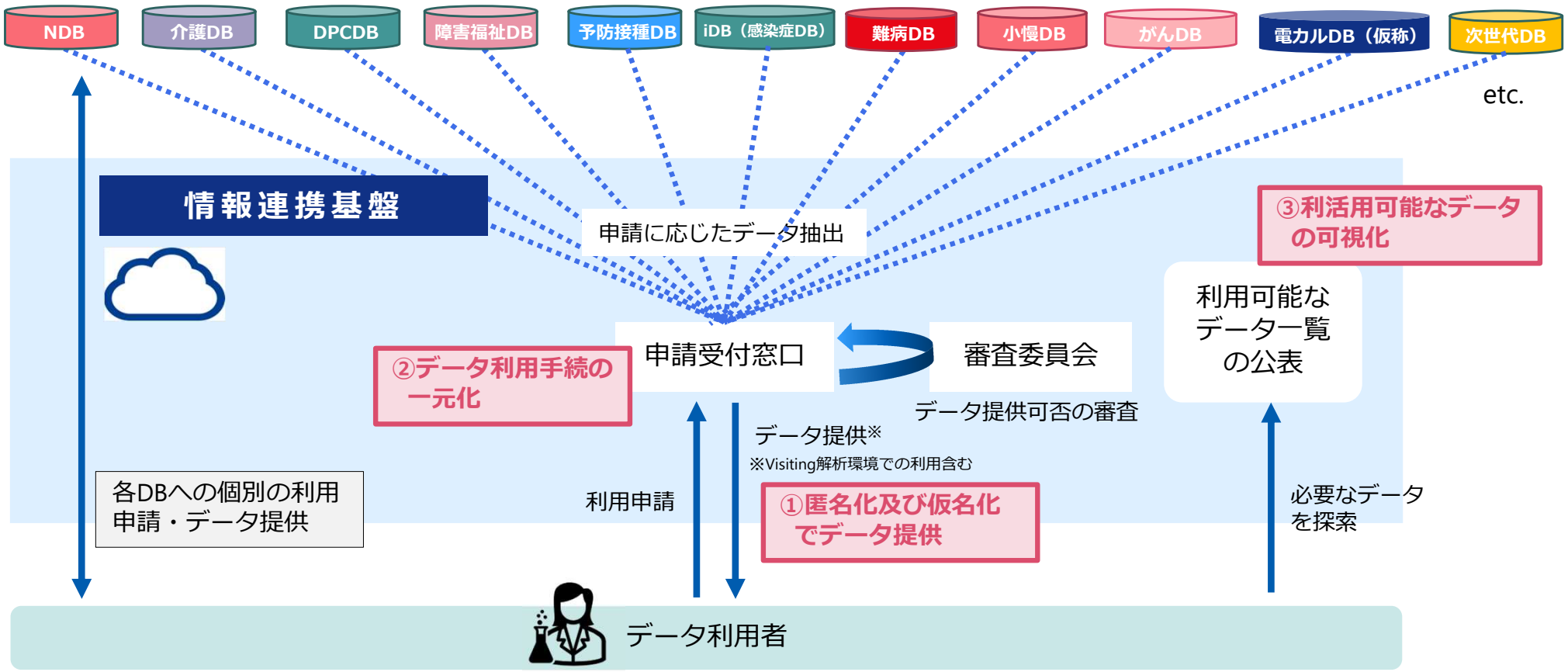
※ 氏名等の削除によりそれ単体では個人の識別ができないよう加工した情報。

◎ 公的DB等に研究者・企業等が**リモートアクセスし、一元的かつ安全に利用・解析を行うことができるVisiting環境（クラウド）の情報連携基盤**を構築する。

◎ 公的DB等の**利用申請の受付、利用目的等の審査を一元的に行う体制**を整備する。

医療・介護関係のDBの利活用促進の方向性（イメージ）

医療等情報の二次利用については、EUのEHDS法案等の仕組みも参考にしつつ、厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベースについて、仮名化情報の提供を可能とするとともに、利用申請の一元的な受付、二次利用可能な各種DBを可視化した上で研究者や企業等がリモートアクセスして、各種DBのデータを安全かつ効率的に利用・解析できるクラウドの情報連携基盤を整備する方向で検討中。



公的DBでの仮名化情報の利用・提供について（１）

現状・課題

- 現在の医療・介護の公的DBでは、匿名化情報の利用・提供が可能となっているが、匿名化情報では精緻な分析を行う上で限界があり、特異な値や記述の削除・改変が基本的には不要となる**仮名化情報の利用・提供を可能とすることが必要である**と指摘されている。
- データ利活用が進んでいる**諸外国では**、匿名化情報だけでなく仮名化情報の利活用が可能になっており、臨床情報や請求情報等の**様々なデータを仮名化情報で連結解析することが可能。**
- 本年４月に施行された**改正次世代医療基盤法において**、一定の条件下で仮名加工医療情報の利用・提供の仕組みが創設された。また、同法では、認定事業者DBのデータと公的DBのデータとの連結解析を可能とする措置が設けられたが、匿名化情報同士の連結解析しか行うことができず、**仮名化情報同士の連結解析はできない**。

対応方針（案）

- **全国がん登録情報について、利用・提供に当たってその必要性等に関して適切な審査を行うとともに、厚生労働大臣・利用者が遵守すべき保護措置等を定めた上で、仮名化情報の利用・提供を可能としてはどうか**。
- 全国がん登録情報の仮名化情報と、**他の公的DBの仮名化情報や次世代医療基盤法の認定作成事業者のDBの仮名加工医療情報との連結解析を可能としてはどうか**。　また、新たに構築する電子カルテ情報DB（仮称※）の仮名化情報とも連結解析を可能としてはどうか。

  ※電子カルテ情報共有サービスで収集するカルテ情報（３文書６情報）の二次利用を可能とするDBの構築を検討。
- その際、適切な保護措置及び各データベースの管理・運用方法については、次頁のとおりとしてはどうか。

公的ＤＢでの仮名化情報の利用・提供について（２）

データベースの管理や保護措置等に関する具体的な対応について

仮名化情報についても、がんの疫学研究・政策研究や医薬品の研究開発に向けた基本的な調査等への利活用を推進する観点から、適切な利用を担保するため、下記の通り必要な保護措置等を講じる。

【データベースの管理】

- **がん登録ＤＢは、個人情報を保有するＤＢである**。**がん登録推進法上、**厚生労働大臣及び厚生労働大臣から委任を受けデータベースの管理を行っている委任先（国立がん研究センター）は、個人情報の漏えい、滅失又は毀損の防止その他の個人情報の安全管理のために必要かつ適切な措置等の**安全管理措置を行っている**。
- 今後、がん登録DBから申請に応じて情報を仮名化して提供することを想定していることから、仮名化情報の取扱いに関し、個人情報保護法上求められる水準と同等程度の安全管理措置等についてがん登録推進法に規定する。

【利用の場面・目的】

- 現在の匿名化したがん登録DB情報の利用状況と同様に、がん医療の質の向上等に資するものについて幅広い利用を可能とする。
- 仮名化したがん登録DB情報は、審査委員会で利用目的や利用を求める情報の内容等に関する審査を経た上で提供する。仮名化したがん登録DB情報の提供に係る情報の加工基準や審査基準については、厚生労働大臣が別途定める。

【利用者の保護措置・利用環境】

- 今後構築するクラウド型の情報連携基盤を活用して、Visiting解析環境での利用を基本とし、ログの活用等により利用者のデータの利用状況を日常的に監視・監督を行う。仮名化情報の記憶媒体を介した提供を可能とするかどうかについては、その必要性や要件を引き続き検討する。
- 今後、匿名化情報について求めることを検討している内容と同様に、照合禁止やデータ消去、安全管理措置、不正利用の際の罰則等を求める。
- その上で、匿名化情報より厳格な管理を担保するため、**厚生労働大臣による利用者に対する措置要求の義務（※）や、利用者に対する従業者の監督の義務、罰則等を上乗せで設ける**。

（※）個人情報保護法第70条においては、行政機関の長等は、利用目的のために保有個人情報を提供する場合等において、必要があると認めるときは、その利用者に対して利用目的や方法の制限等の必要な制限を付し、個人情報の適切な管理のために必要な措置を講ずることを求めるものとされている。

情報連携基盤の構築及び利用申請・審査の体制の一元化について

我が国では、公的DBのほか、次世代医療基盤法の認定DBや学会の各種レジストリなど、様々なDBが分散して存在しているが、利用者はそれぞれに利用申請を行い、審査を受けなければならない上、データを操作する物理的環境に関しても厳しい要件が求められている等、負担が大きくなっている。こうした状況を踏まえ、以下の取組を進めていく。

情報連携基盤の構築について

- 公的DB等にリモートアクセスし、一元的かつ安全に利用・解析できるVisiting解析環境（クラウド）の**情報連携基盤を構築する**。
- 情報連携基盤に求められる機能・要件やその設計等については、以下の点を考慮しながら、**二次利用WGや同WGに設置された技術作業班において議論を進めていく**。
  - ✓ 情報連携基盤上で操作可能な情報の範囲（公的DB以外の民間で保有するデータベース等の取扱い）
  - ✓ 求められる情報セキュリティ（利用者の認証、ログの保存・活用、解析ソフトウェア等の持込み 等）
  - ✓ 利用者のデータ利用を支援するポータルの整備や、利用可能なデータを一覧化するデータカタログ、オープンソースのデータを簡易に集計・分析するダッシュボード機能の整備

※ HICとの関係性については、情報連携基盤に求められる機能・要件や、安全かつ効率的な情報提供を可能とする解析基盤のあり方に関する議論を踏まえて、関係審議会とも議論を共有しながら、今後検討を行う。

利用申請・審査の体制の一元化について

- 公的DBのデータの利用・提供について、利用者の利便性の観点を考慮しつつ、**利用申請の受付窓口や審査の体制について原則的に一元化を図り、審査の手順や内容の統一を行う**こととしてはどうか。
- その際、審査体制の整備については、以下の方向性で今後検討を進めていくこととしてはどうか。
  - ✓ 審査の質や中立性、利用者の効率性を担保し、各公的DBの特性を理解した専門家の意見を取り入れる。
  - ✓ 医学系倫理指針の要件を満たすものとし、各研究機関での倫理審査委員会の審査は必ずしも求めない。
  - ✓ 利用者が情報連携基盤上に持ち込む解析ソフトウェア、成果物について審査を行う。
  - ✓ 公的DBの仮名化情報の利用・提供に関する審査基準を含む、ガイドラインの策定を行う。

がん登録制度における利用申請・審査の体制の一元化の対応について

事務の効率性の観点から、厚生労働大臣から国立がん研究センターに権限を委任している情報及び都道府県知事が権限を保有する情報の提供については、既存の体制を維持することとし、厚生労働大臣が提供する情報については、前項で示した対応を今後検討することとする。

情報＼提供者	厚生労働大臣	国立がん研究センター	都道府県知事
全国がん登録情報（顕名）	○		
匿名化された全国がん登録情報	○ 連結案件※に限る。	○ 連結案件※を除く。	
仮名化された全国がん登録情報※	○ 連結案件※に限る。	○ 連結案件※を除く。	
都道府県がん情報（顕名）			○
匿名化された都道府県がん情報	○ 連結案件※に限る。		○ 連結案件※を除く。
仮名化された都道府県がん情報※	○ 連結案件※に限る。		○ 連結案件※を除く。

※赤字は今後対応を予定しているもの。

（参考資料）

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

医療等情報の二次利用に関するワーキンググループ
これまでの議論の整理（令和６年５月15日）（概要）

１．はじめに

○ 医療等情報は、研究者や企業等がビッグデータとして分析することで有効な治療法の開発や創薬・医療機器の開発等といった医学の発展への寄与が可能であり、その成果は現世代だけでなく将来世代にも還元が期待される点で、貴重な社会資源。

○ 一方、医療等情報は機微性の高い情報であり、特定の個人が識別された場合に権利侵害につながるリスクがあることから、本人の権利利益を適切に保護するとともに、医療現場や国民・患者の十分の理解を得ながら、医療等情報の二次利用を適切に推進することで、医学・医療のイノベーションの成果を国民・患者に還元できるよう、必要な環境整備を行うことが重要。

２．公的DBで仮名化情報を利用・提供する場合の法制面の整備

○ 我が国では欧米諸国と比較してRWD（リアル･ワールド･データ）等の研究利用がしづらい状況にあると指摘されている。現行の公的DB（厚生労働大臣が保有する医療･介護関係のデータベース）では、多くの場合、匿名化情報の利活用のみが定められており、研究利用への期待が大きい仮名化情報が利用できない状況。公的DBでの仮名化情報の利用・提供に関する法制的論点への対応方針は以下のとおり。

①利用場面･利用の目的	○「相当の公益性がある場合」に仮名化情報の利用･提供を可能とする。公益性は、医療分野の研究開発等、広く認めることが適当。研究の目的･内容に応じて、利用の必要性･リスクに関する審査を行う。
②本人関与の機会の確保への配慮	○本人からの利用停止の求めに対応できるようにすることが重要との意見があった一方、公的DBのデータの悉皆性の意義や、多くの公的DBでは本人が特定されない状態にあること等を考慮することが重要との意見があった。 ○個人情報保護法において、行政機関の長等が保有する保有個人情報は、利用目的の範囲内または法令に基づく場合に利用･提供が可能とされている。公的DBで仮名化情報を提供するに当たり、本人の同意取得を前提としないが、③の保護措置等を講ずることで本人の権利利益を適切に保護する。
③保護措置	○ 照合禁止やデータ消去、安全管理措置、不正利用の際の罰則等を求めることに加えて、研究目的･内容･安全管理措置等を審査する体制を整備する。仮名化情報は、データをダウンロードできないVisiting解析環境での利用を基本とする。
④医療現場･患者･国民の理解や利活用の促進	○ 利活用の目的･メリット等を、医療機関のサイネージや、国民に馴染みのある媒体等を活用した情報発信が重要。
⑤仮名化情報の連結解析	○ 連結により精緻･幅広い情報の解析が可能となる。個人の特定リスクも考慮して適切に審査する。
⑥研究者や企業等が公正かつ適切に利活用できる環境の整備	○ 業界での利用ガイドラインの作成や関係者間での議論の場を構築することが重要。 ○ 二次利用の状況や課題を継続的に把握し、医療分野の研究開発等の動向を踏まえ、二次利用の促進と個人の権利利益の保護の両方の観点から戦略的に施策を講ずる国のガバナンス体制の構築が重要。

3．情報連携基盤の整備

○ 我が国では、公的DBのほか、独立行政法人が保有するDB、次世代医療基盤法の認定作成事業者のDB、学会の各種レジストリなど、様々なDBが分散して存在。利活用者はそれぞれの利用申請、審査、データ同士の連結作業を行わなければならず、データを操作する物理的環境も厳しい要件が求められている等、負担が大きくなっている。情報連携基盤の整備に関する基本的な方針は以下のとおり。

①取扱う情報の範囲	○ 公的DB等にリモートアクセスし、一元的かつ安全に利用・解析できるVisiting解析環境を情報連携基盤に構築する。 ○ まずは公的DBを取扱いの対象とし、それ以外のDBについては保有主体やユーザーのニーズ等を踏まえて検討する。
②情報連携基盤において必要となる要件	**ア　Visiting解析環境の整備** ○ 仮名化情報はVisiting解析環境での利用を基本とし、利活用者の利便性も考慮して解析環境等の整備を行う。
	イ　一元的な利用申請の受付・審査体制のあり方 ○ 医療等情報の二次利用に関する利用申請の受付・審査体制は、以下の方向性で取組を進める。 ⑴ 利活用者の利便性の観点で、利用申請の受付窓口・審査体制は原則一元化し、審査の手順や内容の統一が望ましい。 ⑵ 審査の質や中立性、利活用者の効率性を担保し、各公的DBの特性を理解した専門家の意見を取り入れる。 ⑶ 医学系倫理指針の要件を満たすものとし、各研究機関における倫理審査委員会の審査は必ずしも求めない。 ⑷ 利活用者が情報連携基盤上に持ち込む解析ソフトウェア、成果物について審査を行う。 ⑸ 今後、各公的DBの仮名化情報の利活用に関する審査基準を含むガイドラインを策定する。
	ウ　求められる情報セキュリティ ○ 情報連携基盤の管理者側に厳格な安全管理措置を設け、具体的な要件（利活用者の認証、ログの保存・監視・活用によるデータトレーサビリティの確保等）については、引き続き検討を行う。
③その他	○ データ利用を支援するポータルを整備し、利用可能なデータを一覧化するデータカタログ、オープンソースのデータを簡易に集計・分析するダッシュボード機能を設ける。

4．電子カルテ情報の利活用等

○ **電子カルテ情報共有サービスで共有される臨床情報の二次利用**を可能とし、他のDBとの連結解析も可能とする方向で検討する。

○ **データの標準化・信頼性確保のための取組**を進めることが不可欠。傷病名や医薬品、検体検査等、各種のコードの標準化・普及を行う。

○ 各種コードを紐付ける**マスターの整備**を行う。マスターの整備等の取組を一元的に進めるための組織体制の構築についても検討する。

○ 公的DBに限らず、二次利用しやすいデータベースを構築するため、データの品質管理等を行う技術者の計画的な配置や人材育成の仕組み、データスキーマやデータパイプライン等の整備についても検討する必要がある。

5．今後の検討

○ 必要な法整備や情報連携基盤の構築、データの標準化・信頼性確保の取組等をスピード感を持ちつつ、計画的に進めていくことが必要。

○ 個人情報保護法の見直しの議論や改正次世代医療基盤法の施行の状況、諸外国の動向等を踏まえ、医療等情報の二次利用の推進に向けた更なる法整備の必要性やそのあり方についても検討を継続していくことが重要である。

全国医療情報プラットフォームの全体像（イメージ）

全国医療情報プラットフォーム

医療情報基盤
- 電子処方箋管理サービス
  - 処方・調剤情報
- 電子カルテ情報共有サービス(仮称)
  - ※システム詳細検討中
  - 紹介状・退院時サマリ等
- オンライン資格確認等システム
  - オンライン資格確認システム
    - 資格情報
    - 同意情報
  - 医療情報閲覧機能
    - 特定健診等情報
    - 医療費情報(レセプト)
    - 薬剤情報(レセプト)
    - 診療情報(レセプト)
    - *カルテ情報
    - *傷病名、アレルギー、薬剤禁忌、感染症、検査情報、処方情報
  - 救急時医療情報閲覧機能
  - ※システム詳細検討中
- 特定健診等データ収集/管理システム
- 医療保険者等向け中間サーバー

介護情報基盤
- 科学的介護情報システム(LIFE)
  - ADL、栄養・摂食嚥下、口腔衛生情報等
- ケアプランデータ連携システム
- 介護情報データベース(仮称)
  - 資格情報
  - 要介護認定情報
  - LIFE情報
  - 介護情報(レセプト)
  - ケアプラン
  - ※共有する介護情報については検討中

国民
- マイナポータル

異なる領域の基盤間連携
※連携方法検討中

異なる領域の基盤間連携

- PMH(Public Medical Hub)
  - 公費助成情報
  - 予防接種
  - 母子保健

- 自治体等向け中間サーバー

行政・自治体情報基盤

医療機関・薬局
- 電子カルテレセコン等

救急隊
- 専用アプリ

医療保険者
- 保険者業務システム等

行政職員・研究者
- 解析ソフト等

介護事業所
- 介護業務ソフト等

介護保険者
- 介護保険システム等

自治体・保健所
- 健康管理システム等

4 二次利用基盤
- 医療・介護データ等の解析基盤(HIC)
- 履歴照会・回答システム
- ※匿名化識別IDを付与するシステム
- NDB
- 介護DB
- DPC
- がん登録
- 指定難病
- 小児慢性特定疾病
- 感染症
- 予防接種
- 障害福祉
- etc...

民間のヘルスケアサービス等
- ライフログ等

563

«医療DXのユースケース・メリット例»

1 救急・医療・介護現場の切れ目ない情報共有
- ✓ 意識不明時に、検査状況や薬剤情報等が把握され、迅速に的確な治療を受けられる。
- ✓ 入退院時等に、医療・介護関係者で状況が共有され、より良いケアを効率的に受けられる。



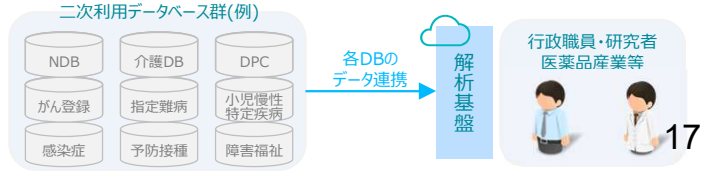
2 医療機関・自治体サービスの効率化・負担軽減
- ✓ 受診時に、公費助成対象制度について、紙の受給者証の持参が不要になる。
- ✓ 情報登録の手間や誤登録のリスク、費用支払に対する事務コストが軽減される。



3 健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート
- ✓ 予診票や接種券がデジタル化され、速やかに接種勧奨が届くので能動的でスムーズな接種ができる。予診票・問診票を何度も手書きしなくて済む。
- ✓ 自分の健康状態や病態に関するデータを活用し、生活習慣病を予防する行動や、適切な受診判断等につなげることができる。



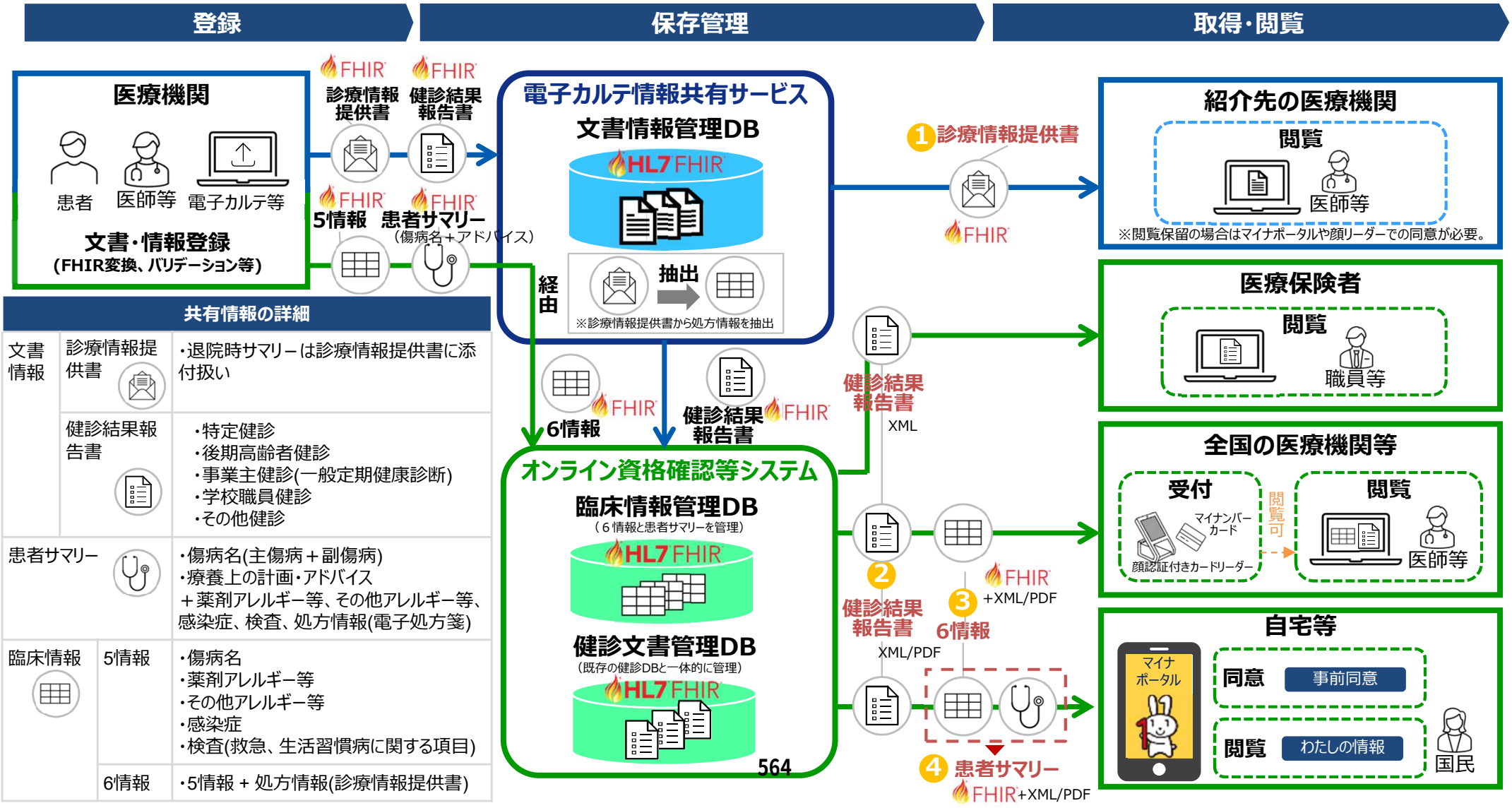
4 公衆衛生、医学・産業の振興に資する二次利用
- ✓ 政策のための分析ができることで、次の感染症危機への対応力強化につながる。
- ✓ 医薬品等の研究開発が促進され、よりよい治療や的確な診断が可能になる。



電子カルテ情報共有サービスの概要

健康・医療・介護情報利活用検討会
第22回 医療等情報利活用ワーキンググループ（令和６年6月10日）
令和６年６月版

❶ 診療情報提供書送付サービス：診療情報提供書を電子で共有できるサービス。（退院時サマリーについては診療情報提供書に添付）
❷ 健診結果報告書閲覧サービス：各種健診結果を医療保険者及び全国の医療機関等や本人等が閲覧できるサービス。
❸ 6情報閲覧サービス：患者の6情報を全国の医療機関等や本人等が閲覧できるサービス。
❹ 患者サマリー閲覧サービス：患者サマリーを本人等が閲覧できるサービス。



共有情報の詳細

文書情報	診療情報提供書	・退院時サマリーは診療情報提供書に添付扱い
	健診結果報告書	・特定健診 ・後期高齢者健診 ・事業主健診(一般定期健康診断) ・学校職員健診 ・その他健診
患者サマリー		・傷病名(主傷病＋副傷病) ・療養上の計画・アドバイス ＋薬剤アレルギー等、その他アレルギー等、感染症、検査、処方情報(電子処方箋)
臨床情報	5情報	・傷病名 ・薬剤アレルギー等 ・その他アレルギー等 ・感染症 ・検査(救急、生活習慣病に関する項目)
	6情報	・5情報 + 処方情報(診療情報提供書)

仮名加工医療情報のイメージ（匿名加工医療情報との違い）

■ 仮名加工医療情報は、氏名など**単体で特定の個人を識別できる情報の削除**が必要であるが、匿名加工医療情報と異なり、**特異な検査値や病名であっても削除・改変は不要**。

【現行法】

※赤字はデータ改変部分

匿名加工医療情報

ID	性別	生年月日	受診日	体重	収縮期血圧	HbA1c	インスリン濃度	病名
B002	女	2003/7	2020/7/29	50～55	201以上	4.8	20.9	その他

氏名などは削除

氏名などに加え、
必要に応じて、医療データ領域も削除・改変が必要

医療データ領域

医療情報（元データ）

氏名	性別	生年月日	受診日	体重	収縮期血圧	HbA1c	インスリン濃度	病名
厚労花子	女	2003/7/26	2020/8/3	53.4	211	4.8	20.9	膵島細胞症（希少疾患）

氏名などは削除 ※

医療データ領域の削除・改変は不要

【改正により新設】

変更無し

仮名加工医療情報

氏名	性別	生年月日	受診日	体重	収縮期血圧	HbA1c	インスリン濃度	病名
B002	女	2003/7/26	2020/8/3	53.4	211	4.8	20.9	膵島細胞症（希少疾患）

※ ただし、当該情報の中で単体又は組合せにより特定の個人を識別することができる記述については削除が必要。

電子カルテ情報と各種データベースの医療等情報との連結解析のイメージ（１）

電子カルテ情報には、診断名、検査結果、治療内容、転帰等の詳細な臨床情報が含まれており、これらを研究目的に応じて仮名化情報として利用し、NDB等の各種データベースの医療等情報と連結解析することにより、以下のような分析を行うことが考えられる。

※電子カルテ情報共有サービスで共有される電子カルテ情報は、まずは３文書６情報からスタート

①医薬品・医療機器等の有効性・安全性評価

レセプトやDPCデータに含まれる過去の処方情報と、患者毎の退院・転院後の長期の臨床情報等を組み合わせて解析することで、医薬品の市販後調査や安全性検証が充実する。

レセプト、DPCデータ
・処方情報
（薬剤名、処方量、処方日等）

＋

臨床情報
・受診日
・診断名
・重症度
・検査結果
（血算、肝・腎機能、X線・CT等）
・転帰

分析例
・抗がん剤による晩期合併症の発生率
・医薬品の適用拡大、新規の副作用の発見

②臨床像の解明や創薬開発の推進

希少疾患を有する患者について、疾患登録情報と悉皆性のある長期の臨床情報、レセプト情報等を組み合わせて解析することで、臨床像の解明が期待できる。また、効率的な臨床試験が可能となり、創薬開発が推進される。

疾患登録情報
・診断名
（分類、重症度等）
・診断日
・医療機関
・検査結果
・病理診断
・治療内容

＋

臨床情報
・受診日
・診断名
・検査結果
・処方情報
・転帰

＋

レセプト情報
・診療行為

分析例
・希少疾患の臨床像の解明
・臨床試験の対象者の把握、組み入れ基準の検討、臨床試験期間終了後のRWDでの長期フォローアップ

電子カルテ情報と各種データベースの医療等情報との連結解析のイメージ（２）

③感染症危機への対応

感染症流行時、発生届の情報と感染患者の臨床情報等を組み合わせて解析することで、臨床像の把握に加えて、重症化リスクや罹患後の長期症状発症リスク因子が同定でき、適切な医療提供体制整備や医療資源配分の計画策定に役立てられる。

また、予防接種情報と臨床情報等を組み合わせることで、ワクチンの感染症発症予防効果や重症化予防効果等の有効性を評価できる。

感染症、予防接種情報
- 感染症発生届
- 接種日、種類

＋

臨床情報
- 受診日
- 診断名
（透析、免疫抑制状態の有無等）
- 臨床症状
（発熱、呼吸器、消化器症状等）
- 検査結果
- 妊娠の有無
- 処方情報
- 転帰

分析例
- 重症化リスク、罹患後の長期症状発症リスク因子の同定
- 医療資源配分の計画策定
- ワクチンの有効性の検証

④医療、介護・障害福祉サービスの質の評価

ある治療を行う際、レセプト情報等に含まれる診療行為、治療前後の日常生活動作（ADL）、介護・障害福祉サービスの利用状況、コスト等に加えて、臨床情報に含まれる転帰、合併症、検査所見等を組み合わせて分析することで、治療の質がより精緻に評価できる。

また、多くの項目を用いた多角的な解析を通して予後予測・治療効果予測モデルの開発ができれば、よりエビデンスに基づいた治療方針や支援の決定に役立つ。

レセプト情報、介護レセプト情報
- ADL情報
（要介護度、日常生活自立度）
- 介護・障害福祉サービスの利用状況
- 介護費、医療費
- 診療行為

＋

臨床情報
- 受診日
- 診断名
（主病名、合併症）
- 検査結果
- 処方情報
- 転帰

分析例
- 医療、介護・障害福祉サービスの質の定量的な評価、費用対効果の評価
- 予後予測・治療効果予測モデルの開発
- 新たなQOL、ADL指標の開発

厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のＤＢ等について

保健医療分野においては、近年、それぞれの趣旨・目的に即してデータベースが順次整備されている。

保有するデータの区分	国が保有するデータベース									認定DB	PMDAが運営するDB
	匿名データベース（特定の個人の識別ができないデータベース）					顕名データベース（特定の個人の識別が可能なデータベース）				顕名DB	匿名DB
データベースの名称	ＮＤＢ（匿名医療保険等関連情報データベース）（平成21年度～）	介護ＤＢ（介護保険総合データベース）（平成25年～）	ＤＰＣＤＢ（匿名診療等関連情報データベース）（平成29年度～）	予防接種DB（予防接種データベース）（構築中）	障害福祉DB（障害福祉サービスデータベース）（令和５年度～）	全国がん登録ＤＢ（全国がん登録データベース）（平成28年～）	難病ＤＢ（指定難病患者データベース）（平成29年～）	小慢ＤＢ（小児慢性特定疾病児童等データベース）（平成29年度～）	iDB（感染症DB）（令和６年度～）	次世代医療基盤法の認定事業者（平成30年施行）	MID-NET（平成23年～）
元データ	レセプト、特定健診、死亡情報（R6~）	介護レセプト、要介護認定情報、LIFE情報	DPCデータ	予防接種記録、 副反応疑い報告	給付費等明細書情報、障害支援区分認定情報	がんの罹患等に関する情報、死亡者情報票	臨床調査個人票	医療意見書	発生届情報等	医療機関の診療情報 等	電子カルテ、レセプト、DPCデータ
主な情報項目	傷病名（レセプト病名）、投薬、健診結果 等	介護サービスの種類、要介護認定区分、ADL情報等	傷病名・病態等、施設情報 等	ワクチン情報、接種場所、副反応の症状 等	障害の種類、障害の程度 等	がんの罹患、診療内容、転帰 等	告示病名、生活状況、各種検査値 等	告示病名、発症年齢、各種検査値 等	感染症の名称・症状、診断方法、初診年月日・診断年月日、発病推定年月日等	カルテやレセプト等に記載の医療機関が保有する医療情報	処方・注射情報、検査情報 等
保有主体	国（厚労大臣）	国（厚労大臣）	国（厚労大臣）	国（厚労大臣）	国（厚労大臣）	国（厚労大臣）	国（厚労大臣）	国（厚労大臣）	国（厚労大臣）	認定事業者（主務大臣認定）	PMDA・協力医療機関
データ取得時の本人同意の取得	無	無	無	無	無	無 ※データ取得時には不要だが、研究者等へ顕名データを提供するにあたっては、患者が生存している場合には、あらかじめ同意取得が必要	有	有	無	無 ※一定の要件を満たすオプトアウトが必要	無
第三者提供するデータ・提供先	匿名データ（平成25年度～） ・国の他の行政機関 ・地方公共団体 ・大学等の研究機関 ・民間事業者等	匿名データ（平成30年度～） ・国の他の行政機関 ・地方公共団体 ・大学等の研究機関 ・民間事業者等	匿名データ（平成29年度～） ・国の他の行政機関 ・地方公共団体 ・大学等の研究機関 ・民間事業者等	匿名データ（実施時期未定） ・国の他の行政機関 ・地方公共団体 ・大学等の研究機関 ・民間事業者等	匿名データ（令和７年12月～） ・国の他の行政機関 ・地方公共団体 ・大学等の研究機関 ・民間事業者等	顕名データ 匿名データ （平成30年度～） ・国の他の行政機関・独法（国又は独法から委託された者や・国又は独法との共同研究者を含む。） ・地方公共団体 ・研究者、民間事業者	匿名データ（令和6年4月～） ※令和6年4月以降 ・国の他の行政機関 ・地方公共団体 ・大学等の研究機関 ・民間事業者等	匿名データ（令和6年4月～） ※令和6年4月以降 ・国の他の行政機関 ・地方公共団体 ・大学等の研究機関 ・民間事業者等	匿名データ（令和6年4月～） ・国の他の行政機関 ・地方公共団体 ・大学等の研究機関 ・民間事業者等	匿名データ（平成30年5月～） 仮名データ（令和6年4月～） ・大学等の研究機関 ・民間事業者等 ・地方公共団体 等 ※仮名データについては国による認定を受けることが必要	匿名データ（平成30年度～） ・大学等の研究機関 ・民間事業者等
提供時の意見聴取	社会保障審議会（医療保険部会 匿名医療情報等の提供に関する専門委員会）	社会保障審議会（介護保険部会匿名介護情報等の提供に関する専門委員会）	社会保障審議会（医療保険部会 匿名医療情報等の提供に関する専門委員会）	未定	未定	厚生科学審議会がん登録部会・全国がん登録情報の利用と提供に関する審査委員会 国立がん研究センターの合議制の機関 各都道府県の審議会等	厚生科学審議会（令和６年４月～）	社会保障審議会（令和６年４月～）	厚生科学審議会（令和６年４月～）	認定事業者の設置する審査委員会	MID-NET有識者会議
連結解析	・介護DB ・DPCDB ・次世代DB ・感染症DB	・NDB ・DPCDB ・次世代DB ・感染症DB	・NDB ・介護DB ・次世代DB ・感染症DB	未定	未定	–	・小慢DB	・難病DB	・NDB ・DPCDB ・介護DB	・NDB ・DPCDB ・介護DB	–

上記の他、民間事業者が保有するDBとして、例えば、以下のものが挙げられる。〔企業名（DB名）〕

●メディカル・データ・ビジョン株式会社（EBM Provider） ／ ●リアルワールドデータ株式会社（HCEI / RWDデータベース）

●日本医療データセンター（JMDC医療機関データベース） ／ ●4DIN（4DIN Research Network） ／ ●一般社団法人National Clinical Database（NCD） 等

厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のＤＢ等について

保有するデータの区分	国が保有するデータベース									認定DB	PMDAが運営するDB
	匿名データベース					顕名データベース				顕名DB	匿名DB
データベースの名称	ＮＤＢ（匿名医療保険等関連情報データベース）（平成21年度～）	介護ＤＢ（介護保険総合データベース）（平成25年～）	ＤＰＣＤＢ（匿名診療等関連情報データベース）（平成29年度～）	予防接種DB（予防接種データベース）（構築中）	障害福祉DB（障害福祉サービスデータベース）（令和５年度～）	全国がん登録ＤＢ（全国がん登録データベース）（平成28年～）	難病ＤＢ（指定難病患者データベース）（平成29年～）	小慢ＤＢ（小児慢性特定疾病児童等データベース）（平成29年度～）	iDB（感染症DB）（令和６年度～）	次世代医療基盤法の認定事業者（平成30年施行）	MID-NET（平成23年～）
利用・提供の目的	国民保健の向上に資するため	介護保険事業計画等の作成・実施等及び国民の健康の保持増進並びにその有する能力の維持向上に資するため	国民保健の向上に資するため	国民保健の向上に資するため	障害者等の福祉の増進に資するため	国等のがん対策の企画立案・実施に必要ながんに係る調査研究のため・がん医療の質の向上等に資するため	難病に関する調査・研究の推進や、国民保健の向上に資するため	小児慢性特定疾病に関する調査・研究の推進や、国民保健の向上に資するため	国民保健の向上に資するため	健康・医療に関する先端的研究開発・新産業創出を促進し、健康長寿社会の形成に資するため	医薬品等の市販後安全対策に資するため
管理・保護のための措置（詳細は次ページ） ・照合禁止 ・不要時の即時消去 ・安全管理（毀損、漏洩等の防止） ・利用者の義務（秘密保持、不当利用の禁止） ・立入検査 ・是正命令	有	有	有	有	有	有（安全管理、利用者の義務、報告徴収、勧告及び命令）	有	有	有	有	有
委託等	支払基金	民間事業者（DB保守・運用・工程管理等） 国保中央会	民間事業者（DB運用等）	未定	民間事業者（DB保守・運用・工程管理等） 国保中央会	国立がん研究センター ※厚労大臣の権限及び事務の委任	国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所 民間事業者（DB保守・運用・工程管理等）	国立成育医療研究センター 民間事業者（DB保守・運用・工程管理等）	民間事業者（DB保守運用、工程管理支援）へ委託予定	－	－
手数料	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有	有
罰則等（詳細は次ページ）	有（利用者の義務等に違反、立入検査の拒否等）	有（利用者の義務等に違反、立入検査の拒否等）	有（利用者の義務等に違反、立入検査の拒否等）	有（利用者の義務等に違反、立入検査の拒否等）	有（利用者の義務等に違反、立入検査の拒否等）	有（秘密の漏洩、不正利用等）	有（利用者の義務等に違反、立入検査の拒否等）	有（利用者の義務等に違反、立入検査の拒否等）	有（利用者の義務等に違反、立入検査の拒否等）	有（秘密の漏洩、不正利用等）	有（利用者の義務等に違反、秘密の漏洩等）
根拠法	・高確法 §16 ～§17の2	・介護保険法 §118の２ ～§118の11、197	・健保法 §150の2 ～§150の10	・予防接種法 §24～§32 ※施行日は未定	・障害者総合支援法 §89の２の３ ～§89の２の11 ・児童福祉法 §33の23の２ ～§33の23の11 ※令和５年４月から施行	・がん登録推進法（§２Ⅳ、§44、45を除く。）	・難病法 §27の２ ～§27の10 ※令和６年４月から施行	・児童福祉法 §21の４の２ ～§21の４の10 ※令和６年４月から施行	・感染症法 §56の41 ～§56の49 ※令和６年４月から施行	・次世代医療基盤法	・PMDA法 §15

欧州ヘルスデータスペース(EHDS)の概要

未定稿

EHDS は自身の電子健康データへのアクセスや権利の行使、各加盟国の不均一なGDPR実施や解釈、規格の違い等に対応する欧州における健康特有のデータ共有の枠組みである

EHDS提案の背景と目的

■ **EHDS提案の背景**

- GDPRで自身のデータ(健康データを含む)に対する自然人の権利が保護されているにも関わらず、**国内および国境を越えた電子健康データへのアクセスや送信等、自身の電子健康データに対する権利の行使が困難**である
- **加盟国ごとの不均一なGDPR実施や解釈**が電子健康データの二次利用の障壁になっている
- **規格の違い**による限定的な相互運用性により、デジタルヘルス分野において別のEU加盟国への参入を妨げている
- COVID-19パンデミックで健康上の緊急事態対応における電子健康データの重要性がより一層示された

■ **EHDSの目的**



- EU域内の自然人に対して、**自身の電子健康データのコントロール**を保証する
- EUおよび加盟国のガバナンス機構と安全な処理環境による**法的枠組みを 構築**する
- 規則を調和させ、**デジタルヘルス製品とサービスの真の単一市場**に貢献し、医療システムの効率性を高める

EHDS法案とスケジュール

EHDS法案	
正式名称	Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council on the **E**uropean **H**ealth **D**ata **S**pace
公表日	2022年5月3日
関係組織	欧州委員会、欧州保健デジタル庁
概要	**健康に特化した欧州の共通データスペース**で、電子健康データへのアクセスと共有に関する健康固有の課題に対処するための提案(説明覚書より)
関連法規制	GDPR、データガバナンス法案、データ法案、NIS指令、EUサイバーセキュリティ法、EUサイバーレジリエンス法案

EHDS導入の準備状況、スケジュール

■一次利用のインフラ(MyHealth@EU)

- EHDS法案以前からの努力義務のため、既に一部で開始されており、2025年までに25か国が段階的に参加を予定している
- 2023年2月時点で一次利用が可能な国は**11か国**(エストニア、オランダ、クロアチア、スペイン、チェコ、フィンランド、フランス、ポーランド、ポルトガル、マルタ、ルクセンブルク)であるが、利用可能なサービス状況は異なる

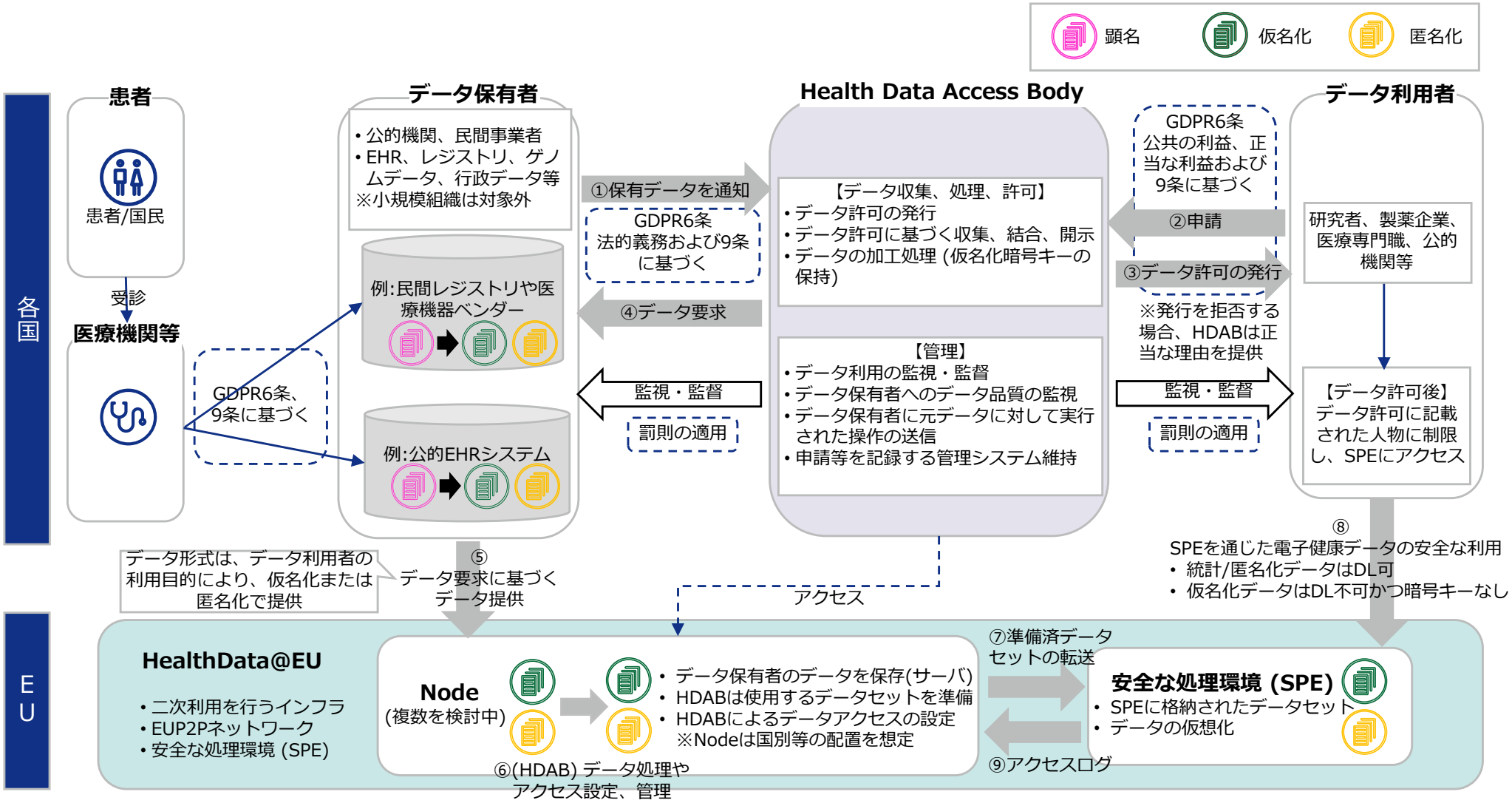
■二次利用のインフラ(HealthData@EU)

- 2022年10月から2年間の予定でパイロットプロジェクトを実施中
  - EU4Healthプログラムにより各国の健康データインフラ(HDH、Findata等)や欧州医薬品庁、欧州疾病予防管理センター等、計16組織でコンソーシアムを組成
  - 役割は以下の2点
    - ✓ データソースプラットフォーム(Node)のネットワークを開発、展開
    - ✓ 二次利用のインフラをEU全域に展開するための実現性、関心、能力を評価

出所: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A52022PC0197, https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/electronic-cross-border-health-services_en, https://www.ehds2pilot.eu/, https://ec.europa.eu/info/funding-tenders/opportunities/portal/screen/opportunities/topic-details/eu4h-2021-pj-06

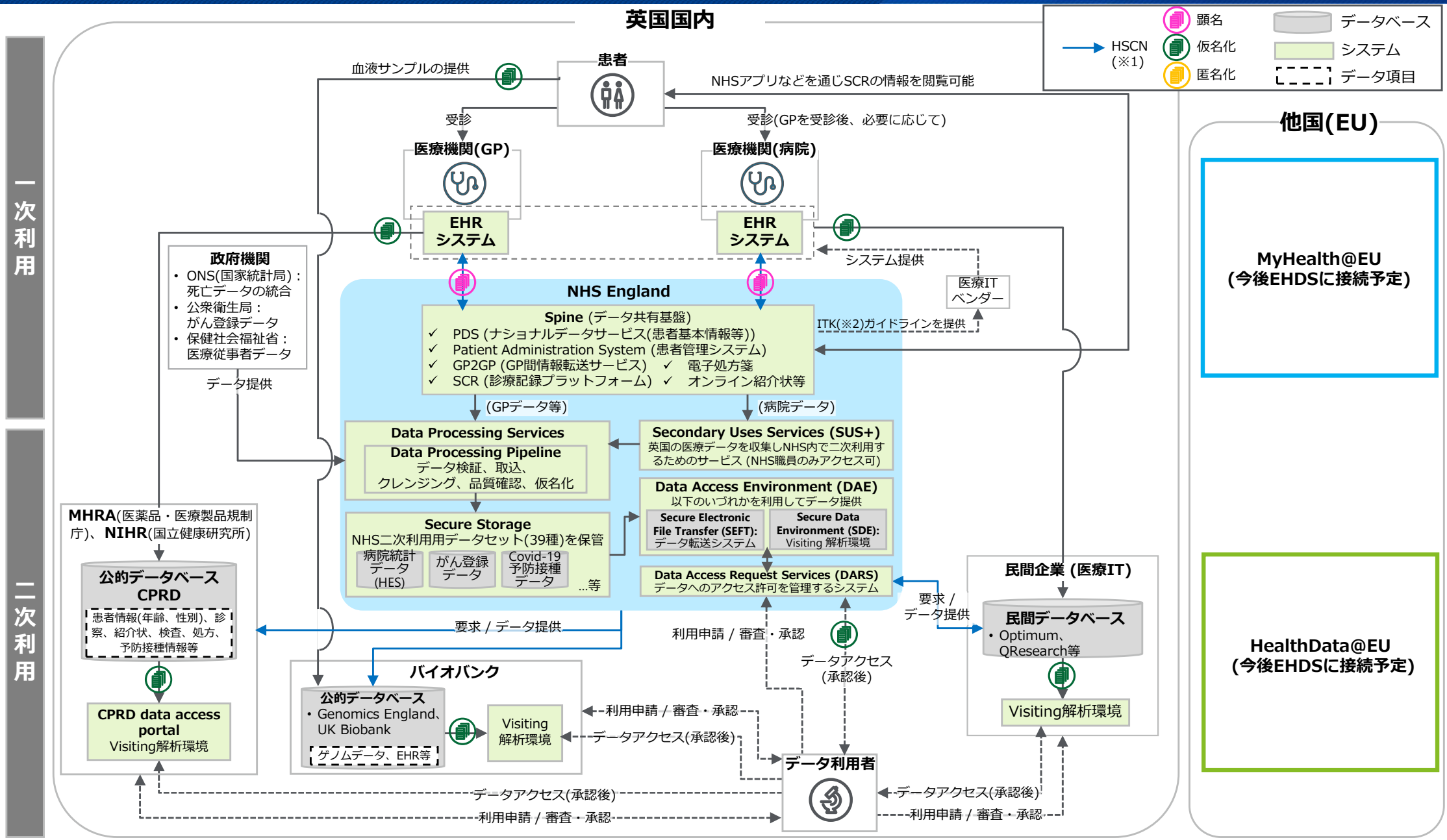
EHDS法案における二次利用（想定）

HealthData@EUは、各国にHealth Data Access Bodyを設置し二次利用におけるデータ収集やデータ許可を発行する仕組みである



英国の一次利用・二次利用における全体像

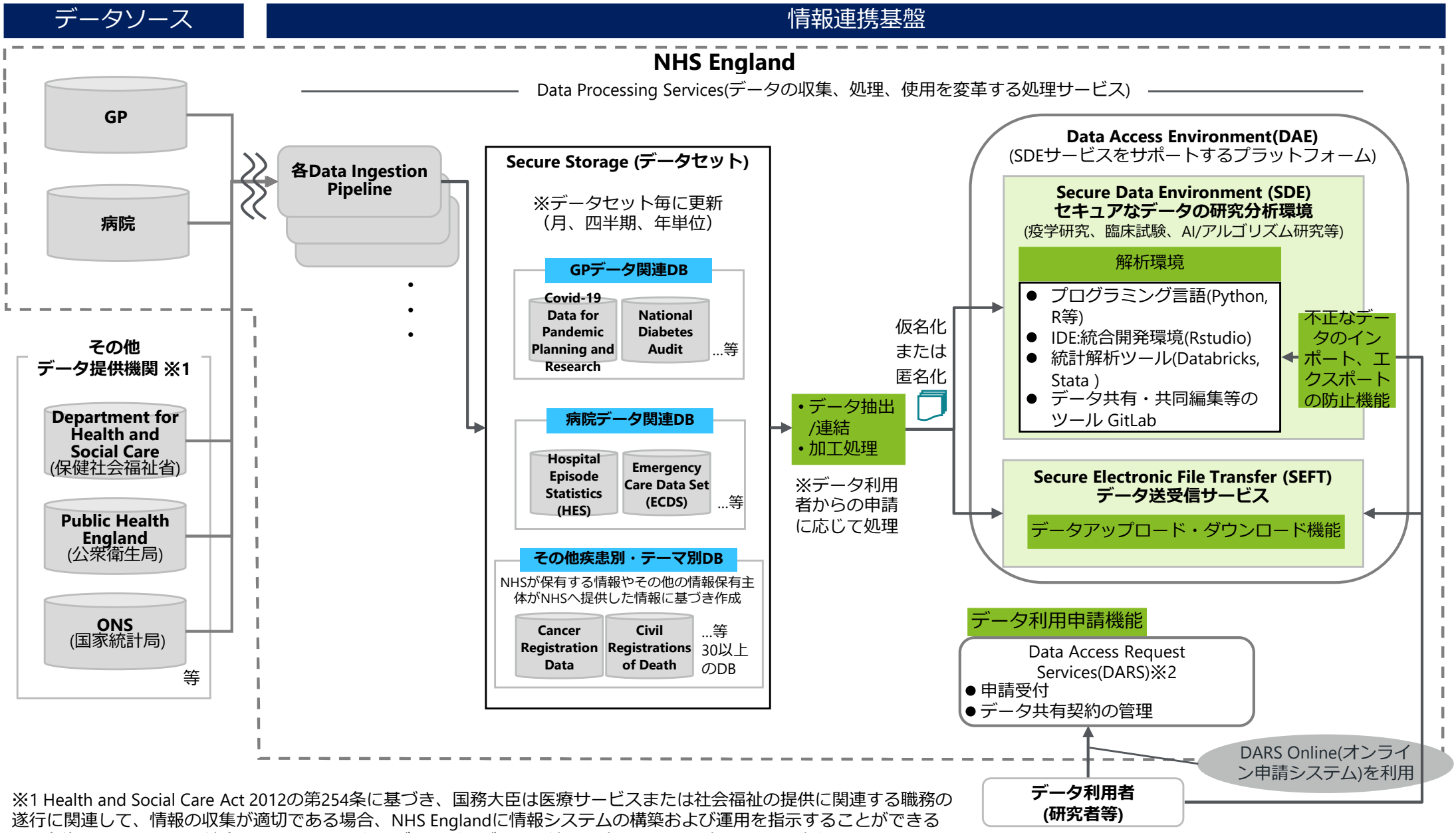
未定稿



※1 Health and Social Care Network (HSCN)：NHSと各組織が連携するための標準ネットワーク
※2 ITK(Interoperability Toolkit：相互運用性ツールキット)ガイドラインは、医療と社会福祉の相互運用性をサポートするための共通の仕様、フレームワーク、実装ガイドのセット

英国の情報連携基盤の構成

未定稿



※1 Health and Social Care Act 2012の第254条に基づき、国務大臣は医療サービスまたは社会福祉の提供に関連する職務の遂行に関連して、情報の収集が適切である場合、NHS Englandに情報システムの構築および運用を指示することができる
※2 今後、DAEはDARSと統合され、リクエストとデータ利用がより迅速かつ容易になる予定(2024.5月時点)

出所 : https://www.gov.uk/government/publications/nhs-englands-protection-of-patient-data/nhs-englands-protection-of-patient-data#:~:text=section%20254%20of%20the%202012,the%20provision%20of%20health%20services、 https://www.ukauthority.com/media/9887/grahamspearing.pdf

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

資料２　中間とりまとめ等を踏まえた今後の対応について

厚生労働省健康・生活衛生局

がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

全国がん登録及び院内がん登録に係る課題と対応方針 中間とりまとめ　概要（令和５年10月 厚生科学審議会がん登録部会）

第27回　厚生科学審議会がん登録部会（令和６年８月２日）　資料１より抜粋

「中間とりまとめ」においては、がん登録法の改正が必要となり得る内容や運用で対応する内容等が幅広く記載されている。

全国がん登録に係る対応方針（抜粋）

（１）全国がん登録情報の整備

①届出の照合・集約作業の効率化及びデータ精度の向上

○　都道府県及び国立がん研究センターにおける照合・集約作業の効率化及び精緻化のため、被保険者番号又は被保険者番号から生成されるＩＤの全国がん登録において収集・整備する項目への追加について検討するべき。その際、医療機関や地方公共団体、国民から理解が得られるよう、適切な説明を行う必要がある。

②住所異動確認調査の円滑化

○　住所異動確認調査の円滑な実施に向け、住所異動確認調査が法に基づく調査であること等について、引き続き周知に努めるべき。加えて、効率化・デジタル化に向けた調査方法について関係省庁との調整を進めるとともに、より効率的な調査スキームについて検討するべき。

（２）全国がん登録DBを用いた情報の利用及び提供

①利用及び提供の申出から提供までの手続の簡略化

○　第 18 回がん登録部会において議論された対応策については、引き続き検討を進めるべき。また提供の申出から結果通知までの期間を短縮し、情報の利活用推進のため、その審査体制について見直しを検討するべき。

②情報の利用範囲（民間事業者の利用可否）の明確化

○　「がんに係る調査研究を行う者」について、民間事業者が除外されるものではないと解するべき。当該取扱いについて、今後、運用上の実績を蓄積し、必要に応じて提供マニュアル等を改訂するなど適切な利活用の推進を図るべき。

③匿名化の定義の明確化

○　がん登録推進法における匿名化の加工基準を法令又はガイドライン等で明確化すること、また識別行為の禁止や公表基準等の受領者の行為規範を検討するべき。

○　一方で、個人情報保護法の「匿名加工情報」相当の加工基準よりも緩やかな基準により加工された情報の利活用を可能とする方策の是非等についても検討を行うべき。

○　加えて、今後、運用上の実績を蓄積していくことで、基準の更なる明確化を図るといった、運用面の取組も必要。

④他のデータベースとの連結・解析

○　全国がん登録DBと公的DB等について、匿名化した情報のＩＤ５等を用いた連結解析を行うことが考えられ、ＩＤを生成するために必要な被保険者番号を全国がん登録における収集項目に追加することについて検討するべき。また、連結解析を可能とするための法的・技術的検討を進める必要がある。加えて、特定の個人が識別されることを防止するために必要な措置等を今後整理・検討する必要がある。

⑤情報の国外提供に係るルールの整理

○　がん対策の実施に資すると認められる場合には、国際機関等に対して、匿名化が行われた全国がん登録情報及び都道府県がん情報の国外提供を可能とするよう、必要な対応を検討するべき。加えて、その他要件の明確化や国外の利用者についても安全管理措置が遵守されるような実効性確保のための措置等を設けるべき。

⑥法第 20 条に基づいて提供された情報の取扱いの見直し

○　20 条提供情報について、診療録への転記等の利活用ができるよう、がん登録推進法等の規定の整備を含め、必要な見直しを行うべき。また、当該病院の院内がん登録から診療録等へ転記された場合の第三者提供の在り方や、安全管理措置等の運用上の留意点についても整理する必要。

（３）全国がん登録情報等の適切な取扱い

○　情報の第三者提供における安全管理措置の見直し及びリモートアクセス等を活用した情報提供体制の整備について、調査研究事業において検討を進めるべき。

院内がん登録に係る対応方針（抜粋）

（１）院内がん登録の推進

○　法施行前の院内がん登録情報の予後調査について、地方公共団体から協力が得られるよう、国立がん研究センターにおいて適切な説明及び周知を行うべきである。また、地方公共団体の担当者が替わっても協力が得られるよう、丁寧な周知に努めるべき。

○　院内がん登録の記録、保存項目を追加することについて国立がん研究センターにおいて検討を行い、必要に応じ、「がん診療連携拠点病院等院内がん登録 標準登録様式」を改訂する等の対応を行うべき。

（２）院内がん登録全国収集データの利活用

○　院内がん登録全国収集データについては、当面の利活用に係る整理として、国立がん研究センターが、個人情報保護法等に基づき、2023 年より第三者提供を開始している。将来的には、院内がん登録全国収集データの更なる利活用を促進するため、必要な対応を検討するべき。

全国がん登録及び院内がん登録における今後の対応について

「中間とりまとめ」において記載された事項等について、以下のとおり議論していく。

１．全国がん登録ＤＢを用いた情報の利用及び提供
（１）他のデータベースとの連結・解析　【中間とりまとめ　１（２）④関係】
（２）匿名化の定義の明確化　【中間とりまとめ　１（２）③関係】
（３）法第 20 条に基づいて提供された情報の取扱いの見直し
【中間とりまとめ　１（２）⑥関係】

２．全国がん登録データベースの整備
（１）届出の照合・集約作業の効率化及びデータ精度の向上
【中間とりまとめ　１（１）①関係】
（２）住所異動確認調査の円滑化　【中間とりまとめ　１（１）②関係】

本日議論

○　情報の国外提供に係るルールの整理　【中間とりまとめ　１（２）⑤関係】
○　その他

次回議論予定

○　利用及び提供の申出から提供までの手続の簡略化
【中間とりまとめ　１（２）①関係】
○　情報の利用範囲（民間事業者の利用可否）の明確化
【中間とりまとめ　１（２）②関係】
○　全国がん登録情報等の適切な取扱い　【中間とりまとめ　２（２）④関係】
○　院内がん登録の推進　【中間とりまとめ　２（１）関係】
○　院内がん登録全国収集データの利活用　【中間とりまとめ　２（２）関係】

今後の検討

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

目次

１．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）他のデータベースとの連結・解析
【中間とりまとめ　１（２）④関係】
（２）匿名化の定義の明確化
【中間とりまとめ　１（２）③関係】
（３）法第 20 条に基づいて提供された情報の取扱いの見直し
【中間とりまとめ　１（２）⑥関係】

２．全国がん登録データベースの整備
（１）届出の照合・集約作業の効率化及びデータ精度の向上
【中間とりまとめ　１（１）①関係】
（２）住所異動確認調査の円滑化
【中間とりまとめ　１（１）②関係】

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

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1

１．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）他のデータベースとの連結・解析

【中間とりまとめ　１（２）④関係】

（２）匿名化の定義の明確化

【中間とりまとめ　１（２）③関係】

（３）法第 20 条に基づいて提供された情報の取扱いの見直し

【中間とりまとめ　１（２）⑥関係】

２．全国がん登録データベースの整備

（１）届出の照合・集約作業の効率化及びデータ精度の向上

【中間とりまとめ　１（１）①関係】

（２）住所異動確認調査の円滑化

【中間とりまとめ　１（１）②関係】

ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

（１）他のデータベースとの連結・解析

現状・課題

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観点で、全国がん登録データベースと他の厚生労働大臣が保有する医療・介護関係のデータベース等との連結解析は有用であるが、現行のがん登録推進法では、連結解析に係る規定が整備されていない。

対応（案）

匿名化された全国がん登録情報と、NDB等の他の公的データベース等の匿名化情報との連結解析を可能とする必要な法の規定の整備を行うとともに、以下のとおり運用することとする。【法第17条等の改正が必要となる見込み】

- 病院等から被保険者番号を収集し、原則、ID５（被保険者番号の履歴を元に生成した個人識別子）を利用した利用者における連結解析を可能とすることとし、被保険者番号が付与されていない過去に収集された情報等については、ID４（カナ氏名等を元に生成したハッシュ化した識別子）を利用する。
- なお、匿名全国がん登録情報について、連結解析を可能とする情報を付与して提供する場合において、国が審査及び提供決定を行うことができるよう、必要な委任規定の見直しを行う。これに伴い、１つの都道府県に係る都道府県がん情報の連結解析を可能とした情報を付与した提供についても、国において行うこととする。【法第23条等の改正が必要となる見込み】
- 現状、情報の保護に係る措置について、一部は、運用上のルールで行われているところ、他の公的データベース等との連結・解析にあたり、他の情報との照合禁止等の措置について、他の公的データベース等と同様に、法令上整備する。【法第30条等の改正が必要となる見込み】

全国がん登録DBと他DBとの連結のメリットについて

がん登録DBを他のDB（NDB等）と連結することにより、がん登録DBに格納されていない情報を併せて研究等に利活用できるようになるため、がんの新たなリスク要因の解明に資する疫学研究やがん診療の実態把握に資する政策研究等に取り組むことが可能となる。

全国がん登録DBの主な情報

- がん患者情報（性別、年齢、地域 等）
- がんの診断情報 （原発部位、病理情報、診断根拠、診断日、発見経緯 等）
- がんの初回治療（外科的治療、放射線療法、化学療法等）の有無
- がん患者の予後情報（生存、死亡日、死因 等）

連結解析

匿名化又は仮名化された情報

NDBの主な情報

- がん診療の内容（薬剤名、治療名 等）
- がん再発時の治療内容（薬剤名、治療名 等）
- がん患者の合併症や治療内容（傷病名、薬剤名、治療名 等）
- 特定健診・保健指導の内容（健診結果*、問診結果* 等）
- 医療費や公費負担の状況（医科・歯科診療報酬点数表項目 等）

* 健診結果はBMI、血圧、血液検査項目（血糖、貧血、脂質、肝機能、腎機能等）、尿検査、眼底検査、心電図等。問診結果は喫煙習慣、飲酒習慣、食生活、運動習慣等。

■NDBとの連結解析により今後可能となる研究（イメージ）

「がん予防」

全国がん登録DB
・がんの診断情報
・がん患者の予後情報
など

NDB
・特定健診・保健指導の内容
など

生活習慣等が発がんリスクに与える影響に関する研究

エビデンスに基づく予防法の提案

「がん医療」

全国がん登録DB
・がんの診断情報
・がん患者の予後情報
など

NDB
・がん診療の内容
・がん再発時の治療内容
など

がんの再発、治療抵抗性及び予後や副作用に関する研究

多様な患者ニーズに応じた医療の質向上

「がんとの共生」

全国がん登録DB
・がんの診断情報
・がん患者の予後情報
など

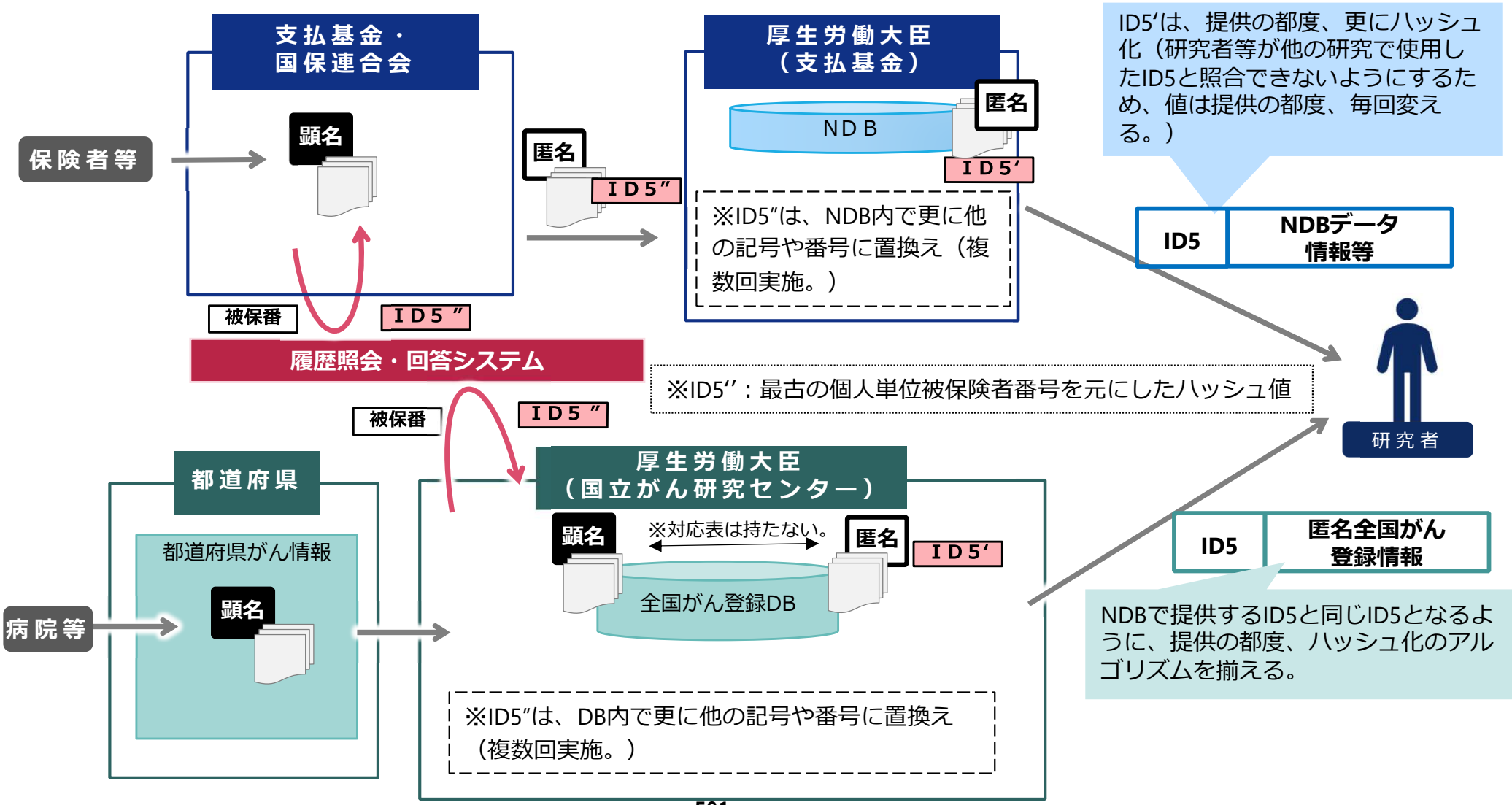
NDB
・がん患者の合併症や治療内容
・医療費や公費負担の状況
など

がんサバイバーの併存疾患やライフステージに応じた診療実態に関する研究

充実したサバイバーシップの実現

（参考）全国がん登録データベースとＮＤＢとの連結イメージ（ＩＤ５の活用）

被保険者番号から生成する識別子（ＩＤ５）を利用して、研究者において、全国がん登録データベースの匿名化された情報及びNDBの情報を連結して解析することを可能とする。



※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。

（参考）他のデータベースとの連結・解析

中間とりまとめにおける記載（抜粋）

（※）本資料において、太字下線や注釈を補記。

（課題）

- 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。更に、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。

（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）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**。これらのＩＤを生成するために必要な被保険者番号を全国がん登録における収集項目に追加することについて検討するべきである。また、**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。加えて、**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措置等を今後整理・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。

（※）全国がん登録情報の保護に必要な措置等に係る記載。

１．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）他のデータベースとの連結・解析

【中間とりまとめ　１（２）④関係】

（２）匿名化の定義の明確化

【中間とりまとめ　１（２）③関係】

（３）法第 20 条に基づいて提供された情報の取扱いの見直し

【中間とりまとめ　１（２）⑥関係】

２．全国がん登録データベースの整備

（１）届出の照合・集約作業の効率化及びデータ精度の向上

【中間とりまとめ　１（１）①関係】

（２）住所異動確認調査の円滑化

【中間とりまとめ　１（１）②関係】

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

（２）匿名化の定義の明確化

現状・課題

・がん登録推進法において、匿名化の加工基準が明確に規定されておらず、匿名化を行った情報か否かの判断が運用上で行われていること、今後仮名化情報の提供を行うことに伴い、匿名化と仮名化の加工基準について整理する必要がある。

（※）他の公的ＤＢ等と連結解析をする場合、匿名性の担保に影響が生じるおそれがある。

対応（案）

- がん登録推進法における匿名化の基準については、他の公的DB等と連結して解析できるようにするため、併せて仮名化された情報と区別するため、他の公的DB等や個人情報保護法における匿名加工情報の基準を勘案し、法令上に規定する。【法第２条等の改正が必要となる見込み】
- 仮名化の基準についても、匿名化の基準と同様の趣旨により、他の公的DB等や個人情報保護法における仮名加工情報の基準を勘案し、法令上に規定する。【法第２条等の改正が必要となる見込み】
- 上記に伴い、匿名化に係るがん登録部会の意見を聴く規定を廃止し、匿名化情報、仮名化情報いずれも、利用・提供に際しては、利用目的・内容に応じて審議会等における意見を聴くこととする。【法第15条等の改正が必要となる見込み】

（参考）匿名化の定義の明確化

中間とりまとめにおける記載（抜粋）

（※）本資料において、太字下線や注釈を補記。

（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」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。

（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**（※）。

（※）全国がん登録情報の保護に必要な措置等に係る記載。

１．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）他のデータベースとの連結・解析

【中間とりまとめ　１（２）④関係】

（２）匿名化の定義の明確化

【中間とりまとめ　１（２）③関係】

（３）法第 20 条に基づいて提供された情報の取扱いの見直し

【中間とりまとめ　１（２）⑥関係】

２．全国がん登録データベースの整備

（１）届出の照合・集約作業の効率化及びデータ精度の向上

【中間とりまとめ　１（１）①関係】

（２）住所異動確認調査の円滑化

【中間とりまとめ　１（１）②関係】

ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

（３）法第 20 条に基づいて提供された情報の取扱いの見直し

現状・課題

がん登録推進法の規定により情報の提供を受けた者は、がん登録推進法上、安全管理措置や保有期間制限等の義務規定があり、提供を受けた情報の厳格な管理が求められている。現行の運用においては、法第20条の規定により提供を受けた情報（生死の別／生存最終確認日・死亡日及び死因）を診療録に転記することや学会（第三者）が管理するデータベースに転用すること等が認められていない。

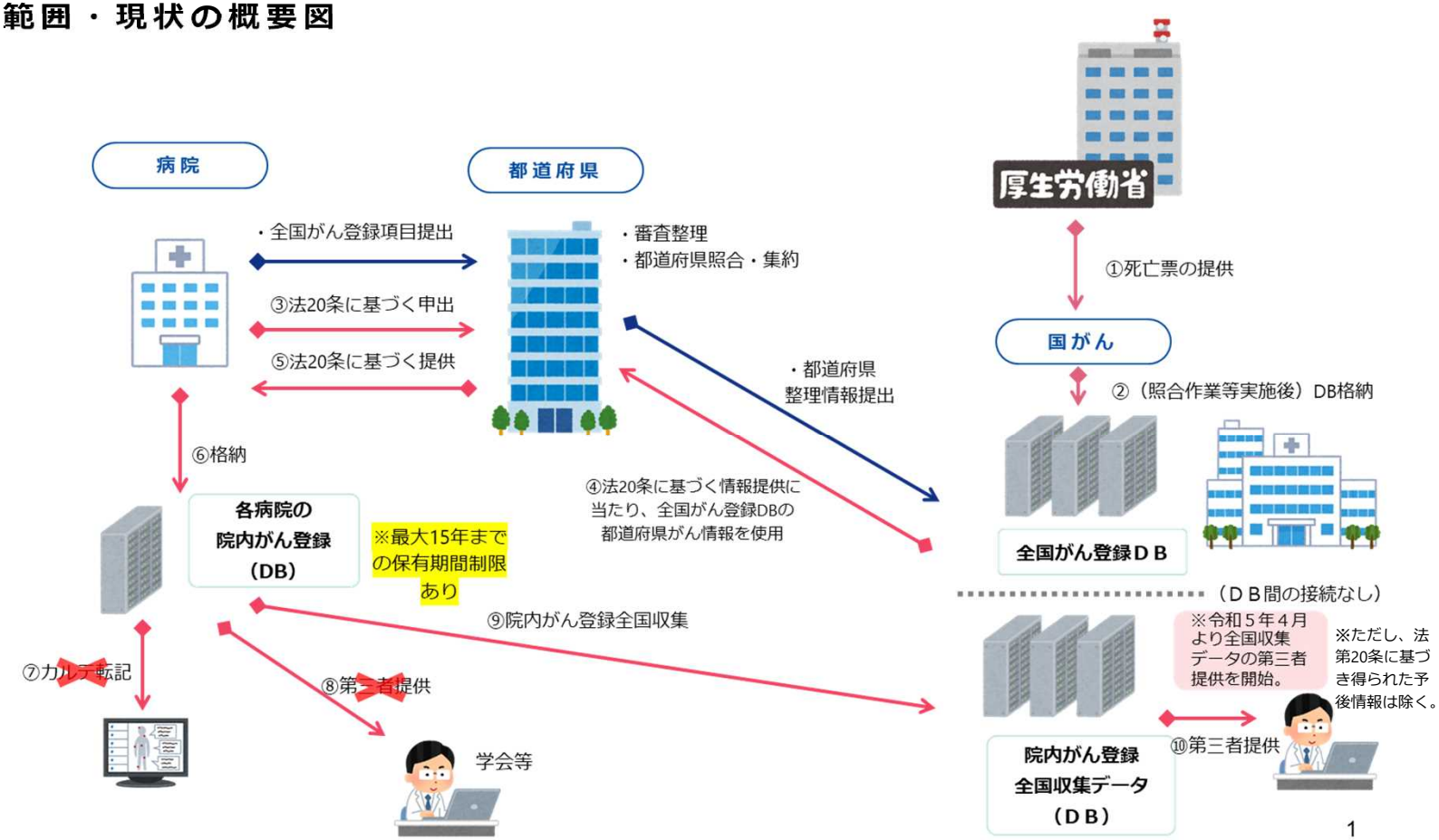
現行の法第２０条提供情報の利用範囲・現状の概要図

管理規定

- 個人情報保護法
- がん登録推進法　第30条～第34条
- 院内がん登録の実施に係る指針

利用範囲

- ○ 院内がん登録DBへの格納可
- × 15年を超す期間の保有
- × 診療録への転記不可
- × 第三者提供（再提供）不可



これまで頂いた御意見①

これまでの部会においては、カルテ転記・病院等からの第三者提供に関する運用ルールの見直しのほか、法令で定める保存期間や安全管理措置等の考え方について御意見があった。

主な御意見一覧

【カルテ転記】

（情報の保護と利活用のバランス）

- 生存確認情報をより有効に活用すること、また、カルテの持っている性質が個人情報に関してはタイトなバリアになっているということを勘案して、見直し等のときには、その取り扱いについては、安全を担保した上で有効に活用できる方法を検討いただきたい。
- カルテに対する記載が果たしてどれくらいのリスクがあるかということについては、唯一、死亡情報だけがいわゆる漏えい対象として特段厳しく守らねばならないというものではないと思われることに加え、このカルテのシステムというのは最も情報漏えいに対して厳しい対応をしているもの。そういう観点から、予後情報がカルテに連携することによって、より正しいがん情報、あるいはそれに基づいた様々な治療措置、あるいは予防措置が講じられることのほうがはるかにメリットが大きいと思う。
- まず、カルテに転記できないという議論の当初は、カルテに転記することが二次利用といったリスクの議論もあったと思うが、ただ、それ以降も転記されないことによるデメリットのほうがかなり大きいということであれば、やはり見直しが必要。
- カルテの情報はかなりセキュリティーの高い情報ではあるが、医療上、患者が死亡しているということはかなり重要な医療情報であると思うので、転記というのは何かの縛りをつけながらもある程度認めていく必要があると思う。
- カルテに記載されている情報というのは、本当に家族構成から、そのときの患者さんの様々な思いだとか、全て最高セキュリティーをかけなければいけないような情報がカルテの中に入っている。また、病院としてもそれを守るべくセキュリティーを非常に高めているのも現状なので、そこに転記することは決して間違いではないし、できるのではないかと思っている。
- この20条の問題は多分ケースとしては非常に少ないのが、単にカルテに転記するためだけに返しているのではなくて、データベースのサブセットとしてある病院のがん登録情報をお返しすると、それをデータベースとして使って二次利用するという場合も考えられ、これは、がん登録データベースの利活用になるので、ここはそういった意味で30～34条までの制限が必要だと思う。
  一方で、もともとのデータのオリジナルであるカルテに転記するというのは用途として全く別と考えて、これから政令なり何なりの改正をしたほうがよくて、診療録に返すことに関して制限がある必要は私は全くないと思う。診療録に返すという部分に関してはかなり制限を緩和するべきで、一方で、データセットの利用の仕方によっては制限がかかるのは必要ではないかと思う。

（カルテの完結性）

- 診療録を管理する側からみると、カルテに転記しないということは、患者が死亡されたことが別のルートで把握できても、そのデータをカルテに書かないということを意味し、病院の管理上の問題がある。588

これまで頂いた御意見②

これまでの部会においては、カルテ転記・病院等からの第三者提供に関する運用ルールの見直しのほか、法令で定める保存期間や安全管理措置等の考え方について御意見があった。

主な御意見一覧

【カルテ転記】

（転記を禁止とする根拠の不透明性）

- カルテに載せてはいけないということは法律上書かれていないと理解しており、制限がかかっているのは、保有期間が一番の議論の対象になっている。20条に基づいて出された情報は、32条に一定必要な期間を超えて保有してはならないと書かれており、政令に15年となっているということが一番の障壁ではないか。
- カルテに転記しないこと、という条件は法律上明記されているわけでもなく、同じ組織の中で管理されているのであれば、カルテに転記されているものと、院内がん登録データベースに管理されているものとの違いはよく分からず、合理性はないと考えられる。
- 30～34条には安全管理の保有期間だけではなく、利用提供の制限や従事者の秘密保持義務の規定があり、それぞれ趣旨が違うので、カルテへの転記を駄目だとしている解釈上の根拠が、何条の何項のどれに基づいて導かれたのかをまず押さえた上で、その合理性がなければカルテへの転記のルールは見直すという整理をしておく必要がある。法令上の根拠の何の話をしているのかをきちんと押さえておく必要がある。

これまで頂いた御意見③

これまでの部会においては、カルテ転記・病院等からの第三者提供に関する運用ルールの見直しのほか、法令で定める保存期間や安全管理措置等の考え方について御意見があった。

主な御意見一覧

【学会における利活用】

（利活用の意義）

- 他のデータベース、例えば、ナショナル・クリニカル・データベースとか、あるいは臓器がん登録とか、こういったもののデータソースとして死亡の情報を使えないというのは、ものすごく利用価値を減らすものだと思う。
- 学会等では、やはり予後調査ということは非常に苦労している。特に、臓器別がん登録は、学会ごとにデータベース化しているところが多く、がん登録が始まったときに突合ができるのではないかという期待があったが、それはできないということで、次は病院カルテからその予後が分かるのではないかと期待された。しかし、この20条の問題でがん登録の予後情報をカルテに記載することができず、正確な予後の把握が困難であることがわかった。学会での登録では、病院からの報告のみに頼っているために正確な予後が転居等によって把握しにくく、公的登録の力を借りない中で苦労しているということが現状。 診療録において生存の有無が明確化することによって、学会登録等への予後調査が明確になることを期待している。
- いわゆる学会研究会の発表は、生命予後に関する研究発表はしないのが無難、やってはいけないとすると、非常に問題点が生じる。国の協議会等で、臓器がん登録で研究している部分について、何ができるのかということを示す回答が必要になる。
- 学会等で行っている臓器別がん登録には、例えば中央倫理審査を学会が通しておいて、それに賛同する施設長が承認した場合に予後調査を出すことができるということで、その前に、もちろん患者様の同意のある、学会臓器別がん登録がなされているということかと思う。カルテに載っている新たな死亡情報等は、臓器別がん登録の予後調査には有益なもの。

（情報の保護）

- 第三者の誰でもが見られるという状況には不安を覚えるので、個人情報の保護という点で、患者の情報が漏れないような仕組みをつくっていただきたい。

法第20条の規定により提供される生存確認情報の取扱いに対する対応

生存確認情報が機微性が高い理由

（個人情報保護法における解釈）

- 個人情報保護法は、「個人情報」を生存する個人に関する情報に限っており、死者に関する情報については保護の対象とならない。ただし、死者に関する情報が、同時に生存する遺族などに関する情報である場合には、その遺族などに関する「個人情報」となる。

→具体的には、遺伝性のがんが死因の場合であって、当該情報が生存している家族の個人情報と一緒に保管されている状況においては、家族の個人情報となることが考えられる。

- 要配慮個人情報は、本人の人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪により害を被った事実その他本人に対する不当な差別、偏見その他の不利益が生じないようにその取扱いに特に配慮を要するものとして政令で定める記述等が含まれる個人情報をいう。病歴については、病気に罹患した経歴を意味するもので、特定の病歴を示した部分（例：特定の個人ががんに罹患している、統合失調症を患っている等）が該当する。

→さらに、上記のようながんに起因する死亡情報は、当該情報が生存している家族の個人情報と一緒に保管される状況においては、家族の要配慮個人情報に該当すると考えられる。

（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）

- 法令上「個人情報」とは、生存する個人に関する情報であり、個人情報取扱事業者の義務等の対象となるのは、生存する個人に関する情報に限定されている。本ガイダンスは、医療・介護関係事業者が保有する生存する個人に関する情報のうち、医療・介護関係の情報を対象とするものであり、また、診療録等の形態に整理されていない場合でも個人情報に該当する。なお、当該患者・利用者が死亡した後においても、医療・介護関係事業者が当該患者・利用者の情報を保存している場合には、漏えい、滅失又は毀損の防止のため、個人情報と同等の安全管理措置を講ずるものとする。

※生存確認情報：最終生存確認日、死亡日、死因

法第20条の規定により提供される生存確認情報の取扱いに対する対応

法の規定の趣旨

- 法制定前は、患者の転院、転居等の理由により、病院等において医療を提供した者の**生存確認調査が不十分**であり、病院で実施された**がん医療の有効性について十分な検証が困難**となっていたため、届出を行った病院等の管理者から都道府県知事に対して請求があった場合に、当該がんに罹患した者の生存確認情報等の提供を行うこととしたもの。
- そのため、法第20条に基づき提供された生存確認情報は、がんに罹患した者に対して医療を提供した**病院等における院内がん登録やがんに係る調査研究のため**に利用されることが前提である。
- また、当該生存確認情報は、都道府県がん情報の一部であり、**本人の同意なく収集された情報であることから**、法第30条から第34条までの安全管理等に関する規定の適用対象とされているもの。

➢ 第12回部会で示された運用ルール

・院内がん登録データベースへ保存し、当該病院の診療情報と区別できるようにすること。

・カルテに転記しないこと。

・他のデータベース等への転用はしないこと。

・院内がん情報の活用にのみ利用すること。

法第20条の規定により提供される生存確認情報の取扱いに対する対応（案）

以上を踏まえ、現状の法第20条の規定を維持しつつ、適切な利活用の推進に向け、以下のとおり検討を進めることとする。

対応（案）

- 法第20条に規定される病院等における院内がん登録やがんに係る調査研究という目的に照らして、情報の保護にも留意しつつ、利用の範囲を考える必要がある。
- 下記のような病院内の調査研究（※）については引き続き認め、今後さらに、研究ニーズを踏まえて、利用や保管の方法について見直してはどうか。

（※）院内がん登録情報及び血液検査結果等を含む電子カルテ情報、レセプト情報、DPCデータを用いた、

・併存症等の患者背景や臓器機能が、がん薬物療法の治療成績・予後に与える影響についての研究

・がんに対する手術前の臓器機能と術後転帰の関係を解析し、死亡リスク評価を行う研究

・放射線治療による有害事象及び支持療法が、治療完遂率及び治療成績・予後に与える影響についての研究

- 病院以外の者（第三者）への提供については、都道府県からの提供時点において、あらかじめ当該第三者の特定ができず、安全管理措置等の実効性の担保が困難であるため、法第20条に基づき提供される生存確認情報を加工せず提供することは認めるべきではない。一方で、研究ニーズを踏まえ、情報の保護にも留意した利活用のあり方について、今後整理してはどうか。

（参照条文）がん登録推進法

がん登録推進法	条文（案）
第20条	**（病院等への提供）** 第二十条　**都道府県知事は、**当該都道府県の区域内の**病院等における院内がん登録その他がんに係る調査研究のため、**当該病院等の管理者から、**当該病院等から届出がされたがんに係る都道府県がん情報**（厚生労働省令で定める**生存確認情報**及び厚生労働省令で定める当該病院等に係る第五条第二項に規定する附属情報**に限る。）の提供の請求を受けたときは、全国がん登録データベースを用いて、その提供を行わなければならない。**この場合においては、第十七条第一項ただし書の規定を準用する。
第30条	**（受領者等による全国がん登録情報の適切な管理等）** 第三十条　第三節の規定により全国がん登録情報若しくは都道府県がん情報又はこれらの情報の匿名化が行われた情報の提供を受けた者は、当該提供を受けたこれらの情報を取り扱うに当たっては、これらの情報について、**その漏えい、滅失及び毀損の防止その他の適切な管理のために必要な措置を講じなければならない。** ２　前項の規定は、同項に規定する者から同項に規定する情報の取扱いに関する事務又は業務の委託を受けた者が当該委託に係る業務を行う場合について準用する。
第31条	**（受領者等による全国がん登録情報の利用及び提供等の制限）** 第三十一条　第三節の規定により全国がん登録情報若しくは都道府県がん情報又はこれらの情報の匿名化が行われた情報の提供を受けた者（国立がん研究センター、都道府県知事（第二十四条第一項の規定により権限及び事務の委任を受けた者を含む。第四十二条第一項において同じ。）及び市町村長を除く。次条において同じ。）は、これらの情報について、**その提供を受けた目的以外の目的のために利用し、又は提供してはならない。** ２　前項の規定は、同項に規定する者から同項に規定する情報の取扱いに関する事務又は業務の委託を受けた者が当該委託に係る業務を行う場合について準用する。
第32条	**（受領者による全国がん登録情報の保有等の制限）** 第三十二条　第三節の規定により全国がん登録情報若しくは都道府県がん情報又はこれらの情報の匿名化が行われた情報の提供を受けた者は、これらの情報について、**その提供を受けた目的に係る利用に必要な期間（全国がん登録情報又は都道府県がん情報については、政令で定める期間を限度とする。）を超えて保有してはならない。**
第33条	**（受領者等に係る全国がん登録情報の取扱いの事務等に従事する者等の秘密保持義務）** 第三十三条　第三節の規定により全国がん登録情報若しくは都道府県がん情報の提供を受けた場合におけるこれらの情報の取扱いの事務若しくは業務に従事する者若しくは従事していた者又は当該提供を受けた者からこれらの情報の取扱いに関する事務若しくは業務の委託があった場合における当該委託に係る業務に従事する者若しくは従事していた者は、**それぞれその事務又は業務に関して知り得たこれらの情報に関するがんの罹患等の秘密を漏らしてはならない。**
第34条	**（受領者等に係る全国がん登録情報の取扱いの事務等に従事する者等のその他の義務）** 第三十四条　第三節の規定により全国がん登録情報若しくは都道府県がん情報若しくはこれらの情報の匿名化が行われた情報の提供を受けた場合におけるこれらの情報の取扱いの事務若しくは業務に従事する者若しくは従事していた者又は当該提供を受けた者からこれらの情報の取扱いに関する事務若しくは業務の委託があった場合における当該委託に係る業務に従事する者若しくは従事していた者は、**それぞれその事務又は業務に関して知り得たこれらの情報をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に使用してはならない。**

（参考）中間とりまとめにおける課題及び対応方針について

中間とりまとめにおける記載（抜粋）

（※）本資料において、太字下線を補記。

（課題）

- 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。
- 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、情報の利活用を妨げていることが課題**となっている。

（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、院内がん登録その他がんに係る調査研究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、そうした場合の第三者提供の在り方や、安全管理措置等の運用上の留意点についても、併せて整理する必要がある。

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

2

1．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）他の公的データベース等との連結・解析

【中間とりまとめ　１（２）④関係】

（２）匿名化の定義の明確化

【中間とりまとめ　１（２）③関係】

（３）法第 20 条に基づいて提供される生存確認情報の取扱いの見直し

【中間とりまとめ　１（２）⑥関係】

2．全国がん登録データベースの整備

（１）届出の照合・集約作業の効率化及びデータ精度の向上

【中間とりまとめ　１（１）①関係】

（２）住所異動確認調査の円滑化

【中間とりまとめ　１（１）②関係】

ひと、くらし、みらいのために

厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

（１）届出の照合・集約作業の効率化及びデータ精度の向上

現状・課題

現在、都道府県及び国立がん研究センターにおける届出情報の審査・整理については、氏名・生年月日等を用いて同一人物の重複届出を照合（目視確認含む）しており、多くの労力・時間を要している。

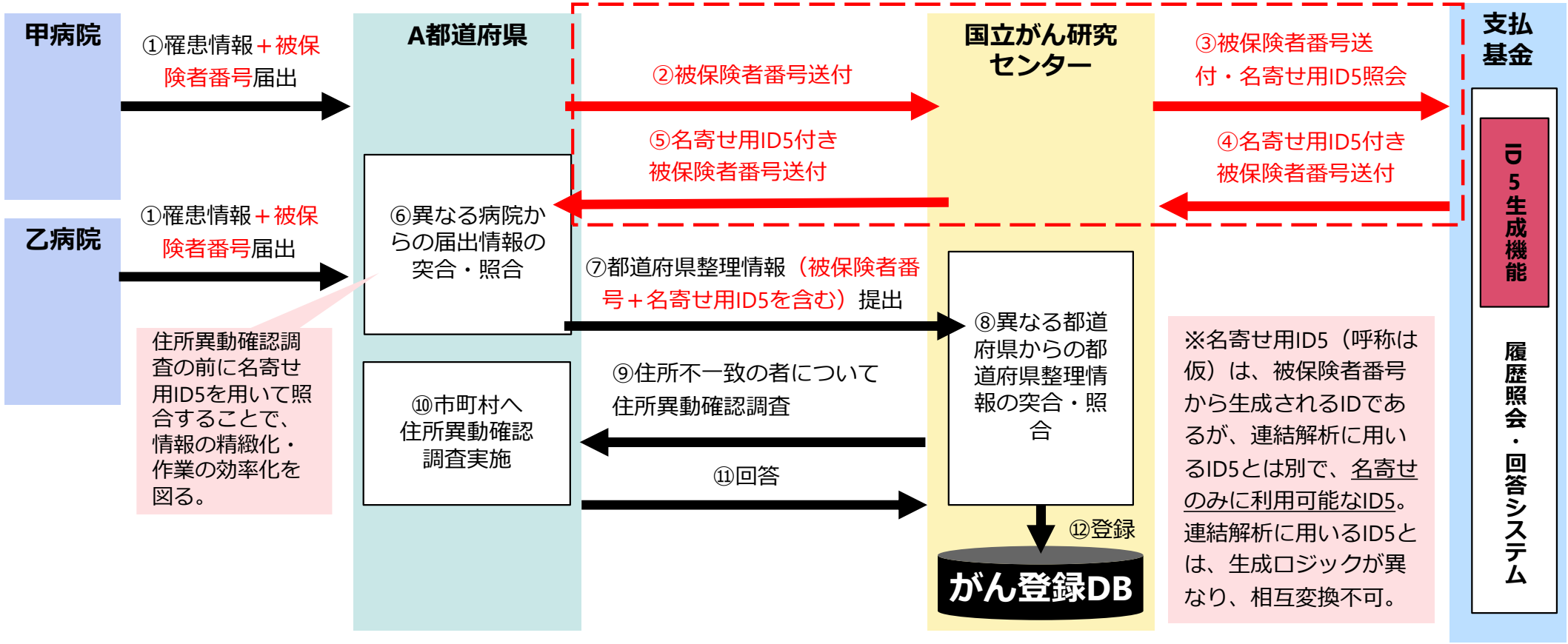
対応（案）

- 届出情報の審査・整理（名寄せ）において個人照合に用いる識別子は、加入する保険者が変わっても同一人物の照合が可能であることから、突合率の向上が見込まれ、精度・効率性の両面で有用と考えられる、被保険者番号から生成されるIDを用いることとする。【法第８条等の改正が必要となる見込み】
- 都道府県が行う名寄せ作業においては、病院等から届け出られた被保険者番号を、国立がん研究センターを経由して社会診療報酬支払基金が運営する履歴照会・回答システムに照会することとし、国立がん研究センターが行う名寄せ作業においては、名寄せ用ID５を用いて作業を行うこととする。
- なお、名寄せに用いたIDは全国がん登録データベースに記録することとし、第三者提供を行う際には付与しない。

名寄せ用ID5付与の方法（改正後のイメージ図）

今後は、被保険者番号から生成される名寄せ用ID5を活用することにより、情報の精緻化・作業の効率化を図ることを検討。名寄せ用ID5は、届け出られた被保険者番号を国が一括して社会診療報酬支払基金へ照会することを検討。

<業務フローイメージ図>



※上図のうち、**黒字**は**現行のフロー**であり、**赤字**は今回の**改正後に想定しているフロー**である。

※保険未加入者や被保番収集前の登録症例との突合については、現行どおり、氏名・生年月日等を用いて審査・整理を行うことを予定。

（参考）照合に用いる識別子について

個人照合に用いる識別子は、（１）被保険者番号又は（２）被保険者番号から生成されるID5のいずれかが考えられるが、加入する保険者が変わっても同一人物の照合が可能なID5が精度・効率性の両面で有用と考えられる。

	（１）被保険者番号	（２）ID5
精度	● 転職等により加入する保険者が変わった場合には番号が変わるため、番号のみでは同一人物の照合が不可能で精度が劣る	● **転職等により加入する保険者が変わった場合でも同一人物の照合が可能で精度で勝る**
効率性	● 突合の精度が低いため（現行の）目視確認での突合や住所異動確認調査での業務負担の軽減度が低い ● ただし、履歴照会・回答システムを用いる経費や事務的負担増は発生しない	● **突合率が高く、突合に要する人的作業（目視確認での突合や住所異動確認調査）の負荷を軽減できる** ● 履歴照会・回答システムを用いる経費や事務的負担が増える

○NDBや介護DBなど他の公的DBの情報の連結・解析においてもID５を用いることとされており、全国がん登録DBにおいても同様の仕組みとすることが想定される。ただし、審査・整理に用いるものとは別のロジックにより生成し、相互変換不可のものとする予定。

○なお、保険未加入者や被保番収集前の登録症例の突合は、いずれを採用しても旧来通り氏名・生年月日・性別・住所での対応が必要となる。

＜用語説明＞

■ 履歴照会・回答システム：医療保険の被保険者番号を個人単位化し、その履歴を一元的に管理するオンライン資格確認等システムを導入し、その基盤を活用して医療情報等の共有・収集・連結を行う者が、必要に応じて、履歴管理提供主体から被保険者番号履歴の提供を受けることができる仕組み

■ ID5：履歴照会・回答システムにおいて生成される、オンライン資格確認等システム上の最古の被保険者番号を基にハッシュ化（※）した識別子

（※）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

■ 住所異動確認調査：法第10条第１項及び法第13条第１項の規定に基づき、厚生労働大臣（委任先：国立がん研究センター）が都道府県知事に対し、重複する個人を同定する等のため、住民票又は除票の写しの交付を請求する調査

（参考）届出の照合・集約作業の効率化及びデータ精度の向上

中間とりまとめにおける記載

（※）本資料において、太字下線を補記。

（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、患者ごと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、全国がん登録において収集・整備する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・整備することについて、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

現状・課題

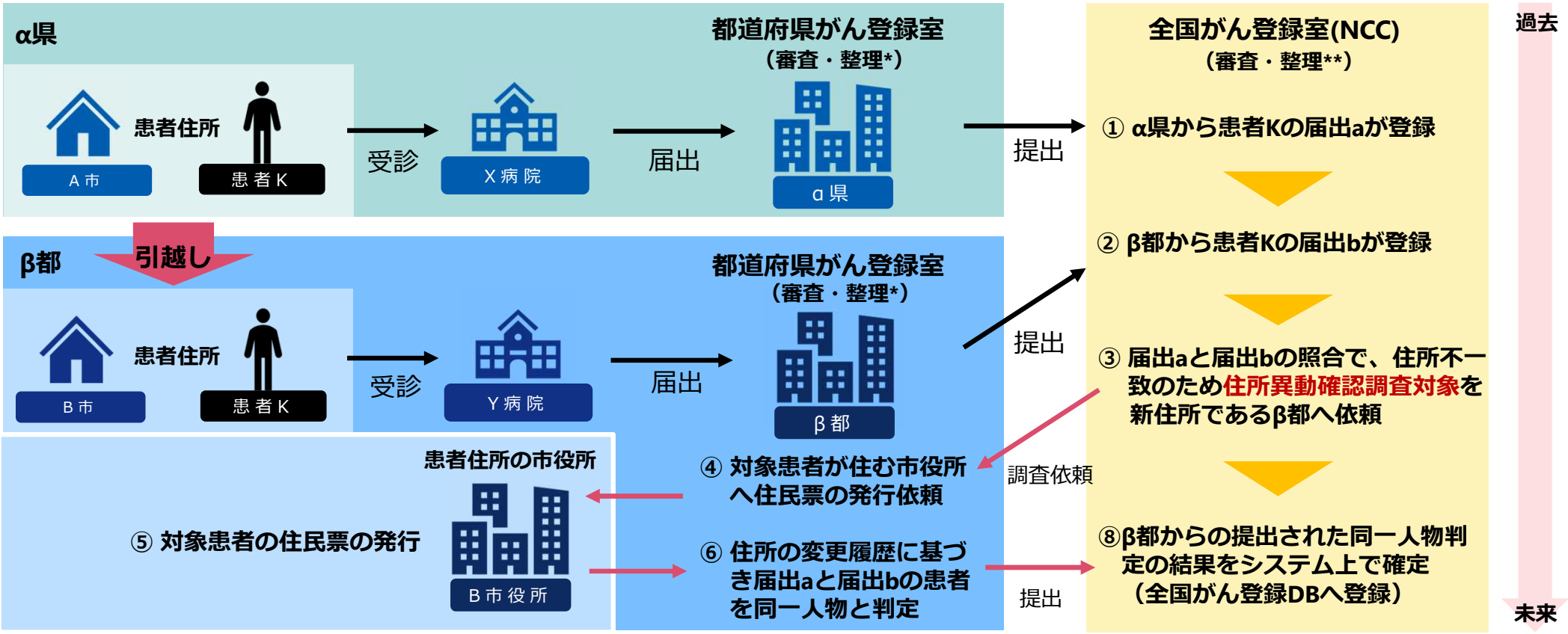
全国がん登録の届出は、がんの診断毎に提出されるため、同一人物について複数の施設から、届出が提出されるケースがある。我が国のがん患者数・率を正確に把握するためには、届出情報間の照合を行い、同一人物の同定（名寄せ）を行う必要があり、さらに、名寄せ時に患者住所が不一致の場合は、照合精度を上げるため住所異動確認調査を実施しているが、当該調査に多くの労力・時間を要している。

対応（案）

- 都道府県及び国立がん研究センターにおける届出の審査整理にかかる事務について、住基ネットを利用可能とする。【法第８条等に関連する住基法の改正が必要となる見込み】
- 国立がん研究センターにおいては、死亡者情報票との照合にかかる事務についても住基ネットを利用可能とする。【法第12条等に関連する住基法の改正が必要となる見込み】

住所異動確認調査のフロー図

住所異動確認調査が発生するフローの例



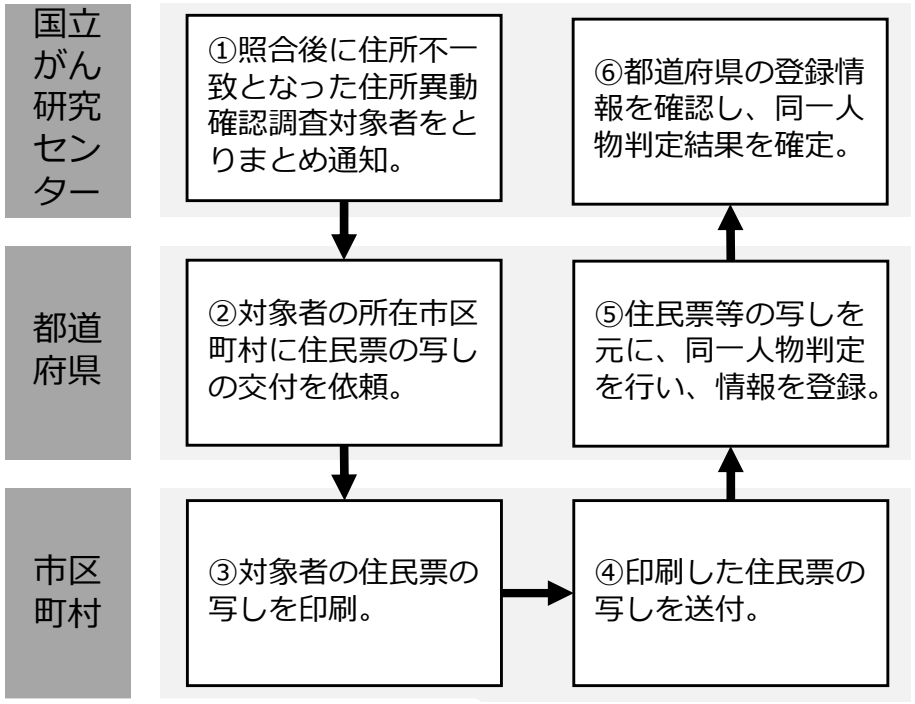
* 都道府県における届出の審査・整理時に病院等に前住所等を照会したうえで名寄せ作業を実施している。

** 届出情報と死亡情報票間の名寄せにおいても、届出情報間の照合と同じ基準で住所異動確認調査を実施している。

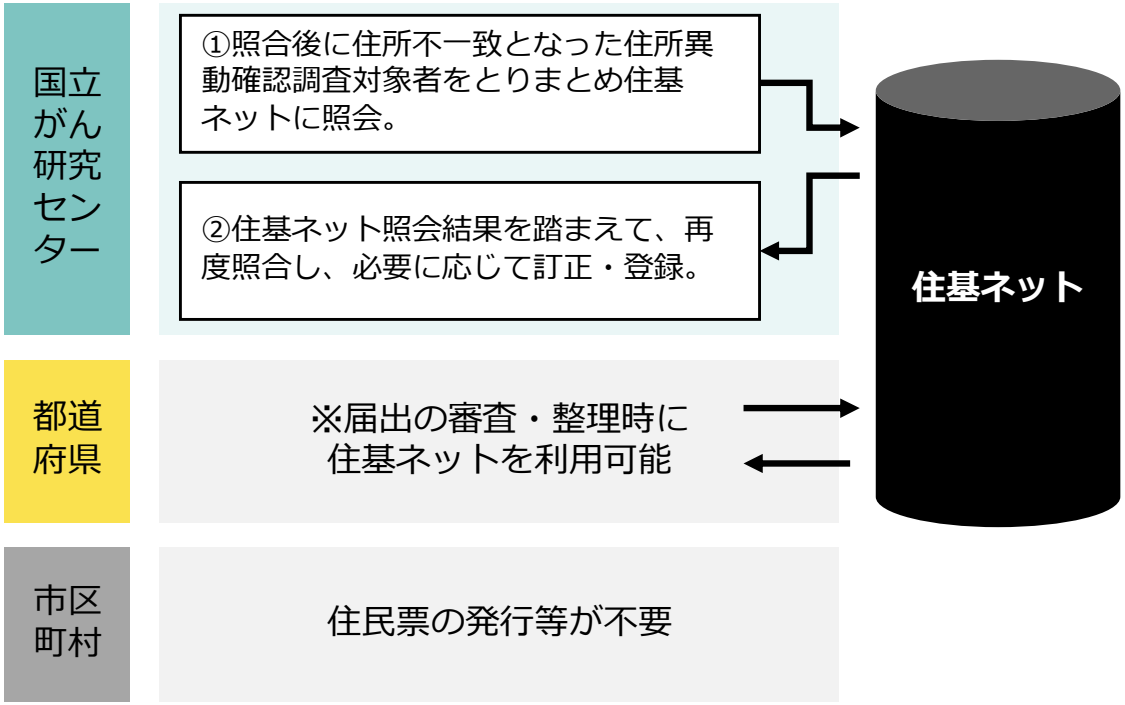
住所異動確認調査における作業のデジタル化及びその効果

国及び都道府県の審査・整理において住民基本台帳システムネットワークシステム（住基ネット）を利用可能とし、住所異動確認作業をデジタル化することにより、期間短縮及び情報の精緻化が期待される。

“現行”の住所異動確認調査



“住基ネット”を活用した住所異動確認調査



期待される効果

- 住所異動確認調査に要する期間の短縮及びコスト削減。
- 照合に必要な情報が全例入手可能となることによる情報の精緻化及び担当者の作業負担の軽減。
- 紙媒体での住民票の授受や保管等の工程において生じる可能性のある紛失等の人為的なリスクを低減。
- 都道府県の審査・整理においても利用可能とすることにより病院等への照会作業を削減（都道府県と病院等双方の負担軽減）。

（参考）住所異動確認調査の円滑化

中間とりまとめにおける記載（抜粋）

（※）本資料において、太字下線を補記。

（課題）

- 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ウェブサイトへの掲載を、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。

がん検診事業のあり方について

令和6年7月

がん検診のあり方に関する検討会

目次

はじめに 4
第１章.　がん検診に関する基本的事項 5
　１．１.　がん検診の目的、健診・検診・診療の違い 5
　１．２.　がん検診の利益と不利益（表2） 5
　１．３.　検診実施の原則 6
　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、２、３、４） 8
第2章.　日本におけるがん検診 11
　２．１.　がん検診の歴史（表5） 11
　２．２.　がん検診に関連する法令等 12
　　（1） 市町村事業によるがん検診（住民検診） 12
　　（2） 職域検診 12
　　（3） その他の検診 12
　２．３.　日本の目指すべきがん検診の実施方法 13
　　（1） 日本におけるがん検診の現状 13
　　（2） 日本で Organized screening を目指すための取組（基本計画の目標） 13
第3章.　がん検診における精度管理の手法 22
　３．１.　住民検診の精度管理手法 22
　　（1） 目標と標準の設定（第 1 段階） 22
　　（2） 質と達成度のモニタリング（第 2 段階） 27
　　（3） 指標の分析・評価、改善に向けた取組（第 3 段階） 29
　　（4） 住民検診の精度管理上の留意点 30
　３．２.　職域検診の精度管理手法 33
　３．３.　精度管理における地域・職域連携 35
第4章　がん検診の受診率向上の手法 36
　４．１.　個別受診勧奨・再勧奨の徹底 36
　４．２.　その他の主な受診率向上対策 36
　　（1） がん検診の意義や必要性に対する理解度向上の取組 37
　　（2） 対象年齢層を設定した重点受診勧奨の実施 37
　　（3） 受診者の利便性向上に向けた取組 37
　　（4） 検診受診者、検診提供者へのインセンティブ 37
第5章　対策型検診事業評価の全体像と今後の課題 39
　５．１.　事業評価の全体像 39
　５．２.　現在行われている事業評価（住民検診） 40
　５．３.　今後の検討課題 41
「がん検診事業の評価に関する研究」班　　班員名簿 42
別添1　Wilson＆Jungner による検診に関する 10 原則の見直し 43
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） 45

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）..... 48
別添３　がん対策推進基本計画（第１期、第２期、第３期、第４期）の要点..... 49
別添４　指針で定めるがん検診の内容..... 53
別添５　事業評価のためのチェックリスト（令和６年３月末時点）..... 55
別添６　プロセス指標の基準値一覧..... 133
別添７　がん検診に関する自治体からの照会及び回答..... 142
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)..... 169
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（2022 年）
..... 172
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」..... 174
別添９－２－２　精検受診率（2020 年）..... 178
別添９－３　がん検診の受診率（都道府県別）（2022 年）..... 181
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..... 184

はじめに

がん対策推進基本計画（第 4 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」が分野別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」という。）」で初めて方針が示された。これにより「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」という。）」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、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（以下「職域マニュアル」という。）」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。これらにより、報告書策定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」及び「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（平成 16 年厚生労働省告示第 242 号）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（以下

「精検」という。）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・精検の偶発症 （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 （本来不要な精検による精神的、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、２、３、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検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」という。）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、直近では令和 5 年に第 4 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
	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、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
	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）	基本計画（第 2 期）の閣議決定
平成 25 年（2013 年）	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）	基本計画（第 3 期）の閣議決定
令和 3 年（2021 年）	指針の一部改正 （厚生労働省健康局長通知別添）
令和 5 年（2023 年）	基本計画（第 4 期）の閣議決定
令和 6 年（2024 年）	指針の一部改正 （厚生労働省健康局長通知別添）

※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 年に指針の一部改正において「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、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しては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 40 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（昭和 57 年法律第 80 号）第 20 条に基づいた特定健康診査を、事業主は労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）第 66 条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（※1）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。

※1 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（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 1～4 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 4 期基本計画では、具体的な目標として、受診率 60%、精検受診率 90%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医療費等の調査・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」にまとめる。

国は、同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(※2、3、4)。現在国が推奨するがん検診の一覧は別添4参照。

※2 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。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る。

※3 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。

※4 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、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る。

（職域検診）

国は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(※5)。

※5 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）。

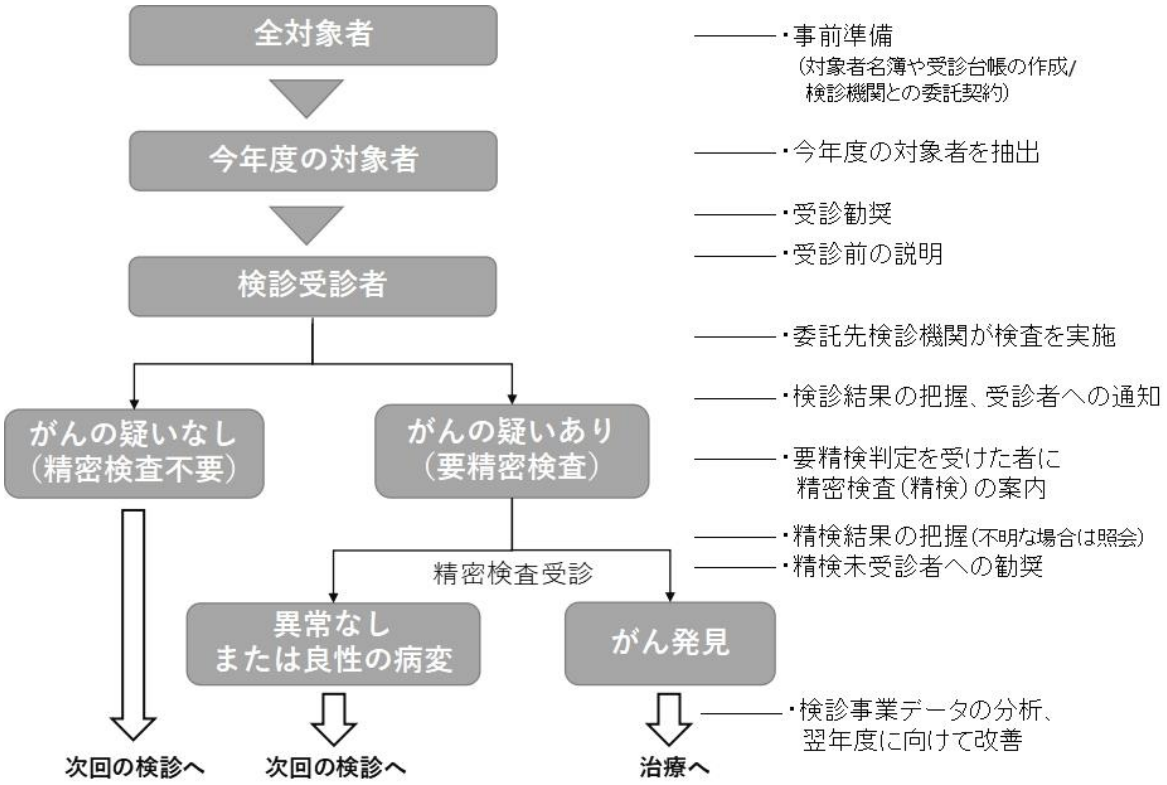


図1　がん検診の主な手順

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、精検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検を受診しない	・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。

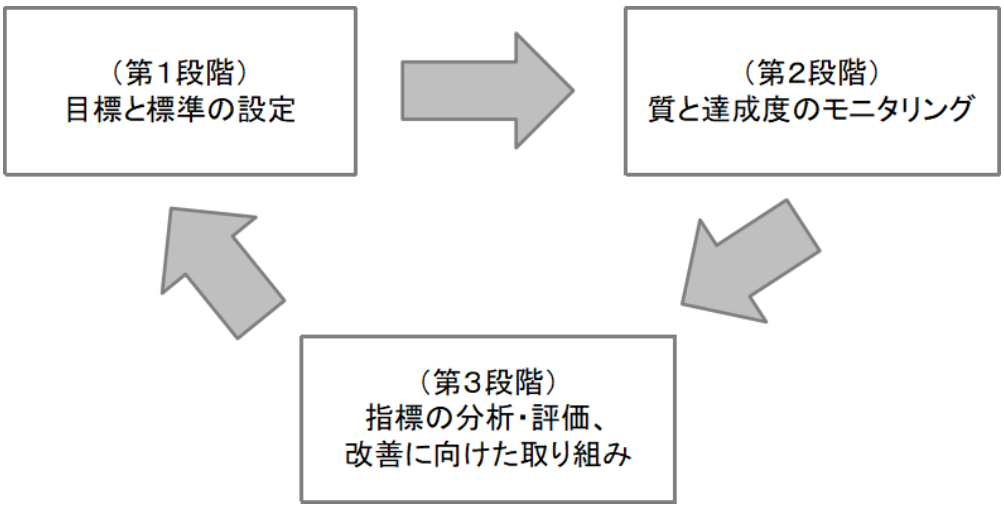


図2　精度管理手法の考え方

（2－3） 受診率の向上

第 4 期基本計画では、対策型検診の受診率 60%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（以下「事業報告」という。）」（※6）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。

※6　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。

表8 「国民生活基礎調査」と「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	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（※8）
	（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	基本計画の個別目標の進捗指標（※7）	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。

※7 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

※8 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）（※9）。

※9 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 4 期基本計画では、「国は、受診率向上に向けて、これまでの取組から得られた知見を踏まえつつ、より科学的かつ効率的な受診勧奨策を、関係学会や企業等の協力を得て、都道府県及び市町村と連携して推進する」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」という。）」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別添６の表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（※3）。国は、各都道府県の遵守状況を把握する。

※3 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、事業報告）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。（※4）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（※5）。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。

※4 事業報告の流れ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検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。

※5 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。なお、都道府県から市区町村にデータ共有を行う際は、「個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）」（以下「個人情報保護法」という。）に基づき対応する。

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。

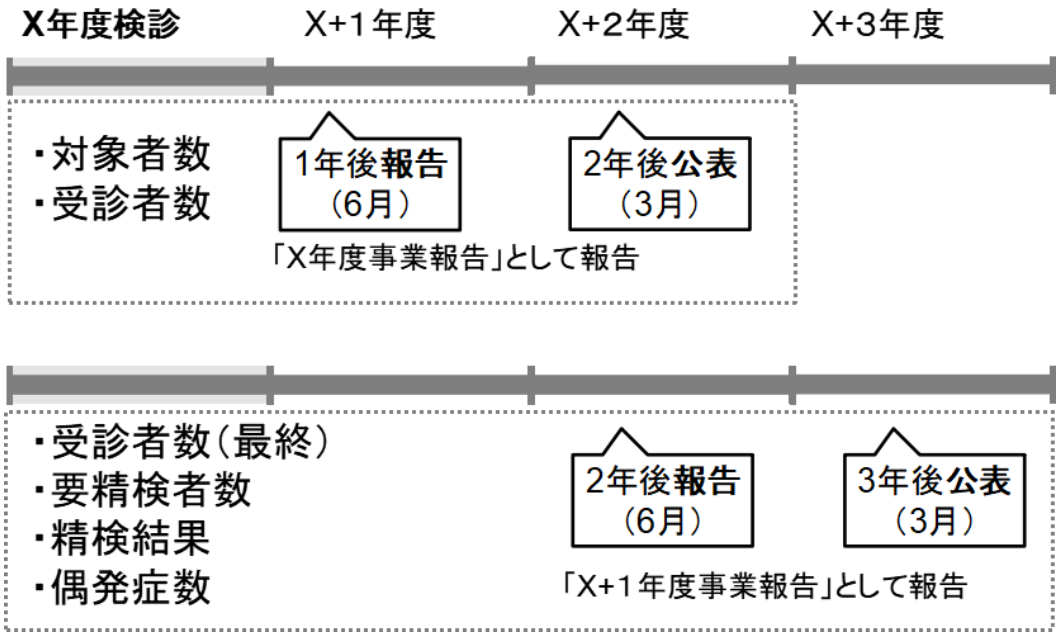


図3 「地域保健・健康増進事業報告」の報告時期および公表時期

（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（※6）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（※7、8）、改善を依頼するとともに、必要な技術的支援・指導を行う（※9）。さらに、フィードバック内容を住民に公表する（※10）。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。

※6 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。

※7 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。

※8 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。

※9 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。

※10 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。

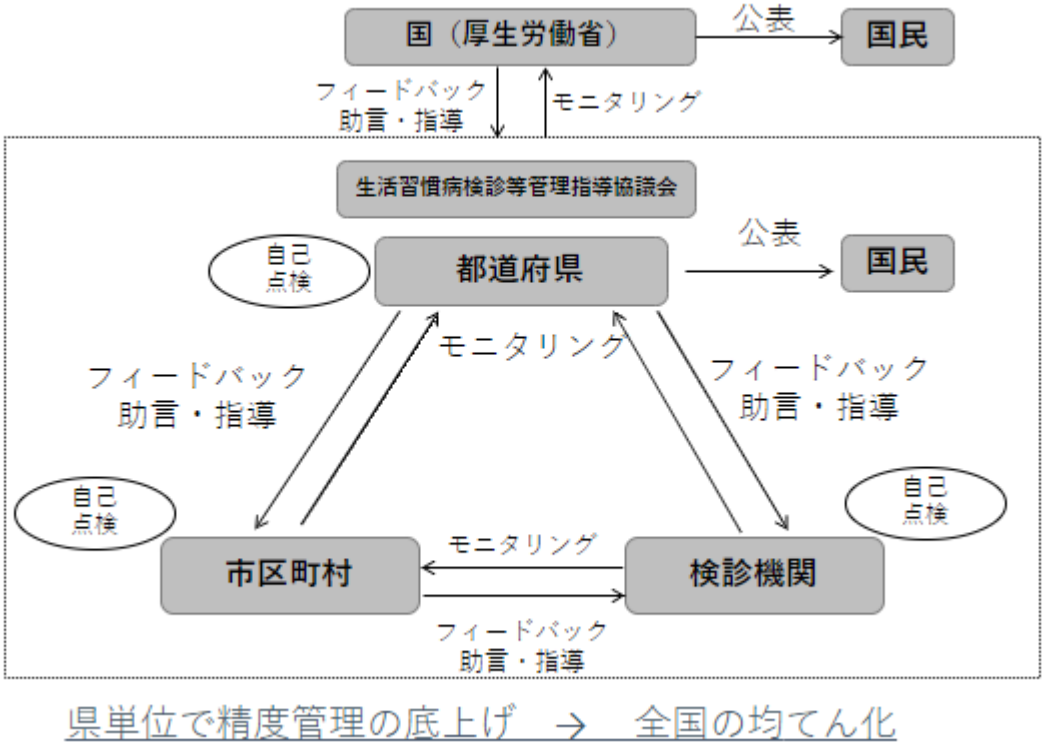


図4　住民検診における評価・フィードバック・公表の全体像

（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）」（※11）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。

※11 HPV 検査単独法による子宮頸がん検診では、検体採取機関、HPV 検査（検診または追跡検査）の判定機関、細胞診（トリアージ検査）判定機関がある。

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

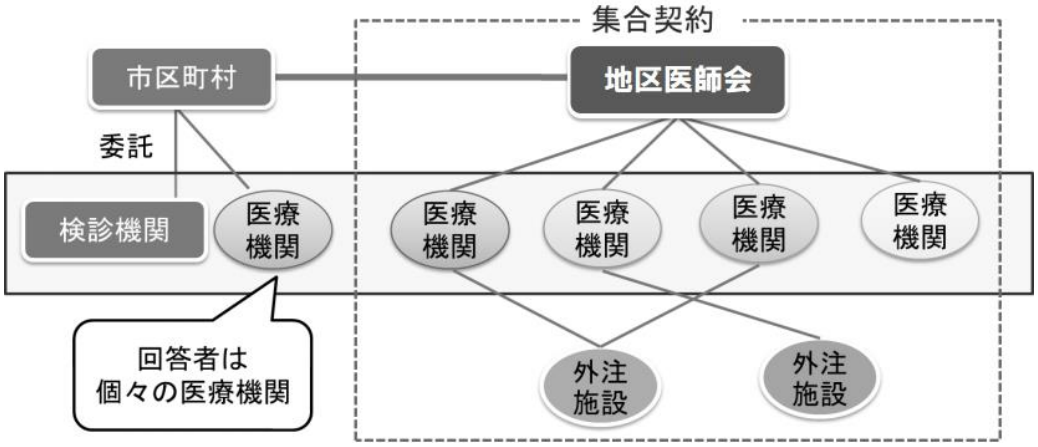


図5 個別検診の関係組織（模式図）

（4－2） 精検受診率向上対策

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 4 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（※12）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。

※12 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（※13）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。

※13 不適切な精検

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） 精検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保護法において、「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 18 条第3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、個人情報保護法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。

受診率向上の明らかな科学的根拠がある施策として、個別受診勧奨（コール）・再勧奨（リコール）がある。

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 3 版）」で紹介している、がん検診の受診率向上効果が実証された事例を参考にする。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、「がん対策に関する世論調査（令和 5 年度、内閣府）」ではがん検診を受診しない理由として、「心配な時はいつでも医療機関を受診できる」、「費用がかかり経済的にも負担になる」、「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」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、指針において、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、HPV検査単独法による子宮頸がん検診については、60 歳以下の者としている。

（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、前述のとおり上から2番目の項目として「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（※2）。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（※3）。

※2 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5年度）」
※3 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。市区町村の評価指標にがん検診受診率が含まれる。

経済産業省は、企業の社会的評価のためのインセンティブ制度として、平成 26 年度より「健康経営

銘柄」を東京証券取引所と共同で実施している。この制度では、東京証券取引所の上場企業のうち、健康経営に優れた企業（従業員の健康管理に戦略的に取組んでいる企業）を選定・公表し、資本市場での評価が高まることを通じて、企業全体に「健康経営」の取組が拡大することを目指している。企業の評価指標にがん検診の受診機会の提供が含まれる。

第5章　対策型検診事業評価の全体像と今後の課題

５．１．　事業評価の全体像

対策型検診としての成果をあげるためには、「科学的根拠に基づくがん検診の実施」、「適切な精度管理の実施」、「受診率向上」の 3 要件を適切に実施することが必要であり、関係組織は求められる役割を確実に果たす必要がある（図6）。国は、3 要件が適切に行われているか定期的に把握し、検診事業の進捗を評価する。

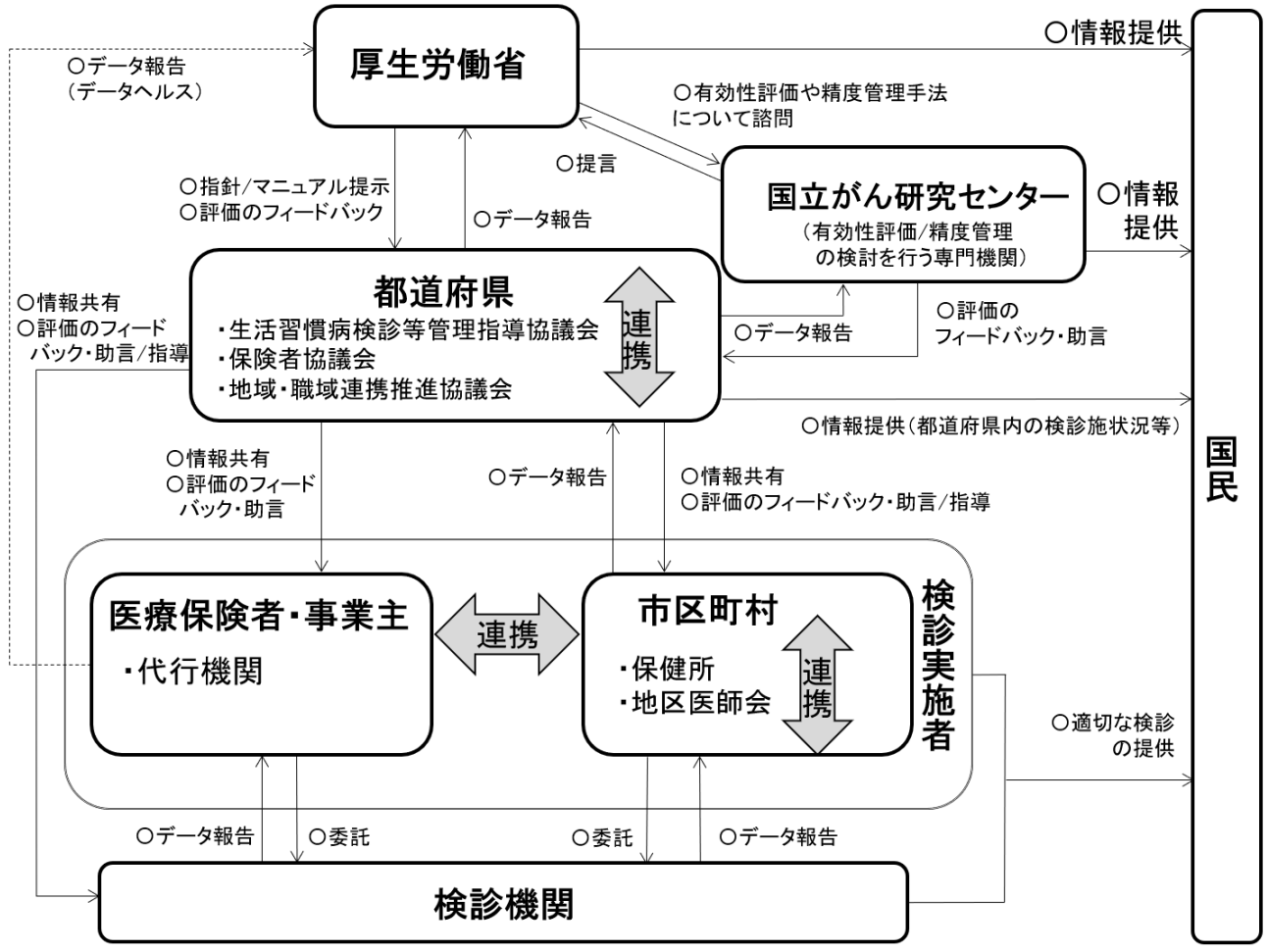


図6　対策型検診事業評価の全体像

５．２．　現在行われている事業評価（住民検診）

住民検診における 3 要件の進捗状況は、政府統計調査や国立がん研究センターの調査により毎年把握・公表されている（表14）。直近の調査結果については別添９－１、９－２－１、９－２－２、９－3参照。今後職域検診についても同様に定期的なデータ把握・公表の体制構築が求められる。

表14　住民検診の事業評価を目的とした調査一覧

対策型検診の要件	調査名	調査内容	回答者	調査結果公表の有無
科学的根拠に基づくがん検診の実施	がん検診の実施状況調査	検診項目、対象年齢、受診間隔等が指針の推奨どおりか。	市区町村	あり（国立がん研究センター※1） プロセス指標値は事業報告に基づいて国立がん研究センターが集計
		指針で推奨されていない検診を行っているか		
適切な精度管理の実施	チェックリストの使用に関する実態調査	市区町村用チェックリストの遵守状況	市区町村	
	都道府県及び生活習慣病検診等管理指導協議会の活動状況調査	都道府県用チェックリストの遵守状況	都道府県	
	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	
	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）
	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 年法律第 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（健発第 0331026 号平成 20 年３月 31 日厚生労働省健康局長通知別添）

（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（健発第 0331058 号平成 20 年3月 31 日厚生労働省健康局長通知別添）

- 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 年厚生労働省告示第 242 号）

- 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(中略)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（健総発第 0331012 号平成 20 年3月 31 日厚生労働省健康局総務課長通知別添）

- 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・運営するものである。

- 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）

- 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。

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

四　都道府県医療費適正化計画の実績の評価に関する調査及び分析

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 年労働省令第 32 号）

・雇入時の健康診断（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、第4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、医療や定期検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を行う。 ○　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、より効率的・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。	
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。	○ 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）	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。	

	取り組むべき施策	個別目標
第4期計画	① 受診率向上対策について	

（令和5年3月）	○　国は、がん検診受診率をより正確かつ精緻に、また、個人単位で把握することができるよう検討する。 ○　国は、これまでの取組から得られた知見を踏まえつつ、より科学的かつ効率的な受診勧奨策を、関係学会や企業等の協力を得て、都道府県及び市町村と連携して推進する。また、全ての国民ががん検診を受診しやすい体制の整備に向け、女性・障害者・非正規雇用者等が受診しやすい環境整備など、受診者の立場に立ったがん検診を受診する上での利便性の向上に努める。 ○　市町村及び検診実施機関においては、受診者が、がん検診の意義及び必要性を適切に理解できるよう努める。また、国は、指針に基づくがん検診の意義及び必要性について、国民が正しく理解できるよう普及啓発を行う。 ○　国は、感染症発生・まん延時等にがん検診の提供体制を一時的に縮小した場合でも、状況に応じて速やかに提供体制及び受診行動を回復させることができるよう、平時における準備等の対応について検討する。 ○　国は、実施主体によらずがん検診を一体的に進めることができるよう、職域におけるがん検診について、実施状況の継続的な把握及び適切な実施に向けた課題の整理を行い、必要に応じて、その法的な位置付けも含め、がん検診全体の制度設計について検討する。	
第4期計画 （令和5年3月）	②がん検診の精度管理等について ○　国は、レセプトやがん登録情報を活用したがん検診の精度管理について、技術的支援等を行う。 ○　精密検査受診率について、国は、市町村における適切な精度管理の実施のため、精密検査受診率の低い市町村の実態把握を行う仕組みについて検討するとともに、都道府県による指導・助言等の取組を推進する。市町村は、都道府県による指導・助言等を踏まえ、引き続き、指針に基づいたがん検診の実施及び精度管理の向上に取り組む。 ○　国は、職域におけるがん検診の実態把握に係る方法を検討した上で、職域におけるがん検診の精度管理を推進するための取組について、保険者に対する技術的支援や、産業保健総合支援センターを通じた事業場の産業保健スタッフに対する周知等を含め検討する。 ○　国及び都道府県は、精密検査受診率向上のため、「精密検査を受けられる医療機関リスト」の提供等、職域を含めた、がん検診の実施者による分かりやすい情報提供を推進する。	○　がん検診受診率を向上させ、指針に基づく全てのがん検診において、受診率60%を目指す。 ○　がん検診の精度管理を向上させるとともに、精密検査受診率 90%を目指す。
第4期計画 （令和5年3月）	③科学的根拠に基づくがん検診の実施について ○　国は、我が国におけるがん検診の進捗及び課題を整理するため、諸外国における取組との経年的な比較調査を実施する仕組みについて検討する。 ○　国は、より効率的・効果的ながん検診の実施を推進する観点から、指針に基づくがん検診の科学的根拠に基づいた効果検証を進めるとともに、対策型検診の項目の導入に係るプロセスの明確化等について検討する。 ○　国は、指針に基づかないがん検診に係る効果検証の方法について検討するとともに、指針に基づかないがん検診の効果検証を希望する関係学会や企業等と、地方公共団体のマッチングを促進する仕組みについて検討する。	

	○　国は、我が国における組織型検診の構築に向け、科学的根拠に基づくがん検診の実施に向けた取組により精度管理を向上させつつ、課題を整理し、その対応を検討する。	

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 ※喀痰細胞診については原則として 50 歳以上の重喫煙者（喫煙指数 600 以上の者）のみ	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 歳代	2 年に 1 回
	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	30 歳以上	2 年に 1 回
	問診、視診及び HPV 検査単独法		5 年に 1 回

	※実施体制が整った自治体で選択可能		※罹患リスクが高い者については１年後に受診

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」

別添5　事業評価のためのチェックリスト（令和6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

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。また都道府県はその実施状況を確認すること。

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、医師会及び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、診療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検診受診歴別に集計しているか[注1]
(2) 早期の胃がん割合（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検診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検診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) 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 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）及び非初回受診者の別を指す。

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検としない。

注3 精検受診、未受診、未把握の定義

①精検受診　：精密検査機関より精密検査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：要精検者が精密検査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密検査機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精密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精検未把握：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査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「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「胃がんの疑いのある者又は未確定」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、精密検査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精検未把握：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「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「胃がんの疑いのある者又は未確定」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、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。

解説：

③ 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。

④ 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。また都道府県はその実施状況を把握すること。

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-e) 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-f) 受診者数・受診率を市区町村別に集計しているか
(2-g) 受診者数を検診機関別に集計しているか
(2-h) 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

(2) 要精検率を集計しているか[注2]
(1-e) 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-f) 要精検率を市区町村別に集計しているか[注2]
(1-g) 要精検率を検診機関別に集計しているか[注2]
(1-h) 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

(3) 精検受診率を集計しているか
(1-e) 精検受診率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(1-f) 精検受診率を市区町村別に集計しているか
(1-g) 精検受診率を検診機関別に集計しているか
(1-h) 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]
(4) 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検診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検診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

(4) 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検診受診歴別に集計しているか[注1]

6. 偶発症の把握

(5) 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）
(6) 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

(3) 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
(4) 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

(5) 精度管理評価を行っているか
(1-i) 「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-j) 「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-k) 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-l) 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]
(6) 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
(7) 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
(8) 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）

(5) 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-d) 「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-e) 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-f) 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]
(6) 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-d) 「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-e) 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-f) 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]
(7) 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
(8) 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

(3) 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-e) 「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-f) 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-g) 「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-h) 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-m) 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-n) 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-o)「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-p) 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
(4) 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 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。

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検としない。

注3 精検受診、未受診、未把握の定義

①精検受診　：精密検査機関より精密検査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：要精検者が精密検査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密検査機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精密検査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：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査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「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「大腸がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

注4 全国や他都道府県との比較、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。

解説：

⑤ 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。

⑥ 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。また都道府県はその実施状況を把握すること。

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、医師会及び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検診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検診受診歴別に集計しているか[注1]

(5) 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検診受診歴別に集計しているか[注1]

6. 偶発症の把握

(7) 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
(8) 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
(9) 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）
(10)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

(5) 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
(6) 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

(9) 精度管理評価を行っているか
(1-q) 「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-r) 「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-s) 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-t) 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]
(10)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
(11)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
(12)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）

(9) 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-g) 「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-h) 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-i) 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]
(10)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-g) 「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-h) 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-i) 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]
(11)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
(12)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

(5) 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-i) 「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-j) 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-k) 「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-l) 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-u) 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-v) 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-w) 「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-x) 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
(6) 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 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。

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検とはしない。

注3 精検受診、未受診、未把握の定義

①精検受診　：精密検査機関より精密検査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：要精検者が精密検査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密検査機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精密検査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：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査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「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「肺がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

注4 全国や他都道府県との比較、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。

解説：

⑦ 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。

⑧ 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。また都道府県はその実施状況を把握すること。

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、医師会及び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) 乳がん発見率を過去の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検診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]

(6) 陽性反応適中度を集計しているか
(3-e) 陽性反応適中度を年齢5歳階級別に集計しているか
(3-f) 陽性反応適中度を市区町村別に集計しているか
(3-g) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか
(3-h) 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[注1]

6. 偶発症の把握

(11)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）
(12)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
(13)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）
(14)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

(13)精度管理評価を行っているか
(1-y) 「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-z) 「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-aa) 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-bb) 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]
(14)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
(15)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
(16)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）

(13)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-j) 「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-k) 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-l) 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]
(14)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-j) 「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-k) 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-l) 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]
(15)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
(16)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

(7) 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-m)「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-n) 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-o) 「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-p) 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-q) 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-r) 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-s) 「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-t) 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
(8) 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 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。

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密検査不要と判断された者は除く）。問診結果のみでは要精検としない。

注3 精検受診、未受診、未把握の定義

①精検受診　：精密検査機関より精密検査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：要精検者が精密検査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密検査機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精密検査として不適切な検査が行われたもの。
③精検未把握：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査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「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「乳がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

注4 早期の乳がんとは、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、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6年3月

解説：

⑨ 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。
HPV 検査単独法による子宮頸がん検診では、検体採取機関、HPV 検査（検診または追跡検査）の判定機関、細胞診（トリアージ検査）判定機関がある。

⑩ 大項目 2 以降については、すべて検診手法別（細胞診または HPV 検査単独法）に実施状況を把握すること。

⑪ 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。また都道府県はその実施状況を把握すること。

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

解説：HPV検査単独法においては、要トリアージ検査率[注2]、要追跡検査率[注2]、要確定精検率[注2]の3種類全てを指す

(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]（HPV検査単独法では不要）

(1-e) 要トリアージ検査率[注2]、要追跡検査率[注2]、要確定精検率[注2]を検診または追跡検査の別に集計しているか（細胞診単独法では不要）

4. 精検受診率の集計

解説：HPV検査単独法においては、トリアージ検査受診率、追跡検査受診率、確定精検受診率の3種類全てを指す。

(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]（HPV検査単独法では不要）

(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]（HPV検査単独法においては、確定精検のみで実施）

5. 精密検査結果の集計

(1) CIN3以上発見率を集計しているか[注4]

(1-a) CIN3以上発見率を年齢5歳階級別に集計しているか[注4]

(1-b) CIN3以上発見率を市区町村別に集計しているか[注4]

(1-c) CIN3以上発見率を検診機関別に集計しているか[注4]

(1-d) CIN3以上発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1,4]（HPV検査単独法では不要）

(1-e) CIN3以上発見率を検診または追跡検査の別に集計しているか[注4]（細胞診単独法では不要）

(2) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を集計しているか（区分毎）[注5]

(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（区分毎）[注5]

(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（区分毎）[注5]

(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（区分毎）[注5]

(2-d) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を過去の検診受診歴別に集計しているか（区分毎）[注1,5]（HPV検査単独法では不要）

(2-e) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を検診または追跡検査の別に集計しているか（区分毎）[注5]（細胞診単独法では不要）

(3) 進行度がⅠA期の子宮頸がんの割合（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検診受診歴別に集計しているか[注1]（HPV検査単独法では不要）

(3-e) 進行度がⅠA期の子宮頸がんの割合を検診または追跡検査の別に集計しているか（細胞診単独法では不要）

(7) CIN3以上の陽性反応適中度を集計しているか[注4]

(3-i) CIN3以上の陽性反応適中度を年齢5歳階級別に集計しているか[注4]

(3-j) CIN3以上の陽性反応適中度を市区町村別に集計しているか[注4]

(3-k) CIN3以上の陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか[注4]

(3-l) CIN3以上の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[注1,4]（HPV検査単独法では不要）

(3-m) CIN3以上の陽性反応適中度を検診または追跡検査の別に集計しているか[注4]（細胞診単独法では不要）

6. 偶発症の把握

(15)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：細胞採取後の子宮腟部からの多量出血等）

※ HPV検査単独法による子宮頸がん検診については追跡検査中の偶発症も含む

(16)検診中/検診後の偶発症による死亡を把握しているか

※ CIN3以上の見逃しによるものを除く[注4]

※ HPV検査単独法による子宮頸がん検診については追跡検査によるものを含む

(17)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）

※ HPV検査単独法による子宮頸がん検診については確定精検中の偶発症を把握する

(18)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

※ CIN3以上の見逃しによるものを除く[注4]

※ HPV検査単独法による子宮頸がん検診については確定精検中の偶発症を把握する

7. 追加調査

(7) 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

(8) 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

(17)精度管理評価を行っているか

(1-cc) 「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6]

(1-dd) 「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6]

(1-ee) 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6]

(1-ff) 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6]

(18)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

(19)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

(20)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）

(17) 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7]

(1-m)「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7]

(1-n) 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7]

(1-o) 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7]

(18)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7]

(2-m)「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7]

(2-n) 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7]

(2-o) 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7]

(19)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

(20)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

(9) 精度管理評価をホームページ等で公表しているか[注8]

(1-u)「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8]

(1-v) 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8]

(1-w)「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8]

(1-x) 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8]

(1-gg)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8]

(1-hh) 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8]

(1-ii)「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-jj) 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

(10)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 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去5年間にHPV検査または過去3年間に細胞診検査受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す。

注2 ①要精検の定義（細胞診による子宮頸がん検診）

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検としない。

②要トリアージ検査の定義（HPV検査単独法による子宮頸がん検診）

HPV検査の結果が陽性、または判定不能とされた者。問診結果のみでは要トリアージ検査としない。

③要追跡検査の定義（HPV検査単独法による子宮頸がん検診）
要トリアージ検査者でかつ、トリアージ検査（細胞診）の結果がNILM（陰性）とされた者。

④要確定精検の定義（HPV検査単独法による子宮頸がん検診）
要トリアージ検査者でかつ、トリアージ検査（細胞診）の結果がNILM（陰性）以外とされた者。

注3 精検受診、未受診、未把握の定義

１）細胞診による子宮頸がん検診の場合

①精検受診　：精密検査機関より精密検査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：要精検者が精密検査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密検査機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精密検査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：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査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「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「子宮頸がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

２）HPV検査単独法による子宮頸がん検診の場合

調整中（今後追記予定）

注4 CIN3以上とは、子宮頸部上皮内腫瘍3（CIN3）、上皮内腺がん（AIS）及び子宮頸部浸潤がんを指す。

注5 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。

注6 全国や他都道府県との比較、市区町村間/検診機関間のばらつきの確認など。

注7 資料配布や説明会の開催など。

注8 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。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 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。また市区町村はその実施状況を把握すること。

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
※ 過去の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. 対象者への説明、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. 対象者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布しているか※
※ 市区町村が配布していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料（全項目が記載されている資料）を委託先の全ての検診機関が配布している場合も可とする
(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
※ 市区町村が提示していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料を、委託先の全ての検診機関が提示している場合も可とする

4. 受診者数・受診率の集計
(1) 受診者数・受診率を集計しているか
(1-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
(1-b) 受診者数を検診機関別に集計しているか
(1-c) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか[注 1]

5. 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) 要精検率を検診機関別に集計しているか[注 2]
(1-c) 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]

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3]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

(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[注1]

(1-d) 精検未受診率と未把握率を定義[注3]に従って区別して集計しているか

(2) 胃がん発見率を集計しているか

(2-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

(2-b) 胃がん発見率を検診機関別に集計しているか

(2-c) 胃がん発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(3) 早期の胃がん割合（胃がん発見数に対する早期がん数）を集計しているか

(3-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

(3-b) 早期の胃がん割合を検診機関別に集計しているか

(3-c) 早期の胃がん割合を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(3-d) 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

(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[注1]

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. 精度管理評価と体制改善

(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4]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) 検診終了後に市区町村全体の精度管理評価と体制改善を行っているか

(2-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（自己点検）

(2-b) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況及びプロセス指標値の評価をふまえて、市区町村全体の課題を抽出しているか

(2-c) 抽出した課題について改善策を検討しているか。もしくは、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等から改善策のフィードバックを受けているか

(2-d) 改善策の実行に努めているか

(3) 検診終了後に委託先検診機関（医療機関）の精度管理評価を行っているか※

※ 市区町村が単独で評価できない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）の評価を行っており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする

(3-a) 委託先検診機関（医療機関）毎に「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

(3-b) 委託先検診機関（医療機関）毎にプロセス指標値を把握し、評価を行っているか

(3-c) 「検診機関用チェックリスト」とプロセス指標値をふまえて、検診機関（医療機関）毎の課題を抽出しているか

(3-d) 課題のある検診機関（医療機関）について、改善策を検討しているか

(4) 検診終了後に委託先検診機関（医療機関）に精度管理評価と改善策を個別にフィードバックしているか※

※ 市区町村が単独でフィードバックできない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）にフィードバックしており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする

(4-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

(4-b) プロセス指標値の評価を個別にフィードバックしているか

(4-c) 課題のある検診機関（医療機関）に改善策を個別にフィードバックし、改善を依頼しているか

注7 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）及び非初回受診者の別を指す。

注8 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検としない。

注9 精検受診、未受診、未把握の定義

①精検受診　：精密検査機関より精密検査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：要精検者が精密検査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密検査機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精密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精検未把握：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査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「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「胃がんの疑いのある者又は未確定」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、精密検査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精検未把握：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「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「胃がんの疑いのある者又は未確定」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10　「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。最新版は下記を参照。

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」、３．「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」の内容
https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

解説：
③ 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。
④ 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。また市区町村はその実施状況を把握すること。

1. 検診対象者の情報管理

(4) 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
※ 過去の受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である

(5) 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

(6) 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

(3) 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

(4) 過去 5 年間の受診歴を記録しているか

3. 対象者への説明、及び要精検者への説明

(3) 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. 対象者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布しているか※
※ 市区町村が配布していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料（全項目が記載されている資料）を委託先の全ての検診機関が配布している場合も可とする

(4) 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

※ 市区町村が提示していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料を、委託先の全ての検診機関が提示している場合も可とする

4. 受診者数・受診率の集計

(2) 受診者数・受診率を集計しているか

(1-d) 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

(1-e) 受診者数を検診機関別に集計しているか

(1-f) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか[注 1]

5. 要精検率の集計

(2) 要精検率を集計しているか[注 2]

(1-d) 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-e) 要精検率を検診機関別に集計しているか[注 2]

(1-f) 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]

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

(7) 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

(8) 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

(9) 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
(10)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
(11)精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義[注3]に従って区別し、精密検査未受診者を特定しているか
(12)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

(5) 精検受診率を集計しているか
(1-e) 精検受診率を性別・年齢 5 歳階級別に集計しているか
(1-f) 精検受診率を検診機関別に集計しているか
(1-g) 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]
(1-h) 精検未受診率と未把握率を定義[注3]に従って区別して集計しているか

(6) 大腸がん発見率を集計しているか
(2-d) 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
(2-e) 大腸がん発見率を検診機関別に集計しているか
(2-f) 大腸がん発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(7) 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
(3-e) 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
(3-f) 早期の大腸がん割合を検診機関別に集計しているか
(3-g) 早期の大腸がん割合を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]
(3-h) 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

(8) 陽性反応適中度を集計しているか
(4-d) 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-e) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか
(4-f) 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[注1]

8. 地域保健・健康増進事業報告

(4) 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
(5) 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-b) 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
(6) 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-b) 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. 精度管理評価と体制改善

(5) 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-c) 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4]を満たしているか
(1-d) 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
(6) 検診終了後に市区町村全体の精度管理評価と体制改善を行っているか
(2-e) 「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（自己点検）
(2-f) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況及びプロセス指標値の評価をふまえて、市区町村全体の課題を抽出しているか
(2-g) 抽出した課題について改善策を検討しているか。もしくは、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等から改善策のフィードバックを受けているか

(2-h) 改善策の実行に努めているか

(7) 検診終了後に委託先検診機関（医療機関）の精度管理評価を行っているか※

※ 市区町村が単独で評価できない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）の評価を行っており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする

(3-a) 委託先検診機関（医療機関）毎に「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

(3-b) 委託先検診機関（医療機関）毎にプロセス指標値を把握し、評価を行っているか

(3-c) 「検診機関用チェックリスト」とプロセス指標値をふまえて、検診機関（医療機関）毎の課題を抽出しているか

(3-d) 課題のある検診機関（医療機関）について、改善策を検討しているか

(8) 検診終了後に委託先検診機関（医療機関）に精度管理評価と改善策を個別にフィードバックしているか※

※ 市区町村が単独でフィードバックできない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）にフィードバックしており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする

(4-d) 「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

(4-e) プロセス指標値の評価を個別にフィードバックしているか

(4-f) 課題のある検診機関（医療機関）に改善策を個別にフィードバックし、改善を依頼しているか

注7 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。

注8 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検としない。

注9 精検受診、未受診、未把握の定義

①精検受診　：精密検査機関より精密検査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：要精検者が精密検査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密検査機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精密検査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：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査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「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「大腸がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

注10　「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。最新版は下記を参照。

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」、３．「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」の内容

https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

解説：
⑤ 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。
⑥ 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。また市区町村はその実施状況を把握すること。

1. 検診対象者の情報管理

(7) 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
※ 過去の受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である

(8) 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

(9) 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

(5) 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
(6) 過去 5 年間の受診歴を記録しているか

3. 対象者への説明、及び要精検者への説明

(5) 受診勧奨時に、「検診機関用チェックリスト　1. 対象者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布しているか※
※ 市区町村が配布していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料（全項目が記載されている資料）を委託先の全ての検診機関が配布している場合も可とする

(6) 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

※ 市区町村が提示していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料を、委託先の全ての検診機関が提示している場合も可とする

4. 受診者数・受診率の集計

解説：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

(3) 受診者数・受診率を集計しているか
(1-g) 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
(1-h) 受診者数を検診機関別に集計しているか
(1-i) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]
(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[注1]

5. 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/総受診者別に要精検率を集計すること

(3) 要精検率を集計しているか[注2]
(1-g) 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-h) 要精検率を検診機関別に集計しているか[注2]
(1-i) 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]

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

(13)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

(14)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

(15)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
(16)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
(17)精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義[注3]に従って区別し、精密検査未受診者を特定しているか
(18)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：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

(9) 精検受診率を集計しているか
(1-i) 精検受診率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(1-j) 精検受診率を検診機関別に集計しているか
(1-k) 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]
(1-l) 精検未受診率と未把握率を定義[注3]に従って区別して集計しているか

(10)肺がん発見率を集計しているか
(2-g) 肺がん発見率を性別・年齢5歳階級別に集計しているか
(2-h) 肺がん発見率を検診機関別に集計しているか
(2-i) 肺がん発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(11)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
(3-i) 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
(3-j) 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
(3-k) 臨床病期0～Ⅰ期の肺がん割合を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(12)陽性反応適中度を集計しているか
(4-g) 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-h) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか
(4-i) 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[注1]

8. 地域保健・健康増進事業報告

(7) 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
(8) 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-c) 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) 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-c) 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. 精度管理評価と体制改善

(9) 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-e) 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4]を満たしているか

(1-f) 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

(10)検診終了後に市区町村全体の精度管理評価と体制改善を行っているか

(2-i) 「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（自己点検）

(2-j) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況及びプロセス指標値の評価をふまえて、市区町村全体の課題を抽出しているか

(2-k) 抽出した課題について改善策を検討しているか。もしくは、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等から改善策のフィードバックを受けているか

(2-l) 改善策の実行に努めているか

(11)検診終了後に委託先検診機関（医療機関）の精度管理評価を行っているか※

※ 市区町村が単独で評価できない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）の評価を行っており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする

(3-e) 委託先検診機関（医療機関）毎に「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

(3-f) 委託先検診機関（医療機関）毎にプロセス指標値を把握し、評価を行っているか

(3-g) 「検診機関用チェックリスト」とプロセス指標値をふまえて、検診機関（医療機関）毎の課題を抽出しているか

(3-h) 課題のある検診機関（医療機関）について、改善策を検討しているか

(12)検診終了後に委託先検診機関（医療機関）に精度管理評価と改善策を個別にフィードバックしているか※

※ 市区町村が単独でフィードバックできない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）にフィードバックしており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする

(4-g) 「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

(4-h) プロセス指標値の評価を個別にフィードバックしているか

(4-i) 課題のある検診機関（医療機関）に改善策を個別にフィードバックし、改善を依頼しているか

注7 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。

注8 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検とはしない。

注9 精検受診、未受診、未把握の定義

①精検受診　：精密検査機関より精密検査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：要精検者が精密検査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密検査機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精密検査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：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査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「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「肺がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

注10　「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。最新版は下記を参照。

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」、３．「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」の内容
https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

解説：
⑦ 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。
⑧ 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。また市区町村はその実施状況を把握すること。

1. 検診対象者の情報管理

(10)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
※ 過去の受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である

(11)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

(12)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

(7) 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
(8) 過去 5 年間の受診歴を記録しているか

3. 対象者への説明、及び要精検者への説明

(7) 受診勧奨時に、「検診機関用チェックリスト　1. 対象者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布しているか※
※ 市区町村が配布していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料（全項目が記載されている資料）を委託先の全ての検診機関が配布している場合も可とする

(8) 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
※ 市区町村が提示していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料を、委託先の全ての検診機関が提示している場合も可とする

4. 受診者数・受診率の集計

(4) 受診者数・受診率を集計しているか
(1-j) 受診者数・受診率を年齢 5 歳階級別に集計しているか
(1-k) 受診者数を検診機関別に集計しているか
(1-l) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか[注 1]

5. 要精検率の集計

(4) 要精検率を集計しているか[注 2]
(1-j) 要精検率を年齢 5 歳階級別に集計しているか[注 2]
(1-k) 要精検率を検診機関別に集計しているか[注 2]
(1-l) 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]

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

(19)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

(20)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

(21)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
(22)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
(23)精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義[注3]に従って区別し、精密検査未受診者を特定しているか
(24)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

(13)精検受診率を集計しているか
(1-m)精検受診率を年齢 5 歳階級別に集計しているか
(1-n) 精検受診率を検診機関別に集計しているか
(1-o) 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]
(1-p) 精検未受診率と未把握率を定義[注3]に従って区別して集計しているか

(14)乳がん発見率を集計しているか
(2-j) 乳がん発見率を年齢 5 歳階級別に集計しているか
(2-k) 乳がん発見率を検診機関別に集計しているか
(2-l) 乳がん発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(15)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]
(3-l) 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]
(3-m)早期の乳がん割合を検診機関別に集計しているか[注4]
(3-n) 早期の乳がん割合を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1,4]
(3-o) 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]

(16)陽性反応適中度を集計しているか
(4-j) 陽性反応適中度を年齢 5 歳階級別に集計しているか
(4-k) 陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか
(4-l) 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[注1]

8. 地域保健・健康増進事業報告

(10)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
(11)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-d) 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
(12)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-d) 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. 精度管理評価と体制改善

(13)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-g) 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5]を満たしているか
(1-h) 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
(14)検診終了後に市区町村全体の精度管理評価と体制改善を行っているか
(2-m)「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（自己点検）
(2-n)「市区町村用チェックリスト」の遵守状況及びプロセス指標値の評価をふまえて、市区町村全体の課題を抽出しているか
(2-o) 抽出した課題について改善策を検討しているか。もしくは、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等から改善策のフィードバックを受けているか
(2-p) 改善策の実行に努めているか

(15)検診終了後に委託先検診機関（医療機関）の精度管理評価を行っているか※

※ 市区町村が単独で評価できない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）の評価を行っており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする

(3-i) 委託先検診機関（医療機関）毎に「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

(3-j) 委託先検診機関（医療機関）毎にプロセス指標値を把握し、評価を行っているか

(3-k) 「検診機関用チェックリスト」とプロセス指標値をふまえて、検診機関（医療機関）毎の課題を抽出しているか

(3-l) 課題のある検診機関（医療機関）について、改善策を検討しているか

(16)検診終了後に委託先検診機関（医療機関）に精度管理評価と改善策を個別にフィードバックしているか※

※ 市区町村が単独でフィードバックできない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）にフィードバックしており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする

(4-j) 「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

(4-k) プロセス指標値の評価を個別にフィードバックしているか

(4-l) 課題のある検診機関（医療機関）に改善策を個別にフィードバックし、改善を依頼しているか

注8 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。

注9 要精検の定義

マンモグラフィ検査の結果がカテゴリ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密検査不要と判断された者は除く）。問診結果のみでは要精検としない。

注10　精検受診、未受診、未把握の定義

①精検受診　：精密検査機関より精密検査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：要精検者が精密検査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密検査機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精密検査として不適切な検査が行われたもの。

③精検未把握：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査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「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「乳がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

注11　早期の乳がんとは、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12　「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。最新版は下記を参照。

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」、３．「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」の内容

https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

解説：

⑨ 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。

⑩ 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。また市区町村はその実施状況を把握すること。

1. 検診対象者の情報管理

(13)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

※ 過去の受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である

(14)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

(15)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

(9) 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

(10)過去 5 年間の受診歴を記録しているか

3. 対象者への説明、及び要精検者への説明

(9) 受診勧奨時に、「検診機関用チェックリスト　1. 対象者への説明」が全項目記載された資料を、全員に個別配布しているか※

※ 市区町村が配布していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料（全項目が記載されている資料）を委託先の全ての検診機関が配布している場合も可とする

(10)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

※ 市区町村が提示していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料を、委託先の全ての検診機関が提示している場合も可とする

4. 受診者数・受診率の集計

(5) 受診者数・受診率を集計しているか

(1-m)受診者数・受診率を年齢 5 歳階級別に集計しているか

(1-n) 受診者数を検診機関別に集計しているか

(1-o) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか注 1

5. 要精検率の集計

(5) 要精検率を集計しているか注 2

(1-m)要精検率を年齢 5 歳階級別に集計しているか注 2

(1-n) 要精検率を検診機関別に集計しているか注 2

(1-o) 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

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

(25)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 HPV 検査、子宮頸部の細胞診や組織診の結果、手術によって判明した組織診断や臨床進行期などのこと

(26)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

(27)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

(28)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

(29)精密検査未受診と精密検査結果未把握を定義[注3]に従って区別し、精密検査未受診者を特定しているか

(30)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、CIN3 以上発見率、上皮内病変（CIN・AIS など）、進行度がⅠA 期の子宮頸がんの割合、CIN3 以上の陽性反応適中度の集計

(17)精検受診率を集計しているか

(1-q) 精検受診率を年齢 5 歳階級別に集計しているか

(1-r) 精検受診率を検診機関別に集計しているか

(1-s) 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]

(1-t) 精検未受診率と未把握率を定義[注3]に従って区別して集計しているか

(18)CIN3 以上発見率を集計しているか[注4]

(2-m)CIN3 以上発見率を年齢 5 歳階級別に集計しているか[注4]

(2-n) CIN3 以上発見率を検診機関別に集計しているか[注4]

(2-o) CIN3 以上発見率を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1,4]

(19)上皮内病変（CIN・AIS）の数を集計しているか（区分毎）[注5]

(3-p) 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（区分毎）[注5]

(3-q) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を検診機関別に集計しているか（区分毎）[注5]

(3-r) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を過去の検診受診歴別に集計しているか（区分毎）[注1,5]

(20)進行度がⅠA 期の子宮頸がんの割合（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

(4-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

(4-b) 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

(4-c) 進行度がⅠA 期の子宮頸がんの割合を過去の検診受診歴別に集計しているか[注1]

(21)CIN3 以上の陽性反応適中度を集計しているか[注4]

(4-m)CIN3 以上の陽性反応適中度を年齢 5 歳階級別に集計しているか[注4]

(4-n) CIN3 以上の陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか[注4]

(4-o) CIN3 以上の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[注1,4]

8. 地域保健・健康増進事業報告

(13)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

(14)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-e) 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

(15)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-e) 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. 精度管理評価と体制改善

(17)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-i) 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6]を満たしているか
(1-j) 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
(18)検診終了後に市区町村全体の精度管理評価と体制改善を行っているか
(2-q) 「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（自己点検）
(2-r) 「市区町村用チェックリスト」の遵守状況及びプロセス指標値の評価をふまえて、市区町村全体の課題を抽出しているか
(2-s) 抽出した課題について改善策を検討しているか。もしくは、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等から改善策のフィードバックを受けているか
(2-t) 改善策の実行に努めているか
(19)検診終了後に委託先検診機関（医療機関）の精度管理評価を行っているか※
※ 市区町村が単独で評価できない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）の評価を行っており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする
(3-m)委託先検診機関（医療機関）毎に「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
(3-n) 委託先検診機関（医療機関）毎にプロセス指標値を把握し、評価を行っているか
(3-o) 「検診機関用チェックリスト」とプロセス指標値をふまえて、検診機関（医療機関）毎の課題を抽出しているか
(3-p) 課題のある検診機関（医療機関）について、改善策を検討しているか
(20)検診終了後に委託先検診機関（医療機関）に精度管理評価と改善策を個別にフィードバックしているか※
※ 市区町村が単独でフィードバックできない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）にフィードバックしており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする
(4-m)「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
(4-n) プロセス指標値の評価を個別にフィードバックしているか
(4-o) 課題のある検診機関（医療機関）に改善策を個別にフィードバックし、改善を依頼しているか

注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5年間にHPV検査または過去3年間に細胞診検査の受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す。

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検としない。

注3 精検受診、未受診、未把握の定義

①精検受診　：精密検査機関より精密検査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：要精検者が精密検査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密検査機関で受診の事実が確認されないもの）、及び精密検査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：精密検査受診の有無が分からないもの、及び（精密検査を受診したとしても）精密検査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「精密検査受診の有無別人数」では「精密検査受診者」とし、精密検査結果の区分としては「子宮頸がんの疑いのある者又は未確定」に計上する。

注4 CIN3以上とは、子宮頸部上皮内腫瘍3（CIN3）、上皮内腺がん（AIS）及び子宮頸部浸潤がんを指す。

注5 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。

注6 「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。最新版は下記を参照。

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」、３．「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」の内容
https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

令和 6 年 3 月

解説：

⑪ 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。
HPV 検査単独法による子宮頸がん検診では、検体採取機関、HPV 検査（検診または追跡検査）の判定機関、細胞診（トリアージ検査）判定機関がある。

⑫ 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。また市区町村はその実施状況を把握すること。

1. 検診及び追跡検査対象者の情報管理

(16)検診及び追跡検査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

※ 過去の受診者や希望者のみを名簿化するのは不適切である

※ 検診対象者と追跡検査の対象者を区別すること

(17)検診及び追跡検査対象者全員に、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

※ 追跡検査の対象者には追跡検査の対象であることを伝えること

(18)検診及び追跡検査対象者数（推計でも可）を把握しているか

2. 検診及び追跡検査受診者の情報管理

(11)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

(12)過去 5 年間の検診及び追跡検査の受診歴を記録しているか

3. 検診及び追跡検査対象者、要確定精検者への説明

(11)検診及び追跡検査の受診勧奨時に、「検診機関用チェックリスト　1.検診及び追跡検査対象者への説明」が全項目記載された資料を、検診及び追跡検査対象者全員に個別配布しているか※

※ 市区町村が配布していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料（全項目が記載されている資料）を委託先の全ての検診機関が配布している場合も可とする

※ 追跡検査対象者に対しては、直近の検診結果が「要追跡検査」であったこと、検診結果が「トリアージ検査・追跡検査・確定精検不要」よりも CIN3 以上になる可能性が高いため、必ず追跡検査を受ける必要があることを強調すること

(12)要確定精検者全員に対し、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

※ 市区町村が提示していない場合：市区町村があらかじめ確認した資料を、委託先の全ての検診機関が提示している場合も可とする

4. 受診者数・受診率の集計

(6) 受診者数・受診率を集計しているか

(1-p) 受診者数・受診率を年齢 5 歳階級別に集計しているか

(1-q) 受診者数を検診機関別に集計しているか

(1-r) 受診者数を過去の検診受診歴別に集計しているか[注 1]

5. 要トリアージ検査率、要追跡検査率、要確定精検率の集計

(1) 要トリアージ検査率、要追跡検査率、要確定精検率を集計しているか[注 2]

(1-a) 要トリアージ検査率、要追跡検査率、要確定精検率を年齢 5 歳階級別に集計しているか[注 2]

(1-b) 要トリアージ検査率、要追跡検査率、要確定精検率を検診機関別に集計しているか[注 2]

(1-c) 要トリアージ検査率、要追跡検査率、要確定精検率を検診または追跡検査の別に集計しているか[注 2]

6. 確定精検結果の把握、確定精検未受診者の特定と受診勧奨

(31)確定精検の方法及び、確定精検（治療）結果※を把握しているか

※ 確定精検（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、確定精検の際に行ったHPV検査、子宮頸部の細胞診や組織診の結果、手術によって判明した組織診断や臨床進行期などのこと

(32)確定精検の方法及び、確定精検（治療）結果が不明の者については、本人※もしくは確定精検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、確定精検受診日・受診機関・確定精検方法・確定精検結果の4つ全てが本人から申告される必要がある

(33)個人毎の確定精検方法及び、確定精検（治療）結果を、市区町村、検診機関（医療機関）、確定精検機関が共有しているか

(34)過去5年間の確定精検方法及び、確定精検（治療）結果を記録しているか

(35)確定精検未受診と確定精検結果未把握を定義[注3]に従って区別し、確定精検未受診者を特定しているか

(36)確定精検未受診者に確定精検の受診勧奨を行っているか

7. トリアージ検査受診率、追跡検査受診率、確定精検受診率、CIN3以上発見率、上皮内病変（CIN・AISなど）、進行度がⅠA期の子宮頸がんの割合、CIN3以上の陽性反応適中度の集計

(22)トリアージ検査受診率を集計しているか

(1-u) トリアージ検査受診率を年齢5歳階級別に集計しているか

(1-v) トリアージ検査受診率を検診機関別に集計しているか

(23)追跡検査受診率を集計しているか

(2-a) 追跡検査受診率を年齢5歳階級別に集計しているか

(2-b) 追跡検査受診率を検診機関別に集計しているか

(3) 確定精検受診率を集計しているか

(3-a) 確定精検受診率を年齢5歳階級別に集計しているか

(3-b) 確定精検受診率を検診機関別に集計しているか

(3-c) 確定精検未受診率と未把握率を定義[注3]に従って区別して集計しているか

(4) CIN3以上発見率を集計しているか[注4]

(2-p) CIN3以上発見率を年齢5歳階級別に集計しているか[注4]

(2-q) CIN3以上発見率を検診機関別に集計しているか[注4]

(2-r) CIN3以上発見率を検診または追跡検査の別に集計しているか[注4]

(5) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を集計しているか（区分毎）[注5]

(3-s) 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（区分毎）[注5]

(3-t) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を検診機関別に集計しているか（区分毎）[注5]

(3-u) 上皮内病変（CIN・AIS）の数を検診または追跡検査の別に集計しているか（区分毎）[注5]

(6) 進行度がⅠA期の子宮頸がんの割合（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

(4-d) 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

(4-e) 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

(4-f) 進行度がⅠA期の子宮頸がんの割合を検診または追跡検査の別に集計しているか

(7) CIN3以上の陽性反応適中度を集計しているか[注4]

(4-p) CIN3以上の陽性反応適中度を年齢5歳階級別に集計しているか[注4]

(4-q) CIN3以上の陽性反応適中度を検診機関別に集計しているか[注4]

(4-r) CIN3以上の陽性反応適中度を検診または追跡検査の別に集計しているか[注4]

8. 地域保健・健康増進事業報告

(16)がん検診結果、追跡検査や確定精検結果の最終報告（地域保健・健康増進事業報告）を行っているか

(17)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-f) 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

(18)確定精検結果について、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）、確定精検機関、医師会など）に報告を求めているか

(3-f) 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. 精度管理評価と体制改善

(21)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-k) 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6]を満たしているか

(1-l) 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

(22)検診終了後に市区町村全体の精度管理評価と体制改善を行っているか

(2-u)「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（自己点検）

(2-v)「市区町村用チェックリスト」の遵守状況及びプロセス指標値の評価をふまえて、市区町村全体の課題を抽出しているか

(2-w) 抽出した課題について改善策を検討しているか。もしくは、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等から改善策のフィードバックを受けているか

(2-x) 改善策の実行に努めているか

(23)検診終了後に委託先検診機関（医療機関）の精度管理評価を行っているか※

※ 市区町村が単独で評価できない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）の評価を行っており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする

(3-q) 委託先検診機関（医療機関）毎に「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

(3-r) 委託先検診機関（医療機関）毎にプロセス指標値を把握し、評価を行っているか

(3-s)「検診機関用チェックリスト」とプロセス指標値をふまえて、検診機関（医療機関）毎の課題を抽出しているか

(3-t) 課題のある検診機関（医療機関）について、改善策を検討しているか

(24)検診終了後に委託先検診機関（医療機関）に精度管理評価と改善策を個別にフィードバックしているか※

※ 市区町村が単独でフィードバックできない場合でも、都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会等が直接検診機関（医療機関）にフィードバックしており、その結果を市区町村が共有している場合は可とする

(4-p)「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

(4-q) プロセス指標値の評価を個別にフィードバックしているか

(4-r) 課題のある検診機関（医療機関）に改善策を個別にフィードバックし、改善を依頼しているか

注7 過去の検診受診歴別とは、初回受診者（初回の定義は過去5年間にHPV検査または過去3年間に細胞診検査の受診歴がない者）及び非初回受診者の別を指す。

注8 要トリアージ検査、要追跡検査、要確定精検の定義

- 要トリアージ検査：HPV検査の結果が陽性、または判定不能とされた者。問診結果のみでは要トリアージ検査としない。
- 要追跡検査：要トリアージ検査者でかつ、トリアージ検査（細胞診）の結果がNILM（陰性）とされた者。
- 要確定精検：要トリアージ検査者でかつ、トリアージ検査（細胞診）の結果がNILM（陰性）以外とされた者。

注9 調整中（今後追記予定）

注10CIN3 以上とは、子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、上皮内腺がん（AIS）及び子宮頸部浸潤がんを指す。

注11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。

注12「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。最新版は下記を参照。
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」、３．「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」の内容
https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html

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。

■対象者への説明

解説：

① 下記の 6 項目を記載した資料を、検診機関に来場した対象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 資料は検査を受ける前に配布する※。
※ 市区町村等が対象者への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「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明する。
□ 検診間隔は 2 年に 1 回であり※、受診の継続が重要であること、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（都道府県、市区町村、医師会等）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。
□ 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
□ 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（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して実施する。

□ 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する※。
※ 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
□ 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う。
□ 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る。

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。

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。

□ 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。

□ 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。

■対象者への説明

解説：

③ 下記の 6 項目を記載した資料を、検診機関に来場した対象者全員（大腸がん検診では申込者全員）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）。
④ 資料は検査を受ける前に（検査キットの配布時）配布する※。

※ 市区町村等が対象者への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。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

□ 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「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明する。
□ 検診間隔は 1 年に 1 回であり、受診の継続が重要であること、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（都道府県、市区町村、医師会等）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。

□ 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

□ 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（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して実施する。

□ 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する※。

※ 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

□ 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う。

□ 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る。

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。

□ 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。

■対象者への説明

解説：

⑤ 下記の 7 項目を記載した資料を、検診機関に来場した対象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）。

⑥ 資料は検査を受ける前に配布する※。

※ 市区町村等が対象者への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「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明する。

□ 検診間隔は１年に１回であり、受診の継続が重要であること、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（都道府県、市区町村、医師会等）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。
□ 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
□ 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（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して実施する。

□ 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する※。
※ 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
□ 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う。
□ 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る。

注3 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4 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5 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6 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

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。

□ 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。

■対象者への説明

解説：

⑦ 下記の 6 項目を記載した資料を、検診機関に来場した対象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）。

⑧ 資料は検査を受ける前に配布する※。

※ 市区町村等が対象者への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「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明する。
□ 検診間隔は 2 年に 1 回であり、受診の継続が重要であること、ブレスト・アウェアネス（乳房を意識する生活習慣）の重要性、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（都道府県、市区町村、医師会等）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。
□ 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
□ 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（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して実施する。

□ 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する※。
※ 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
□ 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う。
□ 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る。

注7 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8 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。

1. 検査の精度管理

■検診項目

□ 検診項目は、問診、視診に加え、産婦人科医師による子宮頸部及び腟部表面からの検体採取による細胞診とする。

■問診

□ 問診は、月経の状況、妊娠中の場合は妊娠週数、分娩歴、性交経験の有無、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。
□ 検体採取は、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
□ 細胞診検査の業務（細胞診判定も含む）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。

□ 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
□ 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[注3]の基準に基づいて適正・不適正のいずれかに分類し、ベセスダシステム[注3]の基準で細胞診結果を報告する※。
※ 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
□ 子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、子宮頸部上皮内腺がん（AIS）、子宮頸部浸潤がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行う※。
※ CIN3、AIS、子宮頸部浸潤がんの発見例については必ず見直すこと。またこれらの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。

■対象者への説明

解説：

⑨ 下記の 7 項目を記載した資料を、検診機関に来場した対象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）。

⑩ 資料は検査を受ける前に配布する※。

※ 市区町村等が対象者への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

□ 検診結果は「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する。

□ 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や前がん病変を見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんや前がん病変がなくてもがん検診の結果が「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明する。

□ 検診間隔は 2 年に 1 回であり、受診の継続が重要であること、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いこと及び、近年の罹患や死亡の動向などを説明する。

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（都道府県、市区町村、医師会等）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。

□ 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

□ 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 HPV 検査、子宮頸部の細胞診や組織診の結果、手術によって判明した組織診断や臨床進行期など）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

□ 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（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して実施する。

□ 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、CIN3 以上発見率、CIN3 以上の陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握する※。

※ CIN3 以上とは、子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、上皮内腺がん（AIS）及び子宮頸部浸潤がんを指す

※ 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

□ 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う。

□ 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る。

注9 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10 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11 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。

1. 検査の精度管理

■検診項目

□ 検診項目は、問診、視診に加え、産婦人科医師による子宮頸部及び腟部表面からの検体採取による液状化検体を用いた HPV 検査とする。

■問診

□ 問診は、月経の状況、妊娠中の場合は妊娠週数、分娩歴、性交経験の有無、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。

■HPV 検査判定の精度管理

□ HPV 検査の方法（細胞採取器具、検体採取用バイアル※、HPV 検査試薬）を明らかにする。
※ 検体採取用バイアルおよび検査試薬は「対策型検診における HPV 検査単独法による子宮頸がん検診マニュアル」[注1]で指定されたものを用いること
□ 検体採取は、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2]、迅速に処理※する。
※ 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
□ HPV 検査の業務（HPV 検査判定も含む）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、検体採取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、当該検体採取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
□ HPV 検査陽性の場合、残余検体を用いて直ちにトリアージ検査（細胞診）を実施する。
□ トリアージ検査の業務（細胞診判定を含む）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。
□ 問診記録、検診結果及び追跡検査結果（トリアージ検査結果を含む）は少なくとも 5 年間は保存する。

■細胞診（トリアージ検査）判定の精度管理

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。

□ 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3]。
□ 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3]、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
□ HPV 検査陽性であった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[注4]の基準に基づいて適正・不適正のいずれかに分類し、ベセスダシステム[注4]の基準で細胞診結果を報告する※。
※ 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
□ 子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、子宮頸部上皮内腺がん（AIS）、子宮頸部浸潤がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行う※。
※ CIN3、AIS、子宮頸部浸潤がんの発見例については必ず見直すこと。またこれらの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。

■検診および追跡検査対象者への説明

解説：

⑪ 下記の 9 項目を記載した資料を、検診機関に来場した検診及び追跡検査対象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）。

⑫ 資料は検査を受ける前に配布する※。

※ 市区町村等が対象者への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 9 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

※ 追跡検査対象者に対しては、直近の検診結果が「要追跡検査」であったこと、検診結果が「トリアージ検査・追跡検査・確定精検不要」よりも CIN3 以上になる可能性が高いため、必ず追跡検査を受ける必要があることを強調すること

□ 受診者が検診対象者なのか、追跡検査対象者なのかを明確に個人ごとに説明する。

□ 検診結果及び追跡検査結果は「トリアージ検査・追跡検査・確定精検不要」「要追跡検査」「要確定精検」のいずれかの区分で報告されることを説明する。

□ CIN3 以上である、もしくは CIN3 以上になる可能性は「要確定精検」、「要追跡検査」、「トリアージ検査・追跡検査・確定精検不要」の順に高いことを説明する※。

※ CIN3 以上とは、子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、上皮内腺がん（AIS）及び子宮頸部浸潤がんを指す

□ 「要追跡検査」または「要確定精検」となった場合には、必ず該当する検査を受ける必要があることを説明する。

□ 追跡検査の時期と方法（翌年度の自治体検診での HPV 検査）、確定精検の時期と方法（直ちに医療機関でのコルポスコープ下の組織診）について説明する。

□ 確定精検結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に確定精検を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明する※。

※ 確定精検結果は、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（HPV 検査単独法による子宮頸がん検診は、子宮頸部浸潤がんの罹患率を減少させること）に加えて、がん検診で必ずがんや前がん病変を見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんや前がん病変がなくても HPV 陽性となり（偽陽性）、「要確定精検」や「要追跡検査」となる場合もあることなど、がん検診の不利益について説明する。

□ 検診間隔は 5 年に 1 回であり、受診の継続が重要であること、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いこと及び、近年の罹患や死亡の動向などを説明する。

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（都道府県、市区町村、医師会等）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。

□ 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

□ 確定精検の方法及び、確定精検（治療）結果※（確定精検の際に行った HPV 検査、子宮頸部の細胞診や組織診の結果、手術によって判明した組織診断や臨床進行期など）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。

※ 確定精検（治療）結果とは、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（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して実施する。

□ 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、CIN3 以上発見率、CIN3 以上の陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握する※。

※ CIN3 以上とは、子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、上皮内腺がん（AIS）及び子宮頸部浸潤がんを指す

※ 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

□ 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う。

□ 都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、子宮頸がん検診運営委員会（仮称）[注1]、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る。

注12 対策型検診における HPV 検査単独法による子宮頸がん検診マニュアル参照。

注13 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14 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15 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。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 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（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して行うこと。また検診機関はその実施状況を把握すること。
③ 二重読影と比較読影を外部（地域の読影委員会等）に委託している場合は、委託先の実施状況を把握すること。

1. 対象者への説明

解説：

① 下記の 6 項目を記載した資料を、検診機関に来場した対象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 資料は検査を受ける前に配布する※

※ 市区町村等が対象者への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

(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「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明しているか

(5) 検診間隔は 2 年に 1 回であり※、受診の継続が重要であること、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

(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

(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※（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

(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

⑺ 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。

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。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 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（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して行うこと。また検診機関はその実施状況を把握すること。
③ 検査を外注している場合は、外注先施設の実施状況を把握すること。

1. 対象者への説明

解説：

① 下記の 6 項目を記載した資料を、検診機関に来場した対象者全員（大腸がん検診では申込者全員）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 資料は検査を受ける前に（検査キットの配布時）配布する※

※ 市区町村等が対象者への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。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「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明しているか

(5) 検診間隔は 1 年に 1 回であり、受診の継続が重要であること、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

(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

(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）

⑶ 採便後は検体を冷蔵庫あるいは冷所に保存するよう受診者に指導しているか

⑷ 受診者から検体を回収してから自施設で検査を行うまでの間あるいは検査施設へ引き渡すまでの間、冷蔵保存しているか

⑸ 検査施設では検体を受領後冷蔵保存しているか

⑹ 検体回収後原則として 24 時間以内に測定しているか（検査機器の不調、検査提出数が想定以上に多かった場合を除く）

⑺ 検診結果は少なくとも 5 年間は保存しているか

4. システムとしての精度管理

⑴ 受診者への結果の通知・説明、またはそのための市区町村への結果報告は、検体回収後 2 週間以内になされているか

⑵ がん検診の結果及びそれに関わる情報※について、市区町村や医師会等から求められた項目を全て報告しているか。もしくは全て報告されていることを確認しているか

※「がん検診の結果及びそれに関わる情報」とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

⑶ 精密検査方法及び、精密検査（治療）結果※（内視鏡診断や生検結果、内視鏡治療または外科手術所見と病理組織検査結果など）について、市区町村や医師会から求められた項目の積極的な把握に努めているか

※ 精密検査（治療）結果は地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

⑷ 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、がん発見率、陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握しているか※

※ 冒頭の解説のとおり、検診機関が単独で算出できない指標値については、自治体等と連携して把握すること。また自治体等が集計した指標値を後から把握することも可である

⑸ プロセス指標値やチェックリストの遵守状況に基づいて、自施設の精度管理状況を評価し、改善に向けた検討を行っているか

⑹ 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。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 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（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して行うこと。また検診機関はその実施状況を把握すること。
③ 胸部エックス線検査において、二重読影と比較読影を外部（自施設以外の医師、地域の読影委員会等）に委託している場合は、委託先の実施状況を把握すること。
④ 喀痰細胞診において、検査を外注している場合は、外注先施設の実施状況を把握すること。

1. 対象者への説明

解説：
① 下記の 7 項目を記載した資料を、検診機関に来場した対象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 資料は検査を受ける前に配布する※

※ 市区町村等が対象者への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

(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「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明しているか

(5) 検診間隔は 1 年に 1 回であり、受診の継続が重要であること、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

(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

(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

(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

(8) 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、100㎜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。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 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（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して行うこと。また検診機関はその実施状況を把握すること。
③ 二重読影と比較読影を外部(地域の読影委員会等)に委託している場合は、委託先の実施状況を把握すること。

1. 対象者への説明

解説
① 下記の 6 項目を記載した資料を、検診機関に来場した対象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 資料は検査を受ける前に配布する※
※ 市区町村等が対象者への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

(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「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明しているか

(5) 検診間隔は 2 年に 1 回であり、受診の継続が重要であること、ブレスト・アウェアネス（乳房を意識する生活習慣）の重要性、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

(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

(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

(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

(7) 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。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 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（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して行うこと。また検診機関はその実施状況を把握すること。
③ 細胞診判定を外注している場合は、外注先施設の実施状況を確認すること。

1. 対象者への説明

解説：
① 下記の 7 項目を記載した資料を、検診機関に来場した対象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 資料は検査を受ける前に配布する※
※ 市区町村等が対象者への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

(1) 検診結果は「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ているか

(2) 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説明しているか

(3) 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）

(4) 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）

(5) 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や前がん病変を見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんや前がん病変がなくてもがん検診の結果が「要精密検査」となる場合もあること（偽陽性）など、がん検診の不利益について説明しているか

(6) 検診間隔は 2 年に 1 回であり、受診の継続が重要であること、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

(7) 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いこと及び、近年の罹患や死亡の動向などを説明しているか

2. 問診、細胞診の検体採取の精度管理

(1) 検診項目は、問診、視診に加え、産婦人科医師による子宮頸部および腟部表面からの検体採取による細胞診を行っているか

(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) 検体採取は、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) 細胞診検査の業務（細胞診判定も含む）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、月経の状況、妊娠中の場合は妊娠週数、分娩歴、性交経験の有無、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. 細胞診判定の精度管理

(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

(3) 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[注3]の基準に基づいて適正・不適正のいずれかに分類し、ベセスダシステム[注3]の基準で細胞診結果を報告しているか※
※ 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

(4) 子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、子宮頸部上皮内腺がん（AIS）、子宮頸部浸潤がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行っているか※
※ CIN3、AIS、子宮頸部浸潤がんの発見例については必ず見直すこと。また、これらの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

(5) 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

(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。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※（精密検査の際に行った HPV 検査、子宮頸部の細胞診や組織診の結果、手術によって判明した組織診断や臨床進行期など）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) 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

(5) 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、CIN3 以上発見率、CIN3 以上の陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握しているか※
※ CIN3 以上とは、子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、上皮内腺がん（AIS）及び子宮頸部浸潤がんを指す
※ 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

(7) 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。

令和 6 年 3 月

解説：
④ 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。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。
HPV 検査単独法による子宮頸がん検診では、検体採取機関、HPV 検査（検診または追跡検査）の判定機関、細胞診（トリアージ検査）判定機関がある。
⑤ 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（都道府県、市区町村、医師会等）と連携して行うこと。また検診機関はその実施状況を把握すること。
⑥ 細胞診判定を外注している場合は、外注先施設の実施状況を確認すること。

1. 検診及び追跡検査対象者への説明

解説：
③ 下記の 9 項目を記載した資料を、検診機関に来場した検診及び追跡検査対象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）
④ 資料は検査を受ける前に配布する※
※ 市区町村等が対象者への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 9 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
※ 追跡検査対象者に対しては、直近の検診結果が「要追跡検査」であったこと、検診結果が「トリアージ検査・追跡検査・確定精検不要」よりも CIN3 以上になる可能性が高いため、必ず追跡検査を受ける必要があることを強調すること

(8) 受診者が検診対象者なのか、追跡検査対象者なのかを明確に個人ごとに説明しているか

(9) 検診結果及び追跡検査結果は「トリアージ検査・追跡検査・確定精検不要」「要追跡検査」「要確定精検」のいずれかの区分で報告されることを説明しているか

(10) CIN3 以上である、もしくは CIN3 以上※になる可能性は「要確定精検」、「要追跡検査」、「トリアージ検査・追跡検査・確定精検不要」の順に高いことを説明しているか
※ CIN3 以上とは、子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、上皮内腺がん（AIS）及び子宮頸部浸潤がんを指す

(11) 「要追跡検査」または「要確定精検」となった場合には、必ず該当する検査を受ける必要があることを説明しているか

(12) 追跡検査の時期と方法（翌年度の自治体検診での HPV 検査）、確定精検の時期と方法（直ちに医療機関でのコルポスコープ下の組織診）について説明しているか

(13) 確定精検結果は市区町村等へ報告すること、また他の医療機関に確定精検を依頼した場合は、検診機関がその結果を共有することを説明しているか※
※ 確定精検結果は、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）

(14) 検診の有効性（HPV 検査単独法による子宮頸がん検診は、子宮頸部浸潤がんの罹患率を減少させること）に加えて、がん検診で必ずがんや前がん病変を見つけられるわけではないこと（偽陰性）、がんや前がん病変がなくても HPV 陽性となり（偽陽性）、「要確定精検」や「要追跡検査」となる場合もあることなど、がん検診の不利益について説明しているか

(15) 検診間隔は 5 年に 1 回であり、受診の継続が重要であること、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

(16) 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いこと及び、近年の罹患や死亡の動向などを説明しているか

2. 問診、検体採取および HPV 検査判定の精度管理

(12) 検診項目は、問診、視診に加え、産婦人科医師による子宮頸部および腟部表面からの検体採取による液状化検体を用いた HPV 検査を行っているか

(13)　HPV 検査の方法（細胞採取器具、検体採取用バイアル※1、HPV 検査試薬）を仕様書※2に明記しているか

※ 検体採取用バイアルおよび検査試薬は「対策型検診における HPV 検査単独法による子宮頸がん検診マニュアル」注1で指定されたものを用いること

※ 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）

(14)　検体採取は、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2、迅速に処理※しているか

※ 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

(15)　HPV 検査の業務（HPV 検査判定も含む）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

(16)　検体が不適正との判定を受けた場合は、検体採取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

(17)　検体が不適正との判定を受けた場合は、当該検体採取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

(18)　HPV 検査陽性の場合、残余検体を用いて直ちにトリアージ検査（細胞診）を実施しているか

(19)　トリアージ検査の業務（細胞診判定を含む）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

※ 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）

(20)　検診結果及び追跡検査結果（トリアージ検査結果を含む）は少なくとも 5 年間は保存しているか

(21) 問診は、月経の状況、妊娠中の場合は妊娠週数、分娩歴、性交経験の有無、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

(22) 問診の上、症状のある者には、適切な医療機関への受診勧奨を行っているか

(23) 問診記録は少なくとも 5 年間は保存しているか

(24) 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（トリアージ検査）判定の精度管理

(6) 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3

(7) 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3、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

(8) HPV 検査陽性であった全ての子宮頸がん検診標本の状態について、ベセスダシステム注4の基準に基づいて適正・不適正のいずれかに分類し、ベセスダシステム注4の基準で細胞診結果を報告しているか※

※ 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

(9) 子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、子宮頸部上皮内腺がん（AIS）、子宮頸部浸潤がん発見例は、過去の細胞所見の見直しを行っているか※

※ CIN3、AIS、子宮頸部浸潤がんの発見例については必ず見直すこと。また、これらの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

(10)　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

(8) 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

(9) 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

(10) 確定精検の方法及び、確定精検（治療）結果※（確定精検の際に行った HPV 検査、子宮頸部の細胞診や組織診の結果、手術によって判明した組織診断や臨床進行期など）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

※ 確定精検（治療）結果とは、地域保健・健康増進事業報告に必要な情報を指す

(11) 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

(12) 自施設の検診結果について、要精検率、精検受診率、CIN3 以上発見率、CIN3 以上の陽性反応適中度等のプロセス指標値を把握しているか※

※ CIN3 以上とは、子宮頸部上皮内腫瘍 3（CIN3）、上皮内腺がん（AIS）及び子宮頸部浸潤がんを指す

※ 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

(13) 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

(14) 都道府県の生活習慣病検診等管理指導協議会、子宮頸がん検診運営委員会（仮称）[注1]、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 対策型検診における HPV 検査単独法による子宮頸がん検診マニュアル参照。

注2 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3 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4 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」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（細胞診）は、細胞診を実施している自治体においては地域保健・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（放射線被ばくや出血など）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、各自治体における保有個人情報（精検結果）の利用目的の特定の状況に関し、個人情報保護法第 61 条に基づき判断する必要があります。「個人情報の保護に関する法律についての事務対応ガイド（行政機関等向け）」も適宜参考にしてください。

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、市町村からプロセス指標値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。

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。

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。

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 5 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　精度を担保する観点から、市町村が実施する子宮頸がん検診（細胞診）においては、産婦人科医師による検体採取を推奨しています。

検体採取に当たる看護師が相当の訓練を受けており、かつ産婦人科を専門とし、当該行為に精通する医師が当該看護師に指示する場合に検体採取が行うことを排除するものではありません。

なお、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」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することになります。
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。
スクリーニング（検診 / 健診）プログラム：ガイドブック　―効果の改善、利益の最大化お

よび不利益の最小化―（特に３～５ページ）
https://gankenshin.jp/products/screening-guidebook/

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。

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。

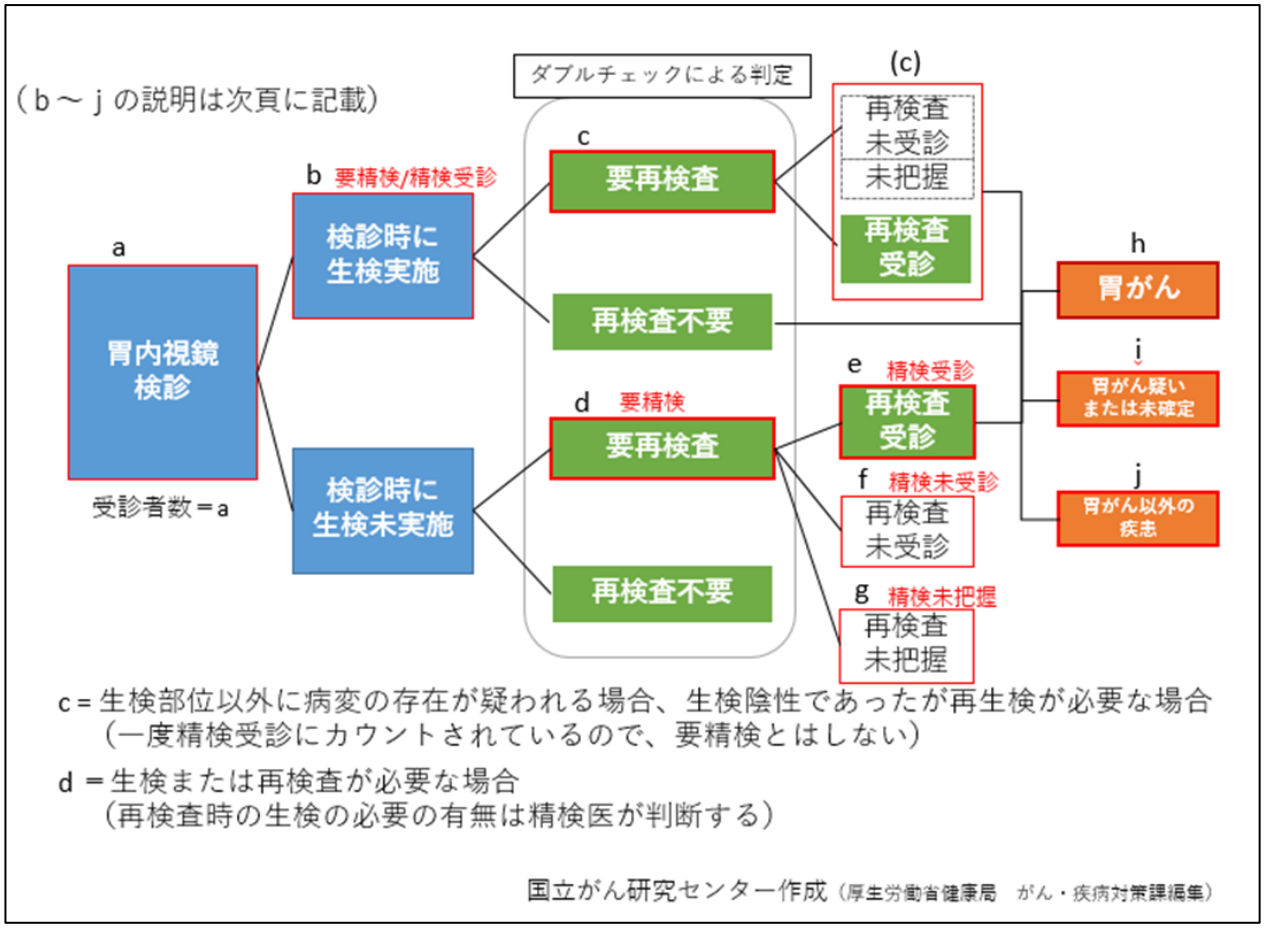
A62　胃内視鏡検診の生検受診者は、要再検査か否かにかかわらず精検受診者として計上してくださ

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「胃がんを疑う」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胃がん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（細胞診）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（細胞診）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。

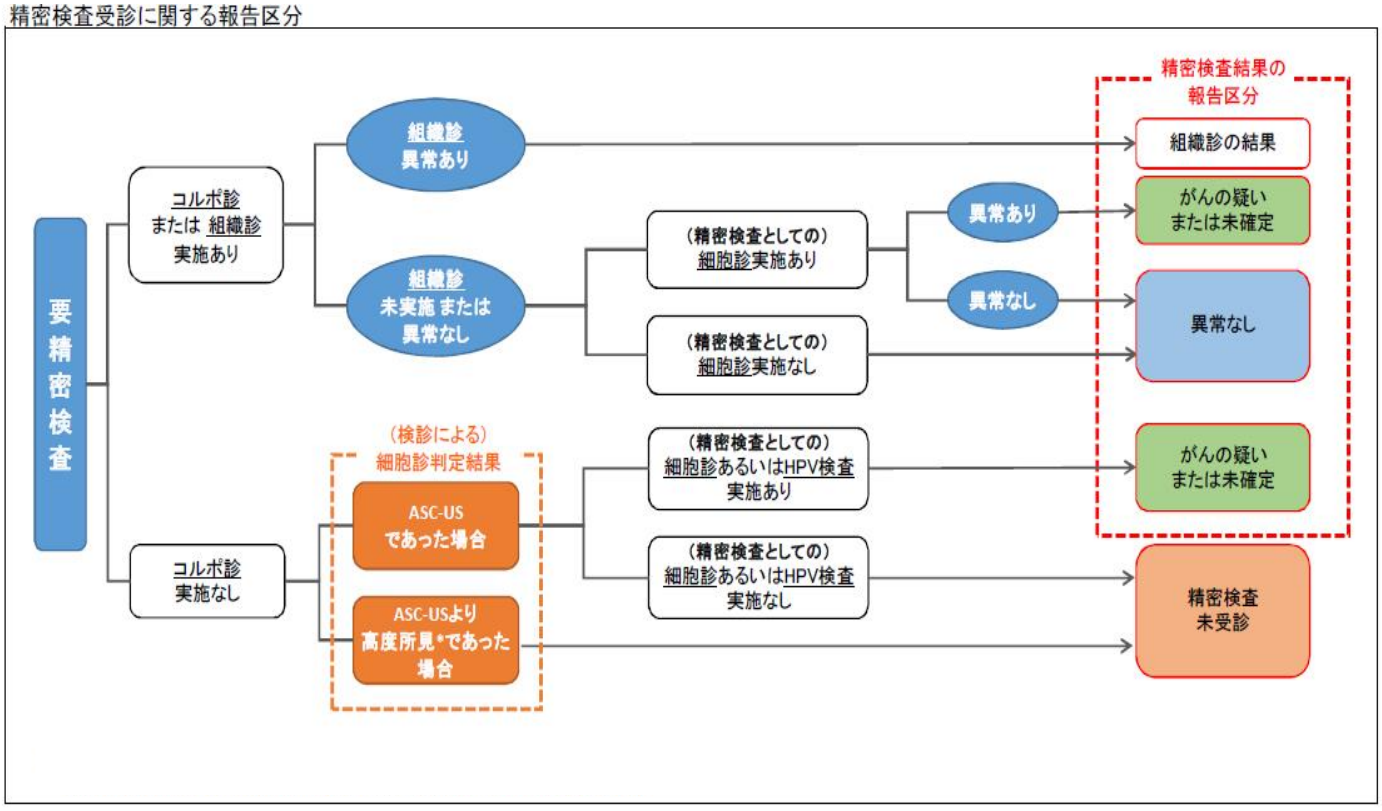
※2　市町村としては精検未受診者を早く特定して精検勧奨しないといけませんので、HPV 検査の結果が分かり次第、一度結果を報告してもらうべきです（その時点で、精検未受診でないことは確定する）。

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

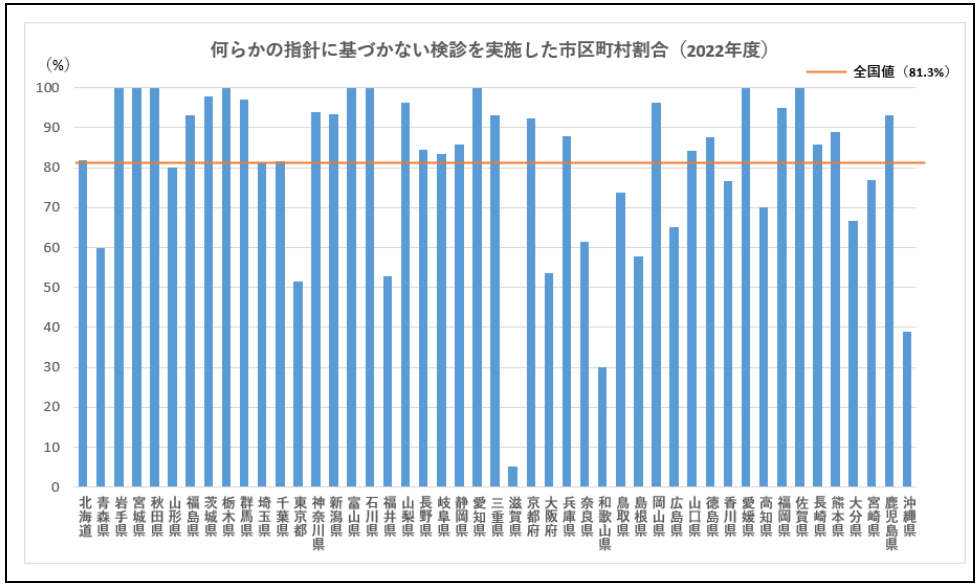
市町村が実施するがん検診と職域におけるがん検診との連携

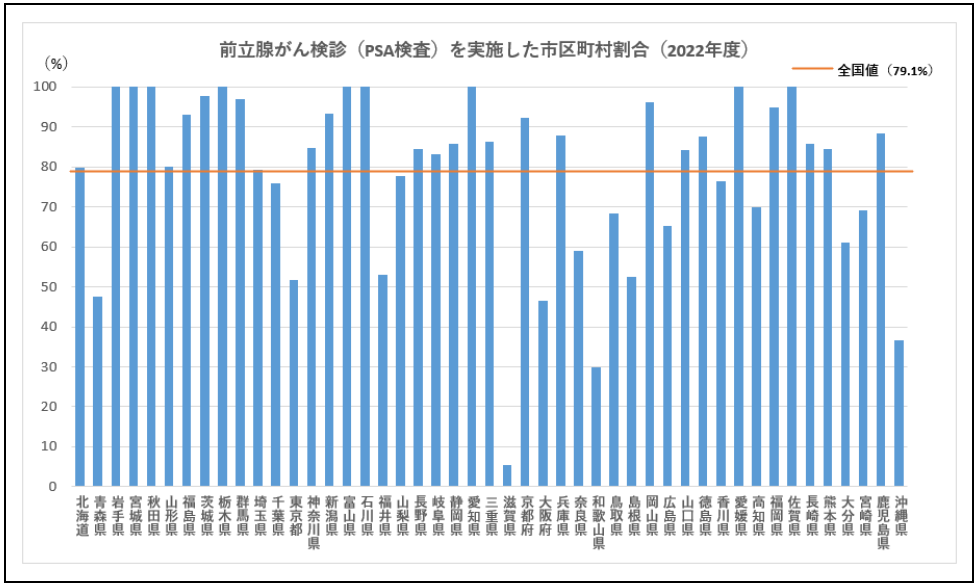
保険者や事業者は、国及び地方公共団体が講じるがん対策に協力するよう努めるものとする（がん対策基本第 5 条、第 8 条）とされており、保険者や事業者は、職域でがん検診を受ける機会のない者に対し、市町村と保険者、事業者が連携することで、市町村のがん検診受診につながることが期待される。

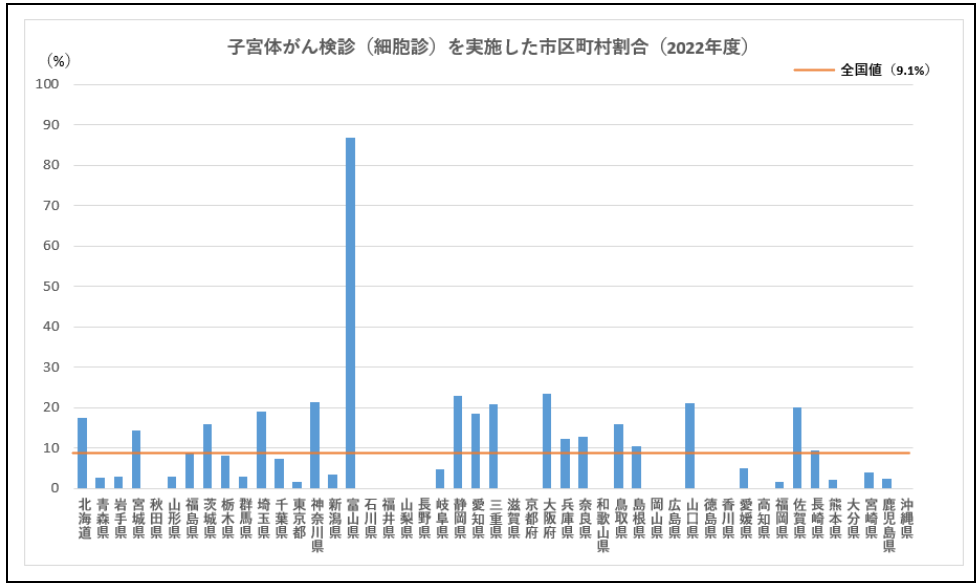
連携の具体例としては、以下が挙げられる。

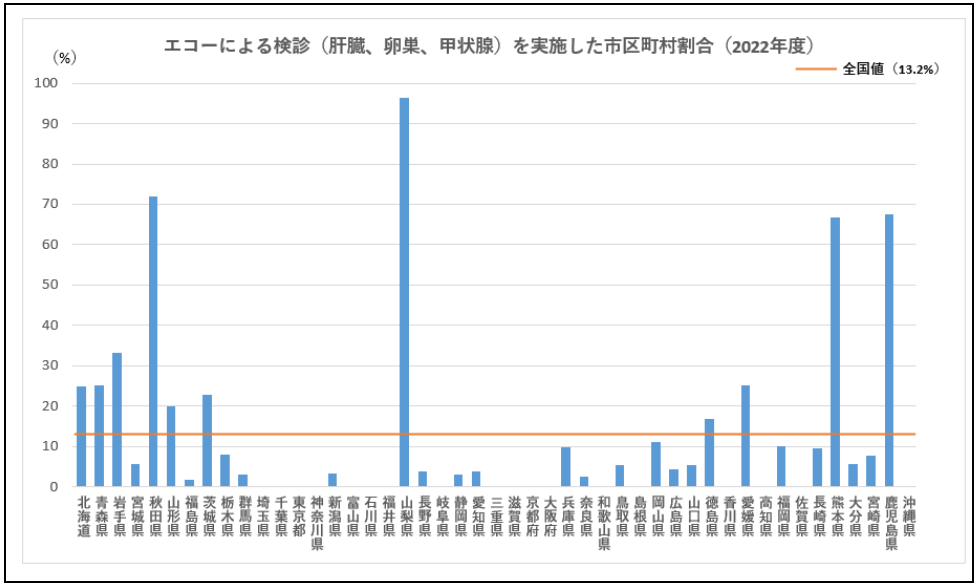
（1） 保険者が、市町村と連携・包括協定を締結している場合は、特定健康診査（高齢者の医療の確保に関する法律）と市町村が実施するがん検診（集団検診）との同時実施を行う。
（2） 保険者や事業者は、受診者の同意を得る等した上で、市町村と職域におけるがん検診の受診状況を共有する。市町村は、職域でがん検診を受ける機会のない者に対して、市町村が実施するがん検診の受診勧奨を行う。
（3） 保険者や事業者が、職域でがん検診を受ける機会のない者に対し、市町村におけるがん検診を受診するよう情報を提供し、受診機会を設ける。

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（2022 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（2022 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（細胞診）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	81.3	79.1	9.1	13.2
北海道	81.9	79.7	17.5	24.9
青森県	60.0	47.5	2.5	25.0
岩手県	100.0	100.0	3.0	33.3
宮城県	100.0	100.0	14.3	5.7
秋田県	100.0	100.0	0.0	72.0
山形県	80.0	80.0	2.9	20.0
福島県	93.2	93.2	8.5	1.7
茨城県	97.7	97.7	15.9	22.7
栃木県	100.0	100.0	8.0	8.0
群馬県	97.1	97.1	2.9	2.9
埼玉県	81.0	79.4	19.0	0.0
千葉県	81.5	75.9	7.4	0.0
東京都	51.6	51.6	1.6	0.0
神奈川県	93.9	84.8	21.2	0.0
新潟県	93.3	93.3	3.3	3.3
富山県	100.0	100.0	86.7	0.0
石川県	100.0	100.0	0.0	0.0
福井県	52.9	52.9	0.0	0.0
山梨県	96.3	77.8	0.0	96.3
長野県	84.4	84.4	0.0	3.9
岐阜県	83.3	83.3	4.8	0.0
静岡県	85.7	85.7	22.9	2.9
愛知県	100.0	100.0	18.5	3.7
三重県	93.1	86.2	20.7	0.0
滋賀県	5.3	5.3	0.0	0.0
京都府	92.3	92.3	0.0	0.0
大阪府	53.5	46.5	23.3	0.0
兵庫県	87.8	87.8	12.2	9.8
奈良県	61.5	59.0	12.8	2.6
和歌山県	30.0	30.0	0.0	0.0
鳥取県	73.7	68.4	15.8	5.3
島根県	57.9	52.6	10.5	0.0
岡山県	96.3	96.3	0.0	11.1
広島県	65.2	65.2	0.0	4.3
山口県	84.2	84.2	21.1	5.3
徳島県	87.5	87.5	0.0	16.7
香川県	76.5	76.5	0.0	0.0
愛媛県	100.0	100.0	5.0	25.0
高知県	70.0	70.0	0.0	0.0
福岡県	95.0	95.0	1.7	10.0
佐賀県	100.0	100.0	20.0	0.0
長崎県	85.7	85.7	9.5	9.5
熊本県	88.9	84.4	2.2	66.7
大分県	66.7	61.1	0.0	5.6
宮崎県	76.9	69.2	3.8	7.7
鹿児島県	93.0	88.4	2.3	67.4
沖縄県	39.0	36.6	0.0	0.0

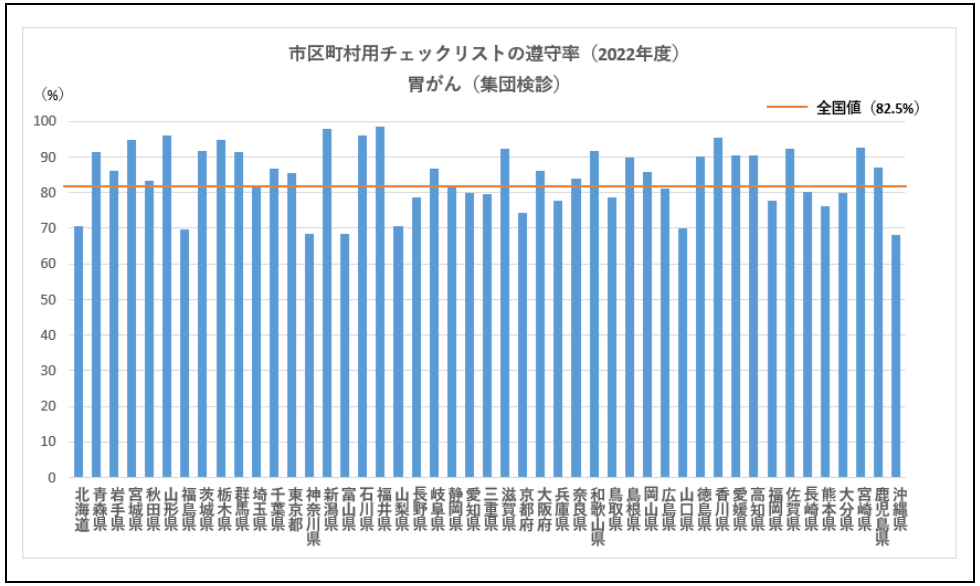
単位（%）

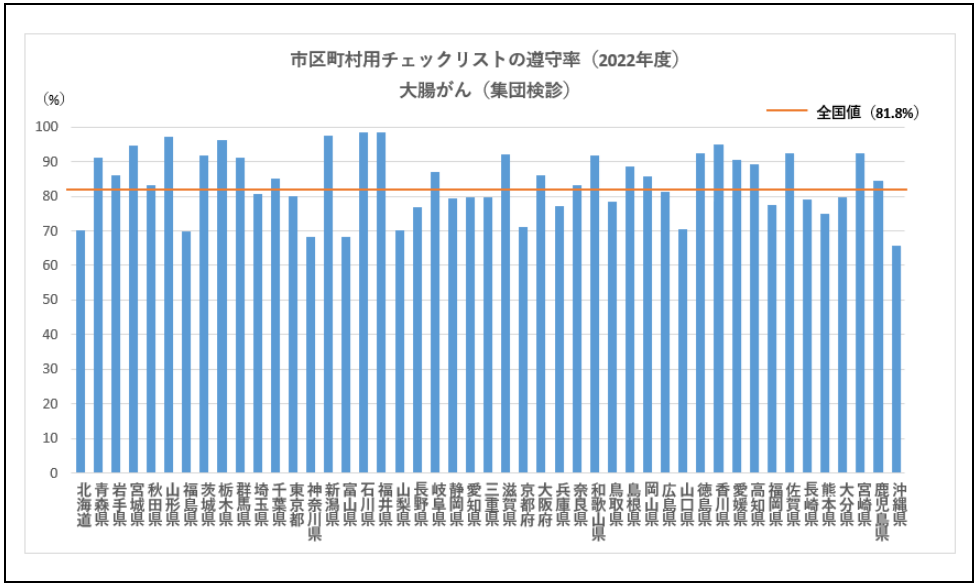
出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

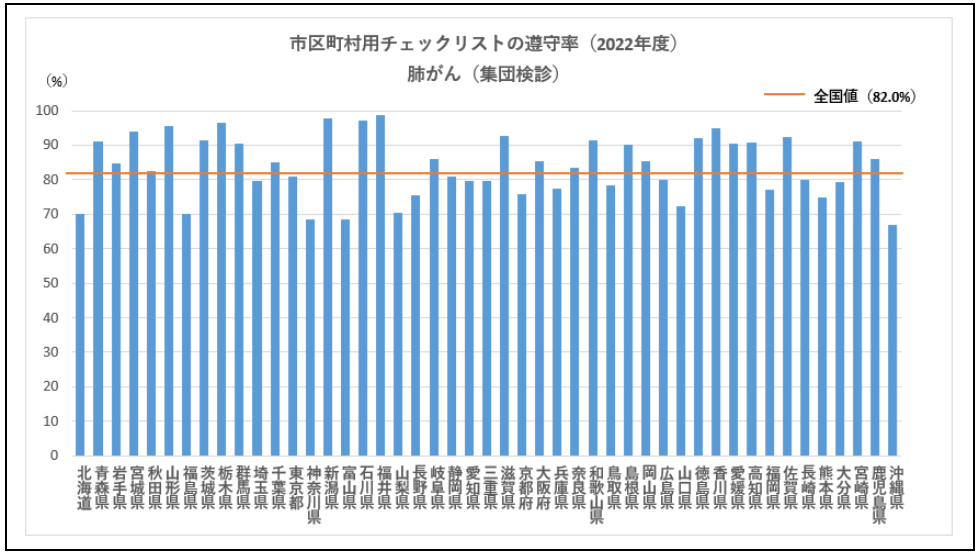
【集計対象市区町村】調査に回答があった市区町村

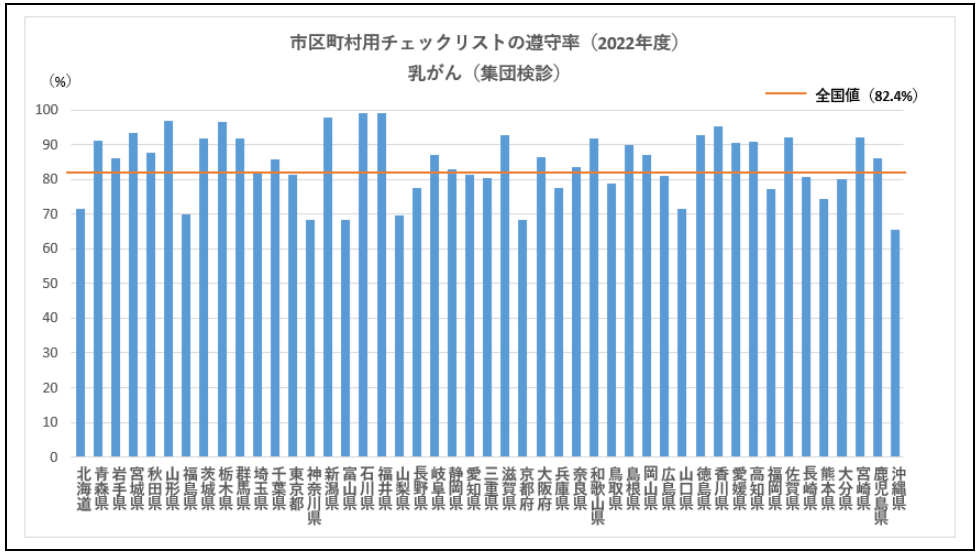
【実施割合算出方法】指針にない検診項目を実施したと回答した市区町村数/集計対象市区町村数×100

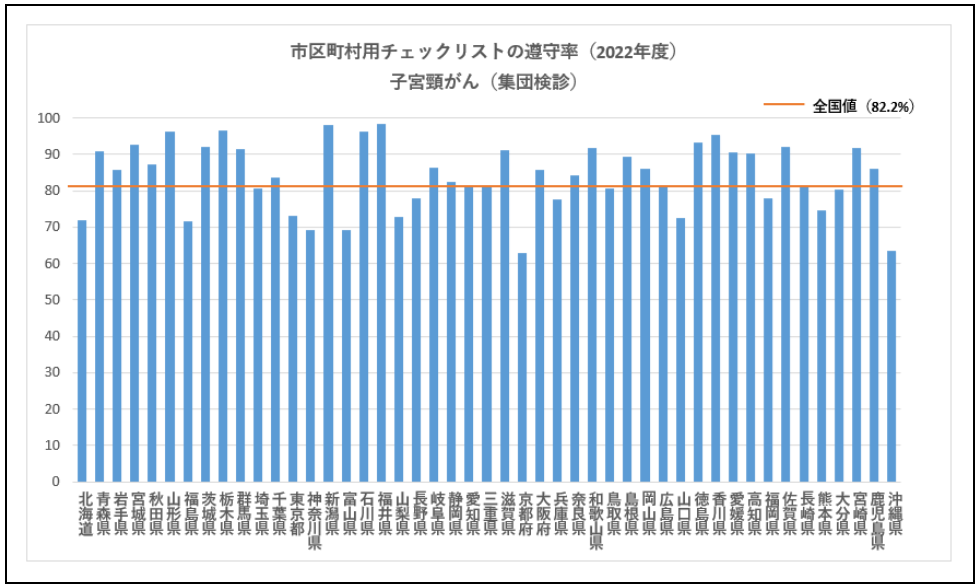
別添９－２－１ 「事業評価のためのチェックリスト（市区町村用）」の遵守状況」

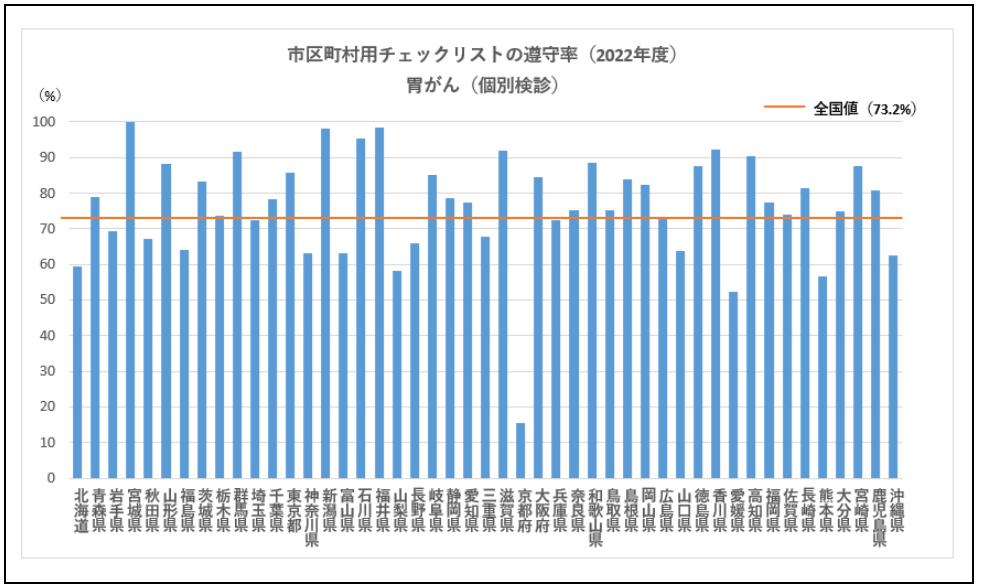


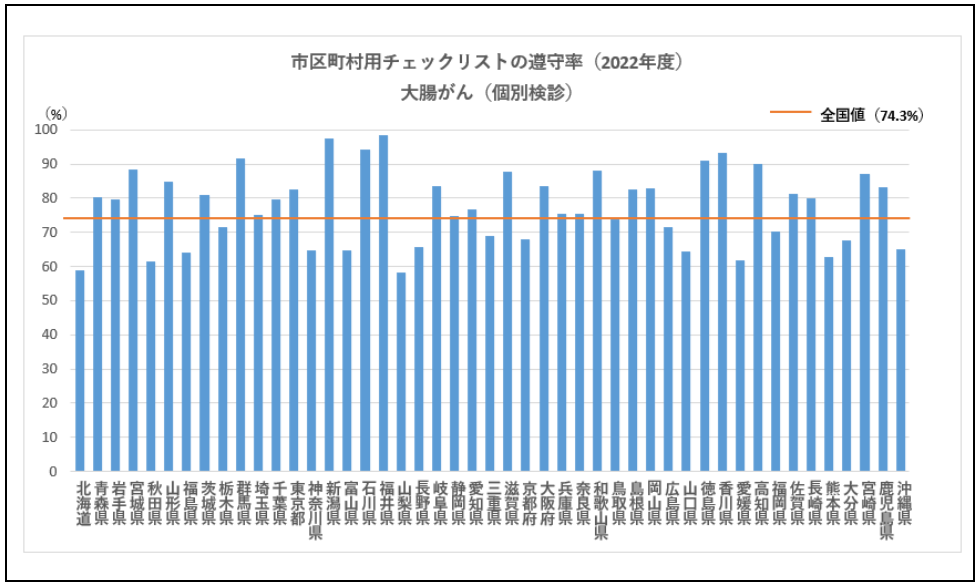


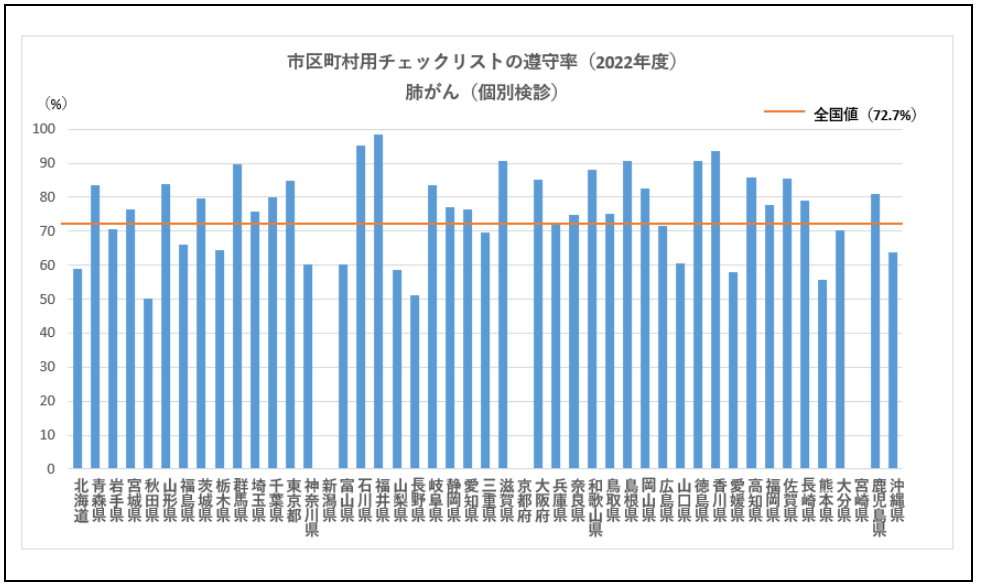


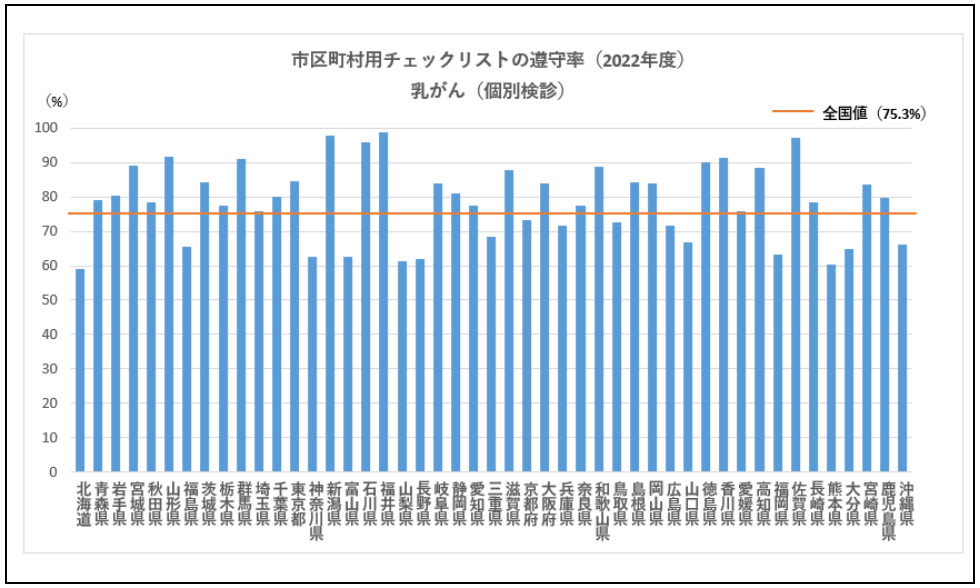


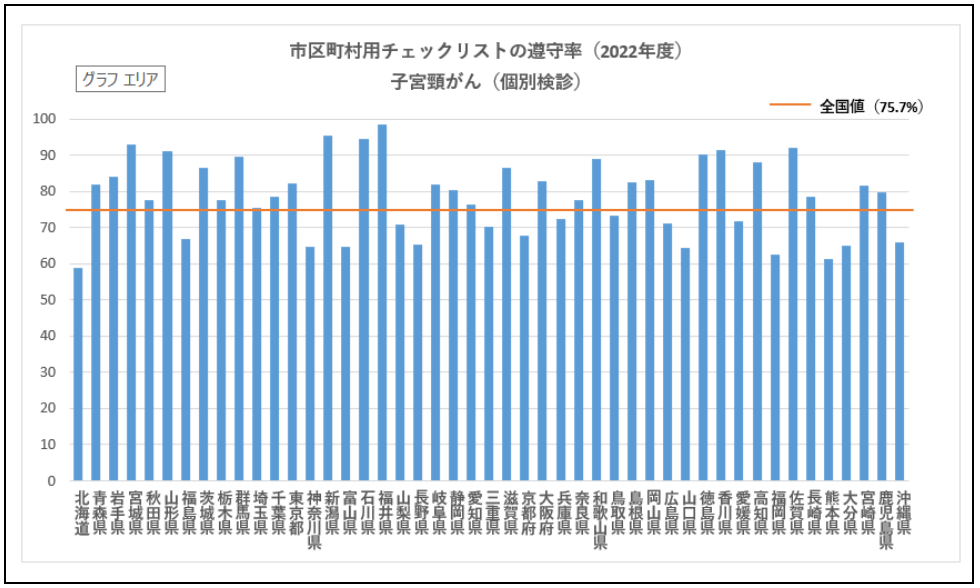

市区町村用チェックリストの遵守率（2022年度）
子宮頸がん（集団検診）
全国値（82.2%）
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
北海道
青森県
岩手県
宮城県
秋田県
山形県
福島県
茨城県
栃木県
群馬県
埼玉県
千葉県
東京都
神奈川県
新潟県
富山県
石川県
福井県
山梨県
長野県
岐阜県
静岡県
愛知県
三重県
滋賀県
京都府
大阪府
兵庫県
奈良県
和歌山県
鳥取県
島根県
岡山県
広島県
山口県
徳島県
香川県
愛媛県
高知県
福岡県
佐賀県
長崎県
熊本県
大分県
宮崎県
鹿児島県
沖縄県


市区町村用チェックリストの遵守率（2022年度）
胃がん（個別検診）
(%)
全国値（73.2%）
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（2022年度）
大腸がん（個別検診）
(%)
全国値（74.3%）
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（2022年度）
肺がん（個別検診）
(%)
全国値（72.7%）
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（2022 年）

	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	82.5	81.8	82.0	82.4	82.2	73.2	74.3	72.7	75.3	75.7
北海道	70.5	70.3	70.2	71.4	71.9	59.5	58.8	58.8	59.2	58.9
青森県	91.3	91.1	91.0	91.1	90.8	78.8	80.2	83.4	79.2	82.0
岩手県	86.1	86.0	84.6	86.0	85.8	69.2	79.8	70.6	80.2	84.0
宮城県	94.9	94.6	93.9	93.4	92.6	100.0	88.5	76.5	89.2	92.9
秋田県	83.2	83.2	82.6	87.6	87.2	67.0	61.5	50.3	78.3	77.5
山形県	95.9	97.1	95.7	96.8	96.4	88.1	84.9	84.0	91.6	91.0
福島県	69.6	69.8	70.0	69.9	71.6	64.1	64.0	65.9	65.5	67.0
茨城県	91.7	91.7	91.5	91.9	92.2	83.2	81.0	79.7	84.3	86.4
栃木県	94.8	96.2	96.5	96.7	96.6	73.7	71.4	64.4	77.5	77.5
群馬県	91.3	91.2	90.5	91.7	91.5	91.7	91.7	89.7	91.0	89.5
埼玉県	81.6	80.6	79.6	82.1	80.5	72.3	75.1	75.6	75.8	75.6
千葉県	86.6	85.0	85.1	85.9	83.5	78.2	79.6	80.0	80.0	78.4
東京都	85.6	80.0	80.9	81.4	73.1	85.6	82.6	84.9	84.4	82.1
神奈川県	68.6	68.3	68.5	68.2	69.1	63.1	64.7	60.3	62.6	64.7
新潟県	97.9	97.5	97.8	97.8	98.0	98.1	97.6	-	97.8	95.6
富山県	68.6	68.3	68.5	68.2	69.1	63.1	64.7	60.3	62.6	64.7
石川県	96.2	98.6	97.0	99.2	96.4	95.2	94.1	95.1	96.0	94.5
福井県	98.6	98.4	98.6	99.0	98.5	98.5	98.5	98.5	98.8	98.5
山梨県	70.7	70.2	70.5	69.7	72.7	58.3	58.3	58.6	61.4	70.7
長野県	78.8	76.7	75.6	77.4	77.8	65.9	65.6	51.1	61.9	65.4
岐阜県	86.9	86.9	86.0	86.9	86.4	85.1	83.4	83.5	83.8	82.0
静岡県	81.8	79.5	80.8	82.8	82.4	78.6	74.7	77.0	80.9	80.4
愛知県	80.0	79.7	79.7	81.3	81.6	77.3	76.6	76.5	77.3	76.4
三重県	79.6	79.8	79.6	80.3	81.2	67.8	69.0	69.7	68.3	70.2
滋賀県	92.3	92.0	92.8	92.9	91.2	91.8	87.9	90.8	87.7	86.5
京都府	74.2	71.1	75.8	68.4	62.9	15.4	68.1	-	73.4	67.8
大阪府	86.1	86.1	85.3	86.4	85.8	84.6	83.6	85.1	84.0	82.9
兵庫県	77.7	77.3	77.5	77.5	77.6	72.3	75.3	72.4	71.6	72.3
奈良県	83.9	83.2	83.4	83.5	84.1	75.3	75.5	74.7	77.5	77.5
和歌山県	91.7	91.9	91.5	91.9	91.8	88.4	88.2	88.0	88.7	88.9
鳥取県	78.8	78.3	78.3	78.9	80.5	75.2	73.8	75.1	72.6	73.4
島根県	89.8	88.6	90.0	90.0	89.5	84.0	82.7	90.7	84.3	82.5
岡山県	85.8	85.7	85.3	87.2	86.0	82.3	82.9	82.7	83.9	83.3
広島県	81.3	81.2	80.1	81.0	81.5	72.8	71.4	71.4	71.5	71.1
山口県	70.1	70.6	72.2	71.6	72.4	63.6	64.4	60.4	66.7	64.4
徳島県	90.2	92.3	91.9	92.6	93.4	87.7	90.9	90.7	89.9	90.2
香川県	95.5	95.1	94.9	95.4	95.5	92.1	93.2	93.6	91.2	91.4
愛媛県	90.5	90.5	90.4	90.6	90.6	52.3	61.9	58.0	75.9	71.9
高知県	90.5	89.4	90.9	90.9	90.3	90.4	90.0	85.8	88.3	88.1
福岡県	77.6	77.6	77.1	77.3	77.8	77.5	70.4	77.8	63.3	62.4
佐賀県	92.2	92.3	92.4	92.1	92.2	74.0	81.4	85.6	97.3	92.2
長崎県	80.3	79.1	80.0	80.8	81.1	81.3	79.9	79.1	78.5	78.5
熊本県	76.2	75.0	74.9	74.3	74.5	56.6	62.7	55.8	60.3	61.4
大分県	79.8	79.6	79.3	80.0	80.3	75.0	67.6	70.3	64.9	65.1
宮崎県	92.5	92.5	91.0	92.2	91.9	87.5	87.1	-	83.6	81.6
鹿児島県	87.0	84.5	86.1	86.1	86.0	80.8	83.1	81.0	79.7	79.8
沖縄県	68.1	65.6	66.9	65.6	63.5	62.4	65.1	63.7	66.0	66.0

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」　　チェックリスト全項目の実施率（%）※1

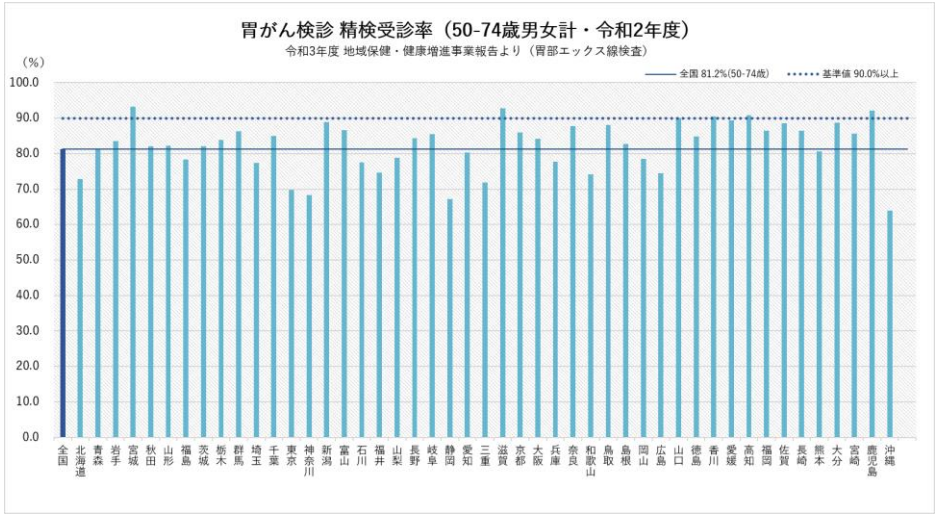
※1　全項目実施率の算出方法

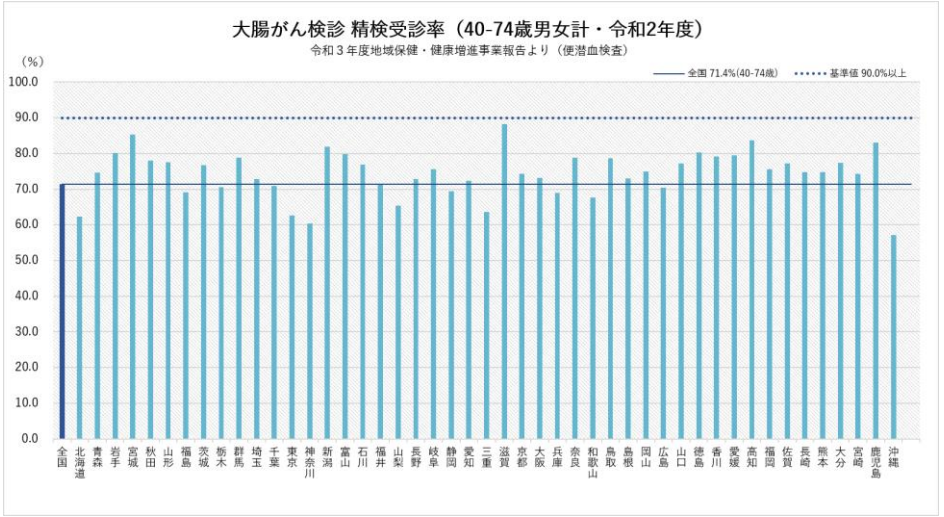
【集計対象市区町村】検診を「実施した」と回答した市区町村

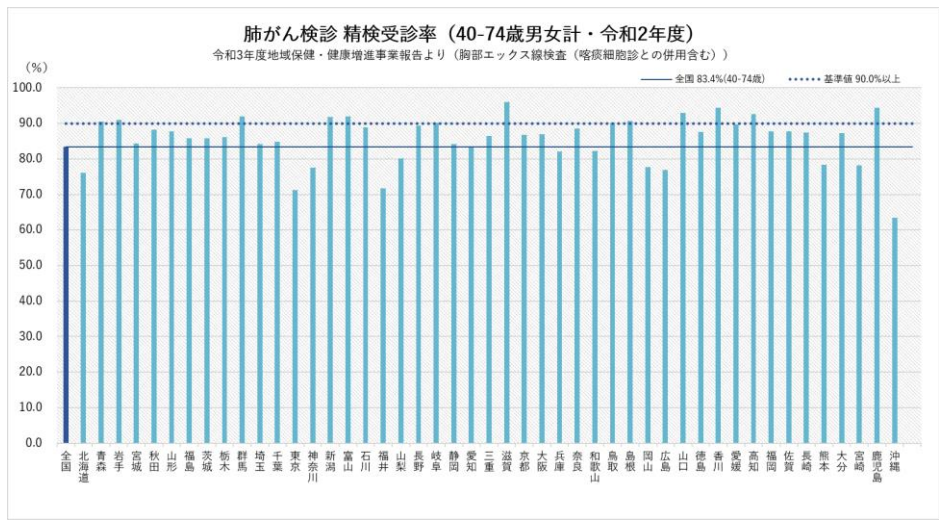
【実施割合算出方法】集計対象市区町村が「実施した」と回答した調査項目数/（集計対象市区町村数×調査項目数）×100

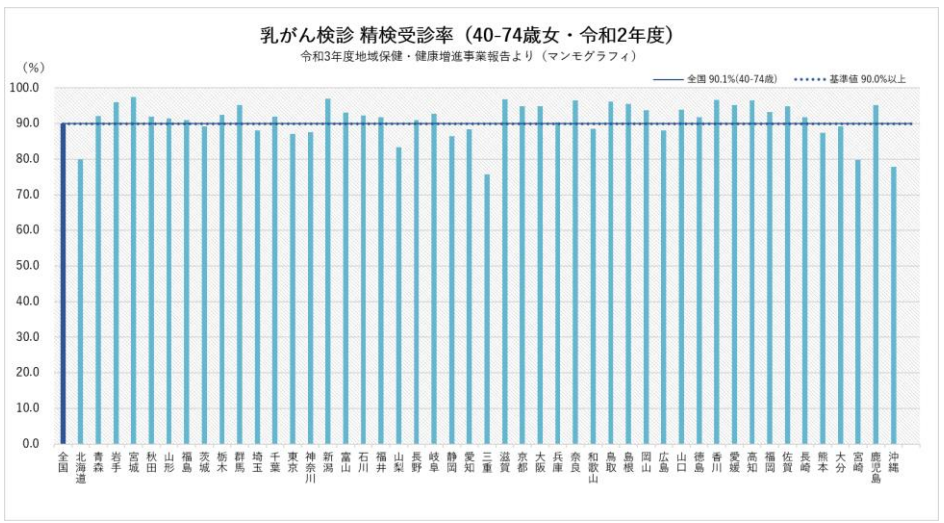
※2　胃部エックス線検査のみ

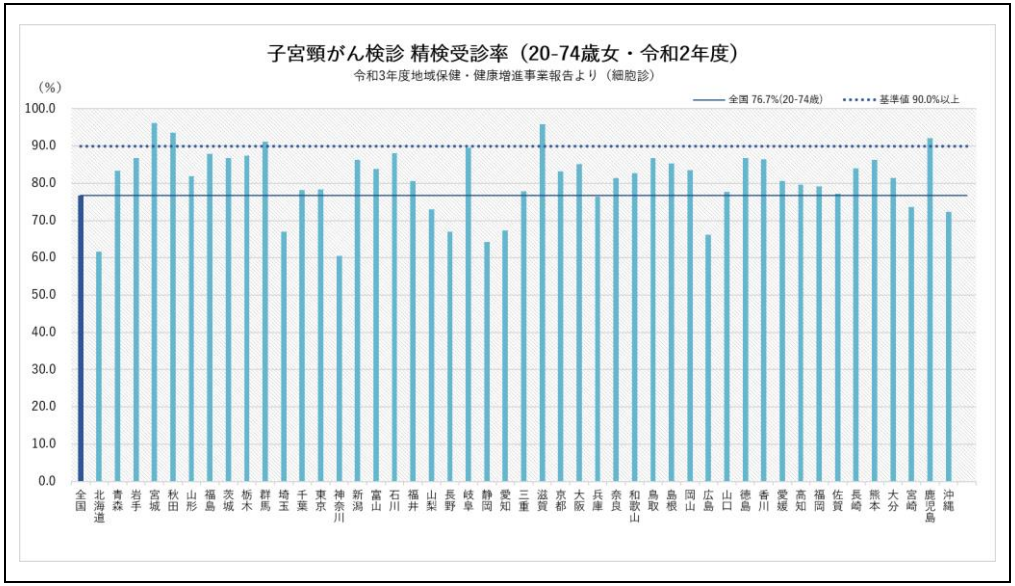
別添９－２－２　精検受診率（2020 年）











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（2020 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	81.2	71.4	83.4	90.1	76.7
北海道	72.8	62.3	76.2	79.9	61.7
青森県	81.1	74.6	90.6	92.1	83.3
岩手県	83.6	80.1	91.0	96.0	86.7
宮城県	93.2	85.3	84.4	97.5	96.2
秋田県	82.1	78.1	88.2	92.0	93.6
山形県	82.3	77.6	87.7	91.5	82.0
福島県	78.4	69.1	85.9	90.9	87.9
茨城県	82.1	76.8	85.8	89.2	86.8
栃木県	83.9	70.6	86.2	92.5	87.5
群馬県	86.4	78.9	92.0	95.3	91.2
埼玉県	77.4	72.8	84.2	88.1	67.0
千葉県	85.0	70.9	84.8	91.9	78.1
東京都	69.7	62.6	71.2	87.0	78.3
神奈川県	68.3	60.4	77.5	87.6	60.5
新潟県	88.9	81.9	91.8	97.0	86.4
富山県	86.7	79.8	92.0	93.2	83.9
石川県	77.5	76.9	88.9	92.4	88.2
福井県	74.7	71.4	71.8	91.8	80.7
山梨県	78.9	65.4	80.2	83.3	73.0
長野県	84.4	72.8	89.4	91.1	67.0
岐阜県	85.5	75.6	90.2	92.7	89.6
静岡県	67.1	69.4	84.2	86.4	64.3
愛知県	80.3	72.3	83.4	88.4	67.3
三重県	71.9	63.7	86.4	75.8	77.9
滋賀県	92.8	88.3	96.0	96.9	95.9
京都府	85.9	74.2	86.8	94.8	83.2
大阪府	84.2	73.2	87.0	94.9	85.1
兵庫県	77.7	69.0	82.0	90.3	76.5
奈良県	87.8	78.8	88.6	96.4	81.5
和歌山県	74.2	67.7	82.3	88.6	82.7
鳥取県	88.0	78.7	90.1	96.2	86.8
島根県	82.7	73.0	90.7	95.6	85.4
岡山県	78.5	75.0	77.7	93.7	83.6
広島県	74.5	70.4	76.9	88.0	66.2
山口県	90.0	77.3	93.0	94.0	77.8
徳島県	84.9	80.3	87.6	91.8	86.8
香川県	90.6	79.3	94.3	96.7	86.5
愛媛県	89.4	79.5	89.8	95.2	80.7
高知県	90.8	83.8	92.5	96.6	79.7
福岡県	86.5	75.6	87.8	93.3	79.2
佐賀県	88.6	77.2	87.8	94.9	77.2
長崎県	86.4	74.8	87.5	91.8	84.0
熊本県	80.6	74.8	78.4	87.5	86.3
大分県	88.7	77.3	87.2	89.3	81.4
宮崎県	85.7	74.4	78.2	79.9	73.6
鹿児島県	92.1	83.0	94.4	95.3	92.1
沖縄県	64.0	57.2	63.4	77.9	72.3

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

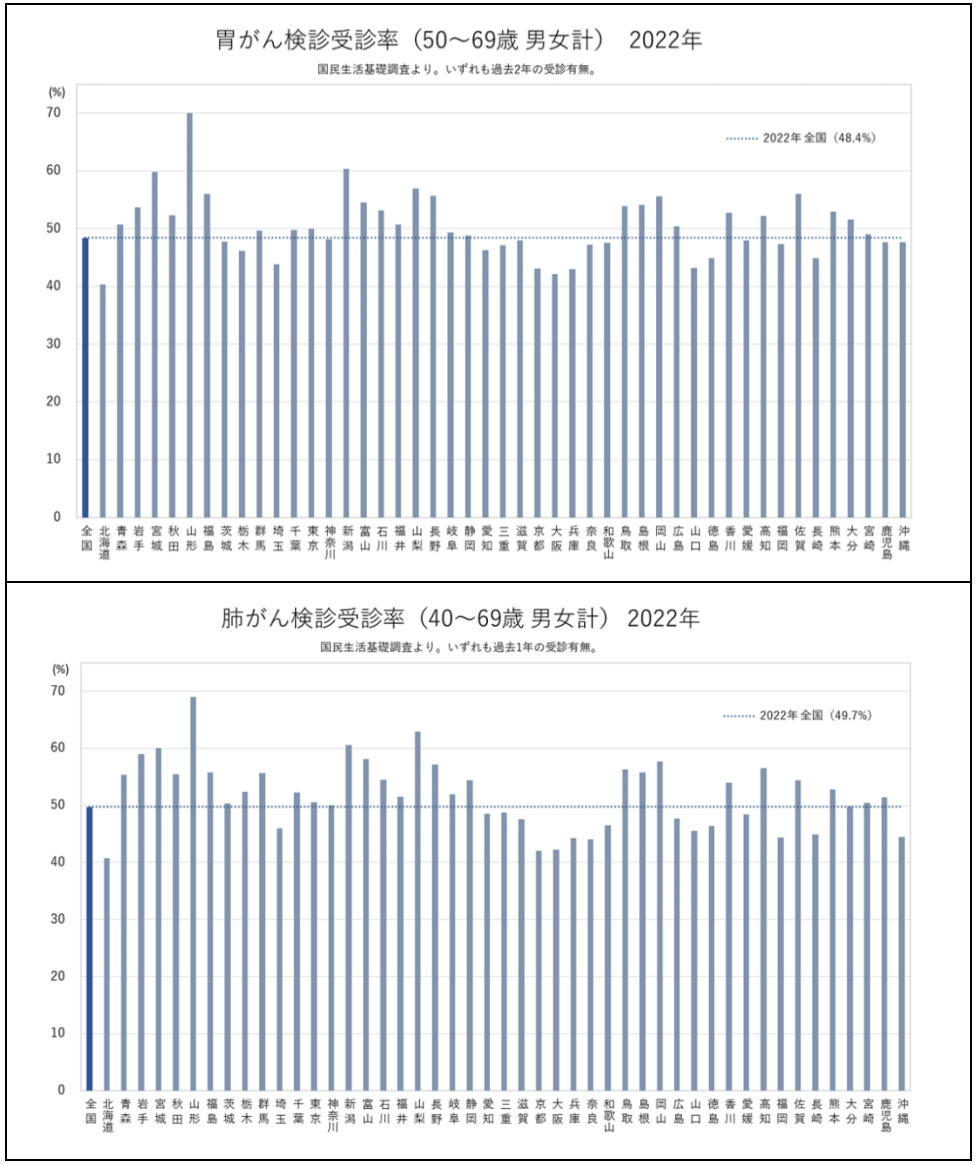
※2 大腸がん（便潜血検査）、男女計、40～74 歳

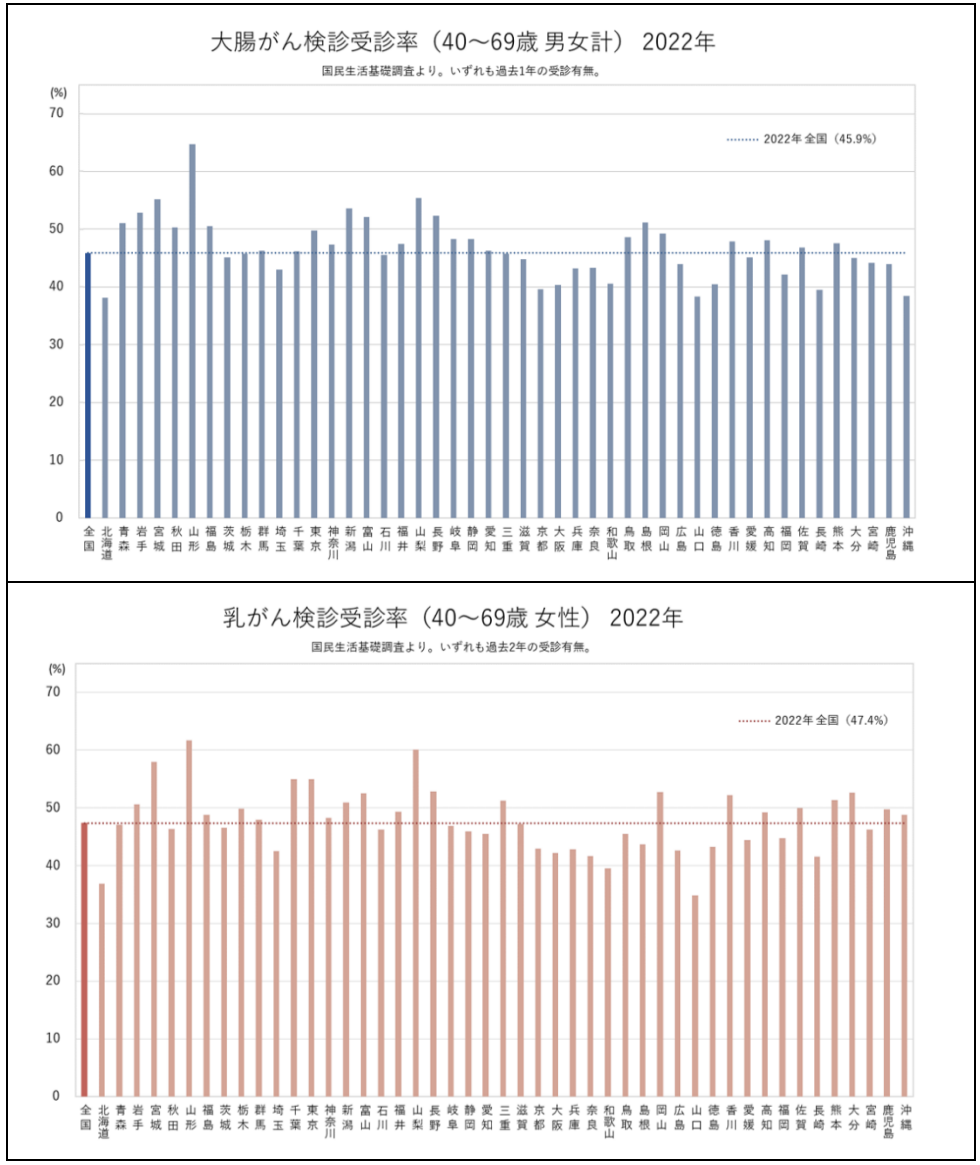
※3 肺がん（胸部エックス線のみ、胸部エックス線及び高危険群への喀痰細胞診併用）、男女計、40～74 歳

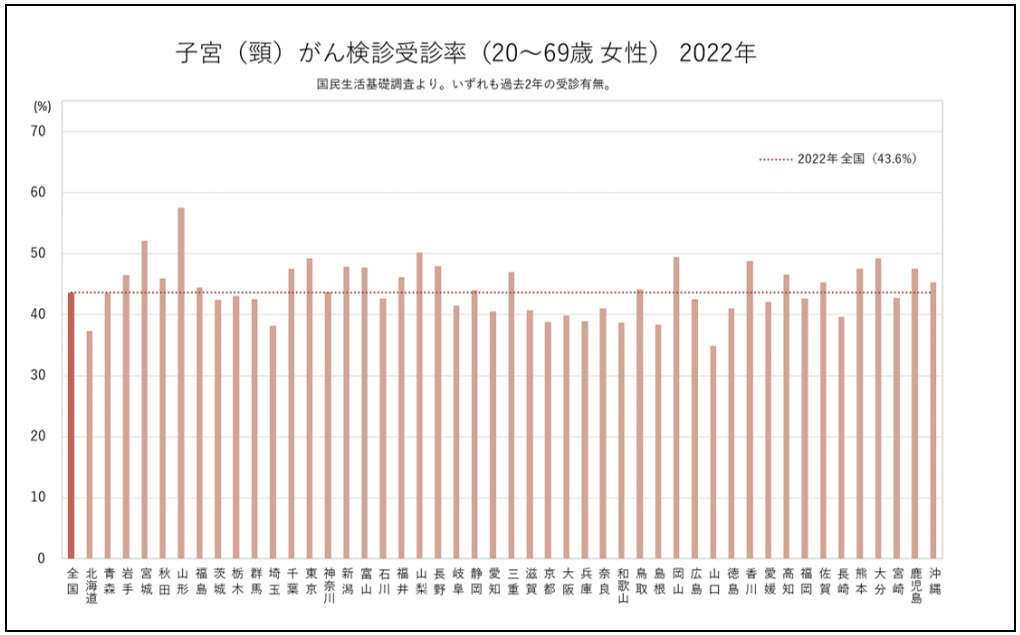
※4 乳がん（マンモグラフィ）、女性、40～74 歳

※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）（2022 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（2022 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	48.4	45.9	49.7	47.4	43.6
北海道	40.3	38.1	40.7	36.9	37.3
青森県	50.7	51.1	55.3	47.1	43.6
岩手県	53.7	52.9	59.0	50.6	46.5
宮城県	59.8	55.2	60.0	58.0	52.1
秋田県	52.3	50.3	55.4	46.3	45.9
山形県	70.0	64.7	69.0	61.7	57.5
福島県	56.0	50.5	55.8	48.8	44.4
茨城県	47.7	45.1	50.3	46.6	42.4
栃木県	46.1	45.7	52.4	49.9	43.1
群馬県	49.6	46.3	55.7	47.9	42.5
埼玉県	43.8	43.0	45.9	42.5	38.2
千葉県	49.8	46.2	52.2	55.0	47.5
東京都	50.0	49.8	50.5	55.0	49.2
神奈川県	48.2	47.3	50.0	48.3	43.7
新潟県	60.3	53.6	60.6	50.9	47.8
富山県	54.5	52.1	58.1	52.5	47.7
石川県	53.1	45.5	54.5	46.2	42.6
福井県	50.7	47.5	51.5	49.3	46.1
山梨県	57.0	55.4	62.9	60.1	50.2
長野県	55.7	52.3	57.1	52.8	48.0
岐阜県	49.3	48.3	51.9	46.9	41.5
静岡県	48.8	48.3	54.4	45.9	44.0
愛知県	46.3	46.3	48.5	45.5	40.5
三重県	47.1	45.7	48.7	51.2	47.0
滋賀県	47.9	44.8	47.6	47.2	40.7
京都府	43.1	39.6	42.0	42.9	38.8
大阪府	42.1	40.3	42.2	42.2	39.9
兵庫県	43.0	43.2	44.2	42.8	38.9
奈良県	47.2	43.3	44.0	41.7	41.0
和歌山県	47.5	40.6	46.5	39.5	38.7
鳥取県	53.9	48.6	56.3	45.5	44.1
島根県	54.1	51.2	55.8	43.7	38.4
岡山県	55.6	49.2	57.7	52.7	49.4
広島県	50.4	44.0	47.7	42.6	42.5
山口県	43.2	38.3	45.5	34.8	34.9
徳島県	44.9	40.5	46.4	43.3	41.1
香川県	52.7	47.9	54.0	52.2	48.8
愛媛県	48.0	45.1	48.4	44.4	42.1
高知県	52.2	48.1	56.5	49.2	46.6
福岡県	47.3	42.1	44.4	44.7	42.6
佐賀県	56.0	46.8	54.4	50.0	45.3
長崎県	44.9	39.5	44.9	41.5	39.7
熊本県	52.9	47.6	52.8	51.4	47.5
大分県	51.6	45.0	49.8	52.6	49.2
宮崎県	49.0	44.2	50.4	46.2	42.7
鹿児島県	47.6	44.0	51.4	49.8	47.5
沖縄県	47.6	38.4	44.5	48.8	45.3

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

令和６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６年７月１７日 （水） 14：00～15：30
場　所：Zoom を利用した Web 会議
参加者：８名
安次嶺宏哉(沖縄協同病院)、有賀拓郎(琉球大学病院) 、伊江将史(県立中部病院)、新里雅人(県立宮古病院)、照屋淳(北部地区医師会病院) 、外間早紀子(沖縄県保健医療介護部健康長寿課)、松村敏信(県立八重山病院)、増田昌人(琉大病院がんセンター)
欠席者：２名
宮里浩(那覇市立病院)、金城達也（琉球大学大学院）
陪　席：１名
西佐和子(琉大病院がんセンター)

【報告事項】
１．令和６年度 第１回医療部会議事要旨について
有賀部会長より、資料１に基づいて説明があり、各自目を通して提案・指摘等あれば、メールなどで報告をすることとなった。

２．部会長、副部会長、委員の選任について
増田委員より、現在の委員の職種が、医師以外では県庁の方しかいないため、薬剤師・看護師及び患者委員を加えたいと提案があった。協議の上、事務局から県看護協会・病院薬剤師会・患者会に声掛けをし、次回部会までに候補者を選出することになった。

３．その他
特になし。

【協議事項】
１．所掌分担領域の進捗の評価について
増田委員より、資料３に基づき説明があった。過去十年分の指標データを出せるツールを共同開発中であり、8 月 2 日に行われる沖縄県がん診療連携協議会に提出する予定と報告があった。指標数値が空白の部分は、公開されていないため、各施設にアンケート調査を行う予定であるとのことだった。

２．本年度部会重点事項
「専門医資格を持った医療者の養成とその適正配置をする方法について」
増田委員より、資料４に基づき説明があった。協議会で特に提言はせず、協議会委員に

この資料を見ていただき、現状を理解していただきたいという形で報告する予定とのことだった。有賀部会長より、全国平均よりも少ない現状をまずは共有することから始めてはどうかと協議会で提言してはどうかと提案があった。伊江副部会長から賛同があった。協議の上、協議会で提言を行うこととなり、協議会の承認を得た上で、26 病院に育成のための資料を配布し、協力体制を築きながら今後どうしていくかを考えていくことになった。

3．院内がん登録をしている 18 施設が DPC-QI に参加することについて

・資料 5 が別件だったため、飛び込みで「沖縄県がん登録事業報告について」を議論され、医療部会としては特に異論がないため、協議会に提言することとなった。

・増田委員より、DPC-Q1 に参加している施設について説明があり、18 病院中 11 病院しか参加していないため、参加を促したいとのことだった。医療部会としては特に異論がないため、協議会に提言することとなった。

4．次回の開催日程について

９月開催予定（細かい日程は調整します）

5．その他

特になし。

令和６年度　第２回 緩和ケア・在宅医療部会 議事要旨

日　時：令和６年９月 27 日(金)　16：00 ～ 17：18
場　所：琉球大学病院がんセンター(ZOOM 会議)

出席者 10 名：笹良剛史（豊見城中央病院)、野里栄治（北部地区医師会病院)、屋良尚美（県立中部病院)、中島信久（琉大病院)、安次富直美（琉大病院)、友利寛文（那覇市立病院)、安座間由美子（中部病院)、川田聡（南部医療センター・こども医療センター)、田場純子（沖縄県保健医療介護部健康長寿課)、名嘉眞久美（キャンサー・グリーフおきな和)
欠席者４名：中村清哉（琉大病院)、田仲斉（県立宮古病院)、酒井達也（八重山病院)、増田昌人（琉大病院)
陪席者３名：有賀拓郎（琉大病院）、屋嘉部麻美（琉大病院)、屋比久（那覇市立病院)

報告事項

1. 令和６年度　第１回緩和ケア・在宅医療部会　議事要旨
笹良部会長より【資料 1】に基づき、報告があった。
2. 令和６年度　緩和ケア・在宅医療部会　委員の選任について
笹良部会長より【資料 2】に基づき、部会長と副部会長の確認と新たに選任された南部医療センター・こども医療センターの川田委員と那覇市立病院の友利委員の２名より委員へ挨拶があった。委員の皆様も１人ずつ挨拶があった。
3. 緩和ケアマップ新規掲載依頼先について
笹良部会長より【資料 3】に基づき、報告があった。

協議事項

1. 痛みのスクリーニングとモニタリングデータ抽出について
(1) 琉球大学病院
安次富委員より【資料 4】に基づき、「今までつらさのアセスメント質問項目が 13 項目あったのを６項目に減らして病棟で行っております。なので、データがまだ低い状況ですが、次年度より正確なしっかりとした値が出てくるかなと思います。見て頂きたいのが、介護ケアの介入率が 76%→現在８月で 83.6%と上がっています。このケアに関して今まで患者さんへつらさのケアをしているのにそこに気付いていないスタッフが多くて、症状緩和を目的としたケア介入、また薬剤の使用を読むとかそこに焦点を絞ったような６項目で行っている状況です」と報告があった。
笹良部会長より「看護ケア介入率っていうのは認定看護師が入る、介入するという意味ですか？」と問いがあり、安次富委員より「病棟のスタッフです」と回答があり、笹良部会長より「ナース側が介入プランを立てて、そこから抽出されたデータについて介入したのがこれぐらいの割合ということですか？」の問いに、安次富委員「はい、そうです」と回答された。さらに笹良部会長より「項目を減らした事で、今回得られた事とか、良かった事等ありますか？」の問いに、安次富委員より「項目の中に症状改善の評価という事で、私たちが対応した緩和ケアの患者さんへ対応症状、症状改善を聞き取ってその患者さんの評価を入れた項目に着目してカンファレンスを行ったり、前日の患者さんのデータを全て抽出してチェックし、その中で NRS とか患者さんの改善しない事に関して介入するような形にしてはいますので、

全患者対象すべてに聞き取ってもらうようにしています」と回答があった。

(2) 中部病院

安座間委員より【資料 5】に基づき、「今年度 7 月と 8 月のスクリーニングの回数件数を上げており、全がん患者さんの入院数からするとかなり実施率が低かったので、つらさの除去率は今回出していません。また、入院したがん患者さんの延べ人数に対するスクリーニング数が 7 月 4.1%、8 月 6.2%しか実施できておらず、そもそもスクリーニング自体が出来ていない状況でした。課題点①実施率が低い、その原因として、がん患者さんが多い病棟で実施できておらず、痛みを普段のケアの中で聞き取っても共通のスクリーニングシートを開いて入力すること自体が負担になっている。課題点②スクリーニングシートを見て質問・評価をする患者さんを看護師さんが見てきつそう人を選んで行っている。疼痛コントロールに乱流していた方を選んで行っているようなことがあり、潜在感情が漏れている可能性があるかなと思います。課題点③実施結果がカルテに載るが、その存在を医師に周知されていない。載っていても見逃してしまうような事もあるかなと思います。課題④化学療法を行っている患者さんは別チェックシートでも苦痛の評価をしているので二重の手間がある。課題⑤毎日聞く事を嫌がる患者さんや機械的な業務的になってしまう事があった。その結果、治療介入に還元されていないので看護師さんもこれを取る事にメリットをあまり感じないという意見がありました。また疑問点としては資料内③の外科病棟、耳鼻咽喉科、脳外科病棟に術後のがん患者さんが多く、そこもスクリーニングを行うのかという事があり、対象者が明確ではなく、院内の中でも統一されていないという問題もありました。委員の皆さんへ聞きたいのは、対象者とスクリーニングの頻度とタイミング、シートの内容等病院それぞれで決めて行っているのか、病院間で統一してやるべきなのかご相談できればと思います。それを踏まえた上でスタッフに周知して実施率を上げたいと考えております」と報告と質問があった。安次富委員より「琉大だとリンクナース委員会があり、各病棟から 1 人毎月 1 回集まって相談しています。症状緩和の項目や内容、どういう項目を入れたら良いのか？等緩和ケアセンターや認定専門の方だけではなく、各病棟から選ばれた代表者を巻き込んで、病院全体で行う形でやっています」と回答があった。時間の都合上、次の報告へ移った。

(3) 那覇市立病院

友利委員より【当日資料】に基づき、「6 月に電子カルテを交換しており、富士通からソフトウェアサービスになった。富士通の時代は月に 1 回スポット的に見ていて、その日しか対応していないので除痛率を集めてみた時には患者さんがいない状態で見ていたが、今のソフトウェアサービスは毎日見れるようになったのでこの人に痛みが出てるということで、専門看護師が患者さんを診てもらっている状況です」という報告があった。笹良部会長より「IPOS と STAS-J 両方使っているのは大変だなと聞きながら思っていましたが、電カルがやってくれるような気もするが」の疑問に、友利委員より「専門看護師の屋比久さんを呼んでいます」と報告があり、屋比久さんより「同時に集計をリアルタイム出来る事でケアに繋ぎやすいという事があり、IPOS を主な指標にしようという動きはあるが、全体への周知がなかなか浸透していないので、これまで使い慣れた STAS-J を客観的指標として使い、主観的な

評価というのでIPOSの評価も併せて使ってもらい、徐々にIPOSの医療用というか統一できたら良いかなと思っています。ですが、電子カルテの評価・仕様変更があると混乱を招くと思い、今はこういった仕様にしています」と回答があった。

有賀先生より「今がん拠点でPROをやろうという話になっていて、友愛医療センターの大宜見先生とIPOSとSTAS-Jはどうかなと先日の拠点病院会議で出たので、笹良先生へお願いなんですが、是非友愛医療センターと豊見城中央病院でできないかというのが1点と、今ソフトフェアの問題と言及されていましたが、沖縄県内はSSIのカルテばかりで、今回那覇市立病院がSSIになっていて、赤十字の富士通と琉大のNEC以外は全部SSIなんですね。那覇市立病院で出来ているSSIでの評価IPOSとSTAS-Jの評価を他院へ外送できる可能性のあるソフト開発を今されているような状況になっていて、中部病院もSSIですし、もしも那覇市立病院さんで上手くシステム化、特にSSI単体でのシステム化が可能だった場合は他の拠点病院さんの方へ移植していくことはできるかなと思っています。SSIのメーカーと繋がりがありますので、是非友利先生と一緒にさせて頂ければ、他の病院に移していく作業を出来ればと思っております」と報告とお願いがあった。那覇市立病院の屋比久さんより「移植する際などは是非ご協力致します。こちらはSSI評価の項目を整えただけで日々やって頂いているのは病棟の看護師さんなので、地道な作業をまとめるというか集計は富士通に比べるとしやすいと思います」と回答があった。有賀先生より「最終的にラストワンマイルは絶対的に人の力が必要だと思いますが、システム的にできるところは丸めていったほうが県内全体の労力が少ないかなと思っています。なので今後ともどうぞ宜しくお願い致します」と報告があった。笹良部会長より「スクリーニングに関して精神面のスピリチュアリティとかIPOSの中にあるような精神的な辛さのスクリーニングを毎日取るものではないと思いますが、外来レベルの患者さんの拾い上げの課題はかなりあり、特にがんの化学療法が外来主体になってる今、どうやってそこの部分をやっていくのかは次の課題として大きな問題かなと思いますし、メンタルケアでの対応の中で重要になってくるのかなと思っています」と報告があった。那覇市立病院の屋比久さんより「以前は拠点病院の要件の中に苦痛のスクリーニングを用いて等ありましたが、私の記憶だと新しいものであれば何らかの評価指標で定期的にやっていけば必ずしもそのスクリーニングでなくてもいいのかな？という認識でしたが、有賀先生がおっしゃったようにある程度統一した方がよいのか、どうなのか確認したいです」と質問があった。有賀先生より「増田先生と拠点要項を作るプロセスを見せて頂いている限り、恐らくPROの形で患者さんの思いを汲み取れれば、必ずしもIPOSとSTAS-Jの指定は無いという風な理解をしています。ただし、必ず患者さんの思いを患者さんの言葉でちゃんと評価して、それに対して介入しなさいというのが指定だと思っているので、那覇市立病院さんがされているのはそのままで良いと思います。このプロジェクト本協議会のスコープとして、県内全体で横串で施設関係なく全員で評価できるようにしたいよねっていうところがあって、それに関しては当院の中島先生が以前より標準化ツールどうなのか？というご提案もあると思いますので、その過程で一般化されているSTAS-JやIPOSを使用する点では我々が整えている部分なのかなと思ってます。なので必須ではない、義務ではないけれど努力してできたら良いよねっていう風に考えています」と意見があった。安座間委員より「あと1点質問ですが、皆さんの病院では

術後の疼痛にもスクリーニングをしていますか？」と質問があり、笹良部会長より「術後疼痛は今、例えば麻酔科の術後疼痛管理加算を取っているところは多分 3 日間はちゃんと取らないといけない事になっていたような気がするんですが、その後はどこの病院も取ってないと思います。それを積極的にずっと取るのかという線引きが難しく、むしろ線引きが難しいから全部取るっていうやり方か、術後疼痛管理加算が取れているところだけやりましょう。というどちらかになっていると思います。麻酔科とかそういった手術管理の方はそんな感じかなという印象です」と回答があった。那覇市立病院の屋比久さんより「術後疼痛ということで必ずしも違うとは言い切れないと思いますが、当然痛いだろうという事で一応 2 週間ぐらいはスクリーニング除外としまして、15 日以降の痛みについて他に原因があるのではないかという事でスクリーニング対象にしてくださいと取り決めております」と回答があった。

2. 次回令和 6 年度　第 3 回緩和ケア・在宅医療部会の日程について

笹良部会長より「次回の開催は 12 月の第 2・3 週頃、調整さんで日程を決めさせて頂いたいと思います」と報告があった。

3. その他

特になし

報告事項

4. 令和 6 年度【臨時】緩和ケア・在宅医療部会　在宅ワーキング　議事録

時間の都合上、各自で確認する事となった。

5. 令和 6 年度　第 2 回緩和ケア・在宅医療部会　在宅ワーキング　議事要旨

時間の都合上、各自で確認する事となった。

6. 令和 6 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

笹良部会長より【資料 8】に基づき、「緩和ケア研修会がコロナ後でリアルな開催になったので今年の研修計画と報告がこれからあります。また、緩和ケア研修会のフォローアップ研修会について、診断時からの緩和ケアと看取りも含めた緩和ケアの部分に対する教育が少ないのでエルネック等の看護師さんに対する教育はあるが、そのフォローアップ研修会をどうするのか議論をしていて、現在委員の皆様へアンケート調査を行っております」と報告があった。

7. 令和 6 年度緩和ケア研修会開催日程一覧について

笹良部会長より【資料 9】に基づき、報告があった。

8. 令和 6 年度緩和ケア研修会の報告について

・琉球大学病院≪第 1 回　9 月 1 日(日)≫

中村委員が欠席のため、【資料 10】を各自で確認することとなった。

・那覇市立病院≪第 2 回　9 月 14 日(土)≫

友利委員より【資料 11】に基づき、「薬の名前やモルヒネの増量の仕方、レスキューの要領がわからなかったり、実際使っていないので難しい研修会でした」と報告があった。笹良部会長より「研修医は何年目から麻薬を処方できるようになっていますか？この研修を受けていないと出せない様にしている等ありますか？」と問いがあり、友利委員より「特に研修はなく、1 年目からできるようになっています」と回答があった。

9. GRACE 研究会について

笹良部会長より、「Being With Dying -死にゆく人、患者さんの心のケアをするという

趣旨のマインドフルネスを用いた研修会をやっております。沖縄県にも支部があり、先月終わったのですが産業支援センターで職員の燃え尽き防止のプログラムとして研修会を開催していたりと少しずつ活動を広げているところです」と報告があった。

10. 意思決定支援の研修会 E-FIELD について

笹良部会長より、「昨年まで厚労省の委託事業として意思決定支援 E-FIELD というのを筑波大学の木澤先生が主幹となって委託事業を受けて開催していたが、今年は厚労省から別組織に主幹が移行した。どういう風に意思決定支援の研修をやっていくのか相談していたが、別組織と木澤先生たちが協力して連携し、今年も E-FIELD の研修会をオンラインで 3 回やる事になっています。来年以降どのような形で意思決定支援について厚労省の委託事業を進めていくのか不明ですが、当面は今までの蓄積したノウハウと人材を使って開催するという話になっております。現在、日程とファシリテーターがやっと決まったところなので、これから参加者の募集が始まって、県内の方にも通知があると思います」と報告があった。

11. 日本緩和医療学会　第 6 回九州支部学術大会について

笹良部会長より【資料 13】に基づき、報告があった。

12. 第 38 回 日本サイコオンコロジー学会総会(2025 年度沖縄開催)について

報告者の増田委員が欠席のため、笹良委員より【資料 11】に基づき、報告があった。

13. その他

笹良部会長より「沖縄で神経ブロックや放射線治療とかインタベーションとかケタミンとか高度な物を在宅で使いにくいような治療主義とか、あるいは大学病院のようなところだったらできるというような病院格差や施設間格差があり、ホスピスの中でも対応できるできないや緩和ケアポートが入っている人の管理を緩和ケア病棟の限られたところでしか受けられない等あるので、この部会の名前で在宅やホスピスへ項目をまとめてアンケート調査をしていこうと思っています。県内で地域リソースの中に、緩和ケアマップの中に入れるかどうかわかりませんが、私が作って委員の皆さんへアンケートを回しても良いかをお聞きしたいのです」という問いに、委員一同うなずきで賛同された。さらに、笹良部会長より「がん自殺対策の話が出てきたんですが、実際にがん患者さんが自殺してる数値はそれぞれの病院で持っていると思いますが、総計を出した事がないと思って当院で 5 年分位出してみると 11 名いらっしゃいました。その前に自殺未遂の方を含めると数十名いらっしゃったんですが、実際対策をどうしますか？という時の基礎データがないので話もできないような気がするので DPC からはなかなか見えないので、私で調べてみようかなと思っております。また、こちらも案を出させてもらうのでご意見をいただけたらと思います」と報告があった。

以上

令和６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６年９月９日（月）　13：00～14：30
場　　所：ＷＥＢ会議
構 成 員：18 名

出 席 者：13 名
大畑尚子(中部病院産科)、比嘉猛(南部医療センター・こども医療センター小児科)、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)、親富祖しのぶ(南部医療センター・こども医療センター看護部)、岩﨑政志(森川特別支援学校)、徳元亮太(沖縄がん教育サポートセンター)、外間早紀子（沖縄県保健医療部健康長寿課）、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)、浜田聡(琉大病院小児科)、銘苅桂子(琉大病院産婦人科)、仲地佐和子（琉大病院第二内科)、増田昌人（琉大病院がんセンター）

欠　　席：５名
林絹子(中部病院腫瘍・血液内科)、伊良波史朗(南部医療センター・こども医療センター放射線科)、當銘保則(琉大病院整形外科)、宮平有希子(がんの子どもを守る会　沖縄支部)、喜納綾乃(琉大病院看護部)、

陪 席 者：５名
岸本こずえ(沖縄県教育庁保健体育課)、有賀　拓郎(琉大病院診療情報管理センター)、平敷千晶(産科婦人科)、宜保敬也(産科)、石川　千穂（琉大病院 がんセンター）

【報告事項】

１．令和６年度 第１回小児・ＡＹＡ部会　議事要旨(６月５日)
資料１の通り確認された。

2. 小児・AYA 部会　委員一覧
資料 2 の通り確認された。退職した森島聡子先生の後任として、琉大病院第２内科講師の仲地佐和子先生が新たに加わった。

3.「妊孕性温存療法」と「がん治療後の生殖医療」WG　委員一覧
資料３の通り確認された。

4. 令和６年度「がん教育外部講師研修会」の後援について
徳元委員より、資料４に基づき、がん教育外部講師研修会が 11 月に２日間開催されることが報告された。小児・AYA 部会は後援となっており、各施設に研修会のリーフレットの設置が依頼された。

5. 助成金申請時のアプリ登録 100%に向けた対応について

銘苅委員より、資料5に基づき説明があった。以前より報告があるように、妊孕性温存療法の助成を受けるときの条件として、JOFRに登録する事になっているが、研究協力の同意がないまま助成を受けている方がいる現状がある。県の方でも、登録のダブルチェックをしてもらえないか相談していたが、確認したところ生殖医療をやっている病院でしか、ログインIDとパスワードを持っていないようだったので、病院で対応することとなった。なるべく登録100%にできるように進めていくとのことだった。

6. 若年がん患者在宅療養生活支援事業(沖縄県若年がん患者等支援事業)における市町村の参加状況について

7. アピアランス支援事業(沖縄県若年がん患者等支援事業)における市町村の参加状況について

外間委員より、資料6-1と6-2に基づき説明があった。9月1日時点、それぞれの事業に参加している市町村は、資料下段に記載の通り。

8. 市民公開講座の開催について

銘苅委員より、資料7に基づき、8月3日に開催された市民公開講座について報告があった。サバイバーや医療者、議員や市議等、多くの方に参加して頂き、充実したシンポジウムになったとのことだった。

9. 「ロジックモデルと指標の活用の仕方を身につける研修会」への参加について

(開催日　11月17日　12月22日)

増田委員より、資料8に基づき案内があった。

10. その他

特になし。

【協議事項】

1. 副部会長の選任について

新副部会長として森島先生の後任の仲地委員(琉大病院 第二内科)が選任された。

2. 第４次沖縄県がん対策推進計画(協議会版)における所掌分野の進捗及び今期の部会活動について

増田委員より、当日資料が画面共有され、がん対策推進計画(協議会版)の中から、小児がんとAYA世代のがんの評価指標の進捗等についての説明や関連する報告がされた。

【報告内容】

・沖縄県がん診療連携協議会議長名で、県内の主な施設長あてに、沖縄県における専門医療者が少ない事実を改めて認識してもらうための文書を送った。

・専門医療者の養成についての道筋を医療部会と離島・へき地部会で話し合っていく。

専門医療者に関して、以下のような質疑応答があった。

増田委員：実際臨床の場で、専門家の数が少ない、また沖縄県の患者さんが他の県と比べて不利益になっている現状はないか。

浜田委員：大学病院においては、あと数年で数名程の専門医が増える予定である。

比嘉委員：南部医療センター・こども医療センターも数名の専門医が増える予定であるが、そもそも小児科医が少ないので、その底上げをしないと厳しい。

増田委員：小児外科医は足りているか。

浜田委員：大学病院は２名在籍している。南部医療センター・こども医療センターにもいらっしゃる。沖縄は他府県に比べて比較的恵まれているように思える。

比嘉委員：当院は、１名減ってしまったのでかなりご多忙かと思われる。

また、増田委員から、金城委員へ、患者会への年間を通じての相談件数や内容等の統計があれば、良い指標になると思うが、その数値は出せるかと質問があった。金城委員から、昨年度からの数値なら出せるという回答だったので、後日相談することとなった。

AYA 世代のがんのところで、具体的な評価指標をとることが難しいようだった。増田委員から「子どもがいる AYA 世代のがん患者に対して、その子供に対する支援を行う」指標に関して、ホープトゥリーと連携を取ることを検討できないかと要望があり、検討されることとなった。

3. 沖縄県の病弱教育における高校生支援の提案について

岩﨑委員より、資料 10 に基づき、説明があった。現在この内容については、「県立学校校長会」へ要望書を提出中だが、小児・AYA 部会委員にも状況を把握していて頂きたい。森川特別支援学校の現状として、下記のようなものがある。すべてをカバーすることは難しいので、県立学校教育課にも支援及び舵取りを担って頂けないか。

〇森川特別支援学校の現状

・入院する生徒が多い時期は、在籍している教職員が足りず、十分な学習支援ができない。
・生徒の体調や心理的な状態によっては、いつでも授業ができるわけではない。
・通常の学校のように６校時授業も行いながら、生徒の心理的な支援や、保護者の相談支援も放課後に行っている。

〇県立学校教育課に対応してもらいたい内容（「県立学校校長会」へ要望書を提出中）

治療プロトコールの変更があり、各県立高校に在籍している生徒が病気で長期入院や在宅治療となった場合、３週間以下の入院期間、または入退院を繰り返さないのであれば、下記２パターンの学習保障を選択できるようになっている。現在、調整は森川特別支援学校と生徒の在籍校とがやり取りをして支援しているが、県立学校教育課に、対応窓口を設け、学習保障の割り振りや遠隔授業に使用するテレプレゼンスロボットのような通信機器の貸し出し等を担ってもらえないか。

学習保障１　院内に教員が常駐して授業を行う

学習保障２　在籍校での遠隔授業

また、医療施設に関する課題は以下の通りということだった。
・院内教室はあるが開けない施設や、院内教室自体がない施設がある。
・小学生から高校生までまとまって授業を行っているので、授業に身が入らない状況がある。

増田委員より、高校生の学習支援に関しては、琉球大学病院、那覇市立病院、県立中部病院に把握してほしいこと、してほしいことを文書にして１１月の「沖縄県がん診療連携協議会」に提案書を出してはどうか、と提案があり、検討されることとなった。

4. AYA サポートチームの構築について

増田委員より、進捗は特になしとの報告があった。

5. 次回開催について

第 3 回部会は 12 月に開催予定。日程調整アンケートを事務局から案内する。

6. その他

以上

令和６年度 第１回沖縄県がん診療連携協議会 離島・へき地部会議事要旨

日　時：令和６年７月23日(火)　15：00～16：30
場　所：Zoomを利用したWeb会議
参加者：15名
赤松道成（北部地区医師会病院)、安次嶺宏哉（沖縄協同病院)、有銘みどり（北部地区医師会病院)、西原政好（県立宮古病院)、松村敏信（県立八重山病院)、本仲寛美（県立宮古病院)、名嘉律子（県立八重山病院)、友利寛文（那覇市立病院)、戸板孝文（県立中部病院)、吉田幸生（県立中部病院)、外間早紀子（沖縄県保健医療部健康長寿課)、
真栄里隆代(ゆうかぎの会)、田盛亜紀子(やいまゆんたく会)、有賀拓郎(琉球大学病院)、
増田昌人（琉球大学病院がんセンター）
欠席者：１名
江藤甚之助（やいまゆんたく会）
陪　席：１名
谷口典子(琉球大学病院がんセンター)

【報告事項】
１．令和５年度 第５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、令和５年度第５回離島・へき地部会議事要旨について説明があった。

２．ロジックモデルの各指標の確認について
増田委員より資料２に基づき、ロジックモデルの各指標について説明があった。
赤道部会長より、検診がん種別早期がん割合について、沖縄県の検診と検診以外の割合は出ているものの、その母数がわからないため、全国値と比較するのが難しいのではないか。検診、検診以外に「県内の早期がん割合」という項目があると比較がしやすいと提案があった。

３．その他
特になし。

【協議事項】
１．今年度の委員及び部会長、副部会長の選任について
昨年度に引続き、部会長：赤松委員、副部会長：西原委員、松村委員で決定した。

２．ロジックモデルを用いての今年度の活動計画について

Web を用いたセカンドオピニオンの体制構築について、吉田委員より、まずは中部病院の体制構築から始めるべきだと考えており、管理者会議で相談する予定だがまだ目途が立っていない状況であると報告があった。

３．療養場所ガイドについて

・今年度中に出版を目指している。原稿完成次第個別にメールで送るので意見が欲しいと増田委員より発言があった。
・赤松部会長からは、送られた資料に関する意見があり、肝がんの治療に関する部分で「肝動注化学療法」が「TAI」と訳されているが、「TAIC」ではないかとの指摘があり、増田委員が修正することとなった。

４．次回の開催日程について

９月初旬を予定。

５．その他

・真栄里委員より、ロジックモデルに若年がん患者在宅療養生活支援事業や補正具購入支援の項目を追加したいと提案があった。増田委員より、在宅医療とアピアランスケアの指標として取り入れていくのがよいと思われるので、ベンチマーク部会で検討すると回答があった。松村副部会長より、アピアランスケア支援事業について、石垣市では８月から開始することになったと報告があった。
・沖縄県離島患者等通院費支援事業を利用したがん患者の割合が 48%というデータを受けて、真栄里委員より、医療者から患者さんへ利用を呼び掛けて 100%に近づけるようにしていただきたいと要望があった。西原副部会長より、基本的に告知の際に、通院費支援事業の説明を必ずしているので、今後改善される見込みがあると回答があった。赤道部会長より、渡航費支援を受けた患者のうち、がん患者の割合が 48%ではないかと指摘があり、事務局で再度確認することになった。
・松村副部会長より、沖縄県が「がん診療を行う医療施設一覧」を作成することを目的におこなっている「がん診療実施状況調査票」について意見があった。学会認定施設であることが施設一覧に掲載される条件となっているが、例えば胃がんの場合は、学会認定施設でないと、がん診療は行っていないということになる。専門医を養成している関連施設も対象施設に加えてもいいのではないかとのことだった。

令和６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 6 年 9 月 12 日（木）14：00～16：30
場　　所：琉球大学病院 3 階がんセンター及び各施設（ハイブリッド会議）

出 席 者：13 名
〈がんセンター・10 名〉
仲村渠美奈子（北部地区医師会病院）、玉城佐笑美（県立中部病院）、仲宗根恵美（那覇市立病院）、横田美佐（県立宮古病院）、岩崎奈々子（県立八重山病院）、上原弘美（友愛医療センター）、間島奈央子（キャンサーフィットネス）、田場純子（沖縄県保健医療部）、増田昌人（琉球大学病院）、友利晃子（琉球大学病院）
〈ZOOM 参加・3 名〉
糸数真理子（那覇市立病院）、冨里果林（南部医療センター・こども医療センター）、大久保礼子（琉球大学病院）
欠 席 者：3 名
伊禮智則（那覇市立病院）、西村克敏（地域統括支援センター）、有賀拓郎（琉球大学病院）
陪 席 者：1 名
松田亮子（琉球大学病院事務）

【報告事項】
１．令和 6 年度第 1 回情報提供・相談支援部会議事要旨（令和 6 年 6 月 6 日）
資料 1 に基づき、友利委員より、令和 6 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．沖縄県がん診療連携協議会_指標の計測から評価・改善へ
資料 2 に基づき、増田委員より、第 4 次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）について説明があった。ロジックモデルの中間アウトカム 1-1 を達成するための個別施策 1-1～1-3 について協議された。
○個別施策 1-1
増田委員：「がん相談支援センターに準じた組織の構築」について、がん診療を行う医療施設へアンケート調査を実施予定の為、10 月にデータが揃う予定である。

○個別施策 1-2
増田委員：治療開始前にがん相談支援センターへの立ち寄りは県拠点の琉大では義務

になっているが、次の改定では 6 拠点病院で義務になる為、各病院がん相談支援センターに立ち寄った患者の割合をデータで取っていただきたい。

増田委員：指標に「治療方針の決定前までにがん相談支援センターに立ち寄った割合」はあるが、その前段階の案内する・連れて行く等の指標や方策があれば意見をいただきたい。

大久保委員：他院通院中の患者さんからの相談では、かかっている病院での相談窓口が分からないという声も多く寄せられている。拠点病院は相談センターの窓口を分かりやすい場所に標榜することが義務として整備されているが、沖縄県全体で半分以上の患者は拠点以外でがん診療を受けている状況を考慮すると、拠点病院以外のがん診療病院で相談窓口を明示している数を指標に入れるのはどうだろうか。

○個別施策 1-3

増田委員：この個別施策の指標が十分であるか否か協議していただき、今後の見通しも含めてこの施策が質の高い相談を受けることの指標にならないようなら、指標から除外し新たに別の指標をいれるなど意見をいただきたい。

① 認定がん相談支援センターの数

友利委員：申請の条件が厳しいが認定を取得できるよう準備をしていると回答があった。

② 認定がん専門相談員数

仲宗根委員：認定がん専門相談員は、④相談員基礎研修(3)修了者が取得できるので、相談員基礎研修(3)修了者数を増やし確保する事が必要ではないかと意見があった。

③ 相談員指導者研修修了者

友利委員：主に相談員向けの研修を企画するための研修で琉大病院、中部病院、那覇市立病院に修了者がいるためある程度基準をクリアしているのではないかと述べられた。

④ 相談員基礎研修(3)修了者数

増田委員：がん診療を行う医療施設へアンケート調査を実施予定である。

○中間アウトカム 1-1

増田委員より、がん相談支援センターに来室する患者はどこからの紹介が多いのか質問があった。友利委員より、資料 12-2 に基づき、担当医と院内の看護師からの紹介が多いと回答があった。増田委員より指標の「がん相談支援センターについて十分な情報提供を行った患者の割合」が低い部分について改めてディスカッションしていただきたい。また、医療者調査で情報提供を行った割合の職種別（医師、看護師、薬剤師、MSW）で統計を出している資料や痛みのモニタリング結果等の資料があるので、委員の皆様

にメールで送付するとアナウンスがあった。

２．がん相談従事者研修会の開催について

資料 3 に基づき、大久保委員より、9 月 28 日開催予定の第 1 回がん相談従事者研修会の進捗報告と申込み期間延長のお知らせがあった。また、12 月開催予定の第 2 回研修会の日程について、12 月は琉球大学病院の移転がある為 1 月か 2 月に延期し開催、または 12 月であれば開催場所をご提供いただきたいと提案があり、日程は 1 月か 2 月で開催することとなった。研修会のテーマ・内容については、対象者理解とアセスメントで企画をすすめることとなった。

３．リレー・フォー・ライフについて

友利委員より、リレー・フォー・ライフの出店について提案があり承認された。

上原委員より、出店ブースは屋内で仕切りがない会場になっておりパネルで仕切る予定である。パネルにはポスターなど掲示物を貼ることも可能。個別相談の希望があればカフェスペースのようなフリースペースの部屋があるため、使用できるように工夫可能と回答があった。また、友利委員より、参加の協力依頼があり、仲宗根委員、糸数委員、玉城委員、田場委員、増田委員、が参加可能と回答があった。

４．部会活動行動計画の確認

資料 4 に基づき、友利委員より今年度の活動計画の説明があった。今後、部会で達成度や進捗の確認をおこない必要に応じて新たな指標を追加していくと述べられた。

５．その他

増田委員より、ロジックモデルと指標の活用の仕方を身につける研修会について、周知と参加依頼があった。がん診療連携協議会主催で、第 1 回は 11 月 17 日、第 2 回は 12 月 22 日開催となっており、第 1 回と第 2 回は同じ内容の研修会となっている為、どちらかにご参加いただきたいとアナウンスがあった。

【報告事項】

２．地域統括相談支援センター活動報告

資料 5 に基づき、紙面報告となった。

３．第 22 回都道府県がん診療連携協議会 情報提供・相談支援部会（令和 6 年 5 月 24 日）

資料6に基づき、友利委員より報告があった。主に大規模災害時の情報共有であった。がん情報サービスに災害時関連情報のサイトがあり、災害発生から１週間を目処に、災害地域以外の周辺の病院で患者受け入れの支援可能施設を把握できるようになってい

る。災害発生時に入力する病院情報入力フォームの案内や報告があったとの事だった。大久保委員より、入力は各病院でするのか拠点病院が取りまとめて入力するのかと質問があった。友利委員より、国立がんセンターからのフローはない為、県内でどのようにするのか考える必要があると回答があった。増田委員より、現時点では各病院から入力すると取り決めし、次回の部会で協議し決定するのはどうかと提案があり承認された。また、各拠点病院の BCP について調べていただきたいとアナウンスがあった。

４．沖縄県若年がん患者等支援事業

資料 7 に基づき、友利委員よりアピアランスケア支援事業と若年がん患者在宅療養支援事業の実施市町村の報告があった。上原委員より、事業の周知について質問があった。田場委員より、令和 5 年度に各市町村の担当部署へ実施する要項案を文章で周知していると回答があった。また、令和 5 年 3 月末に事業について実施するか否かアンケートを行ったと述べられた。増田委員より、患者会が議員に働きかけた地域があり、地元の住民や患者会が動くと事業を実施していく市町村が増えていくのではないかと意見があった。

５．アピアランス啓発チラシの配布

資料 8 に基づき、事務局より 7 月に各拠点病院へアピアランスケア啓発チラシとポスターの配布を行ったと報告があった。

６．中皮腫セミナーについて

資料 9 に基づき、友利委員より報告があった。7 月 13 日に沖縄県立図書館で開催され 30 名ほどの参加があった。一部は国立がん研究センター呼吸器内科の吉田先生、福田先生、琉大病院第一内科古堅先生、患者の鹿川氏による講演、二部は質疑応答など座談会を行った。治療中の患者さんから、治験についての質問や、県外・本島で治療を行った後のアフターフォローなどの質問があった。非常に盛況であったと報告された。

７．がん患者ゆんたく会（4～6 月）

資料 10-1～10-3 に基づき、令和 6 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。リピーターの参加者が多かったが、がん経験者と話がしたいと新規で参加された方もいてざっくばらんな会であった。また、6 月には七夕が近かった為笹を準備し短冊を飾った。那覇市立病院は糸数委員より報告があった。「情報を集める時に大切にしたいこと」をテーマに講話を行った。がん情報サービスのサイトを参考にスライドを作成し患者さんにレクチャーをした。琉球大学病院は友利委員より報告があった。4 月は薬剤師による講演、5 月は社会保障制度について、6 月はピアサポーターの体験談の講演を行い後

半はフリートークで実施した。

８．がん相談件数（4～6 月）

資料 11-1～11-7 に基づき、令和 6 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）

在宅療養の相談が多かった。長期在宅療養中の高齢者のご家族から療養先についての相談が増えており、期限をきめて療養し在宅に戻るなど入退院を繰り返すケースが多かった。

○県立中部病院（玉城委員）

相談者は外来通院や高齢者が多く、家族とのコミュニケーションや不安の相談が多かった。また、不安の強い方のご家族から頻繁に連絡がくるケースがあった。電子カルテの集計が取りやすくなった為相談件数が増加している。

○那覇市立病院（糸数委員）

6 月は電子カルテのシステム移行があり相談件数が減少している。また、40 代や 50 代の相談者からお子さんへの伝え方について悩んでいると伺い、子供の年齢層にあった冊子を提供し一緒に読みながら伝え方のポイント等を話した。

○県立宮古病院（横田委員）

相談内容に変化はなかったが、50 代のターミナル期の患者さんに関わる調整や相談が多かった。他病院と連携する事案があり、がん相談員同士で連携を取ることができよかった。また、県外の社会的サービスのやり方に違いがあり訪問看護についてなど参考になった。

○県立八重山病院（岩崎委員）

相談内容に大きな変化はなかった。患者さんの自宅を訪問し実際に必要な手すり等検討し対応した患者さんがいた。また、那覇市立病院や八重山病院から話題に上がった子供の相談について、当院にチャイルドライフスペシャリストがおり、緩和やグリーフケアなどおこなっているので困っている事があれば繋ぐことも可能なので連絡いただきたい。

○琉球大学病院（友利委員）

相談者はリピーターが多く、相談内容はホスピスや在宅調整の相談件数が多かった。

９．がん相談件数集計（1～3 月）

資料 12-1、12-2 の通り、各拠点の相談件数集計の統計表に基づき友利委員より報告があった。相談集計の 1 月～3 月は数値が見えるように表にまとめて、令和 5 年度全体の相談集計は各施設別でグラフにまとめている。相談センターへの訪問を担当医から紹介があるとほぼすべての方が来室している。相談方法は対面が増加しており、利用時間は 15 分～30 分以内が多い。

１０．がん相談支援センターの広報

資料 13 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。毎週掲載するよう依頼している。引き続き広報依頼を行う。

１１．その他

・次回開催は、令和 6 年 12 月 12 日（木）14 時から開催。

令和６年度 第３回沖縄県がん診療連携協議会 ベンチマーク部会 議事要旨

開催日時：令和６年７月２３日（火）17:00～18:00
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）、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）、
山里紘美（沖縄県保健医療介護部健康長寿課主任）、増田昌人（琉球大学病院がんセンター長)、 伊佐奈々（琉球大学病院がんセンター診療情報管理士）
欠　　席：３名
天野慎介（全国がん患者団体連合会理事長）、井岡亜希子（まるレディースクリニック院長）、平田哲生（琉球大学病院診療情報管理センター長）
陪　　席：１名
西佐和子（琉球大学病院がんセンター事務）

【報告事項】
１．令和６年度 第２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、ベンチマーク部会の議事要旨について説明があった。

２．それぞれの分野で評価対象とするがん種について
増田部会長より、資料２に基づき、前回の部会で協議した評価対象とするがん種について、改めて報告があった。

３．第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）の指標評価ツール（グラフ表示機能付き）の修正について
増田部会長より、資料３に基づき、指標評価ツールの修正について報告があった。グラフ内に基礎情報（年齢調整の年齢分布等）が追加された。今後は沖縄県の順位を表示できるようにする予定とのことだった。

４．その他
特になし。

【協議事項】

1．進捗評価のための施設へのアンケートについて

2．進捗評価のための 41 市町村へのアンケートについて

増田部会長より、資料４、資料５に基づき、アンケート依頼票と質問一覧、Web アンケートフォームについて説明があった。

埴岡副部会長より、質問一覧ではなく指標一覧がよいのではないかと提案があった。また、現況報告書と同じ質問が含まれているとの指摘を受けて、既存情報を再度確認することになり、施設アンケートについては、拠点病院、拠点病院以外の二通りのアンケートを作成することになった。

3．医療者調査について

東委員より、資料６に基づき、医療者調査の解析について進捗報告があった。

埴岡副部会長より、医療者調査の結果を指標ではどう表記しているか確認があり、実現率と最多回答の二通りを表記するのか、解釈を別表記にするのか等の検討をすることになった。また、埴岡副部会長より、医療者調査の解析が終わり報告書を出した後、問題点に対する対応策を検討し見解をまとめる必要があると提案があり、事務局でたたき台を作成することになった。

増田部会長より、次回の部会あたりから第３回医療者調査の検討を始めたいと報告があった。

4．ベンチマーク部会のロジックモデルについて

ロジックモデルが未完成のため、次回へ持ち越しとなった。

5．その他

・ロジックモデルのダッシュボード作成について

埴岡副部会長より、ロジックモデルに指標データが入り完成度が高まってきたが、データが詳細になり大きくなってきた。次に求められるのはダッシュボードという要約版の作成であるとのコメントがあった。特に数値が悪くニーズが高い部分を中心に抜き出し、右から左に繋がっている部分をダッシュボードにまとめ、同時にリコメンデーションや来年度の重点施策案を作成する作業は可能かどうか質問があった。増田部会長より、検討すると回答があった。

・オリエンテーションについて

埴岡副部会長より、ダッシュボードが整備されて、議論を始める前に、数値の読み方などのオリエンテーションが必要になってくる。今後、検討いただきたいとコメントがあった。

令和６年度 第４回沖縄県がん診療連携協議会 ベンチマーク部会 議事要旨

開催日時：令和６年８月１３日（火）15:00～16:15
場　　所：Zoom を利用した Web 会議
出　　席：６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）、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）、
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：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）、山里紘美（沖縄県保健医療介護部健康長寿課主任）、伊佐奈々（琉球大学病院がんセンター診療情報管理士）
陪　　席：１名
西佐和子（琉球大学病院がんセンター事務）

【報告事項】
１．令和６年度 第３回ベンチマーク部会議事要旨について
増田部会長より、資料１に基づき、ベンチマーク部会の議事要旨について説明があった。

２．第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）の進捗について
増田部会長より、資料２に基づき、第４次沖縄県がん対策推進計画（協議会版）の進捗について報告があった。

３．その他
特になし。

【協議事項】
１．進捗評価のための 41 市町村へのアンケートについて
増田部会長より、資料３に基づき、41 市町村向けの質問票について説明があった。
・平田委員より、沖縄県がん対策推進計画が沖縄県と協議会で分かれて実施されていることを市町村が理解しているのか質問があった。県と重複して回答する形になる可能性があるため、意義について初めに説明するとよいのではないかと提案があり、市町

村検診担当課に送る文書にその意義を含めることになった。

・「昨年度、 がん検診事業を担当している方は何人いましたか？」という質問について、埴岡委員より、検診担当の他に手伝っている人がいる場合、その人数が分母になると他の回答にも影響が出ると指摘があった。キャンペーンの開催回数や広報誌に掲載した回数を問う質問についても、同様に質問の聞き方を工夫したり、補足説明を加えることになった。

・「感度と特異度を把握していますか？」という質問について、伊藤委員より、がん登録を使わないとできないのであれば、市町村に直接聞かずに、がん登録の利用状況（19 条申請）から把握するのはどうかと提案があった。増田部会長より、別の指標「がん登録情報を活用した精度管理実施市町村数の割合」の件で県に問い合わせた結果、がん登録情報を利用している市町村はないと確認が取れていると回答があり、感度・特異度の質問は省くこととなった。続いて、伊藤委員より「予定していますか？」と質問するのは良いと思いますと提案があり、その方向で修正することになった。

2．進捗評価のための施設へのアンケートについて

増田部会長より、資料 4 に基づき、医療施設向けの質問票について説明があった。

・埴岡委員より、沖縄県のがん診療においては、施設集約がされ各医療施設の役割が明確に定められているため、特定のがんの指定病院に応じて専門医の数を増やす必要がある。このような背景を踏まえずに、他分野の専門医の数に関する質問がなされると、混乱を招く恐れがあるため、前置きを設けることが望ましいとの意見があった。

・伊藤委員より、「はい」と「いいえ」の二択で構成されている場合、「いいえ」に対する理由が、把握できていないのか、それとも知らなかったという可能性も考えられないかと質問があった。「いいえ」の理由を明確にすることができればより良いのではないかと提案があり、協議の上、選択肢に「わからない」を追加することになった。続いて、拠点病院では義務で行うべき質問があるため、聞き方の工夫をしてはどうかと提案があった。

・「希死念慮が認められた場合に、早急に精神科医に紹介した患者はいますか？」という質問について、東委員より、ロジックモデルの概念としては理解できるが、希死念慮の定義が非常に難しく、アンケートで聞くことではなく、施設に質問するのも適切ではない。実際にはその測定がほぼ不可能であり、非常に難しいとの意見があり、この質問は省くことになった。

3．その他

・次回の部会は 9 月中旬開催で日程調整をします。

・アンケートの修正案は 1 週間以内にお送りするので、意見をいただきたいと考えてい

る。その際、市町村と施設宛の文書を添えて、より完成品に近い形で提案しますので、その点についても意見を寄せていただければと思います。

<参考 URL>
全国がん検診実施状況データブック
https://ganjoho.jp/public/qa_links/report/scr_databook.html